

BỆNH ÁN

I. Hành chính

Họ và tên: Huỳnh Văn Chiến
Địa chỉ: Thủ Đức
Ngày nhập viện: 18/06/2022

Giới tính: Nam
Nghề nghiệp: Không

Tuổi: 38 (1984)

II. Lý do nhập viện: Nôn ra máu

III. Bệnh sử

- 1 tuần cách nhập viện, bệnh nhân thấy nước tiểu vàng sậm hơn bình thường, lượng nước tiểu không đổi, không kèm tiểu gắt, tiểu gấp, tiểu lắt nhắt, không vàng da, vàng mắt, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày.
- Cách nhập viện 6 giờ, bệnh nhân đang nằm nghỉ đột ngột có cảm giác khó chịu vùng thượng vị, buồn nôn sau đó nôn ra máu 4 lần, cách nhau khoảng 30 phút – 1 tiếng, nôn ra máu bầm loãng có lẫn máu cục, không lẫn thức ăn, không có bọt, lượng khoảng 200mL/lần, chưa đi tiêu. Sau khi nôn, bệnh nhân cảm giác rất hóng, nuốt đau, vã mồ hôi, chóng mặt nên nhập Khoa Cấp cứu tại Bệnh viện Đại học Y Dược.
- Bữa ăn cuối cách lần nôn ra máu đầu tiên 3 giờ. Bệnh nhân không ăn tiết canh, không uống thuốc sắt, không bị chảy máu vùng mũi họng.
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không ngứa, không xuất huyết dưới da, không đau đầu, không đau ngực, không khó thở, không hồi hộp, không đánh trống ngực, không đau bụng, không ợ hơi, ợ chua, không nóng rát sau xương ức, tiểu được, không yếu liệt chi, không chán ăn, không, sụt cân.
- Tình trạng lúc nhập viện:
 - Tinh, tiếp xúc tốt. Da niêm hồng vừa.
 - Sinh hiệu: Mạch: 120 lần/phút, Nhịp thở: 21 lần/phút, SpO2: 95%
Huyết áp: 85/69 mmHg Nhiệt độ: 37 độ C
 - Thăm trực tràng phân đen sệt.
 - Rửa dạ dày ra máu đỏ tươi.
- Diễn tiến sau nhập viện:
 - Ngày 1: bệnh nhân hết nôn ra máu, đi tiêu 2 lần phân đen sệt, bóng dính, hôi tanh # 200mL, tiểu vàng sậm, lượng nước tiểu # 1500mL.
 - Ngày 2: bệnh nhân không nôn ra máu, đi tiêu 2 lần với tính chất phân tương tự # 200mL, nước tiểu bớt vàng, lượng nước tiểu # 1500mL.
 - Ngày 3: bệnh nhân không nôn ra máu, đi tiêu 2 lần, phân sệt màu nâu nhạt # 200mL, nước tiểu bớt vàng, lượng nước tiểu # 1500mL.

IV. Tiền căn

1. Bản thân:

a. Nội khoa:

- Cách nhập viện 6 năm, bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan siêu vi B mạn tại Bệnh viện Đại học Y Dược, phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe tổng quát, điều trị thuốc không đều sau đó hiện chuyển sang uống thuốc nam không rõ loại hơn 2 năm nay.
- Không ghi nhận vàng da hay báng bụng, phù chân, nôn ra máu hay đi tiêu phân đen trước đây.
- Không ghi nhận tiền căn sử dụng NSAIDs, viêm loét dạ dày tá tràng, trào ngược dạ dày thực quản.
- Không ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, các bệnh lý tim mạch, bệnh thận, bệnh lý chuyển hóa hay bệnh lý ác tính.

- b. Ngoại khoa: Không ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương.
 - c. Thói quen – sinh hoạt:
 - Hút thuốc lá: 10 gói/năm
 - Rượu bia: 100g cồn/tuần x 20 năm
 - d. Dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn
2. Gia đình: chưa ghi nhận tiền căn gia đình viêm gan B, C, tiền căn THA, ĐTD...

V. Lược qua các cơ quan

- Tim mạch: không khó thở, không đau ngực, không vã mồ hôi, không đánh trống ngực
- Hô hấp: không ho, không sổ mũi, nghẹt mũi
- Tiêu hóa: không đau bụng, không tiêu chảy, tiêu phân vàng 1 lần
- Tiết niệu: tiểu được, không tiểu gắt buốt, lắt nhắt, nước tiểu vàng nhạt
- Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt
- Cơ xương khớp: không đau khớp, không giới hạn vận động

VI. Khám (8h ngày 4 sau nhập viện – 21/06/2022)

1. Tổng quát:

- Tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu: Mạch 80 lần/phút; HA 120/70 mmHg; Nhiệt độ 37°C; Nhịp thở 18 lần/phút
- Chiều cao: 170cm; Cân nặng: 72kg
- Da niêm nhạt, móng trắng.
- Lòng bàn tay son.
- Không xuất huyết dưới da, không tuần hoàn bàng hệ.
- Không phù, không dấu mất nước.

