## BỆNH ÁN NỘI KHOA

## (Thi thầy sẽ hỏi lòng vòng trong này)

# Hành chính

Họ tên: Âu Văn T. Giới tính: Nam

Tuổi: 45 tuổi (1975).

Địa chỉ: Đạ Tẻh, Lâm Đồng.

Nghề nghiệp: Nông dân

Ngày NV: 21h09p 06/11/2020 - Giường 12 phòng 02 khoa Nội Tiêu Hóa

Bệnh viện Chợ Rẫy

# Lý do nhập viện: Nôn ra máu.

# (LDNV đã quá rõ ràng rồi, không cần phân biệt với ho ra máu.

# Một số trường hợp cần phân biệt như HRM sét đánh: Dãn phế quản,…

# Ca này thì ko cần CĐPB vì quá rõ rồi

# Bệnh sử:

- Cách NV 3 tháng, BN thấy mặc quần chật, bụng to dần, không căng tức, không khó thở -> tự uống thuốc nam, đi tiểu nhiều, lượng # 2L/ngày, thấy bụng bớt to.

- Cách NV 1 ngày, sau ăn khoảng 5h BN đang đứng thì cảm thấy hoa mắt, chóng mặt, vừa ngồi xuống thì nôn ra khoảng 600ml máu đỏ tươi, loãng, không lẫn thức ăn (không lẫn thức ăn có thể do từ thực quản:

+ **Máu tươi, nhiều, ko lẫn thức ăn** (có thể búi dãn to, vỡ đột ngột) => Vùng cao, thực quản nhiều hơn

+ Một số trường hợp (có thể do búi dãn nhỏ, chảy máu rỉ rả): **không nôn máu đỏ tươi, mà đi cầu phân đen** => Không loại trừ được từ đường thực quản)

sau nôn thấy choáng váng, chóng mặt không đổi => Nhập cấp cứu BV II Lâm Đồng.

- Tại BV II Lâm Đồng: tỉnh, niêm nhợt, mạch và huyết áp ổn.

* CLS:
  + Nội soi: Trướng TM TQ độ III.
  + Hct 26,2%.
* Chẩn đoán: XHTH trên do vỡ dãn TM thực quản/Xơ gan do rượu
* Điều trị:
  + Ceftriaxone x 2g/ngày (điều trị dự phòng VPMNKNP, nhưng liều hơi cao, đây là liều điều trị rồi, mà thực ra liều điều trị phải là 3-4g/ngày),
  + Camic 250mg x 4 ống (Acid tranexamic 250mg/5ml)
  + Octreotide 0.1mg x 10 ống (là chất bán tổng hợp, gần tương tự somatostatin, gây co mạch. Khi tăng áp cửa, sẽ dãn mạch máu tạng. Octreotide gây co mạch để điều tiết lượng máu về tạng).

Ngoài ra trong XHTH người ta còn có thể xài Terlipressin (bản chất là một vasopressin) để điều trị.

* + Vitamin K 10mg x 4 ống (lúc này ko có vai trò gì cả, vì khi tiêm thì 3 ngày sau mới có tác dụng kích thích tổng hợp các yếu tố đông máu)

=> Chuyển BV Chợ Rẫy.

Tại sao phải điều trị dự phòng VPMNKNP?

* Khi gan đã suy rồi thì hệ miễn dịch suy giảm rất nhiều, TB Kupffer suy yếu.
* Khi các búi TM vỡ tạo đường vỡ cho VK vào máu: đưa đến du khuẩn huyết, viêm phúc mạc
* Liều điều trị: Ceftriaxone ~~1g~~ TTM x7 ngày (Slide cô MD là 2g/ngày)

Khi BN XHTH, đáp ứng tuỷ xương có thể khiến WBC tăng cao

- Trong thời gian bệnh: BN ăn uống kém, mệt mỏi, không ăn tiết canh, không chảy máu cam, không sốt, không sụt cân, không đau bụng, không ợ hơi, ợ chua, da không vàng, không phù chân, không đau ngực, không ho, không khó thở, tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong.

- Tình trạng lúc NV:

+ Sinh hiệu: Mạch: 88 lần/phút (chưa tăng nhiều), Nhiệt độ: 37.6oC, Huyết áp: 100/60 mmHg (hơi thấp), Nhịp thở: 20 lần/phút.

