

Clinicopathological conference

วันที่ 19 กันยายน 2556

อายุรแพทย์ อ.นพ. สืบพงศ์ ธนสารวิมล

รังสีแพทย์ อ.นพ. วีรศักดิ์ ผิวปลั่ง

Diagnostician: to be announced

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 75 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ภูมิลำเนาอยู่ที่ จังหวัดนครนายก ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพมหานคร

ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ เดิมทำงานเป็นนักเทคนิคการแพทย์ ประวัติได้จากญาติและเวชระเบียน เชื้อถือได้

Chief complaint: ไข้ ผื่นนูน 8 สัปดาห์

Present illness:

8 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ต่ำๆ เป็นประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่มีอาการหนาวสั่น มีผื่นนูนแดงขึ้น เป็นปื้น ขนาดประมาณ 2 เซนติเมตร ไม่มีอาการเจ็บ ไม่มีอาการคัน เป็นหลายตำแหน่ง เริ่มที่บริเวณหลังและต้นแขน ลามไปที่ลำตัวกับต้นขา ผื่นยุบลงเล็กน้อยหลังรับประทานยาแก้แพ้ ผื่นยังไม่หายสนิท เหลือเป็นผื่นแดงนูนเล็กๆ มีอาการตาแห้ง ไม่มีตาแดง ปากแห้ง ไม่มีแผลในปาก ไม่มีแผลที่อวัยวะเพศ ไม่อยากอาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง เป็นอยู่ 3-4 วัน อาการไม่ดีขึ้น ไปตรวจพบแพทย์ผิวหนังที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผื่นลมพิษ ได้ยา prednisolone (5 mg) 2 tab po pc ทาน 10 วัน อาการผื่นยุบลง แต่ไม่หายสนิท มีผื่นนูนแดงเล็กๆ ลักษณะเดิม ผู้ป่วยยังมีไข้ต่ำๆ มีตาแดง ไม่มีอาการเสปตา ไม่มีซีตาไหล จึงมาตรวจที่โรงพยาบาลจุฬา

PE: no rashes; redness in conjunctivae

CBC: Hct 33 %, MCV 87 fl, WBC 4,150/ul (N 61%, L 24%, Eo 5%), Platelet 254,000/ul

Electrolytes: Na 133 mEq/L, K 4.2 mEq/L, Cl 98 mEq/L, HCO₃ 28 mEq/L

LDH 379 U/L LFT: AST/ALT 40/48 U/L, ALP 131 U/L

วินิจฉัย viral infection อาการตาแดง ส่งตรวจกับจักษุแพทย์ วินิจฉัย keratoconjunctivitis both eyes ให้ยา tobramycin and dexamethasone หยอดตา อาการดีขึ้น หลังจากนั้นยังคงมีอาการไข้ต่ำๆ มีผื่นแดงจางๆ เป็นแนวเล็กๆ ขึ้นที่บริเวณเดิม คล้ายเป็นจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง

5 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มาตรวจติดตาม ยังมีอาการไข้ต่ำๆ เป็นๆหายๆ วัดไข้ตอนที่อยู่ที่บ้านได้ประมาณ 37.3-38 c ผื่นแดงนูนเป็นลักษณะแดงจางตามเดิมขึ้นเป็นๆหายๆ รับประทานอาหารได้น้อย คลำก้อนได้ที่บริเวณคอทั้งสองข้างขนาดประมาณ 1 เซนติเมตร กดเจ็บเล็กน้อย น้ำหนักลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม ในช่วงประมาณ 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา

PE: no rashes; multiple bilateral cervical lymphadenopathy size 0.5-2 cm, movable, mild tenderness; neither injected pharynx nor tonsils

ตรวจกับทาง ENT: sinuscope: no discharge, not visible masses in nasal cavity and nasopharyngeal area

4 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังมีการใช้ตำๆ มีผื่นนูนแดงลักษณะเดิม ขึ้นที่บริเวณลำตัว, ต้นแขนและต้นขา กดไม่เจ็บ ก่อนที่คอขนาดไม่ได้โตขึ้น ไม่ได้รู้สึกเจ็บ มาตรวจกับแพทย์ผิวหนัง

PE: skin: diffuse erythematous papular rashes on trunk, extensor surface of both arms and thighs

CBC: Hct 38.1%, MCV 90 fl, RDW 13.6%, WBC 6,180/ul (N 34%, L 41%, Eo 9.3%), Platelet 169,000/ul

LFT: AST/ALT 34/34 U/L, ALP 157 U/L

เบื้องต้นวินิจฉัย drug eruption ทำ punch biopsy นัดมาตรวจติดตามยังมีใช้ตำๆอยู่ บางวันมีใช้ตำๆตอนกลางคืน มีผื่นแดง นูนจางลักษณะเดิม ไม่มีเจ็บ ไม่คัน มีอาการแน่นจมูก มีอาการไอแห้งๆ คั่นคอ ไม่มีอาการหายใจหอบ ไม่มีหายใจเสียงวี๊ด

ผล skin patho: nonspecific dermatitis (non eosinophilic, no necrotic keratosis)

