



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม SALON B โรงแรมสวิสโซเทล เลอ คองคอร์ด ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Case 1: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

"A 45-year-old man presented with acute fever with right leg pain for 1 day"

Patient profile:

ชายไทยคู่ 45 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดสงขลา อาชีพรับจ้าง

รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2558

Chief complaint: ใช้หนาวสั่นและปวดขาขวามากมา 1 วัน

Present illness:

- 8 วันก่อน มาโรงพยาบาล มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ขาบวมสองข้างเป็นนาน 2 วัน มีอัมพาตขาขวา นอนราบไม่ได้ ต้องนอนหนุนหมอนสูง กลางคืนมีตื่นขึ้นมาหอบเหนื่อย ไม่มีไข้ ท้องโตเล็กน้อย ไปโรงพยาบาลสงขลา แพทย์บอกว่าเป็นภาวะน้ำเกินจากโรคหัวใจ ได้ยาขับปัสสาวะอาการดีขึ้น นอนโรงพยาบาล 4 วัน หลังจากนั้นกลับบ้าน
- 4 วันก่อน มาโรงพยาบาลท้องโตเท่าๆ เดิม อัมพาตขาขวาลดลง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีไข้ ขาข้างขวายังมีอาการบวมเริ่มเจ็บแต่ไม่มีแดง เดี๋ยวไม่ได้ เพราะมีอาการปวดขา
- 1 วันก่อน มาโรงพยาบาล เริ่มมีไข้สูงหนาวสั่นมากขึ้น ขาขวาบวม แดง และปวดขามากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

Past illness:

- Severe mitral stenosis
- TB pleura วินิจฉัยเมื่อตุลาคม 2553 จากการตรวจพบ right pleural effusion, pleural biopsy: chronic granulomatous inflammation ได้รับยาวัณโรครับประทานจนครบ 6 เดือน

ประวัติยาที่ได้รับในปัจจุบัน: furosemide 20 mg/day

Personal and family history:

- ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยาและแพ้อาหาร
- ปฏิเสธการใช้ยาเสพติดชนิดเข้าเส้น
- ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร อาหารเสริม ยาหม้อ ยาต้ม และยาลูกกลอน
- ปฏิเสธโรคเมะเร็ง/โรคทางพันธุกรรม/โรคตับ/โรคหัวใจในครอบครัว



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดต่อ ครั้งที่ 1/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดต่อ

วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม SALON B โรงแรมสวิสโซเทล เลอ คองคอร์ด ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Physical examination on initial admission:

Vital signs: T 39.9°C, PR 118/min, RR 30/min, BP 123/55 mmHg

GA: Good consciousness, dyspnea

HEENT: no pale conjunctivae, mild icteric sclerae

Cardiovascular: JVP engorgement with rapid V-Y, regular rhythm, LV heaving, Loud S1, opening snap with diastolic rumbling murmur gr.IV at apex

Respiratory: fine crepitation both lungs

Abdomen: soft, not tender, positive shifting dullness and fluid thrill, hepatomegaly with pulsatile liver

Extremities: pitting edema 3+ both legs, well defined erythematous patch and markedly tender at right shin, no bleb, no crepitus, no limit ROM of ankle and knee both sides, intact sensation and arterial pulsation (Figure. 1)

Hospital course

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย ceftriaxone 2 g IV daily ร่วมกับ clindamycin 600 mg three times daily ต่อมาขาขวาบวมมากลักษณะเป็นสีแดงคล้ำ มีตุ่มน้ำขึ้น ปวดมาก ขยับขาไม่ได้ จึงปรึกษาอายุรแพทย์โรคติดต่อ

Physical examination on third day of admission:

V/S: BT 37°C, BP 98/66 mmHg, P 102/min, RR 20/min

Right leg: two large with small multiple hemorrhagic tense bullae on well-defined purpuric erythematous patched on right leg (Figure. 2)

Pulse	Rt	Lt
Femoral	2+	2+
Popliteal	2+	2+
Posterior tibial	0/+	2+
Dorsalis pedis	0/+	2+



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม SALON B โรงแรมสวิสโซเทล เลอ คองคอร์ด ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง กรุงเทพฯ



