HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN ĐƠN ĐỘC

BS Lê Văn Tài

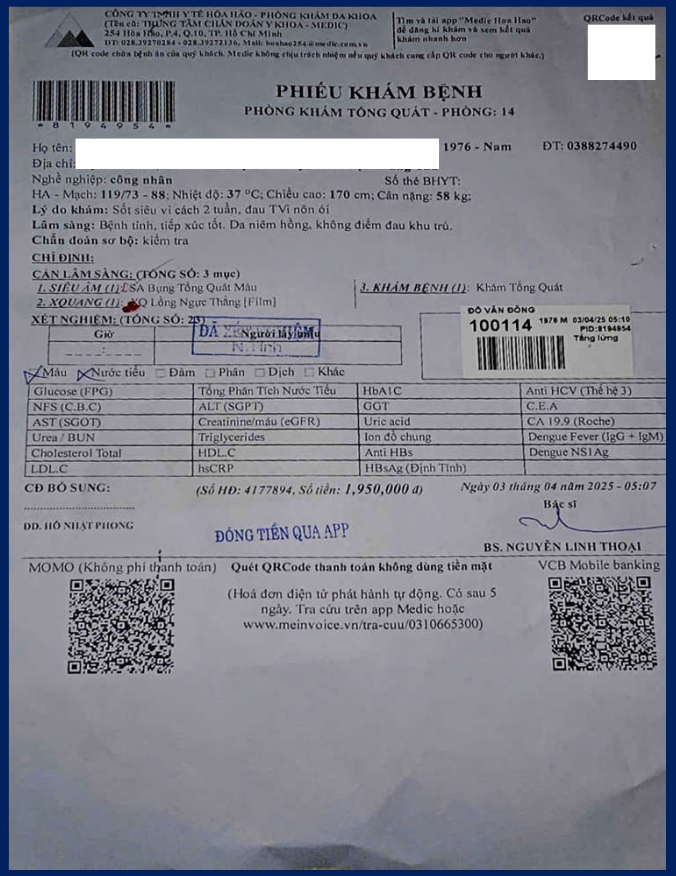
Khoa Siêu Âm MEDIC

Ca lâm sàng

- Bệnh nhân nam 49 tuổi, nghề nghiệp công nhân ở Phú Mỹ Bà Rịa Vũng Tàu.
- **Lý do khám**: sốt siêu vi 2 tuần, đau thượng vị ói.
- **Bệnh sử:**

❑Bệnh 13 ngày, N1 sốt, đau TV, N2 khám BV BRVT, N3 khám BV ĐHYD nghĩ sốt siêu vi, cho toa về, còn đau nhiều không ăn được → MEDIC.

❑Siêu âm 2 lần kết quả bình thường



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: bsnhao254@medic.com.vn
(QR code chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp QR code cho người khác.)

Tìm và tải app "Medic Hoa Hao" để đăng kí khám và xem kết quả khám nhanh hơn

QRCode kết quả

8194954

PHIẾU KHÁM BỆNH
PHÒNG KHÁM TỔNG QUÁT - PHÒNG: 14

Họ tên: [redacted] 1976 - Nam ĐT: 0388274490
Địa chỉ:
Nghề nghiệp: **công nhân** Số thẻ BHYT:
HA - Mạch: **119/73 - 88**; Nhiệt độ: **37** °C; Chiều cao: **170** cm; Cân nặng: **58** kg;
Lý do khám: Sốt siêu vi cách 2 tuần, đau TVi nôn ói
Lâm sàng: Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt. Da niêm hồng, không điểm đau khu trú.
Chẩn đoán sơ bộ: kiểm tra

CHỈ ĐỊNH:
CẬN LÂM SÀNG: (TỔNG SỐ: 3 mục)
1. SIÊU ÂM (1): SA Bụng Tổng Quát Màu
2. XQUANG (1): XQ Lồng Ngực Thẳng [Film]
3. KHÁM BỆNH (1): Khám Tổng Quát
XÉT NGHIỆM: (TỔNG SỐ: 25)

ĐỖ VĂN ĐỒNG 100114 1978 M 03/04/25 05:10 PID:8194954 Tầng lửng

Giờ | Người lấy mẫu

☒Máu ☒Nước tiểu ☐Đàm ☐Phân ☐Dịch ☐Khác

Glucose (FPG)	Tổng Phân Tích Nước Tiểu	HbA1C	Anti HCV (Thế hệ 3)
NFS (C.B.C)	ALT (SGPT)	GGT	C.E.A
AST (SGOT)	Creatinine/máu (eGFR)	Uric acid	CA 19.9 (Roche)
Urea / BUN	Triglycerides	Ion đồ chung	Dengue Fever (IgG + IgM)
Cholesterol Total	HDL.C	Anti HBs	Dengue NS1Ag
LDL.C	hsCRP	HBsAg (Định Tính)	

CĐ BỔ SUNG:
(Số HD: 4177894, Số tiền: 1,950,000 đ) *Ngày 03 tháng 04 năm 2025 - 05:07*

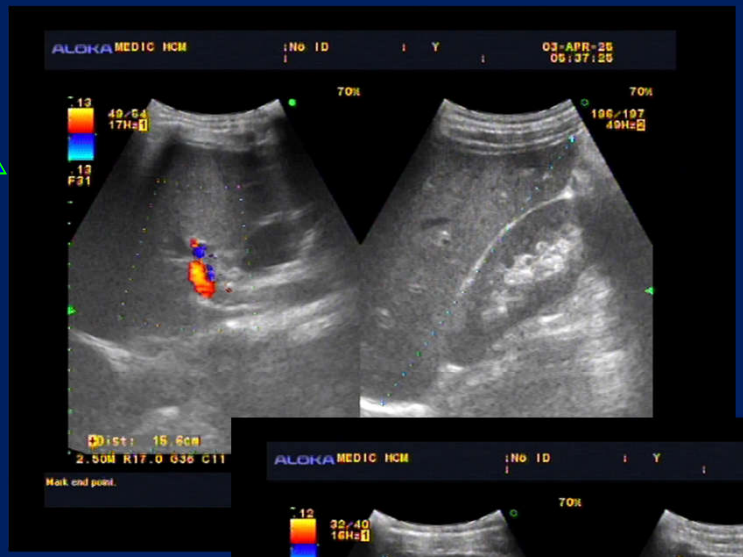
DD. HỒ NHẬT PHONG

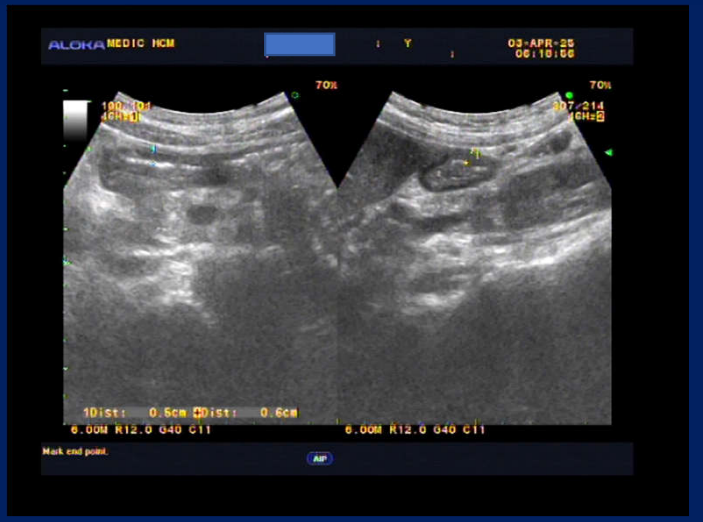
ĐÓNG TIỀN QUA APP

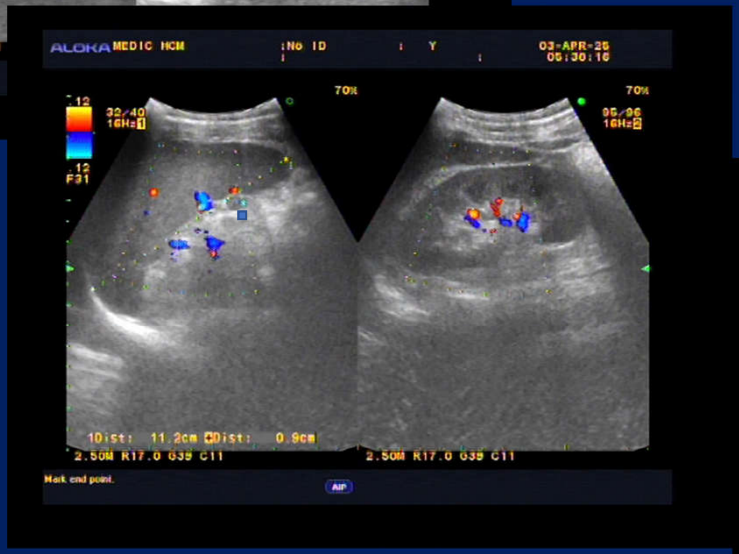
Bác sĩ
BS. NGUYỄN LINH THOẠI

MOMO (Không phí thanh toán) **Quét QRCode thanh toán không dùng tiền mặt** VCB Mobile banking

