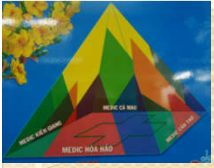


TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA MEDIC

CHƯƠNG TRÌNH MEDIC 5

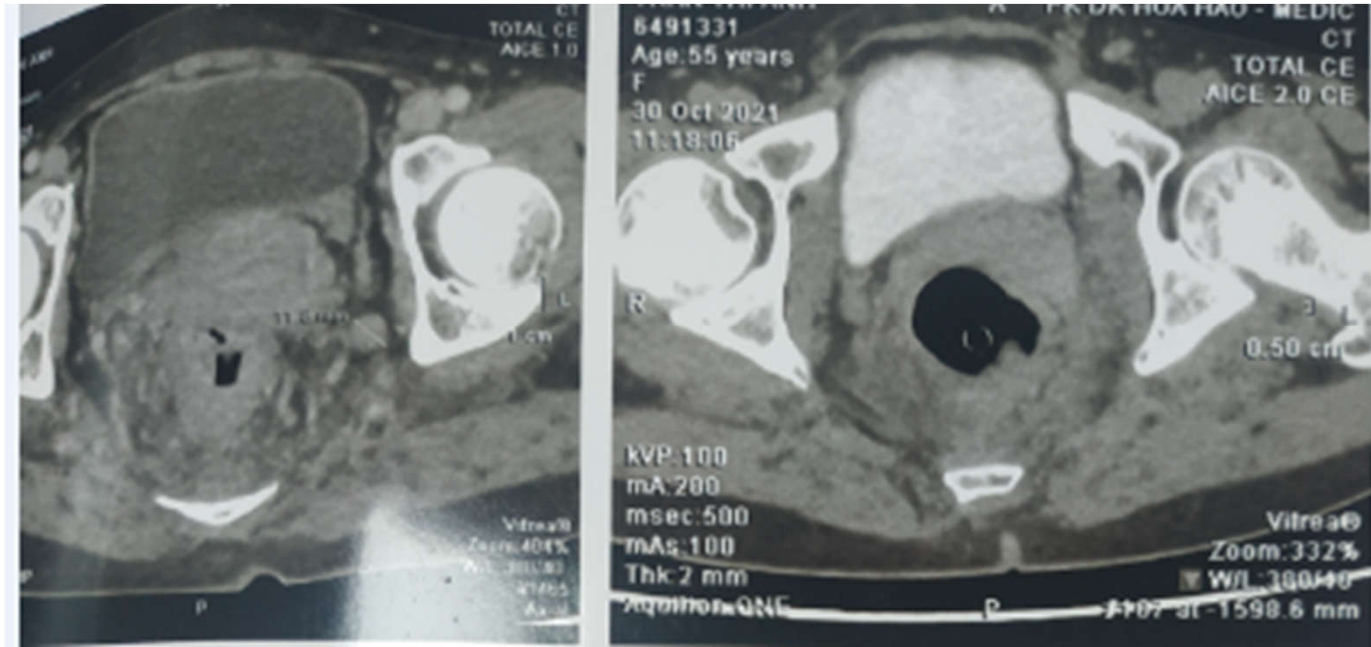
K TRỰC TRÀNG THẤP
(Khó khăn chẩn đoán thường gặp)

Bs. Dương Ngọc Thành
PK chuyên khoa Ngoại- Medic

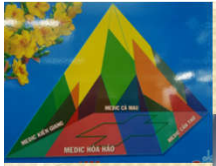


Tóm tắt bệnh án

- BN nữ 55 tuổi.
- Cần giuộc – Long An.
- 30/10/21: KT Sức khỏe: sụt 5-7 kg/4 tháng
+ chán ăn → khám TQ
➔ XN + CT toàn thân



- Phát hiện: Bướu TT nghi K xâm lấn xung quanh + Di căn hạch.
- ➔ NS trực tràng sinh thiết + chuyển PK Ngoại



Ngày DK: 30/10/2021

Họ và tên: **TRẦN THỊ** 55 tuổi Nữ

Địa chỉ: [Redacted]

Lâm sàng: -KIỂM TRA SỨC KHỎE

Bác sĩ chỉ định: BS. CKI. NGUYỄN TÂN DŨNG BV chỉ định: MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT: NS TRỰC TRÀNG