+ BN tỉnh, niêm hồng nhạt

* Diễn tiến lâm sàng:

Ngày 1: BN không nôn, hoa mắt, chóng mặt giảm nhiều, xuất hiện tiêu phân đen 1 lần/ngày, lượng 100g, tiểu 1L/ngày, nước tiểu vàng trong.

Ngày 2: BN không nôn, không hoa mắt, không chóng mặt, tiêu phân vàng, sệt, tiểu 1L/ngày, nước tiểu vàng trong.

# Tiền căn

## Bản thân

Nội khoa

* Năm 2016, BN tiêu phân đen -> NV bệnh viện Lâm Đồng, được chẩn đoán xơ gan do rượu (thực ra xơ gan do rượu điều trị chủ yếu là NGƯNG RƯỢU thôi, chứ mấy điều trị khác không hiệu quả gì cả), sau đó không điều trị, tự ý uống thuốc nam thuốc bắc.
* Chưa ghi nhận tiền căn VLDD-TT trước đây.
* Chưa ghi nhận tiền căn viêm gan B, C, không chích ngừa viêm gan B.
* Ghi nhận xăm mình (chưa loại trừ được HBV, HCV: ngoài ra còn qua đường tiêm chích, và QHTD)
* Không ghi nhận tiền căn viêm loét DD-TT, đau thượng vị liên quan bữa ăn, ợ chua, ơ hơi.
* Không ghi nhận tiền căn bệnh lí THA, ĐTĐ, các bệnh về xương khớp.

Ngoại khoa

* Không phẫu thuật, chấn thương.

Thói quen

* HTL 26 gói x năm (mỗi ngày 1 gói x 26 năm)
* Uống rượu 80g rượu (cồn)/ngày (1 ngày uống 6-7 lon bia => 10g cồn/lon) trong 26 năm, đã ngưng rượu 2 năm nay

**Định nghĩa uống rượu nhiều mới:**  Nam: >60g cồn/ngày, Nữ: >40g cồn/ngày

**Lượng cồn:** Bia 10g cồn/lon, rượu đế 10g cồn/ly (ly 30-40ml)

BN uống không mỗi ngày trong tuần, ta tính lượng cồn khi uống, chia đều lại cho 7 ngày trong tuần.

Người ta phải uống **rượu nhiều** (nam >60g cồn/ngày) kéo dài **>20 năm** mới gây Xơ gan do rượu

* Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn.

## Gia đình

* Không ghi nhận.

# Lược qua các cơ quan (9h ngày 10/11/2020)

* Không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực, không khó thở, không ho.
* Bụng to, không đau bụng, tiêu phân vàng.
* Nước tiểu vàng trong, không gắt buốt, lượng 1l/ngày.
* Không đau đầu, không chóng mặt, không yếu liệt chi, không đau khớp.
* Không phù chân, không sốt.

# Khám: (9h sáng ngày 10/11/2020)

### Tổng quát:

* BN tỉnh tiếp xúc tốt, da niêm hồng nhạt.
* Sinh hiệu: mạch 84 lần/phút, huyết áp 120/80 mmHg, nhịp thở 18 lần/phút, nhiệt độ 37oC.
* Móng trắng.
* Không run vẫy

Tình trạng run cơ có trong Bệnh não gan, nhưng một số BN uống rượu nhiều vẫn có thể xảy ra

Cách khám:

* Giơ 2 tay, cổ tay duỗi 90 độ, các ngón tay duỗi, dạng tối đa => Run
* Nói BN giữ tư thế đó, BN càng cố gắng thực hiện thì rung càng nhiều

Phân biệt với: cường giáp, Parkinson

* không co cơ Dupuytren.

Cách khám:

* Cơ mô cái và mô út teo
* Viêm gân cơ ngón 4, 5 => 2 ngón 4, 5 hơi co
* Vú to, quầng vú thâm, núm vú to.
* Không phù, da không vàng, kết mạc mắt không vàng.
* Không môi khô, lưỡi dơ.
* Hạch ngoại biên không to
* Không sao mạch.
* Lòng bàn tay son.
* Ngoài ra phải tìm dấu hiệu dãn mao mạch: nhìn thấy những mao mạch nhỏ li ti ở trên 2 má BN toả ra => Mặt đỏ hơn
* Bầm máu ở nơi tiêm chích.
* Cân nặng 60kg, Chiều cao 1m70.

