

SV Y6: ĐVTB 27 Y14E

BỆNH ÁN

I. Hành chính:

- Họ và tên: Huỳnh P.
- Giới: Nam
- Tuổi: 56
- Địa chỉ: 185C Thích Quảng Đức, quận Thủ Đức, Tp. HCM
- Nghề nghiệp: Nhân viên văn phòng
- Thời gian nhập viện: 14h00 ngày 9/9/2019
- Bệnh nhân hiện đang nằm tại giường số 36, phòng 313 khoa Nội Tiêu Hoá bệnh viện NDGD

II. Lý do nhập viện: Tiêu phân đen

III. Bệnh sử:

- Cách nhập viện 2 giờ, sau khi ăn trưa bệnh nhân đi tiêu thì thấy phân đen sệt, dính, bóng mùi tanh giống như nhựa đường, lượng khoảng 100ml. Sau khi đi tiêu bệnh nhân thấy chóng mặt, hoa mắt 1 lúc thì giảm.
- Sau đó, bệnh nhân tiếp tục đi tiêu phân đen 2 lần với mức độ và tính chất tương tự kèm chóng mặt và hoa mắt →BV Nhân Dân Gia Định
- Trong thời gian bệnh, bệnh nhân không nôn, không nôn ra máu, không đau bụng, không tiêu chảy, không vàng da, không sốt, không khó thở, không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực, không phù chân, không vàng da, bụng to, tiểu 1 lít/ngày, không uống Bismuth, sắt, than hoạt tính
- Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện:
 - Tỉnh táo, da niêm nhạt, bụng báng căng, tim đều, phổi trong, ~~vàng mắt~~, sao mạch (+), lòng bàn tay son
 - Mạch 144 l/phút,
 - HA: 130/70,
 - Nhịp thở 25 lần/ phút,
 - Nhiệt độ 38°C
- Diễn tiến bệnh sau nhập viện:
 - Ngày 1: Bệnh nhân được nội soi thất TMTQ lúc 20h, vẫn còn tiêu phân đen 10 lần với lượng và tính chất tương tự. Không sốt, không đau bụng, tiểu 1 l/ngày. Cân nặng 43kg
 - Ngày 2: Bệnh nhân còn tiêu phân đen (tính chất như cũ 10 lần. Sốt 1 lần nhưng giảm sau khi được truyền 1 chai Paracetamol. Tiểu 1l/ngày

IV. Tiền căn:

- Bản thân:
 - Ngoại khoa: chưa từng phẫu thuật trước đây.
 - Nội khoa:
 - 🚩 Cách nhập viện 31 tháng, bệnh nhân thấy bụng to, phù chân → đi khám và được chẩn đoán xơ gan tại BV NDGD. Bệnh nhân điều trị 7 ngày thì phù chân và báng bụng giảm, được xuất viện. Tái khám hàng tháng.

- ✚ Cách nhập viện 30 tháng, bệnh nhân thấy chóng mặt, lơ mơ →ngất và được đưa vào nhập BV NDGD. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh não gan – Xơ gan Child B, dẫn TMTQ – viêm loét DDTT, được điều trị thụt tháo thì ổn định và được cho xuất viện trong 1 tuần. Sau đó bệnh nhân còn nhập viện 2 lần vì bệnh não gan và được điều trị ổn và xuất viện sau 1 tuần. Lúc này bệnh nhân được thụt TMTQ
- ✚ Cách nhập viện 24 tháng, bệnh nhân nôn ra máu đỏ tươi→nhập BV NDGD và được chẩn đoán XHTH trên, được thụt TMTQ và cho xuất viện. Cách nhập viện 12 tháng, bệnh nhân nôn ra máu đỏ tươi kèm chóng mặt, mệt mỏi →BV NDGD và được chẩn đoán XHTH trên do vỡ dẫn TMTQ – Xơ gan Child B và được thụt TMTQ + truyền 2 đơn vị máu Bổ sung: bổ trị 3 tháng nay đang chuyển sang uống thuốc Nam
- ✚ Đã được xét nghiệm âm tính với virus VGSV B,C
- ✚ Thỉnh thoảng bệnh nhân đau thượng vị khi đói
- ✚ Bệnh nhân phát hiện vàng mắt nhưng không rõ khi nào
- ✚ Chưa ghi nhận THA, ĐTĐ, lao, bệnh nội khoa khác.
- ✚ Chưa ghi nhận tiền căn chích ma túy, xăm mình.

