



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในพฤหัสบดีที่ 19 ธันวาคม 2567 ณ ห้องประชุมพร-จันทน์ พิศกกน ชั้น 17 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

Case 2: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

"A 29-year-old HIV-infected female presents with chronic diarrhea for 20 months"

ผู้นำเสนอ : นายแพทย์สรศักดิ์ จันทร

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อนุภ จิตต์เมือง

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Patient profile: หญิงไทยโสด อายุ 29 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร
รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช วันที่ 24/9/2567

Chief complaint: ถ่ายเหลวเรื้อรัง 20 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

ธ.ค. 2565 ถ่ายเหลวเป็นน้ำ ประมาณ 4-5 ครั้งต่อวัน ปริมาณ 1 แก้ว/ครั้ง ไม่มีถ่ายเป็นมูกเลือด
ไม่มีปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน มีน้ำหนักลดประมาณ 10 kg

ม.ค. 2566 เข้ารับการรักษาใน รพ. ศิริราช ด้วยเรื่อง PCP pneumonia รักษาด้วย oral co-trimoxazole
ร่วมกับ oral prednisolone นาน 21 วัน ต่อด้วย co-trimoxazole ร่วมกับ fluconazole
prophylaxis ขณะนอน รพ. แพทย์ตรวจหาสาเหตุเรื่องถ่ายเหลว stool exam: WBC 0-1,
RBC 0-1/hpf, parasite not found, stool for gastroenteritis (GI) panel positive for
Campylobacter, Norovirus ผลตรวจ stool อื่น ๆ ไม่พบความผิดปกติ ได้รักษาด้วย
azithromycin (250) 4 tab single dose หลังออกจาก รพ. มาตรวจติดตามและได้เริ่มทาน
ARV ต่อด้วยสูตร TDF/3TC/DTG ยังมีถ่ายเหลวอยู่วันละ 2-3 ครั้งเป็นน้ำครั้งละ ½ แก้ว
มีต้นขึ้นมาถ่ายเหลวตอนกลางคืนร่วมด้วย ไม่มีไข้ หลังจากรักษาด้วยยา ARV เป็น
ระยะเวลา 3 เดือน แพทย์ส่งตรวจ VL พบว่ามี virological suppression

พ.ค. 2566 เข้ารับการรักษาใน รพ. ศิริราช อีกครั้งด้วยเรื่อง อ่อนเพลีย ทานได้น้อย วินิจฉัยเป็น
starvation ketoacidosis with hypotension ร่วมกับยังมีถ่ายเหลวปริมาณพอๆเดิมอยู่ตลอด
รักษาด้วยการให้ IV fluid และแก้ไข electrolyte แพทย์ให้รับประทานยา ARV สูตรเดิม
ร่วมกับ co-trimoxazole, fluconazole prophylaxis ต่อ หลังออกจาก รพ. ผู้ป่วยเริ่มกลับมา
ทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา ARV ประมาณ 2-3 วันต่อสัปดาห์

ก.ค.-ส.ค. 2566 เข้ารับการรักษาใน รพ. ศิริราช ครั้งที่ 3 เนื่องจากถ่ายเหลวมากขึ้นวันละ 4-5 ครั้ง/วัน
ปริมาณ 1 แก้ว/ครั้ง และมีไข้ นาน 3 สัปดาห์ ตรวจร่างกายพบ hepatomegaly 2 FB below
RCM ผลตรวจ stool exam: WBC 0-1, RBC 0-1/hpf, parasite not found, stool for GI
panel positive for Norovirus ผลตรวจ stool อื่น ๆ ไม่พบความผิดปกติ ส่งตรวจ CT whole
abdomen พบ hepatosplenomegaly, intraabdominal lymphadenopathy size up to 1 cm
และ perirectal abscess size 2 cm ได้รับการตรวจ esophagogastroduodenoscopy (EGD)



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในพหุสัปดาห์ที่ 19 ธันวาคม 2567 ณ ห้องประชุมพร-จันทน์ พิศกกน ชั้น 17 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

