



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 9 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13:00-16.30 น. ณ ห้องสัมมนา 4 - 6
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี หอประชุมยิวชัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Case 1: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“A 52-year-old female presents with subacute progressive headache for 2 weeks”

ผู้นำเสนอ : แพทย์หญิงฉันทพิชา ธาราธิพัชร์กุล

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเลลานี ไพฑูรย์พงษ์

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Patient profile: ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 52 ปี อาชีพค้าขาย ภูมิลำเนา จังหวัดตาก ประวัติได้จากคนไข้ และ
เวชระเบียน

Chief complaint: ปวดศีรษะ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

2 เดือนก่อนมารพ. มีอาการไข้ไม่หนาวสั่นเป็นเฉพาะตอนกลางคืนทุกคืน ไม่ได้วัดอุณหภูมิ ไข้มักเป็นอยู่
ประมาณ 4-5 ชม. ทานยาพาราเซตามอลก่อนเข้านอน อาการไข้ลดลงจนสามารถนอน
หลับได้ ตอนเช้าตื่นมาไม่มีไข้สามารถออกไปค้าขายได้ตามปกติ ไม่มีไอเรื้อรัง ไม่มีปวด
ท้อง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีผื่น ไม่มีปวดข้อ ไม่มีน้ำหนักลด ยังไม่ได้
ไปรักษาที่ไหน

2 สัปดาห์ก่อนมารพ. เริ่มมีอาการปวดศีรษะตรงขมับทั้งสองข้าง ปวดแบบตื้อ ๆ เริ่มจากข้างขวาแล้วไปกลาง
ศีรษะ กกหู และกระบอกตาทั้งสองข้าง อาการปวดเป็นมาหลายวันศีรษะทั้งซ้ายและขวา
รวมถึงก้มคอเก็บของ ตอนถ่ายอุจจาระมีปวดศีรษะมากขึ้น อาการปวดศีรษะไม่สัมพันธ์
กับการกลอกตาหรือไข้หรือแสงจ้าหรือกลิ่นหรือเสียงดัง อาการปวดจะปวดประมาณครึ่ง
ละ 2-3 ชั่วโมง ปวดมากจนต้องใช้มือจิกศีรษะ ต้องทานยาพาราเซตามอลทุก 4 ชั่วโมง
มีปวดศีรษะตอนกลางคืนจนต้องตื่นมาทานยาพาราเซตามอลจึงสามารถนอนต่อได้ อาการ
ไ้ยังมีพอเดิม น้ำหนักเริ่มลด 48 เป็น 45 kg เพราะรู้สึกขมปาก ทานอาหารไม่อร่อย ไม่มี
คลื่นไส้อาเจียน ไม่มีเวียนศีรษะบ้านหมุน ตามองเห็นปกติ ไม่มีภาพซ้อน ไม่มีอ่อนแรง
ไม่มีชา พูดชัดปกติ ไม่มีหน้าเขียว อาการปวดเป็นในระดับที่พอทนได้ จึงยังไม่ได้มารพ.

6 วันก่อนมารพ. ปวดศีรษะไม่ดีขึ้น ลักษณะการปวดเหมือนเดิม จึงไปคลินิกแถวบ้าน ได้ยาฆ่าเชื้อสี่เกล็ด
ไม่ทราบชนิดมาทาน วันละ 1 เม็ด สองเวลาหลังอาหาร 5 วัน อาการไข้และปวดศีรษะไม่
ดีขึ้น

4 วันก่อนมารพ. สังเกตว่ามีตุ่มนูนแข็งเจ็บขึ้นที่บริเวณขาทั้งสองข้าง ลามไปที่แขน และใบหน้า ไม่คัน ไม่มี
หนอง อาการไข้และปวดศีรษะยังไม่ดีขึ้น จึงตัดสินใจมารพ.



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 9 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13:00-16.30 น. ณ ห้องสัมมนา 4 - 6
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี หอประชุมยวัญญ์ ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Past history:

Underlying disease: 27 ปีก่อนมารพ. ได้รับการวินิจฉัยที่ รพ จุฬาฯ ว่ามีการติดเชื้อ HIV ขณะนั้นมาด้วยอาการ
ไข้ ไม่ได้ทานยา ARV เพราะไม่ได้มาตามนัด
22 ปีก่อนมารพ. มาโรงพยาบาลจุฬาฯ ด้วยอาการเหนื่อยตอนออกแรง ถ่ายเหลว 3 เดือน
น้ำหนักลดลงจาก 60 เป็น 37 kg ใน 1 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่า Pneumocystis pneumonia
(PCP), ไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ
CD4 7 cell/ul (1%) ได้รับการรักษาด้วย GPO virS30 (d4T/3TC/NVP) เปลี่ยนเป็น
TDF/3TC + NVP เนื่องจาก lipodystrophy 10/53
TDF/FTC/EFV 03/05/60
TDF/3TC/DTG 23/11/65-ปัจจุบัน
ผู้ป่วยมารับการตรวจสม่ำเสมอ ครั้งล่าสุด 1 เดือนก่อนมารพ. CD4 539 cell/ul (22%), VL
<20 copies/ml

Current medication:

-DTG/3TC/TDF (50/300/300) 1 tab at 21.00 น
-1 ปีก่อนมารพ. มีแผลและตุ่มน้ำใสเกิดบริเวณอวัยวะเพศทุก 3-4 เดือน เกิดครั้งละ 5-10 วัน แรกเอง และหายเองได้
โดยไม่ได้รับการรักษา

Personal history:

- อาศัยอยู่กับแฟน ไม่ได้จดทะเบียนสมรส คู่สมรสติดเชื้อ HIV ได้รับการรักษาที่รพ.อื่น แจ้งว่า VL suppress
- last SI 10+ ปีก่อน
- menopause 1 ปีก่อนมารพ.
- ตรวจภายในล่าสุด 6 ปีก่อนมารพ. ที่รพสต แจ้งว่าผลปกติ
- ปฏิเสธประวัติเดินทางไปจังหวัดอื่น ไม่ได้ไปเข้าป่าหรือลุยน้ำ
- ไม่ดื่มสุรา
- ไม่สูบบุหรี่
- ปฏิเสธการใช้ยาเสพติดหรือรับเลือด
- ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร ยาหม้อ ยาลูกกลอน
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร
- ฉีดวัคซีน SAR-CoV2: SV-AZ-MDN-PF ล่าสุด 1 ปี 5 เดือนก่อนมารพ.
- ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ 4 เดือนก่อนมารพ.
- แถวบ้านมีฝูงสุนัขและแมวจรจัด ผู้ป่วยชอบให้อาหารสุนัขและแมว



Family history:

- ผู้ป่วยเป็นลูกคนสุดท้อง มีพี่น้อง 3 คน
- มารดาเสียชีวิตด้วยโรคตับแข็ง 2 ปีก่อน
- บิดาเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุรถยนต์ 50 ปีก่อน
- พี่ชายคนโต อายุ 61 ปี เป็นโรคเบาหวาน
- พี่สาวคนกลาง อายุ 56 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง
- พี่สาวคนกลาง อายุ 55 ปี ไม่มีโรคประจำตัว
- ปฏิเสธวัณโรคในครอบครัว
- ปฏิเสธคนมีอาการคล้ายผู้ป่วยในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติโรคภูมิแพ้ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง แพ้ภูมิตัวเองในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว

Physical examination:

Vital signs: BP 128/60 mmHg PR 80 bpm BT 38.1°C RR 12/min

Measurement: Body weight 47 kg, Height 148 cm, BMI 21.46 kg/m²

General appearance: a Thai female, alert, well-cooperative

Skin: multiple non-tender, well-defined erythematous papules size 0.5×0.5 cm at left forehead, left distal arm, right distal arm, and distal of left leg, no pruritic papular eruption

HEENT: no pale conjunctivae, anicteric sclerae, no oral thrush, no hairy leukoplakia, no oral ulcer, no injected pharynx, no tonsil enlargement, no nasal discharge, no thyroid gland enlargement, no palpable thyroid nodule

Lymph nodes: palpable multiple sub-centimeters, firm consistency, movable and not tender of superficial lymph nodes at bilateral posterior cervical and bilateral inguinal area

Respiratory system: trachea in midline, normal thoracic contour, equal chest expansion, equal breath sounds, no adventitious sounds

Cardiovascular system: JVP not engorged, apical beat at 5th ICS and MCL, no heave, no thrill, normal S1S2, no murmurs, regular rhythm, symmetrical pulses all extremities

Abdomen: No superficial vein dilatation, no distention, normoactive bowel sound, no abdominal bruit, soft, not tender, no mass, liver cannot be palpated, liver span 8 cm at midclavicular line, spleen cannot be palpated, splenic dullness negative, no CVA tenderness

Extremities: no pitting edema, no deformities, no joint swelling, full EOM

Rectal area: Two oval shape, erythematous ulcers with minimal clear discharge at left perianal area



