



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 11 พฤษภาคม 2566 เวลา 13:00-16:00 น. ณ ห้องสัมมนา 4 - 6
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Case 3 : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“A 76-year-old female presents with left eye swelling for 6 weeks”

ผู้นำเสนอ : นายแพทย์กันภัย วงษ์จริต

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา : อาจารย์นายแพทย์ศิรุจ โตวิกัย

สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Patient profile:

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี อาชีพแม่บ้าน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ
ภูมิลำเนาจังหวัดสระแก้ว ประวัติได้จากญาติและเวชระเบียน เชื่อถือได้มาก
เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2566

Chief complaint:

ตาซ้ายบวมมากขึ้น 6 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

6 สัปดาห์ PTA

ญาติสังเกตว่าผิวหนังใต้ตาซ้ายมีจุดแดง บวมเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการปวด ไม่มีไข้
ร่วมกับสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการหลงลืมมากขึ้น จำชื่อคนในบ้านไม่ได้ ตักข้าวกินไม่ถูก
อาการเป็น 2 วันญาติจึงได้พาไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้นอนโรงพยาบาลวินิจฉัยว่ามี
ภาวะเกลือแร่ต่ำ เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลได้ 4 วัน ขณะนั้นได้ทำ CT brain with
contrast ผลดังแสดง หลังจากนั้นอาการสับสนดีขึ้นจึงให้กลับไปรักษาต่อที่บ้าน

CT brain with contrast (4/12/2565):

- Ill-defined hypodense lesion involving cortical gray and white matter at both occipital lobes.
- Confluence deep white matter hypodense lesions at both fronto-parietal lobes, ischemic white matter-small vessel disease.
- Few small hypodense foci at right lentiform nucleus and right parietal lobes, old lacunar infarction.
- Diffuse brain parenchymal volume loss.
- The visualized orbits and optic nerve sheath complexes are normal. No abnormal enhancing lesion is noted.
- The paranasal sinus and mastoid air cells are clear. No gross bony abnormality is noted.

4.5 สัปดาห์ PTA

หลังกลับจากโรงพยาบาลญาติสังเกตว่าตาซ้ายเริ่มบวมมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้หนังตาปิด
ภายใน 1 สัปดาห์ บริเวณจุดแดงใต้ตาซ้ายหายไปและมีอาการแดงบริเวณเปลือกตาทั้ง



4 สัปดาห์ PTA

ด้านบนและด้านล่างแทน ผู้ป่วยไม่ได้บอกว่าปวดบริเวณตำแหน่งดังกล่าว ไม่ได้สังเกต
เรื่องระดับการมองเห็นของผู้ป่วย ญาติพาไปคลินิกจักษุแพทย์ใกล้บ้านได้รับยาหยอดตา
Poly-Oph และ Amoxicillin-clavulanate มากิน 5 วัน ภายหลังรักษาอาการบวมลดลง
เล็กน้อย ระหว่างนี้เริ่มสังเกตว่ามีไข้ตลอด ร่วมกับหลับมากขึ้น และมีหายใจเร็ว ญาติจึง
ตัดสินใจพาไปโรงพยาบาลเดิมอีกครั้ง

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วินิจฉัย symptomatic hyponatremia และ *K. pneumoniae*
UTI ให้การรักษาด้วย Ceftriaxone 2 gm IV OD (19-23/12/2565) หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็น
Meropenem 1 gm IV q8h (23-29/12/65) ตามผลเพาะเชื้อ แพทย์ผู้รักษาสังเกตว่าหนังตา
ซ้ายบวมมากตรวจร่างกายพบ Left eye: proptosis and chemosis with injected
conjunctivae, RAPD positive, limited EOMs all direction จึงได้รับการทำ CT brain and
orbit with contrast ผลดังแสดง

CT brain with contrast (27/12/2565):

- Marked preseptal soft tissue swelling. Mild stranding of extraconal fat at left superior aspect of left orbit. Fusiform extraconal subperiosteal collection at the left orbital roof (4.8×2.2×1.3 cm). Suggestive of subperiosteal abscess of left orbit and left preseptal cellulitis, which causing marked left proptosis.
- Mild enlargement with enhancement of left lacrimal gland.
- No detectable abnormal enhancing lesion or cerebral venous thrombosis.
- Diffuse leptomeningeal enhancement along sulci and gyri at both cerebral hemispheres and cerebellar folia, could be leptomeningitis.
- No acute large territorial infarct, intracranial hemorrhage, hydrocephalus.
- Ischemic white matter change related to small vessel disease.

