

BỆNH ÁN MẪU

A. PHÂN HÀNH CHÁNH:

- Họ và tên: ĐÀO THỊ MỸ D..., 24Tuổi, Nữ, Dân tộc: Kinh.
- Nghề nghiệp: Buôn bán.
- Địa chỉ: *Số ..., đường Võ Văn Tần, phường Tân An, quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ.*
- Vào viện: *Lúc 14giờ 05phút* ngày 05 tháng 09 năm 2005.

B. PHÂN CHUYÊN MÔN:

1. Lý do vào viện: Mệt mỏi, chóng mặt.

2. Bệnh sử:

Bệnh phát cách nhập viện khoảng hơn nửa tháng, bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, uể oải, đau nhức chân tay, đau nhức khắp đầu, thường xuyên bị chóng mặt, ăn uống kém và nhập viện điều trị khoa huyết học bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ. Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị bệnh Thalassemia, điều trị được 01 tuần lễ bệnh nhân đã được truyền 02 đơn vị máu cùng nhóm và xuất viện về nhà được 01 tuần lễ bệnh nhân đột nhiên thấy đau bụng âm ỉ vùng thượng vị, đau không liên quan đến bữa ăn, đau lói sau lưng đau vùng sống lưng kèm mệt mỏi, cảm giác mệt nhiều, khó thở khi làm việc nhẹ, chóng mặt, nhức đầu và xin nhập viện trở lại khoa Tiêu hóa - Huyết học bệnh viện đa khoa TW Cần Thơ.

Tình trạng nhập viện: Bệnh nhân tỉnh táo, mệt mỏi, uể oải, chóng mặt, đau bụng âm ỉ vùng thượng vị và đau lói ra sau sống lưng, tiểu khá, nước tiểu vàng trong, tiêu phân vàng bình thường ngày 01 lần.

Diễn tiến bệnh phòng: Qua 02 ngày điều trị, bệnh nhân tỉnh táo, nhức đầu có giảm, bớt đau nhức chân tay, bớt chóng mặt, còn đau bụng âm ỉ vùng thượng vị, còn lồi vùng sống lưng, tiểu bình thường ngày khoảng 2 lít vàng trong, tiêu bình thường phân vàng.

3. Tiền sử:

a) Bản thân:

- Từ nhỏ bị lách to và thiếu máu và đã có điều trị nhiều đợt bệnh Thalassemia tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ và nhiều đợt truyền máu, đã làm điện di Hb.
- Khoảng 02 tháng nay nhập viện 03 lần tại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, có 01 đợt truyền máu 04 đơn vị cách nay 01 tuần.

b) Gia đình:

Có một đứa em gái cũng bị mắc bệnh Thalassemia và đã được cắt lách lúc 04 tuổi. Hiện tại vẫn sống khoẻ mạnh.

4. Khám lâm sàng:

Thời điểm khám: *Lúc 7 giờ 30 phút, ngày 06 tháng 09 năm 2005, ngày thứ 02 sau nhập viện.*

4.1 Khám tổng quát: Tổng trạng trung bình, P=48Kg, chiều cao 1^m48, da không vàng, không sạm màu, niêm hồng nhợt, kết mạc mắt không vàng, móng tay móng chân nhợt, móng ngắn nhỏ, không phù, hạch ngoại vi không to, tuyến giáp không to, dấu hiệu sinh tồn: M= 100 lần/phút, T⁰= 37⁰C, HA= 100/50mmHg, NT= 18 lần/p, nước tiểu 2.000 ml/ 24 giờ vàng trong.

4.2 Khám đầu: Đầu phát triển bình thường, tóc phát triển bình thường không gãy rụng, các đường rãnh khớp không dẫn, không thấy bất thường hộp sọ và khuôn mặt.

4.3 Khám ngực:

- Hô hấp: Lồng ngực cân đối 02 bên, các khoang gian sườn bình thường, nhịp thở 18 lần/phút, nghe ran rì rào phế nang êm dịu 02 phổi.

- Khám tim mạch:

* **Tim:** Mỏm tim đập ở khoang liên sườn 5 đường trung đòn trái, không rung miu, gõ xác định diện tim không to, nhịp tim 100 lần/p T_1 , T_2 đều rõ, chưa phát hiện âm bệnh lý.

* **Mạch:** Động mạch quay 02 bên đều rõ mềm mại, tĩnh mạch cổ không to, ấn gan phòng cảnh (-).

4.4 Khám bụng: Bụng tham gia nhịp thở đều, bụng mềm đều, ấn đau vùng thượng vị, gan sờ không chạm, lách to mập mé hạ sườn trái.

4.5 Khám tiết niệu - sinh dục: Nghiệm pháp rung thận, chạm thận, bập bênh thận (-), ấn các điểm niệu quản trên giữa không đau.

4.6 Khám thần kinh – cơ – xương – khớp: Tỉnh táo Glasgow 15 điểm, không phát hiện dấu thần kinh khu trú, cơ không teo, khớp không viêm, các xương khớp bàn tay và bàn chân biến dạng nhẹ hình dùi trống.

