

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

# **BỆNH HỌC NGOẠI**

**DÙNG CHO SAU ĐẠI HỌC  
TẬP I**

GUYÊN  
LIỆU



**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC**

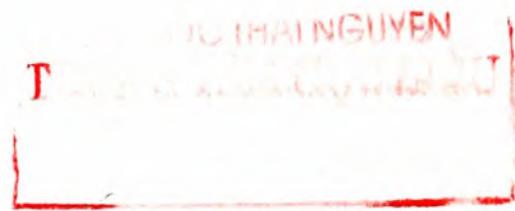


638019

617  
Aux

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI  
BỘ MÔN NGOẠI

**BỆNH HỌC NGOẠI**  
**TẬP I**  
**DÙNG CHO SAU ĐẠI HỌC**



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  
Phó trưởng khoa Tiêu hoá - BV Việt Đức

### TÁC GIẢ:

**PGS. Tôn Thất Bách**

**PGS.TS. Nguyễn Ngọc Bích**

Phó Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại - ĐHY Hà Nội  
Trưởng khoa ngoại - BV Bạch Mai

**PGS.TS. Trần Ngọc Bích**

Trưởng khoa Nhi - BV Việt Đức

**PGS.TS. Hoàng Công Đắc**

Phó Giám đốc - BV E Hà Nội

**PGS. Trần Gia Khánh**

Nguyên Phó trưởng khoa Gan Mật - BV Việt Đức

**TS. Phạm Đức Huấn**

**GS.TS. Đỗ Kim Sơn**

Nguyên trưởng khoa Gan Mật - BV Việt Đức

Nguyên Giám đốc - BV Việt Đức

**GS.TS. Đỗ Đức Văn**

Nguyên Phó Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại - ĐHY Hà Nội

**PGS.TS. Hà Văn Quyết**

## LỜI NÓI ĐẦU

Để đáp ứng nhu cầu học tập và giảng dạy trong các Trường đại học Y khoa, chúng tôi biên soạn lại quyển "Bệnh học Ngoại khoa" tập I dựa trên nội dung của lần xuất bản thứ nhất năm 1999.

Trong lần xuất bản này, một số bài giảng đã được viết lại, và bổ sung thêm những kiến thức mới trong chẩn đoán và điều trị. Cập nhật những thông tin mới về kỹ thuật, phẫu thuật ngoại khoa.

Quyển sách chắc chắn còn có nhiều thiếu sót và hạn chế. Chúng tôi chân thành cảm ơn sự góp ý của các bạn đọc để thường xuyên sửa chữa và bổ sung thêm.

Chúng tôi hy vọng quyển sách này sẽ đem lại những kiến thức bổ ích cho các bạn đọc.

*Các tác giả*



## MỤC LỤC

### (Bệnh học ngoại khoa tập I)

Phình to thực quản	GS.TS. Đỗ Đức Vân	7
Ung thư thực quản	TS. Phạm Đức Huấn	13
Hẹp môn vị	PGS.TS. Hà Văn Quyết	24
Chảy máu đường tiêu hoá	PGS. TS. Hà Văn Quyết	36
Ung thư dạ dày	PGS. TS. Hà Văn Quyết	45
Điều trị ngoại khoa bệnh loét dạ dày tá tràng	PGS. TS. Hà Văn Quyết	64
Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng	PGS. TS. Hà Văn Quyết	79
Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng	PGS. TS. Hà Văn Quyết	99
Chấn thương và vết thương bụng	PGS. TS. Hà Văn Quyết	112
Viêm ruột thừa	PGS.TS. Hà Văn Quyết	171
Tắc ruột	PGS.TS. Hà Văn Quyết	188
Ung thư gan nguyên phát	PGS. Tôn Thất Bách	199
Viêm tụy cấp	TS. Trần Bảo Long	209
Sỏi ống mật chủ và các biến chứng cấp tính	PGS.TS. Nguyễn Ngọc Bích	225
Tăng áp lực tĩnh mạch cửa	GS.TS. Đỗ Kim Sơn	238
Ung thư đại tràng	TS. Phạm Đức Huấn	249
Tắc ruột sơ sinh	PGS.TS. Trần Ngọc Bích	259
Lồng ruột ở trẻ bú mẹ và trẻ em	PGS.TS. Trần Ngọc Bích	273
Dẫn đại tràng bẩm sinh	PGS.TS. Trần Ngọc Bích	287
Dị tật hậu môn - trực tràng	PGS.TS. Trần Ngọc Bích	300
Ung thư trực tràng	TS. Phạm Đức Huấn	317
Bệnh trĩ	GS.TS. Đỗ Đức Vân	326
Rò hậu môn	GS.TS. Đỗ Đức Vân	333



# PHÌNH TO THỰC QUẢN

GS.TS. Đỗ Đức Văn

"Phình to thực quản" (Mégaesophage) là một trạng thái bệnh lý của thực quản trong đó thực quản bị giãn, và phì đại không rõ nguyên nhân. Bệnh này vẫn thường bị gọi nhầm là "co thắt tâm vị", vì quan niệm sai lầm cho rằng, nguyên nhân bệnh là do co thắt vùng tâm vị. Thực ra thì đó chính là bệnh của thực quản chứ không phải của tâm vị (dạ dày).

Danh từ phình to thực quản (Hacker là người đầu tiên dùng danh từ này) là thích hợp nhất để chỉ bệnh này, vì nó thể hiện tính chất giải phẫu và đặc điểm thương tổn đại thể của bệnh, mặt khác nó không bảo đảm định kiến về nguyên nhân và tính chất bệnh lý.

Có bao loại phình to thực quản chủ yếu:

- Phình to thực quản bẩm sinh: rất hiếm, ở nhū nhi không gặp, rất ít khi thấy ở trẻ em dưới 15 tuổi.
- Phình to thực quản thứ phát: hai nguyên nhân chính dẫn đến phình to thực quản loại này là:
  - + Ung thư tâm vị (rất hay gặp)
  - + Ung thư phình vị lớn lan tới tâm vị.

Những nguyên nhân khác ít gặp hơn:

- + U lành tính của tâm vị
- + Hẹp phì đại tâm vị
- + Loét thực quản
- + Hẹp xơ chai tâm vị, thứ phát sau viêm thực quản do trào ngược.
- Tâm vị bị chít hẹp do các mạch máu bất thường vắt ngang. Các mạch máu này bị xơ mỡ, tạo nên một vòng thắt bó chít lấy tâm vị.
- Phình to thực quản cơ năng: trước đây vẫn quen gọi dưới danh từ "giãn thực quản không rõ nguyên nhân".

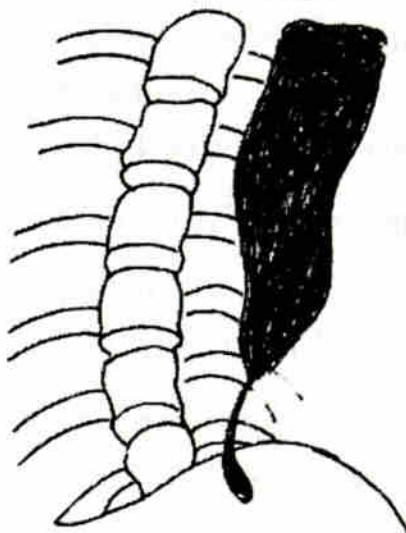
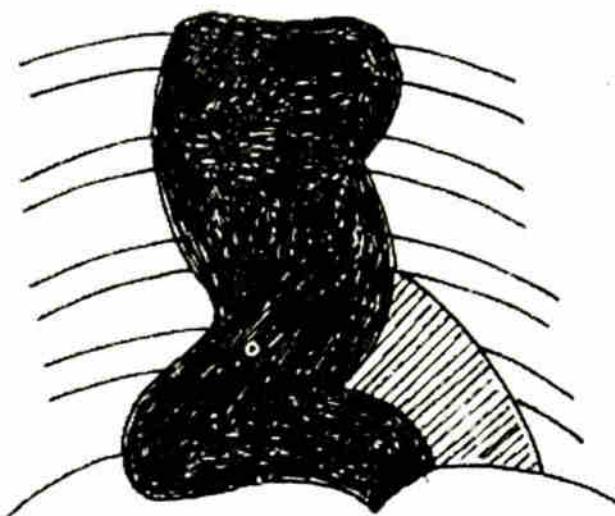
Dưới đây chỉ đề cập tới trạng thái PHÌNH TO THỰC QUẢN CƠ NĂNG:

## 1. GIẢI PHẪU BỆNH

### 1.1. Đại thể

Hai thể, dựa theo đặc điểm lâm sàng, hình thể trên X quang mà đặt tên:

- Phình to thực quản hình bít tất: bao gồm 2/3 các trường hợp, toàn bộ thực quản trừ phần thấp nhất sát tâm vị bị phì đại và giãn rất to. Chỗ phần cuối này (độ vài centimet) hẹp lại như đầu ngón tay út. Tại đây lớp cơ thành thực quản mỏng và teo lại, trái ngược hẳn với đoạn ngay trên đó. Trên phim chụp X quang thực quản có uốn baryt thấy đoạn dưới cung teo nhỏ, đoạn trên giãn rộng, gấp khúc như hình chiếc bít tất. Khi soi trên màn hình huỳnh quang, thấy rõ hiện tượng thực quản mất hoàn toàn nhu động (hình 1.1).
- Phình to thực quản hình củ cải (hình 1.2: bao gồm 1/3 các trường hợp còn lại. Thực quản cũng giãn nhưng không giãn to như trên. Ngoài ra, khác hẳn với các loại trên, đoạn tận cùng không hẹp lầm nhưng lại thể hiện rõ hiện tượng phì đại của cơ vòng. Soi trên màn huỳnh quang thấy tăng nhu động, nhưng lại là những nhu động lạc hướng, đi ngược từ dưới lên.



**Hình 1.1. Thực quản hình chiếc bít tất** **Hình 1.2. Thực quản hình củ cải**

## 1.2. **Vi thể:** tại thành thực quản thấy các hình ảnh:

- Phì đại lớp cơ
- Tổn thương các đám rối thần kinh

## 2. SINH BỆNH HỌC

Chưa được chứng minh chắc chắn. Có nhiều giả thuyết cắt nghĩa cơ chế phát sinh bệnh:

- Thuyết co thắt tâm vị (Mikulicz)
- Thuyết mất khả năng co bóp của cơ tâm vị (Hurat): thuyết này được nhiều người công nhận hơn cả. Theo thuyết này, hiện tượng chít tắc ở tâm vị không phải do co thắt mà là do cơ tâm vị không mở ra khi có sóng nhu động thành thực quản từ trên xuống (nguyên nhân do tổn thương hệ thống hạch thần kinh Auerbach, giống như trong bệnh phình to đại tràng bẩm sinh).
- Thuyết co thắt tâm vị do phản ứng: khói nước ứ đọng trong trạng thái phì to thực quản làm tăng áp lực vào thành thực quản, tạp ra phản ứng của cơ thắt

tâm vị, làm cho cơ nồng co thắt lại. áp lực càng lớn, co thắt càng mạnh. Giả thuyết này là cơ sở của phẫu thuật Heller (cắt ngang cơ thắt tâm vị), làm mất đi hiện tượng co thắt do phản ứng này.

### 3. LÂM SÀNG

#### 3.1. Giai đoạn mở đầu: có những rối loạn thỉnh thoảng mới xuất hiện:

- Đau nhẹ mỗi khi nuốt
- Nghẹn vừa phải

Lúc này nếu chụp X quang thực quản có baryt, thấy thực quản bình thường: có các sóng nhu động mạnh khi soi; thuốc đi qua tâm vị hơi chậm hơn bình thường, dòng thuốc đi qua hơi bị thu hẹp lại và kéo dài ra.

Nói chung, bệnh nhân ít khi chú ý và không đi khám thầy thuốc ở thời kỳ này. Bệnh cứ tiến triển dần để rồi xuất hiện đầy đủ các triệu chứng điển hình.

#### 3.2. Bệnh cảnh lâm sàng đầy đủ

**3.2.1. Nuốt nghẹn:** rất đặc biệt, mang tính chất trái ngược, nghĩa là nghẹn xuất hiện với chất lỏng, còn chất đặc lại không nghẹn, nghẹn được bệnh nhân mô tả rất rõ và tỉ mỉ: sau khi nuốt thấy vật nuốt như dừng lại sau xương ức, cảm thấy đau tức rất khó chịu. Bệnh nhân phải dướn cổ, vuốt ngực, nuốt nước bọt vài cái hoặc có khi phải đứng dậy đi lại, chờ một lúc mới hết cảm giác nghẹn. Lại tiếp tục ăn và nghẹn. Như vậy bữa ăn bị kéo dài hơn bình thường.

**3.2.2. Oẹ:** đang nghẹn mà oẹ ra được thì dễ chịu. Đầu tiên ăn nửa bữa thì oẹ, về sau muộn hơn. Oẹ ra một chất dịch tanh hôi và chua, trong có chứa các thức ăn.

**3.2.3. Tình trạng toàn thân:** giảm sút cân nhanh chóng, gầy nhanh. Cũng có khi toàn thân vẫn bình thường.

#### 3.3. Thăm khám X quang

##### 3.3.1. Kỹ thuật: cần chú ý mấy điểm:

- Chụp phim lồng ngực - phổi không chuẩn bị: hai phim thẳng và nghiêng.
- Cho bệnh nhân uống baryt từng ngụm rồi quan sát trên màn huỳnh quang. Sau đó chụp ở nhiều tư thế khác nhau.

##### 3.3.2. Kết quả

- Trên phim chụp ngực không chuẩn bị thấy bóng của phình to thực quản bị chèm ra ngoài phía bên phải của bóng tim - động mạch chủ.
- Sau khi cho bệnh nhân uống baryt có thể thấy hình thực quản giãn thành hình thoi; cực dưới thực quản nhỏ lại, kéo dài ra, vẫn trên trực dọc của thực quản, tạo thành hình cài và xuyên qua cơ hoành xuống phía dưới. Hoặc thấy hình thực quản giãn rất to, hình giãn kéo dài thành 2 đoạn: một đoạn thẳng đứng và một đoạn nằm ngang. Đoạn nằm ngang này tận cùng bằng hình ảnh dài như hình rẽ củ cải; bờ phải thực quản dài hơn bờ trái.

Hình ảnh trên đây tạo thành hình ảnh một chiếc "bít tất" vừa to vừa dài.

- Ở giai đoạn muộn hơn của bệnh, sẽ thấy mất các hình ảnh nhu động thành thực quản và chất cản quang rồi từ từ trong cột nước đọng của thực quản giãn to, giống như hình ảnh tuyết rơi trong hẹp môn vị. Trong đại đa số trường hợp phình to thực quản cơ năng không thấy có túi hơi dạ dày.

### 3.4. Soi thực quản

- Phải rất thận trọng (để phòng thủng và trào ngược nước đọng vào khí phế quản).
- Trước khi soi phải rút hết dịch đọng trong thực quản.
- Soi để xác định:
  - + Tình trạng viêm niêm mạc thực quản.
  - + Để chẩn đoán phân biệt với các tổn thương khác như ung thư thực quản (có thể thấy ung thư thực quản kết hợp trên một phình to thực quản cơ năng).

## 4. DIỄN BIẾN

Xuất hiện từng đợt mỗi khi bị cơn kích động mạnh về tinh thần. Mỗi cơn dài ngắn khác nhau, có thể kéo dài vài tháng rồi hết. Trở lại như bình thường một thời gian để rồi lại tái hiện.

- Bệnh tiến triển liên tục, có từng đợt nặng hơn lên.
- Trên X quang diễn biến cũng thay đổi, từ hình ảnh hình thoi lúc ban đầu, kéo dài tồn tại trong nhiều năm hoặc có thể chuyển thành hình bít tất.
- Tình trạng toàn thân cũng như có nhiều diễn biến khác nhau, từ trạng thái gầy sút, suy kiệt nhanh đến trạng thái gần như bình thường, mặc dù triệu chứng nuốt nghẹn kéo dài.
- Các tai biến có thể xảy ra trong quá trình diễn biến bệnh như: viêm niêm mạc thực quản (do ứ đọng); ung thư hoá: là nguyên nhân tử vong đáng kể của những người mắc bệnh phình to thực quản, Ung thư xuất hiện chủ yếu ở 1/3 giữa và 1/3 dưới thực quản. Chẩn đoán phát hiện ung thư khó. Phải nghĩ tới khả năng ung thư khi thấy gầy nhanh, nuốt nghẹn trở thành thường xuyên và ngày càng tăng về mức độ. Thấy oẹ ra nước có lẫn máu hoặc sốt không rõ nguyên nhân. Soi thực quản và làm chẩn đoán tế bào học (lấy dịch trong thực quản) để xác định ung thư thực quản. Nói chung chẩn đoán thường muộn và tiên lượng xấu. Thủng thực quản do nong thực quản với mục đích điều trị.

## 5. THỂ LÂM SÀNG

- Thể có triệu chứng của trung thất: rất dễ nhầm và bỏ qua, chủ yếu vì có các dấu hiệu nắc, khó thở, tím môi.

- Thể ở trẻ em: hiếm gặp, nổi bật là triệu chứng oẹ, trớ. X quang thường có hình củ cải.
- Các thể lâm sàng theo nguyên nhân: đôi khi bệnh phình to thực quản cơ năng có liên quan đến một nguyên nhân cụ thể, rõ ràng. Nhưng mặc dù là nguyên nhân gì thì biểu hiện lâm sàng và X quang cũng hoàn toàn giống hệt như một phình to thực quản không rõ nguyên nhân.
- Phình to thực quản, nhiễm độc: hiếm gặp nhưng lại là biến chứng kinh điển của những người ngộ độc mạn tính. Thường kết hợp có phình to tá tràng và phình to đại tràng. Về nguyên tắc, bệnh sẽ khỏi nếu được điều trị giải độc.
- Phình to thực quản, nguyên nhân nội tiết: cũng rất hiếm, thấy ở người mắc bệnh thiểu năng giáp trạng hay to các đầu chi.
- Phình to thực quản nguyên nhân thần kinh: xuất hiện trong quá trình bị các tổn thương ở hệ thần kinh trung ương như viêm màng não, chấn thương sọ não, bệnh xơ cứng cột bên teo cơ (bệnh Charcot).
- Phình to thực quản nguyên nhân phản xạ: phối hợp với một tổn thương ở gần tâm vị như loét sát tâm vị, viêm túi mật do sỏi, thoát vị cơ hoành.
- Bệnh phình to thực quản vùng châu Mỹ La tinh: đặc biệt vùng Braxin thường gặp, thực quản giãn rất to, thường kèm theo phình to đại tràng, phì đại tuyến nước bọt và amylase máu tăng cao. Làm điện tâm đồ thấy loạn nhịp và bloc nhánh.

## 6. CHẨN ĐOÁN

Chủ yếu là dựa vào hình ảnh X quang.

Trên thực tế, vấn đề khó nhất trong chẩn đoán là phân biệt giữa phình to thực quản cơ năng và phình to thực quản thứ phát, trong đó phải kể hàng đầu là ung thư tâm vị và ung thư phình vị lớn lan đến tâm vị (ung thư thực quản để chẩn đoán phân biệt qua hình ảnh X quang và soi thực quản).

Khi nghi ngờ, cần tiến hành soi dạ dày (tốt nhất là ống soi mềm) và chụp X quang (tư thế đầu dốc để khảo sát kỹ vùng tâm - phình vị).

## 7. ĐIỀU TRỊ

Có hai cách điều trị bệnh phình to thực quản:

- Nong thực quản: dùng ống thông thuỷ ngân có khẩu kính to; hoặc dùng cách "nong ép" dưới áp lực (nong bằng hơi).

Những biện pháp điều trị này thô bạo, dễ có biến chứng (thủng thực quản, chảy máu, viêm trung thất).

- Phẫu thuật: phương pháp mổ phổ biến là thủ thuật cắt cơ thắt vòng tâm vị ngoài niêm mạc (thủ thuật Heller).

Một số chi tiết kỹ thuật cần tuân thủ nghiêm ngặt là đường rạch cơ thực quản phải lên cao (về phía thực quản) ít nhất là 6cm.

Phải rạch hết lớp cơ, sát tới niêm mạc và phải thấy niêm mạc phồng lên qua chỗ rạch cơ.

Cầm máu phải kỹ, tỉ mỉ để tránh máu tụ, nguyên nhân của hiện tượng phản ứng xơ thứ phát.

Phải làm lại góc His để tránh trào ngược.

Nếu tất cả mọi chi tiết kỹ thuật này được tuân thủ một cách nghiêm ngặt thì thủ thuật Heller có thể đưa lại kết quả tốt đến 90%.

Tỷ lệ tử vong do mổ của thủ thuật này là 0%.

Tuy nhiên có những trường hợp thất bại là do sai số về kỹ thuật. Một số trường hợp thất bại khác lý do không rõ ràng lắm như do độ phình giãn quá lớn; bệnh để kéo dài lâu quá; tình trạng viêm niêm mạc thực quản quá nặng.

Ngày nay nhiều tác giả có xu hướng sau khi thực hiện thủ thuật Heller, thì tiến hành thêm một thủ thuật nhằm chống lại hiện tượng trào ngược lên thực quản (nguyên nhân dẫn đến hiện tượng viêm loét thực quản). Có nhiều cách mổ để thực hiện ý đồ này.

# UNG THƯ THỰC QUẢN

TS. Phạm Đức Huấn

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư thực quản (UTTQ) chiếm khoảng 2% trong các loại ung thư. Chẩn đoán UTTQ không khó, nhưng đa số chẩn đoán muộn. Chẩn đoán sớm mới chỉ đạt dưới 10%, tỉ lệ cắt được khối u khoảng 60-80% do ở thời điểm chẩn đoán u đã xâm lấn rộng sang các tạng xung quanh, di căn xa hoặc toàn trạng xấu. Do vậy, xác định giai đoạn bệnh trước mổ là rất quan trọng để lựa chọn bệnh nhân cho điều trị phẫu thuật và các điều trị bổ trợ khác.

Chụp cắt lớp vi tính (CCLVT) đóng vai trò quan trọng để đánh giá xâm lấn trung thất, di căn hạch và di căn xa. Siêu âm nội soi (SANS) là phương pháp tốt nhất trong xác định xâm lấn thành thực quản với độ chính xác cao. Các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng khác như soi khí phế quản, siêu âm bụng, nội soi ổ bụng... góp phần thêm để xác định giai đoạn bệnh trước mổ.

Điều trị UTTQ là một vấn đề khó khăn, phức tạp, đòi hỏi phối hợp nhiều phương pháp (phẫu thuật, xạ trị và hoá trị), trong đó phẫu thuật là phương pháp cơ bản và quan trọng nhất. Từ vài chục năm trở lại đây, phẫu thuật UTTQ đã có những tiến bộ rất đáng kể với tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ ngày càng giảm. Tuy nhiên, thời gian sống sau mổ chưa được cải thiện nhiều, thời gian sống 5 năm chỉ đạt < 30%. Về tiên lượng, các yếu tố chính ảnh hưởng đến thời gian sống sau mổ là mức độ xâm lấn thành thực quản, di căn hạch và tính chất triệt căn của phẫu thuật.

## 2. CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI

- Rượu và thuốc lá

Rượu và thuốc lá là 2 yếu tố nguy cơ kinh điển. Thuốc lá có nguy cơ gây ung thư thực quản cao hơn rượu. Sự nhiễm độc mãn tính của rượu và thuốc lá gây xơ gan và suy hô hấp mãn làm khó khăn và tăng nguy cơ cho phẫu thuật.

- Các tổn thương của thực quản

Bệnh phình giãn thực quản (Achalasia): ung thư xuất hiện ở phần thực quản rộng, trên chỗ hẹp của cơ thắt dưới thực quản nên không làm thay đổi triệu chứng nghẹn đã có từ trước của bệnh phình giãn thực quản. Do vậy, cần theo dõi định kỳ để phát hiện sớm ung thư thực quản.

- Sẹo hẹp thực quản do bỏng: thường xuất hiện muộn sau nhiều năm. Triệu chứng gợi ý là nghẹn lại hoặc tăng lên sau nhiều năm ổn định.
- Ung thư thực quản xuất hiện trên túi thừa thực quản: hiếm gặp.
- Viêm thực quản trào ngược: là yếu tố nguy cơ gây ung thư biểu mô tuyến của thực quản.

- Ngoài ra, một số tổn thương khác của thực quản cũng là yếu tố gây ung thư thực quản như hội chứng Plummer - Vinson, bệnh xơ cứng bì.
  - Các yếu tố nguy cơ khác

Các yếu tố nguy cơ khác cũng được đề cập tới như chế độ ăn, thiếu một số vitamin, chất nitrosamin, gen sinh ung thư...

### 3. GIẢI PHẪU BỆNH

#### 3.1. Hình ảnh đại thể

Trên 98% UTTQ là ung thư biểu mô, được chia làm 2 loại (thể tiến triển và ung thư sớm).

##### 3.1.1. Ung thư sớm

Các tác giả Nhật Bản đưa ra thuật ngữ UTTQ sớm để chỉ các tổn thương ung thư chưa vượt qua lớp niêm mạc, tương đương với giai đoạn Tis và T1 trong phân loại TNM của UICC.

Về mặt đại thể, UTTQ sớm có 3 hình thái chính theo phân loại của Nhật bản:

- Loại I (thể lồi): có dạng polyp
- Loại II (thể phẳng): thể này được chia làm 3 loại (nhô nồng: IIa, phẳng IIb, lõm nồng: IIc).
- Loại III (thể loét): tổn thương loét rõ ràng.

##### 3.1.2. Thể tiến triển

Ung thư thực quản có 3 hình thái cơ bản:

- Dạng sùi: chiếm trên 60% các trường hợp. Đó là khối sùi vào lòng thực quản, bề mặt không đều, thường có loét hoại tử ở trung tâm khối u, bờ xung quanh gồ cao, dễ chảy máu, khi cắt ngang u có màu ngà trắng.
- Dạng loét: ít gặp hơn, chiếm vào khoảng 20 - 30% các trường hợp. Ổ loét sâu, đáy thường có hoại tử, xâm lấn sâu vào thành thực quản và các cấu trúc xung quanh.
- Dạng thâm nhiễm: ít gặp, chiếm khoảng 10%. Tổ chức ung thư xâm lấn lan tỏa thành thực quản, thường là chiếm toàn bộ chu vi, có màu trắng ngà, làm dày đều thành và gây hẹp lòng thực quản.

Tuy nhiên, trên thực tế các tổn thương có thể phối hợp ở các mức độ khác nhau, nhiều khi khó xếp loại.

#### 3.2. Hình ảnh vi thể

Hình ảnh vi thể của UTTQ rất đa dạng và có nhiều cách xếp lại khác nhau, trong đó cách xếp loại của tổ chức Y tế thế giới (WHO) đưa ra năm 1977 là được các nhà giải phẫu bệnh chấp nhận.

### **3.2.1. Ung thư biểu mô vẩy**

Ung thư biểu mô vẩy chiếm trên 90% các trường hợp. Khối u có cấu trúc thuỳ, đôi khi xếp thành bè. Theo mức độ biệt hoá của tế bào, ung thư biểu mô vẩy được chia thành 3 loại (rất biệt hoá, biệt hoá vừa và ít biệt hoá).

- Loại rất biệt hoá: tế bào có hình đa diện với nhiều cầu nối, ít khi thấy có sự không điển hình của nhân tế bào, thường có các cầu sừng giữa các tế bào.
- Loại ít biệt hoá: thường là tế bào đáy, đa hình thái tế bào, tròn, bầu dục, ít khi có cầu sừng nhưng lại có hiện tượng gián phân mạnh.
- Loại biệt hoá vừa: là loại nằm giữa hai thể trên, có vùng là các tế bào đáy, có vùng là các tế bào trung gian và có các ổ biệt hoá hơn với các tế bào vẩy và các cầu sừng. Các tế bào xếp thành bè tương đối đều, có hiện tượng gián phân không điển hình.

### **3.2.2. Ung thư biểu mô tuyến**

- Ung thư biểu mô tuyến: chiếm khoảng 9 %, ung thư xuất phát từ vùng biểu mô tuyến lạc chỗ, có các loại vi thể theo mức độ biệt hoá (ung thư dạng tuyến nhú, ung thư dạng nang tuyến, ung thư biểu mô tuyến nhầy, ung thư tế bào nhẵn).
- Ung thư tuyến - vẩy: có cấu trúc ung thư dạng tuyến và dạng biểu mô vẩy biệt hoá xen kẽ nhau hoặc tách rời nhau.
- Ung thư biểu mô không biệt hoá: ung thư không có cấu trúc tuyến, các tế bào ung thư xếp thành đám hoặc bè. Tế bào đa hình thái, có nhân quái nhân chia. Một số trường hợp tế bào tròn nhỏ, đều giống tế bào lymphô.
- Các loại ung thư khác như các khối u nội tiết xuất phát từ hệ nội tiết lan toả (carcinoide) rất ít gặp.

### **3.2.3. Ung thư tế bào hắc tố**

Cấu trúc khối u là các tế bào hắc tố lớn, nhiều mặt hoặc hình thoi, có nhân lớn. Chẩn đoán dựa vào sự có mặt chất sắc tố trong tế bào bằng phản ứng mô hoá học.

### **3.2.4. Sarcom**

Rất ít gặp, chiếm khoảng 1% các trường hợp. Bao gồm các ung thư cơ trơn, ung thư của tổ chức xơ hoặc ung thư của cơ vận, lympho sarcom.

## **4. PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN UNG THƯ THỰC QUẢN**

Cách phân loại dựa trên kết quả mô bệnh học của bệnh phẩm cắt u, được gọi là cách phân loại pTNM. Việc phân chia giai đoạn ung thư dựa vào 3 yếu tố: T (ung thư nguyên phát), N (di căn hạch vùng) và M (di căn xa). Cách phân loại năm 1992 còn xác định tiêu chuẩn triệt căn của phẫu thuật, cắt u R0 là không còn tổ chức ung thư về đại thể và vi thể, cắt u R1 là còn để lại tổ chức ung thư về vi thể và cắt R2 là còn tổ chức ung thư về đại thể. Cách phân loại năm 2002 theo TNM như sau:

- T:

- Tis: ung thư khu trú ở niêm mạc phủ
- T1: ung thư xâm lấn lớp niêm mạc và dưới niêm mạc
- T2: ung thư xâm lấn lớp cơ nhưng chưa vượt quá lớp cơ.
- T3: ung thư xâm lấn tổ chức liên kết
- T4: ung thư xâm lấn các tạng lân cận
  - N: (cần xét nghiệm ít nhất 6 hạch trung thất)
- N0: không có hạch di căn
- N1: hạch vùng bị di căn (hạch cổ trong UTTQ cổ, hạch trung thất và hạch cảnh dạ dày trong UTTQ ngực)
  - M: di căn tạng hoặc di căn hạch xa
- M0: không có di căn xa
- M1: có di căn xa hoặc di căn hạch xa
  - + UTTQ cổ: M1 (di căn hạch trung thất và hạch cảnh dạ dày)
  - + UTTQ ngực 1/3 trên: M1a (xâm lấn hạch cổ), M1b (di căn hạch thân tạng).
  - + UTTQ 1/3 giữa: M1b (xâm lấn hạch cổ hoặc hạch thân tạng).
  - + UTTQ 1/3 dưới: M1a (xâm lấn hạch thân tạng), M1b (xâm lấn hạch cổ).
- Giai đoạn bệnh:
- Giai đoạn 0: Tis N0M0
- Giai đoạn I: T1 N0 M0
- Giai đoạn II:
  - + Giai đoạn IIa: T2 - T3 N0 M0
  - + Giai đoạn IIb: T1 - T2 N1 M0
- Giai đoạn III: T3 N1 M0, T4 N0 - N1 M0
- Giai đoạn IV:
  - + Giai đoạn IVa: T bất kỳ, có di căn hạch xa
  - + Giai đoạn IVb: T bất kỳ, có di căn hạch xa và hoặc di căn tạng

## 5. CHẨN ĐOÁN UNG THƯ THỰC QUẢN

### 5.1. Chẩn đoán lâm sàng

Trên 90% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn bệnh đã tiến triển, chẩn đoán không khó với các triệu chứng lâm sàng điển hình:

- Nuốt nghẹn là dấu hiệu lâm sàng quan trọng và thường gặp nhất của UTTQ ở giai đoạn tiến triển với đặc điểm là nghẹn liên tục, tăng nhanh. Trên 85% các trường hợp đến khám bệnh vì nghẹn.
- Gây sút gấp ở 70% các trường hợp. Bệnh nhân gây sút nhanh do tiến triển của bệnh và đặc biệt là do không ăn được vì nghẹn.
- Nôn máu: ít gặp, đôi khi cũng là hoàn cảnh phát hiện bệnh.
- Các triệu chứng khác: oẹ, đau sau xương ức, ho, khó thở dễ nhầm với các bệnh tim mạch, hô hấp, dạ dày.
- Khoảng 7% bệnh nhân có các triệu chứng do khối u xâm lấn vào các tạng lân cận hoặc đã có di căn xa (xâm lấn thần kinh quặt ngược, rò khí - phế quản, hạch cổ, hạch thượng đòn, di căn gan, cổ chướng...).

Chẩn đoán sớm UTTQ khó vì đa số các trường hợp bệnh không có triệu chứng hoặc triệu chứng rất mờ nhạt và kín đáo, dễ bị bỏ qua như đau nhẹ sau xương ức, cảm giác vướng nhẹ khi nuốt hoặc nuốt nghẹn thoáng qua, chán ăn, mệt mỏi, gây sút rõ nguyên nhân.

Phát hiện UTTQ sớm chủ yếu là tình cờ qua nội soi đường tiêu hoá trên vì các lý do khác nhau. Ở một số vùng có tần suất UTTQ cao, việc tầm soát, phát hiện ung thư thực quản sớm bằng xét nghiệm tế bào học bằng phương pháp bàn chải rất có giá trị. Khả năng chẩn đoán xác định của phương pháp rất cao tới 97.7%. Ở những nơi tỷ lệ UTTQ thấp, tầm soát không được đặt ra, theo dõi chặt chẽ nhóm người có nguy cơ cao, phát hiện và điều trị các tổn thương tiền ung thư đóng vai trò quan trọng. Ở Nhật Bản nhờ chiến lược kiểm tra định kỳ hàng năm bằng chụp X quang dạ dày - thực quản và nội soi đường tiêu hoá trên cho những người trung niên trở nên đã làm tỷ lệ chẩn đoán UTTQ sớm ngày càng tăng.

## 5.2. Chẩn đoán X quang

Từ lâu, chụp X quang thực quản là phương tiện chính để chẩn đoán UTTQ. Phần lớn các trường hợp UTTQ ở giai đoạn tiến triển có thể chẩn đoán bằng phương pháp này với 3 hình ảnh điển hình: hình khuyết, ổ đọng thuốc hình thấu kính, hình ảnh chít hẹp không đều. Chụp đối quang kép thực quản có thể phát hiện các tổn thương sớm với hình ảnh treo của barit hoặc hình ảnh dạng polyp nhưng khó xác định được bản chất tổn thương. Mặc dù nội soi có nhiều ưu việt hơn nhưng X quang vẫn có vai trò quan trọng chẩn đoán và bilan trước mổ, nhất là trong các tổn thương đã gây hẹp hoặc các trường hợp không thực hiện được nội soi. Ngoài ra, chụp X quang thực quản còn có thể đánh giá khả năng cắt u dựa trên kích thước khối u và trực thực quản.

## 5.3. Chẩn đoán nội soi

Nội soi thực quản là thăm khám cận lâm sàng có tính chất quyết định để chẩn đoán nhất là với các ung thư sớm. Hình ảnh ung thư biểu mô thực quản thể hiện qua nội soi dưới 3 hình thái chính (dạng u sùi, dạng loét thâm nhiễm, dạng hẹp thâm nhiễm). Nội soi và sinh thiết chẩn đoán xác định được 70 - 95% các trường hợp. Phối hợp nội soi, sinh thiết và tế bào học có thể xác định chẩn đoán tới 100% trường hợp.

Để phát hiện UTTQ sớm cần chú ý tới những thay đổi nhỏ nhất của niêm mạc thực quản về màu sắc (hồng nhạt, ngà trắng, vàng nhạt), các thay đổi hình thái nếp niêm mạc (niêm mạc dày lên, lõm xuống), thay đổi tính chiết quang của niêm mạc. Kết hợp nội soi với nhuộm màu niêm mạc thực quản bằng toluidine, lugol hoặc laser quang động học đánh dấu vùng tổn thương đã làm tăng khả năng sinh thiết đúng tổn thương ung thư sớm. Ngoài ra, nhuộm màu niêm mạc còn giúp phát hiện ung thư nhiều vị trí ở thực quản.

#### 5.4. Chẩn đoán mô bệnh học và tế bào học

Chẩn đoán mô bệnh học và tế bào là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán UTTQ. Có 3 phương pháp lấy bệnh phẩm là:

- Sinh thiết qua nội soi.
- Chẩn đoán tế bào bằng phương pháp bàn chải,
- Chẩn đoán tế bào bằng chọc hút qua nội soi

Kochhar và cộng sự so sánh phương pháp chọc hút kim lớn, chẩn đoán tế bào bằng phương pháp bàn chải, sinh thiết qua nội soi và kết hợp cả 3 phương pháp thấy rằng mức độ chính xác của sinh thiết là 88,8% của phương pháp bàn chải là 80,4%, của chọc hút kim lớn là 89,1%, kết hợp phương pháp bàn chải và sinh thiết là 93,5%, kết hợp cả 3 phương pháp là 100%.

#### 5.5. Chụp cắt lớp vi tính

Chụp cắt lớp vi tính là một thăm khám cận lâm sàng rất quan trọng để đánh giá mức độ xâm lấn trung thất, phát hiện khối u thứ hai ở thực quản và phát hiện di căn nhằm xác định giai đoạn bệnh trước mổ. Hình ảnh ung thư thực quản là hình khối làm dày thành thực quản không đều và hẹp lồng thực quản.

##### • Đánh giá xâm lấn thành thực quản và trung thất

- Theo Picus, khi u tiếp xúc với chu vi động mạch chủ một góc  $< 45^\circ$  thì không có xâm lấn và u hoàn toàn có thể cắt được, khi tiếp xúc  $> 90^\circ$  thì chắc chắn có xâm lấn và không thể cắt u, nếu tiếp xúc từ  $45 - 90^\circ$  thì khả năng xâm lấn tăng dần.
- Khi u lồi vào lồng khí phế quản hạch có rò sang khí phế quản là dấu hiệu chắc chắn có xâm lấn, khi u đẩy vòng mặt sau thực quản ra trước thì khả năng xâm lấn tới 60%.
- Xâm lấn cơ hoành, màng tim, màng phổi, tĩnh mạch đơn khó thấy trên phim CCL VT nhưng không phải là chổng chỉ định cắt u.

Nói chung, khả năng đánh giá xâm lấn trung thất của CCLVT không cao, từ 50%-84% theo từng nghiên cứu.

##### • Xác định di căn hạch

Các hạch được coi là di căn ung thư khi kích thước  $> 10\text{mm}$ , có tỷ trọng của tổ chức và tăng nhẹ sau khi tiêm thuốc cản quang. Tuy nhiên, khả năng phát hiện hạch vùng của CCLVT  $< 60\%$  với độ nhạy và độ đặc hiệu khoảng 90%.

- **Xác định di căn xa.**

Theo Rice, CCLVT có độ nhạy là 100% với các di căn gan có kích thước trên 2cm, 75% với di căn có kích thước từ 1 - 2cm và 49% với di căn dưới 1 cm.

## 5.6. Chụp cộng hưởng từ

Chụp cộng hưởng từ (CCHT) có thể tạo ra các lớp cắt đứng dọc, đứng ngang, cắt ngang. UTTQ có hình ảnh đồng tín hiệu T1 và tăng tín hiệu ở T2 so với tín hiệu của cơ thực quản. Lớp mỡ trung thất tăng tín hiệu và thấy rõ ở T1, rất tương phản so với tín hiệu của khối u. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy CCHT không hơn CCLVT trong đánh giá xâm lấn thành thực quản.

Vai trò của CCHT trong xác định xâm lấn các tạng lân cận và di căn có giá trị tương tự như CCLVT. Xâm lấn trung thất (màng tim, động mạch chủ, khí phế quản) với độ nhạy khoảng 90% và độ đặc hiệu 85% và dự đoán khả năng cắt u là 87%.

## 5.7. Siêu âm

- **Siêu âm nội soi (SANS)**

Với siêu âm nội soi đầu dò 7.5 MHz thành thực quản thể hiện bằng 5 lớp tăng giảm âm xen kẽ, tương ứng với các lớp giải phẫu của thực quản. Hình ảnh siêu âm của UTTQ là khối giảm âm khu trú ở thành thực quản, tùy mức độ xâm lấn của khối u vào các lớp khác nhau của thành thực quản mà được xếp thành 4 giai đoạn tương ứng 4 giai đoạn T như mô bệnh học. Hạch được coi là hạch di căn khi có các tiêu chuẩn (khối tròn, giảm tỷ trọng, ranh giới rõ, đường kính ??? 10mm).

SANS là phương pháp cận lâm sàng tốt nhất để đánh giá xâm lấn thành, di căn hạch khu vực và đánh giá khả năng cắt u. SANS đạt độ chính xác từ 77% - 97%, độ nhạy từ 80%-95% với xâm lấn thành thực quản. SANS vượt CCLVT trong xác định xâm lấn các tạng lân cận. Những sai sót thường gặp khi khối u gây hẹp lồng thực quản.

SANS ống nhỏ, tần số cao 20MHz có thể phân biệt được khối u ở niêm mạc và dưới niêm mạc. Điều đó rất có giá trị để xác định nhóm bệnh nhân cho điều trị triệt căn bằng các phương pháp điều trị tại chỗ như cắt niêm mạc thực quản qua nội soi, laser quang động học, xạ trị.

SANS có hạn chế trong đánh giá di căn hạch vùng và không phát hiện được di căn xa. Chẩn đoán chính xác hạch vùng của SANS đạt được từ 65 - 80% với độ nhạy 80-97%.

**Siêu âm bụng:** siêu âm ổ bụng là phương pháp đơn giản và có độ nhạy cao trong phát hiện di căn gan, có thể đạt > 90%.

**Siêu âm vùng cổ:** siêu âm vùng cổ có thể phát hiện các di căn hạch cổ, hạch thượng đòn. Sinh thiết hạch cổ dưới siêu âm rất có giá trị để xác định giai đoạn bệnh. Khi có di căn hạch cổ có nghĩa là bệnh đã ở giai đoạn di căn M1, điều đó sẽ làm thay đổi chiến thuật điều trị cho 20% các trường hợp.

## **5.8. Chụp cắt lớp phát xạ positron (PET - Scan)**

Phương pháp này đang được nghiên cứu để đánh giá xâm lấn tại chỗ, hạch vùng của UTTQ. Chẩn đoán chính xác của phương pháp là 76% và độ nhạy là 92% trong xác định di căn hạch vùng. Phương pháp có độ đặc hiệu cao nhưng có nhược điểm là rất khó phân biệt giữa u chính và hạch cảnh u nên áp dụng chủ yếu để đánh giá tổ chức ung thư chưa cắt hết và phát hiện sớm các tái phát sau mổ.

## **5.9. Soi khí phế quản**

Soi khí phế quản nhằm phát hiện xâm lấn khí phế quản của UTTQ 1/3 trên và 1/3 giữa. Khi có u sùi vào lòng khí phế quản hoặc có rò khí phế quản là chắc chắn có xâm lấn, cần sinh thiết tổn thương để xác định. Ngoài ra, soi khí phế quản, hầu họng cần phải làm hệ thống để phát hiện các ung thư hầu họng, khí phế quản phổi hợp. Tỷ lệ ung thư phổi hợp là 1,5 - 2% các trường hợp.

## **5.10. Soi ổ bụng và soi lồng ngực**

Khi bệnh nhân đã có chỉ định mổ, một số tác giả đã đề nghị soi ổ bụng trước. Soi ổ bụng đã làm thay đổi chiến thuật điều trị trong mổ, thậm chí là tránh được mở bụng không cần thiết từ 6 - 12% mà trước mổ đánh giá là có khả năng cắt u.

Gần đây, soi ngực cũng được áp dụng để đánh giá mức độ xâm lấn các tạng lân cận và hạch trung thất. Tuy nhiên, giá trị của phương pháp còn hạn chế vì thăm dò khả năng cắt u và di căn hạch trung thất cần bóc tách hoàn toàn thực quản mới có thể xác định được.

# **6. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN**

Điều trị ung thư thực quản rất phức tạp, đòi hỏi phối hợp nhiều phương pháp (phẫu thuật, hoá trị và xạ trị) trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất. Phẫu thuật chỉ có tác dụng kéo dài thời gian sống thêm sau mổ nếu phẫu thuật đạt được triệt căn.

## **6.1. Điều trị phẫu thuật ung thư thực quản**

### **6.1.1. Các phương pháp phẫu thuật cắt thực quản**

Phẫu thuật cắt UTTQ có lịch sử gần 100 năm, nhưng chỉ thực sự phát triển sau chiến tranh thế giới thứ 2 với sự phát triển của gây mê nội khí quản và phẫu thuật lồng ngực.

#### **6.1.1.1. Cắt thực quản qua đường ngực**

\* Phẫu thuật Sweet: phẫu thuật cắt phần thấp thực quản và cực trên dạ dày qua đường mổ ngực trái với miệng nối thực quản - dạ dày trong lồng ngực. Một trong những nhược điểm lớn nhất của đường mở ngực trái là gấp khó khăn khi cần cắt thực quản cao do quai động mạch chủ chặn đường vào thực quản, đường mở cơ hoành không đủ rộng để giải phóng dạ dày và vét hạch. Ngày nay, phẫu thuật chỉ còn áp dụng cho UTTQ 1/3 dưới, ở bệnh nhân già yếu, cần mổ nhanh.

\* Phẫu thuật I. Lewis: phẫu thuật cắt thực quản qua đường mổ bụng và ngực bên phải với miệng nối thực quản ở đỉnh lồng ngực phải. Đường mổ bụng để giải phóng dạ dày và vét hạch tầng trên ổ bụng. Đường mổ ngực phải để cắt thực quản, vét hạch trung thất và làm miệng nối thực quản - dạ dày. Phẫu thuật cắt thực quản qua đường bụng và ngực phải có ưu điểm là đường mổ ngực phải rộng để vào suốt chiều dài thực quản và vét hạch trung thất. Phẫu thuật thường đường áp dụng để cắt UTTQ 2/3 dưới.

\* Phẫu thuật Akiyama: phẫu thuật cắt thực quản qua 3 đường (ngực phải bụngk - cổ trái), thay thế thực quản (TTTQ) bằng dạ dày gần toàn bộ sau xương ức một cách hệ thống. Tác giả nhấn mạnh đến việc cắt thực quản và nối ở cổ cho mọi vị trí u để bảo đảm diện cắt thực quản không bị xâm lấn ung thư, vét hạch 3 vùng một cách hệ thống (bụng, ngực, cổ) giảm tỷ lệ tử vong vì biến chứng miệng nối ở cổ không nguy hiểm, TTTQ sau xương ức nhằm tránh tái phát ung thư chèn ép vào thực quản tạo hình. Phẫu thuật được các phẫu thuật viên Nhật Bản áp dụng cho mọi vị trí u. Tuy nhiên, phẫu thuật có nhược điểm là biến chứng hô hấp và tỷ lệ rò miệng nối ở cổ cao nên thường được chỉ định cho các ung thư 1/3 trên của thực quản.

\* Phẫu thuật Mc. Keown: Mc. Keown thực hiện phẫu thuật cắt thực quản qua 3 đường (bụng - ngực phải - cổ phải), TTTQ bằng dạ dày toàn bộ qua trung thất sau với miệng nối thực quản - dạ dày ở cổ nhằm làm giảm nguy cơ nhiễm trùng ở ngực do bục miệng nối.

\* Phẫu thuật cắt thực quản rộng một khối: Skinner đề xuất một kỹ thuật cắt rộng thực quản một khối bao gồm cắt thực quản cách bờ trên và dưới u 10 cm, lấy bỏ rộng tổ chức mỡ, vét hạch rộng trung thất cùng với ống ngực, tĩnh mạch đơn, các nhánh tĩnh mạch liên sườn, màng phổi trung thất, một phần màng tim nếu khối u xâm lấn vào nhằm lấy hết tổ chức ung thư.

\* Các phẫu thuật cắt thực quản, thay thế thực quản bằng đại tràng: chỉ áp dụng khi không sử dụng được dạ dày vì phẫu thuật kéo dài, nhiều miệng nối nên nguy cơ bục miệng nối cao.

#### 6.1.1.2. Cắt thực quản không mở được

Cắt thực quản không mở được hay còn gọi là cắt thực quản qua lỗ cơ hoàn được Denk thực hiện trên chó và xác chết vào năm 1913. Năm 1978, Orringer và Sloan hoàn thiện kỹ thuật và áp dụng cho mọi vị trí UTTQ. Nguyên lý của phẫu thuật bóc táct thực quản bằng tay từ khe hoành lên trung thất qua đường mổ bụng và từ trên cổ xuống qua đường mổ cổ. Tạo hình thực quản bằng ống dạ dày gần toàn bộ qua trung thất sau với miệng nối ở cổ. Phẫu thuật có ưu điểm là nhanh, giảm được biến chứng phổi do không mở ngực. Phẫu thuật có nhược điểm chính là không nạo vét hạch nên thường được chỉ định cho các ung thư 1/3 dưới, ở bệnh nhân già yếu hoặc có suy hô hấp.

#### 6.1.1.3. Cắt toàn bộ thực quản, hầu, thanh quản

Phẫu thuật được áp dụng nhằm mục đích điều trị triệt căn cho các ung thư ở miệng thực quản và ung thư thực quản cổ mà bờ trên u cách miệng thực quản  $\geq 2\text{cm}$ .

#### **6.1.1.4. Cắt thực quản bằng phẫu thuật nội soi**

Phẫu thuật nội soi được áp dụng vào phẫu thuật thực quản từ đầu những năm 1990, các kỹ thuật cũng phát triển theo 2 hướng chính như trong phẫu thuật kinh điển là cắt thực quản qua soi lồng ngực phải hoặc qua soi trung thất.

Collard và cộng sự đã thực hiện cắt thực quản thành công lần đầu tiên trên người qua đường soi ngực phải vào năm 1991. Sau đó, Siwert thực hiện thành công kỹ thuật cắt thực quản qua nối soi trung thất vào năm 1992. Cũng vào năm 1992 Perachia thực hiện kỹ thuật cắt thực quản nội soi qua lỗ cơ hoành.

Cắt thực quản qua soi trung thất với đường mổ ở cổ hoặc qua lỗ cơ hoành để đưa máy nội soi vào. Kỹ thuật này bước đầu chỉ định cho các khối u T1, T2. Việc phẫu tích được thực hiện dưới sự kiểm soát trực tiếp của nội soi nên an toàn, cầm máu tốt, ít có nguy cơ tổn thương khí phế quản, ống ngực, quai tinh mạch đơn, thần kinh quặt ngược. Cắt thực quản qua soi lồng ngực phải có thể cắt được các khối u ở giai đoạn dưới hoặc u T3 và vét hạch rộng trung thất như mổ ngực.

Những vấn đề thảo luận chính là phẫu thuật nội soi cắt được thực quản và vét được hạch rộng như trong mổ mở không. Về chỉ định, khi có suy hô hấp, phổi, màng phổi dính nhiều là chống chỉ định của đường mổ này.

#### **6.1.2. Các phương pháp điều trị tạm thời**

Các phương pháp điều trị tạm thời được áp dụng trong các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật cắt thực quản, bao gồm:

- Khối u xâm lấn khí phế quản và động mạch chủ.
- Bệnh đã có di căn xa
- Bệnh nhân có suy hô hấp nặng, lao phổi tiến triển
- Có suy gan, thận nặng
- Tiền sử nhồi máu cơ tim < 6 tháng
- Thể trạng toàn thân suy kiệt, quá già yếu
  - **Các phương pháp điều trị**
  - Tạo hình thực quản, không cắt u: ít áp dụng vì tử vong và biến chứng cao, không có tác dụng kéo dài thời gian sống.
  - Mở thông dạ dày hoặc hông tràng nuối ăn.
  - Đặt prosthesis thực quản
  - Điều trị bằng laser quang động học nhằm phá huỷ u, làm rộng lồng thực quản.

#### **6.2. Xạ trị và hoá trị**

Có rất nhiều phác đồ điều trị phối hợp giữa phẫu thuật, xạ trị và hoá trị khác nhau trong điều trị ung thư thực quản, gồm"

- Phẫu thuật đơn thuần.

- Hoá trị trước mổ + phẫu thuật
- Hoá trị và xạ trị trước mổ + phẫu thuật
- Hoá trị và xạ trị trước mổ + phẫu thuật + hoá trị và xạ trị sau mổ.
- Phẫu thuật + hoá trị và xạ trị sau mổ.
- Hoá trị và xạ trị phối hợp, không mổ.

Mục đích của xạ trị và hoá trị trước mổ là nhằm giảm xâm lấn tại chỗ và để phòng các di căn nhằm làm giảm giai đoạn bệnh, tăng khả năng cắt u. Ngoài ra, xạ trị và hoá trị trước mổ còn nhằm đánh giá đáp ứng của bệnh để đưa ra các quyết định điều trị phù hợp.

Xạ trị và hoá trị nhằm mục đích điều trị tạm thời cho những bệnh nhân không có chỉ định mổ cắt u vì các lý do khối u xâm lấn rộng, di căn xa hoặc toàn trạng suy kiệt, già yếu...

Các hoá chất có tỷ lệ đáp ứng cao và thường được sử dụng là 5 fluorouracil, cisplastine, bleomycine, mitromycine. Có rất nhiều công thức phối hợp các loại hoá chất khác nhau, nhưng chưa có công thức nào tỏ ra có hiệu quả vượt trội.

Kết quả của các nghiên cứu còn khác nhau, nhưng nhìn chung, nhiều nghiên cứu đã công bố cho thấy điều trị bổ trợ bằng tia xạ và hoá trị có tác dụng làm tăng khả năng cắt u, giảm tái phát tại chỗ và kéo dài thời gian sống sau mổ.

#### • **Chỉ định cụ thể**

- Ung thư giai đoạn T1, T2: điều trị phẫu thuật.
- Ung thư giai đoạn T3, T4: xạ trị trước mổ + điều trị phẫu thuật + xạ trị và hoá trị sau mổ.

### **6.3. Điều trị ung thư thực quản sớm**

Đối với ung thư thực quản sớm, tổn thương khu trú ở niêm mạc, chưa có di căn hạch và di căn xa, có thể điều trị bằng phương pháp cắt u qua nội soi thực quản hoặc bằng laser quang động học.

## **7. KẾT LUẬN**

- Ung thư thực quản là một bệnh ung thư tiêu hoá có tiên lượng xấu, tỷ lệ sống 5 năm < 30%.
- Chẩn đoán bệnh thường muộn, ngoài chẩn đoán xác định bệnh, cần làm bilan đầy đủ để lựa chọn bệnh nhân cho các điều trị phù hợp.
- Điều trị UTTQ đòi hỏi phối hợp nhiều phương pháp (phẫu thuật, xạ trị và hoá trị), trong đó phẫu thuật đóng vai trò chính, phẫu thuật chỉ có giá trị kéo dài thời gian sống nếu đạt được tính triệt căn.

# HỆP MÔN VỊ

PGS.TS. Hà Văn Quyết

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp môn vị là một trong những biến chứng của loét dạ dày - tá tràng. Ngoài ra còn một số nguyên nhân khác gây hẹp môn vị như ung thư dạ dày u tá tràng, u bong Vatex, xâm lấn của u tuy. Đối với trẻ em còn có một bệnh lý gọi là Hẹp phì đại môn vị, có đặc điểm lâm sàng và phương pháp điều trị riêng.

Hẹp môn vị đã được biết từ khá lâu là một trong những bệnh lý kinh điển của bệnh học ngoại khoa. Ngay từ năm 1672, Hildanus và 1789, Bleuland, đến cuối thế kỷ XIX, các tác giải Bouveret, Duplay, Kusmaul, Cruveiler đã nghiên cứu kỹ càng và miêu tả đầy đủ. Những năm đầu của thế kỷ 19 với những tiến bộ về X quang, một số tác giả đặc biệt là Gutmann đã tả những triệu chứng để có thể chẩn đoán sớm và đặt những chỉ định điều trị tốt cho từng loại hẹp môn vị.

Trong thời gian gần đây, có nhiều loại thuốc điều trị khỏi loét DD-TT nên tỷ lệ hẹp môn vị giảm nhiều so với trước kia. Hẹp môn vị hay gặp ở nam giới và ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở người già.

Hẹp môn vị thường có những triệu chứng lâm sàng và X quang điển hình, dễ dàng cho chẩn đoán nhưng đó thường là giai đoạn muộn. Tuy nhiên có thể phát hiện biến chứng hẹp môn vị sớm ở những bệnh nhân bị bệnh loét DD - TT lâu năm, mãn tính, không được điều trị một cách đầy đủ.

Điều trị hẹp môn vị chủ yếu là phẫu thuật. Có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị triệt để cũng như điều trị tạm thời. Các phương pháp này trở nên thường nhật, ít sự thay đổi kỹ thuật trong nhiều năm.

## 2. GIẢI PHẪU BỆNH

Tất cả mọi vị trí của ổ loét dạ dày hay tá tràng, ở gần hay xa môn vị đều có thể gây nên một hẹp môn vị tạm thời hay vĩnh viễn.

- Ổ loét ở môn vị, gần môn vị, có thể gây nên hẹp tại chỗ. Có những trường hợp đặc biệt là ổ loét nằm ngay ở lỗ môn vị sẽ thể hiện Hội chứng Reichmann.
- Loét tá tràng: Thường là những ổ loét xơ chai ở hành tá tràng gây biến dạng và tạo thành tổn thương chít hẹp, hay tạo thành những túi cùng những ổ loét sau hành tá tràng (Post Bulbare), ổ loét D1 cũng có thể dẫn đến hẹp môn vị.
- Co thắt: có thể đơn thuần, nhưng thường phối hợp và nặng thêm trong thương tổn thực thể. Có thể thương tổn không gây chít hẹp hoàn toàn mà do co thắt gây hẹp môn vị tạm thời.

- Viêm nhiễm góp phần quan trọng: Có những ổ loét sâu, nhiều tổ chức hoại tử, tình trạng viêm cấp tính do Helicobacter Pylori có thể xảy ra đột ngột làm phù nề vùng hang và môn vị, cản trở sự lưu thông làm cho thức ăn qua đây khó khăn.
- Co thắt và viêm nhiễm chỉ tạm thời, thường gặp ở những trường hợp ổ loét tiến triển, niêm mạc xung quanh ổ loét phù nề và có thể khỏi hẳn sau một thời gian ngắn điều trị nội khoa.

### 3. LÂM SÀNG

#### 3.1. Tiền sử

Gần như tất cả các trường hợp đều có triệu chứng của loét DD - TT từ nhiều năm. Tất cả đều được điều trị nội khoa nhưng không hoàn toàn khỏi bệnh. Các đợt đau tăng lên không đáp ứng với các loại thuốc điều trị. Xen lẫn các dấu hiệu hẹp môn vị như đầy bụng, ợ hơi, buồn nôn.

Cũng có một ít trường hợp biểu hiện hẹp môn vị cấp tính như trong Hội chứng Reichmann với các triệu chứng: Đau sờm, đau dữ dội, đau tăng nhanh. Nôn sờm, nôn nhiều kèm theo chảy nước bọt nhiều, có khi bệnh nhân phải dùng khăn lau liên tục hoặc dùng bát để hứng.

#### 3.2. Giai đoạn đầu

##### 3.2.1. Lâm sàng

- Đau: thường là đau sau bữa ăn, tính chất đau không có gì đặc biệt, không đau nhiều lắm. Đau thường về đêm và đau tăng dần.
- Nôn: khi có khi không. Thường là có cảm giác đầy bụng hay buồn nôn.

Các triệu chứng này sẽ giảm khi điều trị, nhưng sẽ sớm biểu hiện lại nếu điều trị nội khoa không triệt để. Những trường hợp bệnh nhân loét vừa, không biến dạng hành tá tràng, hẹp môn vị do co thắt hay do viêm nhiễm, phù nề khi được điều trị sẽ giảm hẳn các dấu hiệu lâm sàng. Với các triệu chứng này, khó mà chẩn đoán được vì không có gì đặc hiệu cả. Chẩn đoán phải dựa vào chụp dạ dày hay nội soi.

##### 3.2.2. X quang

Chụp dạ dày sẽ có các dấu hiệu trên những phim toàn thể và hàng loạt như: ứ đọng nhẹ, thuốc vẫn qua môn vị được và cũng có phim thấy môn vị vẫn mở cho thuốc xuống tá tràng bình thường do những co bóp cố gắng của dạ dày. Cho nên hình ảnh cơ bản và sớm nhất trong giai đoạn này là **tăng sóng nhu động, dạ dày co bóp nhiều hơn, mạnh hơn**. Hình ảnh này phải nhìn trên màn hình mới thấy rõ hơn.

Hiện tượng tăng sóng nhu động này xuất hiện từng đợt, xen kẽ là hình ảnh dạ dày giãn dần ra ở vùng hang, trước môn vị.

### 3.2.3. Nội soi

Soi DD - TT phải được chuẩn bị dạ dày sạch để xác định rõ ổ loét, các biến dạng, co thắt môn vị, phù nề chít hẹp môn vị hay tá tràng. Giai đoạn này thường thấy dạ dày ứ đọng nhẹ, vùng môn vị phù nề, lỗ môn vị co thắt, đưa ống soi hơi khó nhưng vẫn qua được. Hình ảnh ổ loét tiến triển với bờ gồ cao, đáy loét khoét sâu, các lớp niêm mạc nề đỏ.

## 3.3. Giai đoạn tiến triển

### 3.3.1. Lâm sàng

#### 3.3.1.1. Dấu hiệu cơ năng

- Đau: **Đau muộn, 2 - 3 giờ khi ăn**, có khi muộn hơn nữa. Đau từng cơn, đau cuộn bụng, các cơn đau liên tiếp nhau. Vì đau nhiều, nên có khi bệnh nhân không dám ăn, mặc dù rất đói.
- Nôn: càng ngày nôn càng nhiều. Nôn ra nước ứ đọng của dạ dày màu xanh đen, trong có thức ăn của bữa cơm mới ăn lẫn với thức ăn của bữa cơm trước khi chưa được tiêu hóa. Nôn được thì hết đau, cho nên khi vì đau quá bệnh nhân phải được móc họng cho nôn.

#### 3.3.1.2. Toàn thân

mất nước, gđ đầu nhiễm kiềm

Da xanh, người gầy, da khô, mất nước, mệt mỏi. Do nôn nhiều, ăn uống ít nên thể trạng bệnh nhân gầy sút nhanh, đái ít và táo bón.

#### 3.3.1.3. Thực thể

- Óc ách lúc đói: buổi sáng sớm, khi bệnh nhân chưa ăn uống, nếu lắc bụng sẽ nghe rõ tiếng óc ách. Triệu chứng này rất có giá trị và gặp thường xuyên, trừ khi dạ dày quá đầy nước hay đang co bóp mạnh. Tiếng óc ách này biểu hiện có nước ứ đọng ở dạ dày.
- Song nhu động: Những sóng nhu động xuất hiện tự nhiên hay sau khi kích thích bằng cách búng nhẹ lên thành bụng. Sóng bắt đầu từ dưới sườn trái chuyển dần về phía phải, vùng môn vị, đôi khi chú ý có thể nghe thấy tiếng ùng ục kết thúc một sóng nhu động. Các sóng này xuất hiện từng đợt, nhìn thấy rõ dưới một lớp thành bụng mỏng, da nhăn nheo.
- Dấu hiệu Buverret: nếu đặt tay lên ở vùng trên rốn sẽ thấy căng lên từng lúc. Trái lại, bụng dưới lẹp kẹp, qua lớp thành bụng mỏng có thể nắn thấy cột sống, làm cho bụng có hình lõm lòng thuyền. Sau bữa ăn thấy càng rõ hơn.

### 3.3.2. X quang

Khi soi có uống thuốc cản quang sẽ có nhiều hình ảnh rõ ràng, đặc hiệu sau:

- Hình ảnh tuyết rơi: Do những ngụm Baryt đầu tiên rơi từ từ qua lớp nước ứ đọng trong dạ dày.
- Dạ dày giãn lớn: Đáy sa thấp, giảm nhu động, tạo thành hình chậu khá rõ.

Có 3 mức: dưới là baryt, giữa là nước ứ đọng có thể nhiều hay ít, và trên cùng là túi hơi dạ dày.

- Sóng nhu động: Nếu có nhiều và mạnh, chứng tỏ các lớp cơ dạ dày còn tốt.

Xen kẽ các đợt co bóp dạ dày ì ra không có sóng nhu động. Thuốc không xuống tá tràng hay xuống được rất ít.

- Ứ đọng ở dạ dày: Sau 6 - 12 giờ, nếu chiếu hoặc chụp lại, sẽ thấy thuốc cản quang nằm đọng lại khá nhiều ở dạ dày, hình dạ dày giãn to, thuốc cản quang không qua môn vị. Hành tá tràng và tá tràng không hiện lên trên các phim tá loại.

Nếu ở giai đoạn này không được điều trị, bệnh sẽ diễn biến nhanh chóng hơn và dẫn tới giai đoạn cuối.

### 3.3.3. Nội soi

Dạ dày ứ đọng, nhiều dịch nâu có cặn thức ăn. Dạ dày giãn, vùng hang - môn vị phù nề, lỗ môn vị thắt nhỏ. Dưa ống soi khó qua, phải bơm căng và cố đẩy mới xuống đến tá tràng. Hình ảnh ổ loét vẫn có thể nhìn thấy ở trước môn vị, ngay môn vị hay hành tá tràng. Nhưng môn vị, tá tràng chít hẹp, các lớp niêm mạc viêm nề đỏ. Nếu ổ loét sau hành tá tràng hay ở D2 thì ống soi qua lỗ môn vị mở rộng, hành tá tràng giãn mới đến chỗ chít hẹp.

## 3.4. Giai đoạn cuối

Chẩn đoán hẹp môn vị ở giai đoạn này rất dễ dàng với các triệu chứng điển hình.

### 3.4.1. Lâm sàng

#### 3.4.1.1. Cơ năng

- Đau: Đau liên tục nhưng nhẹ hơn giai đoạn trên. Cũng có khi không đau hay chỉ đau rất ít.
- Nôn: ít nôn hơn, nhưng mỗi lần nôn thì ra rất nhiều nước ứ đọng và thức ăn của những bữa ăn trước, có khi 2 - 3 ngày trước. Chất nôn có mùi thối. Bệnh nhân thường phải móc họng cho nôn.

**3.4.1.2. Toàn thân:** Tình trạng toàn thân suy sụp rõ rệt. Bệnh cảnh của một bệnh nhân mất nước: toàn thân gầy còm, mặt hốc hác, mắt lõm sâu, sa khô đét nhăn nheo. Bệnh nhân ở trong tình trạng nhiễm độc kinh niên, có khi lơ mơ vì urê huyết cao hay co giật vì calci trong máu hạ thấp. mất nước + nhiễm độc

Vì thế, trong giai đoạn này cần phải xác định sự thiếu hụt của nước và điện giải để hồi phục lại cho thích hợp.

#### 3.4.1.3. Dấu hiệu thực thể

- Dạ dày dãn to, xuống quá mào chậu, có khi chiếm gần hết ổ bụng, bụng trương không chỉ riêng ở thượng vị mà toàn bụng.

- Lắc nghe rõ óc ách lúc đói.
- Dạ dày mất hết trương lực, không còn co bóp, mặc dù kích thích cũng không có một dấu hiệu phản ứng nào nữa.

### 3.4.2. X quang

Các hình ảnh tuyết rơi, dạ dày hình chậu lại càng rõ rệt. Dạ dày không còn sóng nhu động, hay nếu có thì chỉ rất yếu ớt và vô hiệu. Sau 12 - 24 giờ hay hơn nữa baryt vẫn còn đọng ở dạ dày khá nhiều, có khi vẫn còn nguyên.

Cần chú ý những trường hợp hẹp môn vị muộn sau khi chụp X quang, nên rửa dạ dày để tránh biến chứng thủng.

### 3.4.3. Nội soi

Nội soi DD - TT ở giai đoạn này dễ dàng xác định hẹp môn vị với các dấu hiệu: Dạ dày giãn to, ứ đọng nhiều dịch nâu, khi hút sạch dạ dày xuất tiết nhiều, niêm mạc viêm đỏ ứ đọng, môn vị chít hẹp hoàn toàn, chỉ thấy một lỗ nhỏ, không thể đưa ống soi qua được. Những trường hợp này khi soi **rất khó tìm thấy môn vị** vì dạ dày giãn, ống soi phải đẩy sâu gần hết và gấp cong đầu ống soi lên trên để vào hang - môn vị nên vị trí lỗ môn vị thay đổi.

Ở trên, chúng tôi vừa mô tả các triệu chứng lâm sàng, X quang và nội soi của ba giai đoạn bệnh. Với những hiểu biết và điều kiện hiện nay nên đã chẩn đoán bệnh được sớm do vậy càng ngày càng ít gặp hẹp môn vị ở giai đoạn cuối. Bệnh nhân thường được điều trị nội khoa có kết quả ngay từ đầu với các loại thuốc. khi không khỏi được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật sớm.

## 4. NHỮNG RỐI LOẠN VỀ THỂ DỊCH

Những năm gần đây, người ta nói tới nhiều và coi đây là một vấn đề quan trọng để đánh giá tiên lượng bệnh. Kết quả phẫu thuật xấu hay tốt, một phần lớn là do những rối loạn này nhiều hay ít, nặng hay nhẹ và phương pháp điều trị trước khi mổ có thích hợp và khẩn trương không.

Trong hẹp môn vị cơ năng cũng có thể có những rối loạn nặng, ngược lại nếu một hẹp thực thể mà diễn biến từ từ chậm chạp, có thể không có biểu hiện.

### 4.1. Máu thiếu máu mạn tính + cô đặc máu

Vì ăn uống kém, không hấp thu được nên bình thường là bị thiếu máu, nhưng có thể số hồng cầu vẫn cao, vì ở đây có hiện tượng máu cô, Hématocrit thường tăng. Protid trong huyết tương hơi tăng.

### 4.2. Điện giải

Đây là vấn đề chủ yếu, các điện giải mất không đều nhau. Trong nước dạ dày nôn ra chiếm một tỷ lệ khá cao clo, còn đậm độ natri thấp. Cho nên trong máu:

- **Clo hạ nhiều**
- Natri có hạ nhưng ít hơn clo

- Kali giảm ít. Kali chính là ở các tế bào, cho nên phản ứng của máu không được chính xác.
- Dự trữ kiềm tăng về mất acid (**kiềm chuyển hoá**)
- Azot trong máu tăng, có khi tăng rất nhiều là do: tỷ lệ clo trong máu hạ thấp; đói; thận bị tổn thương, vì tình trạng kiềm làm giảm chức năng thận. Các thương tổn này có thể hoàn toàn được phục hồi.

### 4.3. Nước

Nước mất do nôn, phần lớn được thay thế bằng nước trong khu vực nội tế bào, cho nên khối lượng nước ngoài tế bào hầu như bình thường. Một phần clo và kali cũng từ khu vực nội tế bào chuyển qua. Nếu tế bào mất nước nhiều hơn điện giải dẫn đến tình trạng ưu trương tế bào.

### 4.4. Nước tiểu

Bệnh nhân đái ít hơn, trong nước đái tỉ lệ clo, natri hạ thấp.

## 5. CHẨN ĐOÁN

### 5.1. Chẩn đoán xác định

#### 5.1.1. Trong hẹp môn vị nhẹ

Lúc mới bắt đầu: Cơn đau bụng vùng rốn tăng lên dần, đau liên tục không đau theo chu kỳ như thời gian trước. Xuất hiện từng đợt vì có hiện tượng co thắt và viêm nhiễm hỗn hợp. Có khi viêm phù nề chiếm ưu thế, đặc điểm là xuất hiện từng đợt rất đột ngột, nhưng cũng biến đổi rất đột ngột dưới tác dụng của điều trị nội khoa.

Về sau: hẹp trở thành thực thể, xuất hiện thường xuyên, mỗi ngày một nặng thêm. Các dấu hiệu lâm sàng thể hiện theo các giai đoạn tiến triển của bệnh.

Bệnh nhân đã có một thời gian đau chừng vài ba, bốn năm năm có khi hơn. Đau theo mùa, nhịp theo mỗi bữa ăn, mỗi cơn đau kéo dài một tuần lễ. Đau ở vùng trên rốn, khi đau uống thuốc muối thấy đỡ ngay (không nên dùng). Xét nghiệm sinh hoá, thấy độ toan dịch vị cao, X quang và nội soi có thể xác định bệnh một cách rõ ràng.

Đối với một bệnh nhân mang một ổ loét ở dạ dày tá tràng, trong khi theo dõi điều trị nội khoa, thấy xuất hiện hội chứng hẹp môn vị thì phải sớm giải quyết ngoại khoa, không chờ đến lúc tình trạng chung kém không đủ sức chịu đựng phẫu thuật.

Mặt khác, một ổ loét ở phần ngang bờ cong nhỏ có khả năng gây hẹp thì có khả năng thoái hoá thành ung thư.

#### 5.1.2. Trong hẹp môn vị nặng

Các triệu chứng khá rõ ràng và đặc hiệu nên chẩn đoán thường là dễ dàng, ít nhầm lẫn, căn cứ vào:

- Triệu chứng cơ năng: đau, nôn.
- Triệu chứng thực thể: lắc óc ách khi đói; dấu hiệu Buvorê.
- Triệu chứng X quang: hình ảnh tuyết rơi, dạ dày hình chậu, sau 6 giờ dạ dày còn baryt.

## 5.2. Chẩn đoán phân biệt

**5.2.1. Viêm teo vùng hang vị:** thường có kèm theo một ổ loét bờ cong nhỏ. Teo là do viêm mãn tính vùng này, rất khó điều trị nội khoa khỏi triệt để. Chẩn đoán phải dựa vào nội soi: vùng hang vị xơ teo, co nhỏ. Có thể có những vết viêm chít nồng (Eróin) và dấu hiệu X quang: hình ảnh hang vị co nhỏ, gấp khúc như ngón tay đi găng.

Loại teo đơn thuần không kèm theo ổ loét có thể gặp nhưng rất hiếm, khi soi dạ dày niêm mạc lốm đốm mảng trắng hay bợt màu.

**5.2.2. Hẹp phì đại cơ môn vị:** Xuất hiện ở trẻ nhỏ mới đẻ. Sau vài tuần bình thường xuất hiện nôn. Nôn nhiều, ngày càng tăng dần đến rối loạn toàn thân. Trên phim X quang, môn vị bị kéo dài như sợi chỉ, phía trên là dạ dày giãn to.

**5.2.3. Ung thư gây hẹp môn vị chiếm tỷ lệ thứ hai, sau ổ loét.** Thường là những ung thư vùng hang và môn vị.

Khi ung thư phát triển tạo thành những khối u lớn dần gây chít hẹp, cản trở lưu thông dạ dày xuống tá tràng. Hẹp có thể diễn biến từ từ, chậm chạp, nhưng thường thì rất nhanh. Ung thư thường là nguyên phát nhưng cũng có thể là thứ phát từ một nơi khác đến. Về các tính chất của hẹp thì ung thư và loét không có gì để phân biệt rõ rệt. Muốn chẩn đoán nguyên nhân, phải căn cứ vào triệu chứng của bệnh.

### 5.2.3.1. Triệu chứng lâm sàng

Thường là một bệnh nhân 40 - 60 tuổi

Một vài tháng nay ăn uống không thấy ngon, chán ăn, có cảm giác nặng nặng, trương trương ở vùng trên rốn. Đau nhè nhẹ. Người mệt mỏi, sút cân. Những triệu chứng này không có gì đặc biệt nên rất dễ bỏ qua.

Hay bệnh nhân đến bệnh viện là vì một khối u ở vùng trên rốn, khối u còn hay đã mất tính di động.

Thành dạ dày bị ung thư thâm nhiễm, cứng, không thể giãn to được. Nhưng nếu khối u ở thấp, tiến triển chậm, tổ chức dạ dày phía trên còn tốt có thể giãn to.

### 5.2.3.2. X quang

X quang giúp ích nhiều cho chẩn đoán. Có nhiều hình ảnh khác nhau.

- Ống môn vị chít hẹp lại thành một đường nhỏ, khúc khuỷu, nham nhở, bờ không đều.

- Vùng hang vị có hình khuyết rõ rệt. Môn vị bị kéo lên cao.
- Bờ cong nhỏ cứng, có khi là một đường thẳng.

### 5.2.3.3. Nội soi

Xác định nhanh chóng tổn thương là khối u sùi choán toàn bộ vùng hang vị, niêm mạc xung quanh cứng, mất nếp. Hoặc là một loét lớn ở bờ cong nhỏ, bờ cứng, đáy sâu có nhiều tổ chức hoại tử, lan rộng đến môn vị gây chít hẹp hoàn toàn, không đưa ống soi xuống tá tràng được. Sinh thiết có kết quả giải phẫu bệnh lý là ung thư.

### 5.2.4. Bệnh co thắt tâm vị

Dấu hiệu đầu tiên là nuốt nghẹn. Nuốt nghẹn từng lúc, tăng dần và nghẹn liên tục. Nghẹn thường bắt đầu là chất lỏng sau đó dần dần thức ăn đặc. Trong hay sau khi ăn, bệnh nhân oẹ rất nhiều giống như nôn.

X quang thấy thực quản giãn to, ở dưới chít hẹp lại, mềm mại, thành hình củ cải, không có túi hơi dạ dày.

Nội soi thấy ú đọng thức ăn trong thực quản. Thực quản giãn to, tâm vị chít hẹp, co thắt liên tục nhưng niêm mạc mềm mại. Khi soi phải chờ cơ tâm vị mở ra mới đưa ống soi xuống dạ dày được.

### 5.2.5. Hẹp tá tràng

Có thể do loét, u hay do túi thừa tá tràng. Tuỳ theo vị trí của tổng thương gây hẹp mà có các biểu hiện khác nhau.

- Trên bóng Vate: giống như một hẹp môn vị, không thể nào phân biệt được.
- Dưới bóng Vate:
  - + Nôn ra nước vàng (mật + dịch tuy)
  - + Nôn rất nhiều
  - + Toàn thân suy sụp rất nhanh
  - + X quang xác định được chỗ hẹp, trên đó là hành tá tràng giãn rộng.
  - + Nội soi xác định rõ vị trí của hẹp và tổn thương gây hẹp. Sinh thiết có thể xác định loại thương tổn.

**5.2.6. Tắc ruột cao:** Thường gặp trong tắc ruột cao do u bã thức ăn, do dây chằng Ladd. Các triệu chứng lâm sàng khó phân biệt. Cần phải chụp bụng để xác định mức nước - hơi ở quai ruột cao. Nếu khó chẩn đoán có thể nội soi dạ dày - tá tràng.

### 5.2.7. Nguyên nhân thần kinh

- Liệt dạ dày do thần kinh: dạ dày không co bóp, ì ra. Các triệu chứng xuất hiện không thường xuyên và bệnh nhân có thể hoàn toàn được hồi phục.

- Tăng áp lực nội sọ: Do nhiều nguyên nhân gây tăng áp lực nội sọ thể hiện bệnh nhân nôn nhiều, nôn liên tục. Kèm theo có các triệu chứng khác như đau đầu, mắt mờ.

### **5.2.8. Túi mật**

Khi túi mật viêm do sỏi, túi mật căng to do tắc mật. Các cơn đau tăng lên đồng thời nôn nhiều, nôn tăng dần. Cơ chế gây nôn có thể:

Do co thắt cơ môn vị

Do tổn thương thực thể (ít gấp hơn): Do các cơ chế sau:

- Sỏi túi mật đè lên môn vị
- Viêm nhiễm chung quanh vùng túi mật khi túi mật viêm có mủ.
- Viêm vùng môn vị, tá tràng: thành dạ dày và tá tràng dày lên, cản trở sự lưu thông.

Các triệu chứng của hẹp môn vị mà nguyên nhân ở túi mật không có gì khác, cho nên chỉ chẩn đoán được nguyên nhân khi có kèm theo các triệu chứng của gan mật, nhưng thực tế cũng rất khó.

Tiền sử: đau vùng gan, rối loạn tiêu hoá kiểu túi mật.

Thực thể: thử nghiệm Murphy dương tính, có khi sờ thấy túi mật to.

X quang rất cần cho chẩn đoán: chụp dạ dày hàng loạt, tìm tổn thương ở dạ dày, tá tràng; chụp đường mật không chuẩn bị và có chuẩn bị bằng các thuốc cản quang.

Nội soi: không thấy thương tổn ở DD - TT.

### **5.2.9. Tuy**

- Viêm tuy mạn tính thể phì đại
- Ung thư đầu tuy

Các biểu hiện lâm sàng với các triệu chứng của hẹp môn vị, đồng thời có các biểu hiện tắc mật, tắc Wirsung.

## **6. ĐIỀU TRỊ**

Trước hết phải phân biệt là hẹp cơ năng hay thực thể. Một hẹp môn vị cơ năng không có chỉ định điều trị ngoại khoa. Chỉ cần một thời gian điều trị nội bằng thuốc kháng sinh diệt vi khuẩn Helicobacter, các thuốc chống co thắt, bệnh sẽ khỏi hẳn. Ngược lại một hẹp môn vị thực thể là một chỉ định điều trị ngoại khoa tuyệt đối.

Nên nhớ rằng một hẹp một vị thực thể dù ở mức độ nặng cũng không cần phẫu thuật ngày, mà sau khi bệnh nhân phải kịp thời bồi phụ lại sự thiếu hụt về nước, điện giải và năng lượng cho bệnh nhân.

## 6.1. Hồi sức

Bằng đường tĩnh mạch, đưa lại nước, điện giải, năng lượng, protid. Cho bao nhiêu phải căn cứ vào lâm sàng và các xét nghiệm sinh hoá mà bồi phụ. Tính chính xác tỉ lệ Clo, natri, kali trong máu.

Các dung dịch thường được dùng: các loại dung dịch mặn đẳng trương như lactat ringer, dung dịch ngọt để cung cấp thêm nước và điện giải, năng lượng. Ngoài ra nuôi dưỡng thêm bằng các dung dịch đậm để bổ sung kali, clorua, protid, các loại vitamin...

Công việc bồi phụ nước và điện giải tiến hành trước và cả sau mổ.

## 6.2. Chuẩn bị bệnh nhân

Hàng ngày rửa dạ dày dày thật sạch bằng nước ấm. Phải dùng ống cao su to (Faucher). Có thể sau vài lần rửa, bệnh nhân đỡ nôn, ăn uống được, toàn thân tốt hơn.

Nếu bệnh nhân còn ăn được, cho ăn các chất dễ tiêu, nhiều chất bổ.

Có thể phối hợp thêm với các thuốc chống viêm mạc dạ dày như kháng sinh, collargol; các chất co thắt như Buscopan...

## 6.3. Điều trị phẫu thuật

Tốt nhất cũng là phẫu thuật cắt đoạn dạ dày, vừa giải quyết được biến chứng hẹp môn vị, vừa giải quyết nguyên nhân của bệnh loét. Cho nên nếu một bệnh nhân đến bệnh viện sớm, trong lúc tình trạng còn tốt, còn có thể chịu đựng được phẫu thuật lớn thì nên chuẩn bị tốt và phẫu thuật cắt đoạn dạ dày. Nếu bệnh nhân yếu, tình trạng chung không cho phép, urê huyết cao, ổ loét khó, thì nên dùng phẫu thuật nối vị tràng đơn giản.

### 6.3.1. Các phương pháp phẫu thuật

#### 6.3.1.1. Cắt 2/3 dạ dày

Là phẫu thuật thường tiến hành nhiều nhất. Nó bao gồm cắt toàn bộ hang vị, môn vị cộng với một phần thân vị nhằm lấy bỏ các ổ loét đồng thời giảm bớt tổ chức tuyến bài tiết dịch vị, loại trừ vùng hang vị bài tiết ra gastrine, kích thích bài tiết dịch vị. Sau đó lập lại sự lưu thông dạ dày - ruột theo kiểu Billroth I hoặc Billroth II.

- Kiểu Billroth 1: Nối phần dạ dày còn lại với tá tràng bằng hai kỹ thuật nối.
  - PEAN: Đóng mỏm dạ dày còn lại hẹp bớt trước khi nối với mỏm tá tràng.
  - VON HABERER: Để nguyên mỏm dạ dày còn lại và nối với mỏm tá tràng.

Ưu điểm:

- Lấy bỏ tổn thương loét gây hẹp môn vị ở các vị trí như BCN, hang - môn vị, tá tràng. Hợp với sinh lý, thức ăn vẫn chứa trong dạ dày, đi vào tá tràng theo đường tiêu hoá bình thường. Quá trình tiêu hoá thức ăn và hấp thu

dinh dưỡng gần như cũ. Hoạt động kích thích các loại men tiêu hoá không thay đổi nhiều. Biến chứng sau mổ ít hơn.

Điều kiện: Mỏm tá tràng phải còn dài và mềm mại.

- Kiểu Billroth II:

Đóng kín mỏm tá tràng và sau đó nối phần dạ dày còn lại với quai hông tràng đầu tiên. Có thể nối qua mạc treo đại tràng ngang hoặc trước đại tràng ngang. Có 2 cách khâu nối sau:

- POPLYA: Để nguyên mỏm dạ dày rồi nối với quai hông tràng đầu tiên.
- FINSTERER: Khâu bớt mỏm dạ dày rồi nối với quai hông tràng đầu tiên.
  - + Ưu điểm: áp dụng được trong cả trường hợp ở loét dạ dày hoặc tá tràng chảy máu. Kỹ thuật dễ thực hiện hơn.
  - + Nhược điểm: thức ăn xuống dạ dày nhanh hơn, lưu thông dạ dày - ruột không giống như sinh lý bình thường, hội chứng Dumping nhiều hơn.

### 6.3.1.2. Phẫu thuật nối vị tràng

Chỉ định cho những trường hợp sau:

- Hẹp môn vị giai đoạn muộn. Người già và tình trạng suy kiệt.
- Loét tá tràng ở sâu mà không có khả năng cắt dạ dày được.

Phẫu thuật giải quyết được hẹp, ổ loét vẫn còn, nguyên nhân gây nên loét là niêm mạc dạ dày vẫn còn. Hơn nữa về sau lại có thể xuất hiện loét miệng nối, mà đa số phải điều trị bằng phẫu thuật.

### 6.3.1.3. Cắt dây thần kinh X

- Trong trường hợp hẹp do loét tá tràng nằm ở sâu, không thể cắt dạ dày và lấy bỏ ổ loét.
- Phối hợp với tạo hình môn vị và nối vị tràng có thể cắt dây thần kinh X kèm theo để điều trị triệt để hơn.
- Mục đích: loại trừ cơ chế tiết dịch do thần kinh
- Ưu điểm của các phương pháp cắt dây X là tử vong và biến chứng ít hơn so với cắt dạ dày.
- Các kiểu kỹ thuật: Cắt dây thần kinh X toàn bộ

Cắt dây X chọn lọc kinh điển

Cắt dây X chọn lọc cao (siêu chọn lọc)

1) Cắt dây X toàn bộ + nối vị tràng (phẫu thuật Draysteadt).

- Cắt 2 thân dây kinh X khi chui qua lỗ hoành xuống bụng.

- Nối vị tràng.

2) Cắt dây X toàn bộ + tạo hình môn vị (Phẫu thuật Weinberg).

3) Cắt dây X chọn lọc cao (cắt dây X siêu chọn lọc) + Nối vị tràng.

Theo phương pháp kinh điển hay cải tiến theo phương pháp Taylor như sau:

- Cắt trên chỗ phân chia nhánh gan của dây X trước (dây X trái).
- Cắt trên chỗ phân chia nhánh tạng đối với dây X sau (dây X phải).
- Nối vị tràng.

4) Cắt hang vị + cắt dây X

Mục đích: vừa loại trừ cơ chế tiết dịch thể dịch (vì cắt mất vùng tiết Gastrin) vừa loại trừ cơ chế tiết dịch thần kinh (cắt dây thần kinh X).

Ưu điểm là dạ dày mất ít hơn.

## VII. KẾT LUẬN

Biến chứng hẹp môn vị do loét tuy giảm nhiều so với thời gian trước kia nhưng vẫn thường gặp. Cần phát hiện và chẩn đoán sớm để có chỉ định điều trị thích hợp. Điều trị nội khoa, hồi sức bồi phụ nước và điện giải cần được chú ý cả trước, trong và sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asley - SW; Evoy - D; Daly - JM (1999)

Stomach. Principler of surgery.

Seventh editon Mc Graw - Hill; 1181 - 1215.

2. Debas - HT; Mulvihill - SJ (1997)

Complication of peptic ulcer

Maingot's abdominal operations. Tenth edition; 981 - 997

3. Howard M. Spiro (1977)

Complication of peptic ulcer.

Clinical Gastroenterology. Second edition; 307 - 340

# CHẢY MÁU ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

PGS.TS. Hà Văn Quyết

## 1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

### 1.1. Định nghĩa

- Chảy máu đường tiêu hoá (CMĐTH) là máu chảy do các tổn thương từ miệng đến hậu môn.
- Thể hiện trong lâm sàng là 2 loại:
  - + Chảy máu đường tiêu hoá trên (CMĐTHT)
  - + Chảy máu đường tiêu hoá dưới (CMĐTHD)
- Trong cấp cứu thường gặp là CMĐTH chiếm khoảng 80 - 90%. CMĐTH thể hiện là nôn ra máu và ỉa phân đen. Khoảng 10% là chảy máu thấp, thể hiện ỉa máu đỏ sẫm hoặc máu đỏ tươi.

### 1.2. Thái độ xử trí

Trước một trường hợp chảy máu tiêu hoá cần phải thực hiện các bước sau:

- Xác định tình trạng chảy máu
- Thực hiện các thủ thuật để điều trị hồi sức, theo dõi.
- Đánh giá mức độ chảy máu
- Thái độ điều trị

#### 1.2.1. Xác định tình trạng chảy máu

- Lấy mạch: tần số mạch thể hiện mức độ chảy máu, là dấu hiệu cho biết tình trạng huyết động. Nếu mạch nhanh, nhưng có thể dẫn đến truy mạch do mất máu.
- Đo huyết áp động mạch: nếu huyết áp thấp, tụt thể hiện truy mạch hoặc là sốc do mất máu.
- Xét nghiệm: hématocrit hay hémoglobin.

#### 1.2.2. Các thủ thuật cần làm

- Xét nghiệm xác định nhóm máu
- Đặt 1 cathéter để truyền dịch và truyền máu, theo dõi huyết áp tĩnh mạch trung ương.
- Đặt 1 sonde đái để theo dõi lượng nước tiểu trong trường hợp hồi sức tích cực.

### **1.2.3. Đánh giá mức độ chảy máu**

Phụ thuộc vào nhiều yếu tố nhất là khối lượng mất máu, tình trạng chung, huyết động, cần truyền máu hay không phải làm xét nghiệm. Có thể chia làm 3 mức độ như sau:

- Chảy máu nặng: Sốc mất máu: mạch > 120l/phút. HA < 80mmHg, hồng cầu < 2.5 triệu. Hématocrite < 30%, Hb < 8 g/100ml. Cần phải truyền đến 1000ml máu.
- Chảy máu vừa: có các dấu hiệu ban đầu của sốc mất máu: mạch 100 - 120l/phút HA 80 - 100mmHg, hồng cầu 2,5 - 3 triệu, hématocrit 30 - 35%, Hb 9g - 10g/100ml. Có thể cần truyền 250 - 500 ml máu.
- Chảy máu nhẹ: không có dấu hiệu sốc mất máu, huyết động ổn định: mạch 90 - 100ml. Không cần phải truyền dịch, truyền máu.

Tuy nhiên khi bệnh nhân tiếp tục chảy máu, mức độ mất máu từ nhẹ chuyển thành nặng. Do vậy không nên cho rằng bệnh nhân chảy máu nhẹ không chú ý theo dõi.

### **1.2.4. Thái độ điều trị**

- Hồi sức tích cực tuỳ thuộc vào mức độ chảy máu, có thể truyền dịch trước sau đó truyền máu. Đặt cathéter tĩnh mạch, đặt nhiều đường truyền nếu cần thiết: theo dõi huyết áp tĩnh mạch trung ương, huyết áp động mạch.
- Xác định nguyên nhân chảy máu: trước hết phải xác định chảy máu cao hay chảy máu thấp. Thông thường là các nguyên nhân chảy máu cao ít khi phối hợp giữa chảy máu cao và chảy máu thấp.
- Chỉ định điều trị: CMĐTH phần lớn các nguyên nhân được điều trị nội khoa tỷ lệ tử vong chung là 10 - 40%. Phụ thuộc vào các nguyên nhân các yếu tố ảnh hưởng như tuổi già trên 60 có các bệnh lý kèm theo. Điều trị ngoại khoa được đặt ra tuỳ thuộc vào các tổn thương, điều kiện phẫu thuật và kết quả điều trị nội khoa.

## **2. PHÂN LOẠI CHẢY MÁU**

### **2.1. Chảy máu đường tiêu hoá trên (CMĐTHT)**

#### **2.1.1. Định nghĩa**

Là biểu hiện nôn máu, ỉa phân đen do các tổn thương nằm từ lỗ thực quản đến Treitz.

#### **2.1.2. Nguyên nhân**

Chiếm 80 - 90% các nguyên nhân chảy máu đường tiêu hoá 3 nguyên nhân thường gặp là:

Loét dạ dày - tá tràng (LĐTT)

Viêm dạ dày, viêm tá tràng hoặc viêm dạ dày tá tràng.

Vỡ búi tĩnh mạch thực quản do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

2.1.2.1. *Loéy dạ dày tá tràng (LĐTT - TT)* chảy máu là biến chứng thường gặp của LDD-TT. Khoảng 20% ổ loét có chảy máu. Chiếm tỉ lệ cao trong CMĐTHT.

### Giải phẫu bệnh lý:

#### • Tổn thương chảy máu

Ổ loét ăn thủng vào mạch máu

Chảy máu ở đáy ổ loét

Chảy máu ở bờ ổ loét.

Vị trí ổ loét

Hành tá tràng: tỉ lệ cao hơn dạ dày, có khả năng tự cầm.

Dạ dày: thường là ở bờ cong nhỏ (ít khi tự cầm).

#### • Tổn thương phổi hợp

Loét DD - TT + Varices thực quản.

Nhiều ổ loét

### Lâm sàng:

- Tiên sử: có tiền sử loét DD - TT biểu hiện đau trên rốn có tính chất chu kỳ rõ ràng - hoặc đã được xác định bằng X quang. Nội soi, một số trường hợp không có tiền sử rõ ràng - chảy máu là dấu hiệu đầu tiên của loét.
- Các dấu hiệu chảy máu.

Nôn máu: Đỏ sẫm, máu cục lẫn thức ăn - ỉa phân đen:

Phân đen nhánh hoặc như bã cà phê

Thăm trực tràng - có phân đen.

- Thăm khám: Đau tức trên rốn.

Các dấu hiệu âm tính (không Ascite, lách không to, không có tuẫn hoàn bàng hệt ...)

#### • Cận lâm sàng

Xét nghiệm: hồng cầu. HST, hématocrit

Nội soi: là phương pháp chẩn đoán chính xác 90 - 95% các tổn thương, xác định vị trí, mức độ chảy máu và mức độ tổn thương, hình ảnh chảy máu được xác định theo Forrest.

F1: Mạch máu đang phun.

F2: Cục máu đông bám ổ loét.

F3: Có loét nhưng không còn chảy máu

Trong khi nội soi cấp cứu (NSCC) có thể tiêm xơ, đốt điện cầm máu tạm thời.

X quang: Hiện nay không chụp X quang cấp cứu. Có giá trị khi còn phim chụp dạ dày cũ với các hình ảnh tổn thương điển hình.

## Chẩn đoán

- **Xác định:** Tiên sử có loét dạ dày - tá tràng

Nội soi cấp cứu xác định ổ loét

Phim X quang cũ có tổn thương.

- **Chẩn đoán phân biệt**

Viêm dạ dày - tá tràng

- Ung thư dạ dày: Nội soi xác định tổn thương u sùi, loét nhiễm cứng. Nếu đã ngừng chảy máu có thể sinh thiết tổn thương.
- Võ búi tĩnh mạch - thực quản.

Dựa vào lâm sàng và nội soi.

- Chảy máu đường mật. Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng (tam chứng Chacot) và siêu âm gan mật.
- Các bệnh gây chảy máu tiêu hoá như nhiễm trùng huyết, cao huyết áp bệnh về (Hemophylie, Hémozénie).

## Điều trị

- **Nguyên tắc chung**

Hồi sức tích cực: Truyền dịch và truyền máu căn cứ vào tình trạng mất máu, tình trạng sốc. Mạch, HA, hồng cầu, Hb và hematocrit.

Điều trị nội khoa

Rửa dạ dày với nước lạnh.

Truyền dịch, máu, và chất thay thế máu (plasma).

Thuốc chống H<sub>2</sub> bằng đường tĩnh mạch: Cimetidin 800mg, Ranitidin 150mg, Omeprason 20mg trong 24 giờ.

Thuốc giảm HCl dạ dày: Maalox hoặc Socralfate.

Chống co thắt: Atropin, Baralgin...

Kết quả 80% chảy máu do loét dạ dày tá tràng có thể khôi.

- Tiêm xơ cầm máu bằng adrenalin 1/10.000 hoặc tiêm xơ bằng alcool absolu, ethanol, polidocanol 1 - 3%. Sau đó dùng các loại thuốc điều trị nội khoa. Tuy nhiên những ổ loét khổng lồ (> 2cm), vị trí ở phần đứng bờ cong nhỏ, tâm vị, mặt sau hành tá tràng khó cầm máu.

- **Ngoại khoa**

Chỉ định: Chảy máu nặng dữ dội.

Chảy máu kéo dài.

Chảy máu tái phát nhiều đợt.

Chảy máu kèm theo các biến chứng khác: thủng, hẹp môn vị.

Các yếu tố khác như tuổi > 40 hoặc tiền sử loét DD - TT nhiều năm.

#### • Phương pháp phẫu thuật

Loét dạ dày: Cắt đoạn dạ dày là phương pháp tốt nhất tuy nhiên có những biến chứng. Cắt bỏ ổ loét và khâu cầm máu được sử dụng trong những trường hợp không đủ điều kiện cắt đoạn dạ dày.

Loét hành tá tràng: Cắt đoạn dạ dày, cắt thần kinh X (Vagotonmie) kèm theo tạo hình môn vị, nối vị tràng. Khâu cầm máu đơn thuần hoặc kèm theo thắt các mạch máu gần ổ loét. Hoặc phẫu thuật Weinberg (cắt T.K.X + cắt hang vị).

#### 2.1.2.2. Viêm dạ dày - tá tràng

Chảy máu do viêm dạ dày (Gastritis) viêm tá tràng (Duodenite) hay viêm dạ dày - tá tràng (Gastro - Duodenites) cũng rất thường gặp trong cấp cứu.

Khi thăm khám lâm sàng cần phải xác định 2 hoàn cảnh sau:

- Uống các loại thuốc tổn thương dạ dày - tá tràng là nguyên nhân thường gặp trong chảy máu do viêm DD - TT. Có thể cùng lúc gây chảy máu hoặc thủng ổ loét DD - TT. Các loại thuốc thường gây chảy máu là: Salycilat, aspirin, APC, các thuốc kháng viêm không phải steroid như voltaren, analgin, profénid... Ngoài ra do uống rượu có thể chảy máu do viêm dạ dày cấp tính.
- Các yếu tố chấn thương tinh thần (Stress) như: Thần kinh sọ não: Hôn mê nhất là trong chấn thương sọ não (Cushing ulcer) viêm màng não, u não.

Suy thận mãn tính hay cấp tính hoặc trong những trường hợp mổ u xơ tuyến tiền liệt kéo dài.

Suy gan cấp trong viêm gan, xơ gan.

Các loại nhiễm trùng nặng, kéo dài như nhiễm trùng huyết, ổ áp xe, viêm tuy hoại tử, viêm mủ đường tiết niệu.

Bóng: Nhất là trong những trường hợp bóng nặng, kéo dài.

#### Chẩn đoán

Dựa vào hoàn cảnh xảy ra, tiền sử bệnh lý DD - TT, tiền sử bệnh tật.

Thể hiện nôn máu, ỉa phân đen: ít khi dữ dội, xuất hiện sau khi uống thuốc.

Nội soi: Xác định dễ dàng các tổn thương viêm chảy máu, ở DD - TT thể hiện hình ảnh xuất huyết rải rác, hoặc thành từng đám nhưng thường là những viêm chót này (Erosion) niêm mạc dạ dày hoặc tá tràng hay khu trú ở hang vị, tâm vị.

#### Điều trị

Điều trị chảy máu và điều trị tổn thương với các phương pháp chính là:

• **Điều trị nội khoa:** với các bước sau

Rửa dạ dày

Truyền máu

Thuốc chống H<sub>2</sub>

Thuốc giảm HCl dạ dày

Thuốc giảm co thắt

**Điều trị nguyên nhân:**

Ngừng uống thuốc gây tổn thương dạ dày - tá tràng

Điều trị trạng thái bệnh lý gây Stress.

Các thuốc an thần giảm đau.

• **Điều trị ngoại khoa:** Chỉ định như điều trị nội khoa thất bại hoặc chảy máu là những trường hợp bệnh nhân có loét DD - TT kèm theo: có thể cắt dạ dày, cắt dây thần kinh X... Nhất là khi những trường hợp: l'eculce'artion simplex de Dieulafoi.

• **Tiêm xơ qua nội soi:** những trường hợp viêm chất (ession) rải rác hoặc khu trú ở tâm vị, hang vị. Khi tiến hành nội soi cấp cứu có thể tiêm xơ cầm máu sau đó điều trị thuốc.

### 2.1.2.3. Vỡ búi tĩnh mạch thực quản hay dạ dày tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Chảy máu là biến chứng thường gặp trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa do xơ gan, khoảng 10% các trường hợp chảy máu đường tiêu hoá trên.

**Chẩn đoán:** Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

**Lâm sàng:**

Nôn máu dữ dội, đỏ tươi.

Ía phân đen, kéo dài.

Tình trạng sốc mất máu nặng.

Toàn thân vã mồ hôi, tiền hôn mê gan.

**Thăm khám:**

Bụng acid

Tuần hoàn bàng hệ

Lách to.

**Cận lâm sàng**

- Xét nghiệm: Hồng cầu, Hb, urê máu.
- Nội soi: Xác định dễ dàng các tổn thương chảy máu 90 - 95% là các chuỗi búi tĩnh mạch dãn to, căng mạnh. Hình ảnh chảy máu là phun thông tia rất đỏ,

cục máu đông... với phân loại 4 giai đoạn (I, II, III và IV, theo kích thước chiều cao trong thực quản. Khoảng 5% chảy máu từ Varices ở vùng tâm vị hay phình vị lớn).

**Điều trị:** Bao gồm điều trị cấp cứu chảy máu và điều trị dự phòng tái phát.

- **Điều trị cấp cứu**

Phụ thuộc vào vỡ búi tĩnh mạch ở thực quản hay dạ dày.

- Vỡ búi tĩnh mạch thực quản:

- + Chèn bóng:

- Bóng ép Blakemore: có thể làm ngừng chảy máu từ 80 - 90% trường hợp.
    - Bóng ép Linton: chèn ép vào vùng tâm vị, kém tác dụng hơn Blakemore.

- + Tiêm xơ:

Nội soi cấp cứu xác định vị trí chảy máu có thể tiến hành tiêm xơ các búi Varices thực quản bằng polidocanol 1 - 3% hoặc ethanol., tiêm xung quanh búi tĩnh mạch (Paravariqueur) hoặc trong lòng búi tĩnh mạch (Intravariquer) (polidocanol) có thể tiêm vài lần. Tác dụng cầm máu khoảng 85 - 95%.

Nếu không có bóng ép, tiêm xơ hay các phương pháp trên không có kết quả, có thể điều trị:

Vasopressine: 0,2 - 0,8 đ.v/ phút nhỏ giọt tĩnh mạch.

Somatostatine.

Thut đại tràng hoặc uống Manitol 20%.

Lợi tiểu: Lasix

Kháng sinh, an thần

Vỡ búi tĩnh mạch dạ dày:

Chèn bóng ép Linton: có tác dụng hơn Blakenmore.

Tiêm xơ không có kết quả mà lại làm cho chảy máu nhiều hơn.

Điều trị để phòng chảy máu tái phát.

Sau điều trị cấp cứu bệnh nhân tạm ngừng chảy máu có thể vài ngày sau lại tiếp tục chảy máu (tái phát sớm) hoặc vài tuần, vài tháng hay vài năm (tái phát muộn).

Có thể điều trị bằng 3 phương thức sau:

Tiêm xơ: theo hàng tuần, nhiều lần trong tháng...

Thuốc bêta - bloquants (Avlocardyl) tác dụng tốt cho bệnh nhân Child A & B.

Phẫu thuật: có thể tiến hành phẫu thuật cho bệnh nhân Child A:

- + Can thiệp vào vùng chảy máu

- Crile - Linton: khâu tĩnh mạch

- Cắt 1/3 dưới thực quản + cực trên dạ dày

- Đặt bóng Vosschule.

+ Phẫu thuật ngăn cách cửa chủ.

Thắt tĩnh mạch vùng vị

Cắt ngang dạ dày rồi nối lại (Tanner)

+ Phẫu thuật giảm áp lực chọn lọc vùng thực quản phình vị.

Phẫu thuật Warren (thắt tĩnh mạch vành vị - môn vị, cắt tĩnh mạch lách thắt đầu trong, nối phần trung tâm tĩnh mạch lách với tĩnh mạch thận).

+ Phẫu thuật giảm áp lực hệ thống cửa.

Nối cửa - chủ tận bên, bên bên...

Bắc cầu tĩnh mạch bằng đoạn mạch nhân tạo (Gortex)

Kết quả điều trị phụ thuộc nhiều vào chức năng gan, nếu được hồi phục thì khả năng chảy máu tái phát giảm nhiều.

#### 2.1.2.4. Một số nguyên nhân khác

a) Hội chứng Mallory - weiss.

Tổn thương rách niêm mạc dạ dày ở vùng tâm vị do nôn nhiều, thoát vị hoành.

Nội soi: xác định vết xước ở gần tâm vị về phía dạ dày, dài 1 - 3cm. Thường một vết rách, 15 % có nhiều vết rách.

Điều trị: chủ yếu là điều trị nội khoa, 80% ngừng chảy. Nếu nội soi thấy tiếp tục chảy có thể tiêm xơ hoặc phẫu thuật Nissen.

b) Viêm thực quản: phần lớn là dạng viêm loét - chợt với những vết loét chợt nóng. Điều trị bằng bọc niêm mạc (Gaviscon), giảm acid (Maalox), giảm H 2 (Cimetidin và Primperan).

c) Loét thực quản: thường là loét Barret do viêm trào ngược thực quản. Điều trị nội khoa ít tác dụng, có thể phẫu thuật triệt để hơn.

d) Các loại u thực quản: K thực quản, u lành dạ dày (Schwannome, Leiomyome) ít gặp.

## 2.2. Chảy máu đường tiêu hoá dưới (CDĐTHD)

### 2.2.1. Định nghĩa

Chảy máu đường tiêu hoá dưới là tổn thương chảy máu từ h้อง tràng đến hậu môn.

CMĐT HD chiếm từ 10 - 20% các trường hợp CMĐT HD

Nguyên nhân CMĐT HD đa dạng, ít có dấu hiệu lâm sàng. Do vậy việc xác định nguyên nhân ả máu khó hơn.

Có thể chia làm 2 loại: chảy máu nặng cần truyền máu và chảy máu ít, trung bình không cần truyền máu.

## 2.2.2. Phân loại

### 2.2.2.1. Chảy máu nặng

- Việc xác định dựa vào lâm sàng là tình trạng ỉa máu nhiều, kéo dài cần phải hồi sức.
- Nội soi: soi hậu môn, trực tràng là phương pháp xác định rõ tổn thương, có thể sinh thiết...
- Nguyên nhân:

Vỡ búi trĩ: ít gặp nhưng gây chảy máu dữ dội, kéo dài.

Ung thư trực tràng: u sùi loét nhất là vùng sigma - trực tràng.

Túi thừa: có thể nhiều túi thừa ở trực tràng, sigam - đại tràng xuống hay túi thừa Meckel. Chẩn đoán dựa vào soi đại tràng.

Dị dạng mạch máu đại tràng hay ruột non: xác định bằng chụp động mạch. Các khối u lành ruột non, ung thư ruột, polyp đại tràng...

### 2.2.2.2. Chảy máu vừa và nhẹ

- Thường là tự cầm sau khi điều trị bằng thuốc.
- Phát hiện bằng nội soi các tổn thương ở trực tràng, đại tràng: chụp X quang đại tràng, lưu thông ruột hay chụp động mạch mạc treo. Cần phải xác định các tổn thương sau:
  - + Bệnh lý trực tràng: u lành polyp, ung thư, loét trực tràng bệnh Crohn, Hémorroides.
  - + Bệnh lý ruột non: u lành hay u ác, loét do uống thuốc, bệnh Crohn, túi thừa Meckel.

## 2.2.3. Điều trị

Sau khi xác định được nguyên nhân và tùy thuộc vào mức độ chảy máu có thể phẫu thuật cấp cứu hoặc trì hoãn. Có thể điều trị nội khoa hoặc nếu ổn định có thể mổ phiến.

## 3. KẾT LUẬN

**3.1. Chảy máu đường tiêu hóa** là biến chứng của nhiều loại tổn thương. Diễn biến phức tạp có thể từ nhẹ sang nặng.

**3.2. Bệnh nhân phải nằm viện** theo dõi trong khoa nội hay ngoại. Nhưng cần được hồi sức cực.

**3.3. Khi chẩn đoán phải thống nhất** được các thành viên: phẫu thuật viên, nhân viên nội soi, hồi sức, gây mê, điện quang để có chỉ định điều trị hợp lý.

**3.4. Trong chảy máu thấp phải có bilan chẩn đoán.** Cần có chẩn đoán thống nhất phụ thuộc vào nội soi hậu môn, soi trực tràng nhất là soi đại tràng. Nếu không thấy những tổn thương gây chảy máu có thể chụp lưu thông ruột, siêu âm, chụp mạch máu...

# UNG THƯ DẠ DÀY

PTS. TS. Hà Văn Quyết

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư dạ dày (UTDD) là một bệnh lý thường gặp trong các loại ung thư đường tiêu hoá. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở Nhật, Trung Quốc, Chi Lê, và các nước Đông Nam Á, Nga và một phần các châu Mỹ la tinh. Các nước Châu Âu có tỷ lệ trung bình, Ấn Độ và các nước Trung Đông có tỷ lệ thấp.
- Trong những năm gần đây UTDD có xu hướng giảm. Tuy nhiên ở các nước nghèo và Nhật bản vẫn còn cao. UTDD luôn có tỷ lệ cao nhất trong các loại ung thư.
- Nhiều nghiên cứu dịch tỦ học của UTDD trên thế giới cho thấy một số yếu tố có liên quan đến UTDD như sau:

- + Tuổi: UTDD thường gặp ở người nhiều tuổi:

Việt Nam : 45-55

Nhật : 50-60

Pháp : 70-75

- + Giới: nam nhiều hơn nữ. Tỷ lệ Nam/Nữ là 2/1;

- + Tính chất gia đình: Trong cùng một điều kiện sống, UTDD mang tính chất gia đình rõ nét. Nguy cơ mắc bệnh cao trong các thế hệ của một gia đình.

- + Nhóm máu: Người nhóm máu A có tỷ lệ UTDD cao hơn các nhóm máu khác.

- + Một số yếu tố có khả năng gây UTDD:

- . Nitrosamin có trong các loại thức thǎm để lâu như dưa muối.

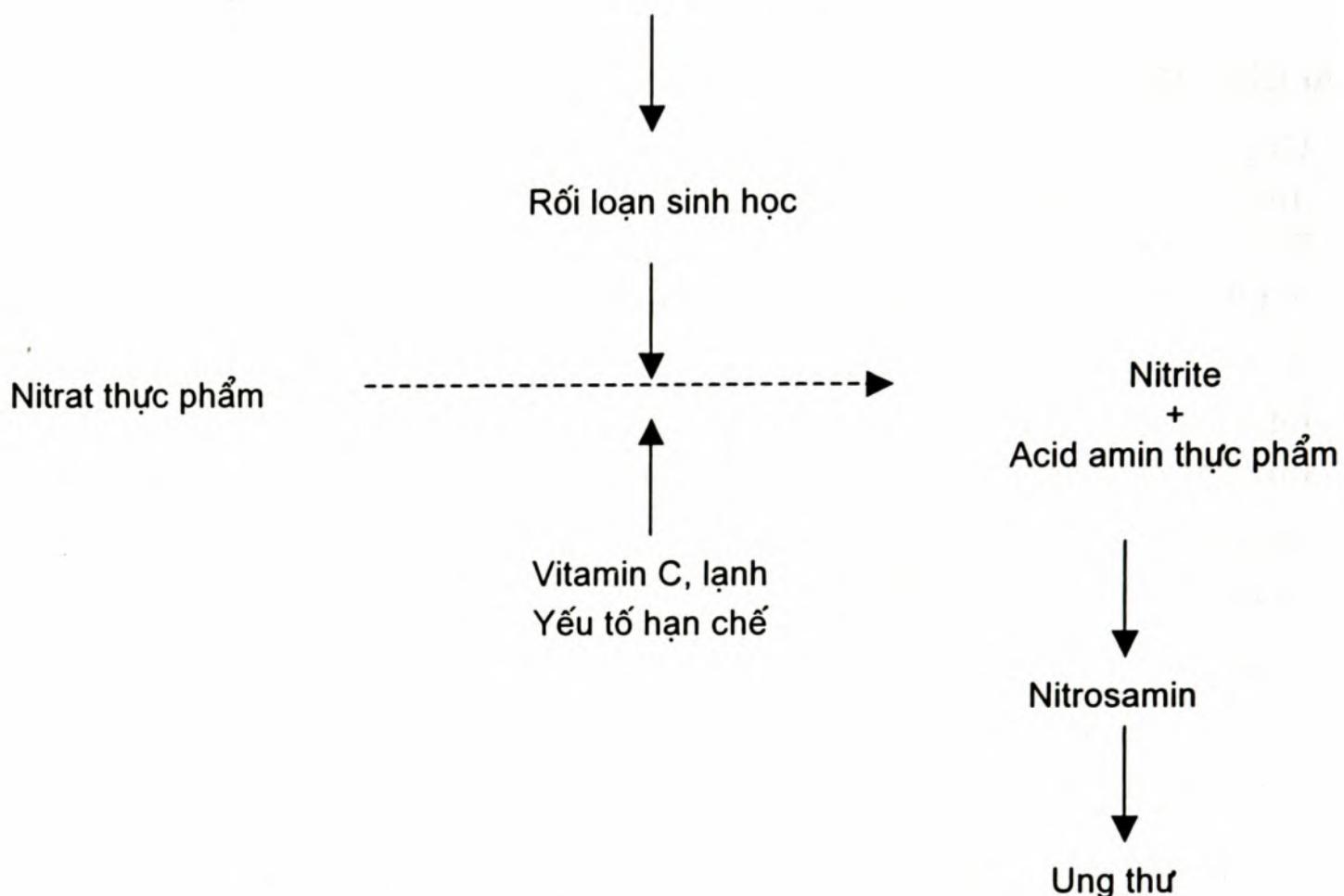
- . Thức ăn giàu nitrat: Cá kho, thịt hun khói

- . Các thương tổn tiền ung thư: Viêm dạ dày teo (Atrophie, Gastritis), dị sản ruột (intestinal metaplasie). Polyp dạ dày, bệnh Biermer, bệnh Metrier.

- . Helicobactere Pylori (HP): Một số nghiên cứu cho rằng HP đóng một phần quan trọng trong sự phát triển của UTDD, nhất là trên những tổn thương dạ dày làm giảm độ toan dịch vị, hay trên những bệnh lý thiếu máu khác.

Những yếu tố trên có liên quan đến thành phần vitamic C có trong thực phẩm, ảnh hưởng đến cơ chế hình thành các tổn thương ác tính.

**Các yếu tố thuận lợi**  
 Giảm acid dạ dày  
 (viêm dạ dày teo)  
 (trào ngược dịch mật, tuy)



- *Các tiến bộ trong chẩn đoán:*

Các phương tiện chẩn đoán ngày càng phổ biến như nội soi (Endoscopie), siêu âm nội soi (Sono-endoscopie).

Các kỹ thuật xác định tế bào học: Giải phẫu bệnh lý và di truyền học. Do vậy việc chẩn đoán UTDD ở giai đoạn đầu (Early Gastric Cancer) ngày càng cao.

Nhật Bản : 45-50% thống kê năm 1995

Mỹ : 15-20% thống kê năm 1995

Pháp : 5-10% thống kê năm 1991

- *Điều trị:*

Chủ yếu vẫn là điều trị phẫu thuật nhờ có chẩn đoán sớm, kỹ thuật nạo vét hạch triệt để nên tỷ lệ sống lâu sau phẫu thuật ngày càng cao.

Nhật Bản : 65,9% thống kê năm 1995

Mỹ: 58,8%

Pháp : 49,90%

Nếu EGC là 95-99%

Việt Nam: 8-13% (theo một số thống kê của bệnh viện Việt Đức và bệnh viện ung thư).

## 2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

### 2.1. Vị trí

Có sự phân bố khác nhau của tổn thương.

Hạng-môn vị: 50-60%

Bờ cong nhỏ: 25-30%

Tâm vị: <10%

Bờ cong lớn: ít gấp

### 2.2. Đại thể

Theo sự phân loại của Borrmann và Kajitani có 3 loại tổn thương thường gặp như sau:

Thể u: Khối u sùi từ niêm mạc dạ dày, to nhỏ khác nhau, u sần sùi nhiều khối, có những ổ loét to, bờ cứng, đáy có nhiều tổ chức hoại tử.

Thể loét: Là những loét chợt nồng, bờ ghồ ghề không đều, đáy nồng, sần sùi, niêm mạc xung quanh mất và cứng, **tiến triển nhanh, thường gặp ở người trẻ.**

Thể thâm nhiễm cứng: Tổn thương thâm nhiễm cứng từng phần. Có loại tổn thương lan rộng toàn bộ dạ dày hay gọi là thể Linite plastique. **Tiến triển nhanh, tiên lượng xấu.**

### 2.3. Vi thể: Có 2 loại

Ung thư tuyến (Carinoma) là tổn thương thể u lớp tế bào lót của niêm mạc dạ dày. Cấu trúc theo hình ống tuyến dạ dày. Loại này chiếm đa số (90%) được phân loại như sau:

Carcinom điển hình

Adenocarcinom

Carcino-Trabeculair

Carcino Acious

Carcino Tubolo-Trabeculaire

Carcinom điển hình

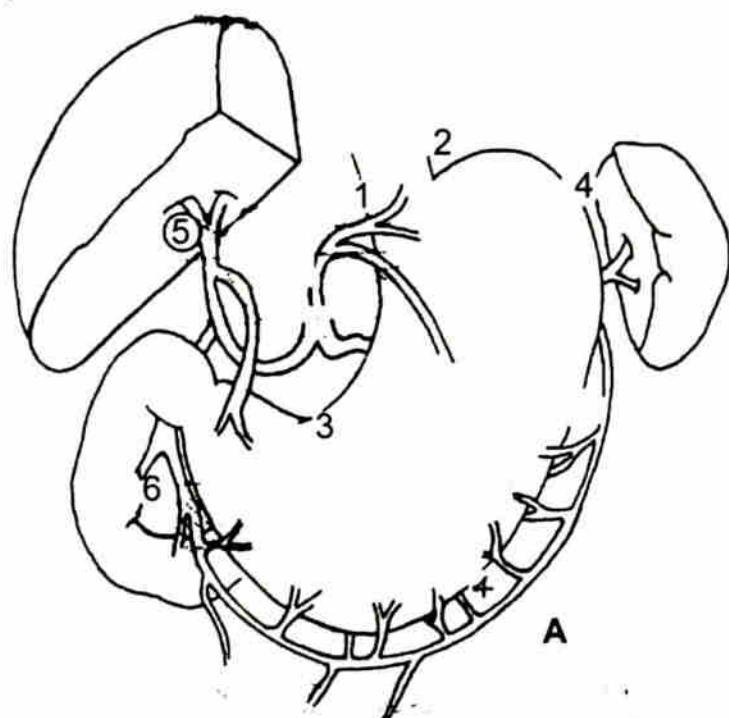
Carcino muci-cells

Carcino non muci-cells

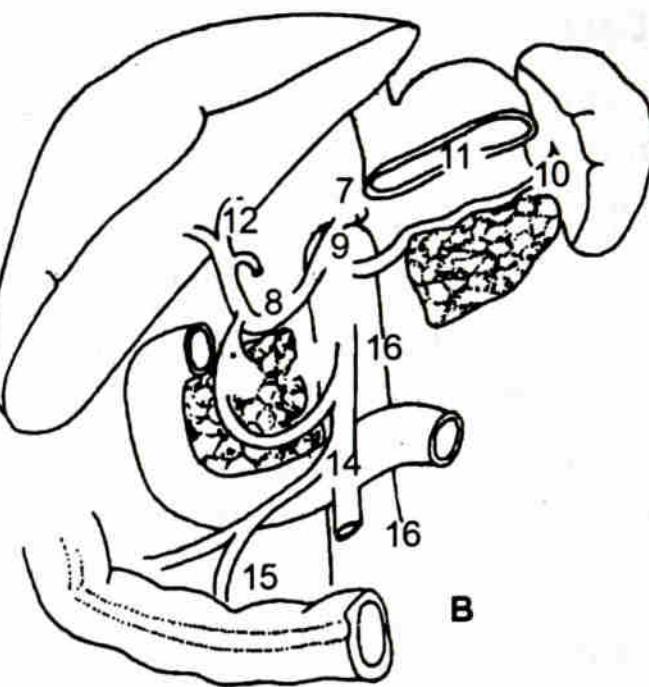
Ung thư tổ chức liên kết (Sacoma) chiếm 10% bao gồm các khối u của cơ trơn (Leiomysarcome) ulympho, u thần kinh (Schwanonme).

