

12-1-1963

Clinicopathological Conference

Department of pathology and medicine n/a

Chulalongkorn Hospital

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

n/a, Department of pathology and medicine and Hospital, Chulalongkorn (1963) "Clinicopathological Conference," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 10: Iss. 3, Article 2.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.10.3.2

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol10/iss3/2>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

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 (แผนก
อายุรศาสตร์)

คนไข้คนนี้เป็นผู้ชาย วัยฉกรรจ์ อายุ 36 ปี
ยังหนุ่มมาก มีเรื่องราวที่สำคัญคือ ไข้และ
หนาวสั่น ประมาณเดือนเศษ หรือเดือนครึ่ง
present illness นั้น จะเห็นว่า เดือนหนึ่ง
ก่อนมา มีไข้หนาวสั่นตอนกลางคืน และ
หลังจากไข้หายก็เหงื่อออก สำหรับนักเรียน
แพทย์คนไข้มีไข้ทุก ๆ วัน และมีเหงื่อ
ออกในตอนกลางคืนถึงสามครั้ง ไข้มาเรื่อยๆ
สำหรับเมืองไทยนี้ครับ, ถึงแม้คนนี้จะอยู่
สมุทรสงครามก็ตาม นั่นคือ ความเห็นครั้งแรก
ที่ได้จากประวัติ คนไข้ตลอดระยะเวลา
1 เดือนนี้ มีอาการอ่อนเพลียตลอดมา ถึงแม้
จะไปรักษาที่แพทย์ที่คลินิก แล้วก็ตาม
ก็ไม่มีอาการดีขึ้น.

2 อาการต่อมาคนไข้เริ่มมีบวมขา และ
มีการหายใจลำบาก และตอนนั้นมี
เจ็บและรู้สึกอึดอัดแถว left hypochond-
rium หมายความว่าอย่างนั้นไข้ใหม่ครับ
คำว่า left costal pain.

น.พ. ประพนธ์ ปิยรัตน์ (แผนก
พยาธิวิทยา)

ภาษาไทย ว่า ชายโครงซ้ายครับ.

น.พ. สมหมาย วิไลรัตน์

นี่เป็นอาการต่อมา 2 อาการก่อนมาโรง

พยาบาล คือ ประมาณเดือนหนึ่งหลังจาก
เขาเริ่มมีอาการไข้หนาวสั่นนั้น อีกอาทิตย์
หนึ่งก่อนมาโรงพยาบาล คนไข้ได้มาที่
O.P.D. และแพทย์ที่ O.P.D. ได้ทำการ
ตรวจปัสสาวะ คือ คนไข้มีไข้มาอย่างนี้
การตรวจปัสสาวะเราถือเป็นของสำคัญ ที่
O.P.D. intern ได้ตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้ว
และทำ chest X-ray ด้วยในตอนนั้น และ
ได้ให้ความเห็นที่ O.P.D. ว่าเป็น Infection
ของ urinary tract และได้ให้ paraxin
ไป ผมเข้าใจว่า ตอนนั้นคงวินิจฉัยว่าเป็น
glomerulonephritis หรือ pyelone-
phritis อะไรทำนองนั้น ผมไม่ทราบ
รายละเอียด ให้เราดู lab ต่อไปที่หลัง

หลังจากที่นายแพทย์ที่ O.P.D. แล้ว
คนไข้มีบวมขามากขึ้น ๆ และรู้สึกทั้ง ๆ
ที่หน้าและบริเวณผนังหน้าท้อง คนไข้อ่อน
เพลียลงมากเหลือเกิน จำเป็นต้องรับไว้รักษา
ได้ทำการตรวจอุจจาระแล้วไม่พบ parasite

ประวัติของคนไข้ ทมแถวของที่สำคัญ
ก็คือ เมื่อ 16 ปีก่อน (ตอนอายุ 26 ปี) เขา
เป็น amebic dysentery อยู่ 10 วัน แล้ว
ต่อมาเมื่อ 9 ปีที่แล้ว (อายุ 27 ปี) ก็ได้
เป็น amebic liver abscess หลังจากนั้น
ก็มีอาการปกติ อุจจาระปกติ และไม่มีเจ็บ

