BỆNH ÁN

Sinh viên: Đặng Nguyễn Minh Hải

Lớp Y16A – Tổ 03

MSSV 111160075

Thời gian thực tập tại khoa Tiêu Hóa BVCR : 09/09/2019 – 20/09/2019

**I. HÀNH CHÍNH**

Bệnh nhân Phạm Tiến Trung

Năm sinh 1979 (40 tuổi). Dân tộc : La Ha

Địa chỉ: P. Lái Thiêu, thị xã Dĩ An, tỉnh Bình Dương.

Nghề nghiệp: Phụ bán quán ăn.

Nhập viện 10.20pm ngày 4 tháng 9 năm 2019

**II. LÝ DO NHẬP VIỆN:** đau thượng vị

**III. BỆNH SỬ**

Chiều cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân có ăn uống thịnh soạn (hải sản, 3-4 lon bia).

Sáng cách NV1 ngày, BN ăn uống kém, chán ăn, ăn ít, vẫn ăn như những ngày bình thường trước. Đến chiều cùng ngày, bệnh nhân đau thượng vị đột ngột, âm ỉ, liên tục, không giảm, lan sang 2 bên hông và sau lưng, không buồn nôn. Có nôn ói một lần ra thức ăn cũ và dịch, không máu không đàm nhầy, lượng 50 ml, sau nôn không giảm đau, sáng đó bệnh nhân không ăn uống gì cả. Bệnh nhân không đi tiêu trong ngày đó. Đêm đó, bệnh nhân đau thượng vị dữ dội, lan ra hai bên hông và sau lưng, đau quặn cơn trên nền đau liên tục, hai đến ba cơn đau quặn, mỗi cơn 5 phút, cách nhau 15 phút, đau vã mồ hôi, đau nín thở, không sốt, không lạnh run, nằm nghiêng người về bên trái thì giảm đau, nôn ói một lần ra dịch, thức ăn cũ 50 ml, không lẫn máu, không lẫn đàm.

Sáng ngày NV, BN có tiêu phân đen hơi xanh, sệt, không tanh, không nhớt, không máu đỏ, không lẫn thức ăn, lượng 200ml, một lần, k chóng mặt, k say xẩm sau khi đi tiêu. Đau thượng vị với tính chất tương tự nên NV cấp cứu BV Hòa Hảo - Bình Dương.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không ợ nóng, ợ chua, ợ hơi, không buồn nôn, thấy chán ăn, ăn uống kém. Nước tiểu vàng trong lượng 1,5 lít một ngày. Không tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu lắt nhắt, tiểu đêm. Không bí trung tiện, không ngất.

*Cận lâm sàng tuyến trước* (BV Hoà Hảo - Bình Dương)

WBC 13,4 G/L HCT 49% Neutrophil 83% K 5,9 mmol/L

Siêu âm bụng: viêm tụy cấp, quai ruột chướng hơi.

CT bụng cản quang: tụy phù nề, tụ dịch quanh tụy, dịch ổ bụng nhiều. Nghĩ VTC phù nề, Balthazar độ E CTSI 4đ.

Men tụy Amylase 382 U/L Lipase 1059 U/L

*Chẩn đoán tuyến trước*: theo dõi viêm tụy hoại tử, tăng kali máu, liệt ruột.

*Điều trị tuyến trước*

NaCl 500ml/chai\*5chai

Paracetamol 1g/chai \* 1chai

Furosemide 20mg \* 2 ống

Ceftazidin 1g/lọ \* 1 lọ

Insulin actrapid 12UI pha Glucose 20% 250ml/chai

Đặt sonde mũi dạ dày.

