

BỆNH ÁN NỘI KHOA

I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên: Trần Thị Minh.

Sinh năm: 1940 (71 tuổi).

Giới: Nữ

Nghề nghiệp: Nghỉ hưu

Địa chỉ: Phường An Lạc, Quận Bình Tân, TP.HCM

Ngày nhập viện: 19h39, 29/03/2021.

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Bụng to

III. BỆNH SỬ:

Cách nhập viện 4 tháng, sáng sau khi ngủ dậy BN phù nhẹ 2 chân tay, trắng mềm, ấn lõm, không sưng, nóng, đỏ, đau, không thay đổi theo tư thế, mức độ tăng dần. BN đi tiểu lượng ít hơn trước đó (khoảng 200ml/ ngày), nước tiểu vàng sậm hơn dù uống nước như bình thường, cùng ngày bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, chán ăn. Tối hôm đó BN nôn lượng nhiều sau khi ăn được 1 giờ, lượng khoảng 200ml, dịch nôn kèm thức ăn cũ, không kèm máu, không màu sắc bất thường, sau khi nôn thấy chóng mặt chua miệng. BN không sốt, tiêu chảy, đau bụng → Nhập BV ĐHYD TPHCM được chẩn đoán xơ gan, suy tim, suy thận độ III, được điều trị nội trú 4 tuần tại BV ĐHYD TPHCM → BN xin phép chuyển viện Nhiệt đới, điều trị 1 tuần. BN giảm phù, còn mệt mỏi, chán ăn, hoạt động thể lực thường ngày giảm nhiều (BN chỉ có thể nằm và tự sinh hoạt cá nhân).

Cách nhập viện 6 tuần, BN phù trở lại với tính chất tương tự, ngoài ra người nhà BN phát hiện vàng da, vàng từ từ, tăng dần, trước đó BN không dùng thực phẩm giàu beta-caroten, không truyền máu, không xăm mình, không ghi nhận vùng dịch tễ sốt rét. Đồng thời BN thấy bụng to hơn bình thường, bụng to tăng dần, từ từ, cảm thấy căng tức bụng, đè nén, không kèm đau tức ngực, không khó thở, không điều trị. BN ăn uống kém (1 ngày chỉ ăn được hơn 1 chén cháo), ăn nhanh no, thường cảm thấy căng tức và khó tiêu sau khi ăn. Tình trạng bụng to, phù, ăn uống kém diễn tiến tăng dần đến khi nhập viện.

Ngày nhập viện, Bệnh nhân còn phù, vàng da nhiều, vẫn còn ăn uống kém, mệt mỏi, bụng BN to hơn. BN cảm thấy hụt hơi, khó thở, khó thở thì hít vào, liên tục, khó thở khi nằm, giảm khả năng di chuyển, khó khăn khi đi vệ sinh, giảm khi ngồi hoặc nghỉ ngơi, nói rõ từng câu, từng chữ → Nhập BV NTP.

Trong quá trình bệnh, BN thường mất ngủ vào ban đêm, hay ngủ ngày, lơ mơ không rõ, không sốt, ớn lạnh, không ợ chua, không đau bụng, xì hơi được, đi cầu phân vàng đóng khuôn, không theo dõi cân nặng thay đổi, không nôn ra máu,

không chảy máu nước răng, không chảy máu cam, đi tiểu khoảng 200 ml/ngày, nước tiểu màu vàng sậm, không gắt buốt. BN không theo dõi cân nặng

, Tình trạng lúc nhập viện:

- Mạch: 82 lần/phút
- Nhiệt độ: 37 độ C
- Huyết áp: 100/60 mmHg.
- Nhịp thở: 20 lần/phút
- Cân nặng: 48kg.

Chẩn đoán lúc nhập viện:

- Gan hóa sỏi, xơ gan.
- Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin, suy gan, không xác định. Suy thận không xác định. Rối loạn cân bằng nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan. Bất thường Albumin. Cao huyết áp vô căn (nguyên phát). Cổ trướng (báng bụng).

