Phân tích ca lâm sàng
XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Ths.DS. Nguyễn Thị Hương
Khoa Dược – BV Đa khoa tỉnh Quảng Trị

17/5/2016

Bệnh sử

- Họ tên: Võ Văn Đ.
- Tuổi: 30
- Vào viện ngày: 15/03/2016
- Lý do vào viện: Bệnh nhân đi cầu phân đen 2 ngày nay, đau bụng thượng vị, nôn ra máu nên vào viện
- Tiền sử: Viêm dạ dày

Bệnh sử

- Triệu chứng lâm sàng khi vào viện:
  - Thể trạng trung bình
  - Da, niêm mạc nhợt nhạt
  - Không sốt, 37° C
  - HA: 110/70mmHg
  - Tim phổi bình thường
  - Bụng mềm, đau nhiều vùng thượng vị
- Chẩn đoán ban đầu: xuất huyết tiêu hóa/viêm dạ dày

Kết quả xét nghiệm CT máu

Xét nghiệm Huyết học	Giá trị BT	Đơn vị	Kết quả ngày 15/3	Kết quả ngày 16/3	Kết quả ngày 17/3
WBC	3,7-10,1	$.10^9/L$	**10,5**	**11,6**	8,87
NEUT %	39,3- 73,7	%	49,9	60,6	59,1
LYMPH%	18,0-48,3	%	40,6	29,1	27,6
MONO%	4,40-12,7	%	**4,36**	7,49	7,33
EOS%	0,6-7,3	%	4,06	1,85	5,04
BASO%	0-1,7	%	1,15	0,959	1,03
NEUT #	1,63-6,96	$.10^9/L$	5,23	**7,03**	5,24
LYMPH#	1,09-2,99	$.10^9/L$	**4,25**	**3,37**	2,44
MONO#	0,24-0,79	$.10^9/L$	0,457	**0,869**	0,65
EOS#	0,3-0,44	$.10^9/L$	0,425	0,215	**0,447**
BASO#	0-0,8	$.10^9/L$	0,120	0,111	**0,92**

Kết quả xét nghiệm CT máu

Xét nghiệm Huyết học	Giá trị BT	Đơn vị	Kết quả ngày 15/3	Kết quả ngày 16/3	Kết quả ngày 17/3
RBC	4,1-5,25	$.10^{12}/L$	**2,44**	**3,05**	**3,56**
HGB	125-142	g/L	**73,2**	**92,8**	**103**
HCT	0,377- 0,577	L/L	**0,212**	**0,263**	**0,311**
MCV	81,1-96,0	fl	87,0	86,3	87,5
MCH	28,0-33,0	pg	30,0	30,5	28,9
MCHC	318-360	g/L	345	353	331
RDW	11,5-14,5	%CV	12,7	13,0	13,8
PLT	155-366	$.10^{9}/L$	283	283	283
MPV	6,9-10,6	fL	**5,93**	**5,78**	**5,80**

Kết quả xét nghiệm đông máu

Xét nghiệm đông máu	Kết quả	CSBT nam	Đơn vị
Prothrombin s	**12,7**	11-13	Giây
PT%	**92%**	70-140	%
INR	**1,05**		

Kết quả xét nghiệm hóa sinh máu

Xét nghiệm sinh hóa	Chỉ số BT	Đơn vị	22/05	29/05
Glucose	3,2-5,7	mmol/L	**7,1**	
Urea	3,2-7,5	mmol/L	**10,2**	
Creatinin	40-120	µmol/l	94	
SGOT	5-37	U/L	36	
SGPT	5-40	U/L	19	
Amylase	22-80	U/L	56	
Lipase	0-50	U/L	**313**	
Na+	135-145	mmol/L	**132**	
K+	3,5-5,0	mmol/L	4,3	

Kết quả nội soi thực quản – dạ dày- tá tràng

- Mặt sau hành tá tràng có 01 ổ loét sâu đang rỉ máu

Kết quả siêu âm tổng quát

- Gan: bình thường, hệ thống tĩnh mạch trên gan, tĩnh mạch cửa không giãn
- Mật, tụy, lách , thận, bàng quang, tuyến tiền liệt bình thường
- Dịch ổ bụng, dịch màng phổi: không có
- ĐM chủ bụng: không phình

Kết quả chụp X-quang phổi

- Hình ảnh tim phổi bình thường

Vấn đề của bệnh nhân

1 **Xuất huyết tiêu hoá do loét hành tá tràng**

Căn cứ lâm sàng:
Đi ngoài phân đen 2 ngày nay (Theo Daniel (2005) thì chảy trên 50ml máu đường tiêu hóa là có đi ngoài phân đen)
Nôn + Đau tức thượng vị giúp chẩn đoán xuất huyết do loét dạ dày-tá tràng.
Căn cứ cận lâm sàng:
Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng:
Mặt sau hành tá tràng có 01 ổ loét sâu đang rỉ máu
Giúp kết luận chẩn đoán loét hành tá tràng Forrest IB

