



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2565

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันอังคาร ที่ 15 มีนาคม 2565 เวลา 13:00-15:00 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

ผ่านระบบ Zoom Meeting

Case 1: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“A 62-year-old female presents with painful visual loss both eyes for 2 weeks”

ผู้นำเสนอ: แพทย์หญิง วราลี เด็บศิริ

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา: อาจารย์ นายแพทย์จกพัฒน์ วนิชานันท์

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Patient Profile

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี อาชีพ ช่างเย็บผ้า

ภูมิลำเนา จังหวัดลพบุรี ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพมหานคร

เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2564

ประวัติได้จากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน เชื่อถือได้

Chief Complaint:

ตามัวลงสองข้าง 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

- 4 เดือนก่อนมารพ. เจ็บนิ้วชี้ข้างซ้ายหลังจากทำสวน ไม่มีบาดแผลเปิด แต่นิ้วชี้ซ้ายบวมแดงและเจ็บมากขึ้น ไม่มีไข้ ไม่ได้ไปพบแพทย์ หรือซื้อยามาทาน
- 3 เดือนครึ่งก่อนมารพ. ยังเจ็บนิ้วชี้ซ้ายอยู่จนขยับนิ้วไม่ได้ สังเกตว่ามีตุ่มสีม่วงขนาด 2 ซม. ขึ้นบริเวณขาขวา หลังจากนั้นเริ่มมีตุ่มขึ้นที่แขนและขาทั้งสองข้างตามมา ลักษณะตุ่มนูนสีม่วงเช่นกัน ตุ่มที่มีขนาดใหญ่เริ่มเจ็บมากขึ้น และมีหนองแตกออกมา ขณะนั้นไม่มีไข้ และไม่ได้ไปรักษา หรือซื้อยามาทาน
- 3 เดือนก่อนมารพ. เริ่มรู้สึกมีไข้ต่ำ ๆ ไม่ได้วัดปรอท อาการไข้ดีขึ้นหลังทานพาราเซตามอล ผู้ป่วยได้ไปพบแพทย์ที่รพ.เอกชน นิ้วบวมแดงเป็นมากขึ้นลามมาที่หลังมือ ได้รับยา amoxicillin (500 mg) 2 tabs po bid pc 7 วัน แต่อาการไม่ดีขึ้น และได้ทำ skin biopsy ที่ขาซ้ายพบ dense cellular infiltration in the lobular panniculitis (histiocyte, Langhans giant cells, neutrophils and lymphocytes). Neutrophils and nuclear dusts infiltration in the vessel wall with vessel wall destruction, fibrin deposit and foci of fat necrosis are observed. วินิจฉัยเป็น Erythema induratum และเปลี่ยนยาเป็น amoxicillin/clavulanic acid (1 g) 1 tab po bid pc ต่ออีก 7 วัน อาการไม่ดีขึ้น
- 2 เดือนก่อนมารพ. มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคผิวหนังพบตุ่มบริเวณแขนและขาเป็นมากขึ้น ลักษณะมีสีม่วงปนแดง และมีหนอง โดยตุ่มเก่ากลายเป็นแผลที่ลึกขึ้น ไม่มีตุ่มที่หายไปหรือดีขึ้น นิ้วชี้ซ้ายยังเจ็บและบวมอยู่ แพทย์จึงเปลี่ยนยาเป็น clarithromycin (500 mg) 1 tabs po bid pc 5 วัน



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2565

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันอังคาร ที่ 15 มีนาคม 2565 เวลา 13:00-15:00 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

ผ่านระบบ Zoom Meeting

ผู้ป่วยยังมีไข้ต่ำ ๆ อยู่ตลอด มีน้ำหนักลด 1 กก. ใน 2 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยเริ่มทานยากดภูมิ ไม่สม่ำเสมอเนื่องจากมีแพทย์แนะนำให้ลดยากดภูมิ

