Bệnh án nội khoa

1. Hành chính:  
   - Họ và tên: Nguyễn Phú Q.  
   - Giới: Nam  
   - Tuổi 28  
   - Địa chỉ: TP Vĩnh Long  
   - Nghề nghiệp: chạy xe ôm.  
   - Ngày nhập viện: 16/3/2019.
2. Lý do nhập viện: Đau thượng vị: bệnh 2 ngày.
3. Bệnh sử:  
   - Cách nhập viện 2 ngày, BN đang ăn tối cơm cá kho(Đau bụng kiểu tụy: Sau bữa ăn thịnh soạn)thì khởi phát đau thượng vị liên tục, dữ dội(Đạt đỉnh dữ dội sau bao lâu), lan hạ sườn (P), không tư thế giảm đau(Giảm khi ngồi tư thế cò súng), đau không liên quan hô hấp. BN buồn nôn, Nôn 3 lần, ra thức ăn, không lẫn máu, mùi chua, tổng lượng 700 ml. Sau nôn không giảm đau . BN uống Phosphalugel thì thấy không bớt. Sau 3 tiếng -> NV BV Xuyên Á. Tại BV Xuyên Á. BN được chẩn đoán là VTC: Điều trị nhịn ăn, truyền dịch 2 chai trong 12h, đau thượng vị không giảm, BN nôn 3 lần ra mật vàng, không lẫn máu, tổng lượng 300 ml. Nôn xong đắng miệng, đi tiêu 1 lần 300g phân vàng khuôn không nhầy máu. BN thấy bụng chướng dần -> NV đa khoa Cần Thơ.  
   Giải thích đau bụng kiểu tụy:  
   - Sau bữa ăn thịnh soạn, nhiều dầu mỡ (Chỉ đúng với VTC do sỏi), vì túi mật co bóp khi có dầu mỡ, sỏi k  
   - Sau uống rượu nhiều, đương nhiên.  
   - Đau liên tục, dữ dội.  
   - Đau lan sau lưng  
   - Giảm khi ngồi tư thế cò súng  
   - QUAN TRỌNG LÀ diễn tiến tăng dần và Đạt đỉnh sau 30p (PB với đau ngay lập tức cường độ dữ dội: Thủng tạng rỗng)  
   - Cách nhập viện 1 ngày, tại BV đa khoa Cần Thơ, buồn nôn, nôn 1 lần 20 ml. Đau thượng vị không giảm, đau thượng vị liên tục, lan ra sau lưng, bụng trướng dần, còn trung tiện. Chẩn đoán VTC, điều trị không r  
   Trong quá trình bệnh, BN không sốt, không thấy da vàng, không đau đầu, không khó thở, không ho, không yếu liệt tay chân, không đánh trống ngực. Tiểu vàng trong 1 lít/ngày, không gắt buốt. Không khát nước.  
   Tình trạng nhập viện:  
   Tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm hồng.  
   Sinh hiệu: Mạch: 90 l/p; Huyết áp: 120/80 mmHg; Nhiệt độ 37oC; Nhịp thở: 20 l/p.  
   Tim đều, phổi trong, bụng chướng, Mayo Robson(+)
4. Tiền căn:
   1. Bản thân:
      1. Nội khoa:  
         - BN hiện tại đang không sử dụng thuốc gì.  
         - Chưa từng ghi nhận cơn đau tương tự trước đây.  
         - Chưa từng ghi nhận sỏi mật  
         - Chưa từng ghi nhận đợt vàng da trong quá khứ  
         - Chưa ghi nhận bệnh tim, gan, thận, rối loạn chuyển hóa
      2. Ngoại khoa:  
         - Chưa từng ghi nhận bệnh lý ngoại khoa.
      3. Dị ứng: Không
      4. Nghiện chất:  
         - Hút thuốc lá: 1 gói năm (0.5 gói/ngày \* 2 năm)  
         - Rượu: Không
      5. Sinh hoạt:  
         - Ăn mặn, nhiều dầu mỡ
   2. Gia đình:  
      - Không ghi nhận tiền căn rối loạn lipid máu gia đình.
5. Lược qua các cơ quan:  
   - Tim mạch: không đau ngực, không khó thở  
   - Hô hấp: Không khó thở, không ho  
   - Tiêu hóa: hết nôn, còn trung tiện ít  
   - Tiết niệu: Tiểu vàng trong, không gắt buốt 2 lít/ngày  
   - Thần kinh : Không yếu liệt  
   - Cơ xương khớp: Không đau khớp.
6. Khám lâm sàng: (17/3/2019- N1 sau nhập viện)
   1. Tổng quát:   
      - Tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm hồng.  
      - Sinh hiệu: Mạch: 80 l/P ; Huyết áp 130/80 mmHg; Nhiệt độ: 37oC; Nhịp thở: 20 l/p.  
      - CC: 1m7 CN 95 kg, BMI 32 Béo phì độ I  
      - Kết mạc mắt không vàng, hạch ngoại biên không sờ chạm, xuất huyết dưới da(-)
   2. Khám cơ quan
      1. Ngực:  
         Lồng ngực, cân đối, di động theo nhịp thở, không u sẹo, không nhìn thấy diện đập mỏm tim  
         Tim:   
         - Mỏm tim liên sườn 5 đường trung đòn (T). Diện đập 1\*2cm2.  
         - T1, T2 đều rõ, tần số 80 l/p, không âm thổi.  
         Phổi:  
         - Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường.  
         - Gõ trong.  
         - Rung thanh cân xứng 2 bên.
      2. Bụng:   
         - Bụng lồi, di động theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không u sẹo.   
         - Nhu động ruột 1 lần/p. Không ghi nhận âm thổi động mạch thận  
         - Gõ vang  
         - Ấn đau thượng vị. Murphy (-), McBurney(-). Mayo Robson (+) ~~bên trái~~.  
         - Gan lách khó sờ. Rung gan(-)
      3. Đầu mặt cổ:  
         - Cân đối, không u sẹo.  
         - Môi khô(-), lưỡi dơ(-).  
         - Khí quản không lệch  
         - Tuyến giáp không to
      4. Thần kinh cơ xương khớp:  
         - Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.  
         - Không yếu liệt, không giới hạn vận động.  
         - Các khớp không biến dạng, sưng nóng đỏ đau(-)
7. Tóm tắt bệnh án:  
   BN nam 28 tuổi, nhập viện 14/3/2019 vì đau thượng vị, bệnh 1 ngày, có các bất thường sau:  
   TCCN:   
   - Đau thượng vị.  
   - Nôn,Sau nôn không giảm đau  
   TCTT:  
   - BMI 32: béo phì độ I.  
   - Bụng chướng hơi.  
   - Mayo Robson (+)  
   TC  
   - Ăn mặn, ăn nhiều dầu mỡ.
8. Đặt vấn đề:  
   - Đau thượng vị Cấp + nôn(Vì cái nôn này là Triệu chứng đi kèm)  
   - ~~Nôn~~  
   - ~~BMI 32 kg/m~~~~2~~Béo phì độ I  
     
