

**PHÁC ĐỒ DỰ PHÒNG THUYỀN TẮC
HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TẠI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA**

ThS. BS. My Huy Hoàng
Trưởng khoa nội tim mạch
Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Địa điểm: hội trường BV ĐK tỉnh Thanh Hóa
Ngày: 27/09/2018

eHAT sponsorship: **VN18002123**

SAVN.ENO.18.09.1394
Internal Approval: Sep 2018

THUẬT NGỮ QUY ƯỚC

THUYỀN TẮC – HUYẾT KHỐI TÍNH MẠCH {
THUYỀN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI
HUYẾT KHỐI TÍNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI

THUYỀN
TẮC
PHỔI

Di trú

Cục máu đông

Huyết khối

HKTM đoạn gần

GÓI

HKTM đoạn xa

HUYẾT
KHỐI
TÍNH
MẠCH
SÂU

TỪ VIẾT TẮT

TT-HKTM: thuyền tắc huyết khối tĩnh mạch

HKTMSCD: huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

TTP: thuyền tắc phổi

HẬU QUẢ

Huyết khối tĩnh mạch sâu

Thuyên tắc phổi

Suy van tĩnh mạch sâu

Tăng áp lực ĐM phổi

Tử vong

H/chứng hậu huyết khối

Thuyên tắc phổi mạn tính

Loét chân



TTP là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu tại châu Âu



Thuyên tắc phổi

= 543,454



Ung thư vú

+



AIDS

+



Tai nạn trên cao tốc

+



Ung thư
Tuyến tiền liệt

= 209,926

CƠ CHẾ BỆNH SINH

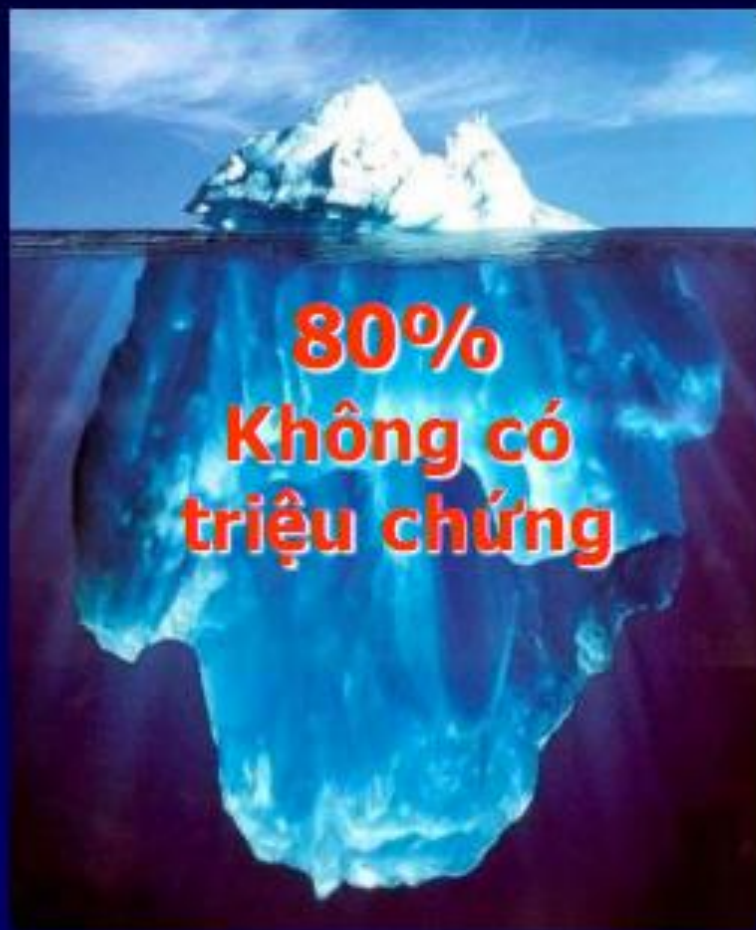
Những điều kiện thuận lợi cho việc hình thành huyết khối



TẦM QUAN TRỌNG

- ❖ Dịch tễ học bệnh huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới:
 - 0.5 - 1/1000 người, bị HKTMSCD
 - Nguyên nhân thứ 3 của bệnh lý mạch máu
- ❖ 10% tử vong trong bệnh viện liên quan tới thuyên tắc phổi
- ❖ 83 % bệnh nhân tử vong có thuyên tắc phổi qua khám nghiệm giải phẫu bệnh, nhưng chỉ 19 % có biểu hiện lâm sàng của HKTMSCD.
- ❖ 76% tử vong do thuyên tắc phổi gặp trên bệnh nhân có bệnh lý nội khoa

THUYÊN TẮC – HKTM kẻ sát nhân thầm lặng



- Gần 80% TT-HKTM không có triệu chứng ^{1,2}
- Trên 70% tử vong do TTP chỉ được xác định sau khi tử thiét ^{2,3}

¹ Lethen H et al. *Am J Cardiol* 1997;80:1066—9

² Sandler DA et al. *J R Soc Med* 1989;82:203—5

³ Stein PD et al. *Chest* 1995;108:978—81

Nếu phải tìm ra thủ phạm, tôi sẽ chỉ đích danh: đó là người nhà bà, những người đang xía xói vị bác sĩ kia. Họ chính là thủ phạm giết bà. Họ phải chấm dứt ngay việc buộc tội người khác. Và nếu có một chút lương tâm, thì hãy sám hối, quì xuống tạ lỗi với bà, và xin lỗi ngành y về những hành động hung hãn và vô giáo dục của mình.

Tại sao tôi nói người nhà bà là thủ phạm? Vì họ đã để cho bà té, dẫn đến gãy xương. Vì họ đã không quan tâm, chăm sóc cho bà, để không biết bà bị loãng xương, chỉ cần một cú té nhẹ là gãy xương.

Thường thì tôi vẫn chia sẻ sự mất mát của người nhà, chia buồn vì gia đình họ phải chịu tang. Nhưng lần này thì không. Không thể chia buồn với những kẻ giết người. Thật đáng buồn cho bà cụ, bị con cháu của mình giết chết. Mà bây giờ chúng còn nhao nhao đổ vấy cho người bác sĩ đã cố gắng cứu bà.

Không biết ở dưới suối vàng, bà cụ có thể nhắm mắt được không khi chính con cháu bà giết bà mà còn hung hãn xía xói, mày mảy tao tao, kết tội bác sĩ, người đã tận tình với bà.

SỞ Y TẾ THANH HÓA
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
HUYỆN THƯỜNG XUÂN

Số: 1/13/BC-BVĐKTX

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Thường Xuân, ngày 17 tháng 7 năm 2017

BÁO CÁO
QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH

Kính gửi: Phòng nghiệp vụ y Sở Y tế Thanh Hóa

Thực hiện công văn số 1458/SYT-NVY ngày 17 tháng 7 năm 2017 về việc báo cáo quá trình điều trị người bệnh tại bệnh viện.

Địa chỉ:

Vào viện: 18 giờ 45 phút ngày 28 tháng 5 năm 2017

Chẩn đoán vào viện: Vết thương 1/3 trên trong đùi trái nghi gãy xương đùi trái do tai nạn giao thông.

Bệnh nhân đã được chỉ định chụp Xquang kết quả (Hình ảnh xương đùi bình thường); được Bác sĩ phẫu thuật viên xử trí khâu vết thương và chẩn đoán (vết thương đứt cân cơ vùng bẹn trái). Qua thời gian điều trị từ ngày 28/5/2017 đến 10 giờ 30 phút ngày 05/6/2017 bệnh nhân không có diễn biến.

Đến hồi 12 giờ 00 phút ngày 05/6/2017 bệnh nhân có diễn biến trực khoa đã mời bác sĩ trực đến thăm khám và xử trí nhưng diễn biến vẫn trong tình trạng nặng đã được hội chẩn ban trực thống nhất chẩn đoán (Con Sốt nhiễm trùng do nhiễm trùng uốn ván), tiên lượng rất nặng đã giải thích rõ cho gia đình. Ban trực xử trí cấp cứu hồi sức tích cực nhưng diễn biến bệnh vẫn trong tình trạng nặng vì được chuyển bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh hóa hồi 12 giờ 45 phút ngày 05/6/2017 bằng xe cứu thương có cán bộ hộ tống.

tiếp hành sao chụp toàn bộ hồ sơ bệnh án theo bệnh án gốc.

CÔNG AN HUYỆN THƯỜNG XUÂN
CƠ QUAN CẢNH SÁT ĐIỀU TRA

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập-Tự do-Hạnh phúc

Số: 166/CSĐT

Thường Xuân, ngày 28 tháng 6 năm 2017

Kính gửi: Giám đốc Sở y tế tỉnh Thanh Hoá.

Ngày 05/6/2017, Cơ quan cảnh sát điều tra Công an huyện Thường Xuân tiếp nhận tin báo từ Công an xã Lương Sơn, huyện Thường Xuân báo cáo về việc:

Chị Hoàng Thị Văn, sinh 1982, trú tại xã Lương Sơn, huyện Thường Xuân bị chết chưa rõ nguyên nhân sau khi điều trị tại Bệnh viện đa khoa huyện Thường Xuân vào ngày 05/6/2017.

Ngày 28/5/2017 chị Hoàng Thị Văn, sinh năm 1982 trú tại thôn Trung Thành, xã Lương Sơn, huyện Thường Xuân đi xe máy tự ngã và bị thương tích ở vùng bẹn trái được người nhà đưa đến Bệnh viện đa khoa huyện Thường Xuân để điều trị.

