**BỆNH ÁN NHI KHOA**

* Phong cách chị Hồng:
* Không quan tâm nhiều về bệnh sử, tiền căn hay khám; tập trung từ tóm tắt BA, chẩn đoán, biến luận, điều trị luôn
* Biện luận nói nguyên nhân mình nghĩ nhiều nhất trước, những nguyên nhân ít nghĩ và không nghĩ viết sau. Đưa ý trọng tâm thôi, đừng viết nhiều.
* Các giá trị như Hbg, bạch cầu, tiểu cầu hay đông máu là phải tự nhớ, chị không khuyến khích và không thích mn tra bảng nên ráng học thuộc : ((

1. **Hành chính:**

* Họ tên bé: CB Trần Thị Hải Y. Nam 2 tháng
* Địa chỉ: Bình Phước
* Nhập viện: lúc 18h50 ngày 9/11/2020
* P.309 Khoa SXH-huyết học BV Nhi Đồng 1

1. **Lý do nhập viện:** chấm xuất huyết da
2. **Bệnh sử:** Mẹ là người trực tiếp chăm sóc và khai bệnh

* 3 ngày nay: bé đột ngột xuất hiện nhiều chấm xuất huyết đỏ bắt đầu ở 2 chân, sau đó lan ra toàn thân, 2 bên má kèm niêm mạc môi, má, chấm xuất huyết nhiều lứa tuổi (Chấm mới và chấm đã chuyển màu tím, nhạt dần), kích thước khoảng 1-2 mm, ấn không mất, phân bố không đối xứng, không theo chiều trọng lực, kèm 1 mảng xuất huyết ở mặt sau cẳng chân T kích thước 2cm, màu đỏ bầm. 🡪 khám và nhập viện BV NĐ1.
* Trong quá trình bệnh bé bú được, không sốt, không nôn, không quấy, không đừ, không chảy máu răng, mũi, tiểu vàng trong, tiêu phân vàng.
* Tình trạng lúc nhập viện:

Bé tỉnh, không sốt

Môi hồng/ khí trời

Chi ấm, mạch đều, rõ 128l/p

Tim đều

Thở êm 28 lần/ phút

Phổi trong

Bụng mềm, gan mấp mé HSP

Chấm xuất huyết vòm họng, toàn thân.

1. **Tiền căn:**
2. ***Bản thân:***

* Sản khoa: bé con 1/1, PARA 1001, sinh thường, đủ tháng. CNLS 3.5kg, khóc ngay sau sinh, sau sinh không thở oxy. Mẹ mang thai khám thai đầy đủ, ĐTĐ thai kỳ.
* Phát triển tâm thần - vận động: chưa lật
* Dinh dưỡng: sữa mẹ, bú được.
* TCMR: Lao, VGB ngay sau sanh.
* Bệnh lý:

+ xuất huyết lần đầu.

+ Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý và nhập viện từ lúc sinh.

+ Không sử dụng thuốc trước đây: aspirin, nonsteroid.

* Dị ứng: chưa ghi nhận

1. ***Gia đình:***

* Chưa ghi nhận tiền căn xuất huyết, các bệnh lí huyết học
* Mẹ không dùng thuốc

1. **Khám:** (7h ngày 16/11/2020 – NV ngày 7)
2. ***Tổng quát:***

* Bé tỉnh, linh hoạt, không sốt.
* Môi, giường móng hồng/ khí trời
* Chi ấm, mạch quay đều rõ, CRT<2s
* M: 128 l/p NT: 32 l/p
* CN = 6,5 kg CC: 61cm 🡪 bình thường theo tuổi
* Chấm xuất huyết rải rác 2 má
* Không vàng da, không phù

1. ***Đầu mặt cổ:***

* Cân đối, không biến dạng
* Tai không chảy dịch
* Họng không đỏ

1. ***Ngực:***

* Cân đối, không biến dạng, di động theo nhịp thở
* Tim: T1 T2 đều rõ, tần số 128 lần/phút, không nghe âm thổi
* Thở đều, không co lõm ngực
* Phổi không ran