## 2.4. Thâm nhiễm

- Theo chiều sâu: Ung thư phát triển từ niêm mạc dưới niêm mạc, cơ niêm, cơ dã dày, đến thanh mạc và xâm lấn vào các tổ chức xung quanh. Xâm lấn theo chiều sâu là **cơ sở cho việc phân loại ung thư sớm hay tiến triển**.
- Theo bề rộng: Ung thư lan rộng trên bề mặt của dạ dày, bắt đầu từ vị trí đầu tiên lan ra xung quanh, trên và dưới. Nhưng ở lớp dưới niêm mạc tổn thương thường lan xa hơn. Điều này được Borrmann nêu ra và là **cơ sở cho phẫu thuật cắt dạ dày**.
- Theo hệ thống bạch huyết: hệ thống bạch huyết của dạ dày được nhiều tác giả nghiên cứu (Rouviere) Sự xâm lấn vào hạch bạch huyết theo từng vị trí của khối u, từ gần đến xa. Theo phân loại của Hiệp hội ung thư Nhật Bản như sau (xem hình 5.1, 5.2):



Hình 5.1



Hình 5.2

Vị trí 1 và 2: Hạch cạnh tâm vị  
----- 3: Bờ cong nhỏ  
----- 4: Bờ cong lớn  
----- 5-6: Trên và dưới margo visus  
----- 7: Vành vị  
----- 8: Gan chung  
----- 9: Thân tạng  
----- 10: Rốn lách  
----- 11: Động mạch lách

----- 12: Cuống gan  
----- 13: Sau tuy  
----- 14: Mạc treo ruột non  
----- 15: Mạc treo đại tràng ngang  
----- 16: Động mạch chủ.  
Chia thành 3 nhóm hạch:  
Nhóm 1 (N1) Vị trí 1, 2, 3, 4, 5, 6  
Nhóm 2 (N2) Vị trí 7, 8, 9, 10, 11.  
Nhóm 3 (N3) Vị trí 12, 13, 14, 15, 16.

- Theo mạch máu: Tế bào ung thư sẽ theo vào các động mạch, tĩnh mạch để đi vào các tạng như phổi, xương, buồng trứng (U krukenberg);
- Xâm lấn vào các tạng xung quanh: Tuỳ theo vị trí tổn thương gần với các tạng nào sẽ xâm lấn trước: gan, tuy, đại tràng, vòm hoành.

## 2.5. Phân loại

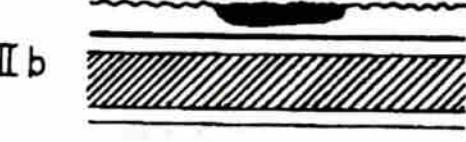
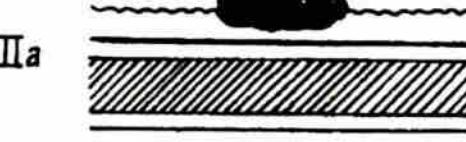
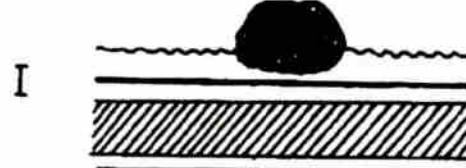
### 2.5.1. Theo thương tổn

- Ung thư dạ dày giai đoạn đầu (Early gastric cancer: EGC) là những tổn thương chỉ ở bề mặt niêm mạc và dưới niêm mạc, có hay không có sự di căn hạch. Tương ứng với sự phân loại ở Pháp là ung thư “Superficial” có khoảng 10-15% có xâm lấn hạch.

Hiệp hội nội soi Nhật Bản đã phân loại tổn thương ung thư giai đoạn đầu như sau (xem hình 5.3, 5.4):



Hình 5.3.



Loại 1: U lồi dạng Polypoid

Loại 2: Bề mặt (Superficial)

Chia làm 3 loại:

2a : Hồi nổi gồ lên (Elevated)

2b : Phẳng (Flat)

2c : Lõm (Depressed)

Loại 3: Thể loét (Maligne ulcere)

Là những loét nồng, bờ không rõ ràng,

lan trên bề mặt, niêm mạc xung quanh mất nếp

- Ung thư giai đoạn tiến triển (Advanced gastric cancer) **Hình 5.4.**



Hình 5.5.

Là những tổn thương đã xâm lấn sâu xuống lớp cơ thanh mạc hoặc đã xâm lấn sang các tạng xung quanh. Theo sự phân loại của Borrmann về đại thể cũng như theo vị thế của Lauren chia thành 3 loại tổn thương chính: gồm thể u sùi, thể loét và thâm nhiễm cứng với ung thư tế bào biệt hoá hay không biệt hoá.

### 2.5.2. Theo sự tiến triển

Sự phân loại UTDD theo Borrmann rất hạn chế trong việc đánh giá mức độ xâm lấn của tổn thương. Nhiều nghiên cứu đã thống nhất chia UTDD thành 3 nhóm: Không có di căn hạch, xâm lấn vào các hạch cạnh khối u và di căn xa. Theo sự phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (IDC-O. 151) và của Mỹ về TNM như sau:

Phân loại																																			
<b>T (Tumor)</b> T1: Giới hạn ở niêm mạc T2 : Xâm lấn qua niêm mạc và dưới niêm mạc, cả lớp cơ T3 : Thanh mạc và ra ngoài thanh mạc. T4 : U xâm lấn toàn bộ các lớp của dạ dày và sang các tạng xung quanh																																			
<b>N (Lymph Node): Hạch tại chỗ</b> N0 : không có di căn N1 + Di căn những hạch bên cạnh khối u đầu tiên N2 + Di căn những hạch cạnh khối u, hạch ở xa theo 2 bờ cong của dạ dày																																			
<b>M (Metastasis): Di căn xa.</b> M0 : Không có di căn M1 : Có di căn xa, xác định bằng lâm sàng, điện quang hay thăm dò khi phẫu thuật.																																			
Các giai đoạn tiến triển: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Giai đoạn 1:</td> <td>a</td> <td>T1</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>b</td> <td>T2</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>c</td> <td>T3</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Giai đoạn 2:</td> <td></td> <td>T4</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>T1 - T3</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Giai đoạn 3:</td> <td></td> <td>T1 - T4</td> <td>N2</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Giai đoạn 4:</td> <td></td> <td>T1 - T4</td> <td>N0 - N2</td> <td>M1</td> </tr> </table>	Giai đoạn 1:	a	T1	N0	M0		b	T2	N0	M0		c	T3	N0	M0	Giai đoạn 2:		T4	N0	M0			T1 - T3	N1	M0	Giai đoạn 3:		T1 - T4	N2	M0	Giai đoạn 4:		T1 - T4	N0 - N2	M1
Giai đoạn 1:	a	T1	N0	M0																															
	b	T2	N0	M0																															
	c	T3	N0	M0																															
Giai đoạn 2:		T4	N0	M0																															
		T1 - T3	N1	M0																															
Giai đoạn 3:		T1 - T4	N2	M0																															
Giai đoạn 4:		T1 - T4	N0 - N2	M1																															

## 3. LÂM SÀNG

Các dấu hiệu lâm sàng ở hai giai đoạn và tiến triển thể hiện khác nhau. Nếu bệnh nhân đến sớm sẽ chưa có biểu hiện rõ rệt. Nếu bệnh nhân đến muộn, các biểu hiện rất điển hình. Do vậy, cần chú ý những dấu hiệu mà bệnh nhân phải đến khám.

### **3.1. Giai đoạn đầu**

Các dấu hiệu có tính chất gợi ý, hướng tới để chẩn đoán bằng các thăm dò cận lâm sàng.

- Đau tức trên rốn: Đau nhẹ, không có tính chất chu kỳ, không liên quan với bữa ăn, đôi khi chỉ thấy ậm ạch, đầy tức.
  - Đầy bụng khó tiêu: Cảm giác luôn luôn đầy tức sau khi ăn, ậm ạch.
  - Chán ăn: Cảm giác không muốn ăn, không thèm hoặc ăn không tiêu nên không ăn nhiều như trước kia, dần dần thấy chán ăn.
- Gầy sút: Có cảm giác gầy hơn trước, có sút cân nếu theo dõi.

Cần chú ý những bệnh nhân có hội chứng loét dạ dày-tá tràng, nhất là những trường hợp loét dạ dày được theo dõi và điều trị, gần đây xuất hiện những dấu hiệu nêu ở trên. Một số ít trường hợp có chảy máu đường tiêu hoá là dấu hiệu đầu tiên của bệnh. Ngoài ra còn có một số dấu hiệu không đặc trưng khác như:

- Buồn nôn, ợ, ăn vào có cảm giác đau nhiều hơn.

Ở giai đoạn này khi thăm khám sẽ không có dấu hiệu gì đặc hiệu để có thể chuẩn đoán là EGC. Chỉ với những dấu hiệu trên cần phải xác định bằng các thủ thuật như nội soi, chụp X quang mới có thể xác định được.

### **3.2. Giai đoạn phát triển**

Khi tổn thương đã phát triển hình thành khối u, những ổ loét lan rộng hay những tổn thương đang thâm nhiễm cứng trên một vùng hay toàn bộ dạ dày thì các biểu hiện lâm sàng hoàn toàn có thể xác định một cách dễ dàng: Tuy nhiên tùy từng mức độ tiến triển mà các dấu hiệu sẽ thể hiện như sau:

#### **3.2.1. Dấu hiệu cơ năng**

- Đau tức trên rốn, kéo dài, ngày càng tăng, đau không có từng cơn dữ dội, nhưng đau không có tính chất chu kỳ. Đau suốt ngày, đau tăng lên sau khi ăn.
- Buồn nôn hoặc nôn: Do cảm giác đầy bụng, ăn không tiêu nên có dấu hiệu buồn nôn, đôi khi nôn ợ.
- Chán ăn, đầy bụng, khó tiêu là dấu hiệu càng ngày càng điển hình. Bệnh nhân hoàn toàn không thèm ăn, đôi khi còn sợ ăn. Rõ nhất là những bệnh nhân thường xuyên thích ăn những món nhất định.

#### **3.2.2. Dấu hiệu toàn thân**

Theo từng giai đoạn tiến triển mà có các dấu hiệu sau:

- Gầy sút: cảm giác gầy sút nhiều trong từng thời gian ngắn, gầy sút ngày càng thấy rõ.
- Thiếu máu: Kèm theo dấu hiệu gầy sút là dấu hiệu thiếu máu, thể hiện là da xanh, hoa mắt, niêm mạc nhợt.
- Da vàng; Biểu hiện thường thấy da vàng mai mai, kiểu vàng rơm.

- Mệt mỏi, kém ăn, ăn không tiêu dẫn đến tình trạng suy kiệt.
  - Đôi khi bệnh nhân cảm thấy ngây ngây sốt, nếu cấp nhiệt độ khoảng  $37,5^{\circ}\text{-}38^{\circ}$

### **3.2.3. Dấu hiệu thực thể**

Khi thăm khám lâm sàng có thể phát hiện những dấu hiệu sau:

- U bụng: Thể hiện dưới dạng một khối u có ranh giới rõ ràng hay là như một mảng cứng không có ranh giới rõ. Tuỳ theo mức độ khác nhau, tính chất lan tràn khác nhau mà dấu hiệu di động của khối u sẽ rõ ràng hay không. Khối u nằm ở vị trí móng vị, hang vị khi chưa có thâm nhiễm ra xung quanh sẽ di động dễ dàng.
  - Mảng cứng: Thường tồn thương là dạng thâm nhiễm cứng, hoặc khối u thâm nhiễm sang các tạng xung quanh, thường không di động, ấn đau tức hoặc không đau.

Những trường hợp đến muộn sẽ có các triệu chứng điển hình như:

## Toàn thân suy kiệt nặng

## Thiếu máu nặng

Phù

## Bung ascite

Gan to

## Hach Troisier.

Ngoài ra, còn có các trường hợp khác có những dấu hiệu của các biến chứng do ung thư dạ dày như: Hẹp môn vị, chảy máu tiêu hoá trên hay thủng.

#### **4. CÂN LÂM SÀNG**

**4.1. X quang:** Là phương tiện hiện đang phổ biến để xác định các tổn thương ở giai đoạn tiến triển. Đối với giai đoạn đầu, chụp đối quang (Double contrast) có thể nhận thấy những tổn thương được coi là EGC, để từ đó xác định thêm bằng nội soi.

**Các hình ảnh ung thư ở giai đoạn đầu** (xem hình 5.6, 5.7)



**Hình 5.6**



Hình 5.7

- Ổ đọng thuốc trên bề mặt
- Hình niêm mạc hội tụ
- Một đoạn cứng.

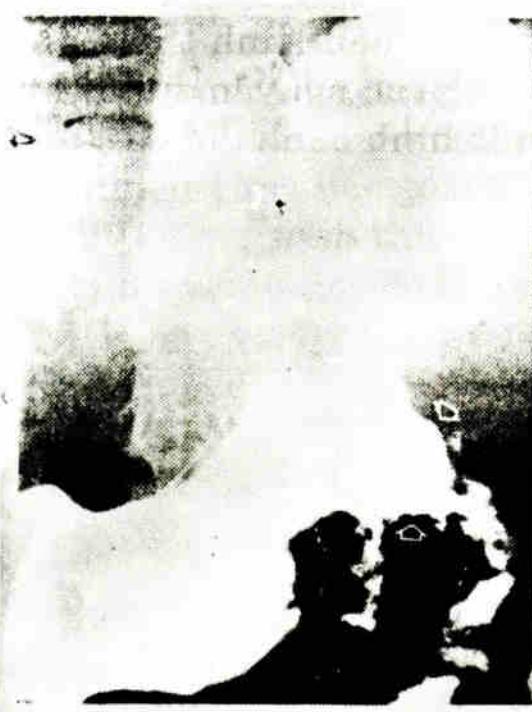
### **Các hình ảnh ung thư ở giai đoạn tiến triển**

Các hình ảnh rất điển hình, tương ứng với các tổn thương như sau:

Thể u sùi (xem hình 5.8, 5.9)



**Hình 5.8.**



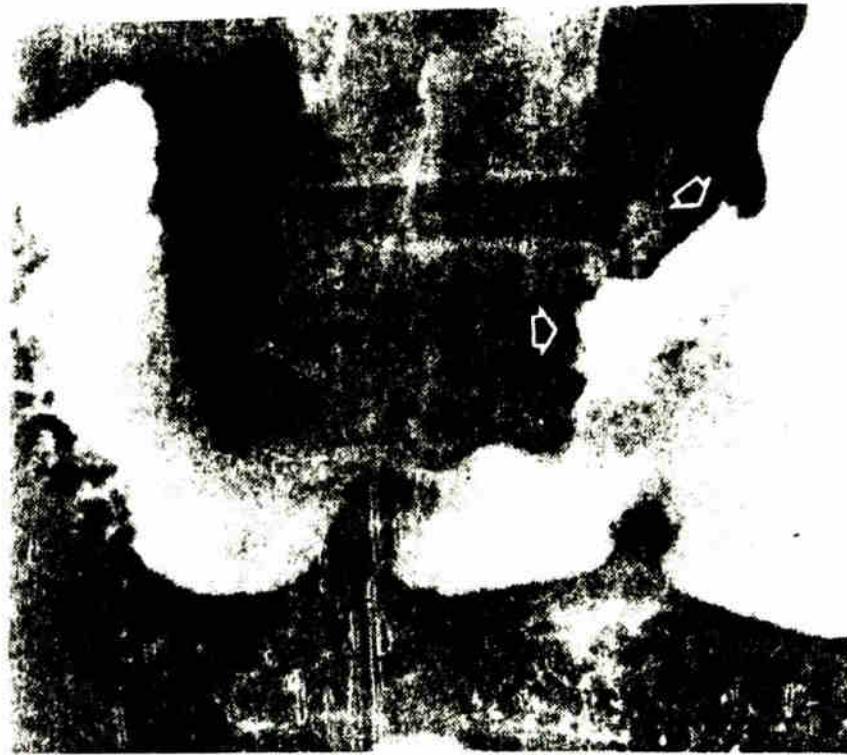
**Hình 5.9.**

Hình khuyết là hình đặc trưng, thành dạ dày dày lồi và lòng đậm nét, nhám nhở. Nếu ở giữa có loét hoại tử sẽ thấy một ổ đọng thuốc điển hình. Hoặc có thể thấy hình ảnh cắt cụt, gây chít hẹp hoàn toàn.

Thể loét (hình 5.10, hình 5.11)



**Hình 5.10**



**Hình 5.11.**

Ở dạng thuốc lớn, bờ nham nhỏ, bờ cứng mất hết các nếp niêm mạc hội tụ (Niches). Có những ổ loét lớn ở giữa khối u lồi vào trong lòng, hình ảnh X quang là hình thấu kính (menisque)

Thể thâm nhiễm (xem hình 5.12, 5.13):

Ít gặp hơn, hình ảnh đặc trưng là một đoạn bờ cong cứng thường xuyên, thâm nhiễm có thể một đoạn, một phần dạ dày nhưng cũng có trường hợp thâm nhiễm toàn bộ, hình ảnh dạ dày co rút, teo nhỏ và thuôn dài thành hình ống cứng (Linite plastique). Hình thâm nhiễm cứng có thể thể hiện là hình khuyết (lacun) hoặc là hình cao nguyên, hình chíp hẹp, hình cắt cùt hoặc tổn thương ở ống môn vị thể hiện là hình bánh đường.



Hình 5.12.

Hình 5.13.

Một số tổn thương khác như hẹp môn vị sẽ thấy dạ dày dày dặn to, ung thư vùng tâm vị sẽ thấy ứ đọng ổ thực quản hoặc trong trường hợp nằm đầu dốc sẽ thấy thành tâm vị dày, có bóng mờ của khối u.

## 4.2. Nội soi

Nội soi dạ dày tá tràng bằng ống soi mềm là phương tiện chẩn đoán ung thư dạ dày quyết định nhất. Sau khi xác định được thương tổn, xác định được vị trí, loại tổn thương, mức độ thâm nhiễm... còn sinh thiết để xác định vi thể.

### 4.2.1. Hình ảnh tổn thương ở nội soi giai đoạn sớm

Được thể hiện dưới 3 dạng

**Thể u lồi** (Type 1) hay còn gọi là dạng Polypoid.

Tổn thương chỉ hơi lồi lên bề mặt, vài nốt nhỏ, màu đỏ sần sùi, ranh giới tương đối rõ. Có thể nhìn rõ qua ống soi, màn hình hoặc có thể bơm xanh methylen hay đỏ Congo sẽ thấy rõ hơn.

**Thể bề mặt** (Type 2) hay còn gọi dạng tổn thương Superficial. Tổn thương chỉ nằm ở bề mặt dạ dày, có khi chỉ là một chỏt nồng trên nếp niêm mạc to, phì đại. Loại này thường ranh giới không rõ. Tổn thương dưới 3 hình thái 2a (Elevat), 2b (Flat), 2c (Depressed) phát hiện qua sự biến đổi màu sắc của tổn thương. Những trường hợp này cần phải sinh thiết thành nhiều mảng, xung quanh vị trí tổn thương và trong vùng của tổn thương (xem phụ bản trang 56, hình 5.15).

**Thể loét** (Type 3) hay còn gọi là Malignant ulcer. Tổn thương là những ổ loét nồng, bờ không đều, hơi lồi cao, niêm mạc mất có khi sần sùi (xem phụ bản trang 56, hình 5.16).

Điều căn bản trong nội soi là phải tiến hành sinh thiết để xác định tổn thương ung thư. Sinh thiết nhiều mảng, sinh thiết nhiều vùng bao gồm vùng tổn thương, vùng ranh giới giữa tổn thương và vùng bình thường, sinh thiết nhiều lần nhằm xác định chắc chắn là ung thư. Nhất là những trường hợp EGC, nếu tổn thương còn nghi ngờ, cần sinh thiết lại hoặc có thể dùng phương pháp sinh thiết một mảng hay thường gọi là Trype biopsy.

#### 4.2.2. Hình ảnh nội soi ở giai đoạn tiến triển

##### Thể u sùi

Là khối u sùi trong lòng của dạ dày, u to nhỏ không đều, ở giữa và trên bề mặt ăn vào trong tổ chức khối u, có nhiều tổ chức hoại tử, màu trắng sẫm lồi lõm, nhiều hốc. Hoặc những ổ loét đáy trắng, cứng lộ rõ những mạch máu đen hay tím sẫm hoặc có những đám hoại tử chảy máu hay có máu cục đen bám chắc. Trong nội soi có khi có những khối u sùi thâm nhiễm hết một phần hay toàn bộ dạ dày nên không thể quan sát hết khối u (xem phụ bản trang 56, hình 5.17).

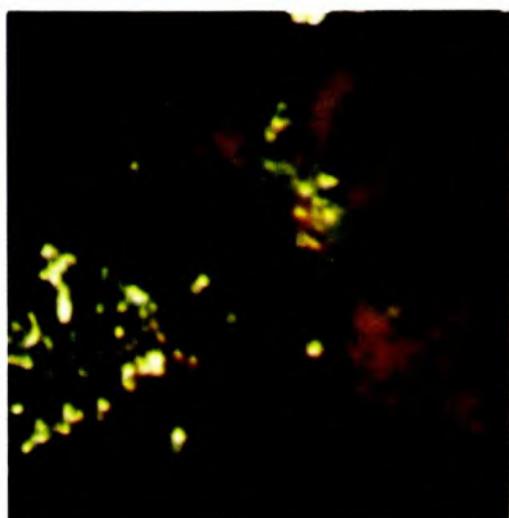
##### Thể loét

Là những ổ loét rõ, điển hình thường nằm ở bờ cong nhỏ, mặt trước mặt sau. Đặc điểm ổ loét thể hiện trong nội soi hình ảnh rất rõ nét. Đáy nồng, nhám nhở có đám sần sùi, bờ lồi lõm không đều, ghồ cao, xung quanh niêm mạc mất nếp, đôi khi có đám chỏt nồng rải rác. Nhiều trường hợp có những đám loét chỏt nồng lan rộng một phần của dạ dày, khi sinh thiết rất khó lấy được tổ chức dưới niêm mạc (xem phụ bản trang 56, hình 5.18).

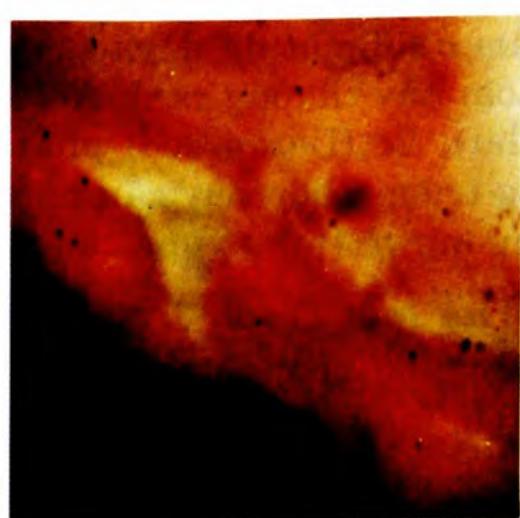
##### Thể thâm nhiễm

Tổn thương thường nằm ở vùng hạng vị, môn vị, hoặc lan khắp toàn bộ dạ dày. Khi đưa ống soi vào có thể thấy lòng dạ dày bị chít hẹp, trên bề mặt là đám loét chỏt nồng rải rác, có từng đám tổ chức hoại tử với giả mạc trắng bám thành từng mảng. Có những trường hợp tổn thương chít hẹp đưa ống soi qua hơi khó khăn. Khi tiến hành sinh thiết trong những trường hợp này thông thường rất khó lấy được tổ chức (xem phụ bản trang 56, hình 5.19).

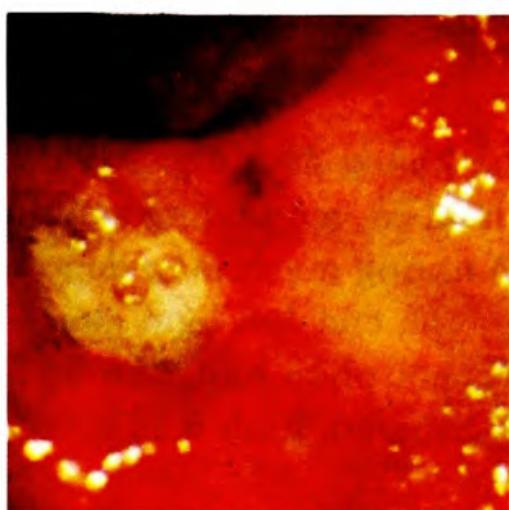
Trong tất cả các trường hợp nội soi đều phải xác định được ranh giới của tổn thương, mức độ thâm nhiễm lên trên ở tâm vị thực quản, tình trạng môn vị và tá tràng.



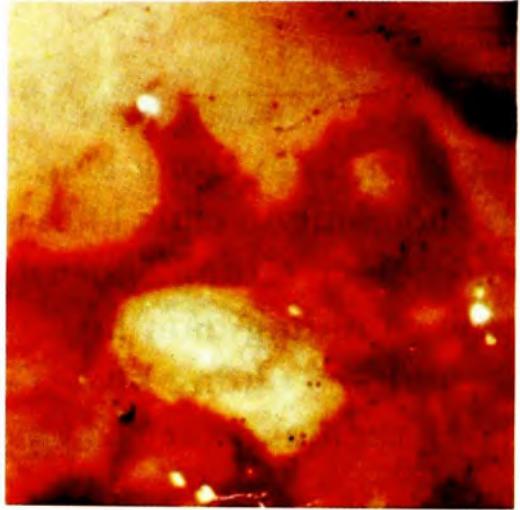
Hình 5.14



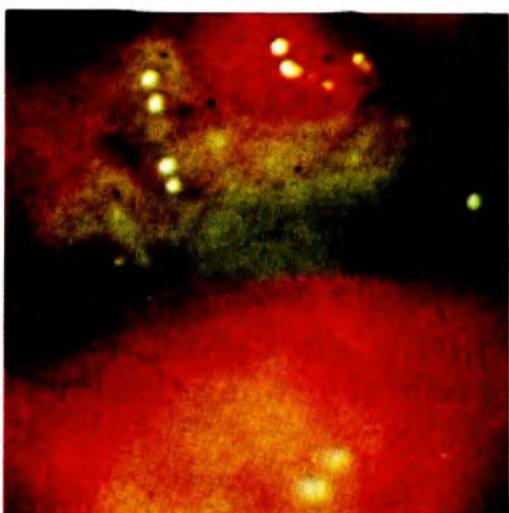
Hình 5.15



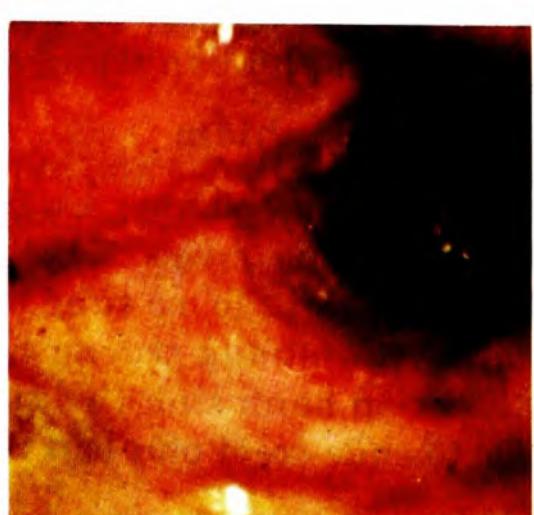
Hình 5.16



Hình 5.17



Hình 5.18



Hình 5.19

Ngoài ra còn có thể sử dụng siêu âm nội soi để xác định rõ mức độ thâm nhiễm một cách chính xác nhất là những trường hợp ung thư giai đoạn đầu. Hình ảnh thâm nhiễm và loại tổn thương sẽ thể hiện rõ trên màn hình định rõ được các lớp của thành dạ dày bị xâm lấn bởi tổ chức ung thư.

#### 4.3. Siêu âm

- Cần phải kiểm tra siêu âm các tạng như: Gan, tuy, thận, buồng trứng...để tìm di căn. Những trường hợp di căn xa hiện rõ trên siêu âm là có giá trị trong chỉ định điều trị, cũng như trong tiên lượng.

#### 4.4. Chụp cắt lớp (Scanner)

Hình ảnh tổn thương thâm nhiễm sang các tạng xung quanh rất rõ nét. Trong các trường hợp ung thư di căn vào gan, tuy...có thể xác định được vị trí, kích thước và mức độ xâm lấn để có chỉ định điều trị.

#### 4.5. Xét nghiệm tế bào học

Lấy dịch dạ dày để quay ly tâm tìm tế bào ung thư theo phương pháp Ch. Debray và Housset. Hiện nay ít thực hiện.

Nội soi sinh thiết quét bằng chổi (Bro) trên bề mặt dạ dày, sau đó tìm tế bào ung thư.

#### 4.6. Xét nghiệm hoá

Xét nghiệm xác định nồng độ CEA (Carcinoembryonic Antigen) tăng cao trong ung thư dạ dày, cũng như các trường hợp ung thư đường tiêu hoá khác. Tuy nhiên xét nghiệm có giá trị trong việc theo dõi sự tiến triển kết quả điều trị cũng như trong việc xác định ung thư tái phát sau một thời gian điều trị.

### 5. CHẨN ĐOÁN

#### 5.1. Chẩn đoán xác định

Cần phải xác định ung thư ở giai đoạn đầu hoặc khi bắt đầu ở giai đoạn tiến triển.

##### 5.1.1. Ung thư giai đoạn đầu

Rất khó chẩn đoán được EGC. Khi có các dấu hiệu lâm sàng có tính chất gợi ý, cần phải xác định bằng các phương pháp cận lâm sàng. Cần chú ý đến những bệnh nhân tuổi từ 45-50 đang hoàn toàn khoẻ mạnh, xuất hiện các triệu chứng như đau trên rốn, ăn khó tiêu, đầy bụng.

Một số trường hợp tổn thương dạ dày như loét bờ cong nhỏ, polyp, viêm teo dạ dày đã được điều trị hoặc được theo dõi, chẩn đoán, nếu xuất hiện các triệu chứng khác thường cần phải được nội soi và làm sinh thiết để xác định bằng giải phẫu bệnh lý.

Nội soi là phương tiện chẩn đoán quyết định nhất đối với EGC. Khi thấy nghi ngờ là EGC nên sinh thiết nhiều mảnh, nhiều vị trí để xác định.

Trong trường hợp sinh thiết không thấy tổn thương ung thư, cần phải điều trị đúng và theo dõi, có thể 2-3 tháng nội soi lại để dễ kiểm tra.

### 5.1.2. Ung thư giai đoạn tiến triển

Đối với ung thư ở giai đoạn này, cần phải xác định được ở thời kỳ đầu, khi chưa có các dấu hiệu di căn hay chưa có các dấu hiệu chẩn đoán phẫu thuật.

Lâm sàng: Đau trên rốn nhiều tháng, đau không có chu kỳ, đầy bụng, ậm ạch, khó tiêu bắt đầu có các dấu hiệu gầy sút thiếu máu.

X quang: Cần chụp phim hàng loạt để xác định tổn thương. Các hình ảnh tổn thương điển hình như hình loét, hình thấu kính, hình khuyết thấy rõ trên tất cả các phim. Những trường hợp cần thiết có thể chụp thêm phim ép.

Nội soi: Các tổn thương nhìn thấy rất rõ, có thể là loét cứng sần sùi, bờ không đều, dễ chảy máu hoặc là những khối u lồi lõm, có những loét khổng lồ hoại tử trắng mủn, niêm mạc mất nếp, sinh thiết thấy rõ có biến đổi tổ chức, có tế bào ác tính xâm lấn xuống các lớp thành dạ dày kèm theo sự loạn sản ruột (metaplasie).

Những trường hợp ung thư ở giai đoạn cuối sẽ có các biểu hiện lâm sàng điển hình:

- Gầy sút, suy kiệt, da vàng, bụng ascite, hạch Troiser hoặc có các dấu hiệu di căn vào các tạng khác như gan to, u buồng trứng.
- X Quang: Các hình ảnh ung thư thấy rõ như hình chít hẹp môn vị, hình cắt cụt hình khuyết hay hình ảnh thâm nhiễm toàn bộ dạ dày.
- Nội soi để xác định thêm về chẩn đoán và xác định thêm sự lan tràn của ung thư.
- Siêu âm các tạng để xác định tính chất lan tràn và di căn ung thư.

Trong trường hợp cần thiết có thể phải chụp phổi, chụp cắt lớp để xác định thêm.

## 5.2. Chẩn đoán phân biệt

Có nhiều bệnh lý dạ dày tá tràng khó phân biệt với ung thư dạ dày. Do đó cần phải xác định sớm các loại tổn thương để loại trừ các tổn thương ung thư.

Bệnh nhân được chia làm 2 loại:

### 5.2.1. Không sờ thấy u

- Loét dạ dày tá tràng: Các dấu hiệu lâm sàng thường điển hình với hội chứng đau bụng có chu kỳ, đau kéo dài nhiều năm. Không thấy chán ăn, không thấy gầy sút. Từng đợt điều trị thuốc dạ dày thấy đỡ. Trên phim X Quang có hình ảnh loét dạ dày tá tràng điển hình. Nội soi xác định chắc chắn là tổn thương loét nếu cần thiết phải sinh thiết xác định bằng giải phẫu bệnh lý.
- Viêm dạ dày: Là bệnh lý khá thường gặp, tổn thương có thể là cấp tính hay mãn tính, xuất hiện sau khi ăn những thức ăn chua, cay hay sau khi uống

các loại thuốc giảm đau, giảm viêm không phải steroid (analgin, voltagen, aspirin...) hay là các thuốc viên khớp (Cortison).

Những trường hợp này nội soi có thể xác định rõ ràng, thể hiện là những ổ loét chot, nồng (Erosion) hay là những nếp niêm mạc sưng nề, đỏ rực nhất là vùng hang môn vị hoặc kèm thêm viêm tá tràng. Trong trường hợp viêm teo dạ dày, các nếp niêm mạc teo, hang vị co rút, trên bề mặt có từng đám tổ chức viêm đỏ rải rác, môn vị co nhỏ. Những trường hợp này phải sinh thiết để xác định chắc chắn là thương tổn lành tính.

- Polyp dạ dày: Nếu loại Polyp đơn độc, có cuống sẽ dễ dàng phân biệt với ung thư dạ dày. Những trường hợp polyp có cuống ngắn, đầu to, nhiều múi sần sùi thì xác định là lành tính hay polyp thoái hoá ác tính. Nếu đã có dấu hiệu ác tính thì coi như là một ung thư dạ dày ở giai đoạn đầu.
- Một số bệnh lý khác: Thoát vị hoành (Hernie hyatal) trào ngược (Reflux)... các triệu chứng thường không điển hình, X quang cũng không xác định được chắc chắn, nội soi có thể xác định được rõ hơn.
- Viêm tuy mẫn: Thường ít gặp hơn, cơn đau thường kéo dài, có từng cơn đau dữ dội, ăn ít, ợ hơi nhiều, chụp phim dạ dày không thấy tổn thương gì, nội soi xác định hoàn toàn bình thường, siêu âm tuy có thể thấy hình đậm âm, hình sỏi tuy hoặc là hình nang giả tuy.

### 5.2.2. Khi sờ thấy u

Khi thăm khám sờ thấy một khối u ở vùng trên rốn, ranh giới rõ di động, không đau, mật độ chắc sần sùi kết hợp với hình ảnh X quang điển hình, nội soi xác định rõ thì việc chẩn đoán phân biệt với các khối u khác sẽ rất dễ dàng.

Tuy nhiên có một số bệnh lý cần phân biệt là: U lành dạ dày, có thể gặp là những khối u lành tính như u thần kinh (Schwannome), u cơ trơn (Leiomyome). Các tổn thương này ít có dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu. Chụp X quang chỉ thấy hình ảnh đẩy lồi vào trong lòng dạ dày. Nội soi không thấy tổn thương thức thể ở niêm mạc, mà thấy khối u đẩy lồi từ bên ngoài dạ dày vào, trong trường hợp khối u lớn cũng có thể thấy những ổ loét hoại tử, nham nhở, đáy có đám máu cục đến bám chắc hay rải rác có các mạch máu đen sạm, rải rác do loét hoại tử ăn mòn vào. Có thể dùng siêu âm, Scanner xác định chắc chắn thêm đồng thời xác định được rõ ranh giới của khối u.

- U gan, u đại tràng ngang, u tuy là những khối u có thể phân biệt được trên lâm sàng dễ dàng. Nếu không loại trừ được thì cần phải kết hợp thêm X quang, nội soi, scanner.
- Đối với trường hợp phụ nữ, khi thấy u buồng trứng cần phải xác định là u Krukenberg hay không? Trong những trường hợp đó cần phải đưa vào X quang. Nội soi, siêu âm và cả Scanner.

## 6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

### 6.1. Tiến triển

Ung thư dạ dày nếu phát hiện được ở giai đoạn đầu, không được điều trị sẽ tiến triển nhanh chóng, dần đến tình trạng bệnh nhân gầy sút, suy kiệt di căn xa và tử vong trong thời gian ngắn khoảng 5-6 tháng. Một số trường hợp chẩn đoán là hội chứng loét dạ dày tá tràng điều trị các loại thuốc dạ dày, có thể đỡ đau một thời gian, không theo dõi kỹ để đến khi các dấu hiệu điển hình xuất hiện thì đã chuyển đổi sang giai đoạn cuối. Nếu khi xuất hiện các triệu chứng ban đầu mà hướng tới chẩn đoán là ung thư dạ dày, được nội soi xác định tổn thương là EGC, điều trị phẫu thuật có thể sống nhiều năm. Có một số trường hợp ung thư diễn biến âm thầm, chỉ xác định, khi có các biến chứng như: thủng, chảy máu, hẹp môn vị. Điều trị lúc này có thể chỉ là phẫu thuật tạm thời hay phẫu thuật không triệt để.

Một ung thư dạ dày nếu không được điều trị triệt để sẽ dẫn đến tình trạng thiếu máu, phù và tử vong sau 5-6 tháng.

### 6.2. Biến chứng

#### \* Hẹp môn vị:

Các khối u ở vùng hang môn vị thường dẫn đến tình trạng hẹp môn vị. Tổn thương thông thường là những u sùi, tiến triển chậm hay gặp ở người già. Triệu chứng ban đầu là ăn ít, đầy bụng, nôn ra thức ăn ú đọng. Các dấu hiệu toàn thân dần dần thể hiện rõ. Bụng lồng lòng thuyền, lắc óc ách lúc đói, u trung ương, cứng và còn di động. Trong những trường hợp đó chụp X quang hoàn toàn có thể xác định được. Cần phải làm thêm siêu âm, scanner để tìm di căn.

#### \* Chảy máu

Là một trong những biến chứng của ung thư dạ dày. Thông thường là chảy máu với mức độ vừa. Biểu hiện thường gặp là đi ngoài phân đen. Trong trường hợp cấp tính, cơ thể nồng máu dữ dội, tổn thương thường là những ổ loét ăn, thủng vào các mạch máu lớn của dạ dày. Ngoài các dấu hiệu lâm sàng điển hình của ung thư dạ dày, cần phải tiến hành nội soi cấp cứu để xác định chắc chắn hơn, và có thể cũng đồng thời cầm máu qua nội soi.

#### \* Thủng

Thường hay gặp các trường hợp ung thư thể loét nằm ở bờ cong nhỏ hay mặt trước dạ dày. Các triệu chứng thường âm thầm, đột nhiên đau bụng dữ dội. Chẩn đoán lâm sàng là thủng ổ loét dạ dày - tá tràng. Phẫu thuật cấp cứu xác định là thủng ổ loét ung thư, nếu có thể trong những trường hợp đó cần phải tiến hành phẫu thuật nạo vét hạch triệt để hoặc nếu tình trạng không cho phép có thể chỉ làm được những thủ thuật có tính chất tạm thời như nối vị tràng, mở thông dạ dày, thủ thuật Neumann.

Một số biến chứng ít gặp hơn là tắc ruột do ung thư dạ dày thâm nhiễm vào đại tràng ngang hoặc di căn vào phúc mạc (Carcino peritoneal)...

## 7. ĐIỀU TRỊ

### 7.1. Điều trị phẫu thuật

#### 7.1.1. Chỉ định

Điều trị phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu cho ung thư dạ dày. Nhưng chỉ định phẫu thuật đối với ung thư dạ dày được dựa vào chẩn đoán, thông thường có 4 tình trạng sau đây.

- Ung thư giai đoạn đầu: thực tế hiện nay chẩn đoán ở giai đoạn này chưa có nhiều. Vì thường là do bệnh nhân đến muộn, hoặc do phát hiện còn chậm. Nhưng nếu xác định được EGC qua nội soi và giải phẫu bệnh, thì việc chỉ định phẫu thuật cần phải đặt ra.
- Ung thư giai đoạn tiến triển trên bệnh nhân có đủ khả năng điều trị phẫu thuật.
- Ung thư giai đoạn tiến triển điển hình với các dấu hiệu lâm sàng, nội soi... còn có thể phẫu thuật được, hoặc là điều trị tạm thời, hoặc là điều trị triệt để.
- Ung thư giai đoạn cuối: Các triệu chứng đã quá rõ, nhưng khả năng không thể tiến hành phẫu thuật được.
- Ung thư dạ dày đến trong tình trạng có biến chứng cấp tính: Thủng, chảy máu, hẹp môn vị. Chỉ định phẫu thuật được đặt ra, nhưng phẫu thuật triệt để hay tạm thời phụ thuộc vào thương tổn.
- Một số trường hợp di căn vào gan, buồng trứng, đại tràng nhưng tình trạng toàn thân vẫn còn khá, có thể chỉ định phẫu thuật, tùy theo từng thương tổn mà tiến hành phẫu thuật triệt để hoặc tạm thời.

#### 7.1.2. Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật điều trị triệt để:

Phẫu thuật điều trị triệt để ung thư dạ dày có những nguyên tắc sau:

- Cắt rộng rãi khối u: Khối u ở vị trí nào đều phải tuân theo nguyên tắc là lấy hết tổ chức u, vượt quá tổ chức lành ở phía trên tổn thương ít nhất là 5cm. . Còn ở dưới có thể lấy hết môn vị. Khi cắt dạ dày có thể xác định tế bào ung thư ở diện cắt bằng xét nghiệm giải phẫu bệnh lý nhanh (Extemporane). Nếu nghi ngờ còn tế bào ung thư, có thể cắt lên thêm. Có thể cắt rộng rãi khối u sang các tổ chức khác như: Đuôi tuy, đại tràng ngang, gan, túi mật...
- Lấy toàn bộ tổ chức hạch của dạ dày: gọi là nạo vét hạch trong ung thư dạ dày là một thủ thuật phải thực hiện đầy đủ, nhất là trong những trường hợp điều trị triệt để. Sự nghiên cứu về thâm nhiễm các nhóm hạch được các tác giả Nhật Bản nêu ra làm cơ sở cho phương pháp nạo vét hạch như sau:

Vị trí ung thư			Nhóm hạch	Loại phẫu thuật	
Ông môn vị	Hang vị	Thân vị	Tâm vị		
1-6	3-6	1 và 3-6	1-4	1 (N1)	R1
7-11	1 và 7-8	2 và 7-9	5-11	2 (N2)	R2
12-14	2 và 10-14	12-14	12-14	3 (N3)	R3

Trong các trường hợp phẫu thuật nạo vét hạch trên, loại phẫu thuật R2 hoặc R3 thường được thực hiện hơn. Bởi các trường hợp ung thư phần lớn đều đến đến muộn, các nhóm hạch thường đã bị thâm nhiễm, việc nạo vét hạch phải hoàn toàn triệt để. Kỹ thuật nạo vét hạch kiểu Nhật bản hay còn gọi là kiểu “Cuốn chiếu” dễ dàng bóc hết tổ chức hạch của dạ dày.

Các kỹ thuật cắt dạ dày.

\* Cắt đoạn dạ dày:

Chỉ định cho các tổn thương nông, chưa lan rộng lên trên có thể tiến hành cắt đoạn dạ dày. Chỉ định cho các trường hợp tổn thương nằm ở môn vị, hang vị. Sau khi cắt dạ dày, lập lại lưu thông đường tiêu hoá theo các phương pháp như Billroth 1 (Pean) nếu tổn thương là EGC, hoặc Billroth 2 (Polya, Finsterer).

\* Cắt cực trên dạ dày:

Tổn thương nằm ở vùng tâm vị, chưa lan cao hay thâm nhiễm xung quanh cắt 1/3 thực quản và cực trên dạ dày. Lập lại lưu thông đường tiêu hoá bằng nối phần dạ dày còn lại với thực quản....

\* Cắt toàn bộ dạ dày:

Khi thương tổn lan rộng lên trên, từ thân vị đến tâm vị cần phải cắt dạ dày cao lên thì phải tiến hành phương pháp cắt toàn bộ dạ dày theo yêu cầu. Trong một số trường phái hiện nay cho rằng tất cả các ung thư dạ dày đều phải cắt toàn bộ dạ dày, dù bất cứ ở các vị trí nào gọi là cắt toàn bộ theo nguyên tắc. Tuy nhiên phần lớn các cơ sở phẫu thuật hiện nay đều cắt toàn bộ dạ dày khi thường thường tổn bắt buộc thực hiện. Vấn đề quan trọng nhất trong phẫu thuật là lập lại lưu thông đường tiêu hoá để đảm bảo nuôi dưỡng bệnh nhân. Có rất nhiều kỹ thuật thường sử dụng như sau:

*Phẫu thuật tạm thời:*

Trong những trường hợp ung thư giai đoạn muộn, có các biến chứng như hẹp môn vị, chảy máu, tắc ruột... mà khả năng phẫu thuật triệt để không thể thực hiện được thì có thể tiến hành các loại phẫu thuật như sau:

- Cắt dạ dày kèm theo nạo vét hạch không triệt để hoặc không nạo vét hạch. Nối vị tràng, mở thông dạ dày, mở thông hông tràng, thắt các động mạch.

Những phẫu thuật trên chỉ nhằm giải quyết những biến chứng mà không có khả năng kéo dài sự sống cho bệnh nhân.

## 7.2. Các phương pháp điều trị khác

### 7.2.1. Hoá chất (chemotherapy)

Có thể tác dụng tạm thời như giảm đau, chậm phát triển điều trị kết hợp với phẫu thuật. Chỉ có tác dụng nếu sử dụng nhiều loại hoá chất (Polychimiotherapies) hơn là chỉ sử dụng một loại (Monochimiotherapie). Có 2 công thức thường dùng là: FAMTX (5 Fluoro - uracile, adriamycine, Methotrexat) và EAP (Etopside, adrimycin, cisplatine). Những nghiên cứu gần đây cho thấy kết hợp 5-FU + Acide folimiques+Cisplatine có thể tốt hơn.

**7.2.2. Quang tuyến (Radiotherapy):** thường dùng 25 grays nhưng tác dụng hạn chế. Có thể kết hợp giữa phẫu thuật cắt đoạn dạ dày + nạo vét hạch + Radiotherapy + Chimiotherapy (5 fu).

**7.2.3. Hormon:** Thường dùng kháng nguyên đơn (Anticorps monodonneur) tuy nhiên đang còn nghiên cứu.

## 8. KẾT LUẬN

- Ung thư dạ dày vẫn còn là một bệnh lý thường gặp. Tuy là một bệnh ác tính, tiến triển nhanh, nếu để muộn thì khả năng điều trị ít kết quả. Nhưng với phương tiện hiện nay, có thể phát hiện sớm ở giai đoạn ung thư mới chỉ ở niêm mạc và dưới niêm mạc hoặc thời kỳ đầu của giai đoạn tiến triển. Do vậy khả năng điều trị phẫu thuật có kết quả ngày càng cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adloff M., Arnaud. J.P., Ollier. J. C.  
Les cancers superficiels de l'estomac... Chirurgie 1986; 112; 181 – 188.
2. Hillon P. Faivre. J, Bedenne. L, Klepping. C.  
Alimentation et cancerogenese digestive. Encyc. Med. Chir. 89118 A10, 12 - 1985.
3. Huguier M. Houry. S. Cancer de l'estomac. Encyc. Med. Chir. 25 – 526 – A10, 1992
4. Japanese Research society for gastric cancer.
  - Study in surgery and pathology. Part 1
  - Histological classification of gastric cancer. Part 2.
  - The General rule for the Gastric cancer (1981)
5. Shiu N.H, Moore. E, et al.  
Influence of the extent of resection on Survival after curative treatment of gastric cancer.  
Arch. Surg - 1987. 122, 1347 – 1351.

# ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA BỆNH LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

PGS.TS. Hà Văn Quyết

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Loét dạ dày tá tràng là một bệnh mãn tính, tiến triển nhiều năm. Tỷ lệ chung là 3% tăng lên theo những thời gian khó khăn hay trong những lúc chiến tranh căng thẳng. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam nhiều hơn nữ, ở người lớn nhiều hơn trẻ em, nhất là lứa tuổi trung niên và người có nghề nghiệp căng thẳng.
- Cơ chế bệnh sinh của loét dạ dày tá tràng cho đến nay vẫn còn chưa rõ ràng. Tuy nhiên người ta thấy vai trò chủ yếu của loét là yếu tố thần kinh, chế độ ăn uống, sinh hoạt, tính chất gia đình và thuốc lá. Một số nghiên cứu gần đây có nêu lên vai trò của Helicobactere Pylori đối với việc hình thành các tổn thương loét, do vậy có sự thay đổi trong phương pháp điều trị ngoại khoa chỉ là điều trị các biến chứng của loét và khi điều trị nội khoa thất bại...
- Về các phương pháp phẫu thuật hình thành từ lâu, nhưng vẫn có kết quả tốt do sự hiểu biết về giải phẫu, cơ chế bài tiết về dịch vị. Các biến chứng của phẫu thuật ngày càng ít dần. Tỷ lệ tử vong trong và sau mổ giảm nhiều so với những năm trước kia. Xu hướng hiện nay việc chỉ định điều trị phẫu thuật loét dạ dày - tá tràng hạn chế dần, nhưng nó vẫn chiếm một vị trí quan trọng trong các phương pháp điều trị.

## 2. CƠ SỞ GIẢI PHẪU - SINH LÝ

### 2.1. Thành phần chính của dịch vị

#### *Acid chlohydric (HCl)*

Được tiết ra từ tế bào thành nằm phía trên của các tuyến ở vùng thân dạ dày.

Độ đậm đặc là 160 - 170mEq/lít. Độ pH = 0,83

Là thành phần chính của dịch vị. HCl là yếu tố chủ yếu hình thành những tổn thương loét ở dạ dày - tá tràng. Khi nồng độ HCl trong dịch vị cao làm mất thăng bằng giữa yếu tố bảo vệ niêm mạc và nồng độ HCl sẽ hình thành những tổn thương như loét, viêm chót.

#### *Pepsin*

Hình thành từ pepsinogen có trong tế bào viền nằm ở phần sâu của tuyến. Nhờ có HCl nên pepsinogen sẽ chuyển thành pepsin. Trong dạ dày khi có sự hiện diện của pepsin kết hợp với HCl tạo nên một hệ thống tiêu huỷ tổ chức rất mạnh. Quá trình này diễn ra chịu ảnh hưởng của thần kinh X.

*Pepsinogen* với trọng lượng là 40.000 chuyển thành pepsin có trọng lượng phân tử 35.000 khi pH = 3,5. Do vậy, với sự tăng nồng độ HCl sẽ tăng cường sự phá huỷ và gây tổn thương đến niêm mạc dạ dày. Chính vì vậy mục đích của việc điều trị nội khoa là sử dụng các loại thuốc để giữ cho độ pH trong dạ dày luôn luôn > 6 nhằm ngăn cản quá trình này. Ngược lại pepsin làm tăng hoạt động của HCl.

#### *Chất nhầy (Mucus):*

Là chất kết hợp giữa glycoprotein, nước và bicarbonat được bài tiết từ những tế bào nằm trong lớp biểu mô bề mặt dạ dày. Cùng với tầng tế bào trụ và tế bào hợp, tầng chất nhầy là hàng rào bảo vệ dạ dày. Chất nhầy này tạo thành một chất mỏng lắng trên bề mặt của dạ dày, ngăn cản sự thấm H<sup>+</sup> vào trong các tuyến, hơn nữa những mao mạch cân bằng giữa nồng độ HCl, pepsin với chất nhầy sẽ tạo thành những tổn thương niêm mạc và hình thành những ổ loét.

### **2.2. Cấu trúc của niêm mạc dạ dày và cơ chế bài tiết dịch vị**

#### *Cấu trúc của niêm mạc dạ dày*

##### - Lớp biểu mô

Bao phủ bên trong của niêm mạc dạ dày là những tế bào hình trụ cao. Nhân tế bào hình trụ nằm ở cực dưới. Cực trên chứa nhiều chất nhầy đặc biệt không bắt màu mucin-carmin. Trên mặt niêm mạc có những lỗ bài xuất và phần chế tiết gọi là cổ tuyến.

##### - Lớp đệm: Là lớp tổ chức liên kết thưa chứa các tuyến của dạ dày (có chừng 35 triệu tuyến) và các sợi cơ trơn. Dựa vào sự khác nhau của các tuyến mà người ta chia dạ dày thành 3 vùng: vùng tâm, thân vị và vùng hang môn vị.

+ Thân vị có loại tuyến hình ống thẳng, đứng sát nhau. Phần chế tiết của tuyến được cấu tạo bởi hai tế bào: tế bào thành và tế bào viền. Tế bào thành bài tiết ra HCl. Tế bào thành bài tiết ra pepsinogen. Số lượng tế bào thành khác nhau giữa người này với người khác, tăng theo lứa tuổi, đàn ông nhiều hơn đàn bà. Sự giảm tế bào thành liên quan đến sự teo của tuyến ở thân do viêm dạ dày mãn và sự lan rộng lên trên của các tuyến ở hang vị.

+ Vùng tâm vị cũng có tuyến ống đơn hay phân nhánh ít, cũng chứa một số ít tế bào bài tiết HCl. Tổ chức tuyến tập trung ở một vùng rất nhỏ xung quanh lỗ tâm vị, bài tiết ra chất nhầy và chất dạng nhầy.

+ Vùng hang - môn vị: Là những tuyến ống chia nhiều nhánh cong queo, bài tiết chất nhầy và chất dạng nhầy. Vùng hang vị có các tế bào nội tiết (Endocrine) ở trong các lớp niêm mạc bài tiết ra gastrin là một loại hormon dạng polypeptid có tác dụng kích thích bài tiết HCl ở phần thân vị thông qua cơ chế bài tiết thể dịch và thần kinh X. Chính điều này là cơ sở cho kỹ thuật cắt đoạn dạ dày trong điều trị loét dạ dày tá tràng.

### **2.3. Các giai đoạn bài tiết dịch vị**

Việc bài tiết dịch vị có thể chia làm 3 giai đoạn:

### - Giai đoạn thần kinh

Là giai đoạn mở đầu của bài tiết dịch vị. Việc bài tiết dịch vị ở giai đoạn này chủ yếu thông qua dây thần kinh X, do đó người ta gọi là cơ chế thần kinh. Dây X ảnh hưởng hoặc là kích thích gián tiếp tế bào thành qua trung gian của hormon gastrin đến bài tiết dịch vị thông qua 2 con đường: Tác động trực tiếp lên các tế bào viền hoặc là kích thích gián tiếp tế bào thành qua trung gian của hormon gastrin ở vùng hang vị vì dây X tăng sức thu cảm của tế bào thành với gastrin.

- Giai đoạn dạ dày: thức ăn vào tới dạ dày chạm vào niêm mạc hang vị và làm căng giãn hang vị. Hang vị co bóp và niêm mạc của nó chạm vào thức ăn. Cả hai tác động đó kích thích bài tiết gastrin. Gastrin sẽ thẩm qua đường máu tới kích thích tới tế bào vùng thân vị bài tiết ra HCl. Một số yếu tố khác tham gia bài tiết HCl đó là histamin. Niêm mạc dạ dày có những tế bào to nằm cạnh tế bào thành giải phóng ra histamin, nếu thiếu nó thì trong quá trình bài tiết của tế bào thành bị chặn lại. Hai loại tế bào thành và tế bào bài tiết ra histamin hình thành một hệ thống cảm thụ (Systemapcrine) gồm 3 cảm thụ nằm ở trên màng plasmide của tế bào thành là:
  - Acetylcholin
  - Gastrin
  - Histamin

Ngăn cản hệ thống cảm thụ này sẽ làm ngừng quá trình bài tiết dịch vị. Do đó người ta có thể dùng thuốc antichonegique nhằm ngăn cản sự hấp thụ histamin của tế bào bài tiết HCl, còn việc ngăn chặn tiếp nhận gastrin đến nay chưa có kết quả.

### - Giai đoạn ruột

HCl vẫn tiếp tục bài tiết các bữa ăn, nhưng khi hết thức ăn trong dạ dày thì ngừng bài tiết gastrin do vậy bài tiết HCl ở giai đoạn này thường xuyên duy trì ở mức độ thấp hơn. Giai đoạn này qua trung gian của protein có trong thức ăn, thuỷ phân tạo thành L. Hitidin sau đó chuyển thành histamin được hấp thụ tại ruột. Thức ăn vào ruột gây tăng áp lực trong lồng ruột cũng là một kích thích bài tiết dịch vị và các nội tiết tố khác (secretin, enteroglucagon, cholecystoknine, somatostatine...)

## 2.4. Cơ chế hình thành ổ loét

- Mất cân bằng giữa các yếu tố bảo vệ niêm mạc (mucin) và HCl pepsin.

Khi có một vết xước ở niêm mạc dạ dày và thường là những nơi tiếp giáp giữa các vùng. Như vậy hàng rào bảo vệ của niêm mạc bị phá vỡ. HCl và pepsin thẩm qua các khe này của niêm mạc ngấm sâu xuống tổ chức dưới niêm mạc, phá huỷ tổ chức, lớp cơ niêm. Quá trình xơ hoá được hình thành tạo nên những ổ viêm loét dần dần hình thành những ổ loét mãn tính.

- Cơ chế hình thành ổ loét do HelicobacterePylori (HP)

Trong thời gian gần đây nhiều nghiên cứu cho rằng trong niêm mạc dạ dày có nhiều xoắn khuẩn. Nhưng thương tổn do gây rách niêm mạc, là nơi có nhiều nhất. Quá trình viêm loét do HP bắt đầu, có những đợt viêm hoặc loét cấp xảy ra ăn sâu dần vào niêm mạc, dưới niêm mạc, hình thành những ổ loét mãn tính. Do vậy cần phải kết hợp thêm kháng sinh.

## 2.5. Tổn thương giải phẫu bệnh lý

### 2.5.2. Loại tổn thương

+ Loét cấp tính: Hình thành do những yếu tố khi uống thuốc chống viêm, stress chấn thương tinh thần. Ổ loét thường nằm ở niêm mạc vùng thân dạ dày nơi bài tiết acid. Loét thường nông, có thể có nhiều ổ loét.

+ Loét mãn tính: Xuất hiện từ từ, tiến triển kéo dài và thường hay tái diễn. Ổ loét ở các vùng niêm mạc không bài tiết acid.

### 2.5.3. Vị trí ổ loét

- Loét dạ dày

+ Loét mãn tính thường có một ổ loét, nếu có trường hợp loét ở vị trí mặt trước sau áp nhau gọi là Kissing ulcer. Hơn 90% ổ loét nằm ở nơi tiếp giáp của loại niêm mạc ở phần dạ dày khác nhau, đó là vùng quanh lỗ tâm vị (1%), giữa thân vị với hang vị (12%). Ở dạ dày các ổ loét thường nằm dọc bờ cong nhỏ (82%) với chiều rộng 2,5cm, là nơi gặp nhau của lớp cơ chéo và lớp cơ vòng dạ dày. Mặt sau (3%) và mặt trước (2%).

+ Loét cấp tính có nhiều ổ nhiều, nằm ở vùng thân dạ dày, mặt sau nhiều hơn mặt trước.

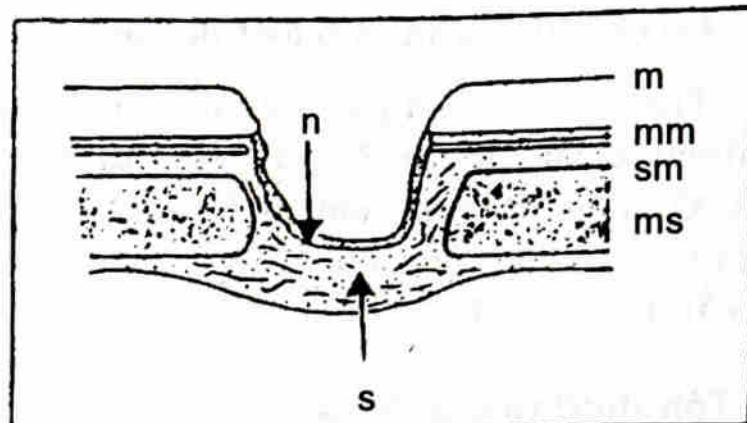
- Loét tá tràng: loét thường nằm nơi tiếp nối giữa niêm mạc vùng tá tràng hang vị và niêm mạc ruột non, vị trí cách môn vị 1 cm là hành tá tràng, nơi không bài tiết acid. Loét hành tá tràng thường gấp hơn loét dạ dày, tiến triển nhanh hơn.

### 2.5.4. Tổn thương

- Loét cấp tính: vết loét mất hết lớp niêm mạc bên trên. Chỉ có một vài trường hợp có sự xơ hoá rất chậm ở đáy ổ loét, thậm chí còn không thấy biến đổi lớp tổ chức dưới niêm mạc. Bờ ổ loét thường tròn, đều, xung quanh các nếp niêm mạc còn mềm mại, các nếp niêm mạc thường hội tụ.

- Loét mãn tính: vết loét làm mất hết niêm mạc, ăn sâu vào lớp niêm mạc và làm mất lớp cơ, đáy ổ loét thể hiện sự xơ hoá, tổ chức xơ nhiều hay ít tùy theo thời gian tiến triển của ổ loét. Ổ loét có thể khoét sâu, qua hết lớp thanh mạc, thủng và dính vào các tổ chức xung quanh (hình 6.1).

m: Niêm mạc  
 mm: Cơ niêm  
 sm: Dưới niêm mạc  
 ms: Lớp cơ  
 n: Tổ chức hoại tử  
 s: Xơ hoá



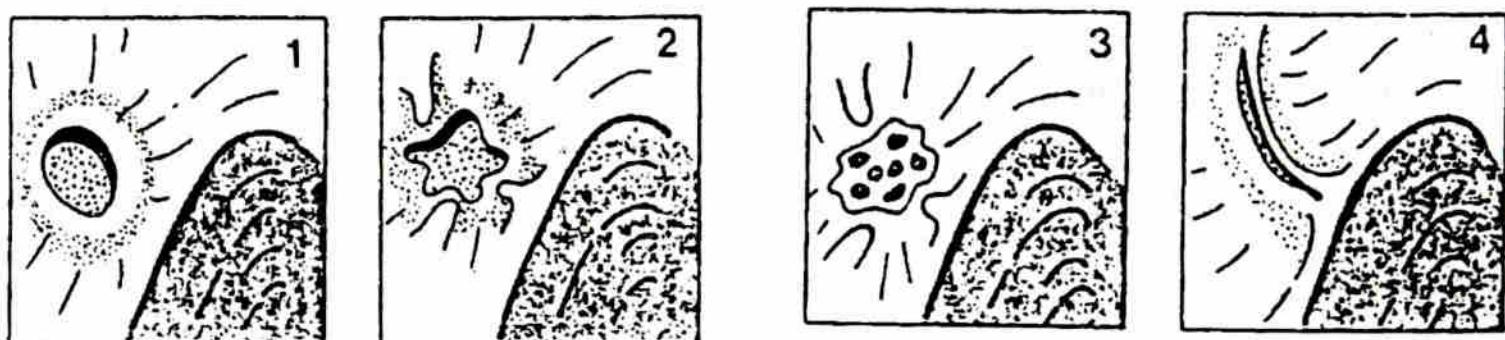
Các ổ loét nằm ở nơi thay đổi niêm mạc, sự bài tiết acid bình thường hoặc có giảm. Thông thường phối hợp với hiện tượng trào ngược dịch, mật do rối loạn co bóp của môn vị. Có thể chia ổ loét theo phân chia Johnson như sau:

\* Loại 1: thường gặp nhất (57%), ở cạnh góc bờ cong nhỏ với sự bài tiết acid bình thường hoặc là giảm.

\* Loại 2: (27%) cũng ở cạnh góc bờ cong nhỏ, nhưng thường kèm theo loét tá tràng đồng thời có sự tăng bài tiết acid.

\* Loại 3: (22%) ổ loét nằm ở vùng trước môn vị cùng với sự tăng bài tiết acid. Bên cạnh tổn thương loét còn có các tổn thương khác có thể xuất hiện như:

- Viêm: xuất hiện ở hang vị nếu là loét hành tá tràng. Trong những đợt đau thường có thể thấy viêm tá tràng. Đối với trường hợp ổ loét dạ dày, viêm xuất hiện xung quanh ổ loét, hang vị và vùng thân vị, hình thành ổ nhỏ tập trung thường được gọi là Gastrite munifocal.
- Ung thư: các ổ loét dạ dày mãn tính, có sự thoái hóa ác tính sau nhiều năm. Thường chỉ ở một điểm trên, bờ của ổ loét lan dần theo mép và theo chiều sâu. Ngoài ra còn có đám tổ chức thoái hóa ác tính khác nằm cạnh ổ loét.



**Hình 6.2. Hình ảnh nội soi của loét tá tràng (hình 5.2.)**

1. Loét tròn trên miệng niêm mạc mềm mại 65% trường hợp
2. Loét không đều có nếp niêm mạc hội tụ (19%)
3. Loét "salami" hội tụ nếp niêm mạc (10%)
4. Loét kẽ (lineaire) với các túi thừa ở mặt trước tá tràng (15%).

Sự tiến triển của ổ loét

Quá trình tiến triển của ổ loét trong một thời gian như sau: Loét hình tròn (giai đoạn 1) sẽ chuyển thành loét không đều sau một vài năm (giai đoạn 2) thời gian sau loét không đều chuyển thành loét kẽ (giai đoạn 3). Những ổ loét tròn và không đều trải qua nhiều đợt tiến triển và ổn định, hình thành những vùng liền sẹo. Trong quá trình đó sẽ hình thành tổn thương loét gọi là Salamin thể hiện là một vùng lõm và những đám hoại tử xen kẽ giữa tổ chức hạt, lớp cơ niêm mạc và lớp cơ ở đáy bị tổn thương. Loét kẽ là ổ loét giai đoạn cuối (sau 10 - 15 năm). Đó là một tổn thương mãn tính mà khả năng liền sẹo rất kém và khó. Nếu ổ loét tròn hình thành ở đầu của một vết rách có thể tạo thành một ổ loét cái vọt (Raquette).

### 3. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

#### 3.1. Những chỉ định mổ tuyệt đối

##### 3.1.1. Khi điều trị nội khoa thất bại

Chỉ được coi là điều trị nội khoa thất bại khi đã được thực hiện đầy đủ các nguyên tắc mà vẫn đau, cơn đau tăng dần, hoặc xuất hiện những biến chứng do ổ loét gây nên. 80% loét dạ dày tá tràng được điều trị lành bằng các phương pháp nội khoa, nếu tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc sau:

Nghỉ ngơi tuyệt đối tránh tất cả những kích thích gây căng thẳng thần kinh.

Chế độ ăn uống phù hợp, có tính chất dinh dưỡng hợp lý. Các bữa ăn phải đều nhau. Tránh tất cả những thức ăn có tính kích thích: rượu, bia, nước chè, cafe, ớt... Những bệnh nhân bị đau lâu ngày không được nuôi dưỡng đầy đủ, cần khuyến khích chế độ ăn uống thông thường, có dùng thêm vitamin phổi hợp.

Phải kiên quyết bỏ thuốc lá, chỉ riêng bỏ thuốc lá đã làm bệnh giảm đi rất nhiều và có thể khỏi bệnh một cách nhanh chóng.

Dùng thuốc hợp lý có sự hướng dẫn của thầy thuốc, bao gồm:

Thuốc bọc niêm mạc dạ dày

Thuốc trung hoà độ hoà tan dịch vị

Thuốc trung hoà độ tan dịch vị

Ngăn cả ion H<sub>2</sub> không có kết hợp với Cl do HCl không hình thành: nhóm này có Cimedin, Ranitidin...

Ngăn cản bơm Proton H<sup>+</sup> nên H<sup>+</sup> không xuất hiện trong dạ dày, HCl không có - nhóm này có: Omeprazole, Mopral...

Gần đây người ta nói đến một loại vi khuẩn tìm thấy trong tổn thương loét dạ dày tá tràng, đó là vi khuẩn: Bactere pylori. Nên khuyên dùng thêm kháng sinh trong điều trị loét dạ dày tá tràng.

##### 3.1.2. Thủng ổ loét

Là biến chứng thường gặp do ổ loét gây ra, mà hậu quả là viêm phúc mạc toàn thể, đòi hỏi phải mổ càng sớm càng tốt.

Trong khi mổ, tuỳ theo tình trạng của bệnh nhân, điều kiện gây mê hồi sức, trình độ phẫu thuật viên mà có những quyết định xử lý ổ thủng cho phù hợp.

\* Khâu lỗ thủng đơn thuần. Phẫu thuật nhanh, không đòi hỏi kỹ thuật nhiều, có thể áp dụng được ở hầu hết các cơ sở phẫu thuật. Tỷ lệ tử vong rất thấp. Tuy nhiên ổ loét vẫn còn và bệnh chưa được giải quyết, cần tiếp tục điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật triệt để sau:

\* Cắt dạ dày bán phần: vừa điều trị được triệu chứng vừa điều trị được căn nguyên, song tỷ lệ tử vong lại cao hơn, đòi hỏi trang thiết bị gây mê hồi sức và tình trạng bệnh nhân tốt, ổ bụng sạch.

Ở những bệnh nhân có tiền sử mổ khâu lỗ thủng cũ mà đau lại thì chỉ định mổ dạ dày cũng được coi là tuyệt đối. Bệnh nhân sẽ được chuẩn bị mổ theo kế hoạch, thủ thuật thường được áp dụng là cắt 2/3 dạ dày.

### 3.1.3. Chảy máu

Chảy máu là một trong những biến chứng của ổ loét dạ dày tá tràng.

Chảy máu nặng, biểu hiện các rối loạn về huyết động (mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ). Cần phải hồi sức tích cực, nội soi cấp cứu để xác định tổn thương và tiêm xơ cầm máu. Nếu không ổn định thì phải cấp cứu. Những thủ thuật có thể áp dụng là: cắt 2/4 dạ dày, mổ dạ dày khâu cầm máu ổ loét + cắt 2 dây thần kinh X + phẫu thuật dẫn lưu phổi hợp. Những bệnh nhân già yếu và tình trạng chảy máu nặng chỉ nên mổ dạ dày khâu cầm máu ổ loét bằng một mũi khâu kiểu chữ X...

Loại chảy máu rỉ rỉ, tái phát nhiều lần, gây tình trạng thiếu máu nhưng không biến đổi về mặt huyết động. Trường hợp này cũng nên mổ sớm nhất là đối với người già trên 50 tuổi, thành mạch xơ cứng, mỗi lần máu chảy sẽ khó tự cầm. Có thể mổ cấp cứu hay mổ theo kế hoạch.

### 3.1.4. Hẹp môn vị

Hẹp môn vị là một biến chứng của ổ loét xơ chai, nhất là ở đoạn trước môn vị và hành tá tràng: chẩn đoán thường không có gì khó khăn: bệnh nhân nôn sớm, nôn có khi ra thức ăn bữa trước, có khi phải móc họng để nôn cho dễ chịu. Chụp X quang có uống thuốc cản quang thấy 6 giờ sau khi uống thuốc vẫn còn ở trong dạ dày, không qua được tá tràng. Nội soi dạ dày - tá tràng có loét xơ chai và chít hẹp hoàn toàn. Có thể mổ cấp cứu trì hoãn hay mổ theo kế hoạch. Cần phải thực hiện trước mổ các bước chuẩn bị sau:

Hút, rửa dạ dày ngay khi bệnh nhân vào viện, nhất là sau khi chụp X quang có uống Barite.

Truyền dịch để bù lại tình trạng mất nước và điện giải do nôn nhiều.

Cho kháng sinh để chống viêm nhiễm. Có thể dùng colragol 3% x 15g/ngày (uống) tác dụng chống viêm niêm mạc dạ dày rất tốt. Sau khi chuẩn bị như trên bệnh nhân được mổ theo kế hoạch. Nhưng thủ thuật thường áp dụng là cắt đoạn 2/3 dạ dày hoặc cắt thần kinh X kèm theo nối vị tràng.

### **3.1.5. Loét dạ dày ung thư hoá**

Những ổ loét dạ dày và nhất là những ổ loét vùng hang vị, bờ cong nhỏ nếu để kéo dài, không điều trị khỏi hoàn toàn sẽ có thể thoái hoá ác tính. Do vậy đối với những ổ loét dạ dày nên xác định sớm qua nội soi và sinh thiết. Sau khi xác định là không có dấu hiệu ung thư nên điều trị bằng nội khoa, theo dõi và kiểm tra lại bằng nội soi hoặc bằng X quang. Nếu điều trị nội khoa không có kết quả, nên sớm điều trị phẫu thuật. Những trường hợp sinh thiết có dấu hiệu thoái hoá ác tính nên có chỉ định phẫu thuật ngay. Do đó nên mổ sớm trong những trường hợp sau:

Loét thủng bít thể hiện trên hình ảnh X quang là hình Haudeck.

Những ổ loét xơ chai, loét to ở vùng hang vị, bờ cong nhỏ ở người nhiều tuổi.

Ổ loét thể hiện trên X quang là một hình thấu kính. Theo Boramann 90% các ổ loét hình thấu kính là tổn thương ung thư.

Những ổ loét thể hiện trên X quang là hình đọng thuốc trên nền cứng, không thay đổi trên các phim. Kết hợp cả nội soi để xác định trước khi phẫu thuật. Phẫu thuật cắt đoạn dạ dày rộng rãi, nạo vét hạch triệt để cho những tổn thương ác tính hoặc còn nghi ngờ là ung thư.

## **3.2. Chỉ định mổ tương đối**

Những trường hợp chỉ định mổ còn phải cân nhắc như: Loét chưa có biến chứng mà chỉ có dấu hiệu chủ yếu, đau không giảm khi điều trị nội khoa ở những bệnh nhân nhiều tuổi.

Bệnh nhân tha thiết muốn mổ vì đau luôn ảnh hưởng tới sinh hoạt, lao động và ăn uống.

Những bệnh nhân loét dạ dày tá tràng kèm theo một số bệnh như thấp khớp mà cần phải điều trị các thuốc giảm đau, chống viêm.

## **4. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT**

Nhờ sự hiểu biết về cấu tạo của dạ dày, cơ chế bài tiết dịch vị cũng như nguyên nhân của loét nên các phương pháp phẫu thuật đều nhằm loại bỏ khả năng bài tiết dịch vị. Nó bao gồm các phương pháp sau đây.

### **4.1. Các thủ thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới**

**Cắt 2/3 dạ dày**

**Kỹ thuật:**

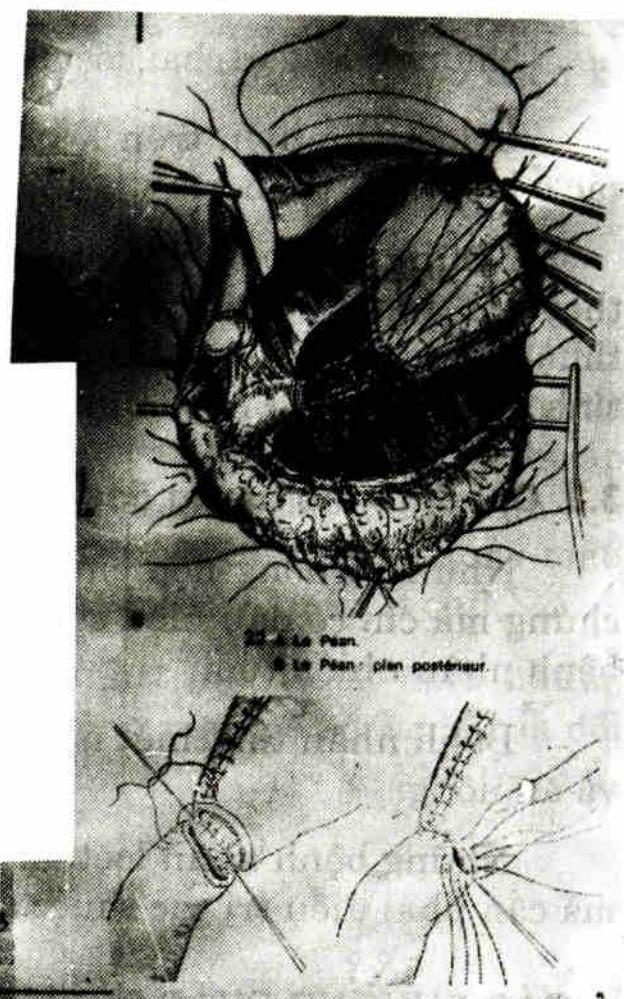
Là phẫu thuật thường tiến hành nhiều nhất. Nó bao gồm cắt toàn bộ hang vị, môn vị cộng với một phần thân vị nhằm giảm bớt tổ chức tuyến bài tiết dịch vị, đồng thời loại trừ vùng hang vị bài tiết ra gastrin, kích thích bài tiết ra gastrin, kích thích bài tiết dịch vị. Sau đó lập lại sự lưu thông dạ dày - ruột non theo kiểu Billroth I hoặc Billroth II.

- **KIỀU BILLROTH 1:** Nối phần dạ dày còn lại với tá tràng bằng hai kỹ thuật nối.

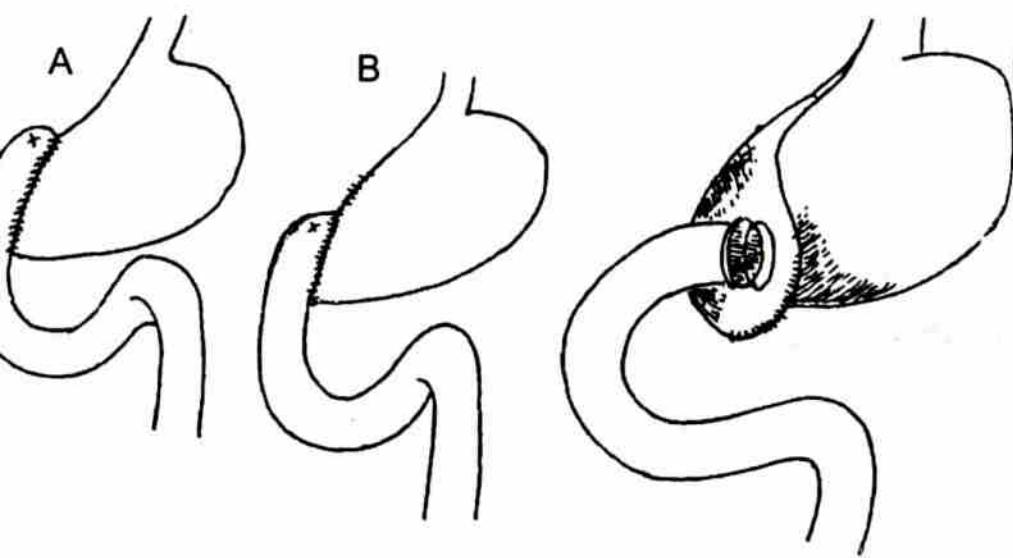
- Kiểu PEAN: Đóng mỏm dạ dày còn lại hẹp bớt trước khi nối với mỏm tá tràng. (Hình 5.3).
- Kiểu VONHABEER: Để nguyên mỏm dạ dày còn lại nối với mỏm tá tràng (Hình 5.4).

**Ưu điểm:** - Hợp với sinh lý. Thức ăn vẫn chứa trong dạ dày, đi vào tá tràng theo đường tiêu hoá bình thường. Quá trình tiêu hoá thức ăn và hấp thụ dinh dưỡng gần như cũ. Hoạt động kích thích các loại men tiêu hoá không thay đổi nhiều. Biến chứng sau mổ ít hơn.

**Điều kiện:** Mỏm tá tràng phải còn dài và mềm mại.



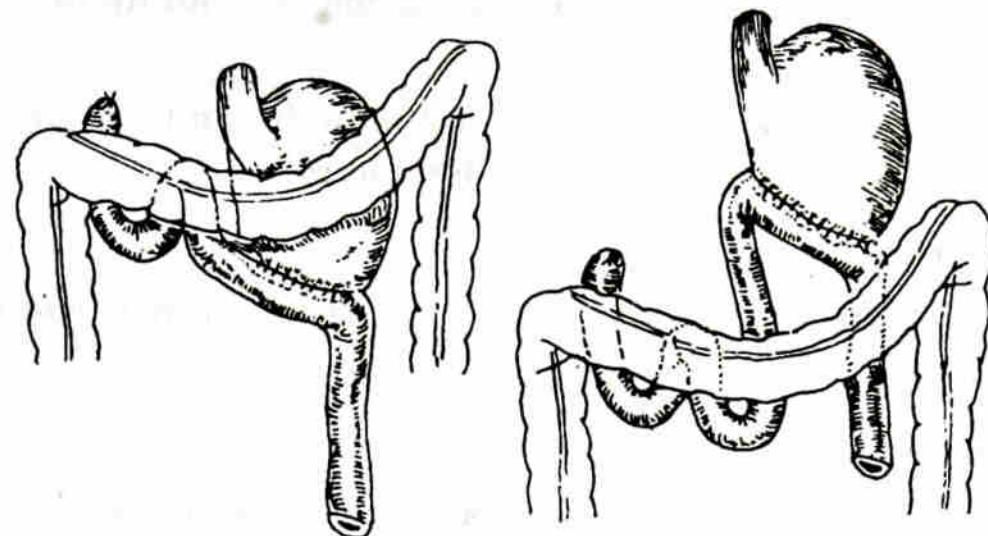
Hình 6.3. Kiểu Pean



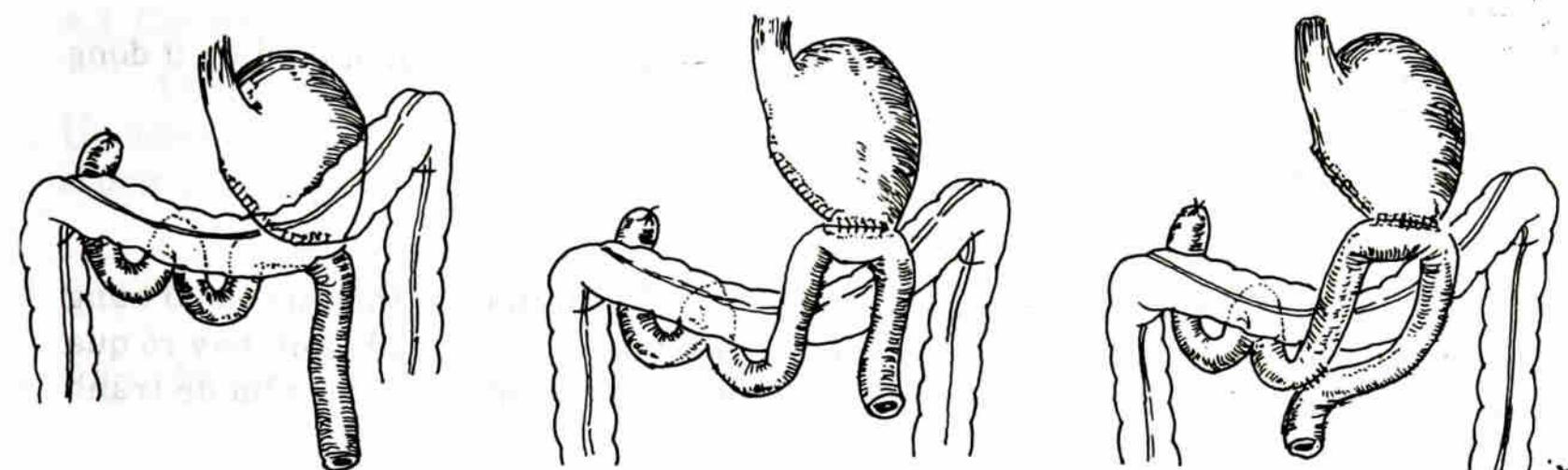
Hình 6.4. Kiểu Von Haberer

#### KIỂU BILLROTH II:

Đóng kín mỏm tá tràng và sau đó nối phần dạ dày còn lại với quai hông tràng đầu tiên. Có thể qua mạc treo đại tràng ngang hoặc trước đại tràng ngang. Có hai cách吻合 sau:



**Hình 6.5. Kiểu Polya**



**Hình 6.6. Kiểu Finsterer**

**POLYA:** Để nguyên mỏm dạ dày nối với quai hông tràng đầu tiên (hình 5.5.)

**FINSTERER:** Khâu bớt mỏm dạ dày rồi nối với quai hông tràng đầu tiên (hình 5. 6)

**Ưu điểm:** áp dụng được cả trong trường hợp ổ loét dạ dày hoặc ở tá tràng kỹ thuật dễ thực hiện hơn.

**Nhược điểm:** thức ăn xuống dạ dày nhanh hơn, lưu thông dạ dày - ruột không giống như sinh lý bình thường, hội chứng Dumping nhiều hơn.

#### *Các biến chứng sớm sau mổ cắt 2/3 dạ dày*

- Chảy máu rỉ trong: Do chảy máu từ các mạch máu trong ổ bụng, có thể do tuột chỉ hoặc do máu. Xuất hiện sớm ngay sau mổ, biểu hiện lâm sàng là hội chứng chảy máu trong, nếu có dẫn lưu sau mổ máu chảy qua ống. Cần phát hiện sớm mất máu.

**Xử trí:** Rửa dạ dày bằng nước ấm, nếu không có kết quả phải mở lại.

#### *• Bục mỏm tá tràng*

Thường xảy ra vào ngày thứ 3 - 5 sau mổ. Bệnh nhân chưa có trung tiện, đau bụng dữ dội, co cứng thành bụng và sốt cao. Có mây khả năng sau:

Bục vào ổ bụng gây viêm phúc mạc. Phải mở lại sớm để lau ổ bụng và dẫn lưu mỏm tá tràng.

Bục và rò ra ngoài: Điều trị bằng nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, kháng sinh và hút liên tục, nếu không tự liền thì phải đóng lỗ rò.

- Chít hẹp miệng nối

Thường do quai đi bị gấp, đôi khi do phù nề miệng nối: rửa dạ dày và cho kháng sinh, nếu không có kết quả thì phải mở lại.

- Áp xe dưới cơ hoành

Sau mở từ ngày thứ 5 trở đi, bệnh nhân sốt cao dao động, đau hạ sườn phải, có khi náu, khám thấy có cứng dưới sườn phải, có phù nề thành bụng dưới sườn phải. Chụp bụng không chuẩn bị có mức nước, hơi dưới vòm hoành phải. Siêu âm ổ bụng có ổ áp xe dưới cơ hoành.

Nguyên nhân: Thường do bục mỏm tá tràng, bục miệng nối, do dịch ứ đọng có khi là do sót gạc.

Xử lý: Mổ dẫn lưu ổ áp xe ngoài phúc mạc.

- Bục miệng nối dạ dày - ruột

Xuất hiện muộn hơn, ngay từ ngày thứ 5 - 7 sau mở. Có thể bục vào ổ bụng gây viêm phúc mạc, hoặc được các tạng bao bọc lại gây áp xe cơ hoành hay rò qua vết mổ. Đây là biến chứng nặng sau cắt 2/3 dạ dày cần phải mở lại sớm để tránh tình trạng mất nước và suy kiệt.

- Tắc ruột cao

Có các dấu hiệu tắc ruột sớm sau mở do các nguyên nhân sau:

Thoát vị trong (quai ruột chui vào khe mỡ mạc treo đại tràng ngang).

Do gấp đính quai đi

Lồng ruột qua miệng nối lên dạ dày (rất hiếm)

Xử lý: thường là phải mở lại sớm

Viêm tuy cấp sau mở

Có thể gặp trong những trường hợp ổ loét sau thủng hoặc đính vào tuy. Khi bóc tách do chấn thương, đụng dập... tuy. Sau mở có các dấu hiệu của viêm tuy cấp. Xét nghiệm máu có amylase máu, nước tiểu cao. Cần phải điều trị bằng thuốc giảm đau, giảm viêm và an thần.

*Các biến chứng muộn:*

- Nhóm biến chứng mang tính chất cơ học:

Viêm loét miệng nối

Tắc ruột cao

Hội chứng quai túi

Viêm loét thực quản

- Nhóm biến chứng do rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng
  - Hội chứng Dumping
  - Hội chứng thiếu máu
  - Lao phổi

Ung thư mỏm cắt dạ dày: Xuất hiện muộn sau cắt đoạn dạ dày 10 - 15 năm, có thể do trào ngược dịch mật thường xuyên vào dạ dày.

## 4.2. Cắt cực trên dạ dày

Những trường hợp loét nằm ở sát tâm vị hay phình vị lớn dạ dày có thể tiến hành các phẫu thuật cắt cực trên dạ dày (Sweet) hay phần trên dạ dày (Proximal gastrectomy).

## 4.3. Cắt dây thần kinh X

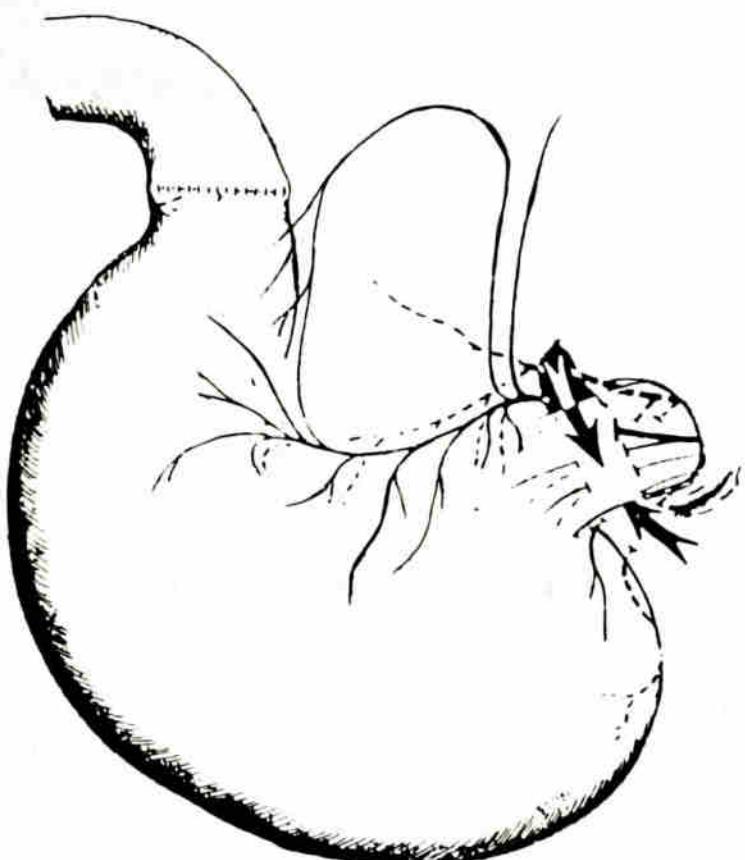
Là một phương pháp phẫu thuật có thể điều trị triệt để loét dạ dày tá tràng. Ưu điểm của phương pháp này là vừa giữ nguyên dạ dày, vừa giảm bài tiết dịch vị thông qua cơ chế thần kinh...

Cơ sở giải phẫu của phẫu thuật là dựa trên việc phân nhánh 2 dây thần kinh X phải và trái vào dạ dày để thực hiện các thủ thuật như sau:

### 4.3.1. Cắt dây thần kinh X toàn bộ (hình 6.7)

Hai dây thần kinh X phải và trái chui qua lỗ hoành rồi nằm trước và sau thực quản bụng, cho các nhánh vào dạ dày và tiếp tục chia nhánh vào các tạng khác...

Chức năng của các nhánh vào dạ dày là kích thích bài tiết dịch vị, co bóp dạ dày. Cắt dây thần kinh X toàn bộ là cắt cả hai thần kinh X ở đoạn thực quản bụng. Do đó làm giảm hoàn toàn cơ chế thần kinh trong bài tiết dịch vị.



**Hình 6.7. Cắt dây thần kinh X toàn bộ**

Nhưng cũng do khi cắt thần kinh nên làm giảm sự co bóp của dạ dày, làm dạ dày dãn và ứ đọng; vì vậy có thể tiến hành thêm những thủ thuật kèm theo như sau:

#### Cắt thần kinh X + Nối vị tràng (Phẫu thuật Dragsteadt)

- Cắt trên chỗ phân chia nhánh gan của dây X trước (dây X trái)
- Cắt trên chỗ phân chia nhánh tạng của dây X sau (dây X phải)
- Nối vị tạng

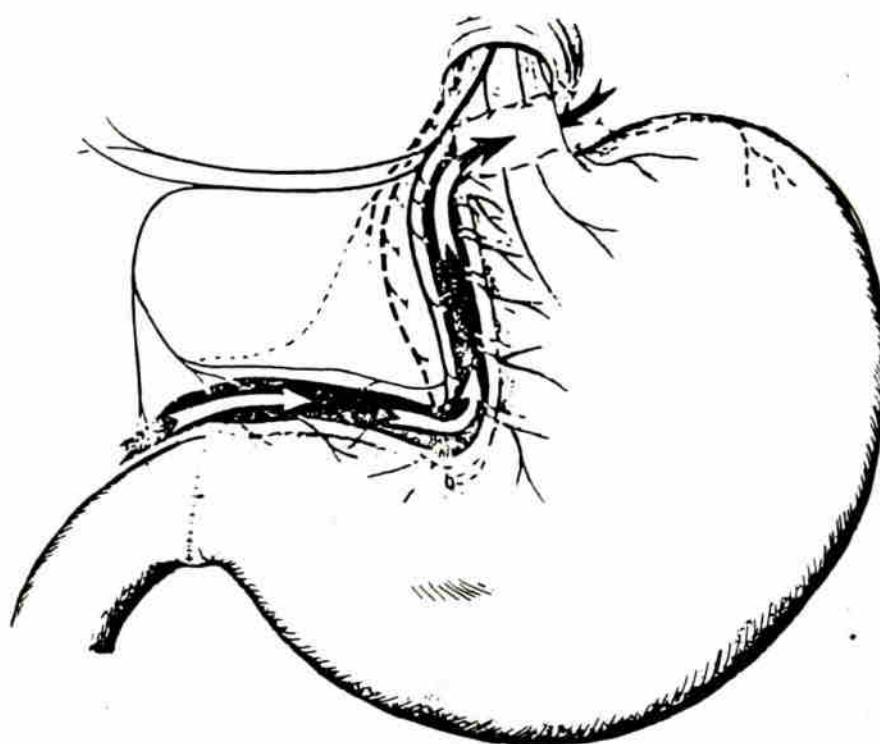
#### Cắt dây X + tạo hình môn vị

Tạo hình môn vị hoàn toàn bài tiết dịch vị do loại trừ cơ chế tiết dịch thể dịch (Gastrin) và loại trừ cơ chế tiết dịch thần kinh (cắt dây X).

Cắt hang vị còn được gọi là cắt 1/2 dạ dày, kỹ thuật này cũng có những khó khăn và biến chứng như cắt 2/3 dạ dày. Ưu điểm là dạ dày bị cắt đi ít hơn, khả năng chứa đựng thức ăn và tiêu hóa gần như bình thường. Đây là thủ thuật có thể chỉ định cho nhiều trường hợp.

#### 4.3.2. Cắt dây thần kinh X chọn lọc (Hình 6.8)

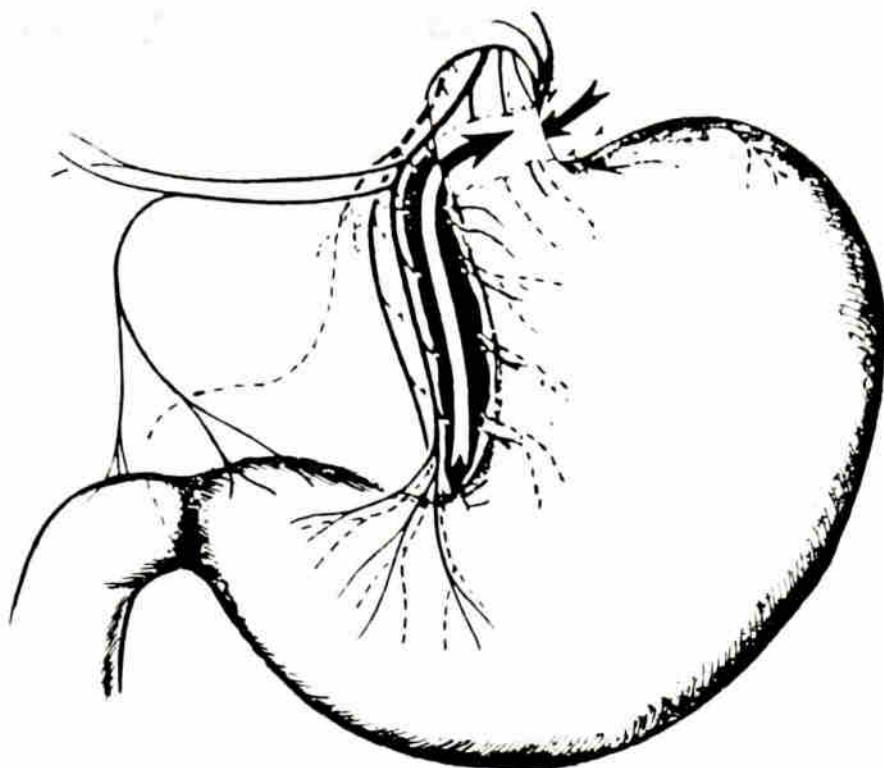
Làm thủ thuật cắt các nhánh thần kinh X đi vào dạ dày để kích thích bài tiết dịch vị và co giãn dạ dày. Tuy nhiên phẫu thuật này hiện không tiến hành vì vẫn gây ứ đọng dạ dày, đồng thời không làm giảm hoàn toàn việc bài tiết dịch vị.



Hình 6.8. Cắt dây thần kinh X chọn lọc

#### 4.3.3. Cắt dây X chọn lọc cao (cắt dây X siêu chọn lọc) (xem hình 6.9)

Chỉ cắt chọn lọc các nhánh dây X đi qua vào vùng thân dạ dày và vào vùng phình vị lớn (những nhánh này chi phối bài tiết HCl) và giữ lại các nhánh đi vào vùng hang vị (chi phối sự co bóp của hang vị). Gồm 3 nhánh tạo thành gọi là "chân ngỗng" của Latarjet.



**Hình 6.9. Cắt dây X siêu chọn lọc**

Đây là một thủ thuật có thể vừa làm giảm bài tiết dịch vị, vừa đảm bảo được chức năng co bóp của dạ dày nên không có hiện tượng ứ đọng. Chính điều đó làm cho khả năng điều trị loét tá tràng rất cao.

**Ưu điểm:** Tỷ lệ tử vong rất thấp (1-3%). Không có nhiều biến chứng nặng và lâu dài như so với cắt dạ dày.

**Nhược điểm:** Tỉ lệ không khỏi và loét tái phát cao hơn (khoảng 10 - 15%).

**Chỉ định:**

- Loét hành tá tràng ở sau khó lấy.
- Loét tá tràng + bệnh phổi hợp (xơ gan, lao, bệnh tim)
- Những trường hợp không có thể tiến hành cắt dạ dày như: Già yếu, tuổi còn trẻ, tình trạng bệnh nhân nặng...

Tóm lại, tất cả các phương pháp phẫu thuật trên có thể chỉ định cho nhiều trường hợp. Tuỳ theo tình trạng của từng bệnh nhân mà thực hiện các loại giải phẫu khác nhau. Tiến hành phẫu thuật tuỳ theo các điều kiện phẫu thuật như có thể mổ theo phương pháp cổ điển (Laparotomy Surgery) hay phẫu thuật theo phương pháp nội soi ổ bụng.

## **5. KẾT LUẬN**

Bệnh loét dạ dày tá tràng vẫn còn là một bệnh phổ biến. Là một bệnh lành tính mà cơ chế bệnh sinh còn chưa thật thống nhất. Điều trị nội khoa hiện nay có nhiều kết quả, tỷ lệ khỏi bệnh ngày càng tăng. Tuy nhiên phẫu thuật vẫn giữ một vai trò quan trọng trong điều trị các ổ loét có biến chứng hay mãn tính. Các phương pháp phẫu thuật ngày càng được cải tiến, điều kiện phẫu thuật ngày càng tốt hơn nên tỷ lệ tử vong sau mổ ngày càng thấp.

# CHẢY MÁU DO LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

PGS.TS. Hà Văn Quyết

## 1. MỞ ĐẦU

Chảy máu do loét Dạ dày - Tá tràng (CMDLDD-TT) là một cấp cứu thường gặp trong Nội khoa và Ngoại khoa, chiếm **40-45%** tổng số chảy máu đường tiêu hoá trên. Chảy máu là thể hiện tiến triển của ổ loét và là một trong những biến chứng nhiều nhất của loét dạ dày - tá tràng. Có khoảng 20-30% các ổ loét có biến chứng chảy máu. Biến chứng này có thể xảy ra trong quá trình diễn biến của ổ loét, mặc dù gần đây có nhiều loại thuốc điều trị hiệu quả loét dạ dày - tá tràng.

Đặc điểm của chảy máu do loét dạ dày - tá tràng là hay gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi, có tiền sử loét dạ dày nhiều năm, chảy máu nhiều lần, thường xảy ra sau khi uống các loại thuốc giảm viêm không phải steroid như aspirin, voltaren... hay sau khi dùng cortison.

Chẩn đoán chảy máu do loét dạ dày - tá tràng dựa vào lâm sàng, Xquang nhưng chủ yếu dựa vào nội soi. Chỉ có 50% các trường hợp chẩn đoán đúng bằng lâm sàng. Nhưng tổn thương ở vị trí nào? Hình thái chảy máu? Mức độ chảy máu? Loại tổn thương gì? Chẩn đoán lâm sàng không thể xác định được. Chẩn đoán Xquang chỉ dựa vào những trường hợp đã có chụp phim từ trước. Chụp Xquang cấp cứu hiện nay không còn thực hiện nữa mà chủ yếu là nội soi cấp cứu. Đây là một trong những phương tiện có hiệu quả cao, không những chẩn đoán chính xác tổn thương, xác định rõ mức độ tổn thương, đánh giá được tình trạng chảy máu để có chỉ định điều trị ngoại khoa hay điều trị nội khoa mà còn có khả năng cầm máu trực tiếp bằng các phương pháp như tiêm, xơ, đốt điện, laser ...

Nhờ có sự tiến bộ trong cấp cứu hồi sức cũng như có nhiều loại thuốc có tác dụng tốt đối với các ổ loét dạ dày - tá tràng nên đã làm thay đổi chiến lược điều trị: Trước đây điều trị phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nay chủ yếu là điều trị nội khoa. Điều trị ngoại khoa chỉ còn chỉ định cho một số trường hợp nhất định. Tỷ lệ tử vong chung của CMDLDDTT khoảng 3-10%.

Cấp cứu chảy máu do loét dạ dày - tá tràng cần tiến hành như sau:

- Chẩn đoán xác định tổn thương chảy máu.
- Đánh giá mức độ tổn thương.
- Hồi sức cấp cứu tích cực..
- Chỉ định và điều trị hợp lý, có kết quả.

## 2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

### 2.1. Ổ loét

#### 2.1.1. Vị trí

• *Loét tá tràng*: Chảy máu ổ loét tá tràng thường gấp hơn loét dạ dày. Có 1/4 trường hợp loét tá tràng chảy máu (27,9%). Chảy máu có thể xuất hiện trong suốt quá trình tiến triển của loét. Thường gấp nhất là những trường hợp ngoài 50 tuổi.

Ổ loét thường ở mặt sau, bờ trên hoặc mặt trước hành tá tràng. Loét xơ chai, đáy sâu, ăn mòn vào thành tá tràng, mở vào các mạch máu. Nếu loét ở mặt trước thường chảy máu ít và dễ tự cầm máu hơn.

• *Loét dạ dày*: khoảng 15 - 16% ổ loét dạ dày có biến chứng chảy máu. Các ổ loét thường ở các vị trí như: loét bờ cong nhỏ, loét mặt sau dạ dày, loét vùng tâm vị. Các ổ loét xơ chai, đáy sâu, ăn thủng vào tổ chức xung quanh, vào các mạch máu ở thành dạ dày hay những mạch máu như các nhánh của động mạch lách, động mạch môn vị. Chảy máu ổ loét bờ cong nhỏ hay gấp ở người già, tiến triển âm thầm hay chảy máu dữ dội. Ổ loét bờ cong nhỏ thường chảy máu kéo dài, hay tái phát và ít tự cầm. Nếu có nhiều ổ loét, ngay sau khi uống thuốc kháng viêm hay uống rượu có thể cũng chảy máu ở các ổ loét.

#### 2.1.2. Thương tổn chảy máu

- Ổ loét xơ chai, loét vừa hoặc loét non đang tiến triển cấp tính đều có thể chảy máu. Khi chảy máu có thể trong những tình trạng sau đây:
  - Ổ loét ăn thủng vào mạch máu. Đó là những ổ loét nằm ở các vị trí như bờ cong nhỏ, mặt sau dạ dày gần các động mạch vành vị, môn vị, động mạch lách... những ổ loét ở bờ trên, bờ dưới và mặt sau hành tá tràng gần động mạch vị hành tá tràng.... Những trường hợp này thường chảy máu dữ dội, mạch máu có khi phun thành tia, nhất là những bệnh nhân già, không còn khả năng co mạch. Nội soi cấp cứu sẽ thấy mạch máu phun theo nhịp đập hay máu đùn dữ dội từ đáy ổ loét, có khi không thể hút kịp để quan sát. Khi phẫu thuật, những ổ loét thường to, xơ chai, thủng, co rút các tổ chức xung quanh. Đây ổ loét ăn mòn vào các thành mạch máu lớn gây chảy máu dữ dội, máu cục đầy lòng dạ dày, ruột non hay đại tràng.
  - Chảy máu từ các mạch máu ở đáy ổ loét: do ổ loét tiến triển, ăn dần vào các mạch máu lớn ở thành tá tràng hay dạ dày nên gây chảy máu. Mức độ chảy máu không dữ dội nhưng cũng ồ ạt nếu có nhiều mạch máu nhô ra. Những trường hợp này thường chảy máu tái phát nhiều lần. Sau những đợt điều trị tích cực sẽ ngừng chảy. Một thời gian sau lại tiếp tục chảy máu. Nếu nội soi khi ổ loét đã ngừng chảy máu sẽ thấy đầu của một mạch máu lồi lên hay có những mạch máu sẫm màu rải rác. Khi phẫu thuật, nếu thăm dò tổn thương sẽ thấy một đầu mạch máu chồi lên ở nền ổ loét, trong lòng được bít một đoạn máu cục sẫm màu.
  - Chảy máu ở mép ổ loét: do tổn thương tiến triển, niêm mạc ở mép ổ loét viêm nề, rỉ rỉ chảy máu. Những trường hợp này thường chảy máu ít, dai

dắng và có thể tự cầm. Chảy máu chỉ một vài điểm ở ổ loét. Khi nội soi sẽ thấy bờ ổ loét sưng nề, đỏ sẫm và đang rỉ chảy máu.

- Chảy máu từ niêm mạc xung quanh ổ loét: Có những trường hợp không chảy máu ở ngay ổ loét mà chảy máu ở xung quanh ổ loét. Đó là do viêm cấp tính, hoặc sau khi uống các loại thuốc kháng viêm không phải steroid như aspirin, voltaren hay corticoid gây loét chợt (Erosion) ở vùng hang vị, hay toàn bộ niêm mạc dạ dày. Đây ổ loet và xung quanh không thấy chảy máu.

## 2.2. Tổn thương phổi hợp

- Loét dạ dày kèm theo loét tá tràng. Thường gặp ở bệnh nhân có tiền sử nhiều năm. Ổ loét hành tá tràng xơ chai, chít hẹp môn vị, gây ứ đọng hình thành nhiều ổ loét và chảy máu. Thông thường chỉ chảy máu ở một ổ loét, ít khi chảy từ 2 ổ loét.
- Loét hành tá tràng phát hiện trong 6-10 % bệnh nhân xơ gan. Có thể tổn thương loét hoặc là những tổn thương viêm, xước rách niêm mạc. Có thể chảy máu từ ổ loét, nhưng cũng có thể chảy máu từ vỡ các búi tĩnh mạch, từ các vết rách xước niêm mạc (Mallory-Weiss).
- Giãn tĩnh mạch thực quản: là hậu quả của tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Bệnh nhân cấp cứu do vỡ các búi tĩnh mạch nên chảy máu dữ dội. Tuy nhiên có trường hợp kèm theo loét dạ dày - tá tràng. Chảy máu có thể do các búi tĩnh mạch vỡ hoặc có thể từ ổ loét. Rất ít trường hợp chảy máu từ 2 tổn thương.

## 3. LÂM SÀNG

### 3.1. Tiền sử

Tiền sử loét dạ dày - tá tràng: bệnh nhân thường có tiền sử loét dạ dày - tá tràng nhiều năm. Thông thường từ 15-20 năm. Có các đợt đau kéo dài sau đó xuất hiện chảy máu tiêu hoá (78,9%). Có thể có những bệnh nhân đã xác định là có tổn thương loét bằng Xquang nhưng không có dấu hiệu báo trước (16%). Cần phải khai thác kỹ bệnh nhân vào viện.

Tiền sử chảy máu: Bệnh nhân có thể có nhiều lần chảy máu tiêu hoá được xác định là chảy máu do loét dạ dày - tá tràng, đã điều trị nội khoa hoặc tự cầm và ổn định. Khi xuất hiện chảy máu có thể chẩn đoán được bằng lâm sàng là chảy máu do loét dạ dày - tá tràng.

Không có tiền sử loét dạ dày - tá tràng: 33% bệnh nhân không có các dấu hiệu loét dạ dày - tá tràng. Đó là những trường hợp loét bờ cong nhỏ, ổ loét mặt sau, ổ loét xơ chai, tiến triển âm thầm, thường hay gặp ở người già. Hoặc là những trường hợp loét cấp tính, hoàn toàn không có tiền sử, chảy máu là dấu hiệu đầu tiên của thương tổn, hay gặp ở người trẻ.

### 3.2. Hoàn cảnh chảy máu

Bệnh nhân có các đợt đau kéo dài vài ngày hay một vài tuần. Được điều trị hoặc không điều trị thuốc dạ dày. Xuất hiện nôn ra máu và đi ngoài phân đen. Có

thể chảy máu dữ dội ngay từ đầu nhưng cũng có khi chảy máu ít và dần dần tăng lên. 16% loét hành tá tràng và 33% loét bờ cong nhỏ không có dấu hiệu báo trước. Các dấu hiệu như nôn ra máu và đi ngoài phân đen xuất hiện cũng đồng thời.

Một số trường hợp xuất hiện sau làm việc căng thẳng, sau những chấn thương tinh thần, sau thời gian điều trị phẫu thuật...

### 3.3. Các triệu chứng lâm sàng

#### 3.3.1. Dấu hiệu cơ năng

- **Buồn nôn và nôn ra máu:** Bệnh nhân có cảm giác đầy bụng, khó chịu, buồn nôn và sau đó nôn ra máu. Máu đỏ sẫm, lẫn máu cục và thức ăn. Có trường hợp nôn ra máu tươi dữ dội, nhất là những trường hợp ổ loét nằm cao, ở phần đứng BCN. Người già, trung niên thường gặp các ổ loét to ở bờ cong nhỏ hoặc thân vị. Nếu nôn ra máu đen sẫm hay nước máu đen loãng thường là những ổ loét hành tá tràng.
- **Đau bụng:** ít khi đau dữ dội. Có thể chảy máu trong đợt đau âm ỉ. Cảm giác đau, nóng rát ở vùng trên rốn. Có khi đau bụng xuất hiện trước khi chảy máu vài ngày.
- **Đi ngoài phân đen:** xuất hiện khi nôn ra máu hoặc là xuất hiện ngay từ đầu tiên. Bệnh nhân thường đi ngoài nhiều lần, phân đen như bã cà phê hoặc như hắc ín, mùi thối khắm.

#### 3.3.2. Dấu hiệu toàn thân

Tình trạng bệnh nhân thể hiện mức độ mất máu. Có dấu hiệu rối loạn huyết động tùy theo mất máu nhiều hay ít mà có các biểu hiện như sau:

Bệnh nhân có cảm giác hoa mắt, chóng mặt hoặc ngất sau khi nôn máu hay đi ngoài phân đen. Da xanh tái, nhợt và mồ hôi.

Huyết động thay đổi: Mạch nhanh > 90 lần/phút

Huyết áp động mạch giảm. Có thể tụt dưới 80 mm Hg.

Trường hợp chảy máu ít, từ từ, sẽ không thấy biểu hiện sốc mất máu.

#### 3.3.3. Dấu hiệu thực thể

Không có dấu hiệu gì rõ rệt. Có thể bệnh nhân có dấu hiệu đau tức trên rốn. Các điểm đau dạ dày - tá tràng ít khi đặc hiệu. Có các dấu hiệu âm tính khác như:

- Không sờ thấy u
- Không thấy gan to.
- Không có tuần hoàn bàng hệ, lách không to.
- Gan không to, không vàng da, vàng mắt.
- Thăm trực tràng: Có phân đen, không có máu tươi theo tay, không có u, polyp.

Tóm lại, trên những bệnh nhân có biểu hiện chảy máu đường tiêu hoá trên, có tiền sử hay không? Cần phải xác định bằng chẩn đoán lâm sàng để có chỉ định những thăm dò cận lâm sàng khác.

## 4. CẬN LÂM SÀNG

### 4.1. Nội soi

Nội soi là phương tiện quan trọng nhất trong chẩn đoán thương tổn chảy máu. Có thể tiến hành soi thực quản - dạ dày - tá tràng (STQ-DD-TT) trong thời gian 24 - 72 giờ đầu.

#### 4.1.1. **Chỉ định:** Chảy máu đường tiêu hoá trên.

Huyết động ổn định: mạch < 120/phút.

HA > 90 mmHg.

Sau khi ăn > 6 giờ.

Có thể tiến hành soi tại phòng nội soi, phòng mổ, trên giường bệnh nếu tình trạng bệnh nhân nặng.

#### 4.1.2. **Kỹ thuật**

- Ống soi mềm dạ dày - tá tràng (Gastro - Duodenoscopie) có kính nhìn thẳng (Vision axial).
- Kim tiêm xơ, pince đốt điện...
- Gây mê họng hầu hoặc có thể dùng thuốc an thần, giảm đau, chống co thắt...

Trường hợp chảy máu nặng cần phải gây mê có thể tiến hành đặt nội khí quản sang một bên họng hầu. Ống soi có thể cho qua dễ dàng.

#### 4.1.3. **Xác định tổn thương**

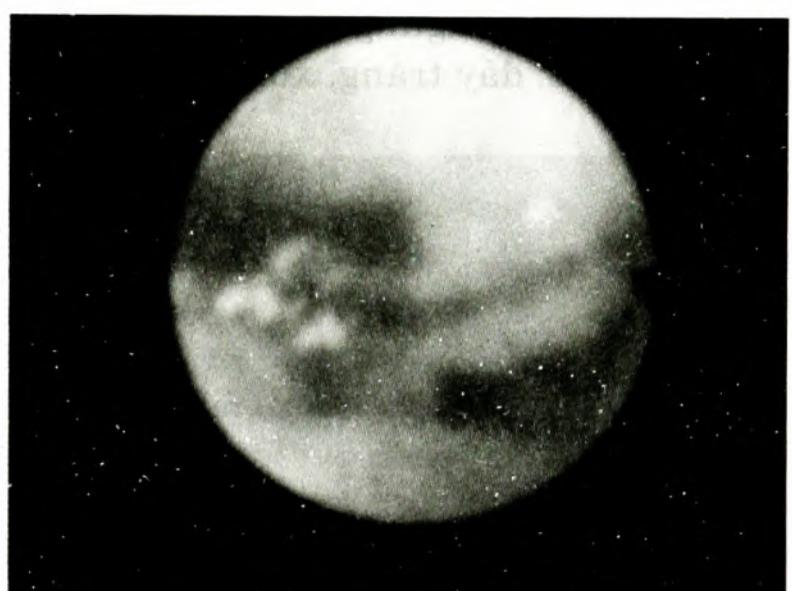
Khi đưa ống soi vào cần phải hút sạch nước máu, máu cục. Chú ý tránh tai biến trào ngược. Kiểm tra từ thực quản, dạ dày đến tá tràng để xác định vị trí ổ loét, các dạng loét, tình trạng chảy máu và các tổn thương chảy máu khác. Tình trạng chảy máu theo phân loại của Forrest (1977) cũng như của Hiệp hội Nội soi tiêu hoá như sau.

##### F1. Loét dạng chảy máu:

- Mạch máu đang phun thành tia. (xem hình 7.1)
- Máu chảy ào ạt (xem hình 7.2)



Hình 7.1. Mạch máu đang phun thành tia



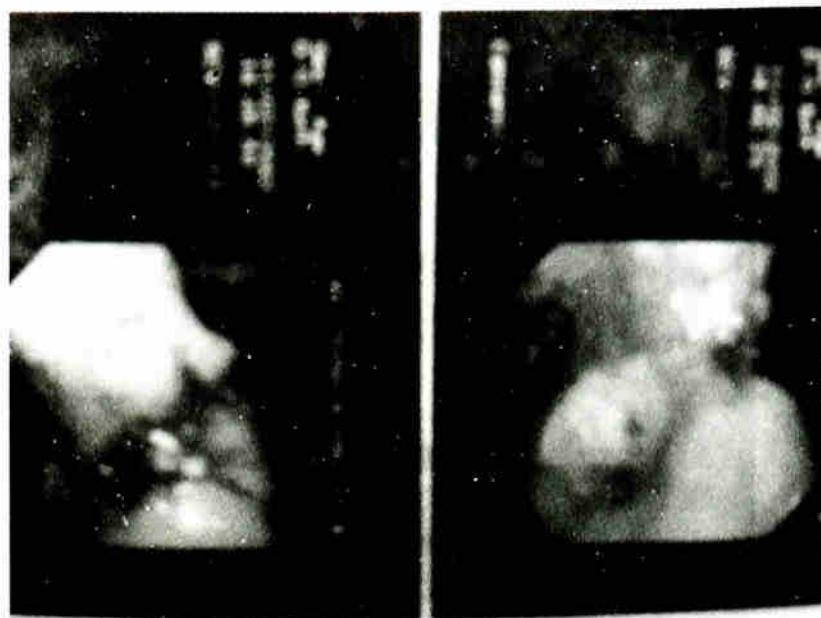
Hình 7.2. Máu chảy ào ạt

**F2. Ổ loét đã cầm máu:**

- Đầu mạch máu nhỏ lén giữa nền ổ loét trong lòng có cục máu đông đen bám. (hình 7.3).
- Đầu ổ loét có những chấm đen của máu cục bám. (hình 7.4)

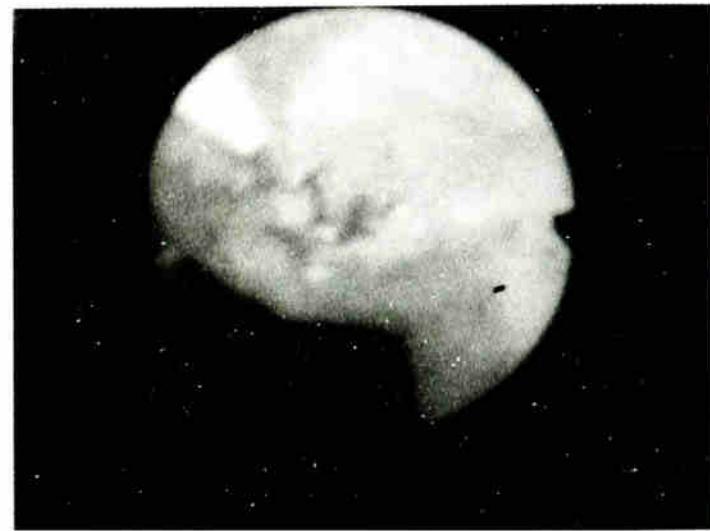


Hình 7.3. Đầu mạch máu nhô lén giữa nền ổ loét



**Hình 7.4. Đáy ổ loét có chấm đen**

**F3. Ổ loét ngưng chảy máu:** Trong dạ dày - tá tràng không còn máu, ổ loét nhìn thấy rõ, đáy trắng, xung quanh viền hang. (hình 7.5)



**Hình 7.5. Ổ loét gây chảy máu**

Sau khi xác định được tổn thương, xác định tình trạng chảy máu, tìm các thương tổn phối hợp, nếu thương tổn cần xử lý cầm máu, có thể tiến hành tiêm xơ hoặc đốt điện...

Nội soi cấp cứu có những hạn chế: Có những tổn thương không xác định được, không nhìn thấy rõ do máu cục hoặc nhận định sai thương tổn. Tỷ lệ xác định được thương tổn là khoảng 85-95%.

#### **4.2. Xquang**

Chụp Xquang cấp cứu được Bormamson (1929) và Hampton (1937) tiến hành. Do có nhiều hạn chế, và chỉ xác định được 60-70% tổn thương chảy máu. Do tiến hành chụp cấp cứu khó khăn nên đến những năm 70-80 không có chỉ định chụp cấp cứu nữa. Giá trị chẩn đoán của Xquang hiện nay được đưa vào những yếu tố sau đây:

- Phim chụp dạ dày - tá tràng cũ xác định rõ thương tổn là loét.

- Chụp dạ dày - tá tràng cấp cứu trì hoãn: Khi bệnh nhân đã ổn định, ngừng chảy máu, huyết động đã bình thường có thể tiến hành chụp dạ dày - tá tràng để xác định các tổn thương với các hình ảnh: ổ động thuốc, hình lồi, hình lõm, hay hình biến dạng... Và ngay cả khi có nội soi, nếu có thể cũng tiến hành chụp thêm phim dạ dày - tá tràng.

