

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI**

BÀI GIẢNG BỆNH HỌC NGOẠI KHOA

TẬP I

(DÙNG CHO SINH VIÊN ĐẠI HỌC Y NĂM THỨ 4)



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI

BÀI GIẢNG
BỆNH HỌC NGOẠI KHOA

TẬP I

(Dùng cho sinh viên Đại học Y năm thứ 4)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2006

BAN BIÊN SOẠN

Chủ biên

PGS.TS. Hà Văn Quyết

Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại ĐHY Hà Nội

Phó Giám Đốc bệnh viện Việt Đức

Thư ký

TS. Phạm Đức Huấn

Phó chủ nhiệm Bộ môn Ngoại ĐHY Hà Nội

Tham gia biên soạn

ThS. Phùng Ngọc Hoà

Cán bộ giảng dạy Bộ môn ngoại ĐHY Hà Nội

BSCKII. Đỗ Việt Hùng

Cán bộ giảng dạy Bộ môn ngoại ĐHY Hà Nội

ThS Trần Hiếu Học

Cán bộ giảng dạy Bộ môn ngoại ĐHY Hà Nội

TS Trần Bảo Long

Cán bộ giảng dạy Bộ môn ngoại ĐHY Hà Nội

ThS Nguyễn Văn Mão

Cán bộ giảng dạy Bộ môn ngoại ĐHY Hà Nội

TS. Đỗ Trường Sơn

Cán bộ giảng dạy Bộ môn ngoại ĐHY Hà Nội

ThS Đỗ Trường Thành

TS Nguyễn Công Tô

Phó chủ nhiệm Bộ môn Ngoại ĐHY Hà Nội

ThS. Trịnh Văn Tuấn

Cán bộ giảng dạy Bộ môn ngoại ĐHY Hà Nội

PGS.TS Lê Ngọc Từ

Cán bộ giảng dạy Bộ môn ngoại ĐHY Hà Nội

GS Dương Chạm Uyên

Nguyên Phó chủ nhiệm Bộ môn Ngoại ĐHY Hà Nội

LỜI GIỚI THIỆU

Bộ môn Ngoại xuất bản quyển sách giáo khoa “**Bài giảng bệnh học Ngoại Khoa**” Tập I dành cho sinh viên Đại học Y năm thứ 4. Đây là quyển sách được viết và biên soạn theo chương trình đã thống nhất của 8 trường Đại học Y trong cả nước. Các bài giảng được viết bao gồm những nội dung cần thiết để giảng dạy cho sinh viên năm thứ 4 cũng như để các bạn đọc khác cần tham khảo. Bằng những kiến thức cơ bản cũng như kinh nghiệm, các tác giả đã cố gắng trình bày đầy đủ và cập nhật về một số bệnh lý thường gặp trong ngoại khoa.

Tuy nhiên quyển sách không tránh khỏi những thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được sự góp ý của bạn đọc và nhất là các bạn sinh viên để quyển sách được hoàn thiện hơn.

Xin chân thành cảm ơn.

GS. ĐẶNG HANH ĐỆ

Chủ nhiệm khoa Ngoại - BV. Hữu nghị

Nguyên PCN. Bộ môn Ngoại - ĐHY Hà Nội

MỤC LỤC

Viêm ruột thừa	7
Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng	22
Chấn thương bụng	28
Vết thương bụng	35
Viêm tụy cấp	38
Tắc ruột	45
Viêm phúc mạc và các ổ áp xe trong ổ bụng	64
Ung thư dạ dày	74
Ung thư đại tràng	79
Sỏi mật	84
Gãy POUTEAU - COLLES	91
Gãy thân xương cánh tay	94
Gãy trên lồi cầu xương cánh tay	97
Gãy hai xương cẳng tay	101
Gãy cổ xương đùi	104
Gãy xương đùi	110
Gãy hai xương cẳng chân	116
Trật khớp khuỷu	122
Trật khớp vai	125
Trật khớp háng	129
Sỏi Tiết niệu	133
Chấn thương thận	142
Chấn thương niệu đạo	149
Chấn thương bàng quang	153
Chấn thương ngực kín	156
vết thương ngực hở	160
Vết thương mạch máu ngoại vi	165
Chấn thương sọ não	170
Vết thương sọ não	179
Lồng ruột cấp tính ở trẻ còn bú	185
Tắc ruột sơ sinh	191
Đại cương u não	195

VIÊM RUỘT THỪA

Trịnh Văn Tuấn

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên tài liệu học tập: | Viêm ruột thừa |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên năm thứ 4 |
| 5. Thời gian: | 2 tiết |
| 6. Địa điểm giảng: | Giảng đường |

II. MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Nắm được giải phẫu, các dị dạng, cách phát hiện, chẩn đoán, các biến chứng và chỉ định phẫu thuật trong viêm ruột thừa.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt viêm ruột thừa.
3. Trình bày được chỉ định và điều trị viêm ruột thừa và các biến chứng của viêm ruột thừa.

III. NỘI DUNG

1. Đại cương

- Viêm ruột thừa là cấp cứu hay gặp nhất trong bệnh lý ngoại khoa bụng. Tại Mỹ vào khoảng 1% các trường hợp phẫu thuật là do viêm ruột thừa. Ở Việt Nam, theo Tôn Thất Bách và cộng sự, viêm ruột thừa chiếm 53,38% mổ cấp cứu do bệnh lý bụng tại bệnh viện Việt Đức.
- Bệnh rất hiếm gặp ở trẻ em dưới 3 tuổi, tăng dần và hay gặp nhất ở thanh thiếu niên, sau đó tỷ lệ gặp giảm dần theo tuổi nhưng không hiếm gặp ở người già. Tỷ lệ nam / nữ ở người trẻ là 2/3, sau đó giảm dần và ở người già tỷ lệ này là 1/1. Cần phải nghĩ đến viêm ruột thừa trước bất cứ bệnh nhân nào đến khám do đau bụng.
- Triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm ruột thừa rất đa dạng, thay đổi tùy theo từng bệnh nhân nên có thể nhầm với những bệnh khác, dẫn đến chẩn đoán sai hay muộn. Mondor đã đề nghị gọi là "*Những bệnh viêm ruột thừa*".

- Cho tới nay việc chẩn đoán viêm ruột thừa vẫn phải dựa chủ yếu vào thăm khám và theo dõi lâm sàng, tất cả các phương pháp cận lâm sàng đều chỉ có tác dụng tham khảo.
- Điều trị viêm ruột thừa chỉ có một phương pháp duy nhất là phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa trước khi nó bị vỡ hay hoại tử.
- Việc phòng các biến chứng của bệnh viêm ruột thừa chủ yếu dựa vào việc tuyên truyền, giáo dục trong cộng đồng cách phát hiện sớm bệnh viêm ruột thừa trước các trường hợp đau bụng ở vùng hố chậu phải.

2. Giải phẫu ruột thừa

- Ruột thừa gặp manh tràng ở chỗ chụm lại của 3 dải cơ dọc, dưới góc hồi manh tràng 2 - 3 cm. Về mặt bào thai học, ruột thừa là phần nối tiếp với đáy manh tràng, do phần này bị thoái hoá dần tạo thành. Trong quá trình phát triển của trẻ em, phần trước và bên phải manh tràng phát triển nhanh hơn, làm gốc ruột thừa xoay dần ra sau và vào trong tới vị trí hay gặp ở người lớn.
- Ruột thừa bình thường ở người lớn dài khoảng 8cm - 10 cm. Thành ruột thừa gồm lớp thanh mạc bọc ngoài, lớp cơ rất mỏng gồm lớp dọc do 3 dải cơ dọc của manh tràng dần mỏng, lớp cơ vòng tiếp nối với cơ của manh tràng. Có thể dựa vào chỗ hợp lại của 3 dải cơ dọc ở manh tràng để xác định gốc ruột thừa. Lớp dưới niêm mạc gồm các nang bạch huyết, chỉ có rất ít khi mới sinh, phát triển mạnh từ 12 - 20 tuổi, từ 30 tuổi trở lên số nang này thoái hoá dần và hầu như mất hết sau 60 tuổi. Lòng ruột thừa hẹp được lợp bởi tế bào biểu mô đại tràng.
- Động mạch ruột thừa bắt nguồn từ nhánh hồi manh tràng, đi sau quai tận hồi tràng, cấp máu cho ruột thừa trong mạc treo ruột thừa.
- Phần gốc ruột thừa luôn nằm hằng định so với manh tràng. Phần đầu ruột thừa thay đổi tùy từng người, phần lớn nằm trong phúc mạc. Có khoảng 5% ruột thừa nằm ngoài phúc mạc sau manh tràng.
- Nếu quá trình quay của ruột có rối loạn, manh tràng và ruột thừa có thể nằm lạc vị trí ở trong khoảng từ góc lách tới hố chậu phải. Trong trường hợp đảo ngược phủ tạng ruột thừa nằm ở hố chậu trái.

3. Sinh lý bệnh

- Viêm ruột thừa gây ra do nhiễm khuẩn trong lòng ruột thừa bị ứ đọng. Sự quá sản tổ chức lympho ở thành ruột thừa là nguyên nhân chính gây tắc lòng ruột thừa. Ngoài ra có thể gặp các nguyên nhân gây tắc khác: sỏi phân, ký sinh trùng (giun đũa chui vào ruột thừa), các dị vật (hạt quả)...
- Khi lòng ruột thừa bị tắc gây ứ đọng dịch tiết dẫn tới tăng áp lực trong lòng ruột thừa, ứ trệ tuần hoàn, vi khuẩn phát triển chuyển chất tiết thành mủ. Giai đoạn đầu quá trình này gây viêm, phù thành ruột thừa

và có những nốt loét ở niêm mạc ruột thừa. Khi mổ thấy trong ổ bụng có nước dịch tiết trong, vô khuẩn ở vùng hố chậu phải, ruột thừa sưng to mất bóng, các mạch máu giãn to trên thành ruột thừa. Đây là viêm ruột thừa xung huyết.

- Nếu tiếp tục phát triển, quá trình viêm càng làm tăng áp lực dẫn tới ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch và thiếu máu nuôi dưỡng. Vi khuẩn phát triển ra thành ruột thừa. Khi mổ trong ổ bụng có dịch đục, ruột thừa viêm mọng, có giả mạc xung quanh, trong lòng chứa mủ. Giai đoạn này là viêm ruột thừa mủ.
- Trong trường hợp khi mạch máu ruột thừa bị tắc do huyết khối nhiễm khuẩn do vi khuẩn yếm khí dẫn tới hoại tử ruột thừa, thấy trên ruột thừa có những nốt hoại tử hay toàn bộ ruột thừa màu cổ úa, mủn nát.
- Giai đoạn cuối cùng khi ruột thừa bị thủng dẫn tới mủ chảy ra ngoài. Nếu được khu trú lại bởi tổ chức xung quanh gồm ruột, mạc nối, phúc mạc dính lại sẽ tạo thành ổ áp xe ruột thừa.
- Trong trường hợp mủ chảy vào ổ phúc mạc tự do sẽ gây viêm phúc mạc toàn thể.
- Một số trường hợp, ruột thừa viêm chưa vỡ, các tổ chức xung quanh phản ứng bảo vệ tạo ra đám quánh ruột thừa.

4. Chẩn đoán viêm ruột thừa

4.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau âm ỉ ở vùng hố chậu phải, lúc đầu có thể ở vùng trên rốn hay quanh rốn rồi khu trú ở vùng hố chậu phải.
- Nôn, buồn nôn là dấu hiệu hay gặp nhất là ở trẻ em.
- Rối loạn tiêu hoá như chán ăn, táo bón, ỉa chảy cũng có thể gặp.
- Bệnh nhân thấy người mệt mỏi, sốt.

4.2. Triệu chứng toàn thân

Sốt $37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C . Khi sốt cao hơn cần phải nghĩ đến và tìm các nguyên nhân khác.

- Hội chứng nhiễm khuẩn: vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn.

4.3. Triệu chứng thực thể

Khám cần khám nhẹ nhàng, khám từ vùng không đau tới vùng đau để phát hiện các dấu hiệu:

- Phản ứng thành bụng: Khi khám nhẹ nhàng vùng hố chậu phải, thấy cơ thành bụng vùng này căng hơn những vùng khác của ổ bụng, càng ấn sâu xuống, cảm giác co cơ càng tăng, bệnh nhân đau phải nhắm mắt hay đẩy tay thầy thuốc ra.

- Tìm các điểm đau:
 - + Điểm Mac Burney: ở giữa đường nối gai chậu trước trên đến rốn.
 - + Điểm Lanz: nơi nối giữa 1/3 phải và 2/3 trái đường liên gai chậu trước trên.
 - + Điểm Clado: là nơi gấp của đường liên gai chậu trước trên và bờ ngoài cơ thẳng to phải. Điểm đau trên mào chậu phải: gặp ở viêm ruột thừa sau manh tràng.
- Dấu hiệu co cứng thành bụng vùng hố chậu phải thường là dấu hiệu của giai đoạn ruột thừa viêm tiến triển muộn.
- Tăng cảm giác da vùng hố chậu phải: bệnh nhân rất đau khi mới chạm vào vùng này, gặp ở một số ít bệnh nhân
- Dấu hiệu Blumberg: bệnh nhân đau khi thấy thuốc đột ngột bỏ tay đang đè ở vùng hố chậu phải.
- Dấu hiệu Rovsing: bệnh nhân đau bên phải khi đẩy dần hơi trong đại tràng từ bên trái sang bằng cách ép vào vùng hố chậu trái.
- Thăm trực tràng hay thăm âm đạo ở phụ nữ là thấy thành phải trực tràng hay bờ phải túi cùng âm đạo đau.

4.4. Thăm khám cận lâm sàng

- Xét nghiệm công thức máu: bạch cầu tăng trên $10000/\text{mm}^3$, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Tuy nhiên bạch cầu không tăng song song với mức độ tổn thương ruột thừa, một số bệnh nhân nhất là người già số lượng bạch cầu có thể hoàn toàn bình thường.
- Xquang: chụp bụng không chuẩn bị không cho thấy dấu hiệu gì đặc biệt. Riêng ở trẻ nhũ nhi, dấu hiệu viêm ruột thừa muộn được phát hiện qua phim chụp bụng không chuẩn bị với hình ảnh nhiều mức nước hơi của các quai ruột non tập trung ở hố chậu phải
- Siêu âm: có thể thấy ruột thừa to, có dịch quanh ruột thừa nhưng chưa có những tiêu chuẩn rõ ràng và chưa được áp dụng rộng rãi.
- Soi ổ bụng chẩn đoán trong những trường hợp khó, nhất là ở phụ nữ để phân biệt với các bệnh phụ khoa.

5. Thể lâm sàng

5.1. Thể theo lứa tuổi

5.1.1 Viêm ruột thừa ở trẻ em:

- Viêm ruột thừa ở lứa tuổi nhũ nhi rất hiếm gặp, việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn do trẻ chưa biết nói, khó hợp tác khi khám nên thường để muộn khi đã viêm phúc mạc. Khi trẻ nhũ nhi quấy khóc kèm theo sốt, nên nghĩ

tối viêm ruột thừa, chụp bụng không chuẩn bị có một dấu hiệu rất quan trọng là thấy nhiều hình mức nước hơi tập trung ở hố chậu phải.

- Viêm ruột thừa ở trẻ 2 - 5 tuổi: việc khai thác bệnh sử vẫn còn khó khăn, vì vậy các dấu hiệu lâm sàng cần được chú ý thăm khám kỹ. Rất có thể bỏ sót chẩn đoán nếu trông chờ có đủ các dấu hiệu điển hình. Những triệu chứng sốt, ỉa chảy, nôn, trằn trọc quấy khóc, co chân bên phải gập vào bụng là những dấu hiệu có thể có của viêm ruột thừa. Bụng trướng là dấu hiệu rất hay gặp. Thăm trực tràng một cách nhẹ nhàng rất có giá trị chẩn đoán đối với những thầy thuốc có kinh nghiệm vì nếu thăm trực tràng một cách thô bạo sẽ làm đứa trẻ đau đớn và mất hết mọi giá trị

5.1.2. Viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai:

Trong 6 tháng đầu của thời kỳ thai nghén, triệu chứng viêm ruột thừa không có nhiều khác biệt so với phụ nữ bình thường. Trong 3 tháng cuối, tử cung to đẩy mạnh tràng lên cao và xoay ra ngoài nên điểm đau dâng cao và lệch ra thất lưng. Do ảnh hưởng của nội tiết tố gây giữ nước làm phản ứng thành bụng giảm độ nhạy cảm dẫn tới chẩn đoán chậm. Khi khám nên chú ý:

- Cho bệnh nhân nằm nghiêng trái để khám vùng hố chậu phải.
- Bệnh nhân nằm ngửa, đẩy vào tử cung từ bên trái sẽ gây đau ở hố chậu phải.

Cần lưu ý là tiến triển viêm ruột thừa ở người có thai rất nhanh chóng dẫn đến hoại thư vì vậy việc chẩn đoán đúng và chỉ định mổ sớm trước khi hoại thư là điều cần thiết để bảo vệ tính mạng cho người mẹ và thai nhi.

5.1.3. Viêm ruột thừa ở người già:

Các triệu chứng đau, chán ăn, buồn nôn rất thường gặp ở người già nhưng ít rầm rộ hơn. Đau bụng chậm khu trú vào vùng hố chậu phải. Phản ứng thành bụng ở người già rất kín đáo, trướng bụng hay gặp. Nhiều người già không có sốt. Có thể sờ thấy khối ở hố chậu phải trong ổ bụng. Nhiều trường hợp viêm ruột thừa ở người già thể hiện bằng dấu hiệu tắc ruột, chụp Xquang ổ bụng thấy hình ảnh quai ruột giãn và mức nước hơi ở hố chậu phải cần nghĩ tới viêm ruột thừa. Đối với người già cần thăm khám toàn thân một cách kỹ càng và tiến hành các xét nghiệm cần thiết để phát hiện các bệnh kèm theo, từ đó lựa chọn phương pháp gây mê, cho thuốc điều trị sau mổ, thậm chí những thủ thuật kèm theo. Các bệnh thường kèm theo là bệnh tim mạch (cao huyết áp, loạn nhịp...), nội tiết (đái đường...), tiết niệu (phì tuyến tiền liệt, chức năng thận...)

5.2. Thế theo tiến triển

5.2.1. Viêm ruột thừa thể nhiễm độc:

Hay gặp ở trẻ em hoặc những người cơ thể khỏe mạnh, cường tráng như những vận động viên. Bệnh nhân có tình trạng sốc nhiễm khuẩn, nhiễm độc: li bì, nhiệt độ 39-40°C, mạch nhanh nhỏ, thở nông, có thể tụt huyết áp, đầu chi tím lạnh. Khám bụng thấy dấu hiệu rất nghèo nàn: bụng trướng nhẹ, ấn bụng đau không rõ, không rõ phản ứng. Thăm trực tràng cũng không thấy rõ. Cần được mổ

sớm và cho kháng sinh liều cao, hồi sức tích cực. Khi mổ thấy có ít dịch thối ở hố chậu phải, ruột thừa hoại tử một mảng hay toàn bộ.

5.2.2. Viêm ruột thừa thể tắc ruột:

Hay gặp ở người già. Bệnh diễn biến chậm, bệnh nhân có dấu hiệu đau bụng cơn kèm theo có sốt. Quang bụng thấy có bóng hơi, mức nước hơi ở hố chậu phải hay tiểu khung

5.2.3. Viêm ruột thừa do ký sinh trùng:

Hay gặp viêm ruột thừa do giun đũa ở trẻ em. Bệnh nhi vào viện vì đau bụng dữ dội, thường sau tẩy giun không đủ liều. Không sốt hay sốt nhẹ. Khám vùng hố chậu phải thấy đau, phản ứng nhẹ khi mổ có thể thấy ruột thừa ngo ngoáy, nắn ngoài cứng. Có thể ở đầu ruột thừa hoại tử có giun thò ra.

5.2.4. Viêm ruột thừa do lao:

Trên bệnh nhân đã biết đang bị lao hay không biết. Bệnh diễn biến chậm, đau và phản ứng hố chậu phải không rõ rệt. Khi mổ thấy ruột thừa sưng to và rải rác có hạt màu trắng trên thanh mạc ruột và phúc mạc, có hạch mạc treo, có dịch vàng trong ổ bụng. Xét nghiệm giải phẫu bệnh thấy hình ảnh lao. Cần điều trị lao tích cực. Có nguy cơ rò và bục mủm ruột thừa.

5.3. Thể lâm sàng theo vị trí:

5.3.1. Viêm ruột thừa sau manh tràng: Bệnh nhân đau lan ra sau, khi khám thấy hố chậu phải đau không rõ. Có khi chân phải co lại do kích thích cơ dải chậu. Nắn điểm trên mào chậu bệnh nhân đau chói.

5.3.2. Viêm ruột thừa tiểu khung: Thường có dấu hiệu về tiết niệu như đái rắt, đái buốt. Khi khám trên bụng thấy điểm đau lệch xuống thấp ở hố chậu phải. Thăm trực tràng hay âm đạo rất quan trọng để chẩn đoán.

5.3.3. Viêm ruột thừa dưới gan: Do ruột quay chưa hết, manh tràng nằm ở ngay dưới gan. Rất dễ nhầm với viêm túi mật vì có sốt, đau và phản ứng dưới sườn phải. Siêu âm thấy túi mật, đường mật chính bình thường là phương tiện chẩn đoán phân biệt tốt.

5.3.4. Viêm ruột thừa bên trái: Ở người đảo ngược phủ tạng. Khi bệnh nhân đau hố chậu trái kèm theo sốt cần chú ý thăm khám toàn thân để phát hiện đảo ngược phủ tạng, ruột thừa nằm ở bên trái.

5.3.5. Viêm ruột thừa trong bao thoát vị: Tránh nhầm với thoát vị nghẹt

6. Tiến triển

Viêm ruột thừa nếu không được phát hiện và xử trí sớm trong 48 giờ đầu thì sẽ tiến triển thành các biến chứng sau:

6.1. Viêm phúc mạc

- Thường sau khoảng 48 giờ, ruột thừa viêm không được điều trị kịp thời sẽ vỡ gây viêm phúc mạc. Lâm sàng bệnh nhân đau tăng, lan khắp bụng, thể trạng suy sụp, hốc hác, nhiệt độ 39 - 40°C, có thể có rét run. Bụng trướng, ấn đau chói và có cảm ứng phúc mạc khắp bụng, nhưng nếu khám kỹ vẫn thấy đau nhất ở hố chậu phải, và nếu hỏi kỹ sẽ phát hiện được các dấu hiệu khởi đầu đều xuất phát từ hố chậu phải. Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa ở người già thường biểu hiện bởi bệnh cảnh tắc ruột, xảy ra 3-5 ngày sau khi bắt đầu đau. Có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc cùng với dấu hiệu tắc ruột cơ giới do giả mạc dính các quai ruột gây ra.
- Viêm phúc mạc thì 2: Viêm ruột thừa tiến triển sau 24-48 giờ thấy bớt giảm, bệnh nhân đỡ hay hết sốt, hết đau, sau đó đột ngột đau lại dữ dội vùng hố chậu phải. Toàn thân suy sụp nhanh cùng với dấu hiệu viêm phúc mạc toàn thể rõ.

6.2. Áp xe ruột thừa

Là thể viêm phúc mạc khu trú do ổ mủ của viêm ruột thừa được bao bọc bởi tổ chức xung quanh như mạc nối, các quai ruột dính lại. Lâm sàng bệnh nhân thấy đau tăng ở hố chậu phải, sốt cao dao động. Khám vùng hố chậu phải thấy một khối căng, ấn đau chói, liền với gai chậu, có khi thấy da vùng này tấy đỏ lên do ổ mủ sắp vỡ ra ngoài... Có thể gặp thể áp xe ruột thừa trong ổ bụng khi khám thấy một khối đau chói, di động, nằm cách với gai chậu, lệch vào phía trong.

6.3. Đám quánh ruột thừa

Gặp ở một số trường hợp ruột thừa ở giai đoạn viêm được các tổ chức xung quanh bao bọc lại. Thường bệnh nhân đến viện vào ngày 4-5 sau khi đau bụng. Khám thấy dấu hiệu nhiễm trùng nhẹ, sốt nhẹ 37^o,5-38^oC thấy vùng hố chậu phải có một đám chắc, ranh giới không rõ, ấn vào đau ít. Đây là trường hợp bệnh lý của ruột thừa duy nhất không nên mổ ngay mà nên cho kháng sinh và theo dõi. Quá trình viêm có thể tự thoái trào hay khu trú lại thành ổ áp xe ruột thừa.

7. Chẩn đoán phân biệt

7.1. Với các nguyên nhân khác trong ổ bụng

- Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng: Do dịch tiêu hoá từ ổ loét thủng chảy xuống khu trú ở hố chậu phải gây ra đau. Thường là do thủng dạ dày không phát hiện sớm, để muộn khi đã có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân. Hỏi và khám kỹ sẽ thấy cơn đau bắt đầu đột ngột, dữ dội vùng trên rốn. Bao giờ cũng còn co cứng và đau dù kín đáo ở trên rốn. Khi mổ thấy ruột thừa viêm không rõ, có dịch nhớt có thể lẫn thức ăn đọng ở hố chậu phải nên nghĩ tới và tìm xem có thủng ổ loét dạ dày - tá tràng không.
- Viêm túi mật cấp: Dễ nhầm với viêm ruột thừa dưới gan. Bệnh nhân đau dưới sườn phải kèm theo có sốt rét run. Khám vùng dưới sườn phải đau,

có thể sờ thấy túi mật to. Siêu âm là phương pháp chẩn đoán phân biệt có giá trị.

- Viêm tụy cấp: cũng có thể gây ra nhầm lẫn trong chẩn đoán.
- Ở trẻ em, cần phân biệt đau bụng do viêm ruột thừa với lồng ruột cấp, viêm túi thừa Meckel hoặc viêm hạch mạc treo, viêm ruột.
- Ở phụ nữ có thể nhầm với viêm phần phụ, chửa ngoài tử cung vỡ, vỡ nang hoàng thể, xoắn u nang buồng trứng. Trong trường hợp nghi ngờ chẩn đoán thì nội soi ổ bụng đặc biệt có giá trị trong chẩn đoán phân biệt và có thể điều trị nguyên nhân đồng thời.
- Ở người già có thể nhầm với tắc ruột và u manh tràng.
- Một số bệnh lý khác tuy hiếm gặp cũng có thể nhầm với viêm ruột thừa như: viêm túi thừa đại tràng, viêm hoại tử mạc nối lớn, tắc mạch mạc treo, vỡ phồng động mạch chủ bụng.

7.2. Các bệnh lý do tiết niệu

- Cơn đau quặn thận hay viêm đường tiết niệu dễ nhầm với viêm ruột thừa nhất là ruột thừa sau manh tràng. Thường bệnh nhân có dấu hiệu đau vùng thắt lưng phải, có thể sau một vài đợt vận động, kèm theo có rối loạn tiểu tiện như đái buốt, đái rắt, nước tiểu đục hay có máu. Siêu âm, chụp hệ tiết niệu, xét nghiệm tế bào nước tiểu giúp ích cho chẩn đoán phân biệt.
- Viêm cơ đái chậu bên phải: bệnh nhân đau vùng hố chậu phải kèm theo có dấu hiệu kích thích cơ đái chậu: chân phải gập vào bụng, bệnh nhân không thể duỗi chân ra vì đau. Khi cố kéo chân phải duỗi ra, khối cơ lưng phải sẽ co cứng và đau. Siêu âm phát hiện ổ mủ cơ đái chậu rất có giá trị chẩn đoán phân biệt.

7.3. Một số bệnh nội khoa

Viêm thùy dưới phổi phải, một số trường hợp sốt do virus có thể gây đau vùng hố chậu phải đặc biệt là ở trẻ em.

8. Điều trị

- Với ruột thừa viêm đến sớm trong vòng 24 giờ chưa vỡ, mổ nội soi cắt ruột thừa hay mổ kinh điển chọn đường mổ Mac Burney ở vùng hố chậu phải để cắt ruột thừa. Thành bụng được đóng theo các lớp giải phẫu.
- Khi chẩn đoán viêm phúc mạc do viêm ruột thừa đường mổ cần đủ rộng để cắt ruột thừa, lau sạch và kiểm tra ổ bụng. Đường mổ rạch theo đường trắng cạnh rốn bên phải hoặc đường mổ giữa dưới rốn, đóng thành bụng một lớp, để hở da. Có thể mổ nội soi, phải đảm bảo làm sạch ổ bụng.
- Áp xe ruột thừa: Khi áp xe đã hình thành, trích dẫn lưu ổ mủ, ruột thừa sẽ mổ cắt sau từ 3 - 6 tháng. Với áp xe ruột thừa trong ổ bụng, mổ bụng lấy bỏ ổ áp xe, cắt ruột thừa ngay.

- Duy nhất trường hợp đám quánh ruột thừa không mổ mà điều trị tích cực và theo dõi. Nếu tiến triển thành áp xe ruột thừa sẽ xử lý như áp xe, nếu đám quánh giảm dần rồi hết sẽ mổ cắt ruột thừa sau 3 - 4 tháng.

9. Phát hiện sớm viêm ruột thừa ở cộng đồng

- Phát triển hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu, tuyên truyền hướng dẫn cho nhân dân biết các dấu hiệu nghi ngờ để đến khám bệnh tại các cơ sở y tế là nhiệm vụ cơ bản của Y tế cộng đồng.
- Người thầy thuốc khám bệnh ban đầu cần sớm nhận biết các triệu chứng, không lạm dụng thuốc nhất là thuốc giảm đau và kháng sinh, đồng thời gửi bệnh nhân đến cơ sở ngoại khoa sớm là cách tốt nhất hạ thấp tỷ lệ biến chứng và tử vong do viêm ruột thừa.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học Ngoại khoa. Bộ môn Ngoại, Nhà xuất bản Y học Hà Nội 1997, tập 1
2. Principle of surgery.

HỆP MÔN VỊ

Đỗ Việt Hùng

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học: Ngoại bệnh lý
2. Tên bài: Hẹp môn vị
3. Bài giảng: Lý thuyết
4. Đối tượng: Sinh viên Y4
5. Thời gian giảng: 1 tiết
6. Địa điểm giảng: Giảng đường

II. MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân hẹp môn vị
2. Trình bày được các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng của hẹp môn vị.
3. Chẩn đoán được hẹp môn vị.
4. Trình bày được các phương pháp điều trị phẫu thuật hẹp môn vị.

III. NỘI DUNG CHÍNH

1. Nguyên nhân

1.1. Loét dạ dày tá tràng

Là nguyên nhân thường gặp gây hẹp môn vị (HMV). Loét dạ dày tá tràng ở mọi vị trí đều có thể gây HMV tạm thời hay vĩnh viễn, thường gặp loét ở môn vị, tá tràng gây HMV, nhưng không phải mọi loét môn vị, tá tràng đều gây HMV

1.1.1. Cơ chế gây hẹp

- Các ổ loét vùng môn vị tá tràng gây hẹp tại chỗ
- Co thắt: thường phối hợp loét gây hẹp
- Viêm nhiễm: viêm nhiễm làm phù nề vùng hang vị gây hẹp

Co thắt, viêm nhiễm chỉ gây hẹp tạm thời, có thể điều trị nội khoa sau một thời gian điều trị

1.1.2. Lâm sàng

- Tiền sử: bệnh nhân có thời kỳ đau thượng vị có tính chu kỳ mùa, nhịp bữa ăn.

- Tiến triển lúc đầu HMV xuất hiện từng đợt vì có hiện tượng co thắt và viêm nhiễm phổi hợp. Về sau HMV trở thành thực thể xuất hiện thường xuyên ngày một nặng thêm.

1.2. Ung thư dạ dày

Chiếm hàng thứ hai sau loét dạ dày tá tràng, thường là ung thư hang vị nguyên phát.

1.2.1. Lâm sàng

Triệu chứng lúc đầu nghèo nàn như ăn uống không ngon, chán ăn, cảm giác đầy bụng, mệt mỏi... sau tới bệnh viện vì sờ thấy u, hoặc nôn thức ăn bữa trước. Đây là triệu chứng ở giai đoạn muộn.

1.2.2. Dấu hiệu cận lâm sàng

- Soi dạ dày thấy u hang vị.
- Chụp X quang dạ dày thấy khuyết vùng hang vị, ống môn vị chít hẹp khúc khuỷu, nham nhỏ, bờ không đều.

1.3. Các nguyên nhân khác

- Lòng dạ dày u lành tính ở môn vị hay gần môn vị, u lao.
- Bỏng: bệnh nhân uống phải chất kiềm, toan tạo sẹo gây chít hẹp lòng dạ dày
- Ngoài dạ dày
- U phía ngoài đè vào như u tụy, viêm tụy phì đại...
- Viêm túi mật, túi mật nằm đè vào tá tràng, môn vị gây HMV

2. Lâm sàng hẹp môn vị

2.1. Cơ năng

- Đau bụng: Giai đoạn đầu thường đau sau bữa ăn, tính chất đau không có gì đặc biệt.

Giai đoạn sau đau muộn sau ăn 2 - 3 giờ càng về sau đau càng xa bữa ăn. Lúc đầu đau cơn, sau các cơn đau liên tiếp nhau. Đau nhiều có khi làm bệnh nhân không dám ăn mặc dù cảm giác đói.

Giai đoạn cuối đau liên tục nhưng nhẹ hơn hai giai đoạn trên, do dạ dày giảm hoặc mất trương lực không còn co bóp nữa.

- Nôn: Giai đoạn đầu khi có khi không. Thường có cảm giác đầy bụng, hay buồn nôn..

Giai đoạn sau: Nôn xuất hiện nhiều hơn, nôn ra dịch ứ đọng của dạ dày thường có màu xanh đen lẫn thức ăn. Nôn được thì hết đau. Giai đoạn này có bệnh nhân phải tự móc họng cho nôn ra mới thấy dễ chịu.

Giai đoạn cuối: Nôn ít hơn nhưng số lượng một lần nôn lại nhiều hơn trước, thậm chí nôn cả ra thức ăn bữa trước hai, ba ngày. Nước nôn màu nâu đen dễ nhầm nôn máu.

2.2. Toàn thân

- Giai đoạn đầu ít thay đổi
- Giai đoạn sau: gầy, da xanh, mất nước, uể oải, đái ít, táo bón.
- Giai đoạn cuối: Toàn thân suy sụp rõ rệt, hình ảnh bệnh nhân mất nước: gầy còm, mặt hốc hác, mắt lõm sâu, da khô nứt nẻ nhăn nheo.

2.3. Thực thể

- Bụng lõm lõng thuyền: trên rốn phồng, dưới rốn lép kẹp, hai vùng cánh chậu nhô cao, cảm giác da bọc xương.
- Dấu hiệu Bouveret dương tính, có hai cách phát hiện dấu hiệu này:
 - + Nhìn vùng trên rốn thấy dạ dày nổi cuộn di chuyển từ trái qua phải giống như dấu hiệu rắn bò trong tắc ruột cơ giới.
 - + Nhìn không thấy gì nhưng khi áp lòng bàn tay lên thành bụng vùng rốn cảm giác dạ dày co bóp từng đợt chạm lòng bàn tay.
- Lắc bụng óc ách khi đói, buổi sáng khi bệnh nhân chưa ăn uống gì nếu lắc bụng nghe rõ tiếng óc ách vùng trên rốn. Triệu chứng này chỉ có giá trị khi đói và có giá trị chẩn đoán HMV.

2.4. Dấu hiệu X quang

Chụp dạ dày hàng loạt

- Giai đoạn đầu: Thấy dạ dày tăng thức tính có nhu động khi soi, có hình hẹp tá tràng hay môn vị, hang vị giãn, thuốc qua môn vị chậm.
- Giai đoạn sau: Có nhiều hình ảnh đặc biệt:
 - + Hình ảnh tuyết rơi: do barýt rơi từ từ qua lớp nước ứ đọng của dạ dày.
 - + Dạ dày giãn to đáy dạ dày sa xuống thấp, giảm hay mất nhu động, tạo hình chậu khá rõ có ba mức: dưới là barýt, giữa là nước ứ đọng, trên là túi hơi dạ dày.
 - + Sóng nhu động xen kẽ các đợt co bóp mạnh của dạ dày kèm các đợt dạ dày ỉ ra không co bóp, thức ăn xuống tá tràng rất ít, thậm chí không xuống.
 - + Ứ đọng thuốc ở dạ dày, sau 6 giờ chụp lại vẫn có thuốc ở dạ dày.
- Giai đoạn cuối: Các hình ảnh tuyết rơi, hình chậu càng rõ rệt dạ dày không còn sóng nhu động sau 12 - 24 giờ chụp vẫn còn barýt ở dạ dày. Sau chụp

X quang nên rửa dạ dày để lấy hết barýt ra để phòng thủng trên một ổ loét gây hẹp làm barýt tràn ra ổ bụng thì rất nặng cho bệnh nhân.

Hình chụp dạ dày có thể chẩn đoán được nguyên nhân gây hẹp do loét dạ dày - tá tràng hay ung thư. Có khi chỉ thấy hình ảnh hẹp môn vị là chủ yếu.

2.5. Hình ảnh nội soi

Rửa dạ dày trước khi soi ống soi không xuống được tá tràng, qua đây cũng thấy được nguyên nhân gây HMOV do loét hay ung thư.

3. Chẩn đoán hẹp môn vị

3.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng

- Đau vùng thượng vị
- Nôn thức ăn bữa trước
- Khám có bụng lõm lòng thuyền
- Lắc bụng óc ách khi đói
- Dựa vào các dữ liệu X quang

Dạ dày giãn to hình đáy chậu. Sau 6 giờ uống thuốc, chụp lại vẫn có nhiều thuốc ứ đọng trong dạ dày.

3.2. Chẩn đoán nguyên nhân hẹp môn vị

- Dựa vào X quang: 80% có thể phân biệt được hẹp do loét hay ung thư.
- Nội soi chẩn đoán nguyên nhân chính xác hơn, nếu được kết hợp nội soi và sinh thiết tế bào chẩn đoán.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh giãn to thực quản: Trong hay sau khi ăn bệnh nhân nôn oẹ rất nhiều giống về nôn nhưng chủ yếu là nuốt nghẹn từng lúc.

X quang thấy thực quản giãn to ở trên và chít hẹp ở dưới giống hình củ cải và không thấy túi hơi dạ dày.

- Hẹp giữa dạ dày: Chít hẹp ở giữa dạ dày thường do loét bờ cong nhỏ, dấu hiệu giống hẹp môn vị, chẩn đoán dựa X quang thấy hình dạ dày 2 túi ở giữa là 1 chỗ thắt hẹp.
- Hẹp tá tràng:
 - + Hẹp trên bóng Vater triệu chứng giống HMOV
 - + Hẹp dưới bóng Vater: Nôn ra nước vàng, nôn rất nhiều, toàn thân suy sụp. X quang xác định được chỗ hẹp trên đó tá tràng giãn rộng.

- Liệt dạ dày do nguyên nhân thần kinh: Dạ dày không co bóp ì ra các triệu chứng xuất hiện không thường xuyên, bệnh nhân có thể được phục hồi sau một đợt điều trị nội.

5. Điều trị

Hẹp môn vị là một cấp cứu trì hoãn. Trước mổ cần hồi sức, bồi phụ nước, điện giải do hẹp môn vị gây ra trước mổ 2 - 3 ngày.

5.1. Điều trị bồi phụ

Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch đưa lại nước, điện giải, protein cần phải bồi phụ trước và sau mổ.

5.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Rửa dạ dày hàng ngày bằng nước ấm, dùng ống to (faucher) rửa thì bệnh nhân đỡ khó chịu, đỡ đau.
- Cho kháng sinh toàn thân và thuốc chống viêm niêm mạc tại chỗ như colargon 3%, ampicillin 2g/ 24g, giảm tiết dịch vị: Atropin, thuốc chống co thắt Belladon.

5.3. Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật có thể chỉ giải quyết tình trạng hẹp hay đồng thời giải quyết cả nguyên nhân gây hẹp.

5.3.1. Nối vị tràng: phương pháp này chỉ giải quyết tình trạng ứ đọng ở dạ dày tức là hội chứng hẹp chưa điều trị triệt căn. Ưu điểm là dễ thực hiện, nhẹ nhàng cho bệnh nhân nhưng có nhược điểm là để lại nguyên nhân gây hẹp (loét, khối u) và về lâu dài có nguy cơ xuất hiện loét miệng nối.

Chỉ định nối vị tràng khi:

- Thể trạng bệnh nhân quá tồi, bệnh nhân già yếu, có bệnh phối hợp không đủ sức chịu đựng phẫu thuật lớn.
- Ung thư không có khả năng cắt dạ dày do thâm nhiễm, di căn.
- Loét sâu nếu cắt dạ dày có nhiều nguy hiểm.
- Điều kiện thiếu về trang thiết bị, gây mê hồi sức và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Vấn đề cốt lõi là thực hiện phẫu thuật nối vị tràng đúng kỹ thuật.

5.3.2. Cắt dạ dày: Đây là phẫu thuật vừa giải quyết hội chứng hẹp vừa giải quyết nguyên nhân. Tuy nhiên là một phẫu thuật lớn ở bệnh nhân hẹp môn vị nên đòi hỏi điều kiện về trình độ phẫu thuật viên, gây mê hồi sức.

- Cắt 2/3 dạ dày áp dụng cho các loét DD - TT mạn tính.
- Cắt đoạn dạ dày hay cắt toàn bộ dạ dày đối với ung thư dạ dày tùy mức độ tổn thương và tình trạng bệnh nhân.

5.3.3. Cắt thần kinh X kèm phẫu thuật dẫn lưu dạ dày - ruột (tạo hình môn vị, nối tràng vị...) đối với bệnh loét hành tá tràng. Phương pháp này có ưu điểm là bảo tồn sự nguyên vẹn của dạ dày, hạn chế được một số biến chứng do cắt dạ dày gây ra.

IV. TÀI LIỆU HỌC TẬP

- Bệnh học ngoại khoa. Nhà xuất bản Y học 1999
- Tài liệu phát tay.

THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Đỗ Việt Hùng

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên tài liệu học tập: | Thùng ổ loét dạ dày - tá tràng |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên Y4 |
| 5. Thời gian giảng: | 1 tiết |
| 6. Địa điểm giảng: | Giảng đường |

II. MỤC TIÊU

1. Trình bày được giải phẫu bệnh lý thùng ổ loét dạ dày tá tràng
2. Chẩn đoán được thùng ổ loét dạ dày tá tràng
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị thùng ổ loét dạ dày tá tràng.

III. NỘI DUNG CHÍNH

1. Đại cương

- Thùng ổ loét dạ dày và tá tràng là một biến chứng cấp cứu của loét dạ dày - tá tràng.
- Là cấp cứu ngoại khoa thường gặp, từ 1976 - 1990 tại bệnh viện Việt Đức có 1126 bệnh nhân mổ thùng ổ loét dạ dày - tá tràng (chiếm 6,57% cấp cứu bụng), 42 bệnh nhân chết (3,73%). Tử vong bệnh nhân đến sớm là 0,69 %, ở bệnh nhân đến muộn sau 6 giờ là 3,9%.
- Chẩn đoán thường dễ vì đại đa số các trường hợp triệu chứng khá điển hình, rõ rệt.
- Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới các thống kê có khác nhau nhưng đại đa số thấy rằng tỷ lệ khoảng 90% cho nam giới và 10% cho nữ giới. Một số tài liệu khác ở nước ngoài cũng đều cho biết tỷ lệ nam cao hơn nhiều so với nữ.
- Tuổi: thường từ 35 - 65 phổ biến nhất là từ 20 tuổi đến 40 tuổi (tuổi tráng niên) chiếm một nửa tổng số bệnh nhân. Trẻ nhất là 16 tuổi già nhất là 81 tuổi. Loét ít gặp ở trẻ em nên cũng ít thấy thùng.
- Hậu quả thùng ổ loét dạ dày - tá tràng là viêm phúc mạc.

2. Giải phẫu bệnh lý

2.1. Lỗ thủng

Thường thấy một lỗ thủng. Vị trí ổ loét thủng tùy theo thống kê nhưng thường thì ở tá tràng nhiều hơn ở dạ dày, lỗ thủng nhiều khi phù nề, co kéo và viêm dính làm thay đổi liên quan giải phẫu. Thường gặp ổ loét mặt trước hành tá tràng hay bờ cong nhỏ, ít gặp ở chỗ khác. Các ổ loét ở mặt sau dạ dày - tá tràng có thể thủng vào ổ bụng cho nên khi thăm dò nếu không thấy lỗ thủng mặt trước, phải mở mạc nối dạ dày - đại tràng đi vào hậu cung mạc nối để tìm lỗ thủng ở mặt sau.

Lỗ thủng có thể ở một ổ loét non hay ổ loét đã chai cứng. Lỗ thủng ổ loét dạ dày thường có kích thước lớn hơn ở tá tràng và thường thấy ở bờ cong nhỏ.

- Ung thư dạ dày thủng: bờ lỗ thủng thường nhám nhò và mủn, xung quanh lỗ thủng có viêm dạ dày làm tổ chức ở đây dày cộm, phù nề cứng mủn, khâu khó khăn, khi khâu dễ bục, chỉ khâu dễ cắt đứt tổ chức. Trái lại thủng ổ loét thường thì lỗ thủng mềm mại gần như bình thường khâu rất dễ dàng.
- Thủng ổ loét miệng nối ít gặp hơn, khi có thì lại là một biến chứng của một quá trình viêm nhiễm kéo dài trước đó.

2.2. Tình trạng ổ bụng

Ổ bụng sạch, bản khác nhau tùy theo bệnh nhân đến sớm hay muộn sau thủng, thủng xa hay gần bữa ăn, lỗ thủng to hay nhỏ và tùy theo vị trí lỗ thủng.

Đa số bệnh nhân bị thủng có hơi và nước trong ổ bụng. Hơi khi thì rất ít khi thì khá nhiều.

Trong những giờ đầu ổ bụng ở tình trạng viêm phúc mạc do hoá chất, dịch trong ổ bụng khi mới thủng còn sạch, chưa nhiễm khuẩn thì đục, xám xám hay vàng nhạt. Dịch thường loãng nhưng cũng có khi nhầy, sánh sánh. Thường có lẫn các mảnh thức ăn nát vụn hoặc mẩu hành, cọng rau chưa tiêu hóa, nhất là ở những bệnh nhân thủng xảy ra sau bữa ăn. Những giờ sau là viêm phúc mạc do vi khuẩn.

Ở những bệnh nhân hẹp môn vị bị thủng, trong ổ bụng rất nhiều nước nâu đen, bẩn, lẫn với nhiều thức ăn bữa trước chưa được tiêu hóa. Những bệnh nhân này thường tiên lượng xấu. Đối với những ổ loét mặt sau dạ dày thì dịch chảy vào hậu cung mạc nối khu trú ở đấy và qua khe Winslow để chảy dần vào ổ bụng, nếu lượng nước ít thì khi mở bụng có thể không thấy do vậy phải đi vào hậu cung mạc nối mới thấy dịch ứ đọng.

Khi mới thủng, dịch đó vô trùng và toan tính như là dịch vị khi lấy bằng ống sonde dạ dày qua đường mũi. Nhưng chỉ sau một thời gian ngắn chừng 6 - 24 giờ dịch đó đã thực sự nhiễm khuẩn và thành mủ. Khi bệnh nhân đến muộn, trong bụng có nhiều giả mạc rải rác dính vào các tạng, các quai ruột, nhiều nhất ở xung quanh lỗ thủng.

- Tình trạng nặng gặp ở bệnh nhân hẹp môn vị thủng hoặc có baryte trong ổ bụng sau khi chụp dạ dày mới bị thủng.

2.3. Triệu chứng lâm sàng

2.3.1. Lâm sàng

2.3.1.1. Cơ năng:

- Đau: đau thường xuất hiện đột ngột, dữ dội vùng thượng vị. Người ta thường dùng danh từ "Đau như dao đâm" để mô tả tính chất đau. Bệnh nhân bị đau dữ dội nên thường gặp người về phía trước khi đi, hai chân ép vào bụng khi nằm về mặt hốt hoảng, tái, toát mồ hôi, chi lạnh.

Vị trí đau thường là vùng mũi ức trên rốn có thể ở giữa bụng hoặc chệch sang phải chút ít nhưng thường là đau ở phần trên bụng. Triệu chứng này thường gặp nhất trên 80% trường hợp, đây là triệu chứng rất có giá trị chẩn đoán.

- Nôn: bệnh nhân có thể có nôn hoặc buồn nôn. Nôn ra dịch nâu đen nếu có hẹp môn vị. Hiếm khi có nôn ra máu, nhưng nếu có thì là trường hợp rất nặng, tiên lượng xấu, cần xử lý kịp thời. Khoảng 15% bệnh nhân có nôn.
- Bí trung đại tiện: ít có giá trị, là dấu hiệu muộn, biểu hiện viêm phúc mạc toàn thể làm liệt ruột, mất nhu động ruột.

2.3.1.2. Thực thể:

- Nhìn: bệnh nhân thở nông, bụng nằm im không di động theo nhịp thở, bệnh nhân hoàn toàn thở bằng ngực, có khi bụng hơi trướng. Hai cơ thẳng to nổi rõ, các vách cân ngang cắt thành từng múi. Hai bên thành bụng thấy rõ nếp chéo của hai cơ chéo.
- Sờ nắn thành bụng thấy thành bụng co cứng, dấu hiệu co cứng luôn luôn được thấy rõ. Khi sờ nắn có cảm giác như sờ vào một mảnh gỗ, co cứng liên tục khác với phản ứng thành bụng do thăm khám thô bạo, vụng về gây nên co cứng... co cứng trong thủng dạ dày là co cứng thực sự, do nước trong ổ bụng kích thích màng bụng gây ra. Triệu chứng này xuất hiện rất sớm cùng lúc với đau. Dấu hiệu co cứng thành bụng bao giờ cũng có nhưng mức độ khác nhau và có giá trị bậc nhất trong chẩn đoán.

Mondor nói rằng: "Khi thủng dạ dày, triệu chứng co cứng thành bụng bao giờ cũng gặp. Không những thế, triệu chứng này bao giờ cũng ở mức độ rất rõ ràng".

Chỉ có một số ít bệnh nhân, triệu chứng này nhẹ. Trường hợp này xảy ra ở bệnh nhân nghiện thuốc phiện hoặc đã dùng Morphin. Do đó không được tiêm Mocphin cho các bệnh nhân nghi là thủng dạ dày - tá tràng vì sẽ làm mất đi một dấu hiệu quan trọng nhất, là dấu hiệu co cứng thành bụng.

- Gõ: Bệnh nhân nằm ngửa hoặc tư thế nửa nằm nửa ngồi và gõ vùng gan thấy mất vùng đục trước gan vì trong trường hợp hơi trong ổ bụng với tư thế đó hơi sẽ lách lên cao vào nằm ở dưới cơ hoành và trước gan. Trong trường hợp dạ dày chứa nhiều dịch và có một lỗ thủng to, dịch chảy xuống

thấp, gõ sẽ thấy đục hai bên mạng sườn và hố chậu. Có tác giả cho rằng dịch đó là một phần của nước viêm của màng bụng, nhưng người ta đã nhận thấy có những bệnh nhân được mổ rất sớm trong giờ đầu mà bụng vẫn có nhiều dịch, triệu chứng gõ đục vùng thấp này ít có giá trị vì trên thực tế gõ đục vùng thấp khó khăn hơn là tìm gõ vang vùng trước gan.

- Khám trực tràng âm đạo: Đau ở túi cùng Douglas, đây là dấu hiệu của viêm phúc mạc. Với tất cả hội chứng cấp cứu bụng đều phải khám trực tràng.

2.3.1.3. Toàn thân:

Vài ba phút đầu đến một giờ thấy dấu hiệu sốc thoáng qua. Một số bệnh nhân xuất hiện tình trạng sốc vì đau: mặt xanh xám, nhợt nhạt, lo âu, sợ hãi, toát mồ hôi, mũi và đầu chi lạnh, thân nhiệt hạ thấp dưới 37°C, mạch nhanh nhỏ có khi khó bắt.

Đến muộn tình trạng nhiễm khuẩn xuất hiện bụng trương đau, nếu nặng sẽ biểu hiện viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nhiễm độc.

2.3.2. Cận lâm sàng

- Xquang soi hoặc chụp bụng không chuẩn bị tìm liềm hơi. Trên màn Xquang thấy cơ hoành di động kém. Hình ảnh chủ yếu là xuất hiện những bóng sáng dưới cơ hoành ở tư thế đứng, hình liềm hơi nằm giữa mặt lõm cơ hoành ở trên và mặt lồi của gan ở dưới. Bên trái thì nằm giữa cơ hoành trái và túi hơi dạ dày. Có khi chỉ có ở bên phải, có khi có cả hai bên, ít khi chỉ thấy đơn thuần bên trái. Nếu ở tư thế đứng không thể chụp được, thì chụp ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái đặt bóng chụp ngang sẽ thấy hơi nằm giữa thành bụng và gan hoặc ở tư thế nằm nghiêng thấy hơi nằm dưới thành ngực - bụng nằm giữa thành ngực. Liềm hơi có khi lớn vài ba cm hay hơn nhưng cũng có khi rất bé, mỏng chỉ vài mm trên màn ảnh soi khó nhận biết được khi đó nên chụp bụng mới thấy được. Triệu chứng này, theo số thống kê thấy tỷ lệ khoảng 80%.
- Xét nghiệm có giá trị hồi sức và điều trị chủ yếu là xét nghiệm máu và điện giải.

2.4. Chẩn đoán

2.4.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày - tá tràng thường dễ vì các triệu chứng thường rất rõ cần phải chẩn đoán càng sớm càng tốt, dựa vào bệnh nhân nam, trung niên, có tiền sử loét dạ dày - tá tràng, đau bụng đột ngột, dữ dội, đau như xé ruột, đau như dao đâm, bụng co cứng toàn bộ, khám bụng cứng như gỗ, Xquang có liềm hơi thì chẩn đoán chắc chắn.

2.4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phúc mạc ruột thừa: bệnh nhân đau âm ỉ hố chậu phải tăng dần, nếu bệnh nhân đến muộn vẫn thấy hố chậu phải đau nhiều hơn, bụng co cứng toàn bộ.

Trong thủng dạ dày nhiều khi dịch từ tầng trên đại tràng theo rãnh đại tràng chảy xuống khu trú ở hố chậu phải, lúc này thấy hố chậu phải đau hơn nhưng hỏi lại thấy vị trí đau bắt đầu ở vùng trên rốn trước.

Bệnh nhân sốt $38^{\circ} - 38^{\circ}5C$, mạch nhanh 100 - 110 lần/phút. Nếu thủng dạ dày đến sớm thì mạch và nhiệt độ vẫn bình thường. Khi có dấu hiệu viêm phúc mạc thì dù thủng dạ dày - tá tràng hay viêm ruột thừa thủng đều có chỉ định mổ cấp cứu nhưng đường rạch da thì khác nhau. Nếu là viêm ruột thừa sẽ đi đường trắng bên phải còn thủng dạ dày - tá tràng sẽ đi đường giữa trên rốn. Khi có nghi ngờ trong chẩn đoán nên đi đường bên phải trước tìm ruột thừa, trong trường hợp tổn thương ruột thừa không cắt nghĩa được hiện tượng viêm màng bụng, như ruột thừa không thủng chỉ viêm mặt ngoài, ổ bụng có thức ăn, dịch xám, chua thì sau cắt ruột thừa phải mổ ngay đường trên rốn tìm lỗ thủng dạ dày. Nếu không nhận định đúng chỉ cắt ruột thừa và đóng bụng lại thì chắc chắn bệnh nhân sẽ tử vong.

- Viêm phúc mạc mật: Bệnh nhân đau dữ dội, liên tục ở nửa bụng phải. Tiền sử có đau, sốt, vàng da, thử máu bilirubin máu cao. Khi có sỏi đường mật, bệnh nhân đau dữ dội lẫn lộn nhưng bụng mềm chỉ có phản ứng ở dưới sườn phải, có khi sờ thấy túi mật to.
- Viêm tụy cấp: Bệnh nhân đau bụng dữ dội, kêu la vật vã, lẫn lộn, chống mông, gập người chứ không nằm im như trong thủng dạ dày. Đặc biệt tình trạng toàn thân rất nặng có dấu hiệu sốc rõ rệt, khám bụng có thể có co cứng nhưng không rõ rệt như thủng dạ dày - tá tràng. Đặc biệt điểm sườn - thắt lưng bên trái rất đau, xét nghiệm amylaza máu cao.
- Thủng nơi khác của ống tiêu hóa như thủng ruột non do thương hàn, thủng túi thừa Meckel, các bệnh nhân này không có tiền sử dạ dày - tá tràng.
- Tắc ruột: dễ nhầm với thủng dạ dày - tá tràng đến muộn vì có hiệu tượng viêm phúc mạc gây liệt ruột.
- Một số bệnh khác: sỏi niệu quản, cơn đau dạ dày cấp, viêm đại tràng co thắt, viêm phổi thùy đáy.

2.5. Điều trị

Thường là điều trị ngoại khoa, kết quả tốt xấu tỷ lệ tử vong cao thấp phụ thuộc vào điều trị sớm hay muộn. Những bệnh nhân được điều trị sớm trong 6 giờ đầu thì kết quả rất tốt, tỷ lệ tử vong thấp. Nếu qua 48 giờ tỷ lệ tử vong cao, bệnh nhân chết do tình trạng nhiễm độc urê huyết cao.

2.5.1. Điều trị nội:

Phương pháp hút liên tục của Taylor, ngày nay phần lớn chỉ dùng để chuẩn bị mổ, đa số các cơ sở ngoại khoa đã bỏ phương pháp này, phương pháp này chỉ còn được áp dụng ở những nơi không có khả năng phẫu thuật với điều kiện:

- Bệnh nhân đến sớm;
- Thủng xa bữa ăn, lượng dịch trong ổ bụng ít;

- Phải theo dõi kỹ và chuyển đến cơ sở ngoại khoa khi có điều kiện.
- Cho thuốc giảm đau (Morphin, Doclargan...), kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, bồi phụ nước và điện giải.
- Đặt sonde dạ dày hút liên tục hoặc hút cách quãng 10-15 phút một lần.

