

## BỆNH ÁN TIÊU HÓA

**Bs Quang – 29/3/2019**

### I Hành chính

- Họ và tên: Tô Minh Q. Tuổi: 62 Giới: Nam
- Nghề nghiệp: Lái xe
- Địa chỉ: Bình Quới, Bình Thạnh, TP.HCM
- Ngày nhập viện: 13h00 9/3/2019
- Giường 1 Phòng 309 BV Nhân Dân Gia Định
- Số nhập viện: 19.018896

### II Lý do nhập viện: Ho

### III Bệnh sử

-Bệnh nhân được chẩn đoán HCC thể thâm nhiễm – Viêm gan siêu vi C – Xơ gan tại BVNDGD cách đây 4 tháng, đtri không rõ. Uống theo toa + thuốc nam bắc thì bụng xẹp. Uống hết toa rồi ngưng thuốc.

-Cách nhập viện 1 tuần, bệnh nhân khởi phát sốt liên tục, nhiệt độ cao nhất 38°C, kèm lạnh run, không vã mồ hôi, không điều trị.

-Cách nhập viện 4 ngày, sốt không giảm, bệnh nhân khởi phát ho khan, liên tục cả ngày, không yếu tố khởi phát, không thay đổi theo tư thế. Trong vòng 4 ngày, ho nhiều hơn, đàm trắng đục lượng #5ml/24h, không lẫn máu, không đau họng, không khàn tiếng, không khó thở, không đau ngực. Cùng ngày nhập viện, sốt và ho không giảm, bệnh nhân đi khám tại BV Bình Dân, chẩn đoán và điều trị không rõ, qua khám và nhập viện BV Nhân Dân Gia Định.

-Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng lỏng 3 lần/ngày, không rối loạn giấc ngủ, không thay đổi tính tình, sụt cân (70kg → 50kg/4 tháng), không hồi hộp, đánh trống ngực, tiểu vàng sậm lượng 1 lít/ngày, không tiểu gắt buốt, tiểu lắt nhắt.

-Tình trạng lúc nhập viện:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- M: 100 lần/phút HA: 90/60mmHg NT: 20 lần/phút NĐ: 37°C
- Vẻ mặt nhiễm trùng, môi khô
- Phù chân nhẹ, sao mạch (+), lòng bàn tay son (+)
- Không vàng da
- Phổi ran nổ đáy phổi (T)
- Bụng mềm, gan lách không sờ chạm
- Gõ đục khắp bụng, đau nhẹ

### IV Tiền căn

#### 1 Bản thân

##### a Nội khoa

-Chưa ghi nhận vàng da, nôn ra máu, phù chân trước đây.

-Cách nhập viện 4 tháng, bệnh nhân khởi phát bụng to, được chẩn đoán HCC thể thâm nhiễm – Viêm gan siêu vi C – Xơ gan tại BVNDGD. Kết quả xét nghiệm của giấy xuất viện:

.Dẫn TMTQ độ II – III, viêm dạ dày

.HCC thể thâm nhiễm gan P, huyết khối TMC, xơ gan, báng bụng

.Anti HCV (+), tiểu cầu 115, PT 63s, Creatinine 93 umol/L, Bilirubin 36.6 umol/L, Albumin/Protein 35/63 → Tính Child 9-10d (B)

-Cách nhập viện 2.5 tháng, bệnh nhân uống thuốc nam, từ đó bệnh nhân tiêu phân vàng lỏng 3 – 4 lần/ngày.

-Chưa ghi nhận tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, lao, bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy thận, viêm gan siêu vi B.

b Ngoại khoa

-Cách nhập viện 12 năm, cắt túi mật.

c Thói quen – sinh hoạt

-Rượu bia: 10g cồn/ngày x 30 năm, đã ngưng được 4 tháng.

-Thuốc lá: 1 gói/ngày x 30 năm, đã ngưng được 4 tháng.

d Dị ứng

-Chưa ghi nhận dị ứng thuốc, thức ăn

2 Gia đình

-Chưa ghi nhận tiền căn viêm gan siêu vi B-C, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường

V Lược qua các cơ quan (15/3/2019) (6 ngày sau nhập viện) :

- Tim mạch : Không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực
- Hô hấp : Không khó thở, ho giảm.
- Tiêu hóa : Không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng 2 lần/ngày.
- Tiết niệu : không tiểu gắt buốt lắm nhất, nước tiểu vàng trong.
- Thần kinh : Không đau đầu, không chóng mặt
- Cơ xương khớp : Khớp không sưng, nóng, đỏ, đau

