TẮC RUỘT

1. Đại cương

* Định nghĩa: Tắc ruột là hội chứng do ngừng lưu thông hơi và dịch tiêu hóa trong lòng ruột gây ra.
* Gồm 2 loại:

+ Tắc ruột cơ học: Do cản trở cơ học nằm từ góc Treiz đến hậu môn

+ Tắc ruột do liệt ruột: Do ngừng nhu động của ruột

* Là 1 cấp cứu ngoại khoa ổ bụng (Chỉ sau VRT)
* Có nhiều nguyên nhân gây tắc ruột, biểu hiện rất thay đổi, phụ thuộc vào: cơ chế, vị trí và thời gian tắc
* Chẩn đoán chủ yeeud dựa vào lâm sạng và XQ bụng không chuẩn bị
* Điều trị: chủ yếu là phẫu thuật
* Tắc ruột cơ học có hậu quả rất nặng nề -> giải quyết nguyên nhân và hậu quả sinh lý

1. Nguyên nhân và cơ chế tắc ruột
2. Tắc ruột cơ học

* Nguyên nhân trong lòng ruột

+ Ở ruột non

* Do giun đũa ngưng tụ lại: hay gặp ở trẻ em và người lớn vùng nông thôn trồng rau + ăn uống kém vệ sinh
* Do khối bã thức ăn (măng, xơ mít, quả sim...): ở người già rụng răng, suy tụy hay đã cắt dạ dày
* Sỏi túi mật: gây viêm, thủng tá tràng và di chuyển xuống ruột gây tắc

+ Ở đại tràng: khối u phân ở người già bị táo bón kéo dài

* Nguyên nhân tại thành ruột (ở cả ruột non và đại tràng)

+ Ung thư, đặc biệt hay gặp nhất là K đại tràng

+ U lành tính có kích thước lớn (hiếm)

+ Hẹp thành ruột do viêm nhiễm hoặc sẹo xơ sau: lao ruột, bệnh Crohn ruột, viêm ruột sau xạ trị, hẹp miệng nối ruột, hẹp ruột sau chấn thương

+ Lồng ruột:

* Là 1 đoạn ruột phía trên chui vào đoạn ruột phía dưới theo chiều nhu động
* Gồm nhiều loại: hồi-ĐT, hồi-hỗng tràng
* Lồng ruột cấp tính: thường ở trẻ bú mẹ, người lớn ít gặp và thường phối hợp với u, túi thừa
* Nguyên nhân ngoài thành ruột:

+ Dây chằng và dính các quai ruột: hay gặp nhất

* 80% gặp sau mổ, còn lại do viêm nhiễm, chấn thương, bẩm sinh
* Các dây chằng, xơ dính gập 2 quai ruột hoặc dính 1 quai ruột với vùng bị mất thanh mạc ở thành bụng -> tạo các khe, khiến 1 hay nhiều quai ruột chui vào, nghẹt ở chân quai ruột và mạc treo tương ứng -> thiếu máu, hoại tử

+ Do thoát vị nghẹt

* Thoát vị thành bụng: bẹn, đùi, rốn
* Thoát vị nội: thoát vị bịt, góc Treitz, khe Winslow
* Gây nghẹt khi ruột chui vào các lỗ này

+ Xoắn ruột

* Quai ruột bị xoắn trên trục mạc treo của nó
* Rất nặng, do mạch máu mạc treo ruột cũng bị xoắn -> hoại tử ruột nhanh
* Vị trí
* Ruột non: do hậu quả của tắc ruột phía trên do dây chằng dính vào đỉnh hoặc chân quai ruột đó
* Đại tràng: thường tự phát, do đại tràng sigma dài, 2 chân gần nhau nên lộn quay xuống
* Manh tràng: do đại tràng (P) không dính bẩm sinh (hiếm)

+ U bên ngoài chèn ép vào

1. Tắc ruột cơ năng (tắc ruột do liệt ruột): 5-10% trường hợp

* Nguyên nhân ngoại khoa gây liệt ruột phản xạ gồm:

+ VPM do VRT, thủng dạ dày, dịch tụy

+ Sỏi niệu quản

+ Chấn thương cột sống

+ Vỡ xương chậu: Do tụ máu sau phúc mạc

+ UNBT xoắn

+ Thiếu máu cấp và huyết khối tĩnh mạch mạc treo

* Nguyên nhân nội khoa: làm tổn thương TK-cơ của ruột và gây giả tắc ruột, gồm:

+ RLCH: K+ máu giảm, Ca2+ máu tăng, toan chuyển hóa

+ Thuốc: Kháng Cholinergic, dẫn chất thuốc phiện

+ Tổn thương ruột trong bệnh toàn thân: ĐTĐ, thiểu năng tuyến giáp, xơ cứng bì, RLCH porphyrin

+ Tổn thương khu trú đám rồi thần kinh thành ruột: bệnh giãn đại tràng bẩm sinh

+ Tổn thương thần kinh lan tỏa hơn, tổn thương cơ gây RLVĐ ruột, gọi chung là giả tắc ruột không rõ nguyên nhân mạn tính. Đặc biệt trong đó là hội chứng Ogilvie: giãn đại trnagf cấp không do tắc và có thể phục hồi

1. Hậu quả của tắc ruột

Các RL toàn thân và tại chỗ do tắc ruột phụ thuộc vào: cơ chế (bít tắc hay thắt nghẹt), vị trí( ruột non hay đại tràng), tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn, tắc ruột cơ năng hay cơ học.

