BỆNH ÁN NHI KHOA

1. HÀNH CHÍNH

* Họ và tên: CB Mai Thị Kim N. Giới : nữ
* Ngày sinh: 28/09/2020 (1 tháng 26 ngày)
* Địa chỉ: quận Tân Phú, TPHCM

1. LÝ DO NHẬP VIỆN: thở mệt
2. BỆNH SỬ: Mẹ bé khai bệnh

* N1 – N7: ho khan ít, không sốt, không tiêu chảy, không quấy khóc. Mẹ thấy em tím môi khi khóc, hết khóc hết tím. Bú kém hơn, thời gian bú lâu hơn (>30p), trong lúc bú phải ngưng lại để thở, mỗi lần bú không hết trọn bầu ngực, vã mồ hôi đầu khi bú mẹ.
* N7 – N10: ho nhiều, ọc sữa sau ăn, thở mệt, bú kém, không sốt -> BV quận Tân Phú được chẩn đoán Viêm phổi nặng.
* N10 – N13: Điều trị nội trú tại BV Tân Phú: Cefotaxim, Gentamycin, thở oxy ẩm qua canula. Bé diễn tiễn nặng hơn, thở mệt hơn -> BV NĐ 1.
* Tình trạng lúc NV:

+ Tỉnh, môi hồng/oxy, SpO2: 98%

+ Chi ấm, mạch quay đều rõ, 160l/p

+ Thở đều, co lõm ngực nặng 60l/p, ran ẩm 2 bên

+ Nhiệt độ: 370C

1. TIỀN CĂN:
   * + 1. Bản thân:
          1. Sản khoa:

* Con 2/2, sinh mổ 36 tuần, PARA: 2002, mẹ không khám thai thường xuyên trong thai kỳ*.* CNLS: 2 kg. Sinh tại BV Hùng Vương, sau sinh bé nằm với mẹ, hậu sản 6 ngày.
* Chưa ghi nhận dị tật bẩm sinh.

1. Phát triển tâm vận: Còn phản xạ nguyên phát
2. Dinh dưỡng: Bú mẹ hoàn toàn.
3. Chủng ngừa:

* Lao, HBV

1. Dị ứng: Chưa ghi nhận dị ứng thức ăn, thuốc. Không ghi nhận chàm da.
2. Bệnh lý:

* Siêu âm tại BV Hùng Vương được chẩn đoán: Còn ống động mạch d=3mm.

1. Dịch tễ:

* Gia đình không có người cảm, sốt gần đây.
* Gia đình không có người hút thuốc lá

1. Gia đình: Chưa ghi nhận tiền căn bệnh tim, hen, lao,…
2. KHÁM (25/11/2020): 17 ngày sau NV
3. Tổng trạng:

* Tỉnh, môi hồng/canula 1l/p
* Chi ấm, mạch tứ chi đều rõ, CRT < 2s.
* Sinh hiệu: Mạch: 130 lần/phút Nhịp thở: 54 lần/phút

SpO2: 99%/canula 1 lít/phút Nhiệt độ: 37,5 độ C

* Cân nặng: 2,7kg Chiều dài: 52cm

CN/CC ? CC/T -> Suy dinh dưỡng cấp hay mạn?

