

BỆNH ÁN NỘI KHOA

I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên: Nguyễn Thị Nhạn Giới: Nữ
Sinh năm: 1941 (80 tuổi)
Nghề nghiệp: Nghỉ hưu
Địa chỉ: ấp 1, Long Khê, Cần Đước, Long An
Ngày nhập viện: 6h34', ngày 22/3/2021
Giường 3 phòng 13 khoa nội tiêu hóa

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Sốt (nói kỹ luôn như thế nào) - Quá trình viêm là quá trình phản ứng của cơ thể đáp ứng với tổn thương nào đó - **Tương ứng CRP**. Tác nhân thường gặp viêm là Virus, vi trùng (nhiễm trùng), KST, tổn thương mô, tự miễn.

BC Neutrophil tăng cũng làm trong quá trình tăng, phải gọi là nhiễm trùng

- Có thực sự phải sốt không
- Sốt cấp tính hay kéo dài
- Sốt từng cơn, sốt liên tục, sốt lạnh run hay không lạnh run
- Nguyên nhân sốt: Viêm nhiễm, tổn thương (tự miễn, chấn thương). **Sốt siêu vi** là sốt cao, liên tục. **Sốt nhiễm trùng** là ớn lạnh, lạnh run, thường không sốt cao, hội chứng nhiễm trùng (nhiễm trùng chung, nhiễm trùng tại cơ quan). **Sốt ký sinh trùng** là sốt nhẹ nhẹ. **Bệnh tự miễn gây sốt** là tính chất thay đổi (nữ, trẻ, đa cơ quan). Bệnh chuyển hoá (cường giáp), dập cơ
- Biến chứng: Chính nguyên nhân gây sốt hoặc từ các vấn đề liên quan.

III. BỆNH SỬ:

CNV 1 ngày, sau khi ăn trưa 2 giờ, BN đột ngột đau thượng vị, đau từng cơn, không lan, mức độ vừa, mỗi cơn kéo dài 15-20p, 3-4 cơn/ngày, ngoài cơn đau âm ỉ, không yếu tố tăng giảm, không tư thế giảm đau. BN uống thuốc viêm dạ dày theo toa ở BV huyện Bình Chánh nhưng không giảm. BN không vàng da, không sốt.

CNV 3 giờ, BN sốt 38,5 độ C (đo ở nách) kèm lạnh run, đáp ứng với thuốc hạ sốt. BN còn đau thượng vị âm ỉ, vàng da không rõ -> Nhập Cấp Cứu BV NTP.

Trong quá trình bệnh, BN không đau đầu, không đau ngực, không khó thở, không đau hông lưng, không đau nhức cơ, không đau khớp, ăn uống được, không buồn nôn, không nôn, tiêu tiểu không rõ (tiểu gắt, tiểu buốt không).

4 triệu chứng cần phải hỏi ở tiêu hoá: Đau bụng, tiêu chảy-táo bón, buồn nôn, nôn, sốt.

- Tình trạng lúc nhập viện:

- Tỉnh, tiếp xúc được, lắng tai, niêm hồng, mạch quay rõ, kết mạc vàng nhẹ.
- Tim đều, phổi trong, bụng mềm ấn không đau khu trú, cổ mềm.
- Mạch 100 lần/ phút
- Nhiệt độ 37 độ C
- HA: 110/70 mmHg
- Nhịp thở: 20 lần/phút
- Cân nặng: 36 kg
- Chẩn đoán lúc nhập viện:
 - Đau bụng khu trú vùng bụng trên
 - Sốt không rõ nguyên nhân, Viêm dạ dày tá tràng, Vàng da không xác định, Viêm tụy cấp.

