

Clinical Pathological Conference

A 76-year-old Man with Unconscious

มณฑาทิพย์ พิณใจเวชการ และ วิเชียร มงคลศรีตระกูล

กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 76 ปี อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา กรุงเทพฯ

อาการสำคัญ:หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่ทราบเวลา

ประวัติปัจจุบัน: ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยหมดสติอยู่ข้างทาง มีแผลที่ศีรษะ ขณะพบผู้ป่วยตรวจร่างกายพบ E1V1M1, BP 90/60 mmHg, HR 90/min, RR 30/min ไม่มีญาติมาด้วย

ประวัติอดีต: ผู้ป่วยมี underlying เป็น COPD, hypertension เริ่มรับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่ปี 2545 รับประทาน Bricanyl 1 tab bid pc, Aminophylline 1 tab bid pc, Vitamin B complex 1 tab tid pc, Disol 1 tab bid pc

สูบบุหรี่ 40 ปี จำนวน 2 ซอง/วัน ปัจจุบันหยุดสูบบุหรี่มา 10 ปี ติดตามการรักษาที่คลินิกทางเดินอาหาร เมษายน 2551 รับประทานยา, Ventolin MDI 1 puff prn, Spiriva 1 puff bid

CXR : infiltration both upper lung

Pulmonary function test (PFT) : Severe airflow limitation, FEV1 0.52 Liters, FVC 2.02 Liters

Sputum AFB : negative

Diagnosis : severe COPD with bronchiectasis

ที่ห้องฉุกเฉิน เวลา 17.15 น. (31 ส.ค. 2551)

Physical examination

V/S : BP 30/0 mmHg, BT 37°C, PR 90/min, RR 40/min

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 27 พฤษภาคม 2552 ได้ให้ตีพิมพ์เมื่อ 18 มิถุนายน 2552 ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ พญ.มณฑาทิพย์ พิณใจเวชการ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กทม. 10400

Comatose, E1V1M1, lacerated wound at Lt. frontal area 3 cm, skull no fracture

HEENT : Trachea shift to Lt. side, not pale, no jaundice

Heart : Regular, Tachycardia, normal S1S2

Lungs : Poor air entry, wheezing both lungs, fine crepitation LUL

Abdomen : Distended, soft, no guarding

Extremities : Pitting edema 1+

Neurological: Motor : Upper Grade III , Lower Grade V, reflex all 1+

Capillary blood gas (CBG) = 20 mg%

การวินิจฉัยเบื้องต้น:

- Respiratory failure, rule out COPD with acute exacerbation
- Hypoglycemia
- Shock
- Lacerated wound at Lt. frontal area 3 cm. with head injury

อภิปรายปัญหาผู้ป่วย

ปัญหาของผู้ป่วยคือมี alteration of consciousness และ rule out COPD with acute exacerbation, rule out tension pneumothorax และผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อค การรักษาในภาวะฉุกเฉินคือ ให้การรักษาตาม ACLS guidelines : ABCD ได้ support ventilation ให้ iv fluid resuscitation และ work up หาสาเหตุต่อไป

ที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยได้รับการใส่ ET tube แต่ใส่เข้า esophagus ได้เปลี่ยนเป็น ET tube No.8 marked 24 ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ใจ bird respirator ได้รับ 0.9% NaCl loading 300 mL in 15 min. x 3 ครั้ง ได้รับ 50% Glucose 40 mL iv (CBG = 20 mg%) และ 10% DNSS 1000 mL iv drip 80 mL/hr. ร่วมกับ Ceftriaxone 2 gm iv stat ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจดังนี้

CBC : Hct 32.5% , WBC 1,700/cu.mm, PMN 88.7%, L 9.9%, M 0.9%, platelets 234,000/cu.mm, normochromic normocytic

UA : Spgr 1.025, pH 5.0, Prot. 1+, glu neg

LFT : TP 5.69 g/dL, Alb 2.09 g/dL, TB 1.0 mg/dL, DB 0.3 mg/dL, AST 31 u/L, ALT 13 u/L, AP 17 u/L

EKG : Sinus tachycardia

CXR PA upright : Alveolar infiltration at LUL & LLL, RUL and RML fields, trachea shift to the left, no pneumothorax

