



Bệnh án Xơ gan nhiễm trùng huyết

Person	BS. Minh Luân
Trại	Tiêu hóa

https://s3-us-west-2.amazonaws.com/secure.notion-static.com/41b36a73-51f2-4e80-900d-04247a9ed59a/Bnh_n_Nguyen_Th_Tm_X_gan_nhim_trng_huyt.docx

▼ Hành chính & LĐNV

I. Hành chính

Họ và tên: Nguyễn Thị T.

Tuổi: 1957 (65 tuổi)

Giới: Nữ

Nghề nghiệp: Nội trợ

Địa chỉ: Tam Bình, Vĩnh Long

Ngày nhập viện: 17/03/2022

Số giường: 2 Phòng: 24

Khoa Tiêu hóa – BV ĐH Y DƯỢC TP HCM

II. Lý do nhập viện: vàng da

▼ Bệnh sử

Cách NV nửa tháng, bệnh nhân vàng mắt vàng da tăng dần, tiểu vàng sậm, ăn kém, buồn nôn khi ăn (không nôn), đi cầu 3-4 ngày 1 lần, phân đen nhỏ -> nhập BV Y Cần Thơ. Tại đây, bệnh nhân bị sốt 40 độ từ ngày 5 sau nhập viện, kèm đau bụng âm ỉ quanh rốn không lan, tiêu phân vàng lỏng 10 lần/ngày, không nhầy máu.

Điều trị ở BV Cần Thơ : Ciprofloxacin 400mg x 2 (ngày 4), ceftriaxone 2g (ngày 3), Imipenem 0.5/0.5 2 lọ TTM (ngày 1), human albumin, glucose, tenofovir, silymarin, laevolac. Tình trạng vàng da, sốt và tiêu chảy không cải thiện nên chuyển BV DHYD

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không đau ngực, không khó thở, bụng không to, không có bầm máu, tiểu không gắt buốt, sụt 4kg trong 1 tháng (52->48kg)

Tình trạng nhập viện: bệnh vẻ tỉnh, tiếp xúc được

Da niêm hồng, phù mềm 2 chân

Kết mạc mắt vàng

Tần số tim: 88 l/ph, đều

NT: 21 l/ph

HA: 100/60 mmHg

Nhiệt độ: 38 độ

SpO₂: 90%/khí trời

Tim đều, phổi không ran, ấn đau quanh rốn. Báng bụng độ II

Diễn tiến sau NV:

+ N1-3: BN sốt 38.5 độ, còn vàng da, tiêu lỏng 10 lần/ngày, đau bụng âm ỉ quanh rốn

+ N4: bệnh nhân có thêm ran rít, ran nổ ở phổi. Tình trạng sốt, vàng da, đau bụng, tiêu chảy vẫn không cải thiện

+ N7: hiện tại BN tỉnh, đỡ sốt 38 độ, vàng da giảm, hết đau bụng, tiêu 7 lần/ngày phân lỏng lượng ít



Comment

- Dùng từ “đi tiêu” chứ không dùng “đi cầu”
- Nhận xét điều trị tuyến dưới: ca này vào viện rồi mới sốt, tiêu chảy → nhiễm trùng BV rồi → nghĩ NT bệnh viện mà đánh Ceftriaxone với Ciprofloxacin thì sao mà bớt

▼ Tiền căn

1. Cá nhân

a. Nội khoa:

- Viêm gan B mạn 20 năm, hiện đang không điều trị (do Covid mua thuốc không được). Trước đó dùng Tenofovir 300mg/ngày
- HCC đa ổ 5 năm, đã TACE 8 lần – Xơ gan
- Chưa từng có đợt nào bị vàng da, bụng to hoặc nôn ra máu
- Nhiễm Covid cách 2 tháng
- Không tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận và các bệnh lý nội khoa khác

b. Ngoại khoa:

- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật

c. Thói quen sinh hoạt:

- Không uống rượu & hút thuốc lá

d. Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng

2. Gia đình

Chưa ghi nhận bất thường



Comment

- **Phải hỏi kĩ BN bỏ thuốc Viêm gan virus B bao lâu rồi.** Nếu ngưng 2-3 tháng thì khả năng là sẽ bị đợt bùng phát chứ tự nhiên mới ngưng nửa tháng mà vô đợt bùng phát thì hư cấu, hầu như là không bao giờ có → nếu BN bị đợt bùng phát mà lại khai mới ngưng thuốc nửa tháng thì khả năng họ khai xạo (do sợ BS chửi) hoặc 1 nguyên nhân khác như nhiễm trùng, uống thuốc nam, thuốc bắc ...
- Có 2 kiểu mất bù
 - + Mất bù từ từ: đây là diễn tiến tự nhiên do chức năng gan xấu dần dần → khi vào đợt mất bù thì tiên lượng lâu dài xấu do CN gan xấu lắm rồi
 - + Mất bù đột ngột: chủ yếu là do có yếu tố thúc đẩy chứ cái gan còn tốt → điều trị yếu tố thúc đẩy là ok → nếu BN qua được đợt mất bù này (đương nhiên chứ nếu BN chết trong đợt này rồi thì tính chi nữa) thì tiên lượng lâu dài tốt hơn loại mất bù từ từ
- HCC và xơ gan ghi trên 2 dòng khác nhau chứ tự nhiên gạch nối

▼ Khám

1. Tổng quát

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm 1 gối.

Sinh hiệu: Mạch: 80 l/ph

HA: 110/60 mmHg

Nhịp thở: 24 lần/phút – SpO₂: 95%/Oxy canula 4l/ph

Nhiệt độ: 38°C

Chiều cao: 150cm

Cân nặng: 48kg

BMI = 21.33

Môi không khô, lưỡi không đỏ

Niêm hồng, kết mạc mắt vàng

Có sao mạch & lòng bàn tay son, không xuất huyết dưới da

Hạch ngoại biên không sờ chạm

2. Đầu mặt cổ

Cân đối, không biến dạng

Khí quản không lệch, tuyến giáp không to

Không tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế 45 độ

3. Ngực

Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không gù vẹo, không lồng ngực hình thùng, không sẹo mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ, không có khoang liên sườn giãn rộng

b. Tim

Mỏm tim ở khoang liên sườn V, đường trung đòn (T), diện đập 1x2 cm².

Không ổ đập bất thường. Không rung miu

Dấu Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-).

Nhịp tim đều, tần số 80 lần/phút. T1, T2 đều rõ. Không âm thổi.

b. Phổi

Lồng ngực giãn nở đều 2 bên.

Rung thanh đều 2 bên

Gõ trong

Âm phế bào đều 2 bên. Ran rít, ran ngáy, ran ẩm lan tỏa 2 phế trường

4. Bụng

Bụng cân đối, di động theo nhịp thở, rốn lõm. Không sọc mổ cũ. Không cử động bụng ngực nghịch thường. Tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa chủ

Nhu động ruột 8 lần/phút.

Gõ trong khắp bụng

Bụng mềm, ấn đau nhẹ dưới rốn

Gan 8cm, bờ dưới không sờ chạm. Lách không sờ chạm

5. Tứ chi

Không sưng khớp, không giới hạn vận động, không yếu liệt.

6. Thần kinh: cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

▼ Tóm tắt BA

Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, nhập viện vì vàng da, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Vàng da vàng mắt tăng dần trong nửa tháng
 - + Sau nhập BV tình BN có
 - Sốt lạnh run
 - Đau bụng âm ỉ quanh rốn
 - Tiêu chảy 10 lần/ngày
- Triệu chứng thực thể:
 - + Sốt 41 độ
 - + SpO₂=95%/Oxycanula 4 lít/phút
 - + Kết mạc mắt vàng
 - + Sao mạch, lòng bàn tay son, tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa chủ
 - + Báng bụng độ II
 - + Ran rít, ran ngáy, ran ẩm lan tỏa 2 phế trường (sau NV DHYD mới có)



Comment

🍊 Phải làm rõ tiêu chảy trước sốt hay tiêu chảy sau sốt. Nếu tiêu chảy sau sốt thì khả năng tiêu chảy này do 1 nguyên nhân khác đó (do thuốc hay do gì đó). Còn nếu tiêu chảy trước sốt thì có các khả năng sau đây

- + Tiêu chảy do những tác nhân đặc biệt xảy ra trên cơ địa dùng KS:
C. Difficile → nếu nghĩ phải đi **XN phân tìm độc tố**. Điều trị con này có 3 thuốc: Metronidazole TTM, Clindamycin TTM, Vancomycin uống (nhớ là uống chứ Vanco TTM không có tác dụng) → **ý này quan trọng**
- + Tiêu chảy do KS
- + Tiêu chảy mắc phải trong BV: cần phải điều trị tích cực hơn

