SV: Nguyễn Đức Thắng

111170291

TỔ 21

**CASE LÂM SÀNG RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU**

**Case 1**

Bệnh nhân nam, 45 tuổi, nhập viện vì chấn thương đầu. Tiền căn chưa ghi nhận bệnh lý. Xét nghiệm có kết quả như sau:

CTM: Hb 135 g/L, WBC 16.7 G/L, PLT 206 G/L

PT 16.8s

INR 1.25

aPTT 63.5s

aPTT (R) 2.08

Bệnh nhân được chỉ định làm thêm xét nghiệm:

APTT hỗn hợp: 36.8s

Định lượng yếu tố VIII 284.19%

Định lượng yếu tố IX 110.3%

Định lượng yếu tố XI 3.9%

Bệnh nhân được truyền huyết tương tươi đông lạnh, phẫu thuật lấy máu tụ giải áp 🡪 sau mổ diễn tiến lâm sàng ổn.

* Xét nghiệm công thức máu:
* Không có giảm tiểu cầu
* PT bình thường => I, II, V, VII, X bình thường
* aPTT kéo dài => I, II, V, X, VIII, IX, XI, XII bất thường

=> Bất thường VIII, IX, XI, XII có thể do giảm hoặc có chất ức chế

* APTT hỗn hợp bình thường 🡪 Thiếu hụt yếu tố đông máu.
* Theo tỷ lệ bệnh thì xét nghiệm từ VIII🡪IX🡪XI 🡪XII
* Yếu tố VIII, IX bình thường
* Yếu tố XI <40% => thiếu hụt yếu tố XI

=> truyền huyết tương đông lạnh chứa yếu tố XI để phẫu thuật

**Case 2**

1. Bệnh nhân nam, 40 tuổi, nhập viện vì tiểu máu toàn dòng. Tiền căn chưa ghi nhận đang dùng thuốc gì, chưa ghi nhận bệnh lý gan, chưa từng nhập viện hay có các triệu chứng bất thường trước đây.Xét nghiệm cho kết quả như sau

CTM: Hb 110 g/L, WBC 14 G/L, PLT 250 G/L

PT 35s

**INR 2.52**

aPTT 65s

**aPTT (R) 2.23**

sau đó bệnh nhân được làm tiếp các xét nghiệm

Định lượng yếu tố VIII 130%

Định lượng yếu tố VII 7.5%

Định lượng yếu tố V 86.9%

Siêu âm bụng: sỏi nhỏ ở bể thận trái, thận ứ nước độ 1.

Bệnh nhân được truyền huyết tương tươi đông lạnh + Vitamin K 3 ngày

Xét nghiệm sau 3 ngày:

PT 12.8s

INR 1.05

aPTT 26.9s

aPTT (R) 0.99

* Xét nghiệm cho thấy:
* Số lượng tiểu cầu bình thường
* Con đường nội sinh và ngoại sinh kéo dài: vì INR và aPTT(R) lớn hơn 1.25

=> Có các nguyên nhân sau:

* Ảnh hưởng II, VII, IX, X (phức hợp prothrombin) do thiếu Vitamin K.
* Ảnh hưởng yếu tố đông máu ở con đường chung X,V,II,I.
* Ảnh hưởng tất cả các yếu tố đông máu.
* Kết quả cho thấy
* Yếu tố VIII bình thường => không ảnh hưởng tất cả các yếu tố đông máu
* Yếu tố V bình thường => không ảnh hưởng yếu tố đông máu con đường chung
* Yếu tố VII < 40% => giảm yếu tố VII

=> Ảnh hưởng phức bộ prothrombin do thiếu vitamin K

=> Truyền huyết tương tươi đông lạnh bổ sung yếu tố đông máu và bổ sung vitamin K

**Case 3**

Bệnh nhân nữ, sinh năm 1957 (62 tuổi).

Nhập viện vì khó thở.

