



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

Case 1: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ.2556

Patient profile: ชายไทยโสด อายุ 41 ปี ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน จ. ฉะเชิงเทรา อาชีพพนักงานร้านทอง

Chief complaint: นิ้วก้อยมือขวาปวดและสีกลิ้งขึ้น 5 วันก่อนมารพ.

Present illness:

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น refractory B-ALL เมื่อ ก.ย. 56 มาด้วยอาการไข้ ปวดท้อง ตรวจ CBC Hb 7.5 g/dL, Hct 23%, WBC 4990 cells/mm³ (Neu16%, L 64%, Blast 12%), plt 39,000/mm³, Bone marrow biopsy: Hypercellular bone marrow showing infiltrated with immature lymphoid cell, Flow cytometry: significant increased abnormal B-lymphoblast 12% ได้ยาเคมีบำบัด hyper CVAD และ intrathecal methotrexate

14 พ.ย. 2556 หลังได้ยาครั้งที่ 2 ได้ประเมินตรวจ bone marrow ผลเป็น Refractory B-ALL จึงได้เปลี่ยนสูตรยาเคมีบำบัดใหม่เป็น Vincristin และ Doxorubicin (14, 21, 28 พ.ย.2556) ร่วมกับ L-asparaginase (21, 28 พ.ย. 2556) และ Prednisolone 85 มก. ต่อวัน (14-27 พ.ย. 2556) หลังให้ยาไม่มีไข้ ไม่เหนื่อยไม่ไอ CBC ก่อนกลับบ้าน (21 พ.ย. 2556) WBC 7,500 (Neu 90%, L 9%) ได้ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และให้ prednisolone รับประทานต่อโดยลดขนาดลงเป็น 60 มก. นาน 4 วัน (27-31 พ.ย. 2556), 50 มก.นาน 4 วัน (1-4 ธ.ค. 2556), 40 มก. นาน 4 วัน (5-8 ธ.ค. 2556), 30 มก.นาน 4 วัน (9-12 ธ.ค. 2556)

10 วันก่อนมา รพ. (2 ธ.ค. 2556) มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยโลหิตวิทยาตามนัดมีถ่ายเหลวเล็กน้อย 3-4 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน CBC Hb 8.4 g/dL, Hct 23%, WBC 390 cells/mm³, plt 39,000/mm³ ได้ให้ LPRC 1 ยูนิต G-CSF และ ALL protocol ต่อ (Vincristin 5 ธ.ค. 2556 และ L-asparaginase 3, 5 ธ.ค. 2556)

7 วันก่อนมา รพ. แสบในรูจมูกด้านขวา ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีเลือดออก ไม่ไอ ไม่ถ่ายเหลว

5 วันก่อนมา รพ. เริ่มมีไข้เลือดที่ปลายนิ้วก้อยมือขวาตอนแรกเป็นจุดเล็ก ๆ ประมาณ 0.5 ซม. รู้สึกปวดมาก ไม่มีไข้ กินยา acetaminophen อาการปวดลดลงเล็กน้อย ไม่มีไข้ ไม่ชา ปฏิกิริยาประวัติดนกระแทกหรือการบาดเจ็บบริเวณนี้

4 วันก่อนมา รพ. ไข้เพิ่มปราศจากเชื้อเจาะปลายนิ้วก้อยเอง ได้น้ำใสๆ ปริมาณเล็กน้อย ไม่มีหนอง สังเกตว่าจุดดำปลายนิ้วลามมากขึ้น ปวดเท่าเดิม ไม่มีไข้ ไม่ปวดที่อื่น



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

3 วันก่อนมา รพ. เริ่มมีจุดสีดำที่ฝ่าเท้าซ้ายขนาด 2 ซม. มีอาการปวดเป็นพักๆ ไม่ปวดเท่าที่นิ้วก้อย จุดดำที่นิ้วก้อยมือขวายังขนาดเท่าเดิม ปวดเท่าเดิม ไม่มีไข้ ไม่เหนื่อย ไม่ไอ ไม่ถ่ายเหลว

วันที่มา รพ. มาตรวจตามนัดของหน่วยโลหิตวิทยา เริ่มมีไข้ต่ำๆ จึงให้รักษาตัวต่อในรพ.