- Bệnh nhân nằm nghiêng trái.
- Soi cao 40 cm cách bờ hậu môn.
- Đại tràng sigma: bình thường
- Niêm mạc trực tràng: CÁCH BỜ HẬU MÔN 5 --> 7cm CÓ SANG THƯƠNG LOÉT THÂM NHIỄM (PHOTO) + SINH THIẾT
- Hậu môn: bình thường





KẾT LUẬN: LOÉT THÂM NHIỄM TRỰC TRÀNG

Ngày nhậm mướ: 30/10/2021 16:18

Họ và tên: **TRẦN THỊ** Năm sinh: 1966 Nữ

Địa chỉ: [Redacted]

Bác sĩ (Physician): [Redacted]

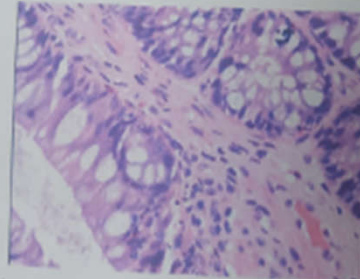
Bệnh viện (Hospital): CTNH BHYT HÒA HẢO/NS

Lâm sàng: Loét thâm nhiễm trực tràng

GPB ĐẠI THẺ: 2 Mỏ 0.2 cm



Mô Vi Thể:
Gồm các ống tuyến tăng sản xếp dày đặc, ngăn cách bởi mô đệm sợi thưa. Tế bào thượng mô tuyến ít biệt hóa, không điển hình, xen lẫn với tế bào biệt hóa dạng tế bào dài. Các tế bào này xếp dạng giả tầng hoặc tạo thành hình hàng rào, nhân tăng sắc, tỷ lệ nhân/bào tương tăng, có nơi có hình ảnh loạn sản độ thấp. Không xác định được cường polype



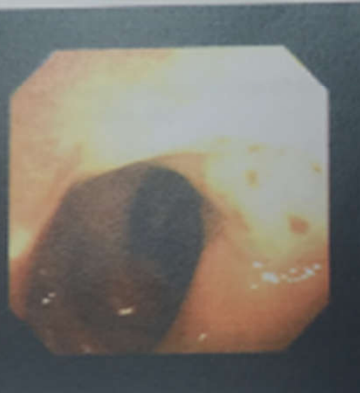

KẾT LUẬN: U TUYẾN ống KÈM LOẠN SẢN ĐỘ THẤP CỦA RUỘT. (D12)

- Thăm TT: U cứng chắc, di động tốt nghĩ ác tính cao → NS sinh thiết lại



VÙNG KHẢO SÁT : NS TRỰC TRẮNG

- Bệnh nhân nằm nghiêng trái.
- Soi cao 30 cm cách bờ hậu môn.
- Đại tràng sigmas : bình thường
- Niêm mạc trực tràng : CÁCH BỜ HẬU MÔN 5 -> 7cm CÓ SANG THƯƠNG LOÉT THÂM NHIỄM (PHOTO)+ SINH THIẾT LẦN 2
- Hậu môn : bình thường

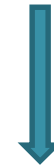


2021/11/06
08:55:26
SCV: 1
G: N In: A1
MEDIC

KẾT LUẬN : LOÉT THÂM NHIỄM TRỰC TRẮNG (KHÔNG NGHĨ K)



BS TT ác tính



BN TT Lành tính



Bệnh viện (Hospital) : CITYNHIT HÒA HẬU NS

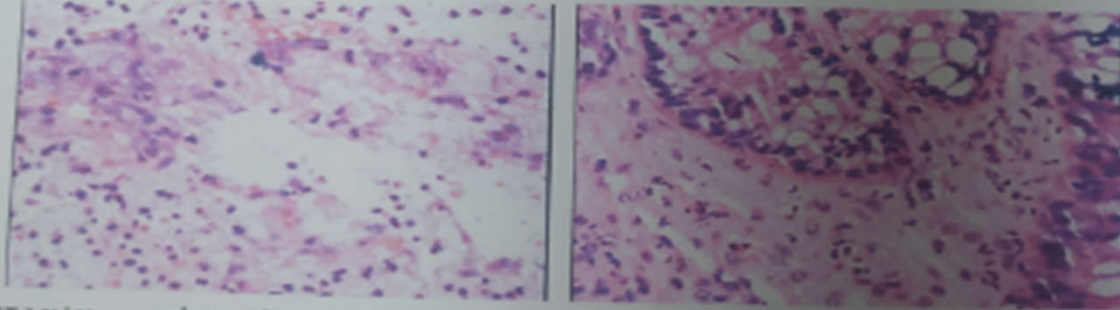
Lâm sàng : Trục tràng: CBHM 5-> 7 cm có sang thương loét thâm nhiễm - Sinh thiết lần 2
Loét thâm nhiễm trực tràng (không nghi K)