▼ Đặt vấn đề

1. Vàng da
2. Hội chứng nhiễm trùng
3. Bụng bụng lượng trung bình
4. Hội chứng suy tế bào gan
5. Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa
6. Tiêu chảy cấp
7. Tiền căn: viêm gan B hiện không điều trị, xơ gan, HCC gan



Comment



Phải đặt vấn đề quan trọng nhất lên. BN này cái đang đe dọa là nhiễm trùng thì đặt hội chứng nhiễm trùng lên trên → tiếp đến cái chưa giải quyết được là tiêu chảy cấp

- Vàng da nếu nghĩ trong hội chứng suy tế bào gan thì khỏi cần đặt ra trừ khi là nghĩ vàng da còn do nguyên nhân khác, ví dụ ca này sốt + vàng da thì có thể nghĩ nhiễm trùng đường mật. Tuy nhiên khả năng cao là không có đâu thì NT đường mật không giải thích được chuyện BN tiêu chảy 10 lần/ngày. 1 cái nữa là BN này xơ gan, HCC tức là đã làm SA & CT nhiều lần trước đây rồi mà không có ghi nhận dẫn ĐM gì hết thì thôi không có đâu
- Tương tự, báng bụng không cần đặt riêng vì nằm trong hội chứng tăng áp cửa
- Tiền căn: viêm gan siêu vi B **bỏ trị bao nhiêu tuần** phải ghi rõ ra



Sửa ĐVĐ

1. Hội chứng nhiễm trùng
2. Tiêu chảy cấp
3. Hội chứng suy TB gan
4. Hội chứng tăng áp lực TMC
5. Tiền căn: viêm gan virus B bỏ trị 2w (**hỏi lại thời gian**), xơ gan, HCC gan

▼ Chẩn đoán

1. *Chẩn đoán sơ bộ:*

+ Viêm gan cấp do đợt bùng phát viêm gan B - Xơ gan mất bù do viêm gan B mạn biến chứng viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát từ bệnh viện, nhiễm trùng huyết, HCC đa ổ

2. *Chẩn đoán phân biệt:*

+ Viêm gan cấp do đợt bùng phát viêm gan B - Tiêu chảy cấp nhiễm trùng không mất nước biến chứng nhiễm trùng huyết - Xơ gan mất bù do Viêm gan B mạn biến chứng HCC đa ổ

+ Viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ - Tiêu chảy cấp nhiễm trùng không mất nước biến chứng nhiễm trùng huyết - Xơ gan mất bù do viêm gan B mạn biến chứng HCC đa ổ



Comment

- VPMNKNP cũng có tiêu chảy nhưng 2-3 lần/ngày thôi, BN này tiêu 10 lần/ngày thì không phù hợp lắm đâu, miễn cưỡng lắm đưa vô thì cũng được
 - Ca này nên đưa Tiêu chảy cấp nhiễm trùng lên trên
- Ca này ở tuyến dưới có xài Lactulose, ta không rõ là đang tiêu chảy 2-3 lần xong xài Lactulose mới lên 10 lần hay 10 lần sẵn rồi, khả năng cao là xài xong mới bị tiêu chảy chứ tiêu chảy 10 lần/ngày rồi ai xài Lactulose chi nữa. Tuy nhiên ta không đứng ở thời điểm đó nên mọi chuyện chỉ là suy đoán
 - lúc NV trên này thì ta ngưng Lactulose đi, nếu hết tiêu chảy thì ok là do Lactulose còn nếu không ngưng thì là tiêu chảy cấp nhiễm trùng rồi
- Chẩn đoán vừa viêm đường mật vừa tiêu chảy cấp nhiễm trùng, tức là **BN có nhiễm trùng 2 cơ quan trở lên** → **phải nghĩ NT huyết ngay**
 - nghĩ viêm đường mật thì thái độ là đi SA, có thể CT luôn để tìm bằng chứng

Lưu ý: anh **Luân hỏi kiểu** nghĩ tới chẩn đoán ... thì làm gì ... nghĩa là anh đang muốn hỏi cái CLS có giá trị nhất → trả lời trực tiếp vô chứ đừng đi vòng vo CTM, CRP ...