(Hoá đơn điện tử phát hành tự động. Có sau 5 ngày. Tra cứu trên app Medic hoặc www.meinvoice.vn/tra-cuu/0310665300)

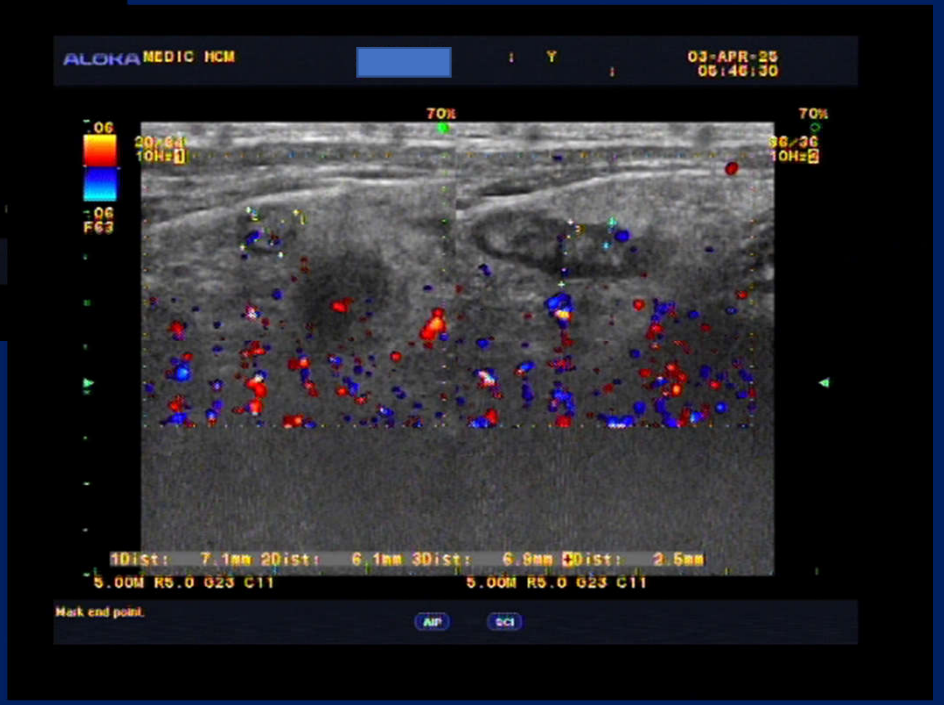

ALOKA MEDIC NCM
No ID
Y
03-APR-25
05:37:25
70%
70%
49/64
17Hz
196/197
49Hz
Dist: 16.6cm
2.50M R17.0 G36 C11
Mark end point.

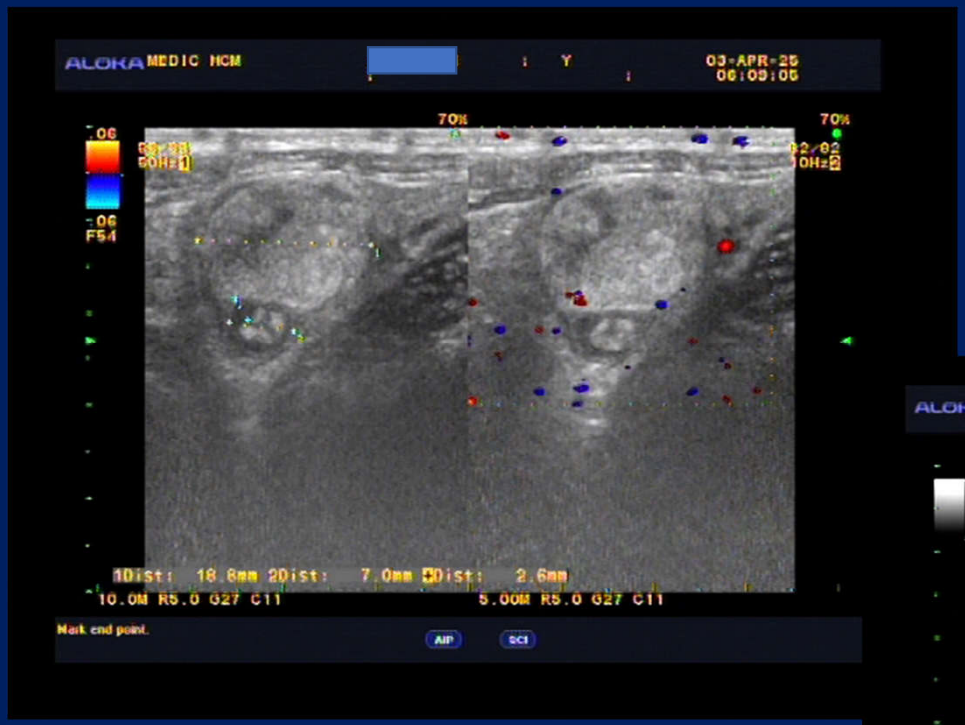

ALOKA MEDIC NCM
Y
03-APR-25
06:10:56
70%
70%
1Dist: 0.5cm Dist: 0.6cm
6.00M R12.0 G40 C11
6.00M R12.0 G40 C11
Mark end point.
AP

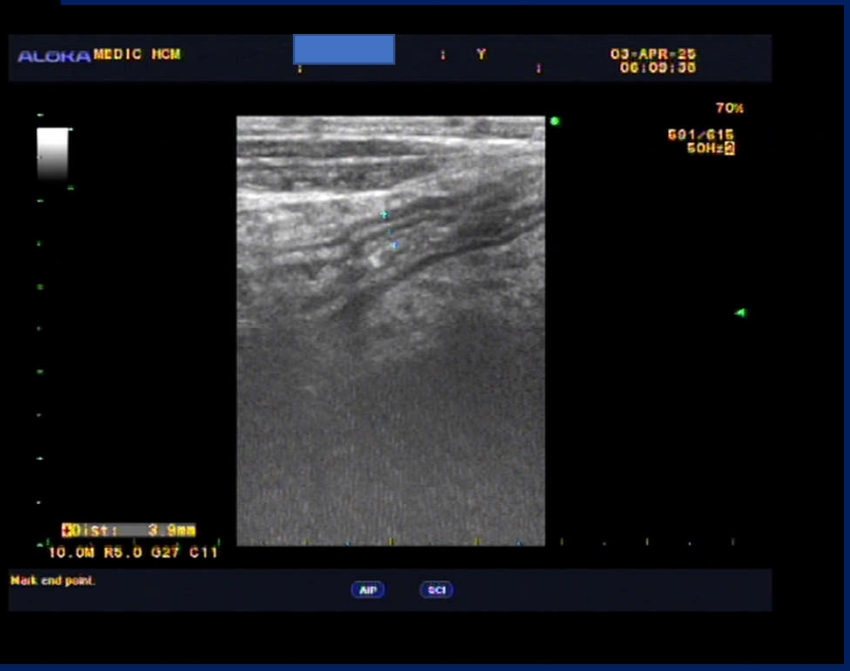

ALOKA MEDIC NCM
No ID
Y
03-APR-25
05:30:16
70%
70%
32/40
16Hz
96/96
16Hz
1Dist: 11.2cm Dist: 0.9cm
2.50M R17.0 G39 C11
2.50M R17.0 G39 C11
Mark end point.
AP

