

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN LÊ VĂN VIỆT



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
KHOA NGOẠI TỔNG HỢP

NĂM 2024

MỤC LỤC

1. MỤC LỤC.....	2
2. VIÊM RUỘT THỪA	3
3. VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA.....	10
4. THÙNG DẠ DÀY-TÁ TRÀNG.....	16
5. VIÊM TÚI MẬT CẤP	22
6. TRĨ	29
7. ÁP XE CẠNH HẬU MÔN	36
8. THOÁT VỊ BỆN	40
9. RÒ HẬU MÔN	46
10. VIÊM CỖ, ÁP XE CỖ NHIỄM KHUẨN	57
11. BỆNH TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG	60

VIÊM RUỘT THỪA

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm ruột thừa là một bệnh cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Chẩn đoán dựa vào thăm khám lâm sàng là chủ yếu, kết hợp với phương tiện chẩn đoán hình ảnh là cần thiết. Tuy nhiên, bệnh cảnh viêm ruột thừa đa dạng, phụ thuộc vào vị trí giải phẫu ruột thừa, cơ địa người bệnh, giai đoạn bệnh Do vậy việc chẩn đoán chính xác không phải lúc nào cũng dễ dàng. Sau đây là phác đồ điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Lê Văn Việt.

2. NGUYÊN NHÂN

Thông thường là ruột thừa bị tắc nghẽn do nhiều thành phần, dẫn đến nhiễm khuẩn. Các căn nguyên tắc nghẽn gồm:

- Phì đại các nang bạch huyết, 60%. Các nang bạch huyết dưới niêm mạc phì đại do nhiễm trùng đường ruột
- Ứ đọng phân trong lòng ruột thừa, 35%.
- Vật lạ 4%: hạt trái cây: ổi ớt.... hay các loài ký sinh đường ruột như giun kim, sán dây,...
- Do u bướu thành ruột thừa hay thành manh tràng đè vào 1%.

3. CHẨN ĐOÁN

Để chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt VRT, cần dựa vào:

3.1. Các triệu chứng và dấu hiệu bắt buộc phải ghi nhận đầy đủ dù âm tính:

- Đau trên hay quanh rốn sau đó chuyển xuống ¼ bụng dưới (P).
- Đau ngay từ đầu tại ¼ bụng dưới (P)
- Buồn nôn/nôn, chán ăn
- Sốt
- Ấn đau ở bụng ¼ dưới (P), phản ứng dội, đề kháng thành bụng

3.2. Các đặc điểm đi kèm giúp chẩn đoán giai đoạn, chẩn đoán vị trí, chẩn đoán phân biệt:

- Thời gian đau
- Hướng lan (ra sau lưng, xuống mặt trong đùi phải...)
- Rối loạn đi tiểu, đi cầu, kinh nguyệt, huyết trắng,...
- Ấn đau các vùng ¼ khác của bụng

3.3. Xét nghiệm CLS bắt buộc:

- Tổng phân tích tế bào máu, CRP
- pT, aPTT, chức năng gan, thận, đường máu.
- Nhóm máu: ABO, Rh (Đối với các trường hợp có nguy cơ truyền máu)
- Tổng phân tích nước tiểu
- X-Quang ngực thẳng, ECG
- Siêu âm bụng: mô tả đủ dấu ấn ruột thừa không xẹp, đo đường kính ngoài, mặt cắt dọc, có hay không gián đoạn thành RT, thâm nhiễm mỡ xung quanh, dịch bụng.
- CT-scan bụng có cản quang.
- MRI (các trường hợp chống chỉ định chụp CT-scan, thai phụ...).
- Giải phẫu bệnh lý.

Để chẩn đoán viêm ruột thừa dưới siêu âm, cần các dấu hiệu:

- Hình ảnh ruột thừa $d > 7\text{mm}$. Ấn đau, không xẹp, thâm nhiễm mỡ xung quanh, có dịch tự do ổ bụng

Bảng điểm Alvarado/MANTRELS

Đặc tính	Điểm
Đau di chuyển (đến bụng dưới phải)	1
Chán ăn	1
Buồn nôn/nôn	1
Ấn đau bụng dưới phải	2
Có phản ứng dội	1
Sốt	1
Bạch cầu tăng	2
Công thức bạch cầu chuyển trái	1

Bảng điểm AIR

Đặc tính	Điểm
Nôn	1
Đau hố chậu phải	1
Phản ứng dội/ đề kháng: - nhẹ - vừa - nhiều	1 2 3
Sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$	1
Bạch cầu ($\times 10^9/\text{l}$): - 10 – 14,9 - ≥ 15	1 2
Tỉ lệ BC đa nhân: - 70-84% - $\geq 85\%$	1 2
CRP: - 10 – 49 mg/l - $\geq 50\text{ mg/l}$	1 2

Phân tầng nguy cơ:

Sau khi khám bệnh, ghi nhận triệu chứng và thực hiện các xét nghiệm ban đầu,

phân tầng bệnh nhân theo 3 nhóm nguy cơ VRT dựa vào điểm Alvarado/MANTRELS hay AIR (Appendicitis Inflammatory Response).

- Nguy cơ thấp: điểm Alvarado/AIR 0-4 (<5)

- Nguy cơ trung bình: điểm Alvarado/AIR 5-8

- Nguy cơ cao: điểm Alvarado/AIR ≥ 9

(xem cách tính điểm Alvarado và AIR ở 2 bảng bên dưới, chọn 1 trong 2)

4. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

Nguyên tắc điều trị viêm ruột thừa cấp là phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa, phẫu thuật nên được thực hiện sớm, tránh trì hoãn khi đã chẩn đoán xác định.

Điều trị phẫu thuật:

Điều trị ưu tiên là phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi, điều trị bằng kháng sinh có thể chỉ định ở những bệnh nhân viêm ruột thừa cấp chưa biến chứng mà nhiều nguy cơ cho cuộc mổ hoặc từ chối mổ.

Ưu điểm mổ nội soi: ít đau sau mổ, bệnh nhân sớm trở lại sinh hoạt hàng ngày, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm rõ rệt tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ so với mổ mở. Tỷ lệ áp xe tồn lưu so với mổ mở không đáng kể.

Chống chỉ định PTNS cắt ruột thừa: huyết động không ổn định, rối loạn đông máu, bệnh nội khoa kèm không phù hợp bơm hơi ổ bụng. Ở những bệnh nhân có vết mổ cũ cần cân nhắc khi lựa chọn PTNS.

Ở những bệnh nhân mang thai, cần cân nhắc kỹ lưỡng khi lựa chọn PTNS. Các điểm cần chú ý:

Tránh đặt trocar mù

Bơm hơi áp lực <12mmHg

PNMT 3 tháng cuối

Ngoài ra, việc PTNS cũng đem lại lợi ích trong việc thăm sát để chẩn đoán và điều trị các bệnh cảnh viêm ruột thừa chưa chắc chắn. Trường hợp phát hiện các tổn thương khác trong ổ bụng và loại trừ được viêm ruột thừa cấp, có thể xử trí tiếp tục qua nội soi mà không cần chuyển mổ mở; nếu buộc mổ mở vẫn có thuận lợi hơn do đã quan sát, định vị tổn thương giúp chọn vị trí, kích thước đường mổ phù hợp.

Điều trị trước mổ:

Bệnh nhân được nhịn ăn uống, truyền dịch: NaCl 0.9%, Lactate Ringer hay Glucose 5%

Điều chỉnh các rối loạn về bình thường

Giảm đau khi chờ mổ

Lựa chọn kháng sinh trên bệnh nhân viêm ruột thừa cấp

- + Kháng sinh dự phòng thường được sử dụng trong viêm ruột thừa chưa vỡ để ngừa nhiễm trùng vết mổ và nhiễm trùng ổ bụng sau mổ.
- + Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí.
- + Cephalosporin thế hệ 2,3 có thể được lựa chọn (Ceftriaxone, Ceftazidime, Cefoxitin,...)
- + Các Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng có thể được sử dụng đơn trị.
- + Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.
- + Aminoglycoside sử dụng trong điều trị vi khuẩn Gram (-) nhưng khi phối hợp với Penicillin sẽ làm tăng độc tính nên hạn chế lựa chọn.
- + Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí là cần thiết, nhất là khi VRT có **biến chứng** áp xe hay viêm phúc mạc ruột thừa.
- + Trong trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ để chọn kháng sinh thích hợp.

Nhóm bệnh nhân	Đơn trị liệu	Đa trị liệu
Người trưởng thành	Cefoxitin, Ertapenem (Invanz), Moxifloxacin, Tigecyclin hoặc Ticarcillin-Clavulanic acid	Metronidazol kết hợp với Cephazolin, Cefuroxim, Ceftriaxon, Cefotaxim, Ciprofloxacin hoặc Levofloxacin**
Bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ*	Imipenem-cilastatin (Tienam), Meropenem, Doripenem hoặc Piperacillin-tazobactam (Tazocin)	Metronidazol kết hợp với Cefepim, Ceftazidim, Ciprofloxacin hoặc Levofloxacin**

Chú thích: (*) Các yếu tố nguy cơ:

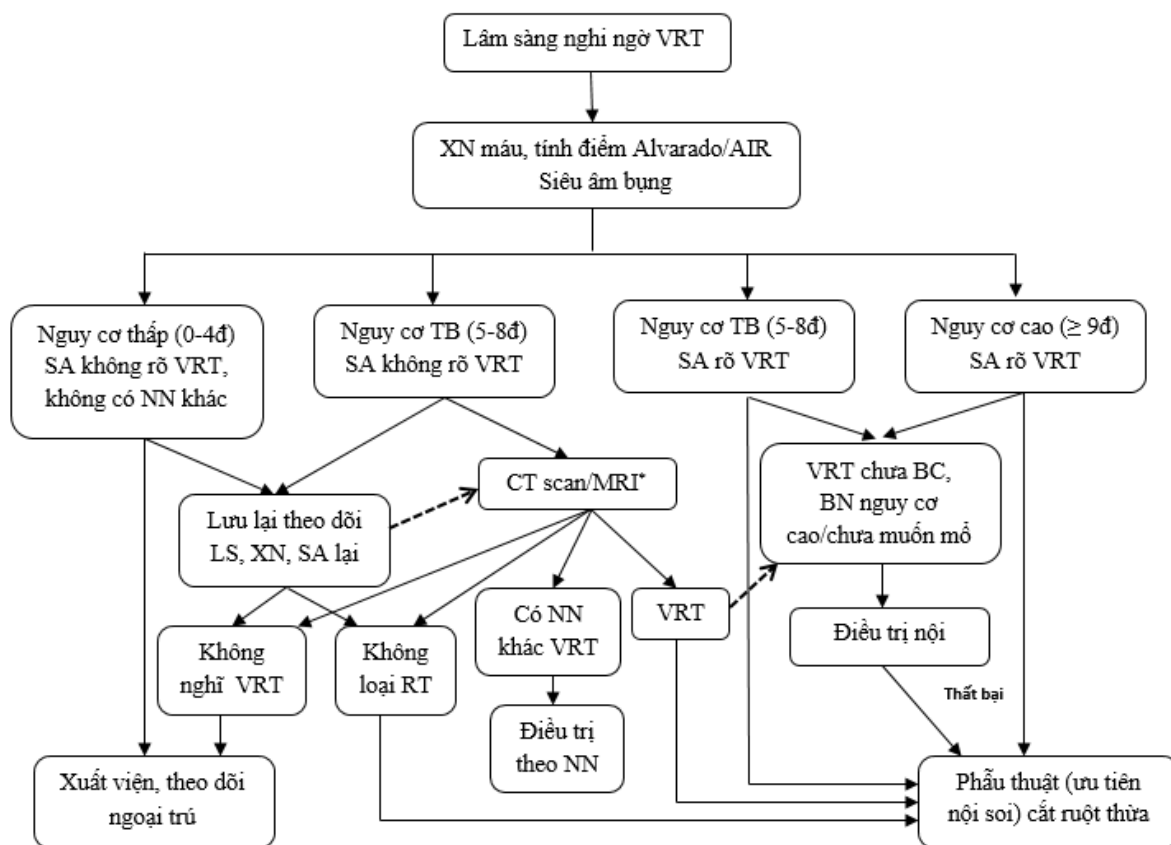
- Lớn tuổi, suy đa tạng, dinh dưỡng kém.
- Suy giảm miễn dịch.
- Viêm phúc mạc toàn thể, APACHE >15, hoặc điều trị ban đầu muộn > 24 giờ.

(**) *Fluroquinolon* chỉ được sử dụng khi tỉ lệ nhạy với *E. coli* > 90% tại nơi sử dụng.

Điều trị hậu phẫu:

- Tiếp tục truyền dịch, kháng sinh, giảm đau
- Vận động sớm
- Hậu phẫu ngày 0,1 có thể chọn uống nước đường; sau đó ăn loãng đến đặc khi bệnh nhân trung tiện được.
- Rút dẫn lưu khi hết dịch hoặc <30ml/24h
- Xuống thang kháng sinh khi:
 - o Tình trạng cải thiện: có thể tự ăn uống, hết sốt, bạch cầu trở về bình thường
 - o Kháng sinh nếu có chế phẩm uống thì đổi qua liều tương đương (nếu sinh khả dụng tương đối cao)
 - o Nếu không có chế phẩm uống, chọn kháng sinh phổ hẹp hơn nhưng nhạy với vi khuẩn gây bệnh
- Cho bệnh nhân xuất viện khi hệ tiêu hoá hoạt động bình thường, hết viêm nhiễm, không đau bụng. Tái khám sau 1 tuần. Cắt chỉ 10-12 ngày.

Lưu đồ xử trí viêm ruột thừa cấp



Chú thích TB: trung bình, SA: Siêu âm, NN: nguyên nhân, LS: lâm sàng
 VRT chưa BC: VRT chưa hoại tử, chưa thủng gây viêm phúc mạc, áp xe
 MRI*: Chụp MRI nếu công chỉ định CT do suy thận, có thai,...

5. TIỀN TRIỂN & BIẾN CHỨNG

Tự khỏi, rất ít gặp.

Tiến triển:

- Tạo đám quánh ruột thừa
- Vỡ mũ hình thành khối áp xe ruột thừa
- Vỡ mũ hay hoại tử gây viêm phúc mạc toàn thể
- Hình thành áp xe ruột thừa sau đó khối áp xe vỡ gây viêm phúc mạc
- Ruột thừa viêm mạn
- Tắc ruột
- Nhiễm trùng huyết (ít gặp)

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viêm ruột thừa – Dương Bá Lập, Nguyễn Văn Hải- Cấp cứu ngoại tiêu hoá.
2. Phác đồ điều trị viêm ruột thừa – Bệnh viện Bình Dân- Ngoại tiêu hóa.

3. *The appendix*- Liang MK, Andersson RE, Jaffe BM, et al (2015) – In Schwartz's principles of surgery, 10th edition, Mcgraw Hill, chapter 30, 1241-1262.
4. *Diagnosis and management of acute appendicitis*- EAES consensus development conference 2015, Surg Endosc- Gorter RR, Eker HH, Marguerite AW, et al (2016).
5. *Bệnh học viêm ruột thừa*- Giáo trình đại học Y dược TPHCM.

VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phúc mạc ruột thừa là một bệnh cấp cứu ngoại khoa, biến chứng nguy hiểm của viêm ruột thừa cấp. Chẩn đoán dựa vào thăm khám lâm sàng, kết hợp với phương tiện chẩn đoán hình ảnh là cần thiết. Việc chẩn đoán đúng và sớm góp phần cải thiện tình trạng của bệnh nhân đáng kể, tránh làm tình trạng nặng nề, thậm chí tử vong cho người bệnh. Sau đây là phác đồ điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Lê Văn Việt.

2. NGUYÊN NHÂN

- Các thể lâm sàng không điển hình, dễ chẩn đoán nhầm, hoặc muộn.
- Người bệnh chủ quan dùng kháng sinh khi có sốt, đến viện muộn và ruột thừa đã vỡ.
- Điều kiện người bệnh ở xa nơi có thể phẫu thuật.

3. CHẨN ĐOÁN

Biểu hiện hội chứng VPM toàn thể rõ, trên nền bệnh cảnh VRT có từ trước.

3.1. Cơ năng:

- Đau bụng: Lúc đầu đau ở hố chậu phải, vài ba ngày sau đau lan khắp bụng, tăng khi sờ, khi ho, bí trung đại tiện, bụng cứng dần lên do liệt ruột cơ năng.
- Nôn, buồn nôn.
- Trẻ em có thể có tiêu lỏng.

3.2. Toàn thân:

- Hội chứng nhiễm trùng rõ: sốt cao 39-40 độ, liên tục, môi khô, lưỡi bẩn, mạch nhanh.
- Hội chứng nhiễm độc (thường để muộn): Người bệnh vật vã, li bì, tiểu ít.
- Có thể có sốc nhiễm trùng: Người bệnh li bì, mạch nhanh ($>120l/p$), huyết áp tụt ($<90mmHg$) chân tay lạnh, vã mồ hôi, vô niệu.

3.3. Thực thể:

- Khám bụng:
 - + Nhìn: bụng chướng dần, ít di động theo nhịp thở (do đau).
 - + Sờ: Phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng, rõ nhất ở HCP, dấu hiệu Sotkin – Blumberg (+)
 - Cảm ứng phúc mạc toàn bộ, rõ nhất ở HCP.
 - Giai đoạn muộn: thành bụng phù nề, có dấu hiệu lõm ngón tay.

- + Gõ: đục vùng thấp (2 bên hố chậu và hạ vị)
- + Nghe: nhu động ruột giảm.
- + Thăm trực tràng hoặc âm đạo (phụ nữ): cơ thắt hậu môn nhão, túi cùng douglas phồng đau.
- + Chọc dò ổ bụng phát hiện có mủ hoặc dịch đục.
- * Chú ý: trường hợp VPM ở người già sẽ có biểu hiện của bệnh cảnh tắc ruột (bụng chướng, gõ vang, quai ruột giãn).

3.4. Cận lâm sàng

Xét nghiệm cơ bản:

- CTM: BC tăng, chủ yếu BCTT (>80%), máu lắng tăng.
- Sinh hóa máu: đường máu, điện giải đồ, nếu nhiễm độc có ure, creatinin, men gan tăng.
- TQ, TCK, nhóm máu.

Chẩn đoán hình ảnh:

- + XQ ổ bụng không chuẩn bị:
 - Dấu hiệu liệt ruột cơ năng: quai ruột giãn, đầy hơi, thành ruột dày.
 - Ổ bụng mờ vùng thấp
 - Dấu hiệu âm tính: không có liềm hơi, không có mức nước hơi
- + Siêu âm:
 - Có dịch tự do ổ bụng, đặc biệt HCP và túi cùng douglas.
 - Gan, mật, phần phụ (phụ nữ) bình thường
 - CT-scan ổ bụng có cản quang.
 - MRI (các trường hợp chống chỉ định chụp CT-scan, thai phụ...).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Nguyên tắc điều trị:

Nguyên tắc điều trị viêm phúc mạc ruột thừa là:

- Điều trị hồi sức cấp cứu nâng đỡ.
- Phẫu thuật càng sớm càng tốt: rửa bụng, cắt ruột thừa, dẫn lưu.

