

Bệnh án Tiêu hóa

Cô Kiều sửa 21/3/19

I Hành chính

Họ và tên: Lý Thị Ngọc Ánh Tuổi: 49t Giới: Nữ

Nghề nghiệp: Nghỉ hưu (trước đây làm xây dựng)

Địa chỉ: Q. Gò Vấp, TP.HCM

Ngày nhập viện: 17h00 17/3/2019

Giường HL Phòng 314 BV Nhân Dân Gia Định

Số nhập viện: 19.014793

II Lý do nhập viện: Khó thở

III Bệnh sử

BN đã được chẩn đoán xơ gan, không rõ Child cách đây 10 năm tại BV Gò Vấp, tái khám mỗi 2 tuần tại BV Gò Vấp.

Cách nhập viện 2 tuần, BN bận lo đám giỗ gia đình nên không đi tái khám và mua thuốc mới, BN tự ngưng thuốc.

Cách nhập viện 3 ngày, BN thấy phù chân, lan từ dưới lên, phù trắng, ấn lõm, không đau, đều 2 bên, kèm bụng to dần, căng tức 2 bên hạ sườn. Buổi tối, BN thấy sốt, nhiệt độ tự đo 38,5 độ, BN không uống thuốc gì, đến sáng hôm sau hết sốt.

Ngày NV, BN còn phù chân, bụng to tính chất tương tự, không sốt. BN đang ngồi nghỉ thì thấy khó thở, 2 thì, liên tục, tăng dần, không thay đổi theo tư thế → Nhập BV Gò Vấp. Tại BV Gò Vấp chẩn đoán: Xơ gan báng bụng, không điều trị gì, chuyển BV NDGD.

Trong quá trình bệnh, BN ăn uống được, không buồn nôn, nôn, không vàng da, không ngứa, không đau ngực, không ho, không sụt cân, tiểu vàng sậm lượng #1 L/ngày, tiêu phân vàng khuôn 1 lần/ngày.

Tình trạng lúc nhập viện:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- M: 90 lần/phút HA: 130/90mmHg NT: 22 lần/phút ND: 37,5°C, SpO2 99% (khí trời)
- Mệt, khó thở
- Không vàng da

- T1 T2 đều rõ
- Hội chứng 3 giảm 1/3 đáy phổi 2 bên
- Bụng chướng căng, chân phù
- Gõ đục khắp bụng

Diễn tiến sau NV:

Ngày NV: BN được chọc dịch màng bụng ra 1,5 lit, sau khi chọc BN hết khó thở, chân còn phù, bụng bớt căng chướng, không sốt.

Sau NV 1 ngày: BN không khó thở, phù 2 chân, bụng còn to, không sốt, tiểu vàng sậm, không gắt buốt, lượng không đổi.

IV Tiền căn

1 Bản thân

a Nội khoa

Năm 1997, BN đi hiến máu thì phát hiện Viêm gan siêu vi C tại BV Gò Vấp, BN không điều trị gì.

Cách nhập viện 10 năm, BN đi khám sức khỏe tổng quát thì phát hiện xơ gan, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, suy van tĩnh mạch chi dưới tại BV Gò Vấp, hiện nay tái khám mỗi 2 tuần. Toa thuốc ngày 14/2/2019:

- Spinorolacton (Entacron 25 mg)
2v x 1 (u) sáng
- Agifuros 40 mg
½ v x 1 (u) sáng
- Savidimin
1v x 2 (u)
- Gliclada 30 mg
1v x 1 (u) trước ăn sáng 30p

Cách nhập viện 2 năm, BN được chẩn đoán viêm dạ dày tại BV Gò Vấp, đã điều trị ổn.

Cách nhập viện 1 năm, BN bị phù 2 chân thì tự mua thuốc đông y uống thì bụng to lên, chân không hết phù, BN đi khám tại BV Gò Vấp, điều trị không rõ, hết phù chân, bụng bớt to.

Chưa ghi nhận những đợt khó thở, vàng da, ói ra máu, tiêu phân đen trước đây.

Chưa ghi nhận tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, lao.

b Ngoại khoa – Sản phụ khoa

BN sanh mổ, thai non 7 tháng do hở eo cổ tử cung, PARA 0-1-10-1, con 25 tuổi.

Mãn kinh năm 48 tuổi

Kinh nguyệt đều, chu kỳ 28 ngày

Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương khác.

c Thói quen – sinh hoạt

Rượu bia: 20g cồn/ngày x 25 năm, đã ngưng được 4 năm.

Không hút thuốc lá, không tiếp xúc khói thuốc lá

d Dị ứng

Chưa ghi nhận dị ứng thuốc, thức ăn, phấn hoa, lông chó mèo.

2 Gia đình

Mẹ bị đái tháo đường, tăng huyết áp, suy tim, mất 1 năm do nhồi máu cơ tim.

Chưa ghi nhận tiền căn ung thư, lao phổi.