2. Đầu mặt cổ:

- Mặt cân đối, không biến dạng
- Củng mạc mắt vàng nhạt.
- Môi không khô, lưỡi không dơ.
- Khí quản không lệch.
- Tuyến giáp không to.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- Tĩnh mạch cổ trong không nổi ở tư thế 45°.

3. Lồng ngực:

- Lồng ngực hai bên cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sẹp, không tuần hoàn bàng hệ.
- Sao mạch ở ngực trái.
- Tim :
 - Mỏm tim ở khoang liên sườn V đường trung đòn trái, diện đập 1.5x1.5cm.
 - Không ổ đập bất thường, dấu Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-).
 - T1 T2 đều rõ, tần số 80 lần/phút.
 - Không âm thổi.
- Phổi:
 - Rung thanh đều 2 bên
 - Gõ trong khắp phổi
 - Rì rào phế nang êm dịu, không ran bất thường.

4. Bụng:

- Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ.
- Nghe: nhu động ruột 6 lần/phút, không âm thổi ĐM thận, ĐM chủ bụng.
- Bụng mềm, không điểm đau.
- Gan lách không sờ chạm.
- Chạm thận (-), rung thận (-), cầu bàng quang (-)

5. Thần kinh, cơ xương khớp:

- Cổ mềm.
- Không rối loạn giấc ngủ, thay đổi tính tình.
- Dấu run vẩy (-).
- Không sưng nóng đỏ đau các cơ khớp.
- Không giới hạn vận động.

VII. Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nam, 38 tuổi, nhập viện vì nôn ra máu, bệnh 3 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:
TCCN:

- Buồn nôn
- Nôn ra máu 4 lần, cách nhau khoảng 30 phút – 1 tiếng, nôn ra máu đỏ bầm loãng có lẫn máu cục, không lẫn thức ăn, không có bọt, lượng khoảng 200mL/lần,
- Rát họng, nuốt đau.
- Vã mồ hôi, chóng mặt.
- Tiêu phân đen sệt, bóng dính, hôi tanh.

TCTT:

- Tình trạng lúc nhập viện:
 - Tỉnh, tiếp xúc tốt. Da niêm hồng vừa.
 - Sinh hiệu: Mạch: 120 lần/phút; Nhịp thở: 21 lần/phút; SpO2: 95%;
Huyết áp: 85/69 mmHg; Nhiệt độ: 37 độ C.
 - Thăm trực tràng phân đen sệt.
 - Rửa dạ dày ra máu đỏ tươi.
- Da niêm nhạt, móng trắng.
- Lòng bàn tay son.
- Củng mạc mắt vàng nhạt.
- Sao mạch ở ngực trái.

TC:

- Viêm gan siêu vi B mạn cách nhập viện 6 năm, hiện đang uống thuốc nam không rõ loại > 2 năm nay.
- Rượu bia: 100g còn/tuần x 20 năm

VIII. Đặt vấn đề

1. Xuất huyết tiêu hóa trên mức độ nặng, hiện ổn
2. Hội chứng suy tế bào gan
3. Viêm gan siêu vi B mạn
4. Uống rượu: 100g còn/tuần x 20 năm

IX. Chẩn đoán

Chẩn đoán sơ bộ: Xuất huyết tiêu hóa trên mức độ nặng, hiện ổn, nghi do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản – Xơ gan mất bù nghi do viêm gan siêu vi B mạn và rượu

Chẩn đoán phân biệt:

- Xuất huyết tiêu hóa trên mức độ nặng, hiện ổn, nghi do loét dạ dày tá tràng – Xơ gan mất bù nghi do viêm gan siêu vi B mạn và rượu
- Xuất huyết tiêu hóa trên mức độ nặng, hiện ổn, nghi do loét dạ dày tá tràng – Đợt bùng phát của viêm gan siêu vi B mạn.
- Xuất huyết tiêu hóa trên mức độ nặng, hiện ổn, nghi do loét dạ dày tá tràng – Viêm gan cấp do thuốc nam – Viêm gan siêu vi B mạn.

