



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2568 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 8 พฤษภาคม 2568 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องสัมมนา 2-3
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี หอประชุมวิจิตร ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Case 3: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“A 61-year-old male presents with progressive paraparesis for 3 months”

ผู้นำเสนอ นพ.ชญาภัทร รัตนกิจรุ่งเรือง สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ที่ปรึกษา รศ. นพ.ภาณุภูมิ พุ่มพวง สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Patient profile ชายไทยคู่ อายุ 61 ปี อาชีพ เจ้าของไร่มันสำปะหลัง ภูมิลำเนาจังหวัด กาญจนบุรี
รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

Chief complaint ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง 3 เดือนก่อนมารพ.

Present illness

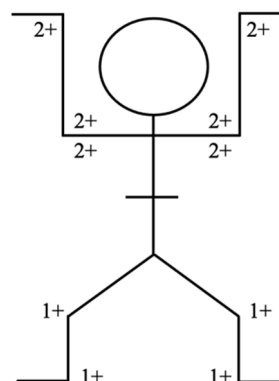
3 เดือนก่อนมารพ.

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการอ่อนแรงร่วมกับขาทั้ง 2 ข้าง แรกเริ่มรู้สึกอ่อนแรงขาขวามากกว่าขาซ้าย เดินแล้วทรงตัวไม่อยู่ แต่ยังพอทำกิจวัตรประจำวันได้ หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์ขาทั้ง 2 ข้างเริ่มอ่อนแรงมากขึ้น เวลาเดินต้องมีคนช่วยพยุง ใส่รองเท้าหิบบแล้วหลุดบ่อยขึ้น จึงเดินทางไปตรวจที่รพ.ค่ายสุรสีห์ และได้รับการรักษาตัวในรพ. ระหว่าง admit อาการอ่อนแรงขา 2 ข้างเป็นมากขึ้นจนเดินไม่ได้ ต้องใช้ wheelchair ร่วมกับรู้สึกขาหนักขึ้น และกลืนอาหารจะปัสสาวะไม่ได้ ขณะนั้นตรวจร่างกายพบความผิดปกติดังนี้

Muscle tone: spastic tone at both sides of lower extremities

Motor power: grade V at both sides of upper extremities

| Lower extremity | Right | Left |
|--------------------------|-------|------|
| Iliopsoas | I | II |
| Quadriceps | I | II |
| Tibialis anterior | 0 | 0 |
| Extensor hallucis longus | 0 | 0 |
| Gastro-Soleus | 0 | 0 |



Babinski's sign: presents left side

Sensation: decrease pinprick sensation below T4 level

PR: loose sphincter tone with decrease perianal sensation

ขณะนั้นสงสัยภาวะ spinal cord compression จาก metastatic cancer ได้รับการรักษาด้วยการทำกายภาพบำบัด นวดทำ MRI whole spine และส่งตัวมารักษาต่อที่รพ.ศิริราช



2 เดือนก่อนมารพ.

ผู้ป่วยถูกส่งตัวมารักษาต่อในรพ. ศิริราช

MRI whole spine (6 สัปดาห์ก่อนมารพ.)

- Abnormal bone marrow signal hyperintensity in T2W at C7-T3 with enhancement at vertebral body, pedicles and spinous process
- Heterogenous enhancing soft tissue mass surrounding right paraspinal space and adjacent right lung (size 5.2 x 2.7 x 3.3 cm) causing spinal cord compression at C7-T3 level with sign of cord edema

CT chest with upper abdomen (4 สัปดาห์ก่อนมารพ.)

- Heterogeneous enhancing mass at right apical lung (2.1 x 4.7 x 7.2 cm) with infiltrative to adjacent right paravertebral region (T1-T3 level) causing bony destruction at posterior aspect of right 1st-3rd rib, right sided body and posterior elements of T1-T3 vertebrae
- Enhancing soft tissue extends into the widening right neural foramen and entering to the spinal canal with cord compression at T1-T4 level.
- Multiple subcentimeter lymph nodes at left supraclavicular and intrathoracic regions, size up to 0.7 cm
- Mild emphysematous change in both lungs
- No liver or adrenal gland metastasis

CT guided biopsy at lung mass at right upper lobe (3 สัปดาห์ก่อนมารพ.)

