



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ครั้งที่ 3/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคไตเรื้อรัง
ในวันพฤหัสบดีที่ 10 สิงหาคม 2566 เวลา 13:00-16:30 น. ณ ห้องประชุม 621 ชั้น 2
อาคารบริหาร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ

Case 4: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“A 47-year-old male presents with chronic abdominal pain for 4 months”

ผู้นำเสนอ : แพทย์หญิงชญานิน จิงวัฒนศิริกุล สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อนุภพ จิตต์เมือง สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Patient profile: ชายไทยคู่อายุ 47 ปี ประกอบอาชีพช่างซ่อมเครื่องถ่ายเอกสาร ภูมิลำเนา นนทบุรี
รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ครั้งแรก เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
ปรึกษาอายุรแพทย์โรคไตเรื้อรัง เมื่อวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2566

Chief complaint: ปวดท้องด้านซ้าย 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

5 เดือนก่อน มีอาการไข้ รู้สึกหนาว มักเป็นช่วงเวลาย่ำเย็นเกือบทุกวันร่วมกับมีอาการอ่อนเพลีย ขณะนั้น
สามารถไปทำงานได้ตามปกติ เวลามีอาการจะรับประทานยา paracetamol ร่วมกับยาที่ฟี่
อาการดีขึ้นบ้างแต่ยังรู้สึกมีไข้ต่ำ ๆ ไม่มีอาการปวดตามร่างกาย ไม่ปวดศีรษะ ไม่ไอ ไม่
หอบเหนื่อย ไม่ปวดข้อ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่ปวดท้อง ไม่ปวดหลัง ขับถ่ายปกติดี ไม่มี
คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการนานประมาณ 3 สัปดาห์ จึงไปพบแพทย์ที่คลินิกไม่ทราบการ
วินิจฉัยแต่แนะนำให้มาตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล

4 เดือนก่อน เริ่มรู้สึกเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงจาก 63 กิโลกรัม เป็น 52 กิโลกรัม ใน 1 เดือน ร่วมกับมี
อาการปวดท้องได้ขึ้นปีและด้านซ้ายบน ลักษณะปวดแน่น ๆ ไม่มีร้าวไปที่ใด อาการปวด
ไม่สัมพันธ์กับท่าทางหรือการรับประทานอาหาร ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะปกติ มีไข้
ต่ำ ๆ เท่าเดิม จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและรับไว้ในโรงพยาบาลผลการตรวจ
ที่สำคัญเพิ่มเติมในขณะนั้น มีดังนี้:

- Ultrasound abdomen: Agenesis of right kidney with compensatory hypertrophy of left kidney (sized 13.5 cm.) with an area of heterogeneous hypoechoic lesion, about 5.4*4.5*4.8 cm.
- CT whole abdomen: Absence of right kidney. A single left kidney with heterogeneous enhancing mass sized 5.3*5.0*4.3 cm., and infiltrative margins extended to the renal cortex, medulla, and calyces of the left upper pole, and left adrenal gland. Left renal artery and renal vein are patent. Few enhancing lymph nodes at left renal hilum sized 0.3-0.7 cm. A small heterogeneous enhancing lesion sized 2.0*1.6 cm. with central low density at the postero-inferior part of the spleen. Splenic vein thrombosis and irregularity



of splenic arteries were also noted. No ascites. Liver, GB, stomach, small and large bowels appear normal.