1. Khám vùng
   * + 1. Đầu mặt cổ:

* Cân đối, khám không chảy mủ tai, không chảy nước mũi.
* Họng sạch, hạch ngoại biên không sờ chạm.
  + - 1. Lồng ngực: cân đối, di động theo nhịp thở, không gù vẹo, không biến dạng.
* Ngực không gồ, không lồng ngực ức gà.
  + - * 1. Tim:
* Mỏm tim ở KLS V đường trung đòn trái, mỏm tim tăng động, diện đập #1 KLS , không ổ đập bất thường, Hardzer (-) (đập sau mỏm tim) khám lại Hardzer (+), rung miêu (+).
* Nhịp tim đều rõ, tần số 130 lần/phút.
* T1, T2 đều rõ, âm thổi 2 thì rõ nhất tại KLS II bờ trái xương ức lan dọc xương ức, cường độ 5/6. ( chị khám không có âm thổi, chị nói PDA có âm thổi 2 thì phải ở trẻ lớn, bị bệnh nhiều năm không phẫu thuật. Ở tuổi của BN này không thể nghe âm thổi 2 thì, nếu có thì âm thổi tâm thu mà cỡ 2/6 thôi. Huyết áp của trẻ tuổi này khoảng 40-70, kháng lực mm phổi là 35mmHg, chênh áp thì tâm trương 25mmHg âm thổi nghe nhỏ, còn tâm trương 5mmHg không thể có âm thổi)
  1. Phổi
* Nhịp thở 54 lần/phút, co lõm trung bình, không co kéo các cơ hô hấp phụ
* Phổi ran ngáy, ran ẩm hai phế trường.

1. Bụng: cân đối tham gia thở tốt, không u sẹo, không tuần hoàn bàng hệ. Bụng mềm, không điểm đau.

* Gan lách thận không sờ chạm.

1. Tứ chi – Thần kinh: Cổ mềm, thóp phẳng, kích thước 4x6, tứ chi cân đối.
2. Các cơ quan khác: chưa ghi nhận bất thường.
3. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nữ, 1 tháng 26 ngày tuổi, nhập viện vì thở mệt, bệnh 10 ngày. Qua thăm khám ghi nhận:

TCCN: Ho khan tăng dần  
Thở mệt, tăng khi gắng sức  
Ọc sữa, bú kém.  
Tím khi khóc.

TCTT: Mỏm tim KLS 5/TĐT.  
Âm thổi liên tục tại KLS II rung miêu (+).  
Thở co lõm ngực nặng, NT = 60 lần/phút.  
Ran ẩm, ran ngáy 2 bên phổi

Tiền căn: Phát hiện tim bẩm sinh sau sinh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ
   * + 1. Suy hô hấp độ 2
       2. Hội chứng tổn thương nhu mô phổi
       3. Tim bẩm sinh
       4. Hội chứng suy tim
       5. Suy dinh dưỡng
2. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ:

* CĐSB: Viêm phổi, mức độ nặng biến chứng suy hô hấp cấp - Còn ống động mạch biến chứng PAH - Theo dõi suy tim - Suy dinh dưỡng mạn
* CĐPB: Viêm phổi, mức độ nặng biến chứng suy hô hấp cấp/ ~~TOF hồng + Hở van ĐMP~~.

1. BIỆN LUẬN

* Bệnh nhi nhập viện vì thở mệt, có ho khan, co lõm ngực nặng với nhịp thở tăng khi đã được cung cấp oxy canula, khám tại thời điểm cấp cứu có ran ẩm 2 bên nên nghĩ nhiều là Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng.
* Thời điểm cấp cứu bệnh nhi môi hồng/ oxy canula nhưng vẫn còn thở co lõm nặng, nhịp thở ở ngưỡng thở nhanh nên nghĩ biến chứng Suy hô hấp cấp độ 2.
  + - 1. Tim bẩm sinh:
* Khám thực thể có âm thổi liên tục vùng khoang liên sườn 2 và tiền căn phát hiện tim bẩm sinh sau sinh nên nghĩ bệnh nhân có tim bẩm sinh:
* Tím: Không tím vì bệnh nhân môi hồng/oxy, SpO2 = 99%/ oxy.
* ~~Chưa đánh giá được tăng giảm lưu lượng máu phổi vì viêm phổi lần đầu, chưa ghi nhận tiền căn thở nhanh, khò khè, co lõm ngực, nhiễm trùng hô hấp trên trước đây, khám không có thở nhanh sâu, không dấu hiệu đa hồng cầu, ngón tay dùi trống~~. Lâm sàng không chắc thì có thể dựa vào Xquang, đọc Xquang có tăng lưu lượng máu lên phổi.
* Tim trái bị ảnh hưởng: Khám có mỏm tim ở LKS 5/TĐT với diện đập 1 KLS, dấu Hardzer có diện đập theo sau diện đập mỏm tim ~~ý nghĩ cho lớn nhĩ trái~~. Khám lại Hardzer (+) -> lớn thất trái + thất phải.
* Có tăng áp phổi do BN xuất hiện tím khi khóc, nghĩ giai đoạn trung gian, shunt 2 chiều.
* Bệnh nhi có tim bẩm sinh không tím, tăng lưu lượng máu lên phổi ảnh hưởng ~~lớn thất trái~~ 2 thất, có thể do các nguyên nhân:
  + Còn ống động mạch: nghĩ nhiều vì BN sinh non, nghe được âm thôi liên tục 2 thì tâm thu, tâm trương ở KLS 2, nghĩ giai đoạn trung gian có tăng áp phổi shunt hai chiều, đảo shunt khi gắng sức gây tím.
  + ~~TOF hồng + Hở van ĐMP~~:
  + Thông liên thất
  + Kênh nhĩ thất
    - 1. Hội chứng suy tim:
* BN có triệu chứng khó thở vã mồ hôi đầu khi gắng sức (bú), thở nhanh, co lõm ngực, các triệu chứng này xuất hiện khi có bệnh hô hấp kèm theo nên chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim, tuy nhiên khám lâm sàng có dấu hiệu dãn thất trái, nhĩ trái -> theo dõi suy tim.