#### 4.3. Xét nghiệm.

- Xét nghiệm cơ bản để đánh giá mức độ mất máu như:
  - + Số lượng hồng cầu, bạch cầu.
  - + Tỷ lệ huyết sắc tố.
  - + Hematocrit.

Tuỳ thuộc vào từng bệnh nhân chảy máu nhiều hay ít mà có sự thay đổi về những xét nghiệm trên. Ngoài ra trong trường hợp cần thiết cần phải làm thêm một số xét nghiệm về đông máu để xác định:

- Tỷ lệ prothrombin, tiểu cầu...
- Các xét nghiệm cơ bản khác cần được tiến hành ngay trong thời gian đầu để đánh giá được tình trạng chung.

#### 4.4. Siêu âm

Trong những trường hợp chảy máu do loét dạ dày - tá tràng kèm theo một số bệnh lý khác như xơ gan, viêm gan, vàng da tắc mật, sỏi mật, u gan... cần phải tiến hành siêu âm gan mật để xác định. Những trường hợp còn nghi ngờ chảy máu là do các thương tổn ở dạ dày - tá tràng cũng nên kiểm tra thêm bằng siêu âm gan mật, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch lách... để loại trừ chắc chắn tổn thương khác.

### 5. CHẨN ĐOÁN

#### 5.1. Chẩn đoán xác định

Xác định một trường hợp chảy máu do loét dạ dày - tá tràng sẽ không khó nếu căn cứ vào các dấu hiệu sau đây.

- Lâm sàng:
  - + Có dấu hiệu chảy máu tiêu hoá trên.
  - + Có tiền sử loét dạ dày - tá tràng hay chảy máu đường tiêu hoá trên nhiều lần.
  - + Thăm khám có các dấu hiệu âm tính của các bệnh lý khác như tăng áp lực tĩnh mạch cửa, sỏi mật...
- Nội soi: - Nội soi cấp cứu xác định chảy máu từ ổ loét, không có tổn thương chảy máu khác.
- Xquang: Khi có phim chụp dạ dày - tá tràng cũ với các hình ảnh loét điển hình. Có thể xác định hình ảnh tổn thương trên phim chụp dạ dày - tá tràng sau khi bệnh nhân đã ổn định.

Trong trường hợp không có nội soi và Xquang, có thể dựa vào lâm sàng với các triệu chứng điển hình của loét DD-TT, tiền sử bệnh lý để chẩn đoán và sau khi đã loại trừ hết các thương tổn chảy máu thường gặp khác.

## 5.2. Chẩn đoán tình trạng chảy máu

Sau khi xác định được tổn thương loét chảy máu, việc đánh giá mức độ mất máu có thể dựa vào các yếu tố như sau:

- *Dựa vào khối lượng mất máu:* nếu đánh giá được khối lượng máu khi nôn và đi ngoài, từ đó có thể xác định được mức độ chảy máu như sau:

Chảy máu nhẹ: dưới 500 ml

Chảy máu trung bình: 500 - 1000 ml

Chảy máu nặng: trên 1000 ml

Tuy nhiên việc xác định khối lượng máu mất không hoàn toàn chính xác, nếu có thể được chỉ là tương đối.

- *Dựa vào dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm:*

Căn cứ vào các dấu hiệu lâm sàng, đánh giá tình trạng bệnh nhân cần phải hồi sức và truyền máu, có thể chia ra các mức độ chảy máu như sau:

- Chảy máu nhẹ:

Tình trạng toàn thân chưa thay đổi. Không có dấu hiệu mất máu rõ rệt. Huyết động có thay đổi ít.

Mạch < 90/phút, HA > 100 mHg

Không còn tình trạng chảy máu.

Xét nghiệm: Hồng cầu 3 triệu - 3,5 triệu

Hematocrit 30 - 35%

Hemoglobin > 10 g/100 ml.

Không cần phải hồi sức, truyền máu

- Chảy máu trung bình:

Có các dấu hiệu ban đầu của sốc mất máu.

Mạch 100 - 120/phút

Huyết áp 80 - 100 mmHg

Xét nghiệm:

Hồng cầu 2,5 - 3 triệu

Hematocrit 30 - 35%

Hemoglobin 9 - 10 g/100 ml.

Có thể cần hồi sức, truyền máu.

### - Chảy máu nặng:

Sốc mất máu rõ rệt, tình trạng toàn thân thay đổi, da xanh, niêm mạc nhợt, vã, vã mồ hôi.

Mạch > 120/phút.

Huyết áp < 80 mmHg

Xét nghiệm: Hồng cầu < 2,5 triệu.

Hematocrit < 30%

Hemoglobin < 8 g/100 ml

Cần hồi sức tích cực, truyền từ 1000 -1500 ml máu,. Cần chú ý diễn biến của chảy máu có thể lúc đầu bệnh nhân chảy máu nhẹ, sau đó tiếp tục chảy máu và chuyển thành chảy máu nặng.

## 5.3. Chẩn đoán tổn thương

Nội soi không những xác định tình trạng chảy máu mà còn đánh giá được mức độ tổn thương. Có thể xác định được tình trạng các vết loét như:

- Loét mạn tính: Loét xơ chai, ổ loét to, đáy sâu và rộng, gây biến dạng hoặc chít hẹp. Khoảng 50% ổ loét chảy máu là loét mạn tính.
- Loét tiến triển: Có khoảng 20% chảy máu là biểu hiện đầu tiên của ổ loét. Ổ loét vừa phải, bờ còn mềm mại, đáy nóng, ăn mòn vào các mạch máu vào thành dạ dày.
- Loét cấp tính: Những ổ loét mềm mại xuất hiện sau những chấn thương tinh thần (Stress ulcer). Sau bỏng nặng (Curling's ulcer), sau phẫu thuật, nhiễm trùng, suy thận... Là những ổ loét nông, bờ tròn đều, thường chảy máu ít.

## 5.4. Chẩn đoán phân biệt

### 5.4.1. Các bệnh chảy máu tiêu hoá trên

#### 5.4.1.1. Viêm dạ dày - tá tràng

Chảy máu do viêm dạ dày - tá tràng thường gặp trong cấp cứu (15 -20%). Có 3 loại viêm dạ dày khác nhau:

- Viêm chót (Erosion Gastritis) là những vết loét chót nông, kích thước to nhỏ khác nhau, đường kính thông thường **dưới 5 mm**.
- Viêm do các loại thuốc kháng viêm không phải dạng Steroid như aspirin, voltaren, profenid... hoặc corticoid... (**corrsion gastritis**).
- Viêm dạ dày chảy máu (**hemorragie gastritis**). Trong đó có một loại tổn thương đặc biệt là viêm toàn bộ dạ dày chảy máu (**exulceration simplex Dieulafoi**). **dị dạng mạch dạ dày**

Khi thăm khám có thể có hai hoàn cảnh:

- Chảy máu sau khi uống thuốc: tổn thương có thể là viêm nhưng cũng có thể là chảy máu từ ổ loét dạ dày - tá tràng.
- Chảy máu sau chấn thương tinh thần, sau uống rượu, sau các loại phẫu thuật, sau khi bỏng.

Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng. Thương tổn là các vết loét chợt, nồng, to nhỏ không đều rải rác ở toàn bộ niêm mạc dạ dày hay khu trú ở hang vị, tá tràng. Có khi thấy toàn bộ niêm mạc dạ dày viêm, các nếp niêm mạc thô, có nhiều đám xuất huyết rải rác. Tuy nhiên, có những trường hợp nội soi sau 48 - 72% giờ có thể không xác định được tổn thương, vì lúc này các vết loét đã liền sẹo.

#### 5.4.1.2. Vỡ các búi tĩnh mạch thực quản và dạ dày

Khoảng 10 - 15% chảy máu do vỡ búi tĩnh mạch thực quản gặp trong cấp cứu chảy máu đường tiêu hoá trên. Thể hiện lâm sàng với các dấu hiệu điển hình của chảy máu tiêu hoá. Bệnh nhân nôn ra máu dữ dội, máu đỏ tươi ỉa phân đen nhiều lần, tình trạng toàn thân có biểu hiện sốc mất máu nặng. Thăm khám lâm sàng có các triệu chứng của tăng áp lực tĩnh mạch cửa như bụng ascite tuần hoàn bằng hệ lách to... Trong tất cả trường hợp này đều phải tiến hành nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng để xác định tổn thương. Hình ảnh chảy máu do vỡ các búi tĩnh mạch là máu có thể phun thành tia hay chảy ào ào. Có trường hợp không thể xác định được đâu là tổn thương. Thông thường vỡ các búi ở 1/3 giữa, 1/3 dưới thực quản dễ xác định vị trí chảy máu. Nhưng nếu vỡ các búi ở phình vị lớn dạ dày thì rất khó xác định được vỡ ở búi nào? Vì có nhiều trường hợp máu cục ứ đọng trong dạ dày. Ngoài ra cần phải soi kiểm tra từ dạ dày đến tá tràng để tìm những thương tổn phối hợp như: loét, vết xước (Mallory - weiss) polyp...

#### 5.4.1.3. Chảy máu do ung thư dạ dày

Có thể gặp trong cấp cứu (3 - 5%) chảy máu đường tiêu hoá trên. Tổn thương là những khối u sần sùi, ở giữa có loét hoại tử lớn và chảy máu. Trong lâm sàng thường chảy máu ít, chủ yếu là đi ngoài phân đen kéo dài. Thăm khám có thể thấy tình trạng toàn thân gầy yếu, thiếu máu, u to ở vùng trên rốn, cứng chắc, sần sùi, di động ít, không đau. Nội soi xác định dễ dàng tổn thương chảy máu là một khối u sùi, nằm ở hang vị hay bờ cong nhỏ lồi vào trong lòng dạ dày, ở giữa có ổ loét lớn, đáy có nhiều máu cục sẫm màu hoặc là những vết máu đỏ bám rải rác trên bề mặt tổ chức loét. Ngoài ra có thể tổn thương là ổ loét to, bờ cứng, sần sùi, đáy nhám nhở, các nếp niêm mạc mất và dễ chảy máu. Qua nội soi có thể sinh thiết xác định giải phẫu bệnh lý của tổn thương.

#### 5.4.1.4. Các thương tổn ít gặp

- **Viêm thực quản:** Là những trường hợp viêm xước ở vùng 1/3 dưới và tâm vị. Hay gặp ở những người trẻ, sau khi uống nhiều rượu. Thường có tính chất cấp tính. Nôn máu đỏ dữ dội nhưng không kéo dài. Nội soi cấp cứu có thể thấy vùng thực quản đỏ rực, có những vết chợt nồng róm máu.

- **Mallory - Weiss:** Tổn thương chảy máu do vết rách niêm mạc ở vùng Tâm - phình vị. Thường là do nôn nhiều hoặc hay gặp ở những bệnh nhân có Hội chứng trào ngược, niêm mạc trượt từ dạ dày lên thực quản, cơ thắt tâm vị co thắt làm niêm mạc nghẹt và rách. Thương tổn là những vết xước dài 1 - 3 cm, chảy dọc, có thể nông hoặc sâu. Lúc đầu chảy máu có thể dữ dội sau đó cầm máu. Nội soi thấy rõ những vết rách đã ngừng chảy máu, vết máu đông sẫm màu hoặc đang còn rò rỉ máu.
- **Thoát vị hoành:** ít gặp, xác định bằng nội soi. Tổn thương là những vết chọt nông, rải rác ở vùng tâm vị.
- **Các loại u lành:** U thần kinh (schaw nome) u cơ trơn (leiomyome). Là những khối u thường nằm ở tâm phình vị. Kích thước u to, lồi vào trong lòng dạ dày, có ổ loét hoại tử ở giữa và chảy máu. Nội soi nhìn thấy rất rõ ràng.
- **Chảy máu đường mật:**

Chiếm tỉ lệ khoảng 2 - 3% trong chảy máu đường tiêu hoá trên. Bệnh cảnh lâm sàng là tình trạng nhiễm trùng đường mật, sỏi mật, abces đường mật... Biểu hiện lâm sàng là đau nhiều ở dưới sườn phải, đau kéo dài. Kèm theo sốt rét run, sốt giao động, đồng thời có vàng da từng đợt. Xuất hiện nôn ra máu nâu đen, có thể nôn ra máu cục đóng thành khuôn như thỏi bút chì. Đi ngoài phân đen nhiều lần, phân đen nhánh. Đặc điểm chú ý là trước khi chảy máu, bệnh nhân đau dữ dội ở vùng gan. Có thể tiến hành siêu âm gan, mật để xác định sỏi, giun chui ống mật... Nếu không rõ ràng nên tiến hành Nội soi TQ-DD-TT để loại trừ ngay các tổn thương khác.

#### **5.4.2. Các bệnh gây chảy máu đường tiêu hoá**

Là những bệnh thường kéo dài hay là những bệnh mãn tính như:

- **Nhiễm trùng huyết:** Tình trạng nhiễm trùng toàn thân, do đó dẫn đến tình trạng rối loạn đông máu, rối loạn vận mạch nên bệnh nhân có thể nôn máu, đi ngoài phân đen đồng thời có thể kèm theo chảy máu nhiều cơ quan khác.
- **Bệnh cao huyết áp:** Chảy máu trên bệnh nhân cao huyết áp có thể gặp trong lâm sàng.
- **Các bệnh về máu:** Hemophylie, hemogenic có thể biểu hiện chảy máu đường tiêu hoá.

## **6. DIỄN BIẾN**

Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng có thể diễn biến theo các tình trạng sau:

### **6.1. Ngừng chảy máu**

Tình trạng chảy máu chỉ kéo dài trong thời gian 3 - 5 ngày. Mức độ chảy máu giảm dần. Không còn nôn ra máu, đi ngoài phân đen ít dần. Toàn thân dần dần hồi phục, huyết động ổn định. Một vài tuần sau hoàn toàn bình thường.

## 6.2. Chảy máu nặng

Mức độ chảy máu ngày càng tăng. Nôn máu và đi ngoài phân đen nhiều lần, khối lượng lớn. Tình trạng huyết động không ổn định, các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm thiếu máu rõ. Nếu được hồi sức tích cực, xác định đúng thương tổn chảy máu xử lý cầm máu kịp thời và chỉ định điều trị đúng thì bệnh nhân mới qua được, nếu không sẽ dẫn đến thời kỳ sốc không hồi phục.

## 6.3. Chảy máu tái diễn

Một số trường hợp chảy máu kéo dài 2 - 5 ngày và ngừng chảy. Bệnh nhân tiếp tục chảy máu lại trong những ngày sau. Mức độ chảy máu ít có thể chảy máu dai dẳng, kéo dài.

## 6.4. Chảy máu kèm theo biến chứng thủng và hẹp môn vị:

Tình trạng bệnh nhân rất nặng. Bệnh nhân có các dấu hiệu mất máu, mất nước và điện giải. Kèm theo là các dấu hiệu của thủng dạ dày hay hẹp môn vị. Những trường hợp này cần phải có chỉ định điều trị phẫu thuật kịp thời.

# 7. ĐIỀU TRỊ

## 7.1. Nguyên tắc chung

Các bước tiến hành trong cấp cứu chảy máu do loét dạ dày - tá tràng được thực hiện như sau:

- Xác định tình trạng chảy máu.
- Thực hiện các thủ thuật để hồi sức và theo dõi
- Đánh giá mức độ chảy máu.
- Hồi sức tích cực.

### 7.1.1. Xác định tình trạng chảy máu

- Lấy mạch: Tần số mạch thể hiện mức độ chảy máu. Là dấu hiệu cho biết tình trạng huyết động. Nếu mạch nhanh, nhỏ có thể dẫn đến tình trạng truy mạch do mất máu.
- Đo huyết áp động mạch: Huyết áp thấp hoặc tụt xuống nhanh là thể hiện truy mạch hoặc là sốc do mất máu.
- Xét nghiệm: Dựa vào kết quả xét nghiệm để biết số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit.

### 7.1.2. Các thủ thuật cần làm

- Tiến hành lấy máu để làm những xét nghiệm cơ bản như: Nhóm máu, hematocrit, tỷ lệ hemoglobin.
- Đặt 1 hoặc 2 catheter để truyền dịch và truyền máu. Theo dõi huyết áp tĩnh mạch trung ương.

- Đặt một Sond đái để theo dõi lượng nước tiểu nếu trong trường hợp sốc mất máu nặng, cần phải hồi sức tích cực.

### 7.1.3. Đánh giá mức độ mất máu

Phụ thuộc vào nhiều yếu tố, nhất là khối lượng máu mất, tình trạng toàn thân, tình trạng huyết động, cần truyền máu hay không và kết quả của xét nghiệm có thể phân loại chảy máu: Chảy máu nặng, chảy máu trung bình và chảy máu nhẹ từ đó mới đưa ra những chỉ định điều trị hợp lý.

### 7.1.4. Hồi sức tích cực

Trong cấp cứu chảy máu tiêu hoá cần phải có thái độ hồi sức đúng và khẩn trương. Dựa vào tình trạng toàn thân, khối lượng máu mất, diễn biến chảy máu mà có thái độ hồi sức khác nhau. Trong trường hợp chảy máu nặng, chảy máu trung bình cần phải tiến hành các bước sau :

- Khôi phục lại khối lượng tuần hoàn: Truyền máu cùng nhóm. Lúc đầu truyền nhiều, nhanh, sau đó ít dần. Nguyên tắc là mất bao nhiêu truyền bấy nhiêu. Tuy nhiên nếu trường hợp không có nhiều máu có thể truyền ngay 2 - 3 đơn vị, sau đó dùng các chất thay thế máu. Nếu không có máu cùng nhóm có thể truyền máu nhóm O, nhưng không nên truyền quá 500 ml. Nếu không có máu có thể truyền Plasma, Dextran, huyết thanh. Hồi sức phải theo dõi huyết áp tĩnh mạch trung ương lượng nước tiểu, dịch dạ dày...
- Tăng cường hô hấp: Thở oxy nếu có suy hô hấp
- Thuốc chống truy tim mạch khi cần thiết
- Các loại thuốc cầm máu: Propanolon, Transanmin....
- Các loại thuốc điều trị loét : Cimetidin, Omeprazol, azantac...

Sau khi tiến hành cấp cứu ,hồi sức ổn định ,bệnh nhân cần tiếp tục theo dõi và điều trị Nội khoa hoặc điều trị phẫu thuật nếu có chỉ định.

## 7.2. Phương pháp điều trị

### 7.2.1. Nội soi

**Chỉ định:** Trong cấp cứu chảy máu do loét dạ dày - tá tràng đều tiến hành nội soi để xác định thương tổn chảy máu. Sau khi xác định được vị trí, mức độ loét, tình trạng chảy máu có thể tiến hành cầm máu qua nội soi cho các trường hợp sau:

Ổ loét đang còn chảy máu (F1)

Ổ loét cầm máu nhưng cục máu bám có khả năng bong ra và tiếp tục chảy máu.

Bệnh nhân già yếu, có các bệnh lý khác kèm theo.Bệnh nhân có thai...

**Kỹ thuật:** Tiêm xơ bằng Polydocalon 1 - 3% adrenalin 1/10.000, alcool absolut... Xung quanh ổ loét hay cạnh mạch máu.

- Đốt điện, laser...

Kết quả có thể cầm máu, sau đó tùy theo từng bệnh nhân có thể tiếp tục điều trị nội khoa hay ngoại khoa.

### 7.2.2. Điều trị nội khoa

*Chỉ định:*

- Tất cả các trường hợp chảy máu do loét chưa có biến chứng.
- Chảy máu lần đầu, chảy máu nhẹ và trung bình.
- Tổn thương xác định bằng nội soi là những ổ loét non, vừa, chưa gây hẹp và chưa có dấu hiệu thoái hoá ác tính.
- Tuổi còn trẻ hoặc đã già.
- Tiền sử có các bệnh lý khác hoặc phụ nữ có thai...

*Cách thức tiến hành:*

- Rửa dạ dày với nước lạnh
- Truyền dịch
- Thuốc truyền tĩnh mạch: Cimetidin 400 - 800 mmg. Hoặc Ranitidin 150 mg, omeprazon 20 - 40 mg/ngày.
- Thuốc uống: Maalox, socralfate, Gastropulgit.
- Thuốc chống co thắt: Atropin, Baralgine.

Kết quả 80% trường hợp có thể ngừng chảy máu và tiếp tục điều trị nội khoa.

### 7.2.3. Điều trị ngoại khoa

Do có nhiều loại thuốc điều trị loét có kết quả cao, nên trong thời gian gần đây điều trị ngoại khoa loét dạ dày - tá tràng có chỉ định hạn chế. Tỷ lệ điều trị phẫu thuật giảm nhiều. Tuy nhiên trong cấp cứu chảy máu do loét dạ dày - tá tràng vẫn còn có nhiều trường hợp cần phải điều trị ngoại khoa.

#### 7.2.3.1. Chỉ định

- Chảy máu nặng, chảy máu kéo dài, chảy máu tái phát mà xác định tổn thương đang tiếp tục chảy máu (F1) ở loét xơ chai.
- Chảy máu trên bệnh nhân có biến chứng như hẹp môn vị, thủng hay ổ loét xác định có khả năng thoái hoá ác tính.
- Tuổi > 50 có tiền sử loét dạ dày nhiều năm, đã điều trị nội khoa nhưng không khỏi.
- Điều trị phẫu thuật ổ LDDTT khi điều trị nội khoa không có kết quả hoặc có những biến chứng của ổ loét, không có khả năng và điều kiện để điều trị nội khoa.

### 7.2.3.2. Tiến hành phẫu thuật: Cần thực hiện theo nguyên tắc sau:

- Đường mở giữa trên rốn : Mở rộng để thăm dò và xử lý dễ dàng tổn thương chảy máu.
- Thăm dò, đánh giá tổn thương: Sau khi mở bụng kiểm tra trong dạ dày, ruột non, đại tràng có máu không ? Xem loét nằm ở vị trí nào? Thường loét nằm dọc bờ cong nhỏ, mặt trước hành tá tràng. Vừa quan sát vừa sờ nắn dọc theo các bờ cong, mặt trước, mặt sau. Đồng thời có thể dựa vào kết quả nội soi để xác định vị trí của ổ loét. Trong trường hợp khó thấy được ổ loét, cần phải mở dạ dày để quan sát và tìm xác định ổ loét ở dạ dày hay ở tá tràng. Đường mở có thể từ hang vị, kéo dọc qua môn vị, xuống đến D1 để xác định chắc chắn thương tổn. Nếu không xác định được tổn thương chảy máu ở dạ dày-tá tràng cần nhanh chóng thăm dò xác định các thương tổn khác như xơ gan, chảy máu đường mật, các tổn thương khác...

Việc đánh giá mức độ tổn thương còn để chỉ định cho các phương pháp phẫu thuật thích hợp. Cần xác định mục đích của phẫu thuật cấp cứu là làm thế nào cầm máu nhanh, triệt để nhưng không nên quá lạm dụng kỹ thuật mà tiến hành các phương pháp phẫu thuật quá mức khi tình trạng của bệnh nhân và điều kiện phẫu thuật không cho phép.

- Các phương pháp phẫu thuật: Tuỳ theo vị trí của ổ loét mà chỉ định các phương pháp phẫu thuật khác nhau:

Các phương pháp phẫu thuật điều trị chảy máu do các ổ loét dạ dày nhằm loại bỏ tổn thương chảy máu đồng thời điều trị triệt để bệnh lý loét. Nhờ sự hiểu biết về cấu tạo của dạ dày, cơ chế bài tiết dịch vị cũng như nguyên nhân của loét nên có các phương pháp phẫu thuật sau đây:

#### 1) Các thủ thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới :

##### • Cắt 2/3 dạ dày:

Là phẫu thuật thường tiến hành nhiều nhất. Nó bao gồm cắt toàn bộ hang vị, môn vị cộng với một phần thân vị nhằm lấy bỏ các ổ loét chảy máu đồng thời giảm bớt tổ chức tuyến bài tiết dịch vị, loại trừ vùng hang vị bài tiết ra gastrine, kích thích bài tiết dịch vị. Sau đó lập lại sự lưu thông dạ dày- ruột theo kiểu Billroth I hoặc Billroth II.

- Kiểu Billroth 1: Nối phần dạ dày còn lại với tá tràng bằng hai kỹ thuật nối.
  - + Kiểu PEAN: Đóng mỏm dạ dày còn lại hẹp bớt trước khi nối với mỏm tá tràng.
  - + Kiểu VON HABERER: Để nguyên mỏm dạ dày còn lại và nối với mỏm tá tràng.

##### Ưu điểm:

Lấy bỏ tổn thương loét chảy máu ở các vị trí như bờ cong nhỏ, hang - môn vị. Hợp với sinh lý, thức ăn vẫn chứa trong dạ dày, đi vào tá tràng theo đường tiêu hoá bình thường. Quá trình tiêu hoá thức ăn và hấp thụ dinh dưỡng gần như cũ. Hoạt động kích thích các loại men tiêu hoá không thay đổi nhiều. Biến chứng sau mổ ít hơn. Tuy nhiên trong cấp cứu ít khi sử dụng kiểu nối này.

Điều kiện: Mỏm tá tràng phải còn dài và mềm mại

#### - Kiểu BILLORTH II:

Đóng kín mỏm tá tràng và sau đó nối phần dạ dày còn lại với quai hồng tráng đầu tiên. Có thể nối qua mạc treo đại tràng ngang hoặc trước đại tràng ngang. Có 2 cách khâu nối sau:

- + POPLYA: Để nguyên mỏm dạ dày rồi nối với quai hồng tráng đầu tiên.
- + FINSTERER: Khâu bớt mỏm dạ dày rồi nối với quai hồng tráng đầu tiên.

Ưu điểm: áp dụng được trong cả trường hợp ổ loét dạ dày hoặc tá tràng chảy máu. Kỹ thuật dễ thực hiện hơn.

Nhược điểm: thức ăn xuống dạ dày nhanh hơn, lưu thông dạ dày - ruột không giống như sinh lý bình thường, hội chứng Dumping nhiều hơn.

• *Cắt 3/4 dạ dày* khi ổ loét lớn, xơ chai ở phần đứng bờ cong nhỏ. Cần phải cắt lên cao để lấy được toàn bộ ổ loét chảy máu.

#### 2) Cắt cực trên dạ dày:

Nếu ổ loét nằm ở vị trí sát tâm - phình vị chảy máu cần phải tiến hành cắt cực trên dạ dày, lấy bỏ ổ loét, phần tâm - phình vị. Sau đó nối kiểu SWAT hoặc kiểu Double Tract. Tuy nhiên đây là những phẫu thuật khó tiến hành trong cấp cứu, rất ít khi thực hiện.

#### 3) Cắt toàn bộ dạ dày:

Chỉ định khi ổ loét lan rộng, khó xác định tổn thương ung thư hay là loét lành tính chảy máu, rất hiếm thực hiện

#### 4) Khâu cầm máu ổ loét:

Trong trường hợp chảy máu nặng, thể trạng bệnh nhân yếu, thời gian phẫu thuật đòi hỏi ngắn có thể tiến hành khâu cầm máu.

Có 2 kiểu khâu :

- + Khâu ổ loét từ trong lòng Dạ dày - Tá tràng .
- + Khâu cầm máu ổ loét từ ngoài thanh mạc.

Khi các ổ loét ở sâu chảy máu, có thể ổ loét nằm ở DI, DII, không thể tiến hành cắt dạ dày được, nên chỉ định sớm khâu cầm máu ổ loét. Sau khi khâu xong có thể chuyển tiếp tục điều trị.

Khoét bỏ ổ loét, tạo hình mòn vị hay loại ổ loét ra khỏi đường tiêu hóa ... là những thủ thuật có thể thực hiện được trong cấp cứu.

#### 5) Cắt dây thần kinh X:

Trong trường hợp Chảy máu do loét tá tràng mà không thể cắt dạ dày và lấy bỏ ổ loét được, phải tiến hành khâu cầm máu ổ loét hay khoét bỏ ổ loét, tạo hình mòn vị và nối vị tràng có thể cắt dây thần kinh X kèm theo để điều trị triệt để hơn.

- Mục đích: loại trừ cơ chế tiết dịch do thần kinh.
- Các kiểu kỹ thuật:

- + Cắt dây thần kinh X toàn bộ.
- + Cắt dây X chọn lọc kinh điển.
- + Cắt dây X chọn lọc cao (siêu chọn lọc).

#### **6) Cắt dây X toàn bộ + nối vị tràng (phẫu thuật Draystedt) bao gồm:**

- Cắt trên chỗ phân chia nhánh gan của dây X trước (dây X trái)
- Cắt trên chỗ phân chia nhánh tạng đối với dây X sau (dây X phải)
- Nối vị tràng

#### **7) Cắt dây X + tạo hình môn vị:**

- Ưu điểm của các phương pháp cắt dây X là tử vong và biến chứng ít hơn so với cắt dạ dày.
- Nhược điểm: tỉ lệ loét miệng nối cao hơn, khoảng 10%
- Chỉ định: Loét hành tá tràng chảy máu ở sâu lấy khó  
Loét tá tràng chảy máu + bệnh hối hợp (xơ gan, lao, bệnh tim)

#### **8) Cắt dây X chọn lọc cao (cắt dây X siêu chọn lọc):**

- Ưu điểm: giữ được nguyên dạ dày, không cần dẫn lưu phổi hợp
- Nhược điểm: tỉ lệ loét khá cao (10-15%)

#### **9) Cắt hang vị + cắt dây X:**

Mục đích: vừa loại trừ cơ chế tiết dịch thể dịch (vì cắt mất vùng tiết Gastrin) vừa loại trừ cơ chế tiết dịch thần kinh (cắt dây thần kinh X)

Ưu điểm là dạ dày mất ít hơn.

#### **10) Khâu cầm máu ổ loét + cắt thần kinh X.**

**11) Khoét bỏ ổ loét + cắt thần kinh X kèm theo tạo hình môn vị hay nối vị tràng.**

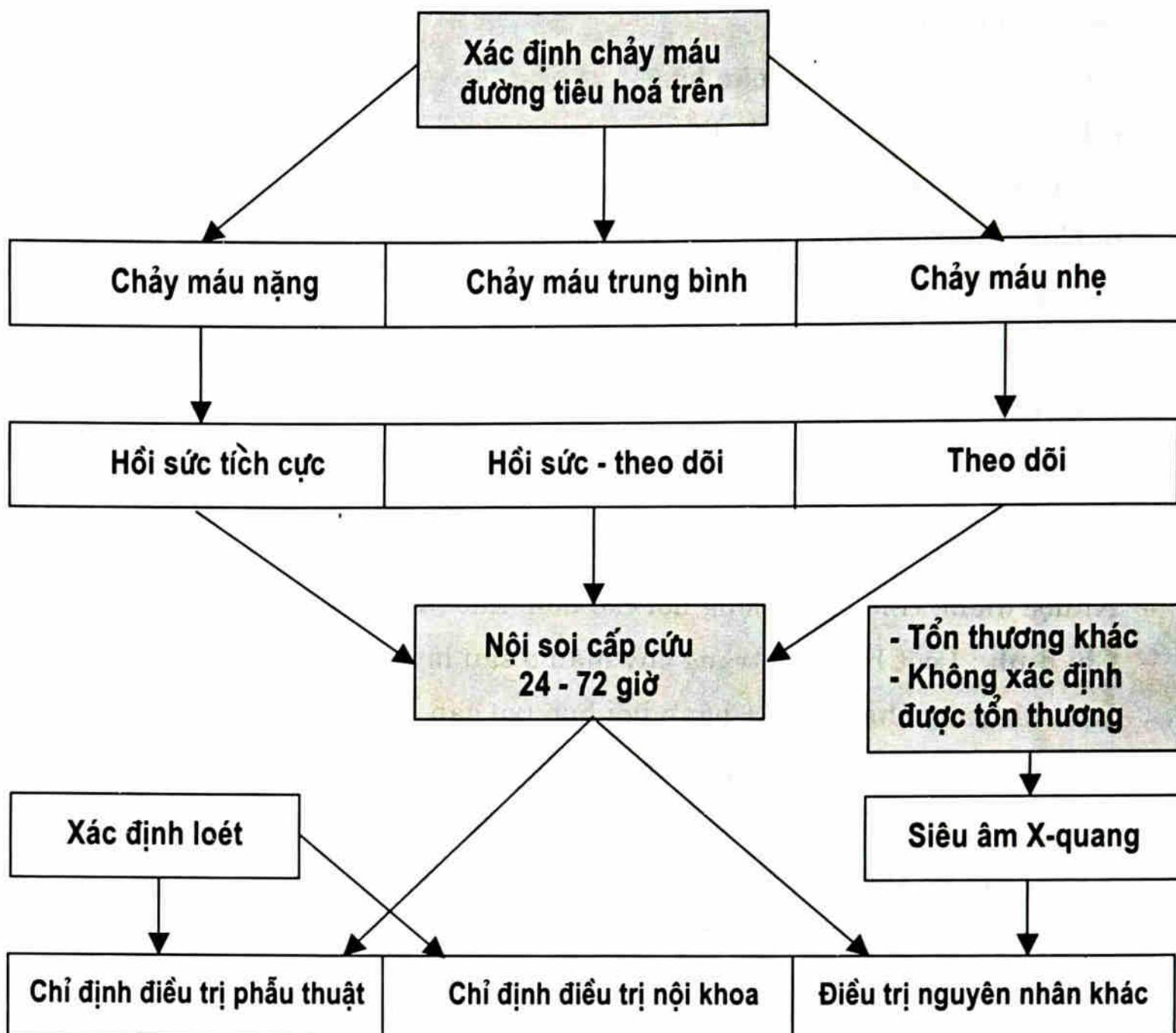
#### **12) Cắt thần kinh X kèm theo cắt hang vị (Weinberg).**

Tùy theo tình trạng bệnh nhân, khả năng gây mê - hồi sức để tiến hành các phẫu thuật thích hợp nhằm vừa có thể cầm máu, vừa có thể điều trị triệt để.

### **7.3. Phác đồ cấp cứu chảy máu do loét dạ dày - tá tràng**

Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng là một biến chứng thường gặp nên trong cấp cứu cần tiến hành theo từng bước như sau:

## PHÁC ĐỒ CẤP CỨU CHẢY MÁU DO LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG



### 8. KẾT LUẬN

- Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng ngày càng giảm nhờ điều trị nội khoa. Tuy nhiên CMDD-TT vẫn là một trong những biến chứng thường gặp trong cấp cứu.
- Vấn đề hồi sức và xác định tổn thương rất quan trọng. Trong đó nội soi đóng một vai trò quyết định để đánh giá tổn thương, từ đó có những chỉ định điều trị thích hợp.
- Điều trị nội khoa và nội soi ngày càng có nhiều kết quả trong cấp cứu cầm máu. Tuy nhiên can thiệp phẫu thuật đúng và kịp thời vẫn chiếm một vị trí cần thiết trong nhiều trường hợp. Nhờ đó tỷ lệ tử vong trong chảy máu do loét dạ dày ngày càng giảm.
- Chỉ định các phương pháp phẫu thuật cần phải hợp lý nhằm cầm máu và điều trị triệt để nguyên nhân gây loét.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Grimaldi. Ch, Delmont J.D. (1986)  
Les hemorragies digestives.  
Encyc. Med. Chir. 9006. A 10 -
2. Henry D.A, Johnston A, Dobson. A, Duggan J. (1987)  
Fatal peptic ulcer complication and the use of non-steroid anti inflammatory drug, aspirin, and corticosteroid.  
Br. Med-J-1987.259-12270 .
3. Liguory. C, Sanhel. J.( 1986)  
Endoscopie digestive pratique.  
Edition
4. Ringleton. S. K. (1987)  
Recognition and managemant of upper gastrointestinal hemorrhage.  
Arn. J. Med.. 83. 88.
5. Villet. R, Valeur. D, Hautefeuilt.(1986)  
Intervention chirurgical sur l'estomac.  
Gastro. Entrerologie. Flammarion . Tom 1

# THỦNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

PGS.TS. Hà Văn Quyết

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Thủng là một trong những biến chứng thường gặp của ổ loét dạ dày tá tràng. Tuy có giảm hơn những năm trước kia nhưng vẫn chiếm tỷ lệ 15-22% các ổ loét dạ dày-tá tràng. Trong 5 năm (1995-1999) tại 3 bệnh viện lớn của Hà Nội (Việt Đức, Bạch Mai, Saint Paul) có 621 trường hợp được điều trị phẫu thuật, trung bình có 120 trường hợp mỗi năm. Những năm gần đây, nhờ sự hiểu biết sâu về bệnh sinh của ổ loét với vai trò của Helicobacter Pylori, khả năng chẩn đoán sớm, có nhiều loại thuốc điều trị tốt nên ít gặp hơn. Chẩn đoán thường dễ vì trong đa số các trường hợp các triệu chứng khá điển hình, rõ rệt. Điều trị phẫu thuật kết quả rất tốt nhờ phát hiện sớm và xử trí kịp thời cũng như chỉ định hợp lý các phương pháp phẫu thuật như khâu lỗ thủng, cắt đoạn dạ dày, cắt thần kinh X. Hiện nay phẫu thuật nội soi ổ bụng đã được tiến hành tại bệnh viện Việt-Đức và một số nơi khác để khâu thủng ổ loét DDT-TT. Đây là một tiến bộ và đã có những kết quả bước đầu.

### Đặc điểm dịch tễ học

**Giới:** Nam nhiều hơn nữ, các thống kê có khác nhau nhưng đa số thấy rằng tỷ lệ khoảng 90% cho nam giới và 10% cho nữ giới.

**Tuổi:** Thường từ 35 đến 65 và nhiều nhất là ở loại tuổi từ 30 - 40 với tỷ lệ khoảng 40%. Nhưng cũng có những thủng dạ dày ở bệnh nhân trên 80-85 tuổi. Loét ít gặp ở trẻ em nên cũng ít thấy thủng.

#### Điều kiện thuận lợi:

**Thời tiết:** Mùa rét thường gặp nhiều hơn mùa đông và cũng gặp nhiều khi thời tiết thay đổi từ nóng chuyển sang lạnh hay từ lạnh chuyển sang nóng. Gặp nhiều vào các tháng 1, 2, 3, 4 và ít vào các tháng 5, 6, 7, 8, 9.

**Bữa ăn:** Thủng có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong ngày nhưng một số khá lớn bệnh nhân bị thủng chừng một vài giờ sau bữa ăn, thủng càng gần bữa ăn thì ổ bụng càng bẩn và càng chóng đưa đến tình trạng viêm màng bụng.

**Chấn thương tinh thần :** Có bệnh nhân bị thủng trong khi bị một **chấn thương tinh thần** mạnh như phẫu thuật, bỏng...hay đau khớp kéo dài phải dùng các loại giảm viêm không Steroid, cortisone...

## 2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

### 2.1. Ổ loét thủng

Vị trí ổ loét thủng: Thường thì ở tá tràng nhiều hơn là ở dạ dày. Điều này cũng phù hợp vì loét tá tràng chiếm đa số. Thường là ở những ổ loét ở **mặt trước tá tràng hay ở bờ cong nhỏ**, ít khi gặp ở các nơi khác. Tuy nhiên khi ổ loét thủng gây ra phù nề, co kéo và viêm dính làm thay đổi giải phẫu, làm biến dạng nên nhận định vị trí khó khăn và không xác định được chính xác, nhất là những ổ loét gần mòn vị. Các **ổ loét ở mặt sau** dạ dày, tá tràng khi tiến triển **thường dính** vào các tạng lân cận. Do vậy không nên quên rằng những ổ loét mặt sau có thể thủng vào các khoang sau, khi thăm dò nếu không thấy lỗ thủng mặt trước, phải phá mạc nối dạ dày - đại tràng đi vào hậu cung mạc nối để tìm lỗ thủng ở mặt sau.

Thường chỉ có một ổ loét thủng, rất ít khi có hai hay nhiều. Lỗ thủng có thể ở một loét non hay đã bờ chai cứng do quá trình tiến triển lâu dài. Có thể là ở một ổ loét đã được khâu lần trước hay có khi ở một ổ loét miệng nối sau thủ thuật nối dạ dày - ruột non hoặc cắt đoạn dạ dày.

Lỗ thủng có thể rộng và có khi một phần được các giả mạc bít lại, phải lau và lấy sạch mới nhìn rõ lỗ thủng. Cũng có những ổ loét thủng và dính vào gan, túi mật hay được mạc nối lớn đến bịt kín. Lỗ thủng ở tá tràng thường ít khi rộng, chỉ bằng hạt đậu hay nhỏ hơn; trái lại, ở bờ cong nhỏ thường to hơn, từ 1-3 cm.

Bờ lỗ thủng thường chắc, xơ cứng. Tổ chức chung quanh ổ loét thay đổi rất khác nhau. Khi thì mềm mại gần như bình thường và khâu lại rất dễ dàng. Khi thì dày cộp lên do viêm, phù nề; mủn, khâu khó khăn, khi khâu dễ bục, sợi chỉ khâu sẽ cắt đứt tổ chức.

Lỗ thủng có thể do một quá trình hoại tử cấp tính hay là một quá trình bào mòn dần đáy ổ loét, rất ít có phản ứng ở tổ chức xung quanh; khi thì lại là một biến chứng của một quá trình viêm nhiễm, phản ứng phù nề thâm nhiễm rất mạnh.

### 2.2. Tình trạng ổ bụng

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

Đa số bệnh nhân bị thủng có hơi và dịch trong ổ bụng. Hơi khi thì rất ít khi thì khá nhiều. Trên lâm sàng, hơi này thể hiện bằng tiếng gõ vang ở vùng trước gan trong **tư thế đứng hoặc nửa ngồi** và trên Xquang là hình ảnh liềm hơi. Khi mở, ngay sau khi màng bụng bị rách thủng, chúng ta sẽ nghe tiếng xì của hơi phì ra.

Dịch trong ổ bụng khi mới thủng còn sạch, chưa nhiễm trùng thì dùng đục, xam xám hay vàng nhạt khi có lỗ dịch mủ ở tá tràng. Không có mùi hay hơi chua chua. Thường là loãng nhưng cũng có khi lầy nhầy, sanh sánh. Thường có lỗ thức ăn nát vụn hay còn nguyên từng mảnh. Có khi thấy cả những hạt cơm, một miếng mỡ hay một mẩu hành, một cọng rau chưa được tiêu hóa, nhất là những thủng xảy ra sau bữa ăn.

Ở những bệnh nhân hẹp môn vị bị thủng, thấy trong ổ bụng rất nhiều dịch nâu đen, bẩn, lẫn với nhiều thứ cặn của bữa cơm trước hay có khi của ngày hôm trước chưa được tiêu hóa. Những bệnh nhân này tiên lượng thường xấu.

Lúc đầu, dịch ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang, nằm dưới gan. Rồi theo rãnh thành đại tràng bên phải xuống chậu hông, khu trú ở đó để tạo thành những ổ mủ nếu không được xử trí. Đối với những ổ loét và mặt sau dạ dày thì trước tiên dịch chảy dần vào hậu cung mạc nối, khu trú ở đây và rồi qua khe Winslow để chảy dần vào bụng. Nếu chỉ có ít dịch, khi mở bụng có thể không thấy mà phải đi vào hậu cung mạc nối mới thấy dịch ú đọng.

Khi mới thủng, dịch đó vô trùng và có độ toan như là dịch vị khi lấy bằng ống hút qua đường mũi. Nhưng chỉ sau một thời gian ngắn **chừng 18-24 giờ** dịch đó đã thực sự nhiễm trùng và thành mủ. Nếu bệnh nhân đến muộn, trong bụng có nhiều giả mạc rải rác dính vào các tạng, các quai ruột, nhiều nhất là chung quanh lỗ thủng.

### 3. LÂM SÀNG

Triệu chứng của thủng ổ loét dạ dày - tá tràng thường rất rõ ràng. Nếu biết nó và chú ý đến nó thì đa số các trường hợp chúng ta có thể chẩn đoán được ngay trong những phút đầu khi mới gặp bệnh nhân mà không cần phải theo dõi, bỏ lỡ mất thời gian quý báu.

Trước hết chúng ta mô tả thể điển hình có đầy đủ triệu chứng và các triệu chứng đó lại rõ ràng.

#### 3.1. Triệu chứng toàn thân

##### - **Đến sớm:**

- + Tình trạng toàn thân chưa thay đổi, nét mặt nhăn nhó, hai tay ôm bụng.
- + Mạch và huyết áp ổn định.
- + Khoảng **30%** bệnh nhân có thể xuất hiện tình trạng **sốc vì đau**:
- + Mặt mày xanh xám, nhợt nhạt, lo âu, sợ hãi, toát mồ hôi. Mũi và đầu chi lạnh. Thân nhiệt hạ thấp dưới  $37^{\circ}\text{C}$ , mạch nhỏ, nhanh, có khi không đếm được. Sốc chỉ thoáng qua chừng vài ba phút đến 1 giờ.

##### - **Đến muộn:**

- + Tình trạng nhiễm trùng xuất hiện. Bụng trương, đau nếu nặng sẽ biểu hiện **Viêm phúc mạc**.

#### 3.2. Triệu chứng cơ năng

##### - Đau bụng dữ dội, đột ngột :

Bệnh nhân đang khoẻ mạnh, làm việc và sinh hoạt bình thường thì bỗng nhiên đau dữ dội vùng trên rốn., đau như dao đâm .

Khi thì kêu la rầm rĩ khi thì nhăn nhó rên rỉ, nét mặt lo âu sợ sệt.

Nếu ổ loét dạ dày thì đau tiên đau vùng trên rốn, chính giữa bụng hay hơi chênh sang trái và lan tràn nhanh ra toàn ổ bụng. Nếu ổ loét ở hành tá tràng thì thường là đau ở dưới sườn phải, mang sườn phải hay có khi ở hố chậu phải. Bệnh nhân phải gập người lại cúi lom khom, không dám nằm hay đứng thẳng vì vậy các cơ thành bụng sẽ căng ra làm đau thêm. Đau mỗi ngày một tăng, lan ra khắp bụng, xuyên ra lưng, lên vai, lên ngực.

Đau là một triệu chứng cơ năng rất có giá trị.

- Nôn:

Bệnh nhân có thể có nôn hoặc buồn nôn.

Nôn ra dịch nâu đen nếu hẹp môn vị

**Hiếm khi có nôn ra máu** nhưng nếu có thì là một trường hợp **rất nặng**, tiên lượng xấu, cần phải xử trí kịp thời, đúng lúc và phải hồi sức thật tốt.

- Bí trung, đại tiện:

Là dấu hiệu muộn, thường là biểu hiện của viêm màng bụng toàn thể làm liệt ruột, ruột mất nhu động.

### 3.3. Triệu chứng thực thể

**3.3.1. Nhìn:** Hai cơ thẳng to nổi rõ, được các vách cân ngang cắt thành từng múi. Hai bên bụng là những sợi chéo của hai cơ chéo hơn, thở nồng. Bụng dẹt, nằm im không di động theo nhịp thở và bệnh nhân hoàn toàn thở bằng lồng ngực. Có khi bụng hơi chướng.

**3.3.2. Nắn:** Khám thì thấy rõ ràng hơn. Bằng cách nắn rất nhẹ nhàng, nắn từ từ, từ nồng đến sâu, cũng không thể nào làm mất co cứng được, ngược lại chỉ làm co cứng và bệnh nhân đau hơn. Khi sờ nắn, có cảm giác như là sờ vào một mảnh gỗ. Co cứng liên tục khác với phản ứng thành bụng do thăm khám thô bạo và vụng về gây nên. Co cứng trong thủng dạ dày là co cứng thực sự, do nước trong ổ bụng kích thích màng bụng gây ra. Xảy ra rất sớm, cùng với lúc xuất hiện cơn đau.

Có thể lúc mới bắt đầu, toàn thể bụng đã co cứng, nhưng cũng có thể chỉ mới ở vùng trên rốn, hai hố chậu còn tương đối mềm, nhưng dần dần co cứng sẽ lan ra khắp toàn bụng. Thăm khám nhẹ nhàng, tỉ mỉ đi dần từng chỗ, có thể tìm thấy chỗ đau trội nhất. Chỗ đau trội này thường cũng là chỗ đau khởi đầu. Khi có co cứng là chắc chắn có viêm màng bụng và nếu chỗ đau nhất nằm ở trên rốn thì trước hết chúng ta phải nghĩ đến một nguyên nhân ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang.

Co cứng thành bụng là một triệu chứng bao giờ cũng có (nhưng mức độ khác nhau) và có giá trị bậc nhất trong chẩn đoán.

**3.3.3. Gõ:** Để bệnh nhân ở tư thế nửa ngồi nửa nằm và gõ vùng gan thấy mất tiếng đục bình thường vì trong những trường hợp có hơi trong ổ bụng, với tư thế đó, hơi sẽ lách lên cao vào nằm dưới cơ hoành. Tiếng gõ trong trước gan xác định có hơi trong ổ bụng nhưng không được lầm lẫn với hơi của quai ruột giãn chèn vào

nằm trước gan, nhất là ở những bệnh nhân đến muộn. Khi triệu chứng của viêm màng bụng đã rõ ràng, toàn bộ ruột đã trương lên. Ngược lại, có những trường hợp hơi rất ít nên khi gõ không thể phát hiện được.

Trong những trường hợp dạ dày chứa nhiều nước và qua một lỗ thủng to chảy xuống thấp, gõ sẽ thấy đục ở hai màng sườn và hố chậu. Có tác giả cho rằng đó một phần là nước rỉ viêm của màng bụng nhưng người ta đã nhận thấy có những bệnh nhân được mổ rất sớm trong giờ đầu mà bụng đã có nhiều nước có mùi như nước dạ dày.

Có tác giả đã cho rằng triệu chứng này là một trong các triệu chứng chủ yếu, có giá trị rất tốt để chẩn đoán. Nhưng trên thực tế tìm tiếng gõ đục ở vùng thấp khó hơn là tìm tiếng gõ vang ở vùng trước gan.

### 3.3.4. **Thăm trực tràng:** Túi cùng Douglas phồng và đau chói khi ấn tay vào.

**3.3.5. Tiền sử loét dạ dày:** Đối với những bệnh nhân bị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, việc khai thác tiền sử có khi gặp khó khăn vì quá đau bệnh nhân không muốn trả lời hay trả lời không được rành mạch rõ ràng. Chú trọng tới những triệu chứng chủ yếu của bệnh loét, có thể thấy đến 9/10 có tiền sử, nhiều khi là một bệnh sử điển hình kéo dài trong nhiều năm, có thể hàng mấy chục năm. Chính bệnh nhân cũng biết chắc là mình đang mang một ổ loét và được xác minh bằng chụp Xquang hay nội soi. Chúng tôi cũng gặp một số bệnh nhân bị thủng ổ loét khi đang nằm chờ mổ. Có bệnh nhân không biết là mình có bệnh, nhưng khi khai thác thì rõ ràng có hội chứng loét dạ dày tá tràng và tất nhiên là chưa được điều trị gì hay là điều trị linh tinh. Nhưng cũng có nhiều bệnh nhân đã từ lâu có rối loạn tiêu hoá, triệu chứng không điển hình, không đặc hiệu. Ở những bệnh nhân này, không cho phép chúng ta rút ra kết luận gì. Ở 1/10 số bệnh nhân còn lại, thủng dạ dày là triệu chứng đầu tiên, báo hiệu một ổ loét tiến triển ngầm không có biểu hiện lâm sàng.

Ngoài tiền sử bệnh, nên hỏi xem trong những ngày trước khi thủng, bệnh nhân có những triệu chứng khác thường gì không. Có thể thấy: đau âm ỉ, sốt, buồn nôn. Có khi nôn ra máu, táo bón. Các triệu chứng này cũng thất thường, nhiều trường hợp thủng mà chẳng có một dấu hiệu báo trước nào cả.

## 4. CẬN LÂM SÀNG

### 4.1. X quang.

**4.1.1. Soi trên màn ảnh Xquang:** cơ hoành di động kém. Nhưng hình ảnh chủ yếu là xuất hiện những bóng sáng. Trong tư thế đứng thẳng, ở bên phải là một đường sáng hình liềm nằm giữa mặt lõm của cơ hoành ở trên và mặt lồi của gan ở dưới. Bên trái thì nằm giữa túi hơi dạ dày và cơ hoành.

**4.1.2. Chụp X quang:** Chụp bụng không chuẩn bị với tư thế đứng, lấy một phần ngực sẽ thấy có liềm hơi ở bên phải, có khi ở cả hai bên, ít khi thấy riêng ở bên trái. Nếu ở tư thế đứng không thấy hay toàn trạng bệnh nhân kém không thể để bệnh nhân đứng được thì ở tư thế nằm ngửa hay nằm nghiêng trái, đặt bóng

ngang và chụp nghiêng sẽ thấy hình hơi nằm giữa gan và thành bụng hay thành ngực.

Liêm hơi có khi lớn, chiều cao vài ba centimét hay hơn, mới nhìn đã dễ dàng nhận thấy. Nhưng cũng có khi rất bé, mỏng, chỉ một vài milimét, trên màn ảnh khó lòng mà phát hiện được, nhất là khi chỉ có ở bên trái. Những trường hợp không rõ cần này phải chụp lại mới xác định được chắc chắn.

Triệu chứng này có phải thường xuyên không? Đa số thống kê cho biết tỉ lệ vào khoảng 80%.

## 4.2. Siêu âm

- Siêu âm là một thăm dò thường quy trong cấp cứu bụng. Những trường hợp các dấu hiệu lâm sàng và Xquang đã rõ cũng có thể làm thêm để xác định mức độ dịch trong ổ bụng, loại trừ thêm những bệnh lý kèm theo như sỏi mật....
- Đối với những trường hợp chưa xác định được chẩn đoán, siêu âm cho biết có dịch ở dưới gan, khoang Morison, rãnh phải đại tràng và dịch đọng ở hố chậu phải. Ngoài ra siêu âm còn loại trừ những bệnh lý dễ nhầm với thủng DDTT như viêm tụy cấp, giun chui ống mật, viêm túi mật..

## 5. DIỄN BIẾN

### 5.1. Viêm phúc mạc toàn thể

Hầu hết các trường hợp trong vòng 12-24 giờ tiến triển thành một viêm màng bụng toàn thể, nhanh hay chậm là tuỳ theo thủng gần hay xa bữa ăn, khi dạ dày đầy hay vơi, lỗ thủng to hay bé. Khi đến bệnh viện, bệnh nhân có thể đỡ đau hơn so với lúc bắt đầu, nhưng người mệt mỏi, lờ đờ, trạng thái nhiễm trùng, mất nước rõ rệt: mặt hốc hác, mắt lõm, môi khô, lưỡi bẩn, nhiệt độ cao 39-40°C hay là thấp dưới 37°C khi bệnh nhân đã kiệt sức. Mạch nhanh nhỏ, khó đếm, huyết áp thấp có khi không đo được. Thăm khám thấy bụng chướng căng, ấn chõ nào cũng đau, bệnh nhân nhăn nhó, gạt tay. Có cảm ứng phúc mạc rõ rệt. Bí trung tiện, đại tiện, nôn. Bệnh cảnh lâm sàng như một tắc ruột cộng thêm các triệu chứng của viêm màng bụng, cho nên có khi người ta chẩn đoán nhầm lẫn giữa viêm phúc mạc do thủng dạ dày và một tắc ruột cơ học. Tiên lượng rất nặng. Nếu có xử trí, bệnh nhân cũng thường chết sau 4-5 ngày vì nhiễm độc nặng. Nhưng cũng có thể chết rất chóng trong tình trạng truy tim mạch.

### 5.2. Viêm phúc mạc khu trú

Hiếm gặp hơn. Đây là những bệnh nhân đến bệnh viện ngày thứ 4, thứ 5, sau một cơn đau dữ dội và đột ngột. Các triệu chứng toàn thân, cơ năng cũng như thực thể, giảm dần. Bệnh nhân ngủ được, bớt sốt, đỡ đau, có trung tiện. Bụng mềm hơn nhưng vẫn còn đau và phản ứng ở dưới bờ sườn, hai hố chậu. Sau đó bệnh nhân tiếp tục đau sốt cao 38°C – 39°C, mạch nhanh 110-120, mặt hốc hác, lưỡi bẩn, mất ngủ kéo dài.

### 5.3. Áp xe

Ở áp xe thường thành hình **một hay hai tuần sau** khi thủng nhưng cũng có khi sớm hơn. Tiến triển có thể rầm rộ nhưng thường thì âm thầm, các triệu chứng không rõ rệt. Bệnh nhân cảm thấy ăn mất ngon, mất ngủ, mệt mỏi, ngây ngáy sốt. Nhiệt độ cao, dao động là một triệu chứng để lưu ý. Xét nghiệm công thức máu thấy bạch cầu cao. Có thể có một hay nhiều ổ áp xe khu trú ở xung quanh dạ dày, hố chậu hay tiểu khung, nhưng thường gặp hơn cả là áp xe dưới cơ hoành.

**Áp xe dưới cơ hoành:** Khi thăm khám thấy bờ sườn dô lên, phù nề, các tĩnh mạch nổi rõ. Nắn tỉ mỉ có cảm giác một khối ở sâu, rất đau, giới hạn rộng. Thường là những áp xe có mủ và hơi, khi ấn có cảm giác lùng nhùng. Nếu bệnh nhân nằm, gõ thấy trong; nếu ngồi, gõ đục ở vùng thấp và trong ở trên. Nghe phổi thấy tiếng thở mất hay có tiếng ran ở đây. Có thể kèm theo các triệu chứng của một kích thích cơ hoành (nấc, đau theo thần kinh, đau chỗ bám cơ). Triệu chứng toàn thân rất nặng: sốt, gày mòn, suy nhược. Áp xe có thể vỡ qua cơ hoành vào màng phổi hay phổi, vỡ vào ruột hay theo đường máu gây áp xe gan, lách, khớp, tĩnh mạch .v.v... Nhưng thường nhất là vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể.

Trước kia loại áp xe dưới cơ hoành này rất hay gặp, nhưng dần dần ít đi vì ngày nay các ổ loét dạ dày - tá tràng thủng đã được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

## 6. THỂ LÂM SÀNG

Ở trên, chúng tôi đã mô tả rất kỹ thể điển hình. Nhưng trên thực tế có thể thiếu triệu chứng này hoặc thiếu triệu chứng khác hay có khi thiếu nhiều triệu chứng một lúc, nên chẩn đoán khó khăn, nếu không chú ý sẽ có thể bỏ qua, gây nên những tác hại rất đáng tiếc.

### 6.1. Thể thủng bít

Ngay sau khi thủng, lỗ thủng có thể được bít lại. Bệnh nhân cũng đau đột ngột dữ dội như trong thể điển hình nhưng rồi tình trạng toàn thân trở lại bình thường. Bệnh nhân hết sốc, đỡ đau, cảm thấy dễ chịu. Chỉ còn có cảm giác nặng nề, tức ngực và khi sờ nắn thì có phản ứng nhẹ. Giới hạn một vùng rõ rệt ở nửa bụng trên. Nếu Xquang thấy có liềm hơi thì chẩn đoán là chắc chắn, nhưng nếu không có thì cần phải theo dõi thật chu đáo. Trường hợp này chẩn đoán dễ nhầm với một cơ đau bụng có phản ứng thành bụng ở một bệnh nhân có tiền sử dạ dày.

Khi đã chẩn đoán được thủng dạ dày được bít cần xử trí **cấp cứu như những trường hợp khác**, vì nếu không, có thể tiến triển thành viêm màng bụng. Khi mở những lỗ thủng được bít, nếu không có tình trạng của viêm màng bụng, ổ bụng khô, sạch, xung quanh lỗ thủng có thể có một ít nước đục và màng giả. Lỗ thủng đã được mạc nối lớn hay các bộ phận lân cận như gan, túi mật, có khi là thành bụng che lấp kín lại. Có nhiều bệnh nhân khỏi mà không có xử trí. Mai sau khi bệnh nhân vẫn tiến triển, người ta mở để điều trị ổ loét mới thấy ổ loét đã thủng từ lâu. Vì vậy đó là cơ sở của phương pháp điều trị bằng cách hút liên tục (Phương pháp Taylor).

## 6.2. Thủng ổ loét ở mặt sau

Do những liên quan về giải phẫu, dịch vị chảy ở mặt sau dạ dày vào hậu cung mạc nối, và rất sớm, các chỗ dính thành hình dễ dàng. Chẩn đoán có khó khăn và nhiều khi rất khó với các triệu chứng sau đây: đau và co cứng giới hạn ở vùng trên rốn và đặc biệt là vùng này trước phình lên, có khi bụng trái chướng nhiều hơn. Nếu có tràn khí dưới da thì nên nghĩ và đi tìm ổ loét thủng ở đoạn tá tràng nằm sau màng bụng. Những ổ loét thủng ở mặt sau chẩn đoán lâm sàng khó và ngay cả khi phẫu thuật cũng tìm kiếm khó khăn mới thấy. Cho nên khi có một viêm màng bụng mà tìm không thấy nguyên nhân, phải phá mạc nối vị đại tràng, đi vào mặt sau dạ dày để tìm lỗ thủng.

Cũng nên biết rằng tuy hiếm nhưng cũng có những ổ loét ở mặt trước thủng mà nước qua khe Wislow vào hậu cung và khu trú lại ở đó.

## 6.3. Một số thể bệnh khác

- Thủng là dấu hiệu đầu tiên của ổ loét. Trong tiền sử bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng gì và cũng có thể sau khi khâu, bệnh sẽ khỏi hoàn toàn.
- Thể bán cấp tính: các triệu chứng không rõ ràng, diễn biến chậm chạp.
- Thể tối cấp tính: Bệnh nhân chết trong vòng 6-12 giờ sau khi thủng.
- Thể giống như đau ngực: bệnh nhân vè mặt lo âu, khó thở, tím tái, đau ở vai, là do những ổ loét ở cao.
- Thể giống như **viêm ruột thừa** do những lỗ thủng nhỏ của ổ loét ở **tá tràng**. Dịch tiêu hóa chảy ít và đọng lại ở hố chậu phải.
- Thủng kèm theo chảy máu : Triệu chứng thủng ổ loét kèm theo nôn ra máu hay ỉa phân đen.

# 7. CHẨN ĐOÁN

## 7.1. 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 sớm, càng sớm càng tốt.

- Bệnh nhân nam giới, tuổi trung niên. Có tiền sử loét DD- TT
- Đau đột ngột, đau dữ dội, đau như xé ruột, như dao đâm.
- Bụng co cứng toàn bộ, cứng như gỗ.
- Nếu Xquang lại có liềm hơi nữa là chẩn đoán đã rất chắc chắn.

## 7.2. Chẩn đoán phân biệt

### 7.2.1. Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa

- Cơn đau viêm ruột thừa thường bắt đầu âm ỉ rồi dần dần tăng lên.

- Vị trí đau thường là ở hố chậu phải.
- Nếu đến muộn, có thể đau toàn bụng nhưng sờ nắn nhẹ nhàng, cẩn thận thì vẫn thấy đau ở hố chậu phải nhiều hơn.

Có trường hợp thủng ổ loét HTT dịch từ tầng trên ổ bụng theo rãnh thành đại tràng chảy xuống và khu trú ở hố chậu phải, lúc này cũng thấy hố chậu phải đau hơn, nhưng hỏi lại thì thấy bắt đầu đau ở vùng trên rốn.

Bệnh nhân sốt 38-38<sup>°</sup>5C. Mạch nhanh 100-110. Nếu thủng dạ dày đến sớm, khi chưa có hiện tượng nhiễm trùng màng bụng, thì mạch và nhiệt độ vẫn bình thường.

Dù là viêm ruột thừa hay là thủng dạ dày đều có chỉ định mổ cấp cứu, nhưng đường rạch có khác. Nếu là viêm ruột thừa, sẽ mở đường hố chậu phải; nhưng nếu là thủng dạ dày, đường rạch sẽ là đường giữa trên rốn. Nếu có nghi ngờ trong chẩn đoán thì nên đi ở hố chậu phải trước để tìm ruột thừa. Trong trường hợp tổn thương ruột thừa không cắt nghĩa được hiện tượng viêm màng bụng, trong ổ bụng không có mủ thối, ruột thừa không thủng chỉ viêm tấy ở mặt ngoài, nhất là khi thấy những mẫu thức ăn lẫn trong nước xám xám, hăng hăng thì sau khi cắt ruột thừa phải mở ngay đường giữa 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 chết.

### **7.2.2. Viêm phúc mạc do mật**

Bệnh nhân cũng đau dữ dội, đau liên tục nhất là nửa bụng bên phải.

Tiền sử, đã có nhiều lần đau kèm theo sốt và vàng da, vàng mắt, có khi vàng rất đậm. Thủ máu thấy bilirubin cao.

Nếu sỏi ở ống mật chủ thì bệnh nhân cũng có thể rất đau, đau lăn lộn nhưng bụng mềm, chỉ có phản ứng ở vùng dưới sườn phải, có khi sờ thấy túi mật to. Cần phải siêu âm để xác định sỏi, tình trạng đường mật và nhu mô gan.

### **7.2.3. Viêm tuy cấp**

Đau rất dữ dội, bệnh nhân kêu la, vật vã, lăn lộn, chổng mông, gập người chừ không nằm im như trong thủng dạ dày. Đặc biệt là tình trạng toàn thân rất nặng, có tình trạng sốc rõ rệt.

Khám bụng có thể có co cứng nhưng không rõ rệt như ở thủng dạ dày, có cứng bên phải nhiều hơn bên trái, trên rốn nhiều hơn dưới rốn. Đặc biệt là ấn điểm sườn- thắt lưng bên trái rất đau.

Xét nghiệm cấp cứu thấy amylaza máu và nước tiểu cao.

Siêu âm chỉ thấy có dịch trong ổ bụng, ít khi xác định được tuy do chướng hơi. Ngoài ra siêu âm chẩn đoán những nguyên nhân như sỏi mật, giun chui ống mật. Nếu cần thiết để xác định kỹ hơn nên chụp CTScanner mới thấy rõ tổn thương tuy.

## **7.2.4. Thủng một nội tạng khác**

Như thủng ruột non do thương hàn, thủng túi Meckel, thủng do ung thư dạ dày. Thủng dạ dày do ung thư cũng có đầy đủ các triệu chứng, và mức độ các triệu chứng đó cũng giống như trong thủng do loét nhưng thường xảy ra ở người đứng tuổi không có tiền sử dạ dày.

## **7.2.5. Các bệnh lý khác**

- **Tắc ruột:** dễ nhầm, khi thủng dạ dày đến muộn đã có hiện tượng viêm màng bụng gây liệt ruột, với một xoắn ruột, một huyết khối mạch máu mạc treo ruột, thoát vị bên trong, một cơn đau do loét dạ dày.
  - **Áp xe gan vỡ:** Biểu hiện viêm phúc mạc trên bệnh nhân đau sốt, vàng da, siêu âm có dịch ổ bụng và ổ áp xe gan.
- Nếu là bệnh nhân nữ cần chẩn đoán phân biệt với:
- **Chửa ngoài dạ con vỡ:** ở một người đang độ sinh nở, có thai vài ba tháng, đến bệnh viện với tình trạng chảy máu trong nặng, sờ bụng có cảm ứng phúc mạc, ít khi co cứng. Thăm âm đạo có máu theo tay, túi cùng Douglas phồng, rất đau.
  - **U nang buồng trứng xoắn.**

# **8. ĐIỀU TRỊ**

Kết quả tốt hay xấu, tỷ lệ tử vong thấp hay cao phụ thuộc vào việc điều trị sớm hay muộn. Những bệnh nhân được xử trí trong vòng 6 giờ đầu thì kết quả rất tốt, tỷ lệ tử vong rất thấp, nếu quá 48 giờ, khi đã có nhiễm trùng màng bụng thì hoặc bệnh nhân đã chết hay dù có điều trị thật tích cực đi nữa tiên lượng cũng rất xấu, tỷ lệ tử vong rất cao. Bệnh nhân sẽ chết trong tình trạng nhiễm độc, viêm thận cấp gây urê huyết áp cao. Cho nên phải chẩn đoán được thật sớm, và đã chẩn đoán được là phải điều trị ngay. Điều trị bằng phẫu thuật.

## **8.1. Các phương pháp phẫu thuật**

### **8.1.1. Chuẩn bị trước mổ**

Qua đường mũi đặt ống hút dạ dày, hút bớt nước còn ứ đọng lại để dễ dàng cho việc mổ xé và cũng để tránh những tai biến trong gây mê.

Nên cho kháng sinh và truyền nhỏ giọt tĩnh mạch nước, điện giải để phục hồi một phần mổ và sẽ tiếp tục cho trong và sau mổ.

### **8.1.2. Phương pháp phẫu thuật**

Mổ mở theo kinh điển: vẫn được sử dụng thường xuyên trong các cơ sở phẫu thuật. Phẫu thuật Nội soi có những ưu điểm. Tuy nhiên cần được trang bị phương tiện, máy móc và kỹ thuật cho phẫu thuật viên.

Rạch đường giữa trên rốn. Ngay sau khi phúc mạc bị rạch thủng, hơi phì ra hút hết dịch trong ổ bụng, có thể thấy ngay lỗ thủng nằm ở mặt trước tá tràng

hay BCN dạ dày. Nhưng cũng có khi phải tìm kiếm khó khăn. Khi ổ loét đã được bộc lộ rõ ràng, chọn một trong các phương pháp:

Thăm dò: Thăm dò tổn thương, ổ bụng, đánh giá khả năng phẫu thuật.

Các phương pháp phẫu thuật:

- **Khâu lỗ thủng:** Nếu lỗ thủng nhỏ chỉ cần khâu theo hình chữ X hoặc có thể khâu gấp theo trực của dạ dày bằng các mũi chỉ để đắp thêm mạc nối lớn lên trên.

Nếu ổ loét ở vùng môn vị đã làm hẹp môn vị hay vì khâu mà làm hẹp môn vị thì bắt buộc phải làm thêm phẫu thuật nối dạ dày hông tràng hay tạo hình môn vị.

Phương pháp khâu có ưu điểm là đơn giản, dễ làm, cần ít thời gian và ít nguy hiểm. Vì vậy phương pháp này được phổ biến nhất ở những nơi trang bị còn thô sơ, thiếu thốn.

Nhưng nhược điểm của phương pháp này là chỉ điều trị biến chứng chứ không điều trị căn nguyên, ổ loét vẫn tồn tại, bệnh nhân vẫn còn rất nhiều khả năng đau lại và phải mổ để cắt đoạn dạ dày. Tuy nhiên trong nhiều năm gần đây, sau khi khâu thủng, bệnh nhân được điều trị theo phác đồ với công thức: Kháng sinh diệt Helicobacter Pylori + Omeprazol 20mmg + Thuốc bọc niêm mạc đã có tới 80% bệnh nhân khỏi hẳn.

- **Cắt đoạn dạ dày cấp cứu:** Chỉ nên cắt đoạn trong những trường hợp:

- + Ổ loét xơ chai, khó khâu, khâu dễ bục.
- + Ổ loét thủng lần thứ hai nay đã có nhiều lần chảy máu hoặc có hẹp vị môn.
- + Bệnh nhân đến sớm trước 12 giờ, khi chưa có viêm màng bụng.
- + Tình trạng sức khoẻ tốt.
- + Cuối cùng là trang bị kỹ thuật tốt và phẫu thuật viên có kinh nghiệm với phẫu thuật này. Phương pháp này tốt hơn phương pháp khâu là cùng một lúc vừa điều trị biến chứng là vừa điều trị căn nguyên của biến chứng. Nhưng tiến hành một phẫu thuật cắt đoạn dạ dày là một phẫu thuật lớn: trong điều kiện cấp cứu, có thể gặp nhiều trở ngại khó khăn. Hơn nữa, có cần thiết phải cắt đoạn không? Đứng trước một bệnh nhân có một lỗ thủng, phải suy tính cân nhắc, khâu hay cắt đoạn.

- **Khâu lỗ thủng và cắt dây X**

Phẫu thuật cắt dây X được áp dụng để điều trị các ổ loét tá tràng và nhiều phẫu thuật viên có thể thực hiện được để điều trị các ổ loét tá tràng thủng.

Khi phẫu thuật cần chú ý:

- + Chỉ dùng cho những ổ loét tá tràng, không dùng cho các ổ loét dạ dày thủng...
- + Chỉ nên áp dụng khi ổ bụng tương đối sạch, chưa có viêm màng bụng rõ vì khi tiến hành cắt dây X, phải bóc tách vùng thực quản, nếu ổ bụng bẩn sẽ làm nhiễm trùng vùng này.

+ Đã cắt dây X thì phải có phẫu thuật dẫn lưu phổi hợp.

Như vậy có thể:

+ Khâu lỗ thủng, cắt dây X và nối vị tràng.

Nhưng tốt hơn và có nhiều khả năng thực hiện được là:

+ Cắt dây X kèm với mở rộng mỏm vị với khoét bỏ ổ loét thủng.

#### - Phương pháp Newmann:

Lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh xơ cứng, khâu dễ nát mủn, dễ bục chỉ, viêm phúc mạc và tình trạng bệnh nhân yếu, không cho phép cắt đoạn dạ dày ngay. Khi mổ đặt qua lỗ thủng một ống cao su to quấn mạc nối xung quanh và dính vào thành bụng. Phương pháp này là vạn bất đắc dĩ.

### 8.1.3. Phương pháp hút liên tục: Phương pháp Taylor được sử dụng như sau:

*Điều kiện:*

- Chẩn đoán chính xác 100%
- Bệnh nhân đến sớm.
- Thủng xa bữa ăn, ổ bụng ít nước.
- Theo dõi phẫu thuật chu đáo.

*Cách thức tiến hành:*

Phải tiến hành tại cơ sở ngoại khoa:

- Cho thuốc giảm đau (Mocphin, Dolacgan...) hồi sức bằng cách nhỏ giọt liên tục các loại dung dịch điện giải.
- Đặt sond dạ dày một ống hút cao su để lấy các mảnh thức ăn to. Sau đó đặt qua mũi một ống hút cao su nhỏ để hút liên tục. Lúc đầu cứ 15 phút, về sau 30 phút một lần. Nếu có kết quả, sau vài giờ bệnh nhân đỡ đau, hiện tượng có cứng thành bụng giảm, hơi trong bụng, nước trong dạ dày bớt đi. Tiếp tục hút cho đến khi nhu động ruột trở lại, thường là 3-4 ngày sau. Theo dõi một tuần đến 10 ngày. Nếu sau vài giờ các triệu chứng không đỡ hoặc tăng lên thì phải mổ ngay.

Phương pháp hút liên tục có nhiều phiền phức mà kết quả lại không chắc chắn, nên phần lớn người ta không dùng nó để điều trị mà chỉ dùng để chuẩn bị mổ hoặc là giải pháp tình thế trong lúc chờ đợi phẫu thuật hay chuyển viện. Trong mấy năm gần đây, chúng tôi không dùng phương pháp này để điều trị nữa.

## 9. KẾT LUẬN

Thủng dạ dày là một biến chứng của ổ loét dạ dày tá tràng mà phẫu thuật viên gặp hàng ngày. Bất cứ một người cán bộ y tế nào cũng phải biết và chẩn đoán được. Chẩn đoán được càng sớm càng tốt. Càng sớm thì tỉ lệ tử vong càng thấp.

Khi đã chẩn đoán được phải gửi ngay đến nơi phẫu thuật, không giữ lại theo dõi, tuyệt đối không cho giảm đau khi chưa có quyết định điều trị. Chỉ định điều trị phải phù hợp với tình trạng ổ bụng, thể trạng bệnh nhân và điều kiện phẫu thuật nhằm hạn chế tỷ lệ tử vong.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asley-SW; Evoy-D; Daly - JM. (1999)  
Stomach. Principles of surgery.  
Seventh edition .Mc Graw-Hill; 1181-1215.
2. Debas - HT; Mulvihill-SJ. (1997).  
Complication of peptic ulcer.  
Maingot's abdominal operations .Tenth edition; 981-997.
3. Howard M. Spiro (1977)  
Complication of peptic ulcer.  
Clinical Gastroenterology .Second edition; 307-340.

# CHẨN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG BỤNG

PGS. TS. Hà Văn Quyết

## I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương bụng (CTB) và vết thương bụng (VTB) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm 10 - 13% tổng số mổ cấp cứu do nguyên nhân chấn thương và vết thương nói chung. Thương tổn này ngày càng tăng do tai nạn giao thông, lao động và sinh hoạt, xảy ra sau những va chạm, đụng dập trực tiếp hay gián tiếp vào bụng. Một số trường hợp có kèm theo những tổn thương phổi hợp ngoài ổ bụng, đặc biệt là chấn thương sọ não, chấn thương ngực.

Chẩn đoán chấn thương bụng và vết thương bụng chủ yếu dựa vào các biểu hiện lâm sàng và các thăm dò cận lâm sàng. Do đặc điểm lâm sàng rất đa dạng, phức tạp nên chẩn đoán và xử trí các tổn thương trong ổ bụng hiện còn rất nhiều khó khăn do đó tỷ lệ tử vong còn cao. Tỷ lệ tử vong trung bình là 10%. Đối với bệnh nhân đa chấn thương, tỷ lệ này có thể lên tới 25%.

Nguyên nhân chính của chấn thương bụng kín là tai nạn giao thông (70%) tiếp đó là tai nạn sinh hoạt và lao động (chủ yếu là ngã cao). Chấn thương bụng chủ yếu gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động chiếm 74, 5%, lứa tuổi từ 16 - 45 chiếm 73, 5%. Đối với vết thương bụng chủ yếu là tai nạn sinh hoạt.

Ngày nay có rất nhiều thay đổi trong chẩn đoán và xử trí chấn thương, vết thương bụng. Chẩn đoán lâm sàng xác định tổn thương dựa vào các vết thương thành bụng, các hội chứng của tổn thương tạng đặc hay tạng rỗng đồng thời kết hợp các thăm dò cận lâm sàng như Xquang, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và các thủ thuật như chọc hút, chọc rửa ổ bụng. Trong thời gian gần đây có sự thay đổi lớn về phương tiện, máy móc nên việc tiến hành Nội soi cấp cứu đã thường xuyên hơn.

Hồi sức cấp cứu đã tiến bộ nhiều. Các phương tiện và kỹ thuật hồi sức đầy đủ và hiện đại hơn nên đã kịp thời phối hợp với phẫu thuật cứu sống các trường hợp mất máu nặng, suy hô hấp trong chấn thương bụng nhất là trong đa chấn thương.

## 2. LÂM SÀNG

Có 3 bước thực hiện khi tiếp nhận bệnh nhân cấp cứu chấn thương bụng tại các cơ sở y tế:

- Tiến hành thăm khám để xác định tình trạng, đánh giá và tiên lượng để có chỉ định Hồi sức cấp cứu ngay.
- Chẩn đoán xác định các thương tổn do chấn thương bụng và các chấn thương phổi hợp trong đa chấn thương.

- Chỉ định điều trị kịp thời, thích hợp với mức độ thương tổn các tạng, khả năng phẫu thuật của bệnh nhân.

## 2.1. Tiến hành thăm khám

**2.1.1. Hỏi bệnh:** Khi tiếp nhận nếu bệnh nhân tỉnh cần trực tiếp hỏi bệnh nhân hoặc người đi theo. Nếu bệnh nhân bất tỉnh hoặc mê cần xác định qua người nhà và người đi theo.

- *Hoàn cảnh xảy ra.*

Tai nạn, nguyên nhân và thời gian xảy ra: Cần xác định ngay hoàn cảnh xảy ra tai nạn giao thông, sinh hoạt hay lao động. Ghi nhận đầy đủ các thông tin về cơ chế, tác nhân chấn thương, vết thương, cường độ, hướng và vùng tiếp xúc, tư thế bệnh nhân khi bị chấn thương.

- *Tình trạng sau tai nạn:*

Ngất, mê, đau đầu, buồn nôn, nôn, nôn ra máu, khó thở. Đau bụng, đau ngực. Xác định vị trí, hướng lan, tiến triển của đau. Có đái máu, bí đái hay không. Máu chảy qua hậu môn. Các thủ thuật đã thực hiện sơ cứu, các loại thuốc đã dùng trong khi sơ cứu và vận chuyển đến cơ sở y tế. . . .

### 2.1.2. Khám bệnh

- *Khám toàn thân:* Ngay khi vào viện, cần phải thăm khám toàn thân để xác định xem bệnh nhân ở trong tình trạng:

- Sốc do chấn thương: Sốc ngay khi đến viện không chỉ là biểu hiện của chảy máu mà có thể do nhiều nguyên nhân khác như rối loạn hô hấp, đau do gãy xương di chuyển mà không được cố định.

Dấu hiệu của sốc: khát nước, nhợt, vã mồ hôi, chân tay, lạnh, thở nhanh nông, mạch nhanh, nhỏ và huyết áp tụt. Trong một số trường hợp chảy máu trong ổ bụng, mức độ chảy máu ít, huyết áp không giảm nhanh mà chỉ đến lúc khôi lượng máu mất lớn hoặc chỉ tụt sau một thời gian theo dõi nhưng mạch thường xuyên tăng cao, đây là hai dấu hiệu có giá trị trong việc xác định tổn thương.

- Thay đổi tình trạng huyết động, chưa có biểu hiện sốc: Bệnh nhân mệt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp giảm nhẹ. Bệnh nhân có biểu hiện mất máu nhẹ.
- Tình trạng toàn thân chưa thay đổi: Tỉnh táo, huyết động ổn định. Bệnh nhân đến trong tình trạng đã sơ cứu hay đã xử lý tạm thời các vết thương. . .

- *Khám bụng.*

Tiến hành thăm khám bụng và các bộ phận khác như sọ não, ngực, xương chậu, cột sống và chân tay... để phát hiện các tổn thương phối hợp. Các bước tiến hành thăm khám theo trình tự từ vị trí chấn thương và vết thương. . .

Tìm những điểm va chạm bầm máu, tụ máu, xây xước hoặc vết thương trên thành bụng. Đánh giá mức độ nhiễm bẩn của vết thương. Loại vết thương chộp hay vết thương xuyên.

Bụng trương, bụng có di động theo nhịp thở không, nếu không chứng tỏ có tình trạng co cứng thành bụng toàn thể.

Xác định các điểm đau, vùng đau và phản ứng thành bụng.

Co cứng thành bụng là biểu hiện của kích thích phúc mạc, gặp trong vỡ tạng rỗng, nhưng dấu hiệu này thường xuất hiện muộn.

Thăm khám hố thắt lung bằng cả hai tay có thể thấy hố thắt lung đầy, đau do có tụ máu quanh thận.

Nếu có vết thương trên thành bụng nên thăm dò bằng ngón tay có găng vô trùng để xác định xem có thủng phúc mạc không.

Bụng gõ vang, mất vùng đục trước gan khi bệnh nhân có biểu hiện vỡ tạng rỗng. Gõ đục khi có tràn máu, dịch ổ bụng trong trường hợp vỡ tạng đặc.

Thăm trực tràng xác định tình trạng túi cùng Douglas phồng khi có tràn máu phúc mạc và đau dữ dội khi có viêm phúc mạc. Có thể có máu theo tay khi có tổn thương ruột gây chảy máu vào trong lòng ruột.

*Khám toàn diện* để phát hiện các tổn thương phổi hợp như ngực, sọ não, xương chậu, cột sống, chi. Những thương tổn phổi hợp trên không chỉ làm trầm trọng tình trạng chung của bệnh nhân mà còn tạo ra những triệu chứng lâm sàng ở vùng bụng rất khó phân định với biểu hiện của tổn thương tạng trong ổ bụng.

## 2.2. Xác định các thương tổn trong chấn thương và vết thương bụng

### 2.2.1. Thương tổn ở thành bụng

Thương tổn thành bụng đơn thuần bao gồm tổn thương do chấn thương và tổn thương do vết thương.

#### 2.2.1.1. Chấn thương

Sây xước, đụng dập hoặc tụ máu thành bụng: Tổn thương ở da, tụ máu dưới da, đụng dập cơ thành bụng. Khi thăm khám cần xác định vị trí, mức độ. Chú ý những thương tổn này gây đau dễ bỏ sót tổn thương các tạng trong ổ bụng.

- Các tổn thương nặng hơn như rách, đứt cơ thành bụng hoặc rách hoàn toàn các lớp ở thành bụng gây lòi tạng, làm nghẹt ruột. Rách đáy chậu làm tổn thương các cơ nâng, cơ thắt. Những tổn thương này rất nặng, nguy cơ nhiễm trùng cao và thường kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng.

#### 2.2.1.2. Vết thương thành bụng

Xác định vết thương thành bụng do đạn bắn hoặc do vật sắc nhọn đâm vào bụng, thương tổn thành bụng hay tổn thương các tạng trong ổ bụng.

Nhận định rõ số lượng, loại vết thương chộp hay xuyên, kích thước vết thương, vị trí, hướng đi của tác nhân gây ra.

Có những vết thương ở các vị trí kín đáo như vùng bẹn, vùng tầng sinh môn hoặc từ sau lưng, từ vùng ngực xuyên vào vùng bụng....

Những trường hợp vết thương không thủng phúc mạc nếu thăm khám khó xác định cần phải thăm dò bằng dụng cụ hoặc vào phòng mổ mở rộng để kiểm tra.

Xác định các vết thương phổi hợp như bụng - ngực, ngực - bụng... Để đánh giá tình trạng và mức độ thương tổn.

## 2.2.2. Tổn thương tạng

### 2.2.2.1. Tổn thương tạng đặc

Tổn thương tạng đặc thường gặp trong chấn thương và vết thương bụng. Trong đó vỡ lách chiếm nhiều nhất. Các chấn thương nặng, tác nhân mạnh gây vỡ gan, vỡ tá tuy có thể kèm theo các thương tổn phức tạp khác. Các biểu hiện lâm sàng vỡ tạng đặc như sau:

#### \* Hội chứng chảy máu trong

Cơ năng:

- Đau bụng:

- + Sau tai nạn bệnh nhân thường đau bắt đầu ở vị trí tạng gây chảy máu đau chói, đau dữ dội và sau đó lan ra khắp bụng.
- + Đau vùng dưới sườn trái lan lên vai trái trong vỡ lách (dấu hiệu Kerh).
- + Đau dữ dội lên khi thở mạnh, thay đổi tư thế hoặc khi sờ nắn bụng.

Mức độ chảy máu ít, tổn thương nhẹ rỉ máu nên dẫn đến tình trạng liệt ruột cơ năng như:

- Nôn hoặc buồn nôn.
- Bí trung, đại tiện (không thường thấy).

Dấu hiệu thực thể:

- Thăm khám xác định vị trí chấn thương qua phát hiện vết xát, bầm tím, vết thương... xác định loại tổn thương bao gồm chấn thương hay vết thương để nhanh chóng xác định tạng tương ứng bị tổn thương. Cần phát hiện các dấu hiệu và tình trạng ổ bụng như sau:
  - Co cứng thành bụng: Là dấu hiệu rõ nhất trong Chảy máu trong ổ bụng do vỡ tạng. Các tổn thương đụng dập gan, vỡ lách gây chảy máu ồ ạt vào trong khoang ổ bụng biểu hiện dấu hiệu bụng cứng điển hình.
  - Phản ứng thành bụng ở vùng tương ứng với tạng tổn thương. Đây là dấu hiệu đụng dập, rách, vỡ gây chảy máu ít hoặc tụ máu dưới bao.
  - Bụng trương dần trong các trường hợp chảy máu ít, chảy máu kéo dài hoặc tụ máu lớn sau phúc mạc.
  - Trường hợp chấn thương thận sẽ biểu hiện có một khối căng đau xuất hiện sau chấn thương. Khối to căng nằm ở hai mạn sườn, căng to dần kèm theo tình trạng sốt mất máu nặng, nước tiểu đỏ.
  - Thăm trực tràng hay âm đạo thấy túi cùng Douglas phồng và đau.

### Toàn thân:

Tình trạng toàn thân khác nhau theo mức độ chảy máu, mức độ chấn thương nặng hay nhẹ, chấn thương bụng đơn thuần hay đa chấn thương:

- Sốc mất máu: Lúc mới bắt đầu có cảm giác hoa mắt, chóng mặt hoặc ngất.

Khi chảy máu nhiều dẫn đến rối loạn huyết động: Mạch nhanh > 120/phút. HA < 90 mmHg. Huyết áp tĩnh mạch trung ương thấp (bình thường 8 - 10 cm nước). Nước tiểu ít. Bệnh nhân vật vã, nhợt nhạt hoặc nằm yên, lờ đờ... thở nhanh nông. Nếu trường hợp sốc mất máu nặng cần phải nhanh chóng hồi sức ngay tại phòng khám hoặc đưa thẳng vào nhà mổ.

+ Nếu đến sớm trong tình trạng huyết động chưa thay đổi chỉ có biểu hiện da xanh, vã mồ hôi. Trong trường hợp này cần theo dõi sát mạch, huyết áp. Tình trạng sốc có thể xuất hiện vài giờ sau.

#### 2.2.2. Tổn thương tạng rỗng

##### \* Hội chứng thủng tạng rỗng

Khi tổn thương tạng rỗng đến sớm chưa biểu hiện viêm phúc mạc sẽ có các triệu chứng sau:

###### Cơ năng:

- Bệnh nhân đau bụng nhất là vùng chấn thương hay vết thương. Sau đó đau lan ra khắp bụng.
- Nôn hoặc buồn nôn.

###### Thực thể:

- Xác định vùng chấn thương qua vết bầm tím., xây xát ở vùng da bụng. Xác định vị trí của vết thương, lỗ vào và lỗ ra, hướng đi của viên đạn hoặc vật sắc nhọn đâm xuyên để chẩn đoán thương tổn tạng.

Dấu hiệu trương bụng kèm theo mất vùng đục trước gan thường thấy trong chấn thương có thủng tạng rỗng đơn thuần.

###### Toàn thân

- Nếu không kèm theo các chấn thương sọ não, lồng ngực... biểu hiện toàn thân chưa thay đổi nhiều. Bệnh nhân có thể kêu rên, vật vã do đau, huyết động vẫn ổn định, không sốt.
- Khi tổn thương tạng rỗng đến muộn có biểu hiện viêm phúc mạc sẽ có các triệu chứng sau:

###### Cơ năng:

- Đau khắp bụng, đau tăng nhanh. Bệnh nhân nằm im không dám thay đổi tư thế.
- Nôn và bí trung đại tiện là 2 dấu hiệu thường thấy ở giai đoạn này.

###### Thực thể:

- Bụng trương, gõ đục ở thấp, vùng đục trước gan mất

- Bụng co cứng hoặc cảm ứng phúc mạc rõ.
- Thở trực tràng hoặc âm đạo: Douglas phồng và rất đau.

#### Toàn thân:

- Bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc điển hình: Hốc hác, sốt 38-39 độ, vã mồ hôi, lưỡi bẩn, thở hối.
- Mạnh nhanh, huyết áp giảm.. .
- Đái ít, thở nhanh nông. . . .

Trong thực tế có nhiều chấn thương hay vết thương bụng có tổn thương cả tạng đặc và tạng rỗng. Hoặc bệnh nhân đến trong tình trạng Đa chấn thương nên biểu hiện lâm sàng rất đa dạng. Các triệu chứng thường đi kèm với nhau nên việc xác định tổn thương tạng là cần thiết, có thể tạng đặc hay tạng rỗng.

### 3. CẬN LÂM SÀNG

#### 3.1. Xét nghiệm

- Xét nghiệm xác định nhóm máu, hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrite thời gian chảy máu và đông máu đều thấp, biểu hiện tình trạng mất máu trong vỡ tạng đặc hoặc phổi hợp với vỡ tạng rỗng. Bạch cầu sẽ tăng  $> 9000/\text{mm}^3$  trong trường hợp vỡ tạng rỗng. Những xét nghiệm cơ bản này cần phải làm ngay để xác định tổn thương mà khi cần thiết có thể tiến hành hồi sức, truyền máu được kịp thời. Có nhiều trường hợp vỡ gan, thận, tuy cần theo dõi và xác định thêm:
  - + Xét về chức năng gan: Bilirubin, SGOT, SGPT máu tăng khi có tổn thương gan.
  - + Xét nghiệm về đông máu: Thay đổi nếu đã truyền nhiều máu
  - + Amylase trong máu và nước tiểu tăng khi có tổn thương tuy.
  - + Creatinin, ure, hồng cầu trong nước tiểu tăng trong chấn thương thận.

#### 3.2. Chụp X quang

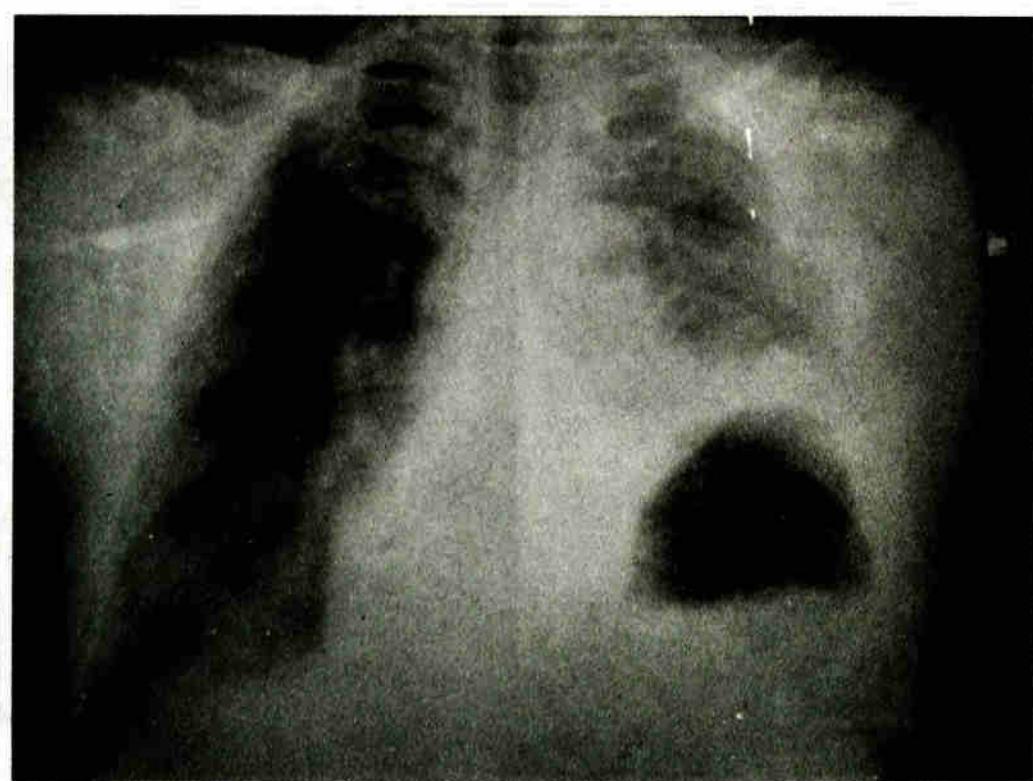
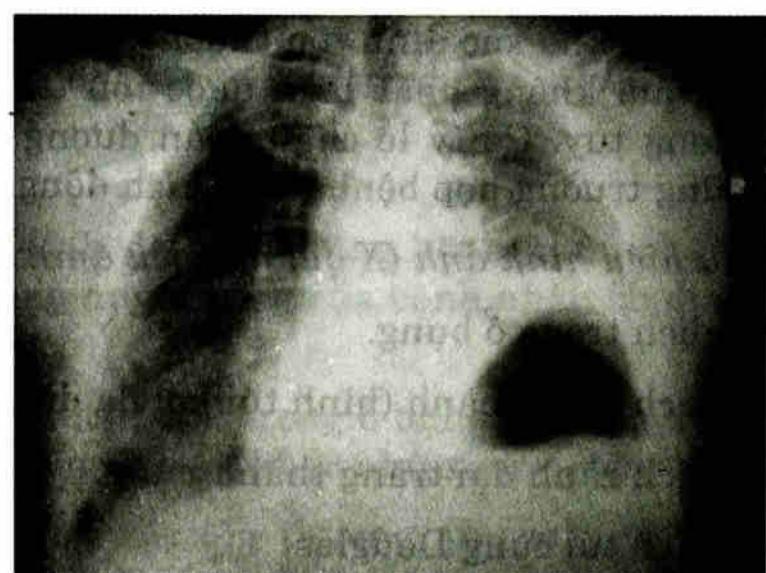
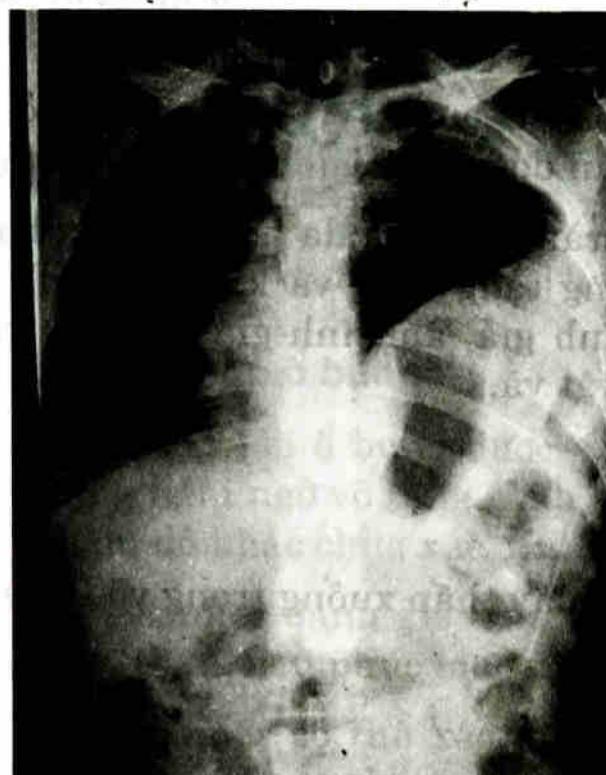
**Chụp bụng không chuẩn bị và chụp phổi** cần tiến hành ngay đối với những bệnh nhân **huyết động còn ổn định**. Trường hợp sốc nặng, truy tim mạch không nên chỉ định ngay mà đặt vấn đề hồi sức trên hết.

Chụp bụng không chuẩn bị phim thẳng với tư thế đứng hoặc nằm tùy theo tình trạng bệnh nhân. Các dấu hiệu trên phim có thể xác định sớm những tổn thương sau:

- Thủng tạng rỗng: 80% có liêm hơi dưới vòm hoành bên phải hoặc 2 bên. Trong trường hợp vỡ tá tràng sau phúc mạc có thể thấy hơi ở sau phúc mạc, hơi viền xung quanh thận.
- Vỡ tạng đặc: Có dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng: ổ bụng mờ, các đường mờ giữa các quai ruột. Dấu hiệu Lawren (+). Các quai ruột giãn hơi. Trong

trường hợp vỡ lách có thể thấy 5 dấu hiệu: Vùng mờ của lách rộng, dạ dày giãn hơi nổi rõ và bị đẩy sang phải, vòm hoành trái nâng cao, góc đại tràng bị đẩy vũng xuống dưới.

Chụp bụng - ngực không chuẩn bị còn cho phép phát hiện được tổn thương khác như vỡ cơ hoành (xem hình 9.1), thoát vị thành bụng, các tổn thương xương cột sống.



**Hình 9.1:** Thoát vị do vỡ cơ hoành

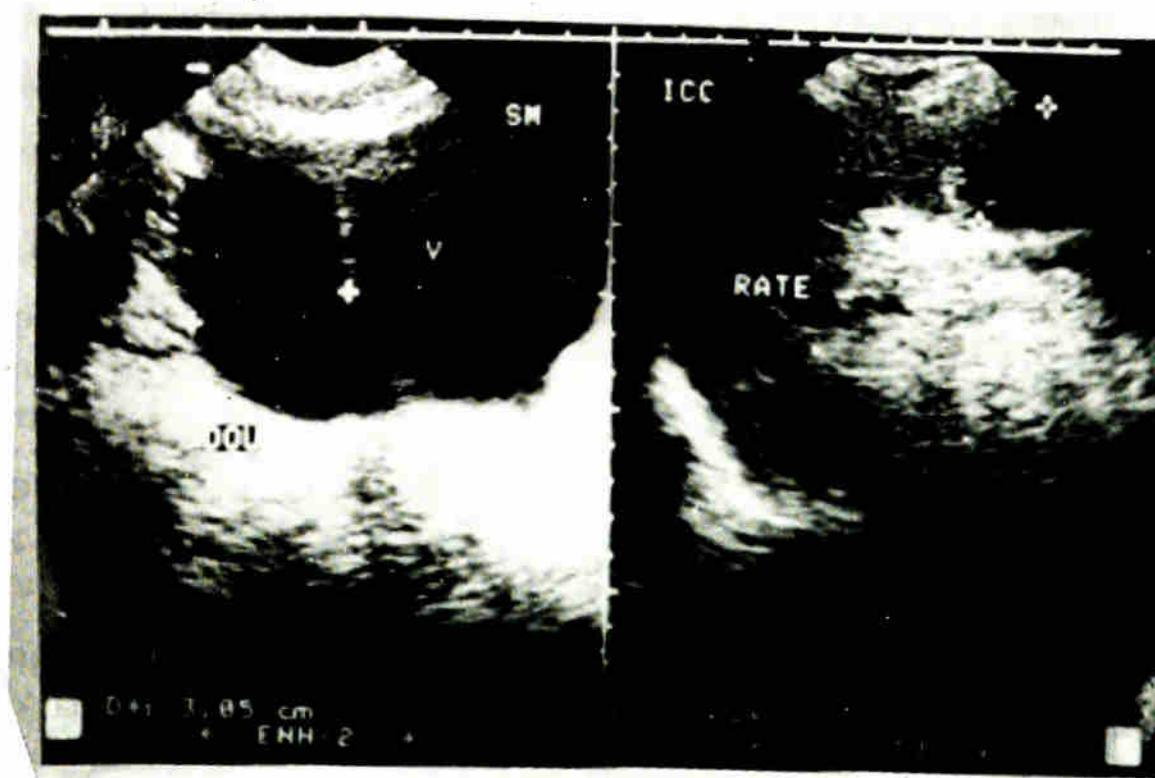
Chụp phổi xác định tình trạng tràn dịch, tràn máu và tràn khí màng phổi kèm theo. Nhất là trong những trường hợp chấn thương bụng nặng, vết thương bụng - ngực, vết thương ngực - bụng...

### 3.3. Siêu âm

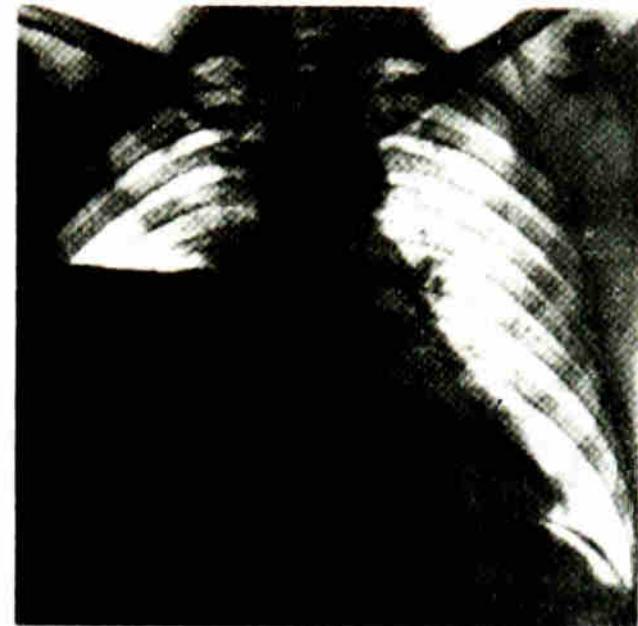
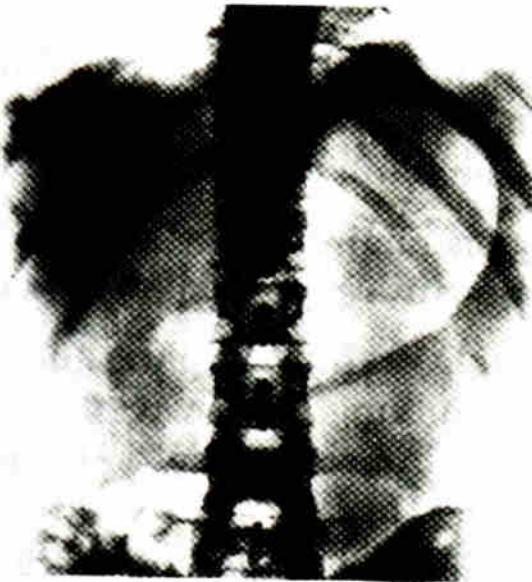
- Siêu âm cấp cứu đã được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng để chẩn đoán chấn thương bụng kín. Có thể chuyển ngay bệnh nhân đi làm siêu âm bụng nếu thấy cần thiết. Cũng có thể siêu âm tại chỗ khi tình trạng bệnh nhân nặng, không thể di chuyển được.
- Siêu âm xác định có máu hoặc dịch trong ổ bụng, vị trí và mức độ tổn thương, các đường vỡ tạng đặc. Giá trị chẩn đoán trung bình từ 80 – 95%.
- Siêu âm khó xác định tổn thương khi có tràn khí dưới da hoặc trướng bụng. Siêu âm không phát hiện được tổn thương tạng rỗng và khó xác định tổn thương tuy. Có tỷ lệ chẩn đoán dương tính giả, âm tính giả nhất là trong những trường hợp bệnh nhân kích động, vật vã..

*Dấu hiệu hình ảnh (X quang, siêu âm):*

- Có dịch trong ổ bụng.
- Có dịch dưới hoành (hình túi hơi dạ dày bị đẩy thấp xuống trong vòm lách).
- Có dịch rãnh đại tràng thành bụng.
- Có dịch túi cùng Douglas.
- Có dịch trong màng phổi.



Hình 9.2. Siêu âm dịch trong ổ bụng



Hình 9.3. Hình dạ dày giãn, túi hơi xuống thấp Hình tràn máu hơi màng phổi phải

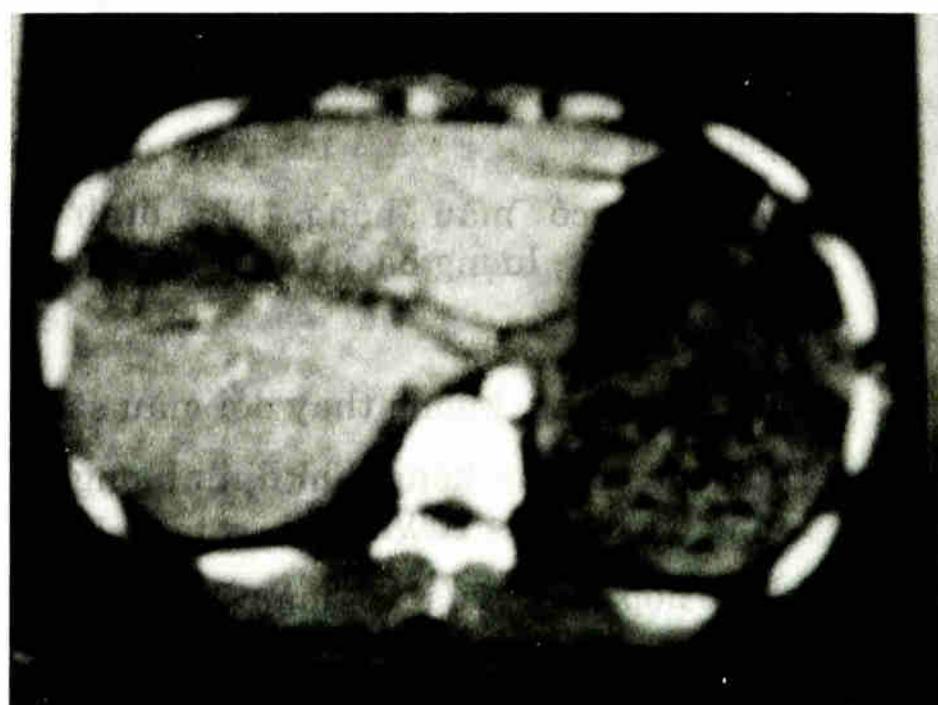
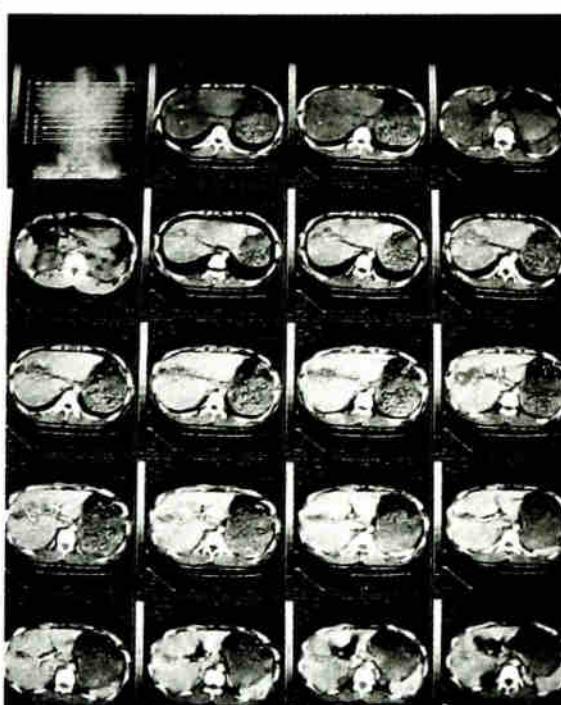
### 3.4. Chụp cắt lớp ổ bụng

- Chụp cắt lớp ổ bụng được chỉ định đối với những bệnh nhân chấn thương bụng nghi ngờ vỡ tạng, tình trạng huyết động của bệnh nhân ổn định và các thăm dò khác chưa xác định được.

CT Scanner đánh giá được các thương tổn trong ổ bụng như tổn thương của gan, lách, thận, sau phúc mạc và các tổn thương khác như xương chậu, cột sống.

CT Scanner có thể xác định chính xác tổn thương nhu mô, các đường vỡ, khối tụ máu, hình ảnh chèn ép và các tổn thương đường mật, mạch máu làm cơ sở cho việc điều trị bảo tồn cung như đánh giá sự tiến triển của tổn thương.

Chụp cắt lớp trong chấn thương bụng xác định chảy máu trong ổ bụng là 97%, xác định thương tổn tạng trên 90%. Trong những trường hợp chấn thương có vỡ tạng như vỡ gan, lách, tuy mà huyết động ổn định nên chỉ định chụp Cắt lớp để xác định rõ đường vỡ, vị trí tổn thương (Ảnh 2)



Hình 9.4. Hình ảnh cắt lớp vỡ gan

### 3.5. Chọc dò ổ bụng

Chọc dò ổ bụng là một phương pháp xác định nhanh chảy máu trong ổ bụng được Salomon mô tả lần đầu tiên năm 1906. Các trường hợp sốc mất máu do chấn thương bụng cần khẳng định ổ bụng có máu có thể tiến hành chọc dò ngay.

Dùng kim chọc vào 4 khoang ổ bụng: dưới sườn phải và trái, hai hố chậu hoặc chọc vào mạn sườn khi bệnh nhân nằm nghiêng. Hút ra máu đỏ không đông.

Tuy nhiên chọc dò ổ bụng có độ âm tính giả cao. Độ chính xác phụ thuộc vào lượng máu có trong ổ bụng khi có 500ml máu trong ổ bụng. Như vậy chọc dò ổ bụng không phát hiện được sớm các thương tổn trong ổ bụng. Đặc biệt là trong vỡ tạng rỗng. Hơn nữa sau khi chọc dò âm tính cũng không thể loại trừ có tổn thương tạng hay không và khi đó việc thăm khám lâm sàng rất khó khăn vì không phân biệt được phản ứng thành bụng do tổn thương hoặc do chọc dò.

### 3.6. Chọc rửa ổ bụng

Phương pháp Chọc rửa ổ bụng để chẩn đoán trong chấn thương bụng được Root sử dụng lần đầu tiên năm 1965 và hiện nay đã được phổ biến rộng rãi. Dụng cụ chọc rửa gồm có 1 trocard nhỏ, đầu nhọn, có đường kính nòng 1,5 mm và 1 catheter có kích thước lớn hơn đủ để luồn trocard, trên đầu catheter có nhiều lỗ bên nhỏ và trên thân có những vạch đánh dấu chiều dài. Chọc trocard chêch 45° so với thành bụng, chọc chêch từ trên xuống dưới, sau khi trocard đi qua phúc mạc thì rút trocard rồi luồn catheter sau xuống phía túi cùng Douglas. Những bệnh nhân có máu trong ổ bụng sẽ hút được trực tiếp qua catheter và xác định ngay là vỡ tạng.

Nếu không hút được máu hay dịch tiêu hoá thì truyền qua catheter vào trong ổ bụng dung dịch huýêt thanh mặn đẳng trương với liều lượng khoảng 1000mml. Nắn nhẹ nhàng trên bụng bệnh nhân để dịch lưu thông đều trong ổ bụng sau đó đặt chai truyền xuống đất, dịch tự chảy ra và nhận định kết quả:

- Chọc rửa (+) có tổn thương trong ổ bụng
  - + Hút được máu hoặc dịch tiêu hoá qua Catheter
  - + Dịch màu đỏ.
  - + Dịch rửa có màu hồng, khi định lượng thấy lượng hồng cầu > 100.000/mm<sup>3</sup>, lượng bạch cầu > 500/mm<sup>3</sup>.
- Chọc rửa (-):
  - + Dịch rửa trong, không thay đổi màu sắc
  - + Dịch rửa có màu hồng, khi định lượng thấy lượng hồng cầu < 50000/mm<sup>3</sup>, lượng bạch cầu < 100/mm<sup>3</sup>.
- Trường hợp dịch rửa có màu hồng mà lượng hồng cầu ở giữa ngưỡng 50000/mm<sup>3</sup> và 100000/mm<sup>3</sup> và lượng bạch cầu ở giữa ngưỡng 100/mm<sup>3</sup> và 500/mm<sup>3</sup> thì lưu catheter và tiến hành rửa lại sau 2 giờ để đánh giá lại.

Chọc rửa ổ bụng có hiệu quả chẩn đoán tổn thương tạng với độ chính xác cao, trung bình là 98,5% nên cần được phổ biến và thực hiện rộng rãi trong cấp cứu chấn thương bụng. Nhất là sử dụng trong những trường hợp chẩn đoán khó khăn như chấn thương bụng kèm theo chấn thương sọ não, lồng ngực, đặc biệt là đa chấn thương.

### 3.7. Soi ổ bụng

Soi ổ bụng là một thủ thuật để chẩn đoán được sử dụng từ năm 1960. Giá trị chẩn đoán của soi ổ bụng được thừa nhận. Tuy nhiên chỉ định soi ổ bụng trong chấn thương bụng còn hạn chế. Hiện nay Phẫu thuật nội soi ổ bụng đã tiến hành trong cấp cứu không những để chẩn đoán tổn thương, xác định được vị trí, mức độ tổn thương, đường vỡ của các tạng như gan, lách, dạ dày, ruột... mà còn đưa ra chỉ định và điều trị hợp lý.

Chỉ định Nội soi ổ bụng:

- Siêu âm nghi ngờ có tổn thương tạng.
- Có máu trong ổ bụng nhưng huyết động ổn định.

Tiến hành như là một phẫu thuật. Phải gây mê NKQ. Khi đưa ống soi vào quan sát sẽ có nhiều máu, dịch phải hút sạch, nhận định tổn thương, quyết định ngay bảo tồn hay phẫu thuật, sử dụng các kỹ thuật như cầm máu bằng đốt điện hay khâu...

### 3.8. Chụp động mạch tạng

Chụp động mạch chỉ được chỉ định cho các trường hợp chấn thương tạng có tổn thương khu trú, huyết động ổn định. Chỉ định rất hạn chế:

- Chấn thương bụng có kèm theo phồng động mạch chủ, các mạch máu lớn như động mạch mạc treo, động mạch lách...
- Trong chấn thương gan: để đánh giá mức độ tổn thương trước mổ, đặc biệt trong trường hợp dò động-tĩnh mạch cửa, chảy máu đường mật.
- Trong chấn thương thận để phát hiện tổn thương mạch máu ở cuống thận, các mạch máu ở nhu mô thận mà chụp cắt lớp không thấy tổn thương nhu mô hoặc thận câm trên phim UIV.

Hình ảnh thương tổn mạch máu là hình cắt cụt, ngấm thuốc xấu, hình khuyết, chèn ép và đẩy chêch đường đi của mạch máu.

### 3.9. Mổ thăm dò

Đối với các trường hợp vết thương và chấn thương bụng vào cấp cứu trong tình trạng sốc nặng, các vết thương lồi tạng, các trường hợp không thể tiến hành các thăm dò chẩn đoán được, cần chuyển ngay vào phòng mổ, vừa hồi sức vừa mổ thăm dò để xác định và sử lý tổn thương. Những trường hợp không xác định được bằng lâm sàng, nơi không có điều kiện thăm dò chẩn đoán đầy đủ, có thể mổ thăm dò để chẩn đoán, xác định và sử lý tổn thương.

## 4. CHẨN ĐOÁN

### 4.1. Vết thương bụng

#### 4.1.1. Vết thương thành bụng

Vết thương thành bụng không thủng phúc mạc: Khám lâm sàng xác định có vết thương nồng, thăm dò bằng tay hoặc dụng cụ vô trùng không thấy vết thương thông vào ổ bụng. Không có các triệu chứng của vỡ tạng đặc hay thủng tạng rỗng. Nếu trường hợp khó xác định có thể gây tê tại chỗ, mở rộng vết thương kiểm tra.

#### 4.1.2. Vết thương thấu bụng

Thăm khám lâm sàng để xác định các thương tổn. Nếu cần tiến hành các thăm dò tùy theo tình trạng lâm sàng để thực hiện cho phù hợp. Do đó cần phải xác định được các hình thái lâm sàng sau:

- Xác định vết thương chột, vết thương xuyên. Vết thương bụng đơn thuần hay vết thương phôi hợp.
- Vết thương thủng phúc mạc điển hình có ruột lòi ra ngoài, có hoặc không kèm dịch tiêu hoá, thức ăn chảy qua vết thương.
- Vết thương có tổn thương tạng đặc có biểu hiện chảy máu trong, máu chảy nhiều qua vết thương.
- Vết thương bụng đến muộn với Hội chứng viêm phúc mạc điển hình.

## 4.2. Chấn thương

### 4.2.1. Chấn thương thành bụng

- Thăm khám có các vết xát xát nồng, các vết bầm tím, tụ máu. Nếu chấn thương mạnh có thể đụng dập cơ thành bụng hay rách, đứt khối cơ nhưng không thấy tổn thương tạng.

### 4.2.2. Chấn thương có tổn thương tạng

#### \* Trường hợp điển hình:

Bụng có các vết đụng dập, vết xước còn có các dấu hiệu cơ năng, thực thể, toàn thân của hai hội chứng:

- Hội chứng chảy máu trong.
- Hội chứng thủng tạng rỗng.

Các trường hợp này thường thể hiện trên lâm sàng với các hình thái sau:

#### **Thể cấp tính:**

- Chấn thương gây chảy máu ồ ạt, thường do **vỡ tạng đặc** hoặc **đứt các mạch máu lớn** ở cuống lách, rốn gan, tĩnh mạch trên gan...
- Bệnh nhân chuyển đến nhưng tử vong sau 2-3 giờ nếu không được cấp cứu kịp thời.

### **Thể diễn biến chậm:**

- Chảy máu thì 2 do do vỡ tụ máu dưới bao của tạng đặc.
- Tổn thương mạc treo làm ruột hoại tử dần.
- Thủng ruột thì hai do lúc đầu ruột thủng không hoàn toàn hoặc lỗ thủng được ruột, mạc nối bịt lại.

Chẩn đoán tổn thương tạng trong những trường hợp này có thể dựa vào triệu chứng lâm sàng và các thăm dò khác. Tuy nhiên để xác định được tổn thương tạng nào, mức độ tổn thương như thế nào của mỗi tạng còn có các dấu hiệu chẩn đoán riêng. Tổn thương các tạng như vỡ gan, vỡ lách... hay thủng ruột non, vỡ bàng quang được xác định chẩn đoán trước và trong mổ để có những sử lý thích hợp.

### \* Trường hợp không điển hình:

Những thường hợp chấn thương bụng có đụng dập nhẹ, các vết thương nong vào viện trong tình trạng tỉnh táo, huyết động ổn định: HA luôn luôn  $> 100$  mmHg, mạch  $< 90$  lần/phút, các biểu hiện lâm sàng không đầy đủ, cần phải làm:

- Tiến hành các thăm khám để bổ sung đầy đủ.
- Để bệnh nhân nằm yên tĩnh và theo dõi liên tục 24 - 72 giờ.
- Theo dõi trong 6 giờ đầu
  - + Mạch, HA động mạch 30 phút, 1 hoặc 2 giờ 1 lần (lập bảng ghi theo dõi liên tục).
  - + Nhiệt độ: 2 giờ 1 lần
  - + Xét nghiệm máu 2 giờ 1 lần.: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrite.
  - + Thăm khám bụng, đánh giá mức độ tiến triển và theo dõi diễn biến.
  - + Chụp Xquang, Siêu âm lại để đánh giá các dấu hiệu có tổn thương tạng hay không.

### **4.3. Chấn thương và vết thương bụng phổi hợp.**

Các tổn thương phổi hợp đặt biệt là chấn thương sọ não, lồng ngực, xương chậu, sẽ rất khó trong chẩn đoán tổn thương tạng trong chấn thương bụng do biểu hiện lâm sàng rất phức tạp và không điển hình. Xác định thương tổn bằng thăm khám lâm sàng rất khó khăn vì có khi các dấu hiệu bị lu mờ, chẩn đoán chậm dẫn đến muộn và chẩn đoán sai. Tỷ lệ có thể lên tới 65%.

Thường phổi hợp chấn thương, vết thương bụng với chấn thương ngực và vết thương ngực, do đó cần xác định:

- Vết thương thông với khoang màng phổi từ bụng qua cơ hoành, từ ngực xuống dưới bụng.
- Gãy xương sườn, tràn máu, khí màng phổi để dẫn lưu kịp thời màng phổi.

- Phải phát hiện và xác định có thoát vị hoành với các dấu hiệu lâm sàng và Xquang.

**Vỡ xương chậu:** Do những chấn thương mạnh vỡ xương chậu gây ra tụ máu lớn sau phúc mạc làm liệt ruột, rất khó phân định với các dấu hiệu thành bụng do tổn thương tạng.

**Đa chấn thương:** Có thể bệnh nhân có nhiều chấn thương, vết thương ở Sọ não, ngực, các chi, cột sống... nên bệnh nhân thường có tình trạng sốc, thăm khám lâm sàng khó khăn và do đó chỉ định các thăm dò khác như chụp cắt lớp là rất hạn chế.

