



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2568 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้อง 624 อาคารบริหารชั้น 2
โรงพยาบาลรามารชิบดี ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Case 3: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

" A 52-year-old female presents with fever with cough for 6 weeks "

ผู้นำเสนอ: พญ.ภาวิณี ตั้งสุขศิริ

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา: รศ.นพ.กำพล สุวรรณพิมลกุล

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Patient profile:

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 52 ปี

ภูมิลำเนา: จังหวัดเชียงราย ปัจจุบันอาศัยในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

อาชีพ: นักบัญชี

ประวัติได้จากผู้ป่วยสามี และเวชระเบียน เชื้อถือได้มาก

Chief complaint:

ไอ 6 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

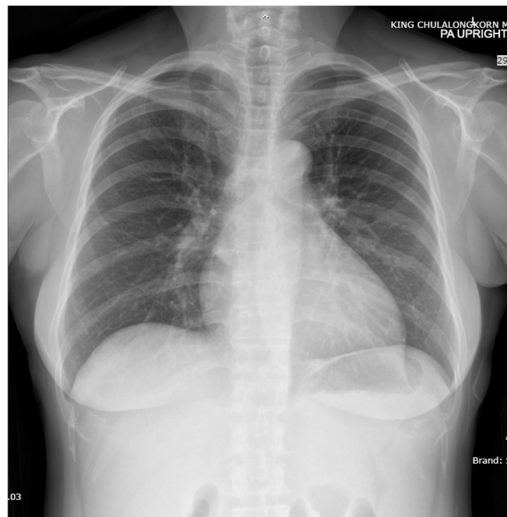
Present illness:

- 6 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ไม่มีไอเป็นเลือด ไม่มีหายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกขณะหายใจเข้า อาการไอไม่สัมพันธ์กับท่าทาง ไอทั้งช่วงกลางวันและกลางคืน ต่อมาเริ่มมีไข้สูงช่วงกลางคืน วัดอุณหภูมิได้ 39-40°C บางครั้งมีอาการหนาวสั่น หลังรับประทานพาราเซตามอลแล้ว ไข้ลงชั่วคราว และกลับมีไข้ใหม่ใน 6 ชั่วโมง มีเหงื่อออกกลางคืนจนต้องเปลี่ยนชุดนอน 2-3 ครั้งเนื่องจากเสื้อชุ่มกลางวัน ไม่มีไข้ มีอาการอ่อนเพลียเบื่ออาหารและทานได้น้อยลง หลังมีไข้ 2 วัน ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเอกชน ได้รับการตรวจ COVID-19 และไข้หวัดใหญ่ ผลเป็นลบ ได้รับการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อไวรัส ได้รักษาตามอาการมารับประทานแพทย์สั่งนินยฐานว่าเป็นภาวะวัยทอง จึงได้ส่งผู้ป่วยไปพบคลินิกวัยทอง ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน เหงื่อออกกลางคืนดีขึ้นแต่ยังมีไข้สูงทุกคืน
- 4 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีอาการเหงื่อออกกลางคืนและน้ำหนักลด จึงกลับไปโรงพยาบาลเอกชน
- 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ยังคงเป็นทุกคืน ไอแห้งๆและอ่อนเพลียมากขึ้นจนไม่สามารถไปทำงาน และต้อง Work from home จึงไปตรวจ OPD อายุรกรรม



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2568 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้อง 624 อาคารบริหารชั้น 2
โรงพยาบาลรามารชิบดี ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

- **EMR Note:** V/S BT 37.7 BP 127/58 HR 94/min RR18 BPM
- **CBC:** Hb 8.3 g/dL, Hct 27.3%, MCV 92.8 fL, RDW 18%, WBC 3,520 / μ L, N 73%, L 17%, Platelet1,649,000 / μ L (Baseline 2 weeks PTA Hb 10.1 g/dL, Hct33.4%, WBC5,090 / μ L, N68%, L12%, Platelet2,292,000 / μ L)
- BUN 15 mg/dL, Cr 0.75 mg/dL, Na 132 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 99 mmol/L, CO₂ 22 mmol/L, Alb 3.7 g/dL, Glb 3.3 g/dL, TB 0.41 mmol/L, DB 0.15 mmol/L, AST/ALT/ALP 55/65/108 U/L
- UA spec 1.019, WBC 0-1, Bacteria few, Nitrite Negative
- H/C: NG
- Diagnosis: Fever
- Management: Supportive treatment with dextromethorphan(15) 1x3 po pc
- CXR:



12 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ไปคลินิกโลหิตวิทยาตามนัดโรคประจำตัวและถูกส่งต่อไปคลินิกโรคติดเชื้อ
ไข้ยังคงเป็นทุกคืน มีไอแห้งๆเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
3 กิโลกรัมใน 4 สัปดาห์ (จาก 49 เป็น 46 กิโลกรัม) ไม่มีอาการกลืนลำบาก จุก
เสียด หรือคลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับเนื่องจากมีไข้ช่วงกลางคืน แพทย์จึงได้ส่ง
ตรวจ Sputum AFB ผลเป็นลบ และทำนัด CT chest with whole abdomen

11 วันก่อนมาโรงพยาบาล

เริ่มมีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำ ไม่มีมูกเลือดปน ปริมาณครั้งละครึ่งแก้ว
3-5 ครั้ง/วัน โดยมีถ่ายเหลวตอนกลางคืน 1-2 ครั้ง ก่อนมีอาการมีประวัติ
รับประทานยาหมู อาการเริ่มเป็นในเย็นวันนั้น ไม่มีปวดท้อง คลื่นไส้ หรืออาเจียน
สามีรับประทานอาหารเดียวกันแต่ไม่มีอาการ



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2568 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้อง 624 อาคารบริหารชั้น 2
โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

- 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล อ่อนเพลีย ง่วง และเพื่อสับสนมากขึ้น โดยเฉพาะช่วงมีไข้สูง ไข้ถึงขึ้นตลอดวัน ยังมีท้องเสียและรับประทานอาหารได้น้อย
- 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หลังไปโรงพยาบาลเอกชนเพื่อทำ CT scan กลับบ้านแล้วอ่อนเพลียมากขึ้น มีไข้สูงตลอดคืน สามีสังเกตว่าผู้ป่วยดูอบสมองช้ามากขึ้นจึงพามาโรงพยาบาล

Past History

Underlying disease:

Essential Thrombocythemia (Turn to Myelofibrosis)

- วินิจฉัย 4 ปีก่อนมาโรงพยาบาล (10/2564) ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- จากการตรวจพบ CBC ผิดปกติจากการตรวจสุขภาพ
 - Hb 13.7 g/dL, Hct 43.8%, WBC 17840/ μ L, N 67%, L 21%, Platelet 1,159,000 / μ L
- Bone marrow study
 - Aspiration : Marked hypercellularity with pleomorphic MK / Iron 2+
 - Biopsy : Markedly hypercellular trilineage marrow with increased myeloid series and abnormal megakaryocytic proliferation
- Reticulin fibrosis grade 0, JAK2: negative, EPO: low, CALR MPL JAK2exon12: negative
- Initial treatment with Hydroxyurea, Anagrelide 10/2564 => Off Anagrelide 11/2566 หลังจากนั้นได้ปรับ Hydroxyurea จน stable dose ที่ Hydroxyurea 1.5 g/day สลับกับ 1 g/day ตั้งแต่ 11/2566

Personal history:

- แพทย์อาศัยในคอนโดมิเนียมในกรุงเทพฯ กับสามี
- สูบบุหรี่วันละ 1-2 มวน เป็นเวลา 10 ปี เลิกมาแล้ว 20 ปี
- ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสังสรรค์ เลิกมาแล้ว 20 ปี
- ปฏิเสธการใช้สารเสพติด รวมถึงการใช้ยาเสพติดทางหลอดเลือดดำ
- ปฏิเสธการใช้ยาต้ม ยาหม้อ ยาสมุนไพร
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร
- ปฏิเสธประวัติผ่าตัด
- เลี้ยงแมวที่คอนโด 1 ตัว
- Vaccination: Last Flu vaccine 1 year PTA (9/2567), Covid vaccine Moderna, Astrazeneca
- PARA 0, s/p TAH with BSO ปี 2557



Family history:

- บิดาเป็นโรคเลือดออกในสมองและเสียชีวิตเมื่ออายุ 50 ปี
- มารดาเป็นโรค SLE และเสียชีวิตจาก Lupus nephritis เมื่ออายุ 48 ปี
- พี่ชายเป็นโรคเลือดออกในสมองเมื่ออายุ 50 ปี ปัจจุบันอายุ 56 ปี
- ไม่มีบุตร
- ปฏิเสธประวัติ Sick contact

Current medications

- Folic acid(5) 1x1 po pc
- Hydroxyurea(500) 2 tab po pc on even-numbered days, 3 tab po pc on odd-numbered days.

