



SPENT Nutrition Interhospital Conference ครั้งที่ 2/2562

วันพฤหัสบดีที่ 24 ตุลาคม 2562 เวลา 12.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุมห้อง 816 ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

Case 1: สาขาวิชาโภชนศาสตร์คลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

นพ. กิตติชัย เต็มแก้ว

ผู้ป่วยชายไทยโตอายุ 44 ปี

อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร

อาการสำคัญ: ถ่ายเหลวมากขึ้นมา 3 เดือน

ประวัติปัจจุบัน

- 3 ปีก่อน ผู้ป่วยถ่ายเหลวเป็นน้ำปนเนื้อ น้ำมากกว่าเนื้อ ครั้งละประมาณ 100 – 200 มล. วันละ 4 – 5 ครั้ง รวมปริมาณมากกว่า 1 ลิตรต่อวัน อุจจาระไม่มีมูกเลือดปน ไม่มีมันลอย บางครั้งมีถ่ายเป็นเศษอาหารไม่ย่อยปนออกมา ไม่มีปวดเบ่งหรือปวดหน่วงลงก้นเวลาถ่าย มีอาการปวดทั่ว ๆ ท้องหลังรับประทานอาหารเป็นบางครั้ง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่มีเบื่ออาหาร ไม่มีอาการร้อนง่าย ไม่มีอาการใจสั่นมือสั่น ไม่มีอาการหน้าแดง หอบเหนื่อย
- ก่อนหน้านี้เคยมารักษาเคยเก็บอุจจาระส่งตรวจ แพทย์บอกว่าไม่พบการติดเชื้อ ได้ยาหยุดถ่าย อาการดีขึ้นบ้างแต่ไม่หาย
- 3 เดือนก่อน ถ่ายเหลวมากขึ้นประมาณ 10 ครั้งต่อวัน ปริมาณต่อครั้งเท่า ๆ เดิม อาการปวดท้องหลังรับประทานอาหารยังเป็นเหมือนเดิม
- น้ำหนักลดลงจาก 77 กก. เป็น 48 กก. ในเวลา 3 ปี

ประวัติอดีต

- S/P splenectomy ปี 2540
- Chronic HBV infection
- Denied drugs or foods allergy
- Denied IVDU/ tattoo/ blood transfusion
- Denied herbal used
- Denied smoking
- Denied alcohol drinking

Physical examination

General appearance: A middle-aged Thai male, looked fatigue, good consciousness, well cooperated

Vital signs: BT 37°C, PR 80 bpm, RR 18 bpm, BP 130/80 mmHg

BW 48 kg, Ht 168 cm, BMI 17 kg/m²

HEENT: Loss of temporalis muscle, loss of orbital fat pad, not pale conjunctivae, anicteric sclerae, mild dry lips, no glossitis, no oral ulcer, no parotid gland enlargement, impalpable cervical and supraclavicular lymph nodes

Heart: flat neck vein, no active precordium, PMI at 5th ICS at midclavicular line, no heaving, no thrill, normal S1S2, no murmur

Chest wall: no spider nevi, no superficial vein dilatation

Lungs: equal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: flat abdomen, post-splenectomy scar, superficial vein dilatation, normoactive bowel sound, soft, not tender, no palpable mass, impalpable liver, liver span 6 cm, shifting dullness and fluid thrill negative

Extremities: Loss of interossei muscles, quadriceps muscles, no edema, no white nail, no palmar erythema, capillary refill < 2 sec

Neurological exam: grossly intact

Case 2: สาขาวิชาโภชนาการ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

พญ. รัฐพร สัมบุญณานนท์

รศ.พญ. นฤมล เด่นทวีสุขสุนทร

ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 3 ปี 3 เดือน ภูมิลำเนา อ.โพธาราม จ.ราชบุรี

อาการสำคัญ: ไข้ หายใจหอบ 1 วัน

ประวัติปัจจุบัน

10 วันก่อน มีไข้สูง 1 วัน ร่วมกับมีอาการซึม ปวดท้อง กินอาหารน้อยลง มีอาการชีด และหายใจหอบเหนื่อย ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ปัสสาวะและอุจจาระปกติ ผู้ป่วยไปตรวจโรงพยาบาลทั่วไป ตรวจร่างกายพบ T 38.2°C, BP 90/60 mmHg, HR 136/min, RR 44/min, markedly pale, no hepatosplenomegaly, no murmur ได้ตรวจ lab เบื้องต้น ได้แก่ CBC: Hct 4.3%, Hb 1.5 g/dL, WBC 2,830 cells/cu mm (N 47, L53%), platelets 2,000/cu mm Blood chemistry: Na 129, K 3.8, Cl 99, HCO₃⁻ 8 mEq/L, DTX 20 mg/dL LFT: albumin 3.4, globulin 3.3 g/dL, TB 1.6, DB 0.6 mg/dL, AST 83, ALT 21, ALP 129 U/L CXR: cardiomegaly with pulmonary congestion

การวินิจฉัยเบื้องต้น ได้แก่ 1) hypoglycemia 2) hyponatremia 3) severe metabolic acidosis 4) congestive heart failure 5) pancytopenia และ 6) severe malnutrition

ได้รับการรักษาโดยให้ NSS IV loading, 25% dextrose 25 mL IV push then 5%DNSS IV 40 mL/hr, 7.5% NaHCO₃ IV, PRC, fresh whole blood, platelet transfusion และ ceftriaxone 800 mg IV OD รักษาตัวในโรงพยาบาล

นาน 5 วัน ไข้ลดลง, ผล lab ก่อนส่งตัวมาคือ hemoculture: no growth, CBC: Hct 24%, WBC 1,780/cu mm (N24, L73%), platelet 21,000/cu mm ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาเพื่อหาสาเหตุเพิ่มเติมเรื่อง pancytopenia

ประวัติแรกเกิด เกิดครบกำหนด น้ำหนักแรกเกิด 2,250 g, APGAR 9, 10 หลังเกิดมีปัญหาหายใจเร็วจาก TTN, น้ำตาลในเลือดต่ำ, และปัญหาตัวเหลือง แต่ไม่ถึงเกณฑ์ส่องไฟ ผลตรวจระดับ G-6-PD พบว่าปกติ, ผล anti-HIV ของมารดา : negative

Physical examination

Vital signs: T 36.9°C, BP 95/40 mmHg, HR 100/min, RR 34/min

BW 8,800 g (<3rd P), Ht 86.2 cm. (<3rd P), HC 45.5 cm (<3rd P), %W/A 58, %W/H 72, %H/A 89

GA: alert, no dyspnea, no cyanosis, mildly pale, no jaundice, no edema

HEENT: sparse brownish hair but not easy to be pulled out, normal cornea, no Bitot's spot, no glossitis, multiple dental caries, no bleeding per gum

CVS: normal S1&S2, systolic ejection murmur gr 1/6 at LLPSB

RS: equal normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: soft, not tender, liver 4 cm below right costal margin, spleen-not palpable

Skin: dry scaly skin, hyperpigmented scar both legs

NS: co-operative, motor power grade V/V all extremities, normal muscle tone, cranial nerves - intact, normal painful sensation, proprioception - cannot be evaluated, DTR 2+ all extremities, clonus and Babinski's sign-negative

Lymph node: no superficial lymphadenopathy