ขณะนั้นให้วินิจฉัยเบื้องต้นคือ congenital single left kidney with suspected renal cell carcinoma (RCC) จึงได้ทำการตรวจชิ้นเนื้อที่ไตด้านซ้าย ผลตรวจทางพยาธิวิทยาไม่พบ malignancy แต่พบลักษณะ chronic tubulointerstitial inflammation with fibrosis and patchy suppurative inflammation with scattered neutrophils within the renal tubules and interstitium ระหว่างอยู่โรงพยาบาลได้รับยาต้านจุลชีพแต่ไม่ทราบชนิดนานประมาณ 1 สัปดาห์ ผลเพาะเชื้อในเลือดและปัสสาวะตรวจไม่พบเชื้อ อาการไข้และอาการปวดท้องทุเลาลง

3 เดือนก่อน

หลัง discharge ไม่รู้สึกมีไข้แล้ว แต่ยังมีอาการปวดท้องตำแหน่งเดิมเป็น ๆ หาย ๆ เคยไปนอนรักษาอาการปวดท้องที่โรงพยาบาลบางใหญ่ มีการตรวจ CT whole abdomen ซ้ำ ผลดังนี้

- CT whole abdomen: Left kidney mass sized 6.1*5.6*7.2 cm., and obliteration to the left adrenal gland, possible RCC. A hypodense lesion at spleen sized 3.0*4.0*3.3 cm., and minimal left pleural effusion and eventration of left hemidiaphragm.

ขณะนอนโรงพยาบาลยังมีอาการปวดท้อง แต่ไม่มีไข้ แพทย์สันนิษฐานว่าเป็นมะเร็งที่ไตระยะลุกลาม ได้รับการรักษาโดยการฉีด morphine ร่วมกับยาต้านจุลชีพไม่ทราบชนิดเข้าหลอดเลือดดำ นอน รพ. ประมาณ 10 วัน อาการปวดท้องดีขึ้น แพทย์แนะนำให้มาตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลศิริราช

2 สัปดาห์ก่อน

ที่โรงพยาบาลศิริราช มาตรวจที่แผนกมะเร็งวิทยา ยังมีอาการปวดท้องเหมือนเดิม pain score 6/10 ไม่มีไข้ ตรวจร่างกายสงสัย palpable mass at LUQ with tenderness เอกซเรย์ปอดพบ left pleural effusion ขณะนั้นคิดถึง Left RCC with metastasis ได้ส่งปรึกษาศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ

1 สัปดาห์ก่อน

มาตรวจที่แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะตามนัด ขณะนั้นไม่มีไข้ ปวดท้องเท่าเดิม เรื่อง left renal mass แพทย์ได้ส่งปรึกษารังสีวินิจฉัยเพื่อขอส่งทำการตรวจชิ้นเนื้อที่ไตซ้าย และให้ส่งตรวจ CT whole abdomen เพิ่มเติมและนัดมา นอน รพ. ที่แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ เพื่อรอทำการตรวจชิ้นเนื้อที่ไต



Past and Personal history:

- เดิมแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัว
- ปฏิเสธการผ่าตัดและการเจ็บป่วยในอดีตนอนโรงพยาบาล
- สูบบุหรี่ 10 ม้วน/วัน นาน 27 ปี (13.5 pack year) เพิ่งเลิกมาประมาณ 5 เดือน
- ดื่มเบียร์ 2 กระป๋อง/วัน นาน 7 ปี (ประมาณ 2 standard drink/day) เพิ่งเลิกมาประมาณ 5 เดือน
- ปฏิเสธการรับประทานยาใด ๆ เป็นประจำ ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร ยาชุด ยาลูกกลอน อาหารเสริมสารเสพติด สักตามร่างกาย ได้รับเลือด หรือการมีเพศสัมพันธ์ไม่ป้องกัน
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร
- ปฏิเสธประวัติทำสวน ทำไร่ สัมผัสสัตว์

Family history:

- บิดาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอด ตอนผู้ป่วยอายุ 8 ปี
- มารดาเสียชีวิตจากโรคไวรัสตับอักเสบบีและมะเร็งตับ ตอนผู้ป่วยอายุ 17 ปี

Physical examination:

Vital sign: BT 36.9°C, RR 20/min, HR 80/min, BP 107/80 mmHg, SpO2 100% RA

General appearance: A man with skinny body built, alert, well cooperative

HEENT: mildly pale conjunctiva, anicteric sclera, no oral thrush, no oral ulcer

CVS: JVP 3 cm. above sternal angle, apical impulse at 5th ICS left mid-clavicular line, no heaving, no thrills, normal S1 S2, no murmur, peripheral pulses 2+

