**VIÊM RUỘT THỪA.**

- Viêm ruột thừa: là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất.

- Chẩn đoán sớm và mổ kịp thời là yếu tố quan trọng nhất để tránh biến chứng nặng nề và tử vong sau mổ.

**I. Giải phẫu bệnh.**

Viêm ruột thừa cấp có 4 thể GPB ⬄ 4 giai đoạn tiến triển của bệnh:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Giai đoạn | Đại thể | Vi thể | Tình trạng ổ bụng |
| VRT xuất tiết. (6-12h đầu). | - Kích thước to hơn bình thường.  - Đặc điểm:  + đầu tù.  + thành phù nề, xung huyết, có nhiều mạch máu cương tụ. | - Hiện tượng xâm nhập bạch cầu ở thành ruột thừa.  - Niêm mạc RT còn nguyên vẹn. | - Không có phản ứng của phúc mạc. |
| VRT mủ.  (12- 24h sau) | - RT sung to, thành dày, màu đỏ sẫm.  - Đôi khi đầu RT sung to như quả chuông khi các ổ áp xe tập trung ở đầu RT.  - Có giả mạc bám xung quanh.  - Trong lòng RT chứa mủ thối. | - Có nhiều ổ loét ở niêm mạc.  - Có hình ảnh xâm nhập BC, nhiều ổ áp xe nhỏ ở thành ruột thừa. | - Vùng HCP: thường có dịch đục, do phản ứng của phúc mạc. |
| VRT hoại tử ( sau 24h) | - RT như lá úa với những đám hoại tử đen.  - RT hoại tử do tắc mạch tiên phát hoặc thứ phát sau viêm mủ ở RT. | - Hiện tượng viêm và hoại tử toàn bộ thành ruột thừa. | - HCP or túi cùng Douglas có:  + dịch đục, thối.  + cấy dịch có vi khuẩn. |
| VRT thủng  (48-72h) | - RT thủng là do:  + Thành RT bị viêm, hoại tử -> dễ vỡ.  + Mủ làm lòng RT căng giãn dần lên.  - Khi RT vỡ, mủ tràn vào ổ bụng: Gây viêm phúc mạc toàn thể hoặc được mạc nối lớn và các quai ruột bao bọc lại thành áp xe, khu trú ổ nhiễm khuẩn với phần còn lại của ổ bụng |  |  |

**II. Cơ chế bệnh sinh:**

**1. VRT do đường máu**: rất hiếm gặp.

**2. Nguyên nhân và cơ chế gây VRT chủ yếu do**:

- Bít tắc lòng ruột thừa:

+ Trẻ em và thanh niên:

* Thường do sự phát sinh của các nag bạch huyết ơ dưới niêm mạc.
* Mới sinh, lớp dưới niêm mạc có rất ít nang bạch huyết, các nang bạch huyết tăng dần về số lượng, cho tới tuổi trưởng thành và kích thước to lên sau các nhiễm khuẩn hoặc virus.

+ Người lớn:

* Thường do sỏi phân.
* Ngoài ra do: dị vật, giun đũa, giun kim, khối u đáy manh tràng hoặc u gốc ruột thừa,…

- Nhiễm khuẩn

+ Lòng ruột thừa chứa nhiều:

* Vk Gr(-), ái khí: E.coli, Klebsiela, Enterobacter, Proteus, Marabilus,…
* Vk Gr(-) yếm khí: Clostridia, streptococcus,…

+ Khi lòng ruột thừa bị bít tắc -> sự bài tiết của niêm mạc làm áp lực trong lòng ruột thừa từ từ tăng lên -> thuận lợi cho vk phát triển và xâm nhập và lớp niêm mạc.

+ Quá trình viêm nhiễm xuất hiện:

* Đầu tiên: làm thành ruột thừa phù nề, xung huyết, xâm nhập của BCĐN. ( ⬄ giai đoạn viêm ruột thừa xuất tiết.)
* Sau đó: giai đoạn viêm hoại tử mủ của toàn bộ thành RT. (⬄ gd VRT mủ.)
* Tiếp tục viêm nhiễm -> tắc mạch mạc treo RT: lúc đầu cản trở sự lưu thông trở về của TM, sau đó tắc cả ĐM mạc treo RT -> RT bị hoại tử. ( ⬄ gđ VRT hoại tử.)
* Sự hoại tử thành, tăng áp lực trong lòng RT do mủ, làm RT vỡ vào ổ bụng gây VPM toàn thể hoặc VPM khu trú.(⬄ gđ VRT thủng.)

+ Ngoài ra, còn các phản ứng tại chỗ của phúc mạc: là phản ứng gây dính, bao bọc RT lại bở các tạng lân cận, chủ yếu là các quai ruột non và mạc nối lớn.

* Tạo thể VPM khu trú (áp xe RT), có thể vỡ vào ổ PM gây VPM toàn thể.

Nếu quá trình viêm dính chưa hình thành hoặc không bao bọc hết RT -> hoại tử -> vỡ vào ổ bụng tự do -> VPM toàn thể.

**A. VIÊM RUỘT THỪA THỂ ĐIỂN HÌNH.**

**1. Lâm sàng;**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cơ năng | Toàn thân | Thực thể |
| - Đau bụng:  + Thường gặp, xuất hiện tự nhiên.  + Vị trí: HCP hoặc thượng vị, quanh rốn sau khu trú ở HCP.  + Cường độ:   * Âm ỉ không thành cơn, nặng tức ở HCP. * Ít gặp đau dữ dội, chỉ khi RT sắp vỡ hoặc giun chui vào RT. * RT vỡ: đau tăng và lan khắp bụng.   - Nôn, buồn nôn:  + Thường buồn nôn, ít nôn.  + Xuất hiện muộn, sau đau bụng.  - RL tiêu hóa:  + Táo bón hoặc ỉa lỏng.  + Bí trung đại tiện khi có VPM. | - Sốt:  + Thường sốt nhẹ : 37,5 – 38 ºC.  + Chỉ sốt cao khi RT nung mủ sắp hoặc đã vỡ.  + Đặc biệt:   * Trẻ em thường sốt cao * Người già sốt nhẹ hoặc không sốt. * RT hoại tử có -> có thể hạ thân nhiệt.   - Vẻ mặt nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi. | - Nhìn:  + Bụng xẹp, di động theo nhịp thở.  + Khi VPM -> bụng di động ít hơn, bụng trướng.  - Sờ:  + Thăm khám nhẹ nhàng từ HCT đến HCP tìm 3 dấu hiệu quan trọng nhất là ấn đau và phản ứng thành bụng ở HCP, kèm có thể tăng cảm giác đau ở da bụng.  + Ấn sâu vào vùng HCP, thấy đau chói tại 1 điểm, có thể đau lan tỏa cả vùng HCP.  + Tìm 1 số điểm đau:   * Điểm Mac-Burney: điểm giữa đường nối rốn với GCTT. * Điểm Lazn: điểm nối 1/3 ngoài bên P và 1/3 giữa đường nối 2 GCTT. * Điểm Clando: điểm giao bờ ngoài cơ thẳng to bên P với đường nối 2 GCTT.   + Tìm dấu hiệu:   * Blumberg: thầy thuốc ấn sâu vùng HCP, đau chỉ xuất hiện khi người thầy thuốc rút nhanh tay lên. * Rowsing: Đau ở HCP khi ấn 2 tay liên tiếp vào HCT để dồn hơi sang HCP. * Phản ứng thành bụng HCP: * Là phả ứng của PM với nguyên nhân viêm, nhiễm khuẩn trong ổ bụng. * Biểu hiện: ấn tay nhẹ xuống thành bụng HCP, bn kêu đau, nhăn mặt, cơ thành bụng co lại dưới đầu ngón tay ấn. * Biểu hiện: tùy cơ địa, tình trạng nhiễm khuẩn: rõ ở người khỏe mạnh, không rõ ở người gài yếu, bụng béo. * Khi RT vỡ -> co cứng thành bụng. * Là dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán VRT -> khám cẩn thận. |
|  |  |  |

