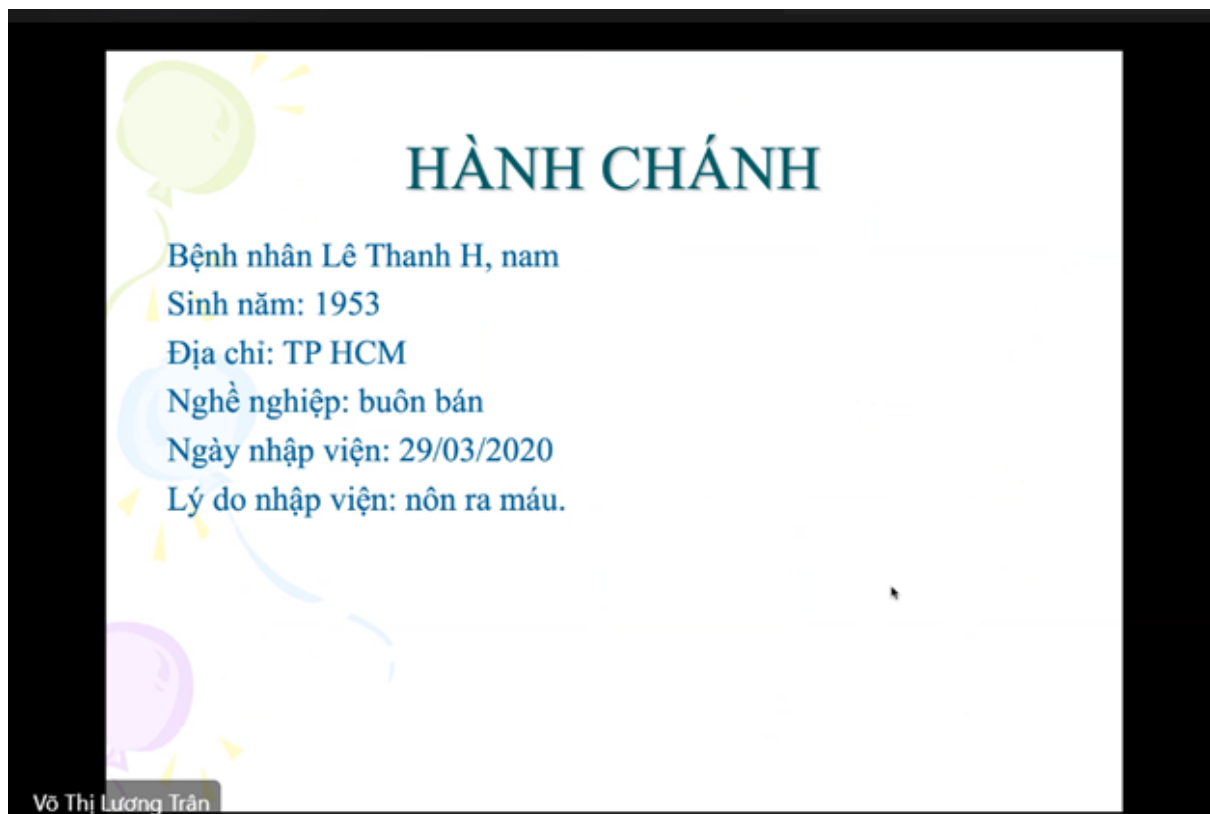


THLS XHTH DO VỞ DẪN TMTQ - 2

<https://youtu.be/tYRb8P0oipE>

29/03/2020

Lý do nhập viện



Microsoft Teams Edit View Window Help 64% Wed 13:34

BỆNH SỬ

2 tuần nay BN thấy vàng da vàng mắt tăng dần, tiểu vàng sậm, tiêu phân vàng.

1 tuần nay BN thấy phù 2 chân.

Các nhập viện 6 giờ, sau ngủ dậy Bn cảm giác buồn nôn và nôn ra máu 2 lần, mỗi lần khoảng 500ml, máu đỏ bầm, không lẫn thức ăn. Sau đó BN tiêu phân đen 2 lần, mỗi lần khoảng 100ml, phân sệt, dính bóng, mùi tanh hôi. BN thấy hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi nhiều nên nhập BV CR.

Trong thời gian bệnh, BN không ngứa, không sốt, không đau bụng, ăn uống bình thường, không sụt cân, lượng nước tiểu bình thường.

