

BỆNH ÁN NỘI KHOA

Cô Kiều – 14/3/2019

I) HÀNH CHÍNH:

Họ tên bệnh nhân: TRỊNH MINH T.

Giới: Nam

Tuổi: 42

Nghề nghiệp: Công nhân xây dựng

Địa chỉ: 751/16 Kha Vạn Cân, phường Linh Tây, quận Thủ Đức, Tp. HCM

Thời điểm nhập viện: 2h30ph 11/03/2019

Giường 30, khoa Nội Tiêu Hóa, bệnh viện Nhân Dân Gia Định

II) LÍ DO NHẬP VIỆN:

Đau thượng vị

III) BỆNH SỬ: bệnh nhân khai bệnh

Cách nhập viện 19 giờ, bệnh nhân đột ngột khởi phát đau thượng vị khi nghỉ ngơi (chưa ăn sáng), đau âm ỉ liên tục, cường độ 7/10 (bệnh nhân nghỉ làm), đau lan sau lưng, đau tăng khi bệnh nhân uống sữa và ăn, không yếu tố giảm đau, kèm cảm giác chán ăn, chướng bụng vùng thượng vị, nôn ói nhiều lần, liên tục, nôn ra ít dịch trong, không nôn ra máu, sau nôn không giảm đau → Bệnh nhân đi khám tại BV Đa Khoa Thủ Đức, được siêu âm bụng, CT-scan, được chẩn đoán Viêm tụy cấp / mạn – Tăng Tryglycerid và chuyển BVNDGD sau đó

Cô hỏi: ĐVD cđsb tại BV Thủ Đức

Trung bình 6-8h VRT sẽ lan xuống đau HCP

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không đau ngực, không ho, không vàng da, không ợ hơi ợ chua, không khó thở, tiêu phân 1 lần, phân vàng khuôn, trung tiện được, tiểu vàng trong không gắt buốt, lượng không rõ

Diễn tiến sau nhập viện:

N1: bệnh nhân tạm nhịn ăn uống, đau bụng giảm còn 3/10, hết nôn, bụng giảm chướng, tiêu phân vàng lỏng 1 l/ngày, tiểu bình thường

N2: đau bụng và chướng bụng giảm

IV) TIỀN CĂN:

1) Nội khoa:

-Cách đây 6 tháng, bệnh nhân đau thượng vị với tính chất tương tự lần này, được chẩn đoán viêm tụy cấp / rối loạn Lipid máu (BN không mang giấy xuất viện) tại BV Đa Khoa Thủ Đức, điều trị nội khoa. Bệnh nhân tái khám 2 tháng sau đó, được siêu âm bụng và theo dõi nang giả tụy, không xử trí gì. 3 tháng nay bệnh nhân tự ý ngưng thuốc điều trị rối loạn Lipid máu

-Không ghi nhận tiền căn đau thượng vị, đau hạ sườn (P) liên quan ăn uống

-Chưa ghi nhận tiền căn THA, đái tháo đường, viêm gan siêu vi B-C, bệnh mạch vành, viêm loét dạ dày – tá tràng, bệnh lý đông máu, chấn thương bụng, nhược giáp

2) Ngoại khoa:

-Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật vùng bụng, nội soi mật tụy ngược dòng

3) Bản thân:

-Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, thuốc.

-Thói quen ăn đồ dầu mỡ

-Hút thuốc lá từ năm 20 tuổi, 1 gói/ngày → 22 gói.năm

-Uống rượu bia từ năm 20 tuổi, 45 gram cồn/ngày trong 22 năm

4) Gia đình:

-Không ghi nhận tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, viêm gan siêu vi B-C

V) LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN: (7h 13/2/2019) sau NV 2 ngày

1) Tim mạch: không đánh trống ngực, không hồi hộp.

2) Hô hấp: không khó thở, không đau ngực, không ho, không khạc đàm

Tiêu hoá?.

3) Tiết niệu: không tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng trong, lượng bình thường

4) Thần kinh – cơ xương khớp: không đau, không giới hạn vận động.

VI) KHÁM: (7h 13/2/2019) sau NV 2 ngày

1) Tổng trạng:

-Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.

-Sinh hiệu lúc nhập viện:

.Mạch 112 l/ph

.HA 130/70 mmHg

.Nhiệt độ 37°C

.Nhịp thở 21 l/ph

-Sinh hiệu lúc khám:

.Mạch 96 lần/phút

HA 130/70 mmHg

.Nhịp thở 18 lần/phút

SpO₂ 92% (khí trời)

Nhiệt độ 37°C

-Môi hồng / khí trời, chi ấm, mạch quay đều, rõ. Không có kéo cơ hô hấp phụ, không xuất huyết dưới da, không phù, không vàng da. Không xanthelasma

-Chiều cao: 1.63m, CN 70kg -> BMI = 26.34 kg/m² → **Thể trạng thừa cân.**

2) Khám vùng:

a) Đầu – mặt – cổ:

-Cân đối, môi không khô, lưỡi sạch.

