

BỆNH ÁN NHỊ KHOA

I. HÀNH CHÍNH:

- Họ và tên: VÕ THÁI NGỌC
- Tuổi: 61 tháng
- Giới: nam
- Nghề nghiệp: dưới 6 tuổi, có đi nhà trẻ
- Dân tộc: kinh
- Địa chỉ: ấp Hòa Quới, xã Xuân Hòa, Kế Sách, Sóc Trăng
- Họ tên cha: Võ Sol Đa, trình độ học vấn 9/12, nghề nghiệp: làm vườn
- Họ tên mẹ: Võ Thị Hồng Đoan, trình độ học vấn 9/12, nghề nghiệp: làm vườn
- Vào viện lúc: 7g55p ngày 30/11/2020

II. CHUYÊN MÔN:

1. Lí do vào viện: Sốt cao + co giật toàn thân
2. Bệnh sử:
 - Cách nhập viện 3 ngày, bé ho đàm trắng trong lượng ít, kèm sốt 38,5 độ C, điều trị tại phòng khám tư (có kháng sinh + hạ sốt không rõ loại), có giảm ho và sốt. Cùng ngày nhập viện, bé sốt trở lại 39 độ C, kèm co giật toàn thân với tính chất co gồng 2 tay, 2 chân duỗi, thời gian khoảng 1 phút, tự hết, ra cơn bé lừ đừ, không kèm nôn ói, người nhà cho bé uống 1 gói Paracetamol 250mg sau đó đưa bé nhập bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. Trên đường di chuyển bằng xe máy, bé xuất hiện thêm 2 cơn co giật với tính chất tương tự cách nhau khoảng 20p, tự hết sau khoảng 1 phút, không có xử trí gì.
 - Tình trạng lúc nhập viện:
 - + Bé lừ đừ, sốt cao, co gồng toàn thân
 - + DHST: Mạch: 125 l/p Nhiệt độ: 40 độ C
 - HA: 130/90 mmHg Nhịp thở: 32 l/p
 - + Môi hồng khi thở oxy qua canula 2 lít/phút
 - + Chi âm, CRT < 2s
 - + Mạch quay đều, rõ
 - + Tim đều, phổi trong, bụng mềm
 - + Họng sạch, không ban tay chân miệng
 - + Cổ mềm
 - Xử trí tại thời điểm nhập viện:
 - + Diazepam 10mg/2ml bơm hậu môn 1 liều
 - + Lau mát tích cực
 - Sau xử trí, bé nằm yên, thở đều, SpO2 99% (O2 2l/p)
3. Diễn tiến bệnh phòng:

Ngày	Diễn tiến	Xử trí
Ngày 1 (30/11/2020); sau nhập viện 30' - 1h30' (8h30' - 9h30')	Bệnh nhân co gồng toàn thân 2 lần, môi hồng/oxy canula 2 lít/phút, chi ấm, nhiệt độ: 37,5°C, mạch quay rõ 120 l/p, HA: 100/60mmHg, tim đều, phổi thông khí 2 bên, bụng mềm, phản xạ (+) đồng tử đều 2 bên 2,5mm.	Midanium (Midazolam) 5mg/ml 3mg (TMC)
Sau nhập viện 3h (10h40')	Bé đừ Thở co lõm ngực 45l/p Thở rít Cổ gượng	Adrenaline 3 ống NaCl 9‰ đủ 3ml phun khí dung 1 cử.
Sau phun khí dung (10h50')	Bé lừ đừ tăng tiết đàm Môi hồng nhạt/ oxy 10l/p Thở co lõm ngực nặng 45l/p Phổi ran ẩm SpO2 80-85%	Hút đàm nhớt Bóp bóng qua mask và Oxy 10l/p Đặt NKQ 5,5 l ống không bóng chèn Bóp bóng qua NKQ Fenylhan 500mg x 2(TMC) trước đặt NKQ

