

BỘ MÔN NGOẠI
ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

ĐIỀU TRỊ
NGOẠI KHOA TIÊU HÓA



**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
2007**

BỘ MÔN NGOẠI
ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

ĐIỀU TRỊ
NGOẠI KHOA TIÊU HÓA

CHỦ BIÊN

Nguyễn Đình Hối

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Chi nhánh TP. Hồ Chí Minh

2007

BAN BIÊN TẬP

CHỦ BIÊN

Nguyễn Đình Hối BS, TS
Giáo sư Ngoại khoa
Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại
Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

THƯ KÝ

Trần Thiện Trung BS, TS
Phó Giáo sư Ngoại khoa
Bộ môn Ngoại,
Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Nguyễn Trung Tín BS, ThS
Bộ môn Ngoại,
Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

CÁC TÁC GIẢ

Đỗ Đình Công BS, TS

Bộ môn Ngoại,
Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Nguyễn Tấn Cường PGS BS, TS

Bộ môn Ngoại,
Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Vương Thừa Đức BS CKII, ThS

Bộ môn Ngoại,
Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Đỗ Trọng Hải PGS BS, TS

Bộ môn Ngoại,
Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Dương Phước Hưng BS, ThS

Bộ môn Ngoại,
Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Võ Tấn Long PGS BS, TS

Bộ môn Ngoại,
Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Lê Quang Nghĩa PGS BS, TS

Phó Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại,
Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Bùi Văn Ninh BS CKII, ThS

Phó Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại,
Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Nguyễn Thúy Oanh PGS BS, TS

Bộ môn Ngoại,
Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Trần Văn Phơi PGS BS, TS

Bộ môn Ngoại,
Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Lê Văn Quang BS, ThS

Bộ môn Ngoại,
Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Trần Thiện Trung PGS BS, TS

Bộ môn Ngoại,
Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

LỜI NÓI ĐẦU

Sách giáo khoa là tài liệu bắt buộc trong đào tạo, giảng dạy. Ở Trường Đại học, Sách giáo khoa không những đưa lại kiến thức cho sinh viên mà còn giúp sinh viên tự đánh giá mình.

Trong nhiều năm qua các Bộ môn của Đại học Y Dược TP.HCM đã có nhiều cố gắng trong việc biên soạn và xuất bản sách giáo khoa. Hiện nay Trường đang thực hiện dự án Giáo dục đại học trong đó có phần "Tổ chức biên soạn và xuất bản sách giáo khoa chuẩn và các tài liệu dạy và học khác"

Bộ môn Ngoại luôn cố gắng thực hiện tính kinh điển, tính hiện đại, tính thực tế Việt Nam trong Sách giáo khoa. Tính hiện đại và tính thực tế luôn có những thay đổi, nhất là trong những năm gần đây, thời kỳ mà Khoa học Công nghệ hàng ngày có những tiến bộ lớn lao. Với lý do đó, chúng tôi viết lại sách Điều trị Ngoại khoa Tiêu hóa có cập nhật và bổ sung những kiến thức mới.

Bộ môn Ngoại có nhiều phân môn: Ngoại Tiêu hóa, Ngoại Lồng ngực Mạch máu, Ngoại Nhi, Niệu và Gây mê Hồi sức. Sách Điều trị Ngoại khoa Tiêu hóa được viết theo từng phân môn.

Quyển Điều trị Ngoại khoa Tiêu hóa xuất bản lần này có 15 bài. Mỗi bài, ngoài phần chính là nội dung, còn có các phần: mục tiêu, tài liệu đọc thêm, câu hỏi lượng giá kèm đáp án, nhằm đáp ứng phương châm "Học chủ động".

Sách còn có những thiêu sót, chúng tôi mong có những góp ý.

Nguyễn Đình Hồi

Mục Lục

1.	Điều trị sốc chấn thương.....	1
	<i>Bùi Văn Ninh</i>	
2.	Điều trị chấn thương và vết thương bụng.....	15
	<i>Bùi Văn Ninh</i>	
3.	Điều trị tắc ruột.....	29
	<i>Lê Quang Nghĩa</i>	
4.	Điều trị viêm phúc mạc	45
	<i>Lê Văn Quang</i>	
5.	Điều trị chảy máu tiêu hóa trên.....	65
	<i>Nguyễn Thúy Oanh</i>	
6.	Điều trị ung thư dạ dày	81
	<i>Đỗ Đình Công</i>	
7.	Điều trị hẹp môn vị	99
	<i>Trần Thiện Trung</i>	
8.	Điều trị thủng dạ dày-tá tràng.....	113
	<i>Trần Thiện Trung</i>	
9.	Điều trị viêm túi mật cấp tính và mạn tính	131
	<i>Nguyễn Tân Cường</i>	
10.	Điều trị ngoại khoa sỏi đường mật	145
	<i>Đỗ Trọng Hải</i>	
11.	Điều trị viêm tụy cấp.....	161
	<i>Trần Văn Phối</i>	
12.	Điều trị ngoại khoa ung thư đại tràng-trực tràng.....	175
	<i>Võ Tân Long</i>	
13.	Điều trị ngoại khoa bệnh trĩ.....	191
	<i>Dương Phước Hưng</i>	
14.	Điều trị ngoại khoa rò hậu môn	209
	<i>Dương Phước Hưng</i>	
15.	Điều trị thoát vị vùng bẹn-đùi	221
	<i>Vương Thừa Đức</i>	

ĐIỀU TRỊ SỐC CHẤN THƯƠNG

MỤC TIÊU

1. *Phân tích được ý nghĩa của định nghĩa sốc.*
2. *Trình bày được sinh lý bệnh học của sốc.*
3. *Chẩn đoán được sốc mất máu.*
4. *Trình bày được cách hồi sức chống sốc mất máu và cách theo dõi bệnh nhân.*

Điều trị sốc chấn thương phụ thuộc vào việc phát hiện ra nguyên nhân, cách thức tiến hành hồi sức bệnh nhân. Bước đầu tiên trong xử trí là nhận biết được có sự hiện diện của sốc. Không có xét nghiệm nào chẩn đoán tức thì được sốc. Chẩn đoán sớm dựa vào việc xác minh trên lâm sàng có sự hiện diện của tình trạng thiếu máu cơ quan và cung cấp oxygen tối các mô không được đầy đủ. Bước kế tiếp trong xử trí ban đầu là phân lập được nguyên nhân gây sốc. Việc này có liên quan trực tiếp đến cơ chế chấn thương. Hầu hết bệnh nhân chấn thương bị sốc là do giảm thể tích, nhưng sốc do tim hay tràn khí phế mạc van cũng có thể là nguyên nhân trong chấn thương ngực. Sốc nhiễm trùng tuy không thường gặp nhưng cũng phải được tính toán đến ở những bệnh nhân vào viện muộn.

Điều trị phải tiến hành đồng thời với việc chẩn đoán nguyên nhân. Kết quả của sự đáp ứng với trị liệu ban đầu, kết hợp với việc thăm khám và theo dõi kỹ lưỡng bệnh nhân thường cung cấp đủ thông tin để xác

định nguyên nhân gây sốc. Chảy máu là nguyên nhân thường gặp nhất của sốc trên bệnh nhân chấn thương.

Một tỉ lệ đáng kể các bệnh nhân chấn thương ở trong tình trạng sốc giảm thể tích đòi hỏi phải can thiệp ngoại khoa, và nhiều trường hợp cần phải mổ sớm mới thanh toán được sốc. Do đó, sự hiện diện của sốc trên bệnh nhân chấn thương đòi hỏi sự tham gia ngay tức thì của một phẫu thuật viên có trình độ.

I. NHẮC LẠI SINH LÝ BỆNH HỌC

Giảm thể tích là nguyên nhân chủ yếu của sốc chấn thương. Thể tích của dòng máu lưu hành giảm sẽ dẫn đến hai tác dụng tiên phát trên cơ thể. Đầu tiên là giảm máu tĩnh mạch về, dẫn đến giảm cung lượng tim. Kế đến là có sự đáp ứng đồng thời của giao cảm-thượng thận qua trung gian thể cảm, kích thích sự phóng thích các catecholamin, đặc biệt là epinephrin và norepinephrin. Các chất này gây co mạch ngoại biên, góp phần bảo vệ tim và não chống lại tình

trạng thiếu máu trong một thời gian ngắn. Co mạch kéo dài và cung lượng tim tiếp tục giảm sút sẽ làm hạn chế lưu lượng dòng máu khu vực. Chính sự giảm sút dòng máu khu vực sẽ gây ra tình trạng thiếu oxygen tại chỗ và tế bào, tiêu điểm trung tâm của bệnh học sốc. Thiếu oxygen tại chỗ, đặc biệt là ở tuần hoàn nội tạng, dẫn đến sự phong thích một số yếu tố có ảnh hưởng xấu đến chức năng cơ tim. Các chất ức chế cơ tim này, kết hợp với tình trạng máu tĩnh mạch về giảm, sẽ gây ra giảm sút hơn nữa cung lượng tim và như thế, đưa sốc vào vòng luẩn quẩn bệnh lý.

Sự giảm sút lưu lượng máu khu vực dẫn đến sự ứ trệ dòng máu ở khu vực vi tuần hoàn, máu bị giam giữ ở các bể chứa mao mạch và làm trầm trọng hơn nữa tình trạng thiếu oxygen tại chỗ. Các mô bị thương tổn do thiếu oxy sẽ kích thích sự phong thích vào dòng tuần hoàn các chất trung gian viêm, gây ra rối loạn tính thẩm thấu mao mạch và thương tổn tế bào.

Tất cả các yếu tố này sẽ đưa đến sự thoát dịch trong lòng mạch vào các khoảng gian bào, gây ra sự giảm sút hơn nữa thể tích dòng máu có hiệu quả và làm cho sốc giảm thể tích diễn biến nề hơn.

Cuối cùng, tế bào bị thương tổn nhiều hơn do thiếu oxy và phù nề, mất chức năng dẫn đến suy đa cơ quan và tử vong.

Giảm thể tích máu là khởi điểm và là động lực thúc đẩy sốc diễn biến đến không hồi phục. Do đó, bồi hoàn thể dịch sớm và phù hợp là biện pháp cơ bản trong hồi sức sốc chấn thương.

II. CHẨN ĐOÁN

A. ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU BỆNH NHÂN

1. Chẩn đoán sớm

Chẩn đoán sốc ở thể tiến triển, thể nặng thường dễ dàng do các dấu hiệu lâm sàng của sự tươi máu không đầy đủ đến da, thận và hệ thần kinh trung ương đã biểu hiện rõ. Tuy nhiên, ở bệnh nhân mới vào viện, chỉ có việc khám xét kỹ lưỡng tình trạng tuần hoàn mới giúp nhận định được sốc ở giai đoạn sớm. Chỉ dựa vào huyết áp tâm thu sẽ làm chậm trễ chẩn đoán sốc. Lưu ý rằng các cơ chế bù trừ có thể giúp giữ vững huyết áp tâm thu cho đến khi bệnh nhân mất hơn 20-30% thể tích máu.

Dấu hiệu sớm của sốc là nhịp tim nhanh và co mạch da. Do đó, trên một bệnh nhân chấn thương mà có nhịp tim nhanh và tứ chi vã mồ hôi lạnh thì phải được xem như đang ở trong trạng thái sốc, trừ phi có nguyên nhân khác được chứng minh.

Chênh lệch huyết áp kẹp cũng là một dấu hiệu sớm, tuy nhiên lúc này đã mất một khối lượng máu đáng kể và cơ chế bù trừ đã bị ảnh hưởng.

Dùng dung tích hồng cầu để chẩn đoán hay để lượng giá mất máu cấp thường là không trung thực và không đầy đủ. Máu mất cấp khối lượng lớn có thể gây ra một sự giảm sút rất ít của dung tích hồng cầu. Do đó, dung tích hồng cầu rất thấp giúp nghĩ đến có mất máu đáng kể hay có thiếu máu trước đó, trong khi một dung tích hồng cầu bình thường không thể loại trừ được đã có mất một khối lượng máu lớn.

2. Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân sốc

a. Sốc mất máu

Chảy máu là nguyên nhân thường gặp nhất của sốc chấn thương và tất cả các bệnh nhân đa thương đều có tình trạng giảm thể tích (do mất máu tại chỗ thương tổn và do phù nề, nhất là ở trường hợp gây các xương lớn, giập nát nhiều mô mềm). Thêm vào đó, hầu hết các sốc không mất máu chỉ đáp ứng một phần hay rất ít đối với bồi hoàn thể dịch. Do đó, một khi sốc đã hình thành thì điều trị sẽ bắt đầu ngay khi mà bệnh nhân có dấu hiệu giảm thể tích. Tuy nhiên, một khi tiến hành điều trị thì việc phân biệt với sốc do nguyên nhân khác cũng rất quan trọng.

Điểm quan trọng nhất trong chẩn đoán phân biệt nguyên nhân sốc là có hay không có mất máu; đặc biệt đối với các chấn thương ngực bởi vì chấn thương tim hay tràn khí phế mạc van đều là nguyên nhân có khả năng gây ra trạng thái sốc. Xác định bước đầu các nguyên nhân có thể gây ra sốc tùy thuộc vào việc hỏi bệnh đầy đủ, khám xét cẩn thận và chọn lựa các xét nghiệm, các nghiệm pháp phù hợp.

b. Sốc không mất máu

• Sốc do tim

Rối loạn chức năng cơ tim có thể xảy ra do chấn thương cơ tim, chèn ép tim, thuyên tắc khí, hay hiếm hơn do nhồi máu cơ tim kết hợp với chấn thương.

Tất cả bệnh nhân có chấn thương ngực kín cần phải được theo dõi bằng ECG monitoring. Siêu âm tim có thể giúp ích cho chẩn đoán chèn ép tim hay thương tổn van tim, nhưng thường là không thích

hợp và thiếu thực tế trong hoàn cảnh cấp cứu.

Chèn ép tim thường hay gặp trong vết thương thấu ngực hơn trong chấn thương ngực. Nhịp tim nhanh, tiếng tim mờ và dãn nỗi tĩnh mạch cổ đi kèm với huyết áp thấp không đáp ứng đối với truyền dịch gợi ý cho chẩn đoán.

• Tràn khí phế mạc van

Do áp lực gia tăng trong khoang màng phổi, phổi sẽ bị xẹp và trung thất bị đẩy lệch sang phía đối diện gây cản trở máu tĩnh mạch về và gây giảm sút cung lượng tim. Đây là một cấp cứu ngoại khoa đòi hỏi phải được chẩn đoán và điều trị lập tức. Tràn khí dưới da, mất rì rào phế nang, gõ vang, khí quản bị đẩy lệch và suy hô hấp giúp cho chẩn đoán và gợi ý cho việc giải áp ngay mà không cần đợi kết quả X-quang.

• Sốc thần kinh

Chấn thương sọ não đơn thuần không gây sốc. Sốc xảy ra trên một bệnh nhân chấn thương sọ não đòi hỏi phải đi tìm một nguyên nhân khác. Chấn thương cột sống có thể gây tụt huyết áp do giảm trương lực giao cảm. Bệnh cảnh kinh điển là huyết áp thấp không có kèm theo nhịp tim nhanh hay co mạch da và huyết áp cũng không kẹp.

• Sốc nhiễm trùng

Sốc nhiễm trùng thường không xảy ra tức thì sau chấn thương nhưng có thể có ở trường hợp vào viện muộn, nhất là ở bệnh nhân vết thương thấu bụng có thương tổn tạng rỗng. Sốc nhiễm trùng nếu xảy ra trên bệnh nhân có giảm thể tích thì

sẽ rất khó phân biệt trên lâm sàng với sốc giảm thể tích. Bệnh nhân nhiễm trùng huyết với thể tích dịch lưu hành bình thường có thể có nhịp tim nhanh ít, da hồng ấm, huyết áp tâm thu gần bình thường và chênh lệch huyết áp rộng.

3. Đánh giá mức độ mất máu

Sốc có thể được phân ra nhiều mức độ tùy theo số lượng máu mất và cách đáp ứng của bệnh nhân. Tất cả các thầy thuốc tham gia vào quá trình đánh giá và hồi sức ban đầu cần phải nhanh chóng phát hiện ra các yếu tố có ảnh hưởng đến đáp ứng sinh lý bệnh của bệnh nhân. Các yếu tố quan trọng có thể ảnh hưởng đến huyết động gồm có:

- Tuổi.
- Độ nặng nhẹ của chấn thương, đặc biệt lưu ý đến tác nhân và vị trí chấn thương.
- Thời gian trôi qua kể từ lúc bị chấn thương đến lúc khởi đầu điều trị.
- Các trị liệu trước đó như truyền dịch, cố định xương gãy...
- Cần lưu ý rằng sẽ rất là nguy hiểm nếu chờ cho bệnh nhân được xếp vào một mức độ nào đó mới bắt đầu tiến hành điều trị. Hồi sức dịch thể phải được bắt đầu ngay khi có sự xuất hiện các dấu hiệu sớm của sốc, chờ không chờ đến khi huyết áp hạ thấp.

a. Độ I (mất ít hơn 15% thể tích máu)

Triệu chứng lâm sàng rất ít, nhịp tim có thể hơi nhanh. Không có sự thay đổi do được đối với huyết áp, nhịp thở. Ở người khỏe mạnh, số máu mất này không đòi hỏi phải bồi hoàn. Sự tái châm đầy qua mao mạch và các cơ chế bù trừ sẽ tái lập thể tích máu trong vòng 24 giờ. Tuy nhiên, khi

có các thay đổi dịch thể khác, số lượng máu mất này có thể gây ra các triệu chứng lâm sàng. Bồi hoàn số lượng dịch mất ban đầu sẽ điều chỉnh được tình trạng tuần hoàn.

b. Độ II (mất 15-30% thể tích máu)

Triệu chứng lâm sàng gồm có nhịp tim nhanh, thở nhanh và huyết áp kẹp (tiên khởi là do tăng huyết áp tâm trương, hậu quả của sự gia tăng kháng lực ngoại biên). Bởi vì huyết áp tâm thu thay đổi rất ít trong sốc mất máu ở giai đoạn sớm nên việc đánh giá cần dựa vào chênh lệch huyết áp hơn là dựa vào huyết áp tâm thu. Có thể có một sự thay đổi tinh tế ở hệ thần kinh trung ương như lo âu, hốt hoảng hay kích động. Đáng kể là, mặc dù đã có mất một khối lượng máu và có các thay đổi tuần hoàn, lượng nước tiểu chỉ bị thay đổi chút ít (thường là 20-30ml/giờ).

c. Độ III (mất 30-40%)

Khối lượng máu mất ở mức độ này rất là nguy hiểm, có thể gây tử vong (2.000ml ở người lớn). Hầu hết bệnh nhân có biểu hiện đầy đủ các triệu chứng lâm sàng kinh điển của sự tưới máu không đầy đủ như mạch nhanh, thở nhanh, thay đổi rõ rệt trạng thái thần kinh và huyết áp tụt. Dù rằng, hầu hết bệnh nhân ở mức độ mất máu này luôn đòi hỏi phải được truyền máu, nhưng cũng cần nhớ rằng các triệu chứng này có thể xảy ra ở một mức độ máu mất ít hơn nhưng lại có mất kèm theo một số lượng dịch thể khác. Do đó, việc quyết định truyền máu phải dựa vào đáp ứng của bệnh nhân đối với hồi sức thể dịch ban đầu và có hay không có sự suy giảm nặng nề cung cấp oxygen đến các mô.

d. Độ IV (mất máu hơn 40% thể tích máu)

Mức độ chảy máu này đe dọa tức thì sinh mạng bệnh nhân. Triệu chứng bao gồm nhịp tim nhanh, mạch yếu, huyết áp rất thấp và chênh lệch huyết áp rất kẹp (hay không đo được huyết áp tâm trương). Vô niệu và tâm thần kinh bị ức chế. Da lạnh và tái nhợt. Bệnh nhân như thế thường phải được truyền máu nhanh và can thiệp phẫu thuật tức thì. Các quyết định này cũng phải dựa vào đáp ứng của bệnh nhân đối với hồi sức ban đầu. Mất trên 50% thể tích máu dẫn đến mất tri giác, mạch và huyết áp không đo được.

B. THEO DÕI BỆNH NHÂN

Tái lập sự tươi máu trở về bình thường và điều chỉnh các rối loạn, thương tổn các cơ quan là mục tiêu của công tác hồi sức chống sốc. Chậm trễ trong việc bình thường hóa tươi máu tới các mô có thể đưa đến các thương tổn không hồi phục. Đánh giá liên tục đáp ứng của bệnh nhân đối với các nỗ lực hồi sức rất cần thiết để xác định hiệu quả của điều trị. Bởi vì việc trị liệu nhằm vào tái lập sự tươi máu, cho nên các phương pháp theo dõi lý tưởng phải đo lường được một cách chính xác tình trạng tươi máu mô và tế bào, và phải là các biện pháp không xâm nhập, có độ an toàn cao. Điều này rất khó thực hiện, và như vậy nhiều khi phải thực hiện các biện pháp theo dõi xâm nhập, phức tạp và tốn kém hơn để lượng giá công tác hồi sức. Tuy nhiên trong đa số trường hợp, nhất là ở những bệnh nhân trước đó khỏe mạnh và đang trong giai đoạn sớm của sốc, chỉ cần phân tích kỹ lưỡng và theo dõi liên tục các thông số lâm sàng cũng đủ để đánh giá tình trạng tươi máu mô. Tiêu chuẩn tươi máu mô đầy đủ có thể dựa vào các thông số sau:

- Nhịp mạch bình thường.
- Lượng nước tiểu giờ thích hợp.
- Da hồng, ấm.
- Kháng lực mạch ngoại biên bình thường.
- Chỉ số lấy oxygen bình thường.
- Không có toan chuyển hóa.

Các thông số nêu trên, kể cả CVP và định lượng khí máu, thường không đủ nhạy để chẩn đoán và lượng giá điều trị. Giá trị bất thường phản ánh hậu quả thứ phát của sốc (giảm oxygen mô), là biểu hiện muộn của sốc. Hơn nữa, các giá trị bình thường lại không phản ánh chính xác rằng sốc đã hồi phục, bởi vì các biện pháp đo lường này không đánh giá được ~~hệ~~^{thiểu} oxygen hay tình trạng tươi máu ở toàn bộ cơ thể. Tuy nhiên, các thông số nêu trên, nếu được phân tích kỹ lưỡng và theo dõi liên tục, cũng rất có ích để hướng dẫn hồi sức chống sốc ban đầu.

III. ĐIỀU TRỊ

A. XỬ TRÍ BAN ĐẦU CHỐNG SỐC

Trong hoàn cảnh cấp cứu, chẩn đoán và điều trị phải được tiến hành nối tiếp nhau một cách nhanh chóng. Đối với đa số bệnh nhân chấn thương, việc điều trị sẽ được thiết lập ngay khi bệnh nhân có tình trạng giảm thể tích.

1. Khám lâm sàng

Khám thực thể nhằm để chẩn đoán ngay các thương tổn đe dọa tức thì tính mạng bệnh nhân. Các dấu hiệu sinh tồn, nước tiểu, các mức độ tri giác phải được ghi nhận. Nếu tình trạng bệnh nhân cho phép, việc khám xét kỹ lưỡng và chi tiết hơn tình trạng bệnh nhân sẽ được tiến hành tiếp theo sau đó.

a. Hô hấp

Ưu tiên hàng đầu là phải đảm bảo sự thông suốt của đường hô hấp và trao đổi khí đầy đủ. Có thể cho thở oxygen hỗ trợ qua mặt nạ (masque) để giữ PaO_2 khoảng 80-100mmHg.

b. Tuân hoàn

Cần phải ưu tiên:

- Khống chế chảy máu.
- Đảm bảo đường truyền tĩnh mạch.
- Đánh giá được tươi máu mô.

Máu chảy từ các vết thương có thể kiểm soát được bằng cách chèn tại chỗ, băng ép có trọng điểm. Các phương tiện khác, như quần hơi chống sốc, có thể được sử dụng để cầm máu trong vỡ khung chậu, gãy chi dưới nhưng phải không được gây trở ngại cho việc bồi hoàn nhanh thể dịch qua tĩnh mạch.

c. Thần kinh

Khám nhanh chóng để xác định trí giác, co dãn đồng tử, vận động nhẫn cầu, chức năng vận động và các mức độ cảm giác. Các kết quả thăm khám này sẽ có ích trong việc đánh giá tươi máu não, theo dõi tiến triển của rối loạn chức năng thần kinh và tiên lượng sự hồi phục.

d. Toàn thân

Thăm khám kỹ lưỡng từ đầu đến chân để phát hiện các thương tổn kết hợp. Việc thực hiện một số các biện pháp chẩn đoán và điều trị khác sẽ được tiến hành trong giai đoạn này. Trong quá trình thăm khám, cần lưu ý tránh gây hạ thân nhiệt bệnh nhân.

e. Giải áp dạ dày

Dẫn dạ dày thường gấp ở bệnh nhân chấn thương và có thể gây ra hạ huyết áp không giải thích được. Tình trạng này làm sốc khó

điều trị, và trên bệnh nhân hôn mê sẽ tạo nên nguy cơ hít dịch dạ dày vào phổi, một biến chứng có thể dẫn đến tử vong. Do đó, ống thông mũi-dạ dày phải được đặt đúng vị trí, nối với hệ thống hút và hoạt động tốt.

f. Thông tiểu

Thông tiểu giúp phát hiện được tiểu máu và theo dõi được một cách liên tục tươi máu thận. Sự hiện diện của máu ở miệng sáo hay tuyến tiền liệt không sờ được là một chống chỉ định của thông tiểu qua niệu đạo.

2. Đường truyền tĩnh mạch

Phải thực hiện các đường truyền tĩnh mạch ngay khi tiếp nhận bệnh nhân, tốt nhất là đặt hai catheter ngắn và có khẩu kính lớn (16 gauge) ở tĩnh mạch ngoại biên trước khi đặt đường truyền trung tâm; điều này đủ để truyền nhanh một lượng lớn dịch. Nếu không thể truyền qua tĩnh mạch ngoại biên được, lúc này mới sử dụng đến đường tĩnh mạch trung tâm với catheter khẩu kính lớn theo phương pháp Seldinger. Yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn phương tiện và con đường truyền dịch đó là kinh nghiệm và kỹ năng của người thầy thuốc.

3. Bồi hoàn thể dịch ban đầu

a. Chọn lựa dịch truyền

Truyền dịch loại gì tùy thuộc vào nhu cầu của từng bệnh nhân cụ thể. Dịch truyền có thể được chia ra làm hai loại chính:

- Dịch dùng để bù đắp khả năng vận chuyển oxygen gồm có:
 - Máu toàn thể: máu tươi hay máu ngân hàng.
 - Các chế phẩm của máu: hồng cầu lỏng, huyết tương tươi đông lạnh, tiểu cầu.

- Dịch để bù đắp thể tích gồm có:
 - Dung dịch điện giải: muối đẳng trương, Ringer's lactat, muối ưu trương.
 - Dung dịch keo: Albumin, Dextran, Hydroxyethyl starch.

Máu toàn thể thường được ưu tiên sử dụng trong hồi sức mỗi khi có chỉ định truyền máu, như khi dung tích hồng cầu dưới 30%. Tuy nhiên cũng cần lưu ý rằng, có khi cũng phải cần truyền máu trước khi dung tích hồng cầu hạ xuống dưới 30%, bởi vì ở bệnh nhân sốc chấn thương, dung tích hồng cầu thường giảm sút rất chậm nếu máu mất nhiều và nhanh.

Dù rằng việc truyền máu là cần thiết đối với đa số trường hợp giảm thể tích do mất máu, nhưng việc cải thiện nhanh chóng tình trạng dịch lưu hành vẫn là mục tiêu chủ yếu ở giai đoạn đầu của công tác hồi sức chống sốc. Các dung dịch điện giải đẳng trương được ưu tiên chọn lựa cho mục đích này. Thật vậy, các dung dịch muối đẳng trương có thể được truyền nhanh với số lượng lớn, không gây phản ứng phụ và không gây nguy hiểm do không gia trọng các rối loạn nước và điện giải có thể có ở bệnh nhân bị sốc. Ngoài ra, sử dụng sớm dung dịch muối đẳng trương còn giúp giảm thiểu việc truyền máu toàn thể đối với giảm thể tích do mất máu.

Ở trường hợp không có máu toàn thể, các dung dịch albumin có thể được dùng để thay thế. Ích lợi mang tính giả thuyết của albumin là sự gia tăng tạm thời của áp lực keo trong lòng mạch, do đó có thể bảo vệ phổi chống lại tình trạng phù phổi kẽ. Tuy nhiên, các công trình nghiên cứu cho thấy, sự trao đổi dịch trong phổi không hoạt động

theo định luật kinh điển Starling. Albumin sẽ thoát nhanh qua màng mao mạch phổi và hệ thống bạch huyết phổi sẽ nhanh chóng tháo lưu dịch khoảng kẽ. Không có sự gia tăng ứ đọng nước nhu mô phổi gây ra bởi sốc mất máu, bởi truyền dịch điện giải hay do giảm áp lực keo. Do giá thành cao và một số bất lợi khi hồi sức giảm thể tích với albumin như cao huyết áp sau hồi sức, giảm globulin miễn dịch lưu hành, ức chế sự tổng hợp albumin, nguy cơ nhiễm siêu vi,... cho nên việc sử dụng các dung dịch keo trong hồi sức ban đầu chưa được xem là phương tiện sử dụng thường quy.

Ringer's lactat là dung dịch được ưu tiên chọn lựa hàng đầu trong hồi sức chống sốc mất máu. Ngoài các ích lợi chung của một dung dịch điện giải đẳng trương như cải thiện tốt chức năng vi tuần hoàn do bù đắp tốt dịch ngoại bào và làm giảm độ nhờn của máu, sử dụng Ringer's lactat trong hồi sức sốc mất máu còn giúp bình thường hóa nhanh chóng tình trạng toan chuyển hóa và pH máu so với việc truyền máu đơn thuần.

b. Thể tích và tốc độ dịch chuyển

Ở người lớn, từ 1 đến 3 lít Ringer's lactat được truyền càng nhanh càng tốt, trong vòng 10 đến 15 phút, trong tổng số lượng dịch cần cho hồi sức ban đầu.

Khôi phục lượng dịch và máu cần cho hồi sức rất khó dự đoán qua lần đánh giá đầu tiên. Bảng 1, lượng giá dịch và máu mất, cung cấp một số chỉ dẫn tổng quát để ước tính số lượng dịch và máu bệnh nhân có thể phải cần đến. Mỗi 1ml máu mất sẽ được bù đắp bằng 3ml dung dịch điện giải, và như thế sẽ giúp tái lập thể tích huyết thanh đã bị mất vào trong khoảng kẽ và nội bào. Tuy nhiên quan trọng hơn vẫn

Bảng 1. Lượng giá dịch và máu mất dựa trên biểu hiện ban đầu của bệnh nhân

	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Máu mất (ml)	< 750	750-1500	1500-2000	> 2000
V máu mất (%)	< 15%	15-30%	30-40%	> 40%
Mạch/phút	< 100	> 100	> 120	> 140
Huyết áp	BT	BT	↓	↓
Chênh lệch HA	BT ± ↑	↓	↓	↓
Nhịp thở/phút	14-20	20-30	30-40	> 35
Nước tiểu (ml/giờ)	> 30	20-30	5-15	Không có
Tri giác	Bình thường, kích thích	Hơi lo âu	Lo âu, lú lẫn	Lú lẫn, nầm liệt

là đánh giá đáp ứng của bệnh nhân đối với lượng dịch hồi sức ban đầu và sự cải thiện của tưới máu mô. Áp dụng một cách mù quáng nguyên tắc này (3:1) có thể dẫn đến việc bù quá tải hay không đủ dịch truyền. Ví dụ, tình trạng sốc nặng trên bệnh nhân bị vùi lấp chỉ có thể không tỉ lệ với số lượng máu mất và cần nhiều dịch truyền hơn tỉ lệ 3:1. Ngược lại, bệnh nhân có máu đang tiếp tục chảy có thể cần một lượng ít hơn 3:1. Do đó, trong quá trình hồi sức, nếu tổng số dịch truyền thay đổi quá lớn so với ước tính ban đầu thì cần phải đánh giá lại bệnh nhân và đi tìm một thương tổn khác hay một nguyên nhân khác của sốc.

Bồi hoàn thể dịch cần được tiếp tục sau lần truyền dịch ban đầu. Sau sốc mất máu, thể tích dịch ngoại bào tiếp tục giảm sút trong khoảng 1 ngày. Việc hạ thấp tỉ lệ tử vong có thể đạt được bằng cách truyền thêm dung dịch keo không phải máu trong giai đoạn này. Sau giai đoạn hồi sức, dịch ứ đọng (bị giam giữ) sẽ được huy động và tiểu ra ngoài, bắt đầu giai đoạn bài niệu,

để tái lập lại quan bình thể dịch như khi chưa bị chấn thương.

4. Lượng giá hồi sức và tưới máu cơ quan

Các dấu hiệu của sự tưới máu não không đầy đủ dùng để chẩn đoán sốc cũng là những thông số rất có ích để đánh giá đáp ứng của bệnh nhân. Sự trở về bình thường của mạch, huyết áp và chênh lệch huyết áp là những dấu hiệu tốt, chứng tỏ tuần hoàn đã bình thường hóa. Tuy nhiên, các dấu hiệu này không cung cấp thông tin nào để đánh giá tưới máu cơ quan. Các cải thiện về tri giác và tuần hoàn da là các biểu hiện quan trọng của tưới máu đầy đủ, nhưng lại khó lượng giá. Lượng nước tiểu có thể đo lường được và thận đáp ứng rất nhạy đối với sự phục hồi tưới máu. Do đó lượng nước tiểu giờ là một thông số hàng đầu của công tác hồi sức và của đáp ứng bệnh nhân. Các thay đổi của áp lực tĩnh mạch trung tâm có thể cung cấp các thông tin hữu ích, còn đo áp lực động mạch phổi bít thì khó thực hiện và hiếm khi cần thiết

được chỉ định tại phòng cấp cứu đối với bệnh nhân đa chấn thương.

a. *Lượng nước tiểu giờ*

Nhìn chung, lượng nước tiểu giờ có thể được dùng như là một thông số đánh giá dòng máu tới thận. Bồi hoàn dịch đầy đủ có thể cho một lượng nước tiểu giờ khoảng 50ml/giờ ở người lớn. Không đạt được số lượng này có nghĩa là hồi sức chưa thích hợp, đòi hỏi truyền thêm dịch và các nỗ lực chẩn đoán.

b. *Thăng bằng kiềm toan*

Trong giai đoạn đầu của sốc giảm thể tích, kiềm hô hấp xảy ra do thở nhanh, toan chuyển hóa nhẹ không cần điều trị. Toan chuyển hóa nặng có thể xảy ra khi sốc kéo dài, nặng. Toan chuyển hóa là do chuyển hóa yếm khí gây ra bởi tưới máu mô không đầy đủ và nếu vẫn tồn tại là do hồi sức dịch truyền không thích hợp. Toan chuyển hóa trên bệnh nhân có thân nhiệt bình thường cần phải được điều trị bằng cách gia tăng

khối lượng dịch truyền, không cần thiết cho sodium bicarbonat trừ khi pH < 7,2.

5. **Đáp ứng với hồi sức ban đầu**

Đáp ứng của bệnh nhân đối với bồi hoàn thể dịch là chìa khóa để xác định biện pháp trị liệu kế tiếp (Bảng 2). Sau khi đã thiết lập một chẩn đoán sơ bộ và kế hoạch trị liệu dựa trên đánh giá ban đầu bệnh nhân, người thầy thuốc nay có thể thay đổi cách xử trí dựa trên đáp ứng của bệnh nhân đối với hồi sức ban đầu. Quan sát các đáp ứng này giúp phân biệt được các bệnh nhân mà lượng máu mất lớn hơn ước tính với các bệnh nhân mà máu đang tiếp tục chảy.Thêm vào đó, nó hạn chế được các trường hợp truyền quá nhiều máu hay không cần thiết truyền máu ở những bệnh nhân mà tình trạng ban đầu không phù hợp với số lượng máu mất. Có thể có 3 kiểu đáp ứng chính:

a. *Đáp ứng nhanh*

Một số nhỏ bệnh nhân đáp ứng một cách nhanh chóng đối với lượng dịch truyền ban

Bảng 2. Đáp ứng với hồi sức thể dịch ban đầu
(2000ml Ringer's lactat truyền 10-15 phút, ở người lớn)

	Đáp ứng nhanh	Đáp ứng tạm	Không đáp ứng
Dấu sinh tồn	Trở về bình thường	Cải thiện tạm thời tái phát mạch nhanh, HA hạ thấp	Vẫn bất thường
Máu mất	Ít (10-20%)	Trung bình (20-40%)	Nặng (> 40%)
Truyền thêm dung dịch điện giải	Ít	Nhiều	Nhiều
Khả năng cần truyền máu	Thấp	Trung bình	Tức thì
Cần phẫu thuật	Có thể	Nhiều	Rất nhiều

đầu và huyết động tiếp tục ổn định sau khi đã truyền hết số lượng trên, dịch truyền lúc này chỉ ở tốc độ chậm. Những bệnh nhân này thường mất ít máu (< 20% thể tích), không cần truyền nhanh thêm dịch hay truyền máu. Khám xét và tính toán khả năng phẫu thuật rất cần thiết trong quá trình đánh giá và trị liệu ban đầu.

b. *Đáp ứng tạm thời*

Đa số bệnh nhân có đáp ứng với khối lượng và tốc độ dịch truyền ban đầu. Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân, khi tốc độ dịch truyền chậm lại, các thông số tươi máu và huyết động trở nên xấu đi chứng tỏ hoặc máu đang tiếp tục chảy hoặc hồi sức không đầy đủ. Đa số các bệnh nhân này đã mất lúc ban đầu một khối lượng máu đáng kể, khoảng 20-40% thể tích máu. Cần thiết phải tiếp tục truyền dịch nhanh và có chỉ định truyền máu. Đáp ứng với truyền máu giúp nhận định được những bệnh nhân đang tiếp tục chảy máu và can thiệp bằng phẫu thuật nhanh.

c. *Đáp ứng ít hay không đáp ứng*

Ở đa số bệnh nhân nhóm này, sự không đáp ứng đối với lượng dịch và máu truyền đầy đủ đòi hỏi phải được can thiệp ngoại khoa ngay để khống chế máu chảy. Trong một số rất hiếm trường hợp, không đáp ứng có thể do suy tim, hậu quả của chấn thương tim, chèn ép tim. Các nguyên nhân của sốc không mất máu cần được xem xét đến ở nhóm bệnh nhân này. Đặt và theo dõi CVP có thể giúp cho chẩn đoán phân biệt.

6. **Truyền máu**

Quyết định truyền máu dựa vào đáp ứng của bệnh nhân.

a. *Máu truyền*

Cả máu toàn thể lẫn hồng cầu lắc đều có thể dùng để hồi sức bệnh nhân chấn thương. Tuy nhiên nhằm tăng cường tính hữu ích của các sản phẩm từ máu, đa số các trung tâm truyền máu cung cấp máu dưới dạng các thành phần (hồng cầu lắc, tiểu cầu, huyết tương tươi đông lạnh,...). Mục đích của truyền máu là cải thiện khả năng vận chuyển oxygen của thể tích dịch trong lòng mạch. Hồi sức thể dịch có thể đạt được chỉ bằng cách truyền dung dịch điện giải, rất hữu ích để góp phần tái lập thể tích nội bào và khoảng kẽ.

b. *Nhóm máu*

Tốt nhất là truyền máu đã được phân loại bằng phản ứng chéo. Tuy nhiên ở trường hợp máu chảy ồ ạt, không đủ thời gian chuẩn bị, có thể truyền máu nhóm O (Rh-).

c. *Ủ ấm dịch truyền*

Hạ thân nhiệt khi hồi sức cấp cứu bệnh nhân chấn thương có thể xảy ra và cần phải tránh. Phương cách hiệu quả và dễ dàng nhất để tránh hạ thân nhiệt ở bệnh nhân nhận một khối lượng lớn dịch truyền là ủ ấm trước khi truyền ở nhiệt độ 39°C. Tránh sử dụng lò hấp viba (microwave) đối với máu, huyết tương và dung dịch đường.

d. *Hồi truyền*

Cần phải quan tâm đến việc lấy máu sau dẫn lưu máu màng phổi để truyền trả lại cho bệnh nhân. Máu trong ổ bụng do vỡ tạng đặc có thể được truyền trả lại cho bệnh nhân với điều kiện không có thương tổn nặng rỗng đi kèm. Sự dây nhiễm khuẩn có thể làm hạn chế sự hữu ích của hồi truyền trong một số phẫu thuật.

7. Đánh giá lại đáp ứng bệnh nhân

Suy chức năng cơ quan do bồi hoàn thể dịch không đầy đủ là biến chứng thường gặp của sốc mất máu. Điều trị tích cực, tức thì và thích hợp để cải thiện tưới máu cơ quan giúp giảm thiểu các rủi ro này. Một số vấn đề cần được đặc biệt lưu ý:

a. Chảy máu tiếp tục

Chảy máu tiếp tục là nguyên nhân thường gặp nhất ở bệnh nhân đáp ứng xấu với bồi hoàn thể dịch. Những bệnh nhân này thường nằm ở nhóm đáp ứng tạm thời. Trong tình huống này, cần tính toán đến khả năng can thiệp ngoại khoa tức thì cho bệnh nhân song song với công tác hồi sức.

b. Quá tải dịch truyền và theo dõi CVP

Sau khi việc đánh giá và xử trí ban đầu bệnh nhân đã được hoàn chỉnh, nguy cơ quá tải truyền dịch sẽ được giảm thiểu bằng cách theo dõi bệnh nhân một cách cẩn thận. Cần nhớ rằng mục tiêu điều trị là cải thiện tưới máu cơ quan và cung cấp oxygen đầy đủ cho các mô, được hướng dẫn bởi lượng nước tiểu giờ, tri giác, màu sắc da và mạch, huyết áp trở về bình thường.

Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) là một biện pháp tương đối đơn giản và được sử dụng như là một hướng dẫn tiêu chuẩn để đánh giá chức năng của tim phải. Phân tích chính xác các giá trị của CVP đối với truyền dịch giúp lượng giá sự bồi hoàn thể dịch. Vài điểm cần lưu ý:

- Đánh giá chính xác chức năng cơ tim phải dựa trên mối quan hệ giữa thể tích thất cuối kỳ tâm trương và thể tích phuy. Do đó, đem so sánh áp lực nhĩ phải (CVP) với cung lượng tim (HA,...) là một cách đánh giá gián tiếp và không nhạy

đối với mối quan hệ này. Khái niệm này rất quan trọng để tránh sự lệ thuộc quá mức vào CVP.

- Giá trị ban đầu của CVP và thể tích máu thực tế không nhất thiết có quan hệ với nhau. CVP ban đầu đôi khi vẫn cao dù đã có suy giảm đáng kể thể tích máu, đặc biệt ở trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, co mạch ngoại biên toàn diện và truyền dịch quá nhanh, hay có dùng thuốc co mạch.
- CVP ban đầu thấp nay hơi tăng lên sau khi truyền dịch gợi ý sự cần thiết bổ sung thêm dịch truyền (nhóm đáp ứng ít).
- CVP hạ thấp dần gợi ý đến máu đang tiếp tục chảy và cần thiết phải truyền thêm dịch và máu.
- CVP tăng cao đột ngột hay tiếp tục ở mức cao gợi ý bồi hoàn thể dịch đã đầy đủ, quá nhanh hoặc chức năng tim bị ảnh hưởng.
- CVP gia tăng quá mức có thể gây ra bởi quá tải dịch truyền, rối loạn chức năng tim, chèn ép tim hay tràn khí màng phổi. Ống thông nằm sai vị trí có thể làm đọc sai kết quả CVP.

c. Tiến triển

Đôi khi, sốc mất máu trở nên không đáp ứng với điều trị và không hồi phục. Suy sụp tuần hoàn toàn bộ không đáp ứng với dịch truyền và thuốc sẽ dẫn tới sự hủy hoại chức năng tim và thần kinh trung ương. Tính không hồi phục rất khó xác định nhưng có quan hệ với thời gian và số lượng máu mất, tuổi tác và trạng thái tim mạch trước đó của bệnh nhân và các đa chấn thương nặng kết hợp trên một bệnh nhân. Trước khi kết luận rằng sốc khó hồi phục, các

Bảng 3. Các thuốc tăng co bóp tim

Thuốc	Liều dùng (mg/kg/phút)	Tác dụng
Dobutamin	5 - 25	Tăng co bóp cơ tim Giảm kháng lực ngoại biên Giảm áp lực phổi bít
Dopamin	5	Dãn mạch thận Tăng sức co bóp cơ tim
	5 - 10	Giảm kháng lực ngoại biên
	> 10	Dãn mạch ngoại biên
Isoproterenol	0,007 - 0,07	Tăng nhịp tim Dãn mạch ngoại biên

nguyên nhân làm cho điều trị thất bại phải được tính toán đến. Đó là máu vẫn tiếp tục chảy trong ổ bụng, trong phổi chưa được chẩn đoán, bồi hoàn thể dịch không đầy đủ, đa chấn thương có kèm chấn thương ngực (chèn ép tim,...) và suy tim cấp do chấn thương trực tiếp hay do thiếu năng vành thứ phát kéo dài.

B. CÁC BIỆN PHÁP TRỊ LIỆU KHÁC

1. Thuốc co mạch

Các thuốc này làm tăng tạm thời huyết áp bệnh nhân sốc giảm thể tích do co mạch, tăng kháng lực ngoại biên. Mục tiêu của trị liệu sốc giảm thể tích là tăng cường sự tưới máu mô. Do đó, các thuốc co mạch sẽ làm cho nặng nề hơn các thương tổn cơ quan gây ra bởi sốc và nhất là nếu sử dụng sớm khi bệnh nhân vẫn còn trong trạng thái giảm thể tích.

Một vài thuốc vận mạch và tăng cường sức co bóp cơ tim có thể được sử dụng ở vài tình huống lâm sàng phức tạp như có

thêm yếu tố sốc tim; tuy nhiên việc sử dụng phải hết sức dè dặt, chỉ định phải thận trọng nhất là phải đảm bảo đã bồi hoàn đầy đủ dịch truyền (Bảng 3).

2. Tư thế bệnh nhân

Đa số bệnh nhân đa thương thường có kèm chấn thương bụng hay ngực, do đó tư thế Trendelenburg, nằm đầu thấp, có thể gây trở ngại cho việc trao đổi hô hấp hơn là tư thế nằm ngửa thông thường. Ích lợi của nằm đầu thấp có lẽ do sự gia tăng tạm thời dòng máu lưu hành, được huy động từ dòng máu bị giam giữ tại hệ thống tĩnh mạch ngoại biên. Ích lợi này cũng có thể đạt được bằng cách cho bệnh nhân nằm ngửa bình thường với chi dưới nâng cao. Có lẽ đây là tư thế thích hợp trong điều trị sốc giảm thể tích.

3. Giảm đau và bất động

Đau đớn, nhất là trong gãy xương lớn, có thể là một yếu tố khởi phát sốc hay có thể làm nặng nề thêm sốc giảm thể tích. Bệnh

nhân có thể được chích tĩnh mạch liều nhỏ của narcotic nhưng tốt nhất vẫn là phong bế ổ gây xương với thuốc tê, giữ bất động chi gây bằng nẹp, hoặc bó bột tạm hoặc dùng quần chống sốc bơm hơi trong khi vận chuyển bệnh nhân.

4. Steroid

Trong sốc chấn thương ở người trước đó khỏe mạnh, sự sản xuất các steroid vỏ thượng thận được kích thích tối đa, do đó gần như không có chỉ định sử dụng các corticoid thượng thận. Việc sử dụng steroid trong sốc khó hồi phục, nhất là khi nghi ngờ có sốc nhiễm trùng, vẫn còn đang bàn cãi.

5. Hỗ trợ hô hấp

Độ bão hòa oxygen trong đa số trường hợp sốc giảm thể tích không biến chứng nói chung là bình thường và mức độ gia tăng thêm chút ít oxygen trong máu thường không đáng kể, nhất là trong hoàn cảnh cung lượng tim giảm. Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân có độ bão hòa oxygen không bình thường, việc sử dụng sờm oxygen ở nồng độ cao có lẽ có ý nghĩa đặc biệt quan trọng bởi vì cung lượng tim giảm sút trong sốc mất máu có thể làm nặng nề hơn tình trạng thiếu oxygen có sẵn. Điều này có thể xảy ra trên bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ở trường hợp chấn thương có tràn khí màng phổi, giật phổi hay bế tắc đường hô hấp. Nói chung, oxygen không cho thường quy ở bệnh nhân sốc mất máu, nhưng khi nghi ngờ có các tình huống nói trên thì việc cho bệnh nhân thở sờm thêm oxygen cũng có thể được áp dụng.

IV. KẾT LUẬN

Điều trị sốc, dựa trên các nguyên tắc sinh lý bệnh, thường thành công. Giảm thể tích là nguyên nhân của sốc trên hầu hết bệnh nhân chấn thương. Xử trí đòi hỏi cầm máu ngay và bồi hoàn dịch tức thì. Đáp ứng của bệnh nhân đối với trị liệu ban đầu giúp xác định bước chẩn đoán và xử trí tiếp theo. Mục tiêu của hồi sức là tái lập tưới máu cơ quan, do đó thuốc co mạch rất hiếm khi được sử dụng trong sốc giảm thể tích. Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm là một công cụ có giá trị để xác định tình trạng thể dịch và theo dõi tốc độ dịch truyền.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Alexander HR: Shock. In Advanced trauma life support. 6th Ed. American college of surgeons Edition 1997: 87-124.
2. Anderson WR: Shock. In Sabiston. Textbook of Surgery. 15th Ed. WB Saunders Company 1997: 68-91.
3. Machiedo W. Robert: In Shock. Basis Surgery. 4th Ed. Quality Medical Publishing, Inc 1993: 757-72.
4. Shires III GT. Shock. In Schwartz. Principles of Surgery. 6th Ed. McGraw Hill Book Company 1994: 119-44.
5. Judy ST: Shock. In Emergency nursing. 2nd Ed. WB Saunders Company 1995: 37-52.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

(Chọn câu đúng nhất)

1. Chẩn đoán sớm sốc chấn thương chủ yếu dựa vào:
 - A. Định lượng catecholamin trong máu.
 - B. Đo dung tích hồng cầu
 - C. Đo áp lực Oxygen trong máu động mạch.
 - D. Biểu hiện lâm sàng của giảm tươi máu mô.
 - E. Định lượng acid lactic trong máu.
 2. Tiêu điểm trung tâm của sinh lý bệnh học trong sốc chấn thương là:
 - A. Giảm cung lượng tim.
 - B. Rối loạn chức năng cơ tim.
 - C. Giảm lượng máu tĩnh mạch về.
 - D. Tình trạng thiếu Oxygen tại chỗ và tế bào.
 - E. Gia tăng hoạt tính giao cảm-thương thận.
 3. Dấu hiệu sớm của sốc chấn thương:
 - A. Huyết áp tối đa thấp hơn 80mmHg.
 - B. Nhịp tim nhanh, tứ chi lạnh.
 - C. Lượng nước tiểu giờ dưới 30ml.
 - D. Dung tích hồng cầu nhỏ hơn 20%.
 - E. Acid lactic trong máu trên 10mg%.
 4. Bệnh nhân bị mất từ 15% đến 30% thể tích máu là mất máu độ mấy:
 - A. Độ I.
 - B. Độ II.
 - C. Độ III.
 - D. Độ IV.
 - E. Độ V.
 5. Tiêu chuẩn nào sau đây không phải là thông số lâm sàng để đánh giá tình trạng tươi máu mô:
 - A. Tri giác bình thường.
 - B. Nhịp mạch bình thường.
 - C. Lượng nước tiểu giờ thích hợp.
 - D. Nhịp thở bình thường.
 - E. Da hồng, ấm.
6. Trong xử trí ban đầu sốc mất máu, các cơ quan sẽ được ưu tiên thăm khám và xử trí theo thứ tự sau đây, ngoại trừ:
 - A. Hô hấp.
 - B. Tuần hoàn.
 - C. Thần kinh.
 - D. Xương khớp.
 - E. Tiêu hóa.
 7. Dung dịch được xử trí ban đầu trong hồi sức sốc chấn thương là:
 - A. Máu.
 - B. Dung dịch keo.
 - C. Dung dịch đường.
 - D. Dung dịch điện giải.
 - E. Huyết tương.
 8. Trong trường hợp cần phải truyền máu khẩn cấp mà không có đủ thời gian để chuẩn bị. Nhóm máu nào có thể được dùng để truyền ngay:
 - A. Nhóm O.
 - B. Nhóm A.
 - C. Nhóm B.
 - D. Nhóm AB.
 - E. Có thể dùng bất kỳ nhóm máu nào.

ĐÁP ÁN

- | | |
|------|------|
| 1. D | 5. D |
| 2. D | 6. D |
| 3. B | 7. D |
| 4. B | 8. A |

ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG BỤNG

MỤC TIÊU

1. Chẩn đoán được một bệnh nhân có thương tổn nặng trong ổ bụng.
2. Nêu được hướng xử trí thích hợp trước một trường hợp chấn thương kín hay vết thương vùng bụng.
3. Trình bày được các nguyên tắc xử trí phẫu thuật đối với các tang bị tổn thương.

Các tang trong ổ bụng có thể bị tổn thương bởi chấn thương kín hay do vết thương thấu bụng. Chảy máu, viêm phúc mạc và suy đa cơ quan là những nguyên nhân thường gặp của tử vong ở những trường hợp nặng. Xử trí sớm và hợp lý các tang bị tổn thương là biện pháp duy nhất để hạ thấp tỉ lệ tử vong. Do đó, mở bụng thường được chỉ định ngay lập tức một khi đã chẩn đoán được hay mỗi khi còn có mối nghi ngờ về một thương tổn nặng nề trong ổ bụng.

Vết thương thấu bụng thường gây ra thủng tang rỗng. Chậm trễ trong việc xử trí sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ổ bụng. Do đó, đa số thầy thuốc chủ trương mở bụng thăm dò sớm mỗi khi nghi ngờ vết thương có thấu bụng, còn hơn là chờ đợi cho đến khi viêm phúc mạc đã hình thành rõ. Tuy nhiên, ở một số các cơ sở có khả năng theo dõi sát bệnh nhân, việc chờ đợi, trì hoãn mở bụng thăm dò ở những trường hợp ổn định và không có dấu hiệu viêm phúc mạc cũng đem lại những kết quả rất

khả quan, nhất là đối với vết thương thấu bụng do bạch khí.

Ngược lại, chỉ định mở bụng sau một chấn thương kín thường được đặt ra một cách thận trọng hơn sau khi các thương tổn phổi hợp đã được đánh giá một cách đầy đủ, ngoại trừ trường hợp có chảy máu ồ ạt trong ổ bụng. Do đó, mỗi một bệnh nhân bị chấn thương bụng cần được lượng giá một cách tích cực và kỹ lưỡng qua nhiều lần thăm khám để có chẩn đoán đúng và đề ra được hướng xử trí thích hợp.

I. CHẨN ĐOÁN

A. CHẤN THƯƠNG KÍN VÙNG BỤNG

Nguyên nhân thường gặp của chấn thương bụng kín (CTBK) là tai nạn giao thông. Nạn nhân thường vào viện với nhiều thương tổn kết hợp: sọ não, lồng ngực, tứ chi,... Các thương tổn này đôi khi rất nặng nề, thu hút trước tiên sự chú ý của người thầy thuốc và như thế dễ dẫn đến bỏ sót một thương tổn trong ổ bụng.

Bệnh nhân thường có biểu hiện lâm sàng của xuất huyết nội bởi vì các tạng đặc thường bị tổn thương sau CTBK. Xác định được tạng và mức độ trầm trọng của thương tổn là hai bước cần thiết trong quá trình chẩn đoán CTBK.

Tuy nhiên, trước một trường hợp đa thương, các bước chẩn đoán này cần được tiến hành cùng lúc với việc hồi sức cấp cứu các chức năng sinh tồn ngay khi tiếp nhận nạn nhân; điều này đòi hỏi một sự hợp tác rất chặt chẽ giữa các thầy thuốc cấp cứu, nhà phẫu thuật và kỹ thuật viên X quang.

1. Chẩn đoán mức độ trầm trọng của chấn thương

a. Xác định hoàn cảnh xảy ra chấn thương bằng cách hỏi tỉ mỉ nạn nhân hoặc người đưa bệnh, nếu bệnh nhân hôn mê, các điểm sau:

- Cơ chế chấn thương, chiều hướng của lực tác động.
- Tư thế nạn nhân lúc bị tai nạn: **bị kẹt trong xe**, bị cán ngang hay bị hất tung ra xa (tốc độ của tác nhân **gây chấn thương...**).
- Thời gian trôi qua kể từ lúc bị chấn thương đến khi vào viện.

b. Đánh giá các chức năng sinh tồn của bệnh nhân: hô hấp, mạch và huyết áp, tri giác (theo thang điểm Glasgow) để phát hiện xem có thương tổn nào đe dọa trực tiếp sinh mạng của nạn nhân.

c. Khám bụng để phát hiện

- Các cơn đau bụng tự nhiên, vị trí và hướng lan (đặc biệt lan lên vai).
- Các mảng bầm máu, tụ máu ở thành bụng minh chứng nơi lực tác động trực tiếp vào.

- Đau khi thăm khám, có kèm theo hay không đề kháng hay co cứng thành bụng; khu trú hay lan tỏa.

- Đau khi thăm khám trực tràng-âm đạo.

d. Quan sát kỹ vùng bìu và tầng sinh môn để xem có tụ máu hay có máu ở lỗ miệng sáo.

e. Chụp X quang không chuẩn bị

- Bụng thẳng tư thế đứng hoặc nằm nghiêng trái nếu bệnh nhân không đứng được.

- Phổi thẳng tư thế đứng hoặc nửa-ngồi.

- Khung chậu thẳng.

- Cột sống, tứ chi nếu nghi ngờ có chấn thương.

Kết quả thu lượm được trên phim chụp X quang đôi khí giúp ích cho chẩn đoán:

- Gãy các xương sườn thấp có thể liên quan đến thương tổn gan, lách.
- Ống mũi-dạ dày nằm cao trong ngực **gợi ý đến vỡ cơ hoành trái**.
- Mất viền sáng bên hông, mờ vùng tiểu khung, khoảng cách giữa các quai ruột già tăng, ổ bụng mờ, mất góc nhọn bờ dưới gan,... **gợi ý đến máu trong ổ bụng**.
- Hơi tự do trong ổ bụng, tuy ít gấp, giúp chẩn đoán vỡ tạng rõ ràng, ...

f. Khảo sát xét nghiệm huyết học và sinh hóa

Các xét nghiệm này tuy ít có giá trị lúc ban đầu, nhưng các thay đổi trong các lần khảo sát kế tiếp có thể giúp ích cho chẩn đoán:

- Dung tích hồng cầu hạ thấp dần **gợi ý đến máu vẫn đang tiếp tục chảy**.

- Amylaz tăng cao dần **gợi ý đến chấn thương tụy hay vỡ tá-hông tràng,...**

- Đếm bạch cầu, nhóm máu, chức năng đông máu ở trường hợp đa thương nặng, ...

2. Chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng

a. Siêu âm bụng

Ở trường hợp lượng máu mất quá ít, thăm khám bụng thường không phát hiện được gì nhiều thì siêu âm lại tỏ ra có ích và được xem như biện pháp đầu tay để chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng.

Siêu âm có thể phát hiện các tụ dịch dù rất ít, khoảng 250ml, ở vùng dưới gan (túi Morison) hay ở rãnh đại tràng-thành bụng và ở túi cùng Douglas. Nếu được thực hiện tốt, có thể thay thế được biện pháp chọc dò hay chọc rửa ổ bụng.

Ưu điểm là có thể thực hiện tại phòng cấp cứu, lặp đi lặp lại được nhiều lần và là biện pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm phạm.

Tuy nhiên, siêu âm cũng có nhược điểm đó là phụ thuộc vào trình độ của người thực hiện, gặp khó khăn khi có liệt ruột và ít có giá trị trong phân độ thương tổn nặng đặc.

b. Chụp cắt lớp điện toán ổ bụng (CT-scan)

CT-scan là biện pháp chẩn đoán đặc biệt quan trọng trong phát hiện, đánh giá mức độ tổn thương của tang đặc (gan, lách, thận) do có độ đặc hiệu rất cao. CT-scan được chỉ định chủ yếu ở bệnh nhân có huyết động ổn định và là đối tượng của điều trị bảo tồn không mổ. CT-scan cũng được chỉ định ở bệnh nhân có huyết động ổn định nhưng có nghi ngờ khi thăm khám bụng hay khi kết quả thăm khám không phù hợp (có kèm theo chấn thương sọ não, chấn thương cột sống) hoặc không thể theo dõi tiếp tục được bằng khám bụng vì bệnh nhân đã được

gây mê trước đó để xử trí một chấn thương khác.

Nhược điểm lớn nhất của chụp CT-scan là khó thực hiện ở bệnh nhân có huyết động không ổn hay đang ở trong tình trạng sốc nặng và ít có cơ sở trang bị máy CT-scan hoạt động liên tục trong cấp cứu.

c. Trong trường hợp không trang bị được máy siêu âm trong cấp cứu hay khi tình trạng lâm sàng của bệnh nhân không phù hợp với kết quả siêu âm, *chọc dò hay chọc rửa ổ bụng* có thể được chỉ định. Nếu thực hiện tốt, phương pháp này sẽ giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán.

3. Chẩn đoán thương tổn

Các tình huống trong chẩn đoán rất khác nhau giữa tang đặc và tang rỗng. Nếu các phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp ích rất nhiều khi có vỡ tang đặc thì ngược lại rất khó chẩn đoán một thủng tang rỗng kể cả khi chụp CT-scan.

a. Tang đặc

Trước thập niên 80, chỉ định mổ hầu như được đặt ra mỗi khi có chảy máu trong ổ bụng. Ngày nay, sự phát triển các kỹ thuật điều trị bảo tồn không mổ đã làm thay đổi hẳn việc chẩn đoán và xử trí các thương tổn tang đặc.

Chảy máu trong ổ bụng sau chấn thương, được xác định bởi siêu âm, không còn là chỉ định mổ tuyệt đối nữa nếu bệnh nhân có tình trạng huyết động ổn định. Trong tình huống lâm sàng này, chụp CT-scan có cản quang, với các lát cắt cách khoảng 10mm và chụp từ vòm hoành đến sàn chậu, sẽ được chỉ định nhằm chẩn đoán chính xác tang và đánh giá được mức độ thương tổn

để có biện pháp điều trị thích hợp. Tuy nhiên, phim CT-scan có thể không cho thấy được vỡ cơ hoành hay vỡ tụy.

b. *Tạng rỗng*

Các biện pháp chẩn đoán hình ảnh ít có giá trị trong chẩn đoán vỡ tạng rỗng sau CTBK vì:

- < 20% trường hợp là có hơi tự do trong ổ bụng phát hiện được trên phim X quang bụng và CT-scan.
- Dịch ổ bụng thường rất ít nên siêu âm hầu như không phát hiện được.
- Dịch ổ bụng và hơi tự do thường bị nhầm lẫn là quai ruột liệt trên phim CT-scan.

Chẩn đoán được vỡ tạng rỗng sau CTBK thường phải dựa vào nhiều dữ kiện:

- Cơ chế chấn thương (bị đập trực tiếp bởi một lực mạnh).
- Có vết tụ máu, *trầy xát trên thành bụng*.
- *Dau bụng* kéo dài, vị trí đau cố định.
- Đề kháng thành bụng ngày càng rõ dần.
- Có gãy kèm cột sống thắt lưng hay vỡ khung chậu.
- Dịch ổ bụng lượng ít trên phim chụp CT-scan nhưng không có kèm theo vỡ gan, lách hay mạc treo.

Trong trường hợp nghi ngờ, có thể thực hiện:

- Hoặc chọc rửa ổ bụng, dương tính nếu rút ra được dịch ruột và đếm bạch cầu trên $1.000/\text{mm}^3$
- Hoặc soi ổ bụng chẩn đoán.
- Hoặc mở bụng thăm dò.

B. VẾT THƯƠNG BỤNG

1. Chẩn đoán vị trí

Vết thương bụng (VTB) do bạch khí hay hỏa khí tuy thường gặp ở thành bụng trước

nhưng cũng có thể xảy ra ở vùng hông-lưng hay phía sau lưng. Các tạng trong ổ bụng cũng có thể bị tổn thương đối với các vết thương ở vùng thấp của ngực hay ở vùng tầng sinh môn:

- Vết thương thành ngực trước nằm phía dưới đường liên núm vú (khoảng liên sườn thứ 4).
- Vết thương lưng khu trú giữa mỏm xương bả vai và mào chậu phía sau.
- Vết thương vùng mông và tầng sinh môn (té ngồi trên cọc nhọn, chân đạp mìn,...)

Tạng bị thủng thường gấp nhất là ruột non, kế đến là gan-lách và sau cũng là đại tràng, cơ hoành và dạ dày,...

2. Chẩn đoán tính chất thấu bụng

Ngoại trừ vài trường hợp chẩn đoán rất rõ, như có lòi ruột hay mạc nối, chảy dịch tiêu hóa qua lỗ vết thương; tính chất thấu bụng của một vết thương luôn luôn phải được xác định, nhất là đối với VTB do bạch khí (khoảng 1/3 trường hợp không xuyên thủng lá phúc mạc thành).

Trong thực hành lâm sàng, chẩn đoán được vết thương thấu bụng (VTTB) phải dựa vào nhiều yếu tố:

a. Khám lâm sàng

- Định vị lỗ vào và lỗ ra đối với vết thương hỏa khí sẽ xác định được đạn đao.
- Khám bụng nhầm phát hiện:
 - Cơn đau bụng tự phát, đau trong sâu, điểm đau cố định hay lan tỏa và đau liên tục.
 - Đề kháng hay co cứng thành bụng tại chỗ hay lan tỏa khắp bụng.
 - Ra máu hậu môn, đau ở cùng đồ Douglas hay sờ thấy vết thương trực tràng qua thăm khám trực tràng.

- Chảy máu qua ống thông mũi-dạ dày.
 - Chảy máu miệng sáo hay có máu trong nước tiểu.
- b. *Chẩn đoán hình ảnh thường ít đem lại kết quả*
- X quang bụng và ngực không chuẩn bị có thể phát hiện được hơi tự do trong ổ bụng, tràn máu hay tràn khí màng phổi. Tuy nhiên, nhiều trường hợp vết thương gây thủng tạng rõ ràng nhưng chụp bụng không phát hiện được gì. Chụp bụng tư thế nghiêng hay chéch 3/4 có thể xác định được đạn đao trong trường hợp vết thương chộp do hỏa khí.
 - Siêu âm thường không phát hiện được dịch ổ bụng do lượng dịch quá ít và gần như không giúp ích gì đối với vết thương tạng đặc.
 - Chụp CT-scan cản quang có thể khảo sát phần nào gan, lách, thận nhưng có thể bỏ sót các thương tổn nhỏ và nông; và gần như không thể chẩn đoán được vết thương khối tá-tụy và cơ hoành.
- c. Thám sát vết thương dưới gây mê tại chỗ, thực hiện ở phòng mổ, là một biện pháp rất tốt để xác định tính chất thấu bụng của vết thương thành bụng trước do bạch khí: Tuy vậy, tính chất thấu bụng nhiều khi không thể xác định được, đặc biệt đối với vết thương vùng cạnh bụng, do bề dày của khối cơ thắt lưng và vị trí dưới phúc mạc của một số tạng gây khó khăn cho việc thám sát. Ở những trường hợp này, nếu còn có mối nghi ngờ, tốt nhất là nên mở bụng thăm dò hoặc soi ổ bụng chẩn đoán “trắng” còn hơn là bỏ sót thương tổn tạng do thám sát vết thương không kỹ lưỡng, chất lượng thám sát kém.

II. HƯỚNG XỬ TRÍ

Mục tiêu lớn nhất của xử trí ban đầu ở bệnh nhân đa thương là hồi sinh cấp cứu sinh mạng. Do đó, việc khám bụng chỉ được thực hiện sau khi đã khám xét một cách nhanh chóng toàn trạng của bệnh nhân nhằm phát hiện và xử trí kịp thời các thương tổn đe dọa tức thì sinh mạng bệnh nhân, theo trình tự ưu tiên sau:

- *Khí đạo*: khí đạo phải được thông thoáng và thông khí phổi phải đầy đủ; đôi khi phải đặt nội khí quản ngay khi tiếp nhận bệnh nhân.
- *Chảy máu*: khống chế chảy máu ngay lập tức hoặc bằng biện pháp băng ép có trọng điểm, chèn ngón tay hoặc kẹp cột cầm máu hoặc đặt garô.
- *Chèn ép tim phổi cấp* do tràn máu hoặc tràn khí cần được xử trí ngay bằng cách chọc hút máu màng tim hay dẫn lưu kín khí màng phổi.
- Thực hiện ngay một hoặc hai đường truyền tĩnh mạch với ống thông luồn hay với kim khẩu kính lớn. Mẫu máu cần được lấy để thực hiện nhóm máu và các xét nghiệm cơ bản (dung tích hồng cầu, amylaz,...).
- Ruột lòi qua vết thương cần được che phủ với gạc ẩm vô trùng.
- Vết thương hở phải được che phủ bằng gạc vô trùng cho đến khi được xử trí triệt để.
- Cố định các xương gây bầm nẹp thích hợp.
- *Thông tiểu*: ngoại trừ trường hợp nghi ngờ có thương tổn niệu đạo, bệnh nhân cần được đặt thông tiểu để khảo sát hệ

- niệu và để hướng dẫn công tác bồi hoàn dịch thể.
- Bệnh sử cần được khai thác kỹ để tìm hiểu cơ chế chấn thương và các tiền sử bệnh tật.

- Khám lâm sàng: bệnh nhân sẽ được khám xét một cách nhanh chóng và kỹ lưỡng, ngoài việc khám bụng, để phát hiện các thương tổn kết hợp khác ngoài ổ bụng.

Sau khi các biện pháp trên đã được thực hiện hoàn chỉnh, thái độ xử trí điều trị cụ thể sẽ được đặt ra dựa vào mức độ nặng nhẹ của chấn thương và của tạng bị thương tổn.

A. CHẤN THƯƠNG KÍN VÙNG BỤNG

Sau khi đã được hồi sức và thăm khám, hai tình huống lâm sàng có thể xảy ra tùy theo tình trạng huyết động của bệnh nhân:

1. Huyết động không ổn định hoặc sốc

Chảy máu trong ổ bụng cần phải được nghĩ đến trước tiên. Tuy nhiên, ở bệnh nhân đa thương, một số các thương tổn kết hợp cũng có thể là nguyên nhân của chảy máu như:

- Tràn máu màng phổi lượng nhiều (cần được dẫn lưu kín ngay).
- Máu tụ dưới phúc mạc trong gãy xương chậu.
- Gãy các xương dài (xương đùi, hai xương cẳng chân).

Tình huống này, chẩn đoán xác định chảy máu ô ạt trong ổ bụng sẽ dựa vào siêu âm hoặc chọc dò ổ bụng dễ dàng hút ra được máu không đông. Bệnh nhân sẽ được chuyển ngay lập tức đến phòng mổ để mở bụng thăm dò.

2. Huyết động ổn định

- Trong đa số trường hợp, siêu âm chẩn đoán ghi nhận không có dịch ổ bụng và khám bụng không phát hiện được gì nhiều, bệnh nhân sẽ được theo dõi thêm tại phòng cấp cứu hoặc tại khoa Ngoại.
- Ngược lại, nếu siêu âm phát hiện có dịch trong ổ bụng và bụng không có biểu hiện rõ của viêm phúc mạc, chụp CT-scan sẽ được thực hiện để chẩn đoán chính xác tạng tổn thương.
- Nếu CT-scan cho thấy có thương tổn nhu mô của gan hoặc lách, biện pháp điều trị bảo tồn không mổ có thể được nghĩ đến tùy thuộc vào toàn trạng của bệnh nhân, các thương tổn kết hợp và mức độ nặng nhẹ của thương tổn tạng.

Biện pháp điều trị bảo tồn không mổ đối với chấn thương gan, lách hiện đang được áp dụng rộng rãi cả ở trẻ em lẫn người lớn, với điều kiện:

- Huyết động vẫn tiếp tục ổn định.
- Không có dấu hiệu lâm sàng của viêm phúc mạc.
- Không có các thương tổn trong và sau phúc mạc cần phải mở bụng.
- Thương tổn tạng trên CT-scan ở mức độ nhẹ và vừa (thường là độ I, II).
- Bệnh nhân không cần được truyền máu hoặc nếu có phải dưới 1 đơn vị máu.

Bệnh nhân là đối tượng của điều trị bảo tồn không mổ cần được theo dõi tại phòng săn sóc đặc biệt trong vài ngày đầu; chụp CT-scan kiểm tra được thực hiện từ 4 đến 7 ngày sau. Thời gian theo dõi thường kéo dài hơn trong chấn

thương lách so với chấn thương gan vì nguy cơ vỡ lách thì hai kéo dài đến 14 ngày sau.

Tỉ lệ thành công đối với bảo tồn không mổ rất cao, 85-90% trong chấn thương lách và 95% đối với chấn thương gan. Thất bại thường do chảy máu thứ phát (nhất là lách) hoặc có biến chứng như bội nhiễm khối máu tụ trong nhu mô, chảy máu đường mật, hoại tử gan, ...

- Cuối cùng, nếu CT-scan phát hiện được có ít dịch ổ bụng, và không có thương tổn gan-lách đi kèm, một thương tổn tạng rõ ràng có thể được nghĩ đến ngay cả khi không có biểu hiện lâm sàng của viêm phúc mạc. Chẩn đoán xác định sẽ được thực hiện bằng chọc dò hay chọc rửa ổ bụng, hoặc mở ổ bụng thăm dò hoặc soi ổ bụng chẩn đoán.

B. VẾT THƯƠNG BỤNG

Ở một số ít trường hợp, nạn nhân bị vết thương bụng do hỏa khí vào viện trong tình trạng sốc mất máu và suy hô hấp, đòi hỏi phải được hồi sức cấp cứu trước khi xử trí các thương tổn trong ổ bụng. Chẩn đoán sẽ rất dễ dàng nếu bệnh nhân có biểu hiện sốc và có lòi ruột, mạc nối hay chảy dịch tiêu hóa qua lỗ vết thương. Chẩn đoán cũng sẽ rất dễ dàng nếu bệnh nhân có biểu hiện rõ của viêm phúc mạc.

Tuy nhiên, trong đa số trường hợp, nạn nhân vào viện trong tình trạng huyết động ổn định và thăm khám bụng không phát hiện được gì nhiều. Vậy thì có nên mở bụng thăm dò một cách có hệ thống đối với tất cả vết thương bụng hay không? Câu trả lời sẽ phụ thuộc vào vũ khí sát thương:

1. Vết thương thấu bụng do hỏa khí

Chỉ định mở bụng thám sát là nguyên tắc bởi vì xuất độ thương tổn trong ổ bụng rất cao (trên 90%).

2. Vết thương bụng do bạch khí

Gần đây, đa số tác giả đều cổ vũ cho thái độ chỉ mở ổ bụng có chọn lọc đối với các vết thương bụng do bạch khí.

Thật vậy, mở bụng một cách có hệ thống đối với tất cả các vết thương bụng đã đem lại một tỉ lệ mở bụng “trắng” hay mở bụng “không có ích” khá cao (khoảng 30-40%). Ngoài ra, các cuộc mở bụng “không có ích” này có thể đem lại các biến chứng và di chứng, khoảng 3-8%, như nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột do dính, thoát vị thành bụng,...

Do đó, dựa vào các kết quả thăm khám ban đầu, hai tình huống lâm sàng sau có thể xảy ra:

- a. *Chỉ định mở bụng thăm dò ở các trường hợp có:*
 - Sốc không hồi phục hay huyết động không ổn định mà không có nguyên nhân chảy máu nào khác được tìm thấy.
 - Phản ứng phúc mạc.
 - Lòi ruột, mạc nối qua vết thương.
 - Ói máu hay ra máu qua ống thông mũi-dạ dày.
 - Tiểu máu.
 - Tình trạng bụng không thể theo dõi được (hôn mê, ngộ độc rượu, phải gây mê để mở một thương tổn khác...).
- b. *Các trường hợp khác đòi hỏi phải thám sát vết thương để xác định tính chất thấu bụng*

Thám sát vết thương cần được thực hiện tại phòng mổ, dưới gây tê tại chỗ, trong điều kiện vô trùng được đảm bảo và ánh sáng đầy đủ; đường mổ thám sát phải đủ rộng để có thể thám sát được tới các lớp sâu của thành bụng:

- Nếu vết thương không thấu bụng, bệnh nhân sẽ được tiếp tục theo dõi.
- Nếu thấu bụng, người thầy thuốc có thể chọn lựa:
 - Hoặc mở bụng thăm dò một cách có hệ thống với kết quả là có khoảng 15-20% trường hợp mở bụng không có ích (chẳng hạn gần một nửa vết thương gan đã tự cầm máu khi mở bụng).
 - Hoặc theo dõi thêm bằng thăm khám lâm sàng kết hợp với khảo sát X quang (bụng, ngực) với một số các điều kiện sau: bệnh nhân được theo dõi tại phòng hồi sức cấp cứu; khám đi khám lại mỗi giờ bởi một phẫu thuật viên có kinh nghiệm; mở bụng sớm mỗi khi có dấu hiệu của phản ứng phúc mạc hay có biểu hiện của nhiễm trùng-nhiễm độc dù nhẹ hay mỗi khi huyết động trở nên không ổn định (chỉ có 5-10% bệnh nhân nhóm này phải mổ sau đó và với tỉ lệ tử vong, biến chứng tương đương với nhóm mở bụng hệ thống).
- c. Trong vòng mười năm trở lại đây, phương pháp soi ổ bụng đã bước đầu được áp dụng trong thám sát và điều trị vết thương bụng, đặc biệt đối với vết thương do bạch khí. Soi ổ bụng chỉ được chỉ định trên những bệnh nhân có huyết động ổn định, không có chút biểu hiện nào của

viêm phúc mạc và không có bất thường nào gợi ý đến một thương tổn tạng rõ ràng đối với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Phương pháp này cho phép:

- Xác định tính chất thấu bụng của một vết thương với độ nhạy và độ đặc hiệu gần 100%, đặc biệt đối với các vết thương ngực-bụng hay vùng hông lưng.
- Xác định tốt sự hiện hữu của một thương tổn tạng đặc biệt đối với gan, lách và cơ hoành; tuy nhiên kém đặc hiệu hơn đối với vết thương của tạng rỗng.
- Xử trí ngoại khoa các thương tổn tạng; và ngay cả khi phải mở bụng do khó khăn về mặt kỹ thuật khâu vá thì đường vào ổ bụng cũng sẽ ngắn hơn và dễ tiếp cận thương tổn hơn dưới hướng dẫn của soi ổ bụng.
- Tránh được các mở bụng “không có ích” và rút ngắn ngày nằm viện.

Đây là phương pháp mới được áp dụng, nhiều hứa hẹn nên cần thiết phải được đánh giá thêm một cách kỹ lưỡng và thận trọng hơn bởi các công trình nghiên cứu lâm sàng.

III. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

A. CHỈ ĐỊNH MỞ BỤNG

Sau khi thăm khám ổ bụng kỹ lưỡng, chỉ định mở bụng sẽ được đặt ra ở các trường hợp sau:

- Sốc hay huyết động không ổn định sau vết thương do hỏa khí, do bạch khí hay sau chấn thương kín mà chọc dò ổ bụng rút ra dễ dàng máu không đông.
- Lòi ruột, mạc nối, chảy dịch tiêu hóa qua lỗ vết thương.
- Viêm phúc mạc sớm hay muộn.

- Sốc kéo dài hay huyết động không ổn định mặc dù đã hồi sức thích hợp.
- Hơi tự do trong ổ bụng.
- Võ, thủng cơ hoành.
- Võ bàng quang trong phúc mạc.
- CT-scan thấy rõ thương tổn tụ, ống tiêu hóa và thương tổn nặng của gan, lách hay thận.
- Thương tổn phát hiện được qua chụp cản quang ống tiêu hóa.
- Amylaz ngày càng cao kết hợp với triệu chứng bụng rõ.

B. CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ

Một số biện pháp nên được thực hiện trước mổ đối với tất cả các trường hợp có chỉ định mở bụng cấp cứu sau chấn thương và vết thương bụng bao gồm:

- Đặt đường truyền tĩnh mạch với kim hay ống thông luồn khẩu kính lớn; một mẫu máu được lấy và gởi đi thử các xét nghiệm cơ bản. Dung dịch Lactat Ringer sẽ được truyền trong khi chờ đợi có đầy đủ máu thích hợp. Đường truyền ở chi dưới thường được sử dụng đối với vết thương trên cơ hoành.
- Kháng sinh dự phòng với liều cao trước mổ và được tiếp tục cho đến khi chấm dứt phẫu thuật. Cephalosporin thường được lựa chọn đầu tiên do có phổ rộng và ít độc tính hay dị ứng.
- Đặt ống thông tiểu để theo dõi và hướng dẫn công tác hồi sức.
- Đặt ống thông mũi-dạ dày để làm giảm nguy cơ hít phải dịch tiêu hóa trong khi gây mê.
- Chụp ít nhất một phim X quang bụng và ngực.

C. PHẪU THUẬT

1. Đường vào

Hầu hết các phẫu thuật viên ưa chuộng đường vào giữa bụng trên và dưới rốn để nhanh chóng tiếp cận và quan sát được toàn bộ các thương tổn.

Một khi đã vào ổ bụng, máu chảy sẽ được khống chế trước tiên bằng cách chẹn trực tiếp hay chèn gạc để thao tác kẹp, cột sau đó được thực hiện chính xác hơn. Sau khi đã tiến hành cầm máu, các tạng ổ bụng sẽ được thám sát kỹ lưỡng để tìm các thương tổn kết hợp và đề ra kế hoạch xử trí một cách hợp lý các thương tổn.

2. Xử trí thương tổn

a. Gan

Gan có thể bị vỡ nát một thùy với đường vỡ hình sao hay chỉ bị nứt, thương tổn không sâu; các mạch máu lớn và lân cận hay tĩnh mạch trên gan có thể bị rách trong các chấn thương nặng hay do vết thương.

Hơn phân nửa các trường hợp vết thương gan đã tự cầm máu vào thời điểm mổ, các trường hợp còn lại có thể được xử trí như sau:

- Khâu vết thương gan với chỉ tan thường có thể được thực hiện tốt trong đa số các trường hợp.
- Cầm máu trực tiếp trong nhu mô gan bằng cách kẹp cột các mạch máu và đường mật bị đứt rách; đôi khi phải mở rộng thêm đường vỡ gan bằng cách kẹp nát nhu mô với ngón tay để có thể kẹp cột trong sâu. Phương pháp này được ưa chuộng vì cầm máu triệt để hơn và không để lại một hốc trong gan, nguyên

nhân của áp-xe gan sau mổ, như trường hợp của khâu gan không đủ độ sâu.

- Ở trường hợp thương tổn nặng nề, máu chảy ồ ạt có thể kẹp cuống gan tạm thời để dễ dàng thực hiện cầm máu; hoặc chèn gạc tạm và mổ lại vào 2-3 ngày sau nhất là đối với trường hợp không thể kiểm soát được máu chảy từ các thương tổn vỡ nát, rộng và ở trong sâu (phương pháp này hiếm khi được áp dụng).
- Đôi khi một phần gan giập nát nhiều có thể được cắt bỏ một cách “không điển hình”; hiếm khi thực hiện cắt bỏ một thùy gan sau chấn thương.
- Thắt động mạch gan cũng hiếm khi được thực hiện; đặc biệt lưu ý tránh thắt động mạch gan riêng vì nguy cơ nhồi máu, hoại tử gan rất cao. Có thể chụp động mạch gan chọn lọc và gây thuyên tắc đối với các trường hợp chảy máu tái phát.
- Tương tự như trong vỡ lách, một thùy gan có thể được bọc chèn ép với lưới chỉ tan (polyglycolic), kết quả cầm máu cũng có thể đạt được nhưng tỉ lệ tử vong còn khá cao (25-35%).

b. Lách

Nếu không thể điều trị bảo tồn không mổ, lách vỡ có thể được xử trí như sau:

- Mổ bảo tồn mỗi khi có thể được hoặc bằng cách khâu lách nếu đường vỡ nhỏ, máu chảy ít hoặc cắt bán phần lách nếu diện vỡ khu trú ở một cực hoặc bao chèn ép toàn bộ lách với lưới chỉ tan.
- Mổ cắt lách toàn phần nếu vỡ nát, cuống lách bị tổn thương hay chảy máu tái phát sau điều trị bảo tồn.

c. Tụy

- Thương tổn tuyến tụy tuy hiếm gặp nhưng một khi xảy ra sẽ mang lại một tỉ lệ tử vong rất cao (đến 25%) với nhiều biến chứng và di chứng như chảy máu, áp xe, rò dịch tụy và nang giả tụy,... Tử vong cao đa phần là do có kèm thương tổn kết hợp trong ổ bụng và phần khác là do bản thân tuyến tụy. Biến chứng nhiều và hay xảy ra thường là do không phát hiện hay xử trí không hợp lý thương tổn ống tuyến tụy; bộc lộ rộng rãi và thám sát kỹ sẽ hạn chế bỏ sót thương tổn ống tuyến.
- Nguyên tắc xử trí bao gồm kiểm soát máu chảy, cắt lọc mô hoại tử, dẫn lưu tốt ổ tụy và giữ lại càng nhiều càng tốt phần nào tuyến tụy.
- Kỹ thuật xử trí, dựa vào vị trí giải phẫu của thương tổn ống tuyến và tuyến tụy (phần đầu hay phần đuôi), gồm có:
 - Nếu tuyến tụy chỉ bị giập, rách mà không có kèm thương tổn ống tuyến thì chỉ cần cầm máu và dẫn lưu tốt là đủ (trong 80% trường hợp).
 - Nếu vỡ tụy có kèm đứt ống tụy xa thì nên cắt bỏ đuôi tụy và có hay không kèm theo cắt lách.
 - Nếu vỡ tụy có kèm đứt ống tụy gần thì hoặc cắt bỏ phần tụy xa hoặc giữ lại bằng cách nối đầu vỡ xa với quai hống tràng kiểu Roux-en-Y.
 - Nếu thương tổn đầu tụy kèm theo vỡ tá tràng thì thường có thể khâu vá và dẫn lưu tốt hoặc khâu tổn thương kèm với chuyển lưu dịch dạ dày không cho dịch tháo lưu qua ống môn vị là

đủ. Hiếm khi phải cắt bỏ khối tá-tụy (phẫu thuật Whipple).

Nuôi dưỡng tốt sau mổ là một yếu tố quan trọng góp phần xử lý thành công chấn thương tụy, cho nên mở thông hông tràng nuôi ăn thường được thực hiện kèm theo trong lúc mổ.

d. *Dạ dày*

- Cần lưu ý kiểm tra kỹ tránh bỏ sót một lỗ thủng ở mặt sau đối với các vết thương thấu bụng.
- Thủng, vỡ dạ dày hầu hết được xử trí tốt bằng cách cắt lọc và khâu lại đường vỡ rách (thường nên khâu hai lớp): lớp trong với chỉ tiêu mũi khâu vắt, lớp ngoài mũi rời với chỉ không tiêu.
- Cắt bắn phần dạ dày hiếm khi phải thực hiện.

e. *Tá tràng*

- Tử vong do vỡ tá tràng vẫn còn khá cao, khoảng 25%, thường là do bỏ sót thương tổn hoặc do chẩn đoán muộn và xử trí không hợp lý.
- Nếu không chẩn đoán được trước mổ thì, để tránh bỏ sót thương tổn, khung tá tràng phải được bọc lộ tốt để thám sát mỗi khi có sự nghi ngờ như có sự hiện diện của bọt khí hay dịch vàng nâu ở dọc khung tá tràng, ở rễ mạc treo đại tràng ngang, ở trước lô thận phải,...
- Xử trí vỡ tá tràng rất phức tạp và phụ thuộc vào kích thước vết thương, vào vị trí trên hay dưới cơ vòng Oddi. Các biện pháp xử trí kỹ thuật có thể là:
 - Khâu đơn thuần lại chỗ vỡ thường có thể thực hiện được trong đa số trường hợp (80-85%).

- Nếu thương tổn phức tạp, ở vị trí dưới cơ vòng Oddi và không thể khâu đơn thuần một cách an toàn thì có thể hoặc khâu kèm với đắp một quai hông tràng lên chỗ vỡ, hoặc đóng bít đầu dưới và nối đầu trên với một quai hông tràng theo kiểu Roux-en-Y hoặc, nặng nề hơn, cắt bỏ khối tá-tụy theo kiểu Whipple (nhất là khi có thương tổn nặng nề của đầu tụy kèm theo).

Một yếu tố rất quan trọng, đảm bảo cho sự thành công của phẫu thuật đó là dịch tá tràng phải được tháo lưu tốt. Do đó, một ống thông sẽ được đặt vào lòng tá tràng hoặc qua lỗ mở thông dạ dày hoặc đặt ngược dòng qua lỗ mở thông hông tràng, và được hút liên tục nhiều ngày sau mổ. Đôi khi, có thể mở thông hông tràng để nuôi ăn sớm sau mổ đối với các trường hợp chấn thương nặng.

f. *Ruột non*

Ruột non cần được thám sát kỹ lưỡng để tránh bỏ sót thương tổn, nhất là ở vị trí bờ mạc treo trong vết thương do hỏa khí, và để lựa chọn kỹ thuật xử trí phù hợp. Thương tổn ruột non có thể được xử trí như sau:

- Cắt lọc và khâu đơn thuần (một hoặc hai lớp) đối với lỗ thủng đơn độc hoặc các lỗ thủng ở rất cách xa nhau.
- Cắt bỏ một đoạn ruột và nối lại đối với các thương tổn bầm giập nhiều hay có rách mạc treo ảnh hưởng tới mạch máu nuôi dưỡng đoạn ruột tương ứng hoặc ở trường hợp nhiều lỗ thủng kề cận nhau trên cùng một đoạn ruột ngắn.

g. Đại-trực tràng

Trước đây, hầu hết vết thương đại tràng đều được xử trí bằng biện pháp chuyển lưu tạm thời dòng phân và hậu môn tạm sẽ được đóng lại một thời gian sau bởi vì nguy cơ nhiễm trùng và bục, xì, rò chỗ khâu nối rất cao.

Ngày nay, nhờ được mổ sớm và sử dụng một cách rộng rãi kháng sinh phổi hợp chống vi khuẩn ký khí, một vết thương đại tràng có thể được xử trí như sau:

- Khâu lỗ thủng kỳ đầu nhất là đối với vết thương ở đại tràng phải do bạch khí với các điều kiện sau: mổ sớm trong vòng 6 giờ đầu, không phải truyền nhiều máu, không ở trong tình trạng sốc, thương tổn khu trú và ít mô giập nát, ổ bụng tương đối sạch, đại tràng không chứa nhiều phân và không có thương tổn mạch máu nuôi dưỡng.
- Cắt nửa đại tràng phải nếu nhiều lỗ thủng khu trú hoặc đại tràng lên bị giập nát nhiều. Có thể nối ngay kỳ đầu hồi đại tràng nếu là vết thương do dao đâm, ổ bụng sạch và không có thương tổn kết hợp đi kèm; ngược lại, tốt nhất là nên đưa hai đầu ra ngoài làm hậu môn tạm.
- Cắt đoạn một phần đại tràng trái kèm theo đưa hai đầu ra làm hậu môn tạm hoặc đóng bít đầu dưới và đưa đầu trên ra ngoài. Khâu kỳ đầu hoặc cắt nối ngay đại tràng trái rất hiếm khi được thực hiện trong cấp cứu do đại tràng chưa được chuẩn bị chứa nhiều phân cứng và vi trùng, hệ mạch máu nuôi dưỡng đại tràng trái không được phong phú.
- Vết thương ở đại tràng ngang có thể hoặc được khâu kỳ đầu (với các điều

kiện như đối với đại tràng phải) hoặc đưa ra ngoài làm hậu môn tạm kiểu quai hoặc khâu nối kỳ đầu và được đưa ra ngoài nhưng không mở làm hậu môn tạm mà sẽ được đưa trở lại vào ổ bụng sau đó (nếu không xì, rò chỗ khâu nối).

- Trong những trường hợp nghi ngờ khâu nối không đảm bảo thì tốt nhất là nên đưa lỗ thủng ra ngoài làm hậu môn tạm hoặc khâu lại và làm hậu môn tạm trên dòng (đối với đoạn cố định).

Đối với vết thương trực tràng, thái độ xử trí tùy thuộc vào vị trí giải phẫu của thương tổn:

- Khâu lại vết thương và làm hậu môn tạm kiểu nòng súng ở đại tràng sigma nếu thủng trực tràng trong phúc mạc.
- Cắt lọc vết thương tầng sinh môn, dẫn lưu trước xương cùng và làm hậu môn tạm kiểu nòng súng ở đại tràng sigma nếu vết thương ở trực tràng ngoài phúc mạc; vết thương có thể được khâu lại qua ngả dưới (nếu được) hoặc không khâu. Lòng trực tràng nên được tưới rửa sạch với dung dịch providone-iodine để làm giảm nguy cơ nhiễm trùng, áp xe tiểu khung.

D. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiền lượng nhiễm trùng sau mổ chấn thương và vết thương bụng có thể được tính toán dựa vào “Chỉ số chấn thương bụng” (ATI/ Abdominal Trauma Index). Nguy cơ nhiễm trùng dưới 10% nếu ATI dưới 25 điểm và đạt đến trên 30% nếu chỉ số này trên 25 điểm.

