



Case 3: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

“A 65-year-old female presents with painful visual loss of left eye for 1 day”

ผู้นำเสนอ : นายแพทย์วรุฒิ วรุฒิวิทยา

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรมณีย์ ชัยวาฤทธิ์

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Patient profile: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี อาชีพ แม่บ้าน ภูมิลำเนา จังหวัดเชียงราย

Consultation date 27 สิงหาคม 2566

Chief complaint: ปวดตาซ้ายร่วมกับตามัวลง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

4 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยเข้ารับการฉีดยา bevacizumab (Avastin®) แบบ intravitreal injection เข้าที่ตาทั้งสองข้าง เนื่องจากวินิจฉัย moderate non-proliferative diabetic retinopathy (NPDR) with diabetic macular edema both eyes

หลังฉีดยาประมาณ 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการปวดตาซ้าย ปวดแน่น ๆ ไม่ร้ายไปกว่านี้ ไม่มีอาการเคืองตา ไม่มีตาแดง ไม่มีขี้ตา ยังมองเห็นชัดดี

3 วันก่อนมา รพ. ปวดตาซ้ายมากขึ้นในลักษณะเดิมและสังเกตว่ารอบตาซ้ายบวมขึ้น ร่วมกับมีตาซ้ายมัวมองเห็นไม่ชัดเจนจนไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ไม่มีภาพซ้อน ตาซ้ายเริ่มแดง มีน้ำตาไหลออกมามากกว่าปกติ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการปากเขียวหรือหน้าเขียว พูดชัดดี ไม่มีอ่อนแรงหรือชา ไม่มีอาการชักเกร็ง ปฏิเสธอาการไอเสมหะ หายใจเหนื่อยหรือน้ำมูก ไม่มีอาการปวดฟัน ไม่ได้ทำหัตถการเกี่ยวกับฟันก่อนหน้านี้ ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ไม่ปวดข้อ ไม่มีผื่นตามร่างกาย ตาขวาปกติดี

ไปตรวจโรงพยาบาลจังหวัดโดยจักษุแพทย์ พบว่า VA left eye: hand motion, cloudy vitreous ได้ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ceftazidime และ vancomycin แบบ eye drop และ intravitreal form และส่งตัวมาหลังจากนั้นผู้ป่วยถูกส่งต่อมายังรพ. มหาราชนครเชียงใหม่ในวันที่ 27 ส.ค. 66 และได้ปรึกษาหน่วยโรคติดเชื้อในวันที่ 31 ส.ค. 66



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 14 ธันวาคม 2566 เวลา 13:00-16:00 น. ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B
อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Past History:

Underlying disease:

- Essential hypertension วินิจฉัย 5 ปี ก่อนมารพ.
- Dyslipidemia วินิจฉัย 5 ปี ก่อนมารพ.
- Diabetes mellitus type II with moderate NPDR วินิจฉัย 5 ปี ก่อนมารพ.
 - Not well controlled, HbA1C 7.36% (2 ก.ย. 66)
- Chronic kidney disease stage 4 จาก diabetic nephropathy

Previous illness:

- None

Current medication:

- Atorvastatin (40) 1 tab po OD hs
- Insulin aspart 16 units sc ac เช้า, 8 units sc ac เย็น

Social and personal history:

- ปฏิเสธประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร
- ปฏิเสธประวัติดื่มสุราหรือสูบบุหรี่
- ปฏิเสธประวัติรับประทานอาหารดิบ
- ปฏิเสธประวัติกินยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร
- ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด สักตามร่างกาย ได้รับเลือด
- ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุ
- ปฏิเสธประวัติเลี้ยงสัตว์หรือสัมผัสสัตว์
- ปฏิเสธประวัติการเดินทางต่างถิ่นในช่วง 3 เดือนก่อนหน้า
- ปฏิเสธการใช้คอนแทคเลนส์

Family history:

- ปฏิเสธประวัติมะเร็งหรือโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 14 ธันวาคม 2566 เวลา 13:00-16:00 น. ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B
อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Physical Examination:

Vital signs: BT 37.1°C, PR 88 bpm, RR 14 /min, BP 144/96 mmHg, SpO₂ 98% (Room air)