พบ generalized villous atrophy และ colonoscopy พบ multiple small aphthous ulcers at rectum, sigmoid and descending colon และ few erosions at terminal ileum ผลตรวจพยาธิวิทยา no acute or chronic duodenitis, no chronic ileitis, no viral cytopathic change, no granuloma, no dysplasia และผล CMV immunostaining negative แพทย์ให้การรักษาด้วย cefoperazone-salbactam ร่วมกับให้ isoniazid, rifampicin, ethambutol, amikacin และ azithromycin เพื่อรักษา disseminated mycobacterial disease (MTB/MAC) ร่วมด้วย หลังจากรักษาด้วยยาดังกล่าวมานาน 2 สัปดาห์ อาการไข้และถ่ายเหลวดีขึ้น หลังออกจาก รพ. จึงให้รับประทาน isoniazid, rifampicin, ethambutol, pyrazinamide, azithromycin ร่วมกับยา ARV เดิมรวมทั้ง co-trimoxazole และ fluconazole prophylaxis ต่อ ช่วงแรกมาตรวจติดตามนัดสม่ำเสมอ อาการปกติ ไม่มีไข้ ทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนักขึ้น ถ่ายเหลวลดลงประมาณวันละ 2 ครั้ง ผลตรวจ hemoculture for mycobacteria ไม่ขึ้น แพทย์จึงให้หยุดทานยา azithromycin

ต.ค. 2566

ผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจตามนัดและหยุดรับประทานยาทั้งหมด เนื่องจากเบื่อหน่ายกับการรับประทานยาจำนวนมาก

ก.พ.-มี.ค. 2567

เข้ารับการรักษาใน รพ. ศิริราช ครั้งที่ 4 เนื่องจากกลับมามีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำอีก ถ่ายวันละ 4-5 ครั้ง/วัน ปริมาณ 1 แก้ว/ครั้ง ผลตรวจ stool exam: WBC 0-1, RBC 0-1/hpf, parasite not found, stool for GI panel positive for *Campylobacter* และ Norovirus ผลตรวจ stool อื่นๆไม่พบความผิดปกติ ได้รับการตรวจ EGD พบ multiple small whitish spots (lymphangiectasia) ที่ duodenum และ colonoscopy พบ small erosion at sigmoid colon ผลตรวจพยาธิวิทยาดังนี้ no active and chronic enteritis และ chronic colitis with mild activity at sigmoid colon, no granuloma, ผล CMV immunostaining negative แพทย์จึงเริ่มยา ARV สูตรเดิมและให้ยาวันโรคสูตร isoniazid, rifampicin, ethambutol, pyrazinamide อีกครั้ง และรักษา *Campylobacter* ด้วย azithromycin เป็นเวลา 5 วัน หลังได้รับยาวันโรคสูตรดังกล่าวมานานประมาณ 5 สัปดาห์ อาการถ่ายเหลวลดลงเหลือ 2 ครั้ง/วัน ครั้งละประมาณ ½ แก้ว นอกจากนี้ระหว่างที่นอน รพ. แพทย์ตรวจพบแผลเรื้อรังที่เท้าข้างซ้าย ร่วมกับต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบข้างซ้ายโตประมาณ 3 ซม. จึงได้ทำ lymph node และ skin biopsies ผลเพาะเชื้อจากชิ้นเนื้อทั้งสองตำแหน่งพบ *Sporothrix schenckii* ก่อนออกจาก รพ. แพทย์ได้เริ่มยา itraconazole, ปรับยาวันโรคเป็นสูตร isoniazid, ethambutol, pyrazinamide (งด rifampicin เพื่อเลี่ยงการเกิด drug-drug interaction) และเปลี่ยน ARV เป็น ABC/3TC/DTG แทนเนื่องจากมีปัญหา hypokalemia, hypophosphatemia ระหว่างนอน รพ.