Võ Thị Lương Trần

TIỀN CĂN

- Bản thân:
 - ✓ Cách đây 10 năm: đi khám sức khỏe tổng quát phát hiện viêm gan virus B nhưng không tái khám và không điều trị gì.
 - ✓ Cách 1 năm: nội soi dạ dày kiểm tra phát hiện dẫn tĩnh mạch thực quản độ III, đã được thắt tĩnh mạch thực quản 2 lần.
 - ✓ Không ghi nhận bệnh tim, bệnh thận, bệnh phổi, bệnh ác tính trước đây.
 - ✓ Không tiền căn đau thượng vị, sử dụng thuốc giảm đau.
 - ✓ Không có tiền căn truyền máu, xăm mình, tiêm chích ma túy.
 - ✓ Uống rượu 250 ml/ngày trong 15 năm, đã ngưng 1 năm.
- Gia đình: chưa ghi nhận bất thường

Võ Thị Lương Trần



KHÁM LÂM SÀNG

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.
- M = 105 lần/ phút, HA 90/60 mmHg, $t^0 = 37,5^{\circ}\text{C}$, nhịp thở 20 lần/ phút.
- Tổng trạng trung bình.
- Sonde dạ dày: ra khoảng 100ml máu đỏ bầm.
- Niêm hồng nhạt
- Không dấu xuất huyết da niêm.
- Vàng da vàng mắt.
- Sao mạch ở ngực, lòng bàn tay son.
- Hạch ngoại vi không sờ thấy.
- Tĩnh mạch cánh không nổi ở tư thế 45° .

- Tim đều, không âm thổi.
- Phổi không ran.

Khám bụng:

- Bụng cân đối, di động theo nhịp thở, không sọc mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa chủ (-).
- Gõ trong.
- Bụng mềm, ấn không đau.
- Gan 9cm đo ở đường trung đòn phải.
- Lách to độ 2.

Phù 2 chân (++)

Võ Thị Lương Trần

XHTH đang diễn tiến mức độ trung bình

Tóm tắt bệnh án:

BN nam 67 tuổi nhập viện vì nôn ra máu, bệnh 2 tuần:

TCCN:

- Vàng da, tiểu sậm màu
- Phù 2 chân
- Nôn ra máu khoảng 500 ml, không lẫn thức ăn
- Tiêu phân đen 2 lần, mỗi lần 100 ml, tanh hôi, dính bóng, sau đó chóng mặt, vã mồ hôi nhiều

TCTT:

M: 105 HA 90/60 Sonde dạ dày 100 ml máu

Niêm hồng nhạt

Vàng da, vàng mắt .

Sao mạch ở ngực lòng bàn tay son

Gan 9cm ở đường trung đòn phải

Lách to độ 2

Phù 2 chân

TC:

- Viêm gan B mạn 10 năm không điều trị
- Dẫn TMTQ đã thất 2 lần
- Uống rượu 250 ml/ngày trong 15 năm, ngưng 1 năm

Đặt vấn đề:

- XHTH trên đang diễn tiến mức độ trung bình
- HC suy tế bào gan
- HC tăng áp TM cửa
- Tiền căn: viêm gan B mạn 10 năm, dẫn TMTQ đã thất 2 lần



VD: tiêu phân đen thì chỉ đặt XHTH chứ không đặt XHTH trên. Vấn đề nào chắc chắn có ở bệnh nhân thì mới đặt ra.

Tiền căn: không viết ra thành vấn đề, mình sẽ sử dụng trong phần biện luận.

1.CĐSB: XHTH trên đang diễn tiến mức độ trung bình nghĩ do vỡ dẫn TMTQ/Xơ gan mất bù do viêm gan B mạn – rượu

2.CĐPB: XHTH trên đang diễn tiến mức độ trung bình do loét dạ dày tá tràng/Xơ gan mất bù do viêm gan B mạn – rượu

Chỉ nhắc cách biện luận:

BN có nhiều vấn đề thì mình dùng vấn đề HC suy tế bào gan và tăng áp TM cửa để đưa đến chẩn đoán: vừa có HC suy tế bào gan và TAC thì chẩn đoán xơ gan.

Ca này đơn giản và khá điển hình, nếu bệnh nhân chỉ có 1 HC suy TB gan hoặc có 1 HC TAC thì biện luận sẽ khó khăn hơn

Có những BN trên LS người ta chỉ có 1 hội chứng suy TB gan hay TAC: Suy tế bào gan (suy gan cấp, K gan/xơ gan, đợt bùng phát của viêm gan mạn, xơ gan), tăng áp cửa (trước gan, tại gan (trước xoang, tại xoang, sau xoang), sau gan)

Chẩn đoán xơ gan: xơ gan? Còn bù/mất bù? Nguyên nhân? biến chứng?

Còn bù/mất bù? → **XHTH do vỡ dẫn TMTQ, bàng bụng, não gan**. Tuy nhiên chữ mất bù đã thể hiện được là các TB gan không thể hiện được các TB gan không còn bù được các TB gan đã tổn thương → Ca này thì có đủ gần hết các triệu chứng của 2 HC gần như là mất bù. Những ca còn bù thường triệu chứng rất mờ nhạt và kín đáo.

