



Case 4 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้นำเสนอ นายแพทย์พร พารักยา สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ชัชมา สวนกระต่าย สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

"A 63-year-old Thai male presented with fever and progressive lower back pain for 1 month"

Patient profile:

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดกรุงเทพมหานคร อาชีพ พนักงานรักษาความปลอดภัย
รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2559 ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียนเชื่อถือ
ได้มาก

Chief complaint: ปวดหลังมากขึ้น 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: ก่อนหน้านี้ทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้

- 2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ ทานอาหารได้ลดลงเหลือประมาณครึ่งหนึ่งจากปกติ ร่วมกับมีอาการอ่อนเพลีย
ไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ ต้องขาดงานบ่อยๆ ไม่มีไอ ไม่มีเสมหะ ไม่มีหายใจเหนื่อย ไม่มีปวดหลัง ผู้ป่วย
ซื้อยารับประทานเอง ไม่ทราบว่าเป็นยาชนิดใด อาการไม่ดีขึ้น
- 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมีไข้ต่ำๆอยู่ ร่วมกับมีอาการเหงื่อออกตอนกลางคืนและเริ่มมีอาการปวดหลังช่วงล่าง
ตรงระดับประมาณเอวตรงกลางด้านซ้าย ปวดตื้อๆตลอดเวลาและมีร้าวไปที่ left lower quadrant ของท้อง ไม่สัมพันธ์
กับท่าทางใด การเคลื่อนไหว และการรับประทานอาหาร แขนขาไม่ได้อ่อนแรงมากขึ้น อ่อนเพลียมากขึ้น ไม่สามารถ
ไปทำงานได้จนต้องลาออกจากงาน มีไอห่าๆ ไม่มีเสมหะ ไม่มีหายใจเหนื่อย ปัสสาวะปกติ อุจจาระปกติ ไปพบ
แพทย์ที่คลินิกใกล้บ้าน ได้ยาไม่ทราบชนิดมารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น
- 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมีไข้ต่ำๆ ร่วมกับมีอาการสะอึกเป็นตลอดทั้งวัน อาการอ่อนเพลียเป็นมากขึ้นต้อง
นอนพักเกือบตลอดทั้งวัน
- 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดหลังเป็นมากขึ้น จึงมาพบแพทย์ที่รพ.จุฬาลงกรณ์
ในระหว่างไม่สบายน้ำหนักลด 9 กิโลกรัมใน 2 เดือน (จาก 62 กิโลกรัม เหลือ 53 กิโลกรัม)

Past history:

- 7 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มาด้วยไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ไม่หอบเหนื่อย นาน 2 สัปดาห์ ทำ CXR: reticulonodular
infiltration at RML, RLL ไม่ได้เก็บเสมหะส่งตรวจ ได้รับการรักษาด้วย roxithromycin อาการไม่ดีขึ้นแพทย์ได้
เปลี่ยนยาเป็น amoxicillin/clavulanic acid อาการดีขึ้นบ้าง ไอห่าๆ ไม่มีเสมหะ สรุปลำบากเข้ารวมเป็นเวลา
ประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเคยทำ
- 6 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ทำ CXR อีกครั้งหนึ่ง พบว่า infiltration ลดลงแต่หายไปไม่หมด แต่ไม่ได้รับการตรวจเพิ่มเติมอีก
Old CVA (lacunar infarction) วินิจฉัยตอน พ.ศ. 2549 มาด้วยอาการอ่อนแรงซีกขวาลำสุดติดตามการรักษาทาง
neuromedicine มีอาการอ่อนแรงที่ขาข้างขวาลำสุดเล็กน้อย (grade IV+) สามารถทำงานได้ตามปกติ



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

Primary hypertension, dyslipidemia วินิจฉัยตอน พ.ศ. 2547 พบจากการตรวจสุขภาพประจำปีล่าสุดติดตามการรักษา
ทาง Gen med ล่าสุด BP = 130/80, LDL = 90 mg/dL (ม.ค./59)
Gout วินิจฉัยตอน พ.ศ. 2550 มาด้วย right first MTP joint arthritis ล่าสุดติดตามการรักษาทาง Gen med ไม่มีปวดข้อแล้ว

Personal history, social history and family history:

Social alcohol drinking หยุดดื่มตั้งแต่มีอาการป่วย

สูบบุหรี่ 15 pack years หยุดสูบตั้งแต่มีอาการป่วย

ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร

ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติดชนิดเข้าหลอดเลือด

ปฏิเสธประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

ปฏิเสธประวัติแพ้ยาและอาหาร

เลี้ยงสุนัข 1 ตัว

ปฏิเสธประวัติ unsafe sex

พี่ชายป่วยเป็นมะเร็งปอดเสียชีวิตแล้ว

Current medications

Amlodipine 10 mg/day, aspirin 81 mg/day, simvastatin 10 mg/day, allopurinol 100 mg/day

Physical examination:

GA: an old Thai male, chronic illness and well cooperation

Vital signs: BP 130/80 mmHg, PR 100/min, regular, RR 18/min with tachypnea, BT 38.3°C

HEENT: mildly pale conjunctivae, anicteric sclerae, no oral ulcer, no OC/OHL, no dental caries, no thyroid gland enlargement

Lungs: trachea in midline, normal chest expansion, equal breath sound, minimal fine crepitation at right middle lung field

Heart: no neck vein engorgement, apical beat at left fifth ICS, MCL, no heaving, no thrill, normal S1 S2, no murmur