Vấn đề của bệnh nhân

2 **Thiếu máu**

Căn cứ lâm sàng:
Da xanh, niêm mạc nhợt nhạt.
Căn cứ cận lâm sàng:
Huyết học:
+ RBC: **2,44.**10^{12}/L (4,1-5,25): Giảm
+ HGB: **73,2** g/L (125 – 142) : Giảm
+ HCT: **0,212** L/L (0.35 – 0.47): Giảm
Lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit đều giảm giải thích cho chẩn đoán thiếu máu do xuất huyết.

Vấn đề của bệnh nhân

3 Viêm loét dạ dày –tá tràng

-Nôn, đau tức thượng vị
- Xuất huyết tiêu hóa có thể là biến chứng của loét dạ dày – tá tràng
-Nội soi: Mặt sau hành tá tràng có 01 ổ loét sâu đang rỉ máu
Giúp kết luận chẩn đoán loét hành tá tràng (NS là phương pháp chính xác nhất để chẩn đoán loét dạ dày-tá tràng)
- Cần thêm xét nghiệm để chẩn đoán H.pylori ??? (Rất quan trọng để quyết định điều trị diệt H.Pylori)

Đánh giá vấn đề bệnh nhân

1 **Xuất huyết tiêu hoá do loét hành tá tràng**

Đánh giá hình thái chảy máu và tiên lượng về chảy máu tái phát theo Forrest:

Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng:

Mặt sau hành tá tràng có 01 ổ loét sâu đang rỉ máu

Giúp kết luận chẩn đoán loét hành tá tràng nguy cơ cao Forrest IB (dựa theo bảng phân loại xuất huyết tiêu hoá qua nội soi của Forrest 1991 loại IB: chảy máu rỉ rả không phun thành tia).

Forrest IB : tỷ lệ chảy máu tái phát là 40%

Đánh giá khả năng cần đến can thiệp nội khoa như truyền máu, can thiệp nội soi hay phẫu thuật:

Theo thang điểm glasgow-blatchford thì điểm là 12/23, với mức điểm ≥ 6 thì trên 50% nguy cơ cần can thiệp.

[http://www.gastrotraining.com/calculators/glasgow-blatchford-score]

Đánh giá bệnh nhân

2 Thiếu máu

Phân loại mức độ thiếu máu dựa vào lượng huyết sắc tố (HGB) [1]:

- Trên 100 g/l: thiếu máu nhẹ, không cần truyền máu.
- Từ 80-100 g/l: thiếu máu vừa, cân nhắc nhu cầu truyền máu.
- Từ 60-80 g/l: thiếu máu nặng, cần truyền máu.
- Dưới 60 g/l: cần truyền máu cấp cứu.

HGB của bệnh nhân là: 73,2 g/l thiếu máu mức độ nặng, cần truyền máu.

[1]Đỗ Trung Phấn (2004). *Bài giảng Huyết học-Truyền máu*

Phân tích sử dụng thuốc

y		
15/03	BN sống khỏe, 2 ngày đi ngoài phân đen nhiều lần Hiện tại: Tỉnh; da, niêm mạc hồng nhạt M:118l/ph, HA:100/70mmHg T°: 37 °C Tim nhanh đều. Phổi không rales Bụng mềm, tức thượng vị Δ: XHTH cao mức độ vừa nghi từ dạ dày-tá tràng	– Glucose 10% x 500ml, Truyền TM 30 giọt/ph – NaCl 9‰ x 1000ml,Truyền TM 30 giọt/ph – Jobezol 40mg x 4 lọ (TMC), 19h -4h – Cefotaxim 1g x 01 lọ (TMC) 19h – Tranex 250mg x 02 ống (TMC) 19h – HCK đồng nhóm máu x 02 ĐV (20g/p)
16/03	BN tỉnh Tim đều, phổi không rales Da xanh, niêm mạc nhợt nhạt HA: 110/70	Soi DD cấp. NS TQ-DD-TT + tiêm cầm máu ổ loét = Adrenalin 20ml.1/10000 Glucose 10% x 1000ml NaCl 9‰ x 1000ml, Truyền TM 20 giọt/ph. Calci clorid 0,5g x 02 ống HCK đồng nhóm máu x 02 ĐV (20g/p) Jobezol 40mg x 6 lọ TMC, 9h – 16h - 22h Cefotaxim 1g x 02 lọ (TMC) 19h -16h Tranex 250mg x 02 ống (TMC) 19h -16h
17/3	BN tỉnh Không nôn ra máu	Glucose 10% x 1000ml Truyền TM 20 giọt/ph NaCl 9‰ x 1000ml, Truyền TM 20 giọt/ph Jobezol 40mg x 6 lọ TMC, 9h – 16h - 22h Cefotaxim 1g x 02 lọ (TMC) 19h -16h Tranex 250mg x 02 ống (TMC) 19h -16h Lipidem 10% x 100ml Truyền TM 30 giọt/ph

