



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.30-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 กรุงเทพฯ

Case 1: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“A woman with SLE developed progressive low back pain for 2 months”

ผู้นำเสนอ แพทย์หญิงสุรรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อนุภพ จิตต์เมือง

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Patient profile: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา จ.กรุงเทพมหานคร

Chief complaint: ปวดหลัง 2 เดือน

Present illness:

- 2 เดือนก่อนมารพ. ใช้สูง 1 วัน ร่วมกับปัสสาวะแสบขัด รู้สึกปวดบริเวณตรงกลางหลังและเอวทั้ง 2 ข้าง ปวดตื้อ ๆ ตลอดเวลา ปวดมากเวลาขยับและลุกนั่ง อาการปวดไม่ร้าวไปที่ใด ไม่มีปวดจนต้องตื่นตอนกลางคืน กลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้ ไม่มีอ่อนแรง ไม่ชา มารักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช ตรวจ UA: WBC 20-30, RBC >100, epithelial cell 0-1 cells/HPF ผลเพาะเชื้อจากปัสสาวะ และจากเลือดพบ extended-spectrum cephalosporin-resistant *E. coli* ให้การวินิจฉัย acute pyelonephritis with *E. coli* septicemia รักษาด้วย IV meropenem 3 g/day ต่อมาเปลี่ยนเป็น IV ertapenem 1 g/day รวมระยะเวลาได้ยาต้านจุลชีพทั้งหมด 10 วัน อาการไข้ลดลง ปัสสาวะปกติ อาการปวดหลังดีขึ้น เดินได้แต่บางครั้งต้องใช้ walker ช่วย
- 6 สัปดาห์ก่อนมารพ. มีอาการปวดหลังมากขึ้นอีก มีปวดแปลบร้าวลงขาทั้ง 2 ข้าง ต้องมีคนช่วยพยุงเวลาลุกขึ้นนั่ง และเดิน ยังสามารถกลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้ ไม่ชา มีไข้ต่ำ ๆ ร่วมด้วย ไม่มีปัสสาวะผิดปกติ อาการ 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราชอีกครั้ง ตรวจร่างกาย พบไข้ร่วมกับ right CVA tenderness ตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ ผลปกติ ผลตรวจ UA: WBC 100-200, RBC >200, epithelial cell 0-1 cells/HPF ผลเพาะเชื้อจากปัสสาวะและจากเลือดพบ extended-spectrum cephalosporin-resistant *E. coli* ให้การวินิจฉัย acute pyelonephritis with *E. coli* septicemia และรักษาด้วย IV meropenem 3 g/day ต่อมาเปลี่ยนเป็น IV ertapenem 1 g/day รวมระยะเวลาได้ยาต้านจุลชีพทั้งหมด 14 วัน อาการไข้ลดลงตรวจติดตาม UA อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจเพิ่มเติมดังนี้

Ultrasound KUB: No detected renal stone, mass, or hydronephrosis. No perinephric collection. Several simple bilateral renal cysts, size up to 1.6 cm. Normal distend bladder without mass or stone.



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.30-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 กรุงเทพฯ

LS spine X-ray: Mild decrease anterior height of L2-L3 vertebral bodies suggestive of degenerative change, normal pedicles and spinous processes, and normal visualized bilateral psoas shadow.

อาการปวดหลังให้การรักษาด้วยการรับประทานยาบรรเทาปวด อาการปวดหลังทุเลา แต่ยังไม่หาย จะปวดมากเวลาขยับหรือเคลื่อนไหว ขณะนั้นนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 7 วัน

