



HỌC PHẦN TỐT NGHIỆP

BÁC SĨ Y KHOA

HỆ TIÊU HÓA

ThS. VÕ PHẠM PHƯƠNG UYÊN

Bộ môn Nội TQ – ĐHYD TP.HCM

VẤN ĐỀ LÂM SÀNG

Ợ NÓNG/ Ợ TRỞ/ KHÓ TIÊU

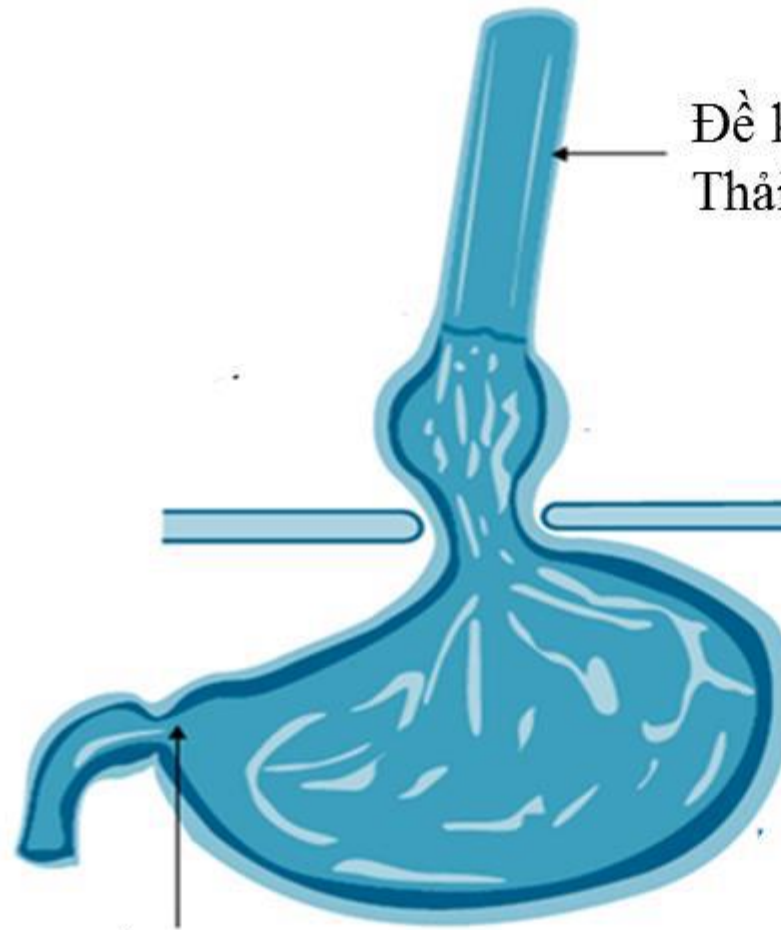
BỆNH LÝ

GERD, LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Trào ngược dạ dày thực quản

- Trào ngược dạ dày thực quản là một hiện tượng sinh lý có thể gặp ở người bình thường, thường xảy ra về đêm hoặc sau bữa ăn. Tình trạng trào ngược sinh lý thường diễn ra trong thời gian ngắn và không gây triệu chứng.
- Tình trạng trào ngược dạ dày thực quản được xem là bệnh nếu gây ra các triệu chứng khó chịu và / hoặc gây ra các biến chứng do hậu quả trào ngược dịch vị lên thực quản, hầu họng và đường hô hấp.

Cơ chế bệnh sinh BTNDDTQ



Đề kháng niêm mạc kém
Thải trừ acid (do trào ngược) kém

Khiếm khuyết của hàng rào chống
trào ngược

(Thư giãn cơ vòng thực quản dưới
thoáng qua, túi acid dịch vị sau ăn)

Chạm tổng xuất dạ dày

Phân loại Montreal về các thể BTNDD-TQ

Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản (GERD)

Các hội chứng
tại thực quản

Các hội chứng
ngoài thực quản

Hội chứng gây
triệu chứng

HC trào ngược
điển hình
HC đau ngực do
trào ngược

Hội chứng kèm tổn
thương thực quản

Viêm do trào ngược
Hẹp TQ do trào ngược
Thực quản Barrett
UT biểu mô tuyến TQ

Liên quan đã
được xác định

Ho
Viêm thanh quản
Hen
Mòn men răng

Liên quan
được đề xuất

Viêm xoang
Xơ hóa phổi
Viêm hầu họng
Viêm tai giữa

Chẩn đoán

Triệu chứng điển hình	Triệu chứng không điển hình
Ợ nóng Ợ trớ Tăng tiết nước bọt	Buồn nôn, ợ hơi * Chậm tiêu, ăn mau no * Đau thượng vị * Đầy bụng * Nôn Đau ngực (vùng sau xương ức) Triệu chứng hô hấp: ho, khò khè, viêm xoang mạn tính Triệu chứng Tai Mũi Họng: khàn giọng, đau họng, cảm giác vướng họng (globus)
* Có thể xem là có liên quan với BTNDD-TQ nếu đáp ứng với điều trị bằng PPI	

BTNDDTQ hiện tại chưa có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán

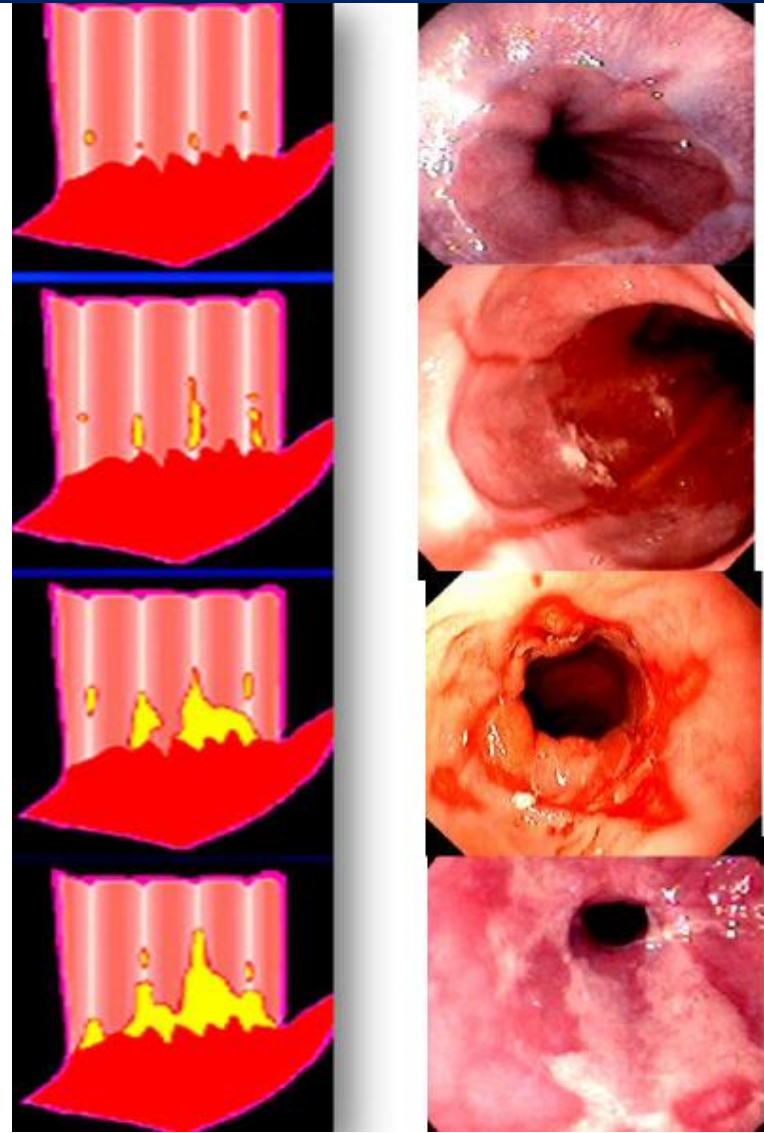
- Gợi ý BTNDDTQ khi có triệu chứng **ợ nóng và/ hoặc ợ trớ ≥ 2 lần/ tuần.**

Các dấu hiệu báo động

- Nuốt khó/nuốt vướng: gợi ý tổn thương gây chít hẹp thực quản, nhưng cũng có thể chỉ là do tình trạng tăng cảm giác ở thực quản.
- Nuốt đau
- Khàn tiếng, ho kéo dài hoặc tái phát
- Triệu chứng phế quản, viêm phổi hít tái diễn
- Xuất huyết tiêu hóa
- Buồn nôn và/ hoặc nôn thường xuyên
- Đau kéo dài
- Thiếu máu thiếu sắt
- Sụt cân không chủ ý
- Hạch to

Phân loại GERD (phân loại Los Angeles)

- Tiêu chuẩn về lâm sàng, nội soi và đo pH thực quản giúp khảo sát toàn diện BTNDDTQ nhưng không phải là yêu cầu bắt buộc để thiết lập chẩn đoán BTNDDTQ.
- Ở phụ nữ có thai, chẩn đoán BTNDDTQ thường đáng tin cậy khi dựa trên triệu chứng lâm sàng đơn thuần.



