Bệnh án làm rất tốt! có một số lỗi nhỏ cần chỉnh sửa. Nên share cho các bạn khác tham khảo thêm! Em in ra thứ 2 đưa anh ký tên!

Họ và tên sinh viên: Nguyễn Hữu Đức

Lớp Y2008B- Tổ 11

BỆNH ÁN

1. **HÀNH CHÍNH:**

Họ và tên bệnh nhân: Nguyễn Vũ Hùng Giới tính:Nam Sinh năm: 1960 (53 tuổi)

Nghề nghiệp: làm nông.

Địa chỉ: Hàm Thuận Nam – Bình Thuận

Thời gian nhập viện: 9 giờ ngày 23/12/2013

Khoa Gan Mật Tụy 4b3 - Bệnh viện Chợ Rẫy.

1. **LÝ DO NHẬP VIỆN:** Vàng da + ngứa.
2. **BỆNH SỬ:**

Bệnh 3 tuần, bệnh nhân khai:

Cách nhập viện 3 tuần, người nhà thấy bệnh nhân bắt đầu vàng da, vàng mắt. Vàng da ngày càng tăng dần, ban đầu vàng da nhẹ ở mặt, ngực, bàn tay, sau đó vàng sậm màu tăng dần khắp người, kèm với đi tiểu vàng sậm như nước trà, lượng không đổi so với bình thường (#1,5l/ngày) và tiêu phân bạc màu. Bệnh nhân ngứa nhiều toàn thân, không ngủ được, đến khám tại bệnh viện đa khoa Bình Thuận, được siêu âm, chẩn đoán theo dõi u quanh bóng Vater, chưa điều trị gì đặc hiệu, sau đó chuyển bệnh viện Chợ Rẫy.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân mệt mỏi, chán ăn, ăn cảm giác không tiêu, sụt 6kg trong 1tháng (từ 64 xuống 58 kg), không đau bụng, không nôn ói, không sốt.

Tình trạng lúc nhập viện:

Mạch 100 l/ph. Huyết áp 110/60 mmHg. Thân nhiệt 37 độ C.Nhịp thở 16 l/ph

Da niêm vàng. Tim đều, phổi không ran. Bụng mềm.

1. **TIỀN CĂN:**

1.Bản thân:

Bệnh lý:

Cách 20 năm, bệnh nhân sốt kéo dài, được chẩn đoán sốt rét tại bệnh viện huyện, điều trị thuốc không rõ thì có hết sốt, trong 5 năm đầu sốt tái phát nhiều lần,mỗi lần điều trị tại bệnh viện huyện, sau 5 năm đó thì không còn tái phát.

Cách 15 năm, bệnh nhân mệt mỏi, ăn uống không ngon, được chẩn đoán viêm gan siêu vi B tại bệnh viện đa khoa Bình Thuận, điều trị thuốc trong vòng 6 tháng, tái khám 2-3 lần, không rõ đã điều trị hết hay chưa, nhưng không có triệu chứng mệt mỏi chán ăn vàng da hay phù.

Không tiền căn đái tháo đường, không có triệu chứng uống nhiều, ăn nhiều, tiểu nhiều sụt cân nhiều trước đây.

Không bệnh lý đông máu, không tiền căn chảy máu khó cầm.

Không bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim, không suyễn, lao, bướu giáp.

Không dị ứng thuốc, thức ăn. Không dùng thuốc gì kéo dài.

Không ăn gỏi sống, không thường xuyên ăn ốc, không nuôi chó mèo, không xổ giun thường xuyên.

Thói quen:

Hút thuốc lá 3 gói/ ngày trong 40 năm.

Ít uống rượu. Thường xuyên uống bia 1-2 lần/ tuần, mỗi lần uống 10-15 chai.

2.Gia đình:

Chưa ghi nhận tiền căn viêm gan, đái tháo đường, tăng huyết áp, lao.

Không ai bị mất vì bệnh lý gan mật, bệnh lý ung thư đường tiêu hoá.

1. **KHÁM:**

Khám lúc 15 giờ ngày 25 / 12/ 2013 ( 2 ngày sau nhập viện)

1.Tổng quát:

Bênh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.