Xử trí: Không rõ

IV. TIỀN CĂN

1. Cá nhân

a. Nội khoa:

CNV 7 tuần, BN đau thượng vị với tính chất tương tự, không rối loạn đi tiêu, không sốt. BN nhập viện BV Cần Giuộc được chẩn đoán sỏi túi mật, viêm dạ dày, được điều trị thuốc 10 ngày

- CNV 7 tuần, BN đau bụng đột ngột ở vùng thượng vị, đau từng cơn, mỗi cơn kéo dài không rõ, đau 3-4 cơn/ngày, đau quặn mức độ nhiều, lan ra sau lưng (P), đau giảm khi nằm ngửa, không yếu tố tăng, không sử dụng thuốc, không liên quan đến bữa ăn. BN không sốt, không đau ngực, không khó thở, không buồn nôn, không nôn, không táo bón tiêu chảy, tiểu 1l/ngày, không rõ màu sắc phân và nước tiểu. BN khám BV huyện Cần Giuộc được siêu âm bụng thấy sỏi túi mật, chẩn đoán là viêm dạ dày (không được nội soi dạ dày – thực quản). Điều trị thuốc 10 ngày thì hết.
- CNV 5 tuần, BN đau bụng với tính chất tương tự, kèm sốt 39 oC. BN nhập BV huyện Bình Chánh được chẩn đoán Trào ngược dạ dày thực quản (không được nội soi dạ dày-thực quản). Điều trị thuốc 6 ngày thì hết đau bụng.
- Chưa ghi nhận THA, ĐTĐ, RL Lipid máu, tiền căn viêm gan B, C. Chưa từng chích ngừa viêm gan.
- Chưa ghi nhận tiền căn tiêm chích, xăm mình trước đây.
- Chưa ghi nhận bệnh lý về đường tiêu hoá, gan mật tuy trước đây, chưa từng được nội soi đường tiêu hoá trước đây.
- Được chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt cách đây 6 tháng, truyền máu nhiều lần, lần cuối cách đây 6 tháng.
- Chưa ghi nhận tiền căn ung thư trước đây.
- Chưa ghi nhận tiền căn lao, hen, COPD, bệnh lý thận.

b. Ngoại khoa: Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật đường mật trước đây

- c. Sản phụ khoa: + PARA: 4003, đã mãn kinh 35 năm
- d. Dị ứng: Chưa ghi nhận dị ứng thuốc, thức ăn
- e. Dịch tễ: Chưa ghi nhận tiền căn tiếp xúc với COVID-19, không sống ở vùng dịch tễ sốt rét, không đi du lịch trong 6 tháng gần đây.
- f. Tiếp xúc thuốc, hoá chất: CNV 5 tuần, BN tự ý sử dụng thuốc bắc (hà thủ ô) 15 viên/ngày trong 3 tuần với mục đích bổ máu. Hiện đã ngưng được 2 tuần.
- g. Thói quen, sinh hoạt:
 - + Hay ăn mặn, ăn ít rau, uống đủ nước
 - + Gia đình không ai hút thuốc lá
 - + Không rượu bia
 - + **Sổ giun định kỳ**
- 2. Gia đình: Chưa ghi nhận tiền căn các bệnh lý tim mạch, ĐTĐ, THA, xơ gan, bệnh huyết học, bệnh lý di truyền, bệnh lý ác tính
Con gái ruột được chẩn đoán viêm gan B và tự điều trị cách đây 20 năm.

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

- Diễn tiến sau nhập viện: Hiện bệnh nhân vẫn còn vàng da, vàng mắt, tiểu vàng sậm, còn sốt nhẹ, không đau bụng, **màu sắc phân, màu sắc nước tiểu.**
- Tim mạch : Không đau ngực, không khó thở, không hồi hộp đánh trống ngực
- Hô hấp : Không ho, không ho ra máu
- Tiêu hoá : Ăn uống được, không nôn ói, không ợ hơi ợ chua, tiêu phân vàng đóng khuôn.
- Tiết niệu - sinh dục : Không tiểu gắt, tiểu khó, tiểu buốt, lượng 1l/ngày.
- Thần kinh : Không mờ mắt , không nhức đầu, không chóng mặt.
- Cơ, xương, khớp : không đau khớp, không giới hạn vận động (sưng, nóng, đỏ, đau).
- Chuyển hóa: không chán ăn, sụt cân.

VI. KHÁM: 18h00 ngày 24/03/2021:

1. Tổng quát:

- Tri giác: BN tỉnh, tiếp xúc tốt, không vẻ mặt nhiễm trùng.