- Lung tissue with fibroelastic scar, mild chronic inflammation and reactive pneumocyte hyperplasia
- No definite granuloma or malignancy seen
- No AFB or fungi detected by AFB and GMS stains

1 เดือนก่อนมารพ. ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะ cord compression ดังนี้

- 1.) Palliative spinal RT 30 Gy/10 Fractions
- 2.) Dexamethasone 20 mg/day x 5 days then 15 mg/day x 5 days then 8 mg/day x 3 weeks

หลังจากนั้นผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อติดตามอาการ และได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกครั้ง เนื่องจากผลชิ้นเนื้อที่ได้ยังไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ โดยผู้ป่วยยังคงมีอาการขาอ่อนแรง 2 ข้าง และขาข้างทั้ง 2 ข้างพองโตขึ้น หนี้อย่างมากขึ้น ไม่มีไข้ ไม่มีคลื่นไส้ก่อนตามตัว

Past history

- Type 2 diabetes mellitus, last HbA1c 6.1% (11/12/67)
- Dyslipidemia

Personal history

- สูบบุหรี่จำนวน 30 pack-year หยุดช่วง 3 เดือนก่อนมารพ.
- ดื่มเหล้าขาว/เหล้าสี ½ ขวดกลม/วัน นาน 30 ปี หยุดช่วง 3 เดือนก่อนมารพ.



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2568 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 8 พฤษภาคม 2568 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องสัมมนา 2-3
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี หอประชุมยวัญชัย ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

- ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด ยาต้ม ยาสมุนไพรร ยาลูกกลอน หรืออาหารเสริม ไม่รับประทานยาอื่น นอกจากยาที่แพทย์สั่ง
- ไม่มีประวัติเคยเป็นวัณโรค หรือสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค
- ไม่มีประวัติเลี้ยงสัตว์ หรือสัมผัสสัตว์อื่น ๆ ไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรือเดินทางไปเที่ยวที่อื่นในช่วง 1 ปี

Family history

- ไม่มีประวัติโรคมะเร็งหรือโรคพันธุกรรมในครอบครัว

Current medication

- Glipizide 5 mg/day
- Simvastatin 20 mg/day
- Vitamin B complex 1 tab/day
- Gabapentin 200 mg/day
- Tramadol (50) 1 cap po prn for pain q 8 hours

Drug allergy

- ไม่มีประวัติแพ้ยาหรืออาหาร

Physical Examinations:

Vital signs: BT 36.3 °C, HR 96/min, RR 16/min, BP 125/65 mmHg, SpO₂ 98% (room air)
body weight 53.3 kg, height 170 cm, BMI 18.44 kg/m²

General appearance: good consciousness, not pale, no jaundice, no sign of chronic liver disease,
no edema, no cushingoid appearance

HEENT: no oral thrush, no oral hairy leukoplakia, no oral ulcer

Lymph nodes: no superficial lymphadenopathy

CVS: JVP 3 cm above sternal angle, pulse regular, 2+ all extremities, apical impulse at
5th ICS left mid-clavicular line, no heaving, no thrill, normal S1, S2, no murmur

RS: normal chest expansion, trachea in midline, normal breath sound, no
adventitious sound

Abdomen: no abdominal distension, no surgical scar, no superficial vein dilatation, soft, no
tenderness, liver span 9 cm, no increased splenic dullness, shifting dullness negative

Skin: no skin lesion

Neurological examination:

Consciousness: alert and cooperative

Cranial nerves: intact



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2568 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 8 พฤษภาคม 2568 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องสัมมนา 2-3
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชาญชัยวิทย์ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

| | |
|---------------------------|---|
| Motor system: | muscle atrophy and hypotonia at both sides of lower extremities, motor power grade V/V at both sides of upper extremities, motor power grade I/I at both sides of lower extremities |
| Sensory system: | decrease pinprick sensation from below T4 level |
| Cerebellar signs: | no dysmetria, no dysdiadochokinesia |
| Reflex: | DTR 2+ at both sides of biceps, triceps and brachioradialis DTR 1+ at both sides of knees and ankles Babinski's sign absents at both sides |
| PR: | decrease sensation at perianal area and loose sphincter tone |
| Stiffness of neck: | negative |

Laboratory investigation:

| | |
|-----------------------------|--|
| CBC | Hb 10.1 g/dL, Hematocrit 30.2%, MCV 76.5 fL, RDW 16%, WBC 13,960 cells/mm ³ (neutrophil 79.5%, lymphocyte 11.3%, monocyte 6.6%, eosinophil 2%, basophil 0.6%), platelet 549,000/mm ³ |
| Renal function test | BUN 10.5 mg/dL, Creatinine 0.83 mg/dL |
| Electrolytes | Sodium 129 mmol/L, Potassium 4.8 mmol/L, Chloride 94 mmol/L, Bicarbonate 23 mmol/L |
| Liver function tests | Albumin 2.5 g/dL, Globulin 3.9 g/dL, Total bilirubin 0.31 mg/dL, Direct bilirubin 0.28 mg/dL, AST 78 U/L, ALT 78 U/L, ALP 155 U/L |



