**BỆNH ÁN NỘI TIÊU HÓA**

1. **Hành chính:**

* Họ và tên: NGUYỄN VĂN Đ. Giới tính: Nam.
* Nghề nghiệp: Nông dân ( đã nghỉ) Tuổi: 71 tuổi (1948)
* Địa chỉ: Đồng Nai
* Nhập viện lúc: 8/3/2019
* Giường Phòng 2 Khoa Nội tiêu hóa BVCR

1. **Lý do nhập viện: bụng to**
2. **Bệnh sử:**

* Cách NV 30 ngày, BN cảm giác **bụng to** dần (mặc quần thấy chật), BN không đau bụng, không khó thở, không phù mặt-tay-chân. BN đi **tiểu vàng sậm**,không bọt, lượng 1,5l/ ngày,không gắt buốt. Bn không đi khám hay điều trị gì.
* Cách NV 14 ngày, bụng BN to nhiều hơn + tiểu vàng sậm 1l/ngày với với tính chất như trên. BN cảm thấy **đau khắp đầu**, cảm giác đè nặng, đau liên tục,không lan, tăng khi nghe tiếng động hay nhìn ánh sáng chói, giảm khi nằm im, kèm **nôn**, 10-15 lần/ ngày, nôn ra nước bọt+ thức ăn, không lẫn máu, lượng ít 10-20 ml/lần,sau nôn đau đầu tăng ít, nôn không liên quan đến bữa ăn. Người nhà để ý BN có vàng da, vàng mắt nhẹ.
* Cách NV 11 ngày, BN bắt đầu **sốt nhẹ**( không rõ nhiệt độ), ớn lạnh, 2-3 cơn/ngày (không cố định thời gian trong ngày), mỗi cơn kéo dài 30ph rồi tự hết, BN không điều trị gì, kèm đau **thượng vị** âm ỉ, liên tục, không lan, không yếu tố tăng giảm, vẫn còn đau đầu, nôn với tính chất tương tự như trên, vàng da + bụng to tăng dần khám BV Long Khánh thì được chẩn đoán: Viêm gan virus không xác định –THA-ĐTĐ2. BN được điều trị nội trú 7 ngày với
* Ciprofloxacin 0.2g 2 chai x 2 lần/ngày x 4 ngày.
* Metronidazole 0.5 g x3 lần/ngày x 4 ngày.
* Paracetamol 500mg
* Alverin 40mg 2v\*3 (u)
* Truyền dịch.NaCl + LR
* BN chưa được rút dịch bụng.

***Tại sao ở tuyến dưới lại chẩn đoán là VG k rõ? Đã là VG sao lại xài KS? Đã VG sao lại xài para làm để tình trạng VG nặng hơn***

***Tại sao lại có sử dụng kháng sinh ở đây khi mà cđ ko có gì NT? (Cipro dùng cho vmn do não mô cầu, và các nt khác)***

***Nếu chẩn đoán viêm gan thì xài para cũng k phù hợp. Nếu t.h suy gan mà bắt buộc phải cho para để hạ sốt thì ko quá 2g/ ngày, khoảng cách 2 lần cho không quá 6-8 tiếng ( T1/2=4-6 h)***

* Sau NV Long Khánh 3 ngày (cách NV 4 ngày) BN xuất hiện **phù 2 mu bàn chân**, phù mềm, trắng,không đau. Bn sốt giảm, đau bụng giảm, đau đầu giảm, nôn 5-10 lần/ngày, vàng da và bụng to tăng dần, tiểu vàng sậm 700ml/ngày Chuyển BV CR.
* Trong quá trình bệnh, BN tỉnh táo,không ngủ nhiều hơn bình thường, không yếu liệt, không ho, không khó thở, không đau ngực, không chảy mủ tai, không chảy máu chân răng, không ngứa, ăn uống kém, không rõ tình trạng tăng hay sụt cân, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày.

***Sốt nhẹ đã đủ hc nt chưa? Hay SIRS chưa? Tại sao sốt nhẹ nhưng lại có môi khô lưỡi dơ, vẻ mặt nhiễm trùng?***

***Hcnt: sốt cao, đừ người.***

**Tình trạng NV BVCR:**

* Tỉnh, vẻ mặt nhiễm trùng.
* Sinh hiệu: M 90 l/ph, HA 110/70 mmHg, NT 20 l/ph, Nhiệt độ 370C
* Lưỡi dơ.
* Vàng da, vàng mắt.
* Không phù.
* Tim đều, phổi trong, bụng báng (++)

Diễn tiến:

* N1-6: BN không sốt, đau đầu giảm còn 3/10, hết đau bụng. BN bắt đầu ho khan vài tiếng. Còn nôn 7-10 lần, tính chất như trên, Tiểu vàng sậm 700ml, tiêu phân vàng đóng khuôn. Bn không cân.
* N7: BN sốt 1 cữ, không rõ nhiệt độ.
* N8 không sốt, còn đau đầu, ho khan ít, còn nôn 7-10 lần

1. **Tiền căn:**
2. Bản thân:

* Nội khoa:
* Cách 6 năm, BN cảm thấy tiểu đêm nhiều + sụt kí được chẩn đoán ĐTĐ 2 + THA tại BV Long Khánh. BN đi tái khám thường xuyên lấy thuốc hàng tháng tại BV huyện. HA cao nhất 160mmHg, HA dễ chịu 130-140 mmHg. Điều trị thuốc không rõ loại.
* 1 năm nay, thỉnh thoảng có ợ hơi, ợ chua, đau thượng vị khi ăn uống không đúng giờ. BN không đi khám hay điều trị gì.
* Chưa ghi nhận tiền căn viêm gan siêu vi B, C.
* Chưa ghi nhận vàng da, báng bụng, ói ra máu, đi cầu phân đen, tiêu phân bạc màu.
* Ngoại khoa: chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa.
* Thói quen:

+ Hút thuốc lá nhiều: 1 gói/ngày \* 50 năm. Đã bỏ 3 năm nay

+ Không uống rượu bia.

