

BỆNH ÁN

Thầy Đức sửa 18/3/19

I. Hành chính

- Họ và tên: Nguyễn Văn S. 74 tuổi (1945). Nam.
- Địa chỉ: TPHCM.
- Nghề nghiệp: Kỹ sư xây dựng (đã nghỉ)
- Nhập viện ngày: 14h 04/03/2019
- Giường 6 khoa Nội tiêu hóa

II. Lý do nhập viện: ói ra máu ? Chúi miệng ra thấy máu :v Lđnv ra máu miệng

III . Bệnh sử: bệnh sử rõ ràng, tiền căn mô tả kỹ

- Cách NV 4 tuần, BN thấy bụng to từ từ, kèm đi tiêu phân vàng sệt 2-3 lần/ngày, lượng ít, không nhầy nhớt, không lẫn máu, không đau bụng, không cảm giác mót rặn, không khó thở, không sốt. BN không đi khám.

- Cách NV 1 tuần, BN thấy bụng to nhiều hơn khiến BN không ngồi lâu được nhưng không khó thở khi ngồi và nằm. BN cảm thấy chán ăn, phù 2 chân nhẹ, BN tự mua than hoạt tính uống để giảm chướng bụng nhưng sau uống bụng chướng không giảm, đi tiêu phân đen sệt 2-3 lần/ngày, không tanh, không nhầy nhớt, không xây xẩm khi thay đổi tư thế.

- Cách NV 3 ngày, BN vẫn còn chán ăn, bụng to và phù chân với các tính chất tương tự, không khó thở khi nằm và ngồi. BN đi cầu phân đen, sệt, mùi tanh 2-3 lần/ngày, lượng ít, không xây xẩm khi thay đổi tư thế.

- Ngày NV, BN chán ăn + bụng to với tính chất tương tự, phù chân nhiều hơn, đi phân đen sệt, tanh 1 lần lượng không rõ kèm hoa mắt khi thay đổi tư thế; sau ăn trưa, BN khạc ra máu đỏ bầm #10ml nếu chúi thấy 10ml là rất nhiều, không có gắng sức ở đây lần thức ăn, không lẫn bọt, trước đó BN không ngứa cổ, không ho, không nóng rát sau xương ức → đi khám BVNDGD.

- Trong quá trình bệnh, BN không sốt, không khó thở, không đau bụng, tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong, lượng # 1l, không buồn nôn, không rõ cân nặng tăng giảm, không khát nước, không ngứa, không chảy máu nước rã.

- Tình trạng lúc nhập viện:

BN tỉnh, tiếp xúc được, niêm hồng, chi ấm, mạch rõ.

Phù 2 chân đến cẳng chân.

Sinh hiệu: HA: 150/70 mmHg.

M: 118 l/phút.

NĐ: 38.8°C. Thời điểm nv, bệnh sử không sốt

NT: 28 l/phút.

Tim đều, phổi trong.

Bụng cứng, không đau, gõ đục vùng thấp.

Khám HM-TT: phân đen lỏng.

- Diễn tiến sau NV:

N1 – N3: BN ăn uống được, chưa đi tiêu, không nôn ói, không đau bụng, bụng to, phù chân không giảm.

HA: 120/80 mmHg.

M: 80 l/phút.

Nhip thở: ?

NĐ: ?

III. Tiền căn:

1. Bản thân:

a) Nội khoa:

- Cách 15 năm, THA phát hiện khi khám sức khỏe tổng quát, không dùng thuốc, không tái khám.

- Cách 10 năm, TBMMN, HA lúc này 250/120 mmHg, điều trị tại BVNDGD, di chứng yếu nửa người (T). Sau đó BN không đi tái khám, uống thuốc Amlordipine 5mg 1v (u) x 2, Atenolol 50mg **kháng kết tập tiểu cầu?** 1/4 v (u), hoạt huyết dưỡng não. HA dễ chịu 120-130/60 mmHg.

- Chưa từng vàng da, báng bụng, tiêu phân đen, ói ra máu trước đây.

- Chưa ghi nhận tiền căn VGSV B, VGSV C, HIV, xăm mình.

- Chưa ghi nhận tiền căn lao phổi, dẫn phế quản.

b) Ngoại khoa:

- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật.

c) Tiền căn dị ứng:

- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc - thức ăn - tiếp xúc với hóa chất độc hại.

d) Thói quen sinh hoạt:

- Uống rượu từ năm 20 tuổi – 64 tuổi: mỗi ngày #6-7 lon bia, #3-4 lần/tuần.

- Không hút thuốc lá.

- Ăn nhạt từ lúc TBMMN?

2. Gia đình: chưa ghi nhận bất thường.

III. Lược qua các cơ quan:

1. Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực.