Neurological examination:

Alert, orientate to time-place-person, well cooperative

Speech: no dysarthria, intact fluency, comprehension, repetition, and naming Cranial nerve examination

CN II: pupil 2 mm BRTL, RAPD –negative, normal VF by confrontation

CN III, IV, VI: no ptosis, resting eye position in midline, full EOM, no nystagmus, smooth pursuit

CN V: intact facial sensation at V1, V2, V3, normal strength muscle of mastication both sides

CN VII: symmetrical nasolabial folds, no facial palsy

CN VIII: normal hearing

CN IX, X, XII: no uvula and tongue deviation

CN XI: normal strength of sternocleidomastoid and trapezius muscle

Motor power	Rt.	Lt.
Neck F/E	V/V	V/V
Shoulder elevation	V/V	V/V
Shoulder abduction	V/V	V/V
Elbow F/E	V/V	V/V
Wrist F/E	V/V	V/V
Finger grips	V	V
Hip F/E	V/V	V/V
Knee F/E	V/V	V/V
Ankle DF/PF	V/V	V/V
1st toe extension	V	V

Cerebellar sign: Intact FTN, and HTK, no truncal ataxia

Sensory: intact light touch, pinprick and proprioception sensation No meningeal irritation sign, stiff neck negative

BBK: Plantar flexion both

Reflex: 2+ all except ankle 1+ both

Clonus: negative

Fundoscopy exam: no papilledema



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 9 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13:00-16.30 น. ณ ห้องสัมมนา 4 - 6
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ



Investigation:

CBC: Hb 9.9 g/dL, Hct 31 %, MCV 82 fl, platelet 470,000 /mm³ WBC 17,580 /mm³ (Neutrophil 68 % Lymphocyte 27% Monocyte 3.8 % Eosinophil 0.4%)

Blood chemistry: BUN 6 mg/dL, Cr 0.55 mg/dL, Na 137 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Chloride 100 mmol/L, CO₂ 25 mmol/L, Calcium 8.8 mg/dL, Magnesium 0.8 mmol/L, Phosphate 3.2 mg/dL

Liver function test: AST 38 U/L, ALT 34 U/L, ALP 328 U/L, Albumin 3.3 g/dL, Globulin 4.7 g/dL, Total protein 8.5 g/dL, TB/DB 0.43/0.26 mg/dL, GGT 152

Chest X-ray

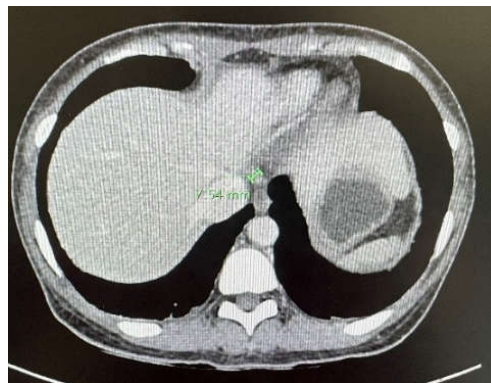
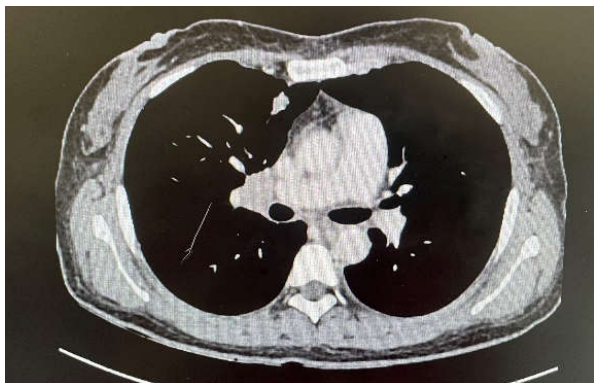




Case summary

Investigation:

CT chest and whole abdomen



1. Multiple bilateral supraclavicular, right paratracheal, prevascular, subcarinal, right hilar, right interlobular nodes, measuring up to 2cm in short axis.
2. A 1.6×0.9-cm enhancing nodule with an irregular border in the anterior segment of the RUL.
3. Multiple periportal, portocaval, paraaortic, aortocaval, retrocaval, mesenteric, and bilateral external iliac nodes, measuring up to 1.9 cm in short axis.
4. No hepatosplenomegaly

CSF profile: colorless, clear, OP/CP 15/13 WBC 29 (PMN 0, mono 100%), RBC 10, protein 31.7 mg/dL, sugar ratio 0.66