Đến khoảng 10 giờ ngày 05/6/2017, chị Văn được Điều dưỡng viên Nguyễn Văn Điều tiêm 01 mũi VIMOTRAM (bằng 01 lọ) theo Y lệnh của Bác sỹ trực, sau

Văn Điều tiêm 01 mũi VIMOTRAM (bằng 01 lọ) theo Y lệnh của Bác sỹ trực, sau khi tiêm xong chị Văn vẫn bình thường, đến khoảng 10 giờ 30 phút cùng ngày Chị Văn kêu đau vết thương, tê bì chân đau (chân trái) thì được các Bác sỹ trực thăm khám và chỉ định Điều dưỡng viên Trịnh Đăng Mười tiêm 01 mũi bằng 01 lọ Diclofenac 75mg, sau khi tiêm xong chị Văn bình thường cho đến khoảng 30-40 phút sau khi được tiêm chị Văn có biểu hiện tức ngực khó thở, da tím tái và co

phút sau khi được tiêm chị Văn có biểu hiện tức ngực khó thở, da tím tái và co cứng toàn thân thì được các Bác Sỹ trong Ban trực sử dụng các loại thuốc Adrenalin, No adrenalin, Soliumclored, Pamatase, Dimedrol, Atropin, Danotal để tiến hành cấp cứu tích cực và chuyển chị Văn đến Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá có xe và Bác sỹ của Bệnh viện hộ tống, đến khoảng 16 giờ 30 phút cùng ngày nêu trên thì chị Văn tử vong tại khoa cấp cứu Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá.

Hội đồng chuyên môn họp ngày 21/7/2017. các thành viên tham gia thảo luận, phân tích, đánh giá qua tình điều trị người bệnh, tập thể hội đồng thống nhất với kết luận:

- Chẩn đoán: Con sóc nhiễm trùng do nhiễm trùng uốn ván
- Quá trình đón tiếp, thăm khám tình trạng bệnh, theo dõi, chăm sóc, điều trị, chỉ định thuốc, cấp cứu, chuyển viện đối với bệnh nhân tận tình chu đáo, đúng quy trình.
- Trong bệnh án còn có những chỗ bác sĩ điều trị ghi chưa trùng khớp thời gian.

Nơi nhận

- Sở y tế TH (BC);
- Lưu VT + KH.

GIÁM ĐỐC



**TTHKTM gây ra những cái chết
bất ngờ**

**Gây ra nỗi ám ảnh, kinh hoàng cho
BN, gia đình BN và thầy thuốc**

**Nhưng chưa được thầy thuốc quan
tâm đúng mức**

Khuyến cáo dự phòng TTHKTM

Các hiệp hội

Thế giới



Việt Nam



Khuyến cáo dự phòng TTHKTM

Các bệnh viện

Miền Bắc



Miền Nam



**PHÁC ĐỒ
CHỐNG ĐÔNG TRONG DỰ PHÒNG
THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI
TĨNH MẠCH**

Chữ ký	Người soạn thảo	Người xem xét	Người kiểm tra
			
Họ và tên	Lê Văn Cường	My Huy Hoàng	Hoàng Hữu Trí
Chức danh	Trưởng khoa Quốc tế	Trưởng khoa Tim mạch	Phó Giám đốc / trách nhiệm

Số 716/2018/QĐ-BV

Thanh Hóa, ngày 11 tháng 6 năm 2018

V/v: Ban hành tài liệu hướng dẫn “Phác đồ Chống đông trong dự phòng
Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch”

QUYẾT ĐỊNH

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009 của Quốc Hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam;

Căn cứ Quyết định số 45/QĐ-SYT ngày 24/01/2014 của Giám đốc Sở Y tế về việc phê duyệt Danh mục kỹ thuật trong khám, chữa bệnh;

Căn cứ Khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam và Hội Hồi sức cấp cứu - Chống độc Việt Nam;

Căn cứ chức năng nhiệm vụ, quyền hạn của Giám đốc Bệnh viện được quy định trong “Quy chế bệnh viện” ban hành kèm theo Quyết định số 1895/BYT-QĐ ngày 19/9/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Xét Biên bản họp của Hội đồng Khoa học – Kỹ thuật Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa về việc nghiệm thu Hướng dẫn Phác đồ Chống đông trong dự phòng Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu hướng dẫn “Phác đồ Chống đông trong dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch”.

Điều 2: Tài liệu hướng dẫn “Phác đồ Chống đông trong dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch” ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng trong khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Điều 3: Quyết định có hiệu lực kể từ ngày ký.

Điều 4: Các Ông/bà Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Tài chính – Kế toán và các Khoa, Phòng và Trung tâm có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./

Nơi nhận:
- Như kính gửi;
- Lưu: VT, KHTH.



GIÁM ĐỐC

Lê Văn Sỹ

PHÁC ĐỒ DỰ PHÒNG
TTHKTM CỦA BỆNH VIỆN ĐK
TỈNH THANH HÓA
(nội dung chính)

CHIẾN LƯỢC DỰ PHÒNG CHUNG

BƯỚC 1

- **Đánh giá nguy cơ truyền tác HKTM** của các bệnh nhân nhập viện dựa vào các YTNC nền, và tình trạng bệnh lý của bệnh nhân

BƯỚC 2

- **Đánh giá nguy cơ chảy máu**, chống chỉ định của điều trị chống đông

BƯỚC 3

- **Tổng hợp các nguy cơ, cân nhắc lợi ích** của việc dự phòng và nguy cơ chảy máu khi phải dùng chống đông, đặc biệt chú ý tới chức năng thận, bệnh nhân cao tuổi

BƯỚC 4

- **Lựa chọn biện pháp dự phòng**, và **thời gian dự phòng** phù hợp

CHIẾN LƯỢC DỰ PHÒNG TT - HKTM

- **CÁC BIỆN PHÁP DỰỢC LÝ**

- Heparin TLPT thấp (VD: enoxaparin, dalteparin)
- Heparin không phân đoạn liều thấp.
- Fondaparinux^a
- Kháng Vitamin K (VD: warfarin, sintrom)

- **CÁC BIỆN PHÁP CƠ HỌC**

- Áp lực hơi ngắt quãng
- Tất áp lực y khoa.
- Băng chun áp lực.

^aFondaparinux chưa được FDA chấp thuận dự phòng TT-HKTM trên BN nội khoa.

TỔNG HỢP CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG (1)

Biện pháp chung

BN được khuyến khích ra khỏi giường bệnh vận động sớm và thường xuyên

Biện pháp cơ học (không dùng thuốc chống đông)

Máy bơm hơi áp lực ngắt quãng

Tất/Băng chun áp lực y khoa (áp lực 16 – 20 mmHg)

Chỉ định cho bệnh nhân cần dự phòng thuyên tắc HKTM nhưng nguy cơ chảy máu cao, hoặc chống chỉ định dùng thuốc chống đông

* Cần phối hợp hoặc chuyển sang các biện pháp được lý ngay khi nguy cơ chảy máu giảm

Biện pháp dược lý (thuốc chống đông)

Loại thuốc

Liều dùng, đường dùng

Heparin TLPT thấp

Enoxaparin 40 mg x 1 lần/ngày TDD
Enoxaparin 30 mg x 1 lần/ngày TDD với BN suy thận (MLCT 30 – 50 ml/phút)

* Là lựa chọn ưu tiên cho hầu hết bệnh nhân cần dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

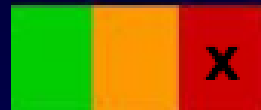
TỔNG HỢP CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG (2)

Biện pháp dược lý (thuốc chống đông)

Loại thuốc	Liều dùng, đường dùng
Fondaparinux	2,5 mg x 1 lần/ngày TDD 1,5 mg x 1 lần/ngày TDD với BN suy thận (MLCT 30 – 50 ml/phút) * Thay thế heparin TLPT thấp hoặc heparin không phân đoạn ở bệnh nhân bị HIT.
Heparin không phân đoạn	5000 UI x 2 lần/ngày TDD * Xét nghiệm số lượng tiểu cầu vào ngày thứ 5,7,9 sau dùng thuốc, để phát hiện HIT.
Thuốc chống đông đường uống không kháng vitamin K	Rivaroxaban 10 mg x 1 lần/ngày Dabigatran 110 mg x 1 lần trong ngày đầu, sau đó 110 mg x 2 lần/ngày * Chủ yếu dự phòng ở BN phẫu thuật chỉnh hình
Kháng vitamin K	Liều hiệu chỉnh sao cho INR từ 2 – 3 * Không được khuyến cáo nếu cần đạt hiệu quả dự phòng sớm, trong thời gian ngắn

ASPIRIN

I II III



Aspirin KHÔNG được khuyến cáo dùng đơn độc trong điều trị dự phòng thuyên tắc - HKTM ở bất kỳ đối tượng bệnh nhân nào .

KIỂM TRA CHỐNG CHỈ ĐỊNH – NGUY CƠ CHẢY MÁU TRƯỚC KHI SỬ DỤNG CHỐNG ĐÔNG

CCĐ TUYỆT ĐỐI

- Suy thận nặng
- Suy gan nặng
- Xuất huyết não
- Tình trạng xuất huyết đang tiến triển (Ví dụ: xuất huyết do loét dạ dày tá tràng)
- Tiền sử xuất huyết giảm tiểu cầu, nhất là xuất huyết giảm tiểu cầu do heparin
- Dùng thuốc chống đông
- Rối loạn đông máu bẩm sinh hay mắc phải.

