



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ  
ในวันอังคารที่ 14 มีนาคม 2566 เวลา 13:00-16:30 น. ณ ห้องประชุมบุษบา  
โรงแรมแมนดาริน สามย่าน ถนนพระรามที่ 4 กรุงเทพฯ

## Case 1 : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

### “A 42-year-old male presents with alteration of consciousness for 1 hour”

ผู้นำเสนอ : นายแพทย์จิรพนธ์ เจริญชัย

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อริรัฐ บุญญาศิริ

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**Patient profile:** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร อาชีพ ช่างซ่อมบำรุง  
สิทธิการรักษา ประกันสังคม โรงพยาบาลศิริราช

รับไว้ในการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช วันที่ 1 ตุลาคม 2565

**อาการสำคัญ** หมดสติ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติปัจจุบัน

- 4 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด kidney transplant clinic ก่อนตรวจขับรดได้ พุดยุคได้ตามปกติ ไม่มีปวดศีรษะ หลังจากมาตรวจตามนัด กลับบ้านมีอาการปวดศีรษะ ไม่สามารถระบุลักษณะการปวดได้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีแขนขาอ่อนแรงหรือปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ผู้ป่วยรับประทานยาพาราเซตามอลอาการปวดศีรษะดีขึ้น หลังจกยาหมดฤทธิ์มีอาการปวดศีรษะใหม่ ต้องรับประทานยาแก้ปวดตลอด
- 10 ชั่วโมงก่อนมา รพ. ผู้ป่วยขับรดไปทำงานตอนเช้า ขณะขับรด มีอาการวูบ หน้ามืด ต้องจอดพักประมาณ 10 นาทีอาการดีขึ้นสามารถขับรดต่อไปถึงที่ทำงาน ไม่มีชักเกร็งกระตุก ไม่มีอาเจียน ไม่มีไข้ ไม่มีอ่อนแรง พุดยุคสื่อสารได้ตามปกติ ไม่มีหน้าเบี้ยวปากเบี้ยว
- 2 ชั่วโมงก่อนมา รพ. เพื่อนร่วมงานเห็นครั้งสุดท้ายว่ายังทำงาน และพุดุคได้ตามปกติ
- 1 ชั่วโมงก่อนมา รพ. เพื่อนร่วมงานพบผู้ป่วยหมดสติอยู่ในห้องน้ำ นอนคว่ำหน้าชักเกร็งกระตุกทั่วตัว ไม่มีปัสสาวะหรืออุจจาระราดเป็นระยะเวลาประมาณ 2 นาที หลังจากหยุดชักปลุกไม่ตื่น หายใจมีเสียงดัง เพื่อนร่วมงานจึงเรียกรถโรงพยาบาลมารับ ขณะอยู่บนรถพยาบาลมีชักเกร็งกระตุกทั่วตัวอีกครั้งประมาณ 2 นาที ลักษณะเดิมห่างจากชักครั้งแรกประมาณ 30 นาทีและหยุดชักได้เอง



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ  
ในวันอังคารที่ 14 มีนาคม 2566 เวลา 13:00-16:30 น. ณ ห้องประชุมบุษบา  
โรงแรมแมนดาริน สามย่าน ถนนพระรามที่ 4 กรุงเทพฯ

ที่โรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับยากันชัก phenytoin  
พร้อมกับได้ทำ CT brain non-contrast พบความผิดปกติดังนี้

- Few relative ill-defined hypodense lesions involving at subcortical and deep white  
matter of bilateral frontal lobes, probable subacute lacunar infarction or white matter  
disease.