### Đầu mặt cổ

* Cân đối, không biến dạng.
* Tuyến giáp không to, khí quản không lệch.
* Không tĩnh mạch cổ nổi tư thế 45o.
* Tuyến mang tai không to.
* Không chảy máu chân răng, chảy máu cam.

### Lồng ngực:

* Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không co kéo cơ hô hấp phụ.
* Tim: mỏm tim ở liên sườn V đường trung đòn trái, diện đập 1x1 cm2, dấu nẩy trước ngực (-), dấu Harzer (-), T1, T2 đều, rõ, tần số 84 lần/phút, không âm thổi, không tiếng tim bất thường.
* Phổi: rung thanh đều hai bên, gõ trong, rì rào phế nang êm dịu hai phế trường.

### Bụng

* Bụng cân đối, to bè sang 2 bên, rốn lồi, tham gia thở tốt, rốn lõm,
* THBH cửa chủ quanh rốn (phải là THBH cửa-chủ: từ rốn, THBH chủ-chủ: 2 bên hông không nói được)
* Muốn có THBH: phải có sự thông thương TM rốn
* Không có THBH không thể loại trừ Tăng áp lực TM cửa (Trên LS có thể kín đáo, không điển hình)
* Giải pháp:
  + Trên siêu âm, đo kích thước TM lách >12mm (phải đề nghị)
  + Kích thước gan, lách to
* Vết rạn da (-), xuất huyết (-), dấu rắn bò (-), dấu quai ruột nổi (-), sẹo (-)
* Nhu động ruột 8 l/phút, không nghe âm thổi động mạch.
* Gõ đục vùng thấp, vùng đục di chuyển (+).
* Dấu sóng vỗ (+)
* Không đề kháng thành bụng.
* Gan: bờ trên gan khoảng liên sườn V đường trung đòn phải, không sờ được bờ dưới gan.
* Lách: không sờ chạm.
* Thận: Không sờ chạm.

### Thần kinh, cơ-xương khớp.

* Không dấu run vẩy.
* Không dấu thần kinh định vị.
* Không yếu liệt tứ chi.
* Không sưng đỏ, không biến dạng các khớp.

# Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nam, 45 tuổi, nhập viện ngày 6/11/2020 vì nôn ra máu. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

* TCCN:
* Bụng to từ 3 tháng đến nay
* Nôn ra máu, tiêu phân đen, hoa mắt, chóng mặt, choáng váng.
* TCTT:
* Niêm hồng nhạt, Bụng gõ đục vùng thấp, vùng đục di chuyển, dấu sóng vỗ.
* Móng trắng, nữ hóa tuyến vú, bầm máu nơi tiêm truyền, lòng bàn tay son.
* Tiền căn:
* Xơ gan (4 năm)
* Nghiện rượu, uống 80g rượu/ngày trong 26 năm.

# Đặt vấn đề

1. Xuất huyết tiêu hóa trên, độ II, ổn (phải hỏi tính chất phân: nếu phân vẫn còn đen, sệt thì có thể XHTH vẫn còn chảy)
2. HC suy tế bào gan.
3. Phải đặt vấn đề HC tăng áp lực TM cửa (chỉ cần THBH cửa-chủ là đủ)
4. Tiền căn xơ gan 4 năm

# IX) Chẩn đoán sơ bộ (Lúc NV)

Xuất huyết tiêu hóa trên độ II, đang tiến triển (đối với thầy Hoàng thì cứ chẩn đoán ngay lúc khám, có sao nói vậy, không giống bên Thận), do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản/ xơ gan mất bù do rượu, theo dõi VPMNKNP (nghĩ VPMNKNP ở BN này là hơi áp đặt, vì chưa có dấu chứng gì hết)

Ngày nay người ta thống nhất: Tất cả các ca XHTH trên do Vỡ dãn TMTQ/Xơ gan báng bụng, bắt buộc phải dùng KS dự phòng.

