

**I) HÀNH CHÍNH:**

- Họ tên: Phan Thị T.                      Giới tính: Nữ
- Tuổi: 59                                      Nghề nghiệp: nội trợ (trước làm nông)
- Địa chỉ: Quận Bình Tân, TP. HCM
- Ngày giờ nhập viện: 14 giờ 32 phút ngày 28/9/2020
- Số giường: C3.04 giường 2, khoa Nội Tiêu Hóa – BV Nguyễn Tri Phương

**II) LÝ DO NHẬP VIỆN:** Bụng to**III) BỆNH SỬ:**

Từ 1 tuần trước NV, BN cảm thấy bụng đột ngột to, tăng dần, đi lại cảm thấy nặng, BN cảm thấy căng tức bụng, kèm với ợ hơi, ợ chua, không khó thở, không đau bụng, không phù chân, không nặng mặt. Cùng với bụng to, BN có vàng da (người nhà phát hiện), vàng da tăng dần, tiểu vàng sậm, tiểu bọt, sốt nhẹ về chiều (không rõ nhiệt độ), khoảng 1 tiếng thì tự hết, không uống thuốc hạ sốt, không lạnh run, không vã mồ hôi, không ho, không nôn, không tiêu chảy.

Cách NV 10 tiếng, BN cảm thấy bụng to và căng tức nhiều nên đi khám tại BV Đại học Y Dược có xét nghiệm máu, marker viêm gan, siêu âm và được chẩn đoán Xơ gan ứ mật không đặc hiệu/Viêm gan virus B - Bệnh thận mạn giai đoạn 3b. Sau đó, chuyển nhập viện BV NTP vì lý do kinh tế.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống cảm thấy bụng căng tức nhiều hơn (ngày ăn khoảng 3 chén cháo), sụt cân không rõ, đi tiểu khoảng 400ml/ngày, tiểu không gắt buốt, uống nước khoảng 500ml/ngày, đi tiêu phân vàng lỏng 1 lần/ngày, không lẫn máu.

- Tình trạng lúc nhập viện:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Mạch: 98 lần/phút

Huyết áp: 120/60 mmHg

Nhịp thở: 18 lần/phút

Nhiệt độ: 37°C

**IV) TIỀN CĂN:****1) Bản thân:****a) Bệnh lý:**

- Nội khoa:

- o Cách NV 10 năm, BN đi khám vì mệt mỏi, bụng to, sốt liên tục, đau nhức xương khớp tại BV Bình Tân được chẩn đoán Viêm gan B mạn. Sau đó, BN có tự ý uống thuốc nam khoảng 3

tháng nhưng không giảm, nên BN khám và uống thuốc (không rõ loại – BN khai thuốc diệt vi trùng) tại BV Nhiệt đới và BV Bình Tân. BN uống hằng ngày và mới dừng cách đây 2 tháng. Cùng thời điểm BN phát hiện thiếu máu (không rõ nguyên nhân).

- Cách NV 6 năm, BN đi khám vì mệt mỏi, ăn uống kém tại BV Hòa Hảo có siêu âm bụng và nội soi được chẩn đoán Xơ gan/ Viêm gan B mạn – ĐTĐ type 2 – Viêm dạ dày. Đồng thời phát hiện ĐTĐ (đường huyết 400) được chích insulin hằng ngày. Đường huyết cao nhất 400, đường huyết bình thường khoảng 120-130. BN tái khám và nhận thuốc đều hằng tháng tại BV Bình Tân. BN thấy mắt mờ dần.
- Cách NV 1 năm, BN nhập viện vì phù 2 chân đều và bụng to tương tự đợt này, không vàng da tại BV Nguyễn Tri Phương có siêu âm, nội soi TQ-DD-TT, được chẩn đoán Xơ gan/ Viêm gan B mạn – ĐTĐ type 2 – Viêm dạ dày. BN uống thuốc thì sau đó hết phù, bụng hết to.
- Chưa từng vàng da, nôn ra máu, tiêu phân đen trước đây
- Chưa từng truyền máu, xăm mình.
- Chưa tiêm ngừa viêm gan B, C
- Chưa từng ghi nhận tiền căn lao, bệnh lý tim mạch, hô hấp, thận, ung thư trước đây.
  - **Ngoại khoa:** không ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương trước đó.
  - **Sản khoa:** PARA 3003, mãn kinh 10 năm.
- b) **Thói quen sinh hoạt:**
  - **Sử dụng thuốc:** bệnh nhân đang chích insulin 3 lần/ ngày, 15 đơn vị/lần
  - Không uống rượu bia, không hút thuốc lá.
  - Không tập thể dục
- c) **Dị ứng:** Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc hay thức ăn.
- d) **Dịch tễ:** Không ghi nhận có tiếp xúc hay trở về từ vùng dịch Covid-19.