▼ Biện luận

1. Vàng da

Các nguyên nhân có thể có:

- Trước gan: bệnh nhân không có tiền căn bệnh lý huyết học, không truyền máu gần đây, không tiểu màu xá xị -> không nghĩ
- Tại gan:
 - + Viêm gan cấp: bệnh nhân đang điều trị viêm gan B thì ngưng thuốc, sau đó vàng da vàng mắt tăng dần (trước giờ chưa từng vàng da) -> nghĩ nhiều vàng da do đợt cấp viêm gan B mạn
 - + Xơ gan: bệnh nhân có hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa nên nghĩ có xơ gan.

Nghĩ giai đoạn mất bù do bệnh nhân vàng da và báng bụng rõ và đã có biến chứng HCC

Nguyên nhân: viêm gan B mạn đã chẩn đoán 20 năm, bệnh nhân không uống rượu -> nghĩ xơ gan do viêm gan B mạn

Biến chứng:

- Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát: bệnh nhân có sốt và tiêu lỏng 10 lần/ngày, đau bụng âm ỉ quanh rốn -> nghĩ nhiều
 - Hội chứng gan thận: bệnh nhân có báng bụng độ II, chưa thấy thấy đổi lượng nước tiểu nhưng bệnh nhân tiêu chảy nhiều có thể là 1 yếu tố thúc đẩy -> không loại trừ
 - Bệnh não gan: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được -> không nghĩ
 - HCC
 - Sau gan: bệnh nhân không ngứa, tiêu phân không bạc màu -> ít nghĩ nhưng không loại trừ do có thể tắc mật không hoàn toàn
 - + Sỏi: bệnh nhân không có tiền căn sỏi mật, đợt này không đau bụng HS (P) nhưng không loại trừ
 - + K quanh bóng vater: chưa loại trừ do bệnh nhân vàng da tăng dần trong 2 tuần, có sụt cân có ý nghĩa
- ➔ Đề nghị SA bụng loại trừ nguyên nhân sau gan

2. Hội chứng nhiễm trùng

- Bệnh nhân có sốt cao, lạnh run 5 ngày liên tiếp từ tuyến trước nên nghĩ BN có nhiễm trùng
- Nguyên nhân nhiễm trùng
 - + Tiêu chảy nhiễm trùng biến chứng nhiễm trùng huyết: nghĩ nhiều do bệnh nhân tiêu chảy 10 lần/ngày kèm sốt cao 41 độ
 - + Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát kèm nhiễm trùng huyết: lúc nhập viện khám có báng bụng độ II, sốt, tiêu chảy nên nghĩ có viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát. Tuy nhiên viêm phúc mạc thường sốt nhẹ, bệnh nhân này sốt cao 41 độ nên nghĩ có nhiễm trùng huyết
 - + Viêm đường mật cấp: bệnh nhân có vàng da, sốt cao nên không thể loại trừ, đề nghị SA bụng tìm các bằng chứng hình ảnh

▼ Đề nghị CLS

1. CLS chẩn đoán:

- CTM, CRP, PT, APTT, INR, Fibrinogen, AST, ALT, Albumin, Bilirubin TP, Bilirubin TT, cấy máu
- SA bụng (xem gan, lách & đường mật)
- HbsAg, HBV-DNA, HbeAg, Anti-HCV
- KMĐM, Lactate (có SHH mới làm)
- Dịch màng bụng: tế bào học, protein, albumin, LDH, glucose
- Soi cấy phân tìm vi trùng & KST

2. CLS thường quy: Đường huyết, ion đồ, BUN, Creatinine, XQ ngực, TPTNT

▼ Kết quả CLS

▼ CTM

Thông số	Kết quả (ngày nhập viện)	Tham chiếu
WBC	26.37	4-10 G/L
NEU %	81.8	45-75% N
NEU #	21.56	1.8-7.5 N
LYM %	4.1	20-35% L
LYM #	1.07	0.8-3.5 L
MONO %	13.7	4-10% M
MONO #	3.62	0.16-1.0 M
EOS %	0.0	1-8% E
EOS #	0.01	0.01-0.8 E
BASO %	0.4	0-2% B
BASO #	0.11	0-0.2 B
IG%	2.1	0.16-0.61 %
HGB	116	120-175 g/L
HCT	0.330	0.35-0.53 L/L
MCV	89.4	78-100 fL
MCH	31.4	26.7-30.7 pG
RDW	18.6	12-20%
PLT	90	150-450 G/L
MPV	12.0	7-12 fL
PT	32.1	11.1-15.2 (s)
APTT	51.3	25.1-36.5 (s)
INR	2.58	0.8-1.2

