Clinicopathological conference

1 เมษายน 2553

อายุรแพทย์ ผศ.น.พ.ธนินทร์ อัศววิเชียรจินดา

รังสีแพทย์ อ.น.พ.พัฒนา หวังอายัติวณิชย์

Diagnostician: to be announced

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 49 ปี อาชีพนักบิน ศาสนาพุทธ

ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร

1st admission

ประวัติได้จากผู้ป่วย เวชระเบียน และหนังสือส่งตัว เชื่อถือได้

CC : แขนข้างซ้ายอ่อนแรง 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

PI : status เดิมแข็งแรงดี

7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยทั่วๆตัว มีไข้ต่ำๆ ไม่มีหนาวสั่น สามารถไปทำงานได้ตามปกติ ไม่ได้รับประทานยาใดๆ

5 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดเมื่อยทั่วตัวเป็นมากขึ้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียนเป็นเศษอาหาร 1 ครั้ง ไข้ต่ำๆ รับประทานยา Paracetamol อาการไม่ดีขึ้น ไปทำงานไม่ไหว ไปพบแพทย์ที่ ร.พ.เอกชนแห่งหนึ่ง ให้การวินิจฉัยลำไส้อักเสบ ได้รับยา ciprofloxacin, buscopan, domperidone , paracetamol

4 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการไข้ลดลง อาการปวดเมื่อยทั่วตัวลดลง แต่มีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น อาเจียนทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร เริ่มมีอาการปวดบริเวณต้นแขนทั้ง 2 ข้างร้าวไปบริเวณไหล่ทั้ง 2 ข้าง ไม่มีแขนอ่อนแรง ปวดมากจนนอนไม่หลับตลอดทั้งคืน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดต้นแขนทั้ง 2 ข้างเป็นมากขึ้นจนต้องใช้มือทั้ง 2 ข้างกอดอกและยกบริเวณต้นแขนทั้ง 2 ข้างไว้อาการปวดจึงทุเลาลง ไม่ได้สังเกตว่ามีอาการอ่อนแรงหรือไม่เนื่องจากไม่ได้ขยับมือและแขนเพราะอาการปวด ไปพบแพทย์ที่ ร.พ.เอกชนอีกแห่งหนึ่ง

แพทย์ตรวจร่างกายพบว่ามีอาการอ่อนแรงแขนข้างซ้าย ต้นแขนมากกว่าปลายแขน แขนข้างขวาและขาทั้ง 2 ข้างมีแรงปกติ และตรวจพบว่ามีอาการตาเหลืองร่วมด้วย ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้ทำการตรวจ NCV/EMG ผลเป็นดังนี้

The electrophysiologic evidence showed mildly reduced CMAP response at proximal region, no significant abnormal late response of bilateral tibial nerves, normal late response in peroneal, median and ulnar nerves, normal motor & sensory nerve conduction study of peripheral nerves in hands and legs. The needle EMG showed complete loss MUAP recruitment in left deltoid, EDC, EIP muscles, partial loss MUAP+II/IV in left ECR muscle and sign of membrane instability in triceps brachii:C7 radial nerve, FCU:C8 ulnar, FCR:C6 median nerve. The most likely mononeuritis: left axillary, radial nerve at forearm region, mild left C7 radiculopathy

ระหว่างนอนโรงพยาบาลอาการอ่อนแรงเท่าๆเดิม อาการไข้และคลื่นไส้อาเจียน ดีขึ้น ผู้ป่วยขอมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

PH : - ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

- ไม่มียาที่ใช้ประจำ, ยาชุด ยาหม้อ ยาลูกกลอน
- ไม่มีน้ำหนักลดขณะที่ไม่สบายในครั้งนี้
- เคยตรวจสุขภาพประจำปีเมื่อ 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล พบว่ามีตับอักเสบ ได้ตรวจ viral hepatitis B,C → negative ไม่มีอาการตัวเหลืองตาเหลือง และได้รับการฉีด hepatitis B vaccine
- 6 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ได้บินระหว่างประเทศไทยและอินเดีย เข้าพักโรงแรม International of Delhi รับประทานอาหารของทางโรงแรม ไม่ได้ออกไปเที่ยวนอกโรงแรม

Physical Examination

GA: A Thai male, acutely ill, fully conscious

V/S: BT 36.0 °C PR 80 /min

RR 16 /min BP 130/85 mmHg

Skin: no abnormal skin lesion

HEENT: not pale, mildly icteric sclerae, no cervical and axillary lymphadenopathy, no OC, no OHL

RS: normal chest contour, no adventitious sound

CVS: regular rhythm, normal S_1,S_2, no murmur, PMI at 5^{th} ICS & MCL

Abdomen: no distension, normoactive bowel sound, soft, not tender, liver palpable 2 cm. below right costal margin; sharp edge, no ascites, no chronic liver stigmata