**2. Cận lâm sàng:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Công thức máu | Siêu âm | X-quang | Nội soi ổ bụng | CT ổ bụng |
| - BC tăng: 10000- 15000/ chủ yếu là BCĐNTT.  - 10-30%: BC không tăng. ( Có thể ở người già phản ứng kém hơn.)  - BC không tăng, bình thường -> cũng không loại trừ được VRT. | - An toàn, nhanh, rẻ, nhưng phụ thuộc vào trình độ người siêu âm.  - Siêu âm có giá trị khí:  + ĐK RT to hơn bt: >7mm.  + Mặt cắt dọc:   * HÌnh ngón tay, hình ảnh tăng âm. * Tăng kích thước RT viêm, xung quanh có dịch.   + Mặt các ngang: hình bia bắn.  - Chẩn đoán được biến chứng của VRT: áp xe, đám quánh.  - Phát hiện dịch tự do trong ổ bụng, đb HCP và túi cùng Douglas.  - Phân biệt với bệnh khác: Sỏi NQ, GEU, u nang buồng trứng xoắn, | - Chụp bụng không chuẩn bị:  + Ít có giá trị chẩn đoán xác định, có gtri cđ phân biệt.  + Dấu hiệu (-): không có liềm hơi/ mức nước hơi/ sỏi NQ.  + Có thể thấy:   * Mờ HCP, mờ bóng cơ TL chậu. * Quai ruột cảnh giới: quai ruột giãn ở HCP. * Viêm RT muộn: liệt ruột cơ năng. * Hình ảnh sỏi phân ruột thừa.   - XQ Phổi:  + Chỉ chụp khi nghi có tổn thương ở phổi gây đau HCP.  + Nhất là ở trẻ em nghi phế quản phổi viêm.  - Chụp khung ĐT cản quang.  + RT:   * Không viêm: thuốc ngấm đầy lòng RT. * Viêm: không ngấm thuốc.   + Cá hình ảnh gián tiếp khác:   * Bờ trong manh tràng gồ ghề. * Thành manh tràng bị đẩy lồi. * Thay đổi vị trí đoạn cuối hồi tràng | - Dùng trong TH khó:  + Ruột thừa ở vị trí bất thường.  + Lâm sàng không rõ ràng.  - Cần phân biệt với các bệnh lí khác ở phụ nữ:  + Viêm phaanv phụ.  + Vỡ nang Degraff.  + GEU.  - Là phương pháp vừa chẩn đoán, vừa điều trị rất tốt. | - Hình ảnh RT to, ngấm thuốc sau tiêm.  - Thâm nhiễm mỡ xung quanh.  - Phân biệt với các bệnh lí khác |

=> Chẩn đoán xác định: LS + CLS.

**3. Điều trị.**

a. Nguyên tắc

- Khi đã chẩn đoán xác định: CĐ mổ tuyệt đối, càng sớm càng tốt, không bỏ sót tổn thương VRT.

- TH nghi ngờ:

+ Lưu lại bệnh viện theo dõi 24- 48h.

+ Khám LS cẩn thận, tỉ mỉ.

+ Đo nhiệt độ, xét nghiệm CTM.

+ Không dùng thuốc giảm đau, KS.

- Sử dụng KS:

+ Không sd vì không khỏi mà vẫn tiến triển thành VPM hoặc áp xe tồn dư.

+ Chỉ dùng dự phòng NK, nhất là NK vết mổ.

+ Dùng ngay khi khỏi mê.

+ Flagyl or Flagyl + KS phổ rộng.

- MổL

+ Kịp thời -> diễn biến thuận lợi.

+ Không mổ hoặc mổ muộn -> biến chứng nặng, nguy hiểm.

b. Tiến hành

- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ BN nằm ngửa.

+ Trong mổ: Bn nằm nghiêng T, đầu hơi thấp -> dồn quai ruột sang T -> dễ bộc lộ RT.

- Vô cảm: có nhiều phương pháp.

+ Gây tê tại chỗ, từng lớp.

+ Gây tê mặt nạ.

+ Gây tê tủy sống.

+ Gây mê tĩnh mạch.

+ Gây mê nội khí quản.

+ Có thể sử dụng KS dự phòng trong mổ.

- Đường mổ:

+ Đủ rộng để cắt RT dễ dàng và tránh thổng thương thanh mạc ruột, gây tắc ruột sau mổ do dính.

+ Đường Marcbruney:

* Đường nối: Điểm 1/3 ngoài với 2/3 trong đường nối rốn và GCTT bên P, đường rạch da vuông góc với điểm nêu trên, dài 6-8cm. ( 1/3 phía trên và 2/3 phía dưới.)
* Ưu điểm:
* Không cắt ngang qua cơ thành bụng.
* Sẹo mổ thành bụng chắc.
* Ít nguy cơ sa lồi thành bụng sau mổ.
* Nhược điểm:
* Dễ nhiễm khuẩn.
* Khó mở rộng khi cần.
* Các bước: Rạch da -> rạch cơ chéo lớn ( song song với đường rạch da.) -> rạch cơ chéo bé ( vuông góc với đường rạch da), mở mạc ngang vào PM.
* Đường trắng giữa dưới rốn hoặc bờ ngoài cơ thẳng to bên P
* Khi chẩn đoán trước mổ chưa chắc chắn.
* Có thể xử trí được thương tổn khác và lau rửa ổ bụng khi VPM.
* Mổ cắt RT bằng nội soi:
* Áp dụng rộng rãi vì: Thẩm mĩ, giảm đau sau mổ, tránh nhiễm trùng vết mổ, rút ngắn thời gian nằm viện.
* Ưu tiên TH khó: RT ở vị trí bất thường.

- Đánh giá tổn thương:

+ Tìm RT: là nơi gặp nhau của 3 dải cơ dọc manh tràng.

+ Đánh giá RT: xung huyết, căng mọng hoặc có giả mạc hoặc thủng.

+ Đánh giá tình trạng ổ bụng: nếu có dịch, nuôi cấy làm KSĐ.

+ Đánh giá manh tràng tại gốc RT: mềm mại, phù nề, mủn nát.

+ Khi không thấy phù hợp giữa tình trạng ổ bụng với tổn thương thực thể RT -> cần thăm dò toàn diện để tìm nguyên nhân.

