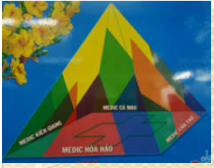


TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA MEDIC

CHƯƠNG TRÌNH MEDIC 7

ÁP XE GAN HPT IV-V DO VIÊM TÚI MẬT THƯỜNG VÀO GAN

Bs. Dương Ngọc Thành
PK chuyên khoa Ngoại- Medic



Tóm tắt bệnh án

- BN nữ – Nguyễn Thị S 1966 (56 tuổi).
- Long Thành – Đồng Nai
- 7/06/2022: LDKB: Đau bụng thượng vị.
1 tháng, BN đau thượng vị, không sốt. Bụng mềm. ➔ KTTQ



CHỈ ĐỊNH:

- CẬN LÂM SÀNG:

- + NS dạ dày - tá tràng(YC): VIÊM DẠ DÀY
- + SA Bụng Tổng Quát Máu: ÁP XE GAN TRÁI / GAN NHIỄM MỠ NHIỀU
- + Điện tâm đồ (ECG): NHỊP XOANG NHANH

GHI NHẬN SÓNG T DẸT/D3

- **XÉT NGHIỆM:** Test H.Pylori C13 (XN Hơi Thở)

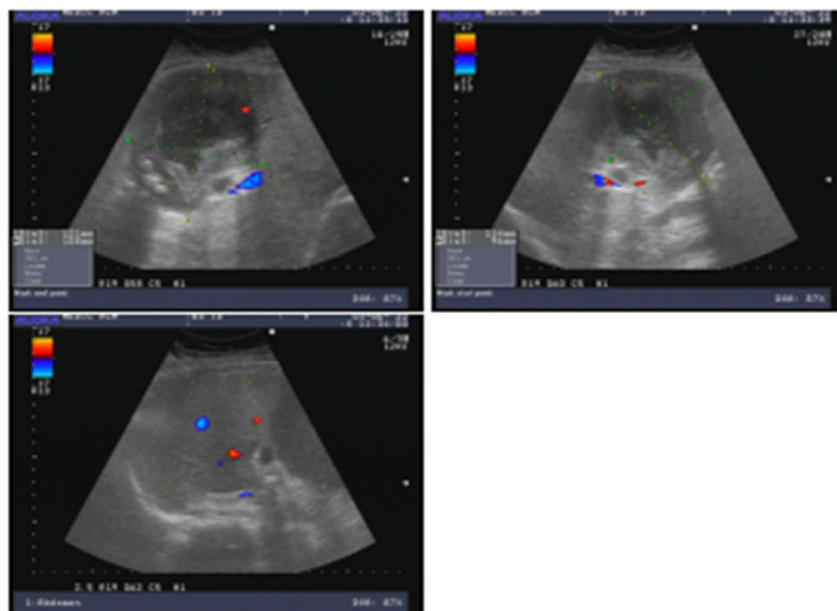
KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM:

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ
I. HUYẾT HỌC / ĐỒNG MÀU - HEMATOLOGY		MCV	91.1
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹	*	MCH	29.7
		MCHC	32.6
WBC	18.88 H	RDW	14.3
% Neu	77.8	PLT	425 H
% Lym	15.6	MPV	9.2
% Mono	5.3	II. SINH HOÀ - BIOCHEMISTRY	
% Eos	1.0	GGT¹	159.5 H
% Baso	0.3	SGOT (AST)¹	24.63
# Neu	14.70 H	SGPT (ALT)¹	33.91 H
# Lym	2.95	hs CRP	129.5 H
# Mono	1.00	Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*
# Eos	0.18	Creatinin/Serum ²	0.768
# Baso	0.05	eGFR (CKD-EPI)	87
RBC	4.14	III. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA	
Hb	12.3	Sero Amibe (Elisa)	NEG 0.12 OD
Hct	37.7	Sero Fasciola sp IgG (Elisa) ²	NEG 0.01 OD
		IV. SINH HỌC PHÂN TỬ - MOLECULAR BIO	
		Test H.Pylori C13 (Breath test)	POS 23.6/1000



VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, chủ mô dày sáng, giảm âm vùng sâu, xóa mờ các tĩnh mạch trên gan vòm hoành, gan trái có khối echo hỗn hợp, giới hạn rõ, bờ không đều, không tăng sinh mạch, thành dày đế #121 x 108 mm
- MẬT: túi mật co nhỏ hạn chế khảo sát. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không d
- TUY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P- THẬN T: không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- TỬ CUNG VÀ PHẢN PHỤ: teo nhỏ
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Không tràn dịch màng phổi. Lớp mỡ thành bụng rất dày



KẾT LUẬN : **ÁP XE GAN TRÁI / GAN NHIỄM MỠ NHIỀU**



: CT VÙNG BỤNG

Tiêm chất tương phản

: ** KỸ THUẬT:

Vùng bụng - chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 1mm với máy MSCT Aquilion, không và có tiêm thuốc cản quang.