General appearance: An old-aged woman with good consciousness

BW 72 kg, Height 150 cm, BMI 32 kg/m²

HEENT: No pale conjunctivae, anicteric sclerae, no oral thrush, no oral ulcer, no injected pharynx, no tonsillar hypertrophy

Eyes: Both eyes: (Figure 1) Left eye: (Figure 2 - 3)

	Right	Left
VA SC	6/24	PJ
VA c PH	6/12	-
Intraocular pressure	14 mmHg	16 mmHg
Eye lid	Normal	Swelling & redness
Conjunctivae	normal	Chemosis, mucopurulent discharge
Cornea and lens	Mild nuclear sclerosis	Corneal edema
Anterior chamber	Normal	Hypopyon presented (grade 4+)
Iris and pupil	3 mm RTL	Cannot evaluate
Fundus	C:D 0.3, A:V normal Macular edema	Posterior vitreous detachment, Vitreous haze by B-scan ultrasound

Lymph nodes: No palpable lymph nodes at cervical, axillary, epitrochlear, and inguinal areas

RS: Clear and equal breath sounds on both lungs

CVS: Regular pulses all extremities, regular rhythm, PMI at 5th ICS MCL, normal S1S2, no murmur



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 14 ธันวาคม 2566 เวลา 13:00-16:00 น. ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B
อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Abdomen: No distension, no surgical scar, no superficial vein dilatation, normoactive bowel sound, no tenderness, liver span 8 cm, splenic dullness negative, no shifting dullness

Extremities: No edema, no joint swelling, no redness, no skin break or wound

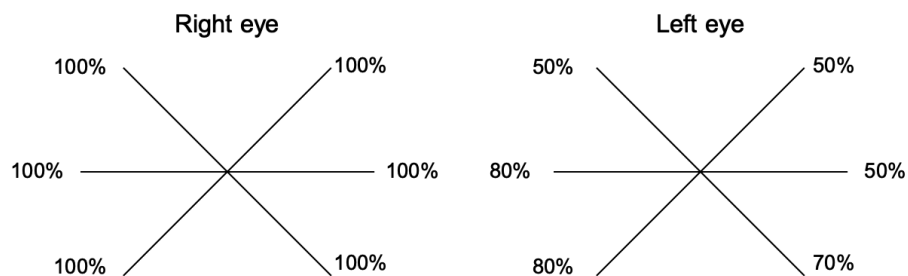
Spine: Normal spinous structure, no tenderness along spine, no frank deformity

Neuro: Awake and aware, normal consciousness, good orientation, motor grade V all, DTR 2+ all, no sign of meningeal irritation

Cranial nerves:

Pupil right eye 3 mm RTL, left eye cannot evaluate, RAPD cannot evaluate

EOM:



Normal facial sensation, normal masticator muscle, no facial UMNL weakness, no uvula deviation, normal trapezius and sternocleidomastoid power motor



Figure 1



Figure 2

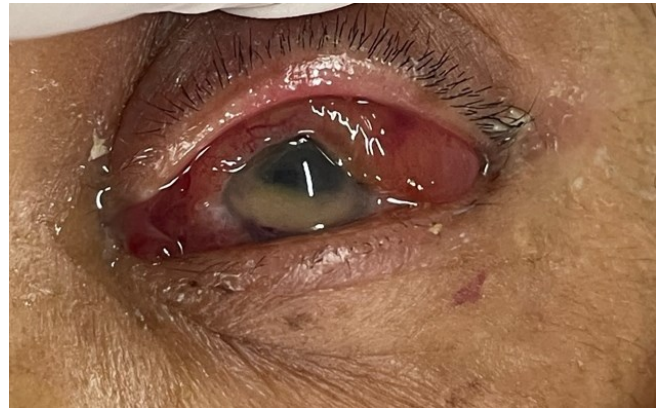
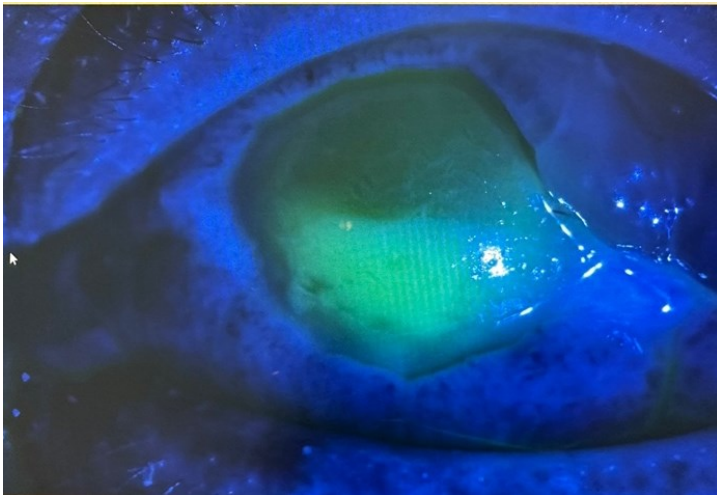