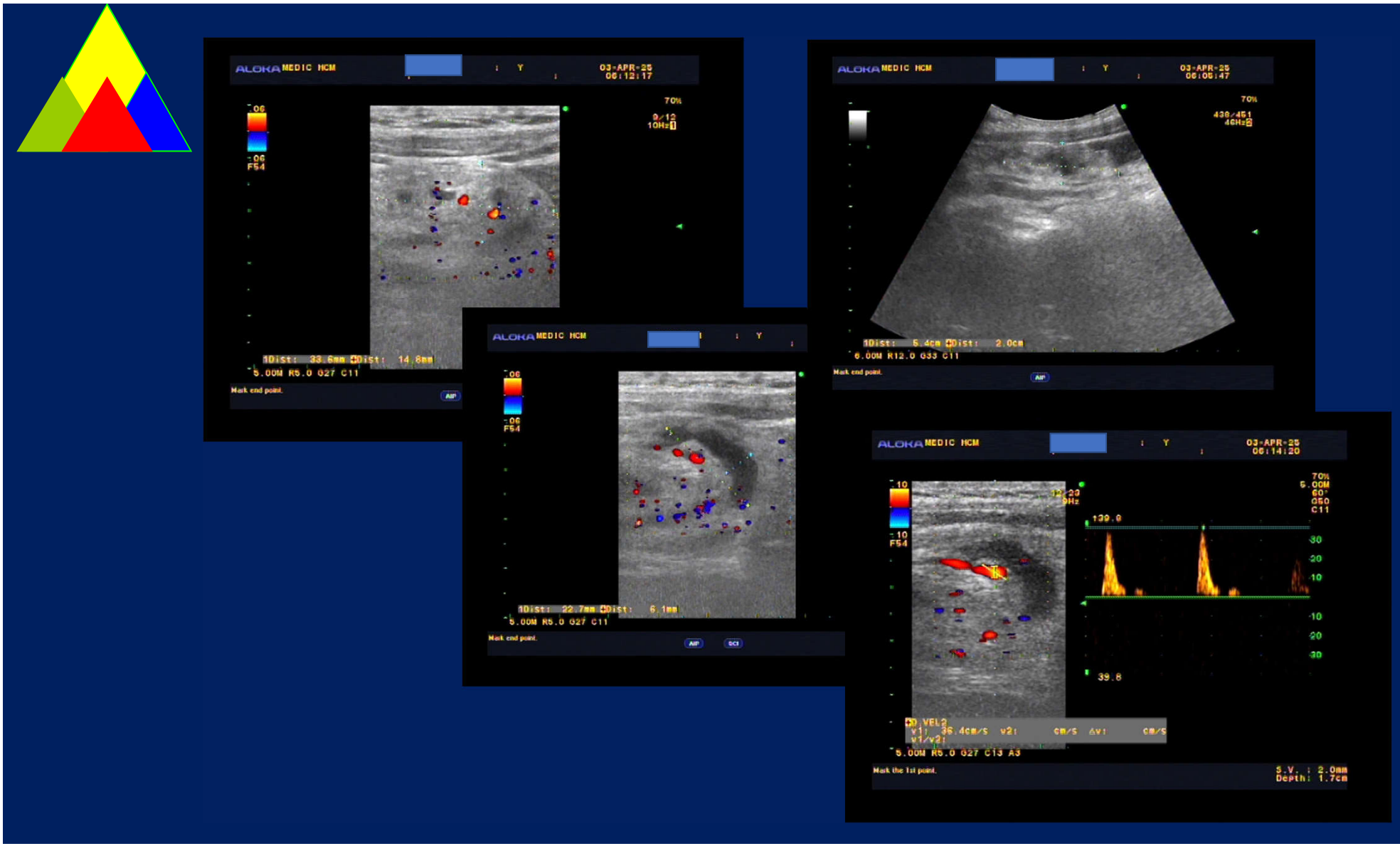
ALOKA MEDIC NCM
Y
03-APR-25
06:06:59
70%
70%
46Hz
1/1
46Hz
1Dist: 4.3cm 2Dist: 2.9cm Dist: 3.1cm
6.00M R15.0 G33 C11
6.00M R15.0 G33 C11
Mark end point.
AP

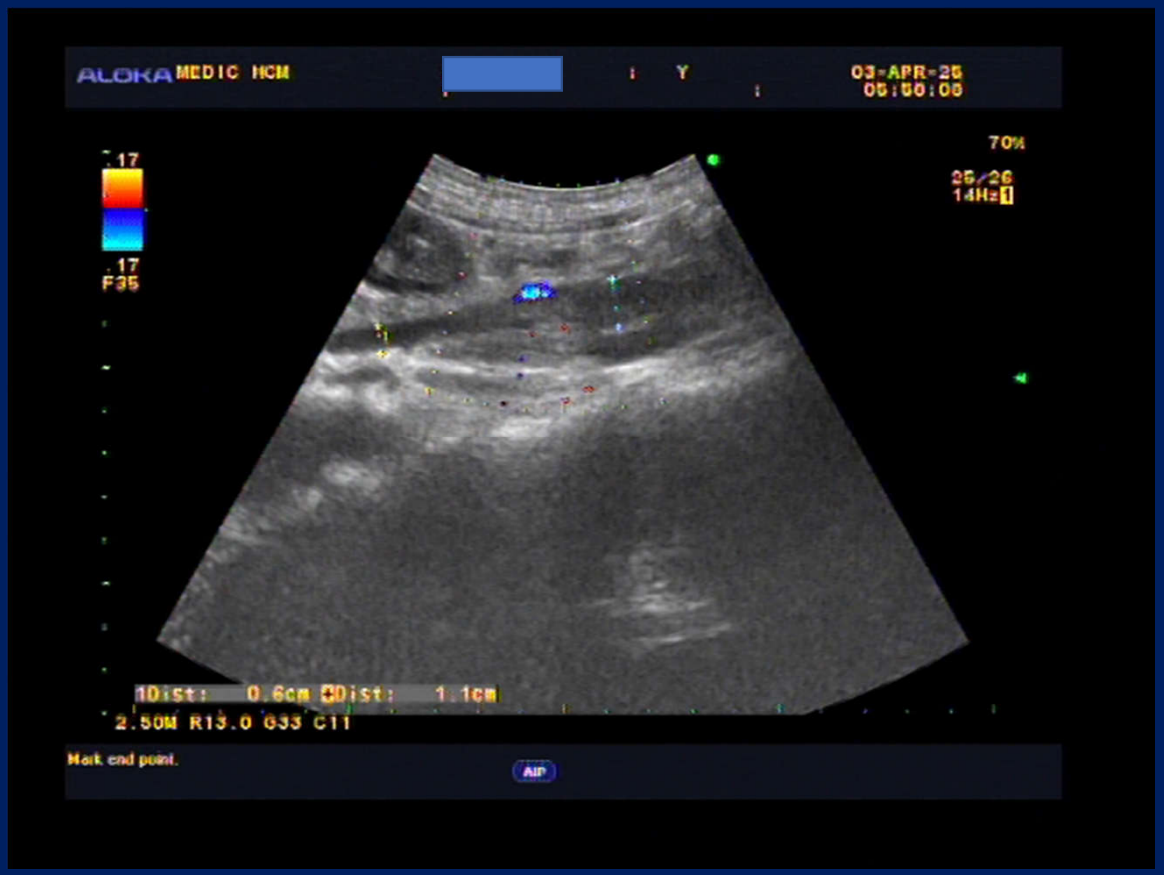
ALOKA MEDIC HCM
03-APR-25
06:45:04
70%
70%
1Dist: 5.2mm 2Dist: 6.9mm 3Dist: 2.7mm 4Dist: 19.2mm
5Dist: 18.6mm
10.0M R5.0 G23 C11
10.0M R5.0 G23 C11
Mark end point.
AIP
SCI

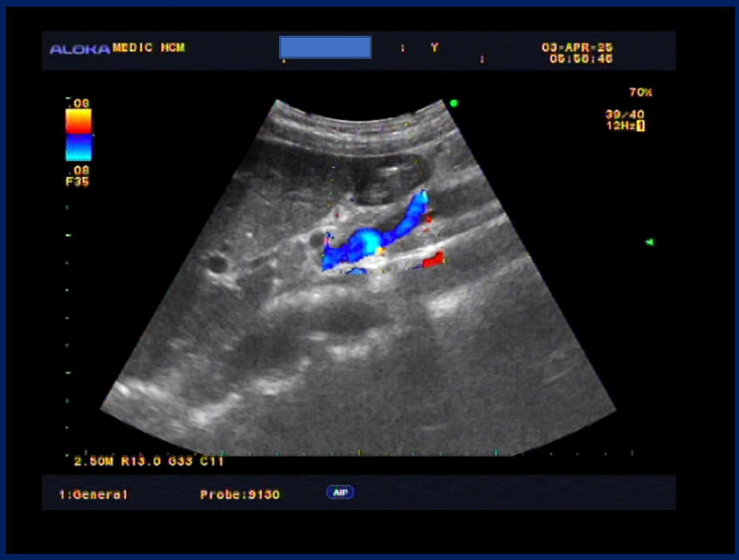

ALOKA MEDIC HCM
03-APR-25
06:46:30
70%
70%
1Dist: 7.1mm 2Dist: 6.1mm 3Dist: 6.9mm 4Dist: 2.5mm
5.00M R5.0 G23 C11
5.00M R5.0 G23 C11
Mark end point.
AIP
SCI

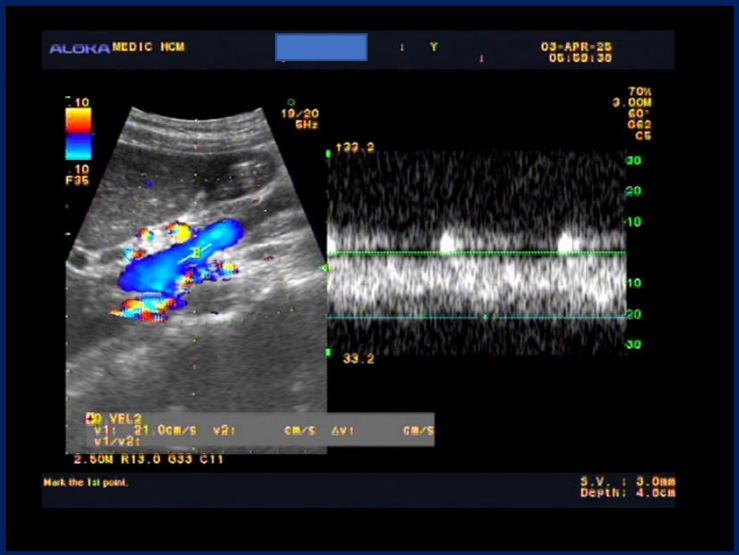

ALOKA MEDIC MCM
03-APR-25
00:09:05
70%
70%
F54
1Dist: 18.8mm 2Dist: 7.0mm 3Dist: 2.6mm
10.0M R5.0 G27 C11
5.00M R5.0 G27 C11
Mark end point.
AIP
SCI

