

BỆNH ÁN NHỊ KHOA

(Hô hấp)

I. HÀNH CHÍNH:

- Họ và tên: T.M.N Tuổi: 13 tháng Giới: Nam
- Địa chỉ: ấp Mỹ Phú, xã Thiện Mỹ, huyện Châu Thành, tỉnh Sóc Trăng
- Họ tên cha: Nguyễn Văn Út Tuổi: 42 Nghề nghiệp: Làm vườn
- Họ tên mẹ: Trần Thị My Tuổi: 35 Nghề nghiệp: Công nhân
- Ngày giờ vào viện: 11 giờ 41 phút ngày 21 tháng 05 năm 2019

II. CHUYÊN MÔN:

1. Lý do vào viện: Ho, sốt

2. Bệnh sử:

- Từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện:

Bé khởi phát bệnh cách nhập viện 2 ngày:

- Ngày 1, bé ho, sổ mũi kèm ói đàm trắng trong lần thức ăn nhiều lần trong ngày, mỗi lần lượng ít. Bé được đưa đi khám bác sĩ tư uống thuốc (không rõ loại) nhưng không giảm.
- Ngày 2, bé ho, sổ mũi và ói đàm trắng trong tăng lên kèm theo sốt (không rõ nhiệt độ), khô khè và thở mệt. Bé có tiêu phân lỏng 2 lần, phân vàng không lẫn đàm máu, không mùi đặc biệt, không đau bụng, không mót rặn được người nhà đưa đến BV Nhi đồng Cần Thơ.

Trong quá trình bệnh bé ăn uống kém hơn, thường xuyên quấy khóc. Không co giật, không tím tái.

- Tình trạng lúc nhập viện

- Bé tỉnh
- Môi hồng
- Chi ấm
- Mạch rõ
- Nhiệt độ: 39°C
- Thở nhanh, co lõm ngực
- Phổi ran ngáy, ẩm

- Tim đều
- Tiêu lỏng 1 lần
- Không dấu mất nước
- Bụng mềm

• *Diễn tiến bệnh phòng*

Ngày 1: còn ho, sổ mũi, ói đàm trắng trong, còn sốt. Tiêu phân lỏng 10 lần/ngày: 2 lần phân xanh, sau đó phân vàng, không đàm máu, không mùi đặc biệt, lần nhiều nhất tràn tả, không đau bụng, không mót rặn. Ăn uống kém, quấy khóc không ngủ được.

• *Tình trạng hiện tại:* giảm ho, giảm sổ mũi, giảm ói, còn sốt. Còn tiêu phân lỏng vàng, không đàm máu, không mùi đặc biệt, không mót rặn, không đau bụng. Ăn uống kém, còn quấy khóc.

3. Tiền sử:

3.1. Bản thân:

Sản khoa: PARA: 2002, con lần 2, sanh thường, đủ tháng, cân nặng lúc sanh 3.4kg, bé khóc ngay sau sinh

Dinh dưỡng: Bú mẹ hoàn toàn trong 5 tháng đầu. Từ tháng thứ 5 bú mẹ kém sữa bình do mẹ đi làm, tập ăn dặm.

Chủng ngừa: đã tiêm ngừa lao, viêm gan B, HiB, DPT(bạch hầu, ho gà, uốn ván), bại liệt. Chưa tiêm ngừa sởi do cảm sốt.

Phát triển tâm thần vận động: Phù hợp theo lứa tuổi

Bệnh tật:

- Thường xuyên ho, sốt điều trị ngoại trú, không rõ chuẩn đoán. Đây là lần đầu tiên nhập viện.
- Khàn giọng khoảng 2 tháng nay do khóc khi đi nhà trẻ
- Chưa ghi nhận tiền sử dị ứng

3.2 Gia đình: Mẹ hắt hơi, sổ mũi sau bé 1 ngày

3.3 Dịch tễ: Chưa ghi nhận bệnh lý liên quan

4. Khám lâm sàng: lúc 07 giờ ngày 22/05/2019 (ngày thứ 2 sau nhập viện)

4.1 Tổng trạng

Bé tỉnh

Dấu hiệu sinh tồn:

- Mạch: 112 l/p
- Nhịp thở 68 l/p
- Nhiệt độ: 39°C

Dấu hiệu mất nước:

- Bé vật vờ, kích thích
- Mắt trũng
- Uống nước háo hức
- Nếp véo da mất nhanh

➔ Bé có mất nước

Da niêm hồng, không phát ban, không dấu xuất huyết, không nhọt da.

