

## ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Giảng viên hướng dẫn Bác sĩ PGS. TS. Quách Trọng Đức  
Thực hiện bệnh án sinh viên tổ 27 Y2014. Ghi chú bình  
luận Nguyễn Đức Vượng Y2014.

# BỆNH ÁN

Bệnh án cũng như phần ghi chú bình luận được thực hiện bởi các bạn sinh viên nên không tránh khỏi sai sót. Mong người đọc tự đánh giá nội dung. Mục bình luận được ghi bằng chữ đỏ, gạch chân.

### I. Hành chính:

Họ và tên bệnh nhân: NGUYỄN VĂN HIỆP N.

Giới: Nam

Tuổi: 65

Nghề nghiệp: thợ sửa xe (còn làm)

Địa chỉ: Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh

Thời gian nhập viện: 15h ngày 2/10/2019

Khoa phòng: Giường 32, khoa nội tiêu hóa-BVDNGD

### II. Lí do nhập viện:

Đau bụng

### III. Bệnh sử:

Bệnh nhân là người khai bệnh

- Cách nhập viện 30 phút, sau khi ăn cơm trưa (rau, thịt luộc) thì khoảng 10 phút sau bệnh nhân đột ngột thấy đau thượng vị liên tục tăng dần, cường độ 10/10 (so với những lần đau bụng trước đây), không lan, không tư thế giảm đau kèm chướng bụng nhẹ thượng vị, không nôn ói, không đi tiêu, không trung tiện. Vì đau bụng liên tục tăng dần không giảm nên nhập Bệnh viện Nhân dân Gia Định
- Tình trạng lúc nhập viện:  
Sinh hiệu:  
Mạch: 100 lần/ phút  
Huyết áp: 168/88 mmHg

Nhiệt độ: 37 độ C

Nhịp thở: 20 lần/ phút

Ăn đau thượng vị, có đề kháng.

- Trong quá trình bệnh, không sốt, không vàng da, không chán ăn, không sụt cân, không đau ngực, không khó thở, không hồi hộp, không đánh trống ngực, không ho, bệnh nhân tiêu dễ, không gắt ruột, nước tiểu vàng trong lượng như thường ngày.

- Diễn tiến sau nhập viện:

N1 (8 h sau nhập viện) : Bệnh nhân đau bụng thượng vị liên tục, cường độ 10/10, lan ra sau lưng, không tư thế giảm đau, chướng bụng thượng vị, không nôn ói, không trung tiện, không đi tiêu. Bệnh nhân được điều trị với Pethidin 0.1g ½ ống TB.

N2: Bệnh nhân còn đau âm ỉ vùng thượng vị, cường độ giảm 3/10, không chướng bụng, không nôn ói, trung tiện được, không đi tiêu.

#### IV. Tiền căn:

##### 1. Bản thân:

Nội khoa:

- Bệnh nhân có 2 cơn đau bụng có tính chất tương tự lần này sau khi bệnh nhân đi tiệc uống nhiều rượu nhập bệnh viện Nhân dân Gia Định được chẩn đoán Viêm tụy cấp và điều trị nội khoa giảm đau vào tháng 6 và tháng 7 năm 2019.
  - + Chi tiết này quan trọng vì BN này từng có VTC và Viêm dạ dày. Nghĩa là bệnh nhân từng trải nghiệm 2 kiểu đau khác nhau: Kiểu tụy và kiểu dạ dày.
  - + Kiểu đau lần này giống lần VTC nhập viện trước đó giúp hướng về VTC nhiều hơn. Thực tế 25% bệnh nhân VTC từng có VTC trước đó.
  - + Hỏi sao biết tương tự ? Hỏi chi tiết tính chất đợt trước và so sánh với đợt này. Trong ca này, BN nói đợt trước đau y chang đợt này nhưng chưa biết nên 4h mới vào viện, đợt này biết rồi nên đau 30 phút là đi viện luôn.
- Bệnh nhân thỉnh thoảng có đau thượng vị nhẹ, tăng sau ăn được chẩn đoán viêm dạ dày, không nội soi, không xét nghiệm Hp, giảm đau sau dùng thuốc.
- Cách 20 năm, bệnh nhân được chẩn đoán Tăng huyết áp, tái khám định kỳ tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, bệnh nhân tuân thủ điều trị. Huyết áp cao nhất: 200-210 mmHg/?? mmHg. Huyết áp dễ chịu hằng ngày: 130/70 mmHg. Bệnh nhân đang điều trị với Amlodipine 5mg 1v x2 (u) (S-C)
- Cách 2 năm, Được chẩn đoán Rối loạn lipid máu điều trị với Atorvastatin 10 mg 1v (u) Chiều.
- Cách 2 năm, bệnh nhân thỉnh thoảng đau cột sống cổ và thắt lưng, đau khớp vai T được chẩn đoán Thoái hóa cột sống cổ/ thắt lưng, viêm chũ vai T điều trị và tái khám định kỳ. Methylprednisolone 16mg ½ v (u), Baclofen.
  - + Uống như thế nào ? Cứ mỗi 2 lần lại có 1 đơn chứa Cor như vậy
  - + Thầy nhấn mạnh COR không gây loét dạ dày. H.pylori và Nsaids mới gây loét dạ dày. Về coi lại các ytns viêm loét dạ dày.
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh suy tim, rung nhĩ, bệnh thận, VGSV B, C
- Chưa ghi nhận chích ngừa VGSV B.

Ngoại khoa- Chấn thương:

- Chưa ghi nhận tiền căn sỏi mật, tiền căn cơn đau quặn mật.
- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương gần đây,

Thói quen:

- Uống rượu nhiều: 24 đơn vị cồn/ ngày x 40 năm (đã bỏ 2 năm)
- Bệnh nhân hút thuốc lá 23 gói. năm
- Không có thói quen ăn rau sống.