Biến chứng sau mổ của CTB và VTB đôi khi rất khó phát hiện nhất là ở bệnh nhân đa thương. Một số biến chứng trong ổ bụng

đòi hỏi phải được mổ lại. Các biến chứng thường gặp như:

- Chảy máu sau mổ là biến chứng thường xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau mổ. Chảy máu có thể do rối loạn cơ chế đông cầm máu nhất là ở bệnh nhân sốc kéo dài hay đã được truyền quá nhiều máu, nhưng cũng có thể do khiếm khuyết ở khâu cầm máu ngoại khoa (chảy máu chõ bóc tách, tụt mồi chỉ cột mạch máu...).
- Bỏ sót thương tổn có thể xảy ra đối với các vết thương cơ hoành, tá tràng mặt sau, tụy và đại-trực tràng đoạn cố định.
- Nhiễm trùng vết mổ, bung thành bụng cũng không phải hiếm gặp.
- Viêm phúc mạc sớm sau mổ và áp xe tồn lưu thường là do sai lầm trong đánh giá xử trí thương tổn hay do ổ bụng không được rửa sạch hoặc không được dẫn lưu hợp lý.

Tóm lại, không chẩn đoán được một thương tổn nặng sau chấn thương bụng là nguyên nhân thường gặp của tử vong. Siêu âm và chọc dò hoặc chọc rửa ổ bụng vẫn là hai biện pháp cơ bản giúp chẩn đoán sớm một thương tổn trong ổ bụng sau chấn thương nặng. Tuy nhiên, nguyên tắc cơ bản nhất trong xử trí chấn thương bụng vẫn là khám đi khám lại nhiều lần bệnh nhân bởi một phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Alexander H, Raymond. Abdominal trauma. In Advanced trauma life support. 6th Ed. American college of surgeons 1997: 157-75.
2. David B, Hoyt. Management of acute Trauma. In Sabiston Textbook of surgery. 17th Ed. Elsevier Saunders 2004: 483-531.

3. Moore EE. Trauma. In Schawrtz SI. Principles of surgery. 7th Ed. McGraw Hill Book Company 1999: 155-221.
4. Stone HH. Trauma. In Basic Surgery. 4th Ed. Quality medical Publishing, Inc 1993: 606-19.

CÂU HỎI LUỢNG GIÁ:

(Chọn câu đúng nhất)

1. Biện pháp đầu tay để chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng sau CTB là:
 - A. Chọc dò ổ bụng.
 - B. Siêu âm bụng.
 - C. Chụp CT-scan.
 - D. Chụp X quang.
 - E. Tất cả đều đúng.
2. Chụp CT-scan có ít dịch trong ổ bụng, thương tổn nghi ngờ nhiều nhất là:
 - A. Võ gan.
 - B. Võ lách.
 - C. Võ ruột.
 - D. Võ bàng quang.
 - E. Tất cả đều có thể.
3. Chẩn đoán tính chất thấu bụng đối với vết thương vùng hông lưng chủ yếu dựa vào:
 - A. Lièm hơi dưới vành.
 - B. Chọc dò ra máu không đau.
 - C. Siêu âm có dịch ổ bụng.
 - D. Thám sát vết thương.
 - E. Tất cả đều đúng.
4. Đa số võ gan thường được xử trí bằng cách:
 - A. Khâu gan.
 - B. Kẹp cầm máu trong nhu mô.
 - C. Thắt động mạch gan.
 - D. Cắt gan.
 - E. Tất cả đều đúng.

5. Đa số vỡ lách thường được xử trí tốt bằng cách:

- A. Khâu lách.
- B. Cắt bán phần lách.
- C. Cắt toàn phần lách.
- D. Bảo tồn không mổ.
- E. Tất cả đều sai.

ĐÁP ÁN

- 1. B
- 2. E
- 3. D
- 4. A
- 5. D

ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT

MỤC TIÊU

1. Nhận ra được bệnh cảnh tắc ruột cơ học.
2. Phân biệt được tắc ruột cơ học và tắc ruột cơ năng.
3. Trình bày được các nguyên nhân thường gặp gây ra tắc ruột.
4. Nêu nguyên tắc điều trị một trường hợp tắc ruột.

Tắc ruột là sự ngưng trệ lưu thông các chất trong lòng ruột như hơi, dịch, phân không qua hậu môn ra ngoài được. Tắc ruột có thể do:

- Một chướng ngại: tắc ruột cơ học hay tắc ruột cơ giới.
- Hoặc do liệt ruột: tắc ruột cơ năng.

Đây là một cấp cứu nội-ngoại khoa hay gấp. Tắc ruột rất đa dạng tùy vào cơ chế sinh bệnh, vị trí và nguyên nhân của tắc ruột. Có 3 yêu cầu chính trước tình trạng tắc ruột:

- Xác định tắc ruột.
- Xác định vị trí tắc ruột.
- Xác định nguyên nhân gây tắc ruột.

Điều quan hệ là nhận biết thời điểm cần phẫu thuật khẩn trước khi các hậu quả trầm trọng do tắc ruột xảy ra.

I. PHÂN LOẠI TẮC RUỘT

Khi gặp tắc ruột về mặt thực hành cần phân biệt: tắc ruột cơ học hay cơ giới và tắc ruột cơ năng hay liệt ruột. Việc phân biệt này rất quan trọng vì cách điều trị khác nhau. Trong tắc ruột cơ học cũng cần phân biệt tắc ruột do thắt và tắc ruột do bít.

A. TẮC RUỘT DO THẮT

Bệnh khởi phát đột ngột với cơn đau bụng cấp và thường có triệu chứng sốc kèm theo. Mạc treo ruột và đoạn ruột tương ứng cũng bị thắt lại. Tình trạng thiếu máu nuôi khẩn cấp, các triệu chứng của tắc ruột sẽ càng ôn át và dữ dội. Khi thăm khám lâm sàng thấy bụng trương bất đối xứng. X quang bụng không sửa soạn cho thấy một quai ruột dãn với hai mực nước trông như chữ U ngược.

Các trường hợp này cần mổ sớm vì nếu ruột hoại tử thì phải cắt bỏ ruột và tệ hại nữa khi ruột thủng thì có viêm phúc mạc, tiên lượng càng xấu.

B. TẮC RUỘT DO BÍT

Bệnh khởi phát từ từ, đau bụng cũng không dữ dội. Nôn ói có thể trễ hoặc là không nôn. Thể trạng bệnh nhân ít bị ảnh hưởng do lòng ruột bị bít lại dần, điển hình là tắc ruột do bướu. Khám lâm sàng thấy bụng trương đều. X quang bụng không sửa soạn, tùy theo nguyên nhân nhưng có thể thấy các mực nước-hơi nằm lan tỏa. Trên nguyên tắc, loại này không cần mổ khẩn cấp như loại tắc ruột do thắt.

C. TẮC RUỘT DO HIỆN TƯỢNG VIÊM

Mọi hiện tượng viêm nhiễm khu trú hay toàn diện trong ổ bụng (viêm phúc mạc) đều có thể gây tắc ruột. Đa số các trường hợp là loại hỗn hợp vừa liệt ruột vừa tắc ruột cơ học. Trên lâm sàng đây là loại tắc ruột có kèm theo sốt.

Thông thường bệnh cảnh viêm phúc mạc nổi bật nhất nhưng ở người già có thể triệu chứng tắc ruột trội hơn. Vì vậy ở người già khi có triệu chứng tắc ruột cần nhớ đến nguyên nhân viêm phúc mạc khu trú hoặc toàn diện.

D. TẮC RUỘT SỚM SAU MỔ

Tất cả các phẫu thuật vùng bụng đều đưa đến liệt ruột trong 48 giờ đầu. Tắc ruột sớm sau mổ thường thấy do viêm phúc mạc vì bục miệng nối tiêu hóa nhất là nối đại tràng. Việc quyết định mổ lại cần cân nhắc thận trọng và kinh nghiệm, theo dõi bệnh nhân thật sát.

Nguyên nhân thứ hai cần lưu ý là thoát vị nội do phẫu thuật viên đóng không kín mạc treo sau khi cắt nối ruột.

E. TẮC RUỘT GIẢ

(Hội chứng Ogilvie)

Năm 1948, Ogilvie mô tả bệnh cảnh tắc đại tràng nhưng không tìm thấy nguyên nhân cơ học.

Ogilvie mô tả hai trường hợp có bệnh cảnh lâm sàng là tắc đại tràng nhưng X quang đại tràng bình thường. Cả hai bệnh nhân này đều được mổ bụng thám sát và điều bất ngờ là cả hai đều bị ung thư thâm nhiễm vùng thân tạng. Nguyên nhân gây dẫn đại tràng được cho là do các hạch thần kinh giao cảm bị tổn thương. Tuy nhiên

cho đến nay nguyên nhân vẫn chưa rõ dù được nhiều tác giả nghiên cứu tiếp theo công trình của Ogilvie.

Tập hợp dưới tên này là các loại giả tắc đại tràng cấp và mạn tính. Trong thể loại này, đại tràng mất trương lực thứ phát do:

- Rối loạn nước-điện giải (giảm K⁺).
- Bệnh thần kinh.
- Dùng một số thuốc chữa bệnh thần kinh.
- Bệnh tim mạch.

Ở ruột non cũng có loại giả tắc ruột mà tại các nước Âu-Mỹ hiện xuất độ đang có chiều hướng gia tăng.

II. NGUYÊN NHÂN GÂY TẮC RUỘT

A. NGUYÊN NHÂN GÂY TẮC RUỘT NON

1. Tắc ruột non do thắt

a. Xoắn ruột non

Đây là bệnh cảnh điển hình do tắc ruột cao. Có một quai ruột và mạc treo bị xoắn. Nguyên nhân có thể là dây dính thắt chấn quai ruột làm cho dễ bị xoắn. Loại này dễ đưa đến hoại tử ruột bị kẹt. Tất cả mọi phẫu thuật bụng đều có thể tạo dây dính làm tắc ruột nhất là các cuộc mổ ở dưới mạc treo đại tràng ngang và vùng chậu.

b. Thoát vị nghẹt

Có khi thoát vị nghẹt nhưng triệu chứng không rõ hoặc không thấy túi thoát vị, khiến thầy thuốc dễ bỏ sót nhất là thoát vị rốn, thoát vị bịt. Nam giới hay bị thoát vị bẹn, nữ giới hay bị thoát vị đùi. Phụ nữ lớn tuổi, gầy ốm có thể bị thoát vị lỗ bịt gây ra triệu chứng Howship-Romberg: đau nhiều ở mặt trong đùi cùng bên phía bị tắc ruột do quai ruột chèn ép thần kinh bịt.

- Thoát vị nội nghẹt:* các lỗ tự nhiên trong ổ bụng có thể gây nên thoát vị nội khi một quai ruột chui vào và kẹt tại đó. Lỗ này cũng có thể do lần mổ trước tạo ra như sau khi nối ruột, phẫu thuật viên đóng không kín mạc treo.

c. *Lồng ruột cấp*

Đặc điểm là một đoạn ruột cùng với mạc treo chui vào trong một đoạn ruột khác nằm phía trên.

- Đau lồng tiến dần theo chiều nhu động ruột.
- Hiện tượng thắt nghẽn xảy ra ở cổ khố lồng và khố lồng bị khí ứ đọng.

Bệnh hay thấy ở nhũ nhi, trẻ nhỏ và nhiều khi không tìm ra nguyên nhân. Bệnh có thể xảy ra ở người lớn và luôn luôn có nguyên nhân cơ học như bướu, pô-líp hoặc hạch.

2. Tắc ruột non do bít

a. *Tắc ruột do sỏi mật*

Đây là bệnh lý hiếm gặp, chiếm 1-2% các trường hợp tắc ruột. Ruột bị tắc do một viên sỏi mật lớn đi từ túi mật qua lỗ rò túi mật-tá tràng. Bệnh thường thấy ở phụ nữ lớn tuổi. Bệnh cảnh là tắc ruột tái diễn nhiều lần. Định bệnh nhờ X quang bụng đứng cho thấy:

- Nhiều mức nước-hơi.
- Đặc biệt nhất là hơi trong hệ mật.
- Một số trường hợp thấy được viên sỏi nằm ở vùng hốc chậu phải.

b. *Tắc ruột do bã thức ăn*

Bệnh hiếm gặp. Nguyên nhân là các sợi rau cải bện lại thành một nút làm tắc ruột. Bệnh hay thấy ở người có mở rộng môn vị, cắt bỏ môn vị sau phẫu thuật cắt đoạn dạ dày hoặc ăn một lượng quá lớn rau cải cùng một lúc.

c. *Bướu ruột non*

Bệnh cũng hiếm gặp và chiếm 3% các trường hợp bướu ở ống tiêu hóa.

Triệu chứng lâm sàng thể hiện với hội chứng Koenig:

- Đau từng đợt xảy ra đều đặn.
- Đau từng cơn khu trú.
- Cường độ đau tăng nhanh.
- Đau càng lúc càng dữ dội và càng nhặt.
- Đau biến mất vào lúc tiếng nhu động tăng.

3. Tắc ruột sau viêm nhiễm

Thường thấy sau khi mổ. Một phần hoặc toàn thể các quai ruột non bị dính thành một khố do các dây dính rất hỗn độn. Các dây dính tạo chỗ gấp góc làm đình trệ sự lưu thông trong ruột. Bệnh cảnh lâm sàng của một trường hợp tắc ruột non diễn tiến từ từ trong nhiều giờ. Chỉ định mổ được xét đến khi cơn tắc ruột không bớt hoặc các cơn bán tắc xuất hiện gần nhau và tái diễn nhiều lần.

4. Ung thư lan tràn ổ bụng

Ung thư ăn lan toàn ổ bụng có thể là nguyên nhân gây tắc ruột vì làm dính ruột và các cơ quan trong ổ bụng thành một khố.

B. NGUYÊN NHÂN GÂY TẮC ĐẠI TRÀNG

1. Tắc đại tràng do bít

Thông thường là do ung thư. Bệnh diễn tiến thường chậm với những đợt đau bụng không đặc hiệu. Bụng thường căng trương nhiều. Định bệnh chủ yếu dựa vào:

- X quang bụng đứng không sửa soạn thấy các mức nước-hơi đặc hiệu.
- X quang đại tràng cản quang thấy bướu.
- Nội soi đại tràng có thể thấy bướu.

2. Tắc đại tràng do thắt

Nguyên nhân là xoắn đại tràng. Xoắn đại tràng chậu hông là bệnh cảnh thường gặp nhất, do đại tràng chậu hông dài quá mà gốc mạc treo lại hẹp. Người lớn tuổi, táo bón lâu ngày cũng dễ bị. Dù rằng đây là tắc ruột do xoắn nhưng điều đáng ngạc nhiên là bệnh thường diễn tiến trong nhiều ngày.

Bụng trưởng bất đối xứng khiến người khám có cảm tưởng bụng méo (bóng Von Wahl). X quang bụng đứng không sửa soạn cho thấy hình ảnh đặc hiệu là đại tràng dãn nở rất to.

Một bệnh cảnh khác là lồng ruột non vào đại tràng. Nếu không có dấu hiệu viêm phúc mạc có thể định bệnh nhờ chụp X quang đại tràng có cản quang, qua kỹ thuật này cũng có thể tháo lồng ruột. Tuy nhiên cần lưu ý là khác với ở trẻ con, lồng ruột ở người lớn thường do bướu đại tràng.

Xoắn manh tràng hiếm gặp hơn, thường nguyên nhân là do manh tràng lồng léo không dính vào thành bụng sau. Bệnh cảnh lâm sàng giống như tắc ruột non. Định bệnh nhờ X quang bụng không sửa soạn cũng cho thấy bóng hơi dãn to ở vùng hạ sườn.

Hiếm khi thấy xoắn đại tràng ngang.

III. CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ

A. GIẢI PHẪU HỌC

Ruột là cơ quan rỗng có nhu động. Ruột non dài 6,50m nằm giữa bụng. Ruột già hay thường gọi là đại tràng dài 1,50m nằm theo chu vi ổ bụng. Đại tràng có những đoạn cố định, có những đoạn di động. Nếu đoạn di động có chân mạc treo quá dài, có

thể thuận lợi cho hiện tượng xoắn.

Dịch chứa bên trong ruột gồm: hơi, dịch tiêu hóa, thức ăn. Nhờ nhu động ruột nên các chất lưu thông từ trên xuống dưới. Trên đường đi, tiến trình tiêu hóa xảy ra.

B. HẬU QUẢ CỦA TẮC RUỘT

1. Tại chỗ

Ruột phía trên chỗ tắc dần rộng và thành ruột mỏng ra làm cản trở tuần hoàn vi mạch lâu dần có thể làm thiếu máu thành ruột.

Hiện tượng thiếu máu này có thể đưa tới 3 hậu quả:

- Ruột liệt dần.
- Huyết tương từ mạch máu thấm qua ứ đọng thêm trong lòng ruột.
- Thay đổi độ thấm thấu của thành ruột làm một số dịch ruột thấm vào xoang phúc mạc.

Từ các hiện tượng nói trên dịch và chất điện giải ứ đọng ở khoảng thứ 3 trong cơ thể không sử dụng được.

2. Toàn thân

Hậu quả là máu bị cô đọng nên hematocrit và số lượng hồng cầu tăng lên. Rối loạn chất điện giải thể hiện với giảm lượng K⁺, giảm Na⁺ và giảm Cl⁻.

Số lượng vi trùng trong ruột gia tăng thêm sau hiện tượng ứ đọng. Lâu ngày vi trùng có thể qua thành ruột vào máu hoặc ruột có thể bị thủng đưa tới viêm phúc mạc.

Tóm lại, tắc ruột là một tình trạng rối loạn lúc đầu tại chỗ nhưng về sau trở thành bệnh toàn thân có thể gây tử vong, tỉ lệ đến 70% nếu không được chữa trị đúng đắn.

IV. CHẨN ĐOÁN TẮC RUỘT

A. KHÁM LÂM SÀNG

Thầy thuốc cần lưu ý :

1. **Bụng trương gỗ kêu vang.** Hình dáng bụng có thể giúp gợi ý nguyên nhân. Ví dụ trương hơi ở ngoại biên do tắc đại tràng, ở giữa bụng do tắc ruột non hoặc trương bất đối xứng do xoắn đại tràng chậu hông. Tắc ruột cao thì bụng có thể không thấy trương.
2. **Nghe:** nhu động ruột tăng hoặc mất hoàn toàn.
3. **Nôn ói:** nhiều khi tắc ruột cao.
4. **Đau:** khi ấn chẩn, nhất là có đề kháng bụng do ruột bị hoại tử.

Tìm nguyên nhân hiển nhiên: khám các lỗ thoát vị bẹn-đùi, sẹo mổ cũ, thoát vị thành bụng nghẹt, bướu trực tràng.



Hình 1. Tóm tắt triệu chứng của tắc ruột

Sau khi nhận biết tắc ruột rồi, bước kế tiếp là:

- Xác định vị trí gây tắc ruột.
- Xác định nguyên nhân gây tắc.

Cần loại trừ:

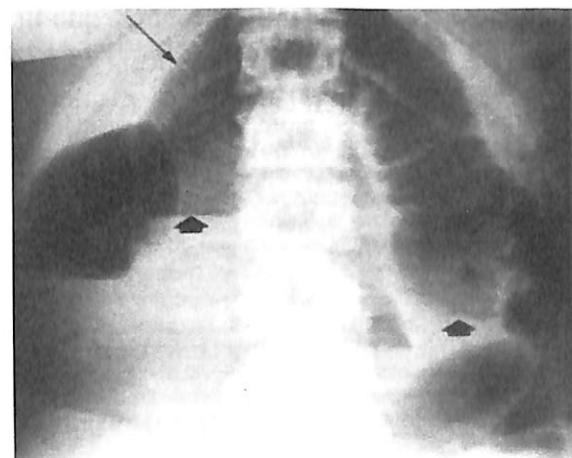
- Trưởng hợp táo bón, nhất là ở người lớn tuổi.
- Liệt ruột.

Còn tắc ruột cơ học gần như luôn luôn phải giải quyết bằng phẫu thuật.

B. CẬN LÂM SÀNG

X quang bụng đứng không sửa soạn là xét nghiệm chủ yếu trong chẩn đoán tắc ruột.

- Kỹ thuật chụp: cần chụp thẳng tư thế đứng và nằm. Nếu bệnh nhân yếu quá có thể chụp X quang trong tư thế nằm nghiêng.
- Triệu chứng X quang: cần lưu ý hình dạng, số lượng và vị trí của các mức nước-hơi.



Hình 2. Tắc ruột non

Mũi tên dài : các ngắn trong lòng ruột non

Mũi tên ngắn: bóng hơi hình chữ U,
mức chênh nhau

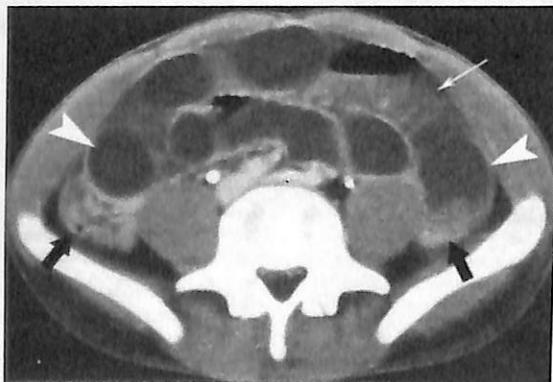
Qua các hình ảnh này, chúng ta có thể xác định loại tắc ruột và vị trí tắc:

- Tắc ruột non số mức nước-hơi nhiều, mức nước rộng nhưng vòm hơi thấp và có các ngăn ngang (nếp Kerckring) chạy suốt chiều ngang của ruột.
- Tắc đại tràng có các mức nước-hơi hẹp, vòm hơi cao và nằm ở ngoại biên ổ bụng, có các ngăn ngang ngắn, đặc hiệu của đại tràng.
- Nếu mức nước-hơi có tính chất lan tỏa phải nghĩ đến liệt ruột. Đôi khi thấy hơi trong hệ mật cần lưu ý đến tắc ruột do sỏi mật.

CT-scan

Ngoài X quang cổ điển ra, 90-95% các trường hợp CT-scan có thể phát hiện được tắc ruột non. Tỉ lệ CT-scan xác định được nguyên nhân tắc ruột thay đổi khá nhiều (47-73%).

Nếu ruột đã dãn nở nhiều trên X quang cổ điển thì thường chúng ta không cần cho bệnh nhân uống chất cản quang. Trong trường



Hình 3. CT-scan cho thấy ruột dãn và dày dịch (đầu mũi tên). ruột non có xếp nếp (mũi tên trắng). đại tràng xẹp. tắc ruột non do dây dính.

hợp này, chất cản quang tiêm tĩnh mạch giúp dễ xác định nguyên nhân tắc ruột hơn.

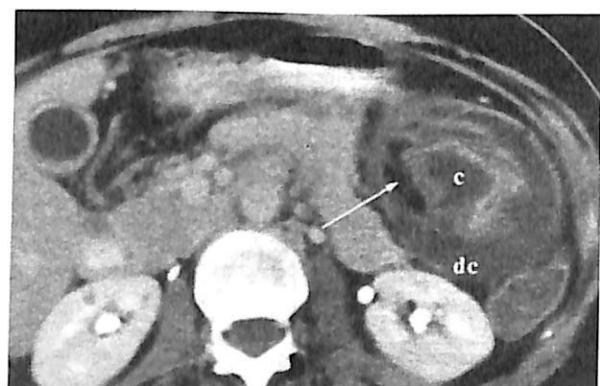
Tắc ruột cơ học hoàn toàn thì ruột non phía trên chỗ tắc sẽ dãn ($>2,5$ cm). Đoạn bên dưới xẹp thấy rõ. Không thấy chất cản quang uống (nếu có dùng) qua đoạn trung gian. Đại tràng xẹp chứa rất ít dịch và hơi (Hình 3).

Liệt ruột thì các quai ruột đều dãn, không có đoạn trung gian. Đại tràng cũng chứa nhiều dịch và hơi. Chất cản quang có thể thấy trong đại tràng. Tuy nhiên, triệu chứng này không xuất hiện thường xuyên.

Trong tắc ruột cơ học bán phần thì hình ảnh pha trộn giữa hai loại nói trên.

CT-scan enteroclysis là kỹ thuật ít dùng. Nội dung bao gồm đưa một ống thông xuống phần tá tràng D4, bơm nhỏ giọt 1 lít đến 1,5 lít chất cản quang pha loãng vào ống để dễ quan sát đánh giá ruột non.

Tắc ruột do dây dính chiếm 50-75% các trường hợp tắc ruột non. CT-scan không trực tiếp cho hình ảnh dây dính. Tuy nhiên, nếu có sự thay đổi đột ngột giữa quai ruột



Hình 4. Bướu ở manh tràng gây lồng ruột. manh tràng (c) nằm trong lồng đại tràng xuống (dc). lớp mỡ (mũi tên) là mạc treo ruột.

dẫn và quai ruột xẹp gợi ý cho chúng ta nguyên nhân này. Triệu chứng vừa nêu hiếm gặp.

Bướu, áp xe, lồng ruột, viêm và thoát vị có thể cho hình ảnh đặc hiệu.

Tắc ruột vòng kín (closed loop obstruction) là tắc ruột kẹt ở hai điểm. Loại này nguy hiểm vì biến chứng và tử vong cao. Thành ruột bị mờ gợi ý biến chứng hoại tử.

Lồng ruột hiếm thấy ở người lớn. Nguyên nhân thường do bướu lành hoặc bướu ác trong ruột. Có thể thấy thành ruột dầy lên chứa một quai ruột (đầu lồng) bên trong. Lớp mỡ là mạc treo ruột (Hình 4).

C. ĐỊNH VỊ TRÍ TẮC

Tắc ruột cao đồng nghĩa với tắc ruột non trong khi tắc ruột thấp là tắc đại tràng. Tắc ruột thấp thì bụng trương nhiều nhưng thể trạng còn giữ vững khá lâu vì bệnh diễn tiến chậm. Tắc ruột càng cao thì bệnh nhân càng ối sớm và thể trạng bệnh nhân suy kiệt càng nhanh. Bụng bệnh nhân thường xẹp khiến cho việc định bệnh càng thêm khó.

V. CHỈ ĐỊNH VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Điều trị tắc ruột cơ học luôn luôn cần đến phẫu thuật. Tuy nhiên, khâu hồi sức nội khoa trước mổ rất quan trọng.

A. HỒI SỨC NỘI KHOA

Bao gồm:

- Hút dạ dày liên tục và bù trả dịch, điện giải.
- Dùng kháng sinh phổ rộng vì dễ bị nhiễm trùng.

Thời gian hồi sức người bệnh phải càng nhanh càng tốt. Mục tiêu là nâng thể trạng

bệnh nhân để có thể chịu đựng được cuộc mổ nhưng cùng lúc không quá lâu để ruột không bị nguy cơ hoại tử. Thông thường không nên hồi sức nội khoa quá 12-24 giờ.

Việc đặt ống thông mũi-dạ dày giúp giải áp và làm xẹp đoạn ruột phía trên chỗ tắc. Truyền dịch bù lại nước-điện giải, cung cấp NaCl và KCl để tái lập thăng bằng nội môi. Khâu này rất quan trọng và chính nhờ ngày nay người ta biết rõ về các rối loạn nội môi nên việc điều chỉnh trước mổ bằng hồi sức nội khoa đã giúp giảm tỉ lệ tử vong rất đáng kể.

B. ĐIỀU TRỊ BẰNG NỘI SOI

1. Trường hợp xoắn đại tràng chậu hông

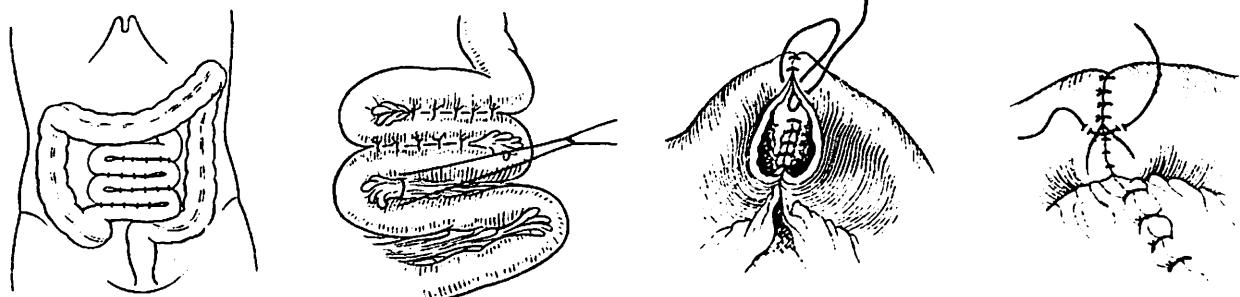
Nếu không có dấu viêm phúc mạc chúng ta có thể nội soi đại tràng để giải áp thoát xoắn. Một tuần sau mổ phiên cắt bỏ đoạn đại tràng chậu hông quá dài để tránh tắc ruột tái phát.

2. Tắc ruột do dây dính

Dây dính do cuộc mổ trước có khi gây khổ sở cho bệnh nhân và điều trị rất khó khăn vì càng mổ càng tạo nhiều dây dính tái phát. Hơn nữa các phẫu thuật Noble và Childs-Philipps kết quả cũng không chắc chắn. Trên thực tế việc điều trị bảo tồn có khi đưa đến tình trạng ruột hoại tử. Để tránh nguy cơ này, hiện nay người ta dùng cách ít xâm hại là nội soi ổ bụng cắt dây dính, kỹ thuật này cần chuyên gia nhiều kinh nghiệm.

3. Lồng ruột non ở trẻ con

Đa số có thể dùng cách tháo bơm hơi qua nội soi đại tràng hoặc bơm barýt để tháo lồng.



Hình 5. Phẫu thuật Noble ngừa tắc ruột do dây dính

C. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

Mục tiêu là:

- Lấy đi chỗ tắc.
- Lập lại lưu thông đường tiêu hóa.

1. Tắc ruột non

a. Tắc do dây dính

Phương pháp cổ điển là mở bụng cắt bỏ dây dính. Điều quan trọng là thám sát đủ và giải phóng toàn bộ ruột bên dưới chỗ tắc để không bỏ sót tổn thương. Đối với ruột non bị tắc do dây dính nhiều, sau khi cắt giải phóng ruột phải phòng ngừa tái phát bằng thủ thuật đính ruột hay đính mạc treo (mésentéricoplication) theo kỹ thuật Noble hay của Childs-Philipps.

Không thấy sẹo mổ cũ vẫn không loại được bệnh vì có thể có dây dính tự nhiên có thể tạo thành chướng ngại vật và tạo nên hiện tượng xoắn như trường hợp túi thừa Meckel dính vào thành bụng và trường hợp mạc treo ruột chung. Có hai thể bệnh đặc biệt:

- Xoắn ruột không hoàn toàn: bệnh khởi không ồ ạt, triệu chứng X quang không rõ ràng.

Hình 6. Cắt ruột non, nối lại tận-tận

- Xoắn ruột toàn phần: thường do nguyên nhân là mạc treo ruột chung.

Điều trị sớm thì cách xử trí tương đối đơn giản:

- Cắt bỏ dây dính, tháo xoắn.

Dự hậu nói chung là tốt nhưng bệnh có thể tái phát.

Nếu bệnh nhân đến trễ thì vấn đề phức tạp hơn:

- Cắt ruột non và nối lại tận-tận.
- Nếu có viêm phúc mạc thì sau khi cắt xong đoạn ruột hoại tử, đưa hai đầu ruột ra ngoài. Thời gian sau (3-6 tuần) sẽ nối lại. Tiêu lượng trong trường hợp này rất dễ đặt.

b. Tắc ruột do thoát vị bẹn-đùi, thoát vị rốn, thoát vị lỗ bịt, thoát vị nội

Sau khi giải phóng ruột, nếu ruột chưa hoại tử có thể phục hồi thành bụng trong cùng thì mổ. Dùng đường mổ tiền phúc mạc là cách tiện lợi nhất. Cần thận trọng ở người nhiều tuổi vì việc định bệnh có thể trễ khiến ruột non bị hoại tử. Trường hợp này có thể cắt bỏ quai ruột chết rồi nối ruột non lại ngay. Cách xử lý này tiện hơn

cách đưa ruột non ra ngoài sẽ gây rối loạn nước-diện giải và viêm da rất phức tạp. Chỉ đưa ruột non ra ngoài khi bất khả kháng.

Trường hợp nghi ngờ ruột có khả năng hoại tử nhưng đoạn này quá dài cắt bỏ có nguy cơ rối loạn dinh dưỡng về sau thì có thể theo quan điểm: cắt bỏ đoạn ruột non chết rõ ràng, nối lại. 24 giờ sau mở bụng ra thám sát lại. Nếu cần sẽ cắt bỏ thêm vì lúc này ranh giới giữa ruột hoại tử và ruột còn sống sẽ rõ hơn. Cách xử lý này cho kết quả tốt hơn cách cắt bỏ ruột quá nhiều ngay từ lần mổ đầu tiên.

Lỗ hổng gây thoát vị cần được đóng kín lại. Chúng ta có thể dùng dây chằng tròn, các cơ thành bụng hay một mảnh ghép nhân tạo che kín lỗ bịt nhằm ngừa tái phát thoát vị. Các lỗ khác ở mạc treo hay trong ổ bụng có thể khâu che lại.

c. *Lồng ruột cấp*

Bệnh hay thấy ở nhũ nhi, trẻ nhỏ và không tìm ra nguyên nhân. Điều trị không bắt buộc phải dùng phẫu thuật, có thể tháo lồng bằng thụt tháo với barýt hoặc hơi. Bệnh có thể xảy ra ở người lớn với nguyên nhân cơ học như bướu hoặc hạch và thường nguyên nhân tìm thấy trong khi mổ. Ở người lớn điều trị bằng cách cắt bỏ đoạn ruột có bướu.

d. *Tắc ruột do sỏi mật*

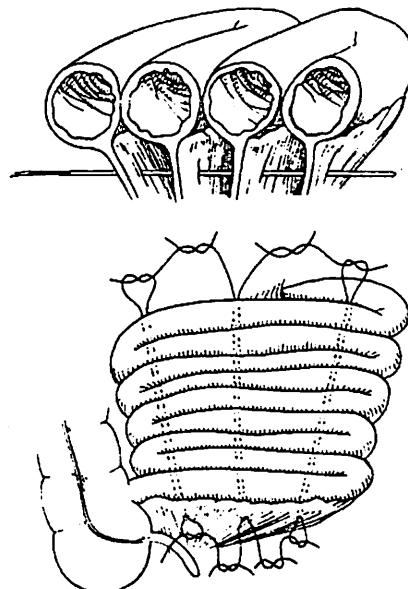
Cần mở ruột ra lấy sỏi. Thể trạng bệnh nhân và tuổi tác thường không cho phép giải quyết bệnh đường mật trong thi mổ này.

e. *Tắc ruột do bã thức ăn*

Mở ruột để lấy nút nghẹt.

f. *Bướu ruột non*

Điều trị bao gồm phẫu thuật cắt bỏ bướu, nối ruột và sau đó phổi hợp với hóa chất trị liệu.



Hình 7. Phẫu thuật Childs-Philipps ngừa tắc ruột do dây dính

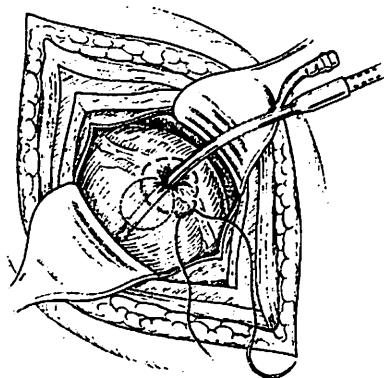
g. *Tắc ruột sau viêm nhiễm*

Điều trị cần cắt hết dây dính, giải phóng toàn bộ ruột non rồi khâu đính ruột theo kỹ thuật Noble hay khâu đính mạc treo theo kỹ thuật Childs-Philipps để ngăn ngừa tái phát.

Trước khi áp dụng kỹ thuật này, phẫu thuật viên cần cân nhắc kỹ lợi và hại. Các dây dính cũng có thể xuất hiện sau khi xạ trị ung thư. Tắc ruột có thể xuất hiện vài năm sau hoặc lâu hơn nữa và có khi cần phải giải quyết bằng phẫu thuật.

h. *Ung thư lan tràn ổ bụng*

Các trường hợp này điều trị rất khó khăn. Các kỹ thuật hay được áp dụng là đưa phần trên chỗ nghẹt ra ngoài da hoặc nối tắt đoạn ruột phình vào đoạn ruột xẹp. Nói chung, tiên lượng rất xấu.



Hình 8. Mở thông manh tràng ra da qua ống

2. Tắc đại tràng

a. Các kỹ thuật

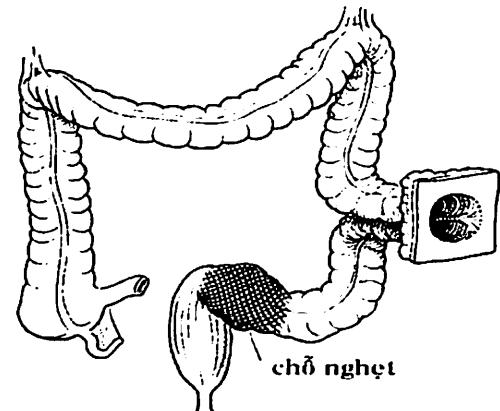
- **Đưa đại tràng ra ngoài làm hậu môn nhân tạo (HMNT)**

Đoạn ruột được đưa ra ngoài có thể là manh tràng, đại tràng ngang hay thông thường nhất là đại tràng chậu hông.

Đại tràng có thể được đưa ra ngoài qua trung gian một ống như mở manh tràng ra da hoặc mở thông đại tràng ra ngoài. HMNT có thể là hai nòng hoặc một nòng hoặc là HMNT trên đũa.

- **Cắt bỏ đại tràng:** có thể áp dụng:

- Cắt đoạn đại tràng, hai đầu đưa ra ngoài, nối lại thì sau.
- Cắt đại tràng phải, nối ruột lại ngay trong thi mổ này.
- Cắt gần toàn bộ đại tràng và nối hồi tràng-trực tràng.
- Cắt đại tràng trái, nối lại ngay sau khi rửa ruột trong khi mổ. Cách này có lợi là bệnh đỡ phải chịu mổ thêm lần nữa. Tuy nhiên đây là phương pháp mới cần



Hình 9. Mở hậu môn nhân tạo trên dòng

chọn bệnh nhân cẩn thận vì chưa được chấp nhận rộng rãi.

b. Chỉ định

Theo kinh điển, phẫu thuật viên nên theo nguyên tắc sau đây: đối với trường hợp phải cắt bỏ đại tràng cấp cứu thì sau khi cắt hết tổn thương nên đưa hai đầu ruột ra ngoài và sê nối lại ở thì sau cách lần mổ đầu 3-6 tuần. Nhẹ nhàng nhất là nên mở hậu môn nhân tạo trên dòng.

- **Ung thư đại tràng lên**

Cắt đại tràng phải, nối hai đầu ruột lại ngay. Hiếm khi ung thư lan quá rộng mới nối hồi tràng-đại tràng ngang.

- **Ung thư đại tràng xuống**

Bệnh nhân thể trạng tốt có thể chọn một trong 3 cách sau đây:

- Cắt bỏ đoạn đại tràng có bướu, nối hồi tràng-trực tràng, hoặc làm phẫu thuật Hartmann.
- Rửa ruột trong khi mổ, cắt đại tràng trái, nối lại ngay.
- Rửa ruột trong khi mổ rồi cắt đại tràng trái, nối lại ngay nhưng dùng thêm một

thiết bị gọi là Coloshield đặt ngang qua miệng nối để phòng ngừa buc miệng nối. Hai tình huống sau này là các kỹ thuật mới chỉ nên áp dụng cho các trường hợp chọn lọc.

• Ung thư đại tràng thủng

Nên cắt bỏ đoạn thủng rồi đưa hai đầu ra ngoài, lần mổ sau nối ruột lại. Nếu đoạn bướu bị thủng nằm ở vị trí trực tràng thấp không đưa ra được, có thể khâu chỗ thủng và mở HMNT trên dòng kèm rửa bụng kỹ. Tuy nhiên đây không phải là cách lý tưởng vì chỗ khâu trên mô bướu có thể bị buc.

• Ung thư trực tràng gây tắc ruột

Nên mở HMNT trên dòng. Trong khi mổ cần thám sát, đánh giá cẩn thận tình trạng của bướu. Nếu thuận lợi thì 3-6 tuần sau mổ lại cắt bướu nhằm điều trị tích cực. Trường hợp đã có di căn hay bướu lan rộng không thể cắt bỏ được thì chỉ nên mở HMNT trên đưa trên dòng đặt ở hố chậu trái. Điều quan trọng cần nhớ là trong tình trạng tắc ruột có hiện tượng viêm nhiễm và phù nề kèm theo làm cho việc đánh giá bướu có thể gặp khó khăn và đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm trong lĩnh vực này.

• Xoắn đại tràng chậu hông

Trong cấp cứu, nếu không viêm phúc mạc có thể nội soi đại tràng giải áp. Một tuần sau mổ phiên cắt bỏ đoạn đại tràng chậu hông quá dài để tránh tái phát. Nếu ruột bị hoại tử: cắt bỏ đoạn ruột này và đưa đầu trên ra da chờ thì sau nối lại (phẫu thuật Hartmann).

• Xoắn manh tràng

Nếu manh tràng hoại tử thì nên cắt bỏ đại tràng phải, nối ruột lại ngay. Nếu ruột chưa hoại tử thì khâu cố định manh tràng và đại tràng phải vào thành bụng sau.

• Tắc ruột kèm thủng ruột

Cắt bỏ vùng bị thủng và nên đưa hai đầu ruột ra ngoài chờ sau nối lại. Trường hợp ruột non có thể cắt bỏ và nối lại ngay.

• Giả tắc đại tràng (hội chứng Ogilvie)

Đầu tiên nên điều trị nội khoa:

- Đặt ống thông qua hậu môn sau khi nội soi đại tràng giải áp.
- Thụt tháo đại tràng.
- Chữa rối loạn nước-điện giải.
- Dùng thuốc kích thích nhu động ruột: prostigmine, cisapride, metoclopramide.

Trong trường hợp ruột căng quá và nội soi giải áp thất bại có thể phải mở manh tràng ra da để tránh nguy cơ thủng ruột.

VI. TIÊN LƯỢNG

A. TẮC RUỘT NON

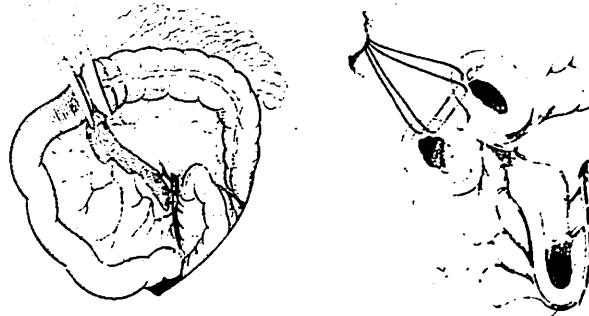
Đối với tắc ruột đơn thuần tử lệ tử vong chung là 2%. Nếu có xoắn ruột và phẫu thuật được thực hiện trong vòng 36 giờ từ lúc khởi bệnh, tử lệ tử vong là 8%. Nếu để quá 36 giờ thì con số này sẽ tăng vọt đến 25%.

B. TẮC ĐẠI TRÀNG

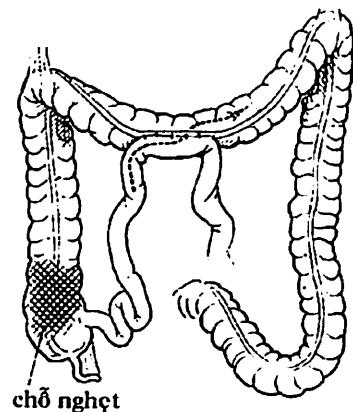
Dự hậu tùy theo:

- Tuổi và thể trạng của bệnh nhân.
- Tình trạng tổn thương mạch máu nuôi ruột.
- Có hay không có thủng ruột.
- Nguyên nhân gây tắc ruột.
- Thời điểm can thiệp phẫu thuật.

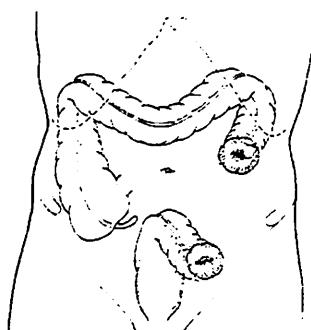
Tử vong chung là 20%. Nếu manh tràng bị thủng thì tử vong lên đến 40%. Trường hợp tắc ruột do ung thư thì dự hậu xấu nhất.



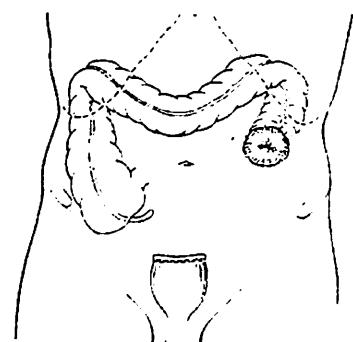
Hình 10. Cắt đại tràng phải, nối ruột ngay



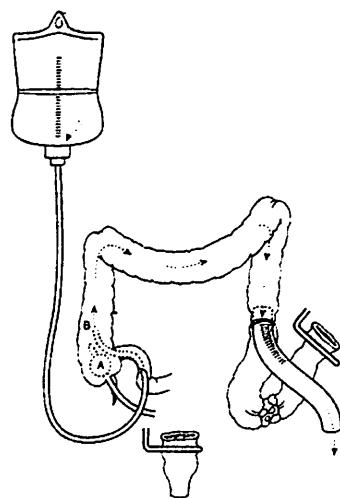
Hình 11. Nối tắt hồi tràng-dại tràng ngang



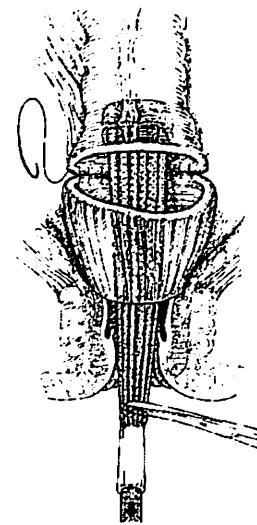
Hình 12. Cắt đoạn đại tràng có tổn thương, đưa hai đầu ra da



Hình 13. Cắt đoạn đại tràng có tổn thương, phẫu thuật Hartmann



Hình 14. Cắt đoạn đại tràng có tổn thương, rửa ruột trong khi mổ để nối lại ngay trong một thi



Hình 15. Dùng Colosshield che chở miệng nối đại tràng

VII. KẾT LUẬN

Tắc ruột là một cấp cứu nội-ngoại khoa và bệnh cảnh rất đa dạng. Thầy thuốc cần thăm khám thật kỹ để phân tích các triệu chứng nhất là triệu chứng X quang.

Phim bụng không sửa soạn giữ vai trò quan trọng trong việc định bệnh và định vị chỗ tắc. Điều quan hệ là trong tắc ruột cơ học chúng ta can thiệp kịp lúc trước khi ruột bị hoại tử. Trước khi mổ khâu hồi sức tối quan trọng, cần tuân thủ và thực hiện tốt thì mới giảm thiểu tỉ lệ tử vong.

Các thủ thuật ít xâm hại giúp chúng ta giải quyết đơn giản hơn nhiều tình huống mà ngày trước phẫu thuật viên phải áp dụng các kỹ thuật điều trị rất phức tạp và nguy hiểm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Đỗ Đức Vân. Tắc ruột. Trong Bệnh học Ngoại Khoa. Bộ môn Ngoại trường Đại học Y Hà nội. Nhà xuất bản Y Học. Tập 1, 1993: 30-38.
2. Hoàng Công Đắc. Tắc ruột. Trong Bệnh học Ngoại khoa. Bộ môn Ngoại trường Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Y Học. Tập I, 2001: 135-51.
3. Nguyễn Đình Hối. Điều trị tắc ruột cơ học. Trong Bài giảng Điều trị học Ngoại Khoa. Trường Đại học Y Dược TP.HCM. Bộ môn Ngoại khoa Tổng quát. Tập I, 1992: 175-88.
4. Pickleman J. Small bowel obstruction. In Zinner M.J. Schwartz S.I. Ellis H: Maingot's Abdominal Operations. 10th Ed. Appleton-Lange Stamford, CT., 1997: 1159-72.
5. Mahmoud N et al: Colon and rectum in Townsend C.M et al (eds): Sabiston Textbook

of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice. Saunders. An Imprint of Elsevier. 17th edition. 2004: 1424

6. Brant W.E: Abdominal Trauma in Webb W.R – Brant W.E – Major N.M (eds): Fundamentals of Body CT. Saunders Elsevier. 3rd edition. 2006: 193-205.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ (Chỉ có 1 câu đúng):

1. Nguyên nhân nào sau đây gây ra tắc ruột do thắt:
 - A. Thoát vị bẹn nghẹt.
 - B. Xoắn ruột non do dây dính.
 - C. Lồng ruột cấp.
 - D. Bệnh Crohn.
 - E. Câu A, B và C đúng.
2. Trước bệnh cảnh tắc ruột, không nên:
 - A. Thăm khám trực tràng.
 - B. Thăm khám các lỗ thoát vị.
 - C. Chụp bụng không sửa soạn.
 - D. Phẫu thuật ngay.
 - E. Câu A, B và C đều nên làm.
3. Tắc ruột do thắt có thể do nguyên nhân sau đây:
 - A. Thoát vị bẹn nghẹt.
 - B. Ung thư đại tràng chậu hông.
 - C. Xoắn ruột non do dây dính.
 - D. Nhồi máu mạc treo tràng trên.
 - E. Câu A và C đúng.
4. Nguyên nhân nào sau đây gây ra tắc ruột cơ học ở đại tràng:
 - A. Xoắn đại tràng chậu hông.
 - B. Viêm đại tràng xuất huyết.
 - C. Viêm loét đại tràng.
 - D. Viêm túi thừa đại tràng.
 - E. Lao đại tràng.

5. Xoắn đại tràng chậu hông, chọn câu sai:
- A. Nôn ói nhiều.
 - B. Bệnh khởi đột ngột nhưng tiến triển chậm.
 - C. Có thể điều trị qua nội soi đại tràng.
 - D. Bụng trương không đều.
 - E. Mức nước hơi rất to.
6. Đặc điểm X quang của tắc ruột non:
- A. Mức nước hơi nằm giữa bụng.
 - B. Mức nước hơi chân rộng nhưng vòm thấp.
 - C. Câu A và B đúng.
 - D. Liêm hơi dưới cơ hoành.
 - E. Có hơi trong hệ niệu.
7. Tắc ruột do ung thư đại tràng chậu hông:
- A. Bệnh diễn tiến nhanh.
 - B. Bệnh nhân nôn sớm.
 - C. Mức nước hơi chân hẹp nhưng vòm cao.
 - D. Trước đó bệnh nhân có thể đi cầu ra máu.
 - E. Câu C và D đúng.
8. Tắc ruột do xoắn ruột non:
- A. Bệnh diễn tiến nhanh.
 - B. Nôn sớm.
 - C. Câu A và B đúng.
 - D. Bụng trương rất nhiều.
 - E. Đau bụng không nhiều.
9. Trong tắc ruột do xoắn ruột non, có thể tìm thấy các yếu tố sau:
- A. Dễ hoại tử ruột.
 - B. Bụng có sẹo mổ cũ.
 - C. Bụng có đề kháng.
 - D. Đi cầu ra máu.
 - E. Tất cả đều đúng.
10. Một phụ nữ 75 tuổi bị đau bụng đột ngột từ 2 ngày nay. Đau từng cơn, bụng trương, nửa bụng trái gồ cao và kèm bí trung đại tiện. X quang bụng đứng không sửa soạn cho thấy mực nước hơi rất to chiếm gần hết bụng. Khám bụng thấy có phản ứng phúc mạc. Nguyên nhân có thể là:
- A. Viêm túi thừa đại tràng chậu hông.
- B. Xoắn đại tràng chậu hông.
- C. Ung thư đại tràng chậu hông.
- D. Viêm loét đại tràng.
- E. Lồng hồi-đại tràng phải.
11. Trong trường hợp này (câu 10) nên thực hiện:
- A. Kháng sinh, phẫu thuật sớm.
 - B. Siêu âm ổ bụng.
 - C. CT-scan ổ bụng.
 - D. X quang bụng tư thế nghiêng.
 - E. Nội soi đại tràng.
12. Tắc ruột ở người lớn tuổi:
- A. Viêm phúc mạc khu trú hay lan tỏa là bệnh cảnh hay gặp.
 - B. Cần lưu ý triệu chứng Howship-Romberg.
 - C. Cần loại trừ liệt ruột, táo bón.
 - D. Câu A và B đúng.
 - E. Câu A, B và C đúng.
13. Xoắn đại tràng chậu hông:
- A. Mổ khẩn không cần làm xét nghiệm gì khác.
 - B. Mổ sau khi làm đủ xét nghiệm cận lâm sàng.
 - C. Nội soi đại tràng để giải áp, nếu thất bại thì mổ khẩn.
 - D. Nội soi dạ dày-tá tràng kèm nội soi đại tràng.
 - E. Tất cả đều sai.
14. X quang bụng không sửa soạn trong tắc đại tràng.
- A. Mức nước hơi nằm giữa bụng và ở ngoại biên.
 - B. Mức nước hơi nằm ở ngoại biên.
 - C. Mức nước hơi chân rộng nhưng vòm thấp.
 - D. Mức nước hơi chân hẹp nhưng vòm cao.
 - E. Câu B và D đúng.
15. Một phụ nữ 75 tuổi, gầy ốm, bị đau bụng, bí trung đại tiện từ 2 ngày nay, nôn ói nhiều, đau mặt trong đùi bên phải. Khám bụng trương. X quang bụng đứng không sửa soạn

soạn cho thấy nhiều mực nước hơi giữa bụng. Chẩn đoán là:

- A. Bướu ruột non.
- B. Thắt ruột non.
- C. Thoát vị lô bịt.
- D. B và C đúng.
- E. Bướu đại tràng.

16. Chẩn đoán tắc ruột dựa vào:

- A. X quang bụng không sửa soạn.
- B. X quang đại tràng cản quang.
- C. CT-scan ổ bụng.
- D. Siêu âm bụng.
- E. Nội soi đại tràng.

17. Vai trò hồi sức nội khoa trong điều trị tắc ruột:

- A. Không thiết yếu.
- B. Thời gian tắc ruột bao lâu thì hồi sức bấy lâu.
- C. Thời gian hồi sức phải trên 24 giờ.
- D. Vừa phẫu thuật vừa hồi sức trong mọi trường hợp.
- E. Bù dịch-điện giải, kháng sinh là rất quan trọng.

18. Điều trị tắc ruột do đính:

- A. Nội soi đại tràng gỡ đính là cách tốt nhất.
- B. Mở bụng hở không còn cần thiết nữa.
- C. Nội soi ổ bụng gỡ đính là phương pháp mới, giảm tái phát.

D. Dùng phẫu thuật Noble chấn chấn không tái phát.

E. Sau 10 năm không còn đính ruột tái phát.

19. Nguyên tắc điều trị ngoại khoa tắc ruột.

Chọn câu sai:

- A. Hồi sức nội khoa hiệu quả trước mổ.
- B. Giải áp nhanh nhất khi có thể được.
- C. Áp dụng kỹ thuật nhẹ nhàng nhất trong mổ cấp cứu.
- D. Lấy chướng ngại, tái lập lưu thông đường tiêu hóa tức thì.
- E. Cắt bướu-HMNT-nối ruột lại thì hai.

20. Tiêu lượng tắc ruột, **chọn câu sai:**

- A. Dựa vào tuổi-tổng trạng bệnh nhân và nguyên nhân tắc ruột.
- B. Hồi sức nội khoa tích cực, thời điểm can thiệp phẫu thuật.
- C. Tình trạng mạch máu nuôi ruột.
- D. Phương pháp phẫu thuật.
- E. Câu A, B và C đều đúng.

ĐÁP ÁN

- | | | | |
|------|-------|-------|-------|
| 1. E | 6. C | 11. A | 16. A |
| 2. D | 7. E | 12. E | 17. E |
| 3. E | 8. C | 13. C | 18. C |
| 4. A | 9. E | 14. E | 19. D |
| 5. A | 10. B | 15. D | 20. D |

ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẶC

MỤC TIÊU

1. *Nêu được các triệu chứng cơ năng, thực thể và toàn thân của viêm phúc mạc toàn thể.*
2. *Trình bày được các thể viêm phúc mạc theo diễn tiến, theo mức độ lan tràn.*
3. *Trình bày được một số nguyên nhân thường gặp của viêm phúc mạc.*
4. *Nêu được các triệu chứng chính để chẩn đoán lâm sàng của viêm phúc mạc: cơ năng, triệu chứng thực thể, triệu chứng toàn thân.*
5. *Nêu được cách sử dụng các phương tiện cận lâm sàng để chẩn đoán viêm phúc mạc và trình bày được ưu, nhược điểm của từng loại phương tiện.*
6. *Nêu lên được nguyên tắc điều trị: nội khoa phối hợp, điều trị ngoại khoa.*

- Viêm phúc mạc (VPM) là tình trạng viêm của lá phúc mạc khi trong xoang bụng có mủ, giả mạc, dị vật, dịch tiêu hóa, phân, dịch mật, dịch tụy, nước tiểu v.v...
- Viêm phúc mạc do rất nhiều nguyên nhân và có rất nhiều loại. Có thể là VPM nguyên phát do vi khuẩn đến xoang PM qua đường máu, bạch huyết, đường tự nhiên; hoặc VPM thứ phát do lây lan từ một ổ nhiễm trùng khác.
- Tất cả những tiến bộ:
 - Về phương tiện chẩn đoán đã giúp chẩn đoán sớm, chính xác.
 - Hiểu biết sâu sắc về sinh lý bệnh của VPM dưới khía cạnh sinh học phân tử.
 - Phát minh ra các thuốc kháng khuẩn hữu hiệu.
 - Các kỹ thuật mổ tiên tiến và các phương pháp điều trị hỗ trợ tích cực giúp điều trị kịp thời, hiệu quả...,

đều đã góp phần làm giảm tỉ lệ tử vong, giảm đáng kể biến chứng sau mổ.

- Ở đây chỉ đề cập đến điều trị VPM thứ phát-cấp tính.

I. NHẮC LẠI VỀ GIẢI PHẪU LÁ PHÚC MẶC

1. Lá phúc mạc

Phúc mạc (PM) là một màng trơn láng, bọc lót mặt trong thành bụng, bao bọc kín hay che phủ một phần các tạng trong xoang bụng. Diện tích khoảng từ 1,8 đến 2,2 mét vuông (tương đương với diện tích da), PM được cấu tạo bởi một lớp tế bào trung mô (mesothelial cells) có nhiều vi lông mao có chiều dài từ 1-3 μ m, nhờ vậy làm tăng diện tích tiếp xúc lên gấp nhiều lần.

Cấu tạo vi thể

Lớp tế bào của PM được nuôi dưỡng bởi một lưới mạch máu dồi dào, nằm trên một

lớp mô liên kết lỏng lẻo, có thể tách ra được ở phía thành bụng. Các tế bào này gồm hai nhóm: hình trụ và dẹt, giữa những tế bào có các lỗ mở (stoma) giúp cho sự trao đổi chất có chọn lọc tùy theo kích thước của các phân tử đi qua, đôi chỗ, các lỗ mở có thể rộng đến 500 angstroms. Tình trạng viêm của lá PM làm cho kích thước của các lỗ rộng ra (Hình 1).

Lớp nền nằm lót bên dưới lá PM được cấu tạo bởi mô liên kết, các sợi xơ, sợi đàn hồi, mô mỡ, trong đó rất giàu các tế bào nội mô, tế bào bón (mast cell), bạch cầu ái toan, thực bào...

Dịch trong khoang PM được tiết ra từ lớp tế bào của lá PM và có thành phần giống với dịch bạch huyết. Hệ thống bạch huyết chính của PM nằm ở vòm hoành, là nơi vận chuyển chủ yếu các chất (kể cả vi khuẩn)

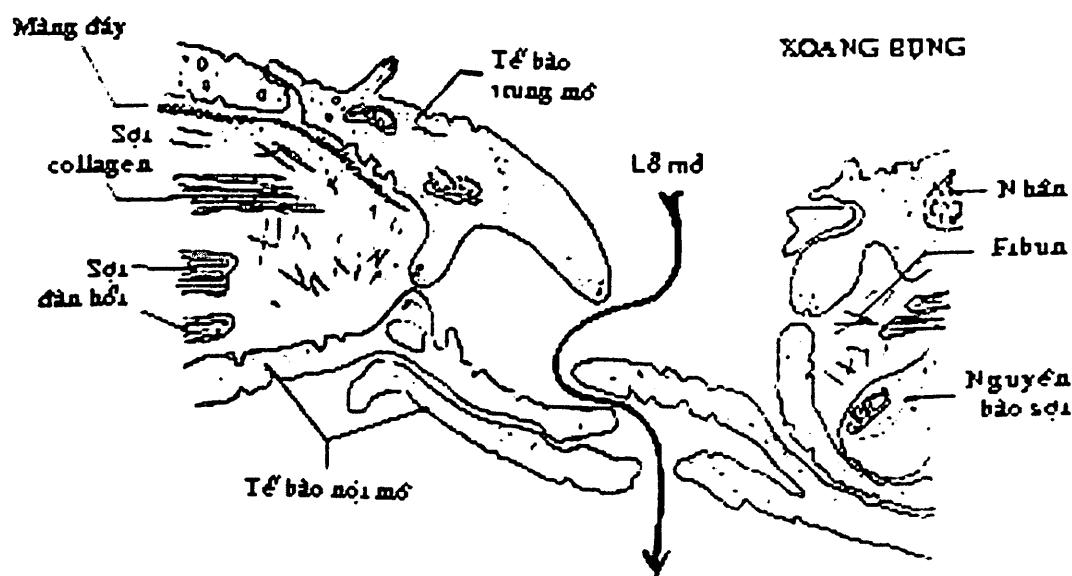
vào trong khoang PM cũng như là đường thông thương chính với hệ thống tuần hoàn thông qua ống ngực. Cử động của cơ hoành trong quá trình hô hấp tạo ra sự chênh lệch áp lực trong ổ bụng là tác nhân chính của sự chuyển động của dịch trong khoang PM. Tùy theo vị trí và chức năng, phúc mạc được chia ra:

a. *Lá thành*

Che phủ mặt trong thành bụng.

b. *Lá tang*

Hay phúc mạc tạng, bao bọc tất cả chiều dài ống tiêu hóa dưới cơ hoành chỉ trừ đoạn cuối trực tràng, bao bọc các tạng khác trong ổ bụng như gan, túi mật, lách, tụy, bọng đái, tử cung, phần phụ. Lá tang bao bọc gan và lách được dầy lên gấp nhiều lần, chắc chắn và có thể bóc tách rời khỏi các tạng này.



Hình 1. Cấu tạo lá phúc mạc. Khe hở (lỗ) giữa các tế bào giúp trao đổi chất một cách chọn lọc, khe hở sẽ nở rộng khi lá phúc mạc bị viêm

c. Các nếp PM: gồm 3 loại (Hình 2)

- **Mạc treo:** treo ống tiêu hóa vào thành bụng. Trong mạc treo có các sợi thần kinh tạng, các động mạch, tĩnh mạch mạc treo để nuôi dưỡng các đoạn ruột tương ứng.
- **Mạc chằng:** để chỉ hai lá phúc mạc đi từ thành bụng đến những tạng không phải ống tiêu hóa. Ví dụ mạc chằng liềm, mạc chằng vành, mạc chằng tam giác của gan.
- **Mạc nối:** là những lớp lá phúc mạc nối tạng này với tạng kia như mạc nối vị-dai tràng nối dạ dày và đại tràng.

Các lá thành, lá tạng và các mạc treo, mạc chằng, mạc nối là một màng liên tiếp nhau và bao bọc một khoang gọi là xoang phúc mạc.

2. Xoang phúc mạc

Là một khoang ảo, chứa chừng 75-100ml dịch màu vàng trong, có chứa nhiều protein (nồng độ ~ 3g/l), đảm bảo độ trơn láng của PM. Ở phụ nữ, xoang PM thông với bên ngoài qua các lỗ của các loa vòi trứng.



Một cách tổng quát, do sự ngăn chia bởi các mạc nối và đại tràng ngang nằm vắt ngang qua ổ bụng, xoang phúc mạc có:

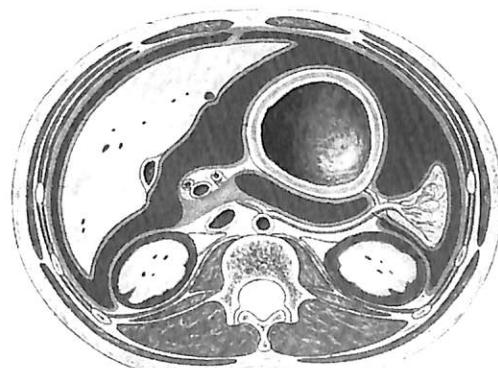
a. *Túi nhỏ hay hậu cung mạc nối*

Là một túi nằm ngang mà đáy ở bên trái, cổ và miệng túi ở bên phải (Hình 3):

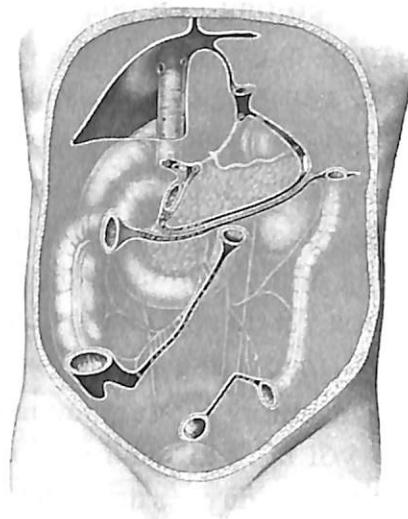
- Thành trước là mặt sau dạ dày, mạc nối vị-dai tràng.
- Thành sau là tụy.
- Thành trên là mạc treo dạ dày.
- Thành dưới là mạc treo đại tràng ngang.
- Đáy túi là mạc nối tụy-lách, lách, mạc nối dạ dày-lách.
- Cổ túi là tiền đình mà thành trước là mạc nối nhỏ, thành sau là khoang giữa tĩnh mạch chủ dưới, liềm động mạch vành vị và liềm động mạch gan.
- Miệng túi là khe Winslow, qua khe này túi nhỏ thông với túi lớn

b. *Túi lớn*

Là tất cả phần còn lại của xoang phúc mạc, túi lớn bị phân chia thành hai tầng do sự vắt ngang qua bụng của đại tràng ngang.



Hình 2. Thiết đồ cắt ngang khe Winslow: nơi thông thương giữa túi lớn và hậu cung mạc nối



Hình 3. Các mạc treo, mạc chằng của lá phúc mạc, giữ các tạng cố định trong xoang phúc mạc

- Tầng trên mạc treo đại tràng ngang gồm gan, hệ mật, dạ dày, lách, một phần trên của khối tá tụy.
- Tầng dưới mạc treo đại tràng ngang gồm có tất cả ruột non bám vào thành bụng sau nhờ rễ mạc treo ruột non đi từ bờ trái liên đốt sống thắt lưng 1-2 đến khớp cùng chậu phải, mạc treo này phân chia tầng này ra hai khu phải và trái một cách tương đối. Khoang phúc mạc ở trong chậu bé gọi là tiểu khung, đôi khi được phân cách với tầng dưới mạc treo đại tràng ngang bằng mạc treo đại tràng chậu hông.

3. Khoang sau PM

Năm sau lá PM thành bụng sau, trước lớp cân thành bụng sau, đi từ vùng chậu lên đến sau thanh quản, là khoảng dễ bóc tách, lỏng lẻo, vì vậy nhiễm trùng khoang sau PM có thể lan tràn rộng lên trên.

Sự phân chia các vùng trong xoang PM có ý nghĩa trong bệnh lý học

- Khi có mủ, dịch bẩn trong xoang PM, chúng có thể khu trú ở một khu nào đó của xoang PM gây nên VPM khu trú, hoặc lan tràn ra khắp xoang PM gây VPM toàn thể.
- Triệu chứng, diến tiến và điều trị cũng như tiên lượng của hai loại VPM toàn thể và VPM khu trú rất khác nhau.

II. NHẮC LẠI VỀ SINH LÝ LÁ PHÚC MẠC

Phúc mạc có rất nhiều chức năng sinh lý phức tạp

1. Chức năng cơ học

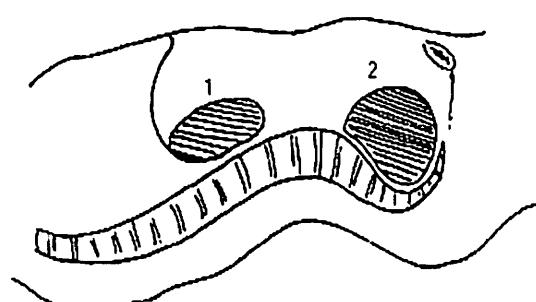
- PM treo các tạng trong xoang PM với thành bụng bằng các mạc treo, mạc chằng, giữ các tạng với nhau bằng các mạc nối.

- Dịch sánh tự nhiên trong xoang phúc mạc làm cho các tạng không dính vào nhau và có thể trượt lên nhau dễ dàng.

2. Chức năng bảo vệ (Hình 4)

- Mạc nối lớn chống nhiễm khuẩn bằng một hàng rào cơ học và một hàng rào sinh học do hiện tượng thực bào khi có vi khuẩn gây bệnh.
- Do trọng lực, các dịch tụ lại ở túi cùng Douglas là nơi thấp nhất trong xoang PM.
- Do sức hút của vùng dưới hoành trong mỗi nhịp thở làm dịch tích tụ ở dưới hoành.

Tại các vị trí được cô lập, tích tụ này, vi khuẩn được hấp thụ hoặc tạo nên các ổ áp xe.



Hình 4. Vị trí tụ dịch trong xoang bụng ở tư thế nằm ngửa (1. dưới hoành; 2. vùng chậu)

3. Chức năng trao đổi chất

Nhờ vào diện tích tiếp xúc khá lớn của PM, việc trao đổi chất rất thuận lợi. Người ta lợi dụng tính chất này để làm thẩm phân phúc mạc; và cũng vì khả năng hấp thu mạnh mẽ của PM nên trước đây người ta

thường đổ kháng sinh trực tiếp vào xoang PM (hiện nay không còn dùng); hoặc qua PM, các độc chất rất dễ khuếch tán vào máu gây nên tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc trong VPM toàn thể.

Bình thường, trong khoang PM có một lớp dịch mỏng giữa các tạng, có tác dụng làm cho các tạng trượt lên nhau một cách dễ dàng. Dung tích của khoang PM rất lớn: có thể bơm vào khoang PM từ $1 \Rightarrow 2$ lít dịch mà không tạo ra cảm giác khó chịu nào. Khi bị viêm, PM tiết ra rất nhiều dịch (V/d: khi lá PM dày thêm 1mm, sẽ ứ đọng khoảng 1,8 lít dịch). Do vậy, mất nước trong VPM tương đương với diện tích phổi 80%.

4. Cảm giác của PM tùy theo vùng của các lá PM

- PM thành bụng trước: nhạy cảm nhất do được chi phối bởi 6 đôi dây thần kinh ngực dưới cùng, cho cảm giác cụ thể về vị trí.
- PM thành bụng sau và ở tiểu khung nhạy cảm kém hơn.
- Phúc mạc tạng gần như vô cảm nhưng cũng có thể nhận biết được nếu những kích thích gây ra đủ mạnh và kéo dài; thường PM tạng bị kích thích do sự căng giãn thành ống tiêu hóa hay do áp lực trong các mô tăng lên khi có viêm nhiễm.
- Rẽ mạc treo, nhạy cảm đối với sự căng kéo.

Chính vì với diện tích rộng, khả năng hấp thu, trao đổi chất mạnh mẽ, chi phối cảm giác của PM đa dạng, nên biểu hiện lâm sàng của VPM đa dạng và có ảnh hưởng toàn thân quan trọng.

III. SINH LÝ BỆNH CỦA VIÊM PHÚC MẠC

1. Lành sẹo và tạo dính

- Khi bị viêm, kích thích, PM đều bị hao tổn tế bào trung mô phủ, nhưng đồng thời, cũng được bổ sung ngay trong vài ngày, (trung bình 3-5 ngày), bằng cách di chuyển các tế bào ở kề cận đến, quá trình này không gây dính trong ổ bụng.
- Hiện tượng dính trong ổ bụng gây nên do phức hợp tiểu cầu và các sợi fibrin được kích hoạt trong quá trình viêm của PM. Thông thường, trong điều kiện đầy đủ oxy, quá trình ly giải fibrin bắt đầu từ ngày thứ 3 sau khi PM bị tổn thương, trước hiện tượng bổ sung khiếm khuyết tế bào của PM, và lên cao nhất đến ngày thứ 8. Trong điều kiện thiếu oxy, các sợi fibrin sẽ tẩm nhuộn các nguyên bào sợi và tạo ra các sợi xơ dính (fibrose) bằng cách kích hoạt hệ thống tổng hợp collagen. Các sợi xơ dính được hình thành từ ngày thứ 10, và trở nên dày đặc nhất vào tuần thứ 2-3. Do vậy, can thiệp phẫu thuật lại trong vòng 2-4 tuần sau lần mổ trước sẽ rất khó khăn do dính, đồng thời, tỉ lệ biến chứng sẽ cao hơn gấp nhiều lần nếu can thiệp vào các thời điểm khác; ví dụ: đối với các rò tiêu hóa, tỉ lệ tử vong là 20% nếu mổ lại trong khoảng $10 \Rightarrow 120$ ngày, tỉ lệ này sẽ là 10% nếu can thiệp trước 10 ngày hoặc sau 120 ngày tính từ lần mổ trước.

2. Phản ứng của cơ thể trong VPM: có 3 hiện tượng cùng xảy ra

- Làm sạch vi khuẩn bằng cơ học: bằng cách đẩy vi khuẩn vào hệ bạch huyết.

Cử động của cơ hoành trong quá trình hô hấp, sẽ dồn đẩy các dịch trong ổ bụng (chứa vi khuẩn) lên vùng dưới hoành do chênh lệch áp lực, vùng này có hệ thống bạch huyết phong phú nhất; vi khuẩn (từ $1 \rightarrow 3\mu\text{m}$) và hồng cầu sẽ đi qua các lỗ mở của lớp tế bào trung mô của lá PM đã bị mở rộng ($8 \rightarrow 12\mu\text{m}$) để đi vào hệ thống bạch huyết rồi vào tĩnh mạch dưới đòn thông qua ống ngực. Điều này giải thích vì sao bệnh nhân VPM do thủng ống tiêu hóa rất nhanh chóng bị nhiễm trùng máu nặng, biểu hiện bằng sốt cao kèm rét run.

- Tiêu diệt vi khuẩn, dị vật theo cơ chế tế bào: thông qua các hóa chất trung gian có tác dụng dãn mạch, hóa huống động (histamin, interleukin I, II, VIII...) giúp lôi kéo nhiều loại tế bào đến vùng viêm, nhiễm để thực hiện việc tiêu diệt vi khuẩn, dọn dẹp sạch các dị vật. Có 4 loại tế bào chủ yếu tham gia vào quá trình này: đại thực bào, tế bào trung mô, bạch cầu đa nhân trung tính, và tế bào nội mô. Hiện tượng viêm và sự kích hoạt hệ thống miễn dịch của cơ thể tỉ lệ thuận với mức độ tổn thương của các tế bào trong cơ thể, phẫu thuật nội soi ít làm thương tổn mô cơ thể hơn mổ mở.
- Rối loạn chức năng gan thường đi kèm theo với tình trạng VPM, gây ra bởi sự phóng thích cytokinin (IL-I, IL-II...) trong quá trình thực bào, các chất này có tác dụng độc cho gan, đôi khi có thể gây viêm gan cấp, nặng.

3. Các yếu tố ảnh hưởng

- Vi khuẩn: tùy theo loại vi khuẩn, độc lực và số lượng mà tình trạng nhiễm trùng

sẽ nặng thêm. Vi khuẩn gram âm chiếm phần lớn trong thành phần vi khuẩn ở đoạn trên của ống tiêu hóa, ngược lại tỉ lệ vi khuẩn gram-âm yếm khí chiếm phần lớn ở đoạn thấp của ống tiêu hóa, vi khuẩn gram âm-yếm khí tiết ra nội độc tố gây ức chế sự đề kháng của cơ thể, thuận lợi cho việc phát triển nhiễm trùng. *E. coli* thường gây ra VPM toàn thể, nặng; trong khi *Bacteroides fragilis* thường gây ra áp xe trong xoang bụng.

- Một số chất trong cơ thể tạo thuận lợi cho vi khuẩn tăng trưởng như: noradrenaline thúc đẩy tăng trưởng các vi khuẩn gram âm, máu trong xoang PM là môi trường tăng trưởng tốt cho vi khuẩn.
- *Đi vật* trong xoang PM là nơi trú ẩn rất tốt cho vi khuẩn tránh được sự tiêu diệt bởi các thực bào, các thuốc kháng khuẩn.
- Một số hóa chất còn có tác dụng độc hại cho tế bào như: chất liệu nylon ức chế hoạt động của bạch cầu, barium sulfate gây độc trực tiếp cho các tế bào PM, các chất sát trùng có gốc Iode như Polyvinylpyrrolidone-iodine (Povidone-Iodine) gây hủy hoại tế bào trung mô của PM và các thực bào, hầu hết các cơ quan kiểm soát thuốc và thực phẩm (FDAs) trên thế giới đều không cho phép sử dụng các chất này đổ vào trong xoang PM.

IV. NGUYÊN NHÂN

Có rất nhiều nguyên nhân gây VPM首发, đa số là do thủng đường tiêu hóa.

A. TỪ ĐƯỜNG TIÊU HÓA

1. Viêm ruột thừa

Là nguyên nhân hay gặp nhất, thường xảy ra sau 24-48 giờ của bệnh cảnh viêm ruột

thừa, khi ruột thừa hoại tử, mủ vỡ vào xoang bụng gây VPM. Sẽ là VPM khu trú nếu mủ chỉ đọng ở hố chậu phải, hoặc gây VPM toàn thể nếu mủ lan tràn cả ổ bụng.

2. Thủng dạ dày tá tràng

Là nguyên nhân thường gặp thứ hai của VPM首发. Đa số là thủng dạ dày-tá tràng do loét, một số do ung thư dạ dày.

3. Thủng hối tràng

Do bệnh thương hàn thường xảy ra vào ngày thứ 7 - thứ 10 của bệnh. Nơi thủng là các mảng Payer của hối tràng.

4. Thủng và hoại tử đại tràng

Đa số do ung thư, do amip hoặc thủng túi thừa đại tràng.

5. Một số tổn thương ít gặp như

Hoại tử ruột non là hậu quả của nhiều bệnh lý không được chẩn đoán và can thiệp kịp thời, thủng túi thừa Meckel, thủng ruột do dị vật ...

B. TỪ GAN VÀ ĐƯỜNG DẪN MẬT

1. Áp xe gan do amip

Trước đây rất hay gặp và là biến chứng hay gặp nhất của áp xe gan do amip. Gần đây, biến chứng này ít gặp do sự phát triển về kỹ thuật chẩn đoán (siêu âm giúp chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm); về thuốc diệt amip mới, hữu hiệu; về mạng lưới y tế cơ sở. Mủ áp xe gan do amip thường là vô khuẩn, nhưng sau đó sẽ bị bội nhiễm.

2. Áp xe gan do đường mật

Là loại biến chứng rất nặng của bệnh lý giun, sỏi đường mật.

3. Thấm mật phúc mạc

Khi có tắc nghẽn của đường mật, nhất là ở túi mật, hệ mật cẳng dẫn, vi khuẩn và dịch

mật có thể thấm qua vách túi mật, đường mật vào xoang PM gây thấm mật PM.

4. VPM mật

Khi hệ mật ngoài gan viêm hoại tử thủng, mật lẩn mẩn sít tràn vào xoang bụng gây VPM mật. Loại VPM này rất nặng vì thường do vi khuẩn gram âm, ký sinh. Mức độ nhiễm trùng, nhiễm độc cao.

Dịch mật sạch hiện diện trong xoang phúc mạc thường không gây VPM, tuy nhiên do vi khuẩn trong dịch mật tăng sinh dần sẽ gây VPM sau đó.

C. TỬ TỬ CUNG VÀ PHẦN PHỤ

1. Thủng tử cung do nạo phá thai cũng thường gặp

VPM xảy ra trễ sau 24-48 giờ, bệnh cảnh thường nặng nề nếu phát hiện trễ do nhiễm trùng ký sinh.

2. Viêm phần phụ do áp xe tai voi: thường chỉ gây VPM chậm

D. CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG BỤNG

Chấn thương và vết thương bụng gây ra thủng, vỡ các tạng trong xoang bụng. Các thương tổn này thường phổi hợp và phức tạp. Nếu thiếu kinh nghiệm khi xử trí, các thương tổn này dễ bị bỏ sót.

E. PHẪU THUẬT TRONG XOANG BỤNG

VPM sau mổ là loại VPM khó chẩn đoán và thường bị phát hiện trễ do bệnh nhân còn đau sau mổ, thường được dùng thuốc giảm đau liên tục và một phần do tâm lý phẫu thuật viên ngần ngại can thiệp lại.

Nguyên nhân của loại VPM này có thể do:

- Không tuân thủ tuyệt đối khâu vô trùng, loại này thường ít gặp.

- Do đẻ sót dị vật, mủ, máu, chất bẩn trong xoang bụng.
- Do bục hay xì đường khâu. Đây là mối đe dọa cho mọi phẫu thuật viên. Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng lành sẹo của đường khâu như dinh dưỡng, sự căng kéo của đường khâu, tình trạng sạch bẩn của ổ bụng v.v... và còn do sai sót về kỹ thuật.

V. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Ở đây chỉ đề cập đến thể điển hình của VPM thứ phát, cấp tính. Có thể là toàn thể hay khu trú.

A. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

1. Đau bụng

Là triệu chứng đầu tiên, bao giờ cũng có. Đau bụng là lý do đưa bệnh nhân đến bệnh viện.

- Đau có thể ở khấp bụng, hoặc ở một vùng nào đó đau nhiều hơn. Vị trí đau khởi đầu và vùng đau nhiều nhất gợi ý cho chẩn đoán nguyên nhân của VPM: đau chói như dao đâm ở thượng vị lúc đầu giúp gợi ý cho nguyên nhân thủng dạ dày, đau nhiều ở hố chậu phải giúp nghĩ đến viêm ruột thừa.
- Tính chất đau của VPM là **đau liên tục** không thành cơn, đau tăng lên khi ho hoặc cử động, nên bệnh nhân VPM thường nằm yên bất động ở một tư thế tự chọn. Không dám cử động hoặc ho, thở mạnh, khác với cảm giác đau lăn lộn rên la, đau thành từng cơn trong cơn đau do sỏi niệu quản, tắc ruột hay cơn đau quặn gan.

2. Nôn ói

Khác với tắc ruột, nôn ói trong VPM chỉ là nôn khan do PM bị kích thích, thường nôn không nhiều.

Khi bệnh nhân đến trễ do liệt ruột cơ năng trong VPM, có thể nôn nhiều hơn và rất dễ lầm với tắc ruột cơ học.

Ở người già, nhiều lần VPM khu trú do ruột thừa có biểu hiện như tắc ruột cơ học, và rất dễ bị nhầm lẫn.

3. Bí trung và đại tiện

Cũng có xảy ra nhưng là do tình trạng liệt ruột cơ năng, giá trị để chẩn đoán không nhiều lắm.

Khác với tắc ruột, trong VPM nếu có trung tiện thì cũng chỉ nhè nhẹ, sau trung tiện vẫn còn đau hoặc chỉ giảm đôi chút.

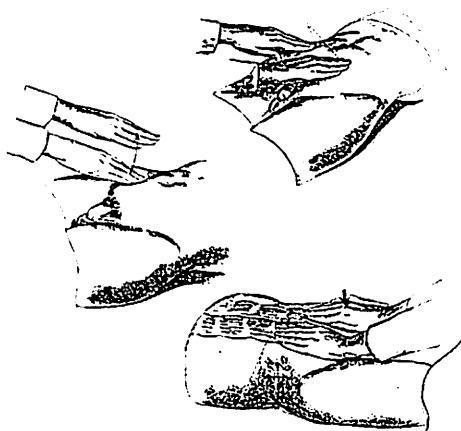
B. TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

1. Co cứng thành bụng và cảm ứng PM

a. Co cứng thành bụng

Là triệu chứng quan trọng nhất, đặc hiệu nhất của VPM, là triệu chứng để quyết định chẩn đoán (Hình 5).

- **Nhìn**
- Thấy thành bụng phẳng, im lìm, không di động theo nhịp thở hay tham gia rất



Hình 5. Thăm khám bụng: thành bụng co cứng, cơ thẳng bụng gồ ghề và nổi hần rõ các thớ

ít, có thể thấy các thớ cơ thành bụng nổi hần lên, nhất là trong những VPM có cơ co cứng cao độ như thủng dạ dày.

- Hoặc là bụng trương căng, đầy hơi, kém di động theo nhịp thở.

b. Sờ

Thấy các thớ cơ nổi hần rõ lên và thành bụng cứng như sờ vào mặt phẳng cứng.

Ấn đau, nếu ấn mạnh hơn bao giờ cũng gây đau rõ rệt.

Thành bụng co cứng và ấn đau bao giờ cũng có trong VPM.

Cân phân biệt co cứng thật của VPM với co cứng giả gặp trong trường hợp thành bụng bị lạnh đột ngột, động tác khám thô bạo.

Khác với co cứng thành bụng, dấu hiệu **dè kháng thành bụng** là phản ứng của cơ thành bụng co lại khi bị ấn mạnh vào vùng có tổn thương thực thể bên dưới (ổ loét tá tràng, túi mật viêm...).

b. Cảm ứng PM

Ở bệnh nhân có thành bụng mỏng, yếu (trẻ em, người già, phụ nữ mới sanh) hoặc ở bệnh nhân VPM đến trễ, dấu hiệu co cứng thành bụng không rõ rệt, lúc này dấu hiệu **cảm ứng PM** rõ rệt hơn:

Dùng đầu ngón trỏ ấn trên thành bụng khiến bệnh nhân đau chói rõ rệt, nhăn mặt, gạt tay tháo thuốc ra.

Cảm ứng PM còn có thể phát hiện bằng phản ứng dội (còn được gọi là dấu Tchotkin-Blumberg): các đầu ngón tay ấn xuống từ từ và nhẹ nhàng trên thành bụng rồi buông tay ra đột ngột, bệnh nhân thấy đau chói.

Đôi khi cảm ứng PM còn gặp trong trường hợp thành bụng bị căng dãn, cấp tính như tắc ruột, bàng bụng cấp tính.



Hình 6. Thăm khám túi cùng Douglas, khi có tụ dịch vùng chậu, sẽ gây đau khi ấn vào túi cùng này

2. Gõ

Khi VPM, sẽ có hiện tượng liết ruột cơ năng và dịch tự do trong xoang bụng thường đọng lại ở vùng thấp.

- *Bụng trướng, gõ vang:* đều hai bên, bụng dưới thường trướng hơn.
- *Gõ đục vùng thấp:* thường chỉ rõ rệt nếu trong xoang bụng có nhiều dịch, gõ sẽ thấy đục ở hai hố chậu.
- *Gõ vang vùng trước gan:* bình thường vùng trước gan gõ sẽ nghe tiếng đục, nếu trong xoang bụng có hơi bất thường di chuyển nằm trước gan sẽ có dấu hiệu gõ vang vùng trước gan.

Thường các dấu hiệu này ít có giá trị chẩn đoán vì:

- (1) trong VPM ít khi có nhiều dịch và
- (2) chỉ thủng dạ dày mới có nhiều hơi ở vùng trước gan.

3. Thăm âm đạo-trực tràng

Là động tác không thể thiếu, nhất là khi các triệu chứng trên thành bụng không thật rõ

ràng. Nó rất có giá trị trong chẩn đoán VPM tiểu khung và trên bệnh nhân có thành bụng đầy mỡ.

Thăm khám sẽ thấy túi cùng Douglas căng do tụ dịch, ấn vào bệnh nhân kêu đau (tiếng kêu Douglas) (Hình 6).

C. TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN

1. Nhiễm trùng

Bao giờ cũng có, biểu hiện bằng sốt cao, thường là 39-40°C, mạch nhanh, môi khô, lưỡi bẩm, thở nhanh nóng, hơi thở hôi.

2. Nhiễm độc

Thường chỉ gặp khi bệnh nhân đến trễ sau nhiều ngày, biểu hiện bằng trạng thái lơ mơ, nói nhảm, lúc tỉnh lúc mê, có khi lo âu hốt hoảng.

Mặt hốc hác, mắt trũng sâu, đờ đẫn.

Lúc này có thể bệnh nhân không còn sốt được nữa hoặc đôi khi thân nhiệt hạ thấp do cơ thể không đủ đáp ứng.

Thiếu niệu hoặc vô niệu.

Mạch nhanh 120-140 lần/phút. Huyết áp hạ thấp, kẹp hoặc nặng hơn là không có mạch và huyết áp.

VI. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

1. Xét nghiệm máu

- Tình trạng nhiễm trùng biểu hiện bằng số lượng bạch cầu tăng cao có khi lên đến 15.000-20.000/mm³, trong đó tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính chiếm đa số. Số lượng bạch cầu > 25.000/mm³ hoặc < 4.000/mm³ là yếu tố tiên lượng xấu, tử vong cao.
- Tình trạng nhiễm độc với:

- Urê máu và créatinine máu tăng cao, biểu hiện tình trạng suy thận cấp.
- pH máu và ion đồ trong máu: thường biểu hiện rối loạn nhiễm toan chuyển hóa, sự thiếu hụt các ion Na^+ , K^+ , Cl^- .

Các xét nghiệm này rất cần thiết cho công việc hồi sức trước, trong và sau mổ.

2. Triệu chứng X quang

Chụp bụng không sửa soạn ở tư thế đứng; hoặc ở tư thế nằm nghiêng hoặc tư thế nửa nằm nửa ngồi nếu bệnh nhân quá yếu.

Bình thường nếu không có VPM sẽ thấy đường sáng hai bên bụng, bờ dưới gan và vài bong hơi nhỏ ở giữa bụng.

a. Hình ảnh chung của VPM

- Toàn thể bụng mờ hoặc thành ruột đầy vì trong xoang bụng có dịch.
- Vài quai ruột dãn trướng đầy hơi vì liệt.
- Đường sáng hai bên bụng mất đi hay ngắn quang (dấu hiệu Laurell).

Cần phải có kỹ thuật chụp thật tốt, chất lượng phim thật tốt mới cho thấy rõ được các dấu hiệu trên.

b. Các hình ảnh riêng tùy từng nguyên nhân

- Liêm hơi dưới hoành trong thủng đường tiêu hóa.
- Bóng gan to trong áp xe gan vỡ.
- Dấu hiệu quai ruột canh gác (sentinel loop) gấp trong viêm tụy cấp v.v...

3. Siêu âm

Siêu âm cho thấy có dịch trong xoang bụng, ruột dãn trướng, và với máy siêu âm tốt, người siêu âm có kinh nghiệm, có thể phân biệt một cách tương đối loại dịch (dịch đồng nhất, máu, mủ v.v...). Tuy nhiên siêu

âm cũng chỉ giúp cho biết tình trạng dịch tự do trong xoang bụng, các ổ tụ dịch khu trú chứ không thể cho biết chẩn đoán và nguyên nhân VPM. Siêu âm giúp ích nhiều trong chẩn đoán VPM sau mổ.

VII. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán VPM thường không khó vì triệu chứng lâm sàng thường rõ rệt, bệnh nhân thường trong tình trạng nặng, nhất là trong VPM toàn thể. Trong VPM khu trú, các biểu hiện lâm sàng thường ít nặng hơn, ít rầm rộ hơn.

A. VPM TOÀN THỂ

Chẩn đoán VPM toàn thể dựa vào:

1. Triệu chứng cơ năng

a. Đau bụng

Đau liên tục, không thành cơn, bệnh nhân nằm yên không dám cử động mạnh, không dám ho.

b. Bí trung tiện

Do liệt ruột cơ năng. Tuy nhiên không đặc hiệu của VPM.

c. Nôn ói

Trong VPM bệnh nhân thường ít nôn, hoặc nếu có chỉ nôn khan do PM bị kích thích.

2. Triệu chứng thực thể

a. Co cứng thành bụng và cảm ứng PM

Là triệu chứng quan trọng nhất, đặc hiệu nhất của VPM.

Hoặc là thành bụng không co cứng nhưng khi ấn vào rất đau được gọi là **cảm ứng phúc mạc**,

Hoặc khi ấn vào không đau nhiều nhưng khi buông tay ra đột ngột thì gây đau chói rõ rệt, được gọi là dấu hiệu *Tchotkin-Blumberg*.

- Cũng cần phải phân biệt với một số trường hợp co cứng giả như trong tụ máu khoang sau phúc mạc (chấn thương thận, vỡ xương chậu,...) hoặc một số trường hợp chấn thương cột sống thắt lưng cũng có thể gây co cứng giả...

b. *Nghe*

Âm ruột thừa hoặc mất hẳn do ruột bị liệt vì bị ngâm lâu trong mủ, dịch bẩn.

c. *Thăm âm đạo-trực tràng*

- Nghiệm pháp này rất cần thiết để chẩn đoán VPM do nguyên nhân ở vùng tiểu khung và nhất là khi bệnh nhân mập, thành bụng đầy.
- Thăm âm đạo-trực tràng sẽ cho biết tình trạng tử cung và hai phần phụ, và tình trạng của túi cùng Douglas.

3. Triệu chứng toàn thân

- a. *Hội chứng nhiễm trùng*: bao giờ cũng có.
- b. *Tình trạng nhiễm độc*: khi bệnh nhân đến bệnh viện trễ sau nhiều ngày.

Tuy nhiên, sẽ khó chẩn đoán nếu các dấu hiệu thực thể ở thành bụng không rõ rệt, mơ hồ và kín đáo.

- **Chẩn đoán khó thường gặp trong các tình huống sau đây**
 - *Trẻ em bé*: do khai thác bệnh sử ở trẻ em bé rất khó, khi thăm khám lại khó hơn vì bé sợ hãi không hợp tác, hay gồng bụng do khóc, la hét nên khó nhận định co cứng thành bụng.
 - *Người già*: do lú lẫn, trả lời thiếu chính xác.
 - *Những người thành bụng quá nhão* như ở sản phụ mới sanh hoặc thành bụng quá đầy mỡ.