V Lược qua các cơ quan (18/3/2019)

- Tim mạch: Không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực
- Hô hấp: Không khó thở, không ho.
- Tiêu hóa: Không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng khuôn 1 lần/ngày.
- Tiết niệu: Không tiểu gắt buốt lần nhất, nước tiểu vàng sậm.
- Thần kinh: Không đau đầu, không chóng mặt
- Cơ xương khớp: Khớp không sưng, nóng, đỏ, đau
- Chuyển hóa: Phù 2 chân, bụng chướng, không sốt

VI Khám (18/3/2019 – sau NV 1 ngày)

1 Tổng trạng

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu :M: 80 l/phút HA: 110/70 mmHg NT: 20 l/phút ND: 37°C
- Chiều cao: 158 cm Cân nặng: 70kg
- Kết mạc mắt không vàng, niêm nhạt
- Phù 2 chân tới ½ cẳng, đối xứng, phù mềm, không đỏ đau.
- Lòng bàn tay son
- Môi không khô, lưỡi không dơ
- Không xuất huyết dưới da, hạch ngoại biên không sờ chạm

2 Khám từng vùng

a Đầu mặt cổ

- Cân đối
- Khí quản không lệch
- Tĩnh mạch cổ nổi/45 (-)

- Tuyến giáp không sờ chạm
- Tuyến mang tai không sờ chạm

b Ngực:

- Ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không co kéo cơ liên sườn, khoang liên sườn không dẫn rộng.
- Sao mạch

i Tim mạch:

- Mỏm tim khoang liên sườn V đường trung đòn T, diện đập 1x1 cm, nảy nhẹ
- T1, T2 đều rõ 84 lần/phút. Không âm thổi
- Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-)

ii Hô hấp:

- Rung thanh đều 2 bên
- Gõ trong khắp 2 phế trường
- Rì rào phế nang êm dịu
- Không ran phổi

c Bụng:

- Bụng to, bè 2 bên, rốn phẳng, di động theo nhịp thở
- Không tuần hoàn bàng hệ
- Sẹo mổ lấy thai #8cm dưới rốn, không sưng, không đỏ, không rỉ dịch.
- Nhu động ruột: 6 lần/phút
- Gõ đục vùng thấp, vùng đục di chuyển (-)
- Bụng mềm, không điểm đau. Dấu sóng vỗ (+)
- Gan lách không sờ chạm
- Chạm thận (-), cầu bàng quang (-)

d Thần kinh:

Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

Dấu run vẩy (-)

e Cơ xương khớp:

Không giới hạn vận động

VII Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nữ, 49 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 3 ngày, ghi nhận

TCCN:

- Khó thở 2 thì liên tục

- Bụng chướng căng tức hạ sườn
- Phù chân đối xứng không đau
- Tiểu vàng sậm
- Sốt

TCTT:

- Phù chân đối xứng mềm không đau
- Lòng bàn tay son, sao mạch
- Gõ đục vùng thấp, dấu sóng vỗ (+)
- Niêm nhạt
- Hội chứng 3 giảm 1/3 đáy phổi 2 bên

Tiền căn:

- Viêm gan siêu vi C
- Xơ gan
- Đái tháo đường
- Rối loạn lipid máu
- Suy van tĩnh mạch chi dưới
- Hở eo cổ tử cung, sanh mổ
- Rượu bia: 20g cồn/ngày x 20 năm, đã ngưng
- Mẹ bị đái tháo đường, tăng huyết áp, suy tim, nhồi máu cơ tim

VIII Đặt vấn đề

1. Khó thở cấp
2. Hội chứng suy tế bào gan
3. Phù toàn thân
4. Tiền căn: Xơ gan – Viêm gan siêu vi C – ĐTĐ – Rối loạn lipid máu – Suy van tĩnh mạch chi dưới

IX Chẩn đoán

Chẩn đoán sơ bộ:

Xơ gan mất bù do viêm gan siêu vi C và rượu biến chứng tràn dịch đa màng, theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát – Đái tháo đường type II – Rối loạn lipid máu – Suy van tĩnh mạch chi dưới.

Chẩn đoán sơ bộ:

Suy tim cấp do hội chứng vành cấp – Xơ gan mất bù do viêm gan siêu vi C và rượu biến chứng tràn dịch đa màng, theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát – Đái tháo đường type II – Suy van tĩnh mạch chi dưới.

X Biện luận

1. Hội chứng suy tế bào gan

BN nữ, 49 tuổi, có tiền căn xơ gan, viêm gan siêu vi C, ĐTĐ, suy van tĩnh mạch chi dưới, lần NV này có hội chứng suy tế bào gan: Phù 2 chân, bụng căng tức, khám thấy sao mạch, lòng bàn tay son, tiểu vàng sậm, phù hợp với bệnh cảnh xơ gan đã chẩn đoán trước đây:

- Xơ gan mất bù do hiện có báng bụng, nghi có VPMNKNP.
- Nguyên nhân:
 - o Siêu vi: Bệnh nhân được chẩn đoán Viêm gan siêu vi C nên nghĩ nhiều.
 - o Rượu: Bệnh nhân tiêu thụ 20g cồn/ngày x 25 năm nên nghĩ nhiều
 - o Ứ mật: Bệnh nhân chưa ghi nhận các đợt vàng da trước đây → không nghĩ
 - o Các nguyên nhân khác hiện không nghĩ
- Biểu chứng:
 - o Báng bụng: Bệnh nhân lần này nhập viện bụng căng chướng, gây đau tức hạ sườn nên nghĩ nhiều.
 - o Tràn dịch đa màng: BN có phù 2 chân tăng dần, phù trắng, không đau, ấn lõm kèm báng bụng, lúc NV khám có hội chứng 3 giảm nên nghĩ nhiều.
 - o VPMNKNP: Không loại trừ do đợt bệnh này BN có sốt, bụng chướng nhiều hơn.
 - o Ung thư gan: Bệnh nhân xơ gan 10 năm, có viêm gan siêu vi C thuộc nhóm đối tượng nguy cơ rất cao → cần tầm soát, CLS: CT-scan bụng có cản quang, AFP.
 - o Xuất huyết tiêu hóa: Bệnh nhân không nôn ra máu, không tiêu phân đen nên không nghĩ
 - o Tổn thương thận cấp: Lượng nước tiểu không giảm. Cần làm thêm BUN, Creatinine, ion đồ.
 - o Bệnh não gan: Bệnh nhân không có dấu run vẩy, không thay đổi giấc ngủ, tính tình nên không nghĩ.