GPB ĐẠI THỂ : Vải mô 0.2 cm



GPB VI THỂ

Mô ruột có loét niêm mạc, có mô hoại tử thâm nhập nhiều tế bào viêm trong đó có nhiều xác bạch cầu đa nhân. Không có tế bào ác tính trên mẫu thử.



KẾT LUẬN : VIÊM LOÉT TRỰC TRÀNG CẤP TÍNH
(K63.0)

- NS sinh thiết lại: *khó chấp nhận xin về*
- ➔ 15 ngày sau: BN ra huyết AĐ bất thường
- ➔ tái khám: CD khám PK + NS sinh thiết lại L3



VÙNG KHẢO SÁT : NS CÓ TỬ CUNG

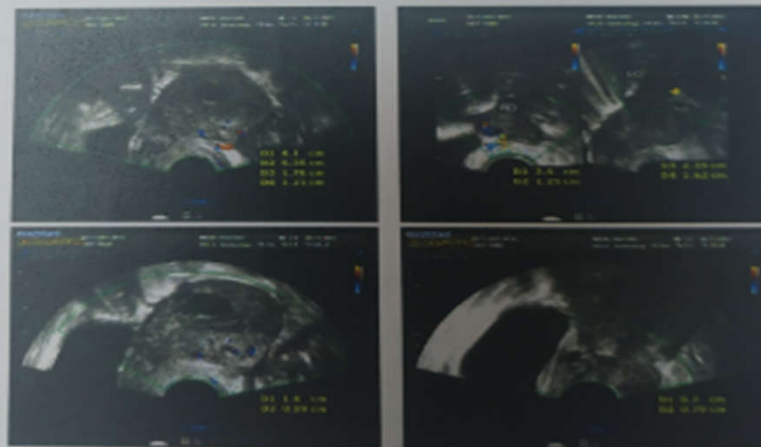
- ÂD : NHIỀU DỊCH ĐỤC
- CTC DK 3 CM : BIỂU MÔ LẮT LẮNG, POLYP KÊNH D#0,2CM
- SAU ACID : KHÔNG THẤY HÌNH ẢNH BẤT THƯỜNG
- JUNCTION : KHÔNG THẤY
- LUGOL : VÀNG NÀU



KẾT LUẬN : POLYP KÊNH CTC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU AM TVS MAU

- CỘ TỬ CUNG : CÓ VÀI NANG NABOTH ,D=7MM ;7MM
- TỬ CUNG : gấp sau .
đạp =41 mm LS =63 mm Nội mạc = mỏng
- THÀNH TRƯỚC THÂN TỬ CUNG CÓ NHÂN ECHO KÉM, D = 12X18 MM, KHÔNG DOPPLER.
- Buồng trứng Phải : d= 13X24mm, không u.
- Buồng trứng Trái : d=16X24 mm, không u.
- Túi cùng Douglas : không dịch.



KẾT LUẬN : NHÂN XƠ TỬ CUNG +NANG NABOTH CỘ TỬ CUNG



VÙNG KHẢO SÁT : NS TRỰC TRÀNG

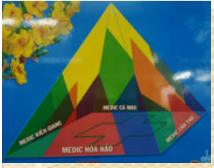
- Bệnh nhân nằm nghiêng trái.
- Soi cao 30 cm cách bờ hậu môn.
- Đại tràng sigma : bình thường
- Niêm mạc trực tràng : CÁCH BỜ HẬU MÔN 5 -> 7cm CÓ SANG THƯƠNG LOÉT THÂM NHIỄM (PHOTO)- SINH THIẾT LẦN 3
- Hậu môn : bình thường



2021/11/20
08:14:08
SCV: 2
OIN 5:13
MEDIC

TLUẬN : LOÉT THÂM NHIỄM TRỰC TRÀNG (KHÔNG NGHĨ K)