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.1. Nguyên tắc chung

Chấn thương và vết thương bụng là một cấp cứu tối cấp trong ngoại khoa. Nguyên tắc cấp cứu là Hồi sức. Xác định tổn thương. Điều trị phẫu thuật luôn luôn phải được thực hiện một cách đầy đủ, khẩn thương và chính xác.

#### 5.1.1. Hồi sức cấp cứu

Hồi sức cấp cứu trong chấn thương bụng kín phải được tiến hành ngay khi bệnh nhân tới viện, trong và sau khi mổ. Khi có tổn thương phải can thiệp thì phải vừa mổ vừa hồi sức.

- Đặt một hoặc nhiều đường truyền để truyền máu và các chất thay thế máu dựa theo huyết áp động mạch hoặc tốt hơn là dựa vào áp lực tĩnh mạch trung ương.
- Cho bệnh nhân thở oxy hoặc đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ. Nếu khó thở do vết thương ngực hở kèm theo phải băng kín. Nếu có tràn máu, tràn khí cần dẫn lưu tại chỗ ngay.
- Cầm máu và bất động tạm thời nếu có tổn thương chảy máu nhiều qua vết thương bụng hay phổi hợp ở chi, sọ não.
- Đặt ống thông dạ dày để hút làm xẹp bụng và tránh trào ngược dịch.
- Đặt thông đái theo dõi màu sắc, số lượng nước tiểu.
- Cho kháng sinh nếu nghi ngờ có tổn thương tạng rỗng.

#### 5.1.2. Gây mê

Gây mê nội khí quản và dùng thuốc giãn cơ là phương pháp tốt nhất trong chấn thương bụng vì cần phải thăm dò kỹ, toàn diện. Đồng thời đảm bảo sự cẩn thận tổn thương nên phẫu thuật có thể kéo dài được.

#### 5.1.3. Đường mổ

Chọn đường mổ giữa trên và dưới rốn đường mổ này cho phép thăm dò được toàn diện ổ bụng và khi cần có thể mở ngang sang bên được.

Trong trường hợp xác định được chắc chắn tổn thương trước mổ có thể sử dụng một số đường mổ thuận lợi khi xử lý thương tổn như đường mổ dưới sườn phải, trái hay hai bên như trong vỡ gan.

#### 5.1.4. Thăm dò ổ bụng

Tuy phẫu thuật trong cấp cứu cần khẩn trương nhưng luôn phải thực hiện đầy đủ quy tắc thăm dò.

Ngay khi vào ổ bụng cần xác định số lượng máu trong ổ bụng và vị trí chảy máu. Xác định lượng của máu chảy trong ổ bụng có thể lấy để truyền máu lại cho bệnh nhân. Nếu chắc chắn chỉ có tổn thương gây chảy máu thì có thể lấy máu truyền lại.

Cầm máu tạm thời bằng cách cặt các cuống mạch hoặc chèn gạc.

Xác định ngay các tổn thương các tạng nào là chính. Các thương tổn phối hợp. Vị trí, hướng đi của tác nhân gây tổn thương.

Phải thăm dò toàn diện để đánh giá đầy đủ tổn thương khi xử trí. Trong trường hợp nghi ngờ có máu tụ sau phúc mạc, có hơi hoặc dịch mật xanh sau phúc mạc, phải bóc tách khối tá tuy hoặc mạc Told để phát hiện các tổn thương ở thành sau của tá tràng, đại tràng.

Chú ý các thương tổn ít gặp như vỡ cơ hoành, vỡ bàng quang ngoài phúc mạc...

### 5.2. Xác định và xử lý tổn thương

Xử lý tổn thương trong chấn thương và vết thương bụng bao gồm:

- Vết thương bụng.
- Chấn thương có thương tổn các tạng trong ổ bụng.

#### 5.2.1. Vết thương bụng

Vết thương bụng là tổn thương các lớp của thành bụng nhưng không rách phúc mạc và nếu thủng phúc mạc làm cho ổ bụng thông với bên 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. Ngoài ra còn vết thương ngực - bụng, tầng sinh môn-bụng.

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

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

- Vết thương thành bụng: Sứ lý cắt lọc sạch, lấy tổ chức dập nát, máu cục, kiểm tra phúc mạc có thủng hay không ? Nếu không thủng phúc mạc có thể khâu kín vết thương. Nếu thủng phúc mạc nhất thiết phải thăm dò tổn thương tạng trong ổ bụng.

- Vết thương thấu bụng:

Đối với 2 loại tác nhân gây tổn thương bụng, có sự khác nhau về mức độ và đánh giá tổn thương.

- + 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 tang bị, tổn thương phức tạp và khó đánh giá.

Tổn thương tang 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
- Trục 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 phổi 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 tuỳ tác nhân và có thể có rách đường mật, ống tụy, dài bể thận. . . . .

Bàng quang bị rách trong hay ngoài phúc mạc

- Hồi sức nếu có tình trạng sốc.
- Phương pháp vô cảm: 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.

Chẩn đoán trước mổ và xác định tổn thương tang trong mổ là cơ sở để thực hiện các phẫu thuật một cách hợp lý theo nguyên tắc ưu tiên cứu tính mạng bệnh nhân và đảm bảo chức năng của các tang. Do đó cần cố gắng xác định các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trước khi chỉ định phẫu thuật để dự đoán trước các tình huống có thể xảy ra. Tuy nhiên nhận định và đánh giá tổn thương trong khi mổ là điều quan trọng hơn cả của người phẫu thuật viên khi đưa ra chỉ định các phương pháp xử lý.

## 5.2.2. Chấn thương bụng có vỡ tạng

Chấn thương bụng có vỡ tạng phải được xác định tổn thương trước và trong khi mổ để tiến hành xử lý kịp thời, hợp lý để cứu sống bệnh nhân và phục hồi chức năng, giải phẫu của tạng tổn thương. Mỗi một tạng tổn thương có hình thái và cách xử lý khác nhau:

### 5.2.2.1. Gan

Xảy ra do chấn thương trực tiếp vào vùng gan vào đáy ngực, vùng dưới sườn phải.

- Bệnh nhân đau nhiều dưới sườn phải, đau lan lên vai phải (dấu hiệu Kerh)
- Xét nghiệm: bạch cầu trong máu tăng. Tỷ lệ transamylaza máu tăng
- Các thương tổn có thể gặp là rách bao Glisson, rách hoặc vỡ nhu mô, tổn thương đường mật hoặc các cuống mạch lớn như tĩnh mạch trên gan. Xác định tổn thương trong khi mổ dựa vào bảng hân loại mức độ tổn thương gan của Moore như sau:

**Độ I:** Rách bao Glisson, hoặc rách nhu mô gan dưới 1cm. Có thể đang chảy máu hoặc không còn chảy máu.

**Độ II:** Rách nhu mô sâu từ 1-3cm hoặc tụ máu dưới bao gan dưới 10cm<sup>2</sup>.

**Độ III:** Rách nhu mô sâu trên 3cm, tụ máu dưới bao gan trên 10cm<sup>2</sup>.

**Độ IV:** Tổn thương liên thuỳ, tụ máu trung tâm lan rộng.

**Độ V:** Vỡ rộng 2 thuỳ, rách tĩnh mạch trên gan, tĩnh mạch chủ dưới.

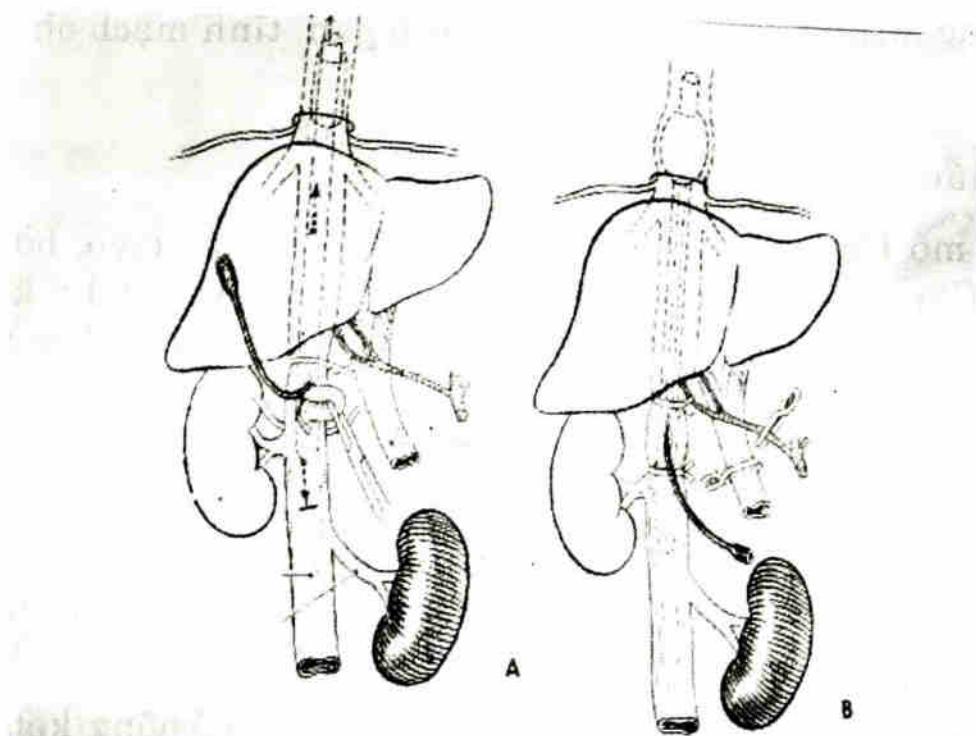
#### • Xử lý:

- Khâu cầm máu:
  - + Rách nhu mô Độ I, II và Độ II. khâu cầm máu các mép, bờ của vết rách. Dùng chỉ Cát gút kim đầu tù khâu ép nhu mô gan. Chú ý khâu cầm máu kỹ không nên khâu kín phần mặt gan vì sẽ tạo khe rỗng trong nhu mô gan, dễ dàng tụ máu dẫn đến áp xe.
  - + Nhu mô gan bị vỡ nhưng bao Glisson có thể không rách gây tụ máu dưới bao gan, khối máu tụ này có thể nhiễm trùng tạo thành abces gan sau chấn thương, vỡ thì hai hoặc gây chảy máu đường mật. Với những tổn thương phức tạp, nên dẫn lưu đường mật để tránh tai biến dò mật sau mổ.
- Thắt động mạch gan: Trong trường hợp khâu gan không kết quả. Thương tổn lớn và không có khả năng cắt gan có thể tiến hành thắt động mạch gan để hạn chế chảy máu. Chỉ định khi tổn thương Độ III hoặc Độ IV.
- Cắt gan: Thương tổn đụng dập lớn, vết thương xuyên thuỳ hoặc liên thuỳ, tổn thương mạch máu lớn và đường mật không có thể bảo tồn gan, thương tổn độ IV, Độ V đều có chỉ định cắt gan. Kỹ thuật cắt gan có thể cắt gan theo tổn thương (xem hình 9.5) hay cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng.



**Hình 9.5.** Cắt gan theo tổn thương.

Những tổn thương tĩnh mạch trên gan, tĩnh mạch chủ dưới, trường hợp vỡ gan khó xử trí cắt gan, có thể phải cặt cuống gan, tĩnh mạch chủ trên và dưới gan hoặc cặt các tĩnh mạch chủ trên, dưới gan và động mạch chủ, luồn sonde Foley vào tĩnh mạch chủ ở trên và dưới gan để cầm máu tạm khi xử trí (Theo Fékété và Guillet) (Hình 9.6).



**Hình 9.6.** Cầm máu tạm (theo Fékété và Guillet)

- Chèn gạc theo kiểu Mickulicz.: Trường hợp vết rách lớn, đụng dập nhu mô chảy máu nhiều mà khâu cầm máu không kết quả có thể chèn gạc, meches theo kiểu Mickulicz để cầm máu và chuyển đến cơ sở có đủ điều kiện phẫu thuật cao hơn.

### 5.2.2.2. Võ lách

Lách là tạng hay bị tổn thương nhất, tổn thương ở lách cũng giống như ở gan như tụ máu dưới bao, rách nhu mô lách hoặc tổn thương các mạch máu.

- Thường xảy ra sau một chấn thương trực tiếp vào hạ sườn trái.
- Là tổn thương hay gặp nhất, gây chảy máu nhiều đòi hỏi phải can thiệp ngoại khoa ngay.
- Những trường hợp lách bệnh lý như xơ gan, sốt rét, bệnh về máu...rất dễ bị vỡ dù chấn thương nhẹ.
  - + Bệnh nhân đau nhiều dưới sườn trái và hố chậu trái do máu theo rãnh đại tràng chảy xuống hố chậu.
- Trên phim chụp bụng không chuẩn bị: Có 5 dấu hiệu: Bóng mờ của lách to hơn, cơ hoành bị đẩy lên cao, góc giữa dạ dày và vòm hoành rộng ra, dạ dày giãn to và đẩy sang phải và góc trái đại tràng bị hạ thấp.
- Vỡ lách thường kèm theo vỡ thận trái và đuôi tuy.

Xác định tổn thương trong mổ như sau:

#### Độ I:

- Tụ máu dưới bao dưới 10% diện tích và không lan rộng thêm.
- Rách bao và rách nhu mô dưới 1 cái mới không còn chảy máu.

#### Độ II:

- Tụ máu dưới bao chiếm 10-15% diện tích hoặc tụ máu trong nhu mô dưới 2 cm<sup>2</sup> không lan rộng thêm.
- Rách bao, rách nhu mô sâu 1-3cm, không có tổn thương mạch.

**Độ III:** Tụ máu dưới bao trên 50% diện tích hoặc đang lan rộng, vỡ tụ máu dưới bao đang chảy máu, máu tụ trong nhu mô trên 2cm<sup>2</sup> hoặc đang to lên.

#### Độ IV:

- Vỡ tụ máu trong nhu mô đang chảy máu.
- Rách các mạch máu ở rốn hoặc thuỳ lách tạo thành các vùng thiếu máu lớn hơn 25% lách.

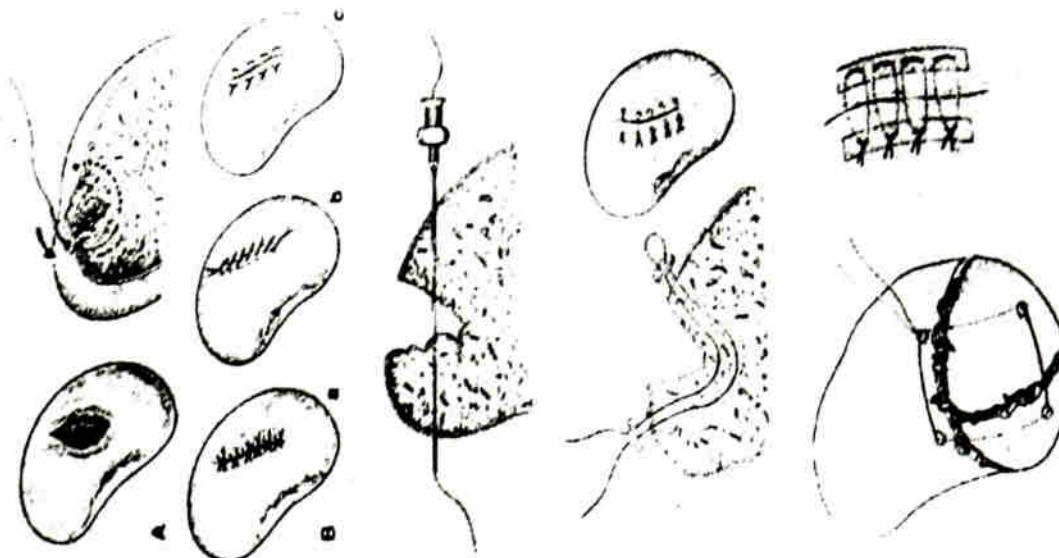
#### Độ V:

- Vỡ nát lách
- Tổn thương cuống lách làm mất mạch nuôi.

#### • Xử trí:

- Cắt lách; Chỉ định cắt lách khi không có khả năng bảo tồn như vỡ Độ III, IV và Độ V.
- Bảo tồn lách:

- + Cắt bán phần: Tổn thương cực dưới, cực trên chỉ cần cắt bán hoặc một phần tùy theo mức độ tổn thương.
- + Khâu: Khâu bảo tồn lách bằng kim chỉ không chấn thương để điều trị bảo tồn lách khi thương tổn độ I, II (Hình 9.7) nên thực hiện tối đa, đặc biệt là ở trẻ em.



- + Bọc lách vỡ bằng lưới tự tiêu (Vicryl...)

Trong trường hợp này có thể lấy những mảnh lách nhỏ cấu vào mạc nối lớn. Khi mổ cần phải dẫn lưu tốt hố lách.

Sau mổ cần theo dõi số lượng tiểu cầu và kiểm tra bằng siêu âm để phát hiện các biến chứng. Trong điều kiện hiện nay khi các phương tiện hồi sức, theo dõi và ngay cả bàn mổ còn thiếu thốn việc điều trị lòn lách phải hết sức thận trọng. Việc cắt bỏ lách bị vỡ vẫn là biện pháp điều trị được lựa chọn. Đặc biệt trong Đa chấn thương, chấn thương thận kèm theo.

#### 5.2.2.3. Vỡ tuy

Tuy là tạng nằm sâu trong ổ bụng, sát thành bụng sau nên so với gan và lách ít bị tổn thương hơn.

Thường xảy ra sau một chấn thương mạnh và trực tiếp vào thương vị, tuy bị đè giữa thành bụng và cột sống. Do tuy bị ép mạnh vào cột sống. Bởi vậy phần tuy hay bị tổn thương nhất là phần eo và thân tuy vắt ngang cột sống. Tổn thương đuôi tuy thường kèm theo vỡ lách, vỡ đầu tuy thường kèm theo vỡ tá tràng.

- Võ tuy thường kèm theo vỡ lách hoặc tá tràng.
- Có thể gây các biến chứng như viêm tuy cấp, nang giả tuy.
- Xét nghiệm: lượng amylase trong máu tăng.
- Hình ảnh chụp cắt lớp xác định tổn thương tuy rõ rệt nhất.

Tuy nhiên phải trong khi mổ mới xác định rõ nhất thương tổn tuy để có chỉ định xử lý tốt nhất.

Phân loại mức độ tổn thương tuy theo Hervé và Arrighi như sau:

**Độ I:** Tuy bị dập, rỉ máu nhưng bao tuy không tổn thương.

**Độ II:** Rách nhu mô không hoàn, ống tuy không tổn thương.

**Độ III:** Rách nhu mô hoàn toàn kèm theo tổn thương ống tuy.

**Độ IV:** Tổn thương phức tạp, tuy dập nát tổn thương đụng dập lan rộng.

#### • Xử lý:

- Khâu tuy: Có thể khâu với những tổn thương ở thân và đuôi tuy, vết thương gọn, đứt chưa rời, không đứt ống Wirsung hoặc tổn thương độ I, II.
- Cắt bỏ thân và đuôi tuy: Khi tổn thương đứt rời hoặc gần rời đuôi tuy, thân tuy.
- Tổn thương đứt rời đầu và đuôi tuy: đưa quai ruột non lên nối vào diện vỡ tuy sau khi cắt lọc và cầm máu.
- Tổn thương tụ máu ở quanh tuy: Cắt lọc, lấy máu tụ, dẫn lưu hậu cung mạc nối. Mở thông túi mật, mở thông h้อง tràng. Tổn thương ở đầu tuy rất phức tạp, thường phối hợp với vỡ tá tràng, nếu dập nát nhiều phải cắt bỏ khối tá tuy. Tuy nhiên trong cấp cứu không nên tiến hành những thủ thuật quá nặng đối với bệnh nhân.

#### 5.2.2.4. Vỡ thận

- Nguyên tắc điều trị chấn thương thận là bảo tồn không mổ.
- Nếu có chỉ định mổ cần đánh giá mức độ tổn thương và chức năng thận hai bên bằng chụp UIV hoặc chụp động mạch thận.
- Chỉ định mổ khi tổn thương gây chảy máu nhiều (biểu hiện bằng đái máu không giảm hoặc khói tụ máu quanh thận trung ương vượt quá đường giữa) tổn thương cuống thận, bể thận hoặc niệu quản.
- Có các loại phẫu thuật sau:
  - + Khâu thận: Vết thương rách nhu mô thận.
  - + Cắt bán phần: Nếu tổn thương khu trú ở một cực thận.
  - + Cắt bỏ thận: chỉ được thực hiện khi có tổn thương không thể khâu bảo tồn được và chức năng thận bên đối diện còn tốt.

### 5.2.2.5. Ruột non

Chẩn đoán sớm nếu có viêm phúc mạc sau khi tai nạn xảy ra. Các tổn thương có thể ở một hoặc nhiều vị trí khác nhau, nhưng hay gặp là ở chỗ nối giữa đoạn di động và cố định (quai đầu hông tràng và quai cuối hồi tràng) trong trường hợp tổn thương do giằng xé.

Vết thương ruột thường đa dạng, có nhiều tổn thương cần xử trí sau khi đánh giá của phẫu thuật viên.

Chấn thương có thể làm thủng hoàn toàn ruột hoặc không hoàn toàn gây tụ máu thành ruột dẫn đến thủng ruột thứ phát hoặc di chứng hẹp lồng ruột.

#### • Xử lý

- Khâu ruột non: Có thể khâu kín cho mọi tổn thương thủng hay vết thương ruột non

Nếu thương tổn nặng, : Phải cắt lọc tổ chức giập nát đến chỗ được tưới máu tốt. Khâu theo chiều ngang để tránh làm hẹp ruột. Nên khâu 2 lớp, lớp trong khâu mũi rời, lấy tất cả các lớp của thành ruột, lớp ngoài khâu vắt, chỉ lấy thanh cơ.

- Cắt đoạn ruột: Nếu nhiều vết thương gần nhau, tổn thương rộng hoặc mạc treo cần phải cắt đoạn ruột và nối bên bên, tận tân tùy theo phẫu thuật viên.
- Cắt ruột và đưa ra ngoài kiểu nòng súng: Khi tổn thương quá nặng, hay tình trạng viêm phúc mạc muộn khâu nối không đảm bảo.

### 5.2.2.6. Vỡ tá tràng

Tá tràng có thể bị vỡ ở trong phúc mạc, ở mặt trước. Biểu hiện là Hội chứng viêm phúc mạc toàn thể.

Tá tràng có thể vỡ sau phúc mạc gây tràn khí và dịch mủ ra khoang sau phúc mạc rất khó chẩn đoán. Có thể thấy có hơi sau phúc mạc khi chụp bụng không chuẩn bị hoặc thăm dò khi phẫu thuật có máu tụ, có hơi hoặc mực xanh ở vùng sau tá tràng, cần phải bóc tách tá tràng để kiểm tra mặt sau.

Tổn thương tá tràng thường phối hợp với tổn thương tuy và thận trái. Cần phân biệt trường hợp vỡ tá tràng ở trên bóng Water. Những trường hợp vỡ dưới bóng Water thường rất khó xử trí.

#### • Xử lý

- Khâu kín: Khi tổn thương gọn, nhỏ, ổ bụng sạch có thể khâu kín và luồn sonde qua dạ dày xuống tá tràng để hút liên tục.
- Phẫu thuật Jordan: Khâu kín vết thương, khâu kín môn vị và nối vị tràng cho những trường hợp vết thương rộng, khâu kín không đảm bảo.
- Cắt hang vị, khâu kín vết thương và dẫn lưu mỏm tá tràng: Với những tổn thương phức tạp, giập nát nhiều nên chỉ định kỹ thuật này.
- Quai ruột lên nối vào chỗ vỡ (Làm Patch): Trong trường hợp tổn thương rộng, lộ bóng Water không thể khâu kín.

- Cắt khối tá tuy : Vỡ tá tràng và vỡ đầu tuy không thể bảo tồn có thể cắt khối tá - tuy cấp cứu.

#### 5.2.2.7. Đại tràng

- Chấn thương bụng có thể làm vỡ, thủng, đụng dập đại tràng. Vết thương cũng có thể làm thủng đại tràng nhưng tổn thương thường phức tạp hơn.
- Tổn thương đại tràng sẽ dẫn đến tình trạng viêm phúc mạc nặng. khi tổn thương phần đại tràng sau phúc mạc sẽ gây ra viêm tấy lan tỏa sau phúc mạc.

- Xử lý:

- Nguyên tắc: Tổn thương đại tràng cần phải làm hậu môn nhân tạo để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Tuy nhiên nguyên tắc này đã thay đổi theo thời gian và tùy theo thương tổn có thể chọn một trong số các kỹ thuật sau:

- Khâu kín vết thương: trong trường hợp vết thương gọn, nhỏ, đến sớm ổ bụng còn sạch.
- Khâu vết thương và đính đường khâu vào vết mổ: Trong trường hợp vết thương rộng, ổ bụng không sạch.
- Khâu kín và đưa ra ngoài: Khâu chõ vỡ sau đó đưa đoạn đại tràng có đường khâu ra ngoài ổ bụng từ 5 đến 7 ngày sau nếu đường khâu liên tốt thì bóc tách và đẩy dần quai ruột vào trong ổ bụng. Ưu điểm của kỹ thuật này là rất an toàn: nếu đường khâu liền, ruột được đưa vào trong ổ bụng bệnh nhân tránh được những phiền phức của hậu môn nhân tạo và tránh được cuộc mổ lần hai để đóng hậu môn. Nếu đường khâu không liền sẽ chuyển thành hậu môn nhân tạo.
- Làm hậu môn nhân tạo tai vết thương hoặc làm hậu môn nhân tạo ở đoạn đại tràng phía trên vết thương (trong trường hợp tổn thương đoạn đại tràng cố định, không thể đưa ra ngoài được như ở trực tràng): Chỉ định cho những trường hợp viêm phúc mạc, tổn thương nặng mà khâu kín không an toàn.
- Cắt đoạn đại tràng và đưa 2 đầu ra ngoài: Khi tổn thương đụng dập không bảo tồn được.

#### 5.2.2.8. Dạ dày

Vết thương dạ dày có thể thủng mặt trước và mặt sau. Thủng mặt sau có thể bỏ sót nhất là ở vùng tâm -phình vị

Trong chấn thương dạ dày có thể vỡ khi dạ dày chứa đầy thức ăn. Dạ dày bị vỡ do tăng áp lực đột ngột trong ổ bụng hoặc bị ép vào cột sống.

Bệnh nhân trong tình trạng sốc, có hội chứng viêm phúc mạc, nôn ra máu hoặc hút sonde dạ dày ra dịch lẫn máu.

### • Xử lý

- Khâu vết thủng dạ dày: Sau khi lấy hết thức ăn, rửa sạch dạ dày nên khâu kín tổn thương.
- Cắt dạ dày: Khi tổn thương đụng dập nặng, không có thể bảo tồn được.

#### 5.2.2.9. Bàng quang

- Trong chấn thương bụng: Bàng quang có thể bị vỡ do tăng áp lực đột ngột trong ổ bụng, bàng quang bị đè ép mạnh.
- Khi bàng quang căng, chứa nhiều nước tiểu: Bàng quang bị vỡ ở vòm.
- Trong trường hợp vỡ xương chậu, cổ bàng quang bị xé rách hoặc các mảnh xương đâm thủng gây vỡ ngoài phúc mạc.

### • Xử lý

Với thương tổn ở bàng quang, sau khi khâu kín bàng chì tự tiêu phải dẫn lưu bàng quang hoặc bằng sonde niệu đạo hoặc mở thông bàng quang nếu tổn thương nặng.

Với những thương tổn ở vùng cổ bàng quang, khi khâu phải thận trọng vì có thể làm hẹp lỗ niệu quản và niệu đạo.

#### 5.2.2.10. Tổn thương mạc treo, mạc nối

Trong trường hợp mổ thăm dò có những thương tổn ở mạc treo, mạc nối có thể:

- Gây chảy máu trong ổ bụng
- Đoạn ruột tương ứng có thể bị mất mạch và hoại tử.

### • Xử lý: Cắt bỏ mạc nối, mạc treo và cắt ruột tương ứng.

#### 5.2.2.11. Tổn thương các mạch máu lớn trong ổ bụng

- Tĩnh mạch, động mạch chủ, tĩnh và động mạch chậu có thể bị tổn thương.
- Các tổn thương này gây chảy máu dữ dội dẫn đến tử vong nhanh chóng hoặc tạo thành khối máu lớn, lan rộng, nhanh lan rộng sau phúc mạc.

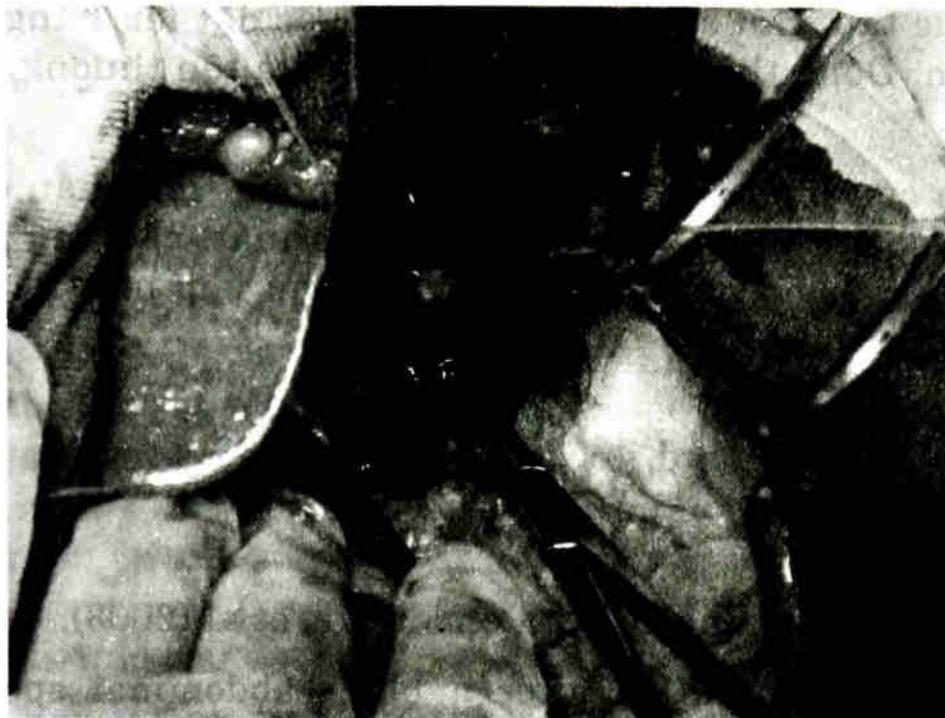
### • Xử trí: Khâu kín tổn thương.

#### 5.2.2.12. Cơ hoành

Vỡ cơ hoành làm cho lách, dạ dày, chui lên lồng ngực gây suy hô hấp nặng.

- Cơ hoành bị tổn thương do 2 cơ chế:
  - + Tăng áp lực đột ngột và mạnh trong ổ bụng: cơ hoành vỡ rộng ở trung tâm.
  - + Các xương sườn gây đâm thủng cơ hoành.
- Cơ hoành bên trái thương bị tổn thương nhiều hơn bên phải.
- Vỡ cơ hoành làm cho các tạng trong ổ bụng chui lên lồng ngực gây suy hô hấp hoặc các tạng đó bị ngạt dẫn đến hoại tử. Bên phải có gan che nên ít khi

gặp thoát vị, trong khi cơ hoành bên trái bị rách, dạ dày, lách và ruột thường chui lên lồng ngực.



**Hình 9.8. Phẫu thuật vỡ cơ hoành**

Tuỳ theo mức độ tổn thương, các tạng trong ổ bụng có thể chui qua lỗ thủng lên khoang màng phổi gây suy hô hấp đồng thời bị nghẹt gây hoại tử. Bởi vậy việc điều trị vỡ cơ hoành phải đảm bảo đưa được các tạng xuống ổ bụng, khâu kín cơ hoành và dẫn lưu màng phổi. (xem hình 9.8)

**Đường mổ:** Đường trắng giữa trên và dưới rốn là đường được ưu tiên sử dụng vì đường mổ này cho phép thăm dò và xử lý các tạng thương trong ổ bụng đồng thời khâu kín được lỗ thủng cơ hoành. Tuy nhiên trong những trường hợp thoát vị nghẹt qua lỗ vỡ cơ hoành và có tổn thương trong lồng ngực thì việc xử trí gặp khó khăn.

**Đường mổ ngực - bụng - hoành** là đường mổ gây sang chấn nặng, dễ dẫn đến suy hô hấp sau mổ nên rất ít khi được sử dụng.

• **Xử lý:**

- Khâu: Sau khi cầm máu, tiến hành khâu kín cơ hoành bằng chỉ không tiêu, có thể khâu vết sặc mũi rời.

#### 5.2.2.13. Tử cung

Tử cung thường chỉ bị vỡ khi có thai to, vỡ tử cung dẫn đến chảy máu và sốc nặng. Tổn thương tử cung có khi xác định rất cẩn thận, đánh giá mức độ thương tổn, tình trạng thai nhi nếu có...

• **Xử lý:**

- Hồi sức tích cực đảm bảo cứu mẹ trước.
- Khâu: Bảo tồn tử cung được nếu thương tổn cho phép.
- Cắt tử cung bán phần hay toàn bộ: Nếu thương tổn nặng, chảy máu nhiều.

## **6. KẾT LUẬN**

- Chấn thương, vết thương bụng ngày càng tăng và mức độ ngày càng nặng, phức tạp. Hồi sức cấp cứu phải được đặt lên hàng đầu để cứu sống bệnh nhân. Đồng thời khẩn trương đánh giá tổn thương, tiến hành sơ cứu kịp thời.
- Trong cấp cứu phải biết sử dụng các phương tiện chẩn đoán phù hợp với tình trạng bệnh nhân. Chỉ định các kỹ thuật, các loại phẫu thuật thích hợp, để cứu sống người bệnh một cách phù hợp nhất là một yêu cầu cấp thiết hiện nay.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Aherne NJ, Kavanagh EG, Condon ET, et al (2003),  
"Duodenal perforation after a blunt abdominal sporting injury: the importance of early diagnosis",  
J Trauma, Apr; 54 (4): 791 - 4.
2. BERNE C. J. DONOVAN A. J WHITE E. J. YELLIN A. E.  
Duodenal "Diverticulization" for duodenal and pancreatic injury.  
Ann. j. Surg. 1974, 127, 503 - 507
3. Datta PK. (1982 Apr)  
Impalement injuries of the colon and rectum.  
Practitioner. 226 (1366): 693 - 6.
4. DAVIS SABISTON;  
Texbook of surgery 1996, vol 1 p313 - 318
5. DONOVAN. A. J. HAGEN WE.  
Traumatic perforation of the duodenum.  
Am. J Surg., 1986, 111, 341 - 350
6. LUCAS C, E.  
Diagnostic and treatment of pancreatic and duodenal injury, Surg, Clin. North, Am, 1977 vol, 57 No1 3 - 16

# U BỤNG

PGS.TS. Hà Văn Quyết

## 1. ĐẠI CƯƠNG

U bụng được xác định là tất cả khối u có vị trí giải phẫu ở vùng bụng, bao gồm u trong ổ bụng và u sau phúc mạc. Các tạng nằm trong ổ bụng như: gan, tuy, lách, dạ dày, đại tràng, hệ thống hạch, tử cung, buồng trứng khi có tổn thương phần lớn là ác tính sẽ thể hiện là những khối u bụng. Các tạng nằm sau phúc mạc như: thận, tuyến thượng thận, các hạch giao cảm khi hình thành khối u sẽ thể hiện trên lâm sàng là những khối u sau phúc mạc. U bụng là biểu hiện bệnh lý của các tạng, là giai đoạn muộn của tổn thương ác tính của các tạng hoặc là những tổn thương lành tính dạng nang (kyst), u hỗn hợp, u xơ cơ.... Ở Việt Nam các loại bệnh lý như ung thư gan, ung thư dạ dày, ung thư tuy đều đến trong tình trạng u bụng với tỷ lệ 70 - 80%. Một số trường hợp u lớn sắp vỡ hoặc vỡ đến trong tình trạng cấp cứu với hội chứng chảy máu trong.

## 2. GIẢI PHẪU VÀ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA U BỤNG

### 2.1. Đặc điểm giải phẫu

- Phân khu vùng bụng: giới hạn phía trên là vòm hoành phải và trái, phía dưới là khung chậu và tầng sinh môn, thành trước bụng và khối cơ lưng ở phía sau. Ổ bụng được chia làm 9 vùng: hố chậu phải, hố chậu trái, dưới rốn, dưới sườn phải, dưới sườn trái, trên rốn và vùng quanh rốn. Mỗi vùng ổ bụng tương ứng với các tạng, tuy nhiên có những tổn thương như: lymphosarcom là những loại u hạch bạch huyết, Schwannome là khối u thần kinh và những khối u xơ, hỗn hợp, các biểu hiện khác nhau.
- U bụng được chia làm 2 loại:
  - + U trong ổ bụng: nằm trong khoang bụng là các tạng: gồm tạng đặc: lách, gan, tuy và tạng rỗng. Các tạng bị tổn thương sẽ phát triển và hình thành các khối u. Mỗi một loại u sẽ thể hiện một đặc tính và hình thái giải phẫu riêng.
  - + U sau phúc mạc: bao gồm các tạng nằm sau ổ bụng: thận, thượng thận, các u thần kinh, u hạch bạch huyết, u thận đuôi tuy ở phía sau, u tổ chức xơ, mỡ... tùy theo vị trí tạng sẽ thể hiện trên lâm sàng các biểu hiện khác nhau.

### 2.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh lý

#### 2.2.1. Các loại u trong ổ bụng

Nằm trong khoang ổ bụng là các tạng đặc và tạng rỗng. Các khối u khi thăm khám sẽ biểu hiện các đặc điểm bệnh lý sau:

- Vị trí: theo vị trí của các tạng nằm trong ổ bụng, khi xuất hiện u sẽ có các biểu hiện bệnh lý khác nhau nh ở dưới sườn phải nghĩ tới u gan, dưới sườn trái là lách, trên rèn là dạ dày, tuy, dưới rốn ở nữ là u buồng trứng. Tuy nhiên có những trường hợp là u nằm ở các vị trí khác thường như: thận sa, sẽ sờ thấy u ở hố chậu phải hoặc hố chậu trái, u nang buồng trứng nằm cố định ở trên rốn.... hoặc u hạch có thể nhiều vị trí khác nhau ở ổ bụng.
- Kích thước: u to nhỏ khác nhau tuỳ theo giai đoạn phát triển, các u dạng nang thường có kích thước lớn, cũng có khi rất khó xác định được ranh giới và kích thước của khối u.
- Hình thể: u có những hình thể khác nhau, u hình tròn, hình bầu dục hay dài.
- Mức độ: có thể cứng, căng hay mềm. Cứng chắc thường là u tạng đặc như: u gan, u tử cung. Căng mềm là những u nang như: nang giả tuy, nang tuy. Mặt nhẵn, gồ ghề hay có múi: u có thể mặt lổn nhổn, gồ ghề như: u gan, u dạ dày. Có múi như múi hình răng cưa của lách to.
- Di động hay không: di động khối u tuỳ thuộc vào đặc điểm của các tạng. Có thể di động theo nhịp thở, di động trong ổ bụng khi đẩy nhẹ khối u. Di động theo điểm trên dưới sang ngang hay tự do trong ổ bụng.
- U đập theo nhịp tim: có phình động mạch chủ bụng hoặc khối u nằm dính với éng mạch chủ bụng.
- Đau hay không đau: khối u phát triển có biểu hiện đau nhiều hay ít hoặc không đau khi đau thường u phát triển. Nếu đau nhiều có thể sấp vỡ hoặc chảy máu trong khối u.

### **2.2.2. Các loại u nằm sau phúc mạc**

Các u thường nằm sâu, xác định khó. Trừ thận u to có thể sờ thấy với các đặc điểm trên. Còn lại một số như u tuyến thượng thận, u thần kinh, u quái..... khi phát triển to, lan rộng mới xác định được các đặc tính của khối u.

### **2.2.3. Tổn thương giải phẫu bệnh lý**

- U trong ổ bụng.
  - + Đại thể: các loại u được mô tả theo bản chất xuất phát của u: bằng các đặc điểm này của từng loại từ đó mô tả theo vị trí, kích thước, tính chất di động... có thể là u gan, lách, thận, dạ dày.
  - + Vi thể: khi sinh thiết khối u có thể xác định được cấu trúc khối u: dạng tuyến (adénocarcinom), dạng tế bào phủ, dạng hỗn hợp, u hạch, u thần kinh, u cơ... ác tính hay lành tính phụ thuộc vào cấu trúc tế bào, sự phát triển khối u...
- U sau phúc mạc:
  - + U ác tính: U tổ chức liên kết (Fibrosarcome)
    - U tế bào mềm (Teratome)
    - U thần kinh (Schwannome)

+ + U lành tính: U mỡ (Lypome)

U thần kinh (Neurinom)

U xơ (Fibrom)

### 3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

#### 3.1. U trong ổ bụng

- U gan:
  - + U gan có thể dưới 2 dạng: u nhânh hoặc u thể khôi.
  - + Đặc điểm: u ở vị trí DSP, u nằm ở tổ chức gan hoặc bản thân gan to do các khối u.
  - + U to dưới bờ sườn hoặc u to lên trên gan gây chèn ép.
  - + U di động theo nhịp thở, rắn chắc và không đau, mặt gồ ghề, lõn nhõn không có dấu hiệu rung gan hoặc ấn kẽ sườn đau.
  - + Chọc dò sinh thiết là tổ chức chắc, không có máu và dịch.
- U lách: lách to thường biểu hiện mức độ khác nhau. Có thể mấp mé bờ sườn hay to quá sườn phải xuống tận rốn.
  - + Có bờ răng cưa rõ.
  - + Mật độ chắc, di động và không đau
- Thận to: thận nằm sau phúc mạc nhưng khi thận to thường phát triển vào ổ bụng.
  - + Thận to hình tròn, dài, căng tức, mặt nhẵn, di động hoặc không với các dấu hiệu chạm thận, bập bềnh thận.
- U tuy: tuy thường nằm ở sâu nên khi tuy to hoặc thành u thường khó xác định.
  - + Khối u thường nằm ở trên rốn không di động, ranh giới rõ, đau tức.
- U buồng trứng:
  - + U thường nằm ở 2 hố chậu căng, ranh giới rõ, di động hoặc không di động.
  - + U có thể nằm lệch bên hoặc nằm cố định ở trên rốn.
  - + U có thể dạng nang: căng không đau, ấn tức, di động.
  - + U có thể dạng u đặc lành tính hay ác tính hay u quái: u cứng chắc, sần sùi, di động ít.
- U mạc treo: thường u đơn độc, tròn, ranh giới rõ, di động dễ và không đau.
- U thần kinh (Schwannome): nằm ở vị trí trên rốn hoặc dưới sườn trái. U chắc di động ít, không đau. Có thể đẩy lồi dạ dày, tuy hoặc đại tràng ra trước.
- U hạch (Lymphosarcome).

- + U lổn nhổn, rải rác khắp ổ bụng, có thể tạo thành mảng cứng. Thường u không đau, có thể gây các biến chứng như bán tắc ruột.
- + U dạ dày: nằm trên rốn, cứng chắc, ranh giới rõ, không đau, di động trong ổ bụng nếu chưa xâm lấn có thể đẩy sang phải - sang trái (dấu hiệu Posteur).
- U đại tràng: nằm dọc theo khung đại tràng, u thường dài, sần sùi, cứng, không đau kèm theo có các dấu hiệu rối loạn tiêu hoá: ỉa lỏng, ỉa máu.
- U ruột non: ít khi u to, thường là u nhỏ, di động gây biến chứng tắc ruột hoặc ỉa máu.
- U tiểu khung: thường là u thần kinh (Neurinom) hoặc u xơ, u hỗn hợp chèn ép các tạng như: bàng quang, trực tràng.
- U tử cung: u trên xương mu to, chắc, nhẵn hoặc lồi lõm, di động không đau kèm theo các rối loạn kinh nguyệt.

### 3.2. U sau phúc mạc

Các biểu hiện lâm sàng thường gặp của u sau phúc mạc như:

- Đau bụng, đau lưng: đau dọc theo vùng lưng, lan ra trước, đau tăng dần.
- Sút cân: gây sút và sút cân rõ rệt nhất là những khối u ác tính.
- Cao huyết áp: u thương thận có thể là dẫn đến các huyết áp đột ngột.
- Sốt, rối loạn tiểu tiện, thiếu máu.
- Thăm khám:
  - + U vùng bụng thắt lưng ở sâu hoặc nổi rõ nếu khối u lớn.
  - + Dấu hiệu chèn ép hệ thống tiết niệu như: dãn niệu quản, dãn đài bể thận.
  - + Dấu hiệu chèn ép mạch máu lớn như: chân phù, căng nề.
  - + Tinh hoàn: không thấy tinh hoàn có thể lạc chỗ và dẫn đến u tinh hoàn (Seminome).

## 4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

### 4.1. Xquang

Xquang là thăm dò đầu tiên xác định khối u bụng, có thể chụp bụng không chuẩn bị cho tất cả các khối u bụng. Sau đó tùy theo chẩn đoán lâm sàng để chỉ định chụp có chuẩn bị.

- Chụp bụng không chuẩn bị: xác định kích thước vùng mờ của u bụng, hình sỏi hoặc vôi hoá cản quang - vòm hoành, dịch trong ổ bụng hoặc các hình cản quang của u quái (teratom).
- Chụp télegan: chụp gan xa để xác định kích thước gan, vòm hoành gan phải.
- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị: khi xác định thận to hay khối u vùng sau phúc mạc để xác định bờ cơ thắt lưng chậu.

- Chụp dạ dày, đại tràng có thuốc cản quang là những thăm dò hệ tiêu hoá xác định các hình ảnh bình thường khi xuất hiện u.
- Chụp động mạch: là những thăm dò đặc biệt để xác định rõ các loại u khó xác định như u nhu mô gan, u máu, phình động mạch.
- Chụp UIV: khi khối u sau phúc mạc sẽ thể hiện chức năng thận, hình thận niệu quản bị chèn ép, tắc.....

**4.2. Siêu âm bụng:** là một thăm dò không sang chấn để đánh giá dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- Vị trí u.
- Kích thước u.
- Tính chất Echo: u đặc hay nang có vôi hoá hay không.
- Liên quan với các tạng xung quanh.
- Tình trạng cơ quan khác.

Có thể siêu âm Doppler để xác định sự chèn ép, tăng sinh hay tưới máu của khối u.

**4.3. Chụp cắt lớp vi tính:** là phương tiện chẩn đoán có giá trị trong xác định các loại u bụng, tùy theo vị trí u mà chỉ định. Tuy nhiên chỉ nên chụp những khối u đặc (u gan, lách.....) khi đánh giá vị trí, kích thước khối u, tỉ trọng, các dấu hiệu chèn ép, sự tăng sinh và tưới máu khối u khi tiêm thuốc cản quang, các hình ảnh các tạng khác trong ổ bụng. Còn các tạng rỗng như dạ dày, ruột, bàng quang.... chỉ xác định thêm sự di căn, xâm lấn nếu có điều kiện.

**4.4. MRI (chụp cộng hưởng từ):** để xác định hình thái khối u hoặc các tạng, vị trí của khối u nhất là u sau phúc mạc. Xác định tình trạng chèn ép hoặc bít tắc các mạch máu lớn.



Hình 10.1. Hình ảnh u bụng trong chụp MRI

**4.5. Xét nghiệm:** tuỳ theo chỉ định lâm sàng để làm thêm các xét nghiệm giúp cho chẩn đoán được rõ ràng như: ung thư gan có FP cao trên 20mg/l, CEA trong ung thư dạ dày, CA19-9 trong ung thư tuy.....

#### **4.6. Các thăm dò chẩn đoán khác**

- Chọc sinh thiết: chọc sinh thiết để xác định u gan, u thận, u thận kinh. có thể làm xét nghiệm để xác định nhanh.
- Soi dạ dày - tá tràng: xác định và sinh thiết u
- Soi trực tràng - đại tràng.
- Soi ổ bụng: khi khó chẩn đoán để xác định u, sinh thiết qua soi....

### **5. CHẨN ĐOÁN**

#### **5.1. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào thăm khám lâm sàng để xác định rõ vị trí, đặc điểm, tính chất, kích thước của khối u bụng để có chỉ định thực hiện các thăm dò cận lâm sàng thích hợp như Xquang, siêu âm, CT.Scanner, MRI cũng như các phương pháp khác của nội soi tiêu hoá, nội soi ổ bụng để thực hiện các kỹ thuật sinh thiết làm giải phẫu bệnh lý.

#### **5.2. Chẩn đoán phân biệt**

- Các khối u thành bụng: u cơ thành bụng trước hoặc khối cơ thắt lưng. U xuất hiện ở một vùng cơ hay nhóm cơ, phát triển chậm, không gây chèn ép hoặc rối loạn lưu thông ruột. Khám thấy u liên tục, ranh giới rõ, có thể đau ít hoặc không đau, siêu âm sẽ thấy u thành bụng rõ, có thể chọc dò sinh thiết xác định giải phẫu bệnh lý.
- Áp xe: có thể áp xe trong ổ bụng hoặc áp xe thành bụng với các biểu hiện của viêm nhiễm các tạng, khối áp xe gan rõ, đau chói. Siêu âm xác định rõ ràng có mủ và vỏ, chọc dò có mủ.
- Tạng phì đại: các tạng có thể to trong một số bệnh lý như xơ gan phì đại, lách to trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa, gan....
- Có thai: các dấu hiệu tử cung to, mềm, HCG (+). Siêu âm có thai trong tử cung, TR.TV rõ.
- Phồng động mạch chủ bụng: u căng đập theo nhịp mạch, u thuôn dài ở giữa bụng, nghe có tiếng thổi, siêu âm Doppler xác định rõ dòng máu trong các u dạng phình động mạch, tĩnh mạch.
- Cầu bàng quang: một số trường hợp có cầu bàng quang khi thăm khám, thường nhầm lẫn với u nang buồng trứng. Cầu bàng quang căng, cứng lồi lên trên, kèm theo tức bí đái.. Siêu âm xác định rất rõ có cầu bàng quang và nguyên nhân tắc đái.

## 6. ĐIỀU TRỊ

### 6.1. Phẫu thuật

Là phương pháp điều trị tại chỗ triệt để. Đối với các u lành khi phẫu thuật cắt bỏ coi như là điều trị khỏi hoàn toàn. Đối với các u ác hay ung thư, phẫu thuật chiếm một vị trí quan trọng sẽ có 2 loại phẫu thuật:

- Phẫu thuật triệt để: nhằm cắt bỏ rộng rãi khối u, lấy hết các tổ chức thâm nhiễm và nạo vét các hạch xâm lấn là nguyên tắc của phẫu thuật u gan, u dạ dày, u tuy..... đều thực hiện đúng nguyên tắc trên. Đồng thời đảm bảo chức năng còn lại của các tạng, duy trì hoạt động bình thường của cơ thể. Do vậy có những chỉ định của phẫu thuật triệt để phụ thuộc rất nhiều đến các yếu tố sau:
  - + Mức độ tiến triển của khối u.
  - + Tình trạng toàn thân đảm bảo phẫu thuật triệt để.
  - + Khả năng xử lý lập lại hệ thống và các chức năng của tạng.
- Phẫu thuật tạm thời: với những khối u bụng ở giai đoạn muộn, khả năng lấy bỏ u và tổ chức xâm lấn, hạch di căn hạn chế, phẫu thuật nhằm mục đích kéo dài thời gian sống thêm với chất lượng tốt nhất cho bệnh nhân. Xác định bản chất cũng như tiên lượng, qua đó sử dụng thêm các phương pháp điều trị khác.

### 6.2. Tia xạ

Đối với các khối u ác tính, trước hoặc sau khi phẫu thuật triệt để hoặc tạm thời có thể sử dụng xạ trị. Điều trị xạ trị là phương pháp sử dụng các tia bức xạ ion hoá có năng lượng cao, bao gồm sóng điện từ (tia X, tia Gamma....) hoặc hạt nguyên tử (electron, nơtron....) để chữa các khối u ác tính.

- Nguyên tắc: điều trị xạ trị phải nắm vững các nguyên tắc:
  - + Chỉ định chính xác và chẩn đoán chính xác bản chất khối u.
  - + Chỉ định điều trị tia xạ phải cân nhắc cụ thể trong từng trường hợp.
  - + Tính toán liều lượng chiếu xạ phải cụ thể.

Tuy nhiên cho đến nay việc áp dụng xạ trị cho khối u bụng rất hạn chế nhằm giảm đau, hạn chế phát triển như u bụng, u đại tràng, dạ dày, trực tràng.

### 6.3. Hoá chất

Điều trị hoá chất là điều trị toàn thân trong nhiều trường hợp u bụng đã ở giai đoạn muộn, có thể di căn tại chỗ và di căn xa. Hoá chất áp dụng trong điều trị trước hoặc sau khi phẫu thuật, làm hạn chế sự tiến triển của tổ chức u. Trong điều trị hoá chất cần chú ý đến các yếu tố như chỉ định sử dụng thuốc thích hợp với các loại u, phối hợp các loại thuốc tương hỗ và hạn chế được các tác dụng phụ (5FU phối hợp với Calci folinat), liều lượng thích hợp với cân nặng, tình trạng bệnh nhân, điều trị liều cao với từng đợt ngắn.

Ngoài ra còn có thể kết hợp với điều trị phẫu thuật với miễn dịch liệu pháp như tiêm ASLEM, LH1 hay hormon liệu pháp.

## 7. KẾT LUẬN

Khái niệm u bụng là tình trạng bệnh lý trong ổ bụng rất rộng. Mỗi một tạng với tổn thương là khối u sẽ thể hiện các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khác nhau. Các loại u cũng rất đa dạng, bản chất khối u cũng như tiến triển nên nó cũng rất khác nhau, do vậy chẩn đoán u bụng tùy thuộc vào thăm khám của người thầy thuốc, từ đó có những chỉ định thăm dò khác nhau, đồng thời xác định khả năng điều trị để chỉ định các phương pháp điều trị thích hợp có hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng Ung thư học (1999)

Bộ môn Ung thư. Đại học Y Hà Nội.

2. Bệnh học Ngoại khoa tập 1 (1999)

Bộ môn Ngoại. Đại học Y Hà Nội.

3. Clinical Gastroenterology (1977)

Howard Spiro.

# THOÁT VỊ NGHẸT

PGS.TS. Hà Văn Quyết

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị nghẹt là một biến chứng nặng và thường gặp của tất cả các loại thoát vị. Bao gồm thoát vị bẹn, thoát vị rốn, thoát vị đùi, thoát vị bịt, thoát vị đường trắng, trong đó chủ yếu là thoát vị bẹn và thoát vị đùi. Thoát vị nghẹt cần chẩn đoán thật sớm và xử trí ngay vì nếu để muộn chỉ sau 6-12 giờ tạng thoát vị sẽ bị hoại tử dẫn đến tình trạng viêm phúc mạc, tắc ruột... và những rối loạn toàn thân.

### 1.1. Đặc điểm dịch tễ học

**Giới:** Thoát vị bẹn nghẹt gặp nhiều ở nam giới hơn nữ. Một phần do tỷ lệ thoát vị bẹn ở Nam nhiều hơn nữ. Hơn nữa lỗ bẹn sâu ở Nam rộng hơn, các tạng dễ xuống khi áp lực trong ổ bụng tăng lên. Ở nữ hay gặp thoát vị đùi nghẹt.

**Tuổi:** Thường gặp ở người đứng tuổi và người già vì thành bụng yếu. Những cũng gặp ở thanh niên và trẻ em. Ở trẻ em vì các gân cơ còn mềm mại, vòng cổ túi không chắc lắc nên các tạng chui qua lỗ bẹn thường bị thắt nhẹ. Khi bị nghẹt dễ biểu hiện trên lâm sàng hơn.

Điều kiện thuận lợi:

- Thoát vị bẹn nghẹt thường xảy ra sau một động tác gắng sức như đẩy xe lên dốc, ho猛烈... làm tăng áp lực ổ bụng lên đột ngột. Cho nên hay gặp ở người thường phải lao động chân tay và những người hay đi lại nhiều.
- **Vị trí thoát vị nghẹt:** Bất cứ loại thoát vị nào cũng có thể bị nghẹt nhưng thoát vị đùi dễ bị nghẹt nhất vì cổ túi là một vòng xơ nhỏ và chắc. Thoát vị bẹn nghẹt thường ở hố bẹn giữa, nơi yếu nhất của vùng bẹn hoặc hố bẹn ngoài. Thoát vị bẹn dễ gặp nhiều hơn so với các loại thoát vị khác với tỷ lệ trên 70% nên thoát vị bẹn nghẹt chiếm đa số.
- **Tiền sử thoát vị:** Những bệnh nhân Thoát vị nghẹt thường có bệnh lý này từ trước, hoặc đã có một lần bị nghẹt nhưng sau đó trở lại bình thường. Cũng có thể xảy ra ở một người mà từ trước không có thoát vị hoặc là có nhưng vì khói thoát vị nhỏ hay nằm ở sâu nên không biết. Thường thì chính bệnh nhân cũng đã tự chẩn đoán được mình bị thoát vị, có khi đã nhiều năm trước.
- **Khối lượng khói thoát vị:** Khối thoát vị bé dễ bị nghẹt hơn khói thoát vị lớn vì cổ túi bé, vòng xơ lỗ thoát vị chắc, dễ thắt nghẹt tạng xuống. Ngược lại túi thoát vị lớn, cổ túi rộng, vòng xơ cổ túi nhão nên ít bị nghẹt hơn. Thời gian gần đây do phát hiện được sớm nên các trường hợp khói thoát vị lớn thường ít gặp hơn.

## 2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

### 2.1. Giải phẫu học vùng bẹn - đùi

Thoát vị bẹn- đùi gặp nhiều và cùng có những đặc điểm chung ,cùng nằm ở khu vực trước dưới của thành bụng trước bên, ranh giới giữa bụng và đùi.

Ống bẹn và ống đùi đều là thành phần của lỗ cơ lược được giới hạn giải phẫu bởi: phía trên là cơ chéo trong và cơ ngang bụng, phía ngoài là cơ thắt lưng chậu, phía trong là cơ thẳng bụng và phía dưới là vòng lược của xương chậu.Khu vực này được dây chằng bẹn chia ra làm hai phần: phần trên là vùng bẹn có thừng tinh chạy qua, phần dưới là vùng đùi có bó mạch đùi chạy qua.Thoát vị vùng bẹn-đùi thực chất là thoát vị lỗ cơ lược, trong đó tùy theo túi thoát vị chui ra bên trên hoặc dưới dây chằng bẹn mà ta gọi là thoát vị bẹn hay thoát vị đùi.

### 2.2. Các loại thoát vị bẹn

Theo thiết đồ giải phẫu cắt ngang vùng bẹn (Hình 11.1) có thể chia thoát vị bẹn thành 3 loại .Các quai ruột chui qua các lỗ bẹn ,bị nghẹt có những đặc điểm khác nhau

#### 2.1.1. Thoát vị bẹn chéch ngoài

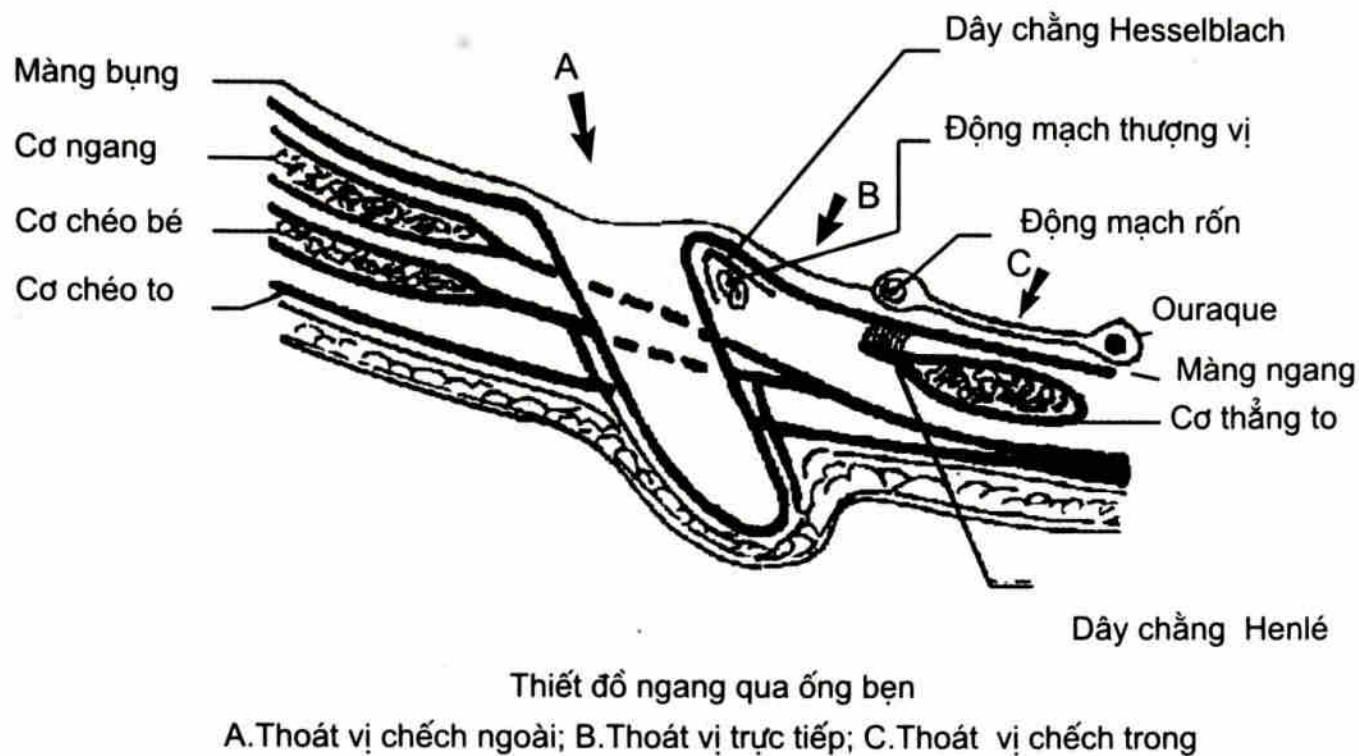
Khi tạng chui qua hố bẹn ngoài ,ở ngoài động mạch thượng vị dưới theo hướng chéch từ ngoài vào trong.Túi thoát vi. nằm trong bao xơ của thừng tinh và theo thừng tinh tiến dần xuống bìu. Loại thoát vị này thường bị nghẹt.

#### 2.1.2. Thoát vị bẹn trực tiếp

Hố bẹn giữa là điểm yếu của thành bụng. Phía ngoài là động mạch thượng vị, phía trong là động mạch rốn. Tạng chui qua hố bẹn giữa nằm ngay dưới da.Thường khôi thoát vị nhỏ và ít khi bị nghẹt.

#### 2.1.3. Thoát vị bẹn chéch trong

Tạng chui qua hố bẹn trong, phía trong động mạch rốn.Loại này ít gặp và cũng ít khi bị nghẹt do thành bụng vùng này dày và chắc nồng ở trên, tới một túi phồng, có thể to hoặc nhỏ nhưng rất căng. Màu sắc thay đổi tùy theo thương tổn của các thành phần trong túi. Có thể là đỏ hồng hoặc đỏ sẫm hoặc tím đen. Thành túi có khi mỏng, có khi dày lên do viêm nhiễm.



**Hình 11.1.** Thiết đồ ngang qua ống bẹn

A. Thoát vị chéch ngoài; B. Thoát vị trực tiếp; C. Thoát vị chéch trong

### 2.3. Đặc điểm thoát vị đùi

Túi thoát vị đùi đi từ ngoài dải chậu mu ở trước, dây chằng Cooper ở sau và đi dưới cung đùi để vào ống đùi.

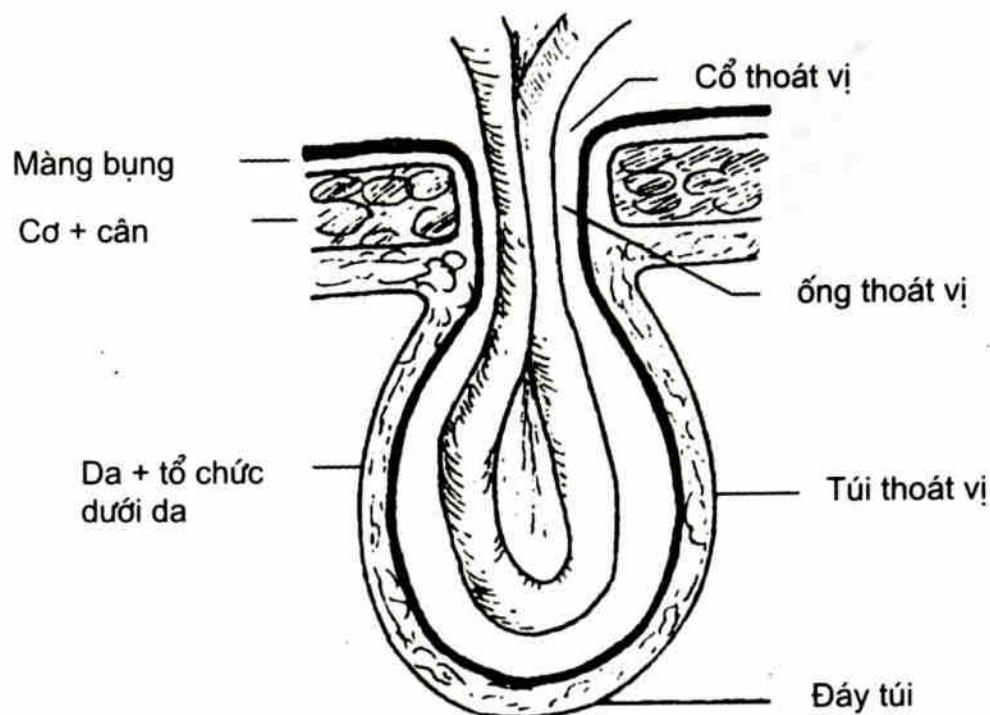
Lỗ thoát vị đùi - chính là vòng đùi là một vòng xơ nhỏ rất chắc do dây chằng Gimbecnat, dây chằng Coope và cung đùi tạo nên dễ nghẹt hơn thoát vị bẹn. Thoát vị đùi có thể kèm với thoát vị bẹn trực tiếp, cùng xuất phát từ tam giác Scapa, chỉ khác nhau là túi thoát vị nằm trên hay dưới cung đùi.

### 2.4. Đặc điểm túi thoát vị

Túi thoát vị được hình thành khi tạng chui qua lỗ thát vị. Lỗ thoát vị có vai trò chủ yếu trong nguyên nhân gây nghẹt. Lỗ thoát vị do các cơ, gân và dây chằng của thành bụng trước tạo nên. Lỗ thoát vị bé, chắc và dễ gây nghẹt hơn lỗ to, rộng.

Khi mổ qua da và các lớp nồng ở trên, tới một túi phồng, có thể to hoặc nhỏ nhưng rất căng. Màu sắc thay đổi tùy theo thương tổn của các thành phần trong túi. Có thể là đỏ hồng hoặc đỏ sẫm hoặc tím đen. Thành túi có khi mỏng, có khi dày lên do viêm nhiễm.

Trong túi thường có dịch ít hoặc nhiều. Nếu được xử trí sớm, dịch có màu vàng chanh, cổ túi thắt nghẹt gây ứ trệ lưu thông gây xuất tiết dịch (Hình 11.2). Nếu mổ sớm, dịch màu trong, nếu phải xử trí muộn thì có màu hồng do quai ruột hoặc có khi ruột đã hoại tử, trở thành màu đen, thối.



**Hình 11.2:** Các thành phần của thoát vị

Cũng có khi trong túi có rất ít hoặc không có nước, thành túi dính với tạng thoát vị nên khi rạch túi phải cẩn thận vì trong trường hợp này rất dễ làm thương tổn tạng trong túi.

## 2.5. Thương thoát vị

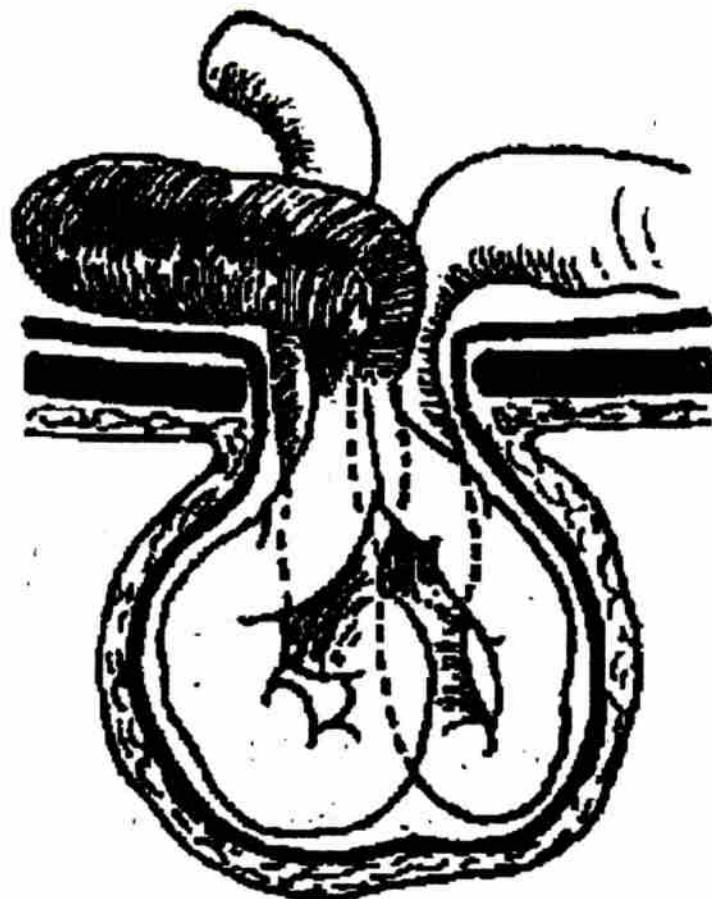
Nội dung trong bao thoát vi hầu hết các trường hợp là một quai ruột non. Quai ruột có thể dài hay ngắn tùy theo khối thoát vị to hay bé, 20-30cm trong thoát vị bẹn bé có khi cũng có thể dài

Thương tổn là do ngừng trệ tuần hoàn. Lúc đầu là máu tĩnh mạch không về được rồi máu động mạch cũng không đến được. Thương tổn nặng hay nhẹ phụ thuộc vào bệnh nhân đến muộn hay đến sớm, lỗ thoát vị hẹp hay rộng. Đến càng muộn thì thương tổn càng nặng. Lỗ thoát vị càng hẹp, xơ vòng càng chắc, thương tổn diễn biến càng nhanh. Thương tổn nặng nhất là ở cổ túi.

**Diễn biến của quai ruột nghẹt:** Ú máu và phù nề, ruột có màu hồng tím, thành dày. Sau khi cắt cổ túi hoặc sau khi đắp huyết thanh nóng và phong bế novocain vào mạc treo màu sắc trở lại như cũ và co bóp bình thường. Sau đó quai ruột mất vẻ trắng bóng bình thường, thành mỏng, màu xám rõ nét nhất là ở nơi cổ túi.

Muộn hơn, quai ruột bị hoại tử từng điểm hay từng đám lớn gây viêm màng bụng toàn thể hay tạo thành một ổ nhiễm trùng lan rộng ở vùng thoát vị. Mạc treo của quai ruột nghẹt cũng bị phù nề, có khi bị nghẽn mạch gây nên những thương tổn ruột không phục hồi, cho nên khi đánh giá thương tổn phải chú ý cả mạc treo ruột.

Có khi thương tổn không phải hoàn toàn cả một quai ruột mà chỉ ở một phần của thành ruột. Thương tổn chỉ khu trú một chỗ nhưng lại chóng đưa đến hoại tử. Lưu thông ruột vẫn bình thường. Cũng gặp vài trường hợp ruột bị nghẹt theo hình chữ W (xem hình 11.3), có một quai bị nghẹt nằm trong ổ bụng. Nếu bệnh nhân đến muộn khi ruột đã hoại tử thì chắc chắn là viêm màng bụng toàn thể.



Hình 11.3. Thoát vị W

Tình trạng ruột trên chỗ nghẹt, nếu bệnh nhân đến sớm, ruột chưa thay đổi mấy; nếu đến muộn thì ruột trương do ứ hơi và nước; muộn nữa thì có thể hoại tử vỡ.

Ít gặp hơn là những trường hợp tạng nghẹt là một đoạn ruột già, vòi trứng, một phần bàng quang hoặc mạc nối lớn. Diễn biến chậm hơn và thương tổn cũng nhẹ.

### 3. THOÁT VỊ BỆN NGHẸT

#### 3.1. Lâm sàng

Triệu chứng thường gặp của một thoát vị bẹn nghẹt là một quai ruột non chui qua lỗ bẹn xuống bìu và không lên được như thường ngày, mặc dầu bệnh nhân nằm nghỉ hay tự xoa nhẹ và đẩy lên. Triệu chứng khác nhau tuỳ theo bệnh nhân đến sớm hay đến muộn.

### **3.1.1. Triệu chứng khi đến sớm**

#### **3.1.1.1. Triệu chứng cơ năng**

- Đau: Đau xuất hiện đột ngột khi bệnh nhân đang làm một động tác mạnh. Đau rất chói ở vùng bẹn lan xuống bìu, đau liên tục, bắt bệnh nhân phải kêu la. Có khi cơn đau bụng đi kèm nếu bắt đầu có dấu hiệu nghẹt ruột..
- Có thể đi kèm nôn hoặc có cảm giác buồn nôn.

#### **3.1.1.2. Triệu chứng thực thể**

Thăm khám vùng bẹn phải rất tỉ mỉ, cẩn thận vì nhiều khi khói thoát vị bé nằm sâu có thể bị bỏ qua. Thăm khám ở vùng đau thấy:

- Một khói phồng tròn, kích thước to nhỏ tùy trường hợp
- Nằm ở trên nếp bẹn hay chạy dài xuống bìu
- Sờ có cảm giác căng chắc, ấn rất đau nhất là ở phía cổ túi.
- Đẩy không lên, nắn không thấy tiếng óc ách. Ho không làm to thêm.
- Gõ đục

#### **3.1.1.3. Triệu chứng toàn thân**

Nét mặt nhăn nhó, nhưng thể trạng vẫn tốt. Mạch đều rõ, có thể hơi tăng một chút. Huyết áp giữ nguyên.

### **3.1.2. Triệu chứng khi đến muộn**

Tuỳ từng trường hợp, tuỳ theo từng loại thoát vị mà diễn biến có thể nhanh hay chậm nhưng thường chỉ sau 6 đến 12 giờ nếu không được xử lý các triệu chứng đã thay đổi rõ rệt. Ngoài các triệu chứng ở phần trên còn thêm triệu chứng của các biến chứng tắc ruột, hoại tử hoặc viêm phúc mạc :

- Đau bụng từng cơn, đau càng ngày càng tăng.
- Nôn rất nhiều, nôn liên tục. Chất nôn nâu đen.
- Bí trung đại tiện.
- Vùng bẹn bìu đau chói, đau căng tức làm bệnh nhân không cho sờ vào.
- Bụng trương, căng, gõ vang, các quai ruột nổi, có thể nhu động kiểu rắn bò.
- Triệu chứng toàn thân thay đổi rõ rệt: Mặt hốc hác, mắt trũng, môi khô, lưỡi bẩn. Mạch nhanh nhỏ khó bắt. Không sốt hoặc sốt nhẹ, đái ít.

Tóm lại nếu bệnh nhân đến sớm, đau tại chỗ và khói phồng thoát vị là những triệu chứng chủ yếu; nếu đến muộn thì có thêm các triệu chứng tắc ruột, hoại tử ruột hay viêm phúc mạc.

### **3.2. Cận lâm sàng**

#### **3.2.1. Xét nghiệm**

Một số xét nghiệm cơ bản: Công thức máu, nhóm máu, hematocrit, ure huyết để đánh giá cho tất cả các trường hợp thoát vị bẹn nghẹt.

Đối với những trường hợp đến muộn, có biến chứng cần làm thêm các xét nghiệm Ure niệu, điện giải đồ, yếu tố đông máu...để đánh giá tiên lượng và căn cứ vào đấy mà hồi sức cho thích hợp. Thường thấy có hiện tượng máu cô đặc do mất nước, điện giải thấp và urê huyết cao.

#### **3.2.2. Chụp X Quang**

Chụp bụng không chuẩn bị đối với những trường hợp thoát vị bẹn nghẹt có dấu hiệu tắc ruột như: Quai ruột giãn, mức nước-hơi, ổ bụng mờ...

### **3.3. Thể lâm sàng**

#### **3.3.1. Theo diễn biến**

##### **3.3.1.1. Thể nghẹt không hoàn toàn**

Thường gặp ở những bệnh nhân có khói thoát vị lớn. Thỉnh thoảng xuất hiện các triệu chứng nghẹt, nhưng nếu nằm nghỉ hoặc ngâm nóng lại khỏi. Bệnh nhân đến sớm trước 6 giờ. Khói thoát vị căng đau tức, nằm nghỉ và dùng thuốc giảm đau, chống co thắt có thể tạm thoát vị sẽ lên. Nhưng rồi ít lâu sau lại thấy xuất hiện trở lại.

##### **3.3.1.2. Thể nghẹt hoàn toàn**

Hay gặp ở những khói thoát vị bẹn nhỏ. Bệnh nhân thường đến muộn sau 6 - 12 giờ. Đau chói, đau dữ dội ở vùng bẹn bìu và toàn bụng. Các triệu chứng toàn thân và cơ năng diễn biến rất nhanh chóng. Biểu hiện bằng nôn mửa liên tiếp, ỉa chảy liên tục và bệnh nhân trở nên rất nặng.

##### **3.3.1.3. Thể nghẹt có biến chứng**

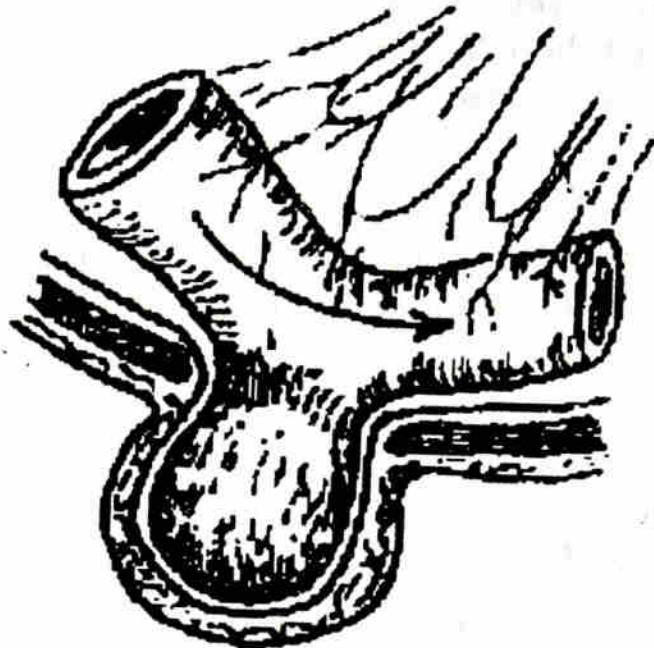
Ngoài dấu hiệu thoát vị bẹn nghẹt hoàn toàn, đến muộn còn có các biểu hiện của tắc ruột như: Đau bụng từng cơn dữ dội, nôn nhiều ra dịch tiêu hoá, bí trung đại tiện. Bụng chướng, có quai ruột nổi... Thể này nhiều trường hợp chẩn đoán tắc ruột mà bỏ sót do không thăm khám bẹn bìu. chỉ khi chuẩn bị mổ hoặc trong mổ mới phát hiện được. Nếu hoại tử sẽ biểu hiện vùng bẹn bìu sưng nề, viêm tấy lan tỏa hoặc viêm phúc mạc.

#### **3.3.2. Theo tạm thoát vị**

##### **3.3.2.1. Một quai ruột non**

Quai ruột non chui xuống và bị nghẹt. Vòng thắt là ở cổ túi thoát vị. Lỗ bẹn càng bé càng dễ nghẹt và nhanh chóng hoại tử. Nếu lỗ thoát vị rộng, có nhiều quai ruột xuống và bị nghẹt, hoại tử không chỉ các quai ở bẹn bìu mà có thể quai ruột

nằm trong ổ bụng. Loại này gọi là thoát vị hình W (xem hình 11.3). Có trường hợp là loại thắt nghẹt không hoàn toàn cả một quai ruột mà chỉ một phần thành ruột nơi bờ tự do có triệu chứng điển hình. Loại này gọi là thoát vị kiểu Richter (xem hình 11. 4).



Hình 11. 4. Thoát vị kiểu Richter

### 3.3.2.2. Các tạng khác

- Mạc nối lớn: thường không có triệu chứng tắc ruột .Diễn biến chậm
- Manh tràng, đại tràng xích ma: triệu chứng tắc ruột không rõ ràng, xuất hiện muộn. Thương tổn tại chỗ cũng giống như thể thoát vị của quai ruột non...
- Ruột thừa: Chui xuống, dính vào túi thoát vị. Đau chói nhiều ở khối thoát vị, kèm theo có sốt.
- Bàng quang: Phần bàng quang có khi chui và nằm trong túi thoát vị, dính và nghẹt, kèm theo có triệu chứng về tiết niệu.

## 3.4. Diễn biến

### 3.4.1. Thể nghẹt không hoàn toàn

Thực ra khi gọi là nghẹt có nghĩa là là tạng xuống và không lên được.Tuy nhiên trên lâm sàng có những trường hợp thoát vị bị nghẹt chưa có xử trí gì tự nó đã lên. Hoặc bệnh nhân đến sớm có thể nghỉ ngơi và dùng thuốc giảm co thắt ,đẩy nhẹ tạng sẽ lên. Nhưng đó chỉ là sự may mắn mà người thầy thuốc không thể biết trước được. Hơn nữa những bệnh nhân này có rất nhiều khả năng lại bị nghẹt tái phát. Tuy nhiên sau khi đẩy lên được, cần phải theo dõi trong 6 giờ có thể lại tái phát, hoặc quai ruột nghẹt tiếp tục hoại tử.

### **3.4.2. Thể nghẹt hoàn toàn và nghẹt có biến chứng**

Tình trạng bệnh nhân sẽ biểu hiện đầy đủ các triệu chứng của thoát vị bẹn nghẹt, sau đó sẽ xuất hiện các dấu hiệu của tắc ruột hay hoại tử. Thường thì bệnh nhân sẽ chết vì các rối loạn của tắc ruột, viêm màng bụng toàn thể do quai ruột bị hoại tử và tụt lên ổ bụng.

## **3.5. Chẩn đoán**

### **3.5.1. Chẩn đoán xác định**

- Trong đa số trường hợp chẩn đoán dễ, dựa vào tính chất đau và khói thoát vị; lại càng dễ nếu bệnh nhân có tiền sử nhiều lần thoát vị.
- Chẩn đoán loại thoát vị nghẹt: Khó xác định trước mổ. Căn cứ vào vị trí của khói thoát vị nghẹt khi phẫu thuật.

### **3.5.2. Chẩn đoán phân biệt**

**3.5.2.1. Bệnh nhân đến sớm:** Cần phân biệt khói thoát vị đùi với hạch Cloquet hoặc quai tĩnh mạch hiển trong bị viêm; khói thoát vị bẹn nghẹt với nước màng tinh hoàn, viêm tinh hoàn.

**3.5.2.2. Bệnh nhân đến muộn:** Có khi bệnh cảnh lâm sàng nổi bật lại là một tắc ruột. Cho nên trước một bệnh nhân tắc ruột bao giờ cũng phải thăm khám các vùng thoát vị. Nếu không chú ý có thể bỏ qua các loại thoát vị bé, nằm sâu nhất là những người béo, lớp mỡ dưới da dày.

## **3.6. Điều trị**

Tất cả các loại thoát vị bẹn nghẹt khi đã chẩn đoán được là phải điều trị ngay, càng sớm càng tốt.

### **3.6.1. Điều trị bảo tồn**

Đối với bệnh nhân đến sớm trước 6 giờ: Đau ít, chưa có biến chứng, cho nằm yên, dùng thuốc giảm đau, giảm co thắt, đẩy nhẹ nếu tạng lên để theo dõi và có thể băng cố định, mặc quần chun, mang Prothese để tránh tái phát sớm. Sau đó có thể phẫu thuật theo kế hoạch.

### **3.6.2. Điều trị phẫu thuật**

#### **3.6.2.1. Nguyên tắc**

- Trường hợp nghẹt hoàn toàn, chưa hoặc có biến chứng cần phải mổ sớm, tốt nhất là mổ trong vòng 6 giờ đầu
- Chủ yếu là giải phóng tạng bị nghẹt, đánh giá thương tổn tạng và xử lý các biến chứng hoặc các tổn thương tạng.
- Phục hồi thành bụng theo các kỹ thuật thích hợp.

### 3.6.2.2. Kỹ thuật

- Gây mê, gây mê: Đối với những trường hợp đến sớm, chưa có biến chứng, không cần sử trí tạng thì gây mê tuỷ sống là tốt nhất. Đối với người già thường thì nên tránh được các biến chứng. Đối với trẻ em nên dùng gây mê để nằm yên mới tiến hành phẫu thuật được. Những trường hợp đến muộn, nghẹt có biến chứng nên gây mê nội khí quản để dễ dàng xử lý các tổn thương tạng.
- Đường rạch: Thông thường chỉ rạch đường mổ thoát vị bẹn là đường phân giác giữa nếp bẹn và bờ ngoài cơ thắt to, bắt đầu từ lỗ bẹn ngoài kéo lên trên dài độ 8-12 cm. Mở theo từng lớp giải phẫu để đi vào bao thoát vị.

Đối với trẻ em có thể rạch theo đường ngang trên lỗ bẹn ngoài dài 3-4 cm sau đó tiến hành bộc lộ các lớp cân cơ như bình thường.

- Bộc lộ và rạch túi thoát vị: Phải thận trọng và từ từ; từ nông đến sâu, tránh làm thương tổn các tạng ở trong. Khi đã vào túi thoát vị, mở rộng túi về phía cổ và cắt đứt cổ túi. Khi cổ túi được cắt đứt thì tạng thoát vị được giải phóng.
- Xử trí tạng thoát vị: kéo thêm quai ruột xuống để đánh giá được đầy đủ, xử trí khác nhau tuỳ theo thương tổn.

Chỗ ruột bị cắt, nơi cổ túi và quai ruột ở dưới vẫn đỏ hồng, bóng, co bóp bình thường, các mạch máu mạc treo đập tốt thì không cần xử trí gì.

Quai ruột có một vài nốt nghi ngờ hoại tử, các nơi khác tốt: có thể khâu vùi các nơi đó lại.

Ruột bị hoại tử một đoạn dài hay một đoạn ngắn, hoặc tất cả quai ruột nghẹt bị hoại tử thì phải cắt cổ túi, cẩn ngay chỗ thắt ngạt sau đó cắt bỏ rộng rãi và nối lại ngay bằng miệng nối bên - bên hoặc tận - tận. Chỉ ở những bệnh nhân quá già yếu hoặc tạng thoát vị là một đoạn đại tràng cần phải cắt và đưa hai đầu ra ngoài ổ bụng và đóng lại sau.

Đối với những trường hợp nghi ngờ: trước hết nên đắp gạc có huyết thanh nóng và phong bế novocain vào mạc treo và chờ. Khi phong bế phải hết sức chú ý không chọc vào mạch máu vì dễ gây tụ máu. Nếu thương tổn không phục hồi thì cách xử trí tốt nhất là cắt ruột.

Nếu ruột thừa bị nghẹt nên cắt và vùi gốc. Các mạc nối nghẹt cần phải cắt đi.

- Phục hồi thành bụng để tránh bị tái phát. Phương pháp phẫu thuật thay đổi tuỳ từng loại thoát vị và theo kinh nghiệm.

Các phương pháp thường làm:

- Phương pháp Bassini: Khâu 2 bình diện nông và sâu để thừng tinh nằm giữa gồm cung đùi và gân kết hợp là lớp sâu. Cân cơ chéo lớn là lớp sâu ờang chỉ không tiêu, khâu mũi rời.
- Phương pháp Forgue.

Khâu hai lớp nồng và sâu ,thừng tinh nằm sau băng chỉ không tiêu , khâu mũi ròi..

- Phương pháp Halstedt.

Khâu hai lớp nồng và sâu, thừng tinh nằm trước băng chỉ không tiêu, khâu mũi ròi..

- Phương pháp Shouldice.

Phục hồi theo ba lớp: Khâu phục hồi mạc ngang, lớp nồng và sâu bằng đường khâu vắt khâu đi và khâu lại (Aller -Retour). Là kỹ thuật đảm bảo phục hồi có tỷ lệ tái phát thấp. Được nhiều phẫu thuật viên ưa dùng.

- Các trường hợp tắc ruột muộn hoặc viêm phúc mạc do hoại tử ruột nên mở bụng đường giữa trên dưới rốn để đánh giá đầy đủ thương tổn và xử lý triệt để.Phục hồi thành bụng có thể từ bên trong hoặc rạch thêm đường mổ TVB.

### **3.6.3. Điều trị nội khoa phối hợp**

- Nếu bệnh nhân đến sớm, toàn thân chưa có gì thay đổi mấy: điều trị nội khoa đơn giản. Nhưng nếu bệnh nhân đến muộn, toàn thân đã có những biến đổi rõ rệt, đó là những rối loạn sinh lý của tắc ruột. Điều trị gồm:

Bù đắp nước, điện giải

Hút dạ dày liên tục

Sử dụng kháng sinh

Điều trị nội khoa phải tiến hành trước, trong và sau mổ, nó quyết định tiên lượng của bệnh.

- Trường hợp khôi thoát vị đã được đẩy lên, nên theo dõi tại viện để đề phòng các biến chứng muộn.

Kết quả điều trị phụ thuộc chủ yếu vào thời gian can thiệp. Gây mê, hồi sức, kỹ thuật mổ xẻ, kháng sinh liệu pháp .Điều quan trọng nhất là không được để nhiễm trùng vết mổ vì nếu có nhiễm trùng vì nếu có sẽ thoát vị tái phát.

## **4. THOÁT VỊ ĐÙI NGHẸT**

### **4.1. Lâm sàng**

Là thoát vị lỗ cơ lược,trong đó túi thoát vị chui qua ống đùi dưới cung đùi. Do ống đùi thường hẹp nên thoát vị đùi rất dễ bị nghẹt với khoảng 60 % trường hợp. Thoát vị đùi thường gấp nhiều ở nữ hơn ở nam

Thoát vị đùi nghẹt thường ít khi biểu hiện rõ rệt. Ngay cả khi bị nghẹt hay tắc ruột, bệnh nhân có thể vẫn có cảm giác khó chịu ở vùng bụng hơn là vùng đùi.

Các dấu hiệu cơ năng và toàn thân không rõ ràng. Khối thoát vị nhỏ và đau ít. Khám thực thể, có thể phát hiện một trong các tình huống sau:

- Nếu thoát vị nhỏ và không nghẹt nó thường là một khối nhỏ ở vùng trên mé trong đùi dưới nếp bẹn (đường Malgaine, tương ứng với cung đùi bên trong), có thể ấn xẹp được.
- Nếu có biến chứng nghẹt sẽ sờ thấy một khối căng phồng nằm dưới nếp bẹn hoặc phần trên tam giác Scarpa, ấn đau chói. Ngoài ra, bệnh nhân có thể có triệu chứng đau từng cơn ở vùng bụng, bụng trương nhẹ và nhu động ruột tăng do tắc ruột. Thăm khám vùng bẹn - đùi phải rất tỉ mỉ, cẩn thận vì nhiều khi khối thoát vị bé nằm sâu có thể bị bỏ qua.

## 4.2. Chẩn đoán.

### 4.2.1. Chẩn đoán xác định

*Trường hợp đến sớm:*

- Đau: Đau xuất hiện đột ngột ở vùng bẹn - đùi. Có khi cơn đau bụng đi kèm nếu bắt đầu có dấu hiệu nghẹt ruột...
- Có thể đi kèm nôn hoặc có cảm giác buồn nôn.
- Khối phồng tròn, kích thước to nhỏ tùy trường hợp, nằm trên nếp bẹn hay chạy dài xuống đùi.
- Sờ có cảm giác căng chắc, ấn rất đau nhất là ở phía cổ túi. Đầu không lên, nắn không thấy tiếng óc ách. Ho không làm to thêm.

*Trường hợp đến muộn:* Các dấu hiệu tại khối thoát vị rất điển hình. Kèm theo có các biểu hiện của tắc ruột: Đau bụng tăng lên, nôn, bụng trương và đau. Toàn thân dần dần thay đổi.

### 4.2.2. Chẩn đoán phân biệt

Thoát vị đùi cần phân biệt với các trường hợp sau:

- Thoát vị bẹn: khối thoát vị nằm trên nếp bẹn.
- Hạch bẹn viêm: vùng bẹn viêm tấy, hạch to đau chói.
- Giãn tĩnh mạch hiển trong: sờ thấy rung miu khi bệnh nhân ho và khối phồng biến mất tự nhiên khi bệnh nhân nằm.

## 4.3. Điều trị

### 4.3.1. Nguyên tắc

Điều trị thoát vị đùi nghẹt chỉ có phẫu thuật, không dùng băng giữ như thoát vị bẹn.

- Cắt bỏ thoát vị ở cao: vòng đùi ở trong sâu, trong một lớp mỡ, dây cung đùi cản trở ở chỗ cổ thoát vị. Muốn cắt bỏ túi thoát vị, phải cắt cung đùi hoặc đi từ phía trên ổ bụng xuống mới cắt được, do đó có thể dùng đường rạch thấp ở đùi hoặc dùng đường rạch cao ở bẹn.

- Phục hồi lại thành bụng: khâu dây chằng Cooper dính ở mào lược với các cơ chéo nhỏ, cơ ngang và cân của cơ chéo lớn.

#### **4.3.2. Phương pháp phẫu thuật**

- Rạch da: kinh điển hay dùng đường đứng thẳng qua cung đùi ngay trên khối phồng thoát vị.

Có thể dùng đường rạch da ngang ngay trên nếp bẹn Ta sẽ thấy cung đùi ở dưới và cân cơ chéo lớn ở trên.

- Bóc tách túi thoát vị: túi thoát vị nằm dưới các lớp xơ và mỡ, ta dùng tay bóc tách các túi thoát vị cho đến cổ
- Cắt cung đùi: cung đùi ở phía trước cổ thoát vị. Cắt cung đùi, cổ thoát vị sẽ lộ ra rõ.
- Xử lý tạng thoát vị: mở túi thoát vị để kiểm tra tạng bị nghẹt, nếu chưa hoại tử có thể đẩy tạng vào ổ bụng. Dùng kim xuyên qua và buộc cổ túi lại. Cắt túi ở dưới chỗ buộc và dính vào thành bụng, kéo thêm quai ruột xuống để đánh giá được đầy đủ, xử trí khác nhau tuỳ theo thương tổn.

Quai ruột có một vài nốt nghi ngờ hoại tử cần đánh giá và khâu vùi..

Nếu ruột phải cắt vì hoại tử, nên kéo ruột ra kiểm tra. Nếu quai ruột ở dưới vẫn đỏ hồng, bóng, co bóp bình thường, các mạch máu mạc treo đập tốt thì không cần xử trí gì.

- Phục hồi thành bụng: là thi quan trọng nhất. Khâu dây chằng Cooper với cơ ngang, cơ chéo bé và cân cơ chéo lớn bằng chỉ không tiêu để bịt kín vòng đùi lại. Khi khâu cần chú ý, không chạm vào các mạch máu ở cạnh như tĩnh mạch đùi, động mạch thượng vị, động mạch nối động mạch thượng vị và động mạch bịt. Khâu bít lỗ đùi (phương pháp cổ điển), hoặc bít cả lỗ bẹn lẫn lỗ đùi (phương pháp Mac Vay).
- Khâu da và lớp mỡ dưới da.

Nhiều năm gần đây ít thấy những thoát vị đùi gây viêm phúc mạc, áp xe và viêm tấy vùng bẹn - đùi.

### **5. KẾT LUẬN**

- Thoát vị nghẹt là một cấp cứu ngoại khoa mà bất cứ người thầy thuốc nào cũng phải biết và chẩn đoán được dựa vào vị trí, tính chất đau và khối phồng thoát vị.
- Khi đã chẩn đoán được phải gửi ngay đến cơ sở phẫu thuật. Phải cố gắng chẩn đoán sớm và xử trí ngay càng sớm càng tốt nhất là trước 6 giờ. Tiêu lượng bệnh phụ thuộc vào thời gian can thiệp sớm hay muộn. Nếu đến sớm thì điều trị đơn giản, kết quả tốt. Nếu đến muộn thì điều trị phức tạp, tiêu lượng xấu.
- Cần chú ý các biến chứng trước mổ, trong mổ và sau mổ để có các biện pháp giải quyết.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bendavid. R (1992)  
L'operation de Shouldice.
  - Encycl. Med. Chir. (Paris ,France).
  - Techniques Chirurgicales .Apparell Digestif , 40112. 4. 11. 12,5 p.
2. Deveney K.E. (1994).  
Hernias and Other Lesion of the Abdominal Wall.
  - Current Surgical Diagnosis and Treatment, Ed. 9: 700.
3. Glassow F (1973).  
The surgical repair of inguinal and femoral hernias.
  - Can. Med. Assoc .j. 108,208-313.

# VIÊM PHÚC MẠC VÀ CÁC Ổ ÁP XE TRONG Ổ BỤNG

PGS.TS. Nguyễn Ngọc Bích

## 1. ĐẠI CƯƠNG

### 1.1. Nhắc lại giải phẫu sinh lý ổ phúc mạc

#### 1.1.1. 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 là lá phúc mạc dày lên (2 lớp), 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: mạc nối lớn, mạc nối nhỏ.

#### 1.1.2. 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 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.

### **1.1.3. Sinh lý ổ phúc mạc**

Nhìn chung lá phúc mạc được phủ liên tục bởi các tế bào trung biểu mô dẹt. Trong điều kiện bình thường ổ phúc mạc có chừng 30ml dịch màu vàng có tỷ trọng 1,016 và lượng protein dưới 30 g/l dưới 300 bạch cầu/ml 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 cửa chuyển tác nhân tới các tế bào Kuffer ở gan.
- Hệ bạch mạch chủ yếu dưới vòm hoành 2 bên.

## **2. VIÊM PHÚC MẠC**

### **2.1. Định nghĩa**

Viêm phúc mạc (VPM) là một phản ứng viêm cấp tính của lá phúc mạc với tác nhân vi khuẩn gây bệnh 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.

### **2.2. Phân loại**

**2.2.1. Viêm phúc mạc tiên phát:** Tác nhân gây viêm phúc mạc (do vi khuẩn) thường xâm nhập vào ổ phúc mạc bằng đường máu, bạch huyết, vòi trứng 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).

**2.2.2. Viêm phúc mạc thứ phát:** Vi khuẩn xâm nhập vào trong ổ phúc mạc thường qua 1 đường mà có tổn thương nhìn thấy bằng mắt thường như thủng ống tiêu hoá bệnh lý hay chấn thương. Vi khuẩn gây bệnh thường là nhiều chủng phổi hợp cả ái lẫn yếm khí có mặt trong ổ bụng đồng thời (phải điều trị ngoại khoa).

### **2.3. Ảnh hưởng của viêm phúc mạc tới toàn thân**

#### **2.3.1. Tại chỗ**

Phản ứng viêm của phúc mạc tại chỗ sẽ 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 bóng độ II với diện tích 50 % da cơ thể. Khi VPM sẽ có liệt ruột do phản xạ, hậu quả của liệt ruột sẽ dẫn tới ứ trệ dịch trong ống tiêu hóa, cùng với người bệnh không uống được và nôn nên khôi lượng tuần hoàn của người bệnh càng giảm nghiêm trọng. Kết hợp với vi khuẩn xâm nhập vào máu tác động

lên cơ thể người bệnh bằng các độc tố của chúng dẫn đến các tổn thương trầm trọng các hệ thống của cơ thể.

### 2.3.2. Viêm phúc mạc tác động tới 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 nhở, loạn nhịp, độ bão hòa Oxy giảm ...
- Hô hấp: do bụng trương nên cơ hoành bị đẩy lên cao, hạn chế thở sâu, giảm thông khí. Kết hợp với tổn thương của màng trong (surfactant) và phù phổi do độc lực của vi khuẩn càng làm hạn chế hô hấp, chưa kể đến do dạ dày trương dịch gây trào ngược...
- 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 dở dang vào hệ thống tuần hoàn do chức năng gan giảm ...

## 3. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG VPM TOÀN THỂ THỨ PHÁT

### 3.1. 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 bụng khiến người bệnh không thở được sâu.
- Nôn hay buồn nôn do tình trạng liệt ruột cơ năng.
- Bí r้าm ỉa hoặc có khi ỉa lỏng.

### 3.2. Toàn thân

Trong những giờ đầu thể trạng người bệnh còn tốt và ổn định. Nhưng sau vài giờ sẽ xuất hiện các dấu hiệu của nhiễm khuẩn nhiễm độc:

- Sốt cao liên tục 39-40°C với các cơn sốt nóng và rét.
- 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,

### 3.3. Khám bụng

- Bụng trương: thường trương đều
- Cơ cứng thành bụng: nhất là các vị trí tương ứng với các tạng bị thương tổn, ví dụ vùng hố chậu phải thường gấp trong VPM ruột thừa hay hạ sườn phải trong viêm túi mật hoại tử, vùng thượng vị trong thủng dạ dày..
- Cảm ứng phúc mạc: thăm khám bụng chỗ nào cũng đau, dấu hiệu Blumberg dương tính.
- Gõ đục vùng thấp: thường muộn hay gấp 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.

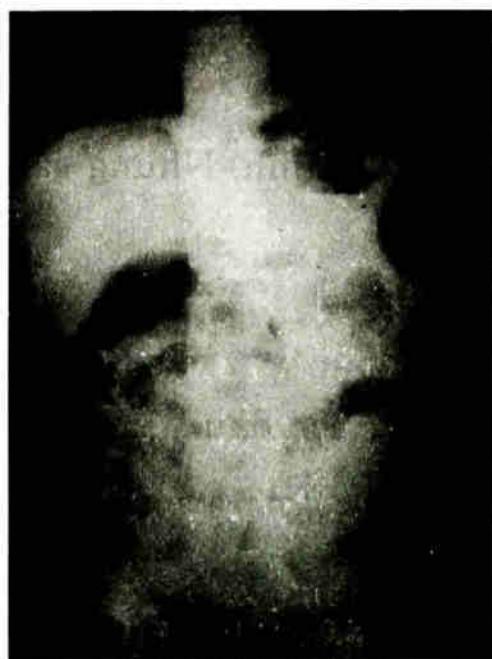
### 3.4. Máu, sinh hoá

- Tình trạng nhiễm khuẩn: bạch cầu máu cao 15-20000 mm<sup>3</sup>, 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.

### 3.5. Xquang

Chụp phim bụng không chuẩn bị tư thế đứng với người khoẻ 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 dãn, thành các quai ruột dày
- Dây nếp phúc mạc thành bụng bên.



**Hình 12.1 :** Viêm phúc mạc do thủng ruột non: hơi dưới vòm hoành, quai ruột dãn..

**3.6. Chọc dò ổ bụng:** Hút ra dịch đục, có mùi chua hay thối, nhuộm, soi tìm thấy vi khuẩn gây bệnh.

**3.7. Chọc rửa ổ bụng:** Chỉ áp dụng để 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 0,9%. Lấy lại dịch đã đưa vào ổ bụng và đánh giá: Nếu dịch đục hoặc soi có trên 500 bạch cầu/ml được chẩn đoán là viêm phúc mạc.

### 3.8. Siêu âm

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

**3.9. 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 Scaner rất có giá trị với các nguyên nhân gây VPM khu trú ở sâu trên bệnh nhân to béo, thành bụng dày.

## 4. CHẨN ĐOÁN VIÊM PHÚC MẠC

### 4.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: Đau bụng liên tục khắp bụng, nôn, bí r้าm ỉa.
- Khám bụng: trương, co cứng, cảm ứng phúc mạc, gõ đục vùng thấp.
- Thăm trực tràng, âm đạo: túi cùng Douglas phồng đau chói
- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao.
- Chụp Xquang bụng không chuẩn bị: liệt ruột, mờ vùng thấp, có thể có liềm hơi..

### 4.2. Chẩn đoán nguyên nhân hay các thể lâm sàng

#### 4.2.1. Viêm phúc mạc tiên phát

Nguyên nhân thường gặp: do phế cầu, lao, lậu cầu, bội nhiễm nước ascite người xơ gan, thận hư. Chẩn đoán nguyên nhân trước một VPM tiên phát thường phải thăm khám kỹ mỷ và nghĩ tới nó.

Nhin chung là bệnh cảnh của một VPM nhưng có thể khai thác kĩ tiền sử và bệnh sử sẽ có hướng xác định.

Chọc dò ổ bụng lấy dịch nhuộm Gram thường là 1 chủng vi khuẩn như phế cầu khuẩn hay lậu cầu.

Trong trường hợp nhiễm khuẩn nước ascite có nhiều bạch cầu, dịch vàng đục.. khám kỹ có thể thấy các dấu hiệu của xơ gan như tuần hoàn phụ và lách to..

Viêm phúc mạc do lao: thường dịch nhiều trong bụng đau ít, đặc biệt khám thấy dấu hiệu bàn cờ trên thành bụng.

Nguyên tắc chung trước đây nếu chẩn đoán được VPM tiên phát thì điều trị nội khoa không cần phẫu thuật nhưng trên thực tế rất khó ra quyết định trên và các viêm phúc mạc này vẫn nên phẫu thuật nhằm lấy hết dịch nhiễm khuẩn, rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu thì kết quả sau mổ tốt hơn.

#### **4.2.2. Viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày tá tràng**

- Đau bụng vùng thượng vị dữ dội, đột ngột với tính chất đau như dao đâm trên người có tiền sử đau thượng vị.
- Khám thấy bụng co cứng như gỗ, gỗ 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.

#### **4.2.3. Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa vỡ**

- Thể thông thường :
  - + Đau bụng vùng hố chậu phải, thể trạng nhiễm khuẩn vừa sốt  $37^{\circ}5-38^{\circ}C$ .
  - + Sau 24-48 giờ đau bụng tăng và lan khắp ổ bụng.
  - + Khám có đầy đủ các 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 viêm ruột thừa, sau đó người bệnh cảm thấy hết đau sau một thời gian (thời gian đối trá 8-12 giờ) sau đó đau bụng xuất hiện lại và đau khắp bụng. Thăm khám sẽ thấy có đầy đủ các dấu hiệu của VPM (VPM thì 2). Hoặc người bệnh có dấu hiệu của áp xe ruột thừa sau đau hố chậu phải 4-5 ngày, tiếp đó đau bụng dữ dội khắp ổ bụng, khám có các dấu hiệu VPM toàn thể do vỡ ổ áp xe (VPM thì 3 ).

#### **4.2.4. Viêm phúc mạc do sỏi mật**

Người bệnh có đau bụng vùng hạ sườn phải, sốt vàng da tái diễn nay đau tăng và khắp ổ bụng. Có thể có nôn và bí r้าm 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 cùng với các dấu hiệu của VPM như dịch trong ổ bụng, các quai ruột dãn.

#### **4.2.5. Viêm phúc mạc do ung thư đại tràng vỡ**

Bệnh nhân có thể có dấu hiệu bán tắc ruột ( hội chứng Koenig) hay rối loạn phân như ỉa máu, mũi nhầy, mót dặn. Toàn trạng giảm xút, 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.

#### **4.2.6. Viêm phúc mạc 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 truy 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 và niêm mạc nhợt, chân phì.

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

Siêu âm thấy ổ áp xe gan, dịch dưới gan và trong ổ bụng.

#### **4.2.7. Viêm phúc mạc 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.

Thăm trực tràng âm đạo: 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.

#### **4.2.8. Viêm phúc mạc do viêm túi Meckel**

Khó chẩn đoán chính xác nguyên nhân trước mổ vì bệnh không được nghĩ tới.

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

Chụp bụng không chuẩn bị có thể thấy một quai ruột non quanh rốn bị liệt (sentinel loop) giai đoạn sớm, nhưng sau đó là các dấu hiệu chung của VPM.

#### **4.2.9. Viêm phúc mạc sau mổ**

Thường là các biến chứng sau các phẫu thuật đường tiêu hoá (có cắt, tạo các miệng nối hay mổ VPM cũ).

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

Tâm lý của các phẫu thuật viên và người bệnh.

• Lâm sàng: Tập hợp của các trường hợp VPM sau mổ người ta thấy các nhóm dấu hiệu sau:

- 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 huyết áp, mặc dù truyền dịch sau mổ đủ khôi lượng cần thiết.
- + Thiếu niệu hay vô niệu.
- + Bạch cầu máu cao chủ yếu đa nhân trung tính.
- + Suy hô hấp: người bệnh thường khó thở, hoảng hốt.
- + Có thể chảy máu đường tiêu hoá trên: ống thông dạ dày có máu.
- + Rối loạn thần kinh tâm thần : vật vã, lẩn hay mất ý thức
- Tại chỗ:
- Rối loạn tiêu hoá: người bệnh thường có ỉa chảy sau mổ (25-30 % ).
- Bụng chướng 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, liêm hơi dưới vòm hoành (đã mổ bụng).
- Siêu âm khó đọc vì bụng trương nhưng cho thấy có dịch, hơi trong ổ bụng.
- Uống thuốc cản quang loại hoà tan trong nước có thể thấy thuốc chảy vào ổ bụng .
- Chụp CT Scanner ổ bụng : có dịch trong ổ bụng, các quai ruột chướng...

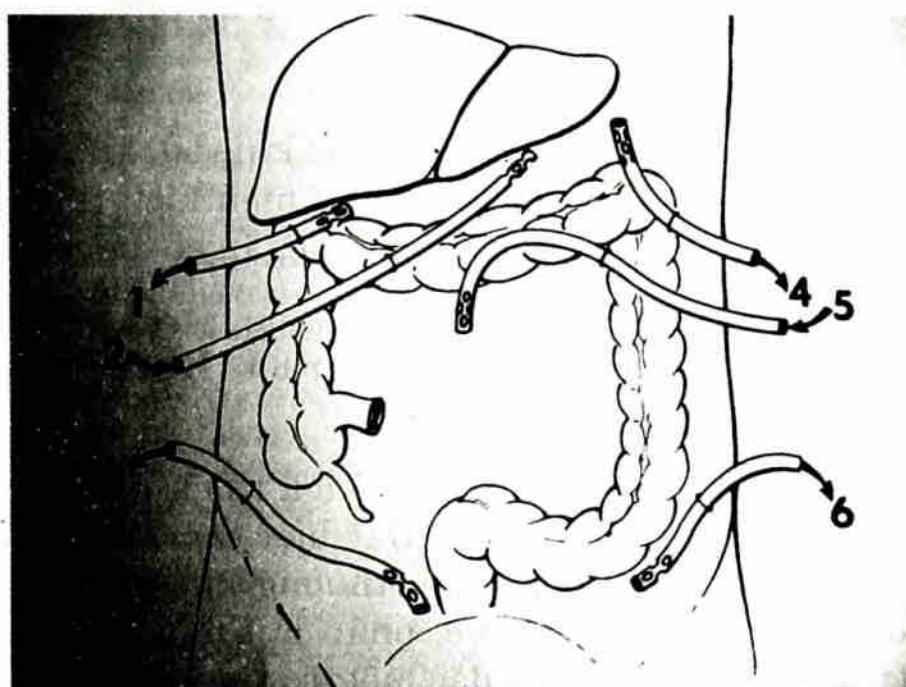
## 5. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC TOÀN THỂ

### 5.1. Phải hồi sức tốt cho người bệnh trước mổ

- Tuần hoàn: Bồi phụ lại lượng dịch đã mất do người bệnh nôn và không ăn uống được.
- Điều chỉnh các rối loạn nước và điện giải.
- Ống thông dạ dày hút cho bụng bớt trương, thở oxy tăng hô hấp.
- Dùng kháng sinh trước mổ: thường dùng kháng sinh có phổ rộng, hay kết hợp nhiều loại vì trong VPM vi khuẩn thường nhiều chủng gây bệnh cùng có trong ổ bụng và phụ thuộc vào vị trí tổn thương của ống tiêu hóa.

## 5.2. Nguyên tắc điều trị ngoại khoa

- Mở bụng rộng rãi, đường trống giữa trên hoặc dưới rốn
- Tìm và giải quyết nguyên nhân gây VPM càng đơn giản càng tốt
- Lau rửa ổ bụng bẩn, lấy dịch ổ bụng nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Đặt ống dẫn lưu hay hệ thống rửa ổ bụng.
- Kháng sinh sau mổ .
- Vấn đề đóng vết mổ : theo nguyên tắc đóng 1 lớp hoặc lớp cân cơ riêng còn da khâu thưa hay để hở.



Hình 12.3. Đặt các ống dẫn lưu để rửa ổ bụng trong viêm phúc mạc .

## 6. NHỮNG Ổ ÁP XE TRONG Ổ BỤNG HAY VPM KHU TRÚ

### 6.1. 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, viêm ruột thừa 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 nhau như: áp xe thành rãnh đại tràng phải, trái, hố chậu phải, trái...

## 6.2. 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 nhợp mồ hôi, xanh tái.
  - + Đái ít, ure máu cao.
  - + Bạch cầu máu cao 15-20000/mm<sup>3</sup> 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: náu. 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 sẽ có các dấu hiệu chèn ép như bán tắc ruột. Khám bụng 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, rắt và có khi bí đái. Đặc biệt các dấu hiệu kích thích vùng hậu môn trực tràng: giai đoạn đái thường khó và đau khi ỉa, giai đoạn sau mót dặn và đi ngoài liên tục, phân lẩn mũi nhày như hội chứng ly. Thăm trực tràng có 2 dấu hiệu đặc biệt: cơ thắt hậu môn nhão và túi cùng Douglas phồng đau chói.

## 6.3. Xquang

- 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 rẽ 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. Thương tổn thường là một ổ dịch được khu trú vào một vị trí nào đó.
- CT Scanner: Thấy rất rõ thương tổn, 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.



Hình 12.3. Chụp bụng không chuẩn bị

Chụp bụng không chuẩn bị: mức hơi lớn vùng trên gan (áp xe dưới cơ hoành phải) sau mổ thủng dạ dày ngày thứ 7 (xem hình 12.3.).

- 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.

#### 6.4. Nguyên tắc điều trị

- Người bệnh bao giờ cũng được chuẩn bị chu đáo như hồi sức trước mổ: truyền dịch, kẽm 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 mở 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 buc miệng nối sau mổ dễ 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.

# VIÊM RUỘT THỪA

PGS.TS. Hoàng Công Đắc

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1.1. Vài nét về lịch sử

Viêm ruột thừa là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất. Người ta đã biết bệnh này từ lâu, viêm ruột thừa đầu tiên được Amyand người Anh mổ thành công vào năm 1736. Năm 1889 Mac.Burney (Mỹ) xác định điểm đau của ruột thừa là **1/3 giữa đường nối rốn với gai chậu trước trên bên phải**.

**1/3 ngoài** Viêm ruột thừa điển hình thường dễ chẩn đoán và xử trí đơn giản, kết quả điều trị tốt. Thể không điển hình chẩn đoán khó vì triệu chứng lâm sàng rất đa dạng thay đổi theo lứa tuổi, tùy theo từng bệnh nhân có thể nhầm với nhiều loại bệnh khác mà không xử lý kịp thời dễ dẫn tới viêm phúc mạc và để lại những biến chứng nhiều khi khó khắc phục. Do tính chất phức tạp đó Mondor đề nghị gọi là: "những bệnh viêm ruột thừa".

Ngày nay tuy có nhiều phương tiện hiện đại để chẩn đoán viêm ruột thừa khi nghi ngờ như siêu âm, nội soi... Song triệu chứng lâm sàng cơ bản không được xem nhẹ ở đa số các bệnh nhân. Việc theo dõi sát, thăm khám kỹ mỹ nhiều lần so sánh giữa lần khám trước và lần khám sau giúp chẩn đoán chính xác hơn.

### 1.2. Dịch tễ học của viêm ruột thừa

Rất ít gặp viêm ruột thừa ở trẻ em dưới 3 tuổi và càng hiếm hơn ở trẻ em sơ sinh.

Hay gặp viêm ruột thừa ở tuổi vị thành niên và người trưởng thành, khoảng **1/3 số bệnh nhân** viêm ruột thừa ở tuổi **17 đến 20** sau đó tần số này sẽ giảm dần, tới lúc già ruột thừa cũng teo nhỏ theo, tuy nhiên không loại trừ hoàn toàn viêm ruột thừa ở tuổi già.

Ở trẻ em và tuổi vị thành niên thì số nam mắc nhiều hơn số nữ, nhưng sau 25 tuổi thì tỷ số này cân bằng. Viêm ruột thừa hay xảy ra ở **người thành thị** hơn người ở nông thôn đặc biệt là người miền núi ít bị viêm ruột thừa. Có tác giả cho rằng chế độ ăn ít rau nhiều đậm hay bị viêm ruột thừa do chất đậm này ứ trệ không hấp thụ hết phân huỷ gần ruột thừa làm viêm lan sang ruột thừa.

sỏi phân --> VRT

### 1.3. Giải phẫu

#### 1.3.1. Đại thể

- Ruột thừa thường ở đáy của manh tràng nơi hội tụ của 3 giải cơ dọc dưới gốc hối manh tràng 2-3 cm.
- Kích thước ruột thừa dài từ 7-12 cm, nhưng sự phát triển có thể bị chậm lại hoặc không phát triển chút nào kéo theo sự giảm sản, đặc biệt là ruột thừa ngừng phát triển.

- Ruột thừa sinh đôi cũng có thể gặp.
- Khi mới sinh chân ruột thừa rộng hình chân kim tự tháp. Từ 2 tuổi chân ruột thừa dần dần khép lại, chân nhỏ lại làm lỏng ruột thừa cũng hẹp theo ruột thừa dễ bị tắc và gây viêm. Điều đó giải thích hiếm gặp viêm ruột thừa trước tuổi này.
- Vị trí ruột thừa không hằng định bởi hướng và vị trí của manh tràng rất thay đổi. Trong quá trình phát triển bào thai manh tràng đầu tiên ở dưới sườn trái tháng thứ ba rồi sang dưới sườn phải tháng thứ tư và cuối cùng kết thúc ở hố chậu phải. Quá trình này có thể bị dừng lại ở bất cứ chỗ nào làm vị trí ruột thừa thay đổi theo. Cho nên ta có thể thấy vị trí ruột thừa ở các vị trí sau: ruột thừa ở hố chậu trái, ruột thừa ở dưới lách, gan. Ruột thừa ở mạc treo manh tràng trong trường hợp manh tràng không dính, ruột thừa có thể có sau manh tràng 25%, tự do trong ổ bụng 70% sau phúc mạc 5%, ruột thừa trong tiểu khung 4-30%. Ruột thừa có thể vắt qua phía trước hoặc phía sau quai hồi tràng cuối cùng đó là ruột thừa trong rễ mạc treo.
- Phản ứng tự nhiên của cơ thể là sự dính của mạc nối lớn và các cơ quan lân cận vào ruột thừa. Đặc biệt quai ruột non cuối cùng khu trú ổ viêm lại tạo nên áp xe ruột thừa. Khi ổ áp xe vỡ thứ phát tạo ra viêm phúc mạc toàn thể. Sự tự vệ của cơ thể không có hoặc có nhưng không có hiệu quả ruột thừa viêm không bị dính, khi vỡ mủ tự do chảy vào ổ bụng gây viêm phúc mạc tức thì.

### **1.3.2. Vi thể**

Niêm mạc ruột thừa giống niêm mạc đại tràng song tổ chức tuyến nhiều hơn ở niêm mạc và dưới niêm mạc. Khi mới sinh có vài nang bạch huyết, số lượng của nang **tăng lên không ngừng** để tới tuổi trưởng thành tối đa đạt **200 nang** và sau đó **sẽ giảm** và dần dần biến mất sau tuổi 60.

Điều này giải thích viêm ruột thừa giảm dần theo tuổi.

## **2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ**

Tuỳ theo diễn biến của bệnh có thể viêm ruột thừa sau.

### **2.1. Viêm ruột thừa thể xuất tiết**

Kích thước ruột thừa bình thường hoặc hơi to, đầu tù hơi dài hơn bình thường, màu sắc bình thường, có mạch máu to ngoằn ngoèo. Vi thể thấy ngầm tế bào viêm ở thành ruột thừa nhưng không có áp xe.

Không có dịch phản ứng trong phúc mạc nếu có là dịch trong vô trùng.

### **2.2. Viêm ruột thừa mủ**

Ruột thừa căng mọng thành mít bóng có dính giả mạc, đầu tù và dài. Trong lồng ruột thừa có mủ thối, có những ổ loét nhỏ ở niêm mạc, ổ áp xe ở thành ruột thừa.

Khi áp lực trong lồng ruột thừa căng dịch thoát ra ngoài ổ bụng màu đục không thối, cây không có vi khuẩn.

### **2.3. Viêm ruột thừa hoại thư**

Ruột thừa như lá úa hoại tử đen tùng mảng trên thanh mạc. Tiến triển này là hậu quả do tắc mạch tiên phát hoặc thứ phát sau ruột thừa nung mủ gây nên khi đó ruột thừa lân lộn 2 quá trình hoại tử và nhiễm trùng. Vì thế thay phá huỷ hoàn toàn các lớp của thành ruột thừa.

Dịch trong ổ bụng có màu đen và thối ôi khi có hơi, cấy dịch có vi trùng.

### **2.4. Viêm ruột thừa thủng**

Thủng là hậu quả của hoại tử và áp lực mủ quá căng trong lòng ruột thừa. Thủng dẫn tới viêm phúc mạc tức thì toàn thể hoặc khu trú. Viêm phúc mạc khu trú là do phản ứng của các tạng lân cận đến khu trú ổ viêm lại.

Cũng có khi ruột thừa viêm được mạc nối lớn và các tạng lân cận đến khu trú lại để đưa bạch cầu sang tiêu viêm biểu hiện trên lâm sàng là đám quánh ruột thừa, đôi khi đám quánh áp xe hoá và như vậy giữa đám quánh hình thành ổ mủ, ổ mủ này có thể vỡ ra gây viêm phúc mạc toàn thể.