Không dị ứng thuốc, thức ăn

## 2. Gia đình:

- không ghi nhận gia đình có người bị Viêm tụy cấp, K tụy, Tăng huyết áp, Đái tháo đường type 2, VGSV B, C

## V. Lược qua các cơ quan:

Bệnh nhân không đau bụng, không nôn ói, không đi tiêu, có trung tiện, không chướng bụng, tiểu 2 lần/ ngày , vàng trong, không gắt buốt.  
Bệnh nhân không than phiền gì thêm

## VI. Khám lâm sàng:

18h ngày 03/10/2019.

### 1. Tổng quát:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Niêm mạc mắt hồng, kết mạc mắt không vàng
- Chi ấm, mạch rõ
- Sinh hiệu: Mạch: 88l/p, HA: 130/70 mmHg, Nhiệt độ: 37°C, Nhịp thở: 18 l/p
- Cân nặng: 61 kg                      Chiều cao: 1m65 => BMI: 22.4 kg/cm<sup>2</sup>
- Không phù
- Hạch ngoại biên không sờ chạm
- Có dấu xanthomas

### 2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng
- Không môi khô, lưỡi dơ
- Không tĩnh mạch cổ nổi tư thế 45°
- Khí quản không lệch
- Tuyến giáp không to

### 3. Lồng ngực:

- Cân đối, không lồng ngực hình thùng, di động đều theo nhịp thở, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không u, không sẹo mổ cũ
- Tim: Mỏm tim ở KLS V trên đường trung đòn T, diện đập 1x1 cm<sup>2</sup>  
T1, T2 đều rõ, tần số 88 lần/ phút, không âm thổi, không tiếng tim bất thường
- Phổi: Rung thanh đều 2 phế trường. Gõ trong khắp 2 phổi. Rì rào phế nang êm dịu.

### 4. Bụng:

- Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không dấu rắn bò, dấu quai ruột nổi, không u, không sẹo mổ cũ.
  - Dấu Cullen (-), Dấu Grey Turner (-)
  - Nhu động ruột 10 lần/ 2 phút
  - Không nghe âm thổi vùng bụng
  - Bụng mềm, không điểm đau khu trú. Murphy (-), Mayo-Robson (-)
  - Gan: Bờ trên khoang liên sườn VI đường trung đòn P., Bờ dưới không sờ chạm. Chiều cao gan # 8 cm
  - Lách không sờ chạm
  - Chạm thận (-)
5. Cơ xương khớp:
- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị
  - Không sưng, nóng, đỏ, đau các khớp. Không giới hạn vận động
6. Mạch máu:
- Không dấu xe điều, không dấu giật dây chuông.

## VII. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam, 65 tuổi, nhập viện vì đau bụng, bệnh 30 phút:

TCCN:

- Đau bụng thượng vị, cường độ 8/10, liên tục, tăng dần, đạt đỉnh sau 30 phút, không lan, không tư thế giảm đau.
- Không nôn ói
- Chướng thượng vị nhẹ
- Không trung tiện, không đi tiêu.

TCTT:

- Sinh hiệu: Mạch: 100 lần/ phút, Huyết áp: 168/88 mmHg, Nhiệt độ: 37 độ C, Nhịp thở: 20 lần/ phút.
- Ấn đau thượng vị, đề kháng (+)
- Có dấu xanthoma

Tiền căn:

- Viêm tụy cấp 2 lần với cơn đau bụng tính chất tương tự lần này.
- Tăng huyết áp 20 năm đang điều trị.
- Rối loạn lipid máu, Thoái hóa cột sống cổ/ thắt lưng, Viêm chu vai T 2 năm đang điều trị
- Uống rượu và hút thuốc lá nhiều.

## VIII. Đặt vấn đề:

- Đau thượng vị cấp
- Tiền căn Viêm tụy cấp 2 lần
- Tiền căn: THA, Rối loạn lipid máu, Thoái hóa khớp cổ/ thắt lưng/ viêm chu vai T đang điều trị.

## IX. Chẩn đoán sơ bộ

Chẩn đoán sơ bộ lúc nhập viện (ghi rõ ra lúc nhập viện)

- Thủng ổ loét dạ dày- tá tràng/ Tăng huyết áp/ Rối loạn lipid máu/ Thoái hóa khớp

## X. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tụy cấp giờ thứ 1 ngày 1, có dấu hiệu tiến triển nặng, nguyên nhân do tăng Triglyceride và sỏi/ Tăng huyết áp/ Rối loạn lipid máu/ Thoái hóa khớp.
- Nhồi máu cơ tim cấp giờ thứ 1, vùng hoành, Killip I/ THA/Rối loạn lipid máu/ Thoái hóa khớp.

### 1) Chẩn đoán

- Sơ bộ: Viêm tụy cấp tái phát giờ thứ 1 ngày 1, nguyên nhân do tăng Triglyceride và sỏi, có dấu hiệu tiến triển nặng – Tăng huyết áp – Rối loạn lipid máu – Thoái hóa khớp.

- Phân biệt:

+ Đợt cấp viêm tụy mạn

+ Thủng ổ loét dạ dày tá tràng

+ Nhồi máu cơ tim cấp giờ thứ 1

→ Đợt cấp viêm tụy mạn vẫn là chẩn đoán phân biệt gần nhất vì kiểu đau không giống dạ dày lắm.

### 2) Thảo luận về chẩn đoán

- Nguyên tắc cái nào nghĩ nhiều nhất thì đưa lên làm chẩn đoán sơ bộ.