1. ***Bụng:***

* Cân đối, di động theo nhịp thở
* Bụng mềm, gan mấp mé HSP, lách không sờ chạm

1. ***Tiết niệu-sinh dục:***

* CQSD ngoài là nam
* Cầu BQ (-)

1. ***Thần kinh- cơ xương khớp:***

* Thóp phẳng
* Không giới hạn – không biến dạng khớp, cột sống

1. **Tóm tắt bệnh án:**

Bé nam 2 tháng, nhập viện vì chấm xuất huyết da niêm, bệnh 3 ngày, ghi nhận:

1. ***TCCN:***

* Chấm xuất huyết da toàn thân + niêm

1. ***TCTT:***

* TTLNV: chấm xuất huyết da toàn thân + niêm
* Da niêm hồng, gan lách không to.
* Không vàng da vàng mắt

1. ***Tiền căn:***

* Bố mẹ không mắc bệnh tự miễn, huyết học
* Chích ngừa Viêm gan B lúc mới sinh.

1. **Đặt vấn đề:**
2. Hội chứng xuất huyết mức độ trung bình
3. **Chẩn đoán**
4. **Chẩn đoán sơ bộ:**

* Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch mới mắc ~~mức độ nặng~~ mức độ trung bình
  + - * Ghi mới mắc hay mắc mới gì cũng đc nhưng “ mới mắc” êm tai hơn.
      * Chẩn đoán mức độ lúc này là chẩn đoán dựa trên ls, không phải cls nên để mức độ trung bình thôi.
  1. **Chẩn đoán phân biệt**
* Xuất huyết giảm tiểu cầu thứ phát mắc mới ~~mức độ nặng~~ mức độ trung bình
* Liệt tiểu cầu bẩm sinh.(bệnh lý mất chức năng tiểu cầu bẩm sinh)

1. **Biện luận: (phân biện luận theo trình tự như vậy chị ưng rồi nè: viết trọng tâm, cái nghĩ nhiều lên trước, ít thì để sau)**

* Bé xuất hiện các chấm xuất huyết da niêm, ấn không mất, diễn tiến thay đổi theo thời gian (từ đỏ sang tím và nhạt màu dần), khi mất không để lại dấu tích nên nghĩ bé có hội chứng xuất huyết.
* Đây là lần đầu tiên mắc và khởi phát triệu chứng trong vòng 3 ngày và < 6 tháng -> Mới mắc.
* Bé chỉ xuất huyết tại da và niêm -> mức độ trung bình tuy nhiên bé 2 tháng tuổi < 1t -> mức độ nặng.

Lúc này mình chỉ đánh giá lâm sàng bé xuất huyết da và niêm nên là độ trung bình.

Khi có cls: trường hợp bé < 3m (cho phép < 1 tuổi) mà CLS TC < 20k thì mình nâng độ (chẩn đoán xác định). Nguyên nhân vì bé nhỏ nên các triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, có xuất huyết não bé cũng chỉ quấy, khóc.. rất khó phát hiện, mà những biến chứng này rất nguy hiểm, cần phát hiện sớm để xử trí kịp thời -> nâng độ để tăng theo dõi và điều trị cho con.

Đối với bé trên 1 tuổi, có thể nâng độ điều trị tuỳ đánh giá của BS, theo chị thì TC < 5 thì nên nâng bậc điều trị, ráng kéo TC trên mức nguy hiểm.

Những xn tầm soát chỉ là siêu âm bụng và sa thóp, làm đơn giản, không xâm lấn mà giá trị lớn nên không cần đắn đo nhiều trong chỉ định.