Biện luận suy tim: Tim bẩm sinh này có thể gây suy tim không? Ở giai đoạn này có thể suy tim chưa ( vd: TOF suy tim rất trễ ở giai đoạn TOF già, còn PDA suy tim rất sớm)? BN này có các dấu hiệu gì gợi ý suy tim, chấm điểm theo Ross cải biên, cho điểm lúc BN k có bệnh hô hấp kèm theo và lúc có bệnh hô hấp, điểm của BN dao động giữa 2 khoảng này (vd 3-5đ). Suy tim độ mấy?

1. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

* CLS chẩn đoán: Xquang ngực thẳng, CTM, KMĐM, siêu âm tim.
* CLS hỗ trợ: Ion đồ, AST, ALT, Bilirubin TP, TT, INR.

1. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG
2. Công thức máu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 8/11 | 16/11 |  |
| WBC | 7.65 | 13.91 | 6.0-14.0 |
| #NEUT | 3.76 | 3.28 | 3.0-5.8 |
| #ESO | **0.3** | **0.3** | 0.05-0.25 |
| #BASO | **0.01** | **0.01** | 0.015-0.05 |
| #LYMP | **3.47** | **9.1** | 1.5-3.0 |
| #MONO | 0.41 | 1.22 | 0.285-0.5 |
| #IG | 0.08 | 0.05 |  |
| %NEUT | 49.1 | **23.5** | 54-62 |
| %ESO | 0.0 | 2.2 | 1-3 |
| %BASO | 0. | 0.1 | 0-0.075 |
| %LYMP | **45.4** | **65.4** | 25-33 |
| %MONO | 5.4 | **8.8** | 3-7 |
| %IG | 1.0 | 0.4 |  |
| RBC | 2.62 | 2.85 |  |
| HGB | **8.1** | **9.3** | 10.5-14.0 |
| HCT | **25.2** | **27.3** | 32-42 |
| MCV | **96.2** | **95.8** | 72-88 |
| MCH | **30.9** | **32.6** | 24-30 |
| MCHC | 32.1 | 34.1 | 32-36 |
| RDW-CV | 21.8 | 22.0 |  |
| PLT | **479** | **506** | 150-400 |
| PDW | 11.1 | 11.9 |  |
| MPV | 11.0 | 11.4 |  |
| %PCT | 0.53 | 0.58 |  |

* Bạch cầu không tăng, thiếu máu đẳng sắc đẳng bào

1. Siêu âm tim:

* SITUS SOLITUS, LEVOCARDIA,TƯƠNG HỢP A-V, V-A
* HỒI LƯU TM PHỔI VÀ HỆ THỐNG BÌNH THƯỜN
* PFO 2,2MM, L-R SHUNT
* PDA đk d= 3,9mm(PA), 5,7MM(Ao), L=4,9mm, Gd 20mmHg
* Dãn nhĩ trái, thất trái
* MR cơ năng, GD 56mmHg; TR cơ năng, PAPS 51mmHg; PR cơ năng, PAPm 35mmHg
* Cung động mạch quay trái,CoA(-
* Chức năng tim trái tốt
* Kết luận: PDA-PFO-PAH