- Sinh hiệu: Mạch: 80 lần/phút, huyết áp : 100/50mmHg, Tần số hô hấp: 16 lần/phút, Nhiệt độ: 37,4 0C.
- Thể trạng: Chiều cao: 1m5 , Cân nặng: 36 kg. BMI: 16kg/m²→ SDD trung bình (IDI&WPRO)
- Da vàng, không dấu xuất huyết, không tím
- Không lòng bàn tay son, không ngón tay dùi trống
- Không phù

2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng, không u sẹo.
- Kết mạc mắt vàng, niêm mạc dưới lưỡi vàng
- Môi khô, lưỡi đỏ.
- Họng sạch, amidan không sưng.
- Tuyến giáp, tuyến mang tai không to.
- Khí quản không lệch.
- Hạch cổ không sờ chạm
- Tĩnh mạch cổ ở tư thế 45 độ không nổi.

3. Ngực

a. Lòng ngực:

- Lòng ngực cân đối, không lòng ngực hình thùng, di động đều theo nhịp thở, không u, không sẹo, không dấu sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ.
- KLS không dẫn rộng, thở không co kéo cơ hô hấp phụ.

b. Tim:

- Mỏm tim KLS V đường trung đòn (T), diện đập mỏm tim 1x2 cm².
- Dấu Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-), rung miên (-).
- Nhịp tim đều, tần số 80 lần/phút, T1,T2 rõ. Không tiếng tim, âm thổi bất thường

c. Phổi:

- Không điểm đau thành ngực, không dấu lép bẹp dưới da.
- Rung thanh đều 2 bên phổi

- Gõ trong 2 bên phổi
- Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường

4. Bụng:

- Bụng cân đối, rốn lõm, bụng không lõm lòng thuyền, di động đều theo nhịp thở, không u, không sọc, không dấu sao mạch (không có ở bụng, có ở ngực), không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da. Không thấy khối phồng vùng bẹn.
- Nhu động ruột: 8 lần/phút, âm sắc cao. Không ghi nhận âm thổi ĐM chủ bụng, ĐM thận.
- Gõ trong khắp bụng
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú
- **Bờ trên KLS, bờ dưới KLS (dưới bờ sườn không), chiều cao gan 6cm trên đường trung đòn (P), không sờ thấy bờ dưới gan. Rung gan, ấn kẽ sườn âm tính**
- Không sờ thấy túi mật. Dấu Murphy âm tính
- Lách, thận không sờ chạm

5. Thần kinh: cổ mềm, không dấu thần kinh khu trú.

6. Cơ xương khớp:

- Cột sống không gù, không vẹo
- Không yếu cơ
- Không dấu run vẩy
- Các khớp không sưng nóng đỏ đau.

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN

BN nữ, 80 tuổi, nhập viện vì sốt cao liên tục, bệnh 3 giờ, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận

- TCCN:
 - + Đau bụng thượng vị
 - + Sốt cao kèm lạnh run

- + Tiểu vàng sậm, phân vàng đóng khuôn
- + Không ngứa
- TCTT:
- + Không phù
- + Da niêm vàng, mắt vàng
- + Không dấu sao mạch, không lòng bàn tay son.
- + Túi mật không to, murphy âm tính, gan lách không sờ chạm
- + Bụng mềm, không điểm đau khu trú, không THBH.

* Tiền căn: Thiếu máu thiếu sắt- truyền máu nhiều lần cách đây 6 tháng. Uống thuốc bắc liên tục 2 tuần, ngưng cách nhập viện 3 tuần

VII. ĐẶT VẤN ĐỀ:

1. Hội chứng vàng da
2. Đau bụng thượng vị (**đau quặn cơn, hay âm ỉ + kèm theo triệu chứng gì không**).
3. Sốt

* Tiền căn: Thiếu máu thiếu sắt, uống thuốc bắc liên tục 3 tuần.

VIII. CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán sơ bộ:

Viêm đường mật cấp grad 2 do sỏi theo dõi biến chứng nhiễm trùng huyết/ thiếu máu mạn.

Viêm tụy + Nhiễm trùng đường mật....

Viêm tụy + sỏi đường mật....

Viêm gan do vi trùng (ít khi xảy ra) hoặc viêm gan + nhiễm trùng ở cơ quan.

