

Tổ 26. Nguyễn Đức Vượng.

Bệnh Án

Hành chính:

Họ và tên: Nguyễn Văn Hiệp Nghĩa

Tuổi: 65

Giới: Nam

Số vào viện: 59447

Ngày vào viện: 10/10/2019

Lí do vào viện:

Đau bụng

Bệnh sử:

- Cách nhập viện 1h, sau khi ăn tối 5-10 phút, bệnh nhân bắt đầu đau thượng vị, không lan, cường độ dữ dội liên tục tăng dần, không yếu tố tăng giảm. Bệnh nhân chướng nhẹ vùng thượng vị, không ợ nóng, ợ chua, không nôn ói, không ho, không khó thở, không nặng ngực. Đau bụng liên tục tăng dần → nhập viện BVNDGD. Trong ngày, bệnh nhân tiêu phân vàng đóng khuôn, tiểu vàng trong 1l/ ngày.

- Tình trạng lúc nhập viện:

+ Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

+ Mạch: 80 lần/ phút Nhiệt độ: 37 độ C Huyết áp: 140/80 mmHg Nhịp thở: 20 lần/ phút

+ Ấn đau đè kháng vùng thượng vị. Theo cô, chi tiết này là khám nên đưa vào phần khám và ghi rõ khám lúc nhập viện.

- Diễn tiến sau nhập viện

+ N1-N4: Bệnh nhân đau bụng giảm còn (4/10) so với lúc nhập viện, chướng bụng nhẹ, không đi tiêu, trung tiện được

Tiền căn:

Bản thân:

Trong 3 tháng nay, bệnh nhân đau bụng với tính chất như trên đã nhập viện 4 lần vì viêm tụy cấp tại BVNDGD, **lần gần nhất cách nhập viện ??? ngày**

THA 10 năm, huyết áp cao nhất 210/..., huyết áp dễ chịu 120-130/..., điều trị thường xuyên tại BVNDGD với Amlodipine. Trong quá trình khám bệnh, bệnh nhân được chẩn đoán GERD, rối loạn lipid máu và thoái hóa cột sống thắt lưng với toa thuốc không rõ.

Chưa ghi nhận tiền căn ĐTĐ

Chưa ghi nhận tiền căn viêm loét dạ dày tá tràng

Chưa ghi nhận tiền căn viêm gan siêu vi B,C, vàng da trước đây

Ngoại khoa- chấn thương:

Chưa ghi nhận tiền căn sỏi mật

Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương gần đây

Thói quen:

Hút thuốc lá: 15 packs.year

Rượu bia: 13 đơn vị cồn/ ngày \times 40 năm (bỏ 2 năm nay)

Không dị ứng thuốc, thức ăn

Gia đình: chưa ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, viêm gan siêu vi B,C

Lược qua các cơ quan:

Bệnh nhân còn đau bụng, chướng bụng, trung tiện được, chưa đi tiêu và không than phiền gì thêm

Khám lâm sàng (10/10):

1. Tổng quát:

- Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc tốt
 - Da niêm nhạt, kết mạc mắt không vàng
 - Chi ấm, mạch rõ
 - Sinh hiệu:
 - Mạch: 88l/ ph HA: 130/70 mmHg
 - Nhiệt độ: 37 độ C Nhịp thở: 18 lần/ phút
 - Không phù
 - Không kiểu hình Cushing
 - Hạch ngoại biên không sờ chạm
2. Cơ quan:
- a. Đầu mặt cổ:
- Cân đối, không di lệch
 - Lưỡi dơ
 - Khí quản không lệch
 - Tuyến giáp không to
- b. Lồng ngực: cân đối, di động khi thở, không sao mạch, , không sẹo mổ cũ
- Tim: mỏm tim KLS V, đường trung đòn (T), T1, T2 đều rõ tần số 88 l/ph
 - Phổi: Rung thanh đều 2 bên, gõ trong khắp phổi, RRPN êm dịu 2 phế trường
- c. Bụng:
- Cân đối, di động đều khi thở, không tuần hoàn bàng hệ, , không dấu rắn bò, không sẹo mổ cũ
 - Điểm Cullen(-), Điểm Grey Turner (-)
 - Nhu động ruột 10 lần/ 2 phút
 - Không nghe âm thổi vùng bụng
 - Bụng mềm, không điểm đau khu trú. Murphy (-), Mayo-Robson (-), MacBurney (-)
 - Gan: bờ trên khoang liên sườn VI theo đường trung đòn (P), bờ dưới không sờ chạm, kích thước khoảng 8 cm
 - Lách không sờ chạm
 - Thận: chạm thận (-)
- d. Cơ xương khớp: không biến dạng
- e. Thần kinh: không dấu thần kinh khu trú

Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam 65 tuổi nhập viện vì đau bụng thượng vị cấp giờ thứ 1.