+ Không ghi nhận tiền căn dùng thuốc dân gian gần đây

+ Không xăm mình, chưa từng truyền máu.

* Dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc hay thức ăn.

1. Gia đình: chưa ghi nhận tiền căn VG siêu vi B,C, THA, ĐTĐ, bệnh lí huyết học.
2. **Lược qua các cơ quan:**

* Không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực
* Không ho, không khó thở
* Còn nôn 7-10 lần, ra nước bọt, không lẫn máu, đau bụng âm ỉ, bụng to, không tiêu chảy.
* Tiểu sậm màu lượng 700ml/ngày, không gắt buốt
* Vàng da vàng mắt.
* Phù 2 cẳng chân.
* Không sốt

1. **Khám lâm sàng**: ngày 6/12/2018:

**1) Tổng quát:**

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang.
* Sinh hiệu: M 80 lần/ph HA 130/80 mmHg NT 20 l/ph Nhiệt độ 370C

CN 74kg CC 1.7m

* Chi ấm, mạch quay hai bên đều, rõ.
* Da niêm vàng sậm, kết mạc mắt vàng, vòng Kayer-Fleicher (-), vết bầm máu nơi kim chích.
* Không lòng bàn tay son, không dấu móng trắng, không ngón tay dùi trống.
* Hạch ngoại biên không sờ chạm.
* Không nhọt da, không vết loét da

**2) Khám cơ quan:**

a**) Đầu mặt cổ:**

* Cân đối, không biến dang.
* Tuyến mang tai không to
* Môi không khô, lưỡi không dơ, không vẻ mặt nhiễm trùng.
* Khí quản không lệch.

**b) Lồng ngực:**

* Cân đối, di động theo nhịp thở, không sẹo mổ cũ, không THBH, không nữ hóa tuyến vú, không ổ đập bất thường.

\*Tim:

* Mỏm tim ở KLS V, đường trung đòn trái.
* Dấu Harzer (-), dấu nảy trước ngực(-).
* Nhịp tim đều 80 l/p, T1, T2 nghe rõ, không âm thổi.

\* Phổi:

* Rung thanh giảm 1/3 dưới phổi (P) bên
* Gõ đục 1/3 dưới phổi (P)
* APB giảm 1/3 dưới phổi 2 bên. Ran nổ giữa đến cuối thì hít vào ở đáy phổi (T)

**c) Bụng**

* Bụng cân đối, bè sang hai bên, di động theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không vết sẹo mổ cũ.
* Âm ruột: 5 l/p
* Gõ đục vùng thấp, vùng đục di chuyển (+)
* Bụng mềm, ấn không đau.
* Rung gan, ấn kẽ sườn (-).
* Gan, lách, thận không sờ chạm.

**d) Thần kinh:**

- Cổ mềm, Dấu Kernig (-), Brudzinski (-). không dấu TK định vị, không tê, không yếu liệt chi

- Không rối loạn định hướng lực.

**e) Cơ xương khớp:** không giới hạn vận động.

1. **Tóm tắt bệnh án:**

BN nam 71 tuổi, NV ngày 8/3/2019 vì vàng da, bệnh 1 tháng, qua hỏi bệnh và thăm khám có các bất thường sau:

* TCCN:
* Bụng to.
* Tiểu vàng sậm 700 ml/ngày.
* Da vàng, mắt vàng.
* Đau đầu
* Nôn.
* Ăn uống kém
* Sốt nhẹ, ớn lạnh.
* Đau thượng vị.
* TCTT:
* Tình trạng lúc NV: Tỉnh, vẻ mặt nhiễm trùng, lưỡi dơ.
* Vàng da, kết mạc mắt vàng.
* Vết bầm nới tiêm chích.
* Hội chứng 3 giảm 1/3 dưới phổi (P)
* Ran nổ giữa đến cuối thì hít vào phổi (T).
* Báng bụng độ 2.
* Phù 2 cẳng chân, phù mềm, trắng ấn lõm không đau.
* Cổ mềm , Kernig (-), Brudzinski (-).
* TC:
* ĐTĐ 2, THA 6 năm.

1. **Đặt vấn đề:**

***- phải đvđ tới lúc mình khám, có vấn đề gì thì phải đưa vào hết***

1. Phù toàn thân.

***Phải xem phù chân có nằm chung với bb hay ko? Trc đó phải loại trừ nguyên nhân phù khu trú như tắc mạch chi (phù k đx…). Khám xem phù đx ko? Phù trắng or tím?***

***- phù nhiều về đêm, giảm về sáng: phù do tim***

***- phù khu trú or toàn thể***

***Nếu nghĩ phù lq BB thì đặt chung là phù toàn thân***

***Nếu dựa vào bệnh sử case này thì nghĩ nhiều phù toàn thân***

2.$ vàng da.