2) **Gia đình:** Chị gái bị ĐTĐ. 2 anh trai bị xơ gan.

#### V) **LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN: (29/09/2020)**

- **Diễn tiến bệnh:** Bụng bệnh nhân vẫn còn căng tức, vàng da không giảm, sốt nhẹ về chiều, tiểu màu vàng sậm 400ml/ngày, không buồn đi. Tiêu phân vàng lỏng. BN ợ hơi, ợ chua không buồn nôn, không nôn ói, không đau bụng
- Tim mạch: Không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực
- Hô hấp: Không ho, không khó thở
- Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt.
- Cơ - xương khớp: không đau sưng khớp.

## VI) KHÁM LÂM SÀNG: (9h ngày 29/9/2020)

### 1. Tổng quát:

- Tri giác: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Sinh hiệu:
  - Mạch: 86 lần/phút
  - Huyết áp: 140/80 mmHg
  - Nhịp thở: 18 lần/phút
  - Nhiệt độ: 37°C
- Các dấu hiệu tổng quát khác:
  - + BN nằm đầu thấp.
  - + Tổng trạng: Cân nặng: 56kg      Chiều cao 158cm => BMI: 22.4 -> Thể trạng trung bình theo IDI&WPRO
  - + Da vàng. Hạch ngoại biên không sờ chạm. Xuất huyết da niêm (+)

### 2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng.
- Niêm mạc mắt nhạt, kết mạc mắt vàng
- Môi khô, lưỡi không dơ, niêm mạc dưới lưỡi vàng.
- Khí quản không lệch
- TM cổ tư thế 45° không nổi.
- Tuyến mang tai không to, tuyến giáp không to
- Hạch cổ không sờ chạm

### 3. Ngực:

- **Lồng ngực:**
  - o Cân đối, di động theo nhịp thở
  - o Không co kéo cơ hô hấp phụ
  - o Không ồ đập bất thường, không sọc, không sao mạch.
  - o XHDD (+)
- **Tim:**
  - o Mỏm tim KLS V, đường trung đòn trái, diện đập  $1 \times 1 \text{ cm}^2$
  - o Dấu nảy trước ngực (-), dấu Hardzer (-)
  - o Không rung miêu
  - o Nhịp tim đều. T1, T2 rõ. Tần số 90 lần/phút.
  - o Không nghe âm thổi, không tiếng tim bệnh lý.

- **Phổi:**

- Rung thanh đều hai bên phế trường.
- Gõ trong khắp phổi
- Rì rào phế nang êm dịu hai phế trường, không rale.

**4. Bụng:**

- Bụng to, bè sang 2 bên. Xuất huyết dưới da (+). THBH (-)
- Nhu động ruột: 6 lần/phút, âm sắc không cao, không âm thổi động mạch chủ bụng, không âm thổi động mạch thận.
- Bụng mềm, ấn không đau, không u vùng bụng.
- Gan: chiều cao gan 8 cm, bờ trên gan KLS V, bờ dưới gan mấp mé bờ sườn
- Lách: Bờ dưới lách ở ngang rốn.
- Chạm thận (-), bập bênh thận (-)
- Gõ đục vùng thấp (+), Vùng đục di chuyển (+)

**5. Thần kinh:**

- Cổ mềm
- Không dấu thần kinh định vị, không dấu màng não.

**6. Tứ chi - Cơ xương khớp:**

- Lòng bàn tay son (+)
- Run vẩy (-)
- Không tím đầu chi, không móng trắng, không ngón tay dùi trống.
- Không yếu liệt tay chân, không giới hạn vận động
- Không gù vẹo cột sống.