Extremities: no pitting edema

Neurological examination:

Consciousness : orientated to time, place and person

CN: pupils 3 mm. reactive to light both eyes, no facial weakness

other cranial nerves: normal

Motor:

Power: Right upper extremity and both lower extremities: grade V/V all

Left upper extremity as follows:

→ deltoid m. grade I

→ rhomboid m. grade IV

→ infraspinatus m. grade 0

→ supraspinatus m. grade III

→ pectoris major m. grade III

→ biceps/triceps m. grade IV/IV

→ brachioradialis m. grade IV

→ extensor digitorum m. grade II

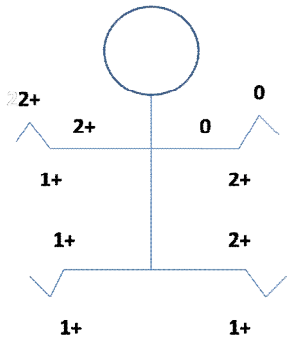
→ 1^{st}, 2^{nd} flexor digitorum profundus m. grade 0/0

3^{rd} flexor digitorum profundus m. grade IV

→ lumbricoidis m. grade II

→ interosseous m. grade II

Reflex:



Babinski's sign: plantar response

Clonus: negative both

Sensory: intact both pin prick and propioception

Meningeal sign: negative

Cerebellar signs: normal

ANS: normal anal sphincter tone

Investigations

CBC: Hb 14.4 g% Hct 43.5% (MCV 93 fL RDW 12.6%)

WBC 6,660 cells/mm^3 (PMN 46%, L 40%, M 7%, E 7%)

Plt. 259,000 cells/mm^3

Random blood sugar 102 mg/dL

BUN 13 Cr 0.7 mg/dL

LFT: TB 1.89 mg/dL DB 0.96 mg/dL AST 155 u/mL ALT 795 u/mL

ALP 284 IU Albumin 3.7 g/dL globulin 3.0 g/dL

Coagulogram: PT over 10.7 sec INR 0.9 aPTT 23.9 sec

Electrolytes: Na 139 K 4.4 Cl 98 CO_2 28

CRP 8.86 (<5 mg/dL)

CSF : clear

OP 16 cm.H_2O CP 15 cm.H_2O

Cell count : RBC 0, WBC 28 (L 100%)

protein 53.1 mg/dL sugar 61 mg/mL

Gram's stain : no bacteria

Bacterial culture: no growth

Serology:

Anti-HIV : non reactive

HBsAg : negative anti HBc : negative anti HBs : negative

Anti-HCV : negative

Anti-HAV : negative

CMV IgM : negative

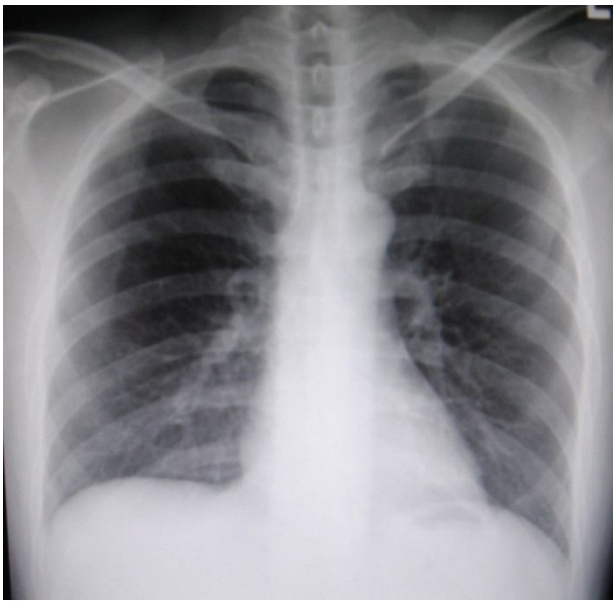
EBV IgM : negative EBV (EBNA) IgG : positive

ANA < 1:80 (<80)