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2568 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 8 พฤษภาคม 2568 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องสัมมนา 2-3
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี หอประชุมวชิราวุฒย ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Chest X-ray:

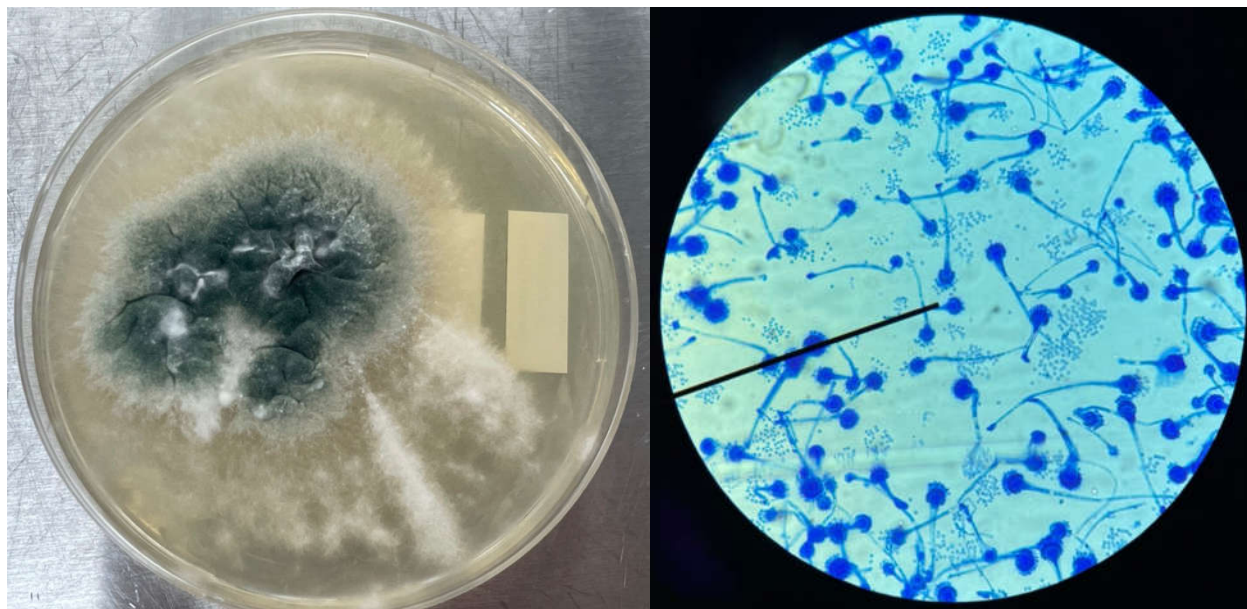




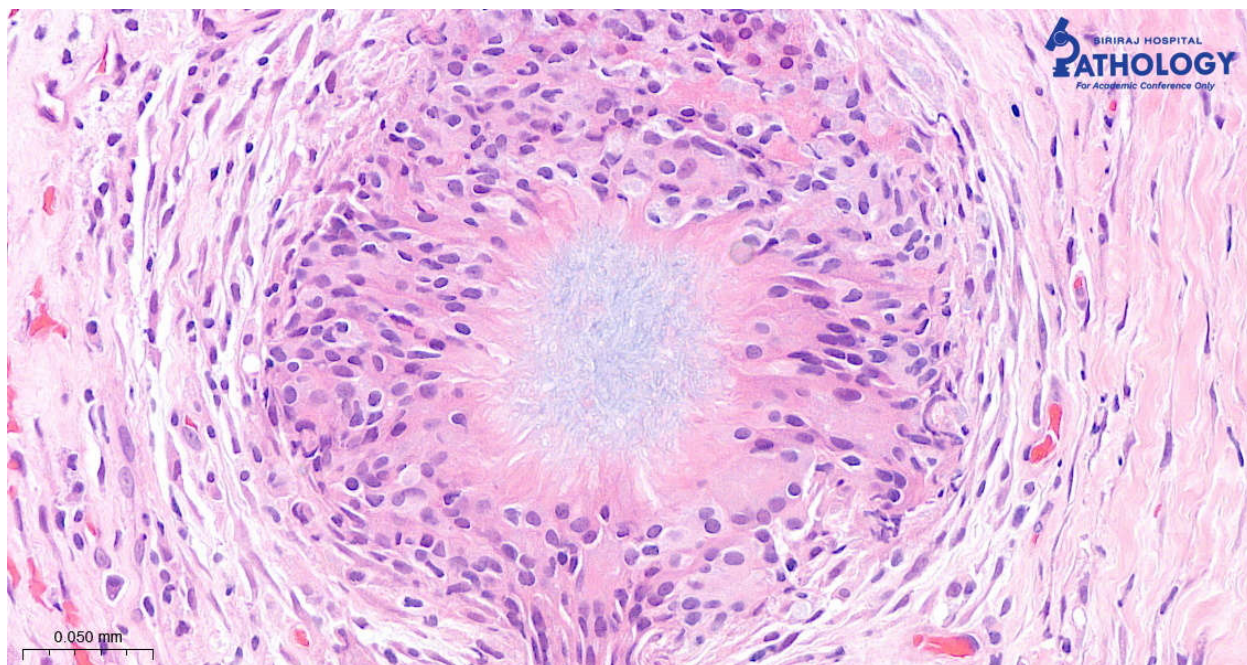
การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2568 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 8 พฤษภาคม 2568 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องสัมมนา 2-3
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี หอประชุมวชิราวุธ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Case summary