○ Thói quen:

- ✚ Khoảng 40 năm nay, mỗi tuần bệnh nhân nhậu 6 lần, mỗi lần 10 lon bia hay 1 lít rượu. Đã bỏ từ lúc phát hiện bệnh.
- ✚ Bệnh nhân hút thuốc lá 40 gói-năm.
- ~~✚ Chưa ghi nhận tiền căn uống thuốc nam.~~

○ Dị ứng: chưa ghi nhận

- Gia đình: chưa ghi nhận bệnh lý gan, ác tính, ung thư

V. Lược qua các cơ quan:

- Tim mạch: Không tức ngực, đánh trống ngực.
- Hô hấp: không khó thở, không khò khè.
- Tiêu hoá: Không đau bụng, không chán ăn, không nôn, không tiêu chảy, không táo bón, bụng vẫn còn to
- Tiết niệu: Nước tiểu vàng trong, không tiểu khó, tiểu gắt, tiểu đêm.
- Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt
- Cơ-xương-khớp: không giới hạn vận động

VI. Khám lâm sàng: 6h35 ngày 10/9/2019

● Tổng quát:

○ BN tỉnh, tiếp xúc tốt

○ Sinh hiệu:

- ✚ mạch 100 l/phút,
- ✚ huyết áp 120/70,
- ✚ nhịp thở 16 l/phút,
- ✚ nhiệt độ 37°C

- Không khó thở khi nằm, không khó thở về đêm, da niêm nhạt, ~~niêm mạc mắt và dưới lưỡi vàng~~, chi ấm, không móng trắng, lòng bàn tay son (+), 7 dấu sao mạch ở vùng ngực trên và cổ, không có ngón tay dùi trống, không có móng tay khum, không có môi khô lưỡi dơ, không có vòng Keyser-Fleischer, không có xanthelasma, không có xanthoma, không dấu xuất huyết, không phù chi
- BMI= 18,3 kg/m² (cân nặng 43 kg, chiều cao 153cm)→ thể trạng gầy

● Khám vùng:

a. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không sọc, không u, hạch đầu mặt cổ không sờ chạm, tuyến mang tai không to, khí quản không lệch, tuyến giáp không to, không tĩnh mạch cổ nổi.

b. Ngực: cân đối, di động khi thở, không gù vẹo, không lồng ngực hình thùng, không u, không sọc.

- Tim: T1, T2 đều, không có âm thổi hay tiếng tim bất thường, mỏm tim nằm trên đường trung đòn trái với diện đập 1*1 cm², không có ổ đập bất thường, Harzer âm tính. Nhịp tim 100 l/phút.
- Phổi: Không nghe thấy tiếng rale, không có co kéo cơ hô hấp phụ, không có kiểu thở bất thường, rung thanh đối xứng 2 bên, gõ trong 2 bên, rì rào phế nang êm dịu 2 bên.

c. Bụng: to bè, cân đối, di động khi thở, rốn không lồi, không sọc, không u, không có ổ đập bất thường, không THBH, không có vết xuất huyết, không có dấu rắn bò hay quai ruột nổi,