Abdomen: no superficial vein dilatation, no distension, normoactive bowel sound, soft, not tender, no guarding, no rebound tenderness, left flank tenderness with negative psoas sign; liver and spleen can't be palpated, liver span 10 cm, splenic dullness negative, shifting dullness negative

Musculoskeletal: No pitting edema, no joint swelling or limit ROM, no tenderness point along spine, normal alignment of spine with no stepping

Skin: no rash

Lymph node: impalpable

Neurological examination:

Alert, orientated to time-place-person, well co-operation

Cranial nerves: intact all



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

Motor:

V	V
IV+	V

spastic tone of right leg

Sensory: intact all

Reflexes: DTR 2+ all, no clonus, BBK sign absent

Stiff neck: Negative

Investigations

CBC: Hb 11.7 g/dL, Hct 32.1%, MCV 78 fL, RDW 12.3%, WBC 16,360 cell/ μ L (PMN 85.1%, L 9.8%, Mono 4.8%, Eo 0.1%, Baso 0.2%), platelets 274,000 cell/ μ L

Blood chemistry: Total protein 6.3 g/dL, Albumin 3 g/dL, globulin 3.3 g/dL, Total bilirubin 0.53 mg/dL, Direct bilirubin 0.21 mg/dL, AST 59 U/L, ALT 37 U/L, ALP 155 U/L, BUN 10 mg/dL, Creatinine 0.95 mg/dL, Na 115 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl 97 mmol/L, HCO₃ 25 mmol/L Ca 7.9 mg/dL, PO₄ 2.3 mg/dL

FBS: 90 mg/dL, HbA1c 5.3%

AntiHIV: negative

UA: Spec 1.015, pH 7.5, protein neg, sugar neg, WBC 5-10/HPF, RBC 5-10/HPF, Epi 0-1/HPF



Chest X-ray



Film LS spine AP,Lateral



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

SUMMARY

Investigation

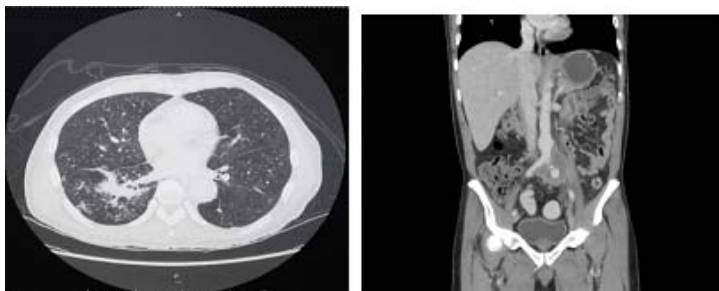
CT chest: Multifocal irregular consolidations involving mainly in superior segment of RLL and lateral segment of RML, together with innumerable tiny random nodules in both lungs with tree-in-bud appearance in lateral segment of RML.

CT abdomen: A 6.4x6.4x5.7 cm rim enhancing heterogeneous hypodense lesion encasing left common iliac artery as well as perilesional fat stranding together with 1.4x1.6 cm saccular aneurysm at anterior aspect of left common iliac artery.

BAL: Culture for mycobacteria: Mycobacterium tuberculosis sensitive to INH, rifampin, Ethambutol, Streptomycin

Urine PCR for TB: positive Anti-HIV: non-reactive

Imaging



Clinical diagnosis

Disseminated tuberculosis (lung, left ureter, mycotic aneurysm of left common iliac artery) with SIADH and anemia of chronic disease

Microbiological diagnosis

Disseminated tuberculosis

Management

Start anti-TB drug > IRZE, Consult urologist > on left DJ stent for correct left hydronephrosis, Consult intervention radiologist > left internal iliac artery embolization, Consult surgery > endovascular aneurysm repair (left common iliac artery)



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

Progress

หลังstart anti-TB drug ใช้แนวโน้มน้ำตาลลดลง กินอาหารได้มากขึ้น well being ต่างๆดีขึ้น ไม่พบผลข้างเคียงของยา
ด้านวัณโรคและภายหลังการทำ left DJ stent with left internal iliac artery embolization with EVAR (left
common iliac artery) อาการปวดหลังลดลงและหายไปที่สุด ล่าสุดผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว
ติดตามการรักษาอยู่ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกโรคติดเชื้อล่าสุดลดยา Anti-TB drug เหลือแค่ INH + Rifampin
แล้วแผนการรักษาให้ยาต่อจนครบอย่างน้อย 6 เดือน

Mycobacterium tuberculosis

Morphology: Gram-neutral bacilli or Gram-positive beaded bacilli, acid fast positive bacilli

habitat: water, soil and human (patient, transmitted directly person to person)

Clinical: latent infection and disease, lung is the most common primary infection, any organ

Route of infection: inhalation droplet nuclei (1– 5 μm)

Laboratory diagnosis

: direct examination - acid fast stain (Sensitivity 5×10^3 AFBs /mL, 10^6 AFBs /mL; usually AFB +
 10^4 AFBs /mL; 60 % AFB +)

- fluorochrome stain (auramine o, auramine-rhodamine or acridine orange)

- molecular method : PCR for *M. tuberculosis* complex

respiratory specimens: AFB-positive samples; sensitivity 90-100 %

AFB-negative samples; sensitivity 60-70 %

: culture - solid medium (Lowenstein-Jensen), liquid medium (Middlebrook; 7H10, 7H11)

-colony - non-chromogens, slow grower

- identification - biochemical tests, gas liquid chromatography, molecular method; DNA typing

: Susceptibility tests - conventional methods (4 - 6 weeks); dilution, agar disc elution, proportion

- automate machine (1 - 3 weeks); mycobacterium growth indicator system (MGIS)

- molecular methods (Days); detect resistant mutations