

BỆNH ÁN NỘI KHOA

Cô Hảo – 15/3/2019

I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên : LƯU THANH NHÀN

Giới: Nam

Tuổi: 55

Nghề nghiệp: Lái xe

Địa chỉ: Lê Lai, Phường 3, Quận Gò Vấp, TPHCM

Ngày nhập viện: 14h00 ngày 11/03/2019

Số hồ sơ: 19.019464/CC

Giường 04, Phòng 309, Khoa Nội tiêu hóa, BV Nhân dân Gia Định

II. LÝ DO NHẬP VIỆN

Nôn ra máu

III. BỆNH SỬ

Bệnh nhân là người khai bệnh

Cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân xuất hiện cảm giác buồn nôn, nôn ra thức ăn sau khi vừa ăn, khoảng 2 lần/ngày, kèm đi tiêu phân đen, sệt, mùi hôi tanh đặc trưng, khoảng 2 lần/ngày. Sau khi đi tiêu bệnh nhân không say xầm, chóng mặt. Trước đó bệnh nhân không uống bismuth, sắt, hay ăn thức ăn có màu đỏ như tiết canh và không táo bón.

Cùng ngày nhập viện, sau khi thức dậy thì bệnh nhân nôn ra máu 4 lần, màu đỏ tươi, lẫn đỏ bầm, có lẫn cục, không lẫn thức ăn, không bọt, lượng #800ml, sau nôn bệnh nhân say xầm, chóng mặt, kèm vã mồ hôi nhiều. Cùng thời điểm đó bệnh nhân có sốt, nhưng không đo nhiệt độ, không lạnh run. nhập cấp cứu BV Gò Vấp, Chẩn đoán XHTH trên do vỡ dẫn TMTQ, truyền dịch và chuyển BVNDGD

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không đau đầu, không đau ngực, không khó thở, không đau bụng, , tiểu vàng trong, lượng nước tiểu không thay đổi so với mọi ngày.

Tình trạng lúc nhập viện:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Tim đều

Phổi trong

Bụng mềm

Da vàng, sao mạch

Thăm hậu môn trực tràng: phân đen

Sinh hiệu: Mạch: 124 l/p HA: 120/70 mmHg ND: 37,4 độ C Nhịp thở: 18 l/p

Diễn tiến sau nhập viện:

N1-2: Bệnh nhân không còn nôn ra máu, đi tiêu phân đen, 2 lần/ngày, không sốt, không vã mồ hôi, tiểu vàng trong 1l/ ngày

IV. TIỀN CĂN

1. Bản thân

a. Nội khoa:

- ❖ 3 năm trước: Bệnh nhân thấy vàng mắt đi khám được chẩn đoán, xơ gan tại BV Gò Vấp . Mắt vàng kéo dài liên tục đến nay, không kèm ngứa, tiêu phân vàng trước đợt bệnh, không đau bụng. Không có kết quả các XN trước đây
- ❖ 2 năm trước: THA được chẩn đoán tại BV Gò Vấp, huyết áp cao nhất là 180/120 mmHg, HA dễ chịu là 130/80 mmHg, uống thuốc không đều
- ❖ 1 năm trước:

+ Bệnh nhân có cảm giác cồn cào, đau thượng vị, đi khám và được nội soi thì thấy có sung huyết dạ dày, không rõ có Hp+ hay không, điều trị không rõ.

+ Bệnh nhân đi tái khám được đo ECG, chẩn đoán BTTMCB, chưa có tiền căn đau ngực trước đây.

- ❖ Chưa từng nôn ra máu hay đi tiêu phân đen trước đây.
- ❖ Chưa từng phù, báng bụng trước đây
- ❖ Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý viêm gan siêu vi, bệnh gan mạn, bệnh lý đường mật
- ❖ Chưa chích ngừa VGSV B, truyền máu, xăm mình, ĐTD
- ❖ BN uống thuốc theo toa, hiện tại bỏ thuốc 2 tháng

Bisoprolol 5mg 1v

Furosemide 40mg 1/2v

Nitroglycerin 2.6mg 1v x 2

Spironolacton 25mg 1v

Obibebe 1 ống

b. Ngoại khoa:

Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật trước đây

c. Thói quen:

Hút thuốc lá: 15 gói/năm

Rượu bia: 60 g cồn/30 năm

d. Dị ứng:

Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn

2. Gia đình

Chưa ghi nhận tiền căn gia đình về viêm gan siêu vi, ung thư gan, bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường.

