

Clinicopathological Conference

29 ธันวาคม 2554

Clinician: อ.พญ.ณัฏฐา กอภพพรหม

Radiologist: รศ.พญ.ลัดดาวัลย์ วัชรคุปต์

Diagnostician: To be announced

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 46 ปี อาชีพตัวแทนจำหน่ายยาคุลท์ ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันจังหวัดอุบลราชธานี ประวัติได้จากผู้ป่วย และเวชระเบียนเชื่อถือได้

Chief complaint: ปอดอักเสบเป็นๆหายๆ 7 ปี

Present illness:

15 ปีก่อนมารพ. มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะเขียว ไข้ต่ำๆตอนเย็น ไม่มีเหงื่อออก นอนราบแล้วไอมาก เหนื่อยง่าย ตอนออกแรง ไม่มีหายใจเข้าแล้วเจ็บหน้าอก เป็นประมาณ 1 เดือน ไปตรวจที่ รพ.ในจังหวัดอุบลราชธานี chest x-ray ผิดปกติ ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค แต่รักษาแบบ Pulmonary TB ได้ยารักษาวัณโรค 6 เดือน ทานยาครบสม่ำเสมอ อาการไม่ดีขึ้น ย้ายมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ รักษาแบบปอดอักเสบเรื้อรัง ได้ยาฆ่าเชื้ออาการดีขึ้นบ้าง

7 ปีก่อนมารพ. มีอาการไอ มีเสมหะเขียว เหนื่อยตอนไอ ไข้ต่ำๆ ยังพอทำงานเอกสารได้ ไม่มีเจ็บหน้าอก เป็นอยู่ประมาณ 2 สัปดาห์ ไปตรวจที่ รพ.ในจังหวัดอุบลราชธานี แพทย์วินิจฉัยเป็นปอดอักเสบติดเชื้อ นอนโรงพยาบาลประมาณ 1 สัปดาห์ ได้ยาฆ่าเชื้อ อาการค่อยๆดีขึ้น ช่วงที่ดีขึ้นสามารถทำงานได้ตามปกติ หลังจากนั้นมีอาการแบบเดิมเป็นปอดอักเสบติดเชื้ออีกปีละ 1 ครั้ง รักษาด้วยยาฆ่าเชื้อแล้วดีขึ้น

3 ปีก่อนมารพ. มีอาการไอเสมหะเขียว ไข้ต่ำๆ เหนื่อยง่าย ไปตรวจที่ รพ.ในจังหวัดอุบลราชธานี (chest x-ray รูปที่ 1) ได้ทำ bronchoscope – no endobronchial lesion, BAL at LLL WBC 265 (N34% L66%), RBC 110, cytology: Presence of scanty reactive bronchial cells, no malignant cell is identified; bronchoscopic biopsy at