-Khí quản không lệch, hạch không sờ chạm.

b) Lồng ngực:

-Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không u, không sẹo, khoang liên sườn không giãn.

***Tim:** Mỏm tim khoang liên sườn V đường trung đòn T, diện đập 1x1cm².

T1, T2 đều, rõ, không âm thổi.

***Phổi:** Rì rào phế nang, rung thanh đều 2 bên. Gõ trong 2 phổi

c) Bụng:

-Cân đối, di động theo nhịp thở, không u, không sẹo, không dấu rắn bờ. Dấu Cullen (-), Grey-Turner (-)

-Nhu động ruột 1/ph

Nên nghe thêm ¼ trên trái do vtc có thể liệt ruột khu trú. Liệt toàn thể khi vpm, hạ kali,

Nếu ¼ trên trái bình thg không cần nghe chỗ khác nữa

- Bụng mềm, ấn đau thượng vị, không đề kháng thành bụng, chướng nhẹ vùng thượng vị
- Điểm sườn lưng (T) (-), điểm Malletguy Tôn Thất Tùng (-), điểm McBurney (-)
- Nghịch pháp Murphy (-)
- Không sờ được bờ dưới gan, rung gan (-), ấn kẽ sườn (-)
- Lách, thận không sờ chạm.

d) Thần kinh – cơ xương khớp:

- Cổ mềm.
- Không sưng, nóng, đỏ cơ khớp.

VII) TÓM TẮT BỆNH ÁN:

Bệnh nhân nam 42 tuổi, nhập viện vì đau thượng vị, bệnh 19 giờ, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận các bất thường sau:

*** TCCN:**

- Đau thượng vị liên tục, lan sau lưng
- Nôn ới nhiều, sau nôn không giảm đau
- Chướng bụng vùng thượng vị

*** TCTT:**

- Sinh hiệu lúc nhập viện:

.Mạch 112 l/ph. HA 130/70 mmHg. Nhiệt độ 37°C. Nhịp thở 21 l/ph

- Sinh hiệu lúc khám: Mạch 96 l/ph. HA 130/70 mmHg. Nhịp thở 18 l/ph. SpO₂ 92% (khí trời). Nhiệt độ 37°C

- Ấn đau thượng vị, đề kháng thành bụng (-)

- Nhu động ruột 1/ph

- Điểm sườn lưng (T) (-), điểm Malletguy Tôn Thất Tùng (-), điểm McBurney (-), nghịch pháp Murphy (-)

***Tiền căn:**

- Viêm tụy cấp 1 lần

-Rối loạn lipid máu không điều trị

VIII) ĐẶT VẤN ĐỀ:

1/Đau thượng vị

2/Tiền căn viêm tụy cấp, rối loạn lipid máu không điều trị

IX) CHẨN ĐOÁN:

-Chẩn đoán sơ bộ:

Viêm tụy cấp giờ 72, do tăng Tryglycerid, có dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng

-Chẩn đoán phân biệt:

1/Viêm tụy cấp giờ 72, do rượu, có dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng

2/Thủng ổ loét DDTT

3/Nhồi máu cơ tim cấp

X) BIỆN LUẬN:

Đã có CT, SÂ cđ của BV Thủ đức VTC rồi thì tại BV NDGD không cần BL cái đám đau tv nữa. Nếu có bụng ngoại khoa thì không nằm 3 ngày r.

Nếu tại BV Thủ Đức thì biện luận:

BL của đau thượng vị phải ghi những đặc điểm của bn này, r ghi những lý do lquan chứ không để hết cây Bluan ĐTV

- Bn nam, 25t
- Đau liên tục
- 19h
- Tiền căn VTC
- Khám thấy bụng...
- ⇒ Bỏ tắc ruột, vtm cấp, vrt cấp, phình bóc tách, viêm loét dd tt, viêm đáy phổi, nhiễm toan ceton
- ⇒ Cái nào KHÔNG NGHĨ thì không đưa vào bài, ít nghĩ mới đưa. BL cái nghĩ ít đến nhiều sau.

1/Đau thượng vị:

-Bệnh nhân đau thượng vị có thể do các nguyên nhân sau:

a)Bụng ngoại khoa:

-Tắc ruột: bệnh nhân còn đi tiêu và trung tiện được, sau nôn không giảm đau → Ít nghĩ

-*Thủng ổ loét DDTT*: không tiền căn viêm loét DDTT hay cơn đau kiểu DDTT trước đây, nhưng không loại trừ thủng bất ổ loét cam nên cơn đau có thể tự giới hạn, khám bụng có thể không đề kháng → Ít nghĩ **giờ thứ 19 thì đã vpm vi trùng. Khám phải thấy cảm ứng PM (sau 12h, còn 2 – 12h thì mới thấy đề kháng). Có thể để vào bluan or thủng dò vào tụy.**

-Viêm túi mật cấp: bệnh nhân không sốt, nghiệp pháp Murphy (-), không tiền căn cơn đau quặn mật trước đây → Không nghĩ. **Sau 5-6h là đã chuyển sang đau hsp**