2. Hô hấp: không khó thở, không ho.

3. Tiêu hóa: không buồn nôn, không nôn, đi tiêu phân đen sệt tanh 1 lần/ngày lượng vừa. **phân tanh khác thói. Phân bình thường phải thói :v lượng vừa là nhiều? Không giúp nhiều, không có tiêu chuẩn định lượng, không ý nghĩa đánh giá mức độ, bỏ luôn đề.**

4. Tiết niệu: tiểu 1 lít/ngày, nước tiểu vàng nhạt, không căng tức hạ vị, không tiểu lắt nhắt, không tiểu gắt buốt.

5. Cơ xương khớp: phù 2 chân, yếu nửa người (T). **Hỏi bn thì ms được ghi vào đây.**

6. Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt.

IV. Khám lâm sàng (khám lúc 8 giờ ngày 07/03/2019) trình tự đạt yêu cầu. Vẫn chấm điểm phân này ngay. Phải khám tại mũi họng. Có 1 ca trc đây tưởng xhth nặng nhưng do u vùng hạ họng chảy máu.

1. Tổng quát:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt.

- Sinh hiệu:

Mạch 88 lần/phút.

HA 120/70 mmHg.

NĐộ 37°C.

Nhịp thở 20 lần/phút.

- Thể trạng: CC: 1m72. CN:64.6 kg. BMI=21.8 kg/m². **Phù thì không tính.**

- Da niêm hồng nhạt, kết mạc mắt không vàng.

- Môi khô, lưỡi sạch.

- Tuyến mang tai không to.
 - Phù 2 chân, ấn lõm, không đau.
 - Không xuất huyết da niêm.
2. Đầu mặt cổ:
- Cân đối không biến dạng.
 - Tuyến giáp không to.
 - Khí quản không lệch.
 - Hạch ngoại biên không sờ chạm.
3. Lồng ngực:
- Lồng ngực hai bên cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không sẹo mỡ.
 - Phổi:
 - + Rung thanh đều 2 bên phổi.
 - + Gõ trong 2 bên phổi.
 - + Âm phế bào im dịu 2 phế trường, không rale.
 - Tim mạch:
 - + Mỏm tim khoang liên sườn V trên đường trung đòn trái, diện đập $1 \times 1 \text{ cm}^2$.
 - + Không ổ đập bất thường, dấu Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-).
 - + T1 T2 đều rõ, tần số 88l/p, không âm thổi.
4. Bụng:
- Bụng căng to bè hai bên, không tuần hoàn bàng hệ.
 - Nghe: nhu động ruột 5l/p, không âm thổi.
 - Gõ vang ở đỉnh, đục xung quanh, dấu vùng đục di chuyển (+), dấu sóng vỗ (+). **2 cái này không đi chung, vùng đục di chuyển là dịch chưa nhiều nó còn di chuyển, sóng vỗ là dịch nhiều lắm rồi.**
 - Ấn không đau.
 - Gan: bờ trên gan KLS V đường giữa đòn (P), bờ dưới không sờ được do bụng căng.
 - Lách không sờ chạm.
5. Thần kinh:
- Cổ mềm, yếu nửa người (T), sức cơ **5/5 P, 3/5 T, trương lực??**
6. Tứ chi- cột sống:
- Cột sống không gù vẹo, không biến dạng.
 - Vận động bình thường.

V. Tóm tắt bệnh án (lúc NV):

- BN nam, 74 tuổi, NV vì ói ra máu, bệnh 1 ngày, có các bất thường sau:
 - TCCN:
 - + Tiêu phân đen sệt.
 - + Ói ra máu đỏ bầm. **? Coi chừng nhâm vs chảy máu hầu họng**
 - + Hoa mắt khi thay đổi tư thế.
 - TCTT:
 - + Da niêm hồng nhạt
 - + M: 118 l/phút **bn đang sốt phải hiệu chỉnh lại mạch. Ca này đang uống betablocker nữa → vẫn phù hợp mạch nhanh (trừ nhiệt độ còn 100M nhưng betablocker nên mạch thực sự hơn 100)** HA 150/70 mmHg
 - + Báng bụng độ 3, phù chân.
- NĐ: 38.8°C NT 28 l/phút

- Tiền căn:
 - + TNMMN cũ di chứng yếu nửa người (T).
 - + THA.

VI. Đặt vấn đề:

- XHTH trên độ 2 đang diễn tiến. **Hơi ép**
- Phù toàn thân.
- Sốt.
- Tiền căn: TBMMN cũ, THA.

VII. Chẩn đoán sơ bộ:

XHTH độ 2....(cấp, nguy hiểm thì ghi trc)

Loét dạ dày **tá tràng (đừng tự làm khó)** biến chứng XHTH độ 2 đang diễn tiến, xơ gan mất bù theo dõi VPMNKNP.

VIII. Chẩn đoán phân biệt:

Xơ gan mất bù biến chứng XHTH độ 2 đang diễn tiến do vỡ dẫn TMTQ, theo dõi VPMNKNP.