Thuốc 1 ngày	18	19	20	21	22	23	24
Glucose 10% x 1000ml Truyền TM 20 giọt/ph	↔	↔	↔				
Lipidem 10% x 100ml Truyền TM 20 giọt/ph	↔	↔	↔				
Human Albumin 20% x 50ml Truyền TM 20 g/ph	↔						
Jobezol 40mg x 4 lọ (TMC), 9h-16h	↔						
Jobezol 40mg x 2 lọ (TMC), 9h-16h		↔	↔	↔	↔	↔	↔
Cefotaxim 1g x 02 lọ (TMC) 9h -16h	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Tranex 250mg x 02 ống (TMC) 9h -16h	↔						
Buscopan 20mg/ml x 02 ống (TMC) 9h -16h	↔						
Cyclonamin12,5% x 02 ống(TMC) 9h -16h		↔					
Varogel x 03 gói uống chia 3		↔	↔	↔	↔	↔	↔
Amox 0,5g x 4 viên uống 9h-16h					↔	↔	↔
Levoquin 0,25mg x 02 viên uống 9h-16h					↔	↔	↔

Phác đồ ĐT xuất huyết tiêu hóa cao theo Hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế

- Truyền NaCl 0,9%: 1L-2L/ngày
- Truyền máu toàn phần hoặc HCK khi Hb<80g/L (BN suy thận, bệnh tim, già truyền khi Hb≤100g/L)
- Thêm Caci clorid 1g/500ml máu
- Cầm máu:

- Nội soi: tiêm cầm máu = Adrenalin 1/10.000, cồn tuyệt đối, muối ưu trương

- Đông nhiệt, quang đông, đông điện, cơ học.

Điều trị nguyên nhân:

Thuốc ức chế H2: Cimetidin 800mg/ngày hoặc ranitidin 50mg x 04 ống/ngày

PPI: omeprazol 40mg x 1-2 ống/ngày

Kháng sinh: amox +metronidazol/amox+clari trong 7 ngày

Phác đồ xuất huyết liên quan đến loét dạ dày- tá tràng theo pharmacotherapy 7th, HDĐT của hiệp hội nội soi tiêu hoá của Hoa Kỳ (ASGE) và hiệp hội HDĐT của Scotland (SIGN):

- Bồi hoàn thể dịch: NaCl 0,9% truyền TM.
- Giảm tiết dịch vị:

-Liều cao PPI: liều tải tương đương 80mg omeprazol tiêm TM, sau đó truyền TM 8mg/giờ trong 3 ngày giúp giảm nguy cơ tái xuất huyết ở bệnh nhân có nguy cơ cao đã trải qua cầm máu NS.

- Khi ổn định chuyển sang đường uống.
- Ức chế H2 không được khuyến cáo do không đạt được PH dạ dày ≥ 6 (điều kiện để ổn định cục máu đông) và không tạo tác dụng kháng tiết nhanh.

- PPI không thể thay thế cho can thiệp nội soi ở những bệnh nhân có nguy cơ tái xuất huyết cao. Việc kết hợp cả hai có hiệu quả tốt hơn đơn độc. Can thiệp nội soi thường được sử dụng nhất là: cầm máu nhiệt đông và tiêm epinephrine (adrenalin).

- Nên tiến hành test H.pylori khi làm nội soi.
- Việc điều trị loét, kể cả diệt H.pylori nên được bắt đầu sau khi qua đợt xuất huyết cấp.

Bàn luận

1. Bồi hoàn thể dịch Glucose 10%?:

- Khuyến cáo: NaCl 0,9% truyền TM

- Thực tế: truyền NaCl 0,9% truyền TM+ Glucose 10%???

-Mục đích của dùng Glucose 10%??

(trong khi BN có Glucose máu = 7,1mmol/l)

-Tầm quan trọng của bồi hoàn thể dịch hay cung cấp dinh dưỡng quan trọng hơn trong thời điểm này ?

-Đề xuất: dừng Glucose 10% ?

Bàn luận

2. Bù Calci trong truyền máu:

- Theo HDĐT BYT: Thêm Calci clorid 1g/500ml máu (Calci máu giảm do kết hợp với citrat chống đông)
- Thực tế: Ngày 15/3 truyền HCK đồng nhóm máu x 02 ĐV (20g/p) nhưng không bù Calci
- Đề xuất: bổ sung bù CaCl 1g/500ml máu ?