**** KẾT QUẢ:**

Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Thương tổn dạng ổ tụ dịch gan hạ phân thùy IV-V kích thước #11cm, thành dày. Thương tổn bắt thuốc cản quang thành. Thương tổn lan ra ngoài bao gan và dính thành tá tràng D1.

Thương tổn dày phù nề thành tá tràng D1, xóa mờ mô mỡ xung quanh.

Không thấy dị vật cản quang lân cận tổn thương.

Đường mật trong và ngoài gan không dẫn.

Túi mật không to, thành dày phù nề, không thấy sỏi cản quang.

Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.

Hai thận hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước.

Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng.

Phân phụ bình thường.

Không thấy hạch trong vùng khảo sát.

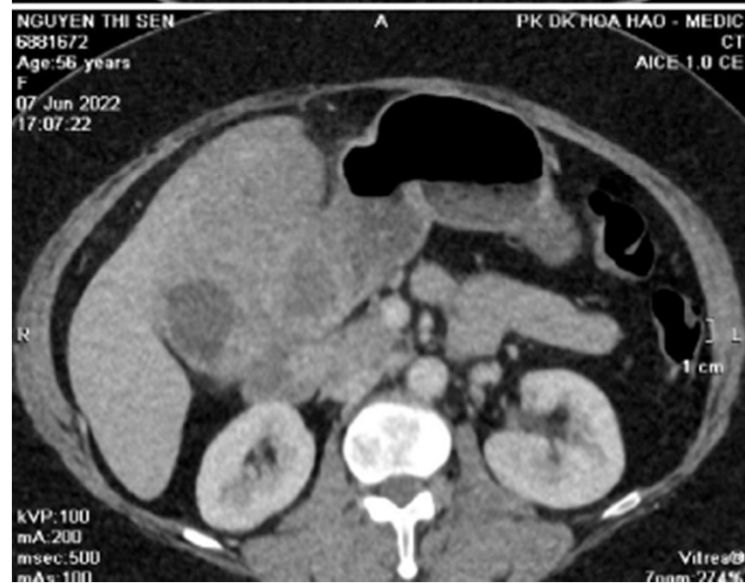
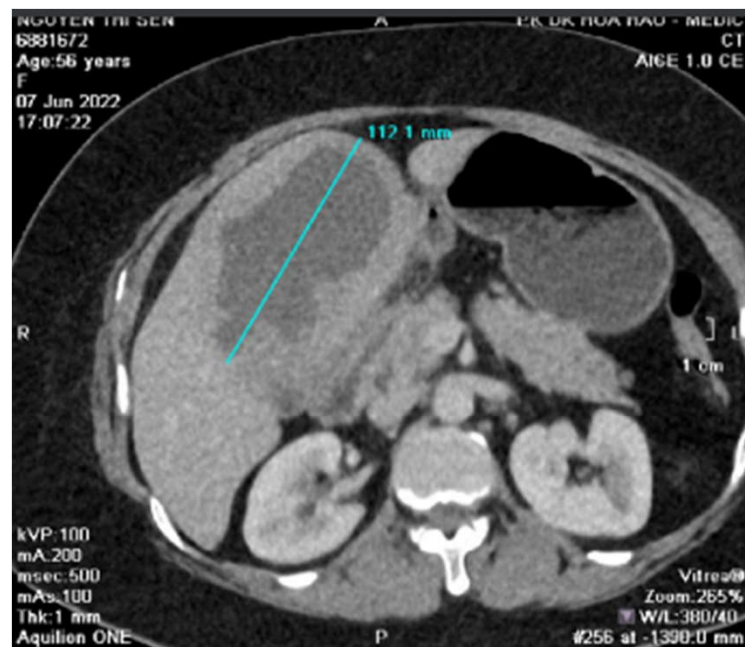
Tụ ít dịch dưới bao gan.