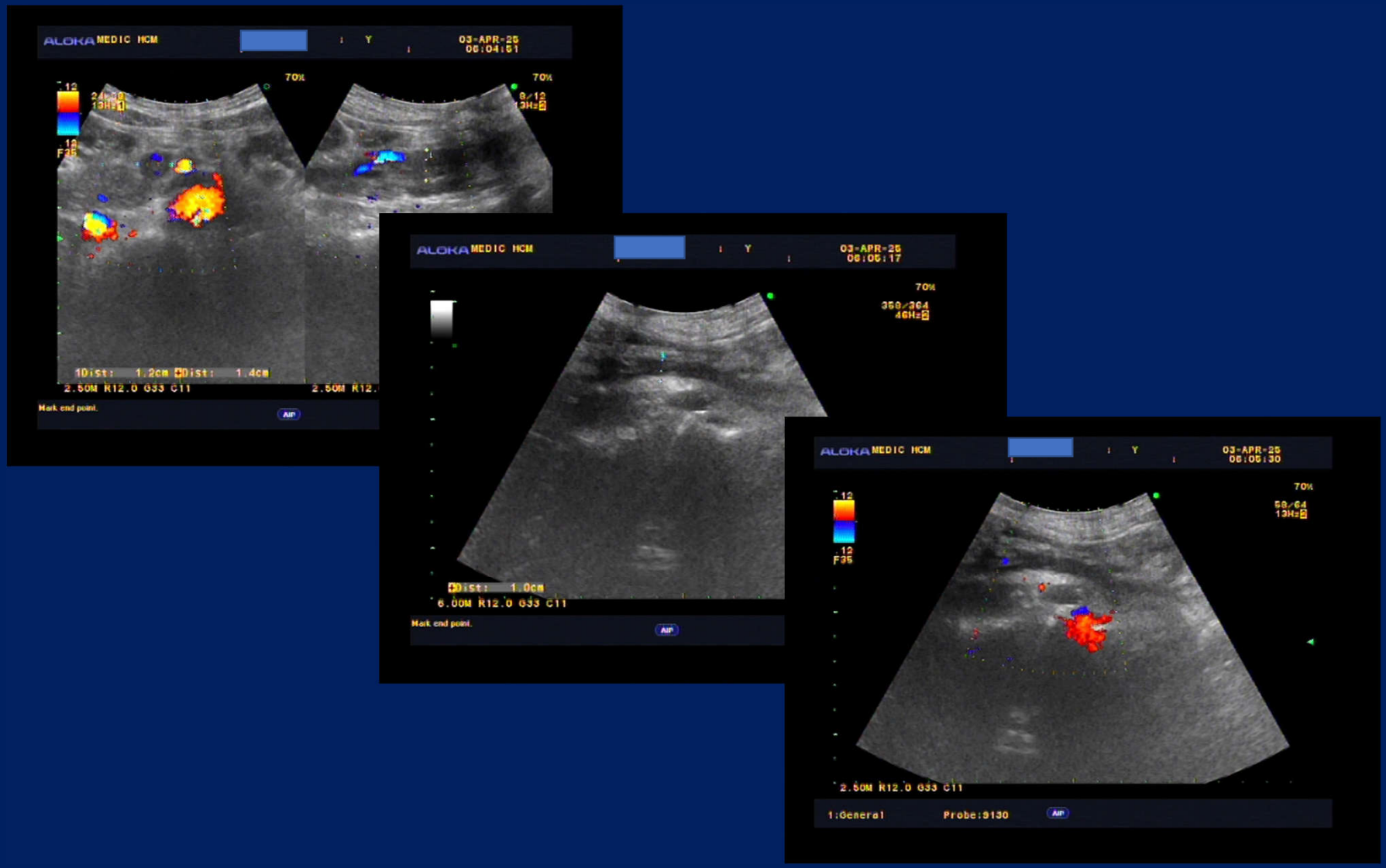

ALOKA MEDIC MCM
03-APR-25
00:09:30
70%
601/615
50Hz
3Dist: 3.9mm
10.0M R5.0 G27 C11
Mark end point.
AIP
SCI


ALOKA MEDIC HCM
03-APR-25
06:12:17
70%
9/12
10Hz
F54
1Dist: 33.6mm 2Dist: 14.6mm
5.00M R5.0 G27 C11
Mark end point.
AUTO
ALOKA MEDIC HCM
03-APR-25
06:05:47
70%
438/451
46Hz
1Dist: 5.4cm 2Dist: 2.0cm
6.00M R12.0 G33 C11
Mark end point.
AUTO
ALOKA MEDIC HCM
F54
1Dist: 22.7mm 2Dist: 6.1mm
5.00M R5.0 G27 C11
Mark end point.
AUTO
DCI
ALOKA MEDIC HCM
03-APR-25
06:14:20
F54
70%
5.00M
60°
G50
C11
139.0
39.8
2D VEL2
v1: 36.4cm/s v2: cm/s Δv: cm/s
v1/v2:
5.00M R5.0 G27 C13 A3
Mark the 1st point.
S.V. : 2.0mm
Depth: 1.7cm


ALOKA MEDIC HCM
03-APR-25
05:50:08
70%
25/26
14Hz
.17
.17
F35
1Dist: 0.6cm 2Dist: 1.1cm
2.50M R13.0 G33 C11
Mark end point.
AIP


ALOKA MEDIC HCM
03-APR-25
05:50:46
70%
39/40
12Hz
.08
.08
F35
2.50M R13.0 G33 C11
1:General
Probe:9130
AIP

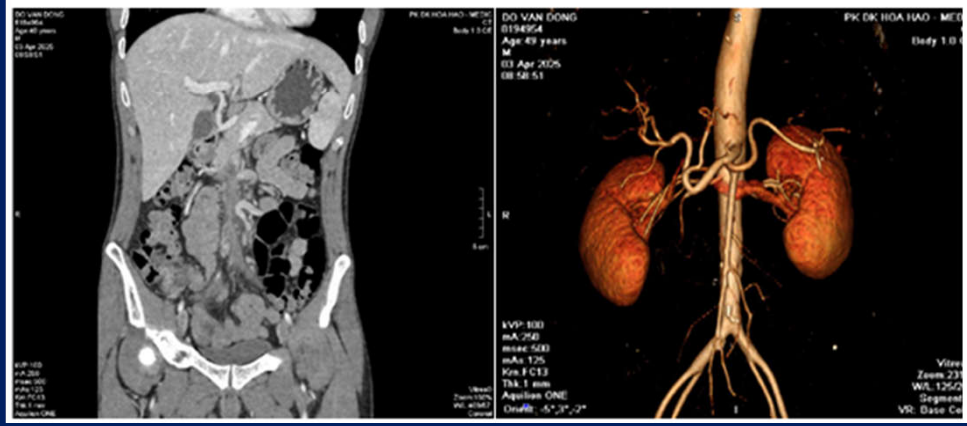

ALOKA MEDIC HCM
03-APR-25
05:59:30
.10
.10
F35
10/20
6Hz
70%
3.00M
60°
G62
C5
133.2
33.2
30
20
10
10
20
30
D VEL2
v1: 31.0cm/s v2: cm/s Δv: cm/s
v1/v2:
2.50M R13.0 G33 C11
Mark the 1st point.
S.V. : 3.0mm
Depth: 4.0cm


ALOKA MEDIC HCM
03-APR-25
06:04:51
70%
1Dist: 1.2cm 2Dist: 1.4cm
2.50M R12.0 G33 C11
Mark end point.
AIP
ALOKA MEDIC HCM
03-APR-25
06:06:17
70%
2Dist: 1.0cm
6.00M R12.0 G33 C11
Mark end point.
AIP
ALOKA MEDIC HCM
03-APR-25
06:06:30
70%
2.50M R12.0 G33 C11
1:General
Probe:9130
AIP

PK DK HOA HAO

DO VAN DONG
PK DK HOA HAO - MEDIC
Elody 1.0 CE
kVP:100
mA:250
msec:500
Aquilion ONE

DO VAN DONG
PK DK HOA HAO - MEDIC
Elody 1.0 CE
kVP:100
mA:250
msec:500
Aquilion ONE



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

Tìm và tải app "Medic Hoa Hao" để đăng kí khám và xem kết quả khám nhanh hơn

QRCode kết quả

(QR code kết quả chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp QR code cho người khác.)

