



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันศุกร์ที่ 12 ตุลาคม 2561 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรม รอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จ.ชลบุรี

### Case 4: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

#### “Progressive dyspnea in a 67-year-old post-liver transplant woman”

ผู้นำเสนอ: นายแพทย์เอกวิทย์ ขมสมิต

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์นายแพทย์เมธี ชยะกุลศิริ

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**Patient profile:** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร

**Chief complaint:** หายใจเหนื่อย 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

**Present illness:** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี มีโรคประจำตัว ดังนี้

1. Type 2 DM with PDR both eyes, HbA1C พฤษภาคม 2561 = 6.8 %

2. Hypertension: BP ประมาณ 100-120/70-80 mmHg

3. Recurrent old ischemic stroke

4. ASD ได้รับการทำ ASD device closure ปี 2544 มีภาวะ pulmonary hypertension

TTE (5 มกราคม 2561): LVEF 75.62%, RVSP 59 mmHg, moderate MR, moderate TR

5. NASH cirrhosis CTP A MELD score 19 ได้รับการทำ orthotopic liver transplantation 1 ธันวาคม 2560

Serology	Donor	Recipient
CMV IgG	<b>Positive</b>	<b>Positive</b>
HBsAg/Anti-HBc	Negative / Negative	Negative / <b>Positive</b> (Anti-HBs >10)
Anti-HCV	Negative	Negative
HSV IgG	-	-
VZV IgG	-	-
VDRL	Non-reactive	Non-reactive

Conditioning Regimen: Methylprednisolone, Basiliximab

Last admission 4-13 มิถุนายน 2561

ขณะ on immunosuppressive drugs: Tacrolimus 2.5 mg/day (Tacrolimus level 7.9 µg/L), Everolimus 0.5 mg/day (Everolimus level 5.12 µg/L), Prednisolone 20 mg/day



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันศุกร์ที่ 12 ตุลาคม 2561 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรม รอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จ.ชลบุรี

Liver tests	7 พฤษภาคม 2561	21 พฤษภาคม 2561
AST (U/L)	61	219
ALT (U/L)	49	171
ALP (U/L)	305	356
TB (mg/dL)	0.23	0.29
DB (mg/dL)	0.15	0.16
Alb (g/dL)	3.8	3.7
Glb (g/dL)	2.6	2.7

Triple phase CT scan of liver (1 มิถุนายน 2561): Patent anastomosis of hepatic artery, portal vein, suprahepatic and infrahepatic inferior vena cava without evidence of stenosis or thrombosis. No bile leakage.

ได้รับการวินิจฉัย Acute graft rejection ได้รับการรักษาด้วย Methylprednisolone 5-6 มิถุนายน 2561 และได้ปรับ immunosuppressive drugs เป็น

- Prednisolone 15 mg/day
- Tacrolimus 2 mg/day
- Everolimus 1 mg/day

ได้รับยา Prophylaxis

- Acyclovir 800 mg oral q 6 hrs
- Co-trimoxazole 160/800 mg/day
- Fluconazole 200 mg/day
- Lamivudine 150 mg/day

1 สัปดาห์ก่อน เริ่มมีอาการหายใจเหนื่อย เดินในบ้านได้ระยะสั้นลง นอนราบแล้วเหนื่อยมากขึ้น มีอาการเหนื่อยตอนกลางคืนหลังจากนอนไปได้ประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง จึงมาโรงพยาบาล ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่บวม ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่มีเสมหะ ปฏิเสธประวัติ คนในครอบครัวป่วยเป็นไขหวัดใหญ่ ไม่ทราบประวัติ influenza vaccine



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันศุกร์ที่ 12 ตุลาคม 2561 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรม รอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จ.ชลบุรี

### ตรวจร่างกายแรกรับที่หอผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ

Vital signs: BP 94/58 mmHg, PR 94/min, BT 36.8°C, RR 16/min, SpO<sub>2</sub> RA 91% corrected with O<sub>2</sub> cannula 3 LPM SpO<sub>2</sub> RA 100 %

Body weight 50 kg, Height 160 cm, BMI 19.53 kg/m<sup>2</sup>

General appearance: A female, good consciousness, no pallor, no jaundice,

CVS: JVP up to mandible parasternal heaving, palpable P2, apical impulse at 5<sup>th</sup> ICS lateral to MCL 2 cm, no thrill, normal S1 S2, loud P2, PSM grade 3/6 at apex

