

CLINICOPATHOLOGICAL CONFERENCE

Department of Pathology

Chulalongkorn Hospital

Clinical History

The patient was 36 year old male, Thai farmer from Smuthsongkram was admitted to the hospital with chief complaint of fever with chill for about one month and a half.

About one month prior to admission he started to have fever almost every day at night followed by chill. After the temperature came down he had excessive sweating. No dyspnea or coughing was noted. However, during this episode he developed anorexia, with-out vomiting. He was treated at a clinic and also by himself without-improvement 2 weeks prior to admission in addition to above, he developed swelling of both legs with reduction of urination to 2-3 times daily. The urine was tea-colored. No back pain was noted. He was admitted to the local hospital for 5 days and was discharged with slight improvement after which he came to Bangkok. At this time he experienced left costal pain for few days with occasional difficulty in scratching. He came to the hospital one week prior to admission, where urinalysis and X-ray examination were done. The impression at O.P.D. was infection of the urinary tract and paraxin was given. However, the swelling of the legs was increased with feeling of tightening around the face and abdominal wall. He became progressively weak and had high fever. He came back to the hospital and was admitted. His stools were noted to be normal all the times.

Past History :— 16 years ago he was admitted to this hospital once because of dysentery and was treated for 10 days.

9 years ago he was again admitted because of “ฝีบิดในตับ”. After that he experienced no bloody mucus stools and costal pain.

He drank and smoked occasionally. Physical examination on admission revealed anemic, slightly dyspnic patient. The temperature was 39 °C pulse rate 108 per minute, respiratory-rate 42 per minute and blood pressure 100/60 mm. Hg. Both legs were edematous. There was no bulging of abdomen. Liver and spleen could not be palpated. Heart and lungs were not remarkable. Nervous system showed weakness of the motor component ;

Laboratory findings were as follows :—

Hemoglobin 8.2 gm%, White blood cell count 20500/cu. mm. with 81% Neutrophils, 12% lymphocytes, 3% eosinophils, 4% monocytes,. Urinalysis showed 2 plus albumin with numerous white blood cells, 10-20 red blood cells per high dry and 2 to 7 granular casts per high dry. X-ray of the chest was normal.

Progression : 14 hours after admission he suddenly developed productive coughing and air hunger. The temperature rose to 39 °C, and pulse rate was 60 per min. and thready.

He expired before the doctor could come to see him on the night of admission.

น.พ. สมหมาย วิไลรัตน์ (แผนกอายุรศาสตร์)

คนไข้คนนี้เป็นผู้ชายวัยฉกรรจ์ อายุ 36 ปี ยังหนุ่มมาก มีเรื่องราวที่สำคัญคือ ไข้และหนาวสั่น ประมาณเดือนเศษ หรือเดือนครึ่ง present illness นั้น จะเห็นว่า เดือนหนึ่งก่อนมา มีไข้หนาวสั่นตอนกลางคืน และหลังจากไข้หายก็เหงื่อออก สำหรับนักเรียนแพทย์คนไข้ต้มไขทุก ๆ วัน และมีเหงื่อออก หนักหน่วงถึงเสมือคือ ไข้มาเรื่อยๆ สำหรับเมืองไทยนะครับ, เจ็บแสบคนไข้จะยอมรับสงครามก็ตาม นั่นคือ ความเห็นครั้งแรกที่ได้จากประวัติ คนไข้ตลอดระยะเวลา 1 เดือนนั้น มีอาการอ่อนเพลียตลอดมา ถึงแม้จะไปปรึกษาแพทย์ที่คลินิก แล้วก็ตามก็ไม่มีอาการดีขึ้น.

2 อาการที่ต่อมาคนไข้เริ่มมีขมขาน และมีการหายใจลำบาก และตอนนั้นมีไข้เจ็บและรู้สึกอึดอัดแถว left hypochondrium หมายความว่าความอย่างนั้นไข้ใหม่ครับ คำว่า left costal pain.

น.พ. ประพนธ์ ปิยรัตน์ (แผนกพยาธิวิทยา)

ภาษาไทย ว่า ชายโครงซ้ายครับ.