Lông, tóc, móng không dễ gãy rụng

Đánh giá dinh dưỡng: Cân nặng: 10.7 kg; Chiều cao: 72 cm

- $0SD < CN/T < 2SD$ ➔ Cân nặng bình thường theo tuổi
- $-2SD < CC/T < 0SD$ ➔ Chiều dài bình thường theo tuổi
- $2SD < CN/CC < 3SD$ ➔ Thừa cân

4.2 Khám hô hấp

- Lồng ngực cân đối, thở đều, nhanh nông, co lõm ngực nhẹ
- Rung thanh đều hai bên
- Phổi ran ẩm, ngáy 2 bên

4.3 Khám tuần hoàn

Khám tim

- Lồng ngực cân đối, không ổ đập bất thường, mỏm tim nằm ở khoang liên sườn IV ngoài đường trung đòn (T) 1cm
- Rung miu (-), Harzer (-)
- Tiếng T1, T2 đều, rõ, tần số 112 lần/phút. Không âm thổi bệnh lý

Khám mạch

- Mạch quay, mạch mu chân đều, rõ

- Chi rõ

4.4 Khám tiêu hóa

- Bụng cân đối, chương hơi nhẹ, di động theo nhịp thở
- Nhu động ruột 5 lần/2 phút
- Gõ trong, không vùng đục bất thường
- Bụng mềm, ấn không đau

4.5 Khám thận – tiết niệu – sinh dục

- Hố thắt lưng không dày, không tấy đỏ
- Chạm thận (-), bập bênh thận (-)
- Các điểm đau niệu quản trên, giữa ấn không đau

4.6 Khám tai – mũi – họng

- Tai không rỉ dịch
- Mũi có dịch trong
- Họng sạch, không đau

4.7 Khám thần kinh

- Cổ mềm
- Không dấu thần kinh khu trú

4.8 Khám cơ quan khác: Chưa ghi nhận bất thường

5. Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhi nam 13 tháng tuổi, vào viện vì lý do ho, sốt. Qua hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng ghi nhận:

- Tổng số ngày bệnh: 4 ngày. Số ngày sốt: 3 ngày, số ngày tiêu chảy: 2 ngày.
- Tiền triệu: ho, sổ mũi
- Hội chứng suy hô hấp cấp độ 2: thở nhanh (68 lần/phút), co lõm ngực nhẹ, kích thích
- Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới: sốt 39°C, ho đàm, thở nhanh, co lõm ngực, ran ẩm
- Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới: thở nhanh, co lõm ngực, ran ngáy
- Triệu chứng tiêu hóa: tiêu lỏng nhiều nhất 10 lần/ngày, phân vàng không đàm máu, không mùi đặc biệt, không đau bụng, không mất rặn, ăn uống kém.
- Dấu hiệu mất nước: vật vờ, kích thích; mắt trũng; uống nước háo hức; nếp véo da mất nhanh → Có mất nước

- Đánh giá dinh dưỡng: thừa cân
- Tiền sử:
- + Nhập viện lần đầu
- + Khàn tiếng # 2 tháng nay

6. Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán sơ bộ: Viêm phế quản phổi mức độ nặng nghi do phế cầu – Tiêu chảy cấp có mất nước nghi do viêm phổi. Theo dõi nhiễm trùng huyết, theo dõi rối loạn điện giải.

Chẩn đoán phân biệt:

1. Viêm phế quản phổi mức độ nặng nghi do Haemophilus influenzae - Tiêu chảy cấp có mất nước nghi do viêm phổi. Theo dõi nhiễm trùng huyết, theo dõi rối loạn điện giải.
2. Viêm phế quản phổi mức độ nặng - Tiêu chảy cấp có mất nước nghi do Adenovirus. Theo dõi nhiễm trùng huyết, theo dõi rối loạn điện giải.
3. Viêm tiểu phế quản cấp bội nhiễm phế cầu – Tiêu chảy cấp có mất nước nghi do viêm phổi. Theo dõi nhiễm trùng huyết, theo dõi rối loạn điện giải.
4. Viêm tiểu phế quản cấp bội nhiễm Haemophilus influenzae – Tiêu chảy cấp có mất nước nghi do viêm phổi. Theo dõi nhiễm trùng huyết, theo dõi rối loạn điện giải.