Nếu có kết quả, vài ba giờ sau bệnh nhân đỡ đau, co cứng thành bụng giảm, hơi và nước trong ổ bụng và dạ dày giảm đi. Tiếp tục hút cho tới khi nhu động ruột trở lại bình thường, thường ba bốn ngày sau. Theo dõi một tuần tới 10 ngày. Nếu sau vài giờ các triệu chứng trên không đỡ hoặc đau tăng thì phải đặt vấn đề mổ cấp cứu.

2.5.2. Điều trị ngoại khoa:

2.5.2.1. *Thăm dò*: đánh giá tình trạng ổ bụng dịch, thức ăn, giả mạc nhiều hay ít, bẩn hay sạch. Đánh giá tổn thương: tìm lỗ thủng, lỗ thủng to hay nhỏ, cứng hay mềm, mụn, phù nề

2.5.2.2. Xử trí tổn thương:

- Khâu lỗ thủng đơn thuần: khi lỗ thủng nhỏ có thể khâu theo hình chữ X hoặc khâu gấp theo trục dạ dày - tá tràng bằng các mũi chỉ không tiêu, mũi rời, sau đấy có thể phủ mạc nối lớn lên.

Nếu ổ loét vùng môn vị đã làm hẹp môn vị thì phải làm thêm phẫu thuật tạo hình môn vị hoặc nối vị - tràng. Phương pháp này chỉ điều trị biến chứng chứ không điều trị căn nguyên, do vậy vẫn còn khả năng đau lại và phải mổ cắt đoạn dạ dày khi điều trị nội sau mổ thất bại.

- Khâu lỗ thủng và cắt dây X, nối vị - tràng khi ổ bụng còn tương đối sạch.
- Cắt đoạn dạ dày khi ổ loét xơ chai, khâu khó khăn dễ bục, hoặc ổ loét thủng lần hai, ổ bệnh nhân chảy máu nhiều lần hoặc hẹp môn vị. Cắt đoạn dạ dày khi tình trạng toàn thân bệnh nhân tốt, trạng thiết bị phẫu thuật tốt và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm với phương pháp này.
- Phương pháp Newmann: áp dụng với lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh lỗ thủng xơ cứng, mụn nát, khâu dễ bục, tình trạng bệnh nhân yếu không cho phép cắt ngay dạ dày. Lúc này chỉ đặt qua lỗ thủng ống cao su to sau đó cuốn mạc nối lớn xung quanh ống cao su và dính vào dạ dày và thành bụng. Phương pháp này là vạn bất đắc dĩ.

IV. TÀI LIỆU HỌC TẬP

- Bệnh học Ngoại khoa. Nhà xuất bản Y học Hà Nội 1999
- Tài liệu phát tay.

CHẤN THƯƠNG BỤNG

Trần Hiếu Học

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------------|------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên tài liệu học tập: | Chấn thương bụng |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên Y4 |
| 5. Thời gian giảng: | 1 tiết |
| 6. Địa điểm giảng: | Giảng đường |

II. MỤC TIÊU

1. Trình bày được 2 hội chứng gặp chủ yếu trong chấn thương bụng là hội chứng chảy máu trong và hội chứng viêm phúc mạc.
2. Trình bày được các tổn thương giải phẫu bệnh lý trong chấn thương bụng.
3. Trình bày được chỉ định mổ trong chấn thương bụng.
4. Trình bày được nguyên tắc điều trị và theo dõi chấn thương bụng.

III. NỘI DUNG CHÍNH

1. Đại cương

- Định nghĩa: Chấn thương bụng là những chấn thương gây tổn thương từ thành bụng đến các tạng trong ổ bụng nhưng không có thủng phúc mạc (ổ bụng không thông với bên ngoài).
- Đây là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, liên quan tới tai nạn (giao thông, sinh hoạt...).
- Biểu hiện lâm sàng trong chấn thương bụng rất đa dạng, có khi rất rõ ràng cần xử trí cấp cứu ngay nhưng nhiều khi rất kín đáo, khó chẩn đoán đòi hỏi phải theo dõi chặt chẽ, phải khám đi khám lại nhiều lần mới có thể khẳng định được. Tuy nhiên vấn đề quan trọng nhất trong chấn thương bụng: là chỉ định mổ, nghĩa là xác định trường hợp nào phải mổ trường hợp nào không cần xử trí bằng phẫu thuật.
- Một điểm quan trọng nữa trong chấn thương bụng là có nhiều trường hợp tổn thương nhiều tạng cùng xảy ra, đòi hỏi phẫu thuật viên phải kiểm tra kỹ càng trong khi mổ tránh bỏ sót tổn thương

- Cơ chế của chấn thương có thể do va đập trực tiếp thí dụ như bị đâm, bị đá... thường tổn thương khu trú, hoặc có thể do bị đè ép chẳng hạn như bị sập nhà, bị xe đè qua bụng... với tổn thương nặng và phức tạp.

2. Thương tổn giải phẫu bệnh lý

2.1. Thành bụng: Nhẹ là phù nề, đụng dập; nặng là đứt cơ với di chứng về sau là thoát vị thành bụng sau chấn thương. Chỉ khi có tụ máu lớn mới cần can thiệp phẫu thuật.

2.2. Tổn thương tạng

2.2.1. Tạng đặc: Các mức độ tổn thương từ nhẹ đến nặng là rạn, nứt, vỡ, dập.

Hai hình thái lâm sàng do tổn thương tạng đặc:

- Chảy máu ngập ổ bụng có thể ào ạt dữ dội hay từ từ tùy theo mức độ vỡ.
- Nếu dập vỡ nhu mô nhưng bao của tạng không rách sẽ gây tụ máu dưới bao và khối máu tụ có thể vỡ vào ổ bụng gây chảy máu thì 2.

Đồng thời có thể kèm theo tổn thương cuống mạch hoặc đường bài xuất của tạng đó (đường mật, ống tụy, đài bể thận).

2.2.2. Tạng rỗng:

Các tạng rỗng có thể bị thủng, vỡ thậm chí bị đứt đoạn gây viêm phúc mạc nhưng cũng có khi bị dập vỡ không hoàn toàn, một vài ngày sau chỗ đụng dập bị hoại tử gây viêm phúc mạc do thủng thứ phát hoặc được các tạng bao bọc tạo thành khối dính, ổ áp xe.

2.2.3. Mạc treo, mạc nối, mạch máu: có thể bị đụng dập, máu tụ hoặc bị đứt, rách và gây thiếu máu phần tạng tương ứng.

3. Thăm khám và chẩn đoán

3.1. Thăm khám

3.1.1. Hỏi bệnh:

- Hỏi để biết loại chấn thương (do va đập hay do đè ép) để dự đoán nguy cơ tạng nào bị tổn thương.
- Tiền sử bệnh lý: Những tạng đặc có kích thước to hơn bình thường thì nguy cơ dễ vỡ hơn.
- Nạn nhân mới ăn hoặc có tình trạng bàng quang căng trước khi bị chấn thương thì rất dễ bị vỡ, khi ở tình trạng xẹp tạng rỗng ít bị tổn thương hơn.

3.1.2. Cách khám:

- Toàn thân: Trước hết phải chú ý có tình trạng sốc hay không, nếu có thì phải tiến hành hồi sức chống sốc ngay và vừa hồi sức vừa tiến hành thăm khám để xác định chẩn đoán và chọn lựa phương pháp xử lý.

- Khám bụng:
 - + Đầu tiên chú ý các dấu vết của chấn thương trên thành bụng (bầm tím, sưng sật ...) để có gợi ý nguy cơ tổn thương.
 - + Thành bụng có còn di động theo nhịp thở hay không.
 - + Tìm điểm đau: nếu đau khi sờ nắn vùng thành bụng bị chấn thương thì ít có ý nghĩa nhưng nếu đau cả ở những vùng khác của ổ bụng thường chứng tỏ có tổn thương tạng.
 - + Các dấu hiệu: phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng tùy theo mức độ và tạng tổn thương.
 - + Cảm ứng phúc mạc là dấu hiệu thấy được khi có tổn thương tạng.
 - + Gõ đục vùng thấp biểu thị trong ổ bụng có dịch (máu hay dịch của viêm phúc mạc).
 - + Có thể thấy khối bất thường (máu tụ chẳng hạn) hoặc tạng nào đó to (gan, lách, thận) có thể là một tụ máu dưới bao.
 - + Thăm trực tràng - âm đạo tìm dấu hiệu túi cùng Douglas phồng và đau.
 - + Ngoài ra có thể thấy tình trạng bí đại có cầu bàng quang căng hay nước tiểu có máu do tổn thương hệ tiết niệu.
- Thăm khám các bộ phận khác để phát hiện những tổn thương phối hợp (sọ não, lồng ngực, chi...).

3.2. Chẩn đoán: Trong chấn thương bụng có hai loại tạng bị tổn thương gây ra hai bệnh cảnh: tổn thương tạng đặc gây chảy máu trong ổ bụng và tổn thương tạng rỗng gây viêm phúc mạc

3.2.1. Hội chứng chảy máu trong ổ bụng

Cơ năng:

- Đau bụng: thường đau liên tục, khắp bụng hoặc khởi đầu đau ở vùng chấn thương (từ vùng tạng bị tổn thương) và nhanh chóng lan ra toàn bụng.
- Nôn do kích thích phúc mạc, là triệu chứng không đặc hiệu.
- Bí trung đại tiện là triệu chứng khá đặc hiệu nhưng có thể xuất hiện muộn và vì vậy trong những trường hợp khẩn cấp thì thường không thấy dấu hiệu này.
- Khó thở có thể thấy do đau, do bụng trướng, do mất máu.

Toàn thân: Thường có tình trạng sốc với mức độ khác nhau tùy theo lượng máu chảy vào ổ bụng biểu hiện là mạch nhanh, huyết áp hạ, da xanh, niêm mạc nhợt, bệnh nhân hốt hoảng, lo âu, vã mồ hôi...

Thực thể khi khám bụng sẽ thấy:

- Bụng trướng đều và toàn bộ, từ từ tăng dần, mức độ nhiều ít tùy thuộc lượng máu trong ổ bụng và thời gian tiến triển.
- Có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc- dấu hiệu Blumberg (+).
- Có phản ứng thành bụng.
- Gõ đục vùng thấp: Trường hợp máu trong bụng ít ta có thể cho bệnh nhân thay đổi tư thế, nằm nghiêng để xác định dễ hơn.
- Thăm âm đạo - trực tràng: túi cùng Douglas phồng, đau.

d. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: hồng cầu ↓, huyết sắc tố ↓, hematocrit ↓, mức độ giảm nhiều hay ít tùy lượng máu chảy trong ổ bụng.
- Siêu âm: là một thăm dò không nguy hiểm cho bệnh nhân, dễ thực hiện, dễ phổ cập và giá trị chẩn đoán cao. Siêu âm không những cho ta thấy dấu hiệu có dịch trong bụng mà còn có thể thấy hình tổn thương tạng, thấy đường vỡ, thấy khối máu tụ.
- Xquang bụng không chuẩn bị ngày nay ít được áp dụng bởi giá trị chẩn đoán không cao nhưng lại có nhiều nguy hiểm cho bệnh nhân nên chỉ dành cho những trường hợp khó mà huyết động ổn định. Kết quả trên phim cũng chỉ cho thấy hình ảnh có dịch trong ổ bụng: các quai ruột giãn, thành ruột đầy, ổ bụng mờ phần thấp.
- Chọc dò, chọc rửa ổ bụng:

Chọc dò ổ bụng tức là với kim và bơm tiêm chọc qua thành bụng thường ở vùng hố chậu hai bên (vùng gõ đục) nếu hút ra máu đen không đông chứng tỏ có chảy máu trong ổ bụng. Tuy nhiên thủ thuật này có nhược điểm là có âm tính giả và dương tính giả. Âm tính giả nghĩa là trong bụng có máu nhưng chọc dò hút không ra. Dương tính giả nghĩa là không có máu trong ổ bụng nhưng chọc hút lại ra máu có thể do chọc phải một mạch máu nhưng máu này sẽ đông lại sau ít phút.

- Chọc rửa tức là qua một lỗ chích nhỏ trên thành bụng ta luồn một polyten vào ổ bụng và nhỏ giọt khoảng 500 ml huyết thanh mặn đẳng trương rồi để cho dịch chảy ra, nếu dịch đỏ nghĩa là có chảy máu (nghiệm pháp dương tính), nếu dịch trong là nghiệm pháp âm tính, trường hợp nghi ngờ thì cho đếm hồng cầu trong dịch rửa và kết quả là dương tính khi có trên 100.000 HC/ ml. Chọc rửa sẽ cho tỷ lệ âm tính giả và dương tính giả thấp hơn rất nhiều so với chọc dò.
- Trong những trường hợp khó chẩn đoán thì có thể dựa vào các biện pháp như CT-scanner hay soi ổ bụng.

3.2.2. Hội chứng viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng:

3.2.2.1. Cơ năng:

- Đau khắp bụng liên tục ngày càng tăng.

- Nôn.
- Bí trung đại tiện rõ.

3.2.2.2. Toàn thân: biểu hiện hội chứng nhiễm khuẩn với các dấu hiệu sốt, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.

3.2.2.3. Thực thể:

- Bụng trướng hơi, trướng đều toàn bộ.
- Có dấu hiệu phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng.
- Cảm ứng phúc mạc (+).
- Gõ bụng trong, có thể mất vùng đục trước gan.
- Thăm âm đạo-trực tràng: túi cùng Douglas phồng, đau.

3.2.2.4. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu cho thấy bạch cầu tăng, chủ yếu loại đa nhân trung tính.
- Xquang bụng không chuẩn bị (tư thế đứng): hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành gặp ở khoảng 80% các trường hợp, hình ảnh có dịch trong ổ bụng như mờ phần thấp, thành ruột đầy.
- Siêu âm trong tổn thương tạng rỗng ít giá trị hơn so với Xquang. Hình ảnh thấy được là có dịch trong ổ bụng.
- Chọc dò, chọc rửa ổ bụng cũng có thể được áp dụng, kết quả hút ra dịch tiêu hoá hoặc xét nghiệm dịch rửa có trên 500 bạch cầu trong 1ml.

4. Nguyên tắc xử trí

4.1. Những trường hợp phải mổ ngay: Đó là những trường hợp mà tổn thương biểu hiện rõ ngay, chủ yếu là những tổn thương tạng đặc gây chảy máu trong ổ bụng thậm chí có khi chỉ vài phút sau khi bệnh nhân vào viện đã xác định được và phải chỉ định mổ ngay tức thì. Những trường hợp này thường phải kết hợp vừa mổ vừa hồi sức. Thông thường các tổn thương tạng rỗng khó chẩn đoán được ngay trong những lần khám đầu tiên.

4.1.1. Hồi sức chống sốc phải được tiến hành ngay khi bệnh nhân có biểu hiện sốc bằng truyền dịch và các dung dịch thay thế, bằng hô hấp hỗ trợ, thở oxy.... Công việc này có thể tiến hành ngay tại nhà mổ trong những trường hợp chảy máu trong nặng

4.1.2. Phẫu thuật: Một số vấn đề chung

Gây mê có giãn cơ cho thành bụng mềm để có thể dễ dàng thăm dò và xử lý các tổn thương.

Đường mổ rộng rãi để kiểm tra và giải quyết bất kỳ tổn thương nào một cách thuận lợi và thông thường nên sử dụng đường giữa trên dưới rốn.

Thăm dò phải kỹ lưỡng, đầy đủ tất cả các tạng bởi vì có trường hợp tổn thương phối hợp nhiều tạng đồng thời, nếu bỏ sót thương tổn thì trong thời kỳ hậu phẫu rất khó có thể phát hiện được và tỷ lệ tử vong sẽ rất cao.

Xử lý cụ thể tùy theo tổn thương từng tạng.

- Dạ dày: hầu hết các thương tổn đều có thể khâu đơn thuần, có thể kết hợp mở thông dạ dày
- Ruột non: đối với các lỗ thủng nhỏ, gọn thì khâu đơn thuần còn với các tổn thương lớn hoặc nhiều tổn thương khu trú ở một đoạn thì cắt đoạn và nối lại
- Đại tràng: về nguyên tắc không khâu kín đơn thuần mà phải kết hợp khâu vết thương và làm hậu môn nhân tạo phía thượng lưu hoặc đưa đoạn ruột bị tổn thương ra ngoài rồi xử lý tiếp ở thì sau
- Bàng quang: dù vỡ trong hay ngoài phúc mạc thì cũng khâu và dẫn lưu bàng quang
- Đường mật: ít khi bị tổn thương, tuy nhiên nếu có thì cũng xử lý bằng cách khâu và dẫn lưu
- Gan: cũng như các tạng đặc nói chung mục đích phẫu thuật là cầm máu. Thông thường cầm máu gan bằng cách khâu vết thương, chú ý đường khâu phải tới đáy vết thương tránh để lại khoảng chết dẫn tới tụ máu sau khâu. Đối với những vết thương lớn không thể khâu tới đáy được thì có thể cầm máu diện vỡ và để ngỏ vết thương. Với những vết thương nhỏ chảy máu ít cũng có thể cầm máu bằng đốt điện. Khi cầm máu khó khăn hoặc với vết thương ở vị trí khó khâu thì có thể dùng các chất xốp cầm máu (spongel) hoặc nhét mèche rồi rút dần sau 48-72 giờ. Có thể kết hợp thêm động tác thắt động mạch gan để làm giảm nguy cơ chảy máu. Nếu gan bị dập nát nhưng khu trú thì có thể tiến hành cắt gan từng phân thùy, hạ phân thùy tùy tổn thương.
- Lách: trước đây lách bị vỡ người ta thường cắt lách nhưng hiện nay cũng có thể cầm máu để bảo tồn lách giống như đối với gan hoặc có thể cắt một phần hay toàn bộ tùy mức độ tổn thương nhu mô lách.
- Tụy: Nếu tụy bị đụng dập nhu mô nhẹ và không có tổn thương ống tụy thì chỉ cần đặt dẫn lưu cạnh vùng đụng dập. Với những tổn thương không bảo tồn được nếu khu trú ở đầu tụy thì phải cắt khối tá tụy (cắt đầu tụy-tá tràng), nếu ở đuôi tụy thì cắt bỏ cùng với lách. Vùng thân tụy hay bị đứt rời đoạn nằm vắt ngang cột sống, khi đó xử lý bằng cách khâu mỏm cụt phía đầu tụy còn diện vỡ về phía đuôi nối với đường tiêu hóa (ruột non)
- Thận: bảo tồn là chính nếu có thể được. Khi không bảo tồn được thì có thể cắt 1 phần hay toàn bộ tùy mức độ tổn thương.

Theo dõi:

Điều cần chú ý đối với chấn thương bụng là trong lần khám đầu tiên nếu không thấy biểu hiện rõ của tổn thương gì thì cũng không nên khẳng định ngay

là không có tổn thương tạng mà phải theo dõi và khám đi khám lại bởi vì nhiều trường hợp sau một thời gian diễn biến các triệu chứng mới lộ rõ dần dần.

Tạng đặc bị tổn thương nhẹ chảy máu từ từ hoặc vỡ tạng rỗng thì có khi sau mấy giờ mới có thể xác định được.

Những trường hợp đụng dập nhu mô gây chảy máu nhưng bao của tạng không bị rách sẽ dẫn tới tụ máu dưới bao cần phải theo dõi nhiều ngày để phát hiện nguy cơ chảy máu thì 2 do vỡ máu tụ.

Tạng rỗng bị đụng dập nhưng chưa thủng hẳn có thể bị hoại tử chậm dần tới viêm phúc mạc trong những ngày sau.

Về lâu dài chấn thương bụng có thể gây tắc ruột (do dây chằng, do hẹp ruột), thoát vị hoành, nang giả tụy...

IV. TÀI LIỆU HỌC TẬP

- Bệnh học ngoại khoa. Nhà xuất bản Y học 1999
- Tài liệu phát tay.

VẾT THƯƠNG BỤNG

Trần Hiếu Học

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học:	Ngoại bệnh lý
2. Tên tài liệu học tập:	Vết thương bụng
3. Bài giảng:	Lý thuyết
4. Đối tượng:	Sinh viên Y4
5. Thời gian giảng:	1 tiết
6. Địa điểm giảng:	Giảng đường

II. MỤC TIÊU

1. Biết 2 tình huống chẩn đoán vết thương bụng.
2. Biết các tổn thương giải phẫu bệnh lý của vết thương bụng.
3. Biết nguyên tắc, sơ cứu, cấp cứu và xử trí vết thương bụng.

III. NỘI DUNG CHÍNH

1. Đại cương

Vết thương bụng có thể chỉ tổn thương các lớp của thành bụng nhưng không rách phúc mạc tức là vết thương thành bụng và nếu thủng phúc mạc làm cho ổ bụng thông với môi trường ngoài gọi là vết thương thấu bụng. Vết thương thành bụng thực chất chỉ là vết thương phần mềm tuy nhiên nhiều khi rất khó phân biệt ngay với vết thương thấu bụng.

Vết thương thấu bụng gọi là trực tiếp khi tổn thương thành bụng trước bên (tổn thương từ phía sau ít bị thấu bụng trừ hoả khí), gọi là gián tiếp nếu là vết thương ngực-bụng, tăng sinh môn-bụng

Vết thương do hoả khí thường phức tạp và nặng hơn là do các vật sắc nhọn gây ra.

Điều trị vết thương bụng theo nguyên tắc là phẫu thuật.

2. Giải phẫu bệnh lý

2.1. Vết thương thành bụng: Tổn thương từ da, lớp dưới da đến lớp cơ nhưng lá phúc mạc thành không thủng.

2.2. Vết thương thấu bụng

Đối với 2 loại tác nhân mức độ và đánh giá tổn thương có khác nhau:

- Loại do vật sắc nhọn đâm thường có vết thương gọn, thường chỉ có lỗ vào và như vậy dễ định hướng tổn thương.
- Loại do hoả khí gây ra thì thường nhiều tạng bị, tổn thương phức tạp và khó đánh giá.

Tổn thương tạng có phần nào khác so với chấn thương bụng:

- Dạ dày, ruột có thể bị thủng 1 hay nhiều lỗ, lỗ thủng to hay nhỏ tùy theo tác nhân.
- Đối với tá tràng, đại tràng lên và đại tràng xuống có thể bị thủng trong hay ngoài phúc mạc.
- Trực tràng bị tổn thương thường sẽ rất nặng nề vì nhiễm khuẩn (viêm phúc mạc và nhất là viêm khoang tế bào) , vì tổn thương phối hợp.
- Đường mật thường bị kèm theo với tổn thương gan.
- Gan, lách, tụy, thận bị rách có thể kèm dập nát nhu mô, tổn thương nông sâu tùy tác nhân và có thể có rách đường bài xuất (đường mật, ống tụy, đài bể thận).
- Bàng quang bị rách trong hay ngoài phúc mạc.

3. Triệu chứng và chẩn đoán

3.1. Trường hợp dễ: Là những tổn thương cho ta biết ngay đó là vết thương thấu bụng: vết thương lớn có lời tạng hay mạc nối, qua vết thương có chảy dịch tiêu hóa, thức ăn, dịch mật, nước tiểu, phân...

3.2. Trường hợp khó

3.2.1. Hỏi bệnh:

Loại tác nhân gây ra vết thương và hình dạng, kích thước của nó có thể giúp ta nhận định khả năng tổn thương có thấu bụng không, nguy cơ tổn thương tạng

Hoàn cảnh, tư thế bệnh nhân so với tác nhân gây thương tích cũng góp phần giúp định hướng tổn thương

3.2.2. Triệu chứng toàn thân:

Bệnh nhân có thể trong tình trạng bình thường nếu đến sớm và không có mất máu nhiều. Trong trường hợp tổn thương tạng đặc gây mất máu nhiều thì bệnh nhân sẽ ở trong tình trạng sốc, nặng hay nhẹ tùy mức độ mất máu. Nếu tổn thương tạng rỗng hoặc vết thương đến muốn bệnh nhân có hội chứng nhiễm khuẩn.

3.2.3. Cơ năng:

Đau bụng khu trú vùng vết thương hay lan tỏa khắp ổ bụng giúp hướng tới không có hay có thấu bụng nhất là có tổn thương tạng.

Các triệu chứng nôn máu, ỉa máu chứng tỏ có tổn thương đường tiêu hoá; đái máu nếu tổn thương hệ tiết niệu.

3.2.4. Thực thể

- Khám vết thương: đánh giá số lượng, kích thước, vị trí, đường đi vết thương, hướng đi của tác nhân đồng thời xem có dịch gì chảy qua vết thương.
- Khám bụng: sẽ đánh giá tình trạng ổ bụng theo hai loại tổn thương tạng (đặc và rỗng) với hai hội chứng (chảy máu trong và viêm phúc mạc) tương tự như trong chấn thương bụng.

3.2.5. Chọc dò, chọc rửa ổ bụng: cũng tương tự như trong chấn thương bụng

3.2.6. Các cận lâm sàng khác:

- Xquang bụng không chuẩn bị: nếu thấy liềm hơi thì chắc chắn đó là vết thương thấu bụng.

Có thể thấy dị vật thường là vết thương do hoả khí (viên đạn, mảnh đạn...).

- Siêu âm: nếu vỡ tạng đặc sẽ thấy có dịch (máu) trong ổ bụng và hình ảnh vỡ tạng, nếu vỡ tạng rỗng thì thấy có dịch trong ổ bụng.
- Xét nghiệm: biểu hiện của hội chứng chảy máu trong hoặc là hội chứng viêm phúc mạc.

4. Điều trị

- Hồi sức nếu có tình trạng sốc.
- Phương pháp trừ đau: về nguyên tắc vết thương bụng phải điều trị bằng phẫu thuật và gây mê toàn thân có giãn cơ là cần thiết.

Tuy nhiên trong một số trường hợp khi vết thương nhỏ, không thấy rõ triệu chứng của vết thương thấu bụng có thể áp dụng biện pháp gây tê tại chỗ rồi mở rộng vết thương để kiểm tra, nếu phúc mạc không rách tức là một vết thương thành bụng sẽ xử lý như vết thương phần mềm, nếu có rách phúc mạc thì sẽ mở bụng.

- Đường mổ: thông thường nhất vẫn là đường giữa trên dưới rốn.

Trong một số tình huống cụ thể đặc biệt có thể mở rộng từ vết thương hay một đường mổ gần vết thương.

- Giải quyết tổn thương: cách xử lý cũng tương tự như trong chấn thương bụng

IV. TÀI LIỆU HỌC TẬP

1. Bệnh học ngoại khoa. Nhà xuất bản y học 1999
2. Tài liệu phát tay.

VIÊM TUY CẤP

Trần Bảo Long

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học:	Ngoại bệnh lý
2. Tên tài liệu học tập:	Viêm tụy cấp
3. Bài giảng:	Lý thuyết
4. Đối tượng:	Sinh viên năm thứ 4
5. Thời gian giảng:	2 tiết.
6. Địa điểm giảng:	Giảng đường

II. MỤC TIÊU

- Chẩn đoán xác định được trong trường hợp điển hình.
- Biết các nguyên tắc điều trị viêm tụy cấp.
- Dự phòng và giáo dục sức khỏe: tránh các yếu tố nguy cơ gây viêm tụy cấp (Rượu, giun, sỏi mật, chế độ ăn không điều độ).

III. NỘI DUNG CHÍNH

1. Mở đầu

Viêm tụy cấp (VTC) là một cấp cứu thường gặp do men tụy từ dạng chưa hoạt động chuyển thành dạng hoạt động ngay tại tuyến tụy và tiêu hủy tuyến tụy.

Bệnh cảnh lâm sàng thường phức tạp, dễ nhầm với các bệnh ngoại khoa khác như tắc ruột, thủng dạ dày, viêm phúc mạc...; Để chẩn đoán xác định viêm tụy cấp trước tiên phải nghĩ tới và tìm các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng.

Có nhiều giả thuyết về cơ chế bệnh sinh của viêm tụy cấp, nhưng mỗi giả thuyết chỉ giải thích được một số khía cạnh của vấn đề, vì vậy điều trị viêm tụy cấp chủ yếu là điều trị triệu chứng.

Trong vòng 20 năm gần đây, với áp dụng của kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại như siêu âm, chụp cắt lớp có máy điện toán... và sự tiến bộ trong hồi sức với ứng dụng của các thuốc ức chế bài tiết enzym, tỉ lệ biến chứng và tử vong ngày càng giảm đi rõ rệt.

2. Dịch tễ học và cơ chế bệnh sinh

Viêm tụy cấp là một bệnh rất thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa, chiếm 4% các trường hợp có hội chứng đau bụng cấp tính ở Pháp. Ở bệnh viện Việt-Đức, từ 1991-1993, có 228 bệnh nhân vào viện cấp cứu và điều trị vì viêm tụy cấp.

Có nhiều giả thuyết về cơ chế viêm tụy cấp:

- Thuyết tắc ống dẫn tụy: trong một số trường hợp viêm tụy cấp, có nguyên nhân tắc nghẽn ống tụy như sỏi kẹt Oddi, giun chui ống Wirsung.
- Thuyết đường dẫn: do trào ngược dịch mật hay dịch ruột lên ống tụy, làm hoạt hoá men tụy từ dạng chưa hoạt động thành dạng hoạt động ngay tại tuyến tụy và tiêu huỷ tuyến tụy.
- Thuyết chấn thương: do chấn thương bụng kín, chấn thương do phẫu thuật hay chấn thương do thủ thuật nội soi can thiệp.
- Thuyết vi khuẩn...

3. Giải phẫu bệnh

Theo triệu chứng lâm sàng và giải phẫu bệnh có hai loại viêm tụy cấp là viêm tụy cấp thể phù (tổn thương ở mức độ vừa phải, tỉ lệ tử vong < 1%) và viêm tụy cấp thể hoại tử chảy máu (có tổn thương hoại tử tuyến tụy, tỉ lệ tử vong > 40%).

3.1. Viêm tụy cấp thể phù

3.1.1. Đại thể

Tụy phù giống như phong bế novocain, tổ chức tụy mủn, không có hoại tử hay chảy máu, giữa các múi tụy là tổ chức phù nề ngăn cách, có thể thấy hiện tượng hoại tử mỡ nhưng rất hạn chế.

3.1.2. Vi thể

Hiện tượng phù nề của tổ chức liên kết giữa các nang tụy, có xâm nhập bạch cầu đa nhân và lympho, các nang và cấu trúc ống tụy còn nguyên vẹn, các mao mạch xung huyết. Khi khởi không để lại di chứng.

3.2. Viêm tụy cấp thể hoại tử chảy máu

3.2.1. Đại thể

Ổ bụng có dịch đỏ sẫm màu, có nhiều vết nén rải rác khắp ổ bụng, bản chất đây là ester của acid béo được giải phóng do hiện tượng hoại tử mỡ và ion canxi. Đây là một tổn thương rất đặc hiệu của VTC thể hoại tử, tuy nhiên có thể gặp trong thủng tá tràng, chấn thương tổ chức mỡ. Tụy bị hoại tử chảy máu toàn bộ hay một phần tụy, khu trú hay rải rác khắp tụy, biểu hiện bằng những phần tụy bình thường vàng nhạt chuyển thành màu đỏ sẫm hay tím sẫm như quả bồ quân, hay tím đen như lá úa. Đánh giá mức độ tổn thương có thể khó khăn vì tổn thương có thể chỉ ở bề mặt tụy nhưng cũng có thể đã chiếm toàn bộ tụy.

3.2.2. Vi thể

Nang tụy bị phá huỷ, mạch máu bị phá huỷ tạo thành những đám chảy máu, có những đám hoại tử, khi khởi để lại sẹo.

3.2.3. Diễn biến

Hiện tượng hoại tử lúc đầu còn ở hậu cung mạc nối, về sau lan tới các cơ quan lân cận, các mảnh tổ chức tuy hoại tử, máu, dịch tuy tạo thành các phản ứng viêm rõ rệt. Khối dịch đọng lúc đầu khu trú ở hậu cung mạc nối và trên mạc treo đại tràng ngang, sau lan ra khắp ổ bụng, gây tràn dịch màng phổi, bóc tách các lớp tổ chức tạo nên máu tụ quanh rốn (Dấu hiệu Cuellen).

4. Chẩn đoán xác định

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Cơ năng:

Đau bụng trên rốn (trường hợp điển hình: sau bữa ăn thịnh soạn) là triệu chứng chủ yếu, có thể âm ỉ hay dữ dội lẫn lộn gặp người lại, đau xuyên ra sau lưng và lan lên vai, lan ra phần dưới ổ bụng.

Kèm theo là dấu hiệu buồn nôn, nôn và bí trung đại tiện.

4.1.2. Toàn thân:

Trong VTC thể phù tình trạng toàn thân còn tương đối tốt trong đa số các trường hợp, trái lại trong VTC thể hoại tử chảy máu, 80 % trường hợp có biểu hiện sốc như mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt do đau, giãn mạch, tăng tính thấm làm thoát dịch vào khoảng gian bào, khoang ổ bụng... tuy nhiên không có sự tương xứng song song giữa mức độ nặng của toàn thân với dấu hiệu thực thể nghèo nàn.

Có thể thấy một số dấu hiệu sau cho biết là VTC nặng như: vàng da vàng mắt, tràn dịch màng phổi, chảy máu tiêu hoá, rối loạn tâm thần, hôn mê...

4.1.3. Thực thể:

Trong VTC thể phù, thành bụng co cứng giống như thùng dạ dày, còn trong VTC thể hoại tử chảy máu bụng trướng khu trú trên rốn, sau chướng khắp bụng, vừa giống như viêm phúc mạc, vừa giống như tắc ruột. Sở nắn vùng trên rốn có thể thấy đầy đau, có phản ứng thành bụng, hay một khối trên rốn. trường hợp muộn thấy những mảng bầm tím quanh rốn.

Điểm sườn lưng (điểm Mayo-Robson) đau: là dấu hiệu đặc hiệu rất có giá trị trong chẩn đoán VTC.

4.2. Cận lâm sàng

4.2.1. Xét nghiệm:

- Amylase máu và niệu tăng:

Amylase máu tăng cao là dấu hiệu sớm (> 2,5 lần bình thường trong 6 giờ đầu), nếu sau 10 ngày còn cao có thể là dấu hiệu của biến chứng: nang giả tuy, áp xe tuy, trong VTC hoại tử chảy máu nặng có thể lại không cao, amylase không

được coi là một yếu tố tiên lượng bệnh. Mặt khác amylase có thể tăng trong tắc ruột, thủng dạ dày...

- Đường máu tăng:
- Can xi máu giảm, khi $< 80 \text{ mg / l}$: rất có ý nghĩa trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh.
- Những dấu hiệu sinh học khác: Transaminase, phosphatase kiềm, bilirubin, LDH... tăng.
- Bạch cầu tăng.

4.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

4.2.2.1. Siêu âm:

Là thăm dò không gây sang chấn có thể làm tại giường, có thể thấy: Tuy to hơn bình thường, dịch quanh tụy và trong ổ bụng, hiện tượng hoại tử nhu mô tụy, hình ảnh nang tụy, sỏi giun đường mật hay ống Wirsung.

Nhược điểm không thăm dò được khi vướng hơi.

4.2.2.2. X quang:

- Chụp bụng không chuẩn bị: Không có liềm hơi, không có mức nước hơi, có thể thấy dấu hiệu quai ruột cảnh vệ (quai ruột đầu hồi tràng giãn hơi), một đoạn trên đại tràng trái giãn.
- Chụp cắt lớp: Rất có giá trị trong chẩn đoán, đánh giá tổn thương tụy chính xác hơn siêu âm, không phụ thuộc vào tình trạng ổ bụng. Có các mức độ tổn thương sau:
 - A: Tụy bình thường
 - B: Tụy tăng kích thước, khối lượng.
 - C: Thấy giới hạn lớp mỡ quanh tụy.
 - D: Có khối dịch động trong và ngoài nhu mô tụy.
 - E: Có ≥ 2 khối dịch động và / hoặc có khí trong một khối.

4.2.3. Điện tim:

Có thể thấy dấu hiệu thiếu máu cơ tim như ST chênh, T dẹt.

5. Chẩn đoán phân biệt

5.1. Với bệnh lý ngoại khoa

- Thủng ổ loét dạ dày tá tràng.
- Tắc ruột (xoắn ruột).
- Viêm phúc mạc mật

- Nút rạn phồng động mạch chủ bụng.
- Nhồi máu mạc treo ruột.

5.2. Với bệnh nội khoa

- Nhồi máu cơ tim.
- Ngộ độc thức ăn.
- Viêm phổi.
- Nhiễm thể xetonic trong đái đường.

6. Diễn biến và biến chứng

6.1. Những yếu tố tiên lượng

Có nhiều bảng theo dõi đánh giá tiên lượng VTC như Ranson, Glasgow.... trong đó bảng Ranson là được áp dụng rộng rãi nhất, được trình bày như sau:

* Khi mới và viện: có 5 yếu tố đánh giá:

- Tuổi > 55
- Bạch cầu > 16000
- Đường máu > 2 g/l (không có tiền sử đái đường)
- LDH > 350 UI/l (gấp 1,5 lần bình thường)
- ASAT > 250 UI/l

* Sau 48 giờ so với lúc vào: có 6 yếu tố đánh giá:

- Hematocrit giảm < 25%.
- Ure máu tăng > 2 mmol/l
- Canxi máu giảm < 2 mmol/l
- PaO₂ động mạch < 60 mmHg
- HCO₃ giảm > 4 mEq/l
- Dịch động > 6 lít.

Nếu có ≥ 3 tiêu chuẩn là VTC nặng.

6.2. Biến chứng

6.2.1. Biến chứng tại chỗ

- *Viêm tấy lan toả tuyến tụy*: thường xuất hiện ở vùng tụy hoại tử, tồn tại 1-2 tuần. Siêu âm, chụp cắt lớp có giá trị lớn để phân biệt với nang giả tụy. Điều trị cần dẫn lưu tốt.
- *Áp xe tụy*: Khi viêm tấy lan toả, nang giả tụy bị bội nhiễm trở thành áp xe tụy, biểu hiện hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc, sốt cao dao động, thể

trạng suy sụp nhanh. Điều trị cần mổ cấp cứu lấy tổ chức hoại tử và mũ và dẫn lưu triệt để hơn là dẫn lưu qua da.

- *Nang giả tụy và biến chứng*: thường xuất hiện sau VTC từ 1 - 4 tuần, dịch viêm được khu trú lại thành ổ bởi các tạng lân cận và phản ứng xơ hoá, không có tế bào biểu mô ống tụy bao bọc. Nó có thể tự tiêu hay to ra gây đau hay vỡ, chảy máu trong nang. Nếu > 6 tháng còn tồn tại có triệu chứng, cần mổ nối với đường tiêu hoá.
- *Chảy máu trong ổ bụng*.

6.2.2. Hệ thống:

- Đông máu rải rác trong lòng mạch.
- Suy hô hấp cấp.
- Thiếu máu cơ tim
- Suy thận cấp
- Rối loạn tâm thần
- Chảy máu tiêu hoá

7. Điều trị

7.1. Điều trị nội khoa

- *Giảm đau*: Không dùng thuốc gây co thắt oddi, dùng procain nhỏ giọt tĩnh mạch hay phong bế thần kinh tạng.
- *Chống sốc*: Bù khối lượng tuần hoàn: Khối lượng, tốc độ truyền căn cứ vào 3 yếu tố áp lực động mạch, áp lực tĩnh mạch trung ương, lượng nước tiểu; chống rối loạn nước điện giải, chống toan hoá máu và đảm bảo nuôi dưỡng bệnh nhân đường tĩnh mạch.
- *Ức chế bài tiết dịch tụy*:
 - + Nhịn ăn uống hoàn toàn, đặt sonde dạ dày hút dịch liên tục.
 - + Thuốc ức chế bài tiết dịch tụy: Anticholinergic (atropin) nhằm ức chế kích thích đến tuyến tụy, Sandostatin hay Stilamin có tác dụng ức chế bài tiết dịch tụy mạnh. Thuốc ức chế cảm thụ quan H_2 hay bơm Proton có tác dụng gián tiếp làm giảm bài tiết dịch tụy do làm giảm bài tiết axit trong dịch dạ dày, đồng thời chống loét do stress.
- *Điều trị biến chứng*:
 - + Điều trị đường huyết cao nếu có.
 - + Chống suy hô hấp.
 - + Chống đông máu rải rác trong lòng mạch.
 - + Chống suy tim: Dopamin...

- + Chống suy thận.
- + Vấn đề dùng kháng sinh: VTC có thể bị bội nhiễm làm tăng tỉ lệ tử vong, nên dùng kháng sinh phổ rộng tác dụng lên vi khuẩn đường ruột.

7.2. Điều trị ngoại khoa

7.2.1. Chỉ định:

- VTC do sỏi, giun (có thể điều trị qua nội soi can thiệp).
- Áp xe tụy.
- Nang giả tụy gây biến chứng.
- Viêm phúc mạc toàn thể do hoại tử tụy nặng.

7.2.2. Mục đích:

- Giải quyết nguyên nhân gây tắc nếu có.
- Lấy bỏ tổ chức hoại tử: cắt tụy điển hình hay không điển hình.
- Dẫn lưu tốt hậu cung mạc nối.
- Mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng: nên áp dụng trong điều kiện không đảm bảo nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.
- Dẫn lưu túi mật.

8. Giáo dục sức khỏe

Tư vấn sức khỏe cho bệnh nhân khi ra viện:

- Đối với trường hợp nguyên nhân do rượu: không nên uống bia, rượu, cần ăn uống điều độ.
- Đối với trường hợp nguyên nhân do giun: tẩy giun định kỳ cứ 6 tháng một lần.
- Đối với trường hợp nguyên nhân do sỏi: cần áp dụng các phương pháp để phòng sỏi tái phát, biết dấu hiệu sỏi sớm để đi khám và điều trị sớm tránh biến chứng.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa
2. Chuyên khoa ngoại

TẮC RUỘT

Trịnh Văn Tuấn

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học:	Ngoại bệnh lý
2. Tên tài liệu học tập:	Tắc ruột
3. Bài giảng:	Lý thuyết
4. Thời gian giảng:	2 giờ
5. Đối tượng:	Sinh viên năm thứ 4
6. Địa điểm giảng:	Giảng đường

II. MỤC TIÊU

1. Hiểu rõ sinh lý và sinh lý bệnh của tắc ruột
2. Các nguyên nhân của tắc ruột
3. Nắm chắc các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của tắc ruột
4. Chẩn đoán được tắc ruột thể điển hình các thể lâm sàng của tắc ruột.
5. Trình bày được nguyên tắc điều trị tắc ruột.

III. NỘI DUNG

1. Đại cương

Tắc ruột là bệnh đã được biết và điều trị từ thời Hyppocrate. Trường hợp phẫu thuật tắc ruột sớm nhất được thực hiện do Praxagors [1] vào khoảng năm 350 trước công nguyên bằng cách tạo nên một lỗ rò ruột non qua da để giải thoát chỗ tắc. Tuy vậy phương pháp điều trị tắc ruột vẫn chủ yếu là nội khoa, không mổ bằng giảm đau (opium), uống thủy ngân, rửa dạ dày...

Thế kỷ 19, điều trị tắc ruột bằng phẫu thuật trở nên phổ biến hơn song chưa có tiến bộ nhiều vì hiểu biết về những rối loạn toàn thân do tắc ruột gây ra còn hạn chế. Năm 1912 Hartwell và Hoguet đã điều trị tắc ruột thực nghiệm bằng cách truyền dung dịch mặn đẳng trương vào gan chó gây tắc ruột.

Thập niên thứ hai của thế kỷ XX, việc phát minh và ứng dụng tia X trong Y học đã giúp chẩn đoán sớm được tắc ruột. Từ những năm 30 trở lại đây, sự ra đời của ống thông dạ dày, ống thông ruột non (1930's); kháng sinh (1940's -1950's) cùng với phác đồ điều trị bồi phụ nước và điện giải, kháng sinh và những tiến bộ trong gây mê hồi sức và kỹ thuật mổ xẻ đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do tắc

ruột. Tuy nhiên việc chẩn đoán và xử trí sớm xoắn ruột vẫn là vấn đề cần tiếp tục nghiên cứu trong điều trị tắc ruột hiện nay.

2. Định nghĩa

Tắc ruột là một hội chứng ngừng lưu thông của hơi, dịch và các chất tiêu hoá có trong lòng ruột. Tắc ruột do sự cản trở cơ học nằm từ góc Treitz đến hậu môn là *tắc ruột cơ học*; tắc ruột do ngừng của nhu động ruột là *tắc ruột cơ năng* hay tắc ruột do liệt ruột.

Tắc ruột thường gặp ở mọi lứa tuổi, không phân biệt giới tính tùy theo nguyên nhân gây tắc. Tắc ruột sau mổ là loại thường gặp nhất, chiếm đến 80% các loại tắc ruột được điều trị tại bệnh viện Việt Đức. Tuy vậy các nguyên nhân tắc ruột khác cũng hay gặp như:

- Tắc ruột do lồng ruột cấp tính thường gặp ở trẻ còn bú vào mùa đông xuân.
- Tắc ruột do bã thức ăn thường gặp ở người già rụng răng, viêm tụy mãn, có tiền sử cắt dạ dày hoặc cắt thân kinh X do loét.
- Tắc ruột do giun thường gặp nhiều ở trẻ em vùng trồng rau có thói quen sử dụng phân người chưa được xử lý.
- Tắc ruột do u đại tràng thường gặp ở tuổi 50 trở lên.....

Tắc ruột là một cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp trong cấp cứu ổ bụng, chỉ đứng sau viêm ruột thừa. Có rất nhiều nguyên nhân gây tắc ruột khác nhau. Triệu chứng, các rối loạn toàn thân, tại chỗ và mức độ cấp tính thay đổi phụ thuộc vào cơ chế tắc (do thắt nghẹt hay bít tắc), vị trí tắc (tắc ở đại tràng hay ruột non). Chẩn đoán nhiều khi còn khó khăn mặc dù đã có nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại đã được áp dụng.

3. Sinh lý bệnh

3.1. Nguyên nhân và cơ chế tắc

3.1.1. Tắc ruột cơ học

* Nguyên nhân ở trong lòng ruột:

Ở ruột non:

- Giun đũa dính kết lại gây tắc ruột là nguyên nhân thường gặp ở trẻ em và cả người lớn ở những vùng nông thôn trồng rau, ăn uống mất vệ sinh.
- Tắc do khối bã thức ăn (măng, xơ mít, quả sim...) gặp ở người già, rụng răng, suy tụy hoặc đã bị cắt dạ dày.
- Sỏi túi mật gây viêm, thủng vào tá tràng và di chuyển xuống ruột gây tắc rất hiếm gặp ở Việt Nam.

Ở đại tràng, nguyên nhân gây tắc có thể là khối u phân, ở người già bị táo bón kéo dài.

* Nguyên nhân ở thành ruột:

Ở cả ruột non và đại tràng, nguyên nhân tắc ruột có thể là:

- Các khối ung thư của ruột non và của đại tràng, trong đó ung thư đại tràng trái hay gặp nhất.
- Các khối u lành của thành ruột với kích thước lớn có thể gây tắc ruột nhưng ít gặp.
- Hẹp thành ruột do viêm nhiễm hoặc do sẹo xơ: lao ruột, bệnh Crohn, viêm ruột sau xạ trị, hẹp miệng nối ruột, hẹp ruột sau chấn thương.
- Lồng ruột: là do đoạn ruột phía trên chui vào đoạn ruột phía dưới, có nhiều kiểu lồng khác nhau như lồng hồi - hồi tràng, lồng hồi - đại tràng, lồng đại - đại tràng. Lồng cấp tính thường gặp ở trẻ còn bú, ở người lớn ít gặp và thường phối hợp với các nguyên nhân tắc ở thành ruột như khối u, túi thừa...

* Nguyên nhân ở ngoài thành ruột:

- Dây chằng và dính các quai ruột là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong đó, trên 80% có nguồn gốc sau phẫu thuật ổ bụng, số còn lại có nguồn gốc viêm nhiễm, chấn thương và bẩm sinh. Các dây chằng hoặc xơ dính gặp hai quai ruột hoặc dính một quai ruột với vùng bị mất thanh mạc ở thành bụng, tạo ra các khe và một hoặc nhiều quai ruột chui vào, bị nghẹt ở chân quai ruột cùng với phần mạc treo tương ứng gây thiếu máu, hoại tử như trong thoát vị nghẹt.
- Các thoát vị bao gồm các thoát vị thành bụng (thoát vị bẹn, thoát vị đùi, thoát vị rốn...) và các thoát vị nội (thoát vị bịt, thoát vị khe Winslow, thoát vị Treitz...) có thể gây nghẹt khi ruột chui vào các khe, lỗ này.
- Xoắn ruột là trường hợp nặng nhất trong các tắc ruột do nghẹt. Xoắn ruột được định nghĩa là quai ruột bị xoắn trên trục mạc treo của nó. Ở ruột non, xoắn ruột thường là do hậu quả của tắc ruột ở phía trên do dây chằng dính vào đỉnh hoặc chân của quai ruột đó. Ở đại tràng, xoắn ruột thường tự phát do đoạn đại tràng Sigma dài, hai chân gần nhau, bị lộn xoay xuống (xoắn đại tràng Sigma), xoắn của manh tràng do đại tràng phải không dính bẩm sinh, ít gặp.
- Như vậy, các nguyên nhân tắc ruột cơ giới có thể xếp làm hai nhóm theo cơ chế tắc là các nguyên nhân gây tắc ruột do bít tắc và các nguyên nhân gây tắc ruột do thắt nghẹt ruột cùng với mạch máu của đoạn mạc treo tương ứng làm đoạn ruột này nhanh chóng thiếu máu, hoại tử.

3.1.2. Tắc ruột do liệt ruột:

Tắc ruột do liệt ruột, còn gọi là tắc ruột cơ năng chiếm khoảng 5 % - 10% các trường hợp, cũng có rất nhiều nguyên nhân khác nhau:

- Liệt ruột phản xạ có thể gặp trong sỏi niệu quản, trước hết là trong chấn thương cột sống, vỡ xương chậu do máu tụ sau phúc mạc. Các nguyên nhân viêm phúc mạc, dịch thủng dạ dày, dịch tụy cũng gây liệt ruột.

- Thiếu máu cấp và huyết khối tĩnh mạch mạc treo cũng làm liệt nhu động ở đoạn ruột tương ứng.
- Ngoài ra còn rất nhiều các nguyên nhân khác làm tổn thương thần kinh - cơ của ruột và gây ra một tình trạng giả tắc ruột, bao gồm:
 - + Rối loạn chuyển hoá: kali máu thấp, tăng canxi máu, toan chuyển hoá.
 - + Một số thuốc: dẫn chất của thuốc phiện, kháng cholinergic.
 - + Tổn thương ruột trong các bệnh toàn thân: tiểu đường, thiếu năng tuyến giáp, rối loạn chuyển hoá porfirin, xơ cứng bì.
 - + Tổn thương khu trú đám rối thần kinh thành ruột (bệnh giãn đại tràng bẩm sinh), tổn thương thần kinh lan toả hơn, các tổn thương cơ có thể gây ra các rối loạn vận động của ruột và được gọi chung là giả tắc ruột không rõ nguyên nhân mãn tính. Hội chứng Ogilvie là một thể đặc biệt, đặc trưng bởi giãn đại tràng cấp không do tắc và có thể phục hồi.

3.2. Hậu quả của tắc ruột

Các rối loạn toàn thân và tại chỗ do tắc ruột gây nên rất khác nhau, phụ thuộc vào:

- Cơ chế gây tắc: tắc do bít tắc hay tắc do thắt nghẹt.
- Vị trí tắc: tắc ở ruột non hay tắc đại tràng.
- Tắc hoàn toàn hay tắc không hoàn toàn.
- Tắc ruột cơ học hay tắc ruột cơ năng.

3.2.1. Tắc ruột do bít tắc:

- Trong tắc ruột non, ảnh hưởng lên đoạn ruột trên chỗ tắc xảy ra rất nhanh chóng và nặng nề. Lúc đầu do cơ chế thần kinh, các sóng nhu động ruột tăng rất mạnh ở đoạn ruột trên chỗ tắc nhằm thắng sự cản trở, các sóng nhu động đó gây ra các cơn đau và dấu hiệu rắn bò trên thành bụng. Về sau các sóng nhu động giảm dần và mất khi thành ruột bị tổn thương.

Ruột trên chỗ tắc chướng giãn dần lên do chứa hơi và dịch. Trên 70% hơi trong ống tiêu hoá là do nuốt vào, phần còn lại là do vi khuẩn phân huỷ thức ăn, lên men và sinh hơi. Dịch là do bài tiết của đường tiêu hoá, ruột bài tiết trung bình 6 lít/ 24 giờ. Sự tăng áp lực trong lòng ruột gây ứ trệ tĩnh mạch, giảm tưới máu mao mạch ở thành ruột làm cho niêm mạc ruột bị tổn thương, phù nề, xung huyết, dẫn tới giảm dần, hoặc mất hẳn quá trình hấp thu dịch tiêu hoá, gây ứ đọng dịch trong lòng ruột.

Nôn và phản xạ trào dịch lên cao trên chỗ tắc có thể giảm bớt phần nào sự tăng áp lực trong lòng ruột. Nhưng nôn nhiều, đặc biệt là trong các tắc ruột cao đã làm nặng thêm tình trạng mất nước, rối loạn các chất điện giải và thăng bằng kiềm toan.

Các xét nghiệm sinh hoá, huyết học cho thấy có hiện tượng giảm khối lượng tuần hoàn, máu cô đặc với hematocrit, protit máu tăng cao.

Rối loạn điện giải: Na^+ máu giảm do dịch ứ đọng trong ruột chứa nhiều Na^+ . K^+ , Cl^- máu thường giảm do trong dịch nôn chứa nhiều K^+ , Cl^- , K^+ máu tăng trong giai đoạn muộn khi các tế bào của thành ruột bị hoại tử, giải phóng K^+ . Ure, Creatinin máu thường cao do có hiện tượng suy thận cơ năng và nhanh chóng hồi phục nếu được hồi sức tốt.

Rối loạn thăng bằng kiềm - toan: thường có hiện tượng kiềm chuyển hoá do nôn dịch dạ dày chứa nhiều HCl và di chuyển gốc CHO_3^- từ trong tế bào ra ngoài tế bào, ít khi có toan chuyển hoá với K^+ máu cao. Cuối cùng, bụng trướng, cơ hoành bị đẩy lên cao làm giảm thông khí, làm ảnh hưởng tới cơ chế bù.

Ở dưới chỗ tắc, trong những giờ đầu, nhu động ruột đẩy phân và hơi xuống dưới làm ruột xẹp xuống và không có hơi.

- Tắc ở đại tràng, các hậu quả tại chỗ và toàn thân cũng xảy ra như trong tắc ruột non nhưng chậm và muộn hơn. Hiện tượng tăng sóng nhu động trên chỗ tắc ít gặp, ruột giãn to, chứa nhiều khí hơn dịch do có hiện tượng lên men của vi khuẩn ở đại tràng. Nếu van Bauhin mở ra khi áp lực trong đại tràng cao do ứ đọng dịch và hơi trên chỗ tắc, dịch trào lên ruột non và hậu quả xảy ra cũng như trong tắc ruột non. Nếu van này tự chủ, đóng kín, phân và hơi của đại tràng không tràn lên ruột non được, đại tràng giãn rất to, áp lực trong lòng đại tràng rất lớn và có nguy cơ vỡ đại tràng do căng giãn. Áp lực cao nhất là ở manh tràng vì manh tràng có kích thước lớn nhất (định luật Laplace). Do vậy, trong tắc đại tràng, vị trí bị thủng, vỡ nhiều nhất là ở manh tràng.

3.2.2. Tắc ruột do thắt nghẹt

- Xoắn ruột là hình thái điển hình nhất và hậu quả cũng xảy ra nhanh chóng và nặng nề nhất trong các loại tắc ruột do cơ chế thắt nghẹt. Các rối loạn toàn thân và tại chỗ một phần do ảnh hưởng của ruột trên chỗ tắc gây ra như trong tắc ruột do bít tắc nhưng chủ yếu là do quai ruột và mạch máu mạc treo tương ứng bị nghẹt gây ra.

Quai ruột bị xoắn, nghẹt giãn to, chứa dịch là chủ yếu, hơi rất ít, trừ xoắn đại tràng, trong lòng quai ruột xoắn có nhiều hơi là do vi khuẩn lên men. Sự ứ trệ tĩnh mạch ở quai ruột xoắn làm thoát huyết tương và máu vào trong quai ruột bị xoắn và vào trong ổ bụng. Ruột bị tổn thương làm cho hàng rào bảo vệ của niêm mạc ruột bị phá huỷ, sự tăng sinh của vi khuẩn trong quai ruột bị loại trừ do ứ trệ trong lòng ruột làm cho nội độc tố của vi khuẩn có thể thoát vào ổ phúc mạc. Ở đây, nội độc tố của vi khuẩn được tái hấp thu. Do đó, cơ chế sốc trong tắc ruột do thắt nghẹt là sốc nhiễm độc, nhiễm khuẩn phối hợp với sốc do giảm khối lượng tuần hoàn. Trong loại tắc ruột này, động mạch mạc treo tương ứng cũng bị nghẹt làm cho quai ruột này thiếu máu và cuối cùng bị hoại tử, vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc.

- Trong trường hợp lồng ruột cấp tính, cổ của khối lồng làm nghẹt đoạn ruột lồng cùng với mạc treo và dẫn tới hậu quả tại chỗ là chảy máu trong lòng ruột, hoại tử khối lồng và các hậu quả toàn thân như trong xoắn ruột.

3.2.3. Tắc ruột do liệt ruột:

Trong tắc ruột cơ năng do liệt ruột mà các nguyên nhân là các bệnh cấp tính ở ổ bụng, hậu quả tại chỗ và toàn thân thay đổi tùy theo từng nguyên nhân đó. Trong liệt ruột cơ năng do phản xạ, hậu quả của tắc ruột tới toàn thân và tại chỗ diễn ra từ từ và rất muộn. Ruột trương rất sớm và nhiều, trương hơi là chính, ít khi có nôn vì ruột không có nhu động. Lượng dịch ứ đọng trong lòng ruột không nhiều, tổn thương ở thành ruột xảy ra rất muộn và cơ chế tái hấp thu của ruột được bảo tồn lâu hơn. Do vậy, các hậu quả toàn thân và tại chỗ nhẹ và xảy ra muộn.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

4.1.1. Chẩn đoán lâm sàng

Hỏi và thăm khám kỹ càng, cẩn thận thường đủ để chẩn đoán hội chứng tắc ruột. Các thăm khám cận lâm sàng, đặc biệt là X quang chủ yếu để khẳng định thêm và có thể xác định được vị trí tắc ruột, đôi khi là cơ chế tắc và nguyên nhân tắc.