Sinh hiệu: Mạch : 80 lần/phút. Nhịp thở: 20 lần/phút.

Huyết áp: 100/60 mmHg. Thân nhiệt: 370 C.

Thể trạng trung bình, chiều cao 1,64m nặng 58 kg, BMI 21,5 kg/m2

Vàng da sậm, niêm vàng.

Vết cào gãi, nhiều sẹo gãi toàn thân.

Không phù, không xuất huyết da niêm. Không lòng bàn tay son.

2.Đầu mặt cổ:

Cân đối.

Kết mặc mắt vàng sậm.

Môi không khô, lưỡi không dơ, niêm mạc dưới lưỡi vàng.

Tuyến giáp không to.

Hạch cổ, hạch thượng đòn không sờ chạm

3.Lồng ngực

Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sao mạch.

Tim: mỏm tim nằm ở liên sườn V trên đường trung đòn trái, Hardzer (-), diện đập 1x1 cm, nhịp tim đều, tần số 86 lần/phút, T1 T2 đều, không âm thổi.

Phổi: rung thanh đều 2 bên, gõ trong, âm phế bào êm dịu, không nghe rale bệnh lý.

4.Bụng:

-Cân đối, tham gia thở tốt, không chướng, không bè 2 bên, không tuần hoàn bàng hệ.

-Âm ruột 4 lần/ phút

Bụng mềm, ấn không đau. Sờ thấy một khối hình bầu dục ở vùng dưới hạ sườn phải, cách bờ sườn khoảng 10 cm, kích thước khoảng 4x5 cm, giới hạn khá rõ, bề mặt láng, mật độ mềm, ấn không đau, liên tục với bờ dưới gan, di động theo nhịp thở, nghĩ nhiều là túi mật.

-Không gõ đục vùng thấp.

-Gan: bờ dưới gan cách bờ sườn khoảng 10 cm tại đường trung đòn phải, bờ trên gan ở khoang liên sườn 4 đường trung đòn, chiều cao gan khoảng 20 cm. Bề mặt gan láng, mật độ mềm, ấn không đau. Rung gan (-). Nghiệm pháp ấn kẽ sườn (-).

-Lách không to.

-Chạm thận (-). Cầu bàng quang (-).

-Hạch bẹn không sờ chạm.

5.Thần kinh, cơ xương khớp:

Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.

Tứ chi, cột sống không biến dạng, không giới hạn vận động.

1. **TÓM TẮT BỆNH ÁN:**

Bệnh nhân nam 53 tuổi, bệnh 3 tuần nhập viện vì vàng da và ngứa, có các triệu chứng:

Triệu chứng cơ năng:

* Vàng da tăng dần.
* Tiểu vàng sậm.
* Phân bạc màu.
* Ngứa.
* Ăn uống kém.
* Sụt 6kg trong 1tháng

Triệu chứng thực thể:

* Da niêm vàng sậm.
* Nhiều vết cào gãi toàn thân.
* Gan to.
* Túi mật to.

Tiền căn:

* Viêm gan siêu vi B.
* Sốt rét.
* Hút thuốc lá.

1. **ĐẶT VẤN ĐỀ:**

1.Hội chứng vàng da tắc mật.

2.Gan to, túi mật to.

3.Sụt cân nhanh.

4. Viêm gan siêu vi B

1. **CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ**

Tắc mật do u quanh bóng Vater/ theo dõi viêm gan siêu vi B mãn.

Chẩn đoán phân biệt:

Tắc mật do sỏi đoạn cuối ống mật chủ.

1. **BIỆN LUẬN:**

- Bệnh nhân nam 53 tuổi nhập viện vì ngứa, có da niêm vàng sậm, nước tiểu vàng sậm, tiêu phân bạc màu. Đây là các triệu chứng điển hình của hội chứng vàng da tắc mật. Đề nghị làm xét nghiệm Bilirubin TP, TT, GT. Nếu có tăng Bilirubin, trong đó Bilirubin TT chiếm ưu thế thì khẳng định hội chứng vàng da tắc mật.