- *Sau mổ*: nhất là sau mổ VPM vì thường bệnh nhân cũng có sốt, bao giờ cũng có liệt ruột, thành bụng còn đau do lần mổ trước và bệnh nhân lại hay được dùng các thuốc giảm đau.
- Bệnh nhân đang được dùng kháng sinh, thuốc giảm đau, thuốc phiện (nghiện thuốc) làm che lấp bớt triệu chứng đau ở thành bụng.

4. X-quang

Ít có giá trị, chỉ gợi ý nguyên nhân gây nên VPM nếu có hình ảnh đặc trưng.

a. *Hình ảnh chung của VPM*

- Toàn thể bụng mờ hoặc thành ruột đầy vì trong xoang bụng có dịch.
- Vài quai ruột dãn chứa đầy hơi vì liệt.
- Đường sáng hai bên bụng mất đi hay ngắn quãng (dấu hiệu Laurell).

b. *Các hình ảnh riêng tùy theo từng nguyên nhân*

- *Liềm hơi dưới hoành* trong thủng đường tiêu hóa.
- *Bóng gan to* trong áp xe gan vỡ.
- *Dấu hiệu quai ruột canh gác* (sentinel loop) gấp trong viêm tụy cấp v.v...

5. Siêu âm

Cho thấy có dịch trong xoang bụng, ruột dãn trương.

Siêu âm giúp xác định vị trí, số lượng và theo dõi tụ dịch trong trường hợp VPM sau mổ; đồng thời còn giúp hướng dẫn cho thủ thuật chọc dò dịch tụ trong xoang phúc mạc đạt hiệu quả cao.

6. Các xét nghiệm chuyên biệt khác

Một số phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại đôi khi cũng giúp ích khá tốt

trong chẩn đoán và theo dõi trước và sau phẫu thuật, đặc biệt trong những tình huống khó chẩn đoán, thương tổn trong sâu, hoặc trong vùng sau phúc mạc. Chỉ định dùng các phương tiện này cần cân nhắc cẩn thận sau khi đã sử dụng các phương tiện thường dùng khác.

a. *Chụp cắt lớp điện toán (CT scan)*

Dùng tia X với những máy chụp CT scan thế hệ mới, hình ảnh tụ dịch, các khối u, đặc biệt trong tạng đặc sẽ được nhìn rõ và chính xác. CT scan có ưu thế khi độ tương phản của hai tạng gần kề nhau chênh lệch nhiều (xương – nhu mô – dịch).

b. *Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI)*

Không sử dụng tia X mà dùng phản ứng hấp thu sóng từ khác nhau của các mô cơ thể. MRI cho hình ảnh rõ nét hơn và đủ mọi bình diện cắt của cơ thể.

7. Chọc dò

Là biện pháp cuối cùng khi các triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng khác không đủ để làm chẩn đoán.

Dùng kim đủ to, đủ dài để chọc vào chỗ nghi ngờ có đọng dịch (ở chỗ đau nhất, thấp nhất) và là chỗ ít có nguy cơ nhất (thủng ruột, chảy máu...).

Dịch chọc dò được rất cần thiết phải làm xét nghiệm vi khuẩn, sinh hóa, tế bào. Chỉ cần chọc hút được một giọt mủ cũng đủ để chẩn đoán là viêm phúc mạc. Mủ được xác định tại phòng xét nghiệm với sự hiện diện của nhiều vi khuẩn và xác bạch cầu.

Chọc dò không ra dịch cũng không được loại trừ chẩn đoán VPM.

Kết hợp với hương dẫn trên siêu âm sẽ cho kết quả chọc dò thành công cao hơn.

B. VPM KHU TRÚ

Khi mủ, dịch bẩn chỉ khu trú một vùng nào đó trong xoang phúc mạc.

Bệnh cảnh lâm sàng của VPM khu trú ít rầm rộ hơn, toàn trạng ít bị ảnh hưởng hơn, và tiên lượng cũng tốt hơn.

Nếu không được can thiệp kịp thời sẽ diễn biến thành VPM toàn thể, hoặc nếu trong điều kiện thuận lợi tại chỗ và toàn thân có thể diễn biến thành áp xe.

Các vị trí thường gặp của VPM khu trú là: ở hố chậu phải do viêm ruột thừa, ở tiểu khung do viêm phần phụ, ở dưới sườn phải thường do các bệnh lý gan và đường dẫn mật.

- *Triệu chứng cơ năng:* bệnh nhân chỉ đau một vùng.
- *Triệu chứng thực thể:* co cứng và cảm ứng giới hạn tại một vùng nào đó, giới hạn này thường không rõ rệt.
- *Triệu chứng toàn thân:* tình trạng nhiễm trùng thường có với sốt, bạch cầu cao, nhưng ít khi có nhiễm độc, bệnh nhân vẫn tỉnh táo, tiểu vẫn nhiều và urê máu thường không cao hay cao ít.

C. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

Sau khi VPM đã được chẩn đoán, cần thiết phải tìm nguyên nhân để dự kiến phương pháp xử trí thích hợp.

Chẩn đoán nguyên nhân của VPM dựa vào:

1. Triệu chứng đau lúc khởi đầu

Vị trí đau lúc khởi đầu gợi ý cho chẩn đoán nguyên nhân, nhưng nhiều khi bệnh nhân không nhớ rõ và vị trí đau khởi đầu không rõ rệt.

2. Vị trí đau nhiều nhất

3. Nơi thành bụng co cứng nhiều nhất

Thường nơi co cứng nhiều nhất nói lên tạng bên dưới bị tổn thương.

Tuy nhiên không phải lúc nào cũng vậy. Trong thủng dạ dày tá tràng, nơi co cứng và đau nhất có thể không phải ở vùng thượng vị, trên rốn mà đôi khi lại ở hố chậu phải do dịch dạ dày-tá tràng từ trên chảy xuống và đọng ở hố chậu phải.

Trước khi mổ rất cần chẩn đoán nguyên nhân, nhưng không nên mất quá nhiều thì giờ chẩn đoán nguyên nhân để trôi qua đi thời gian vô cùng quý báu vì mọi VPM đều cần được mổ sớm. Trong nhiều trường hợp, tình trạng VPM được chẩn đoán bằng lâm sàng và nguyên nhân của VPM được chẩn đoán bằng phẫu thuật vì mọi VPM thứ phát đều phải được điều trị bằng phẫu thuật.

VIII. ĐIỀU TRỊ

A. NGUYÊN TẮC

Nguyên tắc điều trị của VPM thứ phát và cấp tính là ngoại khoa kết hợp với nội khoa.

1. Điều trị nội khoa với mục đích

- Bằng công việc hồi sức để đề phòng tình trạng sốc hoặc đưa bệnh nhân ra khỏi tình trạng sốc với thiểu năng các chức năng quan trọng của cơ thể tuần hoàn, hô hấp, tiết niệu.
- Cung cấp năng lượng.
- Làm giảm bớt tình trạng nhiễm trùng.

2. Điều trị ngoại khoa bao gồm

- Loại bỏ nguyên nhân của VPM.
- Làm sạch xoang bụng.

B. ĐIỀU TRỊ TRƯỚC MỔ

Đối với những bệnh nhân VPM đến sớm, toàn trạng tốt, chưa có các rối loạn chức

năng quan trọng thì công việc điều trị nội khoa trước mổ không đặt nặng. Với những bệnh nhân đến trễ khi đã có tình trạng nhiễm độc hay là VPM xảy ra ở bệnh nhân đã có các bệnh mạn tính từ trước thì công việc hồi sức nội khoa trước mổ phải hết sức khẩn trương và thích hợp.

Điều trị trước mổ bao gồm

1. Hút dạ dày

Hút dạ dày để lấy bớt hơi và dịch trong dạ dày, trong ruột làm cho bụng bớt trương, bệnh nhân đỡ khó chịu, đỡ khó thở. Hút cũng là để chuẩn bị cho cuộc mổ sẽ được tiến hành trong một vài giờ tới.

2. Hồi sức tuần hoàn

Trong những ngày trước khi vào viện, bệnh nhân không ăn uống được, lại thêm có tình trạng ứ đọng nước trong lòng ruột, trong xoang bụng nên huyết áp có thể thấp, mạch nhanh vì vậy cần phải bồi hoàn ngay khối lượng tuần hoàn thiếu hụt. Dùng các dịch truyền mặn, ngọt, huyết tương và máu. Khối lượng truyền và tốc độ truyền căn cứ vào huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung tâm.

Với người già cần dùng các thuốc trợ tim.

3. Điều chỉnh các rối loạn điện giải và nhiễm toan máu

Các điện giải Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Cl^- thường bị thiếu hụt. Điều chỉnh bằng các dung dịch muối Chlorure Natri, Chlorure Kali, Chlorure Calci, Ringer's Lactate.

Thường có tình trạng nhiễm toan máu. Điều chỉnh bằng dung dịch Bicarbonate natri.

Khối lượng các dịch này cho phỏng chừng vì lúc này chưa có kết quả của điện giải đồ, pH máu.

4. Hồi sức thận

Đặt thông tiểu theo dõi lượng nước tiểu mỗi giờ. Bình thường lượng nước tiểu mỗi giờ là khoảng 40ml (*trung bình là 1ml/1kg cân nặng/1 giờ*). Thiếu niệu có thể là do thiếu nước, có thể là do suy chức năng bài tiết của thận khi đã có viêm ống thận cấp. Nếu do thiếu nước, sau khi bôi phụ nước tương đối đủ thì nước tiểu lại nhiều trở lại.

5. Chống nhiễm khuẩn

Khi đã biết loại vi khuẩn gây VPM thì dùng loại kháng sinh thích hợp. Nếu chưa biết thì dùng kháng sinh phổ rộng và kết hợp. Kháng sinh thường được dùng là Pénicilline, Cephalosporin thế hệ thứ III, IV kết hợp với Aminoglycoside. Khi dùng kháng sinh chú ý tới chức năng gan và thận. Nếu các chức năng này đã bị ảnh hưởng thì chọn loại kháng sinh không gây độc cho các cơ quan này.

Métronidazole được sử dụng cho các trường hợp VPM do các vi khuẩn kỵ khí.

Kháng sinh dùng đường toàn thân. Đổ kháng sinh vào xoang bụng ngày nay không còn được dùng nữa.

6. HẠ SỐT

Khi sốt, cơ thể đòi hỏi phải cung cấp oxy nhiều hơn. Để đảm bảo cho việc gây mê nhất là đối với trẻ em cần thiết phải hạ sốt trước mổ.

Làm hạ sốt bằng thuốc phổi hợp với các biện pháp cơ học. Thuốc là Acétaminophène, Clorpromazine. Biện pháp cơ học là đắp nước mát, chườm túi đá lên các vùng có nhiều mạch máu như gan bàn chân, bẹn.

C. PHẪU THUẬT

Phẫu thuật phải được tiến hành càng sớm càng tốt, sau một thời gian vài ba giờ hồi sức nội khoa để điều chỉnh các rối loạn chức năng.

Các phẫu thuật được dùng trong điều trị VPM khác nhau rất nhiều vì VPM do rất nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên. Cùng một nguyên nhân phẫu thuật cũng khác nhau tùy theo tình trạng xoang bụng bẩn nhiều hay ít, tùy theo thể trạng bệnh nhân xấu hay tốt.

Phẫu thuật nội soi được dùng trong một vài bệnh cảnh VPM có nguyên nhân đơn giản như viêm ruột thừa, viêm phần phụ, thủng dạ dày... mà dịch ổ bụng ít bẩn. Càng ngày chỉ định can thiệp bằng phẫu thuật nội soi càng mở rộng nhờ quen thao tác và phát triển của các dụng cụ phẫu thuật nội soi. Bằng phẫu thuật nội soi.

Một vài nhược điểm của phẫu thuật nội soi trong viêm phúc mạc là:

- Làm phát tán vi khuẩn, dịch bẩn lan rộng trong xoang bụng,
- Xử trí rất khó khăn các thương tổn ở mặt sau các tạng, vùng sau phúc mạc.
- Không có cảm giác cầm nắm.
- Bơm hơi trong xoang bụng cản trở hô hấp và máu tuần hoàn về có nguy cơ tai biến trong khi phẫu thuật.

Lợi điểm của phẫu thuật nội soi là:

- Bệnh nhân sớm hồi phục do ít đau và ít thương tổn thành bụng.
- Phẫu thuật viên có thể đi vào các ngõ ngách sâu trong xoang bụng để làm sạch.

1. Vô cảm

Trong điều kiện sức khỏe bệnh nhân cho phép, gây mê nội khí quản là tốt nhất vì thuốc dẫn cơ làm cho thành bụng mềm, thuận lợi cho việc làm sạch xoang bụng.

Trường hợp bệnh nhân nặng có suy chức năng thận, gan thì buộc phải gây mê. Gây mê chỉ làm được phẫu thuật tối thiểu.

2. Đường rạch

Đường rạch phải bảo đảm ba yêu cầu sau đây:

- Dễ vào tìm được nguyên nhân và xử lý thương tổn dễ dàng.
- Làm sạch xoang bụng thuận lợi.
- Vết mổ ít bị nhiễm trùng sau mổ.

Trong VPM toàn thể, đường rạch thường được dùng là đường giữa trên hay dưới rốn tùy theo nguyên nhân của VPM.

Đối với VPM khu trú, lúc này không cần thiết phải rửa xoang bụng nên có thể dùng đường rạch đi trực tiếp vào nơi có thương tổn, ví dụ đường Jalaguier cho VPM khu trú do ruột thừa.

Trong phẫu thuật nội soi, bằng các đường rạch nhỏ (để đưa ống soi, dụng cụ vào) có thể quan sát được rất tốt các ngóc ngách trong xoang bụng.

3. Đánh giá thương tổn

a. Mức độ lan tràn của VPM

VPM toàn thể hay VPM khu trú. Nếu là VPM khu trú thì mọi động tác phải hết sức cẩn thận, tránh không để cho mủ và dịch bẩn từ một nơi này lan tràn vấy bẩn sang các nơi khác, phải cõi lập, che chắn vùng nhiễm trùng.

b. Xác định nguyên nhân của VPM

Căn cứ vào dịch trong xoang bụng. Trong xoang bụng có hạt cơm: VPM do thủng dạ dày tá tràng; có nhiều nước mặn: VPM do thủng hoại tử túi mật; có nhiều mủ thối: VPM ruột thừa... Nguyên nhân của VPM nhiều khi tìm kiếm rất khó khăn.

4. Xử lý thương tổn

Nguyên nhân của VPM rất nhiều, mỗi nguyên nhân có một cách xử lý. Ở đây chỉ nêu lên nguyên tắc:

- *Loại bỏ nguyên nhân của VPM, bằng nhiều cách;* ví dụ:
 - *VPM ruột thừa:* cắt bỏ ruột thừa.
 - *VPM do thủng dạ dày tá tràng:* khâu kín lỗ thủng.
 - *VPM do áp xe gan amip vỡ:* dẫn lưu áp xe.
- *Trường hợp xoang bụng bẩn, thể trạng xấu* chỉ được làm phẫu thuật tối thiểu. Một thủng dạ dày đến sớm trên một bệnh nhân trẻ khỏe có thể cắt dạ dày cấp cứu để luôn thể điều trị bệnh loét, nhưng khi đến trễ trong xoang bụng đã có mủ, có giả mạc thì chỉ được khâu kín lỗ thủng mà thôi. Một thủng hối tràng do thương hàn có khi khâu kín lỗ thủng, có khi phải đưa đoạn ruột có lỗ thủng ra ngoài da. Một vết thương đại tràng bao giờ cũng nên đưa đoạn đại tràng có lỗ thủng ra ngoài da.

Như vậy trong lần mổ cấp cứu vì VPM, phẫu thuật thường chỉ nhằm giải quyết tình trạng VPM còn bệnh nguyên nhân nếu cần phải xử lý phẫu thuật thì để lại cho lần mổ sau.

5. Làm sạch xoang bụng

Công việc này rất quan trọng vì nếu xoang bụng còn bẩn, tình trạng nhiễm độc vẫn tồn tại hoặc là tạo thành các ổ áp xe tồn lưu: áp xe dưới hoành, áp xe túi cùng Douglas, áp xe giữa các quai ruột.

a. VPM toàn thể

Để làm sạch xoang bụng, bắt buộc phải rửa xoang bụng bằng nhiều lít nước (trung bình ~ 8-12 lít). Rửa cho tới khi nước rửa trong. Trong khi rửa phải phá vỡ những ngóc ngách vì nơi đây có nhiều mủ và dịch ứ đọng, nếu lấy không hết sẽ tạo thành các ổ áp xe tồn lưu.

Dung dịch dùng để rửa tốt nhất là dung dịch Natricleorua đẳng trương ($\text{NaCl} 0,9\%$) hoặc dung dịch Ringer được làm ấm trước khi dùng, không nên pha thêm bất cứ loại hóa chất nào, vì đều có tác dụng độc hại đối với PM.

Khi rửa phải chú ý tới mạch và huyết áp. Động tác rửa có thể làm bệnh nhân sốc.

b. VPM khu trú

Hút sạch và dùng gạc ướt lau tại chỗ. Không nên rửa vì nước rửa sẽ đưa vi khuẩn từ vùng bẩn tới các vùng sạch của xoang bụng.

Việc lấy bỏ các giả mạc (màng giả) trong VPM cần phải cẩn nhắc, vì lúc bóc bỏ có thể gây chảy máu nếu giả mạc bám chặt vào bề mặt các tạng. Nguyên tắc là lấy bỏ được càng nhiều càng tốt nếu thấy dễ dàng, vì sẽ làm giảm khối lượng các ổ chứa vi khuẩn. Thường không thể lấy sạch hoàn toàn được.

6. Dẫn lưu xoang bụng

Vấn đề dẫn lưu xoang bụng được thảo luận khá nhiều. Dẫn lưu không tuyệt đối bắt buộc cho mọi trường hợp VPM. Chỉ bắt buộc khi xoang bụng quá bẩn; và trong những trường hợp trong khi mổ không làm sạch xoang bụng được.

Không được quá tin tưởng vào ống dẫn lưu mà lơ là công việc theo dõi các triệu chứng khác: đau bụng, phản ứng thành bụng, thân nhiệt v.v... Trong nhiều trường hợp trong xoang bụng có khá nhiều dịch mà ống dẫn lưu không cho gì vì rất nhiều lý do: đầu ống dẫn lưu đặt không đúng chỗ, ống quá bé, quá mềm, bị gấp, bị tắc... Thông thường, các ống dẫn lưu để tự do trong xoang bụng sẽ bị cô lập sau 24 giờ bởi hiện tượng vách hóa (wall-off) nên mất tác dụng dẫn lưu.

Những trường hợp nhiễm khuẩn nặng nề người ta dùng phương pháp *tưới rửa sau mổ* (continuous postoperative irrigation). Phương pháp này giúp ta có thể tiếp tục rửa xoang bụng trong vòng 3 đến 7 ngày sau mổ. Các công trình về vấn đề này cho kết quả khá tốt.

7. Đóng bụng

Kỹ thuật đóng bụng phụ thuộc vào đường rạch, vào tình trạng bẩn của xoang bụng. Trường hợp xoang bụng nhiều mủ, mủ vẩy bẩn vết mổ, vi khuẩn sẽ sinh sôi nẩy nở giữa các lớp của thành bụng. Như vậy thành bụng có thể được:

- Khâu phúc mạc cân cơ một lớp và khâu da, sau mổ phải theo dõi sát tình trạng vết mổ, nếu nó nhiễm trùng phải cắt

- chỉ khâu da ngay, cắt một vài mői chỉ hay cắt toàn bộ.
 - Khâu phúc mạc cân cơ một lớp, da để hở. Sau 1-2 tuần, khi vết mő sạch và mô hạt lên tốt sẽ khâu da thì hai.
 - Khâu phúc mạc cân cơ và da một lớp. Khi khâu một lớp dùng chỉ không tan đơn sợi (monofilament) hay chỉ kim loại, chỉ được cắt chậm sau ngày thứ 15.
- D. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**
- 1. Tiếp tục công việc điều trị nội khoa trước mổ**
- Trước mổ chưa có nhiều thì giờ và chưa có các dữ kiện chính xác. Trong thời kỳ hậu phẫu có nhiều thì giờ hơn, có kết quả của các xét nghiệm nên công việc điều trị nội khoa căn cứ vào các kết quả đó cho phù hợp.
- 2. Nuôi dưỡng**
- Một hai ba ngày đầu khi lưu thông ruột chưa trở lại vẫn phải tiếp tục hút dạ dày và nuôi dưỡng được thực hiện qua đường tĩnh mạch. Nuôi dưỡng bằng các dung dịch đường và các dung dịch đậm, mő.
 - Từ ngày thứ ba trở đi, khi đã có trung tiện, rút bỏ ống hút dạ dày cho bệnh nhân uống, lúc đầu là sữa và sau là nước thịt, nước xúp, ăn cháo thịt ...
- Nuôi dưỡng rất cần thiết cho việc phục hồi sức khỏe và giúp cho đường khâu, miệng nối, vết mő lành tốt.
- 3. Chăm sóc tại chỗ**
- Ống dẫn lưu, vết mő, thành bụng phải được theo dõi và chăm sóc ít nhất mỗi ngày hai lần để phát hiện các biến chứng thường gặp:
- Nhiễm trùng vết mő.
 - VPM do xì đường khâu, miệng nối.
 - Áp xe tồn lưu.
 - Tắc ruột sớm sau mő.
- 4. Vận động sớm**
- Là cách kích thích nhu động ruột và phòng ngừa tắc ruột do dính sau mő tốt nhất. Ngày đầu tiên sau mő cho bệnh nhân lăn trớ trên giường, sau đó khi tình trạng toàn thân cho phép, tập cho người bệnh ngồi dậy, đi lại quanh giường, trong phòng và tăng dần về số lần cũng như khoảng cách vận động. Việc tự vận động sớm sau mő còn giúp phòng ngừa các biến chứng về phổi, nhiễm trùng đường tiểu, huyết khối tĩnh mạch v.v...; và còn tạo tâm lý mau lành bệnh.
- 5. Theo dõi lâu dài**
- Một biến chứng rất thường gặp sau khi mő vì VPM là tắc ruột sau mő. Trong tắc ruột cơ học do tất cả các nguyên nhân thì tắc ruột sau mő chiếm hơn 50% mà nguyên nhân của tắc ruột sau mő là tình trạng VPM trong lần mő trước.
- TÀI LIỆU ĐỌC THÊM**
1. Bộ môn Ngoại tổng quát. Bài giảng Điều trị học Ngoại khoa. Trường Đại học Y Dược, 1998.
 2. Nguyễn Đình Hối. Bệnh Ngoại khoa đường tiêu hóa. Nhà xuất bản Y học, 1994.
 3. Bài giảng Bệnh học Ngoại khoa. Bộ môn Ngoại tổng quát. Trường Đại học Y Dược, 1998.
 4. Intra abdominal infections. Dietmar H. Wittmann. Hoechst, 1991.
 5. Principles of Surgery. Schwartz. 7th Ed. 1999: 1515-50.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Khám bệnh nhân bị VPM để tìm dấu hiệu Tchotkin-Blumberg cần để bệnh nhân ở tư thế:
 - A. Nằm ngửa.
 - B. Nằm nghiêng về bên không đau.
 - C. Nằm ngửa co hai chân.
 - D. Nằm nghiêng co hai chân và gối cao đầu.
2. Đau bụng trong VPM là:
 - A. Đau quanh rốn.
 - B. Đau thành từng cơn dữ dội.
 - C. Đau liên tục, BN không dám ho hoặc cử động mạnh.
 - D. Đau âm ỉ nhè nhẹ.
3. Câu nào sau đây là **không chính xác**?
 - A. Có *Co cứng thành bụng* đồng nghĩa với có VPM.
 - B. *Đề kháng thành bụng* là triệu chứng đặc hiệu của VPM.
 - C. Dấu hiệu Tchotkin-Blumberg là cách dùng để tìm cảm ứng phúc mạc.
 - D. Dấu hiệu Tchotkin-Blumberg còn gặp trong tắc ruột, bàng bụng cấp tính không phải VPM.
4. Để chẩn đoán xác định VPM, triệu chứng thực thể nào sau đây là **quan trọng nhất**?
 - A. Co cứng thành bụng hoặc cảm ứng phúc mạc.
 - B. Đề kháng thành bụng.
 - C. Sốt cao, môi khô, vẻ mặt lờ đờ.
 - D. Bụng trương, gõ đục vùng thấp.
5. Vị trí đau đầu tiên trong VPM:
 - A. Là nơi có tổn thương nguyên phát.
 - B. Gợi ý cho chẩn đoán nguyên nhân.
 - C. Sẽ hết đau khi có VPM toàn thể.
 - D. Không có ý nghĩa gì cho chẩn đoán VPM.
6. Đặc điểm cấu tạo của phúc mạc
 - A. Là một màng có diện tích tương đương diện tích da.
7. Cảm giác của phúc mạc là:
 - A. Cảm giác mơ hồ không chính xác.
 - B. Lá thành óc cảm giác chính xác về vị trí đau.
 - C. Khi mạc treo bị căng kéo sẽ gây cảm giác đau, tức.
 - D. Câu B và C đúng.
8. Xoang phúc mạc được chia ra:
 - A. Túi lớn ở trên mạc treo đại tràng ngang.
 - B. Túi nhỏ ở dưới gan.
 - C. Túi lớn được chia thành nhiều vùng: dưới hoành, rãnh đại tràng, giữa các quai ruột, tiểu khung.
 - D. Không câu nào đúng.
9. Vi khuẩn gây ra VPM thứ phát thường gấp nhất là:
 - A. *Staphylococcus* spp.
 - B. *Streptococcus* spp.
 - C. *Entamoeba histolytica*.
 - D. *Enterobacter* spp.
10. Các yếu tố nào sau đây có ảnh hưởng đến VPM?
 - A. Số lượng và độc lực vi khuẩn.
 - B. Hóa chất trong xoang PM.
 - C. Một số chất của cơ thể tiết ra.
 - D. Tất cả đều đúng.
11. Nguyên nhân thường gấp nhất của VPM thứ phát là:
 - A. Thủng dạ dày tá tràng.
 - B. Thủng túi mật.
 - C. Ruột thừa viêm thủng.
 - D. Thủng hôi tràng.
12. Bệnh nhân có bệnh cảnh VPM khu trú ở vùng hố chậu phải có thể do:

- A. Viêm ruột thừa.
 B. Thủng dạ dày.
 C. Thủng đại tràng.
 D. Thủng hối tràng.
 E. Tất cả đều đúng.
13. Trong các loại VPM sau đây, loại nào là **nặng nhất** về mặt nhiễm trùng nhiễm độc?
 A. Thủng dạ dày.
 B. Thấm mật phúc mạc.
 C. Thủng hối tràng.
 D. Thủng đại tràng.
14. Hãy chọn các phương tiện cận lâm sàng **thông thường** và **có giá trị** trong chẩn đoán xác định VPM:
 A. Số lượng và công thức bạch cầu.
 B. X quang bụng.
 C. Siêu âm bụng.
 D. CT-scan.
 E. Tất cả đều sai.
15. Siêu âm bụng trong bệnh cảnh VPM:
 A. Giúp chẩn đoán chắc chắn VPM.
 B. Theo dõi được mức độ lan tràn của VPM là khu trú hay toàn thể.
 C. Hướng dẫn cho thủ thuật chọc dò tìm dịch tụ trong xoang PM đạt hiệu quả cao.
 D. Biết được nguyên nhân gây VPM theo vị trí tụ dịch và thương tổn nguyên phát thấy được trên siêu âm.
16. Thăm khám âm đạo-trực tràng rất cần thiết để:
 A. Loại trừ VPM khi khám thấy túi cùng Douglas không đau.
 B. Giúp gợi ý nguyên nhân VPM nằm trong vùng tiểu khung.
 C. Chẩn đoán VPM do viêm ruột thừa.
 D. Tất cả đều đúng.
17. Chẩn đoán VPM khó khăn trong tình huống:
 A. Bệnh nhi.
 B. Phụ nữ mới sanh.
- C. Bệnh nhân mới mổ.
 D. Bệnh nhân có cơ thành bụng rắn chắc.
 E. A, B và C đều đúng.
18. Điều trị VPM là:
 A. Ngoại khoa chủ yếu.
 B. Cần hồi sức và ổn định toàn trạng cho thật bình thường trước khi phẫu thuật.
 C. Điều trị nội khoa cần phối hợp trước, trong và sau phẫu thuật.
 D. Không câu nào đúng.
19. Hồi sức nội khoa trước mổ của bệnh cảnh VPM quan trọng nhất là:
 A. Hệ hô hấp.
 B. Hệ tuần hoàn.
 C. Bù nước và điều chỉnh rối loạn điện giải.
 D. Kháng sinh liều cao.
 E. Không câu nào đúng.
- Trong **điều trị ngoại khoa** của VPM, em hãy sắp xếp theo thứ tự ưu tiên cho các loại sau:
- A. Loại trừ bệnh nguyên phát gây ra VPM.
 B. Làm sạch xoang bụng.
 C. Loại bỏ hoặc cô lập ổ nguyên phát ra khỏi xoang bụng.
 D. Dẫn lưu xoang PM thật hiệu quả.
20. Ưu tiên I. B
 21. Ưu tiên II. D
 22. Ưu tiên III. C
 23. Ưu tiên IV. A

ĐÁP ÁN

- | | | | |
|------|-------|------------|-------|
| 1. C | 7. D | 13. D | 19. C |
| 2. C | 8. C | 14. B và C | 20. B |
| 3. B | 9. D | 15. C | 21. D |
| 4. A | 10. D | 16. B | 22. C |
| 5. B | 11. C | 17. E | 23. A |
| 6. D | 12. E | 18. C | |

ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TIÊU HÓA TRÊN

MỤC TIÊU

1. *Đánh giá được độ nặng-nhẹ của chảy máu tiêu hóa trên.*
2. *Nêu các nguyên nhân thường gặp gây ra chảy máu tiêu hóa trên.*
3. *Trình bày cách xử trí trường hợp chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng.*
4. *Nêu cách xử trí trường hợp chảy máu tiêu hóa do dãn vỡ tĩnh mạch thực quản.*

Chảy máu tiêu hóa (CMTH) trên là một cấp cứu nội-ngoại khoa rất trầm trọng gây tử vong cao và tổn kém nhiều về mặt kinh tế. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong hồi sức-cấp cứu nhưng từ năm 1945 đến nay, tỉ lệ tử vong của hội chứng này vẫn không thay đổi bao nhiêu, từ 10 đến 30% tùy theo bệnh lý và tùy tình trạng của bệnh nhân lúc nhập viện.

Sự phân biệt CMTH trên do dãn vỡ tĩnh mạch thực quản với CMTH trên không do dãn tĩnh mạch có ý nghĩa rất quan trọng trong việc xử trí. Nói chung, dự hậu của dãn vỡ tĩnh mạch thực quản xấu hơn. Nguyên tắc hồi sức và xử trí CMTH trên cho dù do nguyên nhân nào thì cũng tương tự nhau.

I. CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ

A. ĐỊNH NGHĨA

CMTH trên là chảy máu trong lòng ống tiêu hóa, do tổn thương có thể từ miệng, thực quản, dạ dày, tá tràng đến phía trên góc Treitz.

CMTH dưới là do tổn thương nằm thấp hơn góc Treitz, hiếm gặp và không đề cập trong bài này.

B. NGUYÊN NHÂN

Chảy máu do loét dạ dày-tá tràng, dãn tĩnh mạch thực quản và những tổn thương cấp tính ở dạ dày-tá tràng chiếm 90% trong các nguyên nhân gây CMTH trên (Bảng 1).

Bảng 1. Nguyên nhân CMTH trên thống kê với 2.205 bệnh nhân (theo Richardson JD và Gardner B).

Nguyên nhân	Tỉ lệ (%)
Loét tá tràng	24
Viêm dạ dày cấp	20
Loét dạ dày	15
Dãn tĩnh mạch thực quản	14
Viêm thực quản	6
Hội chứng Mallory-Weiss	5
Các nguyên nhân khác	10
Không xác định	6

1. Loét dạ dày-tá tràng

20% trường hợp loét dạ dày-tá tràng sẽ bị chảy máu:

- Triệu chứng khởi đầu cho bệnh loét.

- Chảy máu xảy ra trong một giai đoạn tiến triển bệnh.
- Yếu tố thuận lợi cho chảy máu là bệnh nhân dùng thuốc gây chảy máu hoặc thuốc kháng đông, kháng viêm.

Hai cơ chế có thể giải thích hiện tượng chảy máu:

- Chảy máu do viêm dạ dày hoặc tá tràng quanh ổ loét. Trong các tình huống này mức độ chảy máu thường là nhẹ và tự khỏi.
- Ổ loét sâu thủng động mạch nằm dưới đáy ổ loét. Trường hợp này chảy máu thường trầm trọng, dễ tái phát khiến thầy thuốc phải can thiệp.

2. Dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản

Có hiện tượng dẫn tĩnh mạch thực quản là do tăng áp tĩnh mạch cửa mà nguyên nhân chủ yếu là xơ gan (do rượu, sau viêm gan hoặc do nghẹt mật). Đây là loại CMTH trên nguy hiểm nhất. Tử vong chung tại các cơ sở có phương tiện hồi sức hiện đại là 35%.

3. Các tổn thương cấp tính khác

- a. *Viêm dạ dày-tá tràng*: có các tổn thương như:
 - Loét non.
 - Viêm trót thường với kích thước loét rất nhỏ.
 - Viêm dạ dày gây chảy máu lan tỏa.

Các tổn thương này có thể đột ngột chảy máu do uống rượu hay các loại thuốc gây loét.

b. *Loét dạ dày-tá tràng do stress*

Tổn thương loét do “stress” thường xảy ra ở các bệnh nhân sau đây: suy đa cơ quan, nhiễm trùng nặng, sau phẫu thuật thần kinh, sau phẫu thuật tim, sau đà chấn thương hoặc bỏng nặng.

Điều trị các tổn thương này phải tùy theo nguyên nhân, thêm vào đó là dùng thuốc chống tăng tiết dịch vị dù rằng hiệu quả không được chắc chắn. Phẫu thuật chỉ là phương tiện cuối cùng khi chảy máu không kiểm soát được.

c. Các bệnh lý khác

Các bệnh lý khác ở thực quản và dạ dày-tá tràng cũng có thể gây CMTH trên mà độ nặng nhẹ rất thay đổi. Định bệnh chính xác dựa vào nhờ nội soi tiêu hóa:

- *Hội chứng Mallory-Weiss*: vết test niêm mạc chạy theo chiều dọc tại vùng tâm vị gấp ở bệnh nhân có những cơn nôn dữ dội. Trường hợp này có khi chảy máu rất trầm trọng nhưng sau khi cầm máu được rồi thì tiên lượng tốt.
- *Viêm thực quản* có thể gây chảy máu. Điều trị chủ yếu là dùng các thuốc chống tiết dịch vị.
- Các dị dạng mạch máu.
- Các bướu lành hay ác tính, thường gây chảy máu mạn tính.
- *Rò giữa động mạch chủ bụng và tá tràng* ở bệnh nhân đã được thay ghép mạch máu do túi phình. Điều trị chỉ có cách duy nhất là phẫu thuật.
- *Chảy máu đường mật*: ở nước ta bệnh hay theo sau bệnh sỏi mật, giun đũa chui lên ống mật. Ở các nước Âu-Mỹ, bệnh thường thấy sau chấn thương, sau khi sinh thiết gan hoặc sau khi chụp X quang ống Wirsung.

C. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng

CMTH trên thể hiện trên lâm sàng với các triệu chứng như nôn ra máu, đi cầu phân

đen, chảy máu rỉ rả hoặc chảy máu ồ ạt gây ra tình trạng sốc do giảm thể tích.

Các triệu chứng thường thấy là:

- *Nôn ra máu*: máu đỏ tươi nếu tình trạng chảy máu mới xảy ra. Cần phân biệt với ho ra máu hoặc chảy máu từ vùng họng hay vùng hàm-mặt.
- *Đi cầu phân đen*: lỏng, màu như bã cà phê và rất hôi vì máu đã được tiêu hóa. Cần phân biệt với phân có màu đen do thuốc chứa chất sắt, chứa chất than hay do thức ăn.
- *Mất máu cấp tính*: mạch nhanh, huyết áp tụt, da xanh tái. Đây là các trường hợp chảy máu nặng.

2. Thăm khám bệnh nhân

Nói chung, CMTH trên do các tổn thương ở thực quản, dạ dày-tá tràng và thể hiện ra bằng nôn ra máu sau đó đi cầu phân đen.

a. Bệnh sử

Hỏi bệnh nhân hay thân nhân gần nhất giúp:

- Biết tiền sử có các đợt chảy máu trước đó?
 - Tiền sử loét dạ dày-tá tràng? Đau bụng giống như bệnh loét dạ dày-tá tràng?
 - Các thuốc đã dùng có thể gây chảy máu như Aspirine, thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDS)?
 - Tiền sử bệnh gan hay có dãn tĩnh mạch thực quản?
 - Nôn ra thức ăn hay mật trước khi chảy máu?
 - Ngộ độc rượu?
- b. Khám lâm sàng tìm
- Các dấu chứng suy gan (sao mạch, báng bụng, triệu chứng hôn mê gan).

- Các triệu chứng cao áp tĩnh mạch cửa như lách to, tuẫn hoản bàng hạch.
- Đau thượng vị khi ấn chẩn.
- Khám thấy bướu bụng?
- Dấu chứng chảy máu lan tỏa (các vết bầm máu dưới da, tiểu ra máu).

Để định bệnh, thầy thuốc dựa vào bệnh sử và thăm khám cẩn thận, không được bỏ sót hai thủ thuật là thăm trực tràng và đặt ống thông mũi-dạ dày nhằm phát hiện trường hợp máu đọng bên trong chưa lộ ra ngoài cơ thể bệnh nhân.

3. Xét nghiệm máu

Ngoài các xét nghiệm thường quy nhằm đánh giá độ nặng của chảy máu, theo dõi diễn tiến bệnh, chúng ta phải thực hiện thêm các xét nghiệm chuyên biệt nhằm phát hiện tình trạng suy tế bào gan hoặc rối loạn đông máu.

Có khi phải làm lại các xét nghiệm này nhiều lần trong ngày.

4. Nội soi tiêu hóa

Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng là thủ thuật cần thực hiện sớm vì đây là cách giúp xác định vị trí tổn thương tốt nhất. Nội soi nên thực hiện khi bệnh nhân đã được điều trị sốc. Bệnh nhân có đường truyền tĩnh mạch tốt, bảo đảm và ở nơi có phương tiện hồi sức tốt.

Nội soi giúp cho:

- Nhận ra tổn thương và định vị trí chỗ chảy máu.
- Đánh giá nguy cơ chảy máu lại.
- Nội soi còn là một phương tiện có thể điều trị cầm máu nhẹ nhàng và hữu hiệu.

5. Các kỹ thuật khác

a. *Chụp động mạch đồ chọn lọc vùng tạng*
Ít khi có chỉ định. Tuy nhiên nó rất hữu ích:

- Khi nội soi thông thường không tìm ra nguyên nhân và vị trí tổn thương.
- Qua chụp động mạch đồ có thể thực hiện kỹ thuật thuyên tắc mạch để cầm máu, cũng là một phương tiện điều trị tốt và hiện đại.

b. *Chụp thực quản hay dạ dày-tá tràng có cản quang*

Ngày nay không thật sự cần thiết khi bệnh nhân đang bị CMTH trên.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ ĐIỀU TRỊ

A. ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG CỦA CMTH TRÊN

Định bệnh CMTH trên thường đơn giản. Nội soi giữ vai trò quan trọng trong việc xác định nguyên nhân và vị trí chảy máu, từ đó giúp thầy thuốc dễ dàng chọn phương pháp xử trí thích hợp. Chúng ta cần nhớ là bệnh nhân và thân nhân thường có khuynh hướng mô tả quá đáng lượng máu mất nhưng cũng phải hiểu rằng trong khi khám bệnh có khi máu chưa xuất hiện bên ngoài cơ thể bệnh nhân. Triệu chứng sốc cho biết trường hợp đó cần điều trị khẩn trương.

Vì thế việc đánh giá độ nặng nhẹ dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng là rất cần thiết.

Các triệu chứng của sốc mất máu gồm: tụt huyết áp, mạch nhanh nhở khó bắt, bệnh nhân tái xanh, thở nhanh-nóng, chóng mặt hoặc xỉu, hematocrit giảm.

Về mặt thực hành, đánh giá mức độ nặng của chảy máu dựa vào số lượng bọc máu

Bảng 2. Tử vong tính theo bệnh đi kèm (theo Lieberman)

Bệnh đi kèm	Tử vong (%)
Bệnh thận	29
Suy thận cấp	63
Bệnh gan	25
Vàng da	42
Bệnh phổi	23
Suy hô hấp	57
Bệnh tim	13
Suy tim	28

cần truyền nếu nhiều hơn 1.500ml trong 24 giờ, nhằm giữ vững mạch và huyết áp của bệnh nhân.

Trên thực tế, nếu:

- Sốc.
- Hématocrit dưới 25%.
- Cần truyền hơn 6 bọc máu là CMTH thuộc loại nặng.

B. CÁC BIỆN PHÁP XỬ TRÍ KHẨN CẤP

CMTH trên là một khẩn cấp nội-ngoại khoa và bệnh nhân cần được nhập viện ngay tại trung tâm chuyên khoa. Bất kỳ lúc nào bệnh nhân cũng có thể bị tái xuất huyết và mức độ nặng nhẹ của lần chảy máu sau này cũng không thể tiên đoán được. Vì thế mục tiêu của thầy thuốc là:

- Cầm máu sớm trước khi thương tổn lan rộng.
- Phòng ngừa chảy máu tái phát.

1. Khi bệnh nhân nhập viện cấp cứu cần thực hiện tức thì

Bảng 3. Tiêu lượng của chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng (theo Dudnick)

Thông số	Tử vong (%)
Tử vong chung	5-8
Theo tuổi	
> 60	10-15
> 80 tuổi	25-30
Huyết áp tâm thu lúc vào viện	
80 - 90 mm Hg	12-15
< 80 mm Hg	30-35
Dịch ra ở thông dạ dày lúc vào viện	
Nhu bã cà phê	6-10
Máu tươi	18-20
Truyền máu	
> 10 đơn vị (1 đơn vị = 500 ml)	28-34

- Truyền dịch qua hai đường tĩnh mạch ngoại biên lớn. Nên dùng Dextran, NaCl 0,9% hoặc Lactated Ringer.
- Nếu dùng Dextran cần cho bệnh nhân thử nhóm máu trước vì Dextran có thể gây sai lệch thử nghiệm này.
- Khi mất máu ồ ạt có thể truyền ngay nhóm máu O.
- Giữ thông đường hô hấp và cho bệnh nhân thở oxy.
- Lấy máu tĩnh mạch ngay để thử nhóm máu và phản ứng chéo, công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông.

2. Theo dõi bệnh nhân sát, dựa vào

- Mạch, huyết áp.
- Kiểm tra hematocrit định kỳ, cách nhau vài giờ.

- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.
- Đặt ống thông mũi-dạ dày để định bệnh, theo dõi và chuẩn bị cho nội soi khẩn cấp.

3. Hồi sức tốt là khi

- Mạch của bệnh nhân trở lại 100 lần/phút.
- Huyết áp tối đa đạt 100mmHg.
- Lượng nước tiểu được 30ml/giờ.
- Hématocrit trên 30%.

C. ĐIỀU TRỊ CMTH TRÊN

Về mặt thực hành, chúng ta chú ý nhất là chảy máu do loét dạ dày-tá tràng, do dãn tĩnh mạch thực quản và do tổn thương cấp tính thuộc vùng dạ dày-tá tràng

1. Loét dạ dày-tá tràng

a. Điều trị nội khoa

80% các trường hợp chảy máu trong loét dạ dày-tá tràng tự cầm. Mục tiêu điều trị chủ yếu không phải là cầm máu mà là phòng ngừa tái phát chảy máu, thường dùng các thuốc chống tiết dịch vị như:

- Thuốc kháng thụ thể H₂ (như cimétidine, ranitidine, famotidin, nizatidin),
- Thuốc ức chế bơm proton (như omeprazole, esomeprazole...)

Trong tình trạng cấp cứu, các thuốc nên dùng theo ngả tĩnh mạch. Sau đó khi bệnh nhân ăn lại được thì chuyển qua dạng thuốc uống càng sớm càng tốt.

b. Nội soi chẩn đoán và điều trị

- Nội soi tiêu hóa trên mang đến các lợi điểm sau:
 - Có thể đánh giá tình trạng chảy máu theo xếp loại của Forrest cải biên (Bảng 4).

Bảng 4. Xếp loại của Forrest cải biên

Đang chảy máu	
Ia	chảy máu phun thành vòi
Ib	chảy rỉ rả
Chảy máu gần đây	
IIa	thấy mạch máu
IIb	còn cục máu đông
IIc	có chấm khác màu
Không có chảy máu	
III	không thấy dấu hiệu chảy máu

- Thực hiện các kỹ thuật điều trị cầm máu qua nội soi trong trường hợp Forrest I và II.
- Các phương pháp cầm máu qua nội soi gồm có:
 - Phương pháp dùng nhiệt như laser, đốt điện, que nhiệt, sóng ngắn.
 - Chích adrénaline (epinephrine), cồn tuyệt đối.
 - Dùng keo sinh học, dùng kẹp kim loại thật nhỏ (clip).

Hiệu quả của các phương pháp này gần như tương đương nhau. Thường phương pháp chích cầm máu được ưa chuộng hơn vì rẻ tiền, có thể thực hiện ngay tại chỗ, tại giường bệnh được.

c. Điều trị ngoại khoa

Điều trị ngoại khoa được chỉ định cho các trường hợp điều trị nội khoa và điều trị nội soi thất bại. Hơn nữa cần can thiệp phẫu thuật sớm khi:

- Có triệu chứng sốc do mất máu.
- Chảy máu xuất phát từ động mạch hoặc

gần động mạch lớn như loét mặt sau hành tá tràng thủng vào động mạch vị-tá, loét phần đứng bờ cong nhỏ thủng động mạch vành vị trái, hiếm nữa là loét mặt sau thân dạ dày thủng vào động mạch lách.

Bệnh nhân lớn tuổi, cần cân nhắc thận trọng khi phẫu thuật.

Khi mổ cần thám sát dạ dày kỹ để không bỏ sót tổn thương. Các phẫu thuật có thể áp dụng như:

- Khâu cầm máu ổ loét, mở rộng môn vị kèm cắt thần kinh X tại thân (phương pháp Weinberg).
- Cắt 2/3 dưới dạ dày.
- Cắt thần kinh X tại thân kèm cắt hang vị lấy đi ổ loét chảy máu.

2. Dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản

a. Phương pháp

Có 5 phương pháp cầm máu trong tình huống dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản:

- **Cầm máu qua nội soi chích chất xơ hóa tĩnh mạch** hoặc thắt bằng dây thun, hoặc phối hợp cả hai kỹ thuật.
- **Dùng các thuốc co mạch như**
 - Vasopressine là thuốc đầu tiên dùng để cầm máu các búi tĩnh mạch thực quản dẫn vỡ. Có từ 35 năm nay nhưng thuốc chỉ hữu hiệu trong 50% các trường hợp và 25% bị tai biến trầm trọng. Dù có các đồng dạng tốt hơn, như Triglycyl-lysine vasopressin (Glypressin) hay cùng lúc phối hợp thêm Nitrates nhưng tỉ lệ bị phản ứng phụ vẫn còn và hiệu quả cầm máu vẫn không tăng thêm.
 - Somatostatin (SST) tên thương mại là Stilamin, một kích thích tố được Guillemin

tìm ra năm 1973. SST hiện diện khắp nơi trong cơ thể người và có nhiều tác dụng trên hệ tiêu hóa. Tyden, 1978 là người đầu tiên dùng SST tự nhiên để điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ tĩnh mạch thực quản dẫn, làm giảm áp lực ở tĩnh mạch gan và hệ cửa nhưng thời gian bán hủy chỉ có vài phút.

- Octreotide Acetate, tên thương mại là Sandostatin, thời gian bán hủy 90 phút. Kích thích tố này mới thực sự được dùng cho rất nhiều loại bệnh. Năm 1993 Sung dùng thuốc trong cấp cứu vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản và Jenkins bàn về việc dùng thuốc dài hạn. Octreotide có tác dụng tương tự với Somatostatin thiên nhiên nhưng hoạt tính của Octreotide mạnh hơn SST gấp 45 lần (Bauer, 1982).

Trong xuất huyết tiêu hóa trên do vỡ tĩnh mạch thực quản dẫn Octreotide Acetate có tác dụng:

- Giảm lượng máu ở hệ tạng 25%.
- Giảm lượng máu đến gan 25%.
- Giảm áp lực trên gan bịt 10-15%.
- Giảm áp lực trong tĩnh mạch thực quản dẫn 35%.
- Không thay đổi sự trao đổi khí trong cơ thể.

Tất cả các tác dụng này làm giảm tuần hoàn bằng hệ đến cung cấp máu cho các búi tĩnh mạch thực quản nhờ vậy áp lực trong các cấu trúc nói trên hạ thấp.

Ngoài ra, qua tác dụng ức chế bài tiết dịch vị nên cục máu đông tạo ra ở nơi vỡ tĩnh mạch không bị tan sớm vì thế hiện tượng cầm máu tự nhiên dễ tiến hành với tỉ lệ thành công của Somatostatin và Octreotide lên đến 70%.

Các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy Somatostatin và Octreotide có tác dụng cầm máu tương đương chích xơ nhưng ít biến chứng hơn.

Octreotide dùng tiêm tĩnh mạch lúc đầu với liều 0,1mg sau đó là truyền tĩnh mạch liên tục 0,025mg/giờ pha trong dung dịch ngọt hoặc mặn đẳng trương trong 24 giờ (hoặc 48 giờ).

- **Dùng ống thông Blakemore** (3 nòng) hay ống thông Linton, ống thông Minnesota (4 nòng) chèn các búi tĩnh mạch dẫn.

Chỉ định

Đây là phương tiện đặc trị cho chảy máu do dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản.

Chống chỉ định

Không được dùng khi bệnh nhân đã mổ dạ dày-thực quản.

Kỹ thuật

Trước khi dùng phải bơm kiểm tra hai bóng. Xả hết hơi (nhất là khi ống thông được dùng nhiều lần). Bôi trơn ống thông Blakemore sau khi đánh dấu trên ống đoạn từ cánh mũi qua trái tai đến hõm ức cộng thêm 10cm.

Xịt tê hai mũi và hầu. Nếu ống mới đặt qua ngả mũi. Nếu là ống dùng lại nên đặt qua ngả miệng.

Đặt tối hầu, cho bệnh nhân uống từng muỗng cà phê nước nếu cần để giúp đưa ống thông xuống tiếp. Khi vào tối vách đã đánh dấu trên ống thì bơm bóng dạ dày với 50ml không khí rồi kẹp lại.

Kéo ống thông ra đến khi thấy vướng. Lúc này bóng dạ dày đã ở phình vị. Bơm thêm

150ml khí cho đủ 200ml. Bơm 60ml không khí vào bống thực quản. Bệnh nhân sẽ cảm thấy khó chịu, hút bớt 5ml rồi kẹp bống thực quản lại.

Theo dõi

Mỗi 30 phút bơm rửa dạ dày xem còn chảy máu không? Nếu còn, bơm bống dạ dày cho đủ 250ml. Sau đó vẫn chảy máu thì bơm thêm bống thực quản cho đủ 70ml không khí.

Ngày đầu, mỗi 6 giờ xả hết hơi trong bống thực quản 30 phút nhưng vẫn giữ ống thông tại chỗ:

- *Nếu chảy máu lại:* bơm bống thực quản lại như lúc đầu.
- *Nếu không chảy máu:* để thêm 24 giờ vẫn không chảy máu thì xả luôn bống dạ dày và rút bỏ ống thông Blakemore. Nếu phải để qua ngày thứ hai thì mỗi 4 giờ xả bống thực quản 30 phút.

Khi bơm các bống phải bơm chậm và quan sát bệnh nhân. Nếu thấy bệnh nhân ngộp thở phải xả ngay các bống. Kiểm tra vị trí ống thông, nếu sai phải rút ống ra và đặt lại.

Trong khi dùng ống thông Blakemore các bống có thể bị vỡ gây ngộp thở, chúng ta phải xả các bống (hoặc cắt ngang ống để xả hơi nhanh) và rút ống thông ra ngay.

Tai biến của ống thông Blakemore

Tai biến nặng nhất là ngộp thở, loét và vỡ thực quản.

- **Làm cầu nối (shunt) trong gan qua tĩnh mạch cổ ngoài (TIPS: transjugular intrahepatic portosystemic shunt).**
- **Phẫu thuật**
- Khâu các búi tĩnh mạch thực quản chảy máu.

- Tạo cầu nối cửa-chủ và các biến thể.
- Cầu nối Warren.
- Cắt ngang thực quản, triệt mạch theo phương pháp Sugiura hay các kỹ thuật cải biến.

b. *Chỉ định điều trị đỡ tĩnh mạch thực quản*

Các phương pháp điều trị nói trên có thể dùng riêng rẽ hoặc phối hợp với nhau:

- Ngày nay kỹ thuật nội soi điều trị chảy máu do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản chiếm ưu thế tại các trung tâm chuyên khoa.
- Có thể phối hợp dùng các thuốc vận mạch trước, trong và sau chích xơ tĩnh mạch để thủ thuật có thể tiến hành dễ dàng và hiệu quả hơn.
- Ống thông Blakemore chỉ dành cho các trường hợp vỡ dãn tĩnh mạch thực quản gây CMTH trên ồ ạt khiến điều trị bằng các phương pháp nội khoa thất bại, cũng không thể cầm máu qua nội soi, nhất là khi chỗ dãn vỡ tĩnh mạch ở phình vị rất khó tiến hành kỹ thuật chích xơ hóa.
- Phẫu thuật chỉ dùng khi chích xơ thất bại hai lần hoặc điều trị nội khoa và thông Blakemore không hiệu quả.

Hơn nữa, ở người xơ gan ngoài việc cầm máu còn phải lưu ý phòng ngừa hôn mê gan (encéphalopathie hépatique) bằng:

- Rửa ruột già với Polyethylene Glycol (PEG) (Fortrans, Golytely).
- Lactulose cho uống hoặc bơm qua ống thông dạ dày.

Người xơ gan bị CMTH trên rất dễ bị nhiễm trùng vì thế chúng ta phải dùng kháng sinh phòng ngừa với Ofloxacin 200mg, 2 lần mỗi ngày, trong 10 ngày.

Sau khi qua cơn khẩn cấp rồi cần phòng ngừa tái phát CMTH trên bằng các biện pháp sau đây:

- Dùng thuốc ức chế bêta như Propranolol (Indéral, Avlocardyl).
- Phối hợp Propranolol với Isosorbide-5-Mononitrate.
- Nội soi chích xơ hóa, thắt dây thun các búi tĩnh mạch thực quản định kỳ hoặc phối hợp hai kỹ thuật nói trên.

c. Tiên lượng

Tiên lượng của dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản tùy thuộc vào chức năng gan của bệnh nhân. Suy gan là nguyên nhân quan trọng đưa đến tử vong. Về mặt thực hành, phân loại của Child (được Pugh cải biên) là cách thông dụng nhất (Bảng 5).

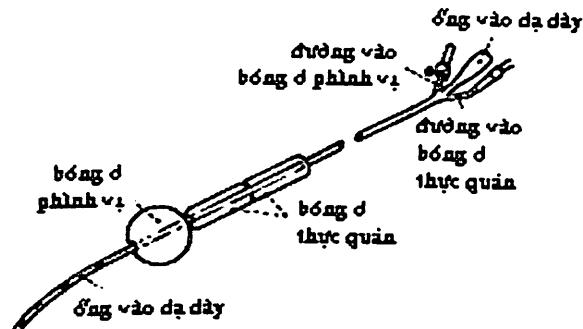
III. KẾT LUẬN

CMTH trên là bệnh cảnh rất trầm trọng gây tử vong cao, cần cho bệnh nhân nhập viện tại trung tâm chuyên khoa. Hồi sức cấp cứu tình trạng mất máu càng sớm càng tốt. Sau khi tình trạng huyết động học của bệnh nhân ổn định thì nội soi tiêu hóa trên trong vòng 12 giờ đầu để biết nguyên nhân chính xác và định vị trí tổn thương rồi chọn cách xử trí thích hợp.

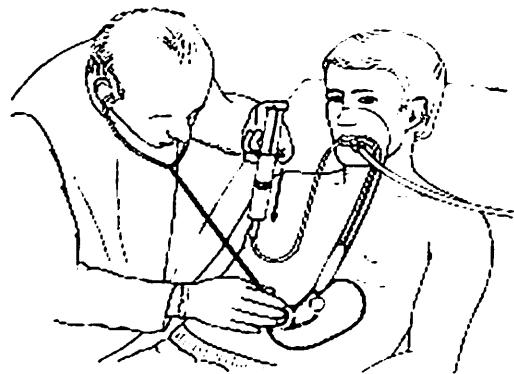
Nội soi tiêu hóa giữ vai trò rất quan trọng vì ngoài việc định bệnh, nội soi còn cho phép thầy thuốc thực hiện một số kỹ thuật ít xâm lấn để cầm máu. Ngày nay, chỉ khi nào các phương pháp khác thất bại mới áp dụng phẫu thuật. Tiên lượng của CMTH trên thay đổi tùy theo nguyên nhân và tình trạng chung của bệnh nhân. Tỉ lệ tử vong chung còn cao, thay đổi từ 10 đến 35%. Chẩn đoán sớm và điều trị đúng là các yếu tố góp phần giảm tỉ lệ này.

Bảng 5. Phân loại theo Child-Pugh

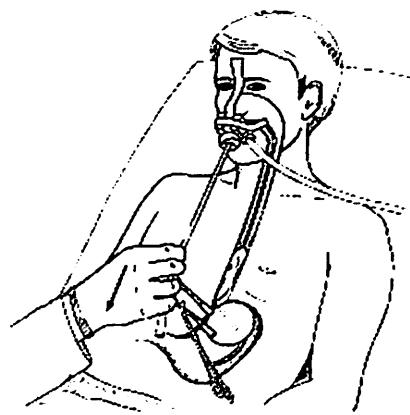
	Loại A (nguy cơ thấp)	Loại B (nguy cơ trung bình)	Loại C (nguy cơ cao)
Bóng bụng	0	nhiều	
Hôn mê gan	0	độ I-II	độ III-IV
Albumin/máu (g%)	> 3.5	3.0 -3.5	< 3.5
Bilirubin/máu (mg%)	< 2.0	2.0-3.0	> 3.0
Dinh dưỡng	tốt	trung bình	xấu, suy kiệt
Tử vong	5-10%	15-25%	50-70%



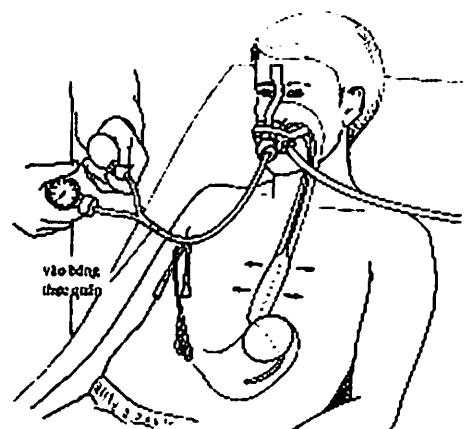
Hình 1.Ống thông Blakemore. Loại 3 nòng



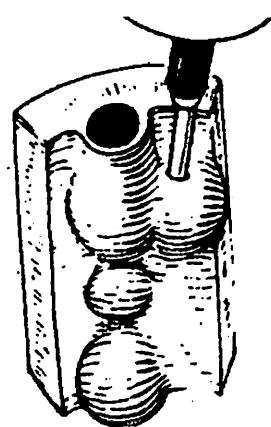
Hình 2.Cách dùng thông Blakemore.
Kiểm tra bóng nằm trong dạ dày



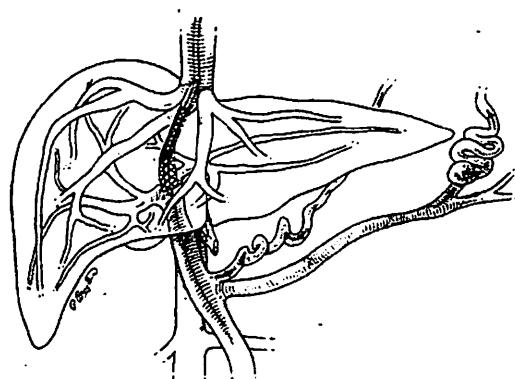
Hình 3.Bơm bóng ở phinh vị.
Kéo ống để kiểm tra bóng vướng lại



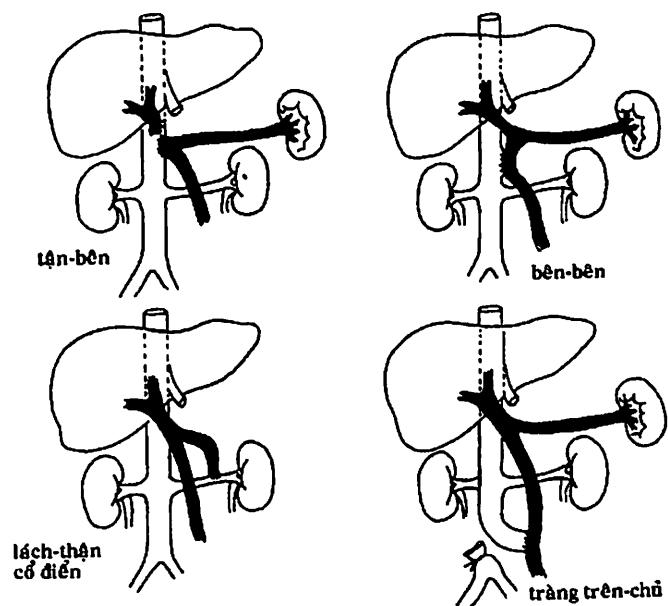
Hình 4.Bơm bóng thực quản



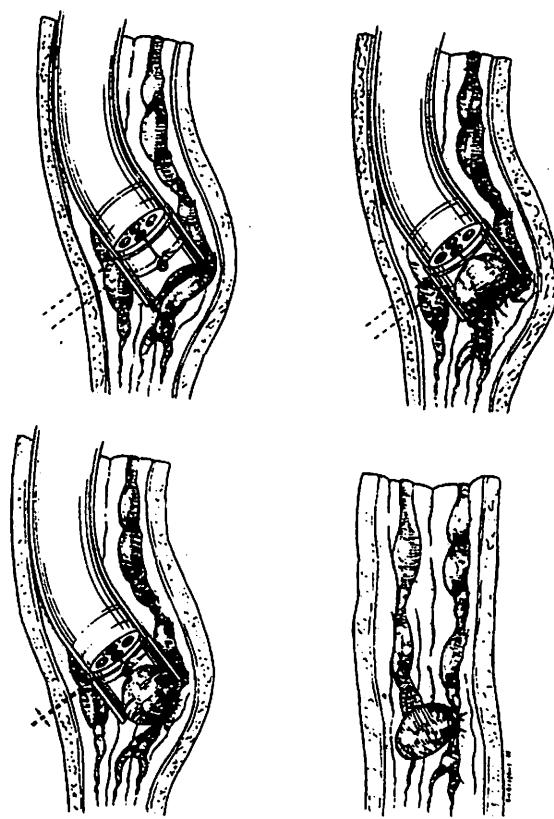
Hình 5.Chích xơ ngay trong búi tĩnh mạch
trưởng hoặc chích cạnh bên, hoặc
phối hợp cả hai kỹ thuật chích



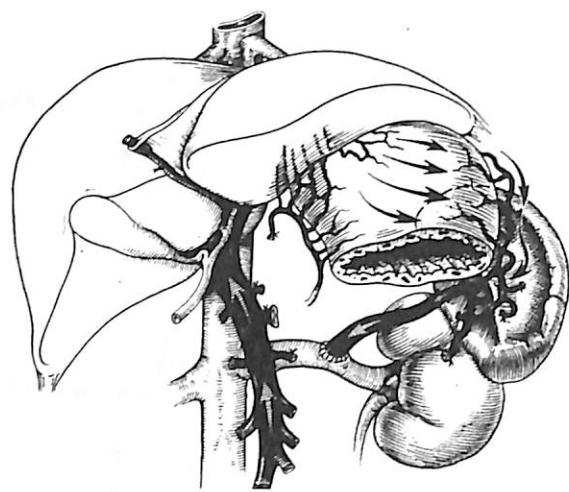
Hình 6.Đặt cầu nối trong gan (TIPS)



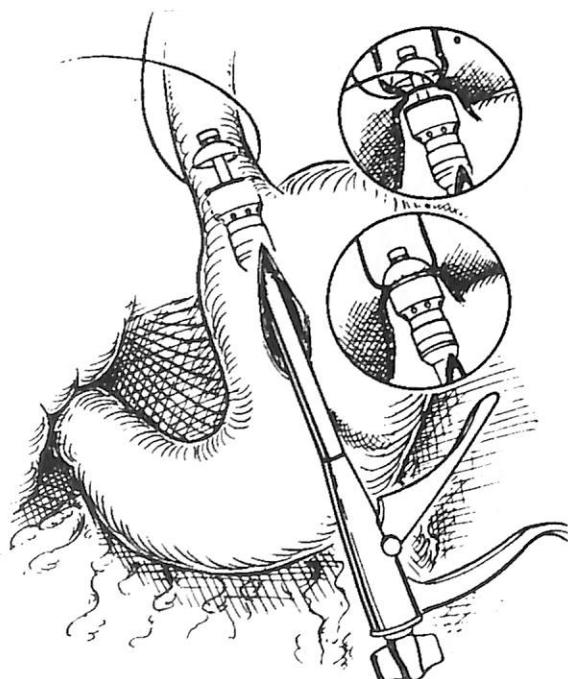
Hình 7. Các cầu nối cửa-chủ kinh điển



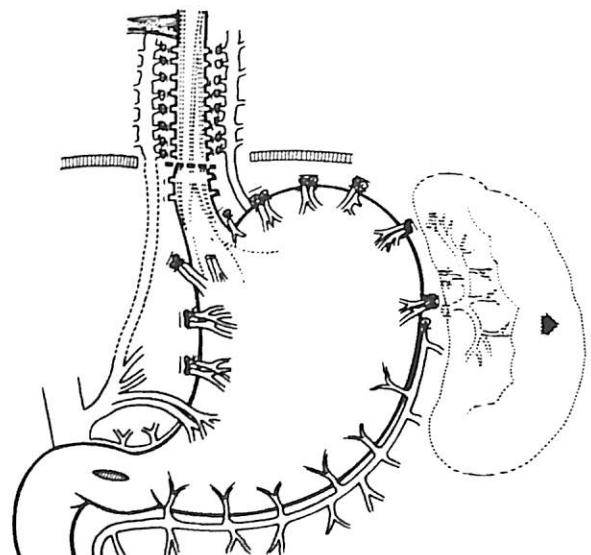
Hình 8. Thắt búi tĩnh mạch dãn bằng dây thun



Hình 9. Cầu nối Warren



Hình 10. Cắt ngang thực quản rồi nối lại bằng máy nối



Hình 11. Triệt mạch theo Sugiura: cắt ngang thực quản nối lại, cắt lách, cắt thân kinh X, triệt mạch nửa trên dạ dày kèm mở rộng môn vị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đức Vân. Chảy máu do loét dạ dày-tá tràng. Trong Bệnh học Ngoại khoa. Bộ môn Ngoại Trưởng Đại học Y Hà Nội. Nhà Xuất bản Y Học. Tập 1, 1993: 24-30.
2. Đỗ Kim Sơn. Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Trong Bệnh học Ngoại khoa. Bộ môn Ngoại Trưởng Đại học Y Hà Nội. Nhà Xuất bản Y Học. Tập 2, 1993: 68-77.
3. Hà Văn Quyết. Chảy máu đường tiêu hóa. Trong Bệnh học Ngoại khoa. Bộ môn Ngoại Trưởng Đại học Y Hà Nội. Nhà Xuất Bản Y Học. Tập I, 2001: 15-23.
4. Nguyễn Đình Hối. Chảy máu do loét dạ dày-tá tràng. Trong Bài giảng Bệnh học Ngoại khoa. Trường Đại học Y Dược Tp.HCM. Bộ môn Ngoại khoa Tổng quát. Tập I, 1991: 105-21.
5. Nguyễn Đình Hối. Điều trị chảy máu đường tiêu hóa trên. Trong Bài giảng Điều trị học Ngoại khoa. Trường Đại học Y Dược Tp.HCM. Bộ môn Ngoại khoa Tổng quát. Tập I, 1992: 138-52.
6. Rikkers LF: Bleeding Esophageal Varices. Surg. Clin. North. Am. 1987: 67: 475.
7. Stabile BE-Stamos MJ: Gastrointestinal bleeding in Zinner MJ-Schwartz SI-Ellis H (Eds): "Maingot's Abdominal Operations. 10th Ed. Appleton-Lange. Stamford, CT. Vol.I, 1997: 289-310.
8. Sugawa Ch: Endoscopic Diagnosis and Treatment of Upper Gastrointestinal Bleeding. Surg. Clin. North. Am. 1989: 69: 1167.
9. Bass B.L et al: Acute Gastrointestinal Hemorrhage in Townsend C.M et al (eds): Sabiston Textbook of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice. Saunders. An Imprint of Elsevier. 17th edition. pp. 1214-1263. 2004.
10. Lieberman D: Gastrointestinal bleeding: Initial management in Gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Am. 22: 723.1993.
11. Dudnick R et al: Management of bleeding ulcers. Med Clin North Am. 75: 948.1991.

CÂU HỎI LUỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân thường gặp nhất của CMTH trên:
 - A. Hội chứng Mallory-Weiss.
 - B. Ung thư dạ dày.
 - C. Loét dạ dày- tá tràng.
 - D. Viêm dạ dày.
 - E. Dãn TM thực quản.
2. CMTH trên gây bởi loét do stress, chọn câu sai:
 - A. Thường xảy ra ở những bệnh nhân đã chấn thương, suy đa cơ quan.
 - B. Nên phẫu thuật càng sớm càng tốt.
 - C. Hay xảy ra sau khi bị bỏng hay nhiễm trùng nặng.
 - D. Điều trị các tổn thương tùy theo nguyên nhân.
 - E. Dùng các thuốc ức chế tiết dịch vị để điều trị.
3. Vai trò của nội soi tiêu hóa trong CMTH trên, chọn câu sai:
 - A. Là phương tiện tốt nhất để chẩn đoán.
 - B. Giúp nhận ra tổn thương và định vị trí chảy máu.
 - C. Đánh giá nguy cơ chảy máu lại.
 - D. Nội soi còn có mục đích điều trị.
 - E. Cần thực hiện ngay khi BN nhập viện có sốc nặng.
4. CMTH trên mức độ nặng gồm các triệu chứng sau:
 - A. Sốt cao.
 - B. Cần truyền hơn 6 bọc máu.

- C. Hct dưới 25%.
 D. B và C đúng.
 E. Tất cả đúng.
5. Chỉ định can thiệp ngoại khoa khẩn cấp trong các trường hợp CMTH trên do:
 A. BN lớn tuổi có ổ loét ở hành tá tràng.
 B. Có triệu chứng sốc nặng do mất máu không đáp ứng với điều trị nội khoa.
 C. Loét dạ dày kèm với loét tá tràng.
 D. Đang chảy máu xuất phát từ các động mạch hoặc cạnh các động mạch lớn.
 E. B và D đúng.
6. Điều trị CMTH trên do dãn vỡ TMTQ, **chọn câu sai**:
 A. Có thể nội soi chích xơ.
 B. Trên BN xơ gan, ngoài việc cầm máu còn phải điều trị phòng ngừa hôn mê gan.
 C. Đặt thông Blakemore ngay khi chẩn đoán xác định.
 D. Tiên lượng lâu dài tùy vào chức năng gan của BN.
 E. Chỉ định phẫu thuật khi chích xơ nhiều lần thất bại.
7. Hội chứng Mallory-Weiss có đặc điểm, **chọn câu sai**:
 A. Triệu chứng chảy máu xảy ra sau đợt nôn dữ dội.
 B. Thường kèm nghiện rượu nặng.
 C. Có thể chảy máu rất trầm trọng.
 D. Khi cầm máu được rồi thì tiên lượng tốt.
 E. Chống chỉ định nội soi vì có thể làm thủng dạ dày.
8. CMTH trên có đặc điểm sau, **chọn câu sai**:
 A. Là một cấp cứu nội ngoại khoa rất trầm trọng.
 B. Tỉ lệ tử vong thay đổi từ 10-35%.
 C. Tiên lượng thay đổi tùy nguyên nhân.
 D. Ngày nay, phẫu thuật là chọn lựa điều trị đầu tiên.
 E. Nội soi tiêu hóa giữ vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán và điều trị.
9. Triệu chứng của CMTH trên mức độ nặng gồm:
 A. Mạch 100 lần/phút, Huyết áp tâm thu 100mmHg.
 B. Hct 30%.
 C. Cần truyền hơn 1.500ml máu.
 D. BN tái xanh, thở nhanh nồng.
 E. C và D đúng.
10. Điều trị CMTH trên, **chọn câu sai**:
 A. Nội khoa thường dùng các thuốc chống tiết dịch vị.
 B. Nội soi điều trị là kỹ thuật ít xâm lấn, hiệu quả cao, có thể thực hiện ngay tại chỗ.
 C. Nên hồi sức cấp cứu chảy máu ngay vì nguyên tắc xử trí mọi nguyên nhân CMTH giống nhau.
 D. Nên can thiệp phẫu thuật sớm vì kết quả triệt để.
 E. Triệt mạch theo pp Sugiura và tạo cầu nối cửa chủ là các phẫu thuật điều trị dãn vỡ TMTQ.
11. CMTH do dãn vỡ TMTQ, **chọn câu sai**:
 A. Thường là cấp cứu nguy kịch.
 B. Tỉ lệ tử vong trên 35%.
 C. Nguyên nhân do xơ gan, rượu.
 D. Qua được can thiệp, tiên lượng tốt.
 E. Có thể tái phát bất cứ lúc nào.
12. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị CMTH trên, **chọn câu sai**:
 A. Cầm máu sớm trước khi tổn hại lan rộng.
 B. Phòng ngừa chảy máu tái phát.
 C. Nội soi thực quản-dạ dày sớm trong 12 giờ đầu.
 D. Cần đánh giá mức độ chảy máu.
 E. Phẫu thuật: cách điều trị hàng đầu cho mọi nguyên nhân.
13. Vai trò nội soi tiêu hóa trong CMTH trên:
 A. Cho biết tình trạng chảy máu.

- B. Điều trị chảy máu bằng Laser, đốt điện, chích xơ.
C. A và B đúng.
D. Phải được tiến hành sau 12 giờ.
E. Không được phối hợp với điều trị nội khoa khác.
14. Trình tự chỉ định điều trị CMTH do vỡ dãn TMTQ:
a. Hồi sức nội khoa. b. Nội soi-chích xơ.
c. Thông Blakemore. d. Phẫu thuật.
A. a-b-c-d
B. b-c-d-a
C. c-d-a-b
D. d-a-b-c
E. c-a-b-d
15. Trong điều trị CMTH do vỡ dãn TMTQ:
A. Dùng thuốc đắt tiền, không hiệu quả bằng chích xơ.
B. Chích xơ dễ bị tái phát.
C. Thông Blakemore có tai biến nặng là ngộp thở, loét, vỡ thực quản.
D. Làm cầu nối trong gan-tĩnh mạch cổ trong.
E. Phẫu thuật cắt ngang thực quản giữa.
16. Kỹ thuật điều trị chảy máu do loét dạ dày-tá tràng:
A. Hoặc Khâu cầm máu ổ loét, mở rộng mõm vị kèm cắt thần kinh X.
B. hoặc Cắt thần kinh X, cắt hang vị lấy ổ loét.
C. hoặc Cắt 2/3 dưới dạ dày.
D. Cắt khoét ổ loét cầm máu.
E. A, B và C đúng.
17. Thuốc điều trị nội khoa trong vỡ dãn TMTQ:
A. Tỉ lệ thành công 70%.
B. Dễ sử dụng và rẻ tiền hơn chích xơ.
- C. Tác dụng bài tiết dịch vị.
D. Giảm áp lực trong TMTQ 25%.
E. Làm thay đổi sự trao đổi khí trong cơ thể.
18. Chỉ số Child-Pugh có ý nghĩa:
A. Tiên lượng trong CMTH do loét dạ dày tá tràng.
B. Tiên lượng trong CMTH do dãn vỡ TMTQ.
C. Tiên lượng trong CMTH trong loét do "stress".
D. Tiên lượng trong hội chứng Budd-Chiari.
E. Đánh giá mức độ CMTH trên.
19. Phòng ngừa CMTH trên:
A. Không hút thuốc lá.
B. Không uống rượu bia và các thuốc gây loét.
C. Không ăn mỡ động vật.
D. Không ăn các chất gia vị.
E. Tập thể dục buổi sáng.
20. Các tổn thương không gây CMTH trên:
A. Rò động mạch chủ-tá tràng.
B. Bướu ruột non.
C. Các dị dạng mạch máu đường tiêu hóa.
D. Viêm thực quản trào ngược.
E. Chảy máu đường mật.

ĐÁP ÁN

- | | | | |
|------|-------|-------|-------|
| 1. C | 6. C | 11. D | 16. E |
| 2. B | 7. E | 12. E | 17. A |
| 3. E | 8. D | 13. C | 18. B |
| 4. D | 9. E | 14. A | 19. B |
| 5. E | 10. D | 15. C | 20. B |

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

MỤC TIÊU

1. Phân biệt được ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn sớm và UTDD ở giai đoạn xâm nhập.
2. Trình bày diễn tiến tự nhiên của bệnh.
3. Chẩn đoán được UTDD.
4. Nêu nguyên tắc điều trị.
5. Trình bày yếu tố tiên lượng và yếu tố phát hiện bệnh sớm.
6. Ý thức tầm quan trọng của việc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm.

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh rất thường gặp ở Việt Nam, đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư (UT) đường tiêu hóa, đứng hàng thứ 3 hay thứ 4 trong tất cả các loại UT.

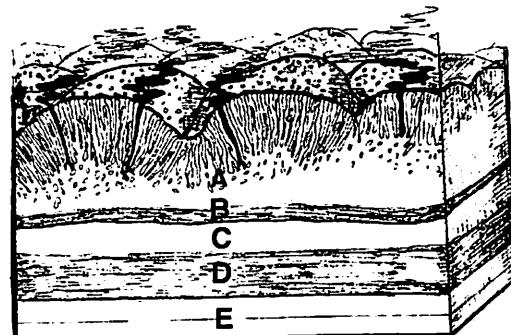
95% UTDD là UT phát sinh từ tế bào biểu mô nên được gọi là carcinom. Số ít còn lại là lymphom, sarcom... Bài học này đề cập chính yếu về loại UT biểu mô tuyến của dạ dày (DD). Điều trị chính của carcinom tuyến DD là phẫu thuật, xạ trị và hóa trị có vai trò thứ yếu. Kết quả điều trị phụ thuộc chính yếu vào việc phát hiện bệnh sớm rồi mới đến việc nạo vét hạch một cách rộng rãi hay kết hợp nhiều phương thức điều trị.

I. GIẢI PHẪU HỌC

DD là đoạn phình to nhất của ống tiêu hóa, dung tích có thể tới 2,5 lít. Nằm ở bụng trên và bên trái, trên nối với thực quản bằng lỗ tâm vị, dưới nối với tá tràng qua môn vị.

1. Cấu tạo

DD có bốn lớp (Hình 1), kể từ ngoài vào là: lớp thanh mạc: là phần phúc mạc tạng phủ trên DD. Lớp cơ, có ba tầng: tầng dọc, tầng vòng và tầng chéo. Lớp dưới niêm mạc gồm các mô liên kết rất lỏng lẻo, chứa nhiều mạch máu và mạch lympho. Lớp niêm mạc có tầng biểu mô phủ lót bề mặt và dưới tầng biểu mô phủ là các tuyến. Tầng biểu mô gồm các tế bào hình trụ, tạo nhiều nếp chạy song song với trực



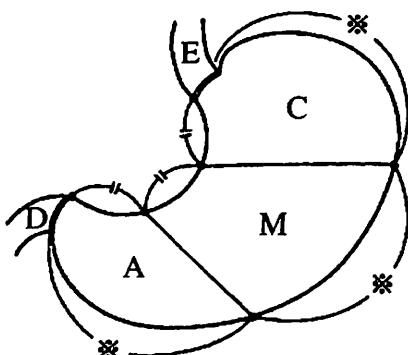
Hình 1. Cấu tạo thành dạ dày

A: lớp niêm mạc, B: lớp cơ niêm mạc,
C: lớp cơ, D: lớp dưới thanh mạc và thanh mạc

DD. Sự sắp xếp của các tuyến khác nhau theo từng vùng. Tất cả các cấu trúc này nằm trên một tấm nền, đó là lá cơ niêm mạc. Khi thương tổn UT còn giới hạn ở tầng biểu mô được gọi là UT tại chỗ. UT vượt qua màng đáy nhưng chưa vượt quá lớp cơ niêm mạc được gọi là UT giai đoạn sớm. Khi vượt quá lớp cơ niêm mạc được gọi là UT giai đoạn xâm nhập.

2. Phân khu DD

Dựa vào bề mặt (gọi là trực dọc) và chu vi (gọi là trực ngắn) của DD để phân khu DD. Người ta chia bờ cong lớn và bờ cong nhỏ làm 3 đoạn bằng nhau, khi nối liền điểm giữa đoạn trên và đoạn giữa của hai bờ cong và nối liền điểm giữa đoạn giữa và đoạn dưới của hai bờ cong, DD được chia làm ba phần (Hình 2a): cực trên, phần thân và cực dưới theo trực dọc của DD. Trên mặt cắt thẳng góc với trực dọc của DD, người ta chia mặt cắt của DD làm 4 vùng (Hình 2b): mặt trước, bờ cong nhỏ, mặt sau, bờ cong lớn



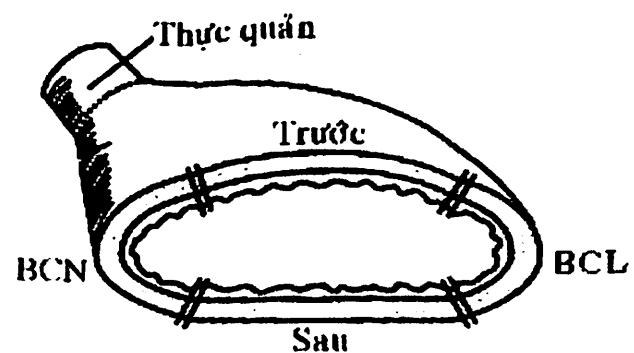
Hình 2a. Ba vị trí theo trực dọc

A: Cực dưới, C: Cực trên,
D: Tá tràng, E: Thực quản,
M: Thân DD

3. Động mạch

Vòng động mạch bao quanh dạ dày gồm có:

- Vòng mạch bờ cong nhỏ tạo nên bởi hai động mạch (ĐM): ĐM vị phải (hay ĐM môn vị) xuất phát từ ĐM gan riêng và ĐM vị trái (hay ĐM vành vị) phát sinh từ ĐM thân tạng.
- Vòng mạch bờ cong lớn, tạo nên bởi hai ĐM: ĐM vị mạc nối phải xuất phát từ ĐM vị tá tràng và ĐM vị mạc nối trái xuất phát từ ĐM lách.
- Phần trên của bờ cong lớn có 5-6 nhánh ĐM vị ngắn, phát sinh từ ĐM lách, nuôi dưỡng phần trên bờ cong lớn.
- Vùng tâm vị và đáy vị được tiếp huyết bởi: nhánh thực quản phát sinh từ ĐM vị trái, ĐM đáy vị sau phát sinh từ ĐM lách và ĐM hoành dưới. Các mạch máu của DD nối với nhau rất nhiều. Vì vậy trong phẫu thuật cắt DD, người ta không sợ thiếu máu, ngược lại cần phải cầm máu kỹ lưỡng để tránh chảy máu sau mổ.



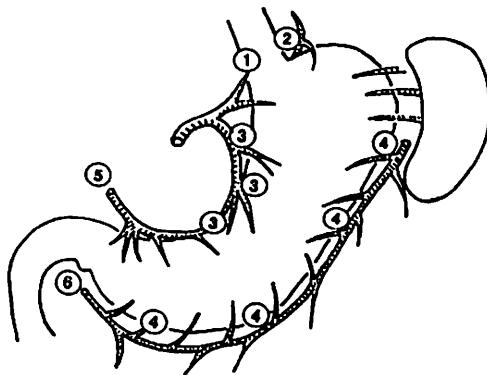
Hình 2b. Bốn vị trí theo trực ngắn

BCN: Bờ cong nhỏ
BCL: Bờ cong lớn

Ngày nay phẫu thuật viên có thể khảo sát đầy đủ ngay trước mổ các dạng về nguồn gốc của vòng động mạch bao quanh dạ dày bằng chụp CT đa lớp cắt, có tiêm dùng chất cản quang và tái tạo lại bằng phần mềm chuyên dụng.

4. Hạch lympho

Theo phân loại của Hiệp hội Nghiên cứu bệnh UTDD của Nhật Bản, có 16 nhóm hạch lympho trong ổ bụng liên quan đến UTDD (Hình 3a, b, c).

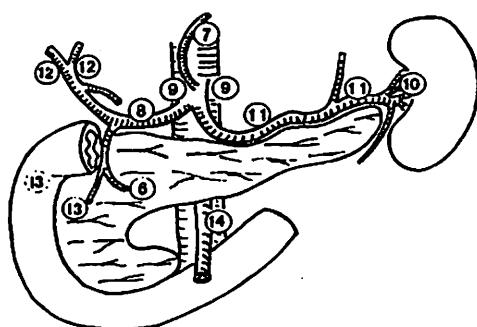


Hình 3a. Các nhóm hạch thuộc chặng nồng nằm quanh dạ dày dày

1. bên phải tâm vị
2. bên trái tâm vị
3. dọc bờ cong nhỏ
4. dọc bờ cong lớn
5. dọc động mạch môn vị
6. dọc động mạch vị mạc nối phải

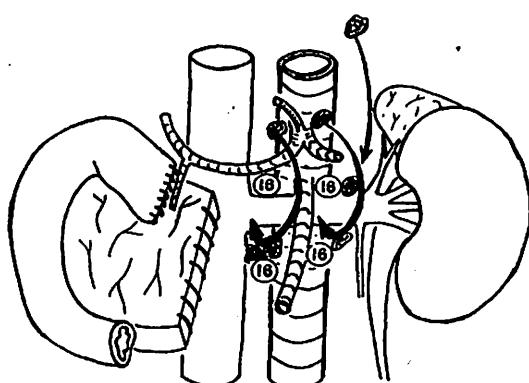
Các nhóm hạch lympho cần được nạo vét khi cắt DD vì thường bị di căn khá sớm. Mỗi chuỗi hạch lympho tương ứng với một vùng của DD. Một cách tổng quát người ta chia 16 nhóm hạch làm ba chặng: chặng nồng, giữa và sâu.

- **Chặng nồng** nằm dọc hai bờ cong, gồm các nhóm hạch 1, 2, 3, 4, 5, 6.
- **Chặng giữa** nằm dọc ĐM thân tạng và các nhánh của nó, gồm các nhóm 7, 8, 9, 10, 11, 12.



Hình 3b. Các nhóm hạch thuộc chặng giữa, dọc theo các bó mạch chính

7. dọc động mạch vành vị
8. dọc động mạch gan chung
9. quanh động mạch thân tạng
10. vùng rốn lách
11. dọc động mạch lách
12. vùng cuống gan



Hình 3c. Các nhóm hạch thuộc chặng sâu

13. quanh ống tiêu
14. dọc động mạch mạc treo tràng trên
15. dọc động mạch đại tràng giữa
16. dọc động mạch chủ bụng

- Chặng sâu gồm các nhóm hạch 13, 14, 15 và 16.

TT Vị trí

- 1 Bên phải tâm vị
- 2 Bên trái tâm vị
- 3 Dọc bờ cong nhỏ
- 4 Dọc bờ cong lớn
- 4s dọc ĐM vị mạc nối trái và nhánh vị ngắn
- 4d dọc ĐM vị mạc nối phải
- 5 Trên môn vị
- 6 Dưới môn vị
- 7 Dọc đm vị trái
- 8 Dọc ĐM gan chung
- 9 Dọc ĐM thân tạng
- 10 Vùng rốn lách
- 11 Dọc ĐM lách
- 12 Nhóm trước và sau của cuống gan
- 13 Nhóm trước và sau của đầu tụy
- 14 Dọc ĐM mạc treo tràng trên
- 15 Dọc ĐM đại tràng giữa
- 16 Dọc động mạch chủ bụng

II. GIẢI PHẪU BỆNH

1. Vị trí UT

UTDD có thể nằm ở bất cứ vị trí nào của DD, nhiều nhất là vùng hang môn vị, lệch về phía bờ cong nhỏ. Theo số liệu vào năm 1991 của Nhật Bản:

- . **Vị trí theo trực dọc:** cực trên (xuất độ: 11,5%), phần thân (55,7%), cực dưới (32,8%).
- . **Vị trí theo trực ngắn:** mặt trước (18,2%), bờ cong nhỏ (47,9%), mặt sau (24,9%), bờ cong lớn (9,0%).

Theo báo cáo của các nước phương tây và Nhật Bản, từ 50 năm qua xuất độ UT ở vùng hang môn vị giảm dần, còn khoảng trên dưới 30%, trong khi đó UT của cực trên xuất hiện ngày càng nhiều.

2. Mô tả đại thể

Có hai giai đoạn của UTDD:

- **UT giai đoạn sớm** là những trường hợp chưa vượt qua lớp cơ niêm mạc để xâm nhập vào lớp cơ hay sâu hơn trong thành DD. Khi tổn thương còn giới hạn trong lớp niêm mạc, chưa phá vỡ màng đáy được gọi là UT tại chỗ (Tis). UT giai đoạn sớm là giai đoạn lý tưởng để điều trị triệt căn. Có ba dạng của UT giai đoạn sớm về mặt đại thể:

- *Typ I:* dạng lồi, giống một pô-líp. Hình dạng méo mó, kích thước thường lớn hơn 2cm, bề mặt có chấm xuất huyết, có giả mạc hay vùng hoại tử.
- *Typ II:* dạng nồng, có dạng như một mảng thâm nhiễm cứng, tùy theo cao hay thấp hơn so với bề mặt niêm mạc DD, typ II được chia làm: typ IIa: dạng hơi lồi, typ IIb: dạng phẳng và typ IIc: dạng hơi lún
- *Typ III:* có dạng một ổ loét nồng, tổ chức UT nằm ở bờ của ổ loét.

Trên thực tế thường gặp kết hợp giữa typ II và typ III hoặc giữa những nhóm nhỏ của typ II với nhau. Về mặt xuất độ, đa số UT giai đoạn sớm nằm trên bờ cong nhỏ - chủ yếu quanh góc bờ cong nhỏ. 10% trường hợp có đa ổ UT giai đoạn sớm. 80% là typ II, 40% có kích thước bé hơn 2cm.

- UT ở giai đoạn xâm nhập:** khi UT đã vượt qua lớp cơ niêm mạc để ăn lan đến lớp cơ, tổ chức dưới thanh mạc hay lớp thanh mạc. Theo Borrmann, có bốn dạng: thể sùi, thể loét có bờ gồ cao rõ rệt, thể loét có bờ thâm nhiễm, thể thâm nhiễm. Mỗi loại thương tổn tương ứng với hình ảnh khác nhau về phương diện X-quang và nội soi, có thể có tiên lượng khác nhau. Phân loại của Borrmann chưa phản ánh đầy đủ tổn thương đại thể của UTDD khi phát triển trong thành DD - tương ứng với hình ảnh của siêu âm qua nội soi DD.

3. Phân loại

Phân loại mô học thường gặp của UT biểu mô tuyến DD là carcinom tuyến nhú và carcinom tuyến ống được gọi chung là UT biệt hóa tốt, loại biệt hóa kém gồm có: carcinom tuyến biệt hóa kém, carcinom nhày, carcinom dạng nhẵn. 60% UT giai đoạn sớm là loại biệt hóa tốt. Một tỉ lệ tương tự như vậy trong UT giai đoạn xâm nhập. Loại biệt hóa tốt đang có xu hướng giảm dần theo báo cáo của nhiều quốc gia trên thế giới.

4. Diễn tiến tự nhiên của bệnh

UTDD tồn tại dưới dạng UT tại chỗ hay UT giai đoạn sớm. Cần một khoảng thời gian là 10 năm để hình thành UT tại lớp niêm mạc, khoảng 1 năm để xâm nhập đến lớp dưới niêm mạc. Thời gian cần thiết để nhân đôi kích thước của UT giai đoạn sớm là 1,5 năm-8,5 năm. Đặc biệt với typ III, ổ loét có thể lành sẹo như những ổ loét lành tính khác (vẫn còn hiện diện tế bào UT ở vết sẹo của ổ loét) ở lớp biểu mô. Một thời gian sau lại loét trở lại, hình thành một chu kỳ. Qua nhiều chu kỳ, UTDD giai đoạn sớm trở thành UTDD giai đoạn xâm

nhập. Thời gian này kéo dài từ 6 tháng đến 21 năm, ở giai đoạn xâm nhập UTDD nhân đôi kích thước rất nhanh trong khoảng từ 2 tuần đến 3 tháng.

Khuynh hướng sinh học tự nhiên của UTDD là phát triển theo chiều sâu trong thành DD, chiều rộng và theo bề mặt của DD. UT hang môn vị hiếm khi nào lan xuống tá tràng, UT ở cực trên DD có thể lan lên thực quản, trong trường hợp này khó phân biệt đó là UTDD hay UTTQ.

Ngay từ giai đoạn sớm, tế bào UT đã có khả năng xâm lấn vào hạch lympho quanh DD. Càng phát triển xuống sâu trong thành DD, tỉ lệ di căn hạch vùng càng cao. UT ở lớp niêm mạc có tỉ lệ di căn hạch là 6%, lớp dưới niêm mạc có tỉ lệ di căn hạch đã là 20%.