***- tiểu vàng sậm: sinh lí(cô đặc nc tiểu) vs bệnh lí (tiêu phân bạc màu là tắc mật)***

***- trc gan, tại gan, sau gan: murphy***

3. $ nhiễm trùng ***: cái này là đặt theo lúc mới nv. Nhóm trình nghĩ nhiều có thể vpmnknp or nt hệ tktw nữa.***

***Sửa lại: hc nt hh dưới***

***- - ca này có hc NT hh dưới: ho khan, sốt nhẹ, hc 3 giảm, ran nổ phải đưa vô đvđ lun.***

***-***4. Đau đầu : ***nghĩ nằm trong tha hay ko? Nghĩ nhiều là nằm trong bệnh tha. Tuy nhiên điều trị nhiều ngày rồi mà vẫn còn thì nghĩ nhiều tổn thương tại chỗ CT scan or mri sọ não (dị dạng mm não, u não…). Case này tổn thương mm như tha đã ks tốt, chuyển hoá như toan ceton, vmn thì k có dấu mn.***

***- sợ nhất bệnh lí tk, mm: dấu tkđv, dấu màng não***

***- đau đầu có nhiều nguyên nhân: ngoại khoa, nội khoa cổ mềm, cứng, …***

5. Nôn phân ra nguyên nhân do đường tiêu hoá và ngoài đường tiêu hoá.

***- do tiêu hoá: gerd, bụng ngoại khoa, viêm loét dd-tt, KDd***

***- chuyển hoá: toan ceton (hơi thở có mùi trái cây, thở kussmall..)***

6. Đau thượng vị.

***- phải đưa viêm loét ddtt vào cđpb . Do bệnh nhân này có tiền căn đau tvi, ợ hơi, ợ chua***

***7. TC: Tha, đtđ2: phải đưa vào để giải quyết cho bn vì bn đang mắc nên mình phải ks cho bn***

1. **Chẩn đoán sơ bộ:**

Xơ gan mất bù, do VGSV, t/d biến chứng VPMNKNP- ~~t/d~~ VPBV / THA- ĐTĐ 2.

***Đã đưa vào cđpb thì k ghi theo dõi***

***Case này chắc chắn có VP lq chăm sóc y tế nên phải đưa vào cđsb***

***BB + Vd nghĩ XG mất bù nhiều nhất, do VGSV***

1. **Chẩn đoán phân biệt:**
2. K gan/ xơ gan mất bù do VGSV, t/d biến chứng VPMNKNP- t/d VPBV/ THA-ĐTĐ2
3. ~~Đợt bùng phát của VGSV mạn—~~***VGSV cấp,***  ~~t/d~~ VPBV /THA-ĐTĐ2
4. ***Viêm loét dd-tt/XG…***
5. ***Kđ/XG…***

***VG do thuốc thì chỉ là cđ loại trừ thôi. (Nếu xài trên 6th thì phài loại trừ)***

***Case này làm sao biết là VG mạn? Case này k biết có Vg mạn trc đó ko. Có thể case này VG cấp or VG cấp /mạn thì đều có nguy cơ dẫn đến suy gan: rlđm, giảm alb, bb,vd..***

***Đn VG mạn là trên 6th.***

***VG tối cấp thì suy gan cấp (2w) thì bn có nguy cơ cao bệnh não gan. Case này bệnh 1th nên k phù hợp.***

***Ko biết bn Vg mạn k thì nên đưa vào cđ để khỏi bị bắt bẻ***

***Lây nhiễm VGSV qua: truyền máu, mẹ con, tiêm chích, lấy ráy tai, cắt tóc, xăm mình.***

***VG cấp or mạn thì dựa vào time + anti HBc IgM.***

***Chưa loại trừ đc viêm loét dd-tt thì phải đưa vô chẩn đoán pb.***

***Nhiễm trùng hệ tktw vẫn chưa loại trừ đc thì cũng phải đưa vào cđpb.***

***Vg cấp thì giảm chức năng tổng hợp alb gây giảm áp lực keo BB.***

***Phải cđpb cấp or mạn để chờ time hồi phục VGSV trên ng lớn tuổi (90% ng lớn nhiễm VGSV có khả năng tự hồi phục). Nếu case này nhiễm VGSV đã lâu thì có nguy cơ cao XG. Khi XG thì xẽ có hc STBG + TAC***

1. **Biện luận:**
2. **Phù toàn thân :**

BN có báng bụng 2, phù 2 chân BN có phù toàn thân.