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในพหุศาสตร์ที่ 19 ธันวาคม 2567 ณ ห้องประชุมพร-จันทน์ พิศกกน ชั้น 17 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

หลังจากออกจาก รพ. ช่วง 2 เดือนแรกมาติดตามสม่ำเสมอ ยังมีถ่ายเป็นเนื้อมีปนเหลว วันละ 2 ครั้ง ปริมาณ ½ แก้ว/ครั้ง แผลที่เท้าซ้ายเล็กลง ไม่มีก้อนขึ้นที่ขาหนีบใหม่ แพทย์ให้การ รักษาด้วยยา isoniazid, ethambutol, pyrazinamide, itraconazole ต่อ แต่หลังจากนั้นไม่ได้ มาตรวจติดตามและไม่ได้รับประทานยาทุกตัวต่อตั้งแต่ต้นเดือน มิ.ย. 2567

1 เดือนก่อนมา รพ. ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 4-5 ครั้ง/วัน ปริมาณ 1 แก้ว/ครั้ง มีตื่นมาถ่ายเหลวตอนกลางคืนร่วมด้วย ไม่มีถ่ายเป็นมูกเลือด ไม่มีถ่ายเป็นมัน ไม่มีปวดท้อง ไม่มีไข้ ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร รู้สึก เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง 10 kg มีอาการอ่อนเพลียมากจึงมาพบแพทย์ที่ รพ.

Underlying disease:

- Congenital HIV infection วินิจฉัยตั้งแต่อายุ 9 ขวบ ผลตรวจ HBV และ HCV serology เป็นลบ
- ได้รับการรักษาด้วยยา ARV แต่มีปัญหา multidrug resistance เนื่องจาก poor adherence มาตลอด
- ตรวจพบ NRTI, NNRTI resistance ตั้งแต่พ.ศ. 2549
- พ.ศ. 2549 – 2564 ได้รับยาสูตร TDF+3TC+LPV/RTV
- พ.ศ. 2564 ผลตรวจ CD4 6 (1%), VL 127,516 copies/ml จึงเปลี่ยนยาเป็น TDF/3TC/DTG
- ขาดยาตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2565 จนกระทั่ง ม.ค. 2566 กลับมารักษาที่ รพ.ศิริราช ด้วยเรื่อง PCP pneumonia ขณะนั้นผล CD4 เท่ากับ 0 และ VL 25,400 copies/ml
- U/D อื่น ๆ: Major depressive disorder วินิจฉัยเมื่อ ม.ค. 2566 รักษาด้วยยา sertraline 50 mg/day

Personal history:

- แพ้ยา Nevirapine
- ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ใช้สารเสพติด
- ผู้ป่วยเลี้ยงแมว 1 ตัว ไม่มีอาการผิดปกติ
- ปฏิเสธรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ
- ปฏิเสธเดินทางไปต่างจังหวัดหรือต่างประเทศในช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมา

Family history:

- มารดาเสียชีวิตเนื่องจากติดเชื้อราในสมอง
- บิดาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดเมื่อ 5 ปีก่อน

Physical examination:

Vital signs: BT 37.1°C, HR 130/min, RR 12/min, BP 96/72 mmHg, SpO2 99% (room air)

General appearance: good consciousness, look fatigued, cachexia, no pallor, no jaundice

Body habitus: weight 28 kg., height 152 cm., BMI 12.12 kg/m²

HEENT: no pale conjunctiva, anicteric sclera, no oral thrush, no oral hairy leukoplakia



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2567 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในพหุศาสตร์ที่ 19 ธันวาคม 2567 ณ ห้องประชุมพร-จันทน์ พิศกกช ชั้น 17 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