4.2 Điều trị hồi sức tích cực:

Tuỳ thuộc vào tình trạng của bệnh nhân, nguy cơ, bệnh lý kèm theo để có những

hướng xử trí thích hợp. Phải đảm bảo được tình trạng bệnh mới có thể phẫu thuật an toàn và hiệu quả.

- Bồi đủ tuần hoàn: Dung dịch NaCl 0.9%, Lactate Ringer
- Kháng sinh phổ rộng, dùng phối hợp nhiều loại kháng sinh
- Thở oxy canula, mask.. nếu bệnh nhân có suy hô hấp; mở nội khí quản khi cần
- Đặt sonde dạ dày, sonde tiểu để hút giảm áp lực ổ bụng, đo áp lực xoang bụng, đánh giá tình trạng xuất nhập.

4.3 Điều trị phẫu thuật:

Điều trị phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở tùy điều kiện bệnh nhân cho phép.

Nguyên tắc điều trị phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa là: Rửa sạch bụng bằng các dung dịch đẳng trương ấm, cắt bỏ đoạn ruột thừa, dẫn lưu ổ bụng triệt để.

Ưu điểm mổ nội soi: ít đau sau mổ, bệnh nhân sớm trở lại sinh hoạt hàng ngày, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm rõ rệt tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ so với mổ mở. Tỷ lệ áp xe tồn lưu so với mổ mở không đáng kể.

Chống chỉ định PTNS: huyết động không ổn định, rối loạn đông máu, bệnh nội khoa kèm không phù hợp bơm hơi ổ bụng. Ở những bệnh nhân có vết mổ cũ cần cân nhắc khi lựa chọn PTNS.

Ở những bệnh nhân mang thai, cần cân nhắc kỹ lưỡng khi lựa chọn PTNS. Các điểm cần chú ý:

- Tránh đặt trocar mù
- Bơm hơi áp lực <12mmHg
- PNMT 3 tháng cuối

Ngoài ra, việc PTNS cũng đem lại lợi ích trong việc thăm sát để chẩn đoán và điều trị các bệnh cảnh viêm ruột thừa chưa chắc chắn. Trường hợp phát hiện các tổn thương khác trong ổ bụng và loại trừ được viêm ruột thừa cấp, có thể xử trí tiếp tục qua nội soi mà không cần chuyển mổ mở; nếu buộc mổ mở vẫn có thuận lợi hơn do đã quan sát, định vị tổn thương giúp chọn vị trí, kích thước đường mổ phù hợp.

- Giải phẫu bệnh sau mổ

Lựa chọn kháng sinh trên bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa

+ Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí.

- +Cephalosporin thế hệ 2, 3 có thể được lựa chọn (Ceftriaxone, Ceftazidime, Cefoxitin,..) phối hợp với nhóm Aminoglycoside, Metronidazol
- +Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.
- +Aminoglycoside sử dụng trong điều trị vi khuẩn Gram (–) nhưng khi phối hợp với Penicillin sẽ làm tăng độc tính nên hạn chế lựa chọn.
- +Trong trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ để chọn kháng sinh thích hợp.

Nhóm bệnh nhân	Đa trị liệu
Người trưởng thành	Metronidazol kết hợp với Cephalosporin thế hệ 2,3 hoặc Betalactam+ứ/c betalactamase
Bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ*	Metronidazol kết hợp với Cefepim, Ceftazidim hoặc nhóm Carbapenem.

Chú thích: (*) Các yếu tố nguy cơ:

- Lớn tuổi, suy đa tạng, dinh dưỡng kém.
- Suy giảm miễn dịch.
- Viêm phúc mạc toàn thể, APACHE >15, hoặc điều trị ban đầu muộn > 24 giờ.
- + Nâng bậc kháng sinh trong trường hợp không đáp ứng điều trị, tiến triển lâm sàng xấu sau 48 giờ hoặc trong trường hợp kết quả cấy ra các loại vi khuẩn kháng thuốc.

Kết quả cấy Gr(-)	Carbapenem (Imipenem, Ertapenem, Meropenem) hoặc Cefoperazone-sulbactam, Piperacillin-tazabactam kết hợp Aminoglycoside.
Kết quả cấy Gr(+)	Vancomycin/ Teicoplanin/ Linezolid

Trường hợp tác nhân là các vi khuẩn kháng thuốc (XDR,PDR): cần hội chẩn được lâm sàng, hoặc ý kiến chuyên gia để chọn kháng sinh phù hợp.

4.4 Điều trị hậu phẫu:

- Truyền dịch, bồi đủ tuần hoàn, điều chỉnh rối loạn điện giải, rối loạn chức năng cơ quan (nếu có), giảm đau, kháng sinh tiếp tục điều trị trong 7-10 ngày tiếp theo.
- Hậu phẫu ngày 0,1 có thể chọn uống nước đường; sau đó ăn loãng đến đặc khi bệnh

nhân trung tiện được.

- Theo dõi ống dẫn lưu: tính chất, màu sắc, số lượng dịch

Rút dẫn lưu khi hết dịch hoặc $<30\text{ml}/24\text{h}$. Không nên rút quá sớm trước 48h hay quá muộn >1 tuần.

- Vận động sớm: tự lăn trở tại giường, tập ngồi dậy, đi lại trong phòng.

Việc vận động sớm giúp tăng nhu động ruột, phòng tắc ruột sau mổ; cũng như tránh được các biến chứng nếu nằm lâu như: viêm phổi, huyết khối tĩnh mạch, nhiễm trùng tiểu, loét tì đè...

- Cho bệnh nhân xuất viện khi hệ tiêu hoá hoạt động bình thường, hết viêm nhiễm, không đau bụng. Tái khám sau 1 tuần. Cắt chỉ 10-12 ngày.

- Xuống thang kháng sinh khi:

- + Tình trạng cải thiện: có thể tự ăn uống, hết sốt, bạch cầu trở về bình thường

- + Kháng sinh nếu có chế phẩm uống thì đổi qua liều tương đương (nếu sinh khả dụng tương đối cao)

- + Nếu không có chế phẩm uống, chọn kháng sinh phổ hẹp hơn nhưng nhạy với vi khuẩn gây bệnh

5. BIẾN CHỨNG SAU MỔ:

- Áp xe tồn lưu
- Nhiễm trùng vết mổ
- Bục xì dò đường khâu
- Tắc ruột
- Chảy máu ổ bụng
- Biến chứng liên quan đến trocar

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Viêm ruột thừa* – Dương Bá Lập, Nguyễn Văn Hải- Cấp cứu ngoại tiêu hoá.
2. *Phác đồ điều trị viêm phúc mạc ruột thừa* – Bệnh viện Bình Dân.
3. *The appendix*- Liang MK, Andersson RE, Jaffe BM, et al (2015) – In Schwartz's principles of surgery, 10th edition, Mcgraw Hill, chapter 30, 1241-1262.
4. *Diagnosis and management of acute appendicitis EAES consensus development conference 2015*, Surg Endosc- Gorter RR, Eker HH, Marguerite AW, et al (2016).
5. *Bệnh học viêm ruột thừa*- Giáo trình đại học Y dược TPHCM.

6. *Điều trị kháng sinh ổ bụng*- Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, Tài liệu đào tạo liên tục- Sở y tế TP Hồ Chí Minh 2018.

7. *Hướng dẫn điều trị kháng sinh của Hiệp hội bệnh nhiễm khuẩn Hoa Kỳ (IDSA)*

THÙNG DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thủng dạ dày - tá tràng là một biến chứng nặng và thường gặp của các ổ loét tá tràng, các ổ loét dạ dày và đôi khi của bệnh ung thư dạ dày.
- Là cấp cứu ngoại khoa thường gặp và chẩn đoán thường dễ vì đại đa số các trường hợp triệu chứng khá điển hình, rõ rệt. Hậu quả lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là viêm phúc mạc.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1 Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân thường đau bụng đột ngột, dữ dội giống như giao đâm vùng thượng vị làm cho bệnh nhân nhớ rất rõ thời điểm đau, sau đó lan khắp bụng. Đau nhiều đến nỗi bệnh nhân không dám xoay trở người Đau là triệu chứng chính và cũng là nguyên nhân đưa bệnh nhân đến bệnh viện.
- Trong giai đoạn đầu, dấu hiệu sinh tồn chưa thay đổi, khoảng 30% bệnh nhân bị sốc trong những giờ đầu sau khi thủng. Sốc thường thoáng qua vài phút đến nửa giờ với các biểu hiện: mặt tái nhợt, toát mồ hôi lạnh, hạ thân nhiệt, huyết áp giảm nhẹ, sau đó toàn thân trở về bình thường. Ở giai đoạn viêm phúc mạc do vi trùng, bệnh nhân sốt cao, mạch nhanh, nước tiểu giảm. Nếu bệnh nhân được phát hiện trễ sẽ dẫn tới tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng. Giai đoạn trễ, tình trạng viêm phúc mạc nặng có thể đưa tới liệt ruột, làm bệnh nhân có triệu chứng bí trung đại tiện, nhu động ruột không nghe thấy, bụng chướng căng.
- Triệu chứng viêm phúc mạc toàn thể biểu hiện rất rõ: bệnh nhân nằm yên, không dám cử động vì đau, bụng không di chuyển theo nhịp thở. Bụng gồng cứng như gỗ, có thể mất vùng đục trước gan. Khám trực tràng - âm đạo, bệnh nhân thấy đau ở túi cùng Douglas.

2.2 Cận lâm sàng

- X-quang phổi, bụng không chuẩn bị tìm liềm hơi Hình ảnh chủ yếu là xuất hiện những bóng sáng dưới cơ hoành ở tư thế đứng, hình liềm hơi nằm giữa mặt lõm cơ hoành ở trên là mặt lõm của gan ở dưới Bên trái thì nằm giữa cơ hoành trái và túi hơi dạ dày. Có khi chỉ có ở bên phải, có khi có cả hai bên ít khi chỉ thấy đơn thuần bên trái Nếu ở tư thế đứng không

thể chụp được, thì chụp ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái đặt bóng chụp ngang và chụp nghiêng sẽ thấy hơi nằm giữa thành bụng và gan hoặc nằm giữa thành ngực.

- Khi nghi ngờ thủng dạ dày hoặc tá tràng mà trên phim X quang không thấy liềm hơi không được loại trừ chẩn đoán, có thể đặt ống thông dạ dày bơm hơi vào dạ dày sau đó chụp.
- Siêu âm bụng có khi xác định được hơi và dịch tự do ổ bụng.
- CT Scan bụng cản quang cũng cần thiết để xác định chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt với một số nguyên nhân khác.
- Xét nghiệm tiền phẫu: TPTTBM, TQ, TCK, đường máu, điện giải đồ, chức năng gan-thận, tổng phân tích nước tiểu, điện tim đồ, Xquang ngực thẳng, siêu âm tim đối với bệnh nhân trên 60 tuổi hay bệnh nhân có tiền căn bệnh lý tim mạch.
- Xét nghiệm có giá trị hồi sức và điều trị chủ yếu là xét nghiệm máu, điện giải đồ....
- Giải phẫu bệnh lý.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định

- Có tiền sử loét dạ dày tá tràng.
- Đau bụng dữ dội đột ngột.
- Co cứng thành bụng hoặc cảm ứng phúc mạc.
- Mất vùng đục trước gan.
- X quang thấy liềm hơi dưới hoành.
- Siêu âm bụng, Ct scan bụng có hơi và dịch tự do.

3.2 Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phúc mạc ruột thừa
- Thủng một tạng khác:
 - + Thủng ruột non do thương hàn.
 - + Thủng túi thừa.
 - + Thủng ruột non, đại tràng sau chấn thương bụng kín. Đây là trường hợp hay gặp nhưng thường được chẩn đoán trễ khi có dấu hiệu của viêm phúc mạc rõ ràng.
 - + Thủng đại tràng do bệnh lý.
- Thấm mật phúc mạc do viêm phúc mạc mật.

- Viêm tụy cấp

4. I ĐIỀU TRỊ

4.1 Nguyên tắc điều trị

- Thủng dạ dày - tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa. Hầu hết thủng dạ dày - tá tràng đều phải phẫu thuật. Tuy nhiên, trong một số ít trường hợp thủng bít có thể không cần phẫu thuật.

4.2 Điều trị cụ thể

4.2.1 Nội khoa

- Dùng giảm đau khi đã có chẩn đoán xác định.
- Đặt thông mũi dạ dày và hút.
- Nhịn ăn uống.
- Bồi hoàn nước và điện giải, máu và các chất dinh dưỡng.
- Kháng sinh mạnh đường truyền tĩnh mạch.
- Có thể đặt sonde foley theo dõi nước tiểu.

Lựa chọn kháng sinh

- + Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí.
- + Cephalosporin thế hệ 2, 3 có thể được lựa chọn (Ceftriaxone, Ceftazidime, Cefoxitin,..) phối hợp với nhóm Aminoglycoside, Metronidazol
- + Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.
- + Aminoglycoside sử dụng trong điều trị vi khuẩn Gram (-) nhưng khi phối hợp với Penicillin sẽ làm tăng độc tính nên hạn chế lựa chọn.
- + Trong trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ để chọn kháng sinh thích hợp.

Nhóm bệnh nhân	Đa trị liệu
Người trưởng thành	Metronidazol kết hợp với Cephalosporin thế hệ 2,3 hoặc Betalactam+ứ/c betalactamase
Bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ*	Metronidazol kết hợp với Cefepim, Ceftazidim hoặc nhóm Carbapenem.

Chú thích: (*) Các yếu tố nguy cơ:

- Lớn tuổi, suy đa tạng, dinh dưỡng kém.
- Suy giảm miễn dịch.
- Viêm phúc mạc toàn thể, APACHE >15, hoặc điều trị ban đầu muộn > 24 giờ.

+ Nâng bậc kháng sinh trong trường hợp không đáp ứng điều trị, tiến triển lâm sàng xấu sau 48 giờ hoặc trong trường hợp kết quả cấy ra các loại vi khuẩn kháng thuốc.

Kết quả cấy Gr(-)	Carbapenem (Imipenem, Ertapenem, Meropenem) hoặc Cefoperazone-sulbactam, Piperacillin-tazabactam kết hợp Aminoglycoside.
Kết quả cấy Gr(+)	Vancomycin/ Teicoplanin/ Linezolid

Trường hợp tác nhân là các vi khuẩn kháng thuốc (XDR,PDR): cần hội chẩn được lâm sàng, hoặc ý kiến chuyên gia để chọn kháng sinh phù hợp.

4.2.2 Ngoại khoa

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

4.3 Các phẫu thuật điều trị biến chứng thủng

4.3.1 Khâu lỗ thủng đơn thuần

- Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng (thủng ổ loét hành tá tràng, bệnh nhân trẻ, đến sớm dưới 12 giờ, không có bệnh lý nặng đi kèm) khi lỗ thủng nhỏ có thể khâu theo hình chữ X hoặc khâu gấp theo trục dạ dày - tá tràng bằng các mũi chỉ không tiêu, mũi rời, có thể phủ mạc nối lớn lên.
- Mở hở khâu lỗ thủng.
- Khâu lỗ thủng kết hợp với kết hợp với tiết trừ H. Pylori giúp ngăn ngừa biến chứng loét tái phát.

4.3.2 Phẫu thuật cắt dạ dày

- Phẫu thuật cắt dạ dày 2/3 vừa điều trị biến chứng thủng, vừa điều trị bệnh loét. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật nặng, có thể có những biến chứng, di chứng về sau nhất là khi bệnh nhân không được chuẩn bị kỹ, khoang bụng bẩn,...

Chỉ định:

- Thủng trên loét xơ chai to, khó khâu và dễ bục.
- Thủng kèm với các biến chứng khác như chảy máu hoặc hẹp môn vị.
- Thủng dạ dày nghi ngờ ung thư.

Điều kiện:

- Khoang bụng phải sạch.
- Thể trạng bệnh nhân tốt.
- Phòng mổ trang bị tốt, và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

4.3.3 Khâu lỗ thủng và cắt dây thần kinh X

- Cũng như phẫu thuật cắt dạ dày, đây là phương pháp phẫu thuật nhằm điều trị triệt căn bệnh loét.
- Chỉ định: Phẫu thuật cắt dây thần kinh X chỉ có tác dụng với ổ loét tá tràng, không tác dụng với ổ loét dạ dày.
- Điều kiện: Khoang bụng sạch vì đòi hỏi bóc tách nhiều, việc bóc tách dễ gây nhiễm trùng ở vùng này nếu khoang bụng bẩn. Phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

4.3.4 Phương pháp Newmann

- Với những lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh xơ cứng, khâu dễ mủn nát, dễ bục chỉ, tình trạng bệnh nhân yếu, không cho cắt dạ dày ngay, lúc đó có thể đặt qua lỗ thủng một ống cao su to quấn mạc nối xung quanh và dính vào thành bụng.

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1 Theo dõi: theo dõi và điều trị nguyên nhân tiếp theo cho bệnh nhân: (thuốc kháng tiết, tiết trừ *Helicobacter pylori*). Hẹn nội soi tiêu hóa trên sau 1 tháng hoặc có triệu chứng bất thường.

5.2 Tiêu chuẩn xuất viện: bệnh nhân ăn uống, trung tiện được, đau vết mổ ít.

5.3 Tái khám: sau 7 ngày, đánh giá lại kết quả phẫu thuật và lấy kết quả giải phẫu bệnh lý.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ ngoại khoa bệnh viện Nhân Dân 115, 2007.

2. Katkhouda N, Moniel J. *Treatment of complications of peptic ulcer*. Principles of laparoscopic surgery: Basic and Advanced Techniques. New York: Springer Verlag, 1995: 260-267
3. Lohsiriwat V, Prapasrivorakul S, Lohsiriwat D. Perforated Peptic Ulcer: *Clinical Presentation, Surgical Outcomes, and the Accuracy of the Boey Scoring System in Predicting Postoperative Morbidity and Mortality*. World J Surg (2009) 33:80-85.

VIÊM TÚI MẬT CẤP

1. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm túi mật cấp là một tình trạng viêm của túi mật. Cơ chế sinh lý bệnh của viêm túi mật cấp là sự tắc nghẽn ống mật. Viêm túi mật là tình trạng bệnh lý được điều trị tốt nhất bằng phẫu thuật, tuy nhiên, nếu cần thiết, nó vẫn có thể được điều trị bảo tồn. Tình trạng bệnh lý viêm túi mật có thể có sự xuất hiện của sỏi mật hoặc không có sỏi mật, và được phân loại viêm túi mật cấp hoặc mạn. Bệnh xuất hiện ở cả nam và nữ nhưng cũng có xu hướng đối với một quần thể nhất định. Nó cũng có thể xuất hiện với một số dấu hiệu và triệu chứng cổ điển. Viêm túi mật cấp có thể bị nhầm lẫn với những bệnh lý khác như bệnh loét dd-tt, hội chứng ruột kích thích và bệnh tim mạch. Viêm tuy cấp và mạn cũng có thể có triệu chứng tương tự bệnh túi mật.

