

BỆNH ÁN

I. HÀNH CHÁNH

Họ và tên: HỒ HỒNG PHÚ Tuổi: 37 tháng Giới: Nam

Địa chỉ: Tổ 25, khu vực IV, phường Hưng Phú, quận Cái Răng, thành phố Cần Thơ

Họ và tên cha: HỒ ANH TÚ Tuổi: 35 Trình độ học vấn 12/12

Nghề nghiệp: nhân viên văn phòng

Họ và tên mẹ: LÊ KIM THI Tuổi: 34 Trình độ học vấn 12/12

Nghề nghiệp: nhân viên văn phòng

Ngày giờ vào viện: 18 giờ 56 phút, ngày 17/10/2020.

II. CHUYÊN MÔN

1. Lý do vào viện: sốt, nôn ói nhiều

2. Bệnh sử

• Từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện

Mẹ bé khai bệnh. Bé bệnh 4 ngày.

Ngày 1 – 2: bé ho, sổ mũi. Không sốt, ăn uống được.

Ngày 3: khoảng 22h, bé sốt 38.8°C , người nhà cho uống thuốc hạ sốt và lau mát, có giảm sốt. Kèm theo đó phát hiện sẩn hồng ban kích thước 1 – 2 mm, ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, số lượng 4 – 5 sẩn ở mỗi bên, không đau, không ngứa. Sau đó, bé ngủ lại được, bé không quấy, không giật mình.

Ngày 4: bé sốt 38.8°C kèm nôn ói #5-6 lần, ban đầu ra thức ăn, về sau ra dịch trong nên người nhà đưa nhập viện bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ.

• Tình trạng lúc vào viện

- Bé tỉnh
- Môi hồng

- Chi ấm, mạch rõ 135 lần/phút.
- Thở đều 34 lần/phút, không co lõm.
- Hồng ban ở tay chân
- Loét miệng (\pm)
- Sốt ngày 2. Nhiệt độ: 38.5°C
- Nôn ói nhiều lần
- Tim đều
- Phổi thô
- Bụng mềm

An thần: 2mg/kg/hiều
 $\Rightarrow 16,5 \times 2 = 33 \text{ mg} \Rightarrow \frac{1}{3} \text{ Garnotal}$

100-200mg/kg chia 3-4l. 16,5kg $\rightarrow \frac{16,5 \times 200}{4} = 825 \text{ mg}$

→ Xử trí: Taxibiotic 1g (Cefotaxime) lấy 0.85g (TMC); Garnotal 100 mg (Phenobarbital) 1/3 viên (u); AT Ibuprofen 100mg/5ml lấy 7.5 ml (u); Enterogran (Bacillus clusii); Hapacol 250 mg (Paracetamol) 1 gói uống khi sốt.

• Diễn tiến bệnh phòng

Thời gian		Diễn tiến	Xử trí
Ngày 4	22h	Bé sốt 38.5°C	Biragan (Paracetamol) 300mg 1 viên (NHM)
Ngày 5	0h30	Bé sốt 38°C Mạch 168l/p CRT < 2s HA: 110/70 mmHg Thở đều 36l/p Tim đều	Nằm nghỉ ngơi tại giường Liều 1: Đăng ký Kiovig (IVIG) 2.5g/25ml/7 lọ Lấy 16.5g = 165ml = 6.6 lọ Liều test 4ml TTM/BTTĐ 8 ml/h Còn 161 ml TTM/BTTĐ 23ml/h

	<p>Phổi không ran</p> <p>Bụng mềm, không nôn ói thêm</p> <p>Giật mình chói với <u>4 lần/30 phút</u></p> <p>Đứng vững, đi vững</p> <p>Không giật mình lúc khám</p> <p>Bé run người lúc khám</p>	<p>Đặt catheter động mạch quay theo dõi huyết áp xâm nhập</p>
2h30	<p>Bé sốt 38.5 °C</p> <p>Mạch quay rõ 150 l/p</p> <p>CRT<2s</p> <p>HAXN: 120/64 mmHg</p> <p>Không giật mình, không run chỉ lúc khám</p>	<p>Biragan (Paracetamol) 300mg 1 viên (NHM)</p> <p>Bắt đầu truyền Kiovig (IVIG)</p>
5h00	<p>Bé sốt 38.8°C</p> <p>Chi ấm, mạch quay rõ 155 l/p</p> <p>CRT<2s</p> <p>HAXN: 126/60 mmHg</p> <p>Thở đều 34l/p</p> <p>Tim đều</p>	<p>Milrinone 1mg/1ml 49.5 mg pha trong Glucose 5% đủ 25 ml</p> <p>TTM/BTTĐ 2ml/h (0.4µg/kg/phút)</p> <p>Lau ẩm tích cực</p>

		Phổi không ran Bụng mềm	
6h00	Bé sốt 38.8°C Chi ấm, mạch quay rõ 150l/p HAXN: 128/60 mmHg Thở đều 32l/p	AT.Ibuprofen 100mg/5ml 7.5ml (u)	
7h30	Bé tỉnh Sốt 38.5°C Mạch 150 lần/phút, rõ HAXN 110/63 mmHg Tim đều, phổi trong, bụng mềm	Lau mát tích cực Theo dõi sinh hiệu, giạt mình, SpO ₂	
10h00	Bé tỉnh Sốt 38.5°C Mạch 150 lần/phút, rõ HAXN 110/65 mmHg Tim đều, phổi trong, bụng mềm	Biragan (Paracetamol) 300 mg 01 viên (NHM)	

- **Tình trạng hiện tại**

Bé giật mình liên tục, hết nôn ói, ăn uống kém, ngồi vững, tiểu khá.

3. Tiền sử

3.1. Bản thân

- Sản khoa: PARA 2002. Bé con lần 2, sinh đủ tháng, sanh mổ, cân nặng 3.3kg, khóc ngay sau sanh.
- Dinh dưỡng: bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, tiếp tục bú mẹ đến 16 tháng kèm ăn dặm từ lúc 6 tháng.
- Chủng ngừa: có tiêm ngừa theo chương trình tiêm chủng quốc gia nhưng không đủ mũi (người nhà không nhớ, không mang theo sổ)
- Phát triển thể chất, vận động, tâm thần: phù hợp lứa tuổi
- Bệnh tật:
 - + Co giật kèm theo sốt 2 lần lúc khoảng 10-12 tháng tuổi
 - + Nhập viện nhiều lần vì nhiễm trùng đường ruột
 - + Chưa ghi nhận tiền sử dị ứng, bệnh bẩm sinh
 - + Chưa từng phẫu thuật

3.2. Gia đình

Chưa ghi nhận bệnh lý tương tự

3.3. Dịch tễ

Bé mới bắt đầu đi nhà trẻ 3 ngày thì khởi bệnh, người nhà không nắm rõ nhà trẻ có ai bệnh tương tự không.

4. Khám lâm sàng: 11 giờ 30 ngày 18/10/2020, ngày thứ 5 của bệnh.

4.1. Tổng trạng

- Bé tỉnh, tiếp xúc tốt

- Dấu hiệu sinh tồn: Mạch: 150 lần/phút

Nhiệt độ: 38.5°C

HAXN: 121/65 mmHg

Nhịp thở 36 lần/phút

- Cân nặng 16.5 kg, chiều cao: 95 cm → Bình thường.

- Da niêm hồng/khí trời.

- Sang thương da niêm: Sang thương dạng sẩn hồng ban, kích thước 1 – 2 mm ở lòng bàn tay, lòng bàn chân; số lượng ít, khoảng 3 – 4 sẩn mỗi bên; không đau, không ngứa. Không loét miệng. Không xuất huyết da niêm.

- Không phù.

4.2. Khám tim mạch

Lòng ngực cân đối, không ồ đập bất thường, mỏm tim nằm ở khoang liên sườn V đường trung đòn trái.

Rung miu (-), Harzer (-)

T1, T2 đều rõ, tần số 150 lần/phút. Không âm thổi.

Mạch quay, mạch mu chân 2 bên đều rõ

Chi ấm

CRT < 2s.

4.3. Khám hô hấp

Lòng ngực cân đối di động theo nhịp thở, không co lõm

Rung thanh đều 2 bên

Gõ trong

Phổi không ran.

4.4. Khám bụng

Bụng cân đối, di động theo nhịp thở

Nhu động ruột 6 lần/phút

Gõ trong

Bụng mềm, ấn không đau. Gan lách không sờ chạm

4.5. Khám thần kinh

Giật mình lúc khám

Run chi. Rung giật nhãn cầu (-)

Cổ mềm

Không yếu liệt, ngồi vững.

Không vã mồ hôi

4.6. Tai mũi họng

Tai khô, không chảy dịch

Không chảy mũi

Không loét miệng

4.7. Khám cơ quan khác: chưa ghi nhận bất thường.

5. Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nam, 37 tháng tuổi, bệnh 5 ngày, vào viện vì sốt, nôn ói nhiều. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

- Hội chứng viêm long hô hấp trên: sốt, ho, chảy mũi.

- Sang thương da niêm: sẩn hồng ban kích thước 1 – 2 mm ở lòng bàn tay, lòng bàn chân; số lượng ít, khoảng 3 – 4 sẩn mỗi bên; không đau, không ngứa. Không loét miệng. Không xuất huyết da niêm.

- Triệu chứng tổn thương thần kinh trung ương:

+ Huyết áp cao, dao động (HAXN: 110/60 - 126/60 mmHg), mạch 150 – 168 lần/phút (sốt 38.5°C).

Đt: >115 mmHg.

*- HC nhiễm trùng
o có HC nhiễm siêu vi.*

+ Sốt liên tục, không đáp ứng với thuốc hạ sốt.

+ Run chi, giật mình lúc khám.

+ Nôn ói nhiều.

- Tiền sử: co giật do sốt 2 lần lúc 10 – 12 tháng tuổi. Nhập viện nhiều lần vì nhiễm trùng đường ruột. Dịch tễ tiếp xúc không rõ.

6. Chẩn đoán sơ bộ: Bệnh tay chân miệng độ III ngày 5 theo dõi biến chứng viêm thần não, theo dõi biến chứng rối loạn thần kinh thực vật.

7. Biện luận

Chẩn đoán bệnh tay chân miệng vì: Bệnh khởi phát bằng triệu chứng chung của nhiễm siêu vi là viêm long hô hấp trên. Sau đó, phát ban điển hình của bệnh tay chân miệng. Hơn nữa, trẻ nằm trong độ tuổi dễ mắc tay chân miệng và hiện tại là thời điểm tỉ lệ bệnh tay chân miệng tăng cao trong năm.

Phân độ bệnh tay chân miệng độ III vì: bé có phát ban tay chân miệng kèm huyết áp tăng theo tuổi 126/60 mmHg

Nghĩ đến biến chứng viêm thần não vì: bé bị giật mình, chơi với, dấu hiệu thất điều (run chi).

Nghĩ đến biến chứng rối loạn thần kinh thực vật vì: bé có nhịp tim nhanh, huyết áp cao dao động.

8. Cận lâm sàng

8.1. Đề nghị cận lâm sàng

- Cận lâm sàng cơ bản: Công thức máu, CRP.
- Cận lâm sàng theo dõi và phát hiện biến chứng:
 - Đường huyết, điện giải đồ (Na^+ , K^+ , Cl^-), X quang phổi.
 - Troponin I, siêu âm tim vì bé có nhịp tim nhanh ≥ 150 lần/phút
 - Chọc dò dịch não tủy khi bé ổn định.
- Cận lâm sàng đặc hiệu xác định tác nhân gây bệnh: phết họng làm RT – PCR tìm EV 71.

8.2. Kết quả cận lâm sàng đã có

Công thức máu

	19h10, ngày 17/10/2020
HC	$5.17 \times 10^{12}/L$
Hb	142 g/L
Hct	42.2 %
MCV	81.7 fL
MCH	27.4 pg
MCHC	335 g/L
BC	$24.82 (10^3/mm^3)$
Neu	53.6%
Lympho	35%
Mono	6.3%
Eso	0.7%
Baso	0.5%
Tiểu cầu	$412 (10^9/L)$

- Nhiễm virus: BC ở cao (thấp cao)
nhưng cao vẫn thấp,
- Nếu thủ nhập, sớm thì Neutrovin
↑ thấp.

- Nếu NT cấp hể → Neu ↑ cao.
- " mạn hể → lympho ↑ cao
(vd: lao)

- Cầu thận chủ
nếu trong TM BC > 16.000
→ thận hỏng nặng.

Nếu virus thì BC ở cao:
nếu BC ↑ cao

Vì sao case này đúng không sù
→ chỉ đang đoán 80% là tay
chân miệng, 20% là bệnh
≠

→ Kết luận: Dòng hồng cầu bình thường. Tiểu cầu tăng nghi do phản ứng. Bạch cầu tăng trên $16.000/\text{mm}^3$ và neutrophil chiếm ưu thế là một yếu tố tiên lượng nặng trong bệnh tay chân miệng.

21h25 ngày 17/10: Glucose 6.4 mmol/L (bình thường); Natri: 143.5 mmol/L; Kali 3.76 mmol/L; Clo 104.8 mmol/L; → Bình thường.

02h45 ngày 18/10: Troponin I: 7.8 pg/mL → Bình thường; Ure: 5.1 mmol/L; Creatinin: 60 $\mu\text{mol/L}$ → Bình thường; AST: 33 U/L; ALT: 16.9 U/L → Bình thường.

Các cận lâm sàng khác chưa có kết quả.

9. Chẩn đoán hiện tại: Bệnh tay chân miệng độ III ngày 5, theo dõi biến chứng viêm thần não, theo dõi biến chứng rối loạn thần kinh thực vật.

10. Điều trị

10.1. Nguyên tắc

- Điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực
- Điều trị hỗ trợ: hạ sốt tích cực, an thần, hạ áp
- Đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO2 mỗi 1-2 giờ.

10.2. Điều trị cụ thể (điều trị tiếp theo)

Nằm đầu cao 30°

{ Phenobarbital 100mg/ml lấy 3A pha với
Glucose 5% đủ 30 ml

TTM 60ml/h

{ Milrinone 1 mg/1ml lấy 4.95mg
Glucose 5% đủ 25 ml

TTM/BTTD 2ml/h ($\sim 0.4 \mu\text{g/kg/phút}$)

là dẫn xuất bipyridine → ức chế đặc hiệu phosphodiesterase

Thuốc hạ áp phù hợp TCM.

ngoài hạ áp còn tác dụng khác → ??

↓ hoạt tính TK giao cảm

↓ sản xuất cytokin → chống viêm

Liều 2: Kiovig (IVIG) 2,5g/25ml/7 lọ

Lấy 16.5g = 165ml = 6.6 lọ

Liều test 4ml TTM/BTTĐ 8ml/h

Còn lại 161 ml TTM/BTTĐ 23ml/h

Lau âm tích cực

Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO2 mỗi 1-2 giờ.

11. Tiên lượng

Tiên lượng nặng vì bé đang trong giai đoạn nguy hiểm của bệnh tay chân miệng, lâm sàng ghi nhận biến chứng thần kinh trung ương; về cận lâm sàng có bạch cầu 24.820 tế bào/mm³ và neutrophil chiếm ưu thế cũng là yếu tố tiên lượng nặng.

12. Dự phòng

- Theo dõi sát để phát hiện và xử trí các biến chứng
- Cách ly trẻ 7 – 10 ngày tính từ khi khởi bệnh
- Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng trước và sau khi chăm sóc trẻ
- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà
- Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B 2%.