**VII) TÓM TẮT BỆNH ÁN:**

Bệnh nhân nữ, 59 tuổi, nhập viện vì bụng to, bệnh ngày 8. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

- TCCN:

- Bụng to căng tức tăng dần
- Vàng da tăng dần
- Tiểu vàng sậm
- Sốt nhẹ về chiều

- TCTT:

- Niêm nhạt
- Kết mạc mắt vàng, niêm mạc dưới lưỡi vàng

- Gõ đục vùng thấp, vùng đục di chuyển.
- Lách to
- Xuất huyết dưới da (+)
- Lòng bàn tay son (+)
- Tiền căn: Xơ gan, viêm gan virus B, ĐTĐ type 2, Thiếu máu

### **VIII) ĐẶT VẤN ĐỀ:**

- Hội chứng suy tế bào gan
- Hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa
- Thiếu máu
- Sốt

Tiền căn: xơ gan, viêm gan virus B, ĐTĐ type II

### **IX) CHẨN ĐOÁN:**

#### **1. Chẩn đoán sơ bộ:**

Đợt bùng phát viêm gan virus B/ Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn – ĐTĐ type 2 biến chứng tổn thương võng mạc – Thiếu máu

#### **2. Chẩn đoán phân biệt:**

Lao màng bụng/ Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn – ĐTĐ type 2 biến chứng tổn thương võng mạc – Thiếu máu

Viêm gan virus D/ Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn – ĐTĐ type 2 biến chứng tổn thương võng mạc – Thiếu máu

Xơ gan mất bù nghĩ do NASH chưa biến chứng/ Viêm gan virus B mạn – ĐTĐ type 2 biến chứng tổn thương võng mạc – Thiếu máu

### **X) BIỆN LUẬN:**

#### **1) Xơ gan:**

##### **a) Xác nhận xơ gan:**

- Hội chứng suy tế bào gan: BN có hội chứng vàng da, lòng bàn tay son, xuất huyết dưới da.
- HCTALTCMC: BN có báng bụng, lách to
- BN có tiền căn Xơ gan cách đây 6 năm tại BV Hòa Hảo (có siêu âm bụng và nội soi)  
⇒ BN bị xơ gan thực sự. Lần này vào viện cần đánh giá lại giai đoạn, chú ý triệu chứng nhập viện và phòng ngừa biến chứng.

**b) Phân loại xơ gan còn bù/ mất bù:**

- BN nhập viện vì bụng to căng tức, có HCSTG và HCTALTC nên nghĩ nhiều là xơ gan mất bù. Cần đề nghị một số xét nghiệm như albumin máu, bilirubin máu, TQ, INR để đánh giá lại thang điểm Child-Pugh.

**c) Nguyên nhân:**

- Viêm gan virus B: Bệnh nhân có tiền căn nhiễm viêm gan virus B cách 10 năm nên nghĩ nhiều. Ngoài ra, cũng không thể loại trừ nguyên nhân đồng mắc viêm gan virus D đồng mắc virus B nên đề nghị thêm anti-HDV. Tìm thêm nguyên nhân viêm gan thoái hóa mỡ không do rượu do bệnh nhân có thể trạng thừa cân, ĐTĐ nên đề nghị xét nghiệm bilan lipid máu để ủng hộ chẩn đoán.

**d) Biến chứng:**

- BN được nội soi cách đây 1 năm, không có đi siêu âm và nội soi định kì mỗi 6 tháng, lần này nhập viện vì bụng to nên đề nghị nội soi TQ-DD-TT để tầm soát biến chứng XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Đồng thời đề nghị siêu âm bụng, AFP tầm soát K gan, TPTNT, BUN, Creatinine máu để đánh giá về biến chứng hội chứng gan thận.
- Lần này bệnh nhân nhập viện vì bụng to căng tức kèm sốt, đề nghị chọc dịch màng bụng để xem có biến chứng VPMNKNP chưa.