+ Với phụ nữ: Kiểm tra 1 các hệ thống 2 phần phụ, kịp thời xử lí các nguyên nhân khác.

- Xử lí tổn thương:

+ Cắt RT: Tìm và cắt RT sát gốc, tránh để lại gốc quá dài gây viêm tái phát:

* Cắt xuôi dòng: cắt mạc treo RT trước, cắt RT sau.
* Cắt ngược dòng: cắt RT trước, cắt mạc treo RT sau.

+ Vùi hoặc không vùi gốc RT:

* Đáy manh tràng mềm mại: vùi gốc RT.
* Nếu phù nề, tổ chức giòn, dễ mục nát: chỉ thắt hoặc khâu kín gốc RT.
* Nếu khâu khó khan, tiên lượng rò manh tràng thì đưa manh tràng ra ngoài thành bụng hoặc đặt sonde vào mỏm cắt và đính vào thành bụng, chủ động dẫn lưu manh tràng.

+ Kiểm tra hệ thống đoạn cuối hồi tràng để tìm túi thừa Meckel:

* 60-80cm: cách góc hồi manh tràng, phía đối diện bờ mạc treo.
* Cắt theo hình chêm hoặ cắt đoạn ruột nếu quá to.

- Lau rửa ổ bụng, dẫn lưu hay không tùy thể VRT.

- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu hoặc khâu kín các lỗ vào của Troca.

- TD sau mổ:

+ 24h đầu: biến chứng chảy máu.

+ Sau 24h: nhiệt độ, tình trạng vết mổ ( toác, NT, thoát vị.)

+ Kháng sinh.

+ Cắt chỉ: Sau 7 ngày, chỉ định sớm hơn nếu có NT vết mổ.

**B. CÁC THỂ LÂM SÀNG KHÔNG ĐIỂN HÌNH.**

**1. Theo vị trí bất thường của RT:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sau manh tràng | Trong tiểu khung | Ở mạc treo ruột | Dưới gan | Ở hố chậu (T) |
| - Thường gặp 20-25%  - Vị trí đau: lệch ra phía sau, trên mào chậu (P), có khi là ở hố thắt lưng phải.  - Bệnh nhân nằm nghiêng trái:  + Sờ nắn -> đau + phản ứng thành bungj ở trên cánh chậu P.  + Hố chậu phải: không đau + không có phản ứng thành bụng.  - Nhiều trường hợp có thể có dấu hiệu: viêm cơ thắt lưng chậu: đau do gấp đùi vào bụng làm căng cơ.  - Dấu hiệu tối loạn tiêu hóa : nghèo nàn.  - Chẩn đoán phân biệt:  + Viêm cơ đáy chậu: Siêu âm có mủ cơ đáy chậu.  + Cơn đau quặn thận:   * Tìm HC trong nước tiểu. * Siêu âm hệ tiết niệu. * Chụp UIV. | - Thường gặp ở phụ nữ.  - Đau + phản ứng thành bụng: ở vùng thấp của hố chậu phải hoặc trên xương mu.  - Thường kèm dấu hiệu tiết niệu: đái khó, đái buốt, thậm chí bí đái ở người già( dễ nhầm với bệnh lí tiết niệu.)  - Giai đoạn muộn: đã hình thành apxe tiểu khung -> dấu hiệu trực tràng: mót rặn, ỉa chảy, ỉa lỏng.  - Thăm trực tràng:  + Đau túi cùng bên phải trực tràng.  + Khối căng rất đau ở túi cùng Douglas khi đã thành apxe.  - Chẩn đoán phân biệt:  + Bệnh lí tiết niệu: xét nghiệm nước tiểu, siêu âm, UIV.  + Viêm phần phụ:   * Đau 2 bên hố chậu, ra khí hư hôi. * Siêu âm: Douglas có dịch, 2 phần phụ to. | - RT nằm giữa ổ bụng, xung quanh là các quai ruột -> khi viêm gây liệt ruột.  - LS: đau bụng quanh rốn, hội chứng tắc ruột( đau bụng, nôn, bí trung đại tiện.) , HCNT (+).  - XQ bụng không chuẩn bị: hình ảnh mức nước hơi.  - Thường chỉ chẩn đoán xác định sau mổ. | - Do RT dài hoặc do manh tràng còn dính dưới gan.  - Lâm sàng: Đau + phản ứng thành bụng ở HSP.  - Bệnh cảnh giống viêm túi mật cấp.  - Chẩn đoán phân biệt: nhờ siêu âm gan mật, XQ bụng không chuẩn bị  -> túi mật bình thường.  - Nếu vẫn nghi ngờ -> mổ: vì cả 2 đều có chỉ định mổ cấp cứu. | - Hiếm, gặp trong TH đảo ngược phủ tạng.  - Biểu hiện: như VRT điển hình, nhưng các triệu chứng ở hố chậu trái.  - Nghe tim, XQ: đảo ngược phủ tạng.  - Nội soi chẩn đoán và điều trị là tốt nhất. |