Điều trị

- **Điều chỉnh lối sống**
- **Điều trị thử bằng PPI**
- PPI uống, liều 1 lần/ngày trong 8 – 12 tuần.
- PPI uống, liều 2 lần/ngày trong 8 – 12 tuần nếu triệu chứng vẫn còn dai dẳng (chẩn đoán phân biệt trước khi tiếp tục điều trị).
- Dừng thuốc lại nếu triệu chứng tái phát:
- Sử dụng ngắt quãng (từng đợt 2 tuần), hoặc chỉ sử dụng khi có T/C

Liều PPI:

- Liều chuẩn (biểu hiện hội chứng thực quản)
- Liều gấp đôi (biểu hiện ngoài thực quản)

Loét dạ dày tá tràng

Trước biểu mô

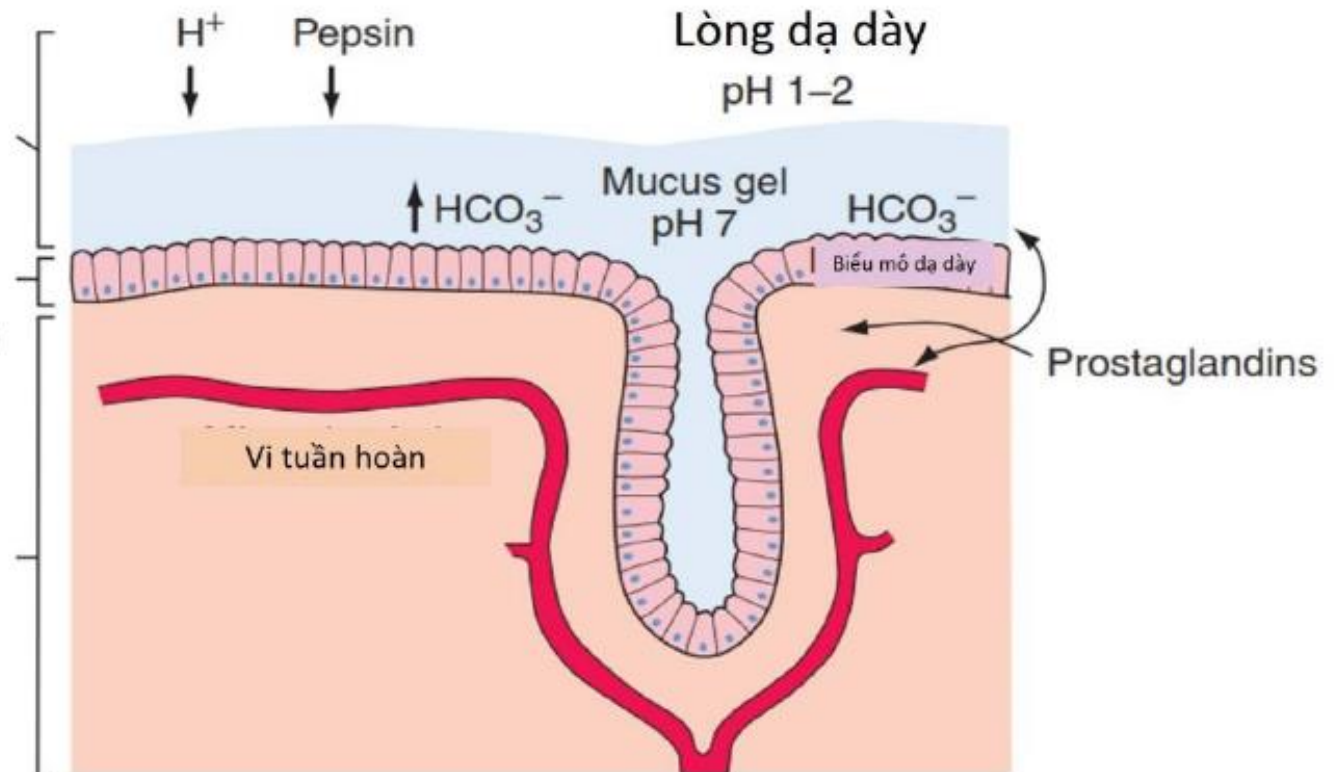
- Chất nhầy
- Bicarbonate
- Phospholipids hoạt động bề mặt

Biểu mô

- Khả năng đề kháng của tế bào
- Khả năng khôi phục
- Yếu tố tăng trưởng, Prostaglandins
- Tăng trưởng tế bào

Dưới biểu mô

- Dòng máu
- Bạch cầu



Cơ chế bệnh sinh

Nguyên nhân loét DD-TT

- Nhiễm trùng: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), HSV, CMV, *Helicobacter heilmannii*, hiếm (lao, giang mai, mucormycosis)
- Thuốc: NSAID, Aspirin, Biphosphonate, Clopidogrel, Corticoid, Spironolactone, thuốc bổ sung Kali
- Qua trung gian cơ chế nội tiết: U tiết gastrin, tăng chức năng tế bào G vùng hang vị, tăng sinh tế bào mast, cường tuyến phó giáp, hội chứng đa u nội tiết, bệnh I. tăng sinh tủy có tăng bạch cầu Basophile

Chẩn đoán

- Tiền sử nhiễm *H. pylori*, sử dụng NSAID, tiền sử đã được chẩn đoán LDDTT và tiền sử gia đình có người bị LDDTT hoặc ung thư dạ dày.
- Tìm các biểu hiện nằm trong nhóm triệu chứng báo động.
- Chẩn đoán phân biệt: BTNDDTQ, khó tiêu chức năng, ung thư dạ dày, bệnh lý gan mật tụy.
- Trong thực tế: có thể có sự chồng lấp triệu chứng. Chẩn đoán phân biệt quan trọng nhất là ung thư dạ dày. Các triệu chứng báo động cũng chỉ có độ nhạy 60 – 70% trong chẩn đoán.

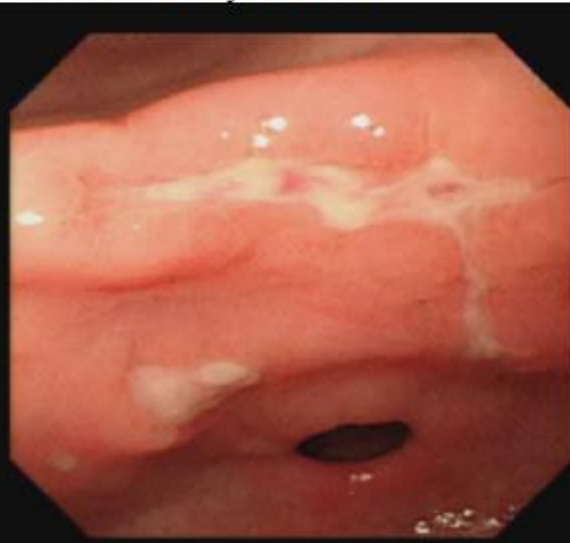
Nội soi tiêu hóa trên



7A. Loét dạ dày lành tính



7B. Loét dạ dày ác tính (ung thư dạ dày dạng loét)



7C. Loét dạ dày với nhiều hình dạng và kích thước



7D. Loét tá tràng

Chẩn đoán nguyên nhân

Bảng 1. Các phương pháp chẩn đoán nhiễm *H. pylori* thường dùng

	Ưu điểm	Nhược điểm
Nhóm xét nghiệm xâm lấn (dựa trên nội soi tiêu hóa trên)		
1.Xét nghiệm Urease nhanh dựa trên mẫu mô sinh thiết	Nhanh, đơn giản, rẻ tiền	Một số loại kit thử cần thời gian đọc 24 giờ
2. Giải phẫu bệnh	Cung cấp thêm thông tin về tổn thương giải phẫu bệnh	Độ nhạy tùy thuộc kinh nghiệm người đọc và phương pháp nhuộm
3. Nuôi cấy	Cho phép làm kháng sinh đồ và xác định độ nhạy cảm với kháng sinh	Tốn thời gian, đắt tiền. Độ nhạy tùy thuộc kinh nghiệm người thực hiện.

Chẩn đoán nguyên nhân

Nhóm xét nghiệm không xâm lấn		
1. Huyết thanh chẩn đoán	Đơn giản	<ul style="list-style-type: none">- Không thể dùng để theo dõi ngay sau điều trị tiết trừ- Một số loại kit thử không chính xác
2. Xét nghiệm hơi thở ^{15}C hoặc ^{14}C	<ul style="list-style-type: none">- Đơn giản- Có thể dùng để đánh giá hiệu quả điều trị tiết trừ- có thể dùng ở trẻ em	^{14}C mang liều thấp phóng xạ
3. Kháng nguyên trong phân	<ul style="list-style-type: none">- Thuận tiện- Có thể dùng để theo dõi sau điều trị tiết trừ- Có thể dùng ở trẻ em	ít chính xác bằng xét nghiệm hơi thở khi đánh giá hiệu quả sau điều trị tiết trừ vi khuẩn

Điều trị

LDD-TT do *H. pylori*

- Tiệt trừ *H. pylori*: phác đồ PPI kết hợp kháng sinh trong 14 ngày.
- Loét tá tràng có biến chứng: 4 – 8 tuần.
- Loét dạ dày: 8 – 12 tuần.