* Triệu chứng cơ năng: có 3 triệu chứng cơ năng chính:

- Đau bụng: đau bụng bao giờ cũng là triệu chứng khởi phát của bệnh. Tính chất đau điển hình trong tắc ruột là đau bụng thành cơn. Cơn đau có thể khởi phát từ từ hoặc đột ngột, dữ dội, bắt đầu ở vùng rốn hoặc mạng sườn và nhanh chóng lan toả khắp ổ bụng. Hỏi kỹ tính chất đau có thể giúp hướng tới căn nguyên gây tắc. Trong tắc ruột do bít tắc, đau bụng thường thành cơn điển hình, ngoài cơn thấy không đau hoặc đau nhẹ. Trong xoắn ruột, đau bụng khởi phát đột ngột, dữ dội như xoắn vặn, đau liên tục, không thành cơn, lan ra sau lưng hoặc vùng thắt lưng. Người bệnh tìm đủ mọi tư thế để giảm đau nhưng không có hiệu quả.
- Nôn: xuất hiện đồng thời với cơn đau nhưng không làm cho cơn đau giảm đi. Lúc đầu, nôn ra thức ăn, sau nôn dịch mật, muộn hơn chất nôn có thể giống như phân. Tính chất nôn phụ thuộc chủ yếu vị trí tắc, nôn nhiều và sớm trong tắc ruột cao, nôn muộn hoặc chỉ buồn nôn trong tắc ruột thấp.
- Bí trung, đại tiện: Bí trung tiện có thể có ngay sau khi bệnh khởi phát vài giờ. Bí đại tiện nhiều khi không rõ ràng, trong trường hợp tắc cao có thể thấy còn đại tiện do đào thải các chất bã và phân dưới chỗ tắc. Nhưng dù có đại tiện nhưng không làm hết đau hay giảm cơn đau bụng.

* Triệu chứng toàn thân:

Tình trạng toàn thân phụ thuộc trước hết vào cơ chế tắc ruột, vị trí tắc và thời gian tắc. Nếu đến sớm dấu hiệu mất nước và rối loạn các chất điện giải thường không rõ. Nếu đến càng muộn và tắc càng cao thì dấu hiệu mất nước càng rõ rệt với các triệu chứng khát nước, mắt trũng, môi khô, da nhăn, nước tiểu ít, thậm chí là có dấu hiệu sốc do giảm khối lượng tuần hoàn.

Trong xoắn ruột, sốc có thể xuất hiện ngay trong những giờ đầu của bệnh do nhiễm độc.

* Triệu chứng thực thể:

- Bụng trướng, mềm: bụng không trướng ngay từ đầu và cũng rất thay đổi. Lúc đầu chỉ trướng ở giữa bụng hoặc ở mạng sườn sau đó bụng trướng dần lên. Trong tắc hồng tràng cao, sát góc Treitz, bụng không trướng, thậm chí là bụng xẹp. Bụng trướng nhiều trong tắc ruột muộn, trướng dọc khung đại tràng trong tắc đại - trực tràng thấp. Trướng đều trong tắc ruột do bít tắc, trướng lệch trong xoắn nghẹt ruột.
- Dấu hiệu quai ruột nổi: nhìn có thể thấy khối phồng trên thành bụng, sờ nắn có cảm giác căng, bờ rõ, gõ vang. Khi sờ thấy một quai ruột rất căng và đau, không di động (dấu hiệu Von Wahl) là dấu hiệu rất có giá trị để chẩn đoán là tắc do xoắn, nghẹt ruột.
- Dấu hiệu rắn bò: trong cơn đau thấy quai ruột nổi gồ và di chuyển trên thành bụng. Đây là dấu hiệu đặc trưng nhất của tắc ruột cơ học. Nhưng khi không có dấu hiệu này cũng không loại trừ được tắc ruột.
- Dấu hiệu tiếng réo di chuyển của hơi và dịch trong lòng ruột cũng là dấu hiệu có giá trị tương đương dấu hiệu rắn bò trong chẩn đoán tắc ruột cơ học.
- Khám bụng đôi khi thấy có phản ứng thành bụng khu trú trên quai ruột bị xoắn nghẹt, gõ vang ở giữa bụng do trướng hơi, có thể có dấu hiệu gõ đục vùng thấp do có dịch trong ổ bụng.
- Ngoài ra, thăm khám tử mị bụng và các lỗ thoát vị ở thành bụng có thể thấy một số nguyên nhân tắc ruột: khối u đại tràng, u ruột non, khối lồng ruột, búi giun, các thoát vị ở thành bụng nghẹt như thoát vị bẹn- đùi, thoát vị rốn nghẹt...
- Thăm trực tràng: bóng trực tràng rỗng, kết hợp thăm trực tràng và sờ nắn bụng có thể thấy một số nguyên nhân tắc ruột như ung thư trực tràng, đầu khối lồng ruột muộn, khối u đại tràng sigma sa xuống tiểu khung.

4.1.2. Chẩn đoán hình ảnh

* Chụp X quang bụng không chuẩn bị:

Chụp bụng không chuẩn bị là phương pháp chẩn đoán hình ảnh quan trọng nhất không những để chẩn đoán tắc ruột mà còn giúp xác định vị trí tắc và cơ chế tắc. Chụp bụng không chuẩn bị được thực hiện với các tư thế đứng thẳng, nằm thẳng, nằm nghiêng nếu tình trạng bệnh nhân nặng, không cho phép chụp đứng.

Các dấu hiệu tắc ruột:

- Dấu hiệu ruột giãn trên chỗ tắc, giãn hơi trên phim chụp nằm và mức nước - hơi trên phim chụp đứng hoặc nằm nghiêng.
- Ruột không có hơi ở dưới chỗ tắc, dấu hiệu rất gợi ý là không thấy hơi ở đại tràng, bình thường thì trong đại tràng có hơi sinh lý.

- Dựa vào vị trí, số lượng và hình dáng của mức nước – hơi có thể xác định được vị trí tắc ở ruột non hay đại tràng: tắc ruột non có nhiều mức nước - hơi, tập trung ở giữa bụng, kích thước nhỏ, vòm thấp, chân rộng, thành mỏng, có hình các nếp niêm mạc ngang. Tắc đại tràng có ít mức nước – hơi, kích thước lớn, vòm cao, chân hẹp, chứa nhiều hơi hơn dịch, nằm ở rìa của ổ bụng, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột. Nhiều khi rất khó phân biệt là tắc đại tràng hay tắc ruột non, vì khi xoắn ruột non, không còn các van của ruột non và trong tắc đại tràng thường kéo theo giãn của ruột non. Trong tắc ruột do liệt ruột, cả ruột non và đại tràng đều giãn, giãn hơi là chủ yếu, ít khi có mức nước – hơi.

Dấu hiệu âm tính quan trọng là không có hơi tự do trong ổ bụng.

*** Chụp đại tràng cản quang:**

Chụp khung đại tràng cản quang chỉ định trong các trường hợp lâm sàng nghi ngờ là tắc ở đại tràng. Trong trường hợp manh tràng giãn to hoặc tắc đại tràng có sốt, tốt nhất là chụp khung đại tràng với thuốc cản quang hoà tan trong nước được pha loãng như Gastrografine. Chống chỉ định khi có thủng ruột hoặc nghi có thủng ruột.

Chụp khung đại tràng cản quang trước hết để xác định chính xác vị trí tắc và có thể xác định được nguyên nhân tắc. Trong xoắn đại tràng sigma, thuốc cản quang dừng lại ở trực tràng và có hình mỏ chim. Trong tắc đại tràng do u, thuốc cản quang dừng lại ở vị trí u và có hình cắt cụt nhám nhở. Trong lồng ruột, có hình đáy chén, hình còng cua.

*** Chụp lưu thông ruột non:**

Chụp lưu thông ruột non bằng cách cho bệnh nhân uống thuốc cản quang hoặc đặt ống thông xuống tá tràng và bơm 40 – 100ml thuốc cản quang hoà tan trong nước, theo dõi sự lưu thông của thuốc cản quang trong vòng 4 – 24 giờ và cứ 30 phút chụp một phim. Trong tắc ruột cấp tính, chống chỉ định chụp lưu thông ruột non trừ trường hợp tắc ruột sau mổ tái diễn nhiều lần và tắc ruột không hoàn toàn, sau khi đã loại trừ nguyên nhân tắc ở đại tràng. Chụp lưu thông ruột non có thể thấy được các quai ruột non giãn trên chỗ tắc nhưng không xác định chắc chắn được vị trí tắc và nguyên nhân tắc.

*** Siêu âm ổ bụng:**

Siêu âm ổ bụng thấy có hình ảnh ruột giãn hơi và chứa nhiều dịch do tắc ruột. Một số nghiên cứu còn cho thấy siêu âm ổ bụng có thể xác định được vị trí tắc và tắc do nguyên nhân xoắn, nghẹt ruột. Trong giai đoạn đầu, khi ruột chưa giãn, siêu âm có thể phát hiện được một số nguyên nhân tắc như lồng ruột (hình vòng bia, hình chiếc bánh Sandwich), khối u, các ổ áp xe trong ổ bụng...

*** Chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ hạt nhân:**

Những năm gần đây, chụp cắt lớp vi tính (CCLVT) và chụp cộng hưởng từ hạt nhân (CCHT) cũng đã được áp dụng trong chẩn đoán tắc ruột. Hình ảnh ruột giãn, ứ hơi và dịch trong lòng ruột trên CCLVT và CCHT thấy được sớm và đặc hiệu hơn trong chụp X quang bụng không chuẩn bị. Ngoài ra, còn có thể thấy

được vị trí tắc (vị trí đoạn ruột giãn và đoạn ruột xẹp), tình trạng tổn thương nặng của thành ruột (thành ruột dày > 3 mm hoặc mỏng < 1 mm) và có thể thấy được một số nguyên nhân tắc ruột do bất tắc như các khối u đường tiêu hoá, khối bã thức ăn, búi giun...

4.1.3. Các xét nghiệm máu và sinh hoá

Các xét nghiệm máu và sinh hóa không có giá trị chẩn đoán mà chủ yếu để đánh giá ảnh hưởng của tắc ruột, đặc biệt là tình trạng rối loạn điện giải, thăng bằng kiềm toan, giúp cho việc điều chỉnh các rối loạn này trong giai đoạn trước, trong và sau mổ.

* Xét nghiệm máu: số lượng hồng cầu tăng, hematocrit tăng do mất nước, máu bị cô đặc.

* Xét nghiệm sinh hoá:

- Na^+ : bình thường hoặc giảm nhẹ, giảm nhiều trong giai đoạn muộn.
- K^+ : giảm trong giai đoạn sớm, tăng trong giai đoạn muộn.
- Cl^- : giảm.
- pH: tăng trong giai đoạn sớm và giảm trong giai đoạn muộn.
- CO_3H^- : tăng trong giai đoạn sớm và giảm trong giai đoạn muộn.
- Urê, creatinin: bình thường hoặc tăng nhẹ trong giai đoạn sớm, tăng nhiều trong tắc muộn.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

Đứng trước hội chứng tắc ruột cần thăm khám kỹ lưỡng và có hệ thống để phân biệt tắc ruột cơ học với tắc ruột cơ năng do phản xạ và trước hết là loại trừ các bệnh nội khoa, không phải mổ.

4.2.1. Các bệnh nội khoa:

- Cơ đau quặn thận: Cơ đau quặn thận do sỏi thường gây ra phản xạ liệt ruột. Đặc điểm của cơ đau quặn thận là đau ở vùng thắt lưng lan xuống vùng bẹn. Siêu âm và chụp niệu đồ tĩnh mạch giúp chẩn đoán xác định.
- Nhồi máu cơ tim, thể biểu hiện ở bụng: chẩn đoán xác định dựa vào điện tim và sự tăng cao của các men đặc hiệu.
- Cơ đau quặn gan: đau dưới sườn phải lan ra sau lưng và vai phải, ít khi có dấu hiệu tắc ruột cơ năng kèm theo.
- Các bệnh nội khoa ít gặp khác: như cường tuyến cận giáp, rối loạn chuyển hoá porphyrin, nhiễm độc chì, giãn dạ dày cấp tính, một số thuốc gây liệt ruột, hạ K^+ máu. Cần gắn kết các triệu chứng đặc trưng của bệnh với thể trạng của bệnh nhân, làm các thăm khám cận lâm sàng phù hợp để chẩn đoán xác định.

4.2.2. Các bệnh ngoại khoa

- Các bệnh ngoại khoa có sốt của ổ bụng: như viêm ruột thừa, viêm phúc mạc toàn thể, viêm phúc mạc khu trú có thể có biểu hiện tắc ruột do phản xạ gây liệt ruột, nhưng thường dễ dàng chẩn đoán (dựa vào bệnh cảnh nhiễm khuẩn và các triệu chứng về thành bụng đặc trưng của từng bệnh).
- Viêm tụy cấp: biểu hiện lâm sàng của viêm tụy cấp là đau dữ dội, liên tục vùng trên rốn, nôn, bụng trương nhiều và phản ứng thành bụng trên rốn. Dấu hiệu sốc xuất hiện sớm và nặng. Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm amylaza máu và nước tiểu, lipaza máu và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ.
- Nhồi máu mạc treo ruột: thường xuất hiện trên những bệnh nhân có các bệnh lý tim mạch. Biểu hiện lâm sàng là hội chứng tắc ruột cơ năng với triệu chứng đau khắp bụng liên tục, dữ dội, phản ứng thành bụng và sốc nặng. Siêu âm doppler mạch máu, chụp cắt lớp ổ bụng giúp chẩn đoán xác định bệnh.
- Võ phồng động mạch chủ sau phúc mạc: ngoài dấu hiệu tắc ruột cơ năng, đau bụng thường dữ dội, liên tục kèm tụt huyết áp, nghe bụng có tiếng thổi tâm thu. Chẩn đoán xác định dựa vào siêu âm Doppler mạch và chụp cắt lớp vi tính.
- Tắc ruột do liệt ruột: bụng không đau nhưng chướng nhiều, không có dấu hiệu rắn bờ và nghe bụng thấy im lặng. Tình trạng toàn thân ít thay đổi. Ruột giãn hơi toàn bộ cả ruột non và đại tràng, không có mức nước - hơi trên phim chụp bụng không chuẩn bị. Điều trị nội khoa, không mổ.

5. Các thể lâm sàng

5.1. Thể lâm sàng theo cơ chế tắc

5.1.1. Tắc ruột do bí tắc:

* Lâm sàng:

- Bệnh khởi phát từ từ, đau thành cơn điển hình nhưng không dữ dội, nôn ít.
- Không có sốc, không sốt, toàn trạng ít bị ảnh hưởng.
- Bụng trương đều, thường có dấu hiệu rắn bờ và tiếng ùng ục của hơi và dịch tiêu hoá di chuyển trong lòng ruột trong cơn đau.

* X quang:

Trong tắc do bí tắc thường có nhiều mức nước - hơi, xếp thành tầng, tùy vị trí tắc ở đại tràng hay ruột non mà có hình ảnh và cách sắp xếp khác nhau. Tắc ruột non có nhiều mức nước - hơi, tập trung ở giữa bụng, kích thước nhỏ, vòm thấp, chân rộng, thành mỏng, sắp xếp từ dưới sườn trái xuống hố chậu phải, có hình các nếp niêm mạc ngang của ruột non. Tắc đại tràng có ít mức nước - hơi, kích thước lớn, vòm cao, chân hẹp, chứa nhiều hơi hơn dịch, nằm ở rìa của ổ bụng, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột.

Tắc ruột do thắt nghệt

* Lâm sàng: bệnh thường khởi phát đột ngột, dữ dội, với cơn đau đầu tiên rất dữ dội.

- Đau bụng dữ dội, liên tục, không có cơn, đau lan ra sau lưng, trước cột sống hoặc xuống vùng xương cùng cụt. Đau làm bệnh nhân vật vã, lo sợ.
- Nôn nhiều.
- Tình trạng sốc xuất hiện sớm ngay sau những giờ đầu, sốc ngày càng nặng thêm.
- Thân nhiệt tăng nhẹ, có phân ly giữa mạch và nhiệt độ.
- Bụng trướng lệch, có thể sờ thấy quai ruột bị nghệt phồng như quả bóng, căng, không di động và rất đau (dấu hiệu Von Wahl).
- Không có dấu hiệu rắn bò và bụng im lặng khi nghe.
- Thăm trực tràng: dấu hiệu Douglas đầy và đau do có dịch máu trong phúc mạc.

* X quang:

Trên phim chụp bụng không chuẩn bị, hình ảnh tắc ruột do xoắn, nghệt xuất hiện sớm và đặc trưng bởi một quai ruột duy nhất, giãn to, chứa nhiều dịch, ít hơi, dịch và hơi được ngăn cách bởi một mức ngang, có hình móng ngựa, hai chân của quai ruột không bằng nhau và chụm lại ở một điểm. Tuỳ vị trí tắc ở đại tràng hay ruột non mà hình ảnh và ảnh hưởng tới đoạn ruột phía trên và dưới có khác nhau. Ở ruột non, lúc đầu chỉ có một quai ruột giãn duy nhất, cố định trên nhiều phim chụp khác nhau, thành nhẵn, mất các nếp niêm mạc ngang do phù nề và chảy máu ở thành. Muộn hơn, quai ruột có hình ảnh giả u do chứa dịch, không có hơi. Trên chỗ tắc, lúc đầu chỉ có một vài mức nước – hơi nhỏ, muộn hơn, có nhiều mức nước – hơi, nhất là khi tắc ruột non thấp. Dưới chỗ tắc, khung đại tràng bình thường, tạo ra một khung bao quanh ruột non bị giãn. Ở đại tràng, tuỳ đoạn ruột bị xoắn mà có hình ảnh khác nhau. Trong xoắn đại tràng sigma, trên phim chụp bụng không chuẩn bị thấy một quai ruột đơn độc, giãn to, hình chữ U lộn ngược, chứa nhiều hơi hơn dịch, hai chân chụm lại, đi chéo từ hố chậu trái lên mạng sườn phải, có thể có hai mức nước và hơi trong quai ruột. Chụp cản quang đại tràng, thuốc cản quang dừng lại ở đoạn nối trực tràng và đại tràng sigma, có hình mỏ chim. Trong xoắn manh tràng, trên phim X quang bụng không chuẩn bị, có hình một quai ruột giãn to, duy nhất chứa hơi, có trục nằm ngang hoặc chếch nằm trước cột sống. Ruột trên chỗ tắc giãn hơi có thể lên tới ruột non. Ruột dưới chỗ tắc xẹp, không có hơi. Chụp cản quang đại tràng cho phép xác định chắc chắn vị trí tắc.

5.2. Thở lâm sàng theo vị trí tắc

5.2.1. Tắc ruột non

* Lâm sàng:

Tính chất khởi phát và tính chất đau bụng phụ thuộc chủ yếu nguyên nhân, cơ chế tắc nhưng nôn thường nhiều và xuất hiện sớm. Bí trung, đại tiện không rõ

trong những giờ đầu, có thể có đại tiện do còn phân dưới cổ tắc. Bụng trướng quanh rốn, không trướng hoặc xẹp nếu tắc cao sát góc Treitz. Tình trạng mất nước và điện giải xuất hiện sớm và nặng.

* X quang:

Trên phim X quang chụp bụng không chuẩn bị, có nhiều mức nước - hơi, tập trung ở giữa bụng, kích thước nhỏ, vòm thấp, chân rộng, thành mỏng, sắp xếp từ dưới sườn trái xuống hố chậu phải, có hình các nếp niêm mạc ngang của ruột non. Trong trường hợp tắc cao sát góc Treitz, chỉ thấy có một mức nước - hơi duy nhất nằm ở dưới sườn trái hoặc trước cột sống.

5.2.2. Tắc đại tràng

* Lâm sàng:

Bệnh khởi phát thường từ từ, cơn đau nhẹ và thưa hơn. Nôn muộn, có khi chỉ buồn nôn. Bí trung đại tiện xuất hiện sớm. Bụng trướng nhiều, dọc khung đại tràng, chướng toàn bộ nếu tắc muộn. Bụng trướng lệch nếu là xoắn đại tràng. Dấu hiệu mất nước và điện giải thường nhẹ và xuất hiện muộn.

* X quang:

Trên phim chụp bụng không chuẩn bị, có ít mức nước - hơi, kích thước lớn, vòm cao, chân hẹp, chứa nhiều hơi hơn dịch, nằm ở rìa của ổ bụng, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột. Trong xoắn đại tràng sigma, thấy một quai ruột giãn rất to, có hình chữ U lộn ngược, chân chụm ở hố chậu trái. Chụp cản quang đại tràng cho phép xác định chính xác vị trí và nguyên nhân tắc.

5.3. Thể lâm sàng theo nguyên nhân

Chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột trước mổ là rất quan trọng để tiên lượng và lựa chọn chiến thuật điều trị phù hợp, nhưng thường khó khăn và chủ yếu là chẩn đoán trong mổ trừ một số thể bệnh điển hình.

5.3.1. Nguyên nhân tắc ở ruột non

– Xoắn nghẹt ruột non:

Ít khi tự phát, thường do dây chằng hoặc các khe, lỗ xuất hiện sau mổ bụng. Bệnh khởi phát đột ngột, dữ dội với tính chất đau bụng điển hình là đau đột ngột, dữ dội như xoắn vặn, liên tục, không thành cơn, khu trú ở một vùng và lan ra sau lưng. Bụng trướng lệch, có phản ứng thành bụng khu trú. Sờ nắn có thể thấy một quai ruột căng, cố định và rất đau. Không có dấu hiệu rắn bờ, bụng im lặng khi nghe. Thường có sốt nhẹ và tình trạng sốc xuất hiện ngay những giờ đầu. Các dấu hiệu Xquang rất kín đáo, hoặc không có trong những trường hợp nghẹt ruột do các nội thoát vị. Cần chú ý rằng không có dấu hiệu lâm sàng và Xquang nào có giá trị tuyệt đối để phân biệt giữa tắc ruột non do thắt nghẹt và tắc ruột do bít tắc.

– Thoát vị thành bụng nghẹt

Đứng trước một trường hợp tắc ruột tiên phát, cần khám một cách hệ thống tất cả các lỗ thoát vị ở thành bụng như lỗ thoát vị bẹn, đùi, rốn, đường

trắng giữa để xác định xem có phải là thoát vị thành bụng nghẹt không, đặc biệt là các thể thoát vị nằm ở thành bụng, thoát vị đùi ở phụ nữ béo rất dễ bị bỏ sót. Chẩn đoán thoát vị nghẹt thường dễ khi thấy khối thoát vị xuống, không tự lên được, rất đau đặc biệt khi sờ nắn vào cổ bao thoát vị.

– **Lồng ruột cấp:**

Lồng ruột cấp thường gặp ở trẻ còn bú mẹ, bú bầm. Khởi bệnh đột ngột với các triệu chứng trẻ khóc thét từng cơn, bỏ bú, nôn và ỉa máu. Khám bụng thường thấy khối lồng nằm ở dưới sườn phải, trên rốn hoặc dưới sườn trái. Thăm trực tràng có máu. Siêu âm thấy có hình ảnh vòng bia và chiếc bánh Sandwich. Chụp cản quang đại tràng có hình còng cua, đáy chén.

– **Tắc ruột do giun đũa:**

Thường gặp ở trẻ em, các dấu hiệu lâm sàng và X quang điển hình là tắc ruột non do bít tắc. Sờ nắn bụng bao giờ cũng thấy búi giun như bó đũa, chắc, cong theo quai ruột, đau nhẹ. Trên phim chụp X quang thấy hình búi giun tạo ra các vết dài hoặc lỗ chỗ khi cắt ngang búi giun. Về diễn biến, trong nhiều trường hợp, búi giun lỏng dần ra, bệnh nhân đại tiện được và hết tắc ruột. Do vậy, trong những trường hợp cơn đau nhẹ, bụng trướng ít và búi giun lỏng, cần theo dõi cẩn thận để có quyết định đúng đắn.

– **Tắc ruột do khối bã thức ăn:**

Thường gặp ở người già, rụng hết răng, ở những người suy tụy ngoại tiết hoặc đã bị cắt dạ dày. Trước đó có ăn thức ăn nhiều xơ (măng, xơ mít) hoặc quả chát (sim, ổi xanh). Dấu hiệu tắc ruột non không điển hình, bụng trướng nhiều hay ít phụ thuộc vị trí tắc, có thể vẫn có trung tiện, bệnh có thể tăng giảm từng đợt. Trên phim X quang bụng có nhiều mức nước – hơi ở ruột non nhưng có thể vẫn có hơi ở đại tràng.

– **Tắc do u ruột non:**

Bệnh tiến triển từ từ, đôi khi là tắc không hoàn toàn và trước đó thường có dấu hiệu Koenig. Có thể sờ thấy khối u chắc nằm ở quanh rốn. Trong các trường hợp tắc không hoàn toàn, chụp lưu thông ruột non có thể có giá trị chẩn đoán.

5.3.2. Nguyên nhân tắc ở đại tràng

– **Tắc ruột do ung thư đại – trực tràng:**

Hay gặp nhất là tắc ruột do ung thư đại tràng trái, đặc biệt là đoạn đại tràng Sigma, có thể có hoặc không có tiền sử đại tiện nhầy máu và hội chứng bán tắc (hội chứng Duval). Cơn đau bụng thường nhẹ, nôn muộn hoặc chỉ buồn nôn, bụng trướng dọc khung đại tràng và ít khi sờ thấy u. Đối với tắc ruột do ung thư đại tràng phải, bệnh cảnh lâm sàng có dáng vẻ của tắc ruột non thấp và thường sờ thấy khối u ở hố chậu phải hoặc mạng sườn phải. Chụp cản quang khung đại tràng thấy có hình cắt cụt nham nhở ở đại tràng có u. Tắc ruột do ung thư trực tràng có biểu hiện lâm sàng giống tắc do ung thư đại tràng trái, nhưng tiền sử

thường có hội chứng trực tràng và đại tiện nhầy máu. Thăm trực tràng có thể sờ thấy các khối u cách rìa hậu môn từ 10 cm trở xuống.

- Xoắn đại tràng Sigma

Gặp ở người trung tuổi trở lên, có tiền sử táo bón và những cơn đau bụng kiểu bán tắc nhưng tự khỏi. Dấu hiệu lâm sàng quan trọng nhất là bụng rất trướng và trướng lệch, quai ruột giãn căng từ hố chậu trái lên dưới sườn phải, không di động, gõ vang (tam chứng Vol Wahl). Chụp bụng không chuẩn bị thấy có một quai ruột giãn to, hình chữ U lộn ngược, chân chụm lại ở hố chậu trái. Chụp cản quang đại tràng có hình mỏ chim.

- Xoắn manh tràng

Nguyên nhân là do đại tràng phải không dính vào thành bụng sau. Thường gặp ở người trẻ, trong tiền sử đã có những cơn đau ở mạng sườn phải và tự khỏi. Cơn đau dữ dội và đột ngột vùng cạnh rốn phải, nôn sớm và nhiều, bí trung đại tiện. Bụng trướng lệch ở vùng phía trên bên trái, hình tròn hoặc hình oval. Chụp X quang bụng không chuẩn bị có hình một quai ruột giãn rất to, có mức nước – hơi nằm ở dưới sườn trái, ít khi nằm ở giữa bụng.

5.3.3. Tắc ruột sớm sau mổ

Tắc ruột sớm sau mổ là những trường hợp tắc ruột xảy ra trong 4 – 6 tuần đầu sau các phẫu thuật ổ bụng. Chẩn đoán tắc ruột sớm sau mổ thường gặp khó khăn và cần phải phân biệt ba loại tắc ruột.

- Tắc ruột cơ học:

Sau phẫu thuật, bệnh nhân đã có trung tiện trở lại. Sau đó các dấu hiệu tắc ruột đột ngột xuất hiện trở lại, nhưng không sốt. Trong trường hợp này, nguyên nhân tắc ruột thường là cơ học do dây chằng hoặc các nội thoát vị hình thành sau mổ.

- Tắc ruột do liệt ruột sau mổ:

Sau mổ 4 – 5 ngày, bệnh nhân chưa có trung tiện trở lại, bụng trướng nhiều nhưng không đau hoặc đau ít khi sờ nắn, nôn ít hoặc chỉ buồn nôn, không có dấu hiệu rắn bờ và im lặng khi nghe bụng, không có dấu hiệu nhiễm khuẩn. Chụp X quang bụng không chuẩn bị thấy ruột giãn toàn bộ (ruột non và cả đại tràng).

- Tắc ruột do các ổ viêm nhiễm trong ổ bụng:

Sau mổ, bệnh nhân chậm hoặc không có trung tiện trở lại, sốt cao, bụng trướng và đau, cần phải nghĩ đến các biến chứng nhiễm khuẩn trong ổ bụng như viêm phúc mạc, áp xe trong ổ bụng do bọc, xì, rò miệng nối ruột.

6. Tiến triển và tiên lượng

Tiến triển và tiên lượng của tắc ruột phụ thuộc trước hết vào cơ chế tắc, sau đó là vị trí tắc (tắc cao hay tắc thấp) và được can thiệp sớm hay muộn.

Tiền lượng trong tắc ruột do thắt nghẹt ruột phụ thuộc trước hết vào tình trạng thiếu máu của quai ruột bị nghẹt. Trong xoắn ruột non và xoắn đại tràng phải, tổn thương ruột không hồi phục xảy ra sớm, sau 6 – 12 giờ với các dấu hiệu lâm sàng là sốc và phản ứng thành bụng lan toả. Điều đó giải thích cho thái độ mổ cấp cứu hết sức khẩn trương mỗi khi nghi ngờ là xoắn ruột. Tiến triển của thiếu máu trong xoắn đại tràng sigma cũng xảy ra tương tự nhưng chậm hơn vì xoắn đại tràng Sigma xảy ra từ từ, nhiều khi là xoắn không hoàn toàn và có thể tự tháo xoắn.

Đối với tắc ruột non do bít tắc, diễn biến và tiền lượng phụ thuộc vào hội chứng trên chỗ tắc. Nếu để muộn bệnh cảnh lâm sàng sẽ thay đổi dần: cơn đau giảm dần, nôn nhiều và chất nôn như phân, mạch nhanh dần, khó thở, sốt dần lên, vẻ mặt hốc hác. Bụng xuất hiện dấu hiệu phản ứng và co cứng bụng, không còn tiếng động dịch chuyển của hơi và dịch trong lòng ruột. Sau 24 – 36 giờ, có thể có dấu hiệu suy thận, suy tuần hoàn, các biến chứng phổi do hít phải dịch nôn.

Tại ruột, trong quá trình tiến triển của bệnh có thể xảy ra các biến chứng sau:

- Gây ra xoắn, nghẹt ruột.
- Gây thủng ruột.

Tiền lượng của tắc đại tràng thấp do ung thư phụ thuộc vào tính chất tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn, có phối hợp với áp xe quanh u không, van Bauhin có tự chủ không. Trong trường hợp tắc hoàn toàn, van Bauhin đóng kín, phân và hơi trong đại tràng không trào lên hồi tràng được, đại tràng giãn rất to, áp lực trong đại tràng rất cao và có thể gây vỡ đại tràng. Khi đường kính của đại tràng trên 9 cm thì nguy cơ vỡ đại tràng là rất cao. Nếu van Bauhin mở ra được, phân và hơi ở đại tràng trào lên hồi tràng làm áp lực của đại tràng giảm xuống và nguy cơ vỡ đại tràng ít và muộn hơn. Trong trường hợp này, những ảnh hưởng tại chỗ và nguy cơ biến chứng vỡ vào ổ bụng cao hơn là những ảnh hưởng đến toàn thân. Trong tắc đại tràng không hoàn toàn, dưới tác dụng của điều trị nội khoa có thể hết tình trạng tắc ruột. Vì vậy có thời gian để chuẩn bị đại tràng và toàn trạng để mổ cắt đại tràng có kế hoạch.

7. Điều trị

Khi đã chẩn đoán xác định tắc ruột cơ học hoặc nghi ngờ tắc ruột, cần phải cho bệnh nhân nhập viện để theo dõi, xác định chẩn đoán, làm bilan đánh giá các ảnh hưởng tại chỗ và toàn thân, hồi sức tích cực và mổ cấp cứu để tránh hoại tử ruột.

7.1. Chuẩn bị bệnh nhân

Hút dạ dày: Đặt ống thông dạ dày hút nhằm mục đích làm bụng đỡ chướng, làm xẹp dạ dày và ruột trên chỗ tắc, tránh dịch ứ đọng trào ngược vào đường hô hấp, nhất là lúc khởi mê, thuận lợi cho thao tác lúc mổ. Thường thì đặt ống thông

dạ dày để hút, một số trường hợp có thể đặt ống thông dài (kiểu Miller - abott) hoặc đặt ống thông xuống hồng tràng qua nội soi để hút dịch ứ đọng trên chỗ tắc.

Điều chỉnh tình trạng mất nước và các chất điện giải: đặt một vài đường truyền tĩnh mạch lớn để có thể truyền nhanh, trong vài ba giờ đầu phải bù được một nửa lượng dịch thiếu hụt do tắc ruột gây ra. Dịch truyền thường là các loại dung dịch đẳng trương và các chất điện giải, albumin nếu có sốc. Số lượng dịch truyền phụ thuộc vào mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương và lượng nước tiểu / giờ. Điều chỉnh sự thiếu hụt các chất điện giải phải dựa vào điện giải đồ.

Sử dụng kháng sinh dự phòng, phổ rộng và phối hợp kháng sinh. Công thức thường áp dụng là phối hợp nhóm cephalosporin và metronidasol.

Thời gian hồi sức phụ thuộc vào cơ chế tắc và tình trạng bệnh nhân. Trong các tắc ruột cấp tính, chỉ định mổ cấp cứu là tuyệt đối thì thời gian hồi sức trung bình là vài ba giờ. Trong các tắc ruột non nghi do nghẹt, điều quan trọng là cần phải mổ trước 6 giờ kể từ khi bệnh khởi phát để tránh hoại tử ruột. Các trường hợp tắc ruột do bít tắc thời gian hồi sức có thể dài hơn.

7.2. Điều trị phẫu thuật

Nguyên tắc điều trị phẫu thuật:

Đường mổ: Thường sử dụng đường mổ giữa trên và dưới rốn, có thể mở rộng lên trên hoặc xuống dưới khi cần thiết. Trong một số trường hợp đặc biệt có thể sử dụng các đường mổ nhỏ, riêng biệt như chỉ cần làm hậu môn nhân tạo trên u trong tắc ruột do u đại tràng, thoát vị bẹn nghẹt...

Thăm dò tìm nguyên nhân tắc: Tìm góc hồi manh tràng, nếu góc hồi manh tràng xếp thì nguyên nhân tắc sẽ nằm ở ruột non, nếu xếp thì nguyên nhân tắc nằm ở đại tràng. Khi ruột quá trướng, rất khó thăm dò để tìm nguyên nhân, không nên đưa ruột ra ngoài ổ bụng, nên nhẹ nhàng dồn dịch và hơi lên dạ dày để hút. Vị trí và nguyên nhân gây tắc nằm ở chỗ nối giữa đoạn ruột phồng và đoạn xếp.

Xử trí nguyên nhân tắc: Tùy nguyên nhân tắc mà có cách xử trí khác nhau, nếu ruột đã hoại tử thì cắt đoạn ruột đó và nối ngay nếu là ruột non, đưa hai đầu ruột ra thành bụng nếu tắc ở đại tràng hoặc đã có tình trạng viêm phúc mạc.

Làm xếp ruột: làm xếp ruột trước khi khâu bụng là rất cần thiết để hậu phẫu có diễn biến thuận lợi, nếu có cắt ruột thì làm xếp ruột qua chỗ cắt ruột, nếu không thì dồn lên dạ dày để hút, không nên mở ruột để làm xếp ruột vì có nhiều nguy cơ bục chỗ khâu ruột.

7.2.2. Chiến thuật và các phương pháp phẫu thuật

Lý tưởng là điều trị tắc ruột và xử trí nguyên nhân tắc trong cùng thì mổ, nhưng không phải trường hợp nào cũng thực hiện được mà còn phụ thuộc tình trạng tại chỗ (vị trí tắc, nguyên nhân tắc và mức độ tổn thương của ruột) và tình trạng toàn thân của bệnh nhân.

7.2.2.1. Các nguyên nhân tắc ruột non

Do dây chằng:

Cắt dây chằng, nếu dây chằng hình thành do ruột thừa hoặc do túi thừa Meckel thì có thể cắt ruột thừa hoặc túi thừa Meckel kèm theo. Cần đánh giá tình trạng của ruột, đặc biệt là chỗ dây chằng đè ép vào để bảo tồn hay cắt ruột kèm theo.

– Xoắn ruột:

Xoắn ruột thường do dây chằng, có cơ chế như là nội garô làm cho ruột hoại tử nhanh chóng. Do vậy, chiến thuật điều trị phụ thuộc vào tình trạng đoạn ruột xoắn. Nếu ruột đã hoại tử đen thì cắt ruột đến chỗ lành (không tháo xoắn), khâu nối ruột ngay. Nếu sau tháo xoắn, ruột hồng trở lại, có nhu động và mạch mạc treo tương ứng đập tốt thì bảo tồn. Trong những trường hợp còn nghi ngờ sau khi tháo xoắn, phong bế novocain vào gốc mạc treo, đắp gạc huyết thanh ấm nhiều lần và chờ đợi 15 - 20 phút để đánh giá sự hồi phục của ruột. Nếu ruột hồi phục trở lại thì bảo tồn, nếu vẫn còn nghi ngờ thì tốt nhất là cắt ruột và nối lại. Gần đây, việc áp dụng doppler, laser - dopler để đánh giá tình trạng của ruột đã làm tăng khả năng bảo tồn ruột trong các trường hợp nghi ngờ.

-- Dính ruột:

Trong trường hợp dính ít, xu hướng là gỡ dính toàn bộ. Trong trường hợp dính nhiều, sau khi gỡ dính có thể xếp thứ tự các quai ruột và khâu các quai ruột với nhau (phẫu thuật Noble) hoặc khâu gấp nếp, cố định mạc treo ruột (phẫu thuật Childs - Phillips). Nếu ruột dính nhiều, gỡ dính khó khăn, nguy cơ thủng ruột cao, có thể chỉ xử lý những chỗ ruột bị tắc, hoặc mở thông ruột trên chỗ tắc.

– Thoát vị nghẹt:

Đối với các thoát vị ở thành bụng nghẹt, cần chẩn đoán và mổ trước khi có dấu hiệu tắc ruột. Đường mổ thường đi trực tiếp vào khối thoát vị, mở cổ bao thoát vị để đánh giá tình trạng ruột. Nếu ruột tốt thì đẩy vào ổ bụng và khâu phục hồi thành bụng, nếu ruột hoại tử, đường mổ tại chỗ không đủ rộng để xử lý cắt ruột thì mở thêm đường trắng giữa để xử lý.

Đối với các nội thoát vị nghẹt, chỉ có thể chẩn đoán được trong mổ. Phương pháp mổ cũng bao gồm mở rộng lỗ thoát vị để giải phóng ruột bị nghẹt và làm kín lỗ thoát vị bằng khâu trực tiếp hoặc bằng tấm sợi tổng hợp tùy trường hợp. Tùy tình trạng ruột mà cắt hoặc bảo tồn.

– Lồng ruột cấp:

Đối với lồng ruột cấp ở trẻ còn bú, đến sớm, chỉ định tháo lồng bằng bơm hơi, thụt baryt hoặc thụt nước, trên 90% có kết quả. Mổ cấp cứu nếu đến muộn, bụng trướng nhiều, tháo lồng không kết quả. Mổ tháo lồng nếu ruột còn tốt, cắt nửa đại tràng nếu ruột đã hoại tử.

Lồng ruột ở người lớn ít gặp và thường do u đại tràng và thể bán cấp. Mổ cấp cứu nếu tắc ruột cấp và xử trí như tắc do u đại tràng.

- Tắc do dị vật:
 - + Tắc do giun đũa: mổ ruột để lấy giun và khâu ruột theo chiều ngang
 - + Tắc do bã thức ăn: kiểm tra toàn bộ từ dạ dày tới góc hồi manh tràng để tránh bỏ sót. Có thể mổ ruột lấy hoặc bóp nhẹ làm vỡ khối bã thức ăn và đẩy xuống đại tràng
- Tắc do u ruột non:

Cắt rộng đoạn ruột và mạc treo tương ứng đoạn ruột có u và nối ruột ngay. Nếu không cắt được thì nối tắt.

7.2.2.2. Các nguyên nhân tắc ở đại tràng

- Tắc ở đại tràng phải (u đại tràng, xoắn đại tràng phải):

Mổ một thì: cắt đại tràng phải và nối hồi - đại tràng ngang ngay, nếu điều kiện tại chỗ và toàn thân cho phép.

- Tắc do ung thư đại tràng trái:

Mổ hai thì: làm hậu môn nhân tạo phía trên u, cắt đại tràng sau 10 – 15 ngày. Thái độ này gần như đã được thống nhất. Cắt đại tràng và đưa hai đầu ruột làm hậu môn nhân tạo hoặc phẫu thuật Hartmann (u ở đại tràng sigma), mổ nối lại đại tràng sau 3 – 4 tháng, ít được áp dụng. Cắt đại tràng toàn bộ hoặc gần toàn bộ hoặc cắt và rửa đại tràng để nối ngay còn đang được nghiên cứu.

- Xoắn đại tràng sigma: Nếu đến sớm, đặt ống thông trực tràng để thủ tháo xoắn. Nếu tháo xoắn thất bại hoặc bệnh nhân đên muộn, ruột đã hoại tử thì mổ cắt đại tràng theo phẫu thuật Hartmann, nối ruột thì hai
- Tắc ruột sau mổ:

Đối với tắc ruột sớm sau mổ: điều trị nội khoa là chủ yếu, đa số đạt kết quả, mổ khi điều trị nội thất bại hoặc có dấu hiệu nghẹt ruột.

Đối với tắc ruột xa sau mổ: mổ cấp cứu nếu tắc ruột muộn hoặc có các dấu hiệu nghi xoắn nghẹt ruột như đau dữ dội, sốc, phản ứng thành bụng, sốt, bạch cầu cao. Nếu bệnh nhân không có các dấu hiệu nặng như trên, có thể bắt đầu bằng điều trị nội khoa và theo dõi chặt chẽ, trong quá trình theo dõi nếu các dấu hiệu diễn biến nặng lên thì chuyển mổ cấp cứu.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. R. Scott Jones, MD. Intestinal Obstruction. Textbook of surgery, 14e edition, 1991: 835-842.
2. Duron JJ. Pathologie occlusive postopératoire, J. Chir, 2003, 140, N°6, 235 – 332.
3. Duron JJ. Occlusions intestinales aiguës, Rev. Prat, 2001, 5: 1670 – 1674.
4. Gignoux. M, Occlusions intestinales, Pathologie chirurgicale, Tome II, Masson, 1991: 220 – 231.
5. Murat J, Bernard J. L, Vaur J. L, Rouleau Ph, Occlusions intestinales aiguës de l'adulte, EMC, Paris, estomac, 1980, 9044A10 à 9044 C 10.
6. Tiret. E, Quelle est la conduite à tenir en situation d'urgence devant un cancer du colon. Conférence de consensus: prévention, dépistage et prise en charge des cancer du colon, Gastroenterol. Clin. Biol, 1998, 22 (3Bis): 102 – 107.

VIÊM PHÚC MẠC VÀ CÁC Ổ ÁP XE TRONG Ổ BỤNG

Nguyễn Ngọc Bích

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên tài liệu học tập: | Viêm phúc mạc và các ổ áp xe trong ổ bụng |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên năm thứ 4 |
| 5. Thời gian giảng: | 2 giờ |
| 6. Địa điểm giảng: | Giảng đường |

II. MỤC TIÊU

1. Nắm được giải phẫu phân chia ổ bụng, các nguyên nhân gây viêm phúc mạc (VPM) và các ổ áp xe trong ổ bụng
2. Phát hiện được các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của VPM và các ổ áp xe trong ổ bụng.
3. Chẩn đoán được VPM và các ổ áp xe trong ổ bụng do các nguyên nhân thông thường.
4. Trình bày được các biện pháp điều trị VPM và các ổ áp xe trong ổ bụng
5. Trình bày được các biện pháp dự phòng VPM và các ổ áp xe trong ổ bụng.

III. NỘI DUNG

3.1. Nhắc lại giải phẫu sinh lý ổ phúc mạc

3.1.1. Phúc mạc

- Lá phúc mạc là lớp thanh mạc bao phủ toàn bộ mặt ngoài các tạng và mặt trong thành bụng, phúc mạc che phủ các tạng gọi là lá tạng và che phủ thành bụng gọi là lá thành.
- Nếp phúc mạc treo các tạng vào thành bụng gọi là mạc treo (mạc treo đại tràng hay ruột non) hay mạc chằng (mạc chằng liềm). Nếp phúc mạc nối giữa các tạng với nhau gọi là mạc nối: như mạc nối lớn, mạc nối bé

3.1.2. Phân chia ổ phúc mạc: Khoang phúc mạc được chia làm 2 tầng bằng mạc treo đại tràng ngang: tầng trên và dưới đại tràng ngang.

Tầng trên mạc treo đại tràng ngang được giới hạn giữa vòm hoành và mạc treo đại tràng ngang, khu này lại được chia làm 2 bên phải và trái bởi các dây

chằng treo gan và dây chằng tròn. Ở khu bên phải thuỷ phải của gan cùng các dây chằng tam giác và dây chằng vành lại chia làm 2 khu nhỏ nữa: vùng dưới hoành phải và dưới gan. Vùng dưới gan là vị trí thấp nhất khi nằm và được gọi là rãnh Morisson. Khu bên trái cũng được chia làm 2: vùng dưới hoành trái và dưới gan trái, 2 vùng này thông thương tự do với nhau quanh gan trái, mạc nối nhỏ và dạ dày, mặt dưới gan trái tạo thành hậu cung mạc nối. Hậu cung mạc nối thông với bên phải bằng khe Winslow.

Tầng dưới mạc treo đại tràng ngang hay phần chính của ổ bụng, ở vùng này đáng chú ý nhất là túi cùng Douglas, túi cùng này thông thương với rãnh thành đại tràng hai bên và vùng giữa bụng với các ngách, giữa các mạc treo và các quai ruột non.

Lưu thông trong ổ phúc mạc có 2 điểm đáng lưu ý:

Khi có một lượng dịch từ tầng trên mạc treo đại tràng ngang trong khu vực dưới gan (rãnh Morisson) có thể di chuyển khắp nơi trong ổ bụng.

Rãnh thành đại tràng trái chỉ thông với tiểu khung mà không thông thương được với tầng trên vì có dây chằng hoành đại tràng.

3.1.3. Sinh lý ổ phúc mạc: Nhìn chung lá phúc mạc được che phủ liên tục bởi các tế bào trung biểu mô dẹt. Trong điều kiện bình thường ổ phúc mạc có chừng 30 mml dịch màu vàng có tỷ trọng 1,016 và lượng protein dưới 30 g/l dưới 300 bạch cầu/mmml chủ yếu là các đại thực bào. Độ điện giải giống như huyết tương, lượng dịch này giúp cho các tạng di chuyển dễ dàng.

Khi có tác nhân xâm nhập vào ổ phúc mạc (vi khuẩn hay hoá học) phúc mạc sẽ phản ứng lại dưới 3 dạng:

- Phản ứng của các đại thực bào tiêu diệt tác nhân tại chỗ.
- Hệ tĩnh mạch của chuyển tác nhân tới các tế bào Kuffer ở gan.
- Hệ bạch mạch.

3.2. Viêm phúc mạc

3.2.1. Định nghĩa: Là một phản ứng viêm cấp tính của lá phúc mạc với tác nhân vi khuẩn hay hoá học. Phản ứng này có thể khu trú được tác nhân gây bệnh, tiêu diệt được mà không để lại thương tổn cho phúc mạc hoặc ngược lại (không khu trú và tiêu diệt được tác nhân gây bệnh) mà tạo ra quá trình viêm cấp dưới 2 dạng toàn thể hay khu trú.

3.2.2. Phân loại:

Viêm phúc mạc tiên phát: Vi khuẩn xâm nhập vào ổ phúc mạc bằng đường máu, bạch huyết hay đường tiêu hoá nhưng không có tổn thương nhìn thấy được bằng mắt thường. Vi khuẩn gây bệnh thường là 1 loại như phế cầu khuẩn, lậu cầu, lao (có thể điều trị nội khoa)

Viêm phúc mạc thứ phát: Vi khuẩn xâm nhập vào trong ổ phúc mạc thường qua 1 đường nào đó có tổn thương nhìn thấy bằng mắt thường như tổn thương

ống tiêu hoá bệnh lý hay chấn thương. Nhiều chủng vi khuẩn gây bệnh cả ái lẫn yếm khí có mặt trong ổ bụng đồng thời (phải điều trị ngoại khoa).

3.2.3. Ảnh hưởng của VPM tới toàn thân

Phản ứng viêm của phúc mạc dẫn tới: tăng cường bài xuất dịch vào trong ổ bụng, dịch này gồm nhiều chất điện giải và protein. Viêm phúc mạc toàn thể được coi như một bỏng độ II với diện tích 50% da cơ thể. Kết hợp với vi khuẩn xâm nhập vào máu tác động lên cơ thể người bệnh bằng các độc tố của chúng.

Liệt ruột trong viêm phúc mạc dẫn tới ứ trệ dịch trong ống tiêu hóa, cùng với người bệnh không uống được và nôn nên khối lượng tuần hoàn càng giảm nghiêm trọng.

Viêm phúc mạc tác động tới tất cả các cơ quan:

- Hệ tuần hoàn: giảm khối lượng tuần hoàn do mất dịch và áp lực ổ bụng cao nên hạn chế đường máu trở về qua hệ tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ dưới. Kết hợp với các yếu tố dẫn mạch, độc tố của vi khuẩn với cơ tim... Suy tuần hoàn với nhịp tim nhanh nhỏ, loạn nhịp, độ bão hòa oxy máu giảm nghiêm trọng...
- Hô hấp: do bụng trương nên cơ hoành bị đẩy lên cao, hạn chế thở sâu, giảm thông khí. Hơn nữa tổn thương sâu sắc là màng trong (surfactant) và phù phổi do độc lực của vi khuẩn làm hạn chế hô hấp, chưa kể đến do dạ dày chướng dịch gây trào ngược lại càng hạn chế hô hấp hơn.
- Thận: trong những ngày đầu do giảm khối lượng tuần hoàn và độc tố của vi khuẩn suy thận cơ năng xuất hiện với biểu hiện đái ít, urê máu cao. Nhưng sau đó tổn thương thực sự của thận sẽ xuất hiện.
- Tổn thương gan: do giảm khối lượng tuần hoàn, thiếu oxy trong máu, tan máu do độc tố của vi khuẩn... Suy tế bào gan sẽ xuất hiện với biểu hiện tăng các men gan trong máu, hạ đường máu và rối loạn đông máu.
- Các biểu hiện khác: chảy máu đường tiêu hóa hay các rối loạn thần kinh tâm thần do các yếu tố chuyển hóa đổ dưng vào hệ thống tuần hoàn do chức năng gan giảm...

3.2.4. Triệu chứng và chẩn đoán VPM toàn thể thứ phát

3.2.4.1. Cơ năng:

- Đau bụng là dấu hiệu chính, bao giờ cũng có, thường xuất hiện tại vị trí tương ứng với tạng bị thương tổn. Tính chất đau rất dữ dội, liên tục và lan khắp ổ bụng. Đau khiến người bệnh không dám thở sâu.
- Nôn hay buồn nôn do tình trạng liệt ruột cơ năng.
- Bí rắm ỉa hoặc có khi ỉa lỏng.

3.2.4.2. Toàn thân:

Tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc nhất là đến muộn:

- Sốt cao liên tục 39 - 40°C với các cơn rét và nóng.
- Hơi thở hôi, lưỡi bẩn.
- Vẻ mặt xanh tái, vã mồ hôi trán, nét mặt nhăn nhó bởi các cơn đau.

Có thể có các dấu hiệu của shock nhiễm khuẩn nhiễm độc.

- Mạch nhanh, huyết áp tụt
- Toàn thân vật vã hay li bì.
- Đái ít

3.2.4.3. Khám bụng:

- Bụng trướng: thường trướng đều.
- Co cứng nhất là các vị trí tương ứng với các tạng bị thương tổn: ví dụ vùng hố chậu phải thường gặp trong VPM ruột thừa gay hạ sườn phải trong viêm túi mật hoại tử, vùng thượng vị trong thủng dạ dày...
- Cảm ứng phúc mạc: thăm khám chỗ nào cũng đau. Đặc biệt phát hiện khi dấu hiệu Blumberg dương tính.
- Gõ đục vùng thấp: thường muộn hay gặp trong thủng dạ dày hay ruột non...
- Mất vùng đục trước gan trong các trường hợp thủng tạng rỗng (đặc biệt là thủng dạ dày).
- Thăm trực tràng và âm đạo: túi cùng Douglas phồng và đau chói.

3.2.4.4. Xét nghiệm

- Tình trạng nhiễm khuẩn: bạch cầu cao 15 - 20000/ mml, tăng đa nhân trung tính.
- Tình trạng suy thận: Ure máu cao, Creatinine cao, rối loạn điện giải máu và thăng bằng toan-kiềm. Độ bão hòa oxy trong máu động mạch thấp.

3.2.4.5. X quang

Chụp phim bụng không chuẩn bị tư thế đứng với người khỏe và nằm với các bệnh nhân yếu cho thấy: Các dấu hiệu viêm phúc mạc:

- Liềm hơi trong các trường hợp thủng tạng rỗng.
- Mờ vùng thấp (có dịch trong ổ bụng).
- Liệt ruột: các quai ruột giãn, thành các quai ruột dày.
- Dây nếp phúc mạc thành bụng bên.

3.2.4.6. Chọc dò, chọc rửa ổ bụng: hút ra dịch đục, có mùi và nhuộm hay soi tươi tìm vi khuẩn.

Chẩn đoán trong các trường hợp khó và nghi ngờ. Kỹ thuật được tiến hành bằng cách đưa vào túi cùng Douglas qua thành bụng cạnh rốn một Catheter, qua đó truyền vào ổ bụng 500ml dịch NaCl 9%. Lấy lại dịch đã đưa vào ổ bụng và

đánh giá: Nếu dịch đục đó là viêm phúc mạc, hoặc soi nếu có trên 500 bạch cầu / ml là chẩn đoán được viêm phúc mạc.

3.2.4.7. Siêu âm:

Xác định có dịch, hơi trong ổ bụng. Hoặc có thể siêu âm phát hiện ra các thương tổn gây VPM như ổ áp xe gan vỡ, viêm ruột thừa vỡ...

3.2.4.8. CT Scanner ổ bụng: thường ít được dùng vì thăm khám lâm sàng và siêu âm đã đủ để chẩn đoán. Tuy nhiên trong một số trường hợp CT rất có giá trị với các nguyên nhân gây VPM khu trú ở sâu trên bệnh nhân to béo, thành bụng dày.

3.2.4.9. Chẩn đoán viêm phúc mạc:

* Chẩn đoán xác định:

Lâm sàng: Đau bụng liên tục khắp bụng, nôn. Bí rắm ỉa.

Khám bụng: trướng, co cứng, cảm ứng phúc mạc, gõ đục vùng thấp.

Thăm trực tràng, âm đạo: túi cùng Douglas phồng đau chói.

Xét nghiệm: Bạch cầu tăng.

Chụp X quang bụng không chuẩn bị: Liệt ruột, dịch vùng thấp, có liềm hơi.

* Chẩn đoán nguyên nhân hay các thể lâm sàng;

* VPM do thủng ổ loét dạ dày tá tràng:

- Đau bụng dữ dội, đột ngột vùng thượng vị với tính chất đau như dao đâm trên người có tiền sử đau thượng vị.
- Khám bụng co cứng như gỗ, gõ mất vùng đục trước gan (80% các trường hợp).
- Chụp bụng không chuẩn bị có liềm hơi (80%).
- Thể trạng chung trong những giờ đầu còn tốt, dấu hiệu nhiễm khuẩn sau 6-10 giờ sẽ rõ.

* VPM do viêm ruột thừa vỡ:

- Thể thông thường:

- + Đau bụng vùng hố chậu phải, thể trạng nhiễm khuẩn vừa sốt 37°5 - 38°C.
- + Sau 24 - 48 giờ đau tăng và lan khắp ổ bụng.
- + Khám có đầy đủ của dấu hiệu viêm phúc mạc.

Cũng có thể đau hố chậu phải và có ngay các dấu hiệu của VPM (viêm phúc mạc thì 1) hoặc có dấu hiệu của VRT sau đó người bệnh cảm thấy hết đau sau một thời gian (thời gian đối trá), sau đó có đau khắp bụng và có đủ các dấu hiệu của VPM (VPM thì 2) hoặc có dấu hiệu của áp xe ruột thừa sau đau hố chậu phải 4 - 5 ngày và có dấu hiệu VPM toàn thể do vỡ ổ áp xe (VPM thì 3).

* VPM do sỏi mật:

Đau bụng vùng hạ sườn phải, sốt vàng da tái diễn nay đau tăng và khắp ổ bụng. Có thể có nôn và bí rắm ỉa.

Thăm khám có biểu hiện tắc mật: da, niêm mạc vàng, gan to, túi mật to và dấu hiệu bụng co cứng hay cảm ứng phúc mạc, thăm túi cùng Douglas phồng đau.

Chụp bụng không chuẩn bị liệt ruột, bóng gan to.

Xét nghiệm có 2 biểu hiện: tắc mật như bilirubin cao và nhiễm khuẩn.

Siêu âm gan mật thấy tình trạng tắc mật và sỏi đường mật có thể thấy hình ảnh viêm túi mật hoại tử.

** VPM do ung thư đại tràng vỡ:*

Có thể có dấu hiệu bán tắc ruột (hội chứng Koenig) hay rối loạn phân nhũ ỉa máu, mũi chảy, mót dãn.. Toàn trạng giảm sút, ăn kém.

Đột nhiên đau bụng dữ dội, có thể có các dấu hiệu của tắc ruột.

Toàn trạng nhiễm khuẩn.

Khám bụng có dấu hiệu VPM. Có thể thấy khối u bên phải hay giữa bụng.