- Bệnh nhân lớn tuổi có hội chứng vàng da tắc mật, ~~gan to,~~ lâm sàng khám thấy có túi mật to. Chứng tỏ vị trí tắc mật phải nằm bên dưới chổ đổ của ống túi mật vào OMC. Các nguyên nhân thường gặp là:

1.U quanh bóng vater: vàng da trên bệnh nhân này là vàng da sậm, vàng da tăng dần trong 3 tuần → chứng tỏ vàng da này tình trạng tắc mật từ từ tăng dần, từ nhẹ đến nặng. Hơn nữa một bệnh nhân nam, lớn tuổi (>40), hút thuốc lá kèm tình trạng sụt cân nhanh. Nên nghĩ nhiều đến nguyên nhân ác tính. Nên các bệnh lý u quanh bóng vater nghĩ nhiều nhất. U quanh bóng vater gồm 4 bệnh: U đầu tụy, u bóng vater, u đường mật, u tá tràng.

Về dịch tễ u đầu tụy thường gặp nhất. Kế đến là u bóng vater – u đường mật. U tá tràng rất hiếm gặp. Bốn bệnh lý này không thể phân biệt được trên lâm sàng nên em đề nghị làm: Siêu âm bụng, CTscan bụng chậu cản quang, nội soi bằng ống soi nghiên + sinh thiết, CEA, CA19-9 để chẩn đoán và có hướng điều trị cụ thể.

2.Sỏi đường mật (sỏi đoạn cuối ống mật chủ) một bệnh nhân lớn tuổi, vàng da tắc mật tăng dần thì sỏi đường mật là nguyên nhân thường gặp. Tuy nhiên nếu nguyên nhân do sỏi thì có những điểm không hợp lý như bệnh nhân không đau vùng thượng vị/ hạ sườn phải, vàng da do sỏi thường là vàng da lúc tăng lúc giảm, ở bệnh nhân này là vàng da tăng dần. Ngoài ra cũng không thể giải thích được tình trạng sụt cân nhanh của bệnh nhân này. Đề nghị siêu âm bụng + CT-scan bụng chậu cản quang để chẩn đoán phân biệt.

3.Bệnh lý từ ống tiêu hóa: không nghĩ đến vì bn không rối loạn tiêu hóa (tiêu chảy, táo bón, phân bất thường), không buồn nôn và nôn, trước đây chưa từng bị bệnh lý gì về ống tiêu hóa. Nếu một khối u từ đường tiêu hóa đè vàng đường mật hoặc xâm lấn đường mật thì khối u này đã phát triển một thời gian dài, và kich thước của nó phải lớn. Tuy nhiên trên lâm sàng không sờ thấy được u ở vùng bụng.

*4. (U gan: không nghĩ. Mặc dù bệnh nhân có tiền căn viêm gan B trước đây (đây là nguyên nhân thường gặp của ung thư gan nguyên phát) nhưng đây là lần vàng da đầu tiên, nếu viêm gan gây ung thư gan thì phải diễn tiến diễn tiến từ viêm gan → xơ gan → ung thư gan, bệnh nhân sẽ có vàng da kéo dài trước đây, khám thấy hội chứng suy tế bào gan và tăng áp lực cửa. Ngoài ra, nếu u gan thì không giải thích được túi mật to.)*

*Vì sao có gan to? Chưa giải thích được trong phần biện luận. Nếu gan to do ứ mật trong hội chứng vàng da tắc mật thường thì gan ko to nhiều (20cm) như vậy được. Vậy nguyên nhân của gan to này là gì? Gan to có phải do tiền căn sốt rét ko? Hay do viêm gan – xơ gan – u gan?... nếu ko phải do các nguyên nhân trên thì gan to này có thực sự là gan to ko? Hay do khám sai?..*

1. **ĐỀ NGHỊ CLS**

Thường quy:

* Công thức máu.
* Đông cầm máu
* Xét nghiệm men gan: AST/ALT
* Bilirubin TP, TT, GT.
* Ion đồ.
* Bun, Creatinin.
* Đường huyết.
* Tổng phân tích nước tiểu.
* XQuang ngực thẳng.
* ECG

Chẩn đoán

* Siêu âm bụng.
* Xét nghiệm CEA, CA19-9, AP, GGT.
* CT bụng chậu cản quang.
* Nội soi bằng ống soi nghiêng + sinh thiết (ERCP)

1. **KẾT QUẢ CLS: (23/12)**

1.Bilirubin total 39,52 mg/dL

Bilirubin direct 21,69 mg/dL

Bilirubin indiret 17,83 mg/dL

=> Bilirubin tăng, ưu thế trực tiếp, phù hợp với vàng da tắc mật.