Cách nhập viện 2 tuần, bệnh nhân ở nhà thấy nặng ngực sau xương ức, kèm khó thở khi gắng sức, khó thở phải ngồi. Tình trạng khó thở ngày càng tăng dần 🡪 BN nhập bệnh viện Khánh Hòa điều trị.

Tiền căn: bệnh lý tim mạch không rõ chẩn đoán và điều trị.

* ***Tại bệnh viện tỉnh Khánh Hòa:***

BN tỉnh, tiếp xúc tốt, than mệt, khó thở nhẹ, phù nhiều 2 chi dưới, tiêu tiểu được, đau âm ỉ vùng thượng vị. Tim nhịp không đều. Phổi trong. Bụng mềm.

+ Nội soi dạ dày: Viêm hang vị phù nề + sướt phẳng mức độ vừa

+ ECG: Rung nhĩ đáp ứng thất trung bình, ngoại tâm thu thất

+ Siêu âm tim: Dãn và giảm động nặng 4 buồng tim. Hở van 2 lá ¾. Hở van 3 lá 3.5/4. PAPS = 32 mmHg. Chức năng tâm thu thất trái EF = 28%. Chức năng tâm thu thất phải giảm TAPSE = 1.4 cm. IVC = 3.1 cm, dao động < 50%. Dịch màng phổi 2 bên lượng ít.

+ XQ ngực thẳng: Bóng tim lớn. Đám mờ vùng cạnh nách phổi trái.

***Chẩn đoán:*** Suy tim NYHA IV – Rung nhĩ đáp ứng thất trung bình – Bệnh tim thiếu máu cục bộ – Viêm dạ dày.

Điều trị nội khoa tích cực

Bệnh nhân còn mệt nhiều 🡪 Chuyển viện Chợ Rẫy

* ***Tại bệnh viện Chợ Rẫy:***

BN tỉnh, tiếp xúc tốt. Than đau ngực, khó thở khi nằm, đau thượng vị

Da niêm hồng, không dấu xuất huyết

Chi ấm, mạch quay rõ

M: 63 l/ph HA: 110/60 mmHg

Nằm đầu cao 30o, tĩnh mạch cổ nổi (+)

Phù nhẹ 2 chi dưới

Tim T1, T2 rõ, không đều, loạn nhịp hoàn toàn

Phổi thô

Bụng mềm

***Chẩn đoán:*** Suy tim NYHA IV, EF 28% – Hở van 2 lá, 3 lá – Tăng áp phổi –Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh – Bệnh tim thiếu máu cục bộ – Viêm dạ dày.

***Xét nghiệm huyết học:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Đơn vị** | **Chỉ số bình thường** |
| RBC | 4.51 | T/L | 3.8 – 5.5 |
| HGB | 145 | g/L | 120 – 170 |
| HCT | 42.9 | % | 34 – 50 |
| MCV | 95.1 | fL | 78 – 100 |
| MCH | 32.1 | pg | 24 – 33 |
| MCHC | 338 | g/L | 315 – 355 |
| CHCM | 331 | g/L | 310 – 360 |
| WBC | 8.63 | G/L | 4 – 11 |
| %NEU | 58.6 | % | 45 – 75 |
| NEU# | 5.05 | G/L | 1.8 – 8.25 |
| %LYM | 27.7 | % | 20 – 40 |
| LYM# | 2.38 | G/L | 0.8 – 4.4 |
| %MONO | 7.1 | % | 4 – 10 |
| MONO# | 0.61 | G/L | 0.16 – 1.1 |
| %EOS | 2.4 | % | 2 – 8 |
| EOS# | 0.21 | G/L | 0.08 – 0.88 |
| %BASO | 0.5 | % | 0 – 2 |
| BASO# | 0.05 | G/L | 0 – 0.22 |
| %LUC | 3.7 | % | 0 – 4 |
| %NRBC | 0 | % | 0 – 0.1 |
| #N-RBC | 0 | G/L | 0 – 0.001 |
| PLT | 131 | G/L | 200 – 400 |
| MPV | 10.5 | fl | 7-12 |
| PT | **34.5** | giây | 10 – 13 |
| INR | **3.3** |  | 1 – 1.2 |
| FIB | **2.63** | g/L | 2 – 4 |
| APTT | **51.3** | giây | 26 – 37 |
| APTT (R) | **1.68** |  | 0.8 – 1.2 |

