VIÊM TỤY CẤP VÀ BIẾN CHỨNG

BS VÕ NGUYỄN THỤC QUYÊN
KHOA SIÊU ÂM
TTCĐ Y KHOA MEDIC HÒA HẢO

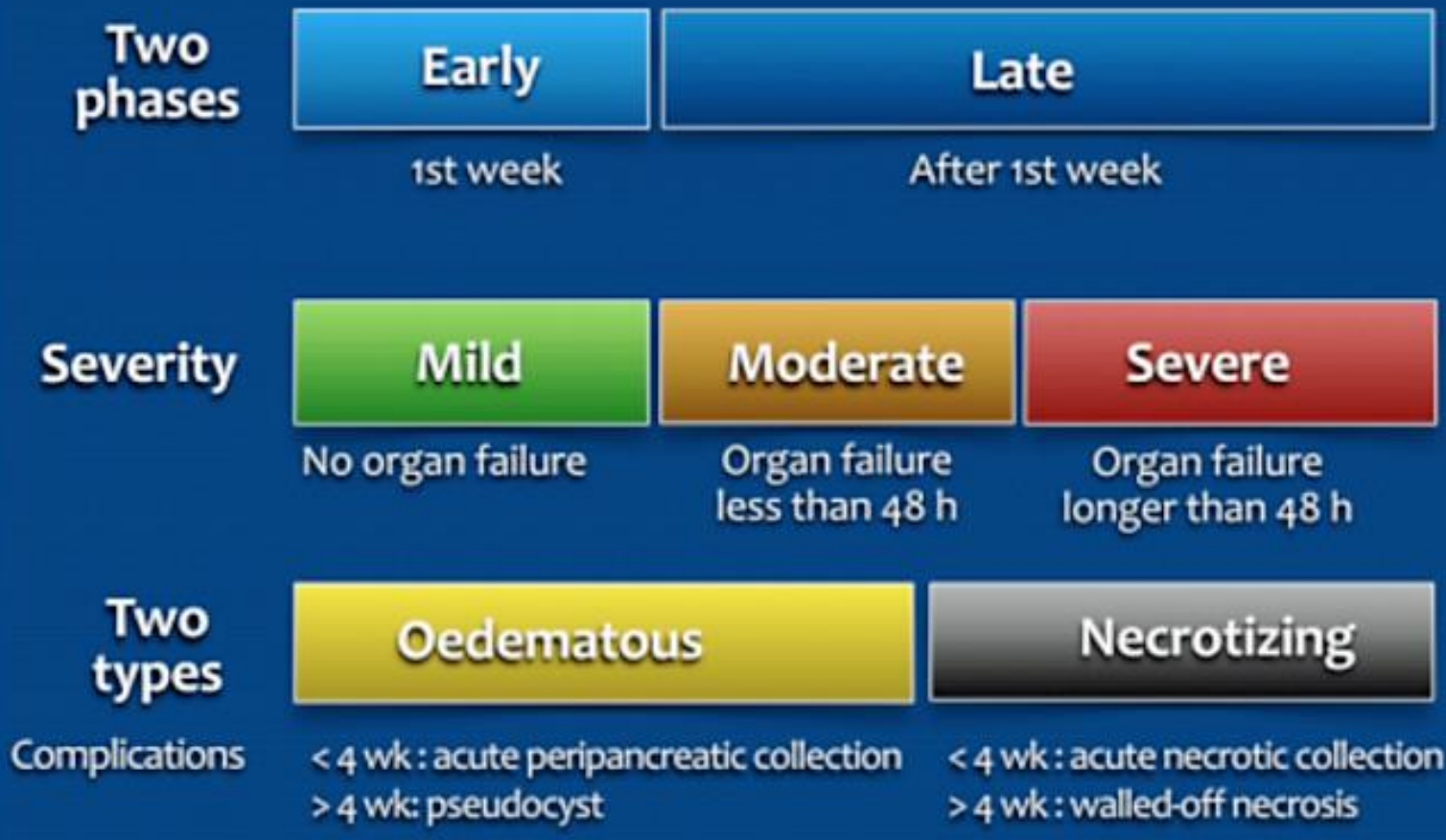
ĐẠI CƯƠNG

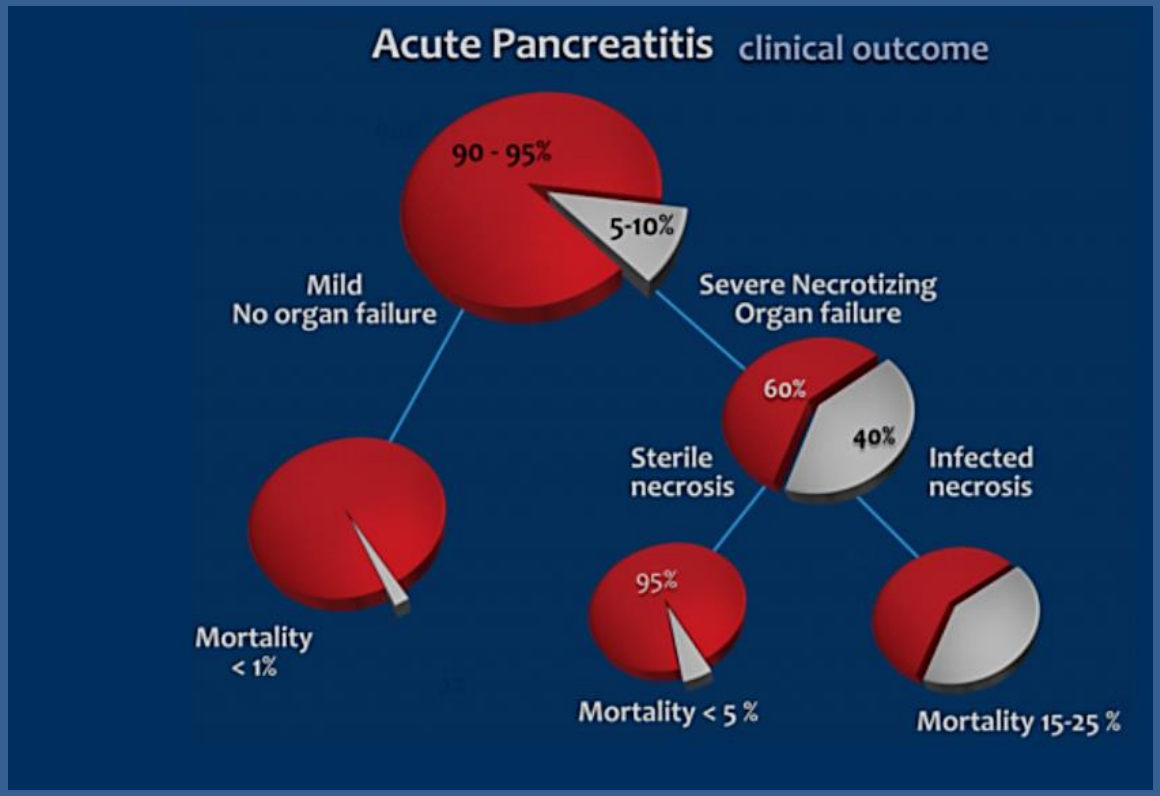
Viêm tụy cấp (VTC) là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy (và đôi khi là các mô lân cận)

Mức độ nghiêm trọng (nhẹ-> nặng) được phân loại dựa trên các biến chứng tại chỗ
và suy các tạng tạm thời hoặc kéo dài.

Raghav Bansal MBBS, Ichan school of Medicine at Mount Sinai, NY)

Acute Pancreatitis





TIÊN LƯỢNG : Phụ thuộc các yếu tố nguy cơ

Tuổi > 60t
Vấn đề sức khỏe cộng đồng
Béo phì: BMI > 30
Nghiện rượu
Sự hiện diện của hc đáp ứng viêm hệ thống (SIRS)
Dấu hiệu giảm lưu lượng máu: tăng BUN, tăng Hct
TDMP và/ hoặc thâm nhiễm trên xquang phổi
Trạng thái tâm thần thay đổi.

NGUYÊN NHÂN

- Sỏi mật (40%)
- Rượu (30%)
- Khác: đột biến gen (đột biến trội trên nst thường của gen trypsinogen cation); sau ERCP…

SINH BỆNH HỌC

Kích hoạt enzyme tụy (trypsin, phospholipase A2, elastase)→ tổn thương tự tiêu của tuyến
→ Tổn thương mô và kích hoạt hệ thống bổ thể và các mạch máu viêm→ tạo cytokin-> viêm , phù
--> Hoại tử

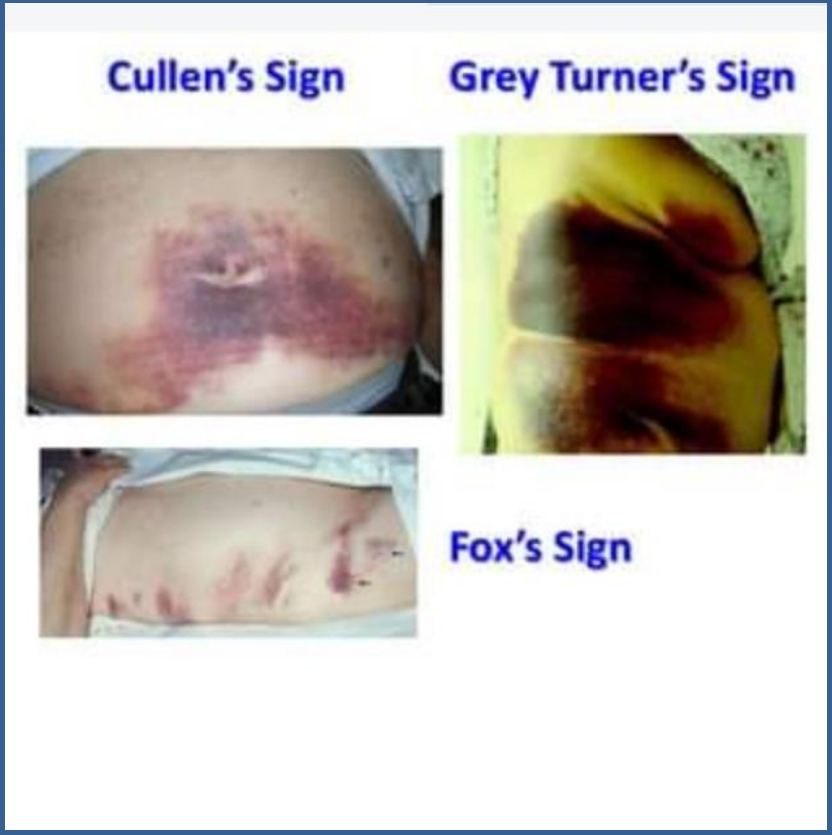
Enzyme đã hoạt hóa và cytokine xâm nhập khoang phúc mạc→ vào hệ thống tuần hoàn-> Viêm hệ thống
→ Hc suy hô hấp cấp và tổn thương thận cấp.