Bàn luận

3. Cách dùng PPI

- Thực tế:

15/3: Jobezol 40mg x 4 lọ TMC, 19h -4h

16-17/3: Jobezol 40mg x 6 lọ TMC, 9h – 16h - 22h

18-24/3:Jobezol 40mg x 4 lọ TMC, 9h-16h

- Khuyến cáo:
  - liều tải tương đương 80mg omeprazol tiêm TM, sau đó truyền TM 8mg/giờ (192mg/ngày) trong 3 ngày.
  - Truyền TM giúp duy trì nồng độ thuốc ổn định liên tục trong máu nhằm duy trì PH dạ dày >=6 đảm bảo ổn định cục máu đông, phòng tái xuất huyết
- Đề xuất:
  - Sau liều tải, đổi sang đường truyền TM, có thể chỉ cần 5 lọ/ngày trong 3 ngày
  - Sau khi ổn định (3-5 ngày) nên chuyển sang dạng uống (vì PPI có sinh khả dụng đường uống cao)

Bàn luận

4. Chỉ định dùng cefotaxim ?

- Mục đích của việc dùng cefotaxim 1g TMC ngay từ lúc vào viện (15/3) trong khi chưa có CTM, không sốt (37^oC), không có dấu hiệu nhiễm khuẩn
- Ngày 17/3: WBC=8,87 .10^9/L, $T^{o=}37^o$ C: BN hết dấu hiệu nhiễm trùng vẫn dùng tiếp cefotaxim 1g x 02 lọ thêm 8 ngày?? Trong khi 3 ngày cuối đã sử dụng phối hợp 2 loại KS (Amox 0,5g x 4v kết hợp levofloxacin 0,25g x 2v)

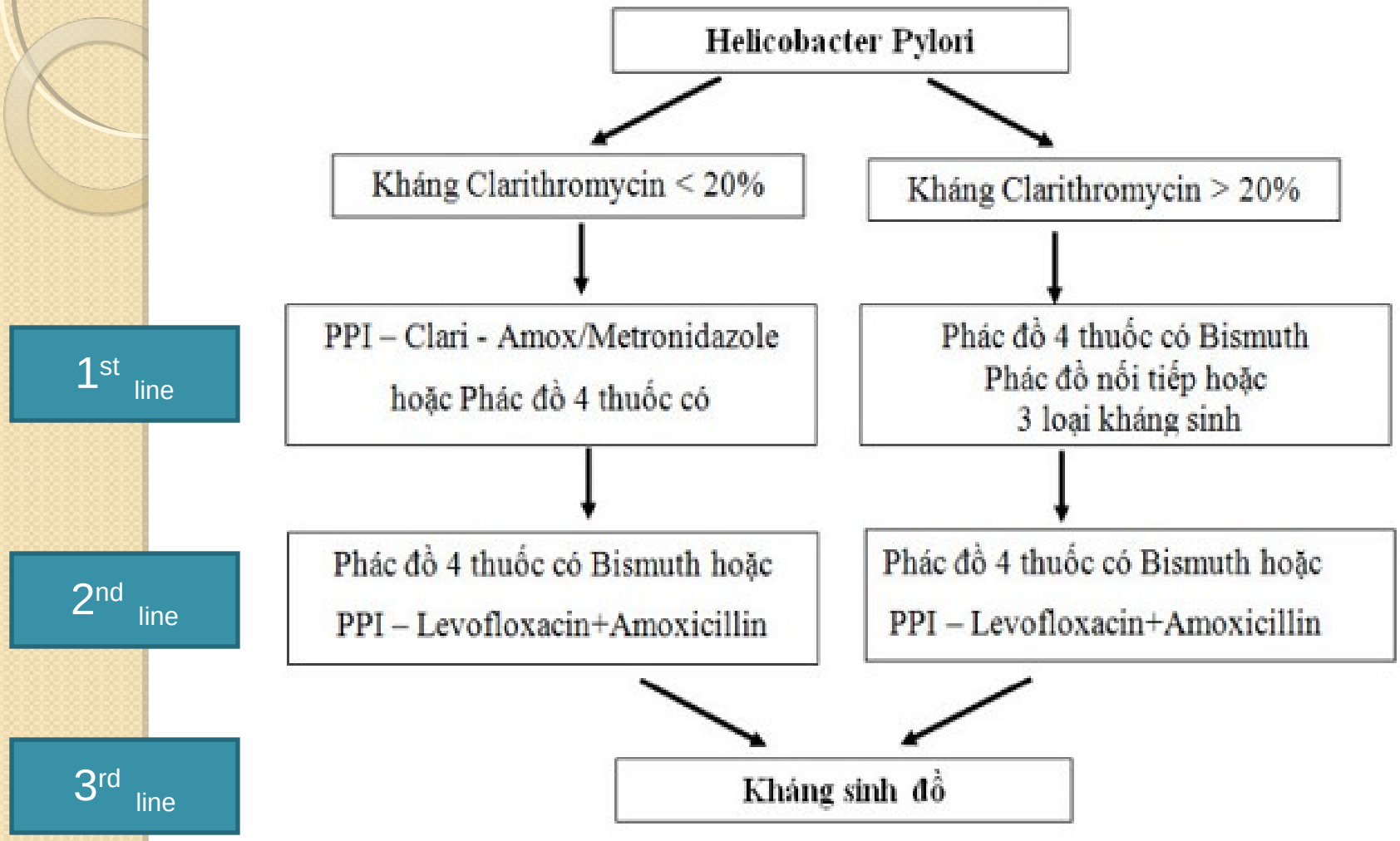
Phác đồ ĐT loét dạ dày –tá tràng của Hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam khuyến cáo thực hiện dựa trên cơ sở Đồng thuận vùng Châu Á-Thái Bình Dương năm 2009,đồng thuận Maastricht IV châu Âu và Hướng dẫn về xử trí nhiễm Hp của Hội Tiêu hóa Thế giới