X. Biện luận

1. Xuất huyết tiêu hóa trên, mức độ nặng, hiện ổn

- Nghi bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa vì: bệnh nhân có buồn nôn, nôn ra máu + tiêu phân đen sệt, bóng dính, hôi tanh, không chảy máu mũi, không sử dụng thuốc gì lạ trước đó, không ăn thức ăn có màu đỏ, lúc nhập viện rửa dạ dày ra máu đỏ tươi, thăm trực tràng phân đen sệt \Rightarrow XHTH thực sự.
- Vị trí xuất huyết tiêu hóa: nghi bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên vì bệnh nhân nôn ra máu đỏ bầm loãng có lẫn máu cục, không lẫn thức ăn, không có bọt # 800mL, kèm tiêu phân đen, sệt, mùi hôi tanh (nghi do xuất huyết tiêu hóa trên lượng nhiều khiến BN tiêu ra máu).
- Mức độ xuất huyết tiêu hóa: Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa mức độ nặng vì:
 - Lượng máu mất: nôn ra máu #800ml + tiêu phân đen #400ml \Rightarrow # 1200mL
 - Sinh hiệu lúc nhập viện: Mạch: 120 lần/phút; Nhịp thở: 21 lần/phút; SpO₂: 95%; Huyết áp: 85/69 mmHg; Nhiệt độ: 37 độ C \Rightarrow Mạch nhanh, huyết áp tụt.
 - Vã mồ hôi, chóng mặt \Rightarrow Đề nghị công thức máu, nhóm máu ABO, Rh, chuẩn bị 2 đơn vị hồng cầu lắng cùng nhóm máu.
- Nguyên nhân XHTH:
 - Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản: nghi nhiều vì bệnh nhân nôn ra máu đỏ bầm lẫn máu cục lượng nhiều, không lẫn thức ăn, nôn ra máu trước tiêu phân đen, khám thấy có hội chứng suy tế bào gan nên nghi nhiều xơ gan gây giãn tĩnh mạch thực quản \Rightarrow Đề nghị nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng
 - Loét dạ dày tá tràng: bệnh nhân có nôn ra máu và tiêu phân đen, không có đau thượng vị, ợ hơi, ợ chua nhưng có tiền căn sử dụng thuốc nam kéo dài nên không thể loại trừ hoàn toàn \Rightarrow Đề nghị nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng.
 - Viêm loét dạ dày xuất huyết: ít nghi vì bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa lượng nhiều nhưng không loại trừ do bệnh nhân dùng thuốc nam và uống rượu kéo dài.
 - Hội chứng Mallory Weiss: không nghi vì trước khi nôn ra máu bệnh nhân không nôn nhiều, ợ nhiều.
- Diễn tiến XHTH: hiện tại tạm ổn vì BN hết nôn ra máu, tiêu phân đen giảm dần, hết hoa mắt chóng mặt, khám sinh hiệu ổn.
- Biến chứng: tại thời điểm nhập viện bệnh nhân mất máu nặng, mạch 120 lần/phút, huyết áp 85/69mmHg \Rightarrow theo dõi shock mất máu, đề nghị khí máu động mạch, lactate máu, BUN, creatinine. Hiện tại bệnh nhân tỉnh táo, sinh hiệu ổn, tiểu vàng nhạt #1500mL, không khó thở nên nghi không biến chứng.

2. Hội chứng suy tế bào gan

- Nghi bệnh nhân có hội chứng suy tế bào gan vì: bệnh nhân có củng mạc mắt vàng, móng trắng, lòng bàn tay son, sao mạch ở ngực trái \Rightarrow đề nghị AST, ALT, Bilirubin TP, Bilirubin TT, ALP, GGT, Albumin máu.

- Nguyên nhân của hội chứng suy tế bào gan:
 - Viêm gan cấp: bệnh nhân không truyền máu, không xăm mình tuy nhiên không loại trừ viêm gan cấp do thuốc nam bệnh nhân đang sử dụng.
 - Viêm gan mạn: bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan siêu vi B mạn cách 6 năm nên nghĩ nhiều đợt này là đợt bùng phát của viêm gan siêu vi B mạn \Rightarrow đề nghị HBsAg, HBeAg, anti-HBc, IgM-anti-HBc, HBV-DNA.
 - Xơ gan: bệnh nhân uống rượu nhiều và viêm gan siêu vi B mạn, nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa trên nghĩ nhiều là vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản và khám thấy hội chứng suy tế bào gan \Rightarrow nghĩ nhiều xơ gan.
 - Nghĩ xơ gan mất bù do bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa trên do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản.
 - Nguyên nhân: bệnh nhân uống rượu nhiều và có viêm gan siêu vi B mạn không theo dõi điều trị \Rightarrow nghĩ xơ gan do viêm gan siêu vi B và rượu.
 - Biểu chứng:
 - + Xuất huyết tiêu hóa: đã biến luận
 - + Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát: bệnh nhân không sốt, không đau bụng, không tiêu chảy, khám không thấy bóng bụng nên không nghĩ
 - + Bệnh não gan: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, không rối loạn giấc ngủ, không thay đổi tính tình, không dấu run vẩy nên không nghĩ.
 - + Hội chứng gan thận: đề nghị BUN, creatinine
 - + Ung thư gan: không thể loại trừ \Rightarrow đề nghị siêu âm bụng, AFP
 - Ung thư gan: ít nghĩ do bệnh nhân không mệt mỏi, chán ăn, sụt cân nhưng không loại trừ vì viêm gan B mạn có thể diễn tiến đến ung thư gan.