   Giải thích:  
   - Phân biệt đau TV cấp và mạn. Nếu cấp thì phải loại trừ ngoại khoa, theo dõi sát. Nay ko dùng tiêu chuẩn thời gian nữa. Xưa: cấp 7 ngày, nhưng nay: 1.bệnh mới khởi phát trong thời gian gần đây. 2.Trước h chưa từng đau như vầy, hoặc bị rồi nhưng tính chất thay đổi e.g kéo dài hơn, dữ dội hơn. “Mới khởi phát gần đây” là quan trọng. Mạn thì không cần loại trừ ngoại khoa nữa  
   - Vấn đề thứ 2 là nôn: có nên để, hay đau TV cấp + nôn. TC kèm theo đau bụng thường là sốt, nôn, đi tiêu. Như vậy nôn nên để chung vấn đề luôn. Quan trọng là tính chất nôn chứ ko phải đặt nôn ra rồi BL tùm lum nguyên nhân. Ngầm hiểu các TrC đó nằm trong bệnh đau TV (chướng bụng, Mayo-Robson) nhưng do nôn rõ nên đặt thêm luôn.  
   - Tóm lại BN có 2 vấn đề: Đau TV cấp + nôn và BMI cao. ĐVĐ phải từ triệu chứng, hội chứng chứ ko thể đặt là “viêm tuỵ cấp” hay “xơ gan”.
9. Chẩn đoán:  
   Chẩn đoán sơ bộ: VTC ngày 2 do tăng triglyceride, chưa biến chứng, ~~thể~~ Mức độ nhẹ Theo ATLANTA 2013.  
   Chẩn đoán phân biệt:   
   - VTC ngày 2 do sỏi mật, chưa biến chứng, thể nhẹ  
   - Viêm loét dạ dày.  
   Sơ đồ chẩn đoán:  
   1. Loại trừ mấy nguyên nhân nội, ngoại khoa khác  
   2. Ngày thứ mấy  
   3. Mức độ.  
   4. Yếu tố tiên lượng nặng  
   5. Biến chứng là gì  
   6. Nguyên nhân  
   1. Chẩn đoán xác định VTC: là chẩn đoán loại trừ sau đã loại các nguyên nhân ngoại khoa, nội khoa khác. Nếu dựa vào sách bệnh học nội khoa thì chắc chắn là thiếu.   
   - Ngoại khoa bắt buộc phải loại trừ: (áp xe gan vỡ mới là ngoại khoa). Còn thiếu nhồi máu mạc treo và phình bóc tách ĐM chủ bụng (dễ bỏ sót trên lâm sàng). Viêm phúc mạc, tắc ruột, viêm ruột thừa, viêm túi mật cấp do sỏi. Phải đưa ra xong biện luận.  
   - Nội khoa: NMCT thành dưới. (Viêm gan hiếm gây đau TV, thường là hạ sườn P). Còn thiếu NHIỄM TOAN CETON: giả bụng ngoại khoa, nôn rất nhiều, đau bụng dữ dội (hỏi 4 nhiều).   
   \*Tóm lại: loại trừ NN ngoại và nội khoa khác.  
   \*Nghĩ VTC, hai là viêm loét DDTT.   
   2/ Ngày: tại sao xơ gan ko ghi năm thứ mấy? Là do VTC có những biến chứng xuất hiện sớm hoặc muộn (eg hoại tử nhiễm trùng: ngày thứ 10).   
   - Diễn tiến tự nhiên VTC có 2 giai đoạn: sớm (1 tuần đầu) và muộn (vài tuần - tháng). 75% chỉ ở giai đoạn 1: biến chúng suy cơ quan do SIRS (thận, hô hấp) còn tuần 2 thì thường đã ổn định, XV hoặc có b/c tại tuỵ. BN này ngày 2 nên ở gđ 1 thì biết sẽ có b/c gì. Như vậy giúp ích cho điều trị.  
   3/ Mức độ: bắt buộc phải ghi ra, do VTC phân theo Atlanta 2013. Nhẹ, trung bình nặng và nặng (sách là cũ rồi). Hiện giờ chưa thấy suy cơ quan, chưa biến chứng tại chỗ thì ghi mức độ nhẹ. Dựa vào những giờ đầu.   