Chẩn đoán phân biệt:

Viêm gan cấp nghĩ do thuốc theo dõi biến chứng nhiễm trùng huyết/thiếu máu mạn.

Viêm gan cấp siêu vi B theo dõi biến chứng nhiễm trùng huyết/ thiếu máu mạn.

Chẩn đoán: Nhiễm trùng đường mật

SIRS → NT đường mật → NT huyết → Choáng NT → Choáng NT suy đa cơ quan (tìm hiểu)

Tăng men gan thì viêm gan

Suy gan (nghe ghi âm)

Nhiễm trùng thường tấn công bạch cầu. Nếu NT nặng thì BC giảm

IX. BIỆN LUẬN:

1. Hội chứng vàng da:

BN có hội chứng vàng da: vàng da, kết mạc mắt vàng, vàng niêm mạc dưới lưỡi, nước tiểu vàng sậm. Các nguyên nhân gây hội chứng vàng da trên bệnh nhân:

- Nguyên nhân trước gan: BN không tiểu xá xỉ, lách không to, không sống ở vùng dịch tễ sốt rét nhưng có tiền căn thiếu máu thiếu sắt lần truyền máu nhưng lần gần nhất cách 6 tháng → không nghĩ
- Nguyên nhân sau gan: BN có đau bụng thượng vị quặn cơn trên nền âm ỉ, sốt cao kèm lạnh run, vàng da, nước tiểu vàng sậm, không ngứa, không tiêu phân bạc màu, không tiền căn sỏi túi mật tuy nhiên BN có nguy cơ tạo sỏi như BN >40 tuổi, PARA 4003 → nghĩ nhiều viêm đường mật cấp do sỏi.

BN nữ 80 tuổi sốt >39 độ nên nghĩ độ 2 → đề nghị thêm các CLS để chẩn đoán và phân độ theo Tokyo guideline.

- Nguyên nhân tại gan: BN vàng da, đau thượng vị, nghĩ đến các nguyên nhân:
 - + Viêm gan cấp do virus: vì BN có triệu chứng nhiễm siêu vi như sốt, chưa tiêm ngừa viêm gan B, nhà có người bị viêm gan B nên chưa loại trừ
 - + **Viêm gan thoái hóa mỡ không do rượu: BN không có các yếu tố nguy cơ béo phì, ĐTĐ type 2, rối loạn lipid máu nên loại trừ**
 - + Viêm gan cấp do rượu: không nghĩ vì BN không uống rượu bia kéo dài
 - + Viêm gan do thuốc: không loại trừ vì trước đó BN đã sử dụng thuốc bắc trong 3 tuần liên tiếp
 - + Xơ gan: BN không có triệu chứng của HC TALTMC như lách to, báng bụng, tuần hoàn bàng hệ và không có triệu chứng của HC STBG khác ngoài vàng da như sao mạch, lòng bàn tay son, xuất huyết dưới da → Không nghĩ
 - + K gan: BN không chán ăn, sụt cân, các triệu chứng chỉ mới xảy ra và không có tiền căn bệnh gan trước đó → Không nghĩ.
 - + Abscess gan do vi trùng: BN không đau khi rung gan, ấn kẽ sườn → không nghĩ.

2. Sốt:

BN có sốt cao liên tục kèm lạnh run, nhiệt độ 38.5 độ C có thể do các nguyên nhân:

- Nhiễm trùng:

- + Nhiễm trùng ở đường hô hấp: bệnh nhân không có các triệu chứng ho khạc đàm vàng đục, lượng ít, không ho sổ mũi → không nghĩ
- + Nhiễm trùng đường tiêu hóa: bệnh nhân đau bụng, không nôn ói, không tiêu chảy, vàng da → nghĩ có viêm đường mật
- + Tiết niệu: bệnh nhân không tiểu buốt gắt, lắt nhắt, không đau hông lưng, chạp thận (-) → không nghĩ
- + Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: bệnh nhân không có triệu chứng gợi ý bệnh tim mạch như hồi hộp, đánh trống ngực, khám tim không thấy bất thường → không nghĩ.
- + Nhiễm trùng da: bệnh nhân không có nốt da, không có áp xe, không có vết loét trên da → không nghĩ
- Không do nhiễm trùng:
 - + Cường giáp không nghĩ do bệnh nhân không có tim đập nhanh, hồi hộp, không sợ nóng, không tiêu chảy, không có tiền căn cường giáp → không nghĩ
 - + Bệnh lý u – ung thư: bệnh nhân không chán ăn, sụt cân, tiền căn gia đình không ghi nhận ung thư → không nghĩ.
 - + Do virus: Viêm gan B,C → đã biện luận