XI. Đề nghị cận lâm sàng

- Cận lâm sàng chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa: Công thức máu, nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng, đông máu toàn bộ (PT, aPPT, INR, Fibrinogen), nhóm máu ABO, Rh, khí máu động mạch, lactate máu, BUN, creatinine.
- Cận lâm sàng chẩn đoán xơ gan: AST, ALT, Bilirubin TP, Bilirubin TT, ALP, GGT, Albumin máu, HBsAg, HBeAg, anti-HBc, IgM-anti-HBc, HBV-DNA, anti-HCV, siêu âm bụng, AFP.
- Cận lâm sàng thường quy: đường huyết, ion đồ, X-quang ngực thẳng, ECG.

XII. Kết quả cận lâm sàng

1. Công thức máu

	18/06	20/06	Khoảng tham chiếu		18/06	20/06	Khoảng tham chiếu
WBC	21.4	24	4-10 G/L	RBC	2.84	2.33	3.8 - 5.5 T/L
NEU %	76.6	67.2	45 - 75%N	HGB	94.1	73.6	120 - 175 g/L
LYM %	15.9	20.8	20 - 35% L	HCT	0.294	0.229	0.35 - 0.53 L/L
MONO %	6.72	9.58	4 - 10% M	MCV	104	98.4	78 - 100 fL
EOS %	0.094	1.05	1 - 8% E	MCH	33.2	31.6	26.7 - 30.7 pG
BASO %	0.007	0.095	0 - 2% B	PLT	149	120	150 - 450 G/L

Bạch cầu tăng nghĩ do bệnh nhân dùng thuốc nam.

Thiếu máu hồng cầu to ưu sắc phù hợp với bệnh nhân uống rượu nhiều.

Sau 2 ngày Hgb giảm từ 94.1 g/L còn 73.6 g/L phù hợp với diễn tiến xuất huyết tiêu hoá mức độ nặng, do công thức máu phản ánh mức độ mất máu sau 24 - 48h, lâm sàng xuất huyết tiêu hoá hiện ổn.

Tiểu cầu thấp phù hợp tăng áp lực tĩnh mạch cửa – cường lách thứ phát – tăng bắt giữ tiểu cầu.

2. Đông máu toàn bộ

	18/06	20/06	Khoảng tham chiếu
PT	17.8	15.7	11.1 - 15.2 giây
PT%	62	75	70-140 %
PT(bn)/PT(chứng)	1.35	1.19	0.8 - 1.2
INR	1.37	1.2	0.8 - 1.2
aPPT	28.2		25.1-36.5 giây
aPPT(bn)/aPPT(chứng)	0.94		0.8 - 1.2
Fibrinogen		2.27	2.38 – 4.98 g/L
Nhóm máu: A (+)			

PT kéo dài, INR tăng phù hợp với xơ gan. Bệnh nhân được điều trị với vitamin K nên PT và INR giảm xuống, Fibrinogen do gan sản xuất và không phụ thuộc vitamin K nên vẫn giảm.

3. Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng

- Thực quản: Tĩnh mạch thực quản giãn độ iii, không dấu chấm son và không nút tiểu cầu.

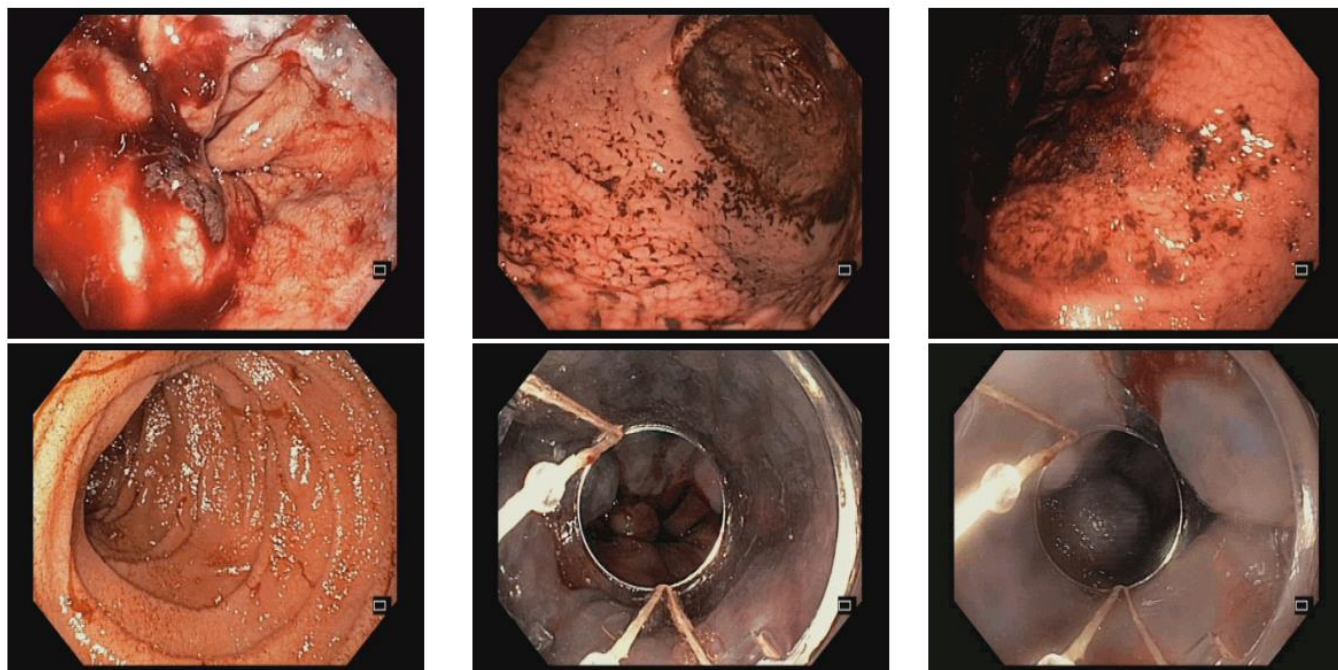
Thắt thun tĩnh mạch thực quản 4 búi. Sau thắt không chảy máu.