* Các xét nghiệm cho thấy:
* Số lượng tiểu cầu giảm nhẹ không có ý nghĩa lâm sàng.
* PT và aPTT kéo dài
* Các nguyên nhân thường gặp:
* Bệnh gan: lâm sàng không có tiền căn bệnh lý ở gan, không có hội chứng suy tế bào gan, triệu chứng nghĩ đến bệnh lý gan, 🡪 xét nghiệm chức năng gan
* DIC: không nghĩ, bệnh nhân không có tình trạng, nhiễm trùng, shock, ung thư. Fibrinogen không giảm.
* Thuốc kháng đông: dùng trong bệnh cảnh rung nhĩ của bệnh nhân. Thuốc kháng đông kháng vitamin K => ảnh hưởng phức hợp prothrombin (yếu tố II, VII, IX, X) => làm PT và aPTT kéo dài

=> Do ảnh hưởng của thuốc kháng đông kháng vitamin K trong điều trị rung nhĩ làm PT và aPTT kéo dài

=> Truyền huyết tương tươi đông lạnh bổ sung yếu tố đông máu

**Case 4A:**

Bệnh nhân nam, sinh năm 1957 (62 tuổi).

Nhập viện vì sốt

Bệnh nhân vừa xuất viện tại khoa Nội tim mạch – bệnh viện Chợ Rẫy với chẩn đoán: Bệnh van 2 lá – Thiếu máu thiếu sắt – Viêm phổi – Viêm dạ dày. Về nhà 1 ngày, BN sốt lại, kèm mệt tăng dần, đi tiêu phân đen nên thân nhân đưa nhập viện Chợ Rẫy.

Tiền căn: Hở van 2 lá nặng do đứt dây chằng, hở van 3 lá. Đã sửa van 2 lá, thay vòng van 2 lá và sửa van 3 lá năm 2015, đang uống **Sintrom**.

***Khám lâm sàng:***

BN lơ mơ, kích thích đau không đáp ứng, GCS 14đ

M: 124 l/ph, không đều HA: 110/60 mmHg To: 39.5oC

Thở nhanh, co kéo vừa, SpO2: 96%/oxy cannula 5 l/ph

Da vàng, kết mạc mắt vàng, niêm nhạt

Không xuất huyết da niêm

Phù nhẹ 2 chân

Tim T1, T2 rõ, không đều

Phổi ít ran nổ bên (T)

Bụng mềm, gan lách không chạm

Cổ mềm

Đồng tử 2 bên đều, phản xạ ánh sáng dương tính

Babinski âm tính

***Chẩn đoán:*** Rối loạn tri giác nghi do nhồi máu não – Nhiễm trùng huyết do Staphylococcus *aureus* (MRSA) – Hở van 2 lá đã đặt vòng van – Rung nhĩ – Theo dõi viêm nội tâm mạc nhiễm trùng cấp – Xuất huyết tiêu hóa dưới đang diễn tiến – Rối loạn đông máu.