1. Tắc ruột do bít tắc:

* Ở ruột non:

+ Ảnh hưởng lên đoạn ruột trên chỗ tắc: nhanh chóng và nặng nề:

* Lúc đầu do cơ chế TK: sóng nhu động tăng mạnh ở trên chỗ tắc nhằm thắng lại cản trở -> gây cơn đau và dấu hiệu rắn bò trên thành bụng
* Sau đó: Sóng nhu động giảm và mất khi thành ruột bị tổn thương
* Ruột trên chỗ tắc chướng, giãn dần do:
* Chứa hơi: 70% do nuốt, 30% do vi khuẩn phân hủy
* Chứa dịch: do đường tiêu hóa bài tiết ( trung bình 6l/24h)
* Hậu quả:
* Tăng áp lực trong lòng ruột gây ứ trệ TM -> giảm tưới máu mao mạch thành ruột làm niêm mạc ruột tổn thương phù nề, xung huyết + giảm hoặc mất khả năng hấp thụ dịch tiêu hóa -> ứ đọng dịch
* Nôn và phản xạ trào ngược lên cao trên chỗ tắc: làm giảm sự tăng áp lực trong lòng ruột, nôn nhiều ( đặc biệt trong tắc ruột cao) gây mất nước -> RLĐG + RL thăng bằng kiềm-toan
* Xét nghiệm:
* Giảm khối lượng tuần hoàn -> cô đặc máu: Hct tăng, protid máu tăng
* RLĐG: Na+ máu giảm (do dịch ứ đọng nhiều Na+), K+, Cl- máu giảm ( do nôn), K+ máu tăng trong giai đoạn muộn (do thành ruột hoại tử)
* RL thăng bằng kiềm-toan:

. Dịch nôn chứa nhiều H+ -> di chuyển HCO3- từ trong tế bào ra ngoài gây kiềm chuyển hóa

. Bụng chướng đẩy cơ hoành lên cao -> giảm thông khí -> ảnh hưởng cơ chế bù.

+ Đoạn ruột dưới chỗ tắc: những giờ đầu nhu động ruột đẩy phân và hơi xuống dưới làm ruột xẹp xuống và không có hơi

* Ở đại tràng:

+ Hậu quả toàn thân và tại chỗ như tắc ruột non nhưng xuất hiện chậm và muộn hơn

+ Hiện tượng tăng sóng nhu động trên chỗ tắc ít gặp

+ Ruột giãn to, chứa nhiều khí hơn dịch (do VK lên men)

+ Khi áp lực trong lòng đại tràng trên chỗ tắc tăng cao khiến van Bauhin mở ra, dịch và hơi trào lên ruột non -> hậu quả xảy ra như tắc ruột non

+ Khi van Bauhin tự chủ, đóng kín:

* Phân và hơi trong đại tràng không tràn lên ruột non được -> ĐT giãn rất to, áp lực trong lòng ĐT lớn -> nguy cơ vỡ ĐT
* Áp lực cao nhất là ở manh tràng vì manh tràng có đường kính lớn nhất (định luật Laplace) -> tắc ĐT vị trí bị thủng, vỡ nhiều nhất là manh tràng

1. Tắc ruột do thắt nghẹt

* Xoắn ruột:

+ Hậu quả xảy ra nhanh chóng và nặng nề nhất

+ Rối loạn toàn thân và tại chỗ chủ yếu do quai ruột và mạch máu mạc treo tương ứng bị nghẹt gây ra

+ Quai ruột xoắn, nghẹt:

* Chứa dịch là chủ yếu , ít hơi (trừ xoắn ĐT: trong quai ruột bị xoắn có nhiều hơi do VK lên men)
* Ứ trệ ở quai ruột bị xoắn làm thoát huyết tương và máu vào trong quai ruột bị xoắn và ổ bụng
* Ruột bị tổn thương, hàng rào bảo vệ niêm mạc bị phá hủy -> VK tăng sinh trong quai ruột có thể thoát vào ổ phúc mạc, nội độc tố của VK được tái hấp thu -> sốc do nhiễm trùng- nhiễm độc và giảm khối lượng tuần hoàn

+ ĐM mạc treo tương ứng cũng bị nghẹt -> thiếu máu quai ruột bị nghẹt -> hoại tử, vỡ vào ổ bụng gây VPM

* Lồng ruột cấp tính:

+ Cổ khối phồng làm nghẹt đoạn ruột lồng và mạc treo tương ứng

+ Hậu quả:

* Tại chỗ: chảy máu trong lòng ruột, hoại tử khối lồng
* Toàn thân: giống trong xoắn ruột

1. Tắc ruột do liệt ruột

* Hậu quả tại chỗ, toàn thân tùy nguyên nhân gây liệt ruột
* Tắc ruột cơ năng do phản xạ

+ RL toàn thân và tại chỗ xảy ra từ từ, rất muộn và nhẹ

+ Ruột chướng rất sớm và nhiều, chướng hơi là chính

+ Ít khi nôn (vì ruột không có nhu động)

+ 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

1. Chẩn đoán xác định tắc ruột cơ học

* **Lâm sàng:**
  1. Cơ năng

- Đau bụng:

+ Đau bụng luôn là triệu chứng khỏi phát bệnh

+ Tính chất đau điển hình: đau bụng cơn

+ Cơn đau có thể khởi phát từ từ hoặc đột ngột, dữ dội, bắt đầu ở vị trí tắc, nhanh chóng lan tỏa khắp ổ bụng

+ Tính chất cơn đau giúp định hướng nguyên nhân:

* TR do bít tắc: Đau bụng thành cơn điển hình, ngoài cơn không đau hoặc đau nhẹ
* TR do xoắn ruột: Đau khởi phát đột ngột, dữ dội như xoắn vặn, đau liên tục, không thành cơn, lan ra sau lưng hoặc vùng thắt lưng. BN tìm tư thế giảm đau nhưng không hiệu quả

+Theo dõi cơn đau có giá trị trong theo dõi tắc ruột , phát hiện nghẹt ruột hay hoại tử ruột. Nếu BN đau dồn dập, liên tục kèm theo thay đổi toàn thân, toát mồ hôi, vẻ mặt hốt hoảng, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, HA tụt -> cẩn thận ruột đã hoại tử hay nghẹt ruột

* Nôn:

+ Là phản xạ tự nhiên làm giảm áp lực trong lòng ruột

+ Xuất hiện đồng thời với cơn đau nhưng không giảm đau sau nôn

+ Lúc đầu nôn ra thức ăn, dịch ruột -> giai đoạn muộn: nôn ra nước như phân

+ Tính chất nôn phụ thuộc vào vị trí tắc:

* Tắc cao: nôn sớm, nhiều, nôn ra nước mật
* Tắc thấp: nôn muộn, ít, chất nôn bẩn. Có khi chỉ buồn nôn
* Bí trung đại tiện:

+ Xuất hiện thường xuyên khi tắc ruột hoàn toàn, khi có khi không nếu là bán tắc ruột