Lumbar puncture (28/12/2565):

- OP and CP: not recorded
- colorless, WBC 2 cells/mm³, RBC 5,000 cells/mm³, protein 0.1 g/dL, glucose 75 mg/dL (blood glucose N/A), G/S no organism, C/S no growth.

ขณะนั้นอาการดีขึ้นเล็กน้อย ยังมีไข้และตาซ้ายยังบวมอยู่ แพทย์ให้กลับบ้านและเขียน
ใบส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แต่เนื่องจากติดปัญหาที่บ้านจึงยังไม่ได้ไป
พบแพทย์



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 11 พฤษภาคม 2566 เวลา 13:00-16:00 น. ณ ห้องสัมมนา 4 - 6
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

- 2 สัปดาห์ PTA หลังกลับไปบ้านยังมีไข้ตลอด ตาแดงซ้ายเริ่มบวมมากขึ้น มีหัดมากขึ้นอีก ร่วมกับมีอาการ
อาหารจึงพาไปโรงพยาบาลเดิมอีกครั้ง แพทย์ให้การวินิจฉัย Aspiration pneumonia with
sepsis ผลการเพาะเชื้อจากเลือดพบ *Pseudomonas* spp. x II เก็บเสมหะตรวจไม่ได้คุณภาพ
ได้รับการรักษาด้วย Ceftazidime 2 gm IV q8h และ Clindamycin 600 mg IV q8h (4-
11/1/66) อาการดีขึ้นเล็กน้อยจึงให้กลับบ้านและให้ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์
- วันที่รับเข้ารักษาในรพ. ญาติพาผู้ป่วยมาพบจักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ยังคงมีไข้และตาแดงซ้ายบวม
ร่วมกับมีลักษณะคราบสีเหลืองแห้งบริเวณขอบตา นอกจากนี้ญาติสังเกตว่าผู้ป่วยมี
ลักษณะผอมลงแต่ไม่ได้ชั่งน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลง

Past history:

- Type 2 diabetes mellitus with diabetic nephropathy วินิจฉัยเมื่อ 5 ปี PTA:
 - last HbA1c 8%, FBS 288 mg/dL (2 เดือน PTA)
 - Microvascular complication: มี diabetic nephropathy, ไม่เคยตรวจคัดกรอง diabetic retinopathy
 - Macrovascular complication: ไม่มี
- Hypertension วินิจฉัยเมื่อ 10 ปี PTA: Office SBP 140-150 mmHg, DBP 80-90 mmHg
- DLP วินิจฉัยเมื่อ 10 ปี PTA: LDL-c 66 mg/dL (2 เดือน PTA)
- เคยผ่าตัด lumbar spine with screw fixation at L2-L5 10 ปี PTA ไม่ทราบการวินิจฉัย

Personal history:

- ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่
- ปฏิเสธการใช้ยาเสพติด
- ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร
- ปฏิเสธประวัติแพ้อาหารและยา
- ไม่มีสัตว์เลี้ยง

Family history:

- ปฏิเสธประวัติโรคมะเร็งหรือโรคเลือดในครอบครัว
- อาศัยอยู่กับลูกสาว และหลาน 2 คน
- มีบุตร 3 คน ลูกชาย 1 คน ลูกสาว 2 คน

Current medication:

- Aspirin 81 mg/day



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 11 พฤษภาคม 2566 เวลา 13:00-16:00 น. ณ ห้องสัมมนา 4 - 6
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

- Amlodipine 5 mg/day
- Atorvastatin 40 mg/day
- Calcium carbonate 1,500 mg/day
- Metformin 1,000 mg/day
- NaCl (300 mg) 9 tablets/day

Physical examination:

- **Vital signs:** BP 166/79 mmHg, PR 120 bpm, BT 37.8°C, RR 18/min
Body weight 60 kg, Height 152 cm, BMI 25.9 kg/m²
- **General appearance:** an elderly Thai female, slow responsive, partially co-operated
- **HEENT:** moderately pale conjunctivae, injected conjunctivae, anicteric sclerae, proptosis and marked chemosis of left eye, no oral thrush, no oral ulcer, no injected pharynx, no tonsil enlargement, no thyroid gland enlargement, no palpable thyroid nodule