- Không có âm thổi, nhu động ruột 8/phút, không có tiếng cọ
- Không điểm đau khu trú, không có đề kháng thành bụng, không có khối u
- Gõ đục khắp bụng trừ vùng cách rốn 3cm, dấu sóng vỗ (+), vùng đục di chuyển(+).
- Gan: Bờ trên gõ đục KLS 5 trên ĐTD phải, bờ dưới cách bờ sườn 3 cm, mật độ chắc, bề mặt thô, bờ không đều, rung gan (-), ấn kẽ sườn (-), không có âm thổi, không tiếng cọ, phản hồi bụng cứng (-).
- Túi mật: không to, điểm đau Murphy(-), nghiệm pháp Murphy(-)
- Lách: không sờ chạm
- Thận: không khám được

d. TK: không yếu liệt

e. Cơ-xương-khớp: các khớp không sưng nóng đỏ đau

f. Tứ chi: Cân đối, không biến dạng

- Không phù chân

VII. Tóm tắt bệnh án: BN nam 56 tuổi nhập viện vì tiêu phân đen, bệnh 1 ngày, qua hỏi bệnh và khám có các bất thường sau:

● TCCN:

- Tiêu phân đen
- Bụng to

- Sốt
- Không đau bụng
- Tiểu 1 lít/ngày
- Đã được nội soi thắt TMTQ

•TCTT:

- Sao mạch
- Lòng tay son
- Báng bụng độ 2
- Da niêm nhạt, ~~niêm mạc mắt và dưới lưỡi vàng CRT < 2 giây~~
- Sinh hiệu lúc nhập viện
 - ✚ Mạch: 144 l/ph
 - ✚ HA: 130/80 mmHg
 - ✚ Nhịp thở: 25 l/ph
 - ✚ Nhiệt độ: 37 °C

•Tiền căn:

- Đã được chẩn đoán xơ gan tại BV NDGD 31 tháng trước
- Đã nhập viện 3 lần vì bệnh não gan
- Đã nhập viện 2 lần vì xuất huyết tiêu hóa, đã được truyền máu và thắt TMTQ
- Viêm loét dạ dày tá tràng phát hiện qua nội soi

VIII. Đặt vấn đề:

1. Xuất huyết tiêu hóa 5. sốt
2. Hội chứng suy tb gan 6. tiền căn uống rượu
3. HCTALTC
4. Tiền căn được chẩn đoán xơ gan, bệnh não gan, XHTH do vỡ dẫn TMTQ.

IX. Biện luận:

1. XHTH:

- a. XHTH: bệnh nhân có XHTH do bệnh nhân tiêu phân đen nhiều 10 lần/ngày (loại trừ táo bón) và bệnh nhân không uống Bismuth, than hoạt, sắt nên khám HMTT kiểm tra chính xác
- b. Trên/dưới: XHTH trên do tính chất phân là đen, sệt, dính bóng như nhựa đường
- c. Mức độ:
 - i. Sinh hiệu lúc nhập viện:
 - 1. Mạch 144l/ph
 - 2. HA: 130/80 mmHg
 - 3. Nhịp thở: 25l/ph
 - 4. Nhiệt độ: 38°Cdấu hiệu chẩn đoán có XHTH:
- gián tiếp: chóng mặt, hoa mắt, tụt HA, mạch nhanh -> có thể ngắt
- trực tiếp: thấy máu (nôn ra máu, tiêu ra máu hay tiêu phân đen tính chất như trên)
 - ii. Nghĩ nhiều mức độ trung bình vì:
 1. Không nghĩ bệnh nhân mức độ nặng vì :
 - a. mặc dù bệnh nhân đi tiêu phân đen 10 lần/ngày nhưng huyết áp bệnh nhân đang ổn định (130/80)
 - b. mạch nhanh và thở nhanh có thể do bệnh nhân đang sốt

Anh bảo biện luận ngắn gọn nghĩ mức độ TB vì ls có chóng mặt và khám có mạch tăng nhưng HA chưa tụt
Ca này mạch tăng HA chưa tụt nên kiểm tra lúc bình thường mạch và HA như thế nào

- c. lúc nhập viện bệnh nhân vẫn đang tỉnh táo
- 2. Không nghĩ mức độ nhẹ vì:
 - a. Huyết áp tư thế
 - b. Mạch đang tăng
 - c. Da niêm nhạt lúc nhập viện
- d. Đã ổn/đang diễn tiến:
 - Mặc dù:
 - Bệnh nhân nhu động ruột bình thường (8 l/ph)
 - Sinh hiệu lúc khám ổn (Mạch 100 l/ph, HA 120/70mmHg)
 - Tiểu lại được 1l/ngày