K gan biến chứng XHTH độ 2 đang diễn tiến do vỡ dẫn TMTQ, theo dõi VPMNKNP.

Phải cđpb với chảy máu hầu họng.

IX. Biện luận: **không ghi dài, không kịp time**

1. XHTH, độ 2, đang diễn tiến **nhớ cẩn thận vì có khi không là ho ra máu.**

a. XHTH:

- Bệnh nhân có ói ra máu đỏ bầm, lẫn thức ăn, không bọt, không ngứa cổ, không ho, trước đó có tiêu phân đen sệt, mùi tanh hôi, có sử dụng than hoạt tính có thể gây ra tiêu phân có màu đen nhưng có thay đổi về tính chất phân → nghĩ nhiều bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa.

- BN ói ra máu đỏ bầm, tiêu phân đen không lẫn máu cục, không dây máu → nghĩ nhiều XHTH trên.

b. Mức độ XHTH:

- Bệnh nhân đi tiêu phân đen tại nhà 3 ngày lượng không rõ, ói ra máu lượng #10ml, sau đó bệnh nhân chóng mặt khi thay đổi tư thế, khám da niêm hồng nhạt mạch 118 l/phút, khám HM-TT còn phân đen lỏng nên nghĩ xuất huyết tiêu hóa trên độ 2 đang diễn tiến.

c. XHTH trên ở BN này có thể nghĩ đến các nguyên nhân:

Loét dạ dày – tá tràng nghĩ nhiều **khỏi cần chia dd tt riêng vì đtri cấp cứu như nhau**: XHTH trong LDDTT có thể là ói ra máu, ói ra máu kèm tiêu phân đen hoặc tiêu phân đen đơn độc. Ói ra máu hay tiêu phân đen cái nào xảy ra trước cũng được. Ói ra máu trong LDDTT thường là ói ra máu đỏ tươi/bầm đen tùy thuộc thời gian máu ở trong dạ dày, lượng từ ít tới nhiều, có lẫn thức ăn hay không tùy thuộc gần hay xa bữa ăn. BN này ói ra máu sau tiêu phân đen, ói ra máu đỏ bầm.

Vỡ giãn tm thực quản ít nghĩ **TM giãn (còn tâm phình vị, ở dạ dày khó điều trị)**: XHTH trên trong vỡ giãn tm thực quản thường là ói ra máu đỏ tươi, lượng nhiều, không lẫn thức ăn, ói ra máu xảy ra trước tiêu phân đen, tuy nhiên không loại trừ những trường hợp không điển hình, vỡ tm thực quản nhỏ, máu chảy rỉ rả, BN nuốt vào rồi mới ói ra. Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản nguyên nhân thường gặp nhất là tăng áp cửa. BN này khám chỉ có dấu hiệu báng bụng độ 3 phù hợp tăng áp cửa nhưng không loại trừ → nội soi thực quản dạ dày, siêu âm bụng.

2. Phù toàn thân: BN có báng bụng độ 3 + phù 2 chân ấn lõm không đau nên nghĩ BN có phù toàn thân. Báng bụng khởi phát trước 3 tuần rồi mới phù chân, không phù mi mắt, không khó thở, BMI trong giới hạn bình thường, khám mồm tim không lệch, không tĩnh mạch cổ nổi, không âm thổi nên nghĩ nhiều phù do gan và thận. BN có uống rượu nhiều trước đó, lần này NV vì ói ra máu chưa loại trừ nguyên nhân vỡ dẫn nên nghĩ nhiều do gan hơn.

– Gan:

- + Xơ gan: tuy không có hội chứng suy tế bào gan rõ (chán ăn, tiêu phân sệt 2-3 lần/ngày) nhưng BN có báng bụng + phù chân khởi phát phù hợp + tiền căn uống rượu nhiều nên không loại trừ → siêu âm bụng, AST, ALT, chọc dò dịch báng, HBsAg, anti HCV.
 - BN tỉnh, chưa ghi nhận tiền căn vàng da, báng bụng lần đầu, có XHTH chưa loại trừ do vỡ dẫn TMTQ nên nghĩ nhiều xơ gan mất bù.

- + K gan: BN không có HC STBG rõ, tổng trạng tốt nên nếu là K gan thì nghĩ nhiều nguyên phát. Để K gan nguyên phát gây báng bụng phù chân thì phải có tăng áp cửa nên nghĩ nhiều có huyết khối TMC → siêu âm bụng, CT scan bụng chậu có cản quang.

– Thận: BN báng bụng 3 tuần rồi phù chân sau đó, không phù mi mắt, tuy nhiên không loại trừ bệnh thận mạn trên BN này → BUN, creatinine máu.