Không dùng chống đông khi có 1 trong các yếu tố nêu trên . Nên lựa chọn phương pháp dự phòng cơ học

CCĐ TƯƠNG ĐỐI

- Chọc dò tủy sống
- Đang dùng các thuốc chống đông (ví dụ: aspirin, clopidogrel, warfarin với INR >2...)
- Số lượng tiểu cầu $<100.000/mm^3$
- Tăng huyết áp nặng chưa được kiểm soát
- Vừa mới trải qua phẫu thuật sọ não, phẫu thuật tủy sống hay có xuất huyết nội nhãn cầu

Trì hoãn sử dụng chống đông cho đến khi nguy cơ xuất huyết đã giảm

1

**DỰ PHÒNG THUYỀN TẮC - HKTM
Ở BỆNH NHÂN NỘI KHOA**

THANG ĐIỂM PADUA

DỰ BÁO NGUY CƠ THUYỀN TẮC HKTM

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Ung thư tiến triển	3
Tiền sử thuyên tắc HKTM (loại trừ HKTM nông)	3
Bất động (do hạn chế của chính bệnh nhân hoặc do chỉ định của BS)	3
Tình trạng bệnh lý tăng đông đã biết	3
Mới bị chấn thương và/hoặc phẫu thuật (≤ 1 tháng)	2
Tuổi cao (≥ 70 tuổi)	1
Suy tim và/hoặc suy hô hấp	1
NMCT cấp hoặc nhồi máu não cấp	1
Nhiễm khuẩn cấp và/hoặc bệnh cơ xương khớp do thấp	1
Béo phì (BMI ≥ 30)	1
Đang điều trị hormone	1

PPS < 4: Nguy cơ thấp bị thuyên tắc HKTM: không cần điều trị dự phòng

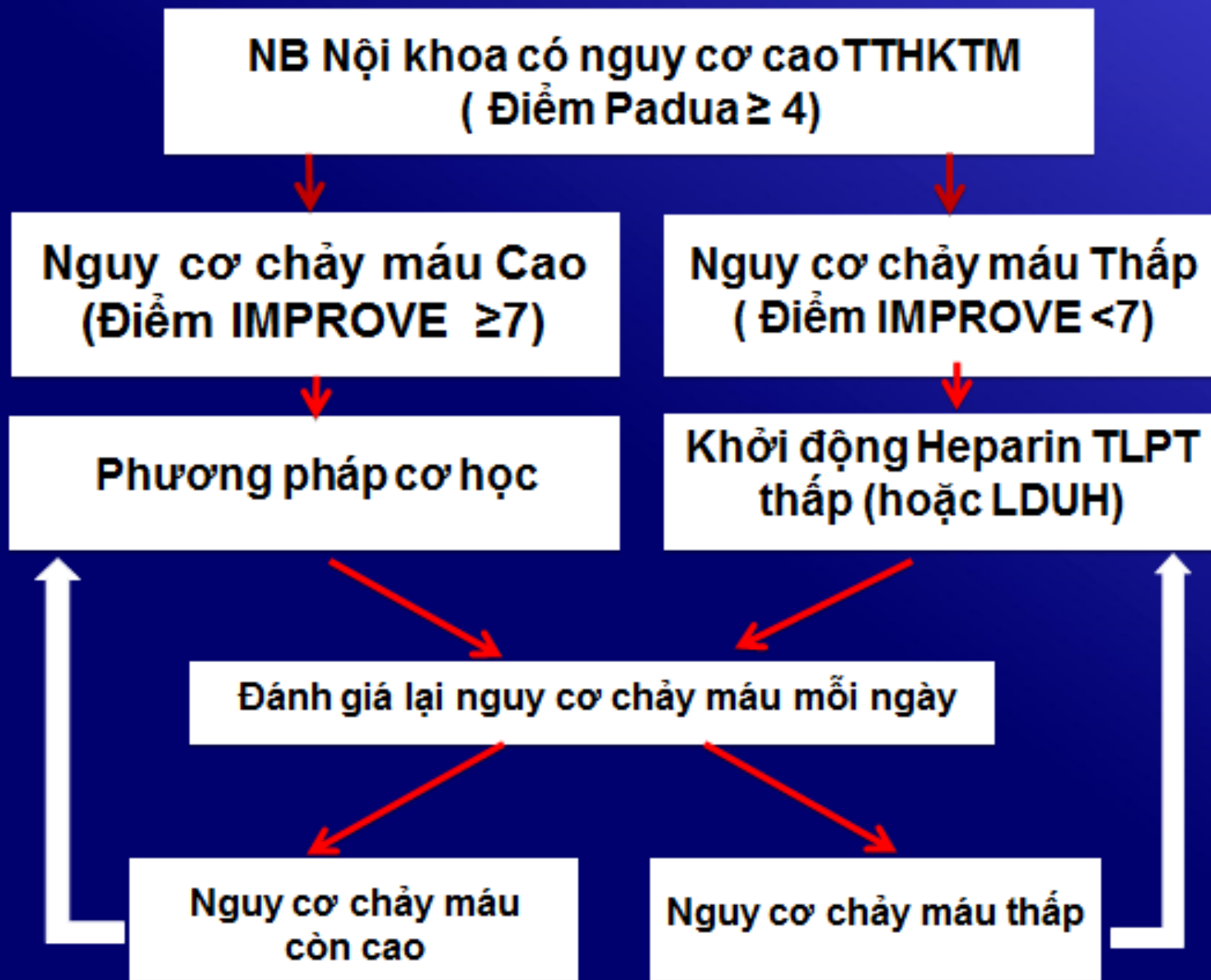
PPS ≥ 4 : Nguy cơ cao bị thuyên tắc HKTM: cần điều trị dự phòng

THANG ĐIỂM IMPROVE

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ CHẢY MÁU

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Loét dạ dày tá tràng tiến triển	4,5
Chảy máu trong vòng 3 tháng trước nhập viện	4
Số lượng tiểu cầu $< 50 \times 10^9/l$	4
Tuổi ≥ 85	3,5
Suy gan (INR $> 1,5$)	2,5
Suy thận nặng (MLCT < 30 ml/phút/ $1,73$ m ²)	2,5
Đang nằm điều trị tại khoa hồi sức tích cực.	2,5
Catheter tĩnh mạch trung tâm	2
Bệnh thấp khớp	2
Đang bị ung thư	2
Tuổi 40 – 84	1,5
Giới nam	1
Suy thận trung bình (MLCT 30-59 ml/phút/ $1,73$ m ²)	1
Tổng điểm ≥ 7: Nguy cơ chảy máu nặng, hoặc chảy máu có ý nghĩa lâm sàng	

Dự phòng TTKHTM cho BN nội khoa



2. Dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân nội khoa

Khuyến cáo dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân nội khoa

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
BN nội khoa điều trị nội trú có nguy cơ cao bị thuyên tắc HKTM được khuyến cáo dự phòng bằng Heparin TLPT thấp, Heparin không phân đoạn hoặc Fondaparinux ⁽¹⁾	I	B
BN nội khoa điều trị nội trú có nguy cơ cao bị thuyên tắc HKTM nhưng nguy cơ chảy máu cao, nên được dự phòng bằng bơm hơi áp lực ngắt quãng hoặc tất chun áp lực.	IIa	C

(1) Thời gian điều trị dự phòng: khuyến cáo kéo dài thời gian dự phòng tới khi bệnh nhân ra viện, hoặc có thể đi lại được. Với một số đối tượng chọn lọc (BN cai thở máy, BN bất động đang trong giai đoạn phục hồi chức năng), có thể kéo dài thời gian dự phòng tới 10 ± 4 ngày

BỆNH NHÂN NỘI KHOA CẤP

- *Ứng dụng Padua Predilection Score (PPS) trong khuyến cáo dự phòng thuyên tắc HKTM:*
 - **Bệnh nhân nội khoa cấp tính có nguy cơ CAO bị thuyên tắc – HKTM (PPS ≥ 4 điểm) được khuyến cáo điều trị dự phòng chống đông bằng Heparin TLPT thấp, hoặc Heparin không phân đoạn liều thấp, hoặc Fondaparinux.**
 - **Bệnh nhân nội khoa cấp tính có nguy cơ THẤP bị thuyên tắc – HKTM (PPS < 4 điểm) không được khuyến cáo điều trị dự phòng chống đông.**

BỆNH NHÂN TRONG KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC (1)

- Bệnh nhân nằm điều trị tại khoa Điều trị tích cực được khuyến cáo đánh giá các yếu tố nguy cơ HKTМ một cách hệ thống, và sử dụng các biện pháp điều trị dự phòng chống đông trong hầu hết các trường hợp.

- Bệnh nhân điều trị tại khoa Điều trị tích cực có nguy cơ HKTМ ở mức trung bình (*bệnh nội khoa, sau phẫu thuật chung*), được khuyến cáo điều trị chống đông dự phòng bằng Heparin TLPT thấp hoặc Heparin không phân đoạn liều thấp.

BỆNH NHÂN TRONG KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC

(2)

I II III Bệnh nhân điều trị tại khoa Điều trị tích cực có nguy cơ HKTM cao (sau chấn thương nặng, hoặc phẫu thuật chỉnh hình), được khuyến cáo điều trị chống đông dự phòng bằng Heparin TLPT thấp .

I II III Bệnh nhân điều trị tại khoa Điều trị tích cực có nguy cơ chảy máu cao được khuyến cáo sử dụng các biện pháp dự phòng chống đông cơ học tối ưu (với tất áp lực và/hoặc áp lực hơi ngắt quãng) ít nhất tới khi nguy cơ chảy máu giảm. Lúc đó, có thể cân nhắc phối hợp hoặc thay thế bằng các thuốc điều trị dự phòng huyết khối.