-*Viêm đường mật cấp*: bệnh nhân không sốt, không vàng da, khám không đề kháng vùng hạ sườn P → Không nghĩ **chưa đủ time, không dùng time để loại trừ ca này**

-Viêm ruột thừa cấp: thường diễn tiến đau thượng vị âm ỉ sang đau HCP khoảng < 8h và có sốt, ở bệnh nhân này không phù hợp, điểm McBurney (-), nên không nghĩ **giờ 19 ời bỏ đi**

Vỡ nang giả tụy có các biến chứng:

- **niêm trùng: sốt, sirs,**

- **chèn ép: đau từng cơn**

- **xuất huyết: tụt HA**

- **vỡ gây đau**

b)Nội khoa:

-*Viêm tụy cấp*: bệnh nhân đau bụng với tính chất phù hợp, có tiền căn viêm tụy cấp và lần đau này giống với lần đau trước nên rất gợi ý, ngoài ra nôn không giảm đau → Nghĩ nhiều

-*Nhồi máu cơ tim*: bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch (rối loạn lipid máu, HTL nhiều, uống rượu bia nhiều) nên không loại trừ

-*Phình bóc tách động mạch chủ*: thường trên người cao tuổi có THA lâu năm, nên ít nghĩ

-*Nhồi máu mạc treo*: bệnh nhân không có các bệnh lý tăng đông, không rối loạn nhịp, không cơ địa ung thư, không xai các thuốc tăng đông nên không nghĩ **nmct không loại trừ thì nm mạc treo cũng không loại**

-Viêm loét dạ dày tá tràng: đau có tăng khi bệnh nhân ăn nên không loại trừ

-Viêm đáy phổi: bệnh nhân không ho, không khạc đàm, khám phổi bình thường nên không nghĩ

-Nhiễm toan ceton đái tháo đường: bệnh nhân không ghi nhận tiền căn đái tháo đường, không ghi nhận thở nhanh sâu nên không nghĩ

*****Biện luận viêm tụy cấp:**

-Giờ thứ 72

-Nguyên nhân viêm tụy cấp:

.Sỏi mật: bệnh nhân không có tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da), không tiền căn cơn đau quặn mật → Ít nghĩ. Thường vtc do sỏi nó từ ống mật, trôi đi nên không thấy Charcot (chỉ thấy khi nó kẹt ở đường mật), ngoài ra có thể làm phù nề oddi gây vtc lun.

Sỏi túi mật chỉ 3-7% vtc. SÂ thấy cục sỏi trong túi mật thì cái cục đó không phải ng nhân vtc, không rõ trc đó có cục nào gây vtc không, phải dùng sinh hoá để định hướng.

.Rượu: bệnh nhân có uống rượu nhiều 45 gram cồn/ngày trong 22 năm → Nghĩ nhiều

Ng uống rượu >5 năm chỉ có 5% vtc

.Tăng TG: bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tăng TG như béo phì, uống rượu nhiều, tiền căn được chẩn đoán viêm tụy cấp do tăng TG / rối loạn lipid máu → Nghĩ nhiều có cơ địa tạo sỏi nữa.

Tăng >1000 chỉ là nguy cơ, cô không nhớ tỉ lệ vtc.

BN vtc vừa uống rượu, vừa tăng Tri, vừa có sỏi thì nghĩ vtc ng nhân nào? Tốt nhất thời điểm nào ng nhân nào nguy hiểm thì đtti ng nhân đó. Vd N1 sợ nhất ntrung đường mật do sỏi → quét MRI để loại. Mấy ngày sau phải nghĩ tăng Tri do nặng nhất → cc: lọc huyết tương, truyền insulin. Do rượu thì chả làm j hết

-Dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng:

.BN có SIRS lúc nhập viện (mạch 112 l/ph, nhịp thở 21 l/ph) → Thỏa

.BISAP:

+BUN

+Không rối loạn tri giác

+Có SIRS

+Tuổi < 60t

+TDMP: khám không ghi nhận hội chứng 3 giảm trên lâm sàng

→ Bệnh nhân có khả năng có từ 1-3d theo BISAP

.Đề nghị Hct lúc nhập viện, CRP sau 48h khởi phát

.Suy cơ quan:

+HA 130/80 mmHg: không HHA

+Bệnh nhân không khó thở nên không nghĩ có giảm Oxy máu

+Không ghi nhận giảm V nước tiểu

→ Hiện chưa thấy dấu hiệu suy cơ quan trên lâm sàng

-Biến chứng tại chỗ:

.Tụ dịch quanh tụy, hoại tử tụy, nang giả tụy, AX tụy: đề nghị CT-scan bụng có cản quang

.Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng: bệnh nhân không sốt, không tăng đau bụng, không suy cơ quan nên nghĩ chưa có biến chứng này

.Huyết khối tĩnh mạch lách, tĩnh mạch mạc treo tràng trên: không khám thấy lách to, bệnh nhân không XHTH nên không nghĩ

-Biến chứng toàn thân: không ghi nhận tiền căn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh mạch vành nên không nghĩ