2.Siêu âm bụng

* Dịch ổ bụng: không. Dịch màng phổi: không
* Gan: không to? bờ góc gan (T) tù, cấu trúc thô, độ echo kém. (gan ko to???? Vậy có khám sai ko? Khi đi thi, nếu kết quả SA, CTscan gan ko to như vầy thì tốt nhất trong phần khám bỏ luôn gan to, ko nên đưa vô…vì ko biện luận được! Nhưng trêm CT lại có gan to thì ko thể bỏ được)
* Tĩnh mạch cửa: không dãn. Tĩnh mạch gan: không dãn
* Nhánh gan (P) dãn. Nhánh gan (T) dãn
* Túi mật: không to, không thấy sỏi, vách mỏng, có bùn
* Ống mật chủ: dãn d# 20mm, đoạn cuối khó khảo sát
* Lách: chưa thấy bất thường

Thận P Thận T

Kích thước: bình thường. Kích thước: bình thường.

Cấu trúc: phân biệt tủy vỏ rõ Cấu trúc: phân biệt tủy vỏ rõ

Độ echo: bình thường Độ echo: bình thường

* Bàng quang: chưa thấy bất thường. Tiền liệt tuyến: chưa thấy bất thường
* Ống tiêu hóa: chưa thấy bất thường.

Kết luận:

Viêm gan mãn?

Giãn đường mật trong và ngoài gan.

Bùn túi mật.

=> siêu âm giãn đường mật trong ngoài gan, nghĩ do nguyên nhân nào đó gây tắc phía dưới, tuy nhiên do không tìm được nguyên nhân do hạn chế của siêu âm trong khảo sát đoạn cuối ống mật chủ, đồng thời khám lâm sàng phát hiện gan, túi mật to, nhưng siêu âm không ghi nhận, nên đề nghị xét nghiệm Ctscan.

3.CT bụng

Gan: to, không thấy bất thường đậm độ nhu mô gan trên phim, dãn đường mật trong và ngoài gan. Túi mật kích thước # 4x13 cm, vách không dày, không sỏi, không dịch quanh túi mật.

Ống mật chủ dãn, chỗ rộng nhất d# 2,5 cm. Hẹp OMC chỗ đổ vào nhú Vater.

Tụy tạng: ống Wirsung giãn.

Lách: bình thường. Thận: chức năng và cấu trúc 2 thận bình thường. Các mạch máu: ĐMC bụng bình thường, TMC dưới bình thường.

Kết quả:

Dãn đường mật trong và ngoài gan

Hẹp OMC chỗ đổ vào nhú Vater

Dãn ống tuỵ.

=> Siêu âm không phát hiện gan to, túi mật to, giữa kết quả CTscan và siêu âm thì tin kết quả CTscan (hơn nữa khi khám thấy gan to, túi mật to.). Trên CTscan OMC - ống tụy dãn, chứng tỏ tình trạng tắc này nằm ở gần chổ hợp lưu của OMC và ống tụy -> bóng vater khả năng U vater

4.Nội soi:

Bệnh nhân nằm sấp, mặt nghiêng phải.

Đặt máy nội soi qua miệng đến D2 tá tràng.

Nhú Vater phồng to, precut thông vào đường mật.

Nhánh gan P dãn nhẹ, không sỏi. Nhánh gan T dãn nhẹ, không sỏi.

Túi mật không hiện hình. Ống mật chủ dãn 20mm, bóng Vater có u # 6-7mm. Sinh thiết.

Kiểm tra thấy mật thoát tốt qua precut.