TRIỆU CHỨNG

- Đau thượng vị, 50% lan sau lưng
- Buồn nôn, nôn
- T.h nặng: đau dữ dội, mạch nhanh, thở nhanh nông

Huyết áp cao hay thấp, nhiệt độ bình thường hay tăng
Rối loạn ý thức…
Giảm nhu động ruột, chướng bụng

- Khám: ấm đau tv, +/- cảm ứng PM
- Dấu ***Grey Turner, Cullen, Fox.***
- Nếu sốt, BC tăng : gợi ý nhiễm trùng tụy hoặc trong các ổ dịch lân cận



CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP

Acute Pancreatitis

Diagnosis

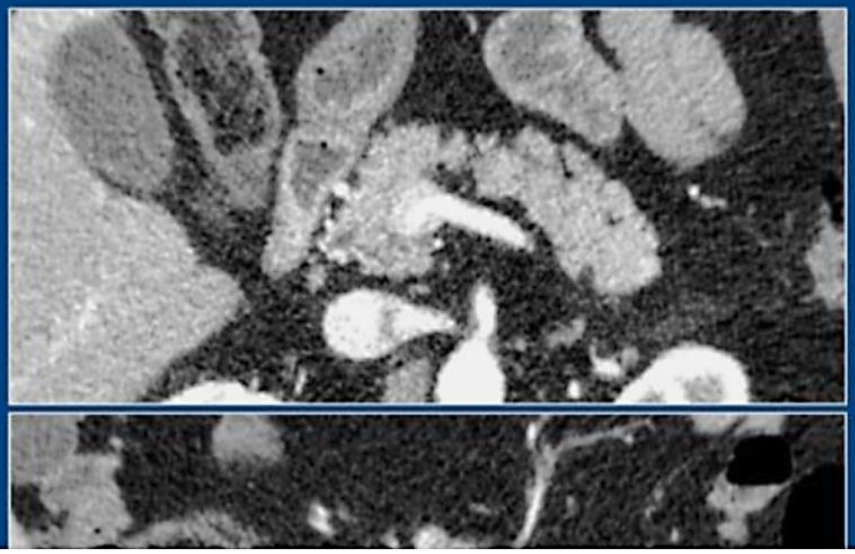
1. Typical abdominal pain
2. Serum lipase or amylase activity
   ⩾ 3x upper limit normal
3. Characteristic CT findings

Diagnosis of Acute Pancreatitis

The diagnosis of acute pancreatitis requires two of the following three features:

1. Abdominal pain consistent with acute pancreatitis:
   Acute onset of persistent, severe, epigastric pain often radiating to the back.
2. Serum lipase or amylase activity at least three times greater than the upper limit of normal.
3. Characteristic findings of acute pancreatitis on contrast-enhanced CT (CECT) and less commonly MRI or US.

The diagnosis is usually established when there is a combination of abdominal pain and elevated pancreatic enzymes and CECT is not required, unless there is uncertainty about the diagnosis.



These images are of a patient who presented with acute severe epigastric pain very suggestive of acute pancreatitis.

However the amylase level was within normal levels.
A CECT was performed.

The findings are:

- Most of the pancreas is normal.
- Some edema of the uncinate process of the pancreatic head (blue arrow).
- Edema in the peripancreatic fat (yellow arrow), consistent with interstitial pancreatitis.

There were no complications and the diagnosis of mild pancreatitis was made.

CHẨN ĐOÁN VTC

1/ DẤU ẤN HUYẾT THANH:

Amylase và Lipase/ máu: tăng > 3 lần (N1- N7)

Lipase đặc hiệu hơn

Tuy nhiên 2 enzyme này có thể tăng khi: suy thận, thủng do loét, tắc mạch mạc treo, tắc ruột…

2/ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH:

- CT Scan bụng (tiêm cản quang): phương tiện xác định tốt VTC và các biến chứng như tụ dịch, nang giả, hoại tử….

- MRCP: tốt hơn CT trong phân biệt dịch và mô hoại tử và phát hiện tốt sỏi đường mật.

- Siêu âm: phát hiện VTC do sỏi mật; dãn đường mật, ống mật chủ, đôi khi khó đánh giá vị trí tụy viêm do hơi đường tiêu hóa che lấp.

Ultrasound

The main role of ultrasound is:

- to identify gallstones as a possible cause
- diagnosis of vascular complications, e.g. thrombosis
- identify areas of necrosis that appear as hypoechoic regions
- assessment of clinically similar etiologies of an acute abdomen

In the event of a serendipitously patent acoustic window, typical ultrasonographic features congruent with acute pancreatitis include:

- increased pancreatic volume with a marked decrease in echogenicity [19]
  - volume increase quantified as a pancreatic body exceeding 2.4 cm in diameter, with marked anterior bowing and surface irregularity [17]
  - decreased echogenicity secondary to fluid exudation, which may result in a marked heterogeneity of the parenchyma [18]
- displacement of the adjacent transverse colon and/or stomach secondary to pancreatic volume expansion [20]

CT

Abnormalities that may be seen in the pancreas include:

- typical findings
  - focal or diffuse parenchymal enlargement
  - changes in density because of edema
  - indistinct pancreatic margins owing to inflammation
  - surrounding retroperitoneal fat stranding
- liquefactive necrosis of pancreatic parenchyma
  - lack of parenchymal enhancement (should ideally be 1 week after symptom onset to differentiate from pancreatic hypoenhancement secondary only to edema)
  - often multifocal
- infected necrosis
  - difficult to distinguish from aseptic liquefactive necrosis
  - the presence of gas is helpful (emphysematous pancreatitis)
  - FNA helpful
- abscess formation
  - circumscribed fluid collection
  - little or no necrotic tissues (thus distinguishing it from infected necrosis)
- hemorrhage
  - high-attenuation fluid in the retroperitoneum or peripancreatic tissues
- calcification
  - evidence of background chronic pancreatitis

Dual-energy CT

Dual-energy CT may be able to help better differentiate necrotic debris, hematoma and areas of viable tissue in cases of necrotizing pancreatitis. In hemorrhagic pancreatitis, virtual non-contrast images can depict hematoma and differentiate it from parenchymal enhancement on contrast-enhanced images. It also improves the detection of non-calcified gallstones and isoattenuating cholesterol stones which may be the causative factor in the patient's pancreatitis [21].

Dual-energy CT dual-phase protocols with virtual non-contrast reformats can also offer lower radiation doses than conventional triple-phase CT imaging of the pancreas [21].

MRI

Contrast-enhanced MR is equivalent to CT in the assessment of pancreatitis.

BIẾN CHỨNG

1. Gđ sớm: Các bn có hc đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) kéo dài có nguy cơ bị **suy đa tạng** (suy tim, suy hô hấp, tổn thương thận cấp) và Sốc. Tử vong thường là hậu quả suy đa tạng

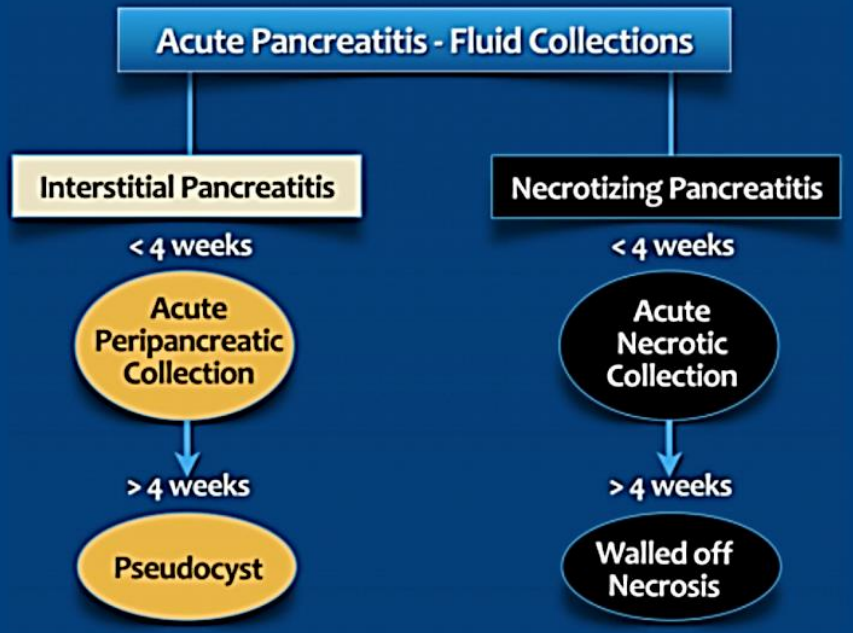
2. Gđ muộn: gồm đáp ứng viêm toàn thân dai dẳng,các biến chứng tại chỗ . Hoặc cả 2 .

Biến chứng tại chỗ:

- Giả nang (nguy cơ xuất huyết, vỡ , nhiễm trùng)
- Tụ dịch cấp tính của các tổ chức hoại tử (tụy và / hoặc mô quanh tụy)
- Huyết khối TM lách
- Giả phình mạch
- Báng bụng
- Tràn dịch màng phổi…

Tử vong gđ này thường do kết hợp nhiều yếu tố suy đa tạng, nhiễm trùng hoặc biến chứng do can thiệp ngoại khoa , nội soi

2012 Revised Atlanta Classification



Atlanta Classification of Fluid Collections

The 2012 Revised Atlanta Classification discerns 4 types of peripancreatic fluid collections in acute pancreatitis depending on the content, degree of encapsulation and time.

1. *Content*
   - Fluid only in acute peripancreatic fluid collection (APFC) and Pseudocyst.
   - Mixture of fluid and necrotic material in acute necrotic collection (ANC) and walled-off-necrosis (WON).
2. *Degree of encapsulation*
   - None or partial wall in APFC and ANC.
   - Complete encapsulation in pseudocyst and WON.
3. *Time*
   - Within 4 weeks: APFC and ANC
   - After 4 weeks: pseudocysts and WON. It takes about 4 weeks for a capsule to form.

On CT, the discrimination between an APFC and ANC may be difficult, especially in the first weeks and the term "indeterminate peripancreatic collections" can be used.

All these collections may remain sterile or become infected.
Infection is rare during the first week.

Acute Peripancreatic Collection

- < 4 weeks
- In interstitial pancreatitis
- Homogeneous - fluid density
- *No fully definable wall*
- Adjacent to pancreas
- Confined by normal fascial planes

Acute Necrotic Collection

- < 4 weeks
- In necrotizing pancreatitis
- Heterogeneous collection
- *No fully definable wall*
- Intra- or extrapancreatic

Pseudocyst

- > 4 weeks
- In interstitial pancreatitis
- Homogeneous - fluid density
- *Well defined wall*
- Adjacent to pancreas
- No non-liquid component

Walled-off Necrosis

- > 4 weeks
- In necrotizing pancreatitis
- Heterogeneous collection
- *Well-defined wall*
- Intra- or extrapancreatic

CT Severity Index

		points	
Pancreatic inflammation			
Normal pancreas		0	choose one
Enlargement of the pancreas		1	
Peripancreatic inflammation		2	
1 acute peripancreatic fluid collection		3	
≥ 2 acute peripancreatic fluid collections		4	
Pancreatic necrosis	None	0	choose one
	< 30%	2	
	30% - 50%	4	
	> 50%	6	
		Maximum 10 points	

CT severity index

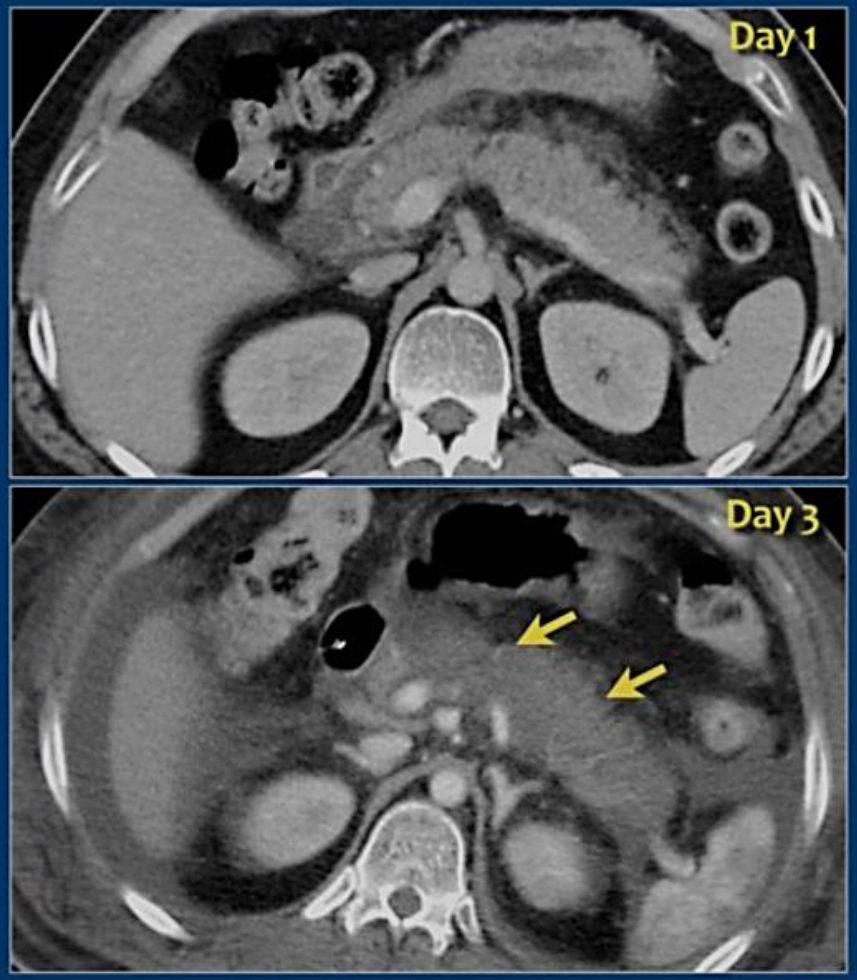
The CT severity index (CTSI) combines the Balthazar grade (0-4 points) with the extent of pancreatic necrosis (0-6 points) on a 10-point severity scale.

