Case 1

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 39 ปี อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว

Previous status: ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

Chief complaint: ผิวคล้ำมากขึ้น 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สีผิวคล้ำมากขึ้น

Past history: No underlying diseases

Physical examinations:

Vital signs: BT 36.8 c, BP 151/96 mmHg, PR 68 bpm, RR 18/min, SpO2 100% at room air
Body weight 61.5 kg, height 171 cm, BMI 20.9 kg/m^2

General appearance: A Thai man, alert, well-oriented, and cooperative

Skin: Hyperpigmentation with prominent hyperpigmentation of skin creases

HEENT: Not pale conjunctivae, anicteric sclerae

Cardiovascular: Full and regular pulses in all extremities, normal S1 S2, no murmur

Respiratory: Clear breath sounds, equal in both lungs

Gastrointestinal: No distention, normoactive bowel sounds, soft, no tenderness

Musculoskeletal: No deformities

Investigations:

Hb 13.3 g/dL, Hct 40%, WBC 9460/cumm (N 48%, L 44%, M 3%), Platelet 279000/cumm

AST 23 U/L, ALT 18 U/L, ALP 93 U/L, TP 74.3 g/L, Alb 43 g/L, TB 0.4 mg/dL, DB 0.2 mg/dL

Case 2

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 52 ปี
อาชีพ รับจ้างทั่วไป
Previous status: ช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

Chief complaint: ใจสั่น 1 เดือนก่อนมารพ.

Present illness:

1 เดือนก่อนมารพ. มีอาการใจสั่นเป็นๆหายๆ เหนื่อยง่ายเวลาเดิน ไม่มีเจ็บหน้าอก นอนราบได้ มีขาบวมทั้ง 2 ข้างเป็นๆหายๆ ปัสสาวะออกปกติ

1 วันก่อนมารพ. มีไข้ต่ำๆ อาเจียนประมาณ 10 ครั้งเป็นเศษอาหาร ไม่มีปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว มีไอแห้งๆ เหนื่อยมากขึ้นขณะออกแรง จึงมา รพ.

Past history: No underlying disease

Physical examination:

V/S BT 38 c, PR 120 BPM, BP 110/70 mmHg, RR 24/min, SpO2 99%
Weight 68 kg, Height 165 cm, BMI 24.9 kg/$\mathbf{m^2}$
GA: An adult Thai female, good consciousness, well co-operated
HEENT: mildly pale conjunctiva, anicteric sclera, slightly diffused enlarged thyroid gland (size ~25 g), soft to rubbery consistency
Heart: irregular rhythm, no murmur
Lungs: fine crepitation both lower lungs
Abdomen: soft, no tenderness
Extremities: pitting edema 1+ both legs

Investigation:

CBC: Hb 10 g/dl, Hct 31.5%, WBC 7,800 cells/ul (PMN 67.4%, Lymph 20.3%), Platelet 313,000 cells/ul
Cr 0.52 mg/dL (eGFR 109.9 mL/min/1.73$\mathbf{m^2}$), Na 145 mmol/L, K 3.18 mmol/L, Cl 111 mmol/L, CO2 19.5 mmol/L

Case 3

Case: ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 61 ปี

Functional status: ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง

Chief complaint: มาตรวจตามนัดพบระดับแคลเซียมในเลือดสูง

Present illness: ผู้ป่วยมาตรวจติดตามเรื่องโรคไตเรื้อรัง ตรวจพบระดับแคลเซียมในเลือดสูง (ไม่มีข้อมูลผลตรวจระดับแคลเซียมในเลือดในอดีต) ปฏิเสธประวัติกระดูกหัก ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือดหรือมีตะกอนปน ไม่ท้องผูก ไม่อ่อนเพลีย ไม่ซึมหรือสับสน

Past history:

Underlying diseases: Hypertension, Dyslipidemia, Chronic kidney disease stage 3b, Chronic venous insufficiency ,Morbid obesity, Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease

Physical examination:

Vital signs: BT 36.7°C, BP 161/74 mmHg, PR 87 bpm, RR 18 /min, BMI: 47.1 kg/m²

General appearance: alert, well co-operative

HEENT: mildly pale conjunctivae, anicteric sclerae, no thyroid gland enlargement or palpable thyroid nodules

Lymph nodes: no palpable lymphadenopathy.

Cardiovascular system: regular heart rate and rhythm, normal S1 and S2, no murmur

Respiratory system: normal breath sounds, no adventitious sounds

Abdomen: soft and no tenderness, no palpable hepatosplenomegaly.

Extremities: no edema

Musculoskeletal: no bone tenderness

Investigation:

Hb 9.4 g/dL, Hct 29.2%, MCV 94.2 fL, WBC 6,520 cells/μL, Neutrophil 46.5%, Lymphocyte 44.3%, Monocyte 4.9%, Eosinophil 3.4%, Basophil 0.9%, Platelet 239,000 cells/μL

Cr 1.55 mg/dL, BUN 29, eGFR 36.8 mL/min/1.73 m², Na 142, K 4.96, HCO_3 20.8 mEq/L

Serum calcium 13.6 mg/dL, Albumin 3.96 g/dL, Phosphorus 2.4 mg/dL