ที่ชายโครงอีก คนไข้คน และสับสนหรือ
พอสถานประมาณบางครั้งบางคราว

การตรวจร่างกายที่สำคัญที่สุดคือ คน
ไข้ในวันแรกวัดคือ 39°C ชีพจรเร็วมาก
หายใจที่หน้าสังเกต คือ 42 ครั้งต่อนาที
น้อยกว่าเรียกว่าหอบ ตรวจพบว่ามีขุมที่เทา
และไม่ปรากฏว่ามี Bulging ของ abdomen
เลย liver, spleen คลำไม่พบ, heart
และ lung ไม่มีสิ่งผิดปกติ nervous system
พบมีอาการอ่อนเพลียของกล้ามเนื้อ คืออาจ
จะเพลียจากโรคนี้ เห็นจะตรวจได้แน่นอนเอง

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 ที่ปรากฏนรายงานมาว่า
ปกติ ผมจะไม่พุดอะไรขอผ่านไปเลย คนไข้
มาอยู่โรงพยาบาลเพียง 14 ชั่วโมง ก็มี
อาการไออย่างรุนแรง มี productive
coughing มี air hunger, Temperature
ขึ้นถึง 39°C ชีพจรขึ้นได้มากแล้วว่า พยาบาล
เป็นผื่นได้ $60/\text{min}$ อันนี้ผมไม่ขอให้ความ
เห็นอะไร, ชีพจรช้าและ thready คือ

tready แล้วยัง 60 ครั้งต่อนาที อัน
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
นั้นมันสงสัยจะเป็นไปได้ ท่อนอะไรเป็นเหตุ
ที่ทำให้ตาย ถ้าสมมติว่า คนไข้ไม่ทำ
X-ray chest สำหรับผม ๆ นึกว่า lung
infection มาก่อน เช่น lung abscess
ที่เป็น pocket แล้วเกิด rupture ขึ้น
ทำให้มี secretion ไป block ท่อนนั้น
และคนไข้ suffocate ตายได้ แต่เมื่อเห็น
X-ray แล้ว ลักษณะอาการถือว่าเป็นโรคของ
ปอดเรา exclude ได้

ท่อนอะไรเป็นเหตุให้คนไข้ เกิดมีอาการ
sudden productive coughing และ air
hunger อันนี้เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในคน
ไข้รายนี้ ที่เราจะต้องพยายามคลำหา หรือ
เคาะหา ขอบกลับมามีประวัติเดิมของคนไข้
รายนี้ คนไข้คนนั้น เมื่ออายุ 20 ปี เป็นบิด
สำหรับสถิติของเราคนไข้ amebic liver
abscess นี้ 80 % มีประวัติของ dysentery

เพราะฉะนั้น เขาก็ขอตรวจ การเข้ามา
อยู่โรงพยาบาลครั้งที่สอง เมื่ออายุ 27 ปี
ด้วย amebic liver abscess ที่จะเป็นไป
ได้ไหมว่า การเข้ามาอยู่โรงพยาบาลครั้ง
ที่ 3 คือครั้งนี้ ยังเป็น amebic liver
abscess อยู่ ต้องมีการพิสูจน์อีกหลายอย่าง
แต่คนไข้ซึ่งตายเสียก่อน เราพิสูจน์ไม่ได้
แต่ evidence ต่าง ๆ ก็ทำให้เรานึกถึงว่า
จะเป็น amebic liver abscess จากสถิติ
ของเรา edema ของ lower extremities
ใน amebic liver abscess เราพบเสมอ
ประมาณ 5-10% อันนี้ยังไม่มีใครอธิบาย
ได้ว่าทำไมถึงเป็น ถึงแม้ในคนที่ protein
normal ภายหลัง edema เกิดจาก urinary
tract infection มันควรจะเกิดมานาน
แล้ว คงไม่ใช่เพียง 2 อาทิตย์ก่อนมา
โรงพยาบาล และ edema ซึ่งเกิดจาก
kidney disease เราก็ไม่พบเฉพาะที่
extremities มักจะมีที่ eyelid ก่อนอื่น
อย่างเช่น subacute glomerulonephritis
ที่เห็นกันโดยมากเป็นเช่นนั้น แต่มันเกิดที่ขา
น่าจะเข้ากับ amebic liver abscess มากกว่า
คือพอเข้ากันได้

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

Sheila Sherlock พกไว้เสมอ คือมันอาจ
โตขึ้นข้างบน เราต้องเคาะข้างบนลงมากับ
อันนี้ผมไม่ทราบว่าทาง X-ray จะอ่านว่า
โตหรือเปล่า แต่ผมเองรู้สึกชอบกลคล้ายๆ
จะ normal แต่ผมไม่กล้าอ่านนะครับ เพราะ
ฉะนั้น การคลำ liver ไม่ได้ ไม่ได้หมายความว่า
ความว่าคนไข้ liver ไม่ได้โต มันโตขึ้นข้าง
บน เราคลำข้างบนไม่ได้