TCCN:

- Đau thượng vị liên tục, không lan, cường độ dữ dội tăng dần, không tư thế giảm đau
- Chướng thượng vị nhẹ
- Không nôn ói

TCTT:

- Ấn đau đề kháng vùng thượng vị

Tiền căn:

- Viêm tụy cấp
- THA, RLLP máu và thoái hóa cột sống
- Uống rượu, hút thuốc lá nhiều

Đặt vấn đề:

- Đau thượng vị cấp
- Tiền căn: viêm tụy cấp 4 lần
- Tiền căn: THA, rối loạn lipid máu, Thoái hóa cột sống TL

Chẩn đoán (lúc nhập viện)

Chẩn đoán sơ bộ:

- Viêm tụy cấp ngày thứ 1, theo dõi dấu hiệu tiến triển nặng/ THA, Rối loạn lipid máu, thoái hóa khớp

Cần ghi đủ chẩn đoán viêm tụy cấp: Viêm tụy cấp tái phát, thể phù nề, giờ thứ 2, mức độ trung bình nặng, nghi do sỏi, chưa biến chứng.

+ Chỉ có 2 thể, chưa dấu hoại tử nhiễm trùng nên nghi thể phù nề.

+ Ghi rõ giờ vì điều này quan trọng, điều trị thay đổi theo giờ, chứ ngày thứ 1 là 24h rộng rãi.

+ Tiên lượng nặng có nghĩa là nó có thể mức trung bình hoặc nặng.

Còn rõ ràng là nặng hay không thì đợi 48h sau quyết.

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tụy cấp / mạn: Ca này đã có viêm tụy cấp nhiều lần trước đây nên đây phải là chẩn đoán phân biệt hàng đầu.

- Thủng ổ loét dạ dày tá tràng/ THA, rối loạn lipid máu, thoái hóa khớp

- NMCT vùng hoành giờ thứ 1, Killip 1/ THA, rối loạn lipid máu, thoái hóa khớp

Biện luận:

Đau thượng vị cấp:

Bệnh nhân nam 65 tuổi, đau thượng vị cấp giờ thứ 1, liên tục với cường độ dữ dội. Nghĩ do các nguyên nhân sau.

Khi mô tả đau bụng cần nói được (1) Vị trí (2) Giờ thứ mấy (2) liên tục, cơn hay cơn trên nền liên tục, những chi tiết này giúp khu trú được chẩn đoán.

- Giờ: Ca này nhập viện giờ thứ 2 sau cơn đau nên hiện có rất nhiều nguyên nhân. Còn nếu giờ thứ 10 mà vẫn đau thượng vị thì có thể bỏ Viêm ruột thừa

- Liên tục: Thì có thể bỏ tắc ruột.

1. Ngoại khoa:

- Thủng ổ loét dạ dày tá tràng: bệnh nhân đau bụng đột ngột sau ăn, khám có đề kháng vùng thượng vị nhưng chưa ghi nhận tiền căn viêm loét dạ dày tá tràng → ít nghĩ, đề nghị x-quang bụng đứng không sửa soạn, CT-Scan bụng không cản quang
- Tắc ruột: bệnh nhân không có đau bụng từng cơn, không có vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc, ngày nhập viện bệnh nhân vẫn còn đi tiêu được → không nghĩ
- Viêm ruột thừa cấp: bệnh nhân không sốt, không ấn đau hố chậu (P), MacBurney (-). Tuy nhiên đây có thể đây có thể là điểm đau khởi đầu trước khi chuyển xuống hố chậu (P) → đề nghị SA bụng
- Phình bóc tách động mạch chủ: bệnh nhân không đau trước ngực hay giữa 2 xương bả vai, không đau như xé, không lan ra sau lưng HA lúc nhập viện :140/80 mmHg → không nghĩ

2. Nội khoa:

- Viêm tụy cấp: bệnh nhân có tính chất đau tương tự như những lần viêm tụy cấp trước đây → nghĩ nhiều. Đề nghị Amylase máu, Siêu âm bụng. Dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng:

SIRS lúc nhập viện : không đủ tiêu chuẩn. Đề nghị CTM và theo dõi thêm trên lâm sàng

BISAP: bệnh nhân tỉnh tiếp xúc tốt, không đủ tiêu chuẩn SIRS, tuổi: 65(>60), khám không có hội chứng 3 giảm. Đề nghị X-Quang ngực thẳng và BUN

Đề nghị Hct lúc nhập viện và sau đó 24h

Đề nghị CRP sau 48h

Mức độ nặng: bệnh ngày 1, cần đánh giá lại sau 24h.