VI Khám (15/3/2019)

1 Tổng trạng

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu : M: 84 l/phút HA: 120/70 mmHg NT : 16 l/phút ND : 37°C
- Chiều cao : 160cm Cân nặng: 50kg
- Kết mạc mắt vàng, niêm hồng
- Phù 2 chân tới ½ cẳng, đối xứng, phù mềm, không đỏ đau.
- Lòng bàn tay son
- Môi không khô, lưỡi không dơ
- Không xuất huyết dưới da, hạch ngoại biên không sờ chạm

## 2 Khám từng vùng

### a Đầu mặt cổ

- Cân đối
- Khí quản không lệch
- Tĩnh mạch cổ nổi/45 (-)
- Tuyến giáp không sờ chạm
- Tuyến mang tai không sờ chạm

### b Ngực:

- Ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không co kéo cơ liên sườn, khoang liên sườn không giãn rộng.
- Sao mạch

### i Tim mạch:

- Mỏm tim khoang liên sườn V đường trung đòn T, diện đập 1x1 cm, nảy nhẹ
- T1, T2 đều rõ 84 lần/phút. Không âm thổi

### ii Hô hấp :

- Rung thanh đều 2 bên
- Gõ trong khắp 2 phế trường
- Rì rào phế nang êm dịu
- Ran nổ cuối thì hít vào vùng ½ trên ngực (T)

### c Bụng :

- Bụng to, rốn phẳng, di động theo nhịp thở
- Tuần hoàn bàng hệ.
- Sẹo #8cm trên rốn, không sưng, không đỏ, không rỉ dịch.
- Nhu động ruột: 6 lần/phút
- Gõ đục vùng thấp, vùng đục di chuyển (+)
- Bụng mềm, không điểm đau. Dấu sóng vỗ (-)
- Gan lách không sờ chạm
- Chạm thận (-), cầu bàng quang (-)

### d Thần kinh:

Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

Dấu run vẩy (-)

### e Cơ xương khớp:

Không giới hạn vận động

## VII Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nam, 61 tuổi, nhập viện vì ho, bệnh 1 tuần, ghi nhận

TCCN:

- Sốt liên tục 38oC, lạnh run

- Ho đàm đục
- Bụng to
- Phù chân đối xứng không đau

TCTT:

- M: 100 lần/phút                      HA: 90/60mmHg                      NT: 20 lần/phút
- Kết mạc mắt vàng
- Phù chân đối xứng mềm không đau
- Lòng bàn tay son, sao mạch
- Môi khô, vè mặt nhiễm trùng
- Ran nổ ½ trên phổi (T)
- Tuần hoàn bàng hệ
- Gõ đục vùng thấp, vùng đục di chuyển (+), dấu sóng vồ (-)

Tiền căn

- HCC thể thâm nhiễm
- Viêm gan siêu vi C
- Xơ gan
- Dẫn tĩnh mạch thực quản độ II – III
- Rượu bia: 10g cồn/ngày x 30 năm, đã ngưng
- Thuốc lá: 30 gói – năm, đã ngưng

### VIII Đặt vấn đề

1. Hội chứng nhiễm trùng
2. Hội chứng suy tế bào gan + Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa
3. Tiền căn: HCC thể thâm nhiễm – Xơ gan – Viêm gan siêu vi C

### IX Chẩn đoán

#### Chẩn đoán sơ bộ:

-Viêm phổi cộng đồng – Theo dõi VPMNKNP – nhiễm trùng huyết / Xơ gan mất bù do viêm gan siêu vi C và rượu / HCC thể thâm nhiễm

#### Chẩn đoán phân biệt:

-Lao phổi – Theo dõi VPMNKNP / Xơ gan mất bù do viêm gan siêu vi C và rượu / HCC thể thâm nhiễm

**Áp xe phổi.**

### X Biện luận

1. Hội chứng nhiễm trùng **hô hấp dưới:**

Bệnh nhân sốt liên tục kèm lạnh run, môi khô, vè mặt nhiễm trùng nên nghĩ có hội chứng nhiễm trùng, các ổ nhiễm gồm:

**Nếu NTH ra phổi thì phải biểu hiện ARDS, suy hô hấp.**

**HC nhiễm trùng: sốt lạnh run, môi khô lưỡi đỏ, vè mặt Ntrung.**

Ho khạc đàm không trong HC nhiễm trùng → đặt vấn đề riêng

SGMD + hc nhiễm trùng: NT nhiều nơi

HC ntrung + ổ ntrung: chỉ điểm ntrung chỗ đó :v.