XI) ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:

1) CLS chẩn đoán:

-Amylase máu, lipase máu, CTM, CRP, Tryglyceride, BUN, creatinin, điện giải đồ + Ion Ca, XQ bụng đứng không sửa soạn, siêu âm bụng, ECG, XQ ngực thẳng, **bilan lipid. Thêm cls để loại các cđpb: ECG, men tim, đường huyết**

2) CLS thường quy:

-AST, ALT, TPTNT, đường huyết đói, total-cholesterol, LDL-C, HDL-C

XII) KẾT QUẢ CLS:

1/Amylase máu:

Amylase	134.5	<=100(>300 U/L)
---------	--------------	-----------------

-Amylase máu tăng nhưng < 300 U/L chưa thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán VTC, nhưng cũng có thể:

.VTC do rượu, tăng triglyceride: có thể không làm tăng Amylase máu → Đề nghị siêu âm bụng

.VTC trên nền viêm tụy mạn

.Đến trễ: không nghĩ

2/Siêu âm bụng:

***GAN VÀ HỆ MẬT:**

- GAN không to, bờ đều, nhu mô tăng phản âm, giảm âm vùng sâu, mạch máu mờ.

- Đường mật trong gan và ngoài gan không dẫn.

- TÚI MẬT thành không dày, lòng không có sỏi.

*TỤY: to, đầu tụy KT # 26 x 35mm, thân tụy # 17mm, đuôi tụy # 24mm, thâm nhiễm mô mỡ và ít dịch xung quanh tụy.

*LÁCH: to KT # 121 x 52mm, cấu trúc đồng nhất.

*THẬN (P): không có sỏi, không ứ nước.

THẬN (T): không có sỏi, không ứ nước.

Chủ mô 2 thận phân biệt rõ với trung tâm.

*BÀNG QUANG: thành không dày, không sỏi.

*TIỀN LIỆT TUYẾN: không to, đồng nhất.

***CÁC BẤT THƯỜNG KHÁC:**

- Dịch tự do ổ bụng lượng ít.

- Không dịch màng phổi 2 bên.

KẾT LUẬN:

- Viêm tụy cấp

- Gan nhiễm mỡ

- Lách to coi chừng huyết khối TM lách (vừa to vừa đau do to đột ngột, ứ). Nếu có thì xử trí sao?

Bchung huyết khối (tm lách, tm cửa) khi vt thể hoại tử. Tùy trg hợp mà qđinh sdung kháng đông do thành vt thể xuất huyết. HK TM lách thì tự tan, HK TM cửa thì phải sd kháng đông chấp lun vtc thể xhuyết do hk tm cửa gây suy gan ded liền.

Dấu hiệu nặng:

Dấu hiệu quai ruột canh gác nghi viêm đm mạc treo tràng , do pung viêm đm nuôi quai ruột → thiếu máu, liệt ruột (thường là quai hồng trạngj

Dấu đại tràng cắt cụt: do dịch viêm tụy từ đầu tụy lan xuống, gây co thắt đại tràng ngang → dẫn phần trc, hơi phần sau không có. Nếu tổn thương đuôi tụy thì co thắt đtràng góc lách, dẫn đtràng ngang.

Tại sao tụy giảm đau bằng cơ chế cò súng? Cột sống dẫn hết mức, tụy sau PM to lên, tạo không gian rộng hơn sau PM cho nó chill.

- Dịch tụy do ổ bụng lượng ít

→Biện luận: Viêm tụy cấp biến chứng tại chỗ tụ dịch quanh tụy, dịch ổ bụng lượng ít có thể do trong bệnh cảnh viêm tụy cấp gây tiết dịch. Lách do trong bệnh cảnh viêm tụy cấp có thể do biến chứng huyết khối tĩnh mạch cửa, huyết khối tĩnh mạch lách → D-Dimer, CT-scan bụng có cản quang. Đường mật trong / ngoài gan không dẫn + túi mật bình thường, không sỏi → Hiện không nghi do sỏi

Coi biến chứng hoại tử tụy phải dùng CT

3/Nguyên nhân viêm tụy cấp:

Triglyceride	70.75	0.46-1.88 mmol/L
--------------	--------------	------------------

-Triglyceride > 11 mmol/L → VTC do tăng triglyceride.

-Nguyên nhân gây tăng TG có thể có ở bệnh nhân này:

.Béo phì

.Uống rượu nhiều

.Ngoài ra chưa loại trừ đái tháo đường: đề nghị HbA1C, không làm đường huyết để chẩn đoán do bệnh nhân đã nhịn đói 3 ngày nay

.Tăng TG nguyên phát: không loại trừ do mức độ tăng nhiều

4/Các xét nghiệm tiên đoán – mức độ viêm tụy cấp:

Hct	0.392	(0.350-0.470) L/l
-----	-------	-------------------

→Hct lúc nhập viện không tăng

CRP	247.35	0-5 mg/L
-----	--------	----------

→CRP sau 56 giờ khởi phát đau bụng = 247.35 mg/l

Guideline Canada 2016: CRP làm ngay lúc NV rồi mỗi 24h làm tới 72h, sau 72h từ khởi phát thì ko làm nữa. Nếu có 1 lúc nào đó bắt được >150mg thì ngưng, xem diễn tiến CRP, cứ có 150 thì tiên lượng nặng. Làm lun do sợ khai thác bệnh sử sai.