CSF culture for bacteria, TB, fungus: negative

CSF cryptoAg: negative

CSF PCR for meningitis/encephalitis panel (ME panel): detect EBV

PCR for Human herpes virus from perianal skin lesion: detect HSV-2 and EBV

EBUS with TBNA at hilar LN

Culture for bacteria: *Salmonella* group D



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 9 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13:00-16.30 น. ณ ห้องสัมมนา 4 - 6
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี หอประชุมยวัญ ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Salmonella group D showed sensitivity to trimethoprim/sulfamethoxazole, ampicillin, cefotaxime, ceftriaxone, ceftazidime, ciprofloxacin

pathology: Lymphoproliferation, small mature cells favor reactive lymphoid hyperplasia

No evidence of lymphoma, no granuloma, foamy material, fungus or viral inclusion seen, no carcinoma, no organism seen with AFB, GMS and Gram stain

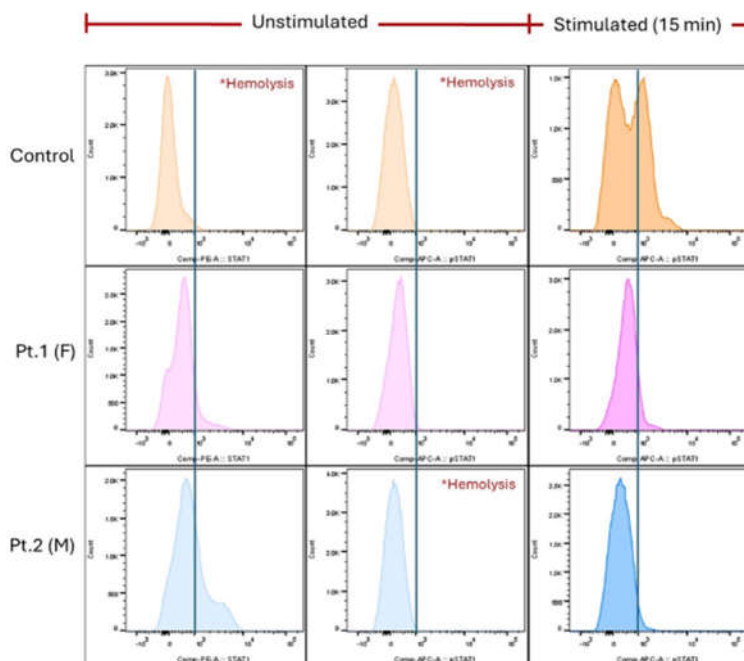
Serum EBV viral load: <35.0 IU/mL, log <1.55 log IU/mL

Anti-EBV IgG: positive >200 RU/mL, Anti-EBV IgM: negative

EBV (ENBA) IgG: positive 67.06 RU/mL

Anti-gamma-interferon 2.699 (Anti-gamma-interferon negative control 0.482, Anti-gamma-interferon positive control 3.642)

STAT1 phosphorylation for assessing the inhibitory activity of anti-IFN gamma autoAb: show in Pt.1(F) inhibit activity



Clinical diagnosis

1. Enteric fever caused by *Salmonella* group D (lymphadenopathy, prolong fever)
2. EBV reactivation (PCR from CSF, blood, skin) suspected from immune dysregulated by *Salmonella* infection



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 9 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13:00-16.30 น. ณ ห้องสัมมนา 4 - 6
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี หอประชุมยิวชัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

3. Recurrent HSV infection

4. HIV disease with viral load suppression with suspect anti-IFN gamma autoantibody

Microbiological diagnosis

Salmonella group D, EBV infection

Management

1. Antibiotics: Ceftriaxone 2 gm IV OD 2 weeks then ciprofloxacin (500) 1x2 PO PC 2 weeks (total ATB 4 weeks)
2. Acyclovir for herpes simplex
3. Supportive treatment: pain control, observe neurological sign
4. STAT1 phosphorylation test to confirm diagnosis after the infection subsided

Progress หลังได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะนาน 1 เดือน ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีปวดศีรษะ ต่อม้ำเหลืองที่คอคล้ำไม่ได้ ไม่มีผื่นบริเวณอวัยวะเพศอีก ระหว่างการตรวจติดตามการรักษา ผู้ป่วยมีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตขึ้นจนผู้ป่วยคลำได้ ได้ทำ cervical lymph node biopsy พบเชื้อ *M. abscessus* subsp. *massiliense*. จึงให้นอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยารักษาต่อไป