Biến chứng: theo dõi biến chứng tụ dịch quanh tụy và hoại tử tụy → Đề nghị CT-Scan bụng có cản quang sau 48h

Nguyên nhân:

Rượu: không nghĩ

Tryglycerid: có nghĩ do bệnh nhân có rối loạn lipid máu → đề nghị bilan lipid máu

Sỏi: bệnh nhân chưa ghi nhận tiền căn sỏi mật, tuy nhiên trường hợp sỏi nhỏ/ sỏi bùn không gây triệu chứng hoặc triệu chứng thoáng qua → đề nghị SA bụng

K tụy: bệnh nhân lớn tuổi, viêm tụy cấp tái phát nhiều lần → đề nghị CT-Scan bụng

- Nhồi máu cơ tim vùng hoành: Bệnh nhân không có đau ngực kiểu mạch vành, tuy nhiên bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành như: nam > 45 tuổi, hút thuốc lá, THA, rối loạn lipid máu → Đề nghị ECG, Hs-Troponin T.

Cái này nguy hiểm nên đưa lên biên luận đầu tiên.

Cô nói về biên luận đau bụng cấp

1. Khó chứ chẳng dễ

- Đi thi các bạn nghĩ VTC dễ nhưng lại rớt VTC nhiều nhất. Lý do biên luận VTC là biên luận Đau bụng cấp, bao hàm cả kiến thức của Ngoại tổng quát.
- Để biên luận tốt, các bạn cần biết diễn tiến tự nhiên của các bệnh đau bụng cấp có bao nhiêu giai đoạn. Ví dụ thùng dạ dày giờ thứ 2 thì mới đau chưa

có bụng cứng như gỗ, ta tiếp cận ngay giờ thứ 2 thì ta không loại được nhưng nếu giờ thứ 24 thì có thể loại.

2) Ngoại khoa

- Thủng dạ dày tá tràng

- + Đau dữ dội thương vị lan hạ vị hố chậu (dịch chảy xuống)
- + Học diễn tiến VPM do thủng dạ dày
- + Giờ thứ 2 chưa cứng như gỗ nên không loại được

- Viêm túi mật cấp

- + Cơn đau quặn mật 2h liên tục rồi hết.
- + Nếu đau 2h – 6h, nghĩ có thể vô VTMC cấp
- + Nếu đau kéo dài hơn 6h, rõ VTMC cấp và đau khu trú về vùng hạ sườn phải
- + Ca này mới 2h, đau chưa khu trú hạ sườn phải, chưa có Murphy cũng chưa loại được vì muốn có những dấu đó phải trên 6h, VTMC cấp rõ rồi mới khu trú vùng hạ sườn phải được

- VRT giai đoạn sớm

- + GĐ1 đau quanh rốn thương vị
- + GĐ 2 chán ăn
- + GĐ 3 hố chậu phải
- + GĐ 4 sốt
- + GĐ 5 bạch cầu tăng
- + Sau 24h, mổ nhiều vỡ mới viêm phúc mạc
- + Ca này bắt ngay gđ 1 thì cũng chưa loại được

- Phình bóc tách động mạch chủ

- + Hạ phải cao, độ 2 độ 3 mới bóc được nội mô. Sau khi vỡ phình HA mới tuột.

- Nhồi máu mạc treo

- + Cơ địa huyết khối: Rung nhĩ. Nếu có cơ địa huyết khối phải đưa lên hàng đầu.
- + Cơ địa xơ vữa: Rối loạn lipid máu. Tăng thêm khả năng tắc.

3) Nội khoa

- Viêm tụy cấp

- Viêm túi mật cấp

- NMCT

Đề nghị CLS:

- Chẩn đoán: X-quang bụng đứng không sửa soạn, Siêu âm bụng, Amylase máu, ECG, hs-Troponin T, CTM, CRP, Hct, BUN, Creatinin, bilan lipid máu
- Thường quy: Ion đồ, đường huyết, AST, ALT, X-quang ngực thẳng, TPTNT.

Kết quả CLS

1. CTM 10/10

XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	HỆ THỐNG ĐƠN VỊ
		TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG
WBC	14.22	(4.0-10.0)K/ul
Neu %	84.4	(40.0-77.0)%
Lym %	7.3	(16.0-44.0)%
Mono %	6.1	(0-10.0)%
Eso %	0.8	(0.0-7.0)%
Baso %	0.2	(0.0-1.0)%
Neu	12.02	(2.00-7.50)K/ul
Lym	1.04	(1.00-3.50)K/ul
Mono	0.87	(0.00-1.00)K/ul
Eso	0.12	(0.0-0.6)K/ul
Baso	0.03	(0.0-0.1)K/ul
RBC	4.05	(3.6-5.5)T/L
Hgb	120	(120-160)g/l
Hct	0.378	(0.350-0.470)L/l
MCV	93.3	(80-100)fL
MCH	29.6	(26.0-34.0)pg

MCHC	317	(310-360)g/L
RDW	13.5	(9.0-16.0)%CV
PLT	380	(150-400)Giga/L
MPV	10/9	(6.0-12.0)fL
CRP	72.23	0-5ng/L

Kết luận:

BC tăng, Neutro chiếm ưu thế phù hợp với tình trạng viêm cấp

Hồng cầu: số lượng bình thường, đẳng sắc, đẳng bào

Tiểu cầu bình thường

2. Sinh hóa máu

	10/10	Giá trị bình thường
Urea	4.0	1.7-8.3 mmol/L
Creatinin	87.6	44-88 umol/L
	0.99	Mg/dl
eGFR	80.7	ml/ph
AST	29.9	<37 U/L
ALT	80.6	<41 U/L
Amylase	1375.1	<100U/L
Cholesterol	2.61	3.9-5.2 mmol/L
Triglycerid	0.49	0.46-1/88mmol/L
HDL- cholesterol	0.61	>0.9 mm,
LDL-	1.85	<3.4mmol/L

cholesterol		
-------------	--	--

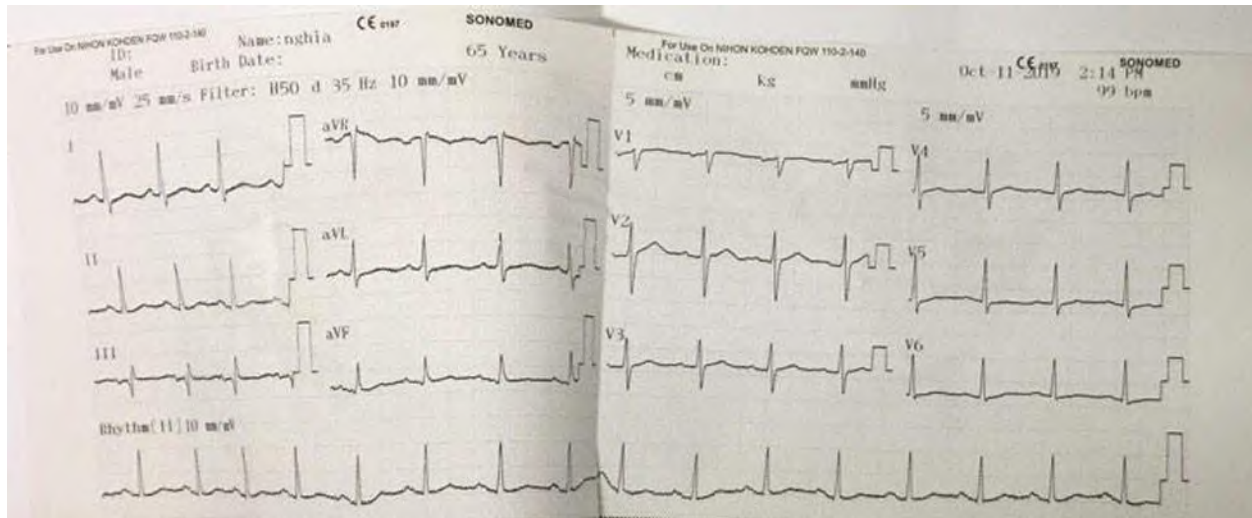
- Amylase tăng cao -> phù hợp chẩn đoán viêm tụy cấp
- BISAP: 0
 - Urea= 4mmol/l
 - Bn tỉnh tiếp xúc tốt
 - Không TDMP
 - Không có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS)
 - Dưới 65 tuổi
- ALT tăng, AST/ALT<1 -> gợi ý viêm gan -> HBsAg, anti HCV

3. Ion đồ

Ion đồ	10/10	Giá trị bình thường
Na	136.8	135-145 mmol/L
K	3.56	3.5-5.0 mmol/L
Cl	103.6	97-111 mmol/L

Kết luận: Natri, Kali, Cl trong giới hạn bình thường

4. ECG:10/10



Nhận xét:

- Nhịp xoang, tần số 100l/ph
- Khoảng PR, QRS, QT trong giới hạn bình thường
- T dẹt ở V5, V6

Kết luận: T dẹt ở V5, V6-> gợi ý thiếu máu cơ tim thành bên

5. X-quang ngực thẳng

(10/10):

- Bóng tim to/B hít chưa đủ sâu
- Xơ 1/3 dưới phổi
- Không thấy bất thường màng phổi
- Không thấy bất thường của thành ngực

Kết luận: xơ 1/3 dưới phổi

6. CT scan

- Gan không to, bờ đều, nhu mô gan không thấy tổn thương khu trú, bất thuốc bình thường không thấy huyết khối tĩnh mạch cửa
- Túi mật không dày, long không thấy sỏi cản quang

- Đường mật trong và ngoài gan không dẫn. Không thấy hình ảnh sỏi cản quang đường mật
- Tụy đầu to DAP#30mm, thân và đuôi tụy không to, nhu mô vất thuốc đồng nhất. Thâm nhiễm kèm tụ dịch ít quanh đầu tụy, không thấy phần còn lại
- Thâm nhiễm kèm tụ dịch với dịch có hồi âm ở 1/3 trên bụng (P)
- Hình ảnh bình thường của lách, thượng thận, 2 thận và bàng quang
- Dày đều thành dạ dày đoạn thân vị và tiền môn vị, bắt thuốc tương phản niêm mạc
- Dịch tự do ổ bụng lượng ít
- Không thấy hạch phì đại vùng bụng – chậu
- Không thấy phình hay bóc tách đmc.