LDD-TT do NSAID

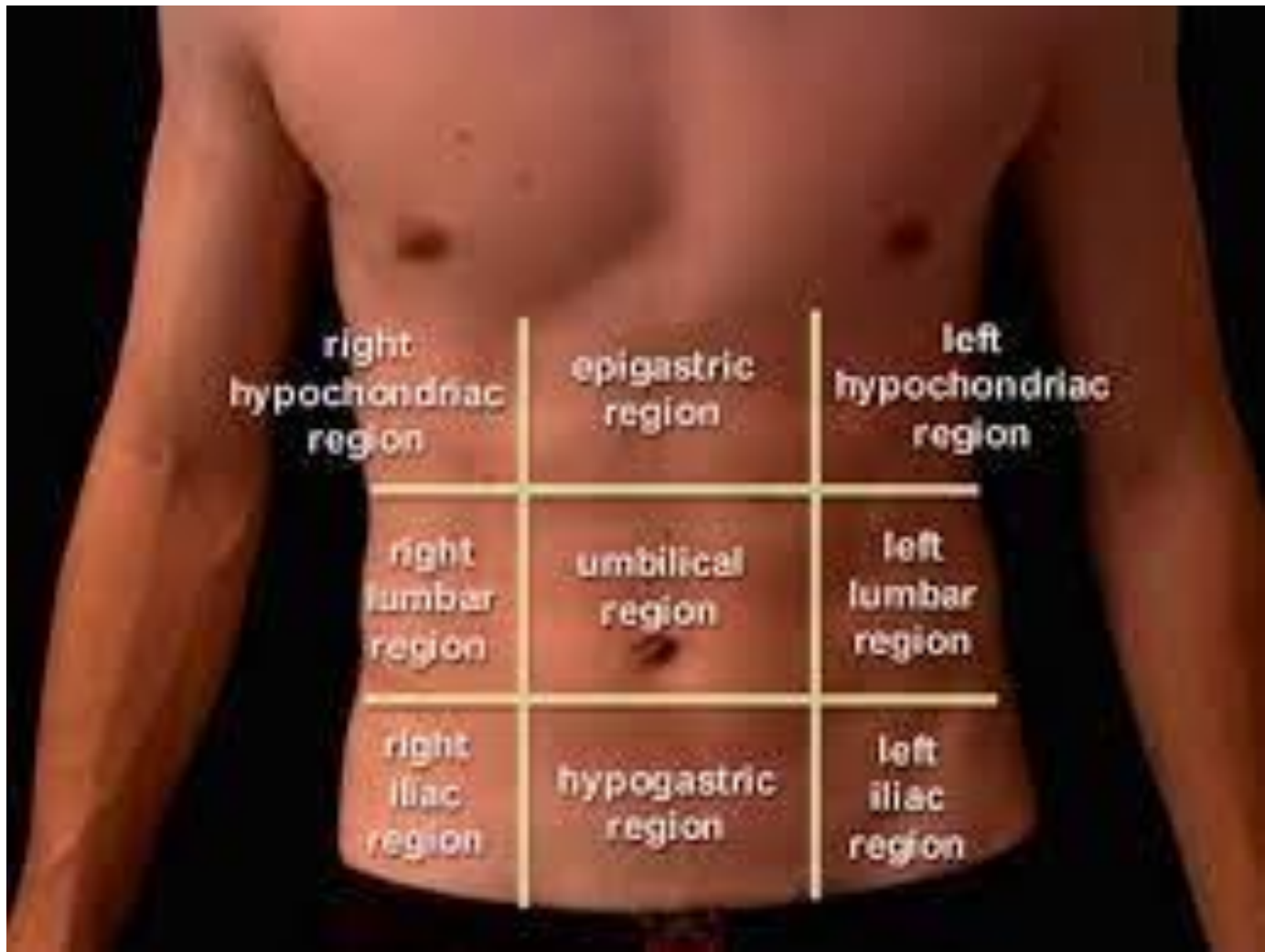
- PPI ít nhất 8 tuần
- Nếu vẫn cần tiếp tục dùng NSAID hoặc aspirin: cần duy trì tiếp tục PPI

LDD-TT không do NSAID và *H. pylori*

- PPI 4 – 8 tuần.
- Xem xét lại chẩn đoán *H. pylori* và sử dụng NSAID.
- Duy trì PPI vì loét khó lành và nguy cơ tái phát thường cao hơn loét do 2 nguyên nhân nêu trên.

VẤN ĐỀ
ĐAU BỤNG CẤP
BỆNH LÝ
VIÊM TỤY CẤP

Đau bụng cấp



Viêm tụy cấp

- Viêm tụy cấp là quá trình viêm cấp tính của tụy với các sang thương viêm ở mô tụy có thể kèm hoặc không kèm ở các cơ quan xa. Quá trình viêm của tụy hoặc mô chung quanh tụy là do hiện tượng hoạt hóa men tụy ngay trong mô tụy.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

2 trong 3 tiêu chuẩn sau

- Đau bụng cấp kiểu tụy: đau khởi phát đột ngột ở thượng vị hoặc quanh rốn, đau lan ra sau lưng, đau liên tục, cường độ đau tăng dần đến tối đa sau 30 phút, kéo dài ≥ 24 giờ. Đau giảm khi ngồi cúi ra trước hoặc nằm cong người nghiêng trái. Đau bụng kèm nôn nhưng sau nôn không giảm đau.
- Amylase máu và/hoặc Lipase máu tăng trên ≥ 3 lần giới hạn trên của bình thường
- Xét nghiệm hình ảnh học phù hợp viêm tụy cấp (siêu âm bụng, CT bụng, MRI bụng)

Tiêu chuẩn đánh giá độ nặng

Theo phân loại Atlanta hiệu chỉnh năm 2013

- Viêm tụy cấp nhẹ: không suy tạng và không có biến chứng tại chỗ. Bệnh nhân thường ổn định trong tuần đầu tiên.
- Viêm tụy cấp trung bình – nặng: suy tạng thoáng qua (<48 giờ) và/hoặc có biến chứng tại chỗ.
- Viêm tụy cấp nặng: suy tạng kéo dài (> 48 giờ).

Dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng

- SIRS lúc NV và kéo dài 48h
- BISAP ≥ 3 trong vòng 24h
- Hct $> 44\%$ lúc NV và không thể giảm sau 24h
- CRP > 150 mg/l (48h)
- Suy cơ quan (tim mạch, hô hấp, thận)
- Procalcitonin
- Thang điểm APACHE II
- Chỉ số độ nặng trên CT Scan (CTSI)

Nguyên nhân viêm tụy cấp

I	Idiopathic	Vô căn
G	Gall Stone	Sỏi túi mật
E	Ethanol	Rượu
T	Trauma	Chấn thương
S	Steroid	Steroid
M	Malignancy	Bệnh ác tính
A	Autoimmune	Bệnh tự miễn
S	Scorpion/ Snake	Rắn/ bò cạp cắn
H	Hypertriglyceride	Tăng triglyceride
E	Ercp	Nội soi mật tụy ngược dòng
D	Drugs	Thuốc

Biến chứng

Biến chứng tại chỗ

- Tụ dịch cấp quanh tụy
- Hoại tử tụy (vô trùng hoặc nhiễm trùng)
- Hoại tử tạo vách (Wall-off necrosis: WON)

Biến chứng toàn thân

- Khởi phát đột kích phát các bệnh nội khoa mạn tính sẵn có đi kèm (bệnh mạch vành, bệnh phổi mạn...)
- Các biến chứng do VTC gây bệnh cảnh suy tạng như ARDS, suy thận cấp... không được xếp là biến chứng toàn thân

Điều trị

Bù dịch – cân bằng điện giải

- *Loại dịch truyền:* Lactate Ringer > Natriclorid 0,9%. BN VTC do tăng calci máu không dùng Lactate Ringer. Không khuyến cáo dùng các dung dịch cao phân tử.
- *Lượng dịch và tốc độ dịch truyền:* bù 250-500 mL/giờ (chú ý: suy tim, suy thận hoặc có các yếu tố liên quan khác đi kèm).
- Đối với BN có mạch nhanh, huyết áp tụt bù 20 mL/kg/giờ trong 30 phút sau đó 3 mL/kg/giờ trong 8-12 giờ tiếp theo.
- Bù dịch nên được đánh giá lại đều đặn trong 6 giờ đầu và trong vòng 24-48 giờ sau đó.

Điều trị

Giảm đau

- Opioid hiệu quả và an toàn ở BN VTC. Fentanyl an toàn ở BN suy thận. Meperidine 50mg tiêm bắp hoặc tiêm mạch mỗi 6-8 giờ.
- Các thuốc anticholinergic không có tác dụng giảm đau nhưng càng làm nặng thêm liệt ruột.

Hỗ trợ hô hấp

- Giảm O₂ máu do xẹp phổi, tràn dịch màng phổi, shunt trong phổi, ARDS
- BN cần thở oxy để duy trì SpO₂ ≥ 95%
- SpO₂ < 90%: cần thở O₂ qua canula hoặc qua mask. Nếu không hiệu quả hoặc BN mệt, dự trữ hô hấp giới hạn nên đặt nội khí quản.

Điều trị

Kháng sinh

- Chỉ định kháng sinh điều trị khi có bằng chứng của nhiễm trùng tại tụy và ngoài tụy. Procalcitonin (PCT) rất nhạy, gợi ý đến nhiễm trùng
- Trường hợp nghi nhiễm trùng tụy/quanh tụy

Nếu không chọc hút được, điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm:

- Ưu tiên carbapenem, quinolone và metronidazole
- Chọn lựa đầu tay là imipenem 500 mg mỗi 6 giờ
- Chọn lựa thứ 2: fluroquinolone/cephalosporine thế hệ 3 + metronidazole
- Thời gian điều trị kháng sinh: trung bình 10-14 ngày
- Kháng sinh phòng ngừa không còn được khuyến cáo.