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (8h00 ngày 13/03/2019)

1. Tim mạch: Không đau ngực, không hồi hộp, không khó thở
2. Hô hấp: Không khó thở, không ho
3. Tiêu hóa: Không đau bụng, không nôn ói, ăn uống được, tiêu phân vàng lẫn đen 2l/ngày
4. Tiết niệu – Sinh dục: Không tiểu gắt, tiểu buốt, nước tiểu vàng trong, lượng bình thường
5. Thần kinh – cơ xương khớp: Không đau nhức xương khớp

VI. KHÁM LÂM SÀNG (8h00 ngày 13/03/2019)

1. Tổng trạng:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Da vàng, kết mạc mắt, niêm mạc dưới lưỡi vàng

Niêm nhạt

Chiều cao: 156 cm Cân nặng: 55 kg BMI: 22 kg/m²

Thể trạng trung bình

Sinh hiệu: Mạch: 80 lần/phút HA: 120/70 mmHg NĐ: 37 độ C NT: 16 lần/phút

Tilt test (-)

Không phù

Hạch ngoại biên không sờ chạm

Da mảng bầm máu màu nâu ở hai cẳng tay

Lòng bàn tay son

2. Đầu mặt cổ

Tuyến giáp không to

Tuyến mang tai không to

Khí quản không lệch

Tĩnh mạch cổ nằm 45 độ (-)

3. Ngực

Cân đối, di động đều theo nhịp thở

Không u sọc xuất huyết

Nhiều đốm sao mạch

Không phì đại tuyến vú

a. Tim:

Mỏm tim khoang liên sườn V, đường trung đòn trái, diện đập 1x1cm

Không dấu nẩy trước ngực, harzer (-)

T1, T2 đều rõ, tần số 80 lần/phút, không âm thổi

b. Phổi:

Rung thanh đều 2 bên

Gõ trong 2 phổi

Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường

Không rale

4. Bụng

Bụng cân đối, di động tốt theo nhịp thở

Không u, sọc, xuất huyết, tuần hoàn bàng hệ

Nhu động ruột 3 lần/phút, không âm thổi vùng bụng

Gõ trong, không gõ đục vùng thấp

Bụng mềm, không điểm đau khu trú

Gan mấp mé bờ sườn, bờ trên gan KLS V, chiều cao gan 10cm đường trung đòn phải

Lách to độ I

Chạm thận, rung thận (-)

Thăm HMTT: phân đen

5. Thần kinh

Cổ mềm, không dấu thần kinh khu trú

Dấu rung vẩy (-)

6. Cơ xương khớp

Không sưng, nóng, đỏ, đau khớp

Không giới hạn vận động các khớp

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam, 55 tuổi, nhập viện vì nôn ra máu, bệnh 2 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám có các bất thường sau:

* Triệu chứng cơ năng:

Nôn ra máu

Tiêu phân đen

Vã mồ hôi, sốt nhẹ

* Triệu chứng thực thể:

Sinh hiệu NV: Mạch 124l/p, HA: 120/70mmHg

Da vàng, kết mạc mắt vàng

Sao mạch

Lòng bàn tay son

Mảng bầm máu ở 2 cẳng tay

Lách to độ I

* Tiền căn:

Xơ gan

Tăng huyết áp, BTTMCB

Viêm dạ dày

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Xuất huyết tiêu hóa trên
2. Hội chứng suy tế bào gan
3. Tiền căn: Xơ gan, tăng huyết áp, BTTMCB, viêm dạ dày

IX. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ

Xuất huyết tiêu hóa trên, độ II, chưa ổn, do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản / Xơ gan mất bù, do rượu / THA / BTTMCB / Viêm dạ dày

X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Xuất huyết tiêu hóa trên, độ II, chưa ổn, do loét dạ dày tá tràng / Xơ gan mất bù, do rượu / THA / BTTMCB / Viêm dạ dày

Xuất huyết tiêu hóa trên, độ II, chưa ổn, do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản / Xơ gan mất bù, do viêm gan siêu vi / THA / BTTMCB / Viêm dạ dày

XI. BIỆN LUẬN

1. XHTH trên

Bệnh nhân có nôn ra máu đỏ tươi, lẫn máu đỏ bầm, không lẫn thức ăn, không bọt, lượng # 800 ml kèm tiêu phân đen, sệt, mùi hôi tanh đặc trưng, trước đó không ăn tiết canh nên bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa trên.