   4/ Yếu tố tiên lượng nặng: Dùng Ranson (chị ko thích do quá cũ và quá phức tạp, trên LS ko ai áp dụng). Nhưng mà đi thi thì phải thuộc (chị ko hỏi cứ thầy cô khác hỏi). BISAP: áp dụng rất nhiều, đơn giản dễ nhớ, tiên lượng chính xác. Glasgow: cũng khó nhớ. Tiêu chuẩn HCT và CRP và những cái khác eg SIRS. Nếu có CLS thì CT. Thường trên LS ko đủ nói do phụ thuộc nhiều vào CLS.   
   5/ Biến chứng: 1 số quan điểm CĐ biến chứng để nhớ bài, chứ thực ra mức độ eg thể nhẹ thì ko có b/c. Nhưng nếu trung bình - nặng thì phải nói ra eg tụ dịch quanh tuỵ.   
   6/ Nguyên nhân (cuối cùng)
10. Biện luận:  
    - Đau thượng vị:  
    + Ngoại khoa:  
     Thủng ổ loét dd tt(-): Đau thượng vị liên tục, khởi phát đột ngột(+), nôn ói(+), bí trung đại tiện(+). bụng cứng như gỗ giai đoạn đầu(-), giai đoạn sau sốt tăng cao(-), phản ứng thành bụng(-).  
     Viêm ruột thừa(-): Cơn đau thượng vị liên tục, đau di chuyển đến hố chậu (P) sau 6-10h(-), nôn (+\_), tiêu chảy (+\_). Sốt cao lạnh run vào giai đoạn muộn (-).McBurney(-)  
     Tắc ruột(-): Đau quặn cơn(-); nôn(-); Bí(-); trướng(+).  
     Viêm túi mật cấp do sỏi (-): Đau quặn cơn(-) hoặc đau liên tục(+), sôt cao lạnh run(-); Murphy(-)  
     Áp xe gan vỡ(-): Sờ gan to, bờ tù, mật độ chắc(-); rung gan (-).  
     Nhồi máu mạc treo(-):  
     Phình bóc tách động mạch chủ  
     Viêm phúc mạc  
    + Nội khoa:   
     Loét DD(+): Đau thượng vị(+) liên tục; Nôn(+). Tiền căn có cơn đau tương tự(-). Yếu tố thúc đẩy(Rượu, stress, nsaids)(-). TH không điển hình có loét câm.  
     VP(-): Đau liên quan tới nhịp thở; sôt(-), ho khác đàm(-).  
     VG(-): Sốt(-), đau tức hạ sườn (P)(-); vàng da(-).  
     VTC(+): Cơn đau kiểu tụy(+), nôn nhiều, sau nôn không giảm đau(+), chướng bụng(+).  
     Nguyên nhân:  
     Sỏi(+): BN có tiền căn sỏi mật, nhất là sỏi bùn, sỏi nhỏ dưới 3mm(-), VD (-). BN này chưa từng được siêu âm.  
     Tăng TG(+): BN này béo phì, BMI 32 kg/m2. Tiền căn ăn nhiều đồ ăn dàu mỡ(+), TC RL lipid máu (+\_)  
     Rượu(-): Không uống rượu, trung niên tới (-).  
     Thuốc(-): Không dùng gần đây  
     Biến chứng:  
     Toàn thân: SIRS(-), tuy nhiên BN này có 1 ytnc của VTC nặng là BMI >30  
     NMCT thành dưới  
     Nhiễm toan Ceton : Giả bụng ngoại khoa, nôn rất nhiều, đau bụng dữ dội. Tiền căn nếu chưa có Chẩn đoán ĐTD thì có 4 nhiều  
    - Nôn:  
     Nằm trong bệnh cảnh VTC(+) và loét DD-TT:   
     Ngoài bệnh cảnh VTC và loét DD:  
     + Thần kinh:   
     Migraine(-): Đau đầu trước nôn(-).  
     RL mũi hầu(-): Chóng mặt, buồn nôn, nôn.  
     Sang thương não(-): Nôn vọt, dấu thần kinh định vị(-).  
     + Tâm thần(-):  
     + Chuyển hóa:  
     Suy thận(+\_):BN này có đau bụng không phù hợp. Tuy nhiên Không thể loại trừ bằng lâm sàng đơn thuần,  