On the day of admission, scoring systems based on imaging do not outperform scoring systems based on clinical and biochemical parameters with regard to predicting clinical outcome.
Therefore, performing CT on day of admission solely for prediction purposes is not recommended.

Table 4 Balthazar grades.

Tomographic criteria	Grade
Normal pancreas.	A
Focal or diffuse increase in the size of the pancreas without peripancreatic disease	B
Peripancreatic inflammation	C
Single acute peripancreatic fluid collection	D
Two or more acute peripancreatic fluid collections. Pancreatic or retroperitoneal gas	E

Imaging



CT

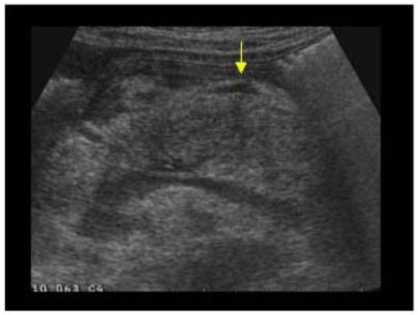
CT is the imaging modality of choice for the diagnosis and staging of acute pancreatitis and its complications.
Ultrasound and ERCP with sphincterotomy and stone extraction play an important role in biliary pancreatitis.

Since the diagnosis of acute pancreatitis is usually made on clinical and laboratory findings, an early CT is only recommended when the diagnosis is uncertain, or in case of suspected early complications such as bowel perforation or ischemia.

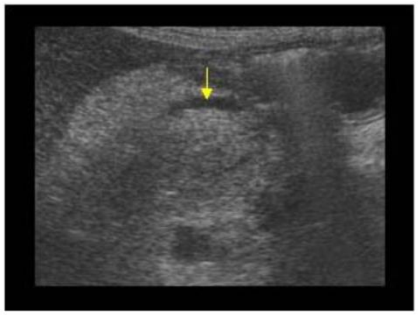
An early CT may be misleading regarding the morphologic severity of the pancreatitis, because it may underestimate the presence and amount of necrosis.

The images show a normally enhancing pancreas on day 1.
As the patient's condition worsened, a second CT was performed on day 3.
Notice how the greater part of the pancreatic body and tail no longer enhances indicating necrotizing pancreatitis (arrows).
The first CT underestimated the severity of the pancreatitis.
This patient died on day 5 due to severe SIRS and multiple organ failure.

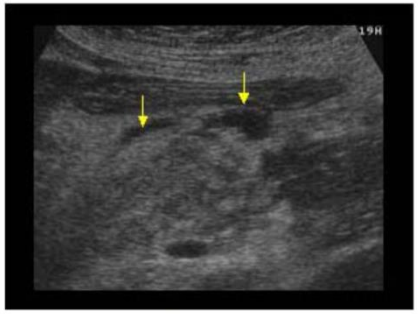
Pancreatitis with inhomogeneous pancreas and peripancreatic effusion



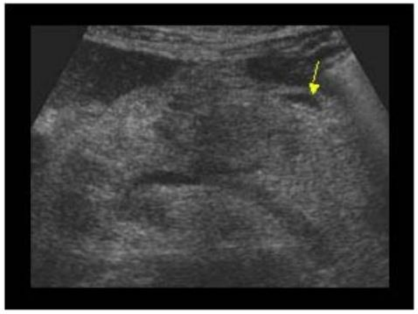
peripancreatic effusion



peripancreatic effusion

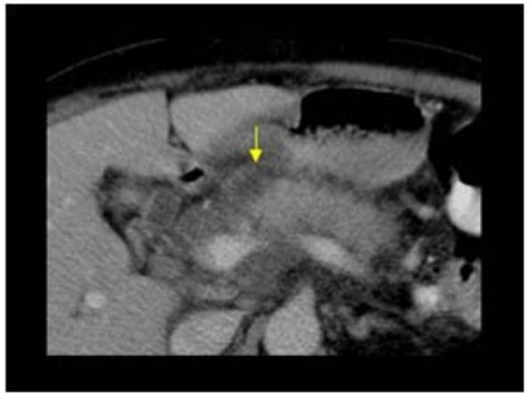


peripancreatic effusion

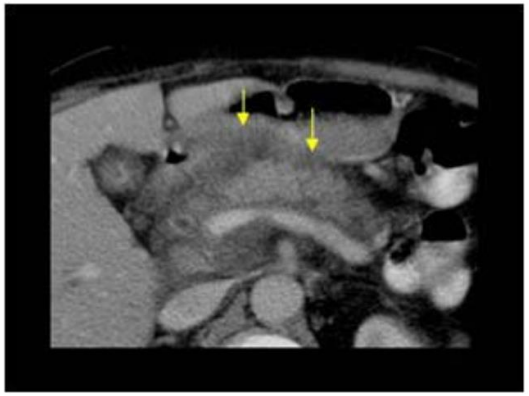


peripancreatic effusion

Pancreatitis with inhomogeneous pancreas and peripancreatic effusion CT

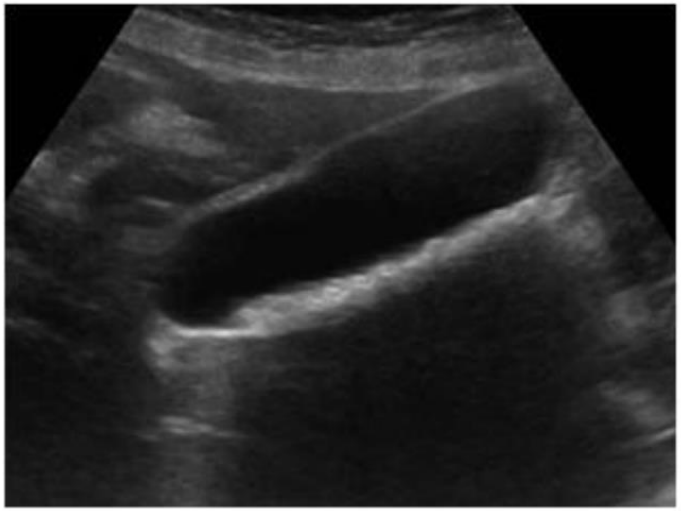


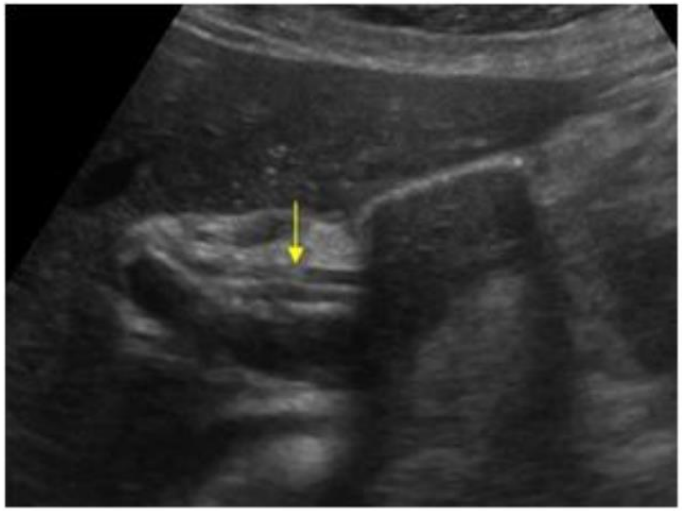
peripancreatic effusion

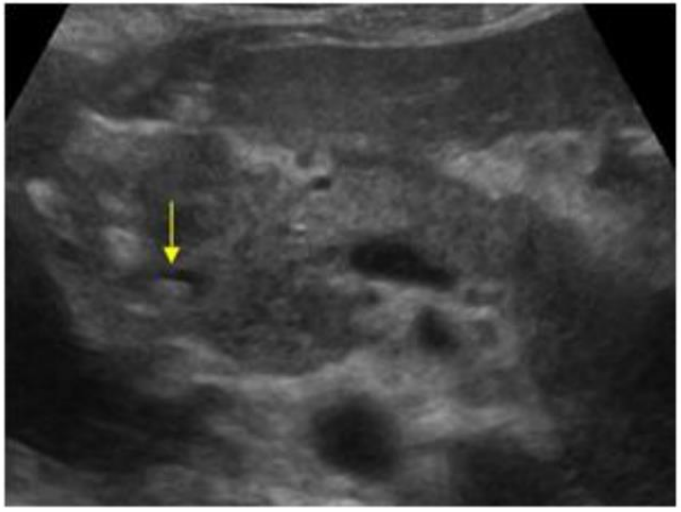


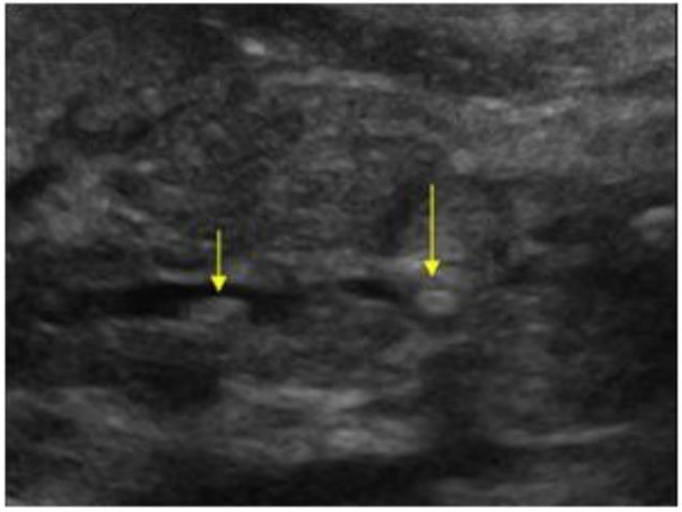
peripancreatic effusion

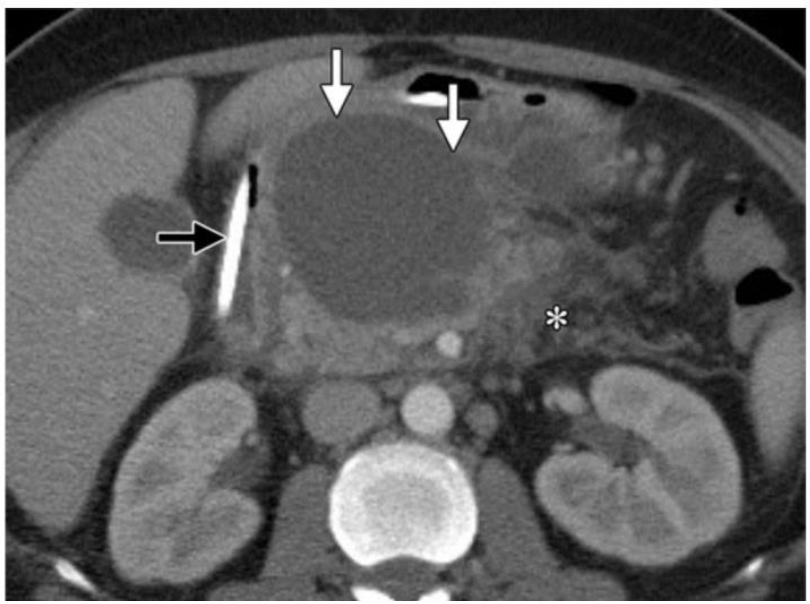
Acute pancreatitis and gallstones in the gallbladder and bile duct but without dilatation of the bile duct