Nguyên nhân xơ gan? Có thể tồn tại cùng lúc nhiều nguyên nhân gây ra xơ gan (1 bệnh nhân viêm gan B không tiên lượng lúc nào cũng xơ gan chậm hơn viêm gan B và uống rượu). Bệnh nhân có càng nhiều yếu tố gây tổn thương gan thì bệnh nhân sẽ càng nhanh đi vào mất bù.

Biến chứng? Lúc này đi biện luận vấn đề XHTH trên đang diễn tiến mức độ TB

- XHTH do vỡ dẫn TMTQ: XHTH trên/dưới, mức độ, đang diễn tiến? do nguyên nhân gì?
- Một bệnh nhân **vừa ói ra máu vừa tiêu phân đen** thì phải nghĩ đến **XHTH trên**

Mức độ XHTH: dựa vào lượng máu mất, sinh hiệu, triệu chứng toàn thân, cận lâm sàng

XHTH có đang diễn tiến hay không? Rất quan trọng do có liên quan đến điều trị. Dựa vào tính chất máu mất (đỏ bầm, tươi, đi cầu đỏ tươi, đỏ bầm thì chắc chắn là nó đang diễn tiến; còn những trường hợp không đi cầu liền cho mình thấy thì mình đặt sonde hay thăm hậu môn trực tràng thì màu đỏ tươi, đỏ bầm thì nó đang diễn tiến khả năng cao), sinh hiệu mạch còn nhanh, triệu chứng toàn thân còn vã mồ hôi, thì nghĩ nó đang diễn tiến

XHTH đang diễn tiến: mục tiêu điều trị là cầm máu

XHTH đã ổn: mục tiêu điều trị là tìm nguyên nhân, phòng ngừa

Sinh hiệu: mạch thay đổi rất là sớm. Còn những triệu chứng toàn thân CLS thay đổi sau sinh hiệu

Trên 1 bệnh nhân xơ gan, XHTH do nguyên nhân gì thì phải dựa vào tiền căn và lâm sàng?

VD loét dạ dày khi có tiền căn loét dạ dày, đau thượng vị, sử dụng thuốc giảm đau kéo dài, gần đây có đau thượng vị, ợ nóng, ợ chua, khám có đau thượng vị. Thường là bệnh nhân chỉ ói ra máu đen. Tuy nhiên xuất huyết do loét vẫn có thể ăn vào động mạch làm chảy máu đỏ tươi.

Còn vỡ dẫn TMTQ thì thường ói ra máu đỏ tươi, xuất huyết ồ ạt, đi cầu đỏ tươi, khám có HC suy TB gan, TAC có tiền căn dẫn TMTQ, xơ gan, viêm gan mạn

Xét về mặt xuất độ: XHTH do loét dạ dày tá tràng vẫn cao nên cần CDPB trên ca này.

Viêm trợt dạ dày xuất huyết: tổn thương dạ dày cấp tính trên những đối tượng có yếu tố nguy cơ: stress nặng nề về mặt thể chất (bệnh nhân hậu phẫu, chấn thương, bỏng,...), do thuốc, do rượu.

Đề nghị CLS:

Đề nghị CLS:

- CLS suy tế bào gan: thời gian đông máu, protein máu, tỉ lệ A/G, AST, ALT, bilirubine máu, cholesterol máu
- CLS tăng áp cửa: CTM, SA bụng, nội soi TQ-DD-TT, chọc và xét nghiệm dịch báng
- CLS tìm nguyên nhân xơ gan: GGT, Anti-HCV, HBsAg
- CLS tìm biến chứng: nội soi TQ-DD-TT (dẫn TM thực quản), ure, creatinine, TPTNT (biến chứng thận), chọc và xét nghiệm dịch báng (nhiễm khuẩn phúc mạc nguyên phát)

Biến chứng ung thư gan phải tầm soát: AFB, siêu âm bụng.

Biến chứng xơ gan có những biến chứng nó rõ ràng, và có những biến chứng nó ẩn giấu, mình phải đi tìm.

