



Case 3 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้นำเสนอ แพทย์หญิงณัฐณี ลักษณะนันท์
ที่ปรึกษา อาจารย์แพทย์หญิงปาริชาติ สาคี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

"A 32-year-old man presented with acute chest pain and dyspnea for 1 day"

Patient profile:

ชายไทย อายุ 32 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดเชียงใหม่ อาชีพ พนักงานร้านอาหาร
เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นครั้งแรก ในเดือนกันยายน 2559
ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน เชื่อถือได้มาก

Chief complaint: เจ็บอกซ้ายและหายใจเหนื่อยมากขึ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

- 10 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ เวลากลางคืนเกือบทุกวัน ไอมีเสมหะขาวสลับไอแห้ง ไม่หอบเหนื่อย ไม่เจ็บอก น้ำหนักตัวลดลง 5 กิโลกรัมใน 3 เดือน (55 เป็น 50 กิโลกรัม) ทานได้ปกติ ไม่มีเหงื่อออกตอนกลางคืน เป็นนาน 2 สัปดาห์จึงไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ ผลภาพถ่ายทรวงอกพบรอยโรคที่ปอดสงสัยปอดติดเชื้อ เก็บเสมหะตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเสี่ยงจึงได้รับการตรวจเลือดเพิ่มเติมพบการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (TDF/3TC/EFV 1 tab oral at 20.00 น) และยาปฏิชีวนะไม่ทราบชนิด
- 6 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัสได้ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลับมาด้วยไข้ต่ำๆ ไอเสมหะขาว หอบเหนื่อยมากขึ้น จอสังเกตเห็นพัก ตรวจอัลตราซาวด์หัวใจพบมีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจหนา 1 เซนติเมตร และคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบความผิดปกติ ได้รับเข้าอนรักษาด่วนในโรงพยาบาลอำเภอเป็นเวลา 5 วัน รักษาด้วยยาวัณโรค (IRZE), dexamethasone และยาปฏิชีวนะ Piperacillin/Tazobactam ผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบปอดติดเชื้อทั้ง 2 ข้าง และน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจปริมาณมาก ความหนา 3.7 เซนติเมตร หลังการรักษาอาการหอบเหนื่อยทุเลาลง แต่ยังมีไข้และปริมาณน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจเพิ่มมากขึ้น จึงได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด
- 5 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลจังหวัดเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลตรวจพบน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจหนา 2.1 เซนติเมตร ไม่พบภาวะหัวใจถูกบีบรัด และไม่ได้รับการเจาะตรวจหรือระบายน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ ได้รับการรักษาต่อยาต้านไวรัส และยาวัณโรคเดิม เริ่ม TMP/SMX (80/400) 2 tab oral OD ภายหลังการรักษาพบว่าน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจมีขนาดใกล้เคียงเดิม ไข้ลงดี ไม่หอบเหนื่อย ตรวจติดตามผลเลือดพบค่าอีกเสบโดยไม่มีอาการ จึงได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลให้รับประทานยาต่อเนื่อง และนัดตรวจติดตามค่าการทำงานของตับและ echocardiogram แบบผู้ป่วยนอก
- 3 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีถ่ายเหลวน้ำปนาก ไม่มีมูกเลือด ไม่ปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน เป็นวันละ 2 ถึง 3 ครั้ง ไม่ได้เข้ารับการตรวจรักษา



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2559 Interhospital Case Conference on Infectious Diseases (ICCID)

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันศุกร์ที่ 21 ตุลาคม 2559 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรมรอยัลคัลฟ ไฮเต็ล พัทยา จ.ชลบุรี

-
- 2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปตรวจตามนัด พบว่าตัวตาเหลือง ค่าการทำงานของตับผิดปกติ แพทย์ผู้รักษาได้
ปรับเปลี่ยนสูตรยาวันโรค (จากสูตร IRZE เป็น IZEO) และนัดตรวจติดตาม
- 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปตรวจติดตามที่โรงพยาบาลอำเภอ ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย ได้กลับมารับประทาน
ยาวันโรคสูตร IRZE และไม่ได้ TMP/SMX ต่อ
- 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเจ็บอกด้านซ้ายแบบแน่น ไม่ร้าวไปไหน หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ใจสั่นขณะพัก
ไม่มีหน้ามืดเป็นลม ไม่มีไข้ จึงไปโรงพยาบาลอำเภอ และได้รับการส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนคร
เชียงใหม่