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 11 พฤษภาคม 2566 เวลา 13:00-16:00 น. ณ ห้องสัมมนา 4 - 6
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

	Right	Left
VA	FC 3 Ft	HM
EOM	Normal	Limited in all direction
Lid and lashes	Normal	Numerous yellowish crusts, Lagophthalmos 5 mm
Lacrimal system	Normal	Normal
Sclerae and conjunctivae	Not injected	Marked chemosis
Cornea	Clear	No epithelial defect
Anterior chamber	Formed	Formed
Iris and pupil	3 mm RTL	6 mm fixed, reversed RAPD+
Lens	Nuclear sclerosis 2+	Nuclear sclerosis 2+

- **Respiratory system:** trachea in midline, normal thoracic contour, equal chest expansion, equal breath sounds, no adventitious sounds, minimally decrease breath sound LLL
- **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 distension, normoactive bowel sounds, soft, not tender, no guarding, no rebound tenderness, liver and spleen can't be palpated, liver span 10 cm, negative splenic dullness, negative fluid thrills nor shifting dullness
- **Extremities:** no pitting edema, no deformities, no joint swelling, full EOM
- **Lymph nodes:** no palpable superficial lymph nodes at cervical, supraclavicular, axillary, supratrochlear and inguinal areas
- **Skin and appendage:** no rash, no petechiae, no purpura, no ecchymosis
- **Neurological examination:** co-operative but responding slowly
 - Cranial nerve: pupil right 3 mm, left 6 mm with fixed and reversed RAPD+, limited EOMs in all direction of LE, facial sensation and strength of muscle of mastication cannot be evaluated
 - Motor: normal tone, no fasciculation, power grade at least grade IV all extremities
 - DTR 2+ all



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 11 พฤษภาคม 2566 เวลา 13:00-16:00 น. ณ ห้องสัมมนา 4 - 6
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

- Sensory: cannot be done
- Clonus negative both sides
- Babinski sign plantar flexion both sides
- Stiffness of neck: negative

Investigations:

CBC: Hb 7.9 g/dL, MCV 74.6 fL, Hct 25.6%, WBC 12,670 cells/mm³ (N 69.1%, L 24.5%, M 5.4%, E 0.4%, B 0.6%), platelets 386,000 cell/mm³

PT 12.8 sec (normal 11.5 sec), INR 1.12, APTT 22.7 sec (normal 25.0 sec)

BUN 13 mg/dL, Cr 0.32 mg/dL

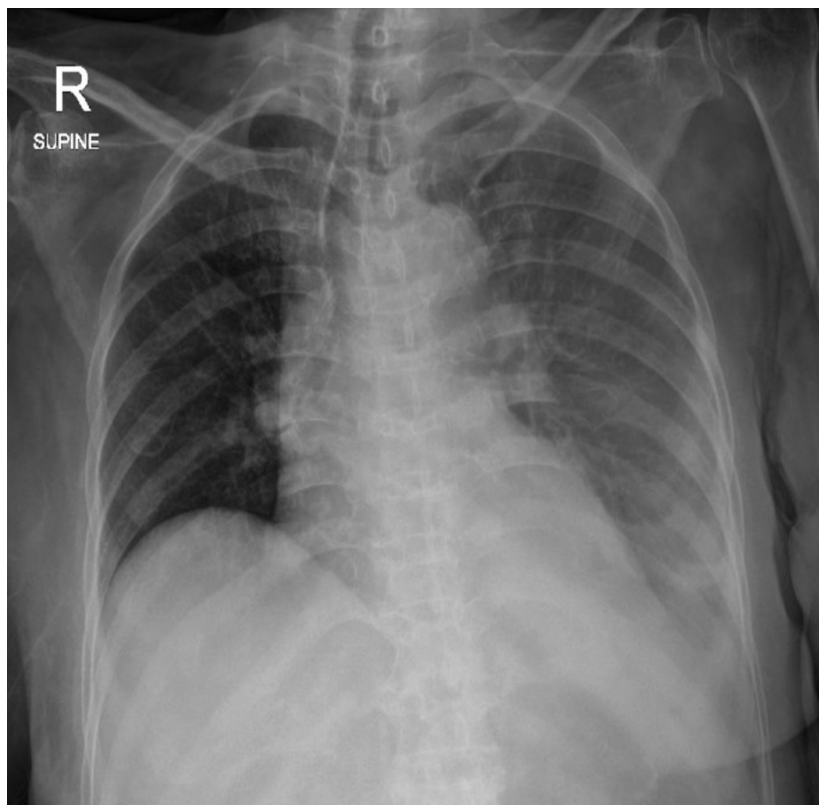
Na 135 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 99 mmol/L, CO₂ 27 mmol/L