3. Sốt:

BN nhập viện với ND 38.8°C, mạch, nhịp thở tăng, đủ tiêu chuẩn SIRS nhưng có thể sai lệch do tình trạng XHTH đang diễn tiến, báng bụng lượng nhiều gây khó thở nên chỉ đặt vấn đề sốt. BN không ho, không đau bụng, tiểu không gắt buốt, khám phổi trong, không ran, khám LS không thấy ổ nhiễm trùng nên nghi ổ nhiễm trùng từ dịch báng. BN báng bụng thành lập chậm, toàn thể, không có tiền căn nhiễm lao, không có hội chứng nhiễm lao chung, tổng trạng không suy sụp nên không nghĩ nguyên nhân do lao và K màng bụng → nghĩ nhiều VPMNKNP → chọc dò dịch báng.

Gạch đầu dòng không trch hh tiểu,...nhưng vẫn có thể NT huyết. Đôi khi có NT ngoài da nữa, sometimes có loét lưng.

4. Tăng huyết áp: BN có THA 15 năm, tự mua thuốc điều trị, có biến chứng mạch máu não nên nghĩ có biến chứng cơ quan khác → XN tầm soát: ECG, siêu âm tim, bilan lipid máu, triglyceride máu, siêu âm bụng, ure, creatinine máu, soi đáy mắt.

X. Đề nghị cận lâm sàng:

1. CLS thường quy:

- CTM, nhóm máu. **Nhóm máu là cls theo dõi điều trị**
- Đông máu, AST, ALT, Bilirubin TP, Bilirubin TT. **bil không thg quy**
- Ure, creatinine, đường huyết TM.
- TPTNT.
- X quang ngực thẳng, siêu âm bụng **sâb không thg quy**
- ECG.

2. CLS chẩn đoán và điều trị:

- Nội soi TQ-DD-TT.
- HBsAg, Anti-HCV.
- Chọc dịch màng bụng: đếm tế bào, Alb, Pro, LDH, ADA, cell block; alb, đường máu cùng thời điểm, cấy dịch màng bụng.
- Cấy máu.
- CT bụng chậu có cản quang. **ngghi K gan → làm thêm AFP.**
- Siêu âm tim.
- Cholesterol TP, LDL-C, HDL-C, Triglyceride..
- Soi đáy mắt.

XI. Kết quả CLS:

Nên sắp xếp ctm, Hct động học trước nếu ghi XHTH trước. Phải ghi cls giải thích theo trình tự chẩn đoán.

1. Nội soi 04/03/2019.

- TQ: có hình ảnh dẫn TMTQ độ II-III, 03 cột không có dấu son + đoạn 1/3 dưới có sang thương loét dạng vòng do trào ngược hiện không xuất huyết.
- Dạ dày: không có máu
 - o Tâm vị: cách cung răng 38 cm, co bóp đều.
 - o Phình vị: niêm mạc trơn láng, không dẫn tĩnh mạch.
 - o Thân vị: niêm mạc trơn láng.
 - o Vùng góc bờ cong nhỏ: niêm mạc trơn láng.
 - o Hang vị: niêm mạc trơn láng.
 - o Tiền môn vị: niêm mạc trơn láng.
- Môn vị: tròn, đóng mở đều.
- Hành tá tràng: có ổ loét ĐK#0.8 cm, bờ phù nề, đáy phủ giả mạc.
- Tá tràng D1-D2: niêm mạc trơn láng.

→ Kết luận:

- Dẫn TMTQ độ II-III, 03 cột không có dấu son.

- Loét TQ 1/3 dưới do trào ngược.
- Loét hành ra tràng Forrest III.

Nhận định Kq: loét tq nếu không mô tả thì thường là forrest III.

Nghĩ do gì nhiều hơn?

- 3 cái tổn thương đều có khả năng tương đương gây chảy máu
- Dẫn độ II, III OR có dấu son đều khả năng gây chảy máu
- Nhìn kq này không đoán được.
- Với mức độ nhẹ thì thường loét tá tràng chảy xún dưới, ca này nghĩ nhiều loét tq-dd do chảy máu 10ml
- Nhớ coi lại chảy máu do ng nhân khác ngoài tiêu hoá.