Figure. 1



Figure. 2

Investigations:

- CBC: Hb 16.4 g/dL, Hct 47.1%, WBC 9,600/mm³, N 88%, L 9%, Mo 3%, Platelet 194,000/mm³
- Coagulogram: PTT 30.5 sec (control 24.2), PT 21.4 sec (control 12.1), INR 1.78
- Blood chemistry: Na 120 mEq/L, K 6 mEq/L, Cl 82 mEq/L, HCO₃ 20 mEq/L
- Bun/Cr 31/1.5 mg/dL
- LFT: DB 3.2 mg%, TB 5.1 mg%, SGOT 70 U/L, SGPT 44 U/L, ALP 199 U/L, TP 7.5 g%, Alb 3.6 g%
- Anti-HIV: non reactive
- Chest radiography





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม SALON B โรงแรมสวิสโซเทล เลอ คองคอร์ด ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Case 2: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“A 39-year-old Thai male: Fever and progressive dyspnea for 2 weeks”

ชายไทยคู่ อายุ 39 ปี อาชีพทำเหมืองแร่ ภูมิลำเนา จ.ตาก สិทธิการรักษาประกันสังคม

รับไว้ใน รพ.ศิริราช วันที่ 1 ธันวาคม 2558

ประวัติได้จากผู้ป่วย และแฟ้มเวชระเบียนเชื่อถือได้

อาการสำคัญ: เหนื่อยมากขึ้น 2 วันก่อนมารพ.

ประวัติปัจจุบัน:

- 12 ปีก่อนมารพ. (พ.ศ. 2546) ถ่ายเป็นมูกเป็นเลือดเป็นๆหายๆ นาน 3-4 เดือน รักษาที่ รพ.ชลบุรี ได้ทำ colonoscopy แพทย์วินิจฉัยเป็น ลำไส้อักเสบ ได้รับการผ่าตัด อาการดีขึ้น
- 7 ปีก่อนมารพ. (พ.ศ. 2551) ถ่ายเหลวปนมูกเลือด 1 เดือน คลำได้ก้อนที่ท้องน้อยด้านขวา รักษาที่ รพ.ชลบุรี CT whole abdomen: circumferential mass at ascending colon ได้รับการผ่าตัด right half colectomy, pathological findings: no malignancy หลังผ่าตัด ถ่ายปกติ ไม่มียากินต่อเนื่อง
- 4 ปีก่อนมารพ. (พ.ศ. 2554) เป็นแผลในปาก กลืนเจ็บ กลืนลำบาก ถ่ายเหลวปนมูกเลือด 2-3 ครั้งต่อวัน รักษาที่ รพ.ศิริราช แพทย์หูคอจมูก วินิจฉัยเป็น aphthous ulcer with subglottic stenosis รักษาด้วยการขยายบริเวณใต้เส้นเสียงด้วยเลเซอร์ และปรึกษาแพทย์อายุรกรรมระบบทางเดินอาหาร ซึ่งได้ review pathological section ที่ผ่าตัดเมื่อ พ.ศ. 2551 พบ Chronic ileitis, colitis with deep ulcerated fissure into lamina propria และทำการตรวจ colonoscopy เข้าพบ Inflammatory bowel wall at distal ileum and ileocolonic anastomosis site ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบ multiple aphthoid lesions with ulcerated colonic mucosa with active inflammation จึงได้รับการวินิจฉัยว่า Crohn's disease รักษาด้วย azathioprine 50 มก./วัน, mesalamine 3 ก./วัน อาการดีขึ้น แต่รักษาไม่ต่อเนื่อง ถ่ายวันละ 2-3 ครั้งต่อวัน ปริมาณไม่มาก ไม่มีมูกเลือดปน มีแผลในปากประมาณเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งซื้อยาทาเองก็หาย
- 2 ปีก่อนมารพ. ถ่ายเหลวปนมูกเลือดปริมาณมากขึ้น 3-4 ครั้งต่อวัน แพทย์วินิจฉัย active Crohn's disease รักษาด้วย prednisolone 15 มก./วัน azathioprine 100 มก./วัน และ mesalamine 3 ก./วัน อาการดีขึ้น ถ่ายเป็นก้อน 1-2 ครั้งต่อวัน ติดตามการรักษาสม่ำเสมอ