Sau khi phá vỡ lớp thanh mạc, UTDD tiếp tục xâm lấn vào các tạng lân cận như: gan trái, tụy, mạc treo đại tràng ngang, cuống gan, lách, cơ hoành... Lúc này xuất hiện tế bào UT trong những nhóm hạch lympho ở các chặng giữa và chặng sâu. Khả năng nhảy cóc của tế bào UT ở các chặng đã được ghi nhận, nghĩa là tế bào UT có thể xuất hiện ở chặng sâu trong khi chưa tìm thấy ở các nhóm hạch lympho của chặng giữa.

Về phương diện biệt hóa, UTDD biệt hóa cao thường xâm nhập vào hệ tuần hoàn qua các mạch máu ở tấm dưới niêm mạc, dưới thanh mạc, để vào tĩnh mạch cửa cho di căn đến gan phải. UTDD kém biệt hóa thường xâm nhập vào hệ thống mạch lympho trong ổ bụng, ở vùng trên đòn trái, nách hay quanh rốn. Khả năng di căn xa trong xoang bụng của nhóm biệt hóa kém cũng thường gặp ở phúc mạc, buồng trứng (Krukenberg), túi cùng Douglas (mảng Blumer). Trong những

vùng khác nhau của UTDD, có những đan xen - pha trộn của những loại biệt hóa khác nhau, có khi vùng này xuất hiện loại biệt hóa kém ở tầng niêm mạc - dưới niêm mạc: cho di căn sớm vào mạch lympho ở tầng dưới niêm mạc, có khi ở vùng khác là loại biệt hóa tốt ở tầng cơ, để sau đó là xâm nhập vào mạch máu ở tầng dưới thanh mạc. Khi mạch lympho bị tắc tế bào ung thư có thể theo những nhánh nối để vào mạch máu.

Tóm lại, UTDD phát triển theo bốn khả năng sau đây:

- Xâm lấn trực tiếp trong thành DD và vào cơ quan lân cận như: mạc nối, mạc treo đại tràng ngang, tụy, lách, gan trái.
- Xâm lấn đến hạch lympho quanh DD, di căn đến những nhóm hạch lympho dọc theo các bó mạch chính của DD trong ổ bụng. Xa hơn nữa là những nhóm hạch trên đòn trái (Virchow, Troisier), nách trái (Irish), rốn (Sister Mary Joseph).
- Di căn theo đường máu đến gan phải, phổi, tụy xương, hệ thần kinh trung ương.
- Di căn trong xoang bụng đến phúc mạc thành, mạc treo ruột, buồng trứng (Krukenberg), túi cùng Douglas (Blumer).

rất đa dạng về độ biệt hóa và khả năng xâm nhập mạch máu và mạch lympho của tế bào ung thư.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Trường hợp điển hình

Bệnh thường xảy ra trên một bệnh nhân nam, trên 40 tuổi, trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 năm trở lại đây lần lượt xuất hiện những triệu chứng như: đau vùng rốn, đầy bụng khó tiêu,

chán ăn, sụt cân, thỉnh thoảng tiêu phân đen, mệt mỏi. Khám lâm sàng với những dấu hiệu nghèo nàn như: gầy, da xanh, niêm nhợt, ấn thốn nhẹ vùng rốn, hoặc có một mảng chắc hay một khối u nhỏ di động ở vùng này. Cần phải chụp hình DD hay nội soi kèm sinh thiết để chẩn đoán xác định.

b. Giai đoạn sớm

Muốn chẩn đoán được bệnh trong giai đoạn sớm chúng ta phải tuân thủ hai nguyên tắc: một là phải nghĩ đến bệnh UTDD, hai là phải chụp DD hay nội soi định kỳ hàng loạt.

Phải nghĩ đến UTDD ở một người đứng tuổi, đặc biệt là nam giới, bỗng nhiên xuất hiện những triệu chứng sau đây: ăn không ngon miệng, chán ăn, không hào hứng khi ăn, cảm giác chật miệng, ậm ạch, đầy tức bụng, khám lâm sàng không phát hiện gì bất thường. Trong trường hợp này muốn chẩn đoán được bắt buộc phải chụp đối quang kép hoặc nội soi kèm sinh thiết. Yêu cầu chung của cả hai xét nghiệm này là phải so sánh với kết quả của những lần chụp hay soi trước đây được ghi hình lại trong lúc tiến hành thủ thuật. Những sang thương ban đầu có thể chỉ là những vùng thay đổi rất kín đáo, rất nồng và nhỏ. Trước đây, người ta sử dụng kỹ thuật chụp lớp mỏng của niêm mạc DD kết hợp với chụp có ép qua thành bụng trước. Ngày nay, với kỹ thuật chụp đối quang kép chúng ta có thể phát hiện những thương tổn rất nồng trên bề mặt niêm mạc DD. Hoặc nhuộm màu niêm mạc dạ dày để làm nổi bật những vùng cần sinh thiết.

Các chương trình tầm soát ung thư dạ dày của Nhật Bản hay Hàn Quốc đang phấn đấu phát hiện ung thư từ giai đoạn chưa có triệu chứng.

c. *Khi có biến chứng*

Những biến chứng có thể gặp trong UTDD là: hẹp môn vị hay tâm vị, thủng trên tổn thương ung thư, chảy máu tiêu hóa. Trong giai đoạn này thường khó có thể thực hiện phẫu thuật triệt căn vì bệnh đã tiến triển trong một thời gian dài. Hẹp môn vị là biến chứng thường gặp nhất, trước đây hẹp môn vị thường do loét lành tính, hiện nay đa số các trường hợp là do UTDD. Thủng trên tổn thương UTDD làm tiên lượng của bệnh nhân thay đổi rõ rệt, thường khó chẩn đoán được nguyên nhân trong bệnh cảnh viêm phúc mạc do thủng DD, chẩn đoán lâm sàng chỉ có trong khi mổ, chẩn đoán xác định căn cứ vào kết quả sinh thiết. Lúc này không phải chỉ có đồ ăn, dịch vị gây viêm phúc. Thủng tạo điều kiện thuận lợi cho sự hiện diện và lan tràn của tế bào UT. Đa số bệnh nhân UTDD bị thiếu máu nhất là trong giai đoạn xâm lấn, chảy máu tiêu hóa trong UT là chảy máu rỉ rả kéo dài - ít có biểu hiện trên lâm sàng. 7% UTDD có thể có ói máu - phân nửa trường hợp có thể chảy máu cấp tính - nặng, phải truyền máu và mổ khẩn. Muốn điều trị chảy máu trong UTDD thường phải cắt DD.

d. *Giai đoạn muộn*

Giai đoạn muộn trong UTDD được biểu hiện bằng tổng trạng suy sụp rõ rệt trong bệnh cảnh chung của người bị UT, biểu hiện thứ hai là sự xuất hiện

của khối u; khối có thể bị che lấp bởi những triệu chứng khác, biểu hiện thứ ba là triệu chứng di căn trong xoang bụng hoặc di căn xa. Chẩn đoán được trong giai đoạn này không còn giúp ích cho phẫu thuật triệt căn nữa.

2. Cận lâm sàng

Chụp DD và nội soi mềm DD kèm sinh thiết là hai xét nghiệm cận lâm sàng thường được dùng để chẩn đoán bệnh. Về mặt nguyên tắc, cả hai xét nghiệm này đều có khả năng chẩn đoán UTDD ngay cả ở giai đoạn sớm, cần so sánh với kết quả trước đó trong trường hợp sang thương sớm, nhỏ.

Để tăng khả năng chẩn đoán của chụp DD cần phải chụp lớp mỏng niêm mạc kèm theo có nén ép hay chụp đối quang kép đúng kỹ thuật. Thực hiện đầy đủ kỹ thuật của sinh thiết như sau: sinh thiết nhiều mảnh; sinh thiết sâu và lặp lại sinh thiết nhiều lần để làm tăng khả năng chẩn đoán của nội soi DD. Có thể căn cứ vào hình ảnh quang vị hoặc sinh thiết lại trong trường hợp kết quả của nội soi và trả lời của sinh thiết không phù hợp với nhau. Hình ảnh X-quang của UTDD giai đoạn tiến triển khá điển hình trong trường hợp sang thương đủ lớn; ở vùng không bị che khuất và thực hiện đúng kỹ thuật. Hình ảnh quang vị còn giúp ích cho phẫu thuật viên đánh giá mức độ lan rộng trong thành DD để chọn lựa loại phẫu thuật.

3. Phân biệt

Tùy theo triệu chứng lâm sàng và tùy theo từng giai đoạn của bệnh khi bệnh nhân đến bệnh viện mà chọn lựa những bệnh cần phải chẩn đoán phân biệt.

Loét DD: khi bệnh nhân chỉ có triệu chứng đau vùng trên rốn, kết hợp với hình ảnh loét của X-quang hay nội soi, thầy thuốc lâm sàng cũng cần phải hỏi thêm những triệu chứng khác của UTDD như chán ăn, đầy bụng khó tiêu, thay đổi thói quan ăn uống, tiền căn gia đình, diễn tiến lành của ổ loét. Ngay cả những trường hợp ổ loét đã lành cũng cần phải nội soi sinh thiết định kỳ nếu bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao.

Viêm DD: thầy thuốc ít chẩn đoán lầm giữa viêm DD và UTDD trừ thể lymphoma hay UTDD thể teo. Việc theo dõi bệnh viêm DD nhằm mục đích phát hiện sớm bệnh UTDD.

Chẩn đoán phân biệt với những nguyên nhân khác của hép môn vị: có hai nguyên nhân thường gặp gây hép môn vị là loét lành tính của DD hay TT và UTDD. Ngoài triệu chứng chung của hép môn vị, cần chú ý về bệnh sử của bệnh; tiền căn của bệnh nhân và hình ảnh X-quang DD, nội soi giúp ích nhiều trong chẩn đoán nguyên nhân.

Trong bệnh cảnh cấp cứu của thủng DD và xuất huyết tiêu hóa, thầy thuốc ít có điều kiện để chẩn đoán nguyên nhân của những biến chứng, một đôi khi không cần thiết phải chẩn đoán nguyên nhân.

Chẩn đoán phân biệt với những khối u khác trong bụng: thường phải chẩn đoán phân biệt với những khối u của những cơ quan khác nằm ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang như: u gan, khối u của đại tràng ngang, khối u của tụy...

IV. ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG PHẪU THUẬT

1. Toàn thân

Bệnh nhân UTDD thường bị thiếu máu và rối loạn dinh dưỡng ở giai đoạn tiến triển.

Các căn cứ lâm sàng và cận lâm sàng sau đây thường được sử dụng là: chiều cao, cân nặng, mức độ giảm cân, bề dày lớp mỡ dưới da, vòng đo cánh tay, lượng hemoglobin, lượng albumine máu. Cần đánh giá tình trạng toàn thân trước mổ để có biện pháp điều trị đầy đủ trước mổ.

2. Diễn tiến của bệnh

Rất cần xác định giai đoạn tiến triển của bệnh để có biện pháp điều trị và tiên lượng về bệnh. Thăm khám lâm sàng bằng cách sờ bụng, thăm âm đạo - hậu môn, sờ hạch ngoại vi không thể đánh giá chính xác yếu tố T và N - nhất là trong giai đoạn sớm. Phải căn cứ vào các yếu tố cận lâm sàng như: siêu âm, siêu âm qua nội soi TQ-DD, chụp cắt lớp điện toán hay chụp cộng hưởng từ. Năm 1984, ba Hiệp hội về chống ung thư của Mỹ, Châu Âu và Nhật Bản đã thống nhất Bảng phân loại giai đoạn của UTDD căn cứ vào T, N và M.

Giai đoạn	T	N	M
IA	T ₁	N ₀	M ₀
IB	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
II	T ₁	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
IIIA	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
	T ₄	N ₀	M ₀
IIIB	T ₃	N ₂	M ₀
	T ₄	N ₁	M ₀
IV	T ₄	N ₂	M ₀
	Bất kỳ	Bất kỳ	M ₁

Sau khi có kết quả giải phẫu bệnh các yếu tố T, N được gọi là pT, pN.

V. PHẪU THUẬT

Điều trị UTDD chủ yếu bằng phẫu thuật. Nguyên tắc điều trị là cắt bỏ rộng rãi DD kèm theo khối u, mạc nối và nạo vét hạch rộng rãi. Trong trường hợp có biến chứng và khi UT đã phát triển rộng chỉ giải quyết tối thiểu những biến chứng. Nếu nghi ngờ khả năng còn cắt được hay không, tốt nhất là phẫu thuật để thám sát.

A. THÁM SÁT VÀ XÁC ĐỊNH GIAI ĐOẠN

Mặc dù các phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp đánh giá khá chính xác, nhưng đôi khi chưa được đầy đủ. Jacobaeus là người đầu tiên dùng từ “laparoscopy” vào năm 1911 khi đề cập đến ứng dụng chẩn đoán của nội soi ổ bụng. Nhờ những tiến bộ mới của khoa học-kỹ thuật về hình ảnh, nội soi ổ bụng ngày càng được áp dụng một cách rộng rãi. Mãi đến năm 1984 mới có báo cáo đầu tiên của Goss về giá trị xếp hạng giai đoạn ung thư của nội soi chẩn đoán.

Thực tế cho thấy, siêu âm qua thành bụng và chụp vi tính cắt lớp thông thường không có giá trị nhiều trong việc xác định giai đoạn của ung thư dạ dày. Gross báo cáo 57% trường hợp được chẩn đoán là M₀ bằng những phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác, lại phát hiện có di căn trong khoang bụng nhờ nội soi ổ bụng. Báo cáo của Possik còn đánh giá cao hơn khả năng chẩn đoán của nội soi ổ bụng, độ chính

xác trong chẩn đoán di căn phúc mạc là 89% và di căn gan là 96%.

Trong trường hợp có nhiều phương tiện điều trị khác nhau, việc chẩn đoán chính xác giai đoạn ung thư lại càng được quan tâm. Nội soi chẩn đoán có thể được thực hiện khi bệnh nhân được gây mê hay gây tê tại chỗ. Việc chẩn đoán giai đoạn được thực hiện theo thứ tự đảo ngược của TNM. Có nghĩa khi nội soi, phẫu thuật viên tìm di căn phúc mạc trước

Tuy nhiên, nội soi chẩn đoán không phải không có những điều bất lợi. Năm 1994 Nduka trình bày ba nguyên nhân của di căn tại nơi đặt trocar trong nội soi chẩn đoán là: dụng cụ nội soi được đưa ra vào khoang phúc nhiều lần là phương tiện vận chuyển tốt cho tế bào ung thư đến thành bụng nơi đặt trocar. Phải sử dụng dụng cụ nội soi lâu để sờ nắn vào khối u thay cho cảm giác sờ trực tiếp bằng tay, điều này làm tăng nguy cơ giải phóng tế bào ung thư ra khỏi vị trí ban đầu. Sau cùng, người ta còn nghi ngờ rằng CO₂ cũng là thủ phạm giúp khuếch tán tế bào đi khắp nơi, trong đó qua lỗ đặt trocar ở thành bụng.

B. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

Phẫu thuật khác nhau tùy theo vị trí và mức độ của thương tổn và tùy theo tình trạng của bệnh nhân.

1. UT 1/3 dưới

a. Phẫu thuật triệt căn

Nhằm lấy bỏ phần lớn hay toàn bộ DD có khối u. Vì UTDD ít khi xâm lấn xuống tá tràng nên chỉ cần cắt xuống dưới môn vị

2cm. Mặt cắt trên cần cách xa bờ khối u ít nhất 6cm. Phẫu thuật có tên cắt bán phần dưới DD.

b. Phẫu thuật tạm

Nối vị tràng trước đại tràng ngang. Chỉ định trong trường hợp khối u to làm trít hẹp vùng hang môn vị, dính chặt vào tụy hoặc cuống gan, gan có nhiều nhân di căn.

2. UT 1/3 giữa

a. Phẫu thuật triệt căn

Có thể chọn lựa một trong hai phẫu thuật sau đây: cắt toàn bộ DD hay cắt cực trên DD, nối thực quản với hang vị. Thường dùng là phẫu thuật Sweet (đóng mặt cắt DD rồi cắm TQ với mặt trước hang vị). Schlatter báo cáo trường hợp cắt toàn bộ dạ dày vì ung thư đạt được thành công đầu tiên vào năm 1887. Đây là bước ngoặt làm thay đổi quan niệm cho rằng “cuộc sống không thể nào thiếu được dạ dày”. Cùng với chỉ định cắt dạ dày kèm với các cơ quan lân cận, nạo vét hạch lympho một cách rộng rãi, điều trị ung thư bằng nhiều phương thức, thì việc tái lập lưu thông sau cắt toàn bộ là cũng là vấn đề cần tiếp tục được nghiên cứu. Cho đến năm 2004, có 19 nghiên cứu ngẫu nhiên tiền cứu, gồm 866 bệnh nhân được tái lập lưu thông bằng những phương pháp khác nhau sau cắt dạ dày. Tất cả những phẫu thuật trên đều có tỉ lệ tử vong và di chứng sau mổ trong giới hạn có thể chấp nhận được. Không có đủ chứng cứ để kết luận về tính ưu việt của những phẫu thuật tái tạo lưu thông qua tá tràng, nhưng xuất độ viêm thực quản trào ngược dịch mật xảy ra không nhiều. Những

phẫu thuật tạo hình làm dạ dày giả có kết quả tốt với lượng thức ăn ăn vào, bệnh nhân dễ lên cân nhất là ở giai đoạn ngay sau mổ. Chất lượng cuộc sống lâu dài sau mổ vẫn tốt trong trường hợp tái tạo hình J, nhưng thời gian mổ không kéo dài như những phẫu thuật khác. Do đó, có thể chọn phẫu thuật này trong trường hợp cắt dạ dày không triệt căn.

b. Phẫu thuật tạm

Mở thông hống tràng nuôi ăn. Chỉ định trong trường hợp khối u to làm trít hẹp lồng DD, dính chặt vào tụy hoặc di căn gan không thể cắt bỏ được.

3. UT 1/3 trên

a. Phẫu thuật triệt căn

Có thể chọn lựa một trong hai phẫu thuật sau đây: cắt toàn bộ DD như đối với UT 1/3 giữa hay cắt cực trên DD, nối thực quản với hang vị. Thường dùng là phẫu thuật Sweet (đóng mặt cắt DD rồi cắm TQ với mặt trước hang vị).

b. Phẫu thuật tạm

Mở thông DD hay hống tràng nuôi ăn. Đặt một nòng (stent) xuyên qua chỗ hẹp của tâm vị qua nội soi.

4. UT toàn bộ DD

Thương tổn UT có thể là một khối lớn chiếm gần toàn bộ DD. Một thể thương tổn cũng rất thường gặp là thành DD dày, cứng suốt từ trên xuống dưới, lồng DD hẹp lại chỉ còn là một cái ống: thể teo đứt (linite plastique). Phẫu thuật trong trường hợp này không còn ý nghĩa triệt căn, trong một số trường hợp có thể cắt toàn bộ DD

kèm với mạc nối. Trong trường hợp bệnh nhân không ăn uống được, phẫu thuật tạm bợ là mở h้อง tràng nuôi ăn.

C. NẠO HẠCH TRONG UTDD

Hệ thống mạch lympho được nghiên cứu từ năm 1907. Mac Neer là người đầu tiên mô tả kỹ thuật nạo hạch trong UTDD vào năm 1951. Đến năm 1953, Sunderland mô tả chi tiết sự xâm lấn vào hạch lympho của UTDD, từ đó mở ra một chương mới trong kỹ thuật mổ nhằm giảm tỉ lệ tái phát. Trung thành với nguyên tắc nạo hạch rộng rãi trong UTDD, các tác giả Nhật Bản đã hệ thống hóa và phát triển ở mức độ cao hơn. Đạt được những tiến bộ đáng kể trong tỉ lệ sống thêm 5 năm sau mổ. Từ năm 1981, Hiệp hội Nghiên cứu về Ung thư DD của Nhật Bản đã giới thiệu Bảng phân loại các nhóm hạch liên quan đến bệnh UTDD và Phân loại về mức độ nạo hạch lympho. Nạo hạch D1 là lấy bỏ các hạch quanh DD thuộc chặng nông. Nạo hạch D2 là lấy bỏ các hạch quanh DD và các nhóm hạch theo các bó mạch chính vào DD thuộc chặng nông và chặng giữa. Nạo hạch D3

là lấy bỏ các hạch thuộc chặng nông, chặng giữa và chặng sâu. Tùy theo vị trí của UTDD, những nhóm hạch được nạo vét tương ứng (Bảng 1).

Đối với UTDD giai đoạn sớm, thường chỉ cắt DD kèm với nạo hạch mức độ D1. Với UTDD xâm lấn, trong trường hợp lý tưởng, người ta làm sinh thiết lạnh tức thì mô hạch để xác định mức độ nạo vét hạch D2 hay D3. Trên thực tế, phẫu thuật viên chọn mức độ nạo hạch theo D2 hay D3 tùy theo mức độ xâm lấn của khối u (T), tổn thương nơi thanh mạc của DD, độ biệt hóa, tình trạng hạch lympho của các chặng. Chất lượng nạo hạch được đánh giá bằng nhiều yếu tố, một trong những yếu tố đó là số lượng hạch. Số hạch tối thiểu đảm bảo cho việc nạo vét hạch đầy đủ là 26 hạch cho D2. Theo Đỗ Đức Vân, nếu nhóm hạch số 8 có di căn phải chọn mức độ nạo hạch D3.

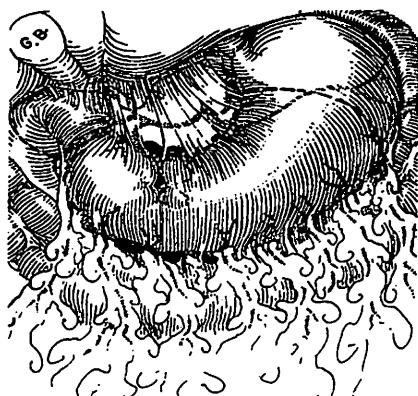
Loại phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn của bệnh (Bảng 2) (Hình 4,5,6,7,8,9).

Bảng 1

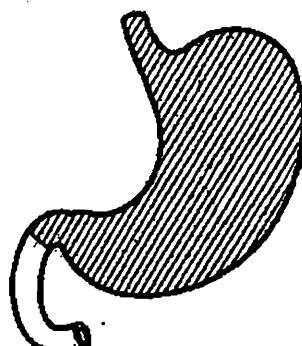
Mức độ	UT ở cực dưới	UT ở phần thân	UT ở cực trên
D1	3,4,5,6	3,4,5,6,1	1,2,3,4s
D2	3,4,5,6,7,8,9,1	3,4,5,6,1,2,7,8,9,10,11	1,2,3,4s,4d,5,6,7,8,9,10,11
D3	3,4,5,6,7,8,9,1,2,10,11, 12,13,14	3,4,5,6,1,2,7,8,9,10,11 12,13,14	1,2,3,4s,4d,5,6,7,8,9,10,11 12,13,14,15,16

Bảng 2. Phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn bệnh

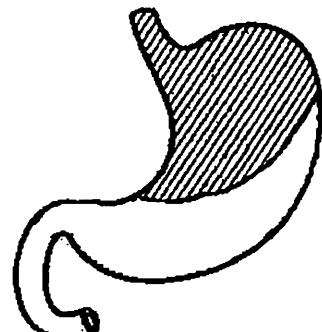
	N ₀	N ₁	N ₂	N ₃
Niêm mạc	Giai đoạn IA EMR cho ung thư biệt hóa rõ < 2cm Phẫu thuật tối thiểu cho ung thư khác	Giai đoạn IB Phẫu thuật tối thiểu cho ung thư < 2cm Phẫu thuật tiêu chuẩn cho ung thư > 2cm	Giai đoạn II Phẫu thuật tiêu chuẩn	Giai đoạn IV Phẫu thuật cắt rộng hay không triệt căn
Dưới niêm mạc	Giai đoạn IA Phẫu thuật tối thiểu cho ung thư biệt hóa rõ < 1,5cm Phẫu thuật tối thiểu cho ung thư khác	Giai đoạn IB Phẫu thuật tối thiểu cho ung thư < 2cm Phẫu thuật tiêu chuẩn cho ung thư > 2cm	Giai đoạn II Phẫu thuật tiêu chuẩn hay không triệt căn	Giai đoạn IV Phẫu thuật cắt rộng
T ₂	Giai đoạn IB Phẫu thuật tiêu chuẩn	Giai đoạn II Phẫu thuật tiêu chuẩn	Giai đoạn IIIA Phẫu thuật tiêu chuẩn	Giai đoạn IV Phẫu thuật cắt rộng hay không triệt căn
T ₃	Giai đoạn II Phẫu thuật tiêu chuẩn	Giai đoạn IIIA Phẫu thuật tiêu chuẩn	Giai đoạn IIIB Phẫu thuật tiêu chuẩn hay cắt rộng	Giai đoạn IV Phẫu thuật cắt rộng hay không triệt căn
T ₄	Giai đoạn IIIA Phẫu thuật cắt rộng	Giai đoạn IIIB Phẫu thuật cắt rộng	Giai đoạn IV Phẫu thuật cắt rộng hay không triệt căn	Giai đoạn IV Phẫu thuật cắt rộng hay không triệt căn



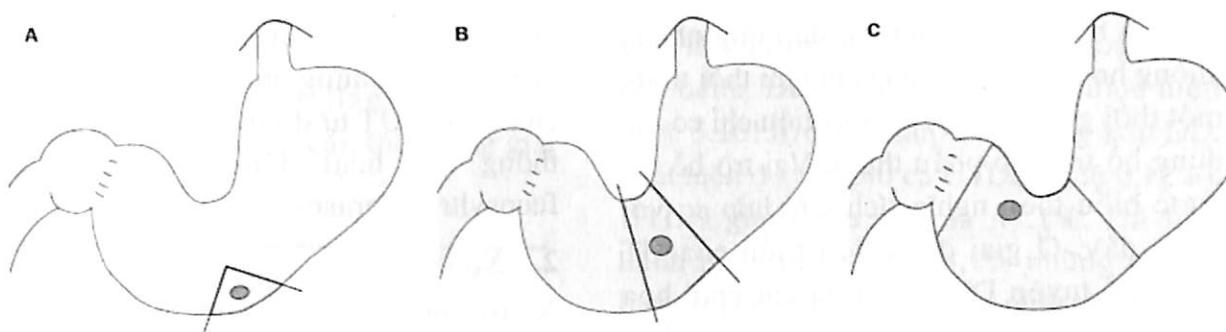
Hình 4. Cắt bán phần dưới DD



Hình 5. Cắt toàn bộ DD



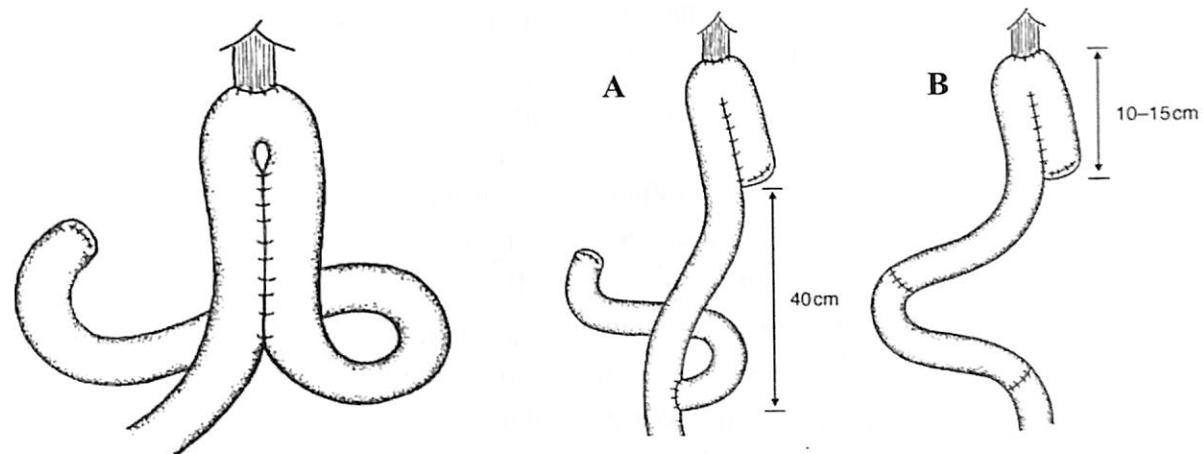
Hình 6. Cắt cực trên DD



Hình 7. A. Cắt tại chỗ

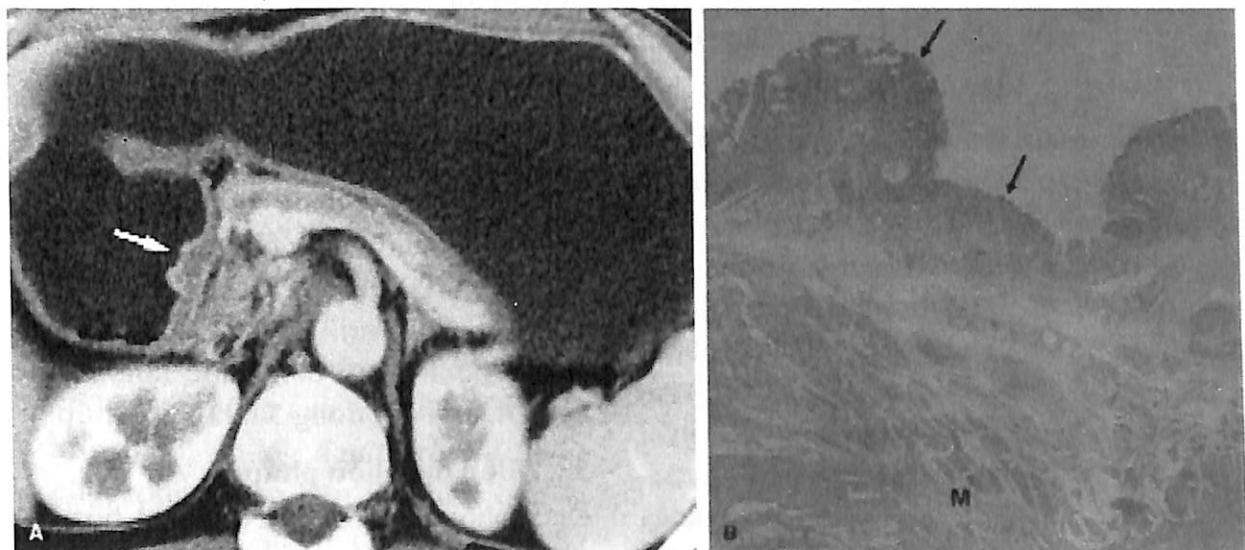
B. Cắt đoạn dạ dày

C. Cắt bảo tồn mòn vị



Hình 8. Phẫu thuật làm dạ dày giả bằng quai ruột non

A. Tái tạo dạ dày hình J kiểu Roux en Y
B. Tái tạo dạ dày hình J kiểu lưu thông qua tá tràng



Hình 9. A. Hình chụp cắt lớp vi tính UTDD giai đoạn sớm typ 3 (IIC + IIa) ở bờ cong nhỏ.
B. Hình thương tổn trên kính hiển vi

Một số hóa chất có thể có đáp ứng nhưng không hoàn toàn và cũng chỉ tạm thời trong một thời gian. Vì vậy hóa trị liệu chỉ có tác dụng hỗ trợ cho phẫu thuật. Vai trò hỗ trợ được hiểu theo nghĩa tích cực hơn so với trước đây. Ở giai đoạn tiến triển của UT biểu mô tuyến DD, người ta chỉ định hóa trị trước mổ -phẫu thuật- rồi tiếp tục hóa trị sau mổ. Việc hóa trị trước mổ nhằm đến giảm tổng khối tế bào UT vì một số trường hợp nhạy cảm - khối UT có thể nhỏ lại. Sau mổ hóa trị bổ túc để diệt các tế bào còn sót lại sau mổ.

Những hóa chất còn hiệu quả và vẫn được dùng là 5-Fluorouracil (5-FU), Adriamycin, Mytomycin C, các nhóm thuộc nhóm Nitrosourea, Cisplatin, Methotrexate. Sau đây là một vài công thức được dùng:

- 5-FU đơn thuần, dùng 6 đợt, mỗi đợt 3 ngày liền, mỗi ngày 500mg, hai đợt cách nhau 4 tuần.
- 5-FU kết hợp với folinic axid, gọi tên là FUFA, dùng 6 đợt, hai đợt cách nhau 4 tuần, mỗi ngày 500mg 5-FU và 200mg FA.
- Paclitaxel, 5-FU và Cisplatin.

Trong mổ, có tác giả sử dụng mitomycine C đổ vào xoang phúc mạc trong 24 giờ đầu để diệt những tế bào UT tự do còn vương vãi trong ổ bụng. Sự hiện diện của tế bào UT tự do trong xoang phúc mạc tỉ lệ thuận với tổn thương thanh mạc. Kaibara (1987) nhận xét: 22% nước rửa bụng có tế bào UT khi diện tích của tổn thương thanh mạc $< 10\text{cm}^2$.

Trong trường hợp có dịch báng, 65% nước rửa có tế bào UT. Iitsuka (1979) chứng minh sự sống của những tế bào UT tự do trong xoang phúc mạc, sự sống này bị ức

chế bằng hóa chất hay nhiệt độ. Asao (1995) còn chứng minh cơ chế kết dính của tế bào UT tự do trong xoang phúc mạc thông qua hoạt động của men alpha-fucosyltransferases.

2. Xạ trị

Xạ trị trong mổ vào nền khối u sau khi cắt DD và xạ trị sau mổ với liều thích hợp đang được nghiên cứu. Hóa trị làm tăng khả năng nhạy cảm của mô UT đối với xạ trị.

Từ năm 1991, ở Mỹ đang tiến hành đánh giá lại hiệu quả của phác đồ hóa trị kết hợp với xạ trị sau mổ cắt dạ dày. Theo đánh giá ban đầu phác đồ này có thể làm tăng tỉ lệ bệnh nhân sống thêm sau mổ từ 10-20%. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Carcinom tuyến dạ dày hay chỗ nối dạ dày thực quản, bờ cắt không còn tế bào ung thư, không bị suy tạng, tổng trạng tốt, mỗi ngày được cung cấp $> 1.500 \text{ KCalo}$, giai đoạn từ IB trở lên nhưng chưa di căn xa.

Từ ngày hậu phẫu thứ 21, bệnh nhân được hóa trị mỗi ngày 5-fluorouracil liều $425 \text{ mg/m}^2 \text{ da}$ và leukovorin liều $20 \text{ mg/m}^2 \text{ da}$, trong 5 ngày liên tiếp. Đến ngày thứ 28 sẽ được xạ trị với tổng liều 4.500 cGy (mỗi ngày chiếu 180 cGy , 5 ngày mỗi tuần, 5 tuần liên tiếp). 4 ngày xạ trị đầu tiên và 3 ngày xạ trị cuối cùng bệnh nhân được hóa trị thêm (400 mg/m^2 5-fluorouracil và 20 mg/m^2 leukovorin). 1 tháng sau khi kết thúc xạ trị, bệnh nhân còn được hóa trị thêm hai đợt, mỗi đợt trong 5 ngày liên tiếp.

3. Miễn dịch liệu pháp

Được phối hợp với phẫu thuật và hóa trị có cải thiện được thời gian sống sau mổ.

VII. KẾT QUẢ

Theo số liệu của Nhật Bản, tỉ lệ sống thêm 5 năm sau mổ triệt căn theo từng giai đoạn:

Giai đoạn	Tỉ lệ sống thêm	Số BN
IA	91,3 ± 1,7%	1.344
IB	81,8 ± 3,7%	499
II	65,4 ± 4,2%	600
IIIA	49,3 ± 4,5%	567
IIIB	28,4 ± 4,0%	589
IV	5,1 ± 1,4%	1.128

Năm 1998, Trịnh Hồng Sơn và cộng sự đã theo dõi những bệnh nhân UTDD được mổ nhưng không cắt được DD. Kết quả: thời gian sống trung bình sau mổ là 4,8 tháng với sai số chuẩn là 0,96. Nếu cắt DD để làm sạch, thời gian sống trung bình sau mổ là 9,38 tháng với sai số chuẩn là 2,93. Theo Đỗ Đức Vân (1993), khả năng sống thêm 5 năm sau mổ của nhóm bệnh nhân cắt DD bán phần là 18%.

VIII. DỰ PHÒNG - PHÁT HIỆN SỚM

1. Sàng lọc hàng loạt

Sàng lọc hàng loạt để truy tìm UTDD đã được thực hiện rộng rãi từ những năm 1960 tại Nhật Bản, đây là một trong những quốc gia có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất nhì trên thế giới. Mỗi năm, những người trên 40 tuổi được chụp đối quang kép DD từ 1 đến 2 lần, có kèm theo phim cũ để so sánh. Người Nhật đã gặt hái được kết quả rất khả quan trong phát hiện bệnh UTDD, đặc

biệt là phát hiện UTDD ở giai đoạn sớm của bệnh. Đến năm 1980, họ đã thực hiện được 5.161.876 lần chụp đối quang kép DD. Phát hiện được 6.240 ca UTDD (tỉ lệ 0,12%), UTDD giai đoạn sớm là 47,1%. Đã tiến hành phẫu thuật cho 98,1% những trường hợp UTDD. 89% UTDD phát hiện qua chương trình sàng lọc hàng loạt này chưa có di căn hạch lympho. Tỉ lệ sống thêm 5 năm và 10 năm sau mổ là 90%.

Chụp đối quang kép DD để truy tìm UTDD chưa phải là giải pháp ưu việt nhất trong việc sàng lọc hàng loạt để truy tìm UTDD. Theo đánh giá của Bộ Y tế và Phúc lợi Nhật bản, chỉ có khoảng 6,5–13% người Nhật trên 40 tuổi tham gia hàng loạt vào chương trình này. Tuy nhiên, đây là phương tiện sàng lọc tương đối ít xâm lấn hơn so với nội soi DD.

2. Phát hiện sớm và theo dõi những tổn thương tiền UT của DD

Correa (1983) cho rằng UT biểu mô tuyến của DD có nguồn gốc từ một vùng nào đó bị tổn thương niêm mạc không đặc hiệu. Có thể do những yếu tố như: tuổi già, do kích thích của dịch mật; thuốc; rượu; yếu tố tự miễn; hoặc những yếu khác còn chưa biết. Tổn thương của lớp niêm mạc không được lành sẹo tốt do tình trạng dinh dưỡng hoặc do những khiếm khuyết về di truyền. Dẫn đến hình thành viêm niêm mạc DD mạn tính và tăng hoạt động của vi khuẩn trong lồng ống tuyến. Sau đó, vi khuẩn thủy phân nitrate biến nitrates của thực phẩm thành nitrites, hoạt chất mới này sẽ kết hợp với những chất có trong thực phẩm thành nitrosamines. Hóa chất này gây ra Dị sản, UT tại chỗ; rồi sau đó là UT ở giai đoạn

xâm lấn. Phát hiện sớm những thương tổn tiền UT để điều trị hoặc theo dõi mang ý nghĩa dự phòng cấp 2 hay 3.

- Viêm teo mạn tính niêm mạc DD làm tăng nguy cơ gây ra UTDD. Có thể theo dõi.
- Pôlíp: cần phải cắt bỏ những pôlíp DD có khuynh hướng gia tăng kích thước, kích thước từ 2 cm trở lên hay có những tổn thương viêm chót trên bề mặt.
- UT ở mỏm DD sau cắt DD vì những nguyên nhân lành tính: còn nhiều bàn cãi về vấn đề này vì những kết quả nghiên cứu rất khác nhau giữa những quốc gia phương tây và châu Á như Nhật Bản. Mọi người thống nhất rằng diễn tiến đến UT của mỏm DD chỉ xuất hiện sau mổ trên 15, 20 năm. Khả năng UT xuất hiện càng cao ở mỏm DD trong trường hợp bệnh nhân bị thiếu máu do B12 hoặc bị chuyển sản ruột hay dị sản nặng lớp niêm mạc.
- Thiếu máu do thiếu B12: khả năng UTDD xuất hiện tăng gấp hai lần trên những bệnh nhân thiếu máu do thiếu B12 lâu ngày trên 5-15 năm.
- Loét DD có khả năng bị ung thư hóa sau một thời gian dài, rất khó để xác định khoảng thời gian này, ngoài ra có nhiều khả năng đây chính là ung thư dạ dày dạng loét. Trong thời gian đầu, ung thư còn ở giai đoạn tại chỗ, ngay những ung thư dạng loét cũng có khả năng ổ loét tự lành, sau nhiều chu kỳ loét - lành sẹo - loét ung thư dạ dày chuyển sang giai đoạn xâm lấn. Người thầy thuốc phải hết sức cảnh giác đối với những ổ loét nằm về phía cực trên dạ dày,

nhất là ổ loét ở bờ cong lớn. Phương tiện chẩn đoán sinh thiết qua nội soi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh. Không nên tin tưởng tuyệt đối vào kết quả sinh thiết, nếu kết quả sinh thiết trả lời là ung thư dạ dày thì gần như chắc chắn là ung thư, nếu không tìm thấy tổ chức ung thư thì vẫn chưa loại được ung thư dạ dày. Trong trường hợp này có thể nội soi lại, chụp quang vị, điều trị và theo dõi tiếp tục, hay nội soi sinh thiết lại dù ổ loét đã lành sẹo. Trước đây, người ta chỉ chấp nhận thời gian điều trị nội khoa là 6 tuần lễ, nếu ổ loét không biến mất thì phải phẫu thuật.

Với những phương tiện chẩn đoán hình ảnh mới được đưa vào sử dụng trong thời gian gần đây như chụp cắt lớp vi tính đa lớp cắt hay cộng hưởng từ đa đầu dò, việc truy tìm và phát hiện ung thư giai đoạn sớm có thể bắt đầu bước sang một giai đoạn mới.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Seymour I. Schwartz. Principles of Surgery: "Stomach", McGraw-Hill Book company, 9th Ed., 1999: 1127-68.
2. David C. Sabiston, Jr. Textbook of surgery: "Stomach". 14th Ed., W.B. Saunders company, 1991: 837-72.
3. Micheal J. Zinner. Maingot's Abdominal operations: "Tumors of the stomach", Appleton & Lange A Simon & Schuster company, 10th Ed, 1997: 999-1028.
4. Hundahl S.A. (2005) Evidence-Based Recommendations for Local-Regional Control of Gastric Cancer. Cancer Investigation 23: 352-62.

5. Lee J.H. Jeong Y.K. Do H.K. (2000) Two-Phase Helical CT for Detection of Early Gastric Carcinoma: Importance of the Mucosal Phase for Analysis of the Abnormal Mucosal Layer. *Journal of Computer Assisted Tomography* 24(5): 777-82.
 6. Lehnert T. Buhl K. (2004) Techniques of reconstruction after total gastrectomy for cancer. *British Journal of Surgery*; 91: 528-39.
 7. Swan R. Miner T.J. (2006) Current role of surgical therapy in gastric cancer. *World J Gastroenterol* 12(3): 372-79.
 8. Yokota T. Ishiyama S. Saito T. (2003) Treatment strategy of limited surgery in the treatment guidelines for gastric cancer in Japan. *The LANCET Oncology* 4(7): 423-28.
- B. Môi trường.
C. Tập quán ăn uống.
D. Điều kiện làm việc.
E. Màu da.
- 4: Yếu tố nào sau đây **không** là yếu tố thuận lợi của UTDD:
- A. Viêm DD cấp tính.
 - B. Nhiễm *H. pylori* ở DD.
 - C. Loét DD.
 - D. Thiếu máu ác tính.
 - E. Tình trạng vô toan của DD.
5. Một BN nhân, nam, 40 tuổi, bị loét tá tràng kèm theo viêm DD thể phì đại. Yếu tố nào kể trên là yếu tố thuận lợi của UTDD:
- A. Nam.
 - B. 40 tuổi.
 - C. Loét tá tràng.
 - D. Viêm DD mạn tính thể phì đại.
 - E. Tất cả đều đúng.
6. Căn cứ vào yếu tố nào để phát hiện ổ loét ác tính của DD:
- A. Diễn tiến của triệu chứng đau sau điều trị.
 - B. Nội soi sinh thiết.
 - C. Chụp DD kiểm tra.
 - D. A, B và C đúng.
 - E. B, C đúng.
7. Ở những BN có nguy cơ mắc bệnh UTDD cao, cần phải theo dõi bao gồm:
- A. Cân nặng.
 - B. Diễn tiến của triệu chứng đau.
 - C. Chụp đối quang kép DD.
 - D. Nội soi sinh thiết.
 - E. C, D đúng.
8. Triệu chứng nào **không** có trong giai đoạn sớm của UTDD:
- A. Ăn không ngon miệng.
 - B. Chán ăn.

CÂU HỎI LUỢNG GIÁ

1. Được gọi là UTDD ở giai đoạn sớm khi thương tổn UT được tìm thấy:
 - A. Khu trú ở lớp niêm mạc hay dưới niêm mạc.
 - B. Ở lớp cơ.
 - C. Chưa xâm lấn thanh mạc.
 - D. Chưa xâm lấn đến nhóm hạch chặng 1.
 - E. Chưa xâm lấn đến nhóm hạch chặng 2.
2. UTDD ở giai đoạn sớm phát triển theo:
 - A. Bề dày của thành DD.
 - B. Số lượng sang thương trên mặt DD.
 - C. Xâm lấn vào cơ quan lân cận.
 - D. Di căn phúc mạc.
 - E. Di căn vào buồng trứng.
3. Tỉ lệ UTDD ở của các nước khác nhau có thể do:
 - A. Tập quán sinh hoạt.

- C. Cảm giác chậtm tiêu.
 D. Âm ạch, đầy tức bụng.
~~E. Khối u nhỏ vùng trên rốn.~~
9. Không có dấu hiệu nào sau đây khi khám bụng của BN UTDD:
 A. Di căn gan.
~~B. Di căn lách.~~
 C. Di căn thành bụng trước.
 D. U buồng trứng Krukenberg.
 E. Mảng cứng ở túi cùng Douglas (Blumer).
10. Tại sao UTDD được phát hiện sớm ở Nhật Bản:
 A. Vì nền kinh tế phát triển.
 B. Tỉ lệ mắc bệnh UTDD cao.
~~C. Chương trình sàng lọc UTDD.~~
 D. Mạng lưới y tế phát triển tốt.
 E. Chỉ định mổ rộng rãi trong loét DD.
11. Điều trị UTDD chủ yếu bằng:
~~A. Phẫu thuật.~~
 B. Hóa trị.
 C. Xạ trị.
 D. A, B đúng.
 E. B, C đúng.
12. Cần có yếu tố nào sau đây để cải thiện tiên lượng của UTDD:
 A. Phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm.
 B. Cắt DD toàn phần.
 C. Nạo vét hạch ở các nhóm hạch chặng 2.
~~D. Kết hợp với hóa trị.~~
~~E. A, C đúng.~~
- Một bệnh nhân, nam, 50 tuổi, đến khám vì gần đây bị mệt mỏi, sụt ký, chán ăn, đầy bụng, ăn uống không tiêu:
 13. Yếu tố nào sau đây của BN không làm tăng nguy cơ mắc bệnh UTDD:
 A. Viêm DD.
 B. Gia đình có người bị UTDD.
~~C. Tiền sử bị thủng ổ loét tá tràng.~~
 D. Đã bị nhiễm *H. Pylori* ở DD.
 E. Loét DD.
14. Khi khám lâm sàng chỉ phát hiện được niêm mạc mắt hơi nhạt màu, bụng mềm, không có khối u. Thái độ xử trí của chúng ta:
 A. Điều trị triệu chứng.
~~B. Chụp đối quang kép DD.~~
 C. Tái khám sau 1 tháng.
 D. Siêu âm ổ bụng.
 E. Tất cả đều đúng.
15. Kết quả X-quang trả lời BN bị UTDD giai đoạn sớm vì có hình ảnh nào sau đây:
 A. Hình bánh đường.
 B. Hình lõi táo.
 C. Ổ loét hình thấu kính.
 D. Hang vị bị hẹp lại.
~~E. Tất cả đều sai.~~

ĐÁP ÁN

- | | | |
|------|-------|-------|
| 1. A | 6. E | 11. A |
| 2. A | 7. E | 12. E |
| 3. C | 8. E | 13. C |
| 4. A | 9. B | 14. B |
| 5. D | 10. C | 15. E |

ĐIỀU TRỊ HẸP MÔN VỊ

MỤC TIÊU

1. *Nắm được cơ sở của điều trị hẹp môn vị: sinh lý bệnh, nguyên nhân, chẩn đoán.*
2. *Nắm được nguyên tắc của điều trị hẹp môn vị.*
3. *Nắm được các phương pháp, ưu nhược điểm của từng phương pháp.*
4. *Biết được các chỉ định và lựa chọn phương pháp trong điều trị hẹp môn vị do loét và hẹp môn vị do ung thư dạ dày.*

Hẹp môn vị là thuật ngữ dùng để chỉ tình trạng hẹp ở môn vị và ở vùng gần môn vị (phía trên là hang vị và phía dưới là hành tá tràng).

Hẹp môn vị là biến chứng đứng hàng thứ 3 sau chảy máu và thủng của bệnh loét dạ dày-tá tràng. Chẩn đoán hẹp môn vị không khó, chủ yếu là dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, X quang và nội soi dạ dày.

Điều trị hẹp môn vị bao giờ cũng gồm hồi sức nội khoa và ngoại khoa. Hẹp môn vị do bất cứ nguyên nhân thực thể nào cũng cần phải điều trị và về nguyên tắc đây là một cấp cứu ngoại khoa có trì hoãn.

I. CƠ SỞ CỦA ĐIỀU TRỊ HẸP MÔN VỊ

A. SINH LÝ BỆNH CỦA HẸP MÔN VỊ

Hẹp môn vị trong trường hợp điển hình được chia làm hai giai đoạn (theo sơ đồ tóm tắt dưới đây).

1. Giai đoạn tăng trương lực

Ở giai đoạn này, lưu thông dạ dày bị cản trở và nôn xảy ra sớm sau khi ăn.

2. Giai đoạn mất trương lực

Giai đoạn mất trương lực, dạ dày dãn và nôn xảy ra muộn sau khi ăn nhiều giờ. Nôn nhiều sẽ đưa đến tình trạng mất nước và mất điện giải (trong chất nôn có các ion Na^+ , K^+ , Cl^- ...), rồi loạn chuyển hóa kiềm toan. Tình trạng kiềm chuyển hóa là do giảm Cl^- nhiều hơn K^+ trong máu. Hậu quả là tăng dự trữ kiềm trong máu và làm tăng bài tiết K^+ trong nước tiểu.

Nôn nhiều làm mất nước và do không ăn uống được dẫn tới giảm thể tích tuần hoàn, hậu quả là suy thận trước thận và tăng Urê máu.

Nôn và không ăn uống được kéo dài sẽ đưa đến rối loạn dinh dưỡng, giảm Albumin trong máu và thiếu máu.

B. NGUYÊN NHÂN CỦA HẸP MÔN VỊ

Nguyên nhân thường gặp nhất là các ổ loét dạ dày-tá tràng và ung thư dạ dày.

1. Loét dạ dày-tá tràng

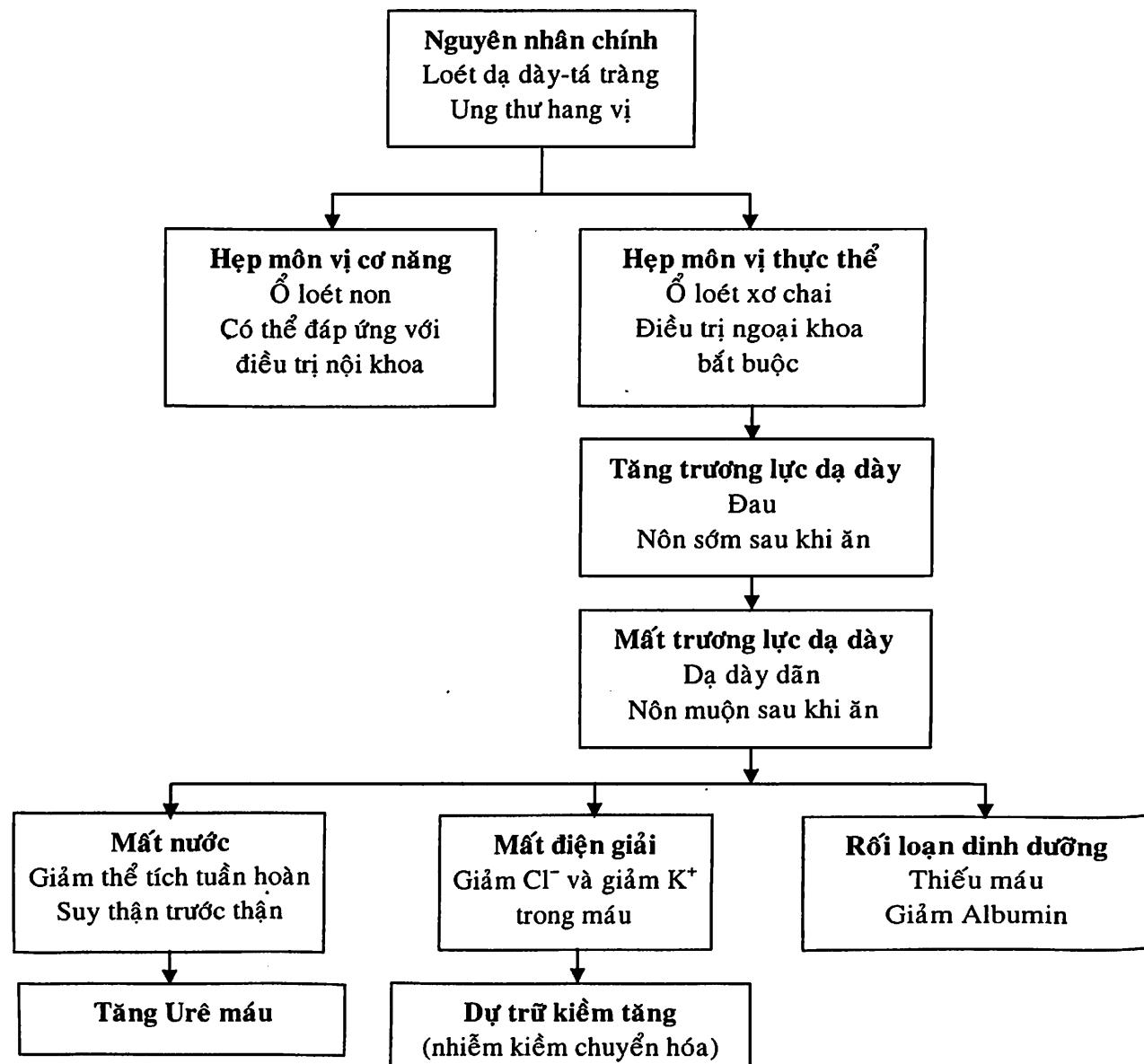
a. Các ổ loét non dạ dày-tá tràng

Ổ loét non có thể gây nên tình trạng hẹp môn vị nhưng hẹp ở đây không phải là một thương tổn thực thể mà là do tình trạng viêm nhiễm, phù nề, co thắt do ổ

loét gây nên. Các thương tổn này chỉ là tạm thời và có thể khỏi hoàn toàn với điều trị nội khoa và tiệt trừ *Helicobacter pylori* (*H.pylori*).

b. Các ổ loét xơ chai

Ổ loét xơ chai thường là nguyên nhân của hẹp môn vị thực sự. Mô xơ chai chung quanh ổ loét làm cho môn vị, tá tràng hẹp dần lại và đến một lúc nào đó có thể bị tắc



hắn. Các ổ loét xơ chai gây nên hép môn vị là do thương tổn thực thể nhưng luôn luôn kèm theo tình trạng viêm nhiễm, phù nề. Điều trị nội khoa có thể làm giảm nhẹ tình trạng hép nhưng không đem lại kết quả và điều trị ngoại khoa là một chỉ định cần thiết.

Đa số các ổ loét của dạ dày ở vùng trước môn vị và các ổ loét ở sau môn vị là hành tá tràng, đó là những vị trí mà ổ loét có thể gây nên hép môn vị, nhưng không phải mọi ổ loét ở vùng này đều gây nên hép. Tỉ lệ hép môn vị do loét dạ dày-tá tràng trước đây là khoảng 10% và hiện nay tỉ lệ này vào khoảng 2-5%.

2. Ung thư dạ dày

Hầu hết các ổ loét ở tá tràng hoặc ở bờ cong nhỏ nhưng thương tổn ung thư lại có thể gặp ở bất cứ nơi nào của dạ dày. Các thương tổn ung thư gây hép là các thương tổn nằm ở vùng hang-môn vị. Ung thư vùng này chiếm khoảng 2/3 ung thư dạ dày. Thương tổn thường là loại u sùi, u phát triển to chiếm hết lồng dạ dày làm cho hang-môn vị bị hép lại và tắc hắn. Trong một số trường hợp, hép môn vị báo hiệu cho một ung thư dạ dày.

Bệnh loét dạ dày-tá tràng và ung thư dạ dày đều có cùng những biến chứng như thủng, chảy máu và hép môn vị. Với ung thư dạ dày biến chứng hép gặp nhiều hơn các biến chứng kia.

Điều trị hép môn vị do loét và do ung thư có những điểm khác nhưng cũng giống nhau ở nhiều điểm. Trong phạm vi bài này chỉ đề cập đến điều trị hép do loét và hép do ung thư, không đề cập đến hép môn vị do những nguyên nhân hiếm gặp khác như hép môn vị phì đại gặp ở trẻ còn đang bú, hép

môn vị do lao, do hạch trong bệnh Hodgkin, do tụy vòng nhẫn, do ung thư đầu tụy, do sẹo bỗng...

C. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán hép

Chẩn đoán hép môn vị không khó, chủ yếu là căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng.

a. Lâm sàng

- Cảm giác đầy bụng, ậm ạch là triệu chứng sớm nhất.
- **Đau** thường có, đau trễ sau khi ăn, đau từng cơn. Đau là do dạ dày tăng cường nhu động, co bóp mạnh để tống thức ăn qua chỗ hép xuống phía dưới.

Đau trong hép môn vị thường bị nhầm lẫn với đau trong hội chứng loét dạ dày-tá tràng mà bệnh nhân đã có từ nhiều năm trước. Ở đây đau không dịu đi với thuốc men và nếu nôn được sẽ hết đau ngay.

Khi bệnh nhân đến quá trễ, đau có thể giảm bớt nhiều do dạ dày bị liệt, giãn nở lớn, không còn co bóp hoặc co bóp rất yếu.

- **Nôn** là triệu chứng bao giờ cũng có, với tính chất đặc hiệu:

Nôn trễ sau khi ăn, nhiều giờ.

Nôn ra nước xanh đen, có khi rất nhiều, không bao giờ có màu vàng mật. Vì hầu như không bao giờ có loét nằm dưới bóng Vater. Chất nôn ra thường là thức ăn của bữa ăn cách 6 giờ, có khi là của ngày hôm trước. Thức ăn chưa được tiêu hóa còn nguyên như cọng rau, hạt cơm... mùi hăng nồng khó chịu.

Trước khi nôn bệnh nhân thấy bụng đau cuộn từng cơn. Ngay sau khi nôn, bệnh nhân hết đau, cảm thấy thoải mái dễ

chịu, vì vậy nhiều bệnh nhân biết trước cơn đau sẽ đến nên trước khi đi ngủ tự móc họng cho nôn để có thể ngủ được.

Nôn không phải là triệu chứng sớm. Khi nôn là đã hẹp nhiều. Lúc đầu nôn không thường xuyên, có ngày nôn ngày không. Ngoài thương tổn thực thể còn có yếu tố co thắt và phù nề nhưng càng về sau thì nôn xảy ra thường xuyên và ngày càng nặng.

- **Thăm khám bụng:** lúc mới bắt đầu, bụng trên trướng nhẹ, vỗ vào có cảm giác nhiều hơi ở dạ dày. Về sau, trong mỗi cơn đau thấy nổi lên ở vùng dạ dày những sóng nhu động di chuyển từ trái sang phải hoặc khi đặt tay lên vùng dạ dày thấy có cảm giác cuộn dưới tay (*dấu hiệu Bouveret*). Bụng trên rốn thì trướng, ngược lại dưới rốn thì lõm nên nhìn có hình lõm lòng thuyền.

Sáng sớm, lúc bệnh nhân đói, lắc bụng sẽ nghe tiếng óc ách do dịch vị tiết trong đêm không tiêu thoát được qua môn vị bị hẹp. *Óc ách khi đói* là dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu, dùng để chẩn đoán xác định.

- **Thể trạng:** trừ trong giai đoạn đầu, hầu hết bệnh nhân hẹp môn vị đến thay thuốc với tình trạng gầy sút, mất cân rõ rệt. Gầy sút là do không ăn uống được và do nôn nhiều.

Khi bệnh nhân đến trễ, tình trạng mất nước rõ rệt biểu hiện da khô, véo da để lại nếp, mắt trũng, tiểu ít và táo bón, tình trạng da bọc xương. Có khi vào viện cấp cứu vì tay chân co quắp (tétanie) do mất nhiều canxi. Có khi là tình trạng lơ mơ, đáp ứng chậm chạp do urê huyết cao. Triệu chứng này ngày nay ít gặp.

- **Hút dạ dày:** buổi sáng khi mới ngủ dậy, hút dạ dày chỉ được khoảng 30ml. Khi có hẹp môn vị, số lượng dịch vị trên 100ml.

b. *Dấu hiệu X quang*

X quang chiểu và chụp với uống barium cho những hình ảnh rất đặc hiệu. Đây là triệu chứng khách quan cần thiết trong những trường hợp hẹp môn vị đến tương đối sớm.

• **Chiếu**

- Hình ảnh tuyết rơi: từng cụm barium rơi từ từ, chậm chạp qua một lớp nước ứ đọng.
- Trong giai đoạn đầu thấy sóng nhu động của dạ dày mau hơn, mạnh hơn nhưng ở giai đoạn trễ thì dạ dày ì ra không co bóp hay co bóp thưa thớt, yếu ớt và vô hiệu, barium qua môn vị rất ít hay hoàn toàn tắc lại ở dạ dày.

• **Chụp**

- Trên phim X quang thấy dạ dày có 3 lớp phân cách nhau rõ rệt: trên là hơi, giữa là nước, dưới là barium.
- Dạ dày dãn nở lớn, thòng xuống thấp, giống hình cái chậu.

Dánh giá lưu thông: sau khi uống barium 4-6 giờ, chiếu hay chụp lại X quang thấy có nhiều barium đọng lại ở dạ dày. Trong những trường hợp hẹp nhiều, barium không xuống được tá tràng và hầu như toàn bộ barium đọng lại ở dạ dày và nhiều giờ sau nữa vẫn còn ứ đọng.

c. *Nội soi dạ dày-tá tràng*

Nội soi thực hiện sau khi rửa sạch dạ dày vì thức ăn ứ đọng có thể khó xác định nguyên nhân và có thể làm hư máy nội soi. Nội soi cho phép chẩn đoán nguyên nhân của hẹp và sinh thiết khi cần. Trong

trường hợp hẹp môn vị do loét tá tràng, ống soi khó vượt qua được chỗ hẹp xuống phía dưới, và trong trường hợp này có thể cho bệnh nhân uống tinh dầu bạc hà hoặc dùng thuốc chống co thắt như Buscopan. Ngoài ra nội soi còn cho phép phân biệt thương tổn thực thể với liệt dạ dày do một số nguyên nhân hiếm gặp khác.

2. Chẩn đoán nguyên nhân

Nguyên nhân của hẹp môn vị có thể được chẩn đoán trước mổ, nhưng một số ít trường hợp chỉ xác định được nguyên nhân khi mở bụng.

Mô tả ở trên là những triệu chứng của hẹp do loét. Chẩn đoán hẹp do ung thư có những khác biệt sau:

a. Tuổi

Loét dạ dày-tá tràng gặp nhiều ở lứa tuổi trung niên nhưng cũng không ít ở lứa tuổi thanh niên. Trong khi đó ung thư dạ dày thường gặp ở lứa tuổi 40-60.

b. Tiền căn bệnh

Diễn biến của bệnh loét dạ dày-tá tràng thường là nhiều năm với hội chứng loét điển hình. Tuy gặp không nhiều, hẹp có thể là triệu chứng báo hiệu của ổ loét dạ dày-tá tràng. Ở những bệnh nhân này thường tổn loét gây hẹp và không có tiền căn.

Ngược lại hẹp môn vị do ung thư đến với chúng ta sau khi bệnh bắt đầu chỉ một vài tháng, chứ không phải hàng năm, trước thời gian này bệnh nhân có thể hoàn toàn không có triệu chứng gì.

c. Thăm khám bụng

Các dấu hiệu như dạ dày dãn nở lớn, dấu hiệu Bouveret ít gặp và nếu có thì cũng không rõ bằng trong hẹp môn vị do loét.

Trong ung thư dạ dày, nhiều trường hợp sờ nắn được một khối u nằm ở vùng trên rốn và có thể di động.

d. X quang

Trong ung thư vùng hang-môn vị, hình ảnh X quang điển hình là hình khuyết ở bờ trên, ở bờ dưới hoặc ở cả hai bờ của hang vị làm hang-môn vị thuôn nhỏ lại thành một ống hẹp với đường bờ nhám nhở.

Trong hẹp môn vị do loét, dạ dày dãn đều, cân đối hai bên, đối xứng nhau qua đường đứng giữa.

II. ĐIỀU TRỊ

A. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Hẹp môn vị do bất cứ nguyên nhân thực thể nào cũng cần phải điều trị bằng phẫu thuật. Trước khi mổ cần điều trị nội khoa để nâng cao thể trạng đủ sức chịu đựng cuộc mổ, làm cho niêm mạc dạ dày đỡ bị viêm nhiễm, phù nề, thuận lợi cho các đường khâu nối trong phẫu thuật. Như vậy về nguyên tắc điều trị hẹp môn vị là *ngoại khoa cấp cứu trì hoãn*. Trì hoãn trong khoảng 1-2 tuần lễ.

B. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

1. Hút rửa dạ dày

- Hút dạ dày bằng ống hút Levin cỡ lớn. Hút liên tục bằng máy hút hoặc hút nhiều lần trong ngày.
- Trường hợp hẹp nhiều, trong dạ dày còn ứ đọng nhiều thức ăn, hút không đủ vì hạt cơm, lá rau làm tắc ống hút, vì vậy phải rửa dạ dày bằng ống Faucher. Faucher là một ống cao su đường kính 8-10mm, dài 1,5m và đầu dưới vát chéo

để làm tăng thêm diện tích của lỗ. Cách đầu dưới 40cm có một vạch đánh dấu. Đầu trên được gắn vào một phễu thủy tinh chứa nước muối khi rửa để bệnh nhân đỡ mất thêm chất điện giải. Mỗi lần, rửa cho đến khi nước rửa không còn cặn thức ăn. Sau rửa dạ dày nên đặt ống hút vì dịch vị sẽ được bài tiết ra trong những giờ tiếp theo.

Hút và rửa dạ dày để làm hết ứ đọng. Khi dạ dày bị hẹp môn vị mà thủng thì dịch ứ đọng tràn vào ổ bụng gây tình trạng sốc và gây viêm phúc mạc. Hẹp môn vị mà thủng có tiên lượng xấu.

Rửa dạ dày là động tác **bắt buộc** vào buổi tối trước ngày mổ, để trong khi mổ không còn thức ăn sót lại trong dạ dày gây ô nhiễm khoang bụng.

2. Bồi phụ nước và điện giải

Trong hẹp môn vị bao giờ cũng có tình trạng mất nước. Các xét nghiệm sinh học bao giờ cũng thấy sự **thiếu hụt của các ion Cl^- , Na^+ và K^+** , trong đó ion Cl^- bị mất **nhiều nhất**. Máu có tình trạng nhiễm kiềm chuyển hóa do mất nhiều acid. Urê máu cao.

Ngay sau khi nhận bệnh nhân hẹp môn vị, cần bắt đầu bằng **truyền ngay dung dịch Natri Clorua 0,9%**. Ngày hôm sau cẩn cứ vào kết quả của điện giải đồ để điều chỉnh cho chính xác và tùy vào tình trạng mất nước, sự thiếu hụt điện giải nhiều hay ít mà bồi phụ. Thông thường mỗi ngày nên truyền cho bệnh nhân 2.000-2.500ml nước trong đó gồm 1.500ml là dung dịch mặn đẳng trương. Bồi hoàn cho đến khi các số liệu điện giải trở lại bình thường.

Trong những trường hợp đến trễ, dạ dày bị

liệt, ì ra, không co bóp, Kali rất tốt làm cho dạ dày co bóp. Kali được dùng dưới dạng Clorua pha trong dung dịch mặn truyền nhỏ giọt tĩnh mạch.

3. Nâng đỡ thể trạng

Một thời gian dài, có thể nhiều tháng, bệnh nhân không ăn được hoặc ăn vào nôn ra nên bệnh nhân ở trong tình trạng đói kinh diễn kèm thiếu máu, đậm và các vitamin.

Khi còn trong tình trạng mất nước, không thấy rõ các thiếu hụt này, nhưng khi đã bồi phụ nước sẽ thấy rõ các chỉ số đánh giá tình trạng thiếu máu rõ rệt: số lượng hồng cầu, Hematocrite, huyết cầu tố đều giảm.

Có thể truyền máu, trong trường hợp ung thư dạ dày bao giờ cũng có **tình trạng thiếu máu**. Nên truyền các loại dung dịch đậm và các vitamin cần thiết như vitamin B, C,...

Sau khi hút hay rửa, dạ dày co bóp trở lại, chỗ hẹp được mở ra chút ít, phù nề giảm, bệnh nhân bớt nôn, thấy đói và thèm ăn. Lúc này có thể cho bệnh nhân ăn với chế độ ăn dễ tiêu, có giá trị dinh dưỡng cao như sữa, nước thịt, nước súp, cháo thịt nghiền nhão. Ăn uống là nguồn cung cấp năng lượng rất tốt.

C. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Mục tiêu của điều trị ngoại là nhằm giải quyết cùng lúc biến chứng hẹp và nguyên nhân. Chọn phương pháp phẫu thuật nào còn phải tùy thuộc vào điều kiện và hoàn cảnh cụ thể của bệnh nhân, của bệnh viện, phẫu thuật viên... Nên mổ vào lúc mà các rối loạn nước và điện giải đã được điều chỉnh.

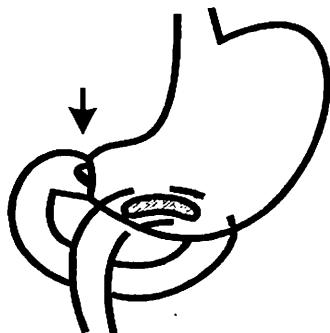
Các phương pháp phẫu thuật sau đây có thể được chỉ định:

1. Điều trị hẹp môn vị do loét

a. Nối vị tràng (Hình 1)

Phẫu thuật nối vị tràng là phương pháp điều trị biến chứng hẹp mà **không điều trị được nguyên nhân**. Trong hẹp môn vị, nối vị tràng được chỉ định trong các tình huống sau:

- Thể trạng bệnh nhân **quá yếu**, nếu cắt dạ dày có thể có nguy cơ tử vong.
- Bệnh nhân **già** hoặc có các **bệnh mạn tính kèm theo** như dài tháo đường, huyết áp cao, xơ gan, lao phổi...
- Thương tổn tại chỗ quá lớn** hoặc **ổ loét hành tá tràng nằm sâu** có nhiều nguy cơ gây biến chứng phẫu thuật.

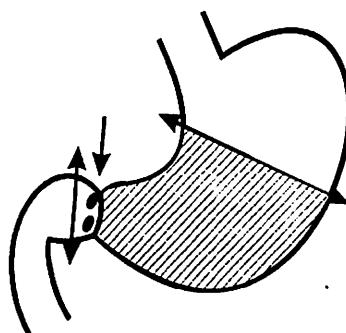


Hình 1. Điều trị hẹp môn vị do loét bằng phương pháp nối vị tràng

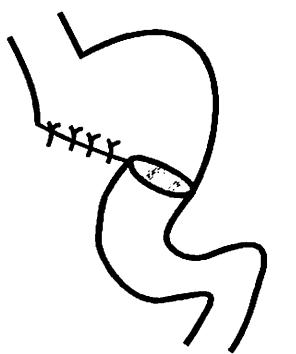
Sau phẫu thuật một vài ngày, bệnh nhân thấy đói, thèm ăn và chỉ sau vài tháng bệnh nhân lên cân. Trong đa số trường hợp, bệnh nhân rất thoải mái, hài lòng sau mổ.

Về lâu dài, có khoảng 15-20% trường hợp **sau nhiều tháng hay nhiều năm**, bệnh nhân **trở lại** với các triệu chứng của **loét miệng nối**.

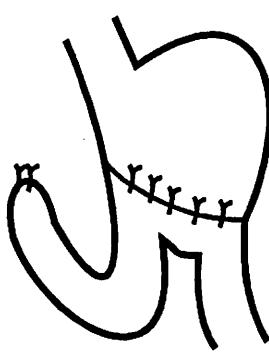
b. **Cắt đoạn 2/3 dạ dày** (Hình 2) **và nối dạ dày hông tràng** (Hình 3 A,B,C) là phương pháp điều trị **triệt căn** vì cùng một lúc điều trị biến chứng hẹp và điều trị nguyên nhân gây hẹp. Trong điều kiện cho phép, người ta dùng phẫu thuật cắt dạ dày để điều trị hẹp môn vị. Phương pháp này về lâu dài có kết quả tốt.



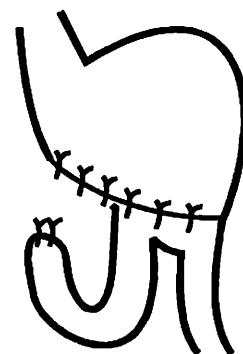
Hình 2. Điều trị hẹp môn vị bằng phương pháp cắt đoạn 2/3 dạ dày



A



B



C

Hình 3. A. Nối Péan; B. Nối Polya; C. Nối Hoffmeister-Finsterer

Tuy nhiên cắt đoạn 2/3 dạ dày là một phẫu thuật lớn, đòi hỏi thể trạng bệnh nhân phải tốt và các rối loạn toàn thân của hép môn vị đã được điều chỉnh tốt. Vì vậy trong những hoàn cảnh không thuận lợi (bệnh nhân cũng như thầy thuốc, trang bị phẫu thuật), không nên sử dụng phẫu thuật này.

c. *Phẫu thuật cắt thần kinh X và dẫn lưu dạ dày (cắt hang vị, nối vị tràng, mở rộng môn vị)*

Cắt thần kinh X ngoài tác dụng mong muốn là làm giảm bài tiết dịch vị, còn có tác dụng không mong muốn là làm dạ dày không co bóp và làm môn vị không mở ra được gây nên tình trạng ứ đọng. Khi có hép môn vị dạ dày đã giảm trương lực, tình trạng này càng nặng nếu cắt thần kinh X. Nhiều phẫu thuật viên phản đối việc dùng phẫu thuật cắt thần kinh X để điều trị hép môn vị (Dragstedt, Weinberg). Nhiều thông báo cho thấy liệt dạ dày sau mổ xảy ra nhiều ở bệnh nhân trước mổ có hép môn vị hơn là ở những bệnh nhân không có hép. **Liệt dạ dày sau mổ cắt thần kinh X là một biến chứng nặng có thể gây tử vong.**

d. *Phương pháp nong bằng bóng qua nội soi*

Trong trường hợp hép môn vị do loét, có thể dùng phương pháp nong bằng bóng qua nội soi. Tác giả Kochhar đã dùng phương pháp này điều trị cho 11 trường hợp hép môn vị do loét, số lần nong từ 1 -3 lần (trung bình $2 \pm 0,63$), đường kính của bóng là 15mm. Thời gian theo dõi đến $14,04 \pm 9,97$ tháng, kết quả tốt. Đây là phương pháp cần nghiên cứu và đánh giá thêm.

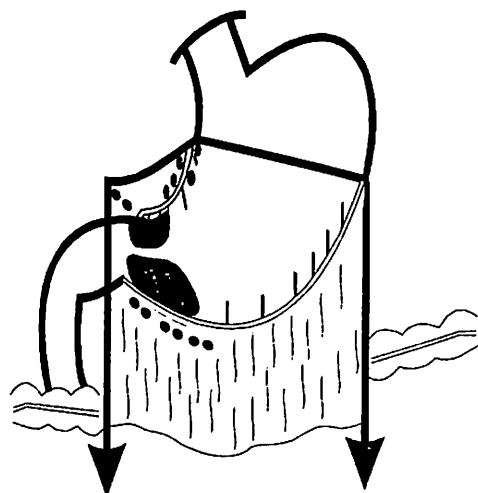
2. Điều trị hép môn vị do ung thư

a. Cắt dạ dày

Cắt dạ dày là hợp lý nhất vì cùng lúc điều trị biến chứng hép và điều trị ung thư. Phẫu thuật cắt dạ dày trong trường hợp này phải tuân thủ theo các nguyên tắc của phẫu thuật ung thư nói chung tức là phải cắt rộng rãi.

Thương tổn ung thư gây hép môn vị là những thương tổn nằm ở vùng hang vị. Có hai loại phẫu thuật được dùng:

- **Phẫu thuật triệt căn** là cắt phần dưới dạ dày kèm với mạc nối lớn, nạo vét các hạch tương ứng (Hình 4).
- **Phẫu thuật làm sạch** là khi thương tổn ung thư xâm lấn vào các cơ quan lân cận như đại tràng ngang, trong trường hợp này cần thiết phải cắt đoạn đại tràng ngang, hoặc khi đã có di căn xa đến thùy gan trái, buồng trứng... mà còn có thể cắt bỏ được thì ngoài việc cắt dạ dày còn phải cắt thùy gan trái hay cắt u buồng trứng kèm theo....



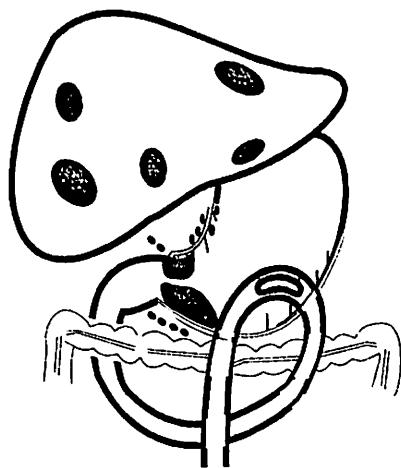
Hình 4. Điều trị hép môn vị do ung thư hang vị: cắt đoạn dạ dày, lấy mạc nối lớn và nạo vét hạch

b. *Nối vị tràng*

Nối vị tràng là phẫu thuật chỉ giải quyết được hẹp. Sau phẫu thuật, thương tổn ung thư vẫn còn nguyên vẹn, bệnh nhân sẽ tử vong sau vài tháng. Vì vậy phẫu thuật nối vị tràng được chỉ định khi:

- Thương tổn ung thư đã lan quá rộng, không thể lấy bỏ được như đã xâm lấn vào tụy, vào cuống gan, vào thành bụng...
- Ung thư đã có di căn xa, không lấy bỏ được như đã có di căn vào gan, phổi, hạch Troisier...
- Thể trạng bệnh nhân quá xấu không đủ sức chịu đựng phẫu thuật cắt dạ dày như bụng nhiều nước báng, chân phù, thiếu máu nặng.

Nối vị tràng trong trường hợp này không phải ở nơi thấp nhất như mong muốn vì chỗ thấp nhất của dạ dày đã bị thương tổn ung thư xâm chiếm. Khi nối vị tràng phải đi trước đại tràng ngang và nối vào mặt trước dạ dày (Hình 5).



Hình 5. Điều trị hẹp môn vị do ung thư hang vị đã có di căn gan: nối vị tràng trước đại tràng ngang

c. *Mở thông hông tràng nuôi ăn*

Mở thông hông tràng nuôi ăn là phẫu thuật được chỉ định **khi thương tổn ung thư xâm lấn lên quá cao ở cả hai mặt trước và sau của dạ dày**. Lúc đó phải mở thông hông tràng để nuôi ăn vì **phẫu thuật nối vị tràng rất khó và không thể thực hiện**.

Mở thông hông tràng nuôi ăn có **tiền lượng rất xấu**, bệnh nhân tử vong sau 1-2 tháng.

d. *Dặt stent qua chỗ hẹp môn vị*

Gần đây một số tác giả nước ngoài chủ trương đặt stent bằng kim loại để điều trị tạm thời cho những trường hợp bệnh nhân hẹp môn vị do ung thư mà không thể mổ hoặc không thể cắt được dạ dày hay nối vị tràng. Các tác giả nhận thấy rằng *dặt stent qua nội soi* là phương pháp đơn giản, hữu hiệu và có thể thực hiện an toàn cho bệnh nhân. Tất nhiên là chi phí rất cao. Đây là phương pháp cũng cần được nghiên cứu và đánh giá thêm.

D. ĐIỀU TRỊ TIỆT TRÙ *HELICOBACTER PYLORI* VÀ ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ SAU MỔ

1. Điều trị tiệt trừ *H.pylori*

Tại các Hội nghị thống nhất ý kiến trên thế giới, chỉ định điều trị tiệt trừ *H.pylori* là hiển nhiên đối với bệnh loét dạ dày-tá tràng và ngay cả trong các biến chứng như chảy máu và thủng có *H.pylori* (+). Các phác đồ điều trị tiệt trừ *H.pylori* và cách sử dụng (xem bài Điều trị !hủng dạ dày-tá tràng).

Đối với bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm có nhiễm *H.pylori*, chỉ định điều trị tiệt trừ *H.pylori* sau cắt đốt qua nội soi dạ dày-tá tràng.

Trên những bệnh nhân hẹp môn vị do loét mặc dù vẫn cần nghiên cứu thêm nhưng

chỉ định có thể đặt ra trong các tình huống sau:

- Hẹp môn vị cơ năng trước điều trị phẫu thuật.
- Bệnh nhân sau các phẫu thuật điều trị hẹp môn vị do loét.

*Trên những bệnh nhân hẹp môn vị do ung thư dạ dày, sau phẫu thuật cắt dạ dày và nạo hạch, điều trị tiệt trừ *H.pylori* có nên đặt ra hay không, đây là vấn đề cần được nghiên cứu thêm.*

2. Điều trị hóa trị hỗ trợ

Bệnh nhân hẹp môn vị do ung thư hang vị, sau phẫu thuật triệt căn và hoặc là sau phẫu thuật làm sạch, điều trị hóa trị hỗ trợ là cần thiết.

Các thuốc trong điều trị hóa trị có nhiều loại nhưng thường dùng là 5-FU (5-Fluoro Uracil) và nên kết hợp với Acide Folinique.

III. KẾT LUẬN

Điều trị hẹp môn vị là một cấp cứu ngoại khoa trì hoãn nhưng trước khi phẫu thuật, bệnh nhân cần điều trị nội khoa trong 1-2 tuần nhằm điều chỉnh các rối loạn nước và điện giải.

Điều trị ngoại khoa bao gồm:

- **Đối với hẹp môn vị do loét:** *Cắt dạ dày* là phương pháp nên được chọn lựa trong những điều kiện cho phép. *Nối vị tràng* chỉ nên sử dụng trong hoàn cảnh thiếu phương tiện, phẫu thuật viễn chưa thành thạo với phẫu thuật cắt dạ dày, điều kiện gây mê hồi sức không đảm bảo....
- **Đối với hẹp môn vị do ung thư:** *Cắt dạ dày* là phương pháp tốt nhất và nên thực hiện trong những điều kiện cho phép.

Nối vị tràng là vạn bất đắc dĩ. *Mở thông hông tràng nuôi ăn* khi không còn có thể làm được gì khác hơn cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Ashley SW. Evoy D. Daly JM. Stomach. Principles of surgery. 7th Ed. McGraw-Hill. 1999: 1181-215.
2. Debas HT. Mulvihill SJ. Complications of peptic ulcer. Maingot's abdominal operations. 10th Ed. 1997: 981-97.
3. Nguyễn Đình Hối. Bệnh lý phẫu thuật dạ dày-tá tràng. Nhà xuất bản Hậu Giang 1989.
4. Trần Thiện Trung. Viêm loét dạ dày-tá tràng và vai trò của *Helicobacter pylori*. Nhà xuất bản Y học, 2002.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Các biến chứng của bệnh loét xảy ra theo trình tự nào:
 - A. Hẹp môn vị, chảy máu, thủng.
 - B. Hẹp môn vị, thủng, chảy máu.
 - C. Chảy máu, hẹp môn vị, thủng.
 - D. Chảy máu, thủng, hẹp môn vị.
 - E. Thủng, chảy máu, hẹp môn vị.
2. Biến chứng hẹp môn vị do loét hiện nay chiếm tỉ lệ:
 - A. 2-5%.
 - B. 6-10%.
 - C. 10-15%.
 - D. 15-20%.
 - E. 20-25%.
3. Hẹp môn vị do loét gặp nhiều nhất ở vị trí:
 - A. Hang vị.
 - B. Bờ cong nhỏ dạ dày.
 - C. Môn vị.
 - D. Bờ cong lớn dạ dày.

- E. Hành tá tràng.
4. Hẹp môn vị do ung thư gặp nhiều nhất ở vị trí:
 A. Bờ cong nhỏ dạ dày.
 B. Bờ cong lớn dạ dày.
 C. Hang-môn vị.
 D. Môn vị.
 E. Thân vị.
5. Chẩn đoán hẹp môn vị, triệu chứng nào ít có giá trị nhất:
 A. Nôn ra thức ăn cũ, hết đau ngay sau nôn.
 B. Cảm giác đầy bụng, ậm ạch, khó tiêu.
 C. Dấu Bouveret và óc ách khi đói.
 D. Chiếu X quang: hình ảnh tuyết rơi...
 E. Chụp X quang: dạ dày ứ đọng, dãn hình cái chậu.
6. Phương pháp nào sau đây được chỉ định trong điều trị hẹp môn vị do loét:
 A. Cắt TK X chọn lọc thân vị.
 B. Cắt TK X + mở rộng môn vị.
 C. Cắt TK X + nối vị tràng.
 D. Nối vị tràng.
 E. Cắt dạ dày.
7. Điều trị hẹp môn vị do ung thư, phương pháp nào có ý nghĩa triệt để nhất:
 A. Cắt dạ dày làm sạch.
 B. Cắt dạ dày, nạo hạch kèm theo.
 C. Mở thông hống tràng nuôi ăn.
 D. Nối vị tràng.
 E. Đặt stent qua nội soi dạ dày.
8. Một bệnh nhân hẹp môn vị do loét hành tá tràng, lớn tuổi kèm theo bệnh lý toàn thân nặng khác. Phương pháp nào sau đây được đề nghị:
 A. Cắt dạ dày.
 B. Cắt TK X + mở rộng môn vị.
 C. Cắt TK X + nối vị tràng.
- D. Nối vị tràng.
 E. Mở hống tràng nuôi ăn.
9. Điều trị hẹp môn vị về nguyên tắc, ngoại trừ:
 A. Điều trị hồi sức trước mổ.
 B. Là một cấp cứu ngoại khoa và mổ càng sớm càng tốt.
 C. Là một cấp cứu ngoại khoa có trì hoãn.
 D. Giải quyết cùng lúc biến chứng hẹp và nguyên nhân.
 E. Chọn lựa phương pháp phẫu thuật tùy thuộc vào bệnh nhân, trình độ phẫu thuật viên, trang bị, hoàn cảnh.
10. Hút dạ dày trong hẹp môn vị nhằm mục đích, ngoại trừ:
 A. Là động tác bắt buộc.
 B. Giảm bớt viêm nhiễm.
 C. Giảm bớt phù nề, co thắt.
 D. Giúp cho phẫu thuật được tốt.
 E. Không cần thiết vì có thể gây tai biến như chảy máu hoặc khó chịu cho bệnh nhân.
11. Chẩn đoán hẹp môn vị do ung thư dạ dày, chọn câu sai:
 A. Thường gặp ở tuổi 40-60.
 B. Sờ được u nằm trên rốn.
 C. Có tiền căn đau từ nhiều năm.
 D. Dấu Bouveret ít gặp.
 E. X quang dạ dày: vùng hang-môn vị có hình khuyết, bờ nhám nhở.
12. Hẹp môn vị do ung thư hang vị đã được nội soi chẩn đoán xác định. Bệnh nhân này được tiếp tục chụp X quang dạ dày, vì lý do nào chính xác nhất sau đây:
 A. Muốn xác định chẩn đoán cho rõ hơn.
 B. Muốn có bằng chứng khách quan hơn.
 C. Muốn đánh giá lưu thông của dạ dày.

- D. Để dự kiến phương pháp mổ, mổ cắt dạ dày.
E. Để xem thuốc ứ đọng ở dạ dày.
13. Trong điều trị hồi sức nội khoa hẹp môn vị trước mổ, với các biện pháp dưới đây:
A. Hút rửa dạ dày.
B. Bôi phụ nước điện giải.
C. Nâng đỡ thể trạng.
D. Cả 3 biện pháp trên không quan trọng.
E. Cả 3 biện pháp trên đều quan trọng.
14. Trong chỉ định phẫu thuật nối vị tràng điều trị hẹp môn vị do loét, chỉ định nào sau đây được xem là đúng nhất:
A. Thể trạng bệnh nhân quá yếu.
B. Bệnh nhân lớn tuổi có bệnh mạn tính kèm theo.
C. Thương tổn loét lớn và sâu ở tá tràng.
D. Phẫu thuật viên không quen cắt dạ dày.
E. Điều kiện hồi sức chỉ có thể gây tê tại chỗ để mổ.
15. Phương pháp cắt dạ dày để điều trị hẹp môn vị do loét, được chỉ định vì các lý do, ngoại trừ:
A. Là phẫu thuật triệt căn.
B. Cắt dạ dày cho kết quả tốt.
C. Cắt dạ dày là phẫu thuật lớn.
D. Cắt dạ dày có tỉ lệ loét sau mổ (miệng nối, tái phát) thấp hơn nhiều so với nối vị tràng.
E. Cắt dạ dày là phẫu thuật triệt căn, kết quả tốt. Vì vậy được chỉ định rộng rãi cho bất cứ bệnh nhân hẹp môn vị do loét.
16. Cắt dạ dày điều trị hẹp môn vị do ung thư, ngoại trừ:
A. Hợp lý nhất.
B. Điều trị biến chứng hẹp và bệnh ung thư.
C. Là phẫu thuật triệt căn (cắt dạ dày + nạo hạch).
- D. Phẫu thuật làm sạch (cắt dạ dày + cắt các cơ quan bị ung thư xâm lấn).
E. Cắt dạ dày không cần thiết điều trị kèm theo.
17. Nối vị tràng trong hẹp môn vị do ung thư dạ dày, được chỉ định, ngoại trừ:
A. Phẫu thuật đơn giản nhẹ nhàng, ai mổ cũng được.
B. Khi thương tổn ung thư đã lan rộng, xâm lấn vào tụy...
C. Ung thư đã di căn xa...
D. Thể trạng bệnh nhân quá xấu..
E. Bao giờ cũng phải nối trước đại tràng ngang và nối mặt trước dạ dày.
18. Mở hông tràng nuôi ăn do ung thư dạ dày được chỉ định:
A. Thiếu phương tiện, gây mê hồi sức không bảo đảm.
B. Phẫu thuật viên còn ít kinh nghiệm cắt dạ dày.
C. Chỉ có thể gây tê tại chỗ để mổ.
D. Thương tổn ung thư xâm lấn lên quá cao ở cả hai mặt trước và sau của dạ dày.
E. Bệnh nhân già yếu suy kiệt.
19. Điều trị hóa trị hỗ trợ cho bệnh nhân hẹp môn vị do ung thư tốt nhất nên được chỉ định:
A. Sau phẫu thuật mở thông hông tràng nuôi ăn.
B. Sau phẫu thuật cắt dạ dày làm sạch.
C. Sau phẫu thuật cắt dạ dày + nạo hạch.
D. Sau phẫu thuật nối vị tràng.
E. Sau đặt stent qua nội soi dạ dày.
20. Ở bệnh nhân có *H pylori* (+), điều trị tiệt trừ *H pylori* có thể được đặt ra trong những tình huống sau, ngoại trừ:
A. Cho bệnh nhân hẹp môn vị cơ năng và điều trị trước mổ.

- B. Hẹp môn vị do loét, điều trị sau cắt dạ dày.
- C. Hẹp môn vị do loét sau nối vị tràng/cắt TK X.
- D. Không chỉ định điều trị tiệt trừ vì cần nghiên cứu thêm.
- E. Nên chỉ định điều trị tiệt trừ.
21. Một bệnh nhân 80 tuổi, hẹp môn vị do ung thư hang vị kèm lao phổi tiến triển, suy kiệt, phương pháp mổ nào sau đây được chỉ định:
- A. Cắt dạ dày kèm nạo hạch.
 - B. Cắt dạ dày làm sạch.
 - C. Nối vị tràng.
 - D. Mở thông hống tràng nuôi ăn.
 - E. Đặt stent qua nội soi dạ dày.
22. Một bệnh nhân 75 tuổi, hẹp môn vị do loét hành tá tràng kèm suy tim, đái tháo đường và chỉ có thể gây tê tại chỗ để mổ, phương pháp nào sau đây được chỉ định:
- A. Cắt dạ dày.
 - B. Cắt thần kinh X tại thân, nối vị tràng.
 - C. Cắt thần kinh X chọn lọc cao thân vị.
 - D. Cắt thần kinh X tại thân, mở rộng môn vị.
 - E. Nối vị tràng.
23. Phẫu thuật nối vị tràng trong điều trị hẹp môn vị do loét:
- A. Nối vào hang vị.
 - B. Nối vào mặt sau dạ dày xuyên mạc treo đại tràng ngang.
 - C. Nối vào mặt trước dạ dày xuyên mạc treo đại tràng ngang.
 - D. Nối vào mặt trước dạ dày trước đại tràng ngang.
 - E. Nối vào mặt sau dạ dày trước đại tràng ngang.
24. Phẫu thuật nối vị tràng trong điều trị hẹp môn vị do ung thư:
- A. Nối vào thân vị.
 - B. Nối vào mặt sau dạ dày xuyên mạc treo đại tràng ngang.
 - C. Nối vào mặt trước dạ dày xuyên mạc treo đại tràng ngang.
 - D. Nối vào mặt trước dạ dày trước đại tràng ngang.
 - E. Nối vào mặt sau dạ dày trước đại tràng ngang.
25. Một bệnh nhân nữ, hẹp môn vị do ung thư hang vị lan lên thân vị di căn phúc mạc và buồng trứng (Krukenberg). Phương pháp phẫu thuật nào sau đây được sử dụng:
- A. Cắt dạ dày kèm nạo hạch.
 - B. Cắt dạ dày làm sạch.
 - C. Nối vị tràng.
 - D. Mở thông hống tràng nuôi ăn.
 - E. Đặt stent qua nội soi dạ dày.

