



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 16 มีนาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องแมนดาริน A-B โรงแรมแมนดาริน สีลม กรุงเทพฯ

### Case 2: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

#### “A 20-year-old man presented with diarrhea for 1 month”

ผู้นำเสนอ: นายแพทย์สุกโชก เกิดลาภ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ที่ปรึกษา: อาจารย์นายแพทย์พอล โรจนพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วันที่รับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลรามาธิบดี: 1 ธันวาคม พ.ศ. 2560

**Patient profile:** ชายไทยอายุ 20 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดนครราชสีมา ไม่ได้ประกอบอาชีพจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

**Chief complaint:** ถ่ายเหลว 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

**Present illness:** 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560) มีอาการถ่ายเหลวเป็นลักษณะน้ำปนเนื้อ เนื้อมากกว่าน้ำ ไม่มีมูกเลือดปน ลักษณะอุจจาระสีเขียวปนเหลืองปริมาณครั้งละ 1 แก้ว (100 mL)/ครั้ง ถ่ายวันละ 2-3 ครั้ง เป็นเกือบทุกวัน มีอาการท้องอืดปวดมวนท้องทั่ว ๆ ไป ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร มักมีอาการก่อนถ่ายอุจจาระ หลังถ่ายอุจจาระแล้วอาการปวดบรรเทาลง มีคลื่นไส้บางครั้ง ไม่มีอาเจียน กินได้ลดลง รู้สึกมีไข้ต่ำ ๆ เป็นทุกวัน วัดปรอทที่บ้านได้ประมาณ 38 องศาเซลเซียส อาการเป็นประมาณ 1 สัปดาห์ อาการไม่ทุเลา จึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้รับการรักษาตัวครั้งที่ 1 ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 6-12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 เป็นเวลา 6 วัน ได้รับยาฆ่าเชื้อแบบฉีดร่วมกับการให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ อาการไข้แนวโน้มนลดลง แต่ยังคงมีถ่ายเหลว หลังกลับบ้านไปผู้ป่วยยังมีไข้ต่ำ ๆ ร่วมกับอาการถ่ายเหลวเป็นบางวัน แต่ยังคงมีอาการอ่อนเพลีย

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวครั้งที่ 2 ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 14-21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 เป็นเวลา 7 วัน ได้รับการรักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อแบบฉีดร่วมกับการให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ ระหว่างนอนโรงพยาบาลและหลังออกจากโรงพยาบาลยังคงมีอาการโดยรวมเหมือนเดิม ไม่ดีขึ้นสังเกตพบว่ามีน้ำหนักลดลง 4 กิโลกรัมใน 1 เดือน ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากจึงมายังรพ.รามาธิบดี

#### Past history:

1. Selective IgA deficiency ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่อายุ 9 เดือนโดยอาการท้องเสียและเป็นหวัดบ่อยตั้งแต่เด็ก และน้ำหนักไม่ขึ้น

(11/2541) serum immunoglobulin IgA 1,200 mg/mL, IgM 279 mg/mL, IgA <7 mg/mL

T- cell function: DTH positive to tetanus, Diphtheria Isohaemagglutinin positive (>1:8)



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 16 มีนาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องแมนดาริน A-B โรงแรมแมนดาริน สีลม กรุงเทพฯ

2. Autoimmune thyroiditis (associated with selective IgA deficiency) ได้รับการวินิจฉัยเมื่อธันวาคม พ.ศ. 2544  
Thyroid antibody: positive (1:2,560), microsomal antibody: positive (1:400) ได้รับการรักษาด้วย  
levothyroxine รับประทาน ล่าสุด levothyroxine (0.1) 0.5 tab PO วันละ, 1 tab PO วันละ
3. Short stature and failure to thrive (-2.5 SD, height 124 cm, weight 21 kg) with delayed puberty from  
chronic illness
4. Wegener's granulomatosis (limited type) ได้รับการวินิจฉัยเมื่อสิงหาคม พ.ศ. 2556  
Criteria: c-ANCA positive ร่วมกับประวัติ chronic sinusitis เป็นเวลา 4 ปี  
CT paranasal sinus: bilateral sinusitis suggestive of Wegener's granulomatosis  
Biopsy sinus: no evidence of granulomatous inflammation  
HRCT (15 สิงหาคม พ.ศ. 2556): focal mild bronchiectasis with associated irregular peribronchial  
thickening and fibrosis at apical and posterior segments of RUL. Focal nodular and ground-glass opacities  
surrounding the dilated bronchi, mild irregular peribronchial thickening at apico-posterior, anterior  
segments of the LUL and superior segment of LLL 2 small pulmonary nodule at superior segment of both  
lower lobes, all finding suggestive Wegener's granulomatosis  
ได้รับการรักษาด้วยยา methotrexate 20 mg/week ร่วมกับ prednisolone 15 mg daily เป็นเวลา 2 เดือน  
หลังจากนั้นติดตาม CXR พบว่ามี persistent pulmonary nodule จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น severe type  
Wegener's granulomatosis และได้รับการรักษาด้วยยา cyclophosphamide (IVCY)  
1<sup>st</sup> IVCY (18 ตุลาคม พ.ศ. 2556) 500 mg/m<sup>2</sup>/dose  
HRCT (17 ตุลาคม พ.ศ. 2556): newly seen thickened cavitary lesion at superior segment at LLL 1.8×1.4×1.6  
cm in AP, transverse and vertical respectively จึง hold 2<sup>nd</sup> IVCY  
CT guided FNA (26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556): no organism was obtained  
review HRCT กับทาง radiologist cavity lesion เข้าได้กับโรค Wegener's granulomatosis  
FOB 20 ธันวาคม พ.ศ. 2556: cultures are negative for tuberculosis & fungus, culture aerobe: mixed organism  
แต่ได้รับการรักษาด้วย oral amoxicillin/clavulanic acid และ ciprofloxacin เป็นเวลา 3 เดือน  
HRCT 24 มีนาคม พ.ศ. 2557 new 0.4 cm air space nodule at superior segment of LLL, no longer seen old  
thick wall cavitary lesion at superior segment at LLL  
HRCT 11 กันยายน พ.ศ. 2557: persistence of varicose bronchiectasis involving at RUL with partial  
resolution of focal consolidation and surrounding ground-glass opacities but newly seen several small  
calcification and increase size of ground-glass nodule at superior segment of LLL



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 16 มีนาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องแมนดาริน A-B โรงแรมแมนดาริน สีลม กรุงเทพฯ

Rheumatologist evaluation ให้การวินิจฉัย active Wegener's granulomatosis และให้การรักษาด้วยยา cyclophosphamide (IVCY) 500 mg/m<sup>2</sup>/dose โดยได้รับการรักษาทั้งหมด 10 courses ตั้งแต่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2557-26 ธันวาคม พ.ศ. 2558

HRCT (4 ธันวาคม พ.ศ. 2558): complete resolution ได้ปรับยาคุมภูมิเป็น prednisolone 20mg/day ร่วมกับ azathioprine 50 mg daily

7 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เพิ่มยา cyclophosphamide (50) 1 tab PO 3 ครั้ง/สัปดาห์ เนื่องจากมีค่า ESR และ C-Reactive protein ที่สูงขึ้น ทาง Rheumatologist คิดถึงจาก active disease

6 กันยายน พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ ร่วมกับภาวะเหนื่อยเพลีย ไม่ไอ มีความดันต่ำๆ เข้ารับการรักษาในรพ. ใกล้บ้าน วินิจฉัยว่าเป็นปอดติดเชื้อ ได้รับประทานยา amoxicillin/clavulanic 14 วัน และได้หยุดยา azathioprine อาการทุเลาลง ไอลดลงแต่ยังคงมีเสมหะขาวๆ ไม่มีไอเป็นเลือด

Last HRCT (7 ตุลาคม พ.ศ. 2560): bronchiectasis at apical, posterior segments of RUL, bronchial wall thickening, nodule and tree-in-bud pattern, 0.6 cm solid nodule at lateral segment of RML, 0.7 cm right lower paratracheal node

### Personal history

ปฏิเสธการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/การใช้สมุนไพร/ยาเสพติด

ประวัติรับการผ่าตัดทำ gastrostomy ในอดีตและทำการผ่าตัดปิด พ.ศ. 2549

### Current medications

Prednisolone (5) 2 tabs PO b.i.d. pc

Vitamin D (20,000) 1 cap/week

Levothyroxine (0.1) 0.5 tab PO วันคู่, 1 tab PO วันคี่

Enalapril (20) 0.5 tab PO OD pc

CaCO<sub>3</sub> (1,250) 1 tab PO OD pc

Ferrous fumarate (200) 1 tab PO b.i.d. PC

Folic acid (5) 1 tab PO OD

MTV 1 tab PO OD pc



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 16 มีนาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องแมนดาริน A-B โรงแรมแมนดาริน สีลม กรุงเทพฯ

### Physical examination

**Height 124 cm, weight 20 kg**

Vital signs: T 39.8°C, PR 140/min, RR 20/min, BP 100/70 mmHg

GA: A young male, alert, awake, and oriented to time, place, and person with short stature, dysmorphic feature

HEENT: mild pale conjunctivae, anicteric sclerae, saddle nose, dry lips and oral mucosa, oral mucositis, no oral thrust.

Lymph node: not palpable

Lungs: clear breath sound, no adventitious sound

Heart: Flat JVP, Normal S1 S2, no murmurs, tachycardia.

Abdomen: scaphoid shape, old surgical scar at exgastrostomy site, normoactive bowel sounds, tenderness at epigastrium on palpation, no rebound tenderness, no guarding, no pulsatile mass, liver & spleen are not palpable, liver span 7 cm, negative splenic dullness

Extremities: no deformities, no joint swelling, no pretibial edema

Neurological examination: grossly intact

### Investigations

1. CBC: Hb 7.2 g/dL, Hct 22.1%, WBC 14,000 cells/mm<sup>3</sup> (N 91.9%, L 2.7%, M 3.3%, Eo 0%, B 0.1%, band form 2%), platelet count 68,000 cells/mm<sup>3</sup>, MCV 89.8 fL, RDW 17.9%, reticulocyte count 2%
2. Plasma glucose 83 mg/dL
3. BUN 12 mg/dL, Cr 0.48 mg/dL, Na 137 mmol/L, K 3.79 mmol/L, Cl 109 mmol/L, HCO<sub>3</sub> 18.4 mmol/L
4. LFTs: AST 21 U/L, ALT 12 U/L, TB 0.4 mg/dL, DB 0.2 mg/dL, ALP 118 U/L, GGT 48 U/L, Alb 21.1 g/L, Globulin 48.4 g/L, Total protein 69.9 g/L
5. ESR 138 mm/hr, C-reactive protein 187.23 mg/L
6. Free T3 <1.00 pg/mL (1.71-3.71), Free T4 1.14 ng/dL (0.70-1.48), TSH 0.838 uIU/mL (0.35-4.94)
7. Stool exam: WBC negative, RBC negative



# การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 16 มีนาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

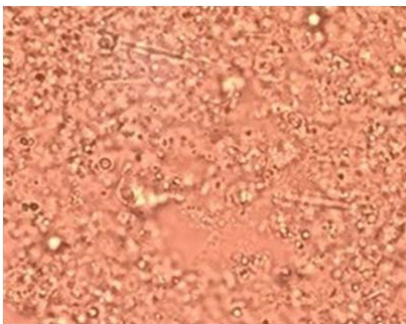
ณ ห้องแมนดาริน A-B โรงแรมแมนดาริน สีลม กรุงเทพฯ

## Summary

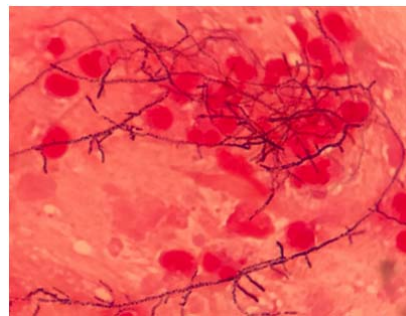
### Investigation



**Figure 1.** CT whole abdomen shows 3 enhancing cystic lesions with internal septation at segment VI, caudate lobe and segment II/III, measuring 3.7 cm, 4.2 cm and 4.5 cm, respectively



**Figure 2.** Liver abscess aspiration; fresh smear shows numerous PMNs with Charcot-Leyden crystals



**Figure 3.** Liver abscess aspiration; Gram stain shows numerous Gram positive rods, filamentous, branching, beaded appearance

### Clinical diagnosis

1. Nocardia liver abscesses (culture proven)
2. Suspected amoebic liver abscesses (Charcot-Leyden crystals)
3. Possible CMV colitis with CMV viremia
4. Suspected smear negative pulmonary TB

### Microbiological diagnosis

1. Liver aspiration pus culture grew *Nocardia* spp.
2. Stool examination was negative for *E. histolytica* cysts and negative *E. histolytica* serologic study
3. Colonic biopsy showed no evidence of CMV infection
4. Bronchoalveolar lavage fluid staining was negative for acid fast bacilli organism



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 16 มีนาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องแมนดาริน A-B โรงแรมแมนดาริน สีลม กรุงเทพฯ

### **O Management**

1. Nocardia liver abscesses ได้รับการรักษาด้วยยา Imipenem IV 9-29/12/60 (20 วัน) ร่วมกับ TMP-SMX PO (เริ่ม 27/12/60) จนถึงปัจจุบัน
2. Suspected amoebic liver abscesses (Charcot-Leyden crystals) ได้รับการรักษาด้วยยา Metronidazole PO และยา Diiodohydroxyquinoline PO เป็นระยะเวลา 21 วัน
3. Possible CMV colitis with CMV viremia ได้รับการรักษาโดย Induction ด้วยยา ganciclovir 5mg/kg IV q 12 hours 5-28/12/2560 (3 สัปดาห์) และ Maintenance ด้วยยา valganciclovir PO 29/12/60 - จนถึงปัจจุบัน
4. Suspected smear negative pulmonary TB ได้รับการรักษาด้วยยาวันโรค isoniazid, rifampin , pyrazinamide, ethambutol (4/12/61) และได้หยุดการใช้ยา pyrazinamide (6/12/60) เนื่องจากเกิดภาวะ drug-induced hepatitis

### **O Progress**

อาการท้องเสียหายจนเป็นปกติ และผลเพาะเชื้อวัณโรคจาก bronchoalveolar lavage ไม่พบเชื้อวัณโรค จึงหยุดการรักษาวัณโรค และทำการรักษา Nocardia liver abscess ต่อด้วย TMP-SMX ต่อไป