CRP đỉnh 48-72h sau khi có đáp ứng viêm bắt đầu.

Procalcitonin làm lúc NV:

- Viêm tụy là dấu hiệu báo trc suy đa cơ quan.
- nếu thấy tăng mà không thấy dấu hiệu Ntrung → coi chừng suy đa cơ quan.

CT làm lúc NV:

- không đủ tiêu chuẩn cđoan
- cđpb bệnh ngoại khoa

MRI:

- bn có cđđ CT (dị ứng cản quang, mang thai, suy thận)
- Nghi ngờ NT ĐM do sỏi mà sỏi còn kẹt mà SÂ không thấy gì.

ALT > 150: cđpb do sỏi vs rượu, nghi sỏi. Thật sự sỏi tăng rất cao >10UL

Sỏi dưodng mật tròn SÂ nhạy 40-50%

MRI nhạy = ERCP khi cđ sỏi đường mật.

BILAN LIPID:

- Ng bình thường không nhin đôi khi thử Cholesterol
- Nếu có Tri thì nhin ít nhất 10 tiếng do là tgian lipoproteinlipase thủy phân Tri thành 2 cái j đó.
- VTC do tăng Tri n3 (bệnh án) nhin mà Tri còn cao là do thiếu hụt men phân huỷ → ng nhân do gia đình di truyền (>2000) có 3 nhóm

* HC tăng Chylo: từ tuổi trẻ em, ko yt khởi phát, viêm tụy từ nhỏ.

* Type 4: tăng VLDL

* Tri ngoại tăng chylo, tri nội tăng vldl

* Type 5: tăng cả 2: thường gặp ở ng lớn, thường có yt khởi phát (eg uống rượu)

Tăng Tri do uống rượu thường do ng nhân nguyên phát (type 5) mix vs thứ phát → ksoat yt khởi phát thì không xảy ra nữa.

Mấy ng nhân do rượu, đtd thì sau 10 tiếng nó phân huỷ hết về bthg

Nếu sau 3d mà Tri còn cao là yt tiên lượng nặng

-BISAP: 2/5

Urea	5.5	1.7-8.3 mmol/L
BUN = urea x 28/60 x6= mg/dl	15.4 mg/dl < 25 mg/dl	

.Bệnh nhân không rối loạn tri giác

.Bệnh nhân có SIRS: Nhịp thở 21 l/p, WBC 13.5k

.Tuổi < 60

.XQ ngực: không thấy tràn dịch màng phổi

→ Bệnh nhân có SIRS lúc nhập viện yếu tố tiên lượng nặng → Nguy cơ diễn tiến nặng đến hoại tử tụy

-Bệnh nhân có biến chứng tại chỗ → Mức độ trung bình – nặng

5/Công thức máu: ngày NV (11/03). Huyết thanh đục như sữa

Xét nghiệm	Kết quả (11/3)	12/3	Trị số bình thường
* WBC	13.5	13.00	(4.0-10.0) K/ μ l
Neu %	74.7	75.1	(40.0-77.0) %
Lym %	15.9	17.2	(16.0-44.0) %
Mono %	5.1	3.7	(0-10) %

Eos %	1.3	2.4	(0.00-7.00) %
Baso %	3.0	0.4	(0.0-1.0) %
Neu	10.1	9.76	(2.00-7.50) K/ μ l
Lym	2.1	2.23	(1.00-3.50) K/ μ l
Mono	0.7	0.49	(0.00-1.00) K/ μ l
Eos	0.2	0.31	(0.0-0.6) K/ μ l
Baso	0.4	0.05	(0.0-0.1) K/ μ l
**RBC	4.3	3.95	(4.0-5.8) T/L
Hgb	173	125	(140-160)g/l
Hct	0.392	0.36	(0.350-0.470) L/l
MCV	91.2	91.0	(80-100) fL
MCH	40.4	31.5	(26.0-34.0) pg
MCHC	443	31.0	(310-360) g/L
RDW	13.3	13.8	(9.0-16.0) %CV
***PLT	319	264	(150-400) Giga/L
MPV	6.8		(6.0-12.0)fL
Glucose	5.35		3.9-6.1 mmol/l
Urea	5.5		1.7-8.3 mmol/L
Creatinin	83.5		Nam: 62-120; Nữ: 44-88 μ mol/L
GFR (MDRD4)	93.14		ml/ph/1.73m ²
Na	126.2	132.1	135-145 mmol/L
K	3.29	3.41	3.5-5.0 mmol/L
Cl	91	94.6	97-111mmol/L
AST	43.6		\leq 31 U/L