Xử trí lúc nhập viện: Chưa ghi nhận.

IV. TIỀN CĂN

1. Cá nhân

a. Nội khoa:

- Được chẩn đoán đái tháo đường type II 20 năm trước tại bệnh viện quận 6, tuân thủ điều trị, đường huyết kiểm soát không tốt.
- Được chẩn đoán tăng huyết áp 10 năm trước tại bệnh viện quận 6, tuân thủ điều trị, huyết áp kiểm soát tốt, HA bình thường: 130/70 mmHg.
- Cách nhập viện 3 năm trước, bệnh nhân nhìn mờ mắt trái, chẩn đoán đục thủy tinh thể được phẫu thuật mắt tình nguyện cùng lúc.
- Chưa ghi nhận tiền căn viêm gan siêu vi B, C. Chưa từng chích ngừa viêm gan. Chưa ghi nhận bệnh lý huyết học, bệnh đường mật trước đó. Chưa ghi nhận tiền căn ung thư, bệnh tự miễn trước đó.

b. Ngoại khoa: BN được mổ mắt trái 3 năm trước. Sau mổ không ghi nhận biến chứng gì khác.

c. Dị ứng: Chưa ghi nhận dị ứng thuốc, thức ăn

d. Dịch tễ: Chưa ghi nhận tiền căn tiếp xúc với COVID-19

e. Thói quen, sinh hoạt:

Hay ăn mặn, ăn nhiều rau, uống nhiều nước, **ăn nhiều tinh bột, đồ ngọt.**

BN không HTL, uống rượu bia

f. Tiếp xúc thuốc và hóa chất:

- BN tự ý dùng thuốc nam tác dụng thanh lọc cơ thể trong 30 năm nay, đã dùng thuốc được 3 tháng trước.
- Chưa ghi nhận tiền căn hút thuốc lá, rượu bia hay tiếp xúc với hoá chất độc hại khác.

2. Gia đình: Chưa ghi nhận tiền căn các bệnh lý tim mạch, ĐTĐ, THA.

Chưa ghi nhận tiền căn viêm gan, xơ gan, ung thư gan.

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

- Tim mạch: Không đau ngực, không khó thở, không hồi hộp đánh trống ngực.

- Hô hấp: Không ho, không ho ra máu.

- Tiêu hóa: Ăn uống được, không nôn ói, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày.

- Thận niệu: Không tiểu gắt buốt, không tiểu khó, tiểu vàng sậm **200-300ml/ngày.**

- Thần kinh: Không mờ mắt, không nhức đầu.

- Cơ, xương, khớp: không đau khớp, không sưng nóng đỏ đau các khớp không giới hạn vận động.

VI. KHÁM: 7h00 ngày 02/04/2021.

1. Tổng quát:

- Sinh hiệu: Mạch: 80 lần/phút. HA: 134/82 mmHg. Tần số hô hấp: 18 lần/phút. Tần số tim: 84 lần/phút. Nhiệt độ: 37 độ C.
- Chiều cao: 1.42m, Cân nặng: kg → BMI: (kg/m²) ---> Chưa ghi nhận - BN được rút dịch bụng trước ngày khám 1 ngày

BN tỉnh, tiếp xúc được.

Vàng da, củng mạc mắt vàng, niêm mạc dưới lưỡi vàng. Niêm mạc mắt nhạt. Dấu bầm da ở tay. Không tím.

Móng tay sọc, mất bóng. Không bàn tay son.

Phù nhẹ 2 chân, ấn lõm, không sưng, nóng, đỏ, đau.

Hạch cổ, hạch nách, hạch bẹn không sờ thấy.

2. Đầu mặt cổ:

Cân đối, không biến dạng, không u sẹo.

Niêm mạc mũi không sung huyết

Môi không khô, lưỡi sạch.

Họng sạch, amidan không sung.