+ Trong ca này ban đề thủng ổ loét lên vì nghĩ đây là bệnh lý ngoại khoa nguy hiểm. Đó là thái độ đúng khi thực hiện theo lưu đồ tiếp cận đau bụng cấp, cần loại bỏ ngoại khoa đầu tiên.

+ Tuy nhiên trong bệnh án, nguyên tắc ghi chẩn đoán vẫn là bệnh gì nghĩ nhiều nhất thì đưa lên làm chẩn đoán sơ bộ.

- Cái nào ít nghĩ hơn thì đưa xuống phân biệt. Chỉ đề 2-3 chẩn đoán phân biệt nghĩ nhiều nhất. Những chẩn đoán phân biệt còn lại ít nghĩ hơn, chưa loại trừ được thì để trong phần biên luận.

## XI. Biên luận:

Thầy nói biên luận tốt nhưng chưa sắc nét lắm. Những cái gì không nghĩ thì không cần ghi vào. Và cần làm rõ thêm một số yếu tố. Sẽ được đề cập tiếp ở bên dưới.

1. Đau thương vị cấp:

Ngoại khoa:

- **Thủng ổ loét dạ dày- tá tràng:** nghĩ nhiều vì bệnh nhân khởi phát đau đột ngột sau ăn, khám có ~~ấn đau thương vị~~ và đề kháng (+), tiền căn bệnh nhân thỉnh thoảng có đau thượng

vị nhẹ được chẩn đoán viêm dạ dày, bệnh nhân đang điều trị với corticoid, -> đề nghị X-quang bụng đứng không sửa soạn, Siêu âm bụng, CT –scan.

+ Ghi đề kháng (+) là có ấn đau thương vị rồi. Đề kháng nghĩa là lúc đầu ấn BN chưa đau, ấn sâu xuống từ từ tới một mức nào đó thì bệnh nhân đau và gồng bụng chống lại tay người khám. Ấn bụng đau chưa chắc có đề kháng nhưng nếu có đề kháng thì chắc chắn có đau rồi, ghi thêm ấn đau thương vị là dư. Đây là điểm nhỏ nhưng ghi dư vậy cho thấy mình chưa hiểu rõ lắm.

+ Thùng cần khám thêm dấu mất vùng đục trước gan. Ca này không có.

+ Thầy nói lại COR không gây loét dạ dày. Tuy nhiên với những ca uống COR lâu ngày cần chú ý các biến chứng của COR, trong đó có tình trạng suy thương thận mạn làm cho biểu hiện lâm sàng không rõ ràng nữa, gây nhiều khó khăn trong chẩn đoán các bệnh lý khác (về coi lại)

+ Xquang tìm khí tự do: Có những trường hợp thủng ổ loét cầm, trước đó chẳng có đau kiểu dạ dày gì, vô thủng mới biết nên không loại được chẩn đoán này. Cần đề nghị thêm Xquang bụng đứng không sửa soạn tìm khí tự do trong ổ bụng (thì phải nói rõ mới được 9-10 chữ khí trong bụng thì trong ruột bình thường cũng có khí mà).

+ Siêu âm không nhạy với khí, chỉ thấy dịch. Dịch trong ổ bụng thì có rất nhiều nguyên nhân như viêm phúc mạc, viêm phụ khoa, xuất huyết nội ... nên không dùng siêu âm để chẩn đoán thủng ổ loét được

+ Chỉ định CT chẩn đoán thủng tạng ? Chỉ định khi nghi thủng bất hoặc thủng ra sau khoang phúc mạc. Ca này được chỉ định CT với mục đích khác.

- **Tắc ruột:** ít nghĩ do bệnh nhân đau liên tục tăng dần không đau quặn cơn, không nôn ói, chướng bụng nhẹ vùng thượng vị tuy nhiên không loại trừ vị bệnh nhân không trung tiện, không đi tiêu-> đề nghị X-quang bụng không sửa soạn, Siêu âm bụng, CT -scan
- **Viêm ruột thừa cấp:** ít nghĩ do bệnh nhân không sốt, không chán ăn, không đau hố chậu P tuy nhiên khởi đầu của Viêm ruột thừa có thể đau ở thượng vị nên đề nghị siêu âm bụng.
- **Viêm túi mật:** không nghĩ vì bệnh nhân không đau hạ sườn P lan vai P, không sốt, không vàng da, Murphy (-), không tiền căn sỏi mật hay cơn đau quặn mật.
- **Nhồi máu mạc treo:** không nghĩ do bệnh nhân không nôn ói, không tiêu chảy, không tiêu phân đen, không tiêu phân nhầy máu như máu cá, không có yếu tố thuận lợi như rối loạn nhịp, cơ địa tăng đông, không sử dụng thuốc gây đông máu.
- **Phình bóc tách động mạch chủ bụng:** bệnh nhân không có cảm giác đau như xé ở cạnh sống hay hông lưng, không tụt HA, không thấy khối u có mạch đập và không nghe âm thổi vùng bụng, HA lúc nhập viện không tăng quá cao so với thường ngày.

Nội khoa:

- **Nhồi máu cơ tim vùng hoành:** bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành như nam, >55 tuổi. tăng huyết áp, rối loạn lipid máu -> **đề nghị ECG, hs- Troponin T.**  
Killip I: do bệnh nhân không khó thở, không TMC nổi, không gallop T3  
Biến chứng khác: bệnh nhân không khó thở, không hồi hộp, không đánh trống ngực, mạch đều, không tụt HA, không TMC nổi, khám tim không ghi nhận bất thường=> không nghĩ có biến chứng cơ học, rối loạn nhịp.