Chẩn đoán mức độ XHTH: CTM, các xét nghiệm khác thì tùy mỗi cá thể bệnh nhân

Bệnh nhân bệnh mạch vành: thì có thể cần làm men tim

BN nhập viện lúc 29/3

CẬN LÂM SÀNG

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Tên: **LÊ THANH HIỀN** Năm sinh: 1953 Giới tính: Nam
 Mã số ID: 310320-45215 PID: 079048.20030472 Địa chỉ: 201B Nguyễn Chí Thanh, Q5, TP.HCM
 Số điện thoại: 034-3835 417/31109

Loại mẫu: **Máu** Chất lượng mẫu: **Đạt**
 T/G lấy mẫu: 29/03/20 T/G nhận mẫu: 29/03/20 23:34
 T/G in kết quả: 29/03/20 23:59

Nơi gửi: **Khoa Nội Tiêu Hóa (BĐ)**
 Chẩn đoán: **Nước tiểu hóa trên da đầu và tĩnh mạch**
 Thúc đẩy: **Quản lý gan, u gan đa ổ**

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Chỉ số bình thường	Thuyết minh - M&QT
Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)				
RBC	3.26	T/L	3.8 - 5.5	
HGB	113	g/L	120 - 170	
HCT	34.5	%	34 - 50	
MCV	106	fL	78 - 100	
MCH	34.8	pg	24 - 33	
MCHC	329	g/L	315 - 355	
WBC	9.68	G/L	4 - 11	
NEU	74.0	%	45 - 75	
LYM	11.4	%	20 - 40	
MONO	1.13	%	0.8 - 4.4	
EOS	0.26	%	0.16 - 1.1	
PLT	48	G/L	200 - 400	
MPV	9.55	fL	7 - 12	
RDW-CV	18.1	%	11.5 - 14.5	
RDW-SD	40.0	fL	35 - 45	
PT	15.9	giây	12 - 15	
APTT	1.94	giây	24 - 34	

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Tên: **LÊ THANH HIỀN** Năm sinh: 1953 Giới tính: Nam
 Mã số ID: 310320-45215 PID: 079048.20030472 Địa chỉ: 201B Nguyễn Chí Thanh, Q5, TP.HCM
 Số điện thoại: 034-3835 417/31109

Loại mẫu: **Máu** Chất lượng mẫu: **Đạt**
 T/G lấy mẫu: 31/03/20 T/G nhận mẫu: 31/03/20 10:03
 T/G in kết quả: 31/03/20 10:24

Nơi gửi: **Khoa Nội Tiêu Hóa (BĐ)**
 Chẩn đoán: **Nước tiểu hóa trên da đầu và tĩnh mạch**
 Thúc đẩy: **Quản lý gan, u gan đa ổ**

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Chỉ số bình thường	Thuyết minh - M&QT
Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)				
RBC	2.75	T/L	3.8 - 5.5	
HGB	100	g/L	120 - 170	
HCT	28.5	%	34 - 50	
MCV	103.9	fL	78 - 100	
MCH	36.5	pg	24 - 33	
MCHC	352	g/L	315 - 355	
WBC	7.8	G/L	4 - 11	
NEU	75.4	%	45 - 75	
LYM	8.9	%	20 - 40	
MONO	12.8	%	0.8 - 4.4	
EOS	0.2	%	0.16 - 1.1	
PLT	44	G/L	200 - 400	
MPV	9.9	fL	7 - 12	
RDW-CV	20.8	%	11.5 - 14.5	

Phân tích theo từng vấn đề

HC suy tế bào gan: giảm albumin, kéo dài thời gian đông máu, bilirubine tăng ưu thế trực tiếp

HC tăng áp cửa: giảm tiểu cầu, siêu âm lách to, nội soi dẫn tĩnh mạch TQ

Chẩn đoán nguyên nhân: viêm gan B, GGT không tăng cũng không loại trừ nguyên nhân do rượu

Chẩn đoán biến chứng: xuất huyết tiêu hóa (nội soi giãn TM TQ có dấu son) , HCC (siêu âm)

CTM: PLT thấp phù hợp với hội chứng tăng áp TMC

WBC bình thường

HC: có giảm nhưng chưa thay đổi phù hợp với LS → Cần thời gian: CTM ngày hôm sau là đã có thay đổi

Kỳ vọng HC đẳng sắc đẳng bào nhưng mà trên CTM thì HC to có thể do bệnh nhân nghiện rượu nên thiếu vitamin B12

PT, APTT tăng phù hợp với mất chức năng tổng hợp của gan

BỆNH VIỆN CHỢ RẪY
Khoa Sinh Hóa
Địa chỉ: 201B Nguyễn Chí Thanh, Q5, TP. HCM
Điện thoại: 028-415 4137

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **LÊ THANH HIẾN** Năm sinh: 1953 Giới tính: Nam
Mã ID: **300320-35212** PID: 079048.200030472 Địa tượng: BHYT4(10%)_Mei
Mức: Mica SNV: 1200025782 Chức lượng máu: Đạt
Tổ chức: CẤP CỨU T/G nhận mẫu: 30/03/20 09:05
T/G in kết quả: 30/03/20 09:07