4 สัปดาห์ก่อนมารพ. มาตรวจติดตามอาการ ยังมีปวดหลังเท่าเดิม รู้สึกขา 2 ข้างอ่อนแรง เริ่มนอนติดเตียง ไม่มีอาการชา ยังคงสืบสภาวะอุจจาระได้ มีไข้สูงอีก ปัสสาวะบ่อยและสีขุ่นบางครั้ง ตรวจร่างกายพบมีไข้ร่วมกับ left CVA tenderness, tenderness along bilateral paraspinal muscles at lumbosacral area และตรวจพบ motor weakness grade II at both proximal lower extremities และ grade IV at both distal lower extremities ผลตรวจ UA: WBC10-20, RBC 0-1, epithelial cell 0-1 cells/HPF, urine culture: contamination with several types of bacteria, blood cultures: no growth ขณะนั้นสงสัยภาวะ recurrent UTI จึงให้การรักษาด้วย piperacillin/tazobactam 4.5 g IV q 6 h นาน 7 วัน ไข้ลดลง ตรวจติดตาม UA ผลปกติ ยังมีอาการปวดหลังและอาการอ่อนแรงที่ขาเท่า ๆ เดิม รวมนอนโรงพยาบาล ทั้งหมด 7 วัน ยังไม่ได้ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมประสาทในการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น

2 สัปดาห์ก่อนมารพ. มีอาการปวดหลังมากขึ้น pain score 9-10/10 ปวดบริเวณเอวด้านซ้ายมากกว่าด้านขวา ปวดตลอดเวลา มีปวดร้าวลงขาและปวดตอนกลางคืนร่วมด้วย ขา 2 ข้างอ่อนแรง ยกไม่ไหว มีอาการชาทั้ง 2 ข้างตั้งแต่ต้นขาถึงปลายเท้า แต่ยังไม่สืบสภาวะและอุจจาระได้ปกติ ไม่มีไข้ รับประทานยาแก้ปวดอาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงพามาพบ.

Past medical history

1. SLE วินิจฉัย ปี 2555 อาการนำคือปัสสาวะเป็นฟอง อ่อนเพลีย และซีด (criteria: ANA-positive >1:1,000 homogenous pattern, anti-dsDNA: positive, AIHA, malar rash, non-proliferative lupus nephritis with IgM nephropathy เดิมรับประทาน prednisolone 5 mg/day ตั้งแต่ปี 2555 ประมาณ 2 เดือนก่อนตรวจพบ active AIHA รักษาด้วยการรับประทาน prednisolone 30 mg/day หลังจากนั้นค่อย ๆ ลดขนาดลงจนเหลือขนาด 15 mg/day ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล
2. T2DM with CKD stage 3b เป็นมานานประมาณ 20 ปี, HbA1C ล่าสุด (ก.ย. 61, 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล) 7.6%
3. Hypertension, non-valvular chronic atrial fibrillation



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.30-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 กรุงเทพฯ

Personal history:

ผ่าตัดคลอดบุตรประมาณ 40 ปีก่อน, ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีประมาณ 10 ปีก่อน, ผ่าตัดต่อกระจุกตาสองข้าง 4 ปีก่อน
หลังผ่าตัดทุกครั้งไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อน

แพ้ยา ceftriaxone มีอาการผื่นคัน

ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุ, ปฏิเสธการรับประทานยาหม้อ ยาต้ม ยาสุกกลอน อาหารเสริม ปฏิเสธการรับประทานอาหาร
สุก ๆ ดิบ ๆ, ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่
ไม่ได้เลี้ยงสัตว์หรือสัมผัสสัตว์ป่วย

Current medication:

Prednisolone 15 mg/day, hydroxychloroquine 400 mg/day, sitagliptin 100 mg/day, metformin 2,000 mg/day,
warfarin 11.5 mg/week, amiodarone 100 mg/day, atorvastatin 20 mg/day, methyl dopa 1,000 mg/day, atenolol 25
mg/day, hydralazine 300 mg/day, doxazosin 4 mg/day, CaCO₃ 1 g/day, vitamin D2 20,000 IU weekly,
erythropoietin 4,000 units weekly, gabapentin 300 mg/day, omeprazole 20 mg/day, ferrous fumarate 400 mg/day,
folic acid 5 mg/day

Physical Examination:

Vital signs: BT 37.5°C, BP 116/50 mmHg, PR 70/min, RR 16/min

GA: an elderly woman, normosthenic built, mild pallor, no jaundice, no sign of chronic liver disease

HEENT: mildly pale conjunctivae, anicteric sclerae, no oral ulcer, no oral thrush

Cardiovascular system: JVP 3 cm above sternal angle, irregular rhythm, PMI at 5th ICS and MCL, no heaving, no
thrill, normal S1S2, no murmur

Respiratory system: trachea in midline, equal chest wall movement, no adventitious sound

Abdomen: no abdominal distension, normoactive bowel sound, soft, no tenderness, liver and spleen: not palpable,
liver span 10 cm, normal splenic dullness, no shifting dullness, impalpable both kidneys, CVA tenderness could
not be evaluated due to pain

Musculoskeletal systems: marked tenderness at mid and paravertebral regions of lumbosacral spines,
predominately on left side, psoas sign: positive on left side, SI and hip joints: normal

Extremities: no pitting edema on both legs, no joint swelling and deformity

Lymphatic system: No superficial lymphadenopathy

Neurological examinations: Normal consciousness



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสาตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.30-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 กรุงเทพฯ

Cranial nerves: intact

Motor system: normotonia, no muscle atrophy or fasciculation, motor power: grade V both upper extremities, grade II both proximal lower extremities, and grade IV both distal lower extremities

Sensory system: decreased pinprick sensation below L4 level bilaterally, impaired proprioceptive sensation both feet

Deep tendon reflexes: 2+ all extremities, Babinski's sign: absent, clonus: negative

Bulbocavernosus reflex and perianal sensation: intact

No stiffness of neck

Investigations:

CBC: Hb 8.0 g/dL, Hct 25.6%, WBC 7,290/mm³ (N 92%, L 4%, M 1%, band 2%, myelocyte 1%), platelet 282,000/mm³

UA: sp.gr. 1.008, pH 5.5, protein: neg, glucose: neg, WBC 1-2, RBC 0-1, epithelial 0-1 cells/HPF

Blood chemistry: BUN 20.7 mg/dL, Cr 1.8 mg/dL, Na 122 mEq/L, K 5.6 mEq/L, Cl 87 mEq/L, HCO₃ 20 mEq/L

Liver function tests: TB 0.27 mg/dL, DB 0.16 mg/dL, AST 32 U/L, ALT 21 U/L, ALP 74 U/L, albumin 2.4 g/dL, globulin 3.1 g/dL

Anti-HIV test: non-reactive

Plain chest and LS spine X-rays: as shown



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.30-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 กรุงเทพฯ





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.30-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 กรุงเทพฯ





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.30-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 กรุงเทพฯ

