

Clinicopathological conference

27 พฤศจิกายน 2557

อายุรแพทย์ พญ. พัทธนา บุญชยาอนันต์

รังสีแพทย์ พญ. จตุพร ชยะกุลศิริ

Diagnostician: to be announced

ผู้ป่วยหญิงไทยม่าย อายุ 78 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ เชื้อชาติจีน สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันจังหวัด พิจิตร

ประวัติได้จากผู้ป่วยญาติ และเวชระเบียน เชื่อถือได้ รับไว้ในโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 1

Chief complaint: ไข้ ไอ หอบ 10 days PTA

Present illness:

เดิมผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานบ้านได้ NYHA FC I

8 months ผู้ป่วยมีก้อนที่คอโตขึ้น เหนื่อยง่าย ใจสั่น น้ำหนักลด 4 kg (62 kg to 58 kg) ใน 1 เดือน ผู้ป่วยจึงไปพบแพทย์ ที่โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง

PE: thyroid enlargement with multiple nodules, no data of weight

Laboratory investigation: FT3 9.3 pg/ml (2.1-3.8) FT4 3.39 µg/dl (0.93-1.70) TSH < 0.01 µIU/ml (0.27-4.20)

Ultrasonography of thyroid

- Multiple hypervascularity iso-slightly hyperechoic nodules at both lobes thyroid (more prominent on right side) variable in size 0-5-1.4 cm.
- Cystic lesion with internal septation and nodule at right lateral isthmus lobe, size about 1.9*1.3 cm.

ได้รับการวินิจฉัยเป็น toxic multinodular goiter ได้รับการรักษาเป็น PTU (50) 2*2 PO PC หลังจากรับประทานยา อาการดีขึ้นบ้าง แต่ยังไม่รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักขึ้นมาเป็นปกติ TFT (2 เดือนหลังรักษา) FT3 3.8 pg/ml (2.1-3.8) FT4 1.1 µg/dl (0.93-1.70) TSH 0.05 µIU/ml (0.27-4.20) TSH ไม่เคยปกติ

3 weeks PTA ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ ไม่ได้วัดไข้ ไม่หนาวสั่น ไข้มักเป็นช่วงกลางคืน รู้สึกตึงก้อนที่ต่อมไทรอยด์ แต่ไม่ปวด บวมหรืออักเสบ มีแผลที่ฝ่าเท้าขวา ขนาดครึ่งเซนติเมตร มีหนองสีเขียวไหล เป็นหลังจากเหยียบก้อนกรวด ไปซื้อยามาเชื้ มารับประทานเองอาการไม่ดีขึ้น ยังเดินได้ตามปกติ แต่รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายขึ้นทำงานบ้านได้ไม่นานเท่าเดิมจึง เดินทางมาหาลูกสาวที่จังหวัดสมุทรปราการ

10 days PTA ผู้ป่วยยังมีไข้และเริ่มไอมีเสมหะสีขาวขุ่น ไม่มีเจ็บหน้าอกเวลาหายใจ แผลที่เท้ายังไม่ดีขึ้น ลูกสาวจึงพาไปพบแพทย์ ที่โรงพยาบาลเอกชน ตรวจเอ็กซเรย์ปอด พบว่ามี right lower lung infiltration ไม่ได้เจาะเลือด วินิจฉัยเป็น pneumonia with infected wound ได้รับการรักษาเป็น ceftriaxone 2 g IV q 24 h x 3 days โดยให้ยาเป็นผู้ป่วยนอก หลังจากได้ยาอาการไม่ดีขึ้น

7 days ผู้ป่วยจึงกลับไปพบแพทย์ ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งเดิม และได้รับตัวไว้นอนในโรงพยาบาล

- PE: V/S BT 38.1°C BP 127/81 mmHg PR 92/min RR 23/min
- HEENT: enlarged thyroid 45 g, no exophthalmos, no tremor
- Lung: crepitation at left right lower lung zone
- Extremities: wound 0.5 cm with 2 cm overlying skin necrosis at plantar side of right foot with pus discharge