Tuy vậy cần theo dõi thêm vì lúc khám bệnh nhân vừa được nội soi thất TMTQ và vẫn còn tiêu phân đen 10 lần trong ngày 2 → tạm thời xem còn đang diễn tiến và sẽ đánh giá thêm

- e. Nguyên nhân: có các nguyên nhân thường gặp
 - 1. Loét dạ dày: BN có tiền căn chẩn đoán loét dạ dày qua nội soi và có tính chất XHTH phù hợp, tuy vậy ở BN này thì phù hợp XHTH do vỡ dẫn TMTQ hơn
 - 2. Vỡ dẫn TMTQ: Mặc dù tính chất XHTH không phù hợp (thường vỡ dẫn TMTQ bệnh nhân sẽ nôn ra máu đỏ tươi không lẫn thức ăn) nhưng nghĩ nhiều vì bệnh nhân có tiền căn xơ gan (sẽ biện luận sau) và đã từng có tiền căn XHTH do vỡ dẫn TM thực quản
 - 3. HC Mallory – Weiss: không nghĩ do bệnh nhân không có nôn khan trước nhiều lần
 - 4. Viêm loét dạ dày xuất huyết: không nghĩ do BN không dùng NSAIDs và uống rượu, stress **ko loại được do tiền căn uống thuốc nam**
 - 5. K dạ dày: không loại trừ do bệnh nhân >40 tuổi và có tiền căn loét dạ dày dù bệnh nhân không sụt cân và khám không sờ được khối u.
- không nghĩ k dạ dày do cách nhập viện 1 năm có nội soi nhưng ko có ổ loét -> lúc này thời gian chưa đủ nghĩ là K**
 → Tuy vậy vì bệnh nhân đã được nội soi thất TMTQ cầm máu nên chẩn đoán cuối cùng nguyên nhân là do vỡ dẫn TMTQ

2. Bệnh nhân đã có HC suy tế bào gan và HCTALTC:

- BN có HC suy tế bào gan mạn (vàng mắt, niêm mạc dưới lưỡi vàng, lòng bàn tay son, sao mạch, tiền căn bệnh não gan) và có HCTALTC (dẫn TMTQ, báng bụng) nên chẩn đoán ngay bệnh nhân bị xơ gan
 - a. Xơ gan: Nghĩ nhiều vì HC suy tế bào gan trên BN này rõ, diễn tiến phù hợp và BN đã được chẩn đoán xơ gan ở BV NDGD. Ngoài ra BN còn kèm theo HCTALTC.
 - i. Xơ gan trên BN này nghĩ là mất bù vì đã có vàng da, báng bụng, XHTH, bệnh não gan
 - ii. Xơ gan nghĩ nguyên nhân có thể là:

KẾ 3 NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP BÊN NÀY THÔI

- Rượu: Nghi ngờ nhiều do bệnh nhân đã uống nhiều mấy chục năm nay.
- Siêu vi: Không nghi do bệnh nhân đã được XN âm tính
- NASH: không nghi do BN có uống rượu
- Ứ mật: Không nghi do BN không đi cầu phân bạc màu, da không vàng sẫm rõ ràng, túi mật không to.
- Suy tim phải: Không nghi vì mặc dù BN có báng bụng và phù chân kèm theo nhưng BN không có bất thường khi khám tim: dấu nẩy trước ngực (-), Hardzer(-), Không có Gallop T3 T4, không có âm thổi, TM cổ không nổi
- KST: Không nghi do bệnh nhân không ở vùng dịch tễ và đây là nguyên nhân hiếm gặp, nên là chẩn đoán loại trừ (cả này đã có rõ ràng nguyên nhân do rượu)
- Suy dinh dưỡng: Không nghi do BN không có tiền căn ăn uống dôi kém kéo dài.
- RL chuyển hoá: Không nghi do BN không có vết sạm da (ứ sắt), không có vòng Keyser-Fleischer ở mắt (ứ đồng), không có triệu chứng rối loạn thần kinh, bệnh nhân đã lớn tuổi rồi