7. Biện luận chẩn đoán:

Biện luận bệnh

- Bệnh khởi phát với tiền triệu ho, sổ mũi sau đó đột ngột xuất hiện triệu chứng nhiễm trùng hô hấp dưới nên nghi có viêm phổi. Kèm theo đó bé có hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới nên nghi đến thể lâm sàng viêm phế quản phổi, bé có hội chứng suy hô hấp cấp độ 2 nên phân mức độ nặng. Mặt khác chưa loại trừ viêm tiểu phế quản cấp bội nhiễm vì: độ tuổi phù hợp (bé 13 tháng), tiền triệu ho, sổ mũi và bệnh lần đầu nhập viện có hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới nên có thể là viêm tiểu phế quản cấp, tuy nhiên hội chứng nhiễm trùng rầm rộ hơn nên nghi có bội nhiễm → Đề nghị X quang ngực thẳng, công thức máu, CRP để xác định chẩn đoán
- Bé có tiêu chảy phân lỏng 4-6 lần/ngày, không đàm máu, thời gian tiêu chảy là 2 ngày nên chẩn đoán tiêu chảy cấp. Khám dấu hiệu mất nước: vật vờ, kích thích; mắt trũng; uống nước háo hức → chẩn đoán có mất nước.

Biện luận tác nhân

- Bệnh diễn tiến xuất hiện hội chứng nhiễm trùng đột ngột với sốt cao, ho đàm nên nghĩ tác nhân gây bệnh là vi khuẩn. Ở lứa tuổi này tác nhân vi khuẩn thường gặp nhất là phế cầu và *Haemophilus influenzae*, nhưng bé đã được tiêm ngừa Hib đầy đủ nên nghĩ do phế cầu nhiều hơn, tuy nhiên lâm sàng rất khó phân biệt nên đề nghị cấy dịch hút phế quản (NTA) để xác định chẩn đoán.

- Tiêu chảy khởi phát sau viêm phổi, nên nghĩ nhiều tiêu chảy cấp nằm trong bệnh cảnh viêm phổi gây nên.

- Mặt khác, bệnh cảnh vừa viêm phổi nặng vừa tiêu chảy cấp có mất nước ở trẻ cũng có thể do Adenovirus gây ra nên chưa loại trừ được tác nhân này.

Biện luận biến chứng

- Bé sốt cao 39°C, nhịp thở nhanh, tổn thương nhiều cơ quan nên cần theo dõi nhiễm trùng huyết → Đề nghị công thức máu, CRP, cấy máu

- Bé tiêu chảy cấp có mất nước, khám thấy bụng chướng nhẹ, có thể rối loạn điện giải → Đề nghị xét nghiệm điện giải đồ

8. Đề nghị cận lâm sàng và cận lâm sàng đã có

8.1 Đề nghị cận lâm sàng

- X quang ngực thẳng: đánh giá tổn thương phổi, gợi ý tác nhân

- Công thức máu: bạch cầu, % neutrophil, % lympho đánh giá tình trạng nhiễm trùng

- CRP phản ứng: đánh giá tình trạng nhiễm trùng

- Vi khuẩn nuôi cấy và định danh hệ thống tự động (dịch hút phế quản(NTA)), kháng sinh đồ kháng thuốc (NTA): xác định tác nhân và hướng dẫn sử dụng kháng sinh

- Điện giải đồ: Na⁺, K⁺, Cl⁻ đánh giá rối loạn điện giải

- Khí máu động mạch: đánh giá tình trạng suy hô hấp, tình trạng rối loạn toan kiềm

8.2 Cận lâm sàng đã có

- X quang ngực thẳng (ngày 21.05.2019): rốn phổi đậm, tăng sinh mạch máu ra 1/3 ngoài phế trường, nốt thâm nhiễm rải rác 2 phế trường → hình ảnh X quang điển hình viêm phế quản phổi do vi khuẩn.

