

BỆNH ÁN NGOẠI NHỊ

HÀNH CHÍNH

Họ và tên bệnh nhi: Nguyễn Ngọc Kim N. Giới tính: Nữ

Ngày sinh: 13/09/2014

Địa chỉ: Đồng Nai

Họ và tên mẹ:

Ngày nhập viện: 17/11/2019

Phòng 5, khoa Ngoại Tiêu hóa, bệnh viện Nhi Đồng II

LÝ DO NHẬP VIỆN: Đau bụng

BỆNH SỬ

Mẹ là người trực tiếp chăm sóc bé và là người khai bệnh:

Cách nhập viện 7 ngày, bé bắt đầu có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải, đau quặn từng cơn trên nền âm ỉ, không lan, không yếu tố tăng giảm đau, không sốt, không buồn nôn, không nôn, tiểu vàng trong, đi tiêu phân vàng đóng khuôn như bình thường

Cách nhập viện 3 ngày, triệu chứng đau bụng với số lần quặn cơn tăng dần, mẹ bé dẫn đi khám phòng khám tư được chẩn đoán rối loạn tiêu hóa, điều trị thuốc (không rõ toa) tại nhà, sau điều trị triệu chứng không giảm -> khám tại Bệnh viện Nhi đồng II -> nhập viện

Trong quá trình bệnh bé ăn uống bình thường, không sốt

Tình trạng lúc nhập viện:

Bé tỉnh

Sinh hiệu

Mạch 100 lần/ phút

Huyết áp: 100/60 mmHg

Nhiệt độ: 37

Nhịp thở: 26 lần/ phút

Chiều cao: 119cm, cân nặng: 30kg -> thể trạng bình thường

/ TIỀN CĂN

Bản thân:

Bệnh lý: có 1 đợt bệnh tay chân miệng lúc 2 tuổi

Không ghi nhận ghi nhận tiền căn vàng da, không đau bụng tái đi tái lại trước đây

Sản khoa:

- PARA 2002, sinh thường 3kg, đủ tháng.
- Trong thời gian mang thai sức khỏe mẹ tốt.

Chủng ngừa: đầy đủ theo TCMR

Tâm vận: phát triển bình thường

Dinh dưỡng: ăn theo bữa cơm gia đình.

Dị ứng: không ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn

Gia đình:

Chưa ghi nhận các bất thường tương tự của các thành viên khác.

LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN 8h30 ngày 18/11/2019

Tim mạch: không tím, không khó thở

Hô hấp: không ho, không khó thở, không chảy mũi

Tiêu hóa: đau bụng, không nôn ói, tiêu phân vàng

Tiết niệu: tiểu được, vàng trong

Thần kinh: không co giật

Chuyển hóa: không sốt, không vàng da

KHÁM: 8h30 ngày 18/11/2019**Tổng trạng:**

Bé tỉnh

Sinh hiệu: Mạch 70 lần/phút, Nhịp thở: 16 lần/phút

Thân nhiệt 37°C

Môi hồng, da niêm hồng, chi ấm,

Không phù, không vàng da, không vàng kết mạc, không nổi ban, không xuất huyết

Khám từng vùng**a. Đầu-mặt-cổ**

Mặt cân đối, không biến dạng

Tai: không sưng đỏ, không chảy dịch

Cổ: hạch không sờ chạm

Xương đòn: cân xứng 2 bên.

b. Ngực

Lồng ngực cân đối di động đều theo nhịp thở. Không dấu rút lõm lồng ngực

Tim

- Không ồ đập bất thường
- Nhịp tim đều tần số 72 lần/phút. Tim trên KLS V, đường trung đòn trái T1, T2 đều, rõ, không âm thổi.