SUMMARY

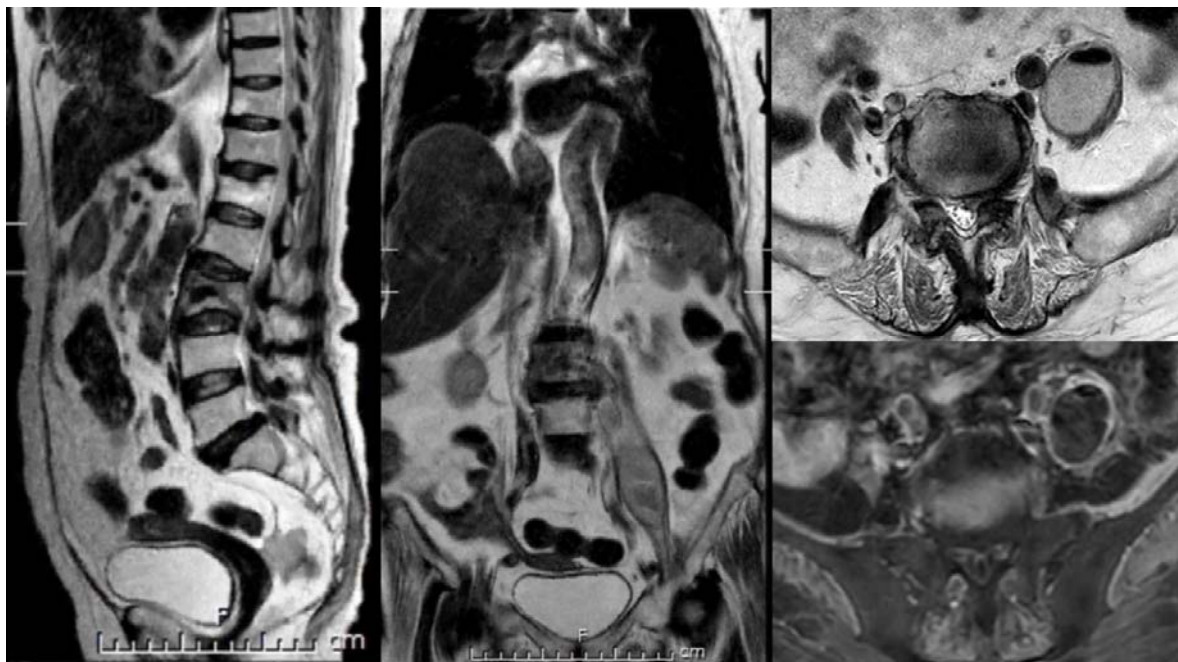


Figure 1. MRI of thoracolumbosacral spines showed compression fracture with internal air bubbles at lower part of L3 vertebral body, suggestive of spondylitis/spondylodiscitis and it caused kinking of the thecal sac with clumping of cauda equina. Two rim-enhancing lesions with calcified wall and internal air bubbles suggested abscesses at bilateral paravertebral areas extending to bilateral psoas muscles.

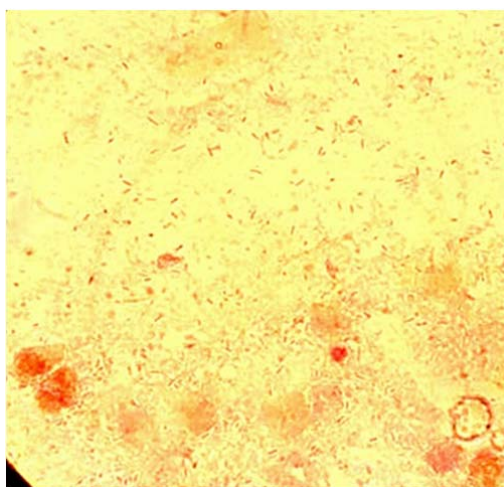


Figure 2. CT-guided aspiration from left psoas abscess revealed anchovy pus. Pus Gram's stain demonstrated numerous pleomorphic Gram-negative bacilli. Pus anaerobic culture grew *Bacteroides fragilis*.



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.30-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 กรุงเทพฯ

○ **Clinical diagnosis:** *Bacteroides fragilis* spondylodiscitis of L3 vertebra with bilateral paravertebral and psoas abscesses and radiculopathy below L4 level

○ **Microbiological diagnosis:** *Bacteroides fragilis* spondylodiscitis

○ **Management:**

○ Antibiotic treatment: IV meropenem 1.5 g/day for 10 days, then switched to IV metronidazole 1.5 g/day for 4 weeks and switch to oral metronidazole 1,200 mg/day

○ Surgical management: percutaneous drainage of left psoas abscess and right psoas abscess, percutaneous screw fixation of L1-L5 and percutaneous incisional biopsy of L3 vertebra

○ CT whole abdomen: no demonstrable bowel perforation or primary focus of *Bacteroides fragilis* infection

○ **Progress:** หลังการรักษา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไข้ลดลง อาการปวดหลังลดลง อาการขาอ่อนแรงดีขึ้น ตรวจร่างกายระบบประสาท motor weakness grade IV at both lower extremities ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยใช้ walker frame