- Tâm vị: Đường Z cách cung răng 38 cm.
- Phình vị: Còn đọng nhiều máu đỏ, quan sát hạn chế.
- Thân vị: Còn đọng nhiều máu đỏ, quan sát hạn chế.
- Hang môn vị: Còn đọng nhiều máu nâu đỏ, quan sát hạn chế.
- Môn vị: Tròn, co bóp tốt.
- Tá tràng: Bình thường.

Kết luận: Xuất huyết tiêu hoá do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản,

Tĩnh mạch thực quản giãn độ III.

Thắt thun tĩnh mạch thực quản giãn.



Kết quả CLO test không.

⇒ Chẩn đoán xác định xuất huyết tiêu hoá trên do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản.

4. Siêu âm bụng

- GAN: Nhiễm mỡ, cấu trúc thô, bờ kém đều. Các TM trên gan và TM cửa bình thường.
 - ĐƯỜNG MẬT: Trong và ngoài gan không giãn. Không sỏi.
 - TÚI MẬT: Vách đều, không dày, lòng không có gì lạ.
 - LÁCH: Không to, đồng nhất.
 - TỤY: Không to, đồng nhất.
 - THẬN: Thận phải: Cấu trúc và kích thước: bình thường. Phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, không sỏi. Niệu quản phải: Không giãn. Thượng thận: không thấy.
Thận trái: Cấu trúc và kích thước: bình thường. Phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, không sỏi. Niệu quản trái: Không giãn. Thượng thận: không thấy.
 - BÀNG QUANG : Thành đều, lòng phản âm trống.
 - TIỀN LIỆT TUYẾN: Không to, khá đồng nhất, vỏ bọc đều.
 - CÁC BỘ PHẬN KHÁC: Các mạch máu lớn và khoang sau phúc mạc không thấy gì lạ.
Dịch màng phổi (-).
 - XOANG BỤNG : Chưa ghi nhận bất thường
- Kết luận: Gan nhiễm mỡ, cấu trúc thô, bờ kém đều. Dịch bụng (-).
⇒ Cấu trúc gan thô, bờ kém đều phù hợp xơ gan.

5. Sinh hóa máu

	18/06	20/06	Khoảng tham chiếu	
Glucose	175		70-115 mg/dL	Glucose tăng nghi do tăng hoạt hệ giao cảm do shock mất máu.
Albumin	30.9		35 – 52 g/L	Albumin giảm phù hợp xơ gan.
Ure	104.86		10.2-49.7 mg/dL	Ure tăng phù hợp xuất huyết tiêu hóa trên.
Creatinine	1.27	0.73	0.72-1.18 mg/dL	Creatinine giảm > 0.3mg/dL sau 48 giờ ⇒ Biến chứng tổn thương thận cấp tại thời điểm nhập viện.
eGFR	63	120	≥ 60 ml/p/1.73m ²	
Bilirubin TP	2.23	1.21	< 1.02 mg/dL	Bilirubin tăng ưu thế trực tiếp phù hợp xơ gan.
Bilirubin TT	1.16	0.68	< 0.30 mg/dL	
AST	64		< 40 U/L	AST/ALT > 1 phù hợp xơ gan và bệnh gan do rượu
ALT	32	77	< 41 U/L	
GGT	241		< 40 U/L	GGT tăng phù hợp bệnh nhân uống rượu nhiều.
Natri	135	133	136-146 mmol/L	Natri giảm nhẹ
Kali	4.95	3.76	3.4-5.1 mmol/L	
Clo	103	103	98-109 mmol/L	
Calci TP	2.31	2.22	2.10-2.55 mmol/L	
Amoniac	196.58	80.83	18 – 72 umol/L	Amoniac tăng phù hợp với xơ gan.
Procalcitonin	0.49		< 0.5ng/mL	
Lactate máu	5.44	2.124	0.5 – 2.2 mmol/L	Lactate máu tăng tại thời điểm nhập viện ⇒ Biến chứng shock mất máu