2. Khó thở cấp:

BN khó thở khi đang nghỉ, 2 thì, liên tục trên BN có xơ gan, ĐTĐ, rối loạn lipid máu nghĩ khó thở lần này có các nguyên nhân:

- Tràn dịch đa màng trong xơ gan: Nghĩ nhiều do BN khó thở sau khi phù chân và bụng căng chướng, lúc NV có hội chứng 3 giảm, sau khi NV được chọc dịch BN hết khó thở.
- Hội chứng vành cấp: BN khó thở cấp, có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch (ĐTĐ, rối loạn lipid máu, dùng rượu bia, mẹ bị THA, NMCT) dù không đau ngực nhưng trên BN đái tháo đường đau ngực có thể không rõ nên không loại trừ hội chứng vành cấp → CLS: ECG, hs-Troponin, CKMB.
- Đợt mất bù cấp của suy tim mạn: BN có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch, lần NV này khó thở không thay đổi theo tư thế, không khó thở kịch phát về đêm hay khi gắng sức, khám không thấy tim to, TMCN nên không nghĩ.

3. Phù toàn thân:

Trên BN này nghĩ phù do nguyên nhân xơ gan (đã biện luận)

XI Đề nghị CLS

- **CLS chẩn đoán:** Công thức máu, CRP, X quang ngực thẳng, dịch màng bụng (Sinh hóa: Albumin, Protein, Glucose; Tế bào; Soi và cấy vi trùng), Bilirubin toàn phần – trực tiếp, Albumin máu, đông máu toàn bộ, siêu âm bụng, CT – scan bụng có cản quang, BUN, Creatinine, bilan lipid máu, ECG, hs Troponin, CKMB.
- **CLS thường quy:** TPTNT
- **CLS theo dõi điều trị:** HCV – RNA, ion đồ, đường huyết, HbA1C

XII Kết quả CLS

1. Công thức máu

| Xét nghiệm | Kết quả (17/3) | Kết quả (17/3) | Trị số bình thường |
|------------|----------------|----------------|--------------------|
| * WBC | 4.51 | 5.46 | (4.0-10.0) K/ml |
| Neu % | 50.5 | 56.2 | (40.0-77.0) % |
| Lym % | 34.3 | 31.1 | (16.0-44.0) % |
| Mono % | 7.0 | 6.2 | (0-10) % |
| Eos % | 5.0 | 3.7 | (0.00-7.00) % |
| Baso % | 0.5 | 0.4 | (0.0-1.0) % |
| Neu | 2.28 | 3.07 | (2.0 – 7.5)K/ul |
| Lym | 1.54 | 1.70 | (1.0 – 3.5)K/ul |
| Mono | 0.32 | 0.34 | (0.0 – 1.0)K/ul |
| Eos | 0.23 | 0.20 | (0 – 0.6) K/ul |
| Baso | 0.02 | 0.02 | (0 – 0.1) K/ul |
| **RBC | 3.15 | 3.26 | (3.9-5.4) T/L |
| Hgb | 99 | 102 | (140-160)g/l |
| Hct | 0.289 | 0.298 | (0.350-0.470) L/l |
| MCV | 91.7 | 91.4 | (80-100) fL |
| MCH | 31.3 | 31.3 | (26.0-34.0) pg |
| MCHC | 342 | 342 | (310-360) g/L |

| | | | |
|--------|------|------|------------------|
| RDW | 16.0 | 15.8 | (9.0-16.0) %CV |
| ***PLT | 75 | 81 | (150-400) Giga/L |

- Bạch cầu trong giới hạn bình thường → ít nghĩ có tình trạng nhiễm trùng.
- Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào: có thể do trong xơ gan vừa thiếu dự trữ folate/B12, vừa thiếu Ferritin do giảm sản xuất (bằng chứng Albumin thấp 16.1 g/L).
- Tiểu cầu giảm thấp phù hợp trong xơ gan

2. Sinh hóa máu 17/3

| | | |
|------------|-------|------------------|
| Glucose | 11.90 | 3.9 – 6.1 mmol/L |
| Urea | 1.7 | 1.7-8.3 mmol/L |
| Creatinin | 71.1 | 62-120 umol/L |
| GFR (MDRD) | 80.63 | |
| Na | 133.8 | 135-145 mmol/L |
| K | 3.28 | 3.5-5.0 mmol/L |
| Cl | 107.5 | 97-111mmol/L |
| AST | 49.8 | 37 U/L |
| ALT | 18.1 | 41 U/L |
| CRP | 14 | 0 – 5 mg/L |
| Albumin | 16.1 | 35 – 50 g/L |

18/3

| | | |
|------------------|-------|----------------|
| Na | 135.1 | 135-145 mmol/L |
| K | 3.27 | 3.5-5.0 mmol/L |
| Cl | 105.8 | 97-111mmol/L |
| Bilirubin total | 20.51 | ≤ 17 umol/L |
| Bilirubin direct | 5.08 | ≤ 4.3 umol/L |

- Glucose máu 214.2 mg/dL > 200, phù hợp chẩn đoán đái tháo đường trước đây → CLS: đường huyết đói, HbA1C để theo dõi.
- Hạ Kali máu, có thể do giảm nạp.