***Xét nghiệm huyết học:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Đơn vị** | **Chỉ số bình thường** |
| RBC | **3.17** | T/L | 3.8 – 5.5 |
| HGB | **70** | g/L | 120 – 170 |
| HCT | **24.9** | % | 34 – 50 |
| MCV | 78.5 | fL | 78 – 100 |
| MCH | 22.2 | pg | 24 – 33 |
| MCHC | 282 | g/L | 315 – 355 |
| CHCM | 286 | g/L | 310 – 360 |
| WBC | **11.62** | G/L | 4 – 11 |
| %NEU | **90.3** | % | 45 – 75 |
| NEU# | **10.48** | G/L | 1.8 – 8.25 |
| %LYM | 2.2 | % | 20 – 40 |
| LYM# | 0.25 | G/L | 0.8 – 4.4 |
| %MONO | 4.7 | % | 4 – 10 |
| MONO# | 0.55 | G/L | 0.16 – 1.1 |
| %EOS | 0.1 | % | 2 – 8 |
| EOS# | 0.01 | G/L | 0.08 – 0.88 |
| %BASO | 0.1 | % | 0 – 2 |
| BASO# | 0.01 | G/L | 0 – 0.22 |
| %LUC | 2.6 | % | 0 – 4 |
| %NRBC | 2.9 | % | 0 – 0.1 |
| #N-RBC | 0.33 | G/L | 0 – 0.001 |
| PLT | **86** | G/L | 200 – 400 |
| MPV | 8.8 | fl | 7-12 |
| PT | **47.2** | giây | 10 – 13 |
| INR | **4.23** |  | 1 – 1.2 |
| FIB | **4.45** | g/L | 2 – 4 |
| APTT | **50.9** | giây | 26 – 37 |
| APTT (R) | **1.74** |  | 0.8 – 1.2 |

Coomb TT: Âm tính

Coomb GT: Âm tính

* Chẩn đoán thiếu suy hô hấp
* Kết quả xét nghiệm cho thấy:
  + Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc nặng
  + Bạch cầu tăng nhẹ ưu thế neutro
* Số lượng tiểu cầu giảm
* PT và aPTT kéo dài
* Có các nguyên nhân sau:
* Bệnh gan: bệnh cấp tính, không nghĩ
* DIC: do bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng huyết, có nhồi máu não, giảm tiểu cầu, tuy nhiên Fibrinogen lại tăng, Coomb’s test âm tính 🡪 ít nghĩ, làm D-Dimer, phết máu ngoại biên
* Thuốc kháng đông: dùng trong bệnh cảnh van tim của bệnh nhân. Thuốc kháng đông kháng vitamin K => ảnh hưởng phức hợp prothrombin (yếu tố II, VII, IX, X) => làm PT và aPTT kéo dài

=> Do ảnh hưởng của thuốc kháng đông kháng vitamin K trong điều trị van tim làm PT và aPTT kéo dài

=> cầm ổ chảy máu bằng theo dõi xuất huyết tiêu hóa, chích cầm máu, PPI, truyền huyết tương tươi đông máu bổ sung yếu tố đông máu duy trì INR = 2, truyền hồng cầu lắng.

**Case 4B:**

1. Bệnh nhân nam, 68 tuổi, nhập viện vì chảy máu vết mổ.

Cách nhập viện 8 ngày, bệnh nhân nhập bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên vì đau hông lưng, chẩn đoán: Sỏi thận 2 bên, được mổ lấy sỏi thận (T) trong ngày nhưng vết mổ chảy máu không cầm, không lấy sỏi được, phẫu thuật viên đã đặt spongel, 3 gạc lớn ABD và nhét meches, đóng bụng và đặt dẫn lưu cạnh thận. Vết mổ sau đó tiếp tục chảy máu không cầm nên đã chuyển viện tới BV. Chợ Rẫy

Khám lúc vào viện:

Bệnh nhân tỉnh, niêm hồng nhạt. Sinh hiệu ổn

Bụng chướng nhẹ, ấn đau, cầu bàng quang (-).

Chảy máu thấm băng.

Hb: 105 g/L, Hct: 31.2% WBC: 13.28 G/L, Neu: 10.04 G/L PLT: 270 G/L

PT: 14s INR: 1.11 Fib: 6.44 g/L

aPTT: 95.2 s aPTT (R): 3.18

* Kết quả xét nghiệm cho thấy:
  + Thiếu máu mức độ nhẹ
  + Bạch cầu tăng ưu thế neutro
* Số lượng tiểu cầu bình thường
* PT bình thường
* aPTT kéo dài

=> Bất thường yếu tố đông máu con đường nội sinh VIII, IX, XI, XII

* Hỏi lại tiền căn dùng thuốc, tiền căn bệnh lý huyết học, tiền căn gia đình
* Định lượng yếu tố VIII, IX, XI, XII