Sau bóp bóng 20p (11h10')	Bé nằm yên Môi hồng/NKQ Sinh hiệu ổn SpO2 99% VTC 201ml	Thở máy qua NKQ Mode AC/PC IP/PEEP 18/6 RR 25l/p I/E 1/2 FiO2 60% Đặt Sonde dạ dày nhỏ sữa 190ml/3h Meropenem Kabi 1000mg NaCl 9‰ đủ 100ml Lấy 920mg (92ml) BTTĐ 92ml/h x3 Vancomycin 500mg lấy 450mg Glucose 5% 90ml BTTĐ 90ml/h x3 Đặt catheter động mạch quay
13h	Bé kích thích HA 120/60 mmHg Sonde dạ dày ra lợn cợn máu.	Midanium 3mg (TMC) Fenylham (Fentanyl) 50µg (TMC) Midanium 70mg Glucose 5% đủ 50ml TTM/BTTĐ 2ml/h (2mg/kg/h)
Sau dùng an thần 2h (14h30-16h)	Bé nằm yên thở máy Sốt hai lần 38,5oC HA xâm lấn : 130/70mmHg	Paracetamol Kabi 1g/100ml Lấy 400mg ~ 40ml TTM 80ml/h Chuyển ICU Nằm đầu cao 30o Tiếp tục thở máy với FiO2 40%
Sau nhập ICU 2h (17h50)	Bé nằm yên Tái sốt 40,2oC HAXL 140/70 mmHg	Ibuprofen 10ml (u) Lau mát tích cực => giảm sốt
Ngày thứ 2 của bệnh (1/12/2020)	Bé nằm yên, thở máy Tái sốt 39oC HAXL 120/80 mmHg	Paracetamol BBraun 1g/100ml Lấy 400mg-40ml (khi sốt) Lau ấm tích cực Tiếp tục kháng sinh.
Ngày thứ 3 của	Bé kích thích	Nằm đầu cao 30o

bệnh (2/12/2020) 5h30	Tái sốt 38,5oC HAXL 135/60 mmHg Tụt NKQ, tụt thở	Adrenalin 1% x2 ống NaCl 0,9% đủ 3ml PKD Dexamethason 4mg 6mg (TMC) Bóp bóng qua mask với Oxy 10l Đặt NKQ -> Thở máy
6h-23h	Bé tỉnh, không tái sốt Các triệu chứng cải thiện Sinh hiệu ổn định	Tiếp tục kháng sinh
Ngày 4 đến ngày 6 của bệnh	Bé nằm yên Môi hồng Chi ấm Mạch rõ 95 l/p HAXL 100/60 mmHg SpO2 98% (Oxy 2l/p)	Ngưng thở máy từ ngày thứ 6 của bệnh Tiếp tục kháng sinh Dexamethasone 4mg 8mg x 3 (TMC)

4. Tiền sử:

a. Bản thân:

- Sản khoa:

+ PARA: 2002, sanh đủ tháng, phương pháp sanh ngả âm đạo, không ghi nhận biến chứng trong cuộc sanh

+ Sau sanh: Bé khóc ngay sau sanh, APGAR 7/9, cân nặng 3,2 kg, bú mẹ ngày thứ 1 sau sanh, tiêu phân su ngày thứ 2 sau sanh, không ghi nhận các biến chứng hậu sản ở mẹ và bé

- Dinh dưỡng:

+ Bé bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, cai sữa mẹ lúc 12 tháng

+ Ăn dặm từ tháng thứ 6, ăn đầy đủ các loại thức ăn

+ Ăn cơm mềm từ lúc 2 tuổi, ăn đa dạng các thành phần thức ăn

+ Hiện tại bé ăn cơm như người lớn, khẩu phần ăn 1 chén x 2 bữa chính trong ngày, đa dạng loại thức ăn, ăn ít rau củ, ăn canh bỏ cái, có uống kèm sữa công thức.

- Chủng ngừa:

+ Bé được thực hiện chủng ngừa đầy đủ theo chương trình tiêm chủng quốc gia, bao gồm vaccin ngừa viêm gan B, lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, Hib, bại liệt, viêm não Nhật Bản, sởi, rubella.

+ Chưa tiêm ngừa phế cầu, não mô cầu.

- Bệnh tật:

+ Chưa ghi nhận các bệnh lý mạn tính, tiền sử chấn thương vùng đầu, phẫu thuật thần kinh trước đây.

+ Chưa ghi nhận tiền sử co giật trước đây.

- Phát triển:

+ Thể chất:

- Bé tăng cân phù hợp với lứa tuổi, hiện tại cân nặng 23 kg.

- Bé phát triển chiều cao phù hợp lứa tuổi, hiện tại 115 cm.

+ Vận động: bé biết lật lúc 4 tháng, biết bò lúc 7 tháng, biết đi lúc 12 tháng, nói rõ từ đơn lúc 12 tháng, nói câu dài lúc 20 tháng → phù hợp với lứa tuổi.