Nhận xét:

- Bạch cầu máu tăng >20k, ưu thế NEU, MONO tăng nhẹ → phù hợp lâm sàng có nhiễm trùng nặng, nghi ngờ nhiễm trùng huyết
- Thiếu máu mức độ nhẹ, đẳng sắc đẳng bào
- Tiểu cầu giảm, phù hợp bệnh cảnh Xơ gan
- Có rối loạn đông máu, phù hợp với lâm sàng có HC suy tế bào gan, xơ gan mất bù. Cần phân biệt với biến chứng RLDM do nhiễm trùng huyết

▼ Sinh hóa

	Kết quả	Chỉ số bình thường	Đơn vị
Đường huyết	23	70-115	mg/dl
	1.3	3.9-6.4	mmol/L
ALT (SGPT)	169	Nam<40, Nữ<31	U/L
AST (SGOT)	380	Nam<40, Nữ<31	U/L
Ure	19.17	10.2-49.7	mg/dl
Creatinin	1.11	Creatinine nền cách 2 tháng là 0.59 mg/dl	mg/dl
eGFR (CKD-EPI)	49	>=60	mL/min/1.73m2
Bilirubin TP	23.98	<1.02	mg/dl
Bilirubin TT	11.85	<0.3	mg/dl
Albumin	20.5	35-52	g/L
* Ion đồ			
Na ⁺	130	136-146	mmol/L
K ⁺	2.2	3.4-5.1	mmol/L
Cl ⁻	95	98-109	mmol/L
Ca ²⁺	2.02	2.1-2.55	mmol/L
CRP	123.5	<5	mg/l

Nhận xét:

- Hạ đường huyết trên nền không có ĐTĐ, phù hợp với bệnh cảnh xơ gan và gợi ý nhiễm trùng huyết
- AST, ALT tăng >5 lần giới hạn trên → có thể có bệnh gan cấp → nghĩ nhiều là đợt viêm gan bùng phát do HBV vì BN bỏ điều trị kháng virus → Đề nghị HBsAg, HBeAg, HBV DNA
- Creatinin máu tăng hơn 0,3 so với nền (2 tháng trước) → theo dõi tổn thương thận cấp, có thể trước thận do tiêu chảy cấp, nhiễm trùng huyết, hội chứng gan thận → TPTNT
+ BUN/Crea>20 nghĩ AKI này đã diễn tiến tới tổn thương tại thận
- Tăng Bilirubin máu, ưu thế trực tiếp phù hợp lâm sàng khám thấy vàng da, tiền căn xơ gan, nghi ngờ có viêm gan B cấp bùng phát. Không loại trừ được chẩn đoán viêm đường mật cấp → siêu âm bụng
- Alb máu giảm phù hợp với xơ gan mất bù
- Hạ Na, K máu nghĩ do tiêu chảy nhiễm trùng
- CRP máu tăng cao gợi ý nhiễm trùng toàn thân



Comment

- Hạ đường huyết này do BN không ăn, mất dịch thôi chứ **nhễm trùng huyết làm gì có dụ gây tụt đường**
- BUN/Crea < 20 nha, ghi nhầm
- K máu hạ kinh khủng quá → chắc tiêu chảy nhiều lắm

Chốt: ấn tượng khi nhìn vào kết quả sinh hóa này là tụt đường, hạ kali kinh quá → xử trí ngay chứ không BN chết. Bilirubin cũng tăng khủng khiếp

▼ Marker viêm gan

	Kết quả	Chỉ số bình thường	Đơn vị
HBsAg	Dương tính	S/CO < 1	
HBeAg	Dương tính	S/CO < 1	
HBcAg (IgM+IgG)	Dương tính		
HbcAg IgM	Âm tính		
Anti-HCV	Âm tính		
HBV-DNA	9.23×10^3	IU/ml	

HBeAg (+) và HBV DNA > 2000 IU/ml → Đợt viêm gan cấp bùng phát do HBV



Comment

- Đọc như trên là sai nha. Đợt bùng phát vẫn có thể HBeAg (-) và có thể tải lượng <2000IU/ml



Định nghĩa đợt cấp? Là có triệu chứng và **HBV-DNA phải tăng 2 block** (tức là tăng gấp 100 lần)