Figure 3:



Laboratory investigations:

- **Complete blood count:**

Hb 9.6 g/dL, Hct 31.9%, MCV 81.6 fL, RDW 14.1%, WBC 14,280 cells/mm³ (neutrophils 75.6%, lymphocytes 13.0%, eosinophils 5.6%), Platelet 214,000/mm³

- **Blood chemistry:**

BUN 31 mg/dL, Cr 2.99 mg/dL, eGFR 15.76 ml/min/1.73m², Na 137 mmol/L, K 4.2 mmol/L, Cl 107 mmol/L, CO2 16 mmol/L, blood sugar 90 mg/dL

- **HbA1C 7.36 %**

- **Liver function test:**

Total protein 6.1 g/dl, Albumin 2.3 g/dl Globulin 3.7 g/dl, Cholesterol 214 mg/dl, ALP 90 U/L, AST 17 U/L, ALT 8 U/L, Total bilirubin 0.12, Direct bilirubin 0.06 mg/dl

- **Urinalysis:**



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 14 ธันวาคม 2566 เวลา 13:00-16:00 น. ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B
อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

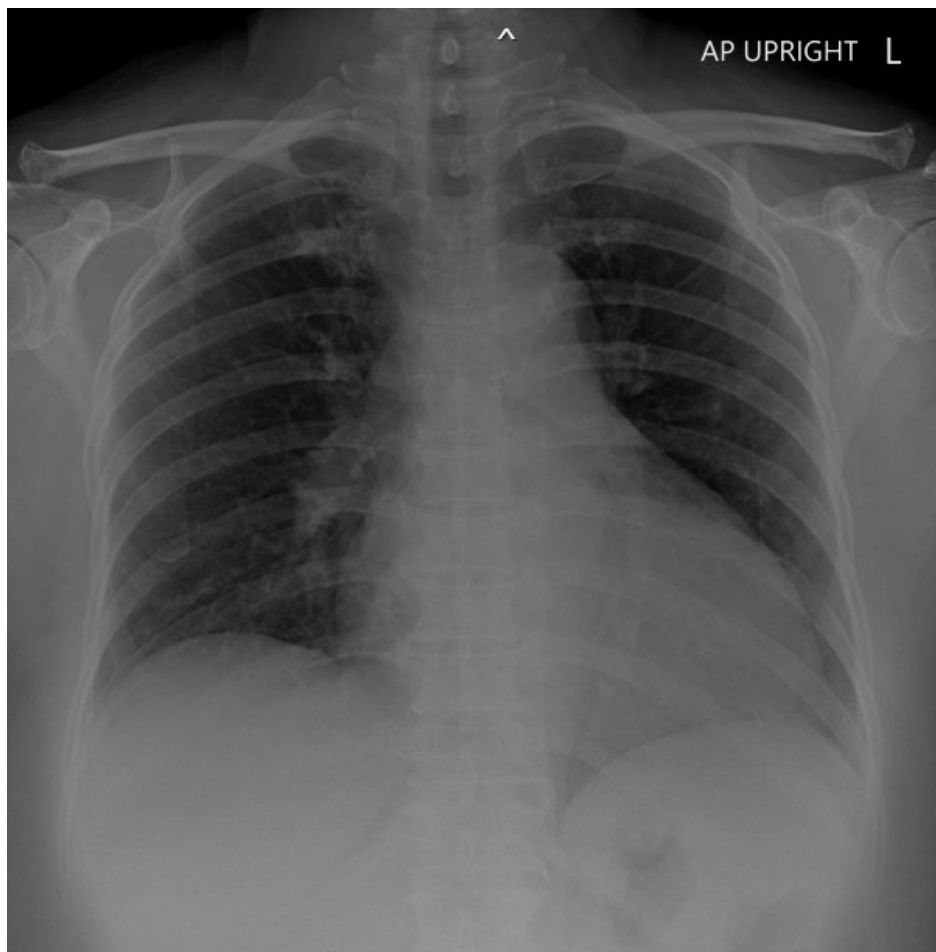
Yellow, pH 6.5, Specific gravity 1.017, Albumin 4+, Sugar 3+, Blood 3+