Nếu không dự phòng KS có thể gây: VPMNKNP, sau đó thúc đẩy Bệnh não gan, AKI

# Chẩn đoán phân biệt (Lúc NV)

Xuất huyết tiêu hóa trên độ II, đang tiến triển, do loét dạ dày- tá tràng/ xơ gan mất bù do rượu, VPMNKNP

Ngoài ra trên BN Xơ gan có thể XHTH do:

* Dị dạng MM  
  => HC Dơ la khoa :V (HC Dieulafoy) (Dị dạng MM ở thân/tâm vị, xuất huyết rất nặng, có thể tụt HA luôn)

# Biện luận (Lúc NV)

## Xuất huyết tiêu hóa trên, độ II, đang diễn tiến (lúc nhập viện)

**Thầy dặn:** Thi với thầy chỉ nêu lên những nguyên nhân nào có thể xảy ra thôi, không nói hoàn toàn giống trong sách.  
=> Nói rập khuôn các nguyên nhân như trong sách **THẦY CHO RỚT LUÔN**.

Ca này đủ để kết luận BN Xơ gan rồi (có 2 hội chứng)

Nguyên nhân:

* Rượu thì ok rồi
* Chưa loại trừ nguyên nhân do HBV, HCV nha

BN nôn ra máu đỏ tươi khi đang ngồi nghỉ, trước đó BN không dùng thức ăn màu đỏ, tiết canh nên nghĩ nhiều XHTH trên

* Lúc nhập viện, BN thấy hoa mắt chóng mặt, khám thấy niêm hồng nhạt, huyết áp 100/60 mmHg, lượng máu nôn khoảng 600ml, Hct BV tuyến trước là 26.2% => Độ II
* Tình trạng lúc nhập viện: BN tỉnh, tiếp xúc tốt, mạch 88l/p, hoa mắt, chóng mặt giảm, còn tiêu phân đen => đang diễn tiến.
* Tình trạng lúc khám: Bn tỉnh, tiếp xúc tốt, không nôn, không hoa mắt, không chóng mặt, tiêu phân vàng 2 ngày, sinh hiệu ổn, nhu động ruột 8l/p => ổn
* Các nguyên nhân gây XHTH trên có thể:
  + Loét dạ dày: BN không có tiền căn CĐ loét dạ dày và không có triệu chứng loét dạ dày như đau thượng vị cả ngày, tăng khi no. XHTH trong loét dạ dày có thể nôn ra máu đỏ tươi/đỏ bầm, lượng nhiều/ít, có thức ăn hoặc không => Ít nghĩ nhưng không loại trừ => Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng
  + Loét tá tràng: thường không ói ra máu, chỉ tiêu phân đen, có triệu chứng của loét ta tràng như đau khi đói, đau vào ban đêm. BN này không có => Ít nghĩ nhưng không loại trừ => Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng
  + Hội chứng Mallory-Weiss: XHTH thường xảy ra sau nôn nhiều lần, BN này nôn ra máu lần đầu tiên => Không nghĩ
  + Viêm trợt dạ dày xuất huyết: XHTH thường có có yếu tố thúc đẩy như stress, rượu, thuốc, nôn ra máu thường lượng ít. BN ngưng rượu 2 năm nay, tự ổn sau 12-24h => Không nghĩ
  + Vỡ dãn TMTQ do tăng áp cửa: BN này ói ra máu lượng nhiều, máu đỏ tươi không lẫn thức ăn, sau đó tiêu phân đen. BN có tiền căn được chẩn đoán xơ gan. Khám thấy triệu chứng của TALTMC (báng bụng độ II, THBH cửa chủ), HC suy tế bào gan (lòng bàn tay son, bầm máu nơi tiêm truyền, móng trắng, nữ hóa tuyến vú). Có các nguyên nhân gây tăng áp cửa có thể gặp:
    - Huyết khối TMC/TM lách: không nghĩ vì xảy ra BN hậu sản, hậu phẫu nằm lâu, NT nặng.
    - HC Budd Chiari: không nghĩ vì bệnh hiếm, tiền căn có huyết khối, báng bụng lượng nhiều, khó đáp ứng điều trị
    - K gan: không loại trừ **=>** siêu âm bụng + AFP
    - Xơ gan: nghĩ nhiều, do BN có HC suy tế bào gan và HC TALTMC, kèm tiền căn xơ gan 4 năm
      * Mất bù: XHTH do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản, báng bụng độ II
      * Nguyên nhân:
        + VGSV: Ít nghĩ, không có tiền căn VGSV B,C nhưng không chích ngừa VGSV B và có xăm mình **=>**  HBsAg, AntiHCV
        + Rượu: nghĩ nhiều vì BN uống 80g rượu/ngày trong 26 năm => đề nghị AST, ALT, GGT
        + Ứ mật: Không nghĩ vì BN không sậm da, không ngứa, không tiêu phân bạc màu
        + Ứ đồng, sắt: không nghĩ vì không sạm da
        + Suy tim P: Không nghĩ vì không gan to, không phù, ko TMCN 450, không dấu Harzer, không dấu nảy trước ngực
      * Biến chứng:
        + XHTH do vỡ dãn TMTQ: đã biện luận
        + Viêm PMNKNP: BN xơ gan báng bụng kèm xuất huyết tiêu hóa => chọc dịch báng xét nghiệm
        + Bệnh não gan: không nghĩ vì không thay đổi chu kì giấc ngủ, khám không dấu run vẩy
        + Ung thư gan: đã biện luận
        + Tổn thương thận cấp: đề nghị creatinine máu