Physical examination:

Vital signs: BT 39.5°C, BP 103/65 mmHg, PR 122/min, RR 24/min, SpO2 98% (RA)

General appearance: An adult Thai female, drowsiness, slow response

Measurement: BW 42 kg, Height 150 cm, BMI 18.6 kg/m²

HEENT: Moderate pale conjunctiva, anicteric sclerae, no thyroid gland enlargement, no OC, no OHL, no dental caries

Respiratory system: Trachea in midline, equal chest expansion. normal chest expansion. resonance on percussion both lungs, clear and equal breath sound, no accessory muscle used.

Cardiovascular system: No JVP engorgement, PMI at 5th ICS-MCL, No LV and RV heaving, no thrill, Normal S1S2, no murmur

Abdomen: Normoactive bowel sound, no abdominal distension, soft, not tender, liver and spleen cannot be palpated, liver span 8 cm, splenic dullness negative, shifting dullness negative, no CVA tenderness

Extremities: No edema, no deformities

Lymph nodes: Superficial lymph nodes can not be palpated.

Skin and appendages: No rash, no petechiae, no osler node, no janeway lesion, no splinter hemorrhage, no malar/ discoid rash



Neurological examination

- Drowsiness, co-operative, orientate to time/ place/person
- No dysarthria
- Intact fluency comprehension, repetition, naming, No neglect
- RAPD negative, pupil 3 mm RTLBE, resting eye position in midline, symmetrical bilateral nasolabial fold, no tongue deviation
- Motor: Normotonia, Motor power grade V all extremities
- Intact pinprick sensation
- Babinski: Plantarflexion, Clonus: Negative
- Cerebellar: Intact FTN
- Stiff neck: Negative

Initial laboratory findings:

Complete blood count: Hb 7.2 g/dL, Hct 23.7% (MCV 87.5 fL, RDW 18.4%), WBC 650 / μ L (N 66%, L 25%)

Platelets 611,000 / μ L (Baseline Hb 9.1 g/dL, Hct 27% WBC 6,740/ μ L (N 77%,
L 12%) Platelets 1,280,000 / μ L

Blood chemistry: BUN 10 mg/dL, Cr 0.72 mg/dL, Na 126 mmol/L, K 2.7 mmol/L, Cl 98 mmol/L,
CO₂ 18 mmol/L, Alb 2.6 g/dL, Glb 2.2 g/dL, AST 48 U/L, ALT 38 U/L, ALP 145 U/L
Total bilirubin 0.47 g/dL, Direct bilirubin 0.34 g/dL

Serology: AntiHIV Negative, HBsAg negative, AntiHBs positive, AntiHBc negative

Stool exam: WBC: Not found, RBC: Not found

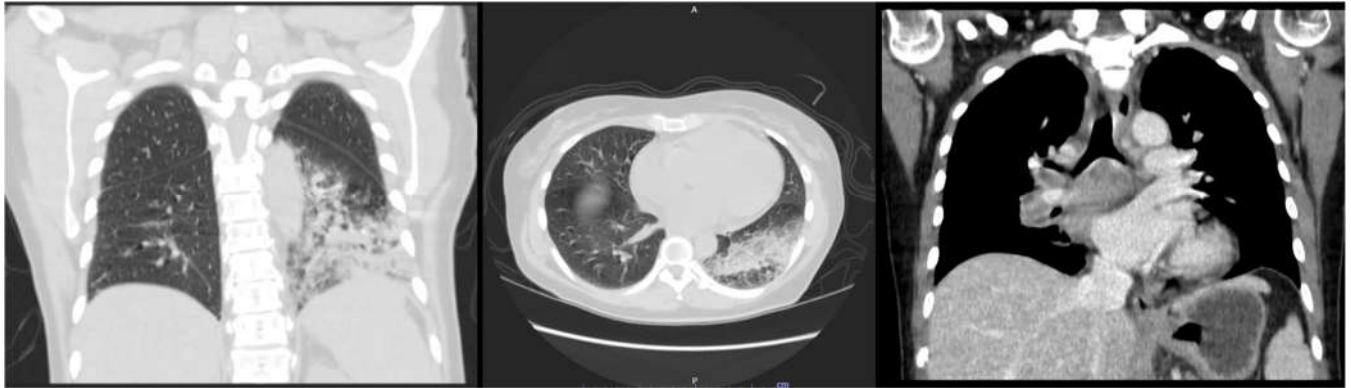
CXR:





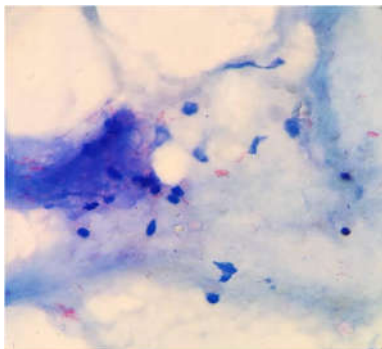
Case summary case

ผล Investigation ที่สำคัญ

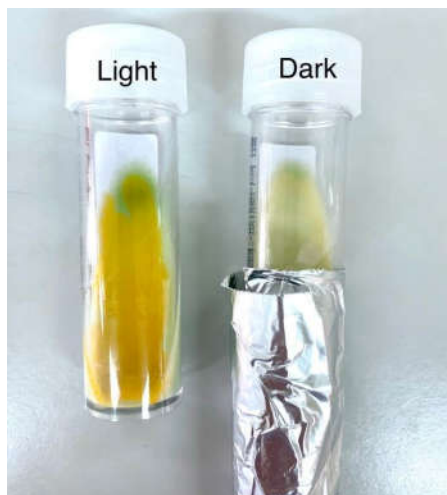


CT Chest with contrast:

- Multifocal area of patchy consolidation and ground glass opacity involving all segments of Lt. lower lobe and some with air bronchograms, suggestive active infectious/inflammatory process
- Multiple matted hypo enhancing nodes at both at both upper and lower paratracheal, retrotracheal, subcarinal, both hilar, and both interlobar regions, measured up to 2.5 cm. in short axis at subcarinal region, suggested necrotic nodes from disease involvement.



- Sputum mycobacteria culture and AST: *Mycobacterium kansasii*
- BAL AFB Positive 2+
- BAL Mycobacterium C/S: Positive *Mycobacterium kansasii*
- BAL PCR for TB/5NTM: Positive *Mycobacterium kansasii*



- **Photochromogens:** Culture growth 24 days in LJ medium
- Blood for Mycobacteria Culture: *Mycobacterium kansasii*
- Subcarinal LN PCR for TB/5NTM: Positive *Mycobacterium kansasii*
- Bone marrow for MTBC/5 NTM species: Positive
- Stool PCR for MTBC/5 NTM species: Positive



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2568 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้อง 624 อาคารบริหารชั้น 2
โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

○ **Clinical diagnosis:** Disseminated *Mycobacterium Kansasii* infection

○ **Microbiological diagnosis**

Mycobacterium Kansasii infection (Blood, Pulmonary, Lymph node, Bone marrow, Stool)

○ **Management**

- เริ่มการรักษาด้วยยา rifampicin(450) 1x1 po hs, azithromycin(250) 1x1 po hs, ethambutol(400) 2x1 po hs และได้เพิ่มยา amikacin IV เนื่องจากโรคแพร่กระจายไปหลายอวัยวะ ติดตามอาการพบว่าไข้ตบสนองช้า ยังมีอาการในหลายๆอวัยวะได้แก่ ไข้ ไอ ถ่ายเหลวและ เม็ดเลือดขาวต่ำ จึงได้เพิ่มยา levofloxacin(750) 1x1 po pc หลังจากรับการรักษาในโรงพยาบาล 1 เดือน อาการโดยรวมตบสนองดี จึงได้หยุดยา amikacin IV และออกจากโรงพยาบาลด้วยยา rifampicin(450) 1x1 po hs, azithromycin(250) 1x1 po hs, ethambutol(400) 2x1 po hs, levofloxacin(750) 1x1 po pc

○ **Progress**

- ติดตามหลังการรักษา ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มีถ่ายเหลว น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น สัญญาณชีพปกติ CXR ปกติ ประเมินภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องของผู้ป่วยด้วย anti-interferon gamma ให้ผลลบ
- ให้การรักษาต่อเนื่องด้วย rifampicin(450) 1x1 po hs, azithromycin(250) 1x1 po hs, ethambutol(400) 2x1 po hs, , levofloxacin(750) 1x1 po pc continue at least 1 year