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม SALON B โรงแรมสวิสโฮเทล เลอ คองคอร์ด ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

- 2 เดือนก่อนมารพ. ปวดท้องถ่ายเหลวเป็นมูกเลือดมากขึ้น 3-4 ครั้งต่อวัน ได้รับการตรวจ colonoscopy พบ ulcer with exudate on top at anastomosis site ผลตรวจทางพยาธิวิทยาพบ ulcerated colonic mucosa with marked chronic active inflammation and granulomatous tissue reaction, rare CMV inclusion identified (CMV immunostained positive) วินิจฉัย active Crohn's disease จึงเพิ่มยา prednisolone 40 มก./วัน, azathioprine 125 มก./วัน, และ mesalamine 3 ก./วัน นาน 2 สัปดาห์อาการดีขึ้น ถ่ายเป็นก้อน 1-2 ครั้งต่อวัน จึงลดยา prednisolone 30 มก./วันเท่าเดิม
- 2 สัปดาห์ก่อนมารพ. มีไข้ ไอ เสมหะขาว เริ่มเหนื่อยกว่าปกติ ถ่ายเหลวปนมูกเลือด 2-3 ครั้งต่อวัน มีอาการอยู่ 3 วัน จึงไปรักษาที่ รพ.ตาก แพทย์ตรวจเอ็กซเรย์ปอดพบ bilateral interstitial infiltration วินิจฉัย ปอดติดเชื้อ รักษาในรพ. ระหว่างวันที่ 16-30 พฤศจิกายน 2558 ได้รับยา piperazillin-tazobactam 4.5 g IV q 8 h อาการไม่ดีขึ้น
- 2 วันก่อนมารพ. รู้สึกแน่นหน้าอกขึ้นมาทันที มีอาการแน่นร้าวไปที่หัวไหล่ขวาทะลุไปหลัง เจ็บมากขึ้นเวลาหายใจเข้าออก เหนื่อยมากขึ้นนอนราบไม่ได้ จึงขอมารับการรักษาต่อที่ รพ.ศิริราช เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2558

ประวัติอดีต: -

ประวัติยา: ไม่มียาอื่น นอกจากยาตามทีกล่าวในประวัติปัจจุบัน ไม่มีประวัติแพ้ยา

ประวัติส่วนตัวและสังคม: ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า

ตรวจร่างกาย:

Vital signs: BT 37.1°C, PR 90/min full and regular, BP 110/70 mmHg, RR 28/min, SpO₂ room air 90%

General appearance: Good consciousness, not pale no jaundice, no edema, dyspnea, Ht 160 cm, BW 42 kg, BMI 16.4 kg/m²

HEENT: no thyroid gland enlargement, no oral thrush, no oral ulcer

RS: trachea in midline, decrease chest expansion, hyperresonance sound on percussion, and decrease breath sounds of right lung

Abdomen: flat, healed midline surgical scar, active bowel sound, soft, not tender, liver and spleen not palpable

CVS, NS, and others were within normal limits.



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม SALON B โรงแรมสวิสโซเทล เลอ คองคอร์ด ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

1. CBC: Hb 12.2 g/dL, Hct 35.4%, MCV 87.8 fL, WBC 7,240 /mm³ (N 90.5 %, L 5.0%, M 4.3%, E 0.1%), platelet 425,000/mm³
2. Chest radiograph 1/12/2559: as Figure



เมื่อรับไว้ใน รพ.ศิริราช ได้ใส่ท่อระบายทรวงอกที่ปอดขวา และวินิจฉัย *Pneumocystis jiroveci* pneumonia with secondary pneumothorax ให้การรักษา trimethoprim-sulfamethoxazole (80/400) 3 amps IV q 8 hr, prednisolone 30 มก./วัน ไม่มีไข้ ปอดด้านขวาขยายดี แต่มีลมรั่วตลอด

SpO₂ 97-99% on O₂ cannula 3 LMP

หลังรับการรักษา 12 วันมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ตรวจร่างกาย

vital signs: BT 36.4°C, PR 104/min full and regular, BP 130/92 mmHg, RR 24/min, SpO₂ room air 95%

subcutaneous emphysema on neck and anterior chest wall

CXR 12/12/2558: as Figure





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม SALON B โรงแรมสวิสโซเทล เลอ คองคอร์ด ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Case 3: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“A 80-year-old woman with fever for 2 months and progressive jaundice for 2 weeks.”