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

Leucocytosis ใน amebic liver
abscess มี leucocytosis เป็นของธรรมดา
ขึ้นทั้งหนองหนอง ถึง 4 หนอง เพราะฉะนั้น
ถ้าเราจะวินิจฉัยว่ารายนี้เป็น amebic liver
abscess โดยใช้ประวัติเป็นหลัก โอกาส
ที่จะผิดก็น้อยเหลือเกิน เพราะมันมี evidence
อยู่แล้ว เราไม่ได้วินิจฉัยโรคที่ไม่มี evi-
dence อาจจะมีโรคลมเพลมพัดจากที่อื่นมา
นั่นก็สุดวิสัย ในเราเอาของที่มีอยู่แล้ววินิจฉัย
คนที่ เป็น amebic liver abscess มี
เป็นแล้วเป็นเล่าจะได้หรือไม่ อันนี้เราเคย
พบเสมอสำหรับคนไข้ใน ward คือ มาอยู่
ด้วย amebic liver abscess ถึง 2-3 ครั้ง
ทั้ง ๆ ที่เราให้การรักษาทันทีอยู่ อย่างที่

เราเข้าใจกัน เช่น ให้ Emetine 10 grain แล้ว, chloroquin 6 กรัม แล้วอะไรเหล่านี้ เป็นต้น คนไข้เป็น liver abscess อีก เช่นอย่างนั้น 2-3 ครั้ง เราเคยเจาะควมของของเราเองเสียด้วยซ้ำ Intern หลาย ๆ รุ่เคยเห็น เพราะฉะนั้น รายงานเราก็ไม่แน่ใจว่า คนนั้นอาจจะเป็น amebic liver abscess ซ้อนเร้นกับ urinary tract infection.

ถ้าสมมุติว่าคนไข้เป็น amebic liver abscess การอธิบายอาการของ productive coughing นี้ ก็พอจะอธิบายได้เพราะ amebic liver abscess นี้ จากสถิติของเราก็คงว่ามีเสมหะที่ทะลุเข้ากระบังลม หรือทำให้เกิด hepato-pleuro-bronchial fistula น่ะครับ ที่เราพบแล้ว 4 ราย ที่แตกเข้าไปในช่องปอด และมี 2 รายที่ไอเป็นหนอง รายงานสัสมหะไม่ได้บอกว่าเป็นอะไร เราก็คงต้องเดาว่าเป็นหนอง

สรุปรายงาน:- ผมสรุปเลยเพราะประวัติสั้น เราก็คงเดาแค่นั้น

Diagnosis 1. Urinary tract infection-Acute pyelonephritis.

2. Amebic liver abscess
3 pleurobronchial fistula.

(และ Abscess น้อยที่ใด ตามประวัติ เจ็บชายโครงซ้ายน่าจะจะเป็น left lobe ซึ้งเป็น very rare Rt. lobe เป็นมากกว่า left lobe 8:1)

น.พ. ทวี ตุมราศวิน (หัวหน้าแผนกอายุรศาสตร์)

คุณหมอศึกษา มีอะไรจะพูดต่อ

น.พ. ศึกษา ภมรสติย์ (แผนกอายุรศาสตร์)

คนไข้คนนั้น ผมคงมีความเห็นเช่นเดียวกับ คุณหมอ สัมหมาย เพราะว่าคนไข้มีประวัติเป็นไข้มาเดือนครึ่ง และมีหนาวสั่นที่สำคัญคือ เคยเข้ามาอยู่โรงพยาบาลเรา 2 ครั้ง เมื่อ 7 ขกอน และเมื่อ 9 ขกอน เพราะฉะนั้น การวินิจฉัยของโรงพยาบาลเราก็คงจะไม่พลาด สำหรับ amebic liver abscess และควรวางใจไว้ว่าเป็นเรื่องเอกอีก เพราะฉะนั้น ผมก็คิดว่า เป็น liver abscess และ rupture เป็น pleurobrochial fistula แต่สำหรับเสมหะใน productive coughing อันนี้ไม่ทราบว่า เสมหะเป็นสีอะไรที่น่าสนใจ ถ้าได้สีของเสมหะไว้สักนิด ก็พอจะบอกได้ สีของเสมหะคงจะเหมือนมาก แต่ว่าไม่สามารถจะบอกได้ว่า เสมหะสีอะไร เรื่องราวของคนไข้ผมเชื่อว่าเป็นเรื่องของ liver abscess จาก amebic.