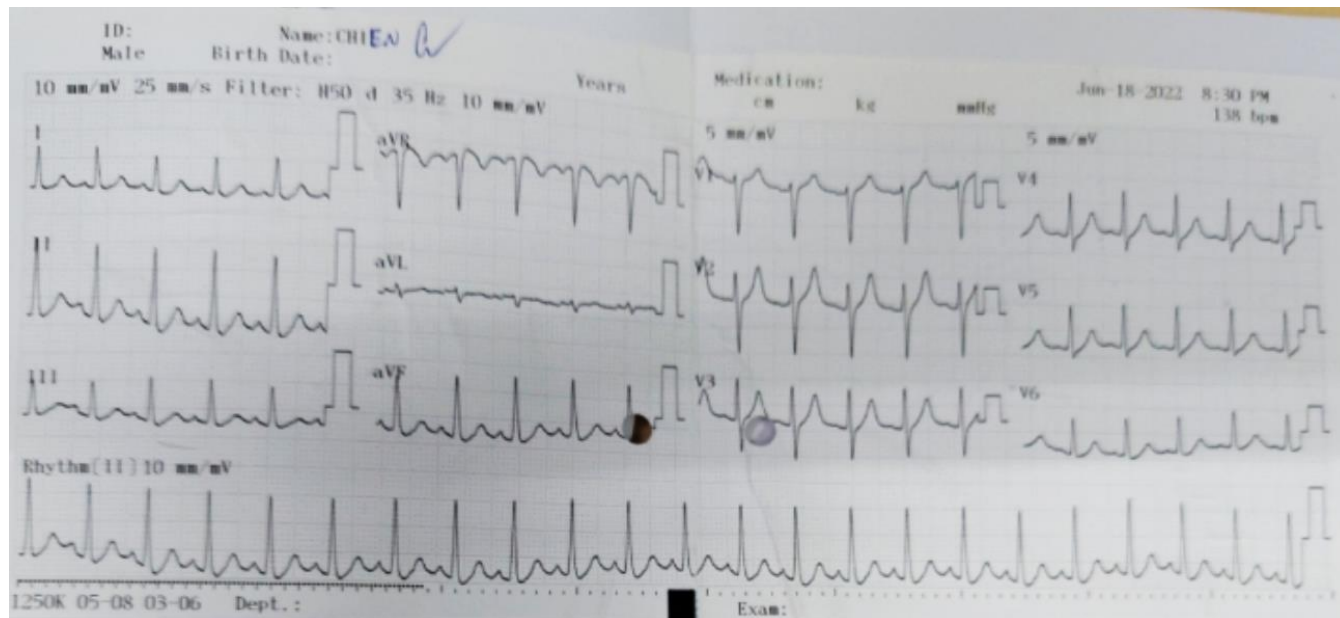
6. Marker viêm gan

HBsAg (+); HBeAg (-); HBV-DNA: 372IU/mL

Anti-HCV (-)

⇒ Viêm gan siêu vi B mạn, không có đợt bùng phát. Không có viêm gan siêu vi C.

7. Điện tâm đồ



- Nhịp nhanh xoang 137 lần/phút
 - Trục trung gian
 - PR bình thường, không lớn nhĩ
 - $RV5 + SV1 = 36mV > 35mV \Rightarrow$ Lớn thất trái (??)
 - ST, T bình thường
- ⇒ Nhịp nhanh xoang

8. Khí máu động mạch tại cấp cứu

FiO₂ 21%

pH 7.374

PO₂ 85.4 mmHg

PCO₂ 29.1 mmHg

HCO₃⁻ 16.6 mmol/L

K⁺ **5.19** mmol/L

Na⁺ 137.1 mmol/L

Cl⁻ 103.5 mmol/L

Glu **9.17** mmol/L

Lac **5.44** mmol/L

Không giảm oxy máu.

pH hướng toan.

HCO₃⁻ giảm, PCO₂ giảm ⇒ Toan chuyển hóa.