BN này lâm sàng chưa có dấu hiệu gợi ý VPMNKNP nhưng bắt buộc phải dùng

* KS dự phòng,
* Bù đủ dịch tránh AKI

## HC suy tế bào gan: nghĩ nhiều trong bệnh cảnh xơ gan.

# Đề nghị cận lâm sàng

1. CLS chẩn đoán:

XHTH: CTM, nhóm máu, nội soi thực quản dạ dày tá tràng

Xơ gan: AST, ALT, albumin máu, PT, INR, APTT, Fibrinogen, Bilirubin, AFP, siêu âm bụng, HbsAg, anti HCV

1. CLS thường quy: ion đồ, TPTNT, đường huyết khi đói, BUN, Creatinine, X quang ngực thẳng, ECG.

# Cận lâm sàng

**1. Công thức máu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Xét nghiệm | 07/11/20 | 09/11/20 | Giá trị bình thường |
| RBC | 3.22 | 3.23 | 3.8 – 5.5 T/L |
| HGB | **84** | **87** | 120 – 170 g/L |
| HCT | **27.4** | **27.1** | 34-50 % |
| MCV | 85.1 | 83.8 | 78-100 Fl |
| MCH | 26.2 | 26.9 | 24 - 33 pg |
| MCHC | 308 | 321 | 315 – 355 g/L |
| WBC | 6.53 | 4.1 | 4.0 – 11.0 G/L |
| NEU% | 72.4 | 57.4 | 45 – 75 % |
| NEU# | 4.72 | 2.4 | 1.8 – 8.25 G/L |
| LYM% | 12.1 | 23 | 20 – 40 % |
| LYM# | 0.79 | 0.9 | 0.8 – 4.4 G/L |
| MONO% | 8.9 | 13.6 | 4.0 – 10.0 % |
| MONO# | 0.58 | 0.6 | 0.16 – 1.1 G/L |
| EOS% | 4.9 | 5.1 | 2.0– 8.0 % |
| EOS# | 0.52 | 0.2 | 0.08– 0.88 G/L |
| BASO% | 0.4 | 0.9 | 0.0 – 2..0 % |
| BASO# | 0.02 | 0.0 | 0.0 – 0.22 G/L |
| PLT | **144** | 180 | 200 – 400 K/µL |
| MPV | 8.2 | 8.3 | 7.0 – 12.0 fL |
| RDW – CV | 17.2 | 19.5 | 11.5 – 14.5 % |

**=> Kết luận:**

- Dòng hồng cầu: thiếu máu hồng cầu đẳng sắc đẳng bào mức độ trung bình, phù hợp với xuất huyết tiêu hóa độ II.

* Chỉ truyền máu ở người trẻ: Hb<70g/L, Hct <25% => Mục tiêu: Hb 80-90g/L
* Truyền dịch/máu quá nhiều, quá nhanh có thể làm tăng áp lực trong TM thực quản gây chảy máu tiếp => Duy trì Hb <90 g/L
* Ca này XHTH mức độ TB là không đúng, vì mức độ TB là phải truyền 1-2 đơn vị máu rồi

- Dòng bạch cầu: trong giới hạn bình thường.

- Dòng tiểu cầu: giảm ngày 7/11/2020 vì PLT<150, nghĩ do tăng tiêu thụ trong bệnh cảnh XHTH. (PLT có giảm nhẹ rồi)

**2. Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng:**

- Thực quản: có 3 cột dãn, 1/3 dưới, độ II, màu xanh, RC (+)

- Tâm vị: không dãn tĩnh mạch

- Phình vị: bình thường, tĩnh mạch không dãn

- Thân vị: niêm mạc phù nề, ứ huyết

- Góc BCN: niêm mạc bình thường

- Hang vị: niêm mạc phù nề, ứ huyết.