Điều trị

Nguyên nhân

Viêm tụy cấp do sỏi mật:

- Khảo sát mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP) lấy sỏi trong 72 giờ nếu thấy sỏi ở ống mật chủ.
- ERCP sớm hơn (trong 24 giờ) nếu kèm viêm đường mật.
- ERCP cấp cứu không được chỉ định ở BN VTC do sỏi tiên lượng nặng nhưng không có viêm đường mật hoặc tắc ống mật chung.
- Cắt túi mật trong 7 ngày sau hồi phục

Viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu: dung dịch GIK, Lọc huyết tương, fibrates

VẤN ĐỀ
BÁNG BỤNG
BỆNH LÝ
XƠ GAN

Cơ chế

Do tăng áp cửa	Do giảm albumin máu	Do bệnh lý của màng bụng	Các nguyên nhân khác
Xơ gan Viêm gan do rượu Suy gan cấp Thuyên tắc tĩnh mạch trên gan Suy tim Viêm màng ngoài tim co thắt Báng bụng liên quan đến CTNT	Hội chứng thận hư. Bệnh ruột mất protein. Suy dinh dưỡng.	Nhiễm trùng: vi khuẩn, lao, nấm, ký sinh trùng. Viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan. Thảm phân phúc mạc. Bệnh lý ác tính: Ung thư biểu mô màng bụng. Ung thư di căn màng bụng.	Báng bụng dưỡng chấp. Báng bụng do tụy. Chấn thương niệu quản.

Xơ gan

Chẩn đoán: HC suy tế bào gan + HC TALTMC

CLS:

- INR kéo dài, giảm các yếu tố đông máu do gan tổng hợp
- Protid máu giảm nhất là albumin, globulin tăng, tỷ lệ A/G đảo ngược
- Cholesterol máu giảm, nhất là cholesterol ester hóa
- Bilirubine tăng
- AST và ALT tăng, thường AST tăng nhiều hơn ALT
- Thiếu máu nhẹ hoặc vừa, đẳng sắc, giảm cả ba dòng tế bào máu
- Hình ảnh học
- Nội soi thực quản – dạ dày tá tràng: dẫn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch tâm - phình vị, bệnh da dày do tăng áp cửa

Xơ gan

Bảng 2. Phân loại Child-Turcotte - Pugh (CTP)

	Điểm 1	2	3
Bệnh não gan	không	độ 1-2	độ 3-4
Báng bụng	không	nhẹ	trung bình, nhiều
Bilirubin máu	< 2 mg%	2 - 3	> 3
Albumin máu	> 3,5 g%	2,8 - 3,5	< 2,8
TQ kéo dài	< 4 giây	4-6	> 6
Hoặc INR	< 1,7	1,7 - 2,2	> 2,2
Nếu XG ứ mật	Bili < 4	4-10	> 10

CTP A: < 7 điểm – CTP B: 7-9 điểm – CTP C: 10-15 điểm

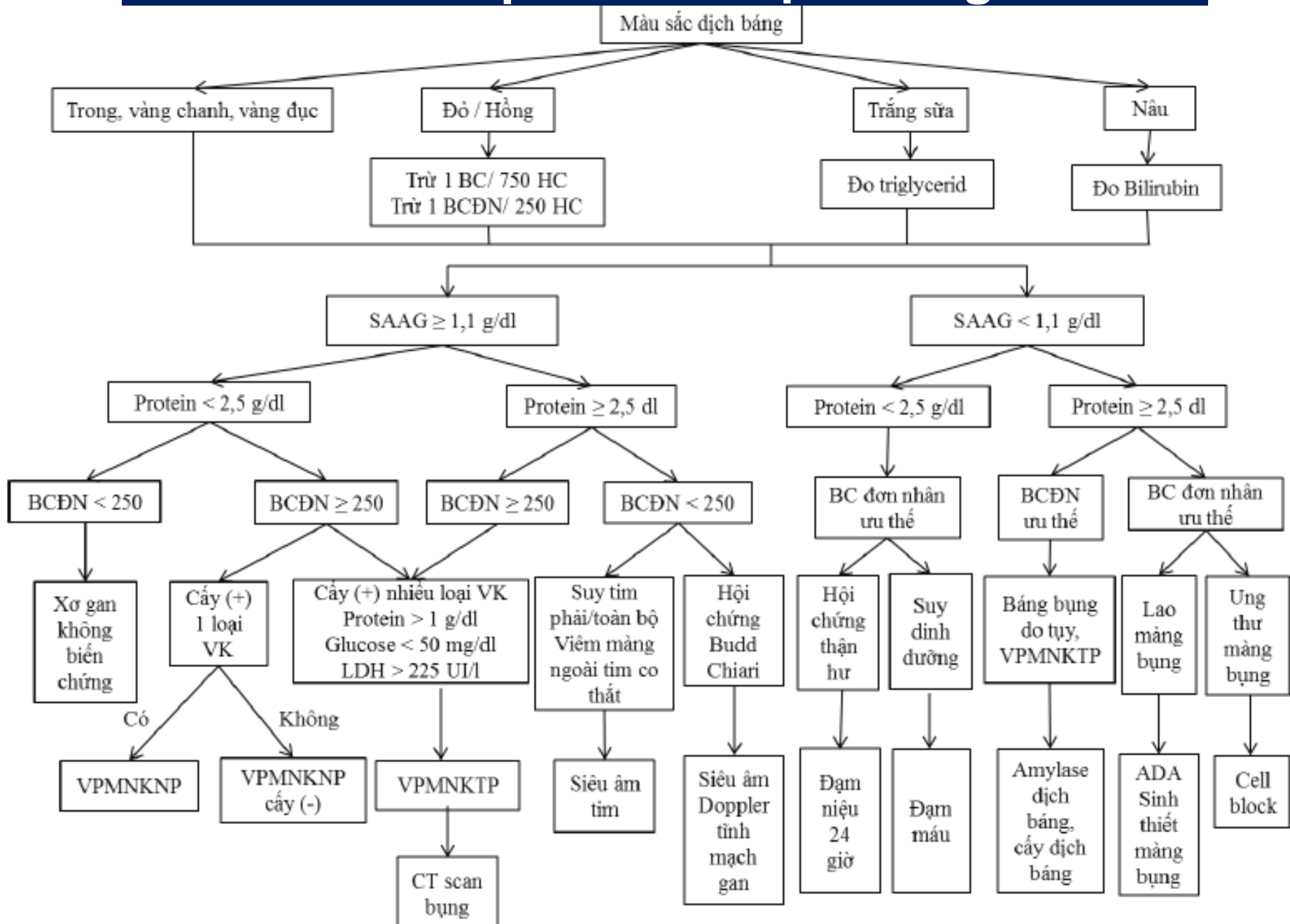
Nguyên nhân thường gặp

- Viêm gan virus B, Delta, C.
- Rượu
- Viêm gan thoái hóa mỡ không do rượu
- Viêm gan tự miễn
- Xơ gan ứ mật nguyên phát, Xơ gan ứ mật thứ phát.
- Viêm đường mật xơ hóa nguyên phát.
- Thâm nhiễm sắt.
- Thâm nhiễm đồng (bệnh Wilson).
- Hội chứng Budd-Chiari.
- Suy tim phải, suy tim toàn bộ

Biến chứng

- Xuất huyết tiêu hóa
- Báng bụng - báng bụng kháng trị
- Nhiễm khuẩn (VPMNKNP, nhiễm khuẩn cơ quan khác: mũ màng phổi nguyên phát, viêm mô tế bào, nhiễm trùng tiết niệu...)
- Bệnh não gan
- Hội chứng gan thận
- Ung thư gan
- Hạ Natri máu
- Suy thận
- Biến chứng lên tim-phổi
- Đợt suy gan cấp

Sơ đồ phân tích dịch báng



Điều trị

- Điều trị nguyên nhân gây bệnh
- Điều trị yếu tố bệnh sinh chính
- Tránh làm tổn thương gan thêm
- Điều trị triệu chứng / biến chứng đang có
- Phòng ngừa biến chứng
- Điều trị hỗ trợ
- Xác định điều kiện thích hợp và thời điểm tối ưu để ghép gan