     Đái tháo đường(+-): YTNC ĐTĐ type 2(+), Người nhà có ĐTD(-): Không thể loại trừ bằng LS đơn thuần.  
     RL điện giải(-): Thường biểu hiện trước bằng triệu chứng thần kinh(-).
11. Đề nghị cận lâm sàng:  
    CLS chẩn đoán: Công thức máu, Amylase, Lipase, CT scan bụng chậu không cản quang., Nội soi dạ dày tá tràng, Triglyceride,   
    CLS tiên lượng: BUN, Creatinin, Xquang ngực thẳng, AST ALT, đường huyết.  
    - Thường quy: CTM, BUN cre, TPTNT, ... (bắt buộc nói thường quy trước ko thôi quên).  
    BN này chụp CT? Chỉ định: ko giảm sau 48h-72h. Do siêu âm bụng cũng có thể thấy tuỵ phù nề, tụ dịch quanh tuỵ. BN vô thì SÂB trước tiên (tuỵ, đường mật). Bất cứ nơi nào cũng làm được. Thấy BN ko đáp ứng thì bắt buộc chụp CT. Hoặc BN chướng hơi quá thì bắt buộc chụp. Hoặc nghi ngờ có biến chứng eg viêm tuỵ hoại tử: chụp ngay từ đầu. (CT phải là CT cản quang mới thấy được vùng tụy hoại tử không bắt thuốc)Chứ ko phải BN nào cũng đè ra chụp hết. Và chụp có cản quang mới có ý nghĩa.   
    - Thiếu CRP: có ý nghĩa: sau khới phát 48h là trên 150. Sau bệnh not sau khởi phát (coi chừng nhầm lẫn: sau đau 48h thì làm CRP xem có trên 150 ko). Có thể đợi đủ 48h. Còn nếu BN NV sau 3 ngày thì làm luôn.   
    - BN này có biến chứng tại chỗ: Atlanta trung bình - nặng. Suy cơ quan thì nên dựa vào Marshall. Nhưng phức tạp nên chỉ dựa vào 3 cái: tim mạch, hô hấp, thận. PaO2/FiO2, Crea, HA max. BN này đánh giá ko có suy cơ quan.   
    - Thực tế trên LS ko làm Ca, LDH. Về VTC thì chỉ cần tăng triglycerid thì điều chỉnh trước, có thể đề nghị bilan lipid máu sau khi BN ổn.
12. Kết quả CLS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | KẾT QUẢ | ĐƠN VỊ |
| RBC | 4,53 | T/L |
| HGB | 150 | g/L |
| HCT | 41,1 | % |
| MCV | 90,9 | fL |
| MCH | 33,1 | pg |
| MCHC | 364 | g/L |
| CHCM | 339 | G/L |
| WBC | 9,64 | G/L |
| %NEU | 73,6 | % |
| NEU | 7,1 | G/l |
| %LYM | 19,7 | % |
| LYM | 1,9 | G/L |
| %MONO | 3,3 | % |
| MONO | 0,32 | G/L |
| %EOS | 0,3 | % |
| EOS | 0,03 | G/L |
| %BASO | 0,4 | % |
| BASO | 0,03 | G/L |
| %LUC | 2,7 | % |
| PLT | 132 | G/L |
| MPV | 10,5 | fL |
| PT | 16,8 | Giây |
| INR | 1,33 |  |
| FIB | 6,49 | g/L |
| APTT | 30,2 | Giây |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Đường huyết | 215 | mg/dL |
| ALT | Không xác định do huyết thanh đục |  |
| AST | Như trên |  |
| Amylase máu | 150 | u/L |
| BUN |  |  |
| Creatinin | 0,99 | mg/dL |
| eGFR | 103,22 | mL/phút/1,73m2 |
| **TG↑↑** | 2112 | mg/dL |
| Albumin máu | 3,0 | g/dL |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Na+ | 150 | Mmol/L |
| K+ | 4,2 | Mmol/L |
| Cl- | 119 | Mmol/L |
| Lipase | 378 | U/L |