Mức độ: Bệnh nhân nôn ra máu lượng # 800ml, sau nôn bệnh nhân chóng mặt, say xẩm, vã mồ hôi, khám lúc nhập viện bệnh nhân tỉnh táo, sinh hiệu: mạch 124l/p, HA 120/70 mmHg nên nghĩ XHTH mức độ trung bình (độ II)

Diễn tiến: bệnh nhân tuy không còn nôn ra máu, sinh hiệu hiện tại ổn, nhu động ruột 3l/ph nhưng vẫn còn đi tiêu phân đen, chưa đi tiêu phân vàng ít nhất 48h nên nghĩ XHTH chưa ổn

Nguyên nhân:

- Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản: bệnh nhân nôn ra máu lượng nhiều, ra máu đỏ tươi, không lẫn thức ăn, kèm khám thấy hội chứng suy tế bào gan, lách to, nên nghĩ nhiều. Đề nghị nội soi thực quản dạ dày tá tràng.
- Loét dạ dày tá tràng: bệnh nhân không có nôn ra máu kèm thức ăn, nhưng có tiêu phân đen kèm có tiền căn đau thượng vị, từng được nội soi chẩn đoán sung huyết dạ dày nên ít nghĩ nhưng không loại trừ. Đề nghị nội soi thực quản dạ dày tá tràng.
- Hội chứng Mallory Weiss: bệnh nhân nôn ra máu lượng nhiều trong lần nôn đầu tiên, trước đó bệnh nhân không nôn và không ợ nhiều nên không nghĩ.
- Viêm loét dạ dày chảy máu: bệnh nhân có tiền căn sử dụng rượu bia, nhưng không dùng các thuốc như NSAID, kháng đông, kèm bệnh nhân nôn ra máu lượng nhiều nên không nghĩ.

- Ung thư dạ dày: bệnh nhân nôn ra máu lượng nhiều, thể trạng trung bình, không chán ăn, sụt cân, khám không thấy khối u bụng nên không nghĩ.

Đánh giá tiên lượng tái phát và tử vong theo Blatchford trên LS

- HATT: 120 mmHg: 0đ

- Mạch: 124 l/ph: 1đ

- Xơ gan: 2đ

-Tiêu phân đen: 1đ

Tổng điểm Blatchford: 4đ → cần NV can thiệp

2. Hội chứng suy tế bào gan

Bệnh nhân có các triệu chứng như: vàng da niêm, sao mạch, lòng bàn tay son, mảng bầm máu vùng cẳng tay nên nghĩ bệnh nhân có hội chứng suy tế bào gan.

Nguyên nhân:

-Viêm gan:

Cấp: bệnh nhân không đau hạ sườn phải, không rối loạn tri giác, không rối loạn đông máu nặng kèm vàng da niêm diễn tiến 3 năm nên không nghĩ

Mạn: bệnh nhân có vàng da niêm 3 năm, từng được xét nghiệm tăng men gan, nhưng triệu chứng của bệnh nhân khá rõ, kèm chưa ghi nhận tiền căn nhiễm siêu vi B,C nên ít nghĩ nhưng không loại trừ. Đề nghị HBsAg, Anti HCV

- K gan: bệnh nhân không chán ăn, sụt cân, thể trạng chưa suy sụp tuy nhiên vẫn không loại trừ được trên bệnh nhân này. Đề nghị siêu âm bụng, AFP

- Xơ gan: bệnh nhân có nôn ra máu lượng nhiều, khám thấy hội chứng suy tế bào gan rõ, kèm tiền căn có uống rượu nhiều nên nghĩ nhiều. Đề nghị siêu âm bụng, PT, aPTT, Bilirubin TP, GGT, AST, ALT, Albumin máu, Protein máu.