ผล stool examination: +ve *Strongyloides stercoralis*

Imp: 1. Leucocytoclastic vasculitis 2. Asymptomatic *Strongyloides stercoralis* infection

ให้ prednisolone 30 mg/day, 10% urea cream + 0.1%TA cream apply, albendazole 400 mg/day

อาการผื่นจางลง ไม่มีผื่นตำแหน่งใหม่ขึ้น ใช้ลดลง

2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีผื่นแดงเพิ่มมากขึ้นที่บริเวณหน้าอก ลำตัว ต้นแขนและต้นขา นูน ไม่เจ็บ มีใช้ตำๆ ไอแห้ง มาตรวจติดตาม

Film chest X ray: small nodule right upper lung



ส่ง sputum AFB: negative

3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ ไม่ได้วัดไข้ ไม่หนาวสั่น มีอาการปวดเมื่อยตามตัว ทานยาลดไข้ ไข้ลดลง ตอนที่ไข้ลดลงอาการปวดเมื่อยหาย มีถ่ายเหลวเป็นน้ำ ไม่มีมูกเลือดปนประมาณ 3-4 ครั้งต่อวัน ไม่มีอาการปวดบิตมวนท้อง มีอาการไอแห้งๆเล็กน้อย รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีปัสสาวะขัด ปัสสาวะออกเท่าๆเดิม ไม่มีลูกขึ้นหน้าวูบ

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังมีอาการไข้ต่ำๆ อยู่ มีอาการอ่อนเพลีย ญาติต้องประคองเวลาเดิน มีอาการปวดที่ขาทั้งสองข้าง ไม่บวมแดง กดที่ขาทั้งสองข้างไม่เจ็บ มีผื่นแดงขึ้นตามแขนทั้งสองข้างขาทั้งสองข้าง กดไม่เจ็บ อาการโดยรวมไม่ดีขึ้น ญาติจึงพามาโรงพยาบาล

ช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงไปประมาณ 12 กิโลกรัม จาก 80 กิโลกรัม เหลือ 68 กิโลกรัม

Past history:

12 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจพบว่าความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง

BP 190/100 mmHg PR 80/min Fasting plasma glucose 134 mg%

cholesterol 232 mg/dl HDL 53 mg/dl TG 132 mg/dl LDL 147 mg/dl uric acid 8.9 mg/dL

ไม่พบ micro- vascular complications ไม่มี macro-vascular complications รักษาโดยรับประทานยา

ตรวจติดตาม BP 140/90 mmHg FBS 124 mg% HbA1C 6.2% Cholesterol 102 mg/dl TG 109 mg/dl HDL 49 mg/dl

uric acid 7.6 mg/dL

3 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการตามัว มองเห็นภาพไม่ชัด ไม่มีเห็นภาพซ้อน มาตรวจกับทางจักษุแพทย์ วินิจฉัย ต้อกระจก ผ่าตัด Phacoemulsification with intraocular lens both eyes หลังผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาทั้งสองข้าง มองเห็นปกติ

1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล วินิจฉัย chronic subdural hematoma at right fronto-parieto-temporal area จากตกจากที่สูง มีอาการอ่อนแรงที่ขาค้นซ้าย ประสาทศัลยแพทย์ผ่าตัด Burr hole with irrigation with remove blood clot หลังผ่าตัดอาการปกติ

Current medications

Amlodipine (10 mg) 1 tab po pc เข้า

Enalapril (20 mg) 1 tab po pc เข้า ½ tab po pc เย็น

Hydrochlorothiazide (50 mg) ½ tab po pc เข้า

Atenolol (50 mg) 1 tab po pc เข้า, เย็น

Glipizide (5 mg) ½ tab po pc เข้า, เย็น

Metformin (500 mg) 1 tab po pc เข้า, กลางวัน, เย็น

Simvastatin (20 mg) 1 tab po ก่อนนอน

Allopurinol (100 mg) 1 tab po pc เช้า

Social/personal history: ไม่สูบบุหรี่, ไม่ดื่มสุรา

Family history:

บิดา มารดา เสียชีวิต ตอนอายุประมาณ 80 ปี ไม่ทราบการวินิจฉัย

มีพี่น้อง 5 คน ผู้ป่วยเป็นคนที่ 4 มีพี่ชายคนที่ 3 เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเสียชีวิตตอนอายุ 60 ปี

มีบุตร 2 คน คนโตอายุ 42 ปี คนเล็ก อายุ 36 ปี แข็งแรงดี

Physical examination:

An elderly Thai male

Vital signs: BT 37.3 C, BP 100/50 mmHg, PR 90/min, RR 16/min

skin: diffuse erythematous papular rashes on trunk, extensor surface of both arms and thighs with some follicular papules, no ulceration, no livedo reticularis

HEENT: mildly pale conjunctivae, anicteric sclerae

Multiple bilateral cervical lymphadenopathy size 0.5-1.5 cm, movable, mild tenderness

Pharynx/tonsil: not injected; normal buccal mucosa and palate

Thyroid not enlarged

RS: equal chest expansion, tympanic on percussion, vesicular breath sound, no adventitious sounds