***Tình trạng nhập viện***: nhịp thở 20 lần/phút, mạch 87/lần phút, huyết áp 130/80 mmHg, T 37°C

***Theo dõi tình trạng tiêu phân đen:***

**Sáng ngày NV có tiêu phân đen 1 lần, đen sệt hơi xanh, không đàm máu nhầy nhớt thức ăn.**

**N1, N2 sau NV, bệnh nhân không có đi tiêu, bệnh nhân được yêu cầu không ăn uống.**

**N3 sau NV, bệnh nhân bắt đầu ăn cháo lỏng, tiêu phân đen lỏng 1 lần, lượng 100ml, không máu đàm nhầy nhớt thức ăn cũ.**

**N4 sau NV, bệnh nhân ăn cháo lỏng, đi phân vàng đóng khuôn, lượng ít (không tự ước lượng được).**

**N5 đến N8, bệnh nhân ăn uống tốt, không chán ăn, tiêu phân vàng đóng khuôn.**

**N9: đươc chỉ định cho xuất viện.**

**IV. TIỀN SỬ**

Năm 2017, bệnh nhân đau thượng vị, tiêu phân đen sệt, nhưng không có sốt, không nôn ói, được chẩn đoán Viêm Đường Ruột tại bệnh viện Hòa Hảo Bình Dương.

Tháng 1 năm 2018, bệnh nhân đi khám lại ở bệnh viện Hòa Hảo, có nội soi, siêu âm bụng chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng do HP, có cho thuốc uống. Bệnh nhân uống hết thuốc thì ra ngoài mua thuốc tiếp theo toa cũ về uống, không theo dõi điều trị.

Từ tháng 1 năm 2018 đến nay, bệnh nhân có đau thượng vị 5-6 lần, tiêu phân đen sệt và cũng uống thuốc theo toa cũ thì hết đau, hết đen phân.

Bệnh nhân không theo dõi sức khỏe thường xuyên.

Bệnh nhân chưa chích ngừa viêm gan siêu vi B.

Không ghi nhận bệnh lý tiêu hóa, gan mật khác.

Bệnh nhân không hút thuốc, có uống rượu 100 ml/ngày trong 20 năm. (Lượng rượu 32g)

Không ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn.

Không ghi nhận tiền căn ngoại khoa.

Gia đình: chưa ghi nhận bệnh lí nội ngoại khoa.

**V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN**

1. Tim mạch: không hồi hộp, không đánh trống ngực.

2. Hô hấp: không khó thở, không đau ngực, không ho, không khạc đàm.

3. Tiêu hoá: đau thượng vị, ăn uống kém, tiêu phân đen sệt.

4. Tiết niệu: nước tiểu vàng trong, lượng 1,5lit/day, không tiểu gắt, buốt, lắt nhắt, đêm.

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

6. Cơ xương khớp: không đau khớp.

7. Chuyển hóa: không phù, không sốt.

**VI. KHÁM** (10am N7 sau NV)

**1. Tổng trạng**

- Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt.

- Sinh hiệu: Mạch 84 lần/phút, HA 120/70mmHg, Nhịp thở 18 lần/phút, T 37oC

- Thể trạng: chiều cao 1,64m ; cân nặng 57kg (trước bệnh) => BMI = 21,2 (bình thường)

- Da niêm hồng, kết mạc mắt không vàng, không vàng niêm đáy lưỡi.

- Không môi khô, không lưỡi dơ.

- Có móng trắng, không lòng bàn tay son, không dấu bầm máu, không dấu xuất huyết da niêm.

- Không phù chân.

**2. Đầu mặt cổ**

- Cân đối, không biến dạng.

- Tuyến giáp không to.

- Khí quản không lệch.

- Tuyến mang tai không to.

- Hạch ngoại biên không sờ chạm.

**3. Lồng ngực:**

- Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sao mạch, không sẹo mổ cũ.

- Phổi: Rung thanh đều 2 bên. Gõ trong 2 bên phổi. Âm phế bào êm dịu 2 phế trường, không rale.

- Tim mạch: Mỏm tim KLS V, đường trung đòn trái, diện đập 1x1cm

Không ổ đập bất thường, dấu Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-).

T1 T2 đều rõ, tần số 84 lần/phút, không âm thổi.

