

เวชกรรมบันทึก

จิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ Extern*

อรรณพ พิริยะแพทย์ส่ม พ.บ.*

เนาวรัตน์ ศรีสวัสดิ์ พ.บ.*

ประวัติผู้ป่วย

เด็กชายไทย อายุ 6 ปี ภูมิลำเนา อ. ตาพระยา จ. สระแก้ว

CC : ไข่อ่อนเพลียมา 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีไข่อ่อนเพลีย ญาติสังเกตว่าซีดลง

4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีไข้สูง น้ำมูกใส เลือดกำเดาไหล ไม่มีเลือดออกผิดปกติอื่น พาไปโรงพยาบาลสระแก้ว ผลการตรวจ CBC พบ leukocytosis, thrombocytopenia with blast cell สงสัย leukemia จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาล พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ประวัติอดีต : คลอดเอง ปกติ ปฏิเสธโรคประจำตัวใด ๆ

ได้รับการฉีดวัคซีน: ครบตามเกณฑ์

ภาวะโภชนาการ : ปกติ

ประวัติครอบครัว : ปฏิเสธโรคประจำตัวในครอบครัว

ประวัติภูมิแพ้ : ไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ

ตรวจร่างกาย : เด็กชายไทย สดสีชมพู ภาวะปกติ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.5 °C หายใจ 26 ครั้ง/นาที ชีพจร 114 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 มม.ปรอท น้ำหนัก 19.5 กก.

HEENT : ซีดเล็กน้อย ไม่เหลือง ฟันผุ

หัวใจ และ ปอด : ปกติ

หน้าท้อง : ตับโต 3 เซนติเมตร ม้ามไม่โต

อวัยวะเพศ : อวัยวะปกติ 2 ข้าง

ผิวหนัง : ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว

ต่อมน้ำเหลือง : คลำพบเป็นสายบริเวณคอ ขนาด 1.2 เซนติเมตร และบริเวณขาหนีบ ขนาด 1 เซนติเมตร ทั้ง 2 ข้าง

อาการทางระบบประสาท : ปกติ

Extern จิรา : มีปัญหาอะไรบ้างในผู้ป่วยรายนี้

Extern สติติย์ : 1. ไข้และโลหิตจาง

2. ตับโต

3. hyperleukocytosis with thrombocytopenia

4. ฟันผุ

พญ. เนาวรัตน์ : ในรายนี้คงไม่มีปัญหาในการวินิจฉัย ความสำคัญอยู่ในเรื่องของ การรักษามากกว่า

* กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

พญ. กนกกร : ขอถามแพทย์จากรพ. ถ้าพบผู้ป่วยอย่างนี้ท่านจะให้การรักษาอย่างไรบ้าง

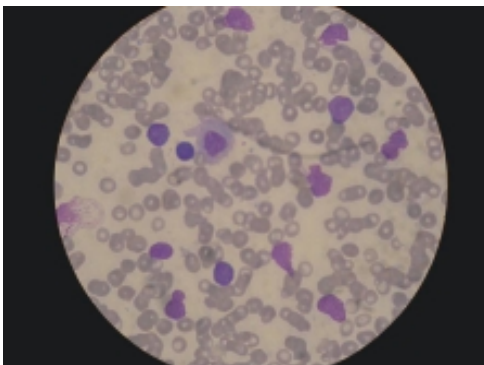
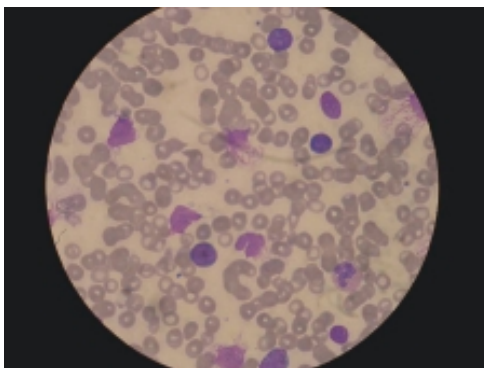
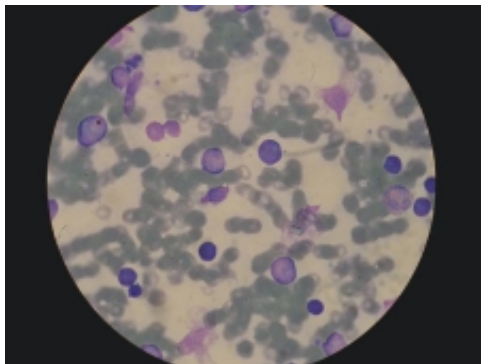
แพทย์ รพช : คงต้องดู slide และรีบส่งต่อผู้ป่วยมาโดยเร็ว

Extern จิรา : จะส่งสืบค้นทางห้องปฏิบัติการอะไรบ้าง

Extern สถิตย์ : CBC with slide peripheral blood smear

Extern จิรา : CBC : wbc 134,000 cell/cumm (N = 18%, E = 4%, blast cell 78%)

