

Tóm tắt ca bệnh giao ban 2/8/2024 - TTĐN

1) Hành chính: Bệnh nhân nữ 68 tuổi. Nghề nghiệp nội trợ. Bệnh nhân vào viện lúc 11h36 ngày 16 tháng 7 năm 2024 với lý do đau vùng cổ + huyết áp cao.

2) Bệnh sử: Bệnh nhân ở nhà đau nhiều vùng cổ, lan xuống vùng vai, đau tức ngực sau xương ức kèm khó thở, huyết áp cao (200/100 mmHg) nên vào viện.

3) Tiền sử: Tăng huyết áp 13 năm điều trị thường xuyên với nhiều thuốc HA khác nhau không rõ loại

4) Thăm khám thực thể

Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt. Da niêm hồng, van đau vùng cổ lan xuống vùng vai, đau nhiều, hạn chế vận động. Cảm giác mệt. Không yếu liệt, nhịp tim đều, phổi không rales, bụng mềm, tiểu tiện bình thường.

5) Cận lâm sàng

WBC: 13.15 (Neu : 59.9%), Glucose: 6.3, Troponin T: 0.003, Kali: 3.62

6) Chẩn đoán vào viện

Bệnh chính: Tăng huyết áp khẩn cấp

Bệnh kèm: Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ/ U mỡ dưới da thượng đòn trái

7) Tóm tắt điều trị tại khoa nội trú

- Ngày 26/7/2024:
- Thăm khám: Bệnh tỉnh. Van đau nhiều vùng cổ lan xuống vùng vai hai bên. Đau nhức nhiều. Hạn chế vận động. M: 78l/ph. HA: 160/80 mmhg.
- Bệnh nhân đau tức ngực trái. Đau âm ỉ; không khó thở; nhịp tim đều; RRPN rõ. Bụng mềm, ấn không đau. Ăn uống tạm. Tiểu thường.

8) Tóm tắt chẩn đoán

Bệnh chính: Tăng huyết áp khẩn cấp.

Bệnh kèm: Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ/ U mỡ dưới da thượng đòn trái

Biến chứng: Chưa

9) Điều trị:

- Exforge 5/80mg x 01 viên
- Myonal 50mg x 02 viên
- Panadol 0.5g x 02 viên
- Pregabalin 75mg x 02 viên
- Vitamin 3b x 02 viên

	Diễn biến lâm sàng	Thay đổi điều trị
Ngày 19/7	Bệnh tỉnh Giảm đau vùng cổ gáy. Hết đau ngực HA dao động 15h: Bệnh nhân HA: 200/100 mmHg	Dùng lại Nicardipine kiểm soát huyết áp, chỉnh liều theo huyết áp. kiểm soát 130-150/90 mmHg Nâng liều thuốc Dùng Exforge HCT (amlodipine/ Varsartan / Hychlorthiazide) 10/ 160/12.5 mg/ngày. Hội chẩn cấp II.

Ngày 20/7	Bệnh tình. Giảm đau vùng cổ. HA dao động trong ngày 140-150/70 mmHg. HA trong ngày ổn định, không có cơn tăng huyết áp	Giảm dần liều Nicardipine rồi ngưng Dùng Exforge HCT (amlodipine/ Varsartan / Hychlorthiazide) 10/ 160/12.5 mg/ngày
Ngày 21/7	Bệnh tình Hết đau vùng cổ gáy. Hết đau ngực Bệnh nhân tiếp tục có cơn tăng huyết áp lúc 8h: Bệnh nhân HA: 190/100 mmHg. 16h: 190/100 mmHg	Dùng Exforge HCT (amlodipine/ Varsartan / Hychlorthiazide) 10/ 160/12.5 mg/ngày 8h : Dùng Nicardipine kiểm soát huyết áp (0.2-1mg/h) điều chỉnh theo huyết áp ,HA 150/90 mmHg 16h: Nâng liều Nicardipine phối hợp thêm verospiron 25mg/d
Ngày 22/7	Bệnh tình. Hết đau vùng cổ. HA: 130-150/80 mmHg 14h: HA: 200/70 mmHg	Dùng Exforge HCT (amlodipine/ Varsartan / Hychlorthiazide) 10/ 160/12.5 mg/ngày + verospiron 25mg/d + Nicardipine chỉnh liều theo huyết áp 14h: Nâng liều Nicardipine + phối hợp Verospiron 50mg/d Tư vấn gia đình chụp CT ổ bụng có thuốc, khảo sát các nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát

**** CT-Scan:**

- + Hình ảnh sỏi túi mật, sỏi ống mật chủ, dẫn nhẹ ống mật chủ
- + U tuyến thượng thận phải
- + Hẹp nhẹ động mạch chủ bụng và động mạch thận phải
- + Nang thận trái

10) Chẩn đoán trước mổ

- *Bệnh chính : Tăng huyết áp thứ phát nghi do u tuyến thượng thận phải/ Hẹp động mạch thận phải 25%*
- *Bệnh kèm: Xơ vữa động mạch chủ bụng 35%/ Sỏi túi mật/ Sỏi ống mật chủ/ Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ / U mỡ thượng đòn trái*

***** Theo dõi bệnh nhân giai đoạn hậu phẫu:**

- Bệnh tình ,Đỡ đau vết mổ
- Ấn đau mạn sườn phải
- Đi tiểu thường
- HA dao động 120-140/90 mmHg
- Không còn xuất hiện cơn tăng huyết áp trong ngày

*****ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

- Kháng sinh : Ceftriaxone + Levofloxacin
- Paracetamol/Tramadol 3 viên + Myonal 150mg/d
- Exforge HCT (amlodipine/ Varsartan / Hychlorthiazide) 10/ 160/12.5 mg/ngày
- Verospiron 50mg/d

- Betaloc zok 12.5mg/d
- Imdur 30mg/d
- Aspirin 81mg/d
- Atorvastatin 20 mg/d

➔ Bệnh nhân đã xuất viện ngày 1/8

Phiên thảo luận toàn thể

Sau khi bác sỹ Đỗ Ngọc Thủy- Bệnh viện Đa Khoa TTĐN trình bày, các bệnh viện tham gia thảo luận về chuyên môn, về quy trình; và bài học rút ra được từ ca bệnh.

GCMO: Bệnh viện TT Đà Nẵng bổ sung thêm phần phẫu thuật ca bệnh?

Trả lời:

Bs Tâm – CMO: Về quy trình thì ca này đã hội chẩn qua các cấp 1, 2, 3. Sau khi chẩn đoán U tuyến thượng thận ở hội chẩn cấp 3. Ở 2 tuần trước thì BVTT ĐN đã thực hiện 2 ca mổ U TTT thành công tốt đẹp. Về đường mổ thì sử dụng phương pháp mổ nội soi đi vào bằng đường bụng để dễ tiếp cận, thứ 2 nữa là thời gian cuộc mổ cũng sẽ nhanh hơn. Về phương pháp mổ thì có thể chọn mổ hở hoặc mổ nội soi, trong mổ nội soi thì có thể mổ nội soi thường quy hoặc mổ nội soi bằng robotics. Đối với mổ bằng robotics thì thời gian nhanh hơn. Và trong khi mổ tuyến thượng thận thì cũng phụ thuộc nhiều vào gây mê. Nhờ bác Đại Tâm cho biết thêm một số kinh nghiệm về phẫu thuật như là: Khi bóc tách động mạch rồi mình kẹp động mạch; khi kẹp động mạch mà bị chảy máu thì mình duy trì huyết áp như thế nào. Và về mặt chẩn đoán hình ảnh nhờ bác Hoa cho biết thêm một số cách phân biệt nhìn nhận đối với u nhỏ như thế này.