Yêu cầu: Xuất huyết tiêu hóa trên do dân vô tình mất thực quản/ở gan, u gan đa ổ

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Chỉ số bình thường	Thiêt bị - M3 Q1
Đường huyết	108	mg/dL	(70 - 110)	Agar - 10000%
ALT (SGPT)	209	U/L	(5 - 40)	Agar - 10000%
AST (SGOT)	340	U/L	(8 - 48)	Agar - 10000%
Bilirubin - Total	28.72	mg/dL	(0.2 - 1.0)	Agar
Bilirubin - Direct	19.84	mg/dL	(0.0 - 0.3)	Agar
BUN	22	mg/dL	(7 - 20)	Agar
Creatinin	1.23	mg/dL	(0.7 - 1.3)	Agar - 10000%
αGPI (CKD-EPI)	66.37	mL/min/1.73m2	>90	

* Ion điện giải

Na+	118	mmol/L	(135 - 145)	Agar BBL 1
K+	4.7	mmol/L	(3.5 - 5.5)	Agar BBL 1
Cl-	97	mmol/L	(98 - 106)	Agar BBL 1

KHOA SINH HÓA
KTY/III Đặng Thị Huyền
A23-CR10-1888

BỆNH VIỆN CHỢ RẪY
Khoa Sinh Hóa
Địa chỉ: 201B Nguyễn Chí Thanh, Q5, TP. HCM
Điện thoại: 028-415 4137

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **LÊ THANH HIẾN** Năm sinh: 1953 Giới tính: Nam
Mã ID: **300320-57040** PID: 079048.200030472 Địa tượng: BHYT4(10%)_Mei
Mức: Mica SNV: 2200028318 Chức lượng máu: Đạt
Tổ chức: CẤP CỨU T/G nhận mẫu: 30/03/20 10:04
T/G in kết quả: 30/03/20 10:54

Yêu cầu: Xuất huyết tiêu hóa trên do dân vô tình mất thực quản/ở gan, u gan đa ổ

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Chỉ số bình thường	Thiêt bị - M3 Q1
Albumin máu	3.3	g/dL	(3.5 - 5.5)	CHROMA

KHOA SINH HÓA
Ths.KTY/III Nguyễn Việt Thiều
VC2005-001885

AST/ALT > 1 → Phù hợp với xơ gan. Phân biệt với trường hợp suy gan cấp thì AST/ALT < 1. Ca này không điển hình xơ gan, điển hình là men gan không tăng, hoặc tăng nhẹ.

Na+ giảm: giảm Natri máu do pha loãng (phù)

Bilirubine máu tăng cao, Bilirubin trực tiếp ưu thế → Phù hợp với xơ gan

Albumin máu giảm → Phù hợp xơ gan

Glucose máu bình thường, creatinine máu cần lặp lại sau 48h, BUN tăng trong XHTH là phù hợp

Child 10 điểm → Child C

CẬN LÂM SÀNG

Trung Tâm Truyền Máu Chọc Rễ
Miền Dịch Sàng Lọc
Địa chỉ: 201B Nguyễn Chí Thanh, Q5, Tp HCM
Điện thoại: 08-855 4137 (170)

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **LÊ THANH HIỂN** Năm sinh: 1953 Giới tính: Nam
 ID: **300320-10041930** PID: 079048.200030472 Địa trạng: BHYT4(B076)_M00
 Giới tính: **Mã** SNV: 2200028318 Chất lượng: **Đạt**
 Ngày: **30/03/2020 09:00:51**
 Thời gian: **30/03/2020 11:00:51**
 Thời gian kết quả: **30/03/2020 13:45:23**
 Đơn vị: **Khóa Nội Tiêu Hóa (SB3)**
 Đơn vị: **XUẤT HUYẾT TIỂU HÓA TRÊN DO DẪN**
VỠ TÍNH MẠCH THỰC QUAN/XO GAN, U
GAN ĐA O

Tên xét nghiệm	Kết quả	CSBT	Đơn vị	Mã QT	Máy XN
HBsAg	Đương tính 5372.67			(*) MDSL 5.5.6.1	A1
Anti HCV	Âm tính 0.10			(*) MDSL 5.5.6.6	A1

Trung Tâm Truyền Máu Chọc Rễ

CN Phan Thị Mỹ Kim
A23-CR10-2272

S/ROA SIÊU ÂM - THÂM ĐỘ CHỨC NĂNG
 ĐC: 281B Nguyễn Chí Thanh, quận 5, Tp. Hồ Chí Minh
 ĐT: 08.38554377 - (1147 - 1442 - 1141)

PHIẾU KẾT QUẢ SIÊU ÂM

Ngày: 31/03/2020 9:21:02 AM Số nhập viện: 2200028318 Phiếu thu: SA.20200331.16139935328
 Bệnh nhân: LÊ THANH HIỀN Năm sinh: 1953 Giới tính: Nam
 Quê: Xã Nội Tiểu Hoá (RB9) BHYT: GD4707021027564

