

CASE LÂM SÀNG : ONG ĐỐT

Mục tiêu

Sau khi học xong case lâm sàng, sinh viên có thể :

1. Phân tích được cơ chế gây bệnh của các độc tố do ong đốt
2. Biết cách hỏi bệnh sử, khai thác tiền căn một trường hợp ong đốt
3. Khám lâm sàng, phân tích cận lâm sàng, chẩn đoán bệnh nhân ong đốt
4. Xử trí cấp cứu, đưa ra hướng điều trị một bệnh nhân ong đốt

Giảng viên hướng dẫn :

ThS.BS Nguyễn Ngọc Tú

Tài liệu yêu cầu sinh viên cần đọc trước khi đến lớp :

1. Slide bài giảng Ong đốt.
2. Phạm Thị Ngọc Thảo (2013) Ong đốt . Hồi sức cấp cứu và chống độc. Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Edward Joseph Otten (2017), Venomous Animal Injuries , Rosen's Textbook of Emergency Medicine, 55(2), pp.698 - 714, 9th Edition.

GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam, 32 tuổi, nghề nghiệp nông dân, địa chỉ: tỉnh Bình Phước.

Trước nhập bệnh viện Chợ Rẫy 02 ngày, bệnh nhân đi câu cá bị ong vò vẽ đốt 2 lần, hơn 50 vết đốt ở mặt trong và sau 2 cánh tay và dọc theo hông lưng 2 bên, sưng đau và tấy đỏ tại vùng bị đốt. Bệnh nhân được đưa đến bệnh viện địa phương sau khoảng 6 giờ bị ong đốt. Tại đây bệnh nhân diễn tiến khó thở tăng dần, sốt cao, tiểu máu nên được chuyển bệnh viện Chợ Rẫy.

Bệnh nhân nhập cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy trong tình trạng :

Lơ mơ, đồng tử còn phản xạ ánh sáng, kích thích đau đáp ứng chính xác

Tần số tim 70 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg,

Thở nhanh nông, co kéo 35 lần/phút, SpO₂ 60%,

Nhiệt độ 36,6 độ C, Phổi ran nổ cả 2 phế trường,

Nhiều vết đốt tấy đỏ kèm bóng nước li ti dọc theo mặt trong và sau 2 cánh tay và 2 bên hông lưng,

Nước tiểu màu đỏ sậm khoảng 150 ml/10 giờ.



Vết đốt ong vò vẽ tại vùng cánh tay và nước tiểu màu xá xị

Cận lâm sàng :

Hồng cầu 5,31 T/L, Hemoglobin 137 g/L,

Bilirubin toàn phần : 4,41 mg/dl, Bilirubin gián tiếp : 2,65 mg/dl, LDH : 15428,45

U/L;

D-dimer : 2910 ng/ml; CPK : 68760 U/L, AST 6090 U/L, ALT 1848 U/L.

Định lượng IgE : 234 mg/dL.

Nước tiểu có máu và bạch cầu, Myoglobin niệu >1000 ng/ml.

X-quang ngực thẳng cho thấy thâm nhiễm lan toả toàn bộ 2 phổi

Khí máu động mạch ghi nhận pH 7,22; pO₂ 90 mmHg; pCO₂ 58,5 mmHg với FiO₂ 75% (P/F = 1,2)

Siêu âm tại giường: chức năng tâm thu thất trái bảo tồn.

Câu hỏi thảo luận :

1. Ngoại trừ những thông tin đã có, cần khai thác thêm gì bệnh sử và tiền căn của bệnh nhân ?
2. Dựa vào những thông tin ở trên, hãy cho biết những hệ cơ quan nào bị ảnh hưởng và từ đó đặt vấn đề, đưa ra chẩn đoán sơ bộ .

3. Loại độc tố nào sau đây có thể gây tổn thương trên bệnh nhân này ?

- A. Histamines
- B. Serotonin
- C. Phospholipase
- D. Hyaluronidase

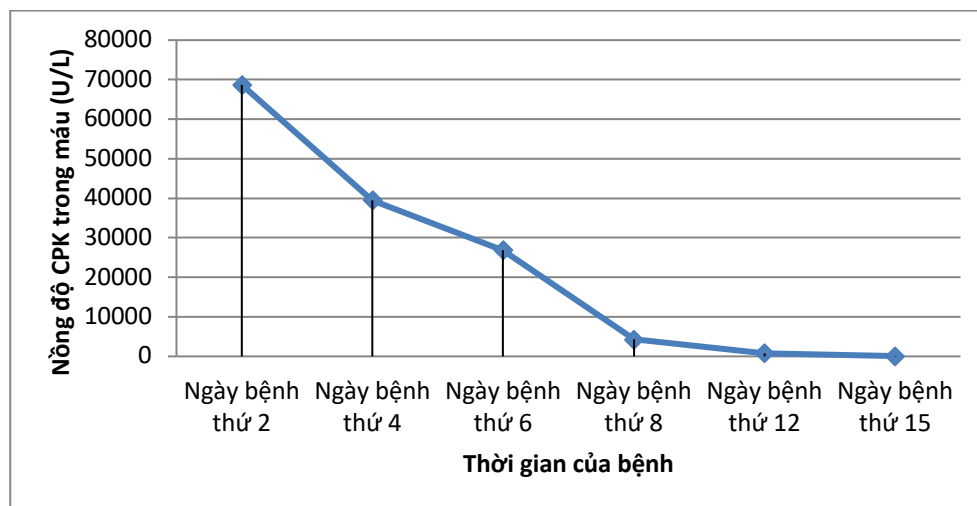
4. Hướng xử trí trên bệnh nhân này.

Diễn tiến

Bệnh nhân được thông khí cơ học xâm lấn, chế độ thở kiểm soát hoàn toàn, áp dụng chiến lược thông khí bảo vệ phổi với Vt thấp và PEEP cao. Thủ thuật huy động phế nang được tiến hành 2 lần (CPAP: PEEP 40 cmH₂O trong 40 giây) nhằm đạt mục tiêu oxy hoá máu tối thiểu. Bệnh nhân được tiến hành thay huyết tương ngay sau đó kết hợp với điều trị thay thế thận liên tục mode CVVHDF (PE+CVVHDF) vì tình trạng ly giải cơ vân nặng và suy thận cấp vô niệu. Các điều trị khác cũng được thực hiện gồm corticosteroid 80mg/ngày và giảm liều dần sau 7 ngày, kháng sinh, dinh dưỡng, cân bằng điện giải. Chức năng hô hấp và nồng độ CPK, LDH, IgE cải thiện sau 10 ngày điều trị và bệnh nhân được cai máy thở và rút nội khí quản

Sau 30 ngày điều trị, chức năng thận cải thiện, mọi xét nghiệm sinh hoá trở về bình thường. Bệnh nhân được rút nội khí quản, chuyển khoa nội thận tiếp tục theo dõi và xuất viện 5 ngày sau đó.

Động học CPK trong máu bệnh nhân theo thời gian bị bệnh được biểu diễn như sau :



Câu hỏi thảo luận :

5. Biện luận sự xuất hiện và diễn tiến của nồng độ CPK trong máu trên bệnh nhân này.
6. Chỉ định lọc máu trên bệnh nhân này là gì ? Lọc máu đóng vai trò như thế nào trong sự thành công của việc điều trị bệnh nhân ?