** VPM do áp xe gan vỡ:*

Bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm khuẩn, đau vùng hạ sườn phải trước đó vài ngày. Đột ngột đau vùng gan tăng lên rồi lan khắp ổ bụng. Thường có trụ mạch thoáng qua kéo dài chừng 20 - 30 phút.

Thăm khám ngoài các dấu hiệu của VPM có thể thấy gan to; túi mật không to. Da, niêm mạc nhợt, chân phù.

Chụp bụng không chuẩn bị: ngoài các dấu hiệu của VPM còn thấy bóng gan to, phản ứng góc sườn hoành màng phổi phải..

** Do viêm phần phụ:*

Thường gặp ở phụ nữ tuổi sinh nở, sốt cao.

Đau hạ vị và hai hố chậu.

Khai thác tiền sử có nhiều khí hư.

Thăm khám: Bụng có cảm ứng phúc mạc, túi cùng đau, nhiều khí hư. Chọc dò qua túi cùng sau ra nhiều mủ.

Siêu âm có thể giúp cho chẩn đoán chính xác.

** Do viêm túi Meckel:*

Khó chẩn đoán chính xác nguyên nhân trước mổ.

Lâm sàng có biểu hiện đau quanh rốn sau đó lan khắp ổ bụng ngay.

** VPM sau mổ:*

Là các biến chứng sau các phẫu thuật đường tiêu hoá.

Khó chẩn đoán vì thăm khám và phát hiện các dấu hiệu trên người bệnh vừa được phẫu thuật bụng một vài ngày cũng như tâm lý của các phẫu thuật viên.

– Lâm sàng:

Các dấu hiệu của nhiễm khuẩn, nhiễm độc sau mổ:

- + Sốt cao sau mổ (trên 75% các trường hợp). Có một số ít lại hạ thân nhiệt (thường nặng).
- + Tụt HA, mặc dù truyền dịch sau mổ đủ khối lượng cần thiết.
- + Thiếu niệu hay vô niệu
- + Bạch cầu máu cao
- + Suy hô hấp: người bệnh thường khó thở, hỗn hển.
- + Có thể chảy máu đường tiêu hoá trên: sonde dạ dày có máu.
- + Rối loạn thần kinh tâm thần: vật vã, lẫn hay mất ý thức.
- Tại chỗ:
 - + Rối loạn tiêu hoá: người bệnh thường có ỉa chảy sau mổ (25 - 30 %).
 - + Bụng trướng khi thăm khám.
 - + Dịch tiêu hoá chảy qua sonde dạ dày nhiều (30 - 40 %), bình thường không quá 1 lít/24 giờ.
 - + Vết mổ tấy có thể chảy dịch, mủ ngày thứ 4 - 5 (25 %).
 - + Chảy dịch, mủ bất thường qua ống dẫn lưu (30 - 40 %).
 - + Phản ứng thành bụng ngày thứ 6 - 7 (30 %)
 - + Túi cùng Douglas phồng đau.
- Những dấu hiệu khác:
 - + Chụp bụng không chuẩn bị: liệt ruột, mờ vùng thấp. Các dấu hiệu này rất ít có giá trị vì người bệnh vừa qua một cuộc mổ
 - + Siêu âm khó đọc vì bụng trướng nhưng cho thấy có dịch trong ổ bụng.
 - + Uống thuốc cản quang loại hoà tan trong nước có thể thấy thuốc chảy vào ổ bụng.

3.2.5. Nguyên tắc điều trị VPM toàn thể

Phải hồi sức trước mổ:

- Tuần hoàn: Bồi phụ lại lượng dịch đã mất do nôn không ăn uống được
- Điều chỉnh các rối loạn nước và điện giải,
- Sonde dạ dày hút cho bụng bớt chướng, thở ôxy tăng hô hấp,
- Dùng kháng sinh trước mổ.

Nguyên tắc điều trị ngoại khoa:

- Mở bụng rộng rãi, đường trắng giữa trên hoặc dưới rốn.
- Tìm và giải quyết nguyên nhân gây VPM càng đơn giản càng tốt

- Lau rửa ổ bụng bẩn.
- Đặt ống dẫn lưu hay hệ thống rửa ổ bụng.
- Kháng sinh sau mổ.

Những ổ áp xe trong ổ bụng hay VPM khu trú.

** Nguyên nhân và phân loại.*

Nguyên nhân thường do:

- Bục các miệng nối đường tiêu hoá sau mổ.
- Khu trú của dịch bẩn trong các phẫu thuật viêm phúc mạc mà lau ổ bụng không hết hay đặt dẫn lưu không tốt.
- Tổn thương các tạng nhưng được khu trú lại như áp xe gan vỡ, VRT vỡ mủ...

Được chia làm 3 loại thông thường:

- Áp xe dưới cơ hoành: những ổ áp xe trong giới hạn vòm hoành và tầng trên mạc treo đại tràng ngang.
- Áp xe trong gốc rễ mạc treo ruột.
- Áp xe túi cùng Douglas.

Ngoài ra tùy vị trí mà có cách gọi tên các ổ áp xe trong ổ bụng khác nữa như: áp xe thành rãnh đại tràng phải, trái; hố chậu phải, trái.

** Lâm sàng và chẩn đoán*

- Những dấu hiệu nhiễm khuẩn nhiễm độc:
 - + Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt cao 39 - 40°C có kèm theo rét run.
 - + Thể trạng chung của người bệnh suy kiệt nhanh: vẻ mặt hốc hác nhăn nhó vì đau, chán ăn, da nhợt mồ hôi, xanh tái.
 - + Đái ít, ure máu cao.
 - + Bạch cầu máu cao 15 - 20000/mml chủ yếu là đa nhân trung tính.
- Những dấu hiệu tại chỗ
 - + Áp xe dưới cơ hoành: Đau vùng đáy ngực khi thở, khiến người bệnh không dám thở sâu, khó thở, có thể có các dấu hiệu kích thích vòm hoành: nấc.

Vùng thành ngực hay bụng ngực có thể nề, ấn có điểm đau chói.

- + Áp xe trong gốc mạc treo ruột: Có thể ỉa lỏng, đau bụng nếu ổ áp xe to có thể có các dấu hiệu chèn ép như bán tắc ruột. Khám có thể thấy một khối gianh giới rõ, mềm và đau.
- + Áp xe túi cùng Douglas: Có dấu hiệu kích thích hệ tiết niệu như đái khó hay đái buốt, rất và có khi bí đái. Đặc biệt kích thích vùng hậu

môn trực tràng: giai đoạn đầu thường khó và đau khi ỉa, giai đoạn sau bớt dần và đi ngoài liên tục, phân lẫn mũi nhầy như hội chứng lỵ. Thăm trực tràng có 2 dấu hiệu đặc biệt: cơ thắt hậu môn nhão và túi cùng Douglas phồng đau chói.

- X quang:

- + Chụp bụng không chuẩn bị trong áp xe dưới cơ hoành thường thấy vòm hoành lên cao, mờ và có mức nước hơi tương ứng với ổ áp xe khi có dấu hiệu này cần chụp phim nghiêng để biết xem vị trí của ổ áp xe ở trước hay sau. Trường hợp ổ áp xe ở bên trái dễ lầm với túi hơi dạ dày nên cho người bệnh uống một ngụm thuốc cản quang để dễ phân biệt.

Với các ổ áp xe trong gốc rễ mạc treo ruột chụp bụng không chuẩn bị có thể thấy các quai ruột bị chèn ép ra xung quanh, có thể có mức nước - hơi, các quai ruột non quanh ổ áp xe có thể bị liệt (dẫn hơi). Chụp lưu thông ruột giai đoạn ruột non có thể thấy rõ dấu hiệu các quai ruột bị đẩy ra xung quanh.

- + Siêu âm ổ bụng: có giá trị chẩn đoán cho tất cả các ổ áp xe trong ổ bụng và túi cùng Douglas.
- CT Scanner: thấy rất rõ thương tổn tuy nhiên vẫn còn hạn chế về kinh tế nhưng rất có giá trị trong các trường hợp khó và ở sâu. Cũng như siêu âm dựa vào CT Scanner người ta có thể xác định được đường để chọc và dẫn lưu các ổ áp xe.
- Chọc dò: thường được tiến hành trong giai đoạn cuối để xác định chẩn đoán và mở đầu cho việc điều trị. Có sự hướng dẫn của siêu âm và CT scanner là tốt nhất. Thường chọc ở vị trí gần nhất và đi ngoài ổ phúc mạc hút ra mủ và hơi thối, nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.

* Nguyên tắc điều trị:

- Người bệnh bao giờ cũng được chuẩn bị chu đáo như hồi sức trước mổ: truyền dịch, kể cả máu nếu cần thiết.
- Phải dùng kháng sinh toàn thân phổ rộng.
- Dựa trên nguyên tắc dẫn lưu ổ áp xe ngoài phúc mạc. Trước khi dẫn lưu phải được chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT scanner. Một số trường hợp phải mổ bụng để dẫn lưu khi chọc hút thất bại hoặc những ổ áp xe ở sâu không thành hóa nhưng phải hạn chế lây bẩn ra ổ bụng..
- Áp xe dưới cơ hoành tùy theo vị trí trước sau hay bên mà có đường chọc và dẫn lưu thích hợp:
- Áp xe dưới cơ hoành phải trên gan phía trước Rạch da dưới sườn phải đến phúc mạc không rạch nữa đẩy phúc mạc xuống thấp chọc dò hướng lên phía trên hút ra mủ, hơi thối, đặt dẫn lưu.
- Áp xe dưới cơ hoành bên trái thì cách làm tương tự như bên phải phía trước.
- Áp xe dưới cơ hoành bên phải phía sau thường khó giải quyết hơn sau khi rạch da, rạch lớp cơ lưng to, rạch lớp cơ răng, cắt xương sườn 12 rồi vào ổ

áp xe. Thường đặt dẫn lưu có đường kính lớn để dẫn lưu và rửa ổ mủ. Với các ổ áp xe do bọc miệng nối sau mổ để có rò đường tiêu hoá qua dẫn lưu sau này.

- Áp xe trong gốc rễ mạc treo:

Nếu đã thành hoá phía trước thì xử lý dễ dàng dẫn lưu ngoài phúc mạc, tương đối khó khi ổ mủ chưa thành hoá với thành bụng bên hay trước, phải mở bụng để dẫn lưu những ổ áp xe ở sâu. Chú ý phải cách ly ổ áp xe với phần bụng sạch, tránh lây bẩn và phải đặt dẫn lưu.

- Áp xe túi cùng Douglas:

Người bệnh nằm tư thế sản khoa, dẫn lưu áp xe qua thành trước trực tràng sau khi chọc dò hút ra mủ. Với phụ nữ đã sinh đẻ, dẫn lưu ổ mủ qua túi cùng âm đạo.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giải phẫu bụng: phần phúc mạc.
2. Triệu chứng học ngoại khoa.
3. Bệnh học Ngoại khoa.
4. Bách khoa bệnh học (viêm phúc mạc).

UNG THƯ DẠ DÀY

Đỗ Trường Sơn

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1. Tên môn học; | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên tài liệu học tập: | Ung thư dạ dày |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên năm thứ 4 |
| 5. Thời gian giảng: | 2 giờ |
| 6. Địa điểm giảng: | Giảng đường |

II. MỤC TIÊU

1. Biết các yếu tố dịch tễ học lâm sàng trong ung thư dạ dày (UTDD).
2. Nắm được giải phẫu, giải phẫu bệnh lý giai đoạn tổn thương trong ung thư của dạ dày và các nhóm hạch liên quan.
3. Nắm vững các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư dạ dày.
4. Chẩn đoán được các giai đoạn của UTDD.
5. Nắm vững các nguyên tắc và phương pháp điều trị ung thư dạ dày.
6. Các biện pháp dự phòng phát hiện sớm UTDD.

III. NỘI DUNG CHÍNH

1. Đại cương

- Ung thư dạ dày (UTDD) bao gồm mọi tổn thương ác tính từ tâm vị tới môn vị với 2 loại:
 - + Carcinoma: 90 - 95%
 - + Sarcoma: 5 - 10%
- Là loại ung thư hay gặp nhất trong các ung thư đường tiêu hoá.
- Hay gặp ở tuổi 45 - 50, tỷ lệ nam/nữ = 2:1
- Bệnh có tính chất gia đình.
- Một số yếu tố thuận lợi:
 - + Thức ăn giàu nitrat, nitrozamin...

- + Các thương tổn tiền ung thư: viêm teo dạ dày, polype, bệnh Biermer...
- + Vi khuẩn *Helicobacter* trong dạ dày.
- Triệu chứng lâm sàng của ung thư dạ dày mơ hồ nên thường chẩn đoán được trong giai đoạn muộn.

2. Giải phẫu bệnh lý

2.1. Vị trí

- Hay gặp nhất ở vùng hang-môn vị: 50 - 60%
- Bờ cong nhỏ: 25 - 30%
- Tâm vị: 10%
- Bờ cong lớn: ít gặp

2.2. Đại thể

- Thể u sùi: u sùi vào lòng dạ dày, thường kèm theo loét và hoại tử ở giữa.
- Thể loét: ổ loét to hoặc nhỏ, đáy gồ ghề, bờ cứng không đều, gồ lên thành viền cứng. Thể này thường gặp ở người trẻ.
- Thể thâm nhiễm cứng: thương tổn thâm nhiễm cứng từng phần. Có loại tổn thương thâm nhiễm cứng toàn bộ thành dạ dày. Loại này phát triển nhanh, tiên lượng xấu.

2.3. Vi thể

Có 2 loại ung thư:

- Ung thư biểu mô (carcinome) chiếm tới 90% số trường hợp, trong đó chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinome).
- Ung thư tổ chức liên kết (sarcome) chiếm 10% bao gồm u cơ trơn (leiomyosarcome), u lympho, u thần kinh (schwannome).

Có 2 loại tổn thương cơ bản:

- Tổn thương ung thư xuất phát từ lớp biểu mô lót của niêm mạc dạ dày. Các tế bào này sắp xếp thành hình ống hoặc bè, giống như cấu trúc tuyến của dạ dày gọi là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinome). Loại này chiếm đa số trường hợp trong UTDD. Loại adenocarcinome không biệt hoá ít gặp nhưng tiên lượng rất xấu.
- Tổn thương do quá trình phản ứng phối hợp.
 - + Thâm nhiễm cứng các tổ chức xơ.
 - + Lớp dưới niêm mạc dày lên.

2.4. Thâm nhiễm

- Theo chiều sâu: qua các lớp giải phẫu của dạ dày: niêm mạc - dưới niêm mạc - cơ - thanh mạc và xâm lấn vào tổ chức xung quanh. Xâm lấn theo chiều sâu là cơ sở để phân loại ung thư sớm và ung thư tiến triển.
- Theo bề rộng: lan rộng trên bề mặt dạ dày. Ở lớp dưới niêm mạc tổn thương thường lan ra xung quanh, trên và dưới. Xâm lấn theo chiều rộng là cơ sở cho phẫu thuật cắt dạ dày.
- Theo hệ thống bạch huyết: người ta phân chia hệ thống bạch huyết quanh dạ dày theo từng vị trí từ gần đến xa, bao gồm 16 nhóm hạch:

1 và 2: cạnh tâm vị	10: rốn lách
3. bờ cong nhỏ	11: động mạch lách
4. bờ cong lớn	12: cuống gan
5 và 6: trên và dưới môn vị	13: sau tụy
7: vành vị	14: mạc treo ruột non
8: gan chung	15: mạc treo đại tràng ngang.
9: thân tạng	16: động mạch chủ

Các nhóm này được chia thành 3 chặng liên quan đến loại phẫu thuật viết tắt là R1, R2, R3 (R = resection).

R1 = nhóm hạch từ 1-6

R2 = nhóm hạch từ 7 - 11

R3 = nhóm hạch từ 12 - 16

- Theo đường máu: tế bào ung thư theo đường máu đi đến các tạng như phổi, xương, buồng trứng...
- Xâm lấn vào các tạng xung quanh.

2.5. Phân loại

2.5.1. Phân loại theo thương tổn

Ung thư dạ dày giai đoạn sớm: là những thương tổn ung thư chỉ có ở bề mặt niêm mạc và dưới niêm mạc dạ dày, chưa vượt qua lớp cơ niêm, có hay không có di căn hạch, còn gọi là ung thư nông. Loại này được các tác giả Nhật Bản chia thành 3 loại:

- + Loại I: U dạng lồi, đội niêm mạc lên cao.
- + Loại II: U bề mặt, chia làm 3 loại.
 - IIa: U đội niêm mạc hơi cao hơn.
 - IIb: U phẳng dẹt.

- IIc: U kéo niêm mạc hơi lõm xuống.
- + Loại III: U thể loét là những thương tổn loét nông, bờ không rõ, lan trên bề mặt, niêm mạc xung quanh mất nếp.

Đây là loại ung thư có tiên lượng khá tốt, tỷ lệ sống 5 năm sau mổ có thể đạt tới trên 90%.

- Ung thư dạ dày tiến triển: là những ung thư đã vượt qua lớp cơ niêm mạc hoặc còn lan xa hơn sang các tạng xung quanh, chia làm 3 loại:
- Ung thư thể loét.
- Ung thư thể sùi.
- Ung thư thể thâm nhiễm cứng.

2.5.2. Phân loại theo tiến triển: đây là loại ung thư dạ dày theo tổ chức Y tế Thế giới gọi là phân loại TNM:

T1: Ung thư giới hạn ở niêm mạc.

T2: U xâm lấn qua niêm mạc và dưới niêm mạc.

T3: U xâm lấn ra tới thanh mạc.

T4: U xâm lấn toàn bộ các lớp của dạ dày và ra các tạng xung quanh.

N0: Không có di căn hạch.

N1: Di căn tới hạch bên cạnh khối u đầu tiên.

N2: Di căn tới hạch lân cận và những hạch ở xa theo 2 bờ cong dạ dày.

M0: Không có di căn xa.

M1: Di căn xa.

Căn cứ vào các thương tổn trên người ta chia các giai đoạn tiến triển sau:

Giai đoạn I	a	T1	N0	M0
	b	T2	N0	M0
	c	T3	N0	M0
Giai đoạn II		T4	N0	M0
		T1 - T3	N1	M0
Giai đoạn III		T1 - T4	N2	M0
Giai đoạn IV		T2 - T4	N0 - N2	

3. Nguyên tắc điều trị ung thư dạ dày

Ung thư dạ dày nếu không phát hiện và điều trị phẫu thuật được ở giai đoạn sớm sẽ phát triển nhanh chóng, dẫn đến bệnh nhân gầy sút, suy kiệt, di căn xa và tử vong chỉ trong khoảng thời gian ngắn 5 - 6 tháng.

3.1. Nguyên tắc

- Phẫu thuật là chỉ định bắt buộc trong ung thư dạ dày. Nếu mổ sớm, tỷ lệ sống 5 năm rất cao (>95%).
- Phẫu thuật triệt căn: bao gồm cắt bỏ rộng rãi khối u theo nguyên tắc lấy bỏ thương tổn ít nhất là 5cm trên khối u đồng thời phải nạo vét hạch kỹ. Có người chủ trương cắt toàn bộ dạ dày theo nguyên tắc.

3.2. Phẫu thuật

- Cắt bán phần dạ dày rộng rãi:
 - + Cắt trên u 5cm.
 - + Lấy toàn bộ mạc nối lớn.
 - + Nạo vét hạch tới R3.
 - + Cắt toàn bộ dạ dày.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Sách bệnh học ngoại khoa trường ĐHY Hà Nội

UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Đỗ Trường Sơn

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên tài liệu học tập: | Ung thư đại tràng |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên năm thứ 4 |
| 5. Số tiết: | 2 tiết |
| 6. Địa điểm dạy học: | Giảng đường |

II. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- Trình bày được nguyên nhân của ung thư đại tràng
- Trình bày được thương tổn giải phẫu bệnh của ung thư đại tràng
- Trình bày được triệu chứng của ung thư đại tràng
- Trình bày được các biến chứng thường gặp của ung thư đại tràng
- Trình bày được các nguyên tắc điều trị phẫu thuật.

2. Thái độ

- Xác định đúng các triệu chứng của bệnh
- Biết vận dụng các triệu chứng và thăm dò cận lâm sàng để chẩn đoán một số trường hợp ung thư đại tràng

3. Kỹ năng

- Khám và phát hiện được các triệu chứng của ung thư đại tràng
- Đề xuất các thăm dò cận lâm sàng
- Biết chỉ định loại phẫu thuật với một trường hợp ung thư đại tràng

III. NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Ung thư đại tràng là một bệnh khối u phổ biến nhất tại ruột già, trong bài này chủ yếu đề cập đến loại ung thư biểu mô tuyến

1.2. Dịch tễ học và cơ chế bệnh sinh

Tại nước Anh hàng năm có 17000 ca chết vì bệnh này, tỷ lệ này không thay đổi nhiều trong khoảng 40 năm nay. Tỷ lệ chết vì bệnh này chiếm khoảng 12% trong các tử vong do ung thư nói chung, đứng hàng thứ hai sau ung thư phế quản ở nam giới và sau ung thư vú ở nữ giới. Tỷ lệ mắc khác nhau không đáng kể giữa nam và nữ.

Theo tính chất địa lý thì phân bố của bệnh khác nhau, các nước vùng nhiệt đới có tỷ lệ mắc thấp hơn ví dụ tại Canada cao nhất rồi giảm dần qua Hoa Kỳ rồi thấp hơn tại Trung Mỹ.

1.3. Nguyên nhân

- Việc ăn uống với nhiều chất xơ và để lại nhiều thành phần cặn dư trong phân thì tránh được ung thư đại tràng so với chế độ ăn ít chất xơ bã kèm theo là thức ăn tinh chất, chế độ ăn tinh chất cũng thường gặp tại các nước có nền kinh tế phát triển. Chế độ ăn nhiều mỡ động vật và thịt đỏ và ít rau cũng làm dễ mắc ung thư hơn. Uống nhiều bia cũng có thể làm tăng ung thư đại tràng.
- Nguyên nhân ung thư đại tràng còn liên quan đến chuyển hoá của vi khuẩn ruột, nồng độ acid mật trong phân cũng liên quan đến nguy cơ ung thư. Cũng liên quan đến nhóm cơ chế này còn có giả thiết rằng nếu được cung cấp đầy đủ canxi cho khẩu phần ăn thì giúp giảm ung thư.
- Các nguyên nhân khác được nhắc đến ít hơn là thiếu hụt vi chất seleni trong môi trường sống, hút thuốc lá uống rượu và tăng cholesterol trong máu, phối hợp với cuộc sống ít vận động thân thể. Hiếm hơn có tác giả nói đến sự phối hợp ung thư đại tràng với thương tổn Barrett thực quản, với bệnh nhân có tiền sử cắt dạ dày trong nhiều năm (có lẽ những bệnh nhân này cũng không nằm ngoài quy luật thay đổi thành phần chất xơ trong thức ăn, tốc độ lưu chuyển của ruột, thay đổi thành phần vi sinh vật)
- Năm nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao được nêu lên là:
 - + Có u tuyến adenoma tại đại trực tràng. Bệnh nhân đã được cắt một khối ung thư đại trực tràng mà phần còn lại có biểu hiện ứ đọng.
 - + Người trong gia đình có hội chứng polyp adenomate gia đình.
 - + Người trong gia đình có người mắc bệnh ung thư đại tràng.
 - + Một số bệnh nhân có viêm loét đại tràng mãn tính toàn thể.
 - + Nguyên nhân do gen cũng được xác định trong các nghiên cứu mới, đó là c-myc, ras P21 liên quan đến tính biệt hoá và sự trưởng thành của tế bào ung thư.

1.4. Tỷ lệ mắc bệnh

Bệnh có thể mắc bất kể lứa tuổi nào, tuy nhiên nhiều nhất là trong khoảng 50 đến 80 tuổi mà đỉnh cao nhất là độ tuổi 50 đến 70 tuổi.

Tỷ lệ mắc tại các phân đoạn của đại tràng cũng khác nhau tùy theo nghiên cứu, một ví dụ là: 38% tại trực tràng, phần còn lại thì đại tràng xích ma chiếm một nửa, manh tràng và đại tràng lên chiếm một phần tư, còn lại theo thứ tự giảm dần là đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng góc lách, đại tràng góc gan.

1.5. Giải phẫu bệnh

- Ung thư đại tràng có cấu trúc dạng cột tế bào do các tế bào ung thư tạo thành, một số có biểu hiện thoái hoá thành chất keo hay niêm dịch. Tế bào ung thư đại tràng có độ biệt hoá khác nhau nên tính chất ác tính của chúng cũng khác nhau; gồm có loại biệt hoá cao, biệt hoá vừa và biệt hoá thấp, loại không biệt hoá là loại ác tính nhất với khả năng di căn rất sớm. Kích thước khối u vì vậy không phản ánh hoàn toàn tiên lượng và khả năng di căn.
- Ung thư thường di căn lên gan và làm thuyên tắc tĩnh mạch cửa, di căn lên phổi. Di căn hạch thường diễn ra theo từng chặng gần khối u trở ra nhưng cũng có thể chỉ là một hạch viêm
- Thương tổn đại thể bao gồm các loại:

Khối u lồi, thể thâm nhiễm hình vòng nhẫn, thể ổ loét, thể tiết nhầy, thể thâm nhiễm cứng lan rộng ngay từ đầu, thể nhiều ung thư nguyên phát trên một đại tràng

- Các hình thức lan toả một khối u: Lan toả theo chiều dài của đoạn ruột, lan toả theo bề dày của ruột, theo đường máu đường bạch huyết, ngoài ra còn có cách lan toả theo lòng ruột. Trong giai đoạn muộn của bệnh tế bào ung thư lan tràn ra phúc mạc làm dính bề mặt thanh mạc của thương tổn với các tạng lân cận như ruột non, bàng quang, tử cung. Các vị trí rất nhỏ trên bề mặt phúc mạc là nguyên nhân gây tràn dịch trong ổ phúc mạc tự do. Có 3 nhóm di căn hạch bạch huyết là: di căn nhóm bạch huyết trong thành ruột, di căn nhóm trung gian là phần tiếp nối giữa tạng và hạch, nhóm gốc thuộc các tuyến của cuống mạch đến các phần đại tràng.

2. Triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán

Triệu chứng sẽ khác nhau tùy thuộc thể thâm nhiễm, độ tế bào, giai đoạn bệnh và vị trí của khối u trên đại tràng:

Đau bụng, thay đổi thói quen đại tiện, đại tiện phân nhày máu, gày sút nhanh, có thể tự sờ thấy khối u, nôn, thiếu máu, suy dinh dưỡng, hội chứng bán tắc ruột, đại tiện ra máu, giả mót rặn, ỉa không tự chủ, có thể cả tràn dịch màng bụng, thủng đại tràng, áp xe hoặc rò đại tràng là biến chứng nhưng cũng là triệu chứng đầu tiên của bệnh.

Nhìn chung triệu chứng lúc đầu của bệnh là mơ hồ và không đặc hiệu, tổng hợp các triệu chứng trên có thể ẩn dưới một biểu hiện nhầm lẫn với các bệnh đường ruột khác khiến thầy thuốc bỏ qua cơ hội phẫu thuật triệt căn của bệnh.

3. Các chẩn đoán cận lâm sàng

3.1. Soi đại tràng ống mềm: thấy hình ảnh thương tổn trên toàn đại tràng và kết hợp lâm sinh thiết.

3.2. Chụp đại tràng barit: hình ảnh thương tổn thâm nhiễm đánh giá tốt chiều dài của thương tổn gián tiếp đánh giá chiều sâu thương tổn.

Hình ảnh của khối u được thể hiện là hình thâm nhiễm cứng, hình cắt cụt, hình còng cua, đáy chén hoặc hình khuyết cứng kèm theo chít hẹp trên một đoạn dài.

3.3. Định lượng kháng nguyên liên kết ung thư CEA: là kháng nguyên lưu hành trong máu có độ nhạy và đặc hiệu trong chẩn đoán từ 70% đến 80%.

3.4. Các yếu tố tiên lượng: Tiên lượng phụ thuộc chủ yếu vào độ ác tính của tế bào ung thư và giai đoạn phát triển của bệnh, tức là mức độ lan tràn tại chỗ và theo đường bạch huyết, thời gian sống thêm sau mổ thay đổi nhiều tùy theo kết quả phẫu thuật, phương pháp điều trị hiệu quả nhất trong mọi trường hợp.

Tiêu chuẩn tiên lượng có thể dựa vào phân loại giai đoạn theo Duke để tham khảo.

3.5. Điều trị phẫu thuật

Nguyên tắc: phẫu thuật cắt bỏ khối u triệt để, nạo vét hạch bạch huyết liên quan đến khối u, lập lại lưu thông tiêu hóa của đại tràng.

Các phương pháp phẫu thuật:

- Cắt đại tràng phải.
- Cắt đại tràng ngang.
- Cắt đại tràng trái.
- Cắt đại tràng xích ma.
- Cắt đại tràng gần toàn bộ (để lại trực tràng).
- Phẫu thuật nối tắt hồi đại tràng để lại khối u.

Sau khi phẫu thuật cắt đại tràng cho bệnh nhân cần theo dõi để phát hiện tái phát tại chỗ và di căn xa.

IV. PHƯƠNG PHÁP DẠY HỌC

Kiến thức cần chuẩn bị: Giải phẫu bụng trong đó có giải phẫu đại tràng, sinh lý của đại tràng.

Phương pháp: trình bày nội dung từng phần, minh họa nội dung bằng các hình ảnh chiếu trên phim đèn chiếu.

Nêu tài liệu tham khảo, để sinh viên tự đọc sách.

Phương tiện dạy học: bảng chiếu, data projector, bài phát tay.

V. PHƯƠNG PHÁP LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi truyền thống: nêu các triệu chứng của ung thư đại tràng, nêu các phương pháp thăm dò cận lâm sàng để chẩn đoán ung thư đại tràng và giá trị của các phương pháp này.

Câu hỏi tình huống: một bệnh nhân sau mổ cắt đại tràng trái hai năm cần đánh giá tái phát tại chỗ bằng phương pháp nào?

- Chụp đại tràng barit.
- Soi đại tràng ống mềm.
- Định lượng CEA.
- Chụp cắt lớp vi tính.
- Chụp phổi thẳng.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Sách bệnh học ngoại khoa trường ĐHY Hà Nội

SỎI MẬT

Nguyễn Ngọc Bích

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học:	Ngoại bệnh lý
2. Tên tài liệu học tập:	Sỏi mật
3. Bài giảng:	Lý thuyết
4. Đối tượng:	Sinh viên năm thứ 4
5. Thời gian giảng:	2 tiết
6. Địa điểm giảng:	Giảng đường

II. MỤC TIÊU

1. Sinh viên nắm vững giải phẫu đường mật, khái niệm bệnh tắc mật do sỏi chủ yếu là sỏi ống mật chủ (OMC).
2. Sinh viên hiểu rõ đặc điểm sỏi mật ở Việt Nam (dịch tễ, nguyên nhân).
3. Áp dụng được các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán xác định bệnh sỏi OMC và các biến chứng.
4. Chẩn đoán phân biệt với các tắc mật khác và các bệnh vàng da.
5. Thái độ xử trí và các phương pháp điều trị sỏi mật (OMC) và các biến chứng.

III. NỘI DUNG CHÍNH

3.1. Giới hạn và các đặc điểm sỏi ống mật chủ (OMC) ở Việt Nam

Đường mật của người bao gồm: Đường mật chính và đường mật phụ (túi mật).

Đường mật chính được chia làm 2 phần trong và ngoài gan, đường mật trong gan được hình thành bởi các tiểu quản mật xuất phát từ khoảng cửa của các tiểu thùy gan. Nhiều các ống mật nhỏ tập trung thành các nhánh mật lớn hơn và tạo thành 8 nhánh mật hạ phân thùy. Tám nhánh mật hạ phân thùy được sắp xếp theo chiều kim đồng hồ theo cách phân chia như sau: Hạ phân thùy II, III, IV thuộc gan trái, tạo thành ống gan trái. Hạ phân thùy V, VI, VII và VIII thuộc gan phải, tạo thành ống gan phải. Nhánh mật hạ phân thùy I xuất phát từ thùy đuôi của gan, nhánh này có thể đổ vào ống gan phải hoặc trái.

Ống gan phải và trái hợp với nhau ở rốn gan tạo nên ống gan chung. Ống gan chung đổi tên khi ống cổ túi mật đổ vào gọi là ống mật chủ. Ống mật chủ dài

chùng 5 - 7cm, đường kính khoảng 0,8cm chạy tiếp xuống đổ vào đoạn II của tá tràng qua bóng Vater.

Tùy vị trí của sỏi ở phần nào của đường mật mà người ta gọi sỏi mật ở phần đó ví dụ như sỏi trong gan phải, trái, túi mật. Tuy nhiên có quy định sỏi từ hợp lưu 2 ống gan xuống phần thấp của đường mật được gọi chung là sỏi OMC

Những đặc điểm cơ bản của sỏi OMC ở Việt Nam:

Tổn thương giải phẫu bệnh trong sỏi mật:

- Sỏi: số lượng từ 1 đến nhiều, màu vàng, đen. Hình dạng bầu dục hay đóng hình OMC. Mật độ mềm dễ vỡ. Nhiều trường hợp có cả giun sống hoặc chết trong đường mật. Có và hiếm cả sỏi lá gan phổi hợp.
- Ảnh hưởng của sỏi với gan: gan to ú mật giai đoạn đầu, có thể có các ổ áp xe trong trường hợp viêm, áp xe đường mật, có thể gan xơ ú mật ở giai đoạn cuối.
- Đường mật: giãn, thành viêm dày, có thể viêm loét thủng đặc biệt là túi mật. Nước mật bẩn có bùn mật, nuôi cấy nước mật thường có các vi khuẩn đường ruột gây bệnh đặc biệt là E. Coli.
- Nguyên nhân hình thành sỏi được nhiều tác giả chấp nhận đó là ú trệ và nhiễm khuẩn đường mật, đặc biệt là vai trò của giun đũa. Phần lớn các bệnh nhân sỏi OMC đều có tiền sử những lần đau bụng kiểu giun chui ống mật. Nghiên cứu cấu trúc sỏi người ta thấy lõi của sỏi có xác và trứng giun đũa.
- Vi khuẩn E.Coli trong đường mật tiết ra men Beta - Glucoronidase phân huỷ glucoronide một dạng của bilirubine kết hợp để tạo thành muối calci bilirubinate. Vi khuẩn này cũng giải phóng ra phospholipase men này biến Lecithine trong mật thành Isolecithine và một số chất nữa tạo điều kiện thuận lợi cho chúng kết hợp với calci để tạo thành các muối mật, thành phần của sỏi mật.
- Thành phần của sỏi mật ở nước ta chủ yếu là sắc tố mật và muối mật (Calcium Bilirubinate). Trong khi đó ở các nước phương Tây và Bắc Mỹ lại thấy thành phần sỏi của các nước họ là cholesteroles. Cơ chế hình thành sỏi mật ở các nước đó là do rối loạn chuyển hoá cholesteroles và tại túi mật sau đó sỏi di chuyển xuống OMC.
- Sỏi OMC ở ta có thể hình thành tại chỗ hay trên gan rơi xuống. Ít sỏi OMC đơn thuần. Theo thống kê của các bệnh viện cả nước trong những năm gần đây sỏi OMC phối hợp với sỏi trong gan khoảng 60-80 %, các trường hợp.

3.2. Triệu chứng sỏi OMC

Khi sỏi được hình thành trong OMC, ngày càng phát triển về kích thước có thể im lặng không gây ra các triệu chứng lâm sàng rõ ràng (20%). Do vậy biểu hiện lâm sàng có nhiều dạng không đầy đủ.

Tuy nhiên trong các đợt cấp hay thể điển hình sẽ thấy các dấu hiệu sau:

3.2.1. Cơ năng: Tam chứng Charcot tái nhiều lần:

- Đau bụng vùng gan kiểu giun chui ống mật thường rất dữ dội do sỏi gây tắc hoàn toàn hay bán phần đường mật làm cho áp lực đường mật tăng cao đột ngột. Thường đau xuất hiện vùng gan hạ sườn phải xuyên ra sau lưng hay lên vai phải cũng có khi đau vùng thượng vị nên dễ nhầm với cơn đau do ổ loét dạ dày tá tràng. Trong lúc đau nếu ăn hay uống đau sẽ tăng nên do đường mật bị kích thích.
- Sốt xuất hiện sau các cơn đau 6 - 12 giờ do viêm đường mật với các cơn sốt rét run và vã mồ hôi sau đó nhiệt độ có thể trở lại bình thường hoặc hơi tăng.
- Vàng da sau đau bụng và sốt 24 - 48 giờ là dấu hiệu quan trọng do ứ trệ và tắc đường mật, có thể rất rõ hay kín đáo tùy mức độ tắc mật.

Các triệu chứng trên thường xuất hiện trong thời gian từ 5 - 7 ngày rồi người bệnh lại hoàn toàn bình thường hoặc tiến triển nặng hơn nữa.

Trong các đợt tắc mật có thể thấy người bệnh đái ít nước tiểu sẫm màu như nước vối và ngứa.

3.2.2. Thực thể: Da niêm mạc vàng thường dễ phát hiện trong các trường hợp rõ ràng những trường hợp không rõ phải thăm khám củng mạc mắt, lòng bàn tay.

- Gan to thường đều và cả 2 thùy, mật độ mềm, rung gan đau. Túi mật to có thể rất rõ di động theo nhịp thở đôi khi xuống gần hố chậu phải. Khi tắc mật lâu ngày và sau các đợt viêm đường mật, túi mật có thể bị viêm teo nhỏ lại, khi thăm khám không thấy túi mật to mà lúc đó nghiệm pháp Murphy sẽ dương tính.

3.2.3. Toàn thân: Tình trạng nhiễm khuẩn: lưỡi bẩn, hơi thở hôi, sốt 39 - 40°C. Có thể xuất hiện các dấu hiệu của suy thận như đái ít hay vô niệu trong các đợt viêm đường mật nặng. Có thể có các đám chảy máu ở củng mạc mắt hay dưới da.

3.2.4. Các dấu hiệu máu và sinh hoá

- Tình trạng nhiễm khuẩn: Số lượng bạch cầu tăng trên 10 - 15.000/ml, chủ yếu tăng bạch cầu đa nhân trung tính.
- Tắc mật:
 - + Bilirubine máu tăng chủ yếu là loại trực tiếp (bình thường 17mmol/l)
 - + Men photphat kiềm tăng (bình thường 10 đơn vị KingAmstrong).

Trong các đợt viêm đường mật nặng có thể có các dấu hiệu của:

- Suy thận: urê máu cao, creatinine máu cao.
- Rối loạn chức năng gan về đông máu: Tỷ lệ prothombine giảm, kéo dài thời gian đông máu. Ở giai đoạn nặng có thể thấy các dấu hiệu của đông máu rải rác trong lòng mạch (CIVD).
- Suy tế bào gan: các men gan cao do các tế bào gan bị hủy hoại.

3.2.5. Các biện pháp chẩn đoán hình ảnh

- **X quang:** Sỏi OMC không cản quang nhưng chụp gan xa có thể cho thấy hình ảnh gan to, bóng túi mật to.
- **Siêu âm gan mật:** gan to, tình trạng nhu mô gan, đường mật trong và ngoài gan giãn, tình trạng túi mật và các thương tổn khác phối hợp. Sỏi là những đám đậm âm kèm bóng cản ở các vị trí khác nhau trong OMC hay trên gan phối hợp.
- **Chụp đường mật:**
 - + Bằng đường uống hay tĩnh mạch ít được sử dụng hiện nay
 - + Qua nhu mô gan có giá trị cao nhưng ngày càng ít được dùng vì có biến chứng và chỉ còn một số ít trường hợp được làm trước mổ.
 - + Qua đường nội soi (ERCP) đang được sử dụng rộng rãi và có kết quả tốt. Ngoài khả năng chẩn đoán qua nội soi có thể mở cơ thắt lấy sỏi.
 - + Trong lúc mổ.
 - + Nội soi đường mật siêu âm trong lúc mổ.

Kết quả của các phương pháp trên cho thấy hình dáng đường mật. Nếu có sỏi mật: đường mật giãn trên vị trí của sỏi tùy mức độ. Sỏi mật là các đám khuyết không ngấm thuốc. Đặc biệt nội soi đường mật thì trực tiếp nhìn được sỏi ở các vị trí khác nhau.

- **Chụp CLVT gan mật:** là phương pháp chẩn đoán tốt nhưng còn hạn chế về kinh tế. CT Scanner cho thấy rõ mức độ giãn của đường mật, vị trí sỏi mật. Đặc biệt các sỏi nhỏ kẹt phân thấp của OMC những trường hợp này siêu âm không phát hiện được.

3.3. Chẩn đoán

3.3.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng (tam chứng Charcot).
- Sinh hoá, máu.
- Siêu âm.
- Nếu có thể chụp thêm đường mật qua ERCP hay qua da trước mổ.

3.3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với các bệnh vàng da không có tắc mật:
 - + Thiếu máu do tan máu từng đợt
 - + Viêm gan do virus
 - + Xoắn khuẩn.

Những trường hợp này khai thác thứ tự của các dấu hiệu đau, sốt và vàng da có thể giúp cho hướng chẩn đoán.

Các xét nghiệm: bilirubin máu tăng cao nhưng chủ yếu thể gián tiếp.

Siêu âm hay các biện pháp chẩn đoán hình ảnh: đường mật không dẫn.

Ngoài ra các phản ứng huyết thanh rất có giá trị để chẩn đoán các loại bệnh trên.

– Với các bệnh tắc mật khác

U đầu tụy và U Vater:

Đau bụng vùng gan thường xuất hiện muộn: giai đoạn cuối của bệnh.

Vàng da tăng dần, sốt cũng thường xuất hiện giai đoạn cuối. Có thể có phân bạc mầu nếu tắc đường mật hoàn toàn.

Các xét nghiệm: Bilirubin máu tăng giống như tắc mật do sỏi.

Khám bụng sẽ thấy: gan to, túi mật to.

Siêu âm hay CLVT: đường mật dẫn trên chỗ tắc, không có hình ảnh sỏi mà là u đầu tụy, khối giảm âm tùy kích thước.

Riêng trong u bóng Vater: nội soi tá tá tràng có giá trị chẩn đoán xác định cao.

U nang đường mật:

Thường gặp ở trẻ em nhưng cũng có thể gặp ở người lớn. Đau bụng vùng gan không thường xuyên nhưng có biểu hiện nhiễm khuẩn đường mật. Vàng da không điển hình.

Khám bụng có thể thấy u hạ sườn phải, túi mật ít khi to.

Siêu âm có giá trị xác định chẩn đoán.

Ung thư đường mật (Cholangiome).

Đau bụng giai đoạn cuối hoặc đau nhiều khi thâm nhiễm cuống gan, tụy.

Vàng da tăng dần.

Sốt giai đoạn cuối hoặc sốt ngay trong thời kỳ đầu mà chưa rõ nguyên nhân gì.

Khám bụng: gan to, túi mật to nếu tổn thương dưới chỗ đổ vào của ống cổ túi mật. Những trường hợp ung thư đường mật trên ống gan chung: túi mật không to.

Các xét nghiệm: bilirubine tăng cao thể trực tiếp.

Siêu âm hay CLVT gan mật: đường mật dẫn trên thương tổn. Có các đám giảm âm trong gan hay đường mật phía thấp.

Chụp đường mật: đường mật dẫn trên thương tổn. Tại chỗ thương tổn đường mật hẹp, thành không đều, nham nhỏ.

Hẹp đường mật sau chấn thương hay phẫu thuật.

Đau vùng gan ít, tăng dần, vàng da tăng dần, sốt giai đoạn cuối. Có thể phân bạc mầu.

Khám bụng: gan to, túi mật to.

Các xét nghiệm: tăng bilirubine máu, loại trực tiếp.

Siêu âm gan mật: đường mật trên chỗ tắc dẫn.

Chụp được mật qua da: đường mật trên thương tổn dẫn. Đường mật tại chỗ tổn thương chít hẹp.

Khai thác tiền sử: có phẫu thuật cắt dạ dày, mổ OMC cũ, sau cắt túi mật.

3.4. Diễn biến sỏi OMC

3.4.1. Các biến chứng cấp tính

- Tắc mật cấp: sỏi kẹt gây áp lực đường mật cao - thấm mật phúc mạc.
- Viêm phúc mạc mật: tắc mật và viêm đường mật gây hoại tử túi mật hay OMC, nước mật nhiễm khuẩn chảy vào ổ bụng.
- Chảy máu đường mật.
- Viêm tụy cấp do sỏi OMC.
- Viêm đường mật cấp với thể urê máu cao hay suy gan thận hay thể áp xe đường mật.

3.4.2. Các biến chứng mạn tính

- Xơ gan ứ mật.
- Viêm tụy mãn tính.

3.5. Nguyên tắc điều trị sỏi OMC

3.5.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Điều chỉnh lại các rối loạn về chức năng gan, đặc biệt chức năng tổng hợp prothrombin (tiêm vitamin K).
- Dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn đường mật.
- Nâng cao thể trạng người bệnh có thể phải truyền đạm, máu trước mổ và giảm đau.

3.5.2. Các phương pháp điều trị

- Lấy sỏi qua đường nội soi sau khi làm ERCP và mổ cơ thắt qua nội soi (ES) được áp dụng trong những năm gần đây. Qua chỗ mổ cơ thắt đưa vào đường mật sonde lấy sỏi Dormia hay Forgary kéo sỏi xuống tá tràng.

Chỉ định trong các trường hợp sỏi nhỏ có đường kính khoảng 1cm.

- Mổ OMC lấy sỏi và đặt ống dẫn lưu Kehr: là phương pháp điều trị kinh điển vẫn được áp dụng chủ yếu ở nước ta. Người bệnh sẽ phải chịu nhiều lần phẫu thuật nặng nề do còn bỏ sót sỏi hoặc không lấy được ở trong gan. Để hạn chế sót sỏi sau mổ phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm, nên có chụp đường mật, nội soi đường mật hoặc siêu âm gan mật trong lúc mổ.
- Lấy sỏi OMC qua mổ nội soi: thường sau cắt túi mật qua nội soi người ta nong ống túi mật qua ống túi mật hoặc mổ dọc OMC theo ống túi mật rồi đưa vào OMC dụng cụ lấy sỏi, đặt dẫn lưu Kehr.

Chỉ định của phương pháp này khi sỏi có kích thước nhỏ và cần trang bị cũng như thành thạo của kíp mổ.

- Tán sỏi bằng sóng, phá sỏi cơ học hay thuỷ lực qua nội soi đường mật.

Những thủ thuật kết hợp với mổ OMC lấy sỏi dẫn lưu Kehr:

- Dẫn lưu ống mật chủ qua tá tràng (dẫn lưu Voeleker). Thủ thuật này ít được làm vì rò và hẹp tá tràng sau mổ.
- Mổ cơ thắt Oddi qua tá tràng.
- Nong cơ thắt Oddi
- Nối đường mật với đường tiêu hoá khi: Thương tổn phần thấp của đường mật mà không giải quyết được bằng mổ cơ thắt Oddi (như chít hẹp phần thấp OMC đoạn dài, bệnh đường mật phối hợp như nang đường mật, sỏi tái phát nhiều lần hay sỏi trong gan phối hợp...). Có nhiều kiểu nối mật - ruột trong đó nối mật-ruột kiểu chữ Y (Roux en Y) được ưa dùng. Trong các trường hợp nhiều sỏi trong gan, sau khi nối mật ruột chữ Y người ta có thể mổ quai ruột chữ Y ra da qua đó sau mổ lấy sỏi bằng dụng cụ.
- Cắt túi mật khi túi mật bị thương tổn không có khả năng hồi phục như viêm hoại tử, viêm mũ hay viêm teo, có sỏi hoặc trong những trường hợp chảy máu đường mật hay ung thư. Lưu ý trong sỏi đường mật nên hạn chế cắt túi mật khi không có chỉ định.
- Mổ nhu mô gan lấy sỏi khi có sỏi trong gan kết hợp và sỏi đã găm chặt vào đường mật và ở những vị trí không thể lấy qua đường mật, tuy nhiên dễ gây chảy máu và rò mật sau mổ.
- Có thể dẫn lưu qua nhu mô gan sau khi mổ nhu mô lấy sỏi để rửa đường mật sau mổ loại sỏi mật trong gan kết hợp.
- Cắt gan khi có nhiều sỏi hoặc nhiều ổ mũ hay chảy máu khu trú ở một phân thùy nào đó nhất là gan trái.

3.6. Vấn đề dự phòng sỏi mật và sỏi tái phát sau mổ

Trong điều kiện môi sinh ở nước ta vẫn bị nhiễm nhiều giun đũa nên nguy cơ giun chui lên đường mật, tiền đề tạo sỏi mật là rất cao. Do vậy vấn đề được đặt ra là cải thiện môi trường sống, hạn chế thói quen dùng phân tươi bón rau, ăn uống vệ sinh, tẩy giun có định kỳ là các biện pháp quan trọng hạn chế bệnh sỏi mật.

Hạn chế sỏi mật tái phát:

- Phải áp dụng các kỹ thuật thăm dò trước và trong lúc mổ nhằm lấy hết sỏi.
- Hạn chế gây tổn thương làm hẹp, ú trệ đường mật sau mổ.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giải phẫu bụng: phần gan mật.
2. Sinh hoá: giảng hoá hemoglobin.
3. Bệnh học Ngoại khoa.

Chụp được mật qua da: đường mật trên thương tổn dần. Đường mật tại chỗ tổn thương chít hẹp.

Khai thác tiền sử: có phẫu thuật cắt dạ dày, mổ OMC cũ, sau cắt túi mật.

3.4. Diễn biến sỏi OMC

3.4.1. Các biến chứng cấp tính

- Tắc mật cấp: sỏi kẹt gây áp lực đường mật cao - thấm mật phúc mạc.
- Viêm phúc mạc mật: tắc mật và viêm đường mật gây hoại tử túi mật hay OMC, nước mật nhiễm khuẩn chảy vào ổ bụng.
- Chảy máu đường mật.
- Viêm tụy cấp do sỏi OMC.
- Viêm đường mật cấp với thể urê máu cao hay suy gan thận hay thể áp xe đường mật.

3.4.2. Các biến chứng mạn tính

- Xơ gan ứ mật.
- Viêm tụy mãn tính.

3.5. Nguyên tắc điều trị sỏi OMC

3.5.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Điều chỉnh lại các rối loạn về chức năng gan, đặc biệt chức năng tổng hợp prothrombin (tiêm vitamin K).
- Dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn đường mật.
- Nâng cao thể trạng người bệnh có thể phải truyền đạm, máu trước mổ và giảm đau.

3.5.2. Các phương pháp điều trị

- Lấy sỏi qua đường nội soi sau khi làm ERCP và mổ cơ thắt qua nội soi (ES) được áp dụng trong những năm gần đây. Qua chỗ mổ cơ thắt đưa vào đường mật sonde lấy sỏi Dormia hay Forgyat kéo sỏi xuống tá tràng.

Chỉ định trong các trường hợp sỏi nhỏ có đường kính khoảng 1cm.

- Mổ OMC lấy sỏi và đặt ống dẫn lưu Kehr: là phương pháp điều trị kinh điển vẫn được áp dụng chủ yếu ở nước ta. Người bệnh sẽ phải chịu nhiều lần phẫu thuật nặng nề do còn bỏ sót sỏi hoặc không lấy được ở trong gan. Để hạn chế sót sỏi sau mổ phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm, nên có chụp đường mật, nội soi đường mật hoặc siêu âm gan mật trong lúc mổ.
- Lấy sỏi OMC qua mổ nội soi: thường sau cắt túi mật qua nội soi người ta nong ống túi mật qua ống túi mật hoặc mổ dọc OMC theo ống túi mật rồi đưa vào OMC dụng cụ lấy sỏi, đặt dẫn lưu Kehr.

GÃY POUTEAU - COLLES

Phùng Ngọc Hoà

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên tài liệu học tập: | Gãy POUTEAU - COLLES |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết. |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên năm thứ 4. |
| 5. Thời gian: | 1 tiết. |
| 6. Địa điểm giảng: | Giảng đường. |

II. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được định nghĩa gãy đầu dưới xương quay kiểu POUTEAU- COLLES.
2. Nêu được nguyên nhân, cơ chế gãy xương.
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, Xquang và các biến chứng.
4. Trình bày được kỹ thuật nắn bó bột của gãy POUTEAU- COLLES.

III. NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Gãy POUTEAU- COLLES là một loại gãy ngang ở đầu dưới xương quay, trên khớp chũng 3cm và ngoài khớp.

Đầu dưới xương quay di lệch điển hình: Ra sau, lên trên và ra ngoài.

2. Dịch tễ học

- Gãy đầu dưới xương quay nói chung chiếm tỷ lệ cao nhất của gãy chi trên, chiếm 50% của tất cả gãy xương và 2/3 của gãy cẳng tay.
- Gãy Colles chiếm 20% của gãy đầu dưới xương quay. 80% gãy đầu dưới xương quay không phải là Colles.
- Gặp nhiều ở người lớn tuổi.

3. Nguyên nhân và cơ chế

- Do ngã chống tay => cơ chế chấn thương gián tiếp.
- Do tay quay xe ô tô (manivien) quật ngược lại => cơ chế chấn thương trực tiếp.

4. Giải phẫu bệnh

- Gãy trên khớp khoảng 3cm, đầu dưới di lệch ra sau, lên trên và ra ngoài.
- Gãy lún, 2 đầu xương cài nhau.
- Gãy vào khớp hình V, T (loại này rất dễ gây di chứng: hạn chế cơ năng cổ tay).

5. Chẩn đoán

5.1. Lâm sàng: Vùng cổ tay sưng nề:

- Nhìn nghiêng: Đầu dưới xương quay và bàn tay di lệch ra sau, gồ lên, hình lưng đĩa (dấu hiệu Velpeau).
- Nhìn thẳng: Đầu dưới xương quay và bàn tay di lệch ra ngoài làm cho trục cẳng- bàn tay nhìn như hình lưỡi lê.
- Mỏm trâm trụ lồi ra, mỏm trâm quay lên cao hơn hoặc bằng mỏm trâm trụ (dấu hiệu Laugier).

5.2. Xquang

- Đầu dưới xương quay gãy ngoài khớp, di lệch lên trên, ra sau, ra ngoài.
- Góc tạo bởi: đường kẻ nối mỏm trâm trụ, trâm quay với đường chân trời bằng 0° (bình thường 26°).

6. Điều trị: Chủ yếu điều trị bảo tồn.

6.1. Vô cảm: Gây mê (với trẻ em) hoặc gây tê tại chỗ (với người lớn).

6.2. Cách nắn - bó bột

- Bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay dạng, khuỷu gấp 90° , băng vải kéo 1/3 dưới cánh tay.
- Cẳng tay bệnh nhân sấp, kê vùng ổ gãy lên giá gỗ có đệm bông.
- Người phụ: 1 tay nắm ngón cái kéo thẳng theo trục cẳng tay, 1 tay nắm các ngón còn lại kéo về phía trụ.
- Người nắn: Dùng lòng bàn tay phải ấn mạnh xuống đầu dưới xương quay bệnh nhân, ấn xuống gan tay, về phía trụ.
- Người phụ dần dần kéo cổ tay gấp dần về phía gan tay và nghiêng trụ.
- Bột cẳng- bàn tay rạch dọc: gấp cổ tay $30 - 40^{\circ}$, nghiêng trụ $40 - 50^{\circ}$. Để bột 3- 4 tuần, sau đó thay bột cẳng- bàn tay khác ở tư thế sinh lý, sau 6 - 8 tuần tháo bột.
- Sau bó bột: Chụp kiểm tra, treo tay cao và tập vận động các ngón tay ngay.

7. Các biến chứng

7.1. Rối loạn dinh dưỡng

Có thể gây nên hội chứng SUDECK. Điều trị bằng các sinh tố D, E, Corticoid, tập vận động cổ - bàn tay bằng vật lý trị liệu.

7.2. Hội chứng ống cổ tay

- Do gãy đầu dưới xương quay di lệch, chèn ép thần kinh giữa.
- Bệnh nhân tê đầu ngón 2, 3, teo ô mô cái, mất đối chiếu ngón 1.
- Điều trị bằng cách mổ rạch dây chằng vòng trước cổ tay, giải phóng thần kinh khỏi chèn ép.

7.3. Thoái hoá khớp

- Gây đau, thường do gãy nội khớp.
- Điều trị bằng thuốc giảm đau, vật lý trị liệu.

7.4. Can lệch

Nếu di lệch ít: tập vận động cổ tay.

Nếu di lệch nhiều: phẫu thuật đặt lại xương.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu chứng học Ngoại khoa. NXB Y học Hà Nội 2000.
2. Bệnh học Ngoại. Tập 2. NXB Y học Hà Nội 2001.

GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

Phùng Ngọc Hoà

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý. |
| 2. Tên bài: | Gãy thân xương cánh tay. |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết. |
| 4. Đối tượng giảng: | Sinh viên năm thứ 4. |
| 5. Thời gian: | 02 tiết. |
| 6. Địa điểm: | Giảng đường. |

II. MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế gãy xương.
2. Tự phát hiện được triệu chứng gãy xương trên bệnh nhân, chỉ đúng hình ảnh gãy xương trên phim Xquang.
3. Nắm được biến chứng thường gặp của gãy thân xương cánh tay là liệt thần kinh quay.
4. Trình bày được các chỉ định điều trị.

III. NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Gãy thân xương cánh tay là gãy đoạn từ dưới chỗ bám cơ ngực to đến đoạn trên lồi cầu xương cánh tay (4 khoát ngón tay trên khe khớp khuỷu).

1.2. Nhắc lại một số đặc điểm về giải phẫu xương cánh tay

- Xương cánh tay là một xương dài, thẳng và trông như bị xoắn theo trục của xương.
- Đầu trên là chỏm xương cánh tay, hình tròn, chỏm tiếp nối với ổ chảo xương bả vai tạo nên khớp vai.

Ở người già (trên 60 tuổi) rất hay bị gãy đầu trên xương cánh tay đặc biệt là gãy cổ phẫu thuật.

- Đầu dưới xương cánh tay dẹt, bẻ ra hai bên, tiếp nối diện khớp của 2 xương cẳng tay (lồi cầu tiếp nối với đài quay, hố khuỷu tiếp nối với mỏm khuỷu) vùng này là điểm yếu ở trẻ em do các điểm cốt hoá. Vì vậy trẻ em hay bị gãy trên lồi cầu, gãy lồi cầu ngoài.