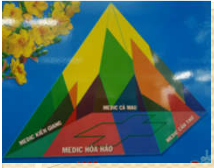
***** KẾT LUẬN:**

THEO DÕI ÁP XE GAN HẠ PHÂN THUY IV-V, NGHI VỠ GÂY TỤ DỊCH DƯỚI BAO GAN VÀ VIÊM TÁ TRÀNG THỨ PHÁT.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 07/06/2022 18:18

(Bác sĩ đã ký)





BN chuyển khám ngoại

- 1 tháng, BN đau thượng vị, không sốt. Bụng mềm, không dấu hiệu viêm phúc mạc.
- BC: 18,880 BC/l, CRP: 129,5 mg/l
- SA: Áp xe gan.
- CT: Áp Xe gan HPT IV-V
- BN muốn ĐT nội thủ ➔ Toa 5 ngày.



Lý do đi khám: đau bụng

Lâm sàng: 1 tháng, đau thượng vị, không sốt. bụng mềm.
BC, CRP tang. SA + CT áp xe gan

Chẩn đoán sơ bộ: Áp xe gan phải

Chẩn đoán: Áp xe gan phải

THUỐC ĐIỀU TRỊ: (Gồm 4 loại thuốc)

- | | |
|--|----------------|
| 1. Vexinir 300mg (Cefdinir 300mg)
Ngày uống 02 lần, lần 01 viên | 10 viên |
| 2. Metronidazol 250MG (METRONIDAZOL)
Ngày uống 03 lần, lần 02 viên | 30 Viên |
| 3. alpha DK 8,4mg (kháng viêm)
Ngày uống 03 lần, lần 02 viên | 30 viên |
| 4. Esocon 20mg (Esomeprazole)
Ngày uống 02 lần, lần 01 viên | 10 Viên |

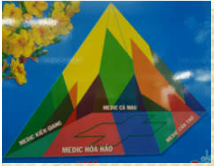
LỜI DẶN BS

tái khám khi có các triệu chứng: đau nhiều hơn, khó thở, mệt, sốt cao... hay hết thuốc.
tư vấn BN về tình trạng bệnh và rủi ro, BN muốn điều trị nội trú

Tp.HCM, ngày 08/06/2022 - 10:57

Bác sĩ điều trị

Bs. Dương Ngọc Thành



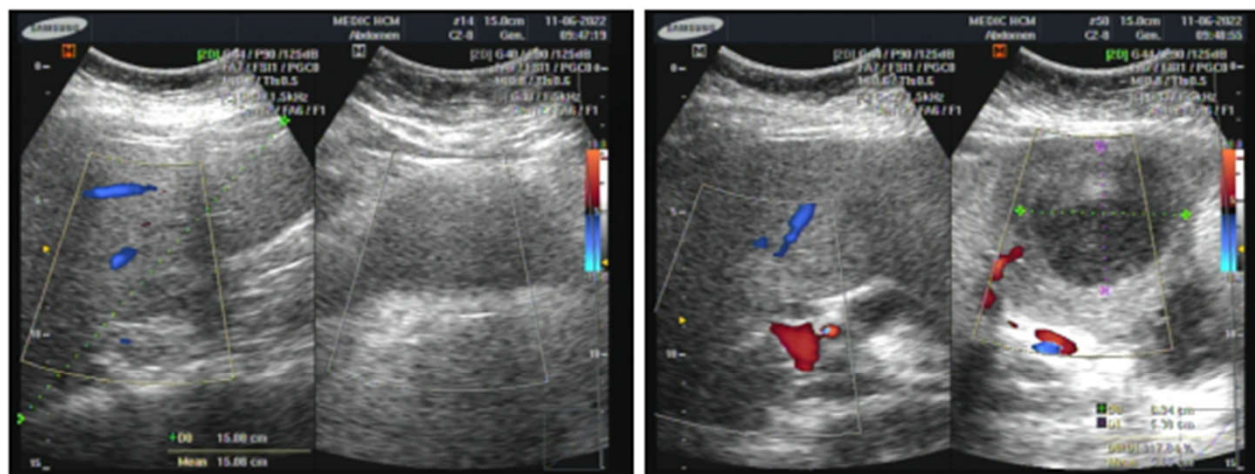
- BN tái khám sau 3 ngày điều trị:
- Bớt đau, không sốt, bụng mềm

NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU) ¹		*	TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ
WBC		17.9 H	MCH	31.0
% Neu	74.7		MCHC	34.5
% Lym	16.5		RDW	15.2
% Mono	5.6		PLT	542 H
% Eos	2.1		MPV	8.0
% Baso	1.1		II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY	
# Neu		13.4 H	SGOT (AST) ¹	39.53 H
# Lym	3.0		SGPT (ALT) ¹	28.12
# Mono	1.0		hs CRP	79.83 H
# Eos	0.4			
# Baso	0.2			
RBC	4.36			
Hb	13.5			
Hct	39.2			
MCV	89.8			



VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: P=150mm, gan T=114mm, bờ đều, nền cấu trúc đồng dạng, echo gan dày, giảm âm vùng sâu, gan T có 1 cấu trúc echo kém d=63x53mm giới hạn rõ, không tăng sinh mạch máu, rim sign (-).
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TUY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- TỬ CUNG : teo nhỏ. HAI BUỒNG TRỨNG : không thấy.
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng. Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN: **ÁP XE GAN TRÁI / GAN THẨM MỠ**

Đề nghị:

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 11/06/2022 09:38
(Bác sĩ đã ký)



BN ĐT Nội & TK 15 ngày

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹	*	RBC	4.60
WBC	13.50 H	Hb	13.4
% Neu	62.7	Hct	42.9
% Lym	30.9	MCV	93.3
% Mono	4.1	MCH	29.1
% Eos	1.9	MCHC	31.2
% Baso	0.4	RDW	14.3
# Neu	8.45 H	PLT	453 H
# Lym	4.17 H	MPV	9.5
# Mono	0.56	II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY	
# Eos	0.26	SGOT (AST)¹	33.83
# Baso	0.06	SGPT (ALT)¹	22.72
		hs CRP	8.29 H



VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, mô gan tăng phản âm, giảm âm vùng sâu**.
- MẬT: túi mật có vài sỏi d= 10mm, ống túi mật có sỏi KT= 12x9mm. Mật liên tục ở thành phía bên (P), tạo khối tụ dịch cạnh bên KT= 81x49mm. Có các đường mật liên tục hướng từ khối tụ dịch đến tá tràng D2. Ít dịch cạnh bên (T), phía sau của túi mật và quanh át tràng D2. Đường mật trong gan không dẫn. Ống mật chủ không sỏi, không dẫn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- TỬ CUNG- HAI BUỒNG TRỨNG : KHÔNG U.
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Không hạch ổ bụng- Không tràn dịch màng phổi.



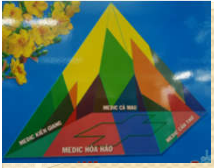
KẾT LUẬN:

- SỎI TÚI MẬT
- SỎI Ở ỐNG TÚI MẬT KÈM VỚI TÚI MẬT RÒ VÀO GAN TẠO Ổ ÁP XE CẠNH BÊN (P).
- CDPB: THEO DÕI ÁP XE GAN VÀ SỎI Ở ỐNG TÚI MẬT.
- GAN NHIỄM MŨ.

lề nghị:

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 25/06/2022 09:33
(Bác sĩ đã ký)

Bs. Nguyễn Hữu Quốc



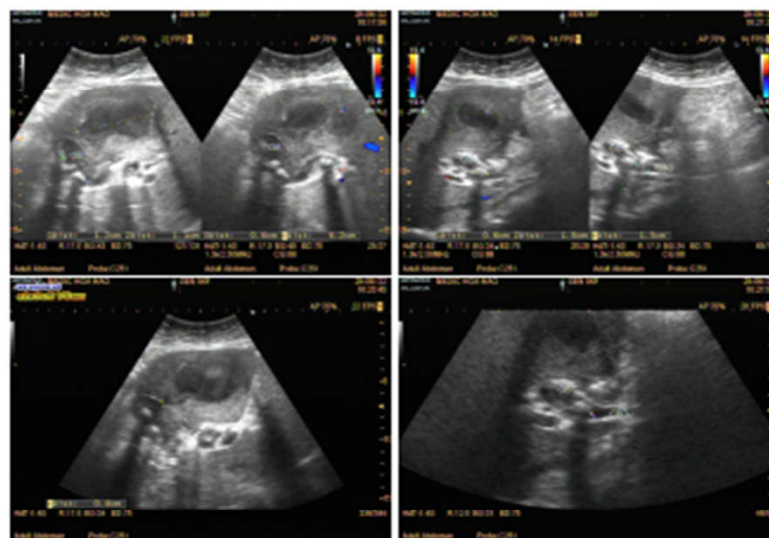
Phát hiện: Áp xe gan do viêm túi mật do sỏi thủng vào gan sỏi ống túi mật

- **Vấn đề:**
- Có 3 BS siêu âm: 2 BS không thấy Phát hiện NN do sỏi, 1 BS phát hiện (BS Quốc)- chụp hình trên siêu âm không rõ ràng.
- ➔ HC thêm BS Liếm: để có kết luận



VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: TO, P=179mm, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, echo dày, giảm âm vùng sâu.
- ÁP XE GAN TRÁI (HPT IV), d=76x63x43mm, thành dày, phù nề mô gan xung quanh.
- TÚI MẬT: không to, lòng có vài sỏi d=6-11mm, cổ túi mật có sỏi d=12mm, Ống túi mật có sỏi kẹt tại chỗ hợp lưu vào ống mật chủ, d=13mm.
- Thành túi mật dày 10mm, bên trái mất liên tục, thông với ổ áp xe.
- Đường mật trong gan không dẫn. Ống mật chủ không sỏi, không dẫn, d=6mm. TỤY-LÁCH: bình thường.
- THẬN P-T: không sỏi, không ứ nước, cấu trúc và kích thước bình thường. BÀNG QUANG: không sỏi, vách mỏng.
- TỬ CUNG-BUỒNG TRỨNG: không u. Động mạch chủ bụng không phình. Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Coccard sign (-). Không tràn dịch màng phổi.



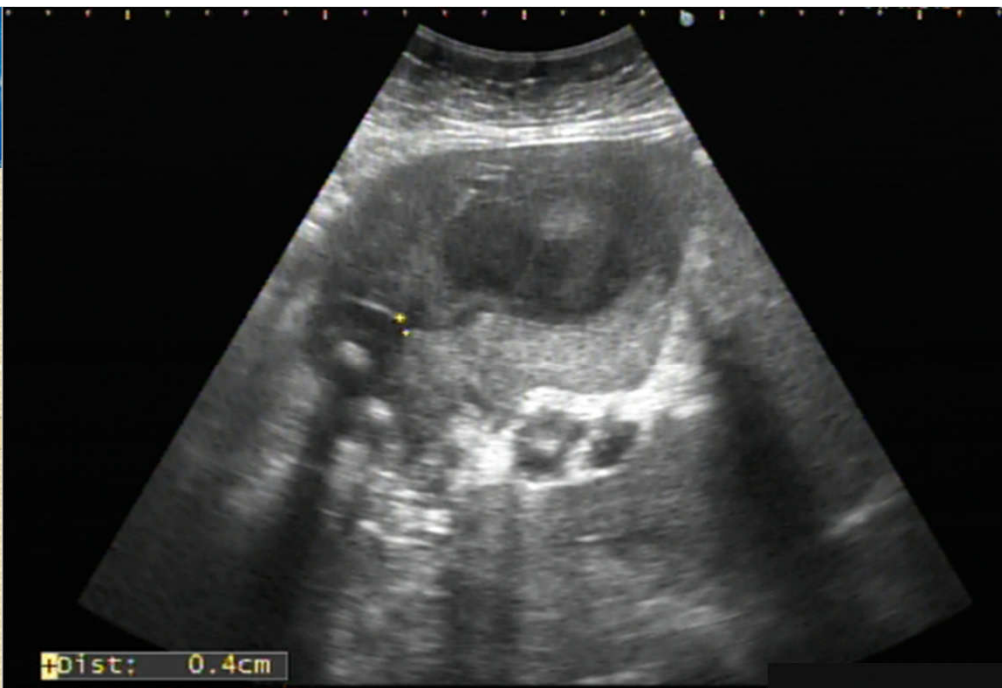
KẾT LUẬN : VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI, BIẾN CHỨNG THÙNG TÚI MẬT VÀ ÁP XE GAN TRÁI.

Đề nghị :