- Albumin máu thấp, phù hợp bệnh cảnh xơ gan
- AST/ALT >1 phù hợp bệnh cảnh xơ gan
- Bilirubin toàn phần 1.2 mg/dL trong giới hạn bình thường
- GFR không giảm, hiện không nghĩ tổn thương thận cấp.
- CRP, bạch cầu máu không tăng → ít nghĩ BN có nhiễm trùng
- Lipid máu, hs Troponin, CKMB: Chưa có kết quả.

3. Đông máu 17/3

| | | |
|---------|------|----------------|
| PT (TQ) | 26.5 | 11.33 – 14.87s |
| PT% | 40 | 79 – 125% |
| INR | 1.95 | 0.86 – 1.13 |
| APTT | 49.6 | 26 – 37s |

Điểm Child – Pugh:

- Báng bụng mức độ nhiều: 3đ
- Bệnh não gan không có: 1đ
- Bilirubin 1.2mg/dL: 1đ
- INR: 1.96: 2đ
- Albumin: 16.1 g/L: 3đ

10đ → Child C.

4. Dịch màng bụng (19:00 17/03)

| Xét nghiệm | Kết quả |
|------------------|------------------------|
| ADA | 9.2 |
| Albumin | 1.8 g/L |
| Protein | 9.5 g/L |
| Glucose | 9.09 mmol/L |
| Màu sắc – độ đục | Màu vàng trong |
| Bạch cầu | 107 BC/mm ³ |
| Đa nhân | 19.6% |

| | |
|-------------|-------|
| Đơn nhân | 80.4% |
| Tế bào khác | 0% |

- $SAAG = 16.1 - 1.8 = 14.3 \text{ g/L} > 11 \text{ g/L} \rightarrow$ dịch tăng áp tĩnh mạch cửa
- Protein $9.5 \text{ g/L} < 10 \text{ g/L} \rightarrow$ có nguy cơ VPMNKNP, cần điều trị dự phòng
- Neutro < 250 , hiện không nghi VPMNKNP
- $ADA = 9.2 < 40 \rightarrow$ không nghi lao màng bụng

5. Siêu âm bụng (17/3)

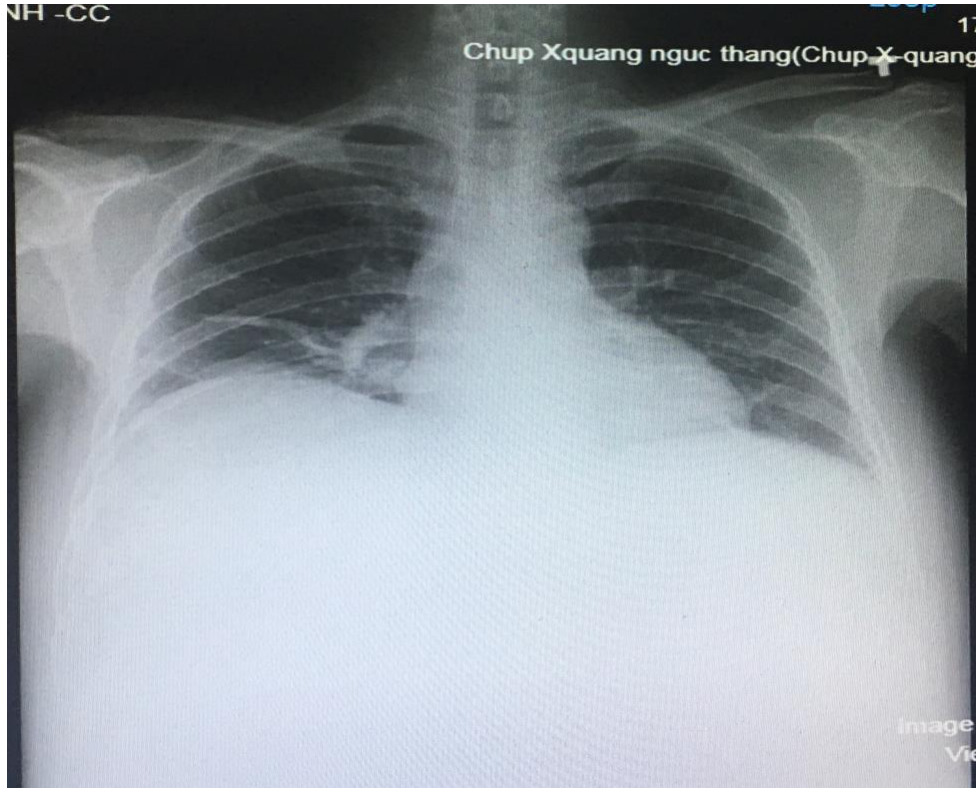
- Gan không to, bờ không đều
- Đường mật trong và ngoài gan không dẫn
- Túi mật thành dày #8mm, lòng không sỏi
- Tụy: Hạn chế khảo sát
- Lách: to # 155mm, cấu trúc đồng nhất
- Thận P: Không có sỏi, ứ nước nhẹ bể thận
- Thận T: Không có sỏi, ứ nước nhẹ bể thận
- Chủ mô 2 thận phân biệt rõ tủy với trung tâm
- Bàng quang: căng, thành không dày, không sỏi
- Tử cung – phần phụ: Không gì lạ
- Các bất thường khác
 - o Dịch tự do lượng nhiều, dịch hồi âm trống
 - o Không dịch màng phổi 2 bên

Kết luận:

- Xơ gan – Lách to – Báng bụng lượng nhiều
 - Dày thành túi mật trong bệnh cảnh xơ gan
 - Ứ nước nhẹ 2 thận/Bàng quang căng nước tiểu
- ➔ Phù hợp bệnh cảnh xơ gan.

