



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2568

อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ในอังคารที่ 11 มีนาคม 2568 เวลา 13:00-16:00 น.

ณ ห้องประชุมบุษบา โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

Case 3: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

"A 32-year-old male presents with acute abdominal pain for 6 hours"

ผู้นำเสนอ : นพ.สุทธิพงษ์ เปียปลื้ม

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่ปรึกษา : รศ.พญ.นันทรา สุวันทรัตน์

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Patient profile: ผู้ป่วยชายไทยโต อายุ 32 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดปทุมธานี ไม่ได้ประกอบอาชีพ

สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า รพ.ปทุมธานี

เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2567

Chief complaint: ปวดท้อง 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

18 วันก่อนมา รพ. (27 ต.ค. 67) มาตบด้วยเรื่อง น้ำล้างไตขุ่น 1 วัน น้ำล้างไตลักษณะเหนียวหนืด ปวดท้องมากขณะล้างไต ตรวจร่างกายพบ BP 75/62 mmHg, BT 36.2 °C, abdomen generalized tender, rebound positive, PD fluid count: total cell 524 cells/mm³, WBC 322 cells/mm³, PMN 92 %, PD fluid culture: no growth ได้รับการวินิจฉัยเป็น infected CAPD with septic shock นอน รพ. 27/10/67-4/11/67

CT whole abdomen (29/10/67): prominent fluid-filled appendix, about 7.3 mm in diameter with minimal periappendiceal fat stranding suspected secondary inflammation

ขณะนั้นได้ปรึกษาศัลยกรรมร่วมดูแล ทางศัลยกรรมคิดว่าเกิดจาก lesion ที่ appendix เกิดจาก secondary inflammation ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย vancomycin iv, meropenem IV 3 วัน หลังจากนั้นสัญญาณชีพคงที่ ผลเพาะเชื้อจากน้ำล้างไตและเลือดเป็นลบ จึงเปลี่ยนเป็น Ceftriaxone 1.5 g IP q 8 hr, Ciprofloxacin oral 1000 mg/day, และ nystatin 5 ml oral tid pc ตรวจติดตาม PD fluid cell count (3/11/67) หลังรักษาพบว่า WBC: 3 cells/mm³, RBC 2 cells/mm³ และได้ discharge หลังนอนโรงพยาบาล 8 วัน แพทย์ผู้รักษาวางแผนจะให้ยา 21 วัน โดยไม่ได้เปลี่ยน TK catheter

3 วันก่อนมา รพ. (15 พ.ย. 67) ผู้ป่วยสังเกตว่าน้ำล้างไตมีลักษณะเป็นเมือกๆ ร่วมกับมีเลือดปนบางครั้ง ก่อนหน้านี้ออกจากรพ.น้ำล้างไตใส ได้กำไลวันละ 488-740 ml ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง ไม่มีอาการถ่ายเหลว ผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะแล้ว

1 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ แต่ไม่ได้วัดไข้ที่บ้าน น้ำล้างไตมีลักษณะหนืดและเหนียวขึ้น ไม่มีอาการปวดท้อง ได้กำไล 868 ml



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครั้งที่ 1/2568

อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคไตเรื้อรัง ในอังคารที่ 11 มีนาคม 2568 เวลา 13:00-16:00 น.

ณ ห้องประชุมบุษบา โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

6 ชั่วโมงก่อนมา รพ. เริ่มมีอาการปวดท้องทั่วๆมากขึ้น ไม่มีจุดเริ่มปวดชัดเจน ไม่ร้าวไปไหน อาการปวดเป็นแบบตื้อๆ Pain score 5/10 มีอาการคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน มีอาการถ่ายเหลว 3 ครั้งสีเหลือง ไม่มีมูกเลือดปน น้ำล้างไตมีลักษณะขุ่น มีไข้ต่ำๆ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย ไม่มีอาการตัวบวม ไม่ได้รับประทานยาแก้ปวดบรรเทาอาการปวดเริ่มเป็นมากขึ้น Pain score 9/10 จนไม่สามารถลุกไปไหนได้ ญาติจึงนำตัวส่งรพ.