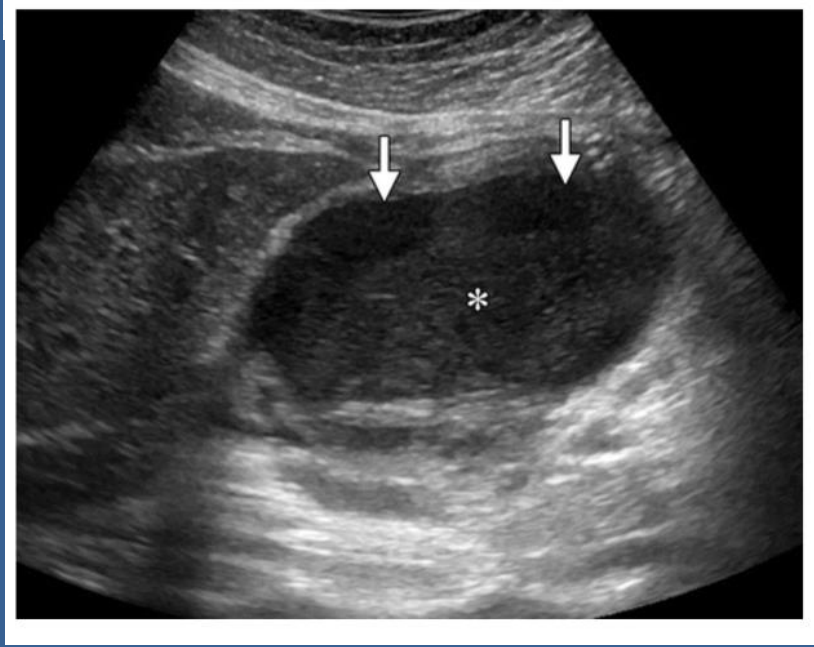












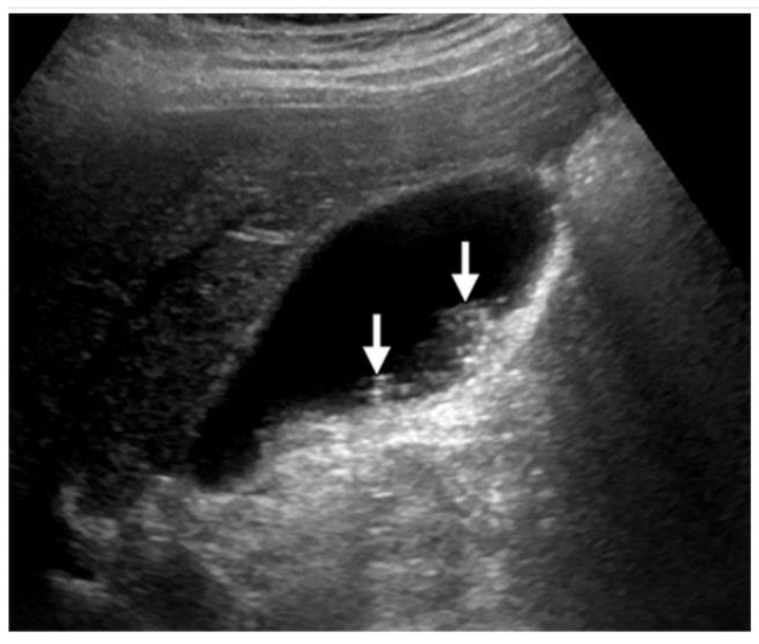


Figure 12c Combined necrosis in a 36-year-old man with gallstones. **(a)** Axial contrast-enhanced CT image shows a well-defined, mildly heterogeneous pancreatic-peripancreatic collection (white arrows) with peripancreatic stranding (*). Note the feeding tube in the stomach (black arrow), which was inserted to bypass the mass effect on the stomach by the collection. **(b)** Transverse transabdominal US image through the upper abdomen shows a well-defined hypoechoic collection (arrows) that corresponds to the CT findings, with internal echogenic material (*) representing the nonliquefied components. **(c)** US image shows echogenic gallstones and sludge (arrows), findings that were not seen at CT.

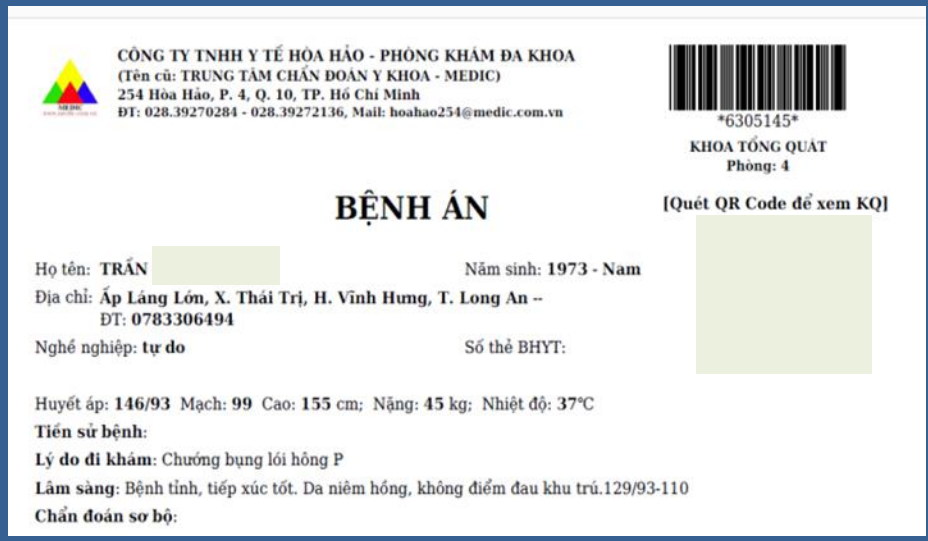
Necrotizing Pancreatitis: Diagnosis, Imaging, and Intervention
Jeffrey Y. Shyu, Nisha I. Sainani , V. Anik Sahni, Jeffrey F. Chick, Nikunj R. Chauhan, Darwin L. Conwell, Thomas E. Clancy, Peter A. Banks, Stuart G. Silverman

Differential diagnosis

General imaging differential considerations include:

- pancreatic ductal adenocarcinoma
- autoimmune pancreatitis
- peptic ulcer disease with posterior perforation
- pancreatic lymphoma (diffuse pattern)

CASE REPORT



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P. 4, Q. 10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

6305145

KHOA TỔNG QUÁT
Phòng: 4

[Quét QR Code để xem KQ]

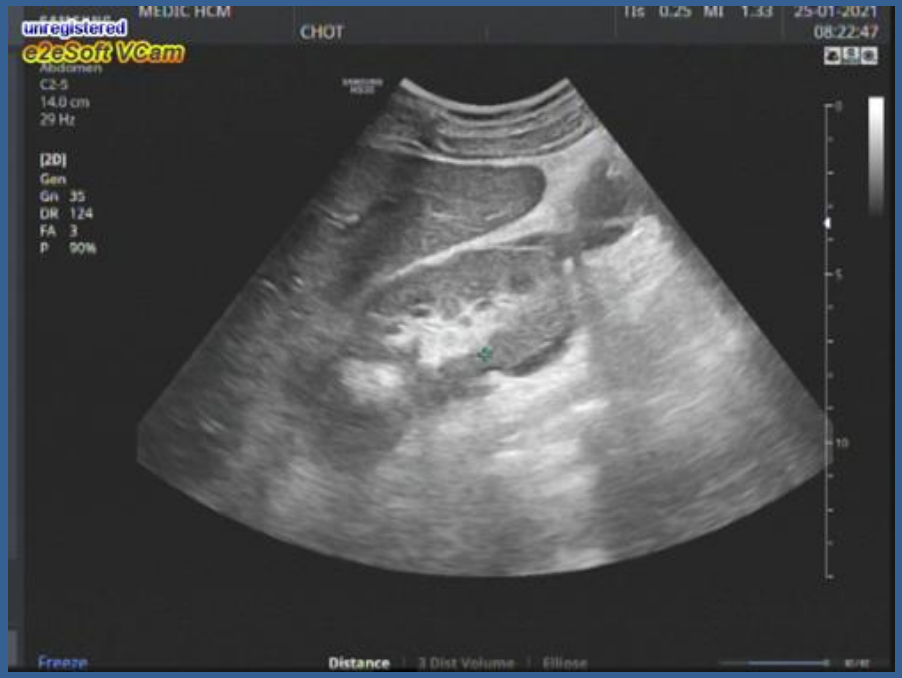
BỆNH ÁN

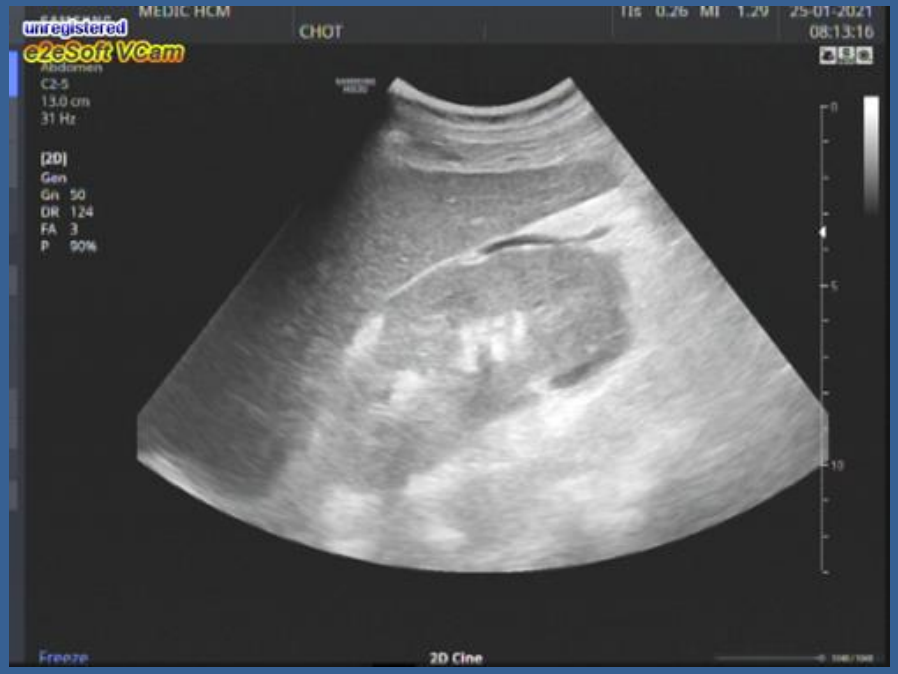
Họ tên: **TRẦN** Năm sinh: **1973 - Nam**
Địa chỉ: **Ấp Láng Lớn, X. Thái Trị, H. Vĩnh Hưng, T. Long An --**
ĐT: **0783306494**
Nghề nghiệp: **tự do** Số thẻ BHYT:

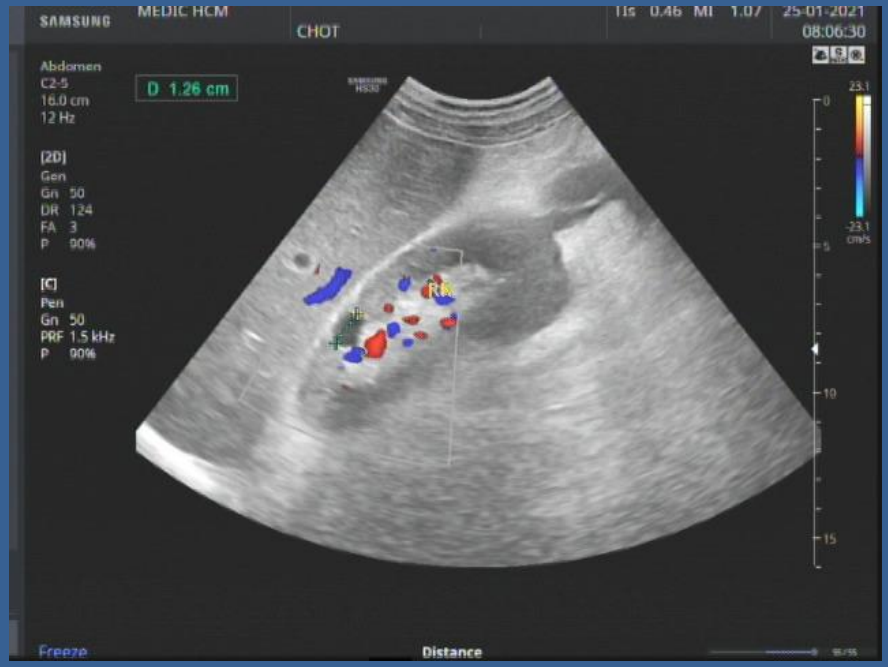
Huyết áp: **146/93** Mạch: **99** Cao: **155** cm; Nặng: **45** kg; Nhiệt độ: **37**°C
Tiền sử bệnh:
Lý do đi khám: Chướng bụng lói hông P
Lâm sàng: Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt. Da niêm hồng, không điểm đau khu trú.129/93-110
Chẩn đoán sơ bộ:

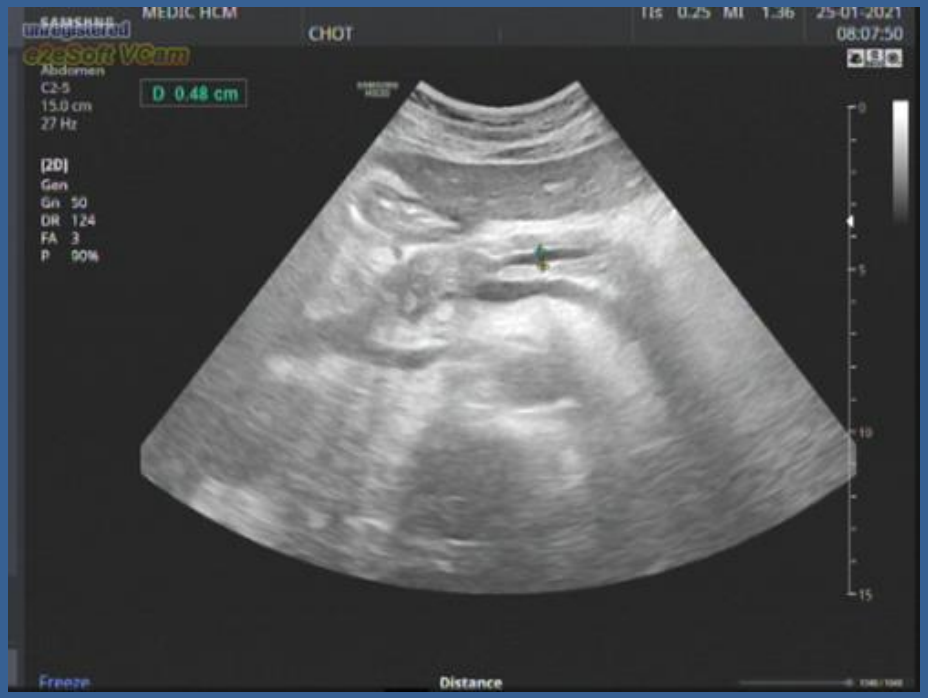
Bn Trần V. C 1973
Địa chỉ: Long An
Lý do khám bệnh: 1 tuần chướng bụng, lói hông P
Đau TV ít, Không nôn ói, Không tiêu chảy, không sốt

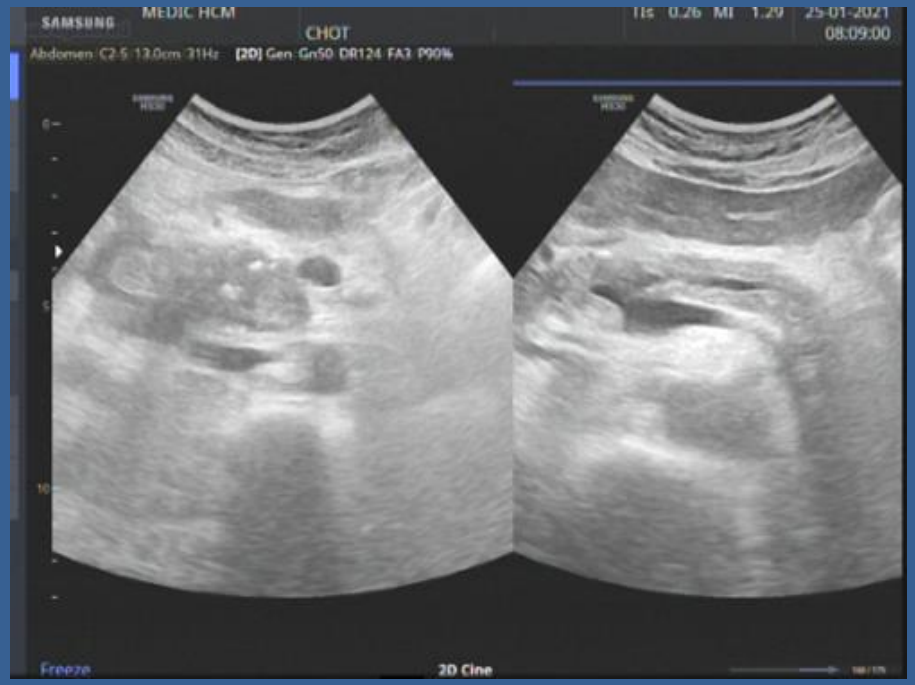
Khám pk TQ Medic
LS: tỉnh, tiếp xúc tốt. DHST ổn định
Không dấu TK định vị
Ấn đau nhẹ hạ sườn, hông P.

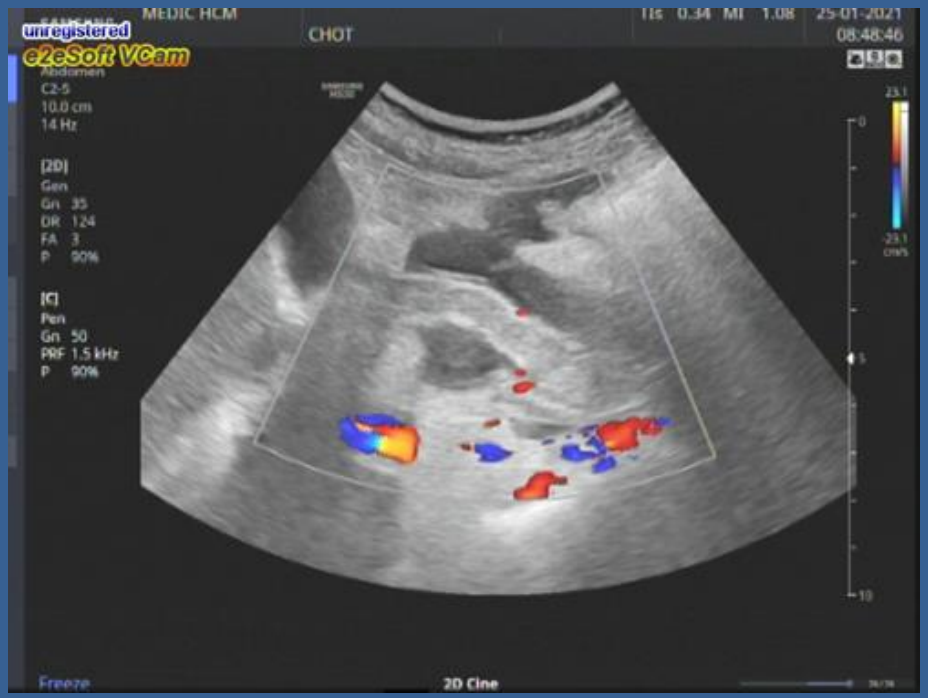

unregistered
e2eSoft VCam
MEDIC HCM
CHOT
25-01-2021
08:22:47
Abdomen
C2-5
14.0 cm
29 Hz
[2D]
Gen
Gn 35
DR 124
FA 3
P 90%
Freeze
Distance

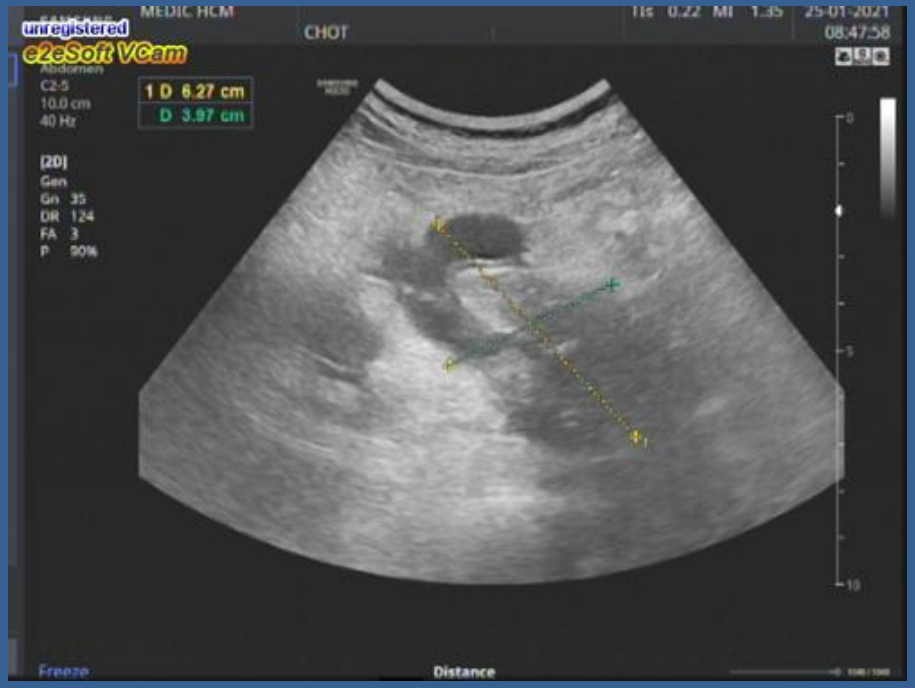

unregistered
e2eSoft VCam
MEDIC HCM
CHOT
25-01-2021
08:13:16
Abdomen
C2-5
13.0 cm
31 Hz
[2D]
Gen
Gn 50
DR 124
FA 3
P 90%
Freeze
2D Cine

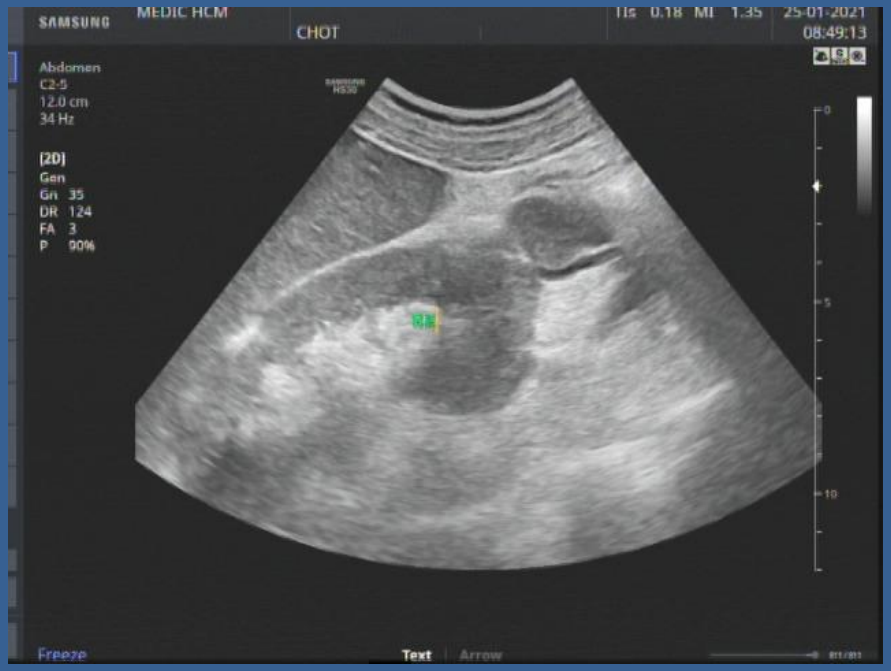

SAMSUNG
MEDIC HCM
CHOT
25-01-2021
08:06:30
Abdomen
C2-5
16.0 cm
12 Hz
D 1.26 cm
[2D]
Gen
Gn 50
DR 124
FA 3
P 90%
[C]
Pen
Gn 50
PRF 1.5 kHz
P 90%
Freeze
Distance