- Old lacunar infarction at right thalamus

หลังจากนั้นผู้ป่วยได้ถูกส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช

## ประวัติอดีต

### 1. End-stage renal disease unknown etiology

- 1<sup>st</sup> LRKT เมื่อ 10 ปีก่อน (2555) ได้รับไตจากน้องสาว หลังจากนั้นประมาณ 6 ปี (2562) มีปัญหา graft failure เนื่องจาก IgA nephropathy (biopsy proven)
- 2<sup>nd</sup> DDKT เมื่อ 45 วันก่อน (admit 15-28 สิงหาคม 2565)

**Donor information:** ชายอายุ 22 ปี ไม่มีโรคประจำตัว Diagnosis: Traumatic intracerebral hemorrhage  
HLA MM A1 B1 DR1 DQ 0 PRA class I: 55% PRA class II: 0% non DSA

Screening serology		
	Donor	Recipient
Anti-HIV	Negative	Negative
VDRL	Negative	Negative
HBsAg	Negative	Negative
Anti-HBs	-	Positive
Anti-HBc	-	Negative
Anti-HCV	Negative	Negative

Immunosuppression	
Induction	Methylprednisolone 500-250-125 mg Tacrolimus 3-3 mg Mycophenolate mofetil 1000-1000 mg Anti-thymoglobulin 1 mg/kg/day for 5 days
Maintenance	Prednisolone 40 mg/day Tacrolimus 10 mg/day Mycophenolate mofetil 1500 mg/day



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ  
ในวันอังคารที่ 14 มีนาคม 2566 เวลา 13:00-16:30 น. ณ ห้องประชุมบุษบา  
โรงแรมแมนดาริน สามย่าน ถนนพระรามที่ 4 กรุงเทพฯ

Screening serology		
CMV IgG	Positive	Positive
HSV IgG	-	Positive
VZV IgG	-	Negative

**Antimicrobial prophylaxis:**

- Ganciclovir prophylaxis เริ่มตั้งแต่ post-op day 4 จนถึงปัจจุบัน
- Co-trimoxazole (80/400) 1 tab oral once daily

**Post KT complication:**

- Delayed graft function S/P kidney biopsy ผลเป็น acute tubular injury with suspected pyelonephritis ได้ ceftriaxone 2 g/day นาน 6 วันหลังจากนั้นเปลี่ยนเป็น cefdinir 400 mg/day นาน 2 สัปดาห์

**Immunosuppressive drugs ที่ได้รับจาก KT clinic:**

Discharge on 25/8/65 (1 month PTA)	6/9/65 (3 weeks PTA)	27/9/65 (4 days PTA)
Prednisolone 20 mg/day	Prednisolone 10 mg/day	Prednisolone 10 mg/day
MMF 1500 mg/day	MMF 1500 mg/day	MMF 1500 mg/day
Tacrolimus 10 mg/day	Tacrolimus 10 mg/day	Tacrolimus 9 mg/day

2. Hypertensive heart disease with dilated cardiomyopathy

- Pre-op TTE (15/5/65) LVEF 46%, mild hypokinesia, mild MR, moderate TR, mPAP 28
- CAG (29/9/65): insignificant stenosis

3. Dyslipidemia



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ  
ในวันอังคารที่ 14 มีนาคม 2566 เวลา 13:00-16:30 น. ณ ห้องประชุมบุษบา  
โรงแรมแมนดาริน สามย่าน ถนนพระรามที่ 4 กรุงเทพฯ

### ประวัติส่วนตัว

- ปฏิเสธประวัติดื่มสุราหรือสูบบุหรี่
- ปฏิเสธการฉีดยาเข้าเส้นหรือใช้สารเสพติด
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร

### Current medication:

- |  |  |
|--|--|
| - Tacrolimus 9 mg/day                        | - Carvedilol (6.25) 0.5×2 po pc          |
| - MMF 1500 mg/day                            | - ISDN (10) 0.5×3 po ac                  |
| - Prednisolone 10 mg/day                     | - Atorvastatin (40) 1×1 po hs            |
| - Co-trimoxazole (80/400) 1 tab<br>po OD     | - Ferrous fumarate (200) 3 tabs<br>po hs |
| - Ganciclovir 100 mg/day (1.25<br>MKD) IV OD | - Sodamint (300) 2×2 po pc               |
| - Diltiazem (60) 2×2 po pc                   | - Omeprazole (20) 1×1 po ac              |
| - Hydralazine (25) 0.5×4 po pc               |  |