Viêm túi mật cấp (VTMC) là cấp cứu ngoại khoa thường gặp ở Việt nam và trên khắp thế giới Khoảng 95% VTMC là do sỏi túi mật, 5% không do sỏi Với những tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh và các kỹ thuật can thiệp, điều trị VTMC trong hơn 10 năm qua có những thay đổi Sau đây là phác đồ điều trị của bệnh viện Lê Văn Việt.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ:

Đối với viêm túi mật không do sỏi, các yếu tố nguy cơ có thể kể đến:

- Chấn thương phải nhập viện, nhất là phải truyền máu >12đv, ISS>12, mạch nhanh >120l/p
- Mới vừa phẫu thuật (không liên quan túi mật)
- Sốc
- Bỏng
- Nhiễm khuẩn huyết:
 - + Do vi khuẩn: brucellosis, leptospirosis, lao, thương hàn, tả..
 - + Nấm candida
 - + Kst: cyclosporida, microsporidia, kst sốt rét, sán máng...
 - + Virus: cytomegalovirus, ebstein-barr virus, dengue
- Bệnh nặng (ICU)
- Nuôi dưỡng qua tĩnh mạch
- Nhịn kéo dài

3. CHẨN ĐOÁN

Theo hướng dẫn Tokyo, chẩn đoán VTMC dựa vào 3 nhóm tiêu chuẩn:

A Dấu hiệu tại chỗ

1. Dấu Murphy
2. Đau/Ấn đau/ Có khối sờ được ở ¼ trên phải của bụng

B. Dấu viêm toàn thân

1. Sốt
2. Tăng CRP
3. Tăng số lượng bạch cầu

C. Dấu hiệu hình ảnh

Có dấu hiệu hình ảnh đặc trưng của VTMC trên siêu âm (có dấu Murphy siêu âm, túi mật căng, thành dày, có thể có sỏi kẹt, phản âm lợn con lòng túi mật, dịch quanh túi mật...) hay CT/MRI bụng (túi mật căng, thành dày, tụ dịch quanh túi mật, thâm nhiễm mỡ quanh túi mật...)

Nghi ngờ VTMC khi: có 1 tiêu chuẩn của mục A + 1 tiêu chuẩn của mục B

Chẩn đoán VTMC khi: có 1 tiêu chuẩn của mục A + B + C, và loại trừ viêm gan cấp, bệnh đau bụng cấp khác hoặc viêm túi mật mạn.

XÉT NGHIỆM: Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm có liên quan bao gồm:

- Xét nghiệm công thức máu, bilan nhiễm khuẩn: BC, CRP
- Phân tích khí máu
- Bilan tạng: Billirubin TP- TT- GT, Creatinine
- **AST, ALT, Amylase**
- Cấy máu là cần thiết cho bệnh nhân nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết. Mặc dù không chẩn đoán tổng quát, cấy máu giúp xác định nguyên nhân gây bệnh và xác định nhiễm trùng huyết nếu kết quả dương tính.

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

. **Siêu âm** Cho biết có hình sỏi túi mật, ống mật, tình trạng thành đường mật, túi mật. Hình ảnh siêu âm túi mật viêm như sau:

- Có điểm đau rõ rệt khi ấn đầu dò siêu âm vào túi mật (dấu hiệu Murphy siêu âm hoặc

điểm Murphy siêu âm)

- Thành túi mật dày trên 0,3cm
- Túi mật căng to (>40mm chiều ngang)
- Có dịch quanh túi mật
- Nếu có sỏi và viêm túi mật sẽ thấy trên hình nốt đậm âm kèm bóng cản âm trong túi mật.

CT-Scanner bụng chậu có cản quang:

- Túi mật căng
- Thành túi mật dày
- Tăng đậm độ niêm mạc túi mật
- Thâm nhiễm mỡ hay có dịch quanh túi mật
- Với VTMC có biến chứng: mất hay tróc niêm mạc túi mật (hoại tử/ hoại thư), mất liên tục thành túi mật (thủng), hơi trong lòng hay trong thành túi mật (hoại thư túi mật, viêm túi mật khí thũng), áp xe trong lòng túi mật hay quanh túi mật.

Các xét nghiệm tiền phẫu:

- XQuang ngực thẳng, ECG (tiền phẫu)
- TQ, TCK, nhóm máu
- Đường máu

4. I ĐIỀU TRỊ

Để chọn lựa phương pháp điều trị VTMC, cần phân độ VTMC theo 3 độ dưới đây:

- Độ III (Nặng)

VTMC có suy giảm chức năng của bất kỳ tạng / hệ thống sau:

+Rối loạn chức năng tim mạch: cần điều trị bằng dopamine, hoặc bất kỳ liều norepinephrine

+Rối loạn chức năng thần kinh: Giảm mức độ ý thức

+Suy hô hấp: Tỷ lệ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$

+Suy thận : Thiểu niệu,,cre >2.0 mg/dl

+Suy gan : PT- INR > 1.5

+Rối loạn huyết học: Tiểu cầu < 100000/ mm³

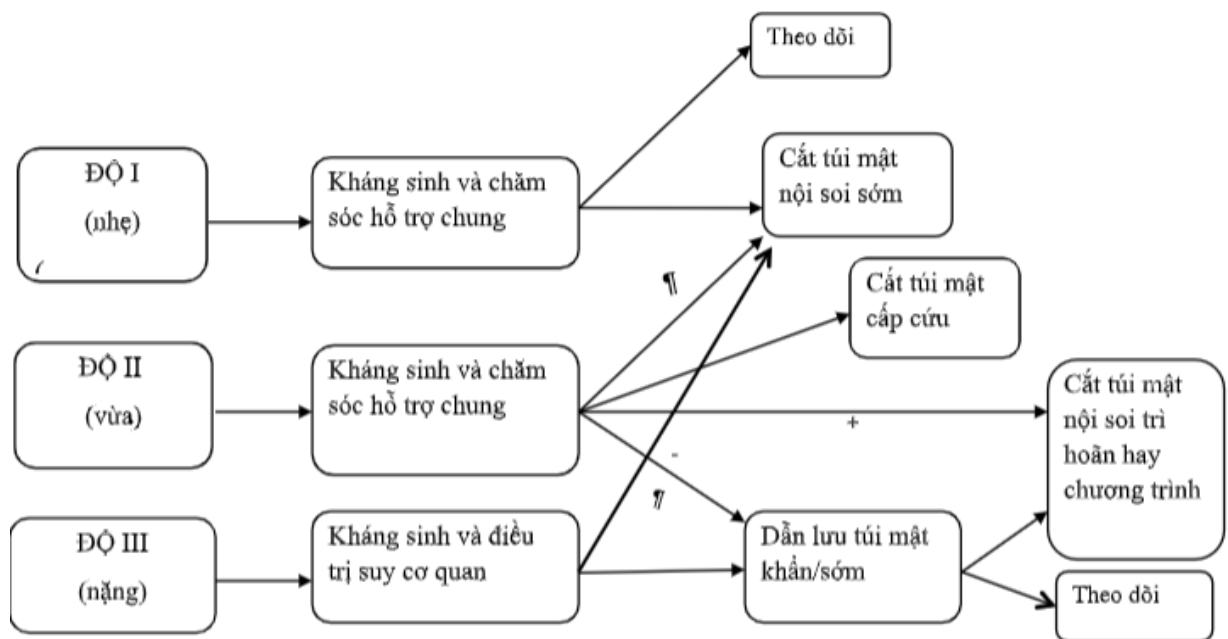
- Độ II (vừa)

VTMC có kèm 1 trong các dấu sau:

- + Số lượng bạch cầu máu $>18000/\text{mm}^3$
- + Sờ thấy khối ấn đau vùng bụng $\frac{1}{4}$ trên phải
- + Thời gian bệnh > 72 giờ
- + Các dấu hiệu viêm khu trú (viêm túi mật hoại tử, apxe túi mật, apxe gan, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật khí thủng)
- + ĐỘ I (nhẹ)

VTMC không thuộc tiêu chuẩn của độ II và III

LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP



Chú thích: (-): thất bại, (+): thành công, (¶): có nhân lực và trang bị để mở nội soi nâng cao
CTMNS sớm: CTMNS trong 24, 48 hay 72 giờ
CTMNS trì hoãn: CTMNS ≥ 6 tuần sau khởi đau

Cụ thể:

- Sau khi đã chẩn đoán xác định VTMC theo tiêu chuẩn của Hướng dẫn Tokyo, phải khởi trị bằng: cho nhịn ăn, truyền dịch, dùng kháng sinh (xem phần Kháng sinh), giảm đau, theo dõi sát mạch, HA, lượng nước tiểu. Song song đó, đánh giá bệnh đồng mắc, nguy cơ cho cuộc mổ (ASA-PS), làm các xét nghiệm tiền phẫu, phân độ VTMC.

- VTMC độ I: Cắt túi mật nội soi (CTMNS) sớm là giải pháp hàng đầu. Nếu bệnh nhân giảm triệu chứng với điều trị nội cũng nên khuyên CTMNS ở thời điểm thích hợp để ngừa

tái phát. Ở bệnh nhân có nguy cơ cao nếu phải mổ hay từ chối mổ thì phải theo dõi sát.

- VTMC độ II: Sau điều trị nội bước đầu

- Nếu thành công, có thể CTMNS trì hoãn hay chương trình

- Nếu thất bại, có thể phối hợp chọc dẫn lưu túi mật nhằm giải áp và làm giảm viêm tại chỗ để sau đó CTMNS trì hoãn hay chương trình.

- Nếu đã có dấu hiệu VPM mật từ đầu thì phải mổ cấp cứu (nội soi hay mổ mở).

- Nếu kịp trực có PTV có thể thực hiện mổ nội soi nâng cao thì có thể CTMNS sớm.

- VTMC độ III: Điều trị nội khoa với kháng sinh và nâng đỡ các cơ quan. Nếu cần thì cho bệnh nhân nằm ở khoa hồi sức tích cực.

- Sau hồi sức bước đầu mà KHÔNG CÓ yếu tố dự đoán xấu cho cuộc mổ + suy cơ quan CÓ cải thiện. Nếu:

- tình trạng chung bệnh nhân khá lên, kịp trực mổ NS nâng cao được --> CTMNS sớm.

- tình trạng chung bệnh nhân vẫn kém, kịp trực không mổ NS nâng cao được → chọc dẫn lưu túi mật và đánh giá lại kết quả.

- Sau hồi sức bước đầu mà CÓ yếu tố dự đoán xấu cho cuộc mổ và/hoặc suy cơ quan KHÔNG cải thiện --> Chọc dẫn lưu túi mật khẩn. Sau đó, nếu tình trạng chung của bệnh nhân khá lên thì có thể CTMNS trì hoãn hay chương trình; nếu tình trạng chung bệnh nhân vẫn xấu thì chỉ theo dõi tiếp.

VTMC không do sỏi

Điều trị nội với kháng sinh trước ± chọc dẫn lưu

Khi có hoại tử túi mật hay thủng túi mật: mổ khẩn cắt túi mật

Cách dùng kháng sinh:

- Độ I: • Nếu chọn nhóm Penicillin: Ampicillin/sulbactam

- Nếu chọn nhóm Cephalosporin:

- . Cephalosporin thế hệ 2 hay 3 ± Metronidazole.

- . Cefoperazone/sulbactam

- Nếu chọn nhóm Carbapenem: Ertapenem

- Nếu chọn nhóm Quinolone:

- . Ciprofloxacin, Levofloxacin, Pazufloxacin ± Metronidazole

- . Moxifloxacin

- Độ II: • Nếu chọn nhóm Penicillin: Piperacillin/tazobactam

- Nếu chọn nhóm Cephalosporin:

- . Cephalosporin thế hệ 3 ± Metronidazole

- . Cefoperazone/sulbactam

- Nếu chọn nhóm Carbapenem: Ertapenem

- Nếu chọn nhóm Quinolone:

- . Ciprofloxacin, Levofloxacin, Pazufloxacin ± Metronidazole
- . Moxifloxacin
- Độ III: : • Nếu chọn nhóm Penicillin: Piperacillin/tazobactam
- Nếu chọn nhóm Cephalosporin:
 - . Cephalosporin thế hệ 3 (Ceftazidime, Cefozopran) ± Metronidazole
 - . Cephalosporin thế hệ 4 (Cefepime)
- Nếu chọn nhóm Carbapenem:
 - . Imipenem/cilastatin, Meropenem, Doripenem, Ertapenem
- Nếu chọn nhóm Monobactam: Aztreonam ± Metronidazole

5. CHĂM SÓC, THEO DÕI

- 5.1 Theo dõi người bệnh sau mổ
- 5.2. Giảm đau vết mổ
- 5.3. Phòng ngừa nguy cơ tắc ruột
- 5.4. Đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho người bệnh
- 5.5. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh: nên tránh các thức ăn chứa nhiều chất béo, khó tiêu, tuyệt đối tránh các chất kích thích, cay, nóng như thuốc lá, hạt tiêu, ớt,...

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Viêm túi mật cấp*, Nguyễn Văn Hải, Cấp cứu ngoại tiêu hoá, NXB Thanh niên 2018.
2. *Viêm túi mật cấp*, Phác đồ bệnh viện Bình Dân 2020.
3. *Acute Cholecystitis*, Mark W. Jones; Raffaella Genova; Maria C. O'Rourke.
4. *Viêm túi mật cấp*, Phác đồ bệnh viện nhân dân Gia Định 2021.
5. Yuichi Yamashita et al. Tokyo guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007.
6. Yuichi Yamashita et al. TG 13 surgical management of acute cholangitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2013.
7. Miura F, Takada T, Strasberg SM, et al (2013). *TG13 flowchart for the management of acute cholangitis and acute cholecystitis*. J Hepatobiliary Pancreat Sci; 20: 47-54.
8. Campanile FC, Pisano M, Coccolini F, et al (2014). *Acute cholecystitis: WSES position statement*. World J Emerg Surg; 9: 58. <http://www.wjes.org/content/9/1/58>.
9. Sartelli M, Chichom-Mefire A, Labriccioca FM, et al (2017). *The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections*. World J Emerg Surg; 12: 29.

10. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, et al (2018). *Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis*. J Hepatobiliary Pancreat Sci; 25: 55-72.
11. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, et al (2018). *Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis*. J Hepatobiliary Pancreat Sci; 25: 3-16.

TRĨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh trĩ là tình trạng đēm mạch máu có triệu chứng. Đēm mạch máu là đám rối động – tĩnh mạch dưới niêm mạc, trong ống hậu môn (trĩ nội), được giữ vững bằng các sợi cơ dọc (cơ dưới niêm mạc trực tràng). Đám rối được dẫn lưu qua TM trực tràng trên qua 3 nhánh (trái, phải trước, phải sau), từ 3 đēm ở vị trí 3, 7, 11 giờ. Tương tự, các đám rối mạch nhỏ hơn cũng hiện diện dưới da quanh bờ hậu môn (trĩ ngoại).

2. NGUYÊN NHÂN & YẾU TỐ NGUY CƠ

Ứ trệ dẫn lưu tĩnh mạch, chế độ ăn ít chất xơ, thói quen xấu (rặn khi đi cầu, đọc sách trong nhà vệ sinh...), chức năng cơ vòng hậu môn.

Yếu tố nguy cơ

- Tư thế đứng
- Táo bón kinh niên
- Hội chứng ly
- Hội chứng ruột kích thích
- Tăng áp lực ổ bụng
- U bướu hậu môn – trực tràng và vùng lân cận.
- Lớn tuổi

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

- Chảy máu
- Sa búi trĩ
- Đau
- Rỉ dịch hậu môn
- Ngứa hậu môn

b. Triệu chứng thực thể

Tư thế phụ khoa hoặc nghiêng trái: Nhìn, Thăm hậu môn trực tràng Nhiều bệnh nhân đến khám “bệnh trĩ” lại thường do các vấn đề khác của hậu môn như ngứa hậu môn, nứt hậu môn, rò hậu môn, và da thừa.

Bệnh nhân mắc bệnh trĩ có thể phàn nàn về chảy máu, khối sa niêm mạc, đau, chảy dịch nhày, khó vệ sinh vùng quanh hậu môn, cảm giác đại tiện không hết,... Cần lưu ý hỏi về sự xuất hiện, số lượng, số lần, và thời gian chảy máu và khối sa. Cần hỏi tiền sử về chế độ ăn uống và dùng thuốc vì một số thuốc, và chế độ ăn uống có thể gây ra hoặc làm trầm trọng thêm táo bón hoặc tiêu chảy.

Khám lâm sàng: thường khám ở hai tư thế gối khuỷu và hay nghiêng trá Nhìn có thể phát hiện trĩ ngoại, nứt hậu môn, trĩ nội, sa, huyết khối trĩ ngoại, ung thư hậu môn.

Thăm bằng ngón tay: đây là động tác quan trọng nhất để loại trừ ung thư hậu môn trực tràng và phát hiện dấu hiệu đau do trĩ thuyên tắc. Các triệu chứng trĩ ngoại thường là huyết khối và khám cho thấy một khối màu xanh sậm, hơi thõn ở bờ hậu môn dưới đường lược, kết hợp với đau cấp tính. Huyết khối trĩ ngoại có thể bị chảy máu thứ phát do áp lực dẫn đến hoại tử và loét tiếp của da nằm phía trên. Da thừa là các nếp gấp của da phát sinh từ ở hậu môn. Đây có thể là kết quả của bệnh trĩ ngoại thuyên tắc. Da thừa nhiều hoặc trĩ ngoại có thể gây cản trở việc vệ sinh hậu môn dẫn đến ngứa hoặc ngứa quanh hậu môn. Trĩ nội thường không gây đau trừ khi huyết khối, nghẹt, hoại tử, hoặc sa phù nề. Đau của bệnh nhân thường mô tả là như “nóng rát” bên trong. Đây có thể là kích ứng thứ phát quanh hậu môn do rỉ chất nhày hay phân dẫn đến ngứa hậu môn thứ phát.

Chảy máu do trĩ nội có màu đỏ tươi, thường xảy ra khi đại tiện xong. Bệnh nhân mô tả máu chảy nhỏ giọt hoặc phun thành tia vào bồn vệ sinh hoặc dính trên giấy vệ sinh. Trĩ sa biểu hiện như là một khối lồi ra ở hậu môn, tiết nhày, hoặc cảm giác đại tiện không hết phân. Người khám nên chắc là trĩ tự thụt vào một cách tự nhiên hoặc cần phải dùng tay đẩy vào.