Picture 1-2: Fungal culture from spine at T3 level biopsy



Picture 3: Pathology with H&E staining from lung biopsy





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2568 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดีที่ 8 พฤษภาคม 2568 เวลา 13.00-16.00 น. ณ ห้องสัมมนา 2-3
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชอยศูนย์วิจัย ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Key investigation report

1.) Pathological report

Specimen 1: Lung biopsy

- Fibroelastotic scar (>95%) with few focal granulomatous inflammation containing fungal hyphae, highlighted by GMS stain
- No vascular invasion by fungi identified
- No acid-fast bacilli detected by AFB stain

Specimen 2: Spine at T3 level biopsy

- Chronic active fungal osteomyelitis
- Negative for malignancy

2.) Fungal culture from spinal tissue at T3 level

- Aspergillus fumigatus*

| Susceptibility | Isolate 1 |
|----------------|--------------|
| | MIC(ug/ml) |
| 5-Flucytosine | 16 N |
| Amphotericin B | 1 N |
| Anidulafungin | < or=0.015 N |
| Caspofungin | 0.008 N |
| Fluconazole | 16 N |
| Itraconazole | 0.015 N |
| Micafungin | 0.008 N |
| Posaconazole | 0.008 N |
| Voriconazole | 0.015 N |

3.) Bacterial culture from right prostatic abscess

- ESBL producing *Klebsiella pneumoniae*

4.) Anti-GM-CSF autoantibodies OD (405/630nm): 2.11

Clinical diagnosis

- Invasive pulmonary aspergillosis with spondylodiscitis with anti-GM-CSF autoantibodies
- Right prostatic and seminal vesicle abscess caused by ESBL producing *Klebsiella pneumoniae*



Microbiological diagnosis

- 1.) *Aspergillus fumigatus*
- 2.) *Klebsiella pneumoniae*

Summary

1.) Invasive pulmonary aspergillosis with spondylodiscitis with anti-GM-CSF autoantibodies

Management

- Start salvage regimen with liposomal amphotericin B 5 MKDay plus intravenous voriconazole
- Keep voriconazole level at 2-5 ug/ml

Progress

After 4 weeks of salvage regimen, a follow-up CT chest with contrast showed a slightly decrease in the size of right apical lung mass, now measuring 1.5 x 4.7 cm (previously 2.6 x 4.9 cm) but still seen medial extension involves neural foramen and right sided spinal canal of T1-T3 levels and the patient still had the same degree of paraparesis. Therefore, we plan to continue the salvage regimen and monitor imaging response as well as serum galactomannan levels again. The duration of treatment will depend on the response observed in the imaging.

2.) Right prostatic and seminal vesicle abscess from ESBL producing *Klebsiella pneumoniae*

Management

- Consult intervention radiologist team for drainage
- Start intravenous meropenem and follow-up imaging at 4-week after treatment

Progress

After 4 weeks of meropenem treatment, a follow-up CT lower abdomen showed a resolution of prostatic abscess and decrease in size of right seminal vesicle abscess, now measuring 1.5 x 1 cm (previously 2.5 x 1.9 cm). From the clinical response, we changed antibiotic to oral sitafloxacin and continued for 4 weeks.