Ứ nước nhẹ 2 thận + bàng quang căng nước tiểu: Sau NV 1 ngày BN đi tiểu vàng sậm, lượng không đổi so với bình thường, không gắt buốt, cần theo dõi thêm những ngày tiếp theo hội chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới.

6. X quang ngực thẳng (17/3)



- Tư thế chụp đứng, BN hít chưa đủ sâu, phim cân đối
- Khí quản không lệch, vòm hoành P > T 1,5 cm
- Mờ góc sườn hoành 2 bên
- Vài dải mờ 1/3 dưới phổi phải → dải xơ hoặc xẹp phổi dạng đường
- Bóng tim không to

Nhận xét: Nghi có tràn dịch màng phổi lượng ít ở 2 đáy phổi, phù hợp lâm sàng BN.

7. Các cận lâm sàng khác: Chưa có kết quả.

XIII Chẩn đoán xác định:

Xơ gan mất bù do viêm gan siêu vi C và rượu biến chứng tràn dịch đa màng – Đái tháo đường type II – Rối loạn lipid máu – Suy van tĩnh mạch chi dưới

XIV Điều trị:

Mục tiêu điều trị:

- Nhập viện
- Không thở O₂
- Giảm báng bụng, phù chân
- Phòng ngừa viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, bệnh não gan
- Điều trị viêm gan siêu vi C, ĐTĐ, rối loạn lipid máu – suy van tĩnh mạch

Điều trị cụ thể:

- Tiến hành chọc dịch màng bụng tại vị trí 1/3 ngoài đường nối từ rốn → gai chậu trước trên T để giải áp cho BN và xét nghiệm.
- Aldacton 50mg
2 viên (u)
- Agifurous 40 mg
1 viên (u)
- Norfloxacin 400 mg

1 viên (u)

Thực tế trên khoa: Cipro 500mg 1/2v x 2 (u)

- Laevolac 10 mg
1 gói x 2 (u) sáng – chiều
- Diamicron 30 mg
1v x 1 (u) trước ăn sáng 30p
- Savidimin
1v x 2 (u)
- Atorvastatin 10 mg
1 viên x 2 (u)

XV Tiên lượng:

1. Tiên lượng gần: Hiện BN hết khó thở, không viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, bụng bớt báng → tiên lượng trung bình.

2. Tiên lượng xa: BN xơ gan Child C, có nguy cơ viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, kèm đái tháo đường type II, rối loạn lipid máu, suy van tĩnh mạch chi dưới → tiên lượng kém.

1. Tiếp cận khó thở trên bn này

ĐVĐ: Khó thở/xg có thể có những nguyên nhân: 6 nguyên nhân =>) <không tính tim, mạch, thiếu máu>

- Tràn dịch đa màng
- Báng bụng nhiều chèn ép cơ hoành
- Xẹp thùy động thùy dưới phổi do cơ hoành chèn

- Tdmp lượng lớn bên P
- HC gan phổi
- Tăng áp cửa phổi
- Yếu cơ hô hấp, teo cơ.

BN này:

- Không có td đa màng do HC 3 giảm là do cơ hoành đẩy lên, SÂ nhạy nhất mà không có là không có
- **HC gan phổi:** tím môi, cánh mũi pp (SHH), ngón tay dùi trống trên bn xơ gan cổ trướng. Xác định có Hc gan phổi: SHH cơ chế là xg tiết yếu tố dẫn mạch trong phổi → Thuỷ dúi dẫn nhiều hơn → đứng/ngồi còn dẫn hơn nữa → KT nhiều hơn do hồng cầu xếp nhiều hàng ở mmau phổi, ít TĐKhi hơn; and/or mở shunt nối tắt. Cđxđ = SÂ tim cản âm cut off 3 nhất bóp (cđ shunt PT trong tim or ngoài tim-hc gan phổi). Cản âm = NaCl 0,9% lắc tạo bọt khí lớn hơn đkinh mao mạch phổi bthg, truyền TMNB, quan sát thấy nhĩ P xhien đám mây cản âm thì đếm chu chuyển tim, nếu 3 nhất mà đã thấy nhĩ T → shunt PT trong tim, ngược lại là ngoài tim. Bình thường thì hok có đám mây cản âm.
- **Ngoài lề Xử trí khi thuyên tắc khí trong mạch:** cho BN nằm đầu cao nghiêng T để khí vào tiểu nhĩ P do nó có hấp thu khí.
- **Tăng áp cửa phổi:** Trên bn tăng áp cửa gây tăng áp phổi. Giúng tăng áp phổi ng phát. Xem có các dấu hiệu của tăng áp phổi: Khó thở kiểu suy tim T, nghe phổi ran ẩm nổ 2 phổi (xung huyết), nghe tim P2 mạnh, T2 tách đôi, click phun máu, hẹp 2 lá. CLS: SÂ tim chú ý PAPs, Xquang: cung đmp phồng (cung 2), ecg: tăng gánh thất P.
- **Teo cơ gây suy yếu cơ hô hấp:** phải khám.
- Bụng báng căng cơ hoành: KT khi ngồi giảm khi nằm