* Chấm xuất huyết toàn thân trên da và một số ở niêm, xuất hiện tự nhiên, không sau chấn thương => rối loạn cầm máu ban đầu.
* Chấm xuất huyết phân bố không theo trọng lực hay vùng tì đè => nghĩ nhiều do nguyên nhân tiểu cầu. Nguyên nhân nghĩ nhiều nhất:
* Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, vì (giải thích tại sao nghĩ miễn dịch): xuất huyết tự nhiên trên nền tiền căn hoàn toàn khỏe mạnh, không ghi nhận sốt, dấu hiệu nhiễm trùng, thiếu máu hay gan lách to nên nghĩ nhiều.:

+ Thứ phát: Bn được tiêm vaccin HBV trong vòng 6m, không có tiền căn sử dụng thuốc như aspirin, nonsteroid, không truyền máu, không có các dấu hiệu bất thường bệnh lý miễn dịch như hồng ban cánh bướm, sưng, đau khớp, thiếu máu, gan lách to, sốt mệt mỏi kéo dài; tuy nhiên bé 2 tháng tuổi, độ tuổi không phải dịch tễ thường gặp của XHGTMD (2-6 tuổi), bé nhỏ nên có thể triệu chứng trên lâm sàng không rõ ràng-> thực hiện xét nghiệm sàng lọc khi không đáp ứng điều trị, kéo dài hoặc mạn và có các kết quả CLS gợi ý.

Nếu bé lớn > 10 tuổi, ls gợi ý thứ phát không rõ ràng thì làm bộ xn tầm soát thứ phát hết.

+ Nghĩ nhiều tiên phát vì BN xuất hiện chấm XH đột ngột, không có dấu hiệu thiếu máu, gan lách không to, không vàng da, thể trạng và tâm thần vận động phát triển bình thường, tiền căn chưa ghi nhận bệnh lý bất thường.

-> đề nghị CTM, phết máu ngoại biên, hồng cầu lưới.

* Các nguyên nhân ít nghĩ hơn, đợi kết quả cận lâm sàng và đáp ứng sau điều trị để đánh giá thêm gồm:

+Giảm chất lượng tiểu cầu bẩm sinh: tỉ lệ thấp nhưng bé khởi phát khi mới 2m nên không loại trừ. (liệt tiểu cầu bẩm sinh -> xn khảo sát là thời gian máu chảy TS, TC, … nghe không rõ xn nào nữa ấy. hiện tại ko làm, đợi ctm về nếu tiểu cầu bình thường mới làm)

+ giảm số lượng tiểu cầu do tủy xương. (xn là tủy đồ nhưng hiện cũng không làm, đợi ctm)

* Các nguyên nhân xuất huyết do giảm tiểu cầu khác không nghĩ vì

+ giảm chất lượng tiểu cầu mắc phải: ko nghĩ vì bé tiền căn không ghi nhận bệnh lý, ko dùng thuốc.

+ giảm số lượng tiểu cầu do nguyên nhân tăng bắt giữ, tăng tiêu thụ không nghĩ vì bé 2m tuổi, tiền căn khỏe mạnh, gan lách không to.

* + - Mở rộng
* Bé < 3m, nguyên nhân thứ phát thường gặp nhất là nhiễm trùng bào thai hay do kháng thể từ mẹ qua trong quá trình mang thai( hỏi lại tiền căn nhiễm trùng của mẹ, thai kì có đc thử ctm thấy tiểu cầu thấp không, sốt phát ban thai kì không, có thể có kháng thể phá tiểu cầu của mẹ và đã truyền qua cho bé). -> nếu có thì cho điều trị IVIg luôn, đáp ứng rất tốt, ko cần dùng Cor nữa.

1. **Đề nghị CLS**

* CTM, phết máu ngoại biên, hồng cầu lưới, coombs test TC => thường quy.

( - phết máu ngoại biên là đánh giá tế bào ngoại biên, còn hồng cầu lưới để đánh giá tủy