Bệnh viện: Siêu âm ổ bụng
 BSCK: Mĩ Phước Nguyễn

Chẩn đoán: Xuất huyết tiêu hóa trên do dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản/sơ gan, u gan đa ổ

MRI kết quả:
 ASCTE: không
 TDMF: không

GAN:
 Kích thước: Không to
 Cấu trúc: Thường
 Độ echogen: Giảm
 Gan có cấu trúc echo kém d = 27 - 38 mm
 TÍNH MẠCH CỦA: Không dẫn
 TÍNH MẠCH THIÊN GAN: Không dẫn
 NHUẬN GAN P: Không dẫn
 TỤ MẬT: Không to, vách mỏng, không sỏi
 ỔNG MẬT CHỤ: Không dẫn, không sỏi

LÁCH: To, không tổn thương khu trú
 TUY: Đều, nhân, đuôi tụy không to, echo bình thường

THẬN (P): Bình thường
 Kích thước: Không to
 Cấu trúc: Giảm hạn vớ tay rõ
 Độ echogen: Giảm hơn gan

THẬN (T): Bình thường
 Kích thước: Không to
 Cấu trúc: Giảm hạn vớ tay rõ
 Độ echogen: Giảm hơn gan

BÀNG QUANG: Bình thường
 TIỀN LIỆT TUYẾN: Không to
 ỔNG TIỂU HÒA: Không gì lạ
 VẤN ĐỀ KHÁC:

Kết luận:
 XƠ GAN - LÁCH TO - THEO DÕI U GAN

Vào

BSCKII Trần Văn Thạch

I - THÂM ĐỘ CHỨC NĂNG
 i Thanh, quận 5, Tp. Hồ Chí Minh
 (137 - (1147 - 1442 - 1141))

II - KẾT QUẢ SIÊU ÂM

28318 Phiếu thu: SA.20200331.1
 Năm sinh: 1953 Giới
 BHYT: GD470702102756

ất huyết tiêu hóa trên do dẫn vỡ tĩnh
 ản/sơ gan, u gan đa ổ

3: Không đều.

ẢNH GAN T: Không dẫn.

ẢNH (T): Bình thường
 Kích thước: Không to
 Cấu trúc: Giảm hạn vớ tay rõ
 Độ echogen: Giảm hơn gan

CẬN LÂM SÀNG

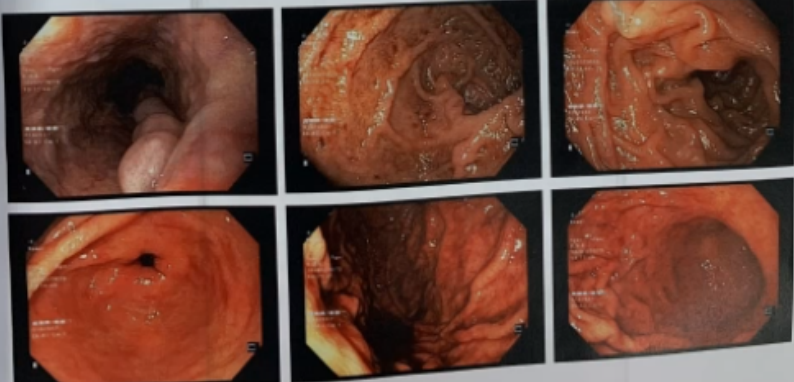
PHIẾU PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT
NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG KHÔNG SINH THIẾT

Ồ số: 2200028318 Bệnh nhân: LÊ THANH HIỀN Tuổi: 67 Phái: Nam
Mã BHYT: BHYT4(80%)_Moi BS chỉ định: Mã Phước Nguyên Máy soi: Máy 1
Ngày soi: 30/03/2020 09:38 Khoa phòng: Khoa Nội Tiêu Hóa (8B3)
Mã thủ thuật: 000672 Thủ thuật:
Chẩn đoán LS: Xuất huyết tiêu hóa trên do dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản/cơ gan, u gan đa ổ
Phương pháp PT/TT: Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng không sinh thiết
Phương pháp vô cảm:

TƯỜNG TRÌNH PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT:
Thực quản: Có 3 cột dẫn, 1/3 dưới, dạng FIL, RC(+).
Tâm vị: Không dẫn tĩnh mạch
Phình vị: Bình thường, tĩnh mạch không dẫn
Thân vị: Bình thường, không u, không loét
Góc BCN: Niêm mạc bình thường
Hàng vị: Niêm mạc sung huyết.
Môn vị: Tròn đều, co bóp tốt
Hành TT - D2: Bình thường.