Biến chứng:

- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS): BN không có ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn:
 - + Thân nhiệt $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36^{\circ}\text{C}$
 - + Nhịp tim > 90 lần/phút
 - + Nhịp thở > 20 lần/phút hoặc $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$ (4.3 kPa)
 - + Số lượng bạch cầu $> 12000/\text{mm}^3$ hoặc $< 4000/\text{mm}^3$ hoặc bạch cầu non $> 10\%$
- Nhiễm trùng huyết: theo thang điểm qSOFA: Bn không có rối loạn tri giác, huyết áp tâm thu $\leq 100\text{ mmHg}$ hoặc nhịp thở ≥ 22 lần/phút, nhưng có sốt cao 39°C → Cấy máu.

X. ĐỀ NGHỊ CLS:

1. CLS thường quy: CTM, Glucose máu, AST, ALT, BUN, Creatinin, điện giải đồ, TPTNT, ECG, X-quang ngực thẳng.

2. CLS chẩn đoán:

CLS xác định, phân biệt:

- + Nhiễm trùng: CRP, pro-calcitonin (NT huyết)

- + Hội chứng vàng da: Billirubin máu (TP, TT)
- + Chẩn đoán viêm gan: AST, ALT, GGT. Nếu AST, ALT tăng thì mới làm Marker viêm gan.
- + Chẩn đoán bệnh lý đường mật: ALP, Hình ảnh học + Bilirubin.
- + Hình ảnh học: siêu âm bụng, MRI đường mật.

CLS đặc điểm, mức độ, giai đoạn:

CLS nguyên nhân:

Nếu AST, ALT tăng thì làm thêm các Marker viêm gan:

- + Viêm gan cấp: HbsAg, Anti HBc IgM, anti HAV IgM, Anti-HCV (Khi các xét nghiệm viêm gan B, A âm tính), anti HEV IgM (Khi xét nghiệm về viêm gan B,C âm tính).
- + Tắc mật: ALP, GGT, siêu âm bụng, MRI đường mật

CLS biến chứng: Suy gan cấp: TQ, TCK, INR, Albumin máu. **Bệnh cảnh viêm gan cấp thì có thể Albumin chưa giảm**

Vàng da tăng dần nghĩ suy chức năng gan rồi nên làm thêm Albumin

Biện luận cận lâm sàng đã có

1. Tổng phân tích tế bào máu: 9h 22/3/2021

| | Kết quả | Khoảng tham chiếu | Đơn vị |
|-------------------|--------------|-------------------|--------|
| Số lượng bạch cầu | 13.57 | 4.0 - 10.0 | G/L |
| Trung tính % | 94.0 | 45 - 75 | % |
| Lympho % | 3.8 | 20 - 35 | % |
| Mono % | 2.0 | 4 - 10 | % |
| Eosinophil % | 0.1 | 1 - 8 | % |
| Basophil% | 0.1 | 0 - 2 | % |

| | | | |
|-------------------|--------------|-------------|-----|
| Trung tính | 12.76 | 1.8 - 7.5 | G/L |
| Lympho | 0.51 | 0.8 - 3.5 | G/L |
| Mono | 0.27 | 0.16 - 1.0 | G/L |
| Ura acid | 0.02 | 0.01 - 0.8 | G/L |
| Ura base | 0.01 | 0 - 0.2 | G/L |
| Số lượng hồng cầu | 2.12 | 3.8 - 5.5 | T/L |
| Huyết sắc tố | 85 | 120 - 150 | g/L |
| Hematocrit | 0.253 | 0.35 - 0.45 | L/L |
| MCV | 110.7 | 78 - 100 | fL |
| MCH | 40.1 | 26.7 - 30.7 | Pg |
| MCHC | 336 | 320 - 350 | g/L |
| RDW | 15.9 | 11.5 - 14.5 | %CV |
| Số lượng tiểu cầu | 157 | 150 - 400 | G/L |
| MPV | 11.7 | 7.0 - 12.0 | fL |
| PCT | 0.18 | 0.19 - 0.36 | % |
| PDW | 12.9 | 9.6 - 15.2 | fL |