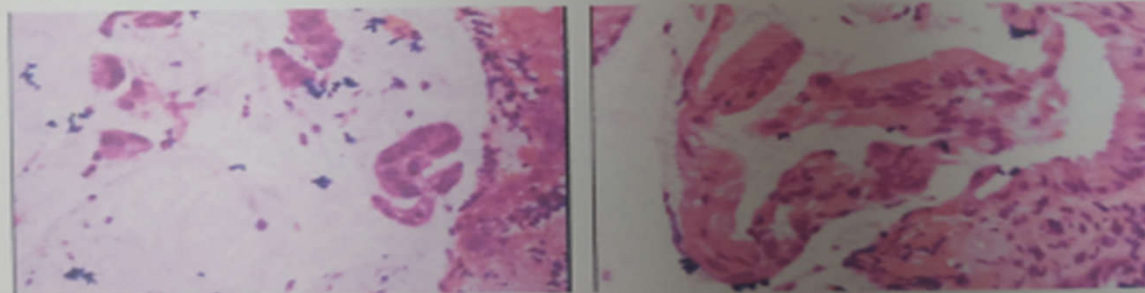
- BN nghi ngờ + khó chịu
- ➔ Tư vấn: khả năng ác tính cao, nếu lần 3 (-)
- ➔ sinh thiết trong phòng mổ



Lâm sàng : Trục tràng CBHM 5->7 cm có sang thương loét thâm nhiễm - Sinh thiết lần 3
Loét thâm nhiễm trực tràng (không nghi K)
GPB ĐẠI THẺ : Vải mỡ 0,2 cm

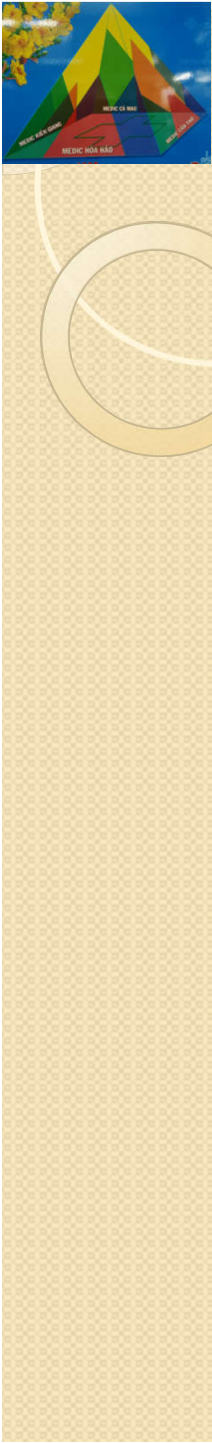


GPB VI THỂ :
Mô trực tràng có các tế bào chế tiết nhầy, bào tương sáng, nhân dị dạng, nằm lệch về một cực của tế bào. Các tế bào này hợp thành đám trên mô nền chất nhầy, xâm nhập xuống mô sâu bên dưới. Có nơi có tế bào hình nhẫn.



KẾT LUẬN : CARCINOM TUYẾN DẠNG NHẦY, XÂM NHẬP, Ở TRỰC TRÀNG.
(C18)

- Chuyển BV Bình Dân
 - ➔ Hóa trị tân hỗ trợ
 - ➔ cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt



BÀN LUẬN

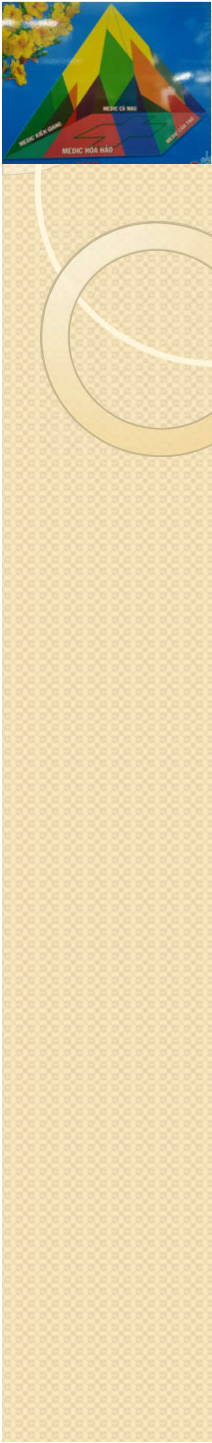
- **Vấn đề:**

Nội soi nhiều lần gây khó chịu cho BS NS & BN, để tìm GPB cần thiết? & NS đến khi nào?

