



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 14 มีนาคม 2562 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องแมนดาริน A-B โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

Case 1: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“A 17-year-old Thai female presents with acute onset of generalized seizure”

ผู้นำเสนอ: แพทย์หญิงปัทมา ต.วรพานิช

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา: อาจารย์นายแพทย์จกพัฒน์ วนิชานันท์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Patient profile: ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 17 ปี ภูมิลำเนา จ.ชัยภูมิ ปัจจุบัน กรุงเทพฯ ศึกษาอยู่ระดับ ปวช.

ประวัติได้จากผู้ป่วย มารดาและ OPD card เชื้อถือได้

Chief complaint: เกร็งกระตุกทั้งตัว 20 นาทีก่อนมาห้องฉุกเฉิน

Present illness:

10 วันก่อนมารพ. หลังตื่นนอนตอนเช้าผู้ป่วยรู้สึกว่ามีริมฝีปากทั้งบนและล่างบวมตึง ไม่มีแผลหรือตุ่มน้ำ เข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองชอบแกะลอกริมฝีปาก ไม่มีหนังตาหรือใบหน้าบวม ลิ้นไม่บวม พุชชัคปกติ หายใจปกติ ไม่มีผื่น

8 วันก่อนมารพ. ริมฝีปากบวมไม่ดีขึ้น จึงมาพบแพทย์ที่ OPD โรคผิวหนัง ได้รับการวินิจฉัยว่า angioedema

ได้รับการรักษา: prednisolone (5) 2 tabs po BID pc # 5 วัน, loratadine (10) 1 tab po BID pc

7 วันก่อนมารพ. สังเกตว่าเริ่มมีผื่นลักษณะเป็นปื้นนูนสีแดงจาง ที่บริเวณโหนกแก้ม คาง ลำคอ และต้นแขนทั้ง 2 ข้าง ไม่คัน ไม่เจ็บ ไม่มีปวดข้อ ไม่มีผื่นร่วม ไข้ยาทาผื่นที่มีอยู่เดิม (0.1% mometasone) อาการพอทุเลา รับประทานอาหารได้น้อยเพราะริมฝีปากยังบวมแต่ดีขึ้น

4 วันก่อนมารพ. ช่วงตอนเย็น ผู้ป่วยรู้สึกตัวรุ่มเหมือนมีไข้ต่ำ ไม่หนาวสั่น ไม่มีปวดเมื่อยตามตัว มีอาการปวดศีรษะเหนือหน้าผากด้านขวาเป็นบริเวณกว้างราวฝ่ามือ ปวดตื้อๆ ไม่ร้าวไปไหน อาการปวดไม่สัมพันธ์กับท่าทาง ไอจามเบ่งไม่ทำให้ปวดแย่ลง ไม่มีตามัวเห็นภาพซ้อน ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กลอกตาไม่ปวด อาการปวดศีรษะพอทนได้ ไม่ต้องกินยาแก้ปวด ปวดเป็นพักๆ ครั้งละ 10-15 นาที มีช่วงหายสนิท นอนหลับได้ ปวดวันละ 4-5 ครั้งไม่สัมพันธ์กับไข้ ไม่มีอาการน้ำมูก/ลมหายใจกลั่นเหม็น ไม่มีปวดหู/ปวดฟัน ระหว่างนี้ผื่นและริมฝีปากบวมยังเป็นพอๆ เดิม จึงरोไปพบแพทย์ตามนัด

20 นาทีก่อนมา ER มารพ.ตามนัด OPD skin อาการปวดศีรษะยังคงเป็นพอๆ เดิม ขณะรอตรวจมีอาการเกร็งกระตุกทั่วตัว ตาถลอกไปทางซ้าย เป็นอยู่ราว 2 นาที ได้รับยา diazepam 10 mg IV จึงหยุด ไม่มีอาการนำก่อนหมดสติ ไม่มีปัสสาวะออกจากระราด จึงนำส่งห้องฉุกเฉิน



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 14 มีนาคม 2562 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องแมนดาริน A-B โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

แรกรับที่ ER ปลุกตื่น ทำตามสั่งได้แต่ยังตอบสนองช้า ไม่มีอ่อนแรง ไม่มีอาการเกร็งกระตุกซ้ำ DTX 102 mg% ได้รับ Phenytoin 750 mg IV เพื่อป้องกันการชักซ้ำก่อน admit

Past history and family history:

- Systemic lupus erythematosus - วินิจฉัยมาประมาณ 6 เดือน

: มาด้วยอาการผื่นเป็นๆหายๆที่ใบหน้าและใบหูมา 7 เดือน พบแพทย์โรคผิวหนัง ให้การวินิจฉัย discoid rash ร่วมกับตรวจพบ painless oral ulcer และตรวจไม่พบอาการผิดปกติระบบอื่น

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมดังแสดง

ANA 1: 320 (fine speckled type), anti dsDNA positive, UA protein - negative

CBC: Hb 11.6 g/dL, WBC 5,580 cell/mm³ (Neutrophil 71%, lymphocyte 23%), platelets 239,000 cell/mm³

ได้รับการรักษาด้วย 0.1% mometasone cream apply lesion at face q 12 hours อาการผื่นดีขึ้น

- ปฏิเสธประวัติไข้ชัก หรือ อาการชักในอดีตมาก่อน
- ปฏิเสธประวัติผ่าตัด หรือ แพ้ยา
- มารดาเป็นโรค myasthenia gravis

Personal and gynecologic history:

- ปฏิเสธประวัติมีสุรา/สูบบุหรี่เรื้อรัง และการใช้สารเสพติด
- ปฏิเสธประวัติใช้ยาสมุนไพรและอาหารเสริม
- ปฏิเสธประวัติการมีเพศสัมพันธ์, ไม่ได้ใช้ยาฮอร์โมน, ประจำเดือนมาปกติ สม่าเสมอ (LMP = 2 สัปดาห์ก่อนมารพ.)