Past history: Chronic hepatitis B virus infection ตรวจพบเมื่อ ก.ย. 56 ได้รับการรักษาด้วยยา lamivudine

Personal history: ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปฏิเสธการเลี้ยงสัตว์ ปฏิเสธการทำสวน

Family history: ปฏิเสธโรคเลือดในครอบครัว

Current medications: Acyclovir (400) 1 x 2, Co-trimoxazole (400/80) 2 x 2 (จ.และ พญ.), Lamivudine (150) 1 x 1 pc, Prednisolone (5) 3 x 2, G-CSF 300 มก. ฉีดใต้หนัง ทุก 24 ชั่วโมง

Physical examination

Vital signs: T 37.8°C, PR 80 beats/min, RR 18/min, BP 110/70 mmHg

GA: alert, looked fatigue, mild pallor, no jaundice

HEENT: pharynx and tonsils- not injected, no oral ulcer, no oral thrush

Rt. nasal cavity-black crust at Rt. Inferior turbinate, Lt. nasal cavity- mild swelling mucosa

thyroid gland- not enlarged

Lymph node: no superficial lymphadenopathy

CVS: Pulse femoral a., popliteal a., dorsalis pedis a., and posterior tibial a. 2+ all

PMI at 5th intercostal space in the midclavicular line, no heaving, no thrill, normal S1S2, no murmur

RS: trachea in midline, normal and equal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: active bowel sounds, no distension, soft, not tender, no guarding, liver and spleen not palpable, liver span 8 cm.

Skin: Rt. hand- well-defined blackish gangrenous plaque at tip of Rt.5th finger 1 cm. in length, tender, no discharge

Lt foot- well – defined non- blanchable purpuric patch size 3.5 cm. on Lt. plantar area



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

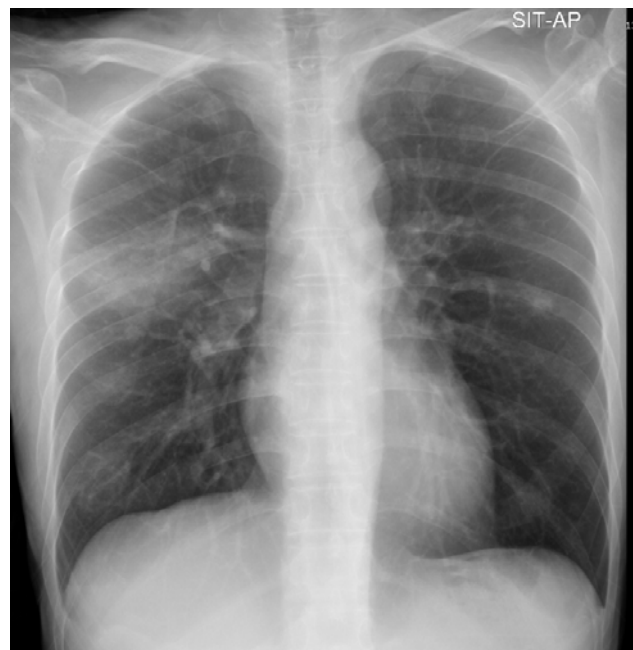
เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

Laboratory investigations

1. CBC: Hb 6.9 g/dL, Hct 20%, MCV 80 fL, WBC 1,180 cells/mm³ (N 80%, L 15%, M 2%), plt. 38,000/mm³
2. Blood chemistry: BUN 15 mg/dL, Cr 0.5 mg/dL, Na 131 mmol/L, K 3.3 mmol/L, Cl 95 mmol/L, HCO₃ 24 mmol/L
3. LFT: AST 22 U/L, ALT 21 U/L, ALP 67 U/L, GGT85 U/L, TB 0.8 mg/dL, DB 0.4 mg/dL, albumin 2.3 g/dl, TP 4.5 g/dL
4. CXR: as Figure