Còn bù hay mất bù: bệnh nhân XHTH nên là mất bù

Nguyên nhân xơ gan có thể trên BN này là

- Viêm gan siêu vi: bệnh nhân có vàng da niêm 3 năm, từng được xét nghiệm tăng men gan, nhưng triệu chứng của bệnh nhân khá rõ, kèm chưa ghi nhận tiền căn nhiễm siêu vi B,C nên ít nghĩ nhưng không loại trừ. Đề nghị HBsAg, Anti HCV
- Rượu: bệnh nhân có thói quen sử dụng rượu bia đến thời điểm hiện tại, 60g cồn/30 năm nên nghĩ nhiều
- Ứ mật: bệnh nhân có vàng da nhưng không tiêu phân bạc màu, không ngứa nên không nghĩ

Biến chứng:

VPMNKNP: bệnh nhân không báng bụng nên không nghĩ

XHTH trên do vỡ TMTQ dẫn: đã biện luận

Hội chứng gan thận: bệnh nhân không thiểu niệu, vô niệu, không có triệu chứng của hội chứng ure huyết cao nên không nghĩ.

Bệnh não gan: bệnh nhân không rối loạn giấc ngủ, khám thấy tỉnh táo, không dấu run vẩy nên không nghĩ

K gan: đã biện luận

XII. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

Chẩn đoán: Nội soi thực quản dạ dày, CTM, CRP, Nhóm máu, AST, ALT, Albumin, Protein máu, Bilirubin, PT, aPTT, HBsAg, Anti HCV, Siêu âm bụng

Thường quy: Đường huyết, XQ ngực thẳng, TPTNT 10 thông số, ECG, Ure, Creatinin, Ion đồ

XIII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

1. Công thức máu

Xét nghiệm	11/03 (lúc NV)	12/03	13/03	Trị số bình

				thường
**WBC	7.1	6.7	6.01	(4.0-10.0) K/l
Neu %	67.9	56.1	51.2	(40.0-77.0) %
Lym %	12.1	26	30.9	(16.0-44.0) %
Mono %	18.9	15.3	13.1	(0-10) %
Eos %	0.1	1.2	3.5	(0.00-7.00) %
Baso %	1.0	1.4	1.3	(0.0-1.0) %
Neu	4.8	3.8	3.07	(2.00-7.50) K/l
Lym	0.9	1.8	1.86	(1.00-3.50) K/l
Mono	1.4	1.0	0.79	(0.00-1.00) K/l
Eos	0.0	0.1	0.21	(0.0-0.6) K/l
Baso	0.1	0.1	0.08	(0.0-0.1) K/l
**RBC	2.81	2.44	2.28	(3.9-5.4) T/L
Hgb	103	91	82	(125-145)g/l
Hct	0.308	0.270	0.247	(0.350-0.470) L/l
MCV	109.7	110.4	108.3	(80-100) fL
MCH	36.7	37.4	36.0	(26.0-34.0) pg
MCHC	335	339	332	(310-360) g/L
RDW	15.5	15.7	15.2	(9.0-16.0) %CV

**PLT	Không đếm được 548651E	46	55	(150-400) Giga/L
MPV	10.4	10.9	12.2	

Biên luận:

Hgb , RBC, Hct giảm phù hợp với tình trạng mất máu. Các chỉ số đang có xu hướng giảm, lâm sàng bệnh nhân vẫn còn tiêu phân đen 2 ngày sau nhập viện, huyết động ổn định XHTH chưa ổn

RBC trong mức 2-3 T/L, Hct 20-30% kết hợp lâm sàng BN mệt, vã mồ hôi, mạch tăng, HA bình thường XHTH độ 2 phù hợp với lâm sàng

Thiếu máu mức độ trung bình, hồng cầu to. Mất máu cấp thường là thiếu máu đẳng sắc đẳng bào, tuy nhiên trên BN này thiếu máu hồng cầu to, có thể thiếu máu trên nền xơ gan sẵn có

Tiểu cầu giảm: nghi giảm trong bệnh cảnh xơ gan. Tiểu cầu giảm dưới 50k, kèm bệnh nhân đang diễn tiến tình trạng xuất huyết nên có chỉ định truyền tiểu cầu.

