

BỆNH ÁN NHI KHOA

I. Hành chính:

- Họ và tên: Nguyễn Anh Đạt
- Giới: Nam
- Tuổi: 2 tuổi (19/08/2018)
- Địa chỉ: Gò Dầu, Tây Ninh
- Nhập viện: 13/11/2020 P.310
- Khoa SXH- Huyết học BV Nhi Đồng 1

II. Lý do nhập viện: xanh xao

III. Bệnh sử: Mẹ là người trực tiếp chăm sóc và khai bệnh

- Cách nhập viện 2 tháng, mẹ thấy bé da xanh xao, tăng dần, bé ăn ít chỉ 3-4 muỗng cơm, uống sữa tươi 220ml*8= 1760ml mỗi ngày trong vòng 1 năm qua, không buồn nôn, không nôn, không vàng da, không chảy máu da niêm, không sốt, không ho, không sổ mũi, không đau bụng, tiêu phân vàng, đóng khuôn, vẫn sinh hoạt, vui chơi như thường ngày.=> nhập viện NĐ1
- Tình trạng lúc nhập viện:
 - Bé tỉnh
 - Da niêm nhạt, chi ấm
 - Mạch đều, rõ 110 l/p
 - Nhiệt độ 37°C
 - Tim đều
 - Thở êm. Nhịp thở 30 lần/ phút
 - Phổi thô
 - Bụng mềm
 - Gan, lách không sờ chạm

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

- Sản khoa: con thứ 2 (song sinh), PARA 0202, sinh thường, CNLS 2,45kg,. Mẹ mang thai khám thai đầy đủ, không ghi nhận bệnh lý thai kì.
- Phát triển tâm thần - vận động: bình thường
- Dinh dưỡng: sữa công thức, ăn dặm từ 3 tháng tuổi, 12 tháng chuyển ăn cơm, nhưng ăn ít khoảng 3-4 muỗng+ uống sữa tươi 1760ml.
- TCMR: bình thường
- Bệnh lý:
 - + Lần này là lần xanh xao đầu tiên
 - + Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý và nhập viện từ lúc sinh.
 - + Chưa truyền máu
 - + Không ghi nhận vàng da sơ sinh
 - + Không sử dụng thuốc trước đây

- + chưa xổ giun từ lúc sinh
- Dị ứng: chưa ghi nhận

Xổ giun: hỏi: thói quen đi chân đất, có vết trầy xước ở chân, ăn đồ sống

2. Gia đình:

- Chưa ghi nhận tiền căn các bệnh lý huyết học, miễn dịch

V. **Khám:** (9h30 ngày 12/11/2020)

1. Tổng quát:

- Bé tỉnh, chơi
- Da xanh, niêm nhạt, giường móng, không móng sọc, không mất bóng, lòng bàn tay nhạt, chi ấm, CRT<2s, không phù, không xuất huyết, không hồng ban
- Mạch quay đều rõ 100lần/phút
- Sinh hiệu: M 100 lần/phút, NT 30 lần/phút, NĐ 37°C
- Tổng trạng: CN = 15 kg; CC:89 cm □ CN/ CC, CN/ Tuổi, CC/ tuổi: (0;2) z-score

2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng
- Tai không chảy dịch
- Họng không đỏ

3. Ngực:

- Cân đối, không biến dạng, di động theo nhịp thở
- Tim: T1 T2 đều rõ, tần số 100lần/phút, không nghe âm thổi
- Thở đều, không co lõm ngực
- Phổi không nghe rale

4. Bụng:

- Cân đối, di động theo nhịp thở
- Bụng mềm, không điểm đau
- Gan lách không sờ chạm

5. Tiết niệu-sinh dục:

- CQSD ngoài là nam
- Cầu BQ (-)

6. Thân kinh- cơ xương khớp:

- Không giới hạn – không biến dạng khớp, cột sống

VI. Tóm tắt bệnh án:

Bé nam 27 tháng tuổi, nhập viện vì xanh xao, bệnh 2 tháng, có:

Bé nam 27 tháng tuổi nhà ở Tây Ninh, nhập viện vì xanh xao, bệnh 2 tháng qua thăm khám có

1. TCCN:

- Xanh xao

2. TCTT:

- Da niêm nhạt

Chỉ ghi ra hết: chữ ko cần tccn,tt

- Xanh xao, da niêm nhạt - Gan lách không sờ chạm
- Chế độ ăn không phù hợp lứa tuổi - chưa từng xổ giun
- Không xuất huyết da niêm, không vàng da, vàng mắt, tiếp xúc độc chất
- Tiền căn(như dưới)

- Gan lách không sờ chạm

3. Tiền căn:

- Không bú sữa mẹ, ăn kém, uống sữa nhiều 1760ml mỗi ngày
- Sanh đôi, sinh non, cân nặng lúc sinh 2,45 kg
- Bố mẹ không mắc bệnh tự miễn, huyết học