**Case 5**

Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, nhập viện vì sốt, mệt mỏi, ho khan 2 ngày nay. Đến khám tại BVĐK Cai Lậy, được chẩn đoán: Viêm phổi – Suy tim – Rung nhĩ – Van tim nhân tạo – Nhồi máu não di chứng yếu nửa người phải – Giảm 3 dòng tế bào máu chưa rõ nguyên nhân -> chuyển bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiền căn: nhồi máu não cũ cách đây hơn 2 năm, hẹp van 2 lá, rung nhĩ, đã thay van 2 lá nhân tạo cách đây 2 năm tại BV. Hiện tại đang uống thuốc Acenocoumarol 4mg 1/8 viên/ngày, Digoxin 0.25mg ½ viên/ngày, Bisoprolol 5mg 1 viên/ngày.

Khám bệnh lúc vào viện:

Bệnh nhân đừ, sốt 38.5oC, Mạch rõ 100 l/ph, HA: 90/60 mmHg Thở: 20l/ph

Bầm da tứ chi rải rác. Tim đều, phổi rale nổ 2 đáy, bụng mềm.

Hb: 66 g/L, MCV: 103 fL MCHC: 332 g/L MCH: 34.3g

WBC: 2.8 G/L, Neu: 0.6 G/L Lym: 1.9 G/L

PLT: 14 G/L, MPV: 7.5fL

PT: 27.5s INR: 2.47 Fib: 1.27 g/L

aPTT: 56.2 s aPTT (R): 1.84

* Kết quả xét nghiệm cho thấy:
  + Thiếu máu mức độ nặng
  + Bạch cầu giảm nặng, neutro giảm => dễ bị nhiễm trùng
  + PT và aPTT kéo dài
  + Fibrinogen giảm nhẹ
* Các nguyên nhân thường gặp của PT và aPTT kéo dài
* Bệnh gan: bn không có tiền căn, bệnh cấp tính => ít nghĩ
* DIC: nghĩ nhiều do bn này có hội chứng nhiễm trùng, bạch cầu hạt giảm => giảm tiểu cầu, Fibrinogen giảm => phết máu ngoại biên, D-Dimmer để kiểm tra
* Bệnh nhân sử dụng thuốc kháng vitamin K là Acenocoumarol => ảnh hưởng phức hợp prothrombin gồm yếu tố II, VII, IX, X => PT và aPTT kéo dài => làm nghiệm pháp Kohler và định lượng các yếu tố để kiểm tra

**Case 6**

Bệnh nhân nữ, 60 tuổi, đến tái khám theo hẹn

Bệnh nhân được chẩn đoán Bạch cầu cấp dòng tủy cách đây hơn 2 tháng, đã hoàn tất điều trị tấn công A7D3 tại bệnh viện Chợ Rẫy, nay nhập viện để tiếp tục hóa trị.

Khám bệnh vào viện: Bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu ổn. Lâm sàng ổn.

Hb: 103 g/L, Hct: 31.2% WBC: 10.5 G/L, Neu: 7.3 G/L PLT: 130 G/L

PT: 14s INR: 1.11 Fib: 4.45 g/L

aPTT: 30.5 s aPTT (R): 1.00

* Kết quả xét nghiệm cho thấy:
  + Thiếu máu mức độ nhẹ
  + Tiểu cầu giảm nhẹ không có ý nghĩa
  + PT, aPTT, Fib bình thường

**Case 7:**

BN nam, 20 tuổi, NV vì đau khớp háng phải, bệnh 1 ngày:

BN đau khớp háng phải, khó vận động.

Khám: khớp háng phải sưng đau, giới hạn vận động.