- Công thức máu:

Chỉ số	Kết quả
Số lượng HC ($\times 10^{12}/L$)	4.32
Huyết sắc tố (g/L)	108

Hematocrit (%)	33.8
MCV (fl)	78.2
MCH (pg)	24.9
Số lượng tiểu cầu ($\times 10^9/L$)	266
Số lượng bạch cầu ($\times 10^9/L$)	6.69
Đoạn trung tính (%)	59.2
Lympho (%)	26.3

- Hóa sinh máu:

Chỉ số	Kết quả
Na ⁺ (mmol/L)	137.1
K ⁺ (mmol/L)	3.32
Cl ⁻ (mmol/L)	106

8.3 Biện luận kết quả cận lâm sàng

- X quang: phù hợp với viêm phế quản phổi do vi khuẩn

- Công thức máu:

+ Bạch cầu không tăng có thể do bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh trước đó

+ Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc → Đề nghị xét nghiệm định lượng Ferritin huyết thanh

- Điện giải đồ: K⁺ giảm nhẹ có thể do tiêu chảy

9. Chẩn đoán hiện tại: Viêm phế quản phổi mức độ nặng nghi do phế cầu – tiêu chảy cấp có mất nước nghi do viêm phổi biến chứng hạ K⁺ máu mức độ nhẹ/ Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc mức độ nhẹ chưa rõ nguyên nhân. Theo dõi nhiễm trùng huyết do phế cầu.

10. Điều trị

10.1 Nguyên tắc điều trị

- Chống nhiễm trùng

- Điều trị rối loạn đi kèm: tiêu chảy cấp có mất nước

- Điều trị biến chứng: hạ K⁺ mức độ nhẹ

10.2 Điều trị cụ thể

Imetoxim 1g (Cefotaxim)

0.75g x 3 (TMC) 7h – 15h – 23h

Gramtob 80mg (Tobramycin)

60mg x 2 (TMC) 7h – 19h

Oremute 5 04 gói

Lấy 01 gói pha 200ml nước sôi để nguội uống trong 1 giờ

Hydrasec 30mg

½ gói x 3 (u) 7h – 15h – 23h

Grazincure (chứa 10mg kẽm nguyên chất trong 5ml)

5ml x 2 (u) 8h – 16h

Bioflora 100mg (Saccharomyces boulardii)

01 gói x 2 (u)

Hapacol 150mg (Paracetamol)

01 gói (u) khi sốt

Ventolin 2.5mg (Salbutamol)

NaCl 0.9% đủ 3ml

(PKD) x 3 cử

Chế độ ăn: Cháo sữa

Theo dõi: dấu hiệu sinh tồn, tính chất phân

Đánh giá lại dấu mất nước sau 1h uống Oremute 5

11. Tiên lượng

Tiên lượng gần: nặng vì viêm phổi nặng kèm theo tiêu chảy có mất nước, nghi ngờ nhiễm trùng huyết là một biến chứng nặng.

Tiên lượng xa: chưa đánh giá được vì tình trạng bệnh nặng, chỉ mới sử dụng kháng sinh được 1 ngày

12. Dự phòng

Hướng dẫn bà mẹ theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm: li bì, khó đánh thức; không uống được hoặc bỏ ăn, bỏ bú; nôn tất cả mọi thứ; tím tái, co giật.

Hướng dẫn cách pha ORS, cách cho uống đúng

Rửa tay bằng xà phòng trước khi cho bé ăn, sau khi đi vệ sinh và dọn phân trẻ

Tư vấn chế độ dinh dưỡng cho trẻ: ăn thức ăn mềm, tán nhuyễn; tránh thức ăn có nhiều chất xơ và có nồng độ đường cao.

KIẾN THỨC SAU BUỔI SỬA BỆNH ÁN

1. Phân bệnh sử: Khó khai thác được khó thở 2 thì, thở nhanh là như thế nào?!?

2. Phần diễn tiến bệnh phòng: Chia ra 2 phần:

+ Ngày đầu(Sau xử trí bao nhiêu giờ)

+ Những ngày sau triệu chứng giảm: Gôm chung. Nếu xuất hiện triệu chứng khác đặc biệt thì mới tách ra!