Điều trị báng bụng

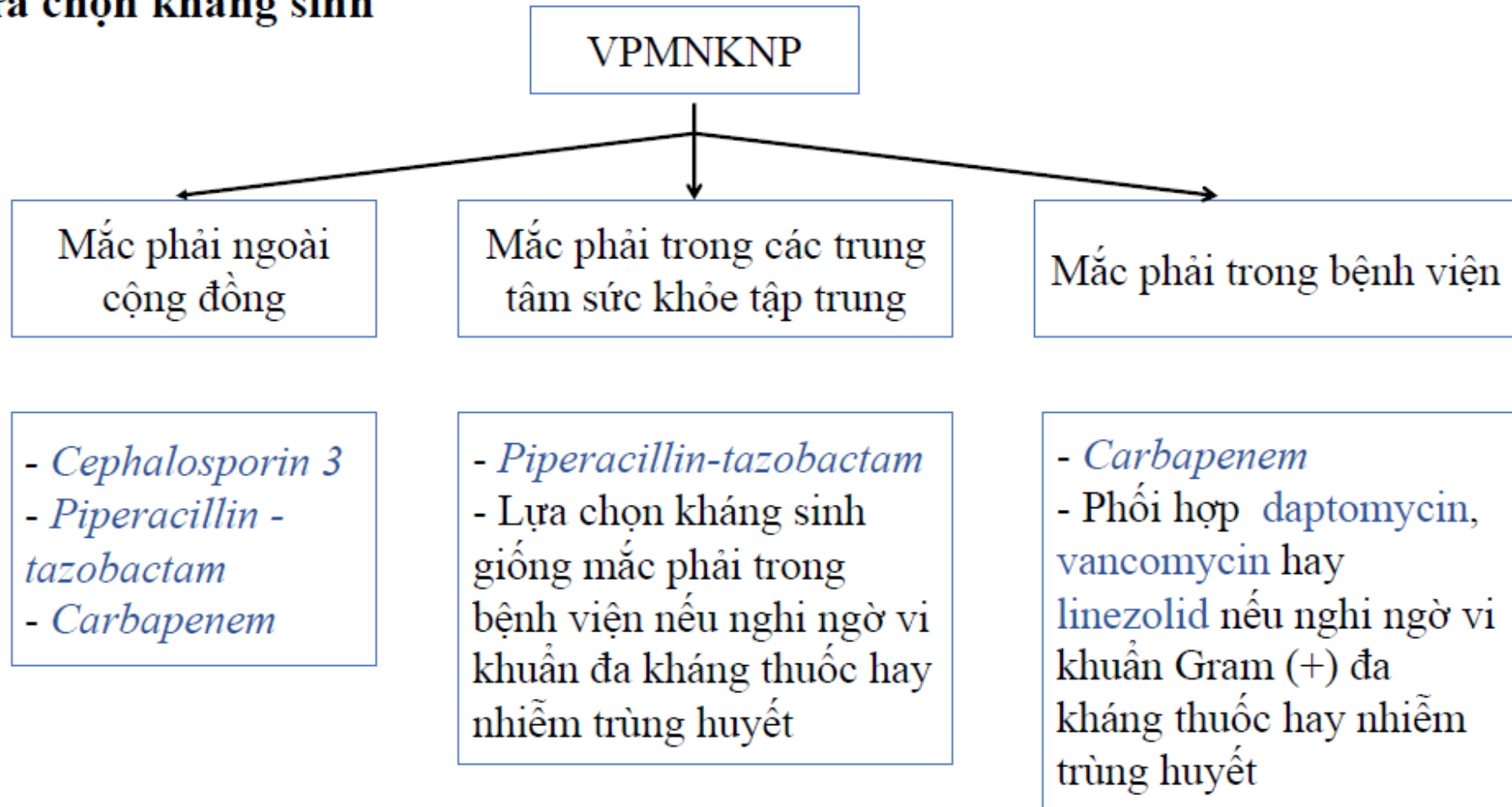
- Hạn chế muối
- Lợi tiểu

Thuốc	Liều khởi đầu /ngày	Tăng liều /ngày	Liều tối đa /ngày	Lưu ý
<i>Spiroonactone</i>	50 – 100 mg	50 – 100 mg	400 mg	không nên tăng liều trước 72g
<i>Furosemide</i>	40 mg	40 mg	160 mg	

- Chọc tháo dịch báng lượng lớn: báng bụng lượng nhiều, độ 3 hay báng bụng trơ
- Thông nối cửa – chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh (*Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt - TIPS*)

Điều trị VPMNKNP

Lựa chọn kháng sinh



Phòng ngừa

Phòng ngừa Hội chứng gan thận

- *Truyền Albumin 1.5 g/kg tại thời điểm chẩn đoán và 1 g/kg vào ngày 3, đặc biệt nếu bilirubin > 4 mg/dl hay Creatinin huyết thanh > 1 mg/dL*

Phòng ngừa VPMNK tiên phát

- Child - Pugh ≥ 9 điểm, bilirubin máu ≥ 3 mg/dl, nồng độ Protein/DMB < 15 g/l, suy thận hay hạ Natri máu: *Norfloxacin* uống 400 mg/ngày
- Bn đang có xuất huyết tiêu hóa: *Ceftriaxone* truyền tĩnh mạch 1g/ngày x 7 ngày hay *Norfloxacin* uống 400 mg x 2 lần /ngày

Phòng ngừa VPMNK thứ phát

- *Norfloxacin* uống 400 mg/ngày.

Bệnh não gan

- Cần loại trừ những *nguyên nhân gây rối loạn tri giác* khác, xác định yếu tố thúc đẩy

BNG độ 1: thường không cần điều trị

Bệnh não gan có triệu chứng lâm sàng, từ độ 2 trở lên:

- *Lactulose* 25 ml mỗi 1-2 giờ, điều chỉnh liều để tiêu 2-3 lần/ngày
- *Rifaximin* : có vai trò phòng ngừa tái phát nhiều hơn
- *Acid amin phân nhánh (BCAA)* dạng uống
- *L-ornithine L-aspartate (LOLA)* truyền tĩnh mạch
- Kháng sinh như Neomycin, Metronidazole

VẤN ĐỀ

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

BỆNH LÝ

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

DO/KHÔNG DO TALTC

Xuất huyết tiêu hóa

Triệu chứng cơ năng

- Nôn ra máu hoặc tiêu phân đen hoặc tiêu máu đỏ.
- Triệu chứng của mất máu như chóng mặt hoặc ngất.
- Triệu chứng của bệnh căn nguyên: đau thượng vị liên quan bữa ăn, triệu chứng bệnh gan

Cận lâm sàng

- Dung tích hồng cầu (Hct) không giảm đồng thời và không phản ánh chính xác mức độ mất máu do mất đồng thời cả huyết tương và huyết cầu.

Phân độ XHTH

Mức độ XHTH	Nhẹ	Trung bình	Nặng	
Mức độ mất máu	I	II	III	IV
Lượng máu mất	< 1 lít < 15%	1lít - 1,5lít 15 – 30%	1,5lít – 2lít 30 – 40%	> 2lít > 40%
Mạch	< 100 l/p	100 - 120 l/p	> 120 l/p	> 140 l/p
Áp lực mạch	Bình thường / tăng	Giảm nhẹ	Giảm	Nhẹ, khó bắt
Huyết áp	Bình thường	Bình thường hoặc hạ HA tư thế	Giảm khi nằm	Giảm nặng hoặc không đo được
Da	Tươi máu bình thường	Đỏ mề hời	Mát lạnh	Mát lạnh, nhợt nhạt
Nhịp thở	14-20 l/p	20-30 l/p	30 – 40 l/p	> 35l/p
Nước tiểu (ml/g)	> 30	20 - 30	5-15	Vô niệu
Tri giác	Tỉnh, lo lắng nhẹ	Lo âu	Lo âu, lẫn lộn	Lẫn lộn, hôn mê
Hemoglobin	>10g/dL	7-10g/dL	< 7g/dL (< 8g/dL đối với bệnh nhân có dự trữ tim phổi kém)	
Hct	> 30%	20% - 30%	< 20%	
Ghi chú: bảng phân mức độ này có thể không chính xác nếu bệnh nhân tăng huyết áp, thiếu máu mạn hoặc đang dùng các thuốc điều trị có thể ảnh hưởng làm mạch chậm.				

Nguyên nhân XHTH

XHTH trên

Viêm loét dạ dày xuất huyết

Loét tá tràng

Loét dạ dày

Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản – dạ dày

Hội chứng Mallory Weiss

Loét thực quản

Loét miệng nối vị tràng

Viêm thực quản

Viêm loét miệng nối vị tràng

Viêm loét tá tràng

Ung thư dạ dày

Không rõ

XHTH dưới

Trĩ

Polyp đại trực tràng

Túi thừa đại tràng

Bệnh viêm loét ruột mạn tính

Bệnh hậu môn trực tràng khác (nứt hậu môn ...)

Loét ruột non

Loét đại tràng

Viêm đại tràng

U ruột non

Tổn thương Dieulafoy

Vỡ phình mạch máu tá tràng

Ung thư đại tràng

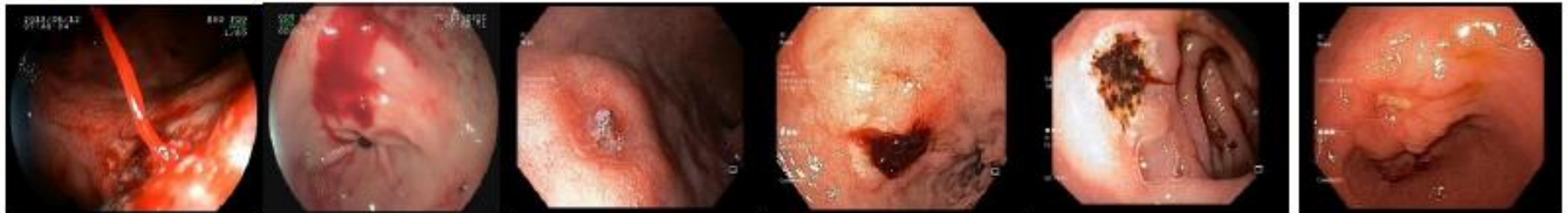
Sau cắt polyp / cắt trĩ

U máu đại tràng

Không xác định

Nội soi chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa

Phân loại Forrest



Ia

Ib

IIa

IIb

IIc

III



Độ I

Độ II

Độ III và dấu son

Nguyên tắc điều trị

Hồi sức nội khoa

- Biện pháp chung: Nằm đầu thấp, Thở oxy, Nhịn ăn uống
- Bồi hoàn thể tích tuần hoàn:
- Dung dịch:
 - ❖ Nên: sử dụng dd đẳng trương LR, Natri Clorua 9 ‰ > Glucose 5%
 - ❖ Không nên: Dung dịch ưu trương Glucose 10% - 30%
 - ❖ Máu: trong trường hợp XHTH nặng