- 1 เดือนก่อนมารพ. เริ่มมีไข้สูงหนาวสั่น นิวซีซ่ายังบวมแดงและเจ็บอยู่ คุ่มที่แขนและขายังมีเหมือนเดิม ไม่มีอาการระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยไปรพ. เปาโล และได้ admit 1 วัน วัดไข้ได้ 37-37.9°C แพทย์แจ้งว่าผลเพาะเชื้อปกติ และให้กลับบ้านโดยไม่ได้ยาฆ่าเชื้อ มาทานต่อ ผู้ป่วยหยุดทานยากดภูมิเองทั้งหมด
- 3 สัปดาห์ก่อนมารพ. ผลที่นิวซีซ่ายแตกออกและมีหนองไหลออกมา จึงไปรพ. เปาโลอีกครั้งได้ทำ incisional biopsy with debridement ผล pathology รายงานว่า presence of necrotic tissue with chronic inflammation ได้รับยา เป็น amoxicillin/clavulanic acid (1 g) 1 tab po bid pc 10 วัน
- 2 สัปดาห์ก่อนมารพ. เริ่มมีตุ่มนูนแข็งขนาดเล็กขึ้นที่ใบหน้าคล้ายสิว บางตุ่มมีหนองและตกสะเก็ด รู้สึกเจ็บเวลาเอามือลูบหรือใส่หน้ากาก ขณะนั้นรู้สึกง่วงตาทั้งสองข้างเห็นภาพมัวลง ร่วมกับเห็นจุดดำ ๆ คล้ายขุ่นในตาทั้งสองข้าง ยังไม่รู้สึกเจ็บตา ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้แต่อ่านตัวหนังสือไม่เห็น ขณะนั้นผื่นตามตัว และไช้ยังมีอยู่เท่าเดิม น้ำหนักลด 3 กก. ใน 4 เดือนที่ผ่านมา (จาก 55 กก. เป็น 52 กก.)
- 3 วันก่อนมารพ. ตาทั้งสองข้างมัวลงมากกว่าเดิม จนเห็นเป็นภาพเงาๆ เริ่มปวดตาทั้งสองข้าง ปวดตื้อๆ ที่เบ้าตา ไม่ร้าวไปที่ไหน เป็นตลอดเวลา กลอกตาไม่เจ็บมากขึ้น ไม่มีตาแดง
- วันนี้ มาตรวจที่รพ.จุฬาฯ แจ้งแพทย์เรื่องอาการทั้งหมด แพทย์แนะนำให้นอนรพ.

Past history:

1. Probable Behçet's disease

- มาด้วย recurrent episodes of oral ulcers on buccal mucosa, colonic และ genital ulcers 5 ปี
- Punch biopsy buccal mucosa: lichenoid infiltration suggestive lichen planus or oral lichenoid dermatitis
- CT whole abdomen (1/2562) เนื่องจาก bowel habits change พบ focal narrowing of ascending colon
- Colonoscopy (1/2562): large ulcer with lifting edge 4 cm at ascending colon, pathology from colonic ulcer biopsy showed acute organizing ulcer, no organism seen
- Esophagogastroduodenoscopy (6/2562): antral gastritis, pathology from stomach showed mild chronic gastritis,
- ได้รับการรักษาด้วย cyclosporine (25 mg) 2 tabs po od ac, colchicine (0.6 mg) 1 tab po od pc และ prednisolone (5 mg) 1 tab po bid pc (เริ่ม 6 เดือนก่อนมารพ.)



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2565

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันอังคาร ที่ 15 มีนาคม 2565 เวลา 13:00-15:00 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

ผ่านระบบ Zoom Meeting

- ช่วงที่สงสัย erythema induratum (3 เดือนก่อนมารพ.) แพทย์เพิ่มยา azathioprine (50 mg) 1 tab po od pc และเพิ่มขนาด prednisolone เป็น (5 mg) 2 tabs po tid pc และลด prednisolone ลดลงภายใน 2 สัปดาห์ จนเหลือ prednisolone (5 mg) 1 tab po bid pc เท่าเดิม ขณะนั้นผู้ป่วยทานยาไม่สม่ำเสมอและหยุดยาเองไปในที่สุด
- 2. Polycythemia vera
 - มาด้วย erythrocytosis (Hct 53%) จากการตรวจสุขภาพประจำปี 5 ปีก่อน
 - JAK2 V617F mutation: positive
 - ได้รับการรักษาด้วย hydroxyurea (500 mg) 1 tab po od pc, aspirin (81 mg) 1 tab po od pc (หยุดยาไป 1 ปีก่อนมารพ. เนื่องจาก oral และ colonic ulcer)
- 3. History of thyrotoxicosis
 - มาด้วย palpitation, exophthalmos และ goiter 15 ปีก่อน
 - ได้รับการรับประทานและแพทย์สั่งหยุดยาไปเมื่อ 10 ปีก่อน

Current medications:

- Colchicine (0.6 mg) 1 tab po od pc
 - Hydroxyurea (500 mg) 1 tab po od pc
 - Omeprazole (20 mg) 1 tab po bid ac
 - Rebamipide (100 mg) 1 tab po bid ac
 - Paracetamol (500 mg) 1 tab po prn q 4-6 h
 - Tramadol (50 mg) 1 tab po bid pc
- } รับยาจากรพ.เปาโลแก้ปวดนี้ชั่วๆ