4.7 Khám các cơ quan khác: Sơ bộ chưa phát hiện gì lạ.

5. Tóm tắt bệnh án: Bệnh nhân nữ 24 tuổi, vào viện vì lý do mệt mỏi, chóng mặt qua khai thác bệnh sử và kết hợp thăm khám lâm sàng bệnh nhân có những hội chứng và triệu chứng sau:

➤ **Hội chứng thiếu máu mãn mức độ nặng:**

- Mệt khi làm việc nhẹ.
- Chóng mặt, da xanh niêm hồng nhợt, móng nhợt nhạt, móng ngắn.
- Các xương khớp bàn tay và bàn chân biến dạng nhẹ hình dùi trống.
- M=100lần/phút, HA=100/50 mmHg.

➤ **Triệu chứng rối loạn tiêu hoá:**

- Chán ăn.
- Đau bụng vùng thượng vị đau không liên quan bữa ăn.
- Ấn đau thượng vị.

➤ **Tiền sử:**

- Từ nhỏ bị lách to và thiếu máu và đã có điều trị nhiều đợt bệnh Thalassemia nhập viện nhiều lần bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.
- Khoảng 02 tháng nay nhập viện 03 lần tại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, đã có 01 đợt truyền máu cách nay 01 tuần.
- Có một đứa em gái cũng bị mắc bệnh Thalassemia và đã được cắt lách lúc 04 tuổi hiện tại vẫn sống khoẻ mạnh.

6. Chẩn đoán sơ bộ: *Viêm dạ dày trên bệnh nhân Thalassemia nghi nhiều đến β -Thalassemia thể dị hợp tử – HbE.*

7. Chẩn đoán phân biệt:

- * β -Thalassemia thể đồng hợp tử.
- * Loét dạ dày.

8. Biện luận chẩn đoán lâm sàng:

Trên bệnh nhân này nghi nhiều đến bệnh β - thalassemia vì bệnh nhân có những tiền sử và dấu chứng phù hợp sau đây:

Tiền sử bệnh nhân có mắc bệnh từ nhỏ và nhập viện nhiều lần có nhiều đợt truyền máu và được chẩn đoán là bệnh β - thalassemia, đồng thời trong gia đình cũng có một người em gái cũng được chẩn đoán bệnh là β - thalassemia đã điều trị cắt lách lúc 04 tuổi và hiện nay vẫn sống sinh hoạt bình thường.

Sở dĩ nghi bệnh nhân này bệnh β - thalassemia thể dị hợp tử có kết hợp với bệnh huyết sắc tố E là vì có những đặc điểm phù hợp như sau:

- Hiện nay bệnh β - thalassemia E hay gặp nhiều ở Việt Nam.
- Khi có sự phối hợp β - thalassemia với bệnh huyết sắc tố E làm cho bệnh nhân diễn tiến chậm hơn và bệnh nhân có thể sống đến tuổi trung niên.
- Ít có sự biến đổi xương trên hộp sọ.

Tuy nhiên nhằm củng cố cho chẩn đoán cần tiến hành làm một số các xét nghiệm như sau:

- Bilirubin (TP,TT,GT) máu.
- Urobilinogen nước tiểu.
- Ferritine huyết thanh.
- Siêu âm bụng chú ý gan lách hạch.
- Điện di HST/HC (HbE, HbS).
- Test Coombs.
- Chụp X quang hộp sọ.

Trên bệnh nhân này bị mắc bệnh thalassemia từ nhỏ cùng với một người em gái ruột trong gia đình, nhưng cả 02 chị em đều vẫn lớn lên đến tuổi trung niên và bệnh nhân cũng đã có chồng có 01 con vẫn sống khoẻ mạnh, giúp cho chúng ta không nghĩ đến bệnh nhân này β -thalassemia thể đồng hợp tử bởi vì nếu thể bệnh β -thalassemia đồng hợp tử thì bệnh nhân diễn biến bệnh nặng có những dấu chứng lâm sàng rõ như:

- Thiếu máu nặng mãn tính.
- Triệu chứng tan máu xảy ra sớm từ lúc 1 tuổi.
- Vàng da.
- Nước tiểu sậm màu.
- Biến dạng xương sọ (bộ mặt Thalassmia).
- Tình trạng nhiễm sắt xảy ra sau nhiều năm da sạm, gan, tim to.

Tuy nhiên nhằm chẩn đoán xác định ta cần làm thêm một số các xét nghiệm như:

- Điện di Hb.
- Ferritine huyết thanh.
- Siêu âm gan, tim.
- ECG.
- Urobilinogen nước tiểu.
- Bilirubin (TP,TT,GT) máu.

