

LỒNG RUỘT



Ths.Bs Hồ Trần Bản

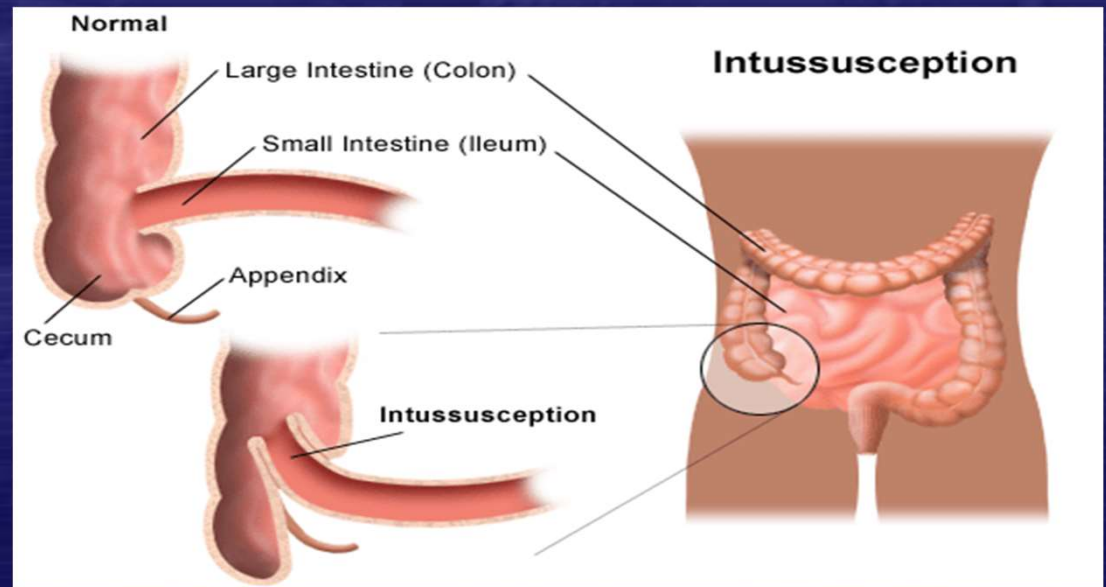
MỤC TIÊU

- 1. Nắm được bệnh nguyên, giải phẫu bệnh và sinh lý bệnh.
- 2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của lồng ruột.
- 3. Trình bày các phương tiện cận lâm sàng chẩn đoán bệnh.
- 4. Nêu được các chống chỉ định và các phương pháp tháo lồng không mổ.
- 5. Nêu được các chỉ định, phương pháp mổ tháo lồng.



ĐỊNH NGHĨA

- Lồng ruột là một trạng thái bệnh lý được tạo nên do một đoạn ruột chui vào lòng của đoạn ruột kế cận, gây nên một hội chứng tắc ruột cơ học mà cơ chế vừa là bít nút vừa là thắt nghẽn.



LỊCH SỬ BỆNH

- 1674 Paul Barbette thông cáo lần đầu tiên
- 1793 Hunter mô tả chi tiết một trường hợp lồng ruột
- 1871 Jonathan Hutchinson thành công trong trường hợp mổ tháo lồng
- 1876 Hirschsprung đăng thống kê một loạt đầu tiên thành công với tháo lồng bằng áp lực nước
- 1927: Retan và Stephens thực hiện tháo lồng bằng chất cản quang để chẩn đoán và điều trị
- 1959: Fiorito thực hiện tháo lồng bằng hơi
- 1977: Burke & Clarke dùng siêu âm chẩn đoán, theo dõi



DỊCH TỄ HỌC

nguyên nhân tác ruột thừa gặp nhất ở trẻ nữ nhi

- Cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất ở trẻ nữ nhi
- 2 - 4/1000 trẻ sinh sống
- 95% lồng hồi – manh đại tràng, hồi – đại tràng, hiếm gặp lồng hồi – hồi tràng, đại – đại tràng

Nam/Nu: 2/1 - 3/2

70% <2t
90% <3t



DỊCH TỄ HỌC

- Theo độ tuổi:
 - Lòng ruột có thể xảy ra ở giai đoạn bào thai và là một trong những nguyên nhân của teo ruột non
 - 0,3% lòng ruột xảy ra ở giai đoạn sơ sinh
 - 80-90% lòng ruột xảy ra ở trẻ < 24 tháng tuổi, đỉnh cao từ 3 - 9 tháng
 - Lòng ruột ở trẻ > 2 tuổi thường có nguyên nhân thực thể



DỊCH TỄ HỌC

có thể gặp ở những người trong gia đình nhưng do nguyên nhân nhiễm khuẩn không phải do di truyền

- Theo giới: Nam/nữ = 2/1.
- Theo mùa: có sự trùng hợp giữa mùa bệnh viêm ruột, viêm phổi, viêm phế quản với sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh. do nhiễm virus
- Theo cơ địa: bệnh thường xảy ra ở trẻ dinh dưỡng tốt, ít gặp ở trẻ suy dinh dưỡng.



BỆNH NGUYÊN

1) Lòng ruột cấp tính ở trẻ nhũ nhi: 3 tháng - 2 tuổi do rối loạn nhu động ruột

➤ Bệnh nguyên chưa rõ

- Thay đổi chế độ ăn
- Nhiễm siêu vi đường ruột adenovirus
- Ưu thế thần kinh X
- Áp suất trong bụng bé trai cao hơn bé gái, nhu động ruột bé trai khỏe hơn bé gái
- 80% trẻ < 1 tuổi có manh tràng di động, trẻ 4-12 tháng: manh tràng phát triển nhanh, có sự khác biệt về kích thước và vận động cơ ruột vùng hồi manh tràng



BỆNH NGUYÊN

2) Lòng ruột thứ phát:

- Tổn thương thực thể khu trú trên thành ruột hoặc một rối loạn nhu động ruột do nhiều nguyên nhân khác nhau
 - Thành ruột: túi thừa Meckel, nang ruột đôi, polyp, u lành tính hay u ác tính
 - Bệnh lý toàn thân: Lymphoma, ban xuất huyết dạng thấp, bệnh viêm quánh niêm dịch, lòng ruột sau phẫu thuật, lòng ruột trên bệnh nhân đang hóa trị.

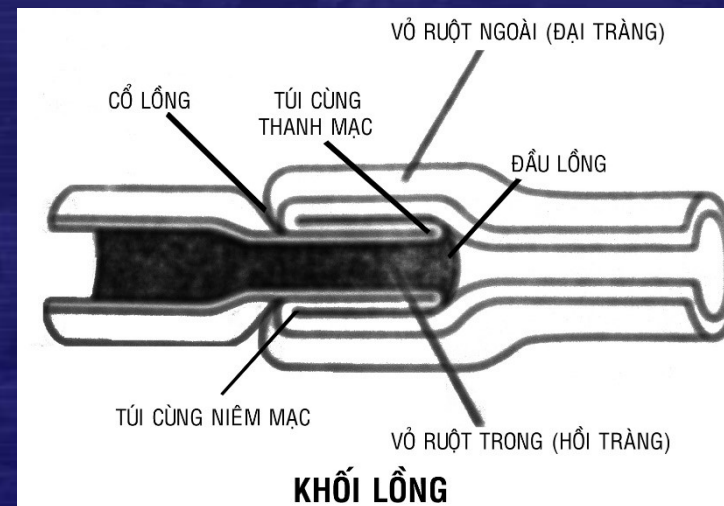
có thể gây lòng ruột ngược lại



GIẢI PHẪU BỆNH

1) Khối lờng:

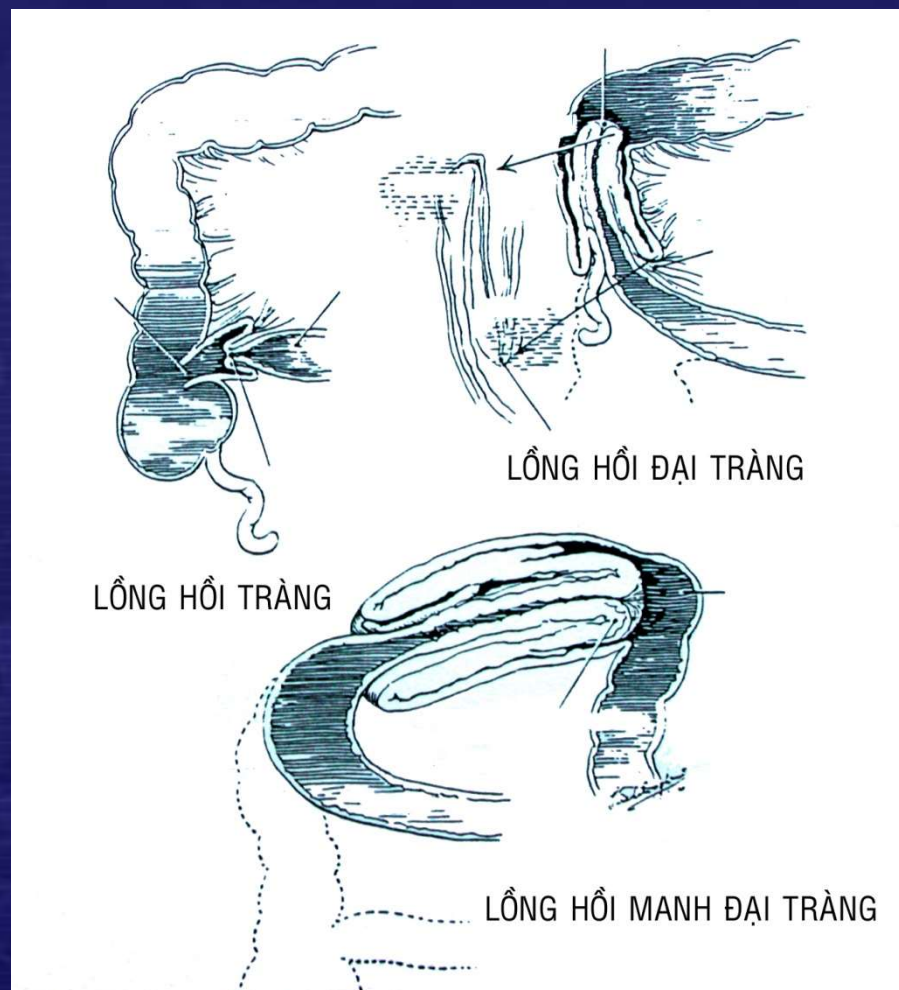
- 3 ống vỏ: ngoài, giữa, trong



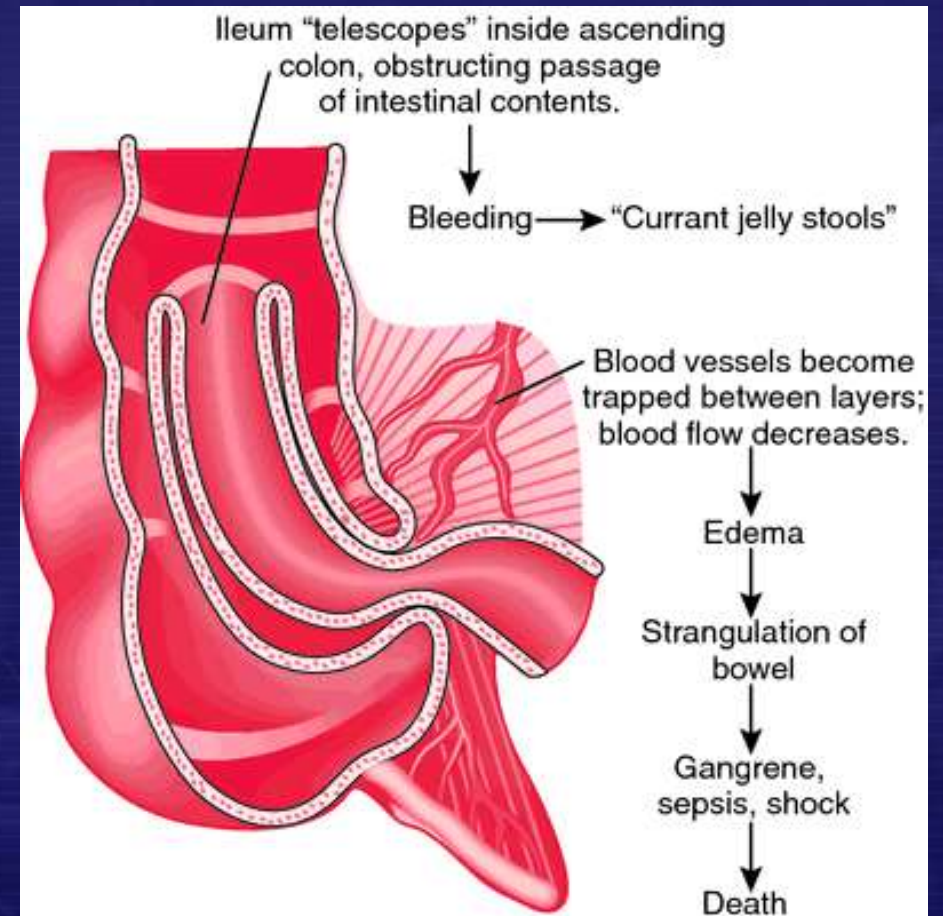
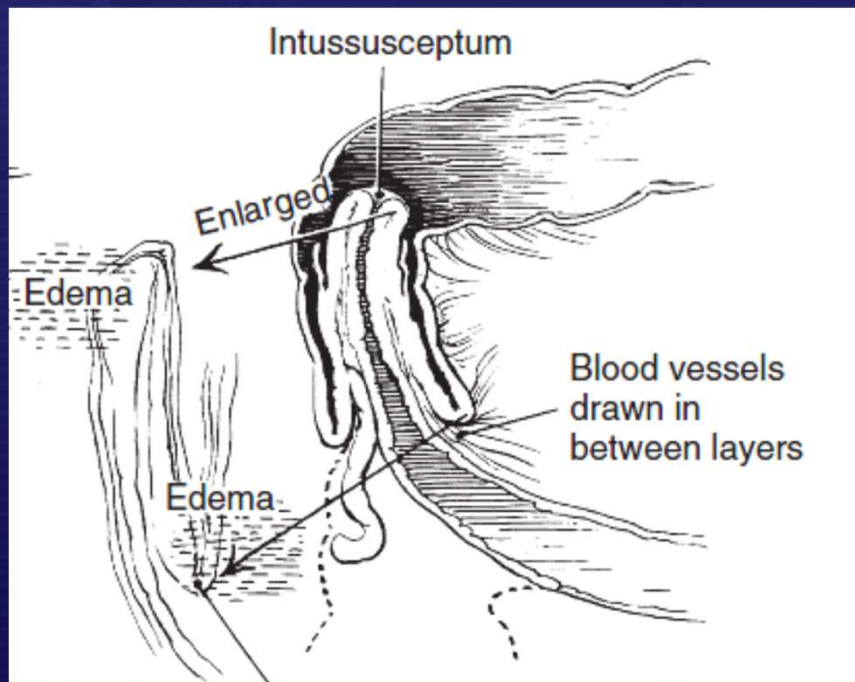
GIẢI PHẪU BỆNH

2) Cách gọi tên:

Tên đoạn ruột bị
lồng – tên đoạn
ruột trung gian –
tên đoạn ruột chứa
lồng.