- **Viêm loét dạ dày – tá tràng:** tính chất đau bụng đột ngột, dữ dội liên tục, tăng dần sau ăn, khám ấn đau thượng vị, đề kháng (+) tiền căn thủng ổ loét có đau thượng vị được chẩn đoán viêm dạ dày nghĩ nhiều có thể có biến chứng thủng ổ loét -> Nội soi dạ dày- tá tràng khi bệnh hân ổn định.
- **Viêm đái phôi, viêm gan cấp, nhiễm trùng đường mật:** không nghĩ.
- **Viêm tụy cấp:** nghĩ nhiều vì bệnh nhân đau bụng liên tục tăng dần, đạt đỉnh sau 30p, cường độ dữ dội 10/10, khám ấn đau bụng thượng vị, đề kháng (+), có tính chất tương tự 2 lần nhập viện trước được chẩn đoán Viêm tụy cấp => đề nghị amylase máu, lipase máu, siêu âm bụng.

### 1) Chẩn đoán viêm tụy cấp

- Ca này có 2 lần VTC tháng 6-7/2019 nên cần đặt ra chẩn đoán viêm tụy cấp tái phát hoặc đợt cấp viêm tụy mạn.

### 2) Nguyên nhân

- Điều quan trọng là tại sao bệnh nhân viêm tụy tái phát ?

- Xem trong giấy ra viện cũ:

+ Ban làm bệnh án hỏi được điều này là rất tốt. Tuy nhiên giấy ra viện của BN cũng không ghi ra nguyên nhân gì, hỏi thì BN nói sau tiệc uống nhiều rượu nên nghĩ nhiều do rượu.

+ Sau này các ban làm bs thì giấy ra viện nên ghi thêm những thông tin quan trọng. Trong ca này cần ghi rõ nguyên nhân gì, thêm những Xn quan trọng giúp cho chẩn đoán để các đồng nghiệp sau này theo dõi bệnh nhân tốt hơn.

- 2 lần trước do rượu nên cần hỏi rõ bệnh nhân có còn sử dụng rượu trong đợt này không. Đây là nghệ thuật vì chi tiết này nhạy cảm đôi khi BN không nói.

+ 1) Hỏi người nhà

+ 2) Hỏi lại BN sau khi giải thích: Giải thích nhẹ nhàng ân cần cho BN chi tiết này quan trọng giúp bác không bị tái phát trong tương lai và hỏi lại sau đó. Chứ vô cái hỏi liên BN sẽ nói không, sợ bị bác sĩ la.

+ 3) Xét nghiệm GGT coi có còn dùng rượu không. Tuy nhiên GGT cũng tăng khi VTC do tắc mật bởi sỏi hoặc có u / nang đầu tụy chèn vô đường mật (ca này xú cls về có nang đầu tụy). Nên hỏi BN vẫn là điều quan trọng nhất.

**Bệnh nhân từng có 2 lần bị Viêm tụy cấp:** Viêm tụy cấp tái phát

- o **Thể phù nề/ hoại tử => đề nghị CT-scan bụng không cản quang**
- o **Dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng:** Bệnh nhân 65 tuổi, Mạch nhanh, bụng đề kháng.
- SIRS: bệnh nhân chỉ có mạch nhanh 100 l/p => đề nghị CTM đánh giá Bạch cầu
- BISAP: bệnh nhân 65 tuổi (> 60 tuổi), không rối loạn tri giác, khám không có 3 giảm đề nghị CTM, BUN, X-quang ngực thẳng.
- Đề nghị Hct lúc nhập viện và sau 24h, 48h
- Đề nghị CRP sau 48h khởi phát bệnh.
  - o Mức độ nặng: bệnh ngày 1, cần đánh giá lại sau khởi bệnh 48 giờ.
  - o Biến chứng: bệnh ngày 1 theo dõi 2 biến chứng tụ dịch quanh tụy cấp và hoại tử tụy +/- nhiễm trùng=> đề nghị CT-scan bụng có cản quang.
  - o Nguyên nhân:
- Rượu: không nghĩ do bệnh nhân hiện tại đã bỏ uống rượu, trước đó bệnh nhân không nhậu.



- Sỏi: chưa ghi nhận tiền căn có cơn đau quặn mật, chưa ghi nhận tiền căn sỏi mật tuy nhiên có thể do sỏi nhỏ/ sỏi bùn không gây triệu chứng trước đó đề nghị siêu âm bụng, CT-scan bụng

### 1) Sỏi mật gây viêm tụy cấp

- Cu thể là sỏi mật vì hiếm có sỏi tụy nguyên phát. Sỏi tụy xuất hiện khi viêm tụy mạn kéo dài gây vôi hóa tạo sỏi trong nhu mô tụy.

- Thường là sỏi bùn sỏi nhỏ vì sỏi lớn sẽ kẹt ở cổ túi mật hoặc đường mật rồi

### 2) 2 bệnh cảnh của sỏi: Rớt hoặc Kẹt

- Khi tới cơ vòng ođi, sỏi kẹt lại có 2 trường hợp: Sau đó rớt ra hoặc kẹt lại luôn

- Nếu sỏi kẹt rồi rớt

+ Có cơn đau quặn mật rồi chuyển đau kiểu tụy vì 1 khi sỏi kẹt, dịch mật trào vào tụy gây kích hoạt trypsin rồi thì trypsin sẽ tiếp tục hoạt hóa các men tụy khác và gây viêm tụy cấp bất kể nguyên nhân có còn hay không.

- Nếu sỏi kẹt luôn

+ Có tam chứng charcote nay đau mai sốt một vàng da trong 12-24h.

+ Trong trường hợp này sẽ có NT đường mật và cần làm ERCP sớm vì trên cơ thể có 2 vị trí nhiễm trùng dễ vô nhiễm trùng huyết nhất và sốc nhất đó là đường tiểu trên và đường mật.

- Do đó trên LS VTC sẽ thấy trước, sau đó có thể có hoặc không NT đường mật kèm theo tùy sỏi kẹt hay rớt.