2. Nội soi thực quản dạ dày tá tràng

- Thực quản: dẫn TMTQ độ II,III 3 cột có nhiều dấu son
- Tâm vị: cách cung răng 38cm co bóp đều
- Dạ dày: không có máu
 - + Phình vị, thân vị, góc bờ cong nhỏ trơn láng
 - + Hang vị + tiền môn vị: niêm mạc sung huyết phù nề
- Môn vị tròn đóng mở đều
- Hành tá tràng, tá tràng D1,D2: niêm mạc trơn láng.

Kết luận:

Dẫn TMTQ độ II-III 3 cột có dấu son

Niêm mạc sung huyết phù nề hang vị -tiền môn vị

Xử trí Thất 6 vòng

Biện luận:

Xác định chẩn đoán XHTH trên do vỡ dẫn TMTQ

3. Sinh hóa

Thông số	Trị số	Trị số bình thường
Urea	5.9	1.7-8.3 mmol/L
Creatinin	71.8	Nam: 62-120; Nữ: 44-88 mol/L
eGFR (MDRD4)	104.95	
Glucose	8.78	3.6-6.1mmol/L
Bilirubin TP	84.21	<=17mol/L
Bilirubin TT	38.23	<=4.3 mol/L
Albumin	21.8	35-50 g/L
Protein	58.9	65-82g/L
Na	135.3	135-145 mmol/L
K	3.78	3.5-5.0 mmol/L
Cl	98.1	97-111mmol/L
AST	116.5	37 U/L
ALT	31.5	41 U/L

Biện luận:

Ure, Creatinin bình thường, eGFR bình thường Không biến chứng tổn thương thận cấp

Bilirubin tăng, tăng hỗn hợp GT, TT kèm albumin giảm, protein giảm, AST/ALT > 1, nhất là AST/ALT > 2, phù hợp trong bệnh xơ gan do rượu

Glucose máu tăng, tuy nhiên BN làm mẫu máu lúc trưa đường huyết đói

Glucose đói 6.4 mmol/L Rối loạn đường huyết đói

4. Đông máu

PT **35.7s**

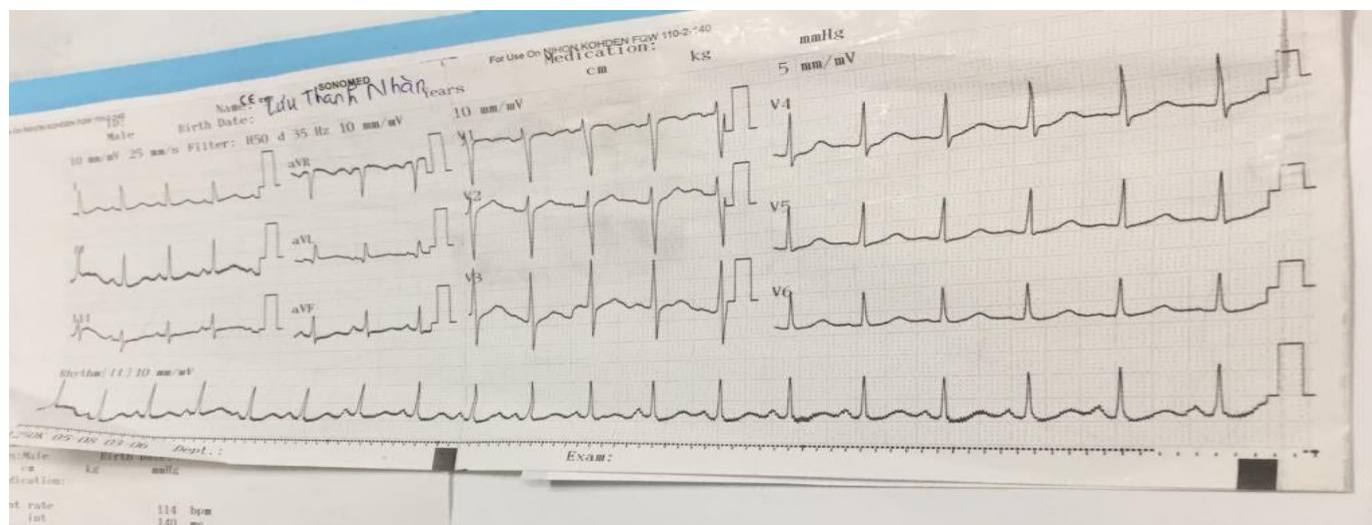
PT% **28**

INR **2.62**

APTT **42.3s**

Biện luận: BN rối loạn đông máu PT tăng, aPTT tăng, phù hợp trong bệnh cảnh xơ gan