Kết luận:

- Tụ dịch và phản ứng viêm $\frac{1}{4}$ trên bụng P khả năng từ viêm tụy cũ
- Nghi viêm tụy tái phát vùng đầu tụy
- Không thấy hình ảnh nang giả tụy
- Theo dõi viêm dạ dày thứ phát
- Viêm tụy cấp có biến chứng tụ dịch quanh tụy
➔ Viêm tụy cấp trung bình- nặng

Cô luận bàn về cận lâm sàng VTC

1) Men tụy

- Nếu chỉ được chọn 1 men duy nhất thì chọn lipase vì 3 điểm

+ Nhạy hơn: VTC do TG rượu thì men amylase thường không tăng.

Lý do những loại VTC này thường gây VTM và VTM thì ảnh hưởng tới chức năng tiết amylase nhiều hơn. Khi này lipase vẫn tăng.

+ Đặc hiệu hơn: Amylase thường tăng trong bất kể loại đau bụng cấp nào. Và tăng trong bệnh lý tuyến nước bọt.

+ Kéo dài hơn: Amylase và Lipase đều được thải tại thận. Tuy nhiên lipase được tái hấp thu nên sẽ tăng kéo dài hơn. Cụ thể amylase 3-4 ngày còn lipase thì 10-14 ngày.

- Nếu không có lipase (BVGD không có Lipase) mà đến trễ có thể dùng Amylase niệu với điều kiện bệnh nhân không có bệnh lý tuyến nước bọt như phì đại tuyến mang tai. Và Amylase niệu > 450 UI → Coi lại 450 hay 450 x 3.

- Trong suy thận các men này không có ý nghĩa nhiều vì suy thận không thải được do chúng đều được lọc qua thận.

- Bản thân men gợi ý nguyên nhân.

+ Amylase > 2000 UI gợi ý tắc nghẽn, trong đó do sỏi nhiều nhất. Khi đó AST ALT cũng tăng trên 3 lần, cụ thể ALT 150, 60 là bắt đầu nghi ngờ được rồi.

+ Lipase tăng gấp đôi Amylase gợi ý VTC do rượu, vì rượu amylase thường không tăng cao. Khi đó, AST/ALT thường >2. Nếu gan nhiễm mỡ không do rượu thì AST/ALT < 1.

+ Lipase tăng, amylase không tăng còn gợi ý do tăng TG. Nếu chưa có bilan lipid về, nhìn ion đồ NA thấp cũng gợi ý. Đây là tăng NA giả tạo do khối mỡ choán chỗ. Rồi phòng xét nghiệm báo mẫu huyết tương đục như sữa ...

+ Lipase tăng gấp 3 lần giới hạn trên, trong thể VTC do tăng TG, là một tiên lượng nặng.

2) Siêu âm

- Chẩn đoán đầu tay

- Giúp chẩn đoán nguyên nhân, biến chứng và phân biệt bệnh khác.

- Chỉ gợi ý viêm tụy chứ xác định là CT không phải siêu âm

- Muốn loại trừ do sỏi phải siêu âm ít nhất 2 lần.

3) CT

- Khi chẩn đoán không rõ ràng

- Đánh giá sỏi đường mật, can thiệp gấp khi có nhiễm trùng

- Làm không cần quang là đủ xác định VTC

- Thường làm cận quang luôn để phủ mọi nguyên nhân như nhồi máu mạc treo. Nhớ lưu ý chống chỉ định: phụ nữ mang thai, suy thận, dị ứng thuốc cận quang Thực tế, gần đây người ta nghiên cứu cho thấy CT cận quang trên VTC cũng ít gây tổn thương thận trừ khi ở thể VTC nặng

4) MRI cấp cứu

- MRI khẩn lúc nhập viện nếu chống chỉ định CT hoặc lâm sàng có HC nhiễm trùng rõ ràng và nghĩ nguyên nhân do sỏi, cần MRI xác định để ERCP cấp cứu.

5) Nếu tái phát nhiều lần không rõ nguyên nhân ?

- Sỏi, rượu, tăng TG. Rượu thì hỏi BN, tăng Tg thì Xn máu. Sỏi có tần số cao nhất tới 70%. Nếu Amylase cao và CT chằng ra thì cần tìm có sỏi ống mật chủ ẫn không.