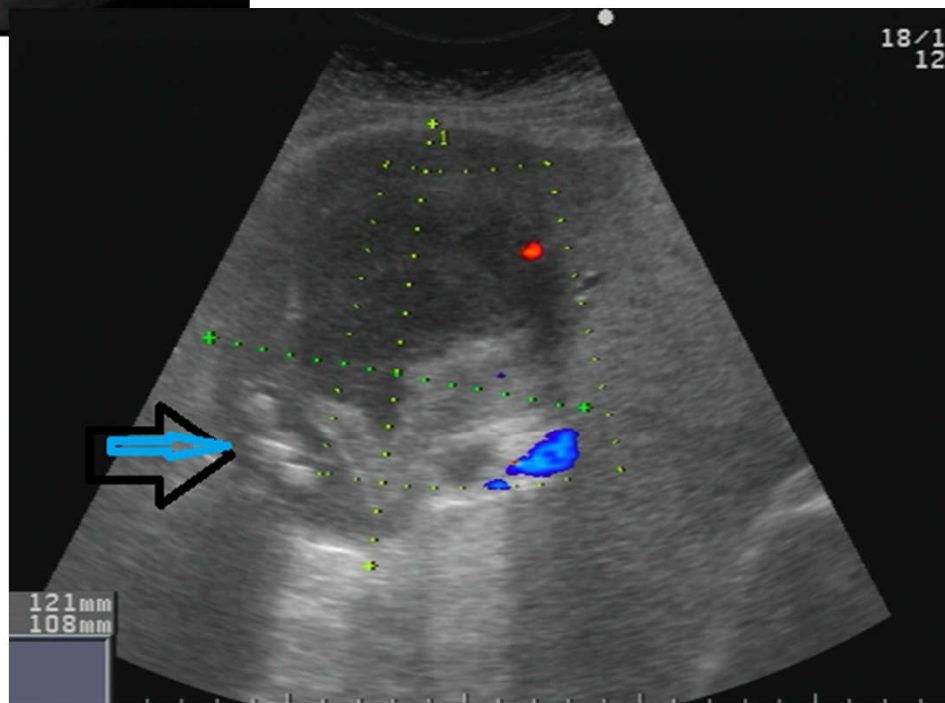
Tp. Hồ Chí Minh, ngày 25/06/2022 10:48
(Bác sĩ đã ký)

Liem

Bs. CKI. Lê Thanh Liêm



BS Liêm Siêu Âm



Hình BS thứ 1 Siêu Âm



: đau bụng
: SIEMEN AVANTO
: MRI MRCP

Tiêm chất tương phản

: KỸ THUẬT

Hình chụp vùng gan với máy cộng hưởng từ 1,5tesla có tiêm thuốc tương phản Gadolinium, các thông số kỹ thuật được in ở góc trái mỗi hình

MÔ TẢ

Áp xe gan trái, KT= 76x48mm, tín hiệu cao trên T2WI, thấp trên T1WI, bắt tương phản dạng viền dày, phù nề gan xung quanh.

Túi mật trong lòng có vài sỏi KT max= 12mm, sỏi ống túi mật= 10mm, ống mật chủ có sỏi 12mm.

Thành túi mật dày, dính gan, bên trái thông với ổ áp xe.

Không thấy huyết khối tĩnh mạch cửa

Lách, tụy kích thước, cường độ tín hiệu trong giới hạn bình thường

Hai thận bình thường, không chướng nước

Không thấy tràn dịch ổ bụng

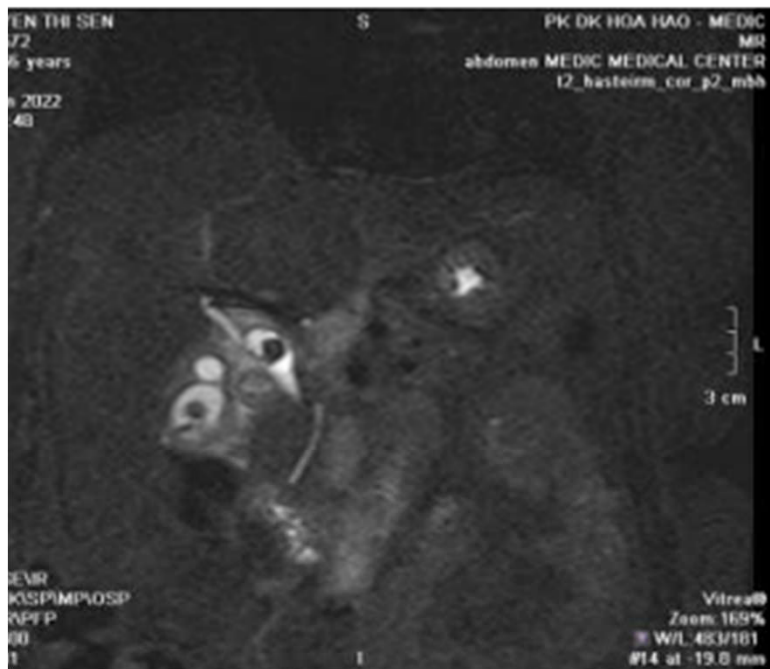
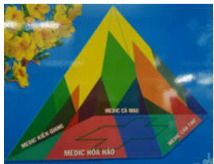
*** KẾT LUẬN:

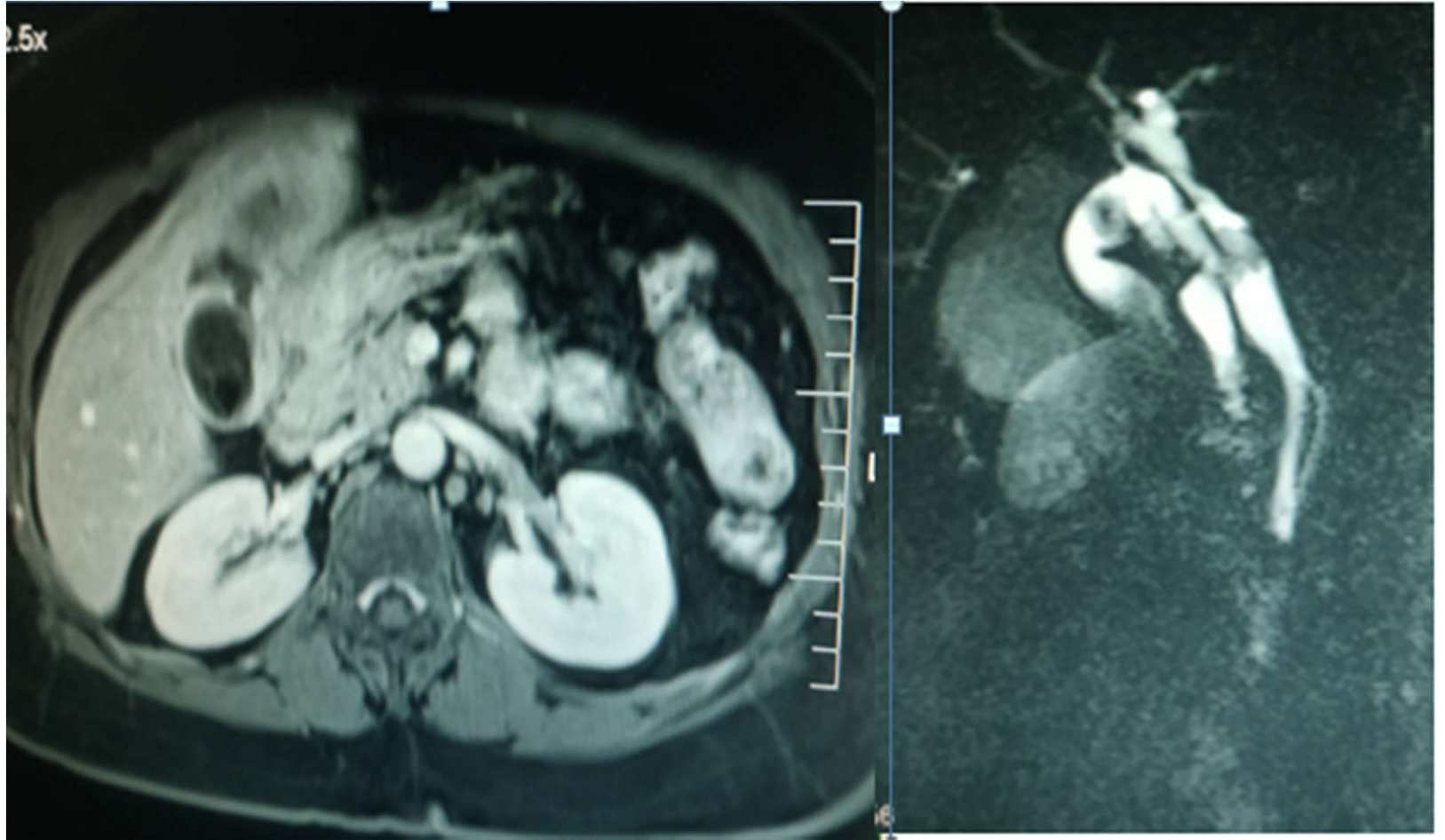
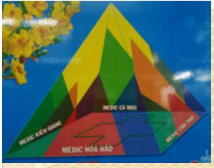
APXE TÚI MẬT, THÙNG TÚI MẬT, APXE GAN TRÁI

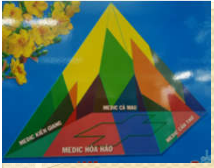
SỎI TÚI MẬT, SỎI ỐNG TÚI MẬT, SỎI ỐNG MẬT CHỦ.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 25/06/2022 14:18
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKI. Trần Thị Hồng Vân





