



#### Case 4: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

“A 63-year-old female presents with abdominal pain for 1 day”

ผู้นำเสนอ : แพทย์หญิงพรพรรณ พิ ศรีชมภู สถาบัน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ประวัฒน์ จันทฤทธิ์ สถาบัน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

**Patient profile:** หญิงไทยอายุ 63 ปี อาชีพ อดีตพนักงานบัญชี (เกษียณ)  
ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร  
รับเข้ารักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ครั้งแรก เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2566  
ปรึกษาอายุแพทย์โรคติดเชื้อ เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

**Chief complaint:** ปวดท้อง 1 วัน

#### Present illness:

8 วันก่อน มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกมีไข้ต่ำ ๆ ไม่มีไอเสมหะ ไม่มีท้องเสีย  
ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่ซึม

5 วันก่อน มีไข้ต่ำ ๆ กินยาลดไข้ แล้วไข้ลดลง ไม่หนาวสั่น ไม่มีอาการปวดข้อ ไม่มีท้องเสีย ปวด  
เมื่อยเนื้อตัว ปวดเข่า มาับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี

BT 38.9°C, PR 81 bpm, RR 22/min, BP 106/71 mmHg

CBC: Hb 13 g/dL, Hct 42%, MCV 80 fL, WBC 6,240 cells/mm<sup>3</sup> (neutrophils 72%,  
Lymphocytes 20%, monocytes 5.2%, eosinophils 2.8%) platelet 135,000/mm<sup>3</sup>

Nasal swab antigen test (fluorescence immunoassay) for Covid-19, influenza A, B  
negative วินิจฉัย Acute febrile illness ได้รับยา Torrent (paracetamol+ orphenadrine)  
(450/35) 1 tab po t.i.d ORS sachet (5.5 gm) 1ซอง ละลายน้ำ 250 มล. prn

1 วันก่อน มีอาการปวดหน้าท้องบริเวณท้องน้อย ตรงกลาง ไม่ร้าวไปบริเวณใด ปวดบิด ครั้งละประมาณ  
5-10 นาที อาการไม่หายสนิท ปัสสาวะไม่ออก มีอาการอึดแน่นท้องมากขึ้น อาการไม่  
สัมพันธ์กับท่าทาง คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง ไม่มีถ่ายอุจจาระเหลว อาการปวดท้องเป็นมาก  
ขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับมีไข้ จึงมาโรงพยาบาล

BT 38.5°C, PR 110 bpm, RR 22/min, BP 110/84 mmHg

Abdomen: no surgical scar, liver, and spleen not palpable, tenderness at suprapubic area,  
no rebound tenderness at any area



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

Retain foley's catheter, residual urine 2,600 ml อาการปวดท้องอยู่ มีไข้

CT lower abdomen: appendix 7 mm, air in appendix, minimal fat stranding at tip of appendix, no RLQ fluid collection, no phlegmon or abscess, no lymphadenopathy, no change of cystic lesion at left adnexa, measuring about 3.7×3.5×3.3 cm

Diagnosis: acute appendicitis Management: Laparoscopic appendectomy (30/10/2566)

Operation findings: mild enlarge appendicitis size 6 mm in diameter, no appendicolith, no free fluid, mild adhesion between omentum and abdominal wall at LLQ

Pathology: vermiform appendix measure 4 cm in length and 0.6 cm in maximal diameter.

The serosa is smooth. There is no rupture. The content is not seen.

Pathological diagnosis: Acute appendicitis, mild Treatment: ceftazidime 2 g IV q 8 h plus metronidazole 500 mg IV q 8 h

หลังผ่าตัด 1 วัน

ผู้ป่วยซึมลง ถามตอบช้า ๆ ทำตามสั่งได้ มีไข้ ไม่มีอาการปวดท้อง

BT 38.1°C, PR 115 bpm, RR 24/min, BP 102/69 mmHg

Electrolytes: BUN 8 mg/dL, Cr 0.9 mg/dL, Na 120 mmol/L, K 4.09 mmol/L, Cl 88 mmol/L, HCO<sub>3</sub> 25 mmol/L

(ก่อนผ่าตัด Na 127 mmol/L, K 2.99 mmol/L, Cl 92 mmol/L, HCO<sub>3</sub> 20.8 mmol/L)

Imp acute symptomatic hyponatremia

Mx: 3%NaCl 50 ml/hr x 4 hrs, Elixir KCl 20 ml oral stat

Follow up lab: Na 120 mmol/L >> 131 mmol/L (in 10 hours)