**4. Bụng**

- Bụng cân đối 2 bên, di động đều theo nhịp thở, không u, không sẹo, không tuần hoàn bàng hệ, không dấu rắn bò, cullen (-), grey tunner (-).

- Nghe: nhu động ruột 5l/p

- Gõ trong, cầu bàng quang (-), gõ đục vùng thấp (-).

- Sờ: Bụng căng chướng thượng vị, cơ bụng gồng, ấn đau thượng vị, không đề kháng thành bụng.

Murphy (-)

Gan bờ trên liên sườn V bờ phải xương ức, bờ dưới không sờ chạm. Gan cao 9cm.

Rung gan (-), ấn kẽ sườn (-).

Lách, thận không sờ chạm.

McBurney (-)

**5. Thần kinh, cơ xương khớp.**

- Cổ mềm, không dấu thần kinh khu trú.

- Không sưng, nóng đỏ khớp. Không giới hạn vận động khớp.

**VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN**

Bệnh nhân nam 40 tuổi, NV vì đau thượng vị, bệnh 26h.

*TCCN:*

Đau thượng vị liên tục, lan ra 2 bên hông và sau lưng.

Tiêu phân đen.

Nôn ói ít, sau nôn không giảm đau.

TCTT

Sinh hiệu NV: thở 20 lần/phút, mạch 87/lần phút, huyết áp 130/80 mmHg, T 37°C

Da niêm nhạt, móng trắng

Tiền căn

Viêm loét dạ dày tá tràng.

**VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ**

1. Đau thượng vị.

2. Tiêu phân đen.

3. Tiền căn Viêm loét dạ dày tá tràng

**IX. CHẨN ĐOÁN**

- Chẩn đoán sơ bộ: Viêm tụy cấp giờ 32, nghĩ do rượu, chưa có dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng.

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Viêm tụy cấp giờ 32, do tăng tryglycerid, chưa có dấu hiệu tiến triển nặng.

+ Viêm loét dạ dày tá tràng biến chứng thủng ổ loét.

**X. BIỆN LUẬN**

**1. Đau thượng vị**

**a) Bụng ngoại khoa**

- Tắc ruột: bệnh nhân còn đi tiêu và trung tiện được, sau nôn không giảm đau => ít nghĩ.

- Thủng ổ loét dạ dày tá tràng: bệnh nhân có tiền căn viêm loét dạ dày tá tràng do HP, tiền căn đau thượng vị 2 năm nay, nhưng khám không thấy đề kháng thành bụng, không cảm ứng phúc mạc (giờ 32) nên => ít nghĩ.

- Viêm túi mật cấp: thời điểm nhập viện không có sốt, khám Murphy (-), đau thượng vị, không lan xuống hạ sườn phải, không có tiền căn đau quặn mật trước đây, không có tiền căn sỏi mật trước đây => không nghĩ.

- Viêm đường mật cấp: bệnh nhân không sốt, không vàng da, khám không thấy đề kháng hạ sườn Phải => không nghĩ.

- Viêm ruột thừa cấp: thường diễn tiến đau thượng vị lan sang hố chậu phải và có sốt, diễn tiến ở bệnh nhân này không phù hợp, điểm McBurney (-), bệnh giờ thứ 32 => không nghĩ.

**b) Nội khoa**

- Viêm tụy cấp: bệnh nhân đau bụng với tính chất điển hình kiểu tụy, sau nôn có giảm đau, đêm hôm trước có ăn uống thịnh soạn (hải sản, rượu bia) => Nghĩ nhiều nguyên nhân do rượu.

- Nhồi máu cơ tim: bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ tim mạch (THA, DTD, Rối loạn lipid máu), thời điểm nhập viện không có hội chứng vành cấp, không có khó thở => nên không nghĩ đến.

- Phình bóc tách động mạch chủ: thường trên người cao tuổi có THA lâu năm => ít nghĩ

- Nhồi máu mạc treo: bệnh nhân không có bệnh lý tăng đông, không rối loạn nhịp, không có cơ địa ung thư, không dùng thuốc tăng đông => ít nghĩ.

- Viêm loét dạ dày tá tràng: bệnh nôn đau thượng vị, có nôn ói lượng ít, sau nôn không giảm đau, tiền căn viêm loét dạ dày tá tràng 2 năm tái đi tái lại, không theo dõi => không loại trừ.

- Viêm đáy phổi: bệnh nhân không ho, không khạc đàm, khám phổi chưa ghi nhận bất thường, nên không nghĩ đến.

- Nhiễm toan ceton đái tháo đường: bệnh nhân không ghi nhận tiền căn DTD, không ghi nhận thở nhanh sâu nên không nghĩ đến.

**2. Viêm tụy cấp.**

**Giờ thứ 32.**

**Nguyên nhân gây viêm tụy cấp:**

+ Sỏi mật: bệnh nhân không có tiền căn đau quặn mật, không có sốt khi nhập viện, murphy (-) => ít nghĩ, cho làm siêu âm bụng, Bilirubin, ALT, AST.

+ Rượu: bệnh nhân uống rượu 32g cồn/ngày \* 20 năm, đêm trước có ăn thuống thịnh soạn (hải sản, rượu), nên nghĩ nhiều.

+ Tăng Tryglycerid: bệnh nhân uống rượu nhiều => nguy cơ tăng tryglycerid.

**Dấu hiệu tiến triển nặng:**

+ Không có SISR (hội chứng đáp ứng viêm toàn thân): lúc NV thở 20 lần/phút, mạch 87/lần phút, T 37°C

+ Thang điểm BISAP (đánh giá sau nhập viện 12-24h): BUN, không có rối loạn tri giác, không có SISR, Tuổi < 60, Khám không thấy hội chứng 3 giảm trên lâm sàng (TDMP).

=> Bệnh nhân có thể có từ 1-2 điểm BISAP

+ Cận lâm sàng tuyến trước có HCT 49% > 44%,

+ Cần đo lại HCT lúc nhập viện, đo CRP sau 48h khởi phát bệnh, Procalcitonin để tiên lượng độ nặng của bệnh.

+ Suy đa cơ quan: Huyết áp 130/80 mmHg (không hạ huyết áp). Bệnh nhân không khó thở nên không nghĩ giảm oxy máu. Không ghi nhận giảm thể tích nước tiểu. => Chưa ghi nhận dấu hiệu suy cơ quan trên lâm sàng.

=> Cho làm BUN, Creatinin

**Biến chứng tại chỗ**

+ Đề nghị chụp CT bụng chậu có cản quang để xem có tụ dịch quanh tụy, hoại tử tụy, hoại tử tạo vách, nang giả tụy.

+ Viêm tụy cấp thể hoại tử nhiễm trùng: NV không sốt, chưa thấy suy cơ quan trên lâm sàng nên nghĩ chưa có biến chứng này.

**Biến chứng toàn thân:** không ghi nhận tiền căn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh mạch vành nên không nghĩ.

**3. Tiêu phân đen:**

Bệnh nhân có tiêu phân đen xanh sệt, không lẫn máu, không lẫn thức ăn, lượng 200ml/lần, trước đó không ăn tiết canh, không nôn ói ra máu. Tiêu phân đen 2 lần trong đợt bệnh này. Nghĩ nhiều do ăn uống kém, màu xanh đen do ứ biliverdin, thời điểm khám bệnh nhân hết tiêu phân đen, nên cho làm nội soi thực quản dạ dày tá tràng.

**XII. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG**

**1. Chẩn đoán:**

SA bụng.

Amylase máu, Amylase niệu / Lipase. Triglycerid

Công thức máu (HCT lúc NV sau 12h, 24h, WBC),

CRP 48h sau khởi phát.

ALT, AST, Bilirubin, PT, aPTT, HbsAg, AntiHCV

BUN lúc NV sau 24h, 48h, Creatinine.

CT Scan bụng chậu có cản quang.

LDH, Ion đồ, Calci máu

Nội soi thực quản dạ dày tá tràng.

**2. Thường quy:**

TPTNT, đường huyết khi đói, LDL-c, HDL-c, Cholesterol total, ECG.

**XIII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG.**

**1. Sinh hóa**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **05/09 3am** | **07/09** | **09/09** | **Normal Value** | **Unit** |
| Đường huyết | **131** |  |  | 70 – 110 | mg/dL |
| ALT | 29 |  |  | 5 – 49 | U/L |
| AST | **104** |  |  | 9 – 48 | U/L |
| Amylase | **229** |  |  | *31 - 123* | U/L |
| BUN | 9,0 | 10 |  | 7 – 20 | mg/dl |
| Creatinine | 0,57 | 0,47 |  | 0.7 – 1.5 | mg/dl |
| eGFR (CKD-EPI) | 128,45 | 139,04 |  | > 90 | ml/min/1,73 |
| Tryglycerid | 1050 | 203 |  | 35 - 160 | mg/dL |
| Bilirubin total | 0,97 |  |  | 0.2 – 1.0 | mg/dL |
| Bilirubin TT | 0,31 |  |  | 0.0 – 0.2 | mg/dL |
| Bilirubin GT | 0,67 |  |  | 0.2 – 0.8 | mg/dL |
| Calci TP | 1,3 |  |  | 2.2 – 2.6 | mmol/L |
| CRP | 276 |  |  | < 6 | mg/L |
| Na+ | 128 | 136 | 131 | 135 – 150 | mmol/L |
| K+ | 4,4 | 3,2 | 3,4 | 3.5 – 5.5 | mmol/L |
| Cl- | 94 | 98 | 95 | 98 – 106 | mmol/L |
| Lipase | 972 |  |  | 12 - 53 | IU/L |

Bệnh nhân giảm Na máu có thể là giảm giả tạo do tăng Tryglycerid.

**2. Siêu âm bụng (10/09/2019)**

Tràn dịch màng phổi (Phải).

Không ascite.

Gan: không to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, độ echogen bình thường.

Tĩnh mạch cửa: Không dãn.

Tĩnh mạch trên gan: Không dãn.

Nhánh gan phải: không dãn – Nhánh gan trái: không dãn.

Túi mật: không to, vách mỏng, có bùn mật.

Ống mật chủ: không dãn, không sỏi.

Lách: không to, không tổn thương khu trú.

Tụy: to, echo kém, tụ dịch quanh tụy.

Thận phải: Bình thường. Giới hạn vỏ/ tủy rõ. Độ echogen dày hơn gan.

Thận trái: Bình thường. Giới hạn vỏ/ tủy rõ. Độ echogen dày hơn gan.

Kết luận: VTC - Bùn túi mật. TDMP (P).

**3. Công thức máu (05/09/2019)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **05/09** | **Normal Value** | **Unit** |
| RBC | 4.34 | 3.8 – 5.5 | T/L |
| HGB | 155 | 120 – 170 | g/L |
| HCT | 41.6 | 34 – 50 | % |
| MCV | 95.5 | 78 – 100 | fL |
| MCH | **35.7** | 24 – 33 | Pg |
| MCHC | **373** | 315 – 355 | g/L |
| WBC | **11.73** | 4 – 11 | G/L |
| % Neutro | **82.1** | 45 – 75 | % |
| Neutro | **9.63** | 1.8 – 8.25 | G/L |
| % Lympho | **12.2** | 20 – 40 | % |
| Lympho | 1.43 | 0.8 – 4.4 | G/L |
| % Mono | 5.1 | 4 – 10 | % |
| Mono | 0.6 | 0.16 – 1.1 | G/L |
| % Eosin | **0.3** | 2 – 8 | % |
| %Baso | **0.3** | 0 – 2 | % |
| PLT | **178** | 200 – 400 | G/L |
| RDW-CV | 13 | 11.5 – 14.5 | % |
| MPV | 9.8 | 7 – 12 | fL |
| PT | **15.8** | 12 – 15 | Giây |
| INR | 1.18 | 1 – 1.2 |  |
| FiB | **5.82** | 2 – 4 | g/L |
| APTT | 30.1 | 26 – 37 | giây |
| APTT (R) | **0.44** | 0.8 – 1.2 |  |

