

Giải phẫu: nên nhớ

Sinh lý: chứa đựng - nhào trộn - tổng xuất. Khoảng 2h30p thì thức ăn được tổng xuất ra hết khỏi dạ dày

RL vận động: gồm nhanh tổng, trào ngược và chậm tổng. Bài này là về chậm tổng xuất: (gồm)

- RL vận động: Ứ đọng dạ dày
- Tắc nghẽn đường thoát: Hẹp môn vị

TCCN gây ra chậm tổng xuất: ko đặc hiệu: khó tiêu buồn nôn, nôn, đầy bụng, đau bụng

TCTT: thường sờ thấy u, hoặc bụng lõm (nếu RLDD), dấu óc ách

Toàn thân: mất nước điện giải (ion nào? Ói nhiều dễ mất K, LS là gì?), rl dinh dưỡng (biến dưỡng lâu dài dẫn đến \$ suy mòn, có nhiều mức độ: từ đói, giảm thiếu cơ, trương lực, thiếu máu)

Ứ đọng dạ dày: ko nhu động, nhát bóp ko hiệu quả

Hẹp môn vị do thực thể: chậm đường thoát dạ dày. Có 2 giai đoạn

+Tăng trương lực: dạ dày tăng co bóp tổng xuất, đa phần ko thấy khi bn đến BS

+giảm trương lực: giảm co bóp giống HC ứ đọng

Ứ đọng dạ dày: Thường liên quan bệnh lý nội khoa. Muốn vậy phải tầm soát vd ĐTĐ, RL chuyển hóa, nhược giáp, nhược cơ

Nguyên nhân

- Ứ đọng dạ dày: lq bệnh nội khoa: đtđ (biến chứng lên mm và thk của dạ dày, liệt tk chi phối của dạ dày), bệnh liên quan CNS, sau phẫu thuật: thường vùng bụng trên đụng chạm dạ dày (cầm, nắm, bóc tách) - sau mổ còn áp xe tồn lưu dịch,.. thì sẽ dẫn đến liệt dạ dày/liệt ruột sau mổ

- Hẹp môn vị:
 - tắc từ trong lòng, hoặc mấy đũa ăn búi tóc làm nghẹt, nuốt dị vật tiêu hóa vd
 - Tại thành hang vị, môn vị,...: ác tính thường ung thư vùng hang môn vị, lành là liên quan loét tá tràng - hành tá tràng. Loét gây ra sẹo co kéo, hẹp lòng biến dạng. Gần đây độ tuổi hẹp môn vị do loét trẻ hóa, có đũa 9t bị vì áp lực học hành... (gây XHTH, thủng, hẹp) dù thuốc trị Hp tốt nhưng một khi xảy ra mà Dx muộn thì tiến triển đến hẹp môn vị. Tại thành còn có Polyp to gây bít lòng hoặc tổn thương viêm nhiễm khác vd như bệnh lý hẹp môn vị phì đại ở trẻ em, người lớn ít gặp. Người lớn hay gặp viêm tụy mãn lâu ngày tụy phù nề chèn ép gây hẹp
 - Ngoài chèn vào: vd xung quanh có gan đùnwf mật tụy, đại tràng. Vd như sỏi túi mật, để lâu rò tá tràng, sỏi chặn đường thoát dạ dày/hoặc là K đại tràng góc gan, ăn lan qua tá tràng gây hẹp/ hoặc là k vùng đầu tụy cũng gây hẹp (NHỚ)

Nhóm ứ đọng: hình ảnh học khảo sát ko thấy >< hẹp môn vị thường sẽ ghi nhận đc

CLS

- NS dạ dày - tá tràng: gold standard dx vì có thể nhìn thấy đc u, loét hẹp và có bằng chứng GPB nhưng ko phải lúc nào đc triển khai ở cơ sở y tế. Và hẹp thì ứ đọng thức ăn: khi soi ko thấy tổn thương - chỉ biết có ứ đọng => chuẩn bị dạ dày lại cho sạch mới thấy đc
- XQ dạ dày CQ: vẫn còn vai trò với dạng dạ dày thâm nhiễm, có giá trị hình ảnh thoát thuốc ko qua đc, nhưng hiện không còn chỗ làm
- Xạ hình tổng xuất dạ dày: hiện mình chưa làm
- Đo áp lực dạ dày: để khảo sát tình trạng ứ đọng dạ dày.

Thường có thể làm trực tiếp qua ống soi, qua kênh sinh thiết để đúc hàng vô đo áp lực. Hoặc đo áp lực thực quản - dạ dày: có 10 cái điện cực để khảo sát sinh lý hoạt động ra sao (vn chưa có)

- SA có thể giúp dx, nhưngw phụ thuộc exp. Thấy dạ dày giãn to, ứ dịch, khối u, thậm chí vị trí ổ loét (chỗ đang dày thì mỏng thành liên tục), hoặc ở TE dx Hẹp môn vị phì đại thì SA là gold standard
- MRI, ct scan bụng là để khảo sát thêm vùng xung quanh, nếu nghi ngờ này ác tính hoặc đnash giá thêm TNM
- EGG: đo hoạt động điện
- Viên nang khảo sát vd: exp VN chưa nhiều, thay cho nội soi (công nghệ tương lai), ko sinh thiết GPB được
- CLS khác đánh giá: tùy

Chẩn đoán

- Phân biệt trước -->sau đó đề nghị cls -->Dx xác định từ đó tìm nguyên nhân và dx mức độ (có thiếu máu, di căn, suy thận cấp)
- Có người vừa hẹp, vừa XHTH, vừa thủng....

Xử trí: **nằm nguyên tắc điều trị + tư vấn là hay lắm r**

TỤT HA do mất nước điện giải. RI K, ăn được không? Dạ dày đang căng, ăn nữa trào ngược hít sặc rồi die. =>nằm trong pla chăm sóc người bệnh

- Hẹp +xhth (ói ra máu/tiêu phân đen): phải hỏi ói, đi cầu!
- Hẹp + thủng/nguy cơ thủng/thủng bít (sờ ko VPM khu trú nhưng lên trại chụp XQ dạ dày cản quang lủng luôn, mà barit chụp cq thoát vào ổ bụng gây shock chết)
- Điều chỉnh nội khoa: giúp mô bớt phù nề, lành miệng nối

diễn tiến thuận lợi hơn nhiều

S18: dễ :) tự xây dựng

XỬ TRÍ NỘI KHOA

Nội khoa: lưu ý về mặt dịch

Dinh dưỡng: plan lâu dài, ít nhất thì cỡ 3 -5 ngày phải đánh giá lại dinh dưỡng, chỉ cần đỡ đói hay đỡ hạ ĐH cũng ok nhiều

NT: bản thân acid dạ dày thì NT trong đó ko nhiều nhưng nguy cơ trào ngược, VP hít, đi mổ làm tăng VP lên nhiều

XỬ TRÍ NGOẠI KHOA:

- Lý tưởng nhất là giải quyết hẹp + NN: slide là theo thứ tự ưu tiên giảm
- Xem hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hóa (HN - 2016), mỗi chỗ có phác đồ tham khảo đc - chỉ dành BSCK tiêu hóa. Giờ thì cần coi nội dung pt ra sao, chỉ định, ccđ. Nối vị trí nào.
- Liệt dạ dày: ko ai mổ, đt nội khoa trước rồi mới tính pt sau

TIỀN LƯỢNG

- Lâu dài tùy nguyên nhân, nếu K triệt để thì tốt, loét dạ dày tái phát tùy lối sống

PHÒNG NGỪA

-