- Thần kinh quay: Là một dây duỗi vòng quanh thân xương cánh tay để ra sau và khu ngoài cánh tay. Ở mặt sau (1/3 giữa cánh tay) thần kinh quay đi trong rãnh xoắn, đi xuống dưới vào rãnh nhị đầu ngoài. Gãy 1/3 giữa thân xương cánh tay hoặc gãy trên lồi cầu xương cánh tay hay bị liệt thần kinh quay.

1.3. Dịch tễ học

- Gãy thân xương cánh tay: Chiếm 1,5% tổng số gãy xương, hay gặp ở người trẻ.
- Gãy đầu trên xương cánh tay thường gặp ở tuổi già: 75% trên 60 tuổi, 2/3 là nữ.
- Gãy đầu dưới xương cánh tay hay gặp ở trẻ em.

2. Nguyên nhân

2.1. Do chấn thương

- Cơ chế chấn thương trực tiếp gặp chủ yếu, phần nhiều gây nên gãy xương hở.
- Cơ chế chấn thương gián tiếp: Do ngã chống tay, gãy chéo xoắn 1/3 giữa, 1/3 dưới.

2.2. Bệnh lý

- Do u xương.
- Gãy xương sơ sinh: Do nội xoay thai.

3. Giải phẫu bệnh

3.1. Di lệch đầu xương

- Gãy càng cao, đầu trên càng di lệch dạng và xoay ngoài.
- Gãy càng thấp, đầu dưới di lệch lên trên và xoay trong.

3.2. Tổn thương thần kinh: Hay gặp liệt thần kinh quay (10%). Đoạn 1/3 giữa thần kinh quay ở rãnh xoắn, sát xương. Có thể đứt thần kinh, có thể do đầu xương chèn ép, cũng có thể do can xương chèn ép.

4. Chẩn đoán: Dựa vào lâm sàng và X quang

4.1. Lâm sàng:

- Dấu hiệu gãy xương:
 - + Đau nhiều ở gãy sau tai nạn.
 - + Mất cơ năng khớp vai và khớp khuỷu.
 - + Biến dạng gấp góc cánh tay.
 - + Có thể nghe tiếng lạo xạo xương.
- Dấu hiệu liệt thần kinh quay:

Thăm khám kỹ để phát hiện biến chứng này: Bàn tay rủ, không duỗi được cổ tay và các ngón tay, không dạng được ngón cái, mất cảm giác mu tay của ngón 1,2 và ô mô cái.

4.2. X quang

Chụp phim X quang thẳng và nghiêng lấy hết khớp vai và khớp khuỷu

- Kiểu gãy: Đơn giản, phức tạp...
- Kiểu di lệch đầu xương

5. Điều trị: Gãy thân xương cánh tay chủ yếu là điều trị chỉnh hình vì xương dễ liền, phục hồi cơ năng của khớp tốt.

5.1. Điều trị chỉnh hình

- Nắn và bó bột:
 - + Bệnh nhân ngồi, gây tê ổ gãy hoặc tê ĐRTK cánh tay.
 - + Kéo thẳng khuỷu=> sửa gấp góc.
 - + Dạng cánh tay 60° , đưa ra trước 40° , bàn tay cao hơn khuỷu.
- Bột ngực- vai- cánh tay: Để 7 - 8 tuần
- Ngoài ra còn có các loại bột khác như: Bột chữ U, bột treo, nẹp tre.

5.2. Điều trị phẫu thuật

- Khi có các biến chứng:
 - + Gãy xương hở.
 - + Tổn thương mạch máu.
 - + Khớp giả.
- Các phương pháp điều trị phẫu thuật: Nẹp vít A.O, đóng đinh kín dưới màn huỳnh quang tăng sáng.

5.3. Điều trị gãy thân xương cánh tay có liệt thần kinh quay

- Liệt thần kinh quay chiếm tỷ lệ 10 - 16% tổng số gãy thân xương cánh tay.
- Chủ yếu là điều trị chỉnh hình, tỷ lệ phục hồi thần kinh quay cao.
- Phẫu thuật khi dấu hiệu liệt thần kinh quay không hồi phục: Mở thăm dò thần kinh quay, xử lý thương tổn (giải phóng khỏi chèn ép, khỏi can xương, nối lại thần kinh bị đứt, chuyển cơ cẳng tay nếu như thoái hoá thần kinh hoặc mất đoạn thần kinh).
- Tỷ lệ hồi phục thần kinh quay chiếm 90%.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu chứng học Ngoại khoa. NXB Y học Hà Nội 2000.
2. Giải phẫu Ngoại khoa thực hành. NXB Y học Hà Nội 2000.
3. Bệnh học Ngoại NXB Y học Hà nội 2001.

GÃY TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

Phùng Ngọc Hoà

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học: Ngoại bệnh lý.
2. Tên bài: Gãy trên lỗi cầu xương cánh tay
3. Bài giảng: Lý thuyết.
4. Đối tượng: Sinh viên năm thứ 4.
5. Thời gian: 1 tiết.
6. Địa điểm giảng: Giảng đường.

II. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế gãy xương.
2. Nắm được triệu chứng lâm sàng, X quang của gãy xương.
3. Nắm được các biến chứng thường gặp gãy TLC xương cánh tay.
4. Trình bày được các phương pháp điều trị gãy TLC xương cánh tay.

III. NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Gãy TLC xương cánh tay: Là loại gãy vào khoảng 5cm trên nếp gấp khuỷu, dưới chỗ bám của cơ ngửa dài.

Đường gãy đi qua hố khuỷu, hố vẹt.

1.2. Điểm yếu của xương

- Đầu dưới xương cánh tay bè rộng, phía trước có hố vẹt, phía sau có hố khuỷu nên nơi này là điểm yếu => dễ gãy.
- Các điểm cốt hoá: Có 1 điểm chính tạo nên thân xương cánh tay, 4 điểm phụ tạo nên đầu dưới của cánh tay. 4 điểm phụ này cốt hoá hết khi trẻ trên 16 tuổi. Đây là những điểm yếu gây nên dễ gãy TLC ở trẻ em.

2. Dịch tễ học

- Tỷ lệ: Là loại gãy xương hay gặp ở trẻ em, trung bình 8 tuổi.

- Trẻ nam nhiều hơn nữ (3/1).
- Tay trái nhiều hơn tay phải.
- Người lớn ít gặp hơn so với trẻ em, nếu gãy thường gãy liên lồi cầu.

3. Nguyên nhân, cơ chế: Do ngã chống tay.

3.1. Gãy duỗi: Gặp 90% do cơ chế chấn thương gián tiếp, bệnh nhân ngã chống gan tay ra trước, khuỷu duỗi, mồm vệt thúc vào ròng rọc, là gãy ở điểm yếu.

3.2. Gãy gấp: Do cơ chế chấn thương trực tiếp, dễ gây nên gãy hở.

4. Phân độ gãy trên lồi cầu: Tùy thuộc vào sự di lệch của đầu xương gãy mà chia 4 độ:

- Độ 1: Gãy nứt một thành xương, không lệch.
- Độ 2: Gãy qua 2 lớp thành xương, ít lệch.
- Độ 3: Di lệch nhiều, đầu xương gãy còn dính nhau.
- Độ 4: Các đầu xương gãy rời nhau.

5. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH: Đây là loại gãy ngoài khớp.

5.1. Với gãy duỗi

- Đường gãy đi chéo xuống dưới, ra trước.
- Đầu trên nhọn, di lệch ra trước có thể chọc thủng phần mềm ở khuỷu dễ gây nên biến chứng mạch máu và thần kinh.

5.2. Với gãy gấp

- Đường gãy chéo lên trên, ra trước.
- Đầu trên nhọn, di lệch ra sau có thể chọc thủng cơ tam đầu cánh tay, ít gây tổn thương mạch và thần kinh.

5.3. Người lớn: Gặp gãy liên lồi cầu hình chữ Y, T.

6. Chẩn đoán

6.1. Loại gãy xương không di lệch (độ 1,2).

- Khuỷu sưng nề.
- Đau khi ấn trên nếp khuỷu.
- Bầm tím mặt trên nếp khuỷu.
- Chẩn đoán xác định dựa trên X quang là chính.

6.2. Loại gãy di lệch: Triệu chứng điển hình:

- Sau tai nạn bệnh nhân rất đau, giảm cơ năng khuỷu, tay lạnh đỡ tay đau.

- Bầm tím rõ, lan rộng mặt trước khuỷu.
- Sờ mặt trước khuỷu thấy đầu dưới xương cánh tay di lệch ngay dưới da.
- Sờ mặt sau khuỷu cơ tam đầu không căng.
- Tam giác cân khuỷu bình thường.

* *Chú ý:* Luôn luôn kiểm tra mạch quay, trụ và kiểm tra dấu hiệu liệt thần kinh quay.

- X quang: Chụp X quang thẳng và nghiêng: Để chẩn đoán xác định, chẩn đoán độ gãy.

7. Các biến chứng

7.1. Biến chứng ngay

- Gãy xương hở (1%)
- Tổn thương mạch máu cánh tay hiếm gặp (5%). Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và Doppler.
 - + Lâm sàng: mất mạch quay, mạch trụ, tay lạnh, thiếu máu đầu ngón.
 - + Doppler: gián đoạn dòng chảy phía dưới tổn thương.
- Có thể liệt thần kinh quay, thần kinh trụ, thần kinh giữa.

7.2. Biến chứng về sau

- Rối loạn dinh dưỡng: Tay sưng nề to, bề mặt da nổi nhiều nốt phỏng nước => loét, nhiễm trùng da.
- Hội chứng Wolkman: Xơ cứng các cơ, gân gấp và sấp cẳng tay => làm co rút các gân bàn tay.
- Vẹo khuỷu: Vẹo vào trong => lệch trục chi trên.
- Vôi hoá quanh khớp: Hạn chế cơ năng của khớp khuỷu.
- Can xấu, can chồi xương gây nên hạn chế gấp khuỷu.

8. Điều trị: Gãy TLC trẻ em chủ yếu là điều trị bảo tồn.

8.1. Điều trị chỉnh hình

- *Gãy độ 1:* Làm nẹp bột cánh - cẳng- bàn tay, khuỷu gấp 90 độ, để 3 tuần.
- *Gãy độ 2:* Nắn nhẹ nhàng, làm bột cánh - cẳng- bàn tay, khuỷu gấp 90°, để 4 tuần.
- *Gãy độ 3 và 4:* Gây mê toàn thân để nắn. Nắn 4 thì:
 - + Thì 1: Bệnh nhân nằm, để cẳng tay ngửa, khuỷu duỗi, kéo theo chiều dọc chi. Đai vải luồn vào nách kéo ngược lên.
 - + Thì 2: Nắn hết di lệch bên và đưa cẳng tay ra ngoài 15 - 20°.

- + Thì 3: Người phụ tiếp tục kéo và cho gấp khuỷu dần lại. Người nắn chính, dùng 2 bàn tay ôm vào đầu dưới cánh tay bệnh nhân kéo đầu trên ra sau, đồng thời dùng 2 ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu và đầu dưới ra trước, khuỷu cho gấp dần 120 độ.
- + Thì 4: Kiểm tra lại: mỏm khuỷu nằm trên trục xương cánh tay, khuỷu có thể gấp nhẹ nhàng mà không vướng.
- + Làm bột cánh- cẳng- bàn tay rạch dọc, khuỷu gấp 90°, cẳng tay hơi sấp.
- + Chụp kiểm tra sau bó bột.
- *Nếu có màn hình quang tăng sáng*, sau khi nắn, xuyên 2 kim Kirstchner chéo qua da => qua ổ gãy, treo tay vào cổ.

8.2. Điều trị phẫu thuật: Rất hạn chế

** Chỉ định:*

- Gãy có biến chứng ngay (gãy hở, tổn thương mạch)
- Đến muộn trên 3 tuần di lệch nhiều.
- Di chứng: Vẹo khuỷu, can chồi...

** Các phương pháp điều trị:*

- Găm kim Kirstchner.
- Nẹp vít.
- Vẹo khuỷu: Đục hình chữ V sửa trục rồi bó bột tư thế duỗi, mở góc khuỷu ra ngoài 10 - 15 độ.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu chứng học. N.X.B Y học Hà Nội 2000.
2. Giải phẫu Ngoại khoa. N.X.B Y học Hà Nội 2000.
3. Bệnh học Ngoại. N.X.B Y học Hà Nội 2001

GÃY HAI XƯƠNG CẰNG TAY

Phùng Ngọc Hoà

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học: Ngoại bệnh lý
2. Tên bài: Gãy hai xương cẳng tay
3. Bài giảng: lý thuyết.
4. Đối tượng: Sinh viên năm thứ 4
5. Thời gian: 2 tiết.
6. Địa điểm giảng: Giảng đường.

II. MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế gãy xương.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và X-quang của gãy xương.
3. Phát hiện được biến chứng của gãy 2 xương cẳng tay.
4. Nắm được các chỉ định điều trị gãy 2 xương cẳng tay.

III. NỘI DUNG

I. Đại cương

1.1. Hai xương cẳng tay có chức năng quan trọng duy nhất là sắp ngửa cẳng tay. Chức năng này rất cần cho nhiều động tác sinh hoạt chính xác và động tác nghề nghiệp, bao gồm sắp 70° ~ 90° , và ngửa 80° - 90° trong đó sắp là quan trọng nhất.

1.2. Gãy 2 xương cẳng tay là loại gãy nặng, có nhiều biến chứng (chèn ép khoang) và di chứng (mất cơ năng). Chỉ có gãy thấp ở 1/3 dưới, kết quả cơ năng còn khá; gãy cao ở 2/3 trên, chỉnh hình kém, thường phải mổ; càng gãy cao càng phải mổ nhiều.

1.3. Trục sắp, ngửa là đường thẳng đi qua chỏm quay và mỏm chân trụ. Muốn sắp ngửa tốt cần nhiều yếu tố, chú ý nhất là mỏm chỏm quay phải thấp hơn mỏm chân trụ chừng 1cm và màng liên cốt phải rộng.

1.4. Ở gãy 2 xương cẳng tay cũng có gặp biến chứng nặng là chèn ép khoang, để lại di chứng co rút ngón Volkman, do xơ hoá khối cơ ở cẳng tay trước.

1.5. Có nhiều cách mổ kết hợp xương: kém nhất là dính tròn nội tuỷ, thêm bó bột ngoài. Tốt nhất là nẹp vít kim loại cả 2 xương với dụng cụ AO/ASIF.

2. Thương tổn giải phẫu bệnh

2.1. Nơi gãy

- Gãy cả 2 xương: 56%
- Gãy riêng xương quay: 25%
- Gãy riêng xương trụ: 19%

Nơi gãy ở 1/3 giữa: 55%, ở dưới: 40%, còn ở 1/3 trên chỉ 5%.

2.2. Di lệch các đầu gãy

Trong 2 xương, chú ý nhất là xương quay vì chức năng của nó. Gãy xương quay cao trên chỗ bám tận của cơ sấp tròn thì các đầu gãy di lệch nhiều: đầu trên bị cơ ngửa ngấn kéo ngửa, cơ nhị đầu cánh tay kéo gấp: đầu dưới bị cơ sấp tròn, cơ sấp vuông kéo sấp, nên 2 đầu gãy có di lệch lớn, khó chỉnh hình.

3. Chẩn đoán

Đa số trường hợp chẩn đoán dễ với lâm sàng và Xquang. Trong cấp cứu đôi khi gặp hội chứng chèn ép khoang: căng tay sưng to, căng cứng, các ngón tay hơi tím, lạnh, mạch cổ tay yếu hay mất. Cần xử trí rạch cân cấp cứu để giải ép các khoang.

Với gãy xương trụ ở cao, nhất là 1/3 trên, nếu xương gãy gấp góc, cần phát hiện trật chỏm xương quay (gãy trật Monteggia).

Với gãy riêng xương quay ở thấp cần tránh bỏ sót trật khớp trụ - cổ tay (gãy trật Galeazzi).

4. Điều trị

4.1. Điều trị chỉnh hình: nên gây mê.

Cách nắn: Bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay dạng ngang 90° , khuỷu để vuông góc. Đặt băng vải ở 1/3 dưới cánh tay, kéo ngược lên phía đầu. Chèn 1 miếng ván rộng ở giữa 2 băng vải cho khỏi ép cánh tay.

Người nắn dùng bàn tay khoẻ nắn ngón cái bệnh nhân, kéo thẳng theo trục xương quay. Bàn tay kia nắn các ngón 2,3,4, kéo lệch về phía trụ. Người nắn chính bóp vào khe liên cốt cho rộng khe này. Xong đặt 2 nẹp bột ở mặt trước và mặt sau cẳng tay. Trên 2 nẹp bột đặt 2 dũa tre dài 10cm, to 1cm tương ứng màng liên cốt. Khi bột đang khô thì ép nhẹ 2 dũa tre để mở rộng màng liên cốt. Xong quấn bột tròn cánh cẳng bàn tay, rạch dọc. Để bột 10 - 12 tuần.

Xương quay gãy thấp cần để cẳng tay sấp. Người lớn gãy cao xương quay thường chuyển mổ. Trẻ em gãy cao thì để cẳng tay ngửa.

4.2. Điều trị phẫu thuật

Chỉ định:

- Người lớn, gãy cao 2 xương.
- Gãy hai nơi trên một xương.
- Khe hở rộng (chèn phần mềm).
- Gãy riêng xương quay di lệch (khó nắn), gãy xương riêng trụ (khó liền). Những phương pháp kết hợp xương với đinh tròn nội tuỷ (Kirschner, Rush) cần bó bột tăng cường. Tốt nhất là nẹp vít cả 2 xương (AO/ASIF) liền tốt đến 95%, song càng mổ ở bệnh viện nhỏ càng có nhiều biến chứng.

5. Biến chứng - di chứng.

- Chèn ép khoang: mổ cấp cứu rạch cân
- Nhiễm khuẩn sau mổ: mổ rộng lại vết mổ, tước rửa, kháng sinh. Sau 3 tháng xương liền thì lấy bỏ kim loại, xương chết.
- Khớp giả, can lệch gửi xử trí ở chuyên khoa sâu.

6. Gãy hai xương cẳng tay ở trẻ em

Rất hay gặp, gấp 5 -10 lần so với người lớn. Phần nhiều gãy cành tươi, nắn bó dễ. Ngại nhất là đôi khi bị chèn ép khoang, cơ rút ngón (kiểu gấp) Volkmann, gửi xử trí ở chuyên khoa sâu. Sau nắn bó, các gấp góc 10 - 20° vẫn chấp nhận vì cơ thể sẽ tự sửa chữa được chừng 50%, ở trẻ em, có chỉ định mổ cho 1 - 2% ca.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sách bệnh học.
- Tài liệu phát tay
- Giáo viên tự soạn.

GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

Phùng Ngọc Hoà

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học: Ngoại bệnh lý
2. Tên bài: Gãy cổ xương đùi.
3. Bài giảng: lý thuyết.
4. Đối tượng: Sinh viên năm thứ 4
3. Thời gian giảng: 2 tiết
4. Địa điểm giảng: giảng đường

II. MỤC TIÊU

1. Trình bày được phân loại gãy cổ xương đùi.
2. Nêu được chẩn đoán gãy cổ xương đùi.
3. Trình bày được sơ cứu, thái độ điều trị.

III. NỘI DUNG CHÍNH

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Là loại gãy nằm ở giữa chỏm và khối mấu động.

- Gãy dưới chỏm và xuyên cổ: Hoàn toàn nằm trong bao khớp.
- Gãy cổ- mấu chuyển (nền cổ): Một phần nằm ở ngoài bao khớp.

1.2. Dịch tễ học

- Tỷ lệ:
 - + Gãy cổ xương đùi hay gặp ở người lớn tuổi (trên 60 tuổi)
 - + Nữ nhiều hơn nam (3/1)
- Nguyên nhân:
 - + Do chấn thương
 - + Do loãng xương ở người già
 - + Do điểm yếu của cổ xương đùi: Nằm giữa 2 hệ xương: hệ vòm nằm ở phía ngoài và hệ quạt nằm ở phía trong, nơi có cung Adam.

2. Giải phẫu bệnh và sinh lý bệnh

2.1. Giải phẫu

- Cấu tạo trên xương đùi:
 - + Các bề xương hình vòm ở phía ngoài
 - + Các bề xương hình quạt nằm ở phía trong, hướng đi phù hợp với hướng của lực nén. Bề hình quạt đi từ cung Adam toả lên chỏm xương đùi.
- Bình thường khi đứng thẳng: mỗi háng chịu 1/2 trọng lực, khi bước đi chân trụ chịu 2,5 trọng lực và khi chạy thì chân chạm đất chịu lực tỷ 5 lần thân trọng.

2.2. Cấu trúc bao khớp

- Bao khớp là một cấu trúc xơ khoẻ bao bọc hết chỏm và gần hết cổ.
- Phía trước bao khớp bám vào đường liên mấu chuyển, ở phía sau bám nửa ngoài của xương đùi => nằm ngoài khớp.
- Khi gãy, phần cổ xương đùi nằm nội khớp không tạo được can ngoại vi, sự liên xương chỉ còn nhờ vào màng trong xương.
- Nước hoạt dịch không tham gia vào quá trình liên xương mà nó làm tiêu máu tụ, ngăn các tế bào hình thành.

2.3. Mạch máu nuôi dưỡng chỏm xương đùi

Mạch máu nuôi dưỡng cổ xương đùi rất nghèo nàn, bởi ba nguồn:

- Động mạch dây chằng tròn: rất nhỏ, nuôi 1/4 chỏm, một số người lại không có, hoặc bị xơ vữa.
- Động mạch mũ: được chia từ động mạch đùi sâu, từ bao khớp tới nuôi chỏm.
- Động mạch từ thân xương đùi - nền cổ lên nuôi.

3. Giải phẫu bệnh

3.1. Đường gãy: Dựa vào vị trí đường gãy cổ xương đùi mà người ta chia ra ba loại:

- Gãy chỏm dưới (Sous - Cervical)
- Gãy xuyên cổ (Trans - Cervical)
- Gãy nền cổ (Basi- Cervical)

3.2. Độ chệch của đường gãy: Theo độ mà Paowels chia ra 3 loại, dựa vào góc α là góc tạo bởi giữa diện gãy với mặt phẳng nằm ngang.

- P1: $\alpha < 30^\circ$

Trọng lực còn ép nhiều vào diện gãy => tiên lượng tốt

- P2: $30 \leq \alpha \leq 70^\circ$

Tập hợp lực rơi một phần ra ngoài diện gãy => tiên lượng dè dặt.

- P3: $\alpha > 70^\circ$

Đường gãy gần như đứng dọc => rất khó liền

3.3. **Loại gãy** (dựa vào sự di lệch của ổ gãy) mà Garden có 4 loại.

Chủ yếu dựa vào X.quang.

- G1: Gãy một phần cổ - gãy cài nhau. Các bề xương phía dưới của cổ còn nguyên.
- G2: Gãy hoàn toàn, không di lệch.
- G3: Di lệch nhiều nhưng diện gãy còn dính vào nhau.
- G4: Chỏm không còn dính vào cổ, chỏm quay tự do.

3.4. **Theo góc cổ - thân** (mà trên lâm sàng có 2 loại).

- Gãy cổ xương đùi cài nhau: ít gặp (còn gọi là gãy dạng)
- Gãy cổ xương đùi rời nhau: gặp chủ yếu trong gãy cổ xương đùi (còn gọi là gãy khép).

3.5. **Tổn thương phần mềm**: Tổn thương dây chằng và bao khớp => ảnh hưởng tới nuôi dưỡng khớp.

Đặc biệt: đứt mạch máu nuôi dưỡng chỏm, gãy càng sát chỏm càng dễ bị tiêu chỏm.

4. Sinh lý bệnh: Gãy cổ xương đùi là một gãy xương lớn trong cơ thể, lại hay gặp ở người già, nằm lâu, khó liền => gây ra nhiều nguy hiểm cả về toàn thân, cũng như tại khớp.

4.1. **Nguy hiểm tới tính mạng**: Bệnh nhân có thể chết do các biến chứng - Nhiễm khuẩn tiết niệu.

- Nhiễm khuẩn phổi.
- Loét do tỳ đè vùng cùng - cut nhiễm khuẩn.
- Suy tim, cao HA, các bệnh mạch máu tăng: viêm tắc động mạch, tĩnh mạch.

4.2. **Nguy hiểm tới chức năng chi (tàn phế)**

- Tiêu chỏm: Càng gãy sát chỏm càng dễ bị hoại tử vì nguồn nuôi chỏm còn lại là động mạch dây chằng tròn (bình thường nuôi 1/4 chỏm và ở người già bị xơ vữa).
- Khớp giả: Do mạch nuôi kém, do loãng xương
- Thoái hoá khớp: Cả chỏm xương đùi và cả ổ khớp méo mó, biến dạng

- Can lệch cổ xương đùi: cổ xương đùi gục, góc ổ - thân $\approx 90^\circ \Rightarrow$ háng khép, chân ngắn...
- Vôi hoá quanh khớp...

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán gãy xương cổ đùi cài nhau (gãy dạng): Tỷ lệ gặp 30%

5.1.1. Lâm sàng: Triệu chứng LS rất nghèo nàn.

- Sau tai nạn bệnh nhân đau vùng háng, đau rất mơ hồ, rất khó xác định vị trí cụ thể.
- Các động tác của khớp háng làm bệnh nhân đau ít, nhưng vẫn bình thường.
- Ấn đau nhẹ ở vùng tam giác Scarpa.

5.1.2. X Quang: Rất quan trọng để đoán gãy cài cổ xương đùi.

- Có một vết đậm ở cổ xương đùi vùng cài nhau.
- Thay đổi cấu trúc bình thường của bề xương (ở hệ quạt).

5.2. Chẩn đoán gãy cổ chính danh (gãy khớp): Đây là một loại gãy cổ xương đùi rời nhau, rất hay gặp (70%).

5.2.1. Lâm sàng:

- Có thể gặp sau một gãy cài không được chẩn đoán và điều trị.
- Đau: bệnh nhân rất đau sau tai nạn.
- Sưng nề vùng tam giác Scarpa, ấn vùng này bệnh nhân rất đau.
- Mất cơ năng của khớp háng hoàn toàn.
- Biến dạng chi điển hình: Chi ngắn, đùi khép, cẳng bàn chân xoay đổ ra ngoài, nhưng không đổ sát mặt giường vì có bao khớp giữ (khác với gãy xương đùi).
- Tràn dịch khớp gối muộn.
- Không bao giờ có dấu hiệu bầm tím.
- Chỉ số đo đặc: Tam giác Bryant bé hơn bên lành, mấu chuyển lớn lên cao so với đường Nélaton - Roser.

5.2.2. X quang

- Góc cổ - thân thay đổi (bình thường 120°).
- Vòng cung cổ - bị bị gián đoạn.
- Hai mấu chuyển xương đùi bị che lấp.
- CLVT để đánh giá mức độ loãng xương.
- Chụp cộng hưởng từ (MRI).

6. Điều trị

6.1. Mục đích

6.1.1. *Cứu sống bệnh nhân khỏi các biến chứng toàn thân cả trước và sau phẫu thuật.*

6.1.2. *Phẫu thuật thay khớp nhân tạo* là phương pháp tốt nhất để điều trị gãy cổ xương đùi đến muộn, đặc biệt là khi đã có các biến chứng: tiêu chỏm, khớp giả, và thoái hoá khớp.

6.2. Các phương pháp

6.2.1. Điều trị bảo tồn

a. Chỉ định:

- Với người còn trẻ khỏe, có khả năng mang được bột.
- Với loại P1, hoặc gãy cài.
- Loại gãy cổ - máu chuyển.

b. Các phương pháp

- Phương pháp vận động sớm Lucas - Championiere: Cho thuốc giảm đau, dựng bệnh nhân ngồi dậy sớm để tránh các biến chứng toàn thân. Phương pháp này thường áp dụng cho những bệnh nhân quá già yếu, không thể chịu đựng được cuộc phẫu thuật => nhằm cứu sống bệnh nhân là chính.
- Bó bột Whitman.
- Kéo liên tục: Ngày nay ít dùng.
- Xuyên một chùm kim vào cổ xương đùi dưới màn huỳnh quang tăng sáng.

6.2.2. Điều trị phẫu thuật:

a. Chỉ định:

- Các loại gãy CXĐ di lệch.
- Có biến chứng ở cổ xương đùi.

b. Các phương pháp.

- Thay chỏm.
 - + Người già > 60 tuổi, gãy sát chỏm, tiêu chỏm, khớp giả.
 - + Gãy cổ xương đùi có thoái hoá khớp => thay toàn bộ khớp.
 - + Gãy cổ xương đùi tới muộn.

(Các loại chỏm Moore, Charley, Muller).

- Nẹp vít có ép DHS. Tốt nhất để điều trị gãy nền cổ.

- Đinh nẹp một khối: Clou - Plaque, Lam- Plaque + 2-3 vít xốp.
- Ngoài ra:
 - + Mổ ghép xương có cuống mạch.
 - + Đục xương dưới mẫu chuyển để thay đổi vị trí tì nén.
 - + Bọc chỏm bằng kim loại.
 - + Làm dính khớp.

7. Kết luận

- Gãy cổ xương đùi ở người lớn tuổi là một loại gãy xương rất nặng: cả về chức năng của chi, cả về chức năng sống của bệnh nhân.
- Về điều trị: Với sự tiến bộ của y học đặc biệt là ngành phẫu thuật chấn thương chỉnh hình và sự ra đời của các vật liệu thay thế khớp thì tuổi thọ của những bệnh nhân này ngày càng được cải thiện.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sách bệnh học.
- Tài liệu phát tay
- Giáo viên tự soạn.

GÃY XƯƠNG ĐÙI

Phùng Ngọc Hoà

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 1. Tên bài: | Gãy xương đùi |
| 2. Bài giảng: | Lý thuyết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên năm thứ 4 |
| 3. Thời gian giảng: | 1 tiết |
| 4. Địa điểm giảng: | Giảng đường |

II. MỤC TIÊU

1. Trình bày được chẩn đoán gãy thân xương đùi
2. Nêu được các biến chứng
3. Nêu được sơ cứu - thái độ điều trị gãy thân xương đùi.

III. NỘI DUNG

1. Đại cương

- Gãy thân xương đùi (GTXĐ) gặp ở mọi lứa tuổi, từ sơ sinh đến người lớn. Đặc biệt nhiều nhất ở tuổi trưởng thành: 20 - 40 tuổi.
- Xương đùi là một xương to khoẻ, lại có cơ bao bọc chung quanh, nên thường phải có một lực tác động mạnh mới bẻ gãy được, GTXĐ gặp nhiều trong tai nạn giao thông, tai nạn lao động.
- Vị trí gãy thân xương đùi: 5cm dưới MCL và trên lồi cầu xương đùi 5cm.
- GTXĐ dễ gây sốc: do đau, do mất máu (500ml-1000ml) nên phải hồi sức tốt và bất động khi vận chuyển.
- 1939 Kuntscher đóng đinh nội tuỷ chữ V. Sau đó phổ biến ra khắp Châu Âu và Bắc Mỹ. Gần đây, phương pháp hay dùng nhất là đóng đinh nội tuỷ kín có chốt ngang, dưới màn huỳnh quang tăng sáng. Hoặc mổ K.H.X nẹp vít A.O có sức ép (Dynamic - Compression - Plate) ở những đoạn có ống tuỷ rộng.

2. Giải phẫu bệnh lý

2.1. Thân xương đùi: không phải là một xương thẳng mà hơi cong vào trong, do đó nẹp vít A.O bắt vào thân xương phải bắt ở phía cong lồi.

2.2. Ống tuỷ xương dài: thu hẹp ở phía 1/2 giữa thân xương, rộng ở 2 đầu xương => do đó khi gãy ở 1/3 giữa thân xương đóng đinh nội tuỷ tốt, gãy 1/3 trên, 1/3 dưới, đóng đinh sẽ bị lỏng, ở đây vai trò cố định của nẹp vít A.O tốt hơn.

Muốn có hình ống tuỷ to bằng thật (trên các phim chụp thẳng, chụp nghiêng) để chọn đinh nội tuỷ thích hợp, cần để bóng X. quang cách xa đầu 1,2 - 1,5m (gọi là chụp Télec dài).

2.3. Khi gãy 1/3 dưới: các bó mạch thần kinh ở vùng khoeo hoặc vùng ống Hunter có thể bị tổn thương.

2.4. Đường gãy

2.4.1. Đường gãy ngang: Nếu các đường này nhẵn như tiện mía thì dễ nắn nhưng cũng dễ đi lệch thứ phát. Nếu đường gãy cằn răng cưa thành bậc thì khó nắn nhưng khi đã chấp đúng răng, bậc thì ít nguy cơ di lệch thứ phát trong bột.

2.4.2. Đường gãy chéo vát hay chéo xoắn: dễ di lệch thứ phát khi nắn giữ trong bột.

2.4.3. Gãy có thêm mảnh phụ: hình cánh bướm hoặc gãy thành 2 tầng hoặc có các mảnh vụn đều được xếp vào loại gãy không vững, khó nắn chỉnh và giữ bằng bột.

2.5. Vị trí gãy và cơ chế di lệch

2.5.1. Gãy ở vị trí 1/3 trên: Với khối cơ mông khoẻ kéo vênh đoạn trung tâm ra ngoài và ra trước, khối cơ khép kéo mạnh đoạn ngoại vi vào trong gãy nên gấp góc nhiều. Rất khó chỉnh đoạn trung tâm, chỉ có khả năng chỉnh đoạn ngoại vi theo hướng của đoạn trung tâm.

2.5.2. Gãy ở vị trí 1/3 giữa

Ở đoạn trung tâm bị kéo vênh ra ngoài do có cơ khép lại vào trong. Khối cơ đùi ở đây khoẻ cho nên cơ kéo nhiều làm cho di lệch gãy ngắn chi rất đậm (có khi ngắn 5-10cm). Muốn nắn chỉnh tốt ở đây cần gây mê và giãn cơ thật tốt.

2.5.3. Gãy ở vị trí 1/3 dưới

Di lệch: Đoạn dưới bị kéo gục ra sau do tác động của các cơ sinh đôi -> có nguy cơ tổn thương bó mạch thần kinh ở vùng khoeo. Muốn nắn chỉnh tốt cần để gấp nhẹ khớp gối.

2.6. Gãy xương đùi ở trẻ em

- Ở trẻ em xương đùi còn đang độ phát triển lớn theo chiều dài và chiều ngang nên có thể tự điều chỉnh được, ít để lại di chứng với các trường hợp ngắn $\leq 1 - 2\text{cm}$ và gấp góc $\leq 10^\circ$. Tuy nhiên xương trẻ em không tự chỉnh được di lệch xoắn vận theo trục.

- Gãy xương đùi trẻ con có thể bong sụn kết hợp -> gây nên chân dài ngắn về sau này.

3. Phân loại: Theo Winquist (1984) 4 loại.

- **Gãy đơn giản:** gãy đôi ngang, gãy chéo.
- **Gãy có mảnh rời nhỏ:** dưới 50% chu vi.
- **Gãy nhiều tầng hoặc gãy có mảnh rời lớn trên 50% chu vi.**
- **Gãy nhiều mảnh, các đầu gãy di lệch xa nhau.**

4. Lâm sàng và X quang

4.1. Triệu chứng lâm sàng

Trong tai nạn, nạn nhân có thể cảm nhận thấy tiếng gãy rắc ở đùi, tiếp đó là triệu chứng đau dữ dội.

- Cơ năng vận động đùi, cẳng chân giảm hoặc mất hoàn toàn
- Nạn nhân đến khám có thể thấy: toàn thân có biểu hiện sốc chấn thương: mặt nhợt nhạt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ (sốc do đau + mất máu).
- Khám thực thể: đùi sưng to nhanh, chi ngắn, gấp góc, có thể cảm nhận được chỗ ghồ của đầu xương gãy ở những trường hợp sưng to vừa, đầu gối xoay ngoài, cạnh ngoài bàn chân đỏ sát mặt giường, các triệu chứng bầm tím ở vùng thấp và tràn dịch khớp gối xuất hiện muộn. Các dấu hiệu cử động bất thường và lạo xạo xương không nên tìm vì sẽ rất đau cho nạn nhân, làm trầm trọng thêm triệu chứng sốc chấn thương.

4.2. Chụp X quang: Sau khi cố định tạm thời và chống sốc (nếu có) chuyển nạn nhân đi chụp Xquang: chụp 2 tư thế chính: thẳng và nghiêng, nhớ chụp Têlê đùi để có hình giống như thật của ống tuỷ.

5. Điều trị

5.1. Sơ cứu

- Bất động tạm thời bằng các loại nẹp sẵn có trong tay.
- Phát hiện đa chấn thương, C.T.S.N, CT ngực, bụng.
- Giảm đau bằng thuốc: Morphine 1Ctg, Feldène...
- Phòng và chống sốc bằng truyền dịch hoặc máu.

5.2. Điều trị GTXĐ ở trẻ em

GTXĐ ở trẻ em thường là gãy cành tươi, ít di lệch, thời gian liền xương nhanh nên thiên về điều trị bảo tồn.

- Trẻ sơ sinh: Nẹp thẳng trục xương bằng bìa cứng 10 - 12 ngày
- Trẻ còn bú => trẻ em dưới 3 tuổi: bó bột ếch
- Trẻ 4-12 tuổi: Gây mê, kéo nắn và làm bột chậu lưng chân để bột 4 - 8 - 12 tuần tùy theo độ tuổi. Những ca gãy phức tạp có thể kéo liên tục, sau đấy bó bột tiếp tục.

Nếu bó bột không kết quả (di lệch thứ phát) phải mổ kết hợp xương.

- Nẹp vít: bệnh nhân phải mổ lại lần hai để tháo nẹp vít.
- Đinh dưới mấu chuyển: nếu không vững, phải tăng cường thêm bột CLC => dễ bị cứng khớp gối.
- Phương pháp Métaizeau: đóng một chùm đinh (đinh chịu được lực đàn hồi) từ trên các lồi cầu đi lên.
- Phương pháp Ender đóng từ trên lồi cầu trong -> đinh tựa vào thành xương đối diện -> lên cổ xương đùi.

5.3. Điều trị GTXĐ ở người lớn

a. Kéo tạ:

- Dùng đinh Steimann, Kirschner xuyên qua lồi cầu đùi hoặc qua lồi củ trước xương chày để kéo với trọng lượng 1/8-1/6 trọng lượng cơ thể.
- Mục đích: Bất động tạm thời, để chuẩn bị cho cuộc mổ sau. Hoặc kéo liên tục trong những trường hợp không có chỉ định mổ (bệnh về máu, những nơi không có điều kiện phẫu thuật...) sau 3-4 tuần bó bột chậu lưng chân.

b. Mổ kết hợp xương:

* *Đinh nội tuỷ*: sử dụng từ 50 năm nay.

- Đinh Kuntscher mở ổ gãy: đóng cho gãy 1/3 giữa thân xương đùi
- Ưu điểm: Nắn dễ, phát hiện hết thương tổn, ghép được xương...

Nhược điểm: Mất sự liên xương sinh lý, tỉ lệ nhiễm khuẩn cao (0,1-2%)

- Đóng đinh kín với màn huỳnh quang tăng sáng. Ngày nay người ta đóng đinh kín cho mọi đoạn GTXĐ, mọi kiểu GTXĐ.

* *Nẹp vít*: được dùng nhiều từ năm 1960-1970, chủ yếu dùng cho nơi ống tuỷ rộng 1/3 trên, 1/3 dưới

- Ưu điểm: Cố định xương vững, tập phục hồi cơ năng sớm
- Nhược điểm: Nhiễm khuẩn cao, gãy nẹp vít qua lỗ vít, sau khi liên xương phải mổ lấy nẹp vít...

c. Điều trị gãy hở xương đùi (xem phần điều trị biến chứng).

5.6. Các biến chứng và các phương pháp điều trị

5.6.1. Biến chứng ngay:

* *Sốc chấn thương (do mất máu, do đau).*

- Bất động tốt cho bệnh nhân.
- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn (máu, dịch thay thế máu).
- Dùng thuốc giảm đau cho BN: Morphine, Fèldene... lưu ý các BN trẻ em, người già.

* *Gãy xương hở.*

- Với gãy hở độ 1 độ 2 đến sớm trước 6 giờ, điều kiện cho phép (thể trạng BN, trang thiết bị, GMHS, PTV chuyên khoa): kết hợp xương ngay. Đây là một phương pháp tốt nhưng hết sức thận trọng, đánh giá thật đúng thương tổn và sau mổ phải theo dõi sát BN.
- Gãy hở độ 3 và gãy hở đến muộn: cắt lọc - rạch rộng - cố định ngoài - để hở da.
- Ngoài ra còn phương pháp: kéo liên tục, cắt lọc bó bột.

* *Tổn thương mạch máu, thần kinh.*

- KHX vững (CĐNV).
- Phục hồi lại mạch máu, TK...

* *Tắc mạch do mỡ*, đây là một biến chứng nặng, hiếm gặp, thường chẩn đoán hồi cứu.

5.6.2. Biến chứng sớm: Nhiễm trùng: đặc biệt sau gãy hở, sau phẫu thuật.

- Nếu nhiễm khuẩn nhẹ => tách vết mổ, chăm sóc tốt VT, kháng sinh toàn thân liều cao dựa vào KSD.
- Nếu nhiễm khuẩn nặng phải mổ cấp cứu ngay: Rạch rộng dẫn lưu mủ, để hở hoàn toàn, chăm sóc tốt tại chỗ & toàn thân. Một số trường hợp xét mổ cắt cụt chi để cứu sống BN.

5.6.3. Di chứng

* *Can lệch* => gây ngắn chi, lệch trục chi.

Phải can thiệp phẫu thuật khi ngắn chi >2 cm hoặc lệch trục chi >10 độ.

* *Chậm liền, khớp giả* => bệnh nhân không đi lại được.

Phải mổ KHX và ghép xương.

* *Teo cơ, cứng khớp* => tàn phế.

- Dự phòng: Với BN có mổ => phải KHX vững để tập được gối ngay, với BN bó bột => không nên kéo dài thời gian quá 2 tháng cho một khớp gối.
- Điều trị: tạo hình khớp.
- * *Viêm xương* => điều trị rất phức tạp, tốn kém.
- Nạo viêm, lấy xương chết, dẫn lưu mủ
- Cố định ngoài.
- Chuyển vật cơ, vật da - cân che xương (nếu cần)

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sách bệnh học.
- Tài liệu phát tay
- Giáo viên tự soạn.

GÃY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

Phùng Ngọc Hoà

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học: Ngoại bệnh lý
2. Tên bài: Gãy hai xương cẳng chân.
4. Bài giảng: Lý thuyết.
5. Đối tượng: Sinh viên năm thứ 4
3. Thời gian giảng: 2 tiết.
4. Địa điểm giảng: Giảng đường.

II. MỤC TIÊU

1. Trình bày được chẩn đoán gãy 2 xương cẳng chân.
2. Nêu được các biến chứng.
3. Nắm được sơ cứu - nguyên tắc điều trị.

III. NỘI DUNG CHÍNH

1. Đại cương

Gãy hai xương cẳng chân bao gồm tất cả các loại gãy đi từ mâm chày tới mắt cá. Trong khuôn khổ bài này chỉ đề cập đến gãy thân 2 xương cẳng chân.

1.1. Định nghĩa: Gãy thân hai xương cẳng chân là loại gãy dưới nếp gấp gối 5cm và trên nếp gấp cổ chân 5cm.

1.2. Đặc điểm giải phẫu hai xương cẳng chân

- Xương chày: Là hình lăng trụ tam giác với mào chày ở phía trước, khi xuống 1/3 dưới là hình trụ tròn nên đây là điểm yếu rất dễ bị gãy.
- Mạch nuôi xương: Càng xuống thấp càng nghèo nàn (1/3 dưới) khi gãy vùng này => xương khó liền.
- Các khối cơ bố trí quanh xương không đồng đều, phía sau có khối cơ chắc khỏe, phía trước không có cơ mà ngay dưới da là xương vì vậy khi gãy hở rất dễ bị lộ xương.
- Cấu tạo các khoang hẹp, thành khoang chắc => khi có phù nề, chảy máu trong khoang => gây hội chứng chèn ép khoang.

1.3. Cơ chế gây xương

- Cơ chế trực tiếp => gãy gãy hở.
- Cơ chế gián tiếp => xương gãy chéo, xoắn.

2. Giải phẫu bệnh

2.1. Tổn thương xương

- Gãy đơn giản: Đôi ngang, gãy chéo.
- Gãy phức tạp: Nhiều mảnh, nhiều tầng.
- Hay gãy ở vị trí 1/3 dưới.
- Gãy 1 xương chày, 1 xương mác.

2.2. Phần mềm

Gãy hở: Chia 3 độ theo Gustilo:

- Độ I: Gãy hở mà VT phần mềm nhỏ < 1cm, VT gọn, sạch, thường là loại gãy hở trong chọc ra.
- Độ II: Gãy hở mà VT lớn, >1cm ->10cm, VT gọn sạch.
- Độ III: Là loại gãy hở rất nặng, tỷ lệ cắt cụt chi cao khoảng 15%.
 - + Độ IIIa: VT rộng, phần mềm dập nát nhiều nhưng xương còn được che phủ một cách thích hợp.
 - + Độ IIIb: Mất rộng phần mềm, lộ cả một đoạn xương ra ngoài. Khi cắt lọc VT, muốn che xương ta phải chuyển vật cơ hoặc vật da-cân để che.
 - + Độ IIIc: Vừa dập nát phần mềm vừa tổn thương mạch máu và thần kinh.

2.3. Mạch thần kinh

- Tổn thương đứt mạch máu, thần kinh (đứt mạch máu thần kinh trong gãy kín hoặc trong gãy hở độ IIIc).
- Hội chứng chèn ép khoang.

3. Biến chứng

3.1. Biến chứng ngay

- Sốc: Đặc biệt ở gãy xương hở.
- Tổn thương mạch thần kinh.
- Hội chứng chèn ép khoang.

3.2. Biến chứng sớm

- Nhiễm khuẩn. Đặc biệt là hoại thư và hoại thư sinh hơi.

- Rối loạn dinh dưỡng kiểu Sudex.

3.3. Di chứng

- Chậm liền: Sau 4-5 tháng mà xương không liền.
- Khớp giả: Ngoài 6 tháng mà xương không liền.
- Can lệch: Gây nên ngắn chi, lệch trục chi, làm bệnh nhân không đi lại được.
- Viêm xương: Nhất là sau gãy xương hở => điều trị rất phức tạp và tốn kém.

4. Lâm sàng và X quang

Để chuẩn đoán xác định, dựa vào lâm sàng và X quang, thường là dễ.

4.1. Lâm sàng

- Sau tai nạn bệnh nhân rất đau vùng gãy => có thể gây nên sốc.
- Mất cơ năng của cẳng chân.
- Gấp góc ở cẳng chân.
- Sờ thấy đầu xương gãy di lệch ngay dưới da.
- Cẳng bàn chân xoay đổ ra mặt giường.

4.2. X quang

Chụp phim để chẩn đoán được loại gãy (đơn giản hay phức tạp), sự di lệch của các đầu xương.

Đặc biệt:

* *Đánh giá tình trạng toàn thân* và các thương tổn phối hợp (nếu có).

* *Đánh giá tình trạng lớp da*: Có bị bong lóc ngấm, bị bầm dập? Các nốt phỏng nước? Mức độ nhiễm bẩn?

- Nếu có vết rách da -> phải xem có thông với ổ gãy?
- Các vết bầm dập da ngang mức ổ gãy phải nghĩ tới nguy cơ hoại tử da -> lộ xương thứ phát (thành gãy hở).

* *Đánh giá tình trạng mạch máu và thần kinh*: Kiểm tra mạch mu chân và chày sau, độ nóng ẩm của bàn chân - bắp chân có căng không? Cảm giác và vận động của bàn chân, ngón chân.

4.3. Hội chứng chèn ép khoang

- Không phải chỉ gãy cẳng chân mới có hội chứng này. Hội chứng chèn ép khoang có tới 45% là do chấn thương gãy xương, trong 45% đó thì 80% là gãy xương cẳng chân, bàn chân. Hội chứng chèn ép khoang xuất hiện khi có tổn thương các mạch máu trong xương, trong phần mềm, gây máu tụ

trong các khoang chật hẹp. Các hiện tượng rối loạn vận mạch, tăng xuất tiết gây phù nề tổ chức -> càng phù nề càng tăng chèn ép khoang... đó là một vòng luẩn quẩn.

** Hội chứng chèn ép khoang gây ra:*

- Tăng áp lực trong khoang cơ xương -> chèn ép tuần hoàn mao mạch.
- > Hoại tử tổ chức như trong tắc mạch do nhiễm khuẩn.
- Qua 8 giờ mà không xử lý hội chứng chèn ép khoang coi như đã có những tổn thương không hồi phục.

Fred Matsen đưa ra 5 biểu hiện lâm sàng của hội chứng chèn ép khoang:

** Lâm sàng của HC chèn ép khoang:*

- Triệu chứng đau ở mức quá quất hơn là các dấu hiệu thực thể.
- Tê bì ở đầu ngón chân.
- Liệt vận động cổ chân - ngón chân.
- Đau tăng khi vận động thụ động cơ bắp.
- Cứng cứng tại chỗ => HC Bắp chân cứng.

Ông đã đưa ra bảng chẩn đoán phân biệt với các tổn thương mạch máu hoặc dập đứt thần kinh.

	HCCEK	T. thương mạch	T. thương TK
Đau khi căng thụ động cơ bắp	+	+	-
Tê bì	+	+	+
Liệt vận động	+	+	+
Mạch đập	±	-	+
Áp lực khoang cao	+	-	-

(Theo America Symposium on trauma to the leg sequela - 1981)

** Cận lâm sàng chẩn đoán hội chứng chèn ép khoang (HC CEK):*

Chẩn đoán HC CEK khó khi BN có đa chấn thương, tụt huyết áp -> lúc này có thể cho đo áp lực khoang bằng cách chọc kim có cathéter để đo: bình thường áp lực trong cơ bắp là $8,5 \pm 6\text{mmHg}$ và có thể lên 30mmHg trong thì tâm thu; Trên 30mmHg là không bình thường. Từ 30mmHg -> 50mmHg thì cần được theo dõi để khỏi bỏ sót chèn ép khoang.

Đo giao động mạch bằng Doppler: thấy mất hoặc giảm lưu lượng dòng chảy ở phía hạ lưu.

Chụp mạch, chụp C.T Scanner.

5. Điều trị

5.1. Điều trị gãy kín

5.1.1. Sơ cứu (như gãy xương đùi).

- Bất động bằng nẹp.
- Phòng chống sốc.
- Giảm đau bằng các loại thuốc.

5.1.2. Điều trị bảo tồn:

- Nắn kéo bằng tay hoặc nắn trên khung Boehler -> Bó bột đùi - cẳng - bàn chân để gối gấp nhẹ 20° -> Chăm sóc chi bó bột và hướng dẫn tập luyện.
- Kéo liên tục: Khi không thể nắn được kéo được hoàn chỉnh ngay hoặc kéo liên tục trong một số ca gãy vụn -> sau 3-4 tuần chuyển sang bó bột.

5.1.3. Chỉ định của các phương pháp này

- Bó bột ngay những ca gãy không di lệch.
- Nắn + bó bột những ca di lệch ít và gãy vững.
- Kéo liên tục rồi bó bột cho những ca gãy chéo vát, soắn, gãy nhiều mảnh và những ca gãy không vững; những ca bệnh nhân có trống chỉ định mổ.

5.2. Điều trị phẫu thuật

5.2.1. Các phẫu thuật mở ổ gãy

- Bất vít đơn thuần: áp dụng cho gãy chéo vát, soắn - cách này ít làm tổn thương màng xương. Thường giữ không thật chắc nên có khi phải bó bột tăng cường.
- Buộc vòng các ca gãy chéo vát, soắn: người ta khuyên nên bỏ cách làm này.
- Đóng đinh nội tuỷ xuôi dòng, mở ổ gãy.
- Đặt nẹp vít AO: Cố định chắc, nhưng dễ tổn thương màng xương. Đặt nẹp mặt trong tuy dễ là nhưng nguy cơ thiếu nuôi dưỡng da nơi có nẹp vít. Đặt nẹp mặt ngoài có cơ che phủ nhưng khó làm.

5.2.2. Các phẫu thuật không mở ổ gãy

Đinh nội tuỷ đơn thuần là có lợi ít gây tổn thương nuôi dưỡng của xương nhưng không chống được xoay. Đinh có chốt ngang ưu điểm chắc hơn, chống được xoay.

5.2.3. Điều trị gãy hở (xem thêm bài gãy xương hở)

- Cố định xương chắc chắn.

- Xử trí tốt da và phần mềm.
- Phòng ngừa nhiễm khuẩn.
- Phòng ngừa uốn ván.

6. Điều trị hội chứng chèn ép khoang

- Với nguyên tắc: bất động xương vững, giải phóng khoang chèn ép, giải quyết các thương tổn về mạch máu và thần kinh.
- Xem thêm phần điều trị hội chứng chèn ép khoang.

IV. PHƯƠNG PHÁP DẠY HỌC: Truyền thống

V. PHƯƠNG PHÁP LƯỢNG GIÁ: Ra các câu hỏi lựa chọn, câu hỏi ngắn gọn, tình huống.

VI. TÀI LIỆU HỌC TẬP

- Sách bệnh học
- Tài liệu phát tay
- Giáo viên tự soạn.

TRẬT KHỚP KHUYỬ

Phùng Ngọc Hoà

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý. |
| 2. Tên bài: | Trật khớp khuỷu |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết. |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên năm thứ 4. |
| 5. Thời gian: | 1 tiết. |
| 6. Địa điểm giảng: | Giảng đường. |

II. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế trật khớp khuỷu.
2. Nắm được triệu chứng lâm sàng, X quang của trật khớp khuỷu.
3. Nắm được các biến chứng của trật khớp khuỷu.
4. Trình bày được kỹ thuật nắn trật khớp khuỷu ra sau, đến sớm và chỉ định các phương pháp điều trị khác.

III. NỘI DUNG

1. Một số đặc điểm giải phẫu và sinh lý của khớp khuỷu

- *Diện khớp khuỷu có 3 phần:*
- Phần ngoài: Lồi cầu tiếp nối với chỏm quay tạo thành *khớp cánh tay - quay*.
- Phần trong: Ròng rọc tiếp nối với hõm xích- ma lớn tạo thành *khớp cánh tay- trụ*.
- Xương quay và xương trụ tiếp với nhau tạo thành *khớp quay - trụ trên*.
- *Trật khớp khuỷu là cả 2 xương cẳng tay (hõm xích ma lớn + chỏm quay) trật ra khỏi đầu dưới xương cánh tay (ròng rọc và lồi cầu).*
- *Gấp, duỗi là 2 động tác quan trọng và duy nhất của khớp khuỷu, còn sấp, ngửa là động tác của cẳng tay.*

2. Tỷ lệ: Là trật khớp hay gấp, đứng thứ hai sau trật khớp vai, chiếm 20-30% tổng số trật khớp nói chung.

- Hay gặp nhất ở trẻ em sau 5 tuổi.
- Nữ nhiều hơn nam, tay trái nhiều hơn tay phải.

3. Nguyên nhân, cơ chế

- Cơ chế chấn thương: Gián tiếp.
- Ngã chống tay, khuỷu duỗi tối đa, căng tay ngửa.

4. Giải phẫu bệnh

4.1. Phấn mềm

- Các dây chằng ở trước trong bị đứt. Rất hiếm khi gặp đứt dây chằng vòng quanh chỏm quay.
- Bao khớp bị rách.

4.2. Xương

Có thể gặp tổn thương xương: vỡ một phần của đầu dưới xương cánh tay (vỡ lồi cầu ngoài, lồi cầu trong), mỏm khuỷu.

5. Phân loại

- Trật khớp khuỷu ra sau: Hay gặp nhất (90%).
- Trật khớp khuỷu ra trước: Do vỡ mỏm khuỷu.
- Trật khớp khuỷu sang bên: Do vỡ các lồi cầu.

6. Chẩn đoán: Dựa vào lâm sàng, X quang.

6.1. Lâm sàng

- Sau tai nạn bệnh nhân đau khuỷu và hạn chế cơ năng của khớp khuỷu.
- Sưng nề khuỷu.
- Khuỷu ở tư thế 50 - 60°.
- *Sờ thấy mỏm khuỷu* ra sau và lên trên, đầu dưới cánh tay nhô ra trước.
- *Có dấu hiệu cử động đàn hồi.*
- Tam giác cân khuỷu bị đảo ngược.

* *Lưu ý:* Phát hiện các biến chứng về mạch máu và thần kinh, bằng cách kiểm tra vận động, cảm giác ngón tay và mạch quay, trụ.

6.2. Xquang: Chụp khuỷu 2 tư thế thẳng và nghiêng:

- Chẩn đoán xác định trật khớp.
- Chẩn đoán gãy xương kèm theo.

7. Các biến chứng

7.1. Biến chứng sớm

- Thần kinh: Gặp khoảng 20% liệt thần kinh trụ: Dấu hiệu vuốt trụ, mất cảm giác ngón 4, 5.
- Mạch máu: Mạch cánh tay có thể bị chèn ép tỷ lệ khoảng 1%.

7.2. Di chứng

- Dính khớp khuỷu gây hạn chế cử động khớp, cứng khớp ở tư thế xấu.
- Vôi hoá quanh khớp.

8. Điều trị

8.1. Điều trị trật khớp khuỷu mới

- *Vô cảm*: Vì gặp nhiều ở trẻ em nên chú ý vấn đề gây mê toàn thân.
- *Nắn*:
 - + Người phụ kéo bàn tay, thẳng trục cẳng tay.
 - + Người nắn giữ đầu dưới xương cánh tay, dùng các ngón cái đẩy móm khuỷu ra trước và xuống dưới, khuỷu gấp dần đến 90^0 .
 - + Sau nắn: Gấp duỗi khuỷu để kiểm tra.
- *Bất động*: Bột cánh - cẳng - bàn tay, tư thế cẳng tay ngửa, khuỷu 90^0 , để bột 3 tuần.

8.2. Điều trị trật khớp khuỷu cũ. Là trật khớp trên 3 tuần.