## **3. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH**

Cho tới nay người ta cho rằng có 3 loại nguyên nhân dẫn tới viêm ruột thừa: Tắc lòng ruột thừa, nhiễm trùng và tắc nghẽn mạch máu.

### **3.1. Tắc lòng ruột thừa do một số nguyên nhân sau**

- Do sỏi phân ruột thừa, do giun đũa, giun kim chui vào lòng ruột thừa.
- Hệ thống nang lympho trong lòng ruột thừa sưng to bít miệng ruột thừa lại.
- Các chất niêm dịch trong lòng ruột thừa cô đặc lại tạo thành các bọc niêm dịch ruột thừa.
- Co thắt ở gốc hoặc đáy ruột thừa.
- Ruột thừa bị gấp do dính hoặc dây chằng.

### **3.2. Nhiễm trùng ruột thừa**

Sau khi bị tắc vi khuẩn trong lòng ruột thừa phát triển gây viêm.

Nhiễm khuẩn ruột thừa do nhiễm trùng huyết, xuất phát từ những ổ nhiễm trùng nơi khác như: phổi, tai, mũi, họng... Tuy vậy nguyên nhân này hiếm gặp.

- Khi viêm phúc mạc dịch trong ổ bụng được nuôi cấy sẽ thấy: vi khuẩn Gr (-) và Gr (+) nhiều nhất là Ecoli, Proteus Mirabilis, Proteus Vulgaris. Trực khuẩn ái khí: Klebsiella, Pseudomonas. Vi khuẩn Gr (-) yếm khí loại Ritella, vi khuẩn Gr (+) yếm khí loại Clostridium và các trực khuẩn dạng Coli, liên cầu khuẩn Gr (+) tan huyết nhóm β, tụ cầu và liên cầu khuẩn β, α bởi phế cầu trùng.
- + Ban đầu phản ứng viêm xảy ra ở các nang lympho. Nang này như các trạm tiền đồn phản ứng tự vệ với sự tấn công của vi trùng như các Amidal ở vùng hầu họng điều này giải thích ở vụ đông xuân mùa virus

phát triển trẻ em có viêm Amidal thường có viêm hạch ở đoạn cuối hồi tràng và ngược lại khi trẻ em, có đau hố chậu phải, sốt phải khám thêm hầu họng. Các nang lympho dưới niêm mạc bị viêm tạo nên ổ áp xe trong ruột thừa, ruột thừa sưng to căng bóng, tím bầm nhưng vẫn di động trong ổ bụng sau đó viêm lan tỏa ra xung quanh tạo dính với các tạng lân cận đó là "đám quánh ruột thừa" hoặc đã vỡ ra ổ bụng tạo nên viêm phúc mạc toàn thể hay khu trú "Abcès ruột thừa".

### **3.3. Tắc nghẽn mạch máu ruột thừa:** Do một số nguyên nhân sau:

#### **3.3.1. Tắc lòng ruột thừa**

Áp lực lòng ruột thừa tăng lên gây tắc nghẽn các mạch máu nhỏ tối nuôi dưỡng thành ruột gây rối loạn tuần hoàn thành ruột thừa.

#### **3.3.2. Nhiễm trùng**

- Do độc tố của vi trùng Gr (-) gây tắc mạch.
- Có thể tắc mạch tiên phát là do nguyên nhân của viêm ruột thừa.
- Nếu tắc mạch khu trú sẽ gây tổn thương hoại tử khu trú ở thành ruột thừa một vùng tương ứng.
- Nếu tắc mạch ở mạc treo hoặc lan tràn ở mạch máu nhỏ trên toàn bộ ruột thừa sẽ gây hoại tử toàn bộ niêm mạc ruột thừa tạo nên bệnh cảnh lâm sàng rất nặng dẫn tới nguy kịch.

## **4. TRIỆU CHỨNG VIÊM RUỘT THỪA**

### **4.1. Thể điển hình**

#### **4.1.1. Lâm sàng**

##### *a. Cơ năng*

- Đau xuất hiện tự nhiên hoặc nồng nặc, tức tức ở hố chậu phải, đau không lan. Có thể đau thượng vị, quanh rốn sau khu trú ở hố chậu phải, ít khi đau dữ dội. Chỉ đau dữ dội khi ruột thừa căng sấp vỡ hoặc giun chui vào ruột thừa.
- Buồn nôn hoặc nôn thực sự.
- Bí trung, đại tiện khi viêm phúc mạc.

##### *b. Toàn thân*

- Tinh thần tỉnh táo, tiếp xúc tốt, hơi mệt.
- Sốt nhẹ  $37,5^{\circ}$ - $38,5^{\circ}$  khi sốt cao là ruột thừa đã nung mủ căng sấp vỡ hoặc đã vỡ.
- Vẻ mặt nhiễm trùng: Môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.

##### *c. Thực thể*

- Nhìn bụng xẹp di động theo nhịp thở.
- Sờ nắn nhẹ nhàng từ hố chậu trái sang hố chậu phải thấy hố chậu phải có phản ứng, điểm Mac.Burney đau chói.

- Dấu hiệu Rowsing: Đau ở hố chậu phải khi ấn tay ở hố chậu trái.
- Có triệu chứng tăng cảm giác da: sờ nhẹ trên da thành bụng vùng hố chậu phải bệnh nhân đã cảm thấy đau.
- Thăm trực tràng, âm đạo: khi ruột thừa nằm trong tiểu khung ấn vào thành bên phải trực tràng, âm đạo bệnh nhân đau.

#### **4.1.2. Cận lâm sàng**

##### *a. Xét nghiệm*

Số lượng bạch cầu tăng từ 10.000 đến 15.000 chủ yếu là đa nhân trung tính, song cần lưu ý có từ 10% đến 30% trường hợp số lượng bạch cầu không tăng.

##### *b. X quang*

###### *Chụp bụng không chuẩn bị*

Ít có giá trị trong chẩn đoán xác định mà có giá trị trong chẩn đoán phân biệt như: có liềm hơi trong thủng tạng rỗng, sỏi niệu quản phải cản quang, sỏi túi mật cản quang... Tuy vậy có thể thấy một số hình ảnh sau:

- Có mức nước, hơi ở hố chậu phải có thể là của manh tràng hoặc quai ruột cuối cùng của hồi tràng bị phản ứng viêm tác động.
- Bóng cơ thắt lưng chậu bên phải mờ.
- Mờ vùng hố chậu phải.
- Đôi khi thấy hình ảnh sỏi phân ruột thừa.

###### *Chụp phổi*

Không phải chụp hệ thống với mọi trường hợp, chỉ chụp khi có nghi ngờ bệnh lý về phổi gây đau hố chậu phải nhất là trẻ em nghi phế quản phế viêm, người lớn viêm phổi thuỷ.

Chụp X quang có chuẩn bị: Ít làm ở Việt Nam vì ở Việt Nam chỉ tồn tại khái niệm viêm ruột thừa cấp, chụp khung đại tràng chỉ để phát hiện viêm ruột thừa mãn.

Wild (1985) và Lewin (1987) khẳng định nhờ có chụp khung đại tràng bằng baryt mà người ta đã tránh được mổ trong 75% những bệnh nhân lâm sàng nghi ngờ. Trước kia người ta sợ baryt qua chỗ hoại tử của ruột thừa vào ổ bụng gây nguy hiểm nhưng qua thực tế các tác giả đã nhận thấy không có hại gì ngược lại nó giúp cho chẩn đoán có viêm ruột thừa hay không?

- Khi chụp khung đại tràng baryt ngấm đầy trong lòng ruột thừa thì ruột thừa không viêm trái lại ruột thừa bị viêm lòng ruột thừa bị tắc nên baryt không ngấm vào được do vậy trên film không có hình ảnh của ruột thừa.
- Ngoài ra còn một số hình ảnh gián tiếp khác.
  - + Bờ trong của manh tràng gồ ghề.
  - + Thành của manh tràng bị đẩy lồi lên.
  - + Thay đổi vị trí đoạn cuối hồi tràng.

### c. Siêu âm

- Thấy đường kính của ruột thừa to hơn bình thường.
- Khi triệu chứng lâm sàng không điển hình cần phải chẩn đoán phân biệt với một số bệnh khác như: Sỏi niệu quản phải, chửa ngoài tử cung, u nang buồng trứng xoắn...
- Võ nang buồng trứng cơ năng: Như nang hoàng thể và nang Degriff.

### d. Nội soi chẩn đoán và điều trị

Mặc dù ngày nay nội soi phát triển mạnh giúp ích rất lớn trong chẩn đoán và điều trị, song nhiều tác giả không chủ trương mổ nội soi một cách hệ thống những trường hợp chẩn đoán rõ viêm ruột thừa mà chỉ áp dụng cho những trường hợp không điển hình cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh khác đặc biệt là ở phụ nữ đang trong thời kỳ hoạt động sinh dục như: vỡ nang hoàng thể hay nang Degriff, viêm phần phụ, chửa ngoài tử cung vỡ hay u nang buồng trứng xoắn...

Trong những trường hợp đó nội soi là phương tiện tốt giúp chẩn đoán chính xác và có thể giúp điều trị tích cực, hiệu quả hơn.

## 4.2. Các thể lâm sàng khác

### 4.2.1. Thể theo vị trí

#### a. Viêm ruột thừa sau manh tràng

- Thường gặp chiếm 20% - 25%.
- Hố chậu phải trướng nhẹ, phản ứng không rõ rệt, bệnh nhân đau lệch ra phía sau, đôi khi đau ở hố thắt lưng, phía sau trên mào chậu bên phải.
- Trong nhiều trường hợp có dấu hiệu của viêm cơ thắt lưng chậu.
- Dấu hiệu về rối loạn tiêu hóa nghèo nàn.

#### b. Viêm ruột thừa quanh rẽ mạc treo

- Đau bụng cạnh rốn bên phải hay quanh rốn.
- Buồn nôn, nôn, bí trung tiện, sốt.
- Bụng trướng có quai ruột nổi, có dấu hiệu rắn bò.
- Chụp bụng không chuẩn bị có mức nước hơi.

#### c. Viêm ruột thừa dưới gan

(Do ruột thừa dài hoặc manh tràng còn dính ở dưới gan)

- Đau dưới sườn phải.
- Phản ứng dưới sườn phải.
- Bệnh cảnh lâm sàng giống viêm túi mật cấp do vậy cần phân biệt với viêm túi mật cấp qua siêm âm gan mật.

#### *d. Viêm ruột thừa trong tiểu khung*

- Đau và có phản ứng vùng trên xương mu.
- Dấu hiệu của viêm trực tràng, bàng quang phụ cận.
- Thăm trực tràng: túi cùng Douglas đau, đôi khi thấy thành bên phải trực tràng đáy ấn đau.

#### **4.2.2. Thể theo cơ địa**

##### *a. Trẻ em còn bú: hiếm gặp.*

- Trẻ sốt cao nôn nhiều, ỉa chảy, toàn thân thay đổi nhanh.
- Thăm khám khó khăn, bệnh cảnh lâm sàng không điển hình.
- Ruột thừa thường vỡ trước 36 giờ và bệnh cảnh lâm sàng nặng lên nhanh chóng.

##### *b. Viêm ruột thừa ở trẻ em*

- Viêm ruột thừa ở trẻ em thường gặp hơn trẻ còn bú, diễn biến rất nhanh dễ dẫn tới viêm phúc mạc, là nguyên nhân chính dẫn tới tử vong ở trẻ em một số nước.
- Đau khởi đầu thường ở vùng thượng vị.
- Triển triển nhanh thường vỡ dưới 48 giờ.

##### *c. Viêm ruột thừa người già chẩn đoán khó khăn vì*

- Sốt không cao, đôi khi không sốt.
- Bụng đau rất ít, có khi chỉ hơi nặng nhẹ, hoặc tưng tức.
- Triển triển chậm.
- Bệnh cảnh lâm sàng giống tắc ruột, hoặc bán tắc ruột, khám hố chậu phải thấy khối u, giống như ung thư manh tràng.
- Số lượng bạch cầu đa nhân tăng ít.

##### *d. Viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai*

- Viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai 3 tháng đầu. Trong giai đoạn này thai chưa to nên vị trí ruột thừa ít có sự thay đổi, triệu chứng viêm ruột thừa giống với thể thông thường. Bệnh nhân có thể mắc những bệnh dễ nhầm với viêm ruột thừa như:
  - + Chửa ngoài tử cung.
  - + Doạ sẩy thai.
  - + Viêm túi mật ở phụ nữ có thai.
- Viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối: ở những tháng cuối thai to đẩy ruột thừa lên cao nên điểm đau cao hơn điểm Mac.Burney.
- Để bệnh nhân nằm nghiêng trái tử cung đổ sang trái ruột thừa sẽ về vị trí cũ. Để bệnh nhân nằm ngửa, ấn hố chậu trái tử cung bị đẩy sang phải chạm vào ruột thừa viêm gây đau.

- Viêm ruột thừa ở người mang thai khó chẩn đoán vì: Vị trí của ruột thừa thay đổi, thành bụng mềm vì nội tiết progesteron nên co cứng và phản ứng thành bụng không rõ ràng bằng người không mang thai.
- Do tử cung co bóp nên viêm phúc mạc ở người mang thai thường là viêm phúc mạc toàn thể.
- Viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai dễ dẫn tới sẩy thai, nguy cơ này cao hơn nhiều khi viêm phúc mạc.

#### **4.2.3. Thể theo diễn biến**

##### *a. Viêm ruột thừa đẻ diễn biến nhanh*

Đây là thể viêm ruột thừa diễn biến nhanh, sau vài giờ đầu đã dẫn tới viêm phúc mạc tức thì, loại viêm phúc mạc này dễ nhầm với viêm phúc mạc do thủng dạ dày.

##### *b. Viêm ruột thừa thể hoại tử*

- Bệnh nhân đau dữ dội, không nôn, ỉa chảy phân thối khǎn, thiểu niệu hay vô niệu.
- Mặt xanh tái, đầu chi lạnh, thân nhiệt thấp.
- Thở nhanh nông, mạch nhanh nhỏ khó bắt.
- Các triệu chứng thực thể mơ hồ kín đáo: Bụng không co cứng, phản ứng thành bụng không rõ ràng.
- Khi mở bụng ra thấy dịch đen bẩn, ruột thừa rửa tùng mảng, mùi thối do tổ chức hoại tử.

##### *c. Viêm ruột thừa thể nhiễm độc*

- Bệnh cảnh lâm sàng: Sốc nhiễm trùng, nhiễm độc do vi khuẩn Gr (-).
- Dấu hiệu thực thể nghèo nàn, bụng xẹp hay trương nhẹ, không bao giờ có co cứng thành bụng, phản ứng thành bụng.
- Dấu hiệu toàn thân rầm rộ: Mạch nhanh, huyết áp hạ, khó thở, tím tái, sốt nhẹ hoặc giảm nhiệt độ.
- Mở lòng ruột thừa thấy niêm mạc ruột thừa hoại tử toàn bộ.

#### **4.2.4. Các thể viêm ruột thừa khác**

##### *a. Viêm ruột thừa trong túi thoát vị*

Túi thoát vị rất đau giống như thoát vị nghẹt và bệnh nhân thường có sốt, bạch cầu cao.

##### *b. Viêm ruột thừa do giun chui vào ruột thừa*

Thường xảy ra sau khi tẩy giun, bệnh nhân đau dữ dội từng cơn ở hố chậu phải. Tuy vậy khám bụng vẫn mềm, không sốt, bạch cầu không cao. Khi mổ ra ruột thừa căng tròn và ngọ nguậy.

### c. Viêm ruột thừa do lao

Bệnh nhân có hội chứng viêm ruột thừa cấp hoặc bán cấp, mổ ra thấy ruột thừa sưng to rải rác có những hạt trắng ngà như những hạt kê, có nhiều hạch mạc treo và bụng có dịch màu vàng chanh. Thủ giải phẫu bệnh có tổn thương lao.

### d. Viêm ruột thừa do thương hàn

Có thể xảy ra ở giai đoạn toàn phát của thương hàn. Biểu hiện lâm sàng như viêm ruột thừa, ỉa chảy, sốt cao, làm Widal (+). Khi mổ ra phải kiểm tra xem có thủng hối tràng không.

## 5. CHẨN ĐOÁN VIÊM RUỘT THỪA

### 5.1. Chẩn đoán xác định

Bệnh nhân đang khoẻ mạnh tự nhiên đau âm ỉ ở hố chậu phải kèm theo có nôn hoặc buồn nôn, sốt nhẹ, khám hố chậu phải có phản ứng điểm Macburney đau, bạch cầu cao, siêu âm ruột thừa to và dài, xung quanh có dịch.

### 5.2. Chẩn đoán phân biệt

#### 5.2.1. Với các bệnh gây đau ở hố chậu phải

##### a. Sỏi niệu quản phải và viêm đường tiết niệu

Sỏi niệu quản phải: Bệnh nhân đau từng cơn lan dọc theo đường đi niệu quản phải xuống bộ phận sinh dục ngoài, đau khi gắng sức. Có rối loạn tiểu tiện: Đái đục, đái dắt, đái buốt, đái ra sỏi hoặc đái ra máu. Siêu âm thấy đài bể thận, niệu quản phải dãn khi có sỏi tắc ở niệu quản. X quang: Thấy sỏi cản quang ở dọc đường của niệu quản phải.

Viêm đường tiết niệu: 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. Bệnh nhân có sốt, đái đục, đái rắt, đái buốt... xét nghiệm có nhiều bạch cầu trong nước tiểu.

##### b. Viêm đoạn cuối hối tràng hoặc viêm manh tràng

- Bệnh nhân đau quặn từng cơn.
- Trong cơn đau sờ thấy thừng đại tràng, ấn thấy lọc sọc.
- Bệnh nhân thường có rối loạn tiêu hoá: ỉa chảy hay táo bón.

##### c. Viêm đoạn cuối hối tràng kiểu Crohn

- Biểu hiện trên lâm sàng bởi hội chứng tắc ruột hoặc bán tắc ruột, đôi khi có sốt nhẹ và rối loạn tiêu hoá.
- Đại thể: Khi mở ra thấy viêm từng đoạn phần cuối của hối tràng có khi sang cả đại tràng và xuống tận trực tràng, niêm mạc có nhiều ổ loét, có loét dạng cúc áo khuy măng sét.
- Vi thể: Thành ruột phù nề ngấm tế bào viêm.

#### *d. U ở manh tràng*

- U ác tính: Ung thư manh tràng, có dấu hiệu bán tắc ruột, ỉa lỏng giống như ly, khám hố chậu phải hay mặng sườn phải có khối u, X quang thấy có hình ảnh lồng ruột hoặc hình ảnh ung thư manh tràng như: Khuyết, thâm nhiễm cứng, cắt cụt.
- U lành: như polyp, viêm lao, amibome.

#### *e. Viêm túi thừa Meckel*

- Túi thừa Meckel có những đảo tế bào niêm mạc giống niêm mạc của dạ dày. Túi thừa Meckel có thể gây ra một số biến chứng: viêm niêm mạc giống như viêm ruột thừa nhưng diễn biến từng đợt, tắc ruột hoặc loét chảy máu giống như chảy máu dạ dày.
- Thường ở trẻ dưới 18 tuổi.
- Đau gần cạnh rốn bên phải, sốt, có dấu hiệu tắc ruột, ỉa phân đen chỉ chẩn đoán được trước mổ khi nghĩ tới và cho chụp đồng vị phóng xạ Technectium 99<sup>m</sup> thấy tế bào giống tế bào niêm mạc dạ dày tập trung ở ruột non vùng quanh rốn bên phải.

#### *g. Ở phụ nữ đang ở tuổi dậy thì hoặc ở tuổi hoạt động sinh dục thì chẩn đoán phân biệt với:*

- Võ các nang cơ năng: Võ nang hoàng thể, võ nang Degriff.
- U nang buồng trứng xoắn: Bệnh nhân đau dữ dội, khám có u vùng hạ vị. Siêu âm thấy rõ khối u cạnh tử cung.
- Chửa ngoài tử cung võ: Bệnh nhân rối loạn kinh nguyệt, thường là chậm kinh, ra máu âm đạo, hội chứng mất máu rõ. Siêu âm thấy khứa ngoài tử cung, buồng tử cung rỗng Douglas có dịch, xét nghiệm HCG (+).
- Doạ sảy thai: Bệnh nhân có thai 3 tháng đầu đau bụng có cơn co tử cung, ra máu âm đạo.

#### *h. Viêm phần phụ: Đau hai bên hố chậu, ra khí hư hôi, sốt cao dao động, Echo Douglas có dịch 2 phần phụ rất to.*

#### **5.2.2. Chẩn đoán phân biệt với các bệnh nội khoa**

*a. Viêm phổi:* Phế quản viêm phổi hay gặp ở trẻ em, viêm phổi thuỷ hay gặp ở người lớn có đau hố chậu phải kèm theo sốt.

*b. Ngộ độc thức ăn:* Đau khắp bụng, đau nhiều ở hố chậu phải, đau quặn từng cơn, nôn, ỉa chảy, sốt.

*c. Viêm gan siêu vi trùng:* Đau nửa bụng phải, sốt, mệt mỏi chán ăn, men gan cao, bilirubin cao AU (+).

*d. Sốt xuất huyết:* Bệnh nhân sốt cao, xuất huyết dưới da, nghiệm pháp dây thắt (+) tiểu cầu giảm.

e. **Táo bón:** Hay gặp ở trẻ em do chế độ ăn không hợp lý, ăn chất có nhiều tanin: như ổi, hồng xiêm... Ở người già vận động ít nhu động ruột giảm, phân ứ đọng lại gây táo bón nhiều ngày, đôi khi hàng tuần, chụp bụng không chuẩn bị thấy: đại tràng đầy phân, thut tháo sẽ thấy tình trạng bệnh nhân được cải thiện rõ rệt.

## 6. ĐIỀU TRỊ

**Viêm ruột thừa cấp:** Chỉ có một cách điều trị duy nhất là mổ cấp cứu.

a. **Vô cảm:** Có nhiều cách vô cảm trong phẫu thuật cắt ruột thừa:

- Gây mê tại chỗ, từng lớp.
- Gây mê mặt nạ.
- Gây mê tuỷ sống: Phương pháp này đã được sử dụng rộng rãi.
- Gây mê tĩnh mạch.
- Gây mê nội khí quản.

b. **Đường rạch thành bụng:** Có nhiều đường rạch thành bụng để mổ viêm ruột thừa nhưng thông dụng nhất là đường Mac.Burney. Ưu điểm của đường Mac.Burney là không cắt ngang các thớ cơ của thành bụng sẹo vững chắc sau mổ, ít bị thoát vị, nhược điểm dễ bị nhiễm trùng, rất khó mở rộng lên trên hoặc xuống dưới khi cần thiết.

c. **Đánh giá tổn thương và xử trí**

- Mở bụng có dịch phải lấy dịch nuôi cấy vi trùng và làm kháng sinh đồ.
- Khi vào ổ bụng đánh giá thương tổn của ruột thừa và cắt ruột thừa vùi hoặc không vùi gốc. Nếu thành manh tràng mềm mại thì vùi gốc ruột thừa, nếu thành manh tràng phù nề tổ chức dòn hoặc mủn nát chỉ thắt kín hoặc khâu kín gốc ruột thừa, không nên vùi vì trong trường hợp đó dễ nguy hiểm.
- Nếu khâu kín khó khăn tiên lượng có thể rò manh tràng thì sau cắt ruột thừa xong đưa thành manh tràng ra ngoài thành bụng hoặc đặt sonde vào mổ cắt ruột thừa rồi dính vào thành bụng chủ động dẫn lưu manh tràng.

## 7. DIỄN BIẾN CỦA VIÊM RUỘT THỪA

Nếu viêm ruột thừa không được mổ kịp thời "rất hiếm khi tự khỏi mà thông thường vỡ ra thành viêm phúc mạc toàn thể hay viêm phúc mạc khu trú.

### 7.1. Viêm phúc mạc toàn thể

#### 7.1.1. Viêm phúc mạc tức thì

a. **Viêm phúc mạc tức thì**

Viêm ruột thừa sau 24 giờ không được theo dõi và xử lý kịp thời ruột thừa tự do trong ổ bụng, vỡ mủ gây viêm phúc mạc toàn thể. Bệnh nhân đau bụng không khu trú ở hố chậu phải mà lan ra khắp bụng, có cảm giác phúc mạc và hội chứng nhiễm trùng rõ, bạch cầu cao.

### b. Viêm phúc mạc thì 2

Đau hố chậu phải và sốt sau đó thì dịu đi, thời gian dịu đi gọi là "thời gian khỏi dối trá". Sau đó lại đau và đan lan ra khắp bụng, bụng co cứng, có cảm ứng phúc mạc và có hội chứng nhiễm trùng rõ.

### c. Viêm phúc mạc thì 3

Là do ổ áp xe ruột thừa vỡ ra gây viêm phúc mạc toàn thể.

Dù ở thể lâm sàng khác nhau nhưng khi đã viêm phúc mạc toàn thể của viêm ruột thừa đều có các triệu chứng tương tự như sau:

#### 7.1.2. Chẩn đoán viêm phúc mạc

##### a. Triệu chứng lâm sàng

- Cơ năng đau bụng, lúc đầu đau khu trú ở hố chậu phải nhưng hiện tại đau khắp bụng và đau nhất vẫn là hố chậu phải, đau liên tục tăng dần kèm theo đau có nôn hoặc buồn nôn, có bí trung, đại tiện, hoặc bí đái, đôi khi có ỉa lỏng thường gặp ở trẻ em.
- Toàn thân: tinh thần tỉnh đôi khi hốt hoảng mệt mỏi hoặc mê sảng, sốt cao dao động hoặc tình trạng nhiễm độc bệnh nhân lơ mơ, môi khô, lưỡi bẩn hơn thở hôi, mạch nhanh, huyết áp bình thường hoặc hơi lả, thiểu niệu hoặc vô niệu.
- Thực thể:
  - + Nhìn: Thấy bụng trương đều, ít di động theo nhịp thở vì đau.
  - + Sờ nắn: Đau khắp bụng, đau nhất vùng hố chậu phải, đôi khi bụng co cứng và có cảm ứng phúc mạc.
  - + Gõ thấy đục ở hai 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 đục, mùi thối, soi có rất nhiều bạch cầu đa nhân thoái hoá.

##### b. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm: Bạch cầu đa nhân trung tính cao, US cao.
- X quang: Chụp bụng không chuẩn bị: không thấy liềm hơi. Ruột và dạ dày căng hơi. Có dịch tự do trong ổ bụng biểu hiện: mờ ở vùng bụng dưới, có dịch giữa các quai ruột, mất bóng của cơ đái chậu.
- Siêu âm: Thấy có dịch tự do trong ổ bụng: Dịch ở Douglas, ở khoang Morisson, dịch ở vòm gan, dịch ở hố lách, dịch ở hố chậu phải. Gan mật, phần phụ bình thường.

#### 7.1.3. Chẩn đoán phân biệt

##### a. Với các bệnh không phải là viêm phúc mạc

- Asite cấp do viêm gan:

Bệnh nhân thường có biểu hiện đau bụng, đau 1/2 bụng phải, sau lan khắp bụng sốt vàng da, vàng mắt, chán ăn, mệt mỏi, tái vàng xét nghiệm: men gan tăng: HbsAg (+), bilirubin tăng, siêu âm: đường mật trong và ngoài gan không giãn.

- Viêm ruột

Đau khấp bụng có rối loạn tiêu hóa: bụng trương căng, ỉa lỏng.

- Chửa ngoài dạ con vỡ:

Bệnh nhân nữ đang trong thời kỳ sinh đẻ có đặt vòng hoặc chữa vô sinh có chậm kinh, ra máu âm đạo, da hơi xanh, niêm mạc hơi nhợt, mạch hơi nhanh, huyết áp bình thường hoặc hơi hạ, đau khấp bụng đau nhất ở vùng bụng dưới, khám âm đạo hoặc trực tràng cùng đồ phái hoặc túi cùng Douglas đầy và đau βHCG (+) siêu âm thấy buồng tử cung rỗng, thấy khối chứa cạnh tử cung, Douglas có nhiều dịch, chọc dò có máu không đồng.

- U nang buồng trứng xoắn

Bệnh nhân đau bụng vùng hố chậu phải, đau từng cơn ngày một tăng khám hố chậu phải có khối u, u phát triển ngày càng to, mạch nhanh, huyết áp giảm hoặc hạ, siêu âm thấy có khối u cạnh tử cung.

b. Phân biệt với các bệnh viêm phúc mạc khác

- Viêm phúc mạc do thủng dạ dày

- + Có tiền sử đau dạ dày
- + Đau đột ngột dữ dội vùng trên rốn như dao đâm
- + Bụng co cứng như gỗ.
- + Gõ mất vùng đục trước gan.
- + Thăm trực tràng: túi cùng Douglas phồng và đau.
- + X quang chụp bụng không chuẩn bị có liêm hơi.

- Viêm phúc mạc mật

- + Đặc biệt là loại viêm phúc mạc do viêm túi mật hoại tử do sỏi túi mật hoặc không có sỏi túi mật.
- + Đau đầu tiên ở vùng dưới sườn phải sau lan xuống hố chậu phải.
- + Sốt nóng sốt rét, đôi khi sốt rét run.
- + Da và niêm mạc không vàng.
- + Siêu âm: Quanh đường túi mật và khoang Morisson có nhiều dịch, thành túi mật dày, dịch trong túi mật đục, trong có thể thấy sỏi túi mật hoặc không, đường mật trong và ngoài không giãn.
- + X quang bụng không chuẩn bị có liêm hơi còn đối với loại viêm phúc mạc do sỏi ống mật chủ có tam chứng Charcot rõ như: đau vùng gan, sốt rét run, có vàng da, vàng mắt từng đợt. Siêu âm: ống mật chủ và đường mật trên giãn có sỏi ống mật chủ, bilirubin cao và đợt này lại tái diễn tương tự, hiện tại bụng có dấu hiệu viêm phúc mạc rõ thì việc chẩn đoán viêm phúc mạc mật ít khi nhầm.

- Viêm tuy cấp

Thường xuất hiện đau từ thượng vị trước thường ở những người hay ăn hoặc uống quá nhiều. Đặc biệt là bia, rượu. Có thể đã có cơn đau như vậy trong tiền sử lần này đau lan ra khắp bụng và nôn nhiều. Khám thấy bụng đau khắp nhất là vùng thượng vị và hố chậu phải và đau điểm sườn lưng trái nghi thủng dạ dày nhưng chụp X quang bụng không chuẩn bị không thấy liềm hơi. Xét nghiệm: Amylase máu và nước tiểu tăng cao. Siêu âm: Tuy to và xung quanh có nhiều dịch.

- Viêm phúc mạc do viêm phần phụ

Phụ nữ đang ở tuổi sinh đẻ, đau bụng hai bên hố chậu đau xuyên ra hai bên thắt lưng, sốt cao dao động thăm âm đạo thấy tử cung và phần phụ hai bên to hơn bình thường và rất nhiều khí hư mùi hôi, cùng đồ hai bên phồng và đau. Siêu âm: Túi cùng Douglas có nhiều dịch.

- Áp xe gan vỡ

Bệnh nhân có đau vùng gan, gan to, rung gan (+), ấn kẽ liên sườn đau, sốt cao dao động, tốc độ lăng máu cao, khám bụng đau khắp, đau nhiều ở nửa bụng phải và hố chậu phải. X quang thấy bóng gan to, bụng dưới mờ không có liềm hơi, đôi khi có phản ứng màng phổi phải. Siêu âm bụng thấy có ổ áp xe trong gan và Douglas có nhiều dịch, khoang Morisson có dịch.

#### **7.1.4. Xử trí viêm phúc mạc ruột thừa**

- Phải mổ càng sớm càng tốt.
- Gây mê nội khí quản, dẫn cơ tốt để lau rửa sạch ổ bụng.
- Kháng sinh với kháng khuẩn phổ rộng cho trước, trong và sau mổ đặc biệt với vi khuẩn ký sinh nên phối hợp thêm Metronidazon.
- Đường rạch: Nếu chắc là viêm phúc mạc ruột thừa có thể mổ theo đường bờ ngoài cơ thắt to bên phải mở một lớp. Nếu không chắc chắn là viêm phúc mạc ruột thừa thì mở đường trắng giữ trên và dưới rốn nếu thấy mủ thối là viêm phúc mạc ruột thừa, thì rạch xuống dưới, nếu thấy dịch tiêu hoá hoặc bã thức ăn hoặc dịch không hôi thì rạch lên trên.
- Lấy dịch nuôi cấy vi trùng để làm kháng sinh đồ.
- Tìm ruột thừa và cắt ruột thừa.
- Có thể vùi gốc hoặc không vùi nhưng nếu thành manh tràng phù nề thì không nên cố vùi gốc ruột thừa mà chỉ thắt kín là đủ.
- Nếu gốc ruột thừa hoại tử mủn nát xuống tận thành manh tràng khâu kín khó khăn có nguy cơ buc chỉ nên dẫn lưu manh tràng chủ động tạo rò để tránh biến chứng rò gốc ruột thừa sau mổ.
- Lau rửa sạch ổ bụng.
- Đặt Sonde dẫn lưu hoặc không.
- Đóng bụng một lớp để da hở hoặc đóng kín cả da một lớp.
- Cắt chỉ sau 2 tuần.

## **7.2. Áp xe ruột thừa hay viêm phúc mạc khu trú**

### **7.2.1. Áp xe ngoài phúc mạc**

Khi ruột thừa nằm sát thành bụng bên hoặc sau bên hoặc sau như: ruột thừa sau manh tràng khi bị vỡ mủ, lúc đó các tạng lân cận cùng mạc nối lớn tới bao bọc khu trú ổ mủ lại, biệt lập nó với các tạng còn lại ở trong ổ bụng bởi thành trong, còn thành ngoài chính là thành bụng. Thăm khám thấy một khối dính sát thành bụng trước bên hoặc sau bên liên tục với mào chậu, khối tròn, căng ranh giới rõ, ấn đau, đôi khi sấp vỡ ra da làm ta thấy rõ các dấu hiệu: sưng, nóng, đỏ, đau. Trường hợp này cần phải chẩn đoán phân biệt thêm với áp xe cơ thành bụng và áp xe cơ đáy chậu. Nếu áp xe cơ đáy chậu thường có co chân, không đi lại được và phân biệt với và u manh tràng xâm lấn vào thành bụng gây áp xe hoá thành bụng. Cần làm siêu âm và chụp khung đại tràng để chẩn đoán xác định. Khi chọc dò nếu ra mủ thối thường là áp xe ruột thừa. Nếu mủ trắng không thối nuôi cấy vô khuẩn thường là áp xe cơ đáy chậu. Xử trí: Chọc dò trên điểm nào đau nhất, phồng nhất, căng nhất, gần thành bụng nhất, tốt nhất là chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm và theo kim chọc dò để rạch tháo mủ ngoài phúc mạc, không nhất thiết phải cắt ruột thừa. Nếu khi rạch không thấy ruột thừa thì chỉ cần tháo mủ để da hở hoàn toàn và hẹn bệnh nhân sau 6 tháng vào mổ cắt ruột thừa.

### **7.2.2. Áp xe ruột thừa trong phúc mạc**

- Khi ruột thừa nằm quanh rễ mạc treo, ruột thừa vỡ mủ được rễ mạc treo cùng các quai ruột và mạc nối lớn tới khu trú ổ mủ lại, ổ mủ này ở giữa bụng không dính với thành bụng trước và thành bụng bên. Bệnh nhân thường sốt cao dao động có dấu hiệu tắc ruột hoặc bán tắc ruột, khám thấy khối u cạnh rốn bên phải cách xa thành bụng, ranh giới rõ, ấn rất đau, không di động. X quang có dấu hiệu tắc ruột, siêu âm cho ta thấy hình ảnh của áp xe. Trường hợp này phải mổ vào ổ bụng, hút sạch mủ ổ áp xe, gỡ dính ruột, lập lại lưu thông của đường tiêu hoá, lau rửa sạch ổ bụng.

#### **- Áp xe trong tiểu khung**

Khi ruột thừa vỡ nằm sâu dưới tiểu khung thường thấy bệnh nhân đau vùng hạ vị, hố chậu phải đau ít và đau mơ hồ, phản ứng thành bụng không rõ, chủ yếu là đau vùng trên xương mu bên phải, sốt cao dao động. Có đái rắt, đái buốt, thậm chí bí đái, có kèm theo hội chứng rối loạn tiêu hoá giống như ly: đau quặn, mót rặn, phân lầy nhầy lẫn máu, thăm trực tràng và âm đạo túi cùng Douglas và cùng đồ bên phải đầy và đau, cơ thắt hậu môn nhão, siêu âm thấy một khối áp xe trong tiểu khung, nếu dẫn lưu mủ được qua đường túi cùng Douglas thì sau 6 tháng hẹn bệnh nhân vào mổ lại để cắt ruột thừa.

## **7.3. Đám quánh ruột thừa**

Ruột thừa viêm gây phản ứng tổ chức mạc nối lớn cùng các tạng lân cận như: ruột, thành bàng quang, vòi buồng trứng được huy động đến để bao vây lấy ruột thừa để khu trú ổ viêm lại, bệnh nhân thường đau hố chậu phải vài ngày trước đó, khám thấy hố chậu phải có một mảng cộp, không có ranh giới rõ, ấn đau

ít, còn hội chứng nhiễm trùng, siêu âm chưa thấy ổ áp xe hình thành, chọc dò có máu tươi. Đây là trường hợp duy nhất không có chỉ định mổ mà phải cho vào viện điều trị kháng sinh với kháng khuẩn phổ rộng và theo dõi thấy triệu chứng lâm sàng giảm dần từ độ 1 tuần thì cho bệnh nhân ra viện và hẹn sau 6 tháng vào mổ cắt ruột thừa. Trong khi còn đang điều trị tại bệnh viện mà sốt dao động tăng lên, triệu chứng lâm sàng không giảm, mảng cộm mềm da, ấn vào thấy đau chói, chọc có mùi thối, đó là đám quánh ruột thừa bị áp xe hoá và phải xử trí như áp xe ruột thừa ngoài phúc mạc đã nói ở trên. Trong trường hợp cho về để chờ đợi 6 tháng sau khi trở lại viện để cắt ruột thừa, nên dặn bệnh nhân: nếu đau lại bất cứ lúc nào sẽ phải tới bệnh viện ngay để mổ cấp cứu.

## 8. BIẾN CHỨNG SAU MỔ CỦA VIÊM RUỘT THỪA VÀ VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA

### 8.1. Biến chứng sớm

#### 8.1.1. Chảy máu sau mổ

- Chảy máu trong ổ bụng do tuột động mạch treo ruột thừa chảy máu từ những chỗ bóc tách manh tràng ra khỏi thành bụng sau để cắt ruột thừa sau manh tràng, chảy máu từ mạch mặng nối lớn...
- Chảy máu ở thành bụng: do các mạch máu ở thành bụng như mạch thượng vị và các mạch khác: gây tụ máu ở thành bụng là nguy cơ nhiễm trùng vết mổ, toác vết mổ và thoát vị thành bụng sau mổ.

#### 8.1.2. Viêm phúc mạc sau mổ

- Viêm phúc mạc khu trú: do mủ lau chưa sạch hoặc bụng gốc ruột thừa: thường có hội chứng nhiễm trùng rõ đôi khi có hội chứng tắc ruột hoặc bán tắc ruột nếu còn ống dẫn lưu thì thấy mủ hoặc dịch tiêu hoá chảy qua ống đó ra ngoài, khám thấy một khu trú ở hố chậu phải ấn đau, siêu âm thấy ổ áp xe ở hố chậu phải. Phải mổ để làm sạch ổ áp xe, gỡ dính lập lại lưu thông đường tiêu hoá, làm sạch ổ bụng.
- Viêm phúc mạc toàn thể: do lau rửa mủ chưa sạch hoặc ổ áp xe vỡ ra hoặc bức gốc ruột thừa dịch tiêu hoá lan tràn khắp ổ bụng có hội chứng viêm phúc mạc rõ, xử trí như xử trí viêm phúc mạc ở phần trên.

#### 8.1.3. Rò manh tràng

Đây là một trường hợp may mắn: manh tràng rò dính sát với thành bụng làm dịch tiêu hoá và phân trực tiếp chảy ra ngoài không gây nên biến chứng viêm phúc mạc khu trú hay toàn thể, nếu bệnh nhân đi ngoài được ruột lưu thông tốt rò manh tràng sẽ bớt dần và tự khỏi. Nếu rò không tự khỏi sau 6 tháng khoét lỗ rò manh tràng và đóng lại hoặc cắt đoạn manh tràng không bình thường đi thăm triết sát hoặc dưới van Bauhin rồi cắm hoặc nối hồi tràng với đại tràng.

#### 8.1.4. Nhiễm trùng thành bụng

Vết mổ tẩy đỏ tụ máu ở dưới, làm bệnh nhân luôn thấy vết mổ căng và đau. Phải cắt chỉ tháo hết máu tụ trước 72 giờ. Nếu sau 72 giờ máu tụ này sẽ bội nhiễm.

**Áp xe thành bụng:** do máu tụ, do dập nát cơ thành bụng vì kéo Ecarteur thô bạo và lâu làm cơ dập nát nhiều, hoặc do mủ trong ổ bụng lách vào các lớp cơ trong khi mổ. Khám thấy một khối tròn căng đầy vết mổ phồng lên, sưng, nóng, đỏ, đau, cắt chỉ tháo mủ lấy mủ nuôi cấy vi trùng và làm kháng sinh đồ.

**Toác thành bụng:** lòi ruột ra:

Thường phải kiểm tra có thể có viêm phúc mạc khu trú hoặc toàn thể ở trong ổ bụng hoặc áp xe thành bụng hoặc bệnh nhân ho nhiều làm đứt cân thành bụng hoặc khâu lấy ít cân và khi cử động mạnh cân bị xé rách cho nên khi mổ toác thành bụng phải kiểm tra xem có còn áp xe tồn dư trong ổ bụng không trước khi đưa ruột vào và đóng lại thành bụng. Tốt nhất trong trường hợp này nên dùng chỉ thép đóng một lớp.

## 8.2. Biến chứng muộn

### 8.2.1. Tắc ruột sau mổ

Một trong những nguyên nhân chính gây tắc ruột sau mổ viêm phúc mạc là lau rửa ổ bụng chưa sạch, cho nên với viêm phúc mạc muốn tránh dính phải lau ổ bụng sạch và khuyên bệnh nhân vận động sớm sau mổ.

### 8.2.2. Sa lồi thành bụng

Do nhiễm trùng thành bụng hoại tử cân cơ thành bụng. Làm tụt cân là nguyên nhân chính để ruột sa lồi ra qua đây.

# TẮC RUỘT

PGS.TS.Hà Văn Quyết

## I. 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.

## II. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là một hội chứng ứ trể 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 là bệnh thường gặp trong cấp cứu. Thường do nhiều nguyên nhân và diễn biến thay đổi do bệnh cảnh lâm sàng. Tuy nhiên việc chẩn đoán xác định với các triệu chứng kinh điển cũng có thể thực hiện được mặc dù trong thời gian gần đây còn có những phương tiện chẩn đoán khác. Điều trị tắc ruột không phải chỉ là phẫu thuật mà 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 tắc ruột do xoắn ruột vẫn là vấn đề cần tiếp tục nghiên cứu trong điều trị tắc ruột hiện nay.

## III. NỘI DUNG

### *Đặc điểm dịch tễ*

Tắc ruột thường gặp ở mọi lứa tuổi, không phân biệt giới tính tuỳ 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:

#### **3.1. Tắc ruột cơ học**

##### *Nguyên nhân ở trong lòng ruột:*

- Tắc ruột do giun thường gặp nhiều ở trẻ em vùng trồng rau có thói quen sử dụng phân người chưa được xử lý. 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 tuy hoặc đã bị cắt dạ dày. Tắc ruột do bã thức ăn thường gặp ở người già rụng răng, viêm tuy mãn, có tiền sử cắt dạ dày hoặc cắt thần kinh X do loét.
- Sỏi túi mật gây viêm, thủng vào tá tràng và di chuyển xuống ruột gây tắc rất hiếm gặp ở Việt Nam.
- Tắc ruột do lồng ruột cấp tính, thường gặp ở trẻ còn bú vào mùa đông xuân.
- Ở đại tràng, nguyên nhân gây tắc có thể là khối u phân, ở người già bị táo bón kéo dài. Tắc ruột do u đại tràng thường gặp ở tuổi 50 trở lên...

#### *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 trực 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.

### 3.2. 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 tuy cũng gây liệt ruột.
- Thiếu máu cấp và huyết khối tึง mạch 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 hóa: kali máu thấp, tăng calci máu, toan chuyển hóa.
  - + Một số thuốc: dẫn chất của thuốc phiện, kháng cholinergic.
  - + Tổn thương ruột trong các bệnh toàn thân: tiểu đường, thiểu năng tuyến giáp, rối loạn chuyển hóa 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 tỏa 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.

### 3.3. Hậu quả của tắc ruột

#### 3.3.1. 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 thăng 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 thường 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:  $\text{Na}^+$  máu giảm do dịch út đọng trong ruột chứa nhiều  $\text{Na}^+$ .  $\text{K}^+$ ,  $\text{Cl}^-$  máu thường giảm do trong dịch nôn chứa nhiều  $\text{K}^+$ ,  $\text{Cl}^-$ ,  $\text{K}^+$  máu tăng trong **giai đoạn muộn** khi các tế bào của thành ruột bị hoại tử, giải phóng  $\text{K}^+$ . Urê, 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  $\text{HCl}$  và di chuyển gốc  $\text{CHO}_3^-$  từ trong tế bào ra ngoài tế bào, ít khi có toan chuyển hoá với  $\text{K}^+$  máu cao. Cuối cùng, **bụng trương**, 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 gấp, ruột giãn to, chưa 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 út 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 út trệ tinh 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 út 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 lồng 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 tuỳ 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, **trướng 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.

## 3.4. Chẩn đoán xác định

### 3.4.1. Lâm sàng

\* 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 mang 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 trương, mềm: bụng không trương ngay từ đầu và cũng rất thay đổi. Lúc đầu chỉ trương ở giữa bụng hoặc ở mang sườn sau đó bụng trương dần lên. Trong tắc hông tràng cao, sát góc Treitz, bụng không trương, thậm chí

là bụng xẹp. Bụng trương nhiều trong tắc ruột muộn, trương dọc khung đại tràng trong tắc đại - trực tràng thấp. Trướng đều trong tắc ruột do bít tắc, trương 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 trương hơi, có thể có dấu hiệu gõ đục vùng thấp do có dịch trong ổ bụng.
- Ngoài ra, thăm khám tý mỉ 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.

### 3.4.2. Cận lâm sàng

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 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 chổ tắc, giãn hơi trên phim chụp nằm và mức nước - hơi trên phim chụp đứng hoặc nằm nghiêng.
- Ruột không có hơi ở dưới chổ 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 nuốt 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 hòa 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 nham nhở. Trong lồng ruột, có hình đáy chén, hình càng 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 hòa 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 lồng 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 bít tắc như các khối u đường tiêu hóa, khối bã thức ăn, búi giun...

### **3.4.3. Các xét nghiệm máu và sinh hóa**

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 hóa:

- $\text{Na}^+$ : bình thường hoặc giảm nhẹ, giảm nhiều trong giai đoạn muộn.
- $\text{K}^+$ : giảm trong giai đoạn sớm, tăng trong giai đoạn muộn.
- $\text{Cl}^+$ : giảm.
- pH: tăng trong giai đoạn sớm và giảm trong giai đoạn muộn.
- $\text{CO}_3\text{H}^-$ : 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.

## **3.5. Chẩn đoán phân biệt**

Đứng trước hội chứng tắc ruột cần thăm khám kỹ lưỡng, kĩ càng 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.

### **3.5.1. Các bệnh nội khoa**

- Cơn đau quặn thận: Cơn đau quặn thận do sỏi thường gây ra phản xạ liệt ruột. Đặc điểm của cơn đau quặn thận là đau ở vùng thắt lưng lan xuống vùng bụng. Siêu âm và chụp niệu đồ tinh 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.
- Cơn 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  $\text{K}^+$  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.

### **3.5.2. 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 tuy cấp: biểu hiện lâm sàng của viêm tuy cấp là đau dữ dội, liên tục vùng trên rốn, nôn, bụng trương nhiều và phản ứng thàng bụng trên rốn. Dấu hiệu sốc xuất hiện sớm và nặng. Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm amylase máu và nước tiểu, lipase 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.
- Vỡ 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 trương nhiều, không có dấu hiệu rắn bò 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.
- Thởm trực tràng: dấu hiệu Douglas đầy và đau do có dịch máu trong phúc mạc.

### 3.6. Tiến triển và tiên lượng

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

Tiên 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 tỏa. 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.

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.

### 3.7. 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.

#### 3.7.1. Chuẩn bị bệnh nhân

Hút dạ dày: đặt ống thông dạ dày hút nhằm mục đích làm bụng đỡ trương, 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 lục mổ.

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. 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.

### 3.7.2. 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.

Thăm dò tìm vị trí và nguyên nhân gây tắc nằm ở chỗ nối giữa đoạn ruột phòng và đoạn xẹp.

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.

### 3.7. Giáo dục sức khoẻ

- Hướng dẫn người bệnh đã bị phẫu thuật bụng cần lưu ý về chế độ ăn uống, tránh ăn nhiều những thức ăn khó tiêu, nhiều xơ dễ dẫn đến tắc ruột.
- Hướng dẫn bệnh nhân biết những và phát hiện sớm những triệu chứng, những biểu hiện của tắc ruột để đi khám ngay.
- Tư vấn cho bệnh nhân biết các phương pháp điều trị tắc ruột của thầy thuốc.

### 3.8. Kết luận

Cần phát hiện và chẩn đoán sớm tắc ruột để có chỉ định các phương pháp điều trị thích hợp. Tắc ruột có nhiều nguyên nhân và tùy theo từng lứa tuổi. Cần xác định và xử trí cấp cứu những trường hợp tắc ruột do xoắn và do nghẹt để hạn chế các biến chứng. Có thể dự phòng được tắc ruột trong cộng đồng với sự tuyên truyền và hướng dẫn cho mọi người một cách rõ ràng và đầy đủ.

## IV. CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày các đặc điểm dịch tễ của tắc ruột .
2. Trình bày nguyên nhân và cơ chế của tắc ruột cơ giới.
3. Trình bày các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng của tắc ruột cơ giới.
4. Trình bày chẩn đoán xác định tắc ruột cơ giới.
5. Hãy nêu nguyên tắc điều trị tắc ruột..

## V. 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 interstitiales aigues, Rev. Prat, 2001, 5: 1670 - 1674.
4. Gignoux. M, Occlusions interstitiales, Pathologie chirurgicale, Tome II, Masson, 1991: 220 - 231.
5. Murat J, Bernard J. L, Vaur J. L, Rouleau Ph, Occlusions interstitiales aigues 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.

# UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT

PGS. Tôn Thất Bách

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư gan được chia làm hai loại, ung thư gan nguyên phát - nghĩa là những tế bào ung thư đầu tiên khởi phát từ những tế bào tham gia cấu trúc tại gan như các tế bào gan, các tế bào dẫn mật, và các tế bào của tổ chức liên kết tại gan và ung thư gan thứ phát là những ung thư từ nơi khác di căn gan đến gan như từ ung thư dạ dày, đại trực tràng, tuy, vú... Trong phạm vi của bài này, chúng tôi chỉ đề cập đến ung thư gan nguyên phát.

Ung thư gan nguyên phát là một loại ung thư thường gặp tại các vùng châu Phi nhiệt đới và Đông Nam Á, ngược hẳn với các nước Bắc Mỹ và châu Âu, chủ yếu là ung thư gan thứ phát. Theo các thống kê trên thế giới, tỷ lệ ung thư gan nguyên phát ở Đông Nam Á cao hơn châu Bắc Mỹ và châu Âu từ 20 đến 30 lần và chiếm tỷ lệ 20-30% các loại khối u. Một thống kê khác cho biết nguyên nhân gây tử vong của các loại ung thư thì ung thư gan nguyên phát chiếm tỷ lệ 30 đến 40% ở châu Phi và Đông Nam Á trong khi tỷ lệ này với châu Âu là 1% tuổi trung bình của ung thư nguyên phát theo nghiên cứu của chúng tôi là 45 tuổi trong khi thống kê của châu Âu là 60 tuổi và 35 tuổi ở châu Phi. Nam giới mắc bệnh này cao gấp từ 3 đến 20 lần so với nữ giới. Tiến triển của ung thư gan nguyên phát không được điều trị không vượt quá 6 tháng kể từ khi có triệu chứng đầu tiên. Do tần suất thường gặp của ung thư gan nguyên phát tại châu Phi và Đông Nam Á, người ta tìm ra nhiều yếu tố liên quan đến ung thư gan nguyên phát như các nấm mốc (*aspergilus flavus* trong lạc mốc), nitrosamin trong dưa cải muối và đặc biệt là vai trò của viêm gan virus ngày càng thấy rõ. Theo các thống kê, tỷ lệ HBsAg dương tính trên 80% các trường hợp ung thư gan nguyên phát. Về hóa chất, có nhiều nghiên cứu đã cho thấy chất dioxin có mối liên quan chặt chẽ với sự gia tăng ung thư gan nguyên phát ở Việt Nam, cũng như sự liên quan giữa angiosarcoma gan với một số hóa chất như chlorur vinyl, thạch tín, thorotраст... Về ký sinh trùng, người ta nhận thấy có sự liên quan giữa sán lá lách với ung thư tế bào dẫn mật. Điều trị ung thư gan nguyên phát vẫn còn là một vấn đề nan giải, mặc dù với những tiến bộ của y học thế giới, kể cả việc thay gan. Những công trình nghiên cứu gần đây nhất của Nhật Bản cho thấy kết quả điều trị ung thư gan hoàn toàn phụ thuộc vào việc chẩn đoán sớm.

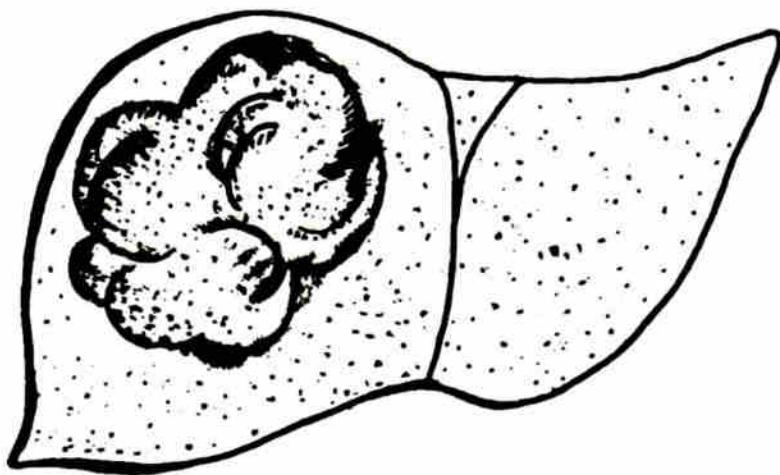
## 2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

### 2.1. Đại thể

Về đại thể, ung thư gan nguyên phát có ba hình thái.

### **2.1.1. Ung thư thể khối**

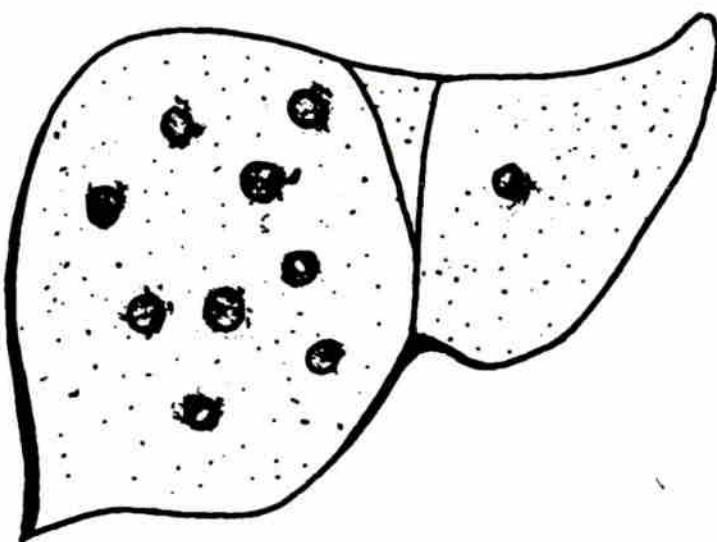
Là những khối ung thư khu trú tại một phần gan rồi xâm lấn dần sang các phần gan khác. Ung thư thể khối thường xuất phát trên gan không xơ và khó cắt bỏ dễ dàng hơn.



Hình 15.1. Ung thư thể khối

### **2.1.2. Ung thư gan thể nhân**

Là những nhân ung thư nằm rải rác trên các phần gan. Loại này thường xuất hiện trên gan xơ, khó cắt bỏ và tiến triển nhanh.

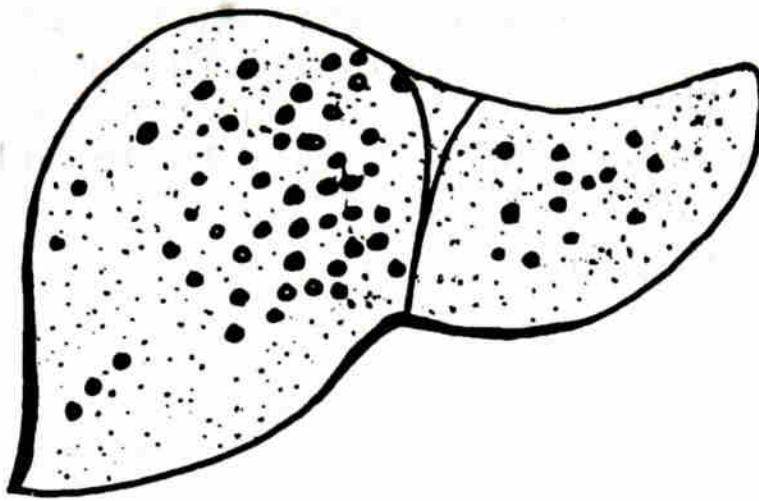


Hình 15.2. Ung thư thể nhân

### **2.1.3. Ung thư thể lan toả**

Là những mảng ung thư tập hợp những chấm ung thư như hạt kê, nằm khu trú hoặc rải rác trên khắp các phần gan. Loại này chỉ gặp trên các trường hợp xơ gan, tiến triển rất ác tính và tiên lượng rất xấu.

Trong các trường hợp ung thư thể khối hoặc các loại ung thư tế bào gan, bao giờ cũng kèm theo sự tăng tưới máu của động mạch gan vì những tế bào của loại ung thư này cần nhiều oxy để phát triển.



Hình 15.3. Ung thư thể lan toả

## 2.2. Vi thể

Về vi thể, ung thư gan nguyên phát được chia làm ba loại.

**2.2.1. Ung thư tế bào gan** (còn gọi là hepatocarcinoma hoặc hepatoma). Ung thư tế bào gan là những tế bào ung thư xuất phát từ những tế bào gan, chiếm 95% ung thư gan nguyên phát. Ung thư tế bào rất ít di căn hạch, thường hay xâm lấn vào các tĩnh mạch trong gan gây nên huyết khối ung thư tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch trên gan thậm chí cả tĩnh mạch chủ dưới. Ung thư tế bào gan bao giờ cũng kèm theo tăng tưới máu động mạch để phát triển khối u. Các tế bào gan bị ung thư đều tăng tiết chất anfa-foetoprotein.

**2.2.2. Ung thư tế bào dẫn mật** (còn gọi là cholangiocarcinoma hay cholangomma). Ung thư tế bào dẫn mật xuất phát từ những tế bào dẫn mật ở trong nhu mô gan, chiếm tỷ lệ 4% ung thư gan nguyên phát. Ung thư này ít khi thể khôi, hầu như không xâm lấn vào các mạch máu trong gan và di căn hạch nhiều hơn ung thư tế bào gan.

**2.2.3. Ung thư tổ chức liên kết** (sarcoma) xuất phát từ các tổ chức liên kết trong gan hoặc các mạch máu trong gan.

**2.2.4. Xơ gan kèm theo thường gặp ở ung thư tế bào gan**, chiếm từ 52,4% cho đến 80% theo các thống kê. Nguyên nhân xơ gan kèm theo thường làm cho việc điều trị ngoại khoa khó khăn hơn cũng như tiên lượng sống nặng nề hơn.

## 3. TRIỆU CHỨNG

**3.1. Triệu chứng lâm sàng của ung thư gan** thường xuất hiện muộn. Biểu hiện ban đầu thường không có gì đặc hiệu: mệt mỏi, chán ăn, đau tức vùng dưới sườn phải... khiến người ta ít để ý. Thường người bệnh đi đến các cơ sở khám khi tự sờ thấy khối u. Lúc mới đi khám thường thấy khối u nằm khu trú, không đau, di động. Bụng không có cổ trướng, hai chân không phù, bệnh nhân không có vàng mắt. Giai đoạn muộn hơn, khi thăm khám cho thấy khối u to, đau, ít di động hoặc không di động. Bụng có cổ trướng, lách to và hai chân bị phù do tĩnh mạch chủ dưới bị chèn ép. Mắt vàng. Trong những trường hợp ung thư gan, nghe trên khối

u có tiếng thổi tâm thu (thống kê của chúng tôi gấp 11%. Chọc dò nước cổ trướng thường ra dịch vàng chanh nhưng có khi có máu. Thường những bệnh nhân trong giai đoạn khi thăm khám u còn khu trú, di động, bụng không có cổ trướng, mắt không vàng là những bệnh nhân còn có khả năng điều trị cắt bỏ khối u.

### 3.2. Triệu chứng xét nghiệm

#### 3.2.1. Các xét nghiệm có tác dụng chẩn đoán

a. *Alfa 1 fp.* Alfa 1 FP còn gọi là alfafeotoprotein là một loại protein khi chạy điện di dừng lại ở mức alfa. Chất này được các tế bào gan của bào thai sản xuất ra và sau khi sinh, sau vài tuần lẽ tế bào gan không sản xuất ra chất này nữa và trong máu người trưởng thành, chất này lưu hành trong máu với mức độ rất thấp, chỉ vài nanogram. Khi tế bào bị ung thư, nó quay lại sản xuất ra chất này. Khi alfa 1 FP định lượng trên 200 nanogram trong 1ml là có giá trị chẩn đoán xác định cho ung thư tế bào gan. Còn ung thư tế bào dẫn mật và ung thư tổ chức liên kết trong gan, chất này không tăng lên. Nếu xét nghiệm định tính alfa 1 FP bằng phương pháp Ouchterlony, kết quả dương tính là những trường hợp alfa 1 FP trên vài ngàn nanogram, là một dấu hiệu chắc chắn để xác định ung thư tế bào gan. Tuy nhiên, ngoài ung thư tế bào gan, chất này còn tăng cao trong những trường hợp ung thư buồng trứng hay ung thư tinh hoàn.

#### b. Men Arginasa trong tổ chức gan

Khi chọc tổ chức gan lấy ra nghiền nát để tìm men arginasa, trong những trường hợp ung thư, men này rất thấp, dưới 40 UI trong khi những trường hợp bình thường, men này cao trên 120 UI. Do xét nghiệm men này phải chọc vào tổ chức gan cho nên mặc dù có tính đặc hiệu nhưng ít sử dụng trong chẩn đoán lâm sàng.

c. Men LDH. Có hai giá trị lâm sàng của men LDH, đó là định lượng men LDH toàn phần và tỷ lệ của isoenzym LDH V trên LAH I đối với ung thư nói chung và ung thư gan nói riêng, tỷ lệ này nghịch đảo lại tỷ lệ bình thường.

#### 3.2.2. Các xét nghiệm có giá trị chỉ định điều trị và đánh giá tiên lượng

##### a. Chức năng gan

Quan trọng nhất là chức năng tạo mật, chức năng đông máu và chức năng khử độc. Để đánh giá chức năng đông máu, xét nghiệm tỷ lệ prothrombin vẫn có giá trị cao, và chỉ mổ những trường hợp tỷ lệ này từ 75% trở lên. Hai nghiệm pháp có giá trị đánh giá chức năng khử độc của gan được áp dụng là nghiệm pháp BSP và nghiệm pháp hấp thu glucose.

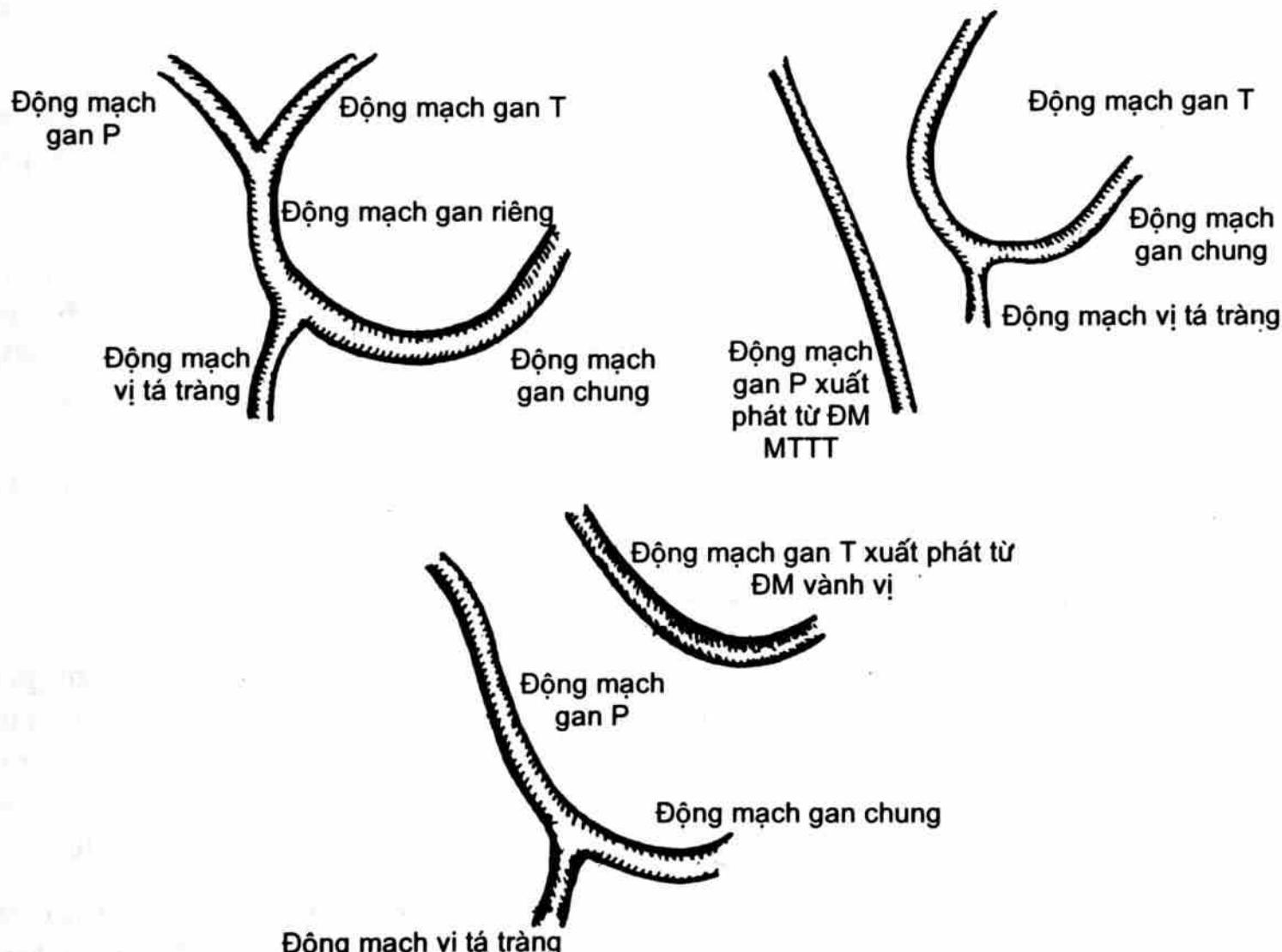
b. Đánh giá hủy hoại tế bào gan. Trong những trường hợp ung thư tiến triển, tế bào gan bị hủy hoại nhiều giải phóng ra các men transaminase. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, chỉ định mổ đặt ra khi các men này nằm trong giới hạn bình thường.

c. Đánh giá nhiễm viêm gan virus. Sự có mặt của HBV chiếm 80% các trường hợp ung thư gan nguyên phát và gần đây là những nghiên cứu của HBC đã cho thấy ngày càng rõ mối liên quan giữa HBC với ung thư gan và đây là những tiên lượng xấu trong điều trị, đặc biệt là thay gan.

### 3.3. Triệu chứng về thăm dò hình thể gan

**3.3.1. Điện quang không chuẩn bị.** Hiện nay với tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, chụp gan từ xa ít được sử dụng. Tuy nhiên, ở những nơi chỉ có điện quang, chụp gan xa có uống baryt vẫn còn giá trị. Trước hết, nó xác định kích thước gan qua thông số đo kích thước hoành - đỉnh và hoành - cột sống. Thứ hai nếu như bờ cong nhỏ dạ dày bị đẩy roằng rộng thường tương ứng với khối u gan trái và nếu hành tá tràng bị đẩy xuống dưới thường tương ứng với khối u bên phải. Nếu như hiện nay điện quang không chuẩn bị ít dùng trong việc xác định kích thước gan nhưng trong chẩn đoán ung thư gan, chụp phổi là một thăm dò bắt buộc để phát hiện di căn thường gặp của ung thư gan.

**3.3.2. Chụp động mạch gan chọn lọc.** Chụp động mạch gan chọn lọc được tiến hành theo kỹ thuật Seldinger: luồn ống thông từ động mạch đùi nồng lên động mạch chủ bụng, đưa vào động mạch thân tạng để đến động mạch gan và bơm thuốc cản quang tan trong nước (như visostrate). Đối với ung thư gan, hình ảnh thu được thứ nhất là các động mạch trong gan bị khối u đẩy roằng rộng ra và thứ hai, một hình ảnh đặc hiệu của ung thư gan là "hồ máu" do các dao động - tĩnh mạch dãn rộng để làm chậm lưu thông tuần hoàn qua vùng ung thư và các tế bào ung thư tận dụng oxy. Bên cạnh việc chẩn đoán hình ảnh khối u và dấu hiệu ung thư, chụp động mạch gan còn đánh giá được những bất thường của động mạch gan riêng (gặp trong khoảng 15% các trường hợp) cũng như bơm chất gây tắc mạch để điều trị ung thư gan.



Hình 15.4

**3.3.3. Chụp tĩnh mạch cửa.** Chụp tĩnh mạch cửa có thể bơm thuốc cản quang trực tiếp vào lách hoặc nong lại dây chằng tròn, luồn catheter vào tĩnh mạch cửa bơm thuốc cản quang. Chụp tĩnh mạch cửa cho biết tình trạng khối u gan thông qua hình ảnh chuyển dịch của tĩnh mạch cửa trong gan, huyết khối ung thư tĩnh mạch cửa qua chụp hình ảnh cắt cựt cũng như hình ảnh gián tiếp của xơ gan thông qua góc đo tại thành giữa thân tĩnh mạch cửa - cột sống hay hình ảnh trào ngược qua tĩnh mạch vành vị.

**3.3.4. Siêu âm chẩn đoán.** Siêu âm chẩn đoán có lợi điểm cơ bản là phương pháp không chảy máu, không nguy hiểm, không đau đớn và rẻ tiền cho nên ngày càng được ứng dụng trong chẩn đoán nói chung và ung thư gan nói riêng. Siêu âm cho biết cấu trúc của gan và có thể phát hiện chính xác 84% các khối u có đường kính từ 3cm trở lên. Siêu âm cho biết tình trạng các tĩnh mạch trong gan để đánh giá xâm lấn của tổ chức ung thư vào thành hoặc lòng tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch trên gan và tĩnh mạch chủ dưới sau gan. Siêu âm có thể đánh giá được tình trạng xơ gan, dịch cổ trường, thâm nhiễm cơ hoành, tình trạng lách. Tuy nhiên, nhược điểm của siêu âm chẩn đoán phụ thuộc rất nhiều vào trình độ kỹ thuật và kinh nghiệm người tiến hành siêu âm.

**3.3.5. Chụp điện quang cắt lớp vi tính.** Phương pháp này cho độ chính xác của chẩn đoán những khối u kích thước nhỏ dưới 3cm cao hơn siêu âm (tỷ lệ chẩn đoán lên tới 94%), đặc biệt là khi kết hợp với bơm thuốc cản quang động mạch gan. Phân tích hình ảnh cũng khách quan hơn siêu âm chẩn đoán, tuy nhiên giá thành cao hơn rất nhiều cũng như phương pháp này chỉ tiến hành được ở các trung tâm lớn.

**3.3.6. Cộng hưởng từ hạt nhân.** Phương pháp này có độ chẩn đoán chính xác cao nhưng giá thành đắt hơn các phương pháp trên rất nhiều lần cũng như chưa phải là một phương pháp thông dụng hiện nay ở Việt Nam.

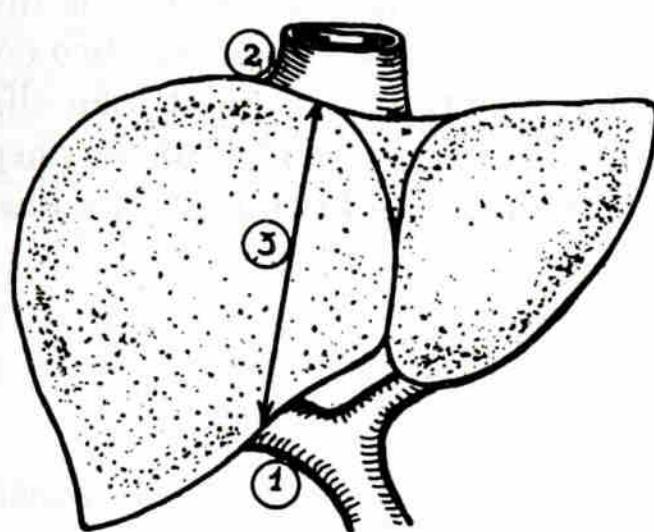
**3.3.7. Chụp đồng vị phóng xạ.** Đây là phương pháp kinh điển nhưng hiện nay ít dùng do đặc tính nguy hại của phóng xạ cũng như có nhiều phương pháp đủ thay thế đặc biệt là siêu âm. Thường dùng chất phóng xạ như technetium (Te99M), vàng phóng xạ (Au198) là những chất gắn lên tế bào Kufer, hoặc Selenometioni (75Se) gắn lên tế bào gan ung thư. Kết quả chính xác cho những khối u có đường kính từ 2-3cm trở lên. Một khó khăn của chụp đồng vị phóng xạ là phân biệt khó với các nhân xơ gan với các nhân ung thư.

### 3.4. Các phương pháp thăm dò khác

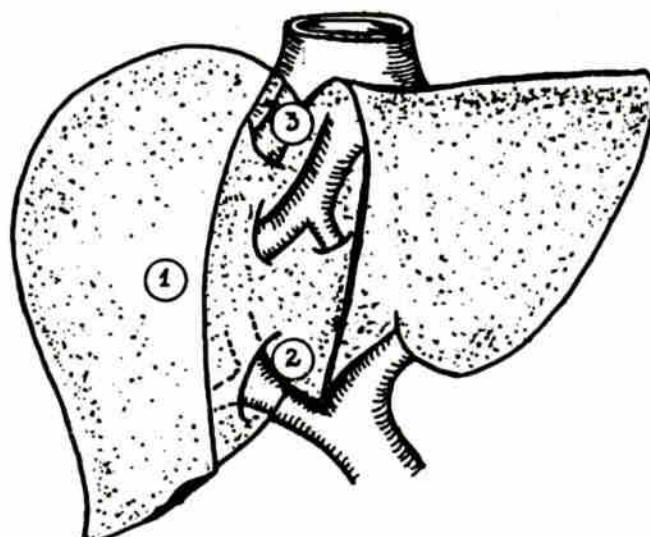
**3.4.1. Soi ổ bụng.** Soi ổ bụng là một phương pháp chẩn đoán kinh điển, cho phép nhìn thấy trực tiếp khối u, đánh giá vị trí khối u cũng như những di căn nhỏ cũng như tình trạng áp dụng nhiều trong chẩn đoán cũng như đánh giá khả năng cắt bỏ khối u. Cần lưu ý là sau khi soi ổ bụng không nên làm chọc dò gan vì khi soi, làm mất áp lực âm tính trong ổ bụng, nguy cơ chảy máu sau chọc dò tăng lên.

**3.4.2. Chọc sinh thiết gan.** Chọc sinh thiết gan là một phương pháp hữu hiệu trong phân biệt chẩn đoán khối u gan với áp xe gan. Chọc sinh thiết gan được sử

dụng Menghin, cho phép phân định giữa u đặc với u lỏng, lấy ra mảnh tổ chức gan làm sinh thiết hoặc định lượng men arginasa của tổ chức gan. Có thể phối hợp chọc dò dưới siêu âm để hướng dẫn định vị trí chọc dò chính xác để tránh chọc sinh thiết vào tổ chức ngoài u của gan. Hiện nay với phát triển của siêu âm, định lượng alfa 1 FP, CT Scan, chọc sinh thiết chỉ dành cho một số chỉ định để tránh biến chứng chảy máu và đau đớn cho bệnh nhân.



Hình 15.5. Phương pháp Lortat Jacob



Hình 15.6. Phương pháp Tôn Thất Tùng

#### 4. CHẨN ĐOÁN

**4.1. Chẩn đoán lâm sàng.** Hiện nay do tình trạng bệnh nhân đến viện khám bệnh khi đã có triệu chứng vì vậy giá trị chẩn đoán lâm sàng vẫn giữ một vai trò quan trọng. Trước hết phải loại trừ những bệnh gan to do nguyên nhân khác nhau. Trước hết là gan to do suy tim phải, trong mọi trường hợp nghe tim là điều bắt buộc để phát hiện các dấu hiệu bệnh tim. Thứ hai là phải phân biệt giữa ung thư gan và áp xe gan là hai bệnh cảnh thường gặp ở các vùng nhiệt đới. Thông thường giữa áp xe gan và ung thư gan rất khác nhau về bệnh cảnh lâm sàng nhưng trong trường hợp áp xe gan thoái triển bệnh cảnh lâm sàng rất giống biểu hiện của u gan (không có dấu hiệu nhiễm trùng, gan không đau, rung gan âm tính) và trong trường hợp ung thư gan tiến triển, bệnh cảnh lâm sàng lại rất giống áp xe gan (sốt, đau dưới sườn phải, rung gan dương tính và tốc độ máu lại tăng rất cao). Vì vậy khi xác định ngờ u gan, xét nghiệm alfa 1 FP là một xét nghiệm có tính đặc hiệu cao khi cho kết quả dương tính (trên 400 nanogram hay dương tính kỹ thuật Ouchterlony). Nếu xét nghiệm này âm tính, không cho phép loại trừ ung thư gan vì nó chỉ đặc hiệu cho ung thư tế bào gan (theo thống kê của chúng tôi, nếu định tính, kết quả dương tính trong ung thư gan dao động trong khoảng 60% các trường hợp xét nghiệm này âm tính, việc chọc sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm là bắt buộc. Các phương pháp chẩn đoán bằng hình ảnh chỉ cho phép hướng chẩn đoán tới ung thư gan chứ không thể có tính chất quyết định. Một yêu cầu lưu ý trong chẩn đoán ung thư gan, cần phải phân biệt với các loại u đặc ở gan (như u amip, u giang mai, u máu, u sụn và ung thư gan di căn...) vì vậy việc kiểm

tra dạ dày hay đại tràng là những nguyên tắc trong quá trình chẩn đoán. Khi đã chẩn đoán ung thư gan, chụp phổi là một thăm dò bắt buộc để kiểm tra tình trạng di căn.

**4.2. Chẩn đoán sớm ung thư gan.** Hiện nay sự liên quan giữa virus B và C với ung thư tế bào gan đã được chứng minh vì vậy việc chẩn đoán sớm ung thư tế bào gan (chiếm 95% ca trường hợp ung thư nguyên phát) có thể thực thi. Trước hết phải phát hiện những người bị viêm gan virus là nhóm có nguy cơ cao bị ung thư tế bào gan bằng cách phát hiện qua xét nghiệm. Những người này được theo dõi bằng định lượng alfa 1FP định kỳ từ 3 đến 6 tháng một lần. Khi phát hiện alfa 1FP tăng lên, việc tìm kiếm khối u bằng siêu âm. CT Scan, cộng hưởng từ cho phép phát hiện những khối u có đường kính từ 3cm trở lên trong khi chưa có một biểu hiện lâm sàng nào cả.

#### **4.3. Các thể lâm sàng của ung thư gan**

##### **4.3.1. Thể chảy máu trong**

Như trên đã trình bày, ung thư gan phần lớn được người bệnh phát hiện trong triệu chứng đầu tiên là tự sờ thấy khối u, vì vậy trong những trường hợp tiến triển nhanh, giai đoạn khối u hoặc ung thư xuất hiện trên xơ gan, người bệnh không sờ thấy khối u, người bệnh đến viện trong bệnh cảnh của một khối u đã vỡ, thể hiện trong bệnh cảnh của hội chứng chảy máu trong. Có những trường hợp xảy ra ở nữ giới, chẩn đoán ban đầu nhầm với chửa ngoài tử cung. Nguyên nhân vỡ của khối ung thư, không kể do chấn thương, là do khối u hoại tử. Sự hoại tử của khối u do tổ chức ung thư xâm lấn vào tĩnh mạch cửa phân thuỷ làm huyệt khối tĩnh mạch cửa.

##### **4.3.2. Thể hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa**

Trong những trường hợp xơ gan teo, ung thư thường phát triển dưới dạng thể nhân, trong khi bệnh nhân có biểu hiện đầy đủ các dấu hiệu của hội chứng TALTMC như lách to, cổ trương và nôn ra máu do vỡ búi dẫn tĩnh mạch thực quản vì vậy bệnh nhân đi khám hoặc vào điều trị TALTMC tại bệnh viện Việt Đức, tỷ lệ này gấp khoảng 2% khi thăm khám lâm sàng rất hiếm khi phát hiện ra khối u. Chính vì vậy việc kiểm tra siêu âm, xét nghiệm alfa 1FP trước mổ và kiểm tra tình trạng gan trong khi mổ là những thao tác bắt buộc có tính chất hệ thống trong chẩn đoán và điều trị ngoại khoa TALTMC.

##### **4.3.3. Thể hôn mê hạ đường huyết**

Thể này khá hiếm gặp và chỉ gặp trên những bệnh nhân ung thư gan thể khối. Có giả thuyết cho rằng trong những trường hợp này, khối ung thư bài tiết ra một chất lượng tương tự như insulin làm hạ đường huyết. Bệnh nhân biểu hiện đầy đủ các dấu hiệu của bệnh cảnh hôn mê do hạ đường huyết. Bệnh cảnh này mất đi sau khi điều trị cắt bỏ khối ung thư hoặc thắt động mạch riêng.

## 5. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ GAN

Cho đến nay, điều trị ung thư gan vẫn còn ít kết quả do ba lý do, thứ nhất là bệnh phát hiện chậm thứ hai là xơ gan kèm theo và thứ ba là sự tồn tại trong tế bào của virus viêm gan B,C. Nguyên tắc điều trị ung thư gan có hiệu quả cho đến nay vẫn là cắt bỏ. Chỉ định cắt bỏ được đặt ra thứ nhất là khi khối u còn khu trú dưới ba phân thuỷ gan (theo phân chia thuỷ của Tôn Thất Tùng), thứ hai là chưa có di căn phổi và thứ ba là chức năng gan còn tốt, thể hiện qua xét nghiệm bilirubin và tỷ lệ prothrombin. Nếu xơ gan việc chỉ định cắt gan rộng cần cân nhắc vì trong những trường hợp gan không xơ, trên người, việc thực hiện cắt bỏ ba phân thuỷ gan (khoảng 70% thể tích gan) không ảnh hưởng tới chức năng gan trong khi những trường hợp xơ gan, trên thực nghiệm súc vật, cắt bỏ từ 45% thể tích gan trở lên đã không chấp nhận được. Các công trình gần đây của Nhật bản cho thấy những trường hợp ung thư gan kèm xơ gan, khi khối u gan có đường kính trên 3cm trong khi những trường hợp khối u có đường kính nhỏ hơn 5cm, khả năng cắt bỏ là 89% và có 53% bệnh nhân sống trên 3 năm.

Trong những trường hợp không cắt bỏ được khối u, người ta có thể tiến hành một số phương pháp điều trị sau:

**5.1. Thắt động mạch gan riêng.** Thắt động mạch gan được đề xuất dựa trên nguyên lý những trường hợp ung thư gan đều có tăng tưới máu cho khối ung thư vì vậy khi thắt động mạch gan, tế bào bình thường vẫn sống được trong khi những tế bào ung thư sẽ bị huỷ hoại do sự cấp oxy qua hệ thống tĩnh mạch cửa chỉ đảm bảo cho tế bào gan lành. Tuy nhiên sau khi thắt động mạch gan riêng, các nghiên cứu cho thấy chỉ sau 24 giờ, có khoảng 24 vòng nối động mạch được tái lập và lưu lượng dần dần sẽ lớn hơn lưu lượng của động mạch gan vì vậy sau một thời gian, khối u lại tiếp tục phát triển. Phối hợp với thắt động mạch gan, một số tác giả phối hợp với điều trị bằng phương pháp kích thích miễn dịch không đặc hiệu cho phép kéo dài thời gian sống sau mổ có ý nghĩa thống kê.

**5.2. Hoá chất điều trị:** Có thể sử dụng hoá chất toàn thân (nay ít dùng vì độc tính hoá chất tác dụng lên chức năng gan đã bị tổn thương) hoặc hoá chất qua động mạch gan là phương pháp tối kỵ kết quả vẫn tồi tệ.

**5.3. Tia xạ không có tác dụng với ung thư gan**

**5.4. Tiêm các chất xơ** trong khối u như cồn hay hoá chất khác chỉ có tác dụng với các u nhỏ.

**5.5. Thay gan.** Khi bắt đầu ghép gan, người ta cho rằng đây là những hướng mới mang lại một kỳ vọng cho điều trị ung thư gan. Trong giai đoạn đầu tiên, với điều trị chống loại trừ bằng các loại ức chế miễn dịch cổ điển, sự xuất hiện rất sớm ung thư trên những gan ghép đã làm thất vọng những mong muốn này. Sự ra đời của Glycosprin A trong điều trị chống thải loại từ năm 1982 đã giải quyết được sự thất vọng này. Nhưng vấn đề đặt ra hiện nay, ngoài việc chi phí của ghép gan (trên dưới 26.000US\$) một vấn đề nan giải là giải quyết sự tồn tại của virus viêm gan chưa khắc phục được trong ghép gan nói chung và trong ung thư gan nói riêng.

## **6. UNG THƯ GAN VÀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU**

Như trên đã trình bày, sự hiện diện của viêm gan B trong ung thư gan nguyên phát trên 80% cũng như tỷ lệ viêm gan B của người Việt Nam trên dưới 15% là con số rất cao so với thế giới vì vậy việc phòng tránh chủ động (vaccine), thụ động (vệ sinh ăn uống, thói quen bia rượu, chế độ dinh dưỡng, xử lý phân, nước tiểu...) cần được tăng cường trong giáo dục sức khoẻ cho người dân. Sự phòng tránh chủ động của viêm gan (vaccine) phụ thuộc rất nhiều vào khả năng kinh tế nhưng nếu người cán bộ y tế cộng đồng hoặc người dân có ý thức vệ sinh, việc hạn chế lây lan của bệnh này hoàn toàn có thể làm được. Ví dụ như tình trạng hiện nay trong việc khử trùng một cách sai phạm nguyên tắc tiệt trùng kim tiêm, kim châm cứu là một hiện tượng phổ biến ở các đơn vị y tế cộng đồng và đây chính là một trong những nguyên nhân làm lây lan bệnh viêm gan B ở Việt Nam. Việc bảo đảm nguyên tắc tiệt trùng cũng như hạn chế lạm dụng thuốc tiêm tại cộng đồng cũng là một giải pháp hữu hiệu hạn chế lây lan viêm gan B.

# VIÊM TUY CẤP

PGS. Trần Gia Khánh

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tuy cấp là một bệnh lý cấp tính trong ổ bụng thường gặp ở Việt Nam cũng như ở các nước khác. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm và tỷ lệ tử vong cao. Do đó đòi hỏi người thầy thuốc phải luôn thận trọng và cảnh giác trong suốt quá trình chẩn đoán, theo dõi và điều trị.

Trước đây, các tài liệu kinh điển thường chia viêm tuy cấp ra làm 3 loại:

- Viêm tuy cấp thể phù (phù tuy cấp)
- Viêm tuy cấp chảy máu.
- Viêm tuy cấp hoại tử.

Tháng 9/1992, Hội nghị quốc tế tại Atlanta (Hoa Kỳ) đã thống nhất không dùng thuật ngữ viêm tuy cấp chảy máu và phân loại viêm tuy cấp chỉ còn 2 thể: Phù tuy cấp (viêm tuy cấp thể nhẹ) và viêm tuy cấp hoại tử (viêm tuy cấp thể nặng).

Khoảng 80% bệnh nhân là ở thể phù tuy cấp và đáp ứng tốt với điều trị nội khoa. Số còn lại ở thể viêm tuy cấp hoại tử với nhiều mức độ hoại tử khác nhau, có thể có diễn biến xấu dần đưa tới nhiễm trùng, suy giảm tuần hoàn - hô hấp, suy giảm nhiều tạng và nhiều chức năng sinh tồn, với tỷ lệ tử vong cao.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Nhiều nguyên nhân có thể đưa tới viêm tuy cấp. Ở Việt Nam thường gặp viêm tuy cấp do **sỏi mật** (sỏi đường mật chính hoặc sỏi túi mật hoặc cả 2). Giun chui ống mật hoặc **giun chui ống mật** kết hợp với sỏi mật thường gây ra viêm tuy cấp thể phù là một bệnh lý hay gặp ở nước ta.

Ở các nước phương Tây, một nguyên nhân phổ biến đưa tới viêm tuy cấp là **rượu**. Thời gian gần đây, tại bệnh viện Việt Đức cũng đã gặp nhiều trường hợp viêm tuy cấp do rượu.

Sau 2 nguyên nhân trên, có thể thấy một số nguyên nhân khác ít gặp hơn, có thể gây viêm tuy cấp:

- Tỷ lệ **triglycerid** cao trong máu do rối loạn chuyển hóa lipid.  $\geq 110 \text{ mg\%}$
- Rối loạn vận động cơ tròn oddi.
- Sau chụp mật - tuy ngược dòng nội soi.
- Sau **chấn thương kín** ở bụng gây chấn thương tuy.
- Sau mổ ở ổ bụng, nhất là mổ ở vùng tuy quanh tuy và vùng bóng Valter.

- Tuy chia đôi (Pancreas divisum) đưa tới rối loạn bài tiết của dịch tuy qua ống Wirsung và Santorini.

Ngoài ra có một số trường hợp viêm tuy cấp không xác định được nguyên nhân (idiopathic pancreatitis), khoảng 10% tổng số trường hợp viêm tuy cấp.

### 3. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU BỆNH

#### 3.1. Viêm tuy cấp thê phù

Khi mổ thấy tuy to ra, có thể một phần hoặc toàn bộ tuy phù nề như phong bế novocain. Tuy có màu tái nhợt hoặc xám, khi cắt có dịch trong chảy ra. Có thể sự phù nề chỉ giới hạn ở tuyến tuy, cũng có khi sự phù nề lan ra các tổ chức xung quanh: mạc treo đại tràng ngang, mạc nối nhỏ, cuống gan, các lá phúc mạc, khoang sau phúc mạc... Trong ổ bụng có thể thấy ít dịch trong.

#### 3.2. Viêm tuy cấp hoại tử

Khi mổ thấy trong ổ bụng có nước máu, thường màu đỏ xám, có khi hơi đục, số lượng thay đổi từ vài năm mililit tới hàng lít.

Hiện tượng hoại tử mỡ (cytosteatonecrose) thể hiện bằng những vết trắng bóng như những vết nến, có thể thấy trên bề mặt của tuy, xung quanh tuy, gốc mạc treo đại tràng ngang, cũng có khi lan toả khắp ổ bụng ở các lá phúc mạc.

Tuyến tuy to ra, bờ không đều có những ổ hoại tử màu xám hoặc xám đen, lẫn với những ổ chảy máu đỏ xám, có thể khu trú ở một phần tuy có khi lan rộng toàn bộ tuy. Hiện tượng hoại tử có thể chỉ khu trú ở tuy, cũng có thể lan sang các tạng lân cận (đại tràng ngang, dạ dày, tá tràng, lách...). Dịch và tổ chức hoại tử có thể khu trú ở quanh tuy cũng có thể lan theo rãnh thành - đại tràng xuống hố chậu ra sau phúc mạc ...

### 4. SINH LÝ BỆNH

Có nhiều thuyết giải thích cơ chế bệnh sinh của viêm tuy cấp. Nói chung các lý thuyết đều cho rằng một số men do tuy tiết ra, nhất là trypsin, được hoạt hoá ngay trong tuy, làm tiêu huỷ tuy tạng và gây viêm tuy cấp.

Một lý thuyết giải thích cơ chế làm hoạt hoá trypsin của tuy tạng trong bệnh viêm tuy cấp do sỏi mật hoặc giun chui ống mật: sỏi hoặc giun gây tắc đường mật chính tại bống Vater làm dịch mật hoặc dịch tá tuy trào ngược vào ống Wirsung, hoạt hoá men Trypsin tại đây, gây tiêu huỷ tổ chức tuy và gây viêm tuy cấp.

Bình thường dịch tuy chứa chất ức chế trypsin, ngăn cản sự hoạt hoá của trypsin. Khi gặp men enterokinase của tá tràng thì trypsin được hoạt hoá.

Dựa trên cơ chế bệnh sinh này, khi viêm tuy cấp xảy ra trên bệnh nhân có sỏi mật hoặc giun chui ống mật, việc mổ lấy sỏi giun và dẫn lưu đường mật là cần thiết và đem lại kết quả tốt.

Tuy nhiên, nhiều trường hợp có trào ngược mật vào ống tuy nhưng không gây viêm tuy cấp. Thí dụ: Khi đo áp lực đường mật có chụp X quang (Radiomanometry)

hoặc khi chụp đường mật qua ống dẫn lưu Kehr ở ống mật chủ, thấy rõ thuốc cản quang và tất nhiên là cả dịch mật ngấm đầy ống Wirsung nhưng sau đó bệnh nhân không bị viêm tuy cấp.

Những công trình nghiên cứu gần đây cho thấy các men tiêu protein của tuy (pancreatic proteases) như trypsin, chymotrypsin, elastase, carboxypeptidase và phospholipase A do tuy tiết ra dưới dạng tiền men (proenzymes) cần được hoạt hóa mới có tác dụng tiêu huỷ protein. Trypsin có vai trò trung tâm trong sự hoạt hóa này. Đầu tiên, trypsin bị hoạt hóa bởi men enterokinase (còn gọi là enteropeptidase) tiết ra từ tá tràng. Sau đó đến lượt nó, trypsin là loại hoạt hóa các men tiêu protein khác của tuy. Phospholipase A gây ra các biến loạn ở phổi trong viêm tuy cấp, đưa tới hội chứng suy giảm hô hấp cấp hoặc hội chứng suy giảm hô hấp ở người lớn (Acute or adult respiratory distress syndrome: ARDS). Elastases gây ra các thương tổn ở mạch máu gây chảy máu do tác động trực tiếp trên các sợi đàn hồi của thành mạch. Hoại tử mỡ là kết quả của sự hoạt hóa men lipase. Chymotrypsin gây phù nề và thương tổn của mạch máu. Nhiều men khác tác động trên mạch máu và độc với tế bào cũng được hoạt hóa với cơ chế tương tự như vậy.

## 5. TRIỆU CHỨNG

### 5.1. Triệu chứng cơ năng

#### 5.1.1. Đau bụng

Bệnh viêm tuy cấp thường khởi phát bằng triệu chứng đau bụng. Thường đau ở vùng trên rốn, có khi lan rộng sang 2 bên vùng dưới sườn phải và dưới sườn trái, xuyên ra sau lưng. Thường đau đột ngột, ngày càng tăng dần. Vì đau nhiều và rất khó chịu nên **bệnh nhân cử động luôn để tìm một tư thế cho đỡ đau.** ngược vs VPM

Trong trường hợp viêm tuy cấp thể phù do giun chui ống mật, bệnh nhân thường đau cơn dữ dội vùng trên rốn. Trong cơn đau, bệnh nhân thường có những tư thế đặc biệt để chống đau như **nằm phủ phục** chống mông hoặc nằm gác chân lên tường, đầu dốc xuống thấp. Lúc cơn đau thì lăn lộn dữ dội, ngoài cơn bệnh nhân có thể nằm yên để rồi lại tiếp đến những cơn đau dữ dội khác.

Nếu là viêm tuy cấp do sỏi mật thì ngoài cơn đau vùng trên rốn bệnh nhân còn **đau vùng dưới sườn phải, xiên ra sau lưng và lên vai phải.** Thường cung đau thành cơn nhưng **không có những tư thế chống đau như trong giun ống mật.**

Ngoài ra bệnh nhân có sốt và có những cơn rét run.

Trường hợp viêm tuy cấp do rượu, bệnh thường khởi phát sau khi uống rượu, bia. Các tài liệu kinh điển còn mô tả những trường hợp viêm tuy cấp khởi phát sau một bữa ăn ngon, thịnh soạn.

#### 5.1.2. Nôn - bí trung đại tiện

Kèm theo đau bụng, bệnh nhân thường buồn nôn hoặc nôn. Lúc đầu nôn ra thức ăn, sau đó nôn ra dịch dạ dày, có khi lẫn cả mật vàng, đắng.

Bệnh nhân không đánh hơi, không đi ngoài, bụng trương và đầy tức khó chịu.

Trong trường hợp viêm tuy cấp thể phù hoặc trong viêm tuy cấp thể nhẹ, sau một vài ngày bí trung đại tiện, bệnh nhân bắt đầu thấy sôi bụng, rồi đánh hơi được, bụng bớt trướng dần và bệnh bắt đầu lui.

### 5.1.3. Sốt

Ngoại trừ viêm tuy cấp do sỏi mật, còn nói chung trong viêm tuy cấp, bệnh nhân thường không sốt. Một số trường hợp có thể sốt, nhưng không sốt cao và ở đây sốt không có nghĩa là do nhiễm trùng, ít ra là trong những ngày đầu của bệnh. Trong những ngày sau, thường là sau 1-2 tuần, nếu bệnh nhân sốt cao kéo dài hoặc giao động, cần nghĩ tới nhiễm trùng của **những ổ hoại tử ở tuy hoặc quanh tuy.**

## 5.2. Triệu chứng toàn thân

Với đa số bệnh nhân ở thể nhẹ của viêm tuy cấp tình trạng toàn thân không trầm trọng, bệnh nhân mệt mỏi nhưng tỉnh táo, huyết áp ổn định, không khó thở.

Nhưng với những trường hợp viêm tuy cấp hoại tử, bệnh nhân có thể có biểu hiện choáng (shock): người lạnh giá, vã mồ hôi lạnh, nhợt nhạt, hỏi trả lời chậm chạp, mạch nhanh, huyết áp động mạch thấp, khoảng cách giữa huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu hẹp lại. Bệnh nhân hốt hoảng, kích động hoặc ngược lại có khi nằm lờ đờ mệt mỏi, có những mảnh bầm tím ở chân tay, thân thể, thở nhanh nồng, có những biểu hiện của truy tim mạch thực sự và tình trạng toàn thân rất nặng.

## 5.3. Triệu chứng thực thể

### 5.3.1. Bụng trương

Bụng trương đều, có khi trương ở vùng trên rốn nhiều hơn, gõ trong. Có khi thấy đại tràng ngang dãn to. Không có dấu hiệu quai ruột nổi, rắn bò như trong tắc ruột cơ học, nghe không thấy tiếng nhu động của ruột.

Trong trường hợp có dịch tiết trong ổ bụng, có thể thấy gõ đục vùng thấp (2 mạng sườn và 2 hố chậu).

### 5.3.2. Đau vùng trên rốn kèm theo phản ứng thành bụng

Bệnh nhân thường béo, thành bụng dày nên nắn bụng khó. Thường thấy đau vùng trên rốn, kèm theo phản ứng thành bụng. Phản ứng thành bụng có khi mạnh như co cứng thành bụng và đó là lý do có thể nhầm với thủng ổ loét dạ dày - tá tràng.

Nhiều trường hợp nắn thấy một khối ở vùng trên rốn, có khi lan sang 2 vùng dưới sườn, đau, không di động.

### 5.3.3. Điểm sườn lưng đau

Phần lớn bệnh nhân viêm tuy cấp có đau ở điểm sườn - thắt lưng. Điểm đau này được Mayo Robson và Korte mô tả từ năm 1906. Tôn thắt Tùng đã nhấn mạnh dấu hiệu này và cho đó là một triệu chứng quan trọng của viêm tuy cấp.

Bệnh nhân có thể đau điểm sườn - thắt lưng **phải** hoặc **điểm sườn - thắt lưng trái** hoặc cả 2 bên.

### **5.3.4. Triệu chứng khác**

Một số trường hợp có tràn dịch màng phổi: có hội chứng 3 giảm ở vùng thấp của phổi.

Một số trường hợp có thể thấy mảng bầm tím ở màng sườn (dấu hiệu Grey - Turner) hoặc quanh rốn (dấu hiệu Cullen). Những dấu hiệu này hiếm gặp nhưng nếu có là biểu hiện của chảy máu ở vùng tuy, quanh tuy và là những dấu hiệu nặng.

## **5.4. Triệu chứng cận lâm sàng**

### **5.4.1. Xét nghiệm sinh hoá và huyết học**

Amylase: Xét nghiệm phổ biến nhất để chẩn đoán viêm tuy cấp là định lượng amylase niệu tăng cao là có thể xác định chẩn đoán là viêm tuy cấp.

Cùng với triệu chứng lâm sàng, nếu kết quả xét nghiệm cho thấy amylase máu và amylase niệu tăng cao là có thể xác định chẩn đoán là viêm tuy cấp.

Bình thường amylase máu < 220U/L, amylase niệu < 1000U/L.

Các tác giả người Anh cho rằng amylase máu cao gấp 4-6 lần mức bình thường là có thể chẩn đoán viêm tuy cấp. Tuy nhiên một số tác giả khác xác định viêm tuy cấp ở mức amylase máu thấp hơn hoặc bình thường.

Khi bị viêm tuy cấp, amylase được giải phóng nhanh, tăng cao trong máu, bài tiết theo nước tiểu. Sau đó giảm dần và trở về bình thường sau vài ngày đến 1 tuần.

Tuy nhiên, amylase máu tăng không phải chỉ đặc hiệu trong viêm tuy cấp. Một số bệnh lý khác có thể gây tăng amylase máu như: thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, chửa ngoài dạ con vỡ, nhồi máu mạc treo ruột, vỡ phồng động mạch chủ, suy thận, tắc ruột, viêm tuyến mang tai.

Ngoài ra, amylase máu không tăng cũng không phải là yếu tố để loại trừ viêm tuy cấp. Thí dụ: trường hợp viêm tuy đã muộn (đã quá thời kỳ tăng amylase) hoặc viêm tuy cấp hoại tử trong đó hầu như toàn bộ tuy đã bị hoại tử.

Lipase: trong viêm tuy cấp lipase trong huyết tương tăng. Sự định lượng lipase máu tăng có giá trị để chẩn đoán viêm tuy cấp hơn là tăng amylase máu. Hơn nữa sự tăng lipase máu kéo dài hơn sự tăng amylase, do đó là một xét nghiệm để chẩn đoán và theo dõi viêm tuy cấp tốt hơn. Tuy nhiên, một điều hạn chế là sự tăng lipase máu không phải chỉ đặc hiệu trong viêm tuy cấp mà còn gặp ở những bệnh lý khác như thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, nhồi máu mạc treo ruột, tắc ruột, suy thận.

Các xét nghiệm huyết học thông thường có thể cho thấy:

- Số lượng bạch cầu tăng, với tăng bạch cầu đa nhân trung tính.
- Hematocrit tăng do tình trạng máu cô.
- Urê máu tăng do mất nước và là tăng urê máu trước thận.
- Đường máu tăng do giảm tiết insulin, tăng tiết catecholamin và glucagon.

- Calci máu giảm, magiê trong máu giảm, có thể do tác dụng với acid béo tạo thành xà phòng (các vết nứt).

Sự tăng đường máu, giảm calci máu có thể chỉ thoáng qua rồi trở lại bình thường. Nhưng nếu kéo dài và tăng hoặc giảm nhiều thì thường gấp trong viêm tuy cấp thể nặng và có ý nghĩa tiên lượng.

Có thể thấy tăng bilirubin máu, phosphatase, triglycerid và giảm albumin.

#### **5.4.2. X quang**

Chụp bụng không chuẩn bị: có thể thấy những dấu hiệu không đặc hiệu như:

- Dẫn giới hạn một quai ruột ở vùng lân cận với tuy tạng, có thể là một đoạn đại tràng ngang hoặc một đoạn ruột non, thường gọi là quai ruột cảnh vệ (sentinel loop).
- Hình các quai ruột trướng hơi biểu hiện của liệt ruột cơ năn.
- Những hình vôi hoá của tuy biểu hiện của viêm tuy mạn tính.

Chụp bụng không chuẩn bị còn cho phép phát hiện dấu hiệu bệnh lý của những bệnh khác trong ổ bụng để loại trừ viêm tuy cấp:

Hình liềm hơi dưới cơ hoành của thủng tạng rỗng (thủng ổ loét dạ dày - tá tràng).

- Mức hơi - nước ở ruột trong tắc ruột cơ học.

Hình cản quang của sỏi thận, niệu quản.

Chụp phổi: có thể thấy hình ảnh tràn dịch màng phổi, chọc dò dịch màng phổi thấy có men amylase tăng cao.

#### **5.4.3. Siêu âm**

Siêu âm cho thấy:

- Hình ảnh của tuy: kích thước tuy to ra (khu trú ở đầu, thân, đuôi hoặc to toàn bộ tuy), những vùng hoại tử của tuy, nang giả tuy, hình ảnh vôi hoá, ở nhu mô tuy hoặc sỏi ống tuy.
- Những ổ dịch do viêm tuy cấp gây ra ở xung quanh tuy, những vùng lân cận của tuy hoặc đi xa hơn theo rãnh thành đại tràng, sau phúc mạc...

Đặc biệt siêu âm cho phép thăm dò đường mật, túi mật để phát hiện sỏi, giun đường mật, một nguyên nhân đưa tới viêm tuy cấp.

Trong hoàn cảnh Việt Nam hiện nay, siêu âm có thể giúp ích cho việc chẩn đoán và theo dõi tiến triển của viêm tuy cấp. Tuy nhiên, trong viêm tuy cấp, phần lớn bệnh nhân bị trướng hơi do liệt ruột, do đó hạn chế việc thăm dò của siêu âm, nhất là trong thời gian đầu cấp tính của bệnh.

#### **5.4.4. Chụp cắt lớp theo tỷ trọng bằng máy tính (Computed tomography - CT)**

Là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị trong viêm tuy cấp, ngay từ những giờ đầu cũng như trong quá trình diễn biến của bệnh. Nó cho thấy hình

ảnh của tuy, kích thước tuy, mức độ tổn thương, vị trí tổn thương, những vùng hoại tử hoặc nang giả của tuy, những ổ dịch hoặc ổ hoại tử ở tuy, xung quanh tuy hoặc lan ra xa tuy.

Hình ảnh nang giả, ổ hoại tử hoặc áp xe ở tuy do chụp CT kết hợp với chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CT sẽ giúp rất nhiều cho việc xác định mức độ tổn thương và đặt kế hoạch điều trị, mổ xé.

#### **5.4.5. Cộng hưởng từ hạt nhân (Magnetic Resonance Imaging - MRI)**

Là phương tiện thăm dò hình ảnh không dùng tia X, cho thấy hình ảnh, kích thước tuy, các thương tổn ở tuy và ngoài tuy. Đối với bệnh viêm tuy cấp, đây là một phương pháp thăm dò hình ảnh rất giá trị, đồng thời tránh cho bệnh nhân sự bức xạ của tia X.

Một kỹ thuật mới được áp dụng là chụp động học cộng hưởng từ hạt nhân dùng một liều thấp thuốc cản quang Gadolinium, sẽ cho thấy hình ảnh của tuy với các tổn thương tương đương như chụp động học cắt lớp bằng máy tính nhưng tránh được tác dụng độc hại của thuốc cản quang iod, đồng thời còn có ưu điểm là có thể xác định khói dịch đặc hay đũa loãng để chọc hút và dẫn lưu.

Tuy nhiên cộng hưởng từ hạt nhân còn là một phương tiện rất đắt tiền.

## **6. BIẾN CHỨNG**

### **6.1. Biến chứng toàn thân**

Biến chứng toàn thân của viêm tuy cấp có thể đi từ suy giảm tuần hoàn hô hấp nhẹ cho đến suy giảm nặng trong những thể tối cấp với tỷ lệ tử vong rất cao.

#### **6.1.1. Truy tim mạch**

Do tổn thương nội mạc của thành mạch làm một khói lượng lớn huyết tương thoát ra khỏi hệ thống tuần hoàn vào vùng gian bào, xung quanh tuy và sau phúc mạc tạo thành một khu vực thứ 3 tích luỹ chất dịch do huyết tương thoát ra. Kết quả là đưa tới giảm khói lượng tuần hoàn, dẫn tới tình trạng choáng giảm thể tích.

#### **6.1.2. Suy giảm hô hấp**

Đau và tình trạng nằm lâu gây ứ đọng đờm dãi, xẹp phổi, viêm phổi. Nhiều trường hợp viêm tuy cấp có tràn dịch màng phổi. Thương tổn mao mạch phổi đưa tới phù tổ chức kẽ ở phổi.

Tất cả những yếu tố trên đưa tới suy giảm chức năng hô hấp.

#### **6.1.3. Suy giảm chức năng thận**

Do giảm khói lượng tuần hoàn và tình trạng co mạch, đưa tới rối loạn chức năng ở ống thận, làm giảm lượng nước tiểu.

Cần đặt ống thông bàng quang để theo dõi lượng nước tiểu. Bồi phụ khôi lượng tuần hoàn.

#### **6.1.4. Biến chứng ở dạ dày - ruột**

Trong những ngày đầu, dạ dày ruột thường dẫn trưởng do liệt nhu động cơ nồng, gây nôn và bí trung đại tiện. Đặt sonde dạ dày hút sẽ làm giảm dẫn trưởng dạ dày và đỡ nôn.

Trong một số trường hợp, nhất là những thể nặng, có thể có loét trót nồng hoặc ổ loét dạ dày - tá tràng, phát hiện và xác định bằng soi dạ dày - tá tràng. Ngoài ra, ở những thể cân nặng, có thể thấy những biến chứng.

- Thần kinh: từ mức độ vật vã, hốt hoảng đến nói lảm nhảm hoặc nặng hơn nữa là hôn mê.
- Đóng máu rải rác trong lòng mạch: do tăng đông máu và hoạt hoá cơ chế tiêu sợi huyết.

Những trường hợp viêm tuy cấp thể nhẹ thường không có biến chứng toàn thân. Càng nhiều biến chứng trên nhiều cơ quan, tổ chức thì tình trạng càng nặng và tỷ lệ tử vong càng cao.

### **6.2. Biến chứng trong ổ bụng**

#### **6.2.1. Ổ dịch khu trú**

Thường thấy ở quanh tuy, phía trước tuy, khoang giữa gan và thận phải, khoang lách - thận... Những ổ dịch này thường không có vách ngăn và thường tự tiêu không để lại biến chứng.

#### **6.2.2. Ổ hoại tử tuy**

Là những ổ khu trú hoặc lan toả, bao gồm dịch xuất tiết, nước máu cũ lẫn tổ chức hoại tử của tuy, tạo thành một chất dịch màu đỏ nâu hoặc xám đen lẫn những mảnh tổ chức hoại tử. Những ổ này có thể ở trong nhu mô tuy, có khi lan toả toàn bộ tuy, những ổ hoại tử có thể lan ra xung quanh tuy, tới rễ mạc treo đại tràng ngang, hậu cung mạc nối, khoang sau phúc mạc và lan đi xa theo rãnh thành đại tràng xuống hố chậu, túi cùng Douglas.

Quá trình hoại tử của tuy có thể lan tới dạ dày - tá tràng, lách, đại tràng ngang. Khi có ổ hoại tử của tuy, tình trạng bệnh nhân thường nặng và tỷ lệ tử vong càng cao.

Trong tuần đầu của bệnh, nếu tình trạng suy giảm nhiều tạng, nhiều chức năng sinh tồn (tuần hoàn, hô hấp, tiết niệu...) càng tăng, cần nghĩ tới hoại tử của tuy, cần làm những thăm dò hình ảnh của tuy và ổ bụng để xác định chẩn đoán và can thiệp kịp thời.

#### **6.2.3. Áp xe tuy**

Là ổ mủ khu trú ở tuy hoặc gần với tuy, trong có những mảnh tổ chức hoại tử. Thường tồn bắt đầu từ những ổ hoại tử, lúc đầu vô khuẩn sau đó bội nhiễm và

tạo thành ổ áp xe, thường xuất hiện muộn, vào tuần thứ 3 - thứ 4 của bệnh. Bệnh nhân thường sốt cao giao động. Chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc chụp CT hút ra mủ, nuôi cấy có vi khuẩn.

#### 6.2.4. Nang giả tuy cấp tính

Là những ổ chứa dịch tuy bao bọc bởi tổ chức xơ hoặc tổ chức hạt, được thành lập trong vòng 4 tuần đầu của bệnh, trong chứa chất dịch màu vàng nhạt hoặc nâu, có nồng độ amylase cao. Những nang này thường thấy ở tuy, quanh tuy, hiếm khi đi xa hơn. Khám lâm sàng có thể năm thấy một khói, có khi nổi phồng trên thành bụng, ở vùng tuy hoặc quanh tuy, ranh giới tương đối rõ, nắn đau tức.

Khi nang bị bội nhiễm, sẽ tiến triển thành áp xe.

Có những trường hợp hoặc do không chọc hút hoặc có chọc hút nhưng nang vẫn tái lập, tồn tại lâu, to lên, vách nang dần dần được phủ một lớp liên bào (epithelium), có khi có những chỗ vôi hoá, thường kéo dài trên 4 tuần, trở thành nang tuy mạn tính (chronic pseudocyst). Khi đó, phải can thiệp bằng ngoại khoa.

### 7. TIẾN TRIỂN VÀ TIỀN LƯỢNG

Tiến triển của viêm tuy cấp hoàn toàn tuỳ thuộc vào mức độ thương tổn của tuy. Nếu chỉ là viêm tuy cấp thể phù như trong đa số trường hợp thường gặp, bệnh thường giảm dần trong vài ngày đến 1 tuần không để lại di chứng. Nhưng trong trường hợp viêm tuy cấp hoại tử, tuỳ thuộc vào mức độ và vị trí hoại tử của tuy, mức độ hoại tử của những tạng khác ngoài tuy và mức độ suy giảm những chức năng sinh tồn (tuần hoàn, hô hấp...) mà diễn biến có thể trở nên rất nặng, đưa tới tỷ lệ tử vong rất cao, mặc dù được theo dõi, điều trị xát sao, kịp thời.

Trong mấy thập kỷ qua, bệnh viêm tuy cấp đã được nghiên cứu, thảo luận rất nhiều, đã có nhiều tiến bộ đáng kể trong chẩn đoán, điều trị tuy vẫn còn nhiều điểm đang được bàn cãi.

Đánh giá tiên lượng của viêm tuy cấp dựa trên những yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng trong 24 giờ đầu của bệnh là rất khó khăn và không đầy đủ, cũng như do tính chất phức tạp của bệnh mà chỉ dựa trên một yếu tố để tiên lượng là điều không thể được. Việc đánh giá tiên lượng của bệnh viêm tuy cấp phải dựa trên sự theo dõi nhiều giờ, nhiều ngày và dựa trên nhiều yếu tố: Lâm sàng, huyết học, sinh hoá, hình ảnh...

#### 7.1. Bảng yếu tố tiên lượng của Ranson

Nhiều tác giả đã đưa ra nhiều yếu tố tiên lượng cho bệnh viêm tuy cấp, trong đó bảng yếu tố tiên lượng của Ranson, Glasgow (Imrie), APACHE II, hoặc bảng yếu tố tiên lượng dựa trên hình ảnh chụp CT.

Năm 1974, nghiên cứu trên 100 bệnh nhân viêm tuy cấp, dựa trên 48 yếu tố khác nhau, Ranson thấy 11 yếu tố có ý nghĩa thống kê liên quan đến tiến triển và tiên lượng, cho phép đánh giá tiên lượng của bệnh trong vòng 48 giờ đầu:

Lúc vào viện (giờ 0)

- Tuổi > 55
- Bạch cầu > 16000/mm<sup>3</sup>
- Đường máu > 11mmol/lít (ở bệnh nhân không bị đái tháo đường trước đó)
- Lactico - dehydrogenase (LDH) > 350 IU/L - aspartat amino - transferase (AST) > 250 U/L (hoặc SGOT).

Trong 48 giờ đầu:

- Giảm Hematocrit > 10%
- Tăng Urê máu > 1,8 mmol/L (>50mg/L)
- Calci máu < 2 mmol (80/mg/l)
- PaO<sub>2</sub> < 60mmHg
- Giảm bicarbonat > 4mEq/L

Dựa trên bảng Ranson, những bệnh nhân càng có nhiều yếu tố nguy cơ thì bệnh càng trầm trọng và tỷ lệ tử vong càng cao.

Bệnh nhân có 1-2 yếu tố: tỷ lệ tử vong dưới 1%; 3-4 yếu tố: tử vong 16%; 5-6 yếu tố: tử vong 40%; 7-8 yếu tố: tử vong lên tới 100%.

Tuy nhiên, những yếu tố của bảng Ranson không phải chỉ đặc hiệu riêng cho viêm tuy cấp mà còn gặp trong nhiều bệnh lý nhiễm trùng khác (thí dụ trong viêm tuy cấp) hơn nữa nó khá phức tạp và chỉ liên quan đến tiến triển của bệnh trong 48 giờ đầu. Do đó bảng yếu tố Ranson có những hạn chế trong sự đánh giá tiên lượng trong những ngày sau, với sự hình thành của những khối dịch hoặc ổ hoại tử, áp xe...

## 7.2. Bảng yếu tố tiên lượng Glasgow (Imrie)

Năm 1984, C.W.Imrie, phẫu thuật viên của bệnh viện Hoàng gia Glasgow, Anh Quốc, đã đưa ra một bảng yếu tố tiên lượng cho bệnh viêm tuy cấp bao gồm 8 điểm, dựa trên những đánh giá từ khi bệnh nhân vào viện.

Tuổi	> 55
Bạch cầu	> 15.000/mm <sup>3</sup>
Đường máu	> 10mmol/L (1,8g/L)
Urê máu	> 16mmol/L (>0,45g/L)
PaO <sub>2</sub>	< 60mmHg
Calci máu	< 2mmol/L (< 80mg/L)
Albumin máu	< 32g/L
Lactico - dehydrogenase	> 600U/L

Cũng như bảng Ranson, bệnh nhân có từ 3 yếu tố trở lên theo bảng Glasgow là viêm tuy cấp thể nặng. Càng nhiều yếu tố, tình trạng càng nặng và tiên lượng càng xấu.

Cũng như bảng Ranson, bảng yếu tố tiên lượng Glasgow cũng có những hạn chế do những yếu tố được đưa ra để theo dõi, đánh giá không phải chỉ đặc hiệu riêng cho viêm tuy cấp. Đồng thời nó chỉ liên quan đến tình trạng bệnh trong những giờ đầu. Tuy nhiên, 2 bảng yếu tố của Ranson và Imrie (Glasgow) được dùng rộng rãi để đánh giá tiên lượng của bệnh viêm tuy cấp.

Ngoài Ranson và Imrie, nhiều tác giả khác còn đưa ra nhiều yếu tố, nhiều cách đánh giá để đánh giá tình trạng bệnh cũng như tiên lượng của viêm tuy cấp. Thí dụ: bảng APACHE I (Acute physiology and chronic health evaluation I: 34 yếu tố), bảng APACHE II (12 yếu tố), định lượng protein phản ứng C (Creactive protein) và chất ức chế men protease alpha 1 tăng cao trong viêm tuy cấp hoại tử.

### 7.3. Bảng yếu tố tiên lượng dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp bằng máy tính (CT)

Với sự ra đời và phát triển rộng rãi của chụp CT và chụp CT có tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch, người ta đã có hình ảnh của tuy với các thương tổn rõ ràng của ổ hoại tử, áp xe, nang giả tuy... Tình trạng bệnh nhân, diễn biến của bệnh phụ thuộc rất nhiều vào mức độ của những thương tổn đó. Quyết định thái độ xử trí cũng dựa trên hình ảnh CT. Do đó đã hình thành nhiều cách phân loại và đánh giá tiên lượng của viêm tuy cấp dựa trên hình ảnh CT.

#### 7.3.1. Bảng phân loại của Ranson và Balthazar: chia ra 5 mức độ:

- Độ A: Tuy bình thường.
- Độ B: Tuy to ra, tăng khối lượng nhưng vẫn còn bờ rõ.
- Độ C: Tuy to ra, có viêm của lớp mỡ quanh tuy và mất đường viền của bờ tuy.
- Độ D: Có ổ dịch quanh tuy.
- Độ E: Nhiều ổ dịch quanh tuy và ở xa tuy.

Theo bảng phân loại của Ranson và Balthazar, độ D và độ E là những trường hợp viêm tuy cấp có thương tổn nhiều nhất. Tuy nhiên những yếu tố của bảng phân loại này không đặc hiệu và chưa thể hiện được mức độ hoại tử và nhiễm trùng là 2 yếu tố có ảnh hưởng rất nhiều đến tình trạng bệnh nhân và tiên lượng bệnh.