SINH LÝ BỆNH



LÂM SÀNG

- 1) Yếu tố thuận lợi: tuổi, giới, mùa, cơ địa
- 2) Triệu chứng cơ năng: tam chứng kinh điển (75 -90%)
- 3) Triệu chứng thực thể
- 4) Triệu chứng toàn thân



Tam chứng kinh điển

1. Khóc thét từng cơn: khởi phát đột ngột và dữ dội, khoảng 5 -10 phút/cơn

- Trong cơn: tái nhợt, vã mồ hôi
- Sau cơn: mệt lã, thiếp đi, **bỏ bú**

2. Nôn vọt

3. Tiêu nhầy máu: 12h sau khởi phát



Characteristic Stool



Red currant jelly



Stool



Triệu chứng thực thể

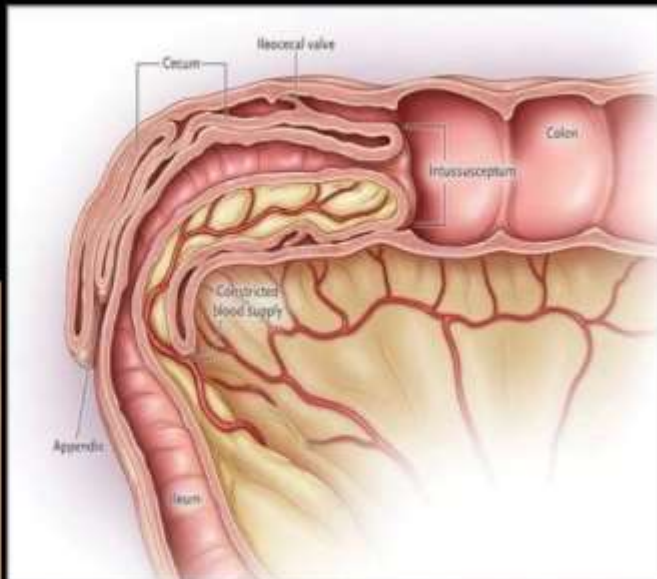
- **Khối lồng:** 50 -84%, thường ở hông (P), HC (P), hình bầu dục, chắc, di động, ấn đau
- **Hố chậu (P) rộng (dấu hiệu Dance)**
- **Thăm trực tràng:** bóng trực tràng rộng, có máu theo găng, có thể sờ chạm khối lồng



Dance Sign



Better known as 'Sign De Dance'
Sign of Intussusception
Empty RLL and Mass RUQ



8



Triệu chứng toàn thân

➤ Phản ánh mức độ nặng của lồng ruột

- Sốt
- Suy hô hấp
- Rối loạn nước điện giải
- Sốc, trụy tim mạch



THẺ LÂM SÀNG

1) Lồng ruột cấp tính ở nhũ nhi:

- Tam chứng kinh điển: 75 – 90%
- Triệu chứng không thường gặp:
 - Tiêu chảy kèm sốt.
 - Tiêu máu nổi bật.
 - Thẻ giả hội chứng viêm màng não: co giật, giảm trương lực cơ.



THẺ LÂM SÀNG

2) Lồng ruột thứ phát:

- Sơ sinh: hiếm, do có một dị dạng ruột, tắc ruột kèm tiêu ra máu. (trẻ sinh non: lâm sàng giống như viêm ruột hoại tử)
- Trẻ lớn:
 - Nguyên nhân thực thể tại chỗ. túi thừa Meckel, u, dị dạng ruột
 - Rối loạn nhu động ruột vì bệnh lý toàn thân.



Nguyên nhân thực thể tại chỗ

- Túi thừa Meckel: 50%
- Khối U:
 - u lành: bướu máu, polyp, hội chứng Peutz – Jeghers
 - u ác: lymphoma, lymphosarcoma.
- Dị dạng đường tiêu hóa: ruột đôi, lạc sản niêm mạc tụy, dạ dày.



Nguyên nhân toàn thân

- Ban xuất huyết dạng thấp: 4-8 tuổi, trong đợt xuất huyết dạng thấp, **đau bụng**.
- Viêm quánh niêm dịch: biến chứng hiếm gặp, > 4 tuổi.
- Ở trẻ đang hóa trị: Methotrexate gây rối loạn nhu động ruột, dày thành ruột, thủng lòng hồi hồi tràng
- Sau mổ: ở trẻ em, 1.5 – 6%, *liệt ruột*



CẬN LÂM SÀNG

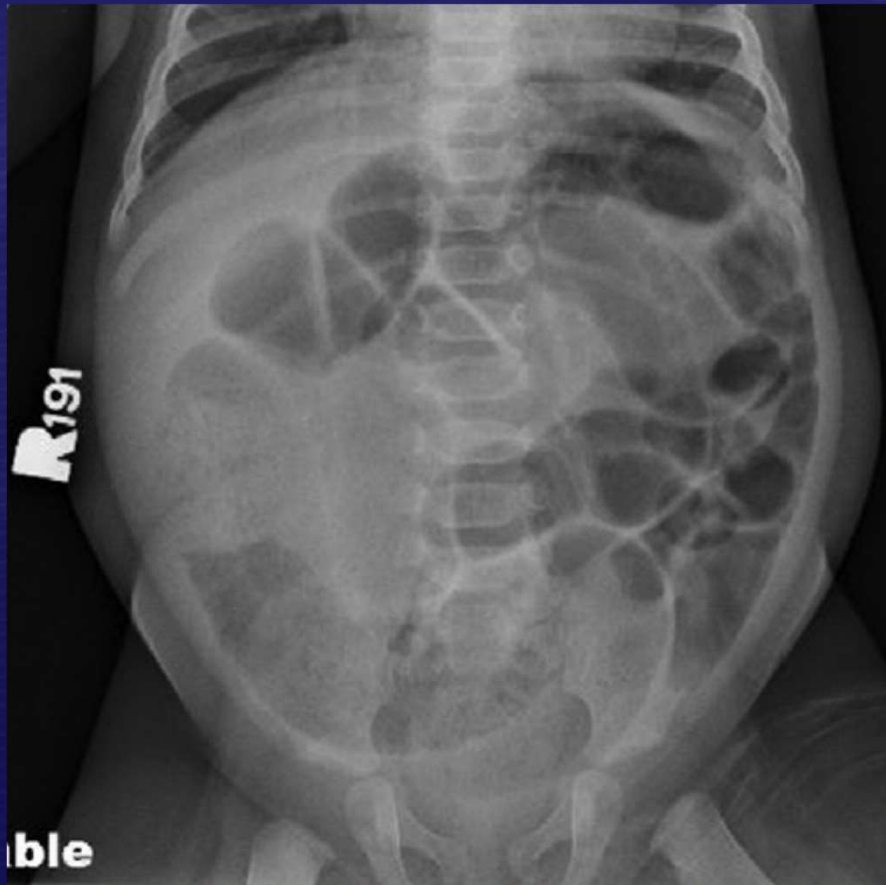
1. X quang bụng không sửa soạn.
2. X quang đại tràng cản quang.
3. Siêu âm.

ngay nay đã sử dụng siêu âm



X quang bụng không sửa soạn

ít có giá trị, không đặc hiệu
hình ảnh vầng hơi phản trong đại tràng, đám mờ của khối lờng, không thấy bóng hơi manh tràng ở HCP, ở bụng mờ các quai ruột dân mưc nước hơi phản tưng, tràn khí PM ở giai đoạn muộn



X quang đại tràng cản quang.