ĐÁP ÁN

- | | | | | |
|------|-------|-------|-------|-------|
| 1. D | 6. E | 11. C | 16. E | 21. C |
| 2. A | 7. B | 12. D | 17. A | 22. E |
| 3. E | 8. D | 13. E | 18. D | 23. B |
| 4. C | 9. B | 14. D | 19. C | 24. D |
| 5. B | 10. E | 15. E | 20. D | 25. D |

ĐIỀU TRỊ THỦNG DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được cơ sở chẩn đoán và các thể lâm sàng-giải phẫu bệnh của thủng dạ dày-tá tràng.*
2. *Trình bày chỉ định và nguyên tắc điều trị thủng loét dạ dày-tá tràng.*
3. *Nêu lên các phương pháp điều trị và ưu nhược điểm của từng phương pháp.*
4. *Trình bày được phương pháp khâu thủng kết hợp với điều trị tiệt trừ *Helicobacter pylori*.*
5. *Trình bày được kết quả trước mắt cũng như lâu dài của các phương pháp điều trị phẫu thuật.*

Thủng dạ dày hay thủng tá tràng là 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. Thuật ngữ thủng dạ dày-tá tràng vẫn thường dùng không bao gồm các vết thương làm thủng, hay chấn thương làm vỡ rách dạ dày.

Thủng dạ dày là cấp cứu ngoại khoa, cần phải được can thiệp phẫu thuật cấp cứu, vì chỉ có mổ sớm mới cứu sống bệnh nhân.

Về triệu chứng, diễn biến lâm sàng, điều trị thủng dạ dày-tá tràng do loét và thủng dạ dày do ung thư có những điểm khác nhau nhưng cũng có nhiều điểm giống nhau. Trong bài này, đề cập chủ yếu đến thủng ổ loét dạ dày-tá tràng và cũng nêu lên những điểm khác nhau đó.

I. CƠ SỞ CỦA ĐIỀU TRỊ THỦNG LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

A. CHẨN ĐOÁN THỦNG DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

Trong hầu hết các trường hợp, chẩn đoán thủng dạ dày-tá tràng không khó, chỉ với lâm sàng có thể chẩn đoán xác định ngay trong lần khám đầu tiên bằng các triệu chứng sau:

1. Đau bụng đột ngột và dữ dội

Có thể vài ngày, vài giờ trước khi thủng, bệnh nhân có đau lâm râm vùng bụng trên rốn, nhưng thường thì đau xảy ra đột ngột khi bệnh nhân đang làm việc, đang ăn cơm, đang ngồi nghỉ hay đang nằm ngủ. Bệnh nhân thường nhớ rất rõ giờ bắt đầu đau.

2. Bụng gồng cứng và ấn rất đau

Mới thoát nhìn đã thấy rõ hiện tượng gồng cứng, bệnh nhân nằm im và bụng không di động theo nhịp thở. Ở những người vạm vỡ, tráng kiện, nhìn rõ các thớ cơ nổi hằn trên thành bụng có cảm giác như sờ lên một vật cứng: *cứng như gỗ*. Trong thủng dạ dày gồng cứng ở mức độ cao và cao nhất trong tất cả các cấp cứu khác của ổ bụng. Cứng thường xuyên và ấn rất đau. Vì đau nên bệnh nhân không dám đi lại, không dám cử động, xoay trở mạnh, khi nằm ngửa phải chống chân, gối đầu cao, thường thì phải nằm nghiêng cong lưng tôm.

3. Tiền cơn đau bụng

Trong 70-80% trường hợp thủng do loét thường có thời gian đau vùng bụng trên rốn từ vài năm và đau có chu kỳ rõ rệt hoặc không. Trong số này, có những bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định bằng X quang hay bằng nội soi, có những bệnh nhân đang nằm điều trị loét dạ dày-tá tràng tại bệnh viện.

4. Mất vùng đục trước gan

Mất vùng đục trước gan không phải lúc nào cũng có và việc nhận định không phải lúc nào cũng dễ dàng, nhất là khi bệnh nhân đến muộn, bụng trương do tình trạng liệt ruột.

5. X quang thấy liềm hơi dưới cơ hoành

Trong những trường hợp khó chẩn đoán (bụng gồng cứng không nhiều), khi chiếu hay chụp X quang, thấy có liềm hơi dưới cơ hoành một hoặc hai bên và gặp trong hơn 80% các trường hợp. Khi nghi ngờ có thủng dạ dày-tá tràng mà X quang có liềm hơi thì chẩn đoán trở nên chắc chắn, vì

viêm phúc mạc do những nguyên nhân khác ít khi có tràn khí trong khoang phúc mạc. *Khi không có liềm hơi không được loại trừ chẩn đoán thủng dạ dày-tá tràng.*

Thủng dạ dày do ung thư khác với thủng do loét là bệnh nhân không hoặt ít khi có tiền cơn đau, nếu có đau thì cũng chỉ thời gian gần đây và khi khám có thể sờ thấy khối u vùng bụng trên rốn.

B. THỂ LÂM SÀNG VÀ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA THỦNG DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

Các triệu chứng lâm sàng trên đây là triệu chứng của thủng dạ dày-tá tràng mà lỗ thủng mở tự do vào khoang phúc mạc. Bên cạnh thể lâm sàng thường gặp này còn có những loại thương tổn khác mà chẩn đoán khó khăn, dễ dẫn đến sai lầm.

1. Lâm lẫn với viêm ruột thừa hay viêm phúc mạc ruột thừa

Khi lỗ thủng nhỏ, trong dạ dày có ít dịch và thức ăn, dịch trong dạ dày qua lỗ thủng chảy vào vùng dưới gan theo rãnh đại tràng-thành bụng phải, xuống hố chậu phải, tập trung tại đó gây đau. Vì vậy bệnh nhân được chẩn đoán là viêm ruột thừa hoặc là viêm phúc mạc ruột thừa.

2. Ổ loét ở mặt sau dạ dày

Khi thủng, dịch và các chất chứa đựng trong lòng dạ dày chảy vào hậu cung mạc nối, đọng lại ở đó để tạo nên ổ áp xe. Loại thương tổn này hiếm gặp và hầu như rất ít khi được chẩn đoán trước mổ.

3. Thủng bít

Chỉ xảy ra khi lỗ thủng nhỏ, mô chung quanh ổ loét mềm mại, thủng khi dạ dày trống rỗng. Ngay sau khi thủng, lỗ thủng

được các tạng lân cận như gan, túi mật, mạc nối lớn đến bít lại.

Diễn tiến lâm sàng: cơn đau lúc ban đầu dịu dần, bụng bớt gồ ghề cứng dần rồi trở lại bình thường. Nếu chiếu hay chụp X quang bụng không sửa soạn thấy liềm hơi nhỏ dưới cơ hoành.

Ngoài ra, trong một số trường hợp khi mổ chương trình điều trị bệnh loét dạ dày-tá tràng, người ta thấy mạc nối lớn đến bít kín ổ loét. Nếu tách mạc nối lớn ra thấy dạ dày hay tá tràng thủng một lỗ nhỏ.

Thủng bít dạ dày khác với ổ loét thủng bít (ulcère perforé). Ổ loét thủng bít là những ổ loét mà trước khi tất cả các lớp của thành dạ dày-tá tràng bị ăn mòn thủng thì mô của các tạng lân cận đã bít kín che lấp phía ngoài ổ loét. Trường hợp hay xảy ra với các ổ loét ở mặt sau dạ dày tá tràng, thủng vào tụy.

4. Thủng kèm với hẹp môn vị.

Khi môn vị hẹp, dạ dày có thể bị thủng. Trường hợp này có tiên lượng xấu vì trong khoang bụng tràn đầy nước và đồ ăn, tổng trạng bệnh nhân xấu vì trong thời gian vài ba tháng gần đây ăn uống kém, thiếu dinh dưỡng, mất nước.

Xác định hẹp môn vị bằng hỏi lâm sàng trước khi mổ, bằng quan sát tính chất dịch trong khoang bụng, bằng hai đầu ngón tay sờ nắn môn vị và sau khi khâu lỗ thủng bóp thử để đẩy hơi và nước từ dạ dày xuống tá tràng.

5. Thủng kèm với chảy máu

Trong trường hợp ổ loét đối nhau (kissing ulcer), ổ loét đang thời kỳ chảy máu cấp

tính có thể bị thủng kèm theo hoặc bệnh nhân có ổ loét đối nhau, ổ loét mặt trước thủng và sau khi được mổ khâu lại, có thể chảy máu từ mặt sau ổ loét.

6. Thủng dạ dày ở những bệnh nhân già yếu hoặc ở bệnh nhân nghiện ma túy

Ở những người này khi khám thấy bụng không co cứng như gỗ như ở những người trai trẻ khỏe mạnh. Ở những người có thành bụng mỏng nhão, thủng dạ dày thường được chẩn đoán là viêm phúc mạc do ruột thừa hay do các nguyên nhân khác, nếu như trên phim X quang không có liềm hơi dưới cơ hoành.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

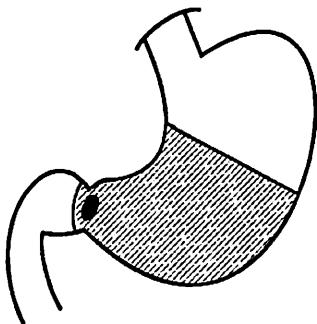
A. CHỈ ĐỊNH VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Thủng dạ dày-tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa tiêu hóa. Mọi lỗ thủng ở dạ dày hay ở tá tràng đều phải được mổ và phải mổ cấp cứu, mổ càng sớm càng tốt.

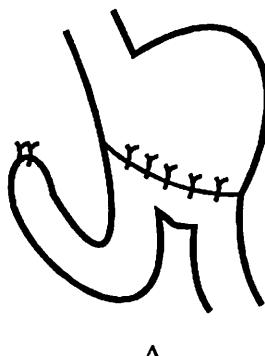
Trước khi mổ, bệnh nhân cần được chuẩn bị tốt. Thời gian chuẩn bị ít hay nhiều tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân, thường là một vài giờ.

B. CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ

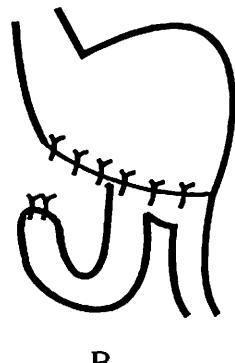
- Vì bệnh nhân rất đau nên sau khi đã có chẩn đoán xác định và đã có chỉ định mổ, cho bệnh nhân dùng ngay thuốc giảm đau.
- Hút dạ dày để nước trong dạ dày đỡ chảy vào trong khoang bụng làm nặng thêm tình trạng viêm phúc mạc.
- Hút dạ dày còn là động tác bắt buộc cho mọi cuộc mổ xé có gây mê, tránh



Hình 1. Cắt đoạn dạ dày lấy ổ loét



A



B

Hình 2. Nối vị tràng theo

- A. Polya
- B. Hofmeister-Finsterer

- Mổ khâu loét thủng (kể cả qua phẫu thuật nội soi).

A. PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

1. Cắt đoạn dạ dày cấp cứu

Phẫu thuật cắt đoạn dạ dày được dùng để điều trị thủng ổ loét dạ dày-tá tràng bắt đầu từ những năm 1940. Từ năm 1940 trở đi, nhiều trung tâm phẫu thuật chủ trương cắt dạ dày cấp cứu để điều trị thủng ổ loét (Hình 1). Nối dạ dày-hỗng tràng (còn gọi là nối vị tràng) theo Billroth II: nối theo Polya (Hình 2A) hoặc theo Hofmeister-Finsterer (Hình 2B).

a. Ưu điểm

Cắt dạ dày là một phẫu thuật triệt căn vì cùng một lúc vừa điều trị được biến chứng thủng và điều trị nguyên nhân bệnh loét. Kết quả lâu dài của phẫu thuật giống như trong điều trị loét dạ dày-tá tràng ngoài biến chứng.

b. Nhược điểm

Cắt dạ dày là một phẫu thuật lớn, ngay trong chương trình cũng đã có tỉ lệ tử vong cao (3%), nhiều tai biến, biến chứng nguy hiểm và phiền phức. Mổ cắt dạ dày trong

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP VÀ KẾT QUẢ CỦA ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Cùng với thời gian, điều trị phẫu thuật thủng loét dạ dày-tá tràng đã có nhiều thay đổi nhưng tựu trung có hai phương pháp chính:

- Mổ triệt căn gồm cắt dạ dày cấp cứu và hoặc là cắt thằn kinh X kèm khâu thủng có hoặc không kết hợp với phẫu thuật dẫn lưu.

cấp cứu, tình trạng bệnh nhân xấu, ổ bụng nhiễm khuẩn, lại không có nhiều thời gian chuẩn bị bệnh nhân, kết quả chắc chắn sẽ xấu hơn.

c. *Chỉ định*

- **Đối với thủng dạ dày do ung thư**, trong những điều kiện có thể, tốt nhất là cắt dạ dày cấp cứu vì các lý do sau:

- Khâu lỗ thủng trên mô ung thư khó khắn. Nhiều khi mô ung thư xâm lấn ra xa lỗ thủng, mũi kim muốn lấy vào mô lành phải đi khá xa. Trong thời gian hậu phẫu có thể bị xì bục chõ khâu.
- Nếu không có điều kiện cắt dạ dày mà chỉ khâu lỗ thủng thì sau khoảng 2 tuần lễ phải mổ lại để cắt dạ dày lấy bỏ ung thư.

Trong nhiều trường hợp ung thư dạ dày bị thủng, tình trạng bệnh nhân không cho phép cắt đoạn dạ dày cấp cứu, mô ung thư lan rộng, khâu không đảm bảo kín, lúc đó phải đặt ống thông qua lỗ thủng dẫn lưu dạ dày ra da (Newman).

- **Đối với ổ loét thủng**, chỉ được cắt dạ dày cấp cứu trong những điều kiện sau:

- Thể trạng bệnh nhân cho phép tiến hành phẫu thuật cắt dạ dày, vì cắt dạ dày là một phẫu thuật lớn đòi hỏi nhiều thời gian, có phương tiện hồi sức tốt.
- Bệnh nhân không phải là người già vì người già thường có các bệnh mạn tính kèm theo như cao huyết áp, đãn phế quản... mà trước khi mổ không đủ thời gian kiểm tra chu đáo.
- Bệnh nhân đến sớm trước 6-12 giờ. Trong thời hạn 6-12 giờ ổ bụng chưa

bị nhiễm khuẩn, lúc này mới chỉ là giai đoạn viêm phúc mạc hóa học.

- Dạ dày thủng khi đói thường là dạ dày sạch.
- Khoang bụng phải sạch, không hoặc có rất ít dịch sánh, không có mủ và không có nhiều màng giả. Cắt dạ dày khi khoang bụng nhiễm khuẩn dễ gây xì miệng nối, bục mỏm tá tràng...

Cuối cùng là phải xét đến hoàn cảnh trang bị của bệnh viện và khả năng của phẫu thuật viên. Trang bị bệnh viện phải đầy đủ và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

d. *Kết quả*

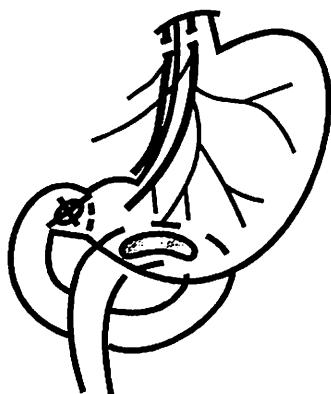
Trong nước, theo Đỗ Đức Vân (bệnh viện Việt Đức - Hà Nội), trên 2.481 trường hợp thủng do loét (1960-1990), cắt dạ dày cấp cứu chiếm tỉ lệ 15%. Kết quả lâu dài khá tốt là 85%, trung bình 13%, xấu 2% và tử vong của phương pháp là 1,3%.

Các tác giả nước ngoài, theo Jordan trong 24,5 năm (1949-1973), cắt dạ dày cấp cứu là 38,3%, tử vong của phương pháp là 2,14% và loét tái phát sau cắt dạ dày là 6,9% (Billroth I: 16% và Billroth II: 5%). Theo Mc Donough, trên 210 trường hợp thủng do loét, cắt dạ dày cấp cứu là 2,85% và tử vong của phương pháp là 33,3%.

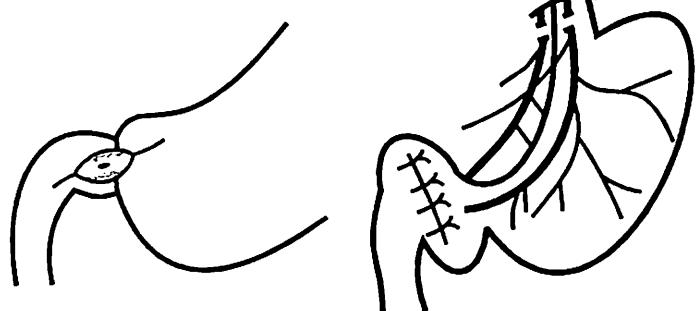
Tóm lại

Đối với biến chứng thủng dạ dày do ung thư, tốt nhất nên cắt dạ dày cấp cứu nếu điều kiện cho phép.

Đối với biến chứng thủng do loét, cắt dạ dày là một phẫu thuật triệt căn nhưng là một phẫu thuật nặng, có tỉ lệ tử vong và di chứng cao do cắt bỏ quá nhiều dạ dày, chỉ



Hình 3. Khâu lỗ thủng tá tràng + Cắt thần kinh X tại thân + Nối vị tràng



A

B

Hình 4. A. Khoét ổ loét tá tràng thủng
B. Cắt TK X tại thân + mở rộng môn vị

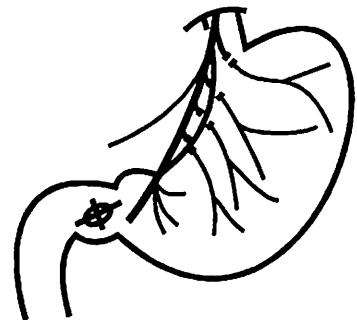
định phải hết sức chặt chẽ. Vì vậy không nên lạm dụng cắt dạ dày trong cấp cứu và ngày nay phẫu thuật này ít còn được sử dụng.

2. Cắt thần kinh X kèm với khâu thủng có hay không kết hợp phẫu thuật dẫn lưu

Trước đây phẫu thuật cắt thần kinh X được sử dụng trong điều trị các ổ loét tá tràng ngoài biến chứng. Trong hơn 30 năm qua, người ta cũng đã sử dụng phương pháp này để điều trị biến chứng thủng ổ loét tá tràng.

a. Phẫu thuật cắt thần kinh X

- **Cắt thần kinh X tại thân (tổn bộ) kèm với khâu thủng và nối vị tràng** (Hình 3). Nhưng thường thì sau khi cắt thần kinh, người ta khoét bỏ ổ loét và từ đấy mở rộng môn vị (Hình 4A, 4B).
- **Cắt thần kinh chọn lọc cao vùng thân và khâu lỗ thủng** (Hình 5).
- **Cắt thần kinh X theo phẫu thuật Taylor:** cắt tại thân thần kinh X sau và cắt chọn lọc thần kinh X trước (cắt thanh mạc cơ thành trước dạ dày theo dọc bờ cong



Hình 5. Khâu lỗ thủng tá tràng + Cắt thần kinh X chọn lọc cao thân vị

nhỏ từ vùng thân kinh chân ngõng, ngang qua thân vị sang phình vị).

- **Cắt thần kinh X theo phẫu thuật Hill Baker:** cắt tại thân thần kinh X sau và cắt thần kinh X chọn lọc cao trước.

b. Ưu điểm

Cũng như phẫu thuật cắt dạ dày, phẫu thuật cắt thần kinh X nhằm điều trị cùng lúc biến chứng thủng và điều trị bệnh loét.

c. Nhược điểm

Phải bóc tách vùng thực quản trong phẫu thuật cắt thần kinh X toàn bộ hoặc là phải

bóc tách bờ cong nhỏ trong phẫu thuật cắt thần kinh X chọn lọc cao vùng thân. Thủ thuật bóc tách tiến hành trong một khoang bụng bẩn sẽ làm nhiễm khuẩn lây lan. Biến chứng mà người ta e ngại nhất là viêm trung thất.

d. Chỉ định

Các phẫu thuật cắt thần kinh X chỉ dùng cho các ổ loét tá tràng, không dùng cho các ổ loét dạ dày.

- Điều kiện là bệnh nhân đến sớm, khoang bụng tương đối sạch và không có hẹp môn vị kèm theo.
- Phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm với phẫu thuật cắt thần kinh X.

e. Kết quả

- *Cắt thần kinh X + mở rộng môn vị:* theo Đỗ Đức Vân, trong 2.481 thủng loét tá tràng, cắt thần kinh X + mở rộng môn vị là 24/52 trường hợp theo dõi được. Kết quả tốt là 83%, xấu 4,5% và tử vong 0%. Theo Favre, cắt thần kinh X + mở rộng môn vị có tỉ lệ tái phát trong khoảng 7,5-15%.
- *Cắt thần kinh X chọn lọc cao thân vị:* theo Đỗ Đức Vân, cắt thần kinh X chọn lọc cao ở 135/147 theo dõi được, kết quả tốt là 82%, xấu 9% và tử vong 0%. Theo Ahallat, 32 trường hợp được cắt thần kinh X chọn lọc cao, tái phát 6,2% và tử vong 0%.
- *Cắt thần kinh X theo phẫu thuật Taylor so với phẫu thuật Hill Baker:* theo Đỗ Xuân Hùng (Bệnh viện Việt Đức-Hà Nội), tác giả so sánh 55 trường hợp cắt thần kinh X theo phẫu thuật Taylor với 54 trường hợp theo phẫu thuật Hill Baker.

Kết quả xa sau mổ: tỉ lệ khỏi bệnh sau phẫu thuật Taylor là 60% so với 90% sau phẫu thuật Hill Baker, tỉ lệ loét tái phát là 38% so với 10%, và phải mổ lại cắt dạ dày sau phẫu thuật Taylor là 47%.

Tóm lại

Các phương pháp cắt thần kinh X mà đặc biệt là cắt thần kinh X chọn lọc cao thân vị không có các di chứng nặng nề như cắt dạ dày, là phẫu thuật khi kết hợp với khâu thủng đem lại khả năng chữa lành ổ loét. Mặc dù vậy, cũng như phẫu thuật cắt dạ dày cấp cứu, phẫu thuật cắt thần kinh X không hẳn đã là dễ và do đó ít được áp dụng rộng rãi trong điều kiện ở nước ta hiện nay.

B. PHẪU THUẬT KHÂU LỖ THỦNG

Khâu lỗ thủng đơn thuần..

Mikulicz là người thực hiện khâu lỗ thủng lần đầu tiên vào năm 1897. Cho đến nay khâu lỗ thủng là phương pháp điều trị chủ yếu biến chứng thủng ổ loét dạ dày-tá tràng, ngay cả ở các trung tâm phẫu thuật lớn.

a. Ưu điểm

- Là một phẫu thuật nhẹ nhàng, tiến hành nhanh chóng không đòi hỏi nhiều thời gian, rất ít tai biến.
- Là một phẫu thuật đơn giản, có thể tiến hành ở bất cứ cơ sở phẫu thuật nào, không đòi hỏi phải có trang bị nhiều và không đòi hỏi nhiều ở trình độ phẫu thuật viên.
- Về điều trị biến chứng thủng, phẫu thuật khâu lỗ thủng đưa lại kết quả tốt đẹp.

b. Nhược điểm

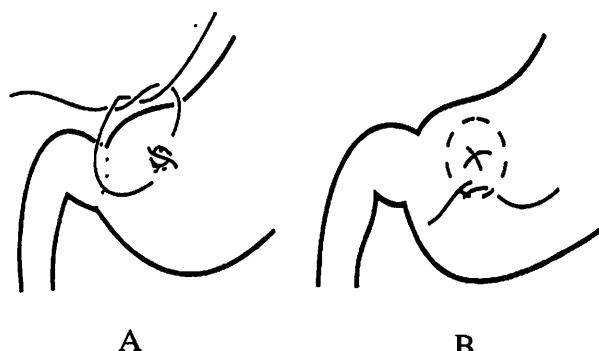
Phẫu thuật khâu lỗ thủng chỉ điều trị được biến chứng thủng chứ không điều trị được

nguyên nhân của biến chứng là bệnh loét dạ dày-tá tràng. Nhiều bệnh nhân sau nhiều tháng hay một vài năm phải mổ lại. Vì nhược điểm này mà nhiều phẫu thuật viên chủ trương, trong những trường hợp có thể, dùng phẫu thuật triệt căn trong lần mổ cấp cứu nhằm mục đích vừa điều trị biến chứng thủng và vừa điều trị bệnh loét dạ dày-tá tràng.

c. Vài điểm về kỹ thuật

Dùng chỉ khâu không tiêu, 3.0, 2.0 hoặc chỉ tiêu như Vicryl khâu kín lỗ thủng bằng một trong các cách khâu sau:

- ***Khâu kín lỗ thủng:*** bằng mũi khâu chữ X lấy toàn thể các lớp thành dạ dày hoặc tá tràng (Hình 6A). Sau khi khâu khép kín dùng đường khâu túi vùi lấy thanh cơ mạc ở phía ngoài để vùi mũi khâu chữ X (Hình 6B).
- ***Khâu gấp:*** dùng nhiều mũi khâu (4, 5, 6 mũi) chữ I lấy lớp thanh cơ mạc ở hai bên mép lỗ thủng, vùi lỗ thủng vào trong (Hình 7). Để tránh làm hẹp lồng dạ dày-tá tràng mũi khâu chữ I bao giờ



**Hình 6.A. Khâu kín lỗ thủng bằng mũi khâu X
B. Vùi bằng đường khâu túi**

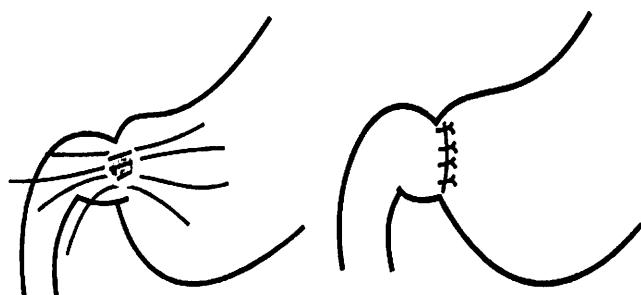
cũng đi theo dọc trực của dạ dày.

Khâu khép kín bằng mũi khâu chữ X chỉ thực hiện được khi mô chung quanh lỗ thủng còn mềm mại. Với các ổ loét xơ chai, có thể ít nhiều đã làm hẹp môn vị nên dùng đường khâu gấp. Đường khâu gấp không làm hẹp thêm môn vị. Cần thiết phải cắt khoét bỏ mô xơ chai quanh ổ loét thủng và mũi khâu bao giờ cũng phải lấy vào mô lành lặn, mềm mại. Sau khâu có thể tạo hình mạc nối lớn lên đường khâu. Cố định mạc nối lớn bằng cách khâu đính mạc nối 2, 3 mũi chỉ về phía dạ dày và về phía tá tràng.

Cần thiết làm sạch ổ bụng.

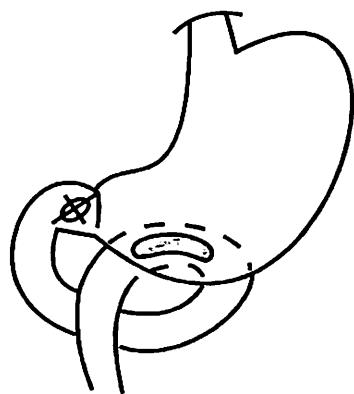
Dẫn lưu ổ bụng tùy thuộc vào tình trạng của khoang bụng.

- ***Khâu lỗ thủng và nối vị tràng:*** môn vị có thể hẹp từ trước khi mổ, cũng có thể hẹp do khâu không đúng kỹ thuật. Đối với các ổ loét gần môn vị to và xơ chai, trước và sau khâu bao giờ cũng phải kiểm tra môn vị. Khi môn vị đã hẹp thì khâu không chưa đủ mà phải ngay trong lần mổ đó, khâu lỗ thủng kèm với nối vị



Hình 7. Khâu kín lỗ thủng bằng đường khâu gấp

tràng (Hình 8). Khâu để điều trị thủng và nối vị tràng để điều trị hẹp môn vị.



Hình 8. Khâu kín lỗ thủng và nối vị tràng

d. Biến chứng sau mổ

Bản thân phẫu thuật không đưa lại nhiều biến chứng. Biến chứng sau mổ là do các sai sót kỹ thuật.

- **Xì chõ khâu:** gây viêm phúc mạc hay gây rò dạ dày. Nguyên nhân của biến chứng này là thường khâu không lấy sâu vào mô mềm mại chung quanh ổ loét mà lấy vào mô xơ. Nếu xì đường khâu gây viêm phúc mạc phải can thiệp cấp cứu, mổ lại, qua chõ xì có thể đặt ống dẫn lưu dạ dày ra da hoặc nếu điều kiện cho phép có thể cắt dạ dày. Nếu là rò dạ dày thì hút liên tục và hồi sức tích cực, lỗ rò có thể khô dần và khép kín, nếu không có kết quả sẽ mổ lại sau.
- **Hẹp môn vị:** do tình trạng môn vị đã hẹp từ trước mà phẫu thuật viên không biết hoặc do lỗi kỹ thuật, đường khâu làm cho môn vị bị hẹp lại. Xử trí hẹp môn vị sau khâu thủng bắt buộc phải mổ lại. Phẫu thuật hợp lý nhất là nối vị tràng

và trong điều kiện cho phép có thể cắt dạ dày.

- **Áp xe sót:** thường là áp xe túi cùng Douglas, do trong khi mổ không rửa bụng và lau hết dịch và thức ăn từ dạ dày qua lỗ thủng chảy vào khoang bụng và tập trung ở chỗ thấp nhất của khoang bụng. Cũng cần lưu ý nếu không rửa và lấy hết dịch, giả mạc trên gan, sau mổ có thể bị áp xe dưới cơ hoành.

e. Kết quả và diễn biến bệnh loét sau khâu thủng

Tại Bệnh viện Việt Đức, theo Đỗ Đức Văn trong 31 năm trên 2.481 trường hợp thủng loét tá tràng, tỉ lệ khâu lỗ thủng là 67%. Tỉ lệ này tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, theo Nguyễn Anh Dũng trên 109 trường hợp (1996-1997) là 97% và tại Bệnh viện Chợ Rẫy, theo Trần Thiện Trung (1998-1999), trên 170 trường hợp là 97,05%. Các tác giả nước ngoài có tỉ lệ khâu thủng từ 35,2-89%. Tử vong theo phương pháp từ 1,6-13,5%.

Sau phẫu thuật khâu thủng, triệu chứng của bệnh loét vẫn tiếp tục diễn biến trong khoảng 50-70% trường hợp và trong số này có khoảng 40-50% phải mổ lại để cắt dạ dày. Tỉ lệ này theo Jordan từ 34,9-40%, theo Jarrett là 40%. Mổ lại trong năm đầu sau khâu thủng theo Đỗ Sơn Hà là 58,4% và sau 1-2 năm theo Đỗ Đức Văn là 68%.

Tóm lại

Khâu lỗ thủng là một phẫu thuật thường được sử dụng chiếm từ 70-80% trường hợp nhưng nhược điểm chính của phương pháp là có khoảng 50-70% bệnh loét vẫn tiếp tục tiến triển và phải mổ lại trong khoảng 40-50%.

2. Khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi

Khâu thủng qua phẫu thuật nội soi được áp dụng trong những năm gần đây, ngoài việc giúp chẩn đoán chính xác ổ loét thủng, qua nội soi có thể khâu lỗ thủng và hoặc có thể kết hợp với cắt thần kinh X chọn lọc cao hay phẫu thuật Taylor.

a. Ưu điểm

- Là một phẫu thuật nhẹ nhàng.
- Là một kỹ thuật ít xâm hại.
- Về mặt điều trị biến chứng thủng, khâu lỗ thủng qua nội soi mang lại kết quả tốt, thời gian nằm viện ngắn và bệnh nhân ít đau sau mổ.

b. Nhược điểm

- Đòi hỏi phải có trang bị về máy và dụng cụ để mở nội soi.
- Phẫu thuật viên cần được đào tạo và huấn luyện về mở nội soi.
- Phẫu thuật khâu lỗ thủng qua nội soi cần có chỉ định chặt chẽ và nếu chỉ khâu lỗ thủng đơn thuần thì nguyên nhân của biến chứng là bệnh loét dạ dày-tá tràng vẫn tồn tại và triệu chứng của bệnh loét tiếp tục diễn biến nếu không được điều trị nội khoa kèm theo.

c. Chỉ định

- Khâu lỗ thủng qua nội soi nên dùng cho các ổ loét tá tràng, nếu thủng ở dạ dày thì sinh thiết trở thành nguyên tắc trước khi khâu lại lỗ thủng.
- Bệnh nhân đến sớm trước 12 giờ, khoang bụng tương đối sạch và không có hẹp môn vị kèm theo.
- Bệnh nhân không là người già vì thường có các bệnh mạn tính kèm theo như tim

mạch, hô hấp... có thể ảnh hưởng đến mổ nội soi do phải bơm hơi ổ bụng.

d. Kết quả của phẫu thuật khâu thủng qua nội soi

Nguyễn Anh Dũng, 26 trường hợp khâu thủng qua nội soi, có 2 chuyển sang mổ mở và 1 chảy máu dạ dày-tá tràng.

Theo Cardière (1995), 39 trường hợp thủng loét dạ dày-tá tràng được mở nội soi, 6 chuyển mổ mở vì chống chỉ định của gây mê và thủng ở mặt sau của dạ dày. Trong 33 trường hợp: 10 kết hợp với cắt thần kinh X chọn lọc cao và 23 khâu thủng. Có 3 biến chứng (1 sốc nhiễm trùng, 1 suy hô hấp do xếp phổi và 1 vết thương đại tràng).

Theo Kafith, trong hơn 1 năm (1995-1996), trên 44 trường hợp thủng loét tá tràng có 13 chuyển mổ mở (6 loét xơ chai, 3 vì lý do kỹ thuật, 2 viêm phúc mạc nặng, và 2 bơm CO₂ gây tràn khí màng phổi), và 31 trường hợp mở nội soi: 1 khâu thủng, 6 cắt thần kinh X theo phẫu thuật Taylor và 24 cắt thần kinh X + mở rộng môn vị. Có 2 trường hợp phải mở lại: 1 sau cắt thần kinh X + mở rộng môn vị và 1 sau phẫu thuật Taylor.

Theo Naesgaard, trong 5 năm (1991-1996) có 74 thủng loét dạ dày-tá tràng được chia làm hai nhóm: (1) 49 mổ mở, và (2) 25 mổ nội soi. Tỉ lệ tử vong là 12,2% ở nhóm mổ mở so với 20% ở nhóm mổ nội soi. Trong 25 trường hợp mổ nội soi có 5 chuyển mổ mở (4 không tìm thấy lỗ thủng và 1 khâu thất bại).

Tóm lại

Khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi là một kỹ thuật ít xâm hại, cần có chỉ định chặt chẽ, và cũng cần được nghiên cứu thêm.

3. Điều trị bằng phương pháp khâu thủng kết hợp với thuốc kháng tiết

Sau khâu thủng đơn thuần, với tỉ lệ cao cần phải can thiệp phẫu thuật lại trung bình vào khoảng 40-50% trường hợp, và đa số bệnh nhân phải mở lại cắt dạ dày trong thời gian từ dưới 1 năm đến 2 năm.

Theo Favre, sau phẫu thuật khâu thủng nếu kết hợp với điều trị bằng thuốc kháng tiết thì có khả năng chữa lành ổ loét thủng.

Sevvel, trong 100 trường hợp sau khâu thủng loét dạ dày-tá tràng, được chia làm hai nhóm: (1) điều trị với Ranitidine và (2) điều trị với giả dược. Kết quả sau 6 tháng, tỉ lệ loét tái phát là 33% so với 30%. Tác giả kết luận rằng điều trị kết hợp với Ranitidine không có hiệu quả cao sau phẫu thuật khâu thủng.

Theo Ng, trong 48 trường hợp thủng loét tá tràng được điều trị với Omeprazole, tỉ lệ lành ổ loét là 87,5% (42/48), và tỉ lệ loét tái phát sau 1 năm là 38,1% (16/42).

Tóm lại

Điều trị kết hợp bằng thuốc kháng tiết (Ranitidine và hoặc là Omeprazole) sau khi khâu thủng, tỉ lệ loét tái phát từ 6 tháng đến 1 năm vẫn còn cao trong khoảng 33-38,1%. Điều đó cho thấy thuốc kháng tiết đơn thuần không có hiệu quả cao trong điều trị kết hợp trên bệnh nhân thủng loét dạ dày-tá tràng.

4. Điều trị bằng phương pháp khâu thủng kết hợp tiệt trừ Helicobacter pylori (*H.pylori*)

Hơn 20 năm trôi qua, kể từ khi phát hiện, vi khuẩn *H.pylori* được biết có vai trò quan

trọng trong bệnh sinh loét dạ dày-tá tràng, vi khuẩn này còn là yếu tố nguy cơ quan trọng của carcinoma dạ dày và U MALT (Mucosae-Associated Lymphoid Tissue). Ngoài ra, *H.pylori* còn có thể là nguyên nhân kết hợp với các bệnh lý khác ngoài đường tiêu hóa.

Trên lĩnh vực phẫu thuật, kể từ khi phát hiện ra *H.pylori* và cùng với acid, cả hai đóng vai trò quan trọng trong bệnh sinh của bệnh loét dạ dày-tá tràng. Điều trị ngoại khoa bệnh loét dạ dày-tá tràng đã có nhiều thay đổi sâu sắc cả về chỉ định lẫn phương pháp.

Trong biến chứng thủng ổ loét, đã có một số ít các công trình nghiên cứu về vai trò của nhiễm *H.pylori*. Điều đó đặt ra khả năng chữa khỏi bệnh loét sau khi khâu thủng kết hợp với điều trị tiệt trừ *H.pylori*, đồng thời hạn chế tỉ lệ loét tái phát và và tỉ lệ phải mở lại của phẫu thuật khâu thủng. Hơn nữa trong thủng loét tá tràng có *H.pylori* (+), phẫu thuật triệt căn thu hẹp dần chỉ định và có thể không còn cần thiết.

a. *H.pylori* trong thủng loét dạ dày-tá tràng
Theo Trần Thiện Trung, trong 115 bệnh nhân, tỉ lệ chung của nhiễm *H.pylori* trong thủng loét dạ dày-tá tràng là 96,5% (111/115). Trong đó 96,4% trong thủng loét tá tràng và 100% trong thủng loét dạ dày.

Theo Ng, trong 73 thủng loét tá tràng, tỉ lệ *H.pylori* (+) là 70% (51/73) và là 80% (48/60) nếu loại trừ những bệnh nhân dùng NSAIDs (Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs). Sebastian, tỉ lệ *H.pylori* (+) là 83% (24/29) trong thủng loét dạ dày-tá tràng và theo Donovan, trong nghiên cứu của Tokunaga, tỉ lệ này là 92%.

Ngày nay cùng với sự hiểu biết sâu sắc về cơ chế bệnh sinh của bệnh loét dạ dày-tá tràng, trong đó tỉ lệ nhiễm *H.pylori* là rất cao từ 80-96%. Nhằm mục đích hạn chế tỉ lệ loét tái phát và tỉ lệ phải can thiệp phẫu thuật lại của phẫu thuật khâu thủng. Các tác giả đã đề nghị điều trị kết hợp tiệt trừ *H.pylori* sau khi giải quyết biến chứng thủng.

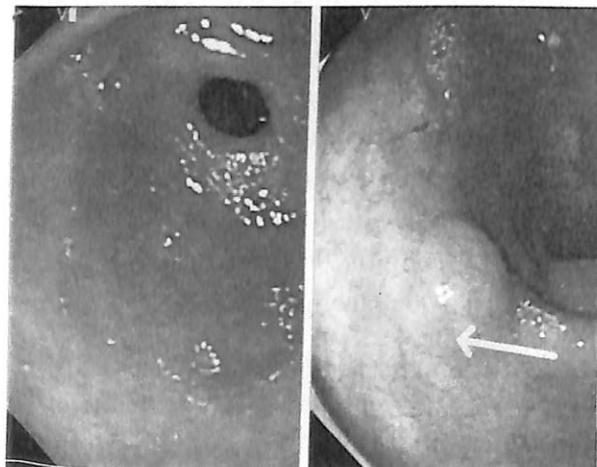
b. Kết quả của phẫu thuật khâu thủng kết hợp với tiệt trừ *H.pylori*

Trong nghiên cứu của Ng, trên 99/104 bệnh nhân thủng loét tá tràng có *H.pylori* (+). Tỉ lệ tiệt trừ thành công là 84,3% (với phác đồ 4 thuốc) và ổ loét lành sau khâu thủng là 82,4%. So sánh kết quả sau 1 năm giữa hai nhóm: (1) điều trị tiệt trừ *H.pylori*, và nhóm (2) điều trị kháng tiết bằng Omeprazole. Tỉ lệ loét tái phát là 4,8% (2/42) ở nhóm điều trị tiệt trừ *H.pylori* thành công so với 38,1% (16/42) ở nhóm điều trị với Omeprazole ($P = 0,0001$).

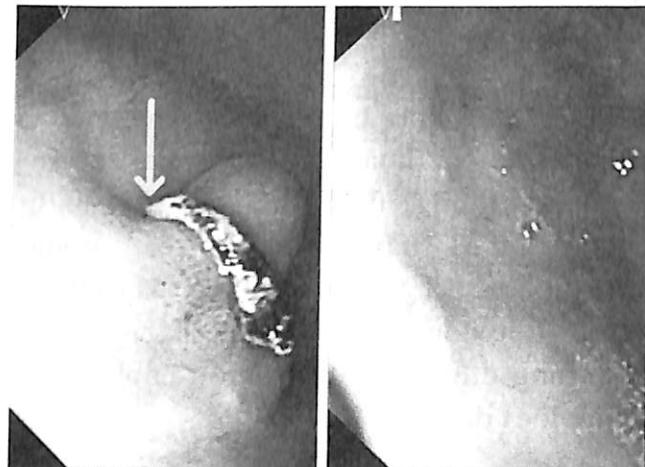
Theo Trần Thiện Trung, trên 107 trường hợp thủng loét dạ dày-tá tràng có *H.pylori* (+), tỉ lệ tiệt trừ thành công (bằng phác đồ OCA) là 95,3% (102/107) và lành ổ loét là 92,5% (99/107). Tiệt trừ *H.pylori* thành công có ý nghĩa và liên quan đến lành ổ loét thủng với $P = 0,005$. Qua theo dõi bằng nội soi dạ dày-tá tràng sau hơn 1 năm (12-18 tháng), tỉ lệ loét tái phát là 7,4% (7/95) và tái nhiễm *H.pylori* là 16,8% (16/95). Tái nhiễm *H.pylori* có liên quan đến loét tái phát với $P < 0,005$.

Cũng theo Trần Thiện Trung, công trình được tiếp tục theo dõi sau 5 năm, 62 bệnh nhân theo dõi được và đánh giá bằng nội soi dạ dày-tá tràng có tỉ lệ loét tái phát là 9,7% (6/62), và sau 5 năm không có bệnh nhân nào phải can thiệp phẫu thuật lại để điều trị bệnh loét (Hình 9 và 10).

Qua các nghiên cứu trên, chúng tôi nhận thấy điều trị tiệt trừ *H.pylori* thành công có



Hình 9. Lành sẹo ổ loét thủng sau 5 năm, Bệnh nhân được khâu lỗ thủng bằng chỉ tiêu - Vicryl



Hình 10. Lành sẹo ổ loét thủng sau 5 năm, Bệnh nhân được khâu lỗ thủng bằng chỉ không tiêu

ý nghĩa chữa lành bệnh loét và giảm được tần suất tái phát sau phẫu thuật khâu thủng.

c. Các phác đồ điều trị tiệt trừ *H. pylori*

• Nguyên tắc phối hợp thuốc trong các phác đồ

- Phác đồ 3 thuốc: một thuốc nhóm ức chế bơm proton (PPI) hoặc có thể thuốc nhóm kháng thụ thể H₂ kết hợp với hai kháng sinh.
- Phác đồ 4 thuốc: một thuốc nhóm ức chế bơm proton (PPI) hoặc thuốc nhóm kháng thụ thể H₂ kết hợp với 3 kháng sinh.

• Các kháng sinh thường dùng

A: Amoxicillin 1000mg.

C: Clarithromycin 250mg/500mg.

T: Tetracycline 500mg.

M: Metronidazole 500mg hoặc Tinidazole 400mg.

B: Bismuth 120mg hoặc 240mg.

L: Levofloxacin 100mg.

• Các phác đồ và thời gian sử dụng điều trị

Phác đồ 3 thuốc PPI + 2 kháng sinh.

PPI + AC

O: Omeprazole 20mg x 2 lần/ngày.

A: Amoxicillin 1000mg x 2 lần/ngày.

C: Clarithromycin 500mgx2 lần/ ngày.

PPI + MC

O: Omeprazole 20mg x 2 lần/ngày.

M: Metronidazole 500mgx2lần/ ngày.

C: Clarithromycin 500mgx2lần/ngày.

PPI + AM

O: Omeprazole 20mg x 2 lần/ngày.

A: Amoxicillin 1.000mg x 2 lần/ngày.

M: Metronidazole 500mgx2lần/ngày.

Tất cả các phác đồ trên điều trị trong thời gian 7 ngày.

Lưu ý:

Trong nhóm thuốc ức chế bơm proton (PPI), có thể thay thế Omeprazole bằng một trong các thuốc khác: Lansoprazole, Pantoprazole, Rabeprazole hoặc Esomeprazole.

Khi thay thuốc thuộc nhóm PPI bằng một trong các thuốc nhóm kháng thụ thể H₂, hiệu quả tiệt trừ *H. pylori* sẽ giảm đi 10%.

Phương thức điều trị

- Điều trị tiệt trừ *H. pylori* nên bắt đầu bằng một trong các phác đồ 3 thuốc (PPI + 2 kháng sinh): PPI + AC; PPI + MC và hoặc là PPI + AM.
- Phác đồ 4 thuốc PPI + BMT được dùng khi tiệt trừ *H. pylori* thất bại với một trong các phác đồ 3 thuốc PPI + 2 kháng sinh.
- Trong các trường hợp loét dạ dày - tá tràng có biến chứng thủng. Sau khi đã giải quyết biến chứng này bằng phẫu thuật. Điều trị tiệt trừ *H. pylori* trong 7 ngày, tiếp theo duy trì điều trị với thuốc kháng tiết nhóm PPI hoặc nhóm kháng thụ thể H₂. Đối với thủng do loét hành tá tràng điều trị duy trì trong 3 tuần và trong 5 tuần đối với thủng do loét dạ dày.

IV. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN KHÔNG MỔ HAY BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT DẠ DÀY LIÊN TỤC-TAYLOR

Phương pháp điều trị bảo tồn không mổ (đặt ống hút dạ dày để giải áp) được báo cáo lần đầu tiên do tác giả Redwood vào năm 1870, tiếp theo là Wangensteen vào năm 1935. Vào năm 1946, Taylor với những

hiểu biết mới đã đề nghị kết hợp phương pháp hút liên tục với điều trị kháng sinh và cân bằng nước điện giải.

1. Nội dung của phương pháp

- Đặt ống hút qua mũi vào dạ dày, hút liên tục với áp lực đều đặn.
- Hồi sức bệnh nhân.
- Cho kháng sinh toàn thân.

Với hút liên tục, hy vọng mạc nối lớn hoặc các tạng lân cận bịt kín được lỗ thủng, tránh được cuộc mổ xé.

Phương pháp phải được tiến hành ở một cơ sở phẫu thuật và bản thân phẫu thuật viên phải thăm khám bệnh nhân hàng ngày 2-3 lần để đánh giá kết quả điều trị. Nếu thấy không có kết quả phải chuyển ngay qua phẫu thuật.

2. Các dấu hiệu chứng tỏ điều trị có kết quả

- Đỡ đau rồi hết hẳn đau.
- Bụng bớt co cứng dần và nhu động ruột trở lại, bệnh nhân có trung tiện.
- Không sốt.
- Bạch cầu dần dần trở lại chỉ số bình thường.
- Chụp X quang bụng mỗi ngày thấy hơi tụ dưới cơ hoành nhỏ dần.

3. Nhược điểm

- Đòi hỏi phải có chẩn đoán chắc chắn là thủng dạ dày-tá tràng do loét.
- Nếu như sau nhiều giờ hút không có hiệu quả phải chuyển sang phẫu thuật, như vậy đã mất nhiều thời gian quý báu khiến tình trạng bệnh nhân nặng hơn và khoang bụng nhiễm khuẩn nhiều hơn.
- Phương pháp có tỉ lệ thất bại cao.

4. Chỉ định và kết quả của phương pháp

Chỉ định của phương pháp hút liên tục còn chưa có sự thống nhất của các tác giả và số liệu cũng không nhiều. Theo Berne, trong thời gian 9 năm (1979-1988) có 12% (35/294) trường hợp thủng loét hành tá tràng và tiền mòn vị được điều trị bằng phương pháp hút liên tục. Kết quả tốt, không phải mổ lại và tỉ lệ tử vong là 3% so với 6,2% trong nhóm mổ 88% (259/294). Tác giả kết luận hút liên tục là phương pháp an toàn và có thể điều trị chọn lọc cho những bệnh nhân thủng loét tá tràng.

Theo Greco, 341 trường hợp thủng loét tá tràng trong 43 năm (1928-1971) có 7,9% được điều trị bằng phương pháp hút liên tục so với 87,1% được điều trị bằng phương pháp khâu thủ công.

Theo Seeley trên 139 trường hợp thủng loét DD-TT được điều trị bằng phương pháp hút liên tục trong 8 năm (1945-1953), tỉ lệ tử vong là 5%, biến chứng là 18%.

Theo Perrotin, 117 thủng loét DD-TT từ năm 1963-1979, có 68,4% (80/117) được điều trị bằng phương pháp Taylor. Kết quả tốt là 39, và các trường hợp không có kết quả phải chuyển sang điều trị phẫu thuật trong vòng 24-48 giờ.

Phương pháp hút liên tục chỉ nên chỉ định trong những trường hợp sau:

- Không có cơ sở phẫu thuật mà không thể chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.
- Bệnh nhân quá yếu, không thể chịu đựng nổi một cuộc phẫu thuật, dù rất nhỏ.
- Thủng đã nhiều ngày mà đã có diễn biến thuận lợi.

Vì có nhiều nhược điểm và vì kết quả không cao của phương pháp, hút liên tục

nên coi là một động tác sửa soạn bệnh nhân trước mổ.

V. KẾT LUẬN

Thủng loét dạ dày-tá tràng là một biến chứng nặng và thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa tiêu hóa. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật và thái độ xử trí tùy theo kinh nghiệm và trình độ của phẫu thuật viên, trang thiết bị và đặc điểm của từng bệnh nhân. Có hai phương pháp chính:

- (1) *Phẫu thuật triệt căn*: cắt dạ dày hoặc là cắt thần kinh X kèm khâu lỗ thủng có hay không kết hợp với phẫu thuật dẫn lưu.
- (2) *Khâu lỗ thủng đơn thuần* (kể cả qua phẫu thuật nội soi). Các phẫu thuật triệt căn trước đây cũng như hiện nay ít được áp dụng. Phẫu thuật khâu lỗ thủng có nhược điểm là chỉ điều trị biến chứng mà không chữa khỏi bệnh loét, ngay cả khi điều trị kết hợp với thuốc kháng tiết đơn thuần.

Vì vậy, phương pháp khâu lỗ thủng kết hợp với điều trị tiệt trừ *H.pylori* đã và đang mở ra một hướng điều trị mới có khả năng chữa khỏi bệnh loét cũng như hạn chế tỉ lệ loét tái phát và tỉ lệ phải can thiệp phẫu thuật lại.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Ashley SW. Evoy D. Daly JM. Stomach. Principles of surgery. 7th Ed. McGraw-Hill, 1999: 1181-215.
2. Debas HT. Mulvihill SJ. Complications of peptic ulcer. Maingot's abdominal operations. 10th Ed. 1997: 981-97.

3. Nguyễn Đình Hối. Bệnh lý phẫu thuật dạ dày-tá tràng. Nhà xuất bản Hậu Giang 1989.
4. Trần Thiện Trung. Kết quả phẫu thuật khâu thủng loét dạ dày-tá tràng kết hợp với điều trị tiệt trừ *Helicobacter pylori*. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh 2001.
5. Trần Thiện Trung. Viêm loét dạ dày-tá tràng và vai trò của *Helicobacter pylori*. Nhà xuất bản Y học 2002.
6. Trần Thiện Trung. Cấp cứu Ngoại khoa Tiêu hóa. Nhà xuất bản Y học 2003.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tỉ lệ nhiễm *H.pylori* trong biến chứng thủng loét dạ dày-tá tràng là:
 - A. 75-80%.
 - B. 80-95%.
 - C. 80-96,5%.
 - D. 90-97%.
 - E. 90-100%.
2. Biến chứng thủng ổ loét có thể kèm theo chảy máu thường gặp trong:
 - A. Loét thủng có kích thước 2cm.
 - B. Loét thủng kèm hẹp môn vị.
 - C. Loét thủng trên nền ổ loét xơ chai.
 - D. Loét thủng kèm loét ở các vị trí khác.
 - E. Loét đối nhau.
3. Triệu chứng nào sau đây ít có giá trị trong chẩn đoán thủng loét dạ dày-tá tràng:
 - A. Nôn.
 - B. Đau bụng đột ngột dữ dội.
 - C. Co cứng thành bụng.
 - D. Mất vùng đục trước gan.
 - E. X quang có liềm hơi dưới cơ hoành.

4. Điều trị thủng loét dạ dày-tá tràng, phương pháp nào sau đây được dùng nhiều nhất:
- Phương pháp hút liên tục Taylor.
 - Cắt đoạn dạ dày.
 - Cắt thần kinh X + khâu thủng.
 - Khâu thủng qua phẫu thuật nội soi.
 - Khâu thủng.
5. Trong điều trị phẫu thuật, phương pháp nào sau đây được xem là phẫu thuật triệt căn:
- Khâu thủng qua phẫu thuật nội soi.
 - Khâu thủng + cắt thần kinh X và hoặc là cắt dạ dày.
 - Khâu thủng kết hợp điều trị thuốc kháng tiết.
 - Khâu thủng kết hợp tiệt trừ *H.pylori*.
 - Khâu thủng đơn thuần.
6. Phẫu thuật khâu lỗ thủng, chọn câu sai:
- Chỉ điều trị biến chứng.
 - Đơn giản, nhẹ nhàng nhằm cứu sống người bệnh.
 - Chiếm tỉ lệ 70-80% ngay cả ở các trung tâm phẫu thuật lớn.
 - Ít phải mổ lại để cắt dạ dày hay cắt thần kinh X.
 - Loét vẫn tiếp diễn trong khoảng 70-80%.
7. Phương pháp điều trị thủng loét dạ dày-tá tràng nào sau đây, hiện nay khuyên nên được áp dụng, chọn câu đúng nhất:
- Cắt dạ dày.
 - Khâu thủng + cắt thần kinh X.
 - Khâu thủng kết hợp tiệt trừ *H.pylori*.
 - Khâu thủng kết hợp điều trị thuốc kháng tiết.
 - Khâu thủng qua nội soi.
8. X quang có liềm hơi dưới cơ hoành, không gặp ở trường hợp nào sau đây:
- Thủng ruột hồi tràng do thương hàn.
 - Vỡ đại tràng do chấn thương hoặc bệnh lý.
 - Vỡ ruột non do chấn thương.
 - Thủng dạ dày-tá tràng.
 - Vỡ tá tràng đoạn D2.
9. Thể lâm sàng nào sau đây hiếm gặp nhất trong thủng dạ dày-tá tràng:
- Lầm lẫn với viêm ruột thừa và viêm phúc mạc ruột thừa.
 - Thủng ổ loét ở mặt sau dạ dày gây áp xe.
 - Thủng bít.
 - Thủng kèm hẹp môn vị.
 - Thủng kèm chảy máu.
10. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:
- Giảm đau.
 - Hút dạ dày.
 - Bồi hoàn nước điện giải và các chất dinh dưỡng.
 - Kháng sinh trước hoặc trong mổ.
 - Vì phải mổ cấp cứu, không bắt buộc phải hồi sức trước mổ.
11. Trong thủng dạ dày do ung thư, trong điều kiện cho phép, phương pháp phẫu thuật nào sau đây được dùng:
- Khâu thủng.
 - Khâu thủng + cắt thần kinh X + nối vị tràng.
 - Khâu thủng + cắt thần kinh X + mở rộng môn vị.
 - Cắt dạ dày.
 - Khâu thủng qua nội soi.
12. Nhược điểm nào sau đây của phương pháp cắt dạ dày cấp cứu trong điều trị thủng loét dạ dày-tá tràng:
- Là phẫu thuật triệt căn.
 - Kết quả lâu dài khá tốt.
 - Là phẫu thuật nặng nề, nhiều di chứng về sau..

- D. Là phẫu thuật được dùng từ những năm 40.
- E. Là phẫu thuật được dùng trong những năm trước đây nhưng hiện nay ít được sử dụng.
13. Trong phẫu thuật cắt thần kinh X để điều trị ổ loét tá tràng thủng. Phương pháp nào sau đây không được chỉ định:
- A. Cắt thần kinh X tại thân + khâu thủng + phẫu thuật dẫn lưu.
- ~~B. Cắt thần kinh X tại thân + cắt hang vị.~~
- C. Cắt thần kinh X chọn lọc cao thân vị + khâu thủng.
- D. Cắt thần kinh X theo phẫu thuật Taylor.
- E. Cắt thần kinh X theo phẫu thuật Hill Baker.
14. Phẫu thuật cắt thần kinh X, **chọn câu sai**:
- A. Là phẫu thuật triệt căn.
- B. Điều trị biến chứng thủng và điều trị bệnh loét.
- C. Có thể có biến chứng viêm trung thất.
- D. Bệnh nhân đến sớm, khoang bụng sạch, không hẹp môn vị kèm theo.
- ~~E. Dùng để điều trị cho ổ loét dạ dày thủng.~~
15. Trong phẫu thuật khâu thủng đơn thuần về kỹ thuật cần lưu ý, **chọn câu sai**:
- A. Khâu kín bằng mũi X cho lỗ thủng mềm mại.
- B. Khâu gấp chữ I theo dọc trực dạ dày.
- ~~C. Khâu gấp chữ I theo ngang trực dạ dày.~~
- D. Khâu gấp chữ I dùng cho ổ loét thủng xơ chai.
- E. Sau khâu có thể cố định mạc nối lớn lên đường khâu.
16. Sau phẫu thuật khâu thủng loét dạ dày-tá tràng, các biến chứng có thể gặp, **chọn câu sai**:
- A. Xì chỗ khâu thủng.
- B. Áp xe sót.
- C. Rò dạ dày hoặc tá tràng.
- ~~D. Chảy máu chổ khâu.~~
- E. Hẹp môn vị.
17. Khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi, **chọn câu sai**:
- A. Là phẫu thuật nhẹ nhàng.
- B. Là kỹ thuật ít xâm lấn.
- ~~C. Phẫu thuật viên nào cũng mổ được, ở đâu cũng làm được.~~
- D. Kết quả tốt, thời gian nằm viện ngắn.
- E. Bệnh nhân ít đau sau mổ.
18. Khâu lỗ thủng qua nội soi được áp dụng trong những năm gần đây, là kỹ thuật ít xâm lấn, **chọn câu sai**:
- A. Có thể giúp chẩn đoán chính xác thương tổn.
- B. Có thể khâu lỗ thủng.
- C. Có thể khâu thủng + cắt thần kinh X.
- ~~D. Là phẫu thuật vừa điều trị biến chứng và điều trị bệnh loét.~~
- E. Là phẫu thuật cần có chỉ định chặt chẽ và cần nghiên cứu thêm.
19. Vai trò của nhiễm *H.pylori* có trong các bệnh lý sau đây, **chọn câu sai**:
- A. Viêm loét dạ dày-tá tràng và trong các biến chứng.
- B. Nguy cơ của Carcinoma dạ dày.
- C. U MALT.
- ~~D. Nguy cơ Carcinoma đại tràng.~~
- E. Bệnh lý khác ngoài đường tiêu hóa.
20. Kết quả của phương pháp khâu thủng kết hợp với điều trị tiệt trừ *H.pylori*: tỉ lệ loét tái phát qua theo dõi sai hơn 1 năm chiếm vào khoảng:
- A. 70-80%.
- B. 50-70%.
- C. 40-50%.

- D. 33-38,1%.
 E. 4,8-7,4%.
21. Chỉ định cắt dạ dày cấp cứu trong điều trị thủng:
 A. Thủng do ung thư dạ dày.
 B. Thủng do loét dạ dày nghi ngờ ung thư.
 C. Thủng dạ dày sau khâu có giải phẫu bệnh là ung thư.
 D. Tất cả đều đúng.
 E. Tất cả đều sai.
22. Trong phẫu thuật khâu thủng đơn thuần, nhược điểm của phương pháp là:
 A. Nhẹ nhàng, đơn giản.
 B. Chỉ điều trị biến chứng thủng.
 C. Sau mổ bệnh loét vẫn tiếp tục diễn tiến.
 D. Có thể mổ khâu thủng ở tuyến huyền.
 E. Là phương pháp thích hợp cho bệnh nhân có các bệnh nặng kèm theo.
23. Phẫu thuật khâu thủng kết hợp điều trị tiệt trừ *H. pylori*, chọn câu sai:
 A. Là phẫu thuật nhẹ nhàng, đơn giản.
 B. Là phương pháp điều trị triệt căn.
 C. Theo dõi sau mổ loét tái phát cao.
 D. Có thể mổ khâu thủng ở tuyến huyền.
 E. Là phương pháp kết hợp giữa điều trị nội và ngoại khoa.
24. Phẫu thuật khâu thủng kết hợp với điều trị thuốc kháng tiết (kháng thụ thể H₂ hoặc ức chế bơm proton) trên bệnh nhân thủng có *H. pylori* (+):
 A. Là phương pháp điều trị triệt căn, loét tái phát thấp.
 B. Là phẫu thuật nhẹ nhàng, đơn giản.
- C. Có thể mổ khâu thủng ở tuyến huyền.
 D. A, B và C đúng.
 E. B và C đúng.
25. Phẫu thuật khâu thủng loét dạ dày-tá tràng qua nội soi, chọn câu sai:
 A. Trang bị máy và dụng cụ mổ nội soi.
 B. Phẫu thuật viên được đào tạo về mổ nội soi.
 C. Điều trị kết hợp kháng tiết hoặc tiệt trừ *H. pylori* sau khâu thủng.
 D. Có thể chỉ định rộng rãi và mổ ở bất cứ tuyến nào.
 E. Là phương pháp ít xâm hại, bệnh nhân ít đau, thời gian nằm viện ngắn.
26. Kết quả của phương pháp khâu thủng kết hợp với điều trị tiệt trừ *H. pylori*: tỉ lệ loét tái phát qua theo dõi sau hơn 5 năm chiếm vào khoảng:
 A. 4,8-7,4%.
 B. 9,7%.
 C. 33-38,1%.
 D. 40-50%.
 E. 50-70%.

ĐÁP ÁN

- | | | | |
|------|-------|-------|-------|
| 1. C | 8. E | 15. C | 22. C |
| 2. E | 9. B | 16. D | 23. C |
| 3. A | 10. E | 17. C | 24. E |
| 4. E | 11. D | 18. D | 25. D |
| 5. B | 12. C | 19. D | 26. B |
| 6. D | 13. B | 20. E | |
| 7. C | 14. E | 21. D | |

ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP TÍNH VÀ MẠN TÍNH

MỤC TIÊU

1. Phân biệt được hai thể viêm cấp tính và mạn tính.
2. Trình bày hướng xử trí đối với sỏi túi mật có và không có triệu chứng.
3. Biết được cách điều trị triệt để nhất là cắt túi mật.
4. Nhận thức được khuynh hướng ngày nay là cắt túi mật qua nội soi ổ bụng.

I. NHẮC LẠI SINH LÝ VÀ GIẢI PHẪU

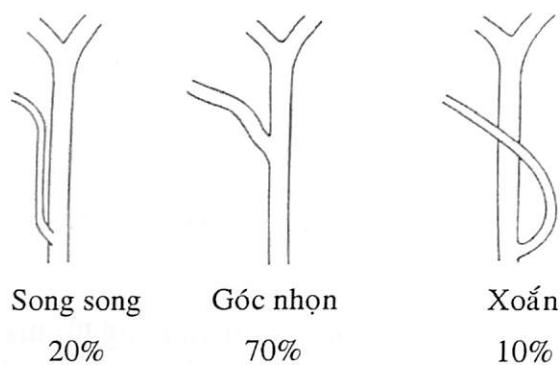
Túi mật có nhiệm vụ cô đặc dịch mật gấp 5-20 lần so với dịch mật trong ống mật chủ. Do đó dù chỉ có dung tích 30-60ml, dịch túi mật có tác dụng tương đương lượng mật tiết ra từ gan trong 12 giờ (khoảng 450ml). Thành phần chứa trong túi mật bao gồm muối mật (chiếm khoảng 50%), còn lại là cholesterol, lecithin, nước, điện giải, bilirubin. Cholesterol không tan trong nước. Trong túi mật, cholesterol và lecithin hợp với muối mật thành những micelle hòa tan được trong nước. Khi có mất thăng bằng giữa cholesterol, muối mật và lecithin (tăng cholesterol hoặc giảm muối mật và lecithin) thì sẽ hình thành các tinh thể cholesterol bám vào niêm mạc túi mật và dần dần tạo thành sỏi cholesterol.

Túi mật nằm trong một hố ở mặt dưới gan (gọi là giường túi mật: gallbladder bed), giữa chỗ tiếp giáp của gan phải và trái, dính với gan bởi mô xơ kẽ (fibro-areolar tissue) lỏng lẻo. Đây túi mật được phủ mạc che phủ toàn bộ, thân tiếp giáp với cổ

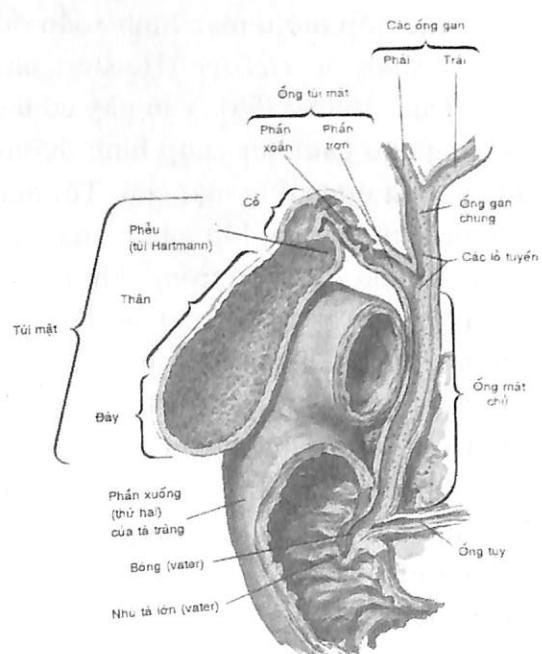
túi mật, thon nhỏ lại tạo thành ống túi mật và hướng xuống dưới đổ vào ống gan chung. Phần cuối thân túi mật phồng lên thành phễu túi mật hay túi Hartmann (Hartmann's pouch), phễu này có thể là sự hình thành bệnh lý liên quan đến sỏi. Cổ và ống túi mật chứa các nếp niêm mạc hình xoắn ốc, gọi là van xoắn ốc Heister (Heister: nhà giải phẫu Đức, 1683-1758). Van này có thể ngăn không cho catheter chụp hình đường mật đưa xuống được ống mật chủ. Túi mật bình thường nhìn qua lớp phúc mạc có màu lam xám do mật bên trong; khi bị các cơn viêm tái diễn vách túi mật sẽ dày lên, đọng mỡ, nhìn thấy màu trắng ngà. Túi mật nằm cận bên tá tràng và đại tràng góc gan; sự viêm dính giữa túi mật và hai tổ chức này rất thường gặp trong khi mổ dù có khi bệnh nhân không có triệu chứng gì. Sỏi túi mật gây loét ống túi mật và sỏi có thể rơi vào tá tràng gây tắc ruột về sau.

Ống túi mật chạy xuống dưới và ra sau nối với ống gan chung tạo nên ống mật chủ, có chiều dài thay đổi từ 1-8cm, tùy theo

cách thức mà nó đổ vào ống gan chung (Hình 1,2). Khi ống túi mật song song với ống mật chủ, phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi hoặc nối ống mật chủ-hỗng tràng có thể gặp khó khăn vì mở vào ống túi mật thay vì vào ống mật chủ.



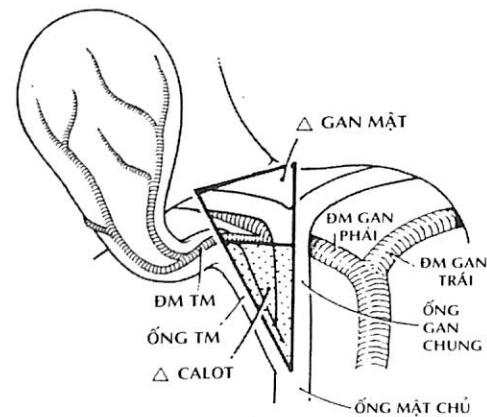
Hình 1. Tương quan giải phẫu giữa ống túi mật và ống mật chủ



Hình 2. Giải phẫu túi mật và đường mật ngoài gan

Động mạch túi mật thường phát xuất từ động mạch gan phải về bờ phải của ống gan phải chạy ra ngoài hướng về túi mật, chia thành hai nhánh trước và sau. Khoảng 25% trường hợp động mạch túi mật phát xuất từ bờ trái của ống gan chung, chạy ra trước ống gan để vào túi mật. Có khi động mạch túi mật rất ngắn với động mạch gan phải nằm rất sát hay thậm chí dính vào ống túi mật hay túi Hartmann.

Tam giác gan-mật (thường nhầm với tam giác Calot) là một tam giác lộn ngược với đáy là mặt dưới gan, hai cạnh là ống gan chung và ống túi mật, đỉnh hợp bởi hai ống này. Nó có vai trò quan trọng trong phẫu thuật cắt túi mật: động mạch gan phải và động mạch túi mật hầu như lúc nào cũng nằm trong tam giác này. Khi túi Hartmann to, nó có thể che khuất các cấu trúc trong tam giác này khiến cho việc bọc lộ ống túi mật và động mạch túi mật trở nên khó khăn. Tĩnh mạch túi mật có nhiều nhánh và nhánh gây khó khăn nhất trong khi mở cắt túi mật là nhánh nằm ở bờ trên và song song với ống túi mật (Hình 3).



Hình 3. Cấu trúc giải phẫu tam giác gan mật

II. DỊCH TỄ HỌC

Sỏi túi mật rất phổ biến ở phương Tây. Tại Mỹ, khoảng 20 triệu người (10% dân số) có sỏi túi mật, ở lứa tuổi 75, 35% nữ giới và 20% nam giới bị sỏi túi mật. Tại Việt Nam, một điều tra dịch tễ về sỏi túi mật thực hiện trong 3 năm 2002-2005 trên 1.916 người tại hai địa bàn TP. Hồ Chí Minh (981 người) và Hà Nam (935 người) cho thấy tần suất sỏi túi mật tại TP. Hồ Chí Minh là 6,11%, tại Hà Nam là 2,14%. Đáng lưu ý là trong nghiên cứu này thì 84,89% dân số TP. Hồ Chí Minh sống ở thành thị, trong khi 99,78% dân số ở Hà Nam sống ở nông thôn. Các sách giáo khoa trước 1990 đều nêu lên đặc điểm sỏi mật chủ yếu là sỏi đường mật chính (sỏi ống mật chủ và sỏi gan). Thế nhưng với sự phổ cập của siêu âm, tỉ lệ sỏi túi mật được phẫu thuật ngày càng tăng so với sỏi đường mật nói chung.

Bảng 1. Tỉ lệ sỏi túi mật/ sỏi đường mật được phẫu thuật tại một số bệnh viện

Cơ sở BV	Thời điểm	Sỏi TM đơn thuần/	Tỉ lệ
		Sỏi đường mật	%
Việt Đức	1978-82	30/597	5
Hậu Giang	1987-90	34/267	12,7
Trưng	1986-90	28/163	17
Vương	1988-90	50/148	33,8
Tiền Giang	1992-96	1.464/2.747	65,4
Bình Dân	1980-89	70/709	9,9
Chợ Rẫy	1993-95	278/565	49,2

III. SỎI TÚI MẬT CÓ TRIỆU CHỨNG VÀ KHÔNG TRIỆU CHỨNG

95% viêm túi mật cấp và mạn tính đều do sỏi túi mật gây nên. Đa số sỏi túi mật xảy ra ở nữ giới (80%) và xuất độ gia tăng theo tuổi tác ở cả hai giới. Nhiều bệnh nhân phát hiện ra sỏi rất tình cờ mà trước đó họ không hề có triệu chứng gì. Theo Barbara, *khoảng 70% bệnh nhân sỏi túi mật không có triệu chứng*. Một nghiên cứu tại Mỹ theo dõi 123 người có sỏi túi mật *không triệu chứng* trong 15 năm, chỉ có 18% có triệu chứng đau bụng và nếu sau đó những bệnh này mổ cắt túi mật thì biến chứng và tử vong không cao hơn bình thường. Ngược lại, trong một nghiên cứu ở Thụy Điển, 150 bệnh nhân có sỏi túi mật *có triệu chứng* nhưng từ chối mổ cắt bỏ túi mật. Theo dõi trong 2 năm cho thấy có đến 27% trong số họ bị các biến chứng nặng về đường mật cần phải mổ cấp cứu.

Như vậy, khi bệnh nhân có sỏi túi mật có triệu chứng thì cần phải điều trị (mổ cắt túi mật là cách điều trị triệt để nhất). Còn khi bệnh nhân có sỏi túi mật mà không có triệu chứng thì không cần phải cắt túi mật phòng ngừa, chỉ trừ khi bệnh nhân có các bệnh đi kèm như tiểu đường hoặc bệnh tim cần mổ (vì mổ viêm túi mật cấp ở các bệnh nhân này sẽ có các biến chứng nặng).

IV. CÁC TIẾN BỘ TRONG LĨNH VỰC ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT

Việc điều trị sỏi túi mật đã có những thay đổi sâu sắc kể từ năm 1986. Nói chung, có

hai phương thức điều trị: *không phẫu thuật* và *phẫu thuật*.

A. ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT

1. Uống thuốc tan sỏi

Acid mật chenodeoxycholic (CDCA) trích từ mật ngỗng là loại đầu tiên được sử dụng rộng rãi từ đầu thập niên 1970, có tác dụng tan sỏi qua hai cơ chế. Thứ nhất, nó làm giảm sự tổng hợp của acid mật nội sinh. Thứ hai, quan trọng hơn, CDCA ức chế men hydroxy-methylglutaryl co-enzym A reductase ở gan, do đó làm giảm sự bài tiết cholesterol vào trong mật. Hậu quả là các phân tử cholesterol trên bề mặt viên sỏi sẽ bị kéo vào các micelle chưa bão hòa. Giữa thập niên 1970 từ Nhật Bản người ta báo cáo acid mật từ gấu (ursodeoxycholic acid-UDCA) làm giảm sự hấp thu cholesterol từ ruột, có hiệu quả làm tan sỏi nhanh hơn và ít tác dụng phụ hơn CDCA. Cả hai loại CDCA và UDCA chỉ có tác dụng tan sỏi cholesterol, nhưng do sự khác biệt trong cơ chế tác dụng mà người ta có thể dùng kết hợp cả hai loại thuốc trong điều trị.

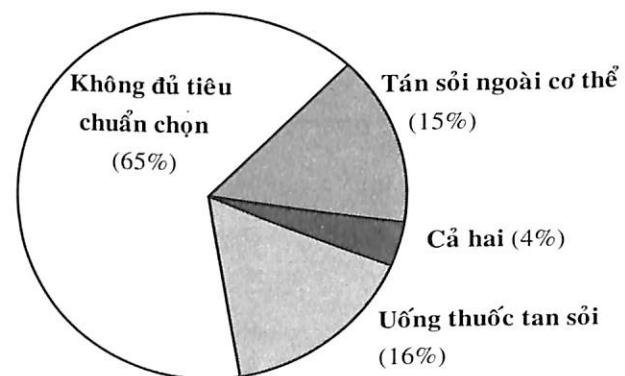
Sử dụng UDCA liên tục trong 12 tháng có thể làm tan sỏi Cholesterol trong 30% các trường hợp, còn CDCA có thể làm tan sỏi trong 7%. Tuy nhiên khi ngưng thuốc thì mỗi năm có 10% tái phát. Hơn nữa, acid mật có thể gây rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy, riêng CDCA còn có thể gây thay đổi chức năng gan. Muốn có tác dụng tốt thì bệnh nhân phải có nồng độ Cholesterol/huyết thanh bình thường, không béo phệ, ít sỏi, sỏi nhỏ dưới 10mm, chức năng co bóp của túi mật còn tốt. Một nghiên cứu của bệnh viện John Hopkins (Hoa Kỳ) cho thấy chỉ

20% bệnh nhân sỏi túi mật hội đủ tiêu chuẩn để có thể điều trị với thuốc tan sỏi. Hiệu quả điều trị của thuốc tan sỏi tại Việt Nam có thể còn thấp hơn nữa vì: điều kiện kinh tế kém (thuốc đắt tiền), bỏ trị (thời gian điều trị quá dài, hoặc bị tác dụng phụ của thuốc), thành phần sỏi Cholesterol thấp (44%- theo Nguyễn Tấn Cường), sỏi thường nhiều và to.

2. Tán sỏi ngoài cơ thể bằng sóng chấn động

Sóng chấn động là sóng siêu thanh được sử dụng lần đầu tiên vào năm 1980 để tán sỏi thận và sau đó ứng dụng để tán sỏi mật. Máy tán sỏi phát ra sóng chấn động dưới nước và hội tụ sóng nhờ một vật thể phản chiếu hình bán cầu. Sóng chấn động có thể xuyên qua cơ thể vì các mô sống chứa rất nhiều nước. Bệnh nhân nằm trực tiếp trong một bồn nước hoặc nằm trên một màng đàn hồi tiếp xúc với nước.

Sóng chấn động tác động vào các bợt khí trong mật bao quanh viên sỏi khiến sỏi vỡ



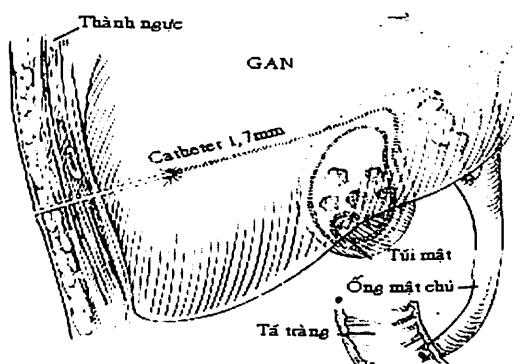
Biểu đồ 1. Các bệnh nhân đủ và không đủ tiêu chuẩn điều trị không phẫu thuật (theo Magnuson TH và cs., trong Arch Surg 124: 1195-200, 1989)

ra. Để giúp các mảnh sỏi vỡ này dễ tan, người ta thường cho BN uống thêm acid mật. Một nghiên cứu ở Đức cho thấy 63% BN tan hết sỏi sau 4 đến 8 tháng, 78% tan sỏi sau 12 tháng, và 91% tan hết sỏi sau 12 đến 18 tháng. Tiêu chuẩn để chọn bệnh nhân là sỏi túi mật có triệu chứng, lượng sỏi dưới 4 viên và kích thước sỏi < 20mm. Do đó chỉ có 19% bệnh nhân là đủ tiêu chuẩn để tán sỏi ngoài cơ thể.

3. Làm tan sỏi và lấy sỏi qua da

Người ta đặt ống thông vào túi mật, bơm hóa chất MTBE làm tan sỏi hoặc tán sỏi bằng các biện pháp cơ học, thủy điện lực (electro-hydraulic lithotripsy) hay laser và lấy các mảnh sỏi vụn ra qua một túi. MTBE (Methyl-tert-butyl ether) chiết xuất từ dầu hỏa có thể làm tan sỏi cholesterol một cách nhanh chóng in vitro. Tác dụng tan sỏi của MTBE xảy ra nhiều giờ sau khi được bơm vào túi mật (Hình 4).

Ưu điểm của kỹ thuật này là không phải gây mê toàn thân, nhược điểm là để lại túi mật, do đó có nguy cơ tiềm tàng sẽ tái phát sỏi. Thứ hai, thời gian nằm viện và chi phí cao hơn cắt túi mật, bệnh nhân khó



Hình 4. Kỹ thuật làm tan sỏi qua da (theo Thistle và cs. N Engl J Med 320: 633-38)

chịu vì phải mang ống dẫn lưu túi mật trong 4 đến 6 tuần. Cuối cùng, việc phổ biến kỹ thuật bị hạn chế vì đòi hỏi tay nghề cao và trang thiết bị hiện đại. Hiện nay, kinh nghiệm về phương cách điều trị này còn hạn chế và chưa có kết quả nghiên cứu lâu dài.

4. Lấy sỏi túi mật qua nội soi

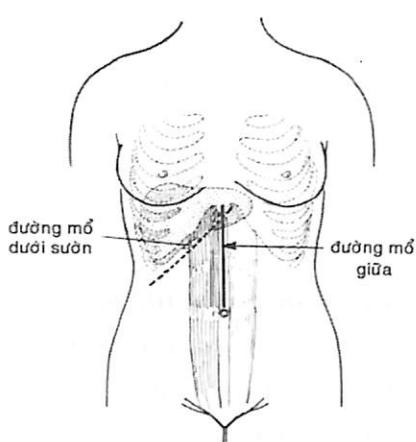
Sau khi nội soi mật tụy ngược dòng và cắt cơ vòng Oddi (ống soi mẹ), một ống soi nhỏ hơn (ống soi con) được đưa vào ống mật chủ và đưa qua ống túi mật để kéo sỏi hoặc bơm thuốc tan sỏi. Kỹ thuật này vẫn còn đang trong giai đoạn phôi thai và có rất ít số liệu nghiên cứu lớn. Xem ra nó không có ưu điểm gì hơn kỹ thuật lấy sỏi qua da.

Các phương thức điều trị này đều có chung đặc điểm là để lại túi mật, là nơi sẽ tạo sỏi trong tương lai, do đó làm hạn chế kết quả về lâu dài.

B. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

1. Cắt túi mật kinh điển (mở bụng)

Cho đến nay, phẫu thuật cắt túi mật được chấp nhận như là phương cách điều trị triệt để duy nhất đối với sỏi túi mật có triệu chứng, vì nó loại bỏ túi mật là nơi tạo sỏi đồng thời loại bỏ các biến chứng do sỏi gây nên. Vì vậy, trong thập niên 1980, số bệnh nhân cắt túi mật hàng năm là 500.000 (Hoa Kỳ) hay 80.000 (Pháp). Phẫu thuật cắt túi mật qua đường mở bụng đã có lịch sử trên 100 năm (Langenburg thực hiện đầu tiên tại Berlin năm 1882) và được xem như tiêu chuẩn vàng để điều trị sỏi túi mật. Tuy nhiên vết mổ bụng dài cũng có một số bất lợi như đau đớn nhiều

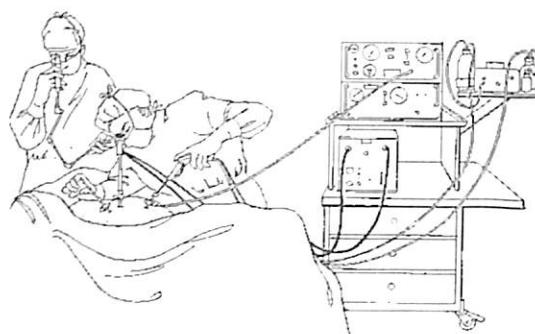


Hình 5. Các đường mổ trong cắt túi mật mở bụng

sau mổ, khó chịu do phải mang các ống dẫn lưu, dễ bị các biến chứng phổi sau mổ và khả năng tắc ruột do dính ruột vào vết mổ. Tỉ lệ tử vong do phẫu thuật là 0,2-0,6% (có thể đến 1,2% đối với BN viêm túi mật cấp). Tai biến do mổ cắt túi mật cũng thấp, hầu hết các số liệu đều cho tỉ lệ nhỏ hơn 5%. Tai biến phẫu thuật đáng sợ nhất là tổn thương đường mật xảy ra theo tỉ lệ từ 1/500 đến 1/1.000, có thể dẫn đến rò mật và trít hẹp đường mật về sau.

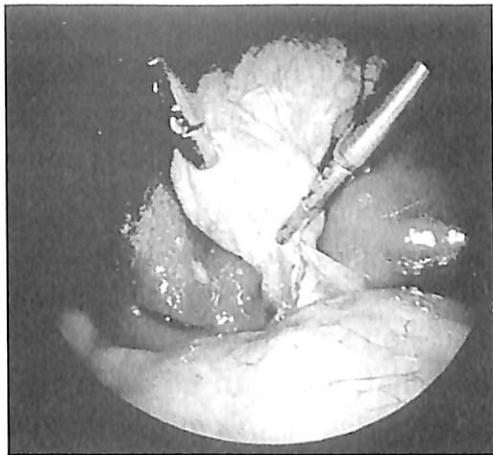
2. Cắt túi mật qua nội soi ổ bụng

Vào tháng 3 năm 1987, bác sĩ Phillippe Mouret tại Lyon (Pháp) lần đầu tiên trên thế giới đã cắt túi mật không theo đường mở bụng kinh điển, mà qua nội soi ổ bụng (Mouret gọi là Cholecystectomie Coelioscopique, các tác giả Anh-Mỹ gọi là Laparoscopic cholecystectomy). Ngay lập tức, kỹ thuật mổ này nhanh chóng được chấp nhận và lan rộng khắp nơi. Tại Mỹ,

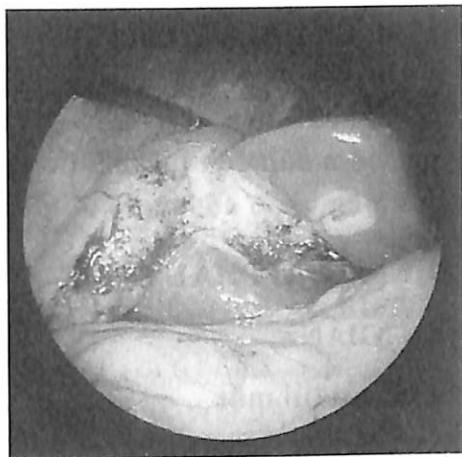


Hình 6. Phẫu thuật nội soi thập niên 1960 (hình trên) và ngày nay (hình dưới). Thay vì nhìn qua kính nội soi, phẫu thuật viên nhìn qua màn hình video. Sự thay đổi kỹ thuật như thế đòi hỏi phải tập luyện đôi tay thao tác thật điêu luyện

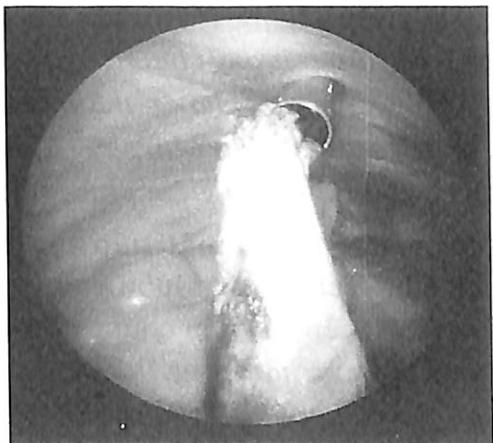
trường hợp cắt túi mật đầu tiên qua nội soi ổ bụng được thực hiện năm 1988 và các tác giả Anh-Mỹ còn gọi là "Phẫu thuật xâm hại tối thiểu" (Minimally-invasive surgery) vì các vết rạch bụng chỉ dài 0,5cm đến 1cm. Tại Á châu, đa số các ca mổ cắt túi mật nội soi đầu tiên được thực hiện năm 1990 (Singapore, Nhật Bản, Hồng Kông...). Tại Việt Nam, Nguyễn Tấn Cường đã mổ cắt túi mật qua soi ổ bụng đầu tiên tại bệnh viện Chợ Rẫy vào ngày 23-9-1992.



Hình 7. Phẫu tích cùng cổ túi mật



Hình 8. Cắt giường túi mật



Hình 9. Lấy túi mật qua lỗ Trocar rốn

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi có vẻ là phương pháp lý tưởng vì nó bao gồm lợi điểm của cắt túi mật (làm giảm triệu chứng và loại bỏ túi mật) và các phương pháp điều trị không phẫu thuật (ít đau, ít mất sức, chi phí điều trị thấp, thời gian nằm viện ngắn, được BN chấp nhận). Tỉ lệ biến chứng và tử vong tương đương với cắt túi mật kinh điển. Các chống chỉ định tuyệt đối là có thai, rối loạn đông máu nặng, viêm phúc mạc, viêm đường mật. Chống chỉ định tương đối đối với viêm túi mật cấp, viêm tụy cấp do sỏi túi mật, tiền

sử mổ bụng vùng trên rốn. Với sự tiến bộ kỹ thuật vượt bậc ngày nay thì rất nhiều BN trong số này có thể mổ thành công qua nội soi. Số liệu của nhiều trung tâm hiện nay cho thấy CTMNS có thể tiến hành thành công trên 95% trường hợp. Nếu như năm 1987 tại Mỹ chưa có ca cắt túi mật nội soi nào được thực hiện thì đến năm 1992 con số đó là 80% các trường hợp mổ cắt túi mật. Tại BV Chợ Rẫy, nếu năm 1992 chỉ có 5% ca mổ cắt túi mật được thực hiện qua nội soi, thì trong giai đoạn 1993-95, tỉ lệ đó đã là trên 73%.

VIÊM TÚI MẬT CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng viêm cấp của túi mật do tắc nghẽn ống túi mật.

II. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH

A. NGUYÊN NHÂN

1. 90-95% do sỏi túi mật

2. 5% không do sỏi

- Nhiễm trùng E.coli (ở phụ nữ có thai).
- Thương hàn, nhiễm trùng huyết.
- Tắc ống túi mật do ung thư, do xơ hóa (fibrose), do gập góc hay tắc ở ống mật chủ.
- Hẹp cơ vòng Oddi hay nhú Vater.
- Chấn thương.

B. THƯƠNG TỐN

- Viêm túi mật cấp thể sung huyết hay xuất tiết.
- Viêm túi mật mưng mủ.
- Túi mật mủ.
- Viêm tấy (phlegmon).
- Viêm túi mật thể hoại thư.
- Chú ý ung thư túi mật trên bệnh nhân có sỏi túi mật (0,3-4%), 70-90%.
- Thấm mật phúc mạc (túi mật còn nguyên vẹn).
- Viêm túi mật toàn thể (túi mật thủng).
- Đám quánh túi mật: các tạng lân cận như dạ dày-tá tràng, mạc nối, đại tràng ngang... đắp vào túi mật tạo thành một khối cứng.

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Nguyên nhân đưa đến viêm túi mật cấp là do tắc nghẽn:

Giai đoạn 1: thức ăn kích thích túi mật co bóp, hòn sỏi sẽ bị tống vào ống túi mật, gây tắc ống túi mật. Bệnh nhân sẽ cảm thấy đau ở thượng vị và sẽ có ói do phản xạ.

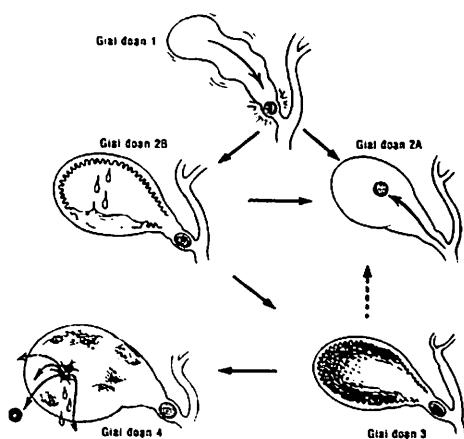
Giai đoạn 2: hòn sỏi bị kẹt trong ống túi mật, dịch túi mật không thoát ra được. Niêm mạc túi mật tiết ra thêm chất nhầy, cộng thêm sự sinh sôi của vi trùng và kích ứng của hóa chất. Khi toàn bộ vách túi mật bị viêm, vị trí đau sẽ di chuyển đến vùng hạ sườn phải. Đau quặn từng cơn nay trở thành đau liên tục, có thể lói ra sau lưng hay bả vai phải. Triệu chứng toàn thân có thể là sốt nhẹ và tăng lượng bạch cầu. Khám bụng sẽ thấy có đề kháng thành bụng ở vùng hạ sườn phải: dấu Murphy (+), muộn hơn nữa sẽ có dấu hiệu viêm phúc mạc.

Giai đoạn 3: ống túi mật tiếp tục bị tắc nghẽn khiến vách túi mật luôn căng trương. Vi trùng phát triển và triệu chứng viêm phúc mạc xuất hiện. Phản ứng thành bụng, co cứng và phản ứng dội xuất hiện rõ ở hạ sườn phải. Bệnh nhân có thể sốt cao, tăng lượng bạch cầu trong máu. Các vùng khác của bụng mềm khi sờ nắn, tuy nhiên tình trạng toàn thân nặng, với dấu hiệu nhiễm độc.