4. X quang ngực: chưa ghi nhận bất thường. (Hồ sơ không có film để coi -\_-)

5. X quang bụng: theo dõi liệt ruột. (Hồ sơ không có film để coi -\_-)

**6. Cận lâm sàng tuyến trước (BV Hoà Hảo – 04/09/2019)**

WBC 13,4 G/L HCT 49% Neutrophil 83% K 5,9 mmol/L

Siêu âm bụng: viêm tụy cấp, quai ruột chướng hơi.

CT bụng cản quang: tụy phù nề, tụ dịch quanh tụy, dịch ổ bụng nhiều.

Men tụy: Amylase 382 U/L Lipase 1059 U/L

**7. Phân tích**

Lúc nhập viện từ BV Hòa Hảo lên BVCR, bệnh nhân có chẩn đoán tăng kali máu ở tuyến trước (K+ 5,9 mmol/L) nên được truyền Insulin actrapid 12 UI pha Glusoce 20% 250ml/chai nên sinh hóa máu ngày 05/09/2019 ghi nhận tăng đường máu, K+ giảm (từ 5,5 xuống giá trị bình thường 4,4).

Men tụy ở tuyến trước Amylase 382 U/L Lipase 1059 U/L

Tăng men tụy (Amylase, lipase): Lipase tăng cao hơn 3 lần giá trị bình thường (972 với 160U/L). Amylase tăng (228U/L) tuy chưa đủ tiêu chuẩn. Nhưng xét nghiệm thực hiện 48h sau khởi phát (05/09/2019) nên có thể giá trị Amylase đang trở về bình thường. Lâm sàng có đau kiểu tụy và CLS có tăng men tụy hơn 3 lần giá trị bình thường. Siêu âm bụng thấy có tụy to, echo kém, tụ dịch quanh tụy => Có viêm tụy cấp.

Tăng Tryglycerid máu 1050 > 1000 mg/dL, ALT không tăng, Bilirubin trong giới hạn bình thường, siêu âm không ghi nhận túi mặt căng to, không sỏi đường mật, nên nguyên nhân viêm tụy cấp là do tăng tryglycerid.

Nguyên nhân tăng tryglycerid có thể nghĩ ở bệnh nhân này: Uống rượu nhiều, ngoài ra chưa loại trừ đái tháo đường, đề nghị làm HbA1C.

**Tiên lượng mức độ**

Không có SISR (do không sốt; WBC 11,73 chưa đạt hơn 12; thở 20 lan/phut; Mạch 87l/p chưa đạt hơn 90l/p)

BISAP 1đ, do có TDMP phải (BUN 9,0 mg/dL chưa đạt hơn 20mg/dL)

Hct 49% (>44%) làm ở tuyến trước. CRP sau 48 giờ khởi phát đau bụng là 276mg/L (>150mg/L). => tiên lượng bệnh nặng.

**Biến chứng**

CT Scan bụng chậu cản quang của tuyến trước có tụy phù nề, tụ dịch quanh tụy, dịch ổ bụng nhiều.

=> Có biến chứng tụ dịch quanh tụy.

**8. Phân tích tiêu phân đen.**

Chờ kết quả nội soi

**XIV. KẾT LUẬN**

Viêm tụy cấp giờ 32, do tăng tryglyceride, mức độ trung bình, biến chứng tụ dịch quanh tụy cấp.

Theo dõi viêm loét dạ dày tá tràng.