$AG = 137.1 + 5.19 - 103.5 - 16.6 = 22.19 > 16$

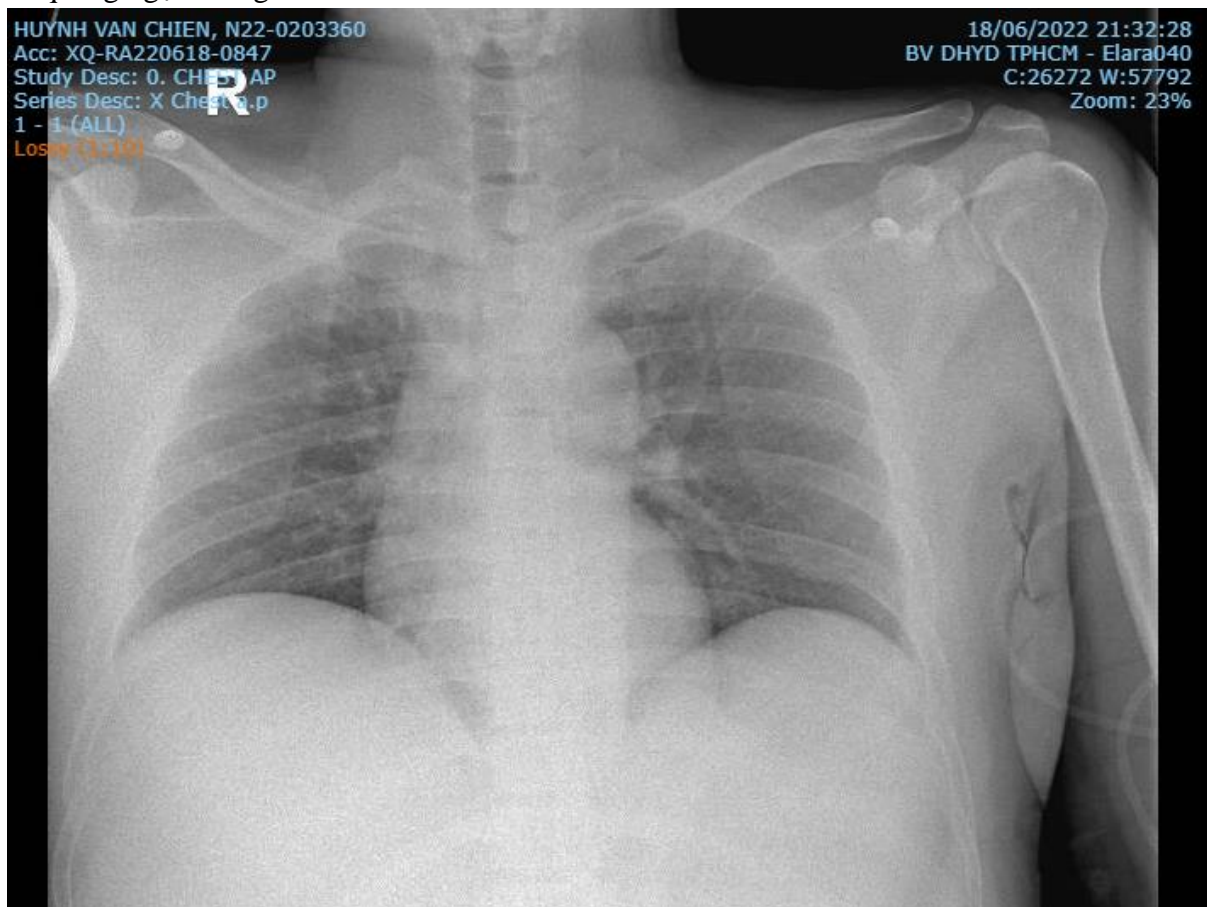
⇒ Toan chuyển hóa tăng AG nghĩ do shock mất máu kèm tăng kali máu.

PCO₂ dự đoán = $1.5 \times 16.6 + 8 = 32.9 \pm 2 > 29.1$

⇒ Kèm kiềm hô hấp nguyên phát, nghĩ do bệnh nhân tăng thông khí.

Kết luận: Toan chuyển hóa do shock mất máu kèm kiềm hô hấp do tăng thông khí.

9. X-quang ngực thẳng



- Phim tư thế nằm, AP, xương bả vai nằm trong 2 phế trường.
- Khí quản không lệch, không dị vật.
- Không gãy xương, dị dạng xương.
- Chỉ số tim/lòng ngực $< 0.55 \Rightarrow$ không lớn tim.
- Tuần hoàn phổi bình thường.
- Không tổn thương nhu mô phổi.
- Vòm hoành bình thường.
- Không tràn dịch, tràn khí màng phổi.

Kết luận: X-quang ngực thẳng bình thường.

+ Tính điểm Child-Pugh

Bệnh não gan: không	1 điểm
Bảng bụng: không	1 điểm
Albumin máu: 30.9g/L	2 điểm
Bilirubin TP: 2.23mg/dL	2 điểm
INR: 1.37	1 điểm
\Rightarrow Tổng: 7 điểm \Rightarrow Xơ gan Child B	

XIII. Chẩn đoán xác định

Xuất huyết tiêu hóa trên mức độ nặng, do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản, biến chứng shock mất máu, toan chuyển hóa, tổn thương thận cấp, tăng kali máu, hiện ỏn – Xơ gan Child B nghĩ do viêm gan siêu vi B mạn và rượu.