Giai đoạn 4: thủng túi mật

Túi mật căng quá mức ngăn cản máu động mạch không đến được, sẽ xuất hiện những đốm hoại tử trên vách túi mật. Qua những đốm hoại tử đó mủ và vi trùng bắt đầu ngấm vào ổ bụng. Khi thủng túi mật xảy ra, dịch này có thể chảy tự do vào ổ bụng gây viêm phúc mạc ở vùng bụng tương ứng hoặc dịch có thể được bao bọc lại bởi mạc nối, gan hoặc ruột tạo nên ổ mủ khu trú. Trung bình túi mật sẽ bị thủng sau 48-

72 giờ bị tắc nghẽn hoàn toàn, tuy nhiên nếu lòng động mạch đã bị hẹp do bệnh lý (như đáy tháo đường, các bệnh tạo keo, hoặc viêm tắc động mạch) thì thủng có thể xảy ra sớm hơn. Do đó đối với bệnh nhân lớn tuổi hoặc đáy tháo đường bị viêm túi mật cấp thì cần điều trị phẫu thuật sớm và tích cực hơn. Kháng sinh không thể ngăn ngừa được thủng túi mật vì không đến được phía trong túi mật bị tắc nghẽn và không ngăn được sự căng dãn của túi mật (Hình 10).



Hình 10. Các giai đoạn của viêm túi mật cấp

IV. CHẨN ĐOÁN

A. LÂM SÀNG

Tiền sử cơn đau quặn mật, triệu chứng nhiễm trùng, dấu Murphy... Hiếm khi có vàng da trừ khi sỏi túi mật kèm theo sỏi ống mật chủ hoặc hội chứng Mirizzi (sỏi ở ống túi mật hay túi Hartmann chèn ép gây hẹp ống mật chủ hay ống gan chung).

B. CẬN LÂM SÀNG

- Bạch cầu tăng.
- Amylase tăng ít.
- X quang ngực-bụng: 10-15% thấy sỏi.

X quang bằng đường uống đánh giá chức năng túi mật, quyết định cắt hay bảo tồn túi mật (các nước tiên tiến dùng HIDA scan).

- Siêu âm: chẩn đoán chính xác 90-95% sỏi túi mật.

C. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

95% lầm với 6 bệnh:

- Loét dạ dày-tá tràng.
- Bệnh động mạch vành.
- Viêm tụy cấp.
- Viêm ruột thừa.
- Cơn đau quặn thận.
- Viêm phần phụ.

V. BIẾN CHỨNG

Hoại tử túi mật đưa đến:

- Đám quánh túi mật.
- Thấm mật phúc mạc.
- Viêm phúc mạc mật (thủng túi mật).
- Viêm đường mật.
- Viêm tụy cấp.

VI. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

A. NGUYÊN TẮC

Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa trì hoãn, bệnh nhân nên được theo dõi tại khoa Ngoại.

B. ĐIỀU TRỊ

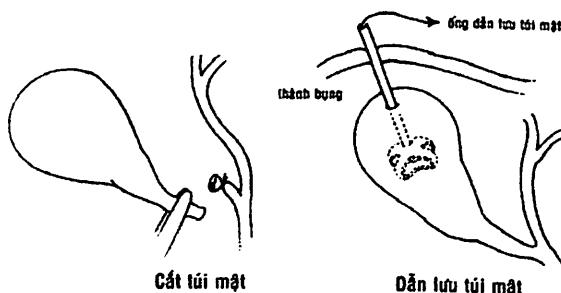
Nội khoa: Giai đoạn 1 và 2 chỉ cần điều trị nội khoa, chưa cần mổ và gồm những bước sau đây:

- Nhịn ăn và đặt ống thông mũi-dạ dày để tránh kích thích túi mật và tụy.
- Truyền dịch bằng đường tĩnh mạch.

Dùng các thuốc ức chế phó giao cảm (như Atropin, Propantheline) để ức chế thần kinh X quang (giảm tiết Acid, giảm co thắt cơ vòng Oddi và co bóp của túi mật).

- Theo dõi sát sao tình trạng bệnh nhân, bao gồm (1) theo dõi công thức bạch cầu mỗi 6 giờ, (2) đo nhiệt độ mỗi 2 giờ, (3) khám bụng lại mỗi 2-3 giờ bởi cùng một thầy thuốc hoặc nhiều thầy thuốc trong cùng nhóm trực cấp cứu.
- Không dùng kháng sinh vì có thể làm lu mờ các triệu chứng khiến chẩn đoán diễn biến bệnh khó khăn.
- Nếu bệnh nhân qua cơn đau, cũng nên sắp xếp mổ phiến. Khoảng 25% bệnh nhân điều trị nội sẽ diễn biến thành hoại tử hay viêm phúc mạc cần phải mổ cấp cứu.

Ngoại khoa: Giai đoạn 3 và 4 cần phải mổ sau khi đã chuẩn bị bệnh nhân như đặt ống thông mũi-dạ dày, bù dịch bằng đường truyền tĩnh mạch, xét nghiệm để đánh giá các bệnh đi kèm... Lúc này có thể dùng kháng sinh phổ rộng bằng đường toàn thân để hạn chế nhiễm trùng, nhất là ở các bệnh nhân già trên 70 tuổi, bệnh nhân có tiểu đường, bệnh nhân vàng da.



Hình 11. Phẫu thuật cắt bỏ túi mật và phẫu thuật dẫn lưu túi mật

C. NỘI DUNG MỔ

Thường là mổ bụng, nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm có thể mổ nội soi. Mổ nội soi trong điều kiện viêm cấp sẽ có tỉ lệ chuyển mở bụng cao hơn là khi túi mật không viêm cấp.

1. Nếu bệnh nhân già yếu, suy kiệt nặng, đến muộn, nhiễm độc nặng, có bệnh mạn tính như đái tháo đường, lao phổi, bệnh tim mạch... và nếu túi mật không viêm nặng l้า thì ta chỉ dẫn lưu túi mật
2. Nếu bệnh nhân trẻ, thể trạng tốt, mổ sớm trước 72 giờ và túi mật viêm nặng (mưng mủ hay hoại tử) thì nên cắt túi mật.

Theo Carrey, tử vong do mở thông túi mật cao gấp 5-10 lần tử vong do cắt bỏ túi mật (vì bệnh nhân nặng hơn).

Khi xử trí, cần lưu ý sỏi ống mật chủ kết hợp với sỏi túi mật (tỉ lệ này là 10% tại Bệnh viện Chợ Rẫy).

D. CÁC YẾU TỐ CÓ THỂ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP

1. Viêm tụy cấp

Bệnh nhân bị viêm túi mật cấp đồng thời lại bị thêm viêm tụy cấp thì phẫu thuật cắt túi mật thường bị hoãn lại một thời gian, trừ khi bệnh nhân viêm túi mật cấp ở giai đoạn 3-4 thì vẫn phải mổ cấp cứu. Ngoài cắt túi mật còn phải thám sát ống mật chủ để lấy sỏi. Tăng Amylase/máu không phải lúc nào cũng do viêm tụy cấp. Khi bệnh nhân có Amylase trên 1.000đv/100ml đồng thời có viêm túi mật cấp thì khả năng đến 2/3 trường hợp là có sỏi ống mật chủ. Khi

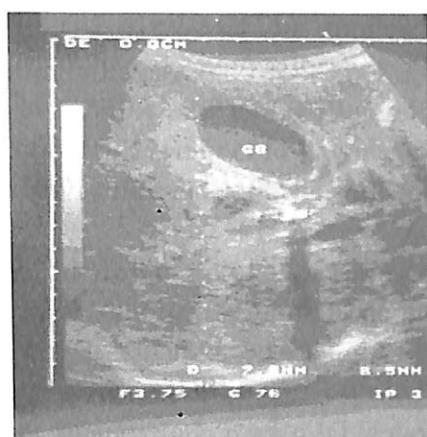
tri hoãn phẫu thuật lại để mở túi mật (sau 4-6 tuần) thì 1/3 các trường hợp sẽ bị một cơn viêm túi mật cấp tái diễn.

2. Vàng da

Bệnh nhân viêm túi mật cấp có thể bị vàng da do viêm tụy cấp mức độ nhẹ, do co thắt cơ vòng Oddi, hoặc do có sỏi ống mật chủ. Nói chung, vàng da khiến bệnh nhân được mổ sớm hơn. Viêm túi mật cấp kèm với tắc nghẽn ống mật chủ là một tình trạng nặng có thể dẫn đến viêm đường mật, nhiễm trùng huyết và sốc đòn hồi phổi dẫn lưu đường mật.

3. Bệnh nhân nặng hoặc lớn tuổi

Trong hầu hết trường hợp bệnh nhân không chịu được viêm túi mật và các bệnh lý kèm theo do đó cần phải can thiệp phẫu thuật sớm. Đối với bệnh nhân không thể gây mê toàn thân, có thể dẫn lưu túi mật bằng cách gây tê tại chỗ. Gần đây dẫn lưu túi mật qua sự hướng dẫn của siêu âm đã được thực hiện.



VII. TIÊN LƯỢNG

A. TRƯỚC MẮT

Tiên lượng tốt nếu chưa nhiễm trùng toàn thân.

- *Mổ phiến:* 6% có biến chứng, tử vong 0,5%.
- *Mổ cấp cứu:* 20% có biến chứng, tử vong 5%.

B. LÂU DÀI

Có thể tái phát sỏi nếu không cắt túi mật.

VIÊM TÚI MẬT MẠN TÍNH HAY VIÊM TÚI MẬT TÁI DIỄN

Thường gặp hơn viêm túi mật cấp tính, cơn đau không rầm rộ nên bệnh nhân thường bỏ qua. Vì đa số không có sốt nên rất dễ lầm với cơn đau do loét dạ dày-tá tràng.

I. TRIỆU CHỨNG

Cơn đau quặn mật là triệu chứng thường gặp nhất, xuất hiện sau bữa ăn, thường



Hình 12. Hình ảnh viêm túi mật cấp qua siêu âm và trên thực tế sau mổ với sỏi kẹt ở cổ túi mật, vách túi mật dày và không đều

kéo dài vài phút, hiếm khi đau quá 2 giờ. Bệnh nhân sẽ biết loại thức ăn nào đưa đến cơn đau và tránh dùng các loại thức ăn đó (như các món chiên, xào, sữa, trứng, kem, nước dừa v.v..) nhưng chẳng chóng thì chầy cũng sẽ bị đau tái phát. Nếu không có chống chỉ định phẫu thuật thì các bệnh nhân này nên được mổ phiến để cắt túi mật, vì sỏi kẹt ở cổ túi mật tái diễn nhiều lần sẽ gây xơ hóa và teo túi mật.

Các cơn đau tái diễn có thể xảy ra ở bệnh nhân không có sỏi túi mật. Ở các bệnh nhân này ống túi mật nhỏ hẹp có thể là nguyên nhân bệnh lý. Chụp hình túi mật với uống thuốc cản quang sẽ không thấy hiện hình túi mật, còn siêu âm sẽ thấy vách túi mật dày, không có sỏi.

II. BIẾN CHỨNG

Viêm tụy cấp do sỏi túi mật: ít gặp, tỉ lệ thường dưới 1% số bệnh nhân có sỏi túi mật.

Rò túi mật-tá tràng: có thể gây tắc ruột do sỏi túi mật qua lỗ rò rơi xuống ruột non.

III. ĐIỀU TRỊ

A. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

- Giảm thiểu thức ăn béo.
- Dùng thuốc ức chế phó giao cảm.
- Ăn kiêng để giảm cân.
- Dùng acid mật ngoại sinh: CDCA và UDCA.
- Tán sỏi ngoài cơ thể.
- Làm tan sỏi và lấy sỏi qua da.
- Lấy sỏi qua nội soi.

B. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

1. Mổ cắt túi mật kinh điển

Trước năm 1987, đây là phương cách điều trị triệt để duy nhất. Nó đã chứng tỏ rất

hiệu quả và an toàn với biến chứng khoảng 0,5% - tử vong khoảng 0,6% (mổ cấp cứu 1,2%, mổ phiên 0,4%). Nó có một số nhược điểm như đau nhiều sau mổ, dễ có biến chứng phổi, dinh ruột và tắc ruột sau mổ, nhất là thời gian nằm viện dài ngày

2. Mổ cắt túi mật nội soi

Phẫu thuật này được thực hiện đầu tiên năm 1987. Ưu điểm của phẫu thuật này là ít đau hậu phẫu, thời gian nằm viện ngắn (2-3 ngày) do đó được các phẫu thuật viên và bệnh nhân rất ưa chuộng. Tại Mỹ, nếu như năm 1987 chưa có ca nào mổ cắt túi mật qua nội soi thì đến năm 1993, trên 80% bệnh nhân sỏi túi mật được cắt túi mật qua nội soi. Tại một số bệnh viện ở thành phố Hồ Chí Minh, tỉ lệ mổ cắt túi mật nội soi cũng lên đến 80-90%. Tỉ lệ biến chứng của cắt túi mật nội soi là từ 1-4%, tử vong từ 0,1-0,3%; thời gian nằm viện từ 1-3 ngày, thời gian trở lại làm việc bình thường là từ 5,2 đến 10 ngày.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Bernard G. Cholecystitis. In Basic Surgery. 5th Ed. St. Louis, Missouri: Quality Medical Publishing, Inc. 1995: 516-24.
2. Jamieson GG. Cholecystectomy: the anatomy of the gallbladder and related structures. In The anatomy of General Surgical Operations. Edinburg London: Churchill Livingstone 1992: 33-5.
3. Nguyễn Tấn Cường. Điều trị sỏi túi mật bằng phẫu thuật cắt túi mật qua soi ổ bụng. Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh 1997: 47-81.
4. Narwold DI. Acute cholecystitis. In Schwartz. Textbook of Surgery. 14th Ed. Philadelphia: WB Saunders Company 1991: 1050-57.

5. Trương Công Trung. Viêm túi mật cấp và sỏi túi mật. Trong Bài giảng bệnh học Ngoại khoa, Tập 1. Nhà in Thanh Niên, 301-09.
6. Nguyễn Đình Hối và cs. Nghiên cứu ứng dụng tiến bộ khoa học công nghệ trong chẩn đoán và điều trị sớm bệnh sỏi mật. Đề tài khoa học công nghệ cấp nhà nước 2002-2005: 26-52

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Xuất độ sỏi túi mật trong cộng đồng ở Việt Nam là:
 - A. 5%.
 - B. 10%.
 - C. Nhiều hơn sỏi ống mật chủ.
 - D. Ít hơn sỏi ống mật chủ.
 - E. Chưa biết chính xác.
2. Các phương pháp điều trị sỏi túi mật không phẫu thuật có chung đặc điểm là:
 - A. Dễ thực hiện.
 - B. Nhẹ nhàng.
 - C. Ít tổn kém.
 - D. Tái phát sỏi.
 - E. Thời gian điều trị ngắn.
3. Bệnh nhân có sỏi túi mật không triệu chứng thì không cần cắt túi mật dự phòng vì:
 - A. Không bao giờ bị viêm túi mật cấp.
 - B. Ít khi bị viêm túi mật cấp.
 - C. Nếu mổ về sau khi có triệu chứng, biến chứng và tử vong không cao hơn bình thường.
 - D. A và C đúng.
 - E. B và C đúng.
4. Tam giác gan-mật:
 - A. Có 3 cạnh là ống túi mật-ống gan chung-động mạch túi mật.
 - B. Chứa thành phần quan trọng nhất là tĩnh mạch túi mật.
5. Chứa thành phần quan trọng nhất là động mạch gan phải và động mạch túi mật.
6. Không bao giờ bị túi Hartmann che khuất.
7. Có đáy ở dưới, đỉnh hướng lên trên.
8. Mật gấu:
 - A. Có thể làm tan tất cả các loại sỏi đường mật.
 - B. Làm tan sỏi túi mật nhanh.
 - C. Chứa CDCA.
 - D. Chứa UDCA.
 - E. Có thể làm thay đổi chức năng gan.
9. Tại Việt Nam, uống thuốc làm tan sỏi có kết quả kém vì:
 - A. Thuốc đắt tiền.
 - B. Thời gian điều trị quá dài.
 - C. Thành phần sỏi Cholesterol thấp.
 - D. Sỏi thường nhiều và to.
 - E. Tất cả lý do trên đều đúng.
10. Một bệnh nhân nữ 85 tuổi có tiền sử tiểu đường, suy tim độ 3; nhập viện vì sốt cao 39°C, đau hạ sườn phải, siêu âm thấy túi mật căng to, vách mỏng khoảng 2mm, có sỏi 10mm vùng phễu túi mật, không có dịch quanh túi mật. Cách xử trí nên chọn là:
 - A. Nội soi mật-tụy ngược dòng lấy sỏi túi mật.
 - B. Điều trị nội: kháng sinh, giảm đau, hạ sốt.
 - C. Dẫn lưu túi mật qua đường mổ nhỏ ở thành bụng.
 - D. Mổ cắt túi mật kinh điển.
 - E. Mổ cắt túi mật nội soi.
11. Cắt túi mật qua nội soi ổ bụng là:
 - A. Sử dụng camera nhỏ đặt vào ổ bụng để phóng đại hình ảnh và sử dụng các dụng cụ nhỏ để bóc tách và cắt túi mật.
 - B. Cắt túi mật qua nội soi mật-tụy ngược dòng.

- C. Dùng hệ thống ống soi mè và ống soi con để tán sỏi và cắt túi mật.
- D. Cho bệnh nhân nằm trong môi trường nước và sử dụng sóng chấn động hay laser để cắt túi mật.
- E. Tất cả đều sai.
9. Cắt túi mật qua nội soi ổ bụng ít được sử dụng trong mổ cấp cứu đối với viêm túi mật cấp vì:
- A. Mổ khó.
- B. Ít bệnh nhân chịu mổ nội soi trong cấp cứu.
- C. Tai biến trong mổ có thể cao hơn trường hợp túi mật không viêm cấp.
- D. Câu A và C đúng.
- E. Cả 3 câu A, B, C đều đúng.
10. Cuộc mổ cắt túi mật nội soi đôi khi phải chuyển thành mở bụng với vết mổ dài là vì:
- A. Có tai biến trong khi mổ qua nội soi.
- B. Phẫu thuật viên ít kinh nghiệm.
- C. Giải phẫu thay đổi khiến khó phân biệt ranh giới giữa túi mật và ống mật chủ.
- D. Tất cả đều sai.
- E. Tất cả đều đúng.

ĐÁP ÁN

- | | |
|------|-------|
| 1. E | 6. E |
| 2. D | 7. C |
| 3. E | 8. A |
| 4. C | 9. D |
| 5. D | 10. E |

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA SỎI ĐƯỜNG MẬT

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên tắc và phương pháp điều trị phẫu thuật kinh điển.*
2. *Nêu lên chỉ định và ưu điểm của các phương pháp điều trị ít xâm hại.*
3. *Trình bày được các phương pháp điều trị sỏi sót và sỏi tái phát sau mổ.*

Sỏi đường mật là bệnh ngoại khoa thường gặp ở Việt Nam và các nước khu vực Đông Nam Á. Cơ chế bệnh sinh của sỏi liên quan đến tình trạng nhiễm trùng đường mật và nhiễm ký sinh trùng đường ruột. Sỏi đường mật thường là sỏi ống mật chủ (OMC) và sỏi trong gan có khi kết hợp với sỏi túi mật có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, khởi đầu là viêm đường mật, dẫn đến viêm mủ đường mật, áp xe đường mật, viêm phúc mạc mật, thấm mật phúc mạc, chảy máu đường mật, hẹp đường mật và cuối cùng là sự hủy hoại gan, xơ gan.

Loại sỏi này khác hẳn với loại sỏi thứ phát ở các nước Âu Mỹ mà hầu hết sỏi được hình thành ở túi mật sau đó đi qua ống túi mật rơi vào OMC, một số ít lại di trú ngược dòng lên các ống mật trong gan, và trở thành sỏi trong gan thứ phát.

Từ trước cho tới thời gian gần đây, sỏi đường mật ở nước ta hầu hết được điều trị bằng phẫu thuật. Hiện nay, một số bệnh viện lớn đã trang bị những phương tiện điều trị ít xâm lấn như lấy sỏi qua nội soi, lấy sỏi qua da, tán sỏi,... và ngay cả nếu

phải phẫu thuật cũng có thể mổ qua nội soi ổ bụng.

I. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KINH ĐIỂN SỎI ĐƯỜNG MẬT

A. NGUYÊN TẮC PHẪU THUẬT

Trước kia chẩn đoán sỏi đường mật, trong hầu hết các trường hợp là dựa vào lâm sàng. Đa số bệnh nhân sỏi đường mật đến vì viêm đường mật hoặc với các biến chứng nên phẫu thuật thường được tiến hành trong tình trạng cấp cứu hay cấp cứu trì hoãn. Tỉ lệ mổ cấp cứu sỏi đường mật khoảng 50%.

Những năm gần đây nhờ siêu âm, nhiều sỏi đường mật đã được phát hiện ngoài thời kỳ cấp cứu và được mổ theo chương trình nên tỉ lệ mổ cấp cứu đã giảm xuống.

Mổ sỏi đường mật tốt nhất là mổ trong tình trạng bệnh nhân ổn định. Nếu có chỉ định mổ cấp cứu cũng cần chuẩn bị tốt bệnh nhân trước mổ để làm giảm tỉ lệ tử vong và biến chứng.

Mục tiêu của phẫu thuật

- Lấy hết sỏi phát hiện được trong đường mật, tránh để sót sỏi.

- Dẫn lưu đường mật tốt, có khi phải nối mật ruột hoặc cắt cơ vòng Oddi để giải quyết tình trạng ứ đọng mật và dự phòng sỏi tái phát khi ống mật bị trít hẹp.

Trong trường hợp bệnh nhân quá nặng cần giải áp mật tạm thời như dẫn lưu mật xuyên gan qua da hoặc đặt ống thông mũi mật để hồi sức có hiệu quả hơn và làm giảm tỉ lệ mổ cấp cứu.

B. CHỈ ĐỊNH MỔ CẤP CỨU

Các chỉ định mổ cấp cứu bao gồm:

- Viêm túi mật cấp nặng (nung mủ, hoại tử, căng to do sỏi kẹt cổ túi mật cấp tính hoặc thủng).
- Viêm phúc mạc mật và thấm mật phúc mạc.
- Viêm tụy hoại tử xuất huyết do sỏi mật.
- Sốc nhiễm trùng đường mật.
- Chảy máu đường mật nặng.

C. HỒI SỨC NỘI KHOA

Điều trị nội khoa nhằm chuẩn bị cho mổ phiến vì mổ trong tình trạng bệnh nhân ổn định thì tỉ lệ tử vong và biến chứng thấp hơn nhiều so với mổ cấp cứu.

Các mục tiêu của hồi sức nội khoa bao gồm:

1. Chống sốc nhiễm trùng

Trong những trường hợp sốc nhiễm trùng đường mật nặng ngoài việc điều chỉnh rối loạn nước điện giải, thăng bằng kiềm toan và sử dụng thuốc vận mạch, vai trò của kháng sinh rất quan trọng.

Kháng sinh trị liệu trong nhiễm trùng đường mật phải đáp ứng các điều kiện:

- Phổ kháng sinh phải bao trùm toàn bộ vi khuẩn có khả năng gây bệnh. Thông

kê cho thấy tỉ lệ cấy vi khuẩn dương tính trong đường mật khá cao (80-100%). Các loại vi khuẩn thường gặp là loại Gram (-) Escherichia coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Pseudomonas, Pyocyanic... trong số đó gặp nhiều hơn cả là E. Coli (khoảng 60-80%). Vi khuẩn ký sinh gặp nhiều nhất là Bacteroides, Clostridium...

- Thuốc ít độc đối với thận.
- Có nồng độ khuếch tán cao vào dịch mật.
- Bệnh nhân không dị ứng với thuốc.

Khi chưa có kháng sinh đồ, kháng sinh thường được dùng là Cephalosporin thế hệ thứ 3 (như Cefotaxime, Ceftriaxone, Ceftazidime...) vì nó tỏ ra có hiệu quả. Aminoglycosides có thể dùng kết hợp nhưng nồng độ thuốc vào đường mật không cao. Để diệt vi khuẩn ký sinh cần dùng thêm Metronidazole truyền tĩnh mạch.

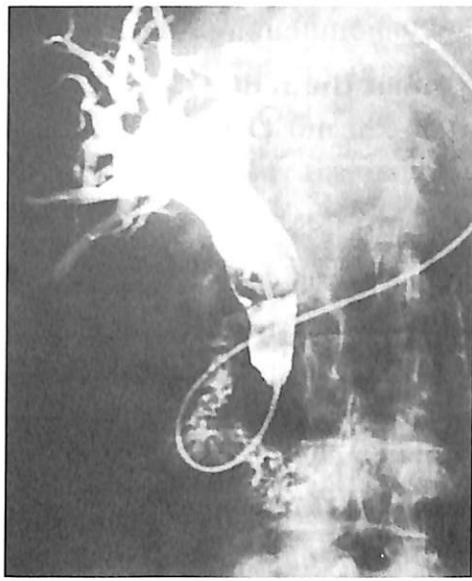
Khoảng 80% bệnh nhân đáp ứng với điều trị nội khoa và kháng sinh, 20% còn lại thất bại là do tắc mật hoàn toàn buộc phải dùng các phương pháp giải áp mật.

2. Giải áp mật trước mổ

Có hai phương pháp:

- Ống thông mũi-mật đặt với hướng dẫn của nội soi (ERBD) (Hình 1).
- Dẫn lưu mật qua da với một ống polyten để lưu tại chỗ sau khi chụp X quang đường mật qua da (PTBD) (Hình 2).

Các biện pháp này giúp hồi sức có hiệu quả hơn và có thể làm giảm tỉ lệ mổ cấp cứu xuống chỉ còn 30%.



Hình 1. Dẫn lưu mũi-mật (ERBD)



Hình 2. Dẫn lưu mật qua da (PTBD)

Ống dẫn lưu mật ngoài tác dụng giải áp còn có nhiều tác dụng khác như:

- Hút dịch mật và cấy vi trùng học.
- X quang đường mật kiểm tra bằng cách bơm thuốc cản quang qua ống.

3. Các điều trị khác

Để điều chỉnh tình trạng rối loạn đông máu cần sử dụng máu tươi, plasma tươi, vitamine K, Calcium... Trong trường hợp có suy thận phải chú ý điều chỉnh những rối loạn nước điện giải, dùng thuốc lợi niệu có trường hợp phải chạy thận nhân tạo trước mổ.

D. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT KINH ĐIỂN

PHẪU THUẬT MỞ OMC LẤY SỎI

Phẫu thuật mở OMC lấy sỏi và dẫn lưu OMC bằng ống Kehr là phẫu thuật kinh điển được dùng cho gần như tất cả các bệnh nhân sỏi OMC, sỏi gan. Hiện nay phẫu thuật này có thể thực hiện qua mổ

nội soi ổ bụng (kiểu bơm hơi hay nâng thành bụng).

Cắt túi mật đi kèm chỉ được chỉ định khi sỏi OMC đến trong tình trạng cấp cứu, túi mật bị hoại tử hoặc khi túi mật có sỏi. Cần nhớ rằng túi mật là một chỉ dẫn cần thiết khi mổ sỏi mật tái phát.

• Vô cảm và đường mổ

- Gây mê nội khí quản là hình thức vô cảm tốt nhất để mổ sỏi mật.
- Bệnh nhân nằm ngửa có độn gối ở lưng dưới đốt lưng 12 để làm nồng hóa OMC và làm rộng vùng dưới gan.
- Đường mổ thường được sử dụng là đường giữa hay đường Mayo-Robson.

• Chỉ định thăm dò OMC

- Tuyệt đối:

- ↗ Sờ thấy sỏi.
- ↗ X quang đường mật thấy sỏi.
- ↗ Vàng da kèm viêm đường mật.

- Đường mật dẫn > 12mm.
- Tương đối:
 - Vàng da tắc mật tái diễn.
 - Rò mật ruột.
 - Viêm tụy cấp.

• Kỹ thuật bóc lộ OMC

Bóc lộ OMC thường dễ dàng ở lần mổ đầu, nhưng trong mổ sỏi mật lại có thể gặp nhiều khó khăn vì sẹo dính làm thay đổi cấu trúc giải phẫu vùng dưới gan: tá tràng thường dính vào mặt trước cuống gan và mặt dưới gan, đại tràng, dạ dày cũng dính vào bờ trước của gan, gan ứ mật to che phủ cả cuống gan. Nếu không có kinh nghiệm phẫu thuật viên có thể làm thương tổn tá tràng, đại tràng và các thành phần của cuống gan.

Trước tiên phải tách dạ dày ra khỏi thùy trái gan, tách tá tràng ra khỏi mặt dưới gan phải để tìm khe Winslow. Mặt trước OMC thường có những tĩnh mạch nhỏ chạy ngang. Nếu dính và xơ cứng quá phải đi sát bờ dưới gan đi vào tìm chỗ ngã ba của đường

mật ở cao. Việc bóc tách cần chính xác để tránh gây thêm thương tổn.

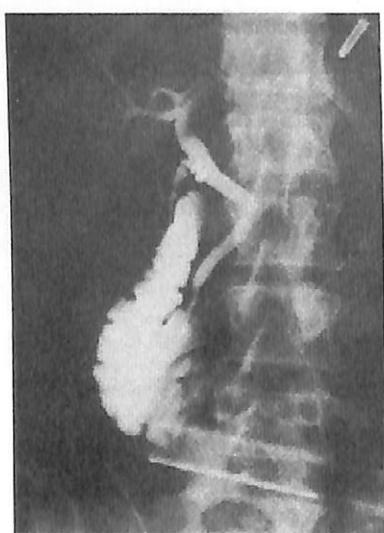
• Kỹ thuật thăm dò OMC

- Trước khi mở OMC nên chọc hút dịch mật khảo sát vi khuẩn.
- Mở OMC đoạn trên tá tràng.

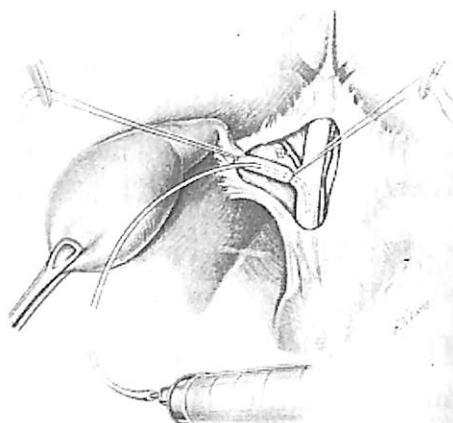
Có hai cách mở dọc (Floerken) hoặc mở ngang (Sasse). Mở dọc thường được ưa chuộng vì có thể mở rộng hoặc kéo dài lên trên để xử trí sỏi trong gan. Đường mở ngang bị hạn chế do đường kính OMC.

- Thăm dò OMC và các ống gan:

- Chụp X quang đường mật trong mổ:*
Đây là phương pháp kinh điển được dùng để tìm sỏi nằm ở các nhánh đường mật trong gan. Nhờ chụp đường mật trong mổ đã làm hạ thấp tỷ lệ sót sỏi từ 20% xuống 5% (Molina, Hicken). Nhược điểm là kéo dài thời gian phẫu thuật và đôi khi bóng hơi và máu cục làm sai lầm chẩn đoán (Hình 3,4). Có hai kỹ thuật chụp đường mật trong mổ:



Hình 3. Hình ảnh X quang đường mật chụp kiểm tra trong mổ



Hình 4. Kỹ thuật chụp đường mật trong mổ

- Trước khi thám sát OMC: để khảo sát vị trí, số lượng sỏi và thương tổn giải phẫu của hệ thống đường mật.
- Sau khi thám sát OMC: để kiểm tra sót sỏi.

➤ *Dùng kềm lấy sỏi*

Sau khi mở OMC dùng kềm Randall hoặc Desjardins với các độ cong thích hợp để thăm dò OMC và lấy sỏi. Cần kiểm tra sự thông suốt cơ vòng Oddi xuống tá tràng và lên hai ống gan (Hình 5,6).

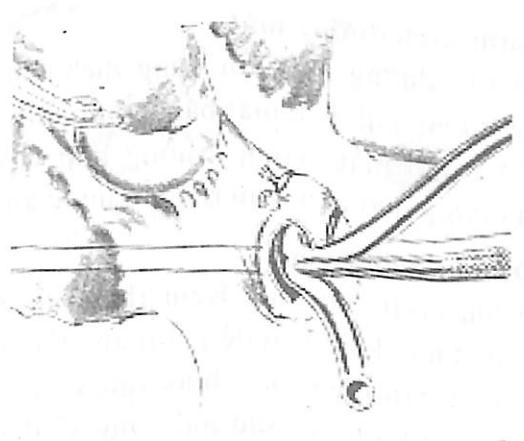
➤ *Dùng ống soi đường mật trong mổ*

Kỹ thuật này ban đầu được thực hiện

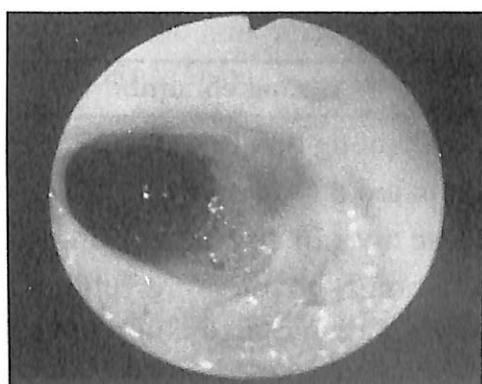
với ống soi cứng bởi Mac Iver (1941). Mãi đến đầu năm 1970 mới phát triển với ống soi mềm giúp thám sát trong mổ toàn bộ hệ thống ống mật đến các hạ phân thùy và làm giảm tỉ lệ sót sỏi chỉ còn 0-2%. Tuy nhiên kỹ thuật này đòi hỏi phương tiện đắt tiền và cũng không thể hoàn toàn thay thế X quang đường mật trong mổ mà có vai trò hỗ trợ lẫn nhau. Ngoài ra có thể dùng soi đường mật trong mổ để kiểm tra lưu thông đường mật và sinh thiết trong trường hợp ung thư (Hình 7,8).



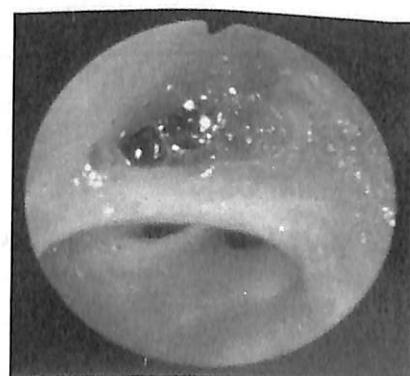
Hình 5. Kiểm tra cơ vòng Oddi



Hình 6. Đặt Kehr dẫn lưu OMC



Hình 7. Nội soi ống mật chủ



Hình 8. Chỗ phân chia 2 ống gan

- **Lấy sói**

Có nhiều phương cách:

- Dùng kềm Randall lấy sói.
- Bơm rửa cho sói rơi xuống.
- Qua ống soi đường mật lấy sói bằng rọ Dormia hoặc ống Fogarty có bóng ở đầu.
- Tán sói bằng sóng thủy điện lực nếu sói to.

Các vị trí sói dễ bỏ sót và khó lấy là khi sói kẹt ở bóng Vater hoặc nằm sâu trong các ống mật hạ phân thùy gan. Để kiểm tra sói sói trong mổ có thể chụp hình đường mật hoặc dùng ống soi đường mật.

- **Làm sạch đường mật**

Bơm rửa đường mật với dung dịch muối đẳng trương khi dịch mật bẩn, có nhiều sói vụn và bùn mật. Trong trường hợp chảy máu đường mật cần bơm rửa với nước ấm.

- **Dẫn lưu đường mật**

Dẫn lưu OMC với ống Kehr (hay ống T) thường được dùng hơn để giảm áp, dẫn lưu dịch mật bẩn, theo dõi, bơm rửa và chụp đường mật kiểm tra sau mổ. Ống sẽ được rút sau 1-2 tuần nếu chụp kiểm tra không sót sói, kẹp BN không đau tức và lâm sàng

ổn định. Nếu còn sót sói để lại sau 3 tuần lấy sói sót qua đường hầm Kehr với ống soi đường mật. Để khỏi phải nong đường hầm nên đặt ống Kehr lớn khoảng số 18.

- **Khâu kín OMC**

Không dẫn lưu OMC chỉ được chỉ định trong những trường hợp ít sói, dịch mật không nhiễm trùng nặng và có soi đường mật trong mổ kiểm tra sự thông suốt cơ Oddi.

PHẪU THUẬT NỐI MẬT RUỘT

Phẫu thuật này được sử dụng khi có hẹp ở đoạn dưới OMC. Đối với sói trong gan mà không lấy được, phẫu thuật nối mật-ruột được coi như phẫu thuật phòng ngừa tránh tắc nghẽn mật sau này. Nhược điểm chủ yếu của phẫu thuật nối mật-ruột là nhiễm trùng ngược dòng, nhất là trong nối OMC-tá tràng.

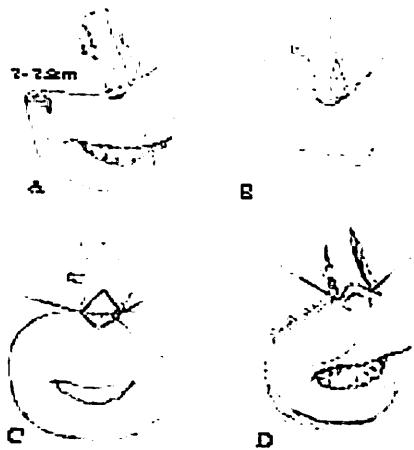
- **Nối OMC-tá tràng (OMC-TT)**
(Bảng 1)

- *Các kỹ thuật nối*

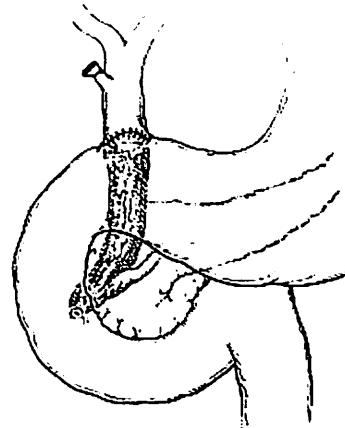
Trong phẫu thuật nối OMC-TT miệng nối được khâu một lớp, tốt nhất với Vicryl 3.0 (Hình 9,10).

Bảng 1

Chỉ định	Chống chỉ định
- Hẹp cơ vòng Oddi	- OMC không dẫn (đk OMC < 14mm)
- Hẹp đoạn cuối OMC	- Viêm teo đường mật
- Sói quá nhiều đầy nghẹt trong các ống mật	- Viêm tụy cấp do sói kẹt bóng Vater
- Sói trong gan không lấy được hết	- Tá tràng khó di động, phù nề hoặc trầy sướt thanh mạc nhiều khi gỡ dính
- Sói mật tái phát nhiều lần	
- Nang OMC	



Hình 9. Nối OMC-TT kiểu Floerken



Hình 10. Hội chứng túi cùng sau nối OMC-TT

Có nhiều kỹ thuật nối, thường dùng nhất (Bảng 2).

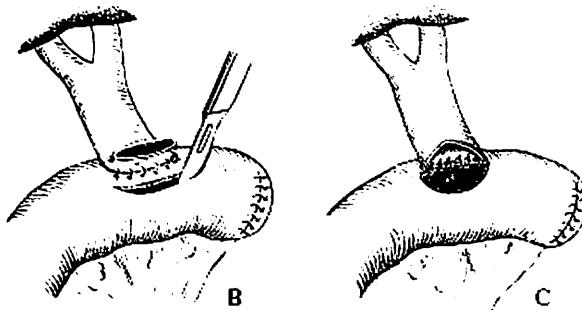
• Biến chứng

- Xì rò miệng nối.
- Nhiễm trùng đường mật ngược dòng (hội chứng túi cùng).
- Giun chui lên đường mật qua miệng nối.

Nối OMC-TT là một phẫu thuật đơn giản, an toàn, dễ thực hiện giải quyết được tình trạng tắc mật hoặc ứ đọng mật khi có hẹp Oddi hay đoạn cuối OMC và đôi khi sỏi sót nhỏ có thể đi qua miệng nối xuống ruột. Phẫu thuật thất bại khi có hẹp miệng nối do viêm hoặc do kỹ thuật mổ hay khi có hẹp ống gan.

Bảng 2

Floercken	OMC-tá tràng được nối bên bên với đường mở dọc OMC và đường mở ngang tá tràng đoạn D1 (để tạo hiệu quả hình ống). Miệng nối cần rộng từ 2 đến 2,5cm.
Sasse	OMC-tá tràng được nối bên bên với đường mở ngang OMC và đường mở ngang tá tràng đoạn D1.



Hình 11. Nối OG-HT kiểu Y

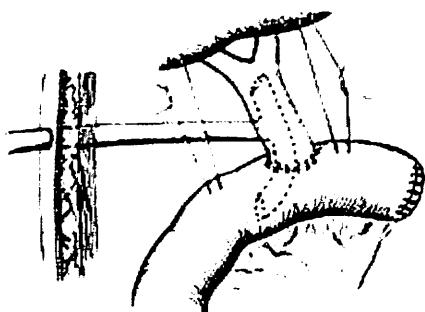
• Nối OMC hoặc ống gan-hỗng tràng (OMC-HT, OG-HT)

Để làm giảm biến chứng nhiễm trùng ngược dòng, OMC được nối tận bên với một quai hỗng tràng kiểu Y (Hình 11). Quai ruột này phải dài khoảng 30-40cm để tránh trào ngược dịch ruột vào đường mật.

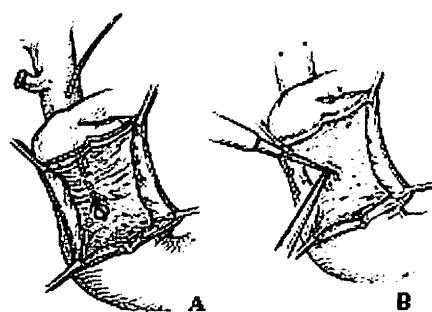
Có thể đặt một ống thông làm nòng ngang qua miệng nối và đưa ra da qua quai hông tràng hoặc qua gan. Đầu quai ruột có thể đặt dưới da thành bụng để làm con đường sau này nội soi lấy sỏi sót (Hình 12,13).

Kết quả của phẫu thuật này theo Tat K. Choi và John Wong:

- Tỉ lệ tử vong 2%
- Biến chứng hậu phẫu 10%
- Nhiễm trùng đường mật tái phát 26% (theo dõi trong 8 năm)
- **Cắt cơ vòng Oddi và tạo hình cơ vòng** (Hình 14,15)
 - ▲ **Chỉ định**
 - Sỏi kẹt ở bóng Vater kèm viêm tụy cấp.



Hình 12. Nối OG-HT có đặt Kehr



Hình 14. Cắt cơ vòng qua tá tràng

- Hẹp cơ vòng Oddi + đường kính OMC < 1,5cm.
- Nhiều sỏi nhỏ sói bùn OMC hoặc ống gan không lấy được.
- Hội chứng túi cùng sau nối OMC-TT (Sump syndrome).

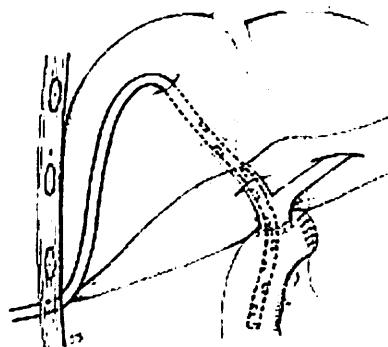
▲ **Biến chứng**

- Viêm tụy cấp.
- Rò tá tràng.
- Chảy máu.

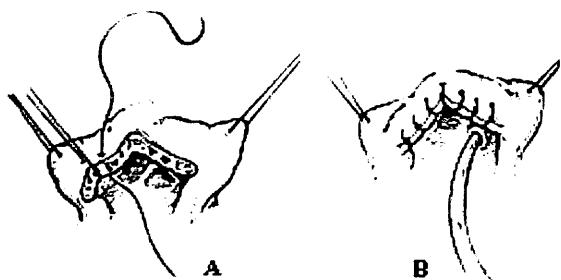
▲ **Kết quả**

(theo Marshall J.O, J.Wong, Austin S.Jones)

- Tỉ lệ tử vong 1-4%
- Biến chứng hậu phẫu 5-10%
- Nhiễm trùng ĐM tái phát 5-15%



Hình 13. Nối OG-HT với ống dẫn lưu xuyên gan ra da



Hình 15. Khâu viền mép cắt cơ vòng qua tá tràng

• Mở ống gan lấy sỏi qua nhu mô

Glenn và Moody sử dụng phương pháp này để lấy những sỏi khó nãm sát mặt gan, thường là gan trái. Cần khâu và cầm máu kỹ sau khi lấy sỏi để tránh rò mật và chảy máu.

Tatsuo Yama Kawa lại đặt một ống dẫn lưu ống mật trong gan ra da để bơm rửa đường mật, chụp kiểm tra sau mổ hoặc lấy sỏi sót bằng nội soi qua đường này. Theo J. Wong phương pháp này đơn giản, an toàn nhưng tỉ lệ tái phát sỏi cao.

Cắt gan

Tôn Thất Tùng là người đầu tiên đặt ra vấn đề cắt gan trong bệnh lý đường mật nhiệt đới. Đối với bệnh lý sỏi gan, chỉ định cắt gan phải hết sức chặt chẽ và chỉ nên cắt gan hạ phân thùy hoặc phân thùy, không nên cắt gan rộng rãi, nhất là gan phải vì tỉ lệ tử vong rất cao. Tỉ lệ của cắt gan trong sỏi đường mật nói chung của Đỗ Kim Sơn là 4,1% (tất cả là gan trái).

Phẫu thuật cắt gan được dành cho những trường hợp sau đây:

- Sỏi nhiều và khó lấy, khu trú ở một phân thùy hay hạ phân thùy.
- Trong gan có những túi chứa đầy sỏi và có hẹp đường mật dưới chỗ sỏi nãm.
- Sỏi trong gan gây áp xe đường mật khu trú hoặc chảy máu đường mật.

II. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ ÍT XÂM LẤN

A. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG

Phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm hơn mổ hở như bệnh nhân ít đau, hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn, sẹo nhỏ thẩm mỹ. Tuy nhiên nó đòi hỏi kinh

nghiệm của phẫu thuật viên và máy móc dụng cụ khá đắt tiền.

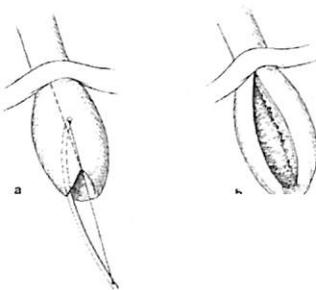
Ngày nay để điều trị sỏi túi mật, cắt túi mật nội soi đã được áp dụng rộng rãi tại nhiều cơ sở điều trị trong nước nhưng riêng đối với sỏi ống mật chủ cũng đã có vài công trình báo cáo bước đầu áp dụng kỹ thuật mở OMC lấy sỏi qua nội soi ổ bụng bằng bơm hơi hay nâng thành bụng. Tuy nhiên kỹ thuật này còn đòi hỏi nhiều trang thiết bị đắt tiền và nhất là tay nghề của phẫu thuật viên nội soi nên chưa được phổ biến.

B. LẤY SỎI QUA ĐƯỜNG NỘI SOI TÁ TRÀNG (hình 16-23)

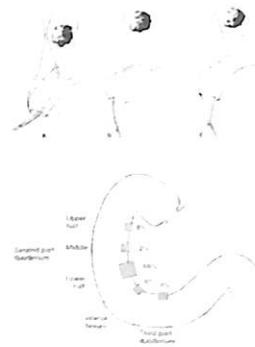
Phương pháp này đã được Classen, Demling và Kawai thực hiện từ 1974, nhưng đến nay vẫn còn là một trong những phương pháp thông dụng ở các nước Âu Mỹ.

Đầu tiên nó chỉ được dùng điều trị sỏi sót hoặc sỏi tái phát sau mổ, hiện nay có một số tác giả chủ trương dùng phương pháp này để điều trị sỏi OMC ngay từ ban đầu, đặc biệt đối với những bệnh nhân lớn tuổi có nguy cơ phẫu thuật cao.

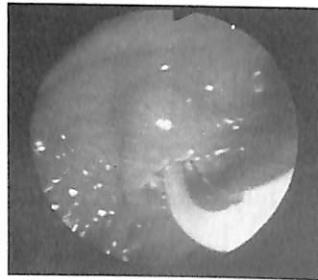
Cắt cơ vòng Oddi qua nội soi là một áp dụng của ERCP điều trị. Dùng một loại dao cắt đặc biệt ở đầu cuối của dây có lộ ra một đoạn kim loại ngắn, dây luồn qua máy nội soi và cơ vòng được cắt bằng điện để lộ đoạn cuối ống mật chủ, từ đó dùng những phương tiện khác như rọ bắt sỏi, stent, máy soi con (baby scope)... để ngược dòng vào OMC lôi sỏi, lấy dị vật, đặt stent giải áp mật, lấy dịch nghiên cứu tế bào học... dễ dàng. Ở một số bệnh viện nước ta đã áp dụng kỹ thuật cắt cơ vòng lấy sỏi với tỉ lệ thành công khoảng 70-80%, lấy giun thành công 100%.



Hình 16. Cắt cơ vòng qua nội soi (ES)



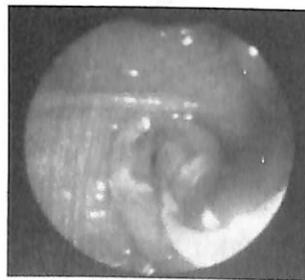
Hình 17. Cắt cơ vòng lấy sỏi



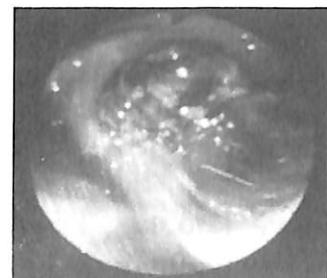
Hình 18. Đặt dây cắt cơ vòng qua nội soi tá tràng



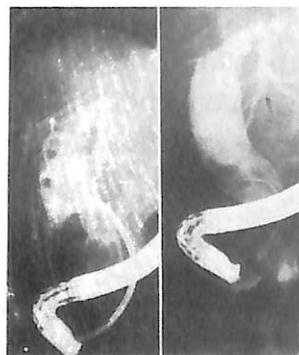
Hình 19. Cắt cơ vòng qua nội soi tá tràng



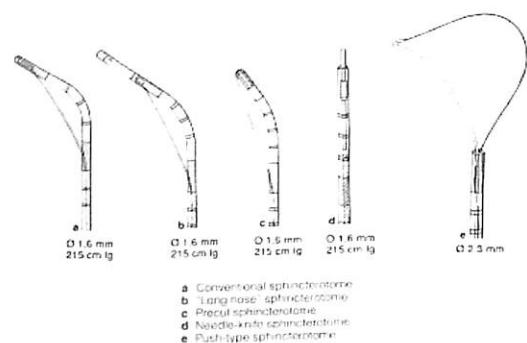
Hình 20. Cơ vòng đã cắt rộng



Hình 21. Lấy sỏi bằng rọ Dormia sau nội soi cắt cơ vòng



Hình 22. Lấy sỏi ngược dòng với Dormia qua nội soi cắt cơ vòng



Hình 23. Các loại dây cắt cơ vòng

Ưu điểm của phương pháp này là ít xâm phạm, tốt cho những bệnh nhân già yếu. Sử dụng cho bệnh nhân chưa mổ đường mật lần nào và rất tốt cho những bệnh nhân mổ sỏi mật tái phát.

Biến chứng của kỹ thuật này là chảy máu (3-5%), viêm tụy cấp (1-3%) và nhiễm trùng ngược dòng, thủng tá tràng (1%) và hẹp sau cắt cơ vòng (< 5%).

Chính vì kỹ thuật này còn có tỉ lệ biến chứng (10%) và tử vong (0,5-3%) khá cao so với kỹ thuật nội soi lấy sỏi qua đường đặt Kehr và biến chứng lâu dài của cắt cơ vòng cũng đáng quan tâm nên lấy sỏi qua da lại trở nên cần thiết nhất là khi ERCP thất bại hoặc do bệnh nhân đã có mổ dạ dày trước kia.

C. LẤY SỎI QUA DA

Có hai kỹ thuật:

- Lấy sỏi qua đường hầm đặt Kehr.
- Lấy sỏi xuyên gan qua da

• Lấy sỏi qua đường hầm đặt Kehr

Mazariello (1973) đã nêu tỉ lệ thành công của phương pháp này là 96% với 1.086 bệnh nhân. Burhenne cũng tiến hành trên 612 bệnh nhân sót sỏi sau mổ với tỉ lệ thành công là 91%, không có tử vong, biến chứng cũng rất ít.

Hiện nay có thể lấy sỏi dưới hướng dẫn của nội soi kết hợp với X quang C-arm. Trường hợp sỏi to có thể tán sỏi cơ học hoặc tán sỏi thủy điện lực rồi lấy qua nội soi hoặc đẩy xuống tá tràng. Nhược điểm là phải chờ 4-6 tuần lẽ để đường hầm đặt Kehr được chắc chắn (Hình 24,25,26).

• Lấy sỏi xuyên gan qua da (Hình 27)

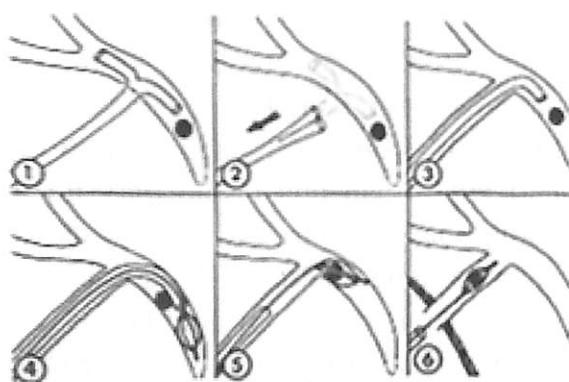
Kỹ thuật này được chỉ định để lấy sỏi gan hoặc sỏi OMC khi ống Kehr không có hay đã được rút bỏ hoặc khi nội soi cắt cơ vòng thất bại. Trước tiên phải chụp X quang mật xuyên gan qua da để thấy hệ thống đường mật và vị trí sỏi. Sau đó đặt thông nòng và nong nhiều đợt để tạo đường hầm đặt ống nội soi lấy sỏi qua da với Dormia hay Fogarty. Trường hợp sỏi lớn cũng phải tán sỏi cơ học hoặc tán sỏi thủy điện lực (Hình 28).

III. ĐIỀU TRỊ SỎI SÓT VÀ SỎI TÁI PHÁT

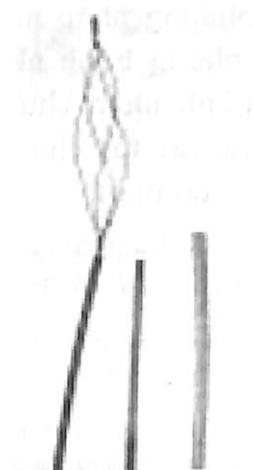
B. SỎI SÓT PHÁT HIỆN NGAY SAU MỔ

Có rất ít trường hợp sỏi sót tự rơi xuống được tá tràng hoặc bơm rửa đường mật thành công. Trước đây sỏi sót đa số phải mổ lại để lấy sỏi. Nhờ có những tiến bộ về kỹ thuật nội soi và những ứng dụng của siêu âm, Laser... các trường hợp sót sỏi hiện nay có thể được giải quyết bằng các phương pháp điều trị không phải mổ như:

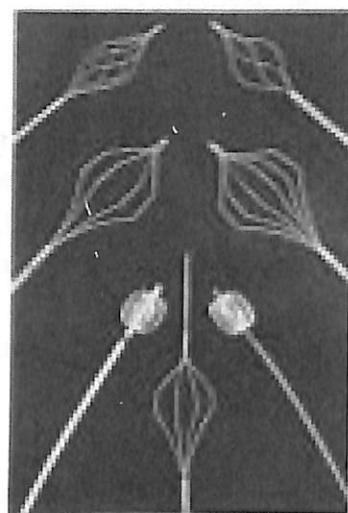
- Phương pháp bơm rửa đường mật qua Kehr với dung dịch NaCl 90/00 kết hợp thuốc dẫn cơ vòng Oddi. Kết quả thường rất hạn chế vì chỉ có hiệu quả đối với các trường hợp sỏi có kích thước nhỏ dưới 7mm.
- Phương pháp làm tan sỏi bằng hóa chất. Hiện nay chưa có loại thuốc uống hay hóa chất nào làm tan được sỏi sắc tố. Các thuốc tan sỏi như Cholate, Monoctanoic và Methyl Ter-Butyl Ether (MTBE) chỉ có tác dụng với loại sỏi Cholesterol.



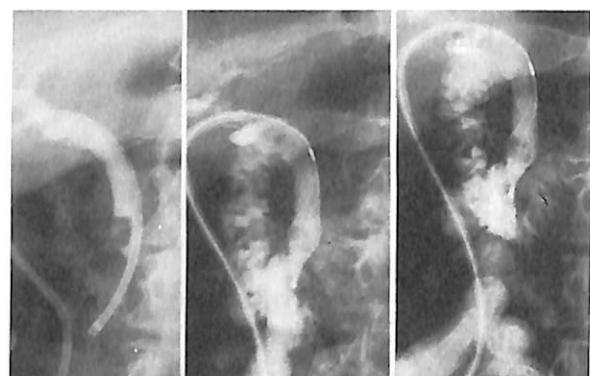
Hình 24. Lấy sỏi với Dormia qua đường hầm đặt Kehr dưới hướng dẫn của nội soi



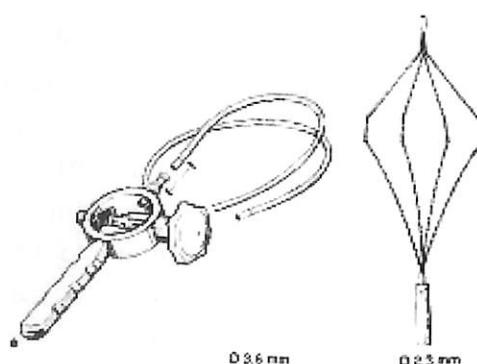
Hình 25. Rọ Burhenn và dụng cụ lấy sỏi qua đường hầm đặt Kehr



Hình 26. Các loại rọ Dormia và bóng Fogarty để lấy sỏi



Hình 27. Lấy sỏi với Dormia dưới hướng dẫn của nội soi đường mật xuyên gan qua da



Hình 28. Dụng cụ tán sỏi cơ học

- Phương pháp lấy sỏi qua đường đặt Kehr.
- Phương pháp lấy sỏi qua nội soi cắt cơ vòng Oddi.

Khi các phương pháp điều trị trên thất bại thì có chỉ định mở lại để lấy sỏi.

B. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ SỎI SÓT HAY SỎI TÁI PHÁT PHÁT HIỆN NHIỀU THÁNG HOẶC NHIỀU NĂM SAU MỔ

Lúc này ống Kehr đã được rút bỏ, có 3 cách để lấy sỏi:

- Lấy sỏi qua nội soi cắt cơ vòng Oddi.
- Lấy sỏi xuyên gan qua da.
- Mổ lại.

Riêng đối với sỏi tái phát việc điều trị không đơn thuần chỉ là lấy sỏi mà còn phải giải quyết nguyên nhân gây tái phát sỏi. Nguyên nhân này thường liên quan đến tình trạng ứ đọng mật mà cắt cơ vòng qua nội soi không đủ để giải quyết triệt để. Do đó việc mổ lại lấy sỏi đồng thời cân nhắc chỉ định nối mật ruột nhằm dẫn lưu mật thật tốt là việc cần thiết. Một đôi khi, ở những trường hợp sỏi trong gan khu trú tại một hạ phân thùy hay một phân thùy kèm hẹp ống gan có khi còn phải tính đến việc cắt gan.

Trong lần mổ đầu tiên, khi có hẹp cơ vòng Oddi hoặc OMC dẫn quá to và chứa đầy nghẹt sỏi, đôi khi phẫu thuật nối mật ruột được thực hiện ngay để phòng ngừa sỏi tái phát.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Đỗ Trọng Hải. Đặc điểm bệnh lý và phương pháp phẫu thuật sỏi sót và sỏi tái phát ở đường mật. Luận án Phó Tiến sĩ Khoa học Y Dược, TP.HCM 1995.

2. James G.Mcnulty. Minimally invasive therapy of the liver and biliary system. Thieme Medical Publishers, Inc.1944.
3. John G. Hunter & Ted Trust. Laparoscopiccholecystectomy, Intraoperative cholangiography and common bile ductexploration. Mastery of surgery. Lloyd M. Nyhus, 3rd Ed., Little, Brown, 1997.
4. Nguyễn Đình Hối. Bệnh sỏi đường mật ở Việt Nam. Bài giảng Sau đại học. Đại học Y Dược TP.HCM 2002.
5. Seymour I. Schwartz. Gallbladder and Extrahepatic Biliary System. Principles of Surgery. Schwartz Shires Spencer, 7th Ed., Mc Graw Hill, 1999.

CÂU HỎI LUỢNG GIÁ

1. Mổ sỏi ống mật chủ. Các câu sau đây đều đúng, ngoại trừ:
 - A. Nên gây mê nội khí quản và tránh sử dụng thuốc có độc tính đối với gan.
 - B. Mục đích duy nhất của phẫu thuật là lấy sỏi.
 - C. Kỹ thuật cơ bản là mở ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu ống mật chủ.
 - D. Chụp đường mật và nội soi đường mật trong mổ có thể giúp hạ thấp tỷ lệ sót sỏi.
 - E. Chỉ định cắt bỏ túi mật tùy thuộc thương tổn túi mật do viêm nhiễm.
2. Trong mổ sỏi ống mật chủ, ống mật chủ thường được dẫn lưu bằng:
 - A. Ống Nélaton.
 - B. Ống Pezzer.
 - C. Ống Kehr.
 - D. Ống Foley.
 - E. Ống Malécot.

3. Trong mổ sỏi ống mật chủ bơm rửa đường mật với mục đích:
- Rửa sạch đường mật.
 - Lấy hết bùn mật.
 - Làm rơi những hòn sỏi kẹt ở ống gan.
 - Đôi khi giúp cầm máu trong chảy máu đường mật.
 - Tất cả đều đúng.
4. Mục đích của việc đặt ống Kehr dẫn lưu ống mật chủ là, **ngoại trừ**:
- Giải áp đường mật và dẫn lưu mật bẩn.
 - Theo dõi kiểm tra lưu thông ống mật chủ, tính chất dịch mật sau mổ.
 - Chụp kiểm tra đường mật sau mổ.
 - Bơm rửa đường mật trong trường hợp dịch mật bẩn, nhiều bùn mật và sốt sỏi nhỏ.
 - Phòng ngừa sỏi tái phát.
5. Thái độ xử trí hiện nay trong trường hợp viêm tụy cấp do sỏi mật kẹt bóng Vater là:
- Điều trị nội khoa.
 - Mổ cấp cứu ngay.
 - Nội soi cắt cơ vòng lấy sỏi +/- cắt túi mật.
 - Dùng các thuốc ức chế men tụy.
 - Lấy sỏi xuyên gan qua da.
6. Thái độ xử trí thích hợp nhất trong trường hợp nhiễm trùng đường mật quá nặng và bệnh nhân có sốc nhiễm trùng là:
- Điều trị nội khoa, không nên mổ.
 - Mổ cấp cứu lấy sỏi ngay rồi chạy thận nhân tạo.
 - Giải áp mật để hồi sức có hiệu quả rồi mổ.
 - Cần phải cắt bỏ túi mật.
 - Cần tăng liều kháng sinh.
7. Trong nhiễm trùng đường mật nặng kháng sinh nên sử dụng khi chưa có kháng sinh đồ là:
- Bactrim + Gentamycine.
 - Cefotaxime + Metronidazole.
 - Ampicilline + Tetracycline.
 - Quinolones + Chloramphenicol.
 - Quinolones + Kanamycine.
8. Kháng sinh trị liệu trong nhiễm trùng đường mật phải đáp ứng các điều kiện sau, **ngoại trừ**:
- Phổ kháng sinh bao trùm toàn bộ vi khuẩn có khả năng gây bệnh.
 - Ít độc đối với thận.
 - Có nồng độ cao trong dịch mật.
 - Bệnh nhân không dị ứng với thuốc.
 - Chỉ nên sử dụng một loại kháng sinh.
9. Chảy máu đường mật được Sandblom mô tả năm 1948. Những câu sau đây liên quan đến chảy máu đường mật, tất cả đều đúng, **ngoại trừ**:
- Ở Âu Mỹ, nguyên nhân thường gặp là chấn thương gan.
 - Ở Đông Nam Á, nguyên nhân thường gặp là nhiễm trùng đường mật và giun đũa.
 - Biểu hiện lâm sàng là tam chứng Quincke.
 - Việc xác định vị trí chảy máu thường không mấy khó khăn nhờ kỹ thuật chụp động mạch gan chọn lọc.
 - Việc điều trị phẫu thuật có thể là thắt động mạch gan hoặc cắt gan.
10. Biến chứng của chụp X quang đường mật xuyên gan qua da là:
- Chảy máu đường mật và viêm tụy cấp.
 - Rò mật và chảy máu vào trong ổ bụng.
 - Viêm phúc mạc mật và viêm tụy cấp.
 - Thâm mật phúc mạc và chảy máu đường mật.
 - Rò mật và viêm tụy cấp.
11. Biến chứng của chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi là:
- Nhiễm trùng đường mật và viêm tụy cấp.

- B. Rò mật và chảy máu vào trong ổ bụng.
- C. Viêm phúc mạc mật và thấm mật phúc mạc.
- D. Thấm mật phúc mạc và chảy máu đường mật.
- E. Rò mật và chảy máu đường mật.

ĐÁP ÁN

- | | | |
|------|------|-------|
| 1. B | 5. C | 9. D |
| 2. C | 6. C | 10. B |
| 3. E | 7. B | 11. A |
| 4. E | 8. E | |

ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP

MỤC TIÊU

1. *Chẩn đoán được một trường hợp viêm tụy cấp điển hình.*
2. *Phát hiện được một trường hợp viêm tụy cấp nặng.*
3. *Nêu lên nguyên tắc điều trị.*
4. *Trình bày được chỉ định điều trị ngoại khoa.*
5. *Nêu được nội dung can thiệp phẫu thuật.*

Trong những bệnh lý của tuyến tụy, viêm tụy gặp thường nhất và thu hút quan tâm, không chỉ những nhà Nội khoa mà còn thu hút sự quan tâm của những nhà Ngoại khoa, những nhà X quang, những nhà Sinh hóa học... Đã có nhiều hội nghị chuyên đề về viêm tụy nhằm thống nhất các khái niệm, phân loại cũng như thống nhất trong điều trị viêm tụy. Điều này cho thấy một thực tế là chúng ta vẫn còn gặp khó khăn trong việc chẩn đoán, phân loại cũng như trong chỉ định điều trị trong viêm tụy. Những tiêu chuẩn được đề nghị sử dụng đánh giá mức độ nặng của bệnh được nhiều tác giả đề nghị với những tiêu chuẩn khác nhau làm cho chúng ta không khỏi lúng túng khi chọn lựa nhất là trong điều kiện còn nhiều thiếu thốn phương tiện như ở nước ta.

Chẩn đoán viêm tụy cấp dễ trong những trường hợp triệu chứng lâm sàng rõ ràng và nhất là triệu chứng sinh hóa, hình ảnh phù hợp. Không may cho chúng ta các triệu chứng lâm sàng thường không đầy đủ nhất là khi bệnh nhân đến muộn, khi bệnh nhân nặng hoặc có những triệu chứng giống với các cấp cứu khác nhất là các bệnh ngoại khoa.

Trong những trường hợp điển hình bệnh nhân nhập viện do đau bụng xảy ra đột ngột sau bữa ăn hay những tiệc rượu. Vị trí đau ở vùng thượng vị, nhưng cũng có khi đau lan tỏa toàn bụng trên. Thường đạt đến mức độ đau tối đa sau 10-15 phút. Mức độ đau trung bình hoặc nặng. Đau có khuynh hướng liên tục và tăng. Đau có khuynh hướng lan, trong một nửa trường hợp lan ra sau lưng, thỉnh thoảng có lan ngực trái hoặc vai trái và kết thúc sau nhiều giờ.

Đi cùng triệu chứng đau, hầu hết bệnh nhân có buồn nôn hoặc nôn, xảy ra một thời gian ngắn sau khi đau, nôn nhiều lần hoặc nôn liên tục. Ngay khi dạ dày không còn gì bệnh nhân vẫn tiếp tục nôn, ngay khi nôn liên tục bệnh nhân vẫn không giảm đau. Chất nôn không có gì đặc hiệu nhưng hầu như không bao giờ có chất nôn hôi như phân mà chúng ta vẫn thấy trong tắc ruột non hay tắc ruột đến muộn.

Khi thăm khám bụng thấy có hiện tượng trương bụng lan tỏa do liệt ruột. Sự dãn của ruột non hay sự hiện diện của phù nề tụy đẩy dạ dày ra trước, khi đó ta cũng sờ

thấy khối u thượng vị. Khi viêm tụy nặng, kết hợp với xuất huyết hoại tử dịch xuất tiết có thể thấm vào thành bụng tạo thành những vùng thay đổi màu sắc của da với các dấu hiệu đặc biệt như: dấu hiệu Cullen hay dấu Turner, rất tiếc các dấu hiệu này chỉ gặp trong một số ít bệnh nhân viêm tụy xuất huyết.

Một số bệnh nhân có phản ứng thành bụng. Phản ứng thành bụng xảy ra ở một phần tư trên phải hay một phần tư trên trái, thường là nửa bụng trên. Nếu dịch xuất tiết tràn vào nửa bụng dưới phản ứng thành bụng trở nên lan tỏa. Tuy có phản ứng thành bụng nhưng hiếm khi bụng bệnh nhân cứng như gỗ như chúng ta vẫn thường thấy trong viêm phúc mạc nhất là viêm phúc mạc do thủng dạ dày. Phản ứng thành bụng làm chúng ta dễ chẩn đoán lầm lẫn bệnh với những cấp cứu ngoại khoa khác. Tiếng ruột nghe có thể giảm hoặc mất hẳn.

Dấu hiệu toàn thân thay đổi tùy mức độ nặng nhẹ của bệnh. Bệnh nhân tinh táo, hơi lú lẫn hoặc thỉnh thoảng có những triệu chứng thần kinh như: rối loạn phương hướng, kích động, nói nhảm, co cứng cơ thậm chí có trường hợp hôn mê. Dấu hiệu sinh tồn không thay đổi nhiều. Trong thể nặng ta có thể thấy: nhịp tim nhanh 100-140 lần/phút, huyết áp thấp, nhịp thở nhanh nông, nhiệt độ bình thường trong những giờ đầu nhưng gia tăng trong những giờ sau, khoảng 90% bệnh nhân có sốt, vàng da gặp trong 20-30% trường hợp.

Những triệu chứng lâm sàng gợi ý cho chúng ta bệnh viêm tụy cấp nhưng để chẩn đoán xác định thường đòi hỏi có các xét nghiệm sinh hóa và hình ảnh. Xét nghiệm

sinh hóa quan trọng nhất là Amylase. Để có những hình ảnh có giá trị cho chẩn đoán, chúng ta có thể sử dụng các phương tiện siêu âm, X quang và nhất là chụp cắt lớp. Tuy là xét nghiệm quan trọng trong chẩn đoán viêm tụy cấp nhưng Amylase không phải là xét nghiệm có độ nhạy cảm và đặc hiệu cao. Xét nghiệm Amylase trong máu bệnh nhân viêm tụy cấp có 1/3 bệnh nhân có giá trị Amylase dưới 200 đơn vị Somogyi, 1/3 có giá trị từ 200-500 đơn vị và 1/3 có giá trị trên 500 đơn vị. Ngoài viêm tụy cấp còn có các nguyên nhân gây tăng Amylase khác: viêm túi mật cấp, sỏi túi mật có hay không kèm tình trạng viêm mật quản, xoắn ruột non. Chúng ta có thể đo Amylase trong nước tiểu bệnh nhân, thường tăng quá 300 đơn vị trong một giờ. Chính vì những hạn chế kể trên, người ta tìm một biện pháp khác có độ tin cậy cao hơn là độ thanh thải Amylase so với Creatinine, khi trên 6 thường là có giá trị chẩn đoán, ngoại trừ phỏng nặng hay tiểu đường. Lipase trong máu chẳng những khó định lượng mà thật ra cũng không hoàn toàn chính xác.

Chụp X quang ổ bụng có thể cung cấp những dấu hiệu có giá trị như: dấu hiệu quai ruột canh gác là đoạn hông tràng đầu tiên căng dãn ở một phần tư bụng trên, đại tràng bị cắt cụt hay những dấu cản quang vùng tụy. Chụp đường mật cản quang qua đường uống có thể thấy túi mật, nhưng tỉ lệ thất bại của phương pháp này là 20-30%. Chụp cắt lớp trong viêm tụy cấp có thể thấy tụy lớn, thỉnh thoảng có thể thấy phù quanh tụy.

Ngoài những xét nghiệm dùng chẩn đoán, chúng ta còn nhiều những xét nghiệm giúp

theo dõi, đánh giá mức độ nặng nhẹ của bệnh qua từng thời gian. Một số xét nghiệm có thể kể đến như: công thức hồng cầu, đường huyết, BUN, SGOT, LDH, Canxi trong máu, dự trữ kiềm...

I. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Điều trị viêm tụy cấp là điều trị nội ngoại khoa kết hợp, trong đó đại đa số trường hợp bệnh nhân được điều trị nội khoa thành công. Chúng ta có thể chia bệnh nhân viêm tụy cấp thành 3 nhóm:

- Những bệnh nhân viêm tụy cấp nhẹ, điều trị nội khoa dễ dàng thành công.
- Những bệnh nhân viêm tụy cấp nặng phải được điều trị tích cực, săn sóc và theo dõi tại phòng chăm sóc đặc biệt.
- Các bệnh nhân còn lại được can thiệp phẫu thuật với 4 chỉ định cụ thể sẽ được giới thiệu sau.

Khoảng 80% viêm tụy cấp là viêm tụy nhẹ dễ dàng hồi phục với điều trị nội khoa. Đây là viêm tụy phù nề có tỉ lệ tử vong thấp khoảng 1-2%. Khoảng 20% bệnh nhân còn lại ở trong tình trạng viêm tụy cấp nặng.

Hầu hết viêm tụy cấp nặng là viêm tụy hoại tử. Tỉ lệ tử vong trong viêm tụy hoại tử cao hơn trong viêm tụy thể phù nề đáng kể. Nếu hoại tử vô trùng tỉ lệ tử vong khoảng 10% thì viêm tụy hoại tử nhiễm trùng tỉ lệ tử vong là 30%. Tỉ lệ tử vong trong cả viêm tụy hoại tử vô trùng và hữu trùng chịu ảnh hưởng nhiều bởi những biến chứng toàn thân.

Phẫu thuật có vai trò nhất định trong việc điều trị viêm tụy cấp nhất là những trường hợp viêm tụy cấp nặng.

Với nền tảng này chúng ta phải chẩn đoán chính xác, chẩn đoán nguyên nhân và phân biệt giữa các thể viêm tụy cấp nặng hay nhẹ. Điều quan trọng là phải điều trị nội khoa tích cực, theo dõi sát sao để phát hiện các biến chứng nhất là biến chứng nhiễm trùng mô hoại tử.

II. CÁC DẤU HIỆU ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG

Có nhiều cách đánh giá mức độ nặng được đề xuất nhằm có hướng theo dõi và điều trị thích hợp.

1. Dấu hiệu dự đoán sớm.
2. Chụp cắt lớp.
3. Biến chứng toàn thân.
4. Các Marker.

A. YẾU TỐ DỰ ĐOÁN SỚM

1. Dấu hiệu dự hậu Ranson

Vào năm 1974 Ranson đã tập trung được 11 yếu tố khách quan có giá trị đáng kể trong dự hậu nặng.

Khi mới vào viện:

- Tuổi trên 55.
- Bạch cầu trên $16.000/\text{mm}^3$.
- Đường huyết trên 2g/l.
- LDH trên 350 đơn vị quốc tế/lít.
- SGOT trên 250 đơn vị Sigma-Frankel/100ml.

Trong vòng 48 giờ:

- Hematocrite tụt 10%.
- Urê máu tăng 0,5g/l.
- Canxi máu dưới 8mg%.
- PaO_2 dưới 60mmHg.
- Kiềm hóa máu trên 4 mEq/l.

- **Ước tính thể tích nước ứ đọng trên 6 lít.**

Những dấu hiệu này hữu ích trong việc đánh giá tình trạng nặng của viêm tụy cấp. Khi có dưới 3 yếu tố của Ranson dương tính hầu hết bệnh nhân sống còn. Với 3-5 yếu tố dương tính tỉ lệ tử vong là 10-20%. Với 6 yếu tố trở lên chúng ta thấy tỉ lệ tử vong là 50%.

Nhìn chung bệnh nhân có 3 yếu tố Ranson trở lên có tỉ lệ biến chứng cao và tỉ lệ hoại tử cao. Với 6 yếu tố Ranson trở lên phần lớn là có hoại tử.

Yếu tố tiên lượng của Ranson có một số giới hạn khi sử dụng:

- *Dầu tiên* là mỗi dấu hiệu Ranson chỉ dương tính trong khoảng từ 10-20% của tất cả các bệnh nhân viêm tụy cấp. Do đó người làm công tác lâm sàng phải đo đủ 11 yếu tố của Ranson thì mới đủ dữ liệu cho việc đánh giá.
- *Thứ hai* đòi hỏi phải theo dõi trong khoảng thời gian 48 giờ mới đủ cơ sở khẳng định. Ngoài việc phải đo và tính toán lượng nước thu nhập và thải trừ trong 48 giờ. Năm dấu hiệu còn lại phải ghi nhận dương tính trong 48 giờ đầu thật ra đến gần hết 48 giờ nó mới xảy ra. Sự trì hoãn trong 48 giờ để đánh giá nặng đã vô tình bỏ qua cơ hội tốt trong điều trị bệnh nhân.
- *Thứ ba* là tiêu chuẩn Ranson thật sự hữu ích trong trường hợp có từ hai yếu tố trở xuống hoặc 6 yếu tố tiên lượng nặng trở lên nhưng rất hạn chế trong trường hợp có từ 2-5 yếu tố. Khi có từ hai yếu tố trở xuống thì chắc chắn là rất ít có biến chứng toàn thân hoặc tình trạng tụy hoại

tử, kết quả điều trị tốt. Khi có 6 yếu tố trở lên chắc chắn có biến chứng toàn thân hoặc tình trạng hoại tử, tử vong cao. Tuy nhiên một số lớn bệnh nhân có từ 2-5 yếu tố tiên lượng nặng với kết quả tử vong 10-20% và chúng ta không đánh giá được bệnh nhân nào trong số này sẽ sống và bệnh nhân nào sẽ chết. Về phương diện thực hành cần những thông tin chính xác hơn trong tiên lượng cho nhóm bệnh nhân này.

- *Thứ tư* tiêu chuẩn Ranson chỉ ghi nhận trong vòng 48 giờ sau nhập viện do đó sẽ không theo dõi được sau 48 giờ.

2. APACHE II

Cách đánh giá này dựa trên tuổi của bệnh nhân, các bệnh mạn tính và 12 yếu tố sinh lý. Hệ thống này được sử dụng trên lâm sàng để đánh giá độ nặng của một số tình trạng bệnh. Chỉ số này tỏ ra hữu ích trong tiên lượng bệnh nhân trong 48 giờ đầu. Bệnh nhân với điểm số APACHE II dưới 9 yếu tố trong vòng 48 giờ đầu thường có kết quả tốt. Ngược lại những bệnh nhân có APACHE II từ 13 yếu tố trở lên thường có kết quả xấu. Với những bệnh nhân có từ 10 yếu tố tiên lượng trở lên chúng ta phải theo dõi và đánh giá liên tục.

B. CHỤP CẮT LỐP

Chụp cắt lớp chứng tỏ hữu ích trong việc đánh giá tình trạng nặng của bệnh nhân. Trong hệ thống đánh giá của Balthazar:

- Độ A: không phát hiện bất thường.
- Độ B: tụy lớn khu trú hoặc lan tỏa.
- Độ C: có viêm nhẹ quanh tụy.
- Độ D: tụy lớn với dịch tụ lại ở vùng trước thận.
- Độ E: tụy lớn với tụ dịch ít nhất ở hai

vùng ví dụ trước thận và hậu cung mạc nối.

Độ A và B cho kết quả tốt. Độ C có tỉ lệ nhiễm trùng là 10% nhưng tử vong hiếm. Độ D và E tỉ lệ nhiễm trùng là 50% và tỉ lệ tử vong là 15%.

Kết hợp cùng yếu tố tiên lượng của Ranson chúng ta thấy những bệnh nhân ở độ C và D có tỉ lệ nhiễm trùng là 10 và 50% nhưng chỉ những bệnh nhân có yếu tố tiên lượng Ranson cao thì mới có biến chứng. Bệnh nhân ở độ E nhưng chỉ những bệnh nhân có 5 yếu tố tiên lượng của Ranson trở lên thì tử vong. Chính vì thế sự kết hợp của tiêu chuẩn Ranson và chụp cắt lớp có giá trị hơn.

Cần ghi nhớ rằng độ C và D trên chụp cắt lớp bao động cho chúng ta khả năng nhiễm trùng. Không nên quá dựa vào chụp cắt lớp để đánh giá viêm tụy vô trùng hay nhiễm trùng trừ khi thấy sự hiện diện của hơi trong vùng sau phúc mạc. Cần nhận thấy rằng ngay cả viêm tủy độ D và E cũng có thể là biểu hiện của phù tụy. Tỉ lệ tử vong của hoại tử vô trùng là 10% và tỉ lệ tử vong của hoại tử nhiễm trùng là 30%. Để phân biệt hoại tử vô trùng và hữu trùng là chọc hút và nhuộm gram hoặc cấy vi trùng.

C. CÁC BIẾN CHỨNG TOÀN THÂN

Sự có mặt của biến chứng toàn thân làm gia tăng tỉ lệ tử vong. Tuy nhiên biến chứng toàn thân cũng có thể xảy ra trong phù tụy với tử vong thấp. Khi biến chứng toàn thân xảy ra trong viêm tụy hoại tử tiên lượng nặng nề.

Bốn biến chứng quan trọng nhất trong viêm tụy cấp là:

- Biến chứng tim mạch: khi huyết áp tâm thu dưới 80mmHg trong ít nhất 15 phút.

- Biến chứng hô hấp: khi pO₂ dưới 60mmHg đòi hỏi hô hấp hỗ trợ trong 24 giờ.
- Biến chứng tiết niệu: khi Creatinine trong máu trên 1,4 mg khi vào viện.
- Biến chứng nhiễm trùng: khi nhiệt độ trên 38,5 °C và bạch cầu trên 20.000/mm³.

Những biến chứng khác bao gồm: thời gian Thrombin kéo dài gấp 2 lần giá trị chung.

D. CÁC MARKER

C-reactive protein, alpha₂-macroglobulin là xét nghiệm phân biệt được tình trạng hoại tử và viêm tụy phù nề nhưng chỉ ghi nhận trong một ít nghiên cứu.

Alpha-antiprotease không có giá trị.

Chất thoái hóa của phospholipase-A₂ và leucocyte elastase có thể phân biệt thể phù nề với thể hoại tử.

Trypsinogen trong nước tiểu có thể phân biệt thể nhẹ và thể nặng của viêm tụy cấp nhưng không phân biệt được thể phù nề và thể hoại tử.

III. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Viêm tụy cấp được điều trị tùy theo thể nặng hay nhẹ. Trong thể viêm tụy cấp nhẹ chúng ta vừa điều trị vừa theo dõi những dấu hiệu dự hậu nặng. Khi có những dấu hiệu dự hậu nặng chúng ta chuyển sang điều trị theo phác đồ điều trị viêm tụy cấp nặng sẽ được trình bày dưới đây.

A. CÁC DẤU HIỆU NGUY HIỂM

Khi tụy viêm nhẹ nhưng trong 6 đến 24 giờ có một dấu hiệu nặng thì phải thận trọng. Những dấu hiệu nguy hiểm này bao gồm các dấu hiệu suy tim, thận, hô hấp. Những dấu hiệu nặng này thực chất là những yếu tố tiên lượng nặng theo tiêu chuẩn của Ranson hay APACHE II.

- Dấu hiệu nguy hiểm về tim mạch là nhịp tim trên 130 lần/phút.
- Huyết áp tối đa dưới 90mmHg.
- Hct trên 50%.
- Nước tiểu dưới 50ml/giờ.
- pO_2 dưới 60mmHg và không cải thiện sau điều trị nội khoa tích cực trong 30-60 phút.
- Dấu hiệu cuối cùng là những biểu hiện thần kinh do những độc chất hoặc những men gây tổn thương não.

Xuất hiện của bất cứ yếu tố nào cũng đều phải được coi như cần phải điều trị nội khoa tích cực như một viêm tụy cấp nặng.

B. NỘI DUNG ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Khi có viêm tụy cấp nặng bệnh nhân phải được chuyển đến săn sóc đặc biệt theo dõi và điều trị. Phải ghi nhận các thông số sau: Dấu hiệu sinh tồn, CVP, đo áp lực mao động mạch phổi, gaz trong máu, đo nước thu nhập trong ít nhất là 8 giờ, đặt ống thông tiểu, thở oxygen, giảm đau, cân nặng hàng ngày. Các nội dung điều trị nội khoa.

1. Dịch truyền

Trong viêm tụy cấp nặng, đo lường mất nước qua CVP và ống thông Swan Ganz là hữu hiệu trong việc đánh giá mất nước điện giải. Trong những ngày đầu lượng nước và điện giải cần bồi hoàn khoảng 5-6 lít cá biệt có thể lên đến 10 lít. Khi có mất protein thì sự bồi hoàn dịch phải gồm cả dịch keo. Nếu có chảy máu sau phúc mạc, truyền máu là cần thiết nhằm duy trì Hct ở mức độ lý tưởng cho vi tuần hoàn là 30-32%.

2. Giảm tiết dịch tụy

Để tụy yên nghỉ chúng ta không cho ăn bằng đường miệng. Sử dụng tốt nhất thông

mũi-dạ dày trong viêm tụy cấp nặng để giảm biến chứng hít, tình trạng liệt ruột, cũng như chống loét dạ dày.

Giảm dịch dạ dày vào tá tràng bằng cách hút ống thông mũi dạ dày và cho thuốc chống acid mỗi 1-2 giờ hoặc cho thuốc chống H_2 tĩnh mạch hoặc cả hai cách. Những thuốc khác làm giảm tiết acid dạ dày là Glucagon, thuốc chống cholin, calcitonin, sandostatin. Tuy nhiên không có nhân tố nào chứng minh cải thiện tỉ lệ tử vong.

3. Giảm đau

Đau nghiêm trọng có thể được điều trị với meperidin 75-100mg cho tĩnh mạch sau mỗi 2-3 giờ.

Cho giảm đau phải được đánh giá lại mỗi ngày nhằm tránh tình trạng ngộ độc thuốc hoặc đánh giá đau do viêm tụy cấp hay do biến chứng.

4. Chống nhiễm trùng

Không có công trình nào công bố kháng sinh dự phòng làm giảm biến chứng nhiễm trùng trong viêm tụy cấp. Một khi nhiễm trùng xảy ra hoặc bởi sự hiện diện của hơi trong phúc mạc trên chụp cắt lớp hoặc bởi chọc dò ra dịch có vi trùng phải sử dụng kháng sinh. Trong nhiễm trùng lan rộng sau phúc mạc, ngay khi đã cho kháng sinh thích hợp tỉ lệ tử vong vẫn là 100% nếu không cắt lọc. Đây là một chỉ định ngoại khoa tuyệt đối.

5. Chuyển hóa

Bởi đường huyết có thể trở về bình thường không dự báo được nên khi cho insulin nên thận trọng. Thông thường khi đường huyết xuống còn 250mg% không nên cho insulin.

Điều chỉnh những rối loạn ion Canxi, Magnesium, Kali trong máu.

6. Hô hấp

Nếu cung cấp Oxy không thích ứng bằng cách cho mặt nạ thì phải tiến hành đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ. Nếu có bằng chứng của suy hô hấp thì phải sử dụng hô hấp hỗ trợ với áp lực dương cuối thì thở ra.

7. Tim mạch

Suy tim là biến chứng cần phải trị bằng đường tĩnh mạch. Rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim, sốc tim cần được điều trị với những thuốc kinh điển.

8. Lấy đi men tụy hoạt hóa

Có nhiều cách hiệu lực trong loại bỏ men tụy hoạt hóa.

- *Đầu tiên* các chất ức chế men trypsin sẽ kết hợp cùng với các men hoạt hóa và ngăn chặn những biến chứng toàn thân.
- *Thứ hai* là sự lấy đi các chất này bởi thẩm phân phúc mạc.
- *Thứ ba* là sử dụng phương pháp chọc rửa ổ bụng để lấy đi các men hoạt hóa trong dịch ổ bụng trước khi được hấp thu. Rửa ổ bụng được thực hiện với 1-2 lít dịch trong vòng 1 giờ trong 3 ngày liên tiếp.

Vai trò chính xác của nó còn đang bàn cãi. Rửa xoang phúc mạc chỉ có giá trị trong giai đoạn sớm của viêm tụy cấp, hoàn toàn không có giá trị trong giai đoạn muộn. Không có vai trò trong việc ngăn chặn quá trình hoại tử hay áp xe của viêm tụy. Chính vì thế rửa xoang phúc mạc được tiến hành trong vòng 24 giờ sau viêm tụy cấp, ở những bệnh nhân có mất huyết tương nhiều, hạ huyết áp, mạch trên 140 lần/phút

và tình trạng lâm sàng ngày càng xấu. Đáp ứng của bệnh nhân với rửa phúc mạc nhanh trong vòng vài giờ nếu như không có đáp ứng xảy ra chúng ta phải xem lại chẩn đoán. Rửa xoang phúc mạc kéo dài trong 7 ngày có khả năng giảm biến chứng nhiễm trùng từ 50% xuống còn 30%. Không có bệnh nhân nào tử vong vì nhiễm trùng trong nhóm rửa kéo dài ngược lại có 33% tử vong trong nhóm rửa xoang phúc mạc tiêu chuẩn trong 48 giờ.

9. Nuôi dưỡng

Bệnh nhân phải được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch cho đến cuối tuần lễ thứ nhất. Tuy nhiên đối với những trường hợp bệnh nhân nặng cho ăn bằng đường miệng có thể thực hiện sau nhiều tuần. Trong những bệnh nhân như thế trong những ngày đầu chúng ta phải thực hiện nuôi ăn qua đường tĩnh mạch. Chúng ta thấy rằng tăng lipide máu là một trong những nguyên nhân gây viêm tụy cấp nên việc nuôi dưỡng bằng dịch truyền có chứa lipide là còn bàn cãi. Khi nuôi bằng dịch có lipide phải thường xuyên đo triglyceride. Nếu triglyceride trong máu tăng quá 500mg% thì không cho nữa.

10. Chống viêm

Chống viêm tụy được thực hiện để thuốc làm tăng vi tuần hoàn trong mô tụy. Một chất kháng viêm chuyên biệt như chất ức chế hoạt động của protease, ức chế hoạt động của phospholipase A, những chất đối kháng hoạt động của kinin.

IV. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

A. CHỈ ĐỊNH

Có 4 chỉ định chính trong điều trị ngoại khoa viêm tụy cấp:

- Chẩn đoán không chắc chắn là viêm tụy cấp nghi ngờ một bệnh lý ngoại khoa khác trong ổ bụng.
- Điều trị những nhiễm trùng thứ phát.
- Điều trị sỏi mật gây viêm tụy cấp.
- Điều trị nội khoa tích cực không có kết quả.

B. MỤC TIÊU

- Điều trị nguyên nhân như lấy sỏi mật.
- Điều trị những biến chứng:
 - Cắt lọc những mô hoại tử.
 - Rửa sạch đi những chất độc tố trong ổ bụng.

C. THỜI ĐIỂM PHẪU THUẬT

Khi điều trị nội khoa không có kết quả có thể can thiệp sớm, các trường hợp còn lại nên phẫu thuật trì hoãn. Theo Acosta lấy sỏi kẹt trong vòng 48 giờ có thể làm giảm tỉ lệ tử vong từ 16% xuống còn 2%. Ranson trong lô nghiên cứu của ông thấy phẫu thuật trong tuần đầu, trong đó 3/4 được phẫu thuật trong 48 giờ cho tỉ lệ tử vong là 23%. Ngược lại không có tử vong nào trong số những bệnh nhân điều trị phẫu thuật khi viêm tụy được điều trị nội cho đến khi ổn định. Theo Kelly, trong vòng 72 giờ sỏi kẹt trong 63% trường hợp nhưng tỉ lệ tử vong sau mổ là 12%, nếu phẫu thuật trì hoãn trong vòng 5-7 ngày thì tỉ lệ sỏi còn kẹt là 5% và tỉ lệ tử vong là 0%.

Bởi 95% trường hợp viêm tụy cấp do sỏi thì tự nó sẽ giảm dần, với điều trị nội khoa và không có cơn bùng phát trong giai đoạn đầu và 95% sỏi tự vượt qua được trong tuần lễ đầu và can thiệp phẫu thuật lấy sỏi trong 48 giờ là không cần thiết. Cắt túi mật hay mở ống mật chủ, lấy sỏi tương đối an toàn khi viêm tụy cấp đã ổn định và tiến hành trong

thời gian nằm viện. Mặc khác phẫu thuật vào ngày thứ 6 đến ngày thứ 8 khi đó ranh giới giữa mô hoại tử và mô lành rõ ràng, cắt lọc thuận tiện hơn mổ sớm.

D. NỘI DUNG PHẪU THUẬT

1. Chẩn đoán không chắc chắn

Khi chẩn đoán không chắc chắn là viêm tụy cấp và chưa loại trừ được bệnh lý ngoại khoa thì chúng ta chỉ định phẫu thuật. Tất nhiên giảm bớt chỉ định này càng nhiều càng tốt và điều này một lần nữa khẳng định khó khăn khi chẩn đoán viêm tụy cấp.