น.พ. ทวี ตุมราศวิน

ผมว่า case นี้ interesting มาก
อย่าเพิ่งถึงผมเลย ฟังคนอื่นก่อน ค่ะ
ค่อยเลอิกเอาว่า อันไหนน่าจะถูก เชิญ
คุณหมอบอกเลย

น.พ. บุญเลี้ยง ตามไท (แผนก
อายุรศาสตร์)

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

น.พ. ทวี คุณหมอบรรณัติ มีอะไร
ใหม่ครับ

น.พ. ประยูรดี ลักษณะพุทก (แผนก
อายุรศาสตร์)

Diagnosis อันแรกไม่มีปัญหา ผมว่า
เป็น chronic pyelonephritis และมี
acute exacerbation มากกว่าจะครับ ผม
รู้สึกว่าอาการของคนที่ไข้ที่หน้าค้วย คือ
หน้าตึง, abdominal wall ก้วย เพราะ
ฉะนั้น pyelonephritis เป็นเรื่องใหญ่ และ
ผมเชื่อว่า เป็นเรื่องที่ทำให้เกิดเป็นไข้มา

ตลอดเคสก่อนว่า เพราะ urinary tract
infection นี้ control ยาก ท่านผมพยา-
ยามคิดว่าโรคนี้แล้ว สาเหตุที่จะทำให้
เกิด sudden dead เพราะอันนี้มีอะไรได้
บ้าง ก็นึกไม่ออก แต่ amebic liver
abscess นี้ ถ้าฟังจาก protocol ก็คล้ายๆ
กับว่า amebic abscess แตกเข้าไปใน
pleural cavity ได้ ท่านว่า คนนี้เป็น
left lobe ที่ left lobe ควรจะเป็นผเม็ก
เล็ก ผเม็กเล็กถ้าแตกเข้าไปคงจะไม่ไปกด
อะไรทำให้เกิด sudden dead ได้ และอีก
อย่างหนึ่ง X-ray ที่ถ่ายเมื่อไม่กี่วันก่อน
ก็ไม่ได้เห็นจะมี elevation ของ dome ของ
diaphragm และในการตรวจร่างกายเมื่อ
วันทีแรกก็ไม่มี liver คลำได้ เพราะฉะนั้น
เรื่อง amebic liver abscess นี้ ผมมานานๆ
แล้วรู้สึกไม่เข้า แต่ลักษณะคนไข้ตอนนั้น
ไม่รู้ว่าจะมี acidosis หรือเปล่า จะมี
electrolyte imbalance เกิดขึ้นหรือเปล่า
เพราะคนไข้มีโรคทางไตอยู่แล้ว เพราะ
ฉะนั้น ผมก็คิดว่าคนไข้ที่น่าจะตายด้วยโรค
ใหญ่ คือ acute exacerbation ของ
chronic pyelonephritis และคงจะมี
electrolyte imbalance อีกอย่างหนึ่งที่
นึกถึงคือ คนไข้ตายตอนที่ 5 นั้น คนไข้
มีอาการหนัก อาเจียน และไม่มีการดูแล

เพียงพอ คนไข้ aspirate เอา vomitus ของตัวเอง แล้ว suffocate ตาย เพราะฉะนั้น คนไข้ไม่ควรระวัง แต่ liver abscess แล้วแตกเข้าไป เห็นท่าจะไม่เหมือน

น.พ. ทวี ทาง lung มีหรือเปล่า เชิญคุณหมออย่าใจ ครัว

น.พ. ยาใจ ณ สงขลา (แผนก อายุรศาสตร์)

ผมไม่คิดว่า amebic liver abscess จะแตกพรแตกเข้าไปใน pleural cavity และทำให้คนไข้ตาย อยากจะคิดว่า uremia ตายมากกว่า

น.พ. ทวี ทาง heart ว่าอย่างไรครัว ตายจากอะไร

น.พ. โชติบุรณ์ บุณยเวช (แผนก อายุรศาสตร์)

ผมรู้สึกว่ามี ความเห็นแปลกไปหน่อย อันหนึ่งคือ pyelonephritis ผมเชื่อว่า มีแน่นอนครัว ทนผมสงสัยประวัติที่ว่า fever with chill นี่ Chill ทุกวันตลอดเกือบ ครึ่ง หรือครัว

น.พ. ประพนธ์ มีไข้เกือบตลอด

น.พ. โชติบุรณ์

อย่างนั้นผมก็นึกว่า septicemia น่าจะถึงมาก แต่ตาม protocol ว่า heart ไม่มี

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

น.พ. ทวี ผมถาม senior house ว่า คนไข้เกินมาโรงพยาบาลไข้ไหมครัว?