2

DỰ PHÒNG THUYỀN TẮC - HKTM Ở BỆNH NHÂN NGOẠI KHOA

- a. Dự phòng TTHKTM cho BN ngoại khoa chung
- b. Dự phòng TTHKTM cho BN chấn thương, chỉnh hình
- c. Dự phòng TTHKTM cho BN phẫu thuật cột sống

a. Dự phòng TTHKTM cho BN ngoại khoa chung

Đánh giá yếu tố nguy cơ TTHKTM ở bệnh nhân ngoại khoa bằng thang điểm **CAPRINI**

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Từ 41 đến 60 tuổi	1
Nhồi máu cơ tim cấp (< 1 tháng)	1
Béo phì (BMI >25)	1
Suy tim sung huyết (< 1 tháng)	1
Tiền căn viêm đường ruột (bệnh crohn)	1
Thủ thuật với gây tê vùng	1
Nhiễm trùng huyết (< 1 tháng)	1
Đang bị giãn tĩnh mạch/phù chân	1
Được chẩn đoán là bệnh phổi nặng (như: viêm phổi) < 1 tháng	1
Dùng thuốc ngừa thai hoặc điều trị hormone thay thế	1
Có thai hoặc sau sinh (< 1 tháng)	1
Tiền căn mẹ: tử vong sơ sinh không rõ nguyên nhân, sảy thai liên tiếp (> 3 lần), sinh non, nhiễm độc thai nghén, hoặc thai chậm phát triển	1

a. Dự phòng TTHKTM cho BN ngoại khoa chung

Đánh giá yếu tố nguy cơ TTHKTM ở bệnh nhân ngoại khoa bằng thang điểm **CAPRINI** (tt)

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Từ 61-74 tuổi	2
Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm	2
Bất động ≥ 3 ngày	2
Bó bột chân hoặc nẹp vít	2
Bệnh ác tính	2
Phẫu thuật – nội soi khớp	2
Phẫu thuật > 45 phút	2
≥ 75 tuổi	3
Tiền căn TTHKTM *	3
Giảm tiểu cầu do heparin	3
Gia đình có cha mẹ hoặc anh chị em bị TTHKTM	3

a. Dự phòng TTHKTM cho BN ngoại khoa chung

Đánh giá yếu tố nguy cơ TTHKTM ở bệnh nhân ngoại khoa bằng thang điểm **CAPRINI** (tt)

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Chấn thương tủy sống cấp (< 1 tháng)	5
Phẫu thuật khớp chi dưới chương trình	5
Gãy chân, khớp háng, khung chậu < 1 tháng	5
Đột quy < 1 tháng	5
Tổng	

Tổng điểm:

Nguy cơ rất thấp: ≤ 0 điểm

Nguy cơ trung thấp: 1 – 2 điểm

Nguy cơ trung bình: 3 – 4 điểm

Nguy cơ cao ≥ 5 điểm

a. Dự phòng TTHKTM cho BN ngoại khoa chung

Phân tầng nguy cơ và chiến lược dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân ngoại khoa chung

Mức độ nguy cơ	Chiến lược điều trị dự phòng	Mức độ nguy cơ	Chiến lược điều trị dự phòng
Nguy cơ thấp Phẫu thuật nhỏ trên BN < 40 tuổi, không kèm YTNC*	Không điều trị dự phòng bằng thuốc Khuyến khích đi lại sớm	Nguy cơ cao Phẫu thuật nhỏ trên BN > 60 tuổi HOẶC Phẫu thuật lớn trên BN 40-60 tuổi không kèm YTNC	Biện pháp dược lý: Heparin không phân đoạn, Heparin TLPT thấp, Fondaparinux Biện pháp cơ học (sẵn có) nếu chống chỉ định dùng chống đông hoặc nguy cơ chảy máu cao Thời gian dự phòng: đến khi xuất viện hay đi lại được
Nguy cơ trung bình Phẫu thuật nhỏ trên BN có kèm YTNC HOẶC Phẫu thuật nhỏ trên BN 40-60 tuổi không kèm YTNC	Biện pháp dược lý: Heparin không phân đoạn, Heparin TLPT thấp, Fondaparinux Biện pháp cơ học (sẵn có) nếu chống chỉ định dùng chống đông hoặc nguy cơ chảy máu cao Thời gian dự phòng: đến khi xuất viện hay đi lại được	Nguy cơ rất cao Phẫu thuật lớn trên BN > 40 tuổi kèm theo nhiều YTNC HOẶC Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình (xem dưới)	Heparin TLPT thấp (Enoxaparin 30mg x 2 lần/ngày hoặc Enoxaparin 40 mg x 1 lần/ngày) Thời gian dự phòng có thể kéo dài đến 28 ngày. Biện pháp cơ học (sẵn có) phối hợp

Phẫu thuật nhỏ là phẫu thuật có thời gian thực hiện < 45 phút, phẫu thuật lớn là phẫu thuật có thời gian thực hiện ≥ 45 phút. *YTNC chủ yếu gồm: ung thư, tiền sử thuyên tắc HKTM, béo phì, suy tim, liệt, nhiễm trùng quanh phẫu thuật, có tình trạng tăng đông (thiếu hụt protein C, S...)

BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH

Khuyến cáo	Mức độ
<p>BN thay khớp háng hoặc thay khớp gối được khuyến cáo điều trị dự phòng thuyên tắc HKTМ thường quy bằng một trong các biện pháp sau: heparin TLPT thấp, fondaparinux, dabigatran, rivaroxaban, heparin không phân đoạn, kháng vitamin K liều hiệu chỉnh, hoặc biện pháp ép bằng áp lực hơi ngắt quãng</p>	1
<p>BN phẫu thuật gãy xương đùi được khuyến cáo điều trị dự phòng thuyên tắc HKTМ thường quy bằng một trong các biện pháp sau: heparin TLPT thấp, fondaparinux, heparin không phân đoạn, kháng vitamin K liều hiệu chỉnh, hoặc biện pháp ép bằng áp lực hơi ngắt quãng</p>	1

Thời gian bắt đầu dự phòng:

- Heparin TLPT thấp: bắt đầu trước phẫu thuật 12 giờ, hoặc sau phẫu thuật 18 – 24 giờ.
- Fondaparinux: bắt đầu sau phẫu thuật 6 – 24 giờ
- Rivaroxaban, Dabigatran: bắt đầu sau phẫu thuật 6 – 10 giờ

Thời gian duy trì dự phòng: 10 – 14 ngày, kéo dài tới 35 ngày

b. Dự phòng TTHKTM cho BN chấn thương chỉnh hình

Bệnh nhân chấn thương nặng

Khuyến cáo dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân chấn thương nặng nằm viện

Khuyến cáo	Mức độ
Phòng ngừa HKTMS nên sử dụng heparin TLPT thấp (như Enoxaparin 40mg) càng sớm càng tốt khi lâm sàng ổn định.	I
<ul style="list-style-type: none">- Nếu chống chỉ định heparin TLPT thấp có thể sử dụng Máy bơm hơi áp lực ngắt quãng, thiết bị bơm áp lực ngắt quãng.- Phòng ngừa bằng heparin TLPT thấp bắt đầu sau 24h sau chấn thương hoặc mở hộp sọ, có thể an toàn với các trường hợp xuất huyết nội sọ.- Khi sử dụng heparin TLPT thấp, theo dõi nồng độ kháng Xa có thể dùng khi bệnh nhân < 45kg, béo phì, hoặc suy thận (MLCT < 30mL/phút).	II
Không khuyến cáo dùng lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới trong phòng ngừa nguyên phát trên bệnh nhân chấn thương nguy cơ cao.	III

b. Dự phòng TTHKTM cho BN chấn thương chỉnh hình

Bệnh nhân chấn thương nặng

Thuốc dự phòng và thời gian dự phòng

Khuyến cáo

- Enoxaparin 40mg tiêm dưới da mỗi 24h hoặc Enoxaparin 30mg tiêm dưới da mỗi 12h, thời gian bắt đầu dự phòng trong vòng 36 giờ sau chấn thương nặng không có xuất huyết nội hoặc trên bệnh nhân đa chấn thương.
- Nếu bệnh nhân suy thận (MLCT < 30 ml/phút): Enoxaparin 30mg tiêm dưới da/ngày.
- Thời gian dự phòng có thể kéo dài đến 14 ngày hoặc cho đến khi bệnh nhân đi lại được hoàn toàn.

Heparin không phân đoạn không khuyến cáo trong dự phòng HKTMS trên bệnh nhân chấn thương

c. Dự phòng TTHKTM cho BN phẫu thuật cột sống

Bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật cột sống có nguy cơ cao bị TTHKTM

Cần đánh giá nguy cơ xuất huyết theo bảng chống chỉ định và thận trọng của thuốc chống đông để lựa chọn biện pháp dự phòng.

Đối tượng bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật cột sống	Khuyến cáo
Tất cả bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật cột sống	Khuyến cáo dự phòng TTHKTM bằng ép hơi ngắt quãng <u>hơn</u> Heparin TLPT thấp (Enoxaparin 40mg), Heparin không phân đoạn liều thấp
Tất cả bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật cột sống có nguy cơ cao bị TTHKTM	Khuyến cáo dự phòng TTHKTM bằng biện pháp cơ học <u>kèm</u> với thuốc Heparin TLPT thấp, Heparin không phân đoạn liều thấp

KẾT QUẢ

DỰ PHÒNG TTHKTM CỦA BỆNH VIỆN

BN nữ 62t

Chẩn đoán U đại tràng phải

PHÒNG CHẨN ĐOÁN

Tên người bệnh: NGUYỄN THỊ THU
Yêu cầu CLS : Siêu âm ổ bụng
Khoa: Khoa Tiêu hóa, Buồng Điều Trị
Chẩn đoán: Viêm dạ dày-ruột và viêm đại tràng khác không nhiễm trùng khác -viêm phúc mạc

Tuổi: 62
Giới tính: Nữ

Mã ICD10: K52

Ngày 20 tháng 02 năm 2017
BÁC SĨ CHUYÊN KHOA

Siêu âm

MÔ TẢ KẾT QUẢ
Gan mật: KT dọc gan phải trong giới hạn bình thường, nhu mô gan không đều. Tĩnh mạch trên gan tốc độ dòng chảy và phổ Doppler bình thường. Đường mật trong gan không giãn. Túi mật kích thước bình thường, thành mỏng. Tĩnh mạch cửa bình thường. Ống mật chủ bình thường. Tụy: Kích thước bình thường, nhu mô đều, ống tụy chính không giãn. Lách: Kích thước bình thường, nhu mô đều. Thận phải: Kích thước bình thường, phân biệt rõ tủy và vỏ thận, đài bể thận giãn nhẹ. Thận trái: Kích thước bình thường, phân biệt rõ tủy và vỏ thận, bể thận và niệu quan không giãn.
Bàng quang: Thành nhẵn, không có sỏi.
Nhận xét khác: Ổ bụng hiện tại không có dịch.
Đại tràng vùng góc gan có khối tổn thương KT 80x37 mm, thành dày có chỗ 19 mm.
Các quai ruột giãn trong lòng chứa ít dịch.