Theo sinh hiệu thì ca này không shock nhiễm trùng.

- Phổi: nghĩ nhiều do có ho đàm xanh, khám có ran nổ ở phổi. Các nguyên nhân:
    - o Viêm phổi: nghĩ nhiều do khám có ran nổ.
      - Viêm phổi cộng đồng do khởi phát triệu chứng khi không nằm viện.
      - Mức độ: theo PSI bệnh nhân có ít nhất 111 điểm (Nam, 61 tuổi, có bệnh ung thư +30, bệnh gan +20) nên xếp nhóm IV.
      - Biến chứng:
        - SHH cấp: không nghĩ
        - Tràn dịch màng phổi: khám không nghi nhận hội chứng 3 giảm
        - VP hoại tử - AXP: chưa ghi nhận ộc mủ, nhưng bệnh nhân có suy nhược, sụt cân gần đây → Ít nghĩ
        - Nhiễm trùng huyết: qSOFA = 1 điểm (HATT < 100 lúc NV, nhịp thở không  $\geq$  22 l/ph, không rối loạn tri giác) → Ít nghĩ, nhưng bệnh cảnh XG có thể có NTH tự phát
        - NT ngoài phổi: ở bệnh nhân này có thể có VPMNKNP
    - o **Áp xe phổi?**
    - o Viêm phế quản cấp: không nghĩ.
    - o Lao phổi: các yếu tố gợi ý: bệnh cảnh âm i 1 tuần, khám bất thường 1/2 trên phổi → Ít nghĩ **phải đề nghị cls cđpb lao.**
  - Tiêu hóa:
    - o Nhiễm trùng tiêu hóa: không nghĩ do không đau bụng, không tiêu chảy hơn bình thường
    - o VPMNKNP: bệnh nhân XG có báng bụng, nay có sốt NV → Phải chọc dịch màng bụng để loại trừ
  - Ngoài ra không nghĩ các ổ nhiễm trùng ở TKTW, tai mũi họng, da, cơ xương khớp, tiết niệu sau khi đã tầm soát
  - **Nhiễm trùng huyết: 2 ổ NT + SIRS.**
2. Hội chứng suy tế bào gan + Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa:

-Bệnh nhân có hội chứng suy tế bào gan (kết mạc mắt vàng, lòng bàn tay son, phù) và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (báng bụng, tuần hoàn bàng hệ, dẫn tĩnh mạch thực quản) phù hợp với bệnh cảnh xơ gan:

- Xơ gan mất bù do hiện nghĩ có VPMNKNP.
- Nguyên nhân:
  - o Siêu vi: Bệnh nhân được chẩn đoán Viêm gan siêu vi C nên nghĩ nhiều. Đề nghị tầm soát thêm VGSV B
  - o Rượu: Bệnh nhân tiêu thụ 10g cồn/ngày x 30 năm nên nghĩ nhiều
  - o Ú mật: Bệnh nhân chưa ghi nhận các đợt vàng da trước đây → không nghĩ
  - o Các nguyên nhân khác hiện không nghĩ
- Biến chứng:
  - o VPMNKNP: Nghĩ nhiều.
  - o Xuất huyết tiêu hóa: Bệnh nhân không nôn ra máu, không tiêu phân đen nên không nghĩ

- Bệnh não gan: Bệnh nhân không có dấu run vẩy, không thay đổi giấc ngủ, tính tình nên không nghĩ
- Tồn thương thận cấp: Lượng nước tiểu không giảm. Cần làm thêm BUN, Creatinine, ion đồ.
- Ung thư gan: Bệnh nhân được chẩn đoán HCC thể thâm nhiễm → nghĩ nhiều
- Báng bụng: khám ghi nhận có báng bụng.

## XI Đề nghị CLS

### - CLS chẩn đoán:

- Viêm phổi: XQ ngực thẳng, CRP, CTM, soi cấy đàm
- VPMNKNP: chọc dịch màng bụng (ADA, Protein, Albumin, tế bào học, Glucose, cấy dịch màng bụng). Protein máu, Albumin máu **ca này mới vô tuy không nghĩ vpmnkn do có ổ NT hô hấp nhưng vẫn chọc để xem có nhiễm trùng huyết không.**
- NTH: cấy máu
- XG: Bilirubin, PT, siêu âm bụng, AST, ALT, BUN, Creatinin, Anti-HCV, HBsAg