+ TR thấp: xuất hiện sớm hơn

+ TR cao: xuất hiện muộn, không rõ ràng (BN vẫn còn đại tiện do đào thải các chất cặn bã, phân dưới chỗ tắc), sau đại tiện không hết đau bụng

* 1. Toàn thân: Phụ thuộc vào cơ chế, vị trí, thời gian tắc
* TR do bít tắc:

+ Ít thay đổi trong những giờ đầu

+ Nếu đến muộn và tắc càng cao có thể thấy:

* DH nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, sốt cao,...
* Tình trạng mất nước: khát nước, mắt trũng, da khô, nhăn, thiểu niệu hoặc vô niệu,...
* Có thể có shock do giảm KLTH, RLĐG: li bì hoặc kích thích, da-niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh, HA tụt
* TR do thắt nghẹt: Shock có thể xuất hiện sớm tỏng những giwof đầu do nhiễm độc
  1. Thực thể:
* Sẹo mổ cũ (tính chất: sẹo xấu, nhăn nhúm)
* Bụng chướng mềm: Không chướng ngay, càng muộn càng rõ

+ Chướng ít, không chướng, thậm chí bụng còn xẹp: TR cao, đặc biệt là tắc hỗng tràng sát góc Treitz

+ TR do bít tắc: chướng đều

+ TR do thắt nghẹt: chướng lệch (TR do xoắn đại tràng sigma: bụng chướng lệch (T) )

+ Tắc đại-trực tràng thấp: chướng dọc khung ĐT

+ Khó đánh giá ở người béo, người đang có thai

* DH quai ruột nổi:

+ Nhìn thấy khối phồng trên thành bụng, sờ nắn có cảm giác căng, bờ rõ, gõ vang

+ DH Von-Wahl: sờ quai ruột rất căng, đau, không di động -> có giá trị chẩn đoán: TR do xoắn nghẹt ruột

* DH rắn bò:

+ Xuất hiện trong cơn đau hoặc sau kích thích, thấy quai ruột nổi gồ và di chuyển trên thành bụng từ (T) -> (P) từng đợt

+ Thấy rõ nếu thành bụng mỏng, ít mỡ

+ Đặt bàn tay lên thành bụng để cảm nhận hoặc kích thích thành bụng

+ Là DH đặc trưng của TR cơ học, không có DH này cũng không loại trừ TR

* Tiếng réo di chuyển của hơi và dịch trong lòng ruột:

+ Do bít: DH lọc xọc trong lòng ruột (có giá trị tương đương DH rắn bò)

+ Tắc 1 quai ruột bị nghẹt: Bụng chướng lệch, im lặng

* Gõ: vang chỗ cao, đục vùng thấp (khi đến muộn: hoại tử ruột, quai ruột giãn, dịch ứ đọng trong lòng ruột thoát ra ngoài ổ bụng)
* Thăm khám bụng cẩn thận và các lỗ thoát bị có thể định hướng nguyên nhân:

+ Nếu có DH cảm ứng phúc mạc: hoại tử ruột

+ Nếu phản ứng thành bụng khu trú: TR do xoắn, nghẹt ruột

+ Có sẹo mổ cũ, ấn có điểm đau: tạo dây chằng sau mổ

+ Có thể sờ thấy khối u ruột non, u ĐT, búi giun, búi lồng...

+ Khám các lỗ thoát vị: phát hiện thoát vị bẹn, đùi, đặc biệt ở BN có tuổi

* Thăm trực tràng:

+ Bóng trực tràng rỗng

+ Có thể sờ thấy u trực tràng, u ĐT sigma tụt xuống, khối lồng ruột khi BN đến quá muộn

+ Trẻ nhũ nhi: Thấy có máu (thăm bằng ngón út hoặc sonde Nelaton) khi lồng ruột thấp do các mạch máu ở thành ruột tắc nghẽn, cương tụ, thoát quản vào lòng ruột

* **Cận lâm sàng**
  + 1. Chụp XQ bụng không chuẩn bị
* Là phương pháp quan trọng nhất để chẩn đoán tắc ruột và xác định vị trí, cơ chế tắc
* Tư thế: đứng thẳng, nếu BN nặng có thể nằm ngửa, nằm nghiêng
* Các Dh tắc ruột:

+ Ruột giãn trên chỗ tắc:

* Giãn hơi trên phim chụp nằm
* Mức nước-hơi trên phim chụp đứng và nằm nghiêng

+ Ruột dưới chỗ tắc: không có hơi (là DH gợi ý), nếu có hơi là tắc không hoàn toàn

+ Mức nước-hơi có hình ảnh đặc trưng

* TR non: có nhiều mức nước-hơi, tập trung ở giữa bụng, xếp hình bậc thang, kích thước nhỏ, vòm thấp, chân rộng, thành mỏng, có hình các nếp niêm mạc ngang
* Tắc ĐT: ít mức nước-hơi, nằm dọc khung ĐT, kích thước lớn, vòm cao, chân hẹp, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột
* TR do liệt ruột: Cả RN và ĐT đều giãn, giãn hơi là chủ yếu, ít có mức nước mức hơi

+ Không có hình ảnh liềm hơi -> nếu có thì do thủng ruột hoại tử

+ DH dịch trong ổ bụng: mờ vùng thấp, thành ruột dày lên do dịch đọng giữa các quai ruột

* + 1. Chụp ĐT cản quang
* CĐ: Lâm sàng nghi ngờ là TR thấp, tốt nhất nên dùng thuốc cản quang tan trong nước
* CCĐ: thủng ruột hoặc nghi ngờ thủng ruột
* Mục đich: xác định vị trí và nguyên nhân tắc
* Hình ảnh:

+Xoắn ĐT sigma: thuốc cản quang dừng lại ở trực tràng và có hình ảnh mỏ chim

+ Tắc ĐT do u: thuốc cản qunag dừng lại ở vị trí u và có hình ảnh cắt cụt nham nhở

+ Lồng ruột: hình càng cua, đáy chén, bia bắn

* Có thể chụp lại sau vài giờ nếu hình ảnh tắc ruột không rõ
  + 1. Chụp lưu thông ruột non
* CĐ: TR sau mổ tái diễn nhiều lần và TR không hoàn toàn sau khi đã loại trừ nguyên nhân tắc ở ĐT
* CCĐ: TR cấp tính do các nguyên nhân khác, nghi ngờ thủng ruột
* Cách làm:

+ Cho BN uống hoặc đặt ống sonde xuống tá tràng và bơm 40-100ml thuốc cản quang (loại hòa tan trong nước)

+ TD sự lưu thông của thuốc cản quang trong vòng 4-24h, cứ 30p chụp 1 phim

* Nhược điểm: chỉ thấy được quai ruột non giãn trên chỗ tắc, nhưng không xác định được chắc chắn vị trí tắc và nguyên nhân tắc
  1. Siêu âm ổ bụng
* Là phương pháp chẩn đoán phổ biến hiện nay, khó làm do ruột giãn hơi
* Hình ảnh ruột giãn hơi, dịch trong ổ bụng (giữa các quai ruột, túi cùng Douglas)
* Phát hiện 1 số nguyên nhân khác: lồng ruột (hình vòng bia, hình bánh sandwich), khối u, các apxe trong ổ bụng
  1. CT scanner và MRI (ổ bụng)
* Hình ảnh giãn, ứ hơi và dịch thấy được sớm và đặc hiệu hơn trong chụp XQ bụng không chuẩn bị
* Giá trị:

+ Xác định vị trí tắc (ở giữa đoạn ruột tắc và đoạn ruột xẹp

+ Tình trạng tổn thương nặng của thành ruột: dày > 3mm, mỏng < 1mm

+ Thấy 1 số nguyên nhân TR do bít tắc: khối u đường tiêu hóa, búi giun, bã thức ăn

* 1. Các xét nghiệm máu và sinh hóa
* Không có giá trị chẩn đoán, chủ yếu đánh giá ảnh hưởng tắc ruột, đặc biệt là tình trạng RL điện giải, thăng bằng kiềm-toan
* CTM: do mất nước -> máu bị cô đặc: HC tăng, Hct tăng
* Sinh hóa máu:

+ Na+: bình thường hoặc giảm nhẹ, giai đoạn muộn giảm nhiều

+ K+: giảm trong giai đoạn sớm và tăng trong giai đoạn muộn

+ Cl-: giảm

+ pH, HCO3ˉ : tăng trong giai đoạn sớm và giảm trong giai đoạn muộn

+ Ure, creatinin: bình thường hoặc tăng nhẹ giai đoạn sớm, và tăng nhiều trong giai đoạn muộn

* ***Chẩn đoán xác định = LS + CLS***

1. Chẩn đoán thể lâm sàng tắc ruột
   1. Theo cơ chế tắc

* TR do bít tắc:

+ Khởi phát đau từ từ, thành cơn điển hình, nhưng không dữ dội, nôn ít

+ Toàn thân: ít thay đổi

+ Bụng chướng đều, DH rắn bò (+), tiếng réo di chuyển hơi và dịch trong cơn đau

+ Thăm trực tràng: bóng trực tràng rỗng

+ XQ: Nhiều mức nước-hơi, xếp thành tầng, đặc điểm mức nước-hơi khác nhau tùy tắc RN hay tắc ĐT

* TR do thắt nghẹt:

+ Khởi phát đột ngột, đau dữ dội liên tục, không thành cơn, nôn nhiều

+ Toàn thân: shock xuất hiện sớm ngay sau những giờ đầu, ngày càng nặng

+ Bụng chướng lệch, DH Von-Wahl (+), DH rắn bò (-), bụng im lặng khi nghe

+ Thăm trực tràng: túi cùng Douglas phồng và đau

+ XQ:

* Xuất hiện sớm và đặc trưng: 1 quai ruột duy nhất giãn to, chứa dịch và hơi -> hơi dịch ngăn cách nhau bởi 1 mức nagng hình móng ngựa, 2 chân chụm lại ở 1 điểm
* Ở RN:
  + Lúc đầu: quai ruột duy nhất, cố định trên nhiều phim, thành ruột nhẵn, mất các nếp niêm mạc ngang do phù nề và chảy máu thành ruột
  + Muộn hơn: hình ảnh “giả u” do chứa dịch, không có hơi
  + Trên chỗ tắc: mức nước-hơi tăng dần, đặc biệt là trong tắc RN thấp
  + Dưới chỗ tắc: khung ĐT bình thường
* Ở ĐT:
* Xoắn ĐT sigma:
* XQ bụng KCB: 1 quai ruột giãn to, hình chữ U lộn ngược, hơi nhiều hơn dịch, 2 chân chụm lại, đi từ HC (T) sang mạn sườn (P), có thể có mức nước-hơi trong quai ruột
* XQ ĐT cản quang: thuốc cản quang dừng lại ở đoạn nối trực tràng và đại tràng sigma -> hình “mỏ chim”
* Xoắn manh tràng:
* XQ bụng KCB: 1 quai ruột giãn to, chỉ chứa hơi, trục nằm ngang hoặc chếch trước cột sống, ruột trên chỗ tắc giãn hơi, dưới chỗ tắc không có hơi
* XQ ĐT cản quang: xác định chắc chắn vị trí tắc
  1. Theo vị trí tắc:

|  |  |
| --- | --- |
| Tắc ruột non | Tắc đại tràng |
| -Khởi phát và tính chất đau bụng phụ thuộc vào nguyên nhân và cơ chế tắc  -Nôn nhiều, sớm  -Bí trung đại tiện không rõ trong giờ đầu, có thể đại tiện do còn phân dưới chỗ tắc  -Bụng chướng quanh rốn, không chướng hoặc xẹp nếu tắc cao sát góc Treitz  -Tình trạng mất nước, điện giải xuất hiện sớm và nặng  -XQ bụng KCB:  +Nhiều mức nước-hơi có đặc điểm: tập trung ở giữa bụng, kích thước nhỏ, chân rộng, vòm thấp, thành mỏng, có hình các nếp niêm mạc ngang của RN  +Tắc cao sát góc Treitz: chỉ có 1 mức nước-hơi duy nhất, nằm ở DS(T) hoặc trước cột sống | -Khởi phát từ từ, cơn đau nhẹ, thưa hơn  -Nôn ít, có khi chỉ buồn nôn, muộn  -Bí trung đại tiện xuất hiện sớm  -Bụng chướng nhiều, dọc khung ĐT, chướng toàn bộ nếu tắc muộn, chướng lệch nếu xoắn ĐT  -Tình trạng mất nước và điện giải xuất hiện muộn và nhẹ hơn  -XQ bụng KCB:  +Ít mức nước-hơi có đặc điểm: tập trung ở rìa ổ bụng, kích thước lớn, chân hẹp, vòm cao, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột, chứa nhiều hơi và dịch  +Xoắn ĐT sigma: hình ảnh 1 quai ruột giãn to, hình chữ U lộn ngược, chân chụm ở HC(T)  -Chụp khung ĐT cản quang: chẩn đoán chính xác vị trí và nguyên nhân TR |

