

Interhospital Conference Siriraj Hospital

Case 1

ชายไทยคู่ อายุ 54 ปี ภูมิลำเนา จ.ประจวบคีรีขันธ์ อาชีพ ทำสวนผลไม้

อาการสำคัญ : ถ่ายเหลว 8 ปี

ประวัติปัจจุบัน :

8 ปี มีอาการถ่ายเหลว 5-6 ครั้ง/วัน มีหลับแล้วต้องตื่นขึ้นมาถ่ายอุจจาระ ถ่ายเป็นน้ำปนเนื้อเล็กน้อย ไม่มีมูกเลือด ไม่ทราบปริมาณชัดเจน ไม่มีปวดท้อง ไม่มีไข้ ไม่อาเจียน น้ำหนักลดลงเรื่อยๆ จาก 63 --> 43 กก. ไปรักษาที่ รพ.นครปฐม ได้รับการส่องกล้องทางทวารหนักและตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ วินิจฉัยเป็น eosinophilic colitis ได้รับการรักษาด้วย prednisolone มาตลอด อาการดีขึ้นเล็กน้อยแต่ยังมีถ่ายเหลวอยู่ แพทย์จึงส่งตรวจ CT whole abdomen พบ mass 12 x 11.4 cm at right suprarenal region และได้ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช

ประวัติอดีต : ขณะอายุประมาณ 20 ปี มีก้อนนูนที่ลำตัว แพทย์ได้ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ แจ้งว่าไม่เป็นมะเร็ง หลังจากนั้นไม่ได้ตรวจติดตามอีก

Physical examination

- Vital signs T 37°C, HR 95/min, BP130/80 mmHg, RR 16/min, Wt 43 kg, Ht 169 cm
- GA A middle-aged man, hyposthenic built, not pale, no jaundice, no edema, no cushingoid appearance
- HEENT No thyroid gland enlargement, no oral ulcer, no oral thrush, no moon face, no facial plethora
- RS Normal breath sounds, no adventitious sounds
- CVS Normal S1S2, no murmur
- Abd No distension, soft, not tender, liver and spleen cannot be palpated, bimanual palpation negative
- CNS E4V5M6, well co-operative, motor power grade V all
- Ext and spine no scoliosis, no limb deformity, multiple skin nodules
- LN no superficial lymphadenopathy

Laboratory investigation

CBC: Hb 11.3 g/dL, Hct 33.7%, WBC 13,120 /mm³(N 81.9%, L 8.1%, M 9.5%, Eo 0.3%), Plt 477,000 /mm³

Electrolyte: Na 143 mmol/L, K 3.2 mmol/L, Cl 111 mmol/L, HCO₃ 18 mmol/L

BUN 9.4 mg/dL, Creatinine 0.66 mg/dL

Case 2

หญิงไทยอายุ 77 ปี ภูมิลำเนา จ.กรุงเทพมหานคร ไม่ได้ประกอบอาชีพ

อาการสำคัญ ไอ เสมหะมากขึ้น 3 วัน

ประวัติปัจจุบัน 3 วันก่อน มีไข้ ไอ มีเสมหะปริมาณมาก เหนื่อยมากขึ้น ชีพจร ญาติจึงพามาโรงพยาบาล

โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ 15 ปีก่อน รักษา รพ.ใกล้บ้าน

ประวัติส่วนตัวและสังคม ปฏิเสธประวัติดื่มสุรา สูบบุหรี่ และสารเสพติด ปฏิเสธยาชุด ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน อาหารเสริม

ตรวจร่างกายแรกรับ

V/S: BT 38.1 °c, HR 144 bpm, regular, BP 117/72 mmHg, RR 24/min, SpO₂ 90% (room air) → 96% (cannula 3 LPM)

GA: drowsiness, not pale, no jaundice

CVS: normal S1S2

RS: secretion sounds both lungs

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น

Random plasma glucose: 139 mg/dL

CBC: Hb 13.7 g/dL, Hct 45.1%, WBC 26,300 cell/mm³, N 90.3%, L 5.3%, platelet 454,000 cell/mm³

Blood chemistry: BUN 52.1 mg/dL, Cr 1.05 mg/dL, Na 142 mmol/L, K 5 mmol/L, Cl 102 mmol/L, HCO₃ 27 mmol/L

Urinalysis: pH 6.0, Sp.gr 1.015, protein trace, glucose negative, ketone negative, WBC 5-10/HP, RBC 3-5/HP

Chest X ray: right middle lung infiltration

Case 3

ชายไทยอายุ 65 ปี อาชีพ เจ้าของกิจการทำประมง

ภูมิลำเนา จ.สมุทรสงคราม สិทธิการรักษา เบ็กรัฐวิสาหกิจ (ไปรษณีย์ไทย)