Thuốc

Nội soi chẩn đoán ± điều trị

- Xét chỉ định
 - Can thiệp mạch
 - Ngoại khoa

Điều trị XHTH do TALTMC

- Terlipressin: 2mg TM/ 4h, có thể giảm còn 1mg/4h sau khi kiểm soát được xuất huyết.
- Somatostatin: 250mcg bolus TM, truyền 250mcg/h
- Ocreotide: 50mcg bolus TM, truyền 50mcg/h
- Nội soi: Trong vòng < 12 giờ
 - ❖ Càng sớm càng tốt
 - ❖ Ngay khi ổn định huyết động
 - ❖ Varices thực quản: EVL >>> chích xơ
 - ❖ Varices dạ dày: Chích keo Cyanoacrylate. Riêng GEV1: keo > EVL

Điều trị XHTH do TALTMC

- Kháng sinh phòng ngừa trong 7 ngày
 - ❖ Norfloxacin uống 400mg x 2
 - ❖ Ciprofloxacin TM 400mg x 2
 - ❖ Ceftriaxone TM 1g (nếu Child-Pugh B/C)
- Ngừa bệnh não gan
 - ❖ Lactulose: 10g/gói, 1 – 3 lần / ngày chỉnh để BN đi tiêu 2 – 3 lần /ngày

Điều trị XHTH không do TALTMC

- Loại ức chế tiết: PPI >> AntiH2
- Thời điểm: dùng ngay lúc nhập viện nếu không thể nội soi can thiệp tối ưu $\leq 24h$
- Loại TM: Esomeprazole, Pantoprazole, Omeprazole
- Đường dùng: TM > uống
- Liều: Bolus 80mg, bơm tiêm 8mg/giờ
- Khi có kết quả nội soi: xem xét lại

Điều trị XHTH không do TALTMC

- NS trong vòng 12 - 24 giờ
- Chích cầm máu
 - Chèn ép tại chỗ: Adrenaline pha loãng,
 - Gây xơ, tạo huyết khối: Polidocanol, Ethanolamine
 - “Keo” dán mô: Cyanoacrylate, Thrombine, Fibrin
- Nhiệt: Heat probe, APC, Laser ...
- Cơ học: Clip, vòng thắt
- Mới: Phun bột cầm máu (Fibrin sealant, hemospray)

VẤN ĐỀ
TIÊU CHẢY – TÁO BÓN

Tiêu chảy cấp

- Tiêu chảy là tình trạng tiêu phân lỏng > 2 lần/ ngày với lượng phân ≥ 200 g/ngày.

Cơ chế:

- Tiêu chảy thẩm thấu (osmotic diarrhea)
- Tiêu chảy dịch tiết (secretory diarrhea)
- Tiêu chảy do viêm (dịch rỉ).
- Rối loạn vận động ruột

Nguyên nhân tiêu chảy cấp

Bảng 1. Chẩn đoán phân biệt tiêu chảy cấp

Nhiễm trùng

Vì trùng: *Aeromonas* spp., *Campylobacter* spp., *Clostridium difficile*, *Escherichia coli* (enterotoxigenic, enteroinvasive, enterohemorrhagic), *Pleisiomonas* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp.

Viruses: Adenovirus, Norovirus, Rotavirus

Ký sinh trùng: *Cryptosporidia*, *Cyclospora*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Microsporidia*,


Dị ứng thức ăn

Ngộ độc thức ăn

Thuốc

Biểu hiện ban đầu của tiêu chảy mạn

Điều trị tiêu chảy cấp

 Nguyên nhân	Kháng sinh lựa chọn	Kháng sinh thay thế
Tả	Erythromycin 12,5mg/kg x 4 lần/ngày x 3 ngày	Tetracyclin 12,5mg/kg x 4 lần/ngày x 3 ngày
		Azithromycin 6 – 20mg/kg x 1 lần/ngày x 1-5 ngày
Lỵ trực khuẩn	Ciprofloxacin 15mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 3 ngày	Pivmecillinam 20mg/kg/lần x 4 lần/ngày x 5 ngày
		Ceftriaxon IM hoặc IV 50– 100mg/kg/ngày x 2 –5 ngày
<i>Campylobacter</i>	Azithromycin 6 – 20mg/kg x 1 lần/ngày x 1-5 ngày	
Lỵ a míp	Metronidazole 10 mg/kg/lần x 3 lần/ngày x 5 - 10 ngày (10 ngày với trường hợp bệnh nặng), uống	
Giardia	Metronidazole 5 mg/kg/lần x 3 lần/ngày x 5 ngày, uống	

Bù dịch điện giải

- Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và UNICEF trong điều trị tiêu chảy: Ưu tiên lựa chọn ORS áp lực thẩm thấu thấp đường uống để bù nước và điện giải - Trường hợp trường hợp mất nước nặng: Truyền tĩnh mạch ngay 100ml/kg dung dịch Ringe Lactate (hoặc dung dịch muối sinh lý) và chuyển sang đường uống ngay khi có thể. - Trường hợp bệnh nhân không uống và không truyền được có thể đặt ống thông dạ dày cho Orresol.

Điều trị kháng sinh

- Tiêu chảy phân máu.
- Tiêu chảy phân nước mất nước nặng nghi ngờ tả.
- Tiêu chảy do *Giardia*.

Táo bón

- Giảm số lần đi tiêu hơn bình thường (< 3 lần / tuần)
- Phân cứng
- Đi tiêu khó
- Phải rặn nhiều
- Cảm giác đi tiêu không hết phân
- Thời gian đi tiêu kéo dài
- Dùng tay hỗ trợ khi đi tiêu (dùng tay móc phân)

Nguyên nhân táo bón

Rối loạn làm đầy trực tràng

- U lành hoặc ác tính.
- Viêm: lý mạn tính, viêm đại trực tràng, bệnh Crohn, viêm túi thừa.
- Rối loạn chức năng: Hội chứng ruột kích thích.
- Bất thường bẩm sinh: Bệnh Hirschsprung.
- Thứ phát do nội tiết: ĐTĐ, suy giáp, cường phó giáp, đa u nội tiết
- Rối loạn điện giải: hạ kali máu, tăng magne máu, tăng calci máu
- Thai kỳ
- Chế độ ăn ít xơ nhiều đạm
- Tác dụng phụ của thuốc

Nguyên nhân táo bón

Rối loạn làm trống trực tràng

- Rối loạn phản xạ đi tiêu do bệnh tại chỗ
- Bệnh lý hậu môn trực tràng
- Bệnh lý thần kinh
- Rối loạn phản xạ đi tiêu do nguyên nhân khác
- Không tập thói quen đi tiêu tốt
- lạm dụng thuốc nhuận trường
- Nguyên nhân tâm lý

VẤN ĐỀ
BẤT THƯỜNG CHỨC NĂNG GAN/MEN GAN
BỆNH LÝ
VIÊM GAN

Bất thường chức năng gan

Nhóm xét nghiệm đánh giá tình trạng hoại tử tế bào gan:

Transaminase

- Tăng rất cao ($>10.000\text{U/L}$): viêm gan cấp do thuốc hoặc do thiếu máu (tụt huyết áp kéo dài hoặc suy tim cấp).
- Tăng cao ($>1000\text{ U/L}$): viêm gan cấp hoặc đợt bùng phát của viêm gan mạn (như Wilson hoặc viêm gan virus B mạn đợt bùng phát).
- Tăng trung bình ($< 300\text{ U/L}$): không đặc hiệu và thường gặp trong hầu hết các bệnh gan mạn tính.
- Tăng nhẹ ($<100\text{ U/L}$): viêm gan virus cấp, nhẹ, và bệnh gan mạn tính lan tỏa hay khu trú hoặc tình trạng tắc mật.

Bất thường chức năng gan

Tỉ số De Ritis = SGOT/SGPT (O/P):