น.พ. สมหมาย วิไลรัตน์

นี่เป็นอาการต่อมา 2 อาการก่อนมาโรง

พยาบาล คือ ประมาณเดือนหนึ่งหลังจากเขาเริ่มมีอาการไข้หนาวสั่นนั้น อีกอาทิตย์หนึ่งก่อนมาโรงพยาบาล คนไข้ได้มาที่ O.P.D. และแพทย์ที่ O.P.D. ได้ทำการตรวจปัสสาวะ คือ คนไข้มีไข้มาอย่างนี้ การตรวจปัสสาวะเราถือเป็นของสำคัญ ที่ O.P.D. intern ได้ตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้ว และทำ chest X-ray ด้วยในตอนนั้น และได้ให้ความเห็นที่ O.P.D. ว่าเป็น Infection ของ urinary tract และได้ให้ paraxin ไป ผมเข้าใจว่า ตอนนั้นคงวินิจฉัยว่าเป็น glomerulonephritis หรือ pyelonephritis อะไรทำนองนั้น ผมไม่ทราบรายละเอียด ให้เรา lab ไปที่หลัง

หลังจากที่นายแพทย์ที่ O.P.D. แล้ว คนไข้มีขมขานมากขึ้น ๆ และรู้สึกทั้ง ๆ ที่หน้าและบริเวณผนังหน้าท้อง คนไข้อ่อนเพลียลงมากเหลือเกิน จำเป็นต้องรับไว้รักษา ได้ทำการตรวจอุจจาระแล้วไม่พบ parasite

ประวัติของคนไข้ ทมแถวของที่สำคัญก็คือ เมื่อ 16 ปีก่อน (ตอนอายุ 26 ปี) เขาเป็น amebic dysentery อยู่ 10 วัน แล้วต่อมาเมื่อ 9 ปีที่แล้ว (อายุ 27 ปี) ก็ได้เป็น amebic liver abscess หลังจากนั้นก็มีอาการปกติ อุจจาระปกติ และไม่มีไข้

ที่ชายโครงอีก คนไข้คน และสับสนหรือ
พอสถานประมาณบางครั้งบางคราว

การตรวจร่างกายที่สำคัญที่สุดคือ คน
มีไข้ในวันแรกวัดคือ 39°C ชีพจรเร็วมาก
หายใจที่หน้าสังเกต คือ 42 ครั้งต่อนาที
อย่างนี้เรียกว่าหอบ ตรวจพบว่าม้ามโตเท่า
และไม่ปรากฏว่ามี Bulging ของ abdomen
เลย liver, spleen คลำไม่พบ, heart
และ lung ไม่มีสิ่งผิดปกติ nervous system
พบมีอาการอ่อนเพลียของกล้ามเนื้อ คืออาจ
จะเพลียจากโรคนี้ เห็นจะตรวจได้แก่ตนเอง

Lab. finding ที่สำคัญคงจะเห็นกัน
แล้วว่า มี leucocytosis มี neutrophilic
คือ neutrophils ถึง 81%, การตรวจ
ปัสสาวะที่สำคัญมาก สำหรับรายนี้ คือ
albumin 2+ และ white cell มากมาย
เหลือเกิน และพบ granular cast ด้วย

Chest X-ray ที่ปรากฏนรายงาน
ปกติ ผมจะไม่พูดอะไรขอผ่านไปเลย คนไข้
มาอยู่โรงพยาบาลเพียง 14 ชั่วโมง ก็มี
อาการไออย่างรุนแรง มี productive
coughing มี air hunger, Temperature
ขึ้นถึง 39°C ชีพจรปกติตามแล้วว่า พยาบาล
เป็นผู้นับได้ 60/min อนันผมไม่ขอให้ความ
เห็นอะไร, ชีพจรช้าและ thready คือ

tready แล้วยัง 60 ครั้งต่อนาที อนัน
แปลก ผมว่าคงจะชีพจรเร็วมาก และคน
ไข้ dead หลังรับไว้ 14 ชั่วโมง

สำหรับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกที่เห็นคน
ไข้รายนี้ ผมว่าทุกคนคงจะเห็นด้วยสำหรับ
urinary tract infection เป็นโรคหนึ่ง
แต่ก่อนจะเป็นเหตุให้คนไข้ตายเร็วขึ้น ยัง
อธิบายไม่ได้ คือ ทำให้ไอ และมี air
hunger-acute uremia หรืออะไรทำนอง
นั้นมันสับสนก็จะเป็นไปได้ ทนอะไรเป็นเหตุ
ที่ทำให้ตาย ถ้าสมมติว่า คนไข้ไม่ทำ
X-ray chest สำหรับผม ๆ นึกว่า lung
infection มาก่อน เช่น lung abscess
ที่เป็น pocket แล้วเกิด rupture ขึ้น
ทำให้มี secretion ไป block ทำนองนั้น
และคนไข้ suffocate ตายได้ แต่เมื่อเห็น
X-ray แล้ว ลักษณะอาการถือว่าเป็นโรคของ
ปอดเรา exclude ได้