* Comb test TC chỉ làm trong nghiên cứu, hiện ND1 không có xét nghiệm này -> chị nói thích thì về xem xn này có khó làm ko, giá trị đặc hiệu và nhạy tới đâu mà sao họ không làm. (ITP là chẩn đoán loại trừ thôi)
* Tại ND1 họ làm Comb’s test hồng cầu với mục đích để đánh giá xem có nguyên nhân kháng thể tấn công cả tiểu cầu và hồng cầu không, như trong hội chứng Evans chẳng han.
  + - * Nói chung Comb test hay một loạt xn khác (C3, C4, kháng thể IgM, IgA, ANA, antiDs DNA…) cũng mang tính chất tìm nguyên nhân thứ phát thôi. Làm cũng đc (vì bé 2 tháng, ls không rõ ràng) không cũng đc (nghĩ nhiều tiên phát nên không làm) nhưng hiện tại theo ý chị nên chờ đánh giá lại đáp ứng trên ls sau điều trị rồi tính tiếp. )=> BV làm do khuyến cáo mới là làm 1 số xét nghiệm sàng lọc thứ phát thường quy luôn (ko có làm hết)
* TPTNT, siêu âm bụng, siêu âm thóp

(ba xn này không làm thường qui, khi nào nghi ngờ bé có xuất huyết nội tạng, xuất huyết não ms làm)

CT scan sọ não sẽ làm khi lâm sàng có dấu hiệu gợi ý rõ như bé lừ đừ, bỏ bú, nôn ói nhiều, thiếu máu hay xuất huyết diễn tiến nguy kịch). Lúc này trong lúc đợi CT mình sẽ làm combo xử lý ngay gồm truyền IVIg, tiêm Cor, truyền hồng cầu lắng và gọi khẩn siêu âm sọ tại giường; khi bé ổn thì chuyển chụp Ct.

1. **Kết quả CLS**
2. **Công thức máu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 9/11/2020 | 11/11/2020 | 14/11/2020 |  |
| WBC | 16.91 | 11.3 | 16.47 | x103/uL |
| NEU% | 13.4 | 44.4 | 21.6 | % |
| EOS% | 1.2 | 0 | 0 | % |
| BASO% | 0.3 | 0.2 | 0.2 | % |
| LYM% | 79 | 52.7 | 69.6 | % |
| MONO% | 6.1 | 2.7 | 8.6 | % |
| IG% | 1.2 | 1.1 | 0.3 | % |
| RBC | 3.8 | 3.53 | 3.38 | X1012/L |
| HGB | 10.7 | 9.7 | 9.3 | g/dL |
| HCT | 30.8 | 28.9 | 28.1 | % |
| MCV | 81.8 | 81.9 | 83.1 | fL |
| MCH | 28.2 | 27.5 | 27.5 | Pg |
| MCHC | 34.7 | 33.6 | 33.1 | g/dL |
| RDW-CV | 14.6 | 15.2 | 16.5 | % |
| PLT | 2 | 25 | 304 | X103/uL |

* + - Tiểu cầu < 100.10^3/uL -> giảm tiểu cầu;
    - Tiểu cầu < 10.10^3/uL -> nguy cơ xuất huyết não, xuất huyết nội tạng -> đề nghị siêu âm thóp, siêu âm bụng.
      * Chỗ này tiểu cầu về < 20k kết hợp yếu tố bé < 1 tuổi nên mình sẽ nâng bậc từ trung bình lên nặng.
      * Nếu ls bé có xh tiêu hóa (độ IV) nhưng tc về 90K (ko phù hợp phải < 20k) mình sẽ phải đi tìm nguyên nhân khác gây xhth trên bé.
    - Hồng cầu và bạch cầu trong giới hạn bình thường. (Hb> 9.5 g/dl; BC < 18K/uL)
* Mở rộng: nếu giảm cả 3 dòng sẽ gợi ý nguyên nhân do suy tủy; nếu tiểu cầu về mà bình thường thì nghĩ nguyên nhân liệt tiểu cầu bẩm sinh
* Bạch cầu bé này hơi cao -> đánh giá lại nhiễm trùng trên lâm sàng (không có), có thể đây là đáp ứng tăng sinh của tủy hoặc điều trị Cor cũng làm tăng BC do nó huy động BC bám ở thành mạch vô dòng máu.

1. **Phết máu ngoại biên: (11/11)**

Bạch cầu: 11.300 (/mm3)

* % NEU : 45%
* % LYM : 52%
* % MONO: 3%

Hồng cầu:

* Bình sắc
* Kích thước, hình dạng: thay đổi (+).
* Hồng cầu bia (+). Hồng cầu đa sắc: (++).
  + - * Hồng cầu bia và hồng cầu đa sắc -> có đáp ứng tăng sinh tại tủy.