3.2. Cận lâm sàng:

a. Soi hậu môn – trực tràng – ĐT chậu hông

Sau khi thăm khám, rất cần nội soi hậu môn trực tràng. Nội soi nhằm giúp chẩn đoán trĩ nội độ 1, độ 2, nứt hậu môn và các bệnh lý khác như polype trực tràng, ung thư trực tràng

b. Chỉ định nội soi đại tràng

Thiếu máu thiếu sắt

- > 50 tuổi, chưa soi đại tràng trong vòng 10 năm
- > 40 tuổi, gia đình có người có u lành hoặc ung thư đại trực tràng ở tuổi >60 và chưa soi đại tràng trong vòng 10 năm
- > 40 tuổi, gia đình có ≥ 2 người có u lành hoặc ung thư đại trực tràng ở tuổi >60 và chưa soi đại tràng trong vòng 3-5 năm

Bệnh sử hoặc dấu hiệu của bệnh lý ác tính hoặc bệnh lý viêm đại tràng

c. CLS Tiền phẫu

- TPTTBM, TQ, TCK, ABO, Rh.
- Sinh hóa máu: Glucose máu, chức năng gan, thận, điện giải đồ.
- **Tổng phân tích nước tiểu.**
- **Điện tim đồ, Xquang ngực thẳng.**

3.3. Chẩn đoán xác định

a. Xác định

- Có bệnh trĩ hay không ?
- Trĩ bệnh hay trĩ triệu chứng ?

b. Phân loại

Trĩ được chia thành hai loại, trĩ nội và trĩ ngoại

- TRĨ NGOẠI: 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 NỘI: Trĩ nội nằm gần và phía trên đường lược và được bao phủ bởi biểu mô trụ hoặc chuyển tiếp. Mô này được sự chi phối của thần kinh tạng, nên nó không nhạy cảm với đau đớn, cảm ứng, hoặc nhiệt độ, đây là điều thuận lợi khi thực hiện các thủ thuật.

Trĩ nội phân độ dựa trên kích thước và các triệu chứng lâm sàng bởi Goligher:

- Độ I: Trĩ sa trong ống hậu môn nhưng chưa ra ngoài
- Độ II: Trĩ sa ra ngoài, tự thụt vào.
- Độ III: Trĩ sa ra ngoài, phải dùng tay ấn vào.
- Độ IV: Trĩ sa không đẩy vào được.

- TRĨ HỖN HỢP: Lúc đầu trĩ nội nằm trong ống hậu môn trên đường lược, trĩ ngoại nằm dưới đường lược, phân cách nhau bởi vùng lược, ở đây có dây chằng Parks. Lâu ngày dây chằng Parks chùng ra, khi đó trĩ nội và trĩ ngoại gặp nhau tạo thành trĩ hỗn hợp

- TRĨ VÒNG: Thông thường vị trí của trĩ là vị trí của các đám rối tĩnh mạch trĩ. Lúc

mới phát sinh, các búi trĩ còn nhỏ, phân cách riêng biệt. Về sau giữa các búi trĩ chính xuất hiện các búi trĩ phụ. Sau nữa các búi trĩ chính và búi trĩ phụ tụt ra và gặp nhau tạo thành trĩ vòng. Tuy là vòng nhưng có chỗ to chỗ nhỏ. Chỗ to chỗ nhỏ là dấu hiệu tốt để phân biệt trĩ vòng với sa trực tràng. Bệnh trĩ hỗn hợp được định nghĩa như là sự hiện diện của bệnh trĩ nội và ngoại, trong đó chúng hoà chung lại thành một do dây chằng phân cách chúng bị chùng ra (dây chằng Parks).

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Do triệu chứng chính thường dẫn bệnh nhân đến khám là chảy máu, sa trĩ và đau, đây là các triệu chứng có thể gặp trong nhiều bệnh khác nên ta cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh như: nứt hậu môn, sa trực tràng, ung thư hậu môn trực tràng, polype trực tràng.

4. I ĐIỀU TRỊ

4.1. Xử trí ban đầu

- Không điều trị trĩ triệu chứng, trừ khi có biến chứng
- Nếu có nhiễm trùng, phải điều trị trước khi mổ.

4.2. Điều trị nội khoa

a. Chỉ định

Điều trị bảo tồn luôn được cân nhắc đến trước tiên và thực tế là một phương pháp điều trị có hiệu quả cho tất cả các bệnh nhân trĩ. Tuy nhiên điều trị bảo tồn chỉ cho đáp ứng tốt nhất đối với trĩ độ I và Thời gian đáp ứng trung bình 30 – 45 ngày.

b. Nội dung điều trị bảo tồn

- Vệ sinh tại chỗ tốt bằng phương pháp ngâm nước ấm 2-3 lần/ngày, mỗi lần 15 phút.
- Tập thói quen đi cầu đều đặn hàng ngày.
- Điều chỉnh thói quen ăn uống: Tránh các chất kích thích như cà phê, rượu, trà. Tránh các thức ăn nhiều gia vị như ớt, tiêu. Uống nước đầy đủ. Ăn nhiều chất xơ.
- Vận động thể lực: nên tập thể dục và chơi các môn thể thao nhẹ như bơi lội, đi bộ.
- Thuốc uống: gồm các thuốc có tác nhân trợ tĩnh mạch, dẫn xuất từ flavonoid. Các hiệu quả lâm sàng đã được chứng minh trong nhiều công trình nghiên cứu trong nước, cải thiện đáng kể các triệu chứng. Cơ chế tác động của các thuốc này là làm gia tăng trương lực tĩnh mạch, bảo vệ vi tuần hoàn, giảm phù nề nhờ tác động kháng viêm tại chỗ.
- Thuốc tại chỗ: gồm các loại thuốc mỡ (pommade) và đạn dược (suppositoire) bao gồm

các tác nhân kháng viêm, vô cảm tại chỗ và dẫn xuất trợ tĩnh mạch. Tuy nhiên đến nay không có nghiên cứu nào xác nhận hiệu quả của thuốc tại chỗ và ta cần chú ý đến khả năng dị ứng mạnh đối với tác nhân vô cảm tại chỗ nếu có.

4.3. Điều trị phẫu thuật:

- Chỉ định: Các búi trĩ nội sa độ III, độ IV có chỉ định phẫu thuật. Các búi trĩ sa ngệt hoại tử có thể cần phẫu thuật cấp cứu.

- Phương pháp: Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật cắt trĩ. Các phương pháp đều tuân theo một số nguyên tắc nhất định.

Nguyên tắc của phẫu thuật cắt trĩ là cắt bỏ từng búi trĩ cùng với phần da niêm phủ lên trên, bảo tồn lớp cơ thắt trong nằm bên dưới. Sau khi cắt, hai mép vết thương có thể được khâu đóng hay để hở. Khâu đóng hai mép vết thương theo chiều dọc đối với búi trĩ nhỏ. Đối với búi trĩ lớn hay trĩ vòng, hai mép vết thương được khâu đóng theo chiều ngang.

Về mặt lý thuyết, các phương pháp cắt trĩ – khâu kín có nguy cơ dẫn đến hẹp hậu môn thấp hơn các phương pháp cắt trĩ – để hở, nhưng thực tế tỉ lệ hẹp hậu môn không phụ thuộc vào phương pháp khâu kín hay để hở, mà phụ thuộc vào các yếu tố khác (kích thước búi trĩ, tốc độ tái tạo các tế bào biểu mô, nhiễm trùng tại chỗ...)

- Cắt trĩ để hở theo phương pháp của Milligan và Morgan: kỹ thuật tương tự phương pháp Ferguson, nhưng vết thương được để hở

- Phẫu thuật Longo, MIPH (Minimally Invasive Hemorrhoid Surgery), PPH (procedure for prolapsed hemorrhoids).

Phương pháp cắt trĩ sa bằng stapler (PPH) hiện nay đang được nhiều phẫu thuật viên áp dụng. Nguyên tắc là dùng máy khâu bấm vòng cắt một phần trĩ nội sa ra ngoài, đồng thời “treo” phần trĩ còn lại để làm mô đệm cho ống hậu môn. Lợi điểm đáng kể nhất của cắt trĩ bằng máy khâu bấm là ít đau hơn so với phẫu thuật kinh điển. Tuy nhiên, do giá thành đắt trong điều kiện Việt Nam phương pháp này cũng chưa thể được áp dụng rộng rãi. Cắt trĩ bằng máy có nguy cơ gây tổn thương thành trực tràng và tổn thương cơ thắt hậu môn nếu thực hiện đúng kỹ thuật.

5. BIẾN CHỨNG & PHÒNG NGỪA

1.1 Biến chứng sau mổ

Dù cho sử dụng phương pháp nào thì chìa khoá của thành công là tránh được các biến chứng sau mổ.

- Biến chứng sớm: Là biến chứng xảy ra trong tuần đầu sau mổ.
 - Bí tiểu hay khó tiểu
 - Đau nhiều sau mổ có thể kéo dài 2 – 3 tuần
 - Chảy máu sớm sau mổ
 - Nhiễm trùng vết mổ
 - Sưng đỏ cầu da niêm mạc
 - Mất tự chủ cơ thắt hậu môn
 - Một số biến chứng hiếm nhưng có thể đe dọa tính mạng gặp trong phẫu thuật Longo như nhiễm trùng vùng chậu do thủng trực tràng, hoại tử Fournier đáy chậu, tụ máu trực tràng, chấn thương dương vật sau khi giao hợp qua hậu môn (do tồn tại các kim bấm), lỗ rò âm đạo – trực tràng...
- Biến chứng muộn: Xảy ra trễ hơn, từ tuần lễ thứ ba
 - Đau hậu môn mãn tính
 - Nứt hậu môn
 - Hẹp hậu môn trực tràng
 - Són phân
 - Nhiễm trùng hậu môn trực tràng, áp xe mãn tính.

5.2 Phòng ngừa

- Tập thói quen đi cầu đều đặn hàng ngày.
- Điều chỉnh thói quen ăn uống
- Tránh các chất kích thích như cà phê, rượu, trà.
- Tránh các thức ăn nhiều gia vị như ớt, tiêu.
- Uống nước đầy đủ.
- Ăn nhiều chất xơ.
- Vận động thể lực: nên tập thể dục và chơi các môn thể thao nhẹ như bơi lội, đi bộ.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Phác đồ điều trị trĩ* – Bộ Y tế
2. Charles. Mann. *Surgical treatment of hemorrhoids*. Springer-Verlag London 2002: 43-97.

3. Trần Thiện Hoà, Phan Anh Tuấn, Trần Thị Mai Trang, và Văn Tần. (2010). “*Khảo sát một số đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của bệnh trĩ ở người trên 50 tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh*”, Hội nghị khoa học BV Bình Dân lần thứ X .
4. Nguyễn Đình Hổ (2002), *Hậu môn trực tràng học*. Bệnh trĩ, NXB Y Học, Hà nội
5. Nguyễn Đình Hối, Dương Phước Hưng. (2004). “*Quan niệm mới về điều trị trĩ*”, Ngoại khoa. Y học Thành phố Hồ Chí Minh số 2, 63-68.
6. Dương Phước Hưng. (2007), *Điều trị học ngoại khoa tiêu hoá*. Điều trị ngoại khoa bệnh trĩ, Nhà xuất bản Y học.
7. Khubchandani , et al. (2009), *Surgical Treatment of Hemorrhoids. Transanal Hemorrhoidal Dearterialization*, The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery - Springer-Verlag London Limited.
8. Stanley M. Goldberg. *Hemorrhoids*. Essentials of anorectal surgery 1980: 69-84.
9. T. Cristina Sardinha and Marvin L. Corman. *Hemorrhoids*. The surgical clinics of North America, December 2002: 1153.

ÁP XE CẠNH HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe cạnh hậu môn là cấp cứu thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng, tạo ra các thể áp xe khác nhau. Nếu không được chẩn đoán điều trị kịp thời, áp xe sẽ lan rộng phá hủy hệ thống cơ thắt, hoặc tự vỡ ra ngoài tạo nên các đường rò, gọi là bệnh rò hậu môn (sẽ có bài riêng). Áp xe hậu môn cần được phẫu thuật dẫn lưu sớm. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh..

2. BỆNH SINH & PHÂN LOẠI

Tuyến hậu môn nằm ở đoạn giữa ống hậu môn ngang với khe hậu môn và đi xuyên qua lớp dưới niêm và 2/3 xuyên qua cơ vòng trong và 1/2 trường hợp đi tới khoảng giữa 2 cơ vòng trong và ngoài Sự tắc nghẽn ống tuyến này gây ra ứ đọng phân, vật lạ trong tuyến và hậu quả là đưa đến nhiễm trùng, gây áp xe..

Phân loại áp-xe cạnh hậu môn (do viêm ống tuyến hậu môn) (hình 1):

- o Áp-xe dưới da (quanh hậu môn)
- o Áp-xe gian cơ thắt
- o Áp-xe trên cơ nâng hậu môn
- o Áp-xe hố ngồi trực tràng
- o Áp-xe kết hợp, trên cơ nâng và hố ngồi trực tràng (áp-xe hình quả tạ)

Áp-xe trên cơ nâng hậu môn là nguồn gốc của dò hậu môn thể ngoài cơ thắt: khi ổ áp-xe tìm đường vỡ vào lòng trực tràng và vỡ ra da, đường dò hậu môn thể ngoài cơ thắt sẽ hình thành

3. CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng nghĩ đến áp-xe cạnh hậu môn khi BN than đau nhức vùng hậu môn kèm sốt. Khi thăm khám, tùy vào vị trí của ổ áp-xe mà BN có các dấu hiệu thực thể sau:

- Áp-xe gian cơ thắt: cạnh hậu môn có một khối gồ lên, nóng, đỏ, đau. Các nếp nhăn rìa hậu môn mất. Nếu thăm trực tràng (không cần thiết vì sẽ làm cho BN đau đớn): không còn cảm giác xiết chặt bình thường của cơ thắt, thay vào đó là một khối, ở một bên ống hậu môn, ép vào ngón tay.

- Áp-xe hố ngồi trực tràng: khối sưng, nóng, đỏ, đau nằm ở giữa rìa hậu môn và ụ ngồi,

các nếp nhăn da rìa hậu môn còn. Cần thăm trực tràng để loại trừ áp-xe hình quả tạ.

- Áp-xe trên cơ nâng hậu môn: chỉ phát hiện khi thăm khám trực tràng: một khối phập phều cạnh bên trực tràng.

* Cần chẩn đoán phân biệt áp-xe cạnh hậu môn với các bệnh lý sau:

- Áp-xe tuyến apocrine (hydradenitis suppurativa)

- Nhiễm trùng nang lông

- Nhiễm trùng nang vùi thượng bì (inclusion cyst)

- Áp-xe tuyến Bartholin ở nữ

- CLS tiền phẫu: siêu âm, XN thường quy (TPTTBM, TQ, TCK, ABO, Rh, glucose máu, điện giải đồ, chức năng gan – thận, TPTNT, điện tim đồ, Xquang ngực thẳng.

4. I ĐIỀU TRỊ

4.1 Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

Áp-xe cạnh hậu môn, nếu không được dẫn lưu kịp thời, có thể gây viêm tấy lan rộng vùng tầng sinh môn.

Nguyên tắc: chủ yếu là dẫn lưu mủ.

4.2 Điều trị cụ thể

4.2.1 Điều trị trước mổ: Kháng sinh, giảm đau.

Lựa chọn kháng sinh trên bệnh nhân

- + Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí.
- + Cephalosporin thế hệ 2, 3 có thể được lựa chọn (Ceftriaxone, Ceftazidime, Cefoxitin,..) phối hợp với nhóm Metronidazol
- + Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.
- + Aminoglycoside sử dụng trong điều trị vi khuẩn Gram (-) nhưng khi phối hợp với Penicillin sẽ làm tăng độc tính nên hạn chế lựa chọn.
- + Trong trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ để chọn kháng sinh thích hợp.

Nhóm bệnh nhân	Đa trị liệu
Người trưởng thành	Metronidazol kết hợp với Cephalosporin thế hệ 2,3 hoặc Betalactam+ứ/c betalactamase
Bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ*	Metronidazol kết hợp với Cefepim, Ceftazidim hoặc nhóm Carbapenem.

Chú thích: (*) Các yếu tố nguy cơ:

- Lớn tuổi, suy đa tạng, dinh dưỡng kém.
- Suy giảm miễn dịch.
- Viêm phúc mạc toàn thể, APACHE >15, hoặc điều trị ban đầu muộn > 24 giờ.

+ Nâng bậc kháng sinh trong trường hợp không đáp ứng điều trị, tiến triển lâm sàng xấu sau 48 giờ hoặc trong trường hợp kết quả cấy ra các loại vi khuẩn kháng thuốc.

Trường hợp tác nhân là các vi khuẩn kháng thuốc (XDR,PDR): cần hội chẩn được lâm sàng, hoặc ý kiến chuyên gia để chọn kháng sinh phù hợp.

+ Xuống thang kháng sinh khi:

- Tình trạng cải thiện: có thể tự ăn uống, hết sốt, bạch cầu trở về bình thường
- Kháng sinh nếu có chế phẩm uống thì đổi qua liều tương đương (nếu sinh khả dụng tương đối cao)
- Nếu không có chế phẩm uống, chọn kháng sinh phổ hẹp hơn nhưng nhạy với vi khuẩn gây bệnh

4.2.2 Điều trị phẫu thuật:

- Phương pháp vô cảm: thường là gây mê tĩnh mạch. Nếu ổ áp-xe có dấu hiệu phập phều rõ, chỉ cần tiền mê với các dẫn xuất của morphine là đủ.

- Áp-xe tái phát trên BN đã có dò hậu môn: xử trí như dò hậu môn (cắt đường dò hay đặt seton).

- Áp-xe gian cơ thắt: rạch da hình vòng cung 2cm cạnh hậu môn, trên khối áp-xe, tách lớp nông của cơ thắt vào ổ áp-xe, bơm rửa với dung dịch povidone-iodine hay oxy già, nhét một gác tấm povidone-iodine vào ổ áp-xe. Chú ý không phá rộng ổ áp-xe vì có thể làm tổn thương nhiều ở cơ thắt.

- Áp-xe hố ngồi trực tràng: rạch da, tách lớp mỡ trong hố ngồi trực tràng vào ổ áp-xe. Sau khi bơm rửa, đặt một thông có đầu hình nấm (Pezzer, Malecot) vào ổ áp-xe

- Áp-xe hình quả tạ: đường rạch da như áp-xe hố ngồi trực tràng. Sau khi bơm rửa ổ áp-xe, đặt một thông có đầu hình nấm (Pezzer, Malecot) đưa lên trên sao cho đầu nấm của thông nằm trong ổ áp-xe trên cơ nâng hậu môn.

- Áp-xe trên cơ nâng hậu môn: dẫn lưu mủ qua thành trực tràng

4.2.3 Điều trị hậu phẫu:

- Tiếp tục sử dụng kháng sinh 7-10 ngày sau mổ.
- Thay băng gạc một vài ngày đầu đối với áp-xe gian cơ thắt, sau đó cho BN ngâm hậu môn hàng ngày với nước ấm pha povidone-iodine cho đến khi vết thương lành hẳn. Phần lớn các áp-xe gian cơ thắt có thể lành hẳn mà không chuyển thành dò hậu môn.
- Nếu có đặt một thông hình nấm vào ổ áp-xe, bơm rửa ổ áp-xe hàng ngày trong vòng hai tuần đầu. Mỗi lần bơm rửa chú ý quan sát xem có chảy dung dịch bơm rửa qua ngả hậu môn hay không. Sự chảy dịch qua ngả hậu môn mỗi lần bơm rửa chứng tỏ có sự tồn tại của lỗ trong. Nếu không có sự chảy dịch qua ngả hậu môn, rút thông, cho BN ngâm hậu môn hàng ngày với nước ấm pha povidoneiodine cho đến khi vết thương lành hẳn. Nếu sau hai tuần mà lỗ trong vẫn tồn tại (50% các trường hợp), BN nên được điều trị dò hậu môn bằng phẫu thuật

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Đau sau mổ: thông thường sau khi mở ổ áp xe tình trạng người bệnh sẽ tốt hơn: hết sốt, đỡ đau, cảm giác thoải mái hơn. Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol, ngâm hậu môn nước ấm cũng là biện pháp giảm đau tốt.
- Chảy máu: tùy mức độ, có thể băng ép hoặc đốt điện, khâu cầm máu
- Trường hợp nhiễm trùng nặng, toàn trạng người bệnh kém, suy kiệt cần điều trị tích cực: ngâm rửa sạch tại chỗ, kháng sinh toàn thân mạnh, nâng cao thể trạng, chữa các bệnh phối hợp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Phác đồ điều trị áp xe cạnh hậu môn* – Bộ Y tế
2. Nguyễn Đình Hổ (2002), *Hậu môn trực tràng học*. NXB Y Học, Hà nội
3. *Áp xe cạnh hậu môn*, Phác đồ điều trị Bệnh viện Bình Dân, 2020.

THOÁT VỊ BỆNH

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: thoát vị là tình trạng các tạng bên trong ổ phúc mạc đi ra ngoài qua điểm yếu ở thành sau của ống bẹn.

1.2. Phân loại

1.2.1. Theo cơ chế bệnh sinh

- Thoát vị bẹn gián tiếp: tạng thoát vị đi qua lỗ bẹn sâu, vào trong ống bẹn, thoát ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu. Túi thoát vị nằm trong bao xơ thừng tinh.
- Thoát vị bẹn trực tiếp: tạng thoát vị đi qua tam giác bẹn. Túi thoát vị nằm trong bao xơ thừng tinh. Hiếm khi tạng thoát vị ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu.
- Thoát vị bẹn thể kết hợp gián tiếp và trực tiếp

1.2.2. Theo Nyhus (1991)

- Độ I: Thoát vị gián tiếp, lỗ bẹn sâu bình thường.
 - Độ II: Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu rộng, thành bẹn sau còn tốt (bó mạch thượng vị dưới không bị đẩy lệch). Thoát vị chưa xuống bìu.
 - Độ III: Thành bẹn sau hư.
- A: Thoát vị bẹn trực tiếp.
- B: Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu dẫn, mạc ngang của tam giác Hesselbach bị phá hủy hoặc thoát vị hỗn hợp.
- C: Thoát vị đùi
- Độ IV: Thoát vị tái phát.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử

- Ở giai đoạn sớm của thoát vị, bệnh nhân hầu như không có triệu chứng gì. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là bệnh nhân phát hiện được một khối phồng ở vùng bẹn. Khối phồng này xuất hiện khi nâng một vật nặng, khi chảy nhảy hoặc khi rặn. Một số bệnh nhân mô tả là có cảm giác co kéo và đau lan xuống bìu, nhất là đối với thoát vị bẹn gián tiếp. Khi khối thoát vị lớn dần nó tạo cảm giác không thoải mái hoặc đau chói và bệnh nhân phải nằm hoặc lấy tay đẩy vào.

2.2. Triệu chứng thực thể

- Triệu chứng đặc hiệu của thoát vị là nhìn hoặc sờ thấy khối phồng ở vùng bẹn khi bệnh nhân đứng, rặn hay ho; ngược lại khi nằm hoặc dùng tay đẩy vào thì khối phồng biến mất. Thoát vị đi xuống tận bìu bao giờ cũng là thoát vị gián tiếp. Thoát vị trực tiếp bao giờ cũng có dạng khối tròn và đối xứng, ở cạnh xương mu khi ho và dễ biến mất khi bệnh nhân nằm ngửa. Trong khi đó, thoát vị gián tiếp thường có dạng elip và khó tự biến mất hơn.

- Khi sờ, thành bẹn sau chắc trong thoát vị gián tiếp nhưng yếu thậm chí khuyết hẳn trong thoát vị trực tiếp. Khi bệnh nhân ho hay rặn, khối thoát vị trực tiếp trồi ra chạm lòng ngón còn thoát vị gián tiếp chạy xuống dọc theo ống bẹn chạm vào đầu ngón (nghiệm pháp chạm ngón). Khi dùng tay chèn lỗ bẹn sâu rồi cho bệnh nhân ho, rặn nếu là gián tiếp thì thoát vị không xuống được, nhưng khối thoát vị trực tiếp vẫn trồi ra được (nghiệm pháp chèn lỗ bẹn sâu).

- Soi đèn: Soi bằng đèn bấm trong phòng tối Soi từng bên bìu và so sánh bên đối diện. Trong trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn, tràn dịch ống Nuck hay nang nước thừng tinh, nang ống Nuck thì có hiện tượng thấu sáng. Trong trường hợp thoát vị bẹn thì giảm sáng so với bên đối diện.

2.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: dùng để chẩn đoán xác định thoát vị bẹn. Siêu âm cho thấy hình ảnh của các quai ruột hay mạc nối trong khối phồng. Đôi khi siêu âm cho phép đo được đường kính lỗ bẹn sâu.

- CT - scan bụng cản quang: có thể thấy rõ hơn, nhưng tốn kém, thường không cần thiết.

- Đối với thoát vị bẹn nghẹt: những trường hợp đến muộn, có biến chứng cần làm thêm các xét nghiệm công thức máu, ure niệu, điện giải đồ, yếu tố đông máu,... để đánh giá tiên lượng và căn cứ vào đây mà hồi sức thích hợp.

- Chụp X - quang bụng không chuẩn bị: phát hiện các dấu hiệu tắc ruột.

- XN tiền phẫu thường quy: TPTTBM, TQ- TCK, ABO- Rh (nếu cần), glucose máu, điện giải đồ, creatinine, AST, ALT, TPTNT, điện tim đồ, Xquang ngực thẳng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- Việc chẩn đoán thoát vị bẹn hầu như chỉ dựa vào lâm sàng là đủ, cận lâm sàng có thể dùng khi thoát vị không rõ.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Dẫn tĩnh mạch thường tinh.
- Tràn dịch màng tinh hoàn.
- Nang nước thường tinh.
- Tinh hoàn lạc chỗ, viêm tinh hoàn cấp, xoắn tinh hoàn, viêm mào tinh,...
- U máu, nang bã, viêm hạch bẹn, áp xe cơ psoas, ung thư di căn,....

3.3. Chẩn đoán biến chứng

Hai biến chứng thường gặp nhất là thoát vị kẹt và thoát vị nghẹt

- Thoát vị kẹt: Tạng thoát vị chui xuống nhưng không đẩy lên được do dính vào túi thoát vị hoặc do tạng trong túi dính với nhau. Khác với thoát vị nghẹt, trong trường hợp này chức năng và sự tưới máu của tạng thoát vị không bị ảnh hưởng do đó thoát vị dính không đau và không gây tắc ruột. Thoát vị kẹt không đẩy lên được gây cảm giác vướng víu nhiều hơn, thường xuyên hơn và dễ bị chấn thương hơn.

- Thoát vị nghẹt: Đây là biến chứng nguy hiểm và thường gặp nhất. Nguyên nhân là do tạng thoát vị bị xiết ở cổ túi, khiến cho không những bản thân tạng đó không thể tự tụt trở vào ổ bụng được mà mạch máu nuôi tạng đó cũng bị chèn ép, khiến cho tạng có nguy cơ bị hoại tử. Biến chứng này thường gặp trong thoát vị gián tiếp. Khám lâm sàng phát hiện một khối chắc vùng bẹn, đau, không đẩy xẹp được và đôi khi có hội chứng tắc ruột. Đây là tình huống phải can thiệp cấp cứu tránh hoại tử ruột.

- Ngoài hai biến chứng trên còn có biến chứng chấn thương tạng thoát vị. Biến chứng này thường gặp trong trường hợp khối thoát vị lớn và xuống tương đối thường xuyên, bị chấn thương từ bên ngoài gây nên dập, vỡ các tạng bên trong.

4. I ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Nguyên tắc là điều trị ngoại khoa. Tuy nhiên, tùy thuộc vào tuổi và tình trạng toàn thân của bệnh nhân mà có chỉ định can thiệp ngoại khoa hay không và nếu có thì nên can thiệp ngoại khoa khi nào.

- Vấn đề băng treo bìu có thể áp dụng cho người quá già yếu, hay bệnh lý nội khoa nặng nề, không có chỉ định phẫu thuật. Phương pháp này chống chỉ định khi cổ túi thoát vị nhỏ và đôi khi có thể làm cho một trường hợp thoát vị không nghẹt nhưng cảm tù trở nên nghẹt.

4.2. Kỹ thuật dùng mô tự thân

4.2.1. Kỹ thuật Bassini: Lớp khâu tạo hình bao gồm cơ chéo bụng trong, cơ ngang và lá trên của mạc ngang (3 lớp của Bassini) khâu vào dây chằng bẹn bằng các mũi rời Tuy nhiên thực tế phẫu thuật viên chỉ đơn giản khâu cơ ngang bụng cùng với cơ chéo trong (chỉ có 2 lớp) vào dây chằng bẹn mà không có mạc ngang.

4.2.2. Kỹ thuật Shouldice: Tương tự Bassini, có sử dụng dây chằng bẹn, nhưng thay vì khâu chung cả 3 thành phần vào dây chằng bẹn, Shouldice đã tách ra thành 4 lớp riêng biệt bằng các mũi khâu vắt liên tục. Nếu Bassini không chú trọng đến việc làm dày lớp mạc ngang (thành sau của ống bẹn) thì Shouldice lại nhấn mạnh đến việc khâu xếp lớp mạc ngang bằng 2 mũi khâu vắt nhằm sửa chữa thành sau của ống bẹn.

4.2.3. Kỹ thuật Mc Vay: Khâu củng cố cơ ngang bụng vào dây chằng Cooper bằng các mũi chỉ rời bắt đầu từ sát xương mu đi ra ngoài cho tới lỗ bẹn sâu. Ưu điểm là sử dụng dây chằng Copper rất chắc nằm ở lớp sâu nên chỗ khâu cũng vững và hợp sinh lý hơn so với dây chằng bẹn, điều trị đồng thời cả thoát vị bẹn và đùi. Nếu làm tốt, tỉ lệ tái phát thấp. Nhược điểm là dễ căng chỗ khâu phải thực hiện thêm đường rạch dẫn trên bao cơ thẳng và nếu không cẩn thận có thể gặp tai biến làm rách tĩnh mạch đùi.

4.3. Kỹ thuật dùng mảnh ghép nhân tạo:

- Ưu điểm: không gây căng, do đó ít đau sau mổ, phục hồi nhanh hơn. Mảnh ghép nhân tạo khi được tổ chức hóa thì trở thành lớp cân mới rất chắc chắn.

- Nhược điểm: Có thể bị nhiễm trùng mảnh ghép thì rất khó trị, do đó điều kiện vô trùng phải đảm bảo.

4.3.1. Kỹ thuật Lichtenstein: Đặt mảnh ghép che phủ toàn bộ chỗ yếu thành bụng, đầu dưới phủ lên củ mu, bờ ngoài dính vào dây chằng bẹn, bờ trong dính vào lớp cân của cơ chéo bụng trong và bao cơ thẳng bụng. Phần đuôi mảnh ghép được xẻ ra ôm lấy thừng tinh tại lỗ bẹn sâu.

4.3.2. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép trong ổ bụng: Mảnh ghép lớn được đặt trong ổ bụng phủ kín chỗ khiếm khuyết gây thoát vị. Mảnh ghép cố định bằng tacker, khâu hoặc clip. Khuyết điểm là mảnh ghép được đặt trong bụng có thể gây các tai biến: tổn thương các tạng, mạch máu, thần kinh và các biến chứng như dính ruột, tắc ruột, thủng ruột,...

4.3.3. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc qua ngã bụng: Đầu tiên sẽ vào bụng, sau đó cắt phúc mạc, phẫu tích vùng thoát vị, lỗ cơ lược và đặt mảnh ghép che phủ toàn bộ vùng thoát vị, lỗ cơ lược, cố định mảnh ghép. Sau đó phúc mạc được khâu lại

4.3.4. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc: Phẫu thuật viên sẽ đi vào khoang ngay phía sau cơ thẳng bụng. Đây là vùng vô mạch nên ít gây chảy máu.

Mảnh ghép được đặt vào khoang này che phủ vùng thoát vị.

4.4. Điều trị hậu phẫu:

- Dịch truyền
- Kháng sinh: nhóm Penicillin hoạt phổ rộng (Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin, Amoxicillin + Acid Clavulanic, nhóm Cephalosporins II- III,..., Aminoglycosid.
- Giảm đau không opioid: Paracetamol, Tramadol, Pethidin,...

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Khôi thoát vị có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng cần phải phẫu thuật.

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện

- Sau phẫu thuật phục hồi thành bẹn, bụng.
- Thoát vị không nghẹt hoặc kẹt, không đau, bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh lý nội khoa.

5.3. Theo dõi tái khám

- Tái khám 1 tuần sau phẫu thuật
- Tái khám khi vết mổ nhiễm trùng. Nhận biết sớm dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ để phẫu thuật lấy mảnh ghép.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Thoát vị bẹn*, Phác đồ điều trị Bệnh viện Bình dân, 2020.

1. Sakarya A, Ayded H, Erhan MY, et al. *Laparoscopic repair of acquired lumbar hernia*. SurgEndosc 2003;17:1494.

2. Cobb WS, Kercher KW, Heniford BT. *Laparoscopic repair of incisional hernias*. Surg Clin North Am 2005;85:91.
3. Anthony T, Bergen PC, Kim LT, et al: *Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy*. WorldJSurg 2000; 24:95-100
4. Rober M Zollinger, Christopher Ellison, 2010. Zollinger's Atlas of Surgical Operation, 9th edition.

RÒ HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Rò hậu môn là bệnh lý thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng.
- Rò hậu môn là một nhiễm khuẩn mãn tính ở vùng hậu môn trực tràng, đường rò là một đường hầm, lớp trong là một tổ chức hạt do quá trình viêm tạo nên.
- Rò hậu môn là hậu quả của một áp xe quanh hậu môn trực tràng không được điều trị, ổ áp xe vỡ ra ngoài thành một đường rò.

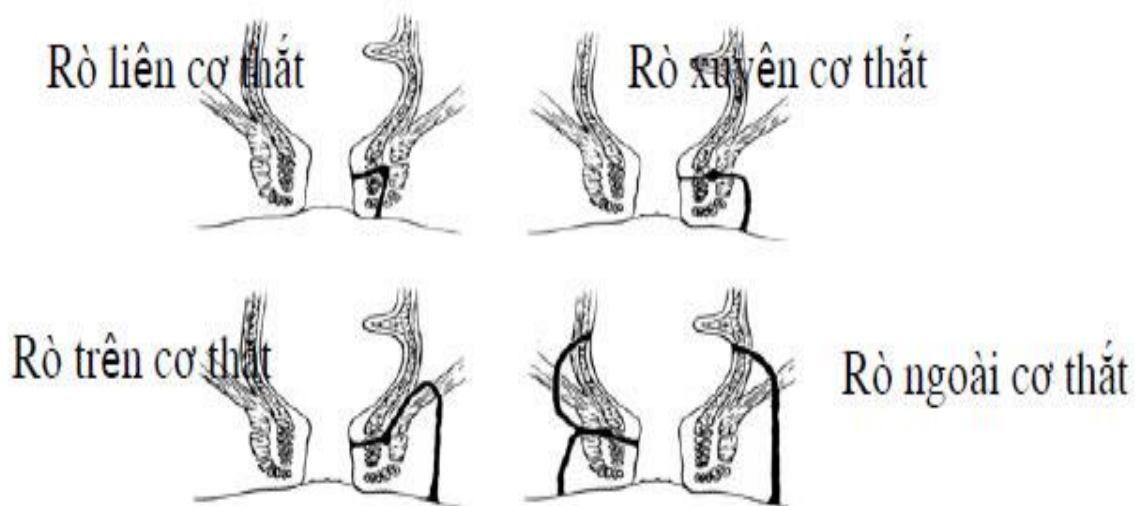
1.2. Nguyên nhân

- Đặc hiệu 10% do lao, crohn, nấm.
- Không đặc hiệu 90% do nhiễm trùng khe tuyến.

1.3. Phân loại

Có nhiều cách phân loại khác nhau

- Theo tính chất của đường rò
 - + Rò hoàn toàn, đường rò có hai lỗ thông nhau
 - + Rò không hoàn toàn, đường rò chỉ có một lỗ
 - + Rò đơn giản và rò phức tạp (có nhiều đường rò, nhiều lỗ rò).
- Theo quan hệ giữa đường rò với cơ thắt: mối liên quan giữa đường rò với giải phẫu của cơ vòng hậu môn (Hình 1).



Hình 1. Phân loại đường rò

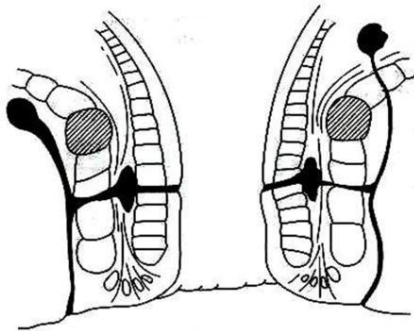
Các nhóm này có thể chia thêm các nhánh phụ hay những đường rò thứ phát (Hình 2).

Rò giữa cơ thắt: chiếm tỷ lệ 45% trong nhóm bệnh của BV St Mark, thường là rò đơn giản, nhưng đôi khi cho các đường rò cao hơn đổ vào trực tràng hay không có lỗ rò ngoài

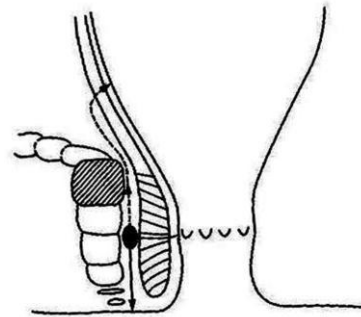
Rò xuyên cơ thắt: chiếm tỷ lệ 29%, có đường rò nguyên phát xuyên cơ thắt ngoài với các lỗ rò ngoài ở vùng ụ ngò Đa số các đường rò này không có biến chứng và chỉ có một đường rò nguyên phát. Đôi khi vẫn có đường rò đổ vào trực tràng ở trên hay dưới cơ nâng hậu môn.

Rò trên cơ thắt: chiếm tỷ lệ 20%, đường rò này chạy lên trên cơ mu trực tràng và đổ xuống xuyên cơ nâng và hố ngòai trực tràng để tới da.

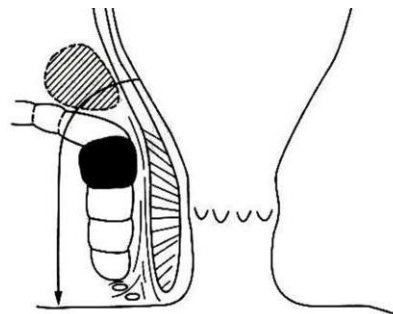
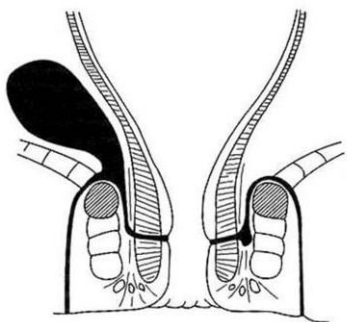
Rò ngoài cơ thắt: chiếm tỷ lệ 5%, đường rò này không liên quan đến cơ thắt và phân loại dựa trên bệnh lý nguyên ủy của nó.



*Rò xuyên cơ thắt với đường rò
lên trên xuyên cơ nâng (bên phải)*



*Rò giữa cơ thắt với đường rò
lên trên và xuống dưới*



Hình 2. Bảng phân loại rò theo BV St

- Sau ổ áp xe quanh hậu môn tự vỡ ra, thường tự liền lại nhưng để lại một núm tổ chức hạt lồi hoặc hơi lõm, tại vị trí này thường có dịch chảy ra, hoặc mủ.
- Sờ thấy chắc, cứng, ấn đau.

- Thăm trực tràng có thể thấy lỗ trong của đường rò.

2. LÂM SÀNG

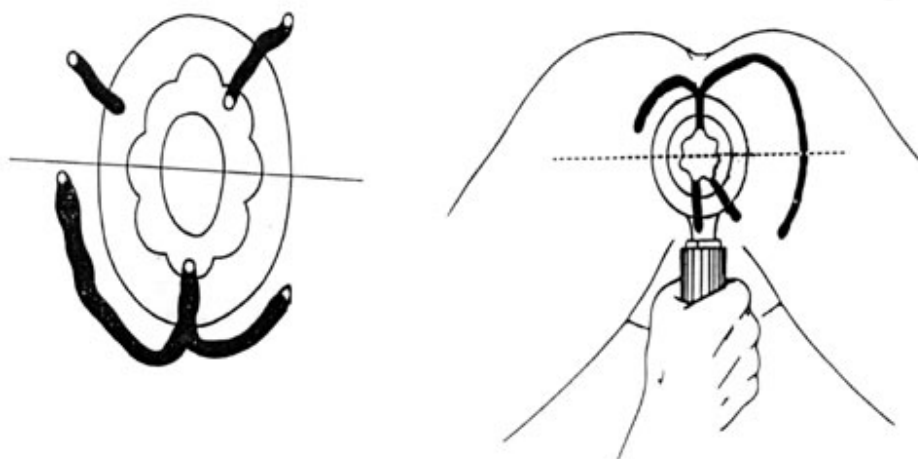
Bệnh sử, bệnh nhân bị nhiễm trùng quanh hậu môn thường có xu hướng đến khám sớm, 2-3 ngày sau triệu chứng đầu tiên xuất hiện, với triệu chứng đau và (sưng) có một khối căng sờ được ở rìa lỗ hậu môn, có rỉ dịch mủ hậu môn kích thích đi cầu. Bệnh nhân với áp xe ở ụ ngồi có xu hướng đến bệnh viện trễ hơn, với những than phiền mơ hồ hơn, nhưng bởi vì với ổ tụ mủ tương đối lớn ở mô quanh ụ ngồi nên thường có dấu hiệu sốt và ảnh hưởng đến tổng trạng chung, khám sẽ thấy một khối căng, đổi màu da quanh hậu môn. Nếu ổ nhiễm trùng cao hơn ở trên cơ nâng hậu môn thì bệnh nhân có triệu chứng đau ở trực tràng, rối loạn đi cầu. Trường hợp áp xe dưới niêm mạc ở ống hậu môn khi thăm trực tràng sẽ phát hiện một khối căng ở ống hậu môn và bệnh nhân sẽ cảm thấy giảm đau và dễ chịu khi có mủ chảy ra ở hậu môn. Bệnh nhân với lỗ rò đã hình thành thường có tiền sử có những cơn đau ngắt quãng và mủ chảy ra từ một lỗ ở tầng sinh môn, cơn đau tăng lên khi mủ không chảy ra và giảm đau khi có mủ thoát ra. Trường hợp có lỗ trong ở trực tràng to thì có thể thấy phân chảy ra ở lỗ rò ngoài

Những điểm quan trọng trong bệnh sử của bệnh nhân có thể nghĩ đến một lỗ rò phức tạp bao gồm:

- Bệnh viêm ruột, viêm túi thừa.
- Xạ trị trước đó cho tuyến tiền liệt hoặc ung thư trực tràng.
- Lao, Tiểu đường, Điều trị steroid.
- Suy giảm miễn dịch (HIV).
- Theo Goodsall và Miles có 5 điểm thiết yếu trong chẩn đoán rò hậu môn:
 - + Xác định vị trí lỗ rò ngoài
 - + Xác định vị trí lỗ rò trong
 - + Phát hiện đường đi của đường rò nguyên phát
 - + Phát hiện sự hiện diện các đường rò thứ phát (đường nhánh)
 - + Phát hiện sự hiện diện của bệnh lý khác gây ra rò

Khi đã xác định được lỗ rò trong và ngoài, thì có thể tìm được đường rò nguyên phát và khi thăm trực tràng sờ thấy được đường rò kéo dài lên trên là điểm báo động có đường rò thứ phát. Khoảng cách giữa lỗ rò ngoài với rìa hậu môn có thể giúp ta phân biệt được rò

giữa cơ thắt và rò xuyên cơ thắt và lỗ rò ngoài càng xa rìa hậu môn thì càng dễ nghĩ đến đường rò phức tạp và rò lên cao.



Hình 3. Minh họa định luật Goodsall

Định luật Goodsall giúp ta tìm được lỗ rò trong khi thấy được lỗ rò ngoài. Tuy nhiên định luật này có một ngoại trừ là nếu lỗ rò ngoài xa rìa hậu môn $> 3\text{cm}$ và đường rò kèm với bệnh lý khác như bệnh Crohn's và bệnh lý ác tính.

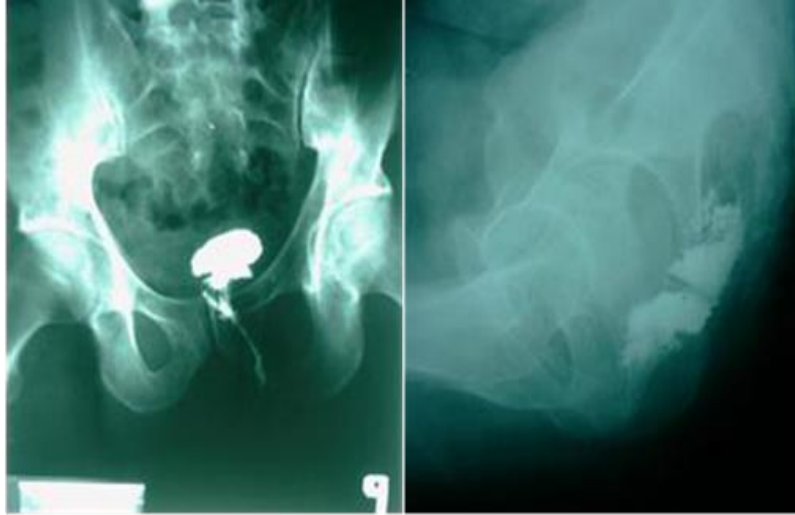
Định luật Goodsall: trong loại rò mà lỗ rò ngoài nằm ở nửa sau của đường thẳng ngang đi qua lỗ hậu môn thì có lỗ rò trong nằm ở giữa đường sau. Trong loại rò mà lỗ rò ngoài nằm ở nửa trước của đường trên, đường rò đi thẳng vào trong ống hậu môn theo đường hướng tâm.

Bước đầu tiên thăm khám là xác định vị trí của lỗ ngoài, tiếp đó là sờ một cách cẩn thận vùng quanh hậu môn bằng ngón tay có thể cảm giác được sự hiện diện của đường rò thể hiện như một dây thừng xơ và hướng đi nguyên phát của đường rò. Khám bằng ngón tay trong lòng trực tràng có thể phát hiện lỗ trong dựa trên cảm giác dọc theo đường rò đến điểm tận cùng. Với bác sĩ chuyên khoa hậu môn học có kinh nghiệm có thể phát hiện 85% đường rò nguyên phát bằng thăm khám hậu môn trực tràng.

3. CẬN LÂM SÀNG

3.1 Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp đường rò có bơm thuốc cản quang Telebrix.



Hình 4. Hình X quang đường rò có bơm thuốc cản quang

Bệnh nhân được chụp đường rò trước mổ có thể xác định chính xác được 25 – 48% các đường rò. Vì vậy kỹ thuật chụp XQ có cản quang chỉ nên khảo sát với những trường hợp rò phức tạp hay nghi ngờ rò từ bàng quang, âm đạo trực tràng hay rò sâu tuy nhiên cần lưu ý thủ thuật này sẽ gây nhiễm trùng lan rộng và nặng thêm.

Nghiên cứu hồi cứu so sánh phim chụp đường rò với lúc phẫu thuật, lỗ rò trong trong ống hậu môn đã được xác định đúng 24% các ca so với phim chụp rò, và lỗ rò trong đồ vào trực tràng chỉ có 17%. Kết quả dương tính giả cho các ca có lỗ rò đồ cao trên trực tràng là 12%. Các tác giả lưu ý là kỹ thuật chụp X quang đường rò với áp lực bơm thuốc cản quang cao với mục đích phát hiện tất cả đường rò để có nguy cơ cao trong việc làm lan rộng ổ nhiễm trùng (Hình 4).

- **Chụp cắt lớp vi tính (CT scan)** chỉ hữu ích hơn trong khi nghi ngờ các bệnh viêm quang trực tràng hơn phát hiện đường rò. CT đòi hỏi uống thuốc cản quang hay thụt qua hậu môn. (Phương pháp này ít dùng).

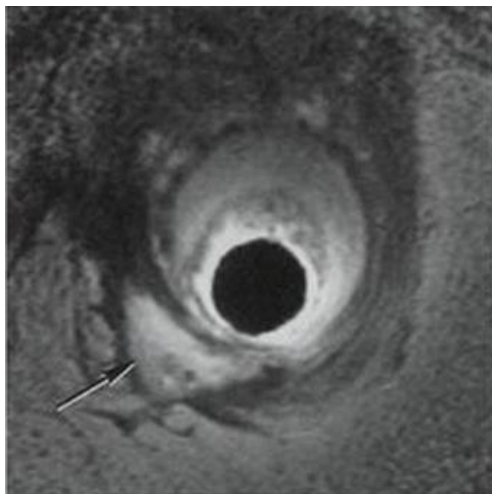
- **XQ có thụt baryt cản quang** có thể hữu ích cho các bệnh nhân với nhiều lỗ rò hoặc bệnh rò tái phát để giúp loại trừ bệnh viêm ruột.



Hình 5. Hình ảnh siêu âm

với đầu dò trong lòng trực tràng

trong chẩn đoán áp xe cạnh hậu



Hình 6. Hình ảnh áp xe cạnh hậu môn

trên hình chụp MRI

- **AES (Anal Endosonography)**: siêu âm trong hậu môn giúp ta đánh giá được và phát hiện các ổ áp xe và các đường rò giữa cơ thắt và xuyên cơ thắt. Ngày nay Siêu âm nội soi trực tràng (AES) có kết hợp bơm oxy già là phương pháp được đánh giá là rẻ tiền nhất trong việc đánh giá toàn bộ cơ vòng trong và ngoài, phát hiện các đường rò (Hình 5). (Tuy nhiên tỷ lệ chính xác so với kết quả phẫu thuật cũng chỉ hơn 50%)

- **MRI (Magnetic Resonance Imaging)**: Chụp cộng hưởng từ là tiêu chuẩn vàng, có thể cho thấy hình ảnh sự hiện diện của vị trí ổ mủ và mô đường rò mà không cần dùng bất cứ thuốc cản quang nào. Trong nghiên cứu tiền cứu 35 bệnh nhân ở bệnh viện St Mark giữa chụp MRI với mô tả trong phẫu thuật, phát hiện 86% sự hiện diện đường rò nguyên phát đúng với phẫu thuật, 97% trong các trường hợp rò hình móng ngựa và 100% các ổ áp xe (Hình 6). Là lựa chọn khi đánh giá lỗ rò phức tạp và lỗ rò tái phát. Nó đã được chứng minh là làm giảm tỉ lệ tái phát bằng cách cung cấp thông tin về các cấu trúc trực tràng.

- **Nội soi trực tràng**: có thể được thực hiện tại các đánh giá ban đầu để giúp loại trừ bất kỳ bệnh lý liên quan trong trực tràng. Đánh giá nội soi chỉ được thực hiện khi có chỉ định.

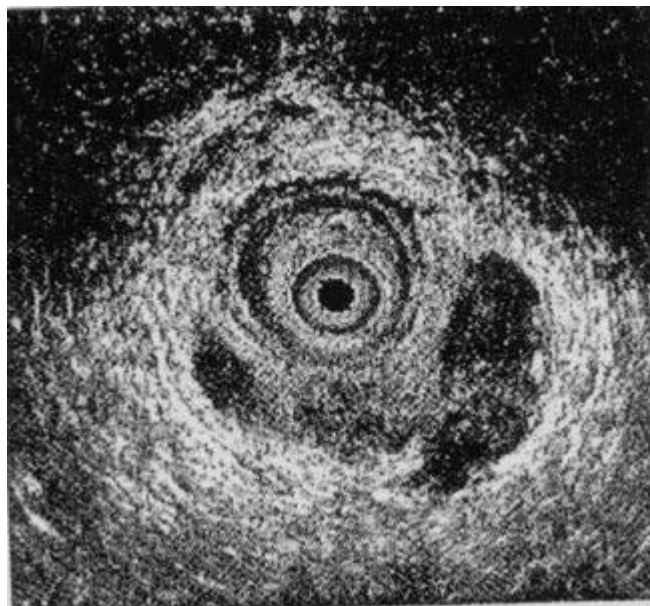
3.2 Thăm khám và làm các thủ thuật (soi - siêu âm qua trực tràng) chẩn đoán khi gây mê

Phương pháp này thường dùng ngay trước phẫu thuật vì khi cơ sở y tế không có MRI, hay siêu âm trực tràng mà khi bệnh nhân quá đau khi thăm khám và chụp XQ...khi can

thiệt làm thủ thuật chẩn đoán mà tỷ lệ phát hiện lỗ rò trong cho kết quả thấp. Phương pháp này thường dùng như banh rộng hậu môn và bơm oxy già, xanh methylen hay chất có màu như Bétadin qua lỗ rò bên ngoài, có thể kết hợp siêu âm nội soi lúc này để phát hiện hết tất cả góc ngách đường rò. Thăm dò đường rò bằng que đầu cùn qua lỗ rò bên ngoài có thể giúp vạch ra những hướng của đường rò; nếu nó tiếp cận lỗ trong trên đường răng lược (cần thận trọng để không sử dụng thăm dò quá mức và tạo ra những đoạn đường rò sai lầm)

3.3 Các xét nghiệm tiền phẫu:

- Glucose, Urê , Creatinine, AST,ALT, Điện giải đồ 3 thông số.
- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, TQ, TCK, Nhóm máu ABO,RhD.
- ECG, siêu âm Doppler tim màu với Bn > 60 tuổi hay có bệnh tim mạch đi kèm.
- XQuang tim phổi thẳng; Nội soi hậu môn trực tràng.
- Siêu âm qua ngã trực tràng.
- MR



Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán: siêu âm qua nội soi hậu môn trực tràng

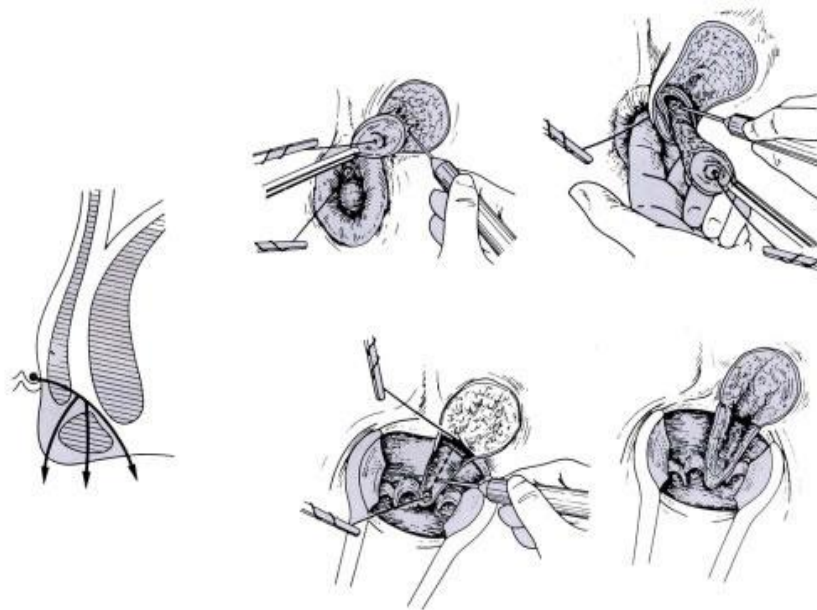
4. I ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc phẫu thuật

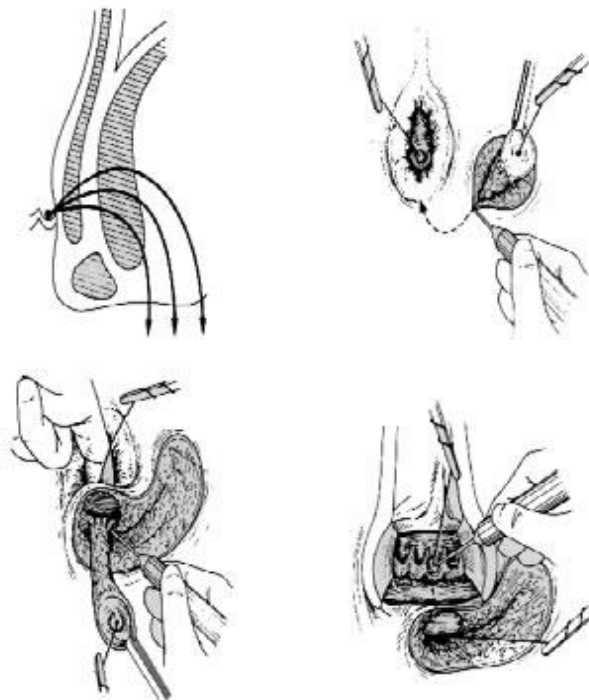
- Tìm được lỗ rò trong (lỗ rò nguyên phát)

