



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

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

Case 2: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“A 35-year-old Thai male presented with acute monoparesis of left leg for 5 days”

ผู้นำเสนอ นายแพทย์จิรวัฒน์ บุพพันธุ์

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กำพล สุวรรณพิมลกุล

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Patient profile: ผู้ป่วยชายไทยโต อายุ 35 ปี อาชีพธุรกิจส่วนตัว ที่อยู่ปัจจุบัน จ.สุราษฎร์ธานี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันที่ 7 กันยายน 2561

Chief complaint: ขาซ้ายอ่อนแรง 4 วัน

Present illness:

5 สัปดาห์ก่อนมารพ. ผู้ป่วยปวดศีรษะตุ๊บ ๆ บริเวณขมับทั้งสองข้าง ร้าวมากระบอกตาทั้งสองข้าง อาการปวดมากขึ้นเมื่อกลอกตาหรืออาเจียน อาการเป็นตลอดเวลา ทานยาพาราเซตามอล 1 เม็ดอาการลดลงแต่ไม่หายสนิท จึงต้องทานยาทุก 6 ชั่วโมง อาการไม่สัมพันธ์กับท่านอนหรือท่านั่ง มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนเป็นเศษอาหาร 3 ครั้งต่อวัน ไม่มีไข้

3 สัปดาห์ก่อนมารพ. อาการปวดศีรษะเป็นมากขึ้นปวดจนไม่สามารถนอนหลับได้ ผู้ป่วยจึงมาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตรวจร่างกายดังนี้ E4V5M6, pupils 3 mm, RTLBE, full EOM, no nystagmus, motor grade V all extremities และ stiff neck negative แพทย์ได้ตรวจ CT brain with contrast (17 สิงหาคม 2561): no abnormal enhancement of the brain parenchyma and leptomeninges จึงได้ทำการเจาะน้ำไขสันหลัง: CSF opening pressure 10 cmH₂O, closing pressure 9 cmH₂O, WBC 6 cells/mm³ (too low to differentiate), RBC 0 cell/mm³, glucose (CSF/serum) 78/109 mg/dL, protein 151 mg/dL, Gram stain: no organism, culture: no growth, India Ink: negative, cryptococcal antigen test: negative, PCR for TB: negative แพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะ immune reconstitution syndrome จาก *Mycobacterium tuberculosis* และเริ่มการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอกโดยให้ยา isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, ethambutol และ cotrimoxazole (primary prophylaxis สำหรับ PCP) ไม่ได้ให้ steroid

2 สัปดาห์ก่อนมารพ. อาการปวดศีรษะเป็นมากขึ้นจนต้องหยุดงาน กลางคืนปวดศีรษะมากไม่สามารถหลับได้ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตรวจร่างกายดังนี้ good orientation to time, place and person, pupils 3 mm. RTLBE, full EOM, no nystagmus, motor power grade V all



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

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

extremities, no decrease pinprick sensation, reflex all 2+, clonus negative, stiff neck

negative ได้ทำ CT brain พบ retained fluid within left sphenoid sinus, left posterior ethmoid and left maxillary sinus วินิจฉัย sinusitis และให้การรักษาด้วย amoxicillin-clavulanate และ tramadol แบบผู้ป่วยนอก

4 วันก่อนมารพ.

หลังตื่นนอนผู้ป่วยอ่อนแรงขาซ้าย ขณะเดินต้องลากขาซ้าย ยกขาซ้ายลำบาก ใส่รองเท้าหลุดทุกครั้ง ปฏิเสธอาการชาหรือปวดของขาและเท้าซ้าย มีอาการปัสสาวะลำบากต้องเบ่งและใช้เวลานานมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดตาซ้ายโดยเฉพาะเมื่อเห็นแสงจะปวดมากขึ้น การมองเห็นปกติ ไม่ได้สังเกตเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ อาการปวดศีรษะไม่ดีขึ้นแต่ไม่ได้เพิ่มมากขึ้น ไม่มีไข้

Past history:

1. HIV/AIDS

วินิจฉัย 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล (กันยายน 2560) ที่โรงพยาบาลเกาสมุย มีอาการต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโตและน้ำหนักลด

4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (พฤษภาคม 2561) CD4+ 3 cells/mm³ (2%), HIV viral load 397,903 copies/mL [5.6 log(10)], RPR non-reactive, HBsAg negative, Anti-HBs negative, Anti-HCV negative, serum cryptococcal antigen negative

ตรวจร่างกายไม่พบ CMV retinitis ยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส

2. Disseminated TB

วินิจฉัย 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล (กันยายน 2560) ที่โรงพยาบาลเกาสมุย ด้วยอาการต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต ทำ cervical lymph node aspiration: AFB positive 3+ แพทย์ไม่ได้ส่งเพาะเชื้อวัณโรค ได้รับการรักษาด้วย 3IRZE/2IR ตั้งแต่ กันยายน 2560 ถึง กุมภาพันธ์ 2561 (7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล) หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่ไปตามนัดอีก

