

## BỆNH ÁN NỘI KHOA

### I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên: Lê Thị Băng                      Giới: Nữ                      Sinh năm: 1937 (84t)

Nghề nghiệp: Khác

Địa chỉ: Số nhà 885/8 Hậu Giang, phường 11, quận 6, TPHCM

Ngày nhập viện: 10h30 ngày 17/3/2021

Giường 3, phòng 13, khoa Nội Tiêu hóa, BV Nguyễn Tri Phương

### II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Táo bón

### III. BỆNH SỬ

Cách nhập viện 2 tháng, bệnh nhân có những đợt táo bón (3 ngày đi tiêu 1 lần) khi đi tiêu phải rặn nhiều, phân vàng nhỏ dẹt, khô cứng, không lẫn nhầy máu lượng ít, đi xong có cảm giác mót rặn. Trước đó BN vẫn ăn uống được, uống đủ nước, ít khi tiêu phân cứng, tiểu vàng trong 1 l/ngày. BN thay đổi chế độ ăn (ăn cháo và rau quả) nhưng tình trạng táo bón không cải thiện. BN không đi khám và điều trị.

Cách nhập viện 2 tuần, BN thỉnh thoảng xuất hiện những cơn đau quặn cơn vùng hố chậu trái, không lan, mỗi cơn kéo dài khoảng vài phút, mức độ vừa, không liên quan tư thế, giảm khi đi tiêu được hoặc tự hết sau 15-30ph, ngoài cơn không đau, **mỗi ngày đau 3-4 cơn**. BN vẫn còn táo bón, mót rặn. BN có đi khám tại khoa ngoại tiêu hóa BV Nguyễn Tri Phương, có nội soi đại tràng

Cách nhập viện 3 ngày, BN đau bụng với tính chất tương tự nhưng tăng về tần suất, không đi tiêu được, trung tiện được → Nhập BV Nguyễn Tri Phương

Trong quá trình bệnh, BN không: sốt, nôn, buồn nôn, chướng bụng, tiêu chảy, tiêu máu, chán ăn, sụt cân, tiểu vàng trong 1l/ ngày

Tình trạng lúc nhập viện:

BN tỉnh, tiếp xúc được. Niêm hồng. Mạch quay rõ.

Sinh hiệu: Mạch: 65 l/ph                      Nhiệt độ: **37,7 độ C**                      HA: 160/60 mmHg

Nhịp thở: 18 l/ph                      SpO2 98%

Tim đều. Phổi không rale. Bụng mềm, ấn đau quanh thượng vị và quanh rốn. Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị, sức cơ đều 2 bên.

- Chẩn đoán lúc nhập viện:
- Xử trí: Thuốc, chăm sóc?

#### IV. TIỀN CĂN

##### 1. Cá nhân

###### a. Nội khoa:

Chưa ghi nhận tiền căn táo bón phải nhập viện

Chẩn đoán THA 10 năm trước tại BV NTP, tuân thủ điều trị, uống thuốc 1 viên/ngày. (Theo dõi huyết áp tại nhà?)

Chẩn đoán ĐTĐ 10 năm trước tại BV NTP, tuân thủ điều trị, bắt đầu chuyển đường uống sang đường tiêm 2 năm trước. (Theo dõi đường huyết)

Bệnh thận mạn giai đoạn 3B 2 năm chẩn đoán và điều trị tại NTP, chưa ghi nhận phù

2 tháng trước, bn ói máu, tiêu phân đen được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do loét dd

Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý thần kinh, suy giáp, bệnh lý đường tiêu hóa, ung thư

Chưa ghi nhận tiền căn trĩ, apxe, rò hậu môn

###### b. Ngoại khoa:

Phẫu thuật cắt túi mật 15 năm trước tại BV NTP, hậu phẫu ổn.

Mổ ruột thừa 6 năm trước tại BV NTP, hậu phẫu ổn.

Chưa ghi nhận tiền căn nội soi đại trực tràng

Chưa ghi nhận phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng

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

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

###### e. Thói quen, sinh hoạt:

Không HTL, không uống rượu bia

Ăn rau củ xanh, hạn chế ăn đồ chiên xào, cay nóng

Uống nước 1 lít/ngày. Đi lại, làm công việc nhà hàng ngày

###### f. Tiếp xúc thuốc và hóa chất:

Đang điều trị THA với Lorsartan 50mg/ ngày, Amlordipine

5mg/ngày, Furosemide 40mg/ngày

Điều trị ĐTĐ với ???