- Sỏi ống mật chủ ẫn là sỏi không triệu chứng, không giãn đường mật, không vàng da, không tăng men gan, siêu âm không sỏi túi mật, Ct cũng không ... nhưng cứ gây VTC tái đi tái lại hoài

- Ta sẽ làm (1) MRI (2) Siêu âm qua nội soi (3) ERCP. Thế giới thường làm Siêu âm qua nội soi. VN mình kỹ thuật chưa tốt làm MRI luôn. ERCP ít làm vì nguy cơ gây biến chứng VTC do thủ thuật.

6) CRP

- CRP do gan tổng hợp. Nếu có bệnh gan thì CRP có thể không tăng nên làm thêm Procalcitonin.

- Thường được làm sau 48h. Là một trong các dấu tiên lượng VTC hoại tử.

- Làm ngay nhập viện nếu

+ Bệnh sử kh xác định thời gian đau rõ ràng

+ Làm lúc nhập viện, 24h, 48h, 72h theo phác đồ Canada.

+ Thường sẽ tăng dần và đạt đỉnh sau 48-72h

+ Chỉ cần một mẫu > 150 là dấu tiên lượng nặng rồi. Nếu 24h > 150 rồi thì ngưng không cần làm nữa. Năng rồi.

7) Procalcitonin

- Do tế bào C tuyến giáp tạo.
- Gợi ý nhiễm trùng hoặc suy đa cơ quan: Bình thường chỉ có tb C tiết, khi suy đa cơ quan các tb khác tại phổi gan ruột ... cũng tiết nên tăng cao
→ Nếu Procalcitonin tăng cao mà không nhiễm trùng thì phải nghĩ tới suy đa cơ quan.

8) LDL

- Nên làm sau bữa ăn 10h vì 10h là thời gian lipoprotein lipase phân giải hết các triglyceride ngoại sinh → Không bị nhiễu bởi triglyceride ngoại sinh
- Nếu không có men này, thì TG ngoại sinh tồn tại lâu, gây tăng Tg kéo dài. 2-3 ngày sau bữa ăn huyết tương vẫn còn đục như sữa. Khi vô viêm tụy cấp thì tiên lượng rất xấu.
- BN đến trễ TG kh tăng kh loại trừ vì BN đau quá kh ăn uống, nhập viện thì được cho nhịn ăn → Lúc mới NV cần làm TG liên.

9) Đường huyết

- Tăng đường huyết trong VTC:
 - + Do stress
 - + Do ảnh hưởng tụy nội tiết: Khi có hoại tử
 - + Do đái tháo đường có từ trước: HbA1c có thể chưa tăng nếu mới khởi phát gần đây.
 - + Điều dưỡng lấy nhầm ngay chỗ đang truyền đường glucose.
- Theo dõi, lặp lại đường huyết đôi là quan trọng

10) Ion đồ

- Na giảm do nôn ói, không ăn uống, hạ giả tạo khi có tăng TG máu
- Ka giảm do nôn ói làm mất H⁺, gây kiềm chuyển hóa nên kali di chuyển vào nội bào
 - + Do giảm kali chỉ đi vào trong tế bào nên truyền kali rất cần trọng. Truyền quá mức tăng kali máu còn nguy hiểm hơn
 - + Chỉ bù kali khi có triệu chứng nhược cơ, liệt ruột và cần điều trị căn nguyên là PPI giảm tiết acid giữ H⁺ lại không mất nữa

11) Cái nào tính từ khi khởi phát ? Cái nào từ khi nhập viện ?

- Khởi phát: CRP, CT cản quang hoại tử tụy
- Nhập viện: Hct, Sirs, mức suy cơ quan

Chẩn đoán

Viêm tụy cấp tái phát ngày 1, do sỏi mật, mức độ trung bình-nặng, biến chứng tụ dịch cấp tính quanh tụy- THA-rối loạn mỡ máu- thoái hóa cột sống

Viêm tụy cấp tái phát, ngày 1, thể phù nề, mức độ trung bình-nặng, nghi do sỏi, biến chứng tụ dịch cấp. THA. Rối loạn lipid máu. Thoái hóa cột sống.

- Viêm tụy mạn: CT thấy biến dạng ống tụy trước khi vôi hóa. VT mạn là tiền đề K tụy nên cần tích cực chẩn đoán nguyên nhân để tránh tái phát, tránh VT mạn.
- Có biến chứng tụ dịch nên cần theo dõi biến chứng thành lập nang giả tụy sau 4 tuần bằng siêu âm. Nếu dịch được hấp thu hết thì thôi, nếu còn là có biến chứng nang giả tụy.