- Khi không có siêu âm, có giá trị trong chẩn đoán.
- Hình ảnh đặc hiệu: hình cày cua, hình cắt cụt, đáy chén.
- Chống chỉ định:
 - Lâm sàng có dấu hiệu viêm phúc mạc, tiêu máu ào ạt
 - X quang có tràn khí phúc mạc.



X quang đại tràng cản quang.



Siêu âm

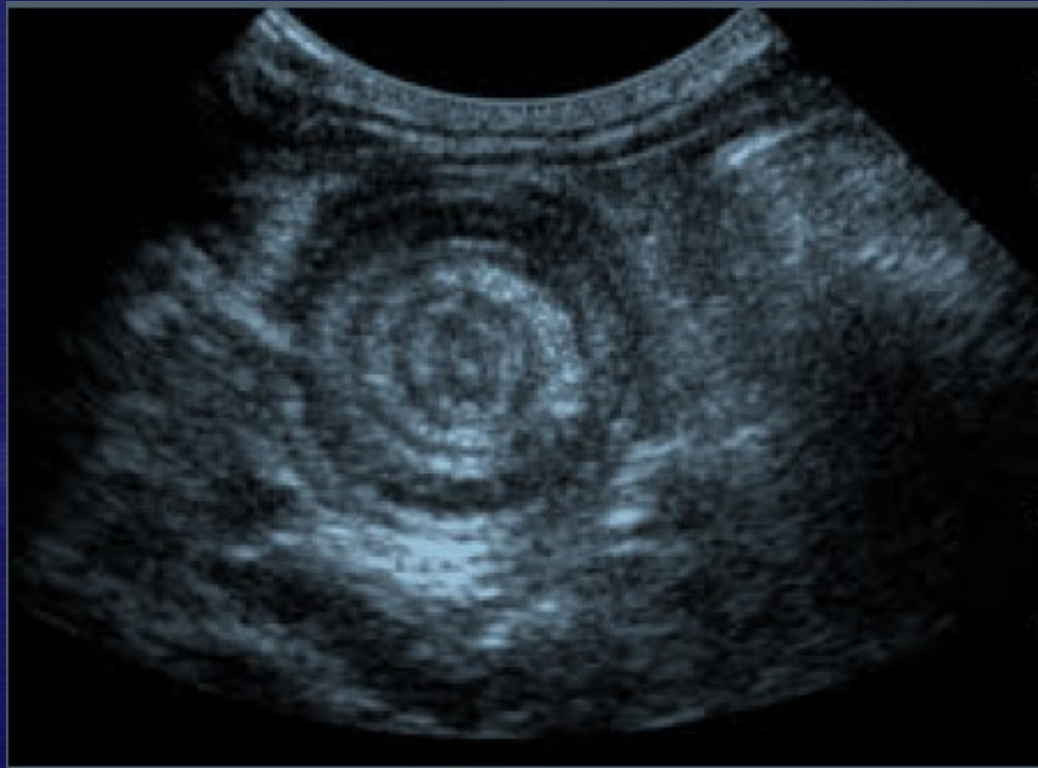
- Phổ biến, độ nhạy và độ đặc hiệu cao.
- Giúp xác định:
 - Khối lờng: hình cocard, giả thận, sandwich
 - Khả năng tháo lờng thành công: giảm khi chiều dày vòng giảm âm > 8 -10mm
 - Các dấu hiệu lờng ruột có biến chứng
 - Nguyên nhân lờng ruột
 - Hướng dẫn tháo lờng không mổ bằng áp lực nước



Siêu âm

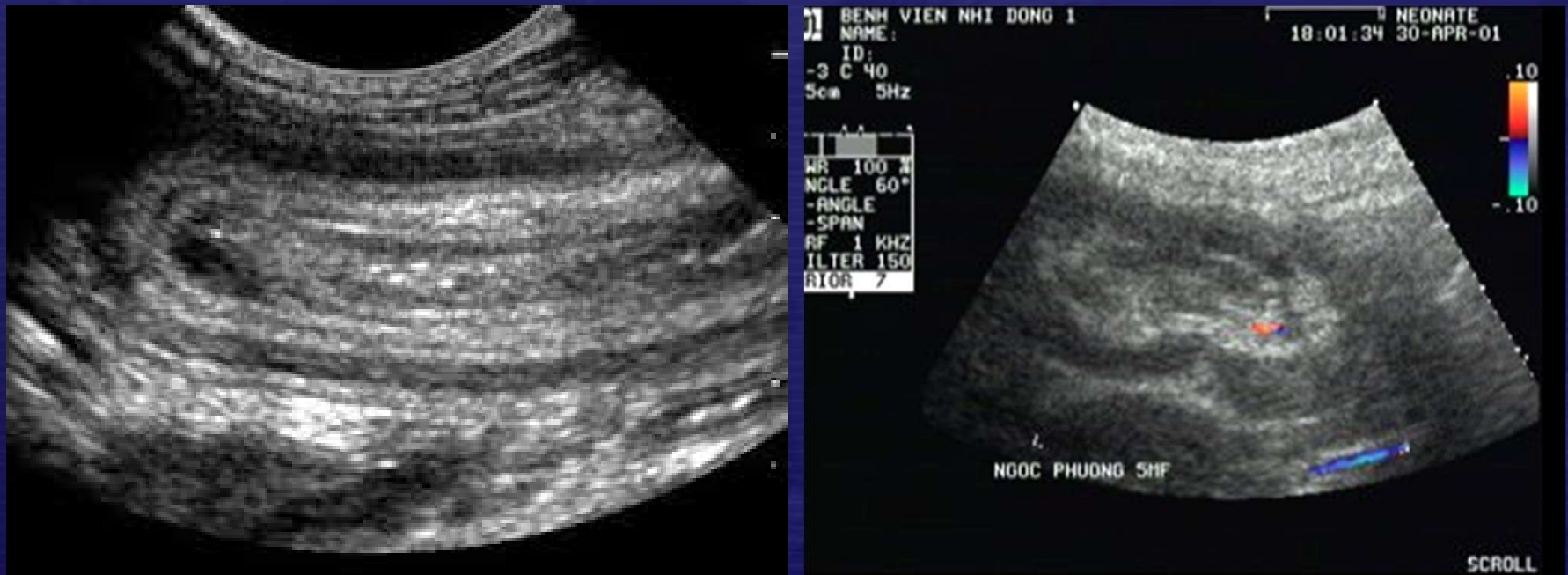
Khối lờng được cắt trên 2 trục:

- Ngang (Axial) có hình cocard $d \geq 25\text{mm}$.



Siêu âm

- Trục dọc: hình “Pseudokidney”, hình “sandwich”.



CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

Hội chứng tắc ruột (khóc cơn + ói)
kèm một trong 4 dấu hiệu:

**tiêu máu/ khối lồng/ siêu âm/ X
quang**



CHẨN ĐOÁN

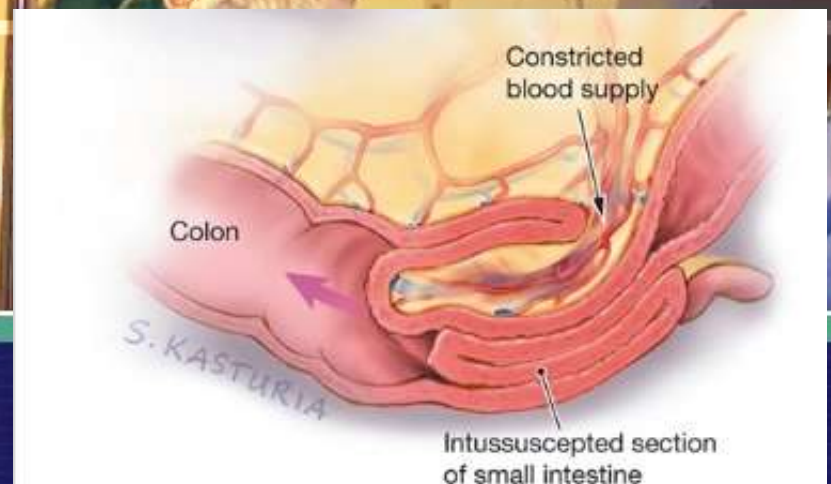
2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm dạ dày ruột quay khóc không thành cơn, không bỏ bú, ít nôn, toàn trạng nhiễm trùng ngay từ đầu
- Hội chứng lỵ hiếm gặp ở nhu nhi, có thể lan với thể ban cấp ở trẻ lớn, nhưng không khóc thành cơn điển hình, không bỏ bú, ít nôn
- Các bệnh lý màng não

Phân biệt với bại giun: rất ít ở trẻ dưới 2 tuổi, không có tiêu máu nhày, số thay đổi u quanh rốn mềm lớn hơn



ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT



ĐIỀU TRỊ

Tháo lồng
không mổ

Tháo lồng
bằng hơi

Tháo lồng
bằng áp lực
thủy tĩnh

Phẫu
thuật

Mổ mở

Mổ nội soi



THÁO LỒNG KHÔNG MỒ

điều trị càng sớm càng tốt
nếu cần hồi sức cũng không nên kéo dài quá 3h

- Tháo lồng bằng hơi hay bằng áp lực thủy tĩnh dưới màn huỳnh quang/ dưới hướng dẫn siêu âm
- Chống chỉ định:
 - Thủng ruột hay viêm phúc mạc
 - Hơi tự do trong ổ bụng

đến muộn sau 48h
tất ruột hoàn toàn trên lâm sàng hay Xquang
lồng ruột non trên siêu âm

đặt và làm thông dạ dày để tháo lưu dịch cách khoảng
bởi hoàn nước và điện giải
tiêm kháng sinh nếu có sốt và bạch cầu tăng cao
xét nghiệm tiền phẫu

80-90% lồng ruột xảy ra dưới 24 tháng
90% tự phát không có nguyên nhân
90% lồng hồi manh tràng, hồi manh đại tràng



Chuẩn bị:

- Lấy đường truyền TM
- Đặt thông dạ dày
- Bôi trơn và đặt ống thông lớn vào trực
- Bít hậu môn bằng cách buộc hai mông lại với nhau hay giữ bằng tay. Thường nằm sấp để bít kín hơn.
- Nối ống thông với hệ thống bơm



Tháo lồng bằng hơi

mỗi lần cách nhau 5 phút

- Có thể lặp lại 3 lần, mỗi lần không quá 3 phút, áp lực từ 60-120 mmHg



Tháo lồng bằng hơi

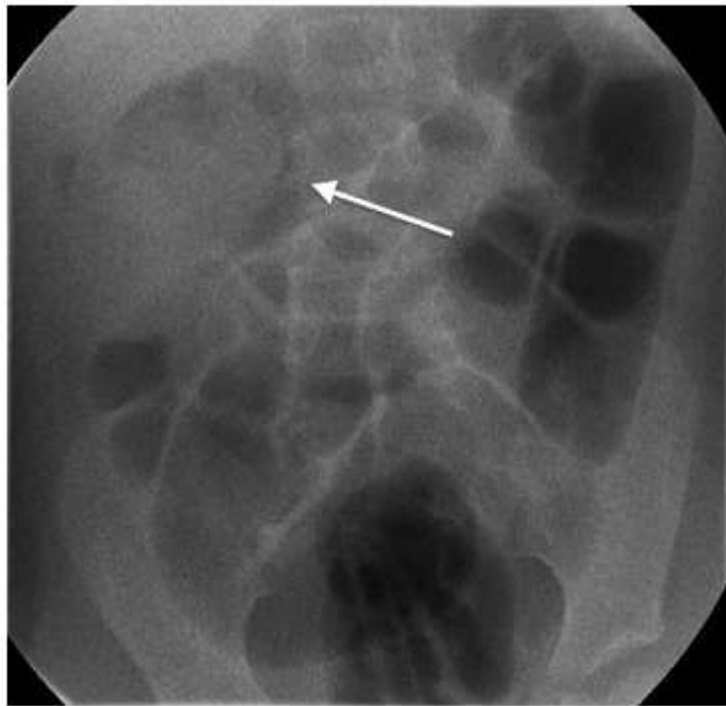


FIGURE 85-14 Air enema showing the head of the intussusceptum (arrow).

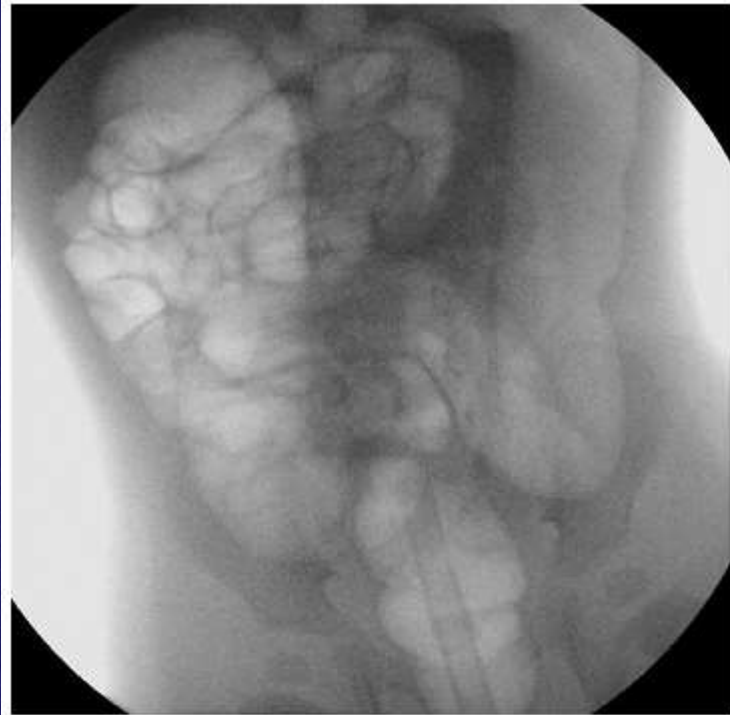


FIGURE 85-15 Successful reduction of the intussusception by air enema (confirmed by sudden reflux of air into the ileum).