พ.ญ. วัฒนา จิตรพลี

คนไข้เกินมาได้ ไม่หอบ แต่ว่า weakness ของแขนและขา generalized weakness ไม่เหมือน nerve lesion.

น.พ. ทวี ผมฟังมาหมดแล้ว ยังไม่ทราบอะไรเหมือนกัน

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

พ.ญ. ศรีสุดา สติปรีชา (แผนก อายุรศาสตร์)

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

อย่างนี้อาจเรียกสมมติหมายว่า อีกประการ
หนึ่ง - septicemia แต่ว่า hemoculture
-no growth.

น.พ. ทวี Hemoculture no growth
ไม่ได้หมายความว่า ไม่ใช่ septicemia
คนไข้ประวัติ fever มี chill นั้เสมอ ๆ
ผมน่าจะนึกถึง septicemia หรือ amebic
นั้ครีบ Malaria เห็นจะไม่ใช่ เพราะ
ทุกสิ่งทุกอย่าง ชัดกัน รายงานผมนึกเอา
amebic liver abscess ไว้ก่อนละครีบ
แต่ที่ผมไม่ค่อยสบายใจนั้ คือ liver ไม่โต
ขึ้นมาเดือนครึ่ง liver น่าจะโตยั้ง แม้
แต่ left lobe น่าจะคล้าไ้ แต่เนื้คล้า
ไม่ไ้ไ้เลย

Cause of death รายงานผมก็ไ้ไม่ทราบ
อีกละครีบ คนไข้ตายกำลังนอนหลับสบาย
เสียด้วย เพราะฉะนั้น แกคงไม่แ่ยเอา
อาหารไปรับประทานตอนกลางคืนละมั้งครีบ
เรากั้เคยเจอ รับ ประทาน อาหาร แล้ว ตาย
vomit มาแล้วตาย และกั้เคยทำ CPC กัน
คนนั้ vomiting ก็ไ้ไม่ไ้ประวัติ อาหาร
กั้คงไม่ทานกลางคืน คนไข้คนนั้อายุ 36 ปี
ผมกั้คุยกับคุณหมอโชติบุรณั้ ว่าจะเป็น
myocardial infarction ไ้ไ้ใหม่ เพราะ
คุณหมอโชติ ไ้คนไข้คนนั้เป็น myo-
cardial infarction อายุ 35 ปี คนนั้

possibility มี แต่เรากั้ไม่มีอะไรจะบอกไ้
เพราะฉะนั้น ถ้าจะเอาตาม protocol ผม
กั้เอา

Rupture of liver abscess และตาย
จาก suffocation.

น.พ. ประพนธ์ (พยาธิแพทย์)

ผมอยากอ่าน note จาก history chart
ให้ฟังสักนั้ นั้คงเป็น note ของแพทย์
ประจำบ้าน (พ.ญ. สุพัทรา ชั้จักขวัคิ) Note
ตอนจะตายมีว่า - หลังจากรับไว้ไ้ใน
โรงพยาบาล คนไข้พักรู้เรื่องตลอด ไม่มี
อาการหอบหรือแน่นมากกว่าปกติ 24.00 น.
พยาบาลเปลี่ยนเวรยั้งถาม และพกดันรู้เรื่อง
ผู้ช่วยยั้งรู้สึกสบายคิไม่ไ้ ก่อนตายผู้ช่วย
มีไ้หลายครั้ง บางครั้งมีเสมหะในคอ, air
hunger ไ้ไ้โทรศัพท์ถามตอนออกมา คน
ไข้พักรู้เรื่องแล้ว 5 นาที และมีเขียน
คิไ้ว่า cause of death-pulm. emb-
olism. สำหรับนักเรียน หรือผู้ท้สั้งวนจันฉิ
โรคมาั้รายการคั้งนั้

Pyelonephritis-acute

or chronic. 8 ราย

Liver abscess (amebic
หรือไม้ amebic). 3 ราย

Bacteremia หรือ pyemia. 2 ราย

Perinephric หรือ

renal abcess.	1	ราย	มี thrombus บิดอยู่พอที่ รายนมี 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 abcess ทถาย

Autopsy findings and Anatomic Pathology

รายน เวลาตรวจศพพบอะไรบ้าง - เบ็ค
ช่องท้องไม่มน้ำ แต่มี adhesion ที่ liver
กับ diaphragm.