Nên dùng từ tương đối, nghĩ nhiều nghĩ ít chứ không dùng KHÔNG NGHĨ

2. Huyết học:

	8h 04/03	4h 05/03	21h 05/03	4h 06/03	4h 07/03	Khoảng tham chiếu
WBC	4.05	3.87	3.59	3.60	3.1	4.0 - 10.0 K/uL
NEU%	68.2	69.5	55.5	53.8	57.2	40.0 - 77.0 %
LYM%	21.3	18.8	32.3	29.7	27.6	16.0 - 44.0 %
MONO%	6.5	6.5	8.6	9.2	10.0	0 - 10 %
EOS%	1.3	1.7	3.3	6.7	4.7	0.00 - 7.00 %
BASO%	0.2	0.2	0.3	0.6	0.5	0.0 - 1.0 %
IG%	2.6	3.3	0.3	0.6		0.0 - 1.0 %
NEU	2.76	2.69	1.99	1.94	1.8	2.00 - 7.50 K/uL
LYM	0.86	0.73	1.16	1.07	0.8	1.00 - 3.50 K/uL
MONO	0.26	0.25	0.31	0.33	0.3	0.00 - 1.00 K/uL
EOS	0.05	0.07	0.12	0.24	0.1	0 - 0.6 K/uL
BASO	0.01	0.01	0.01	0.02	0.0	0.0 - 0.1 K/uL
IG#	0.10	0.13	0.01	0.02		0.0 - 0.1 K/uL
RBC	4.12	3.63	3.75	3.79	3.89	4.0 - 5.8 T/L
HGB	139	124	127	127	133	140 - 160 g/l
HCT	0.407	0.362	0.371	0.381	0.391	0.350 - 0.470 L/l
MCV	98.6	99.7	98.9	100.5	100.5	80 - 100 fL
MCH	33.7	34.2	33.9	33.5	34.2	26.0 - 34.0 pg
MCHC	341	343	342	333	341	310 - 360 g/L
RDW	14.4	14.5	14.1	13.8	14.5	9.0 - 16.0 %CV
PLT	149	124	130	136	122	150 - 400 G/L
MPV	10.3	10.5	10.0	10.4	8.2	6.0 - 12.0 fL

LS ca này có XH không, độ gì. Có thấy XH trên cls này, cấp tính. Ca này không truyền máu. Làm Hct mỗi 6-8h, khi nào ngưng Hct?

- ⇒ XH cấp mức độ nhẹ.
- ⇒ Diễn tiến: Ca này đã ngưng XH và pha loãng tối đa theo thầy. Khi Hct giảm dần rồi bình nguyên liên tiếp 2 lần (mỗi lần cách nhau 6-8hrs) thì nó đã pha loãng tối đa. Tốt nhất vẫn là đề ra soi lại. Ls thì dùng định nghĩa tiêu phân vàng 48h

3. Đông máu chưa làm

4. Sinh hóa

	8h 04/03	4h 05/03	21h 05/03	4h 06/03	4h 07/03	Khoảng tham chiếu
Glucose	7.39					3.9 – 6.1 mmol/L
Urea	8.6					1.7 – 8.3 mmol/L
Creatinine	65.2					62 – 106 umol/L
Na	132.2		135.4	134.9	132.7	135 – 145 mmol/L
K	3.53		3.15	3.11	3.42	3.5 – 5.0 mmol/L
Cl	43.7		104.2	104.7	103.6	97 – 111 mmol/L
AST	43.7					<=37 U/L
ALT	25.9					<=41 U/L
CRP	14.61					0 – 5 mg/L
eGFR						
Bilirubin TP		28.83				
Bilirubin TT		11.54				
Albumin		25.7				
Protein		66.5				

Có biểu hiệu bệnh gan mạn O/T đảo, albumin giảm

Chọc báng là quan trọng

Bn từ chối thì làm sao? Chọc báng dự kiến để làm gì? Nếu không chọc thì có thay đổi quyết định điều trị bn? Thuyết phục ntn để chịu chọc?

- Chọc báng để chẩn đoán vpmnkn, bệnh xơ gan.
- Không chọc báng thì chưa đtri được vpmnkn
- Bn từ chối do không tin mình bị gan, vs sợ bầm máu ở bụng. Cách nói: Chọc để chẩn đoán bệnh (don't say bệnh gan), lquan nhiễm trùng rất cần thiết. Chọc cái bụng thì bs chọc, không phải điều dưỡng nên lần này có thể không bầm máu.
- Nếu giải thích nát nước r mà không chịu thì mời ký cam kết đã nghe giải thích kỹ và chấp nhận, tránh rắc rối về sau.

All bn đã chẩn đoán xơ gan mất bù, lần này vô có cổ trướng thì vẫn chọc lại.

5. Miễn dịch:

- HBsAg Âm tính.
- Anti HCV Âm tính.

6. Chọc dò dịch báng chưa làm

7. Cây máu: âm tính

8. Siêu âm bụng:

- Gan to, bờ không đều, echo thô.
- Đường mật trong và ngoài gan không dẫn.

- Túi mật thành không dày, không sỏi.
- Tuy không to cấu trúc đồng nhất.
- Lách không to cấu trúc đồng nhất.
- Thận (T), (P): không sỏi không ứ nước, chủ mô thận phân biệt rõ với trung tâm.
- Bàng quang thành không dày, không sỏi.
- Dịch ổ bụng lượng nhiều.
- Không dịch màng phổi hai bên.

→ Kết luận: xơ gan báng bụng.