Bs Đại Tâm – Khoa GMHS: Vấn đề gây mê ở đây thì trước mổ cũng có sự hộ chẩn của các BS chuyên về tim mạch. Trên bệnh nhân có tiền sử THA đã lâu, tuy nhiên các cơ quan đích: mạch vành, mạch não, chức năng thận,... chưa bị biến đổi thì cũng đánh giá là ổn định trước mổ. Tuy nhiên quan trọng nhất trong mổ là biến thiên của huyết áp, có được huyết áp xâm nhập để theo dõi được cái huyết áp liên tục và hạ huyết áp chỉ huy bằng nicardipine. Một thì nguy cơ là lúc PTV đã phẫu tích block được hệ thống mạch máu nuôi và đường về của tuyến thượng thận và u phòng thính thì có khả năng hạ huyết áp rất là nhanh.

Bs Tâm – CMO: Vấn đề lúc mình vào trong khối u thì nó sẽ phóng thích, thứ 2 là các mạch máu ở đây mình block mạch máu từ phần lên + mạch máu tử ĐM chủ. Làm sao kẹp được cái mạch máu, tức là tổn thương các mạch máu và/hoặc không tổn thương các mạch máu là tốt nhất, tức là mạch máu kẹp là không chảy máu là tốt nhất.

Bs Hoa – Trưởng khoa CĐHA: Trong chẩn đoán THA nguyên nhân từ thận và tuyến thượng thận thì chụp CT bụng cản quang là phương pháp chẩn đoán khá đơn giản và không có vấn đề gì khác. Nên đối với các trường hợp THA không rõ nguyên nhân thì nên tăng cường chỉ định chụp CT cản quang hoặc MRI cản quang. Tuy nhiên đối với các U nhỏ như thế này thì CT cản quang có độ nhạy khá tốt.

Câu hỏi

BVTT Nha Trang:

Với trường hợp này là có tình trạng lâm sàng không điển hình và THA khó kiểm soát thì vấn đề quan trọng của CĐHA quan trọng để phát hiện khối u tuyến thượng thận rất nhỏ, xin bác bác chia sẻ hình ảnh đặc trưng và kinh nghiệm gợi ý 1 cái u TTT?

PTV cho biết một số cách kiểm soát các mạch máu nuôi?

BVTT Sài Gòn:

Khi tiếp nhận bệnh nhân có đo huyết áp tứ chi hay không?

Trên mô tả bn có đau ngực lan lên cổ vai, thì đối với bệnh cảnh này chúng ta có nên nghĩ tới bóc tách ĐM chủ ngực hay không? Thì trên bn này chắc là không có nên chúng ta mới không đề cập tuy nhiên chúng ta cũng nên lưu ý đến nguyên nhân như vậy. Và khi chúng ta chụp CT bụng cản quang thì chúng ta kéo lên ngực 1 tí để xác thực chẩn đoán?

BS Minh: Bệnh nhân chẩn đoán là U tuyến thượng thận thì trước khi mà BN có chỉ định mổ thì các bác có điều trị với Chẹn Alpha hay không? Vì thứ nhất là phải ổn định huyết áp mà tôi nghe nói là dùng 4 loại. Trong U tuyến thượng thận thì thuốc chẹn Alpha là grade 1 nên các bác trả lời rồi tôi hỏi tiếp?

Trả lời:

BS Thuý: Hiện tại phác đồ dùng thuốc chẹn alpha là dùng cho u tuỷ thượng thận còn case này GPB ra là u vỏ thượng thận. Nếu trong u vỏ thượng thận thì phác đồ đầu tay là kháng aldosterone.

Mổ phẫu thuật nội soi thì nên nội soi khom lưng hay nội soi đường bụng?