Past history:

ปฏิเสธโรคประจำตัว หรืออาการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร

ปฏิเสธประวัติสัมผัสผู้ป่วยวันโรค

Personal and social history:

ดื่มสุรา 30 กรัมต่อวัน นาน 15 ปี หยุดดื่มตั้งแต่มีอาการป่วย

สูบบุหรี่ 1 ซองต่อวัน นาน 15 ปี หยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่มีอาการป่วย

MSM มีประวัติมีคู่นอนหลายคนแบบ unprotected SI

ปฏิเสธการสักตามตัว ประวัติเดิมเลือด หรือฉีดยาเสพติดเข้าเส้น

ปฏิเสธประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นนอกจาก HIV

Family history:

ปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรม หรือโรคเมะเร็งในครอบครัว

Physical examination:

General appearance: alert and cooperative, cachexia, with dyspnea and tachypnea, no pallor, no jaundice

Vital signs: BT 38.5°C, HR 126/min, RR 36/min, BP 97/71 mmHg, O₂sat 100% (on O₂ cannula 4 LPM)

HEENT: whitish plaque on tongue, no oral hairy leukoplakia, no tonsil enlargement, no thyroid gland enlargement

Lymphatic system: no palpable lymphadenopathy

CVS: jugular vein distention up to angle of mandible, ill-defined PMI, no heaving or thrill, distant heart sound, soft S1S2,
regular rhythm, no murmur, no friction rub, pulse 2+ full, regular, equal on all extremities

Respiratory system: no stridor, trachea in midline, decreased breath sound at left lower lung, no crepitation, right lung clear,
resonant to percussion

Abdomen: active bowel sound, soft, no tenderness, no guarding, liver and spleen cannot be palpated, liver span 8 cm right MCL,
shifting dullness negative

Nervous system: awake, alert and oriented, pupils 2 mm RTL BE, CN II-XII intact all, motor power grade IV all extremities,
sensation intact, DTR 2+ all

Extremities and skin: no pruritic papular eruption or rash, no edema



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2559 Interhospital Case Conference on Infectious Diseases (ICCID)

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันศุกร์ที่ 21 ตุลาคม 2559 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรมรอยัลคัลฟ ไฮเต็ล พัทยา จ.ชลบุรี

Investigation:

CBC: Hb 10.3 g/dL, Hct 30%, MCV 89 fL, WBC 4,400/mm³ (N 80.7%, L 15.2%, Mono 3.1%, Eo 0%)

PLT 184,000/mm³

Blood chemistry: BUN/Cr 10/0.41 mg/dL, Na 129 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 94 mmol/L, HCO₃ 21 mmol/L

Random blood sugar: 96 mg/dL

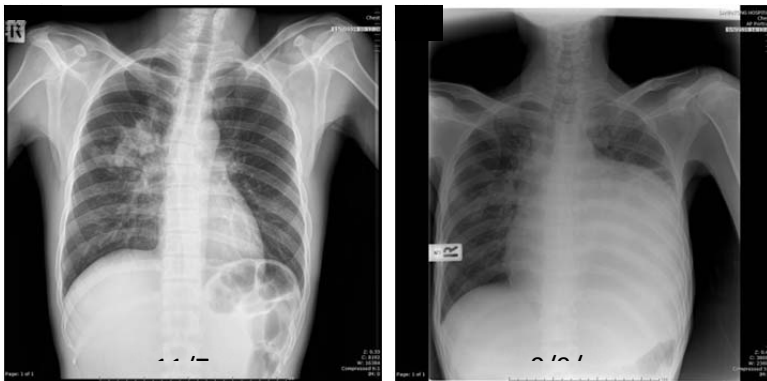
LFT: total protein 7.4 g/dL, albumin 2.4 g/dL, globulin 5.0 g/dL, ALP 94 U/L, AST 52 U/L, ALT 54 U/L, total bilirubin 1.87 mg/dL, direct bilirubin 1.56 mg/dL