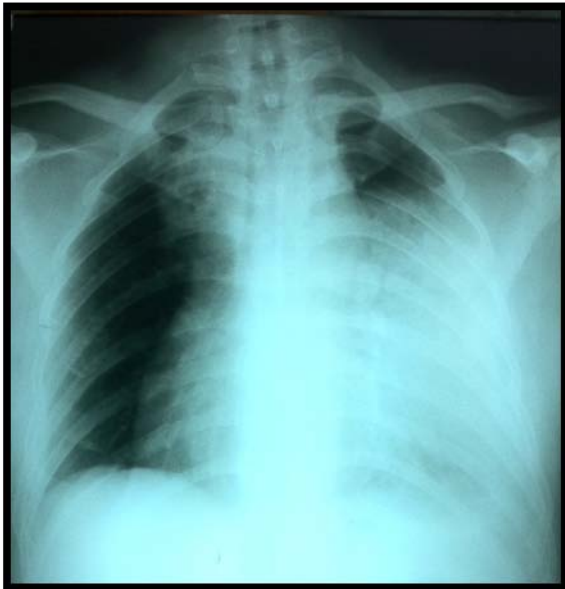


รูปที่ 1

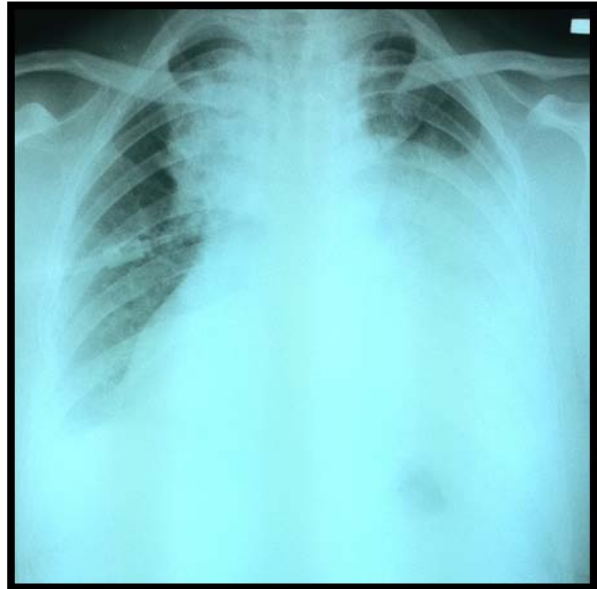
lingular lobe: dense aggregate of lymphoid tissue with germinal center formation in interstitium of alveoli. ผล tissue AFB, MAFB และ gram stain: no organism; fungal culture – no growth วินิจฉัยเป็น lymphocytic interstitial pneumonia ได้รับการรักษาโดย steroid ประมาณ 2 สัปดาห์ อาการดีขึ้น แต่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินขึ้นลงบันไดไม่คล่อง หวีผมได้ ยังจับช้อนได้ไม่หล่น จึงหยุด steroid ไป หลังจากนั้นมีอาการแบบเดิมเป็นปอดอักเสบติดเชื้ออีกปีละ 1 ครั้ง รักษาด้วยยาฆ่าเชื้อแล้วดีขึ้นบ้าง

3 เดือนก่อนมารพ. มีอาการลักษณะเดิม วินิจฉัยเป็นปอดอักเสบติดเชื้อ นอนรพ. ในจังหวัดอุบลราชธานี ประมาณ 10 วัน (chest x-ray รูปที่ 2)

1 เดือนก่อนมารพ. มีไอเสมหะเขียว ไข้ต่ำๆ เจ็บคอ เหนื่อยง่าย เป็นประมาณ 1 สัปดาห์ (chest x-ray รูปที่ 3) วินิจฉัยเป็นปอดอักเสบติดเชื้อ นอนรพ. ประมาณ 7 วัน มีอาการเหนื่อยอยู่ประมาณ 2 สัปดาห์ แล้วค่อยๆดีขึ้น ผู้ป่วยเห็นว่ามีอาการปอดอักเสบบ่อย จึงขอมาตรวจรักษาต่อที่รพ.จุฬาลงกรณ์



รูปที่ 2



รูปที่ 3

ช่วงไม่สบายเป็นปอดอักเสบน้ำหนักตัวลดลงบ้าง 1-2 กิโลกรัม แต่โดยรวมน้ำหนักตัวค่อยๆเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะช่วง 2 ปีหลัง

#### Past history

- Dilated cardiomyopathy 14 ปีก่อนมารพ. ตรวจพบหัวใจโตจาก chest x-ray ทำ echocardiography LVEF 45%, global hypokinesia, normal valve และ CAG normal coronary arteries ที่รพ.จุฬาลงกรณ์
- DM type 2 14 ปีก่อนมารพ. no DR and DN, HbA1c 7.0 - 7.7%
- Symptomatic Gallstone 10 ปีก่อนมารพ. มีอาการปวดท้องลิ้นปี่เป็นๆหายๆ S/P open cholecystectomy
- Current medications: Carvedilol (12.5) 0.5 tab bid pc, Glibenclamide (5) 1 tab OD ac, Rosuvastatin (10) 0.5 tab OD hs, Vit B1-6-12 1 tab tid, folic acid 1 tab OD

