Interhospital Endocrine Conference

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 48 ปี พนักงานบริษัท

Chief complaint: ใจสั่น 2 ปี

Present illness:

2 ปี ก่อนมารพ. มีอาการใจสั่นเป็นๆ หายๆ เป็นครั้งละ 2–3 นาที นั่งพักจึงดีขึ้น

1 ปี ก่อนมารพ. ตรวจสุขภาพกับบริษัทพบความผิดปกติ แพทย์แนะนำให้มาตรวจที่รพ.

Underlying disease: Rheumatic heart disease with moderate mitral regurgitation

Personal history: ปฏิเสธประวัติสูบบุหรี่/ดื่มสุรา, ปฏิเสธแพ้ยาแพ้อาหาร

Family history : บิดา-มารดาเสียชีวิตแล้ว มีบุตร 3 คน แข็งแรงดี

Physical examination

V/S: BT 36.0 °C BP 128/79 mmHg RR 18/min PR 93 bpm
Weight 59 kg, Height 153 cm, BMI 25.2 kg/m^2

GA: A middle-aged Thai female, good consciousness, well-cooperative

HEENT: Not pale conjunctiva, anicteric sclerae, no exophthalmos

CVS: Pulse full and regular, pansystolic murmur at the apex, grade II, radiating to the left axilla

RS: Equal chest expansion and breath sounds, no adventitious sounds

Abd: Soft, not tender, liver and spleen not palpable

Ext: No pitting edema

Investigation

CBC: Hb 12.8 g/dL, Hct 42.6%, WBC 12,100/ uL (PMN 61.6% L 28%), Plt 242,000 / uL

BUN 10 mg/dL Cr 0.5 mg/dL Na 139 mEq/L, K 4.23 mEq/L, Cl 107 mEq/L, HCO3 23 mEq/L

FPG 99 mg/dl