**Tiền căn: hemophilia B**

CLS:

aPTT 68.7s

aPTT(R) 2.25

Định lượng yếu tố IX: 1%

CTM: Hb 149 g/L, Hct 43.5%, RBC 4.82 T/L, WBC/Neu 7.9/5.2 G/L, PLT 211 G/L

Chẩn đoán: tụ máu khớp háng phải – hemophilia B

* Kết quả xét nghiệm cho thấy:
  + Hồng cầu bình thường
  + Bạch cầu bình thường
  + Tiểu cầu bình thường
  + aPTT kéo dài, aPTT(R) kéo dài
  + Định lượng yếu tố IX: 1% < 40% => giảm

=> kết hợp với tiền căn Hemophilia B

=> Chẩn đoán tụ máu khớp háng phải do hemophilia B

=> Xử trí: truyền yếu tố IX 30-40 đơn vị/kg mỗi 24h, nếu vẫn còn đau sau 24h, điều trị thêm 2 ngày. Điều trị hỗ trợ: Nghỉ ngơi, bất động, chườm đá, nâng cao chi

**Case 8**

BN nữ, 18 tuổi, NV vì chảy máu mũi, bệnh 1 tuần:

Cách NV 1 tuần, BN sốt cao, đau đầu, nhức mỏi toàn thân, nhập BV Tây Nguyên, chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue với NS1 Dengue (+).

Cách NV 4 ngày, BN chảy máu mũi rỉ rã, ra kinh đúng chu kì lượng vừa => chuyển BV Chợ Rẫy vì chảy máu mũi không cầm.

BN không có chấm xuất huyết hay mảng bầm da, không chảy máu răng, tiểu vàng trong, tiêu phân vàng khuôn.

Tiền căn: hemophilia A, chẩn đoán ở bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 1 tuổi, kết quả định lượng yếu tố VIIIc tại BV TMHH là 22%, không xuất huyết khớp, tụ máu cơ khớp, không phải truyền kết tủa lạnh.

CLS:

CTM: Hb 90 g/L, RBC 3.2 T/L, Hct 28.6%, WBC/Neu 6.3/4.2 G/L, PLT 288 G/L

PT 12.1s, INR 1, aPTT 49s, aPTT(R) 1.5, fibrinogen 3.7 g/L, aPTT hỗn hợp 59.9s

Định lượng yếu tố VIII: 9.49%

Von Willebrand factor antigen 3.9%, von Willebrand factor activity 0%

CN gan, thận, ion đồ bình thường, Dengue IgM (-), IgG (+)

Chẩn đoán: bệnh Von Willebrand

* Bệnh nhân có chảy máu, không cầm => có rối loạn đông cầm máu
* Không có chấm xuất huyết, tiểu cầu trong giới hạn bình thường => không giảm tiểu cầu
* Kết quả xét nghiệm cho thấy:
  + Thiếu máu mức độ trung bình => do chảy máu mũi không cầm
  + Bạch cầu bình thường
  + Tiểu cầu bình thường
  + PT bình thường, aPTT kéo dài, aPTT hỗn hợp kéo dài
  + Von Willebrand factor antigen 3.9%, von Willebrand factor activity 0% => giảm
* Chảy máu mũi không cầm, tiền căn Hemophilia A, xét nghiệm aPTT kéo dài, tuy nhiên bệnh nhân là nữ, gia đình không rõ bố có bị hay không => ít nghĩ hemophilia
* Yếu tố VIII giảm mức độ nhẹ nên ít nghĩ hemophilia A
* Định lượng aPTT hỗn hợp kéo dài => có chất ức chế yếu tố VIII có thể do truyền nhiều lần yếu tố VIII
* Von Willebrand factor antigen 3.9%, von Willebrand factor activity 0% kết hợp lâm sàng phù chảy máu niêm mạc không cầm, yếu tố VIII giảm nhẹ => Nghĩ nhiều bệnh Von Willebrand

=> Chẩn đoán bệnh Von Willebrand

=> Xử trí: cầm máu, xử lý chỗ chảy máu. Thuốc Desmopressin (DDAVP). Truyền hồng cầu lắng và sắt nếu cần

**Case 9**

Bệnh nhân nam, 36 tuổi, nhập viện vì khó thở.