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

Case 2: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อ 15 มกราคม 2557 ประวัติได้จากพระภิกษุที่อยู่กุฏิใกล้เคียงและเวชระเบียน

Patient profile: พระภิกษุไทย อายุ 60 ปี ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัด กรุงเทพฯ

Chief complaint: ปวดศีรษะมากขึ้น 7 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: 7 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะช็อกวาเป็นๆ หายๆ ไม่ทราบลักษณะการปวด ไม่มีไข้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน รับประทานยาแก้ปวดไม่ทราบชนิด อาการดีขึ้น ยังทำกิจวัตรประจำวันได้

4 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดศีรษะเป็นมากขึ้น ปวดทั่วๆ ปวดมากขึ้นจนตื่นกลางดึก ไม่มีอาเจียนพุ่ง จำทางเดินไปห้องน้ำไม่ได้ เข้าห้องน้ำแล้วไม่สามารถหาประตูเปิดออกมาเองได้ ลืมของที่วางไว้ ใช้เวลานานในการนึกชื่อบุคคล สามารถเขียนหนังสือและสวดมนต์ได้ ไม่มีพฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลง ขาสองข้างอ่อนแรงต้องใช้ไม้เท้าช่วยเดิน แขนสองข้างมีแรงปกติ ไม่มีตามัว มีไข้ต่ำๆ เป็นๆ หายๆ จึงไป รพ.เอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นไมเกรน จิตยา 1 เข็มแล้วให้กลับบ้าน อาการไม่ดีขึ้น

3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดศีรษะเป็นมากขึ้น ร่วมกับมีอาการซึมลง ญาติจึงนำส่ง รพ.เอกชนแห่งเดิม ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 23 ธ.ค. 56 – 15 ม.ค. 57 ผลการตรวจเพิ่มเติม CBC: Hb 11.2 g/dL, Hct 34%, WBC 9,300/mm³ (N 72 %, L 19%), Plt 316,000/mm³; H/C no growth; Anti-HIV +ve; HBsAg –ve; Anti-HCV –ve; CXR no pulmonary infiltration; CT brain as figure ได้รับการวินิจฉัยเป็น Multiple brain abscesses และให้การรักษาด้วย

- Ceftriaxone IV 4 g/day + Metronidazole (23-24/12/56)
- Sulfadiazine 4 g/day + Pyrimethamine 75 mg/day (24/12/56-15/1/57)
- Ertapenem IV (24/12/56-7/1/57)
- Clindamycin IV 1,800 mg/day (24/12/56-15/1/57)
- INH 300 mg/day, Rifampicin 600 mg/day, Pyrazinamide 1,500 mg/day, Ethambutol 1,000 mg/day (2-15/1/57)
- Dexamethasone IV 12 g/day (2-13/1/57) then 8 g/day (14-15/1/57)
- Meropenem IV 6 g/day (7-15/1/57)
- Vancomycin IV 2 g/day (1-15/1/57)

อาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยซึมลง จึงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

Past history:

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น
 1. Type 2DM วินิจฉัยเมื่อ 20 ปีก่อน HbA1C 7.7 (ม.ค. 57)
 2. Hypertension, Hypercholesterolemia วินิจฉัยเมื่อ 20 ปีก่อน
 3. Migraine วินิจฉัยเมื่อ 5 ปีก่อน
- เป็นโรคปอดอักเสบ 4 ครั้งในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 4-5 วันต่อครั้ง ได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อชนิดเข้าหลอดเลือด ครั้งสุดท้ายเมื่อ 3 เดือนก่อน ไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ
- ไม่เคยเป็นงูสวัด ไม่เคยเป็นวัณโรคหรือมีอาการไอเรื้อรัง ไม่เคยเป็นไซนัสอักเสบ หูน้ำหนวก ฟันผุ หรือโรคลิ้นหัวใจ

Personal history:

- ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่เคยสักตามร่างกาย
- อาศัยที่ภูมิลำเนา เลี้ยงสุนัขพันธุ์เล็ก 9 ตัว
- ผู้ป่วยเดินทางไปจำพรรษาทุกเดือน นอนกุฏิที่วัดกลางป่า จังหวัดขอนแก่น ไม่ได้ออกตรวจคัด