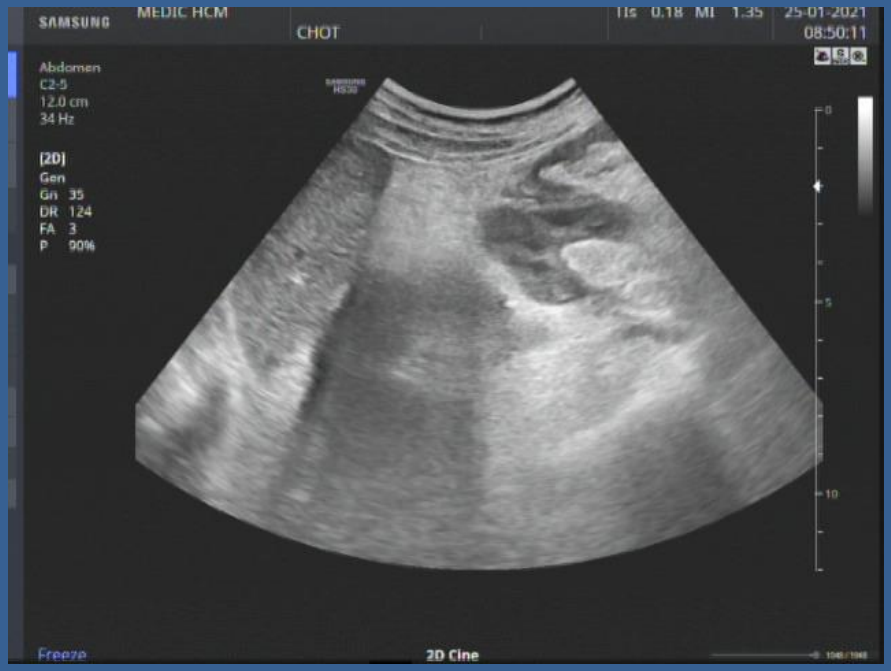

MEDIC HCM
CHOT
25-01-2021
08:07:50
unregistered
e2eSoft VCam
Abdomen
C2-5
15.0 cm
27 Hz
D 0.48 cm
[2D]
Gen
Gn 50
DR 124
FA 3
P 90%
Freeze
Distance

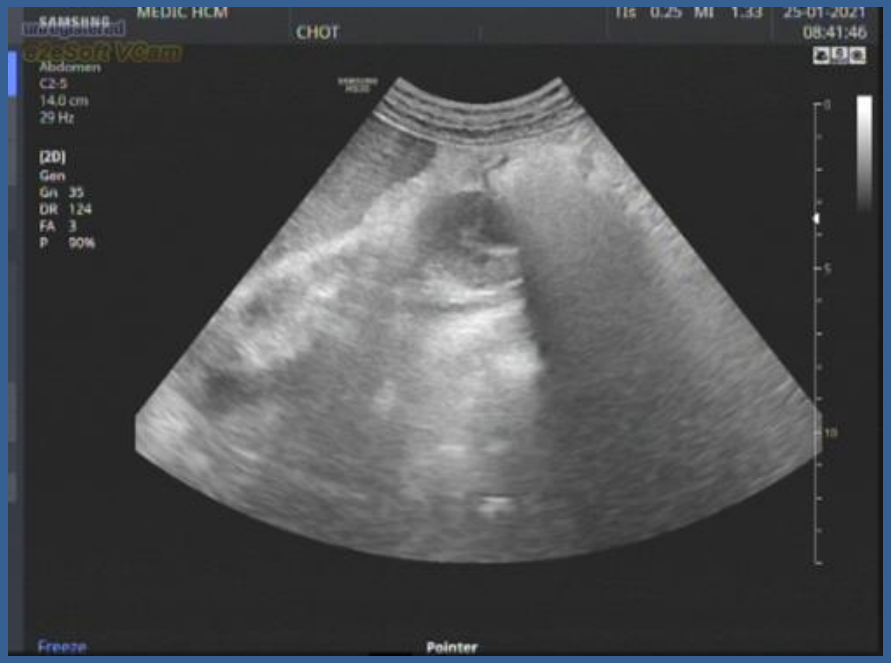

SAMSUNG
MEDIC HCM
CHOT
25-01-2021
08:09:00
Abdomen C2-5 13.0cm 31Hz [2D] Gen Gn50 DR124 FA3 P90%
Freeze
2D Cine

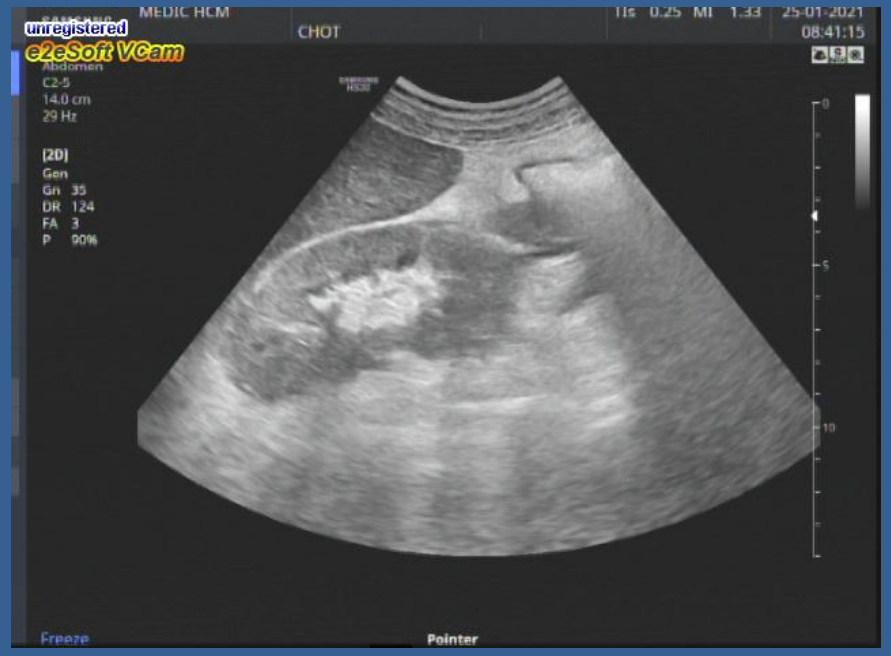

MEDIC HCM
CHOT
25-01-2021
08:48:46
unregistered
e2eSoft VCam
Abdomen
C2-5
10.0 cm
14 Hz
[2D]
Gen
Gn 35
DR 124
FA 3
P 90%
[C]
Pen
Gn 50
PRF 1.5 kHz
P 90%
Freeze
2D Cine


MEDIC HCM
CHOT
25-01-2021
08:47:58
unregistered
e2eSoft VCam
Abdomen
C2-5
10.0 cm
40 Hz
1 D 6.27 cm
D 3.97 cm
[2D]
Gen
Gn 35
DR 124
FA 3
P 90%
Freeze
Distance


SAMSUNG
MEDIC HCM
CHOT
TIs 0.18 MI 1.35
25-01-2021
08:49:13
Abdomen
C2-5
12.0 cm
34 Hz
[2D]
Gen
Gn 35
DR 124
FA 3
P 90%
Freeze
Text
Arrow


SAMSUNG
MEDIC HCM
CHOT
TIs 0.18 MI 1.35
25-01-2021
08:50:11
Abdomen
C2-5
12.0 cm
34 Hz
[2D]
Gen
Gn 35
DR 124
FA 3
P 90%
Freeze
2D Cine


SAMSUNG
MEDIC HCM
CHOT
TIs 0.25 MI 1.33
25-01-2021
08:41:46
unregistered
e2eSoft VCam
Abdomen
C2-5
14.0 cm
29 Hz
[2D]
Gen
Gn 35
DR 124
FA 3
P 90%
Freeze
Pointer


SAMSUNG
MEDIC HCM
CHOT
TIs 0.25 MI 1.33
25-01-2021
08:41:15
unregistered
e2eSoft VCam
Abdomen
C2-5
14.0 cm
29 Hz
[2D]
Gen
Gn 35
DR 124
FA 3
P 90%
Freeze
Pointer

CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P.4, Q.10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

Đăng ký khám trực tuyến :
http://medichh.nthsoft.vn
Hoặc app: Medic Hoa Hao

QRCode kết quả

Khoa : **SIÊU ÂM TỔNG QUÁT** - Phòng 19
Máy: **Samsung HS30**

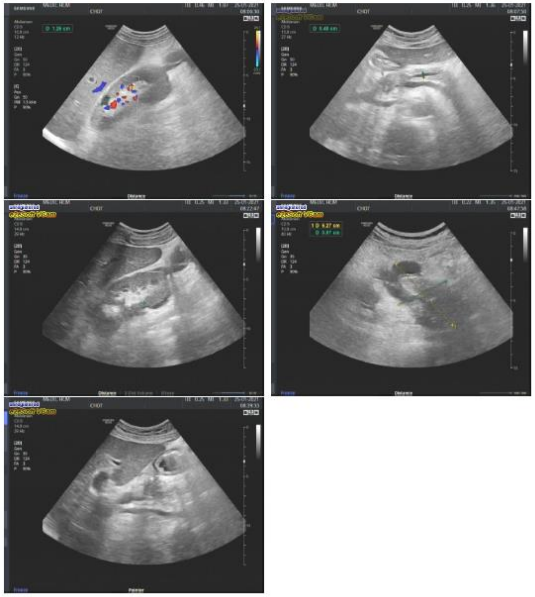
KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

6305145

ID : **630514**5 Ngày ĐK: 25/01/2021 07:47
Họ và tên : **TRẦN** **48** tuổi **Nam**
Địa chỉ : Ấp Láng Lớn, X. Thái Trị, H. Vĩnh Hưng, T. Long An -- 0783306494
Lâm sàng : CHƯỚNG BỤNG LỖI HỒNG P
BS chỉ định : THOẠI BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, Portal reaction (+)- MẬT: túi mật không sỏi. Đường mật trong gan không dãn. Ống mật chủ không sỏi, không dãn.- TỤY: không to, ống tụy chính dãn # 5mm, vài nốt vôi chủ mô tụy 3- 4mm. Sau phúc mạc vùng tá tụy có khối dạng apxe echo hỗn hợp kt # 7 x 4cm. Nghi có ổ đọng hơi đoạn D2. LÁCH: không to
- THẬN P: chủ mô 1/3 trên có nang 12mm không sỏi, không ứ nước. Có dịch quanh thận p, tạo vách bên trong . THẬN T: không sỏi, không ứ nước.- BÀNG QUANG: không sỏi,
-TIỀN LIỆT TUYẾN: không to
- Động mạch chủ bụng không phình.