4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (9-14 พฤษภาคม 2561) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยอาการ ไอ เสมหะสีเหลือง, เหนื่อยออกกลางคืน, ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต และน้ำหนักลด 4 กิโลกรัมใน 1 เดือน วินิจฉัย disseminated TB

Sputum AFB: negative, sputum PCR for TB: positive (negative for isoniazid and rifampicin resistance), sputum culture for mycobacteria: *Mycobacterium tuberculosis*, susceptible ต่อ IRES

Right cervical lymph node aspiration: AFB positive 3+, culture for mycobacteria: *M. tuberculosis*, susceptible ต่อ IRES ให้การรักษาด้วย IRZE ตั้งแต่ 11 พฤษภาคม 2561 (4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล) จนถึงปัจจุบัน ขณะมา



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

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

ตามนัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์อาการดีขึ้น ไม่มีไข้ ไอลดลง ไม่มีเสมหะและน้ำหนักเพิ่มขึ้น 5 กิโลกรัมใน 1 เดือน

Personal history

ผู้ป่วยเป็น heterosexual

ปฏิเสธประวัติเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน

ปฏิเสธประวัติใช้ยาสมุนไพรและสารเสพติด

Current medication

Isoniazid 300 mg/day, rifampicin 600 mg/day, pyrazinamide 1,250 mg/day, ethambutol 1,000 mg/day, vitamin B6 25 mg/day, bactrim (80/400) 2 tabs/day, tramadol และ paracetamol

Physical examination

Vital signs: BT 37.0°C, BP 120/80 mmHg, PR 80 bpm, RR 16/min

General appearance: an adult male, well co-operative

HEENT: oral candidiasis, no OHL, no pale conjunctivae, anicteric sclerae

Lymph nodes: no superficial lymph node enlargement

Respiratory system: equal breath sound, no adventitious sound

Cardiovascular system: normal S1S2, no murmur

Abdomen: liver and spleen-not palpable

Extremities: no pitting edema, no arthritis

Neurological examination

Orientated to time-place-person

Normal speech, no dysarthria, no dysphagia

Cranial nerves: pupils 3 mm. RTLBE, full EOM, no ptosis, VA Rt. 20/200, Lt 20/800, RAPD negative

both eyes, eye ground: no papilledema, no CMV retinitis, corneal reflex: positive, no facial palsy, gag

reflex: positive both sides, uvular in midline, no tongue deviation, no fasciculation

Motor: spastic tone of left lower limbs, no muscle atrophy, no fasciculation



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

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

Motor power as shown

Muscles	Right	Left
Upper extremities	V/V	V/V
Hip flexor/extensor	V/V	III/III
Hip abductor/adductor	V/V	III/IV
Knee flexor/extensor	V/V	III/IV
Ankle flexor/extensor	V/V	III/IV
Extensor hallucis longus	V	IV

Deep tendon reflex: Right 2+ and Left 3+

Sensory: pinprick and proprioception of extremities were normal, decreased pinprick sensation at perianal area

Stiff neck: negative

Babinski reflex: plantar flexion both sides; clonus: negative

PR: loose sphincter tone, bulbocavernosus reflex: positive

Cerebellar, frontal and parietal lobe sign were intact

Laboratory investigation

CBC: Hb 13 g/dL, Hct 41%, MCV 79 fL, WBC 3,200 cells/mm³ (N 73%, L 14%, Eo 6%), Platelet 102,000/mm³

Blood chemistry: BUN 18 mg/dL, Cr 0.7 mg/dL, Na 139 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl 103 mmol/L, HCO₃ 22 mmol/L

Liver function test: TB 0.75 mg/dL, DB 0.5 mg/dL, AST 18 U/L, ALT 8 U/L, ALP 327 U/L, albumin 3.1 g/dL, globulin 4.4 g/dL, LDH 193 U/L

CT brain with contrast (Day of admission, 7 กันยายน 2561): No abnormal enhancement of the brain parenchyma and leptomeninges. The ventricular system and cisterns are within normal limits



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

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

SUMMARY



Figure 1. MRI of lumbosacral spines were compatible with cauda equina syndrome and MRI brain showed endoventricular inflammation of bilateral lateral ventricles



Figure 2. Ophthalmological examination showed epithelial whitish branching lineal lesion at temporal and inferior without terminal bulb with positive stain by fluorescein, compatible with herpes zoster keratitis



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ธันวาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

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

-
- **Clinical diagnosis:** Varicella zoster virus ventriculitis, radiculomyelitis and keratitis of left eye
 - **Microbiological diagnosis:** CSF varicella zoster virus viral load >500,000 copies/mL and vitreous sample showed positive for varicella zoster virus PCR
 - **Management:** IV acyclovir 10 to 15 mg/kg/dose every 8 hours until undetectable CSF VZV viral load
 - **Progress:** หลังรักษาจนตรวจไม่พบ VZV ในน้ำไขสันหลัง ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดตา อาการอ่อนแรงขาดีขึ้น สามารถเดินไปทำงานเองได้และสามารถกลืนอาหารและปัสสาวะได้ปกติ