* 1. Theo nguyên nhân
* Chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột trước mổ là rất quan trọng: giúp tiên lượng và lựa chọn chiến thuật điều trị phù hợp
* Nhưng thường khó, chủ yếu chẩn đoán trong mổ, trừ 1 số thể bệnh điển hình:
  1. Nguyên nhân tắc ở RN
* Xoắn nghẹt RN:
* Nguyên nhân: ít tự phát, thường do dây chằng hoặc các khe, lỗ xuất hiện sau mổ bụng
* LS:

+ Khởi phát đột ngột, dữ dội: đau bụng điển hình, liên tục, như xoắn vặn, khu trú ở 1 vùng và lan ra sau lưng

+ Bụng chướng lệch

+ Phản ứng thành bụng khu trú, sờ nắn có thể thấy 1 quai ruột căng, rất đau, cố định

+ Không có DH rắn bò, bụng im lặng khi nghe

+ Sốt nhẹ, sốc xuất hiện ngay những giờ đầu

* CLS: -> XQ: kín đáo, không có trong những TH nghẹt ruột do thoát vị nội
* Lưu ý: không có dấu hiệu LS haowjc XQ nào để phân biệt tuyệt đối TR non do thắt nghẹt và do bít tắc
* Thoát vị thành bụng nghẹt
* Cần thăm khám lỗ thoát vị hệ thống, tỉ mỉ, tránh bỏ sót, đặc biệt là các thoát vị nằm ở thành bụng, thoát vị đùi ở phụ nữ béo rất dễ bị bỏ sót
* Chẩn đoán: khối thoát vị xuống, không tự lên được, rất đau, đặc biệt là khi sờ nắn vào cổ bao thoát vị
* Lồng ruột cấp
* Hay ở TE còn bú mẹ, bụ bẫm, thường 4-9 tháng tuổi
* Thường gặp lồng hồi-manh tràng,...
* LS: khởi phát đột ngột:

+ Khóc thét từng cơn, bỏ bú, nôn, ỉa máu

+ Khám bụng: khối lồng thường ở DS(P), trên rốn hoặc DS(T)

+ Thăm trực tràng: có máu theo găng

* CLS:

+ SA: hình ảnh vòng bia hoặc chiếc bánh sandwich

+ Chụp khung ĐT cản quang: có hình càng cua, hình đáy chén

* TR do giun đũa
* Thường gặp ở TE, nơi có điều kiện vệ sinh kém
* LS + XQ điển hình TR do bít, ngoài ra thêm 1 số triệu chứng:

+ Sờ nắn bụng: thấy búi giun như bó đũa, chắc, cong theo quai ruột, đau nhẹ

+ XQ: hình búi giun tạo ra các vệt dài hoặc lỗ chỗ khi cắt ngang qua búi giun

+ Diễn biến: nhiều TH búi giun lỏng dần ra, BN đại tiện được và hết tắc ruột -> do đó TH đau nhẹ, bụng chướng ít, búi giun lỏng cần theo dõi cẩn thận để quyết định đúng đắn

* TR do khối bã thức ăn
* Gặp ở người già, rụng hết răng, suy tụy ngoại tiết hoặc đã cắt dạ dày
* Trước đó ăn: thức ăn nhiều xơ (măng, xơ mít) hoặc quả chát (ổi xanh,...)
* LS: dấu hiệu TR không điển hình, diễn biến từng đợt thay đổi, do có lúc tắc không hoàn toàn, bụng chướng nhiều hay ít, có thể vẫn có trung tiện
* XQ bụng KCB: nhiều mức nước-hơi ở RN, nhưng có thể vẫn có hơi ở ĐT
* TR do u ruột non
* Tiến triển từ từ, đôi khi tắc không hoàn toàn, DH Koenig
* Có thể sờ thấy u chắc quanh rốn
* TH tắc không hoàn toàn: chụp lưu thông RN có giá trị chẩn đoán
  1. Nguyên nhân tắc ở ĐT
* TR do K đại-trực tràng
* Hay gặp nhất là TR do K đại tràng (T), đặc biệt là đoạn đại tràng sigma:

+ Tiền sử: có h/c Duval = Đại tiện nhày hồng (+) hoặc (-) + h/c bán tắc ruột

+ LS: đau bụng nhẹ, nôn muộn hoặc chỉ buồn nôn, bụng chướng nhẹ dọc khung ĐT, ít sờ thấy u

+ Soi ĐT ống mềm+sinh thiết để chẩn đoán xác định

* TR do K đại tràng (P):

+ Bệnh cảnh lâm sàng giống TR non thấo

+ Sờ thấy u ở HC(P) hoặc mạn sườn (P)

+ Chụp khung ĐT cản quang: hình ảnh cắt cụt nham nhở ở ĐT có u

* TR do K trực tràng:

+ LS giống TR do K đại tràng (T)

+ Nhưng tiền sử: có h/c trực tràng + đại tiện nhày máu

+ Thăm trực tràng: có thể sờ thấy khối u cách rìa hậu môn ≤ 10cm

* Xoắn ĐT sigma
* Ở người trung tuổi trở lên, tiền sử táo bón và đau bụng kiểu bán tắc ruột, nhưng tự khỏi
* LS:

+ DH quan trọng nhất là bụng rất chướng và chướng lệch

+ Tam chứng Von Wahl: quai ruột giãn căng từ HC(T) lên dưới sườn (P) + không di động + ấn đau, gõ vang

* CLS:

+ XQ bụng KCB: 1 quai ruột giãn to, hình chữ U lộn ngược, chân chụm lại ở HC(T)

+ Chụp khung ĐT cản quang: hình ảnh “mỏ chim”

* Xoắn manh tràng
* Nguyên nhân: Do ĐT (P) không dính vào thành bụng sau
* Gặp ở người trẻ, tiền sử có những cơn đau vùng mạn sườn (P) và tự khỏi
* LS:

+ Cơn đau bụng đột ngột, dữ dội ở cạnh rốn bên (P)

+ Nôn sớm và nhiều

+ Bí trung đại tiện

+ Bụng chướng lệch ở vùng phía trên bên (P), hình tròn hoặc bầu dục

* CLS: XQ bụng KCB: 1 quai ruột giãn rất to, mức nước-hơi nằm ở DS(P), ít khi nằm ở giữa bụng
  1. Tắc ruột sớm sau mổ
* ĐN: là những TH tắc ruột xảy ra trong vòng 4-6 tuàn đầu sau phẫu thuật ổ bụng
* Chẩn đoán thường khó, có 3 loại:

+ TR cơ học:

* Do dây chằng, thoát vị nội hình thành sau mổ
* LS: sau phẫu thuật BN đã trung tiện trở lại sau đó các DH tắc ruột đột ngột xuất hiện trở lại nhưng không sốt

+ TR do liệt ruột sau mổ

* Sau mổ 4-5 ngày, BN chưa trung tiện trở lại
* Biểu hiện:
* Bụng chướng nhiều nhưng đau ít khi sờ nắn hoặc không đau
* Nôn ít hoặc chỉ buồn nôn
* Không có dấu hiệu rắn bò, bụng im lặng
* HCNT (-)
* XQ bụng KCB: ruột giãn toàn bộ (cả RN và ĐT)

+ TR do các ổ viêm nhiễm trong ổ bụng

* Nguyên nhân: do các biến chứng VPM, áp xe trong ổ bụng do bục, xì rò miệng nối ruột
* Biểu hiện:
* Sau mổ, BN chậm hoặc không trung tiện trở lại
* Sốt cao, HCNT (+)
* Bụng chướng và đau

1. Chẩn đoán phân biệt tắc ruột
   1. Các bệnh nội khoa

* Cơn đau quặn thận:

+ Gây phản xạ liệt ruột

+ Đặc điểm cơn đau: đau vùng thắt lưng, lan theo đường đi của niệu quản xuống vùng bẹn

+ Nguyên nhân: do sỏi thận, sỏi niệu quản

+ SA, chụp UIV để chẩn đoán xác định

* Nhồi máu cơ tim thể biểu hiện ở bụng

+ Đau ngực vùng trước tim, lan xuống vùng thượng vị, bụng; đau khi nghỉ ngơi, thời gian kéo dài >30 phút , đau như thắt nghẹt, đè ép, không giảm đau khi ngậm Nitroglycerin

+ Điện tâm đồ: ST chênh vòm, Q hoại tử mới, block nhánh (T) mới xuất hiện

+ Men tim: Troponin I, T; CK; CK-MB tăng cao

* Cơn đau quặn gan

+ Đau DS(P), lan ra sau lưng, lên vai (P)

+ Ít khi có d/h tắc ruột cơ năng kèm theo

* Các bệnh nội khoa ít gặp khác: Cường tuyết cận giáp , RLCH Porphyrin, nhiễm độc chì, giãn dạ dày cấp tính, 1 số thuốc gay liệt ruột, hạ K+ máu,...
  1. Các bệnh ngoại khoa
* Các bệnh ngoại khoa có sốt ở ổ bụng:

+ VRT, VPM toàn thể, VPM khu trú,... gây biểu hiện tắc ruột do liệt ruột phản xạ

+ Chẩn đoán = HCNT + triệu chứng về thành bụng đặc trưng của bệnh

* Viêm tụy cấp

+ Biểu hiện:

* Đau bụng dữ dội, liên tục vùng trên rốn, lan sang vùng thắt lưng bên (T), nôn nhiều, bụng chướng nhiều
* Phản ứng thành bụng trên rốn, dấu hiệu Cullen, dấu hiệu Grey-Turner (+),...
* Dấu hiệu shock biểu hiện sớm và nặng

+ Chẩn đoán xác định dựa vào: XN Amylase máu+niệu, lipase máu tăng cao; chụp CT, MRI: hình ảnh viêm tụy cấp

* Nhồi máu mạc treo ruột

+ Thường xuất hiện ở bệnh nhân có bệnh lý tim mạch

+ Lâm sàng:

* Biểu hiện tắc ruột cơ năng
* Đau khắp bụng, liên tục, dữ dội, phản ứng thành bụng (+), shock nặng

+ Chẩn đoán xác định: SA doppler mạch, CT ổ bụng

* Vỡ phồng ĐMC bụng sau phúc mạc

+ LS:

* Biểu hiện tắc ruột cơ năng
* Đau bụng dữ dội, liên tục, HA tụt, nghe bụng có tiếng thổi tâm thu

+ Chẩn đoán xác định: SA doppler mạch, CT ổ bụng

* Tắc ruột do liệt ruột

+ LS:

* Toàn thân ít thay đổi
* Bụng không đau, nhưng chướng nhiều và đều
* Dh rắn bò (-), bụng im lặng

+ XQ bụng KCB: cả RN và ĐT giãn hơi to, mức nước-hơi không có

+ Điều trị nội khoa, không mổ

1. Tiến triển và tiên lượng tắc ruột

* Phụ thuộc: trước hết là cơ chế tắc, sau đó là: vị trí tắc, can thiệp sớm hay muộn
  1. TR do thắt nghẹt ruột
* Trước hết phụ thuộc tình trạng thiếu máu của quai ruột bị nghẹt
* Xoắn RN và ĐT (P)

+ Tổn thương ruột không hồi phục xảy ra sau 6-12h

+ LS: shock, phản ứng thành bụng lan tỏa

* Xoắn ĐT sigma: cũng xảy ra tương tự, nhưng chậm hơn vì xảy ra từ từ, nhiều khi là xoắn không hoàn toàn và có thể tự tháo xoắn
  1. Tắc RN do bít tắc
* Diễn biến và tiên lượng phụ thuộc vào hội chứng trên chỗ tắc
* Nếu để muộn, bệnh cảnh LS thay đổi dần:

+ Cơn đau giảm dần, nôn nhiều và chất nôn như phân

+ Mạch nhanh dần, khó thở, sốt dần lên, vẻ mặt hốc hác

+ Biểu hiện bụng: Phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng, bụng im lặng

+ Sau 24-36h, có thể có dấu hiệu suy thận, suy tuần hoàn, biến chứng phổi do hít phải dịch nôn

* Tại ruột: có thể xảy ra biến chứng xoắn, nghẹt ruột, gây thủng ruột
  1. Tắc ĐT thấp do K
* Phụ thuộc vào: tắc hoàn toàn hay không, phối hợp với áp xe quanh u không, van Bauhin có tự chủ không
* Tắc hoàn toàn:

+ Van Bauhin đóng kín:

* Phân và hơi trong ĐT không tràn lên hồi tràng được -> ĐT giãn to, áp lực tăng cao -> vỡ
* Đường kính ĐT > 9cm thì nguy cơ vỡ rất cao

+ Van Bauhin mở được: phân và hơi trong ĐT trào lên hồi tràng -> áp lực ở ĐT giảm xuống -> nguy cơ vỡ ít và muộn hơn

+ Ảnh hưởng tại chỗ, nguy cơ vỡ vào ổ bụng cao hơn là ảnh hưởng toàn thân

* Tắc không hoàn toàn

+ Điều trị nội khoa có thể hết tình trạng tắc ruột

+ Có thời gian để chuẩn bị (đại tràng và toàn thân) -> mổ cắt ĐT có kế hoạch

1. Điều trị tắc ruột

* Nguyên tắc: khi đã chẩn đoán xác định tắc ruột cơ học, nghi ngờ TR, cần:
* Cho BN vào viện theo dõi, chẩn đoán xác định
* Làm bilan đánh giá ảnh hưởng tại chỗ và toàn thân
* Hồi sức tích cực và mổ cấp cứu để tránh hoại tử ruột
* Chuẩn bị BN – Hồi sức
* Hút dạ dày: đặt ống thông dạ dày hút dịch hoặc đặt xuống hỗng tràng qua nội soi giúp: bụng đỡ chướng – xẹp ruột trên chỗ tắc, tránh trào ngược vào hô hấp, dễ thao tác lúc mổ
* Điều chỉnh RL nước-điện giải

+ Đặt 1 vài đường truyền TM lớn: để truyền nhanh, trong vài ba giờ đầu để bù được ½ lượng dịch thiếu hụt do TR gây ra

+ Dịch truyền: đẳng trương, các chất điện giải, albumin nếu có shock

+ Số lượng dịch truyền phụ thuộc vào: mạch, HA, CVP, lượng nước tiểu/giờ

+ Điều chỉnh thiếu hụt điện giải: phụ thuộc vào điện giải đồ

* Kháng sinh dự phòng: phổ rộng + phối hợp ( thường Cephalosporin III + Metronidazol)
* Thời gian hồi sức: phụ thuộc vào cơ chế tắc và tình trạng BN

+ TR cấp tính, chỉ định mổ cấp cứu -> thời gian hồi sức trung bình vài ba giờ

+ TR non nghi do nghẹt -> mổ trước 6h kể từ khi bệnh khởi phát (tránh hoại tử)

+ TR do bít tắc -> thời gian hồi sức có thể dài hơn

* Điều trị phẫu thuật
  1. Chỉ định mổ cấp cứu tắc ruột
* TR + có điểm đau khu trú (TR sau mổ)
* TR + sốt (VRT hoặc viêm túi thừa, áp xe ổ bụng)
* TR + ỉa máu (lồng ruột ở TE, u ĐT gây lồng ruột ở người già)
* TR + sốc (xoắn ruột muộn)
* TR + nôn máu (thoát vị hoành nghẹt)
* TR + VPM (hoại tử đoạn ruột bị tắc, xoắn nghẹt)
* TR mà điều trị nội khoa không có kết quả
  1. Nguyên tắc phẫu thuật
* Gây mê NKQ, giãn cơ tốt
* Đường mổ

+ Thường dùng đường trắng giữa trên và dưới rốn: có thể mwor rộng lên hoặc xuống

+ 1 số TH đặc biệt: sử dụng đường mổ nhỏ, riêng biệt như chỉ làm hậu môn nhân tạo trên u trong TR do u ĐT, thoát vị bẹn nghẹt,...

* Thăm dò tìm nguyên nhân tắc:

+ Tìm gốc hồi-manh tràng: nếu gốc này xẹp -> nguyên nhân tắc ở RN, nếu gốc này phồng -> nguyên nhân tắc ở ĐT

+ Ruột quá chướng thì không nên đưa ruột ra ngoài ổ bụng, mà nhẹ nhàng dồn dịch và hơi lên dạ dày để hút ra -> tạo điều kiện thăm dò và tìm nguyên nhân

+ Vị trí và nguyên nhân tắc ở giữa chỗ nối: đoạn ruột phồng và đoạn xẹp

* Xử trí nguyên nhân tắc:

+ Tùy nguyên nhân tắc mà xử trí khác nhau

+ Ruột đã hoại tử:

* Nếu là RN: cắt đoạn ruột đó và nối ngay
* Nếu là ĐT hoặc đã có VPM -> đưa 2 đầu ruột ra ngoài thành bụng
* Làm xẹp ruột:

+ Để đảm bảo hậu phẫu có diễn biến thuận lợi

+ Nếu cắt ruột thì làm xẹp ruột qua chỗ cắt, không cắt ruột thì dồn hơi, dịch lên dạ dày -> hút ra

+ Không mở ruột để làm xẹo ruột vì nguy cơ bục chỗ khâu ruột

* Xếp lại ruột và đóng bụng
  1. Chiến thuật và các phương pháp phẫu thuật
* Lí tưởng là “ điều trị tắc ruột và xử trí nguyên nhân tắc ruột trong cùng 1 thì mổ” nhưng không phải lúc nào cũng thực hiện được, phụ thuộc vào:

+ Tình trạng tại chỗ: vị trí tắc, nguyên nhân tắc, mức độ tổn thương ruột

+ Tình trạng toàn thân bệnh nhân

3.1. Phẫu thuật các nguyên nhân ở RN

- Do dây chằng:

+ Cắt dây chằng

+ Nếu dây chằng hình thành do VRT, túi thừa Meckel thì có thể cắt ruột thừa hoặc túi thừa Meckel kèm theo

+ Đánh giá tình trạng ruột, đặc biệt là chỗ dây chằng đè ép để quyết định bảo tồn hay cắt ruột kèm theo

* Do dính ruột:

+ Dính ít -> gỡ dính toàn bộ

+ Dính nhiều, gỡ dính được, sau đó:

* Phẫu thuật Noble = xếp lại thứ tự các quai ruột + khâu các quai ruột với nhau
* Phẫu thuật Childs-Phillips = xếp lại thứ tự các quai ruột + khâu gấp nếp, cố định mạc treo ruột

+ Dính nhiều, gỡ dính khó, nguy cơ thủng ruột cao -> chỉ xử lý những chỗ bị tắc hoặc mở thông ruột trên chỗ tắc

* Do nghẹt

+ Xoắn ruột

* Thường do dây chằng: cơ chế như nội garo, làm ruột hoại tử nhanh chóng
* Điều trị phụ thuộc vào đoạn ruột xoắn
* Nếu hoại tử đen -> không tháo xoắn, cắt ruột đến chỗ lành, nối ngay
* Tháo xoắn: ruột hồng trở lại, mạch mạc treo tương ứng đập tốt, có nhu động thì bảo tồn. Còn nghi ngờ thì phong bế bằng Novocain vào gốc mạc treo + đắp gạc huyết thanh ấm, chờ 15-20p -> nếu ruột hồi phục thì bảo tồn, nếu vẫn nghi ngờ -> tốt nhất nên cắt ruột và nối lại
* Gần đây, ứng dụng SA doppler đánh giá tình trạng ruột -> tăng khả năng điều trị bảo tồn các trường hợp còn nghi ngờ

+ Lồng ruột cấp

* Ở trẻ bú mẹ:
* Đến sớm: chỉ định tháo lồng bằng bơm hơi, thụt Baryt, thụt nước -> hơn 90% có kết quả
* Đến muộn hoặc tháo lồng không kết quả thì mổ cấp cứu: tháo lồng bằng tay nếu ruột còn tốt hoặc cắt nửa ĐT nếu ruột hoại tử
* Ở người lớn
* Ít gặp, thường do u Đt và có thể bán cấp
* Mổ cấp cứu: nếu TR cấp và xử trí như tắc do u ĐT

+ Thoát vị nghẹt

* Thoát vị thành bụng nghẹt
* Chẩn đoán, mổ trước khi có tắc ruột
* Đường mổ đi trực tiếp vào khối thoát vị, mở cổ bao thoát vị để đánh giá tình trạng ruột:
* Nếu ruột tốt -> đẩy vào ổ bụng+khâu phục hồi thành bụng
* Nếu ruột hoại tử -> đường mổ tại chỗ không đủ rộng để xử trí cắt ruột thì mở thêm đường trắng giữa để xử lý
* Thoát vị nội nghẹt:
* Chỉ chẩn đoán được trong mổ
* Phương pháp mổ: mở rộng lỗ thoát vị để giải phóng ruột bị nghẹt và làm kín lỗ thoát vị bằng khâu trực tiếp hoặc bằng tấm sợi tổng hợp
* Tùy tình trạng ruột mà cắt hay bảo tồn
* Do bít tắc:

+ Tắc do dị vật

* Do giun đúa: mở ruột để lấy giun + khâu ruột theo chiều ngang
* Do bã thức ăn: kiểm tra từ dạ dày -> gốc hồi-manh tràng, có thể mở ruột lấy hoặc bóp nhẹ làm vỡ khối bã thức ăn rồi đẩy xuống ĐT

+ Tắc do U ruột non:

* Cắt rộng đoạn ruột và mạc treo tương ứng có u + nối ngay
* Không cắt được ruột thì nối tắt

3.2. Phẫu thuật các nguyên nhân ở ĐT

- Tắc ĐT (P): do u ĐT, xoắn ĐT(P)

+ Mổ 1 thì: nếu điều kiện tại chỗ và toàn thân cho phép: cắt ĐT(P) và nối hồi-đại tràng ngang ngay

+ Mổ 2 thì: nếu ổ bụng bẩn, điều kiện toàn thân không cho phép:

* Làm hậu môn nhân tạo trên u, rồi phẫu thuật cắt bỏ ĐT có u, lập lại lưu thông tiêu hoasau 10-15 ngày
* Cắt ĐT có u, đưa 2 đầu ruột ra ngoài, rồi mổ thì 2 nối lại ruột sau 4-6 tuần

+ TH không thể cắt bỏ u: nối tắt hồi-đại tràng ngang

* Tắc ĐT (T)

+ Thường mổ 2 thì: làm HMNT trên u, mổ cắt ĐT có u sau 10-15 ngày

+ Ít áp dụng:

* Cắt ĐT có u, đưa 2 đầu ruột làm HMNT hoặc đưa đầu trên ra làm HMNT, đầu dưới đóng kín (phẫu thuật Hartmann với K ĐT sigma)
* Mổ nối lại ĐT sau 3-4 tháng
* Xoắn ĐT sigma:

+ Nếu đến sớm: đặt ống thông trực tràng để thử tháo xoắn

+ BN đến muộn hoặc tháo xoắn thất bại -> mổ cắt ĐT theo phương pháp Hartmann, nối ruột thì 2.

3.3.Phẫu thuật tắc ruột sau mổ

- TR sớm sau mổ:

+ Điều trị nội khoa là chủ yếu, đạt kết quả tốt

+ Mổ khi điều trị nội khoa thất bại hoặc có dấu hiệu nghẹt ruột

* TR xảy ra sau mổ

+ Mổ cấp cứu khi: TR muộn hoặc có dh nghi xoắn nghẹt ruột (đau bụng dữ dội, phản ứng thành bụng, HCNT (+), shock,...)

+ Nếu BN không có dh nặng trên thì: điều trị nội khoa, theo dõi chặt nếu xuất hiện biến chứng nặng -> mổ cấp cứu.