**2. Theo cơ địa và tuổi**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nhũ nhi | Trẻ nhỏ | Phụ nữ có thai | Người già. |
| - Hiếm gặp.  - Toàn thân rất thay đổi : Sốt cao, nôn nhiều, ỉa chảy.  - Thăm khám khó, lâm sàng nghèo nàn, không điển hình.  - RT viêm thường vỡ trước 36h, bệnh cảnh nặng lên nhanh chóng. | - Thường gặp hơn trẻ nhũ nhi.  - Chẩn đoán nhanh, sớm: vì hay gặp thể nhiễm độc, tiến triển nhanh thành VPM do:  + Thành ruột mỏng, mạc nối lớn chưa phát triển.  + Sức đề kháng kém.  - Thường chẩn đoán muộn: do khó khám, lâm sàng không rõ ràng, dễ nhầm với bệnh khác.  - Lâm sàng:  + Đau: khó xác định vị trí, thường khởi đầu vùng thượng vị hoặc đau cơn ngắt quãng.  + Trẻ quấy khóc, kêu la, giãy dụa.  + Nôn nhiều, ỉa lỏng, chán ăn.  + Sốt cao 39ºC, toàn trạng suy sụp nhanh, dấu hiếu mất nước rõ.  + Phản ứng thành bụng: không rõ: không đặc hiệu  + Xquang bụng KCB: vài quai ruột giãn hơi, mức nước hơi HCP.  - Trẻ < 1 tuổi -> chỉ chẩn đoán khi đã có VPM -> tỉ lệ tử vong cao.  - Chẩn đoán phân biệt:  + Lồng ruột cấp.  + Viêm phổi.  + viêm ruột.  + Sốt virus gây đau HCP. | - Tử cung to lên dần làm thay đổi vị trí ruột thừa -> triệu chứng của từng giai đoạn, từng vị trí là khác nhau.  - 3 tháng đầu:  + RT vẫn ở vị trí bình thường, TC giống thể điển hình, chẩn đoán không khó.  + Tuy nhiên, dễ bỏ qua do trùng với triệu chứng có thai: buồn nôn, nôn sốt, chán ăn.  + Chẩn đoán phân biệt: GEU, dạo sảy, viêm phần phụ.  - 3 tháng giữa:  + Vào tháng t5: RT ở mức ngang rốn, cạnh thận và niệu quản.  + Do đó: khi viêm có triệu chứng kích thích thận, niệu quản, TC như viêm đài bể thận cấp: đái buốt, rắt, nước tiểu đục, xét nghiệm có BC niệu.  - 3 tháng cuối:  + Tử cung to -> đẩy RT lên cao -> điểm đau lên cao và lệch ngoài hơn so với điểm Marcbruney.  + Chẩn đoán khó vì: vị trí RT thay đổi, phản ứng thành bụng và co cứng thành bụng không rõ.  + Khám: Bn nằm nghiêng trái -> tử cung đổ trái, RT về vị trí bình thường, rồi BN nằm ngửa, ấn HCT và đẩy khối thai sang P -> chạm vào RT gây đau.  + TC to cản trở mạc nối lớn, các quai ruột đến bao bọc -> dễ vỡ vào ổ bụng -> VPM toàn thể.  + Ổ nhiễm trùng cạnh tử cung -> kích thích co bóp TC -> dễ gây sảy thai.  - Tiên lượng:  + Có VPM -> tỉ lệ để non, tử vong cao.  + Khi mổ cắt RT viêm chưa có biến chứng -> thường không có hậu quả gì với mẹ và với thai -> Vậy ở phụ nữ có thai: chẩn đoán sớm và mổ kịp thời tránh biến chứng nặng cho mẹ và thai | - Thường ở người > 60 tuổi.  - Tỉ lệ RT vỡ/ hoại tử cao: 15-20% do: chẩn đoán muộn và mạch máu ở người già xơ vữa, dễ tắc mạch gây hoại tử.  - Triệu chứng không rầm rộ, không điển hình, tiến triển chậm, chẩn đoán khó khăn:  + Đau ít, có khi chỉ thấy nặng tức HCP, chậm khu trú vào HCP.  + Phản ứng thành bụng không rõ: do thành bụng nhão.  + Không sốt hoặc sốt nhẹ, BC tăng không cao.  - Đôi khi lâm sàng giống:  + Tắc mật hoặc bán tắc ruột: do sức đề kháng kém. ( chẩn đoán muộn làm nhiễm khuẩn lan ra PM gây liệt ruột cơ năng.)  + Khối U HCP, giới hạn rõ , dễ nhầm u manh tràng ( do chẩn đoán muộn và điều trị kháng sinh là cho mạc nối và các quai ruột xung quanh dính, kết bọc lại tạo thành khối giả u.)  Tiên lượng nặng, tỉ lệ tử vong cao. |

**3. Theo thể diễn biến lâm sàng:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VRT diễn biến nhanh | VRT thể hoại tử | VRT thể nhiễm độc. |
| - Sau vài tiếng đã dẫn đến VPM tức thì | - Đau bụng dữ dội, không nôn, ỉa chảy phân thối khẳn.  - Dh sốc NT:  + mặt xanh tái, đầu chi lạnh, thân nhiệt thấp.  + thở nhanh nông, mạch nhanh nhỏ, khó bắt.  + Thiểu niệu, vô niệu.  - TCLS kín đáo: bụng không co cứng, phản ứng thành bụng không rõ.  - Mở bụng: Dịch đen bẩn, RT rữa từng mảnh, mùi tối. | - Ít gặp, hay ở trẻ nhỏ.  - Tiên lượng rất nặng, tỉ lệ tử vong cao.  - TCLS mơ hồ ít giá trị gợi ý VRT: bụng chướng nhẹ, đau nhẹ HCP, không có phản ứng thành bụng + co cứng thành bụng.  - TC toàn thân rất nặng:  + Sốt cao, mạch nhanh, HA tụt.  + Nhiễm độc nặng: li bì, khó thở, tím tái, vẻ mặt hốc hác.  + Nôn máu, ỉa phân đen, chấm- mảng xuất huyết dưới da. |

4. Các thể khác:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VRT trong túi thoát vị | VRT do giun chui vào RT | VRT do lao | VRT do thương hàn | VRT trên bn đã cắt RT. |
| - Túi thoát vị rất đau, giống như thoát vị nghẹt.  - Sốt cao, BC tăng. | - Thường sau tẩy giun.  - Đau dữ dội từng cơn ở HCP.  - Bụng mềm, không sốt, BC không cao.  - Mở ra: RT căng tròn, ngọ nguậy. | - Hội chứng VRT cấp, bán cấp.  - Mở ra:  + RT sung to, rải rác những hạt trắng ngà như hạt kê, nhiều hạch mạc treo.  + Bụng có dịch vàng chanh.  - GPB: trả lời tổn thương lao. | - Có thể xảy ra ở giai đoạn toàn phát của thương hàn.  - LS: VRT, ỉa chảy, sốt cao.  - Widal (+).  - Mổ ra: xem có thủng hồi tràng không. | - Có 2 RT: hiếm gặp.  - Cắt bỏ sót đoạn RT: viêm lại. |

**C. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT VIÊM RUỘT THỪA CẤP:**

**1. Các bệnh đường tiêu hóa.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thủng dạ dày- tá tràng | Viêm túi mật cấp | Viêm túi thừa Meckel |
| - Phân biệt với VPM do VRT thủng.  - Lâm sàng:  + Đau đột ngột, dữ dội như dao đâm vùng thượng vị, sau lan khắp bụng.  + Bụng co cứng như gỗ (khắp bụng).  + Xquang bụng KCB: liềm hơi.  - Dễ nhầm là VRT nếu dịch dạ dày chảy xuống HCP gây viêm.  - Nhiều khi được chẩn đoán trong lúc mổ:  + mổ ra thấy RT chỉ xung huyết, ổ bụng đầy dịch thoái hóa và thức ăn.  Hoặc + Cắt RT, mở bụng đượng trắng giữa , giải quyết nguyên nhân.  - Khác VRT: khởi phát từ từ,đau âm ỉ mấy ngày ở HCP rồi lan ra khắp bụng, co cứng thành bụng, chủ yếu ở HCP. | - Phân biệt với VRT dưới gan.  - Lâm sàng:  + Đau, phản ứng thành bụng vùng HSP, có thể có vàng da.  + HCNT (+) rõ.  + Túi mật to, có điểm đau túi mật.  + Siêu âm: Túi mật căng to, thành dày, dịch quanh túi mật,c ó thể thấy hình ảnh sỏi túi mật (hình ảnh tăng âm kèm bóng cản.)  - Nhiều khi chỉ chẩn đoán được trong mổ. | - Thường ở người dưới 18 tuổi, diễn biến từng đợt.  - Túi thừa Meckel có những đảo tế bào niêm mạc giống niêm mạc dạ dày.  - Lâm sàng: giống VRT hoặc VPM ruột thừa nếu thủng túi thừa.  + Đau bụng cạnh rốn bên P, sốt.  + Dấu hiệu tắc ruột, ỉa phân đen.  - Thường chỉ chẩn đoán được trong mổ.  - Chẩn đoán trước mổ: nghĩ nhiều đến và cho chụp đồng vị phóng xạ T99m: TB giống TB niêm mạc dạ dày tập trung ở ruột non và cạnh rốn P. |
| U manh tràng | Viêm hạch mạc treo | Viêm đoạn cuối hồi tràng. |
| - Phân biệt với apxe RT ở HCP.  - Lâm sàng:  + RLTH: táo bón hoặc ỉa chảy.  + Hội chứng tắc ruột không hoàn toàn( hội chứng Koenig.)  + khám: Khối u HCP hoặc mạng sườn P.  - CLS:  + X-quang khung đại tràng cản quang: hình khuyết không đều ở manh tràng.  + Soi đại tràng bằng ống soi mềm -> chẩn đoán xác định. | - Thường gặp ở trẻ em.  - Bệnh cảnh giống VRT cấp.  - Chỉ chẩn đoán được trong mổ: RT bình thường, hạch mạc treo hồi tràng viêm to. | - Thường gặp ở trẻ em.  - Bệnh cảnh thường giống VRT cấp, thường có ỉa chảy.  - Chẩn đoán xác định trong mổ. |