8194954

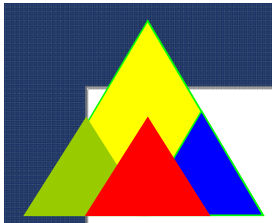
MEDIC CT SCAN REPORT

STT : 250403054 **Ngày ĐK : 03/04/2025 07:36**
Bệnh nhân : **Tuổi : 49 Nam - ĐT :**
Địa chỉ :
BS chỉ định : **BS.NGUYỄN LINH THOẠI** **BV : MEDIC** **Khoa : PK**
Chẩn đoán sơ bộ : **ĐAU THƯỢNG VỊ, ÓI, SỐT**
Vùng : **CT VÙNG BỤNG** **Máy : MSCT 640 _ 1** **Tiêm chất tương phản**
Kết quả : ** KỸ THUẬT:
Vùng bụng - chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 2mm 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 ở gan phải bắt cản quang mạnh trong thì động mạch và có độ cản tia cao hơn mô gan trong thì trễ, kích thước # 18mm
Đường mật trong và ngoài gan không dãn. Túi mật không to, vách mỏng, không 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.
Huyết khối lấp đầy tĩnh mạch mạc treo tràng trên gây phù nề mô mỡ xung quanh mạch máu và mạc treo
Ruột thừa to, kích thước # 14.2mm, xóa mờ nhẹ mô mỡ xung quanh và bắt cản quang ở thành. vài hạch hố chậu phải, khoảng 9mm
Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.
*** KẾT LUẬN:
- HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN GÂY PHÙ NỀ QUANH MẠCH MÁU VÀ MẠC TREO THEO DÕI DO VIÊM NHIỄM
- THEO DÕI VIÊM RUỘT THỪA
- HEMANGIOMA GAN PHẢI

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 03/04/2025 11:05
(Bác sĩ đã ký)

Bs. Trần Lâm



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA BÌNH
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (028) 3924 9993 - (098 649)
294 Bến Bình - P.4 - Q.10 - TP.HCM
Tel: (028) 3927 0266 (Fax:1234) Fax: (028) 3927 1234
Email: admin@medic-lab.com
www.medic-lab.com/www.medic-lab.com.vn

PID: 8194954 S.T.T.: 100114
Ngày giờ đăng ký: 05:10:39 03/04/2025
Ngày giờ lấy mẫu: 05:13:00 03/04/2025
Ngày giờ nhận mẫu: 05:15:00 03/04/2025

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.7710N.HN.02.1- Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên: |
Ngày tháng năm sinh: **1976**
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: :
Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: **Tòng trét**
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu**

Phái: **Nam**
Quốc tịch:
ĐT:
BS yêu cầu: BS. NGUYỄN LINH THOẠI
Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹	*		
WBC	**10.41**	(4.0 - 10.5)10^9/L	*QTHM019*
% Neu	**69.1**	(40 - 74 %)	
% Lym	**23.2**	(19 - 48 %)	
% Mono	**7.1**	(3 - 9 %)	
% Eos	**0.4**	(0 - 7 %)	
% Baso	**0.2**	(0 - 1.5 %)	
# Neu	***7.19 H***	(1.7 - 7.0) 10^9/L	
# Lym	**2.42**	(1.0 - 4.0) 10^9/L	
# Mono	**0.74**	(0.1 - 1.0) 10^9/L	
# Eos	**0.04**	(0 - 0.5) 10^9/L	
# Baso	**0.02**	(0 - 0.2) 10^9/L	
RBC	***5.66 H***	(3.80 - 5.60)10^12/L	*QTHM020*
Hb	**15.4**	(12.0 - 18.0 g/dL)	*QTHM025*
Hct	**45.4**	(35 - 52 %)	
MCV	**80.2**	(80 - 100 fL)	
MCH	**27.2**	(26 - 32 pg)	
MCHC	**33.9**	(32 - 36 g/dL)	
RDW	**13.8**	(11.0 - 15.7%)	
PLT	***544 H***	(150 - 400)10^9/L	*QTHM021*
MPV	**8.1**	(6.30 - 12.0 fL)	
II. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS			
URINARY ANALYSIS:	*		*QTVS044*
1)Chemistry (Sinh Hóa) :	*		

Số trang: 1/4

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân
Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác..

Lấy mẫu tại nhà:
0707 032 052

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

1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2012
2. Xét nghiệm đã tham gia ngoại kiểm
3. (*) KQ đã kiểm tra lần 2 / (**) KQ bác bỏ
4. KQ chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

H: High - L: Low

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
HbA1C (HPLC)¹:	*		*QTSH012*
HbA1c (IFCC)	**39.89**	(20 - 38.80 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	**5.80**	(4.0 - 5.70 %A1c)	
Glucose (mmol/L) (FPG)¹	**5.38**	(3.90 - 5.60 mmol/L)	*QTSH001*
Glucose (mg/dL)	**96.84**	(70.2 - 100.8 mg/dL)	
IONOGRAMME²:	*		*QTSH067*
Na	**134.8**	(130 - 145 mmol/L)	
K	**4.33**	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	**2.41**	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	***94.19 L***	(96 - 108 mmol/L)	
Uric Acid/Serum¹	**6.28**	(M: 3.4 - 7.0; F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	*QTSH014*
hs CRP	***172.4 H***	(≤ 3 mg/L)	*QTSH028*
Urea/ Serum¹	**29.81**	(15 - 49 mg/dL)	*QTSH002*
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum²	**0.810**	(M: 0.6 - 1.2; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	*QTSH027*
eGFR (CKD-EPI)	**108**	(≥ 90 mL/min/1.73 m²)	
LDL Cholesterol²	**4.02**	(<2.59; Ngưỡng: 2.59-4.13 mmol/L) Cao: 4.34 - 4.91 ; Rất cao ≥ 4.92)	*QTSH093*
HDL Cholesterol²	***0.620 L***	(≥1.55; Ngưỡng: 1.04-1.54 mmol/L) Thấp: < 1.04)	*QTSH084*
Triglycerides¹	**1.90**	(<1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol/L) Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	*QTSH015*
Cholesterol, Total¹	**5.52**	(<5.18; Ngưỡng: 5.18-6.21 mmol/L) Cao: ≥ 6.22)	*QTSH003*
GGT¹	***210.9 H***	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	*QTSH004*
SGOT (AST)¹	***38.27 H***	(< 35 U/L)	*QTSH005*
SGPT (ALT)¹	***75.79 H***	(< 30 U/L)	*QTSH042*

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
Dengue NS1 Ag Strip	**Âm tính**	Âm tính	*QTMD137*
DengueFever-IgG	***Dương tính***	Âm tính	*QTMD138*
DengueFever-IgM	**Âm tính**	Âm tính	*QTMD139*
HBsAg (Định tính, qualitative)¹	**NEG S/CO 0.473**	(Index <1; S/Co <1)	*QTMD017*
Anti HBs (Định lượng,quantitative)²	**<2.00**	(≥ 10 mIU/mL)	*QTMD123*
Anti HCV (Định tính, qualitative)¹	**NEG S/CO 0.045**	(S/Co < 1; Index < 1)	*QTMD018*
C.E.A¹	**2.84**	(< 5 ng/mL)	*QTMD007*
C.A 19-9 (Roche)¹	**4.40**	(< 31 U/mL)	*QTMD008*

Thời gian duyệt: 06:04:50 03/04/2025
Người duyệt: ThS.BS.Nguyễn Bảo Toàn

In lần 1: 06:05:00 03/04/2025
Trưởng khoa xét nghiệm

ThS. Bs. Nguyễn Bảo Toàn

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Mã số BN: **251340661**
Phòng Khám: **PK.Nội Tim Mạch**

ĐƠN THUỐC

Họ tên: [redacted]
Phái: Nam Năm sinh: 1976 Ngày khám: 04/04/2025
Địa chỉ: [redacted]
Mã thẻ: Nơi ĐK: HD:
Chẩn đoán : **I82 - Các thuyên tắc và huyết khối tĩnh mạch khác (Huyết khối tĩnh mạch mạc treo tràng trên) - K52.3 - Viêm đại tràng không xác định (--); R64 - Suy mòn (--)**

PK.Ngoại Tiêu Hóa Thạc sĩ - Bác sĩ-Bùi Đức Ái (A)	**Thuốc ngoài danh mục** 1. Trimebutine maleate (Debridat 100mg) *Sáng 7h uống 1 Viên, Chiều 17h uống 1 Viên*	60	Viên (A)
	2. Drotaverin hydroclorid (No-Spa forte 80mg) *Sáng 7h uống 1 Viên, Chiều 17h uống 1 Viên*	60	Viên (A)
	3. Mỗi gói 1,5g thuốc cốm chứa: Thiamin hydroclorid 5 mg; Riboflavin 2 mg; Nicotinamid 20 mg; Pyridoxin hydroclorid 2 mg; Dexpanthenol 3 mg (MULDINI 5mg, 2mg, 20mg, 2mg, 3mg) *Sáng 7h uống 1 Gói, Chiều 17h uống 1 Gói*	30	Gói (A)
PK.Nội Tim Mạch BS.CKII-Lê Kim Thạch (B)	**Thuốc ngoài danh mục** 4. Dabigatran etexilate (dưới dạng Dabigatran etexilate mesilate) (Pradaxa 150mg) *Sáng 7h uống 1 Viên, Chiều 17h uống 1 Viên*	60	Viên (B)
	5. Vitamin A + vitamin D3 + vitamin B1 + vitamin B2 + vitamin B6 + sắt(ferrous fumarat) + magie (magnesi oxide) + calci (calci glycerophosphat) (DRIMY 1000IU + 400 IU + 2mg + 3mg + 1mg + 1,65mg + 6mg + 21,42 mg) *Sáng 7h uống 1 Viên, Chiều 17h uống 1 Viên*	60	Viên (B)

Cộng khoản:

Ngày 04 tháng 04 năm 2025
Bác sĩ điều trị

Ghi chú: PK.Ngoại Tiêu Hóa: Hiện không có dấu hiệu thiếu máu ruột, Ngoại tiêu hóa không có chỉ định can thiệp. Kính chuyển Phòng khám Nội Tim Mạch khám chuyên khoa.