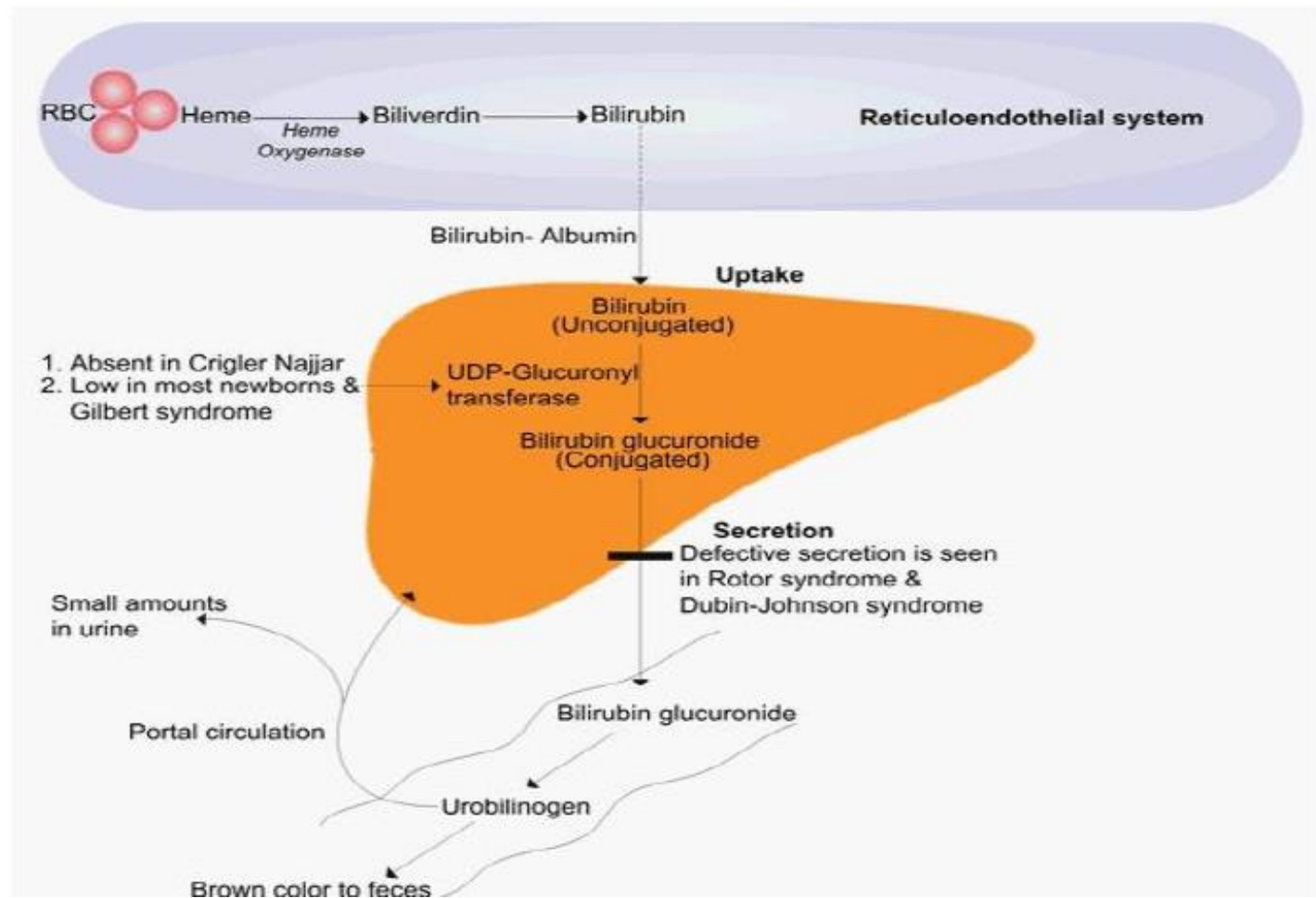
- $O/P \geq 2$ gợi ý bệnh gan do rượu. Trong viêm gan do rượu, AST hiếm khi > 300 U/L và ALT thường bình thường
- $O/P > 1$ ở bệnh gan mạn tính
- $O/P > 4$ gợi ý đến viêm gan bùng phát do bệnh Wilson.

Nhóm xét nghiệm khảo sát chức năng tổng hợp của gan:

- Albumin huyết thanh: thường chỉ giảm trong các bệnh gan mạn tính (xơ gan) hoặc khi tổn thương gan rất nặng
- Globulin huyết thanh: γ globulin tăng trong bệnh gan mạn tính như viêm gan mạn và xơ gan.
- Các yếu tố đông máu: TQ giúp đo lường các yếu tố II, V, VII, X

Bất thường chức năng gan

Nhóm xét nghiệm khảo sát chức năng bài tiết và khử độc:



Bất thường chức năng gan

- **Phosphatase kiềm (ALP):** ALP rất nhạy trong phát hiện tắc mật. ALP không đặc hiệu cho gan vì còn tăng trong các bệnh ngoài gan như hủy xương, nhuyễn xương, di căn xương.
- **GGT:** Tăng GGT gặp trong nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau như: bệnh tụy, nhồi máu cơ tim, suy thận, COPD, đái tháo đường, nghiện rượu, hoặc sử dụng một số loại thuốc như phenytoin, barbiturate.

Bất thường men gan

Transaminase < 5 lần x giới hạn trên bình thường

ALT ưu thế

- Viêm gan B, C mạn
- Viêm gan A, E cấp; EBV, CMV
- Gan nhiễm mỡ / Viêm gan thoái hoá mỡ
- Viêm gan ứ sắt
- Thuốc
- Viêm gan tự miễn
- Alpha-1-antitrypsin
- Bệnh Wilson
- Bệnh Celiac

AST ưu thế

- Viêm gan do rượu
- Gan nhiễm mỡ / Viêm gan thoái hoá mỡ
- Xơ gan

Không do gan

- Tán huyết
- Ly giải cơ
- Bệnh tuyến giáp

Bất thường men gan

Tăng AST & ALT cao (> 15 lần)

Viêm gan cấp do virus

- Không yếu tố tiên lượng
- Bili > 20 tiên lượng xấu

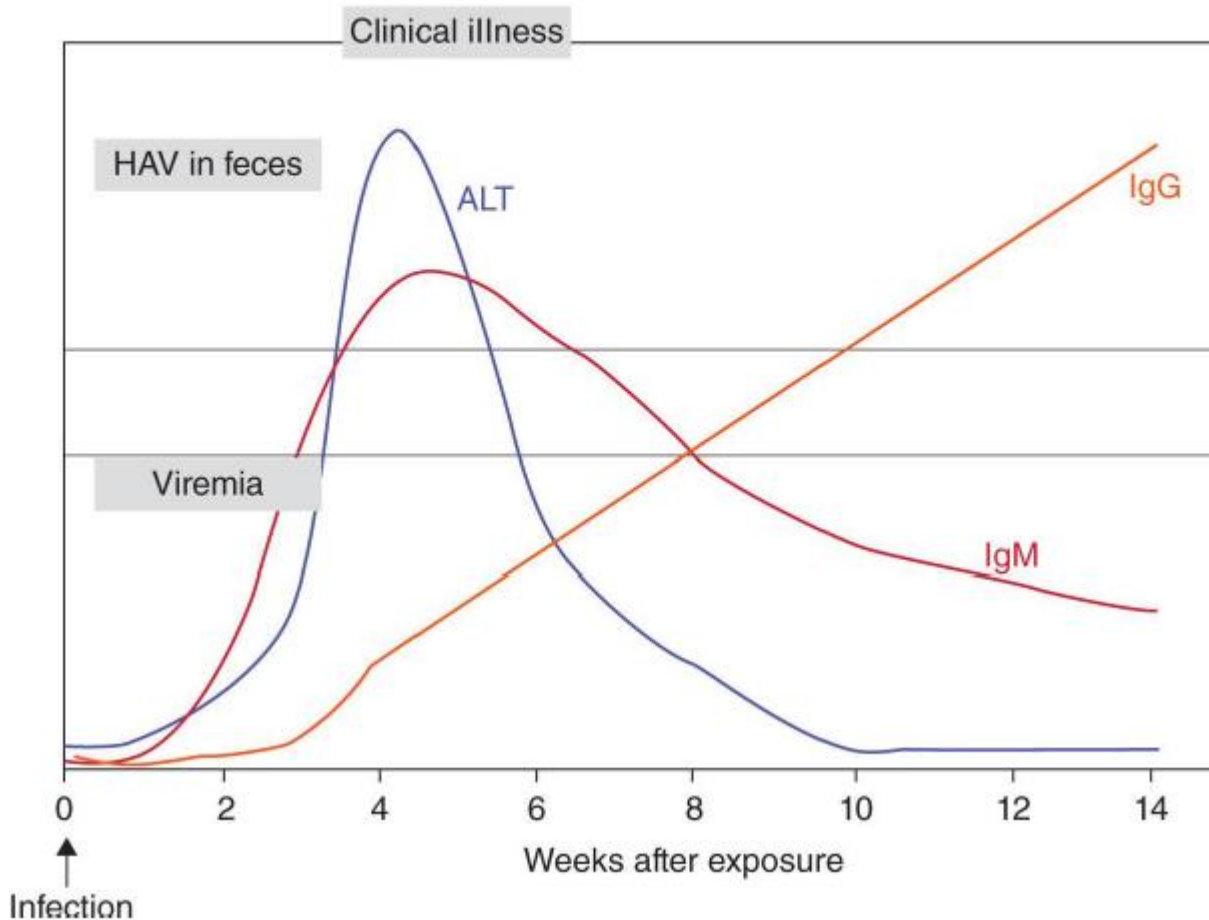
Viêm gan do thiếu máu

- Hạ huyết áp
- Nhiễm trùng
- Xuất huyết
- Nhồi máu cơ tim

- Viêm gan tự miễn
- Bệnh Wilson
- Tắc mật cấp
- Hội chứng Budd-Chiari
- Thuốc / độc chất
 - acetaminophen
 - CCl₄