### - Thường quy: ECG, Ion đồ, TPTNT

## XII Kết quả CLS

### 1. Công thức máu 9/3/2019:

Xét nghiệm	Kết quả	Trị số bình thường
* WBC	<b>24.41</b>	(4.0-10.0) K/ml
Neu %	<b>95.6</b>	(40.0-77.0) %
Lym %	<b>1.8</b>	(16.0-44.0) %
Mono %	2.0	(0-10) %
Eos %	0.1	(0.00-7.00) %
Baso %	0.1	(0.0-1.0) %
Luc %	0.4	(0.0-4.0) %
Neu	<b>23.33</b>	(2.0 – 7.5)K/ul
Lym	0.45	(1.0 – 3.5)K/ul
Mono	0.50	(0.0 – 1.0)K/ul
Eos	0.02	(0 – 0.6) K/ul
Baso	0.03	(0 – 0.1) K/ul
**RBC	<b>3.32</b>	(3.9-5.4) T/L
Hgb	<b>112</b>	(140-160)g/l

Hct	<b>0.328</b>	(0.350-0.470) L/l
MCV	98.6	(80-100) fL
MCH	33.8	(26.0-34.0) pg
MCHC	33.6	(310-360) g/L
RDW	13.5	(9.0-16.0) %CV
***PLT	<b>129</b>	(150-400) Giga/L

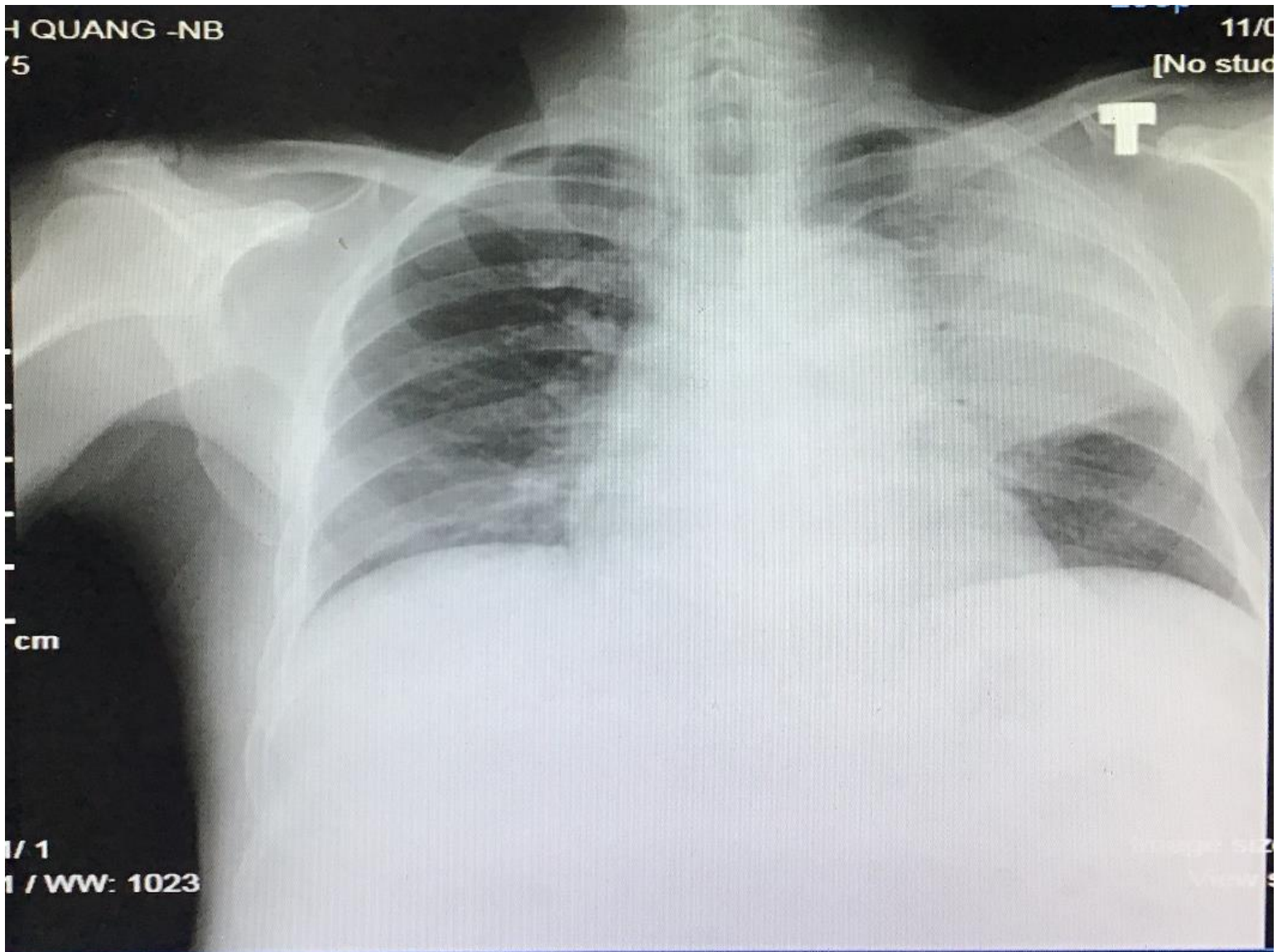
-Bạch cầu tăng, Neutrophil ưu thế → Phù hợp nhiễm trùng

-Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào: bệnh nhân xơ gan, uống rượu thường có thiếu máu hồng cầu to, trên bệnh nhân này nghĩ có thể có xuất huyết rỉ rả đường tiêu hóa hoặc giảm nhập do ăn uống kém.

-Tiểu cầu do xơ gan hoặc do nhiễm trùng ức chế tủy.

## 2. *X quang ngực thẳng:*

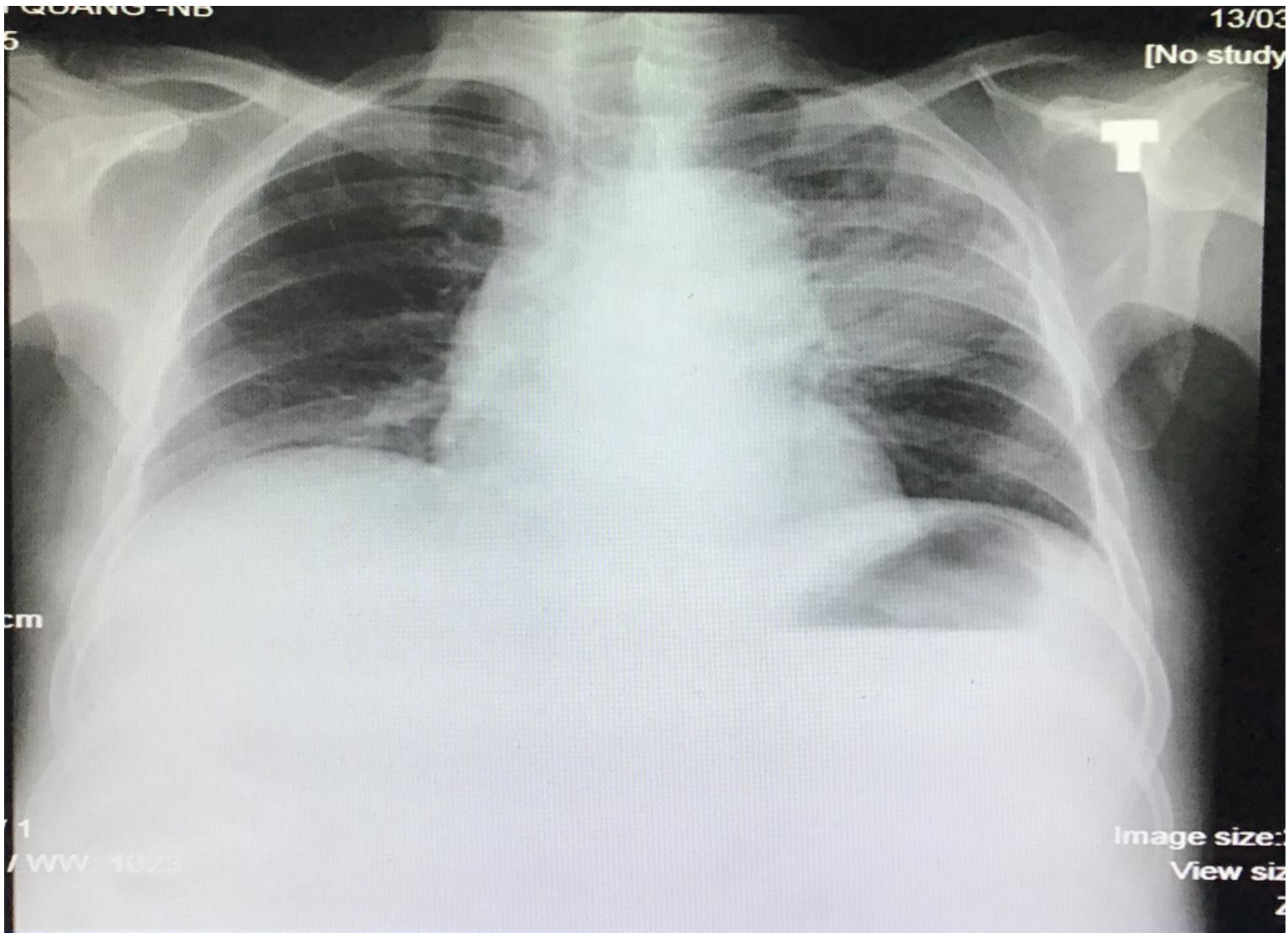
11/3



- Khí quản không di lệch, góc sườn hoành 2 bên không mờ
- Tổn thương mờ đồng nhất  $\frac{1}{2}$  trên phổi T, giới hạn rõ, xóa bờ tim (T), có hình ảnh khí phế quản đồ, không co kéo hay đẩy trung thất.

→ Gợi ý viêm phổi thùy >>> lao phổi





→ Có cải thiện trên X quang, nghĩ BN có đáp ứng điều trị viêm phổi

### 3. Chọc dịch màng bụng 9/3/2019:

Xét nghiệm	Kết quả
ADA	13.3
Albumin	7.0 g/L
Protein	18.0 g/L
Glucose	7.31 mmol/L
Màu sắc – độ đục	Vàng chanh – đục +
Bạch cầu	336 BC/mm <sup>3</sup>
Đa nhân	18.1%
Đơn nhân	81.9%
Tế bào khác	0%

- SAAG = 28.8 – 7.0 = 21.8 (g/L) > 11 g/L → Dịch tăng áp TMC, phù hợp xơ gan
- Bạch cầu = 336 thường gặp trong xơ gan không biến chứng
- Neu = 336 x 0.18 = 60 < 250/mm<sup>3</sup>
- KQ cấy dịch màng bụng (trả kq ngày 14/3): Không mọc  
→ Không nghi VPMKNP
- Protein 1.8 g/dL cao → không có nguy cơ VPMKNP
- ADA = 13.3 → không nghi lao màng bụng.
- **Vpmknp: hiện nay chưa nghi, không cần chọc lại tụy bn. Có ổ NT hô hấp r, giải thích được trụng Ntrung.**