* Suy tim P : không nghĩ. Vì BN không có các triệu chứng của suy tim P như : gan to, TM cổ nổi, phản hồi gan TM cổ (+), Hardzer, dấu nảy trước ngực.
* HCTH : không nghĩ. BN không phù mặt, không tiểu bọt.
* SDD : không nghĩ. BN báng bụng trước, phù mu bàn chân sau, chỉ mới ăn uống kém gần đây, không có các triệu chứng khác của SDD : tóc khô, da khô, quáng gà, đau nhức xương.
* XG : nghĩ nhiều . Vì BN có diễn tiến báng bụng trước khi có phù chân nghĩ nhiều báng bụng này trong hội chứng TAC, BN có vàng da, vết bầm nơi tiêm chích.
* Nếu đi từ BB Thì còn lao mb và Kmb—>2 cái này thì không giải thích được phù chân của bn —> nhưng gthich như v thì chưa thuyết phục. Hc nhiễm lao chung có không? Còn gthich lao mb bb khu trú là sai . Lao mb cũng bb toàn thể. Bb khu trú trong vpm thứ phát ( BB đột ngột cũng nằm trong vpmtp)
* Các nguyên nhân xơ gan :
* VGSV : không loại trừ  → đề nghị HBsAg, anti HBs, anti HCV
* NASH : BN nam, lớn tuổi, BMI 25kg/m2 ( thừa cân), ĐTĐ 2 tuy nhiên đây là chẩn đoán loại trừ.
* Ứ mật : không nghĩ, BN không ngứa, không tiêu phân bạc màu, không có YTNC 4F
* Ứ Fe, Cu : không nghĩ, khám không thấy vòng Kayser-Fleicher ở mắt, không sạm da, không run, không RLVĐ
  + Biến chứng xơ gan:
    - Bệnh não gan : BN tỉnh, không ngủ nhiều, không kích động nên không nghĩ.
    - HC gan thận : đề nghị BUN, Creatinin.
    - XHTH: BN không nôn ra máu, không tiêu phân đen nên không nghĩ
    - VPMNKNP: BN có báng bụng kèm sốt nhẹ,nôn, đau bụngđề nghị chọc dịch báng làm xét nghiệm tế bào học, cấy DMB, Albumin (DMB,máu), protein.

1. **HC vàng da:** BN có da vàng, kết mạc mắt vàng vàng da.

Có 3 nhóm nguyên nhân thường gặp :

**\* Trước gan :**

* Tán huyết cấp:  không nghĩ. Do BN không có tiền căn truyền máu, ngộ độc thuốc, sốt rét, đi lui tới vùng dịch tễ của sốt rét. Triệu chứng không có sốt, không hoa mắt, chóng mặt, choáng váng, không tiểu xá xị. Khám không thấy niêm nhạt.
* Tán huyết mạn: không nghĩ, do BN này không có tiền căn bệnh lí thalasemia, hồng cầu hình liềm, BN không có dấu hiệu thiếu máu mạn như mệt mỏi, chán ăn, giảm tập trung, giảm khả năng làm việc. Khám không có dấu hiệu thiếu máu mạn như niêm nhạt, lách to độ III, IV.

**\* Sau gan:**

* Sỏi mật: không nghĩ. do Bn đau thượng vị không liên quan đến bữa ăn, tiền căn không ghi nhận cơn đau quặn mật, không có cá yếu tố nguy cơ của sỏi mật (nữ, lớn tuổi, sinh nhiều con).
* K đường mật: Vàng da trong K đường mật thường VD từ từ, tăng dần nhiều tháng nhiều năm, tổng trạng suy sụp.BN này bệnh mới 1 tháng, tuy nhiên không thể loại trừ giai đoạn đầu của bệnh Đề nghị SÂB
* K đầu tụy: không nghĩ do BN này chỉ có vàng da tiến triển tăng dần, không ngứa, không tiêu phân bạc màu, thể trạng không suy sụp , khám không túi mật to, gan to không thể loại trừ giai đoạn đầu của bệnh SÂB

**\* Tại gan** :

* Viêm gan :

+ Viêm gan cấp : VGC hiếm khi gây BB-phù chân. BN này không có yếu tố thúc đẩy như thuốc,uống rượu, diễn tiến LS không phù hợp với bệnh cảnh VGSV cấp, BN nam lớn tuổi ít nghĩ VG tự miễn.

+ Đợt bùng phát VGSV mạn : BN không xăm mình, không truyền máu trước đây, chưa ghi nhận tiền căn nhiễm VGSV B,C tuy nhiên VN là vùng dịch tễ của VGSV nên không loại trừ bệnh đã diễn tiến âm thầm từ trước . Đề nghị HBsAg, antiHBc IgM or HBeAg, anti HCV.

* K gan : HCSTBG trên BN K gan thường khám thấy gan to, mật độ chắc, bề mặt lổn nhổn. BN này khám không thấy gan to tuy nhiên không loại trừ xơ gan gan teo rồi K gan. Đề nghị CT-scan bụng có cq.
* Xơ gan : nghĩ nhiều đã BL ở trên

1. **Hội chứng nhiễm trùng :**

* BN sốt nhẹ, ớn lạnh, vẻ mặt nhiễm trùng, lưỡi dơ BN có hội chứng nhiễm trùng.
* Ổ NT :

Hệ TKTW: BN khám hông thấy dấu màng não, BN đau đầu trước sốt, tính chất đau đầu giống kiểu màng não bị kích thích. Bn này lại có cơ địa SGMD ( xơ gan, ĐTĐ) => Cấy máu, chọc dò tuỷ sống. ***Còn nttktw mấy chục ngày r mà còn nghĩ với lại khám ko dấu màng não thì loại luôn***

* + Phổi: BN khám có ran nổ phổi T kèm thèo hội chứng 3 giảm 1/3 dưới phổi P không loại trừ. BN này tại BVCR, hết sốt--> sốt lại, bắt đầu ho khan --> Nghĩ nhiều BN mắc VPBV. --> Đề nghi X-quang ngực thẳng, soi cấy đàm tìm vi trùng.
  + Tiêu hóa: BN báng bụng + nôn+ sốt + đau thượng vị --> nghĩ nhiều trong bệnh cảnh VPMNKNP.
  + ***vpmnknp: sốt, đau bụng, tiêu chảy, nôn, xhth . NT tiêu hoá là NT ống tiêu hoá, nghĩa là phải có các tc của ống tiêu hoá như tiêu chảy… nó khác với NT/VPM***
  + Khác: BN không chảy mủ tai, không nổi nhọt/loét da, tiểu không gắt buốt... nên hiện chưa nghĩ ổ NT nơi khác.