ทนอะไรเป็นเหตุให้คนไข้ เกิดมีอาการ
sudden productive coughing และ air
hunger อนันเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในคน
ไข้รายนี้ ที่เราจะต้องพยายามคลำหา หรือ
เคาะเอา ขอบกลับมาประวัติเดิมของคนไข้
รายนี้ คนไข้คนนั้น เมื่ออายุ 20 ปี เป็นปกติ
สำหรับสถิติของเราคนไข้ amebic liver
abscess นี้ 80% มีประวัติของ dysentery

เพราะฉะนั้น เขาก็ขอตรวจ การเข้ามา
 อยู่โรงพยาบาลครั้งที่สอง เมื่ออายุ 27 ปี
 ป่วย amebic liver abscess ทนจะเย็นไป
 ใต้ใหม่ว่า การเข้ามาอยู่โรงพยาบาลครั้ง
 ที่ 3 คือครั้งนั้น ยังเป็น amebic liver
 abscess อยู่ ต้องมีการพิสูจน์อีกหลายอย่าง
 แต่คนไข้ซึ่งตายเสียก่อน เราพิสูจน์ไม่ได้
 แต่ evidence ต่าง ๆ ก็ทำให้เราหนักใจว่า
 จะเป็น amebic liver abscess จากสถิติ
 ของเรา edema ของ lower extremities
 ใน amebic liver abscess เราพบเสมอ
 ประมาณ 5-10% อันนั้นยังไม่มีใครอธิบาย
 ได้ว่าทำไมถึงเป็น ถึงแม้ในคนที่มี protein
 normal รัยน้ำ edema เกิดจาก urinary
 tract infection มันควรจะเกิดมานาน
 แล้ว คงไม่ใช่เพียง 2 อาทิตย์ก่อนมา
 โรงพยาบาล และ edema ซึ่งเกิดจาก
 kidney disease เราก็ไม่พบเฉพาะที่
 extremities มักจะมีที่ eyelid ก่อนอัน
 อย่างเช่น subacute glomerulonephritis
 ที่เห็นกันโดยมากเป็นเช่นนั้น แขนงเกิดที่ขา
 น่าจะเข้ากับ amebic liver abscess มาก
 กว่า คือพอเข้ากันได้

คนไข้ที่มี dyspnea หรือ respiratory
 rate increase การคลำ liver ไม่ได้
 หมายความว่า liver ไม่ได้ คุณหมอ

Sheila Sherlock พบไว้เสมอ คือมันอาจ
 โตขึ้นข้างบน เราต้องเคาะข้างบนลงมาก้วย
 อันนั้นผมไม่ทราบว่าทาง X-ray จะอ่านว่า
 โตหรือเปล่า แต่ผมก็เองรู้สึกชอบกลคล้ายๆ
 จะ normal แต่ผมก็ไม่กล้าอ่านนะครับ เพราะ
 ฉะนั้น การคลำ liver ไม่ได้ ไม่ได้หมายความว่า
 ความว่าคนไข้ liver ไม่ได้ มันโตขึ้นข้าง
 บน เราคลำข้างบนไม่ได้

เรื่อง fever และ chill เราพบเสมอ
 คนไข้ที่เป็น amebic liver abscess ถึง
 87% ของ case มี fever และ chill
 อันนั้นผม analyse เองคงจะไม่ผิด