Personal history:

- ปฏิเสธประวัติสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา
- แพ้ยาล clindamycin และ ketorolac มีผื่นขึ้นตามตัว
- ปฏิเสธประวัติการใช้ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม
- ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด การสักตามร่างกาย การได้รับเลือด
- ปฏิเสธประวัติ unsafe sexual intercourse
- ปฏิเสธประวัติการเลี้ยงสัตว์
- ปฏิเสธประวัติเดินทางไปต่างจังหวัด เข้าป่า ลุยน้ำ



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2565

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันอังคาร ที่ 15 มีนาคม 2565 เวลา 13:00-15:00 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

ผ่านระบบ Zoom Meeting

Physical examination:

Vital signs: BP 110/59 mmHg, HR 104/min (regular), BT 38.8 °C, RR 18/min

General appearance: A Thai female, alert, well co-operative, look chronically ill

Skin: Generalized eczematoid erythematous papules with umbilicated center confluent on face, upper chest and scatter on extremities and trunk. Multiple purpuric bordered ulcers with pustules in the center on both shins.

HEENT: Mild pale conjunctivae, anicteric sclerae, not seen mucosal ulcer in oral cavity

Eye exam by ophthalmologist

	Right eye	Left eye
Visual acuity:	20/200, with PH 20/50	20/400, with PH 20/200
Conjunctiva:	Not injected	Mild injected
Cornea:	Mutton fat KP, stellate KP, pigmented KP, small white KP, predominate at inferior part	Clear, few pigmented KP and small white KP
Anterior chamber:	WBC 2+, pigment 2+, flare 1+	WBC 3+, pigment 1+, plasmoid +
Iris and pupil:	Focal posterior synechiae 12-6 O'clock, no iris nodule	Heavy posterior synechiae 360 degree, Koeppe's nodules, Busacca's nodules, no iris bombe
Lens:	Nuclear sclerosis 1-2+	Nuclear sclerosis 1-2+
Fundus:	Vitreous haze grade 1, C:D ratio 0.4, sharp, pink, flat retina, multifocal chorioretinitis, no vasculitis	Vitreous haze grade 2-3+, flat posterior pole, poor view

KP: keratic precipitate

Lymph node: No palpable superficial lymph node at cervical, axilla, epitrochlear and inguinal region

Cardiovascular system: No neck vein engorgement, no carotid bruit, apical beat at 5th ICS in midclavicular line, regular heart rate and rhythm, no murmur, no LV/RV heaving, no thrill, no gallop

Respiratory system: Normal thoracic contour, trachea in midline, equal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: No abdominal distension, no superficial vein dilatation, normoactive bowel sound, soft, not tender, liver and spleen cannot be palpated, liver span 8 cm, splenic dullness negative



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2565

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันอังคาร ที่ 15 มีนาคม 2565 เวลา 13:00-15:00 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

ผ่านระบบ Zoom Meeting

Extremities: Left index finger – swelling, redness and tender entire finger, 1x3 cm open wound on dorsal aspect above PIP joint with marginal granulation tissue, exposed ruptured extensor tendon, and PIP joint, limit passive and active ROM in all direction with flexion contracture. Other joints within normal limits

Nervous system: Alert, oriented to time, place, and person, pupil 3 mm BRTL, full EOM, cranial nerves grossly intact, motor power grade V all extremities, sensory intact, DTR 2+ all

Laboratory investigations:

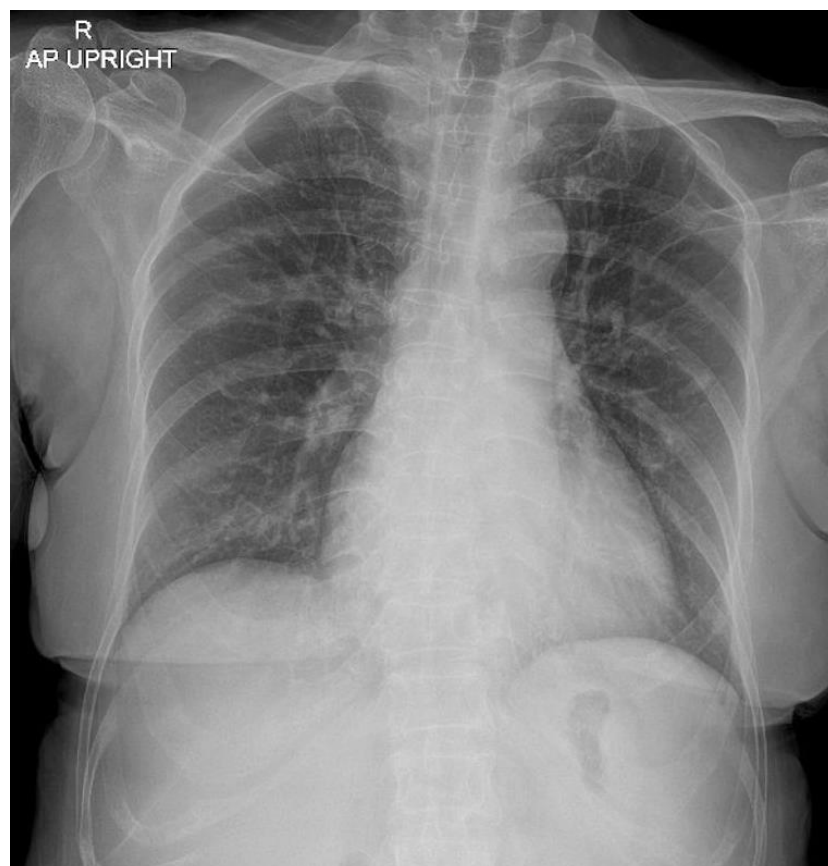
CBC: Hb 9 g/dL, Hct 27.1%, WBC 15,240/mm³ (N 90%, L 5%, M 3.4%, E 0.1%), platelet 471,000/mm³

Blood chemistry: BUN 10 mg/dL, Cr 0.44 mg/dL, Na 129 mmol/L, K 3.2 mmol/L, Cl 92 mmol/L, CO₂ 28 mmol/L

Liver function test: Albumin 2.1 g/dL, globulin 4.1 g/dL, AST 17 U/L, ALT 7 U/L, ALP 77 U/L, total bilirubin 0.71 mg/dL, direct bilirubin 0.41 mg/dL

Urinalysis: yellow, clear, sp.gr. 1.004, pH 6.5, protein neg, glucose neg, ketone neg, WBC 0-1/HPF, RBC 0-1/HPF

Chest X-ray





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2565

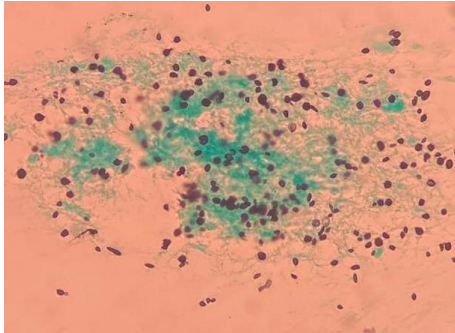
หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันอังคาร ที่ 15 มีนาคม 2565 เวลา 13:00-15:00 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

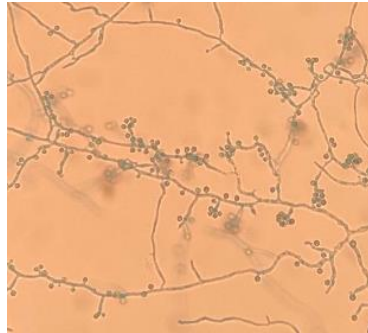
ผ่านระบบ Zoom Meeting

Case summary

ผล investigation:



GMS stain from pus: lengthened yeast form



Lactophenol cotton blue: filamentous state with thin hyphae and denticle microconidia like "daisy flowers"



Colony: smooth and wrinkled, brown to black colony

Clinical diagnosis:

- Disseminated *Sporothrix* infection (skin, subcutaneous, bilateral endophthalmitis, chronic osteomyelitis left index finger)

Microbiological diagnosis:

- *Sporothrix schenckii* complex

Management:

- Intravenous Amphotericin B เป็นระยะเวลา 2 เดือน และเปลี่ยนเป็น itraconazole ก่อนกลับบ้าน

Progress:

- หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้ทำ debridement and 2nd MCP disarticulation และได้รับยา intravenous amphotericin B เป็นเวลา 2 เดือน ไข้ลดลง ผื่นทั้งบริเวณใบหน้า ลำตัว แขนและขาดีขึ้น ไม่มีตุ่มขึ้นใหม่ ตามองเห็นชัดเจนขึ้น ค่าสายตา VA ได้ 20/50 RE, 20/63 LE และได้กลับบ้านด้วย oral itraconazole solution (MIC 0.12 mcg/mL)