- Dòng bạch cầu: + Số lượng bạch cầu tăng
 - + Neutrophil: số lượng và tỉ lệ tăng
 - + Lympho: số lượng và tỉ lệ giảm
 - + Mono và ưa acid: số lượng trong giới hạn bình thường, tỉ lệ tăng
 - + Ưa bazo: số lượng và tỉ lệ trong giới hạn bình thường
 → tăng số lượng bạch cầu, neutrophil ưu thế → **Nhiễm trùng**
- Dòng hồng cầu: + số lượng hồng cầu giảm
 - + HGB và Hct giảm
 - + MCV, MCH: tăng
 → **thiếu máu trung bình hồng cầu to tăng sắc**
- Dòng tiểu cầu: số lượng và kích thước tiểu cầu trong giới hạn bình thường
- Kết luận: tăng số lượng bạch cầu, neutrophil ưu thế
 Thiếu máu mức độ trung bình hồng cầu to tăng sắc
 Dòng tiểu cầu bình thường

Nhận xét: bạch cầu tăng, neu ưu thế có thể do viêm không nhiễm hoặc viêm nhiễm, trên bệnh nhân có sốt cao lạnh run → nghĩ nhiều đến nhiễm trùng hơn.

Thiếu máu hồng cầu to tăng sắc (kết hợp Lâm sàng) khám thấy các dấu hiệu của thiếu máu mạn → nghĩ đây là thiếu máu mạn nghĩ do thiếu Vitamin B12, folate.

9h 22/03/2021

| | | | |
|---------------------|--------------|--------|----------------------------|
| creatinin | 90.7 | 49-100 | umol/l |
| eGFR | 51.61 | >=90 | ml/phút/1.73m ² |
| AST | 356.5 | 0-34 | U/L |
| ALT | 110.1 | 0-34 | U/L |
| Bilirubin toàn phần | 185.0 | 5-21 | mmol/l |

| | | | |
|---------------------|-------------|---------|--------|
| Bilirubin trực tiếp | 93.4 | 0.0-3.3 | mmol/l |
| CRP | 6.42 | 0.0-5.0 | ng/l |

- Creatinine trong giới hạn bình thường => không có tổn thương thận cấp
- eGFR giảm trong khoảng 45-59 => Suy giảm chức năng thận, nếu bệnh cảnh NT có thể STC trước thận, nếu BN lớn tuổi.... ST mạn→ Theo dõi thêm BUN/Creatinin.
- AST tăng, ALT tăng tuy nhiên tăng ở mức thấp, phù hợp với bệnh cảnh tắc mật hơn viêm gan cấp
- Tỷ số De Ritis (O/P)= $356.5/110.1=3.2>2$. Phù hợp với viêm gan cấp do rượu, tuy nhiên BN không sử dụng rượu nên không nghĩ. **Viêm gan thoái hoá mỡ, xơ gan**
- Billirubin toàn phần tăng
- Billirubin trực tiếp tăng
- Bilirubin gián tiếp tăng
- %Billirubin trực tiếp = 50.5% => Billirubin tăng ưu thế Billirubin trực tiếp.