CVS:	flat JVP, regular rhythm, tachycardia, normal S1S2, no murmur
RS:	normal breath sound, no adventitious sound
GI:	flat abdomen, no surgical scar, no superficial vein dilatation, hyperactive bowel sound, soft, no tenderness, liver span 12 cm, no palpable spleen, no palpable mass, no shifting dullness
Lymph nodes:	no superficial lymphadenopathy
Nervous system:	E4V5M6, CN- intact, motor power- grade V all, sensory- intact, no stiffness of neck
Musculoskeletal:	no joint swelling and tenderness, no pitting edema
Skin:	chronic ulcer at the dorsum of left foot, size 5 cm in diameter, no exudate

Initial laboratory findings:

CBC: Hb 12.5 g/dL, Hct 37.8 %, MCV 84.8 fL, RDW 15.7%, WBC 5,110 cells/mm³ (neutrophil 76.3%, lymphocyte 16.6%, monocyte 6.7%, eosinophil 0.2%), platelet 189,000 cells/mm³

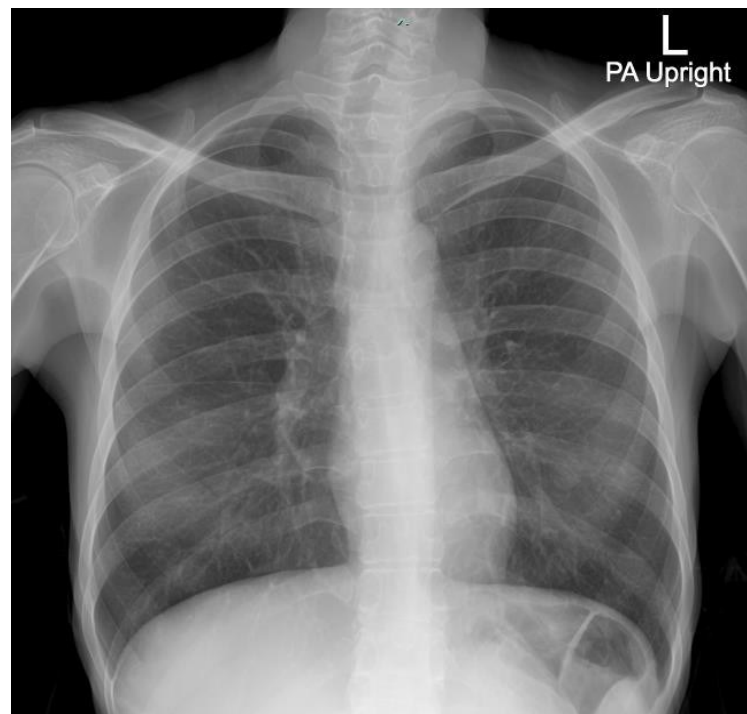
Blood chemistry: BUN 11.7 mg/dL, Cr 0.68 mg/dL, Na 130 mmol/L, K 2.2 mmol/L, Cl 95 mmol/L, HCO₃ 27 mmol/L

Liver function test: total protein 8.6 g/dL, albumin 3.5 g/dL, globulin 5.1 g/dL, total bilirubin 0.34 mg/dL, direct bilirubin 0.16 mg/dL, AST 26 U/L, ALT 14 U/L, ALP124 U/L

Stool exam: WBC 0-1, RBC 0-1/hpf, parasite not found

CD4 count 3 (0.4%)

Chest X-ray:



Case summary

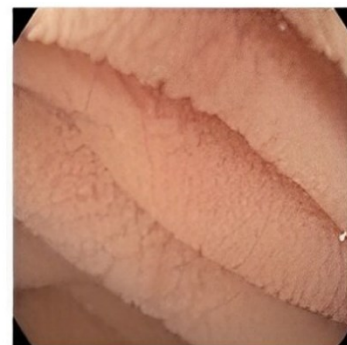
ผล investigation:

- Stool AFB, mAFB, modified trichrome, concentration for parasite: Negative all
- Stool c/s: no growth for *Salmonella*, *Shigella*, *Aeromonas*, *Vibrio*
- EGD and colonoscopy