- Trật khuỷu dưới 3 tuần: Nắn và bó bột.
- Nếu trên 3 tuần: khuỷu ở tư thế xấu (tư thế duỗi). Bắt buộc phải điều trị bằng phẫu thuật.
 - * *Các phương pháp phẫu thuật*:
 - Mổ đặt lại khớp.
 - Làm cứng khớp ở tư thế cơ năng, nếu trật khớp quá lâu, hỏng hết sụn khớp.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu chứng học Ngoại khoa. N.X.B. Y học Hà Nội 2000.
2. Giải phẫu Ngoại khoa. N.X.B. Y học Hà Nội 2000.
3. Bệnh học Ngoại. Tập 2. N.X.B. Y học Hà Nội 2001

TRẬT KHỚP VAI

Phùng Ngọc Hoà

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên bài: | Trật khớp vai. |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết. |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên năm thứ 4. |
| 5. Thời gian: | 1 tiết. |
| 6. Địa điểm giảng: | Giảng đường. |

II. MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế trật khớp vai.
2. Phát hiện được triệu chứng trật khớp vai trên bệnh nhân, chỉ đúng trên phim X quang.
3. Nắm được các biến chứng của trật khớp vai.
4. Trình bày được kỹ thuật nắn trật khớp vai mới và các chỉ định điều trị khác.

III. NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Một số đặc điểm giải phẫu và sinh lý của khớp vai

- Là một khớp chỏm vì thế biên độ vận động của khớp lớn.
- Chỏm to, hõm khớp bé, có một sụn viền quanh khớp để tăng cường cho khớp.
- Các phương tiện giữ khớp:
 - + Bao khớp: Rộng và lỏng lẻo, phía trước mỏng, có các dây chằng tăng cường.
 - + Dây chằng: là chỗ dày lên của bao khớp. Giữa dây chằng giữa và dây chằng dưới là điểm yếu. Vì thế hay bị trật khớp vai kiểu trước trong, dưới mỏm quạ.

1.2. Tỷ lệ

Trật khớp vai hay gặp nhất ở người trẻ khỏe, tuổi từ 20 - 40 tuổi.

- Chiếm 60% tổng số trật khớp.
- Có thể gặp trật khớp vai mới, trật cũ, trật tái diễn.

2. Nguyên nhân, cơ chế

- Do ngã chống tay hoặc chống khuỷu, cánh tay dạng, đưa ra sau và xoay ngoài.
- Cơ chế chấn thương: Gián tiếp.
- Các yếu tố thuận lợi gây trật khớp: Khớp vai có biên độ vận động lớn, chỏm to hõm nông, các dây chằng bao khớp ở trước dưới yếu.

3. Giải phẫu bệnh

- Trật khớp làm rách bao khớp phía trước dưới.
- Cơ dưới vai rách, đứt gân phần dài cơ nhị đầu.
- Chỏm ra trước, dưới mỏm quạ.
- Có thể gãy một phần xương của đầu trên cánh tay (mấu động to) hoặc xương bả vai (mỏm cùng).

4. Phân loại

4.1. Trật khớp vai mới

* *Trật khớp vai trước trong:* Hay gặp nhất, gồm:

- Ngoài mỏm quạ (còn gọi là bán trật).
- Dưới mỏm quạ (gặp nhiều # 80%).
- Trong mỏm quạ.
- Dưới xương đòn.

* *Trật khớp vai kiểu trên ổ chảo, dưới ổ chảo.*

* *Trật khớp vai ra sau:*

- Dưới mỏm cùng vai.
- Dưới gai xương bả

(Trật khớp vai ra sau rất hiếm gặp vì có xương bả vai án ngữ)

4.2. Trật khớp vai cũ: Là trật khớp đến muộn trên 3 tuần.

4.3. Trật khớp vai tái diễn: Là trật khớp mà có tần suất trật đi trật lại 10 lần

5. Chẩn đoán: Dựa vào lâm sàng, X quang.

5.1. Lâm sàng

- Sau tai nạn bệnh nhân đau, mất cơ năng của khớp vai.

- Nhìn:
 - + *Dấu hiệu vai vuông*, dấu hiệu nhát rìu.
 - + Cánh tay dạng 30-40° xoay ngoài.
 - + Rãnh Delta- ngực đầy lên, không rõ nét.
- Sờ:
 - + *Hõm khớp rỗng*, sờ thấy *chỏm* ở rãnh Delta- ngực, ở dưới mỏm quạ.
 - + *Dấu hiệu lò so*: Cánh tay dạng 30-40°, ép cánh tay vào thân, bệnh nhân đau, thả tay ra, cánh tay bệnh nhân về vị trí cũ (dấu hiệu *Berger*)
- Đo:
 - + Thay đổi trục chi trên, chiều dài chi.
 - + Biên độ vận động khớp giảm hoặc mất hoàn toàn.

5.2. X quang

- Để chẩn đoán xác định trật khớp.
- Để chẩn đoán gãy xương kèm theo.

6. Các biến chứng

6.1. Xương: Gãy 1 phần xương bả, cổ xương cánh tay, mấu động to...

6.2. Thần kinh

- Liệt đám rối thần kinh cánh tay (liệt 3 dây).
- Liệt thần kinh mũ gây liệt cơ Delta.
- Tổn thương rễ thần kinh: Gây liệt cơ nhị đầu, cơ ở bàn tay.

6.3. Mạch máu: Rất hiếm gặp tổn thương mạch máu (#1%).

6.4. Viêm quanh khớp vai

- Bệnh nhân đau vai khi cử động.
- Đặc biệt là gây hạn chế cơ năng khớp vai ở người lớn tuổi.

7. Điều trị

7.1. Điều trị trật khớp vai mới

* Nắn:

- *Phương pháp Hypocrat*: Bệnh nhân nằm ngửa, người nắn ngồi cùng bên với bệnh nhân, cho gót chân của mình vào hõm nách của bệnh nhân, nắm tay bệnh nhân kéo theo trục chi, sau 5 phút khớp tự vào (90% đạt kết quả).

- *Phương pháp Kocher*: 4 thì.
 - + Thì 1: Khuỷ gấp 90% kéo thẳng cánh tay.
 - + Thì 2: Ép khuỷ vào thân
 - + Thì 3: Xoay cánh tay ra ngoài bằng cách đưa cẳng tay ra ngoài tối đa.
 - + Thì 4: Đưa cánh tay lên trên và vào trong.
- Một số kiểu nắn khác: ISELIN, Djenalizde, Arlt...

* **Bất động**: Bất động bằng băng Desault để 3 - 4 tuần. Bệnh nhân trên 40 tuổi băng khoảng 2 tuần, sau đó tập vật lý trị liệu khớp vai.

7.2. Điều trị trật khớp vai cũ: Là trật khớp trên 3 tuần.

- Từ 3 - 4 tuần: Nắn thử theo phương pháp Hypocrat.
- Từ 4 - 8 tuần: Nắn thử nhẹ nhàng, không cố gắng để nắn vì dễ gây nên gãy cổ xương cánh tay.
- Sau 8 tuần: Không còn chỉ định nắn, phải mổ đặt lại khớp.

7.3. Điều trị trật khớp vai tái diễn: Hiện còn nhiều khó khăn.

- Phẫu thuật can thiệp phần mềm: Ghép cân căng đùi, tái tạo dây chằng bao khớp.
- Phẫu thuật can thiệp xương: Lấy xương chậu để ghép, tạo hình lại ổ chảo.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu chứng học Ngoại khoa. N.X.B.Y học Hà Nội 2000.
2. Giải phẫu Ngoại khoa. N.X.B Y học Hà Nội 2000.
3. Bệnh học Ngoại. Tập 2. N.X.B Y học Hà Nội 2001.

TRẬT KHỚP HÁNG

Phùng Ngọc Hoà

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học: Ngoại Bệnh lý.
2. Tên bài: Trật khớp háng
3. Bài giảng: Lý thuyết.
4. Đối tượng giảng: Sinh viên năm thứ tư.
5. Thời gian: 01 tiết.
6. Địa điểm giảng: Giảng đường.

II. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế của trật khớp.
2. Nêu được triệu chứng lâm sàng, X quang của các loại trật khớp.
3. Trình bày được các biến chứng của trật khớp.
4. Nắm được các phương pháp nắn trật khớp và các phương pháp điều trị trật khớp háng trung tâm.

III. NỘI DUNG

1. Một số đặc điểm giải phẫu, sinh lý của khớp háng

- Là một khớp chỏm, lớn nhất trong cơ thể.
- Là khớp giữa bẹn và mông, có nhiều cơ che phủ vì vậy phẫu thuật vào khớp háng rất khó khăn.
- Góc cổ - thân xương đùi: 130° .
- Nuôi dưỡng chỏm: là động mạch dây chằng tròn, động mạch mũ, và động mạch thân xương đùi. Khi trật khớp, các động mạch này dễ bị tổn thương.
- Ổ cối do ba phần của xương chậu (chậu, ngồi, mu) tạo nên. Khi vỡ ổ cối => gây trật khớp háng trung tâm.
- Quanh ổ cối có một sụn viền ổ cối tham gia giữ khớp.
- Động tác của khớp háng: Gấp duỗi đùi, xoay ngoài, xoay trong, và khép dạng đùi.

2. Dịch tễ học

2.1. Tỷ lệ

- Gặp nhiều ở người trẻ khỏe: 20 - 30 tuổi, ít gặp ở trẻ em và người già.
- Chiếm 5% tổng số của trật khớp nói chung.
- Nam nhiều hơn nữ (5/1)

2.2. Nguyên nhân, cơ chế

- Do chấn thương: hay gặp nhất. Lực truyền từ gối qua đùi vào khớp háng => gây trật khớp.
- Do viêm xương khớp háng.
- Do trật khớp háng bẩm sinh.

3. Giải phẫu bệnh

3.1. Xương khớp

- Chỏm thường trật ra sau lên trên (kiểu chậu).
- Đứt dây chằng bao khớp, đặc biệt là đứt dây chằng tròn.
- Khoảng 40% có vỡ trần ổ cối.
- Có thể gặp gãy cổ xương đùi kèm theo.

3.2. Cơ: Phần lớn cơ vùng đùi, vùng chậu bị đụng dập, tụ máu.

3.3. Mạch nuôi chỏm: Đứt động mạch dây chằng tròn, chèn ép và đụng dập động mạch mũ.

4. Phân loại, phân độ

4.1. Phân loại: Có 5 loại trật khớp:

- Kiểu chậu: Lên trên, ra sau, gặp 85%.
- Kiểu mu: Lên trên, ra trước.
- Kiểu ngồi: Xuống dưới, ra sau.
- Kiểu bịt: Xuống dưới, ra trước.
- Trật khớp háng trung tâm: Chỏm xương đùi chui qua ổ cối vỡ, vào tiểu khung.

4.2. Phân độ

- Độ 1: Trật khớp vững (sau khi nắn không còn trật lại)
- Độ 2: Trật khớp kèm vỡ một phần chỏm, hoặc một phần ổ cối, nhưng sau khi nắn: khớp vững.

- Độ 3: Tổn thương như độ 2, nhưng khớp không vững, bị trật lại.
- Độ 4: Trật khớp kèm gãy cổ xương đùi.
- * Độ 3 và độ 4: Bắt buộc điều trị phẫu thuật.

5. Chẩn đoán: Dựa vào lâm sàng và X quang.

5.1. Lâm sàng

- Đau vùng tam giác Scarpa, mất cơ năng của khớp.
- Khám xét theo trình tự có các triệu chứng điển hình tùy kiểu trật:
 - + Mấu chuyển lớn lên cao so với đường Nélaton-Roser.
 - + Có dấu hiệu lò xo (dấu hiệu Pitton)
 - + Trật kiểu chậu: Gấp đùi ít, háng khép và xoay trong.
 - + Trật kiểu mu: Gấp đùi ít, háng dạng và xoay ngoài.
 - + Trật kiểu ngồi: Gấp đùi nhiều, háng khép và xoay trong.
 - + Trật kiểu bịt: Gấp đùi nhiều, háng dạng và xoay ngoài.

5.2. X quang: Chụp lấy hết xương chậu.

- Mất vòng cung cổ- bịt.
- Góc cổ - chỏm xương đùi: bình thường (chẩn đoán phân biệt: gãy cổ xương đùi => mất vòng cung này).

6. Biến chứng

6.1. Hoại tử chỏm: Tỷ lệ 5 - 10%

- Hay gặp với những trật khớp háng cũ do tổn thương mạch nuôi dưỡng chỏm.
- Do chỏm bị tỳ đè vào vị trí khác làm chỏm bị méo mó, thoái hoá.

6.2. Thoái hoá khớp: (20 - 30%) gặp ở trật khớp háng trung tâm vì ổ cối bị méo mó, can xấu.

6.3. Vô hoá quanh khớp: Gây ảnh hưởng tới cơ năng của khớp.

6.4. Dự phòng các biến chứng

- Nắn sớm với trật khớp háng mới.
- Phẫu thuật sớm với trật khớp háng cũ, trật khớp háng trung tâm.

7. Điều trị

7.1. Điều trị trật khớp mới

* Nắn:

- Phương pháp BOEHLER:
 - + Gây mê toàn thân.
 - + Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn nắn, cổ định đai chậu vào bàn nắn, háng và gối gấp 90° .
 - + Người nắn ngồi cùng bên với bệnh nhân.
 - + Một đai vải quàng qua cổ người nắn và qua gối bệnh nhân.
 - + Kéo thẳng đùi lên trời, đè cẳng chân bệnh nhân xuống tạo nên lực chính qua đai vải. Tùy theo kiểu trật mà khép háng hoặc dạng háng cho phù hợp.
- Phương pháp KOCHER: Tương tự như phương pháp BOEHLER nhưng cho gối người nắn vào khoeo bệnh nhân.
- Phương pháp DJENALIDZE: Hiện nay ít làm. Gây mê, cho bệnh nhân nằm sấp chân thông, khớp tự vào.
- * Bất động:
 - Bột chậu lưng chân để ba tuần (nếu có gãy xương kèm theo)
 - Buộc chéo hai cổ chân với nhau.

7.2. Điều trị trật khớp háng trung tâm

- *Mổ kết hợp xương*: ổ cối vỡ nặng, di lệch nhiều, bệnh nhân trẻ thì phải mổ sớm để nắn và kết hợp xương bằng nẹp vít.
- *Kéo liên tục*: Gây mê bệnh nhân, kéo chân bên trật theo trục chi dưới, kiểm tra chiều dài hai chân bằng nhau là được (mục đích là để chỏm ra khỏi tiểu khung, về vị trí cũ). Sau đó xuyên kim qua lỗ cầu đùi kéo liên tục với trọng lượng bằng 1/6 trọng lượng cơ thể, kéo trong ba tuần.

7.3. Điều trị trật khớp háng cũ

- Nếu dưới 3 tuần (4 - 21 ngày): Kéo liên tục 10 ngày, sau đấy nắn thử nhẹ nhàng.
- Nếu trên 3 tuần: Mổ để đặt lại khớp.
- Nếu trật khớp lâu năm: Đã có sự thích nghi với một khớp tân tạo ở cánh chậu, không nên mổ đặt lại khớp, mà phẫu thuật đục xương dưới mấu chuyển sửa lại trục chi.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Triệu chứng học Ngoại khoa. | N.X.B Y học Hà Nội 2000. |
| 2. Giải phẫu Ngoại khoa. | N.X.B Y học Hà Nội 2000. |
| 3. Bệnh học Ngoại. | N.X.B Y học Hà Nội 2001. |

SỎI TIẾT NIỆU

Lê Ngọc Từ

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học: Ngoại bệnh lý
2. Tên bài giảng: Sỏi tiết niệu
3. Bài giảng: Lý thuyết
5. Đối tượng: Sinh viên năm thứ 4
4. Thời gian: 3 tiết
6. Địa điểm dạy học: Giảng đường.

II. MỤC TIÊU

1. Kiến thức:

- Mô tả triệu chứng lâm sàng cận lâm sàng chẩn đoán sỏi đài bể thận.
- Nêu lên đúng các chỉ định điều trị sỏi đài bể thận.
- Mô tả triệu chứng lâm sàng cận lâm sàng chẩn đoán sỏi niệu quản.
- Nêu lên chỉ định các phương pháp điều trị sỏi niệu quản.

2. Kỹ năng:

- Hỏi khám phát hiện được triệu chứng bệnh nhân sỏi thận. Đọc film X quang hệ TN - UIV đánh giá chức năng thận trên bệnh nhân sỏi đài bể thận.

Tư vấn giải thích cho bệnh nhân chọn lựa cách điều trị.

Phát hiện được triệu chứng bệnh nhân sỏi niệu quản.

Đọc phim X quang hệ TN- UIV bệnh nhân sỏi niệu quản.

Tư vấn giải thích cho bệnh nhân về chọn lựa phương pháp điều trị.

III. NỘI DUNG

1. Dịch tễ học

- Sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ 45-50% các bệnh tiết niệu ở nước ta: 2001-2002 tại khoa Tiết niệu BV Việt Đức: 1.121/2.137 bệnh nhân tiết niệu chiếm tỷ lệ 52,46%.
- Các điều tra dịch tễ học các châu Âu Pháp Mỹ (Le Duc 1992), sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ 0,5 – 2% dân số.

- Tỷ lệ bệnh nhân nam (60%) cao hơn nữ (40%), tuổi bệnh nhân được phát hiện bệnh và điều trị từ 30 - 60 tuổi chiếm 75 - 80%.

2. Nguyên bệnh sinh

- Cấu trúc, thành phần hóa học của sỏi tiết niệu:
 - + Sỏi calci - oxalat Ca (Whewellite) phosphat Ca (Carbapatite): 65 - 70%
 - + Sỏi phosphat ammonium magnesium - PAM (Struvite) do vi khuẩn lên men ure (kiềm hoá nước tiểu) gây nên (15 - 20%).
 - + Một số ít sỏi do chuyển hoá: acid uric ($\leq 10\%$), cystine.
 - + Lichtwitz (1928), Meyers (1952), Boyce (1956) cấu trúc của sỏi: mạng chất hữu cơ (matric organique) như mucopolysaccharides, mucoproteines, glycoproteines cùng với sự lắng đọng các chất vô cơ calci, phosphate
- Nguyên nhân:
 - + Rối loạn chuyển hóa.
 - + Thay đổi pH nước tiểu (5,6 - 6,3).
 - + Dị dạng đường tiết niệu.

Đa số các trường hợp sỏi calci không rõ nguyên nhân (tăng calci không rõ nguyên nhân), một số tăng calci do chế độ ăn uống, bệnh lý: mất nước, nằm bất động lâu, tăng calci niệu gây sỏi, hoặc do u cường tuyến phó giáp trạng gây calci tăng / phospho hạ.

- Cơ chế:
 - + Thuyết quá mức bão hòa các chất vô cơ trong nước tiểu (Marangella, Vermeulen 1966)
 - + Thiếu yếu tố ức chế kết tinh (Scott, Robertson, Thomas Howard).
 - + Do tổn thương đường tiết niệu tạo nên cấu trúc hữu cơ (Lichtwitz, Meyer Boyce).
 - + Sinh sỏi do nhiễm khuẩn (Griffith, Brisset).
 - + Hấp thụ nhiều các chất sinh sỏi (acid uric, oxalate).

3. Sỏi thận

3.1. Đặc điểm sỏi đài bể thận

- Sỏi thận hay đúng hơn là sỏi đài bể thận chiếm tỷ lệ 70 - 75% sỏi tiết niệu, có cấu trúc đa số là sỏi calci (Ca oxalate, Ca phosphate hay hỗn hợp Ca oxalate-phosphate): chiếm tỷ lệ 65 - 70%.

Sỏi phosphat ammoniaco magnesie PAM: 15 - 20%

- Sỏi bể thận có hình tam giác hay đa diện, nhỏ dưới 10, 20 - 30mm khuôn theo bể thận mũi nhọn quay về phía cột sống.
- Sỏi đài thận hình tròn hay đa giác 1 hay nhiều viên thường nằm ở cực dưới hay đài giữa thận.
- Sỏi cả đài bể thận có hình san hô (30 - 40mm).
- Sỏi đài bể thận còn gây nhiều biến chứng khi để muộn: nhiễm khuẩn tiết niệu, giãn đài bể thận, suy thận.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

- Con đau thận với sỏi gây tắc bể thận niệu quản đau vùng thắt lưng điển hình, lan xuống hố chậu, bẹn, kèm theo nôn hay bụng trướng.
- Nhưng sỏi chưa gây tắc như sỏi đài thận hay san hô chỉ đau vùng thắt lưng âm ỉ.
- Đái ra máu do vận động sỏi di chuyển hay nhiễm khuẩn gây thương tổn niêm mạc đài bể thận chảy máu.
- Nếu bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu, bệnh nhân sốt cao 38 - 39°, thận to đau nước tiểu đục.

3.3. X quang

Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị: sỏi calci oxalat phosphat, PAM là sỏi cản quang, trừ sỏi acid uric không cản quang.

X quang xác định được hình khối, số lượng, vị trí tương đối với đài bể thận.

Siêu âm ghi hình ảnh đậm âm của sỏi và bóng cản âm phía sau và hình thái biến chứng giãn đài bể thận thận ứ nước ứ mủ.

Chụp NTM đánh giá chức năng, hình thể thận phát hiện các dị dạng thận đài bể thận (thận không xoay đúng, thận đôi, thận móng ngựa, hội chứng bể thận niệu quản), hình thể và vị trí sỏi tương ứng với đài bể thận.

Chụp nhấp nháy đồ (Scintigraphie) với các đồng vị phóng xạ I^{131} (Hyppurate marque à I^{131}), Technetium 99m khi cần thiết để đánh giá phần nhu mô thận còn chức năng.

3.4. Xét nghiệm cận lâm sàng: đánh giá hệ số thanh thải ure máu creatinin máu, điện giải đồ.

Xét nghiệm vi sinh vật: tìm vi khuẩn bội nhiễm đường tiết niệu

Xét nghiệm Calci máu/Phospho máu tìm nguyên nhân rối loạn calci: u hay cường tuyến phó giáp trạng.

3.5. Chẩn đoán

- Sỏi thận 1 bên, 2 bên, sỏi san hô.

- Sỏi đài bể thận nhiễm khuẩn, suy thận
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Nhiễm calci thận (nephrocalcinosis) lắng đọng calci ở cầu thận ống thận.
 - + Vôỉ hoá thận do thương tổn cũ (lao, chấn thương).
 - + Bệnh Cacchi Ricci sỏi nhỏ trước đài thận do thận bọt.

3.6. Biến chứng

Sỏi đài bể thận không theo dõi điều trị bị bội nhiễm gây các biến chứng:

- Viêm đài bể thận, viêm thận kẽ, viêm hẹp cổ đài thận.
- Ứ nước thận, ứ mủ thận.
- Thận mủ áp xe thận.
- Viêm quanh thận xơ hoá (fibrose - xanthogranulomatose).

3.7. Điều trị

- Nội khoa chủ yếu là dự phòng: với sỏi nhỏ hay ở bệnh nhân đã điều trị ngoại khoa

Chế độ uống nước nhiều 2 lít /ngày hơn là dùng thuốc lợi tiểu.

Hạn chế chế độ ăn nhiều calci, oxalat như sữa, phomat, nước chè đặc.

Sỏi PAM điều trị nhiễm khuẩn Proteus, điều chỉnh pH nước tiểu kiềm.

Sỏi acid uric: hạn chế protid (thịt động vật) và điều trị allopurinol zyloric có tác dụng tốt.

- Chỉ định chung:

Điều trị nội khoa	Sỏi thận nhỏ, sỏi đài dưới không có triệu chứng không cần thiết can thiệp.
Điều trị can thiệp	Sỏi đài bể thận < 20mm: tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL). Sỏi 20 - 30mm có thể ESWL kết hợp đặt ống thông niệu quản dự phòng tắc vụn sỏi nhỏ. Sỏi đài bể thận > 30mm, tán sỏi qua da (PCNL).
Điều trị phẫu thuật	Sỏi đài bể thận, sỏi san hô có biến chứng đái máu, nhiễm khuẩn viêm đài bể thận, thận ứ nước ứ mủ. Sỏi thận lớn hai bên: can thiệp hay mổ từng bên - mổ trước bên thận chức năng còn bù trừ để lấy hết sỏi và an toàn; hoặc tán sỏi qua da (cần nhắc chỉ định trước hoặc sau mổ một thận). Sau các tán sỏi đài bể thận thất bại.

Tình hình:

Thế giới các nước phát triển		Việt nam
ESWL	80%	ESWL bắt đầu ở các trung tâm tiết niệu lớn: 35 - 40%
PCNL	15%	
Phẫu thuật	5%	Phẫu thuật: 60 - 65%

– Tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL):

Tán sỏi ngoài cơ thể trở thành một phương pháp thời đại của cách mạng khoa học kỹ thuật về điều trị sỏi thận.

Năm 1974 các thầy thuốc Đức (DH Saarbrücken Munich) nghiên cứu tán sỏi thận bằng xung các sóng điện.

Năm 1980 máy tán sỏi thận Dornier HM3 bằng xung các sóng thủy điện ra đời. (người bệnh phải ngâm mình trong nước không dẫn điện nhiệt, không bốc hơi degazoic).

Năm 1985 có thế hệ máy thứ 2 nguồn năng lượng phát ra từ các thỏi thạch anh xếp hình chòm cầu, năng lượng được hội tụ tại một điểm: sỏi thận.

Năm 1986 thế hệ máy áp điện (piezoelectric), điện từ trường (electromagnetic) dựa trên nguyên lý hiện đại các bộ phận phát sóng xung (người bệnh không phải ngâm mình trong nước), có máy định vị, siêu âm X quang, máy tính điện tử, hiện đại hoá máy tán sỏi càng có hiệu quả cao.

Các sỏi dài bề thận nhỏ đường kính $\leq 20\text{mm}$ bề thận không giãn không bị nhiễm khuẩn, chức năng hình thái thận tốt có chỉ định tán sỏi ngoài cơ thể.

Một kỳ ESWL với 3000 xung đập vào sỏi, thời gian chừng 45 phút. Sỏi thận sẽ vỡ thành mảnh nhỏ đường kính dưới 4mm sẽ theo đường bài tiết thải ra khi đi tiểu.

– Tán sỏi thận qua da (PCNL).

Tán sỏi thận qua da cũng là phương pháp can thiệp lấy sỏi có chỉ định và lợi ích lớn mà ESWL không thể thay thế hết được.

Phương pháp này dùng 1 máy tán sỏi đưa trực tiếp qua đường vào qua da sau thắt lưng (vùng thận) tới một đài thận theo dõi trên màn X quang để định vị. Soi bể thận thấy sỏi và dùng dụng cụ để tán sỏi trực tiếp bằng siêu âm hay bằng xung điện. Phương pháp này có thể tán được những sỏi lớn, rắn ngay trong bể thận đã giãn rộng. Tán sỏi qua da trực tiếp có thể rửa sạch lấy hết cặn sỏi và dẫn lưu bể thận qua da.

PCNL cho phép giải quyết phần lớn sỏi thận thường gặp ở nước ta.

– Phẫu thuật:

Các sỏi thận lớn đường kính $> 40\text{mm}$ sỏi san hô nhiều múi nhiều cạnh kẹt vào các đài thận còn là chỉ định phẫu thuật:

Mở bể thận lấy sỏi với sỏi đài bể thận trung gian và ngoài xoang thận thuận lợi và an toàn, chiếm 70 -75% các trường hợp sỏi thận.

Mở bể thận mở rộng: phương pháp Gil Vernet với sỏi san hô lớn.

Mở bể thận và nhu mô cực dưới phương pháp Paquin, hay mở bể thận và nhu mô mặt sau cực dưới phương pháp Boyce, phương pháp Resnick.

Cắt thận một phần có quy cách (xử trí nhánh động mạch cực thận cầm máu và cắt phần nhu mô do động mạch chi phối) với sỏi thận trong xoang sỏi khu trú đài bể thận chủ yếu là cực dưới.

Mở qua nhu mô thận lấy sỏi với đài bể thận giãn hoặc thận ứ nước.

Mở nhu mô thận mở rộng dọc bờ ngoài thận theo đường vô mạch Hryth với sỏi san hô lớn phức tạp.

4. Sỏi niệu quản

4.1. Đặc điểm sỏi niệu quản

Sỏi niệu quản 80% do sỏi đài thận di chuyển xuống, 20% sỏi sinh ra tại chỗ viêm hẹp niệu quản hay dị dạng.

Sỏi niệu quản di chuyển gây cơn đau điển hình (cơn đau quặn thắt lưng dữ dội và lan truyền). Sỏi có thể dừng lại trên các chỗ hẹp tự nhiên như trên động mạch chậu, đoạn chậu hông, đoạn niệu quản thành bàng quang và gây biến chứng niệu quản đoạn trên - thận (ứ đọng giãn đài bể thận nhiễm khuẩn).

Sỏi niệu quản có cấu trúc như sỏi đài bể thận. Sỏi có hình bầu dục nhẵn như hạt lạc hay xù xì như quả dâu đường kính trên dưới 1cm. Vị trí thường gặp ở đoạn 1/3 dưới niệu quản (60 - 65%), có thể 1 viên sỏi hay nhiều viên xếp thành chuỗi.

Sỏi gây thương tổn niệu quản tại chỗ viêm xơ chít hẹp và ảnh hưởng tới niệu quản đoạn trên sỏi, đài bể thận giãn ứ nước, ứ mủ dần dần thận bị phá hủy.

4.2. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng điển hình là cơn đau quặn thận. Bệnh nhân đau từng cơn dữ dội vùng thắt lưng trong vài phút/giờ. Nếu không điều trị giảm đau bệnh nhân khó chịu đựng. Cơn đau thường lan rõ rệt 1/3 trên lan xuống bộ phận sinh dục ngoài, 1/3 giữa lan xuống hố chậu.
- Kèm theo cơn đau bụng trướng nôn: như tắc ruột (tắc ruột cơ năng), viêm ruột thừa, viêm đại tràng, viêm phần phụ ở phụ nữ.
- Đái ra máu toàn bãi: nhẹ - thoáng qua.
- Đái rắt, đái buốt do kích thích khi sỏi niệu quản sát trong thành bàng quang.
- Triệu chứng toàn thân ít thay đổi khi có sỏi niệu quản 1 bên. Sốt cao khi sỏi gây tắc niệu quản và nhiễm khuẩn tiết niệu.
- Sỏi niệu quản 2 bên hoặc sỏi thận 1 bên sỏi niệu quản 1 bên sẽ gây ảnh hưởng toàn thân suy sụp nhanh, thận to, ure máu cao thiếu niệu vô niệu.

4.3. Chẩn đoán

- Phát hiện qua cơn đau quặn vùng thắt lưng điển hình và lan dọc theo niệu quản
- Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu, tinh thể cặn oxalat calci – phosphat calci...
- X quang: chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị phát hiện sỏi niệu quản, hình ảnh cản quang nằm trên đường đi của niệu quản, trừ sỏi acid uric không cản quang.
- Siêu âm:
- Chụp NTM: hình ảnh X quang trong sỏi niệu quản thường thấy đài bể thận giãn hình cầu, niệu quản đoạn trên sỏi giãn to, hoặc thận không bài tiết. Thận bên đối diện chức năng bù trừ có hình thể đài bể thận rõ nét. Chụp NTM còn phát hiện được các dị dạng của thận niệu quản.

Kết hợp siêu âm và chụp NĐTM có thể đánh giá các mức độ thận ứ nước ứ mủ

- Chụp niệu quản bể thận ngược dòng có giá trị phát hiện hình sỏi nhất là sỏi không cản quang, tắc niệu quản, những sỏi niệu quản thận to ứ nước - niệu quản bị đẩy xa nằm trước cột sống.
- Xét nghiệm cặn lâm sàng:

Đánh giá chức năng thận: sỏi niệu quản 1 bên thì các hằng số sinh hoá đều bình thường.

Sỏi niệu quản 2 bên hay trong những trường hợp thiếu niệu vô niệu các hằng số sinh hoá sẽ có biến đổi nhiều ure máu, creatinin máu cao rối loạn nước điện giải toan kiềm.

4.4. Diễn biến và biến chứng của sỏi niệu quản

- Sỏi niệu quản có thể di chuyển xuống thấp và đẩy ra ngoài tùy kích thước, vị trí độ rấp bóng và thời gian sỏi dừng lại. Những đợt sỏi di chuyển làm cho bệnh nhân đau từng cơn dữ dội. Khi sỏi càng xuống thấp thì di chuyển càng khó nhất là ở 1/3 dưới đoạn niệu quản sát bàng quang.
- Sỏi dừng lại lâu dễ gây tắc niệu quản và gây các biến chứng: viêm đài bể thận, thận ứ nước ứ mủ.
- Sỏi niệu quản 1 bên thận bên đối diện bù trừ, thận có sỏi niệu quản tiến triển thâm lặn đến hồng thận.
- Vô niệu với sỏi niệu quản 1 bên có nghĩa là sỏi niệu quản trên thận duy nhất (thận đối diện là thận bệnh lý mắc phải - bẩm sinh mà chức năng thận đã hỏng).

5. Điều trị

- Cơ đau sỏi niệu quản: giảm đau (1 trong các thuốc) atropin, papaverin, Dolargan, Morphin; Visceralgine, Spasmaverin. Kháng sinh, uống nhiều nước.

Kết hợp đặt thông niệu quản bơm đẩy sỏi lên bể thận.

- Điều trị can thiệp: Tán sỏi niệu quản khi hết cơn đau hết nhiễm khuẩn tiết niệu:
 - + Sỏi 1/3 trên niệu quản tán sỏi ngoài cơ thể.
 - + Sỏi 1/3 dưới: tán sỏi ngoài cơ thể hay nội soi niệu quản để tán sỏi trực tiếp bằng Siêu âm, thủy điện lực, Laser.
 - + Sỏi 1/3 giữa niệu quản: đặt thông bơm nước dưới áp lực đẩy sỏi lên đoạn niệu quản trên hay lên bể thận tán sỏi ngoài cơ thể hay tán sỏi nội soi NQ
- Phẫu thuật:
 - + Sau tán sỏi niệu quản thất bại.
 - + Mổ sỏi niệu quản lớn đường kính trên dưới 2cm xù xì, có thể kèm theo các dị dạng của niệu quản.
 - + Mổ lấy sỏi kiểm tra lưu thông niệu quản hoặc phục hồi sự lưu thông của niệu quản (đặt ống thông chữ J bể thận niệu quản).
 - + Nếu sỏi - hẹp niệu quản: cắt đoạn hẹp nối niệu quản tận tận, cầm lại niệu quản bằng quang (sỏi hẹp niệu quản sát bằng quang, hẹp lỗ niệu quản).
 - + Sỏi niệu quản 2 bên: qua việc đánh giá chức năng thận niệu quản 2 bên, tùy cơ sở khả năng phẫu thuật viên có thể mổ 2 bên 1 lần mổ hay mổ từng bên.

5. Sỏi bàng quang

5.1. Đặc điểm sỏi bàng quang

- Sỏi bàng quang là sỏi thứ phát sinh ra tại bàng quang hay sỏi thận niệu quản rơi xuống phát triển to hơn ở bàng quang do bệnh lý cổ bàng quang, xơ cứng cổ bàng quang.
 - + Hẹp niệu đạo, u phì đại lành tính TTL.
 - + Dị vật bàng quang.
 - + Bàng quang thần kinh (liệt tuỷ), nằm bất động kéo dài - nhiễm khuẩn Proteus.
- Sỏi nguyên phát bàng quang còn gặp ở trẻ em do chế độ ăn uống thiếu đạm thiếu vệ sinh..., sỏi urat ammonium, phosphat canxi, PAM, sỏi to 4- 8cm hình chùy...

- Sỏi bàng quang thường gây viêm nhiễm khuẩn bàng quang - đường tiết niệu, xơ bàng quang.

5.2. Triệu chứng

Biểu hiện chủ yếu là viêm bàng quang do dị vật: đau vùng trên xương mu dưới rốn dài rất, dài buốt cuối bãi lan theo niệu đạo (dấu hiệu bàn tay khai ở trẻ em).

Đái tắc đang đi tiểu bị dừng lại và cảm giác buốt dọc theo niệu đạo.

Đái ra máu cuối bãi.

Đái nước tiểu đục cặn trắng hay đái ra mủ.

Có thể có đợt nhiễm khuẩn tiết niệu: sốt cao rét run.

5.3. Chẩn đoán

Viêm bàng quang xét nghiệm nước tiểu HC+++ , BC +++.

Tế bào, tinh thể cặn phosphat, Ca+++...

Siêu âm.

Soi bàng quang.

Chụp hệ tiết niệu (bàng quang) siêu âm đều phát hiện số lượng kích thước của sỏi tình trạng bàng quang hệ tiết niệu.

Sỏi bàng quang nhỏ di chuyển rơi xuống niệu đạo: sỏi niệu đạo thường ở vị trí kẹt ở hố TTL gốc dương vật, hố thuyên.

5.4. Điều trị

- Tán sỏi qua soi bàng quang tán sỏi bằng máy cơ học hay siêu âm thủy điện lực.
- Mổ bàng quang lấy sỏi: sỏi lớn $\geq 3\text{cm}$ sỏi có dị dạng cổ bàng quang niệu đạo kết hợp giải quyết nguyên nhân (mở rộng cổ bàng quang...).
- Sỏi bàng quang rất thuận lợi cho nhiễm khuẩn tiết niệu cần điều trị trước, sau mổ - can thiệp một cách triệt để, phải theo dõi điều trị dự phòng sỏi tái phát.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bệnh học Ngoại khoa – Nhà XB Y học Hà Nội 2000.
- Bệnh học Tiết niệu – Nhà XB Y học Hà Nội 2003.
- Tài liệu học tập Bộ môn Ngoại trường ĐHY Hà Nội 2003

CHẤN THƯƠNG THẬN

Lê Ngọc Từ

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học:	Ngoại bệnh lý
2. Tên bài giảng:	Chấn thương thận
3. Bài giảng:	Lý thuyết
4. Đối tượng giảng:	Sinh viên năm thứ 4
5. Thời gian:	2 tiết
6. Địa điểm dạy học:	Giảng đường.

II. MỤC TIÊU

1. Kiến thức

Sau khi học xong bài này:

- Nêu lên các mức độ thương tổn của chấn thương thận.
- Nêu lên các triệu chứng lâm sàng điển hình chấn thương thận.
- Nêu lên được các hình ảnh siêu âm, niệu đồ tĩnh mạch (UIV) các thương tổn chấn thương thận.
- Trình bày nguyên tắc xử trí chấn thương thận những chỉ định phẫu thuật.
- Nêu các biện pháp để phòng chấn thương thận.

2. Kỹ năng

- Quan sát khám đánh giá được tình trạng daί máu do chấn thương thận, tình trạng toàn thân, tại chỗ tụ máu sau phúc mạc (hố thắt lưng).
- Đọc phim X quang hệ tiết niệu - UIV (cắt lớp vi tính), siêu âm về chấn thương thận.
- Đối chiếu lâm sàng chẩn đoán hình ảnh dự đoán mức độ chấn thương thận.

III. NỘI DUNG

1. Dịch tễ học

Thận nằm sau phúc mạc, phần lớn được che bởi vòm sườn lưng và khối cơ chung phía sau. Chấn thương thận thường xảy ra trong bệnh cảnh đa chấn thương và chiếm tỷ lệ 10 - 12% chấn thương bụng.

Những chấn thương trực tiếp vùng thắt lưng (85 - 90%), (tai nạn giao thông ô tô, xe máy (65 - 70%), cày xe thô sơ đập vào vùng thắt lưng, ngã từ trên cao, ngã cầu thang vùng thắt lưng đập vào vật cứng) là nguyên nhân gây chấn thương thận.

Nguyên nhân gián tiếp (5 -10%) như ngã cao, các động tác thể thao mạnh làm các tạng trong ổ bụng và thận bị dồn mạnh cũng có thể gây chấn thương thận.

Chấn thương thận gặp ở nam nhiều hơn nữ tỷ lệ 3/1, gặp ở mọi lứa tuổi tuy nhiên 16 - 45 chiếm tỷ lệ cao 75 - 80%, trẻ em dưới 16 tuổi 12,96%.

2. Thương tổn giải phẫu

- Thận là tạng đặc, giàu mạch máu và tùy lực tác động có thể có các thương tổn mức độ khác nhau.
- Chatelain 1975, 1982 đã nhận định tổng quát đưa ra phân loại 4 mức độ chấn thương thận:
 - + Mức độ I: Đụng giập thận (renal contusion) là mức độ chấn thương thận nhẹ giập nhu mô thận dưới bao, không vỡ bao thận có thể có tụ máu dưới bao. chiếm tỷ lệ 70 - 75% các trường hợp chấn thương thận.
 - + Mức độ II: Giập thận (renal laceration) là mức độ chấn thương giập nhu mô thận chủ yếu vùng vỏ kèm theo rách bao thận, có thể lan tới vùng tuỷ thận thông với đài bể thận gây tụ máu nhu mô quanh thận, đài máu, chiếm tỷ lệ 15-20% chấn thương thận.
 - + Mức độ III: Vỡ thận (fractured kidney) Thận vỡ thành 2 hay nhiều mảnh gây chảy máu, tụ máu lớn quanh thận sau phúc mạc. Cực thận vỡ có thể bị tách rời khỏi thận và không còn được tưới máu: 7 - 10%
 - + Mức độ IV: Đứt cuống thận một phần hay toàn bộ ngang vùng rốn thận, liên quan đến các mạch máu và bể thận niệu quản: 3-5%.
- Moore E.E 1989 có cách phân chia gọn đơn giản thực tế hơn:
 - Đụng giập thận.
 - Giập thận nhẹ.
 - Giập thận nặng.
 - Tổn thương mạch máu cuống thận.
- Mc Aninh JW, Carroll PR 1989, AASTRIS (American Association for the Surgery of Trauma Renal Injury Scale) 1999 với cách phân chia 5 mức độ được các trung tâm tiết niệu nhiều nước áp dụng để đánh giá chấn thương thận:
 - + Mức độ I: Đụng giập thận.
 - + Mức độ II: giập thận nhẹ (minor laceration) chấn thương thận vùng vỏ chưa đến vùng tuỷ thận.

- + Mức độ III: giáp thận nặng (major laceration) chấn thương thận vùng vỏ lan sau cả vùng tuỷ thận kèm theo rách đài bể thận.
- + Mức độ IV: vỡ thận (fractured kidney) thương tổn chủ yếu vùng rốn thận.
- + Mức độ V: Tổn thương cuống thận các động tĩnh mạch vùng rốn thận..

Nhìn chung các cách phân chia đều giống nhau, riêng mức độ III giáp thận nặng Mc.Aninch tách mức độ vỡ thận (fractured kidney) thành độ IV, độ V là tổn thương cuống thận.

- Chấn thương thận 1 bên thường gặp, thương tổn thận phải và thận trái có tỷ lệ gần như nhau, thương tổn hai thận rất hiếm.
- Chấn thương thận có thể gặp trên các thận bệnh lý mắc phải hay bẩm sinh (14 -16%) như sỏi thận niệu quản, thận ứ nước do hội chứng khúc nối bể thận niệu quản, nang thận, thận móng ngựa.
- Thương tổn phối hợp trong các trường hợp đa chấn thương: chấn thương thận phối hợp với các chấn thương khác 45 - 60% (bụng, ngực, gãy xương...), chấn thương các tạng trong ổ bụng lách gan mạc treo ruột thừa đại tràng ruột non kèm theo chấn thương thận 10 -12%.

3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

3.1. Triệu chứng cơ năng

Đau vùng thắt lưng và trướng bụng: trong đó đa số các trường hợp chấn thương thận đều biểu hiện đau tức và co cứng cơ vùng thắt lưng. Đau tăng theo tiến triển của thương tổn thận, đau lan lên góc sườn hoành, xuống hố chậu. Đau tăng lên là do khối máu tụ do nước tiểu thấm ra vùng quanh thận thắt lưng.

Bụng trướng và nôn là dấu hiệu thường gặp trong chấn thương thận, chứng tỏ có giáp thận tụ máu hay thấm nước tiểu sau phúc mạc Bụng trướng còn kéo dài trong tiến triển của chấn thương thận và cũng là triệu chứng lâm sàng khó khăn cho sự phát hiện thương tổn các tạng trong ổ bụng.

Đái máu sau chấn thương là biểu hiện có thương tổn thận thông với đường bài tiết chiếm tỷ lệ 85 - 90% số chấn thương thận. Đái máu toàn bài có thể nhẹ hay nặng: nước tiểu hồng đỏ tươi màu máu hay máu cục.

Tuy nhiên đái máu không phải tương xứng với tổn thương vì chảy máu trong chấn thương thận có một khối lượng không ít đọng tụ máu quanh thận sau phúc mạc không đánh giá được hay các trường hợp máu cục bít tắc niệu quản, đứt cuống thận không đái máu. Một số ít đái máu vì thể khi xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh mới phát hiện có chấn thương thận.

Dù sao với các trường hợp bệnh nhân đái máu theo dõi đái máu và toàn thân cũng cho biết diễn biến của chấn thương thận nếu đái máu tươi tiếp diễn nặng lên là tiếp tục chảy máu, máu sẫm nâu và vàng dần là có khả năng tự cầm máu được. Đái máu tái phát sau 5 - 7 ngày hay sau 2 tuần gặp trong các trường hợp nhu mô

thận gặp nát thiếu máu hoại tử không thể liền khối. Các chẩn đoán hình ảnh có thể xác định sớm các thương tổn này và thường phải can thiệp ngoại khoa.

3.2. Triệu chứng thực thể

Khối máu tụ hố thắt lưng: khám (sờ sờ nhìn) vùng thắt lưng thấy đầy hơn bình thường, căng nề và rất đau sờ thấy co cứng cơ vùng thắt lưng, chứng tỏ vỡ bao thận chảy máu ra quanh thận.

Theo dõi tiến triển khối máu tụ cũng có ý nghĩa quan trọng để đánh giá tiên lượng gặp vỡ nhu mô thận. Khối máu tụ căng nhanh thì bụng trương tăng và co cứng nửa bụng rõ.

3.3. Toàn thân

Sốc gặp trong 25 - 30% các trường hợp chấn thương thận. Sốc xảy ra trong chấn thương thận với các thương tổn nặng như gặp nát thận, đứt cuống thận (12-15%), trong các trường hợp đa chấn thương 15 - 20%.

Thiếu máu cấp do chảy máu: da, niêm mạc nhợt nhạt, bệnh nhân toát mồ hôi, mạch nhanh huyết áp hạ. Hồng cầu giảm, huyết cầu tố giảm.

3.4. Cận lâm sàng

- X quang có ý nghĩa rất lớn để đánh giá cụ thể thương tổn chấn thương thận. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị thấy bóng thận to hơn bình thường không nhìn rõ bờ cơ đài chậu, các quai ruột giãn đầy hơi.
- *Chụp niệu đồ tĩnh mạch cấp cứu* rất cần thiết có thể thực hiện theo phương pháp tĩnh mạch nhỏ giọt. Chatelain C, Carroll PR, McAninch JW cho rằng: Chụp niệu đồ tĩnh mạch (90 - 95%) là phương pháp chẩn đoán hình ảnh cơ bản có giá trị cao trong chấn thương thận. Thận bên đối diện bình thường hay là thận bệnh lý. Thận bị chấn thương:
 - + Nếu thương tổn nhẹ, vừa - thấy hình ảnh động thuốc cản quang tại một vùng ở thận, nhưng đường bài tiết vẫn bình thường.
 - + Nếu thương tổn nặng thì có hình một hai đài thận bị tách rời, thuốc cản quang tràn ra xung quanh ổ thận hoặc không thấy thận ngấm thuốc do đài bể thận ứ đầy máu cục, thận bị gặp nát hoặc thương tổn động mạch thận.
- *Siêu âm* cho thấy những hình ảnh tổn thương: hình dáng thận không bình thường thận to, gặp nhu mô thận tụ máu trong thận hay quanh thận, mất đường viền liên tục bao thân, đường vỡ thận một phần cực thân bị tách rời tụ máu lớn nước tiểu sau phúc mạc. Siêu âm chẩn đoán các thương tổn độ I, độ II, độ III rõ với độ tin cậy đặc hiệu 80- 85%, độ IV khó nhận định chính xác các thương tổn mạch máu. Siêu âm Doppler màu có thể phát hiện các thương tổn mạch máu, sự cấp máu hay tình trạng tắc mạch thận.

- *Chụp CLVT* nhất là trong trường hợp chụp NĐTM thận không ngấm thuốc chụp CLVT có thuốc cản quang ghi nhận được hình ảnh các mức độ tổn thương chấn thương thận mức độ nặng.

4. Chẩn đoán

Trong các trường hợp có chấn thương vùng thắt lưng dưới sườn thông thường điển hình dựa vào các triệu chứng lâm sàng:

- Đái ra máu.
- Đau căng tức vùng thắt lưng.
- Khối máu tụ vùng thắt lưng.
- Trong bệnh cảnh lâm sàng chấn thương bụng (gan lách) ngực tràn máu, tràn khí màng phổi có chấn thương thận phối hợp, các dấu hiệu trên có thể rõ ràng hay bị che lấp. Khi triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, X quang có ý nghĩa và đánh giá được thương tổn chấn thương thận cụ thể.
- Đối chiếu thương tổn giải phẫu theo Chatelain 1982 hay McAninch JW 1986 để chẩn đoán mức độ chấn thương thận, cần thiết để có thái độ xử trí kịp thời hợp lý.
- Đánh giá các mức độ:
 - + Chấn thương thận nhẹ - đụng giập thận.
 - + Chấn thương thận vừa (trung bình) - giập thận nhẹ.
 - + Chấn thương thận nặng - giập thận nặng, vỡ thận.
 - + Đứt cuống thận rách hoặc đứt mạch máu rốn thận: tình trạng sốc và mất máu nặng. Tuy nhiên có mức độ thương tổn nhẹ của động tĩnh mạch cuống thận tình trạng bệnh nhân ổn định, điều trị theo dõi chẩn đoán hình ảnh mới được phát hiện.

5. Diễn biến và biến chứng

Chấn thương thận có thể diễn biến ở mức độ ổn định hay ngược lại nặng lên.

5.1. Xu hướng ổn định

Khi bớt đau đái ra máu sẫm màu, nâu tối màu vàng. Khối máu tụ không to. Tình trạng toàn thân ổn định. Tổ chức thận bị đụng giập, liền sẹo và xơ hoá.

5.2. Xu hướng không ổn định

Bệnh tiến triển nặng lên. Bệnh nhân đái ra máu tiếp diễn, đái ra máu cục máu tươi. Khối máu tụ tăng lên nếu được truyền máu bồi phụ khối lượng tuần hoàn kịp thời và kháng sinh, bệnh sẽ ổn định hoặc phải chuyển cấp cứu can thiệp phẫu thuật.

5.3. Chấn thương nặng

Vỡ nát thận hay đứt cuống thận: đái ra máu dữ dội, khối máu tụ tăng lên nhanh, thiếu máu cấp, toàn thân rơi vào sốc nặng, cần phải phẫu thuật ngay.

5.4. Biến chứng

- Viêm tấy hố thắt lưng với bệnh cảnh lâm sàng như sốt cao, đau thắt lưng, sưng nề hố thắt lưng.
- Đau lưng kéo dài do viêm xơ quanh thận.
- Ứ nước thận do viêm xơ chít quanh niệu quản sau phúc mạc.
- Xơ teo thận sau chấn thương gây tình trạng huyết áp cao.
- Những thương tổn động tĩnh mạch có thể gây phồng động tĩnh mạch thận.

Trong mọi trường hợp điều trị bảo tồn cần theo dõi bằng siêu âm niệu đồ tĩnh mạch.

6. Thái độ xử trí

6.1. Điều trị nội khoa

Chủ yếu trong các trường hợp đụng dập thận, dập thận nhẹ.

- Bệnh nhân nằm bất động tại giường, săn sóc điều trị tại giường. Truyền dịch và máu nếu cần thiết.
 - + Giảm đau, chườm lạnh vùng thắt lưng
 - + Kháng sinh, có thể phối hợp nhóm β lactamin và aminosid
 - + Lợi tiểu nhẹ lasilix 20mg/ 1- 2 ống ngày

Sau 10 ngày nên kiểm tra lại bằng chụp niệu đồ tĩnh mạch để đánh giá kết quả điều trị nội khoa.

6.2. Điều trị ngoại khoa

6.2.1. Chỉ định can thiệp phẫu thuật cấp cứu trong những chấn thương thận nặng như đứt cuống thận, vỡ thận, có thương tổn phối hợp các tạng khác trong ổ bụng.

6.2.2. Chỉ định can thiệp sớm: Chấn thương độ III (theo Chtelain) độ III, IV (theo McAninch) theo dõi chờ đợi hay phẫu thuật:

Các trường hợp điều trị nội khoa không ổn định bệnh diễn biến nặng lên như đái ra máu tăng, khối máu tụ tăng toàn thân thay đổi sốc và mất máu.

Chẩn đoán hình ảnh dập và vỡ thận một cực một phần thận không ngấm thuốc, hình ảnh thuốc cản quang tràn ra bao thận.

Các trường hợp đái ra máu tái phát nặng đã truyền dịch máu đầy đủ: mổ cấp cứu trì hoãn 3 -7 ngày sau chấn thương,

6.2.3. Yêu cầu gây mê hồi sức- phẫu thuật

Gây mê nội khí quản và thuốc giãn cơ.

Đường mổ sườn thắt lưng theo kinh điển hay đường trắng giữa qua phúc mạc vào trực tiếp cuống thận.

Kiểm tra đánh giá ngay thương tổn giáp nát, vỡ hay đứt cuống thận. Tùy theo thương tổn mà thực hiện các thủ thuật thích hợp.

Khâu cầm máu lấy máu tụ quanh ổ thận.

Cắt thận bán phần, một cực thận bị vỡ đứt.

Cắt thận khi vỡ nát thận hay đứt cuống thận, khi chỉ định cắt thận phải được đánh giá thăm dò thận bên đối diện trước và trong mổ.

Phẫu thuật chấn thương thận là để bảo tồn thận và tránh các biến chứng của chấn thương thận. Chỉ định phẫu thuật chấn thương chiếm 30 -35% trong đó phẫu thuật bảo tồn 70 - 80% (88% McAninch), cắt thận bắt buộc trong trường hợp giáp nát thận đứt cuống thận đến muộn sau 6 giờ chỉ chiếm tỷ lệ 13-17% (11,9% McAninch).

IV. TÀI LIỆU HỌC TẬP

- Bệnh học Ngoại khoa Nhà XB Y học Hà Nội 2000.
- Bệnh học Tiết niệu – Nhà XB Y học Hà Nội 2003.
- Tài liệu học tập Bộ môn Ngoại trường ĐHY Hà Nội 2003 (tài liệu phát tay).

CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

Đỗ Trường Thành

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 1. Tên bài: | Chấn thương niệu đạo |
| 2. Bài giảng: | Lý thuyết |
| 3. Thời gian giảng: | 1 tiết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên năm thứ 4 |
| 5. Địa điểm giảng: | Giảng đường. |

II. MỤC TIÊU

1. Trình bày được cơ chế gây thương tổn niệu đạo trước và niệu đạo sau.
2. Trình bày được các hình thái giải phẫu bệnh lý trong chấn thương niệu đạo.
3. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của chấn thương niệu đạo.
4. Trình bày được nguyên tắc điều trị chấn thương niệu đạo.

III. NỘI DUNG CHÍNH

Chấn thương niệu đạo hay gặp trong tai nạn giao thông và tai nạn lao động và được chia làm hai loại: chấn thương niệu đạo trước và chấn thương niệu đạo sau. Hai loại chấn thương niệu đạo này khác nhau về cơ chế gây tổn thương cũng như về chẩn đoán và điều trị.

Trong cả hai trường hợp, cần chẩn đoán sớm và có thái độ xử trí thích hợp để tránh những biến chứng như viêm lan tấy nước tiểu, hẹp niệu đạo, apxe tầng sinh môn, gây nhiễm trùng nặng.

A. CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO TRƯỚC

1. Nguyên nhân

Niệu đạo trước được vật xấp bao bọc và có thể bị tổn thương ở đoạn di động hay ở đoạn cố định. Hay gặp nhất là tổn thương ở vùng niệu đạo hành do ngã ngồi trên một vật rắn (khung xe đạp, giàn giáo). Tổn thương niệu đạo do các thủ thuật nội soi có xu hướng tăng lên. Vết thương niệu đạo trước do bị vật nuôi (chó, lợn) cắn hoặc do dao đâm hay đạn bắn.

2. Tổn thương: Có hai tình huống:

- Niệu đạo bị dập và cân Buck còn nguyên vẹn, gây tụ máu nhẹ bao quanh dương vật.
- Niệu đạo bị đứt rời một phần hay toàn bộ. Cân Buck cũng bị rách, gây tụ máu lớn lan toả xuống vùng bìu và tầng sinh môn.

3. Chẩn đoán

- Lâm sàng: Sau khi ngã trên một vật rắn bệnh nhân thấy đau chói ở vùng tầng sinh môn và thấy có máu chảy ra ở miệng sáo. Nếu bệnh nhân đến khám muộn, đau tăng lên và có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Khám: Miệng sáo có máu rỉ rả, thấm ướt quần, dương vật sưng tím. Nếu niệu đạo bị đứt rời, máu chảy nhiều hơn, gây máu tụ lớn ở bìu và tầng sinh môn. Có thể khám thấy cầu bàng quang do bệnh nhân nhịn đái lâu.
- Xét nghiệm sinh hoá: Bạch cầu tăng nếu bệnh nhân đến khám muộn.
- Nếu chụp niệu đạo ngược dòng cần tiến hành vô trùng và nên làm vào ngày thứ ba, để đánh giá tổn thương. Tránh thăm dò bằng ống thông.