- Lấy hết tổ chức xơ, cắt bỏ đường rò - Tránh làm tổn thương các cơ thắt (áp dụng pp cắt từ từ hay mổ làm nhiều thì)

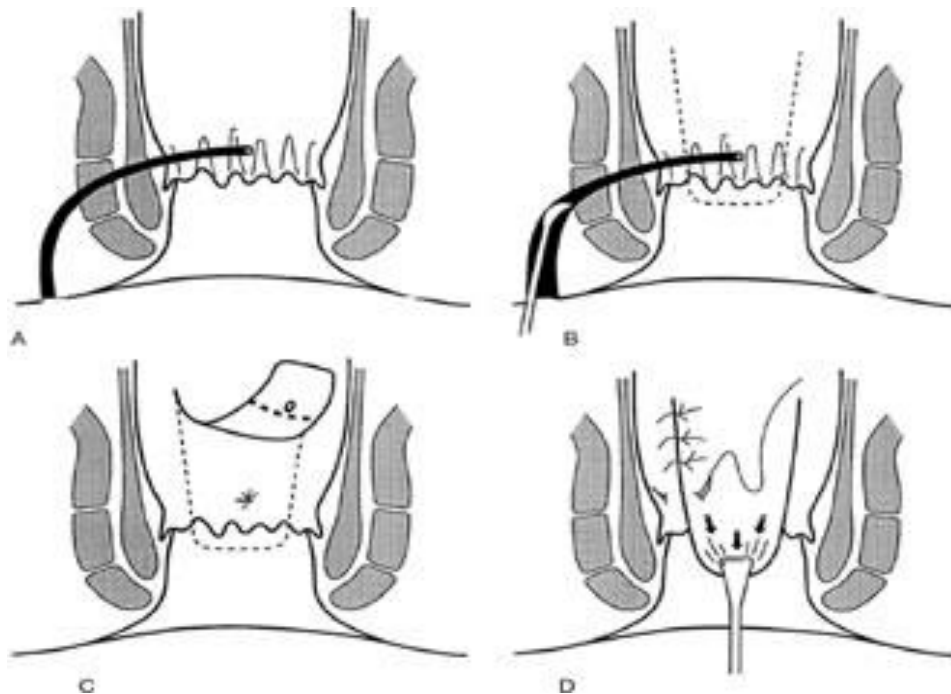
4.2. Các phương pháp phẫu thuật



Mở đường rò khi rò thấp



Cột cơ thắt khi rò trên, xuyên cơ thắt cao



Cắt bỏ 1 phần đường rò, khâu lỗ rò trong, hạ niêm mạc che phủ lỗ rò

Điều trị rò móng ngựa: làm 2 thì

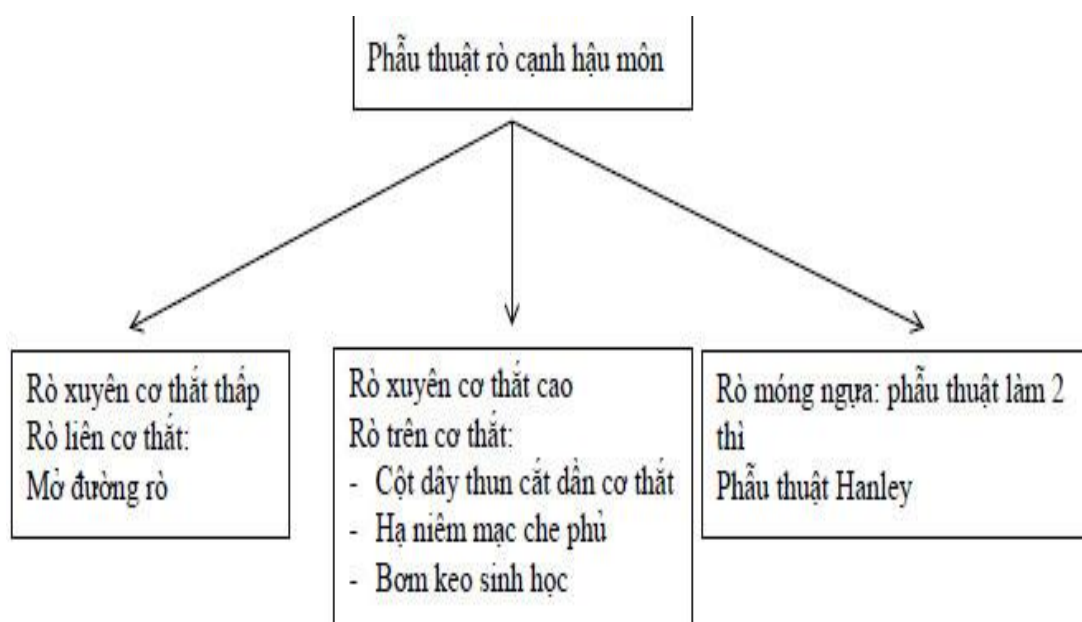


Thì 1: lấy bỏ phần đường rò ngoài cơ thắt 2 bên

Thì 2: phẫu thuật đường rò chính



4.3. PHÁC ĐỒ Phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật phụ thuộc mối liên quan giữa đường rò và cơ thắt.



- Bơm keo sinh học

4.4. Điều trị sau mổ: Kháng sinh, giảm đau hiệu quả, ngâm hậu môn, thay băng.

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1 Tiêu chuẩn nhập viện: khám hậu môn_trực tràng phát hiện đường rò.

5.2 Tiêu chuẩn xuất viện: hậu phẫu ngày thứ 2_3 ổn cho xuất viện, dặn bệnh nhân ngâm hậu môn với nước muối ấm ngày 2 lần.

5.3 Theo dõi tái khám

- Biến chứng hay gặp là mất tự chủ hậu môn do tổn thương cơ thắt.
- Chảy máu vết mổ.
- Tái phát đường rò.
- Hẹn tái khám sau 2 tuần kiểm tra dây thun thắt, sự liền vết mổ, tái phát đường rò

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rò hậu môn, Phác đồ Bệnh viện Bình dân, Ngoại Tiêu hóa.
2. Nguyễn Đình Hồi, 2002. *Hậu môn trực tràng học (Proctology)*.
3. Trần Hiếu Học, 2007. *Bài giảng Bệnh Học Ngoại Khoa*, Đại học Y Hà Nội

4. Nguyễn Mạnh Nhâm, 2001. *Điều trị bệnh vùng hậu môn bằng phẫu thuật _ thủ thuật.*
5. Philip H. Gordon, Santhat Nivatvongs , 2007. *Principles and practice of surgery for the colon rectal and anus*, 3rd ed.

VIÊM CƠ, ÁP XE CƠ NHIỄM KHUẨN

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm cơ nhiễm khuẩn (infectious myositis) là tổn thương viêm hoặc áp xe tại cơ vân do vi khuẩn gây nên.

2. NGUYÊN NHÂN

Vi khuẩn gây bệnh

- Nguyên nhân thường gặp nhất là tụ cầu vàng.
- Các loại vi khuẩn khác: Liên cầu, lậu cầu, phế cầu, não mô cầu, *Burkholderia pseudomallei*, vi khuẩn Gram âm, các vi khuẩn yếm khí khác.

3. TRIỆU CHỨNG - CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Vị trí tổn thương: có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào.
- Số lượng: thường ở một cơ. Ở những bệnh nhân nhiễm trùng huyết hoặc ở cơ địa suy giảm miễn dịch có thể tổn thương ở nhiều cơ.
- Viêm cơ thắt lưng chậu thường xảy ra sau các nhiễm trùng đường tiết niệu sinh dục hoặc phẫu thuật ở vùng bụng, thường do vi trùng lao hoặc do vi trùng sinh mủ. Trên lâm sàng, bệnh nhân thường đau ở vùng hạ sườn. Bệnh nhân thường không duỗi được chân bên có cơ bị viêm, khám khớp háng bình thường.

- Tính chất

- + Giai đoạn đầu (1-2 tuần đầu): sưng cơ, ấn chắc, có thể đỏ hoặc đau nhẹ.
- + Giai đoạn 2 (tuần 2-4): cơ sưng tấy đỏ rất đau, bùng nhùng khi ấn, chọc hút ra mủ.
- + Giai đoạn 3: có thể xuất hiện các biến chứng như áp xe xa, sốc nhiễm khuẩn...

- Biểu hiện toàn thân: hội chứng nhiễm trùng thường rõ:

- + Sốt cao 39- 40°C, sốt liên tục, dao động.
- + Gầy sút, mệt mỏi, môi khô, lưỡi bẩn.

3.2. Các thăm dò cận lâm sàng

- Xét nghiệm

- + Xét nghiệm máu: tế bào máu ngoại vi có thể tăng số lượng bạch cầu, tăng tỷ lệ bạch cầu đoạn trung tính; tăng tốc độ máu lắng, tăng CRP, tăng fibrinogen, tăng globulin. Procalcitonin máu có thể tăng trong trường hợp nhiễm trùng nặng.

+ Cây máu có thể dương tính.

+ Chọc hút ổ mủ: chọc mủ hoặc dưới hướng dẫn của siêu âm lấy mủ xét nghiệm:

Tế bào học: thấy nhiều bạch cầu đa nhân trung tính thoái hóa (tế bào mủ). Các xét nghiệm vi sinh: soi tươi, nhuộm Gram, nuôi cấy, BK, PCR lao.

Có thể phân lập được vi khuẩn qua soi trực tiếp hoặc nuôi cấy mủ.

- **Chẩn đoán hình ảnh**

+ *Siêu âm cơ*: có thể thấy các hình ảnh cơ tăng thể tích, mất cấu trúc sợi cơ, các ổ có cấu trúc siêu âm hỗn hợp, áp xe cơ.

+ *Xquang quy ước*: tổn thương các cơ ở chi: chụp chi có cơ tổn thương có thể thấy hình ảnh viêm xương màng xương kết hợp. Tổn thương cơ thắt lưng chậu: Vùng cột sống thắt lưng có thể thấy rõ bóng cơ thắt lưng chậu, bóng khí. Hình ảnh canxi hóa tại vùng áp xe gợi ý vi khuẩn lao.

3.3.Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào lâm sàng (các dấu hiệu tại chỗ và toàn thân)

- Xét nghiệm bilan nhiễm trùng.

- Chẩn đoán hình ảnh (siêu âm)

4. ĐIỀU TRỊ

4.1.Nguyên tắc điều trị

- Dùng kháng sinh sớm (ngay sau khi làm các xét nghiệm vi sinh), liều cao, đường tĩnh mạch (sau có thể chuyển đường uống), đủ thời gian (4-6 tuần). Lựa chọn kháng sinh dựa theo kháng sinh đồ.

- Khi chưa có kết quả vi sinh, lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm dựa trên bệnh cảnh lâm sàng:

+ Kháng sinh sử dụng đầu tiên nên hướng tới tụ cầu vàng. Nếu nghi ngờ tụ cầu kháng methicilin, xem xét sử dụng vancomycin.

+ Với cơ địa suy giảm miễn dịch, nên sử dụng kháng sinh phổ rộng, trong đó có trực khuẩn gram âm và vi khuẩn yếm khí, chẳng hạn vancomycin và một kháng sinh nhóm carbapenem hoặc piperacillin/tazobactam. Đối với vi khuẩn yếm khí, có thể dùng clindamycin.

- Kết hợp chọc hút dẫn lưu mủ hoặc phẫu thuật dẫn lưu ổ mủ (giai đoạn 2, 3).

- Điều trị triệu chứng và nâng cao thể trạng, chống sốc nhiễm khuẩn (nếu có).

4.2.Điều trị cụ thể

- Khi chưa có kết quả cấy máu, dịch: dùng kháng sinh Visulin đường tĩnh mạch (TM) mỗi 6 giờ một lần (8g/ngày), hoặc clindamycin 600mg uống 3 lần/ngày

- Đối với tụ cầu còn nhạy cảm với methicillin

+ Levofloxacin 750mg uống mỗi 24 giờ x 1-2 tuần *hoặc*

+ Ampicillin/sulbactam 3g TMC mỗi 8 giờ x 7-10 ngày *hoặc*

Sau đó chuyển sang:

+ Cephalexin 500mg uống mỗi 6 giờ x 2 tuần *hoặc*

+ Điều trị phối hợp clindamycin 300mg uống mỗi 6 giờ x 2 tuần với levofloxacin 750mg uống mỗi 24 giờ x 2 tuần *hoặc* moxifloxacin 400mg uống mỗi 24 giờ x 2 tuần.

- Nếu nghi ngờ tụ cầu (*Staphylococcus aureus*) kháng methicillin:

+ Vancomycin 1g TM mỗi 12 giờ x 2 tuần, *hoặc*

Sau đó chuyển sang:

+ Linezolid 600mg uống mỗi 12 giờ x 2 tuần *hoặc*

- Nếu nghi ngờ nhiễm Gram (+) khác:

- Nếu nghi ngờ nhiễm liên cầu (*Streptococcus group A*):

+ Penicillin G TM 2-4 triệu IU mỗi 4-6 giờ, sau chuyển sang penicillin V uống, *hoặc* + Ceftriaxone TM 1-2 g/24 giờ.

- Nếu nghi nhiễm trùng trực khuẩn mủ xanh cần phối hợp ceftazidim 2g/lần x 2-3 lần/ngày với kháng sinh nhóm aminoglycosid (như gentamycin 3 mg/kg/ngày- dùng một lần tiêm bắp vào buổi sáng hoặc amikacin 15mg/kg/ngày tiêm bắp hoặc pha truyền TM 1lần /ngày).

- Phần lớn các nhiễm vi khuẩn gram âm đường ruột: kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 hoặc 4 đường TM trong 3-4 tuần, hoặc thuốc nhóm fluoroquinolon như levofloxacin 500mg đường tĩnh mạch hoặc uống mỗi 24 h.

5. DỰ PHÒNG

- Đảm bảo nguyên tắc vô trùng khi làm thủ thuật hoặc tiêm chích.

- Điều trị tốt các ổ nhiễm ban đầu ở da như mụn nhọt, vết loét...

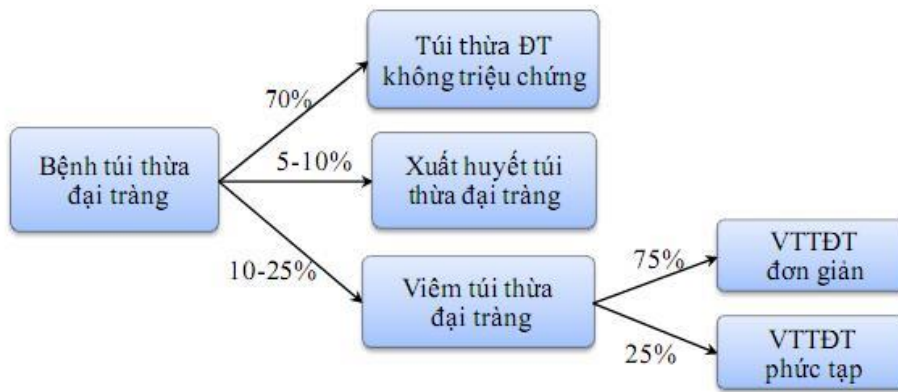
- Kiểm soát tốt các bệnh lý mãn tính như đái tháo đường, các bệnh lý tự miễn.

BỆNH TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

1. Dịch tễ

Phương Tây, túi thừa ở ĐT xích ma và ĐT xuống chiếm 90%, trong đó túi thừa ĐT xích ma chiếm 65%. Hầu hết là túi thừa giả. Gia tăng theo tuổi (5% trong độ tuổi 30-39T, 60% độ tuổi >80)

Châu Á, túi thừa ở ĐT phải chiếm 76-83% và đa số là túi thừa đơn độc (69%). Tỷ lệ mắc bệnh không tăng theo tuổi, tuổi mắc bệnh trung bình thấp hơn



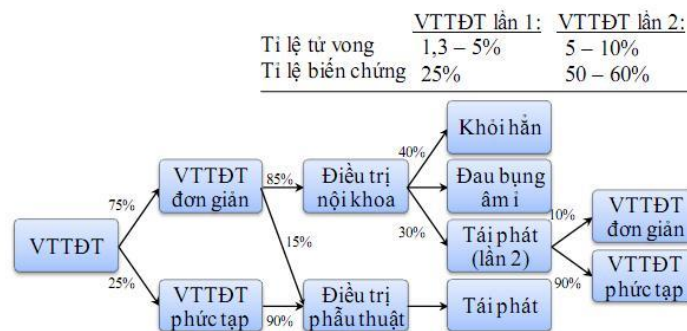
Các thể bệnh của VTTĐT

2. Túi thừa đại tràng không triệu chứng

70% bệnh nhân có túi thừa đại tràng nhưng không biểu hiện bất kỳ triệu chứng nào trong suốt cuộc đời 10-25% bệnh nhân có túi thừa đại tràng sẽ tiến triển thành VTTĐT, và 5-10% bệnh nhân còn lại có biến chứng chảy máu túi thừa đại tràng

3. Viêm túi thừa đại tràng

VTTĐT gồm 2 thể lâm sàng là VTTĐT đơn giản (không biến chứng) và VTTĐT phức tạp (hay VTTĐT có biến chứng).



Diễn biến của viêm túi thừa đại tràng

4. Xuất huyết túi thừa đại tràng

Xuất huyết túi thừa đại tràng chiếm khoảng 5-10% bệnh nhân có túi thừa đại tràng. Xuất huyết túi thừa đại tràng chiếm tỉ lệ 40% trong các nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa

dưới và được xem là một nguyên nhân chính gây xuất huyết tiêu hóa dưới. Tăng huyết áp, béo phì, thiếu máu cơ tim và sử dụng chất chống đông máu là yếu tố thuận lợi. Xuất huyết túi thừa thường xảy ra ở túi thừa đại tràng phải và 90% trường hợp sẽ tự cầm máu. Sau đó, 25-35% bệnh nhân sẽ có đợt xuất huyết tái phát. Chẩn đoán xác định xuất huyết túi thừa đại tràng cần vai trò của nội soi ĐT. Hầu hết các trường hợp không tự cầm máu đều có thể cầm máu thành công qua nội soi. Khoảng 38% trường hợp sẽ chảy máu lại sau khi cầm máu qua nội soi ĐT. Ngoài nội soi, các phương tiện cầm máu khác là can thiệp qua mạch máu và phẫu thuật. Nếu nội soi và can thiệp qua mạch máu không cầm máu thành công, hai phương tiện trên vẫn có vai trò quan trọng là xác định được vị trí chảy máu trước khi phẫu thuật. Phẫu thuật mù (không biết vị trí chảy máu) có thể dẫn đến cắt toàn bộ ĐT với tỉ lệ VPM là 57% và tử vong là 29%.

5. VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

5.1. Khám LS

- Cơ năng**

Bảng 1.1 Tóm tắt các triệu chứng của VTTĐT [8]	
Triệu chứng	Tần suất (%)
Đau bụng 1/4 dưới trái	93 – 100
Bạch cầu tăng	69 – 83
Sốt	57 – 100
Buồn nôn	10 – 30
Nôn	15 – 25
Táo bón	10 – 30
Tiêu chảy	5 – 15
Tiêu gắt	5 – 20
Tiêu lắt nhắt	6 – 25

- Thực thể**

Đau vị trí 1/4 dưới trái của bụng với các mức độ khác nhau xảy ra ở 93%-100%. Bệnh nhân có thể đau bụng 1/4 dưới phải nếu túi thừa nằm ở ĐT phải hoặc ở ĐT xích ma nhưng nằm lần qua phải đường giữa. Những triệu chứng của VPM toàn thể xuất hiện nếu túi thừa viêm bị vỡ và không được khu trú.

5.2. CLS

- CTM:

+ Bạch cầu thường chỉ tăng nhẹ. 45% bệnh nhân có bạch cầu bình thường

+ Chụp đại tràng cản quang: Chụp ĐT cho ít thông tin và không giúp ích nhiều trong việc định hướng điều trị khi túi thừa đang viêm. Tuy nhiên, sau giai đoạn viêm cấp khoảng 4-6 tuần, chụp ĐT đối quang kép bằng barium có giá trị trong việc đánh giá vị trí và sự phân bố của túi thừa

- Chụp cắt lớp điện toán: CT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (97% và 100%), tỉ lệ dương giả thấp. Theo Hội các phẫu thuật viên đại trực tràng Hoa Kỳ, CT bụng chậu là phương tiện thích hợp nhất để khảo sát những trường hợp nghi ngờ VTTĐT

- Siêu âm: Siêu âm trong VTTĐT có độ nhạy là 77-85% và độ đặc hiệu là 80-99%. Với VTTĐT đơn giản, độ nhạy của siêu âm lên đến 96%. Nhìn chung, độ nhạy và đặc hiệu của siêu âm không bằng CT

5.3. Chụp cộng hưởng từ (MRI)

Chụp MRI đại tràng cũng là một phương tiện hình ảnh tốt để đánh giá bệnh VTTĐT. Phương tiện này hữu dụng trong chẩn đoán VTTĐT phải và là một lựa chọn an toàn thay thế cho CT trong chẩn đoán và đánh giá VTTĐT ở bệnh nhân trẻ tuổi hoặc mang thai

5.4. Phân độ

Phân độ VTTĐT của hội PTNS Châu Âu		
Phân nhóm	Mô tả	Triệu chứng
I	VTTĐT không biến chứng (VTTĐT đơn giản)	Sốt, đau bụng âm ỉ, có bằng chứng viêm túi thừa trên CT
II	VTTĐT không biến chứng tái phát	Bệnh nhân thuộc nhóm I tái phát triệu chứng
III	VTTĐT có biến chứng (VTTĐT phức tạp)	Áp xe, mưng mủ, VPM, rò tiêu hóa, tắc ruột, chít hẹp lòng ruột

Phân độ Hinchey cải biên cho VTTĐT vỡ	
I	Áp xe nhỏ quanh đại tràng
IIa	Áp xe xa dễ dẫn lưu
IIb	Áp xe phức tạp có/không kèm rò
III	VPM toàn thể do mủ
IV	VPM toàn thể do phân

5.5.Điều trị bảo tồn

Kháng sinh điều trị VTTĐT
Kháng sinh đường uống (ngoại trú) Metronidazole kết hợp Fluoroquinolon hoặc Trimethoprim-sulfamethoxazole Amoxicillin-clavulanate Kháng sinh đường tĩnh mạch (nằm viện) Nhóm điều trị kết hợp Metronidazole hoặc Clindamycin Kết hợp với +Aminoglycosid + Fluoroquinolon +Cephalosporin thế hệ ba Cephalosprin thế hệ II Betactam + ức chế men betalactamase

- Điều trị bảo tồn ở những bệnh nhân VTTĐT lần đầu tiên và không có biến chứng (phân nhóm I theo Hội phẫu thuật nội soi châu Âu) có tỉ lệ thành công từ 70-100%. Những bệnh nhân không có sốt cao, không nôn ói nhiều, không có dấu hiệu của VPM và có điều kiện theo dõi có thể điều trị ngoại trú.

- Việc theo dõi sát những bệnh nhân ngoại trú rất quan trọng, triệu chứng sẽ cải thiện trong 2 – 3 ngày. Bệnh nhân tiếp tục sử dụng kháng sinh trong 7-10 ngày. Trong trường hợp triệu chứng không cải thiện hoặc có những diễn biến xấu khác, bệnh nhân cần được nhập viện.

Chỉ định nhập viện của VTTĐT
Phân nhóm I (theo hội PTNS châu Âu) và: Không cải thiện/có triệu chứng xấu khác khi điều trị ngoại trú Không thể uống, nôn ói nhiều Có kèm suy giảm miễn dịch Có triệu chứng nặng Phân nhóm II Phân nhóm III

Chế độ điều trị nội khoa cho bệnh nhân có chỉ định nhập viện bao gồm cho ruột nghỉ ngơi (ngưng ăn đường miệng), nuôi ăn và sử dụng kháng sinh qua đường tĩnh mạch. Bệnh nhân có thể sử dụng thuốc giảm đau, kể cả thuốc ngủ, nhưng không sử dụng nhóm morphin vì có thể làm tăng co thắt cơ vòng và giảm nhu động ruột. Thông thường, bệnh sẽ cải thiện sau 24-48 giờ, biểu hiện bởi bệnh nhân giảm đau bụng, giảm sốt, ấn bụng ít đau và số lượng bạch cầu giảm. Khi đó, bệnh nhân được chuyển sang sử dụng kháng sinh đường uống tương đương và chế độ ăn bình thường được lập lại dần từ lỏng đến đặc.

Trong trường hợp triệu chứng vẫn tiếp tục không cải thiện hoặc có diễn tiến xấu hơn, chỉ định mổ được đặt ra. Chụp CT cũng cần được thực hiện khi bệnh nhân nhập viện.

Những bệnh nhân sau khi điều trị thành công cần kiểm tra và đánh giá lại toàn bộ ĐT bằng chụp ĐT với thuốc cản quang và nội soi ĐT để xác định lại chẩn đoán và loại trừ các bệnh khác như ung thư đại trực tràng, viêm đại tràng. Thời gian thích hợp là 6 tuần sau khi điều trị nội khoa để quá trình viêm được cơ thể thu xếp.

Khoảng 1/3 bệnh nhân sau khi điều trị nội khoa thành công sẽ có đợt viêm túi thừa tái phát, thường xuất hiện trong năm đầu tiên. Chế độ ăn giàu chất xơ giúp 70% bệnh nhân tránh được tái phát trong 5 năm. Các nghiên cứu ở Ý chỉ ra rằng sử dụng mesalazine hoặc rifaximin làm giảm triệu chứng và giảm tỉ lệ tái phát.

Tỉ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân lần đầu nhập viện vì VTTĐT là 15-30%, đa số là thuộc nhóm bệnh nhân VTTĐT có biến chứng. Với nhóm VTTĐT đơn giản, cần chú ý những bệnh nhân có tình trạng suy giảm miễn dịch, nhóm bệnh nhân này có tỉ lệ điều trị nội khoa thất bại và tỉ lệ có biến chứng cao hơn.

Đối với những bệnh nhân có đợt viêm túi thừa lần hai, việc điều trị nội khoa còn nhiều tranh cãi. Quan điểm cũ cho rằng cần can thiệp ngoại khoa ở những bệnh nhân có đợt viêm túi thừa lần hai, lí do đưa ra là tỉ lệ biến chứng tăng lên 60% và tỉ lệ tử vong tăng gấp đôi (so với VTTĐT lần đầu) ở nhóm bệnh nhân này. Hội các phẫu thuật viên đại trực tràng Hoa Kỳ hiện nay khuyến cáo việc đưa ra chỉ định mổ cần xét theo từng trường hợp cụ thể.

Khoảng 15% bệnh nhân VTTĐT có biến chứng áp xe. Chẩn đoán áp xe được nghĩ đến trên lâm sàng (trong trường hợp chưa chụp CT) khi bệnh nhân cải thiện triệu chứng chậm

chạp với điều trị nội khoa hoặc sờ bụng thấy được một khối mềm, đau. Những bệnh nhân VTTĐT có biến chứng áp xe này cần được nhập viện và sử dụng kháng sinh tĩnh mạch. Phương pháp điều trị dựa vào kích thước và độ phức tạp của ổ áp xe. Hầu hết ổ áp xe nhỏ ($\leq 2\text{cm}$) có thể giải quyết chỉ bằng điều trị nội khoa. Những ổ áp xe lớn hơn có chỉ định dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn của CT. Ổ nhiễm trùng được giải quyết sẽ giúp cải thiện nhanh các triệu chứng trong vòng 72 giờ và giúp bệnh nhân tránh được một cuộc mổ cấp cứu. Ở những bệnh nhân có chống chỉ định mổ do các bệnh nặng đi kèm, dẫn lưu cũng có thể làm giảm bớt các triệu chứng và giúp chuẩn bị bệnh nhân tốt hơn cho một điều trị đầy đủ sau đó [. Nếu ống dẫn lưu (ODL) ra hơn 500ml dịch trong 24 giờ đầu, chẩn đoán rò tiêu hóa nên được nghĩ đến. Ống dẫn lưu được rút khi chỉ còn ít hơn 10ml dịch trong 24 giờ. Thời gian để đạt được mục tiêu như trên có thể mất 30 ngày. Chụp CT lại với thuốc bơm cản quang bơm qua ODL trước khi rút có thể giúp đánh giá kết quả điều trị và phát hiện đường thông nối với ống tiêu hóa. Vị trí dẫn lưu thường được lựa chọn là thành bụng trước. Với ổ áp xe nằm sâu vùng chậu, trong quá trình điều trị dẫn lưu, bệnh nhân có thể phải nằm sấp hoặc nghiêng để thoát mủ hoặc phải dẫn lưu qua ngã trực tràng hoặc âm đạo. Dẫn lưu chỉ được xem là 1 giai đoạn của quá trình điều trị. Giai đoạn kế tiếp được thực hiện 3-4 tuần sau khi dẫn lưu thành công, bệnh nhân được lên chương trình mổ với phương pháp cắt đoạn ĐT và nối một thì. Với phương pháp điều trị như trên, bệnh nhân được rất nhiều lợi ích:

- Không phải mổ cấp cứu
- Không phải mang HMNT
- Chỉ phải trải qua một cuộc mổ (thay vì hai cuộc) nên giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong.
- Giảm thời gian và chi phí điều trị.

Tỉ lệ thành công cho phương pháp dẫn lưu và mổ chương trình như trên là 74-80%. Khoảng 20-25% bệnh nhân có biến chứng áp xe phải điều trị phẫu thuật. Chỉ định phẫu thuật cho nhóm VTTĐT có biến chứng áp xe là áp xe nhiều ngăn hoặc nhiều ổ, không thể dẫn lưu, hoặc triệu chứng không cải thiện sau khi dẫn lưu. Phẫu thuật cắt đoạn ĐT và nối một thì cho nhóm bệnh nhân này được khuyến cáo, nhưng không phải lúc nào cũng thực hiện được.

5.6. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định mổ trong VTTĐT	
Chỉ định mổ cấp cứu	Chỉ định mổ chương trình
Viêm túi thừa không biến chứng <i>- Điều trị nội khoa thất bại</i> Viêm túi thừa có biến chứng <i>- VPM</i> <i>- Áp xe đa ổ, không thể hay dẫn lưu thất bại</i> <i>- Tắc ruột (điều trị bảo tồn thất bại)</i>	Viêm túi thừa kèm: <i>- Suy giảm miễn dịch</i> <i>- Tái phát >2 lần</i> Viêm túi thừa có biến chứng <i>- Áp xe dẫn lưu thành công</i> <i>- Chít hẹp lòng ruột</i> <i>- Rò tiêu hóa</i> Không loại trừ được carcinoma

Tỉ lệ chung VTTĐT cần can thiệp phẫu thuật khoảng 10 - 20%. Chỉ định mổ đa số thuộc phân nhóm II và III theo hội PTNS châu Âu và thuộc phân độ III và IV theo Hinchey. Chỉ một tỉ lệ nhỏ VTTĐT đơn giản cần phẫu thuật là những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội (không cải thiện hoặc triệu chứng xấu hơn) sau 3 ngày điều trị.

Mục tiêu của phẫu thuật là giải quyết ổ nhiễm trùng (cắt túi thừa, cắt đoạn ĐT, dẫn lưu áp xe, rửa bụng ...), điều trị biến chứng liên quan như tắc ruột, rò tiêu hóa và phục hồi lưu thông của ruột với tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp nhất.

Phương pháp mổ có thể thực hiện một thì hoặc hai thì với các biến thể khác nhau tùy vào mổ cấp cứu hay chương trình và độ nặng của bệnh. Đối với phẫu thuật Hartmann, bệnh nhân cũng cần được cảnh báo khả năng đóng HMNT chỉ đạt 60%.

Với phẫu thuật cấp cứu, mổ mở với đường mổ giữa là một lựa chọn thích hợp. Đánh giá những tiêu chí như tình trạng nhiễm trùng ổ bụng, mức độ và vị trí tắc ruột, lượng phân còn lại trong lòng ĐT trong lúc mổ giúp xác định khả năng thực hiện miệng nối ngay trong mổ (nối thì 1).

Bệnh nhân mổ cấp cứu có phân độ Hinchey I và II vẫn có thể làm miệng nối ngay thì đầu nếu ổ áp xe có thể bóc được trọn vẹn cùng với đoạn ĐT tổn thương hoặc nếu ổ áp xe nằm cách xa vị trí làm miệng nối, được khu trú tốt và có thể dẫn lưu được mà không dây bẩn xung quanh. PTNS cấp cứu cũng có thể áp dụng cho bệnh nhân có phân độ Hinchey I,

Với bệnh nhân có VPM (phân độ III và IV), phẫu thuật Hartmann từng được xem là tiêu chuẩn vàng. Tuy nhiên, phẫu thuật Hartmann có nhiều khuyết điểm. Sau phẫu thuật

Hartmann, cuộc mổ thì hai nối ĐT-trực tràng thực hiện rất khó khăn do hiện tượng viêm dính và khó tìm được mỏm trực tràng. Do đó tỉ lệ biến chứng và tử vong sẽ cao hơn và hơn 30% bệnh nhân sẽ phải mang HMNT suốt đời

Hiện nay kỹ thuật được các phẫu thuật viên khuyến khích thực hiện là: cắt đoạn ĐT và làm miệng nối thì đầu, đồng thời mở hồi tràng ra da để bảo vệ miệng nối. Một kỹ thuật kèm theo là rửa ruột trong mổ cho phép tỉ lệ nối lại ở thì đầu cao hơn. Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi phải chọn lựa bệnh nhân và phẫu thuật Hartmann vẫn được xem là lựa chọn tốt cho những trường hợp khoang bụng bị nhiễm bẩn nặng. Bằng chứng khuyến cáo cho việc thực hiện miệng nối thì đầu ở bệnh nhân có phân độ III, IV vẫn chưa cao do thiếu nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng.

Đối với mổ chương trình, cắt đoạn ĐT và nối ngay thì đầu đa số có thể thực hiện vì tình trạng viêm nhiễm được khu trú và thu xếp tốt. Chống chỉ định tương đối của làm miệng nối thì đầu là bệnh nhân dinh dưỡng kém, tưới máu không tốt và bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Ở những bệnh nhân này nếu làm miệng nối thì đầu nên mở hồi tràng ra da.

Xu hướng của thế giới hiện nay là PTNS. PTNS cũng có vai trò trong VTTĐT. Ưu điểm không tranh cãi của PTNS so với mổ mở là ít đau, giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, thời gian phục hồi nhanh hơn. Tỉ lệ tái phát, biến chứng và tử vong ngang bằng hoặc thấp hơn. PTNS cấp cứu phù hợp với phân độ Hinchey I và Trong mổ chương trình, PTNS có chỉ định rộng rãi hơn.

Biến chứng tắc ruột do VTTĐT có thể gây tình trạng trầm trọng và có thể cần phải phẫu thuật cấp cứu. Vị trí tắc ruột có thể là ở ruột non do viêm dính hoặc ở đại tràng do chít hẹp lòng. Tuy nhiên, đa số trường hợp là tắc ruột không hoàn toàn, có thể điều trị nội khoa ổn định và mổ chương trình sau đó. Trong tắc ĐT, đường kính manh tràng lớn hơn 10cm và có đề kháng ở 1/4 dưới phải của bụng là chỉ định mổ cấp cứu vì bệnh nhân có khả năng bị hoại tử và thủng manh tràng. Những trường hợp chít hẹp lòng ĐT sau khi điều trị nội khoa cần được nội soi hoặc chụp ĐT cản quang để loại trừ các bệnh tăng sinh như ung thư, polyp....

Biến chứng VPM do vỡ túi thừa viêm là một chỉ định mổ cấp cứu. Biến chứng này ít xảy ra nhưng lại có tỉ lệ tử vong rất cao: khoảng 6% cho phân độ III và 35% cho phân độ I. Biến chứng thường xảy ra ở bệnh nhân bệnh nặng hoặc suy giảm miễn dịch. Phẫu thuật hai thì là lựa chọn hợp lý nếu tình trạng VPM nặng hoặc tổng trạng kém. Những bệnh

nhân có tình trạng nhiễm bẩn ít vẫn có thể rửa bụng và nội thì một. PTNS không nên thực hiện vì khả năng thám sát không linh hoạt và khả năng rửa sạch ổ bụng hạn chế.

Biến chứng rò tiêu hóa thường được giải quyết bằng can thiệp phẫu thuật chương trình. Rò ĐT-bàng quang thường gặp nhất với tỉ lệ 65% và kế đến là rò ĐT-âm đạo với tỉ lệ 25%. Rò ĐT-bàng quang thường gặp ở nam hơn nữ vì ở nữ có tử cung nằm giữa ĐT và bàng quang. Đa số bệnh nhân VTTĐT có biến chứng rò tiêu hóa được mổ chương trình và làm miệng nối ở thì đầu. Chỉ rất ít bệnh nhân có tình trạng viêm nặng cần phẫu thuật hai thì. PTNS hoặc mổ mở đều có cách tiếp cận giống nhau. Đối với rò ĐT- bàng quang, sau khi xử lý xong tổn thương túi thừa, tiến hành cắt đường rò, khâu bàng quang và đặt sonde tiểu lưu để bàng quang nghỉ ngơi trong khoảng 7-10 ngày.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Lý Minh Tùng (2011), “Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả phẫu thuật viêm túi thừa đại tràng”, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Tp HCM.*
2. *The American Journal of Gastroenterology practice guidelines: diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults 1999.*
3. *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Diverticular Disease 2007.*