**2. Các bệnh đường tiết niệu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Sỏi niệu quản phải | Viêm đường tiết niệu. |
| - Phân biệt với VRT sau manh tràng  - Lâm sàng:  + Cơn đau quặn thận: đau cơn, xuyên ra sau lưng, lan dọc đường đi niệu quản đến bộ phận sinh dục ngoài.  + Rối loạn tiểu tiện: Đái buốt, rắt, đái đục, có thể đái máu, đái ra sỏi.  - CLS:  + XQ: đài bể thận, niệu quả giãn trên chỗ có sỏi, thấy hình ảnh cản quang của sỏi.  + Siêu âm: Đoạn đậm âm kèm bóng cản. | - Có thể gặp ở mọi lứa tuổi, mọi giới, đặc biệt ở phụ nữ có thai do tử cung đè làm ứ nước thận, niệu quản.  - Lâm sàng:  + HCNT (+) rõ: sốt cao, rét run.  + Rối loạn tiểu tiện: đái buốt, rắt, đái đục.  - CLS: xét nghiệm nhiều BC trong nước tiểu. |

**3. Các bệnh sản phụ khoa:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| GEU phải | U nang buồng trứng xoắn | Viêm phần phụ | Dọa sảy | Vỡ nang Degraff |
| - Lâm sàng:  + chậm kinh, nghén  + Đau bụng âm ỉ vùng hạ vị, có khi trội lên, lan khắp bụng.  + Ra máu âm đạo: máu đen, ít một.  - Khám:  + Tử cung nhỏ hơn tuổi thai.  + khối cạnh tử cung, ranh giới không rõ, Douglas phồng đau.  + Máu đen theo găng.  - CLS:  + HCG (+).  + Siêu âm: khối cạnh TC, vang không đồng nhất. | - Lâm sàng:  + Đau đột ngột dữ dội vùng hạ vị.  + Có thể có sốc: toàn thân choáng váng, HA tụt.  + Thăm khám âm đạo, khám bụng: khối cạnh Tc, ranh giới rõ, di động, ấn đau chói.  - CLS:  Siêu âm: thấy khối cạnh TC. | - Lâm sàng:  + Đau liên tục 2 bên hố chậu.  + Ra khí hôi, nhiều.  + HCNT rõ: sốt cao dao động.  - CLS: Siêu âm: dịch túi cùng, 2 phần phụ to. | - Lâm sàng:  + Chậm kinh, nghén.  + Đau bụng hạ vị, ra máu âm đạo.  + TC to tương xứng tuổi tha,có cơn co tử cung.  + CTC hình con quay.  - CLS: HCG (+) |  |

**4. Các bệnh nội khoa:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Viêm phổi. | Ngộ độc thức ăn. | Viêm gan siêu vi trùng. | Sốt xuất huyết. | Táo bón. |
| - VPQ phổi ở trẻ em, viê thùy dưới phổi P ở người lớn.  - Đau HCP + Sốt.  - XQ phổi: hình ảnh tổn thương. | - Đau khắp bụng, nhiều ở HCP, quặn từng cơn.  - Sốt + nôn+ ỉa chảy. | - Đau nửa bụng phải.  - Sốt + mệt mỏi+ chán ăn, vàng da.  - Xét nghiệm: men gang tăng cao, Bilirubin cao, HBsAg(+). | - Có thể đau HCP.  - Sốt cao trước phát ban: 24-48h.  - Xuất huyết dưới da, nghiệm pháp dây thắt(+).  - Tiểu cầu giảm. | - Hay ở trẻ em do chế độ ăn uống không hợp lí, người già do vận động ít, giảm nhu động ruột.  - Chụp bụng KCB: đại tràng đầy phân.  - Thụt tháo cải thiện rõ. |

**D. CÁC BIẾN CHỨNG CỦA VIÊM RUỘT THỪA.**

- Biến chứng:

+ Trước mổ:

* Viêm phúc mạc toàn thể.
* Đám quánh ruột thừa.
* Áp xe ruột thừa:
* Ngoài phúc mạc
* Trong ổ bụng
* Sau manh tràng.

+ Sau mổ:

* Biến chứng sớm:
* Chảy máu:
* Trong ổ bụng.
* Thành bụng.
* Viêm phúc mạc:
* VPM khu trú.
* VPM toàn thể.
* Rò manh tràng.
* Nhiễm trùng vết mổ thành bụng.
* Tụ máu, nhiễm khuẩn.
* Apxe thành bụng.
* Toác thành bụng.
* H/c ngày t5 sau mổ.
* Biến chứng gây mê.
* Biến chứng khác: nhiễm khuẩn huyết, lồng ruột.

**BIẾN CHỨNG TRƯỚC MỔ:**

**1. Viêm phúc mạc toàn thể**: là biến chứng thường gặp + nặng nhất

- Các hình thái:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VPM thì 1 | VPM thì 2 | VPM thì 3. |
| - VRT sau 24h không được theo dõi và xử trí kịp thời -> RT tự do trong ổ bụng -> vỡ gây VPM toàn thể.  - Đau lan khắp bụng, cảm ứng phúc mạc (+).  - HCNT rõ, BC cao. | - VRT -> apxe RT -> vỡ.  - Khởi đầu có triệu chứng của VRT, nhưng sau đó dịu đi 24- 48h ( thời gian khỏi dối trá.)  - Sau đó lại đau lại, lan khắp bụng, bụng co cứng, cảm ứng phúc mạc (+), HCNT (+). | - VRT -> đám quánh -> ap xe-> vỡ.  - Là thể VPM nặng, do bệnh tiến triển lâu ngày trên bệnh nhân suy kiệt vì nhiễm khuẩn. |

- Chẩn đoán xác định:

+ Lâm sàng:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cơ năng | Toàn thân | Thực thể. |
| - Đau bụng:  + Đau ở HCP , sau lan khắp bụng, nhưng đau nhất ở HCP.  + Đau liên tục tăng dần.  + Buồn nôn, nôn.  + Bí đái, bí trung đại tiện, trẻ em có thể có ỉa chảy. | - HCNT (+): sốt cao, dao động, 39-40ºC, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.  - HCNĐ (+): lơ mơ, hốc hác, dấu hiệu mất nước, khát.  - Có thể: sốc NT-NĐ: lơ mơ,vật vã, kích thích, mạch nhanh , HA tụt, thiểu niệu hoặc vô niệu, chân tay lanh. | - Nhìn: bụng trướng đều , ít di động theo nhịp thở vì đau.  - Sờ nắn:  + Đau khắp bụng, nhưng đau nhất ở HCP.  + Đôi khi bụng co cứng và có cảm ứng phúc mạc.  - Gõ: đục ở 2 hố chậu và vùng hạ vị.  - Thăm trực tràng hay âm đạo: túi cùng Douglas phồng và cùng đồ phải rất đầy và đau.  - Chọc dò: thấy mủ trắng đcụ,mùi thối, soi có nhiều BCĐN thoái hóa. |

+ Cận lâm sàng:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Xét nghiệm máu | XQ bụng KCB | Siêu âm ổ bụng. |
| - BC tăng , chủ yếu BCĐNTT.  - Vss tăng.  - Nếu có nhiễm độc: ure, creatinin, men gan tăng. | - Không thấy liềm hơi.  - Ruột và dạ dày căng hơi.  - Dịch tự do trong ổ bụng: Biểu hiện: mờ ở vùng vụng dưới có dịch giữa các quai ruột, mất bóng của cơ đáy chậu. | - Dịch tự do trong ổ bụng: dịch ở Douglas, dịch ở khoang Morissou, dịch ở vòm gan, dịch ở hố lách, dịch ở hố chậu P.  - Gan ruột, phần phụ bình thường. |

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Các bệnh không phải VPM:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Asite cấp do viêm gan | Chửa ngoài dạ con vỡ | U nang buồng trứng xoắn (P) | Viêm ruột. |
| - Lâm sàng:  + Đau bụng, ½ bụng P -> sau lan khắp bụng.  + Sốt + vàng da + vàng mắt.  + chán ăn, mệt mỏi, đái vàng.  - Xét nghiệm:  + GOT, GPT tăng, HBsAg (+), Bilirubin tăng.  + Siêu âm: đường mật trong và ngoài gan không giãn. | - Ở bn nữ đang trong thời kì sinh đẻ có đặt vòng hoặc chữa vô sinh.  - Lâm sàng:  + Chậm kinh, ra máu âm đạo.  + Da hơi xanh, niêm mạc hơi nhơt.  + Mạch hơi nhanh, HA bình thường hoặc hạ.  + đau khắp bụng, nhất là bụng dưới.  + khám trực tràng hoặc âm đạo: túi cùng Douglase hoặc cùng đồ (P) đầy và đau.  - Cận lâm sàng:  + βHCG (+).  + Siêu âm: buồng TC rỗ, khối chửa cạnh TC, Douglas nhiều dịch hoặc chọc dò có máu không đông. | Lâm sàng:  + Đau vùng HCP, đau từng cơn ngày 1 tăng.  + Khám HCP có khối u, u phát triển ngày càng to, ranh giới rõ, di động dễ.  + mạch nhanh, HA hạ.  - Siêu âm: khối u cạnh tử cung. | - Đau khắp bụng.  - RLTH: bụng trướng căng + ỉa lỏng. |

\* Các bệnh VPM khác:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VPM do thủng dạ dày | VPM mật | Viêm tụy cấp | VPM do viêm phần phụ | Apxe gan vỡ. |
| - Lâm sàng:  + Tiền sử đau dạ dày.  + Đau đột ngột vùng trên rốn như dao đâm.  + Bụng co cứng như gỗ.  + Gõ: mất vùng đục trước gan.  + Thăm âm đạo + trực tràng: túi cùng Douglas phồng và đau.  - CLS: Chụp bụng KCB: liềm hơi. | - Lâm sàng:  1. Đặc biệt loại VPM do viêm túi mật hoại tử ( do sỏi túi mật hoặc không có sỏi túi mật.)  + Đầu tiên đau ở HCP -> sau lan xuống HCP.  + Sốt nóng, sốt rét, đôi khi có sốt rét run.  + Da và niêm mạc không vàng.  - CLS:  + Siêu âm:   * Quanh giường túi mật và khoang morisson nhiều dịch. * Thành túi mật dày, dịch trong túi mật đục, trong có thể có sỏi hoặc không. * Đường mật trong và ngoài gan không giãn.   + XQ bụng KCB: không có liềm hơi.  2. VPM do sỏi OMC.  - LS: Tam chứng Charcot: đau vùng gan, sốt rét run, có vàng da, vàng mắt từng đợt.  - Siêu âm:  + OMC và đường mật trên giãn.  + Có sỏi OMC.  - Xét nghiệm: Bilirubin cao -> tái diễn nhiều lần. | - Lâm sàng:  + Đau từ thượng vị trước, thường ở những người hay ăn hoặc uống quá nhiều, đặc biệt rượu, bia.  + Có thể có cơn đau vậy trong tiền sử, lần này đau lan khắp bụng.  + nôn nhiều.  + Khám:   * Đau khắp bụng, nhất là vùng thượng vị và HCP. * Đau điểm sườn lưng (+).   - CLS:  + Chụp bụng KCB: không có liềm hơi.  + Xét nghiệm:  Amylase máu và nước tiểu tăng cao.  + Siêu âm: tụy to, xung quanh có nhiều dịch. | - Ở phụ nữ đang tuổi sinh đẻ.  - Lâm sàng:  + Đau bụng 2 bên hố chậu, đau xuyên ra 2 bên thắt lưng.  + Sốt cao dao động.  + Thăm âm đạo:   * Tử cung và phần phụ 2 bên to hơn bình thường. * Nhiều khí hư mùi hôi. * Cùng dồ 2 bên phồng và đau.   - CLS:  Siêu âm  + Túi vùng Douglas có nhiều dịch.  + Phần phụ 2 bên to. | - Lâm sàng:  + Đau khắp bụng, nhưng đau nhiều ở ½ bụng (P) và HCP.  + Gan to, rung gan(+), ấn kẽ liên sườn đau, sốt cao dao động.  - CLS:  + Vss tăng, BCĐNTT tăng.  + Xquang:   * Bóng gan to. * Không có liềm hơi. * Bụng dưới mờ. ( đôi khi có phản ứng màng phổi P).   + Siêu âm:   * Ổ apxe trong gan. * Túi cùng Douglas, khoang Morisson có nhiều dịch. |

- Xử trí:

+ Nguyên tắc:

* Mổ cấp cứu, càng sớm càng tốt.
* Mổ cắt RT, lau rửa kĩ ổ bụng, đặt dẫn lưu.
* Hồi sức tích cực: KS trước, trong, sau mổ.

+ Hồi sức tích cực:

* Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch.
* Thở O2 hỗ trợ.
* Sonde dạ dày hút liên tục.
* KS truyền tĩnh mạch: phổ rộng, kết hợp: Aminoside với β-Lactam, hoặc Metronidazole.
* Bồi phụ nước, điện giải, dd nâng cao thể trạng.