VII. Đặt vấn đề:

1. Hội chứng thiếu máu mạn mức độ trung bình
2. **Chế độ ăn không phù hợp**

VIII. Chẩn đoán

1. **Chẩn đoán sơ bộ:** Thiếu máu mạn- mức độ trung bình do thiếu máu thiếu sắt do chế giảm cung cấp
2. **Chẩn đoán phân biệt:**

Thiếu máu mạn- mức độ trung bình do thiếu B12 do giảm cung cấp

Thiếu máu mạn- mức độ trung bình do thiếu acid folic do giảm cung cấp

Thiếu máu mạn- mức độ trung bình do nhiễm giun móc

Thiếu máu mạn- mức độ trung bình do nhiễm **giun móc/thalassemia**(trước giờ chưa thiếu máu nên **thalassemia** thiếu máu dưới lâm sàng thì nếu đợt này thiếu máu mức độ trung bình thì nghĩ do nguyên nhân khác kèm theo)

IX. Biện luận:

Hc thiếu máu: do BN có lòng bàn tay nhạt, kết mạc mắt, niêm mạc miệng nhạt

Thiếu máu mạn: vì bệnh diễn tiến tăng dần trong 2 tháng

Mức độ: mức độ trung bình: da niêm nhạt, mạch rõ, nhịp tim 100l/p. không ảnh hưởng đến vui chơi, sinh hoạt hằng ngày của bé.

Nguyên nhân: (chỉ ghi những nguyên nhân nghĩ có thể có rồi biện luận. các nguyên nhân không nghĩ thì dồn lại tất cả các TCCN, TCTT, Tiền căn ghi ra hết để loại những nguyên nhân đó. Khi chỉ hỏi tại sao lại ghi nó ra thì hiểu là để loại nguyên nhân gì. VD: không vàng da vàng mắt, không gan lách to, không ghi nhận bệnh lý gan, thận, không tiền căn thiếu máu gia đình, không vàng da sinh lý, không móng đen, răng không Burton=> loại tán huyết, bệnh mạn tính, nhiễm độc chì, thiếu men G6PD

Chỉ khuyến khích nhớ nguyên nhân theo con đường tạo máu. Quá trình hấp thu sắt để tạo hồng cầu

a. Giảm sản xuất

Ngộ độc chì: không nghĩ phát triển tâm vận bình thường, không đau bụng không có móng đen, răng không viền Burton

- Bệnh lý nhiễm trùng: BN không ho, không sốt, không sổ mũi □ không nghĩ
- Thiếu men G6PD: BN không tiểu sạm màu, xét nghiệm sàng lọc không ghi nhận thiếu □ không nghĩ

Bệnh mạn tính: không ghi nhận

Thiếu chất dinh dưỡng: Fe, B12, Folate: bé có yếu tố nguy cơ là sinh non, trẻ có chế độ ăn ít sắt (uống > 600ml sữa', ăn 4 muỗng cơm)=> nghĩ nhiều

b. Tán huyết: ít nghĩ: chưa ghi nhận vàng da vàng mắt trước đây, gan lách không sờ chạm.

Thalassemia: ít nghĩ vì không có vàng da gan lách không sờ chạm, tiền căn gia đình không ghi nhận bệnh lý huyết học.

Sốt rét: không ghi nhận đợt sốt cao lạnh run gần đây

Thiếu men G6PD: không nghĩ: tiền căn gia đình chưa ghi nhận, không ghi nhận vàng da sơ sinh trước đây

c. Xuất huyết

- Nhiễm giun móc: chưa xô giun từ lúc sinh: không loại trừ
- Chấn thương, phẫu thuật: không ghi nhận

X. Đề nghị CLS

- Chẩn đoán: CTM, phết máu ngoại biên, hồng cầu lưới, ferritin(chị có câu hỏi: trong trường hợp nào làm ferritin, Fe huyết thanh, transferrin), điện di Hb (ca này không cần làm, nhưng ở bv thì làm luôn một lần để không mất thời gian của bệnh nhân), TPTNT, soi phân
- AST,ALT, BUN, Creatinin, Xquang ngực, siêu âm bụng

XI. Kết quả CLS

1. Công thức máu

	13/11/2020	16/11/2020	CSBT	
WBC	10,08	14,78	4-12	$\times 10^3/\mu\text{L}$
NEU#	4,5	6,25	3-5,8	$\times 10^3/\mu\text{L}$
EOS#	0,62	2,52	0,05-0,25	$\times 10^3/\mu\text{L}$
BASO#	0,08	0,09	0,015-0,05	$\times 10^3/\mu\text{L}$
LYM#	4,32	5,18	1,5-3,0	$\times 10^3/\mu\text{L}$
MONO#	0,56	0,74	0,285-0,5	$\times 10^3/\mu\text{L}$
IG#	0,02	0,07		K/ μL
NEU%	44,5	42,3	54-62	%
EOS%	6,2	17,2	1-3	%
BASO%	0,8	0,6	0-0,75	%
LYM%	42,9	35,0	25-33	%
MONO%	5,6	5,0	3-7	%
IG%	0,2	0,5		%
RBC	4,33	4,67		$\times 10^{12}/\text{L}$
HGB (chị kêu thuộc chỉ số)	5,2 (<5 là cấp cứu phải truyền máu nha theo	5,8	11,5-14,5	g/dL