Hb11 g/dl, plt 84,800 cell/cumm peripheral blood smear เป็นดังนี้

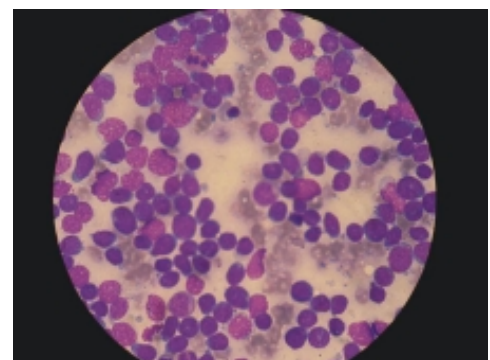
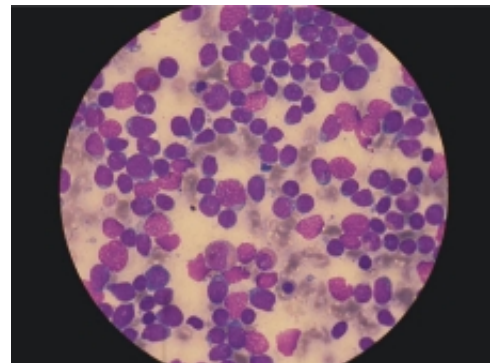


Extern สถิตย์ : จาก slide blood smear เข้าได้กับ lymphoblast

พญ. กนกกร : จาก slide blood smear จะแยก lymphoblast กับ atypical lymphocyte ได้อย่างไร

พญ. เนาวรัตน์ : ถ้าเป็น lymphoblast จะมีลักษณะ scanty cytoplasm, some nucleoli and dense nuclear chromatin แต่ถ้าเป็น atypical lymphocyte มีลักษณะ irregular shape, no nucleolus and deep blue cytoplasm แต่อย่างไรก็ตามควรทำการตรวจไขกระดูกเพื่อยืนยันให้แน่นอนอีกครั้ง

Extern จิรา : ผลการตรวจไขกระดูก พบว่ามี เซลล์ผิดปกติขนาดเล็กถึงขนาดกลาง, scanty cytoplasm, some neucleoli and dense nuclear chromatin เข้าได้กับ lymphoblast



Extern จิรา : ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ คือ

PT = 15.5 min (control = 11.7), INR = 1.34,

PTT = 24.9 min (control 25.5) PTT 24.9 (control 25.2)

BUN = 12 mg/dl, Cr. = 0.5 mg/dl, Total
 Billirubin = 0.9 mg/dl, Direct Billirubin = 0.1 mg/dl

Uric acid 6.4 gm/dl, Na = 140 mmol/L,
 K = 3.6 mmol/L, Cl = 104.9 mmol/L, HCO₃ = 25
 mmol/L, Alkaline Phosphatase = 162 mg/dl,

SGOT = 183 mg/dl, SGPT = 24 mg/dl,
 Ca = 9.0 mmol/L, PO₄ = 28 mmol/L, Mg = 2.1
 mmol/L

ผลตรวจปัสสาวะ : pH 6.0, alb & sugar neg,
 sp gr. 1.005, rbc 0-1 /hf, wbc 0-1/hf, sq.cell
 0-1 / hf

Extern จิรา : จากผลการตรวจทางห้อง
 ปฏิบัติการ พบมีภาวะ hyperleukocytosis ได้ให้การ
 รักษาดังนี้

Initial management

5%D/N/4 1,000 cc. + 7.5% NaHCO₃ 30cc.

IV drip 100 cc./hr. (3,000 cc./m²/day.)

Allopurinol (10MKD)

Cut down เพื่อทำการถ่ายเลือด (total blood
 exchange)

BM aspiration Emergency

พญ. นาวรัตน์ : ในรายนี้มีภาวะ hyper-
 leukocytosis ต้องระวังภาวะ tumor lysis syndrome
 ร่วมด้วยถ้าผู้ป่วยยังไม่พร้อมให้เคมีบำบัดคงต้องทำ
 leukapheresis แต่เนื่องจากเด็กยังตัวเล็ก ประกอบกับ
 ทางโรงพยาบาลไม่มี leukapheresis จึงต้องทำ total
 blood exchange ไปก่อน และต้องติดตามผลการตรวจ
 ทางห้องปฏิบัติการทุก 6 ชม.