+ Mổ:

* Gây mê nội khí quản, giãn cơ tốt.
* Đường trắng giữa dưới rốn hoặc bờ ngoài cơ thẳng to bên P.
* Lấy dịch ổ bụng nuôi cấy, làm KSĐ.
* Tìm và cắt RT:
* Có thể vùi RT nếu manh tràng mềm mại.
* Nếu manh tràng viêm, phù nề -> khâu kín RT.
* Có thể dẫn lưu manh tràng.
* Tìm và cắt túi thừa Meckel.
* Lau rửa ổ bụng, đặc biệt 2 bên hố chậu, thấm sạch, xếp lại ruột.
* Dẫn lưu HCP, Douglas.
* Đóng bụng 1 lớp da hở,bằng chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm ( vycryl, PDS.)

+ Theo dõi sau mổ:

* KS toàn thân 7 ngày.
* Theo dõi chặt dấu hiệu sinh tồn.
* Bồi phụ nước điện giải, dinh dưỡng đường TM.
* TD biến chứng.
* Cắt chỉ sau 2- 3 tuần.

**2. Đám quánh ruột thừa** (RT chưa vỡ.):

- Định nghĩa: RT viêm gây phản ứng -> được mạc nối lớn và các tạng lân cận đến bao bọc RT để khu trú ổ viêm hoặc do sức đề kháng của cơ thể hoặc do kháng sinh.

- Lâm sàng:

+ Dấu hiệu VRT vài ngày trước đó -> sau: triệu chứng giảm dần hoặc hết hẳn.

+ Đau nhẹ HCP.

+ HCNT xuất hiện rồi giảm dần: sốt giảm dần.

+ Khám HCP: thấy 1 mảng cứng, không rõ ranh giới, ấn đau ít.

+ Diễn biến: tự khỏi hoặc đau tăng lên + sốt cao + ấn vào đau chói+ chọc dò mủ thúi => đám quánh RT áp xe hóa => điều trị như apxe ruột thừa.

- CLS:

+ Siêu âm:

* Chưa thấy ổ apxe hình thành.
* Các quai ruột dính thành đám ở HCP, có thể nhìn thấy hình ảnh RT viêm.
* Chọc dò có máu tươi.

- Chẩn đoán phân biệt: u manh tràng dựa vào:

+ Lâm sàng: Hội chứng Koenig (hội chứng bán tắc ruột.)

+ CLS:

* Chụp khung đại tràng cản quang.
* Nội soi ĐT ống mềm.

- Điều trị:

+ Là trường hợp VRT duy nhất không phải mổ ngay.

+ Cần cho vào viện: điều trị kháng sinh phổ rộng, theo dõi triệu chứng lâm sàng.

* Nếu hết triệu chứng lâm sàng, toàn trạng ổn định trong 1 tuần, cho bn ra viện:
* Hẹn 3 – 6 tháng sau trở lại viện để cắt ruột thừa.
* Nếu đau lại -> vào viện ngay (bất cứ lúc nào.)
* Nếu TCLS không giảm, sốt cao dao động, mảng cứng mềm ra, ấn đau chói, chọc ò mủ thối -> là có apxe hóa, cần xử trí như 1 apxe RT ngoài PM.

**3. Apxe ruột thừa.**

- Khái niệm:

+ Apxe RT là ổ mủ khu trú quanh RT, có giới hạn rõ và được cô lập vững chắc với ổ bụng. Là biến chứng thường gặp của VRT.

+ Nguyên nhân: do RT vỡ được các quai ruột, mạc nối lớn, mạc treo ruột đến bao bọc thành ổ mủ khu trú trong ổ bụng.

+ Nếu không điều trị kịp thời -> apxe vỡ vào ổ bụng hoặc tạng rỗng xung quanh.

- Chẩn đoán xác định:

+ Sau các triệu chứng của VRT, các triệu chứng giảm dần, 3- 5 ngày sau đau tăng trở lại, sốt cao dao động.

+ Tùy vào vị trí của RT trong ổ bụng mà có nhiều hình thái apxe RT.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apxe RT ngoài PM | Apxe RT trong ổ bụng | Apxe sau manh tràng | Apxe RT trong tiểu khung. |
| - Thường gặp.  - Do RT ở HCP viêm mủ vỡ, được khu trú lại thành ổ apxe, thành ngoài dính vào thành bụng trước.  - Lâm sàng:  + Đau khu trú ở HCP.  + HCNT rõ: sốt cao dao động, mạch nahnh, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.  + Sờ:   * Khối đau ở HCP: đau chói, bờ ngoài không rõ, liên tục với thành bụng, bờ trong rõ. * Muộn: có thể apxe sắp vỡ ra, da thành bụng sưng nóng đỏ đau, cần dẫn lưu sớm. * Các vùng khác mềm, không đau.   + Thăm trực tràng- âm đạo: có thể thấy được cực dưới ổ apxe.  - Cận lâm sàng:  + CTM: BC tăng cao,chủ yếu là BCĐNTT.  + Chụp bụng KCB: mờ HCP, có thể có mức nước hơi.  + SÂ: khối dịch không đồng âm HCP.  + Chọc dò ra mủ thối.  + CT: khối dịch thành dày ngấm thuốc.  - Chẩn đoán phân biệt:  + Áp xe cơ đáy chậu: tư thế nằm co chân, không đi được.  + Apxe quanh khối u manh tràng:   * Lâm sàng: * Hội chứng tắc ruột không hoàn toàn. * RL lưu thông ruột. * Cận lâm sàng: * Chụp khung đại tràng cản quang: hình khuyết ở manh tràng. * Chẩn đoán xác định: soi ĐT ống mềm.   - Xử trí:  + Chcoj dò trên điểm nào đau nhất, phồng nhất, căng nhất, cần thành bụng nhất.  + Tốt nhất là chọc dưới hướng dẫn của SÂ và theo kim chọc dò để rạch tháo mủ ngoài PM, không nhất thiết phải căt RT.  + Nếu khi rạch không thấy RT -> tháo mủ để da hở hoàn toàn và hẹn bn 6 tháng sau vào mổ cắt RT. | - RT nằm ở mạc treo ruột -> viêm mủ -> vỡ, được khu trú lại -> tạo ổ apxe trong ổ bụng.  - Không dính vào thành bụng, gây liệt ruột cơ năng.  - Lâm sàng:  + Dấu hiệu tắc ruột: đau bụng + nôn + bí trung đại tiện.  + HCNT rõ.  + Khám bụng: có khối cạnh rốn bên P, ranh giới rõ, không di động, ấn đau chói.  - CLS:  + XQ: dấu hiệu liệt ruột cơ năng: quai ruột giãn, thành dày, có vài mức nước hơi.  + Siêu âm, CT: khối dịch không đồng nhất, có vỏ bọc, nằm giữa các quai ruột.  + CTM: BC tăng cao. | - Đau trên mào chậu P.  - Bn không duỗi chân P được vì ổ apxe gây viêm cơ đáy chậu -> duỗi chân gây đau.  - HCNT rõ.  - Khám HCP: cảm giác có 1 khối sâu, không rõ ranh giới.  - Bn nghiêng T: khối phồng căng đau trên mào chậu P hoặc hố TL (P).  - Nghi ngờ: chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm để phân biệt với apxe cơ đáy chậu. Chọc ở vị trí phồng nhất, gần thành bụng nhất.  + Nếu có mủ thối là apxe RT.  + Mủ trắng không thối, nuôi cấy vô khuẩn: áp xe cơ đáy chậu. | - Lâm sàng:  + Do VRT trong tiểu khung vỡ được khu trú lại -> apxe túi cùng Douglas.  + Đau bụng trên xương mu.  + HCNT rõ.  + Hội chứng kích thích:   * Bàng quang: tiêu buốt, rắt. * Trực tràng: đau quặn, mót rặn, ỉa lỏng.   + Khám bụng: Sờ thấy khối vùng thấp hơn HCP hoặc trên xương mu, mật độ mềm, ấn đau chói.  + Thăm âm đạo- trực tràng:   * Douglas phồng, đau, có thể sờ thấy 1 khối mềm, ân đau lệch phải. * Chọc dò qua thành trước trực tràng hoặc thành sau âm đạo mủ thối.   - CLS:  + CTM: BC tăng cao.  + Siêu âm, CT: khối dịch ở tiểu khung không đồng nhất.  - Nếu không điều trị -> biến chứng vỡ ổ apxe vào tiểu khung là chủ yếu, ít vào ổ bụng |