Current medication: - 0.1% mometasone cream apply lesion at face q 12 hours

(หยุด prednisolone รับประทานครบแล้ว 3 วันก่อนมารพ.)

Physical examination:

GA: Alert but slow speech, well co-operative, looks acutely ill

BW 44 Kg, Height 155 cm, BMI 18.33 kg/m.sq²

V/S: BT 38.3°C, BP 102/60 mmHg, PR 120/min, RR 18/min

Skin: ill-defined non-blanchable erythematous patches along both cheeks, neck and both arms hyperpigmented patches on nasal ridge and pinna with follicular plugging



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 14 มีนาคม 2562 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องแมนดาริน A-B โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

HEENT: mild pale conjunctivae, anicteric sclerae, edematous lips hard palate painless ulcer are noted without oral candidiasis no facial tenderness, no dental carries, no thyroid enlargement

CVS: apical impulse at left 5th ICS/MCL, no heave, no thrill, regular HR, normal S1S2, no murmur

RS: trachea in midline, no adventitious sound

Abdomen: no distention, normoactive bowel sound, soft, liver and spleen cannot be palpated

LN: no significant LN palpable

Extremities: no tremor, no joint swelling, no pitting edema of both legs

Neuro exam:

Cranial nerves- pupils 3 mm both react to light, RAPD negative, full EOM, no facial palsy, no facial numbness, normal gag reflex, uvula in midline, no tongue deviation

Motor- no fasciculation, normal tone, power grade V all extremities

Sensory - intact pinprick and proprioceptive sensation

Reflex- deep tendon reflex 2+ all extremities, Babinski sign - plantar flexion both feet, clonus negative, Glabellar sign negative, palmomental sign negative, normal figure-palm test

Cerebellar- normal finger to nose test, no dysdiadokokinesia

Stiff neck- negative

Eye ground: pink and sharp disc both eyes without retinal exudate/hemorrhage

Investigations:

CBC: Hb 10.6 g/dL, Hct 32.9 %, MCV 86 fL, RDW 16, WBC 8,250 cell/mm³ (Neutrophil 82%, Lymphocyte 10%, Monocyte 7%, Basophils 0%, Eosinophil 0%), platelets 318,000 cell/mm³,

PTT 23.4 sec (22.6-29.8), PT 11.7 sec (10.3-12), INR 1.05

BUN 7 mg/dL, Cr 0.43 mg/dL, Na 133 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl 98 mmol/L, HCO₃ 25 mmol/L

SGOT 133 U/L, SGPT 105 U/L, AP 87 U/L, total bilirubin/direct bilirubin 1.12/0.79 mg/dL, albumin/globulin 2.6/4.0 g/dL

UA: yellow, specific gravity 1.023, WBC 20-30/HPF, RBC 0-1/HPF, glucose negative, protein 2+, blood negative, bacteria few

24 hr-urine: protein 0.62 g, creatinine 29.9 mg/dL, vol 2,190 mL

C3 57.5 (76-171), C4 3.7 (10-40), CH50 < 14.24 (42-95)



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 14 มีนาคม 2562 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องแมนดาริน A-B โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

CXR (แรกรับ)





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

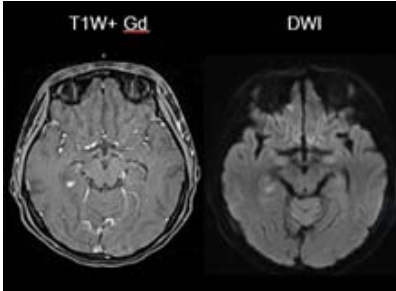
หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 14 มีนาคม 2562 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องแมนดาริน A-B โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

SUMMARY

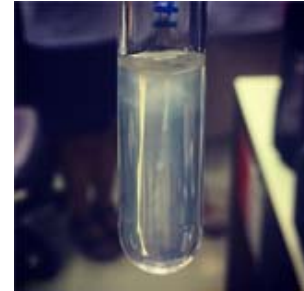
❖ ผล investigation ที่สำคัญ : Hemoculture for bacteria – no growth (2 specimens)



MRI brain: $1.2 \times 0.8 \times 0.8$ lobulated rim-enhancing lesion and surrounding vasogenic edema at body of right hippocampus with centrally restricted diffusion on DWI, probably abscess formation



CSF Gram's stain: rare - small Gram-positive bacilli organism



Motility test tube: as Figure (from CSF culture)

❖ **Clinical diagnosis:** ruptured brain abscess at right hippocampus with active systemic lupus erythematosus (acquired angioedema, cutaneous lupus erythematosus, oral ulcer, lupus nephritis)

❖ **Microbiological diagnosis:** *Listeria monocytogenes*

❖ **Management:** ampicillin 2 grams IV q4h (12 grams/day) for 2 weeks then TMP/SMX(80/400) 4 tabs po BID pc (14 mg/kg/day) for 6 weeks (oral home medication)

❖ **Progress:** discharge with improvement