- Môn vị: tròn đều, co bóp tốt

- Hành tá tràng: bình thường

- D2 bình thường

**=> Chẩn đoán: Dãn TMTQ FII (độ 2), LI, RC (+) Bệnh lý dạ dày do tăng áp cửa.**

**FI (Forrest I): nghe lại…**

**FIII:**

**LI: inferior**

**LS: superior (1/3 trên),**

**LM: giữa**

**RC: Red color: dấu son (dấu hiệu mới xuất huyết)**

**3. Chức năng đông máu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 16/09/20 |  | Giá trị bình thường |
| PT | **13.2** |  | 10-13 |
| INR | **1.28** |  | 1-1.2 |
| Fibrinogen | 2.2 |  | 2-4 |
| APTT | 29.1 |  | 26-37 |
| APTT(R) | 1.06 |  | 0,8-1,2 |

**Kết luận: PT, INR tăng → phù hợp với bệnh cảnh xơ gan**

**Ca này đông máu bình thường**

**INR >1.5 mới có nguy cơ chảy máu**

**4/ Nhóm máu:** O, Rh (+).

**5/ Ion đồ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ion đồ | 07/11 |  |
| Na | **134** | 135-145 mmol/l |
| K | **3.3** | 3.5-5.2 mmol/l |
| Cl | 100 | 98-107 mmol/l |

**Kết luận: Na, K giảm nhẹ nghĩ do BN nhịn ăn**

Trong thuốc nam BN uống có thể có lợi tiểu

=> Kali giảm nhẹ có thể do nguyên nhân này, ngưng uống thuốc nam và tuân thủ điều trị sẽ cải thiện. Nếu Kali giảm nặng <2.5mmol/L thì xử trí coi ở dưới

**6. Albumin máu** 3.3 g/L (3.5 – 5.5 g/dl) 🡪 giảm phù hợp bệnh cảnh xơ gan

**7. Sinh hóa máu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 16/09/20 | Bình thường |  |
| **Đường huyết** | 93 | 70 – 110 | mg/dL |
| **ALT** | **23** | 5-49 | U/L |
| **AST** | **118** | 9-48 | U/L |
| **Bilirubin TP** | 1.08 | 0.2-1.0 | mg/dL |
| **Bilirubin TT** | 0.49 | 0-0.2 | mg/dL |
| **BUN** | 12 | 7 – 20 | mg/dL |
| **Creatinin** | 0.73 | 0.7 – 1.5 | mg/dL |
| **eGFR** | 112.02 | ≥ 90 | ml/min/1.73m2 |

**Kết luận: AST tăng, De Ritis: AST/ALT >2 phù hợp xơ gan do rượu**

* AST > ALT rất nhiều: ông này còn uống rượu nhiều
* GGT nếu cao khoảng vài trăm: chắc chắn ông này còn uống rượu (nói dối làm tim tan nát, nói dối làm trái tim đau :V)

Xơ gan do rượu, uống rượu nhiều: Thiếu acid Folic => Thiếu máu hồng cầu to (MCV>100fL)

**Marker viêm gan:** HBsAg (-) ; AntiHCV (-)

**8. Siêu âm bụng:**

ASCITE: có +++

(BS siêu âm kỹ: coi dịch báng, nếu dịch lợn cợn có thể gợi ý nhiễm trung dịch báng)

DMP: Không

- Gan:

Kích thước: Không to Bờ: Không đều

Cấu trúc: Thô Độ echogen: Kém

- TM cửa, TM trên gan, nhánh gan P, nhánh gan T: không dãn

- Túi mật: không to, vách mỏng, không sỏi

- Ống mật chủ: không dãn, không sỏi

- Lách: không to, không tổn thương khu trú.