Anti-HIV: Reactive × 3 methods

CD4: 17 cells/mm³ (2.2%)

Hepatitis profile: HBsAg: Positive, Anti-HBs: Negative 0.15 mIU/mL, Anti-HCV: Negative

CXR:



SUMMARY

ผล investigation ที่สำคัญ เช่น imaging, staining, culture และ histopathology:

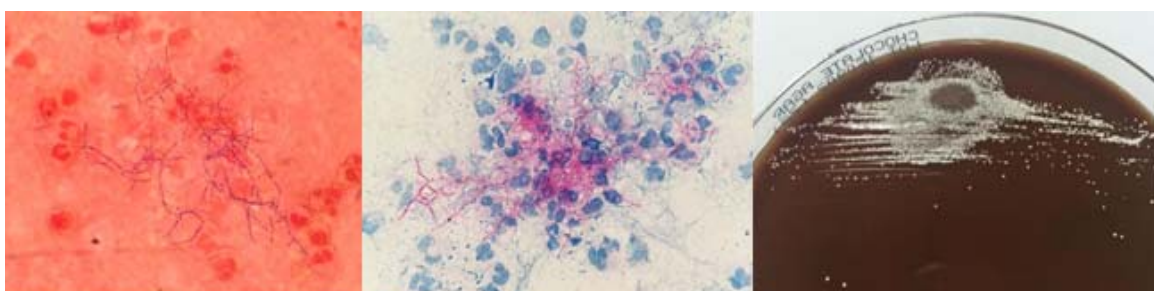
Echocardiogram: Massive pericardial effusion 7 cm thick with tamponade, pericardial thickness 0.5 cm

CT chest: Large amount of complicated pericardial effusion with circumferential pericardial thickening and enhancement, multifocal consolidations in posterior RUL and superior RLL with internal cavities

Pericardial effusion: Frank pus 1,000 ml, WBC 91,080 cells/mm³ (N 60%)

Gram stain: many gram positive beaded filamentous branching organism; mAFB stain: positive

Figures:





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2559 Interhospital Case Conference on Infectious Diseases (ICCID)

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันศุกร์ที่ 21 ตุลาคม 2559 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรมรอยัลคัลฟ ไฮเต็ล พัทยา จ.ชลบุรี

-
- Clinical diagnosis: Disseminated nocardiosis in HIV/HBV co-infected patient
 - Microbiological diagnosis: *Nocardia beijingensis* (16s RNA sequencing)
 - Management: TMP/SMX 2.5 amp IV q 8 hr (15 mg/kg/day) plus meropenem 1 g IV q 8 h, TDF/FTC/EFV, Pericardiocentesis and retain pigtail catheter to drain effusion
 - Progress: The patient had effusive constrictive pericarditis on follow-up echocardiogram, and later developed cardiac tamponade. The emergency pericardial window surgery was performed and 300 ml of anchovy-colored pus was drained during the operation. The patient eventually recovered.

Nocardia

Morphology: Gram-positive, bead-like and modified acid fast positive branching filament

Habitat: soil is primary reservoir, mud, sewage

Clinical: pneumonia, lung abscess, brain abscess, granulomata, mycetoma, keratitis, endophthalmitis, disseminated

Route of infection: inhalation, skin trauma

Laboratory diagnosis

: direct examination: Gram stain; Gram-positive branching filament

Modified acid fast stain; modified acid fast positive branching filament

: culture - blood agar incubate 37°C, sabouraud's dextrose agar incubate room temperature for 1- 3 weeks

colony - smooth and moist or mold-like, may be white, yellow or orange color

identification - catalase-positive, Gram-positive and modified acid fast positive branching filament

molecular method; 16S rRNA gene for *Nocardia* identification

Susceptibility test

: CLSI standard method - broth microdilution technique

: Antimicrobial agents - amikacin, cefotaxime/ceftriaxone, imipenem, minocycline, TMP-SMZ, linezolid