ปรึกษา Nephrologist (31/10/66) เรื่อง euvolemic hyponatremia

Mx: off 3%NaCl then NaCl tab (300) 3 tab oral t.i.d

ผู้ป่วยยังไม่ตื่นหลัง correct Na

ปรึกษา Neurologist

เรื่อง alteration of consciousness Physical exam: spontaneous eye opening, partial follow command, pupils 2 mm react to light both eyes, vestibulo-ocular reflex positive, spastic tone at upper extremities, Motor power upper extremities at least grade III both sides, lower extremities grade II both sides

CT brain emergency: no intracranial hemorrhage, extra-axial collection, mid-line shift, brain herniation, a small enhancing focus at the left sided pons, probably true lesion or artifact. Unchanged evidence of right suboccipital craniotomy for microvascular decompression.



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

ณ ขณะนั้น นึกถึง สาเหตุของ ชีมจาก septic encephalopathy, osmotic demyelination syndrome (ODS), hyponatremia

ผู้ป่วยมีอาการซึมมากขึ้น มีไข้ เสมหะมากขึ้น จึงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ  
ปรึกษาอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ ร่วมประเมิน เรื่อง ไข้และซึม

#### Past and personal history:

- โรคประจำตัว hypertension, dyslipidemia, trigeminal neuralgia, T2DM (diet control, HbA1C 5.6%)
- เคยผ่าตัด right microvascular decompression (CN V) ปี 2558 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- ติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ตั้งแต่ พฤษภาคม พ.ศ. 2566 (6 เดือนก่อนมารพ.) ไปด้วย molnupiravir
- ปฏิเสธประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุราและการใช้สารเสพติด
- ประวัติวัคซีน
  - วัคซีนไข้หวัดใหญ่ พศจิกายน พ.ศ. 2565
  - วัคซีนโควิด-19 ทั้งหมด 4 เข็ม AZ-AZ-Pf-MDN เข็มสุดท้าย เมื่อสิงหาคม พ.ศ. 2565
- ประวัติเดินทาง
  - 2 เดือนก่อน (26 สิงหาคม พ.ศ. 2566) ไป Switzerland (Bern, Lausanne), 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 France (Paris), 3 กันยายน พ.ศ. 2566 กลับถึงประเทศไทย
- ไม่มีสัตว์เลี้ยง

#### Family history

- ปฏิเสธประวัติคนในครอบครัวเป็นวัณโรค
- ปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรมหรือมะเร็งในครอบครัว

#### Current medication

- Amlodipine 10 mg/day
- Simvastatin 10 mg/day
- Pregabalin 75 mg/day
- Daflon 2 mg/day

#### Drug allergy

- Ampicillin, baclofen, carbamazepine, sulbactam แพ้ ผื่นขึ้น



**Physical Examinations (at ward, before intubation):**

**Vital sign:** BT 38.1°C, PR 115 bpm, RR 24/min, BP 102/69 mmHg, SpO2 100% room air

**General appearance:** a middle-aged woman, drowsiness, spontaneous eye opening, slow response

**HEENT:** no pale conjunctivae, anicteric sclerae, no puffy eyelid, no oral ulcer, no oral candidiasis, no oral hairy leukoplakia, thyroid gland: not enlarged

**Lymph nodes:** no palpable lymph nodes at submandibular, supraclavicular, anterior cervical, posterior cervical, axillary, or groin areas

**CVS:** tachycardia (regular rhythm), normal S1 S2, no murmur

**Lungs:** no retraction, coarse crepitation at both lower lungs, no wheezing

**Abdomen:** no distension, surgical wound no discharge, no redness, normoactive bowel sound, liver span 8 cm, splenic dullness negative, no shifting dullness

**Extremities:** no edema, no joint swelling, no joint tenderness

**Skin:** not seen needle mark or rash

**Neuro:** Spontaneous eye opening, partial follow command, no neglect

**Cranial nerves:** pupils 2 mm both eyes, vestibulo-ocular reflex cross midline, did not evaluate other CNs

**Motor tone:** spastic tone at upper limbs

**Motor power**

Upper extremities	Rt	Lt
Shoulder abductor	3	3
Shoulder flexion/extension	3	3
Elbow flexion/extension	3	3
Wrist flexion/extension	3	3
Hand grip	3	3
<b>Lower extremities</b>		
Hip flexion/extension	2	2
Knee flexion/extension	2	2
Ankle flexion/extension	2	2