5. Điện tim:



- Nhịp xoang nhanh
- Không lớn nhĩ, lớn thất
- Không bất thường ST, T

Biện luận: Chưa ghi nhận bất thường trên điện tâm đồ. Tiền căn BN đã được chẩn đoán BTTMCB nhưng ECG lần này không phát hiện bất thường đề nghị siêu âm tim

6. Mức độ xuất huyết theo thang điểm Blatchford (lúc NV):

- HATT: 120 mmHg: 0đ
- Ure máu: 5,9 mmol/l: 0đ
- Hgb: 10,3 g/L: 3đ
- Tiêu phân đen: 1đ
- Mạch: 124 l/ph: 1đ
- Xơ gan: 2đ

Tổng điểm Blatchford 7đ 50% cần can thiệp lúc NV

7. Phân độ Xơ gan theo Child – Turcotte - Pugh:

Bệnh não gan: không: 1đ

Bảng bụng: không: 1đ

Bilirubin máu: 4mg/dl > 3: 3đ

Albumin máu: 2,18 < 2,8 g/dL 3đ

INR: 2,62 > 2,2s: 3đ

Tổng điểm Child – Turcotte – Pugh: 11đ Child – Pugh: C

XIV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Xuất huyết tiêu hóa trên, độ II, chưa ổn, do vỡ dẫn TMTQ, chưa biến chứng/ Xơ gan Child – Pugh C, do rượu /
THA /Theo dõi BTTMCB / Viêm dạ dày

XV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Hồi sức cơ bản
- Bồi hoàn thể tích
 - + Hgb lúc nhập viện 10.3g/dl, Hct 30.8% không có chỉ định truyền máu
 - + Tiểu cầu: BN tiểu cầu <50K + đang xuất huyết truyền tiểu cầu
 - + Bù dịch: dùng dd đẳng trương, giữ sinh hiệu ổn định, HATT > 90mmHg, HATB > 60 mmHg, không nâng huyết áp cao >140mmHg
- Điều trị cầm máu
 - + Thuốc giảm ALTMC, kéo dài 3-5 ngày
 - + Nội soi: điều trị nội soi cầm máu trong vòng < 12h, khi huyết động ổn. Dẫn TMTQ ưu tiên cột thắt
 - + Điều trị phòng ngừa: VPMKNP, não gan, XHTH tái phát

2. Điều trị cấp cứu

- Nằm đầu thấp
- Thiết lập 2 đường truyền
- Thở oxy 5l/ph
- Nhịn ăn uống tạm thời
- Lactate ringer 500ml x2 TTM XXX giọt/phút
- Truyền Tiểu cầu đậm đặc 1 khối XXX giọt/phút
- Octreotide 100mcg / 1 ống
½ ống TMC
- Sau đó: 4 ống + NaCl 0,9% 50ml BTTĐ 6,25 ml/h
- Nội soi cột thắt TMTQ
- Ceftriazone 1g
- 1 lọ pha NaCl 0.9% 100ml TTM XXX/ phút
- Nexium 40mg
- 1 lọ x 2 + NaCl 0,9% 50 ml BTTĐ 5ml/h

- Duphalac 1 gói (u)

3. Điều trị duy trì

- Đánh giá lại nhu cầu dịch truyền

- Octreotide 100mcg /1 ống

4 ống +NaCl 0.9% 50ml BTĐ 6.25ml/h x 3-5 ngày

- Ceftriazone 1g

1 lọ pha NaCl 0.9% 100ml TTM XXX/ phút x 7 ngày

- Nexium 40mg

1 lọ x2 + NaCl 0.9% 50ml BTĐ 5ml/h 72 giờ đầu

Sau đó chuyển sang Pantoloc 40mg 1v (u)

-Duphalac 1 gói x2 (u)