ALT	49.4		≤ 41 U/L
Cholesterol	17.26		3.9-5.2 mmol/L
Tryglyceride		19.67 mmol/L	

- Bệnh nhân giảm Natri máu có thể do giảm giả tạo do tăng TG

PHẢI BIỆN LUẬN TRONG BỆNH ÁN:

Trong vtc thường có tăng đường huyết:

- Do giảm tiết insulin vì tổn thương tụy, viêm tụy thể hoại tử mới ảnh hưởng tụy nội tiết
- Do có nền đtđ trc đó
- Stress: tăng $< 180-200$ mg/dl, quá 200mg là loại
- VTC/ mạn: VTM gây ĐTĐ type 3C, thường có rl nội tiết tiêu phân mỡ luôn rồi.
- Do lấy nhầm chai truyền đường (nghĩ cuối)

TPTNT có tăng ceton ở 1 số cas

- Đtđ type I tăng thể ceton
- Bn nhịn đói

Vai trò CDHA trong VTC phải bik

ION ĐỒ TRONG VTC:

- Na giảm giả
- Kali giảm nhiều hơn $\frac{1}{2}$:
 - Mất H^+ do kiềm CH
 - Kiềm CH: Kali chuyển vào nội bào (ngược suy thận TCH)
 - Xử trí: Ức chế toan PPI, ới thoải mái nhưng không mất H^+ , không chống nôn vì dịch vẫn tiết trog dạ dày → viêm dạ dày.
 - Truyền K^+ khi có trchung liệt ruột, liệt cơ, rl nhịp, phải theo dõi để ngưng

XIII) CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

Viêm tụy cấp – thể - mức độ - nguyên nhân – biến chứng.

VTC ngày thứ 2 td thể hoại tử ng nhân bchung

VTC do: Đau bụng kiểu tụy, CDHA dùng CT hoy (style cô Kiếu: không dùng SÂ bụng để loại trừ, nếu sâ bụng có thì dùng tạm để gợi ý đoán), sinh hoá không đủ tiêu chuẩn. VTC do rượu hầu hết trên nền vt mạn, rl ngoại tiết, amylase giảm nhiều hơn lipase → vtc do rượu đoán bằng lipase.

VTC tăng Tri, Tri >500 thì hoạt tính amylase bắt đầu giảm hoạt tính không đo được chứ không phải do không cao. Nếu Hthanh đục như sữa thì pha loãng để [Tri]<500, lúc đó đo được amylase sau đó nhân lên số lần pha loãng.

Tăng Tri trong máu:

- Amylase thấp giả
- Na giảm giả do mỡ choáng chỗ
- LDL thấp giả do dùng công thức gián tiếp. $LDL = Cho\ TP - HDL - 0,2 * Tri$ (mg/dl) nếu là mmol/L là $0.5 * Tri$ (Chỉ dùng khi Tri <400 mg/dl) → Tri cao quá thì phải đo LDL trực tiếp.
- Khi Lipase >3ULN là thỏa dấu hiệu tiên lượng nặng

Dùng lipase do kéo dài hơn (1-2w), không tăng trong bệnh lý tuyến nước bọt, buồng trứng. Lipase đỉnh 24h, kéo dài do được tái hấp thu ở ống thận → không làm lipase niệu.

Nhược điểm lipase: Tăng ở bn ĐTD. 20% tăng ở bn đtd trong đó có 20% tăng trên 3*ULN. Không giải thích được tại sao.

Lipase giúp đỡ khi tới trễ, vtc do rượu, tiên lượng nặng khi >3ULN

Thể phù nề vs hoại tử: Trên LS dựa vào dấu hiệu tiên lượng hoại tử tuy để hướng đoán, BN này mới có SIRS thì nghĩ thể hoại tử dù chưa có mấy cái Hct, CRP

Viêm tụy cấp giờ 72, do tăng triglyceride, mức độ trung bình – nặng, biến chứng tụ dịch quanh tụy cấp

XIV) ĐIỀU TRỊ:

1/Nguyên tắc điều trị:

Điều trị cấp cứu;

- giảm đau: Nhịn ăn, bù dịch và dùng thuốc.

- Buscopan: Cho khi có đau quặn từng cơn trên nền liên tục, biết bn có sỏi túi mật, nghĩ nhiều vtc do sỏi → cho để dẫn cơ vòng oddi, rút sỏi. Nếu không có mấy cái trên thì không cho do tăng liệt ruột, trướng bụng.
- Meperidine: Không loại trừ được viêm dd cấp, nên không dùng cái này liền,
- Ranitidin: Tại sao chọn do bs Cấp cứu thường sdung. Do nghĩ viêm loét dạ dày. Ban đầu dùng vì giảm đau nhanh, không loại được viêm dd cấp. Lên trại vẫn giữ Zantax để phòng ngừa loét do stress.
- Paracetamol: rất ít cho, chỉ cho trên bn có nền xơ gan, chỉ cho được tramadol và para, không xài được meperidine

- điều trị bù dịch: Nếu có rl huyết động thì đtri ntn. Tiêu chuẩn shock giảm V:

- HA tthu <90, HA đm trung bình <60
- Lactate máu > 4 mmol/L
- Truyền dịch: 20 ml/kg , bolus 2 chai 500 ml, 2 đường truyền max giọt

-Tuyệt nhiên nghỉ ngơi:

Guideline 2018 không cho nghỉ ngơi nữa =))) do dễ bchưng suy đa cq, ntrung mô hoại tử. Lý do: Không ăn đg miệng → nhu động ruột không có → liệt ruột, vk phát triển quá mức, tăng cytokine, nội độc tố vi trùng gây dẫn mạch, vào máu gây suy cơ quan → Cho ăn sớm oral trong 24h đầu.

