Nguyễn Phương Dung Y17

Ngô Thị Ngọc Ánh YHCT17

Hà Đạt Y18

Trần Ngọc Anh Khoa YHDP18

Lê Vương Hoàng Long YHDP18

BỆNH ÁN NỘI KHOA

**I. Hành chính**

* Họ và tên: Đinh Thị B.             - Giới tính: Nữ
* Năm sinh: 1976 (44 tuổi) - Nghề nghiệp: buôn bán
* Địa chỉ: Nhà Bè, tp HCM
* Ngày nhập viện: 9h47 sáng ngày 17/09/2020
* Giường: số 1 phòng A4.29

**II. Lý do nhập viện: Đau bụng**

**III. Bệnh sử**

Cách nhập viện 2 ngày, BN bắt đầu tiểu buốt và gắt, tiểu vàng trong, không bọt, không dây máu, lẫn máu cục; nước tiểu hơn 1 L/ngày. Cùng thời gian đó, BN có đau bụng âm ỉ vùng hạ vị.

Cách nhập viện 4h, BN bắt đầu đau bụng âm ỉ, khắp bụng, quặn từng cơn trên nền đau liên tục, lan ra sau hông lưng (P). BN giảm đau khi ôm bụng, cúi người. Sau đó, BN đi tới phòng khám đa khoa Tâm An. Kết quả xét nghiệm CLS tại phòng khám: bạch cầu 17.910, hồng cầu 250, nitrite 0.12, leu 500, cặn đục. HA tại phòng khám: 100/60 mmHg. BN không được xử lý cấp cứu tại PK.

→ Nhập cấp cứu bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Trong quá trình bệnh, BN tiểu gắt buốt, tiểu nhiều lần không nhớ rõ (>10 lần), mỗi lần tiểu chỉ vài giọt. BN có vã mồ hôi, không sốt. BN không ho; không khó thở; không khạc đàm; không đau ngực; không đau đầu, chóng mặt; không đau nhức các khớp; không đánh trống ngực; không ợ nóng; ợ chua. BN không nôn ói, không tiêu chảy, không táo bón, đi phân vàng đóng khuôn, 1 lần/ngày.

Sinh hiệu lúc nhập viện:

* Mạch: 110 lần/phút
* Huyết áp: 110/70 mmHg
* Nhịp thở: 18 lần/phút
* Nhiệt độ: 36°C
* SpO2: 97% khí trời

Diễn tiến sau nhập viện: BN đáp ứng điều trị tốt, uống 1.5 L/ngày, đi tiểu bình thường (hết gắt buốt) 1L/ngày, không còn đau bụng, không nôn ói.

**IV. Tiền căn**

**1. Bản thân**

- **Nội khoa**:

+ 7,8 năm trước, BN có bị viêm loét dạ dày đã điều trị khỏi.

+ 5 tuần trước, BN phù chân tay, đau đầu, đau lưng, đi khám bệnh viện Bình Dân, được chẩn đoán Viêm cầu thận cấp. BN nhập viện Bình Dân và điều trị trong 2 tuần. Sau đó, BN được chẩn đoán lại là Hội chứng thận hư. Sử dụng thuốc điều trị tại bv Bình Dân đến ngày nhập viện (methylprednisolon; Rabeprazole; Canxi, phospho, Vit D3; Atorvastatin; Telmisartan; Ghi chú: Omega3). BN tuân thủ điều trị.

+ Không ghi nhận bệnh THA, ĐTĐ, Tim mạch, đường tiêu hóa.

- **Ngoại khoa**: sinh mổ 16 năm trước.

- **Sản phụ khoa**: PARA 2002, chưa mãn kinh.

- **Thói quen sinh hoạt – dùng thuốc:**

Không hút thuốc, không uống rượu bia.

BN ăn uống điều độ, đủ bữa.

Không có thói quen nhịn tiểu.

- **Dị ứng:** Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng.

- **Dịch tễ:** Không đi du lịch trong vòng 3 tháng nay.

**2. Gia đình**

Chưa ghi nhận tiền căn ác tính, bệnh lý đường tiêu hóa, gan, mật, bệnh lý thận.

Có mẹ bị THA.

**V. Lượt qua các cơ quan: 9h 23/09/2020**

**Hô hấp**: không ho, không khó thở, không khạc đàm.

**Tim mạch**: không đau ngực, không hồi hộp, đánh trống ngực.

**Tiêu hóa**: không nôn ói, không ợ chua, ợ nóng, không đau bụng, tiêu phân vàng lỏng.

**Thận niệu**: không tiểu buốt, tiểu gắt, tiểu vàng trong lượng khoảng 1 l/ngày.

**Cơ - xương - khớp**: không đau khớp, không đau cơ.

**Thần kinh**: không chóng mặt, không đau đầu.

**VI. Khám: lúc 9h, 23/9/2020**

1. **Tổng quát:**

- Tri giác: BN tỉnh, tiếp xúc tốt.

- Sinh hiệu:

HA: 100/70 mmHg

Nhịp thở: 14 lần/ phút

Mạch: 82 lần/ phút

Nhiệt độ: 37 ℃

- Tổng trạng:

Chiều cao: 157cm

Cân nặng: 55 kg

→ BMI: 22.3 bình thường theo phân loại IDI và WPRO

- Da niêm: hồng, không bầm tím, không xuất huyết.

- Hạch ngoại biên không sờ chạm.

- Chi mát, mạch ngoại biên sờ rõ.

1. **Khám từng vùng:**

**Đầu- mặt- cổ:**

Niêm mạc mắt hồng nhợt, kết mạc mắt không vàng.

Môi không khô, lưỡi không dơ.

TM cổ nổi (-) tư thế 45⁰.

Không co kéo cơ hô hấp phụ.

Khí quản không di lệch.

Tuyến mang tai to, tuyến giáp không to.

**Ngực:**

* + **Lồng ngực:**

Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, KLS không giãn rộng.

Không mảng bầm, không sẹo.

* + **Tim**

Không có ổ đập bất thường.

Dấu nảy trước ngực (-), dấu Hartzer (-).

Mỏm tim ở KLS 4, ĐTĐ trái, diện đập 1x1 cm2.

Tiếng T1,T2 rõ đều, tần số 82 lần/phút.

Không âm thổi, tiếng tim bệnh lý.

* + **Phổi**

Thở đều 14 lần/phút, không co kéo cơ hô hấp phụ.

Rung thanh đều 2 bên.

Gõ trong khắp phổi.

Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường, không rale.

Không tiếng thở bất thường.

**Bụng:**

Bụng cân đối, không bè hai bên, thành bụng di động theo nhịp thở, không dấu rạn da, không xuất huyết dưới da, không tuần hoàn bàng hệ, có sẹo mổ cũ.

Nhu động ruột: 6 lần/phút, không nghe âm thổi bất thường.

Bụng mềm, ấn không đau, không sờ thấy u.

Gan, lách không sờ chạm.

Bụng gõ trong vùng quanh rốn, đục ở gan, lách.

Gõ đục vùng thấp (-). Chạm thận (-), rung thận (-).

**Thần kinh:**

Cổ mềm

Không yếu liệt chi

**Tứ chi- cơ- xương- khớp:**

Sao mạch (-), lòng bàn tay son (-)

Không teo cơ.

Cột sống không gù, không vẹo.

Không đau khớp, không giới hạn vận động.

**VII. Tóm tắt:**

Bệnh nhân nữ, 44 tuổi, nhập viện vì đau bụng, bệnh 3 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

* + TCCN:

Đau bụng âm ỉ khắp bụng, quặn từng cơn trên nền liên tục, lan tới hông lưng phải, kèm vã mồ hôi.

Tiểu buốt gắt, tiểu nhiều lần, lượng ít.

* + TCTT:

Phù hai chân, phù trắng ấn lõm, không đau.

* + Tiền căn:

VCT cấp, HCTH cách đây 5 tuần.

**VIII. Đặt vấn đề:**

1. Hội chứng niệu đạo cấp.

2. Đau hông lưng (P).

\* Tiền căn: VCT cấp, HCTH cách đây 5 tuần.

**IX. Chẩn đoán sơ bộ:**

Viêm đài bể thận cấp bên P, lần đầu, phức tạp chưa biến chứng, do khuẩn chưa xác định trên bệnh nhân HCTH đang điều trị, có dùng methylprednisolon.

**X. Chẩn đoán phân biệt:**

Viêm niệu đạo cấp, lần đầu, phức tạp chưa biến chứng, do khuẩn chưa xác định trên bệnh nhân HCTH đang điều trị, có dùng methylprednisolon.

**XI. Biện Luận**

**Hội chứng niệu đạo cấp:**

BN có tiểu buốt gắt, tiểu lắt nhắt nhiều lần trong quá trình bệnh, lượng nước tiểu ít → nghĩ nhiều có HC niệu đạo cấp.

BN có các yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng tiểu: giới nữ, sử dụng Methylprednisolon (thuốc UCMD) liên tục trong 2 tuần. Nghĩ nhiều BN có nhiễm trùng tiểu. Vị trí:

* Viêm đài bể thận cấp: BN có HC niệu đạo cấp, kèm đau liên tục khắp bụng, đau lan hông lưng (P) → nghĩ nhiều. Đề nghị CLS: ProCalcitonin, CRP, TPTNT, cấy nước tiểu, kháng sinh đồ, soi tươi cặn lắng nước tiểu, ion đồ.
* Viêm bàng quang cấp: BN đau liên tục khắp bụng, đau lan hông lưng (P), tuy nhiên, BN không có tiểu máu, tiểu đục, tiểu mủ → không nghĩ.
* Viêm niệu đạo cấp: BN có HC niệu đạo cấp, nhưng BN không có tiểu đục đầu dòng → không thể loại trừ.
* Viêm đài bể thận mạn: BN lần đầu xuất hiện các triệu chứng của nhiễm trùng tiểu, thể trạng BN không gầy mòn, không sạm da, chưa phát hiện bất thường giải phẫu hay chức năng thận → không nghĩ.

Biến chứng:

* Nhiễm trùng huyết: thể trạng BN tốt, môi không khô, lưỡi không dơ, BN chưa từng thực hiện các thủ thuật trên đường tiểu, chưa phát hiện bệnh thận tắc nghẽn, không rối loạn tri giác, nhịp thở bình thường 15 lần/phút, tuy nhiên trước đó BN có sử dụng thuốc UCMD → cần tầm soát. Đề nghị CLS: cấy máu.
* Áp xe thận – quanh thận: Rung thận (-), chạm thận (-), BN không rối loạn đường tiêu hóa, BN đáp ứng điều trị tốt → không nghĩ.
* Hoại tử gai thận: BN không có cơ địa ĐTĐ, không ghép thận, BN chưa ghi nhận viêm thận kẽ mạn, bệnh hồng cầu hình liềm; BN đáp ứng điều trị tốt → cần tầm soát. Đề nghị CLS: siêu âm bụng.
* Viêm bàng quang sinh hơi – Viêm đài bể thận sinh hơi: BN không có ĐTĐ → không nghĩ.

**Đau hông lưng (P)**

Đau hông lưng phải thường do các nguyên nhân:

* Tắc ruột: BN đau âm ỉ, đau từng cơn trên nền liên tục, không kèm nôn ói dữ dội và không bí trung đại tiện. Khám không thấy bụng chướng hơi nhiều, dấu rắn bò → không nghĩ.
* Viêm tụy cấp: BN đau âm ỉ, đau từng cơn trên nền liên tục, cơn đau không xuất hiện sau bữa ăn thịnh soạn. Khám không thấy bụng chướng hơi, không thấy điểm đau → không nghĩ.
* Viêm túi mật cấp: BN không có cơn đau quặn mật trước đó, không đau dữ dội hạ sườn phải, khám không thấy điểm đau → không nghĩ.
* Viêm ruột thừa: BN đau âm ỉ khắp bụng, quặn lên từng cơn, lan ra hông lưng, khám không thấy đề kháng thành bụng vùng hố chậu phải, không thấy điểm đau → không nghĩ.
* Các bệnh thần kinh – cơ – xương khớp: BN đau âm ỉ khắp bụng, quặn từng cơn; không ghi tiền căn mắc bệnh liên quan trước đây, không ghi nhận chấn thương → không nghĩ.

→ Nghĩ nhiều đau hông lưng này là do thận.

Đau hông lưng do thận có các nguyên nhân:

* Viêm đài bể thận cấp: đã biện luận
* Sỏi thận: cơn đau điển hình khởi phát đột ngột ở hố thắt lưng, lan ra trước bụng về phía rốn và hố chậu, vùng bẹn, đau quằn quại từng cơn. Ở BN này chỉ có đau âm ỉ khắp bụng, lan ra vùng hông lưng → không thể loại trừ được. Đề nghị CLS: siêu âm bụng, chụp KUB
* Sỏi niệu quản: đau từng cơn dữ dội vùng hông lưng, đi xuống dọc theo đường đi của niệu quản là đi xuống vùng hố chậu lan xuống vùng bẹn và mặt trước đùi. Ở BN này chỉ có đau âm ỉ khắp bụng, lan ra vùng hông lưng → không thể loại trừ được.

**XII. Đề nghị cận lâm sàng:**

**1. CLS thường quy:**

CTM, glucose máu, AST, ALT, Ure, creatinine máu, điện giải đồ, TPTNT, ECG, Xquang ngực thẳng.

**2. CLS chẩn đoán:**

* ProCalcitonin, CRP
* Soi tươi cặn lắng nước tiểu
* Cấy nước tiểu, kháng sinh đồ
* Siêu âm bụng
* Chụp KUB
* Cấy máu

**XIII. Biện luận cận lâm sàng**

**Công thức máu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 17/9 | 20/9 | Khoảng tham chiếu |
| \*WBC | 16.26 | 8.44 | 4-10 G/L (K/ul) |
| NEU% | 70.7 | 68.6 | 45-75% |
| LYM% | 22.4 | 21.8 | 20-25% |
| MONO% | 6.5 | 7.1 | 4-10% |
| ESO% | 0.2 | 2.3 | 1-8% |
| BASO% | 0.2 | 0.2 | 0-2% |
| NEU | 11.51 | 5.79 | 1.8-7.5 G/L |
| LYM | 3.04 | 1.84 | 0.8-35 G/L |
| MONO | 1.05 | 0.6 | 0.16-1 G/L |
| ESO | 0.03 | 0.19 | 0.01-0.8 G/L |
| BASO | 0.03 | 0.02 | 0-0.2 G/L |
| \*RBC | 4.84 | 4.57 | 3.8-5.5 T/L |
| Hgb | 138 | 130 | 120-150 g/L |
| Hct | 0.423 | 0.404 | 0.35-0.45 |
| MCV | 87.4 | 88.4 | 78-100 fL |
| MCH | 28.5 | 28.4 | 26.7-30.7 pg |
| MCHC | 326 | 322 | 320-350 g/L |
| RDW | 13.3 | 13 | 11.5-14.5 %CV |
| \*PTL | 224 | 20.6 | 150-14.5 G/L |
| MPV | 10.6 | 10.9 | 6.5-12.6 fL |

Nhận xét: Số lượng tế bào Bạch cầu tăng, không ưu thế Neutrophil

Số lượng tế bào Hông cầu, Hemoglobin, MCV, MCH trong giới hạn bình thường,

Số lượng tế bào Tiểu cầu trong giới hạn bình thường

→ Kết luận: Tăng số lượng tế bào bạch cầu gợi ý tình trạng viêm nhiễm trong cơ thế.

**XN Sinh hóa: 17/09**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ure | 6.12 | 2.8-7.2 | mmol |
| Cre máu | 78.7 | 49-100 | umol |
| Cholesterol | 5.9 | 3.9-5.1 | mmol/l |
| Triglyceride | 2.51 | 0.46 | mmol/l |
| HDL-C | 1.52 | 0.9-1.55 | mmol/l |
| LDL-C | 3.24 | 0-25 | mmol/l |
| AST | 16.7 | 0-34 | U/L |
| ALT | 15.3 | 0-34 | U/L |
| CRP | 24.64 | 0-5 | mg/l |
| ASO | 295.4 | 0-200 | UI/ml |
| Na+ | 134 | 136-146 | mmol/l |
| K+ | 3.73 | 3.4-4.5 | mmol/l |
| Cl- | 99.8 | 101-109 | mmol/l |

Nhận xét: Creatinin máu = 78.7µmol/l 🡪 eGFR = 73ml/min/1,73m2

Chỉ số Cholesterol, TG, LDL tăng

Chỉ số CRP tăng

Chỉ số ASO tăng

Chỉ số điện giải giảm nhẹ nhưng không ý nghĩa

→ Kết luận: Có tăng mỡ máu, Chỉ số CRP tăng nên có tình trạng viêm trong cơ thế, ASO tăng do kháng thể vẫn còn từ lần điều trị 5 tuần trước. BN có eGFR giảm, nghi ngờ bệnh thận mạn, đề nghị 3 tháng sau thử lại.

**Tổng phân tích nước tiểu: 18/09**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| pH | 6 |  |
| S.G | 1.010 |  |
| Pro | 1 |  |
| Glu | - |  |
| Ketones | - |  |
| Ery | 240 |  |
| Leuco | 75 |  |
| Nitrit | - |  |
| Billi | - |  |
| Uro | - |  |

Nhận xét: Tí trọng nước tiểu giảm, có tiểu BC, TC → cần soi tươi cặn lắng, cặn Addias để xác định thêm.

**Siêu âm ngày 17/9**

* Gan: không lớn, bờ đều, đồng dạng; TM trên gan và TM cửa bình thường
* Mật: túi mật không sỏi, vách không dày
* Thận: không sỏi, không ứ nước, niệu quản không dãn.
* Bàng quang: ít nước tiểu

→ Nhận xét: Siêu âm không có gì bất thường.

**Kết quả cấy nước tiểu:** E. coli → nhiễm trùng tiểu do E.coli

**Chẩn đoán xác định**

Viêm đài bể thận (P) lần đầu, phức tạp, chưa biến chứng, do E.coli trên bệnh nhân HCTH đang điều trị, có dùng methylprednisolon