iii. Biến chứng: **nghi ngờ nhiều do**

1. VPMNKNP: bệnh nhân báng bụng độ 2 kèm sốt và XHTH → đề nghị chọc dịch báng kiểm tra
2. Bệnh não gan: BN không hôn mê, tỉnh, tiếp xúc tốt, ngủ được → không nghi **nên nêu thêm dấu run vẩy**
3. HC gan thận, tổn thương thận cấp: BN còn đi tiểu 1l/ngày → không nghi
4. ~~HC gan phổi: không nghi do bệnh nhân không có triệu chứng khó thở nổi bật.~~
5. XHTH do vỡ dẫn TM thực quản: đã biện luận.
6. K gan: ít nghi do lần này chức năng tế bào gan không giảm rõ (không bệnh não gan, không vàng da tăng) và BN không sụt cân → tuy vậy vẫn đề nghị siêu âm để kiểm tra **theo dõi K gan bằng AFB và SẢ mỗi 6 tháng**

HC gan thận ko loại được trên LS. chỉ bảo hiện tại bn còn tiểu được nên không nghi và đề nghị cre loại trừ

X. Chẩn đoán xơ bộ: XHTH trên mức độ trung bình đang diễn tiến do vỡ dẫn TMTQ - xơ gan mất bù do rượu **theo dõi biến chứng VPMNKNP**

XI. Chẩn đoán phân biệt: XHTH trên mức độ trung bình đang diễn tiến do loét dạ dày tá tràng - xơ gan mất bù do rượu, VPMNKNP

XII. Đề nghị CLS

- CLS thường quy: CTM, Đường huyết, Ure máu, Creatinin máu, Ion đồ, TPTNT, X quang ngực thẳng, TPTNT.
- CLS chẩn đoán:
 - siêu âm bụng, chọc dò dịch báng
 - Protein huyết thanh, Albumin huyết thanh, PT, aPTT, INR.
 - AST, ALT

XIII. Kết quả CLS:

1) Siêu âm bụng 09/09/2019

- Gan không to, nhu mô thô, bờ không đều.
- Đường mật trong và ngoài gan không dẫn.
- Túi mật thành dày phù nề d#5mm, lòng không sỏi.
- Tụy: không to, cấu trúc đồng nhất.
- Lách: không to, cấu trúc đồng nhất.
- Thận(P): không có sỏi, không ứ nước.
- Thận(T): không có sỏi, không ứ nước.
- Chủ mô hai thận phân biệt rõ với trung tâm.
- Bàng quang: Thành không dày, không có sỏi.
- Tiền liệt tuyến: không to, đồng nhất.
- Các bất thường khác:
 - . Dịch tự do trong ổ bụng lượng trung bình.
 - . Không dịch màng phổi 2 bên.

Kết luận:

- Xơ gan
- Báng bụng lượng trung bình.
- Phù nề thành túi mật.

2) X-Quang ngực thẳng 09/09/2019

- Bóng tim, trung thất và tuần hoàn phổi bình thường
- Không thấy bất thường ở nhu mô phổi
- Không thấy bất thường ở màng phổi
- Không thấy bất thường ở thành ngực

3) Men gan 9/9/2019

XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ
AST (SGOT)	113,1 U/L
ALT (SGPT)	26,1 U/L

Tăng→có tổn thương tb gan

De Ritis>1 → xơ gan, bệnh gan do rượu → đều thỏa ở ca này

Không tăng hơn 1000→ phù hợp bệnh gan do rượu

4) CTM 09/09/2019

Thông số	Kết quả		Khoảng tham chiếu
RBC	3.07	10/9 2.27	3.9 - 5.8 M/L
HGB	86	65	140 -160 g/L
HCT	0.297	0.213	0.35 - 0.47L/l

