**I. Hành chính:**

Họ và tên bệnh nhân: BÙI MINH DỤÊ

Giới: Nam

Năm sinh: 1969 (53 tuổi)

Địa chỉ: Quảng Ngãi

Thời gian nhập viện: 15h50 ngày 24/5/2022

Khoa phòng: Giường 10-19A-02, khoa Ngoại Gan-Mật-Tụy

**II. Lí do nhập viện:** Đau bụng

**III. Bệnh sử:**

- Bệnh 2 ngày, Bệnh nhân là người khai bệnh

- Trước nhập viện 1 ngày, lúc 7h sáng, sau khi ăn sáng (bánh mì, sữa đặc, mật ong) khoảng 30 phút, bệnh nhân đột ngột thấy đau thượng vị từng cơn trên nền âm ỉ, mỗi cơn đau tăng dần, cường độ 8/10, lan sau lưng, không tư thế giảm đau, mỗi cơn đau kéo dài khoảng 30 phút, kèm theo buồn nôn, không nôn, vã mồ hôi. => nhập viện tại BV tỉnh. Xử trí tại BV tỉnh: Được làm CTM và chup CT-scan bụng, NaCl 0,9% 500mL truyền TM 1 chai. Sau đó, BN xin chuyển lên BV DHYD. Trong quá trình tự chuyển viện, BN tự nhịn ăn uống, không truyền dịch hoặc điều trị gì thêm.

- Tình trạng lúc nhập viện:

Sinh hiệu:

Mạch: 98 lần/ phút

Huyết áp: 130/80 mmHg

Nhiệt độ: 37 độ C

Nhịp thở: 20 lần/ phút

SpO2: 98%

Chiều cao: 1.65m Nặng 60kg BMI 22 kg/m2

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Hiện không đau ngực, không khó thở. Da niêm hồng, không phù. Bụng ấn đau thượng vị

- Trong quá trình bệnh không có chấn thương vùng bụng trước đó, không sốt, không vàng da, không chán ăn, không sụt cân, không đau ngực, không khó thở, không hồi hộp, không đánh trống ngực, không ho, bệnh nhân tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong lượng như thường ngày.

- Tại BV tuyến trước, BN được chẩn đoán Viêm tụy cấp tái phát, được điều trị truyền dịch + giảm đau không rõ loại (BN khai)

- Diễn tiến sau nhập viện:

N1 (12 h sau nhập viện) : Bệnh nhân đau bụng thượng vị liên tục, cường độ giảm khoảng 3/10, lan ra sau lưng, không tư thế giảm đau.

N2-N9: Hết đau bụng

**IV. Tiền căn:**

**1. Bản thân:**

Nội khoa:

- Áp xe cơ thắt lưng chậu: 10 tháng gây viêm dính niệu quản.

- Viêm tụy cấp 6 tháng trước được điều trị tại BV Tỉnh.

+ Nhập ICU 5 ngày cần lọc huyết tương 1 ngày

- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh suy tim, rung nhĩ, bệnh thận, VGSV B, C; không tiền căn đái tháo đường, không rối loạn lipid máu

- Chưa ghi nhận chích ngừa VGSV B.

Ngoại khoa :

- Chưa ghi nhận tiền căn sỏi mật, sỏi tuỵ, tiền căn cơn đau quặn mật

- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương gần đây

Thói quen

- Uống bia: 6 đơn vị cồn / ngày x 10 năm. Đã ngưng được 6 tháng

- Hút thuốc lá 38 gói năm

- Không dị ứng thuốc, thức ăn

**2. Gia đình**

- Không ghi nhận gia đình có người bị viêm tụy cấp, K tụy, Tăng huyết áp, Đái tháo đường type 2, Viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C.

**V. Lược qua các cơ quan (ngày 9 sau nhập viện)**

- Chuyển hoá: không sốt, không phù

- Tim mạch- hô hấp: không đau ngực, không ho, không khó thở, không hồi hộp, không đánh trống ngực,

- Tiêu hoá: không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, không ợ hơi,không ợ chua, không chướng bụng tiêu phân vàng.

- Tiết niệu: tiểu vàng trong 1000ml/ngày, không tiểu gắt, không tiểu buốt

- Thần kinh- cơ xương khớp: không đau đầu, chóng mặt, đau nhức các khớp, giới hạn vận động nhẹ.