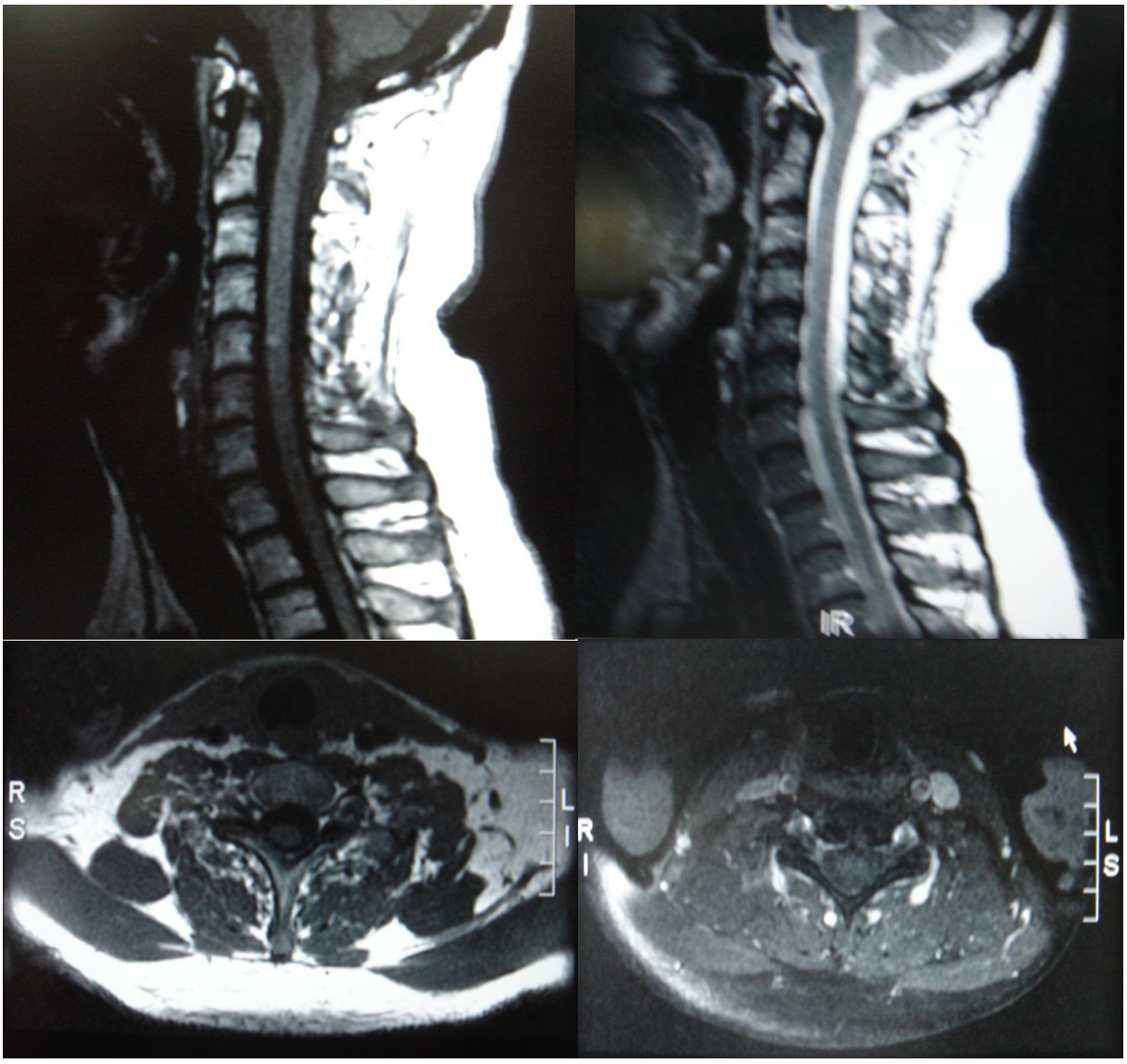
Rheumatoid factor <9.5 (<15)

CH50 32.2 (19-40 U/mL), C3 135 (76-171 mg/mL)

CXR : as shown



MRI cervical spine:



The study reveals normal lordotic alignment of cervical spines. Decreased signal intensity on T2WI of C4/5, C5/6 and C6/7 intervertebral discs are noted, representing degenerative change. No abnormal marrow signal intensity of cervical spine is observed. The cervical spinal cord shows normal contour and signal intensity without

abnormal enhancement. Mild posterior central bulging of C4/5 and C5/6 intervertebral discs, causing anterior indentation to thecal sac without nerve root compression are noted. Circumferential bulging of C6/7 disc, causing anterior indentation to thecal sac and narrowed neural foramina with compression upon bilateral C7 nerve root are observed. The visualized paraspinal muscles appear within normal limits. The measured AP-diameter of spinal canal is about 14 mm. (C3/4 level), 14 mm. (C4/5 level), 14 mm. (C5/6 level), 12 mm. (C6/7 level) and 14 mm. (C7/T1 level).

Impression: Degenerative change of C4/5, C5/6 and C6/7 intervertebral discs.

Circumferential bulging of C6/7 disc, causing anterior indentation to thecal sac and narrowed neural foramina with compression upon bilateral C7 nerve roots.

Mild posterior central bulging of C4/5 and C5/6 intervertebral discs, causing anterior indentation to thecal sac without nerve root compression.

No demonstrable abnormality of cervical spinal cord.

1. What are the diagnostic investigations leading to final diagnosis?
2. What is the most likely diagnosis?