ภายหลัง resuscitation พบว่าผู้ป่วยตื่น รู้ตัวดี BP 87/49 mm.Hg, HR 95/min, O₂ sat 100% ตรวจหน้าท้องพบ distended, generalized tender, rebound tenderness negative อายุรแพทย์ประเมินแล้วคิดถึงภาวะ multilobar pneumonia with septic shock และภาวะ leukopenia คิดถึงจากภาวะ severe sepsis

เวลา 22.00 น. (31 ส.ค. 51)

เปลี่ยน Ceftriaxone เป็น Ceftazidime 2 gm iv OD และ Levofloxacin 250 mg iv OD

เนื่องจากตรวจพบ tender abdomen จึงส่ง film abdomen supine and upright เพิ่มเติม

ประวัติเพิ่มเติม (จากญาติ)

1 สัปดาห์มีอาการเหนื่อยมากขึ้น ไม่มีไข้ ไอ เสมหะใสๆ ปริมาณปกติ พอกทานอาหารได้ นอนราบได้ ทานยาสมุนไพรบ้าง 3 วันก่อนถ่ายเหลว ไม่ปวดท้อง ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ทานอาหารได้

วันนี้ ออกจากบ้าน แล้วหายไป โรงพยาบาลโทรแจ้งญาติทราบ

ตรวจร่างกายหน้าท้องพบ distended, decrease bowel sound, tympanic on percussion, loss of liver dullness, tender at right side of abdomen หน้าท้องด้านล่างมี rebound tenderness, guarding +/-, liver and spleen cannot palpable

ให้ความเห็นว่าเป็น septic shock rule out intraabdominal infection with peritonitis

อายุรแพทย์อภิปราย

ผู้ป่วยหมดสติ ไม่ได้ประวัติที่แน่นอน ตรวจร่างกายพบ distended abdomen, decrease bowel sound, tympanic on abdominal percussion, no shifting dullness, guarding ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วย conscious ไม่ดี คิดถึงปัญหา septic shock, source จากในปอดสามารถอธิบายการเกิด septic shock ในผู้ป่วยรายนี้ได้ สำหรับเรื่องท้องอืดได้ประวัติการใส่ ET tube เข้า esophagus อยู่ระยะหนึ่ง หากไม่ทราบผล CXR มาก่อน ตรวจ abdomen ได้ลักษณะนี้ ต้องคิดถึง intraabdominal infection ผู้ป่วยชาย อายุมาก ต้องคิดถึง diverticulitis with complications ส่วนสาเหตุจาก internal bleeding นั้น ไม่ทราบประวัติ trauma มาก่อน วางแผนทำ CT scan abdomen เนื่องจาก ultrasound บอกความผิดปกติได้ยาก เนื่องจาก bowel gas ครอบคลุม

ควรให้ empiric antibiotic ครอบคลุม gram negative bacteria ไปก่อน หากผลเอ็กซเรย์หน้าท้อง ผิดปกติ ค่อยเพิ่มยาปฏิชีวนะ เนื่องจากขณะนี้คิดว่าสาเหตุมาจากปอดอักเสบ สามารถอธิบายเรื่อง sepsis ได้

ศัลยแพทย์อภิปราย

ผู้ป่วยมาด้วยอาการ septic shock ไม่ทราบสาเหตุ แผนการรักษา คือ hemodynamic support และเริ่มยาปฏิชีวนะ สาเหตุขณะนี้คิดถึงจากปอดอักเสบ จากการตรวจร่างกายไม่แน่ใจความผิดปกติในช่องท้อง

หากผู้ป่วย stable แล้วค่อยขอ imaging CT abdomen หากหลักฐานการติดเชื้อในช่องท้องไม่เพียงพอ คงไม่ผ่าตัด explore laparotomy

อายุรแพทย์อภิปราย

จากเอ็กซเรย์ปอดไม่สามารถ rule out aspiration pneumonia ได้ แต่ผู้ป่วยมาด้วยอาการ shock จึงคิดว่าน่าจะเป็นปอดอักเสบมาก่อนระยะหนึ่งแล้วค่อยเกิด septic shock ตามมา ไม่ใช่ aspiration pneumonia แล้วจึงเกิด shock เนื่องจากเร็วเกินไป

ผู้ป่วยอายุมาก ร่วมกับมีภาวะ COPD จึงเป็น immuno-compromised host อาจได้รับ steroid มาก่อน จึงคิดว่าน่าจะให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่ง Ceftriaxone อาจไม่พอ หากตรวจร่างกาย มีอาการแสดงของ peritonitis แต่ plain film ไม่พบ free air, free fluid จะมีแนวทางในการส่งตรวจหาอย่างไร?