### 3) ERCP và 3 chỉ định CT trong VTC

- Việc thực hiện ERCP cũng có nhiều nguy cơ (như viêm tụy cấp do thủ thuật).

- Siêu âm chỉ thấy đường mật dẫn, không thấy rõ sỏi. Nên cần chụp CT xác định sỏi có còn kẹt ở cơ vòng ođi không rồi mới thực hiện. Nếu không chụp CT kiểm tra mà làm luôn nhiều khi sỏi rớt ra rồi, để lại thêm nguy cơ cho bệnh nhân.

- Đây là chỉ định CT 3 ngoài 2 chỉ định kinh điển: Xác định chẩn đoán VTC khi không rõ ràng hoặc theo dõi biến chứng sau 48-72h nếu ls xấu đi.

- Ca này chỉ định CT chắc phục vụ cho mục đích này vì

+ Không phải chẩn đoán xác định: LS rõ công men amylase tăng cao (coi phía dưới)

+ Không phải chẩn đoán biến chứng: Ls cải thiện sau 24h

+ Chỉ định can thiệp: TG làm ra không cao, hỏi thì Bn nói không uống rượu nên nghĩ có thể do sỏi. Làm CT coi có kẹt lại không.

- Tăng triglycerid: nghĩ nhiều vì bệnh nhân có Rối loạn lipid máu, uống rượu nhiều khám có xanthomas

+ TG tăng trên 500 có thể nghĩ tới nguyên nhân do tăng TG. 1000 thì tốt hơn

+ Cần làm TG ngay lúc NV. Vì sau đó bn nôn ói nhiều không ăn được hoặc được cho nhin ăn vì sợ bụng ngoại khoa đi mổ nên TG giảm xuống.

+ Có bạn hỏi TG tăng 1 thời điểm đủ VTC rồi hay cần tăng hằng định > 500 trong một thời gian dài ? Thầy nói không cần hằng định. Lúc NV tăng thì nghĩ.

- K tụy: bệnh nhân lớn tuổi, viêm tụy tái phát nhiều lần-> đề nghị CT-scan.



## XII. Đề nghị CLS

CLS chẩn đoán: X- quang bụng đứng không sửa soạn, Siêu âm bụng, Amylase máu, bilan lipid máu, CT-scan bụng có cản quang, hs- Troponin T,

CLS thường quy: CTM, ion đồ, Đường huyết tĩnh mạch, AST, ALT, ure, creatinine, TPTNT, ECG, X-quang ngực thẳng.

CLs theo dõi điều trị: Đọc bài rồi ghi rõ ra.

## XIII. Kết quả CLS

### 1. Sinh hóa máu: (2-10-2019)

Tên xét nghiệm	2/10	Đơn vị	Chỉ số bình thường
Glucose	5.77	Mmol/l	3.9-6.1
Urea	<b>10.1</b>	Mmol/l	1,7 – 8,3
Creatinin	<b>145.6</b>	Umol/l	NL: Nam: 60 - 106
GFRe	<b>45.5</b>		
Ion đồ			
Na	143.4	Mmol/l	135-145
K	3.93	Mmol/l	3.5-5
Cl	107.6	Mmol/l	97-111
AST	15.4	Mmol/L	
ALT	27.5	Mmol/L	
CRP	4.68	Mg/L	0-5
Amylase	<b>1344.3</b>		<=100

Amylase máu tăng cao gấp 13 lần => phù hợp bệnh cảnh viêm tụy cấp của bệnh nhân

Ure 10.1 mmol/l (60.6 mg/dl) => BUN = 28,28 mg/dl

⇒ Thang điểm BISAP thỏa 3 tiêu chuẩn: dấu hiệu tiến triển nặng

Creatinine máu = 145.6 Umol/l (1.66 mg/dl) => đề nghị làm lại creatinine máu sau 24h, 48h.

- Men amylase tăng sớm giảm sớm và không đặc hiệu, đau bụng cấp nào cũng có thể tăng amylase.

- Men lipase cũng tăng sớm nhưng kéo dài và đặc hiệu hơn. Tuy nhiên hiện BV Gia Đình không làm. Thi thì cứ ghi vô vì nó đúng.

- Việc tăng men tụy không nói lên được mức độ nặng. Tuy nhiên nếu amylase tăng trên 1000 thì gợi ý nguyên nhân do sỏi.

### 2. Siêu âm bụng:

Gan không to, bờ đều, nhu mô đồng nhất, phản âm đều.

- Đường mật trong và ngoài gan không dẫn
- Túi mật co nhỏ, lòng nghi có polyp d=5mm, thành lổn nhổn các tinh thể đuôi sao chổi, thành dày đều 11mm
- Tụy: chưa khảo sát được do dạ dày chướng hơi, ghi nhận có ít dịch và phản ứng viêm vùng giường túi mật.
- Lách: không to, cấu trúc đồng nhất
- Thận (P): không sỏi, không ứ nước. (T): Không sỏi, không ứ nước. Có nang dmax=45mm, echo trống, vỏ mỏng, không chồi vách. Chủ mô 2 thận phân biệt rõ trung tâm.

- Các bất thường khác:
  - + Không dịch ổ bụng
  - + Không dịch màng phổi 2 bên.
  - + Chưa tìm thấy ruột thừa vùng hố chậu (P).

❖ **Kết luận:**

- **Tụy** chưa khảo sát được do dày dày chướng hơi, ghi nhận có ít dịch và phản ứng viêm vùng giường túi mật.
- Polyp túi mật/ Theo dõi **Adenomyomatosis** túi mật.
- Nang thận (T).

⇒ Chưa gợi ý nguyên nhân của đau bụng cấp => đề nghị CT-scan bụng không cản quang.