Tuyến giáp, tuyến mang tai không to.

Khí quản không lệch.

Tĩnh mạch cổ ở tư thế 45 độ không nổi.

3. Ngực:

a. Lồng ngực:

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

b. Tim:

- Mỏm tim KLS V đường trung đòn (T), diện đập mỏm tim $1 \times 2 \text{ cm}^2$.
- Dấu Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-), rung miêu (-).
- Nhịp tim đều, tần số 84 lần/phút, T1, T2 rõ. Không tiếng tim, âm thổi bất thường.

c. Phổi:

- Không điểm đau thành ngực, không dấu lép bép 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 to, bè 2 bên**, rốn lõm, bụng không lõm lòng thuyền, di động đều theo nhịp thở, không u, không sọc, không xuất huyết dưới da, **có tuần hoàn bàng hệ**.
- Nhu động ruột: 6 lần/phút, âm sắc thấp. Không ghi nhận âm thổi ĐM chủ bụng, ĐM thận, ĐM đùi.
- **Gõ đục 2 bên bụng, vùng thấp của bụng. Dấu sóng vỗ (+).**
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú
- **Gan 8 cm trên đường trung đòn (P), bờ trên KLS IV, bờ dưới KLS VII.**
- **Lách to cách hạ sườn trái 2 cm, bờ không đều, mật độ chắc, bề mặt trơn láng.**
- Thận không sờ chạm.

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN

BN nữ, 71 tuổi, NV vì bụng to, bệnh 6 tuần. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

- TCCN:
Phù mi mắt, mặt, chân tay, không thay đổi theo tư thế, mức độ tăng dần.
Tiểu ít, nước tiểu vàng sậm, không gắt buốt.
Mệt mỏi, chán ăn.
Vàng da tăng dần, tiểu vàng sậm.
Bụng to
- TCTT:
Vàng da, củng mạc mắt vàng, niêm mạc dưới lưỡi vàng, Môi không khô, lưỡi sạch. Niêm mạc mắt nhạt. Dấu bầm da ở tay. Móng tay sọc, mất bóng.
Không bàn tay son
Phù nhẹ 2 chân, ấn lõm, không sưng, nóng, đỏ, đau.
Không dấu sao mạch.
Bụng to, bè 2 bên, rốn lõm, không xuất huyết dưới da, có tuần hoàn bàng hệ. Dấu sóng vỗ (+).
Gan 8cm. Bờ trên KLS IV, bờ dưới gan KLS VII. Lách to độ I.
- Tiền căn:
ĐTĐ type II, THA, suy tim, suy thận giai đoạn III, mổ đục thủy tinh thể (T).

VII. ĐẶT VẤN ĐỀ:

- Phù toàn thân
- Báng bụng.
- Hội chứng vàng da.
- Hội chứng tăng ALT/M của.

- HC thiếu máu.

- Tiền căn: ĐTĐ tuyp II, xơ gan, suy tim, suy thận giai đoạn III, mô độc thủy tinh thể (T)

VIII. CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán sơ bộ: Theo dõi xơ gan nghĩ do viêm gan virus mạn, theo dõi biến chứng gan-thận, bệnh não gan, báng bụng kháng trị, theo dõi UT gan/ ĐTĐ tuyp II, THA, xơ gan, suy thận mạn giai đoạn III + theo dõi SDD.

Chẩn đoán phân biệt:

- 1) Hội chứng thận hư không thuần túy lần đầu, nghi thứ phát do ĐTĐ, theo dõi tổn thương thận cấp/ ĐTĐ tuyp II, THA, xơ gan, suy thận giai đoạn III
- 2) Theo dõi STM giai đoạn cuối/ĐTĐ tuyp II, THA, xơ gan, suy thận giai đoạn III

IX. BIỆN LUẬN:

- BN khởi phát phù 2 chân tay đối xứng trắng mềm, ấn lõm, không sung, nóng, đỏ, đau, không thay đổi theo tư thế → **Nghĩ là phù toàn thân**. Các nguyên nhân phù toàn thân có thể gặp trên BN:

Tim mạch (Suy tim phải): Tính chất phù của tim bao gồm phù bắt đầu ở chân, đối xứng, tăng về buổi chiều, giảm vào buổi sáng, có thể phù ở tay, ở mặt khi suy tim nặng. BN có tiền căn được chẩn đoán suy tim ở BV ĐHYD TPHCM. Khám thấy phù nhẹ 2 chân, TM cổ 45 độ không nổi, gan không to, tiếng tim bình thường không nghe gallop T3 → Không nghĩ.

Gan: Phù đi kèm cùng với triệu chứng vàng da, nước tiểu vàng sậm, kèm báng bụng kéo dài trong 6 tuần. Khám thấy củng mạc mắt vàng, niêm mạc dưới lưỡi vàng, thấy các vết bầm trên tay, không thấy các vết cào gãi trên da, tuần hoàn bàng hệ, lách to độ II → Nghĩ nhiều phù này do gan.

Thận: Tính chất phù không đặc trưng của thận (phù bắt đầu ở mi mắt, mặt tăng vào buổi sáng, lan xuống 2 chân thường tăng vào buổi sáng, phù đối xứng, mềm trắng, ấn lõm, không đau), tuy nhiên trên BN có tiền căn suy thận mạn giai đoạn III, lượng nước tiểu khoảng 200-300ml → Nghĩ phù có liên quan đến thận.

Suy dinh dưỡng: BN xuất hiện 2 đợt phù kèm chán ăn, ăn uống kém (1 chén cháo/ ngày), tính chất phù của suy dinh dưỡng đặc trưng là phù mi mắt, phù ở mu bàn tay, bàn chân → Nghĩ nguyên nhân dinh dưỡng là yếu tố góp phần cho triệu chứng phù của BN.

- BN có triệu chứng bụng to diễn tiến không giảm, tăng dần trong 6 tuần. Khám thấy bụng to, bè 2 bên, gõ đục 2 bên bụng, vùng thấp của bụng. Dấu sống vồ (+) → **Nghĩ nhiều là báng bụng**. Nguyên nhân báng bụng này nghĩ do nguyên nhân ở gan và thận, không nghĩ nguyên nhân trên tim và dinh dưỡng.
- BN có triệu chứng vàng da, tăng dần từ từ, liên tục, kèm nước tiểu vàng sậm, phân vàng đóng khuôn trong vòng 6 tuần đến khi nhập viện, trước đó BN không sử

dụng thực phẩm giàu beta-caroten, không truyền máu, xăm mình, tiền căn bệnh các bệnh huyết học, bệnh đường mật và phẫu thuật có liên quan, ngoài ra BN được chẩn đoán xơ gan 4 tháng trước tại BV ĐHYD. Khám thấy củng mạc mắt vàng, niêm mạc dưới lưỡi vàng, thấy các vết bầm trên tay, không thấy các vết cào gãi trên da. Ghi nhận bụng báng, sóng vỗ (+), tuần hoàn bàng hệ, lách to độ II → **Nghĩ nhiều BN có hội chứng vàng da với nguyên nhân tại gan** với ¾ triệu chứng của HC tăng ALT/AST của (Bảng bụng, lách to, tuần hoàn bàng hệ). Nguyên nhân nghĩ nhiều nhất ở hội chứng vàng da tại gan này là: **Xơ gan**

1. Nguyên nhân xơ gan: Thường gặp 4 nguyên nhân chính sau, các nguyên nhân khác hiện không nghĩ:

- Rối loạn chuyển hóa:

- Đồng: Không nghĩ do đây là bệnh di truyền mà tiền căn gia đình không ghi nhận bệnh lý liên quan, bệnh thường khởi phát sớm, kèm bất thường thần kinh.

- Virus: Nghĩ do BN chưa được chẩn đoán viêm gan siêu vi trước đó tuy nhiên BN không tiêm ngừa viêm gan và VN là vùng dịch tễ của viêm gan siêu vi nên không thể loại trừ → đề nghị xét nghiệm HbSAg, antiHCV.

- Rượu: không nghĩ do BN không uống rượu bia.

- Nguyên nhân do ứ mật:

2. Biến chứng xơ gan:

- Xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn TMTQ: Không nghĩ do BN không có tiền căn tiêu phân đen, ói ra máu.

- VPM nhiễm khuẩn nguyên phát: Không nghĩ, tuy BN không đau bụng, sốt, tiêu chảy hay shock nhiễm trùng tuy bệnh nhân có nôn nhưng lần nôn trước khi báng bụng.

- Ung thư gan: Ít nghĩ vì khám gan không thấy gan to, nhưng không loại trừ do BN lớn tuổi có 1 số biểu hiện của HC cận ung như mệt mỏi, chán ăn và do đã được chẩn đoán xơ gan nên có thể diễn tiến đến ung thư.

- HC gan – thận: Do BN có tình trạng thiếu niệu 3-4 ngày trước khi nhập viện, nên ít nghĩ → CLS: Creatinin, BUN, ion đồ

- Bệnh não gan: Nghĩ nhiều do BN có tình trạng lơ mơ, có rối loạn giấc ngủ, ban đêm khó ngủ và thường ngủ vào buổi trưa.

X. ĐỀ NGHỊ CLS

1. CLS thường quy

- CTM, Đường huyết, AST, ALT
- BUN, Creatinin

- Ion đồ
 - TPTNT
 - Xquang ngực thẳng, ECG
2. CLS chẩn đoán
- Siêu âm bụng
 - HbSAg, anti HCV
 - Chọc dò màng bụng
 - XN chức năng gan: Bil, alb, PT, aPTT
 - Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng

XI. PHÂN TÍCH CÁC CLS ĐÃ CÓ

1. Công thức máu

	Kết quả	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
Số lượng bạch cầu	9.41	4.0 - 10.0	G/L
Trung tính %	76	45 - 75	%
Lympho %	13.2	20 - 35	%
Mono %	10.2	4 - 10	%
Eosinophil %	0.4	1 - 8	%
Basophil%	0.2	0 - 2	%
Trung tính	7.15	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	3.16	3.8 - 5.5	T/L
Huyết sắc tố	90	120 - 150	g/L
Hematocrit	0.27	0.35 - 0.45	L/L
MCV	85.4	78 - 100	fL
MCH	28.5	26.7 - 30.7	Pg
MCHC	333	320 - 350	g/L
RDW	18.0	11.5 - 14.5	%CV
Số lượng tiểu cầu	233	150 - 400	G/L
MPV	9.2	7.0 - 12.0	fL
PCT	0.21	0.19 - 0.36	%
PDW	8.8	9.6 - 15.2	fL

- Dòng bạch cầu:
Số lượng BC trong giới hạn bình thường
Tỷ lệ BC NEU và MONO tăng, BC LYM và EOS giảm, nhưng trị số tuyệt đối của các loại BC trong giới hạn bình thường
- Dòng hồng cầu
Số lượng HC giảm, Hct giảm, Hb giảm

MCV và MCH, MCHC trong giới hạn bình thường

=> Thiếu máu mức độ TB đẳng sắc đẳng bào

- Dòng tiểu cầu: Số lượng và kích thước trong giới hạn bình thường

2. Chức năng đông máu

3. Sinh hóa máu - ion đồ

	29/03	30/03	31/03	02/04	tham chiếu	
ure	13.11	13.15	12.18	10.98	2.8-7.2	mmol/L
creatinine	323.3	318.6	290.5	263.5	49-100	umol/L
eGFR	11.83	12.04	13.46	15.14	>=90	ml/p/1.7 3m2
Albumin	27.5				35-52	g/L
AST	21.1				0-34	U/L
ALT	8.6				0-34	U/L
HCO3-		23.7	23.4	23.1	21-31	mmol/L
Na+	125	126	124	125	136-146	mmol/L
K+	4.58	4.21	3.86	3.49	3.4-4.5	mmol/L
Cl-	87.9	92.7	90.2	89.7	101-109	mmol/L

- phân tích sinh hoá máu ngày NV

BUN=36.7 mg/dL, creatinin tăng, độ lọc cầu thận giảm

=> có suy giảm chức năng thận, theo dõi BUN, creatinin, eGFR đến 72h để xác định tổn thương thận cấp hay bệnh thận mạn

Qua ure, creatinin giảm dần qua các ngày, eGFR tăng dần, phù hợp với tình trạng bệnh thận mạn của BN

- Albumin giảm

- AST, ALT trong giới hạn bình thường => không có viêm gan cấp

- Na+, Cl- giảm, K+ trong giới hạn bình thường => có rối loạn ion

4. CRP (ngày NV)= 19.73 mg/L

CRP tăng => có hiện tượng viêm

5. Khí máu ĐM

TEMP	37.0		độ C
HGB	13		g/dL
FiO2	21		%
BP	755		mmHg
pH	7.514	7.37-7.45	
PaCO2	34.9	32-46	mmHg
PaO2	41.6	71-104	mmHg
TCO2	29		mmol/L
HCO3 chuẩn	27.9	21-26	mmol/L
kiềm dư	5	-2- +3	mmol/L
BEecf	5		mmol/L
SaO2	81.5		%
O2ct	14.9		VOL%
RI	1.6		

- tương thích bên trong

HCO_3^- dự đoán = $34.9 \times (6/8) = 26.175$

HCO_3^- thực tế - dự đoán = $27.9 - 26.175 = 1.725 \Rightarrow$ tương thích bên trong

- Tương thích bên ngoài

$\text{SpO}_2 = 93\%$ và $\text{SaO}_2 = 81.5 \Rightarrow$ phù hợp

$\text{PaO}_2 = 41.6$ phù hợp trên BN khó thở nhiều

$\text{PaO}_2 < 5 \text{FiO}_2$

- Rối loạn oxy máu

$\text{PaO}_2 = 41.6 \text{ mmHg} \Rightarrow$ suy hô hấp mức độ nặng, PaCO_2 trong giới hạn bình thường \Rightarrow suy hô hấp type 1

$\text{PO}_2/\text{FiO}_2 = 198 \Rightarrow$ giảm oxy hoá máu mức độ nặng

$\text{P(A-a)O}_2 = 64.5 \Rightarrow$ tăng \Rightarrow BN giảm oxy máu do nguyên nhân tim phổi

- Rối loạn toan kiềm

$\text{pH} = 7.514 \Rightarrow$ có kiềm

PaCO_2 bình thường, HCO_3^- tăng \Rightarrow kiềm chuyển hoá

PaCO_2 tính toán = $0.7 \times 27.9 + 21 = 40.53 \pm 2 > \text{PaCO}_2$ thực tế

=> có kèm kèm hô hấp

6. Siêu âm bụng

- Gan: bờ không đều, cấu trúc thô, không to
- Lách: to
- Tĩnh mạch cửa: giãn (14mm)
- Dịch ổ bụng: lượng nhiều
- Túi mật, tụy: bình thường
- 2 thận, bàng quang: bình thường
- Tử cung, phần phụ: không rõ
- Dịch đáy màng phổi T lượng ít

Trên BN có HC tăng áp lực TM cửa trên SÂ (lách to, TMC giãn, dịch ổ bụng lượng nhiều, tràn dịch màng) phù hợp trên BN xơ gan

7. Siêu âm tim

- Rối loạn giãn thất trái. Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn
- Tràn dịch màng phổi 2 bên lượng vừa

8. Đối chiếu lâm sàng và cận lâm sàng