KẾT LUẬN:
H/A U đại tràng góc gan

16h26 20/02/2017
BÁC SĨ CHUYÊN KHOA
Ths: Lê Ngọc Thành

NGUYỄN THỊ THU

Địa chỉ: Phường Ba Đình, TP. Thanh Hóa, Thanh Hóa
Khoa: Khoa Tiêu hóa, Buồng Điều Trị
Chẩn đoán: TD U đại tràng- dị dạng mạch máu mạc treo -viêm phế quản

Tuổi: 62 Giới tính: Nữ

Yêu cầu kiểm tra: **Chụp cắt lớp vi tính tăng trên ổ bụng có khảo sát mạch các tạng (bao gồm mạch: gan, tụy, lách và mạch khối u) (từ 64-128 dãy) có thuốc cản quang**

Người bệnh có cơ địa dị ứng:

09h25 21/02/2017
BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ
BS: Lê Thị Hồng

KẾT QUẢ

Mô tả:
Chụp MSCT 128 lát tăng trên ổ bụng, có khảo sát mạch tạng, độ dày lớp cắt 5mm, trước và sau tiêm thuốc cản quang thấy:
- **Đại tràng:** Đại tràng phải có khối tỷ trọng mô mềm kích thước khoảng 4,5x6,1mm, bờ không đều, ranh giới không rõ gây hẹp lòng đại tràng phải, khối nằm thuộc mạc treo ruột xung quanh khối có nhiều hạch, kích thước hạch to nhỏ không đều, hạch lớn nhất kích thước khoảng 17x2,5mm.
- **Gan:** Kích thước bình thường, bờ đều, nhu mô gan nằm thuốc đồng nhất, không thấy khối khu trú.
- **Tĩnh mạch cửa:** Tĩnh mạch trên gan khẩu kính bình thường, nằm thuốc đều, không có huyết khối.
- **Đường mật trong và ngoài gan:** không giãn, không có sỏi.
- **Túi mật:** Kích thước bình thường, thành mỏng, không có sỏi, quanh túi mật không có dịch.
- **Tụy:** Không to, bờ đều, nhu mô nằm thuốc đồng nhất, Wirsung không giãn. Quanh tụy không có dịch.
- **Lách:** không to, nhu mô nằm thuốc đồng nhất.
- **Hai thận:** Hình dạng và kích thước bình thường, nhu mô nằm thuốc đều. Đài bể thận và niệu quản không giãn không có sỏi.
- **Bàng quang:** Thành đều, không có sỏi.
- **Tiểu khung:** Không thấy bất thường.
- **Hiện tại không thấy dịch tự do ổ bụng.**
Động mạch chủ:
- **DMC bụng:** Khẩu kính bình thường, lòng mạch nằm thuốc tốt.
- **Động mạch thân hai bên:** khẩu kính bình thường.
Kết Luận: Hình ảnh U đại tràng phải - Nhiều hạch ổ bụng.

Ngày In
Ngày thực hiện

Ngày 21 tháng 02 năm 2017
15h25 21/02/2017
BÁC SĨ CHUYÊN KHOA
B. Lê Ngọc Thành

Khoa cấp cứu Ngoại

Phẫu thuật cắt đoạn ĐT
phải
Nối Hôi tràng - Đại tràng
(bên - bên)

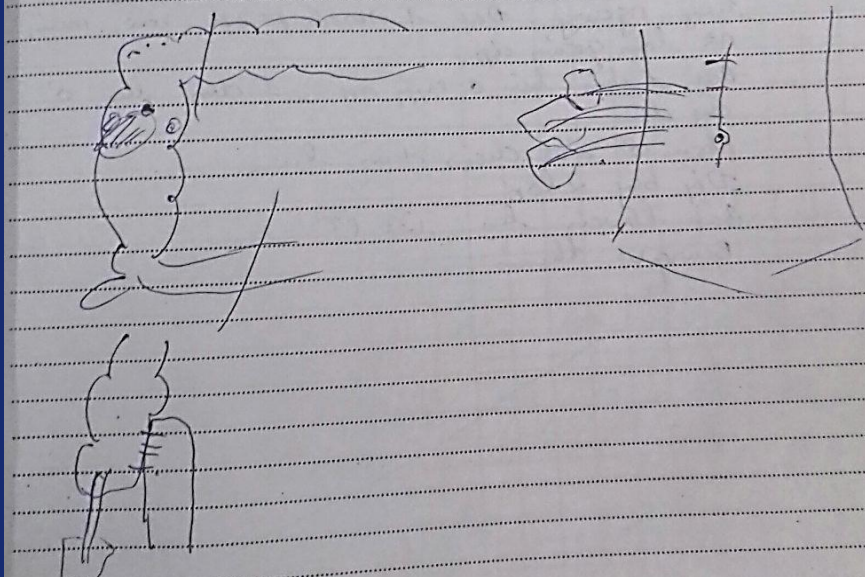
Ngày 22/2/2017

SỞ Y TẾ THANH HÓA
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH

PHIẾU PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT MS: 14/BV-01
Số vào viện: 93276

Họ tên người bệnh: Nguyễn Thị Thu Tuổi: 62 Nam/Nữ
Khoa: Cấp Cứu Buồng: 201 Giường:
Vào viện lúc: giờ phút ngày 19 tháng 02 năm 2017
Phẫu thuật/thủ thuật lúc: 15 giờ phút ngày 22 tháng 02 năm 2017
Chẩn đoán:
Trước phẫu thuật/thủ thuật: Tắc ruột do u đại tràng
Sau phẫu thuật/thủ thuật: Tắc ruột do u đại tràng hồi
Phương pháp phẫu thuật/thủ thuật: Cắt đoạn ĐT phải, nối hồi tràng
đến bên D. ô bụng. Loại phẫu thuật/thủ thuật:
Phương pháp vô cảm: MS NKA
Bác sỹ phẫu thuật/thủ thuật: BS. Tùng A. BS. Thành A. BS. Hòa H
Bác sỹ gây mê hồi sức: BS. Tùng. Phúc

LƯỢC ĐỒ PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT



21h00 ngày 27/2/2017
(5 ngày sau PT)

BN tức ngực, khó thở
Hội chẩn Tim mạch
nghĩ đến NMP, đề nghị
XN:

Nguyễn Thị Hoàng
Hội chẩn lâm sàng: Nguyễn Thị Hoàng, Nguyễn Thị Tuấn
21h00
27/2
BN tức ngực, khó thở, hồi máu, hồi máu
máu đang ở bên phải tại RV
phải thì chuyển được tim ở
mở lại trạng thái 5
2 ngày nay thấy hồi ngực
khi thì hồi lại, hồi
hồi, hồi hồi hồi
Đến đây 95%
ICA 1307 mmHg (B) (Nabich)
Hai phổi: tràn dịch, tràn máu
Sai
Bụng mềm, đau vết mổ
Đến tâm độ: Tâm độ, độ
và Tâm độ → Vg
Hồi tại cửa trái tại
mặt phải / hồi phải
liệt tại trạng thái 5
đề nghị hồi lại
Dhimer
khi máu DM
- LA Doppler tim (chẩn đoán
Phổi, ALON phổi)
Có kê 1% hồi
Nguyễn Thị Hoàng

22h30 ngày 27/2/2017
 (1h30ph sau) KQ XN về:

- ĐTĐ: T âm DII, DIII, avF, V1-V4
- D-dimer: > 9994
- Khí máu: pH 7,54.
PCO2: 13,9
- SA tim: ĐKTP 23.
ALĐMP 54

Đề nghị chụp MSCT 128 lát ĐMP

Họ tên người bệnh: Trần Văn Hùng
 Khoa: Cấp cứu Buồng: 457 Giường: 7 Chẩn đoán:

NGÀY (GIỜ)	DIỄN BIẾN BỆNH
22 ^{h30} 27/2	<p>Hồi chẩn lần 2</p> <p>KQ XN về:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Điện tâm đồ: T âm - D-Dimer: 7.9994 - Khí máu: pH: 7,54 PCO2: 13,9 - Siêu âm tim: thất phải giãn 23mm, tăng áp lực ĐMP ước (59 mmHg) - Các quan sát được khác: Đ. vi mạch Đ. ĐM P. <p>Δ Chưa ghi lại tại mal phổi / HTT u-Đ. đang</p> <p>Đề nghị chụp MSCT từ 64 lát 128 lát tăng góc để khảo sát Đông mạch phổi</p> <p><i>[Signature]</i> Trần Văn Hùng</p>

KQ chụp MSCT: Hình ảnh huyết khối gây tắc ĐMP 2 bên

PHIẾU CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH
(Lần thứ.....)