Kết quả CT Scan(16/3/2019)  
- Gan: Nhu mo gan đồng nhất, không thấy huyết khối TM cửa, không dãn động mạch trong ngoài gan, không phát hiện sỏi túi mật, túi mật không to, đường mật trong ngoài gan không giãn.  
- Tụy tạng: Tụy phù nề, thâm nhiễm mỡ kèm tụ dịch quanh tụy.  
- Lách: Bình thường, đậm độ ngang gan.  
- Thận: Cấu trúc 2 thận bình thường.  
- Các mạch máu: Động mạch chủ bụng, TM chủ dưới không phát hiện bất thường.  
- Không thấy hạch lớn ở bụng.  
- DỊch tự do ổ bụng lượng ít  
KL: VTC phù nề, Balthazar C. CTSI 2  
Dịch tự do lượng ít

Kết quả Xquang: bình thường, không tràn dịch màng phổi

Phân tích CLS:   
1. BN này có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VTC: Đau bụng kiểu tụy và HÌnh ảnh viêm tụy trên CT scan.  
Nguyên nhân viêm tụy nghĩ nhiều dó tăng TG; TG BN này 2112 mg/dL(>1000 mg/dL).  
Loại trừ nguyên nhân do sỏi vì BN này không có sỏi bùn, và không có dấu hiệu tắc nghẽn đường mật trên LS và CLS(Giãn đường mật trong và ngoài gan).  
Amylase BN này không tăng nhiều, phù hợp bệnh cảnh VTC do tăng TG.   
Nội soi dạ dày tá tràng không có KQ, không loại trừ được có loét TT đi kèm.

Dấu chứng suy co quan:  
Choáng: không  
Suy hô hấp: Không khó thở, tri giác tỉnh.  
Suy thận (-): Creatinin -.9 mg/dL , eGFR(CKD-EPI): 103 mL/P/1.73m2 da.  
XHTH: không.

Tiên lượng BISAP: BUN  
- BUN >22 mg/dL(25)(+)  
- Rối loạn tri giác: Không  
- SIRS(-)  
- Age: 28 tuổi (<60).  
- Xquang phổi bth(-).  
BISAP 1 điểm, nguy cơ suy cơ quan thấp

HCT: 41%

Không có dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng trong 48h tới.

Phân loại VTC theo Atlanta: VTC trung bình do có biến chứng tại chỗ.