#### 7.3.2. Bảng phân loại của Freeny dựa trên hình ảnh của phù tuy hoặc hoại tử của tuy: 5 mức độ.

- Độ A: Tuy bình thường: Tuy ngầm thuần nhất và không to ra.
- Độ B: Viêm tuy cấp thể phù: Tuy to ra, bờ không rõ, có phù tổ chức quanh tuy.
- Độ C: Phản ứng viêm quanh tuy: tuy hoại tử < 30% nhu mô.
- Độ D: Tuy hoại tử 30-50%, ổ dịch và ổ hoại tử khu trú.
- Độ E: Tuy hoại tử > 50%. Nhiều ổ dịch và hoại tử lan toả. Áp xe tuy.

#### 7.3.3. Bảng phân loại Ulm dựa trên hình ảnh CT và kết quả vi trùng học, có giá trị để đánh giá tình trạng bệnh, tiên lượng cũng như xác định thái độ xử trí:

- Viêm tuy cấp thể phù.
- Viêm tuy cấp hoại tử:
  - + Hoại tử vô trùng.
  - + Hoại tử nhiễm trùng.
- Áp xe tuy.
- Nang giả tuy.

Hiện nay vẫn còn nhiều cách đánh giá tình trạng bệnh, nhiều cách tiên lượng bệnh dựa trên nhiều yếu tố khác nhau.

Tuy nhiên, với người thầy thuốc lâm sàng, vấn đề quan trọng là đánh giá được tình trạng bệnh, xác định được mức độ và vị trí thương tổn để có thái độ xử trí đúng đắn và kịp thời: Khi nào điều trị nội khoa, khi nào cần can thiệp ngoại khoa, kỹ thuật can thiệp ngoại khoa ra sao... Để đạt được mục tiêu đó, cần dựa trên tất cả những dữ liệu có được, dựa trên thăm khám và theo dõi lâm sàng, các kết quả xét nghiệm, hình ảnh siêu âm và chụp CT.

## **8. ĐIỀU TRỊ**

Việc điều trị viêm tuy cấp phải dựa trên sự kết hợp của điều trị nội khoa và điều trị ngoại khoa, không có một loại điều trị riêng biệt đặc hiệu nào.

Phần lớn bệnh nhân viêm tuy cấp (khoảng 80% tổng số) là ở thể phù tuy, thường tiến triển tốt với điều trị nội khoa trong vài ngày đến 1 tuần, không cần can thiệp ngoại khoa, không đưa tới biến chứng nguy hiểm và cũng không để lại di chứng gì.

Số còn lại (khoảng 20%) là viêm tuy cấp hoại tử, với nhiều mức độ khác nhau. Để điều trị tốt cần phát hiện kịp thời những ổ hoại tử, áp xe, ổ dịch hoặc nang giả để có biện pháp can thiệp thích hợp.

### **8.1. Điều trị nội khoa**

#### **8.1.1. Hồi sức điều trị tình trạng sốc**

Nếu bệnh nhân có biểu hiện sốc, huyết áp động mạch thấp, việc trước tiên là phải hồi sức tích cực. Sốc trong viêm tuy cấp là do giảm khối lượng tuần hoàn do đó cần bồi phụ bằng truyền tĩnh mạch huyết thanh mặn - ngọt, điện giải, dung dịch keo hoặc huyết tương albumin.

Cần theo dõi tình trạng huyết động, huyết áp động mạch, áp lực tĩnh mạch trung ương, đặt sonde bằng quang để theo dõi lượng nước tiểu hàng giờ. Nếu lượng nước tiểu dưới 30ml/giờ có nghĩa là lượng dịch truyền vào chưa đủ. Trong trường hợp cần thiết, sau khi đã bù khống lượng tuần hoàn đầy đủ, dùng thuốc co mạch, trợ tim như Dopamin, Dobutamin.

#### **8.1.2. Giảm đau**

Không được dùng morphin vì gây co thắt cơ vòng Oddi, làm viêm tuy cấp nặng thêm. Meperidin (Pethidin) có tác dụng tốt hơn. Có thể dùng thuốc giảm đau

dạng tiêm khác như Keterolac (Toradol). Trong trường hợp nặng, có thể tiêm truyền tĩnh mạch.

Có thể dùng phương pháp phong bế thần kinh, gây tê ngoài màng cứng để làm giảm đau, không nên dùng thuốc chống viêm không steroid vì làm tăng sự suy giảm chức năng thận và tăng nguy cơ chảy máu dạ dày - tá tràng.

**8.1.3. Trong những ngày đầu.** Đặt sonde dạ dày qua mũi và hút giúp làm giảm ứ đọng ở dạ dày - ruột. Hút dạ dày còn có tác dụng làm giảm khối lượng dịch dạ dày có tính chất acid để ức chế việc bài tiết secretin của tá tràng.

Sonde dạ dày để tới khi bệnh nhân có nhu động ruột trở lại, đánh hơi được. Bụng xẹp đi thì rút bỏ.

#### **8.1.4. Suy giảm hô hấp**

Nếu có tràn dịch màng phổi, cần chọc hút. Cho bệnh nhân thở oxy bằng đặt sonde qua mũi. Trong trường hợp cần thiết, dùng hô hấp hỗ trợ với áp lực dương tính.

#### **8.1.5. Giảm sự bài tiết của tuy**

Không cho bệnh nhân ăn uống, hút dịch dạ dày.

Trong những trường hợp viêm tuy cấp thấp nặng, cần nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, với chế độ giàu dinh dưỡng bằng glucid và lipid. Khi những dấu hiệu cấp tính của viêm tuy cấp giảm đi, có thể cho ăn uống trở lại bằng đường tiêu hoá, bằng cách:

- Cho ăn uống đường miệng nếu tình trạng bệnh nhân khả và có thể ăn uống bằng đường miệng.
- Nếu tình trạng bệnh nhân còn nặng, không ăn uống được bằng đường miệng. Có thể đặt sonde dạ dày qua mũi và bơm thức ăn dễ hấp thu (dung dịch acid amin, đường, vitamin).

Trường hợp bệnh nhân nặng cần nuôi dưỡng dài ngày, có thể mở thông hông tràng và bơm dung dịch dinh dưỡng dễ hấp thụ như trên.

Việc điều trị bằng cimetidin (Tagamet) được áp dụng trong trường hợp có viêm loét ở dạ dày tá tràng (xác định bằng nội soi) cần điều trị bằng thuốc kháng acid và kháng H<sub>2</sub>, đồng thời để phòng ngừa tai biến chảy máu ở ổ loét.

Nhiều tác giả nhận thấy tác dụng tốt của Somatostatin tự nhiên trong điều trị viêm tuy cấp, giúp làm giảm số trường hợp nặng, giảm số can thiệp phẫu thuật và giảm ngày điều trị.

Ngược lại, chất tổng hợp tương tự như Somatostatin có tên gọi là Octreotide (Sandostatin) đã được nhiều công trình nghiên cứu chứng tỏ là không có tác dụng trong điều trị viêm tuy cấp.

**8.1.6. Biến chứng ở thận:** Đặt sonde bằng quang để theo dõi lượng nước tiểu. Trước hết cần hồi sức, bồi phụ khối lượng tuần hoàn. Nếu tình trạng suy thận kéo

dài mặc dù đã được điều trị như trên, có thể dùng thuốc lợi tiểu (Furosemid) và trong trường hợp cần thiết, có thể thẩm phân máu (chạy thận nhân tạo).

#### **8.1.7. Biến chứng đông máu rải rác trong lòng mạch:** Do tăng đông máu và do hoạt hoá của cơ chế tiêu sợi huyết.

Điều trị bằng chất ức chế tiêu sợi huyết và truyền tĩnh mạch những yếu tố đông máu (huyết tương tươi, yếu tố VII, tiểu cầu).

Việc điều trị bằng heparin, calciparin đang còn được bàn cãi cân nhắc vì có thể gây nguy cơ chảy máu.

#### **8.1.8. Chống nhiễm khuẩn**

Việc điều trị kháng sinh có tính chất dự phòng, nhất là trong viêm tuy cấp thể phù là không cần thiết. Tuy nhiên khi có biểu hiện của nhiễm trùng đường hô hấp, nhiễm trùng đường mật hoặc khi có hoại tử nhiễm trùng thì cần điều trị bằng kháng sinh. Tốt nhất là dựa trên kết quả nuôi cấy vi khuẩn, kháng sinh đồ.

### **8.2. Điều trị ngoại khoa**

Điều trị ngoại khoa trong viêm tuy cấp chỉ đặt ra khi có chẩn đoán nguyên nhân rõ ràng hoặc có biến chứng cần can thiệp. Trong trường hợp bệnh nhân vào viện vì đau bụng cấp, việc chẩn đoán không xác định chắc chắn là viêm tuy cấp và cũng không loại trừ các bệnh cấp cứu ngoại khoa khác ở ổ bụng như thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, xoắn ruột, tắc mạch mạc treo... bắt buộc phải mở thăm dò. Trong trường hợp đó, khi mở bụng xác định là viêm tuy cấp, cần kiểm tra:

- Nếu có sỏi mật, giun chui ống mật: Mở ống mật chủ, lấy sỏi giun, dẫn lưu Kehr ống mật chủ, dẫn lưu hậu cung mạc nối.
- Nếu không có sỏi mật, giun chui ống mật: Mở thông túi mật, để làm giảm áp đường mật và chụp đường mật kiểm tra sau mổ), dẫn lưu hậu cung mạc nối và dẫn lưu ổ tuy hoại tử nếu có.

Việc điều trị ngoại khoa thực thụ trong viêm tuy cấp trước hết phải dựa vào nguyên nhân gây bệnh: viêm tuy cấp không do sỏi mật (thường là do rượu) và viêm tuy cấp do sỏi mật và ở Việt Nam ta, với cùng một cơ chế như sỏi mật là viêm tuy cấp do giun chui ống mật. Trên cơ sở đó, dựa trên theo dõi những triệu chứng lâm sàng, hình ảnh siêu âm và chụp CT, người thầy thuốc đánh giá được mức độ thương tổn và có quyết định can thiệp ngoại khoa đúng đắn.

#### **8.2.1. Viêm tuy cấp không do sỏi mật**

Viêm tuy cấp thể phù thường tiến triển tốt với điều trị nội khoa và không cần can thiệp ngoại khoa.

Viêm tuy cấp hoại tử đưa tới những biến chứng như ổ hoại tử, áp xe tuy, nang giả tuy, đòi hỏi phải điều trị bằng ngoại khoa. Vấn đề quan trọng là dựa trên theo dõi tiến triển của lâm sàng và các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng, hình ảnh siêu âm và chụp CT, xác định được tình trạng, mức độ, vị trí của tổn

thương để có quyết định can thiệp ngoại khoa đúng đắn. Chỉ định mổ thường phải dựa trên sự kết hợp của nhiều yếu tố.

### - Ổ hoại tử

Ổ hoại tử vô trùng có thể tự tiêu nhưng ổ hoại tử nhiễm trùng cần can thiệp bằng phẫu thuật. Chọc dò dưới sự hướng dẫn của siêu âm hoặc CT. Nếu hút ra dịch hoại tử có vi khuẩn, cần chỉ định mổ.

Sau khi mở bụng, lấy bỏ tổ chức hoại tử tuy và dịch hoại tử, sau đó đặt ống dẫn lưu.

Cắt bỏ tuy là phẫu thuật rất nặng và rất khó khăn về mặt kỹ thuật trong trường hợp viêm tuy cấp. Thường chỉ có thể làm khi hoại tử khu trú ở vùng đuôi tuy (cắt đuôi tuy).

### - Áp xe tuy:

Ổ hoại tử ở tuy hoặc quanh tuy bị bội nhiễm thành mủ tạo thành ổ áp xe: chọc hút ra mủ có vi khuẩn. Trong trường hợp đó, cần phải mổ để giải thoát mủ, tổ chức hoại tử và dẫn lưu rộng rãi bằng ống dẫn lưu, bắc gạc hoặc cả 2, với tưới rửa qua ống dẫn lưu sau mổ.

Nang giả tuy: ở trong nhu mô tuy hoặc quanh tuy, có khi nhiều ổ ở nhiều vị trí khác nhau (thường gặp một ổ lớn).

Những ổ này có thể tự tiêu không để lại di chứng. Nếu ổ dịch tồn tại lâu hoặc to ra thì cần phải can thiệp. Với ổ nhỏ đường kính dưới 5cm có thể chọc hút và khói. Cũng có trường hợp nang lịm tái lập sau khi đã chọc hút và to ra. Trong trường hợp đó phải mổ để nối nang với đường tiêu hóa: dạ dày, hông tràng hoặc tá tràng tùy theo vị trí của nang. Nếu nang khu trú ở đuôi tuy, có thể cắt bỏ đuôi tuy.

## 8.2.2. Viêm tuy cấp do sỏi mật

Trong trường hợp viêm tuy cấp do sỏi mật hoặc giun chui ống mật, việc can thiệp ngoại khoa là cần thiết để loại trừ nguyên nhân trong đó:

### - Viêm tuy cấp thể nhẹ (do sỏi mật, giun).

Là thể thường hay gặp. Trong trường hợp này cần mổ càng sớm càng tốt, để lấy sỏi và giun là nguyên nhân đã gây viêm tuy cấp, và dẫn lưu Kehr.

### Viêm tuy cấp thể nặng (do sỏi mật, giun).

Trong trường hợp này, sự đe doạ tính mạng là do những thương tổn trầm trọng của tuy tạng với những biến chứng toàn thân và các cơ quan nội tạng khác mà nó gây ra. Khi đó cần điều trị tích cực những biến loạn toàn thân và những suy giảm chức năng sinh tồn. Khi tình trạng bệnh nhân ổn định sẽ mổ lấy sỏi và giun đường mật sớm.

Có những trường hợp cắt cơ vòng và lấy sỏi bằng nội soi là đủ, không cần can thiệp phẫu thuật. Cũng có những trường hợp nhất là nhiều sỏi và sỏi trong gan như ở nước ta, thủ thuật trên chỉ là bước đầu trong tình trạng viêm cấp quá nặng.

Khi tình trạng bệnh ổn định, cần mổ để giải quyết triệt để bệnh sỏi mật và phòng ngừa tái phát của viêm tuy cấp.

Ở Việt Nam, một số trường hợp viêm tuy cấp là do giun từ tá tràng chui vào ống Wirsung. Soi dạ dày tá tràng và lấy giun là một thủ thuật rất hiệu quả để điều trị.

Trong viêm tuy cấp thể nặng và nguyên nhân là do sỏi mật, một thủ thuật rất tốt là cắt cơ vòng nội soi (erdosco - ficsphiterotomy - Es) và lấy sỏi qua nội soi.

Có những trường hợp cắt cơ vòng và lấy sỏi bằng nội soi là đủ, không cần can thiệp phẫu thuật. Cũng có những trường hợp nhất là nhiều sỏi và sỏi trong gan như ở nước ta, thủ thuật trên chỉ là bước đầu trong tình trạng viêm tuy cấp quá nặng. Khi tình trạng bệnh nhân ổn định, cần mổ để giải quyết triệt để bệnh sỏi mật và phòng ngừa tái phát của viêm tuy cấp.

Ở Việt Nam, một số trường hợp viêm tuy cấp là do giun đũa từ tá tràng chui vào ống Wirsung. Soi dạ dày tá tràng và lấy giun là một thủ thuật rất hiệu quả để điều trị.

# SỎI ỐNG MẬT CHỦ VÀ CÁC BIẾN CHỨNG CẤP TÍNH

PGS.TS. Nguyễn Ngọc Bích

## I. SỎI ỐNG MẬT CHỦ (OMC)

Bao gồm sỏi trong đường mật tính từ dưới hợp lưu 2 ống gan tới bống Vater không kể đến túi mật.

Bệnh thường gặp ở lứa tuổi trưởng thành và tăng theo tuổi, không có sự khác nhau nhiều giữa nam và nữ.

Những đặc điểm cơ bản của sỏi ống mật chủ:

- Nguyên nhân tạo sỏi do ứ trệ và nhiễm khuẩn đường mật, đặc biệt là vai trò của giun đũa. Phần lớn các bệnh nhân có sỏi OMC đều có tiền sử những lần đau bụng kiểu giun chui ống mật và nghiên cứu cấu trúc sỏi người ta thấy lõi của sỏi có xác và trứng giun đũa. Giả thuyết cho rằng giun chui lên đường mật mang theo vi khuẩn đường ruột gây ứ trệ và viêm đường mật do vi khuẩn đã tạo điều kiện hình thành sỏi. Ngoài ra vi khuẩn (E.coli) tiết ra men Beta-glucuronidase phân huỷ glucuronid một dạng của bilirubin kết hợp để tạo thành muối calci bilirubinat. Vi khuẩn đường mật, cũng giải phóng ra phospholipase men này biến lecithin trong mật thành isolecithin và một số chất nữa tạo điều kiện thuận lợi cho chúng kết hợp với cali để tạo thành các muối mật thành phần của sỏi mật.
- Thành phần của sỏi mật ở nước ta chủ yếu là muối mật (calcium-bilirubinate). Trong khi đó thành phần sỏi mật ở các nước phương Tây hay Bắc Mỹ chủ yếu là cholesterol.
- Sỏi OMC có thể hình thành tại chỗ hay trên gan hoặc túi mật rơi xuống, sỏi OMC đơn thuần ít, thường có sỏi trong gan phổi hợp trên 70% các trường hợp. Sót sỏi sau mổ và sỏi mật tái phát ở nước ta còn rất cao do nhiều yếu tố như nhiễm trùng đường mật tái diễn, hẹp đường mật, sỏi trong gan... và thiếu áp dụng các phương tiện phát hiện sỏi trong lúc mổ.

### 1.1. Triệu chứng lâm sàng

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%) nếu sỏi không gây tắc mật hay không di chuyển xuống phần thấp của OMC.

Trong các đợt cấp hay thể điển hình có các dấu hiệu sau:

### **1.1.1. Cơ nǎng**

- Tam chứng Charot:

- + Đau bụng: thường đau vùng gan, kiểu giun chui ống mật, mức độ 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. Đau bụng vùng 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 người bệnh ăn hay uống đau sẽ tăng lên do đường mật bị kích thích.
- + Sốt: xuất hiện sau các cơn đau vài giờ (6-12 giờ) do nhiễm khuẩn đường mật, với các cơn sốt rét run và vã mồ hôi sau đó nhiệt độ cơ thể trở lại bình thường hoặc hơi tăng.
- + Vàng da: sau đau bụng và sốt tắc mật có thể rất rõ hay kín đáo.

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 vôi và ngứa. Cũng có thể có các dấu hiệu của rối loạn tiêu hoá như chán ăn, nôn hay buồn nôn và đặc biệt đau bụng tăng lên sau khi ăn.

### **1.1.2. Thực thể**

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

- Gan to thường đều và cả 2 thuỷ, 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, tắc mật lâu ngày và sau các đợt viêm đường túi mật có thể bị viêm teo nhỏ lại, nên khi thăm khám không thấy túi mật to lúc đó nghiệm pháp Murphy sẽ dương tính.

### **1.1.3. Toàn thân**

Tình trạng nhiễm khuẩn: hơi thở hôi, sốt 38-39°C. Có thể xuất hiện các dấu hiệu của suy thận như đái ít hay vô niệu trong các đợt viêm đường tắc mật nặng. Đặc biệt có các dấu hiệu của rối loạn chức năng đông máu của gan như chảy máu dưới da, cung mạc do tắc mật.

### **1.1.4. Các dấu hiệu máu và sinh hóa**

- Tình trạng nhiễm khuẩn: số lượng bạch cầu tăng trên 10- 15.000/ml máu, chủ yếu tăng bạch cầu đa nhân trung tính.
- Tắc mật: bilirubin máu tăng cao, tăng loại bilirubin trực tiếp (BT 17 mol/l) Men phosphat kiềm tăng (bình thường không hơn 10đv KA).  
Trong các đợt viêm đường mật nặng có thể có các dấu hiệu của
- Suy thận: urê máu, creatinin máu cao.

- Rối loạn chức năng gan về đông máu: Tỷ lệ prothrombin 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 (CIDV).

### **1.1.5. X quang**

Sỏi OMC không cản quang nhưng chụp gan có thể cho thấy hình ảnh gan to, bóng túi mật to.

### **1.1.6. Siêu âm gan mật**

Các hình ảnh thường là gan to, nhu mô không đều, đường mật trong và ngoài gan dãn, túi mật to, sỏi trong OMC là các đám đậm kèm bóng cản. Sỏi OMC có thể không phát hiện được trên siêu âm khi sỏi nhỏ kẹt phần thấp và do tá tràng dãn. Lưu ý các thương tổn khác phổi hợp như sỏi trong gan, sỏi túi mật, hay giun đường mật. Nếu có điều kiện có thể siêu âm trong lúc mổ để phát hiện sỏi phổi hợp trong gan hay kiểm tra đã lấy hết sỏi chưa.

### **1.1.7. Chụp đường mật**

- Qua đường nội soi chụp mật tuy ngược dòng (ERCP) thấy đường mật dãn và sỏi trong đường mật (vị trí và số lượng sỏi).
- Chụp đường mật trong lúc mổ.
- Chọc qua nhu mô gan; có giá trị cao nhưng ngày càng ít được dùng vì có biến chứng và có các biện pháp chẩn đoán khác thay thế tốt hơn.
- Bằng đường uống hay tĩnh mạch ít được sử dụng hiện nay.

### **1.1.8. CT scanner gan mật**

Hình ảnh dãn đường mật, thấy sỏi ở phần thấp đường mật.

**1.1.9. Nội soi đường mật:** sau mở cơ thắt Oddi qua nội soi hay trong lúc mổ để chẩn đoán và lấy sỏi hay làm tan sỏi trong đường mật.

## **2. CHẨN ĐOÁN**

### **2.1. Chẩn đoán xác định**

- Lâm sàng:
  - + Cơ năng: tam chứng Charcot.
  - + Thực thể: vàng da, túi mật to trong các đợt cấp.
- Sinh hoá: Nhiễm khuẩn và tắc mật trong đợt cấp.
- Siêu âm: Đường mật trong và ngoài gan dãn, sỏi trong OMC.
- Chụp đường mật qua ERCP hay qua da: đường mật dãn, sỏi là các vùng khuyết.

## 2.2. Phân biệt

### 2.2.1. Với các bệnh vàng da không có tắc mật

- Thiếu máu do tan máu từng đợt.
- Viêm gan do virus.
- Xoắn khuẩn.

### 2.2.2. Với các bệnh tắc mật khác

- U đầu tuy.
- U bóng Vater.
- U nang đường mật.
- Ung thư đường mật.

## 3. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ

### 3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Điều chỉnh lại các rối loạn về chức năng gan đặc biệt chức năng đông máu: phải tiêm vitamin K và kiểm tra tỷ lệ prothrombine trước mổ.
- Dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn đường mật.
- Nâng cao thể trạng người bệnh có thể phải truyền đạm, máu trước mổ.

### 3.2. Các phương pháp điều trị

**3.2.1. Lấy sỏi mật qua đường nội soi:** sau khi chụp mật tuy ngược dòng (ERCP) và mở cơ thắt qua nội soi (ES) được áp dụng trong những năm gần đây.

Qua nội soi tá tràng, chụp đường mật tuy ngược dòng, xác định chẩn đoán và vị trí cũng như kích thước và số lượng sỏi OMC. Mở cơ thắt Oddi qua đường nội soi, qua chỗ mở cơ thắt đưa vào đường mật ống thông lấy sỏi Dormia hay Fogarty kéo sỏi xuống tá tràng.

Chỉ định trong các trường hợp sỏi nhỏ, có đường kính khoảng 1cm, người bệnh có bệnh phổi hợp hoặc sau mổ... không làm được khi đã cắt dạ dày.

**3.2.2. Mở 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 chịu phẫu thuật nặng nề nhất là trong cấp cứu, do vậy phải hạn chế mổ nhiều lần do còn bỏ sót sỏi hoặc không lấy được do sỏi kết hợp ở trong gan, để hạn chế sót sỏi sau mổ nên có chụp đường mật, nội soi đường mật hoặc siêu âm gan mật trong lúc mổ.

Trong một số ít trường hợp khi đường mật tương đối sạch, đảm bảo lấy hết sỏi có thể khâu kín đường mật không cần đặt dẫn lưu Kehr (mở đường mật lý tưởng).

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

- Dẫn lưu Volcker (dẫn lưu OMC qua tá tràng) nếu như có chíp hẹp cơ Oddi có thể sau khi mở đường mật lấy sỏi rồi kiểm tra thấy có viêm chít cơ Oddi thì mở dọc đoạn 2 tá tràng, kết hợp qua nơi mở OMC đưa vào OMC một ống thông thăm dò về phía cơ Oddi, đầu ống thăm dò làm mềm, dùng dao điện mở dọc chỗ 12 giờ chừng 1cm, đưa được ống thăm dò xuống tá tràng. Qua tá tràng và nơi mở cơ thắt đưa vào OMC dẫn lưu, khâu OMC và tá tràng. Thủ thuật này ít được làm vì rò và hẹp tá tràng sau mổ.
- Mở cơ thắt Oddi qua tá tràng.
- Nối đường mật với đường tiêu hoá được làm khi:
  - + Thương tổn phần thấp của đường mật mà không giải quyết được bằng mở cơ thắt Oddi như chíp hẹp phần thấp OMC, bệnh đường mật phổi hợp (nang đường mật), sỏi tái phát nhiều lần hay sỏi trong gan phổi hợp...
  - + Có hai loại nối đường mật với ống tiêu hoá: Trực tiếp và gián tiếp.
    - . Kiểu nối trực tiếp là nối đường mật (túi mật, OMC, hay đường mật trong gan) với tá tràng có ưu điểm tiến hành nhanh thuận tiện nhưng có nhược điểm viêm đường mật ngược dòng sau mổ và khó thực hiện khi tá tràng viêm dính.
    - . Kiểu nối gián tiếp là nối đường mật (Túi mật, OMC, đường mật trong gan) với hông tràng trên 1 quai ruột biệt lập kiểu Omega hay Roux en Y (có tạo van hoặc không). Kiểu nối gián tiếp có những ưu điểm: hạn chế viêm đường mật ngược dòng sau mổ, nối được mọi vị trí của đường mật nhưng khó về kỹ thuật và đặc biệt có những rối loạn sau này do mật không qua tá tràng. Để khắc phục cho 2 kiểu nối trên người ta tiến hành nối đường mật với tá tràng trên một quai hông tràng biệt lập.
- Kiểu nối mật - ruột "Roux en Y" có mở quai Y ra da cũng được tiến hành để lấy sỏi trong gan kết hợp.
  - + Cắt túi mật khi túi mật bị thương tổn không có khả năng hồi phục như viêm hoại tử, viêm mủ hay viêm teo, có sỏi, nghi ngờ ung thư hoặc trong những trường hợp chảy máu đường mật. Lưu ý trong sỏi đường mật nên hạn chế cắt túi mật khi không có chỉ định.
  - + Mở 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, có thể mở nhu mô để lấy sỏi tuy nhiên dễ gây chảy máu và rò mật sau mổ, có thể dẫn lưu OMC qua nhu mô gan sau khi mở nhu mô lấy sỏi để rửa đường mật sau mổ (sỏi mật trong gan kết hợp).
  - + Cắt gan:
    - . Nhiều sỏi hoặc nhiều ổ mủ khu trú ở vị trí nào đó nhất là gan trái
    - . Chảy máu đường mật mà khu trú được vị trí chảy máu ở phân thuỷ nào...

**3.2.3. Lấy sỏi OMC qua mổ nội soi:** thường sau cắt túi mật qua nội soi người ta nong ống cổ túi mật ống này hoặc mở dọc OMC theo ống túi mật rồi đưa vào OMC ống thông qua Dormia lấy sỏi, đặt dẫn lưu Kehr. Chỉ định khi sỏi có kích thước nhỏ và cần trang bị cũng như thành thạo của kíp mổ.

**3.2.4. Tán sỏi bằng sóng:** Nguyên tắc như trong điều trị sỏi đường tiết niệu.

**3.2.5. Tán sỏi bằng thuỷ điện lực:** nội soi đường mật qua đường hầm Kehr hay xuyên gan, làm tán sỏi khi để đầu dò phát sóng điện vào sỏi.

## 4. CÁC BIẾN CHỨNG CẤP TÍNH CỦA SỎI ỐNG MẬT CHỦ

### 4.1. Viêm đường mật cấp

#### 4.1.1. Giải phẫu bệnh

Đường mật ứ trệ dẫn do sỏi gây tắc không hoàn toàn, vi khuẩn phát triển trong đường mật gây viêm đường mật. Trong nước mật có các vi khuẩn đường ruột thường là E Coli, Klebsiella, Enterobacter, Enterococcus nhiều khi có cả vi khuẩn kị khí hư Clostridium và Bacteroides Fragillis. Nước mật có các tế bào đường mật hoại tử. Bạch cầu đa phân thoái hoá nặng hơn nữa là mủ và áp xe đường mật. Từ đường mật vi khuẩn sẽ xâm nhập vào máu.

#### 4.1.2. Các biểu hiện lâm sàng

- Cơ năng:

Người bệnh có biểu hiện nhiễm khuẩn với các cơn sốt nóng, rét nhiệt độ thường cao 39-40°C, vàng da ngày càng đậm cùng với các cơn đau bụng vùng gan nhưng không dữ dội lắm người bệnh có thể có những dấu hiệu rối loạn tiêu hoá như nôn hay buồn nôn.

- Thực thể:

Thăm khám bụng thấy tình trạng tắc mật có thể thấy gan to mật độ mềm, túi mật to vừa không căng lắm, vùng hạ sườn phải có phản ứng.

- Toàn thân:

Người bệnh mệt mỏi, chán ăn, da và niêm mạc vàng đậm, nước tiểu ít và sẫm màu. Có thể có các dấu hiệu rối loạn thần kinh tâm thần.

- Xquang:

Chụp gan thấy bóng gan to, bóng túi mật, có khi thấy hơi trong đường mật.

- Các xét nghiệm:

Số lượng bạch cầu tăng, tăng bạch cầu đa nhân trung tính. Tăng bilirubin trong máu chủ yếu là bilirubin trực tiếp, nem phốt phát kiềm tăng cao, có thể amylase trong máu cũng tăng. Urê, creatinin máu tăng. Các xét nghiệm chức năng gan như tỷ lệ prothrombin giảm và có biểu hiện rối loạn đông máu ở giai đoạn nặng. Cấy máu và dịch mật thường tìm thấy cùng một chủng vi khuẩn gây bệnh.

- Siêu âm gan mật: gan to, nhu mô không đều, đường mật trong và ngoài gan dẫn có thể có hơi trong đường mật. Nguyên nhân gây tắc mật là sỏi có thể có giun kèm theo.

Nếu không được điều trị viêm đường mật sẽ tiến triển sang thể nặng hơn (thể urê máu cao, hội chứng gan thận hay viêm mủ và áp xe đường mật).

#### **4.1.3. Nguyên tắc điều trị**

- Dùng kháng sinh có phổ tác dụng rộng với các chủng vi khuẩn đường ruột cả ái lẩn yếm khí, kháng sinh có khả năng ngấm tốt vào đường mật và có sự kết hợp giữa các nhóm: Thông thường dùng: nhóm cephalosporin thế hệ thứ 3 (Cefobis) với nhóm aminoglycoside (gentamycine) và metronidazon. Nếu dùng theo kết quả của kháng sinh đồ là tốt nhất.
- Điều chỉnh những rối loạn nước và điện giải, đặc biệt là những rối loạn chức năng gan và thận.
- Giải phóng đường mật tạm thời như chọc mật qua da hay mở cơ thắt Oddi qua nội soi.

Điều trị thực thụ: mở đường mật, lấy sỏi, rửa đường mật và đặt ống dẫn lưu Kehr.

#### **4.2. Viêm mủ và áp xe đường mật**

Xuất hiện mủ trong đường mật và đặc biệt các ổ áp xe nhỏ ở tận các đường mật nhỏ trong gan, những ổ áp xe này có đường kính chừng 1-2cm, dày đặc trên khắp nhu mô gan do vậy mà chức năng của gan bị hủy hoại trầm trọng. Nhiều ổ áp xe có thể tập trung lại nhất là bên trái gây áp xe gan trái và các biến chứng nặng nề của áp xe gan đường mật. Thường áp xe đường mật là hậu quả của viêm đường mật không được điều trị.

Bệnh cảnh lâm sàng bao gồm: viêm đường mật cấp thể nặng có suy gan thận và những ổ áp xe gan.

#### **4.2.1. Các triệu chứng**

- Cơ năng: Người bệnh có những dấu hiệu: nhiễm khuẩn nặng như sốt cao liên tục, cùng với da vàng đậm nhưng đau có thể giảm.
- Thực thể: Gan to cả hai thùy có thể sờ thấy các ổ áp xe nhỏ lổn nhổn trên mặt gan dễ nhầm với ung thư đặc biệt là gan trái. Dấu hiệu rung gan dương tính, ấn kẽ liên sườn 9 trên đường nách giữa bên phải rất đau. Túi mật có thể to hay bình thường. Có thể có nước trong ổ bụng.
- Toàn thân: Suy kiệt nặng phù hai chi dưới và các dấu hiệu suy thận: đái ít và urê máu cao.

Các xét nghiệm

- Tình trạng tắc mật.
- Tình trạng nhiễm khuẩn nặng, bạch cầu thường rất cao.

- Rối loạn chức năng gan.
- Suy thận cấp.

Xquang: Chụp gan thấy bóng gan rất to có thể thấy phản ứng màng phổi hay hình ảnh của áp xe gan vỡ tạo thành ổ áp xe dưới cơ hoành.

Siêu âm gan mật: gan to, nhiều ổ loãng âm nhỏ khắp gan, đường mật trong và ngoài gan dẫn, có thể thấy nguyên nhân gây tắc mật như sỏi và giun.

Những biến chứng: không được xử lý kịp thời sẽ có các biến chứng do ổ áp xe vỡ gây nên:

- Vỡ vào ổ phúc mạc tự do gây viêm phúc mạc toàn thể hoặc được khu trú thành ổ áp xe dưới cơ hoành.
- Vỡ vào màng phổi gây tràn mủ màng phổi.
- Vỡ vào phế quản gây rò mật.
- Đặc biệt ổ áp xe bên trái vỡ vào màng tim gây chèn ép tim cấp thường rất nặng.

#### **4.2.2. Điều trị**

Rất khó khăn với các trường hợp áp xe đường mật mặc dù đã có kháng sinh mạnh và hồi sức tốt nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao.

- Kháng sinh toàn thân.
- Hồi sức tốt.
- Mổ cấp cứu: giải quyết tắc mật: mở đường mật lấy sỏi giun, rửa đường mật.

Xử trí các ổ áp xe: khi các ổ áp xe đã vỡ: hút sạch vì các ổ này dễ rò mật về sau. Với các ổ áp xe chưa vỡ và ở sâu nên dẫn lưu bằng cách phá các ổ đó qua đường mật rửa và dẫn lưu các ổ áp xe qua ống Kehr. Nếu các ổ áp xe khu trú có thể phải cắt gan nhất là gan bên trái.

#### **4.3. Tắc mật cấp (sỏi kẹt Oddi)**

Là tình trạng tắc đường mật cấp và hoàn toàn do di chuyển của sỏi nhất là sỏi nằm vào vùng tương ứng với cơ thắt Oddi hay nhiều sỏi lấp chặt phần thấp của OMC. Toàn bộ đường mật trong và ngoài gan kể cả túi mật bị dẫn cấp tính. áp lực đường mật tăng cao và nước mật ngấm qua thành đường mật, túi mật và mật gan vào trong ổ bụng (Choléperitoneum).

#### **4.3.1. Triệu chứng**

- Cơ năng:
  - + Người bệnh đau bụng vùng gan dữ dội - Cơn đau bụng gan điển hình.
  - + Có thể có nôn và bí r้าm ỉa.
- Thực thể:
  - + Bụng trương ít, nhưng có phản ứng vùng dưới sườn phải hoặc co cứng nửa bụng phải, gan to, túi mật rất to và đau.

- + Toàn thân có một số trường hợp có truy mạch vì đau.
- + Biểu hiện nhiễm khuẩn trong những giờ đầu có thể chưa rõ ràng.
- + Có tình trạng tắc mật: những giờ đầu có thể da và niêm mạc chưa vàng.
- **X quang:** chụp bụng không chuẩn bị hay gan thấy gan to, đặc biệt bong túi mật rất to.
- **Siêu âm:** gan to, túi mật to, đường mật trong gan và ngoài gan dẫn có thể thấy sỏi ở phần thấp của OMC, có dịch dưới gan ở khoang Morrison trong những giờ đầu và sau đó có nhiều dịch trong khấp bụng. Các quai ruột giãn.
- **Máu và sinh hóa:**
  - + Tăng Bilirubin và men phosphat kiềm.
  - + Bạch cầu có thể cao.
  - + Urê máu có thể bình thường trong thời gian đầu.

#### **4.3.2. Thái độ xử trí**

- Phải mổ cấp cứu để giải phóng đường mật nếu thấy trạng người bệnh cho phép và khả năng của phẫu thuật viên có thể mở OMC lấy sỏi và đặt dẫn lưu Kehr hoặc dẫn lưu đường mật đơn thuần.
- Mở cơ thắt Odi qua nội soi nếu có điều kiện và khi bệnh đến sớm.
- Trong một số trường hợp có thể chọc mật qua da để giảm áp lực đường mật rồi mổ sau.

#### **4.4. Chảy máu đường mật**

Máu chảy vào trong đường mật do sự thông thương bất thường giữa các hệ thống mạch máu trong hay ngoài gan (động mạch gan hay tĩnh mạch cửa) với đường mật thường là trong gan. Trong quá trình tắc mật có viêm đường mật đặc biệt là có các ổ áp xe đường mật, các ổ áp xe này sẽ gây thông thương một nhánh động mạch nhỏ với đường mật, máu chảy vào trong đường mật tạo thành cục máu đông xuống tá tràng ngược lên dạ dày khiến người nôn ra máu hay xuống ruột đi ra ngoài phân đen. Chảy máu đường mật còn có thể xuất hiện do viêm túi mật hay toàn bộ đường mật chảy máu hay sau khi đặt ống dẫn lưu Kehr. Chảy máu đường mật do sỏi mật có nhiễm khuẩn là hình ảnh bệnh lý đặc biệt của khu vực Đông Nam Á còn được gọi là chảy máu đường mật nhiệt đới.

##### **4.4.1. Biểu hiện lâm sàng.**

- Người bệnh có biểu hiện chảy máu đường tiêu hoá trên: nôn máu và ỉa phân đen.

Tính chất chảy máu:

- Thường xuất hiện sau các cơn đau bụng vùng gan.
- Chảy máu mang tính dai dẳng không theo qui luật nào.

- Nôn ra máu có tính đặc biệt: dạng thỏi bút chì, sau nôn ra máu đỡ đau bụng hơn.
- Dấu hiệu kín đáo của nhiễm khuẩn và tắc mật.

#### **4.4.2. Thăm khám**

Có biểu hiện tình trạng mất máu tuỳ mức độ (mạch, huyết áp, số lượng hồng cầu). Chia làm 3 độ: nặng, vừa và nhẹ.

Các dấu hiệu tắc mật: vàng da, gan to, túi mật to.

Tìm các dấu hiệu nhiễm khuẩn: nhiệt độ, hơi thở, lưỡi bẩn.

#### **4.4.3. Các xét nghiệm**

3 biểu hiện trên:

- Mức độ mất máu: số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, Hématocrit.
- Dấu hiệu tắc mật: Bilirubin máu, men phosphat kiềm.
- Dấu hiệu nhiễm khuẩn: số lượng và công thức bạch cầu.

#### **4.4.4. Các phương tiện giúp xác định nguyên nhân**

- Nội soi tiêu hoá xác định máu chảy từ bóng Vater và loại trừ chảy máu từ thực quản hay dạ dày - tá tràng.
- Chụp động mạch gan chọn lọc thấy ổ đọng thuốc và thuốc sang đường mật ở thì muộn.
- Siêu âm gan mật thấy tắc mật và ổ áp xe nhỏ (có thể là nơi thông thương giữa mạch máu và đường mật).

#### **4.4.5. Cần chẩn đoán phân biệt với**

Chảy máu do ổ loét dạ dày - tá tràng và chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Chủ yếu dựa vào:

- Tính chất nôn máu.
- Dấu hiệu toàn thân.
- Các xét nghiệm đặc biệt.
- Nội soi, siêu âm.

#### **4.4.6. Điều trị**

- Truyền máu hồi phục khôi lượng tuần hoàn đã mất.
- Kháng sinh đường mật.
- Thụt thảo.
- Phải mổ nếu tình trạng chảy máu không cầm.
- Mở OMC giải quyết tình trạng tắc mật.

- Cắt cung gan có nguồn gốc chảy máu là tốt nhất hoặc thắt động mạch gan.
- Đặt ống dẫn lưu Kehr.
- Cắt túi mật trong chảy máu đường mật: nếu nguyên nhân là từ túi mật.

## 4.5. Viêm phúc mạc mật

### 4.5.1. Nguyên nhân

Thường do:

- Viêm túi mật hoại tử.
- Áp xe gan vỡ.
- Tổn thương đường mật( hoại tử OMC...) sau tắc mật cấp và viêm đường mật.

### 4.5.2. Biểu hiện lâm sàng: gồm hai hội chứng:

- Viêm phúc mạc
- Tắc mật

*Cơ năng:*

- Đau bụng từng cơn vùng mạn sườn phải sau đó lan khắp ổ bụng và đau liên tục
- Nôn hay buồn nôn.
- Bí r้าm ỉa

*Toàn thân:*

- Các dấu hiệu nhiễm khuẩn: sốt cao 39°C-40°C, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi. Có thể có tình trạng đái ít hay vô niệu hoặc Shock do nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

*Thực thể:*

- Da, niêm mạc vàng.
- Bụng trương, có cảm ứng phúc mạc, co cứng hay phản ứng khấp ổ bụng nhất là nửa bụng bên phải. Gõ đục vùng thấp thăm trực tràng hay âm đạo: túi cùng Douglas phồng và đau. Có thể thấy các dấu hiệu tắc mật như túi mật căng to, gan to, những dấu hiệu này đôi khi khó khám vì bị che lấp bởi các dấu hiệu viêm phúc mạc.

*Xét nghiệm:*

- Các biểu hiện nhiễm khuẩn: Bạch cầu cao trên 15- 20000/ml chủ yếu là tăng đa nhân trung tính.
- Tình trạng tắc mật: tăng bilirubin và men phosphat kiềm trong máu.
- Các biểu hiện của suy thận: urê, creatinin máu cao, rối loạn nước điện giải.
- Các dấu hiệu suy chức năng gan: rối loạn đông máu.

## X quang

Chụp bụng không chuẩn bị cho thấy hình ảnh của liệt ruột cơ nǎng, có dịch trong ổ bụng, có thể thấy bóng gan to và bóng túi mật to.

## Siêu âm

Đôi khi không cần thiết trong các trường hợp viêm phúc mạc rõ và tình trạng người bệnh nặng. Nhưng đặc biệt có kích thước mổ ở những bệnh nhân có dấu hiệu tắc mật không rõ trên lâm sàng.

## Điều trị

### Phải mổ cấp cứu

Xử lý như một viêm phúc mạc có ý nghĩa là phải chuẩn bị bệnh nhân thật tốt như truyền dịch, dùng kháng sinh trước mổ, đặt sonde dạ dày...

Mổ bụng giải quyết tình trạng tắc mật: mở OMC lấy sỏi đặt dẫn lưu Kehr cắt túi mật nếu túi mật có thương tổn và giải quyết tình trạng viêm như lau rửa và đặt ống dẫn lưu ổ bụng.

## 4.6. Viêm tuy cấp do sỏi đường mật

Thường gặp trong các trường hợp sỏi đường mật có kích thước nhỏ vài mm đặc biệt là sỏi túi mật di chuyển xuống phần thấp của OMC. Cơ chế được nhiều người chấp nhận là tại phần thấp của OMC có phần đở chung với ống Wirsung khi sỏi kẹt vào đây sẽ tạo điều kiện cho dịch mật trào ngược vào ống tuy và dịch mật hoạt hóa trypsinogen thành trypsin ngay trong lòng tuyến tuy, đáng lẽ men này chỉ được hoạt hóa bởi enterokinase ở tá tràng và men này tự tiêu huỷ tuy cấp thể phù nề nhưng cũng gặp thể hoại tử. Chẩn đoán viêm tuy cấp do sỏi đường mật thường gặp trong 2 bối cảnh: hoặc bệnh nhân được chẩn đoán là tắc mật thứ: Amylase máu cao hay người bệnh đang được điều trị viêm tuy cấp phát hiện ra sỏi đường mật.

### 4.6.1. Biểu hiện lâm sàng

#### Cơ nǎng

Người bệnh có những cơn đau bụng dữ dội vùng thượng vị xuyên sau lưng liên tục và kéo dài hàng giờ.

Những dấu hiệu khác kèm theo như nôn, bí r้าm ỉa nhưng không đặc hiệu.

#### Toàn thân:

- Dấu hiệu tắc mật thường kín đáo.
- Dấu hiệu nhiễm khuẩn trong thời gian đầu cũng ít thấy
- Có thể có truy mạch.

#### Thăm khám tại chỗ:

- Bụng chướng
- Phản ứng hay co cứng vùng thượng vị.

- Điểm sờn lỵ trái đau
- Dấu hiệu tắc mật có khi không rõ: túi mật to hay gan to không có. Những dấu hiệu tắc mật thường xuất hiện muộn sau vài ngày hay hàng tuần.
- Có thể có dấu hiệu có dịch trong ổ bụng.

*Xét nghiệm:*

- Bạch cầu trong máu cao, có khi không tăng trong những giờ hay những ngày đầu.
- Amylase máu tăng cao gấp 4-5 lần bình thường sau 24 giờ.
- Nếu ở thể nhẹ hay trung bình các xét nghiệm khác không có gì thay đổi lớn nhưng ở thể nặng thì có sự thay đổi sâu sắc như các men GOT, GPT, Urê máu, điện giải đồ, Calci.
- Tăng Bilirubin máu và men Phosphat kiềm.

*Siêu âm:* có thể thấy nguyên nhân tắc mật: sỏi OMC, sỏi túi mật, đường mật giãn.

- Đặc biệt cho thấy hình ảnh tổn thương của tuy như tuy tăng kích thước, đậm độ âm giảm, có dịch quanh tuy hay có các ổ chảy máu và dịch ổ bụng. Tuy nhiên khó xác định thương tổn của tuy trong các trường hợp vì bụng chướng vì các quai ruột giãn hơi sau 2 - 3 ngày khỏi bệnh.

*CT.Scanner.*

Là biện pháp chẩn đoán tốt cho phép xác định thương tổn của tuy cũng như theo dõi tiến triển của tuy trong quá trình điều trị.

Các hình ảnh thường là: tuy tăng kích thước, có dịch quanh tuy, các ổ chảy máu hay các biến chứng của viêm tuy cấp như nang hay áp xe tuy. Ngoài ra có thể thấy các hình ảnh của sỏi đường mật.

#### **4.6.2. Điều trị**

Nếu chẩn đoán được viêm tuy cấp do sỏi đường mật thì nên mổ sớm: giải quyết tình trạng tắc mật như mở đường mật lấy sỏi kẹt, đặt ống dẫn lưu Kehr hay cắt túi mật.

Đối với thương tổn của tuy thì tuy thuộc nếu là viêm tuy cấp phù nề thì dẫn lưu hậu cung mạc nối sau khi mở bao tuy còn như viêm tuy cấp chảy máu thì phải lấy hết phần tuy này đặt dẫn lưu, tuỳ theo vị trí tổn thương mà có tác giả đặt vấn đề cắt tuy. Phải mở thông h้อง tràng để cho bệnh nhân ăn những ngày sau mổ.

Những năm gần đây người ta có thể mở cơ thắt Oddi trong những ngày đầu khi thể trạng người bệnh ổn định qua nội soi tá tràng. Qua nội soi mở cơ thắt có thể lấy sỏi có kết quả điều trị tốt.

# TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

GS.TS. Đỗ Kim Sơn

## ĐẠI CƯƠNG

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTMC) được xác định khi áp lực TMC cao hơn bình thường và sự chênh lệch áp lực giữa TMC và tĩnh mạch chủ dưới trên gan từ 10mmHg. Tăng ALTMC là do sự cản trở lưu thông của dòng máu tĩnh mạch cửa, trong đó nguyên nhân thường gặp nhất là do xơ gan.

Biến chứng chính là chảy máu đường tiêu hoá do vỡ các búi dãn tĩnh mạch thực quản.

## 1. GIẢI PHẪU HỆ TĨNH MẠCH CỬA

Hệ tĩnh mạch cửa là hệ tĩnh mạch đặc biệt: tĩnh mạch không có van, dẫn máu từ các tạng trong bụng (tuy, lách, dạ dày, ruột non, ruột già) qua gan trở về hệ tĩnh mạch chủ dưới. Hệ này có 2 lưới vi quản ở đầu (nguyên uỷ và tận cùng). Do đó, ngoài chức năng chuyên chở các chất phân giải của quá trình hô hấp và chuyển hoá của tổ chức, hệ tuần hoàn cửa còn có chức năng quan trọng khác là đưa các chất sau khi được ống tiêu hoá hấp thụ đến gan để chuyển hoá và dự trữ.

### 1.1. Các tĩnh mạch chính tạo nên hệ tĩnh mạch cửa

- Tĩnh mạch lách: đường kính 8mm, nhận máu của lách, một phần tuy và dạ dày.
- Tĩnh mạch mạc treo tràng trên: đường kính 10mm, nhận máu của ruột non và đại tràng phải.
- Tĩnh mạch mạc treo dưới: đường kính 6mm, nhận máu đại tràng trái và trực tràng.

Thường tĩnh mạch lách hợp với tĩnh mạch mạc treo tràng dưới thành phần tĩnh mạch lách - mạc treo, thân tĩnh mạch lách mạc treo hợp với tĩnh mạch mạc treo tràng trên thành tĩnh mạch cửa. Có trường hợp 3 tĩnh mạch trên cùng gặp nhau để tạo nên tĩnh mạch cửa.

### 1.2. Tĩnh mạch cửa:

Có 2 phần: phần ngoài gan và phần trong gan: phần tĩnh mạch ngoài gan có 2 đoạn: đoạn thân chính dài khoảng 10cm, đường kính 12mm và 2 nhánh tĩnh mạch cửa trái và phải.

Góc của phần tĩnh mạch cửa ngoài gan hợp với cột sống là 450 - 550 góc này hẹp đi trong trường hợp gan xơ teo (tĩnh mạch cửa đứng dọc).

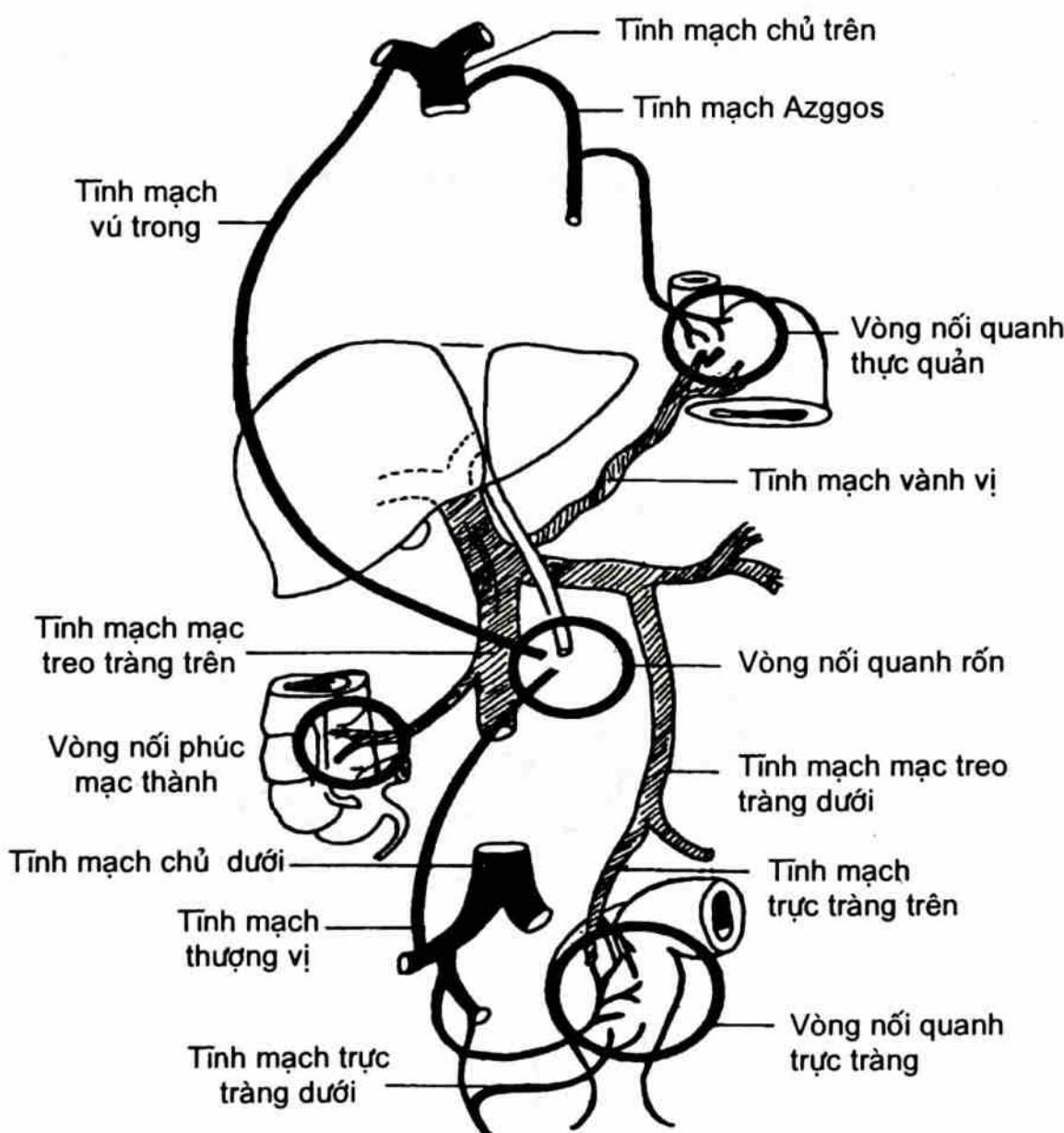
### 1.3. Nhánh tận cùng:

2 nhánh chính là tĩnh mạch cửa trái và tĩnh mạch cửa phải, góc của hai nhánh này là 900 - 1200, nhánh trái vào gan phân nhánh cho các phân thuỷ của gan trái, thuỷ vuông và thuỷ Spiegel, nhánh phải to hơn phân nhánh cho thuỷ phải của gan.

#### 1.4. Các nhánh phụ

- Tĩnh mạch vành vị: Dẫn máu của phình vị lớn, phần ba dưới của thực quản đổ vào đầu nguồn của tĩnh mạch cửa hoặc thân tĩnh mạch lách - mạc treo.
- Tĩnh mạch môn vị: Dẫn máu của vùng dưới bờ cong nhỏ dạ dày và môn vị về tĩnh mạch cửa.
- Tĩnh mạch vị mạc nối phải: Dẫn máu của vùng bờ cong lớn của dạ dày về tĩnh mạch cửa và nối với tĩnh mạch lách ở cuống lách. Có trường hợp tĩnh mạch này nối với tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

#### 1.5. Các hệ nối cửa - chủ (hình 18.1)



Hình 18.1. Hệ nối cửa chủ

##### 1.5.1. Hệ nối cửa - chủ ở các nhánh

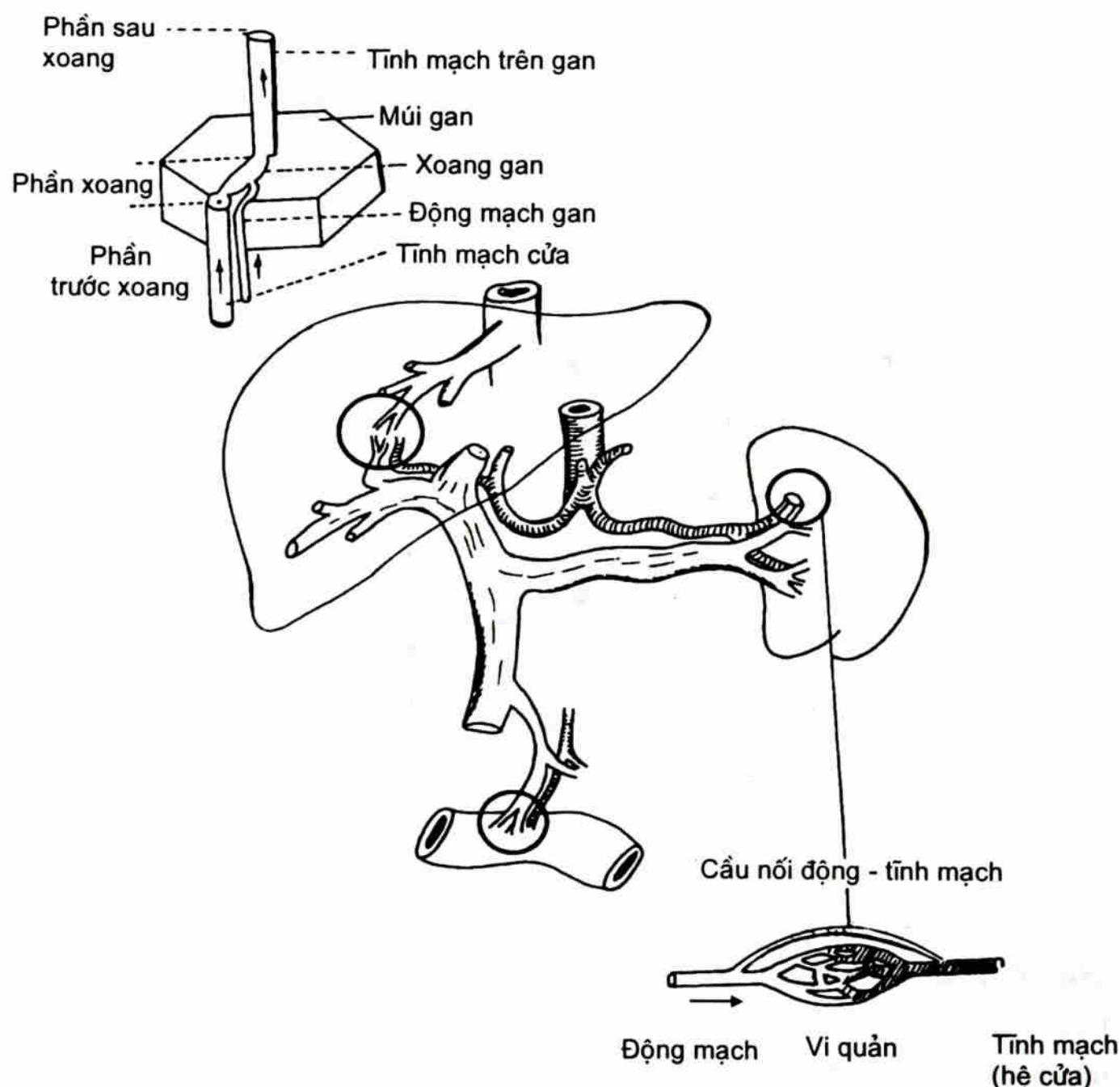
- Vòng nối thanh thực quản: nối giữa tĩnh mạch vành vị và phình vị lớn của hệ cửa với tĩnh mạch azygos của hệ chủ. Trong trường hợp tăng áp lực tĩnh mạch cửa hệ nối này dẫn to, nếu vỡ sẽ gây chảy máu.

- Vòng nối quanh trực tràng: Nối giữa tĩnh mạch trực tràng trên của hệ cửa với tĩnh mạch trực tràng giữa và dưới của hệ chủ. Vòng nối này giãn to trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tạo nên trĩ (trĩ triệu chứng).
- Vòng nối ở màng bụng: nối giữa tĩnh mạch mạc treo tràng trên và dưới với tĩnh mạch ở lá thành của màng bụng.
- Vòng nối quanh rốn: Nối giữa tĩnh mạch rốn của hệ cửa với tĩnh mạch thượng vị và tĩnh mạch vú trong của hệ chủ.

### 1.5.2. Hệ nối cửa - chủ ở thân

- Ông aranzius: Nối tĩnh mạch gan trái với tĩnh mạch chủ.
- Tĩnh mạch rốn: chảy theo dây chằng tròn vào gan trái.
- Cả hai tĩnh mạch này đều tắc lại sau khi đẻ, nếu còn thông sẽ tạo ra tình trạng bệnh lý.

### 1.6. Lưới vi quản của hai đầu tận của hệ cửa (hình 18.2)



Hình 18.2. Lưới vi quản của hai đầu tận của hệ cửa

**1.6.1. Lưới vi quản ở đầu nguyên ủy** là lưới vi quản thuộc hệ động - tĩnh mạch, có cầu nối trực tiếp động - tĩnh mạch (Shunt) nối trực tiếp từ vị quản động mạch sang vị quản tĩnh mạch, sự đóng mở các cầu nối trực tiếp này tuỳ thuộc vào giai đoạn của sự tiêu hoá; trong trường hợp tăng áp lực tĩnh mạch cửa do tăng dòng máu cung cấp cho hệ cửa, các cầu nối trực tiếp này mở rộng.

**1.6.2. Lưới vi quản đầu tận của tĩnh mạch cửa** nằm trong các múi gan: xoang tĩnh mạch. Đổ vào xoang tĩnh mạch có tĩnh mạch cửa và động mạch gan. Từ xoang đi ra có tĩnh mạch trên gan.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Các nguyên nhân khác nhau của tăng áp lực tĩnh mạch chủ (TALTMC) phân loại theo vị trí và bản chất của sự cản trở hay tắc dòng máu tĩnh mạch cửa:

- Tắc trước gan.
- Tắc trong gan.
- Tắc sau gan.

Trong tắc ở trong gan phân chia theo vị trí tắc liên quan đến xoáy gan: Tắc trước xoang, tắc ở xoang và tắc ở sau xoang.

Các nguyên nhân khác nhau của TALTMC được phân loại như sau ở Việt Nam, xơ gan sau viêm gan siêu vi trùng là một nguyên nhân thường thấy trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Trong những năm gần đây, chảy máu do dãn tĩnh mạch thực quản gấp ở một số đáng kể trong xơ gan ở những người nghiện rượu.

Các nguyên nhân của TATMC:

### 2.1. Tắc trước gan

- Teo tĩnh mạch cửa
- Huyết khối tĩnh mạch cửa
- Chèn ép tĩnh mạch cửa

### 2.2. Tắc trong gan

*Trước xoang*

- Bệnh sán máng gan
- Xơ hoá gan
- Xơ hoá gan - khoảng cửa + nhân tăng sản do tái sinh gan

*Tại xoang*

- TALTMC trong gan không có xơ gan

*Sau xoang.*

- Xơ gan (rượu)
- Bệnh tắc tĩnh mạch

### **2.3. Tắc sau xoang:** Hội chứng Bud - Chiari.

- Huyết khối tĩnh mạch trên gan
- Hẹp tĩnh mạch trên gan
- Hẹp tĩnh mạch chủ dưới trên gan

## **3. CÁC DẤU HIỆU LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**

Tăng ALTMC do tắc nghẽn trực lưu thông dòng máu cửa - chủ gây nên tình trạng ứ đọng máu về ở hệ thống tĩnh mạch cửa và xuất hiện sự phát triển hệ thống tuần hoàn bàng hệ.

Sự tắc nghẽn gây tăng áp lực tĩnh mạch cửa ở phía dưới dẫn đến những biến chứng nặng, đặc biệt là chảy máu do dãn và vỡ tĩnh mạch thực quản và tỷ lệ tử vong trong mỗi lần chảy máu tới 37% các trường hợp.

### **3.1. Lâm sàng**

#### **3.1.1. Út rệp tuần hoàn tĩnh mạch cửa:** lách to.

Út rệp tuần hoàn tĩnh mạch cửa đưa đến tăng khối lượng lách làm lách to. Lách to đều toàn diện, căng và thuần nhất và kèm theo hiện tượng cuồng lách, biểu hiện bằng dấu hiệu giảm các yếu tố hữu hình trong máu, đặc biệt là tiểu cầu. Lách to và giảm tiểu cầu tùy ở mỗi bệnh nhân có những mức độ khác nhau và hoàn toàn không giống nhau. Khi có biến chứng chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản hay tĩnh mạch ở phình vị dạ dày, kích thước lách sẽ nhỏ lại. Sau khi điều trị ổn định, lách to lại trở lại như trước.

#### **3.1.2. Tuần hoàn bàng hệ (THBH)**

Tuần hoàn bàng hệ phát triển chủ yếu ở các vùng có vòng nối tự nhiên giữa hệ thống cửa (áp lực cao) và hệ thống chủ (áp lực thấp) thường thấy:

- Vùng rốn: THBH dưới da bụng.
- Phần dưới thực quản: dãn tĩnh mạch thực quản.
- Vùng hậu môn trực tràng: các búi trĩ.
- Vỡ tim mạch thực quản biểu hiện bằng chảy máu đường tiêu hoá là một biến chứng nặng và tỷ lệ tử vong cao.
- Vỡ búi tĩnh mạch trĩ, búi tĩnh mạch rốn hay các búi tĩnh mạch trong ổ bụng hay dưới da thường ít xảy ra.
- Ở những bệnh nhân đã mổ THBH và các búi tĩnh mạch bất thường có thể phát triển ở các chỗ dính đặc biệt ở vùng mở thông đại tràng.

#### **3.1.3. Cổ trường (Ascite)**

Xẩy ra chủ yếu ở các nhóm tắc sau xoang (xơ gan bệnh tắc tĩnh mạch và hội chứng Bud - Chiari).

Ở những loại tắc trong TALTMC khác ít thấy hơn, nhưng có thể xuất hiện khi TALTMC có biến chứng đặc biệt là biến chứng chảy máu đường tiêu hoá.

Về mức độ cổ trường có nhiều mức độ khác nhau, ở mức độ nặng, cổ trường nhiều, bụng căng và phía trên đầy cơ hoành lên cao gây ảnh hưởng đến chức năng hô hấp.

### 3.1.4. Chảy máu đường tiêu hoá

Bệnh nhân TALTMC, chảy máu đường tiêu hoá thường gặp nhất là do vỡ tĩnh mạch thực quản (60-70%), những nguyên do khác có thể gặp nhưng ít hơn như loét cấp tính ở thực quản - tâm vị: 25%. Tổn thương kiểu Mallory - Weiss: 2% loét dạ dày - tá tràng: 6%. Những trường hợp này chỉ có thể xác định được bằng nội soi cấp cứu thực quản - dạ dày.

Ở những bệnh nhân xơ gan: 50% có dãn tĩnh mạch thực quản. Tĩnh mạch thực quản dãn và vỡ gây chảy máu 80% xảy ra ở phần dưới của thực quản. Một số các trường hợp búi tĩnh mạch dãn nằm ở sát tâm vị hoặc vùng phình vị lớn dạ dày. Những trường hợp này soi thực quản - dạ dày cấp cứu phải hướng được đầu máy soi về phía phình vị mới có khả năng phát hiện được.

Mức độ chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản cũng rất khác nhau ở từng trường hợp. Tỷ lệ tử vong trong những đợt chảy máu khoảng 37,5% và cao lên nhiều ở những bệnh chảy máu tái phát ngay trong tuần lễ đầu. Hai yếu tố chảy máu và suy gan là những yếu tố tiên lượng rất quan trọng ở những bệnh nhân TALTMC.

### 3.1.5. Gan

Gan xơ teo là thường thấy nhất. Khi khám ấn tay vào bờ sườn có thể móc sâu vẫn không có cảm giác sờ thấy dưới gan. Khi mở bụng thấy gan teo nhỏ, mặt lõn nhõn đâu đanh và chắc.

Gan bình thường gặp ở một số ít các trường hợp trong TALTMC nguyên nhân ở trước gan - khi mổ mặt gan nhẵn, kích thước gan bình thường.

## 3.2. Cận lâm sàng

### 3.2.1. Thăm dò hình ảnh dãn tĩnh mạch thực quản

Soi thực quản - dạ dày bằng ống soi mềm. Phương pháp này cho biết rõ các búi tĩnh mạch dãn, kích thước và vị trí chảy máu (nếu có). Vị trí tĩnh mạch dãn và vỡ thủng ở 1/2 dưới thực quản gần tâm vị, nhưng có một số ít dãn tĩnh mạch và chảy máu ở phía tâm phình vị dạ dày. Mức độ dãn tĩnh mạch thực quản chia làm 3 độ về nội soi.

- Độ 1: Dãn tĩnh mạch nhẹ và có thể đè bẹp được bằng ống nội soi.
- Độ 2: Dãn tĩnh mạch không đè bẹp được bằng ống nội soi.
- Độ 3: Dãn tĩnh mạch căng phồng ở chung quanh của niêm mạc thực quản.

Phần dãn ở tĩnh mạch ở dưới niêm mạc có thể thấy được.

Chụp X quang thực quản bằng Barium Sulfate. uống một lượng nhỏ baryt để tráng dầu trên niêm mạc thực quản.

### 3.2.2. Siêu âm

Hình ảnh siêu âm cho thấy:

- Tình trạng, kích thước gan
- Tình trạng, kích thước của tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch lách. Với tĩnh mạch cửa, hình ảnh dãn rộng và huyết khối trong lòng mạch là các dấu hiệu để giúp chẩn đoán.

Siêu âm Doppler:

- Siêu âm Doppler có khả năng phát hiện các hình ảnh giải phẫu của tĩnh mạch cửa và động mạch gan cũng như các miệng nối của hệ cửa chủ.
- VỚI Doppler máu có khả năng phát hiện các dấu hiệu tổn thương ở hệ thống tĩnh mạch trong gan, đặc biệt là hội chứng Bud - Chiari.
- Duplex Doppler đo được luồng máu của tĩnh mạch cửa (Flow), áp lực và sức cản của tĩnh mạch cửa. Trong TALTMC do xơ gan tăng cao tình trạng huyết động của tuần hoàn cửa và sức cản mạch máu tăng cao.

**3.2.3. CT. Scan và cộng hưởng từ hạt nhân (IRM):** đánh giá tình trạng gan, kích thước với các nhân xơ và đặc biệt tình trạng các mạch máu: tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch chủ và các mạch máu trong gan - trong TALTMC ít sử dụng các phương pháp này.

**3.2.4. Chụp tĩnh mạch cửa:** Các hình ảnh của chụp hệ thống tĩnh mạch cửa cho thấy trong TALTMC có thể có các dấu hiệu.

Tĩnh mạch cửa dãn to.

Có dấu hiệu tắc nghẽn ở trực tĩnh mạch lách - cửa (huyết khối, teo tĩnh mạch...)

Các nhánh tĩnh mạch cửa trong gan thưa và mảnh (xơ gan).

*Có 3 phương pháp chụp tĩnh mạch cửa:*

- Chụp trực tiếp qua chọc dò nhu mô lách có thể áp dụng khi lách to. Nhưng dễ có biến chứng chảy máu.
- Chụp tĩnh mạch cửa gián tiếp. Lấy thì tĩnh mạch của chụp động mạch thận tạng.
- Chụp tĩnh mạch cửa qua nhu mô gan.

### 3.2.5. Đo áp lực hệ thống cửa

Áp lực tĩnh mạch cửa: Đo áp lực tĩnh mạch lách. Chọc dò qua nhu mô lách (thường áp dụng): áp dụng cao trên 12mmHg.

- Áp lực tĩnh mạch trên gan bít: cao trong xơ gan.
- Áp lực tĩnh mạch trên gan tự do: bình thường hoặc hơi cao.

### 3.2.6. Các xét nghiệm

#### Huyết học:

- Bạch cầu và hồng cầu thường giảm tương ứng với kích thước to của lách và mức độ cường lách.
- Hemoglobin: Bình thường hoặc thấp.
- Tiểu cầu giảm đáng kể.
- Đóng máu: Bình thường hoặc có rối loạn giảm đóng.
- Sinh hoá: Chức năng gan thay đổi theo tình trạng tiến triển của xơ gan. Biểu hiện trên một số xét nghiệm chính. Bilirubin, transaminase (SGOT & SGPT), albumin huyết thanh, tỷ lệ Prothrombin.

## 4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Tăng ALTMC tiến triển dần dần và phụ thuộc chủ yếu vào tình trạng tắc nghẽn dòng máu hệ tĩnh mạch cửa, đặc biệt là tắc nghẽn do xơ gan. Xơ gan càng nặng nhất là loại xơ gan teo do rượu và virus, không được theo dõi điều trị sẽ gây nên những biến chứng lớn: Chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản, suy gan, cổ trướng và dẫn đến hôn mê gan.

Chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản rất dễ tái diễn. Lần chảy máu sau sẽ nặng hơn nhiều so với lần chảy máu trước và tỷ lệ tử vong cao hơn trên 50%.

Vì vậy để đánh giá tiên lượng, phân loại chức năng tế bào gan trong xơ gan được chia làm 3 loại theo phân loại Child.

#### Phân loại CHILD (chức năng gan trong xơ gan)

Phân loại	A	B	C
Bilirubin máu (mg%ml)	<2	2-3	>3
Albumin huyết thanh (g%)	>3,5	3-3,5	<3
Cổ trướng (ascite)	(-)	(+)	(+)(+)(+)
Rối loạn thần kinh	(-)	Nhẹ	Hôn mê
Dinh dưỡng	Rất tốt	Tốt	Kém

Theo phân loại này, ở những bệnh nhân suy gan nặng, biểu hiện ở tam chứng:

Vàng da, cổ trướng và biến chứng não, tỷ lệ tử vong tới 80%. Những bệnh nhân xếp loại Child (A) và Child (B), tỷ lệ sống sau năm đầu trên 70%, loại Child (C) tỷ lệ sống sau năm đầu chỉ có 30%. Tỷ lệ tử vong chung cho tất cả các loại là khoảng 27%.

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.1. Điều trị cấp cứu chảy máu tĩnh mạch thực quản

**5.1.1. Truyền máu và các phương pháp hồi sức tuần hoàn và hô hấp**, bảo đảm bồi phụ khôi lượng tuần hoàn và chống thiếu oxy ở não và tế bào.

#### 5.1.2. Sử dụng các loại thuốc co mạch nội tạng và giảm áp lực tuần hoàn cửa

Vasopressine (Pitressine): Tác dụng làm co các dây động mạch nội tạng để làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa.

Vasopressin: 20 đơn vị.

Dextrose 5%: 100ml.

Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch trong 10 đến 20 phút.

Có thể thay đổi truyền liên tục vasopressin (0,4 đơn vị/phút) trong thời gian tối đa 2 giờ.

Chú ý vasopressin gây co thắt mạch vành, nên phải kiểm tra điện tim trước khi dùng).

Somatostatin: Thuốc có hiệu ứng huyết động giống như vasopressin, nhưng ít biến chứng.

#### 5.1.3. Đặt ống Sengstaken - Blakemore

Ống có 3 đến 4 nòng, đặt ở thực quản và dạ dày và bơm hơi để chèn ép cầm máu:

- Bóng ở thực quản: chèn ép búi tĩnh mạch thực quản.
- Bóng ở dạ dày: Chèn ép búi tĩnh mạch ở tâm phình vị.
- Một nòng vào dạ dày để hút dịch và máu.
- Tác dụng để ép để cầm máu trực tiếp ngay tức thì tốt, nhưng có một số biến chứng và bất lợi.
- Sau 12 - 24 giờ rút bóng, tỷ lệ chảy máu lại tiếp tục cao trên 50% các trường hợp.
- Gây loét thực quản.
- Gây khó chịu và ảnh hưởng tới hô hấp.

Vì vậy khi dùng ống S.Blackemore thất bại, phải chuyển phương pháp điều trị khác.

#### 5.1.4. Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản

Nội soi ống mềm thực quản dạ dày và chẩn đoán vị trí chảy máu.

Tiến hành tiêm chất làm xơ tắc tĩnh mạch thực quản. Các chất tiêm xơ: Ethanolamine oleate 5% hay Sodium Morrhuate 5% (1-4ml).

Có thể tiêm nhiều lần và tác dụng cầm máu tối đa tới 71-88%.

### **5.1.5. Thắt tĩnh mạch thực quản bằng nội soi**

Nội soi thực quản bằng ống soi mềm.

Thắt các búi tĩnh mạch thực quản bằng chỉ tiêu chậm hoặc dùng vòng cao su.

Tác dụng cầm máu cấp cứu tĩnh mạch thực quản tốt gần giống như tiêm xơ.

### **5.1.6. Phẫu thuật cấp cứu**

Khi các biện pháp điều trị cầm máu trực tiếp thất bại, với tình trạng chức năng gan ở loại Child A hoặc B phải tiến hành can thiệp mổ cấp cứu để cầm máu.

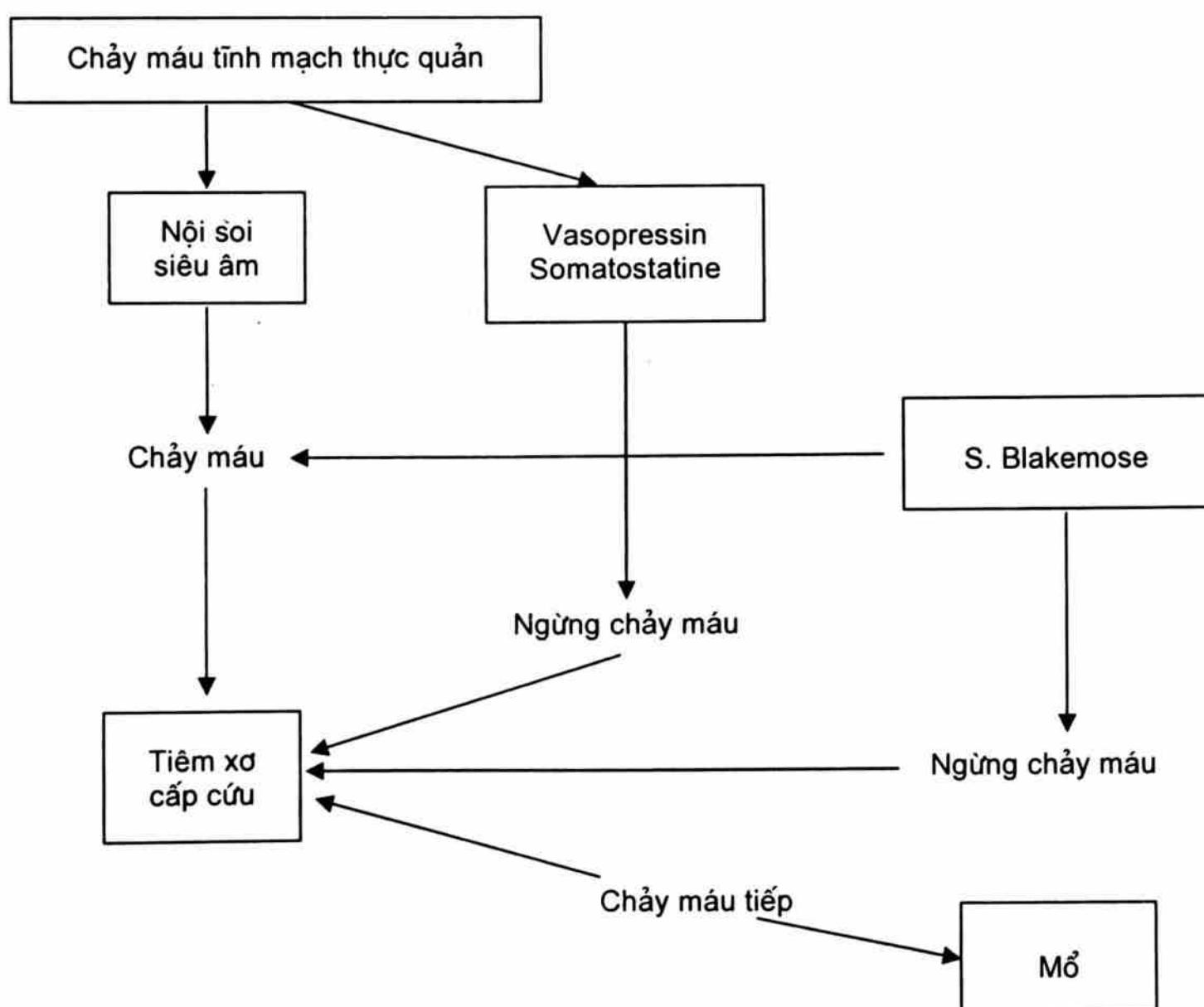
Các phẫu thuật cấp cứu có thể tiến hành:

Mổ khâu cầm máu trực tiếp các búi tĩnh mạch thực quản. Thường dùng đường mở bụng, mở dạ dày và kiểm tra niêm mạc thực quản giãn ở phần dưới gần tâm vị. Sau đó mở thông dạ dày.

Các phẫu thuật về Shunt cửa - chủ (nối tĩnh mạch lách - thận, phẫu thuật Warren, hay nối tĩnh mạch cửa - chủ...) tùy theo từng chỉ định và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

#### **Sơ đồ: Điều trị chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa**

Điều trị chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản



## 5.2. Đề phòng chảy máu tái phát

Tăng ALTMC đã có chảy máu lần đầu, tỷ lệ chảy máu tái phát thường cao. Trong năm đầu, theo kết quả nghiên cứu dự án nghiên cứu xơ gan ở Italia (1987), tỷ lệ chảy máu lại ở loại Child A: 28%, loại B: 48% và loại C: 68%.

Các phương pháp dự phòng chảy máu tái phát.

### 5.2.1. Các phẫu thuật Shunt cửa - chủ

#### a. Nối tĩnh mạch - chủ

- Kiểu tận - bên.
- Kiểu bên - bên.
- Áp lực tĩnh mạch cửa giảm tốt, nhưng biến chứng não cao. Vì vậy ngày nay ít áp dụng theo phương pháp cổ điển. Nhưng cải tiến kỹ thuật để điều chỉnh kích thước miệng nối và áp lực để làm giảm bớt tỷ lệ biến chứng:

#### b. Nối tĩnh mạch lách - thận:

- Phẫu thuật nối tĩnh mạch lách - thận trung tâm.
- Phẫu thuật nối tĩnh mạch lách - thận kiểu ngoại vi (phẫu thuật Warren).
- Áp lực tĩnh mạch cửa giảm ít hơn, dễ có nguy cơ tắc, nhưng biến chứng não thấp.

#### c. Phẫu thuật nối tĩnh mạch mạc treo - tràng và tĩnh mạch chủ dưới.

Thường dùng một đoạn mạch máu nhân tạo, nối bắc cầu giữa hai tĩnh mạch kiểu chữ. Giảm áp lực tĩnh mạch cửa tốt, nhưng tỷ lệ tắc miệng nối cao.

### 5.2.2. Ghép gan

Tăng ALTMC do xơ gan và chảy máu thực quản nặng tái phát nhiều lần nhanh chóng dẫn đến suy gan và các rối loạn không hồi phục.

Các phương pháp điều trị tiêm xơ, chất ức chế beta (Berablockers) hay phẫu thuật shunt không phải là những phương pháp điều trị triệt để. Khi các phương pháp này thất bại, phẫu thuật ghép thay gan đưa lại những kết quả đáng chú ý. Tỷ lệ ghép gan sống sau 5 năm trên 50% mở ra những triển vọng do tình trạng bệnh lý này.

# UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

TS. Phạm Đức Huấn

Ở Việt Nam, ung thư đại tràng (UTĐT) là loại ung thư thường gặp của đường tiêu hoá, đứng hàng thứ ba sau ung thư dạ dày và ung thư gan. Bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, mặc dù đã có những phương tiện chẩn đoán hiện đại như chụp đại tràng đối quang kép, soi đại tràng với ống soi mềm, vì triệu chứng lâm sàng không đặc trưng và thường xuất hiện khi bệnh đã tiến triển. Do vậy, việc phát hiện sớm và phòng ngừa ung thư đại tràng chủ yếu là phát hiện và điều trị các bệnh lý tiền ung thư ở nhóm người có nguy cơ cao về UTĐT.

Điều trị UTĐT cơ bản là điều trị bằng phẫu thuật. Vài thập kỷ trở lại đây, phẫu thuật đại tràng đã có những tiến bộ rất lớn, do vậy tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ đã giảm rất đáng kể (2-6%).

Do chẩn đoán và điều trị UTĐT thường ở giai đoạn muộn, cho nên thời gian sống 5 năm sau mổ còn thấp (30 - 60%) tuỳ theo từng thống kê.

## 1. DỊCH TỄ HỌC

UTĐT gặp nhiều ở các nước Tây Âu và Bắc Mỹ, ít gặp hơn ở các nước châu Phi và châu Á. Bệnh gặp cả ở nam và nữ, gặp nhiều từ tuổi 45 và tăng dần lên theo tuổi tác. Bệnh ít gặp ở tuổi 40 và thường liên quan đến các yếu tố di truyền và các bệnh phổi hợp ở đại tràng (các trạng thái bệnh lý tiền ung thư).

Nguyên nhân của UTĐT chưa được xác định chắc chắn, nhưng người ta đã xác định được các yếu tố nguy cơ.

### 1.1. Các trạng thái tiền ung thư

Polyp đại tràng: mối liên quan giữa polyp và UTĐT đã được thừa nhận. Tuy nhiên, không phải tất cả các polyp, mà chỉ có các polyp dạng tuyến mới ung thư hoá. Nguy cơ ung thư hoá tăng lên theo kích thước và thể loại của polyp. Các dạng polyp dạng nhung mao có nguy cơ cao hơn polyp dạng ống tuyến.

Bệnh viêm loét chảy máu đại trực tràng: bệnh có nguy cơ ung thư hoá cao. Ung thư thường xuất hiện sau 10 năm tiến triển của bệnh và tăng cao sau 20n năm. Thể thường gặp là UTĐT ở nhiều vị trí.

Bệnh Crohn đại tràng: bệnh Crohn có nguy cơ ung thư hoá nhưng thấp hơn nhiều so với viêm loét chảy máu đại trực tràng. Bệnh này ít gặp ở Việt Nam.

### 1.2. Yếu tố di truyền

Bệnh polyp đại tràng gia đình là bệnh di truyền, gồm hàng trăm đến hàng nghìn polyp nằm ở đại - trực tràng, nguy cơ ung thư hoá tới 100%.

Bệnh polyp đại tràng phổi hợp với u xơ ở mạc treo, ở sau phúc mạc (hội chứng Gardner) hoặc phổi hợp với các khối u ở hệ thần kinh trung ương (hội chứng Turcot).

Hội chứng ung thư đại tràng gia đình (hội chứng Lynch): bệnh có tính chất di truyền. Ung thư thường xuất hiện ở người trẻ dưới 30 tuổi, trên đại tràng lành, thường gặp ở đại tràng phải với thể nhiều khối u và có tỷ lệ tái phát cao ở phần đại tràng còn lại sau mổ cắt đại tràng.

### 1.3. Yếu tố môi trường

Bệnh có liên quan tới các yếu tố môi trường, đặc biệt là chế độ ăn. Chế độ ăn nhiều mỡ động vật và thịt là tăng nguy cơ UTDT, do tạo ra nhiều acid mật trong phân và bị phân huỷ thành các chất độc hại cho niêm mạc đại tràng. Ngược lại, chế độ ăn nhiều rau có tác dụng bảo vệ niêm mạc, do làm tăng nhu động ruột, làm giảm thời gian tiếp xúc với niêm mạc đại tràng với các tác nhân ung thư. Ngoài ra, người ta còn nói tới vai trò của vi khuẩn đường ruột đặc biệt là vi khuẩn ký khí.

## 2. GIẢI PHẪU BỆNH

### 2.1. Vị trí số lượng u

Ung thư ở đại tràng Sigma gấp nhiều nhất, sau đó là ở manh tràng, đại tràng lén. Ung thư ở đại tràng ngang và đại tràng xuống ít gặp nhất. Thể có khối u chiếm khoảng 95%, thể có 2 hay nhiều khối u chiếm khoảng 5% (theo Moreaux và Catala, 1995). Ở Việt Nam, UTDT trái và UTDT phải có tỷ lệ tương đương.

### 2.2. Đại thể

UTDT có 3 hình ảnh đại thể

Thể u sùi: khối u sùi vào lòng đại tràng, có nhiều múi, chân rộng, thường bị loét ở giữa khối u. Thể này thường gặp ở đại tràng phải, đặc biệt là manh tràng.

Thể loét thâm nhiễm: ổ loét có nền cứng, bờ cao và nham nhở. Loét tiến triển dần, chiếm toàn bộ chu vi của đại tràng, có dạng như hình khuôn đúc (enviro). Thể này thường gặp ở đại tràng và thường gây tắc ruột cấp.

### 2.3. Vi thể

Ung thư biểu mô tuyến chiếm khoảng 97% tuỳ theo mức độ biệt hoá người ta chia ra các loại sau:

Ung thư liên bào trụ rất biệt hoá: chiếm khoảng 80%. Ung thư liên bào trụ hình tuyến điển hình, được cấu tạo bởi các tế bào hình trụ cao, các ống tuyến đều đặn. Sự bài tiết của các ống tuyến giảm hoặc không bài tiết.

Ung thư liên bào biệt hoá vừa và ít biệt hoá: ít gặp, cấu trúc tuyến còn rất ít, các ống tuyến nhỏ và không đều, bên cạnh là những đám tế bào đa diện, rất kiềm tính với nhiều tế bào gián phân.

Ung thư liên bào chẽ nhầy: chiếm từ 10-15%, cấu trúc vi thể là những đám tế bào hình nhẵn, biệt lập hoặc xếp thành từng dải, nằm trong những đám chất nhầy nhạt màu, các ống tuyến bị giãn to, đôi khi bị vỡ.

Sarcom (Sarcome): rất ít gặp, chiếm khoảng <3%, bao gồm ung thư của cơ trơn (Leio - myosarcome), ung thư của tổ chức bạch huyết lymphome malin.

## 2.4. Sự tiến triển của ung thư

Sự tiến triển của ung thư bao gồm sự xâm lấn của tổ chức ung thư ở thành đại tràng và di căn:

Xâm lấn thành đại tràng: tổ chức ung thư xuất phát từ niêm mạc đại tràng, phát triển theo chu vi và xâm lấn sâu dần vào các lớp của thành ruột (dưới niêm mạc, cơ, thanh mạc) sau đó là các tạng lân cận. Sự xâm lấn lớp dưới niêm mạc thường không vượt quá bờ khố u 2cm.

Di căn theo đường bạch huyết: sự xâm lấn vào hệ thống bạch huyết được bắt đầu từ chặng hạch ở thành đại tràng, cạnh đại tràng, nhóm hạch trung gian, nhóm hạch trung tâm ở gốc các cuống mạch mạc treo đại tràng, cuối cùng là các nhóm hạch trước động mạch chủ, sau tuy và tá tràng.

Di căn đường máu: chủ yếu là qua đường tĩnh mạch. Chính vì thế mà UTĐT thường di căn gan và di căn rất sớm.

Di căn xa: thường là di căn gan, phúc mạc. Các di căn phổi, não, xương ít gặp hơn.

## 2.5. Phân chia giai đoạn ung thư

Mức độ xâm lấn thành đại tràng và di căn hạch của tổ chức ung thư là cơ sở của nhiều các phân chia giai đoạn bệnh khác nhau. Trong đó, cách phân chia của Dukes (1932) với 3 giai đoạn A, B, C; sau đó người ta thường thêm giai đoạn D để chỉ các ung thư đại tràng có di căn xa là cách phân chia đơn giản và thường được áp dụng. Ngược lại, cách phân chia theo hệ thống TMN của hiệp hội chống ung thư quốc tế đầy đủ hơn, nhưng cũng khó áp dụng rộng rãi hơn.

### Phân chia giai đoạn ung thư theo Dukes

- Giai đoạn A: ung thư còn giới hạn ở thành đại tràng.
- Giai đoạn B: ung thư đã vượt quá thành đại tràng nhưng chưa có di căn hạch.
- Giai đoạn C: Ung thư đại tràng đã có di căn hạch.
- Giai đoạn D: ung thư đại tràng đã có di căn xa.

## 3. LÂM SÀNG

### 3.1. Triệu chứng cơ năng

UTĐT giai đoạn sớm thường không có triệu chứng. Các triệu chứng lâm sàng chỉ xuất hiện khi bệnh đã tiến triển. Các triệu chứng cũng không đặc hiệu và thay đổi theo vị trí của khố u.

Đau bụng là triệu chứng thường gặp. Đối với UTĐT phải, lúc đầu đau thường nhẹ, mơ hồ ở vùng hố chậu phải hoặc mang sườn phải, sau đó tăng dần thành cơn đau đại tràng thực sự, kèm theo trương bụng, buồn nôn. Cơn đau giảm dần hoặc hết đau khi bệnh nhân có trung tiện (Hội chứng Koenig). Đối với UTĐT trái thường biểu hiện bằng những cơn đau đại tràng thực sự, khởi phát đột ngột, luôn luôn ở một vị trí, cơn đau cũng mất nhanh sau khi bệnh nhân ỉa lỏng hoặc trung tiện.

Rối loạn tiêu hoá: ỉa lỏng đối với UTĐT phải và táo bón với UTĐT trái hoặc ỉa lỏng xen với những đợt táo bón. Đây là dấu hiệu gợi ý nếu mới xuất hiện và kéo dài ở bệnh nhân >40 tuổi.

Ỉa ra máu: thường là ỉa máu vi thể. Đôi khi là ỉa ra máu thực sự, ỉa phân đen đối với UTĐT phải hoặc ỉa máu tươi lẩn nhảy đối với UTĐT sigma.

### 3.2. Triệu chứng toàn thân

UTĐT thường dẫn tới những rối loạn toàn thân như gầy sút, mệt mỏi, thiếu máu mãn tính, sốt nhẹ kéo dài không rõ nguyên nhân.

### 3.3. Triệu chứng thực thể

Khám bụng có thể sờ thấy khối u nằm ở một trong các vị trí của khung đại tràng thường gặp là khối u ở hố chậu phải, mang sườn phải, ít khi sờ thấy u ở đại tràng trái. Khối u thường có tính chất: chắc, ranh giới rõ, ở bờ ngoài và bờ dưới, bờ không đều, ít đau, di động hoặc ít di động.

Bụng có thể trương nhẹ, manh tràng giãn hơi.

Thăm trực tràng: có thể sờ thấy khối u của đại tràng sigma bị tụt xuống túi cùng Douglas.

Ngoài ra thăm khám lâm sàng còn để phát hiện di căn gan, hạch Troisier, dịch cổ trường, di căn buồng trứng ở phụ nữ, giúp đánh giá mức độ tiến triển của bệnh.

## 4. THĂM DÒ CẬN LÂM SÀNG

### 4.1. Các thăm dò cận lâm sàng để chẩn đoán

#### 4.1.1. Chụp khung đại tràng có Baryt

- Kỹ thuật: có hai kỹ thuật chụp cản quan đại tràng là chụp khung đại tràng với Baryt kinh điển và chụp khung đại tràng đối quang kép. Chụp đại tràng đối quang kép cho kết quả tốt hơn, đặc biệt là có thể phát hiện được các tổn thương sớm.
- Hình ảnh: UTĐT có hình ảnh X quang điển hình sau.
  - + Hình ảnh chít hẹp: một đoạn đại tràng vài cm bị chít hẹp, vặn vẹo, mất nếp niêm mạc, tiếp nối ở hai đầu với đại tràng lành bởi góc nhọn hoặc dấu đóng mở ngoặc "( )"
  - + Hình khuyết: nằm ở một bên hoặc hai bên của đại tràng với tính chất: bờ nhám nhở, độ cản quang không đồng nhất, tạo với đại tràng lành góc nhọn.

- + Hình cắt cựt (gặp trong tắc ruột do UTDT): khẩu kín đại tràng hẹp dần và thuốc bị dừng lại hoàn toàn, đôi khi thấy nhú lên một mảng nhọn giống như ngọn lửa nến.

Chụp đại tràng đối quang kép có thể phát hiện được các tổn thương nhỏ. Tuy nhiên, lại đặt ra vấn đề xác định tính chất ác tính của tổn thương. Tính chất ác tính dựa vào các đặc điểm sau: bề mặt tổn thương không đều, đáy rộng hơn chiều cao, thành đại tràng phía đối diện lồi lõm.

Các hình ảnh trên chỉ có giá trị chẩn đoán nếu nó cố định, có thường xuyên trên các phim chụp.

#### 4.1.2. Soi đại tràng với ống soi mềm và sinh thiết

Soi đại tràng ống mềm không những phát hiện được UTDT ở giai đoạn sớm, làm sinh thiết để có thể chẩn đoán xác định về mặt giải phẫu bệnh mà còn có thể thăm dò được toàn bộ đại tràng để phát hiện các tổn thương phối hợp. Do vậy, soi đại tràng ống mềm là phương pháp thăm dò duy nhất để khẳng định hoặc loại trừ UTDT một cách chắc chắn nhất.

### 4.2. Các thăm dò cận lâm sàng khác

Chủ yếu để đánh giá mức độ xâm lấn và di căn của UTDT

- Siêu âm gan: là phương pháp được lựa chọn để phát hiện di căn gan vì đơn giản, rẻ tiền, không gây nguy hiểm, có thể phát hiện được các di căn gan  $> 1\text{cm}$ . Hình ảnh là những khối giảm âm kích thước thay đổi, một hoặc nhiều khối nằm rải rác ở hai thùy gan. Trong các trường hợp nghi ngờ có thể làm sinh thiết hoặc tế bào dưới sự hướng dẫn của siêu âm.
- Chụp X quang lồng ngực: để phát hiện di căn phổi.
- Định lượng kháng nguyên bào thai ung thư (ACE) không phải để chẩn đoán vì không đặc hiệu, mà chủ yếu để tiên lượng và theo dõi tái phát và di căn sau mổ. Người ta thấy có mối tương quan giữa tỷ lệ tăng ACE với kích thước khối u, mức độ lan tràn và độ biệt hoá của ung thư. ACE  $> 100\text{ng/ml}$  là một gợi ý UTDT không còn khả năng cắt bỏ hoặc đã di căn.
- Các thăm dò cận lâm sàng khác như soi dạ dày tá tràng, soi bàng quang, chụp hệ tiết niệu tĩnh mạch khi nghi ngờ ung thư xâm nhập vào các cơ quan này.

## 5. CÁC THỂ LÂM SÀNG

### 5.1. Thể không có triệu chứng

UTDT giai đoạn sớm thường không triệu chứng, việc phát hiện bệnh thường là qua soi đại tràng một cách hệ thống ở nhóm người có nguy cơ cao về UTDT.

### 5.2. Thể có biến chứng

- Tắc ruột: chiếm 10-30%, thường gặp ở đại tràng góc lách và đại tràng sigma. Lâm sàng và chụp X quang bụng không chuẩn bị thể hiện là một tắc ruột

thấp. Chụp khung đại tràng với thuốc cản quang hoà tan trong nước có hình ảnh cắt cụt.

- Áp xe cạnh khối u: nhiễm trùng khối u gấp nhiều ở đại tràng phải đặc biệt là u manh tràng. Lâm sàng là hội chứng nhiễm trùng, sốt cao kéo dài. Khám bụng thường thấy một khối đau ở hố chậu phải kèm theo hội chứng bán tắc ruột, dễ nhầm với áp xe ruột thừa.
- Viêm phúc mạc do thủng đại tràng: chiếm khoảng 5%, có thể thủng ngay ở khối u, nhưng thường gấp là thủng ở đại tràng phải do giãn. Bệnh cảnh lâm sàng là hội chứng viêm phúc mạc toàn thể, tiên lượng nặng.
- Rò: UTDT có thể rò ra ngoài da hoặc rò vào các tạng lân cận (dạ dày, tá tràng, bàng quang, ruột non), tùy vị trí rò mà có các triệu chứng lâm sàng tương ứng.
- Chảy máu: thường là chảy máu vi thể, biểu hiện tình trạng thiếu máu mãn tính, ít khi gặp chảy máu nặng.

### 5.3. Thể lâm sàng theo vị trí ung thư

- Ung thư manh tràng: các triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện muộn. Ung thư được phát hiện vì có khối u ở hố chậu phải hoặc vì thiếu máu mãn tính. Khối u dễ bị nhiễm trùng và dễ nhầm với áp xe ruột thừa.
- Ung thư ở van Bauhin: lâm sàng thường là hội chứng Koenig điển hình, có thể dẫn tới tắc ruột non do bít tắc hoặc lồng hồi - manh tràng.
- Ung thư đại tràng lên: biểu hiện lâm sàng là táo bón, hội chứng Koenig và giãn manh tràng.
- Ung thư đại tràng ngang: thường được phát hiện vì tắc ruột. Khối u vùng này có thể thâm nhiễm vào dạ dày và dễ nhầm với ung thư dạ dày.
- Ung thư đại tràng xuống: thường được phát hiện muộn vì cơn đau của bán tắc hoặc tắc ruột cấp tính, ít khi sờ thấy u bụng.
- Ung thư đại tràng sigma: là vị trí gấp nhiều nhất. Triệu chứng lâm sàng là ỉa lỏng và máu tươi lẫn nhầy, dễ nhầm với hội chứng lỵ hoặc ung thư trực tràng.
- Ung thư nhiều vị trí: chiếm <5%, thường được phát hiện chụp X quang đại tràng hoặc soi đại tràng với ống soi mềm.

## 6. CHẨN ĐOÁN

### 6.1. Chẩn đoán xác định

Các triệu chứng lâm sàng chỉ có giá trị gợi ý vì các triệu chứng không đặc hiệu và thường là các hoàn cảnh để phát hiện bệnh.

Chẩn đoán xác định UTDT chủ yếu dựa vào thăm khám cận lâm sàng.

Chụp khung đại tràng với Baryt đặc biệt là chụp đối quang kép với 3 hình ảnh đặc trưng: hình khuyết nham nhỏ, hình chít hẹp không đều, vặn vẹo và hình cắt cụt. Các hình ảnh này cố định và có tất cả ở các phim chụp.

Soi đại tràng với ống soi mềm và sinh thiết là phương tiện để chẩn đoán xác định chắc chắn nhất.

## 6.2. Chẩn đoán phân biệt

Đối với UTĐT phải: cần phải chẩn đoán phân biệt với viêm ruột thừa để khôi u ở người già lao hồi tràng, u do amip ở manh tràng. Lồng ruột mẫn tính ở người lớn nguyên nhân thường do ung thư.

Đối với UTĐT trái: cần phân biệt với các đè ép từ bên ngoài do thương tổn của các cơ quan lân cận (u sau phúc mạc, thận to, u mạc treo, u buồng trứng ở phụ nữ...)

## 7. ĐIỀU TRỊ

### 7.1. Điều trị UTĐT không có biến chứng

#### 7.1.1. Điều trị phẫu thuật triệt căn

##### 7.1.1.1. Nguyên tắc chung

Cắt rộng rãi đại tràng có khối u, cách bờ khối u ít nhất 5cm, thường phải cắt đại tràng rộng hơn so với yêu cầu vì phải vét hạch và thắt các cuống mạch nuôi dưỡng sát gốc.

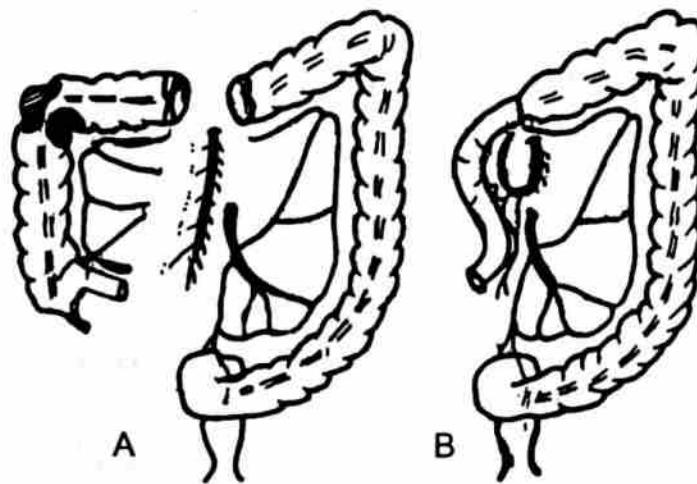
Nạo vét hạch triệt để: được thực hiện cùng với việc thắt và cắt các mạch máu của đại tràng sát gốc, đối với đại tràng phải là bờ phải của cuống mạch mạc treo tràng trên; đối với đại tràng là thắt cuống mạch mạc treo tràng dưới sát gốc.

Việc thắt các cuống mạch sát gốc được thực hiện trước tiên để tránh di bào ung thư qua đường tĩnh mạch.

Lập lại lưu thông tiêu hoá được thực hiện trong cùng thi mổ nếu đại tràng được chuẩn bị sạch.

##### 7.1.1.2. Cắt đại tràng có kế hoạch

Đối với UTĐT phải (ung thư manh tràng, đại tràng lên và phần phải của đại tràng ngang); phẫu thuật cắt nửa đại tràng phải (là phẫu thuật cơ bản để điều trị UTĐT phải).



A. Cắt nửa đại tràng phải

B. Nối hồi tràng ngang

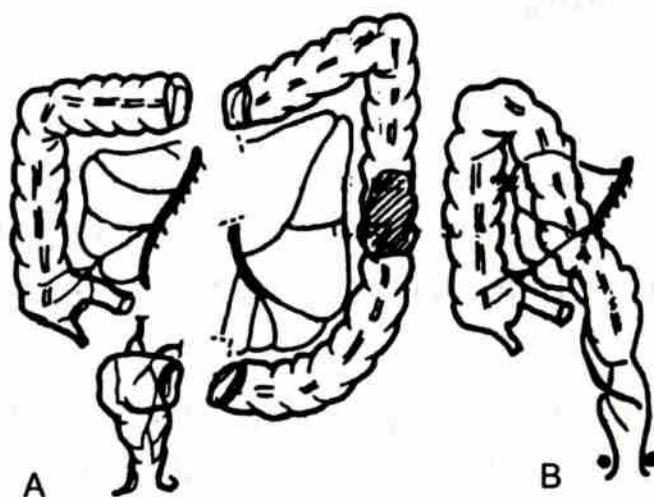
Hình 21.1.

Phẫu thuật bao gồm: cắt đoạn cuối hồi tràng, đại tràng lên và phần bên phải của đại tràng ngang; cắt các cuống mạch của đại tràng phải sát gốc, nạo vét hạch tới sát bờ phải của cuống mạch mạc treo tràng và kết thúc bằng việc nối hồi - đại tràng ngang bên bên hoặc tận tận.

- Ung thư đại tràng trái: ung thư góc lách, đại tràng xuống và đại tràng sigma.

Tuỳ vị trí khối u để lựa chọn một trong các phẫu thuật sau:

- Cắt nửa đại tràng trái: phẫu thuật bao gồm cắt bỏ từ phần trái của đại tràng ngang cho đến hết đại tràng sigma, cắt động mạch và tĩnh mạch mạc treo tràng dưới sát gốc cùng với việc nạo vét hạch, phẫu thuật kết thúc bằng việc nối đại tràng ngang và trực tràng với miệng nối tận - tận hoặc tận - bên.



A. Cắt nửa đại tràng trái

B. Nối hồi tràng ngang-trực tràng

Hình 21.2

- Cắt đoạn đại tràng trái cao: khi ung thư nằm ở góc lách đại tràng, phẫu thuật bao gồm cắt phần trái của đại tràng ngang và đại tràng xuống, cắt động mạch đại tràng trái trên sát gốc cùng với việc nạo hạch. Phẫu thuật kết thúc bằng việc nối đại tràng ngang với đại tràng sigma.
- Cắt đoạn đại tràng sigma: chỉ định cho ung thư ở đoạn đại tràng này, phẫu thuật bao gồm cắt đoạn đại tràng sigma, cắt cuống mạch mạc treo tràng dưới phía dưới chỗ phân nhánh động mạch đại tràng trái trên và nạo vét hạch cùng một khối, kết thúc bằng việc nối đại tràng xuống với trực tràng.

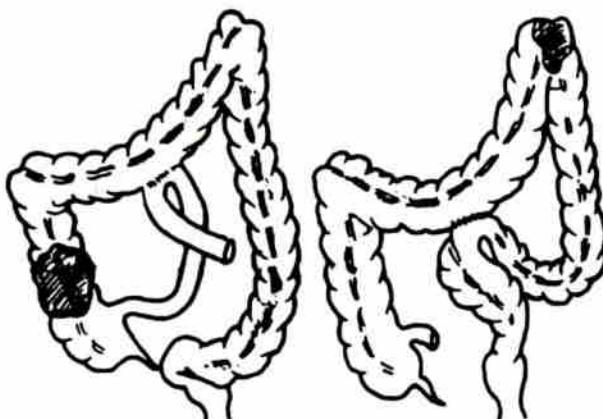
Các phẫu thuật khác:

- Cắt đoạn đại tràng ngang: ít áp dụng.
- Cắt đại tràng gần toàn bộ, hoặc toàn bộ áp dụng đối với UTĐT ở hai hay nhiều vị trí.

### 7.1.2. Điều trị phẫu thuật tạm thời

- Cắt đoạn đại tràng: chỉ định các UTĐT đã có di căn nhiều nơi. Cắt bỏ đại tràng nhằm tránh các biến chứng áp xe, tắc ruột, thủng và tránh phải làm hậu môn nhân tạo, đồng thời mang lại kết quả chức năng tốt hơn, cắt đại tràng và mạc treo tối thiểu để có thể làm miệng nối chắc chắn và được nuôi dưỡng tốt.

- Hậu môn nhân tạo: chỉ định cho UTDT không còn khả năng cắt bỏ và nối tắt. Có thể làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng ngang hoặc đại tràng sigma thuỷ theo vị trí u.
- Nối tắt: nối - hồi đại tràng ngang đối với ung thư đại tràng phải. Nối đại tràng ngang - đại tràng sigma đối với đại tràng trái.



A. Nối tắt hồi - đại tràng ngang

B. Nối tắt đại tràng ngang - đại tràng Sigma

Hình 21.3

## 7.2. Điều trị UTDT có biến chứng

### Tắc ruột do UTDT

Thái độ xử trí phụ thuộc trước hết vào tình trạng của đại tràng phía trước khối u, toàn thân của bệnh nhân, mức độ xâm lấn của ung thư và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

- Đối với UTDT phải: cắt 1/2 đại tràng phải và nối ngay hoặc nối hồi - đại tràng ngang bên bên, dẫn lưu đầu đại tràng (phẫu thuật Quenu). Nối hồi - đại tràng ngang được chỉ định cho những bệnh nhân có thể trạng xấu, u không còn khả năng cắt bỏ hoặc đã có di căn phúc mạc.
- Đối với UTDT trái: cắt đại tràng trái 2 thùy đã làm giảm được tỷ lệ tử vong vì bức miệng nối, bao gồm các kỹ thuật sau:
  - + Làm hậu môn nhân tạo trước khối u và cắt đại tràng sau 10-15 ngày khi đại tràng đã được chuẩn bị tốt.
  - + Cắt đại tràng trái cấp cứu và đưa 2 đầu đại tràng làm hậu môn nhân tạo. Việc nối lại đại tràng được thực hiện ở lần mổ sau.
  - + Cắt đoạn đại tràng cấp cứu và đưa 2 đầu đại tràng làm hậu môn nhân tạo. Việc nối lại đại tràng được thực hiện ở lần mổ sau.
  - + Cắt đoạn đại tràng sigma, khâu kín đầu trực tràng và làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng xuống (phẫu thuật Hartmann) đối với UTDT sigma.
  - + Nếu u không quá thấp, cắt đại tràng gần toàn bộ hoặc toàn bộ và nối hồi tràng, đại tràng sigma hoặc hồi tràng - trực tràng một thì là phẫu thuật quá lớn và nguy hiểm trong điều kiện cấp cứu.
- Áp xe quanh u: không làm thay đổi chỉ định cắt đại tràng và nối ngay. Tuy nhiên, khi mổ phải lưu ý hút sạch mủ trước, che bọc kỹ vùng mổ, đặt miệng nối xa vùng có ổ áp xe và dẫn lưu tốt vùng áp xe.

- Viêm phúc mạc do thủng đại tràng: nhất thiết phải cắt đại tràng cấp cứu và đưa 2 đầu ruột ra ngoài ổ bụng làm hậu môn nhân tạo. Việc nối lại lưu thông tiêu hoá sẽ thực hiện ở lần mổ sau.

### 7.3. Điều trị hỗ trợ

Hoá trị liệu được chỉ định sau các phẫu thuật triệt căn UTDT ở giai đoạn Dukes C, là giai đoạn có nguy cơ tái phát và di căn cao sau mổ. Các thử nghiệm lâm sàng đã xác định rằng, sự phối hợp điều trị 5 FU (5 fluoro - uracile) và levamisole, sau mổ đã cải thiện thời gian sống sau mổ cho những bệnh nhân UTDT có di căn hạch. Các thử nghiệm điều trị bổ trợ khác và các điều trị bổ trợ cho những UTDT chưa có di căn hạch vẫn còn đang được nghiên cứu.

## 8. KẾT QUẢ

### 8.1. Tỷ lệ tử vong

Qua thống kê 474 trường hợp UTDT điều trị tại bệnh viện Việt Đức từ 1986 - 1996 cho thấy tỷ lệ tử vong do mổ là 9%, trong đó 5% đối với mổ có chuẩn bị và 18% đối với mổ cấp cứu.

### 8.2. Tỷ lệ sống, 5 năm sau mổ

Khoảng 30-60% tuỳ theo từng tác giả. Vị trí của khối u không ảnh hưởng gì đến thời gian sống sau mổ. Ngược lại, giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất. Thời gian sống 5 năm sau mổ thay đổi từ 70-80% đối với giai đoạn Dukes A; 49 -68% đối với Dukes B; 25-45% đối với Dukes C và 0% đối với Dukes D.

## 9. THEO DÕI BỆNH NHÂN SAU MỔ

Theo dõi đều đặn những bệnh nhân sau mổ UTDT là rất quan trọng nhằm phát hiện tái phát tại chỗ và di căn xa. Theo dõi và phát hiện sớm ung thư tái phát và di căn sau mổ chủ yếu dựa vào:

- Thăm khám lâm sàng toàn diện 3 tháng một lần.
- Định lượng CEA và CA 19-9 3 tháng một lần trong 3 năm đầu, sau đó 6 tháng một lần. Sự tăng lên của CEA và CA 19-9 sau mổ là dấu hiệu sớm chứng tỏ có tái phát hoặc di căn sau mổ.
- Siêu âm ổ bụng và chụp phổi 3 tháng 1 lần trong 3 năm đầu, sau đó 6 tháng 1 lần nhằm phát hiện các di căn gan và phổi.
- Soi đại tràng với ống soi mềm mỗi năm 1 lần trong 3 năm đầu, sau đó 3 năm 1 lần để phát hiện tái phát miệng nối hoặc để phát hiện ung thư ở phần đại tràng còn lại...

# TẮC RUỘT SƠ SINH

PGS.TS. Trần Ngọc Bích

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột là một loại cấp cứu ngoại khoa phổ biến ở bệnh lý sơ sinh. Vị trí tắc có thể từ tá tràng tới hậu môn. Có nhiều nguyên nhân gây tắc và tắc có thể ở các mức độ khác nhau. Nếu không điều trị phẫu thuật, bệnh nhi sẽ tử vong, vậy cần chẩn đoán và chỉ định điều trị sớm. Trước đây, tỷ lệ tử vong của bệnh này rất cao do chẩn đoán muộn, do phương tiện hạn chế... Ngày nay với các phương tiện chẩn đoán tốt có thể chẩn đoán trước sinh, sự tiến bộ về gây mê-hồi sức, phương tiện điều trị và kỹ thuật mổ nên tỷ lệ tử vong đã giảm một cách đáng kể.

## 2. ĐẶC ĐIỂM SINH LÝ TRẺ MỚI ĐÈ

Sau khi sinh ra trên 6 giờ, trẻ thường bắt đầu đại tiện ra phân xu. Phân xu có màu đen xanh lá cây, quánh và bóng. Nếu sau đẻ trên 24 giờ, trẻ mới đại tiện phân xu thì được coi là chậm phân xu và đây là một dấu hiệu bất thường báo hiệu một khả năng cao của bệnh lý đường tiêu hoá.

## 3. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN TẮC RUỘT

### 3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Nôn ra dịch dạ dày, dịch mật, dịch ruột.
- Trướng bụng ở vùng rốn hoặc toàn bộ ổ bụng, có hình quai ruột nổi.
- Bí trung - đại tiện hoặc vẫn ỉa phân xu hoặc chậm ỉa phân xu hoặc ra kết thắt trắng đục.
- Toàn thân: có dấu hiệu mất nước ở các mức độ khác nhau.

Tuỳ theo vị trí tắc, mức độ tắc và thời gian bị bệnh mà các triệu chứng trên biểu hiện ở các mức độ khác nhau.

#### 3.1.1. Các triệu chứng nôn, trướng bụng, đại tiện theo vị trí tắc

##### 3.1.1.1. Tắc cao

Tắc từ dưới môn vị tới góc tá hông tràng.

- Nôn:

Xuất hiện sớm, thường ở ngay ngày đầu sau đẻ. Nôn ra dịch mật nếu tắc ở dưới Vater hoặc chỉ nôn ra sữa, dịch dạ dày khi tắc ở trên bóng Vater. Mức độ nôn nhiều khi tắc hoàn toàn như do teo ruột, hoặc nôn ít khi chỉ hẹp tá tràng hoặc có màng ngăn có lỗ to.

- Trướng bụng:

Không có hoặc trường vùng trên rốn, có hình dạ dày dãn nổi lên khi kích thích da bụng hoặc tự nhiên.

- **Đại tiện:**

Không đại tiện phân xu mà chỉ đại tiện ra kết thể trắng đục hoặc xanh nhạt và ít nếu tắc hoàn toàn. Vẫn đại tiện ra phân xu nhưng ít hơn bình thường nếu tắc không hoàn toàn

### 3.1.1.2. *Tắc vừa*

Tắc ở hống - hồi tràng (từ góc Treitz đến van Bauhin)

- **Nôn:**

Thường từ ngày thứ 2, 3 sau đẻ. Nôn ra dịch mật, dịch ruột. Mức độ nôn cũng tùy thuộc mức độ tắc: nếu tắc hoàn toàn thì nôn nhiều.

- **Trướng bụng:**

Là dấu hiệu khá quan trọng, thường bụng trương đều, quai ruột nổi, có sóng nhu động tự nhiên hoặc khi kích thích da bụng.

- **Nắn bụng:** Nếu có dấu hiệu hoại tử ruột do xoắn: bệnh nhân đau, khóc

- **Đại tiện:**

Không đại tiện phân xu mà chỉ đại tiện ra kết thể trắng đục hoặc xanh nhạt và ít nếu tắc hoàn toàn. Đây là một dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán sớm tắc ruột hoàn toàn, thường là teo ruột.

Vẫn có thể có phân xu nhưng ít hơn bình thường nếu tắc không hoàn toàn và có cả trong tắc hoàn toàn do teo ruột.

Cần chú ý: dấu hiệu có phân xu sớm bình thường dễ là “một cái bẫy” gây chẩn đoán chậm vì làm người khám tưởng vẫn có lưu thông ruột bình thường mặc dù bệnh nhân có teo ruột và xoắn ruột.

Đại tiện ra máu sớm sau đẻ: cần phải nghĩ tới xoắn ruột.

### 3.1.1.3. *Tắc thấp:*

Tắc từ van Bauhin xuống, tắc ở đại - trực tràng

- **Nôn:**

Xuất hiện muộn hơn, thường nôn sau đẻ khoảng 3 ngày. Nôn ra dịch mật, dịch ruột.

- **Trướng bụng:**

Thường trương toàn bộ ổ bụng. Có dấu hiệu quai ruột nổi và dấu hiệu rắn bò tự phát hoặc khi kích thích thành bụng.

- **Đại tiện:**

Phân xu thường không có, thường chỉ ra kết thể trắng đục hoặc xanh nhạt nếu tắc hoàn toàn. Trong trường hợp tắc không hoàn toàn thì vẫn có phân xu nhưng ít. Nếu tắc do bệnh phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh thì chỉ chậm phân xu và dấu hiệu viêm ruột gây ỉa lỏng xuất hiện sớm sau đó.

### **3.1.2. Thăm khám hậu môn - trực tràng**

Chung cho các thể bệnh. Có thể có dị tật hậu môn trực tràng hoặc có ống hậu môn - trực tràng bình thường. Thăm trực tràng thấy rỗng hoặc có kết thể tráng đục hoặc ra phân lỏng, nhiều khi bị viêm ruột, nếu có máu cần phải nghĩ khả năng có xoắn ruột....

### **3.1.3. Thể trạng chung**

Tuỳ mức độ tắc và thời gian bị bệnh mà có :

- Dấu hiệu mất nước: da khô, mắt trũng, thóp lõm, đái ít.
- Sốt: do viêm phổi hoặc mất nước-điện giải...
- Rối loạn hô hấp: do trương bụng, hít phải chất nôn, thở nhanh, nồng, nghe phổi có thể có ran ẩm.
- Da: có thể vàng do vàng da sinh lý, có thể xanh-nhợt khi bị mất máu do xoắn ruột...
- Bệnh nhân có thể trong tình trạng vật vã hoặc li bì, phản ứng chậm, khóc yếu.
- Các dị tật khác kèm theo có thể như hội chứng Down, bệnh tim bẩm sinh, dị tật đường tiết niệu - sinh dục, dị tật cơ quan vận động...

## **3.2. Các xét nghiệm**

Xét nghiệm công thức máu, điện giải đồ, nhiễm sắc thể... để đánh giá tình trạng bệnh nhân và phát hiện các bệnh lý phối hợp.

## **3.3. Điện quang**

### **3.3.1. Chụp bụng không chuẩn bị**

Thấy các mức nước - hơi, có thể có nốt vôi hoá và liềm hơi. Dựa vào vị trí và hình dạng các mức nước - hơi để chẩn đoán vị trí tắc và mức độ tắc. Khi có nốt vôi hoá thì thường là có thủng ruột trong thời kỳ bào thai, thường có teo ruột kèm theo.

Nên chụp ngực thẳng thêm khi chụp bụng để xem hình phổi, tim

*Tắc cao:*

Thường có 2 mức nước- hơi: mức nước- hơi to ở cao phía bên trái cột sống là của dạ dày và một mức nước-hơi ở thấp hơn, phía bên phải cột sống của tá tràng.