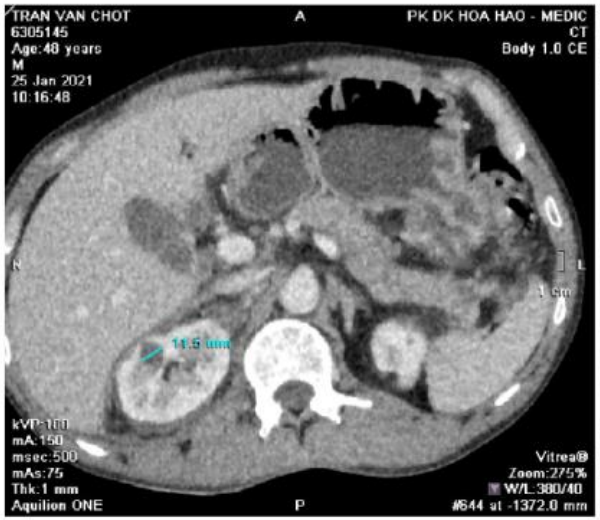
KẾT LUẬN : **TD KHỐI APXE SAU PHÚC MẠC VÙNG TÁ TỤY VÀ APXE QUANH THẬN PHẢI NGHI DO THỦNG BÍT Ổ LOÉT TÁ TRÀNG D2. DÃN ỐNG TỤY CHÍNH, NỐT VÔI CHỦ MÔ TỤY. NANG THẬN PHẢI.**

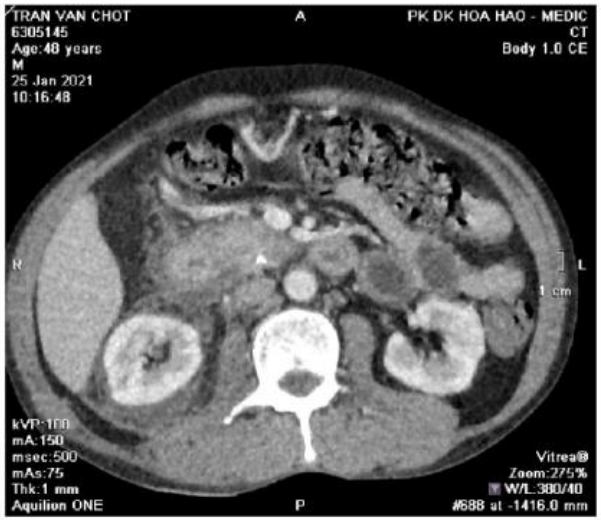
Đề nghị : **XÉT CĐ CHỤP MSCT BỤNG**

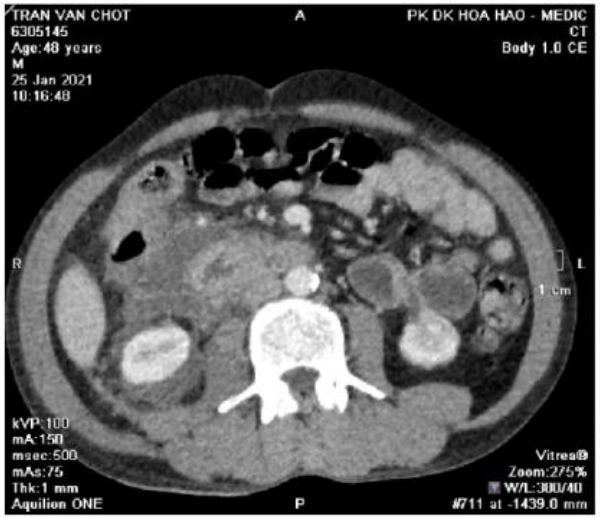
Tp. Hồ Chí Minh, ngày 25/01/2021 08:58
(Bác sĩ đã ký)

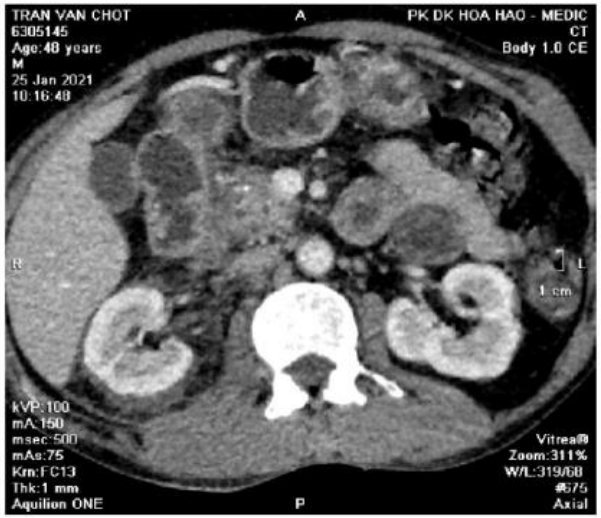
PK DK HOA HAO - MEDIC

Patient ID: 6305145	**Referring Physician:**
Patient Name: TRAN	**Exam Type:**
Date of Birth: 01 Jan	**Scan Date:** 25 Jan 2021
Gender: M	**Report Date:** 25 Jan 2021-11:38AM



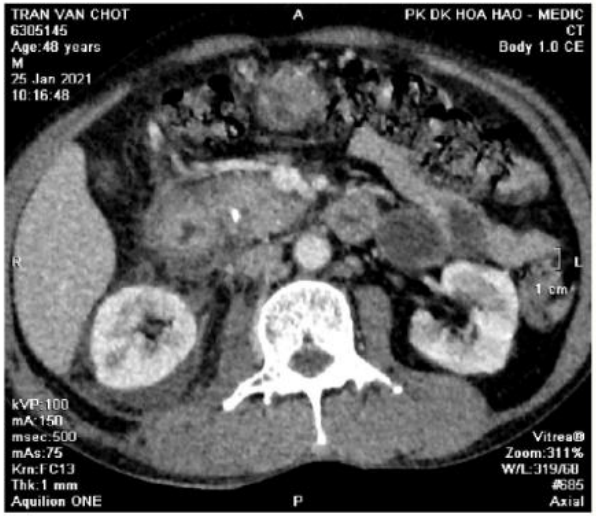


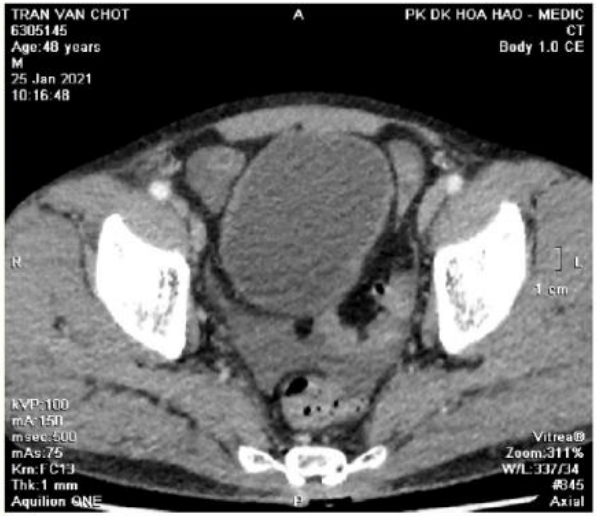


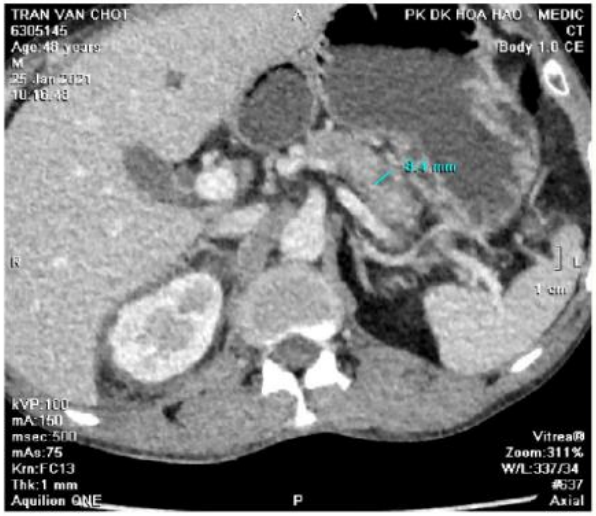


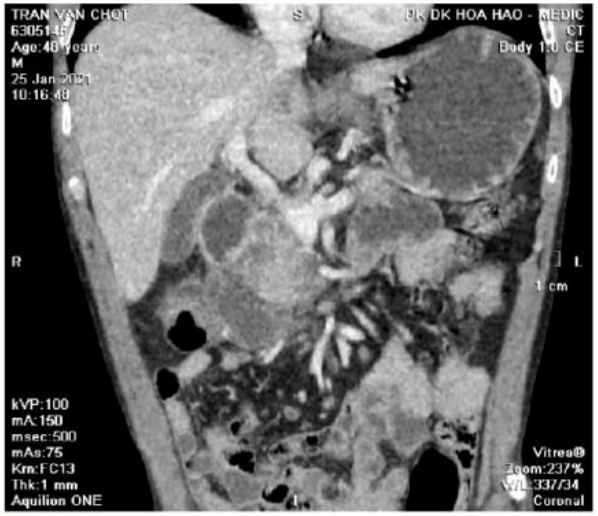
PK DK HOA HAO - MEDIC

Patient ID: 6305145	**Referring Physician:**
Patient Name: TRAN V.	**Exam Type:**
Date of Birth: 01 Jan 1973	**Scan Date:** 25 Jan 2021
Gender: M	**Report Date:** 25 Jan 2021-11:38AM









Enter the general comments here.

CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
Địa chỉ : 254 Hòa Hảo, Phường 4, Quận 10, TP. HCM
Điện thoại : 028.39270284 - 028.39272136
Email : hoahao254@medic.com.vn ; Website : www.medic.com.vn

6305145

MEDIC CT SCAN REPORT

STT	: **210125094**	**Ngày ĐK : 25/01/2021 09:22**	**[Quét QR Code để xem KQ]**
Bệnh nhân	: **TRẦN**	**Tuổi : 48 Nam**	
Địa chỉ	: Ấp Láng Lớn, X. Thái Trị, H. Vĩnh Hưng, T. Long An **- ĐT : 0783306494**		
Bác sĩ chỉ định	: **BS. NGUYỄN LINH THOẠI**		
Bệnh viện	: **MEDIC**	**Khoa : PK**	
LÝ DO KHÁM	: **đau lói hông P**		
Máy	: **MSCT 640 _ 2**		

Vùng : **CT VÙNG BỤNG** **Không, sau đó tiêm tương phản**

Kết quả : ** 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. Không thấy focal bất thường trong nhu mô gan.
Đường mật trong và ngoài gan không dãn. Túi mật không to, thành mỏng, không thấy sỏi cản quang.
Lách hình dạng kích thước bình thường.
Vài nốt vôi nhu mô tụy. Đầu tụy to phù nề giảm đậm độ và bắt thuốc cản quang kém. Tụ dịch quanh khối tá tụy, quanh thận phải và vùng chậu.
Nang thân tụy 8mm.
Hai thận hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước. Nang thận phải #11mm.
Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng.
Không thấy hạch trong vùng khảo sát.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.
*** KẾT LUẬN:
THEO DÕI VIÊM TỤY CẤP VÙNG ĐẦU TỤY (CTSI 4Đ)/ VIÊM TỤY MẠN.
NANG THÂN TỤY.
NANG THẬN PHẢI.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 25/01/2021 12:07
(Bác sĩ đã ký)

Bs. Võ Nguyễn Thành Nhân

CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (08) 3834 9593 - 1900 6497
254 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM
Tel: (08) 3927 0284 (Ext:1134) - Fax: (08) 3927 1224
Email: admin@medic-lab.com
www.medic-lab.com.vn /www.medic-lab.com.vn

PID: 6305145 S.T.T.: 183
Ngày giờ đăng ký: 06:42:45 25/01/2021
Ngày giờ lấy mẫu: 06:48:39 25/01/2021

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên: TRẦN V[redacted] Năm sinh: 1973 Phái: Nam ĐT: 0783306494
Địa chỉ: ẤP LÀNG LỚN, X. THẠI TRỊ, H. VĨNH HƯNG, T. LONG AN Loại mẫu: Máu/N.Tiểu
Đơn vị: *Medic* BS yêu cầu: NGUYỄN.L.THOẠI (PKSKGĐ/PKTQ),LÊ.T.LƯU (PHÒNG PC)