Lời dặn:

Tái khám: **PK.Ngoại Tiêu Hóa 05/05/2025 07:00:00**
PK.Nội Tim Mạch 07/05/2025 07:00:00

BS.CKII Lê Kim Thạch

Khám lại xin mang theo toa thuốc này.

BVCR THÔNG BÁO :
- Lễ Giỗ Tổ Hùng Vương nghỉ T7,5-4-25 → T2,7/4/2025. T3,8/4/25 làm việc bình thường.

Ngày: 04/04/2025 13:37

Xin mời quét mã QR Code bằng điện thoại để nhận thông tin kết quả khám bệnh

Bàn luận

- **Lâm sàng:** Huyết khối tĩnh mạch mạc treo tràng trên đơn độc hiếm gặp, bệnh cảnh lâm sàng không đặc hiệu, triệu chứng không rõ, đau bụng mơ hồ, buồn nôn, nôn. Tiềm ẩn gây tử vong cao do hoại tử ruột nếu chẩn đoán trễ.
- **Nguyên nhân:**

❑Do tăng đông: do di truyền (facter V Leiden, thiếu hụt protein C/S), h/c antiphospholipid.

❑Do viêm (thường gặp trong viêm tụy cấp, do VRT gặp trong khoảng 0,25% các trường hợp VRT, do viêm ruột), nhiễm trùng ổ bụng

❑Do ung thư, chấn thương, phẫu thuật ổ bụng.

❑Uống thuốc ngừa thai

- **Chẩn đoán:**

❑CT Angiography (Gold standard): khiếm khuyết bắt thuốc cản quang, phù nề vách ruột do thiếu máu.

❑Siêu âm: Đường kính tĩnh mạch có thể to ra, có echo trong lòng. Siêu âm Doppler xác định huyết khối, đánh giá dòng chảy, cho thấy huyết khối gây tắc hoàn toàn hay không.

❑Xét nghiệm: nhiễm trùng, viêm nhiễm, đông máu (D-dimer có thể tăng nhưng không đặc hiệu).

- **Điều trị:** kháng đông (Heparin, DOAC), điều trị can thiệp (thrombolysis hay thrombectomy), phẫu thuật khi có hoại tử ruột.
- **Tiên lượng:** tốt nếu chẩn đoán sớm điều trị kịp thời (kháng đông), chẩn đoán trễ tỉ lệ hoại tử ruột cao có thể tử vong.

SPRINGER NATURE Link

Find a journal | Publish with us | Track your research | Search

Noninvasive methods in the diagnosis of isolated superior mesenteric vein thrombosis: US and CT

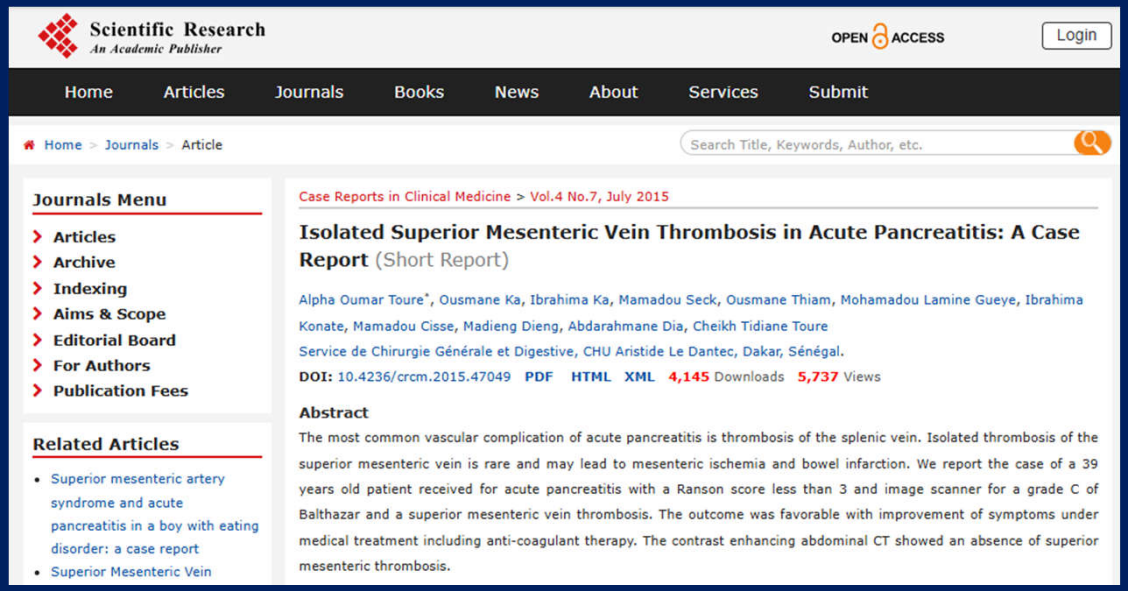
Published: December 1989

Volume 14, pages 321–325, (1989) Cite this article

T. Franquet M.D., J. M. Bescos & B. Reparaz

Abstract

Five patients with isolated superior mesenteric vein thrombosis were diagnosed by ultrasonography (US) and computed tomography (CT). The presence of echogenic material within the venous lumen was identified in all patients on sonography. A significant venous enlargement was sonographically observed in 1 patient with tumoral thrombosis. A sharply defined vascular wall with a rim of increased density and a central area of low attenuation was observed in 3 of 5 patients on CT. None of our patients developed bowel infarction secondary to venous occlusion and a conservative management was established in all.



Scientific Research
An Academic Publisher

OPEN ACCESS

Login

Home | Articles | Journals | Books | News | About | Services | Submit

Home > Journals > Article

Search Title, Keywords, Author, etc.

Journals Menu

- Articles
- Archive
- Indexing
- Aims & Scope
- Editorial Board
- For Authors
- Publication Fees

Related Articles

- Superior mesenteric artery syndrome and acute pancreatitis in a boy with eating disorder: a case report
- Superior Mesenteric Vein

Case Reports in Clinical Medicine > Vol.4 No.7, July 2015

Isolated Superior Mesenteric Vein Thrombosis in Acute Pancreatitis: A Case Report (Short Report)

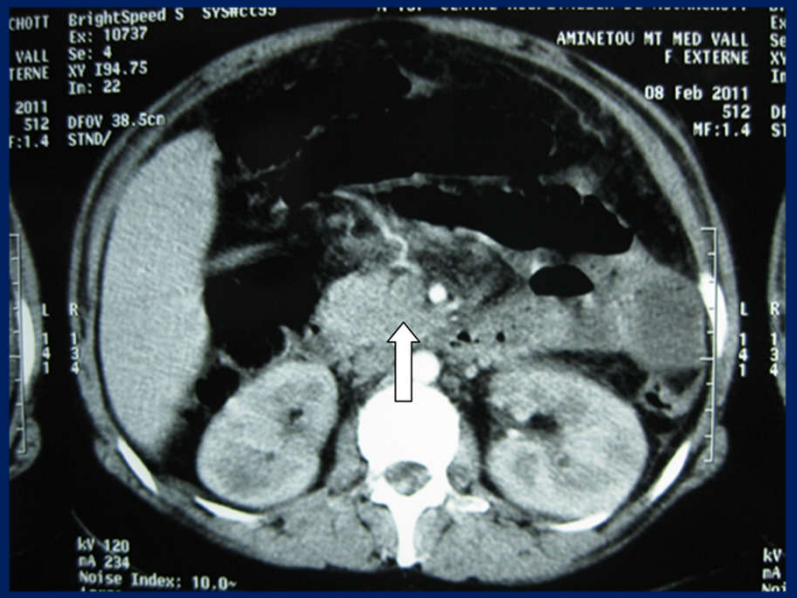
Alpha Oumar Toure*, Ousmane Ka, Ibrahima Ka, Mamadou Seck, Ousmane Thiam, Mohamadou Lamine Gueye, Ibrahima Konate, Mamadou Cisse, Madieng Dieng, Abdarahmane Dia, Cheikh Tidiane Toure

Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal.

DOI: 10.4236/crcm.2015.47049 **PDF** **HTML** **XML** **4,145** Downloads **5,737** Views

Abstract

The most common vascular complication of acute pancreatitis is thrombosis of the splenic vein. Isolated thrombosis of the superior mesenteric vein is rare and may lead to mesenteric ischemia and bowel infarction. We report the case of a 39 years old patient received for acute pancreatitis with a Ranson score less than 3 and image scanner for a grade C of Balthazar and a superior mesenteric vein thrombosis. The outcome was favorable with improvement of symptoms under medical treatment including anti-coagulant therapy. The contrast enhancing abdominal CT showed an absence of superior mesenteric thrombosis.