Tên phác đồ	Thời gian	Cách sử dụng
PĐ 3 thuốc (vùng kháng C thấp)	10-14	PPI +A +C
PĐ nối tiếp	10	5 ngày PPI + A sau đó 5 ngày PPI + C +Ti
PĐ bộ 4 không Bismuth	10	PPI + A +C +M/Ti
PĐ bộ 4 có Bismuth	14	PPI +M +Te +B
PĐ 3 thuốc có Levofloxacin	10	PPI + A +L

Ghi chú: PPI: thuốc ức chế bơm proton A: Amoxicillin, C: Clarithromycin, Te: Tetracyclin, Ti: Tinidazol, M: Metronidazol, B: Bismuth, L:Levofloxacin

Liều dùng	
Kháng sinh	**PPI**
A: 1000mg x 2 lần/ ngày B: 240mg x 4 lần/ ngày C: 500mg x 2 lần/ngày L: 250-500/ngày Te: 500mg x 2-3 lần/ngày Ti: 500mg x 2 lần/ngày M:500mg x 2-3 lần/ngày	Omeprazol 20mg x 2 lần/ngày Esomeprazol 20mg x 2 lần/ngày Rabaprazol 20mg x 2 lần/ngày Pantoprazol 40mg x 2 lần/ngày Lanzoprazol 30mg x 2 lần/ngày

Đồng thuận Maastricht IV-2012:



ĐIỀU TRỊ DIỆT TRỪ HP

Khuyến cáo 26

Phác đồ diệt trừ Hp lần thứ hai:

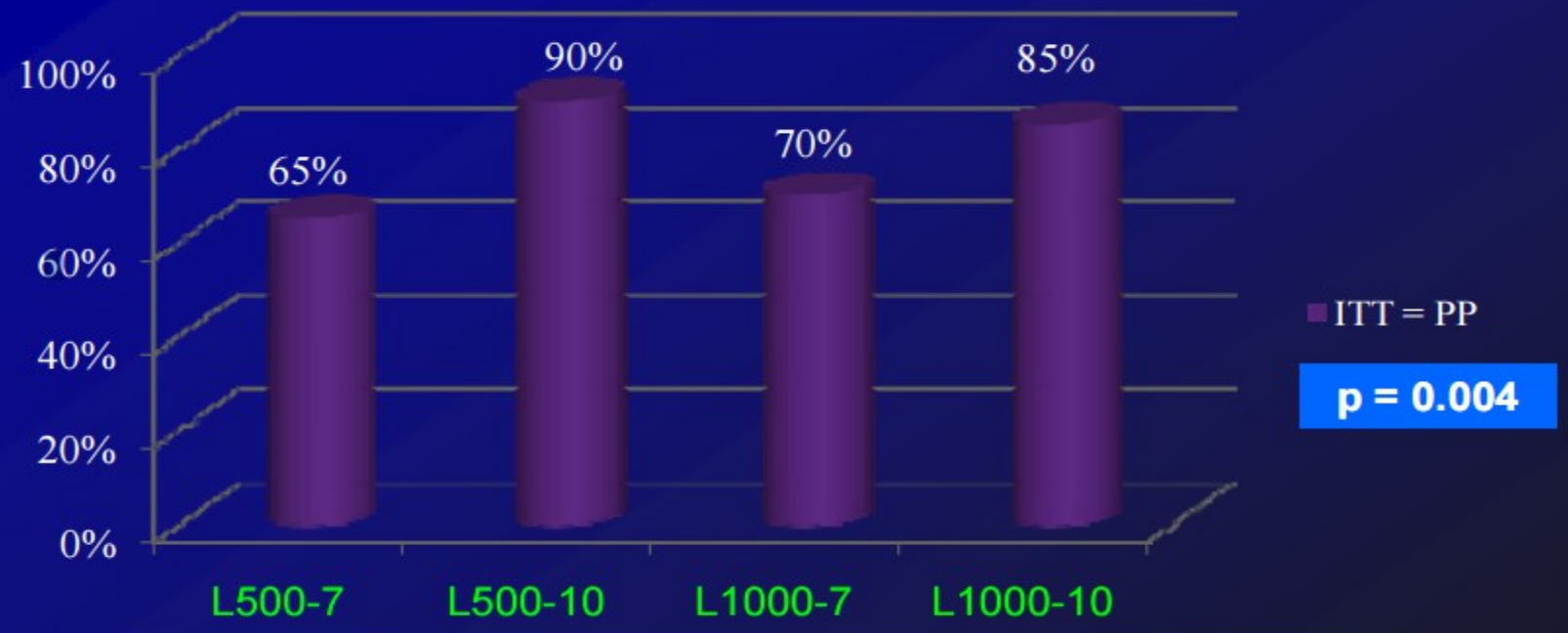
- Sử dụng phác đồ 4 thuốc có Bismuth, nếu trước đó chưa dùng phác đồ điều trị này ***(Đồng ý 97%)***