CHẨN ĐOÁN SAU PT/TT: DẪN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN, DẠNG FIL, RC(+).
PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT VIÊN
BÁC SĨ NỘI SOI

Ghi chú:
BS. Đặng Thanh
A23-HD11-0453
Bác sĩ Võ Phước Tuấn



FIL: dẫn thực quản độ 2 chứ không phải là phân độ Forrest. Trên ca này có thể xác định XHTH do vỡ dẫn.

HC suy tế bào gan: giảm chức năng tổng hợp (Albumin, TQ kéo dài), giảm chức năng bài tiết (Bil trực tiếp ưu thế), hoại tử TB gan (chỉ số de Ritis > 1); còn trong suy gan cấp thì albumin không giảm còn ALT tăng nhiều hơn AST)

HC TAC: tiểu cầu giảm, lách to, dẫn TMTQ

HAH: gan thô, bờ không đều, echo kém

Child C 10 điểm

CLS chẩn đoán nguyên nhân: viêm gan B mạn


Dựa vào thời gian uống và lượng uống: chứ không dựa vào GGT để kết luận ca này kết luận ca này xơ gan do rượu

Biến chứng: XHTH trên/dưới, mức độ (CTM thay đổi chậm chạp hơn so với lâm sàng, nhưng ngày sau thì có thay đổi phù hợp). Kỳ vọng chỉ có XHTH cấp thì phải kỳ vọng HC đẳng sắc đẳng bào. BN này có HC to thì nghĩ do nghiện rượu nên thiếu vit B12

XHTH: dấu hiệu đốm trắng, RC (+), dấu hiệu tiểu cầu trên nội soi → XHTH do vỡ dẫn TMTQ do có RC (+)

Tầm soát ung thư gan: AFB và siêu âm bụng (cấu trúc echo kém nghi ngờ u gan)
→ **Ca này có yếu tố nghi ngờ trên SÂ rồi thì cần làm sinh thiết gan (xâm lấn thì chảy máu) or không xâm lấn (CT-scan có cản quang, MRI có cản từ or mạch máu)**

Sinh thiết là PP rất cần nhắc trên bệnh nhân xơ gan vì có nhiều biến chứng. Hiện tại thì bệnh nhân đang có rối loạn đông máu.



BỆNH VIỆN CHỢ RẪY
KHOA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH
 ĐC: 201B Nguyễn Chí Thanh, quận 5, Tp. HCM
 ĐT: (028) 38554137-1127

KẾT QUẢ CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH (CT)

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Bệnh nhân : LÊ THANH HIỀN	Năm sinh: 1953	Giới tính: Nam
Mã hồ sơ : 2200028318	SBL: CT.20200401.2298995 0144	ID phim: 78164
Ngày chỉ định: 01/04/2020	Ngày chụp: 01/04/2020 14:17:17	
BS chỉ định : Mã Phước Nguyên	Nơi chỉ định: Khoa Nội Tiêu Hoá (8B3)	
Chẩn đoán : Xuất huyết tiêu hóa trên do dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản/xơ gan, u gan đa ổ		
Yêu cầu : Chụp cắt lớp vi tính tăng trên ổ bụng thường quy (gồm: chụp Cắt lớp vi tính gan-mật, tụy, lách, dạ dày-tá tràng.v.v.) (có tiêm thuốc cản quang) (từ 1-32 dãy)		

KẾT QUẢ


Kỹ thuật chụp :
 Chụp cắt lớp vi tính tăng trên ổ bụng thường quy (gồm: chụp Cắt lớp vi tính gan-mật, tụy, lách, dạ dày-tá tràng.v.v.) (có tiêm thuốc cản quang) (từ 1-32 dãy). 01 lọ (100ml) Omnipaque 300mgI/ml

Vật tư y tế :
Mô tả hình ảnh :


- GAN: Xơ gan. Tổn thương gan hạ phân thùy II, V, kích thước # 2,2 cm, tăng quang mạnh không đồng nhất thì động mạch, thái thuốc thì tĩnh mạch và thì muộn. Không thấy huyết khối tĩnh mạch cửa.
- Không giãn đường mật trong và ngoài gan.
- TỤY TẠNG : Đầu, thân, đuôi tụy xuất hiện bình thường.
- LÁCH: to
- THẬN: Cấu trúc hai thận bình thường.
- CÁC MẠCH MÁU : Động mạch chủ bụng, tĩnh mạch chủ dưới không phát hiện bất thường.
- Không thấy hạch lớn ổ bụng
- Không phát hiện dịch tự do ổ bụng

Kết luận :
 Xơ gan, lách to, Dịch tự do ổ bụng lượng ít
 Tổn thương gan (T), (P), nghi HCC
 Sỏi túi mật

14:17 Ngày 01 tháng 04 năm 2020

BÁC SĨ


Ung thư gan: có 2 loại biểu mô tế bào gan và tế bào mật. Thì xơ gan gây biến chứng ung thư tế bào biểu mô gan



CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Xơ gan Child C do viêm gan virus B mạn biến chứng XHTH trên, độ II, đang diễn tiến, do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản; Ung thư biểu mô tế bào gan.