Cureus
Publishing Beyond Open Access

Cureus. 2020 Mar 30;12(3):e7477. doi: 10.7759/cureus.7477

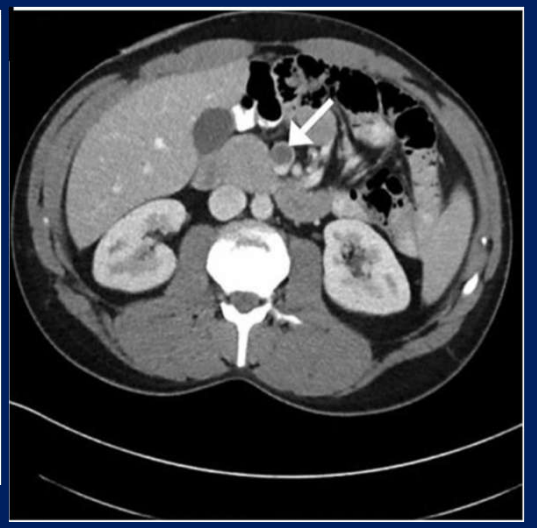
Isolated Thrombosis of the Superior Mesenteric Vein

Rajesh Essrani [1,2,✉], Shehriyar Mehershahi [3], Rajesh Essrani [4], Anuraj M Sudhakaran [1], Asif Mehmood [1,5]

Editors: Alexander Muacevic, John R Adler

Author information · Article notes · Copyright and License information

PMCID: PMC7188009 PMID: 32351855



Abstract

Most cases of pancreatitis are mild and self-limited. On the other hand, a few patients with pancreatitis may develop vascular complications. Splenic vein thrombosis is the most common vascular complication of acute pancreatitis. Isolated superior mesenteric vein thrombosis is rare and can lead to gut ischemia and necrosis if not timely diagnosed and managed. We report the case of a 40-year-old patient who presented to the hospital with abdominal pain due to acute pancreatitis, leading to superior mesenteric vein thrombosis, which was timely diagnosed and treated with a good outcome.

International Journal of Surgery Case Reports
Volume 4, Issue 4, 2013, Pages 432-434

Isolated superior mesenteric venous thrombophlebitis with acute appendicitis

Mohsen Mohamed Karam [a], Mohaed Fahmy Abdalla [b], Said Bedair [b]

[a] Hamad Medical Corporation, G Surgery, 46 Teba Garden, Doha, Qatar
[b] Alkhor Hospital, Qatar

Received 22 October 2011, Accepted 24 October 2011, Available online 1 December 2011.

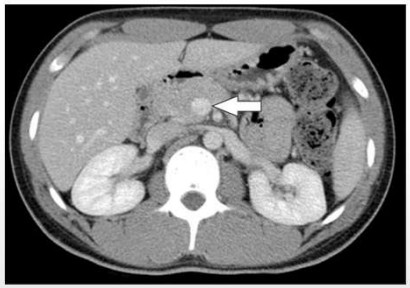
INTRODUCTION

Isolated superior mesentericveinous thrmbophlebitis is a rarely recognised condition associated with a high morbidity. It usually develops secondary to infection in the drainage area of the portal venous system, like appendix.

PRESENTATION OF CASE

We report a case of neglected perforated acute appendicitis complicated by superior mesenteric venous pyelephlebitis patiant represented with a vague pain to right of umlicus, which is atypical this why cat scan was done and showed obstructed superiormesentric vein, portal vein was free with acute appendicitis. Appendicectomy and treatment with broad-spectrum antibiotics, anticoagulation, and platelets led to a full recovery. Follow-up imaging after one month revealed complete canalization of superior mesentric vein.

NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information



KJHBPS
Korean Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery
http://www.jhbps.org
pISSN 1738-6349
eISSN 2288-9213
This Article | Aims and Scpoe | Instruction to Authors | e-Submission

Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2014 Aug 31;18(3):101-103. doi: 10.14701/kjhbps.2014.18.3.101

Superior mesenteric vein thrombosis accompanied with severe appendicitis

Kyo Won Lee [1], Young Il Choi [2,✉]

Author information · Article notes · Copyright and License information

PMCID: PMC4492324 PMID: 26155260

Abstract

Superior mesenteric vein (SMV) thrombosis caused by acute appendicitis is a very rare entity nowadays. We report a successfully treated case of a 21-year-old man with SMV thrombosis associated with severe acute appendicitis. Intravenous heparin was administered, and it was later substituted with warfarin. Systemic antibiotic therapy was continued for 1 week, and it was substituted with oral antibiotics, which were administered for 3 weeks. On the 45th postoperative day, follow-up computed tomography scan demonstrated dissolution of SMV thrombosis. Anticoagulation therapy was maintained for 3 months. He was discharged without any complications. SMV thrombosis can be treated successfully with emergency appendectomy, broad-spectrum antibiotics, and anticoagulation therapy.

Go to International Journal of Surgery Case Reports on ScienceDirect
se Reports
ELSEVIER
Volume 73, 2020, Pages 100-104

Case Series

Mesenteric venous thrombosis complicating acute appendicitis: A case series

Jason Beckermann [a b], Ashley Walker [a b], Bradley Grewe [a], Angela Appel [a], James Manz [c]

[a] Department of General Surgery, Mayo Clinic Health System, Eau Claire, WI, USA
[b] University of Wisconsin-Eau Claire, Eau Claire, WI, USA
[c] Department of Neurosurgery, Mayo Clinic Health System, Eau Claire, WI, USA

Introduction

Acute appendicitis is one of the most common surgical conditions. In the current era it rarely presents in association with mesenteric venous thrombosis. We present 4 cases of mesenteric venous thrombosis occurring in the setting of acute appendicitis.

Methods

We performed a retrospective review of Mayo Enterprise clinical database for inpatients with a diagnosis of acute appendicitis and venous thrombosis related ICD-10 codes. Charts for patients with a diagnosis of mesenteric venous thrombosis and acute appendicitis were reviewed to identify demographic data, findings at presentation, and management patterns.

Results

A total of 1,615 inpatients were identified with a principle diagnosis of acute appendicitis across the Mayo Enterprise from October 1st, 2015- March 31st, 2019. Four inpatients with a diagnosis of acute appendicitis were also noted to have a mesenteric venous thrombosis at presentation resulting in an incidence of 0.25 %. Mean duration of symptoms at presentation was 12.25 days. All patients with acute appendicitis and mesenteric venous thrombosis were initially managed with a heparin drip, antibiotics, and intravenous fluids. Ultimately, 3 of 4 patients underwent appendectomy.

Conclusion

Mesenteric venous thrombosis complicating acute appendicitis is rare and typically presents in a delayed fashion. Patients without evidence of non-viable bowel are typically treated initially with intravenous fluid resuscitation, antibiotics, bowel rest, and anticoagulation with a heparin drip.

Case Reports > J Clin Gastroenterol. 2005 Jan;39(1):27-31.

Mesenteric venous thrombosis in inflammatory bowel disease

Ossama A Hatoum [1], Kristi S Spinelli, Majed Abu-Hajir, Tan Attila, Jose Franco, Mary F Otterson, Gordon L Telford, David G Binion

Abstract

Mesenteric venous thrombosis (MVT) is a rare but potentially catastrophic clinical complication, which may lead to ischemia or infarction of the intestine and/or the emergence of portal hypertension. An association between inflammatory bowel disease (IBD) and MVT has previously been described, but clinical factors that may contribute to this complication in the setting of IBD are not well characterized. Diagnosis of MVT in IBD is difficult, as patients frequently present with nonspecific abdominal discomfort, which may delay diagnosis and initiation of treatment. We report 6 of 545 IBD patients at our center (1.1%) that developed MVT, and describe presentation, diagnostic approaches, treatment options, underlying contributing factors, and outcome. The diagnosis was determined with abdominal computed tomography (CT) in 5 of 6 cases. Clinical factors, which were thought to contribute to MVT, included underlying hypercoagulability, low-flow state, uncontrolled inflammation, perioperative time period, and prior surgical manipulation of the portal vein following orthotopic liver transplantation. There were no deaths as a result of MVT, although 1 patient developed severe portal hypertension and another experienced intestinal infarction requiring extensive resection. We conclude that MVT is an important clinical consideration in IBD patients, specifically during the perioperative setting, and diagnosis is facilitated with the use of CT scan.