- Sử dụng phác đồ PPI + Amoxicilline + Levofloxacine nếu trước đó đã dùng phác đồ 4 thuốc có Bismuth thất bại. ***Đồng ý 93%)***

- 5. Phác đồ điều trị Hp
- Theo các HDĐT này: PĐ có sử dụng levofloxacin luôn là PĐ được sử dụng sau khi thất bại với các PĐ trên, và hiệu quả của PĐ này tỏ ra sút kém khi H.pylori kháng L. L đang là KS chủ lực trong nhiễm trùng hô hấp, do đó để giảm đề kháng L, các HD luôn khuyến cáo dùng PĐ này sau khi thất bại với các PĐ chuẩn
- Thực tế: Sử dụng ngay PĐ PPI+A + L mà chưa thấy khai thác tiền sử đã dùng thuốc điều trị loét DD-TT hay chưa

Liều dùng Levofloxacin

Ảnh hưởng của liều & thời gian điều trị Levofloxacine trên hiệu quả phác đồ PPI+AL

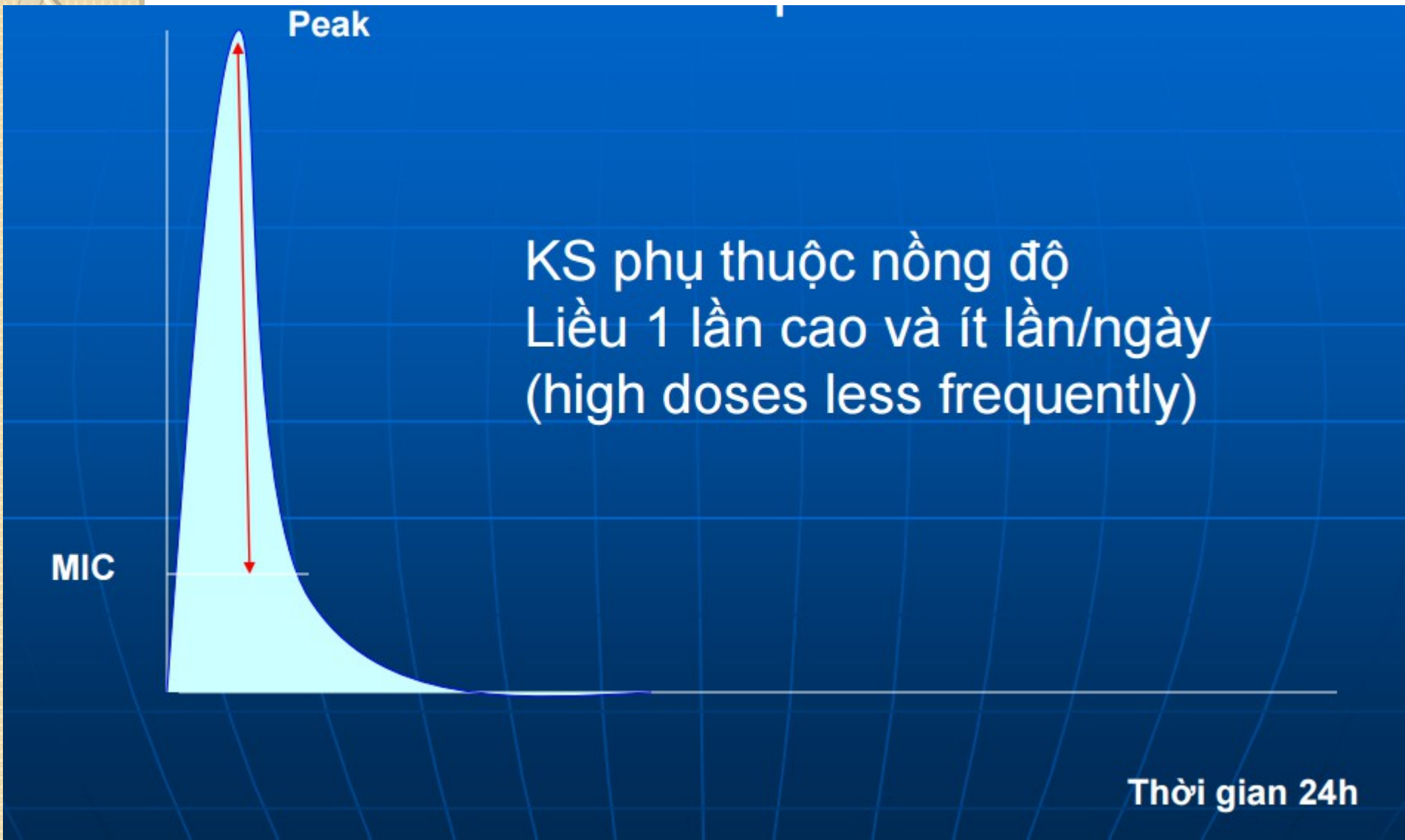


Tác dụng phụ

22.5%	khi ĐT 7 ngày,	27.5% khi ĐT 10 ngày	(p=0.58)
12%	khi ĐT 1 lần,/ngày	32.5% khi ĐT 2 lần/ngày	(p=0.04).

Di Caro S *et al. Dig Liver Dis* 2009;41(7):480-5.

Liều dùng Levofloxacin



KS phụ thuộc nồng độ
Liều 1 lần cao và ít lần/ngày
(high doses less frequently)

Thời gian dùng Kháng sinh điều trị loét DD-TT

- Khuyến cáo dùng PĐ: PPI + amox + levo: 10 ngày
- Thực tế: dùng 3 ngày, chưa rõ sau khi ra viện có dùng tiếp ??

6. Chỉ định albumin ?

- **<u>CHỈ ĐỊNH ALBUMIN TRONG NỘI KHOA (*)</u>**
  - Sốc mất máu
  - Sốc không mất máu
  - Nhồi máu não
  - Xơ gan
  - Rút dịch báng