### 4. Sinh hóa máu 9/3/2019

Glucose	5.57		3.9 – 6.1 mmol/L
Urea	<b>12.2</b>	13/3: 6.8	1.7-8.3 mmol/L
Creatinin	91.5	13/3: 56.2	62-120 μmol/L
GFR (MDRD)	77.96		
Na	<b>116.3</b>		135-145 mmol/L
K	4.8		3.5-5.0 mmol/L
Cl	<b>87.9</b>		97-111 mmol/L
AST	<b>148.4</b>		37 U/L
ALT	<b>55.0</b>		41 U/L
CRP	<b>172.07</b>		0 – 5 mg/L
Bilirubin total	<b>105.92</b>		≤ 17 umol/L
Bilirubin direct	<b>64.90</b>		≤ 4.3 umol/L
Albumin	<b>28.8</b>		35 – 50 g/L

- CRP tăng cao phù hợp bệnh cảnh nhiễm trùng của bệnh nhân.
- Men gan tăng, AST/ALT > 1 → phù hợp xơ gan, bệnh gan mạn do rượu.
- Natri giảm: đề nghị do ALTT máu trực tiếp
  - o ALTT máu tính toán: 250 mOsm/kg → Hạ Natri máu nhược trương
  - o BN có phù nên nghi có tăng thể tích tuần hoàn → Nghi nhiều hạ Natri máu do XG
- PSI đánh giá độ nặng viêm phổi sau khi có CLS: Nam, 61 tuổi, có bệnh ung thư +30, có bệnh gan +20, BUN = 12.2 > 10.7 +20, Na<sup>+</sup> 116.3 < 130 +20 → 151 điểm, Thuộc nhóm V.
- Creatinin ngày 13/3 giảm hơn 1.5 lần so với Creatinin ngày 9/3 → Tồn thương thận cấp có hồi phục
- **Sao crea giảm? Crea lần trc chưa chắc crea nền, có thể aki lúc đó, giờ đang hồi phục (hồi cứu).**

- Ca này AKI yttđ do: nhiễm trùng, báng bụng, sd thuốc nam, cái chính là nhiễm trùng. Đtri NT xog phải check lại chức năng thận.
- Ca này tắc mật tại gan cũng có thể gây tăng Bil ưu thế.