RS: Tachypnea, fine crepitation at both lower lung

Abdomen: no distension, soft, no tenderness, liver and spleen not palpable

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ

• **CBC:** Hb 9.6 g/dL, Hct 30.4%, MCV 105.6 fL, WBC 3,240 cells/mm<sup>3</sup> (N 78.7%, L 10.5%, Mo 10.5%), Plt 141,000 cells/mm<sup>3</sup>

• **Coagulogram:** PT 11.8 sec, aPTT 26.3 sec

• **Blood chemistry:** BUN 27.5 mg/dL, Cr 0.85 mg/dL, Na 138 mEq/L, K 4.4 mEq/L, Cl 101 mEq/L, HCO<sub>3</sub> 22 mEq/L

• **Liver tests:** TB 0.51 mg/dL, DB 0.22 mg/dL, AST 13 U/L, ALT 17 U/L, ALP 111 U/L, Alb 3.2 g/dL, Glob 2.2 g/dL

### การวินิจฉัยเบื้องต้น

1. Acute decompensated heart failure
2. Pneumonia
3. NASH cirrhosis S/P orthotopic liver transplantation

### การรักษาที่ได้รับ

1. Acute decompensated heart failure

ปรึกษา Cardiologist ร่วมประเมิน TTE: LVEF 72.4%, no regional wall motion abnormality, RVSP 33 mmHg, severe MR with TR โดย precipitating cause คิดถึงจาก progressive valvular heart disease ให้การรักษาด้วย diuretics



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันศุกร์ที่ 12 ตุลาคม 2561 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรม รอยัล คลิฟ โฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จ.ชลบุรี

### 2. Pneumonia

ปรึกษาอายุรแพทย์โรคปอด ร่วมประเมินได้ให้ empirical antibiotic เพื่อรักษา pneumonia เป็น

- Azithromycin 250 mg/day

- Co-trimoxazole (80/400 mg) 3 tab oral q 8 hrs

- Piperacillin/tazobactam 4.5 g IV q 8 hrs

ระหว่างนั้น หายใจเหนื่อยมากขึ้น เกิดปัญหา cardiogenic shock with AKI จึง initiate RRT และย้ายผู้ป่วยมาที่ CCU โดยระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่ CCU มีปัญหา pancytopenia จึงปรึกษา hematologist ร่วมประเมินได้วินิจฉัยเป็น tacrolimus and everolimus-induced pancytopenia จึงหยุดยา tacrolimus and everolimus เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2561 ต่อมาผู้ป่วยมีปัญหา hypothermia จึงปรึกษา ID ร่วมประเมิน

#### Current medication

- Prednisolone 15 mg/day

- Acyclovir 800 mg oral q 6 hrs

- Fluconazole 200 mg/day

- Lamivudine 150 mg/day

- ASA 81 mg/day

- Sildenafil 75 mg/day

- Insulin Glargine 14 unit sc OD

- Azithromycin 250 mg/day

- Co-trimoxazole (80/400 mg) 3 tab oral q 8 hrs

- Piperacillin/tazobactam 4.5 g IV q 8 hrs

- Dobutamine 5.33 mcg/kg/min

#### Physical examination at ID consultation

Vital signs: BP 103/53 mmHg, PR 110/min, BT 35°C, RR 20/min, SpO<sub>2</sub> 100% (FiO<sub>2</sub> 0.4)

General appearance: A female, drowsiness, on NIV, mildly pale, no jaundice

CVS: JVP 5 cm above sternal angle, parasternal heaving, palpable P2, apical impulse at 5<sup>th</sup> ICS lateral to MCL 2 cm, no thrill, normal S1 S2, loud P2, PSM grade3/6 at apex

RS: tachypnea, fine crepitation at both lower lung



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันศุกร์ที่ 12 ตุลาคม 2561 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรม รอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จ.ชลบุรี

Abdomen: no distension, normal bowel sound, soft, no tenderness, liver and spleen not palpable