1. **Đau đầu:**

* Có thể do THA, có thể nằm trong bệnh cảnh nhiễm trùng hệ TKTW.

1. **Đau thượng vị :**

* Nghĩ nhiều trong bệnh cảnh VPMNKNP. Tuy nhiên BN có tiền căn đau thượng vị + ợ hơi, ợ chua không loại trừ Loét dd-tt. Đề nghị NS dd-tt. Phải để vô chẩn đoán pb

1. Nôn :

* Nôn có thể nằm trong bệnh cảnh VPMNKNP hoặc bệnh lí TKTW, hoặc trong bệnh lí dạ dd-tt.

***Tiếp cận nôn:***

* ***Lớn tuổi, đau đầu, nôn hỏi té ngã đâu ko? Coi có dấu hiệu xh não ko (dấu tkđv)***
* ***Bệnh lí tk: nhiễm trùng….***
* ***Đau bụng, nôn: vpmnknp***
* ***Bc đtđ: nhiễm toan ch do tăng đh (đau thượng vị, t/c đau, nôn, thở kausmall)***

***Bb + lớn tuổi:***

* ***Hệ tiêu hoá: XG, KG, KMB, LMB***

***LMB, KMB: bb khu trú or toàn thể + tc lao, K, đa phần k có PC. Tuy nhiên case này lại có ĐTĐ có thể có bc thận gây phù (phải làm TPTNT). BN ko có hc nhiễm lao chung (sốt nhẹ về chiều…). Phải hỏi bb khời phát đột ngột or từ từ. Phải hỏi các tc đi kèm của bb như sốt, đau bụng, vda. Nếu bb đột ngột coi chừng vpm tp.***

***Bb khu trú: viêm or tdmb khu trú***

* ***Ngoài hệ th***

***Đau đầu: phải loại trừ vấn đề ngoại khoa. Kiểm soát HA đc ko? (Coi chừng cơn THA).***

1. **Đề nghị CLS:**
2. CLS chẩn đoán:
   * X-quang ngực thẳng, Cấy máu, CDTS --> tìm ổ nhiễm trùng
   * CLS chẩn đoán suy TB gan: Bilirubin TP,TT,GT, AST, ALT, Albumin máu, điện di protein máu, PT, INR, APTT.
   * CLS chẩn đoán tăng áp cửa:
     + Siêu âm: tìm dấu hiệu lách to, báng bụng
     + Chọc dịch màng bụng làm XN tế bào, sinh hoá
     + Nội soi dạ dày tìm dấu hiệu dãn TM thực quản + xem loét dd-tt
   * Tìm nguyên nhân:
     + HbsAg, HbeAg, anti HbcAg, anti HCV.
     + AST, ALT, ALP.
     + Điện di protein máu
   * Biến chứng:
     + Chọc dịch màng bụng làm XN tế bào,Albumin, protein, glucose ( Alb máu cùng thời điểm), ADA, Cấy dịch báng, cấy máu.
     + AFP, siêu âm bụng
     + BUN, creatinin huyết thanh.
3. **CLS thường quy:**

* TPTNT, ion đồ, ECG, X-quang ngực thẳng.
* Đường huyết, HbA1C

1. **Kết quả CLS:**
   * + 1. **Sinh hóa máu (8/3)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * RBC | 4.16 | T/L |
| HGB | 129 | g/L |
| HCT | 35.6 | % |
| MCV | 85.6 | fL |
| MCH | 31 | pg |
| MCHC | 350 | g/L |
| WBC | **12.75** | G/L |
| %NEU | **71.8** | % |
| NEU | **9.15** | G/L |
| %LYM | 16.5 | % |
| LYM | 2.1 | G/L |
| %MONO | 1.21 | % |
| MONO | 0.73 | G/L |
| %EOS | 1.7 | % |
| EOS | 0.43 | G/L |
| %BASO | 0.5 | % |
| BASO | 0.04 | G/L |
| IG% | 0.8 | % (<5) |
| IG | 0.07 | G/L |
| %NRBC | 0.0 | % |
| N-RBC | 0.00 | G/L |
| PLT | 341 | G/L |
| MPV | 9.4 | fl |

BN hiện tại có tăng số lượng bạch cầu hạt ưu thế NEU gợi ý có nhiễm trùng.