Phổi

- RRPN êm dịu, không rale

c. Bụng:

- Cân đối, không biến dạng, nhu động ruột 8 lần/phút
- Không sao mạch, không THBH, không sẹo mổ.
- Ấn đau hạ sườn phải
- Gan: bờ trên ở KLS V đường trung đòn (P), bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan 6 cm, rung gan (-), ấn kẽ sườn (-).
- Điểm Mayo Robson (-).
- Điểm Mc-burney (-)

- Lách: không sờ chạm.
- Thận: không sờ chạm.
- Không sờ thấy khối bất thường.

d. Thần kinh – Tứ chi – cơ xương khớp

Cổ mềm

Khớp không sưng, nóng, đỏ, không biến dạng

TÓM TẮT BỆNH ÁN:

BN nữ 5 tuổi nhập viện ngày 17/11/2019 vì đau bụng, bệnh 7 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TCCN

Đau bụng hạ sườn phải

Không sốt, không nôn, không vàng da

Đi tiêu bình thường

TCTT

Ấn đau hạ sườn (P), NP Mayo Robson (-), NP Mc-Burney (-), rung gan (-)

Không sờ thấy khối bất thường vùng bụng

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Đau hạ sườn (P)

CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ

Nang đường mật

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Viêm tụy cấp

Viêm dạ dày ruột

Sỏi đường mật

Viêm gan cấp

BIỆN LUẬN

ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

Chẩn đoán: CTM, siêu âm bụng, MRI đường mật, amylase máu, lipase máu, AST, ALT

Thường qui: ion đồ, urê máu, creatinin máu

KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

1. CTM

	Kết quả		Đơn vị
WBC	11.57	4.0-10.0	K/uL
%NEU	79.2	37-80	%

%LYM	14.8	10.0-50.0	%
%MONO	4.8	0.0-12.0	%
%EOS	0.9	0-7	%
%BASO	0.3	0-2.5	%
#NEU	9.17	2.0-6.9	K/uL
#LYM	1.72	0.6-3.4	K/uL
#MONO	0.55	0.0-0.9	K/uL
#EOS	0.10	0.0-0.2	K/uL
#BASO	0.03	0.0-0.2	K/uL

Bạch cầu tăng ưu thể Neu

	Kết quả		Đơn vị
RBC	4.97	3.9-5.8	M/uL
HGB	13.5	12.5-16	g/dL
HCT	40.9	35-50	%
MCV	82.3	83-92	fL
MCH	27.3	27-32	Pg
MCHC	33.1	32-35.6	g/dL
RWD	13.7		%
PLT	262	130-400	K/uL
PCT	0.259		%
PDW	10.7		
MPV	9.9	7.2-11.1	fL

Dòng Hồng cầu tiểu cầu trong giới hạn bình thường

2. Sinh hóa máu:

Tên Xn	Kết quả	Giá trị bình thường
CRP-hs	5.2	<5mg/l

Bil-total	21.4	<23.94 umol/l
Bil-direct	15.9	<5.13 umol/l
Akaline phosphatase	360	<300 U/L
Gamma GT	640	7-45 U/L
Amylase máu	823	<82 U/L
Lipase máu	>1200	7-60 U/L
SGOT/AST	403	<45 U/L
SGPT/ALT	336	<40U/L
Ure	3.5	1.67- 7.49 mmol/L
Creatinin	46	20.33-88.4 umol/L

CRP-hs tăng: có tình trạng viêm

Men gan tăng cao, Bilirubin trực tiếp tăng, PA tăng nhẹ, GGT tăng cao -> nghĩ nhiều có tình trạng viêm gan tắc mật

Amylase, lipase máu tăng cao, GGT tăng -> nghĩ có tình trạng viêm tụy

3. Siêu âm bụng: **tắc mật**

- Mật: Túi mật vách mỏng, đường mật trong gan giãn nhẹ, OMC giãn dạng nang #45x16mm.
- Tụy: đầu tụy #35mm, thân tụy #25mm, phù nề nhẹ
- Gan, lách, thận, niệu quản, bàng quang bình thường
- Dịch màng phổi: không thấy
- Kết luận: theo dõi viêm tụy cấp, theo dõi nang ống mật chủ, đường mật trong gan giãn nhẹ

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Nang ống mật chủ type IV theo phân loại Todani, biến chứng viêm tụy, viêm gan tắc mật

ĐIỀU TRỊ:

Nâng đỡ tổng trạng, ổn định chức năng gan, tình trạng viêm nhiễm trước đó:
nhịn ăn, sử dụng thuốc kháng tiết
=> Phẫu thuật cắt hoàn toàn nang OMC và túi mật + Nối ống gan chung -
hỗng tràng theo Roux en Y.