Duodenum

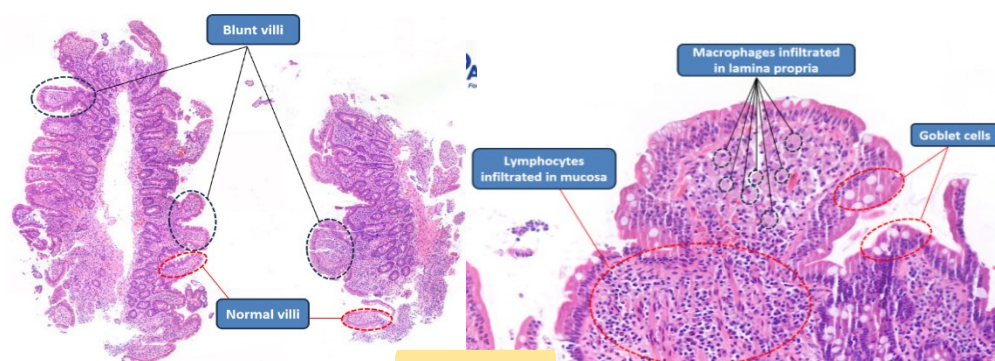
- ☐ Whitish villi along 1st to 2nd part of duodenum compatible with lymphangiectasia
- ☐ 3rd to 4th part duodenum unremarkable



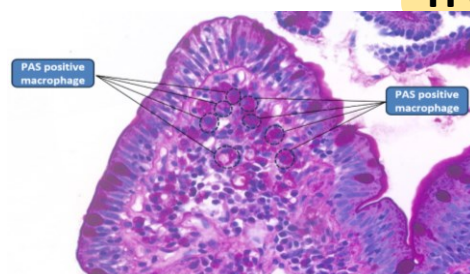
Proximal jejunum

- ☐ Short villi with mucosal cracking
- ☐ No ulcer

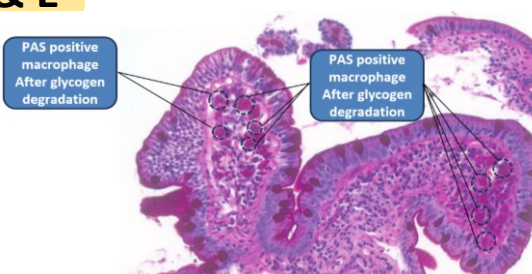
- Jejunal biopsy



H & E



PAS



PAS-D

Pathological report



- **Jejunum: Foamy macrophages containing organisms, morphologically suggestive of *Tropheryma whipplei* and lymphoplasmacytic infiltrate in jejunal mucosa with mildly blunt villi, No granulomas or viral cytopathy, No dysplasia or malignancy, negative for AFB and GMS staining**
- Terminal ileum: Mild active ileitis, No chronic ileitis, No granulomas or viral cytopathy, No dysplasia or malignancy
- Colon: Chronic colitis with marked activity, No granulomas or viral cytopathy, No dysplasia or malignancy

Molecular testing for *Tropheryma whipplei*

- 16S rRNA PCR and sequencing from formalin-fixed paraffin embedded tissue (FFPE)
: Unable to interpret DNA sequence
- FFPE PCR for heat shock protein gene 65: Negative
- FFPE Metagenomic sequencing (Nanopore) : Negative

○ Clinical diagnosis:

1. Possible whipple disease
2. Multidrug resistant HIV infection
3. *Sporothrix schenckii* infection

○ Management:

1. Initial parenteral therapy: ceftriaxone 2 g IV OD, duration 2 weeks
Long-term therapy: Co-trimoxazole (80/400) 1 tab PO bid, duration at least 1 years
2. Continue itraconazole 400 mg/day, duration 6 months
3. Continue ABC/ 3TC / DTG

○ Progress:

หลังจากได้รับยา ceftriaxone เป็นเวลา 2 สัปดาห์ อาการถ่ายเหลวลดลงเหลือวันละ 1 ครั้ง นัดมาตรวจติดตามที่ OPD เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ไม่มีอาการถ่ายเหลวอีก