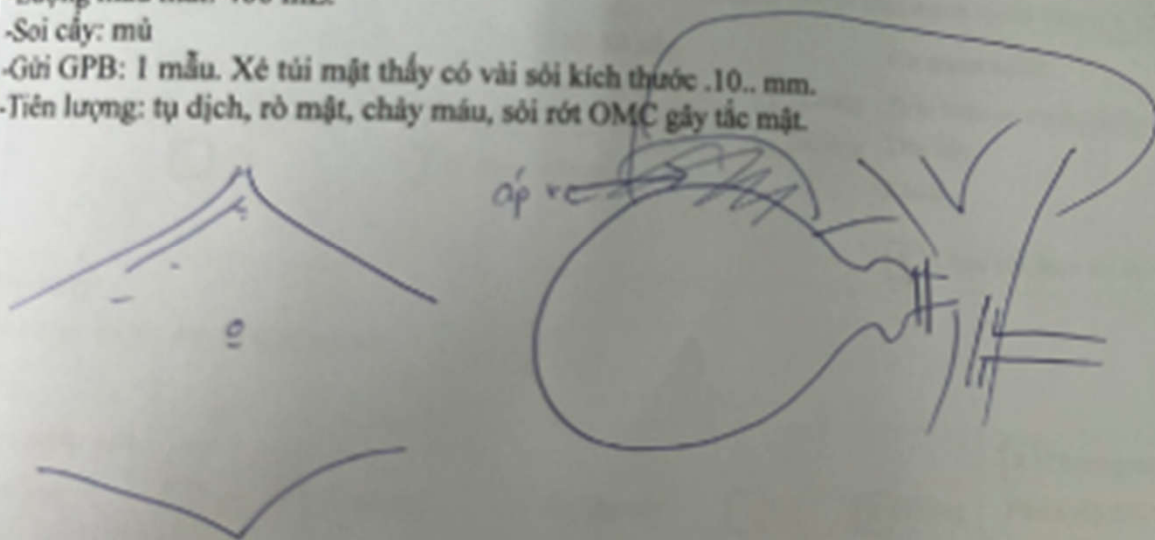


- CĐ: Áp xe gan do viêm túi mật thủng, sỏi ống túi mật – OMC
- BN chuyển BV BD: phẫu thuật
Cắt túi mật
Mở ống túi mật lấy sỏi
Mở OMC lấy sỏi
DL:kehr, dẫn lưu ổ áp xe

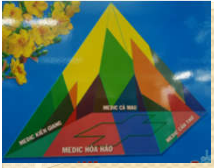
Lược Đồ Phẫu Thuật / Thủ Thuật

Nguyễn Thị Ngọc Ngân

- Lý do phẫu thuật: viêm mũ túi mật áp xe hóa - NTĐM do sỏi OMC
- Phương pháp vô cảm: mê NKQ
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa
- Đường rạch da, đường vào : như hình vẽ
- Mô tả sang thương: túi mật căng, vách dày, viêm dính nhiều làm mạc nối lớn và tá tràng dính chặt, vỡ tạo ổ áp xe trong nhu mô gan. Gan hồng trơn láng, ống mật chủ không dẫn d # 6mm
- Xử trí: Gỡ dính khó khăn, phẫu tích tam giác gan mật khó khăn nên quyết định chuyển mổ hở, cắt túi mật dùng rọ và randall lấy sỏi, kiểm tra thấy ống mật chủ soi đường mật thấy viên sỏi đoạn cuối d#12mm, mật ra khỏi giường túi mật thấy ổ áp xe, đốt niêm mạc túi mật. Kiểm soát cầm máu giường túi mật.
- Dẫn lưu dưới gan và dẫn lưu ổ áp xe . Cố định dẫn lưu.
- Kiểm tra đủ gạc và dụng cụ.
- Đóng các lỗ trocar. May da.
- Lượng máu mất: 400 mL.
- Soi cấy: mũ
- Gửi GPB: 1 mẫu. Xé túi mật thấy có vài sỏi kích thước .10.. mm.
- Tiên lượng: tụ dịch, rò mật, chảy máu, sỏi rớt OMC gây tắc mật.

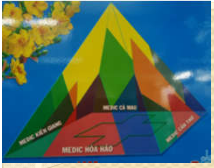


Ngày 28 tháng 06 năm 2022



Bàn luận

- Áp xe gan do biến chứng thủng túi mật sau viêm túi mật do sỏi là bệnh rất ít gặp.
- Lướt qua báo cáo: thường dạng ca LS
- Đặc biệt: BN sỏi mật không cản quang → CT không phát hiện sỏi → MRCP: XĐ chẩn đoán trước PT.
 - CA LS: CĐ rõ ràng và đầy đủ



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