- **Cần thiết phải GPB ?**

1. Qui định:

Khả năng PT cắt toàn bộ cơ quan, bỏ phần cơ thể → ảnh hưởng chất lượng cuộc sống BN: K Thực quản, K tâm vị - thận vị (cắt TB DD), K TT thấp (PT Miles)
→ CĐ GPB (+).



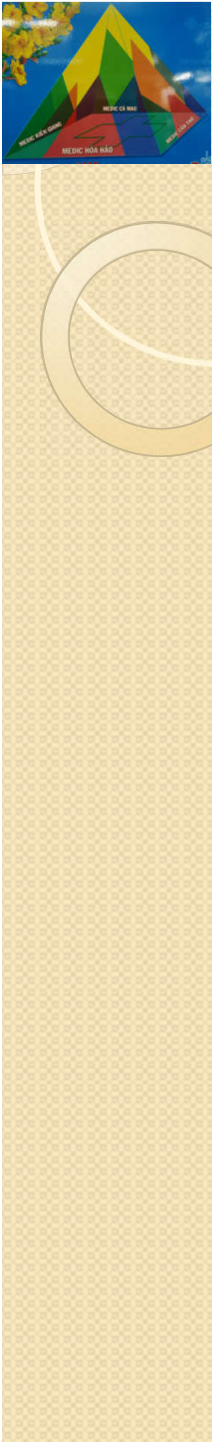
BÀN LUẬN

- **Cần thiết phải GPB ?**

2. Thay đổi cảm nhận, nhận định của BS tổn thương đại thể:

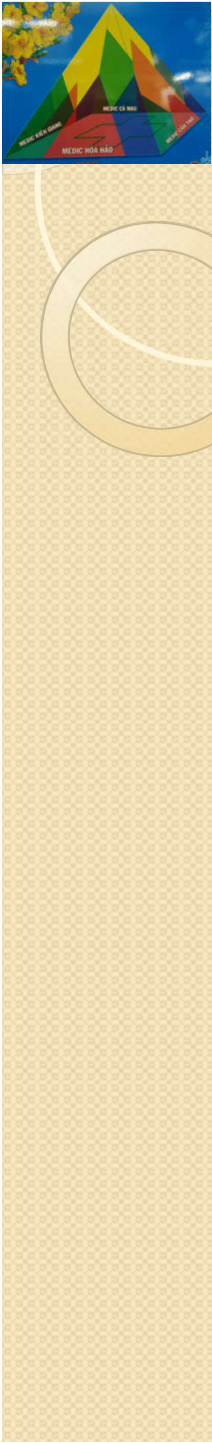
- Sanh thương ác tính → Nghĩ lành
- Sang thương lành tính → Nghĩ ác → ĐN can thiệp đủ thứ.

➔ Nguyên nhân chủ yếu do không đổi chiếu KQ GPB trước & sau thủ thuật ➔ qua TG lâu dài tạo ra sai số hệ thống.



BÀN LUẬN

- **Nội soi sinh thiết đến khi nào?**
 - Nguyên tắc: NS ST cho phép làm 3 lần.
 - Sau lần 3 GPB (-) + nghi ác tình → hội chẩn → tìm PP can thiệp khác.
→ BS NS an tâm (Không CĐ lần 4).
- Vì BN (+/-) soi 3 lần → BSGĐ MF các lần soi sau (BN vì chi phí mà bỏ lỡ CĐ sớm) → BS NS thiếu nhiệt tình ở BN này.



KẾT LUẬN

- **Qua trường hợp này:**

Đưa ra vấn đề bàn luận hơi tế nhị, nhưng cũng là VĐ khúc mắt giữa BS LS & CLS
→ giúp hiểu & cởi mở với nhau hơn trong quá trình làm việc.

- **Bài học rút kinh nghiệm:**

Chúng ta không nên khẳng định CĐ quá chắc chắn (chừa lối thoát).

Nếu có thiếu sót thì BS đi sau có cách sửa chữa, giúp tránh rắc rối về pháp lý cho bản thân & cho PK.



**CHÂN THÀNH CẢM ƠN SỰ THEO DÕI
CỦA QUÝ THẦY CÔ**