+ Nếu nền HBV-DNA=0 → bây giờ (+) thì tính là đợt bùng phát

+ Nếu nền là 9×10^1 → bây giờ 9×10^3 là gấp 100 lần thì tính là bùng phát

→ ca này ta không biết HBV-DNA nền. Nhưng BN điều trị thuốc 20 năm liên tục, đều đặn thì khả năng là HBV-DNA (-), bây giờ (+) là đợt bùng phát rồi đó

- Phải hỏi thêm BN uống thuốc VGB loại gì, bao nhiêu tiền. Có nhiều loại thuốc từ 1k tới 33k, BN mà uống toàn loại 1k thì bột trong đó chứ làm gì có thuốc, thì bị đợt bùng phát là điều hiển nhiên



Theo dõi men gan sau đó?

+ Tăng nhanh giảm nhanh: do thuốc, tắc mật, TMCB gan do nhiễm trùng

+ Tăng chậm giảm chậm đợt bùng phát viêm gan virus B mạn

▼ SA bụng & Child-Pugh

Nang gan + Tổn thương gan đa ổ (đã TACE)
Gan thô, không đồng nhất, bờ không đều
Huyết khối tĩnh mạch cửa phải
Giãn nhẹ đường mật trong và ngoài gan
Lách to. Tuần hoàn bàng hệ vùng rốn lách
Dịch bụng lượng ít
Nang nhỏ hai thận

Nhận xét: Phù hợp xơ gan biến chứng HCC



Child-Pugh

- Bệnh não gan=1đ
- Báng bụng lượng ít=2đ
- INR=2.58 → 3đ
- Bilirubin=23.98 → 3đ
- Albumin=2.05 g/dL → 3đ

→ tổng=12đ là **Child C**

? Câu hỏi là đang đợt bùng phát mà tính vậy có đúng không?

▼ Dịch màng bụng

Xét nghiệm	Kết quả	Khoảng tham chiếu
Đại thể	Vàng sậm, đục nhẹ	
Hồng cầu	2000	/mm ³
Bạch cầu	360	/mm ³
Neu	50%	
Lym	35%	
Eos	0%	
Baso	0%	
Mono	15%	
Tế bào khác	Không có	

Xét nghiệm	Kết quả	Khoảng tham chiếu
Glucose (dịch)	6.49	mmol/l
LDH (dịch)	103.96	U/L
Albmin (dịch)	5.22	g/L
Protein (dịch)	837	mg/dl
ADA (dịch)	18	<=33 U/L

Đại thể dịch đục → gợi ý nhiễm trùng dịch báng

SAAG = 15 g/L → Tràn dịch màng bụng do tăng áp lực TM cửa

Protein dịch báng < 1 g/dL → Tràn dịch màng bụng do xơ gan, gợi ý có nhiễm trùng dịch báng

- Bạch cầu không tăng có thể do BN đã sử dụng kháng sinh trước đó



Comment: DMB này làm cho vui thôi chứ đã xài KS tẻ le hết rồi mà , làm nếu BC còn >250 thì là KS không đáp ứng

▼ Vi sinh

- Cây DMB: âm tính
- Cây máu: E.coli ESBL (+)
- Cây nước tiểu: âm tính

Nhận xét: Nhiễm trùng huyết do E.Coli ESBL (+)

Cây DMB (-) có thể do BN đã sử dụng kháng sinh trước đó

▼ Soi phân

Hồng cầu, bạch cầu, KST (-)
Candida sp: (3+)
Nhận xét: Có thể do đã sử dụng KS

▼ KMĐM

$pO_2=65.8\text{mmHg}$ – $FiO_2=21\%$
 $pH=7.469$, $pCO_2=29.4$, $HCO_3^-=20.8$, $AaDO_2=50.4$

Nhận xét:

- Giảm oxy máu mức độ trung bình, chưa được điều chỉnh, Chỉ số oxy hóa máu bình thường, $AaDO_2 > 20 \rightarrow$ giảm oxy máu tại phổi: bất tương hợp thông khí tưới máu, theo dõi viêm phổi, HC tắc nghẽn hô hấp dưới
- Kiểm hô hấp cấp trên nền mạn \rightarrow kiểm hô hấp mạn có thể do bệnh gan nền và đợt này vô nhiễm trùng huyết chồng lên 1 đợt kiểm hô hấp cấp