Leucocytosis ใน amebic liver
 abscess มี leucocytosis เป็นของธรรมดา
 ขนทั้งหนองหนอง ถึง 4 หนอง เพราะฉะนั้น
 ถ้าเราจะวินิจฉัยว่ารัยน้ำเป็น amebic liver
 abscess โดยใช้ประวัติเค็มเป็นหลัก โอกาส
 ที่จะผิดมันน้อยเหลือเกิน เพราะมันมี evidence
 อยู่แล้ว เราไม่ได้อิงวินิจฉัยโรคที่ไม่มี evid-
 ence อาจจะมีโรคลมเพลมพัดจากที่อื่นมา
 นั่นก็สุดวิสัย นเราเอาของที่มีอยู่แล้ววินิจฉัย
 คนที่เป็น amebic liver abscess มี
 เป็นแล้วเช่นเราจะโตหรือไม่ อันนั้นเราเคย
 พบเสมอสำหรับคนไข้ใน ward คือ มาอยู่
 ก้วย amebic liver abscess ถึง 2-3 ครั้ง
 ทั้ง ๆ ที่เราให้การรักษาทันทีอยู่ อย่างที่

เราเข้าใจกัน เช่นให้ Emetine 10 grain แล้ว, chloroquin 6 กรัม แล้วอะไรเหล่านี้ เป็นต้น คนไข้เป็น liver abscess อีก เช่นอย่างนี้ 2-3 ครั้ง เราเคยเจาะควมมือของเราเองเสียบด้วยซ้ำ Intern หลาย ๆ หนักเคยเห็น เพราะฉะนั้น รายงานเราที่ไม่แน่ใจว่า คนนี้อาจจะเป็น amebic liver abscess ซ่อนเร้นกับ urinary tract infection.

ถ้าสมมุติว่าคนไข้เป็น amebic liver abscess การอธิบายอาการของ productive coughing นี้ ก็พอจะอธิบายได้เพราะ amebic liver abscess นี้ จากสถิติของเราที่พบว่ามีเสมหะที่ละลายเข้ากระบังลม หรือทำให้เกิด hepato-pleuro-bronchial fistula นี้ครั้นที่เราพบแล้ว 4 ราย ที่แตกเข้าไปในช่องปอด และมี 2 รายที่ไอเป็นหนอง รายงานสัสมหะไม่ได้บอกว่าเป็นอะไร เราอาจต้องเดาว่าเป็นหนอง

สรุปรายงาน:— ผมสรุปเลยเพราะประวัติสั้น เราได้เอาแค่นั้น

- Diagnosis 1. Urinary tract infection-Acute pyelonephritis.
2. Amebic liver abscess
3 pleurobronchial fistula.

(และ Abscess น้อยที่ไต งามประวัติ เจ็บชายโครงซ้ายน่าจะจะเป็น left lobe ซ้ำเป็น very rare Rt. lobe เป็นมากกว่า left lobe 8 : 1)

น.พ. ทวี ตุมราศวิน (หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์)

คุณหมอคึกษา มีอะไรจะพูดต่อ

น.พ. ศึกษา ภมรสติชัย (แผนกอายุรศาสตร์)

คนไข้คนนี้ ผมคงมีความเห็นเช่นเดียวกับคุณหมอ สหมาย เพราะว่าคนไข้มีประวัติเป็นไขมาเดือนครึ่ง และมีหนาวสั่นที่สำคัญคือ เคยเข้ามาอยู่โรงพยาบาลเรา 2 ครั้ง เมื่อ 7 ขกอน และเมื่อ 9 ขกอน เพราะฉะนั้น การวินิจฉัยของโรงพยาบาลเราคงจะไม่พลาด สำหรับ amebic liver abscess และควรวางใจไว้ว่าเป็นเรื่องเอกอีก เพราะฉะนั้น ผมก็คิดว่า เป็น liver abscess และ rupture เป็น pleurobrochial fistula แต่สำหรับเสมหะใน productive coughing อันนี้ไม่ทราบว่า เสมหะเป็นสีเขียวที่น่าสนใจ ถ้าได้สีของเสมหะไว้สักนิด ก็พอจะบอกได้ สีของเสมหะคงจะเหมือนมาก แต่ว่าไม่สามารถจะบอกได้ว่า เสมหะสีเขียว เรื่องราวของคนไข้ที่ผมเชื่อว่าเป็นเรื่องของ liver abscess จาก amebic.