- Patient profile:** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 80 ปี ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร อาชีพ แม่บ้าน
รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรก
ประวัติได้จากผู้ป่วย บุตรสาวผู้ป่วย และเวชระเบียนเชื่อถือได้มาก
- Chief complaint:** ไข้ ตัวเหลืองตาเหลืองมากขึ้น 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล
- Present Illness:** ก่อนหน้านี้ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้
- 10 สัปดาห์ก่อน มีไข้สูงหนาวสั่น ไม่มีอาการไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ไม่มีอาการ
ปัสสาวะแสบขัด ไปตรวจที่ รพ. แห่งหนึ่ง วินิจฉัยว่าเป็นกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ไม่ทราบผล
ตรวจร่างกายและห้องปฏิบัติการ ได้ ceftriaxone → ciprofloxacin หลังจากได้ยาปฏิชีวนะบอกว่า
อาการไข้ดีขึ้น
- 8 สัปดาห์ก่อน มีไข้สูงหนาวสั่น ไม่มีอาการอื่นผิดปกติ ขณะกำลังจะไปตรวจที่รพ. ผู้ป่วยหกล้ม ก้นกระแทกพื้น
หลังล้มมีอาการปวดที่บริเวณก้นกบ จึงไปตรวจที่ รพ. อีกแห่งหนึ่ง และทราบผลตรวจร่างกาย
Vital signs: BP 120/80 mmHg, BT 39.0°C, RR 20/min, PR 110/min and tender at coccyx area
ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
ผล septic work up: H/C × II negative.
CXR: no infiltration.
X-ray LS spine and pelvis: no fracture.
UA: WBC 3-5/HPF, RBC 50-100/HPF.
CBC: Hb 11 g/d, Hct 32%, WBC 10,050/ μ L (Neu 88.0%, Lymp 6.0%, Mono 2%, Eos 0.1%,
Baso 0.2%), platelets 227,000/ μ L. BUN 20, Cr 0.85. LFT: TB 0.6, DB 0.3, SGOT 25, SGPT 17,
ALP 91, Alb 3.1, Globulin 3.8 ได้ยาปฏิชีวนะเป็น moxifloxacin (4 วัน) เปลี่ยนเป็น cefidibutin (6
วัน) แต่ระหว่างนอนที่รพ. ผู้ป่วยยังมีไข้ตลอดทุกวัน วัดไข้ได้ 38-39 องศาเซลเซียส จึงได้เปลี่ยนยา
ปฏิชีวนะเป็น sulperazone + amikacin (7 วัน)
- 5 สัปดาห์ก่อน ขณะที่ยังนอนรักษาตัวที่รพ. หลังเปลี่ยนยา ยังคงมีไข้ทุกวัน มีอาการหนาวสั่นร่วมด้วยบางครั้ง ยัง
รู้สึกเจ็บบริเวณก้นกบ ลูกเดินด้วยตนเองยังไม่ค่อยได้ ตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ แพทย์จึง
หยุดยาปฏิชีวนะ เพื่อหาสาเหตุของไข้ใหม่ ผล septic work up หลังหยุดยาปฏิชีวนะ 4 วัน พบว่า
H/C × II negative.



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม SALON B โรงแรมสวิสโซเทล เลอ คองคอร์ด ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

UA: WBC 0-1/HPF, RBC 0-1/HPF.

CBC: Hb 9 g/d, Hct 28%, WBC 5,420/ μ L (Neu 69.0%, Lymph 23.0%, Mono 6%, Eos 2%), platelets 420,000 / μ L. BUN 53, Cr 1.65. LFT: TB 3.0, DB 2.4, SGOT 82, SGPT 54, ALP 232, Alb 2.6, Globulin 3.4.

CXR: no infiltration.

CT whole abdomen NCCT: The study normal sizes and attenuation of liver, spleen, pancreas, intrahepatic ducts, gall bladder, both kidneys, abdominal aorta, urinary bladder and pelvic organs. No ascites. No intra-abdominal lymphadenopathy.