- Tắc hoàn toàn: chỉ có 2 mức nước hơi trên, ổ bụng còn lại mờ.
- Tắc không hoàn toàn: còn vài bóng hơi nhỏ ở quai ruột phía dưới

*Tắc vừa:*

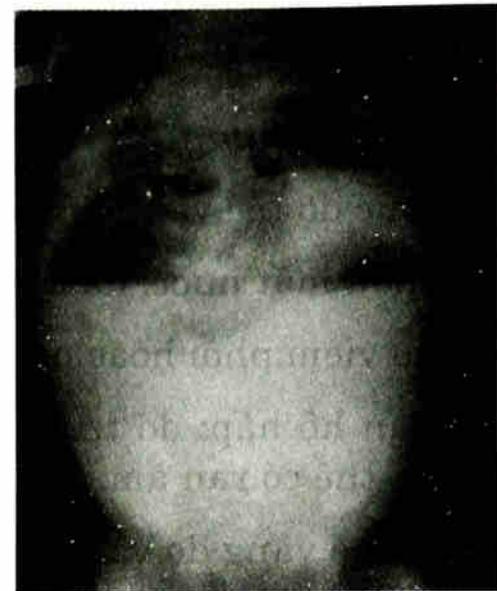
- Có 3 mức nước - hơi là tắc ở hông tràng gần góc treitz.
- Có nhiều mức nước - hơi: tắc ở hông, hồi tràng. Các mức nước hơi có thể nhỏ và phần còn lại của ổ bụng mờ vì có dịch.

- Có hình mờ và lõi rõ như tổ ong ở vùng hố chậu phải, quai ruột phía trên giãn căng hơi hoặc có vài mức nước hơi thì thường là tắc ruột phân xu.

**Tắc thấp:** nhiều mức nước hơi ở ruột non và có hơi ở đại tràng.



Hình 20.1: Tắc ở tá tràng, có hai mức nước hơi



Hình 20.2: Tắc ở ruột non, nhiều mức nước hơi, nửa bụng dưới mờ

### 3.3.2. Chụp lưu thông tiêu hoá

Khi chụp bụng không chuẩn bị không rõ tắc và vị trí tắc. Chụp lưu thông tiêu hoá chỉ làm khi bụng trương ít, nôn ít và nên đặt ống thông làm xẹp dạ dày trước. Cần theo dõi sự di chuyển của thuốc cản quang để xác định vị trí tắc, mức độ tắc và có thể chẩn đoán được nguyên nhân gây tắc. Ví dụ nếu thấy D2 tá tràng giãn, có chỗ hẹp ở cuối D2 và thuốc cản quang đi qua chỗ hẹp rồi đi thẳng xuống quai ruột phía dưới mà không thấy khung tá tràng, chỗ hẹp và giãn tạo hình ảnh như đồng hồ cát thì chẩn đoán được hẹp tá tràng do dây chằng Ladd.... Hoặc có chỗ thắt hẹp ở giữa D2 tá tràng thì thường là hẹp tá tràng do tuy nhẫn hoặc màng ngăn có lỗ, hoặc có một hình khuyết ở thành ruột như có u chèn vào và đoạn ruột phía trên dãn hơn kết hợp khám lâm sàng nắn thấy có u nhỏ, di động và siêu âm thấy có nang ở thành ruột thì chẩn đoán tắc ruột do ruột đôi....



Hình 20.3: Hẹp ruột do màng ngăn ở hổng tràng dưới Treitz



Hình 20.4 : Tắc tá tràng do dây chằng Ladd và xoắn trung tràng, kèm theo hẹp tá tràng do tuy nhẫn ở bệnh nhân 36 ngày tuổi.

### 3.3.3. Chụp khung đại tràng (lavement baryté)

Chỉ định:

- Nghi có xoắn trung tràng: Mảnh tràng và đại tràng lén cao và sang trái.
- Tắc ruột phân xu hoặc do nút phân xu.
- Tắc thấp: Teo đại tràng, phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh....



**Hình 20.5:** Bệnh Hirschsprung ở bệnh nhân 3 ngày tuổi.  
Chụp khung đại tràng, hình ảnh trực- đại tràng bị hẹp tới hết đại tràng xuống

### 3.4. Siêu âm

- Có giá trị chẩn đoán tắc tá tràng, tắc ruột trước đẻ. Sản phụ thường bị đa ối. Hình siêu âm cho thấy các quai ruột giãn.
- Sau đẻ: xác định có ruột đôi, u nang mạc treo trong ổ bụng, các dị tật khác có thể kèm theo ở đường tiết niệu, tim..

## 4. NGUYÊN NHÂN GÂY TẮC

### 4.1. Tắc cao: Ở tá tràng

#### 4.1.1. Tắc tá tràng do nguyên nhân từ bên trong

- Teo tá tràng: tắc hoàn toàn. Có 3 thể bệnh
  - + Màng ngăn niêm mạc toàn bộ: Thường ở dưới bóng Vater
  - + Teo tá tràng thành dây xơ.
  - + Teo gián đoạn tá tràng.
- Hẹp tá tràng: tắc không hoàn toàn do
  - + Màng ngăn niêm mạc có lỗ
  - + Tá tràng đôi.

#### **4.1.2. Tắc tá tràng do nguyên nhân từ bên ngoài**

##### **Tuy nhẫn:**

Tá tràng ở vị trí giữa D2 bị bao bọc và bị chèn ép ở xung quanh bởi tổ chức của tuy giống như ngón tay bị bao bọc xung quanh bởi một chiếc nhẫn. Thường có hẹp tá tràng do màng ngăn ở vị trí tuy nhẫn nên có thuật ngữ "Tắc tá tràng kèm theo tuy nhẫn"

##### **Dây chằng Ladd:**

Gây tắc- hẹp tá tràng ở cuối D2. Dây chằng Ladd thực chất là một dải phúc mạc đi từ đại tràng hoặc manh tràng tới phúc mạc thành bụng sau và chẹt ngang qua tá tràng gây hẹp.

Dây chằng Ladd thường kèm theo ruột ngừng quay bất thường ở  $90^{\circ}$  hay  $180^{\circ}$ .

- Tắc tá tràng, ruột ngừng quay ở  $90^{\circ}$ :
  - + Mạc treo chung hoàn toàn tự do
  - + Tiểu tràng ở bên phải động mạch mạc treo tràng trên.
  - + Đại tràng ở bên trái.
  - + Dây chằng Ladd từ góc đại tràng phải tới thành bụng sau bên.
- Tắc tá tràng, ruột ngừng quay ở  $180^{\circ}$ :
  - + Manh tràng nằm trước tá tràng.
  - + Dây chằng Ladd từ manh tràng chẹt qua tá tràng rồi tới thành bụng sau
  - + Tiểu tràng thường bị xoắn và còn có tên "Xoắn trung tràng"

##### **Hẹp tá tràng do kìm động mạch:** Thể bệnh này ít gặp

Đoạn 3 của tá tràng chạy qua trước cột sống, nằm trong kìm của 2 động mạch: Động mạch chủ bụng phía sau và động mạch mạc treo tràng trên phía trước. Góc giữa 2 động mạch bình thường từ  $45^{\circ}$  -  $60^{\circ}$ . Khi góc hẹp gây chèn ép tá tràng. Góc hẹp do những nguyên nhân sau :

- Tá tràng ở vị trí cao hơn bình thường hoặc động mạch mạc treo tràng trên ở vị trí thấp hơn bình thường.
- Lớp mỡ giữa 2 động mạch mỏng.
- Tá tràng chui qua mạc treo cứng chắc để tới góc Treist.

##### **Hẹp tá tràng do tĩnh mạch cửa trước tá tràng:** rất hiếm gặp

Tĩnh mạch cửa trước tá tràng có thể do:

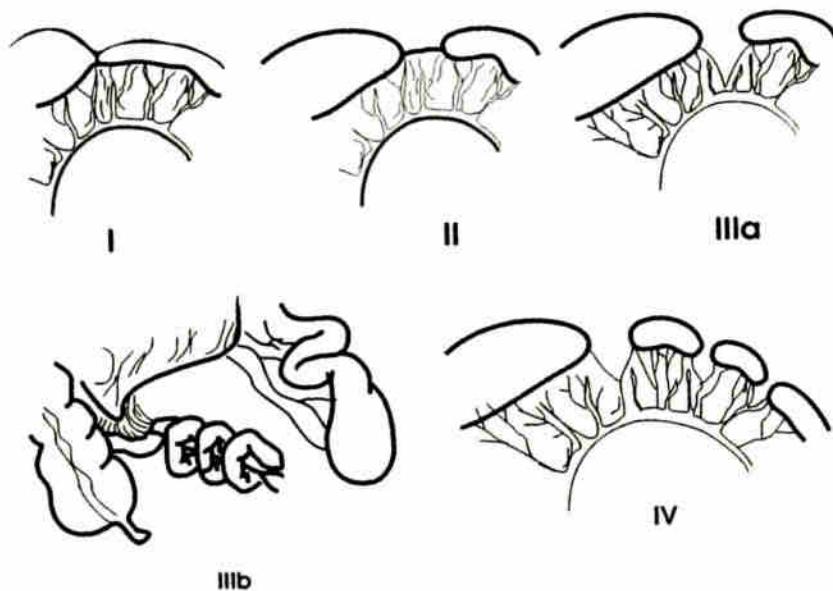
- Các vòng nối giữa hai tĩnh mạch noãn hoàn bị tắc bất thường.
- Có bất thường trong quá trình quay của ruột: đảo lộn vị trí của dạ dày và tá tràng.

## 4.2. Tắc vừa: tắc ở ruột non

### 4.2.1. Teo ruột: Có 4 thể theo phân loại của Grosfeld

- Loại I: Màng ngăn niêm mạc hoàn toàn
- Loại II: Teo ruột mà 2 đầu ruột nối với nhau bằng một dây xơ.
- Loại III: Teo ruột gián đoạn: mạc treo ruột bị khuyết hình chữ V. Ở thể bệnh này còn chia thành hai mức độ: III-A: teo gián đoạn có mạc treo khuyết hình chữ V đơn thuần và III-B: teo ruột gián đoạn mà đoạn ruột dưới chỗ teo cuộn quanh trục mạch máu tạo nên hình ảnh “cây thông”.
- Loại IV: Teo ruột gián đoạn nhiều vị trí.

**Lưu ý:** Teo ruột có thể ở một hay nhiều vị trí và có thể kết hợp các thể bệnh.



Hình 20.6: Phân loại teo ruột của Grosfeld



Hình 20.7: Teo ruột hình “cây thông” và teo nhiều vị trí.

#### **4.2.2. Tắc do chèn ép:** Do các nguyên nhân sau

- Các dây chằng bẩm sinh: Di tích của động mạch rốn hoặc còn ống rốn tràng.
- Do có các khối u ở mạc treo và ruột như:
  - + Ruột đôi
  - + U bạch huyết thể nang ở mạc treo gây chèn ép hoặc xoắn ruột.
- Do các dây chằng hoặc do dính ruột: di tích của viêm phúc mạc từ thời kỳ bào thai.
- Tắc do hẹp ruột sau bệnh viêm ruột hoại tử ở sơ sinh.

#### **4.2.3. Tắc ruột phân xu**

*Nguyên nhân:*

Do thiểu năng ngoại tiết của tuy, tuy bài tiết ít dịch, kết hợp chất nhày ở hôi tràng gây đặc quánh phân xu dính chặt niêm mạc ruột gây tắc ruột. Thường tắc ở vị trí gần cuối hôi tràng.

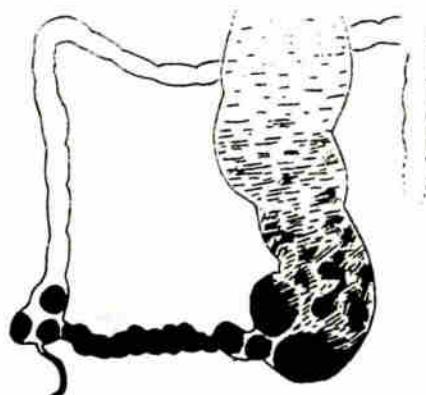
*Chẩn đoán:*

- Lâm sàng: Nắn được quai ruột có phân xu căng ở bên hố chậu phải
- X quang:
  - + Hình tắc ruột thấp, mức nước hơi có chân hẹp, có thể lõm do phân xu. Có bóng mờ lỗ rõ ở vùng hố chậu phải.
  - + Chụp đại tràng cản quang: đại tràng nhỏ, thuốc vào qua van Bauhin tới vị trí phân xu quánh gây tắc ruột.

*Về điều trị:*

Đây là một thể bệnh có thể điều trị nội khoa được. Do vậy khi có chẩn đoán sẽ điều trị bằng:

- Thusat vào đại tràng bằng Gastrographine hoặc Hypaque hoặc Telebrix 350. Thusat giữ trong 15 phút - 30 phút và theo dõi ở X quang, làm cách 4 giờ 1 lần.



**Hình 20.8: Tắc ruột phân xu**

Gastrographine có Polysorbate có tác dụng rút nước vào lồng ruột, tăng nhu động ruột, làm ẩm và tan phân xu.

- Bơm vào dạ dày dung dịch Acétylcystein 4%: mỗi lần bơm 5ml, cách 6 giờ 1 lần.
- Truyền dịch, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

Nếu điều trị nội không kết quả hoặc đã có dấu hiệu tắc ruột rõ thì có chỉ định mổ. Mổ cắt đoạn ruột tắc, giãn do phân xu, nối ruột tận tận hoặc tận - chéo.



**Hình 20.9:** Chụp bụng ở bệnh nhân bị tắc ruột phân xu

#### **4.3. Tắc thấp:** Tắc ở đại - trực tràng và hậu môn

##### **4.3.1. Tắc ruột do nút phân xu:** Do nút phân xu ở đại tràng gây tắc

*Lâm sàng:*

- Không ỉa phân xu sau đẻ 24-48 giờ.
- Bụng trương.
- Thăm trực tràng: đôi khi kích thích gây đại tiện ra một nút phân xu màu xám nhạt, khá chắc, sau đó là phân xu ra nhiều, và hết tắc ruột nhưng thường thusat đại tràng bằng Gastrographine thì tháo ra được nút phân xu và nhiều phân xu.

*Điều trị:*

Thể bệnh này điều trị nội, không phải mổ.

##### **4.3.2. Teo đại tràng:** Cũng gồm 3 thể bệnh như teo ruột non

##### **4.3.3. Bệnh Hirschsprung hay phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh:** khi có dấu hiệu tắc ruột sơ sinh thì đoạn vô hạch thường cao, vô hạch hết đại tràng xíchma hoặc đại tràng xuống hoặc có thể toàn bộ đại tràng. Ở thể bệnh này, rất khó tháo đại tràng mà thường phải mổ cấp cứu làm hậu môn nhân tạo.

**4.3.4. Dị tật hậu môn trực tràng.** Xem bài dị tật hậu môn trực tràng

## 5. CHẨN ĐOÁN

- Có thể có được chẩn đoán tắc ruột trước đẻ bằng siêu âm.
  - Sau đẻ: Cần được khám kỹ trên lâm sàng, làm thêm X quang, siêu âm để chẩn đoán. Các bước cần xác định:
    - + Có tắc ruột không
    - + Vị trí tắc: ở tá tràng, ruột non hay đại tràng.
    - + Mức độ tắc: tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn
    - + Nguyên nhân gây tắc.
    - + Tình trạng bệnh nhân: Khám lâm sàng và các xét nghiệm máu, sinh hoá.
- Từ chẩn đoán có được sẽ quyết định cách điều trị.

## 6. ĐIỀU TRỊ

### 6.1. Trước mổ

#### 6.1.1. Tại các bệnh viện nơi trẻ sinh ra hoặc khoa nội nhi- sơ sinh:

- Giữ thân nhiệt ổn định bằng sưởi ấm hoặc lồng áp đặc biệt khi thời tiết lạnh. Đây là điều rất quan trọng. Nếu để hạ thân nhiệt, tỷ lệ tử vong sẽ cao
- Ống thông dạ dày: thường đặt qua mũi vào dạ dày để hút làm xẹp dạ dày, bớt dồn các quai ruột phía dưới. Theo dõi dịch qua ống thông dạ dày để góp phần giúp chẩn đoán vị trí và mức độ tắc ruột.
- Đường truyền tĩnh mạch: có thể lấy đường truyền qua tĩnh mạch rốn, vì dễ thực hiện.
- Lượng dịch truyền được tính theo cân nặng bệnh nhân, theo nhu cầu và lượng dịch mất.
- Tiêm vitamin K

Sau đó di chuyển bệnh nhân tới các trung tâm mổ nhi.

#### 6.1.2. Tại các trung tâm mổ nhi:

Sau chẩn đoán xác định có tắc ruột, cần đánh giá tình trạng bệnh nhân:

- Cân nặng
- Nhiệt độ
- Tình trạng phổi : có viêm phổi không.
- Tình trạng mất nước
- Các dị tật phổi hợp.
- Xét nghiệm: Điện giải đồ, công thức máu, Hematocrit, máu chảy, máu đông, nhóm máu, khí máu, Protid máu.

Dựa các xét nghiệm để hồi sức trước mổ.

## 6.2. Mổ

**6.2.1. Mục đích mổ:** Phục hồi lưu thông trong lòng ruột và chức năng của ruột.

**6.2.2. Kỹ thuật:** Tuỳ theo vị trí và nguyên nhân gây tắc mà chọn các kỹ thuật phù hợp:

- Tắc tá tràng:
  - + Do tá tràng đôi: bóc cắt tá tràng đôi hoặc mở thông tá tràng đôi phụ vào tá tràng chính ở bên cạnh.
  - + Tắc ở D1 - D2: nối tá tràng - tá tràng.
- Với tuy nhẫn: nối tá - tá tràng bên bên ở vị trí mặt trước tá tràng, ngay trên và dưới tuy nhẫn.
- Với teo gián đoạn (ít gấp): nối tá-tá tràng tận tận.
  - + Tắc ở D3 - D4: nối tá - hông tràng.
  - + Với tắc do màng ngăn niêm mạc (ở D1, D2, D3, D4): mở ruột dọc qua vị trí ruột có màng ngăn, cắt màng ngăn và khâu lại ruột theo chiều ngang.
- Tắc ruột non:
  - + Tắc do màng ngăn niêm mạc: có 2 cách mổ
    - Mở dọc ruột, cắt màng ngăn, khâu ruột theo chiều ngang.
    - Cắt ruột có màng ngăn, nối ruột tận - chéo.
  - + Do teo ruột: dạng dây xơ hoặc teo gián đoạn.
- Cắt bỏ phần túi cùng trên nếu ruột dãn to, thành dày, niêm mạc nề xung huyết, mạch máu nuôi dưỡng kém.
- Nếu teo ruột nhiều chỗ: cắt bỏ phần ruột biệt lập ở giữa nếu đoạn ruột này ngắn.
- Nối ruột tận - tận hoặc tận- chéo là kỹ thuật thường được làm.
- Có thể phải dẫn lưu hai đầu ruột ở lần mổ đầu và nối lại ruột ở lần mổ thứ hai sau một vài tuần nếu teo ruột có kèm viêm phúc mạc bào thai, ruột dính nhiều, và đoạn teo ở cuối hồi tràng.
- + Do ruột đôi:
  - Cắt ruột có ruột đôi, nối ruột tận tận.
  - Bóc - cắt bỏ ruột đôi đơn thuần nếu ruột đôi ở góc hồi manh tràng.
- + Do xoắn trung tràng và dây chằng Ladd: tháo xoắn, cắt dây chằng Ladd, và xếp lại ruột: đưa ruột non sang bên phải, đưa đại tràng sang bên trái, cố định đại tràng, cắt ruột thừa, tách rộng mạc treo chung.
- + Do dính ruột, do dây chằng: gỡ dính, cắt dây chằng.

### Lưu ý:

- Trong trường hợp đoạn ruột phía trên chỗ tắc bị giãn một đoạn dài, để giảm cắt ruột thì nên tạo hình nhỏ lại đoạn ruột phía trên bằng cắt bớt thành ruột ở bờ tự do, khâu lại để làm nhỏ bớt khẩu kính ruột trước khi nối, tránh quá chênh lệch kích thước giữa 2 đoạn ruột, tránh ứ đọng và thuận lợi phục hồi nhu động ruột.
- Cắt- tạo hình nhỏ đoạn ruột phía trên có 2 kỹ thuật: cắt thanh cơ ngoài niêm mạc hoặc cắt bỏ cả thanh cơ niêm mạc.
- Phải bơm dung dịch NaCl 9% vào qua đầu ruột dưới để đảm bảo toàn bộ đoạn ruột dưới miệng nối đã lưu thông, để làm rộng lòng ruột và tống tháo hết kết thể phân xu ra ngoài hậu môn.

**Tắc thấp:** Ở đại tràng - trực tràng - hậu môn:

- + Teo đại tràng: mổ chữa như ở teo ruột non.
- + Hirschsprung: thể vô hạch cao, gây tắc và viêm ruột: làm hậu môn nhân tạo. Vị trí làm hậu môn nhân tạo thường ở ngay trên chỗ bị tắc.
- + Dị vật hậu môn trực tràng: tuỳ theo thể bệnh mà tạo hình hậu môn ngay hay làm hậu môn nhân tạo.

### 6.3. Sau mổ

- Đặt ống thông dạ dày: cho tới khi dịch dạ dày ra trong, không có dịch mật-dịch ruột.
- Bồi phụ nước điện giải: theo cân nặng, nhu cầu, lượng dịch mất, dựa điện giải đồ.
- Nuôi dưỡng:
  - + Đường tĩnh mạch: các dịch NaCL 0,9%, dịch Glucose 10%, 5%, Intralipid, đạm...
  - + Cho ăn đường miệng khi dịch dạ dày ra trong, đã đại tiện.
- Kháng sinh: thường dùng Cephalosporin thế hệ III.

Phải theo dõi:

- Lâm sàng: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, cân nặng, nước tiểu.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, Protid, điện giải đồ

### 6.4. Biến chứng sau mổ

#### 6.4.1. Biến chứng sớm

- Tắc ruột: do tắc hẹp miệng nối, do dính, dây chằng.
- Viêm phúc mạc: do bục, rò miệng nối.

- Biến chứng khác:
  - + Toác, bục vết khâu thành bụng
  - + Chảy máu vết mổ, trong ổ bụng.
  - + Nhiễm trùng vết mổ

#### **6.4.2. Biến chứng muộn**

- Tắc ruột, sa lồi thành bụng
- Rối loạn hấp thu: hội chứng ruột ngắn

Cách đánh giá mức độ cắt ruột:

- Cắt ruột ít: ruột còn > 1,5m
- Cắt nhiều: ruột còn 0,4 - 1,5m
- Cắt rộng rãi: ruột còn < 40cm

### **7. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG**

- Đẻ non: Cân nặng bệnh nhân < 2,5kg
- Nhiễm trùng ngoại sinh
- Các tật bẩm sinh mắc phải: Down, tim mạch, teo thực quản.....
- Thời gian chẩn đoán và điều trị: sớm hay muộn
- Mức độ cắt ruột.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Trần Ngọc Bích:** Ruột đôi ở trẻ em (Nhận xét về chẩn đoán và điều trị ở 21 bệnh nhân). Ngoại Khoa, 2001, 1: 46-50
2. **Trần Ngọc Bích, Đỗ Đức Văn, Trần Bình Giang và Phạm Đức Huấn:**  
Hẹp tá tràng do dây chằng Ladd và xoắn ruột ở sơ sinh và người lớn.  
Ngoại Khoa, 2003, 4: 48-52
3. **Debeugny P, Bonnevalle M, Turck D, Besson R, Goutrand F, Defauw B, Sarakos C, Tran Ngoc Bich.:** Les sténoses digestive dans l'entérocolite ulcéro-nécrosante du prématuré. 50 observations.  
Résumé des communications . 53 ème congrès de chirurgie pédiatrique. C.N.I.T.-Paris la Défense 4 (6-9-1996)
4. **Frederick J. Rescorla.:** Meconium ileus.  
Pediatric surgery - 5 th ed/edited by James A-O' Neill , Jr...  
Mosby- Years book, In C, 1998, p 1159 - 1172

**5. Jay L. Grosfeld.: Jejunoileal Atresia and stenosis**

Pediatric surgery - 5 th ed/edited by James A-O' Neill , Jr...

Mosby- Years book, In C, 1998, p 1145-1158

**6. Gruner. M, Belas, M, Hervé J- M:** Atrésies et sténoses congénitales du jejunum - ileon.

Chirurgie digestive de l'enfant. Doin éditeurs, 1990. p 383 - 398.

**7. Howard C. fieston.: Other causes of intestinal obstruction,**

Pediatric surgery - 5 th ed/edited by James A-O' Neill , Jr...

Mosby- Years book, In C, 1998, p 1215 - 1222

**8. Keith. T. Oldham:** Atresia, stenosis, and other obstructions of the colon.

Pediatric surgery - 5 th ed/edited by James A-O' Neill , Jr...

Mosby- Years book, In C, 1998, p 1361 - 1368

**9. Robert,J., Touloukian, E., Smith, F.I.:** Disorders of rotation and fixation. Pediatric surgery - 5 th ed/ edited by James.A. O'Neill.

Mosby - Year book, Inc ,1998. 1199-1214

**10. Sheldon J, Bond, Diller B, Groff:** Gastrointestinal Duplications

Pediatric surgery - 5 th ed/edited by James A-O' Neill, Jr...

Mosby- Years book, In C, 1998, p1257 - 1268

# LỒNG RUỘT Ở TRẺ BÚ MẸ VÀ TRẺ EM

PGS.TS. Trần Ngọc Bích

Lồng ruột là một cấp cứu ngoại nhi thường gặp và là nguyên nhân hàng đầu gây tắc ruột ở trẻ nhỏ. Lồng ruột ở trẻ bú mẹ hầu hết là cấp tính, diễn biến hoại tử ruột nhanh. Lồng ruột ở trẻ lớn phần nhiều ở thể bán cấp và mãn tính.

Bệnh lồng ruột đã được biết từ thời Hypocrate song từ thế kỷ XIX trở về trước, hầu hết là tử vong. Từ đầu thế kỷ XX, nhất là từ khoảng 3 thập kỷ gần đây, việc chẩn đoán và điều trị lồng ruột đã có rất nhiều tiến bộ và tỷ lệ tử vong rất thấp. Tại bệnh viện Việt Đức tỷ lệ tử vong là 25,4% (1959 - 1967), giảm còn 1,7% (1980-1984), còn ở Viện Nhi từ 1/1995 - 7/1999: tử vong là 0,17% (2/1172 BN)

## 1. DỊCH TỄ HỌC

**1.1. Tuổi:** Lồng ruột gặp ở bất cứ lứa tuổi nào, thường gặp ở trẻ dưới 24 tháng tuổi với tỷ lệ 80%-90%, trong đó ở lứa tuổi 4 - 9 tháng chiếm tỷ lệ 75%. Rất hiếm gặp ở tuổi sơ sinh.

**1.2. Giới tính:** Ưu thế mắc bệnh ở nam giới. Tỷ lệ nam / nữ là 2/1 ⇒ 3/1.

**1.3. Cơ địa bệnh nhân:** Bệnh thường gặp ở trẻ bú mẹ, khoẻ mạnh, ít gặp ở trẻ suy dinh dưỡng.

**1.4. Thời tiết:** Bệnh có ở cả bốn mùa nhưng tỷ lệ cao ở mùa Đông - Xuân là mùa mà trẻ dễ bị nhiễm siêu vi trùng, ỉa chảy và viêm nhiễm đường hô hấp.

## 2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ LỒNG RUỘT

### 2.1. Nguyên nhân

#### 2.1.1. Nguyên nhân thực thể

Thường gặp ở trẻ lớn. Tỷ lệ từ 5 - 20%.

- Túi thừa Meckel là nguyên nhân hay gặp.
- Polype ở hồi tràng, manh, đại tràng.
- Các u ác tính, u máu trong lồng ruột.
- Ruột đôi ở góc hồi manh tràng.
- Nhân tụy lạc chỗ.

#### 2.1.2. Lồng ruột tự phát

Là loại lồng ruột chưa rõ nguyên nhân, chiếm tỷ lệ từ 75 - 90%, tuy nhiên người ta vẫn đưa ra các giả thiết để giải thích các nguyên nhân gây lồng ruột.

#### 2.1.2.1. Yếu tố thần kinh, thể dịch:

- Laborit và Laurence cho rằng ở trẻ bú mẹ, do hoạt động trội lên của dây thần kinh X gây tăng nhu động ruột, dẫn tới lồng ruột.
- Lecovit cho rằng tăng tiết acetylcholin cũng có thể gây lồng ruột.
- Laplane, Bonnefant đã tiêm acetylcholin vào bao của tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch vành vị thì thấy ruột tăng nhu động, co bóp mạnh và xuất hiện lồng ruột ngay sau đó.

#### 2.1.2.2. Nguyên nhân do vi rút, vi khuẩn

- Hsu và cộng sự đã tìm thấy mối liên quan giữa nhiễm khuẩn đường hô hấp do Herpes 6-7, Adenovirus, Ebsteinbar với sinh bệnh học của lồng ruột.
- Những trẻ bị viêm hạch mạc treo do virus đồng thời bị lồng ruột thì phản ứng huyết thanh dương tính nhất là đối với Adenovirus.
- Ross (1961), Gardner (1962) đã xác định được Adenovirus nhóm 1, 2, 3, 5, 6; ECHO nhóm 7, 9 và Hepes ở 80% trẻ bị lồng ruột.
- Bathod đã tìm thấy vi khuẩn gram âm: *Yersinia enterocolitica* có khả năng gây viêm hạch mạc treo, viêm dạ dày ruột dẫn tới lồng ruột.
- Reilly tiêm chủng salmonella vào hạch bạch huyết và đã gây ra 50% các trường hợp lồng ruột.
- Staatz cho rằng nguyên nhân gây bệnh lồng ruột ở trẻ em là tình trạng nhiễm khuẩn đường ruột mà 60,6% mầm bệnh được thấy qua xét nghiệm phân.
- Leward cho rằng nhiễm tai mũi họng, viêm đường hô hấp trên, viêm ruột theo mùa có thể liên quan tới lồng ruột, cho nên lồng ruột thường xảy ra theo các mùa viêm nhiễm các bệnh trên.
- West (1987) gặp 37% lồng ruột có liên quan với nhiễm trùng hô hấp, viêm dạ dày ruột.

Nghiên cứu của chúng tôi (năm 2000) trên 172 trẻ bị lồng ruột có 111/172 (64%) có viêm đường hô hấp hoặc ỉa chảy cấp lúc bị lồng ruột hoặc trong vòng 2 tuần tới lúc bị lồng ruột, trong đó có 29/172 (16,9%) BN có mắc ỉa chảy cấp hoặc viêm đường hô hấp lúc bị lồng ruột.

Các tác giả giải thích khi nhiễm virus hoặc vi khuẩn, các hạch viêm phát triển, manh tràng bị phù nề, chính những hạch viêm này gây phản xạ thần kinh thực vật, cường phó giao cảm, tăng nhu động ruột dễ dẫn tới lồng ruột.

#### 2.1.2.3. Yếu tố giải phẫu:

Verenu, Xecoletxu, Stencbach (1959-1960) cho rằng ở trẻ dưới 4 tháng tuổi, kích thước giữa manh đại tràng và ruột non chênh nhau ít, từ tháng thứ 4 đến tháng 12, manh tràng phát triển nhanh hơn hồi tràng và có sự khác nhau về nhu động ruột giữa hồi tràng và manh tràng nên tạo điều kiện thuận lợi gây lồng ruột và lồng ruột hay gặp ở vùng hồi manh tràng.

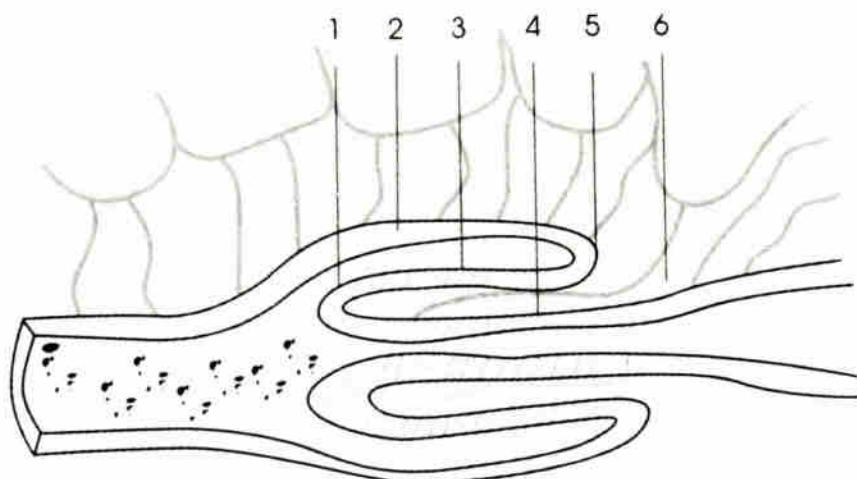
### 3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

#### 3.1. Định nghĩa

Lồng ruột là trạng thái bệnh lý trong đó hai khúc ruột trên và dưới chui lồng vào nhau gây nên hội chứng tắc ruột cơ học, tạo nên khối lồng bít lòng ruột.

#### 3.2. Cấu tạo khối lồng

- Ở dạng thông thường, khối lồng bao gồm 3 lớp:
  - + Ống vỏ ngoài là ống ruột dưới chứa khối ruột lồng vào.
  - + Ống vỏ trong: là ruột lồng vào.
  - + Ống vỏ giữa được hình thành từ ống vỏ ngoài lộn vào.
- Đầu khối lồng là điểm mút của ống vỏ trong và ống vỏ giữa.
- Cổ khối lồng là điểm mút của ống vỏ ngoài và ống vỏ giữa.
- Kiểu lồng kép: Gồm 5 lớp, 2 đầu, 2 cổ.



Hình 21.1: Mặt cắt khối lồng.

1. Đầu khối lồng.
2. Vỏ ngoài khối lồng.
3. Vỏ giữa khối lồng.
4. Vỏ trong khối lồng.
5. Cổ khối lồng.
6. Mạc treo ruột.



Hình 21.2: Ruột bị lồng

### 3.3. Chiều lồng

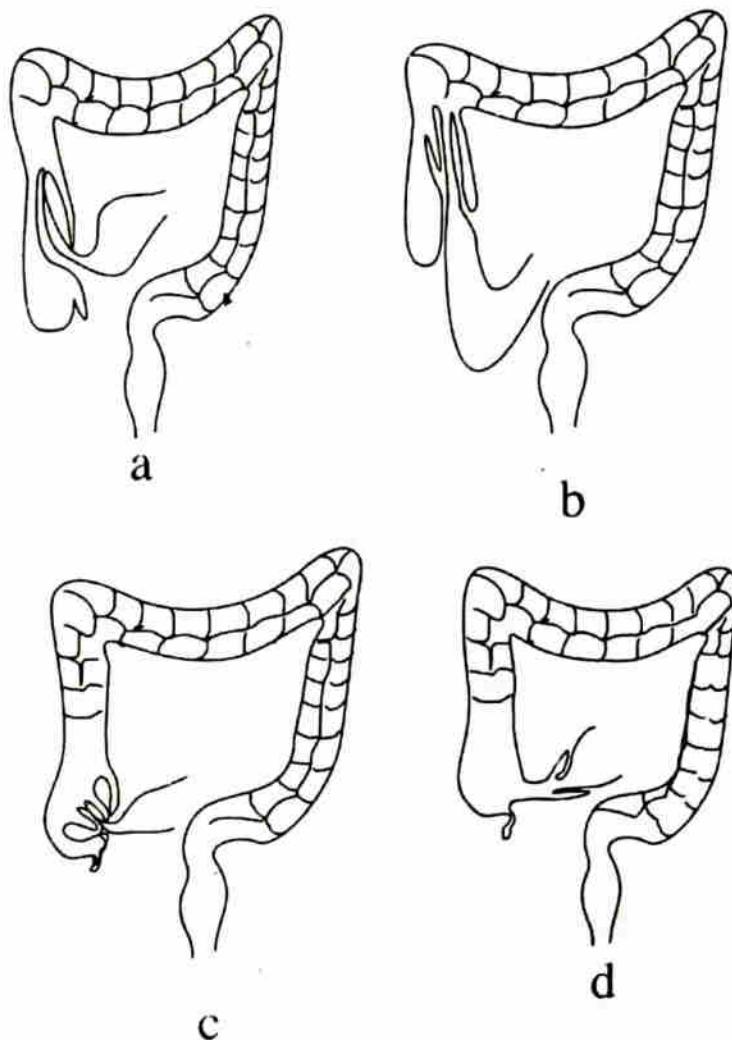
- Thường theo nhu động ruột, khúc ruột trên chui lồng vào khúc ruột kề sát dưới.
- Lồng ruột giật lùi hiếm gặp, chúng tôi gặp khi **mổ tắc ruột do giun đũa**.

### 3.4. Kiểu lồng

#### 3.4.1. Theo giải phẫu lâm sàng

- Lồng ruột non:
  - + Lồng hông - hông tràng.
  - + Lồng hồi - hồi tràng.
- Lồng ruột già:
  - + Lồng manh - đại tràng.
  - + Lồng đại - đại tràng.
- Lồng ruột non - ruột già:
  - + Lồng hồi - đại tràng.
  - + Lồng hồi - manh - đại tràng.
  - + Lồng hồi - hồi - đại tràng.

#### 3.4.2. Theo cách lồng



- a. Lồng hồi đại tràng qua van Bauhin, van Bauhin và ruột thừa ở vị trí bình thường.
- b. Lồng hồi manh đại tràng, ruột thừa và van Bauhin đẩy dần đầu khối lồng vào lòng đại tràng.
- c. Lồng hồi-hồi - đại tràng (lồng kép)
- d. Lồng ruột non-ruột non.

Hình 21.3: Các thể lồng ruột

- Đau cố định, cổ di động:
  - + Lồng hồi đại tràng: Đau khói lồng là van Bauhin. Dù tới điểm nào của khung đại tràng, đau khói lồng vẫn là van Bauhin.
  - + Lồng hỗn - hỗn tràng, lồng hồi hồi tràng.
- Cổ cố định, đau di động: Diễn hình là lồng hồi đại tràng: cổ khói lồng là van Baulin, ruột thừa vẫn ở bên ngoài, hồi tràng lộn qua van Baulin vào trong đại tràng. Loại lồng ruột này chặt.

### **3.5. Các thương tổn giải phẫu khói lồng**

Thay đổi phụ thuộc vào thời gian bị bệnh, kiểu lồng, mức độ lồng chặt hay lỏng.

- Ruột ở trên khói lồng có thể bình thường hay căng chứa dịch.
- Mạc treo nhiều hạch, phù nề, nếu lồng ruột đến muộn: có châm xuất huyết.
- Khúc ruột lồng khi tháo có thể hơi tím rồi hồng hoặc không hồng trở lại.
- Khi khói lồng chặt, các mạch máu bị tắc nghẽn, đau khói lồng bị phù nề, nhồi máu, các mao mạch dưới niêm mạc bị vỡ gây chảy máu đường tiêu hóa và cuối cùng khói lồng bị hoại tử do thiếu máu nuôi dưỡng.

## **4. SINH LÝ BỆNH**

Lồng ruột gây ra các rối loạn sinh lý tùy theo tính chất và thời gian bị bệnh.

### **4.1. Rối loạn tại chỗ**

Cản trở lưu thông của đường tiêu hóa: khói lồng làm bít tắc lồng ruột gây ứ đọng dịch và hơi trong lồng ruột phía trên chỗ tắc. Khi có biểu hiện tắc ruột, bệnh nhân nôn nhiều gây mất nước, điện giải và các rối loạn sinh lý khác.

### **4.2. Cản trở tuần hoàn của đoạn lồng**

Khi lồng ruột, mạc treo đoạn bị lồng bị ép giữa các lớp của khói lồng, các tĩnh mạch mạc treo bị ứ máu, quai ruột lồng bị phù nề lại làm các tĩnh mạch bị chèn ép thêm. Tĩnh mạch ứ máu gây chảy máu vào lồng ruột, kết hợp với niêm mạc ruột tăng tiết chất nhày gây nên hiện tượng ỉa phân nhầy máu.

Lúc đầu áp lực động mạch còn cao hơn áp lực tĩnh mạch nên ruột còn được nuôi dưỡng, về sau áp lực tĩnh mạch ngày càng tăng lên gây mất sự chênh lệch áp lực giữa động và tĩnh mạch, tuần hoàn ngừng trệ gây thiếu máu nuôi dưỡng và hoại tử ruột. Ruột bị hoại tử lúc đầu ở lớp giữa, rồi đến lớp trung của khói lồng. Ống ruột ngoài ít bị hoại tử.

## **5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

### **5.1. Lồng ruột ở trẻ bú mẹ ( $\leq 24$ tháng tuổi): thường là lồng ruột cấp**

- Đau bụng cơn: đột ngột, dữ dội, biểu hiện bệnh nhân ưỡn người khóc thét từng cơn, mỗi cơn kéo dài 3-10 phút. Sau cơn đau, bệnh nhân mệt ngủ thiếp

đi. Khi thức dậy trẻ có thể bú một ít rồi lại lên cơn đau tiếp theo, thời gian giữa các cơn đau khoảng từ 15 phút tới 30 phút.

- Nôn: Thường xuất hiện sau cơn đau đầu tiên, chất nôn là sữa hoặc thức ăn vừa ăn vào. Nếu thời gian bị lồng ruột đã kéo dài, bệnh nhân có thể nôn ra dịch mật.
- Ỉa ra máu: có thể phân lẩn máu hoặc có chất nhày lẩn máu.
  - + Giờ xuất hiện ỉa máu trung bình là 9-10 giờ sau triệu chứng đau bụng đầu tiên.
  - + Ở trẻ càng nhỏ, dấu hiệu ỉa ra máu thường sớm.
  - + Nếu ỉa ra máu sớm ≤ 5 giờ và ra máu nhiều thì khói lồng thường chật khó tháo.

Ba dấu hiệu trên đây là tam chứng lâm sàng kinh điển của lồng ruột.

- Khám bụng: bụng thường mềm. Nếu nắn bụng đau là lồng ruột muộn đã có biến chứng.
  - + Khối lồng: có thể nắn thấy khói lồng dài như quả chuối, dọc theo khung đại tràng ở dưới bờ sườn phải hoặc ngang trên rốn hoặc sang tới dưới bờ sườn trái, hố chậu trái, ấn vào khói lồng thường bệnh nhân đau.

Để tìm được khói lồng, phải khám nhẹ nhàng khi bệnh nhân nằm yên, ngoài cơn đau.

- Thăm trực tràng: có thể có máu theo tay, bóng trực tràng rỗng, có thể thấy đau khói lồng.
- Dấu hiệu toàn thân: trường hợp bệnh nhân đến muộn, trẻ mệt mỏi, có dấu hiệu mất nước, sốt hoặc trong tình trạng Shock.

## 5.2. Lồng ruột ở trẻ ≥ 25 tháng tuổi

- Thường ở thể bán cấp và mãn tính.
- Gặp nhiều ở trẻ từ 3-4 tuổi.
  - + Đau bụng: gặp ở 100% các bệnh nhân. Tính chất đau: đau bụng kéo dài từng đợt, các cơn đau thưa ít, khoảng vài cơn đau mỗi ngày, vẫn trung tiện được. Mỗi đợt đau độ 2- 6 ngày rồi hết đau. Sau đó lại tái xuất hiện, và những đợt đau như vậy có thể kéo dài hàng tháng.
  - + Nôn: hoặc buồn nôn:
- Nôn thường gặp trong lồng ruột bán cấp với tỷ lệ khoảng 50-75% số bệnh nhân. Nôn ra thức ăn hoặc ra dịch mật.
- Trong lồng ruột mãn tính: buồn nôn hoặc nôn ít, tỷ lệ nôn khoảng 15% số bệnh nhân lồng ruột.
  - + Đại tiện ra máu: đại tiện ra máu thường ở thể bán cấp với tỷ lệ từ 21% tới 50% các trường hợp, và ít gặp ở thể mãn tính, chỉ khoảng 10% các trường hợp.

- + Khối lồng: hầu hết là nắn thấy.

**Cần lưu ý:** Khối lồng xuất hiện từng đợt. Trong cơn đau sờ thấy khối lồng rõ, ngoài cơn đau khối lồng có thể mất. Sau một khoảng thời gian, khối lồng lại xuất hiện cùng với đau bụng, do vậy G.Leward (1991) gọi khối lồng trong lồng ruột bán cấp và mãn tính là khối “u ma” (Tumeur fantome).

- Toàn trạng: mệt mỏi, kém ăn, có thể gây sút.

### 5.3. Lưu ý

- Lồng ruột non: lồng hổng - hổng tràng, hồi - hồi tràng. Triệu chứng lâm sàng là tắc ruột, và thường chỉ chẩn đoán được trong mổ.
- Ở trẻ ≤ 24 tháng tuổi: Chủ yếu là lồng ruột cấp nhưng cũng có thể gặp lồng ruột bán cấp.
- Ở trẻ > 24 tháng tuổi: Ngoài lồng bán cấp và mãn tính, vẫn gặp thể lồng cấp nên diễn biến nhanh tới hoại tử khối lồng.

Một vài tác giả đã đưa ra một số phương trình để chẩn đoán lồng ruột, nhưng trên thực tế cần phối hợp các triệu chứng trên, nếu nghi ngờ cần phối hợp các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng: Xquang, siêu âm, nội soi đại tràng.

## 6. CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG

### 6.1. X quang

#### 6.1.1. Chụp bụng không chuẩn bị

Ít giá trị cho chẩn đoán lồng ruột.

- Có thể thấy vùng mờ của khối lồng nhưng hình ảnh này không chắc chắn.
- Thấy được hình ảnh tắc ruột: các mức nước hơi.
- Hiếm gặp: liềm hơi trong ổ bụng khi khối lồng bị hoại tử, thủng.

#### 6.1.2. Chụp khung đại tràng cản quang

- Hình ảnh khối lồng là hình còng cua, đáy chén, hình móc câu.
- Để điều trị tháo lồng: tỷ lệ thành công thấp, nếu có biến chứng thủng đại tràng mà Barium vào ổ bụng thì tiên lượng nặng.

Phương pháp chẩn đoán này tới nay ít áp dụng, nếu có thì chỉ định cho thể lồng bán cấp, và chủ yếu thể mãn tính để chẩn đoán và tìm nguyên nhân gây lồng như u hoặc polyp trong đại tràng.

#### 6.1.3. Bơm không khí vào đại tràng

Để chẩn đoán và tháo lồng.

- Bệnh nhân được tiêm mê và máy tháo lồng có van an toàn với áp lực sử dụng từ 8 - 11cm Hg.

- Đây là một phương pháp đơn giản, an toàn cao, cho chẩn đoán nhanh, chính xác và tỷ lệ tháo lồng bằng hơi cao.
- Hình ảnh khối lồng cũng giống như thực Barium.
- Bơm không khí đại tràng: có thể tiến hành dưới màn chiếu X quang, chụp X quang, hoặc kết hợp với siêu âm hoặc có thể chỉ dựa lâm sàng đơn thuần.

## 6.2. Siêu âm

### 6.2.1. Siêu âm để chẩn đoán lồng ruột

- Mặt cắt ngang: khối lồng cho hình ảnh bia đạn với nhiều vòng tròn đồng tâm.
- Mặt cắt dọc: khối lồng có hình bánh kẹp “Sandwich” với các lớp xếp chồng lên nhau. Trung tâm là một vệt giâu ECHO của lòng quai ruột lồng.

### 6.2.2. Siêu âm có thể tìm được nguyên nhân gây lồng ruột

Như bệnh lý hạch trong khối lồng, khối u, túi thừa Mecken, polype.

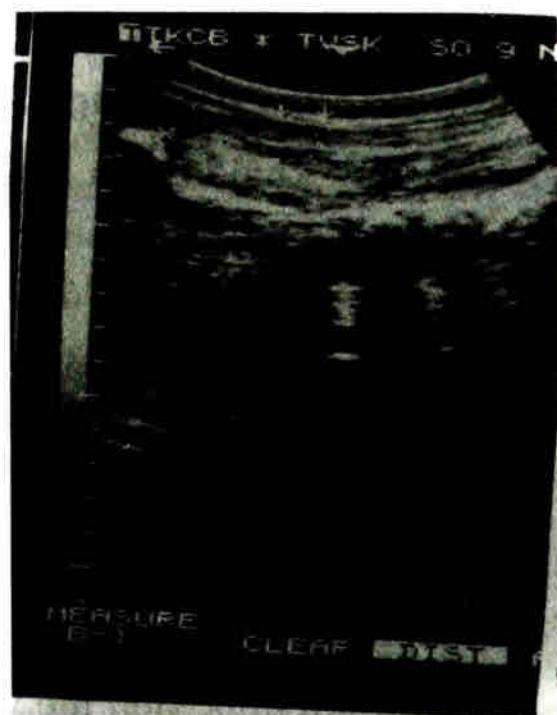
### 6.2.3. Siêu âm dùng để kiểm tra kết quả tháo lồng

### 6.2.4. Siêu âm có giá trị tiên lượng khối lồng chặt hay lồng

- Đường kính khối lồng lớn: biểu hiện là lồng ruột kép hoặc do khối lồng chặt, phù nề nhiều.
- Chiều dày thành ruột lồng: càng lớn chứng tỏ phù nề thành ruột nhiều, khối lồng chặt, về kích thước
- Dịch trong lồng khối lồng và dịch tự do trong ổ bụng: là dấu hiệu báo hiệu khối lồng chặt, phù nề, khó tháo và có tỷ lệ phải mổ cao. Cần thận trọng khi bơm không khí vào đại tràng để tháo lồng.



Hình 21.4: Siêu âm cắt ngang khối lồng



Hình 21.5: Siêu âm cắt dọc khối lồng

### **6.3. Nội soi - soi đại tràng bằng ống soi mềm**

- Để chẩn đoán lồng ruột.
- Tìm được nguyên nhân gây lồng ở đại tràng như: polyp, u từ ở góc hồi manh tràng xuống.
- Giúp điều trị nguyên nhân: Cắt Polyp qua nội soi.
- Chỉ định nội soi đại tràng:
  - + Lồng ruột bán cấp, nhưng chủ yếu ở lồng ruột mãn tính.
  - + Lồng ruột tái phát nhiều lần.
  - + Khi có triệu chứng gợi ý bệnh lý của đại tràng như: đại tiện ra máu, đau bụng kéo dài, đau bụng kèm theo gày sút.

## **7. CHẨN ĐOÁN**

### **7.1. Chẩn đoán xác định lồng ruột**

- Đau bụng cơn + nôn + khói lồng.
- Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu + khói lồng.
- Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu.
- Đau bụng cơn + chẩn đoán hình ảnh có khói lồng (X quang hoặc siêu âm).

### **7.2. Chẩn đoán phân biệt**

- Hội chứng ly: Bệnh nhân có cảm giác mót rặn, đại tiện nhiều lần, phân có ít máu và chất nhầy.
- Đau bụng, tắc ruột do giun: đau bụng cơn, không ỉa máu, nắn có quai ruột có giun đũa
- Rối loạn tiêu hóa: Đau bụng quanh rốn, phân lỏng, nắn bụng thường mềm.
- Viêm phổi: nghe phổi có ran, chụp phổi thấy thương tổn.
- Viêm ruột hoại tử: Đau bụng, phân lỏng có máu thối khắm, thường có dấu hiệu shock.
- Chảy máu tiêu hóa: tuỳ theo nguyên nhân gây chảy máu mà có những dấu hiệu lâm sàng tương ứng.
- Viêm dạ dày cấp: thường đau trên rốn, nắn không có khói lồng.
- Viêm ruột thừa: đau và phản ứng khu trú ở hố chậu phải, có hội chứng nhiễm khuẩn.
- Viêm ruột.
- U bụng.

## **8. TIẾN TRIỂN CỦA LỒNG RUỘT**

### **8.1. Gây tắc ruột, hoại tử thủng, viêm phúc mạc**

Ở thể lồng cấp và có thể ở thể bán cấp.

### **8.2. Tự khỏi và tái phát nhiều lần: thường ở thể mãn tính**

## **9. ĐIỀU TRỊ**

Có 2 phương pháp: không phẫu thuật hoặc phẫu thuật. Hiện nay điều trị lồng ruột chủ yếu bằng phương pháp không phẫu thuật. Để có được chỉ định chọn phương pháp đúng, cần biết các yếu tố tiên lượng khôi lồng chặt hay lồng và khả năng tháo lồng.

### **9.1. Các yếu tố tiên lượng góp phần vào chỉ định tháo lồng ở trẻ ≤ 24 tháng tuổi bị lồng ruột**

- Các triệu chứng lâm sàng có giá trị tiên lượng khôi lồng khó tháo.
  - + Tuổi: Tuổi càng nhỏ đặc biệt trẻ < 4 tháng tuổi: Khôi lồng thường chặt.
  - + Thời gian bị lồng ruột: kéo dài trên 48 giờ, hoặc trên 72 giờ.
  - + Thời gian xuất hiện ỉa máu càng sớm, đặc biệt ≤ 5 giờ và lượng máu ra nhiều thì khôi lồng ruột càng khó tháo.
  - + Đã có hội chứng tắc ruột rõ, đã có rối loạn tại chỗ (bung chướng, nắn đau) hoặc rối loạn toàn thân (sốt cao, mất nước, shock).
- Giá trị tiên lượng của siêu âm: Khôi lồng chặt khi
  - + Đường kính khôi lồng ≥ 35mm.
  - + Chiều dày thành ruột lồng > 8mm.
  - + Có dịch trong lồng khôi lồng và dịch tự do trong ổ bụng.

### **9.2. Điều trị lồng ruột bằng phương pháp không phẫu thuật**

#### **9.2.1. Điều trị lồng ruột bằng bơm không khí và đại tràng**

##### **9.2.1.1. Chỉ định:**

- Cho hầu hết các trường hợp lồng ruột ở trẻ ≤ 24 tháng, chỉ có chống chỉ định khi có triệu chứng viêm phúc mạc hoặc tắc ruột rõ ở lâm sàng và X quang.
- Ở trẻ ≥ 25 tháng: nhất là trẻ ≥ 36 tháng bơm không khí vào đại tràng để chẩn đoán và điều trị ban đầu trong tình trạng cấp cứu. Sau đó khám tìm nguyên nhân và mổ theo chương trình hoặc cấp cứu trì hoãn.

##### **9.2.1.2. Kỹ thuật tháo**

- Tiễn mê.

- Máy tháo lồng với áp lực  $P = 8 - 11\text{mm Hg}$ , có van an toàn.
- Tiến hành tháo lồng dưới máy chiếu X quang, hoặc tại phòng mổ.

#### 9.2.1.3. Chứng nghiệm lồng ruột đã được tháo

- VỚI DẤU HIỆU LÂM SÀNG ĐƠN THUẦN:
    - + Bụng đang chướng lệch với quai đại tràng dần trở thành chướng đều.
    - + Áp lực của máy tụt xuống và không lên tới  $8-10\text{mmHg}$  khi tiếp tục bơm hơi.
    - + Xả hơi qua Sonde trong trực tràng: bụng vẫn còn chướng đều.
    - + Nắn bụng không còn khồi lồng.
  - DẤU HIỆU X QUANG:
    - + Hình ảnh khồi lồng mất, không khí vào các quai ruột non.
    - Siêu âm: xác định khồi lồng không còn.
  - Theo dõi sau tháo lồng:
    - + Trẻ hết nôn, bú trở lại.
    - + Hết khóc cơn.
    - + Bụng: bớt chướng dần.
    - + Phân: máu ra ít dần và phân trở lại màu bình thường sau khoảng 8 giờ.
- Có thể cho uống than hoạt để kiểm tra lưu thông tiêu hóa.



Hình 21.6: Lồng ruột hình cảng cua



Hình 21.7: Hình đáy chén



Hình 21.8: Sau tháo lồng bằng bơm hơi đại tràng

#### 9.2.2. **Thụt đại tràng bằng thuốc cản quang**

- Chỉ áp dụng cho chẩn đoán ở trẻ mẫn tính và để tìm nguyên nhân: có Polype, u trong đại tràng.
- Không áp dụng với mục đích tháo lồng.

#### 9.2.3. **Thụt nước muối sinh lý vào đại tràng kết hợp theo dõi bằng siêu âm để tháo lồng**

Phương pháp này không có áp lực tháo chủ động và an toàn như bơm không khí vào đại tràng.

### 9.3. Điều trị lồng ruột bằng phẫu thuật

#### 9.3.1. **Chỉ định mổ**

- Với trẻ ≤ 24 tháng:
  - + Tháo lồng bằng bơm không khí đại tràng không kết quả.
  - + Lồng ruột có biểu hiện viêm phúc mạc hoặc tắc ruột rõ trên lâm sàng và X quang.
  - + Lồng ruột tái phát nhiều lần: có chỉ định tương đối.
- Với trẻ ≥ 25 tháng tuổi:
  - + Lồng ruột mẫn tính, thường ở trẻ lớn.
  - + Lồng ruột bán cấp: có chỉ định tương đối.

#### 9.3.2. **Kỹ thuật**

- Có hồi sức trước mổ: truyền dịch, kháng sinh, đặt ống thông vào dạ dày.
- Gây mê nội khí quản.

- Đường rạch:
  - + Đường giữa trên rốn.
  - + Đường bờ ngoài cơ thằng to phải.
  - + Đường ngang theo nếp bụng dưới rốn bên phải.
- Kỹ thuật:
  - + Cách tháo: nắn và đẩy khói lồng ngược chiều nhu động tạo khói lồng.
  - + Kiểm tra có các nguyên nhân gây lồng và giải quyết: Polype, túi Mecklenburg.
  - + Vấn đề cắt ruột thừa: không nên cắt ruột thừa.
  - + Vấn đề cố định ruột:
    - . Ở trẻ bú mẹ ≤ 24 tháng: không cần cố định.
    - . Ở trẻ ≥ 25 tháng: cố định hồi tràng vào đại tràng và cố định đại tràng lên vào phúc mạc thành bên ở hố chậu phải.
  - + Cắt ruột hoại tử: tuỳ theo thương tổn ruột và tình trạng bệnh nhân mà quyết định:
    - . Nối ngay. Nối tận tận.
    - . Dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài thành bụng kiểu Mickulicz rồi mổ thì hai độ một vài tháng sau để nối lại hai đầu ruột

### **9.3.3. Sau mổ**

- Truyền dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch .
- Kháng sinh.
- Cho ăn khi có lưu thông tiêu hóa.

### **9.3.4. Các biến chứng sau mổ**

- Viêm phúc mạc.
- Tắc ruột.
- Chảy máu trong ổ bụng.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Bục thành bụng.
- Sổ thành bụng.



**Hình 21.9: Polype trong lòng ruột. - Nguyên nhân gây lồng ruột**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Bích: Chẩn đoán và điều trị lồng ruột ở trẻ em (Kinh nghiệm trên 592 bệnh nhân).  
Y học thực hành. Kỷ yếu công trình NCKH viện BVSKTE 1997: 199 - 203.
2. Trần Ngọc Bích, Phạm Thu Hiền, Nguyễn Gia Khanh: các yếu tố tiên lượng góp phần vào chỉ định tháo lồng ở trẻ em ≤ 24 tháng.  
Ngoại khoa, 2001, 2: 23 - 29
3. Trần Ngọc Bích, Phạm Thu Hiền, Nguyễn Gia Khanh. Đổi chiểu lâm sàng và tổn thương phẫu thuật ở 225 bệnh nhân dưới 25 tháng bị lồng ruột.  
Ngoại khoa 2001, 3: 35-48
4. Phạm Thu Hiền, Trần Ngọc Bích, Nguyễn Gia Khanh: Chẩn đoán và điều trị lồng ruột ở trẻ em.  
Nhi khoa, 2000, tr 551-558
5. Phạm Thu Hiền, Lê Thị Thu Phương, Trần Ngọc Bích, Nguyễn Gia Khanh: Đánh giá giá trị siêu âm trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh lồng ruột ở trẻ em bú mẹ.  
Nhi khoa, 2000, tr 559-564

# DÂN ĐẠI TRÀNG BẨM SINH (MEGACOLON)

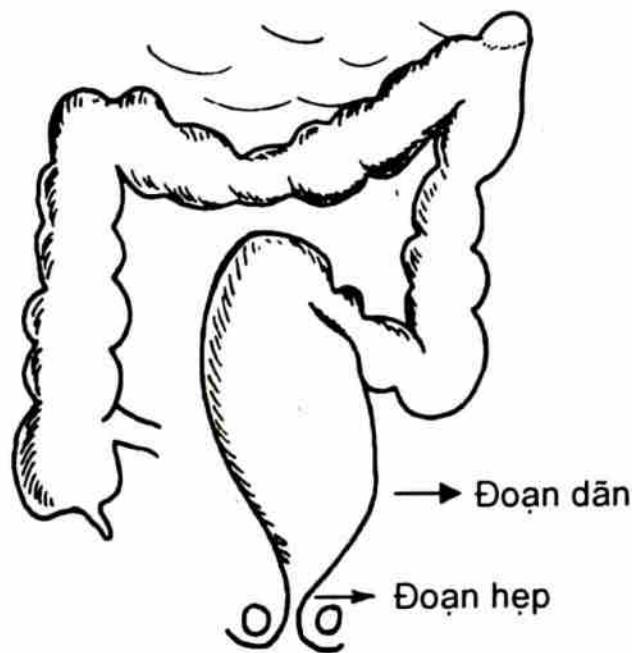
PGS. TS. Trần Ngọc Bích

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Dân đại tràng bẩm sinh là bệnh do không có tế bào hạch thần kinh ở cơ bắp trực tràng - Bệnh thường gọi là Megacolon hay Hirschsprung, tên của một thầy thuốc người Đan Mạch lần đầu tiên miêu tả loại bệnh này vào năm 1886.

Bình thường trực tràng co bóp được là nhờ có tế bào hạch thần kinh ở trong tùng Auerbach giữa lớp cơ và lớp niêm mạc của trực tràng, nhưng trong loại bệnh này trực tràng không có tế bào hạch thần kinh như trên nên không co bóp, không có nhu động từ khi đứa trẻ lọt lòng, vì vậy không bao giờ tự ỉa được - Hơi và phân ú đọng lại trong trực tràng sigma, càng ngày càng nhiều làm cho trực tràng dãn to ra, có khi dân to đến đại tràng xuống và đại tràng ngang.

Trường hợp cấp tính gây tắc ruột như ở đứa trẻ sơ sinh biểu hiện hội chứng tắc ruột sơ sinh hay trẻ em đẻ ra chậm phân su sau 3-4 ngày, còn trẻ lớn hơn thì biểu hiện hội chứng táo bón mãn tính, phải can thiệp bằng thụt tháo hay kích thích hậu môn trực tràng thì mới đi đại tiện được làm cho bệnh nhi kém ăn, tinh thần, thể lực kém phát triển suy dinh dưỡng chỉ có bụng trướng to ra, nổi hẳn quai ruột dân ngay dưới thành bụng khi có nhu động ruột (hình 22)



Hình 22.1: Quai ruột dân to ngay dưới thành bụng

## 2. PHÂN LOẠI NGUYÊN SINH BỆNH: có 3 loại.

**2.1. Dân to đại tràng cơ nǎng:** Do thiểu năng tuyến yên, tuyến giáp, thiếu sinh tố B<sub>1</sub>, hay trong một số suy dinh dưỡng rối loạn nhiễm sắc thể.

**2.2. Dân to đại tràng thứ phát:** Do điều trị dị tật hậu môn trực tràng không tốt, bệnh nhi không đi đại tiện được phân ứ đọng lâu dần ở trên đại tràng sigma gây dân to ra. Một nguyên nhân nữa hay gặp là do chèn ép khối u ở vùng hậu môn trực tràng như Te'ratome, liệt tuỷ.

### 2.3. Dân to đại tràng bẩm sinh do vô hạch ở trực tràng

## 3. LỊCH SỬ BỆNH

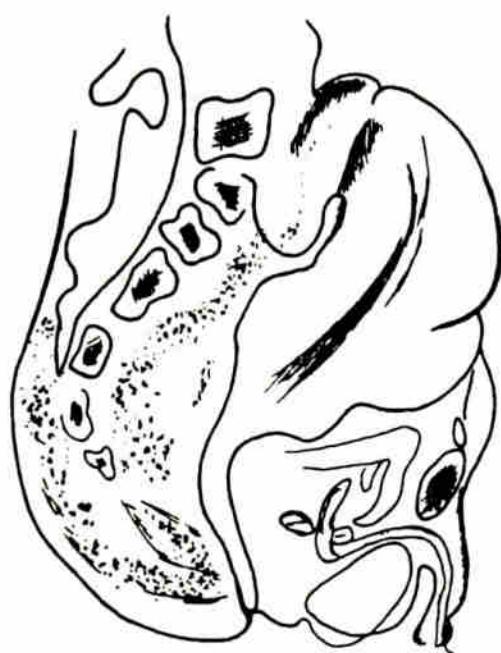
- Năm 1961, một phẫu thuật viên người Hà Lan báo cáo kết quả mổ tử thi ở một em bé gái 5 tuổi thấy có hiện tượng dân đại tràng.
- Năm 1886 Hirschsprung người Đan Mạch báo cáo tại Hội nghị về trẻ em ở Berlin nêu lên hai trường hợp mổ tử thi trên trẻ em chết do ỉa chảy, thấy dân đại tràng sigma chứa đầy phân mùi khắm thối nhưng lúc đó chưa phát hiện được lý do.
- Năm 1893 một tác giả khác lại cho rằng đoạn đại tràng dân to là bệnh lý còn trực tràng hẹp là bình thường nên chủ trương mổ bệnh này bằng phương pháp cắt bỏ đoạn đại tràng dân to rồi nối đại tràng bình thường với trực tràng, sau khi mổ bệnh nhân vẫn không khỏi.
- Một số nhà phẫu thuật người Pháp, qua quá trình nghiên cứu cho thấy, đoạn đại tràng dân to là do rối loạn thần kinh thực vật, nên họ chủ trương mổ cắt đoạn dân to rồi nối thần kinh tạng như kết quả bệnh vẫn tái diễn.
- Năm 1935 khi bộ môn giải phẫu bệnh lý ra đời, tác giả mới xác định được trực tràng hẹp dưới chỗ dân to mất hẳn nhu động tự động của đám rối thần kinh Auerbach và Meissner, đi đến kết luận rằng trực tràng không có tế bào hạch thần kinh này là thủ phạm gây dân to đại tràng.
- Năm 1946 phẫu thuật Swenson ra đời đã giải quyết được một phương pháp để chữa hẳn bệnh này - các tác giả khác lúc này cũng có kinh nghiệm chẩn đoán các hình ảnh X quang là thấy đoạn trực tràng hẹp với đại tràng dân to sát ngay ở trên thành hình phễu, nhất là trên film nghiêng thấy rõ - từ đó đến nay Swenson với nhiều công trình thực nghiệm đã khẳng định vai trò vô hạch ở trực tràng dân đến dân to đại tràng - người ta còn thấy vô hạch ở trực tràng chiếm 90%, còn vô hạch toàn bộ đại tràng chỉ chiếm khoảng 10% - nhiều phương pháp mổ khác ra đời về sau cũng dựa trên nguyên tắc là phải cắt đoạn đại tràng dân to với trực tràng hẹp vô hạch rồi nối đại tràng lành với ống hậu môn thì mới chữa hẳn được bệnh.

Ở các nước Trung Mỹ và Nam Mỹ người ta phát hiện ở người dân đại tràng sigma là do một loại ký sinh trùng phá huỷ tế bào hạch thần kinh ở trực tràng - hay gặp trên bệnh nhân bị điên.

## 4. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

**4.1. Đại thể:** Đại tràng sigma dân to gấp 5-6 lần, thành dày chủ yếu là lớp cơ, mạc treo dài rộng có nhiều hạch bạch huyết, niêm mạc viêm, có chỗ loét. Phần trên đại tràng dân cũng có khẩu kính to hơn bình thường do trưởng hơi thường xuyên, nếu

kích thích ruột phần nào có nhu động - trực tràng bé hẹp hơn bình thường, chiều dài của đoạn hẹp gây nên thể cấp tính - trung bình đoạn trực tràng hẹp dài từ 6-10cm, có trường hợp vô hạch toàn bộ đại tràng - Trực tràng hẹp sát ngay đại tràng dẫn thành hình phễu (hình 22.2).



**Hình 22.2. Trực tràng hẹp sát ngay đại tràng dẫn thành hình phễu**

**4.2. Vi thể:** Trực tràng và phần dưới của đại tràng sigma thương tổn chủ yếu là không có tế bào hạch thần kinh trong tùng Auerbach và Meissner - tùng thần kinh cơ ruột chỉ có sợi thần kinh không có bao myelin.

Đại tràng sigma dãn to, phần đầu dưới sát trực tràng cũng có thương tổn vô hạch - phần giữa tùng thần kinh hoặc bị thoái hoá hoặc thưa thớt tế bào hạch do lớp cơ trơn phì đại chèn ép, còn phần trên của đại tràng sigma tuy lớp cơ trơn dày nhưng tùng thần kinh cấu trúc bình thường - Do tổn thương vô hạch ở phần dưới đại tràng sigma và trực tràng nên không có nhu động, nên phân và hơi ứ đọng lại ở đại tràng sigma ngày càng nhiều lên, làm cho cơ thành ruột ngày một giãn to ra, dài và dày hơn.

## 5. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

### 5.1. Cơ chế của sự tháo phân

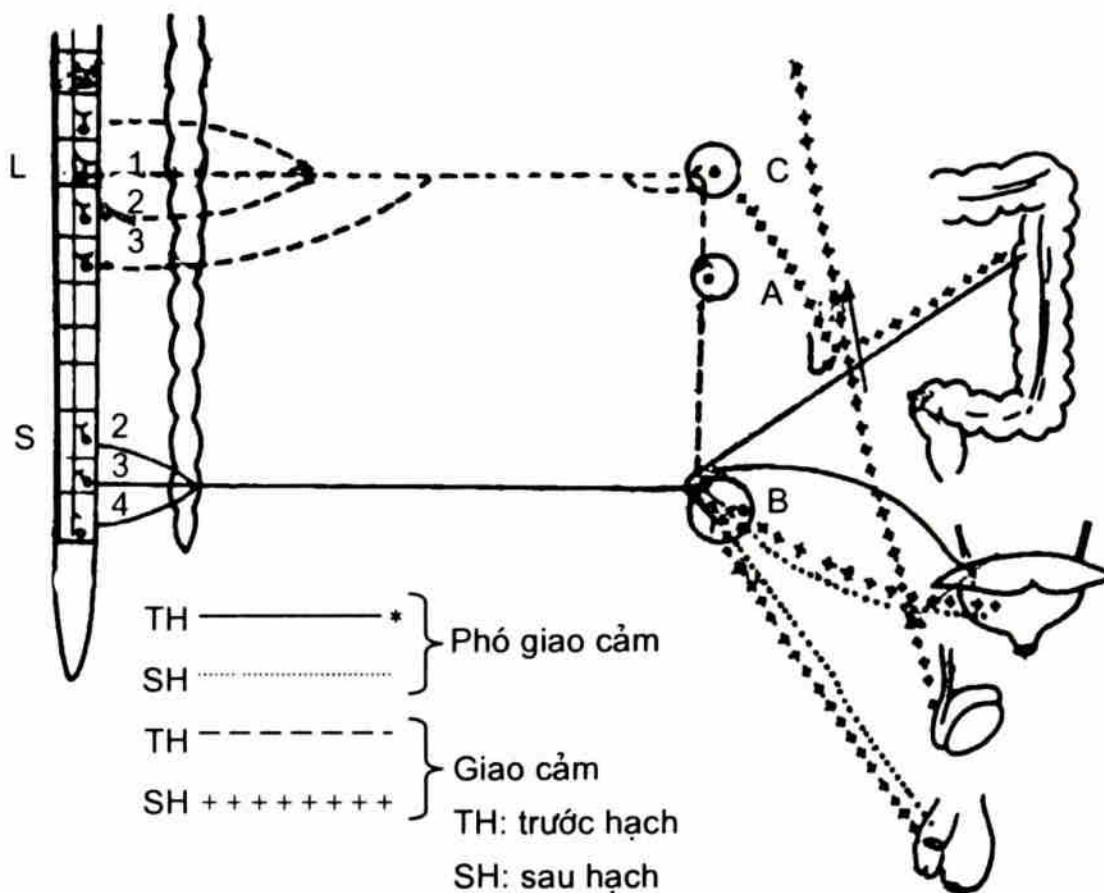
Một quá trình sinh lý phức tạp, nó được chi phối bởi sự vận động tự động của nhu động ruột, đại tràng rồi xuống trực tràng và tác động của cơ thắt hậu môn và cơ nâng hậu môn - cơ thắt hậu môn đóng vai trò quan trọng.

### 5.2. Sự phân phối thần kinh

Từ đại tràng ngang trở lên thuộc thần kinh phế vị, từ đáy trở xuống thuộc thần kinh phó giao cảm. Thần kinh này xuất phát từ các nhánh đi từ S<sub>1</sub> đến S<sub>4</sub> và là các nhánh trước hạch - các nhánh này dẫn truyền sự kích thích đến các tùng Auerbach và Meissner rồi kích thích làm co bóp cơ ruột, chủ yếu là sợi cơ vòng làm cho nó có nhu động độc lập của đại tràng, nhưng lại làm giảm trương lực cơ thắt trong làm cho mở hậu môn ra.

Trong bệnh lý không có chức năng trên và làm cắt đứt sự dẫn truyền của phó giao cảm đến sợi cơ vận động qua tùng Meissner do đó cơ thắt không mở giãn ra mà co thắt liên tục quên mất chức năng dẫn truyền nhu động, và vì vậy một số tác giả khuyên cắt mỏ cơ thắt trong để giảm trương lực cơ hoặc cần phải nong hậu môn sau mổ.

Sơ đồ chi phối thần kinh giao cảm và phó giao cảm.



**Hình 25.3. Sơ đồ chi phối thần kinh giao cảm và phó giao cảm**

Phần cuối của đại tràng thì thấy đại tràng dãn to nhưng tùng Auebach không mất đi, về sau người ta lại tiêm một chất vào động mạch mạc treo đại tràng dưới để phá huỷ một cách chọn lọc tùng thần kinh cơ ruột ở chó - con chó sau đó bị giãn đại tràng như trong bệnh Hirschsprung và đo nhu động ruột thì thấy mất nhu động vì tế bào hạch thần kinh bị phá huỷ.

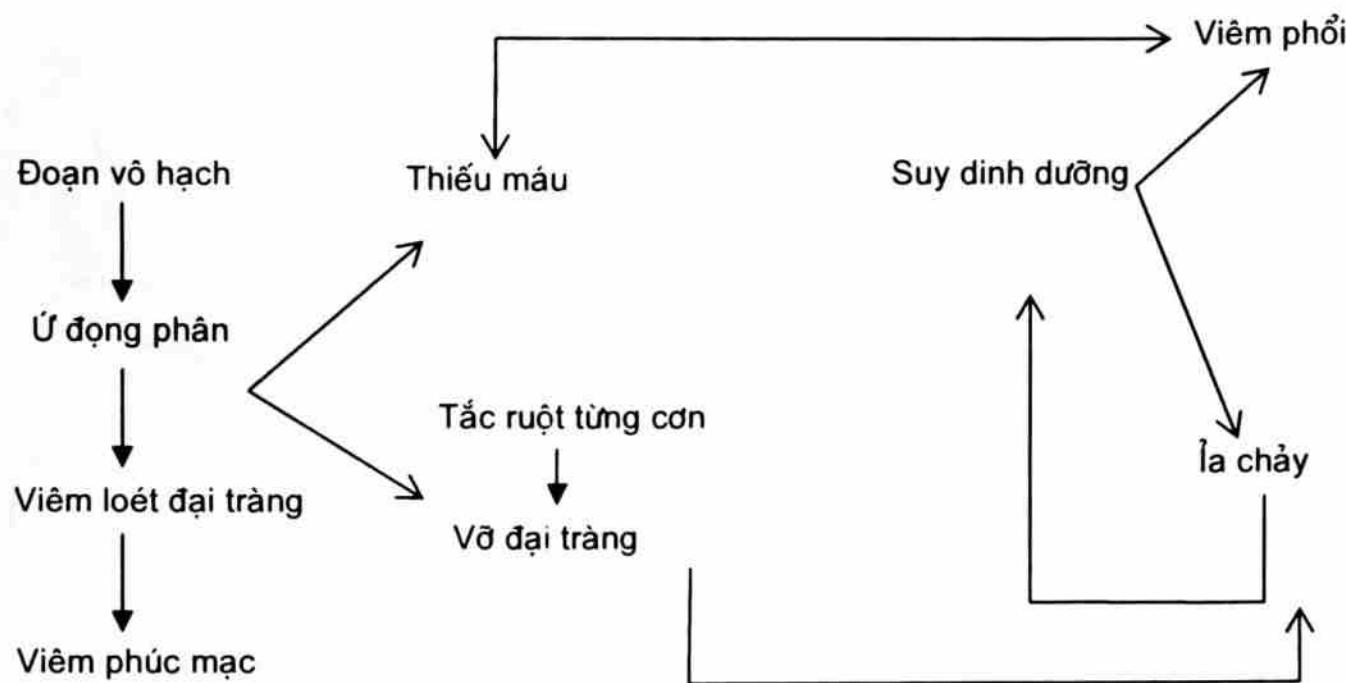
Kamijo và Kocle còn thấy có sự khác biệt về tỷ lệ acetylcholin và cholinesterase trong đoạn ruột vô hạch và đoạn ruột bình thường.

Qua nhiều năm thực nghiệm người ta vẫn chưa hiểu vì sao trong bệnh dãn đại tràng này, vô hạch khu trú ở tùng thần kinh Auerbach và Meissner của trực tràng và phần dưới đại tràng sigma (90%), đoạn vô hạch thì không có nhu động.

State và Rhbein thì ngược lại và cho rằng vùng trực tràng trong bệnh dãn đại tràng này vẫn có tế bào hạch nên vẫn có nhu động. Có lẽ còn một nguyên nhân bệnh sinh nào khác mà không phải vô hạch - về mặt sinh lý bệnh trong bệnh này người ta thấy có hai vấn đề nổi bật là vấn đề ứ đọng phân và viêm ruột thừa ỉ chảy.

Đoạn vô hạch không có nhu động nên bệnh nhi không tự ỉa được, phân ứ đọng lại ngày càng nhiều, đại tràng càng giãn to, có trường hợp để lâu đến hàng chục năm trong ruột phân cứng như đá - khi khám chỉ thấy u bụng vùng dưới rốn tình trạng bệnh nhi ngày càng xấu đi, nhiễm độc phân mãn tính, da xanh nhợt thiếu máu và suy dinh dưỡng mà bụng thì trương to như người lớn có thai đến tháng sinh.

Còn vấn đề ỉa chảy là do viêm nhiễm niêm mạc cấp tính hay mãn tính ở vùng ứ đọng phân - các rối loạn về sinh lý bệnh tạo thành một vòng luẩn quẩn (Hình 22.4)



Hình 25.4. Vòng luẩn quẩn các rối loạn sinh lý bệnh

## 6. CHẨN ĐOÁN

Đối với tình hình bệnh nhi của chúng tôi chủ yếu dựa vào lâm sàng và hình ảnh X quang khung đại tràng, trực tràng có baryt.

### 6.1. Lâm sàng

**Thể cấp tính:** thể hiện lâm sàng sớm ngay sau khi đẻ với hội chứng tắc ruột sơ sinh: nôn nhiều, bụng trương căng, có tuần hoàn bằng hệ không ỉa phân su - thăm trực tràng hay đặt sonde nénon vào hậu môn hoặc thấy phân su và hơi ộc ra như tháo cống. Sau thuật tháo bụng có bớt trương nhưng quai ruột vẫn nhu động rõ ở ngay dưới thành bụng, trẻ bú được một ít, nhưng 24 giờ sau bụng lại trương như cũ.

Ở trẻ lớn hơn cũng biểu hiện dấu hiệu tắc ruột hay ỉa chảy nhiễm độc, bụng trương căng, thể trạng suy sụp nhanh.

- Thể bán cấp hay thể chịu đựng được. Bệnh biểu hiện từ thời kỳ sơ sinh là chậm phân su, thường sau 3-4 ngày phải kích thích hay thuật tháo mới ỉa phân su trẻ chịu đựng được là do thuật tháo thường xuyên, thể trạng chậm

phát triển, suy dinh dưỡng, ăn kém, bụng càng ngày càng căng trướng hơi - nhu động ruột liên tục và có tiếng kêu sôi bụng to làm cho gia đình phải chú ý, hoặc có khi bị ỉa chảy, phân mùi khắm thối, loãng, có chất nhầy lẫn máu. Hoặc có trường hợp phân ứ đọng đầy đại tràng sigma, trực tràng xuống hậu môn làm cho phân lúc nào cũng dính quần, gia đình lâm tưởng là cháu vẫn đi đại tiện được nên không cho trẻ đi khám.

Swenson chia ra thể sơ sinh và thể trẻ lớn, thực ra không phải theo lứa tuổi mà tuỳ thuộc vào tổn thương vô hạch dài hay ngắn mà biểu hiện thể cấp hay mãn tính. Thể cấp tính đoạn vô hạch dài trên 15cm - thể bán cấp đoạn vô hạch ngắn hơn thường từ 6 - 10cm.

## 6.2. Về X quang (Hình 22.5)

X quang phim nghiêng

Thut baryt vào đại tràng, sau đó chụp phim thẳng, nghiêng chú ý vùng đại tràng - hình ảnh điển hình là hình phễu: từ đại tràng sigma đến trực tràng hẹp nhỏ lại - Đại tràng xuống và đại tràng ngang cũng dần to nhưng nhỏ hơn đại tràng sigma.

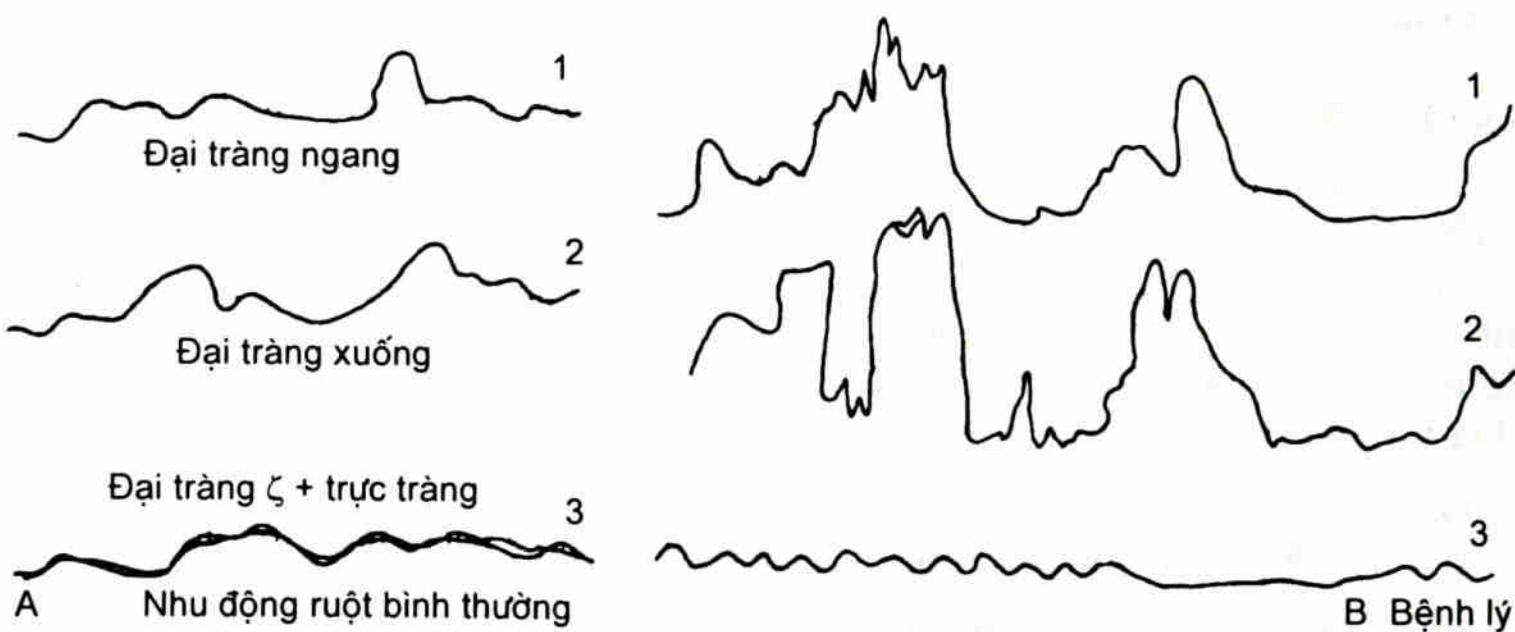


## 6.3. Sinh thiết cơ trực tràng

Hình 25.5

Swenson chủ trương và được nhiều tác giả tiến hành, coi như một phương tiện chẩn đoán chắc chắn nguyên nhân vô hạch. Còn ở nước ta, phần lớn bệnh nhi đến chỉ cần dựa vào lâm sàng và X quang trên phim nghiêng là đủ. Chúng tôi cũng có làm sinh thiết trong trường hợp lâm sàng và X quang không rõ lầm.

## 6.4. Đo nhu động trực tràng (Hình 22.6)



Hình 22.6. Đo nhu động trực tràng

Người ta ghi nhận được đại tràng lên nhu động bình thường, đại tràng ngang và đại tràng xuống tăng nhu động, đại tràng sigma dãn to nhu động kém, còn phần nối đại tràng sigma dãn to với đại tràng không có nhu động.

## 6.5. Đo phản xạ ức chế trực tràng hậu môn

Nhiều tác giả đã đưa vào công trình của mình năm 1935 Denis Browne thử lại phản xạ này cho người bình thường là hiện tượng căng trương bóng trực tràng gây ra **dãn ống hậu môn, cơ tròn trong** nhưng **cơ thắt ngoài thì thắt lại, ở bệnh giãn đại tràng bẩm sinh không có phản xạ này.**

## 7. ĐIỀU TRỊ

Căn bản là điều trị bằng phẫu thuật. Điều trị nội khoa là tạm thời, chờ đợi để phẫu thuật.

**7.1. Điều trị nội khoa:** bao gồm thụt tháo phân hàng ngày, chế độ ăn tốt nâng cao thể trạng, tránh suy dinh dưỡng và các biến chứng có thể xảy ra. Kỹ thuật thụt tháo trong megacolon khác với thụt tháo thông thường là thụt dẫn lưu vì bệnh nhi không tự ỉa được nên phải để sonde cho phân tháo ra. Dùng nước muối sinh lý ấm - ống sonde đầu tù không được cứng lấm - đưa sonde vào đến chỗ đại tràng dãn, cho nước vào từ từ khoảng 200ml tùy theo tuổi, không cho nước vào căng quá gây vỡ ruột, xoa nhẹ lên thành bụng, vùng hố chậu trái. Phân và nước bơm vào sẽ theo sonde ra. Sau đó lại tiếp tục như thế cho đến khi sonde dẫn nước trong ra. Trung bình thời gian thụt trong vòng 1 giờ. Trường hợp phân rắn khó ra phải dùng dầu paraffine bơm vào trước một ngày.

## 7.2. Điều trị ngoại khoa là chủ yếu

Làm hậu môn nhân tạo tạm thời: chỉ định trong trường hợp, thể trạng yếu, đoạn hẹp trực tràng dài, gia đình không tự thụt được, bụng trương to, phân ứ đọng lâu và nhiều, có quá trình viêm ruột ỉa chảy hoặc tắc ruột do phân.

Vị trí làm hậu môn nhân tạo: theo kinh nghiệm của chúng tôi nên làm ở đoạn có **nhu động tốt, ở bên phải đường trăng giữa** để sau này khi mổ điều trị hẳn, thì đường rạch vào ổ bụng không vướng vào hậu môn nhân tạo.

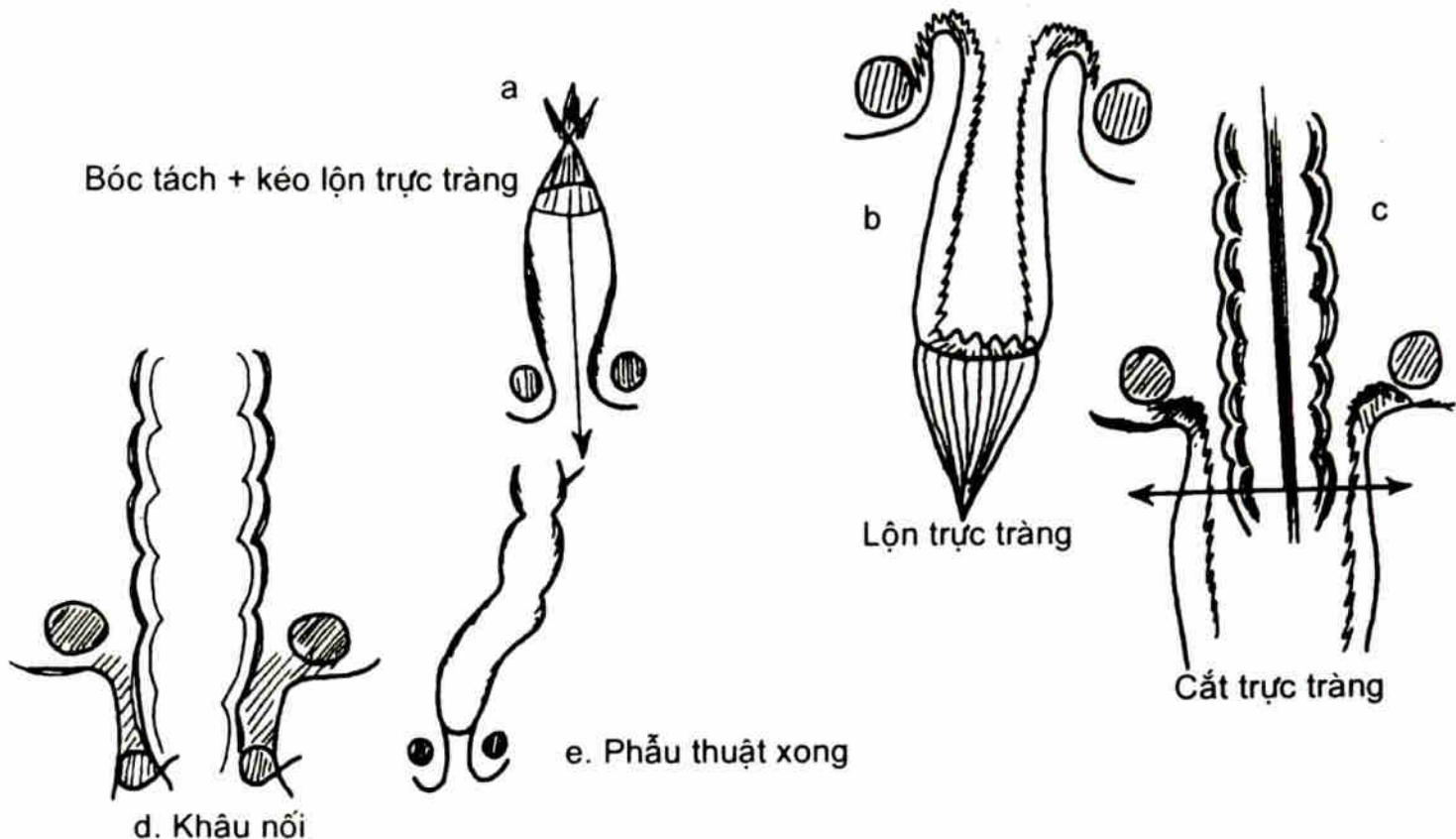
Chú ý trước khi bệnh nhi ra viện, nên cho thụt tháo sạch phân ở đoạn giãn to dưới, còn đóng hậu môn nhân tạo khi miệng nối đại tràng với ống hậu môn liền tốt, rộng rãi.

### - Điều kiện:

Về tuổi mổ: Theo Swenson và một số tác giả khác trên thế giới chủ trương mổ ở tuổi sơ sinh hài nhūnhi. Còn ở nước ta vì hoàn cảnh, điều kiện khó khăn, chúng tôi chọn tuổi mổ lớn hơn, như trước đây là phải 3 tuổi với một thể trạng khá tốt hay đã có hậu môn nhân tạo tạm thời.

- Nguyên tắc: phải chuẩn bị bệnh nhi thật tốt, thụt tháo sạch trước 10 ngày.
- Nâng cao thể trạng bệnh nhi. ăn chế độ lỏng trước 1 tuần, cho kháng sinh đường ruột và tẩy giun.

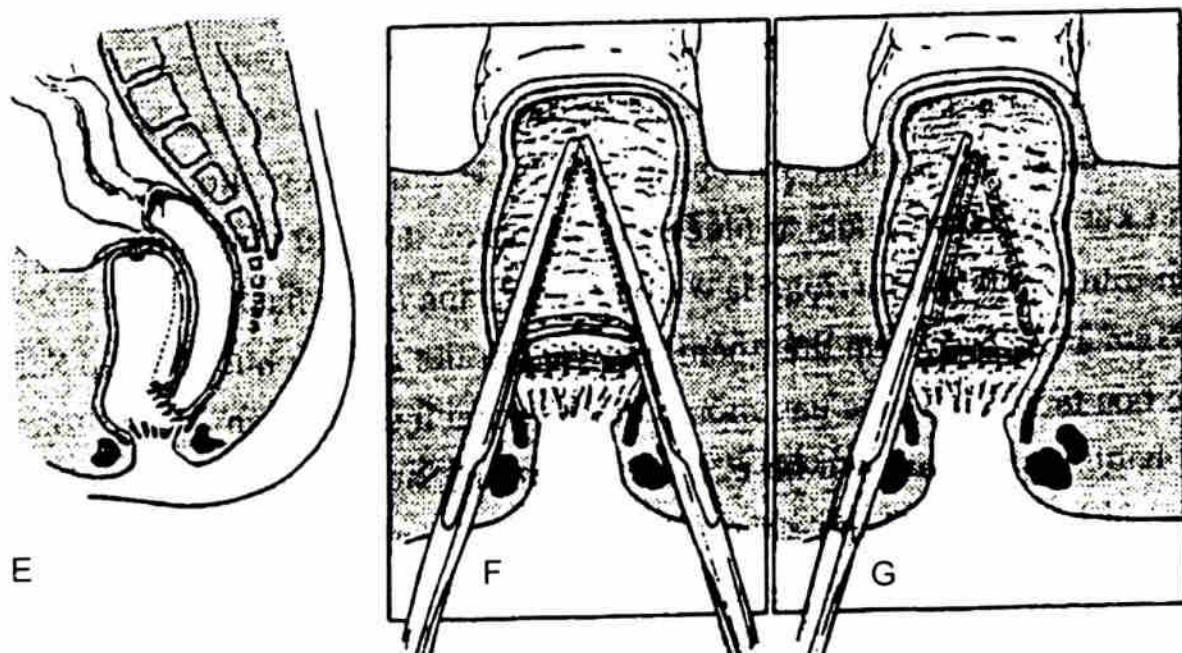
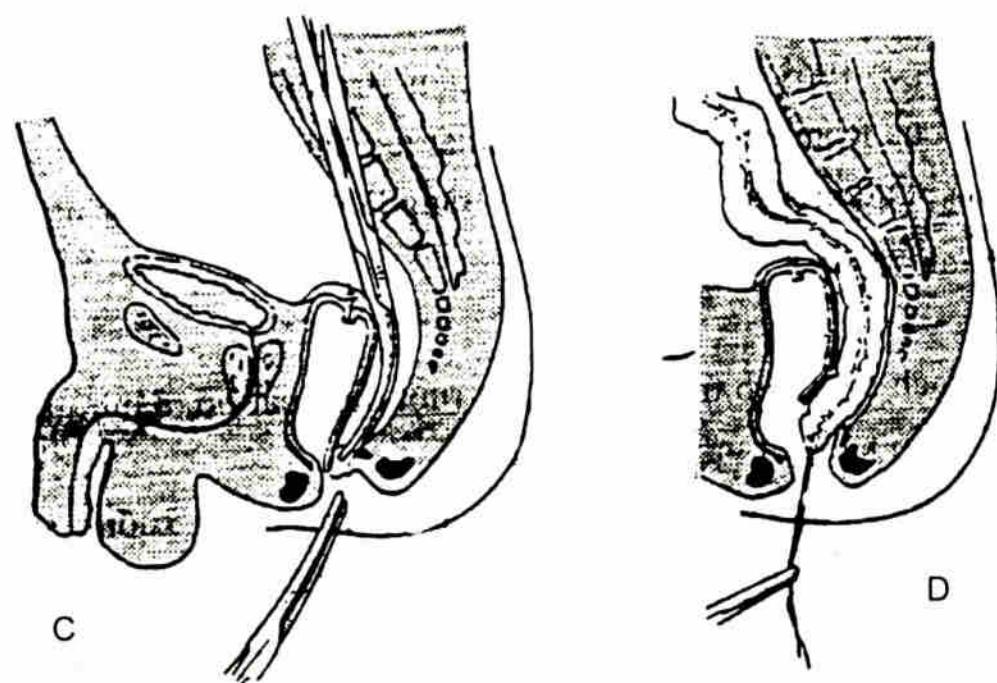
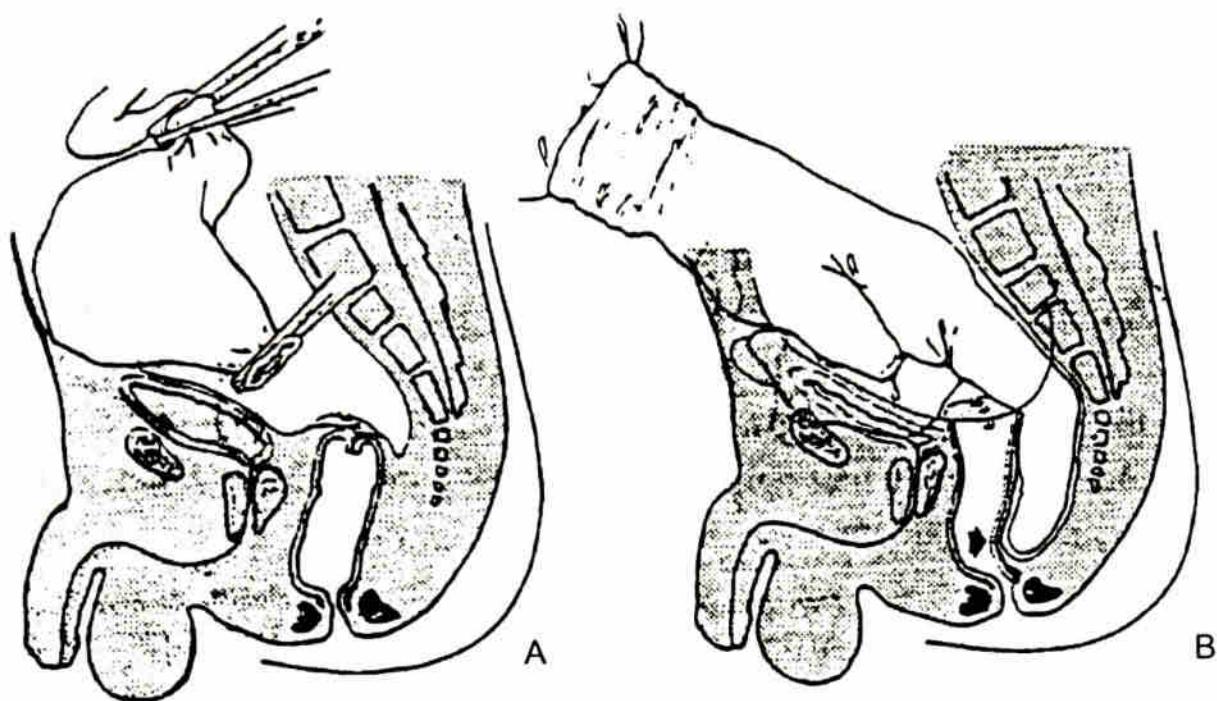
- Cắt đoạn ruột dãn và trực tràng hép rồi nối đại tràng lành với ống hậu môn.
- Các phẫu thuật:



Hình 22.7. Phẫu thuật Swenson

+ Phẫu thuật Swenson 1948 (Hình 22.7) cắt đoạn đại tràng dãn to trong ổ bụng, kéo lộn trực tràng ra ngoài hậu môn, nối đại tràng lành với ống hậu môn sau khi cắt trực tràng. 20 năm sau vì kết quả không tốt lắm Swenson đã có cải tiến ở thi nối đại tràng lành với ống hậu môn là phải xén bớt một phần cơ thắt trong bằng cách cắt vát ở mặt trước, còn ở mặt sau gần như sát da hậu môn. Trước khi nối phải đọc kết quả giải phẫu bệnh của đoạn trực tràng kéo xuống. Nếu vẫn còn vô hạch và nhu động kém thì phải cắt lên cao hơn rồi thử lại như trên... Nhược điểm của phương pháp này là làm tổn thương nhiều đến thần kinh các tạng trong tiểu khung do thi bóc tách để lộn được trực tràng ra ngoài hậu môn nên bệnh nhi sau khi mổ thường bị bí đái hay đại tiểu tiện không tự chủ. Cơ thắt đóng vai trò quan trọng.

Phẫu thuật Duhamel 1956 (Hình 22.8). Nhiều phẫu thuật viên hưởng ứng vì giải quyết được nhược điểm của Swenson, sau đấy Grob lại cải tiến thêm nên gọi là phương pháp Duhamel - Grob. Phương pháp này hoàn hảo hơn, cắt đại tràng dãn to đến đại tràng lành. Trực tràng vô hạch để lại, đóng mỏm cắt trực tràng thành túi cùng. Tách vào khoang trước xương cùng tới tận ống hậu môn, đi vào giữa cơ tròn trong và ngoài qua đường da niêm mạc. Khâu nối đại tràng lành kéo xuống với ống hậu môn, chỗ nối rìa hậu môn chừng 1-2cm, dùng 2 pince khoẻ cặt thành chung của 2 thành ruột hình chữ V ngược. Năm 1959 Grob cải tiến thêm là hạ đại tràng lành xuống nối với ống hậu môn tận bên, không làm mất niêm mạc hậu môn, sửa chữa được tình trạng són phân - miệng nối cách rìa hậu môn 2cm.



Hình 22.8. Phẫu thuật Duhamel

Năm 1960 Duhamel lại cải tiến thêm là hạ đại tràng lành xuống hậu môn xuyên qua cơ tròn trong bảo đảm được còn niêm mạc ống hậu môn.

Khoa nhi Bệnh viện Việt Đức áp dụng phương pháp này trong những năm 1960. Nhược điểm của phương pháp này là có hội chứng túi cùng chèn ép vào cổ bàng quang vào miệng nối gây bí đái, không đại tiện được.



Hình 22.9

- + Phẫu thuật Soave 1963. Để tránh các bất tiện của những phẫu thuật trên, Soave dựa trên kinh nghiệm của Romualdi trong phẫu thuật teo hậu môn trực tràng có rò sang tiết niệu. Chủ yếu của phương pháp này là cắt đại tràng lành và trực tràng ngoài ổ bụng.

Kỹ thuật (xem hình 22.9)

- Thị bụng:
  - + Cắt động mạch mạc treo tràng của đoạn ruột định cắt bỏ, đánh giá được đoạn trực tràng lành đủ để kéo xuống ra ngoài hậu môn.
  - + Tách một ống thanh cơ khỏi ống niêm mạc trực tràng xuống sát túi cùng. Dùng áp lực thủy phân (novocain 0,5% và adrenaline) để bóc tách, không được làm thủng niêm mạc.
- Thị tầng sinh môn: cũng tách từ rìa hậu môn lên tạo thành một ống niêm mạc hậu môn tiếp liền với ống niêm mạc trực tràng ở trên, kéo ống niêm mạc xuống hậu môn lồng bên trong ống thanh cơ, khâu đại tràng hạ xuống rìa hậu môn còn ở trên thì khâu thành đại tràng lành với ống thanh cơ để giữ không cho đại tràng tuột lên và không có khe hở, tránh được sự nhiễm trùng ngược dòng từ tầng sinh môn vào ổ phúc mạc. Đại tràng lành có nhu động là ở trong ống thanh cơ vô hạch.

Năm 1977 Soave cải tiến thêm một vài chi tiết gọi là phương pháp Soave II. Ông ta không bóc tách niêm mạc hậu môn ở dưới lên mà lộn ống niêm mạc ở trực tràng lồng qua ống hậu môn và khâu với bờ trên cơ thắt trong. Sau 15 ngày cắt phần đại tràng thừa kéo ra ngoài hậu môn rồi nối khâu niêm mạc ống hậu môn với thanh cơ của đại tràng lành kéo xuống.

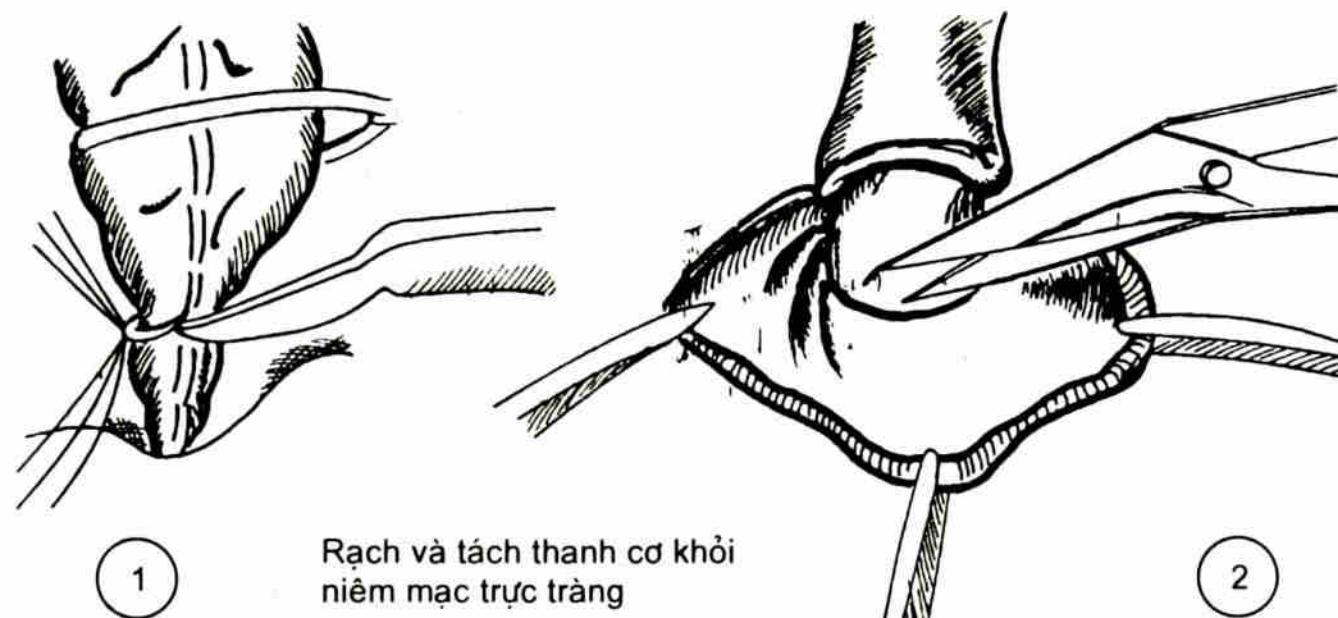
Dẫn lưu hai bên rãnh giữa đại tràng kéo xuống với ống cơ trực tràng. Dẫn lưu ống hậu môn tạm thời.

Từ năm 1967 cho đến nay khoa nhi bệnh viện Việt Đức áp dụng phương pháp này là chủ yếu. Với một vài chi tiết cải tiến nhỏ của cố giáo sư Nguyễn Văn Đức nên ông ta gọi là phương pháp Soave cải tiến riêng hay phương pháp Envede. Lộn ống hậu môn kéo ra ngoài cho đến khi nào không còn lại túi cùng do ống hậu môn tạo với thành và rìa hậu môn. Tiến hành cắt vát được một phần cơ thắt trong một cách dễ dàng. Như vậy sẽ chống được hiện tượng không dãn nở của cơ thắt trong sau mổ, không cần trở sự tháo phân và không cần nong hậu môn.

Ưu điểm của phương pháp này là tiến hành mổ vô trùng cắt đại tràng và trực tràng ngoài ổ bụng, không phẫu tích rộng vùng tiểu khung nên không gây thương tổn các mạch máu, thần kinh, tránh hậu quả rối loạn chức năng tiết niệu, sinh dục sau này. Kỹ thuật tiến hành đơn giản nhẹ nhàng.

#### a. Rạch và tách thanh cơ khỏi niêm mạc trực tràng

Phẫu thuật Soave (xem hình 22.10)



Hình 22.10. Phẫu thuật Soave

Ngoài ra còn có phương pháp khác mà chúng tôi cũng ít áp dụng như:

Phương pháp Rehbein năm 1959: cắt bỏ đại tràng dãn và một phần trực tràng bị hẹp trong ổ bụng rồi nối đại tràng lành với phần trực tràng còn lại nối tận tận. Sau mổ phải nong hậu môn. Phương pháp này chỉ áp dụng cho trường hợp một phần trên trực tràng hẹp, đoạn dưới gần hậu môn bình thường.

Phương pháp Lynn 1966, phương pháp này chỉ tiến hành ở vùng tầng sinh môn: cắt mở hậu môn trực tràng phía sau (myotomic anorectrale postérieure).

Chỉ định trong trường hợp hẹp trực tràng ngắn, bệnh nhi có khi tự đi đại tiện được hoặc chỉ cần động tác kích thích hậu môn trực tràng là bệnh nhi đi đại tiện được - thủ thuật tiến hành bằng một đường đi vào khoang giữa hai cơ tròn hậu môn. Rạch ngang theo đường da niêm mạc hậu môn, tách niêm mạc hậu môn ra khỏi lớp cơ hậu môn trực tràng - dùng kéo cắt lên dần một giải cơ tròn gồm một phần cơ tròn trong và trực tràng - giải này rộng 0,5-1cm dài 5-10cm. Sau đó cầm máu và khâu da niêm mạc hậu môn lại.

Ở khoa nhi Bệnh viện Việt Đức cũng đã áp dụng trên một số bệnh nhi đạt kết quả tốt - theo chúng tôi chỉ định mổ theo phương pháp này cần thận trọng và người mổ có kinh nghiệm tốt.

Có nhiều phương pháp mổ điều trị khỏi hẳn cho loại bệnh này nhưng phải biết chỉ định cho đúng, tuỳ theo thương tổn của đoạn vô hạch ngắn hay dài, vai trò cơ tròn trong, và tuỳ theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên mà đánh giá phương pháp nào là tốt.

## 8. BIẾN CHỨNG

**8.1. Trước mổ:** trong quá trình bệnh từ thời kỳ sơ sinh cho đến khi được đưa đến cơ sở khám chữa bệnh, có thể nhiều biến chứng nếu không được tháo hàng ngày và nuôi dưỡng tốt - như toàn thân thì suy dinh dưỡng nặng, thiếu máu, một tình trạng nhiễm độc phân mân tĩnh chỉ thấy bụng trương to, đi lại khó khăn.

- **Viêm ruột ỉa chảy** kể cả sau mổ, đó là hình thái cấp tính, toàn bộ đại tràng và ruột non viêm nhiễm, có chỗ loét nồng ở đại tràng - nuôi cấy trực khuẩn (-) nếu đặt sonde vào hậu môn trực tràng thì nhiều phân lỏng khâm thối và hơi ộc ra, sau đó bụng có xẹp đi nhưng tình trạng vẫn suy sụp nhanh.

Swenson (1960) cho rằng đó là hiện tượng **cường trương lực cơ tròn** trong cơ thắt liên tục không dãn nở nên phân và hơi không thoát ra được làm tăng độc tính của vi trùng đường ruột - cho nên Swenson và Soave chủ trương **cắt vát** một phần cơ tròn trong hay kinh nghiệm của chúng tôi là **cắt mổ cơ tròn trong**.

- **Tắc ruột do khối u phân**

Bệnh nhi không được tháo hàng ngày - phân đọng lại lâu ngày cứng như đá có trường hợp đến khám chẩn đoán nhầm là u bụng (do thầy thuốc không có kinh nghiệm) - nếu không tháo nước phân hay làm tan khối phân ra được thì phải mổ cấp cứu lấy phân ra và làm hậu môn nhân tạo.

- **Thủng đại tràng do vỡ.**

Vì hơi và phân không thoát ra ngoài được, mà tích đọng lại trong đại tràng, làm cho vi trùng vẫn sinh hơi trong khung đại tràng đi đến quá dãn căng rồi vỡ - Bệnh nhi đến với tình trạng choáng, suy sụp nhanh, cảm ứng phúc mạc toàn bộ - cần mổ cấp cứu.

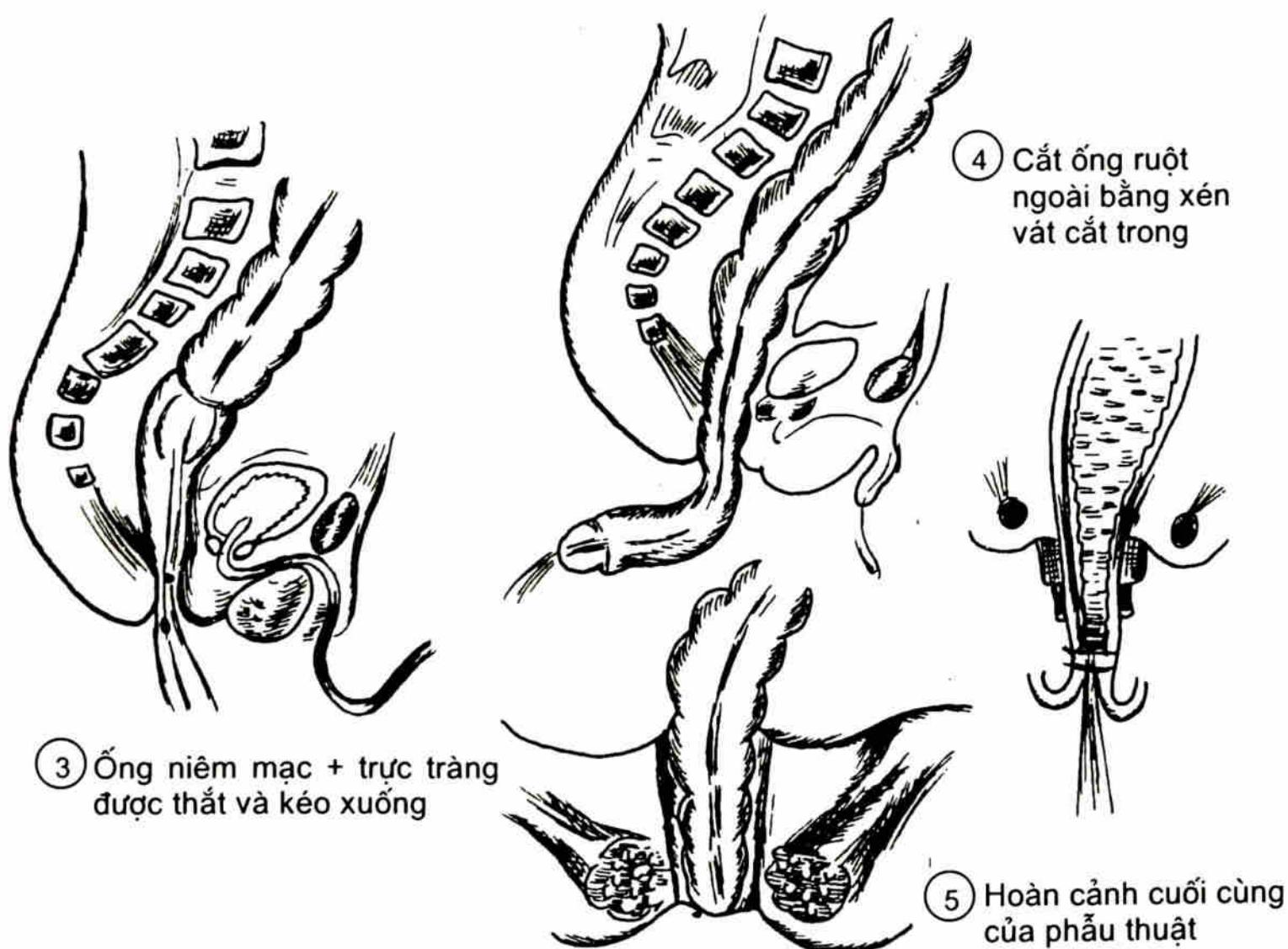
- **Xoắn đại tràng sigma, dãn to, biến chứng này ít gặp.**

**8.2. Biến chứng sau mổ:** **viêm phúc mạc** do thi bẩn, sạch lỗ lộn, do buc miệng nối hay hoại tử đoạn ruột kéo xuống, do bần huyết cục bộ - do dùng kháng sinh mạnh nên để lại abces vùng tiểu khung.

- **Liệt băng quang tạm thời** Swenson chủ trương dẫn lưu băng quang qua da trên xương mu, có tác giả khuyên đặt giữ lại sonde niệu đạo trong 5-6 ngày - chúng tôi thực hiện sonde niệu đạo đó trong 24 giờ sau mổ.

Những biến chứng xa.

- Tắc ruột, trên những bệnh nhi mổ nhiều lần có tiền sử viêm, abces vùng tiểu khung.
- **Viêm ruột ỉa chảy tái phát** - quá trình ứ đọng phân và hơi tái diễn sau mổ, đại tràng vẫn dãn to, vẫn không đi đại tiện được, vì co thắt cứng hẹp miệng nối hoặc còn sót đoạn vô hạch hoặc abces tồn dư vùng tiểu khung kéo dài, nếu nhẹ thì thụt tháo hay nong miệng nối - truyền dịch thẳng bằng nước điện giải và kháng sinh đường ruột nếu tình trạng nặng, phải làm hậu môn nhân tạo cấp cứu.
- Són phân chỉ kéo dài một thời gian sau mổ 2 đến 3 năm do bệnh nhi không theo dõi và khám lại theo lời dặn - nếu biết tập cho cháu đi đại tiện đúng giờ trong ngày, gây phản xạ thói quen, thường tâm lý bệnh ngại đi đại tiện vì sợ đau phần lớn són phân khi ngủ say.
- **Hội chứng túi cùng trực tràng** trong phẫu thuật Duhamel.
  - ③ Ống niêm mạc + trực tràng được thắt và kéo xuống.
  - ④ Cắt ống ruột ngoài bằng xén vát cơ thắt trong.
  - ⑤ Hình ảnh cuối cùng của phẫu thuật.



**Hình 22.11.** Hội chứng túi cùng trực tràng trong phẫu thuật Duhamel

# DỊ TẬT HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG

PGS.TS. Trần Ngọc Bích

Dị tật hậu môn trực tràng (DTHMTT) là dị tật không có lỗ hậu môn... có hoặc không có đường rò từ ống hậu môn - trực tràng ra tầng sinh môn hoặc đường tiết niệu, cơ quan sinh dục.

## 1. LỊCH SỬ

Dị tật hậu môn trực tràng đã được ghi nhận từ trước công nguyên. Vào thế kỷ thứ II, Soranus đã đề nghị phải khám hậu môn cho tất cả các trẻ sau khi được sinh ra.

Ở thế kỷ thứ VII, Paulus Aegineta đã viết về một bệnh nhi đầu tiên bị dị tật hậu môn trực tràng được cứu sống. Tác giả đã giới thiệu kỹ thuật mổ dùng ngón tay hoặc dùng dao rạch chọc thủng hậu môn màng. Năm 1660, Sculter điều trị thành công một bệnh nhi bị hẹp hậu môn bằng nong. Năm 1676, Cook đã điều trị một bệnh nhân khác bằng rạch và nong hậu môn. Năm 1787, Bell gợi ý dùng đường rạch giữa tầng sinh môn để tìm túi cùng trực tràng. Năm 1783, Dubois đã làm hậu môn nhân tạo cho dị tật không hậu môn theo sự gợi ý của Littré từ năm 1710. Năm 1826, Diffenbach là người đầu tiên mô tả sự chuyển vị trí hậu môn. Năm 1833, Roux de Brignoles mô tả đường mổ ở tầng sinh môn. Năm 1835, Amussat mô tả tạo hình hậu môn qua đường mổ ở tầng sinh môn để đưa bóng trực tràng xuống khâu vào da. Năm 1856, Chassaignac đã sử dụng que thăm dò luồn qua chỗ mở hậu môn nhân tạo để dẫn đường cho việc phẫu tích tìm bóng trực tràng qua đường mổ ở tầng sinh môn. Năm 1930, Wangensteen và Rice đã mô tả cách chụp dốc ngược đầu để tìm túi cùng trực tràng. Năm 1948, Rhoads, Pipes và Randall đã mô tả phương pháp mổ một thì để hạ bóng trực tràng bằng kết hợp đường mổ bụng và đường tầng sinh môn. Năm 1951 Denis Brown giới thiệu kỹ thuật cắt ra sau ("cut back") chữa hậu môn nắp. Năm 1953, Stephens nêu đường mổ qua giữa xương cùng, xương cụt. Năm 1982, Péna giới thiệu kỹ thuật mổ hạ bóng trực tràng bằng đường mổ phía sau trực tràng.

## 2. VÀI NÉT VỀ BÀO THAI HỌC

Khi bào thai được 4 mm, ống niệu nang và ruột tận đỗ vào ổ nhôp mà ổ nhôp lúc này còn được đóng kín bởi một màng. Khi bào thai được 8 mm, ống niệu nang và ruột tận được tách đôi bởi vách niệu-trực tràng. Sau khi thủng màng hậu môn, cù hậu môn và trực tràng được hình thành. Các thành phần trên tiếp tục phát triển quanh hậu môn nguyên thuỷ để hình thành cơ thắt ngoài và tầng sinh môn. Sự rối loạn phát triển ở một giai đoạn nào đó sẽ tạo ra DTHMTT.

## 3. TẦN SỐ MẮC

Vào khoảng 1/3000 trẻ sơ sinh. Tỷ lệ giữa nam và nữ tương đương nhau.

#### 4. PHÂN LOẠI

Đã có một số phân loại DTHMTT như phân loại của Ladd và Gross năm 1934, phân loại quốc tế năm 1970 tại Melbourne (Úc) và phân loại quốc tế mới tại Hội nghị phẫu thuật nhi thế giới năm 1986 ở Wingspred (Mỹ).