**5. Đông máu toàn bộ 9/3/2019**

PT (TQ): 30.6 s (11.33 – 14.87s)

PT%: 34 (79 - 125%)

INR: 2.25 (0.86 – 1.13)

→ Rối loạn chức năng đông máu ngoại sinh, phù hợp xơ gan.

Tính điểm Child – Pugh:

- Báng bụng lượng trung bình: → 3đ
- Bệnh não gan: không có → 1đ
- Bilirubin = 6.19 mg/dl → 3đ
- Albumin máu 28.8 g/L → 2đ
- INR 2.25 → 3đ

Tổng điểm = 12đ → Child C

**6. SÁ bụng 11/3/2019**

- Gan không to, H(T) # 93mm, H(P) # 135 mm, nhu mô thô, bờ không đều. Từ các góc gan. Huyết khối bám phần dọc thân chính nhánh P, nhánh T. Hạ phân thùy VII có khối phản âm kém dạng đặc, KT # 26 X 36 mm, giới hạn không rõ, bờ không đều, không đồng nhất.
- Đường mật trong và ngoài gan không dẫn
- Dịch tự do ổ bụng lượng nhiều
- TDMP hai bên lượng ít
- Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường

Kết luận:

- Xơ gan, báng bụng lượng nhiều
- HCC HPT VI – VII dạng thâm nhiễm. Huyết khối TMC vp4
- TDMP hai bên lượng ít

**7. CT scan bụng chậu có cản quang 13/3/2019**

- Gan không to, bờ không đều. Nhu mô gan hạ phân thùy VI – VII tổn thương dạng thâm nhiễm, bắt thuốc tương phản không đồng nhất ở thì động mạch, thải thuốc ở các thì sau. Huyết khối gây tắc TMC nhánh sau P và huyết khối một phần thân TMC.
- Dịch tự do ổ bụng lượng nhiều
- Không thấy hạch phì đại ở vùng bụng – chậu.
- Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường

Kết luận:

- Xơ gan, báng bụng lượng nhiều
- HCC HPT VI – VII dạng thâm nhiễm. Huyết khối TMC vp4

Nhận xét

- BN có xơ gan Child C, HCC kèm huyết khối TMC → HCC stage D (BCLC)

### 8. Cấy đàm (10/3):

- Nhuộm gram: Cầu khuẩn gram dương dạng đôi 1+
- Nuôi cấy: Tụ khuẩn thường trú

→ Không gợi ý tác nhân.