น.พ. ทวี ตุมราสวิน

ผมว่า case นี้ interesting มาก
อย่าเพิ่งถึงผมเลย ฟังคนอื่นก่อน ค่ะแล้ว
ค่อยเลือกเอาว่า อันไหนน่าจะถูก เชิญ
คุณหมอย่อยๆเลย

น.พ. บุญเลี้ยง ตามไท (แผนก
อายุรศาสตร์)

ผมรู้สึกอาจจะเหมือนอย่างที่ว่า แต่ว่า
อาจจะ coincident คือว่า ตามธรรมดา
ผมไม่ค่อยอยากจะวินิจฉัย 2 โรคในคนไข้
คนเดียวกัน พยายามจะนึกว่าเป็นอะไรได้
ที่โรคเดียวกัน 2 condition นี้ แต่ผมมัก
ไม่ออก, ไม่ทราบ เพราะฉะนั้น อาจจะต้อง
วินิจฉัยตามหมอสสมหมายไปก่อน

น.พ. ทวี คุณหมอสประยัติ มีอะไร
ใหม่ครับ

น.พ. ประยัติ ลักษณะพุกก็ (แผนก
อายุรศาสตร์)

Diagnosis อันแรกไม่มีปัญหา ผมว่า
เป็น chronic pyelonephritis และมี
acute exacerbation มากกว่าจะครับ ผม
รู้สึกว่าอาการของคนที่ไข้ที่หน้าด้วย คือ
หน้าท้อง, abdominal wall ก็ขวม เพราะ
ฉะนั้น pyelonephritis เป็นเรื่องใหญ่ และ
ผมเชื่อว่า เป็นเรื่องที่ทำให้เกิดเป็นไข้มา

ตลอดเคสเกินกว่า เพราะ urinary tract
infection นี้ control ยาก ทุนผมพยายาม
คิดคิดว่าโรคนี้แล้ว สาเหตุที่จะทำให้เกิด
sudden dead เพราะอันนี้มีอะไรได้
บ้าง ก็นึกไม่ออก แต่ amebic liver
abscess นี้ ถ้าฟังจาก protocol ก็คล้ายๆ
กับว่า amebic abscess แรกเข้าไปใน
pleural cavity ได้ ที่นั่นว่า คนนี้เป็น
left lobe ที่ left lobe ควรจะเป็นฝ่
เล็ก ฝ่เล็กถ้าแตกเข้าไปคงจะไม่ไปกด
อะไรทำให้เกิด sudden dead ได้ และอีก
อย่างหนึ่ง X-ray ที่ถ่ายเมื่อไม่กี่วันก่อน
ก็ไม่เห็นจะมี elevation ของ dome ของ
diaphragm และในการตรวจร่างกายเมื่อ
วันทีมากไม่มี liver คล้ำได้ เพราะฉะนั้น
เรื่อง amebic liver abscess นี้ ผมมานานๆ
ก็แล้วรู้สึกไม่เข้า แต่ลักษณะคนไข้ตอนนั้น
ไม่รู้ว่าจะมี acidosis หรือเปล่า จะมี
electrolyte imbalance เกิดขึ้นหรือเปล่า
เพราะคนไข้มีโรคทางไตอยู่แล้ว เพราะ
ฉะนั้น ผมก็คิดว่าคนไข้ที่น่าจะตายด้วยโรค
ใหญ่ คือ acute exacerbation ของ
chronic pyelonephritis และคงจะมี
electrolyte imbalance อีกอย่างหนึ่งที่
นึกถึงก็คือ คนไข้ตายตอนตี 5 นั้น คนไข้
มีอาการหนัก อาเจียน และไม่มีการดูแล

เพียงพอ คนไข้ aspirate เอา vomitus ของตัวเอง แล้ว suffocate ตาย เพราะฉะนั้น ชนนี้ยังไม่ควรระวัง แต่ liver abscess แล้วแตกเข้าไป เห็นท่าจะไม่เหมือน
 น.พ. ทวี ทาง lung มีหรือเปล่า
 เชิญคุณหมออย่าใจ ครัว

น.พ. ยาใจ ณ สงขลา (แผนกอายุรศาสตร์)

ผมไม่คิดว่า amebic liver abscess จะแตกพรอพลากเข้าไปใน pleural cavity และทำให้คนไข้ตาย อยากจะคิดว่า uremia ตายมากกว่า

น.พ. ทวี ทาง heart ว่าอย่างไรครัว
 ตายจากอะไร

น.พ. โชติบุรณ์ บุรณเวช (แผนกอายุรศาสตร์)