MS: 21/BV-01
Mã phiếu:
Mã BN: BN000093796

Tên bệnh nhân: **NGUYỄN THỊ THU**
Tuổi: 62 Giới tính: Nữ

Địa chỉ: Phường Ba Đình, TP. Thanh Hóa, Thanh Hoá

Khoa: Khoa Cấp Cứu, Buồng Điều Trị Nội Trú

Chẩn đoán: tắc mạch phổi sau phẫu thuật cắt u đại tràng (p)

Yêu cầu kiểm tra: **Chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi (từ 64- 128 dãy) có thuốc cản quang**

Người bệnh có cơ địa dị ứng:

07h58 28/02/2017
BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ
Nguyễn Thị Hằng

KẾT QUẢ

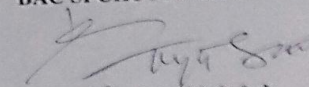
Mô tả:

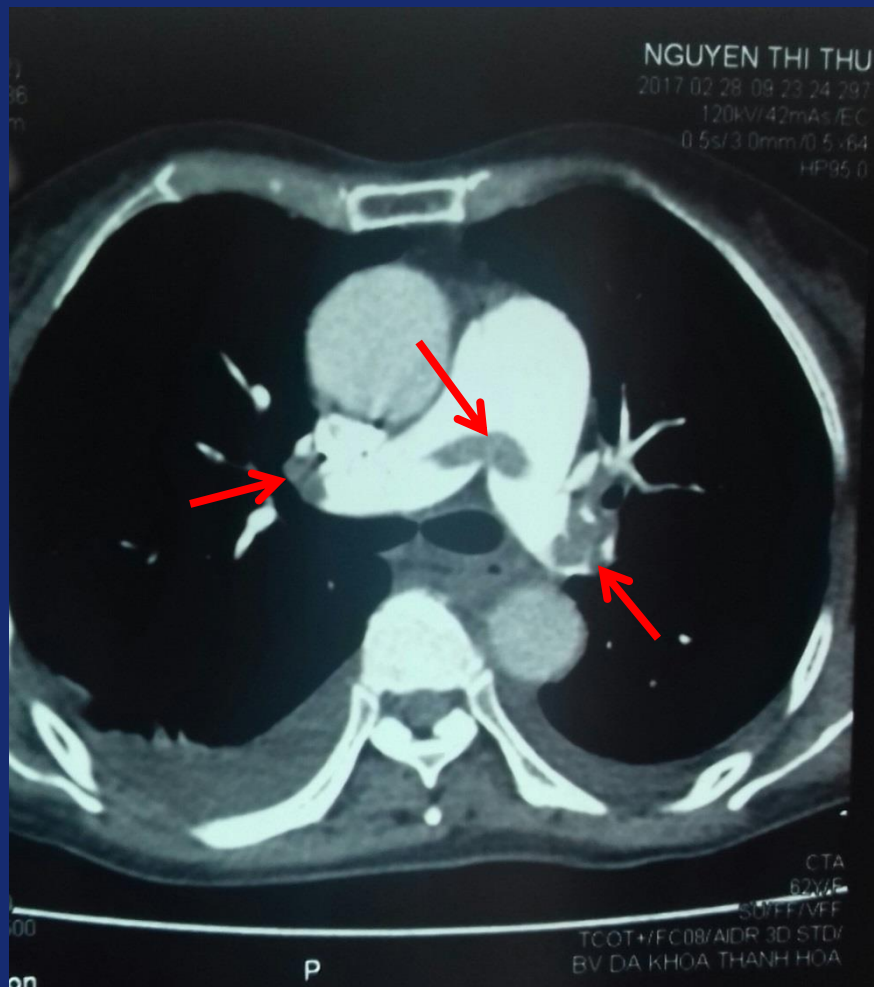
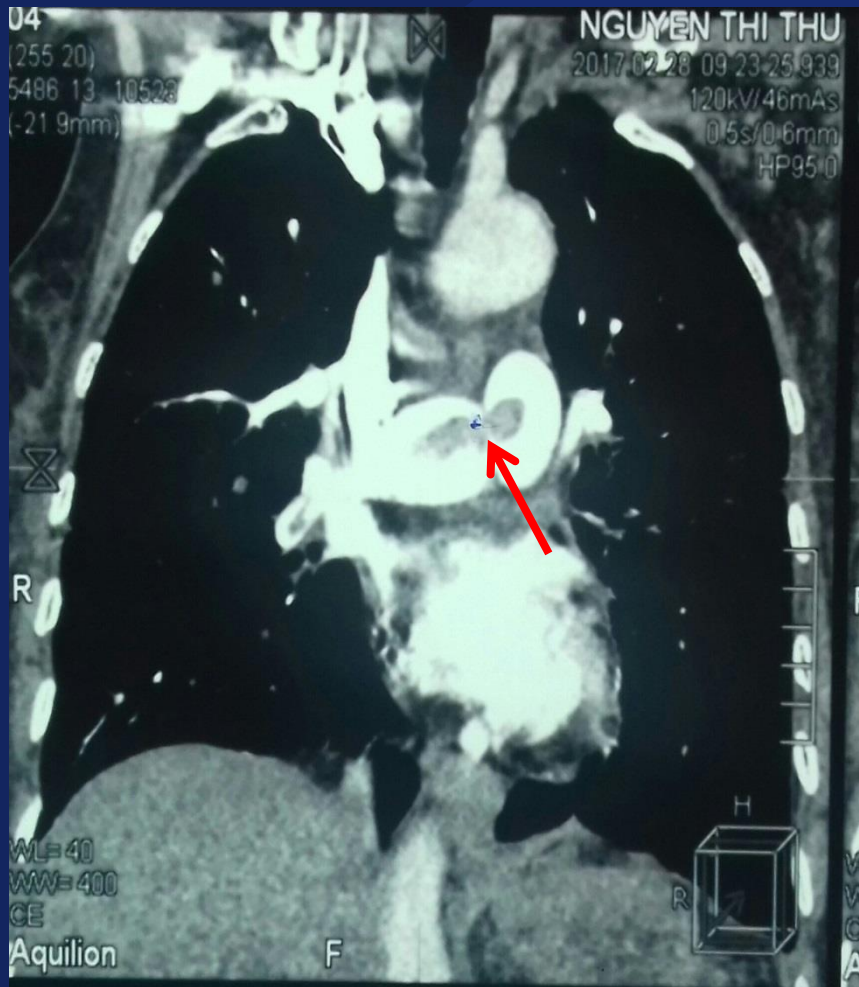
Hiện tại trên phim chụp MSCT 128 lát động mạch phổi độ dày lớp cắt 5mm trước và sau tiêm thuốc cản quang thấy:

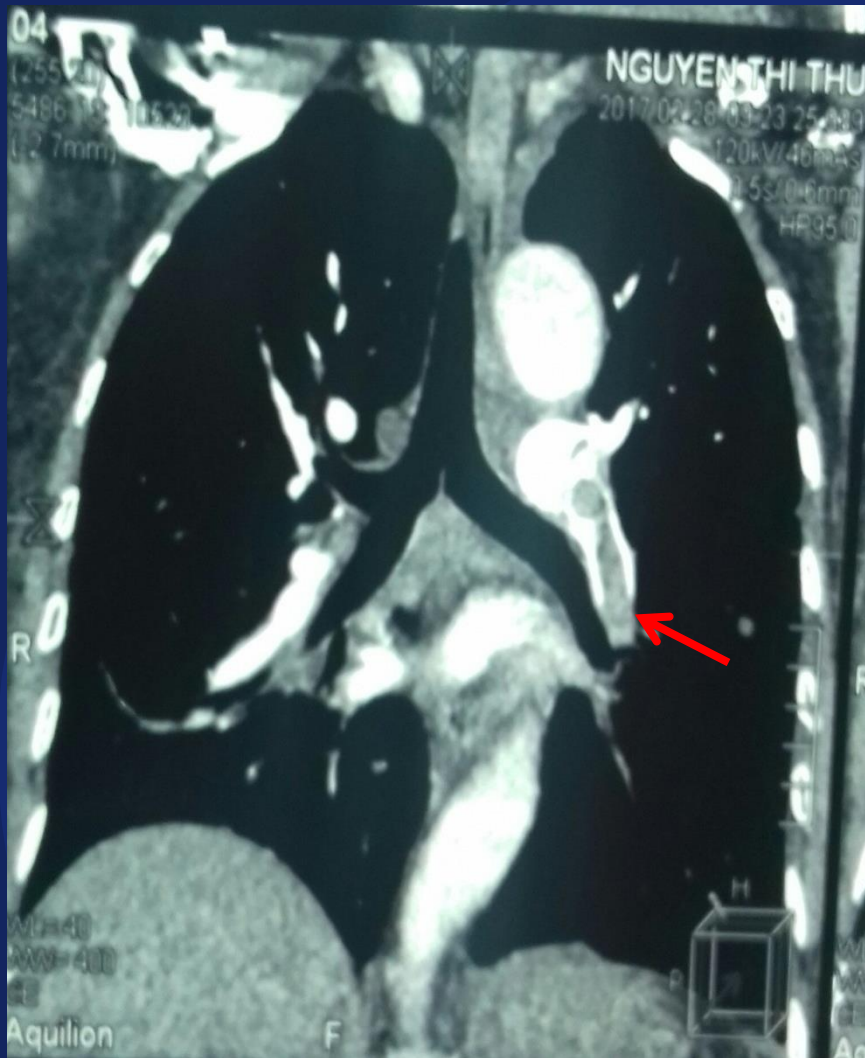
- ĐM phổi:
- Bên phải: có hình ảnh huyết khối, nằm ở cả các nhánh thùy và phân thùy phổi làm hẹp lòng mạch và có hình ảnh tắc ở nhánh nhỏ.
- Bên trái có hình ảnh huyết khối nhiều, nằm ở cả các nhánh thùy phổi và phân thùy làm hẹp lòng mạch và một vài mạch nhỏ có hình ảnh tắc.
- Phổi phải: Nhu mô có các dải tăng tỷ trọng nhỏ, chỉ thấy trên cầu số nhu mô.
- Phổi trái: Nhu mô có các dải tăng tỷ trọng nhỏ, chỉ thấy trên cầu số nhu mô.
- Màng phổi: Bên phải có dịch dày ~ 20mm, bên trái dịch ~ 8mm.
- Trung thất: Không thấy hạch to bệnh lý, không thấy hình ảnh tách ĐMC ngực.