-Dorocardyl 40mg

1/2v x2 (u) khi XHTH đã ổn

4. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ/12h

Nước tiểu, tính chất phân mỗi ngày

Khi XHTH ổn bắt đầu ăn trở lại

XVI. TIỀN LƯỢNG

1. Tiên lượng gần:

TMTQ dẫn lớn độ II – III, có dấu son, kèm BN có hội chứng suy tế bào gan, xơ gan, Blatchford > 50% chảy máu tái phát sau 6 tháng Đề nghị nội soi kiểm tra sau 1 tháng

2. Tiên lượng xa:

Bệnh nhân xơ gan mất bù, Child – Pugh: C Tiên lượng xấu

Tiếp cận tại BV Quận:

- Tiền sử xơ gan cần thêm thông tin gì: Có 2 \$, còn bù hay mất bù, nguyên nhân, biến chứng gì chưa → phải tầm soát và phòng ngừa.

- Thuốc đang dùng tại nhà:

- Còn đi làm được không?

- ĐVĐ

- XHTH trên: Ráng xem phân đen của bn (sệt tanh hôi của máu cũ) or toucher.

- M: 140l, HA: 100/70 mmHg, 37 độ
- Xơ gan
- THA – BTTCMB điều trị không liên tục
- Tiền sử: Đau thượng vị (để biện luận cđpb)

- HA giảm bao nhiêu so với HA nền là tụt HA: Giảm HA tâm thu 40mmHg or 30%. Ông này HA 100 coi chừng đã hạ HA → mức độ nặng.

- Nguyên nhân:

- Khám cần tìm j ở BV Gò Vấp: Sinh hiệu 1st (có choáng), dấu hiệu xơ gan

- Xơ gan: mặt hóp, 2 tuyến mang tai bự, cơ tay chân teo, mắt vàng, da sạm, bụng bự, chân phù, THBH, gan lách to.

- Tóm lại: XHTH trên mức độ nặng do vỡ dẫn tmtq/ XG mất bù (không nói Child do LS chưa đánh giá được) do rượu/ THA-BTTCMB.

- Có nền bệnh tim mà XHTH thì cần chú ý NMCT → hỏi, cls ECG, men tim :v

- Uống rượu dễ RL lipid.

- Xử trí:

- Nguyên tắc

- Ổn định huyết động → lập đường truyền
- Chăm máu theo nguyên nhân

Cụ thể:

- Đầu ngang
- Thở oxy
- Đtri nguyên nhân: Terlipressin dẫn tmtq (ko có thì dùng somato, sandos, ocre do terlin thuốc mới), Ksinh TM dự phòng vpmnkp → tại sao 1 bn xhth do vỡ dẫn tm/xơ gan tăng nguy cơ nhiễm trùng, PPI (để đtri song song loét dd tt, ức chế tiết acid, tăng kết tập tiểu cầu, tạo cục máu đông bền vững, lúc này không phải để làm lành loét), lactulose phòng bệnh não gan.
- Nếu hok có thuốc dẫn tmtq thì cứ dùng PPI do chưa sure ng nhân, có nhieu xài nhieu, ko CCD.
- Dự kiến truyền máu (BV quận hok có máu truyền)

- CLS: Nếu đk cho phép làm CTM, CN gan (KHÔNG phải men gan, mà là bilirubin TP, albumin, PT INR, Fibrinogen, tiểu cầu), SÂB thì bn đang choáng nên hạn chế làm.

- Đặt sonde dd: Không cần vì đã ói cả đống máu shoy, không cần cđxđ, làm bn khó chịu, không ý nghĩa lắm.

- Đánh giá tưới máu NB: sờ tay chân mát lạnh, bắt mạch (xhth có phản ứng mạch nhanh, tăng động tuần hoàn)

- Truyền dịch sợ phù phổi, bn có nền bệnh tim mạch.

- Chuyển xe cấp cứu

TẠI CC BVNDGD:

- Có cần làm sinh hiệu tư thế? Mục đích: Xem lượng dịch mất, pbiệt giữa độ II vs I nên bn này không cần (pbiệt độ

II vs III).