Past history

- End stage renal disease (unknown cause), ไม่เคยทำ kidney biopsy
 - ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ 8 ปีก่อน(24/01/60) มาด้วยอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง
 - U/S KUB (24/1/60) : Right kidney 10 cm , Left kidney 9.5 cm, loss of corticomedullary junction and increase both parenchyma
 - ได้ทำ automated CAPD ตั้งแต่ 8 ปีก่อน(ปี 2560)
 - มีประวัติ infected CAPD ทั้งหมด 4 ครั้ง
 - ครั้งที่ 1 เมื่อ 2 ปีก่อน (20/10/65) มาด้วย ถ่ายเหลว ปวดท้องน้ำล้างไตขุ่น 1 วัน, PD fluid cell count: WBC 2308 cells/mm³, RBC 500 cells/mm³, PD fluid Culture: no growth ได้รับการรักษาด้วย Cefazolin และ Ceftazidime IP 14 วัน หลังรักษาอาการดีขึ้น ไม่ปวดท้อง น้ำล้างไตใสไม่ได้เปลี่ยน TK catheter
 - ครั้งที่ 2 เมื่อ 18 เดือนก่อน (3/04/66) มาด้วยปวดท้อง น้ำล้างไตขุ่น มีไข้ต่ำๆ 1 วัน, PDF cell count: WBC 742 cells/mm³, PMN 82.9%, PD fluid culture: no growth ได้รับการรักษาด้วย Ceftazidime IP 21 วัน หลังรักษาอาการดีขึ้น หายไข้ ไม่ปวดท้อง น้ำล้างไตใส
 - ครั้งที่ 3 เมื่อ 10 เดือนก่อน (22/01/67) มาด้วยน้ำล้างไตขุ่น 1 วัน, PDF cell count: WBC 742 cells/mm³, PMN 82.9%, PD fluid culture: *Pseudomonas stutzeri* ได้รับการรักษาด้วย Ceftazidime IP 21 วัน ไม่ได้เปลี่ยน TK catheter แพทย์แนะนำให้เปลี่ยนเป็นล้างไตทางหลอดเลือดแต่ผู้ป่วยปฏิเสธ
 - ครั้งที่ 4 (27/10/67) ดังแสดงใน present illness
- Tertiary hyperparathyroidism s/p total parathyroidectomy with auto-transplantation at left arm ปี 2565
- Anemia due to HbH disease with E-trait with anemia of CKD



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2568

อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ในอังคารที่ 11 มีนาคม 2568 เวลา 13:00-16:00 น.

ณ ห้องประชุมบุษบา โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

Current medication

1. Ceftazidime 1.5 gm IP q 8 hr
2. Ciprofloxacin(250) 2*1 po pc
3. Nystatin 5 ml po tid pc
4. Aspirin (81) 1tab po od pc
5. Atorvastatin (40) 1 tab po hs
6. Calcium carbonate (1500) 2 tab po tid
7. Omeprazole (20) 1 cap po od ac
8. EPO 4000 IU weekly
9. Ferrous fumarate (200) 1 tab po bid pc

Personal history:

- ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ
- ปฏิเสธประวัติใช้ยาเสพติด ยาต้ม ยาหม้อ ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม
- ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่เคยใช้สารเสพติด
- ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร

Family history:

ไม่มีประวัติโรคมาเรียมหรือโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว

Physical examination:

Vital sign: BT 37.5 °C, BP 127/92 mmHg, PR 98 bpm, RR 18/min SpO₂ 99% Room air,

body weight 68 kg, height 170 cm, BMI 23.5 kg/m²

General appearance: A Thai male, Alert, good consciousness, mild pale

HEENT:

mildly pale conjunctivae, Anicteric sclera

Cardiovascular system:

Full pulse all extremities, regular rhythm, PMI at 5th intercostal space at midclavicular line, no heaving, no thrill, normal S1 and S2, no murmur.

Respiratory system:

Normal chest contour, no suprasternal retraction, good air entry, equal breath sound, no adventitious sound

Abdomen:

Moderate distension, no superficial vein dilatation, no ecchymosis, hypoactive bowel sound, moderate generalized tenderness, rebound tenderness with voluntary guarding, fluid thrill positive, no pulsatile mass.



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2568

อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ในอังคารที่ 11 มีนาคม 2568 เวลา 13:00-16:00 น.

ณ ห้องประชุมบุษบา โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

CAPD exit site:	no pus or abnormal discharge, no red or tenderness at exit site.
Extremities:	No edema
Skin:	No rash, hypo/hyperpigmentation
Neurological system:	Alert, follow to command, normal speech, no ataxia, pupil 3 mm RTLBE, eye full EOM, no facial palsy, motor grade V all, no decrease sensation.