BVTT Cao Lãnh

Bs Nhân: Vấn đề THA này lúc này mình có nói là cơn THA, ở Bn này lớn tuổi thì vào mình xài thuốc như vậy có liên quan không? Và bệnh nhân này có THA về chiều thì ở người lớn cái sinh khả dụng với thuốc nó sẽ khác khi mình uống hết thuốc vào buổi sáng vậy thì cái sinh khả dụng cái đỉnh sẽ dần về và buổi sáng thì về chiều huyết áp nó lên phải không? Hoặc là bn lớn tuổi cái tác dụng thuốc từng ngày có khác nhau vậy nên em sẽ tách nó ra. Tiêu chuẩn chẩn đoán là U tuyến thượng thận tăng tiết?

Bs Nguyệt: Trong quá trình phẫu thuật u tuyến thượng thận thì vấn đề gây mê cũng rất là quan trọng. Nên là mình có sử dụng do HA động mạch xâm lấn để điều trị huyết áp hay không hay đo huyết áp thường?

BVTT Hồng Ngự:

Xin BVTT ĐN chia sẻ hình ảnh chụp và kinh nghiệm trong phát hiện u tuyến thượng thận?

BVTT Sài Gòn:

Thầy Hùng: Nói chung, U tuyến thượng thận có vỏ và tuỷ, u vỏ là phải có kết quả cortisone và aldosteron, và các hormone sinh dục. Ở bn nhân này catecholamine niệu bình thường, nên là không phải u tuỷ thượng thận, aldosteron bình thường, cortison tăng, mà không hạ kali máu. Và có làm thêm

hormone nội tiết 17-OH,... còn không thì dựa vào kết quả tăng cao cortison thì chỉ có khả năng là phần vỏ thượng thận là phần ảnh hưởng vậy nên nó cũng nhẹ nhàng hơn với phương thức xử trí.

Giải đáp thắc mắc

Bs Thủy - ICU:

Đây là một ca khó không điển hình về các hormone tuyến thượng thận vì bệnh nhân đã sử dụng aldosteron và kháng thụ thể trong một thời gian nên kết quả bị nhiễu. Đầu tiên nói về KQXN Cortisone, làm 2 thời điểm thì cortisone lúc 8h30 là 576 (tăng không đáng kể). Cortisone XN lúc 20h là bình thường nên không nghĩ là 1 u tăng tiết cortison. Catecholamine niệu trong 24h là đo lại thể tích nước tiểu để làm xn thì bình thường. Catecholamine niệu bị ảnh hưởng bởi aspirin, nếu dùng thì nó sẽ là nhiễu kết quả này tuy nhiên kết quả này cũng bình thường.

Về Renin-Aldosterone: Vì sử dụng thuốc kháng aldosteron đồng thời **ức chế thụ thể + lợi tiểu** thì nó làm renin tăng giả tạo và aldosteron giảm giả tạo; vì vậy, để chẩn đoán chính xác nhất thì phải ngưng thuốc 4 tuần. Tuy nhiên ở bn có các cơn tăng huyết áp liên tục, cứ 1 ngày bn lên 1-2 cơn. Nếu ngưng thuốc không kiểm soát được huyết áp, gây rất nhiều biến chứng. Và tôi cũng rất đắn đo về việc u có tiết hay không tiết vì tiêu chuẩn vàng phải lấy được máu từ TM thượng thận để làm xn. Và đây là thủ thuật ca cấp không phải bv nào cũng làm được. Xét về bối cảnh lâm sàng và các xn có trong tay, và bv cũng đã kiểm soát huyết áp rồi mới đi mổ. Đồng thời, xem xét đủ tiêu chuẩn phẫu thuật và trong lúc mổ có bs gây mê hỗ trợ về kiểm soát huyết áp cho bệnh nhân. Và ca này là ca không điển hình và bn có tiền sử tha đã lâu và dùng nhiều thuốc nhưng không khống chế được huyết áp thì vấn đề đặt ra là nên phẫu thuật cho bn để giải quyết vấn đề tăng huyết áp cơn của Bn. Và sau khi hội chẩn thì quyết định đưa ra phương án phẫu thuật bóc u tuyến thượng thận. Sau mổ, theo dõi sát huyết áp bệnh nhân, huyết áp không tăng và đã trở lại bình thường. Đây là ca thành công của BVTTĐN.