+ Tinh thần: phát triển phù hợp với lứa tuổi.

b. Gia đình:

- Điều kiện kinh tế: khá giả

- Có quan tâm chăm sóc bé chu đáo

- Chưa ghi nhận bệnh lý mạn tính có liên quan đến yếu tố gia đình

- Chưa ghi nhận tiền sử động kinh co giật

c. Dịch tễ:

- Bé không di chuyển khỏi nơi cư trú trong vòng 1 tháng gần đây

- Nơi bé cư trú không ghi nhận có dịch tay chân miệng, sốt xuất huyết, sởi,...

5. Tình trạng hiện tại:

- Bé hết sốt 5 ngày

- Không đau đầu, không nôn ói, không co giật

- Đi tiêu phân vàng đóng khuôn

- Nước tiểu vàng trong

- Ăn uống kém, ăn ít cháo, không chịu uống sữa

6. Khám LS: 7g30 ngày 7/12/2020 (ngày thứ 8 nhập viện)

a. Tổng trạng:

- Bé tỉnh, ít giao tiếp

- DHST:

- + Mạch 90 l/p

- + Nhiệt độ: 37,5 độ C

- + Nhịp thở: 23 lần/phút

- + SpO2: 97% (KP)

- Da niêm hồng, không ghi nhận mảng bầm, chấm xuất huyết, ban tay chân miệng.

- Không phù, tuyến giáp không to, hạch ngoại vi sờ không chạm

- Cân nặng 23kg, chiều cao 119 cm → BMI: 16,2 kg/m² → sức khỏe dinh dưỡng tốt theo biểu đồ tăng trưởng tỉ lệ phần trăm BMI theo tuổi ở trẻ.

b. Khám thần kinh:

- GCS: 15 điểm

- Dấu màng não: cổ mềm, Kernig (-), Brudzinski (-)

- Dáng đi loạng choạng, giữ thăng bằng kém.
- Đồng tử # 2mm, phản xạ ánh sáng 2 bên (+)
- Khám 12 đôi dây thần kinh sọ:
 - + Dây III, IV, VI: trờ nhìn theo hướng di chuyển của đồ vật (trên-dưới, trong-ngoài), không rung giật nhãn cầu.
 - + Dây VII: nhân trung không lệch, mắt nhắm kín.
 - + Khám các dây còn lại: chưa ghi nhận bất thường.
- c. Khám tim mạch:
 - Lồng ngực cân đối, không sẹo mổ cũ, không ỏ đập bất thường.
 - T1, T2 đều rõ, tần số 90 lần/phút.
 - Mạch quay đều, rõ, trùng với nhịp tim
- d. Khám hô hấp:
 - Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở
 - Rung thanh đều 2 bên
 - Gõ trong
 - Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường, không ghi nhận rale bệnh lí
- e. Khám tiêu hóa:
 - Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở.
 - Không dấu hiệu gõ đục vùng thấp.
 - Bụng mềm, gan lách sờ không chạm.
- f. Khám tai mũi họng:
 - Họng sạch, không lở loét
 - Không chảy mủ tay
- g. Khám các cơ quan khác: chưa ghi nhận bất thường
- 7. Tóm tắt bệnh án:
 - Bệnh nhi nam 61 tháng tuổi vào viện vì sốt + co giật qua hỏi bệnh sử, tiền sử và khám lâm sàng ghi nhận:
 - + Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới : sốt, lừ đừ, ran ẩm, ho đàm.
 - + Hội chứng suy hô hấp cấp : thay đổi tri giác, thở nhanh 45 l/p, co lõm ngực, SpO2 80-85%, tim nhanh 125l/p, ran rít.
 - + Dấu hiệu màng não: cổ gượng.
 - + Triệu chứng thần kinh trung ương: co giật toàn thân, giữ thăng bằng kém.
 - + qSOFA: 2 điểm
- 8. Chẩn đoán sơ bộ:

Nhiễm trùng huyết nghi từ đường hô hấp biến chứng nguy ngập hô hấp cấp – theo dõi viêm màng não nghi do phế cầu – Hiện tại tiến triển tốt
- 9. Chẩn đoán phân biệt:

Nhiễm trùng huyết nghi từ đường hô hấp biến chứng nguy ngập hô hấp cấp – theo dõi viêm não - màng não do siêu vi

Nhiễm trùng huyết nghĩ từ đường hô hấp biến chứng nguy ngập hô hấp cấp – theo dõi viêm màng não do liên cầu