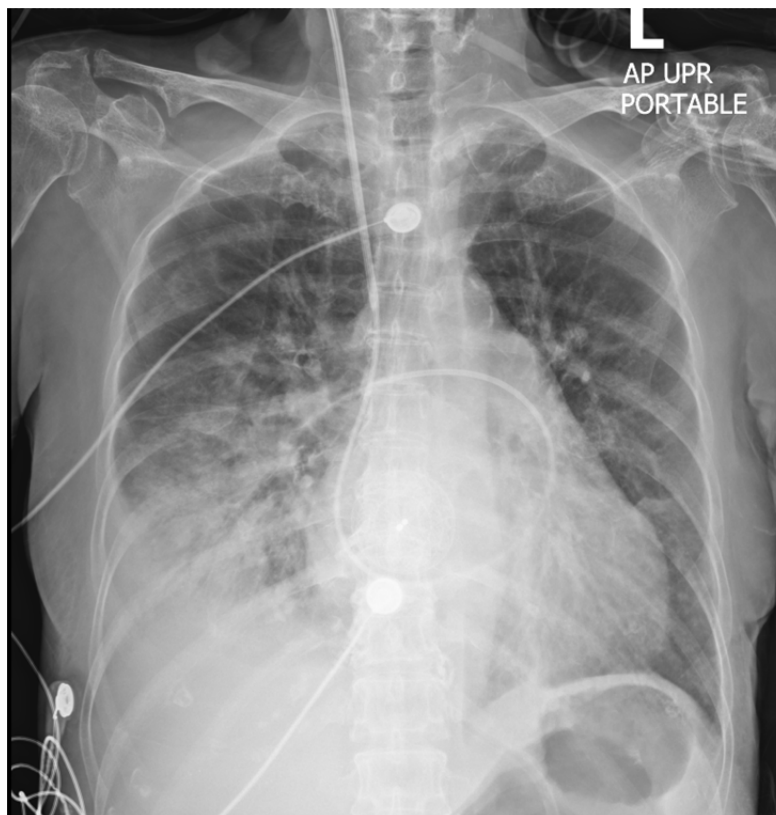
Nervous system: drowsiness, pupil 3 mm SRTL BE, motor at least grade III all extremities, stiff neck negative

Extremities: no phlebitis, no arthritis, pitting edema 1+ both legs

Lymphatic system: no superficial lymph node enlargement

### Laboratory investigations

- **CBC:** Hb 8 g/dL, Hct 23.8%, MCV 98.8 fL, WBC 1,820 cells/mm<sup>3</sup> (N 85.8%, L 9.3%, Mo 4.4%), ANC 1,560 cells/mm<sup>3</sup>, Plt 54,000 cells/mm<sup>3</sup>
- **Urinalysis:** pH 5, Sp.Gr. 1.020, protein trace, glucose negative, WBC 10-20 /HPF, RBC 1-2 /HPF
- CXR as Figure





## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

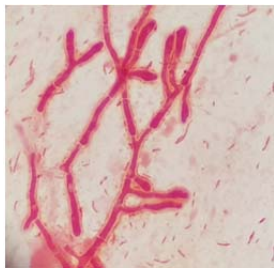
หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ

ในวันศุกร์ที่ 12 ตุลาคม 2561 เวลา 13.30-16.30 น.

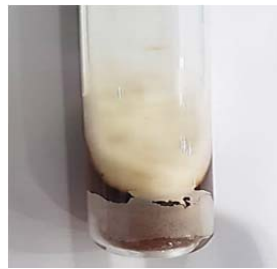
ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรม รอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป พัทยา จ.ชลบุรี

### SUMMARY

#### Investigation



Sputum Gram stain: branching septate hyphae



Sputum culture: white colony



Colony from sputum culture with lactophenol cotton blue stain: macroconidia are moderately curved with three to five-septate

Sequence analysis: *Fusarium pseudensiforme*

**Clinical diagnosis:** progressive pneumonia in post-orthotopic liver transplantation

**Microbiological diagnosis:** *Fusarium pseudensiforme* pneumonia

**Management:** voriconazole 300 mg. IV q 12 hrs. for 1 day then 200 mg. IV q 12 hrs.

**Progression:** หลังจากผู้ป่วยได้รับ voriconazole ร่วมกับการรักษาภาวะ Cardiogenic shock อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่เหนื่อย สามารถ off NIV CXR: interstitial infiltration ลดลง แต่หลังจากนั้น 10 วัน ผู้ป่วยเกิด A.

*baumannii* HAP, Inferior wall STEMI with RV infraction with cardiogenic shock และถึงแก่กรรม