Tháo lồng bằng hơi

- Dấu hiệu tháo lồng thành công:
 - Cột áp lực không tăng khi tiếp tục bơm hơi
 - Bụng chướng đều, đặc biệt là bụng giữa
 - Hơi ra thông dạ dày
 - Không sờ thấy u lồng và triệu chứng cải thiện
 - X-quang hay siêu âm kiểm tra không còn h/a lồng ruột và hơi đầy trong các quai ruột non

Sau tháo lồng: theo dõi, cho trẻ nằm yên 12-24h để chắc chắn không có lồng ruột tái phát, làm sáng cải thiện, đi cầu được, phân vàng



Tháo lồng bằng hơi

- Nếu thủng ruột: ngưng bơm hơi, lưu thông trực tràng và giải áp khẩn cấp bằng kim 18G ngay đường giữa trên rốn

giải áp tranh chen ép khoang TMC dưới



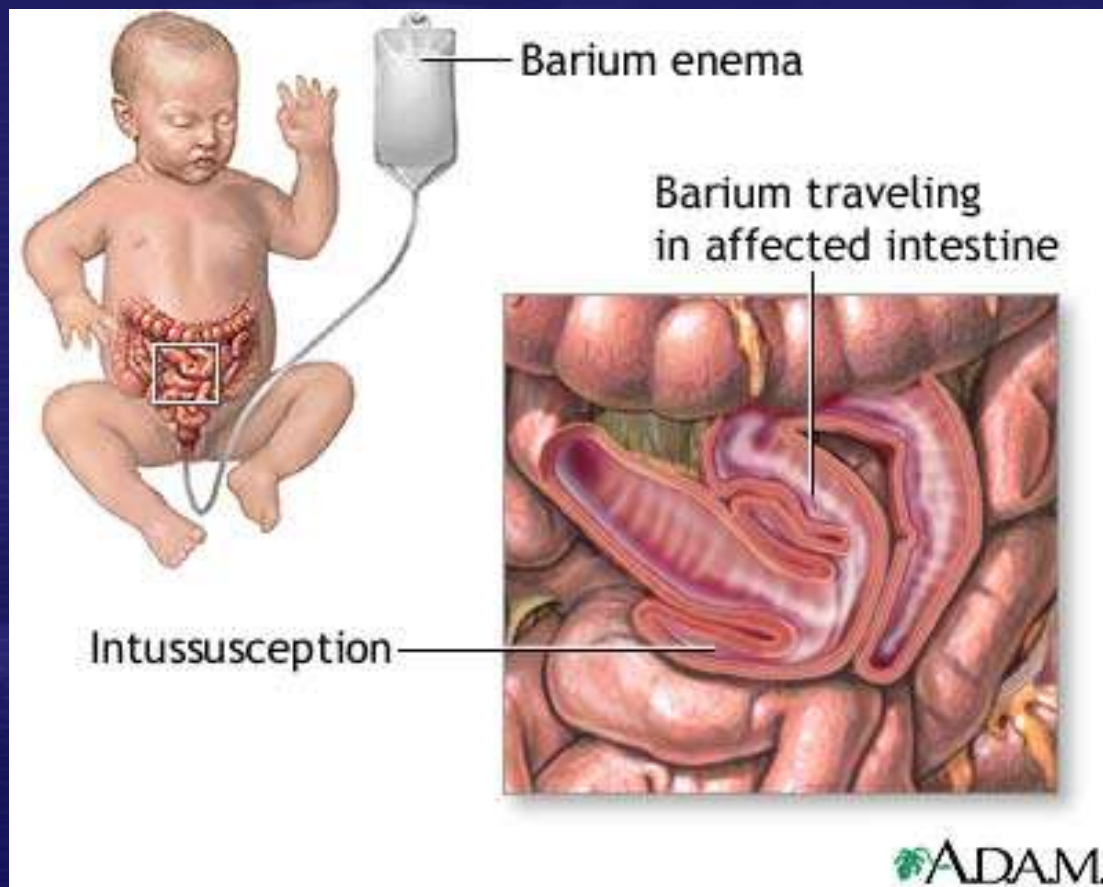
Tháo lồng bằng p thủy tĩnh:

- Quy tắc số 3:
 - Tháo lồng với túi nước trên 3 feet so với BN
 - Tháo không quá 3 lần
 - Mỗi lần không quá 3 phút



FIGURE 85-16 Hydrostatic contrast enema showing intussusception in the left transverse colon. Note the concave meniscus the contrast forms around the head of the intussusceptum.





Tháo lồng bằng p thủy tĩnh:

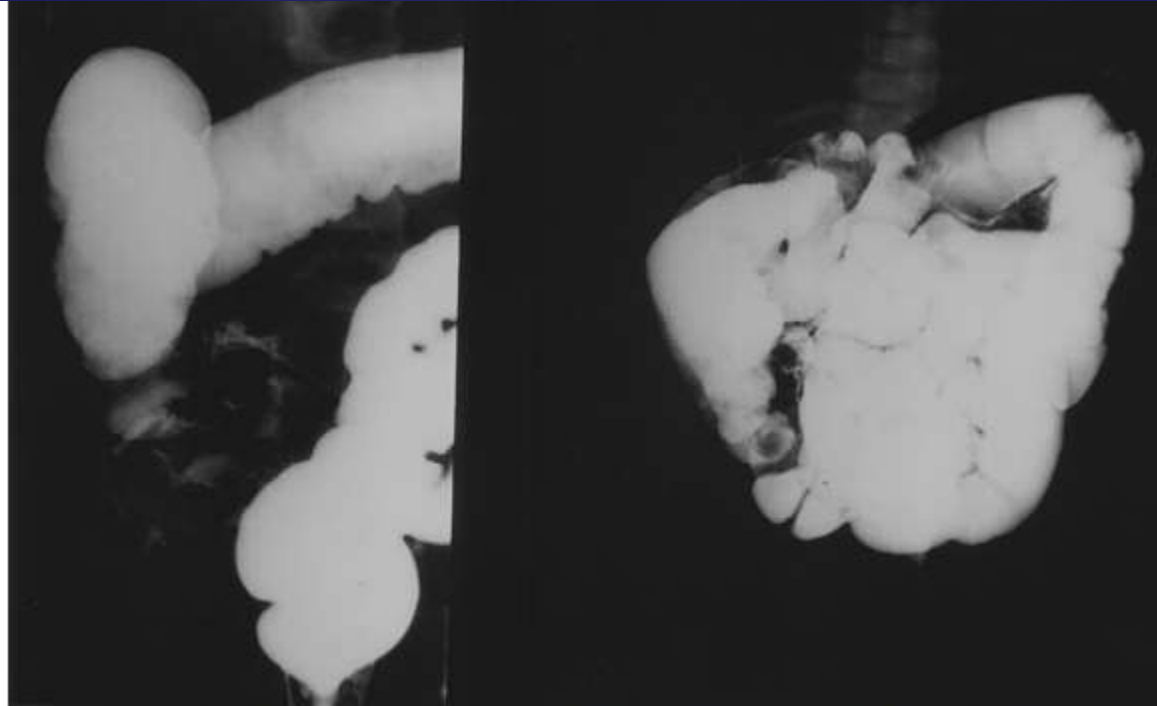


FIGURE 85-17 Hydrostatic contrast enema showing incomplete reduction of intussusception with only a trickle of contrast into the terminal ileum (*left*). Note the complete reduction with flooding of the terminal ileum with contrast on the right.