Lung: decreased breath sound and vocal resonance at left lower lung fields

Abdomen: No surgical scar, normoactive bowel sounds, soft, mild tenderness at LUQ, no rebound tender, no guarding, liver span 10 cm., increased splenic dullness on percussion, no shifting dullness

Extremities: no joint swelling or tenderness, no pitting edema

Lymph nodes: no superficial lymphadenopathy

Nervous system: good consciousness; cranial nerves: grossly intact; normal tones and reflexes in all extremities



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 10 สิงหาคม 2566 เวลา 13:00-16:30 น. ณ ห้องประชุม 621 ชั้น 2
อาคารบริหาร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ

Investigations:

Serial CBC

| Date | 30/1/23 (รพ.พระนั่งเกล้า) | 23/2/23 (รพ.ศิริราช) | 7/3/23 (รพ.ศิริราช) |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Hb (g/dL)/Hct (%) | 10.3/32.1 | 8.0/27.1 | 6.6/22.4 |
| MCV (fL) | 77.2 | 82.1 | 82.4 |
| RDW (%) | 20.5 | 17.8 | 17.6 |
| WBC (cells/mm ³) | 25,300 | 20,600 | 15,810 |
| Neutrophil (%) | 89.3 | 81.8 | 81.1 |
| Lymphocyte (%) | 6.8 | 11.6 | 13.2 |
| Monocyte (%) | 3.0 | 4.6 | 4.6 |
| Platelet (cells/mm ³) | 642,000 | 522,000 | 441,000 |

Serial blood biochemistry laboratory

| Date | 30/1/23 (รพ.พระนั่งเกล้า) | 23/2/23 (รพ.ศิริราช) | 7/3/23 (รพ.ศิริราช) |
|---------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------|
| BUN/Cr (mmol/L) | 9.2/0.73 | 17.1/0.73 | 13.9/0.7 |
| Na (mmol/L) | 136 | | |
| K (mmol/L) | 4.4 | | 3.6 |
| Cl (mmol/L) | 101 | | |
| HCO ₃ (mmol/L) | 25 | | |
| Total protein (g/dL) | 7.78 | 9.7 | |
| Alb/Glob (g/dL) | 2.28/5.5 | 2.7/7.0 | |
| TB/DB (mg/dL) | 1.75/0.78 | 1.1/0.78 | |
| AST/ALT/ALP (IU/L) | 29/18/357 | 33/37/423 | |
| LDH (U/L) | | 95 | |
| Total calcium (mg/dL) | | 9.3 | |