⇒ Không thấy sỏi mật, không có đường mật dẫn, không loại trừ sỏi bùn

3. **CT-Scan bụng**

- Nói lại 3 chỉ định CT trong VTC

- + Hỗ trợ khi chẩn đoán không rõ ràng
- + Tìm biến chứng sau 48-72h nếu nghi ngờ
- + Xác định sỏi kết cơ vòng Odi để can thiệp ERCP sớm

- Gan không to, bờ đều, nhu mô gan không thấy tổn thương khu trú, bắt thuốc bình thường. Không thấy huyết khối tĩnh mạch cửa.

- **Túi mật d# 15mm, thành dày #8mm, lòng không thấy sỏi cản quang.**

- **Đường mật trong và ngoài gan không dẫn. Không thấy sỏi cản quang đường mật**

- **Tụy:** đầu tụy to, d#30mm, mặt trước đầu tụy có nang KT#11x13mm, không bắt thuốc tương phản, thâm nhiễm mỡ xung quanh đầu tụy. Thân và đuôi tụy không to, ống tụy không dẫn. Nhu mô tụy bắt thuốc tương phản bình thường. Ít dịch quanh đầu tụy, mặt trước thận (P), dọc rãnh đại tràng (P) và hạ vị.

- Hình ảnh bình thường của lách, thượng thận và bàng quang.

- Hai thận: đài bể thận phân nhánh dạng cành cây, dãn nhẹ nhóm đài bể thận dưới

- Thận (P): nhu mô thận có nang đơn giản, #10mm.

- Thận (T): xoang thận và nhu mô thận có nang đơn giản, d#38mm.

- Không thấy hình ảnh bất thường của ống tiêu hóa. Niêm mạc ruột bắt thuốc bình thường.

- Không thấy hạch phì đại ở vùng bụng-chậu.

- Không thấy phình hay bóc tách DMCB.

❖ **Kết luận:**

- **Viêm tụy cấp vùng đầu tụy** (Balthazar E, CTSI: 4đ) Không cần học bằng phân loại này khi đi thi  
=> ủng hộ chẩn đoán Viêm tụy cấp

- Theo dõi **nang giả tụy** vùng đầu tụy=> Bệnh nhân có tiền căn 2 lần Viêm tụy cấp, gần nhất là 18/7/2019 => biến chứng của Viêm tụy cấp lần 2.

- **Ít dịch quanh đầu tụy**, mặt trước thận (P), dọc rãnh đại tràng (P) và hạ vị=> Biến chứng tụ dịch quanh tụy cấp tính lần này=> Viêm tụy cấp mức độ trung bình-nặng

- Nang hai thận, nang cạnh bể thận (T)

- Đai bể thận hai bên phân nhánh, dẫn nhẹ nhóm đài bể thận dưới.

=> Loại trừ thủng ổ loét dạ dày tá tràng.

=> Loại trừ nguyên nhân sỏi gây Viêm tụy cấp.

#### 4. Công thức máu: 2-10-2019

Xét nghiệm	Kết quả	Khoảng tham chiếu
WBC	<b>12.8</b>	4-10 K/ul
Neu%	<b>86.9</b>	40-70 %
Lym%	7.8	15-44 %
Mono%	4.9	0-10 %
Eso%	0	0-7 %
Baso%	0.2	0-1 %
IG%	0.2	0-1 %
Neu	11.12	2-7,5 K/ul
Lym	1.0	1-3,5 K/ul
Mono	0.63	0-1 K/ul
Eso	0,0	0-0,6 K/ul
Baso	0.02	0-0,1 k/ul
IG	0,03	0-0,4 K/ul
RBC	4.17	Nam: 4-5.8 T/L
Hgb	124	Nam: 140-160g/l
Hct	0,386	0,35-0,47L/l
MCV	92.6	80-100 fL
MCH	29.7	26-34 pg

Nguồn <https://www.facebook.com/vuongyds>

MCHC	321	310-360 g/L
RDW	14.5	9-16 %CV
PLT	348	150-400 Giga/L
MPV	11.3	6-12 fL
NRBC#	0.0	(0-0.06)K/ul
NRBC%	0.0	(0-1.0)/100WBC

- Bạch cầu tăng, Neutro chiếm ưu thế kết hợp lâm sàng phù hợp với tình trạng viêm cấp.
- Bạch cầu tăng  $> 12000/\text{mm}^3$  + Mạch nhanh 100 l/p => bệnh nhân có SIRS lúc nhập viện=> theo dõi 48h sau.
- Hồng cầu: số lượng bình thường, đẳng sắc, đẳng bào
- Tiểu cầu: bình thường

## 5. TPTNT

Ery	(-)	(-), $\leq 10\text{ery/ul}$
Urobilinogen	3.2	Normal, $\leq 17\text{umol/L}$
Bilirubin	(-)	(-), $< 2.4\text{ umol/L}$
Nitrite	(-)	(-)
Ketones	Trace	(-), $< 0.5\text{mmol/L}$
Protein	0.3	(-), $< 0.1\text{ g/L}$
Glucose	(-)	Normal, $< 1.7\text{mmol/L}$
pH	6.0	4.8-7.5
S.G	1.023	1.000-1.025
Leukocytes	(-)	(-), $< 10\text{Leu/uL}$
Color	Yellow	Pale Yellow
Amylase niệu	<b>12686.8</b>	$\leq 450/ (> 1500)\text{U/L}$

- Bình thường, amylase niệu tăng cao ủng hộ chẩn đoán viêm tụy cấp.

Ca này Lipid máu máy ngày sau về bình thường, gợi ý do nguyên nhân khác. Tuy nhiên cần xem mức độ lúc nhập viện chứ máy ngày sau nhìn ăn uống có thể thấp.