### Personal History

- ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร
- ปฏิเสธประวัติสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า

### Family History

- ปู่เป็นมะเร็งตับจากดื่มเหล้ามาก เสียชีวิต
- ลุงเป็น HBV
- น้าชายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
- พี่น้อง 3 คน แข็งแรงดี

### Physical examination:

General appearance: A Thai male, alert, not distressed

Vital signs: BT 37.0°C, RR 24/min tachypnea, PR 99 bpm, regular, BP 120/76 mmHg

BW 70 kg, Height 157 cm BMI 28.39 kg/m<sup>2</sup>

HEENT: not pale, anicteric, no OC, no OHL

Skin: no rash

CVS: no heave or thrill, apical beat at 5<sup>th</sup> ICS, MCL, normal S1, S2, no murmur

Lungs: trachea shift to the left, decreased breath sound with dullness on percussion left lung, increased vocal resonance with coarse crepitation left lung; right lung is clear

Abdomen: soft, no distension, no hepatosplenomegaly, no palpable mass

Ext: no pitting edema, no clubbing of fingers

LN: no lymphadenopathy

Neurological examination: grossly intact

### Laboratory investigations:

CBC: Hb 13.9 g/dL, Hct 41% (MCV 88.8 fL, MCH 30 pg, RDW 13.6%), WBC 6360 cells/mm<sup>3</sup> (N 37%, L 52%, M 7%, E 3%, B1%), Platelet 175,000 /mm<sup>3</sup>

PTT 26.4/27.0 sec, PT 11.3/12.2 sec, INR 0.94

UA: yellow color, Sp.gr 1.015 pH 5.0, protein negative, sugar negative, ketone negative, WBC 0-1/HPF, RBC 0-1/HPF, Squamous epithelium 0-1/LPF

BUN 18 mg/dL, creatinine 1.8 mg/dL, FBS 124 mg/dL

Electrolytes: Na 141 K 4.8 Cl 108 CO2 23 mEq/L, Ca 9.3 mEq/L, PO4 3.4 mg/dL, uric acid 5.1 mg/dL

Total bilirubin 0.58 mg/dL, direct bilirubin 0.14 mg/dL, AST 26 U/L, ALT 18 U/L, ALP 63 U/L, Albumin 3.5 g/dL, Globulin 3 g/dL

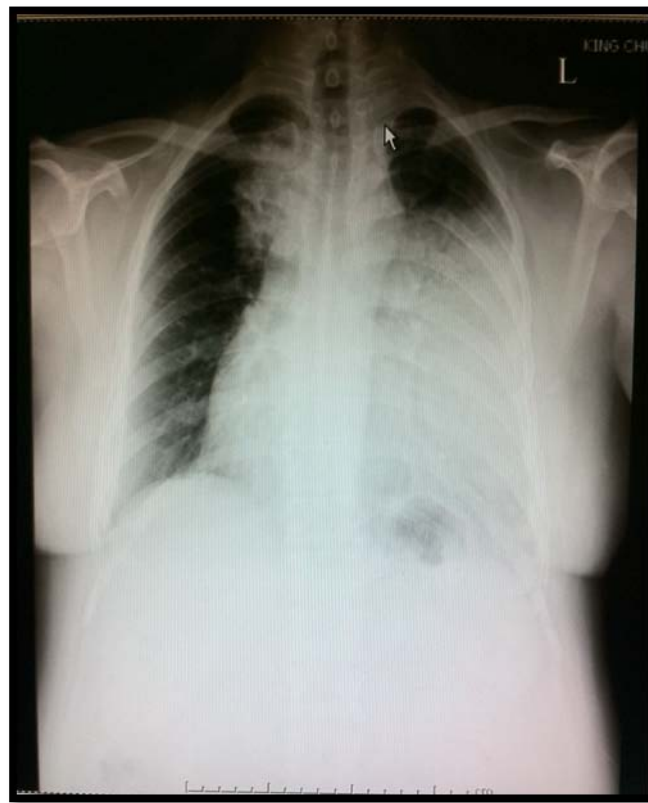
LDH 374 U/L (230-460)