MCV	96.7	80 - 100 fL
MCH	28.2	27 - 32pg
MCHC	29.0	32 - 36 g/dL
PLT	90 75	150 - 400 K/uL
PDW	20.1	9 - 35%
MPV	9.1	6.0 - 12.0 fL
WBC	4.42	4 - 10 K/L
Neu%	67.9	40 - 77%
Eos%	0.4	0 - 7.0%
Baso%	1.2	0 - 1.0%
Mono%	9.2	0 - 10%
Lym%	16.9	16 - 44%
Neu	3.0	2.00 - 7.00K/uL
Lym	0.75	1.00 - 3.50K/uL
Mono	0.41	0.00 - 1.00K/uL
Eos	0.02	0 - 0.6K/uL
Baso	0.05	0 - 0.1K/uL

BC bình thường

Thiếu máu hồng cầu đẳng sắc đẳng bào→ nghĩ nhiều do xuất huyết tiêu hóa. Không có chỉ định truyền máu **hct đang giảm do pha loãng máu**

Giảm tiểu cầu→ nghĩ nhiều do bệnh nhân xơ gan có uống rượu làm ức chế tủy. Tuy vậy không có chỉ định truyền tiểu cầu do **PLT=90000/mm³**

5) Chức năng đông máu 9/9/2019

XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ
PT (TQ)	21,3 giây
PT%	45,0 %
INR	1,79
aPTT (TCK)	42,7 giây

PT kéo dài, INR>1,2 , aPTT bình thường →phù hợp bệnh cảnh xơ gan

PT đánh 3 điểm theo phân loại Child cải tiến

6) Sinh hóa máu 9/9/2019

XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ
Glucose	8,8 mmol/L
Creatinin	68,0 μ mol/L 1 chỉ số crea chưa đủ loại AKI --> lặp lại sau 2 ngày
Bilirubin, Total	1.8mg/dl Từ đây tính Child C - 10 đ
Bilirubin, Direct	1.2 mg/dl Bilirubin rất khó cải thiện >< albumin
Albumin	23
Protein Total	51,0 g/L A/G < 1 phù hợp xơ gan anh nghĩ ca này ăn uống đầy đủ có thể kéo về Child B
eGFR	113 ml/ph
Natri	135,1
Kali	3,91
Clo	103,9

→Đường huyết tăng, đề nghị làm lại đường huyết đói để kiểm tra

Các chỉ số khác bình thường

Chưa có bilirubin và Albumin để phân loại Child cải tiến

7) Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng:

- Thực quản: có hình ảnh dẫn tĩnh mạch thực quản độ 1, 03 cột không có dấu son + sẹo xơ hóa.
- Tâm vị: các cung răng 38cm, có dẫn nhẹ tĩnh mạch đang phun máu thành tia.
- Dạ dày: động nhiều thức ăn cũ + máu đông
 - + Phình vị, thân vị, vùng góc bờ cong nhỏ, hang vị, tiền môn vị, môn vị, hành tá tràng, tá tràng D1-D2: không quan sát được.

Kết luận:

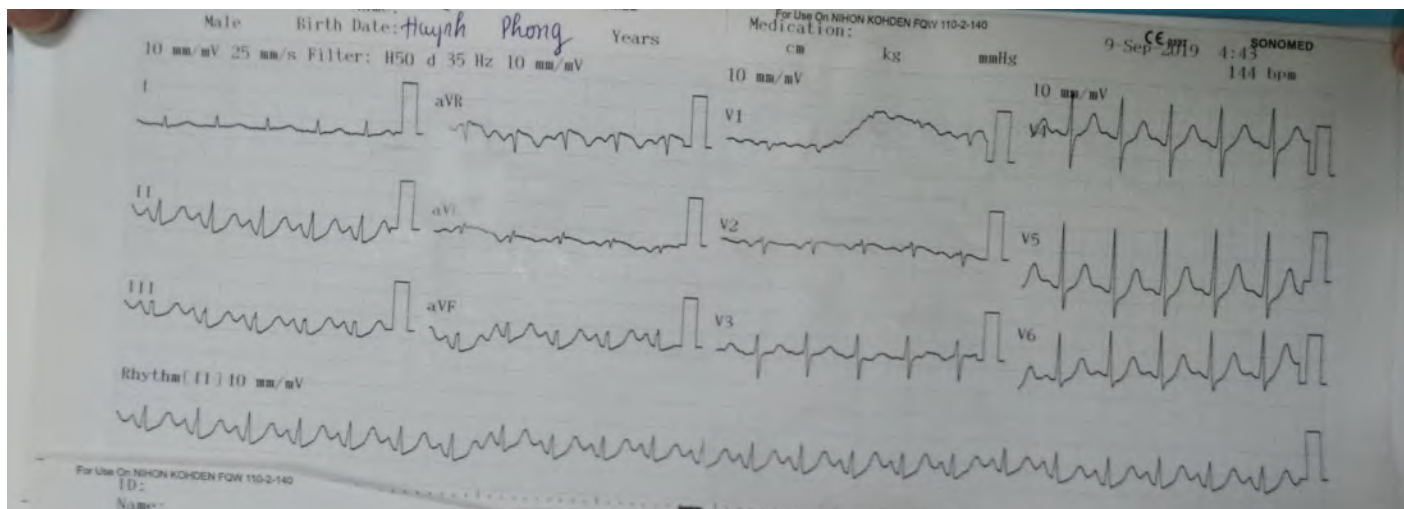
Xuất huyết tiêu hoá trên do vỡ dẫn tĩnh mạch tâm vị đang phun máu thành tia.

Dẫn tĩnh mạch thực quản độ 03 cột có sẹo xơ hoá.

Xử trí: Thắt tĩnh mạch tâm vị bằng vòng thắt, sau thủ thuật tạm ngưng chảy máu.

→Xác định chẩn đoán XHTH trên do ~~dẫn TMTQ~~ vỡ TM tâm vị

8) ECG: 9/9/2019



Nhịp nhanh xoang 144l/ph

Trục trung gian

Không ghi nhận bất thường khác trên ECG

9) Mức độ xuất huyết theo thang điểm Blatchford (lúc NV):

thi anh Luân ko yêu cầu học Blatchford

- HATT: 120 mmHg: 0d

- Ure máu: chưa có

- Hgb: 8,6 g/L: 6d

- Tiêu phân đen: 1d

- Mạch: 144 l/ph: 1d

- Xơ gan: 2d

Tổng điểm Blatchford 10d 50% cần can thiệp lúc NV và tiên lượng chảy máu tái phát lớn

XIV. Chẩn đoán xác định: XHTH trên mức độ trung bình đang diễn tiến do vỡ dẫn TMTQ, xơ gan Child do rượu

XV. Điều trị:

1. Nguyên tắc điều trị: BN XƠ GAN RẤT DỄ HẠ ĐƯỜNG --> CẦN THẬN

- Hồi sức cơ bản:
 - Thở O2, nằm nghiêng trái, nhịn ăn
- Bồi hoàn thể tích:
 - Truyền máu:
 - HGB >7g/dl nên không có chỉ định truyền
 - Tiểu cầu=90000/mm3 không có chỉ định truyền
 - Bù dịch: do XHTH mức độ trung bình nên dùng dung dịch đẳng trương giữ huyết áp >90/60mmHg nhưng HATT không vượt quá 140 mmHG
- Điều trị cầm máu:
 - Thuốc giảm ALTMC 3-5 ngày

có xài cao phân tử không: nếu xả tốc độ tối đa 2 chai đẳng trương rồi mà mạch, HA ko cải thiện thì lo truyền cao phân tử đc rồi

- Nội soi: nên nội soi càng sớm càng tốt trong 12 giờ đầu, ca này xuất huyết tâm vị nên được chích xơ hiệu quả hơn (nhưng người ta lại cột thắt)
- Điều trị phòng ngừa: VPMNKNP, não gan

2. Điều trị cấp cứu:

Lấy máu làm XN CTM, Sinh hóa, chức năng đông máu, chức năng gan

- Nằm đầu thấp, ca này ko ói máu ko cần nghiêng trái
 - Thiết lập 2 đường truyền TM kim 18 G
 - Thở oxy 5l/ph ko cần do XHTH mức độ TB
 - Tạm thời cho bệnh nhân nhịn ăn
 - Lactate Ringer 500ml 1 chai x 2 (TTM) XXX giọt/phút đo lại M, HA sau 15 phút
 - Octreotide 100mcg/1 ống ½ ống TMC
 - Sau đó Octreotide 100mcg/1 ống 4 ống pha với 50ml NaCl 0,9% BTTĐ 6,25 ml/phút trong 3-5 ngày
 - Nội soi chích xơ TM tâm vị ở khoa 6 ống pha đủ 48ml NaCl 0.9% BTTĐ 4ml/phút TM tâm vị ưu tiên thắt
 - ~~Ceftriaxon stragen 1g 1A + 100ml NaCl x 1 (TTM) XXX giọt/phút~~ chọc dịch bàng
 - Sucralfat 1 gói x 3 uống sáng - trưa - chiều
 - Nexium 40mg 1 lọ x 2 + NaCl 0,9 % 50ml BTTĐ 5ml/h xài luôn PPI do còn chưa loại XHTH do loét dd-tt trước nội soi
 - Duphalac 1 gói uống uống sau nội soi 20 ml bolus TM
- duphalac chỉnh sao cho đi cầu 2-3 lần/ngày vì nguy cơ não gan khi táo bón lần tiêu chảy đều có

3. Điều trị duy trì:

- Đánh giá lại nhu cầu truyền dịch xài nexium tiếp tục 1-2 tuần để bảo vệ nơi bị thắt TMTQ sau khi lành sẽ tạo 1 ổ loét nông --> bảo vệ chỗ loét này khỏi tái XH
- Octreotide 100mcg /1 ống 4 ống + NaCl 0.9% 50ml BTTĐ 6.25ml/h x 3-5 ngày
- Ceftriaxon stragen 1g 1A + 100ml NaCl x 1 (TTM) XXX giọt/phút trong 7 ngày
- Nexium 40mg 20ml x 1 TMC xài sau khi chọc dò dịch bàng. chọc dịch bàng ngay lúc cấp cứu
- 1 lọ x 2 + NaCl 0.9% 50ml BTTĐ 5ml/h 72 giờ đầu
- Sau đó chuyển sang Esomeprazole 40mg 1v (u) sáng khi uống lại được
- Duphalac 1 gói x 2 (u) PHÒNG NGỪA HC GAN THẬN: Khi VPMNKNP kèm Bil>4 hay Cre>1
- Dorocardyl 40mg ½ viên x 2 uống khi XHTH đã ổn khi qua cửa sổ điều trị lợi tiểu thì xài:

XVI. Tiên lượng:

• Gần:

- cần theo dõi kĩ hơn vì bệnh nhân vẫn còn tiêu phân đen 10 lần/ngày, theo dõi mạch HA và CTM kĩ hơn
- Đang có TMTQ dẫn độ I không có dấu son, có sẹo xơ hóa
- Blatchford >50% chảy máu tái phát sau 6 tháng
- Nội soi lại sau 1 tháng

• Xa:

- Xơ gan mất bù Child → xấu

Phòng ngừa tiên phát XHTH: chẹn beta/thắt

phòng ngừa thứ phát XHTH: chẹn beta + thắt

Khi nào xài chẹn beta: khi hết cửa sổ điều trị (hết nhiễm trùng, XHTH, suy thận, bệnh não gan): liều Durocardyl 40mg 1/2 viên x 2 uống

Xài (để phòng ngừa) tăng dần đến khi đạt mục tiêu HA>=90, Mạch 55-60. Tăng liều mỗi 1-2 tuần

Chỉ định nội soi tái kiểm tra sau 1 tuần

xơ gan child càng nặng chích KS phòng VPMNKNP tốt hơn ks uống

giữ Hb ở mức:

- do loét dd-tt: 8-9 g/dl

- do vỡ giãn: 7-8