=> BN có thể bị ứ mật trong gan (viêm gan, xơ gan ứ mật nguyên phát) hoặc tắc nghẽn đường mật ngoài gan

KẾT LUẬN: Phù hợp với BN ứ mật, đề nghị ALP

| | | | |
|--------|-----------------|------|-----|
| Lipase | >1200 | 8-78 | U/L |
|--------|-----------------|------|-----|

- Tăng lipase máu + **đau vùng thượng vị (TCCN thường có độ đặc hiệu không cao nhưng vẫn nghĩ trên bệnh cảnh phù hợp với viêm tụy)**→ Theo dõi viêm tụy cấp (Xem coi viêm tụy độc lập hay sỏi kẹt ở bóng Vater gây tăng men tụy thoáng qua nhưng giảm nhanh về bình thường, Cđha có thể không thấy. Nhưng sỏi kẹt bóng Vater thì có thể gây viêm tụy luôn, men tụy giảm về chậm, cđha thấy bất thường)

11h49 23/03/2021

| | Kết quả | Khoảng tham chiếu | Đơn vị |
|-----------------------|---------------|-------------------|--------|
| Albumin | 26.9 | 35-52 | g/L |
| Cholesterol toàn phần | 2.45 | 5.18-6.19 | mmol/L |
| Triglycerid | 0.68 | 0-1.7 | mmol/L |
| HDL_C | 0.73 | 1.04-1.56 | mmol/L |
| LDL_C | 1.41 | 0.0-2.5 | mmol/L |
| GGT | 116.04 | 0.0-53 | U/L |

| | | | |
|---------------|------|-------|--------|
| Lipase | 39 | 8-78 | U/L |
| BICAR (HCO3-) | 23.3 | 21-35 | mmol/L |

- Albumin giảm => nghĩ do BN ăn uống kém, suy dinh dưỡng. Vì BN chưa từng được chẩn đoán bệnh gan, vàng da mới xuất hiện, khám không thấy HC tăng áp lực TM cửa và HC suy tế bào gan nên không nghĩ giảm albumin do gan. BN chưa từng chẩn đoán bệnh thận, khám BN không phù, không nghĩ nguyên nhân do thận. **Albumin giảm thường tới triệu chứng mất bù rồi**
- Cholesterol toàn phần giảm
- GGT tăng
- Lipase về giới hạn bình thường tuy nhiên không phù hợp với bệnh cảnh viêm tụy cấp.

Xem Albumin → Globulin (tính qua protid toàn phần) → A/G.

Nếu điện di đạm hay điện di Globulin thì phải phân tích

24/3/2021

| | Kết quả | Khoảng tham chiếu | Đơn vị |
|---------------|---------------|-------------------|--------|
| AST | 46.4 | 0-34 | U/L |
| ALT | 41.5 | 0-34 | U/L |
| GGT | 104.90 | 0.0-53.0 | U/L |
| DENGUE NS1 Ag | Âm tính | | |

- AST và ALT tăng nhẹ
- Tỷ lệ O/P= 1.11
- GGT tăng

=> AST và ALT giảm nhanh sau 1 ngày, phù hợp với bệnh cảnh tắc mật

| | | | |
|-------------|----------------|--|--|
| KSV sốt rét | Tìm không thấy | | |
|-------------|----------------|--|--|

11h49 23/03/2021

| | Kết quả | Khoảng tham chiếu | Đơn vị |
|-----|-------------|-------------------|--------|
| TQ | 13.1 | 9.7-11.4 | giây |
| PT | 62.6 | 89-129 | % |
| T | 11 | | giây |
| INR | 1.25 | 0.89-1.13 | |

- TQ, PT, INR trong giới hạn bình thường => BN không rối loạn đông cầm máu
17h28 22/03/2021

| | Kết quả | Khoảng tham chiếu | Đơn vị |
|-----|-------------|-------------------|--------|
| TQ | 14.0 | 9.7-11.4 | giây |
| PT | 55.4 | 89-129 | % |
| T | 11 | | giây |
| INR | 1.35 | 0.89-1.13 | |
| TCK | 26.6 | 22-28 | giây |
| T | 27.2 | | giây |

- TQ tăng, PT giảm, INR tăng => RL con đường đông máu ngoại sinh
- TCK bình thường => không có RL đông máu nội sinh
- => Phù hợp trên BN viêm gan nhẹ
- **TQ: 12+-2**
- **PT: 70% bình thường, <60% là bất thường**
- **INR: ½.**

| | Kết quả | Khoảng tham chiếu | Đơn vị |
|---------------|----------------------------|---------------------------------|--------|
| HBsAg | 0.00 Nonreactive | Nonreactive <0.030 | IU/ml |
| ANTI-HCV | 0.02 Nonreactive | Nonreactive <1.0 | C.O.I |
| ANTI-HBc IgM | 0.10 Nonreactive | Nonreactive <1 | S/CO |
| ANTI-HAV IgM | 0.12 Nonreactive | Nonreactive <0.8 GZ: 0.8-1.2 | S/CO |
| PROCALCITONIN | 19.88 Nghi NT huyết | <0.1 | ng/ml |
| AFP | 0.73 | 0.0-8.04 | IU/ml |
| CA 19-9 | 21.55 | 0.0-37.0 | U/ml |

| | | | |
|---------|---------------|----------------------|-------|
| CEA | 1.80 | 0.0-5.0 | ng/ml |
| HEV IgM | NEG S/CO 0.09 | S/CO <1 GZ: 1-1.2 | |
| IgG | 1695 | 800-1800mg/dl | |

- Các marker viêm gan do virus âm tính => loại trừ Viêm gan A, B, C, E
- Các marker ung thư âm tính => ít nghĩ có UT trên bệnh nhân
- Procalcitonin tăng => nghi ngờ có nhiễm trùng huyết => đề nghị cấy máu

Các bước đọc marker viêm gan:

- Phân tích từng Marker (**HbsAg - khi không nhiễm hoặc giai đoạn cửa sổ, Anti-HCV không nhiễm hoặc viêm gan C cấp**).
- Đối chiếu với men gan hoặc XN chức năng khác. AST.
- Đối chứng với siêu âm.

2. Siêu âm bụng 6h22 22/03/2021

Gan: không to, bờ đều, (P) có vài nang #12mm

Lách: không to, không thấy bất thường nhu mô

Không có dịch màng bụng

Mật: túi mật kích thước #101x43mm, thành mỏng, có bùn bết dày #22mm

Đường mật trong và ngoài gan không giãn, không thấy sỏi.

Tụy: không to, không thấy bất thường nhu mô

Hai thận: không ứ nước, không sỏi, có vài nang đường kính lớn nhất #14mm

Bàng qunag: ít nước tiểu

Tử cung, phần phụ: hạn chế khảo sát

Kết luận: túi mật to, bùn túi mật, nang gan phải, nang 2 thận

Đối chiếu lâm sàng:

BN có tình trạng thiếu máu mạn, CTM cho thấy thiếu máu hồng cầu to tăng sắc, nghĩ BN thiếu máu do nguyên nhân dinh dưỡng

BN nghĩ nhiều có viêm gan do BN có sốt, vàng da, đau bụng vùng thượng vị, kết quả CLS cho thấy men gan tăng nhưng ở mức thấp, giảm nhanh sau 1 ngày. Tỷ lệ O/P cao, bilirubin tăng cao phù hợp với bệnh cảnh tắc mật. Nguyên nhân nghĩ do viêm gan hoặc do sỏi bùn túi mật

Viêm đường mật cấp có BC trên 12000, BN trên 75 tuổi, bilirubin trên 5mg/dL

Men gan tăng, rối loạn chức năng đông cầm máu nên nghĩ có viêm gan cấp. Nguyên nhân nghĩ do thuốc do BN sử dụng thuốc bắc liên tiếp trong 3 tuần. Sau đó đã ngưng được 3 tuần, phù hợp thời điểm men gan giảm

Các marker viêm gan do virus và marker ung thư âm tính nên loại trừ các nguyên nhân ác tính. **UT thường là chẩn đoán trên GPB, Marker UT âm thì chưa loại trừ UT,**

Marker UT cao

Lipase có tăng 1 lần và giảm sau 24h - không phù hợp với bệnh cảnh của viêm tụy cấp, trên siêu âm không thấy hình ảnh viêm tụy, BN không có cơn đau bụng kiểu tụy do BN đau từng cơn.

Procalcitonin tăng cao, Ls bệnh nhân sốt cao liên tục không đáp ứng với thuốc hạ sốt => theo dõi nhiễm trùng huyết

Các cận lâm sàng cần làm thêm: cấy máu định lượng

XI. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

NT dduowngf maatj theo doix dosỏi - Toonr thuongw gan do NT đường mật- Theo dõi nhiễm trùng huyết