**e) Bệnh kèm theo:** ĐTĐ type 2 đang điều trị. Đề nghị đường huyết đói, HbA1c.

**2) Sốt:**

- Bn sốt nhẹ về chiều, tự hết sau 1 tiếng, không lạnh run, không vã mồ hôi. BN không buồn nôn, không nôn, không đau ngực, không khó thở, không đau bụng, tiêu chảy, không tiêu gát buốt. BN có tiền căn viêm gan B mạn nên nghĩ nhiều do Đợt bùng phát của viêm gan B. Hoặc nếu không phải do đợt bùng phát của viêm gan B thì nó có thể là triệu chứng đơn thuần của xơ gan (30% xơ gan có sốt), đề nghị CTM, CRP để đánh giá tình trạng nhiễm trùng.
- Gần đây BN ăn uống kém và sụt cân không rõ nên vẫn chưa loại trừ được lao màng bụng  
--> ADA dịch màng bụng

**XI) ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG**

**1) Thường quy:**

CTM, đường huyết đói, điện giải đồ, BUN, Creatinine máu, AST, ALT, TPTNT 10 thông số, Xquang ngực thẳng, ECG

## 2) Chẩn đoán:

- Xơ gan:

+ Phân loại Child-Pugh: Albumin, Bilirubin (TP, TT), TQ, INR.

+ Hình ảnh: SA bụng.

+ Nguyên nhân: HBsAg, Anti – HCV, Anti – HBc IgM, Anti – HDV, bilan lipid (Triglyceride, Cholesterol TP, HDL-c, LDL-c)

+ Biện chứng: nội soi TQ-DD-TT, AFP, siêu âm bụng, BUN, Creatinine máu

+ Chọc dò dịch ổ bụng (XN: Albumin, Protein, Glucose, LDH, Tế bào, Cellblock, ADA) + Albumin, Protein, Glucose, LDH máu cùng thời điểm.

- Sốt: CTM, CRP

- ĐTĐ: Glucose đói, HbA1c

+ Biện chứng: soi đáy mắt, ECG, BUN, Creatinine.

## XII) CẬN LÂM SÀNG

### 1. Công thức máu

	9h 28/9 (BVĐHYD)	17h 28/9 (BV NTP)	Khoảng tham chiếu	
<b>WBC</b>	<b>3.41</b>	<b>3.08</b>	4-10	G/L
<b>Neutrophile %</b>	70.3	71.8	45-75	%
<b>Lymphocyte %</b>	<b>19.4</b>	<b>18.8</b>	20-35	%
<b>Monocyte %</b>	9.1	9.1	4-10	%
<b>Eosinophile %</b>	<b>0.9</b>	<b>0.3</b>	1-8	%
<b>Basophile %</b>	0.3	0.0	0-2	%
<b>Neutrophile</b>	2.40	2.21	1.8-7.5	G/L
<b>Lymphocyte</b>	0.66	<b>0.58</b>	0.8-3.5	G/L
<b>Monocyte</b>	0.31	0.28	0.16-1	G/L
<b>Eosinophile</b>	0.03	0.01	0.01-0.8	G/L
<b>Basophile</b>	0.01	0.00	0-0.2	G/L
<b>RBC</b>	4.03	<b>3.47</b>	3.8-5.5	T/L

<b>Hemoglobin</b>	<b>86</b>	<b>76</b>	120-150	G/L
<b>Hematocrit</b>	<b>0.255</b>	<b>0.217</b>	0.35-0.45	L/L
<b>MCV</b>	<b>63.3</b>	<b>62.5</b>	78-100	fL
<b>MCH</b>	<b>21.3</b>	<b>21.9</b>	26.7-30.7	pg
<b>MCHC</b>	337	350	320-350	g/L
<b>Platelet</b>	<b>84</b>	<b>69</b>	150-400	G/L

**Phân tích: (9h ngày 28/9)**

- Số lượng BC giảm
- Các dòng TB BC có tỉ lệ phần trăm và trị số tuyệt đối trong giới hạn bình thường
- Số lượng HC bình thường, Hb, Hct giảm và xét nghiệm sau có HC, Hb, Hct giảm -> Thiếu máu mức độ trung bình
- MCV, MCH giảm → HC nhỏ, nhược sắc.
- Số lượng tiểu cầu giảm.
- **Kết luận:**

