

BỆNH ÁN NHI KHOA

I) PHẦN HÀNH CHÍNH

1) Họ và tên: T.T.T.M

Ngày sinh: 05/05/2008

Tuổi: 10

Giới tính: nữ

Dân tộc: Kinh

2) Địa chỉ: Khu vực 1, Lai Hiếu, TX Ngã Bảy, Hậu Giang

3) Họ tên cha: T.V.T

Nghề nghiệp: nông dân

Trình độ văn hóa: 5/12

Tuổi: 50

4) Họ tên mẹ: H.T.N

Nghề nghiệp: buôn bán (bán bún)

Trình độ văn hóa: 5/12

Tuổi: 42

5) Ngày vào viện: 9h ngày 22/11/2018

II) PHẦN CHUYÊN MÔN

1) Lý do vào viện: Phù 2 mi trên, mặt và 2 cẳng chân.

2) Bệnh sử:

Bé bệnh ba ngày. Ngày thứ nhất của bệnh, sau khi thức dậy bé cảm thấy nặng 2 mi trên của mắt. Chiều cùng ngày bé bắt đầu phù mi và mặt sau đó phù cẳng chân, phù đối xứng không đau. Đồng thời cảm giác bụng to ra và hơi căng chướng kèm theo đó bé có đi tiểu nước tiểu màu hồng (trước đó bé không ăn thức ăn có màu), không gất buốt, không khai thác được số lượng và tính chất do người nhà không quan sát kỹ. Ngày thứ hai của bệnh, tình trạng phù nhiều hơn với tính chất như trên, mẹ đưa bé đi khám bác sĩ tư được tiêm và uống thuốc không rõ loại, bác sĩ có yêu cầu người nhà theo dõi nước tiểu thì thấy nước tiểu có màu hồng, có lợn cợn, không bọt. Số lượng nước uống và nước tiểu trong ngày không khai thác được. Ngày thứ 3 của bệnh, tình trạng phù không giảm nên bé được mẹ đưa đến khám tại bệnh viện nhi đồng thành phố Cần Thơ và được chỉ định nhập viện.

3) Tình trạng lúc nhập viện:

+ Bé tỉnh

+ Môi hồng, chi ấm

+ Mạch quay đều, rõ

+ Họng đỏ, bụng báng nhẹ, ấn đau thượng vị

+ Phù mi mắt, phù 2 chi dưới phù trắng, mềm, ấn lõm, không đau (CN: 30 kg, CN trước phù: 29kg)

+ Dấu hiệu sinh tồn: Mạch: 80 lần/phút
phòng khám là 105/60 mmHg).

Huyết áp: 120/80 mmHg (Huyết áp đo ở

Nhiệt độ: 37°C

Nhịp thở: 25 lần/phút

4) Diễn tiến bệnh phòng:

	Ngày 1 (22/11)	Ngày 2(23/11)
Tổng trạng	Bé tỉnh, tiếp xúc tốt	
Vị trí phù	Phù mắt, 2 mi mắt trên, 2 cẳng chân, đối xứng Bụng báng nhẹ.	Còn phù 2 mi mắt trên, mắt Giảm phù 2 cẳng chân Bụng báng nhẹ
Cân nặng	30	30
Dấu hiệu sinh tồn - Mạch - Huyết áp - Nhiệt độ - Nhịp thở	87 lần/Phút 130/80mmhg 37°C 20 lần/phút	87 lần/phút 150/110mmHg 37°C 20 lần/phút
Nước tiểu	Nước tiểu vàng như nước trà, không bọt, không cặn, khoảng 2 lít /ngày	
Triệu chứng kèm theo	Nhức đầu vùng đỉnh- trán, không lan. Đau thượng vị, không lan, tăng lên khi ăn no.	
Điều trị	Mumcal 10ml 1 ống x2(uống) Erychildren 250mg 2gói x2 (uống)	Mumcal 10ml 1 ống x2(uống) Erychildren 250mg 2gói x3 (uống) Adalat 20mg 1/2v*3(uống) Furosemid 20mg 2A (TMC)

5) Tình trạng hiện tại:

Bé tỉnh, tiếp xúc tốt, không sốt

Phù nhẹ 2 mi mắt, mắt, 2 cẳng chân đối xứng không đau

Đau đầu vùng đỉnh-trán, không lan

Đau âm ỉ thượng vị, không lan

Không tiểu gắt buốt, tiểu 5 lần/ngày, tính chất như trên.

III) Tiền sử

1) Bản thân

- Sản khoa PARA 4004 (2 sanh thường 2 sanh mổ, bé là con thứ 2)

+ Bé sanh thường, khóc ngay sau sanh

+ Cân nặng lúc sanh 2800 g

- Chứng ngừa: tiêm phòng theo lịch TCMR

Bệnh án YAB-41

- Bệnh tật:

+ Không phù trước đó.

+ Viêm họng trước đó 1 tuần, uống thuốc tây không rõ loại có thuyên giảm.

+ Đau âm ỉ thượng vị, tăng sau khi ăn no #khoảng 2 tháng, không điều trị.

+ Thường xuyên đau đầu #2 tháng, không điều trị.

+ Chưa phát hiện bé tăng huyết áp trước đó.

+ Chưa ghi nhận bệnh lý di truyền, miễn dịch (lupus ban đỏ, viêm khớp dạng thấp).

+ Chưa ghi nhận các bệnh lý về máu.

+ Tẩy giun định kì.

- Thói quen:

+ Thói quen ăn mặn, chua, cay

+ Ăn uống không điều độ

- Phát triển thể chất tinh thần vận động: phù hợp với lứa tuổi.

2) Gia đình:

- Mẹ bé mắc bệnh tăng huyết áp và đang điều trị khoảng 1 năm nay.

- Chưa ghi nhận bệnh lý khác (bệnh thận, dị ứng, nhiễm trùng, bệnh hệ thống,...)

IV) Khám lâm sàng 8h ngày 23/11/2018 ngày thứ 2 của bệnh

1) Khám tổng trạng

- Bé tỉnh tiếp xúc tốt

- Da niêm hồng, không xuất huyết dưới da

- Chi ấm, mạch quay đều rõ 2 bên, tần số 74 lần/phút

- Phù 2 mi mắt, phù mắt, 2 cẳng chân đối xứng phù trắng mềm ấn lõm không đau

- Tuyến giáp không to, hạch ngoại vi sờ không chạm

- CN hiện tại 30kg (trước phù 29 kg) CC:131cm

(-1SD <CN/T<0SD, -2SD<CC/T<-1SD, -2SD <CN/CC<0SD)

- Dấu hiệu sinh tồn:

Huyết áp: 150/110mmHg(2 tay)

Nhịp thở: 20 lần/phút

Mạch: 74 lần/phút

Nhiệt độ: 37°C

2) Khám thận - tiết niệu - sinh dục

- Hố thắt lưng hai bên không sưng, nóng, đỏ, đau

Bình bệnh án YAB-41

- Chạm thận (-), Bập bênh thận (-)
- Ấn các điểm niệu quản trên, giữa không đau
- Không có cầu bàng quang
- Môi bé môi lớn, lỗ tiểu không sưng đỏ

3) Khám tiêu hóa

- Bụng báng nhẹ cân đối, bụng ngực ngang nhau, rốn lõm, có quầng rốn, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không sẹo mổ cũ, không vết rạn da.
- Nhu động ruột: 6 lần/phút, chưa phát hiện âm thổi bệnh lý.
- Gõ đục vùng thấp
- Bụng mềm, ấn đau thượng vị. Gan lách sờ không chạm

4) Khám tim mạch

- Không biến dạng lồng ngực, không có ổ đập bất thường, tĩnh mạch cổ nổi (-)
- Mỏm tim ở khoảng liên sườn 5 đường trung đòn (T)
- Rung miu (-), Harzer (-)
- T1, T2 đều rõ, tần số 74 lần/phút trùng với mạch, không nghe âm thổi bệnh lý

5) Khám phổi

- Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ
- Rung thanh đều 2 bên
- Gõ đục 1/3 dưới đáy phổi trái
- Phổi giảm âm 1/3 đáy phổi trái.

6) Khám da, cơ, xương, khớp

- Da không sưng tấy, không đỏ, không đau, không nốt mụn mủ
- Cơ xương khớp không sưng không đau
- Không biến dạng khớp, cơ không teo
- Vận động trong giới hạn bình thường

7) Khám thần kinh

Bé tỉnh táo, không co giật, không có dấu thần kinh khu trú

8) Khám tai mũi họng: họng không đỏ, amidans 2 bên có nhiều sang thương hốc nhỏ kích thước 0.5mm màu hồng.

V) Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhi nữ, 10 tuổi, vào viện vì lý do phù 2 mi mắt, mặt và 2 cẳng chân. Qua hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng ghi nhận:

- Hội chứng phù kiểu thận mức độ trung bình:

+ Phù nhiều vào buổi sáng, bắt đầu ở mi mắt sau đó phù mặt và cẳng chân với tính chất phù trắng mềm ấn lõm không đau.

+ Dấu hiệu tràn dịch màng bụng lượng trung bình: ngực bụng ngang nhau, rốn lõm, có quang rốn, gõ đục vùng thấp.

-Triệu chứng hô hấp : gõ đục, rì rào phế nang giảm ở 1/3 đáy phổi trái.

-Triệu chứng thận tiết niệu: tiểu hồng, có lợn cợn, không bọt không cặn, #2l/ngày

-Triệu chứng tim mạch: Huyết áp 150/110 mmHg.

-Triệu chứng tai mũi họng: amydan 2 bên có nhiều sang thương hốc nhỏ kích thước 0.5mm màu hồng

Tiền sử:

+Viêm họng trước đó 1 tuần, uống thuốc tây không rõ loại có thuyên giảm

+Đau âm ỉ thượng vị #khoảng 2 tháng, không điều trị

+Thường xuyên đau đầu #2 tháng, không điều trị

+Thói quen ăn mặn, chua, cay, ăn uống không điều độ

VI) Chẩn đoán sơ bộ:

Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng chưa ghi nhận biến chứng/ TD viêm dạ dày

VII) Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng thận hư nguyên phát không thuần túy chưa ghi nhận biến chứng/TD viêm dạ dày

VIII) Biện luận chẩn đoán

- Nghĩ viêm cầu thận cấp vì trên lâm sàng có:

+ Hội chứng phù kiểu thận mức độ trung bình

+ Tiểu máu đại thể

+ Tăng huyết áp mức độ nặng: bé có triệu chứng thần kinh do tăng huyết áp như nhức đầu, chóng mặt, mệt mỏi... Huyết áp cao nhất đo được là 150/110mmHg (tăng cả huyết áp tối đa và tối thiểu, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương lớn hơn 99th percentile). Tuy nhiên bé đã có triệu chứng nhức đầu, chóng mặt, mệt mỏi 2 tháng trước đó, gia đình không đưa bé đi khám và tự dùng thuốc tại nhà; gia đình có mẹ mắc bệnh tăng huyết áp, đang điều trị khoảng 1 năm nay kèm theo bé có thói quen ăn mặn nên không loại trừ triệu chứng trên do tăng huyết áp nguyên phát hay tăng huyết áp do nguyên nhân khác gây nên do đó cần đề nghị thêm một số cận lâm sàng khác để xác định chuẩn đoán

- Nghĩ nguyên nhân là do hậu nhiễm liên cầu khuẩn beta tan huyết nhóm A dòng độc thận vì tiền sử khai thác bé có viêm họng trước đó khoảng một tuần, có mua thuốc tây uống và thuyên giảm. Khám lâm sàng phát hiện amidans có nhiều sang thương hốc nhỏ khoảng 0,5 mm màu hồng nghĩ là tổn thương do viêm họng trước đó.

Bình bệnh án YAB-41

- Chưa ghi nhận biến chứng như suy thận cấp (vì từ lúc khởi phát đến lúc khám bé không có triệu chứng tiểu ít), suy tim cấp (vì bé không có khó thở, tím tái khám thấy mỏm tim ở vị trí bình thường, nhịp tim 74 lần/ phút, T1 T2 đều rõ, không nghe được tiếng ngựa phi, không có rung miu), phù phổi cấp (do nghe phổi không có rales ẩm hai đáy, bé không khó thở)...
- Chưa loại trừ hội chứng thận hư nguyên phát không thuần túy vì bé có phù kiềng thận ở mức độ trung bình, phù diễn biến nhanh đột ngột, có tiểu máu đại thể kèm tăng huyết áp nhưng ít ngứa vì nước tiểu không bọt, bé tăng huyết áp mức độ nặng (trong hội chứng thận hư thường tăng huyết áp mức độ nhẹ và vừa) do đó cần làm thêm một số cận lâm sàng như tổng phân tích nước tiểu thường quy, đạm niệu 24 giờ, protid máu, albumin máu, cholesterol máu để xác định chẩn đoán.
- Nghi viêm dạ dày do bé đau âm ỉ vùng thượng vị, đau tăng khi ăn no khoảng 2 tháng nay kèm theo thói quen ăn uống không điều độ, hay bỏ bữa và thích ăn thức ăn chua cay.

IX) Đề nghị cận lâm sàng và kết quả mong muốn:

1) CLS Chẩn đoán viêm cầu thận cấp:

- + Tổng phân tích nước tiểu (có hồng cầu niệu trong nước tiểu)
- + Soi cặn lắng nước tiểu (hồng cầu biến dạng)
- + Cặn Addis (>2000 hồng cầu/phút)
- + Bảng chứng nhiễm liên cầu: Định lượng ASO(>200UI/L).
- + Bỏ thể C3, C4(giảm).

2) CLS Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng thận hư:
 - + Đạm niệu 24 giờ (<2g/24h).
- + Protein máu, albumin máu, cholesterol máu, triglycerid máu (trong giới hạn bình thường)

3) CLS thường quy:

- Tổng phân tích tế bào máu bằng máy đếm laser
- Ure, creatinin, AST, ALT
- VS
- Glucose máu
- Điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Cl⁻, Ca²⁺...)

4) Chẩn đoán nguyên nhân gây tăng huyết áp:

- + Siêu âm động mạch thận
- + Định lượng catecholamine nước tiểu, cortisol máu, T3, T4, TSH.

5) CLS khác:

- + Siêu âm bụng

+Nội soi thực quản-dạ dày qua đường miệng (khi tình trạng bệnh nhân đã ổn định, huyết áp được kiểm soát tốt)

X) Kết quả cận lâm sàng đã có:

1) Tổng phân tích nước tiểu:

+ Tỷ trọng (1,015 - 1,025):	1,015
+ pH (4,8 - 7,4):	5
+ Bạch cầu (< 10/ μ l):	25\uparrow
+ Hồng cầu (<5/ μ l):	300\uparrow
+ Nitrit:	(-)
+ Protein (<0.1 g/L):	1\uparrow
+ Glucose:	Norm
+ Keton:	(-)
+ Billirubin:	(-)
+ Urobilinogen:	(-)
+ VTC (0,28 – 0,56 mmol/L):	(-)

2) Đạm niệu 24 giờ: 0.84g/24h (28mg/kg/24h)

3) Công thức máu:

+ Hồng cầu:	3,7 x 10¹²/L \downarrow
+ Huyết sắc tố:	102 g/L \downarrow
+ Hct:	0.319 l/l \downarrow
+ MCV:	86 fL
+ MCH:	27.6 pg
+ MCHC:	32.1 g/L
+ Tiểu cầu:	365 x 10 ⁹ /L
+ Bạch cầu:	13,89 G/L \uparrow

Thành phần bạch cầu: Neu: 60.5 %, Eso: 1.7%, Baso: 0,3%, Mono: 4.4%, Lympho: 31.9%

+ **PDW:** **48.5 % \uparrow**

4) Định lượng :

- **ASO (<200 IU/ml) : 279 UI/L \uparrow**

- **C3 (70-196 mg/dl) : 56mg/dl \downarrow**

- C4 (10-40mg/dl): 38mg/dl

5) Các CLS chẩn đoán nguyên nhân THA: không có kết quả

6) CLS khác:

Siêu âm bụng:

- + 2 thận: chủ mô phân biệt vỏ tủy rõ không sỏi không ứ nước
- + Niệu quản: 2 bên không giãn không sỏi
- + Bàng quang: thành mỏng, ít nước tiểu
- + Ổ bụng: dịch lượng vừa
- + Dịch màng phổi: 2 bên lượng ít, dầu đông đặc (-)

=> Kết luận: dịch ổ bụng lượng vừa+dịch màng phổi 2 bên lượng ít.

Hóa sinh máu:

Ure: 4.9mmol/l

Creatinin: 55.1 μ mol/l

Protein toàn phần: 66,7 g/L

Albumin : 33,4 g/l ↓

Triglycerid : 0,97 mmol/l

Điện giải đồ:

Na: 141.8 mmol/l

K: 4 mmol/l

Cl: 102.6 mmol/l

Canxi ion hóa: 1.15 μ mol/l ↓

XI) Chẩn đoán xác định:

Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng chưa ghi nhận biến chứng/TD viêm dạ dày.

XII) Điều trị

1) Nguyên tắc điều trị

Điều trị nhiễm trùng do Streptococcus

Điều trị triệu chứng: phù, tăng huyết áp

2) Điều trị cụ thể

+ Điều trị dùng thuốc:

*** Điều trị nguyên nhân :**

- Sử dụng kháng sinh Penicilin V 50000-100000 đơn vị/kg/ngày trong 10 ngày. Nếu bệnh nhân có biểu hiện dị ứng Penicilin thì chuyển sang sử dụng: Erythromycin 30-50mg/kg/ngày trong 10 ngày
⇒ Ery Children 250mg 2 gói x3 (uống)

***Điều trị tăng huyết áp:**

- Phối hợp 2 thuốc:
+Furosemid 1-2mg/kg/ngày (TMC)
+Nifedipin tác dụng chậm 1-2mg/kg/ngày
⇒ Furosemid 20mg 1A x2 (TMC)
Adalat 20mg 0.5v x3 (uống)

+ Điều trị không dùng thuốc:

- Nghỉ ngơi tại giường
- Hạn chế muối, ăn nhạt cho đến khi bệnh nhân hết phù:
+Hạn chế thức ăn chế biến sẵn,thức ăn nhanh, hạn chế nêm gia vị trong quá trình chế biến thức ăn cho trẻ, hạn chế thức ăn chua cay.
+Xây dựng chế độ ăn điều độ, hợp lý.

+ Theo dõi:

- Huyết áp mỗi 8 giờ.
- Lượng nước uống, lượng nước tiểu, cân nặng mỗi ngày.
- Các dấu hiệu biến chứng (nếu có).

XIII) Tiên lượng:

- **Gần:** trung bình vì tăng huyết áp của bé ở mức độ nặng nhưng sau 8h điều trị HA đã cải thiện từ 150/80mmHg giảm xuống còn tay (P) 121/88mmHg, tay (T) 122/87mmHg; và sau 12h điều trị HA giảm còn 110/80 mmHg (đo cả 2 tay), chưa ghi nhận các biến chứng khác của bệnh. Cần theo dõi thêm để đánh giá chính xác tình trạng bệnh của bé.

- **Xa:** trung bình vì tiền sử gia đình có mẹ tăng huyết áp, bé có thói quen ăn mặn nên khả năng bé có thể tăng huyết áp kéo dài, để lại các biến chứng nguy hiểm nếu không có chế độ ăn uống hợp lý và không tuân thủ điều trị

XIV) Phòng bệnh:

- Xây dựng chế độ ăn: điều độ, hợp lý (ăn đúng bữa, ăn nhạt, hạn chế ăn thức ăn chua cay)
- Theo dõi và kiểm soát tốt huyết áp để tránh các biến chứng do tăng huyết áp gây nên
- Tuân thủ điều trị
- Tái khám định kỳ trong vòng 1 năm
- Khi phát hiện trẻ có các dấu hiệu bất thường như tiểu đỏ, tiểu ít, phù, nhức đầu, khó thở,...nên đưa trẻ đến cơ sở y tế khám ngay.