Chế độ bắt đầu ngay = ít chất béo. Nếu bn dung nạp thì vẫn cho ăn

Nếu đau thì mới cho ăn qua sonde mũi hồng tràng. Sonde mũi dạ dày cũng được, nhưng 1 số ncuu nói kích thích nhiều hơn sonde mũi hồng tràng,

Nếu qua sonde không được thì cho ăn TM, chấp nhận nguy cơ nhiễm trùng.

Nếu vt nặng or nghi vt hoại tử thì không bắt đầu oral mà qua sonde.

.Nhịn ăn uống hoàn toàn trong 3 ngày đầu. Dinh dưỡng đường tĩnh mạch.

.Thuốc giảm tiết tụy: không có chỉ định

-Bù dịch bằng NaCl 0.9% do không có kết quả Ca2+

CŨ: 1 lit NaCl 0,9% thì có 154 meq mỗi thứ (Na, Cl, NaCl) → truyền nhiều dư clo → Toan huyết → hoạt tính tụy tăng, SIRS kéo dài, ưu tiên lactat do sinh lý hơn.

MỚI 2018: Không khuyến cáo truyền ưu tiên gì hết khi cần lượng dịch lớn, truyền j cũng được.

-Giảm đau

-Kháng sinh phòng ngừa do bệnh nhân có CRP cao

Không còn dùng trên thế giới nữa. Trc đây dùng khi hoại tử >30%

Do giờ cho ăn qua oral, sonde thì không sợ nhiễm trùng nhiều nữa, giảm bchưng suy đa cq → dùng ks phòng ngừa không có tác dụng, còn thêm nhiễm nấm.

Còn mình vẫn cho ăn tĩnh mạch → nguy cơ Ntrung còn cao. 1 số BV ở VN đã bỏ ks phòng ngừa, BV GD còn.

-Điều trị làm giảm triglyceride < 500 mg/dl

.Tối ưu: lọc máu

.Hoặc dùng Insulin

VTC Mức độ nặng, sau 3d Tri >1000 mới chỉ định hạ cấp cứu.

Truyền insulin khi:

- BN đtd an toàn nhất, ĐH >500 là chắc cú nhất
- BN không đtd: Truyền G5% ưu trương rồi cho insulin vào (nếu ĐH 150-200). Phòng ngừa hạ đh.
- Liều 0,1 mg/kg/h
- Ko có Đtd thì không khuyến cáo truyền insulin ngay.
- VTC nhẹ: truyền insulin: đường = 1:5 or 1:10 (1 UI insulin cho 5/10 g đường).
- Có ins, có glucose đẩy kali vào nội bào → Bù kali vô.

Chỉ định lọc huyết tương

- Vtc nặng (better than insulin)

2/Điều trị cụ thể thời điểm hiện tại:

-Tạm nhịn.

-Glucose 10% 250ml x 4 TTM XXX giọt/phút

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

-Meperidine 50mg, ½ ống TB x 3 (sáng – trưa – chiều)

-Imipenem 1g pha với NaCl 0.9% 100ml x 3 mỗi 8h

-Glucose 5% 500ml

Actrapid 7UI

TTM CLX giọt/phút (160)

Kaliclorua 10% 10ml 1A

-Theo dõi sinh hiệu mỗi 12h, triglyceride mỗi 12h, đường huyết mỗi 4h.

Điều trị chống tái phát:

- Bỏ rượu, ksoat đường huyết
- Phòng ngừa loét do stress: PPI, anti H2, sucralfat (không được dùng thuốc dạ dày khác nếu dùng sucra do nó gắn kết bề mặt ổ loét, pH dd < 3,5 mới tác dụng, còn PPI, anti H2 , antacid đẩy pH lên 6-5-4.
- Phòng stress ưu điểm nhất là anti H2 do PPI gây viêm phổi hít, làm giảm toan hoá, vk phát triển luôn trong lòng dd.