Chị ghi thiếu nguyên nhân do rượu

Ca này có nhiều biến chứng nên chỉ viết bệnh nền trước, biến chứng sau
Chỉ nhắc: ở CĐXD đã biết biến chứng gì rồi thì không cần ghi chữ mất bù nữa

Điều trị:

Nguyên tắc điều trị:

- **Kiểm soát xuất huyết** (bồi hoàn V, sử dụng giảm áp lực TMC, nội soi can thiệp)
- **Ngăn ngừa tái xuất huyết sớm,**
- **Tránh tử vong** trong giai đoạn này (do nhiễm trùng nhiều nơi chứ không chỉ VPMNKNP mà còn NT chỗ khác, HC gan thận, bệnh não gan)

Nếu lấy mốc nội soi ra làm chuẩn:

- Những điều làm trước khi đi nội soi: bồi hoàn V, thuốc giảm áp lực TMC, KS dự phòng (lâm sàng nghĩ nhiều là do vỡ giãn TM thực quản thì mình có thể dùng thuốc co mạch luôn, vì người ta thấy nó thuận lợi hơn cho cuộc nội soi)
- Những điều cần làm sau nội soi: phòng ngừa HC gan thận, ...

⇒ Đối với một ca XHTH thì ổn định huyết động và soi càng sớm càng tốt

Điều trị cụ thể: đánh giá ABC, nhịn ăn, lập 2 đường truyền lớn, nằm nghiêng trái

- Bồi hoàn V: Dung dịch **đẳng trương NaCl 0.9%** theo dõi cân trọng, không được truyền nhiều quá (truyền nhiều làm tăng HA làm tăng tái xuất huyết, tăng nguy cơ phù và báng cho những ngày sau đó) → **giữ huyết áp 90-100 mmHg chứ không nâng lên quá cao**
- Chưa cần truyền hồng cầu lắng → **nhưng cần theo dõi rất là sát do vỡ dẫn TMTQ có thể tái xuất huyết sớm nên có thể thay đổi cục diện quyết định truyền máu (nhiều khi bệnh nhân đột ngột ộc máu ra mình trở tay không kịp)**
- Thuốc co mạch làm giảm áp lực TMC khi nghi ngờ do TAC: sử dụng thuốc sớm sẽ tạo thuận lợi cho cuộc nội soi mặc dù chưa có KQ nội soi

Ưu khuyết điểm của từng thuốc: VD Somatostatin Octreotide thì phải truyền liên tục

Terlipressin thì có cải thiện tiên lượng tỉ lệ tử vong, thời gian bán hủy dài và không cần truyền liên tục như Somatostatin và Octreotide

- KS: **Ceftriaxone cho Chlid C, hoặc bệnh nhân đã vô bệnh viện rất nhiều lần (bệnh nhân VPMNKNP dùng quinolone kéo dài để phòng ngừa VPMNKNP rồi), đồng thời Ceftriaxone chích dễ hơn là cho bệnh nhân uống**

⇒ Dự phòng thì chỉ cần Ceftriaxone 1g/24h

Đi nội soi → có dấu son và độ 2 nên được thắt TMTQ cấp cứu

Điều trị bệnh nền:

- Điều trị dự phòng không đặt ra trong tình huống cấp cứu, chỉ đặt ra khi tình trạng xuất huyết của bệnh nhân đã ổn định.
- VG B: Entercavir or Tenofovir dùng suốt đời (Hiện tại ít dùng lamivudine vì tình trạng kháng thuốc cao)
- Ngưng rượu
- Phòng ngừa tái xuất huyết: có chỉ định phòng ngừa thứ phát, khi nào? Lý tưởng là lết hợp BB không chọn lọc và thắt TMTQ. BB khởi động liều thấp và tăng dần. **Khi xuất huyết tiêu hóa đã ổn định thì mới được xài chẹn beta không chọn lọc kết hợp nội soi cột thắt TM mỗi 1-4 tuần cho đến khi hết cột được TMTQ** (dùng ức chế beta sẽ làm tụt HA và rất khó theo dõi việc tái xuất huyết), tối ưu là thắt TMTQ định kỳ và chẹn beta không chọn lọc.
- TIPS không phải là một phương pháp thường được sử dụng trên lâm sàng.
- Điều trị HCC