**Reflex:** 3+ at biceps, triceps tendon and brachioradialis tendon both sides, 2+at all lower extremities

palmar grasp reflex, palmo-mental reflex, rooting, sucking, snout reflex and glabellar reflex are negative

BBK: plantar response both sides Cerebella signs: can't evaluated finger-to-nose, heel-to-knee Stiffness of neck: positive all directions

PR: bulbocavernosus reflex positive



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

#### Laboratory investigations:

**CBC:** Hb 14.9 g/dL, Hct 42%, MCV 80.8 fL, WBC 11,020 cells/mm<sup>3</sup> (neutrophils 87.5%, lymphocytes 6.2%, monocytes 6.2%, eosinophils 0.1%), platelet 224,000/mm<sup>3</sup>

**Electrolytes:** BUN 10 mg/dL, Cr 0.31 mg/dL, Na 123 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 89 mmol/L, HCO<sub>3</sub> 26.3 mmol/L, capillary blood glucose 171 mg/dL

**Liver function test:** AST 65 U/L, ALT 78 U/L, ALP 68 U/L, TP 6.3 g/dL, albumin 3.0 g/dL, TB 0.5 mg/dL, DB 0.2 mg/dL

#### Chest x-ray



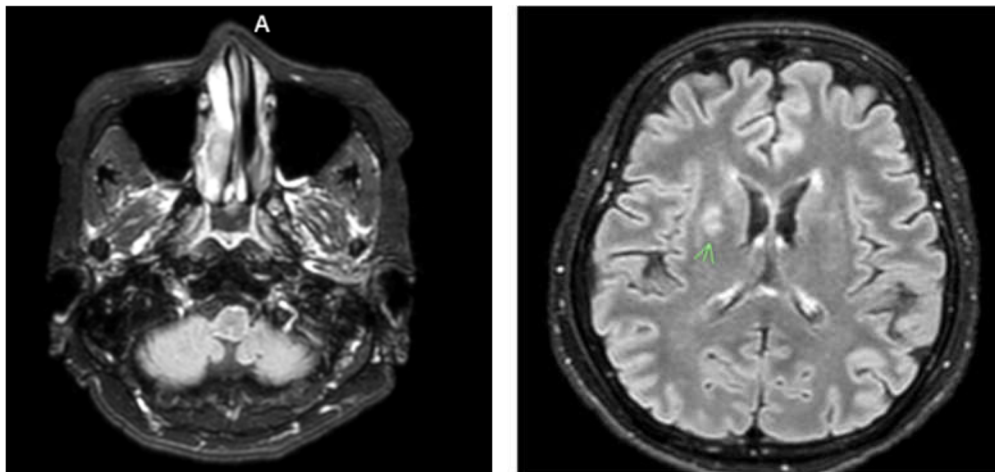
#### CT brain with contrast





## Case summary

### ผล investigation:



- MRI brain with Gd: More conspicuity of multifocal leptomeningeal enhancement along the left posterior temporal sulcus, the surface of the brainstem and cervical spinal cord as well as the bilateral foramina of Luschka and fourth ventricle. Increase the number of several foci and areas of T2-FLAIR hyperintensity involving the bilateral basal ganglia and bilateral hypothalami.
- CSF profile: WBC 93 cells/mm<sup>3</sup> (neutrophils 1%, eosinophils 8%, lymphocytes 88%, monocytes 3%), RBC 100 cells/mm<sup>3</sup>, total protein 132 mg/dL, glucose 30 mg/dL, capillary blood glucose 120%, ratio glucose 0.25, CSF culture no growth
- CSF for molecular testing for *Mycobacterium tuberculosis* complex and non-tuberculous mycobacteria target: not detected
- Immunochromatography for *O. tsutsugamushi* Ab IgM, IgG: negative, *Leptospira* IgM, and IgG: negative
- Serum for Glial fibrillary acidic protein antibody: strongly positive
- CSF for Glial fibrillary acidic protein antibody: strongly positive

**Clinical diagnosis:** Meningitis and rhombencephalitis

**Microscopic diagnosis:** Autoimmune glial fibrillary acidic protein astrocytopathy meningoencephalitis

**Management:** Plasma exchange 7 cycles, meropenem 2 gm IV q 8 h total 20 days, methylprednisolone 1 gm IV daily total 7 days then prednisolone 60 mg/ day

**Progress:** After methylprednisolone, patient had spontaneous eye opening, responded to command and could be extubated.