**VI. Khám lâm sàng: 10h30 ngày 01/6/2022 (9 ngày sau nhập viện)**

**1. Tổng quát**

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

- Niêm mạc mắt hồng, kết mạc mắt không vàng

- Chi ấm, mạch rõ

- Sinh hiệu:

Nhiệt độ: 36.50C, Mạch: 78 lần/phút, SpO2: 98% khí trời, Huyết áp 110/88 mmHg,

Chiều cao 167cm, Cân nặng 55kg, BMI 19.1kg/m2

- Không phù, không xuất huyết da niêm

- Hạch ngoại biên không sờ chạm

**2. Đầu mặt cổ**

- Cân đối, không biến dạng

- Môi không khô, lưỡi không dơ

- Không tĩnh mạch cổ nổi tư thế 450

- Khí quản không lệch

- Tuyến giáp không to

**3. Lồng ngực**

- Cân đối, không lồng ngực hình thùng, di động đều theo nhịp thở, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không u, không sẹo mổ cũ

- Tim: mỏm tim ở khe liên sườn V đường trung đòn trái, diện đập 1x1 cm2, T1, T2 đều rõ, tần số 78 lần / phút, không âm thổi, không tiếng tim bất thường

- Phổi: rung thanh đều 2 bên phế trường, gõ trong khắp 2 phổi, rì rào phế nang êm dịu

**4. Bụng**

- Cân đối, đi động đều theo nhịp thở. Không tuần hoàn bàng hệ, không dấu rắn bò, dấu quai ruột nổi, không u, không sẹo mổ cũ

- Dấu Cullen (-), dấu Grey Turner (-)

- Nhu động ruột 10 lần / 2 phút

- Không nghe âm thổi vùng bụng

- Bụng mềm, không điểm đau khu trú, không đề kháng. Murphy (-), Mayo-Robson (-)

- Gan: bờ trên khoang liên sường VI đường trung đòn phải, bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan 8cm

- Lách không sờ chạm

- Chạm thận (-)

**5. Thần kinh - Cơ xương khớp**

- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

- Không sưng, nóng, đỏ, đau các khớp, không giới hạn vận động

**VII. Tóm tắt bệnh án**

Bệnh nhân nam, 53 tuổi, nhập viện vì đau bụng, bệnh 2 ngày:

TCCN:

- Đau thượng vị, cường độ 8/10, từng cơn, mỗi cơn 30 phút, lan sau lưng, không tư thế giảm đau

- Buồn nôn

TCTT:

- Ấn đau thượng vị (lúc cấp cứu)

Tiền căn

- Viêm tụy cấp điều trị nội

- Uống bia đã ngưng 6 tháng

- Hút thuốc lá 38 gói năm

**VIII. Đặt vấn đề**

- Đau thượng vị cấp Ngày 2

- Tiền căn viêm tụy cấp

**IX. Chấn đoán sơ bộ**

Viêm tụy cấp tái phát Ngày 2, do sỏi, mức độ nhẹ, chưa biến chứng

Chẩn đoán phân biệt

Viêm tụy cấp tái phát Ngày 2, do tăng triglyceride máu, mức độ nhẹ, chưa biến chứng

Viêm dạ dày cấp

**XI. Biện luận**

Bệnh nhân có 2 vấn đề, em chọn Đau thượng vị cấp để biện luận đầu tiên

1. Đau thượng vị cấp: có 2 nhóm nguyên nhân thường gặp là bụng ngoại khoa và không phải bụng ngoại khoa:

**Bụng ngoại khoa** có 5 nguyên nhân thường gặp là Viêm phúc mạc, Thủng ổ loét dạ dày tá tràng, tắc ruột, viêm ruột thừa, nhồi máu mạc treo:

- **Viêm phúc mạc**: Ít nghĩ. Viêm phúc mạc có đặc điểm đau khắp bụng, dữ dội, không tư thế giảm đau, không liên quan ăn uống, kèm theo nôn, sau nôn không giảm đau, và có sốt. Ở Bệnh nhân này, mặc dù cơn đau dữ dội nhưng không liên tục và khu trú ở vùng thượng vị, khám không ghi nhận bụng đề kháng, phản ứng dội=> đề nghị chụp CT bụng chậu có cản quang

- **Thủng ổ loét dạ dày – tá tràng**: Ít nghĩ nhưng không loại trừ. Triệu chứng dương tính: đau thượng vị đột ngột, ấn đau thượng vị, nhưng bệnh nhân không có đề kháng thành bụng, trước giờ chưa có tiền căn loét, không đau thượng vị âm ỉ, không sử dụng corticoid, => đề nghị CLS Chụp X quang bụng đứng không sửa soạn, CT bụng chậu có cản quang.