อาการสำคัญ: ไข่อ่อนเพลีย 4 เดือน

ประวัติปัจจุบัน

4 เดือนก่อน มีไข้ต่ำๆ ไม่หนาวสั่น รับประทานยาลดไข้แล้วอาการไม่ดีขึ้น ร่วมกับปวดต้นคอด้านหลังร้าวไปที่ไหล่ขวา อาการปวดสัมพันธ์กับการยกแขนขวา ไม่มีแขนอ่อนแรงเพิ่มขึ้น ไม่ไอ ไม่มีเสมหะ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีท้องเสีย หรือถ่ายเหลว ปัสสาวะปกติไม่เสบจัด ไม่ปวดข้อบริเวณอื่น น้ำหนักลดจาก 100 --> 75 กก. ในช่วง 6 เดือน

3 เดือนก่อน เจ็บก้นเวลาถ่ายอุจจาระ คลำได้ก้อนที่ก้น ยังคงมีไข้จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติอดีต

- โรคประจำตัว - T2DM, C5 cervical cord tumor with paraplegia S/P Sx ปี 2541, Single vessel disease S/P PCI to RCA (17/1/56), HT, Dyslipidemia
- Status เดิม เดินได้ใช้ walker พุคคุยรู้เรื่อง กินเองทางปาก ช่วยเหลือตัวเองพอได้

Physical examination

V/S: T 37.6 C, P 96/min regular, RR 22/min, BP 106/70 mmHg

Ht 155 cm, BW 72 kg, BMI 29.9 kg/m²

GA: A Thai man, hypersthenic built, mildly pale, no jaundice

HEENT: no Roth's spot, no sinus tenderness, no oral ulcer, oral thrush

Thyroid gland: not enlarged, no palpable nodules

Heart: JVP 3 cm above sternal angle, PMI at 5th ICS at Lt. midclavicular line, no heaving, no thrill, normal S1 S2, no murmur

RS: equal breath sounds, no adventitious sounds

Abdomen: mild distension, soft, not tender, liver and spleen not palpable, bimanual palpation negative, no perirectal fluctuance or tenderness

Extremities: no arthritis

NS: Grossly intact, Stiffness of neck negative

Lymph node: no superficial lymphadenopathy

Investigation CBC: Hb 12.6 g/dL, Hct 38.2%, WBC 6,270 cell/mm³, N 51%, L 38%, Plt 209000 cell/mm³

BUN 13 mg/dL, Cr 0.9 mg/dL, Na 137 mmol/L, K 4.4 mmol/L, Cl 102 mmol/L, HCO₃ 25 mmol/L

LFT: AST 30 U/L, ALT 18 U/L, ALP 190 U/L, TB 0.8 mg/dL, DB 0.5 mg/dL, Alb 3.2 g/dL

Case 4

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 19 ปี ภูมิลำเนา จ.นนทบุรี อาชีพนักศึกษา

อาการสำคัญ: ปวดศีรษะรุนแรง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน

2 วันก่อน มีอาการปวดศีรษะตื้อๆ ไม่ร้าวไปไหน กินยาแก้ปวดอาการดีขึ้นเล็กน้อย

1 วันก่อน มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง อาเจียนหลายครั้ง ตาพร่ามัวทั้งสองข้าง ไม่มีอาการชาหรืออ่อนแรง แขน/ขา ไม่มีปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ไม่ชัก ไม่มีไข้ รู้สึกตัวดีตลอด นอนพัก 2-3 ชั่วโมง อาการไม่ดีขึ้นจึงไปตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและส่งตัวมารักษาต่อที่ รพ.ศิริราช

Physical examination

V/S: BT 36.9 °C, BP 250/140 mmHg, HR 100 bpm, RR 20/min

GA: A Thai woman, good consciousness, not pale, no jaundice, no edema

HEENT: No thyroid gland enlargement

CVS: PMI at 5th ICS, left midclavicular line, normal S1S2, no murmur

Lung: Normal breath sounds, no adventitious sounds

Abdomen: Soft, not tender, palpable abdominal mass 20 cm, liver and spleen can't be palpated

Neurological exam: E₄V₅M₆, pupil 3 mm BRTL, motor power grade 4 all extremities, DTR 2+ all, no stiffness of neck

Investigation

CBC: Hct 31.5 %, WBC 14,870/mm³, PMN 85.7%, Lymphocyte 8.5%, Monocyte 3.9%, Eosinophil 1.7%,

Basophil 0.2%, Platelet 770,000/mm³

Blood chemistry: BUN 5.6 mg/dL, Cr 0.6 mg/dL, Na 132 mmol/L, K 2.73 mmol/L, Cl 96.3 mmol/l,

HCO₃ 24.3 mmol/L, Ca 8.0 mg/dL, Mg 1.5 mg/dL (normal range 1.6-2.6 mg/dL),

PO₄ 3.7 mg/dL (normal range 2.5-4.5 mg/dL)