

Case 3

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 20 ปี ภูมิลำเนาเดิมและที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพมหานคร

อาชีพ ช่างทาสี 1st admission ประวัติได้จากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน เชื่อถือได้

Chief complaint: เหนื่อยมากขึ้น 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

4 วันก่อนมารพ.ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากขึ้น เป็นเวลาออกแรง ไม่แน่นหน้าอกหรือใจสั่น น้ำหนักขึ้น 2 กก

1 วันก่อนมารพ. รู้สึกมีไข้ต่ำ ๆ เหนื่อยมากขึ้นในช่วงที่เดินระยะสั้นๆ หายใจไม่สะดวก แน่นบริเวณหน้าอก นอนราบไม่ได้ จึงมาโรงพยาบาล

Past History

Rheumatic heart disease วินิจฉัยปีพ.ศ.2556เมื่ออายุ 12 ปีที่รพ. ภูมิพล

last Echo 17/7/56: RHD with Anterior MV prolapse (Ruptured Chordae), moderate MR, mild TR, LVEF 73%จากนั้น ขาดการรักษาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558

ยาเดิมก่อนขาดการรักษา: Penicillin V (250) 1x2, Enalapril (5) 0.5x1, digoxin (0.25) 1x1, furosemide (40) 0.5x1

Personal history

- ใช้สารเสพติดซื่อยาโปร (Tramadol+Cetirizine) กับไบกระท่อมมา 3 ปี
- ปฏิเสธประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่วันละ 1-2 มวนมา 4 ปี ไม่มีประวัติแพ้ยา

Physical examination

GA: A Thai male, fully conscious, BW60 kg, Height 160 cm, BMI23.44 kg/m²

V/S: BP 130/70 mmHg, HR 108/min, RR 24/min, BT 37.4 C

HEENT: mildly pale, not icteric, no xanthelasma, no corneal arcus, no thyroid gland enlargement, no cervical lymphadenopathy

Heart: JVP engorged 15 cm H₂O, RV and LV heaves, pansystolic murmur grade III at apex, radiated to axilla

Lungs: equal breath sound, fine crepitation both lungs

Abdomen: normoactive bowel sound, soft, not tender, nohepatosplenomegaly

Extremities: pitting edema 2+, capillary refill < 2 sec

Neuro: WNL

Investigations

CBC: WBC 9,900/uL, PMN 63%, L 31%, Hb 8.0 g/dl, Hct 26.1%, Plt. 181,000/uL

BUN 12 mg/dl, Cr 0.9 mg/dl, Na 130 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl 106 mmol/L, CO2 17 mmol/L

LFT: TB 0.46 mg/dl, DB 0.2 mg/dl, AST 59 U/L, ALT 31 U/L, ALP 240 U/L

Triglyceride 1,286 mg/dL