Viêm phổi biến chứng nguy ngập hô hấp cấp – viêm màng não nghĩ do liên cầu

10. Biện luận:

- Nghĩ đến nhiễm trùng huyết từ đường hô hấp vì bệnh nhi có biểu hiện ở nhiễm trùng đường hô hấp dưới, kèm theo điểm qSOFA ≥ 2 (ngoài phòng ICU). Tuy nhiên, qSOFA có độ đặc hiệu không cao và chưa có nhiều nghiên cứu về tính hiệu quả ứng dụng trên trẻ em, nên có khả năng gây dương tính giả. Ở bệnh nhi này, nhịp thở tăng có thể do tình trạng viêm phổi, tri giác giảm có thể là triệu chứng của viêm màng não mà không liên quan tình trạng nhiễm trùng huyết \rightarrow đề nghị cấy máu để xác định chẩn đoán.
- Ghi nhận bệnh nhi có tình trạng suy hô hấp cấp giai đoạn nguy ngập hô hấp trên lâm sàng (theo PALS) vì dấu hiệu hô hấp còn bù với nhịp thở nhanh, tăng công hô hấp, mạch, HA tăng, tâm thần kích thích, chưa ghi nhận các cơn ngưng thở và hôn mê. Nghĩ nhiều đây là biến chứng của nhiễm khuẩn huyết, nhưng cũng không loại trừ là do viêm phổi nặng gây ra.
- Theo dõi viêm màng não trên bệnh nhi này vì có tình trạng nhiễm trùng kèm theo dấu hiệu màng não, các triệu chứng thần kinh trung ương. Tuy nhiên chưa thể khẳng định chẩn đoán vì dấu hiệu màng não không rõ (chỉ có cổ gượng, Kernig, Brudzinski (-)), không có tam chứng màng não điển hình \rightarrow đề nghị chọc dò dịch não tủy để xác định chẩn đoán.
- Nghĩ tác nhân gây nhiễm trùng là phế cầu vì lứa tuổi của bệnh nhi phù hợp với dịch tễ, kèm theo tiền sử chưa tiêm ngừa phế cầu. Hơn nữa, cơ địa viêm màng não đồng mắc với viêm phổi cũng gợi ý tác nhân là phế cầu. Tuy nhiên cũng chưa thể loại trừ các tác nhân khác, bao gồm siêu vi cũng có thể gây viêm phổi và viêm màng não \rightarrow đề nghị cấy dịch não tủy và cấy đàm để xác định.

11. Đề nghị CLS:

a. CLS hỗ trợ chẩn đoán:

- Cấy máu định danh vi khuẩn + làm KSD
- Cấy đàm định danh vi khuẩn
- Chọc dò dịch não tủy + cấy dịch não tủy làm KSD
- Chụp XQ ngực thẳng
- Khí máu động mạch
- Lactat máu, Pro-calcitonin
- Đường huyết tĩnh mạch tại thời điểm chọc dò DNT

b. CLS hỗ trợ điều trị và tiên lượng:

- CTM
- Định lượng AST, ALT, Ure, Creatinin
- ECG thường quy
- Ion đồ

- Tổng phân tích nước tiểu

c. Kết quả CLS đã có:

Điện giải	11h 30-11	15h 30-11	20h 30-11	9h 1-12	9h 2-12
Na (mmol/l)	120.1 giảm	119.7			136.2
K (mmol/l)	3.64	3.53			3.2
Cl (mmol/l)	90.9 giảm	90.4			106.5
Ca ion hóa (mmol/l)					1.23
Mg (mmol/l)					0.8
CRP (mg/l)	295.5 tăng				
Procalcitonin(ng/ml)					192,9 tăng
Lactat (mmol/l)			14.0		
Glucose (mmol/l)					10.4 tăng
Dịch não tủy					
Protein (g/l)			1.72 tăng		
Glucose (mmol/l)			0.4 giảm		
Clorua (mmol/l)			120.6		
Phản ứng Pandy			Dương tính		

Công thức máu	30-11	2-12
Hồng cầu ($10^{12}/l$)	4.43	3.91
Hb (g/l)	117	93
Hct (%)	0.36	0.30
Bạch cầu ($1G/l$)	26.63 (Neu 90%)	10.3 (Neu 92%)
Tiểu cầu ($10^9/l$)	198	245

Khí máu ĐM	30-11 FiO2: 60%	9h 1-12 FiO2:40%	9h 2-12
pH	7.28	7.38	7.47
pCO2	24.0	24.3	21.6
pO2	93	147.4	121.4
HCO3	14.0	17	19
Kiểm dư	-14.1	-9.4	-6.4