ผมรู้สึกว่ามี ความเห็นแปลกไปหน่อย หนึ่งคือ pyelonephritis ผมเชื่อว่า มีแน่นอนครัว ที่ผมสงสัยประวัติที่ว่า fever with chill นี้ Chill ทุกวันตลอดเดือน ครัว หรือครัว

น.พ. ประพนธ์ มีไข้เกือบตลอด

น.พ. โชติบุรณ์

อย่างนั้นผมก็นึกว่า septicemia น่าจะถึงมาก แต่ตาม protocol ว่า heart ไม่มี

อะไร ผมก็นึกว่าเป็น septicemia คือ pyelonephritis with exacerbation และคนไข้ทมิ air hunger นึกผมว่าจาก acute pulmonary edema และตาย, amebic liver abscess ผมก็เชื่อกว้าง ๆ เหมือนกัน

น.พ. ทวี ผมถาม senior house ว่า คนไข้เดินมาโรงพยาบาลไซ้ไหมครัว?

พ.ญ. วัฒนา จิตรพลี

คนไข้เดินมาได้ ไม่หอบ แต่ว่า weakness ของแขนและขา generalized weakness ไม่เหมือน nerve lesion.

น.พ. ทวี ผมฟังมาหมดแล้ว ยังไม่ทราบอะไรเหมือนกัน

คุณหมอโชติว่า septicemia แต่ส่วนมากเชื่อกันเป็น amebic liver abscess คนไข้เข้ามารักษาหายใจ 42/min แต่ X-ray ถ่ายเมื่อ 1 สัปดาห์ก่อนมา แต่คนไข้เข้ามา ไม่มี Ala Nasi movement ผมถามความเห็นของคุณหมอศรีสุดา หน่อยครัว

พ.ญ. ศรีสุดา สติปริษา (แผนกอายุรศาสตร์)

คนไข้เข้ามา ไม่หอบ คิดว่าไม่ใช่ acidosis แท้กัน เข้าใจว่าคงจะเป็น liver abscess แตกเข้า pleural cavity เหมือน

อย่างท้ออาจารย์หมอสุมหมายว่า อีกประการ
หนึ่ง - septicemia แต่ว่า hemoculture
-no growth.

น.พ. ทวี Hemoculture no growth
ไม่ได้หมายความว่า ไม่ใช่ septicemia
คนไข้ประวัติ fever มี chill น้เสมอ ๆ
ผมน่าจะนึกถึง septicemia หรือ amebic
นระครัย Malaria เห็นจะไม่ใช่ เพราะ
ทุกสิ่งทุกอย่าง ชัดกัน วิทยนผมนึกเอา
amebic liver abcess ไว้ก่อนละครัย
แต่ที่ผมไม่ค่อยสบายใจนัก คือ liver ไม่โต
เช่นมาเดือนครึ่ง liver ก็น่าจะโตบ้าง แม้
แต่ left lobe ก็น่าจะคล้ำได้ แต่สีคล้ำ
ไม่ได้เลย

Cause of death วิทยนผมก็ไม่ทราบ
อีกละครัย คนไข้ตายกำลังนอนหลับสบาย
เสียด้วย เพราะฉะนั้น แกคงไม่แอบเอา
อาหารไปรับประทานตอนกลางคืนละมังครัย
เราไม่เคยเจอ รัย ปรธาน อาหาร แล้ว ตาย
vomit มาแล้วตาย และไม่เคยทำ CPC กัน
คนน vomiting ก็ไม่ได้ประวัติ อาหาร
ก็คงไม่ทานกลางคืน คนไข้คนนี้อายุ 36 ปี
ผมก็คุยกับคุณหมอโชติบรรณ ว่าจะเป็น
myocardial infarction ได้ไหม เพราะ
คุณหมอโชติ ได้คนไข้คนหนึ่งเป็น myo-
cardial infarction อายุ 35 ปี คนน

possibility มี แต่เราก็ไม่มีอะไรจะบอกได้
เพราะฉะนั้น ถ้าจะเอาถาม protocal ผม
ก็เอา

Rupture of liver abcess และตาย
จาก suffocation.