Extern จิรา : หลังจากถ่ายเลือด ผล
 CBC : WBC = 149,000 cell/cumm Neutrophil = 6%,
 Glast Cell = 84%, Hct. = 35.9%, Platelet = 56,100
 ร่วมกับผล BMA เข้าได้กับ lymphoblast จึงเริ่มให้การ
 รักษา high risk ALL protocol (induction) ด้วย
 vincristine, doxorubicin, metrotrexate

พญ. นาวรัตน์ : การถ่ายเลือด เป็นเพียง

แค่การซื้อเวลา และในรายนี้จำเป็นต้องทำ BMA
 emergency เพราะมีภาวะ hyperleukocytosis จากผล
 BMA เข้าได้ กับ Acute Lymphocytic Leukemia (ALL)
 ซึ่งตาม incidence จะเป็น B cell มากกว่า T cell
 ประกอบกับขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่จะให้เคมีบำบัดได้
 แล้วซึ่งจะทำให้เม็ดเลือดขาวลดลงได้ดีกว่าการถ่ายเลือด
 จึงเริ่มให้เคมีบำบัด

Extern จิรา : หลังให้เคมีบำบัดผล
 CBC: WBC 73,800 cell/cumm Neutrophil = 9%
 Lymphocyte = 21% Blast Cell = 65% Hct. = 30%
 Platelet = 123,000 cell/mm³

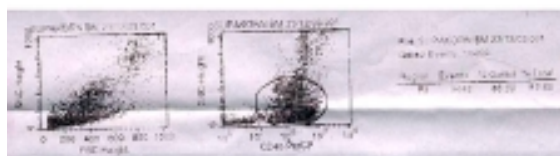
พญ. นาวรัตน์ : ก่อนที่จะเริ่มยาเคมีบำบัด
 ได้ส่งภาพถ่ายรังสีปอด ขอเชิญ พญ.นวลรัตน์ ช่วยอ่าน
 फिल्मด้วยค่ะ

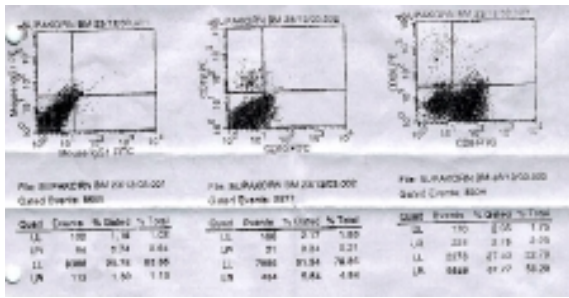


พญ. นวลรัตน์ : จากผลภาพถ่ายรังสีปอดพบมี
 widening ของ mediastinum เข้าได้กับ mediastinal
 mass

พญ. นาวรัตน์ : จากผลภาพถ่ายรังสีร่วมกับ
 ผล immunophenotype เข้าได้กับ T cell ALL มี
 CD3+, CD5+, CD7+ จึงเปลี่ยนเป็น T cell ALL protocol

Flow Cytometry Report





พญ. กนกกร : สรุปว่าสิ่งที่โรงพยาบาลชุมชนทำได้ก่อนจะส่งต่อคือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างทราบว่าการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างไร

พญ. เนาวรัตน์ : สำหรับ T cell สามารถพยากรณ์โรคได้ประมาณร้อยละ 70

Intern อรรถนพ : จะขอเสนอความรู้เรื่องภาวะ hyperleukocytosis

Hyperleukocytosis คือภาวะที่มีเม็ดเลือดขาวมากกว่า 100,000 cell/mm³ ทำให้เกิดมีความหนืดของเลือดมากขึ้นและมี tumor ไปอุดตันตามหลอดเลือด

ร้อยละ 9-13 พบใน ALL

ร้อยละ 5-22 พบใน ANLL

อัตราการตายใน ALL พบร้อยละ 5 ใน ANLL พบร้อยละ 23

สาเหตุการตายเกิดจาก intracranial hemorrhage, thrombosis, pulmonary hemorrhage และ leukostasis

อาการและอาการแสดง

1. ระบบประสาท : blurred vision, confusion, delirium, papilledema,
2. ระบบทางเดินหายใจ: tachypnea, dyspnea, hypoxia
3. ระบบทางเดินปัสสาวะ: oliguria, anuria, priapism

Tumor lysis syndrome คือภาวะที่ blast cell ถูกทำลาย และปล่อย intracellular contents โปรตีน เซียม ฟอสฟอรัส และ nucleic acid ออกมาทำให้เกิด hyperuricemia, hyperkalemia และ hyperphosphatemia ถ้าให้การรักษาไม่ทันท่วงที่ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดปกติ ไตวาย ชัก ไม่รู้สึกตัว DIC และถึงแก่ความตายได้ในที่สุด

การรักษาภาวะ hyperleukocytosis และ tumor lysis syndrome

การรักษา	แนวทางปฏิบัติ
Hydration and alkalization mannitol	5%D/N/4 +50-100 mEq/l NaHCO ₃ keep urine sp gr < 1.010, urine output > 100ml/m ² /hr and urine pH7.0-7.5 0.5-1.0 g/kg เมื่อมีภาวะ oliguria
allopurinol	100mg/m ² /dose PO ทุก 8 hr
Leukapheresis or exchange transfusion การดูแล, ติดตาม	Electrolytes, calcium, phosphorus, uric acid, BUN, Cr ทุก 6 hr CBC ทุก 6 hr Urine output, pH, sp gr Cardiac monitor Respiratory and CNS monitoring
เคมีบำบัด	ให้เมื่อมี adequate urine output
dialysis	เมื่อมี renal failure with K > 6 mEq/l, phosphate > 10 mg/dl, oliguria, anuria, and volume overload