BMC Part of Springer Nature

Journal of Medical Case Reports

Home About Articles Submission Guidelines Submit manuscript

Case report | Open access | Published: 01 April 2025

Isolated superior mesenteric vein thrombosis in an adult with nephrotic syndrome due to minimal change disease: a case report

Abdulilah Ghazwan Dakak, Mohammed Kamal Mahgoub, Tala Adnan Jalkhi, Mustafa Abdulrahman Mohammed, Abdulrhman Alkassar & Maryam Amirrad

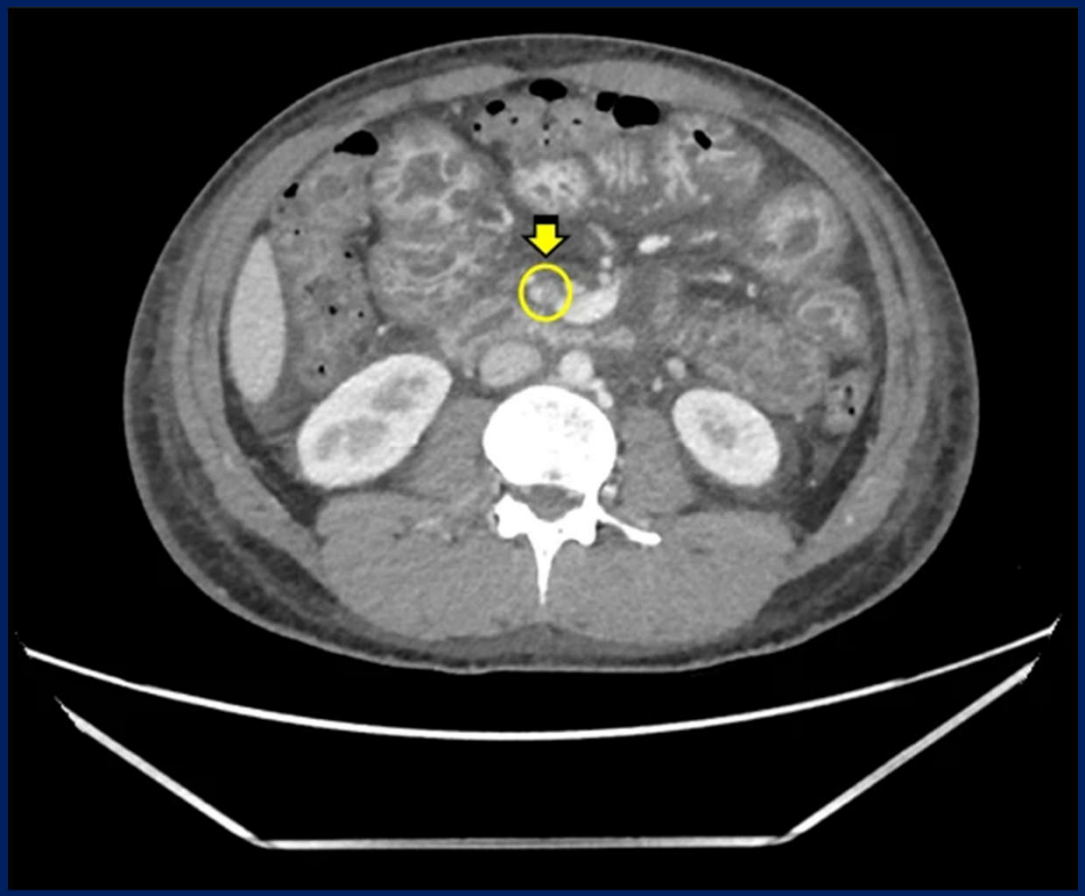
Journal of Medical Case Reports **19**, Article number: 149 (2025) | Cite this article

1222 Accesses | Metrics

Nephrotic syndrome, a condition that induces a hypercoagulable state, poses a significant r of thromboembolism, a potentially life-threatening complication. While venous thromboembolism in nephrotic syndrome typically manifests as pulmonary emboli, deep v thrombosis, and renal vein thrombosis, mesenteric vein thrombosis is a rare occurrence. T rarity is further accentuated when it occurs in patients with minimal change disease, with a handful of cases reported in the literature.

Case presentation

The patient is a 25-year-old Syrian male, previously in good health, presenting with severe abdominal pain and vomiting that had persisted for 6 days. Investigations revealed hypoalbuminemia with nephrotic range proteinuria. Computed tomography scan of the abdomen and pelvis with contrast showed superior mesenteric vein thrombosis. Renal biop revealed minimal change disease. The patient was mainly treated with a therapeutic dose o enoxaparin, followed by apixaban. He also received oral prednisolone, a short course of cyclosporine, and furosemide. With the appropriate treatment, the patient's symptoms gradually improved and he was discharged. This successful management of a rare complication in a nephrotic syndrome patient demonstrates the potential for positive outcomes in such cases.



AJG The American Journal of GASTROENTEROLOGY

Articles & Issues | For Authors | Journal Info | ACG Clinical Guidelines | Collections

Outline

Images

Download

ABSTRACTS: ACCEPTED: CLINICAL VIGNETTES/CASE REPORTS—STOMACH

S3066 Idiopathic Isolated Thrombosis of the Superior Mesenteric Vein

Essrani, Rajesh MD[1]

Author Information

The American Journal of Gastroenterology 115():p S1616, October 2020. | *DOI:* 10.14309/01.ajg.0000714312.90681.33

INTRODUCTION:

Isolated thrombosis of the superior mesenteric vein (SMV) without involving the splenic or portal vein is very rare and is usually seen with intra-abdominal sepsis or pancreatic neoplasms. It should never be missed due to the fatal complication of mesenteric ischemia and bowel infarction.

CASE DESCRIPTION/METHODS:

A 62-year-old female with no medical history presented to the hospital for abdominal pain and loose watery diarrhea. On exam, blood pressure 136/66, respiratory rate 14, saturation 93% on room air, and pulse 95. The abdomen was soft but tender in the epigastric area, no right upper quadrant tenderness, and bowel sounds decreased in all quadrant. Blood work showed hemoglobin 12.9 g/dL, hematocrit 41.2%, WBC 9.0 K/uL, platelets 183 K/uL, AST 43 U/L, ALT 47 U/L, alkaline phosphatase 141 U/L, Lipase 30 U/L. CT abdomen/pelvis showed superior mesenteric vein thrombosis (Figure A). She denied any personal or family history of coagulopathy. She was up to date on her mammogram and colonoscopy. Further workup like flow cytometry, protein C, protein S and Factor V Leiden mutation was unremarkable. She was treated with Eliquis with good clinical response.

DISCUSSION:

An idiopathic isolated superior mesenteric vein is very rare and emergent. It can be diagnosed by a CT scan of the abdomen. Anticoagulant therapy is useful if the diagnosis is made before the stage of bowel infarction and lowers mortality. The physician should include it in the differential diagnosis of abdominal pain.

American Journal of Case Reports

IF 2024: 0.7 Journal's Content > For Authors > Journal's Information >

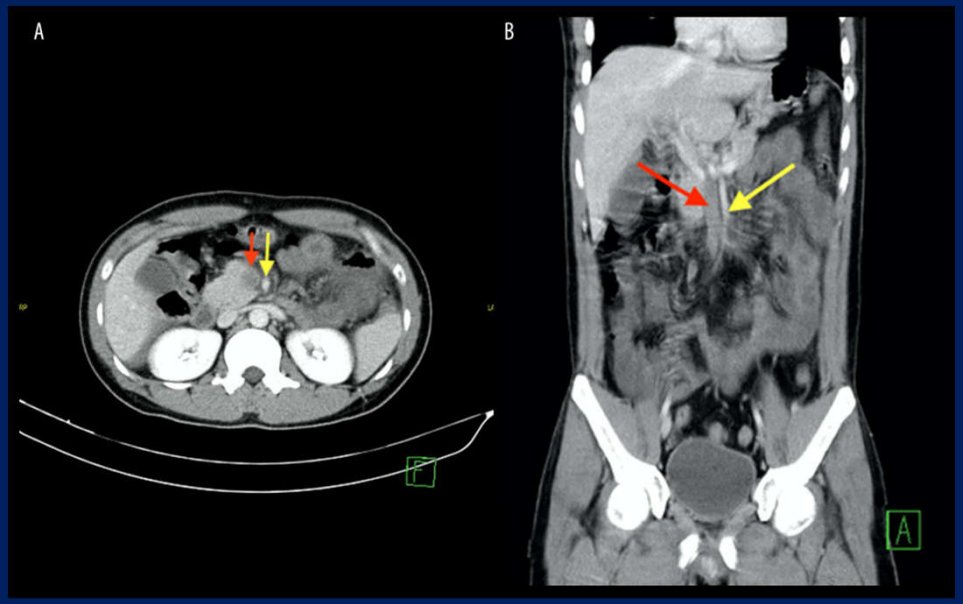
24 September 2020: Articles

A 29-Year-Old Male Construction Worker from India Who Presented with Left- Sided Abdominal Pain Due to Isolated Superior Mesenteric Vein Thrombosis Associated with SARS-CoV-2 Infection

Rare coexistence of disease or pathology

Suresh Kumar Thuluva[1AE*], *Hongguang Zhu*[2B], *Mark M. L. Tan*[1F], *Saurav Gupta*[1F], *Kuan Yuen Yeong*[1A], *See Toh Cheong Wah*[1A], *Li Lin*[2ABDEF], *Eng Soo Yap*[3C]

DOI: 10.12659/AJCR.926785
Am J Case Rep 2020; 21:e926785



Kết luận

- Huyết khối tĩnh mạch mạc treo tràng trên đơn độc hiếm gặp nhưng tiềm ẩn nguy cơ tử vong cao nếu chẩn đoán trễ do huyết khối gây thiếu máu nuôi dẫn đến hoại tử ruột.
- Bệnh cảnh lâm sàng không đặc hiệu nên dễ bỏ sót chẩn đoán.
- CT angio là tiêu chuẩn vàng, tuy nhiên có tia xạ, giá thành cao & không có sẳn.
- Siêu âm giá thành thấp, không độc hại, sẵn có & có thể chẩn đoán được, nhưng phụ thuộc người làm.
- Do đó khi tiếp cận bệnh nhân có đau bụng mơ hồ, chẩn đoán phân biệt bệnh lý nầy nên được đặt ra. Bác sĩ siêu âm nên rèn luyện kỹ năng khảo sát mạch máu để giúp chẩn đoán tránh bỏ sót bệnh.