Kết Luận: Hình ảnh huyết khối gây hẹp tắc ĐM phổi hai bên - Trần dịch màng phổi hai bên - Dải tăng tỷ trọng nhu mô phổi hai bên.

Ngày In
Ngày thực hiện

Ngày 28 tháng 02 năm 2017
10h25 28/02/2017
BÁC SĨ CHUYÊN KHOA

Khoa chẩn đoán hình ảnh





Điều trị tại khoa Tim
mạch 10 ngày

BN ra viện
10/3/2017

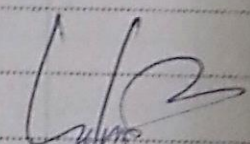
(GIO)

10/3

Bn tình ổn định, không
phối thuốc. Đã uống
mặc nhất phe
nhi 800/p
HD 1/10/60 minutly
tức nhịp đều
phối thuốc rất tốt. Thử
Bụng mềm vết mổ khô
còn lưu ở sonde dẫn
lưu nước. Bn đại tiện
phần mềm.

Δ. K đại dương đã phẫu
thuật. Huyết chỉ AN
phần, SKCT

Ra viện.



Tái khám ngày
11/4/2017 (1 tháng sau
khi ra viện)

Chụp MSCT 128 lát
ĐMP: không thấy hình
ảnh tắc ĐMP trên phim
chụp

PHIẾU CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH
(Lần thứ.....)

MS: 21/BV-01
Mã phiếu:
Mã BN: BN000093796

Tên bệnh nhân: **NGUYỄN THỊ THU** Tuổi: 62 Giới tính: Nữ

Địa chỉ: Phường Ba Đình, TP. Thanh Hóa, Thanh Hoá

Khoa: Khoa Tim mạch, Buồng Điều Trị Nội Trú

Chẩn đoán: Tắc ĐM PHỔI /K đại tràng đã phẫu thuật

Yêu cầu kiểm tra: **Chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi (từ 64- 128 dãy) có thuốc cản quang**

Người bệnh có cơ địa dị ứng:

13h43 11/04/2017
BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

BS: Trịnh Thị Hoát

KẾT QUẢ

Mô tả:

Chụp MSCT 128 lát lồng ngực độ dày lớp cắt 0,5mm trước và sau tiêm thuốc cản quang có tái tạo ảnh MIP, MPR:

Trên cửa sổ trung thất và nhu mô thấy:

- Hình ảnh nhiều nốt mờ nhỏ rải rác hia phổi, nốt lớn kt ~ 11mm.
- Không thấy hạch to bệnh lý trung thất và rốn phổi hai bên.
- Các mạch máu lớn trung thất khẩu kính bình thường, lòng mạch ngấm thuốc đều.

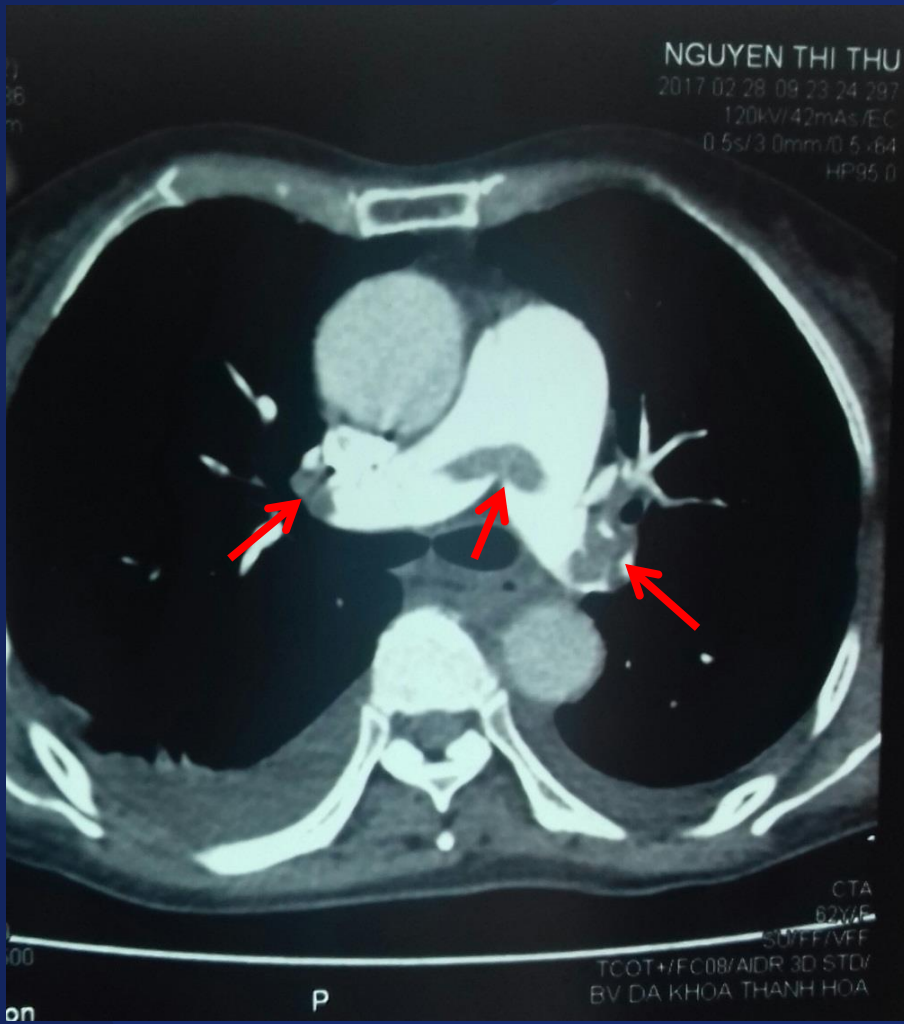
Không thấy phình hay ổ dị dạng, ĐM phế quản hai bên không giãn. Không thấy hình ảnh tắc động mạch phổi hai bên.

- Hình tim không to, không thấy bất thường màng ngoài tim.
- Màng phổi trái có dịch ~ 17 mm.
- Không thấy bất thường xương và phần mềm thành ngực.

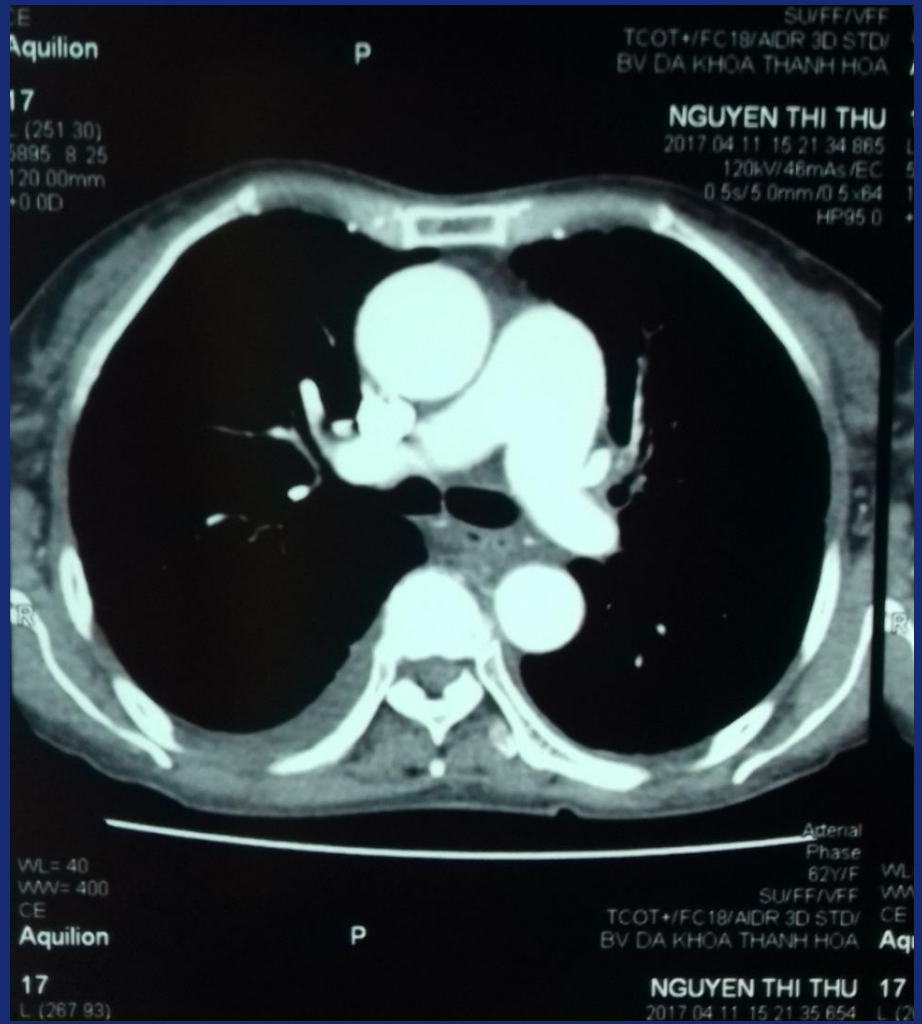
Kết Luận:Hình ảnh u phổi thứ phát hai bên. Dịch màng phổi trái. Không thấy hình ảnh tắc động mạch phổi trên phim chụp.