Điều trị

1. Mục tiêu điều trị

- Bù dịch sớm- cân bằng điện giải
- Giảm đau
- Cho tụy nghỉ ngơi
 - Nhịn ăn uống đường miệng
 - Cho ăn sớm khi có thể
- Theo dõi và xử trí biến chứng
- Điều trị nguyên nhân

2. Điều trị cụ thể

Nguồn <https://www.facebook.com/vuongyds>

Điều trị cấp cứu

- Nhịn ăn tạm thời
- Lactate ringer 500ml 1 chai x 2 TTM CXX g/ph
- Meperidine (penthidine) 0.1g
1/2 ống tiêm bắp

Điều trị hiện tại

- Nhịn ăn tạm thời
- Lactate ringer 500ml 1 chai x 4 TTM CXX g/ph
- Glucose 10% 250ml 1 chai x 4 TTM XXX g/ph
- Meperidine (penthidine) 0.1g
1/2 ống tiêm bắp x 3

Cô nói về điều trị

1) Bù dịch

- Bù dịch sớm trong 12-24h.

- Nếu đang truyền dịch đáp ứng tốt mà mạch giảm, HA giảm, creatinin máu tăng thì sao ? HC tăng áp lực ổ bụng

+ Trong VTC mất dịch vì tăng tính thấm thành mạch. Truyền dịch dịch mất vào khoang thứ 3

+ Nếu mất nhanh gây tăng áp lực ổ bụng. Giảm tưới máu thận và các cơ quan khác vì áp lực tưới máu bằng áp lực trung bình – áp lực ổ bụng.

+ Áp lực ổ bụng cao nên máu tĩnh mạch không về tim được, giảm tiền tải càng làm nặng thêm tình trạng giảm tưới máu thận. Đồng thời giảm tưới máu não gây bứt rứt, lơ mơ. Giảm tưới máu ruột gây liệt ruột chướng ruột.

→ Bởi vậy trong 24h đầu cần truyền nhanh, sau 24h thì theo dõi sát.

Sau 48h mà tiếp tục bù dịch thì nguy hiểm vì đã hoại tử OT cấp rồi.

Bù dịch thêm nữa chỉ tăng thêm áp lực trong ổ bụng.

→ Khi này phải lọc thân (thay thế thân liên tục – CRT) để lọc bớt dịch ra, cải thiện chức năng thân và lấy bớt cytokin (nguồn gốc của tình trạng tăng tính thấm thành mạch ở viêm tụy)

- Xử trí tăng áp lực ổ bụng

+ Sau khi thấy truyền dịch đang đáp ứng tốt tự dung mạch giảm, HA giảm, cre tăng thì phải nghĩ tới tăng áp lực ổ bụng

+ Cần xác định chẩn đoán tăng áp lực ổ bụng thông qua việc đo áp lực xuyên thành bàng quang. Vì người ta chấp nhận áp lực xuyên thành tạng rỗng trong ổ bụng là áp lực ổ bụng. Thường 5-7mmHg. >10 ở trẻ em >12 ở người lớn là tăng.

+ Khi tăng >12 thì cần (1) giảm dịch truyền, (2) chọc dịch báng bớt dịch, (3) sonde mũi da dày hồng tràng lấy bớt hơi ra, (4) giảm đau hiệu quả để giảm căng cơ bụng.

+ Khi tăng > 20 thì là HC chèn ép khoang bụng, mời ngoại mở bụng khẩn để giải áp. Đóng chậm.

- Nói thêm về tăng áp lực ổ bụng

	<u>Thời gian</u>	<u>Mất bệnh</u>
<u>Tối cấp</u>	<u>s-ph</u>	<u>Hắt hơi</u>
<u>Cấp</u>	<u>ph-h</u>	<u>Chấn thương bụng kín, xuất huyết nội</u>
<u>Bán cấp</u>	<u>h-ngày</u>	<u>Viêm tụy cấp</u>
<u>Man</u>	<u>tuần-tháng</u>	<u>Xơ gan, căng quá cũng phải chọc giải áp. Ngoài ra còn có béo phì thai kỳ nhưng không tới mức nặng nề.</u>

- Phác đồ

- + Nếu mạch nhanh HA tụt thì 20ml/kg trong 30' sau đó 3ml/kg/h trong 12h. Để truyền với tốc độ lớn thì 2 chai 500ml 2 đường truyền, dây truyền căng thẳng tạo thể năng tối đa, mở hết cỡ.
- + Nếu bình thường thì 5-10ml/kg/h đánh giá lại sau 6h.
- + Đánh giá lâm sàng mạch huyết áp thể tích nước tiểu. Cận lâm sàng Hct Bun Cre.

- Loại dịch

- + Dùng Lactate Ringer vì nó sinh lý hơn NaCl.

<u>NACL</u>	<u>Máu</u>	<u>Kết quả</u>
<u>145</u>	<u>140</u>	
<u>145</u>	<u>130</u>	<u>Dư Clo</u>

- + Dư clo sẽ làm toan huyết, hoạt hóa thêm men tụy gây tình trạng viêm tụy kéo dài.
- + Gần đây nghiên cứu lượng nhiều mới tăng clo nên nếu truyền ít thì cái này cũng được. Khi nào truyền dịch lượng lớn thì ưu tiên Lactate Ringer.