Chưa ghi nhận tiền căn dùng thuốc nhuận trường, thảo dược.

###### g. Sản phụ khoa:

PARA: 4004, sinh thường.

##### 2. Gia đình: Chưa ghi nhận tiền căn các bệnh lý về đường tiêu hóa, ung thư đại trực tràng

#### V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

Triệu chứng bất thường bệnh sử: Hiện BN đã tiêu được và không còn đau bụng

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.

Tiết niệu - sinh dục : Tiểu vàng trong, lượng khoảng 1 lít 1 ngày

Thần kinh : Không mờ mắt , không nhức đầu, không chóng mặt

Cơ, xương, khớp : không đau khớp, không giới hạn vận động

## **VI. KHÁM: ngày 23/03/2021**

### **1/ Tổng trạng**

- Tri giác: BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu: mạch 70 l/ph, huyết áp 110/70 mmHg, tần số hô hấp 20 l/ph, SpO2: 97%
- Thể trạng: chiều cao 1m50, cân nặng 50kg -> BMI = 22,2 (kg/m<sup>2</sup>) => Thể trạng trung bình
- Niêm mạc mắt hồng nhạt. Da không vàng, không dấu xuất huyết, không tím, không bong tróc vảy.
- Không phù. Không dấu mất nước.
- Không ngón tay dùi trống
- Hạch cổ, hạch nách, hạch bẹn không sờ chạm

### **2/ Đầu mặt cổ:**

- Cân đối, không biến dạng, không mặt tròn như mặt trăng, không u sẹo
- Môi không khô. Lưỡi sạch, không to, không có dấu ấn răng. Họng sạch, amidan không sưng
- Tuyến giáp không to, tuyến mang tai không to
- Khí quản không lệch
- Tĩnh mạch cổ không nổi ở tư thế nằm đầu cao 45 độ

### **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, không ồ ập bất thường
- 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 1x2 cm<sup>2</sup>.
- Dấu Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-), rung miu (-).
- Nhịp tim đều, tần số 70 lần/phút, T1,T2 rõ. Không tiếng tim bất thường, không âm thổi.

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 cân đối, rốn lõm, không bụng lõm lòng thuyền, di động đều theo nhịp thở, không u, 1 sẹo mổ cũ ở rốn kích thước 1x1cm, 1 hố chậu phải kích thước 1x1cm, đều lành tốt, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da
- Nhu động ruột: 7 lần/phút, âm sắc bình thường. Không ghi nhận âm thổi ĐM chủ bụng, ĐM thận, ĐM đùi
- Gõ trong khắp bụng
- Bụng mềm, không u, không điểm đau khu trú
- Gan 8cm trên đường trung đòn (P), bờ trên KLS 6, không sờ thấy bờ dưới gan
- Lách, thận không sờ chạm

5/ Thần kinh - cơ xương khớp:

- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị
- Sức cơ 5/5
- Không yếu liệt, không giới hạn vận động

6/ Hậu môn trực tràng: Không thăm

## **VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN**

BN nữ, 84 tuổi, nhập viện vì táo bón, bệnh 2 tháng, qua thăm khám ghi nhận:

- TCCN: Tiêu phân 3 ngày/lần, phân vàng cứng, nhỏ dẹt, không lẫn nhầy, không lẫn máu, kèm mót rặn.

Đau quặn cơn ở hố chậu (T), không lan, tự hết hoặc hết khi đi tiêu được

- TCTT:

- Da niêm hồng nhạt
- Bụng cân đối, không trướng, không điểm đau khu trú.