Trên bệnh nhân này nghĩ bệnh nhân viêm dạ dày cấp vì: Bệnh nhân đau bụng âm ỉ vùng thượng vị 03 ngày nay đau không có liên quan đến bữa ăn, khám vùng thượng vị không có điểm đau rõ ràng. Tuy nhiên nhằm xác định chẩn đoán giữa bệnh viêm dạ dày cấp và loét dạ dày đề nghị thêm nội soi dạ dày tá tràng.

Tóm lại về mặt lâm sàng hướng cho chúng ta nghĩ đến chẩn đoán: *Viêm dạ dày cấp trên bệnh nhân β -Thalassemia thể dị hợp tử - HbE*

9. Các xét nghiệm đề nghị:

- Huyết học máu; HC, BC, CTBC, TC, HC lưới, MCV, MCH, MCHC, Hematocrite, Huyết sắc tố, TS, TC, nhóm máu.
- Siêu âm bụng chú ý gan lách hạch.
- Tổng phân tích nước tiểu, soi cặn lắng, Urobilinogen.
- Sinh hóa máu: Chức năng gan, chức năng thận, ion đồ, khí máu động mạch protein toàn phần, albumin, Bilirubin (TP, TT, GT).
- Ferritin huyết thanh.
- Điện di miễn dịch huyết sắc tố hồng cầu.
- Máu: Anti HBsAg, HCV, Test HIV.
- Nội soi dạ dày tá tràng.
- X quang hộp sọ.

10. Các xét nghiệm đã có:

➤ Huyết học:

- HC = 3.72M/uL, Hct = 20,9%, HGB = 6,9g/dl, MCV = 56,3 fl, MCH = 18,5 pg, MCHC = 33 %.
- BC = 8.3K/uL, L=33.1%, N=60,7%, M=6,2%.
- TC = 310K/uL
- **HC lưới = 1,1 %.**

➤ Sinh hóa:

Ure = 2,6 mmol/l, Creatinin = 6,6 μ mol/l, Glucose = 6,2 mmol/l, SGOP = 24U/L, SGPT = 38U/L .

➤ **Ferritin = 201 ng/ml.**

➤ **Ion đồ:**

○ Na^+ = 144mmol/l, K^+ = 3,8 mmol/l,

○ Cl^- = 97 mmol/l, Ca^{++} = 2,3 mmol/l.

➤ **Siêu âm:** Bụng không dịch, gan to dưới HSP 2cm, lách to độ I.

➤ **Nội soi dạ dày:** Viêm niêm mạc vùng hang vị.

Với các xét nghiệm mà ta hiện có nội soi viêm niêm mạc vùng hang vị giúp chúng ta loại trừ loét dạ dày.

Kết quả huyết học Hb = 6,9g/dl, Hct = 20,9% chứng tỏ bệnh nhân thiếu máu nặng, MCV = 56,3 fl, MCH = 18,5 pg, MCHC = 33 %, chứng tỏ bệnh nhân thiếu máu nhược sắc nhược bào.

Siêu âm có gan to lách to phù hợp bệnh β - thalassemia.

Ferritin huyết thanh tăng chứng tỏ có tình trạng tán huyết phù hợp trong bệnh β - thassemia.

Chẩn đoán β - thalassemia thể dị hợp tử căn cứ vào điện di Hemoglobin là chính xác với kết quả cận lâm sàng kết hợp biện luận lâm sàng chẩn đoán bước đầu để điều trị trên bệnh nhân nữ 24 tuổi này là:

Viêm dạ dày cấp vùng hang vị trên bệnh nhân β - Thalassemia thể dị hợp tử - HbE.

11. Điều trị:

- Hồng cầu lắng cùng nhóm 02 đơn vị.

Truyền tĩnh mạch XLgiọt/phút.

- Omeprazol 20 mg.

01 viên x 2 lần/12 giờ.

- Moriamin

01 viên x 2 lần/12 giờ.

- Pepsan

01 gói x 2 lần/12 giờ (uống xa thuốc viên 30 phút)

- **Theo dõi:**

- ✓ Khám bệnh và theo dõi diễn tiến bệnh hàng ngày.
- ✓ Tình trạng đau bụng bệnh nhân.
- ✓ Tình trạng nước tiểu/24 giờ, màu sắc nước tiểu.
- ✓ Tình trạng đi tiêu của bệnh nhân.
- ✓ Tình trạng vàng da vàng mắt.
- ✓ Kiểm tra Hb sau khi truyền 02 đơn vị máu.

- **Chăm sóc cấp 2.** Chế độ ăn cơm thường, sữa, rau tươi, trái cây.

12. Tiên lượng – Phòng bệnh:

@ **Tiên lượng:**

- Gần: Nặng.
- Xa: Dễ biến chứng và diễn biến bệnh nặng lên, cần dặn bệnh nhân khám bệnh đúng định kỳ.

@ **Phòng bệnh:**

Cấp 2; Điều trị đúng và sớm. Tránh các biến chứng cũng như diễn biến nặng của bệnh (thiếu máu nặng, nhiễm sắt, tan máu tự miễn, cường lách...) cần quản lý theo dõi để có chỉ định cắt lách đúng lúc.