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản và tư thế chọn lựa là nằm ngửa. Đường mổ được sử dụng tiện dụng nhất là đường mổ giữa bụng trên rốn. Sau khi mở bụng thám sát nếu chẩn đoán không phải là viêm tụy cấp thì tùy từng nguyên nhân mà có thái độ xử trí thích hợp. Nếu bệnh nhân thủng dạ dày thì khâu lỗ thủng, nếu bệnh nhân tắc ruột thì có nhiều cách can thiệp khác nhau tùy nguyên nhân gây tắc.

Khi chẩn đoán đúng là viêm tụy cấp trong ổ bụng có dịch và thường là viêm tụy hoại tử. Dịch trong ổ bụng được hút để xác định lượng Amylase, Lipase, vi trùng... Tùy vào mức độ hoại tử và kinh nghiệm phẫu thuật viên mà cắt lọc hợp lý. Thông thường đánh giá mô hoại tử mang tính chủ quan và khó chính xác. Chính vì thế phạm vi cắt tuy đến đâu hoàn toàn phụ thuộc nhận định của người mổ. Đối với những trường hợp viêm tụy phù nề nhẹ không có dịch trong ổ bụng ta có thể đóng bụng và kết thúc cuộc mổ và không cần làm gì thêm. Đối với những trường hợp trong ổ bụng có nhiều dịch đặt ống dẫn lưu vùng tụy là cần thiết.

Dẫn lưu túi mật hay ống mật chủ nếu thám sát thấy có sỏi trong túi mật hay ống mật chủ. Trong những trường hợp khác nếu có điều kiện nên chụp đường mật kiểm tra trong mổ. Khi không có sỏi túi mật việc đặt dẫn lưu giải áp phụ thuộc vào chọn lựa của người phẫu thuật.

Dẫn lưu hông tràng nuô ăn không cần thiết trong trường hợp viêm tụy phù nề, ngoại trừ những trường hợp viêm tụy nặng.

2. Điều trị nhiễm trùng mô hoại tử

Nhiễm trùng mô hoại tử là biến chứng nặng nhất và cũng là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong viêm tụy cấp. Điều trị nhiễm trùng mô hoại tử đặt ra những vấn đề phức tạp không kém.

Sau vài ngày viêm tụy cấp có thể có hiện tượng hoại tử thấy được trên chụp cắt lớp. Theo dõi trên chụp cắt lớp cản quang sau khi tiêm 150ml cản quang sau 20 giây, những vùng có độ cản quang dưới 40 đơn vị Hounsfield là có hoại tử.

Điều trị những hoại tử vô trùng còn rất nhiều bàn cãi.

Khi hoại tử vô trùng nhỏ nó có thể tự khỏi, khi có triệu chứng lâm sàng nên tiến hành chọc hút, khi có sự hiện diện của nhiễm trùng chúng phải được mổ cắt lọc. Xác định nhiễm trùng mô hoại tử bằng chọc hút ổ nhiễm trùng dưới hướng dẫn của siêu âm hay của chụp cắt lớp và cấy vi trùng.

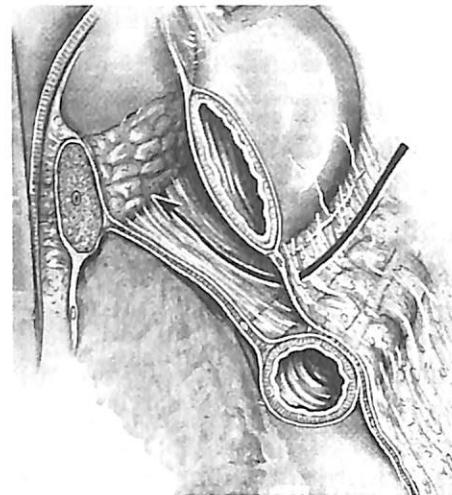
Khi có tụ dịch to không triệu chứng ta theo dõi mà không điều trị phẫu thuật với hy vọng chỉ một số nhỏ nhiễm trùng và ta chỉ điều trị ở nhóm này. Tụ dịch nhiều vô trùng gây triệu chứng chèn ép, cũng có chỉ định phẫu thuật.

Cách thức để cắt lọc mô hoại tử trong nhiễm trùng mô tụy:

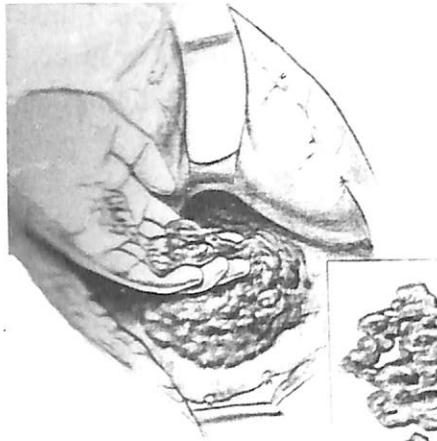
- Qua dây chằng vị đại tràng vào tụy, thực hiện cắt lọc rộng rãi mô tụy và mô quanh tụy. Phải cắt lọc từ đầu tụy cho tới đuôi tụy, tất cả mô hoại tử phải được cắt lọc sau đó đặt dẫn lưu cạnh chỗ cắt lọc. Chỗ mở đầu tiên ở gần góc Treitz, sau đó đi dần về phía trái để tạo nên một phẫu trường đủ rộng cho việc cắt lọc và dẫn lưu. Cả những tụ dịch bên trái và phải đều có thể sử dụng đường này. Dây dính trong mô hoại tử phải được cắt và cột vì đây thường là những mạch máu của tụy. Dẫn lưu nên thực hiện với pencrose và gạc. Nó vừa có tác dụng dẫn lưu, vừa có tác dụng lấp đầy khoảng trống, vừa có tác dụng chống những chảy máu. Phải đưa các ống dẫn lưu ra ngoài ở chỗ khác vết mổ tránh nhiễm trùng vết mổ. Tất cả các ống dẫn lưu phải để ít nhất 7 ngày. Khi có nhiều dịch ra ở ống dẫn lưu phải hút, khi lượng dịch ra ít cơ thể chuyển sang dẫn lưu thụ động. Khi rút ống dẫn lưu chúng ta tiến hành rút từ từ mỗi ngày một ít, vì tiến trình hoại tử có thể còn tiếp tục trong những ngày sau.
- Ngoài ra, chúng ta còn có những phương thức khác như:
Theo Berger vào tụy qua đường dây chằng vị đại tràng (Hình 1,2), cắt lọc mô hoại tử (Hình 3), sau đó đặt ống dẫn lưu vào trong hậu cung mạc nối và rửa liên tục (Hình 4). Thời gian cho phép rửa trung bình trong 25 ngày với dung dịch đẳng trương, tỷ lệ tử vong là 8,1%.
- Kỹ thuật khác: sau khi cắt lọc mô hoại tử chúng ta dùng gạc ướt lấp đầy vào ổ tụy, khâu một phần vết mổ và cứ 48



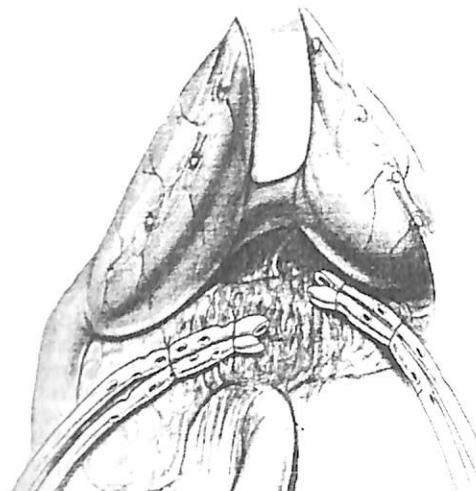
Hình 1. Sơ đồ đường vào hậu cung mạc nối



Hình 2. Đường qua dây chằng vị-đại tràng



Hình 3. Cắt lọc mô hoại tử



Hình 4. Dẫn lưu sau cắt lọc

giờ bệnh nhân được đưa lại phòng mổ để cắt lọc tiếp tục. Kỹ thuật này cũng cho kết quả tốt nhưng trở ngại là bệnh nhân phải chịu gây mê nhiều lần, và phẫu thuật viên phải theo dõi chặt chẽ bệnh nhân. Biến chứng rò ruột ghi nhận đáng kể trong phương pháp này (15-20%).

Nhiễm trùng mô tụy khoảng 40-70% trong viêm tụy hoại tử. Tần suất nhiễm trùng cao nhất vào tuần thứ ba của tiến trình viêm

tụy cấp. Chúng ta cần phân biệt nhiễm trùng mô hoại tử và áp xe tụy. Nhiễm trùng mô tụy có tỉ lệ tử vong cao khi phải can thiệp trong giai đoạn sớm của bệnh. Ngược lại những trường hợp nhiễm trùng xảy ra muộn, khi những chất hoại tử đã trở thành dịch nên có thể can thiệp bằng cách hút.

3. Điều trị sỏi mật

Những bằng chứng sỏi mật cho thấy trong hầu hết bệnh nhân viêm tụy cấp do sỏi mật

có sự di chuyển của sỏi qua ống mật vào ruột gây tắc ống tụy. Một số trường hợp viêm tụy cấp tái phát sau 8 tuần. Chính vì thế việc điều trị sỏi mật được đặt ra.

Với những viêm tụy cấp nhẹ, điều trị nội giảm, ít ảnh hưởng toàn thân được mổ sau 3-5 ngày.

Viêm tụy cấp nặng nhưng diễn tiến giảm dần với điều trị nội được mổ trong 4 tuần.

Với viêm tụy cấp nặng có vàng da, sốt và không giảm với điều trị nội nên lấy sỏi qua nội soi trong vòng 72 giờ.

Nội soi tiêu hóa cắt cơ vòng lấy sỏi thực hiện bởi những phẫu thuật viên kinh nghiệm thành công khoảng 90%. Khi sỏi kẹt bóng Vater, nội soi cắt cơ vòng và lấy sỏi sẽ cải thiện tình huống lâm sàng. Trong trường hợp sỏi kẹt bóng Vater kết hợp viêm đường mật thì phẫu thuật sớm là hữu ích. Nếu phải thực hiện tạo hình cơ vòng thì nên tiến hành trong vòng 72 giờ đầu.

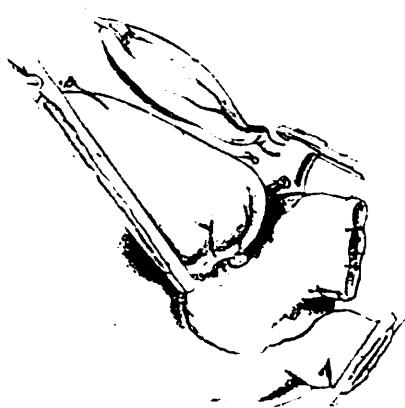
4. Điều trị nội khoa thất bại

Khi điều trị nội khoa thất bại vấn đề đặt ra có nên mổ hay không? Thật ra khái niệm

điều trị nội khoa phải bao gồm áp dụng các biện pháp điều trị một cách tích cực mà tình trạng bệnh nhân không cải thiện hoặc ngày một nặng hơn. Khi đó vấn đề chỉ định mổ được đặt ra.

Khi mổ điều có lợi thứ nhất là ta có thể kiểm tra được chẩn đoán có đúng viêm tụy cấp hay một cấp cứu ngoại khoa nào khác. Khi chẩn đoán là viêm tụy cấp thường là viêm tụy hoại tử vấn đề cắt tụy được đặt ra. Phẫu thuật viên phải quyết định phần nào của tụy phải cắt. Quyết định thường khó khăn bởi vì sang thương ngoài mặt thường không tương ứng với thương tổn bên trong nhu mô tụy, sau nhiều ngày thì thương tổn này trở nên rõ ràng hơn. Trong những ngày đầu, chỉ có sự phù nề có thể có hoặc không có chảy máu đi kèm. Bởi thế phẫu thuật sẽ có tỉ lệ tử vong cao trong những trường hợp này. Cắt tá tụy (Hình 5) hay cắt toàn bộ tụy có tỉ lệ tử vong khoảng 60% hay cao hơn. Cắt đuôi tụy (Hình 6,7,8) thực hiện trong viêm tụy cấp có tỉ lệ tử vong khoảng 40%.

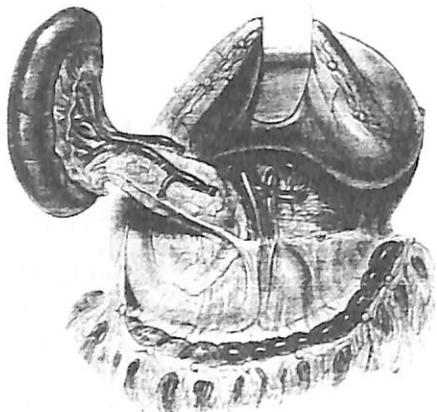
Tóm lại viêm tụy cấp là một bệnh có thể được điều trị thành công bằng nội khoa



Hình 5. Cắt khối tá tụy



Hình 6. Cắt toàn bộ tụy

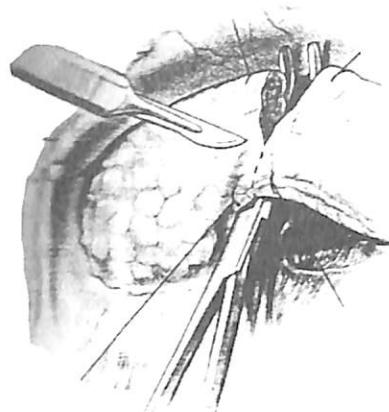


Hình 7. Phẫu tích đuôi tụy

trong phần lớn các trường hợp. Những trường hợp viêm tụy cần phẫu thuật là những trường hợp gấp hoặc khó khăn trong chẩn đoán hoặc trong điều trị. Điều trị ngoại khoa gấp nhiều khó khăn cho phẫu thuật viên và tỉ lệ tử vong hâyn còn cao.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Banks P.A.-Acute pancreatitis. Bockus' gastroenterology. 1995: 2888-912.
2. Silen W.; Steer M.L. Acute pancreatitis. Principle of surgery. 5th Ed. Schwartz. 1989: 1418-22.
3. Trương Công Trung. Viêm tụy cấp. Bài giảng bệnh học ngoại khoa. Bộ môn Ngoại Trưởng Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, Tập 1, 1991: 427-41.
4. Trương Công Trung. Điều trị ngoại khoa viêm tụy cấp. Bài giảng Điều trị học ngoại khoa. Bộ môn Ngoại Trưởng Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, Tập 1, 1986: 360-75.
5. Yeo C.T.; Cameron J.L. Acute pancreatitis. Sabiston textbook of surgery. 15th Ed. 1997: 1156-65.



Hình 8. Cắt đuôi tụy

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ (Chọn câu đúng nhất)

1. Dấu hiệu nào sau đây là dấu hiệu dự hậu nặng theo Ranson khi mới vào viện:
 - A. Bệnh nhân có Hematocrite dưới 10%.
 - B. Urê máu trên 0,5g/l.
 - C. Bạch cầu trên 12.000/mm³.
 - D. Tuổi trên 55.
 - E. Đường huyết dưới 2g/l.
2. Dấu hiệu nào sau đây là dấu hiệu dự hậu nặng của Ranson trong vòng 48 giờ:
 - A. Tuổi trên 55.
 - B. Hematocrite dưới 10%.
 - C. Đường huyết trên 2g/l.
 - D. Can-xi máu dưới 8mg%.
 - E. Men LDH trên 350 đơn vị quốc tế trong lít.
3. Dấu hiệu trên Chụp cắt lớp nào sau đây chứng tỏ có sự nhiễm trùng:
 - A. Tụy lớn lan tỏa.
 - B. Có viêm nhẹ mô quanh tụy.
 - C. Tụy lớn có tụ dịch vùng trước thận.
 - D. Có hơi sau phúc mạc.
 - E. Có tụ dịch ở nhiều hơn hai nơi.

4. Bốn biến chứng quan trọng trong viêm tụy cấp là:
- A. Biến chứng tim mạch, hô hấp, tiết niệu, nhiễm trùng.
 - B. Biến chứng thần kinh, hô hấp, tiết niệu, nhiễm trùng.
 - C. Biến chứng tim mạch, thần kinh, hô hấp, tiết niệu.
 - D. Biến chứng tim mạch, thần kinh, tiết niệu, nhiễm trùng.
 - E. Biến chứng tim mạch, thần kinh, hô hấp, nhiễm trùng.
5. Bồi hoàn dịch trong viêm tụy cấp, không nên dùng:
- A. Dịch đậm.
 - B. Dịch đường.
 - C. Dịch mờ.
 - D. Máu.
 - E. Huyết thanh mặn.
6. Cách điều trị nào không phục vụ cho việc nghỉ ngơi của tụy:
- A. Nhịn ăn.
 - B. Đặt ống thông mũi dạ dày.
 - C. Cho thuốc kháng tiết.
 - D. Thuốc sandostatin.
 - E. Trasylol.
7. Thuốc nào sau đây không nên dùng cho viêm tụy cấp:
- A. Sandostatin.
 - B. Meperidin.
 - C. Glucagon.
 - D. Morphin.
 - E. Kháng sinh.
8. Chỉ định nào sau đây không phải là chỉ định điều trị phẫu thuật viêm tụy cấp:
- A. Điều trị nội khoa thất bại.
 - B. Chưa loại trừ được bệnh lý ngoại khoa khác.
 - C. Nhiễm trùng thứ phát.
 - D. Điều trị sỏi mật.
 - E. Rửa lấy đi men tụy trong ổ bụng.
9. Thời điểm thuận tiện nhất cho phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử là:
- A. Mổ trong vòng 12 giờ.
 - B. Mổ trong vòng 24 giờ.
 - C. Mổ từ ngày thứ hai đến ngày thứ tư.
 - D. Mổ ngày thứ 6 đến ngày thứ 8.
 - E. Mổ sau 1 tháng.
10. Nội soi cắt cơ vòng trong vòng 72 giờ để lấy sỏi được thực hiện ở bệnh nhân:
- A. Viêm tụy cấp nhẹ do sỏi mật.
 - B. Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng.
 - C. Viêm tụy cấp nặng điều trị nội khoa có đáp ứng.
 - D. Viêm tụy cấp nặng kết hợp viêm đường mật.
 - E. Viêm tụy thể phù nề.
11. Chỉ định cắt lọc mô hoại tử khi:
- A. Có sự hiện diện của mô hoại tử nhỏ vô trùng, không triệu chứng.
 - B. Có sự hiện diện của mô hoại tử to, không triệu chứng.
 - C. Hoại tử to có nhiễm trùng.
 - D. Hoại tử vô trùng nhỏ, có triệu chứng mà không nhiễm trùng.
 - E. Khi mô tụy xuất huyết.
12. Trong cắt lọc mô hoại tử, không nên:
- A. Cắt lọc từ đầu tụy tới đuôi tụy.
 - B. Các dây chằng trong mô tụy phải được cắt và cột cẩn thận.
 - C. Phải dẫn lưu ổ tụy bằng gac và pencrose.
 - D. Dẫn lưu phải được hút.
 - E. Khi rút ống dẫn lưu phải rút một lần.
13. Mục tiêu của điều trị ngoại gồm:
- A. Điều trị nguyên nhân, điều trị các biến chứng.
 - B. Mở thông dạ dày, chẩn đoán chắc chắn, điều trị nguyên nhân.

- C. Mở thông dạ dày, điều trị nguyên nhân, điều trị các biến chứng.
- D. Chẩn đoán chắc chắn, rửa ổ bụng, điều trị các biến chứng.
- E. Rửa ổ bụng, điều trị nguyên nhân, điều trị các biến chứng.
14. Cắt tụy chính xác khi:
- A. Khi phải can thiệp sớm.
- B. Khi có phù lan tỏa ở tụy.
- C. Khi viêm tụy đang xuất huyết.
- ~~D. Khi hoại tử đã có ranh giới rõ ràng.~~
- E. Khi kèm nang giả tụy.
15. Yếu tố quan trọng nhất trong chỉ định mổ ở bệnh nhân viêm tụy cấp có hoại tử là:
- A. Phạm vi hoại tử.
- B. Sự hiện diện của dịch trong ổ bụng.
- C. Nồng độ của amylase trong máu.
- ~~D. Sự nhiễm trùng của mô hoại tử.~~
- E. Tuổi của bệnh nhân.

ĐÁP ÁN

- | | | |
|------|-------|-------|
| 1. D | 6. E | 11. C |
| 2. D | 7. D | 12. E |
| 3. D | 8. E | 13. A |
| 4. A | 9. D | 14. D |
| 5. C | 10. D | 15. D |

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA UNG THƯ ĐẠI TRÀNG-TRỰC TRÀNG

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được nguyên tắc điều trị ngoại khoa bệnh ung thư đại trực tràng.*
2. *Trình bày được cách chuẩn bị đại tràng trong phẫu thuật đại trực tràng.*
3. *Nêu chỉ định cho từng phương pháp phẫu thuật.*
4. *Nêu được các tai biến và các biến chứng cho từng loại phẫu thuật đại trực tràng.*
5. *Trình bày được cách theo dõi và đánh giá tiên lượng.*

Ung thư đại trực tràng là một bệnh khá phổ biến ở các nước Âu Mỹ, chiếm hàng đầu trong ung thư đường tiêu hóa tại các nước Mỹ và Pháp. Số bệnh nhân được phát hiện mỗi năm nhiều hơn và tỉ lệ tử vong cao. Ở các nước Châu Á và châu Phi thì ít hơn. Tại Việt Nam ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ hai trong ung thư đường tiêu hóa sau ung thư dạ dày. Điều trị chủ yếu là phẫu thuật. Các phương pháp khác chỉ bổ túc.

I. GIẢI PHẪU HỌC

Ruột già gồm đoạn ruột từ van hối manh tràng (van Bauhin) cho tới lỗ hậu môn.

A. VỀ GIẢI PHẪU

Ruột già được chia làm hai phần:

1. Đại tràng

Gồm manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan, đại tràng ngang, đại tràng góc lách, đại tràng xuống và đại tràng chậu hông (xích ma) tạo thành một cái khung hình

chữ U lộn ngược từ hố chậu phải tới hố chậu trái. Có những đoạn di động (manh tràng, đại tràng ngang, đại tràng chậu hông) và những đoạn không di động (đại tràng lên, góc gan, góc lách và đại tràng xuống).

2. Trực tràng

Là đoạn ruột cuối của đường tiêu hóa dài khoảng 15cm, tiếp nối với đại tràng chậu hông ở ngang đốt xương cùng thứ 3 (S3) tới lỗ hậu môn. Chia hai phần:

- **Bóng trực tràng:** phần trên, chỗ phình to nằm trong hốc chậu và tựa vào xương cùng.
- **Ống hậu môn:** phần dưới, dài khoảng 3-4cm, liên quan đến các cơ vòng hậu môn.

Trực tràng hơn nửa trên nằm trong ổ bụng được phúc mạc che phủ và phần cuối nằm ở ngoài ổ bụng dưới phúc mạc.

Liên quan

- **Mặt trước:** bàng quang, niệu đạo ở nam và tử cung, âm đạo ở nữ.

- Mặt sau: xương cùng cụt.
 - Mặt bên: niệu quản và phần phụ (ở nữ).
- Phần cuối ở ống hậu môn liên quan với các cơ vòng, cơ nâng hậu môn và các khoang quanh trực tràng.

B. VỀ PHẪU THUẬT

1. Đại tràng được chia hai phần

- *Đại tràng phải*: từ manh tràng đến nửa phải đại tràng ngang.
- *Đại tràng trái*: từ nửa trái đại tràng ngang đến chỗ nối đại tràng chậu hông và trực tràng.

2. Trực tràng có hai cách chia

- *Chia hai phần*: trực tràng trong ổ bụng và trực tràng ngoài ổ bụng. Nếp phúc mạc chậu ngăn hai phần ở cách bờ hậu môn 7-9cm.
- *Chia ba phần*:
 - 1/3 dưới: 0-5cm cách bờ hậu môn.
 - 1/3 giữa: 6-10cm cách bờ hậu môn.
 - 1/3 trên: 11-15cm cách bờ hậu môn.

C. ĐỘNG MẠCH VÀ TĨNH MẠCH CỦA ĐẠI TRỰC TRÀNG

1. Đại tràng phải

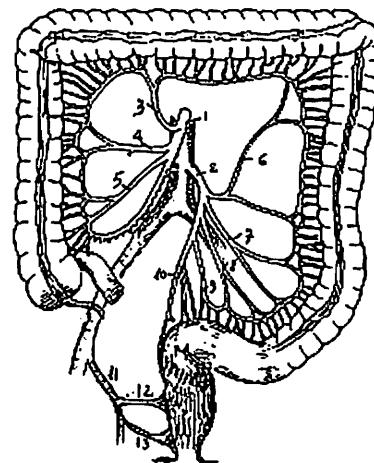
Được cung cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng trên (các nhánh động mạch hồi manh-trực tràng, động mạch đại tràng phải, động mạch đại tràng giữa) và theo hệ tĩnh mạch mạc treo tràng trên về tĩnh mạch cửa.

2. Đại tràng trái

Được cung cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng dưới (các nhánh động mạch đại tràng trái, động mạch đại tràng chậu hông) và theo hệ tĩnh mạch mạc treo tràng dưới về tĩnh mạch cửa.

3. Trực tràng

- 1/3 trên: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng trên (trĩ trên), là nhánh cuối của động mạch mạc treo tràng dưới và dẫn máu theo tĩnh mạch trực tràng trên, tĩnh mạch mạc treo tràng dưới về tĩnh mạch cửa (Hình 1).
- 1/3 giữa: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng giữa (trĩ giữa) từ nhánh của động mạch hạ vị (hay chậu trong).
- 1/3 dưới: được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng dưới (trĩ dưới) từ nhánh động mạch thận, một nhánh của động mạch hạ vị.
- 2/3 dưới của trực tràng máu được dẫn theo tĩnh mạch hạ vị về hệ tĩnh mạch chủ dưới.



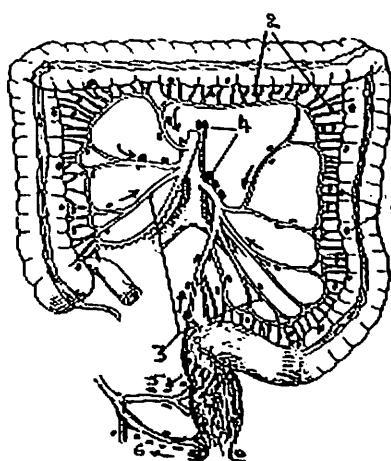
Hình 1. Động mạch nuôi dưỡng đại trực tràng

1. Động mạch mạc treo tràng trên, 2. ĐM mạc treo tràng dưới, 3. ĐM đại tràng giữa, 4. ĐM đại tràng trái, 5. ĐM hồi manh đại tràng, 6. ĐM đại tràng trái, 7,8,9. Các ĐM đại tràng chậu hông, 10. ĐM trực tràng trên, 11. ĐM hạ vị, 12. ĐM trực tràng giữa, 13. ĐM trực tràng dưới

D. HỆ BẠCH HUYẾT

Các chuỗi hạch bạch huyết dọc theo các hệ mạch máu của đại trực tràng (Hình 2).

- *Chuỗi hạch bạch huyết mạc treo tràng trên:* dẫn lưu các hạch bạch huyết của đại tràng phải.
- *Chuỗi hạch bạch huyết mạc treo tràng dưới:* dẫn lưu các hạch bạch huyết của đại tràng trái và phần trên của trực tràng.
- *Chuỗi hạch bạch huyết hạ vị:* dẫn lưu các hạch bạch huyết của phần giữa trực tràng.
- *Chuỗi hạch bạch huyết vùng bụng:* dẫn lưu các hạch bạch huyết của phần thấp trực tràng.



Hình 2. Hệ bạch huyết của đại tràng

1. Hạch thành đại tràng, 2. Hạch cung đại tràng 3. Hạch trung gian của đại tràng, 4. Hạch chính của đại tràng, 5. Hạch hạ vị, 6. Hạch bụng

II. CHẨN ĐOÁN

A. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1. Lâm sàng

Một người có tuổi mất thói quen đi cầu và có rối loạn tiêu hóa như táo bón, tiêu chảy hoặc

xen kẽ táo bón và tiêu chảy. Đi cầu ra máu hoặc đàm nhớt, đi cầu nhiều lần trong ngày hoặc phân đet nhỏ.

Khám bụng phát hiện khối u dọc theo khung đại tràng hoặc thăm trực tràng phát hiện khối u trực tràng ở đoạn thấp.

2. Cận lâm sàng

X quang đại tràng và nội soi đại tràng sinh thiết xác định tính chất khối u.

Chẩn đoán giải phẫu bệnh: đa số là ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma), các loại sarcom khác ít gặp: leiomyosarcoma, lympho-sarcoma...

B. CHẨN ĐOÁN SỰ XÂM LẤN VÀ DI CĂN

1. Xâm lấn tại chỗ

- Mất tính di động của khối u: chứng tỏ khối u xâm nhiễm mô chung quanh.
- Xâm lấn gây rò các tạng lân cận khối u.
- Các phương pháp cận lâm sàng để chẩn đoán sự xâm lấn của khối u: siêu âm bụng, siêu âm qua nội soi trực tràng, chụp cắt lớp vùng chậu, soi bàng quang, soi dạ dày...

2. Di căn

- *Hạch:* hạch bụng, hạch thượng đòn (Troisier), hạch vùng đại trực tràng.
- *Gan:* to, lổn nhổn, cứng. Siêu âm bụng, chụp cắt lớp để xác định chẩn đoán.
- *Phổi:* X quang phổi cho hình ảnh di căn là những bóng mờ tròn như bong bóng bay ở hai phế trường.
- *Não:* chụp cắt lớp sọ não phát hiện khối u ung thư di căn.
- *Xương:* hình ảnh hủy xương của di căn xương cột sống hoặc xương chậu thường gấp.

C. CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN

Hiện nay có hai cách xếp hạng giai đoạn ung thư đại trực tràng được dùng nhiều nhất tùy theo sự xâm lấn của tế bào ung thư:

1. Theo Dukes

Xếp hạng được tác giả Dukes mô tả năm 1932, sau đó được cải biên bởi tác giả Astler, Coller và nhiều tác giả khác. Xếp hạng theo Dukes đã được sửa đổi:

- *Giai đoạn A*: ung thư khu trú thành trực tràng ở lớp niêm mạc và lớp dưới niêm.
- *Giai đoạn B*: ung thư xâm lấn lớp cơ, lớp thanh mạc, chưa di căn hạch.
- *Giai đoạn C*: di căn hạch vùng.
- *Giai đoạn D*: di căn xa.

2. Theo TNM

• T (Tumor)

T_x U nguyên phát không thể đánh giá được

T_0 Không xác định được u

T_{is} U tại chỗ còn trong lớp biểu mô

T_1 U xâm lấn lớp dưới niêm mạc

T_2 U xâm lấn lớp cơ

T_3 U xâm lấn lớp thanh mạc hoặc phúc mạc quanh trực tràng

T_4 U xâm lấn phúc mạc tạng và các cơ quan hay cấu trúc khác

• N (Nodule)

N_x Hạch không đánh giá được

N_0 Không có hạch di căn

N_1 Di căn vào 1-3 hạch mạc treo vùng

N_2 Di căn hơn 4 hạch mạc treo vùng

N_3 Di căn hạch dọc theo đường đi của thân mạch máu

• M (Metastasis)

M_x Di căn xa không đánh giá được

M_0 Không có di căn xa

M_1 Có di căn xa

III. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

Điều trị ung thư đại trực tràng chủ yếu là phẫu thuật.

A. MỤC ĐÍCH VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

1. Cắt rộng rãi đoạn ruột có khối u tôn trọng bờ an toàn trên dưới khối u, mạc treo đại trực tràng, hạch vùng và các tạng lân cận bị xâm lấn (nếu được).
 - Đối với ung thư đại tràng: cắt trên và dưới khối u ít nhất là 5cm.
 - Đối với ung thư trực tràng: cắt trên u ít nhất 5cm nhưng cắt dưới khối u ít nhất > 2cm (theo tác giả William 1984).

2. Tôn trọng kỹ thuật cắt cách ly không đụng u (No-touch isolation technic of resection)

Do Turnbull RB đề xuất năm 1967, cắt các nhánh động tĩnh mạch của đại tràng tại góc và hai đầu ruột trước khi cắt mạc treo và khối u.

3. Chuẩn bị tốt đại tràng để nối ngay sau khi cắt, lập lại lưu thông tiêu hóa của ruột. Chuẩn bị đại tràng thật sạch để cho việc khâu nối đạt kết quả tốt tránh biến chứng bục xì miệng nối sau mổ. Thường áp dụng các biện pháp sau đây:

a. *Làm sạch lồng đại tràng bằng*

- Chế độ ăn lỏng dần trước mổ: trước mổ 3 ngày cho bệnh nhân ăn nhẹ; cháo, súp (trước mổ 3 ngày), sữa (trước mổ 2 ngày), nước đường (trước mổ 1 ngày).
- Kèm thụt tháo liên tiếp 3 ngày trước mổ, phải thụt tháo thật sạch đến nước trong.
- Hoặc chỉ dùng Fortrans (PEG 4000-Polyéthylène 4000), thuốc dạng bột pha

Giai đoạn theo TNM

Giai đoạn	Thương tổn	T	N	M	Tương ứng giai đoạn theo Dukes
0	Nồng (in situ)	Tis	N ₀	M ₀	-
I	Khu trú	T ₁ hay T ₂	N ₀	M ₀	A
II	Xâm lấn	T ₃ hay T ₄	N ₀	M ₀	B
III	Tới hạch vùng	Bất cứ T	N ₁	N ₂	C
IV	Di căn xa	Bất cứ T	Bất cứ N	M ₁	D

với nước uống để làm sạch lòng đại tràng. Cho bệnh nhân uống 3 gói, mỗi gói pha với 1 lít nước, uống trong vòng 1 ngày trước mổ, mà không cần thut tháo. Nhưng không được dùng cho các trường hợp có biến chứng dọa thủng đại tràng hoặc trường hợp tắc ruột.

b. Khử trùng đường ruột

Có thể dùng các loại kháng sinh đường ruột kết hợp với diệt vi trùng ký khí. Tuy nhiên hiện nay chỉ cần chuẩn bị sạch đại tràng là đủ.

B. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Chỉ định phẫu thuật triệt để (hay triệt căn), tạm bợ, mở rộng và làm sạch tùy vào các yếu tố:

- Giai đoạn của ung thư.
- Độ xâm lấn của ung thư.
- Mức độ di căn.
- Thể trạng của bệnh nhân.

1. Phẫu thuật triệt để hay triệt căn

Đây là phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi khối u theo nguyên tắc ung thư: cắt bỏ đoạn ruột mang khối u đảm bảo bờ an toàn của hai đầu ruột cắt, nạo lấy hết các hạch mạc

treo vùng và cắt tận gốc các mạch máu nuôi dưỡng. Phẫu thuật được chỉ định cho:

- Những bệnh nhân có thể trạng còn tốt.
- Ung thư ở giai đoạn chưa di căn xa (A, B, C theo xếp hạng của Dukes hoặc giai đoạn 0, I, II, III theo TNM).
- Ung thư còn khu trú ở thành ruột chưa xâm lấn các tạng chung quanh hoặc có xâm lấn nhưng còn khả năng cắt bỏ được.

2. Phẫu thuật mở rộng

Đây là phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi triệt để, kết hợp cắt bỏ các cơ quan lân cận bị xâm lấn và cắt bỏ một phần hay toàn bộ các cơ quan di căn.

- Thể trạng bệnh nhân cho phép một phẫu thuật lớn.
- Ung thư xâm lấn vào các tạng lân cận hoặc di căn mà còn có thể cắt bỏ được.

3. Phẫu thuật làm sạch

Phẫu thuật cắt đoạn đại tràng trực tràng có khối u với mục đích làm sạch để tránh các biến chứng nhiễm trùng, tắc ruột, vỡ khối u hoặc trong các trường hợp di căn mà không thể lấy được hết.

4. Phẫu thuật tạm bợ

Thường thực hiện các phương pháp sau:

- Nối tắt đoạn ruột trên với đoạn ruột dưới khối u.
- Hậu môn nhân tạo trên dòng: đưa ruột trước khối u ra ngoài ổ bụng làm hậu môn nhân tạo.

Chỉ định cho các trường hợp:

Giai đoạn trễ của ung thư, không phẫu thuật triệt để được: giai đoạn D (Dukes) hay giai đoạn IV (theo TNM), thể trạng bệnh nhân quá kém không thể chịu đựng được cuộc mổ lớn.

C. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

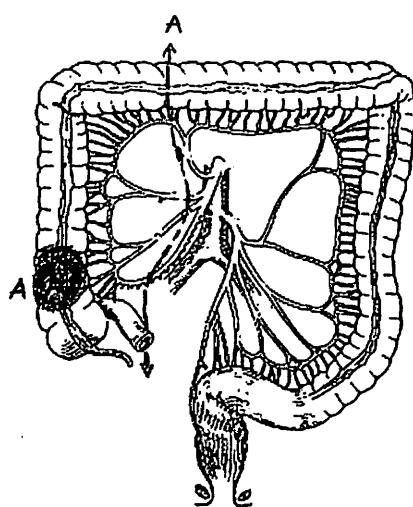
1. Điều trị ung thư đại tràng chưa biến chứng

a. Triệt để

• Cắt đại tràng phải

Chỉ định

Các khối u ung thư ở đại tràng phải: manh tràng, đại tràng lên, góc gan, đoạn đại tràng ngang bên phải cách góc gan 0-5cm.



Hình 3. Cắt đại tràng phải do ung thư đại tràng lên

Kỹ thuật

- Cắt toàn bộ đại tràng phải thành một khối: gồm 20cm cuối của hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên, góc gan và 1/3 hoặc 1/2 bên phải của đại tràng ngang tùy vị trí của khối u.
- Cắt mạc treo đại tràng phải với mạch máu và hạch mạc treo.
- Lập lại lưu thông ruột: nối hồi tràng với đại tràng ngang (Hình 3 và 4).

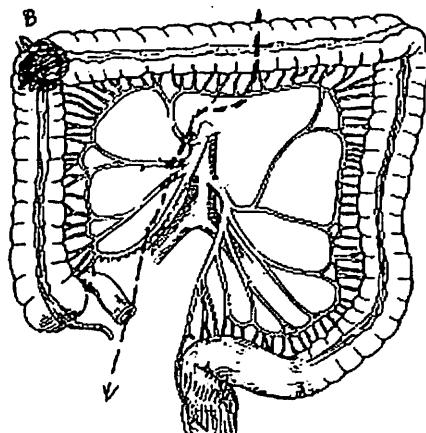
Tai biến phẫu thuật

Trong phẫu thuật cắt đại tràng phải, khi bóc tách mạc Toldt dính vào sau với tá tràng, niệu quản phải và tĩnh mạch chủ dưới nhất là trường hợp khối u to và xâm lấn dễ gây tổn thương các cơ quan này:

- Rách tá tràng.
- Tổn thương niệu quản phải: đứt niệu quản phải hoặc khâu thắt niệu quản phải.
- Rách tĩnh mạch chủ dưới.

Biến chứng sau mổ

- Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.



Hình 4. Cắt đại tràng phải do ung thư đại tràng góc gan

- Viêm khoang tế bào sau phúc mạc.
- *Tiêu lỏng*: thât ra đây không phải là biến chứng mà là hậu quả sau cắt đại tràng phải do cắt bỏ phần hấp thu nước của đại tràng phải. Tiêu lỏng thường xảy ra trong vài tuần lễ đầu sau mổ.

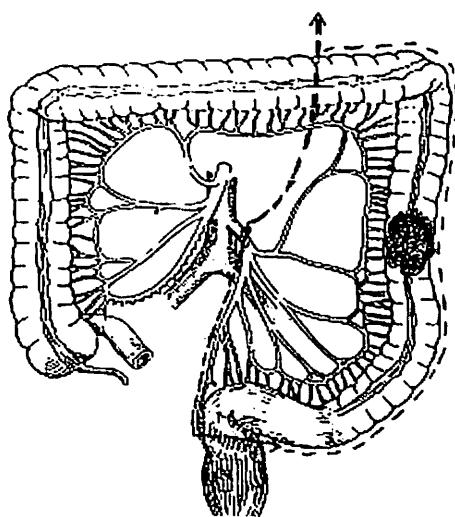
• Cắt đại tràng trái

Chỉ định

Các khối u ung thư ở đại tràng trái: đại tràng ngang bên trái cách góc lách 0-5cm, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, phần đầu của đại tràng chậu hông.

Kỹ thuật

- Cắt đại tràng trái thành một khối từ 1/2 đại tràng ngang bên trái, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, phần đầu của đại tràng chậu hông.
- Cắt bỏ mạc treo đại tràng trái với mạch máu, hạch vùng.
- Lắp lại lưu thông ruột, nối đại tràng



Hình 5. Cắt đại tràng trái do ung thư đại tràng xuống

ngang với đại tràng chậu hông (Hình 5).

Tai biến phẫu thuật

- Võ lách.
- Tổn thương niệu quản trái: đứt hoặc khâu thắt niệu quản trái.

Biến chứng sau mổ

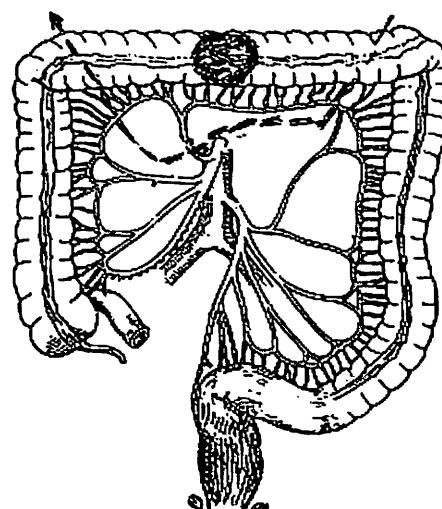
- Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.
- Viêm khoang tế bào sau phúc mạc.
- **Cắt đại tràng ngang**

Chỉ định

Khối u ung thư ở đoạn giữa của đại tràng ngang.

Kỹ thuật

- Cắt đoạn đại tràng ngang.
- Cắt mạc treo đại tràng ngang, động tĩnh mạch đại tràng giữa và hạch mạc treo vùng.
- Lắp lại lưu thông ruột: nối hai đầu đại tràng ngang phải và trái (Hình 6).



Hình 6. Cắt đại tràng ngang do ung thư đại tràng ngang

Tai biến phẫu thuật

Tổn thương tá tràng, tuy hiếm xảy ra.

Biến chứng sau mổ

Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.

• Cắt đoạn đại tràng chậu hông

Chỉ định

Khối u ung thư ở đoạn đại tràng chậu hông.

Kỹ thuật

- Cắt đoạn đại tràng chậu hông trên và dưới khối u ít nhất 5cm.
- Cắt mạc treo đại tràng chậu hông và lấy hạch mạc treo vùng.

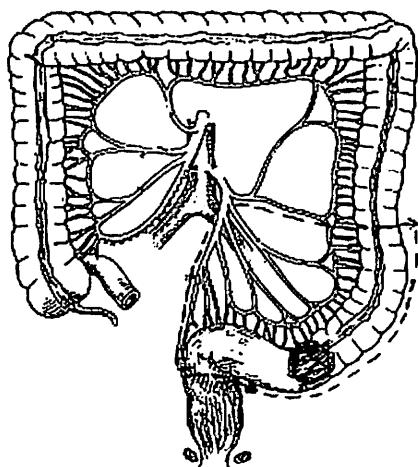
Lập lại lưu thông ruột, nối hai đầu đại tràng xuống và trực tràng (Hình 7).

Tai biến phẫu thuật

Tổn thương niệu quản trái, động tĩnh mạch hạ vị.

Biến chứng sau mổ

Bục xì miệng nối gây viêm phúc mạc, rò phân.



Hình 7. Cắt đoạn đại tràng chậu hông

b. Tạm bợ

• Phẫu thuật làm sạch

Cắt bỏ đoạn đại tràng có khối u, chỉ cần trên và dưới khối u 5cm, mà không cần cắt rộng rãi.

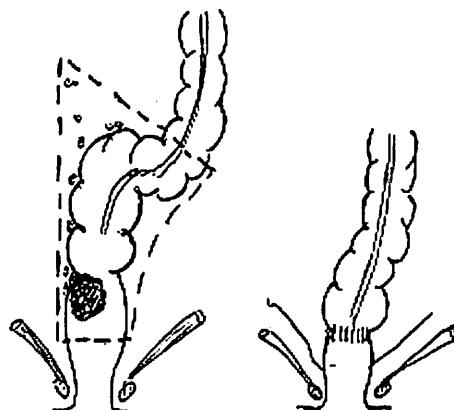
• Nối tắt đoạn trên và dưới khối u

Nối hồi tràng-đại tràng ngang bên-bên cho các ung thư ở đại tràng phải mà không cắt được; nối đại tràng ngang-đại tràng chậu hông bên-bên cho các ung thư ở đại tràng trái mà không cắt được.

• Hậu môn nhân tạo trên dòng.

c. Cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng

Năm 1990, kỹ thuật cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng được áp dụng ở một số nước. Tuy nhiên kỹ thuật này chưa phổ biến và còn hạn chế. Vài năm gần đây, một số bệnh viện trong nước đã bắt đầu áp dụng kỹ thuật này, chỉ định thực hiện ở các trường hợp ung thư đại tràng ở giai đoạn sớm và khu trú.



Hình 8. Cắt đoạn đại trực tràng và nối đại trực tràng bằng tay

2. Điều trị ung thư đại tràng có biến chứng

a. Tắc ruột

Trong trường hợp tắc ruột do ung thư đại tràng, điều trị phải giải quyết: tắc ruột và bệnh lý ung thư. Do đó, nếu tình trạng bệnh nhân cho phép phẫu thuật triệt để cắt đại tràng, có nối ngay hay không tùy tình trạng của đại tràng.

- Trong tắc ruột do ung thư đại tràng phải, thường có thể nối ngay, nhưng tắc ruột do u ở đại tràng trái thì hạn chế nối ngay vì thường dễ bịt, chỉ nối khi thực hiện phương pháp tưới rửa đại tràng thật tốt trong mổ.
- Khi không có điều kiện cắt đại tràng trong cấp cứu thì đưa đại tràng trước khối u làm hậu môn nhân tạo tạm và cắt bỏ đại tràng thì sau vài tuần lě. Nhưng đa số trường hợp tắc ruột, ung thư ở giai đoạn muộn, nên hầu hết chỉ thực hiện phẫu thuật tạm bợ.
- b. Viêm phúc mạc do vỡ khối u hay vỡ đại tràng trên khối u vào ổ bụng
 - Cắt bỏ đoạn đại tràng có khối u vỡ và không được nối ngay mà làm hậu môn nhân tạo tạm sẽ phục hồi lại sau vài tháng.
 - Hoặc đưa chỗ vỡ của đại tràng trước khối u ra làm hậu môn nhân tạo tạm và phẫu thuật triệt để ở thi 2 sau vài tuần nếu giai đoạn ung thư còn cho phép cắt được.
- c. Áp xe thành bụng do khối u vỡ ra thành bụng
 - Rạch tháo mủ tại chỗ áp xe.
 - Phẫu thuật triệt để cắt đại tràng thi 2 nếu còn cắt được. Trường hợp không còn cắt bỏ được khối u triệt để thì nối tắt hay làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn trên dòng.

d. Rò các cơ quan lân cận

- *Rò đại tràng-bàng quang:* thực hiện hậu môn nhân tạo trên dòng, sau đó sẽ phẫu thuật mở rộng cắt đại tràng và bàng quang. Phẫu thuật ít thực hiện vì thường có di căn xa.
- *Rò đại tràng-dạ dày:* cắt đại tràng ngang và dạ dày nếu còn khả năng cắt được.
- *Rò đại tràng-ruột non:* cắt đại tràng và đoạn ruột non bị rò.

e. Xuất huyết tiêu hóa dưới nặng do u đại tràng

Cắt bỏ đại tràng có khối u trong cấp cứu để cầm máu.

D. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

1. Điều trị ung thư trực tràng chưa biến chứng

a. Triệt để

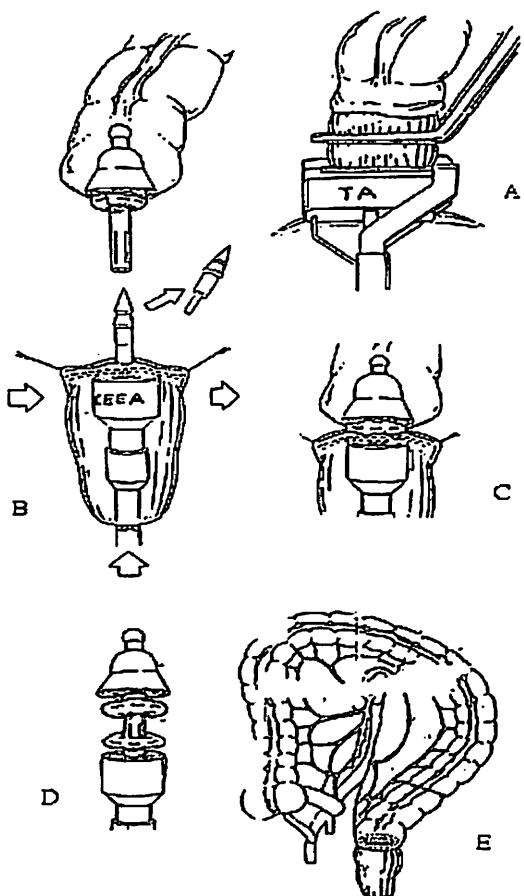
- . **Cắt trực tràng giữ lại cơ vòng hậu môn**
Phẫu thuật cắt đại tràng-trực tràng trước và nối ngay.

Chỉ định

Các khối u ở đoạn trên và giữa của trực tràng, cách bờ hậu môn trên 6cm.

Kỹ thuật

Cắt bỏ đoạn đại tràng chậu hông và trực tràng có khối u và nối đại tràng-trực tràng bằng tay (Hình 8) hay bằng máy (staplers). Nhờ những tiến bộ về máy khâu nối, các khối u ở thấp có thể được cắt bỏ và nối lại được mà khâu nối tay không thể thực hiện. Người ta dùng máy cắt TA để cắt trực tràng đoạn thấp và nối tận-tận bằng máy khâu nối EEA (Hình 9).



Hình 9. A, B, C, D, E: Cắt đoạn đại trực tràng và nối đại trực tràng bằng máy khâu nối

• Phẫu thuật Hartmann

Phẫu thuật được Hartmann thực hiện năm 1921.

Chỉ định

Các khối u nằm ở đoạn trực tràng giữa mà không thể khâu nối được. Hiện phẫu thuật này ít áp dụng khi có máy khâu nối. Thường áp dụng trong cấp cứu và bệnh nhân thể trạng kém.

Kỹ thuật

Cắt đoạn đại trực tràng chậu hông và trực tràng. Đóng móm trực tràng dưới lại và đưa đầu

trên đại trực tràng chậu hông ra hố chậu trái làm hậu môn nhân tạo (Hình 10).

Ưu điểm

Phẫu thuật còn giữ lại cơ vòng hậu môn và không sợ biến chứng bục xì sau mổ, tỉ lệ tử vong ít.

Khuyết điểm

Bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời mặc dù hậu môn thật còn giữ lại và trực tràng vẫn còn bài tiết ra chất nhày của đoạn trực tràng còn lại.

- **Phẫu thuật kéo tuột (Pull-through) của Babcock Bacon và các kỹ thuật cải biên**
Phẫu thuật này được hai tác giả Babcock và Bacon thực hiện năm 1956 và được cải biên về sau.

Chỉ định

- Các khối u ở đoạn trực tràng thấp cách bờ hậu môn 3-6cm.
- Ung thư ở giai đoạn sớm (Dukes A, B) và kích thước khối u <2cm.
- Không xâm lấn cơ vòng hậu môn.

Kỹ thuật

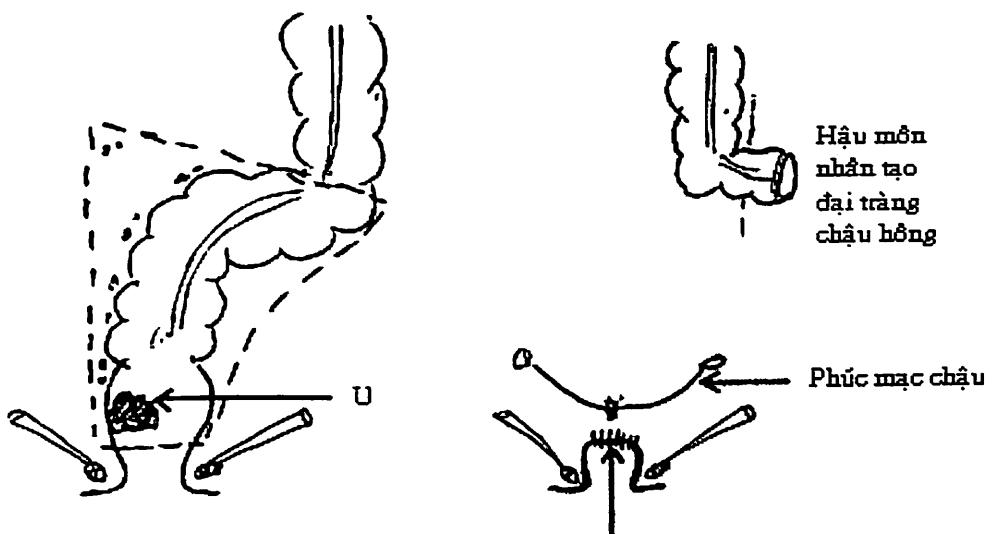
Cắt bỏ toàn bộ trực tràng, kéo tuột đại trực tràng chậu hông qua lỗ hậu môn và nối đại trực tràng với hậu môn theo ngả tầng sinh môn (Hình 11).

Ưu điểm

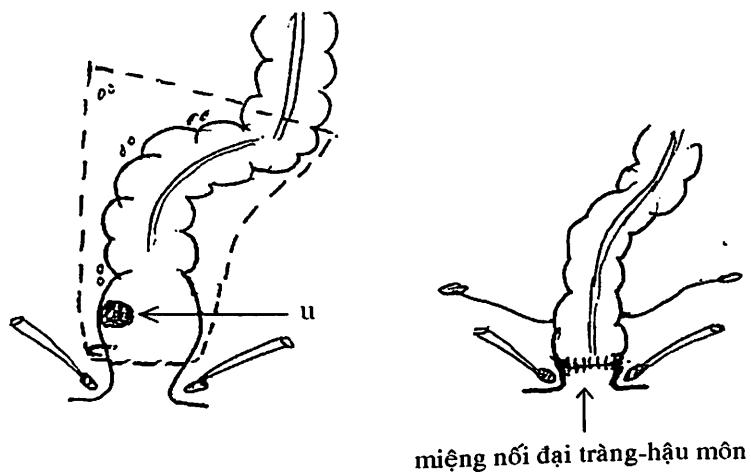
Cắt bỏ khối u và tạo lập lưu thông tiêu hóa bảo đảm chức năng sinh lý của hậu môn.

Khuyết điểm

Phẫu thuật khó vì u ở thấp, biến chứng bục miệng nối và ung thư tái phát tại chỗ.



Hình 10. Phẫu thuật Hartmann



Hình 11. Phẫu thuật Pull-Through

- **Các loại phẫu thuật khác**

- **Phẫu thuật Kraske:** cắt bỏ khối u nhỏ ở thành sau trực tràng qua ngả sau xuyên xương cùng.
- **Phẫu thuật cắt u xuyên qua lỗ hậu môn:** ít được dùng vì tỉ lệ tái phát cao.

- **Cắt trực tràng lấy cả cơ vòng hậu môn**
Phẫu thuật cắt cụt trực tràng theo hai ngả bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles): phẫu thuật này được tác giả Miles thực hiện năm 1908.

Chỉ định

Các khối u ở đoạn thấp của trực tràng (1/3 dưới) cách bờ hậu môn < 6cm có xâm lấn cơ vòng hậu môn và các khối u to ở 1/3 giữa trực tràng khả năng cắt được mà không thực hiện phẫu thuật bảo tồn cơ vòng hậu môn được.

Kỹ thuật

Cắt bỏ phần dưới của đại tràng chậu hông và toàn bộ trực tràng, các cơ vòng hậu môn, cơ nâng hậu môn, lấy luôn hậu môn với hai kíp mổ: ngả bụng và tầng sinh môn. Đưa đại tràng chậu hông trên ra ngoài ổ bụng ở hố chậu trái làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn (Hình 12).

Ưu điểm

- Cắt bỏ rộng rãi triệt để lấy hết khối u ung thư và hạch vùng.
- Kết hợp cắt bỏ rộng rãi các cơ quan xâm lấn vùng chậu: tử cung và âm đạo hoặc bàng quang. Tuy nhiên các phẫu thuật mở rộng này thường rất nặng: đoạn chậu sau hay đoạn chậu toàn phần.

Khuyết điểm

- Phẫu thuật nặng, nhiều tai biến trong mổ và biến chứng hậu phẫu.
- Tai biến chảy máu trước xương cùng hay gấp nhất và các tổn thương niệu quản, bàng quang và niệu đạo (nam) và âm đạo (nữ).
- Biến chứng nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn thường kéo dài.
- Bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

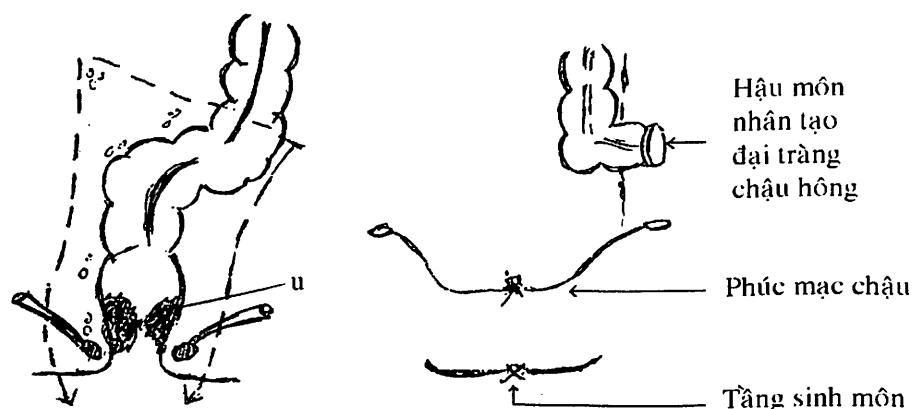
b. Tạm bợ

Thường làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng chậu hông hoặc đại tràng ngang tùy vào sự tiến triển và xâm lấn của ung thư.

2. Điều trị ung thư trực tràng có biến chứng

a. Tắc ruột

Thường bệnh nhân trong tình trạng nặng và vị trí khối u ở thấp nên phẫu thuật tốt nhất là đưa đại tràng chậu hông ở trên ra làm hậu môn nhân tạo để giải quyết tắc ruột. Đánh giá:



Hình 12. Phẫu thuật Miles

- Ung thư ở giai đoạn còn cắt bỏ được sẽ can thiệp phẫu thuật triệt để thì 2 sau vài tuần lě có chuẩn bị đại tràng và bệnh nhân được hồi sức tốt.
- Ung thư không còn khả năng phẫu thuật triệt để được sẽ để hậu môn nhân tạo này vĩnh viễn.

b. Viêm phúc mạc

Chỗ vỡ là khối u ở đoạn trực tràng trong ổ bụng hoặc có trường hợp u ở đoạn trực tràng ngoài ổ bụng, nhưng gây vỡ trực tràng phía trên khối u trong ổ bụng. Nguyên tắc là đưa đại tràng chậu hông trên chỗ vỡ ra làm hậu môn nhân tạo và khâu lại chỗ thủng hoặc phải cắt bỏ khối u bị thủng theo phương pháp Hartmann. Thường biến chứng này rất nặng và tỉ lệ tử vong cao. Phẫu thuật triệt để sẽ can thiệp thì 2.

c. Rò vào cơ quan lân cận

Rò trực tràng-âm đạo ở nữ và rò trực tràng -bàng quang ở nam. Thường phẫu thuật 2 thì:

- *Thì 1:* Làm hậu môn nhân tạo trên dòng đại tràng chậu hông.
- *Thì 2:* Phẫu thuật triệt để cắt rộng cả trực tràng và cơ quan bị rò (tử cung, phần phụ và âm đạo hoặc bàng quang).

IV. THEO DÕI SAU MỔ VÀ TIỀN LƯỢNG

Sau mổ ung thư đại trực tràng cần phải theo dõi các biến chứng sớm của phẫu thuật và theo dõi lâu dài: sự tái phát và di căn.

A. THEO DÕI CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ

- Chảy máu sau mổ.
- Bục xì miệng nối.
- Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tầng

- sinh môn (trong phẫu thuật Miles).
- Các biến chứng của hậu môn nhân tạo.
- Các biến chứng đường tiết niệu.
- Các biến chứng tim mạch, hô hấp nhất là ở các bệnh nhân lớn tuổi.

B. TÁI PHÁT

Mặc dù mổ triệt để cắt rộng, nhưng vẫn có một số trường hợp ung thư tái phát tại chỗ hoặc di căn.

- Thường tái phát ở miệng nối gây hẹp miệng nối.
- Tái phát ở mỏm trực tràng còn lại sau phẫu thuật Hartmann.
- Tái phát ở tầng sinh môn và vùng chậu sau phẫu thuật Miles.
- Tái phát ở lỗ hậu môn nhân tạo.
- Tái phát ở vết mổ bụng.

Hiện nay, người ta theo dõi sự gia tăng của kháng nguyên ung thư phôi CEA (Carcinoembryonic Antigen) sau mổ để phát hiện sớm sự tái phát của ung thư đại trực tràng trước khi có các dấu hiệu lâm sàng. Nhờ đó, có thể can thiệp phẫu thuật lại sớm.

C. DI CĂN

Thường di căn gan và di căn ổ bụng hay phúc mạc là nhiều nhất, kế đến là phổi, ít khi gặp di căn não và xương.

V. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TÁI PHÁT VÀ DI CĂN

A. TÁI PHÁT

Ung thư đại trực tràng tái phát nếu còn khả năng cắt bỏ lại được vẫn có chỉ định can thiệp phẫu thuật, nhưng thường số bệnh nhân được phẫu thuật lại hiếm. Đa số điều trị bổ túc bằng hóa trị kết hợp thuốc miễn

dịch (hoặc xạ trị cho trường hợp ung thư trực tràng). Ngày nay một số tác giả dùng xạ trị trước mổ, trong mổ và sau mổ cho các ung thư trực tràng được mổ lần đầu và xạ trị cho các trường hợp ung thư trực tràng tái phát.

B. DI CĂN

Khi ung thư đã di căn thường thể trạng bệnh nhân rất yếu kém, đa số tác giả không can thiệp phẫu thuật, chỉ điều trị bổ túc với hóa chất hoặc kết hợp với miến dịch. Một số tác giả đã điều trị cắt bỏ một phần gan hoặc phổi bị ung thư di căn nếu ung thư nguyên phát tại chỗ ở đại trực tràng không tái phát, nhưng kết quả chưa khả quan nhiều và chỉ định còn cân nhắc.

Hóa chất thường được dùng là 5FU (5-Fluoro Uracil) kết hợp với các thuốc miến dịch Lévamisole hay Acide folinique... để điều trị bổ túc.

Hai phác đồ được dùng nhiều và có hiệu quả làm chậm sự tiến triển của ung thư, tăng thời gian sống thêm:

. Kết hợp 5FU với Lévamisole

- *5FU*: truyền tĩnh mạch 450 mg/m^2 da cơ thể/ngày x 5 ngày. Ngày thứ 28 sau đó 450 mg/m^2 da cơ thể/tuần/năm.
- *Kèm Lévamisole*: uống 150 mg/ngày x 3 ngày/tuần/năm.

. Kết hợp 5FU với Acide Folinique

Theo Machover 1986, dùng liều lượng lớn trong thời gian ngắn.

- *5FU*: truyền tĩnh mạch trong 4 giờ 400 mg/m^2 da cơ thể/ngày x 5 ngày.
- *Acide Folinique*: truyền tĩnh mạch trong 1-2 giờ 200 mg/m^2 da cơ thể/ngày x 5 ngày.

Một tháng sau nhắc lại liều trên và dùng trong 6 tháng, cách 1 tháng 1 đợt.

Sử dụng hóa trị cần chú ý đến các tác dụng phụ và phải có chỉ định cụ thể. Chỉ hóa trị cho ung thư ở giai đoạn C và D hay giai đoạn III và IV.

VI. KẾT QUẢ VÀ TIỀN LƯỢNG

A. KẾT QUẢ

Tỉ lệ tử vong sau mổ:

- *Ung thư đại tràng*: 3-5% khi chưa có biến chứng và 20-30% khi có biến chứng.
- *Ung thư trực tràng*: 1-13% tùy theo tác giả.

B. TIỀN LƯỢNG

Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng phải theo dõi thời gian sống thêm sau điều trị 5 năm. Tiên lượng của ung thư đại trực tràng thường tốt hơn các ung thư khác ở đường tiêu hóa.

- *Ung thư đại trực tràng*: tỉ lệ sống thêm sau 5 năm là 40-55% và tùy theo các giai đoạn:

A	70-85%
B	50-60%
C	25-45%
D	0-6%

- *Ung thư trực tràng*: tỉ lệ sống thêm sau 5 năm là 50-60% và tùy theo các giai đoạn:

A	80%
B	55-65%
C	25-45%
D	0-5%

(Theo Francois Yves, 1991).

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Nguyễn Đình Hối. Phẫu thuật đại tràng. Bệnh ngoại khoa đường tiêu hóa. Trường đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh 1992: 208-38.
2. Nguyễn Chấn Hùng và cs. Ung thư học lâm sàng, tập 2. Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh 1982: 133-42.
3. Nguyễn Đức Ninh. Ung thư đại tràng và ung thư trực tràng. Bệnh học ngoại (bụng), tập 2. Nhà xuất bản Y học Hà Nội 1986: 97-112 và 171-88.
4. Helena R. Chang, Kirby I. Bland. Tumor of the colon. In Maingot's abdominal operations 1997: 1281-308.
5. Ira J. Kodney. Rectal cancer in Maingot's Abdominal operations 1997: 1455-501.
6. Francois Y., Vignal J. Cancer du colon. Rev. Prat. 1991, 41, 13: 1227-32.

CÂU HỎI LUỢNG GIÁ

(Chọn câu trả lời đúng nhất):

1. Một bệnh nhân nam 70 tuổi, có khối u ở hố chậu phải được chẩn đoán là ung thư manh tràng giai đoạn C theo Dukes. Thái độ điều trị nào đúng nhất:
 - A. Đưa hôi tràng ra da.
 - B. Nối tắt hôi tràng với đại tràng ngang.
 - C. Cắt đại tràng phải.
 - D. Cắt đoạn manh tràng.
 - E. Điều trị bằng thuốc 5FU.
2. Một bệnh nhân nữ 30 tuổi, bị tắc ruột do khối u ung thư đại tràng góc gan. Thám sát đánh giá u xâm nhiễm vào thành sau phúc mạc và tá tràng, gan có nốt di căn. Thái độ điều trị nào được chọn:
 - A. Đưa hôi tràng ra da.
 - B. Nối tắt hôi tràng với đại tràng ngang.

- C. Cắt đại tràng phải.
 - D. Đưa manh tràng làm hậu môn nhân tạo.
 - E. Dẫn lưu manh tràng.
3. Một bệnh nhân bị ung thư trực tràng ở giai đoạn C theo Dukes, khối u cách bờ hậu môn 5cm có xâm lấn cơ vòng hậu môn. Phẫu thuật nào được áp dụng để điều trị:
 - A. Cắt đại tràng chậu hông-trực tràng và nối tận tận hai đầu ruột đã cắt.
 - B. Phẫu thuật Hartmann.
 - C. Phẫu thuật Miles.
 - D. Phẫu thuật Babcock-Bacon.
 - E. Phẫu thuật Kraske.
 4. Các điều sau đây đúng cho bệnh lý ung thư đại trực tràng ở Việt nam, ngoại trừ:
 - A. Là ung thư gấp nhiều nhất ở đường tiêu hóa.
 - B. Đa số là loại ung thư biểu mô tuyến.
 - C. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào chụp đại tràng và kết quả nội soi đại tràng sinh thiết.
 - D. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu.
 - E. Tiên lượng tốt hơn so với ung thư dạ dày.
 5. Tác giả nào sau đây đã đề nghị kỹ thuật "cắt cách ly không đụng u" trong phẫu thuật đại tràng:
 - A. William.
 - B. Babcock-Bacon.
 - C. Turnbull RB.
 - D. Kraske.
 - E. Miles.
 6. Tai biến chảy máu trước xương củng thường gặp trong phẫu thuật nào sau đây:
 - A. Phẫu thuật Hartmann.
 - B. Phẫu thuật cắt đoạn đại tràng chậu hông.
 - C. Phẫu thuật Kraske.
 - D. Phẫu thuật Miles.
 - E. Tất cả phẫu thuật trên.

7. Hóa trị được chỉ định điều trị ung thư đại trực tràng ở giai đoạn:
- A. Giai đoạn A theo Dukes hoặc giai đoạn I theo TNM.
 - B. Giai đoạn B theo Dukes hoặc giai đoạn II theo TNM.
 - C. Giai đoạn A, B theo Dukes hoặc giai đoạn I, II theo TNM.
 - D. Giai đoạn C, D theo Dukes hoặc giai đoạn III, IV theo TNM.
 - E. Tất cả các giai đoạn

ĐÁP ÁN

- | | |
|------|------|
| 1. C | 5. C |
| 2. B | 6. D |
| 3. C | 7. D |
| 4. A | |

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA BỆNH TRĨ

MỤC TIÊU

1. *Nêu lên được các mốc giải phẫu: ống hậu môn, đường lược, cột trực tràng, cơ dọc kết hợp và mạch máu vùng hậu môn.*
2. *Trình bày được hai cơ chế sinh bệnh học của bệnh trĩ.*
3. *Mô tả và giải thích nguyên tắc điều trị nội khoa.*
4. *Trình bày và mô tả được 4 thủ thuật điều trị bệnh trĩ.*
5. *Nêu lên được nguyên tắc điều trị, chỉ định trong điều trị ngoại khoa bệnh trĩ.*

Trĩ là bệnh rất phổ biến, đến nay nguyên nhân sinh bệnh của bệnh trĩ được biết rõ hơn nhưng vẫn còn nhiều tranh cãi. Do vị trí đặc biệt của trĩ nên người ta thường hay hổ thẹn và ít khi chịu đi khám, do đó đến nay chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam về tỉ lệ bệnh này trong dân số.

I. GIẢI PHẪU HỌC

A. PHÔI THAI HỌC

Về phương diện phôi thai học, đoạn cuối của ống tiêu hóa được tạo nên bởi hai phần:

- **Ống tiêu hóa thật sự:** có nguồn gốc từ nội phôi bì.
- **Ống hậu môn:** có nguồn gốc từ các củ hậu môn (anal tubercles) thuộc ngoại phôi bì.

Hai phần này cách nhau bởi màng ổ nhơp (cloacal membrane). Theo Johnson và Tench, màng ổ nhơp bình thường sẽ thủng và biến mất trước khi vách niệu trực tràng phát triển xuống dưới để ngăn cách hai cơ quan tiết niệu và tiêu hóa. Tuy nhiên vết tích

của màng ổ nhơp vẫn còn sót lại tại thành của vùng ống hậu môn trực tràng, đó là các van hậu môn. Biểu mô phía trên các van hậu môn là biểu mô trụ đơn của ống tiêu hóa (nội phôi bì), biểu mô phía dưới các van hậu môn là biểu mô lát tầng không sừng hóa của da (ngoại phôi bì).

B. GIỚI HẠN CỦA ỐNG HẬU MÔN

Ranh giới giữa ống hậu môn và trực tràng được mô tả khác nhau giữa các nhà giải phẫu và phẫu thuật. Theo các nhà giải phẫu ranh giới giữa ống hậu môn và trực tràng là đường lược, còn đối với các nhà phẫu thuật là vòng cơ hậu môn trực tràng, vòng cơ này được tạo nên chủ yếu bởi cơ mu trực tràng nên còn được gọi là vòng cơ mu trực tràng. Vì vậy ống hậu môn theo quan điểm của các nhà giải phẫu là từ bờ hậu môn đến đường lược, dài khoảng 2,5-3cm, còn ống hậu môn theo quan điểm của các nhà phẫu thuật là từ bờ hậu môn đến vòng cơ mu trực tràng, dài khoảng 4-5cm.

C. MÔ TẢ MẶT NIÊM MẶC

1. Cột hậu môn

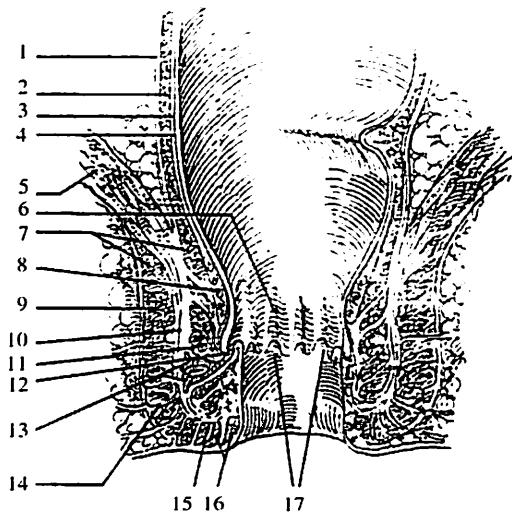
Là các nếp niêm mạc nằm dọc ở phần cuối ống tiêu hóa, phía trên đường lược, có tác giả gọi là cột trực tràng của Morgagni. Thường có từ 5-10 cột, mỗi cột dài khoảng 1cm, rộng 3-6mm và chỗ rộng nhất là chân cột. Giữa hai cột hậu môn là một rãnh được gọi là xoang trực tràng hay xoang Morgagni. Niêm mạc nơi đây thường sậm màu vì có đám rối tĩnh mạch trĩ nằm bên dưới, trĩ nội phát sinh từ đây.

2. Đường lược

Là đường hình răng cưa được tạo nên bởi bờ trên van hậu môn và chân các cột hậu môn, cách bờ hậu môn khoảng 2-3cm, đường lược là ranh giới giữa hai vùng biểu mô trù tầng và niêm mạc ống tiêu hóa điển hình.

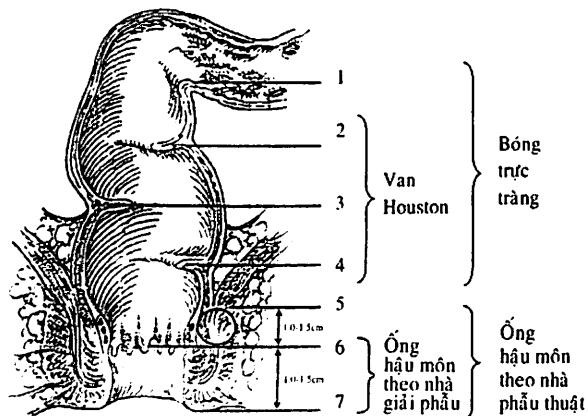
3. Cơ dọc kết hợp

Ở đoạn dưới trực tràng, các sợi cơ dọc (cơ trơn) hòa lẫn vào các sợi cơ vân của cơ nâng hậu môn (phần cơ mu trực tràng) và các mô sợi đàn hồi để tạo nên cơ dọc kết hợp của ống hậu môn, cơ dọc kết hợp này tiếp tục đi xuống phía dưới cho ra các bó sợi xơ cơ xuyên qua cơ thắt trong để hòa lẫn vào lớp niêm, một số sợi tiếp tục đến bám vào niêm mạc vùng lược làm cho niêm mạc vùng này dính chặt vào lớp cơ niêm. Các sợi xơ đàn hồi này được gọi là dây chằng Parks. Vì vậy dây chằng Parks chia khoảng dưới niêm mạc tại ống hậu môn thành hai khoang: khoang dưới niêm mạc ở phía trên dây chằng là nơi có đám rối tĩnh mạch trĩ nội và khoang dưới da ở phía dưới dây chằng là nơi có đám rối tĩnh mạch trĩ ngoại (Hình 1 và 2).



1. Cơ dọc trực tràng, 2. Cơ tròn trực tràng,
3. Lớp dưới niêm mạc, 4. Niêm mạc, 5. Cơ mu trực tràng, 6. Cột trực tràng, 7. Vòng hậu môn trực tràng, 8. Đám rối trĩ nội, 9. Lớp sâu cơ vòng ngoài, 10. Khoảng giữa 2 cơ thắt, 11. Cơ vòng trong, 12. Khe tuyến, 13. Tuyến hậu môn, 14. Lớp nong cơ vòng ngoài, 15. Lớp dưới da cơ vòng ngoài, 16. Đám rối trĩ ngoại, 17. Đường lược

Hình 1. Hình giải phẫu học vùng hậu môn trực tràng



1. Chỗ nối sigma-trực tràng, 2. Van trực tràng trên, 3. Van trực tràng giữa, 4. Van trực tràng dưới, 5. Vòng hậu môn trực tràng, 6. Đường lược, 7. Lỗ hậu môn.

Hình 2. Giải phẫu học ống hậu môn và trực tràng

4. Mạch máu

a. Động mạch

- *Động mạch trực tràng (trĩ) trên:* là hai nhánh tận của động mạch mạc treo tràng dưới, đi dọc xuống hai bên trực tràng, sau đó xuyên qua lớp cơ thành trực tràng và đi đến lớp dưới niêm mạc ở các cột hậu môn và tận cùng ngay phía trên các van hậu môn. Trên đường đi các nhánh của động mạch trực tràng trên nối với các nhánh của động mạch trực tràng giữa và dưới tạo nên mạng mạch máu cung cấp cho trực tràng và ống hậu môn.
- *Động mạch trực tràng (trĩ) giữa:* thường không có hoặc ít phát triển và không có ý nghĩa thật sự trong việc cung cấp máu cho trực tràng và ống hậu môn. Thường xuất phát ở mặt trước động mạch chậu trong, đi đến thành trước bên của phần giữa trực tràng và cho các nhánh nối với động mạch trực tràng trên và dưới.
- *Động mạch trực tràng (trĩ) dưới:* xuất phát từ động mạch thận, cho các nhánh đi vào cơ thắt trong và cơ thắt ngoài, nhánh tận cung cấp máu cho lớp dưới niêm mạc ống hậu môn và lớp dưới da quanh hậu môn.

b. Tĩnh mạch

Dẫn lưu tĩnh mạch ở trực tràng và ống hậu môn đặc biệt quan trọng trong sự hình thành các trĩ. Các tĩnh mạch ở ống hậu môn và trực tràng tập hợp thành hai đám rối: đám rối tĩnh mạch dưới niêm mạc (ở bên trong) và đám rối tĩnh mạch quanh lớp cơ (ở bên ngoài).

- *Đám rối tĩnh mạch dưới niêm mạc:* gồm hai nhóm dẫn lưu máu theo hai chiều

ngược nhau và được ngăn cách bởi dây chằng Parks. Nhóm trên dẫn lưu máu lên trên đổ vào tĩnh mạch trực tràng trên, nhóm tĩnh mạch này khi dẫn tạo nên trĩ nội. Nhóm dưới dẫn lưu máu xuống dưới đổ vào tĩnh mạch trực tràng dưới rồi tĩnh mạch thận trong, nhóm tĩnh mạch này khi dẫn tạo nên trĩ ngoại.

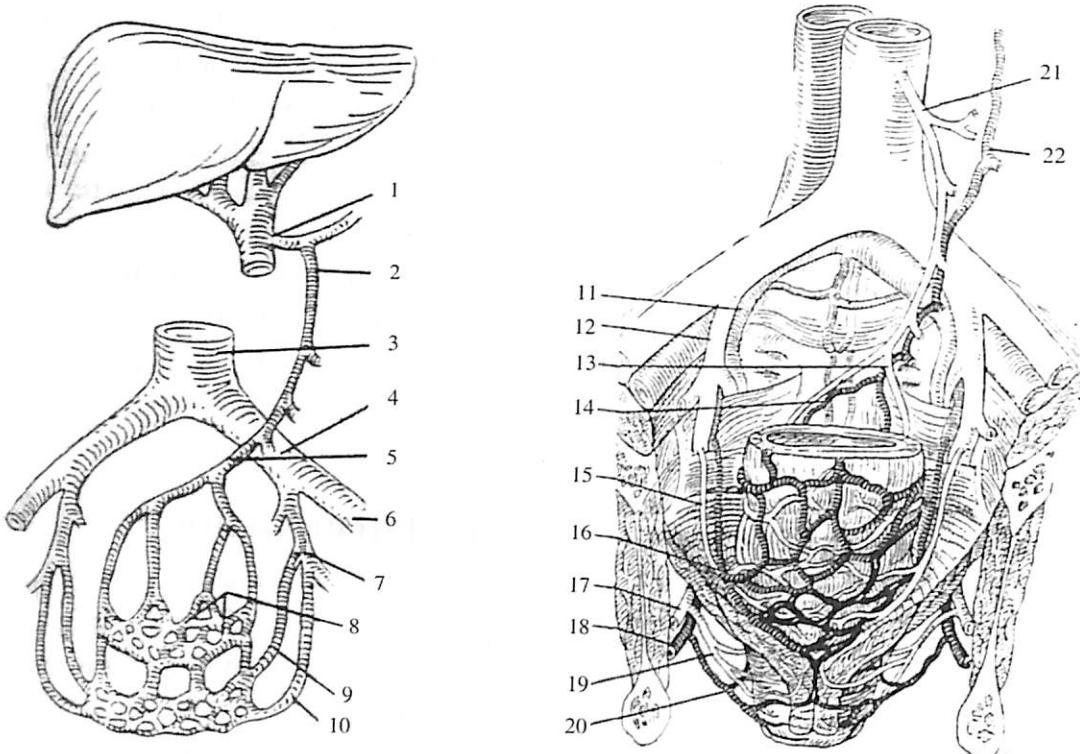
- *Đám rối tĩnh mạch quanh lớp cơ:* dẫn lưu máu chủ yếu của vách trực tràng và đổ vào tĩnh mạch trực tràng trên (Hình 3,4).

II. SINH BỆNH HỌC

Trĩ là bệnh lý thường gặp, gây ra nhiều phiền toái cho con người, một cách chính xác là đến nay người ta cũng chưa hiểu biết về bệnh lý này một cách hoàn toàn. Sự khởi phát của bệnh trĩ được giải thích bằng nhiều cơ chế khác nhau, những thuyết này bổ sung cho nhau và không nhất thiết loại trừ lẫn nhau.

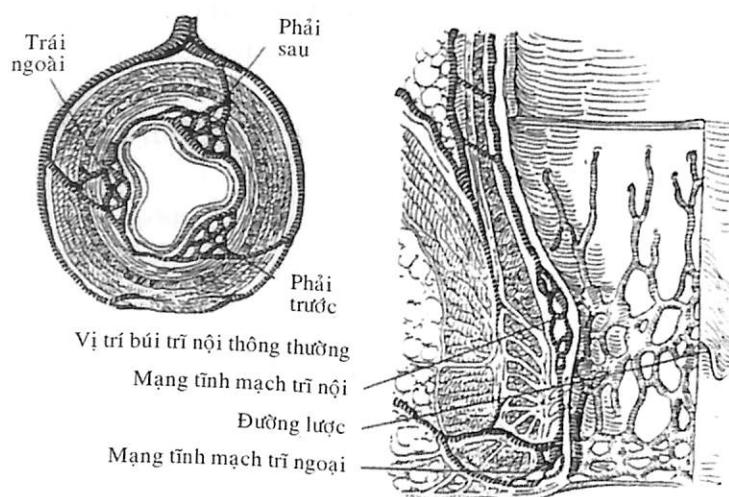
A. THUYẾT CƠ HỌC

Theo quan niệm về cơ học, đám rối tĩnh mạch nằm ở mặt phẳng sâu của lớp dưới niêm mạc. Các đám rối tĩnh mạch này được giữ tại chỗ bởi các mô sợi cơ đàn hồi. Với tuổi tác lớn dần, các mô sợi cơ đàn hồi có hiện tượng thoái hóa keo làm các mô sợi cơ này chùng nhão dần, dẫn đến tình trạng mô lỏng lẻo bất thường. Sự lỏng lẻo này sẽ làm đám rối trĩ di chuyển nhiều hơn, mỗi khi áp lực trong xoang bụng tăng lên do táo bón hay do rối loạn đi cầu, gây ra trĩ nội sa. Điều này giải thích cho triệu chứng điển hình của trĩ là sa trĩ. Thuyết này có thể giải thích tỉ lệ mắc bệnh trĩ cao ở một số gia đình do sự mỏng manh di truyền của mô sợi cơ đàn hồi này.



1. Tĩnh mạch (TM) cửa, 2. TM mạc treo tràng dưới, 3. TM chủ dưới, 4. TM chậu chung, 5. TM trực tràng trên, 6. TM chậu ngoài, 7. TM chậu trong, 8. Đám rối trĩ nội, 9. TM trực tràng giữa, 10. TM trực tràng dưới, 11. TM chậu trong, 12. Động mạch (ĐM) chậu trong, 13. ĐM trực tràng trên, 14. TM trực tràng trên, 15. ĐM trực tràng giữa, 16. TM trực tràng giữa, 17. ĐM thận trong, 18. TM thận trong, 19. ĐM trực tràng dưới, 20. TM trực tràng dưới, 21. ĐM mạc treo tràng dưới, 22. TM mạc treo tràng dưới

Hình 3. Hình ảnh giải phẫu mạch máu vùng hậu môn trực tràng

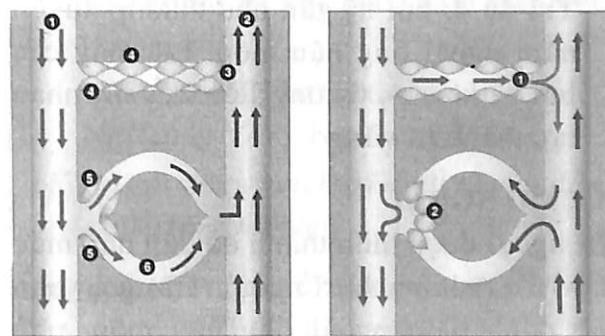


Hình 4. Hình giải phẫu cắt ngang và dọc ống hậu môn

B. THUYẾT HUYẾT ĐỘNG HỌC

Trong lớp dưới niêm mạc của phần thấp trực tràng và của ống hậu môn có rất nhiều khoang mạch. Vách các khoang mạch này chẽ thì dày, chẽ thì mỏng tạo nên tổ chức hang, ở đây có sự thông nối giữa động và tĩnh mạch. Các búi tĩnh mạch nằm ở lớp dưới niêm mạc trong ống hậu môn không đối xứng nhau và nằm ở các vị trí 7 giờ, 4 giờ, 11 giờ lại có tính cách cương cử nên có chức năng của một cái đệm, có vai trò khép kín hậu môn. Như vậy cấu tạo của trĩ là hữu ích, tạo ra đệm hậu môn giúp cho hậu môn khép kín hơn và đóng vai trò trong việc đi cầu có tự chủ. Có giả thuyết cho là trĩ là do sự phình dãn của tĩnh mạch ở ống hậu môn (quan sát đầu tiên năm 1874 do Sappey thực hiện và đã được củng cố thêm trong các nghiên cứu gần đây của Thomson). Cơ chế của sự phình dãn tĩnh mạch là do sự gia tăng áp lực tĩnh mạch có thể do các yếu tố như tư thế đứng lâu, di truyền, mất van tĩnh mạch và sự tắc nghẽn hệ thống tĩnh mạch. Gần đây qua các nghiên cứu về mô học và quan sát trên kính hiển vi điện tử, người ta đã ghi nhận ở diện vi tuần hoàn của ống hậu môn có chứa các shunt động tĩnh mạch. Các shunt này chịu tác động của các kích thích nội tiết hoặc sinh lý thần kinh. Bình thường các shunt động tĩnh mạch đóng lại, giúp cho sự trao đổi máu trong mô xảy ra. Khi có các kích thích chuyên biệt liên quan đến sự gia tăng lưu lượng máu trong tĩnh mạch trĩ trên (ví dụ như thay đổi áp suất trong xoang bụng, thức ăn nhiều vị), dẫn đến hiện tượng co thắt các cơ trước mao mạch và các shunt động tĩnh mạch mở ra, hậu quả là

mô không được nuôi dưỡng, gia tăng áp lực đột ngột ở các đám rối tĩnh mạch trĩ làm dãn các tĩnh mạch trĩ này. Điều này giải thích tại sao chảy máu trong bệnh trĩ có màu đỏ tươi (do động mạch hóa các tĩnh mạch do hiện tượng mở các shunt động tĩnh mạch này). Nếu có kèm theo tình trạng viêm nhiễm và huyết khối thì dòng máu tĩnh mạch càng bị tắc nghẽn nhiều hơn, đưa đến tình trạng các búi trĩ lớn và dãn to (Hình 5).



Chức năng shunt động tĩnh mạch bình thường: shunt động tĩnh mạch đóng, cơ thắt trước mao mạch mở

Rối loạn chức năng shunt động tĩnh mạch: các shunt động tĩnh mạch mở ra, cơ thắt trước mao mạch co lại

Hình 5. Cơ chế đóng mở các shunt động tĩnh mạch vùng ống hậu môn

III. THƯƠNG TỐN GIẢI PHẪU BỆNH

A. TRĨ NỘI

Trĩ nội được hình thành do dãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ nội nằm trên đường lược. Lúc đầu búi trĩ còn nhỏ, nằm trên đường lược, về sau dần dần to lên và sa xuống. Tùy theo kích thước và độ sa, trĩ nội được chia làm 4 mức độ:

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

- Trĩ độ 2:** lúc thường thì búi trĩ nằm gọn trong ống hậu môn, khi rặn đi cầu thì búi trĩ thô ở lỗ hậu môn hay lòi ít ra ngoài, khi đi cầu xong đứng dậy búi trĩ tự thụt vào.
- Trĩ độ 3:** mỗi lần đại tiện hay đi lại nhiều, ngồi xổm, làm việc nặng thì búi trĩ lại sa ra ngoài. Khi đã sa ra ngoài thì phải nằm nghỉ một lúc búi trĩ mới tụt vào hay phải dùng tay ấn nhẹ mới vào.
- Trĩ độ 4:** búi trĩ gần như thường xuyên nằm ngoài ống hậu môn. Lúc này các búi trĩ khá to, thường liên kết với nhau tạo thành trĩ vòng.

B. TRĨ NGOẠI

Trĩ ngoại được hình thành do dãn 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.

C. 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 (Hình 6).

D. TRĨ VÒNG

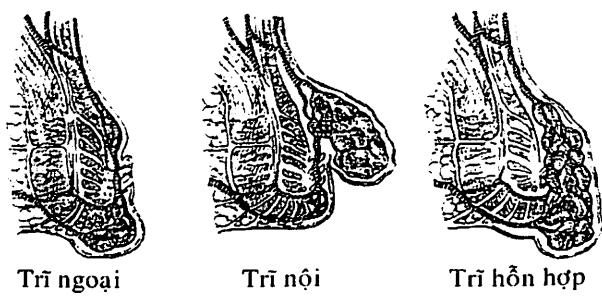
Thông thường vị trí của trĩ là vị trí của các đám rối tĩnh mạch trĩ. Lúc mới phát sinh, các búi trĩ còn nhỏ, phân cách riêng biệt. Về sau giữa các búi trĩ chính xuất hiện các búi trĩ phụ. Sau nữa các búi trĩ chính và búi trĩ phụ tụt ra và gặp nhau tạo thành trĩ vòng. Tuy là vòng nhưng có chỗ to chỗ nhỏ. Chỗ to chỗ nhỏ là dấu hiệu tốt để phân biệt trĩ vòng với sa trực tràng.

IV. CHẨN ĐOÁN

A. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Thường dựa vào các triệu chứng cơ năng như chảy máu, chiếm tỉ lệ cao nhất (94% theo GS Nguyễn Đình Hồi). Triệu chứng đau cũng là triệu chứng thường đưa bệnh nhân đến khám bệnh, có thể bệnh nhân không đau, điều chú ý là triệu chứng đau phải xảy ra ở thời điểm đi tiêu. Triệu chứng đau thường xảy ra ở bệnh nhân có kèm theo bị huyết khối ở đám rối tĩnh mạch trĩ hay bị nứt hậu môn. Triệu chứng trĩ sa cũng là triệu chứng đưa bệnh nhân đến khám, tùy theo mức độ sa, theo thương tổn giải phẫu bệnh đã nêu ở phần trên.

- Khám lâm sàng:** thường khám ở hai tư thế gối khuỷu và hay nghiêng trái. 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.
- Cận lâm sàng:** sau khi thăm khám, rất cần nội soi hậu môn trực tràng. Nội soi nhằm giúp chẩn đoán trĩ nội độ 1, độ 2,



Hình 6. Thương tổn giải phẫu bệnh trĩ

nứt hậu môn và các bệnh lý khác như pôlíp trực tràng, ung thư trực tràng. Video-proctoscope để phân biệt các độ sa của trĩ nội, trước đây ta chỉ dựa vào lời khai của bệnh nhân, nay với máy quay phim đặt trong nhà cầu chúng ta có thể ghi lại quá trình di cầu của bệnh nhân để từ đó định được chính xác các độ sa trĩ nội.

B. 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, pôlíp trực tràng.

V. ĐIỀU TRỊ

Tỉ lệ mắc bệnh trĩ rất cao. Tùy theo thương tổn mà có những biểu hiện lâm sàng khác nhau. Khi các triệu chứng lâm sàng kín đáo, vấn đề điều trị không đặt ra. Người ta chỉ điều trị khi trĩ gây những rối loạn ảnh hưởng đến sinh hoạt và năng suất lao động của người bệnh.

Các nhà hậu môn học chia điều trị trĩ làm 3 nhóm chính:

- Điều trị không xâm nhập, điều trị bảo tồn:
- Chế độ ăn nhiều chất xơ.
- Thuốc uống hướng tĩnh mạch.
- Thuốc đặt tại chỗ.
- Cố định trĩ bằng dụng cụ:
- Chích xơ.
- Thắt trĩ bằng vòng cao su.
- Quang đông hồng ngoại.

• Phẫu thuật:

Cắt trĩ:

- Cắt khoanh niêm mạc da (Phương pháp Whitehead).
- Cắt trĩ rời từng búi:
 - + Cắt trĩ mở (Milligan Morgan, PP Nguyễn Đình Hối).
 - + Cắt trĩ kín (Ferguson).