	(WHO). Nhưng ở BV người ta đánh giá BN có tình trạng khẩn không và có thể chờ đến 4 theo chỉ số cũ			
HCT	21,8	23,8	33-43	%
MCV	50,3	51,0	76-90	fL
MCH	12,0	12,4	25-31	Pg
MCHC	23,9	24,4	32-36	g/dL
RDW-CV: chỉ số tham khảo để phân biệt TMTS(thường tăng) và Thalassemia(thường không tăng)	23,3	24,6		%
PLT	1406	1090	150-400	X10 ³ /uL
%PDW	7,9	8,2		
MPV	8,0	8,3		fL
%PCT	1,13	0,9		

Kết luận:

Thiếu máu(HGB:5.2<7) hồng cầu nhỏ (MCV: 50,3fL<78) nhược sắc (MCH: 12,0Pg< 28) mức độ nặng

EOS tăng=> nghi ngờ do nhiễm KST

PLT, bạch cầu: tăng cao nếu không có ổ nhiễm trùng có thể trong thiếu máu tán huyết, thiếu máu thiếu sắt do tăng sinh tủy

Tăng tiểu cầu:

- o Nhiễm trùng
 - o Miễn dịch
 - o Ác tính
 - o Vô căn: thường tăng ít: nếu tăng >900K thì phải sử dụng Aspirin để ngừa huyết khối
 - o Thứ phát: tăng 1-1,4tr thì phải sử dụng Aspirin, và đi tìm nguyên nhân thứ phát:
- Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào có các nguyên nhân
 - o Thiếu erythropoietin

- o Thiếu hỗn hợp: Fe, B12, Folate, đạm
- o Suy tủy dòng Hồng cầu
- o Xuất huyết cấp/mạn

2. Phết máu ngoại biên:

Bạch cầu: 14.780/mm³

%NEU: 45

%EOS: 15

%BASO: 0

%LYM: 35

%MONO: 05

Hồng cầu: nhược sắc. kích thước, hình dạng thay đổi(++), dị dạng(+). Hồng cầu kích thước nhỏ (+). Hồng cầu đa sắc(++) (nếu có hồng cầu nhân, hồng cầu đa sắc thì là hồng cầu lưới á nha=> thiếu máu ngoại biên). Mảnh vỡ ít.

Tiểu cầu: 1090000/mm³

3. Sinh hóa máu

- Ure: 4,95 mmol/L
- Creatinine: 45,8 umol/L
- AST: 30,44 UI/L
- ALT: 22,97 UI/L
- Ferritin: 11,11 ug/L < 12ug/L=> thiếu Fe

4. Điện di Hb: HbA: 98,3% ; HbA2: 1,7%

⇒ Kết quả bình thường

XII. Chẩn đoán xác định: Thiếu máu mạn- mức độ trung bình do thiếu máu thiếu sắt do chế giảm cung cấp

XIII. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị

- Tăng tạo Hb và tạo dự trữ sắt
- Bù sắt (xem thời gian đáp ứng: 2d: đáp ứng thần kinh, 5-7d: HCL tăng)
- Tăng cường sắt qua chế độ ăn:
- Xô giun
- Hỗ trợ: thức ăn giàu đạm, vit C, hạn chế sữa, ngũ cốc, trà, coffee

2. Điều trị cụ thể

Savi albendazole 1v x 2 (u)

- o Liều dự phòng
- o Trước 2y: albendazole 200 1 liều duy nhất
- o Sau 2 tuổi: albendazole 400mg 1 liều duy nhất
- o Hoặc mebendazole 500mg liều duy nhất

Vitamin C: 1v x 2 (u)

Folicfer 0,054g (chứa 18mg Fe nguyên tố) 2v x 2 (u) cách xa cử ăn 1 giờ

XIV. Tiên lượng

- Trung bình, hiện tại sinh hiệu ổn, thiếu máu chưa ảnh hưởng lên huyết động (mạch nhanh nhẹ tụt huyết áp), chưa tác động phát triển thể chất, tâm thần
- Tiên lượng xa: trẻ thiếu máu thiếu sắt, cải thiện triệu chứng lâm sàng cải thiện tốt với bổ sung sắt

Thiếu màu ngoại biên:

Giai đoạn đầu HCL tăng

Giai đoạn sau HCL bình thường

Kiệt quệ: HCL giảm

Thiếu Fe

- Giảm dự trữ mẹ sang con (mẹ cho con đủ 6m đầu), nếu con thiếu máu trong 12m đầu thì có thể
 - o Mẹ thiếu sắt
 - o Sinh non, sinh 3
 - o Thai già
 - o Con rạ
- Giảm cung cấp
- Giảm hấp thu-> 7-8y hỏi thêm viêm loét dạ dày tá tràng
- Giảm transferrin, chất ức chế vận chuyển: bẩm sinh, hoặc bị ức chế do nhiễm trùng
- Mất đi: xuất huyết tiêu hóa, tiết niệu, máu mũi