Tháo lồng bằng p thủy tĩnh:

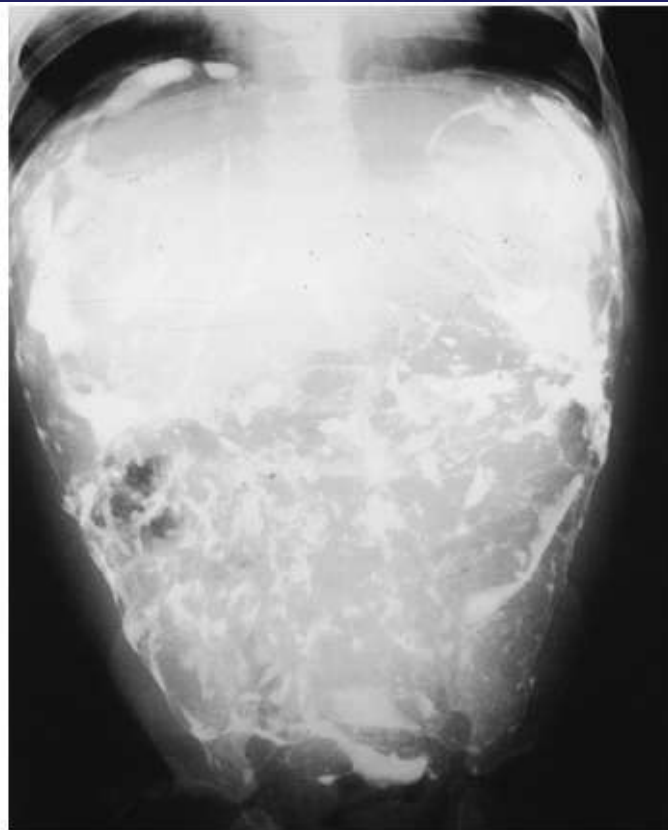


FIGURE 85-22 Postoperative radiograph after perforation caused by hydrostatic barium enema. This snowstorm picture lasts for life.



Các phương pháp tăng tỉ lệ thành công

- Thuốc dẫn cơ như glucagon, thuốc giảm đau hay corticoids giảm phù nề
- Kết hợp tháo ngoài thành bụng
- Tháo lòng lặp lại có trì hoãn



PHẪU THUẬT

- Chỉ định:
 - Tháo lồng không mổ thất bại
 - Dấu hiệu viêm phúc mạc hay thủng ruột
 - Hơi tự do ổ bụng trên x-quang
 - Có nguyên nhân bệnh học khởi lồng
 - Lồng ruột tái phát nhiều lần



Mổ mở

- Trước mổ: đặt thông dạ dày giải áp, dịch truyền, kháng sinh phổ rộng.
- Đường mổ: đường ngang bên phải trên hay dưới rốn (cần sờ khối lồng sau khi gây mê để chọn lựa)
- Cắt cân cơ chéo bụng ngoài, chéo bụng trong, cơ ngang bụng và vào phúc mạc



Mổ mở

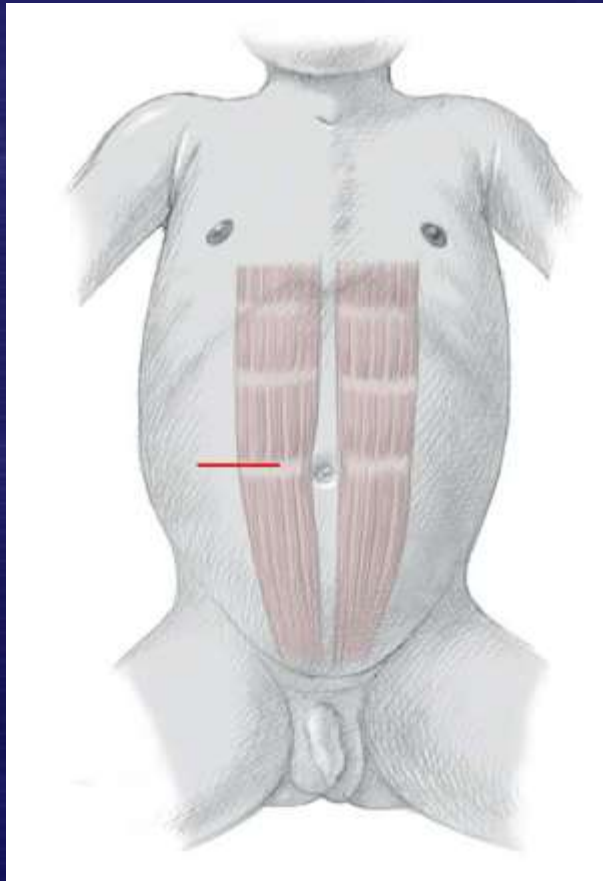


FIGURE 230.1

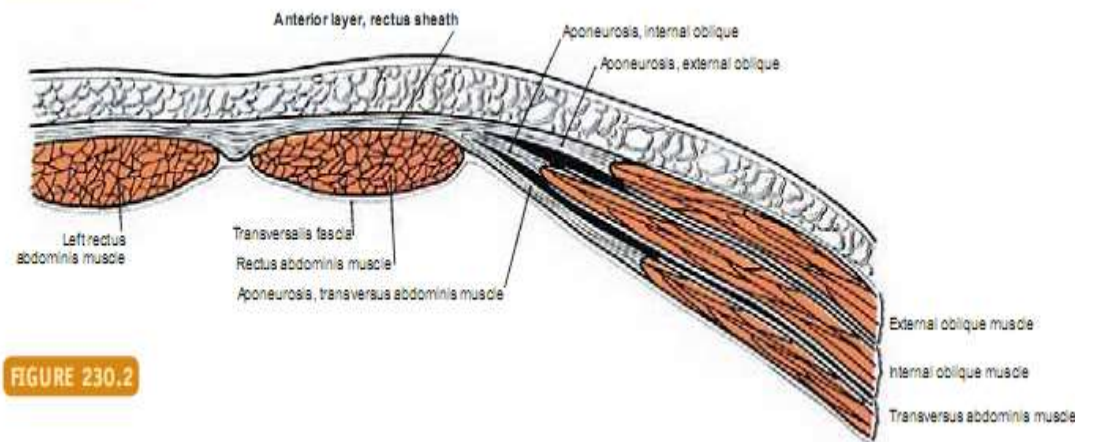


FIGURE 230.2



Mổ mở

- Đưa khối lồng ra ngoài, cần thiết thì mở rộng vết mổ
- Tháo lồng bằng cách đẩy nhẹ về phía hồi tràng, có thể kết hợp kéo nhẹ nhàng đoạn ruột lồng, không dùng lực mạnh
- Thủ thuật Hutchinson cải biên: dùng ngón trỏ tách nhẹ tạo khoang giữa ống vỏ trong và ống vỏ ngoài
- Kiểm tra điểm khởi lồng: vị trí dấu ấn ngón tay