น.พ. ประพนธ์ (พยาธิแพทย์)

ผมอยากอ่าน note จาก history chart
ให้ฟังสักนึค น้คงเป็น note ของแพทย์
ประจำบ้าน (พ.ญ. สุพัศตรา ช้จักขภักดิ์)
Note ตอนจะตายมีว่า - หลังจากรัยไว้ใน
โรงพยาบาล คนไข้พักรูเรื่องตลอด ไม่มี
อาการหอบหรือแน่นมากกว่าปกติ 24.00 น.
พยาบาลเปลี่ยนเวรยังถาม และพดกันรูเรื่อง
ผู้ช่วยยังรู้สึกสบายคไม่ไอ ก่อนตายผู้ช่วย
มีไอหลายครั้ง บางครั้งมีเสมหะในคอ, air
hunger ได้โทรศัพทถามตอนออกมา คน
ไข้ชีพจรหยุดแล้ว 5 นาที และมีเขียน
คือไว้ว่า cause of death-pulm. emb-
olism. สำหรับนักเรียน หรือผู้ตั้งวงจฉฉัย
โรคมามีรายการดังนี้

- Pyelonephritis-acute
- or chronic. 8 ราย
- Liver abcess (amebic
หรือไม่ amebic). 3 ราย
- Bacteremia หรือ pyemia. 2 ราย
- Perinephric หรือ

renal abscess.	1	ราย	มี thrombus บิดอยู่พอที่ รายนม rupture
Pumonary amebiasis	1	ราย	แน่ แต่ไม่ใช่ rupture เข้าไปใน pleural
Leptospirosis.	1	ราย	cavity แต่ rupture เข้าไปใน inferior
Bronchiectasis.	2	ราย	vena cava และมี thrombosis บิด
Malaria.	1	ราย	เอาไว้
Bronchopneumonia.	1	ราย	Slide 1 นเป็น liver abscess ทถ่าย

Autopsy findings and Anatomic Pathology

รายงาน เวลาตรวจศพพบอะไรบ้าง - เบื้อง
ช่องท้องไม่มีน้ำ แต่มี adhesion ที่ liver
กับ diaphragm.

ในช่องปอดก็ไม่มีน้ำ มี congestion
and edema ของปอดทั้งสองข้าง

Congestion of liver, spleen and
kidney.

มีน้ำในช่องหัวใจ 50 ซี.ซี.

ผ่าเข้าไปข้างในกพบ :-

นเป็น specimen จาก liver ของ
คนไข้รายนี้ ต้องดแบน ๆ ถึงจะเข้ากบ
position ของคนไข้ ทางนเป็นคานหนา
ทางนเป็นคานหลัง คานหลังนมี abscess
ขนาดประมาณ 4 เซนติเมตร และมีผนัง
เป็น fibrous wall หนามาก แสดงว่า
เป็นมานาน และที่สำคัญอย่างขึง คือมี
rupture เข้าไปใน inferior vena cava,
ใน inferior vena cava ตรงที่ rupture

มี thrombus บิดอยู่พอที่ รายนม rupture
แน่ แต่ไม่ใช่ rupture เข้าไปใน pleural
cavity แต่ rupture เข้าไปใน inferior
vena cava และมี thrombosis บิด
เอาไว้

Slide 1 นเป็น liver abscess ทถ่าย
จาก specimen นเป็น abscess ตรงบริ-
เวณ cavity ของผนังช่องมสเหลือง ไม่ใช่
สีกระบหรือโกโก้ใส่นม เป็นหนองสีเหลือง
ตรงนเป็น inferior vena cava และมี
thrombus บิดอยู่ นอาจจะเห็นไม่ชัดเจนนัก
และ liver ก็มี congestion ทั่ว ๆ ไป
ปัญหาคือเป็น amebic หรือเปล่า

Slide 2 นเป็น microscopic picture
ของ wall ของ abscess ถ่ายไม่ชัดนัก
จะเห็นว่า wall กระรุ๊งกระวัง และมี gran-
ulation tissue เยอะแยะ เนื้อ liver cell
เองมี pressure atrophy เห็นนิต ๆ
หน่อย ๆ

Slide 3 นเป็น granulation tissue
เราถ่ายมาเพื่อจะหาตัว ameba แต่รู้สึกว่
ค่อนข้างจะหายากในรายนี้ มีตัวทคล้าย
มากที่สูกคงจะเป็นทวน (ลูกศร) ซึ่งมี
outline พอไปไว้ได้ ส่วนทวน ๆ ไม่แน่ และ
จาก evidence อื่นนก็เลยสรุปว่า น่าจะเป็น
amebic liver abscess.