Kết hợp với LS nghi ngờ bệnh nhân có VPMNKNP

**2. Sinh hóa máu (9/3)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bili TT | **18.83** | mg/dl |
| Bili TT | **12.33** | mg/dL |
| Albumin | **2.2** | g/dL |
| ALT | **206** | U/L |
| AST | **170** | U/L |
| ALP | **244** | (98-279)U/L |
| GGT | **220** | (4-38) U/L |
| CRP | **25.7** | mg/dl |

* Bilirubin >2,5mg/dl phù hợp với vàng da trên LS. Ưu thế BiTT (>80%BiTP) phù hợp với vàng da tại gan và sau gan.
* Albumin giảm thấp nghĩ nhiều do giảm chức năng tổng hợp trong bệnh cảnh suy tế bào gan.
* Men gan tăng nhẹ phù hợp với xơ gan. Tuy nhiên không loại trừ khả năng bệnh nhân có đợt viêm gan cấp trên nền mạn vì chỉ số DeRitis < 1.
* CRP tăng nhẹ nghĩ BN có đáp ứng viêm trong bệnh cảnh NT.

***VG cấp: đa phần men gan tăng cao, thường trên 1000. Vậy tại sao case này men gan k cao lắm? BN có uống thuốc gì khác ko?***

***VG cấp thì có cái gì TAC? Hoại tử tb gan, hoại tử tiểu quản mật, giảm dòng chuyển hoá máu trong gan gây ảnh hưởng khoảng cửa —> TAC.***

***Trong XG thì TAC ko hồi phục, ảnh hưởng nhiều gây dãn tmtq, phình vị….***

1. **Điện di Protein huyết thanh**

Alb **39.2%** α1 **2.4%** α2 **25.6%** β 9.2% gamma **43.6%**

A/G =0.64 < 1 phù hợp trong bệnh cảnh xơ gan giảm tổng hợp albumin tăng tổng hợp globulin. Tuy nhiên gamma-globulin có thể tăng trong trường hợp viêm gan mạn tính, đb viêm gan tự miễn

* ***Kết quả điện di chỉ cho biết là có STBG***

***Một số trường hợp Vg cấp gđ trễ thì A/G <1.***

***.***

***.***

1. **Đông máu :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PT | **29.9** | Giây |
| INR | **2.73** |  |
| FIB | 2.51 | g/L |
| APTT | **46.4** | Giây |
| APTT(R) | 1.52 |  |

* Kết quả đông máu PT kéo dài phù hợp trong bệnh cảnh suy tế bào gan, nhưng không loại trừ được PT kéo dài có kết hợp của thiếu vitamin K vì LS ghi nhận bn có ăn uống kém => đề nghị test kohler

**5. Siêu âm bụng :**

- Dịch bụng lượng trung bình

- TDMP: không

- Gan: không to

- TMC: không dãn

- TM trên gan: không dãn

- Nhánh gan (P): không dãn

- Túi mật không to, vách mỏng không sỏi

- OMC: không dãn, không sỏi

- Lách: to, không tổn thương khu trú

- Tuỵ: đầu, thân, đuôi tụy không to, Echo bình thường

- Ống tiêu hoá không gì lạ

**KL:**Dịch ổ bụng trung bình- Theo dõi VG mạn, lách to

**6.Chọc dịch màng bụng :**

Dịch bụng vàng, ít HC, TB 196 mm3 lym 61%, *39% tb liên võng*

Sinh hóa màng bụng:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DMB (11/3) | Máu (9/3) |
| Albumin | 1 g/dL | 2.2 g/dL |
| ADA | 19U/L |  |
| LDH | 70 U/L |  |
| Protein | 2.8 g/dL |  |
| Glucose | 117 mg/dL | 102 mg/dl |
|  |  |  |

* SAAG= 2.2-1= 1.2 g/dl > 1.1 dịch tăng áp cửa. ( kết quả Alb ở 2 thời điểm khác nhau, tuy nhiên cách nhau chỉ 2 ngày và trong 2 ngày này BN không được truyền albumin nên có thể tạm chấp nhận được)
* Protein DMB >2.5g/dl không phù hợp với bệnh cảnh xơ gan. ( lớn hơn cũng dc)
* Tế bào không có NEU=> không phù hợp trong bệnh cảnh VPMNKNP. BN này đánh Cipro + Metro 4 ngày rồi, nhưng mà Pro dịch báng >1 g/dl nên trước đó vẫn không nghĩ BN có VPMNKNP.

***Dịch MB của XG:***

* ***Neu or lym tăng ưu thế.***
* ***Tb ác tính thì sẽ để là tb ác tính. Tb liên võng thì cũng kệ nó***

***- Tb ác tính***

**7. Nội soi tq-dd-tt:**

* + TQ, tâm vị, phình vị bình thường, TM không dãn.
  + Hang vị NM sung huyết.
  + Hành tá tràng: mặt trên có ổ loét 5\*10mm, đáy có cặn đen.

--> Loét hành tá tràng forrest IIC.

--> BL: TM thực quản, dạ dày không dãn --> không phù hợp với TAC. Loét hành tá tràng giải thích được triệu chứng nôn + đau thượng vị trên LS của BN ( sau khi đã loại trừ VPMNKNP)

***Bn đang bị tha, đtđ2, viedm loét ddtt hỏi có xài thuốc đông y ko (cort).***

**6. MIễn dịch:**

|  |  |
| --- | --- |
| HBSAg (12/3) | **1840.2** |
| HBcAb IgM (15/3) | 2.43 |
| Anti HCV | Âm tính |
| Leptospira IgM | COV |

Theo dõi đợt bùng phát của viêm gan siêu vi B.