2) Giảm đau

- Ưu tiên Meperidine vì anticholinergic làm tăng liệt ruột, vì trùng ứ lại xuyên thành vào làm tăng nhiễm trùng huyết, đặc biệt khi đã có tăng áp lực ổ bụng do việc truyền dịch.

- Việc sử dụng Nospa

- + Ngày xưa sử dụng Nospa với hai mục tiêu (1) Giảm tiết men tụy (2) Giảm đau do giảm co thắt cơ trơn.
- + Về sau có những thuốc giảm tiết tụy tốt hơn nên cái lợi (1) của Nospa không còn. Chỉ còn cái hại (2) là liệt ruột. Do đó không dùng với mục đích giảm đau.

- + Tuy nhiên trên lâm sàng đôi khi vẫn thấy dùng vì lý do gì ? Vì
- Nospa giúp giãn cơ vòng Oddi cho sỏi rơi ra, khỏi cần làm ERCP kéo.

3) Dinh dưỡng

- Thử ăn lại trong 24h. Ăn gì cũng được, miễn là không gây đau
- Thử ăn lại sớm nhất có thể, thường trong 48h.
- Dinh dưỡng qua đường sonde mũi họng tràng hoặc dạ dày
 - + Hỗng tràng là tối ưu vì qua D2 tá tràng nên không kích thích tụy
 - + Dạ dày vẫn chấp nhận được vì đưa đồ ăn thẳng vào tá tràng không qua miệng, không có ngữ niệm nên không kích thích tụy nhiều.
- Tĩnh mạch
 - + Khi nào không được 2 đường truyền mới nuôi ăn tĩnh mạch
 - + 1) Năng lượng: Truyền đường
 - + 2) Nuôi ăn: Truyền đủ đạm đường béo
 - + 1 ngày 100-150 g đường là đủ để cơ thể không dùng mỡ làm năng lượng sinh thể keton rồi. Chính vì vấn đề này, đôi khi có ceton trong nước tiểu thì đừng vội nói nhiễm ceton máu đại tháo đường gì. Có khi
 - bn nhìn đói lâu, cơ thể dùng lipid làm năng lượng thì sinh ceton thôi.

4) Bù Kali

- Nhe bù đường uống
- Nặng có triệu chứng thì bù đường tĩnh mạch. Chú ý là tiêm vào chai dịch
- tĩnh thể. Vì tiêm vào chai đường, thì cơ thể tiết insulin lại tiếp tục đưa kali
- vào tế bào kali máu thấy vẫn giảm. Lúc sau hết thời gian bán hủy insulin kali
- chạy ra làm tăng kali máu.
- + Y lệnh KCl 10% 20ml 1.5 ống + NaCl 0.9% 500ml 1 chai TTM
- XXX giọt / phút.
- + Cô dạy cách nhớ, ống 20 truyền không quá 20mep trong 1h. 1 ống
- 20 là 13, 1.5 ống là 19, 2 ống là 26 rồi. Do đó dùng 1.5 ống thôi.

5) Kháng sinh

- Kháng sinh có phòng ngừa và điều trị (tụy / ngoài tụy)
- Giờ không còn chỉ định kháng sinh phòng ngừa
- Kháng sinh bệnh ngoài tụy thì theo bệnh đó như NTT, VP ... Lưu ý nhiễm trùng đường mật / VTC: Ceph 3 + Metronidazole
- Kháng sinh tụy hoại tử: Carbapenem. Nghi ngờ khi lâm sàng không cải thiện sau 7-10 ngày (sau tuần đầu tiên)

6) Viêm tụy hoại tử

- Nhe thì điều trị kháng sinh cho qua, 4 tuần tạo vách rồi cắt
- Nặng thì dẫn lưu, cắt lọc tối thiểu. Trước đây cắt lọc sớm chết 100%

7) Nguyên nhân

- Rượu thì bỏ rượu
- Sỏi thì chỉ định cắt túi mật dự phòng
 - + Thở nhẹ cắt sau 7 ngày
 - + Thở nặng cắt sau khi giải quyết các biến chứng
- Tăng Tg
 - + Điều trị nguyên nhân: Đái tháo đường, uống rượu ...
 - + Giảm trị số TG: dùng Fenofibrate là Lipanthyl supra 120mg 1v (u).
 - + Bệnh nhân có tăng TG máu thường tăng LDL kèm nên dùng kèm statin liều thấp. Chú ý khi dùng statin liều thấp phối hợp fibrat thì chỉ dùng nhóm fenofibrate. Không dùng gemfibrozil → Học fenofibrate hay lipanthyl supra 120mg 1v (u) là đủ rồi.

8) Chưa ra nguyên nhân

- Như cô nói ở trên, MRI tìm sỏi ẩn ống mật chủ.

Tiên lượng

Tiên lượng gần: bệnh nhân viêm tụy tái phát trung bình – nặng -> trung bình

Tiền lượng xa: viêm tụy tái phát nhiều lần -> trung bình