ในช่องปอดก็ไม่มีน้ำ มี congestion
and edema ของปอดทั้งสองข้าง

Congestion of liver, spleen and
kidney.

มีน้ำในช่องหัวใจ 50 ซี.ซี.

ผ่าเข้าไปข้างในก็พบ :-

นเป็น specimen จาก liver ของ
คนไข้รายนี้ ต้องดแบน ๆ ถึงจะเข้ากับ
position ของคนไข้ ทางนเป็นด้านหน้า
ทางนเป็นด้านหลัง ด้านหลังนี้มี abcess
ขนาดประมาณ 4 เซนติเมตร และมีผนัง
เป็น fibrous wall หนามาก แสดงว่า
เป็นมานาน และที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือมี
rupture เข้าไปใน inferior vena cava,
ใน inferior vena cava ตรงที่ rupture

จาก specimen นเป็น abcess ตรงบริเวณ
cavity ของมันซึ่งมีสีเหลือง ไม่ใช่
สีชมพูหรือโกโก้ใส่นม 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 abcess ถ่ายไม่ชัดนัก
จะเห็นว่า wall กระรุ้งกระริ้ว และมี gran-
ulation tissue เยอะแยะ เนื้อ liver cell
เองมี pressure atrophy เห็นนิต ๆ
หน้อย ๆ

Slide 3 นเป็น granulation tissue
เราถ่ายมาเพื่อจะหาตัว ameba แต่รู้สึกว่
ค่อนข้างจะหายากในรายนี้ มีตัวทคล้าย
มากที่สัคงจะเป็นทวน (ลูกศร) ซึ่งมี
outline พอไปได้ ส่วนทวน ๆ ไม่แน่ และ
จาก evidence อันนี้เลยสรุปว่า น่าจะเป็น
amebic liver abcess.

Slide 4 ชิ้นเป็น thrombus อยู่ใน inferior vena cava เป็นก้อนเนื้อเรื้อรัง เห็นโคจรถัด ชิ้นเป็นก้อน thrombus ชิ้นเป็นเนื้อ liver ซึ่งติดกับ wall ของ inferior vena cava.

Slide 5 ชิ้นเป็นปอด ปอดคนถ่มการเปลี่ยนแปลง ชิ้นเป็น pulm. artery ก้อนแดง ๆ ชิ้นเป็น thrombus ซึ่งอยู่ใน pulm artery เพราะฉะนั้นรายนถ่ม thrombosis ของ pulm artery หรือว่าเป็น embolism จาก inferior vena cava หลุดเข้าไปอยู่ใน pulm artery เป็นสาเหตุของ sudden death ในรายนี้

Slide 6 ชิ้นเป็น microscopic picture ของ thrombus ซึ่งอยู่ใน pulm artery เป็น fresh thrombus.

Slide 7 ชิ้นเป็นการถ่ายภาพใกล้ให้ดู แสดงถึงเริ่มมี organization แถว base.

Slide 8 ชิ้นเป็น thrombus ใน pulm

artery อีกชิ้นหนึ่งเป็น thrombus ชิ้นข้างใน มี organization แล้ว thrombus คงมีหลายอันแล้ว ชิ้นก้อนเล็กๆ มาก่อน ชิ้นสุดท้ายก้อนใหญ่ หลุดเข้าไปเลยตาย

ที่ kidney มี congestion อย่างมาก และมี hyaline cast อยู่ใน tubule แต่ว่าไม่มีการอักเสบเฉย pyelonephritis เลย รายงานทำไมไม่มี marked congestion ของ kidney มี edema ของเท้า ก็คงเนื่องจาก thrombosis ที่ inferior vena cava ทำให้ circulation disturbance ไปได้ เกิดมี edema, congestion, albumiuria. เกิดขึ้นได้

น.พ. ทวี acute pyelonephritis ไม่มีหรือครับ

น.พ. ประพนธ์ ไม่มี

น.พ. ทวี ชิ้นเป็น case แรกที่ผมเคยเห็น ที่ amebic liver abscess แตกเข้า inferior vena cava.