-BN được định lượng HBV –DNA: 4.02E+3 copies/ml.

***Nếu là đợt cấp VGSV thì HbeAg ko có ý nghĩa quyết định điều trị. HbeAg chỉ có nghĩa là VR đang nhân đôi, chỉ có ý nghĩa trong việc theo dõi đáp ứng điều trị VG mạn.***

***Đã XG mà có VGSV thì auto điều trị VGSV mà k cần HbeAg. HbeAg chỉ có ý nghĩa trong việc theo dõi điều trị, vd nếu xài kháng VR mà HbeAg cứ (+) hoài thì có ý nghĩa là kháng thuốc.***

***Muốn cđ VGSV cấp thì phải dựa vào anti HBc IgM.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CLS | Xơ gan | Đợt bùng phát VGM |
| Tiểu cầu (314k) |  | Bình thường |
| Albumin (2.2 g/dl) | Giảm | Có thể giảm |
| Điện di protein | A/G <1 |  |
| Men gan (AST/ALT=170/206) | Tăng nhẹ, AST/ALT >1 | Tăng cao, AST/ALT<1 |
| Marker VG |  | HBcAb IgM (+)  HBV DNA 4.02E+ 3 copies/ml (mặc dù<10\*5 copies) |
| SAAG =1.2 g/dl  Protein DMB (2.8 d/dl) | <2.5 g/dl |  |

* BN này nghĩ nhiều là đợt bùng phát của VGSVB mạn nhiều hơn xơ gan. Tuy nhiên có thể BN đang trong giai đoạn chuyển tiếp của VG mạn xơ gan. Sinh thiết gan hoặc theo dõi thêm?

***Tại sao XG mà tiểu cầu k giảm, gan bt?***

***Case này chắc chắn VG cấp, nhưng tại sao lại có RLĐM, alb thấp? phải có cái gì đó đẩy tình trạng suy gan BN nặng hơn. Case này uống thuốc nam 6 năm ko rõ loại***

***Nhiều case vg mạn, phân vân XG ( chỉ có stbg mà k có TAC) dựa vào hình ảnh học + cls khác. Nếu tiểu cầu <150000 thì nghĩ nhiều XG, sau đó dựa vào hình ảnh học.***

***Nếu gan thô, bờ k đều hoặc cho ns ddtq thấy dãn tmtq***

***Nếu TaC + stbg rõ XG.***

***Nếu vg B mạn mà đủ tiêu chuẩn xài kháng virus thì ok. Nhưng nếu vg mạn mà HbeAg(-), HBV DNA thấp thì xem tiếp coi tiểu cầu thấp ko—> nếu thấp thì coi fibroscan?thấy F2,3,4 thì cho xài kháng virus lun chứ ko chờ nữa. Chờ cho rõ ràng thì đã quá muộn màng.***

***Cho Bn vg tái khám mỗi 3-6th để theo dõi.***

1. **X-quang ngực thẳng :**

* Chất lượng phim: đạt
* - Tư thế: nằm
* - Đám mờ không đồng nhất lan tỏa phổi phải( ngoại vi nhiều hơn trung Tâm). Hình ảnh tăng sáng phổi trái. Nghĩ BN có TDMP phải
* - Đám mờ không đồng nhất 1/3 dưới phổi (P) gợi ý hình ảnh tổn thương phế nang nghĩ BN có viêm phổi.

1. **Ion đồ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Đường huyết | 102 | mg/dL |
| B.U.N | 17 | mg/dL |
| Creatinine | 0.9 | mg/dL |
| eGFR | 80 | mL/min/1.73m2 |
| **Ion đồ máu** |  |  |
| Na+ | **130** | mmol/L |
| K+ | 3.6 | mmol/L |
| CL- | 100 | mmol/L |
| Ca TP |  | mmol/L |

Ion đồ Na của bệnh nhân giảm nhẹ phù hợp vs lâm sàng ăn uống kém. Hiện tại cần làm thêm HbA1c để đánh giá tình trạng insulin của BN.

**\*Bilan sắt hormone giáp**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fe | 23 | µmol/l |
| Transferrin | **112** | mg/dl (200-300) |
| Ferritin | **2868.4** | ng/ml |
| ANA | Âm tính |  |
| Ft4 | 11.2 | pg/ml |
| TSH | 0.62 | m |

* Transferrin giảm phù hợp với bệnh cảnh xơ gan giảm tổng hợp protein
* Ferritin có thể tăng trong bệnh cảm viêm mạn tính hoặc viêm gan cấp tính.

***Case này phải đề nghị TPTNT vì BN THA , ĐTĐ—> bệnh thận đtđ (tiểu đạm vi lượng, vết). Bạn sợ đang ntr mà làm tptnt sợ dương giả. Tuy nhiên theo anh vẫn làm vì BN này alb máu giảm. —> mất alb do STBG hay mất đạm do nguyên nhân nào khác ko.***

1. **Chẩn đoán xác định**:

~~Đợt bùng phát viêm gan siêu vi B mạn vgsv B cấp~~ - viêm phổi bệnh viện. – loét hành tá tràng – tha/đtđ 2

1. **Điều trị: *DTRI NGUYÊN NHÂN- TRIỆU CHỨNG- B/C***

**Mục tiêu điều trị**

* Làm chậm tiến triển bệnh gan ( hạn chế dùng thuốc độc gan)
* Nâng đỡ tổng trạng.
* Kiểm soát ổ nhiễm trùng.
* Điều trị loét tt
* Điều trị phù toàn thân.
* Phòng ngừa bệnh não gan.
* Điều trị viêm gan siêu vi B
* Kiểm soát huyết áp
* Kiểm soát đường huyết
* Ngừa cúm, phế cầu.