Anh Luận: XHTH Võ dẫn chỉ cần biết 3 thứ
(1) Giảm áp lực TMC
(2) NS cột thắt
(3) KS dự phòng

XIV. Điều trị

1. Mục tiêu điều trị

- Điều trị tình trạng XHTH
 - Hồi sức nội khoa: nằm đầu thấp, nhịn ăn uống, bồi hoàn thể tích tuần hoàn.
 - Cầm máu bằng thuốc
 - Cầm máu qua nội soi hoặc các phương pháp hình ảnh học can thiệp
 - Điều chỉnh rối loạn đông máu (nếu có)
- Điều trị xơ gan
 - Điều trị nguyên nhân
 - Tránh làm tổn thương gan thêm
 - Điều trị triệu chứng/biến chứng đang có
 - Phòng ngừa biến chứng: nhiễm trùng, bệnh não gan, XHTH thứ phát
 - Điều trị hỗ trợ
 - Xác định điều kiện thích hợp và thời điểm tối ưu để ghép gan

2. Điều trị cụ thể tại cấp cứu

- Nằm đầu thấp
- Nhịn ăn uống
- Mắc monitor theo dõi sinh hiệu liên tục
- Lập 2 đường truyền tĩnh mạch lớn (kim 14G)
- NaCl 0.9% 500mL 1 chai TTM 100 giọt/phút
- 1 đơn vị hồng cầu lắng cùng nhóm máu TTM 10 giọt/phút trong 15 phút, nếu tri giác, sinh hiệu ổn tăng lên 60 giọt/phút. Trong lúc truyền máu nếu bệnh nhân có bất thường tri giác, sinh hiệu, mệt mỏi, rét run, nổi mẩn đỏ thì ngưng ngay và báo bác sĩ.
- Esomeprazol 40mg 04 Lọ
 - 2 lọ bolus tĩnh mạch
 - 2 lọ pha NaCl 0.9% đủ 50ml BTTĐ 5mL/h (ngưng sau nội soi)
- Terlipressin Acetat 1mg 2 lọ tiêm TM
- Ceftriaxone 1g 1 ống tiêm tĩnh mạch
- Calci Clorid 500mg/5ml 2 ống tiêm TMC 10 phút
- Nội soi TQ-DD-TT sớm khi sinh hiệu bệnh nhân ổn định

3. Điều trị cụ thể sau nội soi

- Giảm áp lực tĩnh mạch cửa: x 5 ngày
 - Terlipressin Acetat 1mg 1 lọ x 4 tiêm TM mỗi 6 giờ
- Phòng ngừa nhiễm trùng và bệnh não gan: x 7 ngày
 - Ceftriaxone 1g 1 ống TMC

Bolus 2g, sau đó nếu nội soi không hiệu quả mới cho 2g tiếp
Liều: 1-2g mỗi 4-6h. Ở BV thường là 1g mỗi 6h.

- Lactulose 10g/15mL 1 gói x 3 (u) sáng, trưa, chiều sau ăn (điều chỉnh để tiêu phân mềm 2-3 lần/ngày)
- Điều chỉnh rối loạn đông máu: x 3 ngày (đánh giá lại PT sau 3 ngày)
 - Vitamin K1 10mg/ml 1 ống pha NaCl 0.9% 100ml TTM 30 giọt/phút (sáng) → Được chỉ định khi XHTH có tăng INR. Vd dùng 1-2 ngày không cải thiện INR thì ngưng :))
- Hạn chế loét sau cột thắt: x 14 ngày
 - Esomeprazol 40mg 1 viên x 2 (u) sáng, chiều trước ăn 30 phút
 - Sucralfate gel 1g/5ml 1 gói x 3 (u) sáng, trưa, chiều trước ăn } dùng 1 trong 2
- Phòng ngừa xuất huyết tiêu hóa thứ phát:
 - Carvedilol 6.25mg 1 viên (u) sáng sau ăn
 - Điều chỉnh tới liều tối ưu 6.25mg 1 viên x 2, mục tiêu huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg.
- Điều trị viêm gan siêu vi B mạn

Nếu bn đang tiêu lỏng 2 lần / ngày thì không cho

Tenofovir disoproxil fumarat 300mg 1 viên (u) sáng sau ăn

- Ngưng rượu bia
- Dinh dưỡng: năng lượng 35 – 40kcal/ngày trong đó carbohydrate chiếm 50%, lipid 20 – 25%, đạm 1.2 – 1.5g/kg/ngày (tức là 4.8 – 6g thịt/kg cân nặng/ngày). Chia thành nhiều bữa nhỏ để tránh tích tụ NH₃, acid amin nhân thơm, methionine, tránh hạ đường huyết
- Chích ngừa cúm và phế cầu hằng năm.

XV. Tiên lượng

Tiên lượng gần:

Dẫn tĩnh mạch thực quản đã cột thắt, hiện xuất huyết tiêu hóa ổn, khả năng tái xuất huyết thấp.

Tiên lượng xa:

- Xơ gan mất bù: thời gian sống còn trung vị 2 năm.
- Dấu hiệu mất bù đầu tiên là xuất huyết tiêu hóa do tăng áp cửa: tỉ lệ tử vong 1 năm 20%.