Cách nhập viện 3 ngày, bệnh nhân nôn ói, tiêu chảy nhiều, sốt cao lạnh run. Nhập viện tại bệnh viện địa phương thì bắt đầu khó thở, tím tái được đặt nội khí quản và nhập viện BV Chợ Rẫy.

Khám: Da niêm hồng nhạt, sốt 39⁰C, không phù, hạch ngoại vi không sờ chạm. Tim T1T2 đều rõ, phổi ran nổ 2 phế trường, bụng mềm.

Tiền căn: tiêu chảy 6 tháng nay. Viêm gan siêu vi B mạn điều trị không rõ.

Xét nghiệm:

CTM: RBC 3.73 T/L, Hb 127g/L, Hct 37.4%, WBC 27 G/L, Neu 25.5 G/L (93.3%), PLT 55 G/L

Đông máu: PT 19.6s, INR 1.61, Fib 2.76 g/L, aPTT 67.7s

Lactate 24.7

ALT/AST = 51/127 U/L

∆: Theo dõi nhiễm trùng huyết – Viêm phổi nặng – ARDS nghĩ do nhiễm trùng từ đường tiêu hóa

* Kết quả xét nghiệm cho thấy:
  + Hồng cầu bình thường
  + Bạch cầu tăng ưu thể neu
  + Tiểu cầu giảm
  + Kéo dài cả PT và aPTT
  + Fibrinogen không giảm
* Các nguyên nhân thường gặp của PT và aPTT kéo dài
  + Bệnh gan: tiền căn điều trị viêm gan siêu vi B mạn không rõ, AST, ALT tăng, ngoài ra còn có giảm tiểu cầu => nghĩ nhiều
  + DIC: bệnh nhân không có tình trạng shock, ung thư. Fibrinogen không giảm => ít nghĩ
  + Thuốc kháng đông: Không có tiền căn sử dụng thuốc => ít nghĩ

=> Rối loạn đông máu do suy gan

=> Xử trí: Theo dõi. Sử dụng Apronitin phòng ngừa chảy máu trong suy gan. Điều trị tích cực nếu có chảy máu.

**Case 10**

Bệnh nhân nữ, 70 tuổi, nhập viện vì khó thở.

Bệnh nhân khó thở, ho đàm đục, suy hô hấp đặt nội khí quản.

Mê/ an thần, thở co kéo cơ hô hấp. Bầm da rải rác, phù 2 chi dưới, Cushing (++). Tim không đều, phổi ran ẩm, bụng mềm.

Tiền căn: Tăng huyết áp, suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, mổ sỏi thận, thận ứ nước.

Chẩn đoán: Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh – Theo dõi thuyên tắc phổi – Suy hô hấp – Cushing – Bệnh tim thiếu máu cục bộ - Suy tim.

Xét nghiệm: PT 18.5s, INR 1.5, Fib 2.65 g/L, aPTT 33.5s

Thuốc BN đang dung: Xarelto 20mg 1 viên/ngày

* Kết quả xét nghiệm cho thấy:
* PT kéo dài => I, II, V, VII, X bất thường
* aPTT bình thường => I, II, V, X, VIII, IX, XI, XII bình thường

=> thiếu yếu tố VII ở con đường ngoại sinh

* Các nguyên nhân thường gặp:
  + Do thiếu yếu tố VII bẩm sinh: bệnh nhân lớn tuổi, không có tiền căn bệnh lý trước đó => không nghĩ
  + Yếu tố liên quan vitamin K: nghĩ nhiều, làm nghiệm pháp Kohler
    - Bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, rung nhĩ => có thể sử dụng thuốc kháng đông, thuốc ức chế yếu tố Xa, tuy nhiên aPTT lại bình thường – đề nghị làm aPTT(R)
    - Ăn uống thiếu vitmin K => nghĩ nhiều

=> Bệnh nhân thiếu yếu tố VII do thiếu vitamin K

=> Xử trí: truyền huyết tương tươi đông lạnh bổ sung yếu tố VII, bổ sung vitamin K