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)	*		
WBC	***17.64 H***	(4.0-10.0)10^9/L	*QTHH019*
% Neu	**65.4**	(40 - 74 %)	
% Lym	**18.8**	(19 - 48 %)	
% Mono	**10.2**	(3 - 9 %)	
% Eos	**5.4**	(0 - 7 %)	
% Baso	**0.2**	(0 - 1.5 %)	
# Neu	***11.53 H***	(1.7 - 7.0) 10^9/L	
# Lym	**3.31**	(1.0 - 4.0) 10^9/L	
# Mono	***1.80 H***	(0.1 - 1.0) 10^9/L	
# Eos	***0.96 H***	(0 - 0.5) 10^9/L	
# Baso	**0.04**	(0 - 0.2) 10^9/L	
RBC	***3.32 L***	(3.80 - 5.60)10^12/L	*QTHH020*
Hb	***10.9 L***	(12 - 18 g/dL)	
Hct	***32.1 L***	(35 - 52 %)	
MCV	**96.7**	(80 - 97 fL)	
MCH	***32.8 H***	(26 - 32 pg)	
MCHC	**34.0**	(31 - 36 g/dL)	
RDW	**14.1**	(11.0 - 15.7%)	
PLT	**365**	(130 - 400)10^9/L	*QTHH021*
MPV	**10.4**	(6.30 - 12.0 fL)	
II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC)[1]:	*		*QTSH012*
HbA1c (IFCC)	**38.91**	(21.3 - 47.5 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	**5.71**	(4.10 - 6.50 %A1C)	
Glucose (FPG)[1]	**4.89**	(3.90 - 5.90 mmol/L)	*QTSH001*
GGT[1]	***461.2 H***	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	*QTSH004*
Amylase/Blood	***863.4 H***	(35-115 U/L)	*QTSH061*
SGOT (AST)[1]	***185.6 H***	(< 35 U/L)	*QTSH005*
SGPT (ALT)	***95.77 H***	(3 - 30 U/L)	*QTSH013*

Lấy máu tại nhà: 0935 365 116

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:
- 70 Phút cho xét nghiệm thường qui (Sinh hóa, huyết học...)
- 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch

1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2012
2. **: Kết quả báo động
3. Kết quả chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

H: High - L: Low

0935 365 116 - 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch 3. Kết quả chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại H: High - L: Low

CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (08) 3834 9593 - 1900 6497
254 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM
Tel: (08) 3927 0284 (Ext:1134) - Fax: (08) 3927 1224
Email: admin@medic-lab.com
www.medic-lab.com.vn /www.medic-lab.com.vn

PID: 6305145 S.T.T.: 183
Ngày giờ đăng ký: 06:42:45 25/01/2021
Ngày giờ lấy mẫu: 06:48:39 25/01/2021

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên: TRẦN [redacted] Năm sinh: 1973 Phái: Nam ĐT: 0783306494
Địa chỉ: ẤP LÀNG LỚN, X. THẠI TRỊ, H. VĨNH HƯNG, T. LONG AN Loại mẫu: Máu/N.Tiểu
Đơn vị: *Medic* BS yêu cầu: NGUYỄN.L.THOẠI (PKSKGĐ/PKTQ),LÊ.T.LƯU (PHÒNG PC)

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Uric Acid/Serum	**6.99**	(M : 3.4-7.0; F : 2.4-5.7mg/dL)	*QTSH014*
Amylase/Urine	***2110 H***	(< 500 U/L)	*QTSH061*
hs CRP	***136.1 H***	(≤ 3 mg/L)	*QTSH028*
Urea/ Serum[1]	**19.94**	(15 - 49 mg/dL)	*QTSH002*
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum	**0.820**	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	*QTSH027*
eGFR (CKD-EPI)	**105**	(≥ 90 mL/min/1.73 m²)	
LDL Cholesterol	**2.11**	(< 3.60 mmol/L)	*QTSH093*
HDL Cholesterol	***0.52 L***	(≥ 0.90 mmol/L)	*QTSH084*
Triglycerides	**1.48**	(0.5 - 2.30 mmol/L)	*QTSH015*
Cholesterol, Total[1]	**3.06**	(2.6 - 5.2 mmol/L)	*QTSH003*
III. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
A.F.P[1]	**2.11**	(< 20 ng/ml)	*QTMD006*
C.E.A[1]	**2.54**	(< 5 ng/mL)	*QTMD007*
HBsAg (Định tính, qualitative)	**NEG Index <0.100**	(Index <1; S/Co <1)	*QTMD017*
Anti HCV (Định tính, qualitative)	**NEG Index 0.050**	(S/Co < 1; Index < 1)	*QTMD018*

Ngày 25/01/2021
Khoa Xét nghiệm

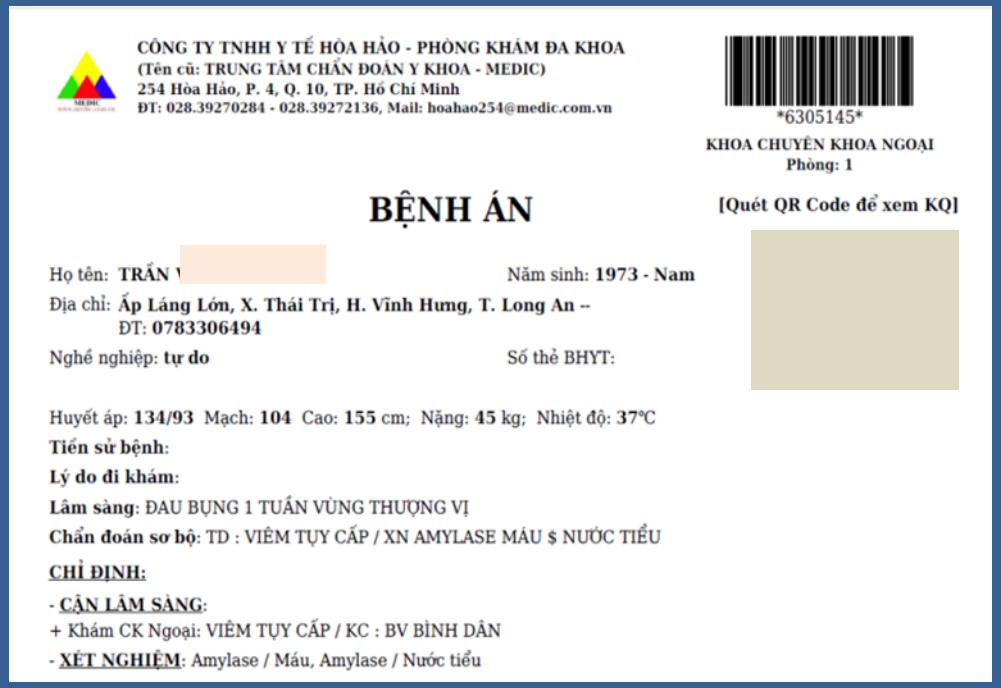
* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân.

*** CHẨN ĐOÁN

VIÊM TỤY CẤP VÙNG ĐẦU TỤY

+ TỤ DỊCH QUANH KHỐI TÁ TỤY+ QUANH THẬN PHẢI VÀ VÙNG CHẬU

* BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHUYỂN BV BÌNH DÂN XUẤT VIỆN SAU 1 TUẦN. TÌNH TRẠNG ỔN.



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P. 4, Q. 10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

6305145

KHOA CHUYÊN KHOA NGOẠI
Phòng: 1

[Quét QR Code để xem KQ]

BỆNH ÁN

Họ tên: **TRẦN** Năm sinh: **1973 - Nam**

Địa chỉ: **Ấp Láng Lớn, X. Thái Trị, H. Vĩnh Hưng, T. Long An --**
ĐT: **0783306494**

Nghề nghiệp: **tự do** Số thẻ BHYT:

Huyết áp: **134/93** Mạch: **104** Cao: **155** cm; Nặng: **45** kg; Nhiệt độ: **37**°C

Tiền sử bệnh:

Lý do đi khám:

Lâm sàng: ĐAU BỤNG 1 TUẦN VÙNG THƯỢNG VỊ

Chẩn đoán sơ bộ: TD : VIÊM TỤY CẤP / XN AMYLASE MÁU $ NƯỚC TIỂU

CHỈ ĐỊNH:

- **CẬN LÂM SÀNG:**
+ Khám CK Ngoại: VIÊM TỤY CẤP / KC : BV BÌNH DÂN
- **XÉT NGHIỆM:** Amylase / Máu, Amylase / Nước tiểu

BÀI HỌC KINH NGHIỆM

SIÊU ÂM GẶP KHÓ KHĂN TRONG CHẨN ĐOÁN VTC
DO TỤY NẰM SÂU, HƠI ĐƯỜNG TIÊU HÓA CHE LẤP,
CHƯỚNG BỤNG, BÉO PHÌ...

DO ĐÓ VỚI NHỮNG TRƯỜNG HỢP SIÊU ÂM GHI NHẬN CÓ
DỊCH QUANH TỤY, HAY SAU PHÚC MẠC MẶC DÙ KÍCH THƯỚC
TỤY KHÔNG TO TRÊN SIÊU ÂM VẪN NÊN KẾT HỢP
VỚI CTSCAN ĐỂ CÓ CHẨN ĐOÁN CHÍNH XÁC, ĐẦY ĐỦ HƠN
VỀ TỤY VÀ NHỮNG CƠ QUAN LÂN CẬN


XIN CẢM ƠN
SỰ CHÚ Ý
LẮNG NGHE
CỦA
QUÝ ĐỒNG NGHIỆP

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Classification of Acute Pancreatitis—2012: revision of the Atlanta Classification and definitions by international consensus
   by Peter A Banks, Thomas L Bollen, Christos Dervenis, Hein G Gooszen, Colin D Johnson, Michael G Sarr, Gregory G Tsiotos, Santhi Swaroop Vege, Acute Pancreatitis Classification Working Group.
   Gut 2013;62:102-11
2. The Revised Atlanta Classification of Acute Pancreatitis: Its Importance for the Radiologist and Its Effect on Treatment
   by Ruedi F. Thoeni, MD
   Radiology: Volume 262: Number 3-March 2012
3. Imaging of Acute Pancreatitis: update of the revised Atlanta Classification
   by Bollen TL, Radiol Clin North Am 2012;50:429-45.
4. Acute Pancreatitis
   by Whitcomb
   N. Engl. J. Med., May 18, 2006; 354(20): 2142 - 2150
5. Staged multidisciplinary step-up management for necrotizing pancreatitis
   by da Costa DW et al, Br J Surg 2014;101:e65-79.
6. Acute Pancreatitis: Assessment of Severity with Clinical and CT Evaluation
   by Emil J. Balthazar, MD
   Radiology 2002;223:603-613
7. A comparative evaluation of radiologic and clinical scoring systems in the early prediction of severity of acute pancreatitis by Bollen TL et al, Am J Gastroenterol 2012;107:612-9.
8. Extrapancreatic necrotizing pancreatitis with viable pancreas: a previously under-appreciated entity
   by G.H. Sakorafas et al
   J Am Coll Surg 1999;188: 643-8
9. Update on Acute Pancreatitis: Ultrasound, Computed Tomography, and Magnetic Resonance Imaging Features
   by Thomas Bollen et al
   Semin Ultrasound CT MR 2007. 28: 371-83
10. MDCT of Acute Mild (Nonnecrotizing) Pancreatitis: Abdominal Complications and Fate of Fluid Collections
    by Dipti K. Lenhart and Emil J. Balthazar
    AJR 2008; 190:643-649
11. Interventions for necrotizing pancreatitis: summary of a multidisciplinary consensus conference
    by Freeman ML et al.
    Pancreas 2012;41:1176-94.
12. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis (PANTER trial)
    by van Santvoort et al.
    N Engl J Med 2010;362:1491-502. 5.00679016113E-6 at 530