3. Phần tiền sử:

- Hỏi rõ là chàm da (Viêm da cơ địa) có không? Lúc mấy tuổi? Mấy lần rồi?

- Bú mẹ hoàn toàn không? Vì theo nhiều nghiêm cứu bú mẹ tránh SGMD, còn bú bình gây Chàm sữa (Nổi 1 đến vài cục 2 bên má)

- Chú ý hỏi bệnh tật cha mẹ. Với bly này nên hỏi TS bệnh của ông bà cô dì chú bác !!,

4. Với bệnh sử này, khi nhận bệnh em cần làm gì: Theo trình tự NSGN

+Nhìn lồng ngực căng phồng không (Bé ưỡn ngực ra), Bé lớn thường không chịu nằm mà lăn lộn rồi ngồi dậy. Có thể thấy thêm dấu hiệu rút lõm lồng ngực hay Co kéo cơ hô hấp phụ

5. Công thức CD:

Hen PQ + cơn (Nặng-TB-Nhẹ) + bậc (Lần đầu CD và khi THI. Giúp quản lý BN) + biến chứng + cơ địa...

VP/VP thuỳ/VPQP + NN (CD sơ bộ không cần) + SHH mđộ.... +/- cơ địa

6. Vì trẻ em không thể làm hô hấp ký hay đo PEF,... nên để chẩn đoán hen phế quản chủ yếu dựa vào: Cơn khò khè mấy lần/24 tháng, Lần trước có bị tương tự không. Tiền sử gia đình liên quan. Dựa vào API (Chỉ số tiên đoán Hen) ở những trẻ nhũ nhi : Nếu (+) thì lúc 6ys, trẻ mày có nguy cơ mắc HPQ tăng gấp 6 hoặc 9 lần so với trẻ (-). Nếu trẻ (-): tỉ lệ không mắc HPQ

là khoảng 95%

7. Qua nhịp thở: Nếu:

+Nhịp nông: Nghĩ nhiều là viêm phổi

+Nhịp sâu: Nghĩ nhiều là Hen phế quản (Vì Hen phế quản chủ yếu là thở ra khó nên mới gây ứ khí làm lồng ngực căng phồng, trên Xquang mới thấy tăng sáng)

8. Trên Xquang này không thấy hình ứ khí, có 2 hướng đọc:

+Nếu chụp lúc mới vào viện: Coi chừng không phải Hen phế quản

+Nếu chụp sau xử trí: Đã đáp ứng với thuốc nên thông khí trở lại

-Tuy nhiên trên Xquang lại ghi nhận hình ảnh: Lưới hạt (Lưới và chấm chấm hạt) Nên chưa loại trừ Viêm phổi do nhiễm siêu vi

9. Để phân biệt Hen phế quản với bệnh lý khác, có 2 cách:

- Test Dẫn phế quản bằng Ventolin (Salbutamol) 3 lần/20'...Đánh giá lại dựa vào các chỉ số: Nhịp thở, SpO₂, Ran ngày rít, Co rút lõm,...

- Nếu trẻ không phải vào đợt cấp: Điều trị thử: Fluticasone (Flixotide) liều TB (2 nhát x 2-sáng-chiều) trong 1tháng. Nếu sau 1 tháng vào lại đợt cấp thì là Hen. Nếu không vào đợt cấp thì xem xét loại trừ Hen.

10. Khi nghĩ đến Hen phế quản phải so sánh RR của trẻ với RR sinh lý (RR: Respiratory rate) tăng tùy mức độ cơn Hen.

- Nếu nghe phổi không thấy ran, không loại trừ bệnh nhân không có Hen phế quản. Vì có thể trẻ đang vào cơn Hen nguy kịch, cần khám thêm dấu hiệu tím tái ở môi, lưỡi,...

11. Theo GINA việc phân bậc đã bỏ Doạ ngưng thở (3 bậc) nhưng theo Thầy Cô nên sử dụng phân độ 4 bậc để xử trí sau đó sử dụng GINA để quản lý

12. Điều trị : xem thêm giáo trình