คัลยแพทย์อภิปราย

ผู้ป่วย conscious ไม่ดี ประวัติ ไม่ชัดเจน และมีอาการรุนแรงมาก หากสงสัยการติดเชื้อในช่องท้อง จาก Review Critical Care for General Surgeon Clinic of North America 2006 กล่าวว่า “แม้ว่ามีข้อสงสัยเพียงเล็กน้อย เช่น อาการเจ็บเฉพาะที่ หรือผู้ป่วยมีอาการผิดปกติขณะตรวจร่างกาย เช่น guarding ถึงแม้ nonspecific ก็ตาม ต้องตรวจพิสูจน์ให้ได้ชัดเจนก่อนการทำ explore surgery” หากเอ็กซเรย์ธรรมดาปกติ ควรต้องพิจารณาตรวจด้วยเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ก่อนที่จะพิจารณาผ่าตัด ยกเว้นตรวจร่างกายได้ลักษณะของ peritonitis อย่างชัดเจน หาก apache score > 25 ควรตรวจให้แน่ใจก่อน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหนักมากหากนำไปผ่าตัดจะมีอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดสูงมาก แม้ว่าจะมีการติดเชื้อภายในช่องท้องจริงๆก็ตาม

จาก CXR พบ alveolar infiltration เต็มบริเวณ left lung and RUL field นึกถึงปอดอักเสบ ไม่พบ free air จากอัลตราซาวด์มี free fluid ก่อนข้างชัดเจน มีการศึกษา randomized control trial เรื่อง appendicitis ในประเทศสหรัฐอเมริกา กล่าวว่า “หากตรวจร่างกายได้ไม่ชัดเจน ในผู้ป่วยชาย สามารถพิจารณาขอทำ CT abdomen ได้ แต่ไม่จำเป็นต้องทำทุกราย ให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป ในผู้ป่วยหญิงก่อนหมดประจำเดือนให้ทำทุกราย เนื่องจากต้อง rule out pelvic inflammatory disease (PID), Tubo-ovarian abscess (TOA), ectopic pregnancy เพราะมีความไวในการตรวจหาไส้ติ่งอักเสบจาก CT abdomen ถึง 90%

ในประเทศไทย เน้นการซักประวัติ และตรวจร่างกาย ส่วนการทำ U/S หรือ CT scan เป็นการตรวจเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบเท่านั้น ในผู้ป่วยหลังหมดประจำเดือนการตรวจขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์

ผลอัลตราซาวด์ในท้องพบมี ascites มากและสงสัยว่าจะมี free air ได้ทำเอ็กซเรย์ plain film ซ้ำ พบมี free air ได้กระบัง

ลมด้านขวา ได้วางแผนทำการผ่าตัดด่วน (ไม่เคยมีการศึกษาที่จะบอกผลลัพธ์ว่าควรจะทำหรือไม่ ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ severe sepsis ร่วมกับ DIC อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ ประมาณ 80% หากควบคุมการติดเชื้อไม่ได้และจำเป็นต้องผ่าตัด หากมีโอกาสที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นทางศัลยกรรมก็จะทำ) จากการตรวจเลือดพบ INR < 1.5 และ platelets 75,000 - 100,000/cu.mm.

Operation : Explore with ileal resection with end-to-end anastomosis

Findings : Perforation, 2 mm. size, 20 cm. from IC valve.

Ulcer at ileum, parallel to bowel wall, markedly contaminated with bowel content and fibrin.