- **Tắc ruột:** Không nghĩ. Đặc điểm đau tăc ruột là đau quặn từng cơn, dữ dội không lan, kèm nôn ói, bí trung đại tiện và chướng bụng. Ở BN này tiêu phân vàng, tiểu được, ngoài ra khám không thấy dấu rắn bò, dấu quai ruột nổi, nhu động ruột bình thường 10 lần/ phút.

- **Viêm ruột thừa**: Ít nghĩ. Đặc điểm đau của viêm ruột thừa cấp là đau thượng vị quanh rốn, lan hố chậu phải, kèm theo buồn nôn, nôn, sốt, kèm theo khám thấy có điểm đau Mc Burney là các triệu chứng âm tính của bệnh nhân. => đề nghị CLS CTM, CRP, Siêu âm bụng.

- **Nhồi máu mạc treo**: Ít nghĩ. Đặc điểm gồm đau thượng vị, quanh rốn, cường độ dữ dội, đau quặn cơn trên nền liên tục, không tư thế giảm đau, kèm theo nôn, tiêu chảy chướng bụng. Khám thấy choáng và dấu viêm phúc mạc, yếu tố nguy cơ tăng đông như tiền căn tăng đông, xơ vữa, nhồi máu cũ không có => Đề nghị CT bụng

**Đau bụng nội khoa** có các nguyên nhân thường gặp sau

- **Nhồi máu cơ tim**: Ít nghĩ, BN không khó thở, không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực, mạch đều, không tụt huyết áp, không tĩnh mạch cổ nổi, khám tim không ghi nhận bất thường, tuy nhiên bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch gồm nam, lớn tuổi, nghiện thuốc lá => đề nghị troponin Ths

- **Viêm đáy phổi**: Không nghĩ, vì Bệnh nhân không có đau ngực kiểu màng phổi, đau không tăng khi hít vào hay xoay trở tư thế, không kèm theo sốt, ho khạc đàm vàng

- **Viêm dạ dày cấp**: Ít nghĩ nhưng không loại trừ, ngoại trừ bệnh nhân có tiền căn hút thuốc, uống rượu bia nhiều, BN có tính chất cơn đau không phù hợp với viêm dạ dày cấp như đau liên tục, âm ỉ, không lan, đau nóng rát, ợ hơi, ợ chua => Nội soi dạ dày tá tràng

- **Viêm gan cấp**: Ít nghĩ, Bệnh nhân không đau hạ sườn phải, âm ỉ, không sốt, không vàng da, không có hội chứng giả cúm (đau cơ xương khớp, phát ban), nhưng không loại trừ do bệnh nhân có thói quen uống rượu bia nhiều có thể là nguyên nhân của viêm gan cấp do rượu.

- **Viêm tụy cấp**: Nghĩ nhiều.

- Bệnh nhân **có Đau bụng kiểu tụy**: Đau thượng vị, lan sau lưng, khởi phát sau bữa ăn hoặc uống rượu, diễn tiến liên tục, kèm buồn nôn => Đề nghị làm lêm amylase và / hoặc liapase máu (tăng >=3 lần giới hạn trên), CT bụng có cản quang / Siêu âm / MRI

- Ngày 2

- Mức độ nặng: Hiện tại bệnh nhân không thấy chóng mặt, sinh hiệu ổn định, không khó thở, tiểu trong => đề nghị thêm Khí máu động mạch, BUN, Creatinine,

- - **Biến chứng**: Bệnh 2 ngày nên có các nguyên nhân cấp tính gồm:

- **Tụ dịch quanh tụy**: Không thấy gõ đục vùng thấp, tuy nhiên chỉ thấy nấu tụ dịch lượng nhiều => làm CT tìm dấu hiệu tăng đậm độ nước, xóa bờ tụy?