1. Chẩn đoán xác định: VTC, Ngày 2, mức độ trung bình, do tăng triglyceride, biến chứng tụ dịch cấp tính quanh tụy.  
   - VTC ngày 2, mức độ trung bình - nặng, không có yếu tố tiên lượng nặng (ko ghi cái này cũng đc hoặc ghi trong biện luận), b/c tụ dịch cấp tính tại tuỵ, do tăng triglycerid máu.   
   - Chứ có YT tiên lượng nặng là theo dõi phải rất sát.
2. Điều trị:
   1. Nguyên tắc điều trị:  
      - Nhịn ăn  
      - Giảm đau  
      - Bù dịch  
      - Điều trị nguyên nhân.
   2. Cụ thể:  
      - Nhịn ăn  
      - Dịch truyền: Lactate Ringer 500 ml x3 XX g/P (Thiếu cmnr)  
      - Giảm đau : Meperidine 100mg x3 TB  
      - Lọc máu(Vì BN này có đường huyết < 500 mg/dL, không có CCĐ lọc máu.  
      \*\*\*\*\*\*\*  
      Mục tiêu quan trọng nhất là bù dịch, do bn mất qua khoang thứ 3, nôn.   
      1. Khám thời điểm nào sau khi BN NV?   
      - Dịch 12 giờ đầu: 250 ml/giờ trong 12h như vậy khoảng 3 lít. HCT ko cao nên 12h trước rồi đánh giá lại.   
      - Glucose (do nhịn ăn thì phải nuôi ăn) 20% hoặc 30% rồi đánh giá lại. ĐH trên 200 và có TC tăng ĐH thì mới ý nghĩa. Coi chừng đường này bấm lúc BN mới truyền đường, ko truyền thì BN chết vì hạ đường.  
      - Giảm đau: khoa xài Tramadol (100mg 1 ống tiêm bắp).  
      - Tăng triglyceride máu: thực tế bn ko được lọc máu (rất mắc tiền, 20-30 tr/ngày và chưa có chỉ định lọc: eg suy cơ quan. Lý thuyết thì lọc đc nhưng trên thực tế thì suy cơ quan mới lọc). Trên ls dùng Insulin actrapid pha Glucose 5% truyền, có tác dụng hạ Triglyceride, nhưng ko dùng liều của BN ĐTĐ, bắt buộc bổ sung Kali cho BN. Phải theo dõi ĐH mỗi 2h, mỗi 4h. Vẫn bù đường, do BN ko ĐTĐ. Còn ĐH trên 500 thì ko truyền đường mà chỉ Insulin thôi. Pha 7 đv vào 1 chai Glucose (1 đv Insulin chuyển hoá 5g đường, 1 chai 25g glucose thì 5 đv là đủ, nhưng cho thêm tuỳ vào ĐH).   
      2.Có chỉ định giảm tiết tuỵ? Ko hoại tử tuỵ nên ko có.  
      3.Chỉ định PPI? Mục đích dự phòng XHTH do loét, mà BN này ko có YTNC nên ko cần.  
      4. Kháng sinh: chỉ khi có nhiễm trùng chứ k dùng dự phòng nữa. Tốt nhất là carbapenem.  
      \*\*\*\*\*  
      - Tổng dịch là 6 lít trong 12h. Theo dõi ion đồ sát. Kiểm tra lại TG dưới 500 thì ngưng Insulin.   
      Tuyến dưới đã truyền 2 chai nhưng ko đủ nên bn chưa ổn, nôn nhiều, chứng tỏ bn còn mất nước nhiều nên lên đây vẫn phải truyền 6 lít/12h. Nhưng nếu BN già thì ko đc nhiều vậy.   
      - Khi nào BN uống đc thì cho dùng Fenofibrat.   
      - Khuyến cáo nên cho ăn lại sớm để giảm nguy cơ nhiễm trùng. Trong 1 tuần đầu nếu sốt, mạch nhanh thì đa phần do SIRS. Nhưng sốt cao, đau bụng rất nhiều, đè kháng -> nghi ngờ hoại từ nếu sau 1w. Còn tuần đầu đa phần do SIRS, nhưng trên thực tế cũng có ca hoại tử nhiễm trùng ngay tuần đầu. Quan trọng là diễn tiến tự nhiên và CT ko hoại tử tuỵ, LS ko đau bụng thì ko nghĩ hoại tử tuỵ.
3. Tiên lượng:  
   Gần: VTC mức độ trung bình, CTSI 2, không hoại tử, không có dấu hiệu tiên lượng nặng lúc nhập viện, BISAP 1 điểm -> tử vong 1%  
   Tiên lượng xa.