**Cụ thể:**

* Hạn chế ăn muối ( Natri 80-120 mmol/l/ngày), ăn không thêm nước chấm.
* Spironolactone 25mg 1v×2 (u).
* ~~Ceftriaxone 1g 2 lọ (TMC)~~ ***vpbv nên xài piper/tazo 4.5g NaCl 0,9% 100ml \*4 TTM XX g/ph***

***Ceftriaxone ít chuyển hoá lên cả gan và thận nên hay xài.***

* Ciprofloxacin 0.2g/100ml 2 lọ \*3 (TMC)

***Or levofloxacin 0,75mg/kg/d***

* ***Điều trị loét tt:ngưng các thuốc làm loét. Loét tt 90-92% do H.p, loét dd do 60-67% H.p.***

***Case này phải xn H.p (ngày xưa thì auto điều trị H.P trong loét tt).***

***Bn ko có cơ hội ns lại or ko thể test lại đc thì làm xn H.p luôn.***

Esomeprazole 40mg 1v uống sau ăn sáng 30ph.

***Xn h.p: dựa vào việc H.p tiết urease***

* ***Xâm lấn: ure test (CLO test là tên thương mại), mô học, cấy, có PCR định type nữa***
* ***Ko xâm lấn: huyết thanh,), test hơi thở.***

***Case này ko test H.p vì Bn phải ngưng ks trc đó 4w, ngưng ppi 2w. H.p bt ở dạng xoắn khuẩn, gặp PPI thì chuyển thành cầu khuẩn k tiết urease nữa.***

***Điều trị PPI trong loét tt thì mất 8w, sau đó ngưng 2w rồi test ns lại bằng hơi thở or ns***

***huyết thanh cđ chỉ có gt lại time ban đầu ( hoặc dịch tễ), ko đc theo dõi đáp ứng điều trị vì kháng thể sẽ còn hoài. Độ nhạy xn máu H.p 70-80%. Hỏi BN trước h có dtri Hp chưa—> nếu chưa thì làm huyết thanh chẩn đoán —> dtri***

***. Khuyến cáo ko nên xài Ht cđ để xem đáp ứng điều trị hay ko, nên dùng ns or test hơi thở.***

* Lactulose 15ml/10mg 1gói (u)x 3 lần/ngày . Mục tiêu làm tiêu phân mềm

***Phải theo dõi tc phân, nếu tiêu chảy thì phải ngưng thuốc.***

***Mục tiêu xài lactulose thì đi cầu 2-3 lần/d, nếu cao hơn 3 lần/d thì phải ngưng thuốc. Coi chừng nhầm với tiêu chảy do lactulose và VPMNKNP nữa.***

* Entecavir 500mg 1v/ngày ***cách bữa ăn 2h ( trước hay sau ăn đều được)***

***Case này VGSV cấp điều trị luôn. Case này xài entecavir vì tenoferir độc thận mà case nÀy đtđ2 nên có nguy cơ suy thận***

***Một khi khởi động kháng virus thì phải xài lâu dài. BN này cấp thì đtrij r theo dõi có đáp ứng dtri ko ( do mình đang nghĩ cấp mà).***

***Điều trị VG cấp thì phải theo dõi HbsAg, HbeAg), HBV- DNA***

* Mixtard S-20 UI, C-10 UI TDD ( theo dõi bằng đường huyết đói, đường huyết sau ăn)
* Amlordipine 5mg 1v (u).

***Bn có đtđ2, tha thì ưu tiên xài ưcmc, ưctt. Nếu k có ưcmc, ưctt thì xài amlor, chẹn ca.***

* ***Điều trị bc:***
* ***Case này alb 2,2 mà có phù toàn thân nên phải truyền alb.***

***Chỉ định truyền alb tuyệt đối: alb <2,5.***

***Ca này ko thể truyền nhanh alb cho bn đc nên chỉ truyền 1-2 chai/d ( do bh y tế)***

***Phải tính truyền alb theo mỗi kg. Cứ tính như alb 1,5g/kg. Nâng đến mục tiêu là alb 3.0g/dl***

* ***Lợi tiểu: khi TTTC thì hạn chế xài lợi tiểu. Bn hết phù, hết bb thì ngưng lợi tiểu***
* ***Nếu bn k có VP mà chỉ có VG cấp thì có thể điều trị ngọai viện đc (trừ chuyện bù alb cho BN, mà giờ cũng có alb gói bột rồi ( mắc thôi)***

1. **Tiên lượng:**

* ~~Đợt bùng phát của vgsv B~~  ***Vg cấp*** sẽ gây tiến triển xấu đến cấu trúc và chức năng tb gan. sẽ thành xơ gan và Kgan sau này. Điều trị VGSV B để kiểm soát tiến triển của bệnh. Tiên lượng xa xấu.