การวินิจฉัยแยกโรคจากพยาธิสภาพที่พบ:

1. วัณโรค ผู้ป่วยรายนี้มีความผิดปกติ LFT, reverse SGOT/SGPT, albumin ในเลือดต่ำเอ็กซเรย์ปอดมี infiltration ซึ่งอาจเป็น active TB or old TB ก็ได้ ในรายนี้คิดถึง TB มากที่สุด ซึ่งต้องรอผลทางพยาธิ ใน typical case ของ TB ileum มักมี cecal involvement ร่วมด้วย ในการตรวจทางรังสี จะเห็น cecum ลักษณะเป็น cone shape
2. Typhoid
3. Foreign body
4. Segmental enteritis
5. Idiopathic
6. NSAIDs induced ในผู้สูงอายุ มักมีอุบัติการณ์ของการใช้ NSAIDs มากขึ้น ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีพยาธิสภาพแต่ในกระเพาะอาหาร เท่านั้น อาจพบมีแผลที่ลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ได้ แต่การทะลุพบไม่บ่อย
7. Lymphoma
8. ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ steroid ก็มีโอกาสดังกล่าวได้ทะลุได้
9. GIST
10. Crohns disease พบในประเทศไทยมากขึ้นในปัจจุบัน แต่พบน้อยในผู้สูงอายุ

หลังผ่าตัด 1 กันยายน 2551 (18.00 น.)

Apache score mortality 81% ให้ CMV mode : TV 400 ml, FiO₂ 0.5, PEEP 5 cmH₂O ได้รับยา Levophed (1:12.5) iv drip 20 mL/hr., Berodual MDI 4 puff every 4 hr. หยุดยาปฏิชีวนะเดิม เปลี่ยนเป็น Amikin 750 mg iv stat then 250 mg iv OD ร่วมกับ Levofloxacin 750 mg iv stat then 750 mg iv every 48 hr. และ Metronidazole 500 mg iv every 8 hr. อย่างไรก็ตามไม่สามารถรักษาความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ ผล hemoculture ขึ้น *E.Coli*

ในวันที่ 4 กันยายน 2551 (2.32 น.)

Asystole และผู้ป่วยถึงแก่กรรม

ความเห็น

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยช้า การรักษามาระยะนี้ยังไม่สามารถได้ตาม early gold directed therapy (ควรทำได้ตั้งแต่ที่ห้องฉุกเฉิน) ในผู้ป่วยที่อาการหนักการผ่าตัดไม่ควรเกิน 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง (Critical Surgery of North America) หากทำ definite ไม่ได้ ควรทำ drainage control ก่อน หากผู้ป่วยอาการทร่วงตัวหลังจากนั้น 2-3 วัน ค่อยทำผ่าตัดอีกครั้ง

PATHOLOGIC REPORT

Small bowel section

Gross specimen :

- Small bowel resection specimen 22 x 2 cm. with attached mesentery
- Multiple, brown, irregular surface base ulcers x 6, ranging from 1 - 2.5 cm. in diameter
- Mesenteric adipose tissue contained multiple lymph nodes, some show enlarged and firm consistency

Microscopic findings :

- Small bowel section - loss of surface จาก perforation with inflammatory cell infiltration → Microabscesses

- Caseating granulomatous inflammation

Impression : Ileal perforation with granulomatous inflammation

Lymph nodes (63 nodes)

- All regional lymph nodes with caseating granulomatous inflammation involvement
- Special stained for acid fast bacilli positive