Nhu động ruột: 7 lần/phút

\*Tiền căn: THA, ĐTD sử dụng đường tiêm, bệnh thận mạn G 3B

## **VII. ĐẶT VẤN ĐỀ:**

1/ Táo bón

2/ thiếu máu

Tiền căn: THA, ĐTD, bệnh thận mạn G 3B

## **VIII. CHẨN ĐOÁN**

### **Chẩn đoán sơ bộ:**

- u đại tràng /THA vô căn, ĐTD type 2, BTM G3B

### **Chẩn đoán phân biệt:**

Hội chứng Ogilvy/ THA vô căn, ĐTD type 2, BTM G3B

Hội chứng ruột kích thích/ THA vô căn, ĐTD type 2, BTM G3B

## **IX. BIỆN LUẬN:**

BN có hội chứng táo bón do giảm số lần đi tiêu (3 ngày 1 lần => < 3 lần/ tuần), phân cứng, đi khó phải rặn nhiều, cảm giác mót rặn sau mỗi lần đại tiện và thời gian đại tiện kéo dài hơn bình thường.

Cơ chế gây táo bón:

1. Chậm vận chuyển đại tràng: BN nữ, 84t, táo bón 2 tháng (giảm số lần đi tiêu < 3 lần/tuần) kèm đau quặn hố chậu (T), bệnh không cải thiện khi thay đổi chế độ ăn nhiều xơ => nghĩ nhiều

Các nguyên nhân có thể có:

- U đại tràng: BN nữ, 84 tuổi, bệnh 2 tháng, có táo bón, mót rặn, tiêu phân nhỏ dẹt, đau quặn hố chậu (T), giảm đau khi đi tiêu được, cơ địa suy giảm miễn dịch (BTM, ĐTD)-> nghĩ nhiều
- Viêm ruột: BN không sốt, không tiêu chảy, tiêu phân nhỏ dẹt không lẫn máu, không chán ăn, sụt cân bất thường => không nghĩ
- Hội chứng ruột kích thích: BN không chướng bụng, đầy hơi, không tiêu chảy, không đi phân sống xen kẽ táo bón, triệu chứng kéo dài <3 tháng, trước giờ chưa ghi nhận rối loạn đi tiêu → Ít nghĩ

- ĐTD: BN có tiền căn ĐTD nhưng không phù hợp với bệnh cảnh đau bụng hố chậu trái → không nghĩ
  - Suy giáp: BN không có các triệu chứng của suy giáp (mặt tròn như mặt trăng, lưỡi to có dấu ấn răng...), khám thấy nhịp tim 70 l/ph, HA 110/70 mmHg, T1, T2 rõ → không nghĩ
  - Chế độ ăn: lượng chất xơ không đủ, cung cấp nước thiếu kéo dài → BN có thói quen sinh hoạt ăn ít rau, uống ít nước tuy nhiên không phù hợp với bệnh cảnh đau bụng hố chậu trái → không nghĩ
  - Thuốc: BN không có tiền căn sử dụng thuốc chống trầm cảm, hủy thần kinh, kháng cholinergic, thuốc phiện,..--> không nghĩ
2. Rối loạn làm trống trực tràng: BN nữ lớn tuổi (84t), táo bón 2 tháng kèm mót rặn => nghĩ nhiều

Các nguyên nhân có thể có:

- Bệnh lý hậu môn trực tràng: BN không ghi nhận tiền căn trĩ, rách hậu môn, rò, sa trực tràng, không khối sa khi đi tiêu, đau vùng hậu môn khi đi tiêu, không tiêu máu → Không nghĩ, cần thăm khám trực tràng: xem phân có rắn, có thể có máu, trương lực cơ thắt thay đổi không.
- Bệnh lý thần kinh: bệnh thường bẩm sinh từ nhỏ, ở BN mới rối loạn đi tiêu gần đây-> không nghĩ
- Hội chứng Ogilvy → Bệnh nhân không có chấn thương hay phẫu thuật vùng chậu gần đây, tuy nhiên cũng hay xảy ra ở những người lớn tuổi do rối loạn mắc phải đặc trưng bởi những bất thường ảnh hưởng đến các cơ co thắt cơ tự động, nhịp nhày (nhu động ruột) trong đại tràng.→ ít nghĩ
- Tâm lý: Bn không có thói quen nhịn đi tiêu, muốn đi tiêu nhưng đi không được-> không nghĩ

Thiếu máu: BN có bệnh thận mạn G3B, có thể có mất máu cấp...