7. Siêu âm tim:

- Các buồng tim không lớn.
- Trần dịch màng phổi (T) lượng trung bình.
- Không rối loạn vận động vùng.
- Dây van ĐMC. Hở van ĐMC độ I.
- Hở van 2 lá nhẹ, VC < 3mm.
- Hở van 3 lá nhẹ, VC < 3mm. Áp lực ĐMP tăng (PAPs = 38 mmHg).
- Chức năng tâm thu thất (T) bảo tồn EF = 60%.

XII. Biện luận CLS:

- Nội soi:

+ Dẫn TMTQ độ II, III không dấu son → có tình trạng tăng áp cửa phù hợp với xơ gan + XHTH không do vỡ TMTQ.

+ Loét hành tá tràng FIII nên nghĩ loét đã ổn, tuy nhiên không loại trừ loét ruột non gây tiêu phân đen → theo dõi LS, nếu BN đáp ứng với điều trị thì nghĩ nhiều tiêu phân đen do loét hành tá tràng.

+ Loét 1/3 dưới thực quản: BN không ho, phổi trong không rale, nên nghĩ khạc máu của BN phù hợp với loét 1/3 dưới thực quản.

- CTM:

+ Hb 13.9 g/dL không phù hợp với tình trạng xuất huyết cấp, tuy nhiên các ngày sau có Hb giảm nhẹ, hồng cầu đẳng sắc đẳng bào

+ PLT 139 K/uL, WBC 4.05 K/uL sau đó giảm

- Siêu âm bụng: phù hợp với xơ gan.

- Albumin 25.7 g/L, Bilirubin TP 28.83 mmol/L = 1.7 mg/dL, báng bụng độ 2, không bệnh não gan

→ xơ gan Child B-C.

- HBsAg (-), antiHCV (-): phù hợp xơ gan do rượu.

- CRP 14.61 mg/L:

- Siêu âm tim: các buồng tim không lớn phù hợp với LS khám tim không to, tuy nhiên có tăng áp phổi nhẹ + hở van 2 lá, hở van 3 lá, hở van ĐMC nên nghĩ có ảnh hưởng THA.

XIII. Chẩn đoán xác định:

XHTH độ 2 đã ổn do loét hành tá tràng, loét 1/3 dưới thực quản, xơ gan Child B-C do rượu theo dõi VPMNKNP, THA, TBMMN cũ di chứng yếu nửa người (T).

XIV. Điều trị:

Đi thi chỉ cần ghi đtri hiện tại. Máy cái kia thầy cô sẽ hỏi.

1. Xử trí cấp cứu

(Ngày 04/03 khi tiếp nhận bệnh nhân)

- ❖ Mục tiêu:
 - Phân độ mất máu, trả lại thể tích khối lượng tuần hoàn.
 - Xác định vị trí chảy máu kết hợp điều trị cầm máu.
- ❖ Phương pháp:
 - ✓ Hồi sức nội khoa: BN nam lớn tuổi, mất máu độ 2, tiền căn THA
Lập đường truyền tĩnh mạch, truyền dịch đẳng trương đến khi mạch, huyết áp ổn định (mạch <100 l/phút, HATT \geq 90 mmHg)
HATT < 130 mmHg.
 - ✓ Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, nơi yên tĩnh.
 - ✓ Xét nghiệm: CTM, Ion đồ (Na, K, Cl), Chức năng đông cầm máu, Sinh hóa máu (glucose, ure, creatinin, AST, ALT), ECG.
 - Điều trị tránh XHTH tái phát (khi có kết quả nội soi xem xét lại):
Dùng thuốc ức chế toan PPI liều cao: 80mg bolus TM 10-15ph, duy trì 8mg/h.
Thuốc giảm áp TMC: sandostatin 50mcg bolus TM, duy trì 50mcg/h.
 - Nội soi cấp cứu:
 - Thường đội M<100, hA >90
 - ✓ Xác định vị trí chảy máu
 - ✓ Cầm máu bằng:
 - Tiêm adrenalin pha loãng 1/10.000(adrenalin 1mg+10ml nước cất).
 - Clip mạch máu đang chảy.
- ❖ Y lệnh:
 - NaCl 0,9% 500ml
1 chai TTM XXX g/ph
 - Sandostatin 1mg/mL 1/2 lọ TMC.
 - Sandostatin 1mg/mL 1/2 lọ pha 100mL NaCl 0.9% TTM XXX giọt/phút.
 - Nexium 40mg 2 lọ TMC 10-15ph.
 - Nexium 40mg 2 lọ + NaCl 0.9% 50mL BTTĐ 5mL/h.
 - EGD cấp cứu.
 - **Bất cứ xhth nào trên bn xơ gan đều nên cho kháng sinh phòng ngừa. Even xhth do loét ddt.**

Xét nghiệm: CTM, Ion đồ (Na, K, Cl), chức năng đông cầm máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinin, AST, ALT, albumin, bilirubin TP, TT, CRP).

