



# THLS XHTH DO VỞ GIÃN TMTQ -1

## TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

### ▼ Bệnh sử:

- 2 tuần nay BN thấy vàng da vàng mắt tăng dần, tiểu vàng sậm, tiêu phân vàng
- 1 tuần nay BN thấy phù 2 chân
- CNV 6h, sau ngủ dậy BN cảm giác buồn nôn và nôn ra máu 2 lần, mỗi lần khoảng 500ml, máu đỏ bầm, không lẫn thức ăn. Sau đó BN tiêu phân đen 2 lần, mỗi lần khoảng 100ml, phân sệt, dính bóng, mùi tanh hôi. BN thấy hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi nhiều nên nhập BVCR
- Trong thời gian bệnh BN không ngứa, không sốt, không đau bụng, ăn uống bình thường,

không sụt cân, lượng nước tiểu bình thường

### ▼ Tiền căn:

- Bản thân:

o Cách đây 10 năm: đi khám sức khỏe tổng quát phát hiện viêm gan virus B nhưng không tái khám và không điều trị gì

o Cách 1 năm: nội soi dạ dày kiểm tra phát hiện giãn TMTQ độ III, đã được thắt TMTQ 2 lần

o Không ghi nhận bệnh tim, bệnh thận, bệnh phổi, bệnh ác tính trước đây

o Không tiền căn đau thượng vị, sử dụng thuốc giảm đau

o Không có tiền căn truyền máu, xăm mình, tiêm chích ma túy

o Uống rượu 250 ml/ngày trong 15 năm, đã ngưng 1 năm

- Gia đình: chưa ghi nhận bất thường

### ▼ Khám lâm sàng:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- M 105 l/p, HA 90/60 mmHg, 37,5oC, NT 20 l/p
- Tổng trạng trung bình
- Sonde dạ dày: ra khoảng 100ml máu đỏ bầm
- Niêm hồng nhạt
- Không dấu xuất huyết da niêm
- Vàng da vàng mắt
- Sao mạch ở ngực, lòng bàn tay son
- Hạch ngoại vi không sờ thấy
- Tĩnh mạch cảnh không nổi ở tư thế 45o
- Tim đều, không âm thổi
- Phổi không ran

Khám bụng:

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

Phù 2 chân (++)

- CNV 6 giờ:

o Buồn nôn, nôn ra máu 2 lần, #500ml/lần

o Tiêu phân đen 2 lần, #100ml/lần

TCTT:

- Sinh hiệu: M 105 l/p, HA 90/60 mmHg, 37,5oC, NT 20 l/p
- Sonde dạ dày: 100 ml máu đỏ bầm
- Niêm hồng nhạt
- Vàng da, vàng mắt

- Sao mạch ở ngực
- Lòng bàn tay son
- Gan 9 cm đường trung đòn P
- Lách to độ 2
- Phù 2 chân (++)

▼ Đặt vấn đề:

- XHTH trên, độ 2, đang diễn tiến
- Hội chứng suy TB gan
- Hội chứng tăng áp TM cửa
- Tiền căn (tiền căn có thể đặt thành vấn đề hoặc không, nhưng lúc biện luận thì phải sử

dụng): viêm gan virus B (10 năm), uống rượu (15 năm, ngưng 1 năm) (tiền căn giãn TMTQ đã

thất của BN có thể không tách riêng vì đã gộp vào vấn đề HCTATMC rồi)

### PHÂN ĐỘ XHTH

Property	Độ 1	Độ 2	Độ 3
<b>Cơ chế</b>	<u>Giảm tưới máu cơ quan ngoại vi</u>	Giảm tưới máu CQ trung ương, chịu đựng đc 1 thời gian ngắn: ruột, gan, thận	Giảm tưới máu cơ quan trung ương, ko chịu đựng đc: tim, não, phổi → toan chuyển hóa
<b>Máu mất (75 ml/kg)</b>	<u>≤ 1 lít 10%</u>	>=1 lít 20-30%	≥ 2 lít >35%
<b>Sinh hiệu</b>	<u>M (giống hen)</u>	<100	<b>≥100 (phải thuộc)</b>
HA	<u>&gt;90</u>	>80	<80 hay kẹp
Sinh hiệu tư thế	(-)	(+)	Tụt HA ngay cả khi nằm
Nhịp thở	<u>Bình thường</u>	Giảm nhẹ	Thở kiểu toan máu