2. Tiếp cận chẩn đoán XG còn bù do HCV (lui lại 10y trc):

- BN đã HCV 12y, không điều trị, để đoán XG còn bù cần LS gì, CLS gì?
- LS: hc tăng áp cửa (lách to mấp mé, 2018 Châu Âu: gđ 0 của còn bù chưa thấy tăng áp cửa, 1: có tăng áp dưới ls HVPG 5-10, 2: tăng áp cửa ls HVPG>10 chia thành có dẫn (50%) và ko dẫn. VN dùng nội soi có dẫn thì tac ls r), hiếm thấy HC suy tb gan
- Lòng bàn tay son do gan giảm thải androstendion, cường estrogen → giãn mạch lòng bàn tay, bàn chân.
- Sao mạch: tăng tỉ số estrogen/testosteron tự do → ai giảm testo thì có sao mạch.
- XG do rượu sao mạch nhiều hơn XG do siêu vi, uống rượu có thể sao mạch nhưng không xơ gan do suy tinh hoàn → giảm testo.
- CLS: Men gan AST/ALT >1, PLT giảm (tăng áp cửa, lách to là hồ chứa tiểu cầu), APRI: $\text{AST}/\text{tiểu cầu} = \text{AST}:40 * 100 / \text{tiểu cầu} (10^9) >2$ (ast/40 = số lần tăng ast) là có xơ gan. Spec cao cho VG siêu vi C; còn đối vs HBV và rượu thì không đặc hiệu. Ng nhân: HBV và rượu có những đợt tăng AST, rượu làm giảm tiểu cầu; còn lẫn lẫn thì làm Fibroscan F4 là xơ gan.
- Giá trị APRI: >2 chẩn đoán XG, <1 loại xơ gan, xơ hoá thì mốc là 1,5 - 0,5
- 6 cơ chế giảm tiểu cầu/tiểu cầu bthg trong XG =)))) Cô thích số 6 =)))
- Đtri:

- Kháng virus
- Phòng ngừa suy gan cấp/mạn: Có ng nhân bên ngoài tác động. Phòng HAV, HBV, bỏ rượu
- Đừng để chuyển sang mất bù tự nhiên
- Tầm soát HCC: 3-6m, SÂ thấy u <4cm thì RFA hết lun
- Nội soi xem có tăng áp cửa hok (dẫn tmtq): Phòng ngừa vỡ dẫn. Nếu không có j hết thì nội soi lại sau 2y.
- Chỉ định phòng ngừa dẫn:
 - Chấm son, bất kể kích thước
 - Độ 1: Propanolol
 - Độ 2: nếu chấm son thì thắt, không thì thuốc
 - Độ 3: Cột thắt
 - BN này có ĐTĐ, RL lipid dùng propanolol làm che dấu hạ đường huyết, tăng Tri → Dùng Carvedilol, carve hạ áp cửa nhiều hơn do ức chế alpha 1 dẫn mạch máu trong gan. Ca này tốt nhất dùng carve.
- HCV lquan ĐTĐ:
 - Nhiễm HCV sẽ rlch đề kháng insulin, rl lipid máu.
 - XG có HCV → sẽ có NASH luôn.
 - Đáp ứng kém vs thuốc chích nếu có đtđ (nay dùng thuốc uống gỳ)
- 3. **Tiếp cận chẩn đoán XG thời điểm này, sốt 38,5 độ:**

4 bước tiếp cận chẩn đoán và xử trí:

 - Hỏi bệnh và khám ls tìm ổ nhiễm :v. 5 ổ nhiễm gặp trên bn XG: vpmnkn, phổi, viêm mô tb, NTT, NT huyết.
 - CLS: Chọc dò (pro, albumin, glucose, LDH, tbao, cấy), cấy máu, ctm, crp, sinh hoá máu, tptnt,...
 - Kháng sinh theo kinh nghiệm: 4 chỉ định trên bn xơ gan (sau khi lấy bệnh phẩm), theo hướng vpmnkn
 - Sốt >37,8 độ
 - Đau bụng, phản ứng thành bụng
 - Rl tri giác
 - Xn dịch báng có Neu >250 và ưu thể (do chưa có bằng chứng vi khuẩn).
 - KS: Cefa 3 1g. Ổ nhiễm nghi ngờ + SIRS → NT huyết, dùng CEFTRI 2g
 - Sau 3d có cls cấy thì đối chiếu lại, điều chỉnh đtri.
 - Cđ VPMNKNP phải phân biệt với VPMNK thứ phát.
- 4. **VPMNK thứ phát:**
 - BC tăng rất cao >10K, neu ưu thể, dịch đục
 - 2/3 cái: Tài liệu KN
 - Phát hiện: Cho thêm Ksinh Metronidazole 500mg x 3 rồi đẩy đi CT scan, mời ngoại
 - Phải rạch rồi 2 chuyển do đtri lộn 2 cái là RIP bn.
- 5. **Tiếp cận báng độ 3, quá căng (4+):**
 - Phân độ

