1. **Hành chính**

Tên: Nguyễn Thị H T

Tuổi: 11 tuổi

PARA: 0000

Tên mẹ: Nguyễn Thị N

Địa chỉ: Quận Bình Chánh

Nghề nghiệp: học sinh

Ngày giờ NV: 9h30 ngày 21/09/2022

1. **Lý do đến khám:** xuất huyết âm đạo
2. **Tiền căn**
3. **Gia đình:** Không ghi nhận tiền căn bệnh lý huyết học, di truyền và các bệnh lý khác
4. **Bản thân:**

* **Nội**: - Không ghi nhận tiền căn bệnh lí huyết học và các bệnh lí khác

- Không ghi nhận tiền căn bầm máu, chảy máu răng, chảy máu mũi, tiêu phân đen

* **Ngoại**: Không ghi nhận tiền căn chấn thương, bệnh lí ngoại khoa
* **Sản** + **Phụ:**
* Có kinh cách đây 8 tháng, kinh không đều, đã hành kinh được 4-5 lần, hành kinh 2 ngày, lượng vừa khoảng 2,3 BVS, máu đỏ sậm, không kèm đau bụng trước/trong/sau hành kinh
* **Thuốc, dị ứng:** không ghi nhận tiền căn dị ứng, không ghi nhận tiền căn sử dụng thuốc

1. **Bệnh sử:**

* Kinh áp chót: giữa tháng 6
* Kinh chót: 31/8 ra kinh kéo dài liên tục hằng ngày, máu đỏ sậm, có máu cục, mỗi ngày sài khoảng 5,6 BVS, có ngày máu tràn BVS, bệnh nhân không chảy máu ở các vị trí khác, không rối loạn tri giác, không khó thở, không chóng mặt. Tình trạng chảy máu kéo dài đến ngày 17/9, mẹ bệnh nhân đi làm ở xa về đưa bệnh nhân đi khám ở bệnh viện Mekong. Được chẩn đoán rối loạn kinh nguyệt tuổi dậy thì. Điều trị Progesteron 25mg/mL 1 ống TB, Dydrogesterone 10mg 1vx2 (u) x7 ngày, sắt (III) hydroxyd polymaltose 50mg/10ml 1 ống x 2 (u).
* Bệnh nhân sử dụng thuốc 2 ngày 17,18/9, quên uống thuốc ngày 20/9. Vẫn còn ra kinh rỉ rả lượng ít, 1 BVS/1 ngày, máu đỏ sậm, có máu cục.
* Sáng ngày nhập viện, mẹ bệnh nhân đi làm về thấy bệnh nhân xỉu, trên giường có nhiều máu nên đưa bệnh nhân nhập cấp cứu ở phòng khám đa khoa Y Dược Gia Định. Được xử trí Nacl0,9%, 1 chai, Tranexamic acid 250mg 1 ống, vitamin C Kabi 500mg/5 ml 2 ống và được chuyển đến khoa cấp cứu bv Hùng Vương
* Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện

Tỉnh, tiếp xúc được

Da niêm nhợt

Sinh hiệu mạch 112l/p

HA 85/45 mmHg

Nhịp thở: 30l/p

Sp02: 98%

Bụng mềm, âm đạo ra ít huyết sậm đen không sang thương, trực tràng trơn láng, không chảy máu theo găng

1. **Khám 9h30p** ngày 21/9/2022 (lúc nhập cấp cứu)
2. **Tổng quát:**

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
* Sinh hiệu: M: 112l/p, HA 85/45mHg, Nhiệt độ 36.5C, Nhịp thở: 30l/p
* Cân nặng: 45kg
* Chiều cao 145cm
* Da niêm nhợt, không phù, hạch ngoại biên không sờ chạm
* Chi mát, CRT >2s
* Không bầm tay chân

1. **Các cơ quan**:

* Đầu mặt cổ: cân đối, không biến dạng
* Tim đều 112l/p
* Phổi trong
* Bụng: cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sẹo, không u, Nhu động ruột 6l/p. Gõ trong. Không điểm đau
* Khám hậu môn trực tràng: trơn láng, không có máu theo găng

1. **Khám Phụ khoa**

* Âm đạo ra huyết sậm đen, không sang thương
* Khám mỏ vịt: không khám
* Khám trong: không khám

1. **Tóm tắt:**

Bệnh nhân nữ, 11 tuổi, PARA 0000, đến kháp vì rong cường kinh, có các vấn đề sau:

1. Rong cường kinh
2. Sốc giảm thể tích
3. **Chẩn đoán sơ bộ**: AUB-I biến chứng sốc giảm thể tích chưa loại trừ bệnh lý huyết học đi kèm
4. **Chẩn đoán phân biệt:**

AUB-O biến chứng sốc giảm thể tích chưa loại trừ bệnh lý huyết học đi kèm

AUB-C biến chứng sốc giảm thể tích

1. **Biện luận:**

**-** Bệnh nhi 11 tuổi, bị xuất huyết âm đạo nghĩ nhiều do nguyên nhân COEIN

C: không loại trừ vì có nhiều bệnh nhi bị rối loạn đông máu không phát hiện được từ bé mà chỉ có triệu chứng vào những lần hành kinh đầu tiên. Cần xét nghiệm PT, aPTT, Fibrinogen, định lượng yếu tố von willerbrand

O: bệnh nhi 11 tuổi, trong độ tuổi dậy thì, có kinh từ 8 tháng nay, kinh nguyệt không đều nên không loại trừ

I: nghĩ nhiều vì bệnh nhân vừa sử dụng progesterone được 2 ngày, sau đó ngưng thuốc và xuất hiện chảy máu nhiều.

- Biến chứng: sốc giảm thể tích vì bệnh nhân mất máu lượng nhiều, mạch nhanh 112l/p, huyết áp tụt 85/45mmHg, da niêm nhạt, chi mát, CRT>2s.

1. **Đề nghị CLS**: TPTTBM, định nhóm máu, ferritin, PT, aPTT, Fibrinogen, Glucose máu, Creatinin máu, eGFR, AST, ALT, Siêu âm phụ khoa trực tràng
2. **Kết quả CLS:**
3. **Nhóm máu:** AB+
4. **TPTTBM:**

WBC 5.2 K/uL. Neu 53,5%

RBC: 1.94 M/uL

**HGB: 4.59 g/dL ↓**

**HCT: 14,7% ↓**

**MCV: 76.2 fL ↓**

**MCH 23.7 pg ↓**

**MCHC: 312 g/L ↓**

**RDW: 16% ↑**

PLT 306 K/uL

Nhận xét:

Bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng nghĩ nhiều do xuất huyết tử cung lượng nhiều

Hồng cầu nhỏ nhược sắc nghĩ nhiều do thiếu máu thiếu sắt do xuất huyết kéo dài nhiều ngày, chưa loại trừ thalassemia đi kèm =>> ferritin huyết thanh

1. **Đông cầm máu:**

PT: 12.1s

aPTT: 29.0s

INR: 1.07s

Firinogen: 2.77g/l

Nhận xét: Chức năng đông cầm máu trong giới hạn bình thường

1. **Chức năng gan thận:**

Đường huyết: 85.32 mg/dL

AST: 14.76 U/L

ALT: 8.7 U/L

Creatinine: 51.26 umol/L

eGFR: 149.68

Nhận xét: chức năng gan thận trong giới hạn bình thường

1. **Siêu âm phụ khoa qua ngã trực tràng:**

**Tử cung**

Ngã trước

Kích thước 36mm

Bờ viền: đều

Cấu trúc: đồng nhất

Bất thường khu trú: không

Nội mạc: 05mm

Lòng tử cung: ứ dịch lòng tử cung d(mm)=05

**Phần phụ phải**

Không ghi nhận bất thường

**Phần phụ trái:**

Không ghi nhận bất thường

**Các bất thường khác:**

Dịch ổ bụng âm tính

Dịch túi cùng sau (phản âm trống) D-26m

Trong âm đạo có lớp phản âm hỗn hợp D=18\*40mm, không có mạch máu nuôi

Kết luận: ứ dịch long tử cung + ứ dịch (máu) âm đạo

1. **Chẩn đoán xác định:** AUB-I biến chứng sốc giảm thể tích
2. **Hướng xử trí**

Bù dịch, truyền máu ổn định tuần hoàn

Cầm máu

Loại trừ bệnh lý huyết học có thể có

1. **Điều trị:**

- Lập 2 đường truyền tĩnh mạch

Nacl 0,9% 500ml x 2 chai

- 1 đơn vị máu toàn phần AB+

- Estrogen liên hợp (Premarin) 25mg 1 ống

TMC mỗi 4 giờ cho đến khi máu ngừng chảy sau đó bắt đầu COC

- Sắt (III) hydroxyd polymaltose 50mg/10ml

1v x 2 (u)