Chăm sóc cấp 2, theo dõi M, HA mỗi 30 phút; Hct mỗi 4h. **6-8h mới kịp thay đổi.**

2. Sau khi làm EGD, chưa có kết quả CLS

- ❖ Mục tiêu:
 - Tiếp tục truyền dung dịch đẳng trương nếu huyết áp và mạch chưa đạt mục tiêu.
 - Tiếp tục điều trị tránh xuất huyết tái phát
- ❖ Phương pháp:
 - Dùng NaCl 0,9%
 - Dùng thuốc ức chế toan: chuyển PPI uống

- ❖ Y lệnh:
Ngưng sandostatin.
Chăm sóc cấp 3, theo dõi M,HA mỗi 12h, Hct mỗi 24h.
- 3. Khi có CTM và các CLS khác
- ❖ Mục đích:
 - Truyền máu nâng Hct lên $\geq 25\%$
 - Tiếp tục điều trị tránh xuất huyết tái phát
 - Điều trị phòng ngừa bệnh não gan.
- ❖ Y lệnh: Lactulose 1 gói (u) x 2.
- 4. Bệnh nhân ổn định, huyết áp, mạch, Hct về mục tiêu
- ❖ Mục đích:
 - Tiếp tục điều trị tránh xuất huyết tái phát, điều trị phòng ngừa vỡ dẫn TMTQ, phòng ngừa bệnh não gan, điều trị THA.
- ❖ Phương pháp:
- ❖ Y lệnh (24h)
 - Nexium 40mg 1v x 2 uống trước ăn 30ph.
 - Propranolol 40mg 1v (u) x 2. **Đừng cho gấp, sau 5-7d ổn định tình trạng xhuyết thì hẵng cho.**
 - Lactulose 1 gói (u) x 2.
 - Amlordipine 5mg 1v (u).
- Chăm sóc cấp 3, theo dõi M,HA mỗi 12 giờ, Hct mỗi 24 giờ. **Ngưng Hct khi 2 lần liên tiếp bình nguyên = pha loãng tối đa, hết cô đặc máu.**
- 5. Bệnh nhân ổn định, ngưng chảy máu, cho toa về
- ❖ Mục đích:
 - Tiếp tục điều trị tránh xuất huyết tái phát lâu dài, điều trị ngừa vỡ dẫn TMTQ, phòng ngừa bệnh não gan, điều trị THA.
- ❖ Y lệnh:
 - Nexium 40mg 1v x 2 uống trước ăn 30ph.
 - Propranolol 40mg 1v (u) x 2
 - Lactulose 1 gói (u) x 2.
 - Amlordipine 5mg 1v (u).
 - Tái khám sau 2 tuần.

XV. Tiên lượng:

Tiên lượng gần: XHTH ổn, sinh hiệu ổn định → tiên lượng tốt.

Tiên lượng xa: BN có báng bụng, xơ gan Child B có chỉ định chọc dò, tuy nhiên BN không đồng ý chọc + THA không đi tái khám → tiên lượng xa dè dặt.

Tóm lại:

- **Xđịnh có phải xhth không**
- **Nghỉ ntrung mà ko chọc được báng thì đánh ks ceftri luôn, ceftri đủ r nhưng cho thêm cipro để phủ cũng ok.**

- Chấm điểm: 6.5 do dính nhiều phần quan trọng của năm 3. Cách đặt cđsb sai. Biện luận bilan huyết học chưa sắc bén.
- VTC sau 48h dựa vào suy tạng

Thầy Đức 25-3-2019

XHTH – BA Viết tay của Lâm Vanda :v

Bệnh sử:

- Phải ghi cách NV mấy h chứ không ghi “xx giờ sáng”
- Tiền căn phải khai thác xhth trước đây
- Khám tim phổi phải đủ nhìn sờ gõ nghe.
- BN vô viện ở đâu trc đây. Ng tắc chuyển viện là bn phải ổn mới chuyển.
- BN chuyển đi phải ổn rồi.

Chẩn đoán sơ bộ (ghi rõ tgian lúc nào, thầy cũng sẽ hỏi thời điểm còn lại cđoan j).

Trại tiêu hoá thống nhất ghi BA điều trị hiện tại thôi.

Tâm lý y học:

- Không gọi bn là ông bà =>) gọi là bác, cô
- Nếu bn không hợp tác thì coi lại 4 cái y đức =>))))
- Nhớ tên BN để đặc nhân tâm

Phải cđoan THA nữa. Dù không rõ thì vẫn ghi tiền căn THA do xử trí xhth có bệnh nền tim mạch là phải đề phòng. Coi chufng xhth nặng giảm cung cầu → NMCT, RL nhịp.

BIỆN LUẬN:

- Dùng XHTH biện luận cho dễ.
- Sau đó nghĩ ngát nằm trog bệnh cảnh xhth cho dễ.
- CLS thiếu ion đồ, đường huyết
- CLS “nội soi tq dd tt” or “nội soi tiêu hoá trên”.