Phân loại của Ladd và Gross: Chia DTHMTT thành 4 loại:

- Loại 1: Hẹp hậu môn và hẹp hậu môn màng
- Loại 2: Hậu môn màng.
- Loại 3: Hậu môn bị bịt kín, rò trực tràng vào âm đạo, hoặc niệu đạo, tầng sinh môn
- Loại 4: Teo trực tràng, vẫn còn ống hậu môn

Cách phân loại này đơn giản nên không nêu hết được các thể bệnh.

Cách phân loại quốc tế năm 1986 ở Wingspred đã nêu được đủ các thể bệnh và có chỉ dẫn cho chỉ định và lựa chọn kỹ thuật mổ.

Chúng tôi xin trình bày cách phân loại quốc tế năm 1986. Phân loại này chia thành 4 loại: cao, trung gian, thấp và loại hiếm gặp

**Bảng 23.1. Phân loại DTHMTT**

Thể loại	Ở trẻ trai	Ở trẻ gái
<b>Loại cao</b>		
- Teo hậu môn trực tràng, có rò trực tràng với: + Teo hậu môn-trực tràng không rò + Teo trực tràng, vẫn còn ống hậu môn	Niệu đạo tiền liệt tuyến có có	Âm đạo có có
<b>Loại trung gian</b>		
- Teo hậu môn, rò trực tràng với: + Teo hậu môn, không rò	Niệu đạo hành có	- Âm đạo thấp - Tiền đình có
<b>Loại thấp:</b>		
- Hậu môn nắp - Hẹp hậu môn	có có	có có
<b>Loại hiếm gặp</b>		Còn ổ nhôp

Về phân loại còn ổ nhôp

Đã có một số cách phân loại như Raffensperger phân thành 5 thể bệnh. Cách phân loại của Mollard thành ba loại:

- Loại 1 (A): Niệu đạo, âm đạo và trực tràng cùng đổ vào một vị trí của ổ nhôp.
- Loại 2 (B): Trực tràng đổ vào âm đạo ở vị trí cao hơn so với niệu đạo hay trực tràng đổ vào xoang niệu dục. Thể bệnh này ít gặp.
- Loại 3: Ổ nhôp không hoàn toàn. Thể bệnh này rất hiếm gặp và lại được chia thành hai thể

# Nam

## Nữ

### Loại cao



Teo hậu môn trực tràng, rò trực tràng với  
Niệu đạo tiền liệt tuyến



Teo hậu môn trực tràng không rò



Teo trực tràng



### Trung gian

Teo hậu môn



Rò trực tràng  
Niệu đạo hành

Rò trực tràng  
tiền đình



Teo hậu môn không rò

Teo hậu môn không rò



Rò trực tràng với  
Âm đạo thấp

### Loại thấp

Rò hậu môn tiền đình



Rò hậu môn da, hậu môn nắp



Hẹp hậu môn



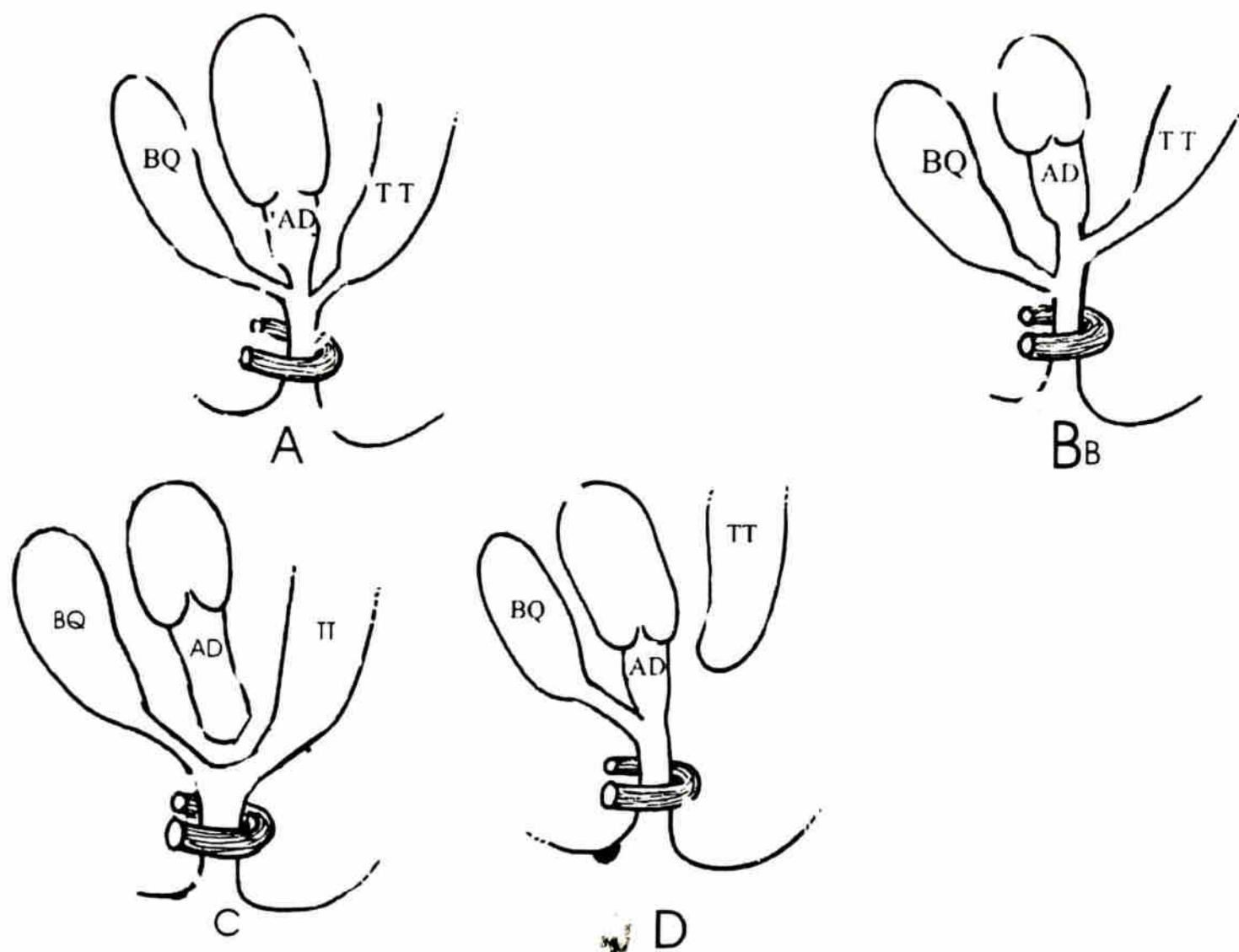
### Loại hiếm gặp

Còn ổ nhớp



**Hình 23.1:** Phân loại DTHMTT năm 1986 ở Wingspread

- + Âm đạo teo ở vị trí cao, không đổ vào ổ nhớp mà chỉ có trực tràng với niệu đạo đổ chung vào một ống gọi là ổ nhớp (xem hình 23.2C)
- + Trực tràng teo cao, không đổ vào xoang niệu dục (xem hình 23.2D)



Hình 23.2: Phân loại còn ổ nhớp

## 5. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

### 5.1. Khám lâm sàng

Nhin bụng xem có trướng không. Nhìn vùng lỗ hậu môn: xem có lỗ hậu môn và vị trí.

**5.1.1. Lỗ hậu môn ở vị trí bình thường:** theo dõi đại tiện phân xu. Nếu đại tiện phân xu sau 24 giờ hoặc không đại tiện phân xu, phải kiểm tra ống hậu môn bằng ống thông hoặc ngón tay út xem có hẹp hậu môn hoặc teo trực tràng không.

### 5.1.2. Không có lỗ hậu môn (Còn gọi là hậu môn không thủng)

#### 5.1.2.1. Không có rò từ ống hậu môn - trực tràng:

- Da ở vị trí vết tích hậu môn căng phồng khi trẻ khóc, có thể thấy màu xanh phân xu nếu màng bịt hậu môn mỏng, đục mờ.

- Da ở vết tích hậu môn phẳng hoặc lõm ngay cả khi trẻ khóc. Dùng kim châm nhẹ kích thích da hậu môn thấy có phản xạ co thắt là có cơ thắt ngoài.

#### 5.1.2.2. Có lỗ rò từ ống hậu môn - trực tràng

Phải đợi từ 18 đến 24 giờ sau đẻ mới có thể đánh giá chính xác được bằng thăm dò hoặc xoa ép nhẹ vùng tầng sinh môn hoặc niệu đạo. Có sự khác nhau giữa nam và nữ.

##### . Ở trẻ trai:

- Lỗ rò có thể ra ở tầng sinh môn hoặc đường tiết niệu thường là ở niệu đạo.
- Lỗ rò ở đường đan của tầng sinh môn hoặc bìu: thường là DTHMTT thể thấp.
- Đái ra phân xu: ép nhẹ vùng tầng sinh môn và để gạc trắng vào đầu dương vật để xem màu nước tiểu. Thường là DTHMTT thể trung gian hoặc thể cao.

##### . Ở trẻ gái:

Xem có mẩy lỗ ở tầng sinh môn :

- Có một lỗ duy nhất ở tầng sinh môn chỗ vị trí giữa hai môi lớn là dị tật thể đặc biệt: còn ổ nhớp. Ở thể bệnh này: niệu đạo, âm đạo, trực tràng đổ chung vào một ống gọi là ổ nhớp. Một thể bệnh hiếm gặp hơn là âm đạo bị teo cao, chỉ có niệu đạo và trực tràng đổ chung vào một ống hoặc trực tràng teo cao không thông với xoang niệu dục. Khám có dấu hiệu tắc ruột, có thể bí đái, tử cung căng to do ú dịch. Dị tật này hiếm gặp, chiếm tỷ lệ khoảng 6-8% của dị tật hậu môn trực tràng ở trẻ gái.
- Có hai lỗ: lỗ niệu đạo và lỗ âm đạo, không có lỗ hậu môn. Nếu phân xu ra qua lỗ âm đạo là rò trực tràng- âm đạo (dị tật thể cao hoặc trung gian)
- Có ba lỗ: lỗ niệu đạo, lỗ âm đạo và một lỗ ở âm hộ hoặc tiền đình hoặc tầng sinh môn.
  - + Lỗ rò ở tiền đình: tiền đình là vị trí giao nhau của 2 môi bé, ngoài màng trinh.

Dùng ống thông hoặc que thăm dò đưa qua lỗ rò lên trên: nếu que thăm dò đi song song với tầng sinh môn thì là rò hậu môn-tiền đình (thể thấp), nếu que thăm dò đi song song với thành sau âm đạo thì là rò trực tràng - tiền đình (thể trung gian).

- + Lỗ rò ở âm hộ: cũng thăm khám như trên để xác định là rò hậu môn - âm hộ hay rò trực tràng- âm hộ.
- + Lỗ rò ở tầng sinh môn: hậu môn nắp không hoàn toàn hoặc rò hậu môn tầng sinh môn (dị tật thể thấp).



**Hình 23.3:** Không hậu môn, rò trực tràng tiền đình

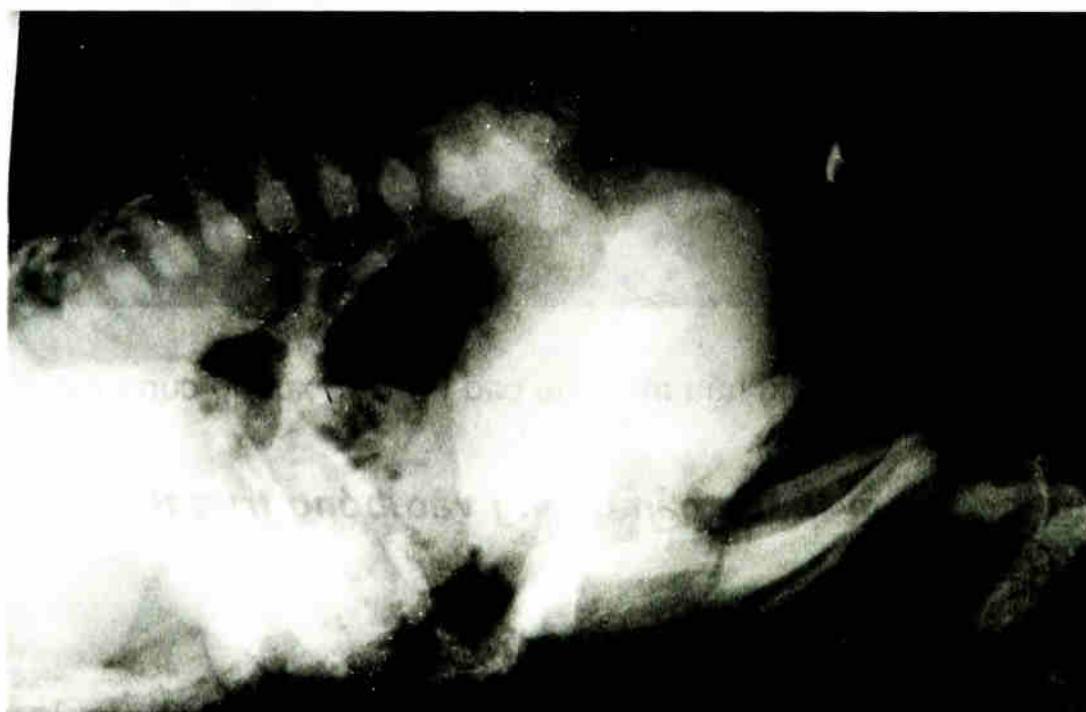
## 5.2. Các thăm khám khác

### 5.2.1. *Chụp bụng không chuẩn bị tư thế nghiêng*, đầu dốc ngược, gối gấp, mông nhô cao, có đánh dấu miếng kim loại vào vết tích hậu môn:

Trước đây thường được chỉ định chụp cho bệnh nhân sau đẻ từ 6 đến 12 giờ. Phương pháp này được Wangensteen và Rice thực hiện từ 1930. Nhược điểm của phương pháp này là trẻ có thể bị nôn, bị trào ngược vào đường hô hấp và có thể đánh giá không chính xác thể bệnh.

### 5.2.2. *Chụp bụng nghiêng tư thế đầu thấp*

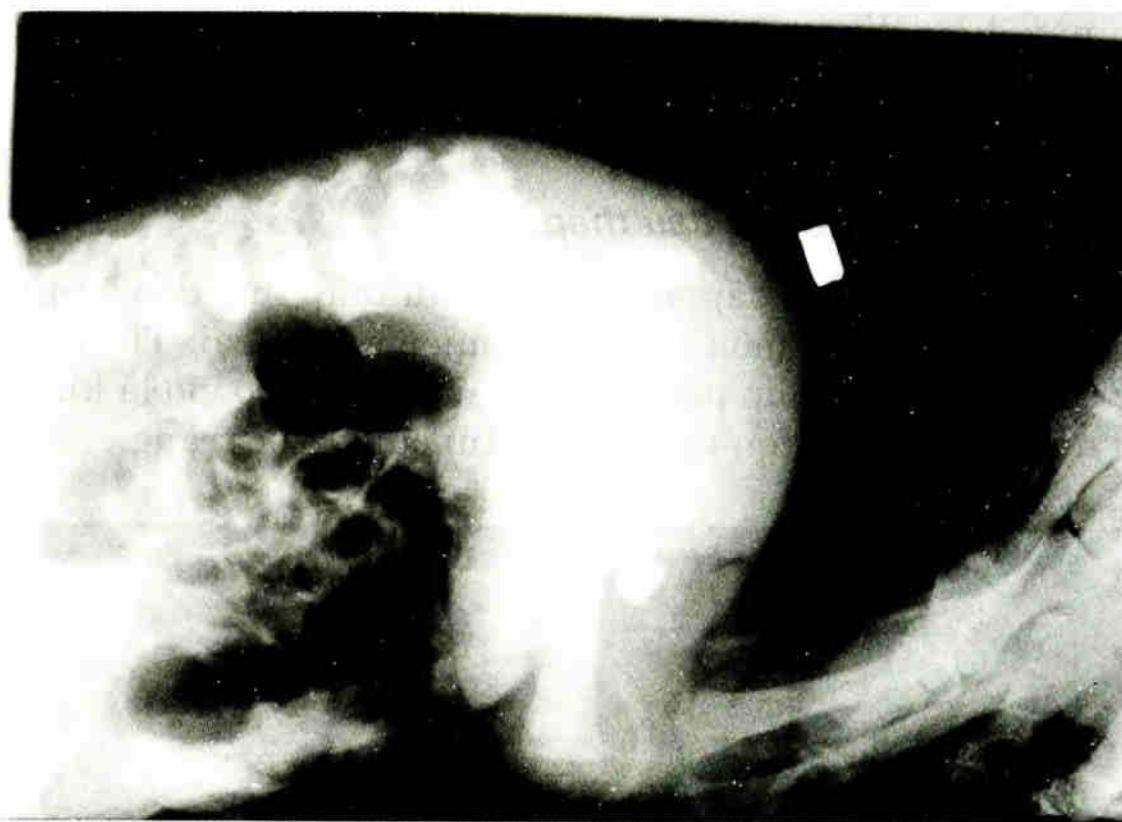
Trẻ được đặt tư thế nằm sấp, mông cao, đầu thấp từ 3 đến 5 phút, háng gấp. Đánh dấu vị trí vết tích hậu môn bằng một miếng kim loại. Theo Pena, để đánh giá chính xác thể bệnh nên chụp phim bụng sau đẻ trên 20 giờ là khoảng thời gian cần đủ để hơi nuốt vào di chuyển tới đáy của túi cung trực tràng.



**Hình 23.4:** Không hậu môn thể thấp



Hình 23.5: Không hậu môn thể trung gian

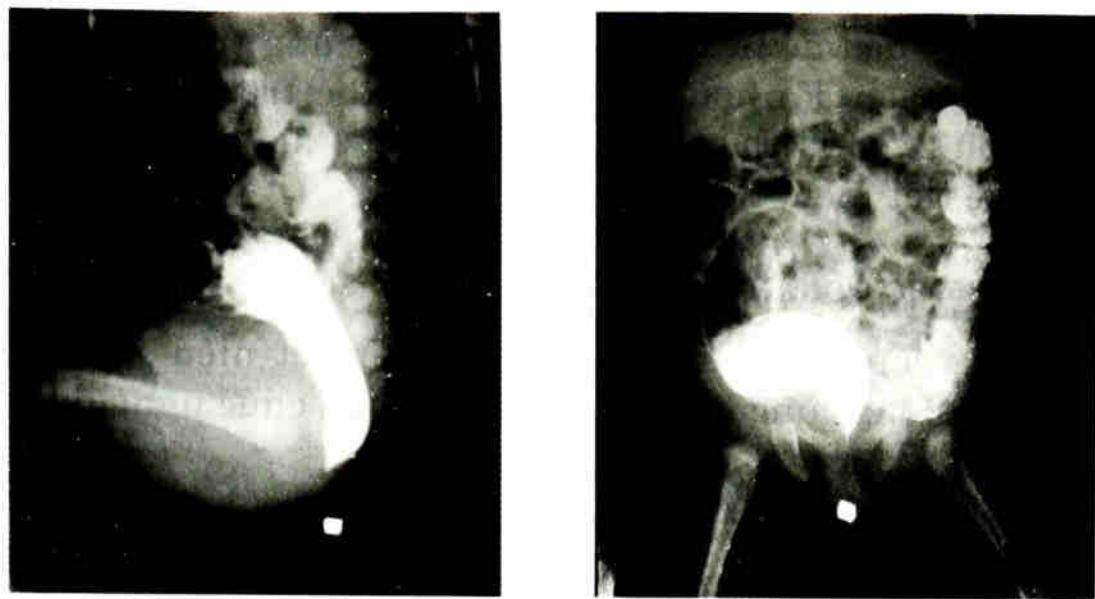


Hình 23.6: Không hậu môn thể cao-bất sản xương cùng cụt

**5.2.3. Chụp bụng có bơm thuốc cản quang vào bóng trực tràng qua chọc dò ở vết tích hậu môn**

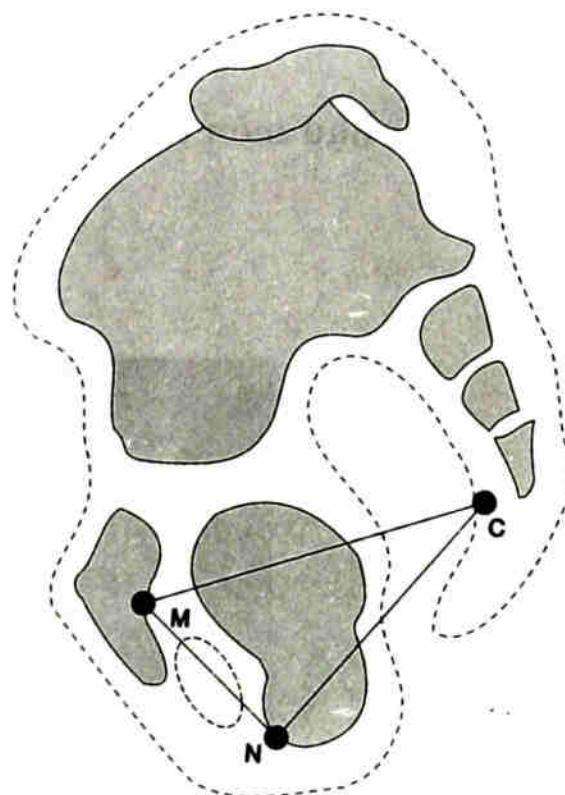
**5.2.4. Chụp túi cùng trực tràng qua đường rò:**

Nếu có rò trực tràng ra tầng sinh môn, âm hộ, tiền đình: luồn ống thông qua đường rò, bơm thuốc cản quang để chụp.



**Hình 23.7:** Chụp trực đại tràng qua đường rò trực tràng-tiền đình.

- Xác định thể bệnh dựa phim chụp, nếu vị trí túi cùng trực tràng ở:
  - Trên đường nối giữa xương mu với vị trí thấp nhất của xương cụt: là dị tật thể cao.
  - Dưới đường nối giữa phần thấp của ụ ngồi với phần thấp nhất của xương cụt: là dị tật thể thấp.
  - Ở trong khoảng giữa hai đường trên: Dị tật thể trung gian.



**Hình 23.8:** Xác định thể bệnh.

M. Điểm giữa xương mu. N. Ụ ngồi. C. Đỉnh xương cụt. Tam giác MNC: đáy của bóng trực tràng trên đường MC là thể cao, dưới NC là thể thấp, ở giữa NC và MC là thể trung gian.

### 5.2.5. Siêu âm

Đo khoảng cách giữa vết tích hậu môn tới túi cùng trực tràng để xác định thể bệnh: nếu khoảng cách dài hơn 2 cm là dị tật trung gian hoặc cao, nếu khoảng cách ngắn hơn 2 cm là thể thấp. Ngoài ra siêu âm còn tìm các dị tật phôi hợp ở hệ tim mạch, hệ tiết niệu, tiêu hoá ...

### 5.2.6. Thăm khám tìm các dị tật phôi hợp

Dị dạng ở xương cùng-cụt, nhiễm sắc thể, hệ tiết niệu-sinh dục... Những bệnh nhân bị bất sản xương cùng-cụt thường bị rối loạn chức năng đại-tiểu tiện.

## 6. ĐIỀU TRỊ

Mục đích mổ chữa là tạo được lỗ hậu môn ở đúng vị trí và có chức năng bình thường.

### 6.1. Mổ chữa:

#### 6.1.1. Dị tật HMTT loại thấp

##### 6.1.1.1. Hẹp hậu môn:

Nong bằng Bougie rồi bằng ngón tay út. Nếu nong không kết quả, mổ tạo hình hậu môn.

##### 6.1.1.2. Hậu môn nắp không hoàn toàn

Rạch vạt da hình tam giác. Vật da này được bóc tách và kéo xuống dưới tách khỏi bình diện cơ thắt rồi khâu chẽm vào chỗ mở rộng của thành trực tràng được mở từ lỗ rò ra sau theo đường giữa.

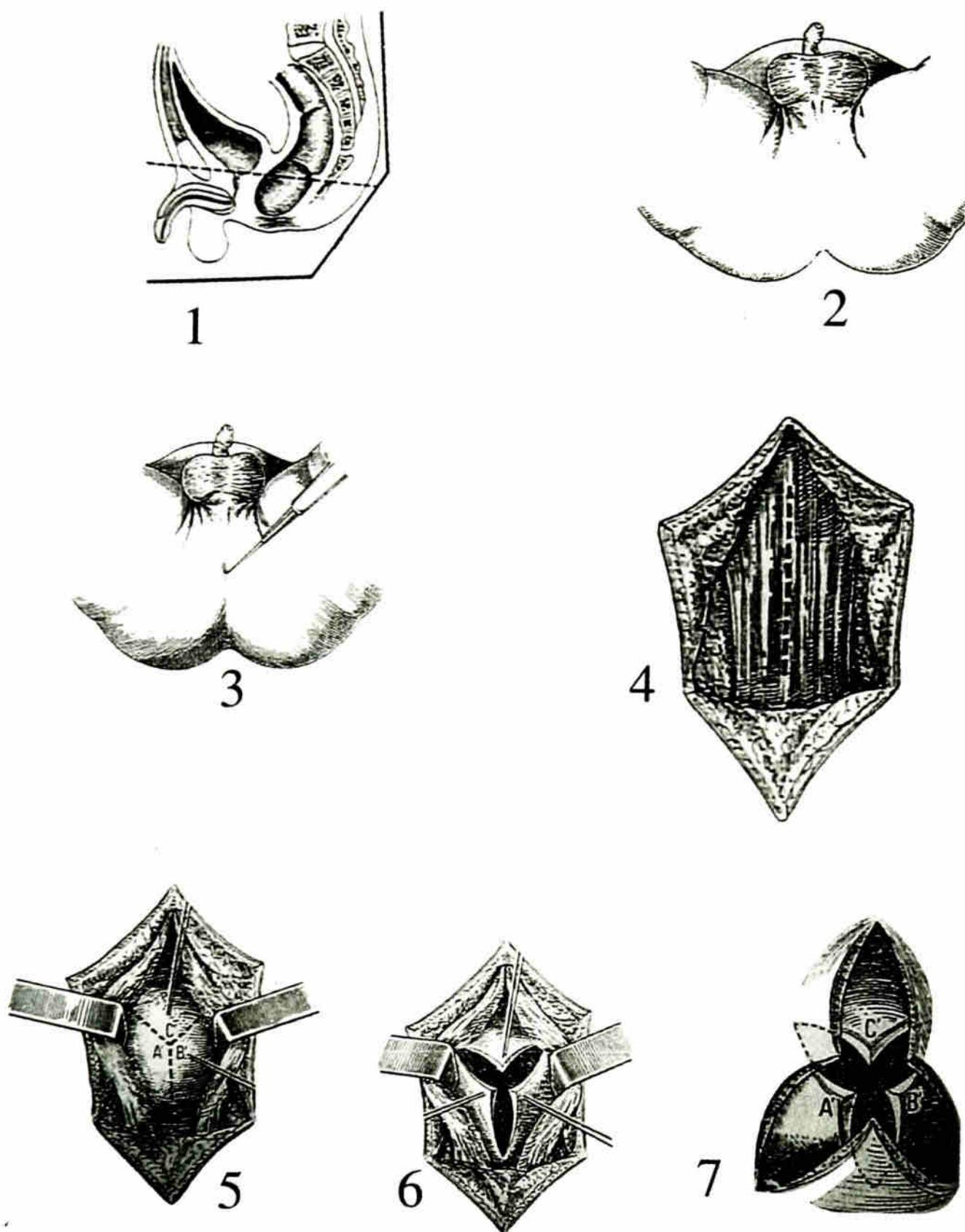
Ở con gái, nếu khoảng cách từ hậu môn tới âm hộ quá ngắn thì mổ tạo hình tầng sinh môn ở thì mổ sau.

##### 6.1.1.3. Hậu môn nắp hoàn toàn



Hình 23.9: Mổ tạo hình hậu môn

Tại da ở vết tích hậu môn, rạch da hình Y rồi bóc tách ba vạt da khỏi bình diện cơ thắt để tìm và bộc lộ túi cùng trực tràng một đoạn dài khoảng 1 cm. Mở túi cùng bằng đường rạch hình chữ Y ngược rồi khâu chêm ba vạt da hình tam giác trên vào ba vị trí khuyết niêm mạc vừa tạo ở túi cùng trực tràng. Sau mổ độ 2 tuần, nong hậu môn.



Hình 23.10: Phương pháp mổ không hậu môn thể thấp

#### **6.1.1.4. Hậu môn âm hộ, hậu môn tầng sinh môn, hậu môn tiền đình thể thấp:** Mổ hai thùy hoặc mổ một thùy.

- **Mổ một thùy**

Nồng rộng lỗ rò hậu môn từ sau để và có thể thút tháo phân hàng ngày kèm theo. Khoảng vài tuần sau để, mổ tạo hình hậu môn. Đường mổ tầng sinh môn. Rạch da quanh lỗ rò, phẫu tích tách ống hậu môn - trực tràng độ 5-6 cm rồi kéo ống hậu môn qua lỗ rò được tạo ở giữa cơ thắt ngoài hậu môn. Khâu thanh cơ ống hậu môn với cơ thắt ngoài và khâu niêm mạc với da ở rìa hậu môn.

- **Mổ hai thùy**

- **Thùy một:** Chuyển hậu môn về vị trí đúng và để mổ thừa.
- **Thùy hai:** cắt mổ thừa

#### **6.1.2. Dị tật HMTT thể trung gian và thể cao**

##### **6.1.2.1. Mổ ba thùy:** Có thể có rò trực tràng với âm đạo, tiền đình, bàng quang, niệu đạo. Chỉ định mổ ba thùy thường được áp dụng.

- **Thùy một**

Làm hậu môn nhân tạo sau để, vị trí hậu môn nhân tạo ở:

- Dưới sườn phải: hậu môn nhân tạo ở đại tràng ngang gốc gan chỉ định cho dị tật HMTT thể cao
- Hố chậu trái: hậu môn nhân tạo ở đại tràng Sigma phần sát nhất với phần cố định của đại tràng xuống chỉ định cho thể trung gian.

- **Thùy hai**

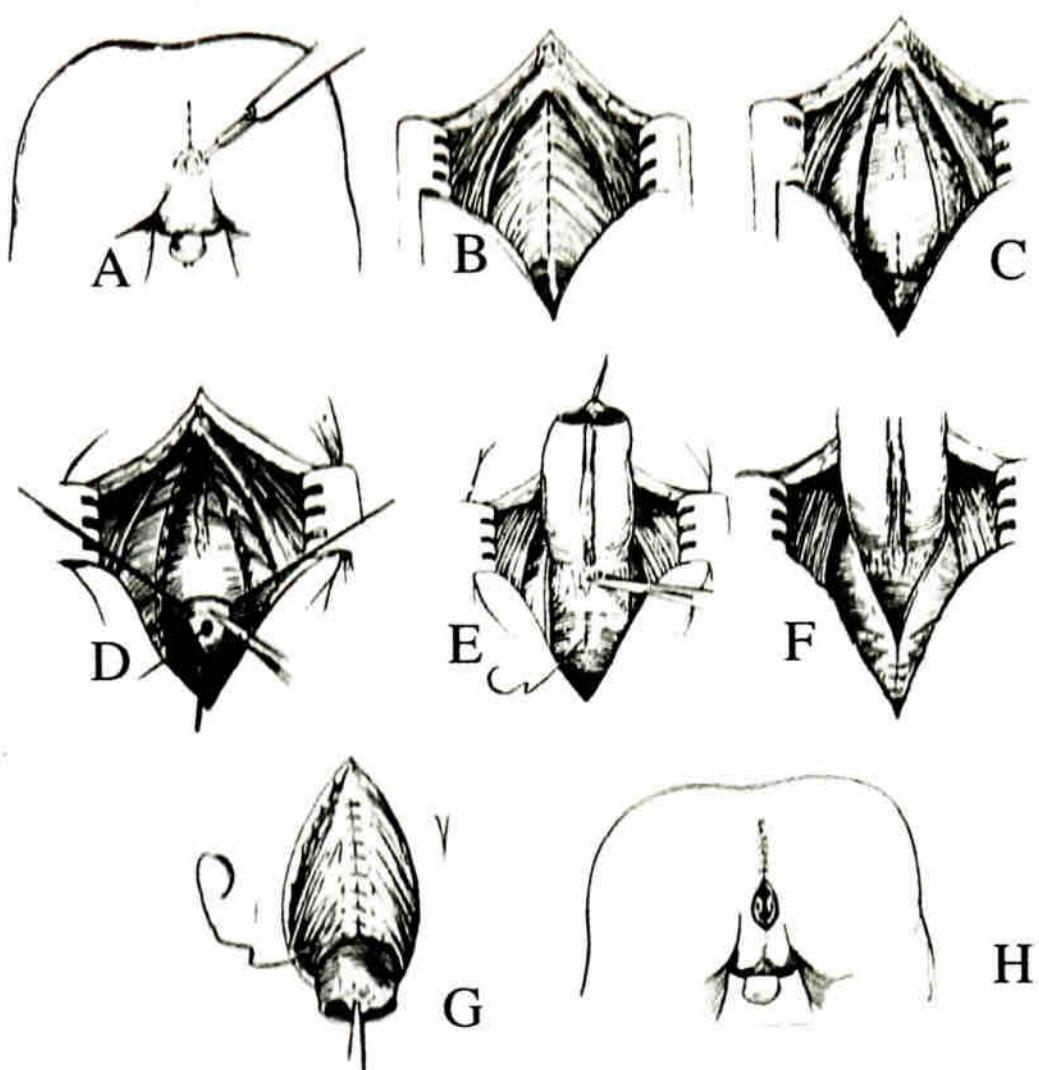
Khi bệnh nhân từ 2 tới 6 tháng tuổi. Mổ hạ bóng trực tràng.

Trước khi mổ, phải chụp đại tràng phía dưới hậu môn nhân tạo để xác định vị trí túi cùng trực tràng và có thể tìm được đường rò từ trực tràng vào âm đạo, bàng quang và niệu đạo. Khi mổ cần chú ý bảo vệ cơ thắt trong bao quanh phần cuối trực tràng quanh lỗ rò nếu có rò hoặc ở phần tận cùng bóng trực tràng nếu không có rò.

- **Phương pháp Pena**

Bệnh nhân nằm sấp. Rạch da theo rãnh liên móng từ đỉnh xương cụt đến hết vết tích hậu môn. Rạch cơ thắt ngoài và cơ mu-trực tràng ở đường giữa. Tìm và mở thành sau bóng trực tràng cũng theo đường dọc giữa. Tìm lỗ rò trực tràng - niệu đạo rồi phẫu tích tách lỗ rò khỏi thành trực tràng và giải phóng bóng trực tràng. Khâu lại lỗ rò niệu đạo và khâu lại lỗ thủng ở thành trước trực tràng. Nếu bóng trực tràng to, có thể cắt bớt bóng trực tràng theo chiều dọc phía sau rồi khâu lại thành trước trực tràng. Đưa bóng trực tràng xuống vị trí lỗ hậu môn. Khâu lại cơ thắt ngoài phía trước và sau trực tràng. Khâu cố định thanh cơ trực tràng với cơ thắt ngoài và niêm mạc trực tràng với da ở rìa hậu môn.

Ở con gái: thường có rò trực tràng-tiền đình. Phẫu tích tách trực tràng khỏi thành âm đạo rồi mổ như trên.



**Hình 23.11: Phương pháp Pena**

- A. Kích thích điện để xác định vị trí cơ thắt ngoài.
- B. Đường rạch da ở giữa qua tất cả các lớp cơ phía sau.
- C. Tìm và mở bóng trực tràng
- D. Phẫu tích lỗ rò niệu đạo-trực tràng khỏi trực tràng.
- E. Khâu lỗ rò niệu đạo và giải phóng bóng trực tràng.
- F. Khâu lại phức hợp cơ thắt ở phía trước.
- G. Khâu lại phức hợp cơ thắt phía sau ngoài bóng trực tràng.
- H. Khâu da và tạo hình hậu môn.

- Phương pháp Rhoads:

Đường mổ tầng sinh môn kết hợp đường bụng để hạ bóng trực tràng.

- Thì ba :

Đóng hậu môn nhân tạo sau mổ thì hai độ 1-3 tháng.

#### 6.1.2.2. Mổ hai thi hoặc một thi: Chỉ định cho thể trung gian trong một số thể bệnh

- Thể teo hậu môn, rò trực tràng- tiền đình:

Sau đẻ, nong rộng đường rò, thút tháo phân qua đường rò rồi mổ chữa sau đẻ vài ngày hoặc một vài tuần sau. Mổ đường tầng sinh môn hoặc đường sau trực tràng để cắt bỏ đường rò, hạ bóng trực tràng xuống hậu môn nếu mổ một thì. Để mổ thừa rồi cắt mổ thừa sau hai tuần nếu mổ hai thì.

- Thể teo hậu môn không rò:

Mổ một thì: hạ bóng trực tràng xuống hậu môn theo đường sau trực tràng.

#### 6.1.2.3. Một số kỹ thuật phối hợp với mục đích bảo vệ bó mu trực tràng, cơ thắt ngoài, cơ thắt trong

- Tạo ống hậu môn bằng vạt da ở tầng sinh môn rồi đưa qua cơ thắt ngoài để nối với túi cùng trực tràng với hai mục đích: loại trừ nguy cơ sa niêm mạc trực tràng và tạo được ống hậu môn nhạy cảm.
- Tạo ống hậu môn bằng vạt trực tràng phía sau (Posterior rectal flap Anorectoplasty)

Đường mổ là đường sau trực tràng. Bộc lộ túi cùng trực tràng, lấy một vạt hình chữ U ở mặt sau trực tràng (nửa chu vi) lật xuống dưới để khâu tạo ống hậu môn. Nếu có đường rò ở đáy túi cùng trực tràng thì phẫu tích cắt và đóng kín đường rò. Đưa đầu ống hậu môn qua lỗ mổ ở giữa cơ thắt ngoài. Khâu cố định thanh cơ với cơ thắt ngoài và niêm mạc với da ở rìa hậu môn.

#### 6.1.3. Các tình huống khác

##### 6.1.3.1. Teo trực tràng:

Đường mổ phía sau trực tràng, giải phóng và mở hai đầu trực tràng, nối tận tận.

##### 6.1.3.2. Hẹp hậu môn trực tràng:

Nong hoặc cắt đoạn hẹp rồi nối trực tràng với ống hậu môn.

#### 6.1.4. Mổ chữa ố nhớp

Đây là thể bệnh khó điều trị nhất của dị tật hậu môn trực tràng.

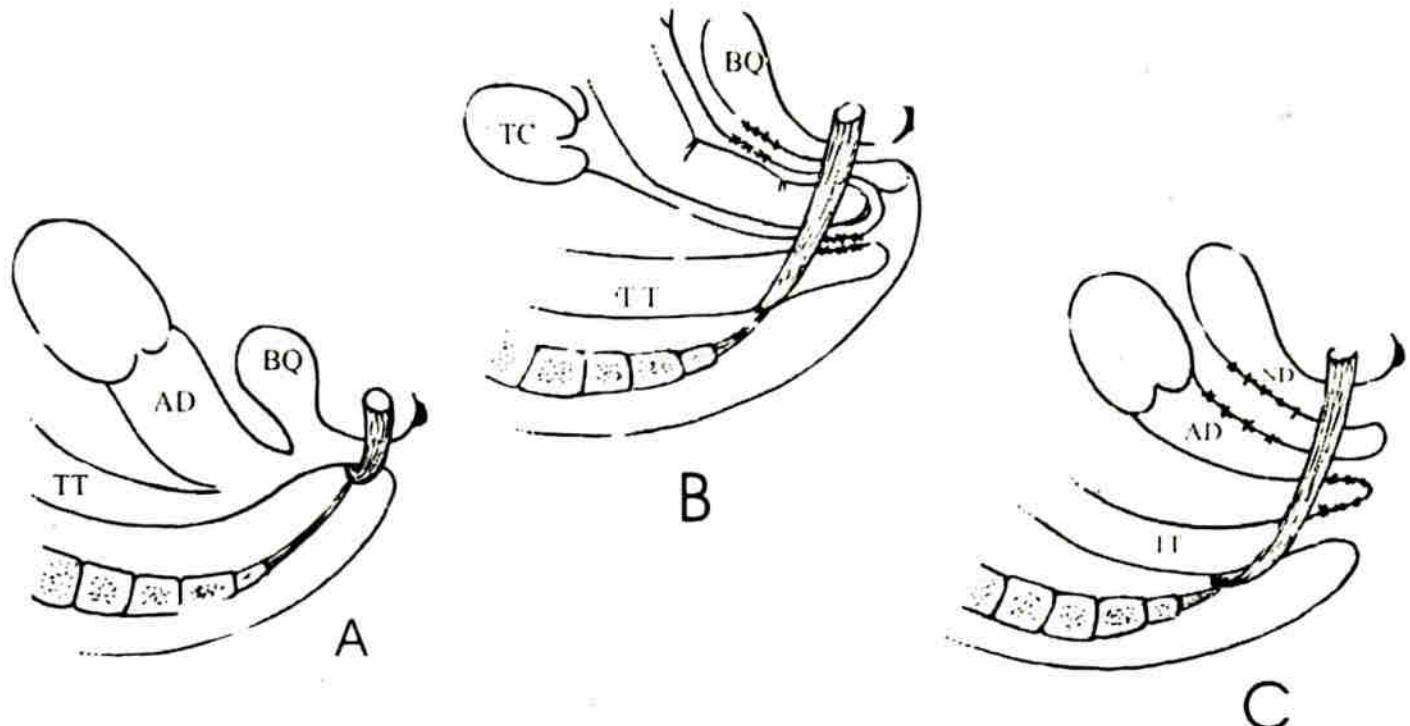
Mục đích phẫu thuật nhằm : Tách riêng biệt ba đường niệu đạo, âm đạo, trực tràng, đại tiểu tiện chủ động, chức năng sinh dục tốt.

Tùy thuộc vào hình thái của ố nhớp và tình trạng bệnh nhân kèm theo có các dị tật phối hợp không mà có chỉ định và lựa chọn kỹ thuật mổ.

##### 6.1.4.1. Mổ một thì theo phương pháp Raffensperger:

- Chỉ định khi thể trạng bệnh nhân tốt, âm đạo to, không dị dạng khác phối hợp.
- Kỹ thuật:
  - + Đường mổ là đường bụng kết hợp đường tầng sinh môn.
  - + Qua đường mở bụng, mở âm đạo ở mặt trước rồi tách âm đạo khỏi ố nhớp, khâu lại chỗ thông của ố nhớp với âm đạo thì xoang niệu dục trở thành

niệu đạo. Theo đường bụng, dùng ngón tay đẩy thành sau âm đạo xuống để mở ra tầng sinh môn ở vị trí phía sau lỗ niệu dục đã thành lỗ niệu đạo. Chỗ rò trực tràng ổ nhớp cũng được khâu kín lại. Hạ âm đạo và trực tràng thành hai ống riêng biệt xuống tầng sinh môn đi qua bó cơ mu trực tràng.



Hình 23.12: Kỹ thuật mổ của Raffensperger

#### 6.1.4.2. Mổ nhiều thi:

- Thị đầu: mổ sớm sau đẻ

- + Làm hậu môn nhân tạo, thăm dò cơ quan sinh dục trong và làm sạch âm đạo nếu có ứ đọng dịch, phân. Nong rộng lỗ rò âm đạo vào ổ nhớp để tránh ứ đọng dịch.

- + Mở thông bàng quang trên xương mu.

Sau mổ, làm các thăm khám hoàn chỉnh để đánh giá đúng thể bệnh và các dị tật phối hợp.

- Thị hai: mổ khi bệnh nhân khoảng 6 tháng tuổi.

Kỹ thuật mổ phụ thuộc vào hình thái ổ nhớp, đặc biệt vào niệu đạo.

- + Nếu cổ bàng quang bình thường và niệu đạo dài đổ vào ổ nhớp to và ngắn thì:

Mở rộng lỗ ổ nhớp qua đường tầng sinh môn, tách riêng hai đường niệu đạo và âm đạo, còn trực tràng thì thường là teo thể cao phía trên cơ nâng hậu môn. Hạ bong trực tràng xuống tầng sinh môn qua bó cơ mu trực tràng.

Phẫu thuật được thực hiện bằng đường mổ kết hợp: Tầng sinh môn- bụng- tầng sinh môn (Mollard)

- + Nếu niệu đạo ngắn hoặc cổ bàng quang đổ trực tiếp vào ổ nhớp hẹp và dài thì nguyên tắc cơ bản là sử dụng ổ nhớp thành ống niệu đạo, còn ống âm

đạo ngắn được chuyển xuống trực tiếp ra da hoặc nối với một ống âm đạo được tạo bằng vật da ở tầng sinh môn. Nếu âm đạo đủ rộng thì chuyển xuống theo kỹ thuật của Raffensperger. Trong trường hợp âm đạo quá nhỏ và tử cung cũng nhỏ-thô xơ thì nên cắt bỏ cả tử cung, âm đạo và tạo hình lại âm đạo ở tuổi dậy thì.

- + Ngoài kỹ thuật với đường mổ trên, còn đường mổ phía sau trực tràng từ giữa xương cùng qua vết tích hậu môn tới tận lỗ đốt ra da của ổ nhớp. Sau đó tách trực tràng khỏi âm đạo, tách âm đạo khỏi ống niệu dục. Xoang niệu dục sẽ thành ống niệu đạo mới. Hạ âm đạo và trực tràng xuống tầng sinh môn. Âm đạo để sau lỗ niệu đạo. Đường mổ phía sau trực tràng thường kết hợp với đường bụng để giải phóng trực tràng (Pena)

#### 6.1.4.3. *Diễn biến sau mổ:*

Sau mổ chỉ một số bệnh nhân có được kết quả tốt, còn một số bệnh nhân chỉ chữa được khuyết tật về mặt giải phẫu mà chức năng chưa được hoàn thiện, vẫn cần điều trị bổ xung để nâng cao chất lượng cuộc sống. Đại tiện hay tiểu tiện không tự chủ vẫn là một tồn tại khó điều trị.

### 6.2. Sau mổ

- Nuôi dưỡng: tuỳ theo loại phẫu thuật mà có thể cho bệnh nhân ăn sớm sau mổ.
- Kháng sinh: chống nhiễm khuẩn.
- Săn sóc hậu môn tạo hình: băng nong tránh hẹp hậu môn.

### 6.3. Biến chứng

Tuỳ thuộc thể bệnh và kỹ thuật mổ với kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Các biến chứng có thể gặp:

#### 6.3.1. *Khi làm hậu môn nhân tạo*

- Hoại tử đầu ruột đưa ra hoặc thủng ruột gây viêm phúc mạc
- Hẹp hậu môn nhân tạo
- Lộn ruột ra ngoài hậu môn nhân tạo

#### 6.3.2. *Khi hạ bóng trực tràng xuống vị trí hậu môn*

- Tụt ống hậu môn.
- Áp xe vùng tiểu khung
- Hẹp ống hậu môn
- Hạ bóng trực tràng ngoài cơ thắt.
- Hẹp niệu đạo sau: sau cắt và khâu lỗ rò niệu đạo
- Rò trực tràng với niệu đạo, âm đạo, tiền đình. Điều trị khó hơn mổ lần đầu.

- Mổ thừa ở chỗ cắt rò trực tràng-niệu đạo tạo túi thừa đọng nước tiểu gây nhiễm trùng nước tiểu và tạo sỏi. Mổ lại bằng đường tầng sinh môn.
- Rối loạn chức năng bàng quang: do khi phẫu tích túi cùng trực tràng gây thương tổn thần kinh vùng tiểu khung chi phối hoạt động của bàng quang gây tiểu tiện không tự chủ. Cần phải phân biệt với tình trạng rối loạn chức năng bàng quang trước mổ do nguyên nhân bẩm sinh như bất sản xương cùng-cụt, thoát vị màng não tuỷ...

Điều trị bàng quang thần kinh mắc phải cũng khó và không hiệu quả như bàng quang thần kinh bẩm sinh.

## **6.4. Tiêu lượng phụ thuộc**

### **6.4.1. Các dị tật phôi hợp**

Teo thực quản khoảng 6%, bệnh tim bẩm sinh khoảng 7%, dị tật ở ống tiêu hoá khoảng 7%, dị tật đường tiết niệu khoảng 50%, hội chứng Down ....

### **6.4.2. Đại tiện tự chủ : phụ thuộc vào:**

- Sự phát triển của cơ mu trực tràng và cơ thắt .
- Mức độ dị tật: dị tật thể cao có tiêu lượng dễ đặt. Dị tật thể thấp có tiêu lượng tốt .
- Các dị dạng xương cùng cụt: rối loạn phân bố thần kinh vào vùng tiểu khung gây đại - tiểu tiện không tự chủ.
- Kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

## **6.5. Điều trị ngoại khoa bổ xung**

### **6.5.1. Hạ bóng trực tràng sau bỏ cơ nâng mu trực tràng**

Mổ lại để đưa bóng trực tràng đúng vị trí .

### **6.5.2. Kém chức năng cơ thắt ngoài**

Trước hết phải hướng dẫn bệnh nhân tập luyện phản xạ cơ thắt ngoài, nếu không được thì có thể ghép cơ quanh ống hậu môn. để tăng cường cho cơ thắt ngoài. Các cơ được sử dụng như như cơ thẳng trong (phẫu thuật Pickrell), ghép cơ tự do hoặc cơ thắt nhân tạo.

### **6.5.3. Kém chức năng cơ mu trực tràng**

Mổ tách bỏ cơ nâng hậu môn khỏi xương cùng (phẫu thuật Kottmeyer)

### **6.5.4. Tiểu tiện không tự chủ**

Có thể mổ treo cổ bàng quang hoặc tạo hình cổ bàng quang.

Cách điều trị như với bàng quang thần kinh có thể được áp dụng như:

- Tự thông tiểu qua niệu đạo
- Chuyển dòng nước tiểu theo kỹ thuật Mitrofanoff: dùng ruột thừa biệt lập hoặc một quai hồi tràng biệt lập đã được tạo hình nhỏ nối vào bàng quang và đưa một đầu ra ngoài da để tự thông tiểu hàng ngày.

#### **6.5.5. Đại tiện không tự chủ**

Trước hết điều trị bằng chế độ ăn, thuốc nhuận tràng, thụt tháo đại tràng qua hậu môn.

Nếu cách điều trị trên không đạt kết quả như mong muốn thì áp dụng phương pháp thụt tháo đại tràng xuôi dòng theo phương pháp Malone.

Phương pháp Malone (Appendicocecostomy): mở thông đầu ruột thừa ra da ở hố chậu phải và tạo van chống trào ngược ở gốc ruột thừa. Thụt tháo đại tràng qua ruột thừa cách hai, ba ngày một lần để làm sạch đại tràng, tránh són phân liên tục.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Trần Ngọc Bích: Dị tật hậu môn trực tràng.

Cấp cứu ngoại khoa (Nhi khoa) Nhà xuất bản Y học. Hà Nội 2005, tr 58-74

2. Mollard.P., Louis. D: Imperforations anorectales.

Chirurgie digestive de l'enfant.

Doin éditeurs, 1990. p 573-598.

3. Mollard.P.: Anomalies de développement de l'appareil génital féminin.

(Atrésie vaginale, sinus uro-génital et cloaque)

Précis d'urologie de l'enfant.

Masson 1984, p 355-365

4. Nihoul - Fékété. C, Pellerin. D: Atrésies anorectales.

Gastro-entérologie pédiatrique

Flammarion Médecine - sciences, 1986. p 389 - 390.

5. Bettex M, Kuffer F. Sharli : Imperforations anales congénitales

Précis de chirurgie infantile.

Masson 1978, p 170-176

6. Edward M. Kely, Alberto Pena: Anorectal malformations

Pediatric surgery - 5 th ed/edited by James A-O' Neill , Jr...

Mosby- Years book, In C, 1998, p 1425 - 1448.

# UNG THƯ TRỰC TRÀNG

TS. Phạm Đức Huấn

Trực tràng là đoạn cuối của ống tiêu hoá, phía trên tiếp nối với đại tràng sigma, ngang mức xương cùng thứ 3, phía dưới là rìa lỗ hậu môn. Đường lược hay đường hậu môn - trực tràng chia trực tràng thành 2 phần, phần trên là bóng trực tràng và phần dưới là ống hậu môn. Ung thư trực tràng (UTTT) là những ung thư nằm ở bóng trực tràng, đó là những ung thư biểu mô tuyến. Ung thư nằm ở dưới lược là ung thư hậu môn, về mặt mô học đó là ung thư biểu mô lát.

Về chẩn đoán, UTTT phần lớn được chẩn đoán ở giai đoạn muộn do bệnh nhân không chú ý đến các triệu chứng gợi ý ban đầu, do bệnh tiến triển âm thầm, không ít trường hợp do thầy thuốc dễ dàng với chẩn đoán là trĩ, kiết ly mà bỏ qua động tác thăm trực tràng, soi hậu môn - trực tràng, những thăm khám đơn giản nhưng lại giúp chẩn đoán được hầu hết các trường hợp. Tỷ lệ chẩn đoán sớm UTTT chỉ đạt 1,5-3%. Để phát hiện sớm UTTT, cần chú ý phát hiện một cách có hệ thống ở nhóm có nguy cơ cao, ở những người trên 40 tuổi có những triệu chứng về trực tràng hoặc toàn thân gợi ý dù là nhỏ nhất.

Điều trị UTTT chủ yếu là phẫu thuật. Trong vòng 20 năm trở lại đây, nhờ những nghiên cứu xác định sự xâm lấn thành ruột của tổ chức ung thư, nhờ những tiến bộ của gây mê hồi sức, các phương pháp kỹ thuật và phương tiện máy nối cơ học, chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt ngày càng được mở rộng, tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ đã giảm rõ rệt (5-10%). Tuy nhiên, kết quả sống 5 năm sau mổ vẫn chưa được cải thiện, chỉ đạt 30-50% tùy theo từng thống kê. Các điều trị bổ trợ bằng tia xạ và hoá chất còn đang được nghiên cứu và đánh giá.

## 1. DỊCH TỄ HỌC

UTTT là loại ung thư thường gặp của đường tiêu hoá, đứng sau ung thư đại tràng. Bệnh gặp nhiều ở nam giới, tỷ lệ nam/nữ là 1,5, ít gặp ở người trẻ dưới 40 tuổi (2,5%), gặp nhiều ở tuổi 45 và tăng dần lên theo lứa tuổi.

Cũng như ung thư đại tràng, người ta đã xác định được một số yếu tố nguy cơ liên quan đến UTTT.

### 1.1. Các bệnh lý tiền ung thư

- Polyp trực tràng: nguy cơ ung thư hoá tăng lên theo số lượng, kích thước, mức độ loạn sản và thể mô học của nó. Các polyp dạng nhung mao có nguy cơ cao nhất.
- Bệnh viêm loét chảy máu đại trực tràng: bệnh có nguy cơ ung thư hoá cao (25% sau 20 năm tiến triển của bệnh).
- Bệnh Crohn trực tràng: tỷ lệ ung thư hoá thấp hơn và ít gặp ở Việt Nam.

## 1.2. Yếu tố di truyền

Bệnh polyp đại - trực tràng gia đình là bệnh di truyền, có tỷ lệ ung thư hoá rất cao tới 100%.

## 1.3. Yếu tố môi trường

Yếu tố môi trường, đặc biệt là chế độ ăn có liên quan tới UTTT, chế độ ăn nhiều thịt và mỡ động vật làm tăng nguy cơ UTTT. Ngược lại chế độ ăn nhiều rau lại có vai trò bảo vệ niêm mạc trực tràng.

# 2. GIẢI PHẪU BỆNH

## 2.1. Đại thể

- Thể loét thâm nhiễm: là loại gấp nhiều nhất, loét có bờ cao, thành đứng và đáy cứng, gồ ghề, dễ chảy máu.
- Thể u sùi: thể u sùi ít gấp, khối u sùi vào lòng trực tràng, nhiều múi, chân rộng nền cứng, thường bị loét ở giữa u.
- Thể thâm nhiễm cứng rất ít gấp: một vài cm trực tràng dày lên, cứng, phát triển chiếm toàn bộ chu vi, gây hẹp lumen trực tràng nhưng không bao giờ bị loét ở bề mặt.

## 2.2. Vi thể

Ung thư biểu mô tuyến là loại gấp nhiều nhất, chiếm 97%. Cũng như UTDT, tùy mức độ biệt hoá tế bào và cấu trúc của tổ chức u mà người ta chia ra các loại sau:

- Ung thư liên bào trụ rất biệt hoá: 80%.
- Ung thư liên bào trụ biệt hoá vừa hoặc ít biệt hoá rất ít gấp.
- Ung thư liên bào thể nhày: 15%.

Sacom rất ít gấp, chiếm khoảng 3% gồm ung thư cơ trơn, ung thư tổ chức bạch huyết (lympho malin).

## 2.3. Sự phát triển của ung thư

- Tại chỗ: UTTT xuất phát từ niêm mạc, xâm lấn dần vào các lớp của thành trực tràng, sau đó là tổ chức tế bào xung quanh và các tạng lân cận.
  - + Phía trước: tiền liệt tuyến, túi tinh, bàng quang ở nam giới và tử cung, thành sau âm đạo ở nữ.
  - + Phía sau: xâm lấn vào xương cùng cụt ít gấp.
  - + Hai bên: tổ chức mỡ quanh trực tràng, cơ thắt, cơ nâng hậu môn.
- Chiều cao: sự xâm lấn niêm mạc và dưới niêm mạc thường xa hơn so với tổn thương đại thể, nhưng không vượt quá bờ khối u 2cm. Đó là cơ sở quan trọng cho chỉ định điều trị.

- Di căn hạch: sự xâm lấn vào các nhóm hạch xảy ra từ từ, từ gần tới xa, từ dưới lên trên, bắt đầu từ nhóm hạch ở thành, cạnh trực tràng, sau đó là nhóm hạch dọc động mạch trực tràng trên, mạc treo tràng dưới, động mạch chủ. Sự xâm lấn vào nhóm hạch dọc động mạch trực tràng giữa và dưới ít gặp.
- Di căn theo đường tĩnh mạch: tổ chức ung thư có thể di căn vào tĩnh mạch trực tràng trên để tới tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch trực tràng giữa để về tĩnh mạch chủ dưới. Do vậy, UTTT thường có di căn gan và phổi.
- Di căn xa: di căn phúc mạc, gan, phổi, thường gặp hơn là di căn xương, não.

## 2.4. Phân chia giai đoạn ung thư

Có rất nhiều cách phân chia giai đoạn bệnh khác nhau đã được áp dụng nhằm đánh giá sự tiến triển của bệnh và để tiên lượng. Trong đó, cách phân chia của Dukes (1932), sau đó được bổ sung thêm giai đoạn D để chỉ những UTTT có di căn xa và cách phân chia quốc tế theo TMN là các cách phân chia thường áp dụng.

Phân chia giai đoạn UTTT theo Dukes

- Giai đoạn A: ung thư còn giới hạn ở thành trực tràng.
- Giai đoạn B: ung thư đã vượt quá thành trực tràng, nhưng chưa có di căn hạch.
- Giai đoạn C: UTTT đã có di căn hạch.
- Giai đoạn D: UTTT đã có di căn xa.

## 3. LÂM SÀNG

### 3.1. Triệu chứng cơ năng

- Chảy máu trực tràng: máu đỏ tươi dính bao quanh phân, hoặc máu chảy ra ngoài trước khi phân ra. Chảy máu trực tràng có ở 70% các trường hợp, không có tính chất đặc trưng nên dễ nhầm với chảy máu trong bệnh trĩ.
- Hội chứng trực tràng: gặp ở các UTTT thấp, được tập hợp bởi các triệu chứng sau:
  - + Cảm giác đau tức, âm ỉ, mót rặn ở vùng hậu môn, tầng sinh môn hoặc trong tiểu khung.
  - + Mót rặn mà không ra phân, chỉ ra hơi, chất nhầy hoặc nhầy lẩn máu.
  - Rối loạn lưu thông ruột: ỉa lỏng hoặc ỉa lỏng xen lẩn những đợt táo bón, mới xuất hiện và kéo dài, gặp ở UTTT cao.
  - Thay đổi khuôn phân: khuôn phân nhỏ, dẹt hoặc hình lòng máng.

### 3.2. Thực thể

Thăm trực tràng: là thăm khám quan trọng nhất. Với kỹ thuật thăm khám đúng, thăm trực tràng có thể phát hiện được hầu hết các UTTT ở đoạn từ 9-10cm cách rìa hậu môn. Qua thăm trực tràng, có thể sờ thấy một ổ loét thành cao, đáy cứng và không đều; một khối u sùi, mủn trên nền cứng vượt ra ngoài giới hạn u,

hoặc 1 đoạn lồng trực tràng vài cm hẹp, cứng, niêm mạc cứng và không di động. Các tổn thương này dễ chảy máu và dính vào găng ngón tay. Khi thăm trực tràng cần xác định các tính chất sau:

- Vị trí, kích thước khối u, liên quan với chu vi của trực tràng.
- Chiều cao từ bờ dưới u tới rìa hậu môn, là cơ sở quan trọng cho chỉ định điều trị; bờ trên khối u nếu có thể đưa ngón tay lên được.
- Tính chất di động của khối u so với các tạng xung quanh nhằm đánh giá mức độ xâm lấn thành và các tạng lân cận.

Thăm khám bụng và toàn thân để phát hiện di căn gan, dịch ổ bụng, hạch Troisier, hạch bẹn...

### 3.3. Toàn thân

Bệnh nhân có thể trong tình trạng gầy, mệt mỏi, sốt kéo dài, thiếu máu không rõ nguyên nhân. Các dấu hiệu toàn thân đôi khi xuất hiện đơn độc.

## 4. CÁC THĂM DÒ CẬN LÂM SÀNG ĐỂ CHẨN ĐOÁN

### 4.1. Soi trực tràng với ống soi cứng

Soi trực tràng cho phép nhìn thấy hình ảnh đại thể của tổn thương, kể cả các tổn thương nhỏ: u sùi, loét bờ cao, đáy không đều, chảy máu khi đụng vào u, vị trí, kích thước của khối u liên quan với chu vi trực tràng; đo được chiều dài từ bờ dưới u tới rìa hậu môn; đặc biệt là làm sinh thiết để chẩn đoán xác định.

### 4.2. Sinh thiết

Sinh thiết khối u bao giờ cũng làm qua soi trực tràng. Kết quả sinh thiết giúp chẩn đoán xác định UTTT về mặt mô học. Nếu kết quả âm tính thì phải soi và làm lại sinh thiết.

### 4.3. Chụp khung đại tràng với Baryt

Trên phim chụp cản quang đại tràng, nhất là đối quang kép, UTTT được thể hiện là 1 hình khuyết nham nhỏ hoặc 1 đoạn chít hẹp không đều. Trên phim nghiêng chụp bóng trực tràng, có thể xác định được khoảng cách từ bờ dưới u đến bờ trên cơ nâng hậu môn. Chụp khung đại tràng còn để phát hiện các tổn thương phối hợp ở đại tràng như polyp, ung thư đại tràng.

### 4.4. Định lượng và kháng nguyên ung thư

Độ nhạy và độ đặc hiệu của các kháng nguyên ung thư (ACE; CA 19-9) thấp trong UTTT, do vậy việc định lượng các kháng nguyên này không phải để chẩn đoán bệnh mà chủ yếu để theo dõi tái phát, di căn sau mổ.

## 5. CÁC THĂM DÒ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ LAN TRÀN CỦA UTTT

- Siêu âm qua soi trực tràng: có thể xác định được mức độ xâm lấn thành và di căn hạch khu vực. Độ nhạy và độ đặc hiệu của phương pháp là 90% đối với xâm lấn thành và <80% đối với xâm lấn hạch.

- Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ trường hạt nhân cũng giúp cho việc đánh giá sự xâm lấn các tạng lân cận và di căn hạch vùng tiểu khung.
- Soi bằng quang, chụp hệ tiết niệu tĩnh mạch: khi nghi ngờ UTTT thâm nhiễm bằng quang và niệu quản.
- Siêu âm bụng: siêu âm là phương pháp tốt nhất để phát hiện di căn gan, gián bể thận - niệu quản.
- Chụp X quang phổi: tìm di căn phổi.
- Soi đại tràng với ống soi mềm để phát hiện các tổn thương phổi hợp ở đại tràng

## 6. BIẾN CHỨNG

### 6.1. Tắc ruột

Tắc ruột là biến chứng thường gặp của các UTTT cao, đặc biệt là đoạn nối giữa đại tràng sigma và trực tràng. Lâm sàng và chụp X quang bụng không chuẩn bị biểu hiện là một tắc ruột thấp. Thăm trực tràng hoặc chụp đại tràng với thuốc cản quang hoà tan trong nước giúp cho chẩn đoán xác định.

### 6.2. Viêm phúc mạc

Viêm phúc mạc thường do thủng đại tràng bị căng giãn phía trên khói u. Biểu hiện lâm sàng là viêm phúc mạc do phân, tiên lượng rất nặng.

### 6.3. Nhiễm trùng khói u

Khối u bị nhiễm trùng gây đau ở vùng khói u, sốt, bạch cầu tăng, có thể có hiện tượng chảy mủ, chất u hoại tử qua hậu môn.

### 6.4. Rò vào các cơ quan lân cận

Rò vào bằng quang gây rái ra phân và hơi.

Rò vào âm đạo ở phụ nữ gây chảy phân qua âm đạo.

## 7. CHẨN ĐOÁN

### 7.1. Chẩn đoán xác định

Hoàn cảnh phát hiện bệnh: UTTT sớm được phát hiện chủ yếu qua thăm và soi trực tràng một cách hệ thống ở nhóm người có nguy cơ. Dấu hiệu ỉa máu, hội chứng trực tràng thường là hoàn cảnh phát hiện bệnh. Các biến chứng tắc ruột, viêm phúc mạc đôi khi là dấu hiệu đầu tiên của bệnh.

Chẩn đoán xác định phải dựa vào thăm trực tràng, soi trực tràng và sinh thiết để có chẩn đoán xác định về mặt mô học.

### 7.2. Chẩn đoán phân biệt

UTTT cần được chẩn đoán phân biệt với các tổn thương sau:

- Các khối u:
  - + U nhung mao trực tràng: khối u mềm, mịn, chân rộng, tăng tiết chất nhầy. Chẩn đoán xác định phải dựa vào kết quả sinh thiết.
  - + Các khối u của cơ quan lân cận: u đại tràng sigma tụt xuống tiểu khung, u buồng trứng, u vùng tiểu khung. Khi thăm trực tràng thấy các u này có thể đẩy lồi vào thành trực tràng nhưng niêm mạc trực tràng vẫn mềm mại và di động.
- Loét ở trực tràng:
  - + Loét do amip: chẩn đoán xác định dựa vào tim amip trong phân, chẩn đoán huyết thanh và đặc biệt là kết quả sinh thiết.
  - + Lao trực tràng: ít gặp, chẩn đoán dựa vào kết quả sinh thiết.
  - + Viêm loét không đặc hiệu ở trực tràng.
  - + Bệnh Crohn trực tràng.
- Hẹp trực tràng:
  - + Chít hẹp trực tràng do sẹo mổ ở vùng này.
  - + Viêm niêm mạc trực tràng sau điều trị tia xạ.

## 8. ĐIỀU TRỊ

### 8.1. Điều trị phẫu thuật triệt căn

#### 8.1.1. Nguyên tắc

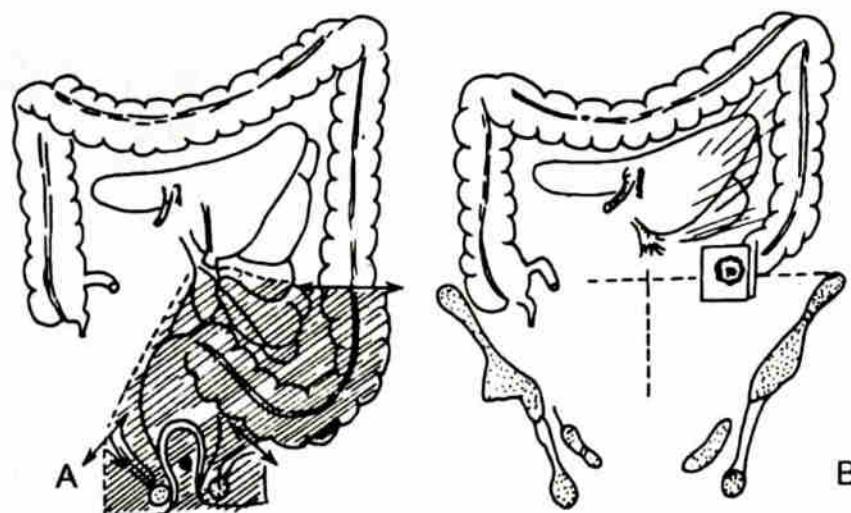
- Cắt bỏ đoạn trực tràng có u vượt quá bờ dưới khối u ít nhất 2 cm, phía trên thường phải cắt bỏ rộng rãi hơn so với yêu cầu.
- Lấy bỏ rộng tổ chức tế bào xung quanh trực tràng.
- Nạo vét hạch rộng rãi, bao gồm các nhóm hạch sau trực tràng, dọc động mạch trực tràng trên, có thể lên tới gốc động mạch mạc treo tràng dưới. Do vậy phía trên u, phần trực tràng và đại tràng thường phải cắt rộng rãi hơn so với yêu cầu.

#### 8.1.2. Các phương pháp phẫu thuật

- Cắt cụt trực tràng đường bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles):
  - + Chỉ định: UTTT mà bờ dưới u cách rìa hậu môn < 6cm.
  - + Kỹ thuật: phẫu thuật được thực hiện qua đường mổ bụng và tầng sinh môn, bao gồm cắt bỏ toàn bộ trực tràng, hậu môn, đại tràng sigma, cơ thắt, tổ chức mỡ xung quanh và nạo vét hạch, làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn ở đầu trên của đại tràng sigma.
- Cắt đoạn trực tràng:
  - + Chỉ định: UTTT mà bờ dưới khối u cách rìa hậu môn > 6cm.

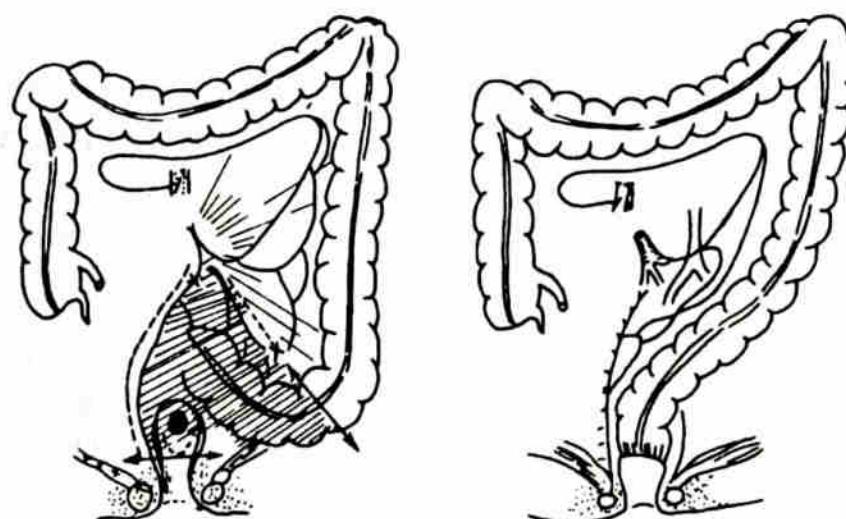
+ Kỹ thuật: đối với các khối u cách rìa hậu môn > 10cm, sau khi cắt bỏ đoạn trực tràng có u, đại tràng sigma, tổ chức tế bào xung quanh và nạo vét hạch, việc lập lại lưu thông giữa đại tràng xuống và đại tràng được thực hiện trong cùng một thòi mổ qua đường mổ bụng đơn thuần. Đối với những khối u cách rìa hậu môn 6-10cm, sau khi cắt bỏ đoạn trực tràng có u, việc lập lại lưu thông tiêu hoá được thực hiện trong cùng một thòi mổ với miệng nối đại trực tràng thấp hoặc đại tràng ống hậu môn qua đường mổ bụng đơn thuần hoặc đường bụng phổi hợp với đường hậu môn nhất là ở những bệnh nhân béo, khung chậu hẹp. Trong các trường hợp này, có thể làm hậu môn nhân tạo tạm thời ở đại tràng ngang để bảo vệ miệng nối và hậu môn nhân tạo được đóng lại sau 2 tháng nếu miệng nối không bị hẹp. Việc áp dụng các kỹ thuật khâu nối bằng máy nối cơ học đã giúp cho các miệng nối trực tràng thấp ở đáy chậu được thực hiện một cách dễ dàng hơn.

Phẫu thuật Harthmann: sau khi cắt bỏ đoạn trực tràng có u, đầu dưới trực tràng được khâu kín lại, đầu đại tràng sigma được đưa ra hố chậu phải để làm hậu môn nhân tạo. Phẫu thuật ngày càng ít được áp dụng, chỉ còn được chỉ định cho các trường hợp tắc ruột hoặc ở các bệnh nhân già yếu.

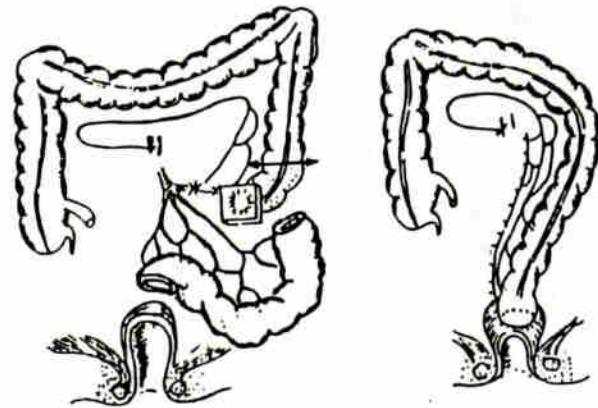


Hình 24.1.

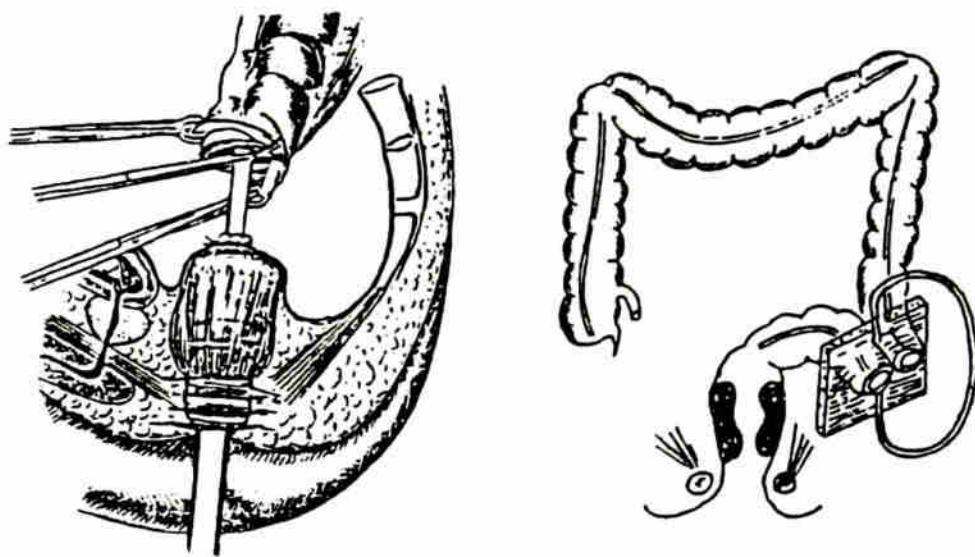
- A. Cắt cụt trực tràng qua đường bụng - tầng sinh môn
- B. Làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn



Hình 24.2. Cắt đoạn trực tràng qua đường bụng.



Hình 24.3. Phẫu thuật Hartmann (có thể mổ để nối lại ở thì hai)



Hình 24.4. Nối đại trực tràng bằng máy nối EEA      Hình 24.5. Làm hậu môn nhân tạo

## 8.2. Điều trị phẫu thuật tạm thời

- Hậu môn nhân tạo ở đại trực tràng sigma chỉ định cho UTTT không còn khả năng cắt bỏ hoặc UTTT đã thâm nhiễm cơ thắt gây ỉa mất tự chủ.
- Cắt đoạn trực tràng với mục đích điều trị tạm thời hoặc phẫu thuật Hartmann được áp dụng cho những UTTT đã di căn nhiều nơi, nhưng khối u còn khả năng cắt bỏ.

## 8.3. Điều trị bổ trợ

Sau các phẫu thuật triệt căn, tỷ lệ sống 5 năm sau mổ khoảng 50%, tỷ lệ tái phát từ 20-30 và tăng lên khi ung thư đã xâm lấn hết thành trực tràng, tổ chức tế bào xung quanh và di căn hạch. Do vậy trong các trường hợp này, việc điều trị bổ trợ là cần thiết với mong muốn làm giảm tỷ lệ tái phát và kéo dài thời gian sống. Đó cũng là các chỉ định của điều trị bổ trợ.

- Điều trị tia xạ: điều trị tia xạ trước mổ và sau mổ đã làm giảm được tỷ lệ tái phát tại chỗ một cách có ý nghĩa, nhưng không kéo dài được thời gian sống sau mổ. Điều trị tia xạ sau mổ thường kết hợp với 5 Fluoro - uracile.
- Điều trị hóa chất: Điều trị phối hợp 5 FU và levamisole hoặc 5 FU + acid folic đã làm giảm được tỷ lệ tái phát tại chỗ và cải thiện được thời gian sống 5 năm sau mổ đối với UTTT giai đoạn Dukes C.

## **8.4. Điều trị tại chỗ**

### - Chỉ định:

- + Với mục đích điều trị triệt căn cho những khối u đường kính < 3cm, chưa vượt quá thành trực tràng, chưa có di căn hạch, rất biệt hoá về vi thể và cách rìa hậu môn < 10cm.
- + Với mục đích điều trị tạm thời cho những UTTT không còn khả năng cắt bỏ, đã di căn xa nhiều nơi hoặc ở bệnh nhân già yếu, khối u cách rìa hậu môn < 10cm nhằm tránh phải làm hậu môn nhân tạo.

### - Các phương pháp:

- + Phá huỷ khối u: có thể phá huỷ bằng đốt điện hoặc Laser Nd Yag, tia xạ tiếp xúc. Nhược điểm là không lấy được tổ chức ở đáy điện cắt để xem u đã được lấy bỏ hết chưa.
- + Mổ cắt u: cắt u có thể thực hiện qua đường hậu môn hoặc đường trực tràng (đường mổ tầng sinh môn phía sau của Kraske). Ưu điểm là lấy được tổ chức u ở điện cắt để xét nghiệm vi thể.

## **8.5. Điều trị biến chứng (viêm phúc mạc và tắc ruột)**

Làm hậu môn nhân tạo đơn thuần ở đại tràng Sigma, nếu có thể thì cắt u theo phẫu thuật Hartmann. Lập lại lưu thông tiêu hoá sẽ được làm ở lần mổ sau khi đại tràng đã được chuẩn bị tốt.

## **9. KẾT QUẢ**

- Tỷ lệ chết do mổ: 5-10%
- Tỷ lệ rò miệng nối: 3-10%.
- Chức năng cơ thắt tốt ở những miệng nối đại trực tràng thấp là 90%, còn lại 10% bệnh nhân bị mất tự chủ về đại tiện.
- Sau các phẫu thuật triệt căn, tỷ lệ sống 5 năm sau mổ là 50%, giảm dần theo sự tiến của giai đoạn, giai đoạn Dukes A: 70-90%, Dukes B: 40-60%, Dukes C 20-30%, Dukes D: 0%.

## **10. THEO DÕI SAU MỔ**

Theo dõi đều đặn bệnh nhân sau mổ có vai trò quan trọng để phát hiện tái phát tại chỗ và di căn, bao gồm:

- Thăm khám lâm sàng toàn diện 3 tháng 1 lần.
- Định lượng ACE 3 tháng 1 lần trong 2 năm. Sau đó mỗi năm 1 lần để phát hiện tái phát, di căn.
- Siêu âm gan 3 tháng 1 lần trong 2 năm và sau đó mỗi năm 1 lần để phát hiện di căn gan.
- Chụp phổi 6 tháng 1 lần, sau đó mỗi năm 1 lần để phát hiện di căn phổi
- Soi đại - trực tràng 6 tháng 1 lần trong năm đầu, sau đó mỗi năm 1 lần để phát hiện tái phát ở miệng nối và ung thư mới ở phần đại tràng còn lại.

# BỆNH TRĨ

GS. TS. Đỗ Đức Văn

Bệnh trĩ khá thường gặp ở các nước Âu Mỹ có tới 50% dân số mắc bệnh này. Ở Việt Nam các thống kê cũng cho một tỷ lệ tương tự. Trong số 1378 bệnh nhân được khám tại phòng khám hậu môn - trực tràng khoa phẫu thuật tiêu hoá Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/1993 đến tháng 3/1996 có 624 trường hợp trĩ (chiếm 45% tổng số bệnh nhân đến khám). Tuy thường gặp như vậy nhưng bệnh này chưa được chú ý một cách đúng mức, cả về phía người bệnh cũng như thầy thuốc. Một số khá đông người bệnh tự chẩn đoán và tự chữa theo những kinh nghiệm dân gian cho tới khi diễn biến bệnh nặng mới tìm đến thầy thuốc. Chẩn đoán trĩ tương đối dễ dàng bằng việc hỏi bệnh, thăm khám hậu môn - trực tràng với các phương tiện đơn giản. Có thể điều trị bằng thuốc, bằng thủ thuật hay phẫu thuật. Chỉ định điều trị tùy theo giai đoạn tiến triển của bệnh. Việc chẩn đoán chính xác và áp dụng một biện pháp điều trị thích hợp phần lớn sẽ mang lại kết quả tốt.

## 1. NHẮC LẠI CẤU TRÚC GIẢI PHẪU HẬU MÔN TRỰC TRÀNG

### 1.1. Ống hậu môn

Ống hậu môn đi từ góc trực tràng - hậu môn tới hậu môn (đường hậu môn - da hay còn gọi là rìa hậu môn). Trong đoạn này có một mốc quan trọng, đó là đường lược: đường nối các hốc hậu môn, có khoảng 8-10 hốc hậu môn nằm ở chân các cột Morgagni.

Về mặt tổ chức học: lớp niêm mạc ống hậu môn thay đổi từ trong ra: từ tế bào hình trụ ở niêm mạc của các tế bào chuyển tiếp, rồi đến các tế bào gai, biểu bì (nhưng không có lồng và tuyến bã), và sau cùng đến da tầng sinh môn.

Thomson (1975) đã phát hiện ra lớp lót của niêm mạc vùng ống hậu môn có bề dày không đồng đều, 3 vị trí dày lên thường trùng với vị trí thường gặp của 3 búi trĩ chính (3-8-11 giờ). Ông gọi đó là các đệm hậu môn, chủ yếu được tạo bởi các mạch máu giãn. Thông với nhau nằm trong một khung đỡ bằng các sợi cơ chun ở lớp dưới niêm mạc Thomson cho rằng các đệm này có tác dụng bịt chặt lỗ hậu môn cùng với hệ thống cơ tròn.

Ở vùng này còn có rất nhiều tổ chức thần kinh vì thế niêm mạc đặc biệt nhạy cảm với đau, nóng, lạnh áp lực; nhận cảm được chất chứa trong lòng ruột là hơi, phân lỏng, đặc.

Ứng dụng trong lâm sàng:

- Khi làm các thủ tục ở ống hậu môn (tiêm xơ, thắt trĩ bằng vòng cao su) phải làm trên đường lược 0,5cm để tránh đau.
- Khi phẫu thuật cắt trĩ phải bảo tồn vùng niêm mạc nhạy cảm này, tránh biến chứng ỉa không tự chủ.

## 1.2. Lớp dọc dài phức hợp

Lớp này được tạo bởi cơ dọc của thành trực tràng, được tăng cường bởi các sợi cân. Nó nằm giữa hai khối cơ tròn, phân nhánh toả đi các phía tạo nên những khoang tế bào, một số sợi ôm lấy bờ dưới cơ tròn trong tạo thành dây chằng Parks cố định niêm mạc vào cơ tròn trong.

## 1.3. Mạch máu

- Động mạch: cấp máu cho hậu môn - trực tràng là 3 động mạch.
  - Động mạch trực tràng trên (động mạch trĩ trên) là nhánh tận của động mạch mạc treo tràng dưới, nhánh chủ yếu cấp máu cho vùng hậu môn trực tràng. Động mạch này chia làm 3 nhánh: nhánh phải trước, nhánh phải sau, và nhánh trái (tương ứng vị trí ba bó trĩ thường gặp ở vị trí 11,8 và 3 giờ). Các nhánh này thông với nhau và với tĩnh mạch qua các "shunt".
  - Động mạch trực tràng giữa phải và trái xuất phát từ động mạch hạ vị cấp máu cho phần thấp trực tràng của ống hậu môn.
  - Động mạch trực tràng dưới phải và trái xuất phát từ động mạch thẹn trong, cấp máu cho hệ thống cơ thắt và một phần ba dưới hậu môn.
- Tĩnh mạch
  - Tĩnh mạch luôn đi theo các động mạch tương ứng và có sự thông thương của hai hệ tĩnh mạch chủ.
  - Tĩnh mạch trực tràng trên đổ về tĩnh mạch mạc treo tràng dưới (hệ cửa).
  - Tĩnh mạch trực tràng giữa đổ về tĩnh mạch hạ vị.
  - Tĩnh mạch trực tràng dưới đổ về tĩnh mạch thẹn trong, thẹn ngoài và đổ về tĩnh mạch hạ vị.

## 1.4. Bạch huyết

Một phần đổ về chuỗi hạch trực tràng, phần lớn đổ vào hệ thống bạch mạch vùng bẹn.

## 1.5. Thần kinh

- Vận động: thần kinh giao cảm và phó giao cảm chi phối ống hậu môn đi từ đám rối hạ vị.

Cơ tròn trong nhận thần kinh giao cảm, phó giao cảm và cả những sợi nonchoinergique và nonadrenergique.

- Cơ tròn ngoài được chi phối bởi các nhánh thần kinh của S3 - S4.
- Cơ nâng hậu môn nhận thần kinh từ S4.
- Cảm giác: trực tràng có bộ phận nhận cảm giác căng trường (nằm trong lớp cơ) và thần kinh phó giao cảm từ hạch hạ vị. Ống hậu môn có rất nhiều tổ chức thần kinh ở dưới niêm mạc. Đường cảm giác về (hướng tâm) theo thần kinh thẹn trong.

## 2. SINH BỆNH HỌC

Trĩ là những cấu trúc bình thường ở ống hậu môn, có ngay từ khi đứa trẻ mới sinh ra. Bệnh trĩ là do những cấu trúc này bị chuyển đổi sang trạng thái bệnh lý do yếu tố cơ học làm giãn, lỏng lẻo hệ thống nâng đỡ gây sa búi trĩ và yếu tố mạch máu làm giãn mạch gây chảy máu.

Hiện nay nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh trĩ còn chưa được làm sáng tỏ. Đa số các tác giả cho rằng bệnh trĩ xuất hiện trên những cơ địa đặc biệt (di truyền, thể trạng...) và nêu ra một số yếu tố khởi bệnh.

- Sự suy yếu của tổ chức nâng đỡ.
- Rối loạn lưu thông tiêu hoá: táo bón, ỉa chảy.
- Yếu tố nội tiết.
- Yếu tố gia đình.
- Chế độ ăn, bệnh ở một số nghề nghiệp.
- Trong các thuyết nêu ra có 2 thuyết được nhiều người chấp nhận.

### 2.1. Thuyết mạch máu

Nêu lên vai trò của các shunt động - tĩnh mạch. Khi các yếu tố khởi bệnh tác động làm các shunt mở rộng. Máu động mạch chảy ồ ạt làm các đám rối tĩnh mạch bị đầy giãn quá mức, nếu lúc đó lại có một nguyên nhân cản trở máu trở về (rặn mạnh vì bị táo bón...), các mạch máu phải tiếp nhận một lượng máu quá khả năng chứa đựng nên giãn ra (xung huyết) và quá nữa sẽ dẫn đến chảy máu. Máu chảy đỏ tươi vì là máu trực tiếp từ động mạch sang tĩnh mạch.

### 2.2. Thuyết cơ học

Dưới tác dụng của áp lực tăng cao khi dặn ỉa (táo bón, ỉa khó), các bộ phận nâng đỡ tổ chức trĩ bị giãn dần và trở về lỏng lẻo. Các búi trĩ bị sa xuống dưới và dần dần nằm ở ngoài lỗ hậu môn. Luồng máu tĩnh máu trở về bị cản trở, trong khi luồng máu từ động mạch vẫn tới do áp lực quá cao. Quá trình đó tạo thành một vòng luẩn quẩn, tiếp diễn lâu dài làm mức độ sa giãn trĩ càng nặng lên.

Những nghiên cứu mới đây (đo áp lực cơ thắt) cho thấy sự tăng trưởng lực cơ tròn trong được nêu lên như một nghiên cứu của bệnh trĩ: nó chèn ép đường trở về của máu tĩnh mạch.

## 3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Ba triệu chứng thường gặp nhất:

- Ỉa máu tươi.
- Phát hiện một khối bất thường ở hậu môn.
- Đau đột ngột vùng hậu môn.

Trong nhận thức chung của mọi người, coi tất cả những biểu hiện khó chịu ở vùng hậu môn trực tràng là bệnh trĩ, ngại ngùng đi khám bệnh. Ngay chính thầy

thuốc nhiều khi cũng dễ chấp nhận một chẩn đoán chung chung như vậy mà không kiểm tra cụ thể. Đó cũng chính là lý do để lọt các ung thư đại trực tràng, không chẩn đoán kịp thời vì mọi trường hợp ỉa máu tươi đều được coi là trĩ.

### 3.1. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

#### 3.1.1. Ỉa máu tươi

Chảy máu khi đi ngoài ở các mức độ khác nhau: máu chảy thành tia, rỗ giọt, dính vào phân hay giấy vệ sinh. Táo bón là yếu tố thuận lợi. Do chảy máu kéo dài gây tình trạng thiếu máu mãn tính, đôi khi rất nặng. Đó cũng là lý do khiến người bệnh tìm đến thầy thuốc.

#### 3.1.2. Sa trĩ

Sa một bó hay cả vòng trĩ khi đi ngoài hoặc gắng sức. Bó trĩ sa có thể tự co lên, phải dùng tay đẩy lên hoặc sa thường xuyên kèm hiện tượng xuất tiết viêm ngứa khó chịu vùng hậu môn.

Phải biết phân biệt giữa sa trĩ với sa trực tràng.

- Nếu là sa trĩ, ta sẽ quan sát thấy những rãnh giữa các bó trĩ mà người ta ví như một bông hoa hồng.
- Nếu là sa trực tràng thì các rãnh niêm mạc trực tràng tạo thành các vòng trọn đồng tâm.

#### 3.1.3. Tắc mạch trĩ

Khoảng 15% số bệnh nhân trĩ có các đợt tắc mạch. Cơ chế của hiện tượng này còn chưa được biết rõ. Có thể có các yếu tố hormon, gia đình...

- Trĩ ngoại tắc mạch.

Đó là một khối nhỏ, thường đơn độc, màu xanh tím, chắc, nằm dưới da rìa hậu môn. Nếu để tự diễn biến sẽ tự tiêu thành một miếng da thừa ở rìa hậu môn.

- Trĩ nội tắc mạch.

Hiếm gặp hơn, thường biểu hiện bằng những cơn đau dữ dội trong ống hậu môn. Khám hậu môn trực tràng thấy một khối nhỏ hơi rắn, đau, soi hậu môn thấy khối máu màu xanh tím, niêm mạc nề nhẹ.

- Sa trĩ tắc mạch.

Đau dữ dội vùng hậu môn, khó có thể đẩy trĩ vào lòng ống hậu môn, thường kèm hiện tượng viêm, phù nề niêm mạc vùng hậu môn - trực tràng. Diễn biến: có thể tự thoái triển: đau giảm dần, bó trĩ nhỏ lại, giảm phù nề, để lại di tích là những mảnh da thừa hay u nhú phì đại. Cũng có khi tiến triển, hoại tử, cần can thiệp phẫu thuật.

#### 3.1.4. Những biểu hiện lâm sàng khác

- Đau (ngoài đợt trĩ tắc mạch) thường là cảm giác vướng rát khi đi ngoài.

- Những mảng da thừa hay u nhú phì đại: di tích của trĩ tắc mạch tự tiêu, đôi khi phải lấy bỏ do cản trở vệ sinh, giảm thẩm mỹ.
- Trĩ phôi hợp với nứt kẽ hậu môn: thường hội chứng nứt kẽ trội lên (đau) xong không nên hiểu rằng kẽ là biến chứng của trĩ.

### 3.2. Phân loại

#### 3.2.1. Phân loại theo giải phẫu

Lấy đường lược làm mốc, người ta phân ra:

- Trĩ nội: Nằm ở khoang dưới niêm mạc, trên đường lược, có nguồn gốc từ động mạch trực tràng trên.
- Trĩ ngoại: Nằm ở khoang cạnh hậu môn, dưới da, dưới đường lược, từ đám rối trĩ ngoại (mạch trực tràng dưới).

#### 3.2.2. Phân loại theo vị trí

Nếu coi ống hậu môn như một mặt kính đồng hồ, bệnh nhân nằm theo tư thế phụ khoa. Sự phân bố thông thường nhất của ba búi trĩ ở vị trí 3-7-11 giờ. Một số trường hợp có búi trĩ phụ ở cực sau ống hậu môn, hơi lệch trái hoặc phải (5 giờ hoặc 7 giờ)

#### 3.2.3. Tuỳ theo quá trình phát triển trĩ nội chia làm 4 độ:

- Độ 1: Trĩ cương tụ, có hiện tượng chảy máu (chỉ to lên trong lòng ống hậu môn).
- Độ 2: Sa trĩ khi rặn, tự co lên sau khi đi ngoài.
- Độ 3: Sa trĩ khi rặn, phải dùng tay đẩy lên.
- Độ 4: Trĩ sa thường xuyên, kể cả trường hợp sa trĩ tắc mạch.

### 4. ĐIỀU TRỊ

#### 4.1. Điều trị nội

- Các nguyên tắc vệ sinh ăn uống, lao động, vệ sinh hậu môn: ăn ít gia vị, tránh táo bón.
- Thuốc: dùng toàn thân hay tại chỗ.
  - + Tại chỗ: Dùng các loại thuốc mỡ, viên đạn trĩ có tác dụng chống viêm, giảm đau, tăng sức bền thành mạch: Titanoreine.
  - + Toàn thân: Đặc biệt tốt cho các đợt kịch phát (trĩ chảy máu, sa trĩ tắc mạch) thuốc Daflon và các loại thuốc giảm đau chống viêm chống co thắt.

Điều trị nội có tác dụng chữa bệnh ở giai đoạn đầu (trĩ độ 1-2) và nó cũng rất tốt cho các trường hợp trước và sau giải phẫu. Được coi như một biện pháp điều trị hỗ trợ có hiệu quả để chuẩn bị mổ và giảm đau sau mổ.

## 4.2. Điều trị bằng thủ thuật

### - Tiêm xơ:

Phương pháp được biết từ cuối thế kỷ XIX. Cơ sở lý luận và thực tiễn của phương pháp bắt nguồn từ việc tiêm xơ để điều trị giãn tĩnh mạch chi dưới.

Mục đích và nguyên tắc là làm ngừng hiện tượng chảy máu do mô mạch thiếu oxy hoặc do phản xạ thần kinh vận mạch. Theo dõi diễn biến tổ chức học: dung dịch tiêm xơ có tác dụng kích thích sinh phản ứng viêm ở lớp dưới niêm mạc, nơi có các mạch trĩ. Quá trình sinh tổ chức sẹo xơ làm giảm sự tưới máu và còn có tác dụng cố định niêm mạc hậu môn vào cơ thắt trong. Do vậy tiêm xơ có tác dụng cố định niêm mạc hậu môn vào cơ thắt trong. Do vậy tiêm xơ có tác dụng cầm máu và hạn chế hiện tượng sa búi trĩ.

Các chế phẩm dùng để gây xơ: Kinurea 5%, Anusclerol, Polydocanol...

### - Thắt búi trĩ bằng vòng cao su:

Nguyên lý: luồn một vòng cao su nhỏ ở gốc búi trĩ (trên đường lược). Búi trĩ bị thắt hoại tử vào ngày thứ 3-4, vòng cao su còn nằm lại lâu hơn có tác dụng cầm máu.

Chỉ định: trĩ độ 2-3 với các búi trĩ riêng rẽ. Tốt nhất cho 1 búi sa đơn độc.

### - Chống chỉ định:

- + Sa trĩ tắc mạch.
- + Viêm hậu môn.
- + Viêm hốc nhú hậu môn.
- + Trĩ kèm nứt kẽ hậu môn.

### - Dùng tia hồng ngoại:

Thực ra là hiện đại hóa của thủ thuật tiêm xơ. Áp chiếu tia hồng ngoại vào vùng trên búi trĩ (1 giây) làm đông đặc niêm mạc. Phương pháp cho kết quả tốt trong các trường hợp trĩ chảy máu, sa trĩ vừa phải. Đặc biệt tốt cho viêm hậu môn đỏ mà giãn ít mạch. Thủ thuật có thể làm nhắc lại 2-3 lần cách nhau 15 ngày.

- Liệu pháp lạnh (Nitơ lỏng): hiện nay ít áp dụng.
- Áp dụng phôi hợp thắt vòng cao su.
  - + Vòng cao su làm tắc nghẽn tuần hoàn dễ dàng.
  - + Lạnh có tác dụng giảm đau vòng thắt cao su.
- Đốt bằng dao điện một hoặc hai cực: ít được áp dụng.

Nhìn chung các kỹ thuật nêu trên cho kết quả tốt 70-90% trong một thời gian ngắn song về lâu dài có nguy cơ tái phát. Khoảng 50-70% phải làm lại sau một năm hoặc phải chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên việc chỉ định, lựa chọn đúng phương pháp và thực hiện thủ thuật chuẩn xác đóng một vai trò rất quan trọng nhằm giảm các biến chứng, cho kết quả tốt.

#### 4.3. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định:

Khi các biện pháp khác thất bại: trĩ chảy máu đã điều trị nội và các thủ thuật thất bại (trĩ độ 3-4).

- Sa trĩ thường xuyên.
- Sa trĩ tắc mạch.
- Phương pháp Milligan - Morgan: cắt các búi trĩ riêng rẽ có kèm hoặc không kèm tạo hình hậu môn. Thường chỉ định cho các trường hợp 3 bó trĩ đứng riêng biệt.
- Phương pháp Whitehead - Toupet: phẫu thuật cắt trĩ bảo tồn vùng niêm mạc hậu môn. Áp dụng cho các trường hợp trĩ vòng.
- Săn sóc sau mổ:

- + Kháng sinh: uống (ampicillin...) trong 5-7 ngày.

- + Giảm đau, chống co thắt:

Dafalgan, Efferalgan 4-6 viên/ngày.

Myolastan, Visceralgine, Spasmaverine 4 viên/ngày.

- Săn sóc tại chỗ: nong hậu môn sớm ngay sau khi mổ 24 - 48 giờ, lần/ngày. Lưu ý nong hậu môn nhưng thực chất là động tác thăm trực tràng bằng ngón tay một cách nhẹ nhàng, tránh đau đớn cho bệnh nhân, thường dùng kèm theo viên đạn trĩ + mỡ loại titanoreine. Thời gian nong đủ dài để tránh di chứng hẹp đầu hậu môn là 3 tháng.
- Chế độ ăn uống: ăn uống bình thường 24 giờ sau mổ, tránh các chất gây kích thích như hạt tiêu, ớt, cà phê, thuốc lá... tránh táo bón, có thể dùng thuốc nhuận tràng (dầu paraphine...)

# RÒ HẬU MÔN

TS. Phạm Đức Huấn

Rò hậu môn là những nung mủ cấp tính hoặc mãn tính, có nguồn gốc từ nhiễm trùng của một trong những tuyến Hermann - Desposses, các ống tuyến này đổ vào đáy các hốc hậu môn ở đường lược. Đường rò bao giờ cũng đi xuyên qua cơ thắt ở vị trí cao, thấp khác nhau. Đó là cơ sở quan trọng để phân loại rò áp xe và rò hậu môn chỉ là hai giai đoạn của cùng một bệnh.

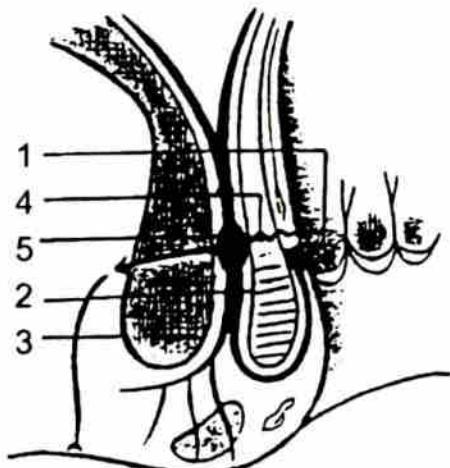
Điều trị rò hậu môn chỉ có một phương pháp duy nhất là phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật một thì hay nhiều thì phụ thuộc chủ yếu vào đường xuyên qua phần thấp hay phần cao của cơ thắt, đường rò đơn giản hay phức tạp. Điều trị kháng sinh không những không có tác dụng mà còn có thể có hại, làm bệnh tiến triển âm thầm, tạo ra ngóc ngách.

Để điều trị có kết quả, tránh tái phát và các biến chứng sau mổ nhiều khi rất khó sửa chữa, phẫu thuật viên cần nắm vững giải phẫu của vùng hậu môn trực tràng, biết cách tìm lỗ rò nguyên phát, xác định đúng liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt để có chiến thuật điều trị đúng đắn.

## 1. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

### 1.1. Cơ chế bệnh sinh

Rò hậu môn là sự nung mủ cấp tính hoặc mãn tính mà điểm xuất phát là nhiễm trùng của một trong các tuyến Herman - Desfosses, các ống tuyến này bao giờ cũng đổ vào các hốc hậu môn tương ứng ở đường lược, ổ nhiễm trùng từ các hốc hậu môn theo ống tuyến tạo ra ổ áp xe nguyên thuỷ ở khoang giữa cơ thắt ngoài và cơ thắt trong. Từ ổ áp xe nguyên thuỷ, mủ có thể lan toả theo các hướng khác nhau của dải cơ dọc dài phức hợp, qua cơ thắt ngoài để tạo ra các ổ áp xe ở các khoang quanh hậu môn, trực tràng. Các ổ áp xe này có thể vỡ ra ngoài da để tạo ra lỗ rò thứ phát. Lỗ nguyên phát hay lỗ trong thường chỉ có 1 lỗ và được phân bố như sau: 75% nằm ở cực sau của ống hậu môn 23% nằm ở cực trước và chỉ có 2% nằm ở thành 2 bên. Lỗ ngoài có thể có một lỗ hay nhiều lỗ.



1. Hốc hậu môn
2. Cơ thắt trong
3. Cơ thắt ngoài
4. Tuyến Hermann - Désfosses
5. Ổ áp xe nguyên thuỷ

Hình 26.1. Cơ chế bệnh sinh của rò hậu môn.

Như vậy rò hậu môn bao giờ cũng có lỗ nguyên phát nằm ở hốc hậu môn. Những nung mủ quanh hậu môn mà không có nguồn gốc từ hốc hậu môn thì không phải là rò hậu môn. Đường rò có thể xuyên qua cơ thắt ở mức độ khác nhau để rò ra ngoài da hoặc nằm dọc theo thành trực tràng ở khoang liên cơ thắt, áp xe và rò hậu môn là hai giai đoạn của cùng một bệnh.

## 1.2. Vi khuẩn học

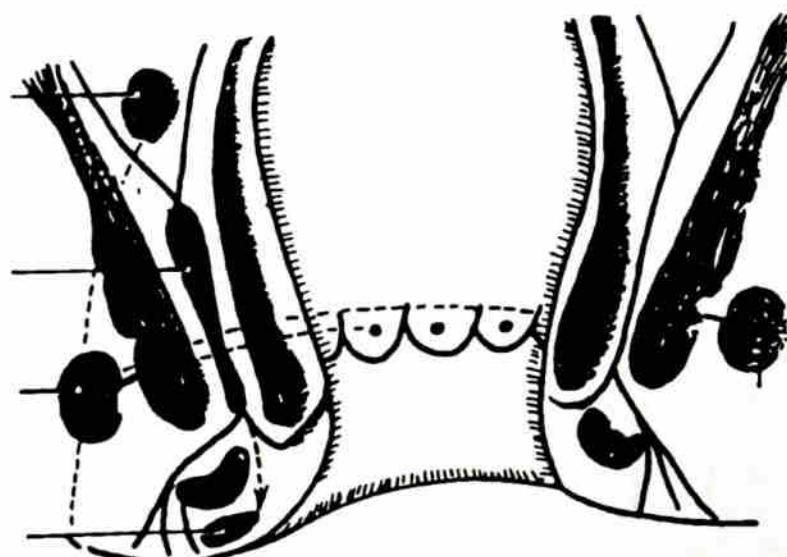
Vi khuẩn tìm thấy trong các ổ áp xe luôn luôn là các chủng vi khuẩn gram (-) của đường ruột như E.Coli, Proteus... Khi áp xe đã vỡ ra thành đường rò thì có các chủng vi khuẩn ở ngoài da như tụ cầu, liên cầu khuẩn. Trước kia, rò hậu môn do trực khuẩn lao thường gặp, ngày nay rò do lao chỉ chiếm một tỷ lệ rất thấp, cho dù rò hậu môn do chủng vi khuẩn nào thì điều trị cũng chỉ cho biện pháp duy nhất là phẫu thuật.

## 2. PHÂN LOẠI

Người ta dựa vào vị trí, đường đi của đường rò liên quan với hệ thống cơ thắt hậu môn và các khoang tế bào xung quanh hậu môn để phân loại rò hậu môn.

### 2.1. Áp xe cạnh hậu môn

- Áp xe giữa cơ thắt: ổ áp xe nằm ở khoang giữa cơ thắt ngoài và cơ thắt trong.
- Áp xe rìa hậu môn: ổ áp xe nằm ở khoang cạnh hậu môn, ngay dưới da.
- Áp xe hố ngồi trực tràng: ổ áp xe có thể nằm ở một bên hố ngồi trực tràng, hoặc 2 ổ áp xe ở 2 bên thông với nhau ở phía sau (áp xe hình móng ngựa).
- Áp xe trực tràng chậu hông: ít gặp và thường do các thủ thuật thăm dò lúc mủ gây nên.



Hình 26.2. Vị trí các ổ áp xe cạnh hậu môn.

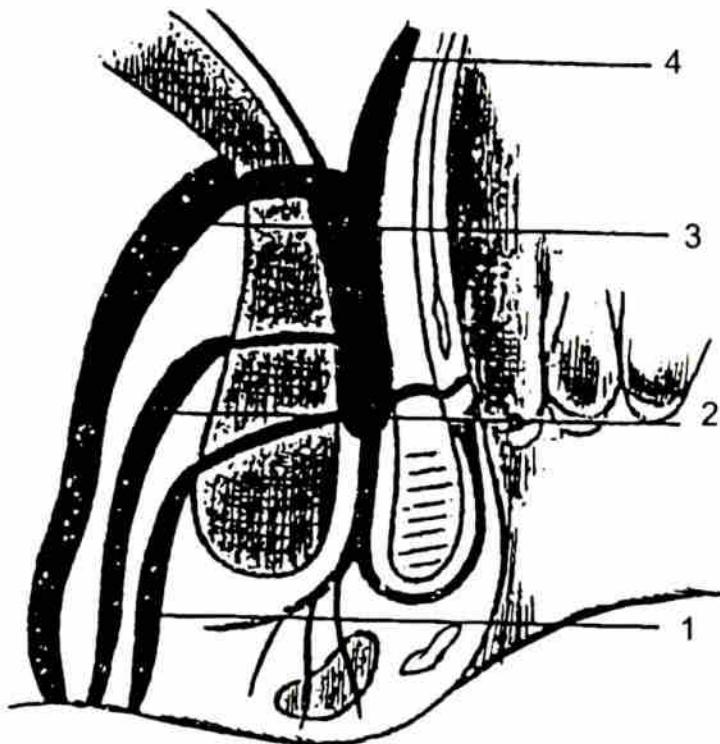
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Áp xe giữa cơ thắt       | 4. Áp xe hình móng ngựa       |
| 2. Áp xe rìa hậu môn        | 5. Áp xe trực tràng chậu hông |
| 3. Áp xe hố ngồi trực tràng |                               |

## 2.2. Các đường rò chính

Rò xuyên qua cơ thắt bao gồm:

- Rò xuyên qua cơ thắt phần thấp: đường rò đi qua nửa dưới của cơ thắt ngoài. Loại này gặp nhiều nhất (61%).
- Rò xuyên qua phần cao cơ thắt: đường rò đi qua bó sâu của cơ thắt ngoài chiếm khoảng 19%...
- Rò giữa cơ thắt: đường rò nằm giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài.

Ngoài các đường rò chính còn có các túi cùng thông vào các đường rò: bao gồm các túi cùng hình móng ngựa, túi cùng giữa các cơ thắt, túi cùng trên cơ nâng, túi cùng chậu hông.



1. Rò xuyên cơ thắt phần thấp
2. Rò xuyên cơ thắt phần cao
3. Rò trên cơ thắt
4. Rò giữa cơ thắt

Hình 26.3. Các đường rò chính

## 2.3. Các trường hợp đặc biệt

- Rò đôi: có 2 lỗ nguyên phát, rất hiếm gặp.
- Rò hình chữ Y: là loại rò có 1 lỗ nguyên phát, lúc đầu có 1 đường rò duy nhất, sau đó chia thành 2 đường khi xuyên qua cơ thắt ngoài.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Giai đoạn áp xe

#### 3.1.1. Dấu hiệu gợi ý

- Đau ở vùng hậu môn là triệu chứng chính, đau nhức nhối, liên tục, lan tới bộ phận sinh dục và thường làm cho bệnh nhân mất ngủ. Đau có thể kèm theo mót rặn, đái khó, thậm chí gây bí đái.
- Toàn thân: hội chứng nhiễm trùng thường nhẹ, sốt, bạch cầu tăng.

### **3.1.2. Khám vùng hậu môn**

- Chẩn đoán thường dễ nếu nhìn thấy một khối phồng lên, đỏ, căng bóng và làm mất nếp nhăn của da ở rìa hậu môn. Khối này có thể bị vỡ, chảy mủ, dịch hôi ra ngoài và rất đau khi sờ nắn. Nếu khối áp xe nằm ngay sát rìa hậu môn thì đường rò thường thấp, ngược lại, áp xe nằm càng xa rìa hậu môn thì đường rò càng cao.
- Lỗ hậu môn thường mở và có thể có mủ chảy ra.
- Sờ nắn vào khối áp xe thường có cảm giác căng và bệnh nhân rất đau. Đối với các ổ áp xe nằm ở hố ngồi trực tràng, sờ nắn thấy một vùng căng, đau bất thường.
- Thăm hậu môn - trực tràng: có thể nhận biết được lỗ trong dưới dạng một hạt nhỏ nằm ở hốc hậu môn, lồi lên hoặc một điểm lõm xuống, đau chói khi ấn ngón tay vào. Trong trường hợp áp xe giữa các cơ thắt, sẽ sờ thấy một khối căng, đau đầy lồi vào lòng trực tràng.

### **3.1.3. Soi hậu môn trực tràng**

Ít khi thực hiện được vì bệnh nhân đau, khi soi có thể phát hiện được lỗ nguyên phát ở hốc hậu môn viêm, chảy mủ.

## **3.2. Giai đoạn rò**

### **3.2.1. Hoàn cảnh phát hiện bệnh**

Bệnh nhân thường đến viện vì một lỗ rò chảy dịch, mủ từng đợt ở cạnh hậu môn sau chích mổ áp xe ở cạnh hậu môn hoặc do ổ áp xe cạnh hậu môn tự vỡ hoặc bệnh nhân bị rò hậu môn đã mổ nhiều lần nhưng không khỏi.

### **3.2.2. Thăm khám**

- Nhìn thấy một lỗ rò đang chảy dịch, mủ, nằm ở vùng da lành hoặc trên seо mổ cũ ở cạnh hậu môn; có thể có 1 hoặc nhiều lỗ ngoài. Nếu có 2 lỗ ngoài nằm ở 2 bên so với đường giữa thì đó là rò móng ngựa.
- Sờ nắn thấy 1 đường xơ cứng dưới da hướng về phía hậu môn. Đó là một gợi ý về vị trí của lỗ nguyên phát ở hốc hậu môn tương ứng. Trường hợp đường rò cao, sờ nắn chỉ thấy một khối xơ cứng ở hố ngồi trực tràng.

### **3.2.3. Tìm lỗ nguyên phát**

- Theo định luật Goodsall, những lỗ ngoài nằm ở nửa trên của đường kẻ ngang qua giữa lỗ hậu môn thì đường rò đi trực tiếp vào lỗ nguyên phát ở hốc hậu môn tương ứng. Ngược lại, những lỗ ngoài nằm dưới của đường này thì đường rò sẽ đi vòng ra sau để vào lỗ nguyên phát ở hốc hậu môn phía sau gần đường giữa. Tuy nhiên, không thể dựa hoàn toàn vào định luật này để tìm lỗ nguyên phát được vì tỷ lệ sai là 20%.
- Thăm hậu môn - trực tràng: thăm hậu môn có thể sờ thấy lỗ nguyên phát nếu lỗ này to, nhưng thường là rất khó nhận biết nếu lỗ này nhỏ dưới dạng một hạt cứng, hoặc một điểm hơi lõm xuống và hơi cứng.

- Soi hậu môn: có thể nhìn thấy lỗ nguyên phát (một nhú lồi lên hoặc một hốc hậu môn bị viêm).
- Bơm hơi từ lỗ ngoài thấy hơi xì ra ở hốc hậu môn là dấu hiệu chắc chắn nhất.
- Bơm chất màu (xanh methylen) từ lỗ ngoài thấy xanh methylen chảy ra từ hốc hậu môn, ngoài tác dụng tìm lỗ rò còn để xác định đường rò và túi cùng khi mổ.

### **3.2.4. Chẩn đoán hình ảnh**

- Chụp cản quang đường rò với lipiodol để phát hiện đường rò phức tạp như rò hình móng ngựa, rò có nhiều ngóc ngách.
- Siêu âm qua soi hậu môn: có thể đánh giá được mối liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt nhưng ít có khả năng phát hiện được lỗ trong.
- Chụp cộng hưởng từ trường hạt nhân (IRM) có khả năng đánh giá được đường rò và tìm lỗ nguyên phát nhưng ít tác dụng vì phức tạp và đắt tiền. Tuy nhiên, không có một kỹ thuật thăm dò hình ảnh nào thay thế được kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

## **4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

### **4.1. Các nung mủ ở cạnh hậu môn**

- Bệnh Verneuil: viêm mủ các tuyến nang lông ở da xung quanh hậu môn do tụ cầu. Biểu hiện lâm sàng là có rất nhiều lỗ rò, các lỗ rò này thông với nhau bởi các đường hầm dưới da và tạo thành mảng cứng quanh hậu môn.
- Nang lông: đó là 1 ổ nằm ở sau hậu môn, trước xương cùng cụt, trong nang thường có một hoặc nhiều sợi lông mọc ra. Nang lông thường bị áp xe hoặc viêm mãn chảy mủ hôi.
- Nang tuyến bã nhiễm trùng.
- Rò từ các cơ quan khác: áp xe tiền liệt tuyến, viêm xương chậu...

### **4.2. Nguồn gốc ở phía trên hậu môn**

- Rò do bệnh Crohn trực tràng: hiếm gặp ở Việt Nam.
- Rò ung thư trực tràng: chẩn đoán dựa vào soi trực tràng và sinh thiết.
- Rò trực tràng - âm đạo sau đẻ.

### **4.3. Nguồn gốc ở ống hậu môn**

Nứt kẽ hậu môn nhiễm trùng.

Viêm các tuyến dưới đường lược: lỗ trong nằm dưới đường lược.

## **5. ĐIỀU TRỊ**

Áp xe và rò hậu môn chỉ là hai giai đoạn của cùng một bệnh. Do vậy, việc điều trị chỉ có một phương pháp là điều trị phẫu thuật và tuân theo một nguyên

tắc chung. Điều trị kháng sinh không có hiệu quả mà còn có hại vì làm bệnh tiến triển âm ỉ và tạo ra các ngóc ngách.

### 5.1. Nguyên tắc chung

Tìm và xử lý lỗ nguyên phát và đường rò. Việc tìm lỗ nguyên phát là thi quan trọng nhất của phẫu thuật. Tìm lỗ nguyên phát dựa vào thăm khám hốc hậu môn khi mổ, bơm hơi hoặc xanh methylen vào đường rò. Kéo vào đường rò trong khi mổ sẽ thấy hốc hậu môn tương ứng với lỗ trong bị dùm lại. Sự xác định đường rò dựa vào việc bơm xanh methylen vào đường rò, đưa que thăm dò vào đường rò từ lỗ trong và phẫu tích làm rõ các thành phần giải phẫu là biện pháp duy nhất để xác định chính xác vị trí đường rò xuyên qua cơ thắt.

Đảm bảo chức năng tự chủ về đại tiện của bệnh nhân. Điều đó liên quan đến hệ thống cơ thắt và cấu trúc toàn thể của hậu môn. Do vậy phải xác định đúng vị trí của đường rò xuyên qua cơ thắt, rò đơn giản hay phức tạp để quyết định mổ rò một thì hay nhiều thì.

### 5.2. Điều trị áp xe

Đối với giai đoạn áp xe, mổ dẫn lưu áp xe càng sớm càng tốt. Nếu ổ áp xe nằm nông ngay dưới da rìa hậu môn. Có thể gây tê tại chỗ để rạch dẫn lưu. Đường rạch song song với nếp da ở rìa hậu môn. Nếu ổ áp xe nằm ở sâu, cần phải gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân để mổ dẫn lưu áp xe, đảm bảo đường mổ dẫn lưu đủ rộng và đúng. Tuỳ vị trí của ổ áp xe mà có các đường ổ dẫn lưu mủ tương ứng: đường rạch chéo sau bên đối với áp xe hố ngồi trực tràng, rạch 2 bên đối xứng đối với áp xe móng ngựa, rạch dẫn lưu vào lòng trực tràng đối với áp xe giữa cơ thắt.

Về việc giải quyết lỗ nguyên phát và đường rò, nếu lỗ nguyên phát dễ tìm thì xử trí đường rò tuỳ theo đó là rò cao hay thấp. Nếu lỗ nguyên phát khó tìm thì chỉ nên dẫn lưu ổ áp xe, đường rò sẽ được xử trí ở lần mổ sau.

### 5.3. Điều trị rò

Phẫu thuật một thì hay nhiều thì phụ thuộc vào loại rò cao hay thấp, rò đơn giản hay phức tạp.

Rò qua cơ thắt phần thấp: cắt mổ đường rò một thì, bao gồm lấy toàn bộ đường rò, cắt cơ thắt trong và phần thấp của cơ thắt ngoài.

- Rò qua phần cao hoặc trên cơ thắt: mổ làm 2 thì.

+ Thì 1: cắt mổ đường rò tới bình diện cơ thắt ngoài, sau đó luồn vòng qua đường rò vào lỗ trong bằng sợi chỉ không tiêu hoặc sợi cao su. Đối với rò trên cơ thắt cũng luồn chỉ như vậy, sau khi đã cắt phần cao của cơ thắt ngoài để hạ thấp đường rò mà không làm thay đổi cấu trúc của hậu môn.

+ Thì 2: mổ lại sau 2-3 tháng, khi vết mổ đã cũ đã có tổ chức sẹo tốt. Có thể xử trí theo 2 cách: cắt đường rò trực tiếp qua cơ thắt bằng dao điện hoặc cắt từ từ cơ thắt bằng cách thắt dần các sợi chỉ cao su, sau khi cắt bỏ vùng da

và niêm mạc nhạy cảm ở hậu môn để tránh đau cho bệnh nhân, cứ 8 ngày lại thắt chặt thêm sợi cao su cho đến khi cơ thắt bị cưa đứt hoàn toàn.

- Rò giữa cơ thắt: cắt mở đường rò vào bóng trực tràng bằng dao điện.
- Rò móng ngựa: mổ làm 3 thì.
  - + Thì 1: dẫn lưu đường rò chính và làm thông 2 hố ngồi trực tràng bằng 2 sợi chỉ không tiêu hoặc cao su.
  - + Thì 2: mổ sau 8-10 tuần, rạch mở thông 2 hố ngồi trực tràng.
  - + Thì 3: cắt mở đường rò chính qua cơ thắt. Trong một số trường hợp, với các rò thấp, việc cắt mở đường rò chính qua cơ thắt có thể làm cùng với thì 2, nếu rò cao thì đặt chỉ cao su thắt lại từ từ.

## 6. SĂN SÓC SAU MỔ

Săn sóc sau mổ là công việc rất quan trọng để đảm bảo kết quả sau mổ, bao gồm các việc sau:

- Điều trị kháng sinh sau mổ chống các loại vi khuẩn ái khí và kỵ khí.
- Thay băng và rửa vết mổ bằng dung dịch sát khuẩn ngày 2 lần.
- Khám định kỳ 10 ngày 1 lần cho tới khi vết mổ liền hoàn toàn.







CK.0000014592

## Tìm đọc

- ❖ *Bệnh học ngoại khoa tập 2*
- ❖ *Bệnh học ngoại khoa (Giáo trình sau Đại học)*
- ❖ *Ngoại khoa cơ sở*
- ❖ *Triệu chứng học ngoại khoa*
- ❖ *Bệnh học ngoại khoa*
- ❖ *Cấp cứu ngoại khoa tim mạch lồng ngực*
- ❖ *Cấp cứu ngoại khoa tiết niệu*
- ❖ *Cấp cứu ngoại khoa tiêu hoá*
- ❖ *Cấp cứu ngoại khoa thần kinh*
- ❖ *Cấp cứu ngoại khoa nhi khoa*

ĐẠI H  
TRU

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](http://www.cimsi.org.vn/nhaxuatbanyhoc)

**GIÁ: 51.000Đ**