- **Hoại tử tụy**: Lâm sàng (đau bụng) có cải thiện sau 48-72 giờ, ít nghĩ, làm CT bụng chậu cản quang

- **Khởi phát bệnh nền**: BN Không có bệnh nền kèm theo như tăng huyết, suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy thận. Tuy nhiên BN 53 tuổi nên cần kiểm tra Siêu âm tim, men tim, ECG, Creatinin máu

- Dấu hiệu gợi ý tiển triển nặng

- **SIRS**: BN không sốt, nhịp tim <90, nhịp thở <20 => làm CTM tìm BC (cần thỏa 2/4 tiêu chuẩn) (dựa vào lâm sàng thì hiện tại bn không có SIRS, có cần làm thêm KMĐM ko?)

- **BISAP** (cần thỏa 3/5 tiêu chuẩn):

- BUN => đề nghị làm CLS

- Impared mental status: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

- SIRS: không thỏa

- Age: Bệnh nhân 53 tuổi (<60 tuổi)

- Pneural efusion: lâm sàng không khó thở, hội chứng 3 giảm => đề nghị X quang ngực thẳng.

- Theo tiêu chuẩn Atlanta 2012: Bệnh nhân không có dấu hiệu suy cơ quan vì SpO2 98% thở KT, HA 130/80 mmHg, không có dấu hiệu tiểu ít trên lâm sàng => Đề nghị Khí máu động mạch, Creatinin máu.

- Đề nghị **HCT** lúc nhập viện, và sau 24h, 48h

- Đề nghị **CRP** sau 48 giờ khởi phát bệnh

- **Nguyên nh**ân: Bệnh nhân **không có tiền căn dùng thuốc steroid, tiếp xúc hóa chất, chấn thương, phẫu thuật vùng bụng** gần đây nên loại các nguyên nhân do thuốc, chấn thương, phẫu thuật, ERCP, do đó có các nguyên nhân thường gặp là

- **Sỏi mật:** BN ko có tam chứng chacot (đau, sốt, vàng da), không có tiền căn sỏi mật, nhưng BN khởi phát đau 30p sau ăn nên không loại trừ.

- **Rượu**: Dù có tiền căn uống rượu nhiều (6 đơn vị cồn > 50g cồn / ngày trong 5-10 năm), nhưng bệnh nhân ngưng sử dụng rượu bia trong 6 thấng gần đây nên ít nghĩ

- **Tăng triglycerid máu (>1000 mg/dL)**: Bệnh nhân không có cơ địa béo phì, đái tháo đường, nhược giáp, hội chứng thận hư nhưng có sử dụng rượu nhiều (6 đơn vị cồn/ngày trong 5-10 năm) nên ít nghĩ

- **Nhiễm trùng, siêu vi, ký sinh trùng (giun đũa)**: Không có tiền căn viêm gan, chưa sổ giun gần đây

- **K đầu tụy**: Bệnh nhân lớn tuổi, không chán ăn sụt cân , không vàng da => Rất ít nghĩ đề nghị CT scan

**XII. Đề nghị Cận lâm sàng**

CLS chẩn đoán: Amylase máu, Siêu âm bụng, Bilan lipid máu, CT scan bụng chậu có cản quang

CLS tìm nguyên nhân: Siêu âm bụng, GGT, Triglyceride

CLS Đánh giá độ nặng: Creatinin máu, Khí máu động mạch, CRP, PCT, BUN, CTM (Hct)