Tổng phân tích nước tiểu	1-12	Nước tiểu 24 giờ	2-12
Tỷ trọng	1.020	Na	96.8mmol/l
pH	5.0	K	28.3mmol/l
Bạch cầu	Âm tính		
Hồng cầu	25cell/mc		
Nitrit	Âm tính		
Protein	0.3g/l		
Glucose	Âm tính		
Thể keton	1.5 mmol/l		
Bilirubin	Âm tính		
Urobilinogen	Bình thường		

***Biện luận cận lâm sàng:**

- Công thức máu với số lượng bạch cầu tăng cao ($26 \times 10^9/l$) chủ yếu là neutrophil (hơn 90%) và CRP tăng cao (295mg/l) phù hợp với lâm sàng có hội chứng nhiễm trùng.
- Natri máu giảm thật sự (120mmol/l) có thể là biến chứng của viêm màng não, đồng thời cũng là yếu tố thúc đẩy co giật ở bệnh nhi này.
- Khí máu động mạch N1 toan chuyển hóa phù hợp với bệnh cảnh nhiễm trùng nặng. Các ngày sau kết quả KMĐM cho thấy tình trạng bù trừ tốt.
- Sinh hóa dịch não tủy với hiện tượng tăng protein, giảm glucose và phản ứng Pandy dương tính cho thấy có sự rối loạn hàng rào máu não, phù hợp với chẩn đoán viêm màng não do vi khuẩn.
- X quang gợi ý có hiện tượng viêm ở đường dẫn khí, có thể là ngõ vào của tác nhân gây bệnh → nghĩ là viêm phế quản phổi.
- Procalcitonin tăng nhẹ (1,92 ng/l) thuộc khoảng 0.5-2 ng/l sau 3 ngày điều trị gợi ý bé đáp ứng tốt với việc điều trị kháng sinh đang dùng. Nuôi cấy dịch não tủy âm tính, nên dựa vào lâm sàng bé cải thiện nên tiếp tục kháng sinh đã có đến khi đủ ngày.
→ Kết luận: các kết quả CLS phù hợp với một ổ nhiễm trùng từ đường hô hấp, kết quả chọc dò DNT cũng ủng hộ chẩn đoán viêm màng não do vi khuẩn. Tuy nhiên kết quả cấy DNT âm tính nên chưa định danh được tác nhân cụ thể, cần chờ kết quả cấy máu để xác định.

12. Chẩn đoán sau cùng:

Theo dõi nhiễm trùng huyết/ viêm phế quản biến chứng nguy cấp hô hấp cấp – viêm màng não mũ nghĩ do phế cầu – hiện tại tiến triển tốt.

13. Điều trị hiện tại:

a. Mục tiêu điều trị:

- Tiếp tục duy trì kháng sinh hiện tại đến đủ 14 ngày.
- Thực hiện chế độ dinh dưỡng với khẩu phần tăng dần giúp bé hồi phục thể trạng
- Khuyến khích trẻ tăng cường vận động, giao tiếp để theo dõi và phát hiện sớm các di chứng về tâm thần kinh

b. Điều trị cụ thể:

{ Meropenem Kabi 1g
NaCl 9‰ đủ 100ml

Lấy 920 mg = 92ml

TTM : 92ml/h x 3 cử (8g-16g-0g)

{ Vancomycin 0,5g lấy 450mg
Glucose đủ 50ml

TTM/SE 50ml/h x 3 cữ (9h-17h-1h)

c. Hướng điều trị tiếp theo:

- Bé hết sốt 3 ngày nên cho chọc dò dịch não tủy để kiểm tra lại.
- Tiếp tục sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Theo dõi tri giác, sinh hiệu, các dấu hiệu thần kinh: co giật, dấu màng não, tăng áp lực nội sọ.
- Theo dõi tình thần vận động: nói, đi đứng.
- Dinh dưỡng: cháo, sữa.

14. Tiên lượng:

- Gần: trung bình, bé được sử dụng kháng sinh sớm, hiện tại bé tiến triển tạm ổn. Tuy nhiên chưa nói chuyện bình thường được (chỉ nói đc từ đơn), đi đứng chưa vững, ăn uống kém nên cần theo dõi thêm.
- Xa: trung bình, bé có nguy cơ có thể bị các khiếm khuyết trong quá trình phát triển tâm thần vận động: động kinh, thất điều, khiếm khuyết về ngôn ngữ.

15. Dự phòng:

- Tiêm chủng đầy đủ (Hib, phế cầu, não mô cầu).
- Giữ vệ sinh sạch sẽ cho bé.
- Khi bé có tiếp xúc gần với người nghi nhiễm não mô cầu, nên đến trung tâm y tế để được sử dụng kháng sinh phòng ngừa.