Property	Aa Độ 1	Độ 2	Độ 3
Nước tiểu	<u>Bình thường</u>	Tiểu ít	Vô niệu
Toàn thân	<u>Tri giác</u>	Tĩnh táo	Chóng mặt, hoa mắt, ù tai
Da	<u>Ấm Da niêm hồng</u>	Đỏ mề hôi Da niêm xanh nhợt	Lạnh, ẩm Da niêm trắng nhợt
CLS	<u>Hct</u>	$\geq 30\%$	20-30%
Hồng cầu	<u><math>\geq 3</math> triệu/mm<sup>3</sup></u>	2-3 triệu	$\leq 2$ triệu
Hb (cô Kiểu)	<u><math>\geq 9</math> g/dl</u>	6-9 g/dl	<6 g/dl

▼ Chẩn đoán sơ bộ/chẩn đoán phân biệt:

- CĐSB: XHTH trên, độ 2, đang diễn tiến, do vỡ giãn TMTQ/Xơ gan mất bù do VGSV và rượu
- CĐPB: XHTH trên, độ 2, đang diễn tiến do LDDTT/XGMB do VGSV và rượu
- Note: trên LS không cần phân biệt do TM thực quản hay TM tâm phình vị, các xử trí ban đầu cơ bản là giống nhau. XHTH do loét DDTT là CĐPB không được bỏ qua ở BN này.

▼ Biện luận:

Có nhiều cách tiếp cận và biện luận, đi từ phần đặt vấn đề, theo chi dễ nhất là đi từ vấn đề có thể đưa ra bệnh nền tảng của BN, từ đó xét tiếp các vấn đề khác có phải do bệnh nền tảng đó không => dễ dàng và logic hơn. Chẳng hạn trên BN này đi từ vấn đề HCSTBG và HCTATMC => hàng đầu nghĩ đến xơ gan (chẳng hạn nếu chỉ đi từ HCSTBG thì có thể là viêm gan cấp, đợt bùng phát của viêm gan mạn, xơ gan, ... nhưng nếu cả 2 HC cùng lúc => XG) => xét tiếp XHTH này có phải biến chứng của XG không

- Xơ gan: khi chẩn đoán XG phải giải quyết được 4 vấn đề

o 1. Có xơ gan không

o 2. Xơ gan còn bù hay mất bù (xem xét 1 – XHTH do vỡ giãn TMTQ, 2 – báng bụng, 3 – bệnh não gan => những dấu hiệu này xuất hiện cho thấy chắc chắn đã mất bù; tuy nhiên trên thực tế, BN XG còn bù, tức TB gan lành còn hoạt động bù trừ cho các TB gan suy, thì LS rất kín đáo, thường chỉ thấy bất thường CLS,

có thể nhầm lẫn với viêm gan mạn => nếu gặp BN trên LS có nhiều triệu chứng như trên thì thường là đã mất bù)

o 3. Xơ gan do nguyên nhân gì (có rất nhiều nguyên nhân gây XG và chúng có thể xảy ra cùng lúc, khó để tách bạch, chẳng hạn BN này có thể cùng do VGSV B và rượu phối hợp => cứ xem như BN có đồng thời cả 2 NN)

o 4. Xơ gan đã có biến chứng gì (lúc này sẽ quay về được vấn đề XHTH)

- XHTH: khi chẩn đoán XHTH phải trả lời được 5 câu hỏi

o 1. Có XHTH không?

o 2. XHTH trên hay dưới? (TH XHTH từ 2 nguồn có thể xảy ra, tuy nhiên ít gặp, phải nghĩ đến XHTH từ 1 nguồn trước khi nghĩ đến TH chồng lấp => BN này nôn ra máu, tiêu phân đen => XHTH trên)

o 3. Mức độ XHTH?

▪ Đánh giá thông qua 4 yếu tố: 1 – lượng máu mất, 2 – sinh hiệu, 3 – triệu chứng toàn thân, 4 – CLS

▪ Nếu các yếu tố không đồng nhất thì thường lấy theo yếu tố nặng nhất

▪ Yếu tố lượng máu mất là ít tin cậy nhất vì không phải tất cả máu xuất huyết đều ói/tiêu mà có thể vẫn ở trong đường tiêu hóa, ngoài ra lời khai của BN là chủ quan, đôi khi không tin được hoàn toàn

▪ Yếu tố thay đổi sớm nhất là sinh hiệu (đặc biệt là mạch, thay đổi sớm nhất) – lưu ý khi theo dõi BN (chẳng hạn theo dõi BN ở khoa phòng sau khi thắt TMTQ có tái xuất huyết không => lưu ý mạch nhanh xuất hiện đầu tiên)

▪ Yếu tố thay đổi trễ nhất là CLS, cụ thể là Hct

▪ Vậy nên khi đánh giá mức độ XHTH của BN phải xác định mình đang đứng ở thời điểm nào (sớm hay muộn) để biết nên tin tưởng yếu tố nào hơn

▪ Không phải cứ BN lớn tuổi, bệnh nền nặng thì đánh giá mức độ nặng, cần dựa vào các yếu tố ở trên để xét

o 4. XHTH đã ổn hay đang diễn tiến?