### Physical examination (next day)

**Vital sign:** BP 174/100 mmHg, PR 95 bpm, BT 39.3°C, RR 20/min, SpO<sub>2</sub> 100 %

**General appearance:** Alert, on ET tube, not pale, no jaundice

BW 70 kg, height 175 cm, BMI 28 kg/m<sup>2</sup>

**HEENT:** Not pale conjunctivae, no icteric sclerae, no otitis media, no oral ulcer, no dental carries, no sinus tenderness

**Skin and nail:** No rash, no petechiae, no Janeway lesion, no Osler node

**Lymphatic system:** No superficial lymphadenopathy

**CVS:** No carotid bruit, regular rhythm, PMI at 5<sup>th</sup> ICS-MCL, normal S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>, no murmur

**RS:** On ET tube, trachea in midline, clear and equal breath sound, no adventitious sound



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ  
ในวันอังคารที่ 14 มีนาคม 2566 เวลา 13:00-16:30 น. ณ ห้องประชุมบุษบา  
โรงแรมแมนดาริน สามย่าน ถนนพระรามที่ 4 กรุงเทพฯ

**Abdomen:** Right lower quadrant surgical scar, soft, not tender, liver and spleen cannot be palpated

**Extremities:** No edema

**Neurological examination:**

**Mental status:** Alert, follow 3-step commands

**Cranial nerve:** Intact all

**Motor:** Normotonia

pronator drift at right side

**Sensory:** Intact

**Reflex:** DTR 2+ all

**Babinski's sign:** Absent bilaterally

**Ankle clonus:** Absent bilaterally

**Hoffman:** Absent bilaterally

**Cerebellar sign:** No nystagmus, FTNTF no dysmetria

IV <sup>+</sup>	V
IV	V

**Cortical lobe sign**

Frontal release sign: positive

palmomental reflex both sides

glabellar, grasping, rooting negative

**Stiffness of neck:** negative

**Laboratory Investigations:**

Complete blood count	
Hb	10.9 g/dL
Hct	32.6 %
MCV	77.1 fL
WBC	12,830 /mm <sup>3</sup>
Platelets	256,000 / mm <sup>3</sup>
%Neutrophils	94.9 %
%Lymphocytes	2.2 %
%Monocytes	2.7 %
%Eosinophils	0 %
%Basophils	2.7 %

Clinical chemistry			
BUN	11.5 mg/dL	Total protein	7.2 g/dL
Cr	1.14 mg/dL	Albumin	3.8 g/dL
eGFR	78.88 ml/min/1.73m <sup>2</sup>	Globulin	3.4 g/dL
Na	135 mmol/L	TB	0.78 mg/dL
K	5.0 mmol/L	DB	0.25 mg/dL
Cl	103 mmol/L	AST	29 U/L
HCO <sub>3</sub>	15 mmol/L	ALT	12 U/L
Total Ca	10.3 mg/dL	ALP	96 U/L
Phosphorus	1.5 mg/dL		
Mg	1.6 mg/dL		



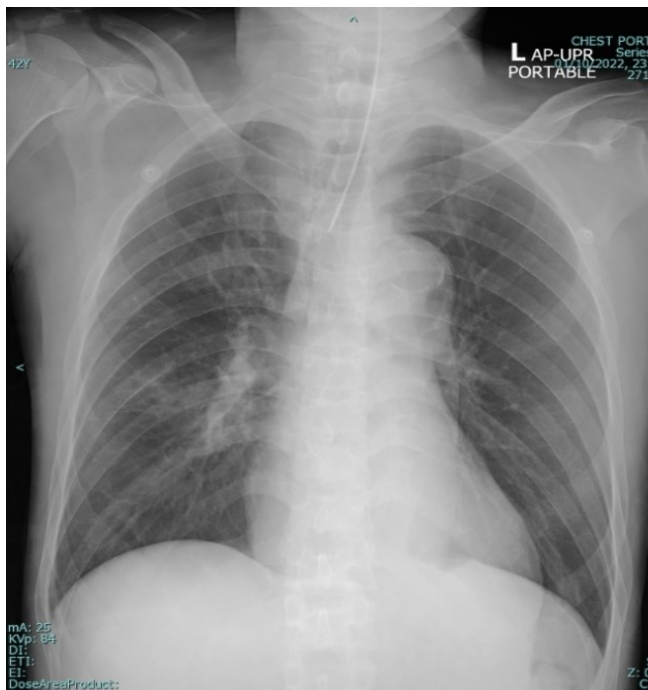
การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ  
ในวันอังคารที่ 14 มีนาคม 2566 เวลา 13:00-16:30 น. ณ ห้องประชุมบุษบา  
โรงแรมแมนดาริน สามย่าน ถนนพระรามที่ 4 กรุงเทพฯ

