



## Interhospital conference

### Case 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี ภูมิลำเนา กทม.

Chief complaint: ชีวมลุมมากขึ้น 4 วันก่อนมา ร.พ.

Present illness:

1 เดือนก่อนมา ร.พ. ญาติสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการพูดน้อยลง ถามตอบจะช้าลงกว่าเดิม แต่พุดรู้เรื่อง ตอนกลางวันจะนอนหลับมากขึ้น แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหารได้เองปกติ แต่หลังทำกิจวัตรประจำวันเสร็จก็จะหลับต่อบางครั้งญาติต้องปลุกขึ้นมารับประทานอาหาร นอนหลับตอนกลางคืนได้ปกติ ไม่นอนละเมอ ไม่นอนกรน ไม่มีอาการสั่นหรืออาการเคลื่อนไหวผิดปกติ ไม่มีหูแว่ว/เห็นภาพหลอน ไม่บ่นปวดศีรษะ ไม่อ่อนแรง ไม่ชา ไม่มีไข้ ไม่เหนื่อยง่าย ไม่เบื่ออาหาร หรือมีอาการเจ็บป่วยใดนมาก่อน

3 สัปดาห์ก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยลิ้นลัมก้นกระแทกพื้น ลุกขึ้นยืนไม่ได้ ไม่มีศีรษะกระแทกพื้น ไปตรวจโรงพยาบาลเอกชนพบกระดูกสันหลังหัก จึงรับไว้ในโรงพยาบาล แต่ไม่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างนอนโรงพยาบาลมีไข้ และชีวมลุม แพทย์แจ้งว่าติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ได้ยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ (meropenem) ไม่ทราบผลเพาะเชื้อ ระยะเวลาอนโรงพยาบาลรวม 2 สัปดาห์ อาการหลังกลับบ้านดีขึ้น พูดคุยได้เป็นคำ นอนติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติต้องป้อนอาหารให้ทางปาก

4 วันก่อนมา ร.พ. ญาติสังเกตว่าผู้ป่วยชีวมลุมมากขึ้น หลับตา ไม่พูด ไม่ทำตามสั่ง ไม่มีไข้ ไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งเดิม เจาะเลือดพบค่าเกลือแร่ต่ำ (Na 130) ได้ IV hydration นอนโรงพยาบาล 3 วัน แล้วตื่นมากขึ้น พูดได้เป็นคำ แต่ยังพูดน้อย ติดเตียง หลับเขอะเหมือนเดิม

1 วันก่อนมา ร.พ. ผู้ป่วยมีอาการชีวมลุมมากขึ้น ไม่พูด ไม่ยอมรับประทานอาหาร ปลุกตื่นล้มตาแต่ไม่ทำตามสั่ง ไม่ชักเกร็ง ไม่มีไข้ ไม่บ่นปวดศีรษะ คอไม่แข็ง ไม่สำลักอาหาร ขาไม่บวม ปัสสาวะไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่ได้สังเกตปริมาณปัสสาวะ ไม่ถ่ายเหลว อาการชีวมลุมไม่ดีขึ้น จึงส่งตัวมารักษาต่อ ร.พ. พระมงกุฎเกล้า

Past history:

- ประวัติโรคประจำตัว: type 2 diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia, atrial fibrillation
- ปฏิเสธประวัติผ่าตัด
- ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะมาก่อน
- ปฏิเสธประวัติใช้สารเสพติดฉีดเข้าเส้นเลือด/ประวัติรับเลือด/ประวัติสักในอดีต
- Current medication: rivaroxaban (20) 1x1 po pc, metformin (500) 1x2 po pc, glipizide (5) 1x1 po ac, pitavastatin (5) 1x1 po pc, bisoprolol (5) 1x1 po pc

#### Personal history

- ปฏิเสธประวัติรับประทานยาหม้อ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร
- ปฏิเสธประวัติดื่มสุรา/สูบบุหรี่
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร

#### Family history

- ปฏิเสธบุคคลในครอบครัวมีอาการเหมือนผู้ป่วย
- ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรมหรือโรคมาเร็งในครอบครัว

#### Physical examination

V/S: BT 37.1 °C RR 20 /min PR 98 /min BP 164/90 mmHg

GA: an elderly Thai woman, normosthenic build, no pallor, no jaundice

HEENT: no cranial bruit, not pale conjunctivae, anicteric sclerae, no thyroid gland enlargement, no oral ulcer

CVS: no carotid bruit, totally irregular pulse, variable S1, normal S2, no murmur

RS: equal chest expansion, normal and equal breath sound, no adventitious sound

GI: no distension, normoactive bowel sound, soft, not tender, no guarding, no rebound tenderness, no hepatosplenomegaly

Ext: no pitting edema, no rash,

#### Neurological examination

Mental status: stuporous, cannot communicate, not follow to command

Cranial nerves: pupils 2mm RTL BE, no RAPD, primary position in midline, no nystagmus, no hippus, normal corneal reflex, no facial palsy, normal gag reflex

Fundoscopy examination: normal disc, normal cup to disc ratio, no hemorrhage

Motor: normotonia, no rigidity, motor power at least grade II all (except Rt leg grade I due to hip fracture)

Sensory: withdraw to painful stimuli all extremities

Cerebellar sign: cannot be evaluated

DTR: 2+ all

Plantar response: Babinski's sign absent both

Clonus: negative

Meningeal sign: no stiffness of neck

Frontal lobe sign: negative