Comment

🍑 Ca này có rất nhiều YTNC nhiễm toan nên phải xem LS BN có thở Kussmaul không, làm KMĐM coi có toan không

+ NT huyết \rightarrow tăng lactate

+ AKI \rightarrow có nguy cơ toan chuyển hóa không tăng AG

+ Tiêu chảy mất $HCO_3^- \rightarrow$ nguy cơ toan không tăng AG

\rightarrow vậy ca này tới tận 3 yếu tố có thể gây toan máu nên bắt buộc phải làm KMĐM

▼ TPTNT

9. TPTNT:

Nitrite (-), Bạch cầu (-), Hồng cầu (-), Protein (-)

▼ Chẩn đoán xác định

Viêm gan cấp do đợt bùng phát viêm gan B - Xơ gan Child C do viêm gan B mạn theo dõi biến chứng HCC đa ổ - Nhiễm trùng huyết nghi do tiêu chảy cấp nhiễm trùng mắc phải trong bệnh viện không mất nước – Tổn thương thận cấp tại thận giai đoạn 1 do giảm tưới máu thận phân biệt hội chứng gan thận type I – Hạ đường huyết – Hạ kali máu mức độ nặng

▼ Điều trị

Hướng điều trị

- Nâng đỡ tổng trạng: thở oxy, hạ sốt
- Điều trị hạ kali máu, hạ đường huyết
- Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát
 - + Kháng sinh
 - + Phòng ngừa hội chứng gan thận: Albumin 1.5g/kg
- Điều trị AKI tại thận giai đoạn 1
- Điều trị đợt bùng phát viêm gan B

Sau khi ổn định:

- Phòng ngừa viêm phúc mạc nhiễm khuẩn tái phát
- Nội soi đánh giá dẫn TM thực quản và TM phình vị

Điều trị cụ thể

- Nằm đầu bằng
- Thở oxy canula 3l/ph
- Paracetamol 1g/100ml, 1 lọ TTM 100g/ph
- Glucose 10% 500ml, 1 chai TTM 30 g/ph
- KCl 0.1g/ml 10ml, 2 lọ pha với Glucose 10% 500ml
- Imipenem 500mg, 4 lọ
1 lọ x 4 pha NaCl 0.9% 100ml TTM 30g/ph cách nhau mỗi 6h
- Human Albumin 50ml 20% 7 chai TTM 30 g/ph
- Tenofovir 300mg/ngày

Sau khi ổn

- Ciprofloxacin
1v x 2/ ngày
- Nội soi tiêu hóa trên sớm



Comment

- Paracetamol nên cho nửa chai thôi (500mg) để các cử sốt khác trong ngày ta còn cho được nữa. BN đang tổn thương gan cấp nên liều Para max=2g thôi, nếu giờ truyền hết 1g, xong tới chiều BN sốt truyền tiếp 1 chai → tới tối sốt nữa thì đứng cười à

- **Cấp cứu HĐH** không dùng Glucose 10%. Vào viện mà bấm đường thấy tụt như ca này là phải:

- a. Rút ống bơm 50ml Glucose 30% bolus TM trực tiếp
- b. Cắm chai Glucose 30% TTM xả tốc độ tối đa
- c. Khi nào BN tỉnh mới giảm liều lại

Ca này mà lơ mơ thì nhiều khi tai biến MMN do hạ đường huyết → khi đó phải cho đi CT-Scan sọ não ngay

- Truyền KCl trong hạ kali người ta pha với NaCl 0.9% chứ không pha Glucose vì Glucose làm đưa K+ vô tế bào nên truyền chung không hiệu quả
- Imipenem mới xài 1 ngày giờ tiếp tục cũng ok
- Albumin 1 chai 800k. Cho BN 1 ngày truyền 7 chai là phải đi đóng 6tr → bảo hiểm hỏi tội liền đó. Với lại thể trạng người VN nhỏ, truyền từng đó vô nguy cơ phù phổi
→ tính 7 chai là đúng rồi nhưng mà 1 ngày truyền 2 chai thôi
- TDF: đang AKI dừng nên xài → chuyển qua TAF 25mg hoặc Entecavir

▼ Tiên lượng

- Tiên lượng gần: nặng do BN đang viêm gan cấp và nhiễm trùng huyết nghi từ viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát
- Tiên lượng xa: nặng do bệnh nhân xơ gan đã có biến chứng HCC đa ổ, huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch cửa