- Độ 3: 3+ có vùng đục di chuyển, +- dấu sóng võ or 4+ không có vùng đục di chuyển, có dấu sóng võ
- Độ 1: SẢ
- Độ 2: Is vùng đục di chuyển, không dấu sóng võ
- Chọc tháo, tùy bn có tiền thì chọc >5l để truyền albumin, chọc <5l thì không truyền
- XN có vpm
- Thử chức năng thận: để dùng lợi tiểu
- Ltieu 5 không:
 - Không nhiễm trùng có SIRS
 - Không rl chức năng thận: làm giảm V th hữu hiệu → dễ suy thận
 - Không não gan
 - Không xhth
 - Không Na <125
- Furosemide không dùng đơn độc trên bn xơ gan. XG không có furosemide đường TM, chỉ đường ún, phải phối hợp spinoro
- Bn XG cường aldosterone thứ phát → thải Kali, không bao h thấy K>6, chỉ cần cho spinoro là ok.
- BN XG có Kali >7 không suy thận: XN lại sợ tăng giả, do tán huyết lúc lấy máu, kali từ HC chui ra or làm ecg coi sóng T có cao không, xem trch tăng kali.
- Chỉ chọc 1 lần để giải quyết khó thở, r dùng lợi tiểu, chọc nhiều lần dễ bị nhiễm trùng
- Chọc >8l thì RL tuần hoàn xảy ra dù có bù dịch
- Nên chọc 5-8l hơy, nếu bn có tiền.
- 6. **Pbiet phù do suy van TM vs xơ gan:**
 - Giảm áp lực keo: nếu vậy thì có phù mắt, tay
 - Không phải cytokine do dẫn đm not tm
 - Do bụng báng làm tăng áp Tm chủ dưới
 - Nếu phù trc báng, báng ít → coi protid máu toàn phần. Chỉ phù chân thì vừa giảm áp keo vừa tắg P thủy tĩnh.
 - Sáng ngủ dậy có phù chân không? Nếu phù thì do xơ gan, không phù là suy van.
 - Suy tim vs xơ gan: 1s sờ chi, nếu lạnh là suy tim, ấm là xơ gan do có tăng động TH, dẫn đm. Suy tim co mạch ng biên.
- 7. **Mục đích LQCCQ:**
 - Xem biến chứng lên các cơ quan khác (vd tdmp: không khó thở, ho khan, thần kinh: hỏi rl giấc ngủ bệnh não gan)
 - Phát hiện bệnh đi kèm:
 - Tình trạng lúc NV ghi trong khám :v
- 8. **Khám:**
 - X quang thấy vòm hoành đầy cao → tim phải ở kls 4 rồi.
- 9. **Tràn dịch màng phổi:**
 - Nếu có tdmp/xơ gan thì ghi tdmp lun không ghi td đa màng.
 - TDMP P 80%, T 13%, cả 2 còn lại.

- Tại sao biến chứng TDMP:
 - Do vòm hoành có lỗ, tỉ lệ 85% lỗ bên P → nước chui từ bụng lên phổi
 - Đo = albumin gần đồng vị pxa vào bụng r coi dmp có đồng vị px
 - Có những trg hợp tdmp dịch tăng áp chỉ 1 bên, không báng do chênh áp cao, nó hút lên phổi.
 - Tính SPAG > 1,1 (tương tự SAAG)
- Xử trí: Chọc dịch màng phổi or màng bụng?
 - Có thể chọc cả 2, lần đầu luôn chọc 2 dịch để xem có đúng dịch nó chui lên không.
 - Giải áp nếu nhiều thì cả 2, còn ít thì chọc màng bụng do màng phổi áp suất âm nó hút lên quai.
 - Đtri chính vẫn là chọc dịch ổ bụng
 - Chọc dmp max 2l
- DMP nhiễm trùng = mũ màng phổi tự phát, đtri giống y vpmnkp.
- Dịch làm tdmp quai: pthuat bít lỗ cơ hoành :v

10. Suy gan cấp/mạn:

- Suy gan cấp trên bệnh lý gan mạn bao gồm Vgan và xơ gan (AASLD)
- Suy gan cấp/xơ gan.
- Suy gan cấp/mạn type A
- Nghe lại 2:26:00
- CLS
 - Bil >5
 - INR >1,5
 - Báng bụng (ls)
 - Bệnh não gan độ 2 trở lên: Chưa bắt buộc có.
- Quan tâm sgan cấp trên nền mạn do phải đtri yếu tố khởi phát để cứu bn. Để bn không vào SIRS, liệt miễn dịch, suy đa cơ quan.
- YT khởi phát thg gặp:
 - Đợt bùng phát HBV: bn ổn định, tự ngưng thuốc or không được cđoan xử trí
 - Đtri UCMD, hoá trị → trc khi dùng ucmd, hoá trị phải xn HbsAg (+) thì đtri kháng virus song song luôn.
 - Thuốc: đông y, kháng lao, paracetamol
 - Rượu
 - Gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ
 - Nhiễm trùng: Cấy xem có ổ nhiễm
- Ng nhân gây VG mạn:
- Cấy bệnh phẩm coi có ổ
- SIRS âm giả do Bc không tăng do giảm 3 dòng, mạch không tăng do đtri propranolol

11. Xuất viện:

- Đông quá thì cho xv non, đtri
- Lý tưởng: đạt được liều duy trì của lợi tiểu, betablocker nếu bn không có đtri tái khám.
- Kiểm soát được biến chứng: quan trọng nhất