4. Điều trị

- Nếu niệu đạo chỉ bị *dập*, không gây đau và chảy máu tiếp, nên để bệnh nhân đi tiểu và cho kháng sinh. Nếu máu tiếp tục chảy, có thể đặt một ống thông nhẹ nhàng và vô trùng. Trong trường hợp bệnh nhân đến muộn và có dấu hiệu nhiễm trùng, nên dẫn lưu bàng quang.
- Ngược lại, khi niệu đạo bị *đứt rời*, gây chảy máu nhiều, cần dẫn lưu bàng quang và băng ép cầm máu. Chuẩn bị bệnh nhân để mổ vào ngày thứ năm sau chấn thương. Tuy nhiên, nếu không cầm được máu, hoặc khối máu tụ lớn, cần mổ cấp cứu, cầm máu và tùy theo thương tổn có thể nối niệu đạo ngay thì đầu.
- Trường hợp đặc biệt là khi bệnh nhân đến muộn, đã có apxe tầng sinh môn, hay viêm lan tấy nước tiểu, cần dẫn lưu bàng quang, rạch rộng vùng bìu và tầng sinh môn, dẫn lưu ổ nhiễm trùng bằng gạc tẩm Betadin.
- Khi tổn thương niệu đạo đã thành sẹo gây chít hẹp, cần phẫu thuật cắt bỏ mô sẹo và lập lại lưu thông niệu đạo. Đối với trường hợp sẹo nhỏ và ngắn, có thể điều trị bằng cắt bên trong niệu đạo bằng nội soi. Trong mọi trường hợp sau phẫu thuật, cần theo dõi tránh hẹp lại chỗ niệu đạo được tạo hình.

Tóm lại: Chẩn đoán và điều trị chấn thương niệu đạo trước không phức tạp, trừ khi bệnh nhân đến muộn có nhiễm trùng.

B. CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO SAU

1. Nguyên nhân

Khác với bệnh cảnh của chấn thương niệu đạo trước, chấn thương niệu đạo sau thường xảy ra sau một va chạm rất mạnh vào vùng khung chậu làm gãy và

di lệch các thành phần của khung chậu. Sự giằng xé giữa tuyến tiền liệt cố định bởi xương mu và niệu đạo hành cố định với cân giữa tầng sinh môn làm rách hay đứt đôi niệu đạo màng.

2. Tổn thương

Niệu đạo màng bị tổn thương dưới cơ thất vân và có thể đứt hoàn toàn (90% trường hợp) hay đứt không hoàn toàn (10%). Trong thể đứt hoàn toàn, hai đầu niệu đạo tách xa nhau, do tách động của khối máu tụ của ổ gãy. Vỡ xương chậu có thể kèm theo tổn thương bàng quang và tổn thương trực tràng. Tổn thương niệu đạo tuyến tiền liệt có thể gặp ở thanh thiếu niên. Vỡ xương chậu ở nữ giới trong một số trường hợp gây đứt niệu đạo sát cổ bàng quang và gây rò bàng quang âm đạo rất khó điều trị. Mất máu trong vỡ xương chậu trung bình là 1,5 lít.

Bệnh cảnh đứt niệu đạo sau trong vỡ xương chậu có thể nặng lên rất nhiều trong đa chấn thương.

3. Chẩn đoán

- Lâm sàng:
 - + Bệnh nhân đến bệnh viện thường trong trạng thái choáng chấn thương và mất máu (mạch nhanh, huyết áp hạ, da tái nhợt, vã mồ hôi) sau một va chạm mạnh (tai nạn giao thông).
 - + Bệnh nhân kêu đau ở vùng xương chậu và tức đái.
 - + Khám: Gãy xương chậu: khung chậu biến dạng, có điểm đau và bầm tím ở vùng mu.
 - + Rỉ máu ở miệng sáo.
 - + Máu tụ quanh vùng hậu môn.
 - + Thăm khám trực tràng một cách thận trọng, tránh đau cho bệnh nhân: Có khối máu tụ ở phía trước thành trực tràng.
 - + Thăm khám âm đạo.
- Xét nghiệm sinh hoá: Bệnh nhân mất máu nhiều hay ít, tùy theo tổn thương.
- Chụp X quang: phát hiện các mảnh vỡ của xương chậu (gãy Malgaigne, gãy Voilhemier).
- Chụp niệu đạo ngược dòng: Để phát hiện đứt niệu đạo hoàn toàn hay không hoàn toàn, tổn thương bàng quang.
- Siêu âm: để phát hiện các tổn thương các tạng trong ổ bụng.

4. Tiến triển

- Tai nạn gây vỡ xương chậu và các tai biến tiết niệu thường đưa đến tử vong cao (30%), vì vậy cần hồi sức chống choáng kịp thời.

- Các di chứng do đứt niệu đạo sau là chít hẹp niệu đạo, áp xe tầng sinh môn, rò tầng sinh môn, sỏi bàng quang, rò bàng quang- âm đạo. Nhiễm khuẩn nguy hiểm nhất là viêm lan tấy nước tiểu gây tử vong cao.
- Một số bệnh nhân (15,30%) có triệu chứng bất lực tạm thời hay vĩnh viễn do tổn thương mạch máu và thần kinh.

5. Điều trị

- Hồi sức chống choáng, cầm máu có hiệu quả (nếu cần buộc động mạch chậu trong).
- Dẫn lưu bàng quang trên xương mu, cần kiểm tra bàng quang và các tạng trong ổ bụng. Dẫn lưu khoang Retzius.
- Việc phục hồi lưu thông niệu đạo có thể được thực hiện theo ba phương pháp, phản ánh ba xu hướng điều trị.

5.1. Phục hồi lưu thông niệu đạo ngay thì đầu

Sau khi mổ bàng quang đưa một que nong mềm xuống niệu đạo để bắt gắp một que nong khác từ niệu đạo vào niệu đạo màng. Đặt một ống thông nòng thay các que nong và để nguyên tại chỗ trong 3 tuần. Nước tiểu vẫn được dẫn lưu trên xương mu. Phương pháp này chỉ nên thực hiện khi vỡ xương chậu và đứt niệu đạo sau đơn thuần, ít di lệch xương, tình trạng bệnh nhân ổn định và khi có phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

5.2. Phục hồi khâu nối niệu đạo sau có trì hoãn:

Sau 1 tuần, tình trạng bệnh nhân đã ổn định, qua đường tầng sinh môn, khâu nối tận tận hai đầu niệu đạo. Một số tác giả dùng nội soi (Mitchell) để hướng dẫn đặt một ống thông nòng để trong niệu đạo 3 tuần. Trong một số trường hợp cần có sự kết hợp với các phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

5.3. Phục hồi khâu nối niệu đạo sau 3 tháng (Morehouse)

Trong lúc bệnh nhân vẫn giữ ống thông dẫn lưu bàng quang trên xương mu. Lúc này tổn thương xương chậu đã ổn định, và qua đường tầng sinh môn, phẫu thuật viên khâu nối niệu đạo tận tận sau khi đã cắt bỏ khối xơ.

Các tổn thương ở cổ bàng quang, tuyến tiền liệt, cần được điều trị ngay thì đầu.

Tuy nhiên, trong hoàn cảnh đa chấn thương, cần xử trí ưu tiên các tổn thương mạch máu, sọ não và dành việc điều trị niệu đạo lúc tình trạng bệnh nhân ổn định hơn.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bệnh học ngoại khoa Nhà XB Y học 2000
- Bệnh học tiết niệu Nhà XB Y học 1997

CHẤN THƯƠNG BÀNNG QUANG

Đỗ Trường Thành

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học: Ngoại bệnh lý.
2. Tên bài: Chấn thương bànng quang.
3. Bài giảng: Lý thuyết.
4. Đối tượng: Sinh viên năm thứ 4.
5. Thời gian giảng: 1 tiết.
6. Địa điểm giảng: Giảng đường.

II. MỤC TIÊU

- Trình bày được cơ chế gây thương tổn bànng quang.
- Trình bày được các hình thái giải phẫu bệnh lý trong chấn thương bànng quang.
- Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của chấn thương bànng quang.
- Trình bày được nguyên tắc điều trị chấn thương bànng quang.

III. NỘI DUNG

1. Nguyên nhân

Khi vỡ xương chậu, bànng quang có thể bị vỡ trong hoặc ngoài phúc mạc. Tuy nhiên, vỡ bànng quang trong phúc mạc có thể bị vỡ khi bị chấn thương bànng quang căng đầy nước tiểu mà không có vỡ xương chậu. Theo Cass 83% vỡ bànng quang có nguyên nhân vỡ xương chậu.

2. Tổn thương

- Một chấn thương nhẹ chỉ gây đụng dập bànng quang, chủ yếu ở lớp thanh cơ, nhưng lớp niêm mạc còn nguyên vẹn.
- Một chấn thương mạnh vào bụng dưới gây vỡ bànng quang trong phúc mạc khi bànng quang căng đầy nước tiểu. Vỡ xương chậu càng cho thấy tính chất nghiêm trọng của sự va chạm. Đường vỡ thường rộng dọc theo đỉnh bànng quang. Máu và nước tiểu tràn vào ổ bụng, gây nguy cơ viêm phúc mạc.
- Vỡ bànng quang ngoài phúc mạc thông thường do các ngành ngòì mu hay chậu mu bị gãy chọc thủng bànng quang. Lỗ thủng nhỏ, có khi khó thấy, ở

thành trước bên bàng quang, tương ứng với mảnh gãy của xương chậu. Trường hợp ít gặp hơn là đường vỡ ở chính giữa thành trước, sát cổ bàng quang, do sự giằng xé mạnh của các dây chằng mu-bàng quang. Máu và nước tiểu thoát vào khoang Retzius, gây nhiễm trùng tiềm tàng, nếu bỏ sót tổn thương.

Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc có thể kèm theo vỡ bàng quang trong phúc mạc hoặc đứt niệu đạo sau.

Vỡ bàng quang ở nữ giới dễ gây tổn thương âm đạo, gây rò bàng quang âm đạo.

Vết thương bàng quang do dao đâm, đạn bắn, hoặc sắt xuyên thường rất phức tạp vì có nhiều tổn thương phối hợp, đặc biệt hậu môn, trực tràng.

Vết thương bàng quang do điều trị có thể gặp trong các phẫu thuật sản phụ khoa, nội soi tiết niệu.

3. Chẩn đoán

- Lâm sàng:
 - + Bệnh cảnh toàn thân thường là choáng chấn thương, mất máu nhiều. Bệnh nhân nằm bất động, kêu đau vùng khung chậu và vùng bụng dưới. Bụng trướng và có các vết bầm tím vùng xương mu.
 - + Triệu chứng vỡ bàng quang, thường mờ nhạt vì bị các cơn đau vùng xương chậu che lấp, ngay cả khi có vỡ bàng quang trong phúc mạc.
- Hai loại bệnh cảnh có thể xảy ra:
 - + Bệnh nhân lúc bị chấn thương bàng quang căng nước tiểu, không có cảm giác buồn đi tiểu. Lúc thăm khám: Bụng trướng nhiều và đau khắp bụng, gõ đục vùng thấp, không có cầu bàng quang. Thăm trực tràng, túi cùng Douglas căng và đau. Khi dùng một ống thông đưa qua niệu đạo nhẹ nhàng và vô trùng, chỉ phát hiện ít nước tiểu lẫn máu tươi. Trong trường hợp này, nên nghĩ đến vỡ bàng quang trong phúc mạc.
 - + Bệnh nhân có cảm giác buồn đi tiểu, nhưng chỉ rặn ra một ít nước tiểu lẫn máu. Thăm khám bụng dưới, không thấy cầu bàng quang, nhưng có khối dịch trên vùng mu. Một ống thông đưa qua niệu đạo cho thấy có nước tiểu lẫn máu. Thăm trực tràng, túi cùng Douglas không đau. ở đây, nên nghĩ đến trường hợp vỡ bàng quang ngoài phúc mạc và cần xác định tiếp bằng siêu âm và X quang.
- *Siêu âm*: Rất có giá trị lúc thấy có dịch trong ổ bụng và bàng quang không có nước tiểu, trong trường hợp vỡ bàng quang trong phúc mạc. Siêu âm cũng có thể phát hiện vỡ bàng quang ngoài phúc mạc khi thấy dịch thoát ra ngoài bàng quang.
- *Chụp X quang*: Không chuẩn bị cho thấy tổn thương vỡ xương chậu, hình ảnh các quai ruột giãn, có dịch hay không trong ổ bụng.

Chụp niệu đồ tĩnh mạch và chụp bàng quang cho thấy có thuốc cản quang thoát vào ổ bụng hay vào khoang Retzius.

- *Xét nghiệm sinh hoá:* Creatinine máu và đặc biệt Ure máu tăng lên nhanh sau thời gian ngắn, kèm theo bạch cầu tăng, Kali máu tăng, đặc biệt trong vỡ bàng quang trong phúc mạc.

4. Diễn biến

Nguy cơ vỡ bàng quang trong phúc mạc sẽ gây viêm phúc mạc, dính ruột, apxe tồn dư.

Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc gây viêm tấy nước tiểu vùng tiểu khùng và có nguy cơ lan rộng.

5. Điều trị

5.1. Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc

Dẫn lưu bàng quang, dẫn lưu khoang Retzius. Găm các mảnh xương chồi chọc thủng thành bàng quang, khâu lại lỗ thủng ở thành trước bàng quang. Nên kiểm tra tổn thương các tạng trong ổ bụng.

5.2. Vỡ bàng quang trong phúc mạc:

Lấy hết máu cục và nước tiểu trong ổ bụng, kiểm tra các tạng trong ổ bụng. Khâu lại vết rách bàng quang hai lớp: Lớp trong bằng chỉ tiêu chặm, lớp phúc mạc bằng chỉ không tiêu. Dẫn lưu ổ bụng và dẫn lưu bàng quang. Sử dụng kháng sinh trong và sau điều trị.

Nên điều trị ngay thì đầu các trường hợp đứt cổ bàng quang và tổn thương bàng quang âm đạo, thường chảy máu nhiều và để lại di chứng nặng nề.

IV. TÀI LIỆU HỌC TẬP

- Bệnh học ngoại khoa Nhà XB Y học 2000
- Bệnh học tiết niệu Nhà XB Y học 1997

CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

Nguyễn Văn Mão

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học:	Ngoại bệnh lý
2. Tên tài liệu học tập:	Tài liệu phát tay
3. Bài giảng:	Lý thuyết
4. Đối tượng:	Sinh viên Y4
5. Thời gian:	1 tiết
6. Địa điểm giảng:	Giảng đường

II. MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Trình bày các yếu tố đảm bảo chức năng hô hấp bình thường.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng các thương tổn giải phẫu trong chấn thương ngực kín.
3. Trình bày nguyên tắc điều trị các thương tổn giải phẫu.

III. NỘI DUNG

Về nguyên tắc điều trị, xử trí chấn thương ngực kín (CTNK) giống như một vết thương ngực hở. Ngày nay do phát triển của giao thông và xây dựng thì số bệnh nhân bị chấn thương nói chung, bị chấn thương ngực nói riêng ngày càng tăng và thường rất nặng.

1. Các yếu tố đảm bảo thăng bằng chức năng hô hấp

1.1. Thành ngực: Bao gồm khung xương, các cơ hô hấp, cơ hoành và màng phổi lá thành. Khi thành ngực bị thương tổn, bệnh nhân đau không dám thở sâu ảnh hưởng đến chức năng hô hấp. Nếu có thương tổn ở bụng phổi hợp làm bụng trướng dè ép vào cơ hoành sẽ ảnh hưởng đến chức năng hô hấp.

1.2. Đường hô hấp: Phải đảm bảo thông thoáng để trao đổi khí tốt. Trong chấn thương đường hô hấp dễ bị tắc do máu, dị vật, đờm rãi.

1.3. Khoang màng phổi

Áp lực trong khoang màng phổi thay đổi theo nhịp thở (từ -10 đến -5cm H₂O). Bình thường khoang màng phổi là khoang kín, nếu bị thủng khoang màng phổi mất áp lực âm tính làm phổi không nở ra được.

2. Các thương tổn giải phẫu và cách xử lý

2.1. Gãy xương sườn: Thương tổn hay gặp trong chấn thương ngực. Lâm sàng phát hiện gãy xương sườn bằng cách nắn dọc theo khung xương sườn tìm điểm đau chói hoặc tiếng lạo xạo của gãy xương hoặc áp lòng bàn tay, khi bệnh nhân ho thấy tiếng lục cục của gãy xương. Có thể gãy trực tiếp (ổ gãy ngay ở nơi chấn thương) hoặc gãy gián tiếp thường do đè ép lồng ngực (ổ gãy ở xa nơi chấn thương)

Điều trị:

- Toàn thân: cho giảm đau, thuốc ngủ.
- Tại chỗ phong bế ổ gãy (phong bế thần kinh liên sườn) hoặc tê vùng.

2.2. Mảng sườn di động

Khi gãy 3 xương sườn liên tiếp trở lên và gãy 2 đầu thì có thể gây mảng sườn di động.

2.2.1. Các loại mảng sườn di động

- Mảng sườn trước (mảng ức sườn) gồm xương ức và các sụn sườn. Loại này rất nặng do suy hô hấp và tuần hoàn.
- Mảng sườn bên: hay gặp, rối loạn hô hấp và tuần hoàn nặng.
- Mảng sườn sau: ít di động, không cần cố định.
- Nửa mảng sườn: Xương sườn gãy một nơi, mảng sườn di động theo kiểu cánh cửa bản lề (thường gặp ở người trẻ).

Hậu quả chính của mảng sườn di động là gây hô hấp đảo ngược và trung thất di động. Đặc điểm của mảng sườn là di động ngược chiều với thành ngực.

2.2.2. Cách xử trí:

- *Sơ cứu:* dùng băng dòn để đánh tụt mảng sườn vào trong. Dùng một cuộn băng đặt vào vùng mảng sườn rồi lấy băng khác cuốn vòng quanh ngực.
- *Điều trị thực thụ:*
 - + Cố định ngoài (cố định giải phẫu) có thể bằng nẹp Judet hoặc xuyên đinh Kirschner qua 2 đầu gãy. Có thể kéo liên tục bằng dùng chỉ Perlon (hay chỉ thép) vòng quanh xương sườn để kéo liên tục qua một ròng rọc.
 - + Cố định bên trong (cố định sinh lý): Đặt nội khí quản hay mở khí quản, cho thuốc giãn cơ và thở máy.

Loại này cố định rất tốt, nhưng dễ nhiễm trùng hô hấp, đòi hỏi phải có máy thở và tốn công sức. Thường thở máy 1 tuần rồi tập bỏ máy dần dần.

2.3. Trần máu màng phổi

Giống như trong vết thương ngực hở. Phải phát hiện sớm qua khám lâm sàng và chụp ngực để xử lý dẫn lưu hay chọc hút sớm. Tránh biến chứng gây đầy dính hay ổ cận màng phổi.

2.4. Trần khí màng phổi: Giống trong vết thương ngực. Cần phát hiện và sơ cứu ngay nếu là tràn khí màng phổi dưới áp lực vì nạn nhân có thể chết rất nhanh do suy hô hấp.

2.5. Xẹp phổi

Do bít tắc đường hô hấp do dị vật, máu, đờm rãi mà nạn nhân ho kém vì đau. Khác với tràn khí màng phổi ở đây xẹp phổi biểu hiện bằng các dấu hiệu "co kéo": khoang liên sườn co kéo hẹp lại, trung thất bị kéo về bên bệnh, cơ hoành bị kéo lên cao. Còn tràn khí là dấu hiệu đẩy.

Xử lý: Phải giảm đau, kích thích bệnh nhân ho và thở sâu. Nếu không được phải soi hút phế quản.

2.6. Vỡ phế quản

Thường vỡ ở gần chỗ chia khí phế quản. Có thể vỡ một phần hoặc đứt hoàn toàn. Lâm sàng thường gãy xương sườn 1-3, khó thở nhiều, ho ra máu và tràn khí dưới da, tràn khí màng phổi dưới áp lực, tràn khí trung thất. Phổi không nở được dù đã tăng áp lực hút. Phải soi phế quản để chẩn đoán vị trí và mức độ thương tổn.

Xử trí: Nếu rách nhỏ phổi nở lên được tràn khí giảm đi thì điều trị bảo tồn và soi phế quản để theo dõi thương tổn.

Mổ khâu hoặc nối lại phế quản

2.7. Vỡ động mạch chủ ngực do chấn thương

- Thường gặp tai nạn xe ô tô, tốc độ ngừng đột ngột động mạch chủ bị giằng xé do ngã cao. 80% tử vong do chảy máu vào khoang màng phổi. Số sống sót do màng phổi trung thất tạo khối máu tụ chèn ép cầm máu tạm thời. Thường vỡ ở eo động mạch chủ. Lâm sàng chú ý phát hiện khi:
 - + Tai nạn xe cộ với tốc độ nhanh.
 - + Liệt hay giảm cảm giác hai chân.
 - + Chênh lệch huyết áp động mạch chi trên và chi dưới.
 - + Tiếng thổi tâm thu trước ngực hoặc sau lưng.
 - + Phim chụp ngực: Trung thất rộng, mất hình quai động mạch chủ, đẩy lệch khí quản.
 - + Chụp cắt lớp ngực, chụp cản quang động mạch chủ ngực.
- **Xử trí:**

- + Phải mổ cấp cứu khẩn trương.
- + Mổ trì hoãn khi đã hình thành túi phồng.
- Mổ với tim phổi máy hoặc không (tùy thuộc vào vị trí thương tổn ở động mạch chủ) để khâu, để nối hoặc ghép động mạch chủ ngực.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bệnh học ngoại khoa- Đại học Y Hà nội
- Bài giảng lâm sàng phẫu thuật mạch máu (XB: 7/1998)
- Phẫu thuật cấp cứu tim mạch và lồng ngực (NXB Y học - 2001)
- Chirurgie des vaisseaux: Aspects cliniques - J.N. Fabiani, E.Kieffer Jouve Paris 7/1997.

VẾT THƯƠNG NGỰC HỎ

Nguyễn Văn Mão

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học: Ngoại bệnh lý
2. Tên tài liệu học tập: Vết thương ngực hở (VTNH)
3. Bài giảng: Lý thuyết
4. Đối tượng: Sinh viên Y4
5. Thời gian: 1 tiết
6. Địa điểm giảng: Giảng đường

II. MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được định nghĩa vết thương ngực hở (VTNH), đặc điểm của giải phẫu bệnh VTNH.
2. Trình bày các thể lâm sàng VTNH.
3. Biết cách sơ cứu VTNH, các nguyên tắc điều trị VTNH và các chỉ định mổ ngực cấp cứu.

III. NỘI DUNG

1. Đại cương

- Vết thương ngực hở chiếm khoảng 5% trong cấp cứu nói chung. Có thể gặp cả trong thời chiến lẫn thời bình.
- Trong chẩn đoán dễ bỏ sót vết thương ngực hở khi lỗ vào không nằm trên thành ngực, dễ nhầm lẫn với vết thương thành ngực đơn thuần.
- Về điều trị: Chủ yếu điều trị chống rối loạn thăng bằng về hô hấp và tuần hoàn nên thường ít khi phải mổ ngực cấp cứu mà chỉ bằng các động tác đơn giản có thể cứu sống được nạn nhân (dẫn lưu màng phổi tối thiểu).

2. Giải phẫu bệnh

2.1. Định nghĩa VTNH: Là vết thương từ ngoài vào làm thủng khoang màng phổi (lá thành) làm khoang màng phổi thông với bên ngoài.

2.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

- Tất cả các tạng trong lồng ngực đều có thể bị thương tổn nhưng tạng hay bị thương tổn nhất là phổi và tim.

- Tùy theo tác nhân gây ra vết thương mà lỗ vào đã được bịt kín hay còn hở nó sẽ quyết định hình thái lâm sàng của vết thương ngực hở.
- Các thương tổn phối hợp: Sọ não, bụng, xương... làm nặng thêm thương tổn VTNH và điều trị thêm phức tạp.

3. Rối loạn sinh lý trong vết thương ngực hở

Rối loạn sinh lý trong VT ngực hở: Chủ yếu do khoang màng phổi thông với bên ngoài làm mất áp lực âm tính trong khoang màng phổi làm cho phổi không thể nở ra được. Không khí qua lại vết thương ngực gây tình trạng hô hấp đảo ngược và trung thất di động.

3.1. Hô hấp đảo ngược

- Ở thì thở vào: Khí vào qua đường hô hấp đồng thời khí cũng vào qua vết thương ở thành ngực đẩy xẹp phổi bên thương tổn xuống, không khí bên phổi bệnh sang bên phổi lành làm cho phổi lành thở lại một phần không khí cận. Trung thất bị kéo sang bên lành.
- Ở thì thở ra: Ngược với thì hít vào. Không khí cận từ phổi lành một phần ra ngoài qua đường hô hấp, một phần lại sang bên phổi bệnh trung thất trở về chỗ cũ. Như vậy bệnh nhân luôn phải thở lại một phần không khí cận nên bão hoà ôxy trong phế nang giảm.

3.2. Trung thất di động: Làm cản trở máu tĩnh mạch trở về tim đưa đến tình trạng máu lên phổi giảm ảnh hưởng đến trao đổi khí ở phổi. Hai tình trạng hô hấp đảo ngược và trung thất di động dẫn đến tình trạng suy hô hấp ngày càng tăng, nhanh chóng dẫn đến tử vong. Phải nhanh chóng cắt vòng xoắn bệnh lý này bằng cách bịt ngay lỗ vào của vết thương.

4. Lâm sàng

Tùy thuộc lỗ vào của vết thương đã bịt kín hay còn hở hay nói một cách khác là khoang màng phổi còn thông với bên ngoài hay không mà quyết định hình thái lâm sàng của VTNH.

4.1. Vết thương ngực lỗ vào còn đang hở

Khoang màng phổi còn thông với bên ngoài làm mất áp lực âm tính trong khoang màng phổi. Thường gặp ở những nạn nhân vết thương thành ngực lớn hay nạn nhân đến viện sớm ngay sau khi bị tai nạn. Bệnh nhân thường trong tình trạng khó thở dữ dội, suy hô hấp, thở nhanh nông, co kéo cơ phụ hô hấp, vã mồ hôi, mỗi lần thở bọt khí lẫn máu bắn ra ngoài hay nghe thấy tiếng phì phò qua vết thương. Hậu quả chính là gây hô hấp đảo ngược và trung thất di động nhanh chóng dẫn đến tử vong, phải sơ cứu ngay.

4.2. Vết thương đã bịt kín

Khoang màng phổi không còn thông với bên ngoài: Nạn nhân có thể đã được sơ cứu ở tuyến trước hay vết thương nhỏ tự bịt kín. Nạn nhân thường đến viện với hội chứng tràn máu hay tràn khí màng phổi. Thường hai hội chứng này kết hợp với nhau.

4.2.1. Tràn máu màng phổi: Máu vào khoang màng phổi chủ yếu từ vết thương của nhu mô phổi. Ngoài ra có thể máu chảy từ thành ngực, vết thương tim, vết thương mạch máu lớn... vào khoang màng phổi. Lâm sàng khi khám phổi sẽ có hội chứng ba giảm (gõ đục, rì rào phế nang giảm và rung thanh giảm) chụp phim ngực; hình ảnh tràn dịch màng phổi.

Máu vào khoang màng phổi có thể tiến triển theo các hướng sau: Nếu ít thì máu tự tiêu ít để lại di chứng. Nếu lượng máu nhiều mà không được lấy thì có thể gây dãn dính màng phổi. Nếu có nhiễm trùng kèm thì gây mũ màng phổi, ổ cận màng phổi. Máu trong khoang màng phổi có thể đông cục lại không thể chọc hút hoặc dẫn lưu được mà phải mổ.

4.2.2. Tràn khí màng phổi

Khí vào khoang màng phổi chủ yếu từ vết thương của nhu mô phổi và qua vết thương ở thành ngực. Lâm sàng có hội chứng tràn khí màng phổi (rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm và gõ trong). Trên phim chụp ngực có hình ảnh viền sáng quanh phổi và dấu hiệu dãn.

- Tràn khí màng phổi thông thường: hay gặp. Chú ý là sau khi chọc hút hay dẫn lưu màng phổi có thể tràn khí màng phổi thứ phát.
- Tràn khí màng phổi dưới áp lực: Khí vào khoang màng phổi theo kiểu van 1 chiều làm áp lực trong khoang màng phổi ngày càng tăng: (ép phổi bên bệnh và đẩy trung thất sang bên đối diện làm bệnh nhân khó thở dữ dội nhanh chóng dẫn đến ngừng thở).

4.2.3. Vết thương tim

Tùy thuộc vào vị trí vết thương ở thành ngực. Nếu ở vùng màng tim dính với thành ngực thì máu có thể chảy thẳng ra ngoài. Nếu làm thủng màng tim phần liên quan đến màng phổi trung thất thì máu sẽ chảy vào khoang màng phổi. Lỗ thủng của màng tim đã được bịt kín hay còn hở. Nếu bịt kín máu chảy vào khoang màng tim gây hội chứng chèn ép tim cấp tính: mạch nhanh, huyết áp tụt, chênh lệch huyết áp tối đa và tối thiểu giảm, tĩnh mạch cổ nổi, nghe tim tiếng tim mờ, diện đục tim to ra, diện thể tim giảm ở các chuyển đạo nhất là chuyển đạo ngoại biên. Trên phim chụp ngực thấy bóng tim to, nét. Siêu âm có hình ảnh tràn dịch màng tim và tĩnh mạch trên gan giãn.

Với loại vết thương thủng màng tim mà không được bịt kín máu có thể chảy thẳng ra ngoài trên thành ngực hay biểu hiện bằng hội chứng tràn máu màng phổi và hội chứng mất máu cấp.

4.2.4. Vết thương ngực bụng

Vết thương làm thủng cơ hoành: Dịch tiêu hoá, máu các tạng trong bụng có thể lên ngực. Triệu chứng lâm sàng sẽ biểu hiện cả ở ngực và ở bụng. Điều trị thêm phức tạp.

5. Điều trị

Chủ yếu nhằm lập lại thăng bằng hô hấp và tuần hoàn, giải phẫu là thứ yếu.

Mục đích điều trị nhằm:

- Làm sạch khoang màng phổi.
- Lập lại áp lực âm tính trong khoang màng phổi.
- Làm cho phổi nở tốt.

Cụ thể phải là:

- Khâu kín vết thương.
- Dẫn lưu khoang màng phổi.
- Hút sạch đường hô hấp: máu, đờm, dị vật.

5.1. Sơ cứu

- Cắt lọc và khâu kín ngay vết thương ngực là tốt nhất. Nếu không có điều kiện phải bịt kín ngay vết thương bằng ép (tốt nhất là bằng mỡ). Nếu vết thương rộng có thể bịt bằng nút Depage.
- Với trường hợp tràn khí màng phổi dưới áp lực thì tốt nhất là dẫn lưu ngay khoang màng phổi. Nếu không phải cắm vào khoang màng phổi một kim to, đốc kim có buộc đầu găng cao su có xẻ lỗ vào khoang liên sườn II, III đường giữa xương đòn để tạo 1 van ngược chiều chỉ để không khí từ khoang màng phổi thoát ra ngoài.

5.2. Điều trị toàn thân

- Nên có đường tĩnh mạch trung ương để hồi sức: Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương và để truyền dịch.
- Bồi phụ lượng máu đã mất.
- Cho thuốc kháng sinh và thuốc chống uốn ván.

5.3. Điều trị thực thụ

Cắt lọc khâu kín vết thương.

Dẫn lưu hoặc chọc hút khoang màng phổi.

- Vị trí:
 - + Khí: khoang liên sườn III đường giữa xương đòn.
 - + Máu: Khoang liên sườn VI nách trước.

Dẫn lưu phải đảm bảo nguyên tắc: Vô trùng, kín, một chiều và tốt nhất là hút liên tục dưới một áp lực cố định (thường là - 20cm H₂O).

Phải theo dõi lượng khí và máu qua dẫn lưu để có thái độ can thiệp phẫu thuật kịp thời.

5.4. Điều trị di chứng

- Lấy dị vật:
 - + Lấy dị vật khi kích thước dị vật trên phim chụp ngực >1cm².
 - + Khi dị vật gây biến chứng ho ra máu hay nhiễm trùng.
- Ổ cận màng phổi:
 - + Bóc màng phổi.
 - + Đánh sập sườn hay dùng cơ nhét vào ổ cận màng phổi (ít dùng).

6. Các chỉ định mổ ngực cấp cứu

- Tràn máu màng phổi không cầm: Nếu máu chảy ra qua dẫn lưu với lượng 300ml/h trong 3 giờ liên thì mổ ngực. Tuy vậy đó chỉ là con số tham khảo mà chủ yếu là theo dõi đánh giá tình trạng chảy máu trong khoang màng phổi còn tiếp tục để có quyết định can thiệp ngoại khoa sớm.
- Tràn khí màng phổi không cầm: Khí tiếp tục qua dẫn lưu không giảm, phổi không nở được, thường gặp khi vỡ phế quản hoặc vết thương ở nhu mô phổi lớn.
- Vết thương tim.
- Vết thương thực quản: Mổ ngực để khâu thực quản, mở thông dạ dày.
- Máu đông cục trong khoang màng phổi.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại khoa- Đại học Y Hà Nội
2. Bài giảng lâm sàng phẫu thuật mạch máu (7/1998)
3. Phẫu thuật cấp cứu tim mạch và lồng ngực (NXB Y học - 2001)
4. Chirurgie des vaisseaux: Aspects cliniques - J.N. Fabiani, E.Kieffer Jouve Paris 7/1997.

VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU NGOẠI VI

Nguyễn Văn Mão

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên tài liệu học tập: | Vết thương mạch máu |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên Y4 |
| 5. Thời gian: | 2 tiết |
| 6. Địa điểm giảng: | Giảng đường |

II. MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

2. Trình bày các loại thương tổn trong VTMM.
3. Trình bày các thể lâm sàng của VTMM, các thăm dò cận lâm sàng.
4. Các phương pháp sơ cứu và điều trị VTMMNV.

III. NỘI DUNG

1. Đại cương

Vết thương mạch máu ngoại vi (VTMMNV) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong cả thời chiến và thời bình. Ngày nay mặc dù đã có nhiều tiến bộ, phương tiện trong chẩn đoán và xử trí vết thương mạch máu song vẫn còn những chậm trễ, sai sót đáng tiếc trong chẩn đoán và xử trí VTMM. Sự chậm trễ và sai sót do nhiều nguyên nhân khác nhau: tác nhân gây thương tổn mạch máu (do bachelier) hay kín đáo do các vật nhọn nhỏ, hay do gãy xương gây nên. Do cơ chế và bệnh cảnh lâm sàng phức tạp: Tai nạn giao thông, chấn thương bụng, sọ, ngực phối hợp. Về thái độ xử trí đã có thay đổi cơ bản từ chỗ thất mạch là chủ yếu (90% trong đại chiến thế giới lần thứ 2) tới phục hồi lưu thông máu tối đa 86% theo DeBakey, 95% theo L. Hewit và G.Bizer ngay cả khi vết thương kèm dập dập nhiều phần mềm, gãy xương phức tạp.

Kết quả điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố: quan trọng nhất là thời gian can thiệp (*thời gian vàng*), nên phải vận chuyển đến nơi điều trị thực thụ sớm. Phải sơ cứu ban đầu đúng, xử trí các thương tổn phối hợp và công việc gây mê hồi sức. Đến nay tỉ lệ cắt cụt chi đã giảm đáng kể: 43% theo DeBakey, trong những năm 50 - 60, trong chiến tranh Triều Tiên 13%, hiện nay thời bình là 3 - 8%.

2. Giải phẫu bệnh.

2.1. Định nghĩa: VTMM là một vết thương làm thương tổn một trong ba lớp của thành mạch làm cho máu chảy ra khỏi lòng mạch hay chỉ làm rối loạn lưu thông máu trong lòng mạch.

2.2. Các thể giải phẫu bệnh của VTMM (lấy thương tổn động mạch làm điển hình)

2.2.1. Vết thương bên hay vết thương xuyên: thương tổn cả ba lớp động mạch, đứt một phần chu vi của mạch máu.

2.2.2. Vết thương đứt đôi hay mất đoạn:

Lớp cơ ở thành động mạch co lại theo chu vi nên tác dụng cầm máu tốt, hai đầu mạch thường co lại xa nhau có khi chui sâu vào trong cơ gây khó khăn khi tìm.

2.2.3. Thương tổn lớp nội mạc

Thường gặp trong chấn thương kín mạch máu. Có thể gặp do thầy thuốc gây nên, nhất là khi kết hợp xương phối hợp. Hậu quả hình thành máu cục tại chỗ gây tắc mạch hoặc gây nghẽn mạch (embolie).

2.2.4. Thương tổn dưới lớp áo ngoài

Thương tổn lớp áo giữa và lớp nội mạc. Thường gặp trong chấn thương kín. Hậu quả gây huyết khối tại chỗ hoặc gây phồng động mạch.

2.2.5. Co thắt mạch: Thường gặp trong chấn thương chi.

Mạch máu co nhỏ lại trong khi cả 3 lớp thành mạch còn nguyên vẹn. Hậu quả gây thiếu máu phía hạ lưu.

2.2.6. Vết thương xuyên động mạch - tĩnh mạch

Vết thương xuyên thành cả động mạch và tĩnh mạch. Hậu quả gây mất máu (cả động mạch và tĩnh mạch) và gây thông động mạch, tĩnh mạch sau này.

2.2.7. Các thương tổn phối hợp với vết thương mạch máu

- Thương tổn phối hợp sọ não, lồng ngực, bụng, xương làm nặng thêm vết thương mạch máu, điều trị thêm phức tạp.
- Thương tổn phần mềm quanh vết thương quyết định hình thái lâm sàng của vết thương mạch máu.

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng: Các thể lâm sàng:

3.1.1. Vết thương đang chảy máu: Máu chảy thành tia, ướt đầm băng gạc, quần áo nạn nhân. Dễ chẩn đoán. Phải sơ cứu ngay mà không cần phân biệt vết thương động mạch hay tĩnh mạch.

3.1.2. Vết thương đã đặt garô: Phải tháo garô mới chẩn đoán được. Nhưng phải chú ý chỉ được tháo garô khi thời gian garô chưa quá 5 giờ. Phải đề phòng choáng do tháo garô.

3.1.3. Vết thương đã ngừng chảy máu:

Kèm khối máu tụ, khối máu tụ to hay nhỏ tùy thuộc vào tổ chức phần mềm quanh động mạch: thường khối máu tụ to lên nhanh, giãn nở, đập theo nhịp đập của tim, nghe tại chỗ có tiếng thổi.

Khối máu tụ khu trú: điển hình trong trường hợp bấp chân cẳng. Lâm sàng có dấu hiệu thiếu máu phía hạ lưu.

3.1.4. Vết thương khô: Phải chú ý khi vết thương nằm trên đường đi của động mạch, kèm dấu hiệu thiếu máu phía hạ lưu: chi lạnh, giảm cảm giác và vận động, mạch ngoại vi giảm hoặc mất, bão hoà oxy ở ngón chi giảm (SaO_2). Với loại vết thương này đôi khi phải vừa mổ thăm dò vết thương vừa thăm dò thương tổn mạch.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Siêu âm Doppler hay Doppler liên tục, xung

Thăm dò rất hữu ích, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân và có thể tiến hành nhiều lần. Siêu âm Doppler giúp cho xác định vị trí thương tổn và tình trạng tuần hoàn phụ. Ngoài ra còn giúp kiểm tra kết quả sau phục hồi lưu thông mạch.

3.2.2. Chụp động mạch

Có thể chụp mạch bằng chọc trực tiếp hay bằng phương pháp Seldinger. Nó cho phép xác định tình trạng lòng mạch, vị trí và mức độ thương tổn, tình trạng tuần hoàn phụ phía hạ lưu. Các hình ảnh thường gặp:

- Thuốc tràn ra ngoài lòng mạch.
- Hình ảnh cắt cụt.
- Lòng mạch nham nhở không đều.
- Động mạch ngấm thuốc đều nhưng thu nhỏ (trong co thắt mạch).
- Hình ảnh thông động tĩnh mạch (thuốc sang tĩnh mạch sớm).
- Hình ảnh túi phồng động mạch.

Chụp mạch có thể làm chậm quá trình can thiệp phẫu thuật nên chỉ làm khi các dấu hiệu lâm sàng không rõ.

3.2.3. Các phương pháp thăm dò khác (ít dùng)

Chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp có bơm thuốc cản quang hay nội soi mạch máu.

4. Điều trị

4.1. Sơ cứu: Băng ép vết thương và chú ý băng ép đúng kỹ thuật thì thường đủ để cầm máu, ít khi phải đặt garô. Chỉ đặt garô khi:

- Trong trường hợp móm cụt chi.
- Chi đã giập nát không còn khả năng bảo tồn.
- Thời gian vận chuyển nạn nhân đến nơi điều trị không quá 4 giờ, hoặc băng ép không kết quả.
- Trong khi chờ mổ.

4.2. Điều trị toàn thân

- Chống choáng, truyền bồi phụ lượng máu ra mất.
- Cho thuốc kháng sinh, chống uốn ván.

4.3. Điều trị thực thụ

4.3.1. Thất mạch: Nhanh, đơn giản, cầm máu vĩnh viễn phải thắt hai đầu mạch bằng chỉ không tiêu thất mạch có nguy cơ gây thiếu máu hay hoại tử chi (tỉ lệ hoại tử chi tùy thuộc vào mạch bị thắt: động mạch khoeo là 72%, đùi chung là 51%...).

4.3.2. Phục hồi lưu thông mạch

- Vết thương bên: cắt lọc khâu lại vết thương. Nếu vết thương lớn có thể vá bằng tĩnh mạch.
- Vết thương đứt đôi hoặc mất đoạn: phẫu tích hai đầu và nối trực tiếp. Lưu ý miệng nối không được hẹp hay căng vì dễ bị tắc sau mổ.
- Nếu hai đầu mạch xa không nối trực tiếp được thì phải tiến hành ghép mạch: bằng tĩnh mạch tự thân (thường dùng tĩnh mạch hiển lớn đảo chiều...) hoặc bằng đoạn mạch nhân tạo (P.T.F.E, Dacron, Teflon...).
- Bóc lớp áo ngoài và phong bế tại chỗ quanh thành mạch bằng xylocaine trong trường hợp co thắt mạch.
- Mổ cân: Khi có hội chứng tăng áp lực khoang (> 30mm thủy ngân theo phương pháp White side).

5. Các biến chứng của vết thương mạch máu

5.1. Tử vong do mất máu cấp tính hoặc mạn tính.

5.2. Hoại tử chi do thiếu máu.

5.3. Thiếu máu mãn tính chi biểu hiện bằng cơn đau cách hồi (claudication).

5.4. Gây thông động- tĩnh mạch.

5.5. Gây phồng động mạch.

6. Các chỉ định cắt cụt chi

- Chi bị dập nát không còn khả năng bảo tồn.
- Choáng không hồi phục dù đã điều trị hồi sức tích cực.
- Tổn thương phối hợp nặng: sọ não, ngực bụng.
- Chi có dấu hiệu thiếu máu không hồi phục mất vận động cảm giác, khớp cứng, nhợt, có nốt phồng...
- Garô đã quá 5 giờ liên tục.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bệnh học ngoại khoa- Đại học Y Hà Nội
- Bài giảng lâm sàng phẫu thuật mạch máu (7/1998)
- Phẫu thuật cấp cứu tim mạch và lồng ngực (NXB Y học - 2001)
- Chirurgie des vaisseaux: Aspects cliniques - J.N. Fabiani, E.Kieffer Jouve Paris 7/1997.

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Nguyễn Công Tô

I. HÀNH CHÍNH

1. Tên môn học:	Ngoại bệnh lý
2. Tên tài liệu học tập:	Chấn thương sọ não
3. Bài giảng:	Lý thuyết
4. Đối tượng:	Y4
5. Thời gian:	2 Tiết
6. Địa điểm:	Giảng đường

II. MỤC TIÊU

- Mô tả được nguy cơ của chấn thương sọ não (CTSN).
- Nêu được các thương tổn giải phẫu thường gặp do chấn thương sọ não và tiến triển của nó.
- Trình bày được các bước xử trí ban đầu để phòng và hạn chế hậu quả của các thương tổn não.
- Trình bày được nguyên tắc điều trị các thương tổn thường gặp trong chấn thương sọ não.

III. NỘI DUNG

1. Đại cương

- Hiện nay, CTSN là cấp cứu thường gặp nhất trong tất cả cấp cứu ngoại khoa hàng ngày và là cấp cứu số một.
- Tỷ lệ tử vong và để lại di chứng nặng nề. Theo thống kê, tỷ lệ tử vong do CTSN tại Bệnh viện Việt Đức là 17,4%.
- Kết quả điều trị CTSN phụ thuộc phần lớn vào công tác quản lý và xử trí cấp cứu ban đầu, nhất là CTSN nặng.
- Trong các loại thương tổn do CTSN gây ra thì máu tụ ngoài màng cứng là thương tổn có tiên lượng tốt nhất nếu được xử trí kịp thời.

2. Các thương tổn giải phẫu

2.1. Các thương tổn bên ngoài

- Da đầu: tụ máu, rách da đầu, lóc da.
- Vỡ, lún xương sọ.

2.2. Các thương tổn trong hộp sọ

2.2.1. Thương tổn tiên phát

- Đập não: có thể ở ngay dưới hay đối diện với vị trí va đập, nhưng thường ở trán và thái dương. Đập não thường nhiều ổ, có khi hai bên. Bản thân đập não không làm tri giác suy đồi, chỉ khi chảy máu gây chèn ép và phù não kèm theo mới làm tri giác xấu đi.
- Phù não: cũng có thể xuất hiện ngay sau tai nạn do tổn thương các sợi trục lan toả, lâm sàng thường nặng.
- Chảy máu màng mềm, đôi khi kèm chảy máu não thất. Chảy máu ở khoang giữa màng nhện và màng nuôi. Chảy máu màng mềm gây co thắt mạch máu não, hậu quả là thiếu máu não và phù não.

2.2.2. Thương tổn thứ phát: Các thương tổn thứ phát có thể xảy ra ở bất cứ giai đoạn nào từ sau tai nạn. Các thương tổn này, trong chừng mực nhất định, có thể phòng ngừa và đó là mục đích của quản lý CTSN.

- Máu tụ:
 - + NMC: Máu chảy từ đường vỡ xương, làm rách các nhánh của mạch màng não giữa đổ vào khoang ngoài màng cứng. Máu tụ NMC hay ở vùng thái dương và thái dương đỉnh. Đôi khi máu tụ ở các vùng khác và do máu chảy từ các tĩnh mạch cạnh xoang hay từ xoang TM.
 - + DMC đơn thuần: do rách các tĩnh mạch cầu ở vỏ não gây máu tụ DMC đơn thuần không gây máu tụ.
 - + Máu tụ DMC + trong não: Xuất phát từ các ổ não dập, hay kèm phù não.
 - + Trong não: Có thể khu trú hoặc lan toả.
- Phù não: Là hậu quả của nhiều loại thương tổn nguyên phát và thứ phát, do nhiều cơ chế khác nhau. Phù não nặng sẽ gây hậu quả trầm trọng là thoát vị não qua lỗ lều và lỗ chằm.
- Thoát vị não qua lỗ lều và lỗ chằm: tăng áp lực nội sọ từ từ, do nhiều thương tổn khác nhau sẽ gây chèn ép đường giữa và thoát vị thùy thái dương qua khe Bichat và lỗ lều tiểu não. Hiện tượng chèn ép này nếu không được xử trí sẽ gây tụt kẹt hạnh nhân tiểu não qua lỗ chằm dẫn tới tử vong.
- Thiếu máu não: do tắc mạch, co thắt mạch hoặc thiếu ôxy não do giảm áp lực tưới máu não.
- Nhiễm trùng: Vỡ nền sọ, vết thương sọ não có rách màng cứng sẽ gây viêm màng não và áp xe não.

3. Khám và theo dõi bệnh nhân CTSN

3.1. Hỏi bệnh

- Ngày giờ xảy ra tai nạn.

- Loại tác nhân gây chấn thương.
- Tư thế bệnh nhân lúc bị tai nạn để biết đầu cố định hay di động.
- Quan trọng nhất là khai thác diễn biến tri giác bệnh nhân từ khi bị tai nạn cho tới lúc khám bệnh để biết có khoảng tỉnh hay không.
- Các dấu hiệu cơ năng: Đau đầu, nôn..

3.2. Khám bệnh

- Các dấu hiệu sinh tồn: (ABC technic) Tình trạng hô hấp và tuần hoàn cần được kiểm tra đầu tiên vì liên quan tới tính mạng, nếu không được điều chỉnh ngay sẽ làm nặng thêm các tổn thương não.
 - + Mạch, HA.
 - + Nhịp thở, kiểu thở.
 - + Khai thông đường hô hấp nếu có tắc ngẽn do đàm dãi hoặc máu.
 - + Kiểm tra đường hô hấp dưới: Tràn máu, khí màng phổi.
- Tri giác: Đánh giá tri giác theo thang điểm GLASGOW
(Glasgow Coma Scale: GCS)
 - Đáp ứng bằng mắt: tối đa 4 điểm.
 - + Mở mắt tự nhiên: 4đ
 - + Gọi mở: 3đ
 - + Cựa mở: 2đ
 - + Không mở: 1đ
 - Đáp ứng bằng lời: tối đa 5 điểm.
 - + Trả lời đúng: 5đ
 - + Trả lời không đúng: 4đ
 - + Không rõ nói gì: 3đ
 - + Kêu rên: 2đ
 - + Không nói: 1đ
 - Đáp ứng bằng vận động: tối đa 6 điểm.
 - + Bảo làm đúng: 6đ
 - + Cựa gật đúng: 5đ
 - + Cựa gật không đúng: 4đ
 - + Gấp cứng 2 chi trên: 3đ
 - + Duỗi cứng 4 chi: 2đ
 - + Không đáp ứng: 1đ

- Điểm GLASGOW giảm 2 điểm trở lên thì coi là tri giác xấu đi.
- Thang điểm Glasgow không áp dụng cho trẻ em dưới 5 tuổi.

* Mục đích khám và theo dõi tri giác là phát hiện khoảng tỉnh. Bệnh nhân được coi là có khoảng tỉnh khi: Sau tai nạn bệnh nhân tỉnh hoặc mê nhưng sau tỉnh lại, sau một thời gian theo dõi bệnh nhân mê đi.

* Bệnh nhân có khoảng tỉnh thường do máu tụ trong sọ, thường là máu tụ NMC. Khoảng tỉnh dài hay ngắn tùy mức độ chảy máu nhiều hay ít

- Dấu hiệu thần kinh khu trú:
 - + Liệt nửa người bên đối diện
 - + Dẫn đồng tử cùng bên có thương tổn
 - + Phản xạ ánh sáng
- Các thương tích ở đầu: Các vết rách da, tụ máu da đầu để xác định điểm va đập
- Các dấu hiệu vỡ nền sọ:
 - + Chảy máu mũi, tai.
 - + Tụ máu quanh mắt, sau tai.
 - + Chảy dịch não tủy qua mũi, tai.
 - + Tổn thương các dây thần kinh sọ.
- Các thương tổn phối hợp
 - + Khám cột sống, đặc biệt cột sống cổ dễ bị bỏ sót.
 - + Khám ngực, bụng, chi.

4. Các phương pháp chẩn đoán

4.1. Xquang tiêu chuẩn: Tìm đường vỡ xương. Cần chụp đủ phim thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái và phim tiếp tuyến để tránh sót thương tổn.

4.2. Chụp cắt lớp vi tính: Giúp chẩn đoán chính xác thương tổn, vị trí và các thương tổn não phối hợp.

- Chỉ định chụp cắt lớp cho các trường hợp sau:
 - + Bệnh nhân có rối loạn tri giác.
 - + Có rối loạn vận động hay các rối loạn thần kinh khác.
 - + Động kinh.
 - + Các dấu hiệu cơ năng kéo dài: Đau đầu, nôn..
 - + Xquang có đường vỡ xương.
 - + Có biểu hiện của vỡ nền sọ.

- + Ngộ độc rượu, có thương tổn phối hợp cần mổ (bụng, ngực, chi...).
- + Người già và trẻ em chỉ định chụp rộng hơn.

4.3. Đo áp lực trong sọ: Có thể đo NMC, DMC, trong não thất. Chính xác nhất là đo áp lực trong não thất. Đo áp lực trong sọ cho phép theo dõi liên tục tình trạng áp lực sọ để điều chỉnh trong quá trình điều trị.

5. Xử trí ban đầu

Nếu xử trí ban đầu tốt sẽ giúp hạn chế được các thương tổn thứ phát của não và làm giảm tử vong và thương tật. Mục đích chính của điều trị là phòng thiếu máu não. Bằng mọi giá phải tránh hai tình trạng: Thiếu Oxy và hạ huyết áp, nhất là những giờ đầu

- Tư thế đầu cao 30°
- Tăng thông khí và hô hấp hỗ trợ: Hút đờm dãi, thở oxy. Nếu điểm Glasgow dưới 8 cần đặt ống NKQ hoặc mở khí quản. Tốt nhất là hô hấp hỗ trợ, thở máy.

Mục đích là đạt được PaCO_2 xấp xỉ 35 mmHg, PaO_2 xấp xỉ 100 mmHg. Tình trạng hạ vừa phải CO_2 trong máu cho phép làm giảm lưu lượng máu não dẫn tới giảm thể tích máu não và áp lực trong sọ.

- Xử trí cầm máu các thương tích da đầu.
- Duy trì huyết động ổn định, dưới sự kiểm soát áp lực tĩnh mạch trung ương và áp lực động mạch (110 - 140 mmHg).
- Lợi tiểu: Mannitol 20%; 1gr/ kg/ 24 giờ. Chia nhỏ liều trong ngày.

Lợi tiểu chỉ cho khi huyết động ổn định và có tăng áp lực trong sọ cùng với thiếu máu não.

- An thần: Mục đích làm giảm tiêu thụ ôxy não tương ứng với lưu lượng máu não mà vẫn duy trì áp lực tưới máu não tốt nhất nhằm tránh thiếu máu não. Việc giảm đồng thời lưu lượng máu não cho phép giảm thể tích máu não và áp lực trong sọ.
- Dẫn lưu não thất: Khi có dẫn não thất cấp tính và có tăng áp lực trong sọ. Cho phép theo dõi áp lực trong sọ.
- Giảm đau, hạ sốt.
- Xông dạ dày, xông tiểu.

Chỉ định điều trị ngoại khoa:

- Máu tụ trong sọ: Máu tụ NMC; DMC đơn thuần; Máu tụ DMC và trong não khi chèn ép nhiều kết hợp tri giác xấu đi.
- Vết thương sọ não hở, vết thương xoang hơi.
- Lún sọ.
- Rò dịch não tủy kéo dài quá 1 tuần.

6. Chiến lược quản lý ban đầu CTSN nặng

6.1. Trước khi đến viện: Thực hiện ngay ở tuyến tiếp nhận bệnh nhân đầu tiên và trong quá trình chuyển viện.

- Đánh giá nhanh tình trạng lâm sàng, đặc biệt tình trạng hô hấp và tuần hoàn
- Hô sức đồng thời hô hấp và tuần hoàn: Làm thông đường hô hấp trên, thở oxy, truyền dịch. Đặt NKQ cho bệnh nhân có điểm Glasgow < 9 điểm và hô hấp hỗ trợ. Cần tránh bóp bóng bằng tay vì sẽ gây tăng CO₂ máu (Hypercarbia) làm tăng áp lực sọ theo cơ chế dẫn mạch do đó làm thiếu máu não.

Bệnh nhân khó đặt NKQ hoặc gãy xương hàm nặng cần mở khí quản ngay, tránh tình trạng thiếu Oxy kéo dài.

- Cố định cột sống và các chi gãy.
- Giảm đau.
- Xông dạ dày.

6.2. Chuyển viện: Chuyển bệnh nhân càng sớm càng tốt tới cơ sở có khả năng điều trị gần nhất sau khi đã kiểm soát tốt tình trạng hô hấp và tuần hoàn, tránh qua nhiều bệnh viện trung gian trừ khi tình trạng sốc nguy hiểm tới tính mạng phải xử lý ngay.

Cơ sở có điều kiện tiếp nhận điều trị CTSN:

- Có máy chụp cắt lớp vi tính CTScanner.
- Có điều kiện hồi sức CTSN.
- Có nhóm phẫu thuật viên được đào tạo về phẫu thuật thần kinh.

6.3. Tại phòng cấp cứu: Nhiệm vụ của phòng cấp cứu đối với CTSN vừa và nặng là tiếp tục hồi sức, điều trị các thương tổn đe dọa tính mạng và bắt đầu công việc chẩn đoán lâm sàng và hình ảnh tử mĩ đối với các thương tổn não và tủy. Mục đích nhằm ngăn ngừa các thương tổn não thứ phát do bất thường của tuần hoàn, hô hấp hay do các thương tổn não nguyên phát gây ra. Bao gồm:

- Khám lâm sàng thần kinh trong khi tiếp tục ổn định đường thở, oxy, huyết áp, an thần, giảm đau.
- Chụp cột sống cổ, chụp sọ mặt, chụp ngực cho tất cả bệnh nhân hôn mê.
- Phân loại bệnh nhân theo thang điểm Glasgow để có kế hoạch xử trí và theo dõi tiếp.
- Loại CTSN nguy cơ thấp: Glasgow 13 - 15
- Loại CTSN nguy cơ thay đổi: Glasgow 9 - 12
- Loại CTSN nguy cơ cao: Glasgow 8 trở xuống.

- + Với chấn thương vừa và nặng cần cho chụp cắt lớp ngay để xác định tổn thương choán chỗ và tình trạng tăng áp lực sọ
- + Nếu có biểu hiện khối choán chỗ hay thoát vị não trên lâm sàng (dấu hiệu thần kinh khu trú, dẫn đồng tử) cần cho ngay lợi tiểu trước khi chụp cắt lớp.
- + Siêu âm bụng hoặc chọc rửa ổ bụng nếu có dấu hiệu mất máu hay có tổn thương thành bụng.
- + Sau khi làm Bilan chấn đoán đầy đủ, cần chuyển bệnh nhân ngay tới phòng mổ (nếu có chỉ định), hoặc khoa điều trị.

7. Biến chứng và di chứng của chấn thương sọ não

- Chảy máu và tụ máu tái phát.
- Các biến chứng nhiễm trùng: Viêm phổi do hôn mê kéo dài, viêm màng não, áp xe não, rò DNT, viêm xương sau mổ.
- Rối loạn vận động, rối loạn ý thức.
- Tổn thương các dây TK sọ, động kinh.
- Các thương tổn chính: Chấn đoán và xử trí.

I. MÁU TỤ CÁC LOẠI

A. MÁU TỤ NMC

Chẩn đoán:

1. Lâm sàng

- Hỏi bệnh.
- Khám tri giác: theo thang điểm GLASGOW để phát hiện khoảng tỉnh. Khoảng tỉnh trong máu tụ NMC thường rõ.
- Khám các dấu hiệu thần kinh khu trú để xác định vị trí thương tổn:
 - + Liệt người
 - + Dẫn đồng tử một bên là dấu hiệu muện.
- Khám thương tích ở đầu tìm điểm va đập.
- Các dấu hiệu thần kinh thực vật.
- Các thương tổn phối hợp.

