



**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**
CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ :

BỆNH TIÊU HÓA GAN MẬT - TRĨ



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

CHUYÊN ĐỀ
BỆNH TIÊU HÓA
GAN - MẬT - TRĨ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH
CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ
BỆNH TIÊU HÓA
GAN MẬT TRĩ

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Lời nói đầu

Câu lạc bộ Y Học và Đời Sống Trường Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh ra đời năm 2000 với buổi sinh hoạt đầu tiên ngày 08 - 01.

Trong mỗi buổi, ngoài phần trình bày và trả lời các câu hỏi, báo cáo viên còn cung cấp cho người tham dự những bài viết tương đối đầy đủ về những thông tin có liên quan.

Sau 3 năm, với 150 buổi sinh hoạt, Câu lạc bộ đã tích lũy được hơn 100 bài viết về nhiều đề tài. Để góp phần phổ biến một cách có hệ thống những thông tin bổ ích này, chúng tôi tập hợp các bài viết trong một bộ sách chuyên đề.

Chúng tôi xin cảm ơn các giảng viên của trường, các bác sĩ ở các bệnh viện đã giúp cho Câu lạc bộ thực hiện nhiệm vụ đưa thông tin y học đến nhiều người. Chúng tôi cũng cảm ơn những người tham dự đã giúp Câu lạc bộ hoạt động có hiệu quả. Mong rằng những quyển sách này có ích cho bạn đọc.

Trong lần xuất bản đầu tiên này, chắc chắn bộ sách không tránh khỏi thiếu sót. Chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc gần xa.

Hiệu Trưởng,
GS. TS. NGUYỄN ĐÌNH HỒI

BỆNH LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

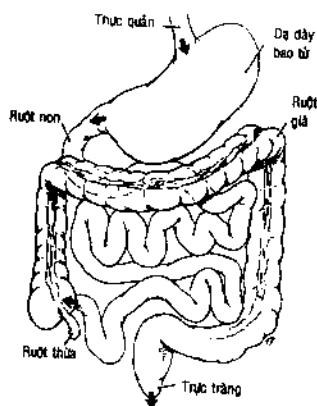
Bác sĩ TRẦN NGỌC BẢO

Phó Trưởng Bộ môn Nội - Đại học Y Dược

TP. Hồ Chí Minh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Loét dạ dày - tá tràng (DD-TT) là một bệnh đã được biết từ thời cổ đại. Bệnh xảy ra ở mọi quốc gia, mọi lứa tuổi. Tỷ lệ bệnh ở các nước là 1 - 3% dân số, và trong suốt một đời người khả năng mắc bệnh là 10%. Việc điều trị bệnh loét DD-TT đã có những thay đổi lớn trong ba thập niên trở lại đây với việc phát triển các thuốc chống loét thế hệ mới từ thập niên 70 và việc phát hiện và xác định vai trò gây bệnh loét của vi khuẩn *Helicobacter pylori* từ thập niên 80.



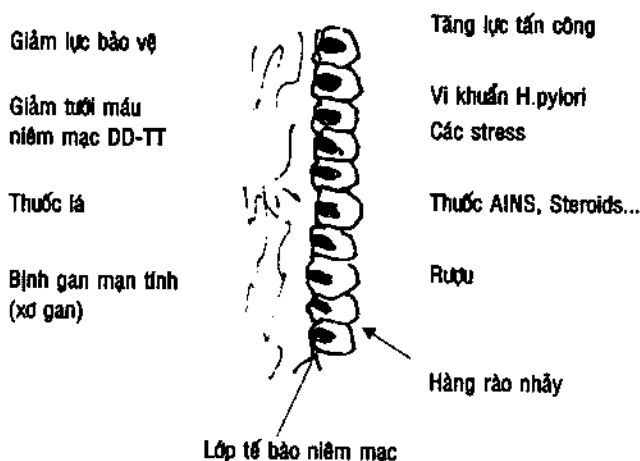
II. NGUYÊN NHÂN VÀ SINH BỆNH HỌC CỦA LOÉT DD-TT :

1. Quan niệm về sự sinh bệnh loét được hình thành từ những năm đầu của thế kỷ XX. Đó là do sự mất cân bằng giữa 2 lực đối kháng tác động lên niêm mạc DD-TT:

1.1 Lực tấn công làm phá huỷ niêm mạc DD-TT mà tiêu biểu là HCl và pepsin của dịch dạ dày

1.2 Lực bảo vệ đảm bảo sự nguyên vẹn của thành DD-TT do hàng rào nhầy và lớp tế bào niêm mạc DD-TT

Theo quan niệm này, bất cứ một tác nhân nào làm gia tăng lực tấn công hoặc làm giảm lực bảo vệ đều có thể gây bệnh loét DD-TT. Có thể minh họa quan niệm này bằng sơ đồ dưới đây:



2. Trong số các tác nhân gây bệnh nêu trên, H.pylori đã được xác minh là nguyên nhân quan trọng nhất với 90 - 95% bệnh nhân loét DD-TT và 70 - 80% loét DD có nhiễm H.pylori. Các thuốc NSAID, steroides là nguyên nhân gây loét ở những bệnh nhân phải điều trị dài ngày với các thuốc này như các bệnh viêm khớp mãn, hội chứng thận hư ... Các stress về tâm lý thần kinh cũng có thể gây bệnh loét. Thuốc lá, qua nhiều nghiên cứu, đã được xác minh là yếu tố làm tăng tỉ lệ bệnh loét cũng như làm tăng tỉ lệ tái phát bệnh loét. Vai trò của rượu trong việc gây bệnh loét chưa được xác minh nhưng uống rượu làm tăng tỉ lệ tái phát loét.

III. TRIỆU CHỨNG CỦA BỆNH LOÉT DD-TT

Chỉ khoảng 50% bệnh nhân loét DD-TT là có triệu chứng điển hình, 40 - 45% có triệu chứng mơ hồ, không điển hình, những trường hợp này rất khó chẩn đoán phân biệt với các bệnh khác của DD-TT như viêm DD-TT, ung thư DD, có 5 - 10% bệnh nhân loét hoàn toàn không có triệu chứng (loét câm) hay gặp ở người lớn tuổi.

1. Cơn đau loét:

Là triệu chứng điển hình của bệnh loét DD-TT với các đặc điểm :

- Đau vùng trên rốn, dưới mõm ức (thượng vị)
- Đau có liên quan đến bữa ăn, loét DD thường đau sớm sau khi ăn khoảng nửa giờ lúc bụng còn no

(đau khi no), loét TT thường đau muộn sau ăn khoảng 2 - 3 giờ lúc dạ dày đã hết thức ăn (đau khi đói)

- Đau thường xuất hiện hoặc tăng khi ăn các thức ăn chua, cay, và thường giảm khi uống các thuốc kháng axit hay thuốc bằng niêm mạc dạ dày

- Các cơn đau thường xảy ra về mùa lạnh hay khi bị căng thẳng thần kinh

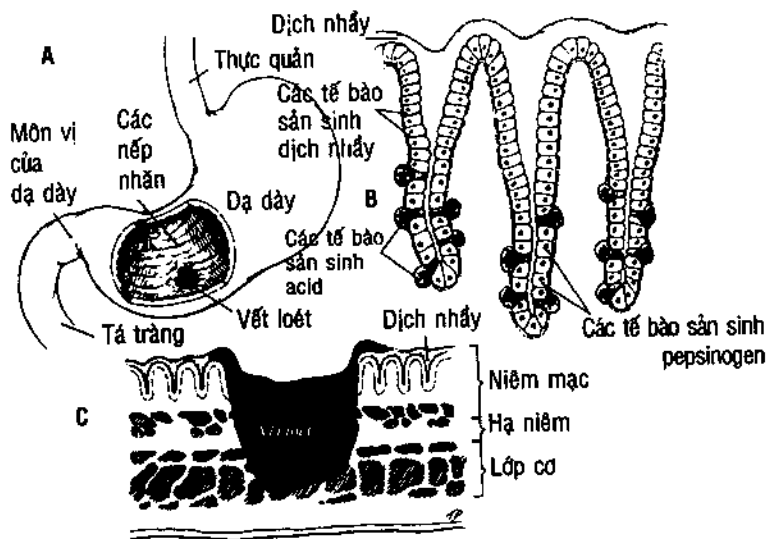
2. Các triệu chứng không điển hình như :

Đầy bụng, ợ hơi, ợ chua, chậm tiêu hoá thường xuất hiện đơn độc hoặc phối hợp 2 - 3 triệu chứng nêu trên thì rất khó phân biệt là do loét hay do 1 bệnh khác của dạ dày như viêm dạ dày, ung thư dạ dày, hay chứng rối loạn tiêu hoá không do loét. Trường hợp này muốn xác minh chẩn đoán thường phải chụp X quang hoặc nội soi DD-TT mới chắc chắn.

3. Các trường hợp loét cầm thường chỉ được biết khi xảy ra biến chứng.

4. Bình thường hay tái phát:

Trước đây, sau khi chữa lành, có 60 - 80% tái phát trong vòng 2 năm. Từ thập niên 80, khi xác định được vai trò gây bệnh của vi khuẩn H.pylori, việc điều trị diệt trừ H.pylori đã làm giảm tỉ lệ tái phát còn 10 - 20%.



IV. CÁC BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH LOÉT DD-TT

1. Xuất huyết tiêu hóa:

Là biến chứng thường xảy ra nhất (15-20%). Xuất huyết thường rầm rộ với ói ra máu và/hoặc đi tiêu phân đen. Thường bệnh nhân bị mệt, choáng váng, có khi ngất xỉu phải vào bệnh viện cấp cứu. Đôi khi xuất huyết mức độ nhẹ hơn, bệnh nhân chỉ tiêu phân đen, mệt, da niêm xanh, cũng cần được theo dõi và điều trị tại bệnh viện.

2. Thủng DD-TT (5-10%):

Xuất hiện với cơn đau bụng đột ngột, dữ dội vùng thượng vị như dao đâm, thường có nôn ói và

bụng gồng cứng như gỗ vì viêm phúc mạc. Ở người già do đề kháng kém hơn, các triệu chứng có khi không rầm rộ, nên có thể được chẩn đoán chậm trễ. Biến chứng này phải được mổ cấp cứu, nếu không bệnh nhân sẽ tử vong.

3. Hẹp môn vị (5 - 10%)

Do ổ loét ở hành tá tràng hay loét dạ dày gần lỗ môn vị lâu ngày bị xơ chai làm biến dạng môn vị và hẹp môn vị. Triệu chứng thường xuất hiện và nặng lên dần. Lúc đầu ăn chậm tiêu, đầy bụng, nặng bụng, ợ nước chua, nhất là về buổi chiều. Tiếp theo, bệnh nhân bị nôn ói sau ăn ngày càng thường xuyên hơn và buổi sáng sớm thường có dấu hiệu óc ách vùng thượng vị do dạ dày không tổng tháo được thức ăn xuống tá tràng. Bệnh nhân thường gầy sút do bị nôn ói. Biến chứng này cũng phải được điều trị bằng phẫu thuật

4. Hóa ung thư

Loét TT không hoá ung thư bao giờ nhưng loét DD có thể hoá ung thư dù rất hiếm. Ngày nay, người ta còn thấy có chứng cứ nhiễm *H.pylori* gây viêm loét dạ dày và về lâu sau có thể dẫn đến ung thư dạ dày.

V. CHẨN ĐOÁN LOÉT DD-TT.

1. Chẩn đoán xác định loét DD-TT:

Trường hợp bệnh có cơn đau loét điển hình, trước đây, thường bác sĩ có thể chỉ dựa trên lâm

sàng và tiến hành điều trị thuốc chống loét. Nhưng hiện nay, do cần xác định có nhiễm H.pylori không thể quyết định việc điều trị diệt trừ nên dù có triệu chứng rõ, cũng cần xét nghiệm chẩn đoán nhiễm H.pylori cho bệnh nhân. Trường hợp các triệu chứng không điển hình, phải thăm dò bằng X quang hoặc nội soi để xác định bệnh loét và loại trừ các bệnh khác của dạ dày. Nội soi DD-TT có ưu điểm hơn X quang vì: (1) nhìn thấy trực tiếp tổn thương nên nếu nghi ngờ loét do ung thư thì có thể làm sinh thiết niêm mạc dạ dày để chẩn đoán chính xác nhờ giải phẫu bệnh; (2) xét nghiệm trực tiếp tìm H.pylori qua các mẫu sinh thiết.

2. Chẩn đoán nhiễm H.pylori:

Có nhiều phương pháp chẩn đoán nhiễm H.pylori như chẩn đoán bằng sinh thiết qua nội soi để làm test urease, giải phẫu bệnh hoặc nuôi cấy vi khuẩn, và các test không phải làm nội soi như test huyết thanh học, test thở urease ...

3. Chẩn đoán phân biệt:

Như đã nói ở trên, các triệu chứng không điển hình có thể do các bệnh khác của dạ dày như viêm dạ dày, ung thư dạ dày, chứng rối loạn tiêu hoá không do loét. Đối với bệnh viêm dạ dày và chứng rối loạn tiêu hóa không do loét, sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị thì không nguy hiểm cho bệnh

nhân. Ngược lại, chẩn đoán ung thư chậm trễ sẽ làm giảm cơ may sống còn của người bệnh. Vì vậy, cần phải thăm dò nội soi sớm cho những bệnh nhân nghi ngờ có thể bị ung thư dạ dày, đó là những người có các yếu tố nguy cơ như : (1) trên 50 tuổi, (2) sụt cân, (3) thiếu máu/hoặc tiêu phân đen.

VI. ĐIỀU TRỊ LOÉT DD-TT.

Hiện nay việc điều trị loét DD-TT có thể phân ra hai nhóm chính: nhóm bệnh loét DD-TT do nhiễm *H.pylori* và nhóm không nhiễm *H.pylori*, nhóm sau này thường do các nguyên nhân dùng thuốc NSAID (kháng viêm không steroid), do stress, do bệnh gan mạn tính ...

1. Đối với nhóm loét DD-TT do nhiễm *H. Pylori*:

Việc điều trị chủ yếu là dùng các phác đồ điều trị diệt trừ *H.pylori* thường là phác đồ 3 thuốc gồm 1 thuốc chống loét (Bismuth, ức chế thụ thể H_2 của histamin, ức chế bơm proton), kết hợp với 2 kháng sinh (Tétracyclin, Clarythromycin, Amoxicillin, Imidazol). Các phác đồ 4 thuốc gồm 2 thuốc chống loét kết hợp với 2 kháng sinh thường dùng trong trường hợp thất bại với phác đồ 3 thuốc. Phác đồ 2 thuốc gồm 1 thuốc chống loét kết hợp với 1 kháng sinh hiện nay rất hiếm được dùng vì nguy cơ sinh chủng kháng thuốc cao. Một vấn đề khó khăn trong điều trị *H.pylori* là các phác đồ điều trị thường có các

tác dụng này, đôi khi rất khó chịu và làm một số bệnh nhân phải bỏ dở điều trị và làm tăng nguy cơ kháng thuốc. Một đợt điều trị nếu bệnh nhân chưa hết hẳn các triệu chứng, có thể tiếp tục điều trị với 1 thuốc chống loét thêm 2 - 4 tuần nữa.

2. Đối với nhóm loét DD-TT không do nhiễm H.Pylori :

Việc điều trị gồm : (1) Ngưng các thuốc gây loét, (2) Điều trị với các thuốc chống loét. Trường hợp phải điều trị lâu dài các bệnh mãn tính với các thuốc có thể gây loét thì nên kết hợp điều trị thêm với thuốc chống loét để làm giảm nguy cơ bệnh loét. Ở bệnh nhân đã bị loét nếu cần phải điều trị với các thuốc có thể gây loét thì bắt buộc phải điều trị kèm với các thuốc chống loét.

3. Điều trị hỗ trợ:

Bên cạnh việc điều trị diệt trừ H.pylori hoặc điều trị với thuốc chống loét, bệnh nhân cần kiêng cử các thức ăn chua cay, nhiều mỡ béo và phải ngưng thuốc lá, ngưng uống bia, rượu. Giảm bớt các nguyên nhân gây căng thẳng thần kinh.

VII. KẾT LUẬN.

Bệnh loét DD-TT trước kia là một trong những bệnh gây tổn kém và có những biến chứng nguy hiểm, nhưng từ 30 năm trở lại đây, với tiến bộ của ngành tiêu hoá, đặc biệt với sự phát hiện và xác

minh được một nguyên nhân quan trọng của bệnh loét DD-TT là vi khuẩn *H.pylori*, dẫn đến việc điều trị diệt trừ vi khuẩn này, làm giảm rõ rệt bệnh loét DD-TT và các biến chứng của bệnh này, dẫn đến khả năng khống chế bệnh loét DD-TT một cách hiệu quả trong tương lai không xa.

VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

NGUYÊN NHÂN, ĐIỀU TRỊ & PHÒNG NGỪA

Bác sĩ TRẦN KIỀU MIÊN

Bộ môn Nội - Đại học Y Dược

TP. Hồ Chí Minh

1. Là một bệnh lý rất phổ biến :

- Chiếm khoảng 35% bệnh lý của đường tiêu hoá.
- Nam > nữ : 65% ; 35%.
- Tuổi : lứa tuổi thường thấy là 30 – 60.
- Loét tá tràng nhiều gấp 3 - 4 lần so với loét dạ dày.

2. Nguyên nhân:

Do mất cân bằng giữa yếu tố bảo vệ và phá huỷ niêm mạc dạ dày.

- Yếu tố bảo vệ: lớp màng nhầy, hệ bicarbonat.
- Yếu tố phá huỷ : HCl, pepsin ...

Nguyên nhân mất cân bằng gây loét :

- *Helicobacter pylori*
- Thuốc kháng viêm dạng corticoid và không steroid (NSAID)
- Yếu tố thần kinh + yếu tố nội, ngoại sinh.

TẠI NIÊM MẠC DẠ DÀY

YẾU TỐ TẤN CÔNG

Aspirine
NSAIDs

•

•

Steroid

Acid mật
H.pylori

•

•

Hút thuốc
lá

Rượu

•

•

Stress, Pepsine

↓H⁺

↓H⁺

↓H⁺

↓H⁺

↓H⁺

↓H⁺

x

Mucus
Bicarbonat

x

Epithelial

x

Tăng chống
thấm nước
nguyên
trạng

x

Sự hồi phục
nguyên trạng

x

Dòng máu đến
niêm mạc DD

x

Prostaglandin

X Yếu tố tăng trưởng lớp thượng bì X

Phản ứng viêm

YẾU TỐ BẢO VỆ

Acide + H.pylori

Acide + NSAIDs

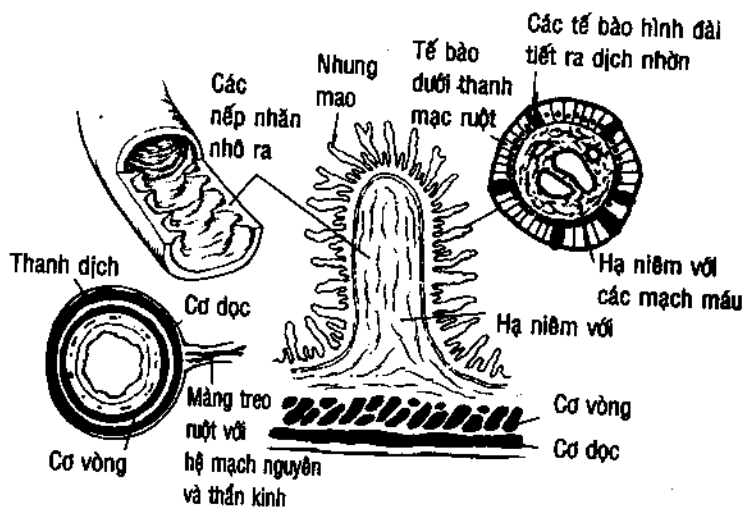
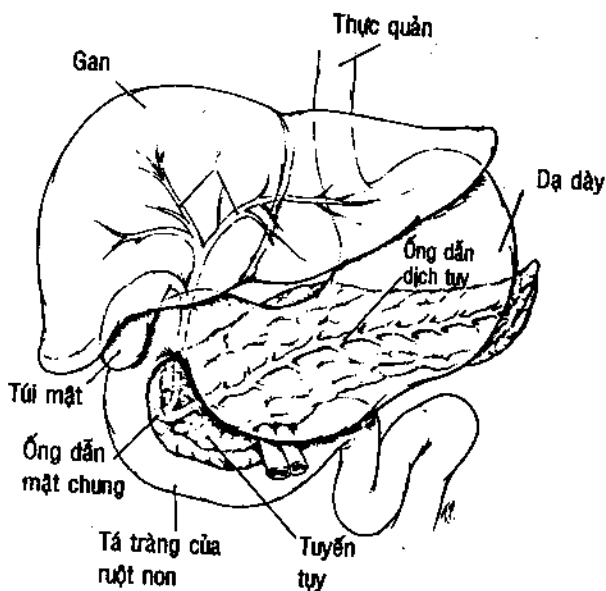
Acide + Others

Ulcer

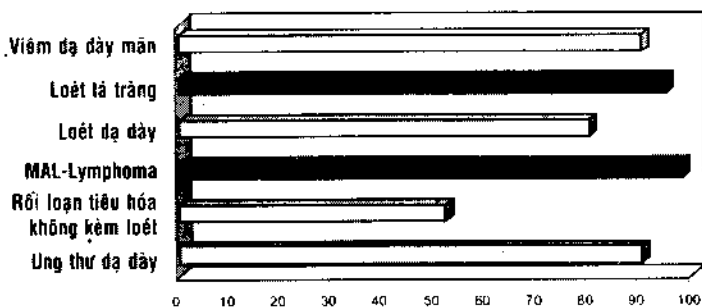
- H.Pylori :

- ♦ Loét dạ dày : 80 - 85%
- ♦ Loét tá tràng : 95 - 100%
- ♦ Viêm dạ dày mạn tính : 75 - 80%
- ♦ Hội chứng rối loạn tiêu hoá không loét : 50%



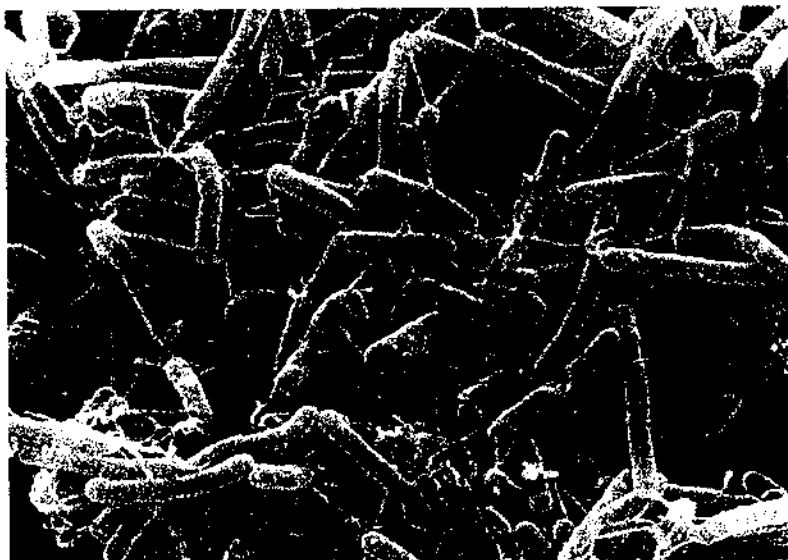


Tỷ lệ nhiễm H.pylori ở các bệnh khác nhau

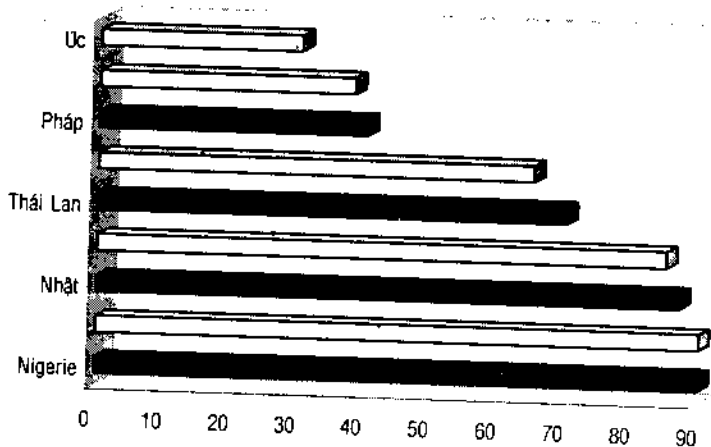


Tỷ lệ nhiễm (%) H.pylori

Helicobacter pylori

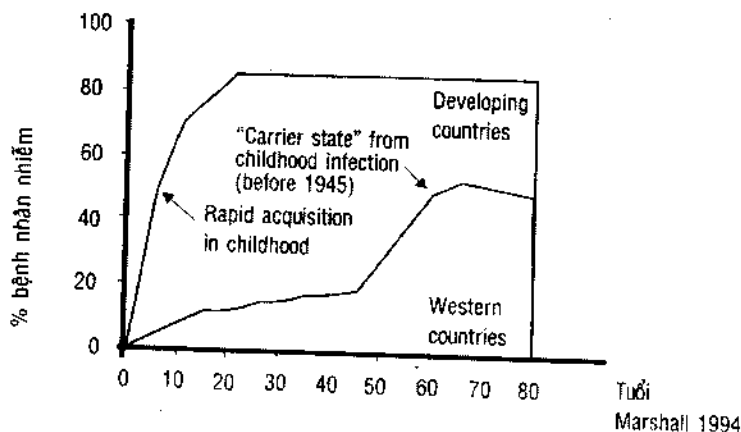


Tỷ lệ nhiễm *H.pylori* ở các nước khác nhau



Tính chất dịch tễ của *H.pylori*

Tần suất nhiễm *H.pylori* khác nhau giữa các nước đang phát triển và các nước đã phát triển



3. Triệu chứng lâm sàng :

(Mang tính chất gợi ý cho thầy thuốc)

- Đau bụng vùng thượng vị có hoặc không lan.
- Ợ chua (lúc bụng đói vào buổi sáng - lúc bụng đói có giá trị cao).
- Đầy hơi, ăn không tiêu, cảm giác no hơi ...
- Rối loạn tiêu hoá : bón hoặc tiêu chảy.

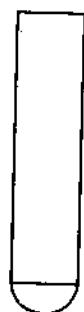
4. Chẩn đoán :

- Nội soi tìm tổn thương.
- Xác định *H.pylori* : *H.pylori* muốn chẩn đoán gồm 2 loại :

Chẩn đoán *H. Pylori*

Test xâm lấn dựa trên nội soi	Test không xâm lấn
+ Test urease nhanh	+ Test hơi thở $C^{13/14}$ - urea
+ Xét nghiệm hiển vi trực tiếp	+ Huyết thanh học (IgG, IgA)
+ Giải phẫu bệnh	+ PCR trong mẫu nước bọt và phân
+ Nuôi cấy	
+ DNA probes/PCR	

Test urease nhanh



urea

+ mẫu sinh thiết
(*H. pylori* urease)



$\text{CO}_2 = \text{NH}_3$
 $\text{NH}_3 \rightarrow \uparrow \text{pH}$

Nuôi cấy



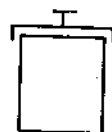
Mẫu sinh thiết
đã nghiền nhỏ



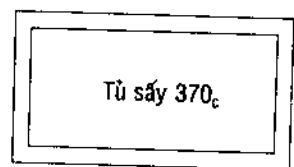
Môi trường
chọn lọc



Môi trường
không
chọn lọc

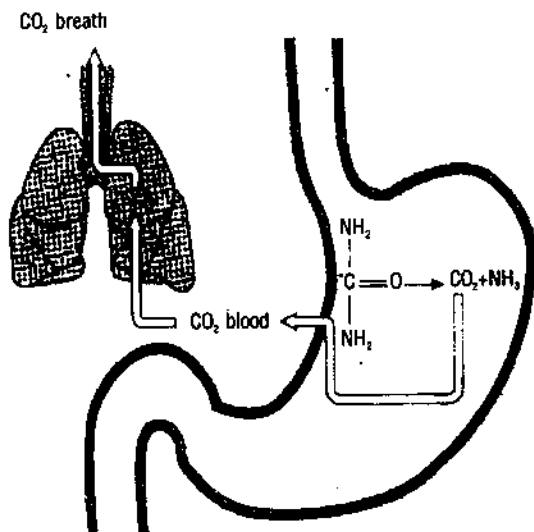


5% O_2



7-10 ngày

Urea breath test



Chẩn đoán
bằng đo
 $C^{13/14}$
trong
hơi thở

5. Biểu chứng :

- Xuất huyết tiêu hoá.
- Hẹp môn vị.
- Thủng dạ dày, tá tràng.
- Ung thư hoá ổ loét.
- Viêm dạ dày mãn tính thể teo gây thiếu máu mãn.

6. Điều trị :

- ♦ Chế độ ăn uống:
- Không để quá no hoặc quá đói.

– Bỏ các tác nhân tổn thương niêm mạc: rượu, thuốc lá, các yếu tố nội sinh

– Các thuốc tác động lên niêm mạc: corticoid, NSAID

– Hạn chế các chất kích thích và khó tiêu : chất béo, ớt ...

♦ Chế độ thuốc:

– Diệt trừ H.pylori (yếu tố quan trọng nhất).

– Ức chế toan mạnh (dùng thuốc ức chế bơm proton hoặc ức chế H_2).

– Tăng cường bảo vệ niêm mạc

♦ Diệt H.pylori thành công:

– Ức chế toan thật tốt.

– Phải phối hợp từ 2 kháng sinh trở lên.

– Kháng sinh có tính chất hợp đồng và độ nhạy cảm với H.pylori cao.

– Khả năng kháng thuốc ít.

– Ít gây tổn thương gan hoặc thận.

– Kháng sinh chịu đựng được ở môi trường acid.

Cách phối hợp kháng sinh

– PPI + 2 kháng sinh.

– PPI + 2 kháng sinh + Bismuth.

– RBC + 2 kháng sinh.

(RBC = Ranitidin Bismuth Subcitrat)

Thời gian từ 7 - 10 ngày.

Nếu kháng thuốc, liệu điều trị kéo dài 14 ngày và đối chéo nhóm kháng sinh.

Kháng sinh được chấp nhận hiện nay trong diệt trừ *H.pylori*.

- Clarithromycin.
- Amoxicillin hoặc Tetracyclin.
- Metronidazol hoặc Tinidazol.

Công thức cụ thể:

- PPI + Clarithromycin + Amoxicillin
(Omeprazol 0,5g x 2 lần/ngày 1g x 2 lần/ngày 20mg x 2 lần/ngày).
- PPI + Clarithromycin + Metronidazol
(0,25g x 2 lần/ngày ; 0,5g x 2 lần/ngày)
- PPI + Amoxicillin + Metronidazol
(1g x 2 lần/ngày ; 0,5g x 2 lần/ngày)
- PPI + Tetracyclin + Metronidazol + Bismuth
(hay Clarithromycin)

7. Khuyến cáo :

- Không nên sử dụng nhóm Metronidazol ở những vùng *H.pylori* kháng thuốc Metronidazol trên 30%.

- Ở Việt Nam, theo báo cáo của Lục Thị Vân Bích nuôi cấy phân lập tại trường Đại học Y Dược TP.HCM thì khả năng kháng thuốc với Metronidazol là 93%.

- Bệnh nhân phải tuân thủ đúng liều lượng của kháng sinh và thời gian điều trị.

- Nên lựa chọn công thức thích hợp cho mỗi bệnh nhân.

8. Phòng ngừa :

- H.pylori lây theo đường tiêu hóa, do đó cần ăn uống sạch sẽ, hợp vệ sinh.

- Cải tạo môi trường sống.

- Nâng mức sống người dân.

- Tìm thuốc vaccin chủng ngừa mở rộng (đang nghiên cứu).

UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT

Phó Giáo sư, Tiến sĩ **LÊ QUANG NGHĨA**

Phó Trưởng Bộ môn Ngoại tổng quát

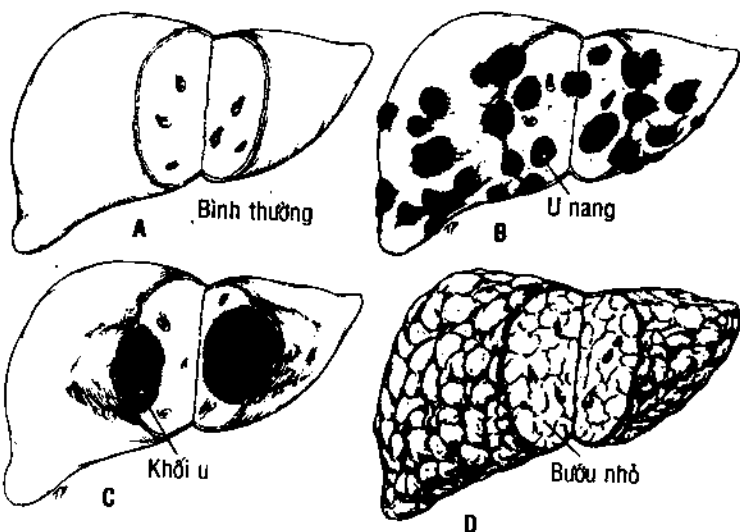
Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. Đại cương:

1.1. Chiếm 5% ung thư gan.

1.2. Có đặc điểm xuất phát :

- Xuất phát từ tế bào gan.
- Có nhiều nhân hay đơn nhân.



1.3. Các nguyên nhân chính là:

- Xơ gan.
- Viêm gan B và C.
- Nhiễm sắc tố sắt mô.
- Hiếm hơn: do dùng thuốc ngừa thai.

2. Định bệnh lâm sàng :

2.1. Tình huống phát hiện.

- Đau dạ sườn phải.
 - Mệt và sụt cân.
 - Xơ gan đã có nay mất bù (xuất huyết tiêu hoá hay báng bụng).
 - Hiếm hơn nữa là các triệu chứng cận ung thư (như hạ đường huyết, gia tăng lượng hồng cầu).
- 2.2. **Khám thấy** : gan lớn, không đều và đau. Đôi khi có âm thổi thời tâm thu hay liên tục

3. Vệ sinh học có các triệu chứng :

3.1. Tình trạng ứ mật chưa vàng da (phosphatase kiềm tăng 2 - 3 lần)

3.2. Hiện tượng viêm

3.3. Alpha foetoprotein (60% các trường hợp) > 200ng/ml. Xét nghiệm này không đặc hiệu vì cũng tăng trong viêm gan cấp hay mạn và xơ gan.

4. Hình ảnh học :

4.1. Chụp X quang bụng không chuẩn bị cho thấy:

- Gan to

UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT

Phó Giáo sư, Tiến sĩ **LÊ QUANG NGHĨA**

Phó Trưởng Bộ môn Ngoại tổng quát

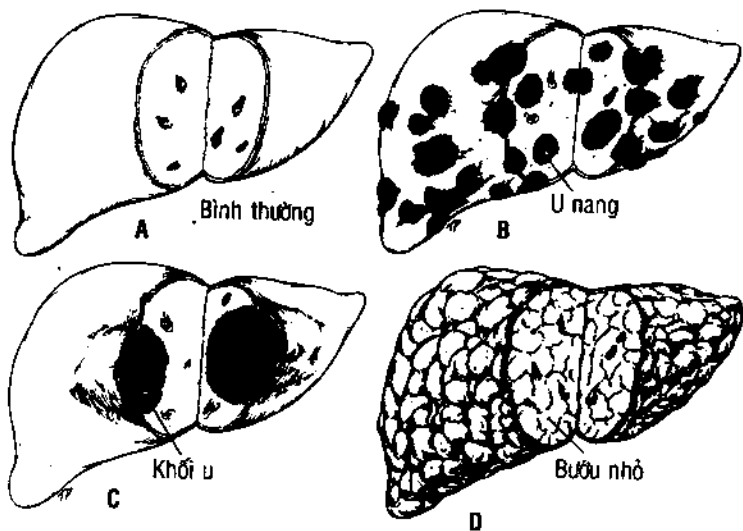
Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. Đại cương:

1.1. Chiếm 5% ung thư gan.

1.2. Có đặc điểm xuất phát :

- Xuất phát từ tế bào gan.
- Có nhiều nhân hay đơn nhân.



- Cơ hoành phải nhô cao
- Đôi khi có hoá vôi trong bướu

4.2. Siêu âm và CT :

- Xác định hình thể của tổn thương
- Độ xâm lấn tại chỗ (tĩnh mạch trên gan và các nhánh tĩnh mạch cửa).
- Các cấu trúc lân cận bị đẩy.

4.3. Động mạch đồ: thực hiện trước mổ cho thấy tăng sinh mạch máu và bướu đẩy các động mạch

4.4. Sinh thiết gan bằng kim (mở bụng) hay dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CT : giúp có định bệnh chắc chắn khi các xét nghiệm khác âm tính. Xét nghiệm này cấm thực hiện khi có rối loạn đông máu hay bụng báng (cổ trướng).

5. Diễn tiến và hậu quả :

Bệnh nhân thường tử vong sau 6 - 12 tháng do vỡ tĩnh mạch thực quản, do suy gan, do bướu vỡ hoặc di căn xa

6. Điều trị :

6.1. Trị triệu chứng: xạ trị nhằm giảm đau

6.2. Trị tận gốc:

- Cắt gan rộng (sống 5 năm được 20%) có ghép gan hoặc không.
- Cắt bướu .
- Hóa trị liệu kết quả không chắc chắn.

VIÊM GAN SIÊU VI

Giáo sư PHẠM HOÀNG PHIỆT

Trưởng Bộ môn Miễn dịch – Sinh lý bệnh

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. VÀI NÉT VỀ GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ CỦA GAN:

Gan là cơ quan lớn nhất, cân nặng 1200 - 1500gram.

Đảm nhiệm nhiều chức năng phức tạp :

– Biến dưỡng đường, đạm, mỡ.

Tổng hợp các protein: đông máu, miễn dịch, men.

– Giải độc.

– Sản xuất và bài tiết mật.

II. VIÊM GAN LÀ GÌ, NGUYÊN NHÂN VIÊM GAN ?

1. Viêm gan:

Thâm nhiễm tế bào viêm, hủy hoại tế bào gan, về lâu dài dẫn đến suy gan, xơ gan, ung thư gan .

2. Nhiều nguyên nhân gây viêm gan :

– Siêu vi : CMV, EBV, virus viêm gan A, B, C, D, E, G ...

- Vi khuẩn, ký sinh trùng.
- Hóa chất: rượu, thuốc.
- Tự miễn.
- Di truyền, chuyển hoá.

Quan trọng : Virus viêm gan B (D), C do dễ gây viêm gan. Mạn tính, số lượng nhiều và có biến chứng xa.

III. VIÊM GAN SIÊU VI B, C (VGSV)

- Dịch tễ học VGSV B.

Chia thành 3 vùng theo tỷ lệ đang nhiễm (cao : > 7%, trung gian: 2 - 7%, thấp : < 2%).

Ở Việt Nam tỷ lệ đang nhiễm là cao từ 10 - 20%.

- Dịch tễ học VGSV C : ở Việt Nam tỷ lệ khoảng 2%.

- Biến chứng lâu dài khi viêm mạn tính.

Tỷ lệ khoảng 25%. Thời gian có biến chứng là 30 - 40 năm.

IV. DIỄN BIẾN TỰ NHIÊN CỦA VGSV B, C

Sau khi nhiễm có thời gian ủ bệnh 30 - 180 ngày.

- ♦ Giai đoạn bệnh cấp (không quá 6 tháng).

- 2/3 không biểu hiện rõ.

- 1/3 triệu chứng viêm gan: tiểu vàng, vàng da niêm mạc, đau vùng gan, chán ăn, mệt mỏi, men gan tăng cao.

♦ Giai đoạn mạn tính :

- Nếu siêu vi còn tồn tại > 6 tháng.
- Đã thành mạn tính hầu như mang suốt đời nếu không điều trị.

V. CHẨN ĐOÁN SIÊU VI VIÊM GAN B, C.

Có 3 nhóm xét nghiệm chẩn đoán.

1. Chẩn đoán siêu vi :

*** Với siêu vi viêm gan B**

- HBsAg : kháng nguyên bề mặt cho biết đang nhiễm

- HBeAg : đang nhiễm, siêu vi đang tăng sinh, khả năng lây nhiễm cao (trừ thể biến dị).

- AntiHBsAg hay HbsAb : kháng thể chống HbsAg.

Đã nhiễm và lành, có miễn dịch bảo vệ, hoặc đã tiêm phòng

- AntiHBeAg hay HBeAb: kháng thể chống HbeAg: Siêu vi đang tăng sinh ít, lây nhiễm ít (trừ thể biến dị).

- Anti HBcAg hay HbcAb: kháng thể chống kháng nguyên lõi, chứng tỏ đã có nhiễm, kháng thể không có tính bảo vệ.

*** Với siêu vi viêm gan C**

- Anti HCV: tìm kháng thể chống siêu vi viêm gan C.

– RIBA : cũng tìm kháng thể chống siêu vi viêm gan C có đặc hiệu cao hơn.

– HCV-RNA : tìm vật liệu di truyền : Có tính đặc hiệu cao. Có độ nhạy cao.

2. Chẩn đoán tổn thương gan/phản ứng cơ thể

– Hóa sinh: men gan : ALT (SGPT), AST (SGOT), GGT

– Mô học: sinh thiết gan.

3. Chẩn đoán hình ảnh:

Siêu âm, chụp cắt lớp (CT), cộng hưởng từ (MRI).

VI. ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN MẠN B,C

Không phải mọi bệnh nhân nhiễm siêu vi BC đều phải điều trị.

Chỉ định điều trị: dựa vào lâm sàng, xét nghiệm, phụ thuộc và hiểu biết của bác sĩ.

Điều trị (đặc hiệu) tốn kém: một số có phản ứng. Hiệu quả chưa cao -> thuộc về bác sĩ chuyên khoa.

♦ Phân loại điều trị :

– *Điều trị không đặc hiệu* : Bảo vệ tế bào - Không tác động lên siêu vi.

– *Điều trị đặc hiệu*: Chống siêu vi - Tăng đáp ứng miễn dịch, phối hợp các nghiên cứu mới.

VII. DỰ PHÒNG.

1. Dự phòng chủ động : tiêm chủng, chưa có vaccin cho siêu vi viêm gan C.

2. Dự phòng lây lan : có 3 đường chính (như HIV) :

- Lây bằng đường máu.
- Lây từ mẹ sang con.
- Lây qua đường tình dục.

Phụ thuộc đặc điểm dịch tễ học.

3. Dự phòng biến chứng

- Điều trị đúng - Tránh gây tổn thương thêm cho gan (không uống rượu...).

- Theo dõi định kỳ, lâu dài nhằm phát hiện sớm biến chứng.

VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN

Tiến sĩ, Bác sĩ **ĐỖ TRỌNG HẢI**

Bộ môn Ngoại tổng quát

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm đại tràng mạn là bệnh mạn tính ở đại tràng có thể do rất nhiều nguyên nhân khác nhau hoặc không rõ nguyên nhân.

1. Nhóm do nhiễm :

- Nhiễm khuẩn : lao, lậu, Clostridium sp.
- Nhiễm ký sinh trùng: lỵ amíp, Giardia lamblia
- Nhiễm siêu vi : Cytomegalovirus, Herpes simplex.

- Nhiễm nấm : Candida ...

2. Nhóm không do nhiễm:

- Viêm loét đại tràng vô căn.
- Bệnh Crohn.
- Do xạ trị vùng chậu.
- Do thiếu máu.

Bệnh viêm đại tràng mạn có đặc điểm là gây ra hiện tượng viêm, loét và rối loạn chức năng của đại tràng.

Cần phân biệt với bệnh đại tràng chức năng (hội chứng ruột kích thích, viêm đại tràng co thắt ...) là những bệnh chỉ gây rối loạn chức năng đại tràng nhưng không có tổn thương thực thể ở đại tràng

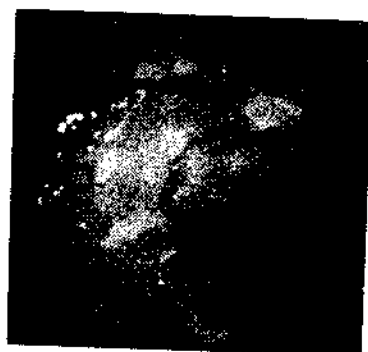
Trong phạm vi bài này chúng tôi chỉ đề cập đến một số nguyên nhân thường gặp của viêm đại tràng mãn và không đề cập đến những nguyên nhân gây viêm ruột non và đại tràng cấp tính.

II. VIÊM ĐẠI TRÀNG DO AMÍP (LÝ AMÍP)

Bệnh lây truyền theo đường tiêu hóa. Kén amíp đã trưởng thành theo thức ăn vào dạ dày, qua ruột non, rồi từ đoạn cuối hồng tràng đi vào đại tràng. Amíp gây ra những tổn thương viêm loét ở manh tràng, đại tràng và trực tràng.



Hình 1: Viêm loét đại tràng do Amíp



Hình 2: Lao đại tràng

Biểu hiện lâm sàng : bệnh nhân có những triệu chứng đi tiêu phân nhầy lẫn máu kèm cảm giác mót

rặn và đau bụng quặn từng cơn. Bệnh thường kéo dài và hay tái phát. Chẩn đoán dựa vào việc xét nghiệm phân để tìm amíp hoặc làm xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán amíp. Chụp đối quang kép hoặc nội soi đại tràng sinh thiết có thể thấy được những hình ảnh tổn thương loét đặc hiệu ở đại tràng giúp cho chẩn đoán

Việc điều trị tùy thuộc mức độ nặng nhẹ của bệnh

- Mức độ nhẹ dùng Metronidazol 750mg x 3 lần/ngày x 5 - 10 ngày

- Mức độ trung bình dùng liều như trên và tiếp theo Iodoquinol (Direxide 3 viên/ngày x 7 ngày để ngừa tái phát)

- Mức độ nặng dùng Emetine hay Dihydroemetin 400mg/ngày, tiêm bắp, tối đa 5 ngày. Vì hai loại thuốc này có thể gây tụt huyết áp nên bệnh nhân cần nhập viện để điều trị và theo dõi. Metronidazol được sử dụng một tuần tiếp theo.

III. VIÊM ĐẠI TRÀNG DO LAO (LAO RUỘT)

Thường thứ phát sau lao phổi (50% bệnh nhân lao ruột có hình ảnh lao khi chụp X quang phổi). Cũng có thể gặp lao ruột nguyên phát do bệnh nhân bị nhiễm vi khuẩn lao qua đường ăn uống. Bệnh diễn tiến mạn tính với những triệu chứng nhiễm lao (sốt nhẹ về chiều, mệt mỏi biếng ăn, thể trạng suy sụp)

và rối loạn tiêu hóa (tiêu chảy kéo dài, phân đàm nhớt hoặc có máu). Bệnh có thể diễn tiến gây tắc ruột hoặc lao màng bụng.

Chẩn đoán dựa vào xét nghiệm tìm vi khuẩn lao trong phân, X quang và nội soi đại tràng sinh thiết cho thấy những hình ảnh tổn thương và tìm tế bào điển hình của lao.

Việc điều trị lao ruột cũng phải theo phác đồ điều trị lao chung với các thuốc đặc hiệu như:

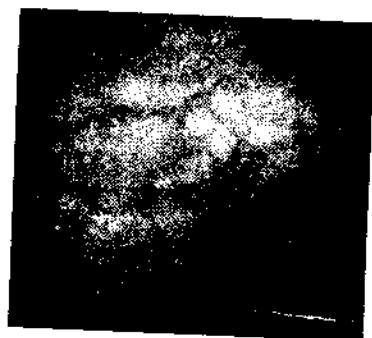
- Isoniazid 300mg/ngày.
- Rifampin 600mg/ngày.
- Pyrazinamide 2g/ngày.
- Ethambutol 800 mg/ngày.

Cần sử dụng đủ thuốc, đúng liều và đúng phác đồ để tránh hiện tượng kháng thuốc. Khi có biến chứng tắc ruột cần phải phẫu thuật cấp cứu.

IV. VIÊM ĐẠI TRÀNG MÀNG GIẢ

Tác nhân gây bệnh do vi khuẩn *C. difficile*, là loại vi khuẩn thường trú ở ruột bình thường không gây bệnh nhưng do sử dụng kháng sinh dài ngày gây loạn khuẩn ruột. Bệnh diễn tiến mạn tính gây những tổn thương màng giả ở đại tràng, làm bệnh nhân tiêu chảy nước hoặc có lẫn máu, kèm theo sốt và triệu chứng nhiễm độc do độc tố vi khuẩn. Chẩn đoán dựa vào cấy phân tìm vi khuẩn, nội soi đại tràng kèm sinh thiết.

Để điều trị, trước hết cần ngừng sử dụng những kháng sinh không cần thiết, dùng Vancomycin 125mg x 4 lần/ngày hay Metrionidazol (Flagyl) 250mg x 4 lần/ngày trong 10 ngày. Có thể dùng Lacteobacillus (Lacteo Fort, Biolactyl ...).

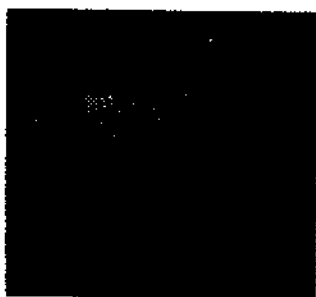


Hình 3&4 : Viêm đại tràng màng giả

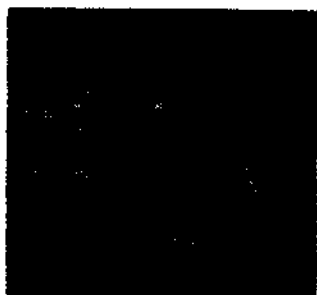
V. VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG VÔ CĂN

Bệnh không tìm thấy nguyên nhân như vi khuẩn, kí sinh trùng, nấm hay virus ở đại tràng. Nguyên nhân có thể có liên quan đến những rối loạn miễn dịch và xảy ra trên những bệnh nhân bị stress nặng. Triệu chứng bao gồm quặn bụng từng cơn, cảm giác mắc cầu cấp thiết, phân nhày máu kèm sốt, sụt cân. Ngoài ra bệnh nhân còn có những triệu chứng đau do viêm các khớp hoặc viêm đốt sống. Bệnh có thể diễn tiến thủng ruột hoặc phình đại tràng và ung thư hóa. Nguy cơ ung thư đường như sẽ xảy ra 10

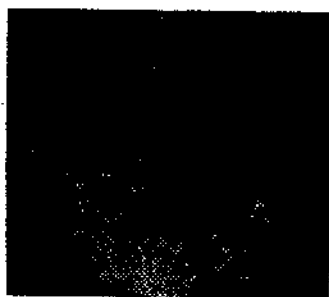
năm sau khi phát hiện bệnh và tỉ lệ tăng lên sau mỗi năm. Tỉ lệ ung thư hoá:



A - GD Cấp



B - GD Mãn



C - Ung thư hóa

- Sau 10 năm là 0,5 - 1%.
- Sau 15 năm là 12%.
- Sau 20 năm là 23%.
- Sau 24 năm là 42%.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào nội soi đại tràng và sinh thiết.

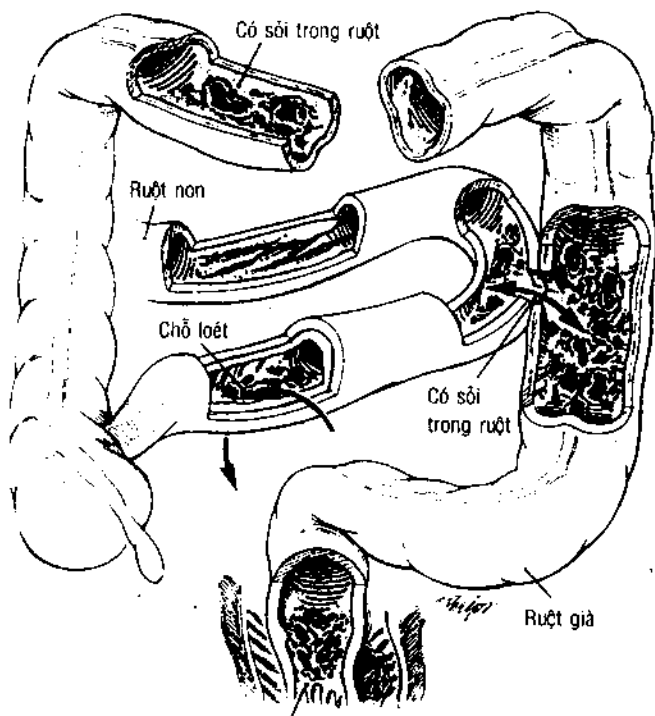
Về điều trị, cần cho bệnh nhân ăn thức ăn dễ tiêu, tránh sữa, dùng các thuốc chống tiêu chảy (Diarresec, Imodium 2 - 4 lần/ngày), Sulfasalazin 1.5g 2 - 4 lần/ngày, Corticoid có thể sử dụng qua đường hậu môn (thụt tháo với Hydrocortison hoặc thuốc đặt hậu môn), qua đường uống (Prednison 30mg/ngày), qua đường tĩnh mạch trong trường hợp nặng. Đôi khi cần phải dùng thuốc ức chế miễn dịch (Azathioprin).

Khi xảy ra biến chứng xuất huyết ô ạt, nhiễm độc hoặc thủng đại tràng cần phải mổ cấp cứu. Chỉ định cắt toàn bộ đại tràng khi sinh thiết đại tràng thấy có tình trạng loạn sản hoặc không đáp ứng điều trị.

VI. BỆNH CROHN.

Là một bệnh không rõ nguyên nhân, rất thường gặp ở Âu Mỹ nhưng hiếm ở nước ta. Bệnh xảy ra ở cả ruột non và đại tràng, diễn tiến mãn tính với các triệu chứng tiêu chảy, đau bụng, sốt, đau hố chậu phải, dễ chẩn đoán lầm với viêm ruột thừa. Bệnh

gây ra những thương tổn cơ thắt, phù nề và xơ hoá gây hẹp lòng ruột dẫn đến tắc ruột, rò ruột, áp xe và rò cạnh hậu môn. Việc điều trị tương tự như viêm loét đại tràng.



VII. MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT.

• Viêm đại tràng trên bệnh nhân AIDS

Nguyên nhân do siêu vi Cytomegalovirus. Bệnh gây ra những thương tổn gồm ổ loét nhỏ ở đại tràng, nhất là đại tràng phải.

- *Viêm trực tràng do Chlamydia, do lậu.*

Bệnh xảy ra ở những người đồng tính luyến ái nam, thương tổn gây viêm loét trực tràng dẫn đến xơ hóa chít hẹp trực tràng gây rò cạnh hậu môn

- *Viêm hậu môn - trực tràng do Herpes simplex virus*

Bệnh xảy ra trên những người đồng tính luyến ái nam gây những thương tổn phù nề, sưng đỏ, loét hoặc nổi mụn rộp ở vùng hậu môn trực tràng.

- *Viêm đại tràng sau xạ trị vùng bụng và chậu*

Thường gặp trên bệnh nhân ung thư cổ tử cung được xạ trị, tổn thương viêm đỏ phù nề, loét tương tự như viêm loét đại tràng. Niêm mạc đại tràng bị xơ hóa kèm tăng sinh mạch máu, rất dễ chảy máu khi đụng vào.

Việc chẩn đoán và điều trị viêm đại tràng do những nguyên nhân trên thường rất khó khăn và phức tạp.

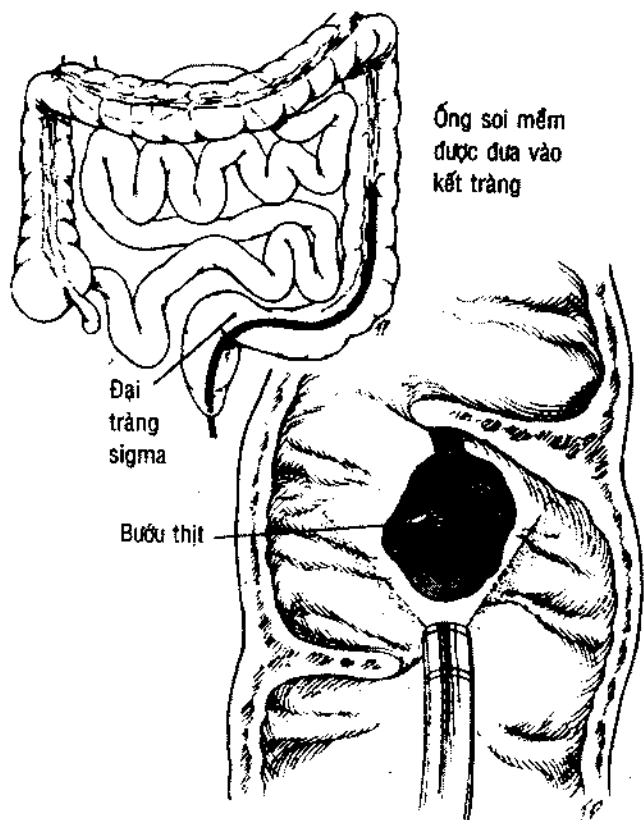
VIII. KẾT LUẬN

1. Viêm đại tràng mãn là một bệnh thường gặp, chẩn đoán nguyên nhân thường khó, điều trị kéo dài vì bệnh hay tái phát

2. Để phòng bệnh cần chú ý vệ sinh thực phẩm, ăn uống, không uống sữa bò tươi chưa tiệt trùng,

tránh dùng kháng sinh kéo dài, điều trị tích cực khi bị lao phổi ...

3. Khi có rối loạn đi cầu, phân đàm cần khám chuyên khoa tiêu hoá để xác định chẩn đoán, cần loại trừ bệnh ác tính ở đại tràng.



BỆNH SỎI MẬT

Giáo sư, Tiến sĩ NGUYỄN ĐÌNH HỒI

Trưởng Bộ môn Ngoại tổng quát -

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. MẬT LÀ GÌ.

- *Nước mật* do tế bào gan chế tiết ra. Số lượng nước mật được tiết hàng ngày khoảng 800mm. Mật rất cần thiết cho việc tiêu hóa thức ăn. Ngoài chức năng tiêu hóa, mật còn có nhiều chức năng khác. Người ta sống không thể không có mật.

- *Ống mật* (hay đường mật) dẫn nước mật từ gan xuống ruột. Ống mật lúc đầu là các ống nhỏ li ti. Các ống mật nhỏ li ti này hợp với nhau, to dần lên tạo nên ống gan phải và ống gan trái. Ống gan bên phải nhận mật của phần gan bên phải. Ống gan bên trái nhận mật của phần gan bên trái. Các ống mật này nằm ở trong gan. Hai ống gan phải và trái hợp với nhau tạo nên ống gan chung. Sau khi nhận ống túi mật đổ vào, ống gan chung trở thành ống mật chủ. Ống mật chủ đổ mật vào tá tràng qua một cơ thắt.

Mật được tiết thường xuyên, khi ăn và khi không ăn. Khi không ăn, mật tiết ra được tích lại trong một túi, đó là túi mật. Túi mật có nhiệm vụ

tích mật và cô đặc mật. Túi mật chỉ có vai trò phụ, có thể cắt bỏ được. Ống gan chung, ống mật chủ, và túi mật nằm ngoài gan (hình).

II. BỆNH SỎI MẬT LÀ GÌ.

- Bệnh sỏi mật là bệnh được tạo nên do sự xuất hiện sỏi trong đường mật.

- Bệnh gặp ở mọi nơi, ở các nước phát triển và các nước đang phát triển, với các tỉ lệ mắc bệnh nhiều ít trong dân số khác nhau. Bệnh gặp ở cả nam và nữ, ở mọi lứa tuổi, mọi mức sống và mọi nghề nghiệp khác nhau. Bệnh có liên quan nhiều tới chế độ ăn uống và sinh hoạt.

- Bệnh sỏi mật ảnh hưởng nhiều tới cuộc sống, làm giảm nhiều năng suất lao động của xã hội và gây nhiều tử vong.

- Công việc chữa trị gặp khá nhiều khó khăn. Những năm gần đây có nhiều máy móc và phương tiện nên công việc điều trị thuận lợi hơn và có hiệu quả hơn.

III. CÁC YẾU TỐ PHÁT SINH SỎI MẬT.

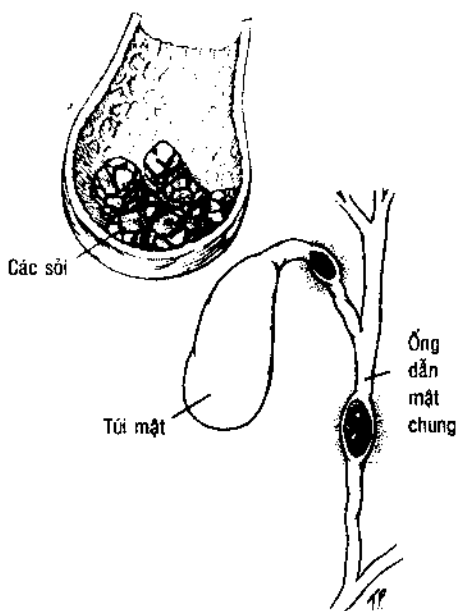
- Ăn quá nhiều chất béo. Trong chất béo có nhiều cholesterol. Cholesterol là thành phần quan trọng tạo nên sỏi mật.

- Phụ nữ sanh đẻ nhiều lần. Theo thống kê, phụ nữ nhiều con mắc bệnh sỏi túi mật nhiều hơn những người ít con.

- Ít vận động, thiếu thể dục thể thao cũng là những yếu tố quan trọng

- Giun sán sinh sống ở ruột, trong hoàn cảnh nào đấy chui ngược lên đường mật, cư trú, sinh sản và có thể chết ở đây. Trứng và giun sán là những yếu tố rất thuận lợi hình thành sỏi. Qua kính hiển vi, người ta thấy rất nhiều hòn sỏi, có nhân ở giữa là xác giun và trứng giun. Đây là tính chất rất đặc biệt của sỏi ở nước ta và các nước trong vùng nhiệt đới.

- Phụ nữ, độ tuổi 40, mập mập, sanh đẻ nhiều lần (tiếng Anh 4F: Female, Forty, Fatty, Fertility) có tỉ lệ sỏi túi mật cao hơn ở những người khác.



IV. HÒN SỎI MẬT CÓ NHỮNG ĐẶC TÍNH GÌ?

- Về số lượng, sỏi có thể chỉ một hòn duy nhất, có thể là nhiều, có khi rất nhiều, lấp kín đường mật, hàng trăm hòn.

- Về kích thước, sỏi có thể nhỏ li ti như hạt tằm, có thể to hơn như hạt đậu, có thể to như đầu ngón tay út, có khi to như quả trứng gà.

- Về hình thù, rất đa dạng. Khi mềm thì không có hình thù nhất định. Khi rắn có thể có hình tròn, hình bầu dục, nhiều mặt bề mặt trơn láng. Khi nằm trong ống mật chủ, hòn sỏi có hình thù của đầu bút chì, hình điệu xì gà.

- Về mật độ, có thể rất mềm, khi đụng chạm đến dễ nát mủn, có khi như bùn, gọi là bùn mật. Có khi rất cứng, đập mạnh cũng khó vỡ

- Về cấu tạo, hòn sỏi được cấu tạo bởi nhiều chất. Nếu trong thành phần có nhiều cholesterol là sỏi cholesterol. Nếu có nhiều muối mật và sắc tố mật gọi là sỏi sắc tố mật. Nếu 2 thành phần có số lượng tương đương là sỏi hỗn hợp. Thành phần hóa học của sỏi quyết định các tính chất của sỏi.

V. SỎI NẰM Ở CHỖ NÀO CỦA ĐƯỜNG MẬT?

Sỏi có thể nằm ở bất cứ chỗ nào của đường mật. Tùy theo chỗ nằm mà bệnh có các tên gọi khác nhau:

- Bệnh sỏi túi mật khi có sỏi nằm trong túi mật.

- Bệnh sỏi ống mật khi có sỏi nằm trong ống mật chủ.

- Sỏi có thể có cả trong ống mật chủ và cả trong túi mật: Trong trường hợp này, sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật có thể hình thành riêng nhau, nhưng cũng có thể sỏi ở trong ống mật chủ là từ túi mật rơi xuống.

- Sỏi có thể có ở cả ba nơi: túi mật, ống mật chủ, trong gan.

Triệu chứng và diễn tiến của sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ rất khác nhau, nên được xếp thành hai bệnh khác nhau: bệnh sỏi túi mật và bệnh sỏi ống mật chủ.

VI. LÀM SAO BIẾT MÌNH BỊ BỆNH SỎI MẬT?

1. Sỏi ống mật chủ:

Sỏi ống mật chủ có 3 triệu chứng xuất hiện theo trình tự sau: đau, sốt, vàng da. Đau thường rất dữ dội, sốt có khi rất cao, vàng da có khi rất đậm. Ba chứng này xuất hiện, mất đi, rồi lại tái diễn từng đợt. Ngoài ra còn có một số triệu chứng khác: ngứa khắp mình mẩy, nước tiểu thẫm màu ...

Nhưng cũng có những người trong ống mật chủ có sỏi mà cho đến lúc này chưa có triệu chứng gì.

2. Sỏi túi mật

Rất nhiều bệnh nhân có sỏi túi mật mà không có triệu chứng. Bệnh được siêu âm phát hiện khi

khám sức khoẻ định kỳ. Hoặc là có các triệu chứng sau:

- Khó tiêu, đầy bụng, nhất là khi ăn trứng, ăn mỡ.

- Đau ở vùng dưới bờ sườn bên phải. Đau vừa phải, đau ê ẩm. Bệnh nhân vẫn có thể đi lại, sinh hoạt bình thường.

VII. KHI NGHI NGỜ CÓ SỎI TRONG ĐƯỜNG MẬT, PHẢI LÀM GÌ?

Phải đi khám bệnh.

1. Khám:

- Sỏi ống mật chủ dễ chẩn đoán vì các triệu chứng rõ ràng.

- Sỏi túi mật, vì các triệu chứng không rõ rệt nên không thể xác định chắc chắn có sỏi hay không có sỏi, mà chỉ có thể nghi ngờ. Muốn xác định có sỏi hay không phải dùng các phương tiện chẩn đoán khác.

2. Thử máu:

- Trong bệnh sỏi ống mật chủ, tỉ lệ mật trong máu tăng cao, gấp rưỡi, gấp đôi, có khi gấp 10.

- Trong bệnh sỏi túi mật, không có gì bất thường.

3. Chụp X quang:

- Không bao giờ thấy sỏi ống mật chủ.

- Đôi khi thấy được sỏi túi mật

Như vậy chụp X quang thông thường không phải là phương pháp tốt để chẩn đoán bệnh sỏi mật. Muốn thấy sỏi phải dùng các phương pháp X quang đặc biệt, phức tạp nên khó thực hiện.

4. Siêu âm:

Trên màn hình siêu âm thấy rất rõ hình các hòn sỏi. Siêu âm cho biết số lượng, vị trí, kích thước chính xác từng milimet của các hòn sỏi. Những ưu điểm khác của siêu âm là vô hại, nhanh chóng và rẻ tiền. Vì vậy hiện nay siêu âm là phương tiện chủ yếu chẩn đoán bệnh sỏi mật.

5. Chụp CT :

Có thể thấy sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật. Kỹ thuật phức tạp lại mắc tiền nên không phải là phương pháp thông dụng.

VIII. BỆNH SỎI MẬT TIẾN TRIỂN NHƯ THẾ NÀO?

Bệnh sỏi mật nếu không được can thiệp lấy hết sỏi có thể diễn biến rất phức tạp, nguy hiểm, chết người.

1. Sỏi túi mật:

- Ứ nước ở túi mật làm cho túi mật căng to và đau. Ứ nước thường do hòn sỏi kẹt ở cổ hay ống túi mật

- Nhiễm trùng túi mật làm cho trong túi mật có mủ. Khi túi mật có mủ, thành túi mật bị hoại tử rồi

thủng gây viêm phúc mạc và tử vong nếu không được mổ khẩn cấp cắt túi mật. Trong những trường hợp thuận lợi hơn diễn biến thành áp xe túi mật, cũng phải mổ cấp cứu, mổ rất phức tạp, có nhiều nguy hiểm. Trong những trường hợp may mắn, diễn biến thành đám quánh túi mật, đau đi đau lại nhiều lần.

2. Sỏi ống mật chủ:

Sỏi nằm trong ống mật chủ làm tắc nghẽn đường đi của mật. Nước mật ứ đọng lại ở trong đường mật, vi khuẩn từ dưới ruột chui lên làm cho đường mật nhiễm trùng. Nhiễm trùng đường mật là hậu quả tất yếu của tắc nghẽn đường mật do sỏi. Nhiễm trùng đường mật gây nhiều hậu quả nghiêm trọng:

- Viêm phúc mạc mật do thủng túi mật hay thủng ống mật chủ. Nếu không mổ kịp thời chắc chắn sẽ chết.

- Trong gan xuất hiện những ổ mủ to hay nhỏ, nằm rải rác, gọi là áp xe đường mật. Cũng phải mổ, không mổ cũng sẽ dẫn đến tử vong.

- Sốc nhiễm trùng đường mật: sốt rất cao, 40 độ, mạch nhanh 140 lần/phút hay hơn, đập yếu, huyết áp hạ thấp, nhiều khi không đo được. Điều trị rất khó khăn. Tử vong gần như chắc chắn mặc dù được điều trị tích cực và chất lượng.

- Suy thận cấp, được gọi là *Hội chứng gan thận*, bệnh nhân không có nước tiểu, các chất độc

trong máu không đào thải được, tăng cao. Không tránh khỏi tử vong

- Chảy máu đường mật: bệnh nhân ói máu hay đi cầu sệt đen do có trộn lẫn máu. Cũng là biến chứng rất nặng, rất dễ tử vong.

IX. CÁCH CHỮA TRỊ BỆNH SỎI MẬT NHƯ THẾ NÀO?

1. Thuốc làm tan sỏi: đã có nhiều nghiên cứu về các thuốc làm tan sỏi mật, kể cả tân dược và y học cổ truyền nhưng cho tới nay chưa có loại thuốc nào tỏ ra có hiệu quả.

2. Tán sỏi ngoài cơ thể: các máy dùng laser, siêu âm... đang được nghiên cứu. Kết quả chưa được xác định

3. Lấy sỏi qua đường nội soi dạ dày tá tràng (ERCP). Đưa ống soi mềm qua dạ dày tá tràng vào ống mật chủ, bơm thuốc cản quang và chụp đường mật, tìm sỏi và gắp ra. Phương pháp này chỉ dùng cho sỏi không quá to và nằm trong ống mật chủ. Ở TPHCM, hiện nay có 4 bệnh viện dùng kỹ thuật này, với số bệnh nhân cho tới nay là gần 1000. Tỷ lệ thành công rất cao

4. Lấy sỏi qua da : Dùng dùi chọc, chọc qua da, qua mô gan vào đường mật, dùng ống soi tìm sỏi và gắp ra. Kỹ thuật này dùng cho sỏi trong gan. Phương pháp chưa được phổ biến ở nước ta. Trung tâm cấp cứu Trưng Vương đang thực hiện với kết quả tốt.

5. Phẫu thuật kinh điển (mổ hở). Hàng trăm năm nay mổ hở là phương pháp duy nhất chữa trị bệnh sỏi mật. Có nhiều phương pháp mổ. Mỗi phương pháp ứng với một loại thương tổn. Chúng đã mang lại rất nhiều kết quả tốt đẹp.

6. Phẫu thuật nội soi. Ý định dùng phẫu thuật nội soi đã có từ lâu, nhưng chưa thực hiện được vì không có dụng cụ thích hợp. Do những tiến bộ gần đây của công nghệ, người ta có máy soi, có ánh sáng lạnh ... Hình ảnh các tạng được chiếu rất sáng và được truyền lên màn hình. Phẫu thuật viên không cần nhìn trực tiếp vào các tạng có thương tổn mà nhìn lên trên màn hình để thao tác: bóc tách, cắt, cột, cầm máu, lau chùi, khâu nối... Do đó không cần rạch một đường dài ở bụng để thao tác mà chỉ cần chọc 2 - 3 - 4 lỗ nhỏ, không quá 1 cm để đưa ống soi và dụng cụ mổ vào trong xoang bụng.

Những ưu điểm chính của phẫu thuật nội soi là: thời gian mổ ngắn hơn, sau mổ ít đau hơn, chỉ cần nằm viện 3 - 4 ngày, trở lại làm việc sớm hơn, coi như không có vết sẹo trên thành bụng (sẹo rất nhỏ).

Trong vòng mười năm nay, phẫu thuật nội soi phát triển rất mạnh, không riêng các phẫu thuật ở bụng mà trong tất cả các chuyên ngành phẫu thuật khác. Chắc chắn rằng nó sẽ là phẫu thuật của thế kỷ 21. Ở nước ta, phẫu thuật nội soi được thực hiện từ năm 1992. Cho đến nay cả nước có chừng 4000 bệnh nhân sỏi túi mật được mổ theo phương pháp này.

Phẫu thuật cũng đã được sử dụng cho bệnh sỏi ống mật chủ.

X. SAU MỔ BỆNH CÓ TÁI PHÁT KHÔNG?

1. Bệnh nhân sỏi túi mật đã được mổ cắt túi mật có thể bị sỏi phát sinh ở ống mật chủ.

2. Bệnh sỏi ống mật chủ.

– Trước kia đã được mổ vì sỏi cholesterol, sỏi một viên thì ít khi bị tái phát

– Trước kia đã được mổ vì sỏi sắc tố mật, sỏi nằm rải rác nhiều nơi, sỏi trong gan thì rất nhiều khả năng tái phát. Có những bệnh nhân sỏi ống mật chủ phải mổ đi mổ lại 5 - 7 lần. Những năm trước, sỏi tái phát bắt buộc phải mổ lại. Mổ lại rất khó khăn và phức tạp. Ngày nay, do có phương tiện, người ta bắt đầu sử dụng các phương pháp không mổ để điều trị sỏi mật tái phát.

XI. PHÒNG NGỪA BỆNH SỎI MẬT NHƯ THẾ NÀO?

Phòng ngừa bệnh là tìm cách ngăn chặn các yếu tố thuận lợi phát sinh bệnh :

– Chế độ ăn uống: ăn ít chất béo, nhất là các chất béo có nguồn gốc động vật như mỡ, hạn chế các đồ ăn có nhiều cholesterol như trứng, da gà ...

– Vệ sinh ăn uống: trong nước ăn, trong rau có thể có nhiều trứng giun sán, đặc biệt ở những vùng

có thói quen dùng phân người bón rau. Nước trong ao cá đồ chứa nhiều trứng giun sán, phải rất thận trọng khi sống ở những vùng có những hoàn cảnh này. Trước khi ăn bao giờ cũng phải rửa tay sạch sẽ.

– Định kỳ tìm trứng giun sán trong phân, nếu có phải tẩy giun sán.

– Phải rèn luyện thân thể, tập thể dục, chơi thể thao và các hoạt động khác.

– Khi nghi ngờ mắc bệnh sỏi mật, phải đi khám ngay. Bệnh được phát hiện sớm, công việc chữa trị thường là đơn giản, ít nguy hiểm và ít tốn kém. Ngược lại khi bệnh có biến chứng thì công việc điều trị khó khăn và có nhiều nguy hiểm.

– Những bệnh nhân đã được mổ sỏi mật nên siêu âm định kỳ để phát hiện sỏi tái phát.

VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ BẰNG ĐÔNG Y

Thạc sĩ, Bác sĩ LÊ HOÀNG SƠN
Khoa Y học Cổ truyền – Đại Học Y Dược
TP. Hồ Chí Minh

I. KHÁI NIỆM:

Rối loạn đại tiện cấp tính hay mạn tính → dấu hiệu của bệnh lý đại tràng.

"Viêm" đại tràng là từ dùng để chỉ nhiều bệnh.

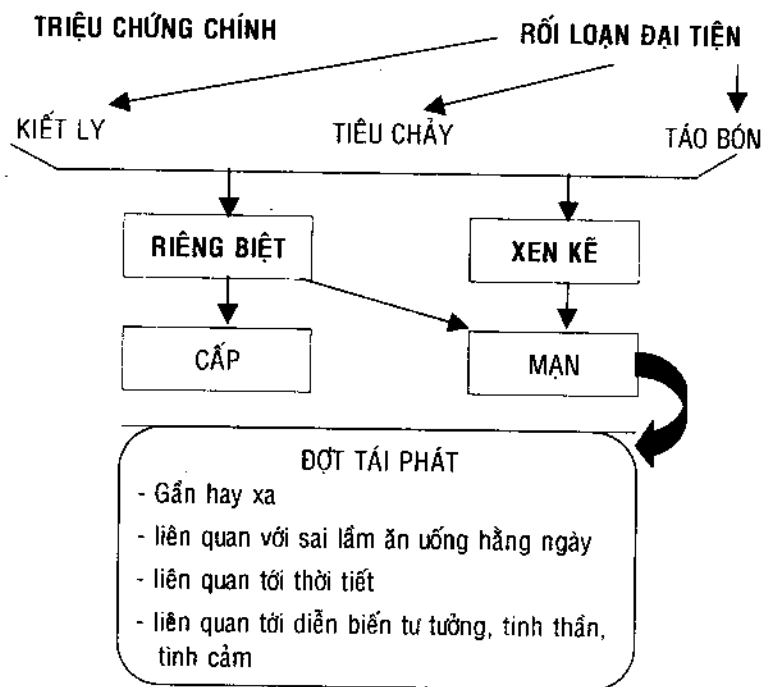
1. Bệnh đại tràng:

- Viêm.
- Khối u (lành, ác).
- Rối loạn cơ năng đại tràng (hội chứng đại tràng kích thích).

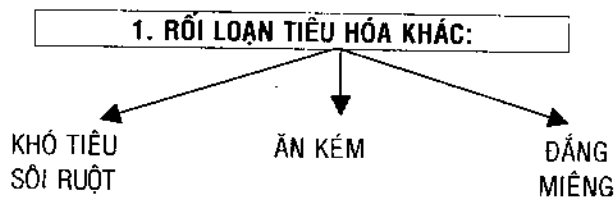
2. Bệnh ở nơi khác, biểu hiện ở đại tràng:

- Các phần khác của ống tiêu hoá
- Các bộ phận lân cận
- Toàn thân

II. TRIỆU CHỨNG CHÍNH:



Triệu chứng khác:



2. RỐI LOẠN TOÀN THÂN

THỂ TRẠNG

Bình thường hay suy sụp ít nhiều: tùy thuộc nguyên nhân và tình trạng biếng ăn

THÂN NHIỆT

Đa số không sốt.

Nếu có sốt :

- Nhiễm khuẩn cấp ĐT
- Có thể có u ác tính ĐT

III. KHÁM DẤU HIỆU THỰC THỂ.

Cho biết có tổn thương:

- "Thừng đại tràng" (đoạn Sigma)
- Khối u hố chậu phải (hồi manh tràng)
- Thăm trực tràng
- ♦ Trực tràng, tử cung, tuyến tiền liệt

IV. NGUYÊN NHÂN VÀ CHẨN ĐOÁN.

"Viêm" đại tràng mạn tính:

1. Trước tiên, hãy để bác sĩ khám xem có tổn thương thực thể không, nếu có:

- Viêm đại tràng mạn tính co thắt/xơ cứng.
- Viêm loét đại - trực tràng, chảy máu.
- Ung thư (đại tràng, trực tràng, phần phụ).
- Lao hồi - manh tràng (thứ phát).

– U malbe (amibone).

– Polyp đại tràng.

2. Nếu khám không thấy dấu tổn thương thực thể, cần làm thêm xét nghiệm và có 2 khả năng:

– Tổn thương thực thể chỉ mới ở bề mặt niêm mạc: viêm, ung thư, polyp

– Bệnh lý cơ năng: rối loạn cơ năng đại tràng (không có tổn thương thực thể)

3. Nếu là rối loạn cơ năng, có 2 nguyên nhân:

* *Loại khuẩn*: Hậu quả của việc dùng kháng sinh bừa bãi hoặc kéo dài.

Rối loạn cơ năng đơn thuần (hội chứng đại tràng kích thích)

– Di chứng lý

– Hậu quả của bệnh ở nơi khác của hệ tiêu hóa (viêm dạ dày mạn thể teo, viêm tụy mạn, xơ gan, tắc mật ...)

– Phản xạ bệnh lý ở một cơ quan lân cận (u xơ, ung thư, tiền liệt tuyến, ung thư tử cung ...)

– Một biểu hiện ở rối loạn thần kinh chức năng.

ĐIỀU TRỊ BẰNG ĐÔNG Y : một số nguyên tắc :

1. Mỗi bệnh nhân bệnh mỗi khác (nhân thân tiểu vũ trụ) -> không có một đơn thuốc cho tất cả trường hợp viêm đại tràng mạn tính

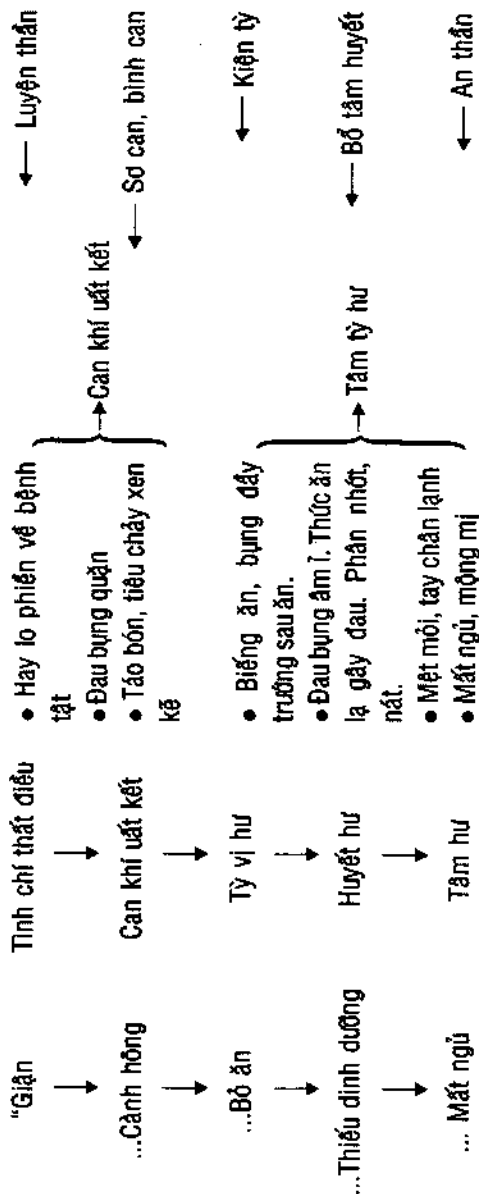
THEO ĐÔNG Y

Nguyên nhân &
Cơ chế bệnh

Triệu chứng

Thể bệnh

Hướng điều trị



2. Phải để cho thầy thuốc đông y thăm khám, chẩn đoán và điều trị (xem mạch)

3. Điều trị toàn diện (không chỉ có thuốc)

4. Chính người bệnh là yếu tố quyết định chứ không phải thầy thuốc hay thuốc.

5. Hướng điều trị:

- Tinh thần lạc quan, ổn định là điều tiên quyết
- nếp sống điều độ, tập luyện cơ thể đều đặn.
- Chế độ ăn uống: tập ăn rau có bã xơ, kiêng chất kích thích.

- Thuốc đông y : Cổ phương:

- ♦ Thể Can khí uất kết: *Sài hồ sơ can thang*.

- ♦ Thể Tâm tỳ lưỡng hư : *Quy tỳ thang*.

- ♦ Tùy diễn tiến của bệnh mà gia giảm cho phù hợp.

VI. THUỐC ĐÔNG Y

1. Thể can khí uất kết :

- Hay lo âu, xúc động, buồn phiền, than thở về bệnh tật.

- Đau bụng quặn, giảm sau khi đi tiêu.

- Táo bón tiêu chảy xen kẽ.

- Lưỡi : rìa lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng.

- Bệnh tái phát khi có căng thẳng trí óc.

Bài **Sài hồ sơ can thang**: mỗi ngày 1 thang.

Sài hồ	12g	Xích thước	8g
Trần bì	12g	Hương phụ	12g
Xuyên khung	6g	Chỉ xác	8g
Cam thảo	4g		

Hoặc bài **Tiêu dao gia giảm** : mỗi ngày 1 thang

Sài hồ	12g	Bạch truật	12g
Phục linh	12g	Bạch thước	12g
Hoàng cầm	12g	Bạc hà	8g
Trần bì	6g	Gừng tươi	6g
Cam thảo	8g	Uất kim	6g
Chỉ xác	6g		

Phải để cho thầy thuốc đông y quyết định.

2. Thể Tâm tỳ lưỡng hư :

- Mệt mỏi, cảm giác yếu sức, mất ngủ, mộng mị.
- Biếng ăn, bụng đầy chướng ngay sau khi ăn.
- Đau bụng âm ỉ, mơ hồ, ăn thức ăn lạ làm khởi phát cơn đau.
- Tiêu phân nhầy nhớt hoặc phân nát.
- Lưỡi: bệu, rêu lưỡi nhày nhớt.
- Tay chân lạnh.

Bài *Quy tý* : mỗi ngày 1 thang.

Hoàng kỳ	12g	Bạch truật	12g
Đảng sâm	12g	Dương quy	8g
Viễn chí	8g	Phục thần	8g
Táo nhân	8g	Đại táo	12g
Mộc hương	8g		

HỘI CHỨNG ĐẠI TRÀNG KÍCH THÍCH

Thạc sĩ, Bác sĩ LÊ HOÀNG SƠN

Khoa Y học Cổ truyền – Đại Học Y Dược

TP. Hồ Chí Minh

1. Định nghĩa
2. Tính phổ biến
3. Triệu chứng
4. Hướng điều trị

I. MỞ ĐẦU

Một số người có tính hay căng nắn, cấu kính.

Ruột con người ta cũng vậy.

II. HỘI CHỨNG ĐẠI TRÀNG KÍCH THÍCH.

Nguyên nhân hàng đầu gây tiêu chảy mạn tính. Chỉ chẩn đoán sau khi đã loại trừ nhiễm trùng khối u, viêm và không dung nạp lactose.

Điều trị được bằng chế độ ăn uống, tập luyện, tránh căng thẳng và dùng thuốc.

- ♦ Không nguy hiểm.
- ♦ Không gây chảy máu.
- ♦ Không dẫn đến ung thư.
- ♦ Không sốt.

- ♦ Không sút cân
- ♦ Không đau dữ dội

III. ĐỊNH NGHĨA:

Hội chứng Đại tràng kích thích

(Irritable Bowel Syndrome – IBS)

Viêm đại tràng, viêm đại tràng nhầy, đại tràng co thắt, bệnh đại tràng chức năng).

1. Đau quặn bụng, đầy hơi, trung tiện.

2. Thay đổi thói quen đi tiêu, táo bón hoặc tiêu chảy hoặc cả hai xen kẽ

IV. TRIỆU CHỨNG:

1. Đau :

- Đau quặn, đầy hơi, mắc đi tiêu.
- Tăng trước khi đi tiêu, khi trướng hơi.
- Giảm sau khi đi tiêu.
- Lan nhiều nơi trong bụng.
- Kích hoạt bởi xúc động, chế độ ăn (ít chất xơ, quá nhiều cà phê).

2. Phân :

- Táo bón - tiêu chảy.
- Cảm giác tiêu không hết phân.
- Đôi khi có nhầy nhớt.

V. NGUYÊN NHÂN

- ♦ Không rõ.
- ♦ Căng thẳng.
- ♦ Đau khó chịu.
- ♦ IBS.

Có mối liên hệ chặt chẽ giữa tình trạng căng thẳng và IBS.

VI. ĐIỀU TRỊ TOÀN DIỆN

1. Tập luyện tinh thần.
2. Tập luyện cơ thể.
3. Tìm và giải quyết yếu tố làm tăng bệnh.
4. Chế độ ăn uống.
5. Dùng thuốc.

VII. TẬP LUYỆN

1. Thư giãn.
 2. Thở sâu.
 3. Tập luôn nghĩ đến điều tốt lành (không khí trong lành của biển rộng, núi cao, đi dạo vườn).
 4. Giải quyết rắc rối trong quan hệ (ghi nhật ký những sự kiện rắc rối và giải quyết thẳng).
 5. Ghi nhận kỹ thức ăn uống gây rắc rối.
 6. Sống điều độ.
 7. Thể dục đều đặn, vừa sức.
- Cơ thể khoẻ mạnh thì ruột khoẻ mạnh.

VIII. CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG

1. Tập ăn thức ăn nhiều bã xơ 20 – 60 g/ngày (cám, hạt ngũ cốc nguyên, đậu, rau trái).

2. Giảm và bỏ chất béo (chiên xào, nước xốt, dầu trộn...).

3. Tránh thức ăn dễ làm đầy hơi (đậu Hà Lan, hột mít).

4. Ăn nhiều bữa, mỗi bữa một ít.

5. Tránh chất kích thích.

– Thức ăn uống :

- ♦ Cay, nóng (gia vị).

- ♦ Chua (chanh, cà chua, dầu giấm ...).

– Chất kích thích:

- ♦ Tránh cà phê, rượu.

- ♦ Bỏ thuốc lá.

6. Uống nước nhiều (6 - 8 ly/ngày).

IX. DÙNG THUỐC

1. Thuốc tạo khối phân (IGOL - Psyllium)..

2. Chống co thắt cơ trơn (Ioperamide, chườm nóng).

3. Thuốc giảm đau.

4. Thuốc an thần.

5. Thuốc chống trầm cảm.

Không nên tự dùng thuốc, nhất là thuốc nhuận tràng.

BỆNH TRĨ

Tiến sĩ, Bác sĩ **ĐỖ TRỌNG HẢI**

Bộ môn Ngoại tổng quát -

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. DỊCH TỄ

Bệnh trĩ là một bệnh rất phổ biến ở mọi xứ sở với tỷ lệ người mắc bệnh khá cao. Nhiều thống kê ở nước ngoài cho thấy tỷ lệ bệnh khoảng 20% - 30% dân số và ở người trên 50 tuổi là 500% có triệu chứng của bệnh trĩ.

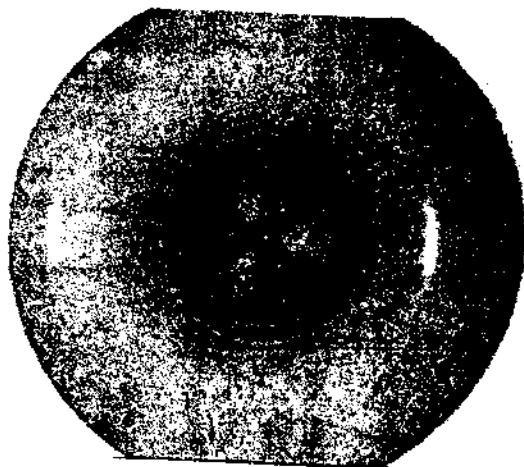
Ở Việt Nam, chúng ta chưa có cuộc điều tra dịch tễ hoàn chỉnh nào về bệnh này. Theo ý kiến của các chuyên gia đầu ngành, tỷ lệ bệnh Trĩ ở Việt Nam khoảng 50% và thậm chí cao hơn. Một khảo sát được thực hiện trên 3103 nhân viên của một nhà máy cho thấy 35% có trĩ (62% là nam giới) và 10.8% cần điều trị. Tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM chỉ trong vòng hơn 4 năm (từ 7/1997 đến 12/2001) chúng tôi đã điều trị phẫu thuật 1967 bệnh nhân trĩ.

II. BỆNH TRĨ LÀ GÌ?

Bệnh trĩ là bệnh tĩnh mạch.

Tim bơm máu đỏ chứa dưỡng khí và chất dinh dưỡng theo các động mạch lớn rồi phân nhánh thành động mạch nhỏ đi nuôi các cơ quan trong cơ thể.

Máu sau khi trao đổi chất chuyển thành máu đen
chứa chất thải và thán khí theo các tĩnh mạch nhỏ
rồi đổ vào các tĩnh mạch lớn quay về tim.



Trĩ là một cấu trúc tĩnh mạch bình thường của cơ thể ở vùng hậu môn và trực tràng chuyển máu đen từ vùng này về tim. Cấu trúc của các tĩnh mạch trĩ là dạng xoang tĩnh mạch và tập hợp thành từng búi. Có 3 búi trĩ như 3 tấm "nệm nước" áp sát vào nhau hình thành nên đệm hậu môn giúp phân không rò rỉ ra ngoài.



Vì một lý do chưa được xác định, sự lưu thông trong hệ tĩnh mạch này bị trì trệ sẽ khởi phát bệnh trĩ. Khi đó các tĩnh mạch trĩ ứ đọng đầy máu căng phồng ra và có thể sa ra ngoài. Thành hay vách của tĩnh mạch trĩ bị tổn thương. Vùng mô chứa đầy máu nhưng trao đổi kém nên thiếu dưỡng khí và phát sinh viêm và đau.

YẾU TỐ THUẬN LỢI

Bệnh đa số xảy ra ở người lớn tuổi và không gặp ở trẻ em. Tỷ lệ bệnh ở phái nam gấp đôi phái nữ. Các yếu tố thuận lợi bao gồm :

Táo bón kinh niên, viêm đại tràng mạn tính, kiết lỵ ... những bệnh này mỗi khi đi cầu phải rặn nhiều làm áp lực trong ống hậu môn tăng lên gấp 10 lần nên dễ bị trĩ.

Tăng áp lực trong ổ bụng: những bệnh nhân viêm phế quản mạn tính, những bệnh nhân dân phế quản, phải ho nhiều, những người làm lao động nặng như khuân vác... làm tăng áp lực trong xoang bụng, dễ dàng cho bệnh trĩ xuất hiện.

Tư thế đứng: áp lực tĩnh mạch trĩ là 25cm H₂O ở tư thế nằm, tăng vọt lên 75cm H₂O ở tư thế đứng. Vì vậy tỷ lệ mắc bệnh trĩ cao hơn ở người phải đứng lâu, ngồi nhiều như thư ký bàn giấy, nhân viên bán hàng, thợ máy v.v...

Chẹn tĩnh mạch: ung thư trực tràng, u bướu vùng tiểu khung, thai nhiều tháng cản trở máu tĩnh mạch

hồi lưu là những nguyên nhân của trĩ đã được xác minh rõ ràng.

Gia vị gây kích thích như tiêu sọ, ớt ... cũng góp phần tạo ra bệnh trĩ.

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

♦ Chảy máu:

– Đây là triệu chứng phổ biến nhất (94%).

– Đây là một trong những lý do đưa bệnh nhân đến khám. Lúc đầu chảy máu rất kín đáo, tình cờ bệnh nhân phát hiện khi nhìn vào giấy chùi vệ sinh sau khi đi cầu hoặc nhìn vào phân thấy vài tia máu nhỏ dính theo phân. Về sau mỗi khi đi cầu phải rặn nhiều do táo bón thì máu chảy thành giọt hay thành tia. Muộn hơn nữa cứ mỗi lần lập đi lại nhiều, ngồi xổm thì máu lại chảy, có khi máu chảy rất nhiều khiến bệnh nhân phải vào cấp cứu. Đôi khi máu từ búi trĩ chảy ra đọng lại trong lòng trực tràng rồi sau đó mới đi cầu ra nhiều máu cục.

♦ Sa trĩ

Cũng là triệu chứng thường gặp

Tùy theo mức độ sa mà người ta phân độ bệnh trĩ nội :

– Trĩ độ 1 chỉ phát hiện được qua nội soi.

– Trĩ độ 2 sa ra ngoài hậu môn khi bệnh nhân đi tiêu xong lại tự thụt vào, không gây phiền hà nhiều.

- *Trĩ độ 3* bệnh nhân rất khó chịu mỗi khi đi cầu, hoặc đi lại nhiều, hay khi làm việc nặng.

- *Trĩ độ 4* bệnh nhân rất khó chịu vì búi trĩ thường xuyên nằm ngoài hậu môn.

♦ ***Đau :***

Thường thì bệnh nhân hoàn toàn không đau mà chỉ thấy cộm, nhưng cũng có thể bệnh nhân đau thực sự khi xuất hiện các biến chứng của trĩ như:

- *Tắc mạch :* Do sự hình thành các cục máu đông nằm trong các búi trĩ. Rặn ỉa, khuôn vác, thể thao, mang thai làm tăng áp lực trong xoang bụng, gây sung huyết vùng hậu môn là những yếu tố thuận lợi của tắc mạch trĩ. Khi bị tắc mạch bệnh nhân không dám ngồi ngay ngắn trên ghế, mà chỉ đặt một bên mông trên ghế.

- *Sa trĩ nghẹt :* Làm búi trĩ phù nề, có khi sưng rất to, không thể đẩy lên được, làm bệnh nhân rất đau. Khối trĩ có thể bị nghẹt một phần hay toàn bộ vòng tròn trĩ. Ở khối trĩ sa và nghẹt đôi khi có những chấm đen, bắt đầu của hiện tượng hoại tử.

- *Nứt hậu môn :* Thương tổn này làm bệnh nhân rất đau nhất là khi đi cầu, và làm cho bệnh nhân không dám đi cầu.

- *Nhiễm trùng :* Ở máu nằm ngay dưới lớp niêm mạc hay ở trong hố ngồi hậu môn.

♦ **Thăm khám :**

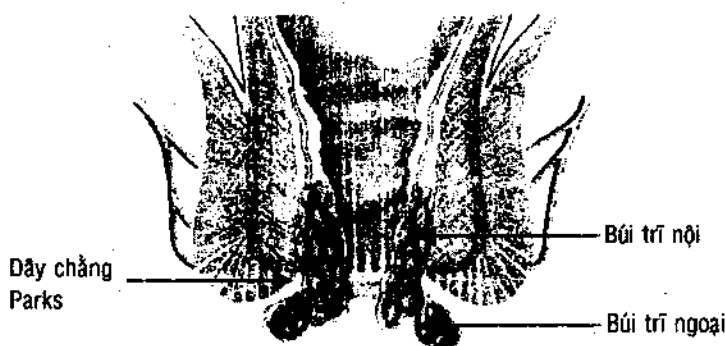
Cần phân biệt :

– *Trĩ ngoại* : Da chung quanh lỗ hậu môn có những chỗ phồng căng bóng. Dưới lớp da căng bóng có thể thấy màu xanh của các tĩnh mạch nổi.

– *Trĩ nội* : Nếu trĩ sa độ 3, có thể thấy được các búi trĩ khi bệnh nhân rặn mạnh. Nếu trĩ sa độ 4, có thể thấy chung quanh lỗ hậu môn có một vòng niêm mạc gồm nhiều búi trĩ, cái to cái nhỏ không đều giữa các búi trĩ là các ngấn nông sâu khác nhau.

Sờ nắn ngoài hậu môn, các búi trĩ ngoại thường mềm, ấn xẹp khi có tắc mạch sờ cảm giác được những cục cứng nhỏ như hạt tằm ấn rất đau.

Thăm hậu môn trực tràng khó phát hiện trĩ nhưng lại là động tác bắt buộc để phát hiện các thương tổn khác kèm theo, đặc biệt là ung thư ống hậu môn và trực tràng.



CÁC BÚI TRĨ NỘI VÀ TRĨ NGOẠI

III. CẬN LÂM SÀNG

1. Soi hậu môn

Là phương pháp dùng để chẩn đoán trĩ nội độ 1. Nó còn giúp phát hiện thương tổn nút hậu môn, là thương tổn mất niêm mạc của ống hậu môn, thường nằm ở nửa ngoài của ống hậu môn, ở chính giữa hơi lệch sang hay trái một ít. Chỗ mất niêm mạc có hình vệt với đầu phình hướng ra phía ngoài và cán vệt quay vào trong. Trên đầu chỗ phình ở phía ngoài nhiều khi thấy một mẩu da thừa, do viêm mạn tính và xơ hoá.

2. Soi trực tràng

Để phát hiện ung thư bóng trực tràng và ung thư đoạn dưới đại tràng chậu hông do trên thực tế thường có lẫn lẫn với trĩ vì bệnh nhân cũng có triệu chứng đi cầu ra máu.

IV. PHÂN LOẠI TRĨ

1. Trĩ nội :

Được hình thành do giãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ trong nằm trên đường lược. Phủ trên búi trĩ là niêm mạc màu hồng. Lúc đầu búi trĩ còn nhỏ, nằm trên đường lược, về sau dần dần to ra và sa xuống. Tùy theo kích thước và độ sa, trĩ nội được chia nhiều mức độ :

- *Trĩ độ 1* : búi trĩ nằm hoàn toàn trong ống hậu môn.

- *Trĩ độ 2* : bình thường thì búi trĩ nằm gọn trong ống hậu môn, khi rặn ỉa thì búi trĩ thụt thò ở lỗ hậu môn hay lòi một ít ra ngoài. Khi ỉa xong, đứng dậy búi trĩ tự thụt vào.

- *Trĩ độ 3* : mỗi lần đại tiện, đi lại nhiều, ngồi xổm hay làm việc nặng thì búi trĩ lại sa ra ngoài phải dùng tay đẩy nhẹ vào.

- *Trĩ độ 4* : búi trĩ thường xuyên nằm ngoài ống hậu môn. Các búi trĩ khá to, thường liên kết với nhau tạo thành trĩ vòng.

● **TRĨ NGOẠI** : được hình thành do giãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ ngoại. Trĩ ngoại bao giờ cũng nằm ngoài ống hậu môn, phủ trên búi trĩ là da quanh hậu môn.

● **TRĨ HỖN HỢP** : Lúc đầu trĩ nội nằm trong ống hậu môn, trên đường lược và trĩ ngoại nằm ngoài ống hậu môn, phân cách giữa chúng là vùng lược, ở đây có dây chằng Parks. Dây chằng Parks làm cho niêm mạc dính chặt vào mặt trong co thắt. Khi dây chằng Parks chùng, trĩ nội và trĩ ngoại liên kết nhau tạo thành trĩ hỗn hợp.

● **TRĨ VÒNG** : Khi có nhiều búi trĩ liên kết chiếm hết chu vi ống hậu môn không còn phân biệt được ranh giới các búi trĩ người ta gọi là trĩ vòng.

V. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

Căn cứ vào các triệu chứng chính:

- Chảy máu khi đi tiêu.
- Sa búi trĩ ra ngoài hậu môn.
- Nội soi hậu môn trực tràng.

2. Chẩn đoán phân biệt :

Chảy máu trực tràng còn có thể thấy ở các bệnh:

- Polype đại trực tràng hay bệnh polype.
- Viêm loét đại tràng - trực tràng chảy máu.
- Ung thư trực tràng.
- Kiết lỵ.

Búi trĩ sa ra ngoài cần phân biệt với sa trực tràng. Khi có loét hoại tử cần phân biệt với ung thư ống hậu môn. Vì vậy để chẩn đoán phân biệt, ta cần phải thăm khám thêm bằng trực tràng, nội soi hậu môn trực tràng, X quang đại tràng ...

VI. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Tại Việt Nam chúng ta có thể điều trị bằng y học hiện đại (Tây y) hoặc điều trị bằng các phương pháp y học cổ truyền hoặc kết hợp cả hai.

Trong khuôn khổ bài này chúng tôi giới thiệu chủ yếu về điều trị trĩ bằng y học hiện đại.

Phương pháp điều trị tùy thuộc mức độ của bệnh, biến chứng nếu có và tình trạng thể trạng của người bệnh.

- *Theo mức độ bệnh :*

- Trĩ độ I và II : điều trị nội khoa bằng thuốc.

- Trĩ độ III và IV : điều trị bằng các thủ thuật hay phẫu thuật

- *Theo tình hình bệnh:* nếu có biến chứng như búi trĩ sa nghẹt, trĩ thuyên tắc, trĩ chảy máu nặng thì phải được giải quyết cấp cứu.

- *Thể trạng bệnh nhân :* sức khỏe của người bệnh đôi khi không cho phép phẫu thuật.

VII. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

1. Chế độ sinh hoạt :

Tránh ngồi lâu, đứng nhiều, đại tiện đúng giờ, tránh thức khuya, tập thể dục đều đặn hằng ngày.

- *Chế độ làm việc :*

Tránh làm công việc nặng nhọc quá sức.

- *Chế độ ăn uống :*

Cần dùng thức ăn dễ tiêu, ăn nhiều rau, trái cây nhuận tràng, uống nhiều nước, củ rượu, thuốc lá, cà phê, trà đậm, dùng thuốc nhuận tràng nếu táo bón (Forlax).

2. Thuốc men :

Tác dụng của các thuốc chữa bệnh trĩ xoay quanh các vấn đề sau :

- Làm bền và tái tạo thành tĩnh mạch.

- Giải quyết tình trạng ứ đọng, tăng hồi lưu máu từ tĩnh mạch về tim.

- Giảm viêm và giảm đau.

● Thuốc uống :

- Trợ tĩnh mạch : Họ Flavonoid, rutoside, Ginkor fort, Daflon ...

- Giảm đau, chống ngứa : menthol và các dẫn chất của cacaine ...

- Chống phù nề: ngồi ngâm hậu môn trong nước ấm, apha-chymotrypsine.

- Chống nhiễm trùng: kháng sinh.

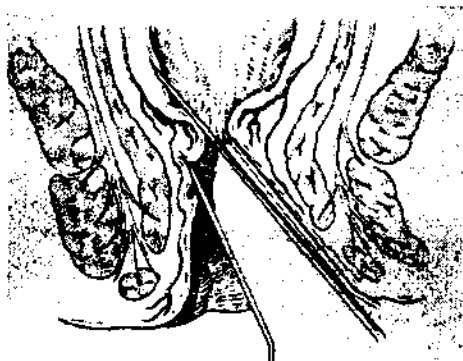
- Chống tắc mạch : heparine.

- Thuốc mỡ bôi hoặc đạn đặt hậu môn : Proctolog, Xyloproct, Preparation-H, Titano-reine.

3. Chích cơ búi trĩ :

- Chích thuốc : dung dịch chlorhydrate kép quinin, urê, dầu phénique, polidocanol ...

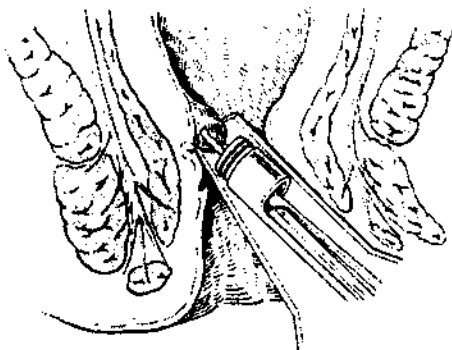
- Chích nước đang sôi vào búi trĩ sau khi gây tê búi trĩ (BV Việt Đức Hà Nội)



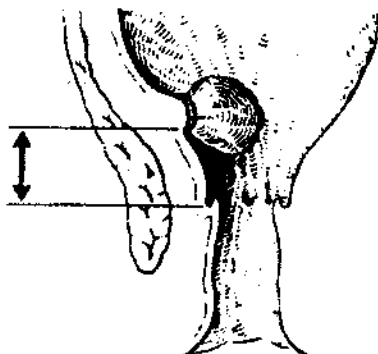
CHÍCH XƠ BÚI TRĨ

4. Thắt búi trĩ bằng dây thun :

Thắt bằng dây thun với dụng cụ đặc biệt được chế tạo để lồng dây thun vào gốc búi trĩ, búi trĩ thiếu máu nuôi dưỡng, hoại tử dần và rụng sau nhiều ngày.



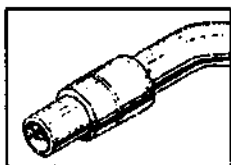
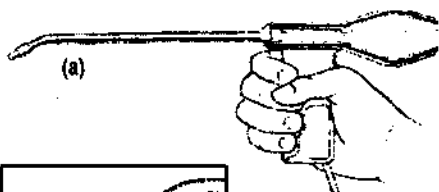
THẮT DÂY THUN BÚI TRĨ



BÚI TRĨ ĐÃ ĐƯỢC THẮT DÂY THUN

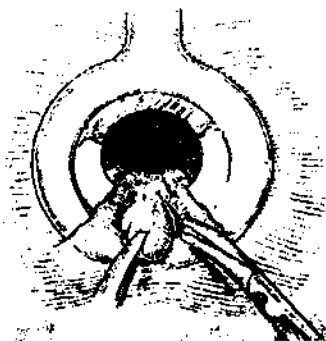
5. Làm lạnh búi trĩ :

Dùng khí carbonic, protoxyt azote hay dòng azot lỏng làm lạnh búi trĩ. Khi được làm lạnh búi trĩ phù nề và sau vài ngày thì hoại tử vô trùng, không đau, sau 3-6 tuần thì làm sẹo, sẹo mềm mại và đẹp. Kết quả 50%.

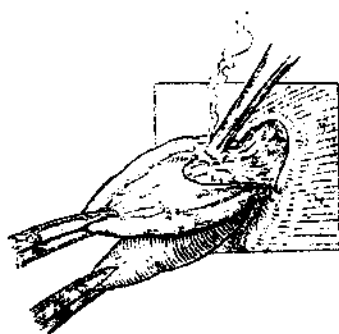


LÀM ĐÔNG LẠNH BÚI TRĨ

6. Phẫu thuật :



CẮT TRỊ BẰNG DAO MỔ THƯỜNG



CẮT TRỊ BẰNG DAO ĐIỆN

Phẫu thuật cắt trĩ có thể thực hiện bằng các công cụ ngoại khoa kinh điển như dao mổ thường hoặc dao điện, tia laser CO₂. Hiện nay ở các nước người ta còn có thể cắt bằng dao plasma hay siêu âm hoặc cắt trĩ bằng máy (kỹ thuật Longo) nhưng chi phí cao vì đòi hỏi các thiết bị đắt tiền.

Yêu cầu trong phẫu thuật cắt trĩ là :

- Không bị tái phát.
- Sau mổ ít đau.
- Không gây tai biến như hẹp hậu môn và tiêu không tự chủ vì các tai biến này rất nặng và rất khó sửa chữa.

MỤC LỤC

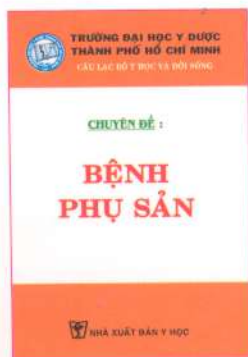
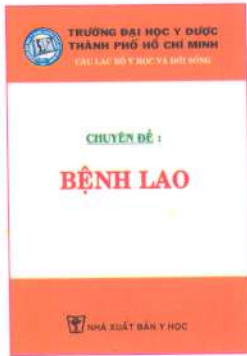
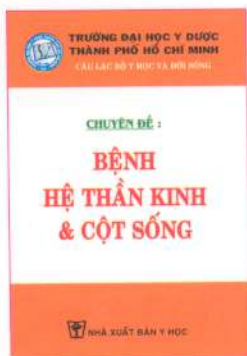


♦ Lời nói đầu.....	5
♦ Bệnh loét dạ dày - tá tràng.....	7
♦ Viêm loét dạ dày – tá tràng, nguyên nhân, điều trị và phòng ngừa.....	17
♦ Ung thư gan nguyên phát.....	29
♦ Viêm gan siêu vi	32
♦ Viêm đại tràng mạn	37
♦ Bệnh sỏi mật	47
♦ Viêm đại tràng mạn tính điều trị bằng Đông y ..	59
♦ Hội chứng đại tràng kích thích	67
♦ Bệnh trĩ	71



MỜI BẠN TÌM ĐỌC SÁCH CHUYÊN ĐỀ

Của **CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG**



Phát hành tại nhà sách
QUANG MINH

416 Nguyễn Thị Minh Khai - Q.3 - Tp.HCM
ĐT : 8322386 - 8340990 - Fax : 84.8.8342457 - 8340990
E.mail : quangminhbooksh@hcm.vnn.vn

ĐS/HCM 7.3
22

0530318

Giá: 9.000đ