- Thận (T), (P) : Bình thường - Bàng quang : Bình thường

- Tử cung, phần phụ: cấu trúc, kích thước bình thường

**=> Kết luận: ASCITE – XƠ GAN**

**9. X-quang ngực:** không phát hiện bất thường

**10. AFB:** 3.9 (<10)

**\* Phân loại theo Child – Pugh**

- Không có bênh não gan: 1đ

- Báng bụng lượng trung bình: 3đ

- Bilirubin máu 1.08 <2 mg/dl: 1đ

- Albumin máu 3.3 (2.8-3.5 g/dl): 2đ

- INR 1.28 (<1.7) : 1đ

=> Tổng cộng 8 điểm → **Child B**

# Chẩn đoán xác định

Xuất huyết tiêu hóa trên, độ II (mức nhẹ - TB thôi, chứ chưa phải độ 2 đâu), ổn, do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản/Xơ gan mất bù Child B do rượu.

# Điều trị (lúc NV)

## Nguyên tắc điều trị:

1. Điều trị XHTH:

* Đánh giá và đảm bảo ABC
* Bồi hoàn thể tích
* Điều trị cầm máu:

+ Bằng thuốc giảm ALTMC

+ Điều trị nội soi

+ Chẹn sonde

* Điều trị khác:

+ Kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng

+ Phòng ngừa hôn mê gan

1. Điều trị xơ gan:

* Loại bỏ nguyên nhân làm tổn thương gan
* Điều trị triệu chứng và biến chứng

## Điều trị cụ thể

* Bù dịch bằng NaCl 0,9% x 2 chai XX giọt/phút

Bù dịch tuỳ theo Huyết áp, Hb, LS bệnh nhân: lượng xuất nhập => Vừa bù vừa theo dõi đáp ứng của BN

* Hb: 80-90g/L
* sBP: 80-100mmHg (nâng cao quá chảy máu tái phát)
* Octreotide 50mcg bolus TM, truyền 50mcg/h

Vấn đề cốt lỗi ca này:

* Phải nội soi, thắt TM bị dãn
* Chờ đợi trước nội soi, dùng thuốc co mạch mạnh: Octreotide, Terlipressin (co mạch mạnh hơn, giá mắc hơn)
* Nội soi để chẩn đoán và điều trị: càng sớm càng tốt, ngay cả khi tình trạng huyết động của BN ổn định, nếu kết quả là dãn tĩnh mạch thực quản thì thắt, còn dãn tĩnh mạch phình vị thì chích xơ
* Duy trì thuốc co mạch trong vòng 3-5 ngày
* Ceftriaxone TM 1g x 7 ngày (child B)
* Phòng ngừa não gan: Lactulose: 10g/gói 1-3 lần 1 ngày chỉnh để BN đi tiêu 2-3 lần 1 ngày
* Sau khi tình trạng xuất huyết đã ổn:

+ **Điều trị báng bụng:** ~~mineralocorticoid 100mg/ngày, tăng dần 100mg/72 giờ, tối đa 400mg/ngày nếu không đáp ứng~~

* Xài Lợi tiểu kháng Aldosterone (Spironolactone), lợi tiểu này còn yếu lắm, nhưng bắt buộc phải xài để tránh mất Kali, và kháng Aldosterone (Vì BN Xơ gan có tình trạng Cường Aldosterone)
* Phải thêm Furosemide

- Xài viên kết hợp: 20mg Furosemide + 50mg Spironolactone (**Gespir** - với tỷ lệ này có thể đủ để thải nước và giữ Kali lại)

- Ở BN có Kali <2.5mEq/L thì không dùng Furosemide (Vì làm mất Kali) mà phải truyền Kali

- Ngoài ra phải duy trì Albumin >3.0 g/dL

+ Dự phòng XHTH tái phát bằng propranolol (không được dùng trong lúc BN đang chảy máu, vì ức chế giao cảm, có thể làm chảy máu nặng hơn)

* Sau lần này dùng Propranolol liên tục suốt đời

**Ngoài ra:**

Dặn dò bỏ rượu

Dinh dưỡng bổ sung (amino acid phân nhánh BCAA)

Có thể dùng thêm thuốc hỗ trợ gan

Dặn dò BN tuân thủ điều trị.

Phải theo dõi ung thư, AFP mỗi 6 tháng

**XV) Tiên lượng:**

Ca này thực sự Xơ gan chưa quá nặng đâu, tuân thủ điều trị có thể hết báng bụng, không XHTH tái phát nữa (đặc biệt là phải ngưng rượu hoàn toàn)

- Tiên lượng gần: tỉ lệ tử vong trong 1 năm: 57% (EASL - 2018)

- Tiên lượng xa: tỉ lệ sống còn 5 năm: 14% (EASL - 2018)