  - Viêm phúc mạc do vi khuẩn nguyên phát
  - Hội chứng gan thận
  - Hội chứng thận hư
  - Hội chứng ức chế hô hấp ở người lớn có hạ protein máu <50g/l
  - ***Can thiệp dinh dưỡng và hạ albumin/máu*** (Albumin huyết thanh < 20 g/l và nuôi ăn tiêu hoá thất bại với cả peptide chuỗi ngắn)
  - Tăng Bilirubin máu ở sơ sinh
  - Suy gan cấp
  - Lọc thận
  - Hạ áp
- Thực tế: bệnh nhân không làm XN albumin máu, BN ăn được
- Đề xuất: Có thể ko dùng Albumin để giảm chi phí được ko??

*: Guidelines sử dụng Albumin của The University HealthSystem Consortium (UHC), khối liên minh của 200 trung tâm sức khoẻ Hoa Kỳ
[Aaron Cook. (2001). Albumin Use to Be Examined. Current Topics from the Drug Information Center. 31, 1, 1-4]

7. Các tương tác thuốc

Medscape

News & Perspective | Drugs & Diseases | CME & Education

Drug Interaction Checker

Enter a drug, OTC or herbal supplement:

alu

Print

2 Interactions Found

Regimen

Clear All

omeprazole

amoxicillin

levofloxacin

aluminum hydroxide/magnesium hydroxide/simethicone

Serious - Use Alternative

aluminum hydroxide + levofloxacin
aluminum hydroxide decreases levels of levofloxacin by inhibition of GI absorption. Applies only to oral form of both agents. Possible serious or life-threatening interaction. Monitor closely. Use alternatives if available. Separate by 2 hours.