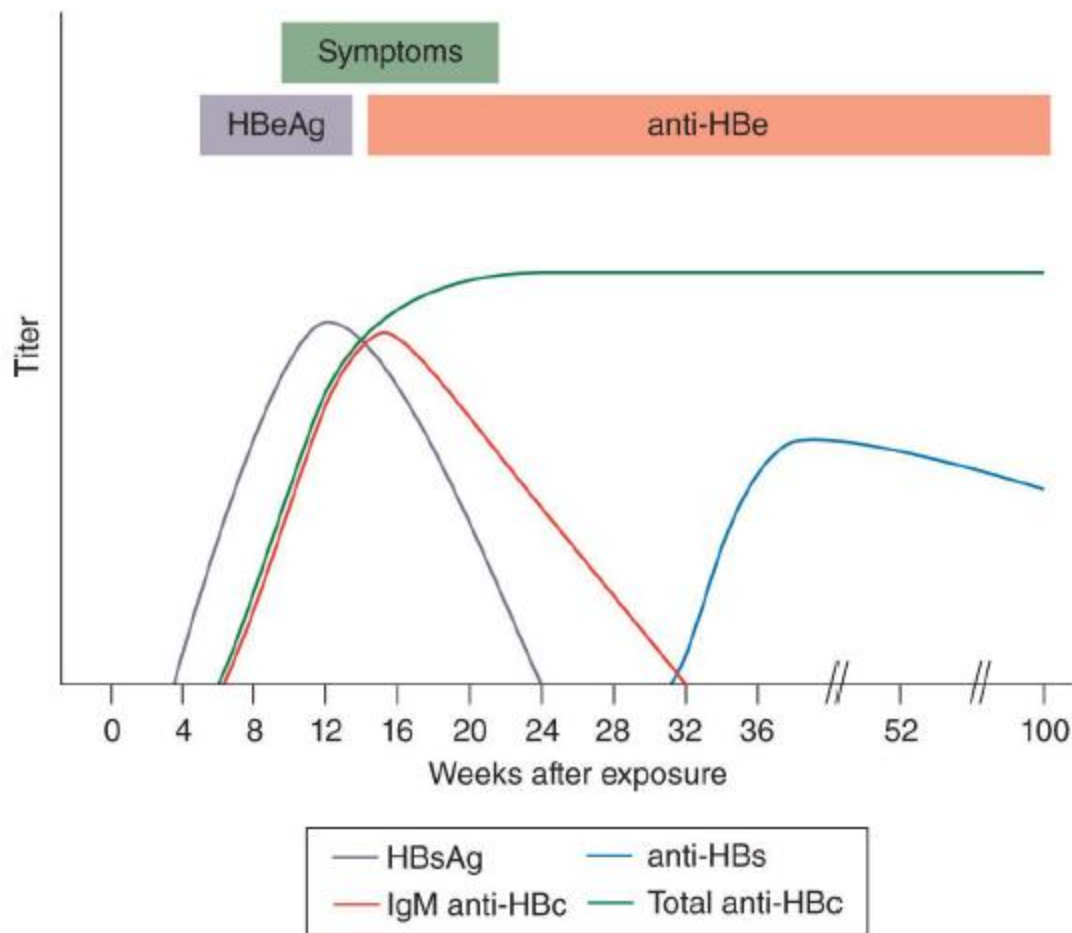
Viêm gan

Dấu ấn huyết thanh chẩn đoán viêm gan A cấp

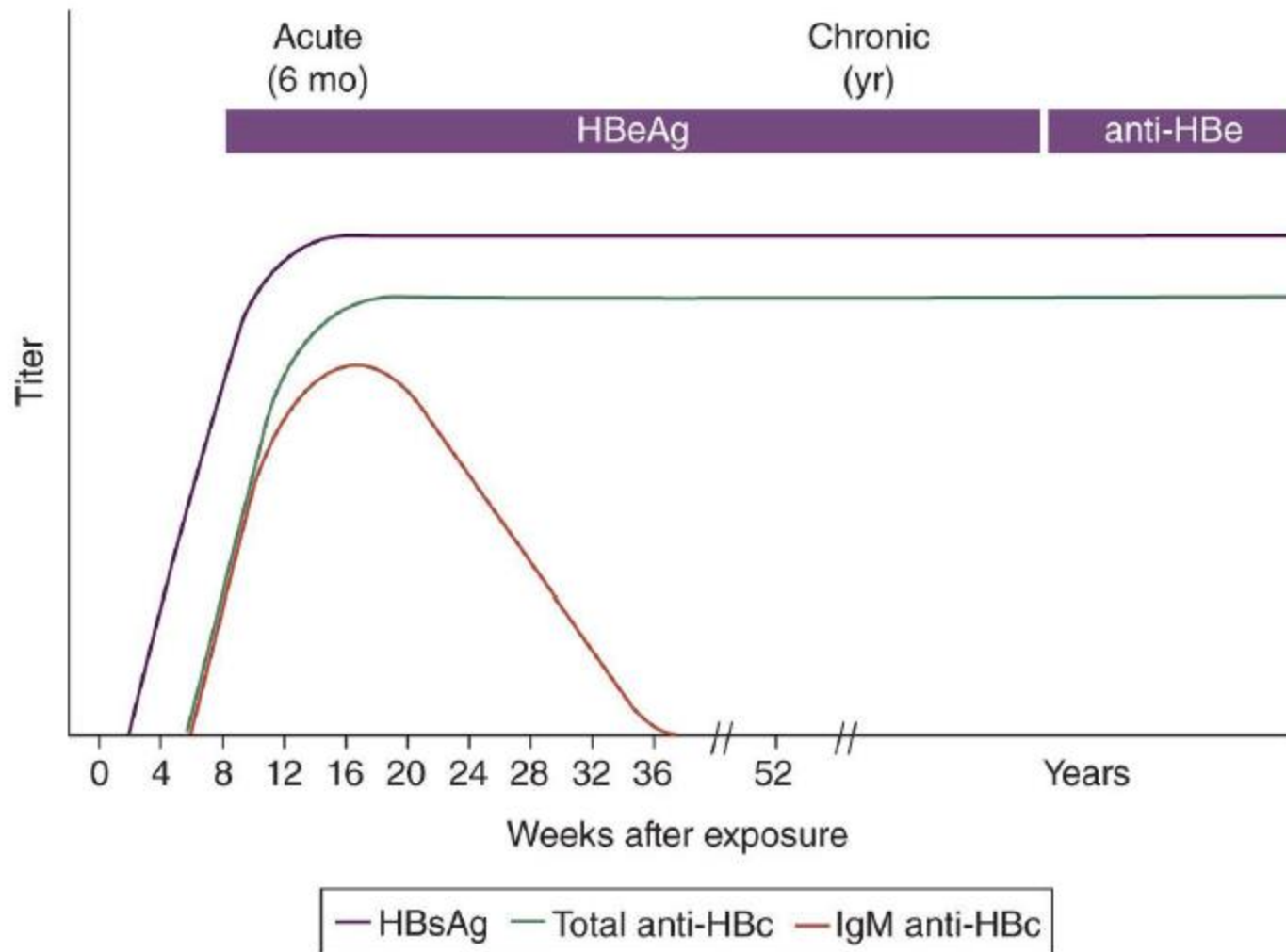


Viêm gan

Dấu ấn huyết thanh chẩn đoán viêm gan B cấp

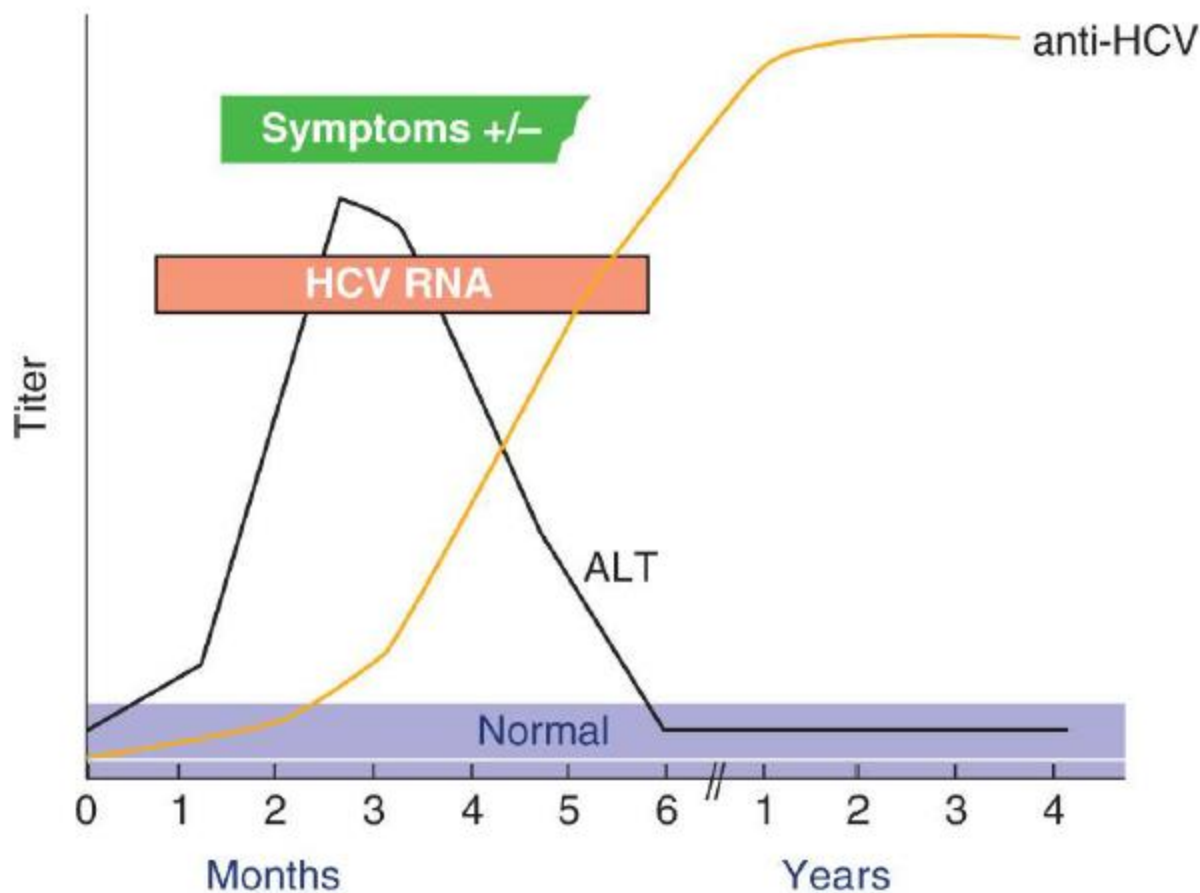


Viêm gan B mạn



Viêm gan

Dấu ấn huyết thanh chẩn đoán viêm gan C cấp



THANK YOU!