Ketone negative, Nitrite negative, Leukocyte esterase 2+,

RBC 2-3 cells/HPF, WBC 50-100 cells/HPF, Squamous epithelium 3-5 cells/HPF

- **Urine gram stain:** No bacteria
- **Urine culture:** no growth

Chest X-ray:





Case summary

ผล investigations:

1. Calcofluor white stain of vitreous sampling of left eye: moderate cells resembled *Acanthamoeba* (Figure 1)
2. Trichrome stain of vitreous sampling of left eye: *Acanthamoeba*, cyst stage (Figure 2)

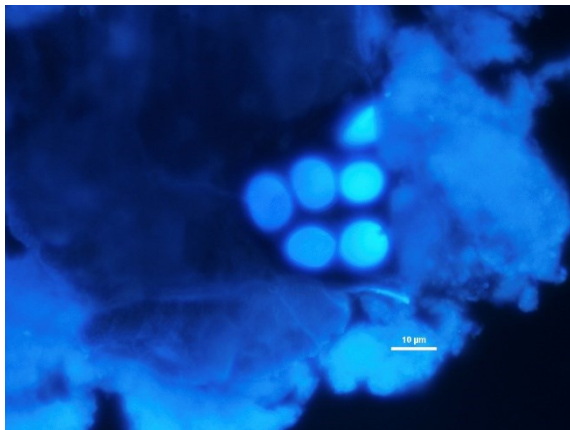


Figure 1

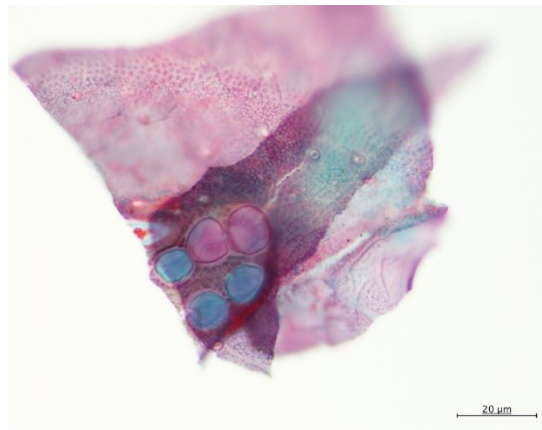


Figure 2

Clinical diagnosis: Acute exogenous panophthalmitis of left eye

Microbiological diagnosis: *Acanthamoeba* panophthalmitis of left eye

Management: เริ่มให้ยาด้านจุลชีพ ตั้งแต่วันที่ 31 สิงหาคม 2566 ดังนี้

1. Flucytosine (500) (50 mg/kg/day) 3 tablets PO morning, 2 tablets PO evening
2. Voriconazole 6 mg/kg PO BID day1 then 4 mg/kg BID
3. Sulfadiazine (500) 1 tablet po QID (2 gm/day)
4. Metronidazole (200) 2 tablets po TID

Progress:

หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาดังกล่าว 5 วัน อาการอักเสบของตาดีขึ้น ทางจักษุแพทย์พิจารณาว่าไม่สามารถควบคุมการติดเชื้อได้ด้วยเพียงยาด้านจุลชีพ ผู้ป่วยจึงได้รับการทำการหัตถการ enucleation of left eye ในวันที่ 5 กันยายน 2566 หลังจากผ่าตัด อาการอักเสบลดลงจึงสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้