- Giấy ra viện: M, HA, CN, crea, ion đồ, kq nội soi

12. Liều:

- 100/40 là liều quốc tế
- VN: 50/20 Phù chan báng bụng thì kết hợp từ đầu
- Mỗi 3d tăng liều, nhớ làm ion đồ + crea, 50/20 → 100/40 → 150/120
- Liều duy trì khi giảm cân như mong muốn, ion đồ bthg crea bthg, bn không xuất viện
- XV thì lùi furo 1 xút (giảm 20) cho an toàn.
- BN tái khám, khi nào giữ nguyên/ tăng/ giảm liều?

| | Giữ nguyên | Tăng | Giảm |
|-------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| chóng mặt khi thay đổi tư thế | Ko | ○ | Có |
| Giảm cân | 200-500g/ ngày | <200g/d or tăng cân | >500g/d |
| Ion đồ | Bthg | Ion đồ niệu bất kì → Na/K >1: ăn mặn Na/K <1: cuong aldos lon = thai <78 meq/h → tang lieu MRA | Check có rl |
| Cre | Bthg | | Check stc trc thận |
| M | ○ | | Nhanh |
| HA | ○ | ○ | ○ |

- Gđ đầu nên hện f/up sớm sau 1w

- Tăng liều khi không ăn lặt dc (không nêm không chấm 2g Na, 6g NaCl = 88 meq)
- Cđ kháng trị phải có ion đồ niệu.

13. BB kháng trị:

- Duy trì ltieu khai thải >30 meq/24h

14. Dịch lao mp vs dịch lao/xg:

- XG có tăng áp
- Protein thay đổi: tùy nó mix vs ntn (>55g/l + sốt thì nghĩ lao đơn thuần nhiều)
- ADA lao đơn thuần độ nhạy cao, bn xơ gan thì nhạy 30%

15. Nếu không có allbumin dịch báng, mà có alb máu, pro máu, pro báng thì tính SAAG = alb máu - pro báng, nếu >1,1 thì quá khỏe.

Nếu nó ra bê đê thì đi loại trừ dịch không tăng áp có các ng nhân: HCTH, sdd. Nếu protid máu toàn phần cao thì loại lun HCTH, sdd. Nếu protid máu toàn phần thấp → A/G > 1 sdd, A/G <1 thì là xgan, hcth (coi tptnt có đạm hok).

16. Thiếu máu/xơ gan: XG thiếu máu kiểu nào cũng được :v

17. Ksinh dự phòng vpmnkn

- Xhth: norflox 1v x 2 7d, cipro 500 1v x 2 trong tgian nằm viện
- Nghe lại 3:15

18. Theo dõi đường huyết trên bn XG: không dùng HbA1C do thiếu máu, dùng đhuyet đói, phải để đg cao cao tại dễ tụt.

19. Mục tiêu không sâu đtri HCV HBV. BN Child C thường đtri HCV không hiệu quả.

20. Child C: RL lipid máu?? Do LDL không còn sx nữa, trừ xgan ứ mật thì tăng.

- Statin trong xơ gan mục đích khác.
- Symvastatin: thuốc bổ gan, giảm áp tmc,
- Statin chuyển hoá qua CYP3A4, trừ rosu cyp3c9 → giảm nửa liều những thuốc chuyển hoá ở gan.
- Cho statin vào tối do chiều tối chuyển hoá mỡ lúc 1h. Phải tính peak vào 1-2h sáng → uống 1 lần lúc tối

21. Theo dõi tổn thương thận cấp/BQ Tkinh, ứ nước tiểu:

- Crea tăng >1.5 loại
- Thận ứ nước độ mấy khi không lọc được nữa?
- Tổn thương sau thận là vô niệu hoàn toàn → loại sau thận
- Loại tại thận: tptnt.
- Trước thận: HC gan thận. Tiếp cận,
 - o Ngưng thuốc: Ltieu, betablock, nsaid, acei, arb
 - o Tiêu chảy, xhth, ói
 - o Có ng nhân tổn thg thận cấp tự phát (trong xgan có nhiều cái tự phát lắm moeoooo)
 - o XG tăng áp cửa → tiết No → dẫn mạch → giảm V th hữu hiệu. Truyền albumin hồi phục thì không là HC gan thận.
- HC gan thận: giảm tưới máu, co mạch thận, cytokine có cơ chế nhiễm trùng.
- Nghi HTOT cấp hay hc gan thận: Nhìn Natri máu
- Tiên lượng đtri báng có đáp ứng:
 - o Ng nhân cơ gan
 - o Thành lập gđ nào: gđ dầu (crea, ion đồ bthg) thì ok, gđ 2 Na bò lên, gđ3 Na lên K giảm, gđ4 hcgt chổng lên.

22. Yếu tố thúc đẩy của lần NV này

23. Phòng ngừa BNG, chỉ định

- Phòng ngừa bng thứ phát: Duphalac uống suốt đời
- Phòng tiên phát, dùng duphalac khi:
 - o Khi nhiễm trùng
 - o Xhth
 - o Liều tải, liều duy trì
 - o Bón
 - o Kiểm soát yt khởi phát: kali giảm sâu, ăn...

24. Chỉ định truyền albumin:

- Không có tiền thì <20 truyền
- Có tiền <35 thì truyền

25. Báng bụng thành lập nhanh

- Do bn ăn mặn/ có biến chứng
- BB không bchung: không vpmnkn, không hc gan thận, không nhiễm trùng

THI XƠ GAN LÀ CÂU CUỐI LUÔN HỎI PHÒNG NGỪA