CLS theo dõi, biến chứng: siêu âm tim, Trop T hs, ECG, ion đồ, CT-scan bụng

CLS thường quy: đường huyết tĩnh mạch, AST, ALT

**XIII. Kết quả CLS**

**1. Sinh hóa máu (ngày 24/5/2022)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả**  **24/05** | **Kết quả**  **28/05** | **Kết quả**  **1/6** | **Khoảng tham chiếu** | |
| Glucose | 5.6 |  |  | 3.9-6.4 mmol/L | |
| Glucose | 101 |  |  | 70-115 mg/dL | |
| Albumin |  | 46.9 |  | 35-52 g/L |
| Ure | 35.95 | 23.97 | 20.37 | 10.2-49.7 mg/dL | |
| Creatinine | 0.86 | 0.92 | 0.92 | Nam: 0.72-1.18; Nü: 0.55-1.02 mg/dL | |
| eGFR (CKD-EPI) | 94 | 86 | 86 | >= 60 ml/ph/1.73 m2 | |
| Triglyceride | 1.1 |  |  | 0.46-1.88 mmol/L | |
| Triglyceride | 97 |  |  | 40-166 mg/dL | |
| Bilirubin toàn phần | 15.3 |  |  | < 17 umol/L | |
| Bilirubin toàn phần | 0.92 |  |  | < 1.02 mg/dL | |
| Bilirubin trực tiếp | 3.51 |  |  | <5 umol/L | |
| Bilirubin trực tiếp | 0.21 |  |  | < 0.30 mg/dL | |
| GOT/ASAT | 41 | 21 | 35 | Nam <40 U/L; Nữ < 31 U/L | |
| GPT/ALAT | 16 | 12 | **62\*** | Nam <40 U/L; Nữ < 31 U/L | |
| Natri | 136 | 136 | 138 | 136 - 146 mmol/L | |
| Kali | 3.55 | 3.87 | 4.41 | 3.4 - 5.1 mmol/L | |
| Định lượng Clo | 102 | **97\*** | 102 | 98 - 109 mm01/L | |
| Định lượng Calci toàn phần | 2.23 | 2.51 | 2.32 | 2.10-2.55 mm01/L | |
| Phản ứng CRP | **29 \*** | **44.4\*** | **17.7\*** | <5 mg/L | |
| Lipase máu | **312** | **598.14\*** | **321\*** | < 67 U/L | |

Lipase máu ngày 3/6 125.98 UI/L

CRP Tăng: 29 mg/L giảm xuống còn 17 mg/L (ngày 1/6)

Kết quả xét nghiệm cho thấy có CRP tăng, Lipase máu tăng kết hợp với bệnh cảnh lâm sàng đau bụng cấp điển hình trên bênh nhân này => **Chẩn đoán được Viêm tuỵ cấp**

Triglycerid trong giới hạn bình thường nên không nghĩ đến tình trạng viêm tụy cấp do tăng Triglycerid

Ure 35.95 mg/dL > 25, thỏa 1 tiêu chuẩn SIRS (Bạch cầu > 10k) , tuổi <60, X quang không thấy tràn khí màng phổi, => BISAP thỏa 1 tiêu chuẩn => Viêm tụy cấp không nặng.