- Cần thêm da niêm nhạt, lạnh.
- Tri giác ok thì chưa có bệnh não gan, xhth không quá nặng. Nếu tri giác lơ mơ thì nên làm thêm SpO2
- Đau ngực sợ HCVC
- Bụng: Điểm đau
- Thăm hậu môn trực tràng: cũng không cần thiết, xem coi có trĩ.
- Tim phổi phải ghi cụ thể, đừng ghi tim đều phổi trong bụng mềm :v
- Dấu hiệu xuất huyết
- CĐSB: xhth.../ xơ gan/ THA BTTMCB bỏ đtri.
- Nội soi được chưa? Tiếp tục ổn định huyết động, đtri cầm máu theo ng nhân, xem xét nội soi,
- Ổn định huyết động:
 - Tiếp tục dịch truyền
 - Báo ngân hàng máu
- Cầm máu theo ng nhân:
 - Sandostatin
 - Omeprazole
- Ksinh dự phòng (không là thuốc cấp cứu)
- Lactulose: Đang đi cầu ào ào do máu trog đường tiêu hoá tăng nhu động ruột , ko cần cho → dặn bn nằm yên, đi cầu thì nằm, không ngồi dậy tránh hạ HA.
- Thực tế CC: Ưu tiên đtri PPI, không đá động đến terli/ocreo. Lý do: Loét thường gặp hơn, bệnh sử bắt đầu bằng đi cầu phân đen nên nghĩ loét nhiều hơn → phải có cđpb #3: xhth do vừa loét vừa dẫn tmtq.
- Phải cảnh giác mấy bệnh tim nền: bù dịch bù máu, biến cố mạch vành do chảy máu quá nhiều. PHẢI ĐỀ Ý BỆNH NỀN CỦA BN!! (Đi thi gặp đtd thì phải chữa lun)
- CLS: Hgb giảm 103 mức độ nhẹ, Hct giảm → giảm nhẹ không phù hợp do gặp sớm, chưa kịp thay đổi Hgb, Hct (mới ới cách đó 6-7 tiếng). → làm lại CTM sau bao lâu.
- Sinh hiệu ổn định nội soi được.
- Biện luận nội soi: nghĩ do vỡ dẫn tmtq, không thấy loét dd tt. “Dạ dày không có máu” maybee xhth ổn. Tại sao đi tiêu phân đen trc
- Tiên đoán nguy cơ tái phát và tử vong: XHTH do vỡ dẫn dùng tuổi, choáng, xem Xơ gan mức độ nào, kq nội soi (dạ dày không máu, cột TM không phun máu thì có vẻ ổn)
- Dùng thang điểm nào? Cả 2 đều dùng cho xhth không do tăng áp TMC → không dùng mấy thang điểm.
- Đánh giá XG Child C. Nguyên nhân do rượu do TM HC to, O/T>2
- Xem xét truyền tiểu cầu khi nào? Nếu LS tốt ổn định thì không cần truyền nữa
- Bao nhiêu ng nhân TC giảm ở bệnh gan?

KHI CÓ KQ NỘI SOI:

- Sinh hiệu ổn + nước tiểu
- Không truyền ào ạt, có thể truyền chậm.
- Có xài Nexium nữa không? Chỉ định xài Nexium 5mg/h qua BTTĐ: Slide thầy Đức, nếu ko có bơm tiêm thì dùng tiêm TM mỗi 12h, hiệu quả so với nhau ntn??? ➔ đọc các research. Chống ly giải cục máu đông.
- Ksinh dự phòng
- Duphalac 2 gói/ngày (u): Dùng khi bn đi tiêu phân sệt sệt 2-3 lần/ngày là ngừng.
- XHTH ổn định thực sự: tiêu phân vàng 48h tính từ lần tiêu phân vàng đầu tiên, huyết động ổn.
- Ổn định XH
- Truyền Sandos đủ 5d rồi dùng.

XUẤT VIỆN:

- Phòng ngừa XH: BB propanolol thăm dò liều $\frac{1}{4} * 2 \rightarrow \frac{1}{2} * 2$
- Propanolol cũng không phòng được xh tái phát, tăng liều cao BN gặp ADR
- Cột thất lại sau 2-3 tuần xem còn phình dẫn không, lặp lại cho đến khi hết thấy phình. Sau đó tầm soát mỗi 3-6 tháng nội soi lại
- Cách tốt nhất là TIPS/ ghép gan
- Tầm soát ng nhân xơ gan: HbsAg, AntiHCV, nếu dương thì làm tiếp HBV DNA có ra trên ngưỡng định lượng thì đtri luôn Vgan.