Laboratory investigations

- Hb 7.4 g/dl, Hct 22.6%, MCV 86.9 fl, RDW 23.7% WBC 1,400/ μ l (N 75%, L 22% M 2% Eo 0% B 1%), platelet 104,000/ μ l, PT 14.9/11.3, INR 1.3, PTT 30.2/28.9
- TFT: FT3 1.27 pg/mL (2.0-4.4), TSH < 0.005 μ IU/mL (0.27-4.20)
- Hemoculture: no growth x 2 specimens

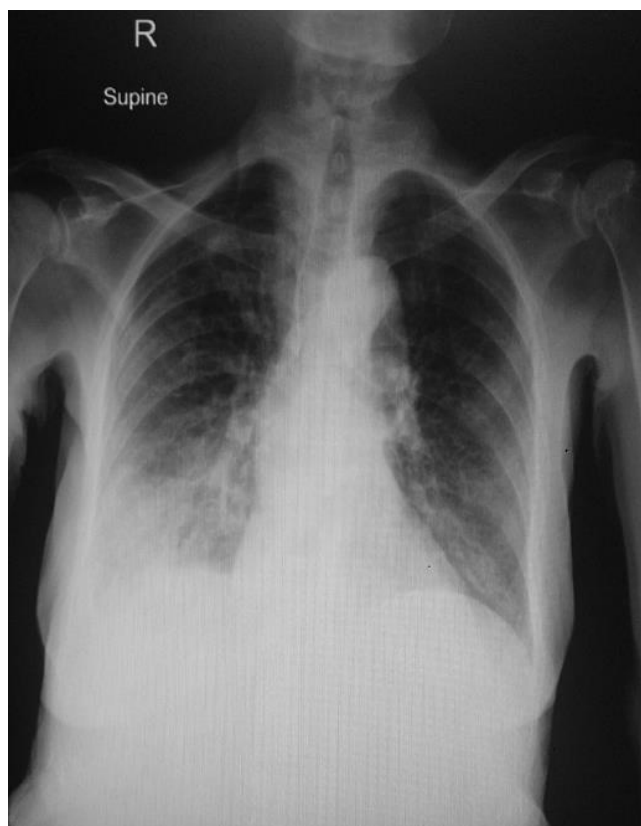
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น pneumonia with sepsis with neutropenia from antithyroid drug ได้รับการรักษาเป็น imipenem/cilastatin 500 mg IV q 6 h และ G-CSF 300 mcg SC q 24 h ร่วมกับหยุดยา PTU และเปลี่ยนเป็น MMI (5) 1x1 PO PC และ set OR for debridement right foot ได้ pus 3 ml ไม่ได้ส่งเพาะเชื้อ และให้ PRC 1 unit

CBC on Admission day 3 Hb 8.3 g/dl, Hct 24.8%, MCV 86.9 fl, RDW 21.3% WBC 3,000/ μ l (N 87%, L 11% M 2% Eo 0% B 1%), platelet 118,000/ μ l

ระหว่างนอนอยู่ที่โรงพยาบาลผู้ป่วยไข้ลดลง อาการไอดีขึ้น แต่อาการเหนื่อยเป็นมากขึ้น และตรวจพบว่ามีน้ำตาลในเลือดต่ำ DTX 54 mg/dl RPG 48 mg/dl แต่ผู้ป่วยรู้ตัวตลอด ไม่ซึม ผู้ป่วยจึงได้รับน้ำเกลือเป็น 10%DNSS/2 60 ml/h หลังจากนั้น เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ได้อยู่ระหว่าง 60-70 mg/dl หลังจากนั้นผู้ป่วยเหนื่อยหอบมากขึ้นร่วมกับมีปัญหาเรื่องการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนหลังอยู่โรงพยาบาลได้ 7 วันญาติจึงขอมารักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หลังจากออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทันที

แรกวันที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดีเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ไม่มีเหงื่อออก ใจไม่เต้น (DTX) ได้ 40 mg/dl

ระหว่างไม่สบาย 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ไม่มีน้ำหนักรวมเพิ่ม



Chest X-ray ขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน

Past history

- 30 years PTA ผู้ป่วยมีอาการหิวบ่อย ใจสั่น น้ำหนักลด มีก้อนที่คอโต จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ บอกว่าเป็นคอหอยพอกเป็นพิษได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ หลังจากนั้นอาการปกติ ไม่มีรายละเอียดเนื่องจากเวชระเบียนถูกทำลาย
- ไม่เคยใช้ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร

Obstetrics and Gynecologic history

- PARA 5-0-0-5 last 44

Social history

- ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่
- ไม่เคยใช้สารเสพติด
- ปฏิเสธ unsafe sex

Physical examination

An elderly Asian female, Alert, well co-operative

Vital signs: BT 38°C RR 24/min BP 118/59 mmHg PR 110 /min regular

HEENT: mildly pale conjunctivae, anicteric sclerae, no exophthalmos, no lid lag, no staring thyroid 45 g with multiple thyroid nodule, firm consistency, no bruit, no thrill, no cervical lymphadenopathy

RS: equal chest expansion, decrease breath sound with coarse crepitation at right lower lung zone, increased vocal and tactile fremitus, egophony positive

CVS: neck vein not engorged, PMI at 5th ICS, MCL, no heaves, no thrills, normal S1, S2 no murmurs

Abdomen: no distension, active bowel sound, soft not tender, liver and spleen can't be palpated, liver span 10 cm, splenic dullness negative

Extremities: no pitting edema, well granulated ulcer at plantar side of right foot, no discharge

Lymph node: no lymphadenopathy

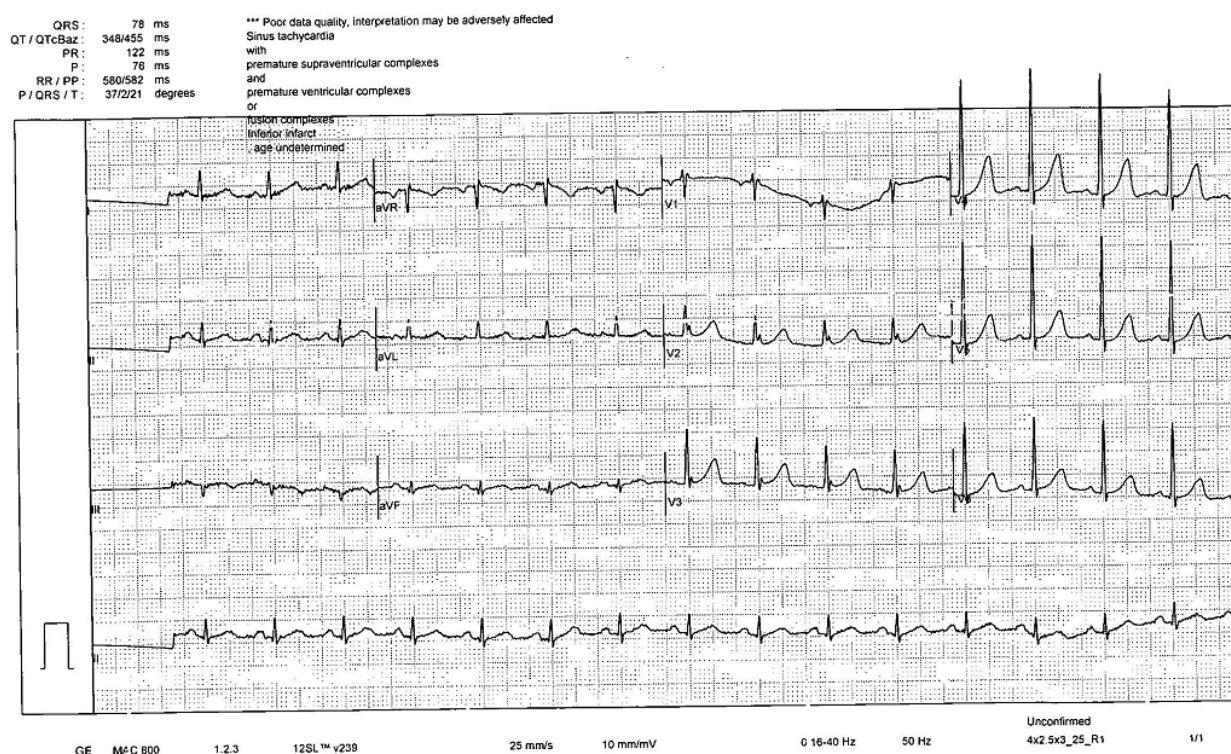
Neurological examination:

- Fully conscious, well co-operative
- Cranial nerves
 - CN II: pupil 3 mm RTLBE, RAPD-negative, normal VF
 - Eye ground: no papilledema, sharp disc, normal venous pulsation
 - CN III/IV/VI: full EOM
 - CN V: normal facial sensation, normal motor power of muscle of mastication, corneal reflex positive
 - CN VII: no facial weakness
 - CN VIII: no nystagmus, normal auditory sense
 - CN IX, X: normal gag reflex, uvula in midline
 - CN XI, XII: normal
- Motor: no fasciculation, normal muscle tone, normal muscle mass
- Motor power: grade V all
- BBK plantar flexion both, clonus negative both
- Reflex: Deep tendon reflex 2 + all except 0 at both ankle reflexes
- Sensory: normal pinprick sensation
- Meningeal irritation signs: no stiff neck, negative Kernig's sign
- Cerebellar signs: normal FTN, no dysdiadokokinesia, Romberg's sign negative, tandem gait negative

Laboratory investigations

- Hb 9.8 g/dl, Hct 30.6%, MCV 92.8 fl, RDW 19.4% WBC 2270/ μ l (N 64.8%, L 30.7% M 0.9% Eo 0% B 0.2%), Platelet 200,000/ μ l, PT 14.0/11.3, INR 1.3, PTT 30/28.9
- UA: sp.gr.1.015 pH 6, protein 1+, glucose negative, blood 1+, ketone negative, RBC 5-10/HPF WBC 0-1/HPF squamous cell 0-1/HPF
- BUN/Cr: 9/0.4 mg/dL
- Electrolytes: Na 134 mmol/L, K 2.9 mmol/L, Cl 101 mmol/L, HCO₃ 11 mmol/L, Ca 9.7 mg/dL, phosphate 3.7 mg/dL, Mg 0.76 mmol/L Uric acid 6.6 mg/dL LDH 155 U/L (125-220)
- TP 7.9 g/dL, Alb 2.5 g/dL, Glo 5.4 g/dL, TB/DB 0.66/0.34 mg/dL, SGOT/SGPT 31/12 U/L, ALP 141 U/L
- RPG 48 mg/dL, cortisol 16.6 mg/dL insulin <2 μ U/mL C-peptide 0.1 nmol/L (เจาะพร้อมกัน)
- ABG (room air): pH 7.304 pO₂ 101.7 mmHg pCO₂ 26.8 mmHg HCO₃ 13.4 mmol/L O₂sat 97.7% lactate 12.5 mmol/L
- TFT: FT4 1.04 μ g/dl (0.8-1.8) FT3 3.14 pg/ml (1.6-4.0) TSH 0.01 μ U/ml (0.3-4.1)
- Anti-HIV negative, HBsAg negative anti-HBs negative, anti-HBc positive anti-HCV negative

Electrocardiogram



Chest X-ray



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