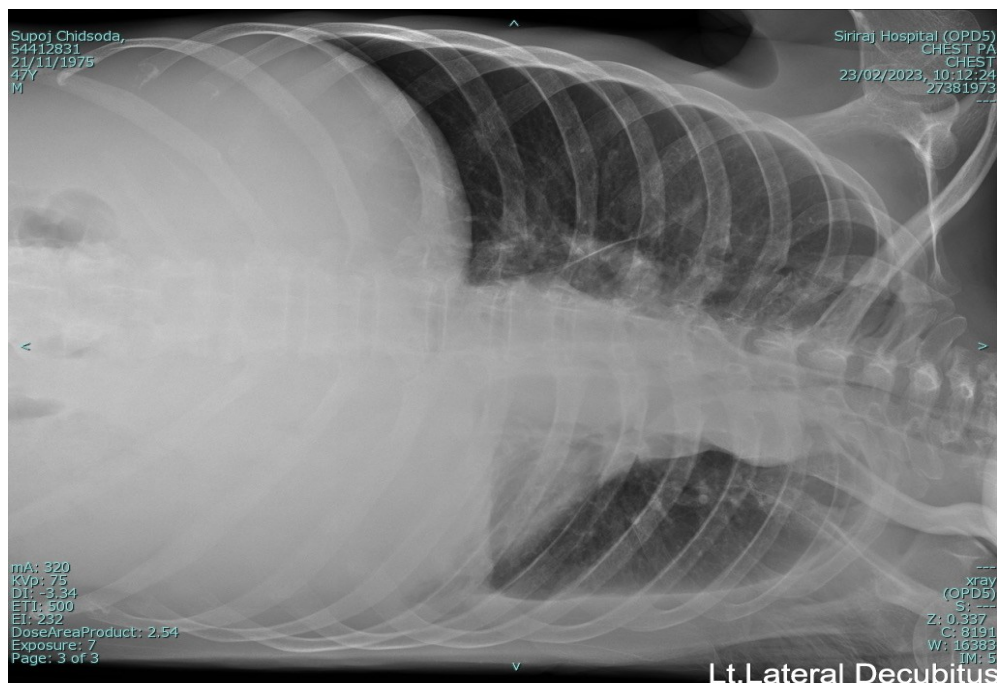
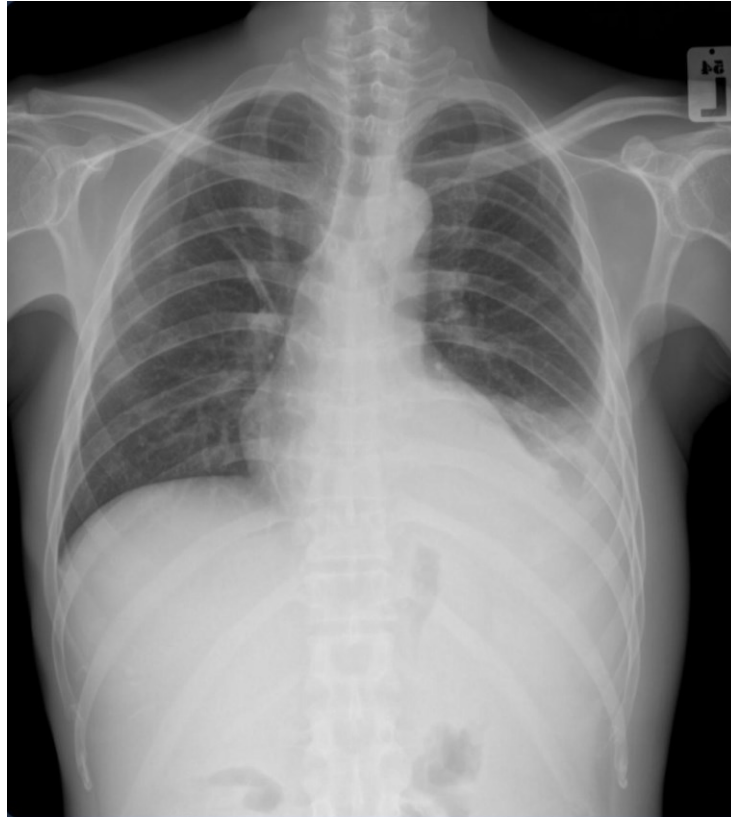
การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2566 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
ในวันพฤหัสบดีที่ 10 สิงหาคม 2566 เวลา 13:00-16:30 น. ณ ห้องประชุม 621 ชั้น 2
อาคารบริหาร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ

FBS: 90 mg/dL; HbA1C: 5.4 %; POCT glucose ขณะนอนโรงพยาบาลคีรีราชอยู่ในช่วง 80-115 mg/dL

Cortisol level: 21 ug/dL

Serology: anti-HIV- negative, HbsAg- negative, Anti HCV- negative

Chest X-ray (23/2/23)



Case summary

ผล investigation:

Computed tomography (CT) of the chest and whole abdomen demonstrated an absence of the right kidney and a well-defined hypoenhancing mass sized $3.7 \times 4.5 \times 4.2$ cm. at the upper pole of the left kidney with left adrenal gland extension. A rim-enhancing fluid collection with internal air bubbles at the perisplenic region sized 2.0×2.9 cm. extended to the left chest, forming a large lung abscess ($6.7 \times 5.2 \times 6.6$ cm.) at the left lower lung areas. Multiple intraabdominal abscesses and a large thick rim enhancing lesion with internal air bubbles (sized 5.1×3.5 cm.) at the rectovesical pouch were also seen, as shown in Figure 1 (a-d).