Creatinine: 0.86 mg/dl, không có tình trạng suy giảm chức năng thận

Men gan trong giới hạn bình thường

**2. Huyết học (ngày 24/5/2022)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả**  **24/5** | **Kết quả**  **28/5** | **Kết quả**  **1/6** | | | **Khoảng tham chiếu** | |
| WBC | | **11.97 \*** | | **10.36\*** | 4.29 | 4 - 10 G/L |
| NEU % | **80.6 \*** | **79.8\*** | 49.9 | | | 45 - 75% N | |
| NEU# | **9.64 \*** | **8.27\*** | 2.14 | | | 1.8 - 7.5 N | |
| - LYM% | **11.9 \*** | **9.8\*** | 32.2 | | | 20 - 35% L | |
| - LYM# | 1.42 | 1.02 | 1.38 | | | 0.8 - 3.5 L | |
| - MONO% | 5.3 | 9.0 | **12.1\*** | | | 4 - 10% M | |
| - MONO# | 0.64 | 0.93 | 0.52 | | | 0.16 - 1.0 M | |
| - EOS% | 1.8 | 1.0 | 4.2 | | | 1 - 8% E | |
| - EOS# | 0.22 | 0.1 | 0.18 | | | 0.01 - 0.8 E | |
| - BASO% | 0.4 | 0.4 | 1.6 | | | 0 - 2% B | |
| - BASO# | 0.05 | 0.04 | 0.07 | | | 0 – 0.2 B | |
| - LUC% |  |  |  | | |  | |
| - LUC# |  |  |  | | |  | |
| - IG% | 0.4 | 0.3 | 0.2 | | | 0.16 - 0.61 % | |
| RBC | 4.90 | 5.31 | 4.36 | | | 3.8 - 5.5 T/L | |
| HGB | 143 | 155 | 126 | | | 120 - 175 g/L | |
| HCT | **0.432** | **0.466** | **0.397** | | | 0.35 - 0.53 L/L | |
| MCV | 88.2 | 87.8 | 91.1 | | | 78 - 100 fL | |
| MCH | 29.2 | 29.2 | 28.9 | | | 26.7 - 30.7 pG | |
| MCHC | 331 | 333 | **317\*** | | | 320 – 350 g/L | |
| CHCM |  |  |  | | |  | |
| RDW | 14.7 | 14.3 | 14.6 | | | 12-20% | |
| HDW- |  |  |  | | |  | |
| NRBC % | 0.0 | 0.0 | 0.0 | | | 0.0-2.0 % | |
| NRBC# | 0.0 | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 - 2.0 G/L | |
| PLT | 197 | 195 | 180 | | | 150 - 450 G/L | |
| MPV | 9.5 | 9.9 | 10.3 | | | 7-12 fL | |
| PDW |  |  |  | | |  | |
| Thời gian Prothrombin (PT,TQ) bằng máy tự động |  |  |  | | |  | |
| - PT | 12.9 |  |  | | | 11.1 giây – 15,2 giây | |
| - PT % | 100.0 |  |  | | | 70-140% | |
| - INR | 1.0 |  |  | | | 0.8-1.2 | |
| - PT (bn)/PT (chứng) | 1.0 |  |  | | | 0.8-1.2 | |
| Thời gian thromboplastin hoạt hoá từng phần (APTT) |  |  |  | | |  | |
| . APTT | 30.7 |  |  | | | 25.1-36.5 giây | |
| . APTT (bn)/APTT (chứng) | 1.02 |  |  | | | 0.8-1.2 | |
| Định nhóm máu hệ ABO thuận nghịch và Rh (D) (bằng phương pháp Gelcard) |  |  |  | | |  | |
| Nhóm máu ABO | O |  |  | | |  | |
| Rh(D) (gel card) | Dương tính |  |  | | |  | |

Hct 43.2% -> xấp xỉ mức 44% có yếu tố nguy cơ của thiếu dịch => vẫn có yếu tố nguy cơ tiến triển

**3. Miễn dịch**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Khoảng tham chiếu** |
| **24/5/2022** | Troponin T hs | 7.63 | <14 ng/L |
| **28/5/2022** | Định lượng Pro-calcitonin | 0.037 | < 0.5 ng/mL | |
| **1/6/2022** | Định lượng Pro-calcitonin | 0.026 | < 0.5 ng/mL | |

Loại trừ Nhồi máu cơ tim cấp.

**4. Siêu âm bụng (ngày 24/5/2022)**

GAN: Không to, đồng nhất, bờ đều. Các TM trên gan và TM của bình thường

ĐƯỜNG MẬT: Trong gan không giãn. OMC đoạn đầu d# 9mm, đoạn sau khảo sát giới hạn.

TÚI MẬT: Không to, thành trước có polyp d#3mm

LÁCH: Không to, đồng nhất.

LÁCH: Vùng đầu tụy: Không thấy rõ nhu mô, có cấu trúc phản âm hỗn hợp KT# 54x57mm.

TỤY: Thân tụy d# 13mm, nhu mô có vài nốt đóng vôi nhỏ, đuôi tụy khảo sát giới hạn. Không thấy thâm nhiễm mỡ quanh tụy.

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.

TUYẾN TIỀN LIỆT: 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

Chẩn đoán:

- ***Polp túi mật***

***- Cấu trúc phản âm hỗn hợp vùng đầu tụy chưa loại trừ nang giả tụy / theo dõi viêm tụy mạn***

=> Tụy có vài nốt đóng vôi nhỏ => hình ảnh của viêm tụy mạn

**5. CT bụng chậu có cản quang (ngày 24/5/2022)**

\* Gan và đường mật :

- Gan : Không to, bờ đều.

- Nhu mô gan : Không phát hiện hình ảnh tổn thương.