## **X. ĐỀ NGHỊ CLS**

1. **CLS thường quy:** CTM, đường huyết, AST, ALT, BUN, creatinin, ion đồ, TPTNT, ECG.
2. **CLS chẩn đoán**
  - Nội soi đại trực tràng
  - CT - scan bụng chậu có cản quang

## **XI. BIỆN LUẬN CLS**

### **1. Tổng phân tích tế bào máu 15h42 17/03 (sau nhập viện 6 giờ)**

	Kết quả	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
Số lượng bạch cầu	14.66	4.0 - 10.0	G/L
Trung tính %	83.7	45 - 75	%
Lympho %	9.5	20 - 35	%
Mono %	6.5	4 - 10	%
Eosinophil %	0.1	1 - 8	%
Basophil%	0.2	0 - 2	%
Trung tính	12.27	1.8 - 7.5	G/L
Lympho	1.4	0.8 - 3.5	G/L
Mono	0.95	0.16 - 1.0	G/L
Ura acid	0.01	0.01 - 0.8	G/L
Ura base	0.03	0 - 0.2	G/L
Số lượng hồng cầu	3.30	3.8 - 5.5	T/L
Huyết sắc tố	94	120 - 150	g/L
Hematocrit	0.293	0.35 - 0.45	L/L
MCV	88.8	78 - 100	fL

<b>MCH</b>	28.5	26.7 - 30.7	Pg
<b>MCHC</b>	321	320 - 350	g/L
<b>RDW</b>	12.7	11.5 - 14.5	%CV
<b>Số lượng tiểu cầu</b>	332	150 - 400	G/L
<b>MPV</b>	10.2	7.0 - 12.0	fL
<b>PCT</b>	0.434	0.19 - 0.36	%
<b>PDW</b>	11.6	9.6 - 15.2	fL

- Dòng bạch cầu:
  - + số lượng bạch cầu tăng
  - + neutrophil có số lượng và tỉ lệ tăng
  - + lympho, ưa acid bình thường về số lượng, giảm tỉ lệ
  - + mono và ưa bazơ có số lượng và tỉ lệ bình thường
  - tăng số lượng bạch cầu, neutrophil ưu thế
- Dòng hồng cầu
  - + số lượng hồng cầu giảm
  - + HGB và Hct giảm
  - + MCV, MCH, MCHC trong giới hạn bình thường
  - thiếu máu mức độ trung bình hồng cầu đẳng sắc đẳng bào
- Dòng tiểu cầu: số lượng và kích thước dòng tiểu cầu trong giới hạn bình thường
- Kết luận: tăng số lượng bạch cầu, ưu thế neutrophil  
 Thiếu máu mức độ trung bình hồng cầu đẳng sắc đẳng bào.  
 Tiểu cầu bình thường

=> Trên BN có hiện tượng viêm,

Thiếu máu trên BN là thiếu máu đẳng sắc đẳng bào => bệnh thận mạn.

## 2. Sinh hóa



15h42 17/03/2021

<b>creatinin</b>	<b>169.3</b>	49-100	umol/l
<b>eGER</b>	<b>25.59</b>	$\geq 90$	ml/phút/1.73m <sup>2</sup>
<b>AST</b>	19.2	0-34	U/L
<b>ALT</b>	7.6	0-34	U/L
<b>Na<sup>+</sup></b>	137	136-146	mmol/l
<b>K<sup>+</sup></b>	<b>3.11</b>	3.4-4.5	mmol/l
<b>Cl<sup>-</sup></b>	<b>99.4</b>	101-109	mmol/l

- Creatinin tăng → tổn thương thận
- eGFR giảm → suy chức năng thận
- Transaminase trong giới hạn bình thường, không có viêm gan.
- K<sup>+</sup> giảm, Na<sup>+</sup> và Cl<sup>-</sup> trong giới hạn bình thường  
→ giảm kali máu, BN có sử dụng thuốc lợi tiểu furosemic

10h55 22/03/2021

	Kết quả	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
<b>Ure</b>	6.77	2.8-7.2	mmol/L
<b>Creatinin</b>	<b>129.8</b>	49-100	umol/L
<b>eGFR</b>	<b>32.53</b>	$\geq 90$	ml/phút/1.73m <sup>2</sup>

- eGFR giảm → có tổn thương thận

So sánh creatinin trong 5 ngày thấy creatinin giảm => Không có tổn thương thận cấp hoặc tổn thương thận cấp đang hồi phục.

so sánh eGFR sau 5 ngày, thấy eGFR tăng lên tuy nhiên vẫn ở dưới mức bình thường, kết hợp với tiền căn bệnh nhân có suy thận mạn 3b thì phù hợp.