Laboratory investigation

CBC:	Hb 8.4 g/dL, Hematocrit 27%, MCV 49 fL, RDW 18.5%, WBC count 17,480 cells/uL (neutrophil 80%, lymphocyte 8%, monocyte 12%), platelet count 324,000 /uL,
Renal function test:	BUN 38 mg/dL, Creatinine 11.93 mg/dL,
Electrolyte:	Na 135 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl 94 mmol/L, bicarbonate 21 mmol/L
Liver function test:	total protein 9.26 g/dL, albumin 3.51 g/dL, globulin 5.75 g/dL, AST 24 U/L, ALT 15 U/L, ALP 68 U/L, total bilirubin 0.48 mg/dL, direct bilirubin 0.31 mg/dL



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2568

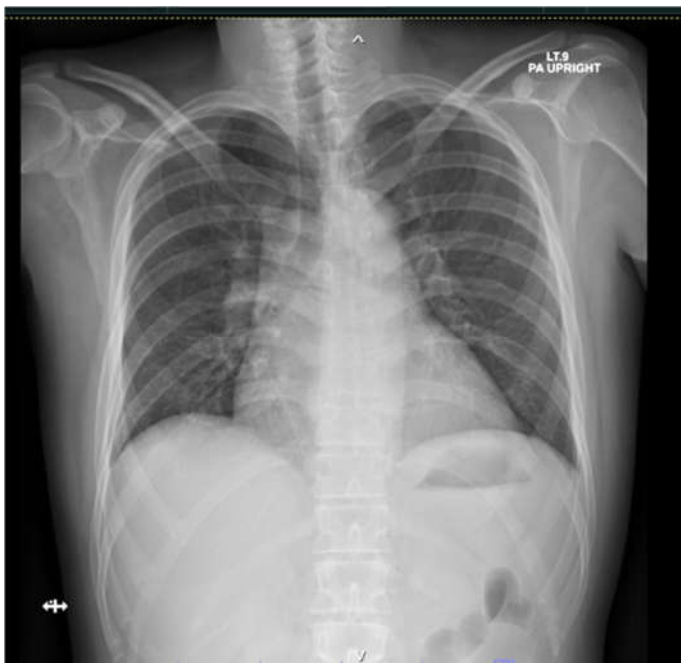
อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ในอังคารที่ 11 มีนาคม 2568 เวลา 13:00-16:00 น.

ณ ห้องประชุมบุษบา โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

Film plain KUB :



Chest x-ray





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2568

อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ในอังคารที่ 11 มีนาคม 2568 เวลา 13:00-16:00 น.

ณ ห้องประชุมบุษบา โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

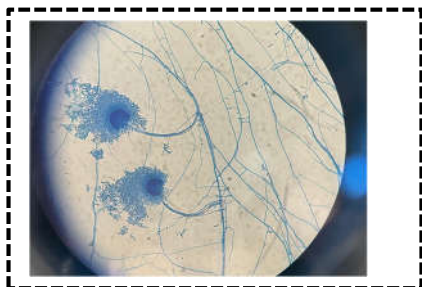
Case Summary

ผล investigation



Peritoneal dialysis fluid culture:

Cinnamon-brown colonies in SDA at 37°C



Lactophenol Cotton Blue stain:

Septate hyphae with biseriate conidiophores on a dome-shaped vesicle

Clinical diagnosis: Peritoneal dialysis associated refractory peritonitis

Microbiological diagnosis: *Aspergillus terreus* peritonitis

Management

- Antifungal therapy: Voriconazole
- Remove peritoneal dialysis catheter
- Switch to hemodialysis post-catheter removal



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2568

อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ในอังคารที่ 11 มีนาคม 2568 เวลา 13:00-16:00 น.

ณ ห้องประชุมบุษบา โรงแรมแมนดาริน สามย่าน กรุงเทพฯ

Progress

- The patient did not respond to treatment despite after catheter removal and specific treatment with voriconazole. Subsequently, he developed a complication of intra-abdominal bleeding due to a ruptured aneurysm of the jejunal branch of the SMV, leading to abdominal compartment syndrome. He was treated with embolization and small bowel resection. Later, he developed an anastomotic leakage, septic shock, and eventually passed away four weeks after treatment.