BS Đại Tâm – GMHS: Về vấn đề theo dõi HA trong mổ bắt buộc phải có HA xâm nhập để theo dõi sự biến thiên của huyết áp, nhất là đối với các u nhỏ hoặc là u tăng tiết thì trong quá trình phẫu tích hoặc tìm khối u thì phẫu thuật viên có thể sẽ kích thích vào khối u làm tăng tiết catecholamine phóng thích vào máu nhiều hơn và huyết áp biến thiên nhiều hơn gây nên tăng huyết áp cơn trong mổ nguy cơ gây tai biến phẫu thuật. Khi cô lập khối u, chặn đứng toàn bộ phòng thích catecholamine vào máu cho nên nó có nguy cơ gây hạ huyết áp và giãn mạch. Vấn đề tối ưu là bắt buộc phải có đo huyết áp xâm nhập để theo dõi liên tục trong mổ và sử dụng hạ huyết áp chỉ huy bằng đường tĩnh mạch. Và trong quản lý sử dụng thuốc huyết áp đường uống, nhóm chẹn Beta thì có u tuỷ hay không u tuỷ có tăng tiết; nếu như sử dụng chẹn beta để kiểm soát nhịp thì tiếp tục sử dụng chẹn beta để tránh phản ứng dội khi ngưng thuốc gián đoạn.

Bs Hoa: Về ca này thì tuy nó chỉ có 6mm nhưng nó tạo ra một khối choáng chỗ rõ, bờ đều, bắt thuốc mạnh. Đặt ra vấn đề vì đây là một khối u nhỏ nên mình không chụp để coi thể thuốc 15'. Và trong chẩn đoán U tuyến thượng thận có phân biệt được u vỏ hay u tuỷ không thì là không đặc hiệu. Ung thư tuyến thượng thận thì có cũng có tiết hoặc không tiết; ung thư chủ yếu dựa vào kích thước lớn và có xâm mạch máu, gan, tĩnh mạch thận. Với những khối u nhỏ như trường hợp này thường là u lành. Về chẩn đoán trên CT thì chẩn đoán u tuyến thượng thận là dễ dàng nhưng không chẩn đoán được vỏ hay tuỷ hay có ung thư hay không.

Bs Tâm – CMO: Đặt ra vấn đề u tuyến thượng thận có mổ được bằng khom lưng hay không thì câu trả lời là được nhưng thời gian tiếp cận lâu và đường vào khó. Đường xuyên hông thì đối với ca này nằm hoàn toàn trong nhu mô của tuyến thượng thận và điều kiện tốt nhất cho ca này là dao siêu âm, BVTT ĐN cũng đã có dao siêu âm; đồng thời là trong quá trình phẫu tích cũng đã hạ đại tràng và nắm rõ giải phẫu để kẹp chính xác các mạch máu nên; vì vậy, cuộc phẫu thuật khá là nhanh. Sử dụng robotis cánh tay dễ dàng hơn về tiếp cận mạch máu. Và nếu không có dao siêu âm thì chúng ta hạn chế bớt tác động vào mạch máu và dùng các đầu tù như ống hút để tiếp cận và chúng ta cần nắm rõ vị trí trong CT hay MRI trước khi can thiệp.

BS Khanh: Dù nguyên nhân THA là gì thì bệnh viện cũng giải quyết được vấn đề kiểm soát huyết áp người bệnh. Chúc mừng sự thành công của các bác BVTTĐN.

GCMO: Từ ca bệnh này, các bệnh viện học hỏi kinh nghiệm rất nhiều về chẩn đoán và điều trị U tuyến thượng thận. Đặc biệt là phương pháp điều trị; đặt biệt là phẫu thuật.