	Kết quả	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
<b>Amylase</b>	60.8	22-80	U/L
<b>Lipase</b>	67	8-78	U/L

Amylase và lipase máu trong giới hạn bình thường- men tụy bt, không có viêm tụy

### 3. Siêu âm bụng

**Gan:** không to, bờ đều, nhu mô đồng nhất

**Lách:** không to, không thấy bất thường nhu mô

**Tĩnh mạch cửa:**

Không ghi nhận dịch màng bụng

Mật: túi mật không thấy (đã cắt)

Các cấu trúc khác

Tụy: hạn chế khảo sát

Hai thận: không ứ nước, không sỏi, kích thước nhỏ. Hai thận phân biệt tủy vỏ kém rõ.

Bàng quang: thành không dày, không sỏi

Tử cung:teo nhỏ

Phân phụ: buồng trứng trái có nang, không chồi vách, kích thước #25x23mm

Chưa ghi nhận bất thường khác

### 4. CT Scan bụng

**Gan và đường mật:**

Gan: không to, bờ đều, không thấy hình ảnh tổn thương nhu mô gan

Đường mật: đường mật trong và ngoài gan giãn nhẹ, ống mật chủ d#9mm, ống gan phải và trái d#4mm, không thấy sỏi đậm độ cao đường mật trong và ngoài gan

Túi mật đã cắt

**Lách:** không to, không thấy bất thường đậm độ nhu mô lách

**Tụy: đuôi** tụy có tổn thương choán chỗ kích thước #9\*12\*8cm, được tạo thành bởi nhiều nang nhỏ  $d \leq 1.5\text{cm}$ , rải rác có vôi hóa thô, không rõ sự thông nối với ống tụy chính

**Tuyến thượng thận:** không to, không thấy tổn thương tuyến thượng thận 2 bên

**Thận, niệu quản và bàng quang:**

Không thấy tổn thương choán chỗ hay bất thường đậm độ nhu mô 2 bên thận

Đài thận, bể thận và niệu quản 2 bên: không dẫn, không sỏi

Bàng quang: thành bàng quang không dày, lòng không sỏi

**Mạch máu:** không thấy bất thường mạch máu

**Hạch:** vài hạch nhỏ dạng tròn lân cận tổn thương ở đại tràng góc lách

**Ghi nhận khác:**

Đại tràng góc lách 1 đoạn dài #5cm thành dày không đều  $\leq 16\text{mm}$ , mất cấu trúc lớp, tăng bắt thuốc tương phản, xung quanh thâm nhiễm mỡ nhẹ.

Không thấy dịch ổ bụng

Thoái hóa cột sống thắt lưng

**Kết luận:**

Hình ảnh K đại tràng góc lách

Tổn thương nhiều dạng nhỏ đuôi tụy, có vôi hóa theo dõi SCN

Giãn nhẹ đường mật trong và ngoài gan/ đã cắt túi mật, không thấy sỏi đậm độ cao đường mật

Thoái hóa cột sống thắt lưng

**5. Nội soi trực tràng - đại tràng**

Đại tràng xuống: khối u chồi sùi, chít hẹp lòng

Đại tràng sigma: cách bờ hậu môn 20-25cm, 2 sang thương polyp không cuống, d#3-10mm

Trực tràng: bình thường

Hậu môn: bình thường

Kết luận: k đại tràng xuống gây hẹp, polyp đại tràng chậu hông

### **KẾT LUẬN:**

- BC tăng ưu thế NEU, Thiếu máu mức độ TB đẳng sắc đẳng bào do suy thận mạn, đáp ứng viêm nghi do ung thư.
- eGFR giảm => bệnh thận mạn

**XII. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:** K đại tràng xuống /bệnh thận mạn 3b, THA, ĐTĐ type 2.