Physical examination

VS: T 37.3°C, P 102/min, RR 18/min, BP 130/90 mmHg

GA: on endotracheal tube with respirator and NG tube, drowsiness, not pale, no jaundice, no edema

Skin: no rash, discrete hyperpigmented macule 1 cm in diameters all extremities

HEENT: no oral thrush or oral hairy leukoplakia, no dental caries, no erythema of external ear canal,
clear and intact tympanic membrane both ears

LN: no superficial lymph node enlargement

CVS: JVP 3 cm above sternal angle, PMI at 5th ICS, MCL, no heaving, normal S1 and S2, no murmur

RS: normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: soft, not tender, liver and spleen not palpable, liver span 10 cm, normal bowel sounds



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

Genitourinary system: multiple small shallow ulcers on erythematous base at perianal area

NS: drowsiness, E₃V_TM₅, follow 1-step command

Cranial nerves: CN II- no papilledema

CN III, IV, VI- pupils 3 mm BRTL

CN VII- no facial asymmetry

CN IX, X- gag reflex positive

CN V, VIII, XI, XII- could not evaluate

Motor system- no muscle atrophy or fasciculation, normal tone all extremities, muscle power at least grade IV all extremities

Deep tendon reflexes 2+ all extremities, flexor response both sides, clonus negative

Sensory system and cerebellar sign- could not evaluate

Frontal release signs- negative

Stiff neck- negative

Laboratory investigations แรกวันที่ รพ.ศิริราช

1. CBC: Hb 11 g/dL, Hct 32%, WBC 9,920/mm³ (N 88 %, L 8.3 %, M 3.1 %), Plt 142,000/mm³
2. UA: pH 6.0, Sp.gr.1.036, Protein 2+, Sugar +, WBC 1-2/HPF, RBC 5-10/HPF
3. BUN 18 mg/dL, Cr 1.32 mg/dL, Na 125 mEq/L, K 3.9 mEq/L, Cl 88 mEq/L, HCO₃ 24 mEq/L
4. TB 0.4 mg/dL, DB 0.08 mg/dL, AST 38 U/L, ALT 28 U/L, ALP 87 U/L, alb 3.1 g/dL, glob 4.3 g/dL



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2557

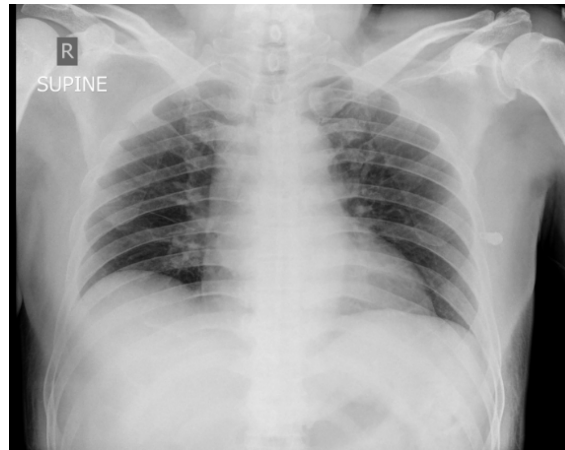
จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

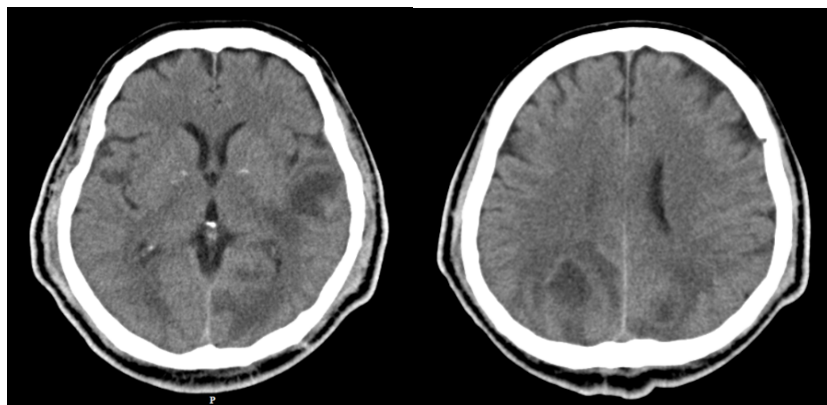
วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

5. Chest X-ray (23 ธ.ค. 56)



6. CT brain with contrast (23 ธ.ค. 56)



CT brain with contrast (16 ม.ค. 57)





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

Case 3: โรงพยาบาลราชวิถี

Patient profile: ชายไทยคู่อายุ 46 ปี อาชีพทำนา ภูมิลำเนา จ.ชัยนาท

Chief complaint: ชาขาอ่อนแรง 1 เดือน

Present illness:

8 เดือนก่อนมารพ. มีอาการปวดตื้อๆบริเวณกลางหลัง ระหว่างสะบักสองข้าง ไม่ร้าวไปไหน ขยับตัวหรือก้มเงยไม่ปวดมากขึ้น ไม่มีอาการชาหรืออ่อนแรง ซ้ำๆแล้วปวดมากขึ้นอาการดีขึ้นเล็กน้อย

2 เดือนก่อนมารพ. มีอาการปวดหลังที่เดิมมากขึ้น เริ่มมีขาขาอ่อนแรง รู้สึกหนักขาเวลาเดิน ชาที่ขาขาตั้งแต่ได้เขาลงไป ไปพบแพทย์ได้ยาแก้ปวดมารับประทาน

1 เดือนก่อนมารพ. ชาขาอ่อนแรงมากขึ้น ยกขาลำบาก ไม่มีไข้หรือน้ำหนักลด ได้ Admit ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ทำ MRI thoracic spine พบ discitis with spondylitis with vertebral collapse, anterior epidural abscess causing spinal canal stenosis with multi-loculated of pre-paravertebral abscesses at T6-8 and bilateral infected pleural fluid/abscess. ได้ยา cefazolin, gentamicin, isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, ethambutol ประมาณ 1 สัปดาห์ อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลราชวิถี

Past history:

- ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยประสบอุบัติเหตุที่หลัง ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรง ไม่เคยรับการผ่าตัด เคยทำงานในไร่อ้อยที่ จ.กาฬสินธุ์เมื่อ 7 ปีก่อน

Personal history:

- สูบบุหรี่ 30 มวนต่อวันมา 30 ปี เลิกมา 2 เดือน, กินเหล้าขาวเกือบทุกวันมา 30 ปี หยุดมา 3 ปี
- ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ไม่มียาอื่นที่ใช้ประจำ ไม่กินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ไม่เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค, ที่บ้านเลี้ยงสุนัข

Family history:

- มารดาเป็นโรคเบาหวาน บิดาไม่มีโรคประจำตัว



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

Physical examination

Vital signs: T 37.4°C, BP 120/70mmHg, PR 82/min, RR 16/min

General appearance: a middle-aged Thai man, good consciousness

HEENT: not pale conjunctivae, anicteric sclera, no oral thrush

Heart: pulse full and regular, PMI at 5th ICS/MCL, no heaving, no thrill, normal S1S2, no murmur

Lungs: equal chest expansion, normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: soft not tender, liver and spleen not palpable, no shifting dullness, no sign of chronic liver disease

Extremities: no pitting edema, no arthritis

Neurological examination:

Cranial nerves: pupil 2 mm react to light BE, normal EOM, no facial palsy, no tongue deviation

Motor: motor power grade 3 both legs, other groups are grade 5

Sensory: decrease pinprick sensation below T6 level

DTR: both upper extremities 2+, both lower extremities 3+

BKK: plantar flexion both sides, clonus negative

Laboratory investigations

1. CBC: Hb 11.9 g/dL, Hct 36.5%, MCV 87.8 fL, WBC 12400 cells/mm³ (N72%, L19%, M 4%, E 5%), plt 455, 000/mm³
2. BUN 6 mg/dL, Cr 0.7 mg/dL, Na 137 mEq/L, K 3.8 mEq/L, Cl 98 mEq/L, HCO₃ 26 mEq/L
3. TP 6.5 g/dL, ALB 3.5 g/dL, TB 0.25 mg/dL, DB 0.16 mg/dL, AST 15U/L, ALT 11 U/L, ALK 162 U/L
4. FBS 96 mg/dL, calcium 9.7 mg/dL, phosphorus 4.9 mg/dL,
5. C-Reactive protein 9.77 mg/dL



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

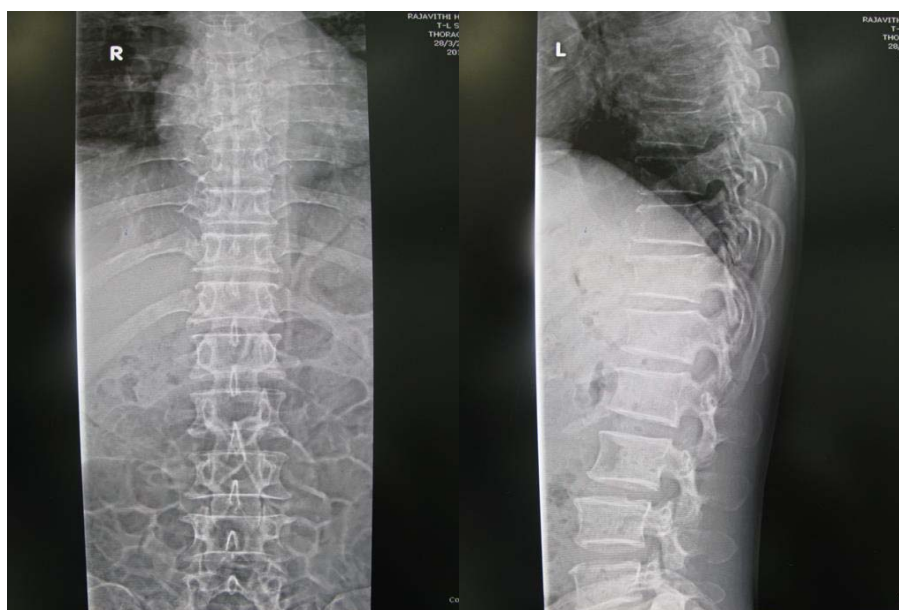
ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

6. UA: clear, yellow, Sp.gr. 1.015, pH 7.0, protein 1+, glucose neg, blood neg. WBC 2-3 cells/HPF, RBC 2-3/HPF

7. Chest X-ray



8. Film T-L spine AP/lateral





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2557

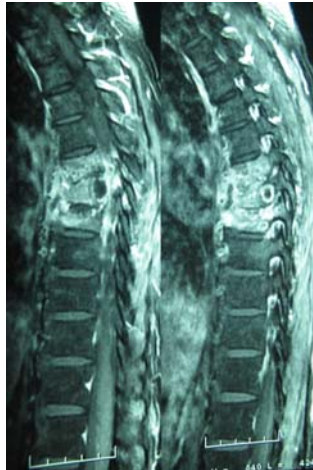
จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ

9. MRI T-spine



Hospital course ที่ รพ.ราชวิถี (28 มี.ค.-17 เม.ย. 2556)

4 เม.ย. 56 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด posterior decompression with instrumentation T5-9 with posterior fusion ได้ยา isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, ethambutol, fosfomycin, ceftriazone

8 ต.ค. 2556 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการปวดลดลง อาการชาและอ่อนแรงดีขึ้นเล็กน้อย แพทย์ลดยาเหลือ isoniazid และ ethambutol

31 ต.ค. 2556 มาตรวจตามนัด มีอาการไข้ ปวด บวม แดง บริเวณแผลผ่าตัด 1 เดือนก่อนมารพ. ตรวจร่างกายพบมี swelling with fluctuation at surgical scar, decrease pinprick sensation below T6, motor grade 5 all Film T-L spine ดังภาพ

