



Interhospital conference 06/11/2563

Case 2

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 48ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร
อาชีพ พนักงานบริษัท ประวัติได้จากผู้ป่วยและญาติ มีความน่าเชื่อถือมาก

Current status:ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้, ถนัดขวา

Chief complaint:มองเห็นลดลง9 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

9 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล:ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดศีรษะด้านขวา ปวดแบบบีบๆ เป็นๆ หายๆ ร่วมกับมีการมองเห็นได้ลดลง
ความคมชัดของภาพลดลง โดยอาการเป็นที่ตาข้างขวา จากเดิมก่อนหน้านี้เห็นภาพปกติ กลายเป็นเริ่มเห็นตัวหนังสือไม่ชัด
เห็นความเข้มของสีลดลง โดยเฉพาะเวลามองภาพเล็กๆ เห็นรายละเอียดของภาพได้ลดลง ไม่มีจุดดำลอยไปลอยมา
ไม่มีเห็นภาพบิดเบี้ยว ไม่มีลักษณะภาพดำแบบฝ้าม่านปิดลง ไม่มีอาการเจ็บขณะกลอกตาขณะที่ตาซ้ายยังมองได้ปกติ
อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีช่วงที่ดีขึ้น ผู้ป่วยสังเกตว่าอาการปวดศีรษะเป็นมากขึ้นเวลาทำงาน ไอ จาม เบ่งและเวลานอนราบ
มีอาเจียนพุ่ง ไม่มีชักเกร็งกระตุก ไปพบแพทย์ที่คลินิกใกล้บ้าน ได้ยาหยอดตา และยาวิตามิน อาการไม่ดีขึ้น
4 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล: ผู้ป่วยเริ่มมีตาข้างซ้ายมองเห็นลดลง ลักษณะเห็นความเข้มของสีลดลง โดยเฉพาะสีแดง
ความคมชัดของภาพลดลง เห็นตัวหนังสือไม่ชัดเจน แต่ยังมองเห็นรูปร่างแบบหยาบๆ ได้ แต่ไม่สามารถแยกรายละเอียดได้
ไม่มีอาการปวดตา ส่วนตาขวามองไม่เห็นมากขึ้นลักษณะการมองเห็นลดลงของทั้ง 2 ตา เป็นแบบมัวลงทั่วๆ
ไม่มีจุดใดจุดหนึ่งที่เริ่มมองเห็น ร่วมกับอาการปวดศีรษะยังไม่ดีขึ้น มีอาการคลื่นไส้อาเจียนจึงมาพบแพทย์

Past history:

- โรคประจำตัว: ความดันโลหิตสูง, ภาวะไขมันในโลหิตสูง, ภาวะซึมเศร้ารักษาที่ โรงพยาบาลเอกชน
- ปฏิเสธการติดเชื้อหรือสัมผัสสัตว์ โรค
- ปฏิเสธประวัติการเดินทาง
- มีประวัติเคยใช้ยาสมุนไพรเป็นเห็ดหลินจือ ปัจจุบันเลิกมา 1 ปี

Personal history:

- ปฏิเสธการใช้สารเสพติด
- ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่
- ประวัติแพ้ยา Tetracycline, Sulfa group มีอาการใบหน้าและปากบวม

Current medication:

- Amlodipine (10) 1 tab po OD pc
- Simvastatin (20) 1 tab po hs
- Gabapentin (300) 1 cap po hs
- Sertraline (50) 1 tab po hs

Family history:ปฏิเสธโรคประจำในครอบครัว

Review of system:

- มีประวัติน้ำหนักลด 3 กิโลกรัม ภายใน 2 เดือน
- ระบบอื่นปกติ

General physical examination:

V/S:BT = 37.0 °C, BP =118/72 mm.Hg., RR=16/min, PR=83/min, Body weight=65kg, Height=160cm, BMI=25.4kg/m²

GA:A middle-aged Thai female patient, normothenic build, co-operative

HEENT:No pale conjunctivae, anicteric sclerae, no conjunctival injection, no thyroid gland enlargement

CVS:No cyanosis, regular rate, no heaving, no thrill, normal S1S2, no murmur

RS:No chest retraction, normal and equal breath sound, no adventitious sound

Breast: No palpable breast mass

GI:No distention, no tenderness, no guarding, no hepatosplenomegaly, no palpable mass

GU:No CVA tenderness

MS:No pitting edema, no rash, no joint tenderness and edema

Lymph node: No palpable lymph node

Neurological examination:

Mental status: Alert; orientation to time, place, person; follow to complex command, no aphasia, no neglect

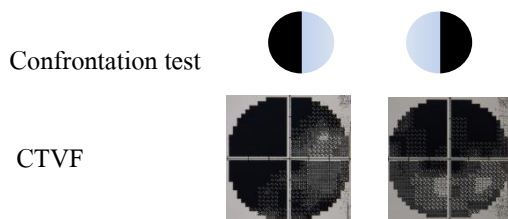
Cranial nerves:

CN I: Not done

CN II: Pupils 4 mm. slightly RTLBE., RAPD negative

VA: Left eye: 20/400, Right eye: hand movement

VF: Left Right



Color vision: Left eye: impaired red color, Right eye can't be evaluated

Fundoscopy (both eyes): pale optic disc at temporal site, loss of venous pulsation, no disc swelling, no disc hemorrhage

CN III, IV, VI: Full EOM, no ptosis, no nystagmus

CN V: Normal facial sensation, normal power muscles of mastication, normal corneal reflex

CN VII: No facial palsy

CN VIII: Weber's test: no lateralization, Rinne's test: AC > BC

CN IX, X: Uvula in midline, gag reflex positive, no dysarthria

CN XI: Normal power of sternocleidomastoid and trapezius muscle

CN XII: No tongue deviation, no tongue fasciculation

Motor: Grade 5 in all, normal tone

Sensory: Normal pinprick sensation, cold and hot temperature, proprioception, vibration

DTR: 2+ in all extremities

Cerebellar sign: Normal finger-to-nose test, normal heel-to-shin test, no dysdiadochokinesia, normal gait

Babinski's sign: Absence, Clonus: Negative

Meningeal sign: Negative