#### XIV. Chẩn đoán xác định

Viêm tụy cấp tái phát giờ thứ nhất ngày 1, do tăng Triglyceride máu, mức độ trung bình-nặng, có dấu hiệu tiếng triền nặng, biến chứng tụ dịch cấp tính quanh tụy, nang giả tụy- Tăng huyết áp- Rối loạn lipid máu- Thoái hóa khớp.

Viêm tụy cấp tái phát giờ thứ nhất ngày 1, do tăng Triglyceride máu và Rượu, có dấu hiệu tiếng triền nặng, biến chứng tụ dịch cấp tính quanh tụy, nang giả tụy - Tăng huyết áp - Rối loạn lipid máu - Thoái hóa khớp.

#### Về công cụ chẩn đoán viêm tụy mạn

- Viêm mạn là có vôi hóa, xơ teo: Ca này amylase tăng cao + Siêu âm và CT chưa ghi nhận sỏi tụy vôi hóa, tụy xơ teo nên ít nghĩ viêm tụy mạn

+ Viêm tụy mạn lâu, xơ hóa hết rồi thì không còn tb để hoại tử nữa nên men tụy không tăng cao được. Ca này tăng cao > 1000 nên cũng ít nghĩ. Điều tương tự cũng đúng với xơ gan.

Viêm gan cấp thì men gan tăng cao chứ viêm gan mạn xơ gan thì men gan đầu tăng cao nữa.

+ Điểm thứ hai ca này, lúc vô có chướng hơi gợi ý viêm tụy cấp gây phản ứng liệt ruột rồi nên ứ hơi nhiều, siêu âm không thấy, Xquang cũng không rõ vôi hóa được. CT thì mới ra nang tụy nên nghĩ nhiều viêm tụy cấp tái phát hơn là đợt cấp viêm tụy mạn.

+ Trong y khoa nên ghi ít nghĩ chứ ghi loại trừ thì không chắc do dụng cụ chẩn đoán hiện tại có thể chưa thấy nhưng tương lai có thể có những dụng cụ khác hỗ trợ tốt hơn. Điều này đúng trong ca này, chẩn đoán viêm tụy mạn nhạy và đặc hiệu nhất bây giờ là siêu âm qua ngả nội soi chứ không phải Xquang, siêu âm hay CT.

#### - Xquang và Siêu âm: Không nhạy nhưng đặc hiệu

+ Có thể thấy vôi hóa tụy nếu nhiều, ít thì không thấy rõ. Vô liệt ruột ứ hơi nhiều như trên thấy cũng không rõ.

+ Ngày xưa có BN có đau bụng lan lưng mạn. Xquang và siêu âm ghi nhận sỏi bất ngang thắt lưng. Bn được chẩn đoán là sỏi thận hai bên. Thầy nhìn Xquang thầy nghĩ làm gì có sỏi thận nào mà bắt qua thắt lưng được, thầy ghi chẩn đoán theo dõi viêm tụy mạn. Đi siêu âm lại thì bs ghi sỏi tụy vôi hóa. Trong y khoa nếu mình nghĩ tới thì mình tìm mới ra. Mình không nghĩ tới thì có ngay trước mắt cũng chưa chắc nhìn ra.

+ Tóm lại, không có sỏi tụy trên siêu âm xquang thì không loại trừ viêm tụy mạn nhưng nếu thấy rõ thì nhiều rồi đó. Không nhạy nhưng đặc hiệu là vậy

- CT: Tốt hơn Xquang do lát cắt mỏng hơn

- MRCP: MRI mật tụy. Tốt hơn CT

#### - Siêu âm qua ngả nội soi: Tốt nhất hiện nay.

+ Đưa ống nội soi tới D2 tá tràng rồi bắt chế độ siêu âm lên. Đầu dò siêu âm ngay cạnh tụy luôn nên thấy rõ hơn. Điều tương tự cũng đúng với siêu âm tim ngả thực quản.

## XV. Điều trị

### Đi thi ghi cả nguyên tắc và điều trị cụ thể

#### 1. Nguyên tắc điều trị:

Viêm tụy cấp:

- Bù dịch sớm- cân bằng điện giải
- Giảm đau
- Cho tụy nghỉ ngơi:
  - + Nhịn ăn uống đường miệng
  - + Dinh dưỡng đường miệng sớm ngay khi có thể
- Theo dõi và xử trí biến chứng viêm tụy
- Điều trị nguyên nhân
- Theo dõi sinh hiệu, nước tiểu, SpO2 mỗi 4h.

Tăng huyết áp: điều trị bằng ức chế kênh Ca<sup>2+</sup>

Rối loạn lipid máu: Statin

Thoái hóa khớp: bệnh nhân không có triệu chứng nên chưa cần điều trị

#### 2. Điều trị cụ thể:

❖ Điều trị cấp cứu:

- Nhịn ăn tạm thời
- Lactate Ringer 500ml 1 chai x 2 TTM L g/p Ca này ban sơ HA cao quá tải dịch nên truyền với tốc độ chậm. tuy nhiên theo đúng phác đồ cần truyền nhanh hơn. Sẽ lý giải bên dưới.
- Pethidine 100mg ½ ống TB

❖ Điều trị hiện tại:

- Lactate Ringer 500ml 1 chai x 4 TTM XXX g/p
- Glucose 10% 250 ml 1 chai x 4 TTM XXX g/p
- Hiện tại: Bệnh nhân không liệt ruột, không buồn nôn, nôn ói, không đau bụng và cảm giác đói=> dinh dưỡng sớm bằng đường tiêu hóa trong 24h theo thứ tự nước- nước đường- cháo- cơm thường.
- Giảm đau: Pethidine 100 mg ½ ống x 3 ( TB) Sáng- Trưa- Chiều.
- Đợi kết quả bilan lipid máu: để tiến hành điều trị. Mục tiêu TG máu: < 500 mg/dl  
Tối ưu: Lọc huyết tương  
Thay thế: Insulin
- Nang giả tụy: Hội chẩn ngoại khoa

## XVI. Tiên lượng:

Gần: Trung bình: Lâm sàng bệnh nhân ổn định.