Công thức máu:

Số lượng tế bào Kết quả Trị số bình thường Đơn vị

RBC 4,47 (4,2-5,4) M/µL

HGB 137 (120-170) g/L

HCT 39,1 (34-50) %

MCV 87,4 (80-99) fL

MCH 30,6 (27-31) pg

MCHC 350 (315-355) g/L

PLT 291 (150-400) K/dL

WBC 12,09 (4-11) K/dL

%NEUT 78,1 (45-75) %

%LYMP 6,4 (20-40) %

%MONO 1,8 (4-10) %

%EOS 11,7 (0-7) %

%BASO (0-1,5) %

=> Không thiếu máu, tiểu cầu trong giới hạn bình thường, bạch cầu tăng nhẹ ưu thế neutro nghĩ do ?

Sinh hoá:

Xét nghiệm Kết quả Trị số bình thường Đơn vị

ALT 78 (0-41) U/L

AST 30 (0-37) U/L

=>Tăng ALT nhẹ phù hợp trong bệnh cảnh vàng da tắc mật

PT(TQ) 18,7 (10-13) giây

PTbn/PT chứng 1,44 (<1,2)

APTT bn 33,6 giây

Fibrinogen 1,96 (2-4,0) g/L

=> Xét nghiệm đông cầm máu bình thường

Các xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu trong giới hạn bình thường, XQ ngực thẳng, ECG chưa phát hiện bất thường.

Bilirubin? CEA? CA19-9?

1. **CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:**

Tắc mật do u bóng Vater/ bùn túi mật, theo dõi viêm gan siêu vi B mãn.

1. **ĐIỀU TRỊ**

Nguyên tắc:

Nội khoa: Bổ sung các xét nghiệm Ion đồ, BUN, creatinin, CEA, CA19.9, đường huyết, prealbumin máu.

Nâng đỡ tổng trạng.

Ngoại khoa: Phẫu thuật Whipple. (Thầy c1o thể hỏi: Phẫu thuật Whipple có bao nhiêu miệng nối? tỷ lệ xì miệng nối nào cao nhất? Phẫu thuật whipple là làm gi? Vẽ hình?)

Cụ Thể

Amigold 8,5% 800ml, TTM XXX giọt/phút.

NaCl 0,9%, TTM XXX giọt/ phút.

Vitamin K1, 2 ống tiêm bắp

Vitamin B complex, 1 viên x 2 uống.

Chăm sóc cấp 3

1. **TIÊN LƯỢNG**

Phẫu thuật Whipple là một phẫu thuật lớn, thời gian mỗ kéo dài, có thể trên 5 tiếng. Bệnh nhân này:

-Mặc dù bệnh nhân sụt cân nhanh nhưng tổng trạng BN còn khá: BMI 21,5 kg/m2.

-Chức năng thận và chức năng gan còn bình thường.

-Không bệnh lý nội ngoại khoa khác đi kèm. Không tình trạng nhiễm trùng.

-Vàng da tắc mật đã được giải quyết tạm thời bằng ERCP.

-Hình ảnh CTScan và nội soi thì thấy khối u còn nhỏ, chưa xâm lấn các tạng và các mạch máu xung quanh.

=> Tiên lượng bệnh nhân có thể chịu được cuộc mỗ. Cắt được khối u. Tuy nhiên trong mổ cần chú ý tránh các biến chứng thường gặp, mà nguy hiểm nhất là phạm vào động mạch mạc treo tràng trên, đòi hỏi ekip mổ phải có kinh nghiệm cao trong phẫu thuật cắt khối tá tuỵ.

Về hậu phẫu, tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật Whipple cao #30%, trong đó thường gặp là biến chứng xì miệng nối tuỵ-ruột (tụy- hỗng tràng), thường xảy ra ngày thứ 3-5 sau mổ, trong mổ cần khâu nối cẩn thận, giải áp trong lòng ống tiêu hoá, đặt ống dẫn lưu ổ bụng, cần phải theo dõi sát lượng dịch từ ống dẫn lưu, nếu nghi ngờ biến chứng thì làm xét nghiệm amylase máu, amylase dịch ống dẫn lưu, nếu có xì dò thì mỗ lại sớm, tỷ lệ mỗ lại # 3%.

Tiên lượng gần- tỷ lệ tử vong là khoảng 3-4%, tỷ lệ sống sau 5 năm là 20%.