Anti-HIV - negative, HBsAg - negative, anti-HBc - positive, anti-HBs - positive, anti-HCV -negative

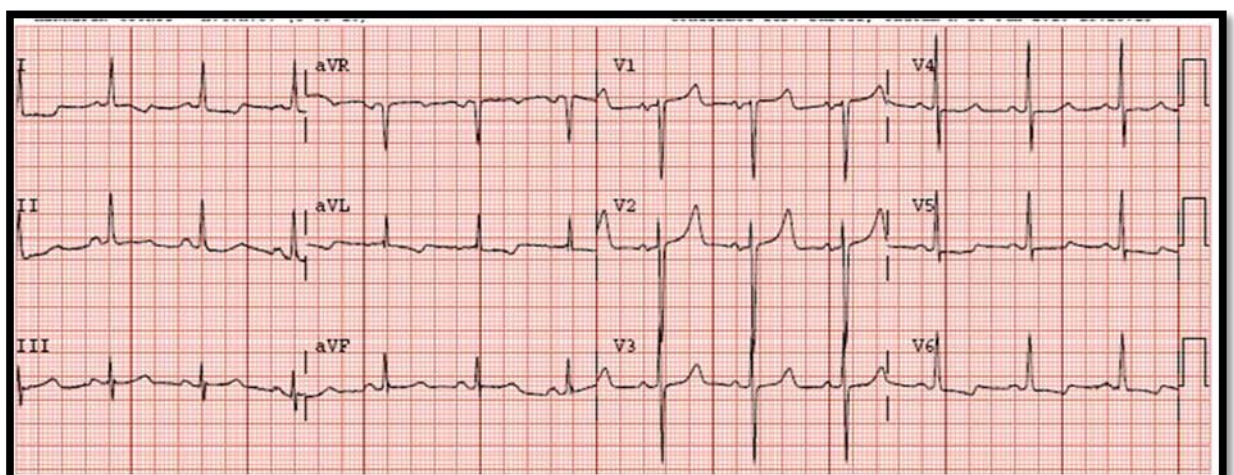
Antinuclear antibody: <80

P-ANCA - negative, C-ANCA - negative

CXR รพ.จุฬาลงกรณ์



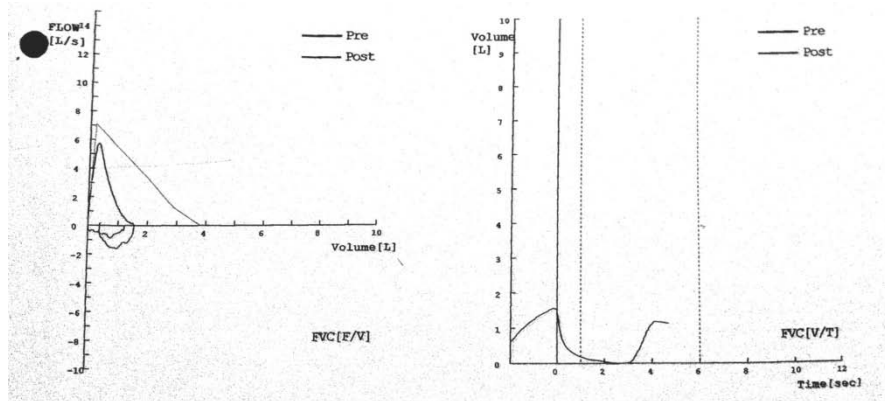
EKG 12 lead



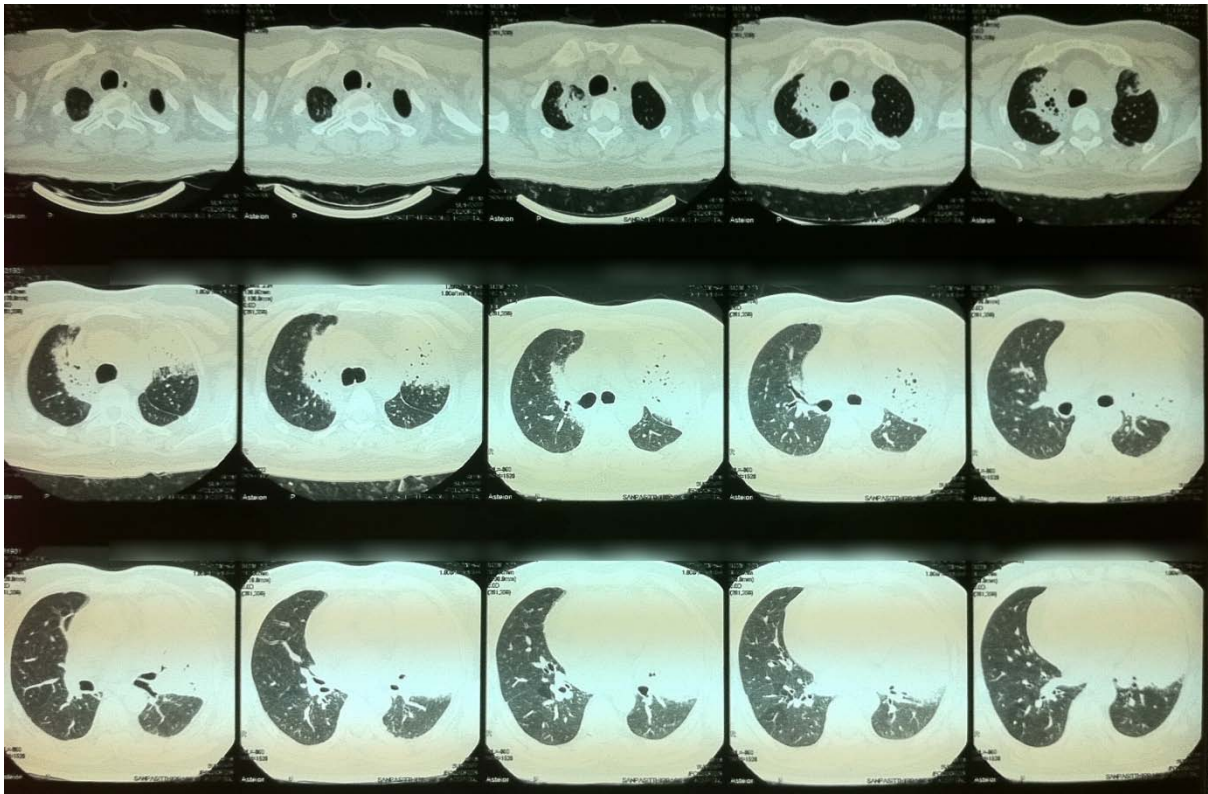
Echocardiogram: LV enlargement, global hypokinesia, EF 51%, normal valve

## Spirometry

Item	Measured	Predicted	% Predicted
FVC (L)	1.56	3.85	40.5
FEV1 (L)	1.38	2.93	47.1
FEV1/FVC	88.46%		
MMEF (L/s)	1.80	3.35	53.7
PEF (L/s)	5.76	7.15	80.6
FEF25 (L/s)	5.37		
FEF50 (L/s)	2.25	3.51	64.1
FEF75 (L/s)	0.63	1.33	47.4



CT chest



Bronchoscope: mild mucosal swelling at RUL segments, blunting and mild mucosal swelling at left main bronchus, mucosal swelling and contact bleeding caused luminal narrowing, no gross endobronchial lesion at lingular segments

Bronchoalveolar lavage at RUL and lingular segments: The fluid shows abundant red cell background containing scant parenchymal cells. No atypical cell is seen. AFB stain – not found, Mycobacterium culture – pending

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