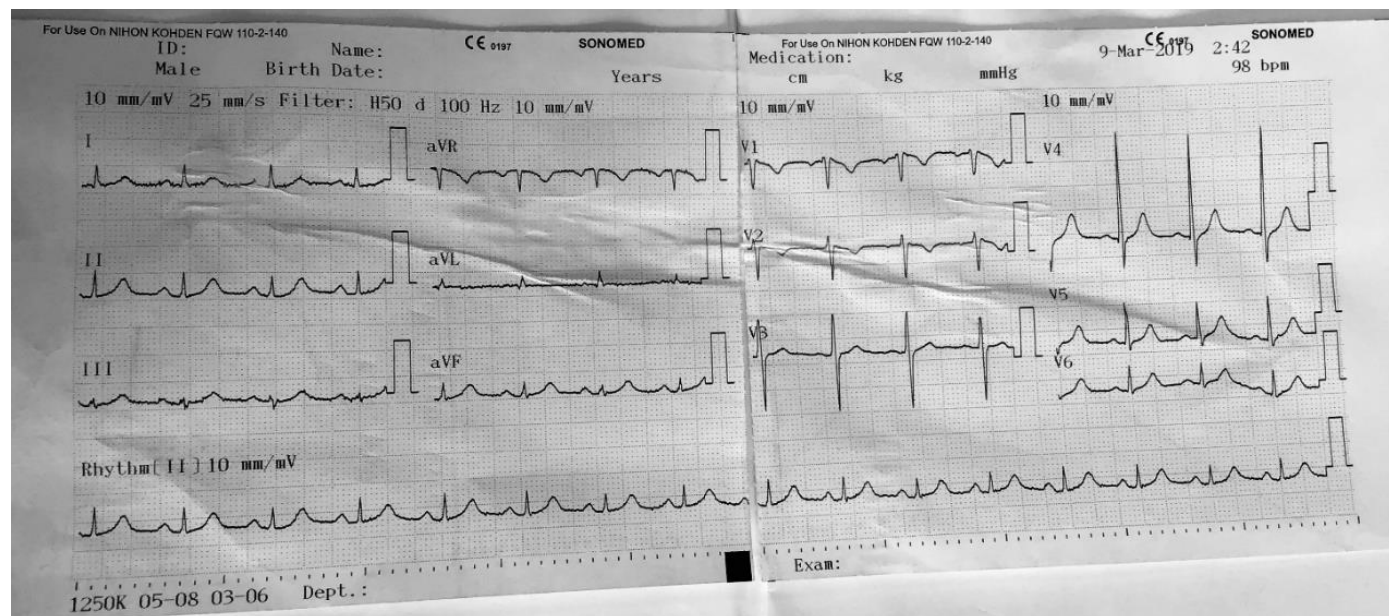
### 9. Cấy máu (9/3): Không mọc

### 10. Tổng phân tích nước tiểu 10/3/2019:

Xét nghiệm	Kết quả	
Ery	Âm tính	$\leq 10 \text{ ery}/\mu\text{L}$
Urobilinogen	16	$\leq 1.7 \mu\text{mol/L}$
Bilirubin	Moderate	$< 3.4 \mu\text{mol/L}$
Nitrite	Dương tính	
Ketones	Vết	$< 0.5 \text{ mmol/L}$
Protein	Âm tính	$< 0.1 \text{ g/L}$
Glucose	Âm tính	$< 1.7 \text{ mmol/L}$
pH	5.5	
S.G	1.024	
Leukocytes	<b>70</b>	$< 10 \text{ Leu}/\mu\text{L}$
Color	Cam	

BC (+), nitrite (+) → gợi ý BN có nhiễm trùng tiểu không triệu chứng → cấy nước tiểu.

### 11. ECG 9/3/2019



- Chưa ghi nhận bất thường

### XIII Chẩn đoán xác định

Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng (nhóm V theo PSI) – Nhiễm trùng tiêu không triệu chứng – Xơ gan Child C do HCV và rượu – HCC thể thâm nhiễm – Hạ Natri máu do pha loãng – Tổn thương thận cấp có hồi phục

### XIV Điều trị:

**1/Điều trị lúc nhập viện:** sinh hiệu (M: 100 lần/phút, HA: 90/60mmHg) **nếu có AKI thì phải chỉnh liều 2 gđ lúc đang tổn thương và lúc hồi phục.**

-Không thở Oxy

-Imipenem/cilastatin 0.5g

NaCl 0.9% 100ml



TTM XXX giọt/phút x 4 lần/ngày

-Levofloxacin 750 mg TTM 1 lần/ngày

-NaCl 0.9% 500 ml 1 chai TTM XXX giọt/phút

-Không dùng lợi tiểu

-Ăn lạt

-Chọc dịch màng bụng

**2/Điều trị hiện tại:** tiếp tục kháng sinh đến ngày 10

**3/Điều trị sau khi xuất viện:**

-Nội soi tiêu hóa trên, cột thắt TMTQ dẫn độ III hoặc có dấu son

-Propranolol 20 mg (u) x 2 l/ngày

-Furosemide 20 mg (u) 1 l/ngày

-Spironolactone 50 mg (u) 1 l/ngày

-Child C điều trị HCV thường không hiệu quả

-Quá chỉ định điều trị triệt để HCC

-Chủng ngừa cúm, phế cầu, HBV, **HAV**

### XV Tiên lượng

1. Tiên lượng gần: Hiện bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu ổn, lâm sàng và x quang có cải thiện sau điều trị trên cơ địa xơ gan → trung bình
2. Tiên lượng xa: Xơ gan child C và HCC thể thâm nhiễm, có huyết khối tĩnh mạch cửa → xấu. Khả năng sống 1 năm: 45%

**Huyết thanh chẩn đoán Hp:** bn chưa đtti mới dùng để chẩn đoán. Nếu làm để tầm soát mà kq âm tính thì phải xem lại, esp loét hành tá tràng có biến chứng → làm lại clo test or tets hơi thở (chính xác nhất, chỉ định sau khi tiết trừ Hp). Nếu bn có loét và nguy cơ K cao thì nội soi lại → clo test và sinh thiết ktra.

Copyright © - Ghi chép mỗi tay by Minh Hằng Y13 UMP

Tác giả: Phước – Hằng – Khoa – Triều

Viêm dạ dày: đơn nhân cao là mạn, đa nhân cao là cấp, còn tăng eos thì (nghe lại 55p)

Bn vtc kết hợp truyền dịch vs insulin nếu bn đtd. Tỷ lệ 1:5 , có thể tăng insulin lên chút giảm đường của bn. Có thể bơm tiêm tự động insulin