▪ Đây là câu hỏi quan trọng để xử trí BN: đang diễn tiến => mục tiêu hàng đầu là cầm máu, đã ổn => mục tiêu hàng đầu không còn là cầm máu (XHTH có thể tự cầm) mà phải đi tìm nguyên nhân, ngăn tái phát

▪ Cũng thông qua các yếu tố gần tương tự mức độ XHTH: 1 – tính chất máu (sonde, thăm HMTT), 2 – sinh hiệu, 3 – triệu chứng toàn thân, 4 – CLS

- Chẳng hạn BN này đặt sonde thấy ra máu đỏ bầm, khám thấy sinh hiệu [...], toàn thân [...] => đang tiến triển

o 5. Nguyên nhân gây XHTH?

- Dựa vào đồng thời 1 – tiền căn, 2 – TCCN, 3 – TCTT, 4 – CLS

- Lưu ý loét DDTT là NN gây XHTH thường gặp và loét DDTT trên BN XG cũng thường gặp => nên chẩn đoán phân biệt

▼ Đề nghị CLS:

Để không bỏ sót CLS thì cần đưa ra tiêu chí để đề nghị CLS (và sau đó khi phân tích CLS cũng

theo các tiêu chí này)

- CLS thường quy (CTM, BUN, Cre, đường huyết, TPTNT, ECG, XQ ngực thẳng)
- CLS liên quan đến bệnh:

o Chẩn đoán xơ gan (CLS => HCSTBG và HCTATMC) (CTM, đông máu toàn bộ, Bili TP, Bili TT, Alb/Glo, siêu âm bụng, AST/ALT)

o Chẩn đoán mức độ xơ gan

o Chẩn đoán nguyên nhân xơ gan (HBsAg, anti-HCV)

o Chẩn đoán biến chứng xơ gan (bao gồm cả XHTH => nội soi TQDDTT, bàng bụng, nhiễm khuẩn, bệnh não gan, hội chứng gan thận + không được quên ung thư gan)

▼ Phân tích kết quả CLS

<b>Sinh hóa máu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AST 2xx U/L</li> <li>• ALT 349 U/L</li> <li>• Bili TP 28,72 mg/dL</li> <li>• Bili TT 19,34 mg/dL</li> <li>• BUN 22 mg/dL</li> <li>• Creatinine 1,7x mg/dL</li> <li>• eGFR 6x,xx</li> <li>• Albumin 3,1 g/dL</li> </ul>	<b>Ion đồ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na+ 128</li> <li>• K+ 4,x</li> <li>• Cl- 97</li> </ul> <b>Siêu âm bụng:</b> xơ gan - lách to - theo dõi u gan Đông máu: thời gian đông máu kéo dài cả đường nội và ngoại sinh (INR 2,6) <b>Nội soi TQDDTT:</b> giãn TMTQ, dạng FII, RC (+)
--	--

**CTM:**

	Mới NV	Hôm sau
RBC	RBC 3,26 T/L HGB 113 g/L HCT 34,5% MCV 106 fL MCH 34,8 pg	RBC 2,75 T/L HGB 100 g/L HCT 28,5% MCV 105,9 fL MCH 36,5 pg
WBC	9,68 G/L	7,1 G/L
PLT	48 G/L	64 G/L

- Có HCSTBG không? (1)

o Đông máu: TQ kéo dài, INR tăng

o Albumin giảm

o Bili tăng, ưu thế trực tiếp

o AST và ALT tăng phù hợp với xơ gan (kiểu tăng AST/ALT khác nhau giữa các bệnh)

- Có TATMC không? (2)

o Tiểu cầu thấp (do lách to do TATMC => tăng bắt giữ tiểu cầu)

o Siêu âm bụng => lách to

o Nội soi => giãn TMTQ

- Hình ảnh gan trên siêu âm (3)

Chẩn đoán xơ gan (không cần siêu âm đàn hồi trong TH này)

- Mức độ xơ gan: child pugh C

- Nguyên nhân xơ gan: HBsAg (+)

- Biểu chứng xơ gan:

o Siêu âm thấy khối echo kém trong gan, nghi u gan => để xác định cần thêm

- Sinh thiết gan (thường không làm)

- CT scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có cản từ

o XHTH:

- CTM: phù hợp (Hct thay đổi chậm, tương ứng)
- CTM còn cho thấy MCV cao, trong khi nếu BN XHTH thì mong kết quả trả về là thiếu máu đẳng sắc đẳng bào => HC to gặp ở người nghiện rượu do giảm folate (phù hợp tiền căn)
- Nguyên nhân XHTH: nội soi TQDDTT => khẳng định XHTH do giãn vỡ TMTQ

Chẩn đoán xác định: Xơ gan Child C do viêm gan virus B mạn biến chứng XHTH trên, độ II, đang diễn tiến, do vỡ giãn TMTQ; ung thư biểu mô tế bào gan

▼ Điều trị:

o Đảm bảo thể tích tuần hoàn

o Cầm máu

o Các điều trị nội khoa khác

o Điều trị nguyên nhân

o Dự phòng tái phát

- Nếu lấy nội soi là mốc thì có những việc cần thực hiện trước/sau nội soi như sau:

o Trước nội soi:

- Bồi hoàn thể tích
- Dùng thuốc co mạch
- Dùng kháng sinh dự phòng

o Sau nội soi:

- Dự phòng bệnh não gan
- Điều trị nguyên nhân (VGSV B)
- Dự phòng tái xuất huyết

- Cụ thể về từng điều trị:

o Bồi hoàn thể tích: cho BN nằm đầu thấp, xem xét oxy nếu cần, lập và giữ đường truyền TM, bù dịch/máu

- Lưu ý ở BN xơ gan không phải bù càng nhiều dịch càng tốt mà chỉ bù đủ vì nguy cơ thừa dịch, phù bóng



- Truyền tiểu cầu và plasma cần cẩn trọng vì truyền cũng làm tăng nguy cơ tái xuất huyết và phù bóng sau này sau này ở BN xơ gan. Ngoài ra các XN tiểu cầu và đông cầm máu không phải luôn luôn phản ánh thực sự tình trạng rối loạn đông cầm máu ở BN => rất cân nhắc khi chỉ định truyền

- o Thuốc co mạch (vasopressin, terlipressin, somatostatin, ...)

- Lựa chọn tùy vào TH và cơ sở y tế có loại nào

- o Kháng sinh dự phòng:

- BN XHTH có tỉ lệ nhiễm trùng trong thời gian nằm viện rất cao (sự hiện diện của máu trong đường tiêu hóa làm thay đổi sự dịch chuyển của VK (?)) => tăng nguy cơ nhiễm trùng => cần dùng KS dự phòng ở BN xơ gan có XHTH

- Không phải xơ gan có bóng bụng mới dùng KS dự phòng

- Một số ca mới NV không có bóng bụng nhưng một thời gian điều trị sẽ có phù bóng vì 1 – XHTH làm xấu đi tình trạng gan của BN, 2 – điều trị cũng là yếu tố làm tăng khả năng xuất hiện bóng (vd điều trị bồi hoàn dịch)

- o Dự phòng bệnh não gan: lactulose

- o Điều trị bệnh nền: thuốc kháng virus HBV (hiện ít dùng lamivudine vì tỉ lệ kháng cao, thường chọn tenofovir hoặc entecavir, lưu ý chức năng thận trước khi dùng)

- o Dự phòng tái xuất huyết:

- Bắt buộc phải dự phòng xuất huyết thứ phát ở BN đã có XH tiên phát, chỉ cân nhắc có/không ở BN chưa có XH tiên phát (cân nhắc dựa trên nội soi và child pugh)

- Beta blockers không chọn lọc + nội soi thắt TMTQ

- Tối ưu là kết hợp 2 phương pháp chứ không phải lựa chọn 1 trong 2, trừ khi BN có chống chỉ định (rõ ràng trước khi dùng beta blockers hay bất kỳ thuốc nào cũng phải tầm soát xem có chống chỉ định không)

#### ▼ Giải đáp thắc mắc?

- Tại sao BN này có phù chân mà không có bóng bụng?

- o BN xơ gan có cơ chế phù chân và bóng bụng không giống nhau, không nhất thiết bóng bụng phải đi trước phù chân

- Chỉ định đặt sonde dạ dày ở BN XHTH?

- o Tùy vào mục đích của việc đặt sonde là gì

o Chẩn hạn đặt sonde để đánh giá XHTH có tiến triển không (khi LS không rõ ràng) => chẩn hạn khi đó nếu BN ói ra máu ngay trước mặt mình thì mục tiêu này là không cần thiết

o Chẩn hạn đặt sonde để theo dõi BN, chẩn hạn xem có tái xuất huyết không sau nội soi thắt TMTQ => đặt sonde để phát hiện sớm tái xuất huyết