- Diễn biến apxe RT:

+ Vỡ vào ổ bụng gây VPM toàn thể.

+ Vỡ vào các tạng lân cận.

+ Vỡ ra ngoài thành bụng gây rò tiêu hóa.

- Nguyên tắc điều trị:

+ Là cấp cứu có trì hoãn.

+ Dẫn lưu ổ apxe và điều trị kháng sinh, mổ cắt RT 2 thì.

+ Mổ cấp cứu: apxe to, đau nhiều, dọa vỡ.

+ Apxe RT trong ổ bụng: mở bụng, dẫn lưu mủ + cắt RT 1 thì.

**BIẾN CHỨNG SAU MỔ.**

**1. Biến chứng sớm.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chảy máu sau mổ | Viêm phúc mạc | Rò manh tràng | Nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng. |
| - Theo dõi chặt 24h đầu, đặc biệt là 6h đầu.  - Chảy máu trong ổ bụng:  + Nguyên nhân:   * Tuột chỉ buộc gốc RT, rễ mạc treo. * Chảy từ chỗ bóc tách manh tràng khỏi thành bụng sau để cắt RT sau manh tràng.   + Hội chứng chảy máu trong: HC giảm, Hct giảm.  + Xử trí: mổ lại ngay.  - Chảy máu thành bụng:  + Nguyên nhân: do mạch thành bụng ( thượng vị hoặc mạch khác.)  + Khám:   * Máu tụ thành bụng, nguy cơ nhiễm trùng vết mổ. * Toác vết mổ hoặc thoát vị thành bụng.   + Xử trí:   * Đắp huyết thanh ấm. * Không cầm -> khâu cầm máu. | - VPM khu trú:  + Nguyên nhân: do mủ chưa được lau sạch hoặc bục gốc RT.  + Lâm sàng:   * HCNT rõ, có thể có tắc ruột hoặc bán tắc ruột. * Còn ống dẫn lưu: mủ, dịch tiêu hóa chảy ra ngoài. * Khám: khối khu trú HCP, ấn đau.   + Xử trí:   * Mổ, làm sạch ổ apxe. * Gỡ dính, lập lại lưu thông đường tiêu hóa. * Lau sạch ổ bụng.   - VPM toàn thể:  + Nguyên nhân: Do mủ chưa được lau sạch hoặc ổ apxe vỡ hoặc bục gốc RT.  + Hội chứng viêm phúc mạc rõ.  + Xử trí: như VPM khu trú. | - Manh tràng dính sát vào thành bụng, dịch tiêu hóa, phân trực tiếp chảy ra ngoài, không gây nên VPM.  - Nếu bệnh nhân đi ngoài được, ruột lưu thông tốt -> rò manh tràng sẽ tự khỏi.  - Nếu rò không tự khỏi sau 6 tháng thì:  + Khoét lỗ rò manh tràng và đóng lại hoặc cắt đoạn manh tràng không bình thường đi, thậm trí cắt sát hoặc dưới van Bauhin.  + Rối cắm hoặc nối hồi tràng với đại tràng.  - Chụp cản quang đường rò để khẳng định chẩn đoán. | - Nếu vết mổ tụ máu: tấy đỏ ở dưới bện nhân thấy căng đau:  + Phải cắt chỉ cách quãng hoặc toàn bộ.  + Tháo hết máu tụ trước 72h, thay băng hằng ngày, kháng sinh.  + Nếu sau 72h, máu tụ sẽ bội nhiễm.  - Apxe thành bụng: là biến chứng thường gặp.  + Do máu tụ, dập nát cơ thành bụng vì kéo ecarteur thô bạo và lâu hoặc do mủ trong ổ bụng lách vào các lớp cơ khi mổ.  + Khám: khối tròn căng, đẩy vết mổ phồng lên, sưng nóng, đỏ, đau.  + Cắt chỉ tháo mủ: lấy mủ nuôi cấy, làm KSĐ.  - Toác thành bụng:  + Lòi ruột ra.  + Do VPM toàn thể hoặc khu trú, apxe thành bụng, ho nhiều làm đứt cân thành bụng, khâu lấy ít cân và cử động mạnh, cân bị xé rách.  + Kiểm tra VPM hoặc apxe tồn dư trong ổ bụng.  + Nếu có thì dẫn lưu ổ bụng, cắt bỏ phần da và thành bụng nhiễm khuẩn đến chỗ da lành -> đóng bụng 1 lớp da hở. |

- HC ngày thứ 5 su mổ:

+ BN đau ở hố chậu P kèm theo sốt và phản ứng ở HCP. Thường xuất hiện vào ngày t5 sau mổ.

+ Nguyên nhân: NKPM do mỏm RT mặc dù là mỏm RT không bục.

+ Mổ sớm vì đa số diễn biến tới VPM.

- Biến chứng do gây mê: Thường BN đau đầu

- 1 số biến chứng khác: NT huyết, lồng ruột,…

**2. Biến chứng muộn:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tắc ruột sau mổ | Sa lồi thành ruột |
| - Nguyên nhân: do dây chằng chẹn ngang quai ruột, xoắn ruột, dính gấp ruột.  - Lâm sàng:  + Cơ năng:   * Đau bụng đột ngột từng cơn, cảm giác xoắn vặn. * Nôn ra thức ăn, nôn xong đỡ đau. * Bí trung đại tiện.   + Khám:   * Bụng chướng. * Dấu hiệu rắn bò, quai ruột nổi (+). * Khi hoại tử ruột: có cảm ứng phúc mạc.   + Xử trí: mổ cấp cứu. | - Do nhiễm trùng thành bụng gây hoại tử cân cư thành bụng -> tụt cân cơ: là nguyên nhân chính gây sa lồi thành bụng.  - Khâu phục hồi thành bụng. |