Ghi ngắn lại:

- Xhth trên: Chỉ cần ghi là có ORM.
- Loét dd tt, đừng quy lại loét dd trước.
- ECG: Sợ rl nhịp, nmct, lớn thất. ECG bình thường → ít nghĩ tới (không loại trừ hẳn).
- SÂ bụng cho vtc thầy sẽ hỏi chờ cái gì, phải lý giải.
- Phân xanh xám là máu cũ rồi
- Lúc NV bn có Hgb 9.1, Hct 26,7% vẫn truyền máu do đánh giá lâm sàng nặng thì truyền, chỉ định dựa trên LS hoàn toàn
- Truyền chưa lên thì cũng hợp lý do pha loãng chưa kịp lên, không nhất thiết 1 đơn vị HCL 3%
- Sao cđoan XHTH độ 3 dù Hct >20% do bn đã được truyền máu trc đó. Nếu ca này không truyền thì Hct thực tế = Hct – 4% (do truyền 2 đơn vị HCL 250ml).

- Khi nào ngưng Hct? 2 lần liên tiếp bình nguyên (aka pha loãng tối đa). Do đã max dịch rồi, hồng cầu vẫn vậy nên Hct giữ nguyên và đã ngưng chảy máu. Câu TN: BN không truyền máu được làm Hct mỗi 6-8h, kq là 40-40-32-28. Thời điểm 28 thì bn còn huyết không? → chưa biết do có khi còn rỉ rả, Hct lần sau vẫn có thể giảm.

Nội soi dạ dày:

- Nhiều ổ loét phải nghĩ tới do thuốc kháng viêm giảm đau
- Bn này vừa bị Hp vừa dùng thuốc nên nguy cơ loét cao.
- Cứ 12 TH bn xhth do loét dd thì 1 bn quay lại do ún kháng viêm giảm đau.
- Loét ở dạ dày → coi chừng K. Giờ gọi là loét K chứ không phải loét biến chứng K.
- BN có lộ mạch chồi → sure do cái này gây chảy máu.
- Đặt tube levine khi chảy máu ồ ạt, nghĩ máu còn nhiều trong dd (không làm thường quy, còn tranh cãi).
- Nội soi lý tưởng phải kẹp clip hoặc đông. Đtri chích adre này chưa đủ vì có thể tái phát → khó khăn thực tế, không làm nhiều được.
- TH này nên sdung liều cao đường tĩnh mạch bolus truyền liên tục.

Diệt H.pylori:

- Truyền nexium sao cho omeprazole uống lúc đtri Hp?
- PPI khởi động thuốc nào đường chích thì dùng thuốc đó uống luôn.
- Ng tắc: PPI + kháng sinh.
- Phác đồ 4 thuốc thì Metro dùng 1500mg
- Xem tgian dùng, uống ntn vs bữa ăn, khi nào ngưng thuốc.
- XHTH đợi ổn, khi khẳng định bn không tái phát nữa mới cho phác đồ này vì bismuth làm phân đen.
- Thuốc tdung phụ nhiều: giờ không còn phác đồ nào better than 4 thuốc metro 1500 nên thui ráng → giải thích cho bn kỹ.

Quan trọng:

- Tiền căn phải có xhth
- Khám nhìn sờ gõ nghe đúng
- Động học xhth
- Nội soi phải nhận định được.

Không có hội chứng xơ gan, chỉ ghi hc stbg, tăng áp cửa
\$Tăng Ptmc, 2 cđpb:

- Viêm gan mạn: có hc tăng áp tmc sớm
- K gan (VG B là đi thẳng qua K gan luôn)

Thiếu máu trong xơ gan:

- Thiếu B12

Nam 45t tiền sử bình thường, 1 tuần đánh tennis 3 lần. Khám sk thấy nhịp tim 54l/p, HA 110/70 → có nhịp chậm không?

Có nhịp chậm vs tỉ lệ đúng 95%, không nhịp chậm nếu tỉ lệ 5%

Entecavir tốt hơn Teno cho trg hợp....

Chỉ định truyền dịch khi xơ gan báng bụng:

- Dấu hiệu thiếu dịch (giảm cân bthg phù+báng: 1kg/d, chỉ báng: 0,5kg/ngày) vd tè nhiều, tiêu chảy, rl tri giác, dấu véo da, môi khô, bn chỉ báng
- Ca còn phù: cần trọng khi truyền dịch
- Chữa phù báng thì phù xẹp trc.
- Xơ gan thường báng trc r phù sau (do có cơ chế tăng áp cửa nữa, cơ chế phù báng đều là giảm albumin)

XHTH do VDTM: Sau 10-14d ktra lại xem ổ loét lành chưa, thắt lại. Nếu còn loét thì không cột chỗ đó mà xài **PPI 10d 1v/ngày**