**Urinalysis:** pH 5.0, Sp.Gr. 1.020, protein 1+, glucose 3+, ketone 4+, nitrite negative, WBC 0-1, RBC 0-1 Epi  
0-1, crystal negative, bacteria few

CPK 1900 U/L POCT glucose 127 mg/dL

**Coagulation:** PT 11.6 sec (10.9-12.5), APTT 25.2 sec (22.0-30.0), IN

Chest radiograph



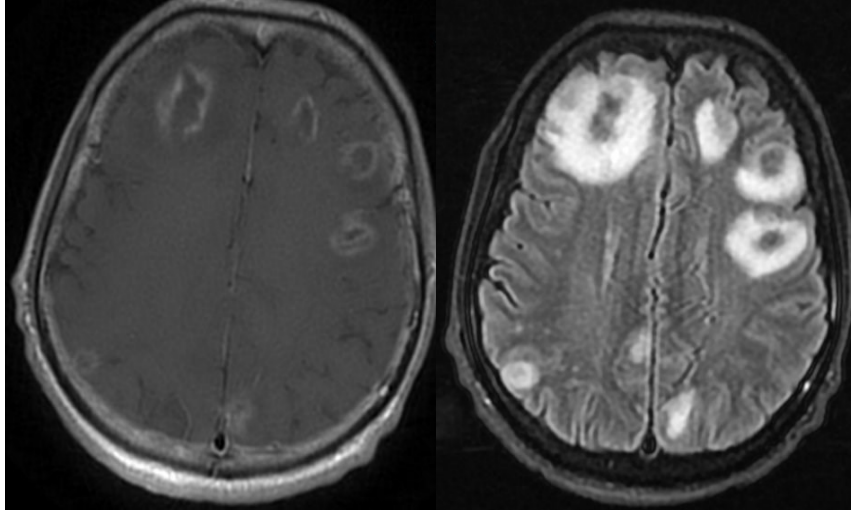
Emergency CT brain with contrast



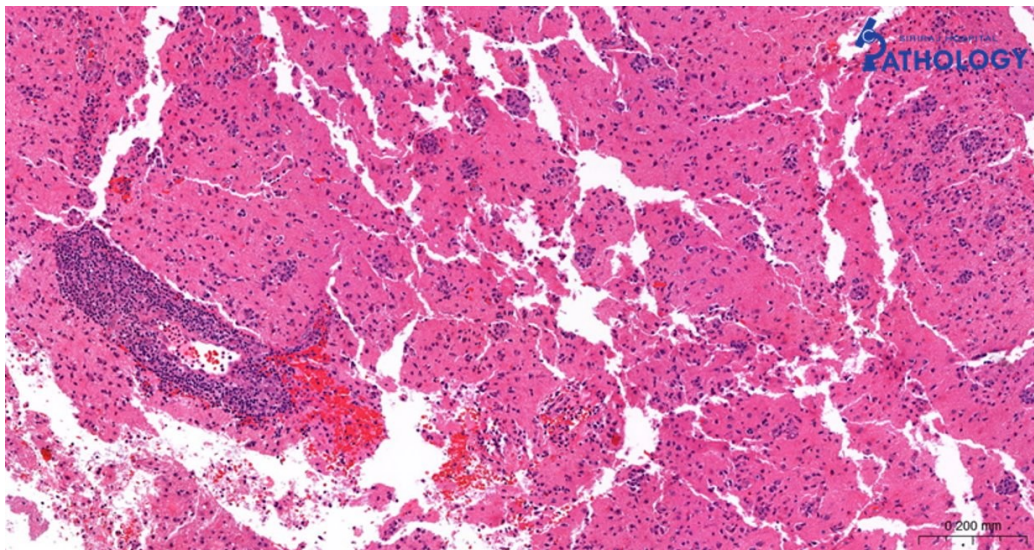


## Case summary

### ผล investigations:



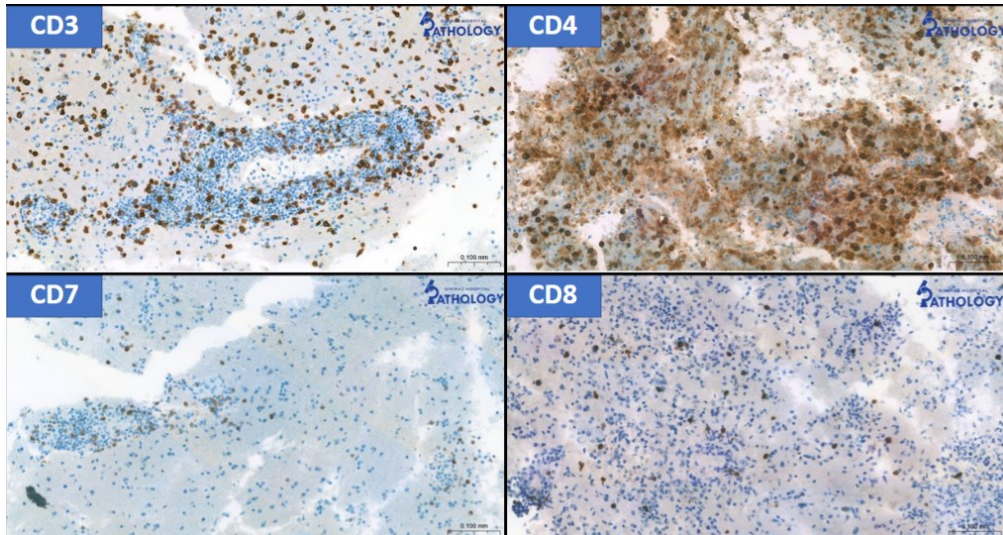
รูปที่ 1 MRI brain T1W with Gd and FLAIR reveals multiple ring enhancing lesions with surrounding vasogenic edema scattering at gray-white matter junction of both frontoparietotemporal, left occipital, right caudate, right insular and both cerebellar hemisphere, sized up to 1.7×2.6 cm.



รูปที่ 2 Stereotactic brain biopsy (H&E stain) showing cerebritis, active inflammation, foci of necrotizing inflammation and lymphoproliferation, no granuloma. AFB, PAS, GMS stain is negative.



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ  
ในวันอังคารที่ 14 มีนาคม 2566 เวลา 13:00-16:30 น. ณ ห้องประชุมบุษบา  
โรงแรมแมนดาริน สามย่าน ถนนพระรามที่ 4 กรุงเทพฯ



**รูปที่ 3 Stereotactic brain biopsy (IHC stain)** T-cell show some scattered medium and medium to large-sized cells. Predominance of CD4+ helper T cells over CD8+ TIA-1+ cytotoxic T-cells and loss of CD7 expression among the CD2+ CD3+ CD4+ CD5+ T-cells (CD4:CD8 = 5-6:1).

○ **Clinical diagnosis:** Multiple brain abscesses

○ **Pathological diagnosis:** T-cell lymphoproliferative disorder arising in immune deficiency/dysregulation, EBV-negative, HHV-8 negative, post-kidney transplant setting

○ **Management:** The patient received antimicrobial therapy; pyrimethamine plus sulfadiazine and meropenem, in addition to, decreased immunosuppressive drugs

○ **Progress:** After the patient was treated with antibiotics and reduced immunosuppressants, the patient's neurological condition progressively worsened. Computed tomography showed worsening edematous brain lesions. Later, the patient died from carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* pneumonia.