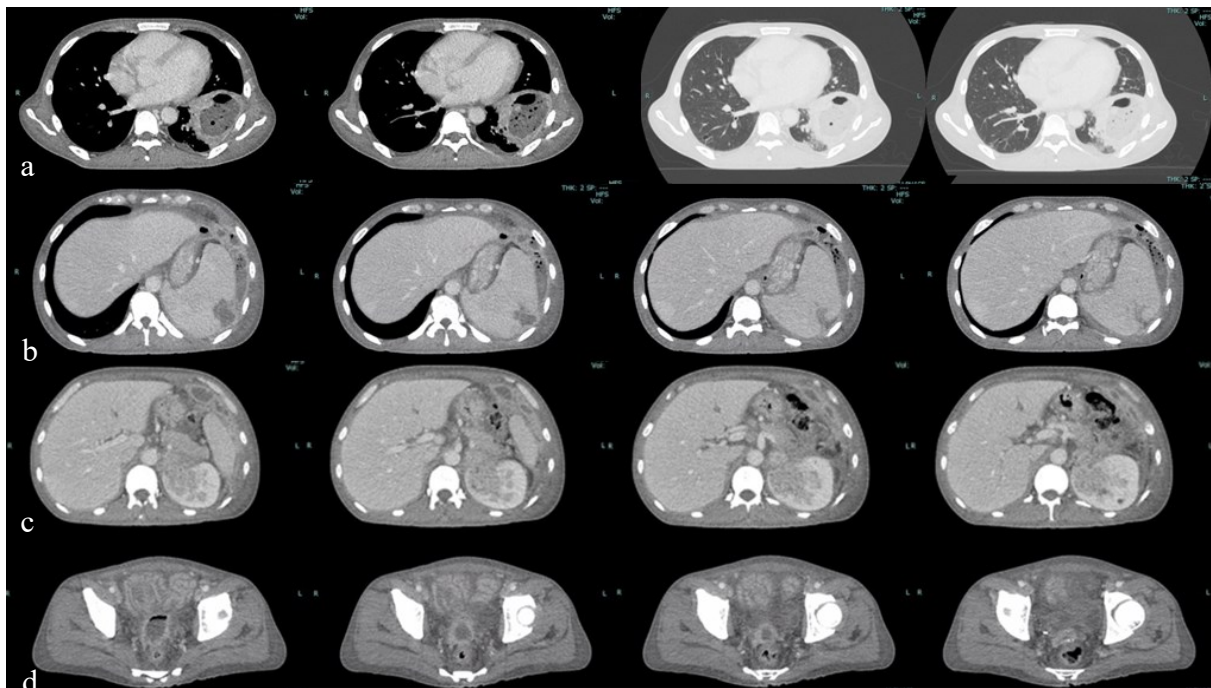


Figure 1. CT of the chest and whole abdomen demonstrated the following: a. A large lung abscess at left lower lung areas; b. A perisplenic abscess extended to the left thoracic cavity; c. An intrarenal abscess in the upper pole of the left kidney with left adrenal gland extension; and d. A large abscess at the rectovesical pouch

An intervention radiologist underwent an ultrasound-guided left renal mass core biopsy, and the tissue biopsies were sent for microbiological and pathological examinations. Tissue biopsy Gram stain revealed a moderate amount of mixed gram-positive rods with some short to long branchings, gram-positive cocci in pairs, and gram-negative rods



(Figure 2). Still, nothing could grow on aerobic and anaerobic bacterial cultures. The pathological examination in Figure 3 revealed acute suppurative and chronic inflammation and occasional vague granulomas of renal parenchyma, a presence of Splendore-Hoepli phenomenon, and rarely seen GMS-positive filamentous branching bacteria. Further, acid-fast and modified acid-fast staining were negative.

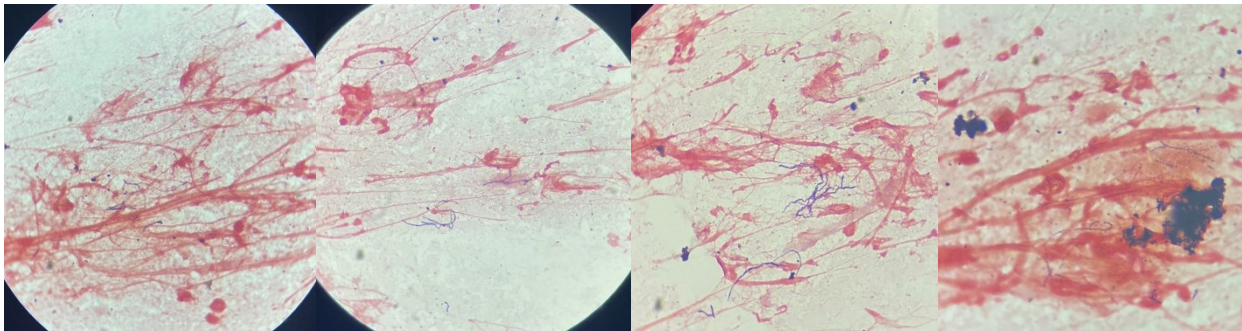


Figure 2. Tissue biopsy Gram stain revealed a moderate amount of mixed gram-positive rods with some short to long branchings, gram-positive cocci in pairs, and gram-negative rods

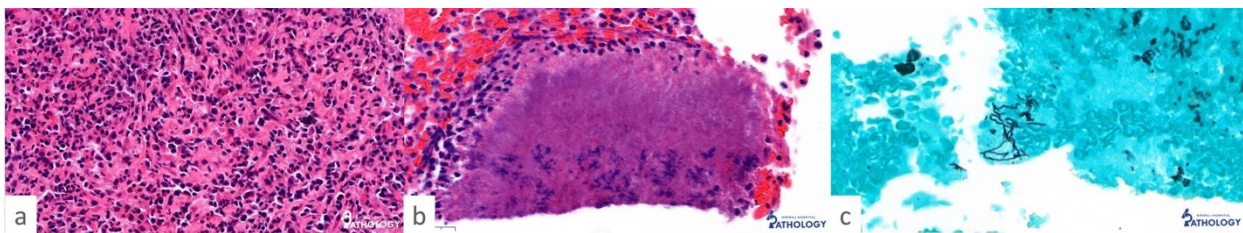


Figure 3. A pathological examination from the left renal mass core biopsy demonstrated (a) acute suppurative and chronic inflammation and occasional vague granulomas of renal parenchyma, (b) a presence of Splendore-Hoepli phenomenon, and (c) rarely seen GMS-positive filamentous branching bacteria

○ Clinical diagnosis:

Anaerobic left renal abscess with multiple disseminations causing splenic, intraabdominal, and lung abscesses

○ Microbiological diagnosis:

Tissue biopsy Gram stain revealed mixed gram-positive and gram-negative bacteria compatible with an anaerobic bacterial infection.



Management:

Intravenous amoxicillin-clavulanic acid for 15 days was administered, and then it was switched to oral amoxicillin-clavulanic acid therapy.

Progress:

The patient recovered from fever and abdominal pain and was discharged home with no adverse outcomes following the 2-week intravenous antimicrobial treatment. After discharge, the patient continued oral antimicrobial therapy, and his abdominal pain nearly disappeared. Following the 3-month antimicrobial treatment, the plain chest radiography and CT of the chest and whole abdomen demonstrated almost resolution of the left lower lung abscess. They markedly reduced the size of left intrarenal, perisplenic, and intraabdominal abscesses. In this case, the total course of antimicrobial therapy will be continued for at least 6 months, with the complete resolution of follow-up radiographic findings.