+ Giảm cả 3 dòng TB máu --> Phù hợp với BN xơ gan

+ Thiếu máu HC nhỏ nhược sắc mức độ trung bình --> Đề nghị làm thêm Fe, Ferritin huyết thanh

## **2. Sinh hóa:**

	<b>9h 28/9 (BVĐHYD)</b>	<b>17h 28/9 (BV NTP)</b>	<b>Khoảng tham chiếu</b>
<b>Creatinin máu</b>	<b>1.46</b>	<b>1.63</b>	0.55-1.02
<b>AST/SGOT</b>	<b>1360</b>	<b>1215.6</b>	0-34
<b>ALT/SGPT</b>	<b>580</b>	<b>546.9</b>	0-34
<b>Na</b>	<b>129</b>	<b>129</b>	136-146
<b>K</b>	<b>4.63</b>	4.45	3.4-4.5
<b>Cl</b>	107	103.4	101-109
<b>Ca</b>	<b>2.03</b>		2.10-2.55
<b>Albumin</b>	<b>23.5</b>		35-52
<b>Billirubin – T</b>	<b>231.7</b>		5-21
<b>Billirubin – D</b>			0-3.3
<b>CRP</b>	<b>22.3</b>		<5



- Creatinin máu tăng eGFR=37 (BV ĐHYD)
- Creatinine máu nền (BV Bình Tân 20/4/2020) là 1.4 --> eGFR = 45.4
- AST tăng cao > 1000. ALT tăng gấp 12 lần
- AST/ALT > 2 --> Phù hợp với đợt bùng phát của viêm gan B mạn/ xơ gan
- Albumin máu giảm
- Bilirubin TP tăng gấp 10 lần
- Bilirubin TT
- CRP tăng --> gợi ý tình trạng nhiễm trùng
- Na, K máu trong giới hạn bình thường, Ca giảm

--> Kết luận: BN có Bệnh thận bệnh thận mạn giai đoạn G3b --> Albumin, creatinin niệu

AST, ALT tăng, Bilirubin tăng phù hợp với đợt bùng phát của viêm gan B mạn/ xơ gan

### 3. Đông máu

		Khoảng tham chiếu
<b>Nhóm máu ABO</b>	B	
<b>Rhesus D</b>	Dương	
<b>TQ (PT)</b>	<b>18.0</b>	9.7-11.4
<b>PT</b>	<b>38.1</b>	89-129
<b>T</b>	11	
<b>INR</b>	<b>1.76</b>	0.89-1.13
<b>TCK (aPTT)</b>	<b>31.9</b>	22-28
<b>T</b>	27.2	

- Nhóm máu B+
- PT dài -> Tăng 6.6s
- Phần trăm PT giảm
- INR kéo dài 1.76s
- TCK bình thường

--> Kết luận: Thời gian đông máu ngoại sinh (TQ), INR kéo dài => phù hợp BN Xơ gan

=> BN có HCSTBG: + Albumin máu giảm

+ Bilirubin tăng

+ TQ, INR kéo dài

#### 4. Siêu âm bụng

**GAN:** Cấu trúc thô, không đồng nhất, bờ không đều. Các TM trên gan và TM cửa bình thường

**LÁCH:** Lách to đến mào chấu, KT#175\*60mm, đồng nhất

Dịch ổ bụng lượng nhiều.

#### **CÁC CƠ QUAN KHÁC:**

**HAI THẬN:** cấu trúc và kích thước bình thường. Phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, không sỏi.

Niệu quản không giãn. Thượng thận: không thấy

**MẬT:** Túi mật không to, vách mỏng, không sỏi

Đường mật trong và ngoài gan không giãn, không thấy sỏi

**TỤY:** không to, không thấy bất thường nhu mô

**BÀNG QUANG:** Thành không dày, không sỏi, ít nước tiểu

**TỬ CUNG - PHÂN PHỤ:** Không rõ

**GHI NHẬN KHÁC:** Các MM lớn và khoang sau phúc mạc không thấy gì lạ. Dịch màng phổi (-)

**Nhận xét:** Gan cấu trúc thô, không đồng nhất, bờ không đều.

Lách to đến mào chấu. KT#175\*60mm

Dịch ổ bụng lượng nhiều

=> Phù hợp với BN xơ gan

Hai thận cấu trúc bình thường, phân biệt vỏ - tủy rõ --> Nghi ngờ bệnh thận mạn do