Xa: Nặng. Bệnh nhân tiền căn viêm tụy tái phát nhiều lần, hiện tại có dấu hiệu tiến triển nặng, có biến chứng nang giả tụy, tụy dịch cấp tính quanh tụy.

## Thầy bàn về điều trị Viêm tụy cấp

### 1) Sự mất nước và tốc độ truyền dịch

- Ngắn gọn là cần truyền dịch theo đúng phác đồ. Nếu sơ quá tải tuần hoàn thì khởi đầu với tốc độ chậm nhất có thể trong phác đồ. Hiện tại, ca này truyền quá chậm. Cần nhanh hơn.

- + Với VTC, dù nôn hay không bệnh nhân đều có mất nước do tăng tính thấm thành mạch nên lâm sàng dấu mất nước không rõ. Đánh giá Mạch HA Bun Cre Hct tốt hơn.
- + Việc giảm thể tích lòng mạch do tăng tính thấm làm giảm tưới máu tụy, khiến cho tình trạng hoại tử tụy nặng thêm. Đưa vào vòng xoắn bệnh lý (càng hoại tử nặng lại càng tăng tính thấm càng giảm tưới máu càng hoại tử)
- + Do đó cần bù dịch sớm và nhanh trong 12-24h đầu.
- + Ban sơ quá tải tuần hoàn vì HA lúc nhập viện 168/88. Nên cần truyền sao cho tốc độ cao nhất mà không vào quá tải tuần hoàn. Đây là nghệ thuật lâm sàng.

- Đầu tiên, ca này có nguy cơ quá tải không ?

- + Không có suy tim trước đó
- + THA có thể do THA giải tạo vì khi giảm thể tích lòng mạch 1) Hệ giao cảm được kích hoạt bởi thụ thể áp lực, tăng nhịp tim bù trừ để đưa HA lên và 2) Hệ RAS được kích hoạt làm tăng aldosteron và angiotensin II. Angiotensin II gây co mạch làm HA tăng.
- + Mạch lúc NV là 100 lần / phút là đang bù trừ. Một chút nữa bù hết nổi là mạch nhanh HA tụt luôn. Nên vẫn cần bù dịch nhanh và sớm.

- Bước 2, truyền sao để không vào quá tải ?

- + Theo phác đồ tiên lượng nặng thì truyền 5-10ml / kg / h trong 6h đầu. Mình sẽ chọn mức thấp nhất là 5ml / kg / h. Bệnh nhân này 60kg nên sẽ truyền 300ml / h. Trong giờ đầu ta cần theo dõi sát sau mỗi 15'. Sau này có kinh nghiệm thì 30' – 1h.
- + Theo dõi sát chính là chìa khóa. Theo dõi cái gì ? Mạch HA Bun Cre Hct như phác đồ. Sau 6h nếu ổn thì truyền theo nhu cầu và theo dõi dẫn rộng thời gian ra.

- Thực tế, sao ca này được truyền chậm ?

- + Lý thuyết và đi thi mình nên nói cái tối ưu. Thực tế không thực hiện tối ưu được vì một khoa nhiều bệnh nhân, nhân lực và tài lực giới hạn nên phải ưu tiên theo dõi xử trí những ca nặng trước.
- + Ca này truyền nhanh mà không theo dõi sát, bệnh nhân vào phù phổi cấp phải cấp cứu thì quá dở do đó truyền chậm một chút.

### 2) Sonde da dày

- Ca này vô bụng đề kháng có chỉ định đặt sonde da dày
- Đặt sonde da dày giải áp giúp bệnh nhân giảm đau nhanh chóng
- Thực tế vô đau nặng thì làm. Bn đỡ đau thì không cần vì sonde cũng rất khó chịu

### 3) Nguyên nhân: Quan trọng, có vô lại không ?



- Rượu bia:

- + Hỏi lại người nhà có còn uống rượu không (do Bn nói không chưa chắc thực là vậy)
- + Tư vấn và hỏi lại bệnh nhân vì bệnh nhân đôi khi sợ Bs la không dám nói
- + Nói rõ kiêng cả rượu và bia vì đôi khi kêu BN kiêng rượu, BN chuyển qua bia

- Kiểm soát TG

- Xem xét sỏi bìn túi mật và cắt túi mật chương trình để dự phòng

**Thầy nói thêm về theo dõi sát**

- Khi lâm sàng chưa rõ bụng nội khoa hay ngoại khoa, cần theo dõi sát và làm thêm cls hỗ trợ. Bụng ngoại khoa nghĩa là đau bụng cần giải quyết bằng phẫu thuật. Nếu không giải quyết thì triệu chứng sẽ rõ dần theo thời gian. Theo dõi sau thời gian bao lâu thì làm nhiều có kinh nghiệm rồi biết, nếu chưa có kinh nghiệm thì theo dõi sát 15'-30'-1h.
- Truyền dịch cũng vậy, truyền bao nhiêu là đủ, tốc độ thế nào là hợp lý là một nghệ thuật. Chưa có kinh nghiệm thì cũng phải theo dõi sát. Sau một thời gian sẽ có kinh nghiệm.

**Thành phố Hồ Chí Minh 08/10/19**

**Tổng hợp và hoàn thành ghi chú**

**Nguyễn Đức Vượng Y2014**