2 สัปดาห์ก่อน ขณะที่ยังนอนรักษาตัวที่รพ. อาการไข้ยังคงมีตลอด หนาวสั่นร่วมด้วยบางครั้ง ไม่มีอาการปวดบริเวณก้นกบ แต่เริ่มมีอาการคลื่นไส้ไม่อาเจียน ร่วมกับมีอาการปวดท้องขวาบน ปวดจุกแน่นๆ ตลอดเวลา ไม่มีร้าวไปที่ไหน อาการปวดไม่สัมพันธ์กับการทานอาหาร ทานอาหารได้น้อยลง ข้างถ่ายอุจจาระปกติ ลูกสาวผู้ป่วยสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีการตาเหลืองตัวเหลือง ไม่มีอุจจาระสีซีด ไม่มีคันตามตัว แพทย์จึงให้ยาปฏิชีวนะเป็น meropenem อาการไม่ดีขึ้นจึงขอมารักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตลอด 8 สัปดาห์ ที่นอนโรงพยาบาล น้ำหนักลดลง 8 กิโลกรัม (จาก 53 เหลือ 45 กิโลกรัม)

Past Illness: ปฏิเสธโรคประจำตัว ตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี

Personal and family history:

ใช้ยาสมุนไพรจีนเป็นชุดใช้ดื่มผสมน้ำดื่ม ใช้มาประมาณ 2 ปี ลูกสาวซื้อมาให้ทานเพื่อบำรุงร่างกาย หยุดมาประมาณ 2 เดือน

ปฏิเสธประวัติดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่

ปฏิเสธประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด และได้รับเลือด

ไม่เคยมีประวัติแพ้ยาหรืออาหาร

ที่บ้านไม่ได้เลี้ยงสัตว์

Physical examination:

GA: An old Thai female patient, BW 45 kg, height 160 cm, BMI 17.58 kg/m²

Vital signs: BP 110/70 mmHg, BT 38.8°C, RR 26/min, PR 120/min

Skin: no skin rash, ecchymosis or petechiae

HEENT: moderate pale conjunctivae, icteric sclera, no engorged neck veins



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2559

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2559 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม SALON B โรงแรมสวิสโซเทล เลอ คองคอร์ด ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

Lymph node: impalpable superficial lymph nodes

CVS: pulse full and regular rhythm, normal S1S2, no murmur

RS: normal chest contour and movement, trachea in midline, equal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: normoactive bowel sound, no distension, soft, liver 2 FB BRCM with blunt edge, firm consistency, smooth surface and mild tender, liver span 12 cm, splenic dullness negative, no chronic liver stigmata

Per rectal examination: normal sphincter tone, empty rectum, yellow stool and no melena

Extremities: no edema or deformities

Neurological examination: awake, well co-operative, motor power grade V all, intact cranial nerve and sensory, no stiffness of neck, DTR all 2+, BBK^๑ plantar response

Investigations

CBC: Hb 7.5 g/d, Hct 21.8 %, MCV 82.1 fL, MCH 28.1 pg, MCHC 34.2 g/dL, RDW 16.6 %, WBC 1,340 / μ L (Neu 86.0%, Lymp 9.0%, Mono 4%, Eos 0.8%, Baso 0.2%), platelets 52,000/ μ L

Coagulogram: PT 17.4 sec (<12.2), INR 1.45, APTT 40.5 sec (<26.1)

Blood chemistry: Total protein 5.4 g/dL, Albumin 2.0 g/dL, Total bilirubin 13.64 mg/dL, Direct bilirubin 10.83 mg/dL, SGOT 134 U/L, SGPT 8 U/L, ALP 592 U/L, BUN 71 mg/dL, Creatinine 1.55 mg/dL, Na 146 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 110 mmol/L, HCO_3^- 20 mmol/L, Ca 7.2 mmol/L, PO_4 5.7 mmol/L, uric 11.4 mmol/L, LDH 446 U/L

Serology: HbsAg: negative, anti-HBs: negative, Anti-HBc: positive, Anti-HCV: negative, Anti-HIV: non-reactive