Mổ mở

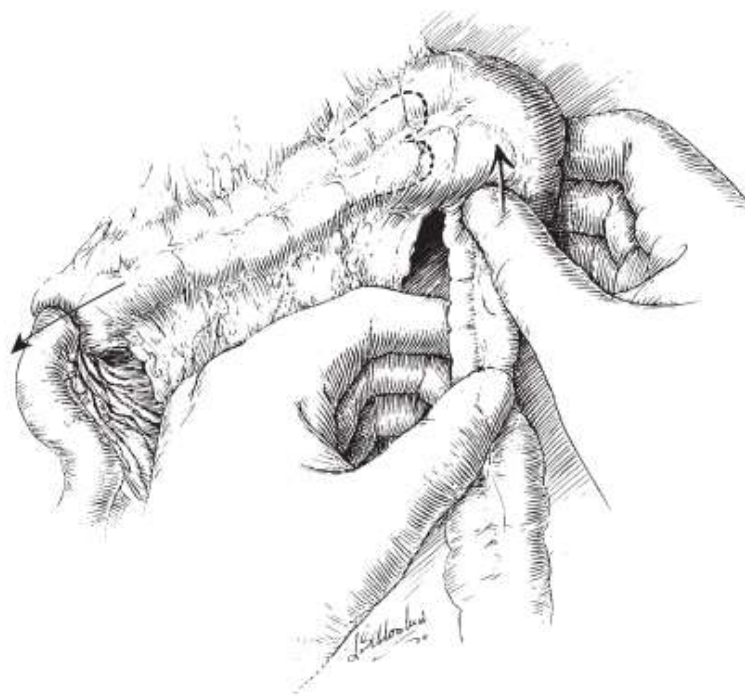
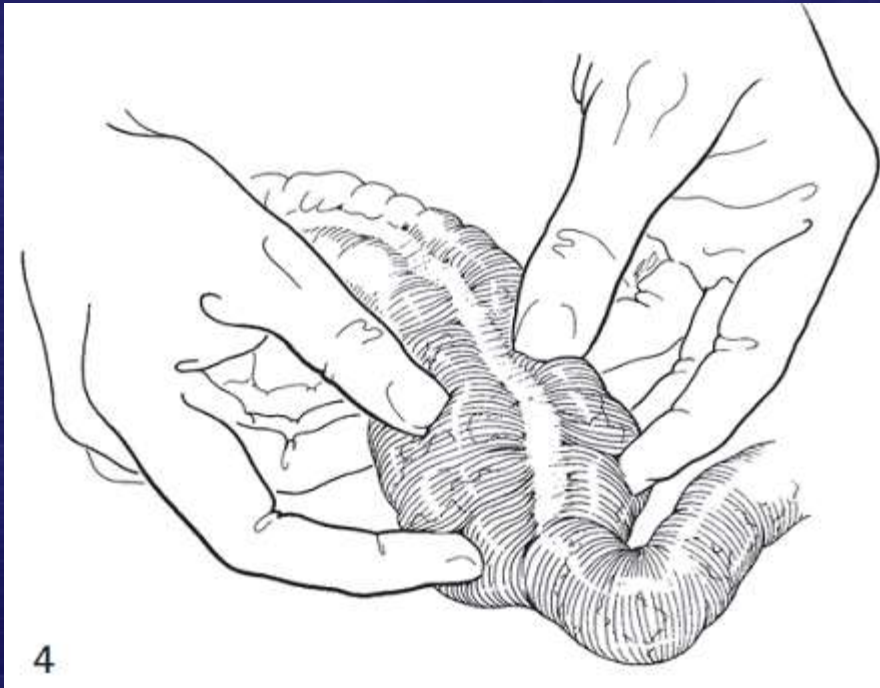


FIGURE 85-19 The key to successful manual reduction of an intussusception is slow constant squeezing (like a tube of toothpaste) or retrograde milking of the most distal intussusceptum. This can be aided by the assistant gently and slowly pulling the intussusceptum out of the intussusciens.



Mổ mở



Mở mở

- Có thể chấp nhận rách thanh mạc ít và khâu lại nếu cần
- Nếu không có dấu hiệu tháo được thì cắt đoạn ruột chứa lồng
- Trường hợp lồng hồi-hồi-mạnh tràng thì tháo lồng hồi manh tràng trước lồng hồi hồi tràng
- Đánh giá mức độ tưới máu ruột, thủng ruột và tìm điểm khởi lồng
- Ruột thiếu máu có thể đắp ẩm bằng gạc tẩm NaCl 0,9% và đánh giá lại



Mổ mở

- Nếu cần cắt ruột: nối tận tận trong đa số trường hợp
- Trẻ không ổn định: đưa 2 đầu làm HMT
- Nếu là lòng ruột tái phát, có thể khâu dính thanh cơ hồi tràng vào manh tràng



Mổ nội soi

- Vị trí: 1 trocar rốn và 2 trocar ở bụng trái
- Tháo lòng bằng cách dùng grasper kéo nhẹ nhàng đoạn ruột lồng và cần lực kéo trên đoạn ruột chứa để tháo hoàn toàn
- Quan sát ruột có thiếu máu, hoại tử hay thủng, nếu cần cắt nối thì đem ra trocar rốn, không an toàn thì chuyển mổ hở
- Đặc biệt chú ý điểm khởi lồng vì không có cảm giác xúc giác



Mổ nội soi

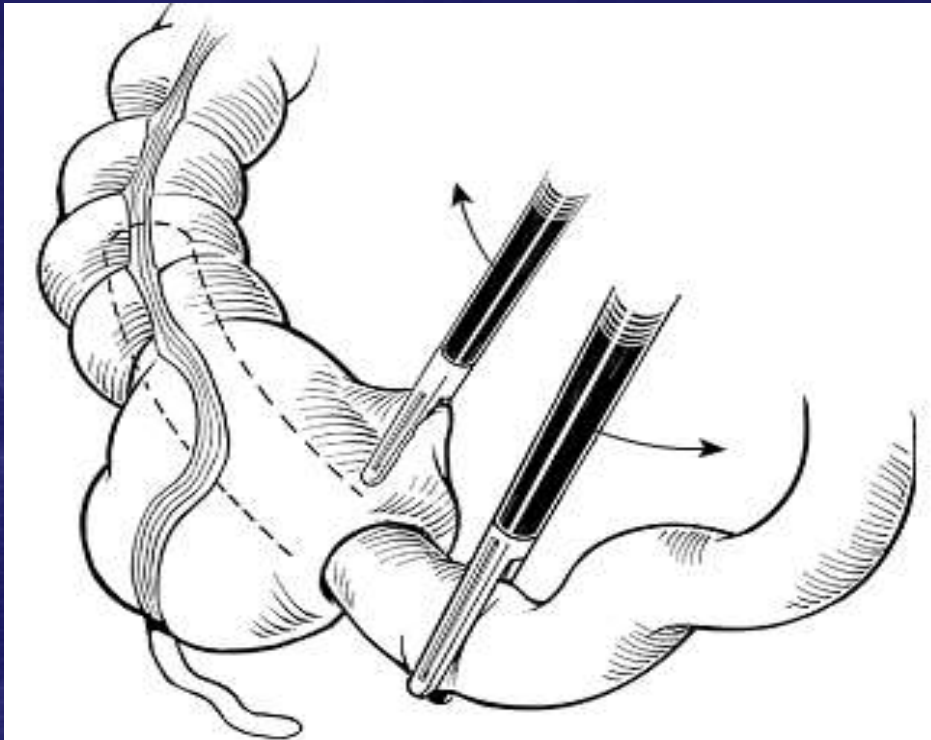


Figure 39-12. For laparoscopic reduction of an ileocolic intussusception, the small bowel (intussusceptum) is grasped with an atraumatic bowel clamp. It is best to completely grasp across the entire intussusceptum so that the bowel is not torn when attempting to distract it from the colon. A larger clamp (5 vs. 3 mm) is therefore often helpful. The cecum is then pushed away from the small bowel with an intestinal grasping forceps. (From Georgeson KE: Laparoscopic management of ileocolic intussusception. In Holcomb GW, Georgeson KE, Rothenberg SS [eds]: Atlas of Pediatric Laparoscopy and Thoracoscopy. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2008, pp 71-73.)



References

- Ngoại Nhi Lâm Sàng, 2018, Nhà xuất bản Y học
- Paul M. & Stefan Schoiz (2012). Intussusception. Pediatric surgery, 7th, Elsevier, Philadelphia



*Cám ơn mọi người đã
lắng nghe*