- Đường mật : Dãn nhẹ đường mật trong gan hai bên, ống gan phải # 6mm, ống gan trái # 6mm, ống mật chủ d # 11mm,

- Túi mật: Không to. Lòng chứa dịch đậm độ cao.

\* Tụy:

- Kích thước tụy: đầu # 20 mm, thân # 20mm, đuôi # 19mm, đậm độ không đồng nhất, đóng vôi rải rác, kèm giãn ống tụy chính d ≤ 12mm, bị chèn ép tại vùng đầu tụy, tại đây có 02 ổ tụ dịch có thành mỏng, bờ đều, KT1 # 53x47mm, KT2 # 24x26mm, chứa dịch không đồng nhất, chèn ép ống mật chủ gây dãn đường mật trong và ngoài gan. Thâm nhiễm mỡ quanh tụy.

\* Lách:

- Không thấy bất thường đậm độ nhu mô lách.

\* Thận và niệu quản:

- Không thấy bất thường đậm độ nhu mô thận hai bên.

- Đài thận, bể thận và niệu quản hai bên : Không giãn.

\* Mạch máu:

- Không thấy bất thường mạch máu

\* Hạch :

- Không phát hiện hạch to

\* Ghi nhận khác :

- Thoái hóa cột sống thắt lưng.

- Không thấy dịch tự do ổ bụng.

- Tổn thương xơ rải rác mặt lưng thùy dưới hai phổi.

KẾT LUẬN:

***Hình ảnh gợi ý viêm tụy cấp (mCTSI 4 điểm) + 02 ổ tụ dịch hoại tử thành hóa đầu tụy chèn ép ống mật chủ gây dãn đường mật trong và ngoài gan/ Theo dõi viêm tụy mạn.***

=> Thâm nhiễm mỡ quanh tụy: Hình ảnh Viêm tụy cấp

=> 2 ổ tụ dịch thành mỏng, bờ đều, không đồng nhất Hình ảnh của biến chứng tại chỗ của VTC: hoại tử hóa thành đầu tụy => Viêm tụy cấp mức độ trung bình nặng

=> Tụy có nốt đóng vôi nhỏ + dãn ống tụy chính: Hình ảnh của viêm tụy mạn, phù hợp với tiền căn bệnh nhân viêm tụy cấp cách đây 6 tháng + tiền căn uống rượu nhiều

=> Nguyên nhân VTC do sỏi: đường mật chủ kích thước 11mm => dãn nhưng không thấy sỏi, không loại trừ khả năng sỏi ống mật chủ gây dãn ống mật chủ nhưng đã tự rơi vào tá tràng.

**XIV: Chẩn đoán xác định:**

Viêm tụy cấp tái phát, mức độ trung bình nặng, ngày 2, có yếu tố tiên lượng nặng, biến chứng hoại tử thành hóa đầu tụy, theo dõi viêm tụy mạn.

**XV: Điều trị**

1. Nguyên tắc điều trị:

* Bù dịch
* Giảm đau
* Cho tuỵ nghỉ ngơi: nhịn ăn tạm thời
* Theo dõi và xử trí biến chứng
* Điều trị nguyên nhân

1. Ban đầu:

* Nhịn ăn uống tạm thời
* Bù dịch + Dinh dưỡng:
  + Lactate Ringer 500ml 1 chai x 4 TTM XXX giọt/phút
  + Glucose 10% 250 mL 1 chai x 4 TTM XXX giọt/phút

Mục tiêu bù dịch để duy trì:

* + Mạch < 120 l/p
  + HA trung bình 65- 85 mmHg
  + HCT:35-44%
  + Nước tiểu> 0.5-1 ml/kg/h
  + BUN cải thiện
* Meperidine 100mg ½ ống x 3 TB
* Theo dõi: Sinh hiệu – lượng nước tiểu mỗi 12h; Hct sau 12h; BUN mỗi 24h; CRP, ion đồ sau 48h.

1. Điều trị hiện tại (ngày 9 của bệnh)

* Tập ăn lại, uống đủ nước, chế độ thức ăn mềm, ít chất béo (khởi đầu bằng nước đường => cháo đường)
* Paracetamol 500mg/100ml 1 chai x 3 TTM XX giọt/phút
* Theo dõi: Sinh hiệu – lượng nước tiểu mỗi 12h.