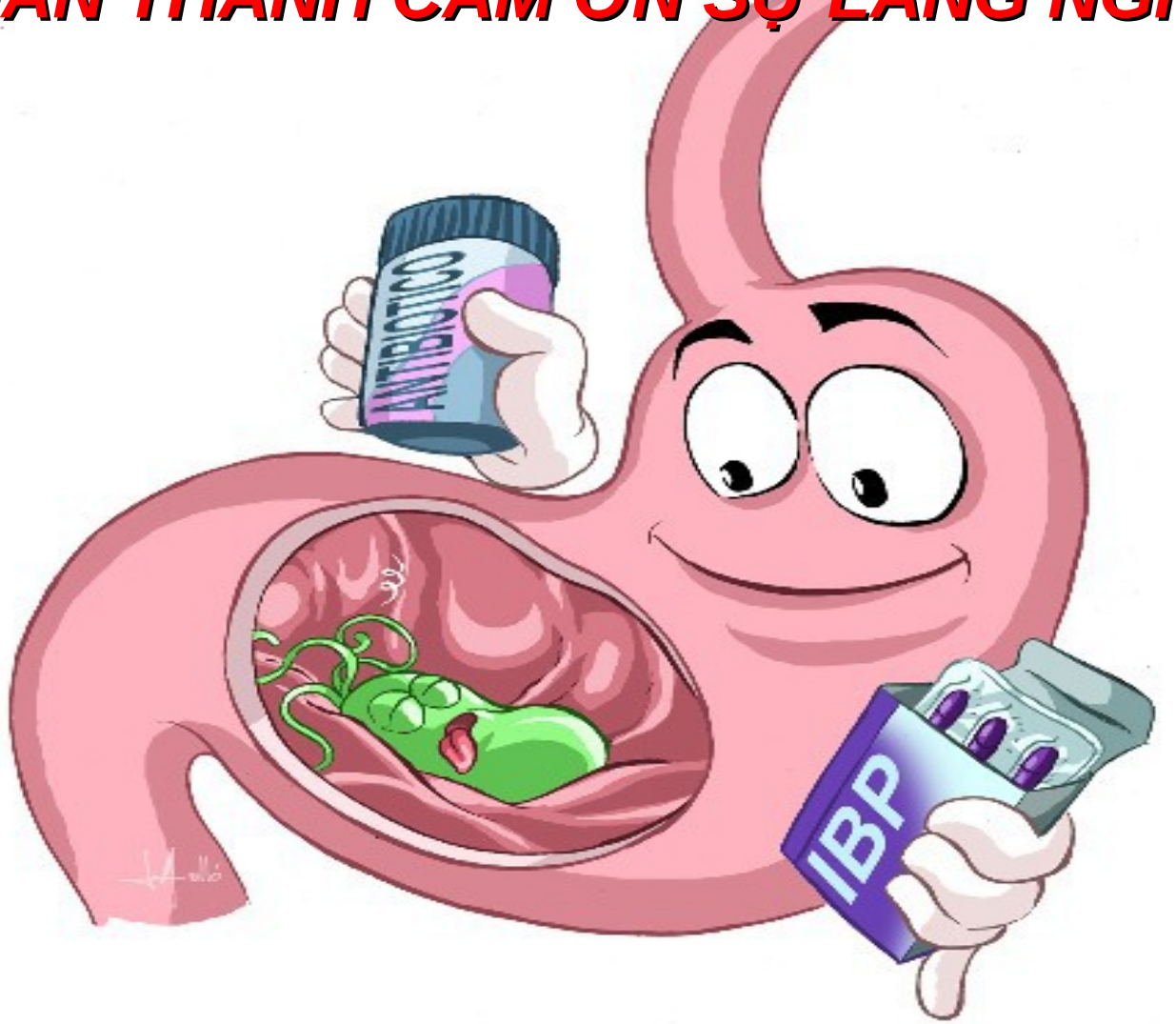
Significant - Monitor Closely

magnesium hydroxide + levofloxacin
magnesium hydroxide decreases levels of levofloxacin by inhibition of GI absorption. Applies only to oral form of both agents. Significant interaction possible, monitor closely. Separate by 2 hours.

Nhôm hydroxid, magie hydroxid làm giảm hấp thu Levofloxacin
→ Nên uống cách nhau 2 giờ

Kết luận

- Bệnh nhân được sử dụng thuốc cơ bản theo đúng phác đồ
- Các vấn đề trên bệnh nhân đều được phát hiện và khắc phục bằng thuốc
- Kiến nghị:

- Không nên dùng Glucose 10% để bù dịch
- Cân nhặc lại việc dùng kháng sinh cefotaxim với mục đích dự phòng nhiễm khuẩn
- Cân nhắc lựa chọn PĐ cứu vãn có levofloxacin trong điều trị loét DD-TT
- Xem xét thời gian dùng kháng sinh điều trị loét DD-TT cho đủ liệu trình
- Chú ý thời điểm dùng thuốc để tránh tương tác thuốc

CHÂN THÀNH CẢM ƠN SỰ LẮNG NGHE!