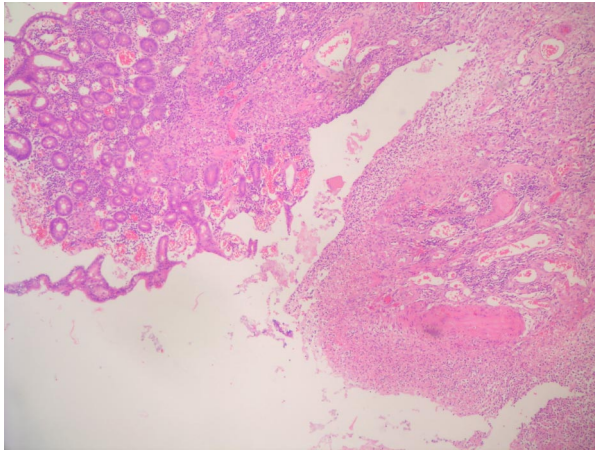
สรุป

ผู้ป่วยเป็นวัณโรคทางเดินอาหาร

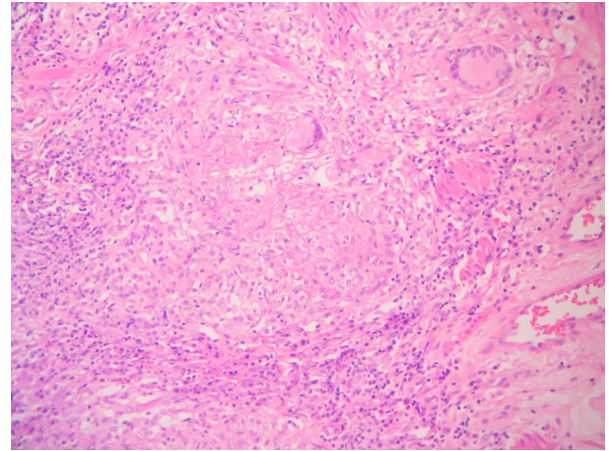
วัณโรคทางเดินอาหาร เป็นโรคที่พบได้ไม่น้อยในประเทศไทย กำลังพัฒนา อุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นจากปัญหาการติดเชื้อโรคเอดส์และผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิต้านทาน มีอาการและอาการแสดงคล้ายคลึงกับโรคอื่นๆ ที่มีผลต่อลำไส้ หากการวินิจฉัยช้า อาจเป็นผลให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น การเกิดวัณโรคทางเดินอาหารพบได้บ่อยเป็นอันดับสองรองจากวัณโรคที่ปอด ซึ่งสามารถจะเกิดจากการรับประทานเชื้อเข้าไปโดยตรง

การวินิจฉัยทำได้โดยการส่องกล้อง colonoscopy และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิร่วมกับการเพาะเชื้อ ตำแหน่งที่พบบ่อย terminal ileum 63%, ileocecal valve/cecum 23% Sigmoid/rectum 10%, Colon 3%

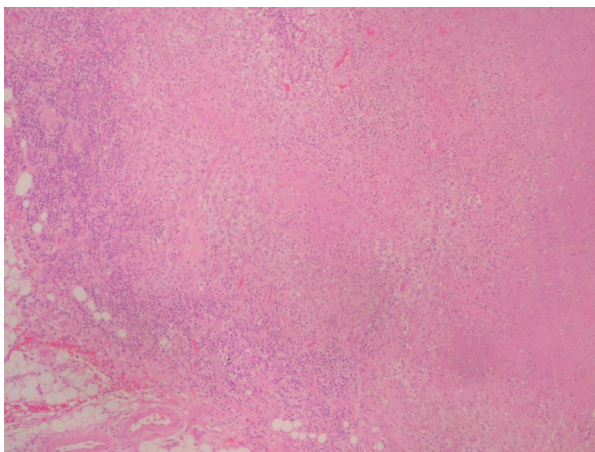
สำหรับอาการแสดง พบว่าร้อยละ 40 จะมีท้องเสียเรื้อรัง ร่วมกับอาการปวดท้อง น้ำหนักลด อุจจาระเป็นเลือด และมีอาการไข้ หากเป็นเรื้อรังอาจมีลำไส้ทะลุได้ การวินิจฉัยแยกโรคอาจเป็นการติดเชื้ออื่น เช่น amebiasis, fungus, Crohns disease เป็นต้น



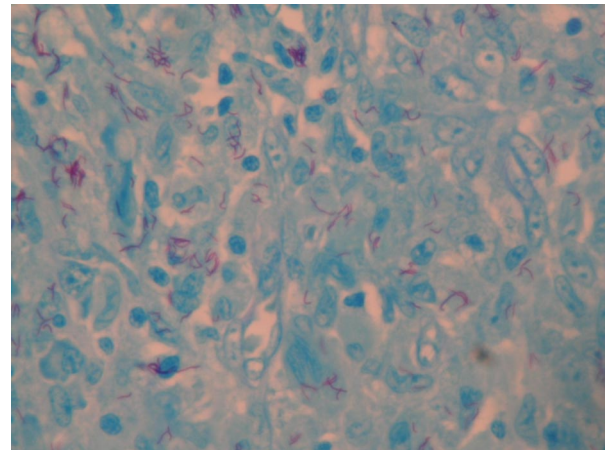
รูปที่ 1 พยาธิสภาพที่ลำไส้ Ileal perforated



รูปที่ 2 Langerhan giant cell



รูปที่ 3 Regional lymph nodes with caseating granulomatous inflammation involvement



รูปที่ 4 Special stain for acid fast bacilli is positive