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

Abdomen: active bowel sound, soft not tender, liver and spleen not palpable

Extremities: no pitting edema, no redness, no tenderness at both thighs and legs

Rectal examination: no melena, no rectal shelf

Genitalia: no ulcer, no discharge

Integuments; normal nails, grey hair

Neurological exams: full consciousness and good orientation

CN II: Pupil 3.0 mm RTL BE, pink fundus, macular dull reflex, no hemorrhage, RAPD-negative, no ptosis

CN III/IV/VI: normal movement

CN V: Normal facial sensation, normal power of temporalis, masseter and pterygoid muscles,

Normal corneal reflex

CN VII: no facial palsy CN VIII: no nystagmus

CN IX, X: normal gag reflex, uvula in midline

CN XI, XII: intact

Motor: No fasciculation, normal muscle tone

Motor power:

	Rt	Lt
Upper extremities	V / V	V / V
Lower extremities	IV / IV	IV / IV

BBK plantar response both, clonus negative both, Reflex: 2+ all

Sensory: intact pinprick sensation, intact proprioception both feet

Meningeal irritation signs: no stiff neck, negative Kernig's sign

Cerebellar signs: finger to nose, heel to knee: intact, no dysdiadokokinesia, normal gait

Laboratory investigations

CBC: Hb 6.4 g/dl, Hct 18.3% (MCV 88 fl, MCH 30.8 pg MCHC 35 g/dl RDW 15.6%), WBC 15,170/ μ l (N 80.9%,

L 14.4% M 3.9% Eo 0.3%), Platelet 194,000/ μ l

Peripheral blood smear: normochromic normocytic anemia, anisocytosis 1+ poikilocytosis few, microspherocyte

1+, no polychromasias, no NRCs, WBC PMN predominate, no blast cells, plt normal

PTT 25.5/25.8, INR 1.05, PT 12.9/12.3

UA: Slightly cloudy sp.gr.1.025 pH 5.0 protein negative glucose negative blood negative, RBC -/HPF WBC 0-1/HPF squamous cell 0-1/HPF

BUN/Cr: 61/3.64 mg/dL Electrolytes: Na 130 mmol/L, K 4.1 mmol/L, Cl 95 mmol/L, HCO₃ 16 mmol/L

Ca 8.1 mg/dL PO₄ 5.2 mg/dL, Mg 0.6 mg/dL, Uric acid 13.1 mg/dL, LDH 552 U/L, Lactate 3.9 mmol/L

LFT: TB 0.18 mg/dL DB 0.14 mg/dL TP 6.1 g/dL, Alb 1.9 g/dL, Glo 4.2 g/dL AST/ALT 27/9 U/L, ALP 99 U/L

Immunology and serology

Anti-HIV negative HBsAg negative anti-HBs 500 mIU/mL antiHBc positive antiHCV negative

Direct Coombs' test: positive 2+ (Anti IgG: positive 2+, AntiC3d: positive 2+) Indirect Coombs' test: negative

CH50 8.2 U/ml (19-40)

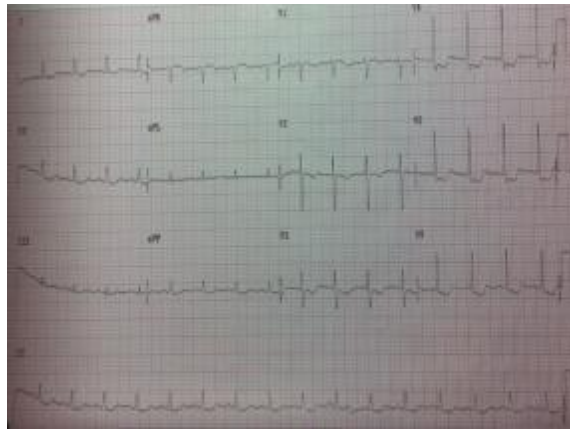
Rheumatoid factor 14.8 IU/mL, cryoglobulin positive

ANA <80, pANCA positive, cANCA negative

CXR

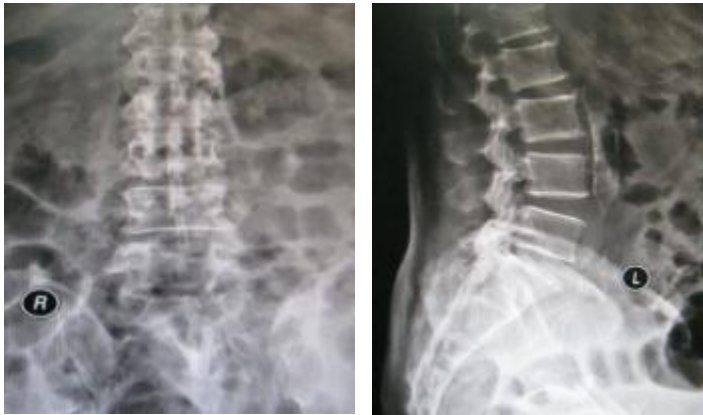


EKG



Bone surveys





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