ĐTĐ

#### 5. Marker viêm gan:

<b>HBsAg</b>	<b>&gt;1000.00 Reactive</b>	Nonreactive <0.03
<b>Anti-HCV</b>	0.03 nonreactive	Nonreactive <1
<b>HBeAg</b>	0.00 nonreactive	Nonreactive <1
<b>Anti – HBe IgM</b>	<b>36.53 reactive</b>	Nonreactive <1

- Anti – HCV (-) hiện không nhiễm HCV
- HBsAg (+) --> BN hiện đang nhiễm HBV.

--> Đối chiếu men gan, có thể là đợt bùng phát của Viêm gan B mạn

- HBeAg (-): hiện đang ngừng nhân đôi
- Anti – HBc IgM (+) ==> Phù hợp với đợt bùng phát của viêm gan B mạn
- Nhìn lại kết quả siêu âm bụng thấy gan cấu trúc thô, bờ không đều, không đồng nhất nên ủng hộ tình trạng viêm gan mạn tính. Men gan AST, ALT cũng tăng ủng hộ đợt bùng phát của viêm gan B mạn.

**6. AFP: tăng 18.1 IU/ml (bình thường <6.72 IU/ml) --> gợi ý UT gan -->**

Xem thêm SA bụng. Nếu siêu âm bụng không thấy đề nghị thêm MRI bụng

### **7. Nội soi thực quản - dạ dày – tá tràng**

#### **- NHẬN DIỆN TỔN THƯƠNG:**

+ Thực quản: có dẫn tĩnh mạch

+ Dạ dày: có polyp

+ Tá tràng: có loét

- TEST UREASE: BN không làm test urease nhanh

#### **- MÔ TẢ TỔN THƯƠNG:**

+ Thực quản: 2 cột dẫn TM độ II, không dấu xuất huyết, không dấu son.

+ Dạ dày: có nhiều dịch nhầy, có 2 tổn thương polyp ở phình vị KT 3-5mm

+ Tá tràng: loét đa ổ ở D1,D2 kích thước 2-3mm, đáy sạch Forrest III

- **ĐỐI CHIẾU LÂM SÀNG:** Nội soi thấy giãn tĩnh mạch thực quản độ II phù hợp với hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa trên bệnh nhân xơ gan.

- **ĐỀ NGHỊ XỬ TRÍ TIẾP:** Loét ở tá tràng nên không cần sinh thiết ổ loét. Nội soi theo dõi định kì mỗi 6 tháng tầm soát biến chứng XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

### **8. Đường huyết - Cholesterol:**

<b>Xét nghiệm</b>	<b>Kết quả</b>	<b>Khoảng tham chiếu</b>
<b>Glucose</b>	<b>393</b>	70-115 mg/dL
<b>Cholesterol</b>	<b>66</b>	150-200 mg/dL
<b>HDL-c</b>	<b>9</b>	>35 mg/gL
<b>LDL-c</b>	45	<131 mg/dL
<b>Triglyceride</b>	163	40-166mg/gL