Ngày In Ngày 11 tháng 04 năm 2017
Ngày thực hiện 16h51 11/04/2017

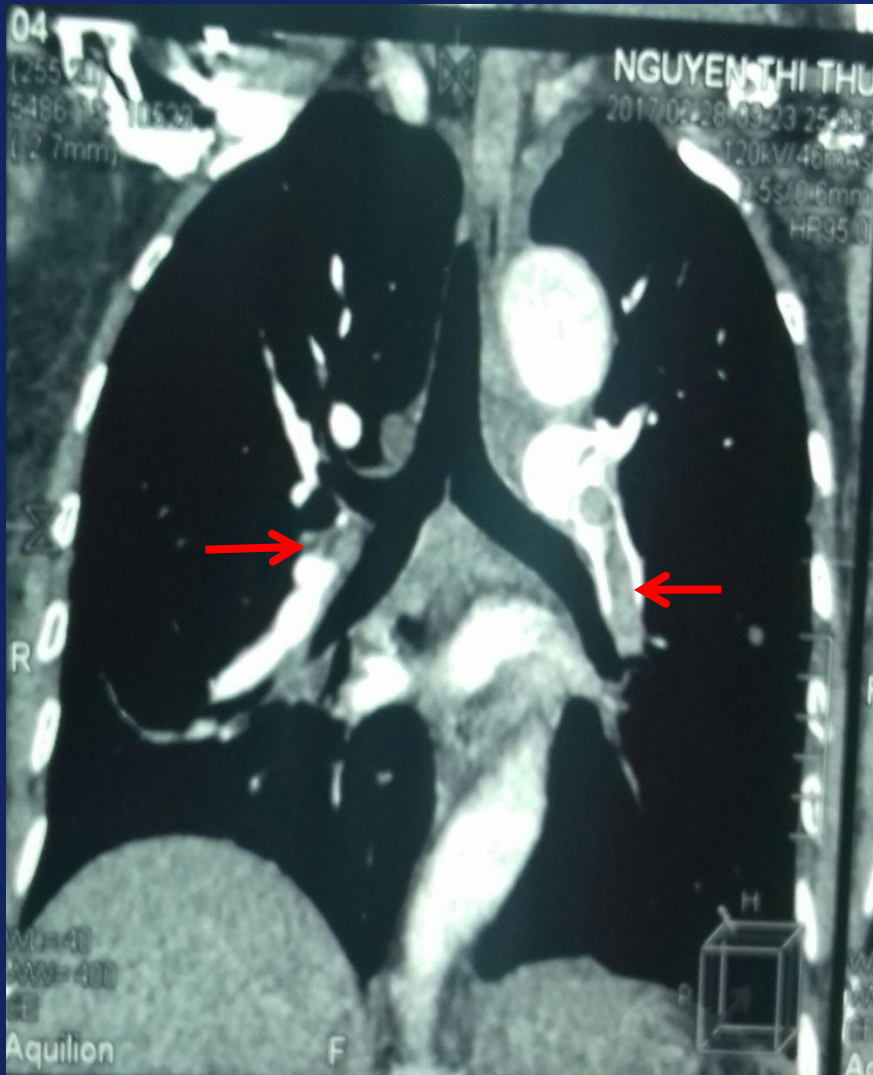
BÁC SĨ CHUYÊN KHOA



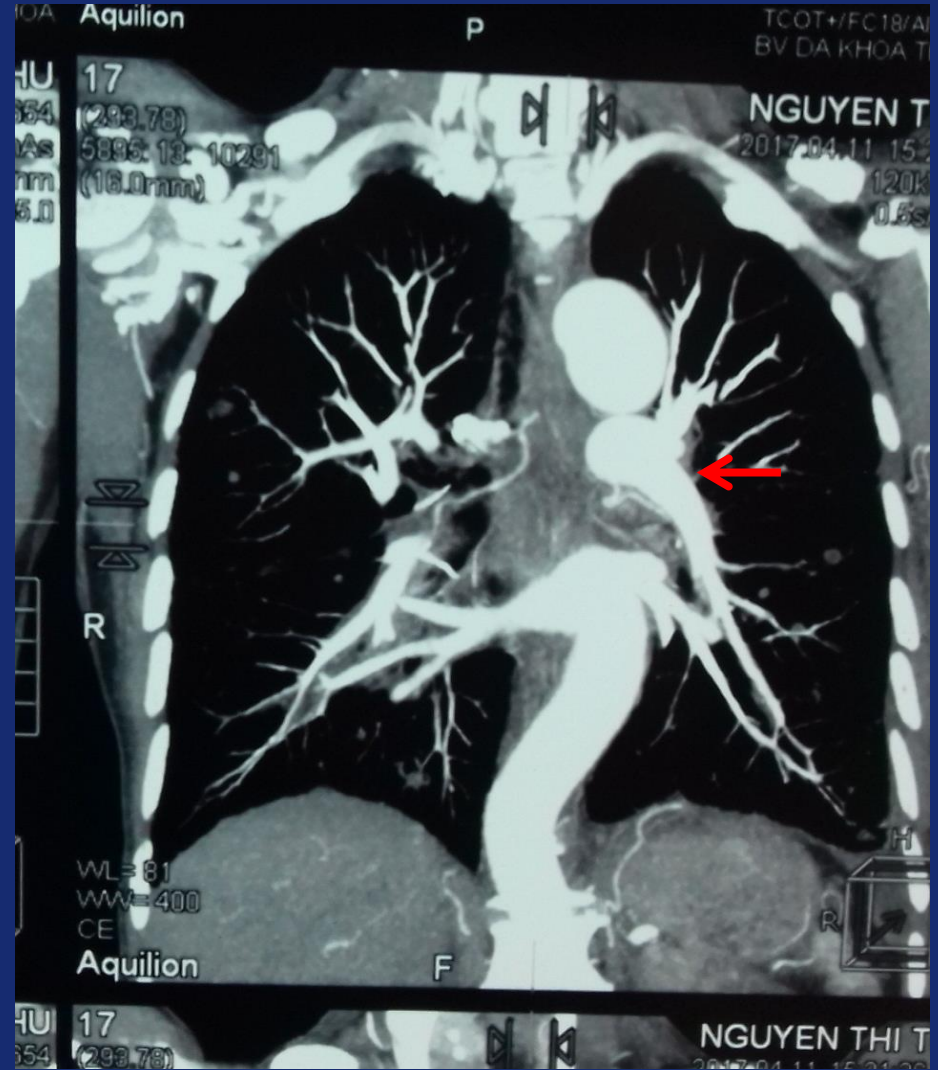
TRƯỚC ĐIỀU TRỊ



SAU ĐIỀU TRỊ



TRƯỚC ĐIỀU TRỊ



SAU ĐIỀU TRỊ

PHIẾU CHIẾU/CHỤP X - QUANG

(Lần thứ.....)

MS: 19/BV-

Mã phiếu:

Handwritten notes:
eye tái
sử
9/10 10/10

THÀNH HÓA
ĐA KHOA TỈNH

Mã BN: BN

Tên bệnh nhân:

Địa chỉ: Tiến Thành, Xã Qu

Khoa: Khoa Cấp Cứu, Bu

Chẩn đoán: Gãy xương cẳng

Yêu cầu chiếu/chụp: **Chụp**

PHIẾU KẾT QUẢ SIÊU ÂM

Người bệnh: VŨ THỊ KHUYÊN

Tuổi: 47

Yêu cầu CLS : Siêu âm Doppler động mạch, tĩnh mạch chi dưới

Giới tính: Nữ

Khoa: Khoa Chấn thương, Bông Điều Trị Nội Trú

Chẩn đoán: Gãy xương đùi

Mã ICD10: S72

Ngày 26 tháng 09 năm 2018

BÁC SĨ CHUYÊN KHOA

MÔ TẢ KẾT QUẢ

* Siêu âm hệ ĐM chi dưới bên trái (ĐM đùi chung, đùi nông, đùi sâu, ĐM khoeo, ĐM chày trước, chày sau, mu chân):

- Nội trung mạc dày.
- Có chấm nốt xơ vữa lan tỏa lòng mạch, không có huyết khối.
- Tốc độ dòng chảy và phổ Doppler hiện tại bình thường.

* Hệ TM chi dưới bên trái (Hệ TM sâu, hệ TM nông, hệ TM xiên):

- Hệ TM sâu: TM chậu gốc, chậu trong, chậu ngoài, TM đùi chung, đùi nông, đùi sâu không có huyết khối, không có suy van. TM khoeo bên trái có hình ảnh huyết khối gây hẹp 40% lòng mạch. TM chày và TM mác không có huyết khối.
- Hệ TM nông: Không thấy huyết khối, không thấy suy van.

Mô tả

Hiện không thấy gãy

Kết luận: Hiện không

KẾT LUẬN:

Huyết khối TM sâu chi dưới trái như mô tả.

KẾT LUẬN

TTKHTM (KHTM sâu và thuyên tắc phổi) là bệnh lý thường gặp đặc biệt ở các BN nặng, bệnh lý nội khoa cấp tính, BN nằm ở các khoa cấp cứu, thần kinh, ung bướu, ngoại, chấn thương, chỉnh hình...

Là bệnh nguy hiểm có thể gây tử vong nhanh chóng, để lại hậu quả hết sức nặng nề cho cả BN và thầy thuốc, nhưng chưa được quan tâm đúng mức

Enoxaparin 40mg / ngày (TDD) là một trong những biện pháp dự phòng tối ưu mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh