

## Interhospital Endocrine Conference ครั้งที่ 1/2560

Case : 1

53 year-old housewife, living in South

### CC hypoglycemia

This admission was for investigation for prolonged fever.

She has asthma, treated at many places for 20 years, latest meds: theophylline, acetylcysteine, seretide, ventolin

DM type 2 for 5 yrs: meds MFM 2 gm/d, glipizide 1\*1

Eight months prior, she had prolonged fever (2 months), with pancytopenia, moderate enlarged spleen, fatigue, weight loss (60 to 50) and was admitted for investigation with results as shown;

CBC hct 29%, WBC 8010 cell/mm<sup>3</sup>, PMN 38%, L 18, Mon 38, plt 88000

Cr 0.5 mg/dL, ALT 22 u/L, ALP 265 u/L, alb 2.4 gm/dL, Glob 4.1 gm/dL LDH 4279 U/L

INR 1.38

Na 128.7, K 4.18, Cl 91, CO<sub>3</sub> 23.5 mEq/L, normal thyroid function test and cortisol.

Bone marrow = reactive T-cell proliferation

CT rt paratracheal LN 1 cm, rthilar 1.2 cm.

She was discharged without definite diagnosis and treatment.

During follow-up, she gained 7 kilos and felt better, fever gone, then relapse of symptoms 6 months apart. This admission was for reinvestigation.

PE alert, P 102/min, T 37.0 C, RR 24/min, BP 90/60 mmHg

Pale, moderately jaundice, no skin lesion, liver 8 FB below costal margin, spleen 10 FB below costal margin, not tender, edema legs, normal precordium exam, warm skin. No superficial LN enlargement.

CBC hct 25, wbc 15030, MPN 75, banc 6, L 7 mono 8, eo 1 L 7, atyp L 2, meta 1, NRBC 1 platelet 60000

Cr 0.4, N 135, K 4.2, Cl 100, CO<sub>3</sub> 12.7, LDH 19666

DTX 206

Bili 7, direct 6, SGPT 12, SGOT 119, ALP 153, alb 2, glob 2.9 INR 3

u/a spgr 1.025, Protein 2+, glucose trace, ketone trace,

during admission she received salbutamol and seretide inhale, and glipizide had been stopped since last admission, and metformin was stopped at this admission.

2<sup>nd</sup> day, DTX 32 at 5.45

## Case 2

PP :ผู้หญิงไทย อายุ 17 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดพังงา นักเรียน ปวช. ปี 3

CC :ไม่เคยมีประจำเดือน

PI :

2ปีก่อนสงสัยว่าทำไมไม่มีประจำเดือนมาเลยจนถึงตอนนี้ไม่เคยพบแพทย์ที่ไหน ไม่เคยได้รับฮอร์โมนมาก่อน

PH :ไม่มีโรคประจำตัว ปกติแข็งแรงดี

ตัวสูงเท่าเพื่อน

Midparental height 153.5 cm

พัฒนาการปกติ

PE: good consciousness, thin

BH 151 cm BW 40 kg BMI 17.09 kg/m<sup>2</sup>

V/S: BT 36.1\*c, BP 100/61 mmHg, P 72/min, RR 20/min

HEENT: not pale no jaundice

Breasts : tanner 1

Heart + Lung: WNL

Genitalia: pubic hair tanner 1, no palpable groin mass, phallus 7x5 mm, female phenotype

### Case 3

ผู้ป่วยรายที่ 3: หญิงหม้าย อายุ 80 ปี

อาการสำคัญ: หลังทำช้ำยเจ็บวมแดง 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน : 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มรู้สึกเจ็บที่เท้าซ้ายและสังเกตว่าหลังเท้าซ้ายบวมแดง เดินไม่ค่อยถนัด ไม่มีไข้ชัดเจน ปฏิเสธประวัติ trauma

ประวัติอดีต : ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยต่างๆ ดังนี้

1. Type 1 DM ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่อายุประมาณ 38 ปี เคยมี DKA หลายครั้ง ซึ่งมักสัมพันธ์กับการติดเชื้อ BS คุมไม่ค่อยดี ช่วงหลังได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งใน กรุงเทพฯ HbA1C ประมาณ 9-10% มี hypoglycemia บ่อยๆ สลับกับ hyperglycemia ตรวจปัสสาวะพบว่ามี Microalbuminuria ตรวจตาที่โรงพยาบาลอื่นพบว่ามี PDR และได้รับการยิงเลเซอร์ไปแล้ว 7-8 ปีก่อน
2. Hypertension ความดันเริ่มสูงและได้รับการรักษาด้วยยาตั้งแต่ปี 2545
3. Dyslipidemia
4. CAD, single vessel disease, S/P PTCA ปี 2547 และ 2549

#### Case 4

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 35ปี

CC : เหนื่อยง่าย บวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2 ปี

PI : 2 ปี PTA หน้าบวม ตัวบวม หงุดหงิดง่าย นอนไม่ค่อยหลับ ใจสั่น เหนื่อยง่าย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 3-4 กิโลกรัม ประจำเดือนมาตรงตามปกติ คนรู้จักจึงแนะนำให้มาตรวจเพื่อหาสาเหตุ

PH : เคยรักษาโรคภูมิแพ้ต้องกินยาเป็นครั้งคราว ไม่มียาที่กินเป็นประจำ

5 ปี PTA เคยแท้งบุตรและชุดมดลูก ปัจจุบันยังไม่มีบุตร

FH : ปฏิเสธโรคประจำตัวในครอบครัว

Personal history : ไม่เคยสูบบุหรี่ เคยดื่มแอลกอฮอล์บางครั้งแต่หยุดมาได้ 2 ปี

#### Physical Examination:

GA : A woman, fully-conscious, co-operative, BW 60.1 kg, height 169 cm

BT : 36.7      BP 108/64 mmHg      PR 70      RR 18

HEENT : round face, no facial plethora, no buffalo hump

not pale, anicterus

thyroid 15 g, normal

Lung : clear

Heart : normal S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>, no murmur

Abdomen : soft, no distension, no hepatosplenomegaly

no purplish striae

Extremities : normal, no bruise

Neuro : grossly intact, VF = normal