- Dùng lâu thì anti H2 không có lợi do dung nạp thuốc nên ít đtri loét dd tt (từ n3 thì tăng nồng độ gastrin làm tăng tiết và phì đại tb ECL, tăng histamin gắn chặt vào thụ thể), kéo dài anti H2 thì có hiện tượng rebound do tăng gastrin trong máu, lại làm đau xót dạ dày → phải giảm liều dần, xuống thang trong 2 tháng (step down). Bn than thì cho phosphalugel.
- Cho PPI bn viêm dạ dày đang uống chữ P thì dễ xót ruột, đtri loét → cho PPI uống rồi cho antacide sau ăn 1h (đỉnh tăng tiết dịch vị sau ăn, peak thứ 2 là 3h).
- BN chỉ có maloc thì đtri thể nào để loét dd tt: Cho uống 1 ngày 7 lần: 2 peak sau ăn x3 và 1 lần trc ngủ, tgian lành 3mm đường kính/week thì ổ loét 1,5cm thì xài 5w, phủ thêm 1w.
- Sucra có nhược điểm phải sdung nhiều lần. Dùng khi:
 - Không đáp ứng mấy cái kia
 - Ổ loét phủ dịch mật: loét do trào ngược dịch mật, sucra trung hoà dịch mật và phủ lên bảo vệ lành
 - Cách dùng: uống trc ăn 1h để phủ được bề mặt loét, uống 4 lần: 3 lần ăn và 1 lần trc ngủ
 - Tốc độ lành tương tự antacide
- Nhóm fibrate or gemfi hạ Tri (slide thầy Đức)
- Nếu bn tim mạch có tăng LDL thì không được phối hợp Ator vs Gemfi do tăng hoại tử cơ
- Phối hợp statin liều thấp để tránh hoại tử cơ.
- HC tăng Chylo xài fibrate vẫn Tri >1000 thì cho thuốc ức chế men lipoproteinlipase ở ruột (aka cữ mỡ tuyệt đối nhưng tự cữ thì rất khó), ORLISTAT 30 -60-120 , bắt đầu liều thấp cho bn dung nạp được, là thuốc giảm cân ở bn béo phì.
- VTC do sỏi:
 - Nếu mức độ nhẹ cuối w1 thì chuyển ngoại cắt
 - Nếu nặng thì đợi hết dịch r cắt.

XV) TIỀN LƯỢNG:

-Tiền lượng gần: dè dặt

.Hiện bệnh nhân sinh hiệu ổn định, không có dấu hiệu suy cơ quan

.Viêm tụy cấp là bệnh có diễn tiến khó lường, bệnh nhân có nguy cơ diễn tiến nặng (thỏa CRP, SIRS)

BN vtc có báng bụng, đặc điểm dịch báng:

- Dịch không tăng áp
- Protein cao
- Tế bào: dịch viêm không do nhiễm trùng thì tăng ưu thể LYM (dịch cận viêm, tăng tính thấm thành mạch, bình throwfng lym ưu thể do đời sống Neu ngắn).
- Dịch tăng áp, pro cao lym ưu thể → Lao, K, lợi tiểu.
- BB có ntrung thì Neu ưu thể đương nhiên.
- Rò dịch tụy thì amylase rất cao.

VTC vào do XHTH, các nguyên nhân từ trên xuống:

- Do vỡ dẫn TM TQ do huyết khối TM cửa, nếu chỉ HK TM lách thì vỡ TM tâm phình vị (hiếm)
- Mallory Weiss ới nhiều kích thích tết
- Dạ dày do stress
- Vỡ vi phình mạch trong bệnh cảnh viêm tụy.
- Vỡ nang giả tụy vào ống tiêu hoá

PHÒNG NGỪA LOÉT DO NSAIDS:

- PPI: hiện nay
- Anti H2: Dừng trong thời quá độ
- Antacid: từ xưa
- Dừng PPI do nghiên cứu thấy tỉ lệ biến chứng của antacid, anti h2 cao hơn không dùng thuốc do nó làm giảm trchung, không đtri ng nhân, không thấy đau đến khi ORM.
- NSAIDS phải cho PPI kèm nếu là đối tượng nguy cơ cao

Đtri ổ loét: ppi, anti h2, antacid, sucra.

PPI trc ăn 30p nó vào dưới dạng tiền chất.

Đủ độ pH phù hợp PPI mới gây hoạt hoá, ức chế không hồi phục.

Muôn thẳng phải uống trc ăn 30p

Phối hợp anti H2 với PPI sẽ ko có tác dụng do

- PPI thuốc tồn tại dạng tiền chất
 - Uống trước ăn → Dạ dày trống qua nhanh → ruột, giải phóng tiền chất thuốc ra → Vào hệ TM cửa → Chuyển hóa qua gan bởi men CYP450 → Đi tới TB thành → Kênh H+
 - Khi ăn, pH giảm → hoạt hóa thuốc PPI → ức chế ko hồi phục
- Do đó:
- Nếu Anti H2 hiệu quả thì ko có H+ để hoạt hóa PPI → thừa PPI
 - Nếu AntiH2 bị dung nạp thì PPI mới hoạt động → thừa antiH2
- Sẽ phối hợp đc nếu
- Loét kháng trị: PPI liều cao sáng sớm + AntiH2 liều thấp buổi tối

Nếu PPI cho uống 1 lần trog ngày thì lúc nào, why ?

Vì trư lượng qua đêm lớn → uống sáng trước ăn ức chế cho sưng.

Tiết dịch vị qua đêm → Anti H2 hiệu quả