1. X quang:

* Xquang tư thế AP, phim nằm. Không cân đối
* Bệnh nhân hít sâu 9 khung sườn.
* Chưa ghi nhận tràn khí dưới da, abces dưới da, không hình ảnh hủy xương, gãy xương.
* Trung thất: Chỉ số tim lồng ngực = 66%, tuyến ức hình ống khói.
* Mỏm tim chếch lên, góc tâm hoành nhọn -> Lớn thất phải.
* Cung nhĩ phải, nghĩ do lớn thất phải chèn ép.
* Tăng tuần hoàn phổi.
* Tổn thương xóa mờ bờ tim ⅓ dưới T, đám mờ không đồng nhất đáy phổi T, nốt mờ ½ trên phổi P

1. KMĐM:

pH 7.331 FiO2 40  
pCO2 40.8 pO2 189.3   
HCO3- 21.0 BE -4.6  
SaO2 99.4 pO2/FiO2 4.7  
AaDO2 54.7 Hb 11.5

* BN được bù đủ oxy
* pH máu toan nhẹ

1. Sinh hóa máu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 8/11 | 16/11 |  |
| Na+ | 139.8 | 142.9 | 135-145 mmol/L |
| K+ | 4.43 | 4.46 | 3.5-5 mmol/L |
| Ca+ | 1.37 | 1.07 | 1.1-1.25 mmol/L |
| Cl- | 106.3 | 105.5 | 98-107 mmol/L |
| Ure | 3.11 | 5.74 | 1.8-6.4 mmol/L |
| Creatinin | 30.94 | 46.26 | 35.4-61.9 mmol/L |
| AST | 38.66 | 78.9 | 15-60 U/L |
| ALT | 13.31 | 21.21 | 13-45 U/L |
| CRP | 0.23 | 0.11 | <5 mg/L |

* Chức năng gan, chức năng thận trong giới hạn bình thường
* Ion đồ chưa ghi nhận bất thường

1. Siêu âm não xuyên thóp

* Vô hóa mạch máu nhân nền 2 bên, theo dõi nhiễm trùng não bào thai
* Nang vùng rãnh nhân đuôi đồi thị 2 bên

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

Viêm phôi nặng biến chứng suy hô hấp - PDA - PFO – PAH

1. ĐIỀU TRỊ
2. Điều trị viêm phổi

* Nằm đầu cao 30 độ
* Thở oxy qua canula 1l/p
* Hút đàm nhớt mũi miệng
* Cefepim 1g
* Ho Astex

3ml x 3 (u)

* 1BT - SM (TT)
* Chăm sóc cấp 2
* Theo dõi sinh hiệu, SpO2/6h

1. Điều trị tim bẩm sinh

Can thiệp đóng ống động mạch bằng phẫu thuật ( vì đường kính ống động mạch > cân nặng BN)

1. Điều trị suy tim: Chỉ mới theo dõi suy tim thôi thì cũng có thể cho điều trị suy tim rồi

* Lợi tiểu
* Digoxin ( chỉ dùng cho suy tim độ 3 trở lên)
* ~~Captopri~~l ( chỉ dùng cho Thông liên thất không dùng trong PDA)

Học kĩ về cơ chế các thuốc điều trị suy tim. Chị nói suy tim trẻ em chỉ có 3 thuốc trên thôi, chỉ điều trị trong lúc chờ mổ thôi nên không nghiên cứu nhiều thuốc như bên người lớn.

* Dùng lợi tiểu thì CLS cần chỉ định them ion đồ.

1. TIÊN LƯỢNG

BN 1 tháng 26 ngày, viêm phổi nặng kèm tim bẩm sinh, cơ địa suy dinh dưỡng: tiên lượng nặng.