

Interhospital Neurology Conference

วันศุกร์ที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564 โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่: case ที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย 33 ปี ถนัดขวา สถานะโสด ไม่เคยสมรส ภูมิลำเนา จังหวัดลำพูน ประวัติได้จากผู้ป่วย

Chief complaint: ชาปลายมือปลายเท้า 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness

5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (มีนาคม 63) ไปทำงานที่จังหวัดพังงา เริ่มมีอาการปวดเมื่อยที่น่องทั้ง 2 ข้าง ร่วมกับรู้สึกที่บริเวณปลายเท้า 2 ข้าง “ซ่าๆ” เหมือนมีเข็มมาทิ่ม ไม่อ่อนแรง สามารถเดินไปทำงานได้ปกติ

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (พฤษภาคม 63) สังเกตว่าอาการชาเป็นมากขึ้นถึงบริเวณข้อเท้า จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้รับการวินิจฉัยเป็นขาดวิตามิน จึงได้รับวิตามินกลับไปรับประทาน แต่อาการไม่ดีขึ้น

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (มิถุนายน 63) อาการชาลามมาถึงประมาณ 2/3 ของน่อง และเริ่มมีอาการชาที่บริเวณปลายนิ้วมือทั้งสองข้างพร้อมกัน เดินลำบากมากขึ้น ปลายเท้าตก ชาลาก ได้กลับมาตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ตรวจพบความผิดปกติ จึงวางแผนส่งตัวมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (สิงหาคม 63) มีอาการแน่นหน้าอกซ้ายทันที pain score 10/10 มาที่ห้องฉุกเฉิน EKG: STE V1-V4, Trop-T hs: 1157 pg/ml วินิจฉัยเป็น anterior wall STEMI ทำ CAG: 1 vv disease (LAD) mid thrombus along LAD, distal occlude ระหว่างผู้ป่วย admit จึงปรึกษา neurologist ร่วมประเมินอาการ

Systemic review

ช่วงนี้มีน้ำหนักลด 6 กิโลกรัม (57 → 51 กิโลกรัม) ใน 1 เดือน ไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนัก กินได้ปกติ ไม่มีไข้ ปัสสาวะปกติ ไม่มีประวัติแท้งบุตร ไม่มีอาการปวดข้อ ไม่มีผื่นหรือผมร่วน

Past history

No known underlying disease, no current medication, no herbal used, no smoking, no alcohol, no significant family history

Physical examination

Vital signs: BT 36.8 °C, BP 108/66 mmHg, HR 100/min (regular), RR 18/min

GA: A middle-aged woman, normosthenic build, normal consciousness, not pale, no jaundice

HEENT: No pale conjunctivae, anicteric sclerae, no exophthalmos, no tonsillar enlargement, no thyroid gland enlargement, no oral ulcer, no alopecia

Heart: No heaving, no thrill, regular, normal S₁S₂, no murmur

Lung: Normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: Soft, not tender, liver and spleen not palpable

Extremities: No edema

Skin: No skin rash, no Raynaud's phenomenon

Neurological examination:

Cerebral function: alert, follow command, normal orientation, no aphasia

Cranial nerves:

CN II: VA 6/6 BE, no VF defect by confrontation test, pupil 2 mm RTLBE, RAPD negative, fundi-sharp disc BE

CN III, IV, VI: no ptosis, full EOM

CN V: normal facial sensation, no weakness of muscle of mastication, no brisk jaw jerk

CN VII: no facial weakness

CN VIII: normal hearing by finger rubbing test

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

CN XI: no weakness of sternocleidomastoid and trapezius muscles

CN XII: no tongue atrophy, fasciculation, or deviation

Motor system: normotonia both upper extremities, hypotonia with muscle atrophy both lower extremities, no muscle fasciculation, pes cavus both feet

Upper extremities	Right	Left	Lower extremities	Right	Left
Neck flexion/extension	V/V	V/V	Hip flexion/extension	III+/III+	III+/III+
Shoulder abduction	V	V	Hip abduction/adduction	IV+/IV+	IV+/IV+
Elbow flexion/extension	V/V	V/V	Knee flexion/extension	III/III	III/III

Upper extremities	Right	Left	Lower extremities	Right	Left
Wrist extension	V	V	Ankle dorsiflexion/plantarflexion	I/I	I/I
Finger flexion/extension	V/V	V/V	Ankle inversion/eversion	I/I	I/I
Finger abduction	V	V	Big toe extension	I	I

Sensory system: decreased pinprick, pain and temperature below wrist and midhigh both sides, impaired proprioception and joint vibration below wrist and knee both sides

DTRs: 1+all, except both ankle reflexes 0

Babinski's sign: absent both sides

Clonus: negative both sides

Sign of meningeal irritation: no nuchal rigidity

Coordination: normal finger to nose to finger test, Romberg and tandem walk cannot perform