AST 24 U/L, ALT 27 U/L, ALP 87 U/L, TB 0.42 mg/dL, DB 0.22 mg/dL

Albumin 2.7 g/dL, Globulin 3.5 g/dL

Urinalysis: yellow, hazy, sp.gr. 1.031, pH 8.5, protein 2+, glucose negative, ketone negative, blood 3+, bilirubin negative, urobilinogen normal, nitrite negative, WBC 3-5 cells/HPF, RBC 20-30 cells/HPF, squamous cell 0 cells/HPF, bacteria 3+

Chest X-ray:



Case summary

ผล investigations:

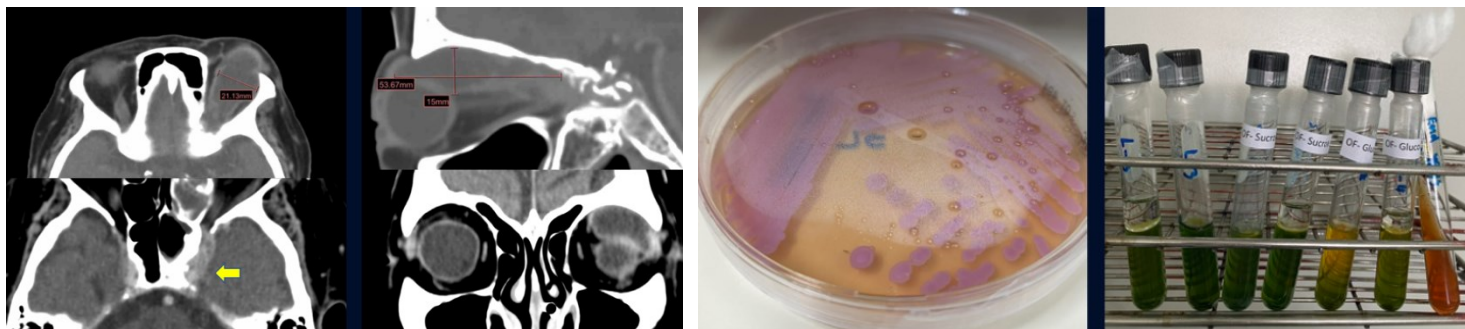


Figure 1. CT brain and orbit with contrast media showing a 5.4×2.1×1.5-cm circumscribed lobulated hypodense rim enhancing mass-like lesion involving superior aspect of conal-extraconal compartment of left orbit, with infiltrative heterogeneously enhancing lesion involving left orbital apex, superior orbital fissure and left cavernous sinus as well as bone erosion involving the posterior aspect of left orbital roof. These are suspicious of thrombophlebitis with abscess formation.

Figure 1. CT brain and orbit with contrast media showing a 5.4×2.1×1.5-cm circumscribed lobulated hypodense rim enhancing mass-like lesion involving superior aspect of conal-extraconal compartment of left orbit, with infiltrative heterogeneously enhancing lesion involving left orbital apex, superior orbital fissure and left cavernous sinus as well as bone erosion involving the posterior aspect of left orbital roof. These are suspicious of thrombophlebitis with abscess formation.

Clinical diagnosis:

Subperiosteal abscess of left eye with extension to left ethmoidal sinus with cavernous sinus thrombophlebitis.

Microbiological diagnosis:

Burkholderia pseudomallei was identified from the pus aspirated from subperiosteal abscess by performing the MALDI-TOF MS.



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 11 พฤษภาคม 2566 เวลา 13:00-16:00 น. ณ ห้องสัมมนา 4 - 6
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

○ **Management:** Subperiosteal abscess drainage, total ethmoidectomy and sphenoidotomy was done.

Ceftazidime 2 gm IV every 8 hours combined with TMP/SMX at the TMP dosage of 8 mg/mg PO every 12 hours were given.

○ **Progress:** Clinically improved but her left eye vision was blinded permanently. The follow-up imaging at 1 month showed a decreasing size of the subperiosteal abscess.