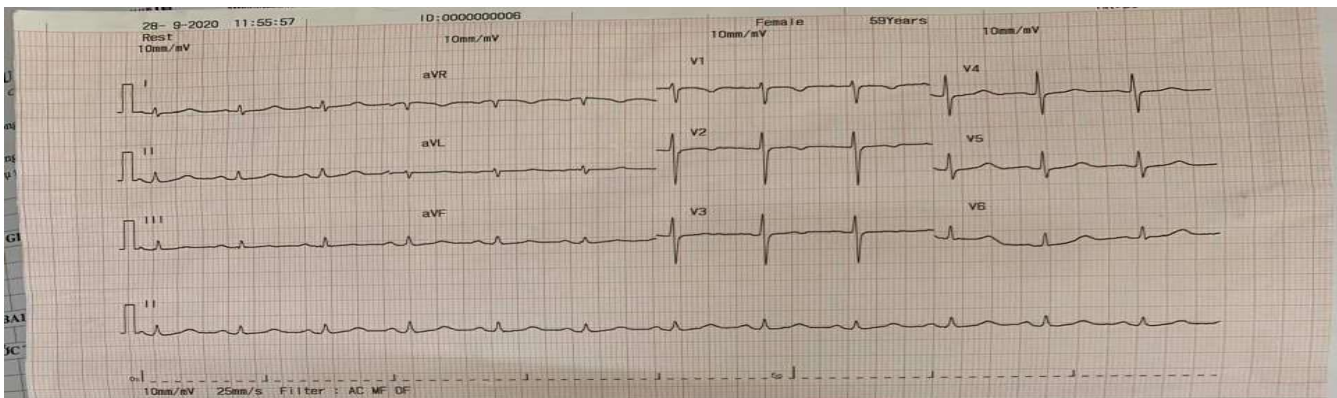
- Đường huyết tăng --> BN ĐTĐ không kiểm soát tốt
- Cholesterol, HDL giảm, LDL và Triglyceride máu bình thường --> không RLMM

## 9. TPTNT:

	Kết quả	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
<b>pH</b>	6.0	4.8 – 7.4	
<b>S.G</b>	<b>1.029</b>	1.015 – 1.025	
<b>PROTEIN</b>	<b>1.0</b>		g/l
<b>GLUCOSE</b>	<b>28</b>		mmol/L
<b>KETONES</b>	Âm		mmol/L
<b>ERYTHROCYTE</b>	<b>20</b>		Ery/ $\mu$ l
<b>LEUCOCYTE</b>	Âm		Leu/ $\mu$ l
<b>NITRITE</b>	Âm		
<b>BILIRUBIN</b>	<b>34</b>		$\mu$ mol/l
<b>UROBILINOGEN</b>	Âm		$\mu$ mol/l

- Có Protein trong nước tiểu --> phù hợp với Bệnh thận mạn
- Có HC trong nước tiểu --> Soi tươi cặn lắng nước tiểu, Cặn addis
- Glucose nước tiểu --> ĐTĐ
- Bilirubin nước tiểu --> phù hợp BN xơ gan

## 10. ECG:



**KẾT LUẬN:** Nhịp xoang đều tần số 94 lần/ phút. Trục trung gian

Không lớn nhĩ T, nhĩ P

PR = 0.16s -> Không rối loạn dẫn truyền. Không lớn thất T, P theo tiêu chuẩn điện thế

Điện thế thấp ở tất cả CD. CD chuyển tiếp ở V4

ST không chênh ở tất cả CD

### **KẾT LUẬN CLS:**

- BN có HCSTBG (giảm albumin máu, TQ, INR kéo dài, tăng Bilirubin, SA cấu trúc gan thô, bờ không đều) và HCTALTC (Dẫn TM thực quản độ 2, lách to, dịch ổ bụng lượng nhiều) => BN có xơ gan.
- BN có HBsAg (+), HBeAg (-), Anti – HBc IgM (+) --> Đợt bùng phát của viêm gan B mạn

### **Đánh giá thang điểm Child-Pugh:**

- o Không có bệnh não gan: 1đ
- o Báng bụng lượng nhiều: 3đ
- o Billirubin máu =13.5mg/dl : 3đ
- o Albumin máu <2.8: 3đ
- o INR=1.76: 2đ

=> 12 điểm => Child-Pugh C

### **CLS CÒN THIẾU TRÊN BỆNH NHÂN NÀY**

- Chọc dò dịch báng (XN: Albumin, Protein, Glucose, LDH, TB, Cellblock, ADA) + Albumin, Protein, Glucose, LDH máu cùng thời điểm
- Fe, Ferritin huyết thanh
- Albumin niệu, Creatinine niệu, soi tươi cặn lắng
- Soi đáy mắt
- MRI bụng
- Anti-HDV

### **XI) CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

**Đợt bùng phát của Viêm gan virus B mạn/ Xơ gan Child-Pugh C do viêm gan virus B - Bệnh thận mạn giai đoạn G3b do ĐTĐ - Theo dõi thiếu máu do thiếu sắt - ĐTĐ type 2 đang điều trị - TD biến chứng tổn thương võng mạc mắt.**