Tiểu cầu: 25.000

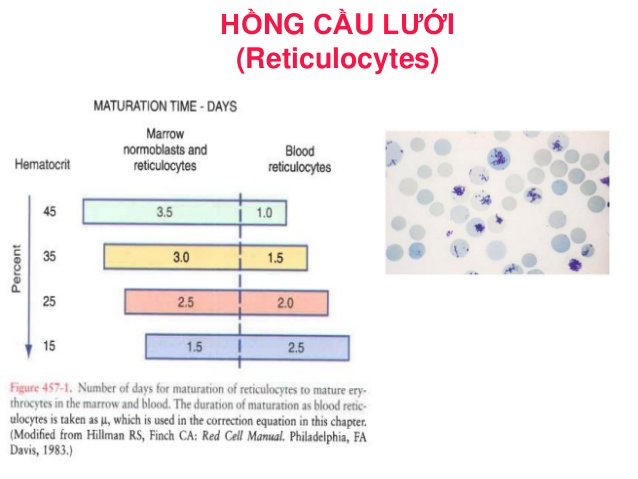
Hồng cầu đa sắc do trung tâm hồng cầu nó đậm (bình thường do nhân bị thoái hóa nên ở giữa sẽ nhạt, khi nhạt nhiều ra ngoài thì là hồng cầu nhược sắc). hc đa sắc chính là hồng cầu lưới, chứng tỏ tủy đáp ứng tăng sinh.

Hồng cầu bia về cơ bản là hc bất thường nhưng chỉ có 1+ nên theo dõi, có thể do đọc sai.

1. **Hồng cầu lưới:** 201 x 10^3/uL – 5,29%. (Tăng)

-> chỉ số hồng cầu lưới RI: 5.29 x 30.8/32x1.85 = 2.75 > 2 => có tăng sinh tủy.

Chỉ số m, lấy trung bình 1.85 là tương đối thôi, chị yêu cầu phải nhớ con số mà tương đương vs mức Hct bệnh nhân.





Hồng cầu lưới bình thường ở trong tủy xương 3 ngày, ra ngoại biên 1 ngày trước khi trưởng thành, khi thiếu máu tủy buộc huy động hcl ra ngoài sớm hơn. M chính là số ngày trung bình mà hcl ở ngoài ngoại vi.

1. **Coomb test trực tiếp, gián tiếp : âm tính.**
2. **C3, C4:** bình thường.

**IGA:** 15.29 mg/ dl (70- 400 mg/dl)

**IgG:** 541.84 mg/dl (700-1600 mg/dl)

**IgM:** bình thường.

* + - * Không gợi ý nguyên nhân giảm tiểu cầu thứ phát.

1. **Tổng phân tích nước tiểu:**  không ghi nhận bất thường các thông số nước tiểu.
2. **Siêu âm bụng, siêu âm thóp:**  chưa phát hiện bệnh lí.
3. **Chẩn đoán xác định**

Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát mới mắc mức độ nặng. (ok)

1. **Điều trị**

* Nhập viện
* Điều trị hỗ trợ: tránh vận động mạnh, chấn thương, thuốc gây rối loạn đông máu như aspirin,…
* Điều trị đặc hiệu

+ Corticoid: bé xuất hiện mức độ nặng và < 1 tuổi nên sử dụng methyprednisolone 30 mg/kg/ngày x 3 ngày (TMC)

* + - * methyprednisolone có nhiều liều như 30 mg/kg/ngày x 3 ngày (sgk); 10mg/kg/ngày chia 2 lần (bv ND1) không có liều nào sai, chỉ là liều nào đc khuyến cáo dùng nhiều hơn thôi nhưng mình đang học tại ND1 thì mình phải dùng liều của phác đồ bệnh viện là 10mg/kg/ngày chia 2 lần.