2. Cận lâm sàng

- Xquang sọ: Tìm đường vỡ xương. Cần phân biệt với đường khớp, đường đi của mạch máu trên phim.

- Chụp cắt lớp: Khối máu tụ NMC trên phim biểu hiện là một khối đồng tỉ trọng, hình thấu kính hai mặt lồi, nằm ở sát xương sọ. Chụp cắt lớp cho hình ảnh chính xác, không bỏ sót thương tổn phối hợp.

3. Xử trí: Chỉ định mổ gần như tuyệt đối.

3.1. Sơ cứu: Như phần xử trí ban đầu.

3.2. Phẫu thuật

- Mở hộp sọ nếu có chụp cắt lớp hoặc khoan sọ thăm dò nếu chẩn đoán chỉ dựa vào lâm sàng.
- Lấy máu tụ.
- Cầm máu và khâu treo màng cứng.
- Dẫn lưu NMC.
- Đặt lại xương sọ và đóng vết mổ.

3.3. Theo dõi sau mổ

- Theo dõi dẫn lưu và rút sau 24 – 48 giờ.
- Theo dõi tri giác và các dấu hiệu thần kinh khu trú để phát hiện máu tụ tái phát.
- Theo dõi các biến chứng nhiễm trùng.
- Điều trị kháng sinh.

B. MÁU TỤ DMC ĐƠN THUẦN

1. Chẩn đoán

1.1. Lâm sàng

- Khoảng tỉnh: Vì không có não dập nên BN có khoảng tỉnh khá rõ.
- Các dấu hiệu lâm sàng khác giống như máu tụ NMC.

1.2. CT. Scan cho thấy hình ảnh khối máu tụ hình lưỡi liềm, lan rộng

2. Điều trị: Điều trị nội khoa và chỉ định mổ giống máu tụ NMC.

C. MÁU TỤ DMC VÀ TRONG NÃO

Loại máu tụ phối hợp với não dập.

1. Chẩn đoán

- Bệnh nhân thường mê từ đầu, không có khoảng tỉnh.
- CT. Scan não cho thấy hình ảnh khối não dập tỉ trọng không đều, cả máu tụ trong nhu mô não, cả máu tụ DMC. Vị trí thường ở trán hoặc thái dương trán.

2. Điều trị

Nội khoa: Như phác đồ xử trí CTSN nói chung. Nếu điều trị bảo tồn, BN cần được theo dõi chặt chẽ tri giác và chụp cắt lớp kiểm tra, nếu tri giác xấu đi và chụp cắt lớp cho thấy thương tổn tiến triển cần phẫu thuật sớm.

Ngoại khoa: Chỉ định mổ phải kết hợp cả lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính. Mổ khi tri giác xấu đi và trên phim chụp cắt lớp cho thấy tổn thương có dấu hiệu chèn ép rõ.

II. VỠ NỀN SỌ

1. Chẩn đoán

- Lâm sàng: 4 nhóm triệu chứng chính, biểu hiện tùy theo vị trí đường vỡ.
 - + Chảy máu mũi hoặc tai.
 - + Tụ máu quanh mắt, tụ máu xương chũm.
 - + Chảy dịch não tủy qua mũi hay tai.
 - + Tổn thương các đôi dây TK sọ.
 - + Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng có thể có biểu hiện của viêm màng não: sốt, cổ cứng.
- Cận lâm sàng:
 - + Xquang: đường vỡ xương từ vòm sọ lan xuống nền, có thể có khí trong hộp sọ
 - + CT.Scan: Có thể thấy đường vỡ xương đá hoặc vỡ xương sàng. Khí trong hộp sọ. Ngoài ra còn thấy các thương tổn não phổi hợp.

2. Điều trị

- Nội khoa:
 - + Kháng sinh phòng biến chứng viêm màng não.
 - + Điều trị phù não nếu có: giống phác đồ ban đầu.
- Ngoại khoa: Chỉ định trong hai trường hợp.
 - + Chảy máu nhiều không tự cầm có nguy cơ rối loạn huyết động, cần mổ thắt động mạch cảnh ngoài hai bên.
 - + Rò dịch não tủy liên tục, kéo dài quá 1 tuần: Mổ vá màng não.

IV. TÀI LIỆU HỌC TẬP

- Bệnh học ngoại khoa tập 3 (nhà xuất bản y học 1993)
- Tài liệu phát tay.

VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

Nguyễn Công Tô

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên bài: | Vết thương sọ não |
| 3. Bài giảng: | lý thuyết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên năm thứ 4 |
| 5. Thời gian: | 4 tiết |
| 6. Địa điểm: | Giảng đường |

II. MỤC TIÊU

1. Trình bày được các thương tổn giải phẫu của vết thương sọ não thể điển hình. (VTSN).
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng của VTSN.
3. Trình bày được nguyên tắc, thái độ xử trí VTSN.

III. NỘI DUNG

1. Mở đầu

- Vết thương sọ não là thương tổn có sự thông thương của khoang dưới nhện với môi trường ngoài.
- Vết thương sọ não cần được chẩn đoán sớm và xử trí đúng sẽ cứu sống người bệnh, hạn chế biến chứng.
- Chẩn đoán thường dựa vào lâm sàng với những thể điển hình, các phẫu thuật viên chung đều có thể xử trí vết thương sọ não khi cơ sở đó có máy hút và dao điện.
- Vết thương sọ não gặp cả trong thời kỳ chiến tranh và thời bình, tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu, do vậy cần thiết phòng ngừa tai nạn sẽ hạn chế vết thương sọ não.

2. Dịch tễ học

- Vết thương sọ não gặp cả trong thời chiến tranh và hoà bình, gặp ở mọi lứa tuổi, trong thời bình chủ yếu gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam / nữ là 4/1.

- Là nguyên nhân gây tử vong cao: ở Mỹ tử vong do chấn thương sọ não chiếm 57 - 77% ở người trẻ. Cộng hoà Pháp, hàng năm có 57000 người nhập viện vì chấn thương sọ não, đứng đầu trong các bệnh phải nằm viện.
- Ở Việt nam vết thương sọ não nằm chung trong chương chấn thương sọ não, đứng hàng đầu về tử vong trong các bệnh lý cấp cứu ngoại khoa. Trong đó chấn thương sọ não do tai nạn giao thông chiếm tới 72%.

3. Thương tổn giải phẫu bệnh: lấy vết thương sọ não chốt điển hình để mô tả.

- Da đầu: vết rách nham nhở hay gọn là do tác nhân gây nên, vết thương đến sớm đang còn chảy máu, đến muộn có thể có dịch đục hoặc mủ, một vài trường hợp kèm theo lóc, lột da đầu gây nên mất máu.
- Xương sọ: do xương cứng, chống lại lực cản lớn nên dường vỡ xương thường lớn tổn thương da đầu, vỡ xương có thể hình chân chim, vỡ xương gây lún, mảnh xương chui vào phía trong nên có thể gây chèn ép và rách màng cứng.
- Màng não: màng nhện mỏng dính liền với màng cứng, rách màng cứng thường nham nhở, dính với xương vụn vỡ, đôi khi có tổ chức não lún vào.
- Tổ chức não: thương tổn là một hình nón mà đáy nón quay ra phía ngoài, chóp nón phía trong, trong lòng nón có tổ chức não dập, máu cục và dị vật (xương, tóc, kim loại...).

Hậu quả của loại thương tổn trên gây nên phù não, nhiễm khuẩn làm phù não nhiều hơn và gây chết cho người bệnh.

4. Triệu chứng

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Vết thương sọ não đến sớm (6 giờ đầu).

4.1.1.1. Hỏi bệnh:

Tìm nguyên nhân cơ chế gây thương tổn. Tìm hiểu bệnh sử để tìm khoảng tỉnh điển hình (là khoảng thời gian bệnh nhân tỉnh hoàn toàn sau tai nạn tới lúc bệnh nhân có rối loạn tri giác, giá trị của khoảng tỉnh là biểu hiện có chèn ép não cấp tính thường do máu tụ ngoài màng cứng).

4.1.1.2. Khám bệnh:

- Với vết thương sọ não điển hình thì dễ xác định khi tìm thấy tổ chức não hoặc nước não tuỷ lẫn máu chảy ra (banh vết thương và quan sát).
- Dấu hiệu thần kinh:
 - + Tri giác: khám và theo dõi theo thang điểm GLASGOW.

Thường bệnh nhân tỉnh, nhưng nếu kèm theo máu tụ (vết thương sọ não nhỏ), dập não nhiều, sốc (mất máu, đa chấn thương) thì bệnh nhân có rối loạn tri giác.

Mở mắt	Điểm	Trả lời	Điểm	Vận động	Điểm
Tự nhiên	4	Đúng	5	Làm theo lệnh	6
Gọi mở	3	Lẫn lộn	4	Gạt đúng	5
Cấu mở	2	Không rõ	3	Gạt không đúng	4
Không mở	1	Rên	2	Gấp cứng chi trên	3
		Không trả lời	1	Duỗi cứng tứ chi	2
				Không đáp ứng	1

Tổng số điểm cao nhất: 15 điểm - thấp nhất: 3 điểm

Theo dõi: nếu giảm 2 điểm là có hiện tượng chèn ép não (máu tụ, phù não).

- + Dấu hiệu thần kinh khu trú: biểu hiện liệt nửa người, dân đồng tử, rối loạn ngôn ngữ... do thương tổn ban đầu vào các khu vực phụ trách trên, nếu xuất hiện từ từ có chèn ép trong sọ. Dấu hiệu babinski dương tính khi có tổn thương bó tháp.
- + Dấu hiệu thần kinh thực vật: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ ở chỉ số bình thường, trừ trường hợp vết thương sọ não lớn kèm rối loạn tri giác.
- + Dấu hiệu thần kinh khác: thương tổn 12 đôi dây thần kinh sọ não, động kinh, hội chứng màng não (cổ cứng, kernig dương tính, chọc dò tủy sống có dịch đục, hồng cầu, bạch cầu).
- Toàn thân: ít thay đổi trừ trường hợp có sốc (mất máu, đa chấn thương).
- Các thương tổn phối hợp: chấn thương lồng ngực, đa chấn thương, vỡ tạng đặc, say rượu làm nặng thêm, cần được phát hiện sớm để xử trí kịp thời.

4.1.2. Vết thương sọ não đến muộn:

4.1.2.1. Dấu hiệu thần kinh:

- Dựa vào thang điểm Glasgow để đánh giá tình trạng tri giác: bệnh nhân tỉnh hay không phụ thuộc thương tổn lớn hay nhỏ, tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc sẽ gây phù não và làm cho tri giác xấu đi.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú: xuất hiện ngay từ đầu (đập não) hoặc từ từ do chèn ép não (máu tụ).
- Dấu hiệu thần kinh thực vật: nhiệt độ cao, rối loạn hô hấp, mạch và huyết áp cũng thay đổi do tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

4.1.2.2. Khám tại chỗ: có dịch đục, mủ chảy qua vết thương. Nấm não là một khối mềm gồm tổ chức não hoại tử và dị vật, lộ qua vết thương, được phủ bởi lớp giả mạc.

4.1.2.3. Dấu hiệu viêm màng não mủ: sốt cao, cứng gáy, kernig dương tính, chọc dò dịch não tủy thấy albumine tăng, bạch cầu tăng (đa nhân trung tính), nuôi cấy có thể thấy vi khuẩn gây bệnh.

4.1.2.4. Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: do phù não trên bệnh nhân có nhiễm khuẩn (ít khi do chèn ép máu tụ). Thấy 3 dấu hiệu kinh điển: đau đầu, nôn vọt, phù gai thị và có biểu hiện nhiễm khuẩn phải nghĩ đến có áp xe não.

4.1.2.5. Toàn thân: nhiễm khuẩn, nhiễm độc, thể trạng suy kiệt.

4.1.2.6. Các cơ quan khác: phát hiện các thương tổn kèm theo như chấn thương ngực, bụng, gãy chi, cột sống.....

4.2. Cận lâm sàng

4.2.1. Chụp Xquang thường qui: trên phim thẳng, nghiêng, tiếp tuyến, thấy được tổng thể diện vỡ, lún xương, các mảnh xương vụn cài phía trong hay cắm sâu vào tổ chức não, dị vật (kim loại....).

4.2.2. Chụp cắt lớp vi tính (CT.Scanner): thấy được thương tổn não, xương, dị vật và tìm thương tổn phối hợp trong sọ như máu tụ, phù não.

4.3. Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

4.4. Các thể lâm sàng: dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng để có chẩn đoán xác định.

- Thể điển hình: như mô tả ở trên.
- Thể tiếp tuyến.
- Thể qua xoang tĩnh mạch.
- Thể qua xoang hơi.(xoang trán. xoang sàng, xoang bướm)
- Vết thương sọ não do hỏa khí (vết thương chột, vết thương xuyên).
- Vết thương sọ: rách da đầu, vỡ lún xương nhưng chưa rách màng cứng.
- Vết thương sọ não do trâu húc: thương tổn nấp trong sọ rộng không tương xứng với vết thương bên ngoài, nguy cơ nhiễm trùng cao.

5. Thái độ xử trí.

5.1. Nguyên tắc: mổ cấp cứu

5.2. Sơ cứu

- Những việc cần làm ngay:
 - + Đảm bảo thông khí: thông đường hô hấp, chỗ yên tĩnh và thoáng, hô hấp hỗ trợ.
 - + Cạo đầu, cầm máu, rửa sạch vết thương bằng nước muối sinh lý, băng kiểu mũ phi công.
 - + Kháng sinh và phòng chống uốn ván.
 - + Chống sốc nếu có.
 - + Tổ chức vận chuyển tới nơi mổ đúng qui cách.

- Những việc không nên làm:
 - + Không thăm khám vết thương bằng dụng cụ.
 - + Không lấy tổ chức não.
 - + Không dùng thuốc sát khuẩn và kháng sinh lên vết thương.
 - + Không lấy dị vật.

5.3. Điều trị thực thụ

5.3.1. Vết thương sọ não đến sớm:

5.3.1.1. Nguyên tắc: mổ cấp cứu.

5.3.1.2. Mổ:

- Gây mê, tê.
- Rạch da hình chữ S, cắt lọc da đầu tiết kiệm.
- Gặm rộng xương tới màng não lành, cầm máu xương bằng sáp ong.
- Màng não: cắt lọc màng não tiết kiệm.
- Hút hoặc bơm rửa tổ chức não dập, lấy hết máu cục và dị vật trong não. nếu là dị vật kim loại nhỏ, khó tìm thì không nhất thiết phải lấy bỏ.
- Cầm máu kỹ vỏ não bằng dao điện, clip bạc, nước oxy già.....
- Đóng kín màng cứng nếu điều kiện cho phép, trong mọi trường hợp phải khâu treo màng cứng.
- Đóng da đầu: nếu để hở màng cứng, nhất thiết phải khâu da đầu hai lớp: cân Galia bằng chỉ không tiêu và da đầu.

5.3.1.3. Sau mổ:

- Theo dõi sau mổ: tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú, dấu hiệu thần kinh thực vật, dẫn lưu, vết mổ.
- Điều trị chống phù não:
 - + Đảm bảo thông khí.
 - + Đầu cao 25 - 30° và thẳng.
 - + Hạn chế tình trạng kích thích.
 - + Ổn định huyết động học.
 - + Đảm bảo thăng bằng kiềm toan.
 - + Các thuốc: manitol, lợi tiểu.
- Kháng sinh: phối hợp.
- Nuôi dưỡng.
- Săn sóc để phòng biến chứng do nằm lâu.

5.3.1.4. Phục hồi chức năng sau mổ: kiên trì chăm sóc.

- Vận động.
- Ngôn ngữ.
- Các chức năng khác.

5.3.2. Vết thương sọ não đến muộn: hồi sức, điều trị nội cho đến khi tình trạng bệnh nhân ổn định thì mổ, xử trí như vết thương sọ não đến sớm.

5.4. Tham gia công tác giáo dục truyền thông

Giáo dục ý thức để phòng ngừa tai nạn. Nắm được và tôn trọng luật giao thông.

IV. TÀI LIỆU HỌC TẬP

1. Vết thương sọ não (Bệnh học Ngoại khoa. Tập 3 - 1993)
2. Bệnh học Ngoại khoa, Bộ môn Ngoại, Trường ĐHY Hà Nội, NXB Y học 2001

LỒNG RUỘT CẤP TÍNH Ở TRẺ CÒN BÚ

Hoàng Văn Hùng

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên tài liệu học tập: | Lồng ruột cấp tính ở trẻ còn bú |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên Y4 |
| 5. Thời gian: | 2 tiết |
| 6. Địa điểm: | Giảng đường |

II. MỤC TIÊU

1. Trình bày được các yếu tố dịch tễ học lồng ruột cấp (LRC).
2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng LRC.
3. Nêu được chỉ định và phương pháp điều trị LRC.

III. NỘI DUNG

1. Mở đầu

- Lồng ruột là hiện tượng đoạn ruột phía trên chui vào lòng của đoạn ruột phía dưới theo chiều nhu động.
- Tùy theo diễn biến chia làm 3 loại: cấp, bán cấp, mn..
- Lồng ruột ở trẻ còn bú là LRC tính, là một cấp cứu ngoại khoa cần được phát hiện và xử trí sớm, tránh hoại tử ruột tử vong.

2. Dịch tễ học

- Tỷ lệ mắc bệnh: 1, 57 4/1000.
- Tuổi: gặp nhiều nhất 4 - 8 tháng.
- Giới: nam/nữ = 3/2 2/1.
- Thể trạng và chế độ ăn: hay gặp ở trẻ bú bầm, bú sữa mẹ.
- Thời tiết: bệnh nhân gặp nhiều vào mùa đông - xuân..
- Yếu tố bệnh lý: LRC sau ỉa chảy, viêm nhiễm đường hô hấp.

3. Nguyên nhân, cơ chế sinh bệnh

3.1. Nguyên nhân cụ thể: chỉ có 2 - 8%:

- Manh tràng và đại tràng lên di động.
- Khởi điểm: túi thừa Meckel, polyp ruột, búi giun

3.2. Nguyên nhân không rõ ràng

Chiếm đa số. Hai thuyết chính:

- Thuyết siêu vi trùng (SVT): SVT viêm hạch mạc treo rối loạn các phản xạ thần kinh thực vật thay đổi nhu động ruột LR.
- Thuyết giải phẫu: Từ 4-12 tháng: manh tràng phát triển to nhanh hơn nhiều so với hồi tràng khác nhau về nhu động giữa hồi tràng và manh tràng LR hay gặp ở vùng hồi manh tràng.

4. Giải phẫu bệnh lý

4.1. Khối lổng

- Cắt dọc một khối lổng đơn giản thấy:
 - + 3 lớp: ngoài, giữa, trong.
 - + 1 đầu: là khởi điểm của khối lổng.
 - + 1 cặp: nối tiếp giáp giữa lớp giữa và lớp trong.
 - + Mạc treo nuôi dưỡng: kẹt giữa lớp giữa và lớp trong. Cổ khối lổng càng hẹp, mạch nuôi dưỡng càng bị cản trở hoại tử ruột..
- Hiếm gặp: 1 khối lổng phức tạp: 2 đầu, 2 cổ, 5 lớp.

4.2. Chiều lổng

- Đa số đoạn ruột trên chui vào đoạn ruột dưới theo chiều nhu động.
- Hiếm gặp lổng ruột giật lùi do giun đũa: đoạn ruột trên do nhu động quá mạnh ôm phủ đoạn ruột dưới.

4.3. Thương tổn giải phẫu bệnh lý

- Khối lổng làm tắc lổng ruột và cản trở mạch máu nuôi dưỡng đoạn ruột lổng.
- Thương tổn tùy thuộc:

Thời gian phát hiện và điều trị (sớm, muộn).

Cổ khối lổng (rộng, hẹp).
- Khi mổ thấy:
 - + Ổ bụng: có dịch trong hoặc đục.

- + Ruột trên chỗ lồng: giãn chứa hơi, dịch.
- + Mạc treo ruột: nhiều hạch viêm, phù dày hay lấm chấm xuất huyết.
- + Khối lồng: phù nề, tím hay hoại tử và thủng.

4.4. Xếp loại lồng ruột (theo vị trí khối lồng)

3 loại:

- Lồng ruột non: hiếm gặp, khó chẩn đoán..
- Lồng ruột già: ít gặp.
- Lồng ruột non với ruột già: hay gặp nhất (90 - 95%).

Trên thực tế hay gặp theo thứ tự:

- Lồng ruột hồi - manh tràng.
- Lồng ruột hồi - đại tràng.
- Lồng ruột manh - đại tràng.

5. Triệu chứng lâm sàng

5.1. Triệu chứng sớm

5.1.1. Cơ năng

- Khóc thét từng cơn: Uốn người, bỏ bú, mỗi cơn 10-15 phút.
- Nôn: Sữa, thức ăn vừa ăn.
- Ỉa máu: Trung bình 6-8 giờ sau cơn khóc đầu tiên, máu hồng lẫn nhầy hoặc đỏ tươi.

5.1.2. Toàn thân

Đến sớm: Không sốt, chưa có dấu hiệu mất nước.

5.1.3. Thực thể:

Khối lồng: Sờ thấy khối lồng hình quai ruột nằm theo khung đại tràng, ấn đau.

Hè chu phi rỗng: Chỉ thấy khi đến sớm và ít có giá trị.

Thăm trực tràng: Có máu.

5.2. Triệu chứng muộn

Là một bệnh cảnh tắc ruột rõ hoặc viêm phúc mạc có ỉa máu

5.2.1. Cơ năng:

- Cơn khóc kéo dài nhưng ít dữ dội hơn.

- Nôn ra nước mật, nước phân.
- Ỉa máu nâu đen nhiều lần.

5.2.2. Toàn thân

Lờ đờ, hốc hác, sốt 39 - 40°C.

5.2.3. Thực thể

- Bụng trướng, khó sờ được khối lồng.
- Thăm trực tràng:
 - + Có máu nâu đen.
 - + Có thể sờ được đầu khối lồng.

6. Triệu chứng cận lâm sàng

6.1. X quang bụng không chuẩn bị

Ít có giá trị chẩn đoán:

- Hình khối mờ hạ sườn phải.
- Không có hơi ở manh tràng.
- Mức nước hơi.
- Liềm hơi.

6.2. Bơm hơi hoặc thụt barit vào đại tràng

- Các hình ảnh của lồng ruột thường gặp:
 - + Hình đáy chén.
 - + Hình còng cua.
 - + Hình vòng bia.
- Bơm hơi hay thụt barit nhằm hai mục đích: vừa chẩn đoán và điều trị (tháo lồng).

6.3. Siêu âm ổ bụng

- Hình ảnh khối lồng:
 - + Cắt ngang: Hình vòng bia: vòng trong đậm âm vòng ngoài ít âm.
 - + Cắt dọc: Hình bánh Sandwich: khối đậm âm ở giữa được viền quanh bởi một vành ít âm..
- Vị trí khối lồng: đặc biệt khối lồng nằm ngoài khung đại tràng (lồng ruột non).

7. Chẩn đoán

7.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào dấu hiệu lâm sàng:

- Khóc cơn.
- Nôn.
- Ỉa máu.
- Khối lồng.

Trường hợp không sờ thấy khối lồng:

- Dựa vào Xquang hoặc siêu âm.
- Chẩn đoán xác định: Khi thấy hình ảnh khối lồng.

Trường hợp đến muộn:

Triệu chứng tắc ruột hoc viêm phúc mạc (VPM) + ỉa máu = lồng ruột.

7.2. Chẩn đoán phân biệt: Với một số bệnh có:

- Ỉa máu: lý, polyp ruột, viêm loét thừa Meckel.
- Nôn: Viêm màng não, viêm nhiễm đường hô hấp.
- Khối lồng: Phân biệt với búi giun.

8. Diễn biến

LRC không tự tháo được.

Không được phát hiện và điều trị sớm hoại tử ruột (do mạc treo bị cổ khối lồng thắt nghẹt) viêm phúc mạc tử vong.

9. Điều trị

Khi đã chẩn đoán LRC, điều trị càng sớm càng tốt. Có hai phương pháp điều trị:

9.1. Tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi hay thụt barit vào đại tràng

Chỉ định:

- Đến sớm 48 giờ.
- Chưa có dấu hiệu VPM.

Kỹ thuật:

- Tiền mê hoặc gây mê.
- Bơm hơi 10 cm Hg (hoặc thụt barit) vào đại tràng.
- Theo dõi trên lâm sàng, dưới màn huỳnh quang hoặc siêu âm.

Tiêu chuẩn tháo lồng: Dựa vào:

- Lâm sàng:
 - + Bụng trướng đều.
 - + Không còn sờ thấy khối lồng.
 - + Chưa chắc chắn: chụp Xquang bụng: hình ảnh hơi sang ruột non lỗ chỗ như tổ ong ở giữa bụng.
- Màn huỳnh quang hoặc siêu âm:
 - + Mất hình ảnh khối lồng.
 - + Hơi hoặc barit sang ruột non.

Theo dõi sau tháo lồng:

- Bình thường: sau tháo lồng trẻ bú tốt, không nôn sau 6-8 giờ ỉa phân vàng.
- Phát hiện các biến chứng: sốt cao, tháo chưa hết, vỡ ruột

9.2. Tháo lồng bằng phương pháp mổ

Đa số các nước mổ tháo lồng tất cả các trường hợp lồng ruột. Trong điều kiện nước ta:

Chỉ định mổ:

- Tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi (hay thụt barit) không có kết quả.
- Đến muộn > 48 giờ.
- Có dấu hiệu viêm phúc mạc.

Kỹ thuật mổ:

- Mê nội khí quản.
- Mổ:
- Tháo lồng bằng tay.
- Cắt đoạn ruột khi không tháo được hoặc ruột đã hoại tử.

Sau mổ:

- Sonde dạ dày, truyền dịch, kháng sinh.
- Phát hiện các biến chứng sau mổ.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại khoa, NXB Y học- Hà Nội, 2001.
2. Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em, NXB Y học- Hà Nội, 2000.

TẮC RUỘT SƠ SINH

Hoàng Văn Hùng

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên tài liệu học tập: | Tắc ruột sơ sinh. |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết. |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên Y4. |
| 5. Thời gian: | 2 tiết |
| 6. Địa điểm: | Giảng đường. |

II. MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng tắc ruột sơ sinh (TRSS).
2. Kể được các nguyên nhân gây TRSS.
3. Nêu được nguyên tắc điều trị TRSS.

III. NỘI DUNG

1. Mở đầu

- TRSS là hội chứng do nhiều nguyên nhân.
- Là cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất ở lứa tuổi sơ sinh.
- Tiên lượng nặng , không chẩn đoán và xử trí kịp thời rất dễ tử vong (do: sức chịu đựng kém, mất nước, hít phải chất nôn, vỡ ruột...)

2. Dịch tễ học

- Hay gặp ở trẻ đẻ non và người mẹ bị cúm khi mang thai.
- Tỷ lệ mắc bệnh tùy theo nguyên nhân.
- Tỷ lệ tử vong cao.

3. Một số đặc điểm sinh lý đường tiêu hoá của trẻ sơ sinh

- Sau đẻ trẻ thở và nuốt khí vào đường tiêu hoá, trung bình sau 6 - 8 giờ hơi tới đại tràng.
- Ỉa phân su trong vòng 24 giờ đầu.

- Đặc điểm phân su:
 - + Màu xanh đen, đặc quánh.
 - + Thành phần: Dịch đường tiêu hoá và lớp biểu bì.
 - + Nghiệm pháp Faber: Tìm tế bào sừng trong phân su: ở trẻ bình thường (+)

4. Chẩn đoán hội chứng tắc ruột sơ sinh

4.1. Lâm sàng

- Không ỉa phân su.
- Nôn: Xuất hiện sớm, nôn ra sữa, nước mật.
- Bụng trướng dần: căng bóng, nổi tuần hoàn bàng hệ.
- Thăm khám hậu môn- trực tràng:
 - + Không có lỗ hậu môn (Dị tật hậu môn trực tràng)
 - + Có lỗ hậu môn: Thăm bằng sond Nelaton số 8 - 12. Có 3 trường hợp:
 - . Sonde chỉ vào 2-3 cm, không có phân su ra: Teo trực tràng.
 - . Sonde vào sâu, có phân su ra: Giãn đại tràng bẩm sinh hay tắc ruột cơ năng khác.
 - . Sonde vào sâu, có phân su ra: Tắc ruột ở cao: Teo ruột non...
 - + Khám toàn thân: Để non, mất nước, nhiễm trùng, dị tật phối hợp....

4.2. X quang

4.2.1. Chụp bụng không chuẩn bị:

- Hình mức nước - hơi.
- Hình vôi hoá.

4.2.2. Chụp đại tràng có cản quang

- Đại tràng teo nhỏ (tắc ruột non).
- Có thể thấy vị trí tắc.

4.2.3. Chụp lưu thông ruột

- Chỉ định: trong trường hợp hẹp ruột (tắc không hoàn toàn).
- Thấy được vị trí hẹp.

5. Một số nguyên nhân gây tắc ruột sơ sinh

5.1. Tắc tá tràng

- Nguyên nhân bên trong:

- + Teo tá tràng.
- + Hẹp tá tràng (màng ngăn có lỗ).
- Nguyên nhân bên ngoài:
 - + Tuy hình nhĩn.
 - + Dây chằng Ladd.
 - + Kim động mạch.
 - + Tĩnh mạch cửa trước tá tràng.

5.2. Teo ruột

- Hay gặp ở ruột non.
- Đoạn teo có thể ngắn hay dài, 1 hay nhiều đoạn.
- Có 3 hình thái teo ruột:
 - + Thể màng ngăn: Giữa 2 đoạn ruột ngăn cách bởi một màng ngăn niêm mạc.
 - + Thể dây xơ: Đoạn trên và dưới nối nhau bằng một dây xơ.
 - + Thể gián đoạn: 2 đầu ruột không dính với nhau, mạc treo khuyết hình chữ V.

5.3. Viêm phúc mạc (VPM) bào thai

- Do thủng ruột thời kỳ bào thai → phân su tràn vào ổ bụng.
- Có thể gặp các thể: VPM dính, VPM tự do, VPM kết bọc...

5.4. Tắc ruột phân su

- Do phân su đặc quánh lấp đầy lòng ruột gây tắc, thường tắc ở đoạn cuối hồi tràng.
- Là biểu hiện sớm của bệnh xơ nang tụy.

5.5. Dị tật hậu môn trực tràng

- Không có lỗ hậu môn: Có lỗ rò hoặc không.
- Có lỗ hậu môn: Teo trực tràng, hẹp hậu môn trực tràng.

5.6. Tắc ruột cơ năng

- Lâm sàng:
 - + Có hội chứng TRSS.
 - + Thăm trực tràng: Vẫn có phân su.
- Nguyên nhân:

- + Giãn đại tràng bẩm sinh.
- + Các nhiễm khuẩn sơ sinh nặng gây liệt ruột.
- + Nút phân su.

6. Nguyên tắc điều trị

Mổ cấp cứu các trường hợp TRSS hoàn toàn do nguyên nhân cơ giới.

6.1. Chuẩn bị trước mổ

- Không cho bú.
- Ủ ấm.
- Đặt sonde dạ dày.
- Truyền dịch.
- Chuyển tới tuyến điều trị phẫu thuật.

6.2. Phương pháp mổ

- Giải quyết nguyên nhân tắc: Cắt dây chằng Ladd, cắt đoạn ruột teo...
- Lập lại lưu thông ruột ngay: Nối ruột tận - tận, tận - chéo...
- Dẫn lưu ruột tạm thời (khi không đủ điều kiện nối ruột ngay).

6.3. Chăm sóc sau mổ

- Ủ ấm.
- Sond dạ dày.
- Kháng sinh.
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch 3 - 5 ngày.
- Theo dõi biến chứng.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bệnh học Ngoại, Nhà xuất bản Y học - Hà Nội, 2001.
- Phẫu thuật tiêu hoá trẻ em, Nhà xuất bản Y học - Hà Nội, 2000.

ĐẠI CƯƠNG U NÃO

Dương Chạm Uyên

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1. Tên môn học: | Ngoại bệnh lý |
| 2. Tên bài: | Đại cương u não |
| 3. Bài giảng: | Lý thuyết |
| 4. Đối tượng: | Sinh viên Y4 |
| 5. Thời gian: | 2 tiết |
| 6. Địa điểm giảng: | Giảng đường |

II. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. Trình bày được nguyên nhân sinh bệnh, phân loại u não theo mô bệnh học
2. Trình bày được các triệu chứng để phát hiện sớm và nêu lên được hướng điều trị

III. NỘI DUNG

1. Đại cương

U não là một danh từ chỉ các khối u choán chỗ trong hộp sọ. Việc chẩn đoán và điều trị các khối u não trong hoàn cảnh hiện nay của ta còn gặp nhiều khó khăn vì phát hiện bệnh thường là muộn, nên kết quả điều trị còn hạn chế.

Trong vòng 20 năm trở lại đây ở các nước công nghiệp phát triển, việc ứng dụng những tiến bộ trong khoa học kỹ thuật như máy điện toán cắt lớp, máy cộng hưởng từ trường hạt nhân là cuộc cách mạng trong chẩn đoán các bệnh thuộc hệ thần kinh trung ương.

Tuy nhiên, so với u ác tính ở các cơ quan khác thì việc điều trị u ác tính ở não chưa có thay đổi nhiều về mặt tiên lượng, như với một u não ở thể glioblastom thì sau mỗi điều trị tiếp bằng tia xạ và hóa trị liệu cũng chỉ kéo dài trên dưới một năm.

Hộp sọ có một dung tích nhất định, kín, phân thành nhiều ngăn cách biệt bởi các vách như liềm não, lều tiểu não. Khi xuất hiện khối choán chỗ trong hộp sọ thì áp lực trong các ngăn chênh lệch nhau, hậu quả là mô não bị đẩy sang bên đối diện để tạo sự cân bằng áp lực, như mô não ở bán cầu có u bị đẩy lọt qua liềm não sang bên đối diện, cuốn não trong thùy thái dương lọt qua bờ tự do của lều tiểu não (khe Bichat) và hạnh nhân tiểu não lọt qua lỗ chẩm gây

hiện tượng tụt kẹt, dẫn đến tử vong đột ngột. Do vị trí các khối u trong hộp sọ nên gây ra hai loại:

- U bán cầu đại não.
- U hố sau.

2. U bán cầu đại não

U bán cầu đại não là những u ở trên lều tiểu não.

2.1. Chẩn đoán

2.1.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1.1. Hoàn cảnh phát hiện bệnh: ở người lớn thường dựa vào những triệu chứng sau:

- Con động kinh: 120% u bán cầu có triệu chứng này, hoặc động kinh cục bộ hoặc động kinh toàn thể.
- Triệu chứng thần kinh.
 - + Rối loạn vận động hoặc rối loạn cảm giác nửa người hoặc khu trú ở mặt, ở cánh tay hay ở chân nếu là u ở cạnh đường giữa.
 - + Rối loạn ngôn ngữ
 - + Rối loạn tâm thần: thờ ơ, lãnh đạm, chậm chạp
 - + Hiện tượng bán manh

Tất cả các triệu chứng này tập hợp thành hội chứng định khu như triệu chứng vùng trán, vùng đỉnh, vùng thái dương. Những triệu chứng này thường tiềm tàng, tiến triển từ từ theo kiểu "vết dầu loang".

Tuy nhiên, nếu ban đầu có tính chất đột ngột thì nên nghĩ đến chảy máu trong khối u.

- Triệu chứng tăng áp lực nội sọ:
 - + Chẩn đoán rõ với các triệu chứng: đau đầu, nôn, rối loạn tâm thần
 - + Đau đầu liên tục, không đỡ khi dùng thuốc, cường độ đau ngày một tăng lên và cố định ở một vị trí.
 - + Chú ý bệnh cảnh lâm sàng của khối u xuất phát từ vùng cảm (như vùng trán) thường tiến triển chậm, người bệnh có thể chịu đựng được. Đặc biệt có những dấu hiệu tâm thần như kém minh mẫn, trì trệ, nhiều khi thờ ơ lãnh đạm đối với mọi sự việc xung quanh.

2.1.1.2. Những phương pháp thăm khám bệnh lâm sàng:

- Xét nghiệm cơ bản giúp chẩn đoán trong thời gian ngắn:
 - + Soi đáy mắt: phù nề gai thị hoặc xuất huyết võng mạc. Đáy máy bình thường cũng chưa thể loại bỏ khả năng không có u não.

- + Chụp phim sọ: chụp tư thế thẳng, nghiêng sẽ thấy:
 - . Hình dấu ấn ngón tay
 - . Khuyết sọ hoặc xương sọ quá sản
 - . Mỏ yên mòn vẹt, đáy hố rộng và mỏng
 - . Các đám ngấm vôi bất thường, tuyến tùng ngấm vôi, lệch khỏi vị trí bình thường là những dấu hiệu có giá trị.
- + Điện não đồ: ghi các hoạt động điện sinh học của các tế bào não, tại khối u các hoạt động điện thường không đáng kể, biểu hiện bằng các sóng chậm delta, theta.
- Chụp động mạch: có thể chụp động mạch cảnh gốc qua da hoặc chụp động mạch theo phương pháp Seldinger qua động mạch đùi, có thể chụp hình nhiều động mạch một lúc.

Trong hoàn cảnh của ta, phương pháp này cho những hình ảnh tốt, làm cơ sở cho việc chẩn đoán và quyết định thái độ xử trí. Nó cho ta những hình ảnh đặc biệt hoặc một khối choán chỗ trong hộp sọ có nhiều mạch máu nhân tạo, hoặc di lệch của các nhóm động mạch đó.

- Chụp cắt lớp não (CT Scan): Ambrose và Hounsfield (1973) là những người đầu tiên ứng dụng máy này vào việc chẩn đoán các bệnh nội sọ. Đây là phương pháp chẩn đoán hiện đại, cho phép chụp hàng loạt hình rõ và chính xác các khối u nằm sâu trong mô não, mà với các phương pháp khác không phát hiện được. Điều đáng chú ý là CT Scan cho phép phát hiện nhanh những khối u có đường kính nhỏ từ 0,5cm, lại ít tác hại, an toàn hơn so với chụp Xquang quy ước. Máy này chụp cắt lớp theo chiều ngang, xuyên thẳng góc với trục đứng của cơ thể ở mọi mức cao thấp, tránh sự chồng chéo của các hình. Khi xuyên qua cơ thể tia X bị hấp thụ, mức độ khác nhau tùy mô, cơ quan, hoặc tổn thương mà tia X đã đi qua, vì chúng có cơ cấu và tỉ trọng khác nhau. Các thông tin này sẽ được máy điện toán xử lý và chuyển thành hình ảnh. Có thể dùng chất cản quang tiêm vào tĩnh mạch để theo hệ tuần hoàn đi vào não làm các chi tiết trên mặt cắt rõ rệt thêm. Dĩ nhiên phương pháp này vẫn chưa phân biệt được hoàn toàn u lành và u ác trong một số trường hợp.
- Chụp bằng máy cộng hưởng từ MRI: phương pháp này đã làm thay đổi chẩn đoán nhiều thương tổn mà CT Scan không phát hiện được những khối u não. Phối hợp với máy điện toán cắt lớp nó sẽ cho hình ảnh rõ những khối u có kích thước nhỏ hoặc ở những vùng mà máy điện toán cắt lớp khó xác định như hố sau hay những u có đậm độ nhạt ở CT Scan.

2.1.2. Chẩn đoán nguyên nhân: dưới đây là đặc điểm giải phẫu bệnh các loại u chính trong hộp sọ.

- *U tế bào hình sao:* được xem là lành tính, thường gặp ở u bán cầu đại não, lứa tuổi hay gặp là 30-50 tuổi.

Tổ chức u thâm nhiễm, không có giới hạn rõ ràng, về vi thể là các tế bào hình sao phát triển, có nhiều dạng khác nhau. Loại u này thường kèm theo một

nang nước màu vàng chanh hay sẫm màu, trên cấu trúc không có hình ảnh ác tính, nhưng vài năm sau có thể chuyển thành u ác tính (độ III.IV).

- *U nguyên bào thần kinh đệm*: còn gọi là u tế bào hình sao độ III.IV, có thể tiên phát, nhưng cũng có thể biến chuyển từ độ I, II.

Về đại thể, u có những vùng hoại tử và những đám xuất huyết. Đó là những u ác tính tại chỗ, không di căn xa, thường tái phát sau khi đã lấy toàn bộ khối u, tiến triển xấu từ vài tháng đến 1 năm. Gặp ở lứa tuổi 40 - 50.

Trên phim CT Scan thấy hình u có đậm độ nhạt, bờ không rõ ràng, nếu chụp có chất cản quang sẽ thấy hình nhiều thùy xung quanh có những vùng hoại tử.

- *U màng não*: là những u phát triển từ các tế bào của màng nhện, có ranh giới rõ. Cấu trúc có loại xơ chắc, có nhiều mạch tân tạo. Thường xuất hiện ở tuổi từ 20 - 60, nữ nhiều hơn nam.

U có thể xuất phát từ thành xoang tĩnh mạch dọc trên, có thể ở nền sọ dọc theo cánh xương bướm hoặc trong não thất bên. Hình ảnh trên CT Scan lớp thấy rõ khối u tăng đậm độ, ranh giới rõ ràng với tổ chức mô lành. Chụp động mạch não có hình ảnh tăng sinh của các mạch máu trong khối u có cuống nuôi rõ, đôi khi có liên quan đến những nhánh của động mạch cảnh ngoài.

- *U di căn*: có thể có một u hoặc nhiều u với kích thước khác nhau, từ vài mm đến vài cm.

Về mô học nó phản ánh tính chất của khối u tiên phát, thường di căn từ ung thư phổi ở nam giới, ung thư vú ở nữ giới.

Hình ảnh trên máy điện toán cắt lớp là những khối u nhỏ hình tròn, ranh giới rõ tăng hoặc giảm đậm độ, đặc biệt có những vùng phù não với kích thước to, nhỏ khác nhau.

- Các loại u khác: thường ít gặp hơn:
 - + U loại sarcom.
 - + U tế bào hình sao nhỏ (oligodendrogliome) CT Scan: hình ảnh trên máy điện toán cắt lớp giống như u tế bào hình sao. Thường có các điểm vôi hóa, di căn theo thể dịch. Có thể chuyển thành loại u nguyên bào thần kinh đệm.
 - + U nguyên bào tủy ở thùy nhộng (médulloblastome) của tiểu não thường lan vào não thất IV. Là loại u ác tính hay gặp ở trẻ em 60%.
 - + U màng não thất: thường gặp ở trẻ em.
 - + U tuyến yên: là loại u lành, xuất phát từ mô tuyến yên, các tế bào ưa chất kiềm hay ít bắt màu. Mỗi loại có triệu chứng lâm sàng riêng biệt.
 - + U sọ hầu: gồm một u có bao, mật độ chắc, ngấm chất vôi, bên cạnh có nang chứa dịch đặc quánh màu nâu sẫm.

U phát sinh từ di tích bào thai là bọc Rathke, là túi cùng ở khoang miệng, từ đó thùy trước tuyến yên được tạo thành. Đây là loại u bẩm sinh gặp ở trẻ em.

2.1.3. Chẩn đoán phân biệt: có thể phân biệt với một số bệnh cảnh lâm sàng sau đây cũng có triệu chứng tăng áp lực nội sọ rõ:

2.1.3.1. Áp xe não: hội chứng nhiễm khuẩn là chủ yếu. Nên chú ý những ổ nhiễm khuẩn trong cơ thể như tai, mũi, họng, áp xe ở răng hoặc nhiễm khuẩn phổi. Vấn đề căn bản là phải nghĩ đến và nên chụp CT Scan để xác định chẩn đoán.

2.1.3.2. Máu tụ trong não: Có thể do tai biến mạch máu não (TBMMN) dị dạng mạch máu não như phình mạch (anévrisme), u mạch (angiome) lâm sàng thường tiến triển nặng trong vài ngày, cần soi đáy mắt, chú ý tiền sử có cao huyết áp, nhất là ở người trẻ. Nên chụp động mạch não theo phương pháp Seldinger kết hợp với chụp CT Scan.

2.1.3.3. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính: thường tiến triển từ từ ở người có tiền sử chấn thương sọ não kín. Triệu chứng phát hiện dựa vào dấu hiệu bó tháp một bên xuất hiện từ từ, kèm theo đau đầu hoặc giảm trí nhớ, đáy mắt có phù nề, có thể không phát hiện bằng chụp CT. Scan.

Việc chẩn đoán sớm và mổ kịp thời thì tiên lượng sẽ tốt.

Đây chính là máu tụ trong sọ do chấn thương, tiên lượng tốt hơn các loại máu tụ cấp tính.

2.1.3.4. Dị dạng mạch máu não: đây là loại phình động mạch hoặc u máu ở mạch máu não. Bệnh cảnh lâm sàng như một u não, tiến triển từ từ, nhưng cũng có khi xuất hiện đột ngột và đi vào mê sâu, có tính chất cấp cứu, và thường tiên lượng nặng vì tai biến vỡ phồng động mạch. Chẩn đoán được là nhờ chụp động mạch não một cách hệ thống ở động mạch cảnh và động mạch đốt sống.

2.1.3.5. U nang màng nhện: thường dễ nhận thấy nếu chụp máy điện toán cắt lớp: đậm độ kém nhưng bờ rõ, phát xuất từ màng não. Trên lâm sàng cần chú ý nếu đau đầu kèm cơn động mạch.

2.1.3.6. U lao, nang ký sinh trùng (cisticercos) khó chẩn đoán, nhưng ít gặp.

3. Nguyên tắc điều trị

Điều trị các khối u bán cầu não dựa trên 3 mục đích sau:

- Chống phù não do tăng áp lực trong sọ.
- Dự phòng các cơn động kinh.
- Điều trị thực thụ.

3.1. Chống phù não và tăng áp lực trong sọ tốt nhất hiện nay là dùng

Sinathen tác dụng chậm: 1mg/24 giờ hoặc tức thì 1mg x 41 / 24giờ.

- Dung dịch manitol 20%: chủ yếu dùng trong trường hợp dọa tụt hạnh nhân tiểu não hoặc là để chuẩn bị cho phẫu thuật, tránh phù não.

3.2. Phòng các cơn động kinh

Điều trị dự phòng bằng phenobarbital hay gardenal với liều 15cg/24 giờ hay acid valproique (biệt dược là depakin) với liều người lớn 500mg x 3 lần trong 24 giờ.

3.3. Điều trị thực thụ: gồm 3 giai đoạn: phẫu thuật, hóa trị liệu và tia xạ:

3.3.1. Phẫu thuật: chỉ định với u màng não, có thể lấy toàn bộ đối với loại u ở phía vỏ não, còn nếu ở sâu thì khó lấy hết, khả năng tái phát khoảng 3 - 4 năm sau.

Đối với loại u ác tính như glioblastom hay médulloblastom thì dè dặt hơn. Thường không lấy được hết và dễ tái phát, nên việc chỉ định mổ phải căn cứ vào tuổi bệnh nhân, thể trạng, kích thước và vị trí của khối u. Không có chỉ định mổ đối với các nhân di căn, nhất là ở vùng quan trọng như vùng vận động, vùng tiếng nói, lại càng không có chỉ định nếu di căn nhiều chỗ ở não hoặc ở các bộ phận khác.

Có chỉ định mổ nếu là một u di căn duy nhất hoặc nguyên nhân tiên phát đã được xác định.

3.3.2. Hóa trị liệu: nói chung ít kết quả.

3.3.3. Tia xạ: hiệu quả cũng không rõ rệt, tương đối có tác dụng với u tế bào hình sao, ít có kết quả với u nguyên bào thần kinh đệm.

Ngoài ra tia xạ còn ảnh hưởng đến các tổ chức lành quanh khối u, như phù nề sau chạy tia (hay gặp hơn cả), gây nên hội chứng tăng áp lực trong sọ cần điều trị nội khoa bằng các thuốc corticoid. Tổ chức não xung quanh có thể bị hoại tử sau vài tháng sau khi điều trị tia xạ.

Hiện nay với biện pháp chiếu nhiều chùm tia có thể làm tăng hiệu lực và thay đổi tiên lượng các loại u não. Kỹ thuật này tập trung một cách tối đa các tia xạ vào một điểm khu trú ở nhu mô não (điểm giao thoa của các chùm tia), có thể tránh những nguy hại cho vùng lành trên não. Ví dụ: loại u nguyên bào thần kinh đệm sau khi chạy tia với liều 55 - 60 Gy (5500 - 6000 rads) phối hợp với hóa trị liệu bằng các thuốc loại nitroso - uré như carmustin (BCNU0) hay lomustin (CCNU) cũng chỉ sống thêm trên dưới 1 năm.

3.4. Điều trị u não ở giai đoạn muộn: khi tri giác bệnh nhân xấu đi, xuất hiện những dấu hiệu dọa tụt - kẹt não (tụt hạnh nhân tiểu não) thì đòi hỏi thái độ xử trí tích cực nhằm mục đích:

- Giảm bớt phù não.
- Giảm bớt áp lực trong sọ.
- Có thể dùng Mannitol 20% 100ml truyền nhanh trong 20' 4 - 6 giờ sau lại dùng tiếp một đợt như thế.
- Synacthène 1ml = 1mgr 1 - 2 ống / 24 giờ.

Thường có thể dùng 30 - 60mg dexaméthason hay 120 - 200mg méthylprednisolon chia làm 4 - 6 lần/ngày.

Nếu do u chèn ép vào hệ thống não thất gây tăng áp lực trong sọ thì cần dẫn lưu não thất cấp cứu bằng cách khoan một lỗ vào vùng trán để hạ bớt áp lực trong não thất.

Qua giai đoạn này, nếu bệnh nhân khá lên, sau đó sẽ mổ có chuẩn bị lấy u.

U hố sau.

U hố sau gồm những u ở dưới lều tiểu não như tiểu não, u góc cầu tiểu não u NT4 và u thân não. Đa số u hố sau gặp ở trẻ em; ở người lớn u hố sau chiếm từ 20.-.30% trong các u não nói chung.

4. Chẩn đoán

4.1. Hoàn cảnh phát hiện bệnh: thường nghi đến u hố sau nếu có những triệu chứng riêng biệt hoặc tập hợp nhiều triệu chứng sau:

4.1.1. Hội chứng tăng áp lực nội sọ:

- Đau đầu.
- Nôn.
- Rối loạn tri giác.
- Soi đáy mắt có phù nề gai thị.
- Cổ vẹo kiểu torticollis.

4.1.2. Hội chứng tiểu não:

- Đi đồ về một bên, trẻ em thường đi không vững hoặc đổ ra sau
- Có khi rối tâm rối hướng, có dấu hiệu múa rối.

4.1.3. Dấu hiệu các dây thần kinh sọ não:

- Dây VIII: hội chứng tiền đình ngoại biên hay trung tâm, rối loạn dây ốc tai: nghe kém.
- Dây V: Giảm cảm giác nửa mặt hoặc một nhánh của dây V. Trên lâm sàng có thể thấy dấu hiệu thương tổn dây V như: giảm cảm giác một vùng ở mặt, phản xạ giác mạc kém, liệt vận động dây V (cơ nhai).
- Dây VII. Liệt mặt, liệt các dây vận nhãn mắt.
- Hoặc phối hợp thêm các thương tổn bó tháp (vận động) và cảm giác.

Tóm lại, nếu có tập hợp các triệu chứng của tăng áp lực nội sọ và thương tổn các dây thần kinh sọ não như trên thì nên nghi đến khối u hố sau.

4.2. Chẩn đoán nguyên nhân

4.2.1. Hướng chẩn đoán:

- Có thể căn cứ vào hỏi bệnh: tuổi, triệu chứng ban đầu, tiền sử...

- Một số xét nghiệm cận lâm sàng cũng có thể gợi ý về hướng chẩn đoán như:
 - + Chụp sọ thẳng: nghiêng, tư thế Worms-Bretton cũng có thể cho biết những thương tổn như xương bị ăn mòn hoặc xương bị đậm đặc.
 - + Điện não đồ thường ít giá trị với u hố sau, nhưng cũng cho biết mức độ biểu hiện của tăng áp lực sọ não.
 - + Chụp động mạch sọ - nền bằng phương pháp Seldinger
 - + Chụp não thất bằng chất cản quang cho biết tương đối rõ khối u choán chỗ ở hố sau.

Hiện nay hai phương pháp sau đây là những phương pháp chẩn đoán giúp cho người thầy thuốc ngoại khoa biết vị trí của khối u và thái độ xử trí cần thiết.

- Ngày nay với CT Scanner đã giúp nhiều về chẩn đoán và là một phương tiện chẩn đoán chính ở các nước có nền công nghiệp hiện đại.
 - + Phương pháp này cho thấy rõ khối u ở các vị trí cụ thể như ở tiểu não, ở góc cầu - tiểu não ở thân não, ở não thất IV.
 - + Cho phép đánh giá những ảnh hưởng quan trọng của khối u choán chỗ như dọa tụt hạnh nhân tiểu não, giãn rộng các não thất.
 - + Giúp chẩn đoán tương đối rõ tính chất của khối u.

4.2.2. Các khối u thường gặp ở hố sau

- U góc cầu - tiểu não.
 - + U dây thần kinh VIII: thường gặp hơn cả là loại u lành tính, tiên lượng tốt nếu mổ sớm.
 - . Thường biểu hiện trên lâm sàng bằng nghe kém một bên tai kèm dấu hiệu tiền đình. Nên nghĩ đến u dây thần kinh VIII nếu kèm thêm dấu hiệu các dây thần kinh V, VII, VIII.
 - . Tiến triển hơn nữa là có dấu hiệu tiểu não một bên kèm dấu hiệu thân não và tăng áp lực nội sọ.
 - . Chẩn đoán khó nếu khối u nhỏ và ở ống tai trong. Nên chụp lỗ tai trong theo tư thế Worms-Bretton và so sánh kích thước hai lỗ tai trong.

Do thính lực đồ cũng cho biết sớm trong trường hợp là u dây thần kinh VIII. Loại u này có thể có nguyên nhân là bệnh recklinghausen.

- + Các loại u khác ở góc cầu tiểu não (thường hiếm gặp).
 - . U màng não
 - . Choletéatom: kyste épidermoide).
 - . Hiếm gặp hơn là các di căn, hoặc sarcom.
- U tiểu não:
 - + Thường là u ở thùy nhộng ở trẻ em (thùy vermis), tính chất giải phẫu bệnh lý là một u ác tính.

Ở người lớn có thể là loại astrocytom, u nang nước, u lao, thường ở vị trí bán cầu tiểu não.

- U màng não ở lều tiểu não hay ở mảnh bốn cạnh (clivus): ít gặp
- Di căn tiểu não: so với di căn ở bán cầu não thì ít hơn, hay gặp ở bán cầu tiểu não hơn thùy nhộng.

Trên lâm sàng nghĩ đến u tiểu não là hội chứng tiểu não và hội chứng tăng áp lực nội sọ, có khi gây chèn ép đột ngột đòi hỏi phải giải quyết cấp cứu sớm (dẫn lưu não thất).

U thân não: nhìn chung, các loại u thân não có tiến triển từ từ, chủ yếu là các rối loạn của các dây thần kinh sọ não và các đường truyền vận động và cảm giác, đôi khi cho những bệnh cảnh về thần kinh rất phức tạp thường là thể gliom (ác tính).

Hội chứng tăng áp lực nội sọ trong u thân não có tiến triển từ từ, đặc biệt có hiện tượng bù trừ so với u não ở các vị trí khác, đến giai đoạn nặng thường xuất hiện các rối loạn thần kinh thực vật.

Ngoài ra còn có các loại u khác như u di căn, u não thất IV.

4.3. Nguyên tắc điều trị

4.3.1. Chống tăng áp lực trong sọ: như trong phần điều trị u bán cầu đại não.

Nếu là phù não đơn thuần: dùng synachthène

Nếu có sự chèn ép ở hệ thống dịch não tủy: cần dẫn lưu não thất sớm.

4.3.2. Điều trị thực thụ

- Nếu là loại u lành tính như u dây thần kinh V, u màng não ở góc cầu, tiểu não hay bán cầu tiểu não: nên mổ sớm có kết quả tốt, nhưng có thể để lại di chứng ở các dây thần kinh V, VII, VIII, và cũng có thể tái phát sau mổ.
- Nếu là loại u ác tính như u nguyên bào tủy ở thùy nhộng (hay gặp ở trẻ em) mặc dầu sau mổ lấy u tiếp tục trị tia xạ và hóa trị liệu nhưng kết quả sau mổ cũng không lạc quan lắm.

Thường điều trị tia xạ với liều 45 - 50Gy (4500 - 5000rads) ở vùng hố sau, kèm thêm 40Gy (4000rads) trên toàn bộ bán cầu não và 35 - 40Gy (3500 - 4000rads) vào tủy sống.

Hóa trị liệu dùng là các thuốc nitroso - uréa CCNU, ĐCNU, procarbazin, vincristin phối hợp với prednisolon và méthotrexat vào dịch não tủy.

IV. TÀI LIỆU HỌC TẬP

1. Triệu chứng học ngoại khoa. Nhà xuất bản y học, Hà Nội 1999
2. Bệnh học ngoại khoa, tập I, II. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 1999

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BÀI GIẢNG BỆNH HỌC NGOẠI KHOA
TẬP I

Chịu trách nhiệm xuất bản
HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập:</i>	BS. NGUYỄN THỊ TỐT
<i>Sửa bản in:</i>	NGUYỄN THỊ TỐT
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG
<i>Kt vi tính:</i>	HẢI YẾN

In 1000 cuốn, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23 - 2006/CXB/32 - 271/YH
In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2006.

Tìm đọc

- ❖ *Bài giảng bệnh học nội (Tập 1 + 2)*
- ❖ *Bài giảng chẩn đoán hình ảnh*
- ❖ *Bài giảng Nhi khoa (Tập 1 + 2)*
- ❖ *Bài giảng huyết học truyền máu*
- ❖ *Bài giảng ung thư học*
- ❖ *Bài tập điện tâm đồ*
- ❖ *Bài giảng giải phẫu học*

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Tel: 04.7625922 - 7625934 - 7.627819 - Fax: 04.7625923

E-mail: Xuatbanyhoc@fpt.vn

Website: www.cimsi.org.vn/nhaxuatbanyhoc

GIÁ: 33.000Đ