+ IVIg: liều 1000mg/kg/1 lần duy nhất

+ Truyền tiểu cầu: bé không có dấu hiệu xuất huyết não trên ls và cls, theo dõi thêm diễn tiến ls -> hiện không có chỉ định truyền tiểu cầu.

* + - mở rộng
* cơ chế tấn công của thuốc

+ first line gồm Cor, IVIg, antiD (nhiều tác dụng phụ, mắc, hiệu quả chưa rõ ràng nên không dùng tại ND1). XH nặng thì dùng cả Cor và IVIg nhưng nếu chỉ trung bình thì dùng 1 trong 2, cái nào cũng đc.

Cor: tấn công theo 3 cơ chế: giảm sản xuất kháng thể, giảm gắn kn lên đại thực bào, giảm tác động phá hủy tiểu cầu của kháng thể.

IVIg: gắn trực tiếp lên Fc của đại thực bào để tiểu cầu không bị gắn lên, không khởi động chu trình tiêu diệt tiểu cầu.

* truyền tiểu cầu vô thì nguyên tắc kháng thể trong cơ thể vẫn tiêu diệt nó (thường 1-3 ngày là bị diệt hết) nhưng mình vẫn truyền khi có xuất huyết nặng vì nó giúp cầm máu tức thì, trong thời gian đợi IVIg và Cor nó có tác dụng.

**->** Liểu tiểu cầu: 1UI -> 5-7 kg, nâng tiểu cầu lên 50-100k -> thử lại sau 1h để đánh giá đáp ứng truyền.

* + - Điều trị cụ thể

1. Solumedrol 0.125 g: 0.035g x 2 (TMC) trong 5 ngày.
   * + - Chuyển Prednisolone 0.005g: 2.5 v (u)
2. Flembogama 2.5g/50 ml 2 lọ:

4ml TTM: 4ml/h

96ml TTM: 10ml/h

1. 3BT- cháo sữa.

CS3.

* Theo dõi: sinh hiệu/12h, xuất nhập/24h.
  + - Đánh giá đáp ứng điều trị thuốc bằng cls
* Cor tác dụng sau 3-5 ngày, đỉnh là sau 7 ngày nên mình thử CTM lại sau 3n
* IVIg tác dụng ngay sau 1-3 ngày nên mình thử lại ngay sau 1 hoặc 2 ngày để coi thuốc có tác dụng không.
* Dặn dò các dấu hiệu nặng.

1. **Tiên lương:**

* 80-90% ổn định trong 3-6 tháng
* 1-4% tái phát khi TC giảm sau 3m.
* 1-4% thành XHGTC mạn khi TC giảm > 6m
* BC xuất huyết não: 0.5-1%.
  + - Vì TC < 10k nên phải tư vấn nguy cơ xuất huyết não để mẹ theo dõi sát các triệu chứng của bé. Nếu người nhà hỏi bao nhiêu phần trăm mới trả lời, ko thì thôi vì nghe 1% mẹ tưởng ít sẽ lơ là theo dõi bé.
    - Xuất viện khi nào
* LS: bé không còn xuất huyết mới, xuất huyết cũ đã ổn định
* CLS: TC> 30k (dặn dò người nhà theo dõi kĩ dấu hiệu xuất huyết của bé, ghi nhận có những bé TC 28k mà xuất huyết não luôn, rất thương tâm)

1. **Theo dõi sau khi ra viện:**

* Đếm tiểu cầu (CTM) 1-2w/ lần khi hết XH niêm sau đó 3-4w/lần đến khi tiểu cầu> 150k/uL và ngưng theo dõi khi ổn định sau 6 tháng.
  + - Khi đưa toa về phải chú ý 3 điều
* Thuốc ra về: tên, liều, cách uống
* Tái khám khi nào: (theo lịch, không có gì bất thường)
* Khám ngay khi nào (bs thường quên): ngay khi bé có bất kì triệu chứng xuất huyết mới nào như da, niêm…; mẹ thấy bé xanh xao hơn (thiếu máu), bé lừ đừ, mệt nhiều, bỏ bú, nôn ói…