Khâu treo trĩ (anopexy)

- Khâu treo trĩ với máy bấm stappler (Longo).
- Khâu treo trĩ bằng tay (A. Hussein, Ng Trung Vinh, Ng Trung Tín).

Khâu cột động mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm Doppler

Trong hai hội nghị về hậu môn trực tràng trong năm 2003 là hội nghị HMTT tại TPHCM và hội nghị HMTT Á Châu lần thứ 9 ở Seoul, hai tác giả có bài tổng quan về điều trị trĩ đã đưa ra nhận xét về tỉ lệ các phương pháp điều trị trĩ ở nước họ:

	GS Jean Denis	GS Stanley.M. Goldberg
Điều trị bảo tồn	45,2%	45%
Điều trị với dụng cụ	45,5%	46%
Phẫu thuật	9,3%	9%

A. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN, ĐIỀU TRỊ KHÔNG XÂM NHẬP

Đây là sự lựa chọn ban đầu trong điều trị trĩ.

1. Chế độ ăn nhiều chất xơ

Có nhiều công trình nghiên cứu (được xếp vào loại A trong bảng phân loại của y học

chứng cứ). Chế độ ăn nhiều chất xơ giúp phòng ngừa táo bón và làm giảm triệu chứng của bệnh trĩ. Như chúng ta đã biết đứng thẳng lâu, ngồi làm việc lâu và thói quen không đi cầu đúng giờ, làm việc căng thẳng của cư dân thành thị là yếu tố nguy cơ cao của bệnh trĩ. Trong lúc chúng ta không thể tư vấn cho bệnh nhân là trở lại đi bằng bốn chân thì chúng ta chỉ có thể khuyên bệnh nhân tập thể dục, vận động đi lại và chế độ ăn nhiều chất xơ có thể làm giảm triệu chứng trĩ.

2. Thuốc hướng tĩnh mạch

Y học chứng cứ ghi nhận các thuốc hướng tĩnh mạch làm giảm được các triệu chứng trĩ, được xếp vào loại B trong bảng phân loại của y học chứng cứ, dựa trên nghiên cứu ngẫu nhiên. Sử dụng những thuốc hướng tĩnh mạch này là chọn lựa đầu tiên trong điều trị trĩ.

3. Thuốc tọa dược và kem bôi tại chỗ

Thường được sử dụng kết hợp với thuốc hướng tĩnh mạch nhưng chưa có công trình nghiên cứu nào chứng minh hiệu quả và y học chứng cứ công nhận.

4. Thuốc điều trị táo bón

Khi điều trị trĩ thường các bác sĩ chú ý đến điều trị các rối loạn lưu thông ruột như tiêu chảy và táo bón. Nhưng các nhà hậu môn học khuyến cáo khi sử dụng thuốc trị táo bón nên dùng thuốc tạo khối phân (bulking agents) và tránh sử dụng các loại thuốc nhuận tràng (laxative) và thuốc xổ (purgative) sẽ làm tăng triệu chứng trĩ. Khi điều trị táo bón ta cũng đừng quên khuyên bệnh nhân tăng lượng nước uống vào, giảm uống các thức uống nhiều kích thích

như cà phê, trà đậm và rượu bia. Tránh ăn thực phẩm ngọt quá như chocolate, mứt là thực phẩm gây táo bón đặc biệt và các loại thuốc uống có tác dụng phụ gây táo bón như kháng viêm không steroid, thuốc an thần ...

B. ĐIỀU TRỊ THỦ THUẬT

Với sự hiểu biết về sinh bệnh học, các phương pháp điều trị bằng thủ thuật càng ngày càng mở rộng với mục tiêu chính là cố định trĩ vào ống hậu môn, để bảo tồn đệm hậu môn. Trong hội nghị hậu môn trực tràng Á Châu lần thứ 9 Seoul, tác giả Stanley M Goldberg đã có kết luận trong bài tổng quan về điều trị trĩ “điều trị thủ thuật là phương pháp điều trị phát triển trong tương lai”.

Có 3 phương pháp điều trị thủ thuật chính cho bệnh trĩ, có giá trị qua các nghiên cứu được y học chứng cứ công nhận là chích xơ, thắt trĩ bằng vòng cao su và quang đông bằng tia hồng ngoại.

Nguyên lý chung là tạo nên xơ sẹo làm dính lớp dưới niêm mạc vào lớp cơ ở dưới lớp dưới niêm mạc, cố định trĩ vào ống hậu môn và làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ.

Các phương pháp điều trị thủ thuật có chống chỉ định là trĩ nội và trĩ ngoại tắc mạch, nứt hậu môn kèm theo, viêm mủ hậu môn và ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch (loại A trong bảng phân loại y học chứng cứ).

1. Chích xơ (Sclerotherapy)

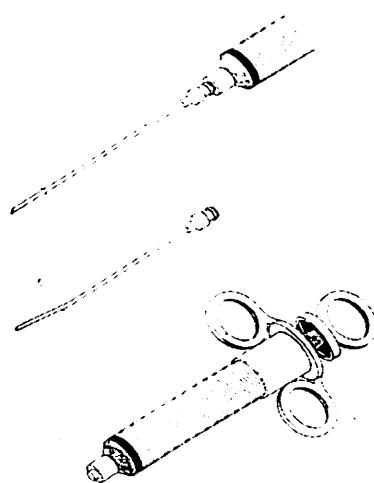
Đây là phương pháp dễ thực hiện, đơn giản, nhanh chóng và an toàn. Tuy nhiên người thực hiện thủ thuật phải là bác sĩ

thực hành có kinh nghiệm với kỹ thuật vững vàng mới cho kết quả tốt và tránh được các biến chứng. Mục đích chính của chích xơ là giảm lưu lượng máu đến búi trĩ, tạo mô sẹo xơ dính vào lớp cơ dưới lớp dưới niêm mạc giúp giảm triệu chứng chảy máu.

Chích xơ được chỉ định trong trĩ nội độ 1 và trĩ nội độ 2,

Trong kỹ thuật chích xơ cần chú ý một số việc:

- Sử dụng đúng loại kim: Kim dài, có ngạnh chặn ở gần đầu kim để tránh xuyên thấu sâu, nếu có kim gập gốc thì rất tốt, ống chích chuyên dùng (Hình 7). Thuốc chích xơ thường dùng hiện nay là dầu phenol và polidocanol.
- Vị trí chích là ở gốc búi trĩ, nằm trên đường lược và ở đáy búi trĩ. Vị trí chích là lớp dưới niêm mạc ở gốc búi trĩ. Khối lượng thuốc bom khoảng 3-5 ml,



Hình 7. Kim và ống chích chuyên dùng cho chích xơ búi trĩ, kim có ngạnh, gập gốc và ống chích có tay cầm

bom chậm. Vị trí chích thông thường là ở 4g, 7g và 11g (Hình 8).

• Biến chứng:

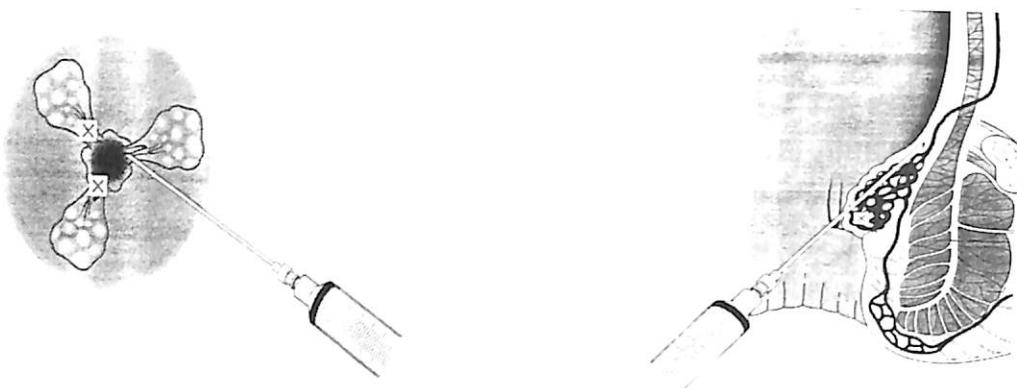
- Chảy máu chỗ chích:** nếu phát hiện trong lúc chích dùng gạc đè vào, nếu không giảm dùng dụng cụ thắt trĩ bằng vòng cao su thắt vùng chảy máu.
- Chích vào tiền liệt tuyến:** trong trường hợp chích quá sâu ở vị trí 11g-1g có thể gặp biến chứng bí tiểu, viêm mào tinh và tinh hoàn, viêm tiền liệt tuyến, rò hậu môn âm đạo

2. Thắt trĩ bằng vòng cao su (Rubber band ligation)

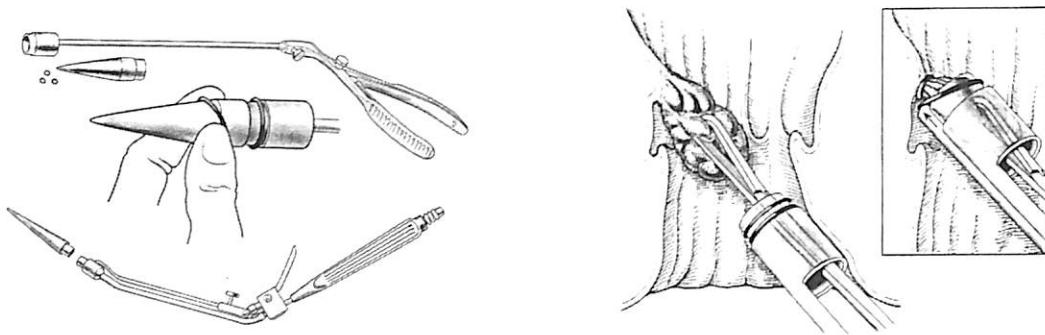
Là phương pháp đã được y học chứng cứ xếp loại B. Có nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên so sánh phương pháp này với các phương pháp điều trị khác, và cho kết quả phương pháp này có hiệu quả tốt.

Thắt trĩ bằng vòng cao su được chỉ định điều trị trĩ nội độ 1 và 2, một số tác giả áp dụng cho cả trĩ nội độ 3 nhưng kết quả giới hạn.

Thắt trĩ bằng vòng cao su đã được thực hiện từ thế kỷ 19 nhưng vì cột búi trĩ chung với cả da quanh hậu môn nên sau thắt rất đau, cho nên không được sử dụng rộng rãi. Đến năm 1958 Blaisdell đã thành công với việc chỉ cột búi trĩ không có lỗ da và các mô chung quanh. Barron 1963 đã tạo ra dụng cụ để thắt trĩ với vòng cao su và sau đó với dụng cụ cải tiến của Mc Giveny đã đưa điều trị thắt trĩ với vòng cao su thành một phương pháp điều trị trĩ được thành công và lựa chọn hàng đầu trong các phương pháp điều trị bằng thủ thuật, vì đây là phương pháp rẻ tiền, dễ



Hình 8. Vị trí chích xơ vào đáy búi trĩ



Hình 9. Dụng cụ thắt trĩ và thủ thuật thắt trĩ

thực hiện, không đau và không làm mất thời gian lao động của bệnh nhân (Hình 9).

Nguyên tắc chính của thắt vòng cao su là giảm lưu lượng máu đến búi trĩ, tạo mô sẹo xơ dính vào lớp cơ dưới lớp dưới niêm mạc, do đó sẽ cố định ống hậu môn đúng với nguyên tắc bảo tồn lớp đệm hậu môn.

Biến chứng chảy máu sau thắt là biến chứng rất hiếm và khối lượng máu chảy thường không đáng kể. Biến chứng trầm trọng và nguy hiểm nhất là biến chứng nhiễm trùng vùng chậu, O'Hara (1980) có một báo cáo ca đầu tiên tử vong sau thắt trĩ do nhiễm trùng vùng chậu, Murphy

(1978) có một ca bị tetanos sau thắt trĩ, và nhiều báo cáo về tình trạng nhiễm trùng sau thắt. Triệu chứng sớm của tình trạng nhiễm trùng này là sốt, đau và bí tiểu. Khi bệnh nhân có các triệu chứng này cần phải dùng kháng sinh phổ rộng liều cao, nếu cần phải cắt lọc tại chỗ vùng này. Hai biến chứng cũng có thể gặp sau thắt là trĩ ngoại tắc mạch và nứt hậu môn chiếm tỉ lệ # 1%.

Vấn đề thắt từng búi cho 1 lần thắt hay thắt nhiều búi cùng một lúc có làm tăng biến chứng? Các công trình báo cáo đều đồng thuận là thắt 1, 2 hay 3 búi trong 1 lần thắt đều cho biến chứng như nhau, nên

các tác giả thường thắt 2-3 búi cho 1 lần thắt.

3. Quang đông hồng ngoại (Infrared photocoagulation)

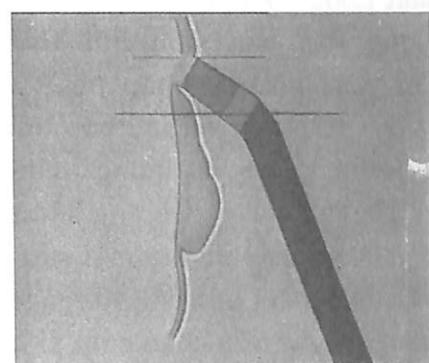
Phương thức sử dụng nhiệt điều trị trĩ đã được thực hiện hàng trăm năm nay. Mục tiêu của phương pháp làm đông là làm cho mô bị đông lại bởi tác động của sức nóng, tạo nên sẹo xơ làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ và cố định trĩ vào ống hậu môn. Với tia Laser, dòng điện cao tầng (diathermy electrocoagulation) cũng có tác động làm đông như tia hồng ngoại, nhưng sự chính xác về độ sâu xuyên thấu của tác động làm đông của hai phương pháp này không chính xác bằng tia hồng ngoại với

máy quang đông. Sự xuyên thấu mô của tia hồng ngoại được định trước bằng cách điều chỉnh tốc độ của tia và độ hội tụ chính xác trên lớp mô này. IRC có ích lợi là không gây nhiều các dụng cụ điện tử gắn trên người bệnh như máy điều hòa nhịp tim (Hình 10, 11).

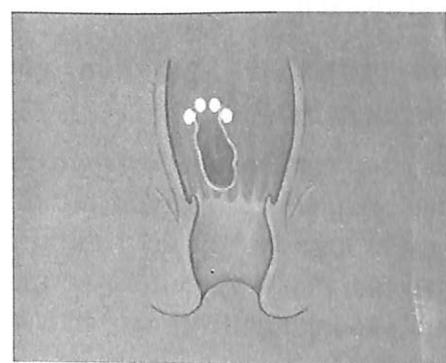
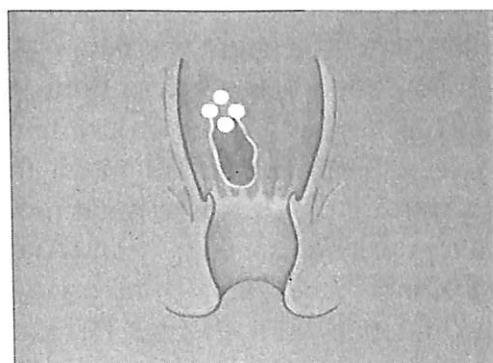
Quang đông hồng ngoại được chỉ định với trĩ nội độ 1 và độ 2. Phương pháp này có lợi ích là không đau, an toàn, cầm máu rất hiệu quả nhưng có nhược điểm là tiền mua máy khá cao và để đạt kết quả tốt thường phải làm thủ thuật nhiều lần.

C. PHẪU THUẬT

Nguyên tắc: trước hết phải nói rằng phẫu thuật cắt trĩ không phải là phẫu thuật đơn



Hình 10. Máy Redfield IRC 2100 và kỹ thuật làm đông



Hình 11. Các vị trí làm đông ở đáy búi trĩ để làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ và cố định búi trĩ vào ống hậu môn

giản. Nếu thực hiện không đúng phẫu thuật rất dễ lấy không hết trĩ hay rất dễ tái phát. Nhưng điều quan trọng hơn là gây nên những biến chứng và những di chứng nặng. Trong đó có những biến chứng rất khó sửa chữa hay không thể sửa chữa được. Vì vậy các nhà hậu môn học khuyên: “Không được coi phẫu thuật cắt trĩ là phẫu thuật gốc bàn”. Lời khuyên này có nghĩa là không được coi nhẹ phẫu thuật cắt trĩ mà phải dành nó cho các nhà phẫu thuật viên chuyên khoa hậu môn học hay ít ra cũng là các phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa.

Với các phát hiện về sinh bệnh học và giải phẫu học, từ thập niên 90 có các phương pháp phẫu thuật mới như khâu treo trĩ, phẫu thuật Longo, khâu cột động mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm Doppler (DGHAL). Các phương pháp phẫu thuật mới này dựa trên nguyên tắc bảo tồn lớp đệm hậu môn, giảm lưu lượng máu đến búi trĩ và cố định mô trĩ vào ống hậu môn. Với các phương pháp phẫu thuật sau này, vùng phẫu thuật nằm trên cột Morgagni, là vùng không có các tiếp nhận cảm giác, do đó khi phẫu thuật vùng này có lợi điểm là không đau và đây là yếu điểm của các phương pháp cắt trĩ.

1. Nhóm phẫu thuật kinh điển: gồm 2 nhóm phẫu thuật

a. Phẫu thuật cắt khoanh niêm mạc da:

Phẫu thuật Whitehead: nguyên tắc là cắt khoanh niêm mạc và lớp dưới niêm mạc có các búi tĩnh mạch trĩ, sau đó kéo niêm mạc từ trên xuống khâu với da ở hậu môn, phương pháp này hiện nay hầu như không được sử dụng vì để lại nhiều biến chứng

nặng nề như hẹp hậu môn, đại tiện mất tự chủ và rỉ dịch ở hậu môn. Nhưng vì tính chất triệt để của phẫu thuật nên nhiều tác giả vẫn sử dụng nguyên tắc của phẫu thuật này nhưng cải biên lại để làm giảm các biến chứng này, ví dụ như phẫu thuật Toupet.

b. Phẫu thuật cắt rời từng búi trĩ:

Nguyên tắc phẫu thuật này là cắt riêng biệt từng búi trĩ một, để lại ở giữa các búi trĩ được cắt bỏ các mảnh da niêm mạc còn được gọi là các cầu da niêm mạc. Nhóm phẫu thuật này gồm có PT Milligan Morgan (1937), PT Ferguson (1959), PT Parks (1965), PT BV Việt Đức (Nguyễn Đình Hối 1966).

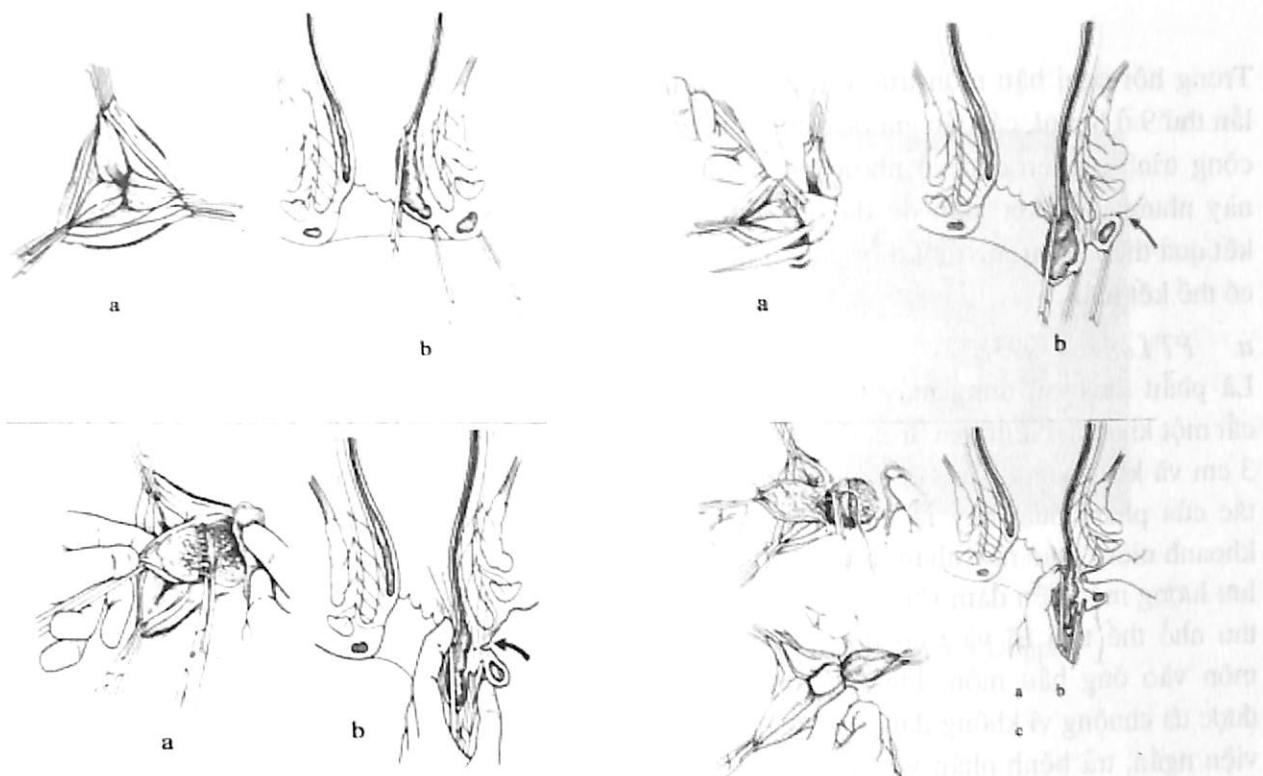
Nhóm phẫu thuật này gồm 2 nhóm chính là:

- Cắt trĩ mở (open hemorrhoidectomy): PT Milligan Morgan, PT Nguyễn Đình Hối (Hình 12).
- Cắt trĩ kín (closed hemorrhoidectomy): PT Ferguson (Hình 13).

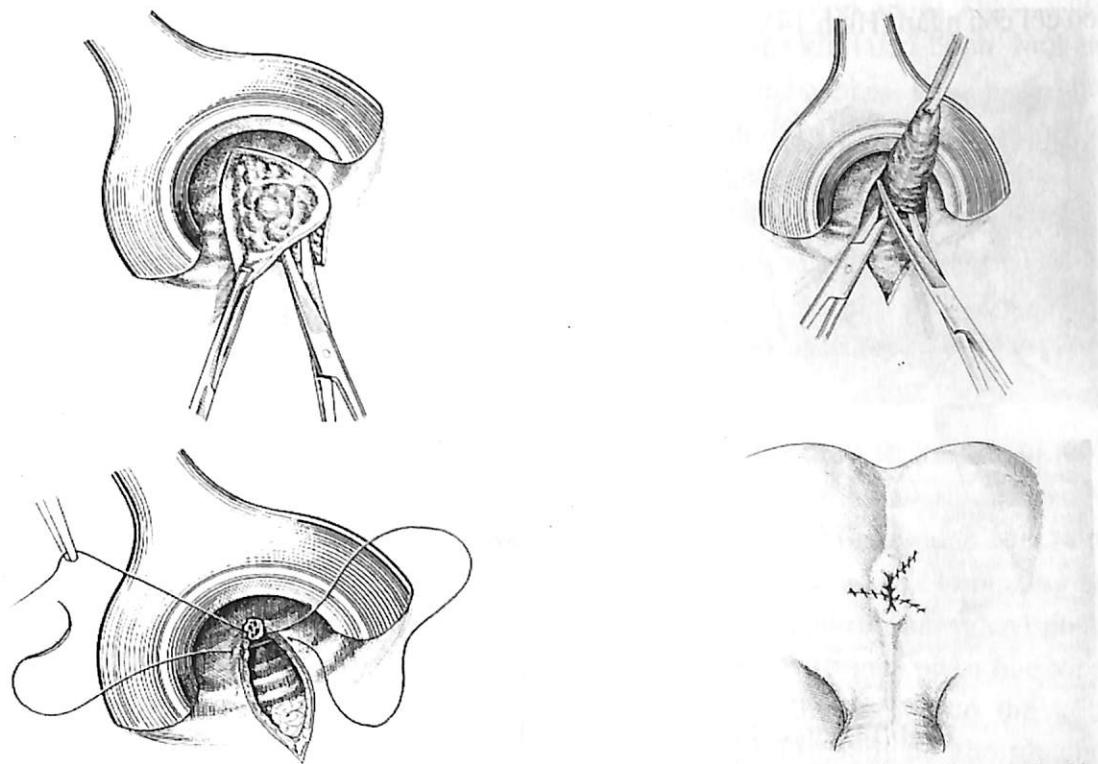
Nhóm phẫu thuật này tránh được các biến chứng của nhóm phẫu thuật cắt khoanh niêm mạc da, nhưng vẫn còn nhược điểm là đau sau mổ, thời gian nằm viện dài, thời gian trở lại lao động muộn và không hiệu quả trong các trường hợp trĩ vòng.

2. Nhóm phẫu thuật mới

Xuất phát từ các nhược điểm của nhóm phẫu thuật dưới cột Morgagni và các phát hiện mới về sinh bệnh học, từ thập niên 90, dựa trên nguyên tắc bảo tồn khối đệm hậu môn, giảm lưu lượng máu đến búi trĩ và thu nhỏ thể tích khối trĩ, một số phẫu thuật mới đã ra đời với nguyên tắc treo hậu môn (Anopexy) như PT Longo, khâu treo trĩ và nguyên tắc thu nhỏ thể tích khối trĩ như PT khâu cột động mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm Doppler (DGHAL).



Hình 12. Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan Morgan



Hình 13. Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Ferguson

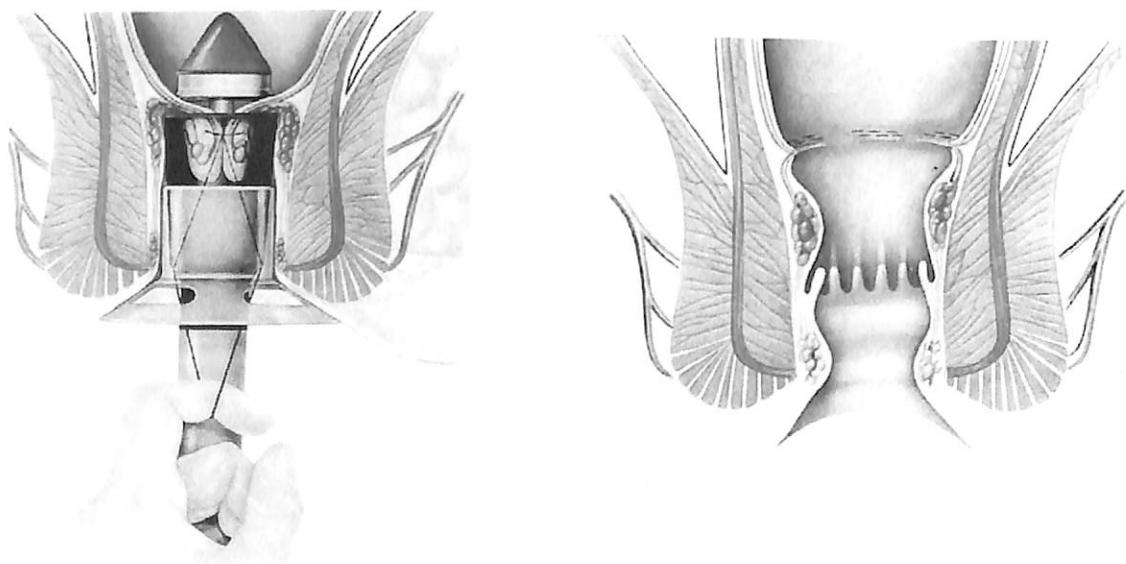
Trong hội nghị hậu môn trực tràng Á Châu lần thứ 9 ở Seoul, các tác giả đều có nêu các công trình nghiên cứu về nhóm phẫu thuật này nhưng đều kết luận dè dặt là cần chờ kết quả theo dõi trong một thời gian nữa mới có thể kết luận.

a. *PT Longo (1993):*

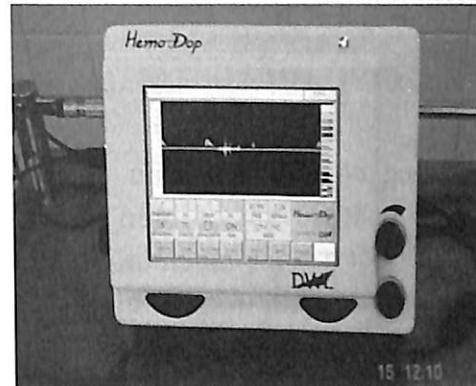
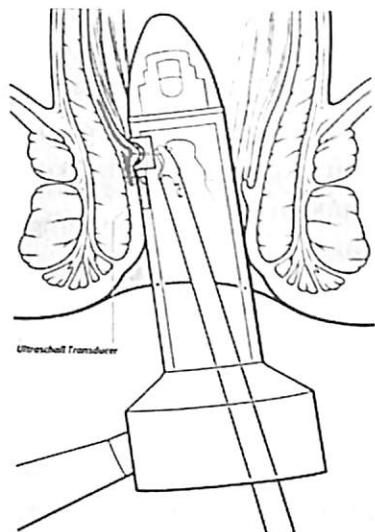
Là phẫu thuật sử dụng máy khâu vòng để cắt một khoanh niêm mạc trên đường lược 2-3 cm và khâu vòng bằng máy bấm. Nguyên tắc của phẫu thuật này là khi cắt và khâu khoanh niêm mạc này nhằm mục đích giảm lưu lượng máu đến đám rối tĩnh mạch trĩ để thu nhỏ thể tích trĩ và treo được đệm hậu môn vào ống hậu môn. Phương pháp này được ưa chuộng vì không đau, thời gian nằm viện ngắn, trả bệnh nhân về lao động sớm, nhưng nhược điểm phương pháp này là chi phí cao, chưa được đánh giá đầy đủ do thời gian theo dõi còn ngắn (Hình 14).

b. *Khâu treo trĩ bằng tay:*

Đây là phương pháp cải biến của phẫu thuật Longo ở các nước đang phát triển do giá thành cao của PT Longo. PT này đã được tác giả Ahmed M Hussein, BS Nguyễn Trung Vinh, BS Nguyễn Trung Tín báo cáo ở các hội nghị. Khâu treo trĩ này cũng dựa trên nguyên tắc của phẫu thuật Longo là làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ để thu nhỏ thể tích khối trĩ và treo búi trĩ lên ống hậu môn bằng các mũi khâu tay khâu xếp nếp niêm mạc trên đường lược 2-3 cm. Với cải tiến này, đưa nguyên tắc của PT Longo vào điều trị trĩ với giá thành thấp hơn rất nhiều. Phương pháp chỉ mới được báo cáo sau năm 2001, nên chưa có đánh giá kết quả được, cần phải có thời gian theo dõi lâu dài mới đánh giá được.



Hình 14. Phẫu thuật khâu treo trĩ bằng máy Stapler (Longo)



Hình 15. Máy Moricorp và ống soi hậu môn có đầu dò siêu âm Doppler

c. *Khâu cột động mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm Doppler:*

Do tác giả người Nhật Kazumasa Morinaga thực hiện từ năm 1995, với một dụng cụ có tên là Moricorp, là một máy gồm một đầu dò siêu âm Doppler gắn liền trong một ống soi hậu môn, qua dụng cụ này tác giả dò tìm 6 động mạch, là những nhánh tận của động mạch trực tràng trên, và các nhánh động mạch này được khâu cột ở vị trí trên đường lược 2cm (Hình 15).

Nguyên tắc của phương pháp này là làm giảm lưu lượng máu đến các búi trĩ, chỉ áp dụng cho trĩ nội độ 2 và 3, ưu điểm của phương pháp này là không đau và bảo tồn được đệm hậu môn.

Cả ba phương pháp này không giải quyết được các trường hợp trĩ nội tắc mạch và các trường hợp có mẩn da thừa lớn.

D. CHỈ ĐỊNH

- Trĩ có thể là bệnh, có thể là triệu chứng của một bệnh khác. Chỉ được phẫu thuật khi là trĩ bệnh. Một sai lầm thường mắc phải là cắt trĩ cho một bệnh nhân bị ung thư trực tràng. Có thể trĩ là triệu chứng của ung thư trực tràng, có thể là ung thư trực tràng xuất hiện trên một bệnh nhân có trĩ đã lâu. Vì vậy trước khi mổ phải khẳng định không có các thương tổn thực thể khác ở vùng hậu môn trực tràng.
- Trĩ có thể điều trị khỏi bằng nội khoa hay các phương pháp vật lý. Vì vậy phẫu thuật chỉ nên được xem là phương sách cuối cùng khi các phương pháp kể trên không hiệu quả, bởi vì phẫu thuật can thiệp vào giải phẫu học và sinh lý học bình thường và có thể kèm theo các di chứng nặng nề khó sửa chữa.

- Chỉ định mổ áp dụng cho trĩ nội độ 3, độ 4, trĩ có huyết khối, trĩ vòng sa và trĩ xuất huyết trầm trọng.

E. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

Trĩ ngoại

Trĩ ngoại không có chỉ định điều trị thủ thuật và phẫu thuật trừ khi có biến chứng nhiễm trùng, lở loét hay tắc mạch tạo thành những cục máu đông nằm trong các búi trĩ. Phẫu thuật điều trị tắc mạch trong cấp cứu là rạch lấy cục máu đông. Ngay sau mổ bệnh nhân cảm thấy dễ chịu và hết đau ngay.

Trĩ nội

- Độ 1: chích xơ hoặc làm đông.
- Độ 2: làm đông, thắt bằng dây thun hay cắt trĩ.
- Độ 3: thắt bằng dây thun hay cắt trĩ.
- Độ 4: cắt trĩ.
- Trĩ sa nghẹt: dùng thuốc điều trị nội khoa và ngâm nước ấm cho đến khi búi trĩ hết phù nề, tại chỗ ổn định, sau đó mới mổ cắt trĩ.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Charles. V. Mann. Surgical treatment of hemorrhoids. Springer-Verlag London 2002: 43-97.
2. Nguyễn Đình Hối. Bệnh trĩ. Bách khoa thư bệnh học, tập 2. Nhà xuất bản từ điển bách khoa Hà Nội 2000: 121-6.
3. Nguyễn Đình Hối. Bệnh trĩ. Hậu môn trực tràng học. Nhà xuất bản Y học 2002: 73-105.
4. Stanley M. Goldberg. Hemorrhoids. Essentials of anorectal surgery 1980: 69-84.
5. T. Cristina Sardinha and Marvin L. Corman. Hemorrhoids. The surgical clinics of North America, December 2002: 1153-68.

CÂU HỎI LUỢNG GIÁ

1. Về giải phẫu học, ống hậu môn theo quan điểm của các nhà phẫu thuật vien:
 - A. Khác quan điểm của nhà giải phẫu học.
 - B. Từ vòng hậu môn trực tràng trở xuống.
 - C. Từ đường lược trở xuống.
 - D. A và B đúng.
 - E. A và C đúng.
2. Về cơ chế sinh bệnh của bệnh trĩ, thuyết cơ học cho rằng:
 - A. Có hiện tượng thoái hóa keo của các dây chằng sợi cơ lớp dưới niêm mạc, làm các dây chằng chùng nhả dần.
 - B. Xảy ra ở người lớn tuổi.
 - C. Khi áp lực trong xoang bụng tăng lên do táo bón kinh niên hay do rối loạn đi cầu.
 - D. A, B và C đúng.
 - E. A, B đúng.
3. Theo thuyết huyết động học, sau các nghiên cứu mô học và quan sát trên kính hiển vi điện tử:
 - A. Trên diện vi tuần hoàn của ống hậu môn chứa các shunt động tĩnh mạch mở ra đột ngột dưới các kích thích chuyên biệt.
 - B. Các búi tĩnh mạch nằm ở lớp dưới niêm mạc ống hậu môn có chức năng của đệm hậu môn, có vai trò khép kín hậu môn.
 - C. Do sự chùng nhão dây chằng Parks làm ứ máu ở đám rối tĩnh mạch.
 - D. A, B và C đúng.
 - E. A, B đúng.
4. Triệu chứng cơ năng chủ yếu của bệnh trĩ là:
 - A. Chảy máu khi đi cầu.
 - B. Chảy máu ngay cả khi không đi cầu.
 - C. Chảy máu khi trung tiện.
 - D. Đau liên tục ở hậu môn.
 - E. Rát ở hậu môn khi đi cầu.
5. Chẩn đoán phân biệt của bệnh trĩ với triệu chứng đi cầu ra máu, chẩn đoán nào xảy ra thường nhất:

- A. Viêm loét đại trực tràng chảy máu.
 B. Ung thư hậu môn trực tràng.
C. Pôliph trực tràng.
D. Túi thừa trực tràng.
E. Sa trực tràng.
6. Phương tiện chẩn đoán có giá trị nhất trong chẩn đoán bệnh trĩ:
A. Siêu âm bụng.
 B. Nội soi hậu môn trực tràng.
C. Chụp đại tràng có cản quang.
D. Thăm hậu môn trực tràng.
E. Tất cả đều sai.
7. Trong phương pháp điều trị chích xơ trong điều trị trĩ, biến chứng có thể xảy ra là:
A. Nhiễm trùng viêm tấy lan rộng vùng tầng sinh môn.
B. Teo hẹp hậu môn sau chích trĩ.
C. Rò trực tràng âm đạo.
 D. A, B và C đúng.
E. A, B đúng.
8. Chỉ định điều trị trĩ độ 1, phương pháp nào được chọn:
A. Chích xơ búi trĩ.
B. Thắt trĩ bằng dây thun.
 C. Điều trị nội khoa.
D. Làm đông bằng nhiệt.
E. Tất cả đều đúng.
9. Phẫu thuật trong điều trị trĩ là:
 A. Phương sách cuối cùng khi điều trị bằng các phương pháp vật lý và nội khoa không hiệu quả.
B. Áp dụng trong trường hợp trĩ sa nghẹt.
C. Áp dụng trong trĩ ngoại.
D. Tất cả đều đúng.
E. B và C đúng.
10. Trong điều trị trĩ, phương pháp phẫu thuật là phương pháp được chọn sau cùng vì phẫu thuật can thiệp vào giải phẫu học và sinh lý học bình thường và có thể kèm theo các di chứng nặng nề khó sửa chữa:
- A. Đúng.
B. Sai.
11. Vị trí của đám rối tĩnh mạch trĩ nội nằm ở:
A. Trên đường lược.
 B. Nằm ngay dưới cột Morgagni.
C. Nằm ở ống hậu môn của nhà giải phẫu học.
 D. A và B đúng.
E. A và C đúng.
12. Đường lược trong giải phẫu học vùng hậu môn là:
A. Đường hình răng cưa cách bờ hậu môn 4-5cm.
B. Đường hình răng cưa còn được gọi là đường hậu môn trực tràng.
 C. Đường được tạo nên bởi bờ trên van hậu môn và chân các cột trực tràng.
D. A, B và C đúng.
E. A, B và C sai.
13. Trí triệu chứng là do nguyên nhân, ngoại trừ:
A. Ba tháng cuối thai kỳ.
B. Ung thư trực tràng.
 C. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
D. U to vùng tiểu khung.
E. U xơ tử cung to.
14. Trĩ hỗn hợp là:
A. Trĩ nội sa độ 4.
 B. Trĩ ngoại kết hợp với trĩ nội.
C. Trĩ nội sa độ 3.
D. Trĩ nội sa và xuất huyết.
E. Tất cả đều sai.
15. Biến chứng trong thủ thuật chích xơ trong điều trị trĩ:
A. Nhiễm trùng.
B. Viêm tấy lan rộng vùng tầng sinh môn.
C. Teo hẹp hậu môn.
 D. B và C đúng.
 E. A, B và C đúng.

16. Chỉ định điều trị trong trĩ sa nghẹt:

- A. Phẫu thuật tức thì.
- B. Chích xơ.
- C. Thắt bằng dây thun.
- D. Làm đông bằng lạnh.
- E. Tất cả đều sai.

17. Chỉ định điều trị phẫu thuật trĩ ngoại khi:

- A. Sa trĩ nghẹt.
- B. Do yêu cầu của bệnh nhân.
- C. Tắc mạch do cục máu đông.
- D. Trĩ nội sa độ 4.
- E. Tất cả đều sai.

ĐÁP ÁN

- | | | | |
|------|-------|-------|-------|
| 1. D | 6. B | 11. D | 16. E |
| 2. D | 7. D | 12. C | 17. C |
| 3. E | 8. E | 13. C | |
| 4. A | 9. A | 14. B | |
| 5. B | 10. A | 15. E | |

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA RÒ HẬU MÔN

MỤC TIÊU

1. *Nêu lên được giải phẫu vùng hậu môn.*
2. *Trình bày được nguyên nhân và sinh bệnh học của rò hậu môn.*
3. *Mô tả được các thể giải phẫu bệnh của rò hậu môn.*
4. *Chẩn đoán được bệnh rò hậu môn.*
5. *Phát biểu được định luật Goodsall.*
6. *Trình bày được nguyên tắc điều trị rò hậu môn.*

Bệnh lý nhiễm trùng vùng hậu môn trực tràng thường gặp là hai bệnh lý áp xe cấp tính quanh hậu môn và rò hậu môn. Rò hậu môn là hậu quả của áp xe quanh hậu môn chữa trị không tốt. Rò hậu môn có thể là triệu chứng của một số bệnh lý đặc hiệu. Hiện nay rò hậu môn được xếp vào loại nhiễm trùng không đặc hiệu, do nhiễm trùng các tuyến hậu môn ở giữa hai cơ thắt.

I. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU HỌC

Hiểu được giải phẫu học vùng sàn chậu sẽ giúp cho chúng ta đánh giá được nguồn gốc và sự phân nhánh của rò hậu môn. Một cách đơn giản nhất ta biết sàn chậu bao gồm hai cấu tạo hình phễu, một ở trong và một ở ngoài. Lớp trong là phần nối từ lớp cơ tròn trực tràng cuối cùng dồn lên và khoanh tròn tạo thành cơ vòng trong hậu môn. Chung quanh lớp hình phễu trong này là hình phễu của lớp cơ sàn chậu, được hình thành bởi cơ nâng hậu môn, cơ mu

trực tràng và cơ vòng ngoài hậu môn. Giữa hai vùng đó là vùng giữa các cơ thắt. Ở phần dưới niêm mạc của ống hậu môn có những tuyến hậu môn (anal glands), những ống của tuyến hậu môn này đổ vào trong ống hậu môn ở khe hậu môn (crypts of Morgagni). Đa số tuyến hậu môn này tập trung ở phần sau của ống hậu môn.

II. NGUYÊN NHÂN

Áp xe quanh hậu môn và rò hậu môn là do cùng nguyên nhân và thể hiện trên lâm sàng hai dạng khác nhau, áp xe ở dạng cấp tính và rò ở dạng慢慢性.

• Nguyên nhân không đặc hiệu

Do viêm nhiễm xuất phát từ tuyến hậu môn do vi khuẩn như trực khuẩn coli, tụ cầu trùng, liên cầu trùng...

• Nguyên nhân đặc hiệu

Nhiều bệnh lý có thể đưa đến rò hậu môn:

- Bệnh lao.

- Bệnh Crohn.
- Nấm actinomycosis.
- Dị vật vùng hậu môn và tầng sinh môn.
- Ung thư hậu môn trực tràng.
- Chấn thương: do đụng giập, do phẫu thuật như phẫu thuật tiền liệt tuyến, cắt tầng sinh môn lúc sanh, mổ trĩ.
- Chiếu xạ vùng chậu.
- Ung thư bạch huyết.
- Lymphogranuloma venereum.
- Bệnh lý về tuyến pilonidal (pilonidal disease).

Theo Ruie, bệnh nhân nhập viện BV Mayo clinic khoa hậu môn có 5% là do rò hậu môn. Ở BV Saint Mark từ 1968-1973 có 10% bệnh nhân nhập viện do rò hậu môn.

Ở Stockholm với dân số 1,5 triệu, có khoảng 150 bệnh nhân mổ rò hậu môn hàng năm. Ở Helsenki, Sainio báo cáo tỉ lệ rò hậu môn là 8,6/100.000 dân.

Tỉ lệ mắc bệnh nam/nữ: 2/1 đến 4/1, tỉ lệ cao nhất được báo cáo ở Ấn Độ là 4/1.

McColl ghi nhận trên 50 người bình thường không có sự khác biệt về mô học và sự phân bố của tuyến hậu môn ở ống hậu môn giữa người nam và nữ.

Tuổi mắc bệnh thường từ 30-50 tuổi, tỉ lệ xuất hiện ở người nhỏ tuổi hơn xảy ra theo báo cáo ở Nigeria và người Mỹ da đen.

III. SINH BỆNH HỌC

Theo Chiari, Herrmann và Defossez thì tuyến hậu môn và đường dẫn của tuyến là nguyên nhân của rò hậu môn. Nhiệm vụ của tuyến hậu môn đến nay cũng chưa được biết chắc chắn. Các tuyến này tiết ra

chất nhầy nhưng có thành phần khác với chất tiết của niêm mạc trực tràng. Từ nghiên cứu so sánh về giải phẫu học của McColl, thì tuyến hậu môn là cấu trúc riêng biệt có liên quan với sự bài tiết chất tạo mùi và nó không phải là vết tích còn lại của tuyến tạo mùi sinh dục Shafik cho là đây không phải là tuyến thật mà chỉ là vết tích còn lại từ sự xếp nếp niêm mạc trực tràng đoạn cuối. Parks và Eisenhammer đã nêu giả thuyết khe tuyến, cho là tuyến hậu môn hiện diện ở giữa hai cơ thắt và từ 1 đến 2/3 tổng số tuyến được tìm thấy ở ống hậu môn. Eisenhammer đã cho là tất cả áp xe không đặc hiệu và rò là kết quả của sự nhiễm trùng từ trong tuyến hậu môn và ổ nhiễm trùng này không thể dẫn lưu theo đường tự nhiên vào trong lòng ống hậu môn, bởi vì sự nhiễm trùng của ống dẫn đã làm tắc nghẽn ống này trong cơ thắt trong. Parks cũng ghi nhận ổ mủ đơn độc có liên quan đến tuyến hậu môn ở giữa hai cơ thắt, bệnh của tuyến này sẽ trở thành ổ nhiễm mạn tính và hình thành đường rò. Đường rò này có được do sự phá hủy của ổ mủ ở tuyến hậu môn nằm sâu trong giữa hai cơ thắt. Parks nghiên cứu 30 ca rò hậu môn và tìm thấy 8 ca có sự dẫn to dạng nang của tuyến hậu môn trong có chứa đầy chất nhày trong lòng tuyến và sự dãn rộng của ống dẫn, có thể là do bất thường bẩm sinh hay nhiễm trùng mắc phải. Goligher đã ghi nhận 8/28 ca có vị trí nhiễm trùng giữa hai cơ thắt trong nhiễm trùng hậu môn trực tràng cấp tính và trong 32 ca rò hậu môn có 14 ca có chứng cớ nhiễm trùng giữa hai cơ thắt hay đường dẫn vào tuyến hậu môn. Các nhiễm trùng gây ổ mủ nguyên phát ở tuyến hậu môn và đã được giải quyết trong

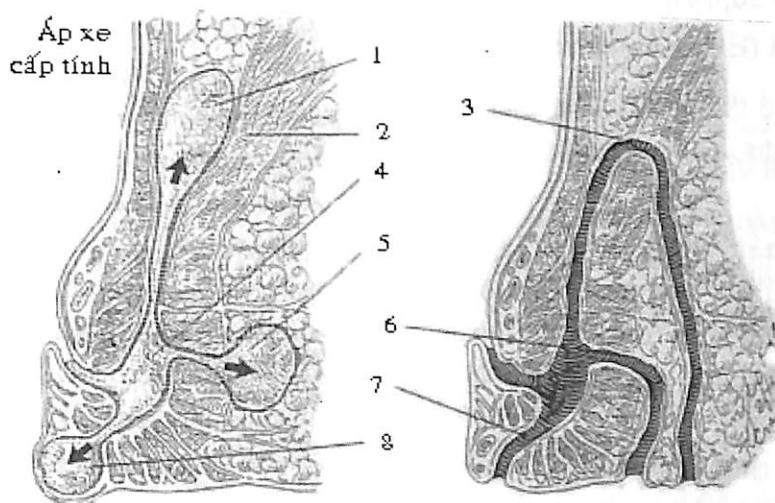
giai đoạn cấp tính bằng cách dẫn lưu ổ mủ và sau thời gian điều trị thì xuất hiện lại ổ áp xe tái phát hay xuất hiện đường rò. Nghiên cứu của Gordon Watson và Dodd đã chứng minh được rằng, sự tái phát gây ra ổ mủ mạn tính ở tuyến hậu môn hay đường rò là do sự niêm mạc hóa trong ổ nhiễm trùng hay hai đầu của đường rò đã được tìm thấy trong đa số các trường hợp.

Sự lan rộng ổ nhiễm trùng từ nhiễm trùng cấp tính tuyến hậu môn xảy ra theo ba chiều: ngang, dọc và vòng quanh. Sự lan rộng theo chiều hướng xuống dưới xảy ra thường nhất, đơn giản nhất và gây ra áp xe quanh hậu môn. Sự lan rộng theo chiều hướng lên trên sẽ tạo ra ổ áp xe cao giữa các cơ hay trên cơ nâng hậu môn ở hai bên trực tràng tùy thuộc vào sự liên quan của ổ nhiễm trùng lan theo lớp cơ dọc. Sự lan rộng theo chiều ngang sẽ xuyên cơ vòng ngoài tới hố ngồi và có thể xuyên lên trên qua cơ nâng hậu môn.

Tác giả Eisenhammer lưu ý chúng ta là ngoài các nhiễm trùng có nguồn gốc từ khe tuyến thì vẫn có các nhiễm trùng cấp tính ở hậu môn trực tràng từ nhóm hỗn hợp ngoài khe tuyến, như các áp xe dưới niêm mạc mà nguồn gốc nguyên ủy từ nhiễm trùng mô trĩ, chích xơ điều trị trĩ, chấn thương, ổ máu tụ thặng nhiễm, áp xe quanh hậu môn do nhiễm trùng nang ở da, ổ áp xe ụ ngồi do vật lạ và ổ áp xe chậu trực tràng có nguyên ủy từ bệnh lý vùng chậu (Hình 1 và 2).

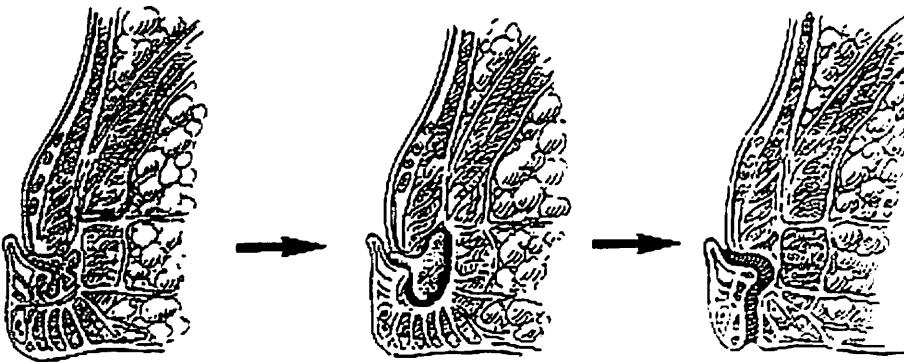
IV. PHÂN LOẠI VÀ GIẢI PHẪU BỆNH RÒ HẬU MÔN

Sự thành công trong phẫu thuật rò hậu môn tùy thuộc vào sự phát hiện mối liên quan giữa đường rò và giải phẫu của cơ vòng hậu môn. Nếu không biết được mối liên quan này thì thường dẫn đến thất bại trong phẫu thuật và kết quả là rò tái phát hay đi cầu mất tự chủ. Vì vậy phân loại



1. áp xe trên cơ nâng, 2. cơ mu trực tràng, 3. rò ngoài cơ thắt, 4. áp xe giữa cơ thắt,
5. áp xe ụ ngồi, 6. rò xuyên cơ thắt, 7. rò giữa cơ thắt, 8. áp xe quanh lỗ hậu môn

Hình 1. Hình ảnh áp xe và rò hậu môn theo thuyết khe tuyến của Parks và Eisenhammer



Hình 2. Thuyết khe tuyến

giải phẫu bệnh của đường rò là điều rất quan trọng. Sau đây là bảng phân loại của BV St Mark dựa trên nghiên cứu điều trị 400 ca tại đây. Thuyết khe tuyến là căn bản mà bảng phân loại này dựa vào, với khởi đầu của rò hậu môn là xuất phát từ ổ áp xe ở giữa hai cơ thắt và sau đó là đường rò nguyên phát (Hình 3). Bảng phân loại này gồm 4 nhóm chính:

- Giữa hai cơ thắt (intersphincteric).
- Xuyên cơ thắt (Transsphincteric).
- Trên cơ thắt (Suprasphincteric).
- Ngoài cơ thắt (Extrasphincteric).

Các nhóm này có thể chia thêm các nhánh phụ hay những đường rò thứ phát (Hình 2 và 3).

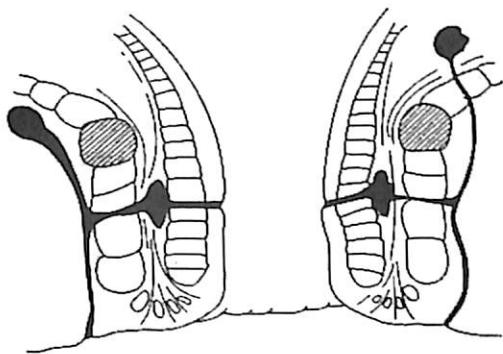
- **Rò giữa cơ thắt:** chiếm tỉ lệ 45% trong nhóm bệnh của BV St Mark, thường là rò đơn giản, nhưng đôi khi cho các đường rò cao hơn đổ vào trực tràng hay không có lỗ rò ngoài.
- **Rò xuyên cơ thắt:** chiếm tỉ lệ 29%, có đường rò nguyên phát xuyên cơ thắt ngoài với các lỗ rò ngoài ở vùng ụ ngồi. Đa số 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.

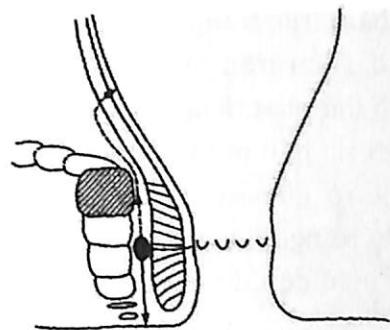
- **Rò trên cơ thắt:** chiếm tỉ lệ 20%, đường rò này chạy lên trên cơ mu trực tràng và đổ xuống xuyên cơ nâng và hố ngồi trực tràng để tới da.
- **Rò ngoài cơ thắt:** chiếm tỉ lệ 5%, đường rò này không liên quan đến cơ thắt và phân loại dựa trên bệnh lý nguyên ủy của nó.

V. CHẨN ĐOÁN

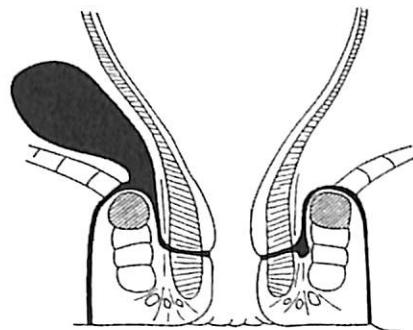
Với bệnh sử đầy đủ và thăm khám lâm sàng bao gồm cả nội soi hậu môn trực tràng là điều kiện thiết yếu khi làm chẩn đoán bệnh nhân rò hậu môn. Về bệnh sử, bệnh nhân bị nhiễm trùng quanh hậu môn thường có xu hướng đến khám sớm, 2-3 ngày sau triệu chứng đầu tiên xuất hiện, với triệu chứng đau và có một khối cảng sờ được ở rìa lỗ hậu môn. 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 cảng, đổi màu da quanh hậu môn. Nếu ổ nhiễm trùng cao



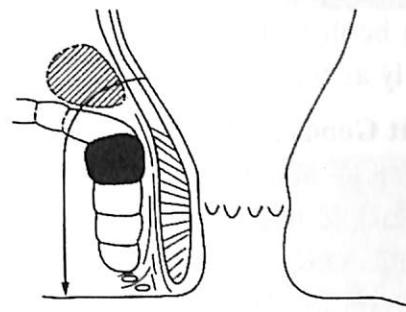
Rò xuyên cơ thắt với đường rò lên trên xuyên cơ nâng (bên phải)



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



Rò trên cơ thắt



Rò ngoài cơ thắt

Hình 3. Bảng phân loại rò theo BV St Mark

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.

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.

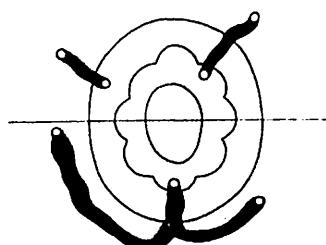
Khi đã xác định được lỗ rò trong và ngoài, thì có thể tìm được đường rò nguyên phát

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.

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 (Hình 4).

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



Hình 4. Minh họa định luật Goodsall

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.

VI. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

A. CHỤP X QUANG ĐƯỜNG RÒ CÓ CẨN QUANG

Theo Kuypers, báo cáo trong 25 trường hợp bệnh nhân được chụp đường rò trước mổ có thể xác định chính xác được 25% các đường rò. Nghiên cứu hồi cứu so sánh phim chụp đường rò với lúc phẫu thuật, lỗ rò trong ống hậu môn đã được xác định đúng 24% các ca so với phim chụp rò, và lỗ rò trong ổ vào trực tràng chỉ có 17%. Kết quả dương tính giả cho các ca có lỗ rò ổ 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 dễ có nguy cơ cao trong việc làm lan rộng ổ nhiễm trùng (Hình 5).

B. AES

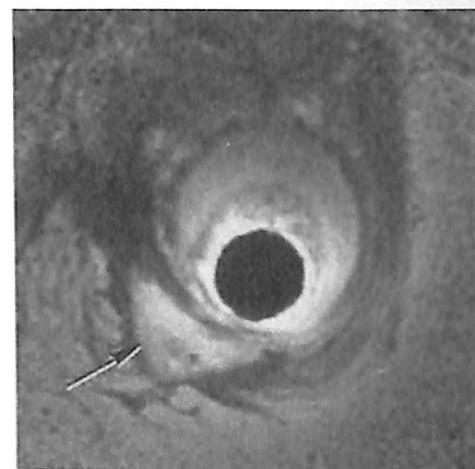
Anal Endosonography: siêu âm trong hậu môn bằng đầu dò 7 MHz giúp ta đánh giá được và phát hiện các ổ áp xe và các đường rò giữa cơ thắt và xuyên cơ thắt. Ngày nay AES là phương pháp được đánh giá là rẻ tiền nhất và là tiêu chuẩn vàng trong việc đánh giá toàn bộ cơ vòng trong và ngoài, phát hiện các đường rò (Hình 6).

C. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Chụp cộng hưởng từ, 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



Hình 5. Hình X quang đường rò có bơm thuốc cản quang



Hình 6. Hình ảnh siêu âm với đầu dò trong lồng trực tràng trong chẩn đoán áp xe cạnh hậu môn

Hình 7. Hình ảnh áp xe cạnh hậu môn trên hình chụp MRI

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 7).

VII. ĐIỀU TRỊ

A. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Nhiễm trùng cấp tính là một chỉ định sớm cho việc phẫu thuật và dẫn lưu.
- Hai nguyên tắc chính của mổ rò hậu môn là:

- Bảo vệ an toàn cơ thắt.
- Cắt bỏ được đường rò.

Tai biến cắt đứt cơ thắt làm cho bệnh nhân đi cầu mất tự chủ là một tai biến rất đáng ngại hơn nhiều so với bệnh rò. Vì vậy thà rằng để thắt bại trong điều trị, sẽ điều trị lần sau còn hơn là cắt đứt cơ thắt hậu môn, rất khó phục hồi.

B. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN

1. Mở đường rò

Nong rộng hậu môn, dùng một que thông có rãnh đưa từ lỗ rò ngoài theo đường rò nguyên phát vào đến lỗ rò trong, sau đó rách trên que thông suốt dọc đường đi từ lỗ ngoài đến lỗ trong, đường rò được mở hoàn toàn và để đường rò đó lành thứ phát. Khi áp dụng phương pháp này, vấn đề quan trọng hàng đầu là không để có biến chứng đi cầu mất tự chủ. Vì vậy các loại rò xuyên cơ thắt cao, nhất là đường rò ở phía trước ở phái nữ và rò trên cơ thắt thường không áp dụng được phương pháp này. Phương pháp này áp dụng tốt cho loại rò giữa cơ thắt và xuyên cơ thắt thấp nhưng còn phải tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên trong việc nhận định thương tổn.

2. Cắt đường rò

Là kỹ thuật mổ lấy trọn mô xơ đường rò, khởi đầu cắt từ lỗ rò ngoài và theo mô đường rò đi lần vào đến lỗ rò trong bằng dao thường hay dao điện. Theo báo cáo của Lewis, Ông điều trị 67 đường rò xuyên cơ thắt thấp bằng cách cắt toàn bộ đường rò, kết quả có 1 ca tái phát. Còn với 32 ca rò xuyên cơ thắt cao và rò trên cơ thắt, kết

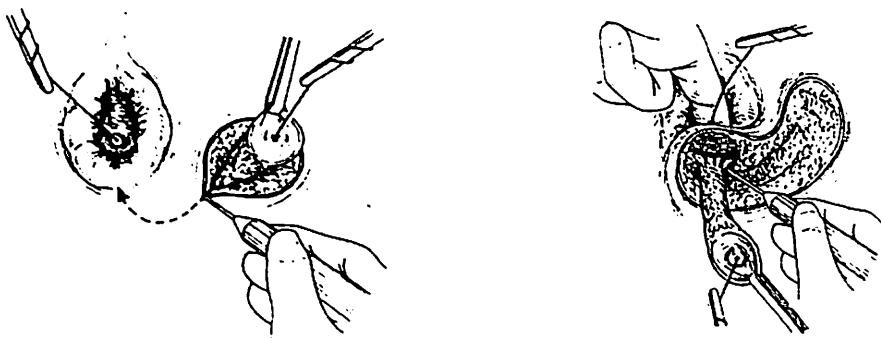
quả có 3 ca tái phát, 4 ca phải làm hậu môn nhân tạo tạm thời (Hình 8).

3. Cột dây thun

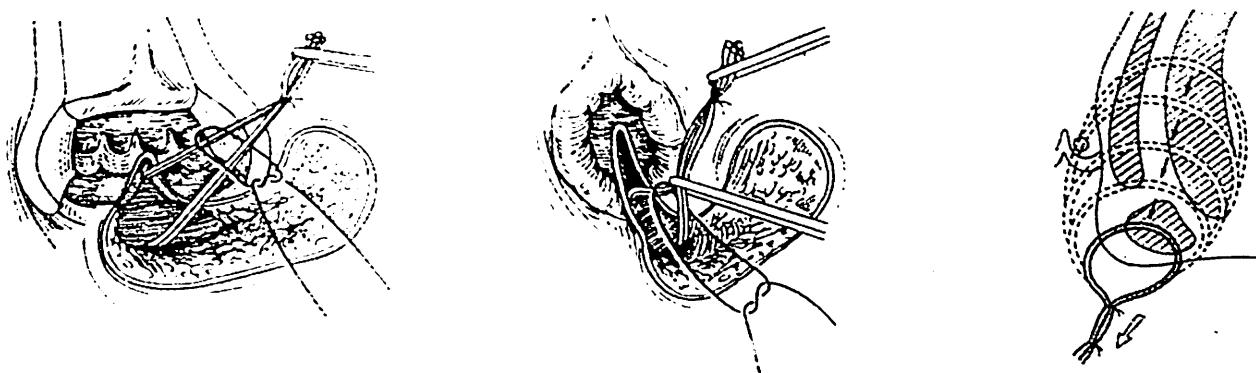
Đặt một dây thun vào đường rò sau khi đã cắt được đường rò nhưng không xác định được khối cơ vòng ngoài liên quan với đường rò, việc cột dây thun này còn có tác dụng dẫn lưu mủ và an toàn cho phẫu thuật đường rò. Việc cột dây thun này có 3 tác dụng:

- Bảo vệ sự toàn vẹn cơ vòng ngoài.
- Dẫn lưu ổ nhiễm trùng và làm thay đổi tình trạng nhiễm trùng cấp tính.
- Như là phương pháp mở rộng đường rò nhưng giảm bớt hậu quả của việc cắt tổng số cơ trong một phẫu thuật.

Chìa khóa của phương pháp cột dây thun là tổng số cơ bị cắt được thực hiện từng giai đoạn và có thời gian cho phép sự phát triển mô sợi giữa cơ bị cắt, trước khi cơ vòng bị cắt một khối lớn. Tại BV St Mark áp dụng phương pháp cột dây thun trong trường hợp đường rò ngoài cơ thắt với lỗ rò trong ở trên cao, đường rò xuyên cơ thắt cao ở phía sau và đường rò trên cơ thắt (Hình 9). Trong 34 ca rò xuyên cơ thắt phức tạp được điều trị ở BV St Mark từ năm 77-84, có 44% áp dụng phương pháp này, kết quả có 9/16 ca có bị đi cầu mất tự chủ. Ở Mỹ, theo Goldberg thường dây cột được dùng là penrose (rubber band), trước khi cột ông đề nghị phải cắt da quanh hậu môn ở chỗ cột, trường hợp đang có ổ mủ thì ông không cột liền penrose mà chỉ để penrose để dẫn lưu và cột sau đó 3 tuần, siết dây thun này được thực hiện sau mỗi 2 tuần cho đến khi cắt đứt cơ vòng hoàn



Hình 8. Hình cắt mô xơ đường rò



Hình 9. Cột dây thun trong điều trị rò hậu môn

toàn, thời gian cắt trung bình theo Goldberg là 16 tuần (8-36 tuần), kết quả không có ca tái phát trong 2 năm, 1 ca bị đi cầu mất tự chủ, 7 ca có than phiền sự mất kiểm soát đi cầu khi đi cầu phân lỏng (trên lô bệnh nghiên cứu là 13 ca).

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Nguyễn Đình Hối. Áp xe và rò hậu môn. Hậu môn trực tràng học. Nhà xuất bản Y học 2002: 116-46.
2. Peter J. Lunniss and Robin K. S. Philips. Anal fistula. Colorectal surgery, Saunders 1998: 261-88.

3. Richard Melson Anorectal abscess fistula. The surgical clinics of North America, December 1994: 1139-52.
4. Stanley M.Goldberg. Anorectal abscesses and fistula-in-ano. Essentials of anorectal surgery, 1980: 100-22.

CÂU HỎI LUỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân nào không phải là nguyên nhân đặc hiệu trong bệnh lý rò hậu môn:
 - A. Vi trùng sinh mủ.
 - B. Bệnh Crohn.
 - C. Bệnh lao.

- D. Ung thư hậu môn trực tràng.
E. Dị vật vùng hậu môn trực tràng.
2. Theo Chiari, Herrmann và Defossez thì nhiễm trùng tuyến hậu môn và đường dẫn của tuyến là nguyên nhân của rò hậu môn:
A. Đúng.
B. Sai.
3. Những tuyến hậu môn đa số nằm ở:
A. 2/3 ở ống hậu môn.
B. 1/3 ở ống hậu môn.
C. Đa số nằm ở trực tràng.
D. 2/3 nằm ở trực tràng.
E. Tất cả đều sai.
4. Theo BV St Mark tỉ lệ rò cao nhất ở nhóm:
A. Rò giữa cơ thắt.
B. Rò xuyên cơ thắt.
C. Rò trên cơ thắt.
D. Rò ngoài cơ thắt.
E. Rò dưới niêm mạc.
5. Tỉ lệ rò ngoài cơ thắt là:
A. 45%.
B. 30%.
C. 20%.
D. 10%.
E. 5%.
6. Chẩn đoán hình ảnh trong bệnh lý rò hậu môn là:
A. AES.
B. MRI.
C. X quang đường rò có cản quang.
D. A, B và C đúng.
E. A và B đúng.
7. Nhiễm trùng cấp tính là một chỉ định sớm cho việc phẫu thuật và dẫn lưu áp xe cạnh hậu môn:
A. Đúng.
B. Sai.
8. Nguyên tắc chính của mổ rò hậu môn là:
A. Bảo vệ an toàn cơ thắt.
B. Cắt bỏ được đường rò.
C. Dẫn lưu đường rò.
D. A và B đúng.
E. B và C đúng.
9. Biến chứng sau phẫu thuật rò hậu môn cần lưu ý nhất là:
A. Rò tái phát.
B. Cắt đứt một phần cơ thắt trong.
C. Đi cầu mất tự chủ.
D. Nhiễm trùng.
E. Tất cả đều đúng.
10. Phương pháp phẫu thuật mở đường rò (fistulotomy) thường được áp dụng trong loại rò:
A. Rò giữa cơ thắt.
B. Rò xuyên cơ thắt.
C. Rò trên cơ thắt.
D. Rò ngoài cơ thắt.
E. A và B đúng.
11. Nguyên nhân nào **không phải** là nguyên nhân của rò hậu môn:
A. Ung thư vùng hậu môn trực tràng.
B. Do lao.
C. Do Crohn.
D. Do trĩ.
E. Do dị vật.
12. Triệu chứng của rò hậu môn:
A. Đau liên tục và nhức buốt vùng hậu môn.
B. Chảy mủ ở mụn cạnh hậu môn.
C. Sốt.
D. Sưng đỏ cạnh hậu môn.
E. Tất cả đều đúng.
13. Cận lâm sàng để chẩn đoán + rò hậu môn:
A. Nội soi hậu môn trực tràng.
B. Chụp hình đường dò có bơm thuốc cản quang.

- C. Thăm hậu môn trực tràng.
D. A, B và C đúng.
E. A, B và C sai.
14. Định luật Goodsall, trong rò hậu môn, mục đích để:
A. Chẩn đoán rò hậu môn.
B. Xác định lỗ trong đường rò.
C. Chẩn đoán rò hình móng ngựa.
D. Chẩn đoán phân biệt rò hậu môn.
E. Tất cả đều đúng.
15. Thường chụp đường rò trong chẩn đoán rò hậu môn là:
A. Xác định đường đi của đường rò.
B. Chụp bằng chất cản quang lipiodol.
C. Chỉ chụp ngay trên bàn mổ.
D. A, B và C đúng.
E. A và B đúng.
16. Phương pháp vô cảm tốt nhất được dùng trong mổ rò hậu môn:
A. Mê nội khí quản.
- B. Tê tại chỗ.
C. Tê tủy sống.
D. Tê ống cùng.
E. Tê ngoài màng cứng.
17. Biến chứng sớm sau mổ rò hậu môn:
A. Xuất huyết.
B. Hẹp hậu môn.
C. Rò mủ tiếp tục.
D. Áp xe cạnh hậu môn.
E. Són phân.

ĐÁP ÁN

- | | | | |
|------|-------|-------|-------|
| 1. A | 6. D | 11. D | 16. D |
| 2. A | 7. A | 12. B | 17. A |
| 3. A | 8. D | 13. B | |
| 4. A | 9. C | 14. B | |
| 5. E | 10. E | 15. E | |

ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ VÙNG BẸN-ĐÙI

MỤC TIÊU

1. Mô tả ống bên, ống đùi và nêu quan niệm của Fruchaud trong điều trị thoát vị bên-đùi.
2. Trình bày và giải thích các nguyên tắc và chỉ định điều trị thoát vị vùng bên.
3. Trình bày các đặc điểm kỹ thuật, ưu và nhược điểm của những phương pháp: Bassini, Shouldice, McVay, Nyhus.
4. Nêu 8 yêu cầu của một mảnh ghép nhân tạo và trình bày ưu và nhược điểm của việc dùng mảnh ghép nhân tạo trong mổ thoát vị.
5. Trình bày 5 phương pháp mổ dùng mảnh ghép thông dụng, và ưu-nhược điểm của kỹ thuật mổ nội soi trong điều trị thoát vị bên.

I. SƠ LUỢC VỀ GIẢI PHẪU HỌC VÙNG BẸN

Vùng bên (Hình 1,2) là khu vực thuộc về thành bụng trước dưới, là ranh giới giữa bụng và đùi. Ống bên và ống đùi đều là thành phần của lỗ cơ lược, được giới hạn bởi: phía trên là cơ chéo trong và cơ ngang bụng, phía ngoài là cơ thắt lưng chậu, phía trong là cơ thẳng bụng và phía dưới là vòng lược của xương chậu. Vùng này được dây chằng bên chia ra làm hai phần: phần trên là vùng bên có thừng tinh chạy qua, phần dưới là vùng đùi có bó mạch đùi chạy qua. Thoát vị vùng bên-đùi thực chất là thoát vị lỗ cơ lược, trong đó tùy theo túi thoát vị có thể chui ra bên trên hoặc dưới dây chằng bên mà ta gọi là thoát vị bên hay thoát vị đùi.

A. ỐNG BẸN

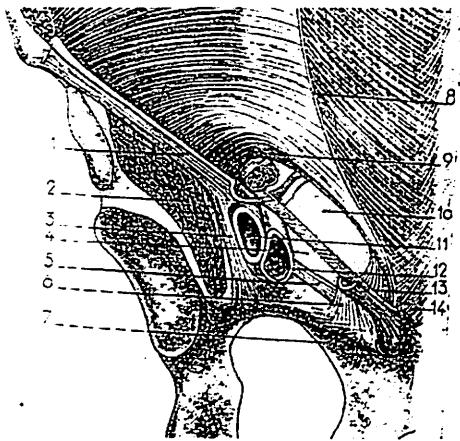
Ống bên là một ống nằm xen giữa các lớp cân cơ thành bụng vùng bên, đi chéo theo hướng từ sau ra trước, từ trên xuống dưới

và từ ngoài vào trong. Có thể tưởng tượng ống bên như là một ống hình trụ với hai đầu là hai lỗ bên sâu và lỗ bên nông, còn thân ống được bao quanh bởi 4 thành:

- **Thành trước** là phần dưới của cân cơ chéo bụng ngoài.
- **Thành sau** có mạc ngang và một ít thớ của cân cơ ngang bụng (phía trong). Thành sau ống bên được chia ra làm hai phần bởi động mạch thượng vị dưới gọi là hố bên ngoài và hố bên trong.
- **Thành trên** có bờ dưới cơ chéo trong và bờ dưới cân cơ ngang bụng, hai cơ này có thể dính nhau ở gần đường giữa gọi là gân kết hợp (3-5%).
- **Thành dưới** có dây chằng bên và dải chậu mu.

B. ỐNG ĐÙI

Ống đùi là một khoang được giới hạn bởi phía trên là vòng đùi và ở dưới là mạc sàng có lỗ tĩnh mạch hiển lớn.



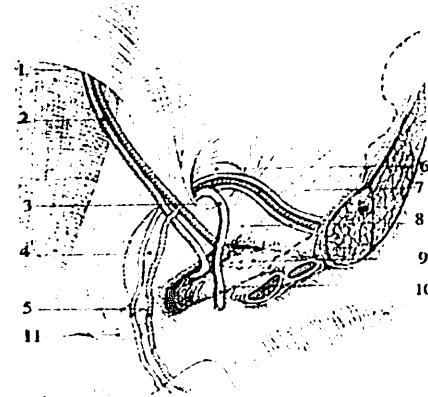
Hình 1. 1: Dây chằng bẹn. 2: Cơ thắt lưng chậu. 3: Dải chậu lược. 4: Lỗ đùi. 5: Dây chằng Cooper. 6: Dây chằng khuyết. 7: Xương mu. 8: Mặt cắt cơ chéo ngoài. 9: Thừng tinh. 10: Sàn bẹn. 11-12: Bó mạch đùi. 13: Tận cùng của gân kết hợp. 14: Phần thấp của cơ thẳng

Vòng đùi được giới hạn ở phía trước là dây chằng bẹn, ở trong là dây chằng khuyết, bên ngoài là tĩnh mạch đùi và ở sau là dây chằng Cooper cùng mào lược xương mu.

Túi thoát vị đùi đi ra ngoài dưới dây chằng bẹn, chen giữa dải chậu mu ở trước và dây chằng Cooper (còn gọi là dây chằng lược) ở sau, túi này xuống đùi và đi ra mạc đùi, nơi đây mạc có nhiều lỗ (nên còn gọi là mạc sàng), trong đó có lỗ để tĩnh mạch hiển lớn đi qua.

C. QUAN ĐIỂM CỦA FRUCHAUD

Fruchaud quan niệm mọi thoát vị ở vùng bẹn-đùi là do sự khiếm khuyết của lỗ cơ lược, vốn chỉ được che phủ bởi mạc ngang, tương tự như khung của cái trống mà mặt trống được bọc lót bởi mạc ngang. Mạc ngang bị yếu không chịu được sự phồng ra của phúc mạc là nguyên nhân của thoát vị.



Hình 2. 1: Cung Douglas. 2: Mạch thượng vị dưới. 3: Ống dẫn tinh. 4: Mạch nối giữa mạch thượng vị dưới và bìu. 5: Dây chằng khuyết. 6: Lỗ bẹn sâu. 7: Mạch tinh hoàn. 8: Dải chậu mu. 9-10: Mạch chậu ngoài. 11: Sự liên tục của mạc ngang trong mạc nội chậu

Ở nam giới trong quá trình di chuyển của tinh hoàn từ bụng xuống bìu đã làm rộng lỗ cơ lược, đồng thời tạo nên ống phúc tinh mạc khiến cho dễ bị thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp. Trong khi đó ở nữ giới, tiến trình phát triển khung chậu khác hẳn ở nam giới khiến lỗ đùi rộng ra và đây có lẽ là lý do khiến thoát vị đùi thường thấy ở nữ hơn. Vì vậy, nếu dùng một cấu trúc nào đó để làm bít lỗ cơ lược thì sẽ điều trị được tất cả thoát vị ở vùng này.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

A. THOÁT VỊ CÓ CHỈ ĐỊNH MỔ VỊ

1. Nghẹt

Có chỉ định tuyệt đối và khẩn cấp nếu không đẩy lên được hoặc, khi bệnh nhân đến muộn nghi ngờ có hoại tử tạng thoát vị.

2. Khả năng nghẹt

Thoát vị bẹn gián tiếp và thoát vị đùi dễ có khả năng nghẹt hơn thoát vị trực tiếp.

3. Gây khó chịu, cản trở lao động, sinh hoạt.

Chỉ chống chỉ định mổ khi cơ địa bệnh nhân quá kém hoặc có một bệnh khác nặng khiến cho nguy cơ cuộc mổ tăng cao, có thể tử vong. Ngoài ra, thoát vị bẹn ở trẻ sơ sinh thường chưa có chỉ định mổ (nếu không có biến chứng) vì ống phúc tinh mạc có thể tự bít dần trong vòng 1 năm sau khi sanh.

B. THỜI ĐIỂM PHẪU THUẬT

1. Đối với thoát vị không nghẹt

Mổ chương trình sau khi đã giải quyết đến mức cao nhất các yếu tố nguy cơ.

2. Đối với thoát vị nghẹt

Nếu đến sớm (trước 6 giờ) có thể thử làm nghiệm pháp đẩy lên, nếu thành công sẽ mổ chương trình; ngược lại, nếu thất bại hoặc nếu thoát vị nghẹt đến trễ thì nên mổ cấp cứu ngay.

III. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ

A. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị toàn diện

Thoát vị bẹn hình thành do sự tồn tại của ống phúc tinh mạc (gián tiếp) hoặc do có chỗ yếu ở thành bẹn sau (trực tiếp) và những vấn đề này chỉ có thể được giải quyết bằng phẫu thuật để loại bỏ ống phúc tinh mạc kèm với tạo hình thành bẹn sau.

Ngoài ra, đôi khi còn có sự phối hợp của sự tăng áp lực trong ổ bụng, vốn là yếu tố thuận lợi cho sự tái phát. Do đó, muốn tránh

tái phát, bên cạnh việc mổ phục hồi thành bụng cần chú ý phát hiện và loại trừ (nếu có) những bệnh lý gây tăng áp lực trong ổ bụng.

2. Mục đích phẫu thuật

Phẫu thuật thoát vị vùng bẹn để:

- Loại bỏ hoặc bít túi thoát vị**

Cụ thể là: trong thoát vị bẹn gián tiếp thì, phải cắt ngang hoặc khâu bít cổ túi; trong thoát vị trực, thoát vị bẹn trực tiếp và thoát vị đùi thì, không cần cắt bỏ mà chỉ cần lột túi thoát vị vào trong là đủ.

- Tạo hình thành bụng**

Có thể là không cần thiết đối với thoát vị bẹn ở trẻ em nhưng là bắt buộc đối với thoát vị ở người trưởng thành, Mục đích là nhằm tăng cường sức chịu lực của thành bụng, vốn đã yếu nay lại càng yếu thêm do bị khói thoát vị nong rộng ra. Việc tạo hình này; tùy theo từng phương pháp phẫu thuật, có thể chỉ ở một phần (bẹn hoặc đùi) hay toàn bộ lỗ cơ lược, bằng mô tự thân hay bằng mảnh ghép nhân tạo.

B. CHỈ KHẨU THOÁT VỊ

Quá trình lành sẹo của thoát vị kéo dài khoảng 1 năm, chủ yếu liên quan đến việc sản xuất chất collagen, trong đó có hiện tượng tăng trưởng và gọt túa mô sẹo, để cuối cùng hình thành nên những bó sợi collagen nằm song song với nhau, hướng theo chiều của lực căng.

Vào tháng thứ 6 sau mổ, sẹo đã có được 80% sức mạnh, đủ để chịu được lực căng, do đó chỉ khâu thoát vị cũng phải tồn tại được ít nhất cho đến thời điểm này; và để đạt được yêu cầu này chỉ khâu thoát vị phải là những loại chỉ không tan như chỉ Prolene hoặc Mersilene. Những loại chỉ

tan như Vicryl, Dexon... thường mất 50-80% sức chịu lực sau 14 ngày và tan rã sau 4-8 tuần, do đó không thích hợp để khâu thoát vị. Các loại chỉ tơ cũng thường bị tan rã và mất đến 80% lực kéo sau 2 tháng nên cũng không thích hợp để mổ thoát vị.

IV. TẠO HÌNH VÙNG BẸN-ĐÙI BẰNG MÔ TỰ THÂN

A. KHẨU HẸP LỖ BẸN SÂU

Kỹ thuật này do Henry Orlando Marcy thực hiện lần đầu vào năm 1870 và công bố năm 1871. Kỹ thuật này chỉ nhằm khâu mạc ngang với mạc ngang để đóng hẹp lỗ bên sâu, nhằm phục hồi lại cơ chế cơ vòng tại lỗ bên sâu và còn gọi là phẫu thuật Marcy.

Phẫu thuật Marcy, nhìn chung không thích hợp cho thoát vị gián tiếp lớn và rõ ràng là không có tác dụng đối với thoát vị trực tiếp và thoát vị đùi. Trong thực tế, ngày nay phẫu thuật này rất ít được dùng, nếu có thì cũng chỉ nên dùng rất hạn chế cho trẻ nhỏ hoặc người bị thoát vị gián tiếp nhỏ mà lỗ bên sâu còn chắc chắn (vốn ít gấp). Việc lạm dụng phẫu thuật này trên nhiều đối tượng một cách thiếu cân nhắc sẽ có tỉ lệ tái phát rất cao (21-36%). Ngày nay, đã có một số tác giả đề cập đến việc nên phục hồi thành bụng ngay cả cho trẻ nhỏ để tránh tái phát.

B. PHƯƠNG PHÁP TẠO HÌNH THÀNH BỤNG SỬ DỤNG DÂY CHẰNG BẸN

1. Ưu-nhược điểm của những kỹ thuật mổ dùng dây chằng bên

a. Ưu điểm:

- Kỹ thuật mổ đơn giản, dễ làm, ít gây tai biến phạm bó mạch đùi, có hiệu quả

đối với thoát vị bẹn gián tiếp và trực tiếp.

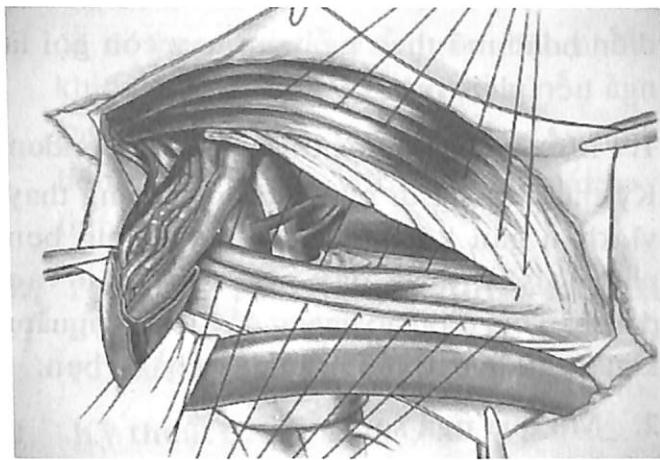
b. Nhược điểm:

- Dây chằng bên khá lỏng lẻo (do chỉ được cố định ở hai đầu là gai chậu trước trên và gai mu) và là cấu trúc thuộc lớp nồng; nên lớp khâu tạo hình kém vững và không hợp sinh lý khi khâu vào cơ ngang (vốn là cấu trúc thuộc lớp sâu).
- Chỉ nhằm phục hồi thành sau ống bên, do đó chỉ có tác dụng điều trị thoát vị bẹn mà không có tác dụng điều trị thoát vị đùi.

2. Phương pháp Bassini

Kỹ thuật Bassini (Hình 3,4) là điển hình và cũng là phổ biến nhất trong nhóm phẫu thuật tạo hình có sử dụng dây chằng bên, do Edoardo Bassini mổ lần đầu tiên năm 1884 và báo cáo chính thức vào năm 1887. Bassini đã mổ được 206 trường hợp thoát vị bẹn và theo dõi được gần như 100% trong 5 năm với tỉ lệ tái phát # 4%. Do kỹ thuật đơn giản mà hiệu quả, Bassini hiện đang là phương pháp được dùng phổ biến nhất tại Việt Nam.

Kỹ thuật Bassini chú ý đến việc sửa lại lớp mạc ngang và tăng cường thành sau ống bên. Lớp khâu tạo hình gồm 3 lớp (cơ chéo trong, cơ ngang và lá trên của mạc ngang) khâu vào dây chằng bên bằng các mũi khâu rời. Thừng tinh được đặt ở giữa lớp khâu tạo hình và cơ chéo ngoài, nhờ đó tạo nên một hướng đi chéo cho thừng tinh như bình thường (từ lỗ bên sâu ở lớp tạo hình đến lỗ bên nồng ở cơ chéo ngoài), sẽ giúp chống lại lực đẩy tạng theo hướng từ sau ra trước khi có sự tăng áp lực trong ổ bụng.



Hình 3. Khâu mạc ngang, cơ ngang và cơ chéo trong vào dây chằng bẹn

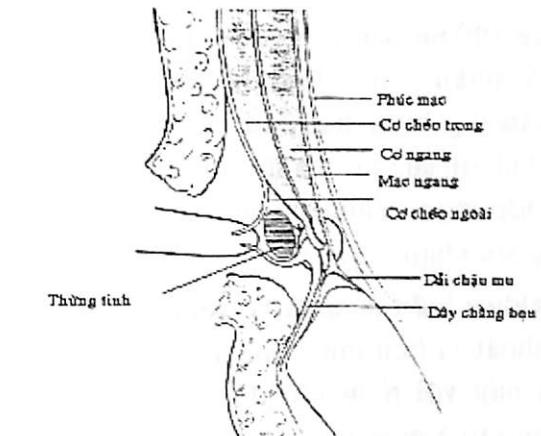
Tuy nhiên, trong thực tế các phẫu thuật viên bắc Mỹ khi thực hiện phương pháp Bassini chỉ đơn giản khâu hai lớp (cơ ngang bụng cùng với cơ chéo trong mà không có mạc ngang) vào dây chằng bẹn và đây cũng là kỹ thuật mà hầu hết các phẫu thuật viên Việt Nam thường làm.

3. Một số kỹ thuật khác tương tự Bassini

Tuy cũng dùng dây chằng bẹn giống như Bassini nhưng không để thừng tinh ở vị trí bình thường mà chuyển vị thừng tinh, cụ thể như:

- Kỹ thuật của Ferguson để thừng tinh ở phía sau lớp khâu tạo hình và cơ chéo bụng ngoài.
- Kỹ thuật Halsted I để thừng tinh ở dưới da.

Cả hai kỹ thuật này có điểm bất lợi là, do vị trí hai lỗ bẹn nông và sâu sau khi tạo hình sẽ nằm gần nhau và gần như thẳng hàng với nhau theo hướng từ sau ra trước, như vậy dễ bị tác động gây lồi tạng của sự tăng áp lực trong ổ bụng hơn và do đó cũng dễ tái phát hơn.



Hình 4. Thừng tinh để ở giữa lớp khâu tạo hình và cân chéo ngoài

c. Kỹ thuật của Lytle

Tuy cũng sử dụng dây chằng bẹn và để thừng tinh ở vị trí bình thường như Bassini, nhưng Lytle không lấy cơ chéo trong vào đường khâu tạo hình, mục đích là để cho cơ ngang bụng vẫn giữ được chức năng bảo vệ cho thành sau ống bẹn khi co thắt (cơ chẽ màn trập), nhưng kết quả cũng không hơn phương pháp Bassini và do đó cũng ít được phổ biến.

4. Phương pháp Shouldice

a. Kỹ thuật của Shouldice kinh điển (Hình 5)

Được công bố chính thức vào năm 1953 tại Shouldice Clinic ở Toronto (Canada) với hơn 5.000 ca mổ. Đây cũng là một trong những phương pháp tạo hình thoát vị bẹn sử dụng dây chằng bẹn tương tự như Bassini, nhưng thay vì khâu chung cả 3 thành phần (mạc ngang, cơ ngang và cơ chéo trong) vào dây chằng bẹn thì Shouldice đã tách ra thành 4 lớp riêng biệt bằng các mũi khâu vắt liên tục.

Tuy nhiên, nếu như Bassini không chú trọng nhấn mạnh đến việc làm dày lớp mạc

ngang (thành sau ống bẹn) thì Shouldice lại rất nhấn mạnh đến việc khâu xếp lớp mạc ngang bằng hai mũi khâu vắt (lớp 1 và 2) nhằm sửa lại thành sau ống bẹn (làm dầy lớp mạc ngang thành gấp đôi so với trước khi khâu).

Shouldice hiện đang được xem là kỹ thuật mổ thoát vị bẹn dùng mô tự thân tốt nhất hiện nay với tỉ lệ tái phát tại Shouldice Clinic sau 5 năm là < 1% (1998) và do đó nó đã từng là tiêu chuẩn vàng trong lịch sử mổ thoát vị bẹn.

b. *Phục hồi toàn bộ vùng bẹn*

Trong trường hợp thoát vị trực tiếp lớn hay thoát vị đùi; Shouldice chủ trương phục hồi **toàn bộ** vùng bẹn bằng cách khâu phục hồi thành bẹn sau làm 4 lớp kinh điển như trên, kết hợp với khâu bít lỗ đùi (khâu dây chằng bẹn vào dây chằng Cooper).

c. *Cải biến của Berliner*

Berliner (1984) cho rằng, nếu khâu đủ cả 4 lớp như trên thì lớp tạo hình sẽ quá dày một cách không cần thiết, nên đã chủ trương chỉ cần khâu hai lớp của mạc ngang là đủ (chỉ khâu lớp 1 và 2). Berliner đã thực hiện một nghiên cứu khâu hai lớp với tỉ lệ tái phát 2,7%. Tuy nhiên; ý kiến của Berliner không được đa số các nhà phẫu thuật thoát vị bẹn trên thế giới chấp nhận vì mạc ngang yếu, sau ông hầu như rất ít người bắt chước kiểu Shouldice hai lớp và kết quả của những tác giả này lại kém hơn kỹ thuật Shouldice kinh điển.

C. PHƯƠNG PHÁP TẠO HÌNH THÀNH BỤNG SỬ DỤNG DẢI CHẬU MU

Các phương pháp dùng dải chậu mu có thể được mổ theo ngả trước như cách mổ cổ

điển hoặc mổ theo ngả sau hay còn gọi là ngả tiền phúc mạc.

1. Mổ qua ngả trước theo Robert Condon

Kỹ thuật tương tự như Bassini, nhưng thay vì khâu gân kết hợp vào dây chằng bẹn như Bassini, thì ở đây người ta khâu vào dải chậu mu (là mạc ngang dây lên) vốn nằm khuất sâu hơn, ở phía sau dây chằng bẹn.

2. Mổ qua ngả sau

a. Thường thì dải chậu mu có thể thấy rõ hơn từ phía sau, nên những phương pháp mổ thoát vị bẹn mà dùng dải chậu mu thường đi theo ngả này hay còn gọi là ngả tiền phúc mạc.

b. Có thể mổ theo đường mổ ngang (Nyhus) (Hình 6) nếu mổ một bên, hay đường giữa dưới rốn (Détrier) nếu mổ cả hai bên một lúc. Phúc mạc sẽ được bóc tách ra khỏi mặt sau của lớp cân cơ thành bụng từ trong ra ngoài cho tới lỗ bẹn sâu. Sau khi đã giải phóng xong túi thoát vị, việc phục hồi thành bẹn được thực hiện bằng cách khâu cung cân cơ ngang bụng với dải chậu mu nếu là thoát vị bẹn, khâu cung cơ ngang bụng với dây chằng Cooper nếu là thoát vị đùi.

c. *Ưu-nhược điểm của ngả tiền phúc mạc*
Kỹ thuật mổ theo ngả tiền phúc mạc nhìn chung là một kỹ thuật ít được áp dụng vì:

- Tỉ lệ tái phát không tốt hơn phương pháp Bassini vốn dễ làm hơn.
- Kỹ thuật mổ khó khăn, nhất là đối với những thoát vị lớn hoặc có biến chứng kẹt hay nghẹt.

Tuy nhiên, **ưu điểm** của nó là:

- Mổ khá dễ dàng đối với thoát vị đùi, thoát vị bẹn tái phát mà lần mổ trước

- đã đi theo ngả cổ điển gây dính nhiều khiến ta khó mổ lại theo ngả này.
- Có thể kết hợp việc phục hồi thành bẹn-đùi cùng lúc với mổ bụng đái hay tiền liệt tuyến.

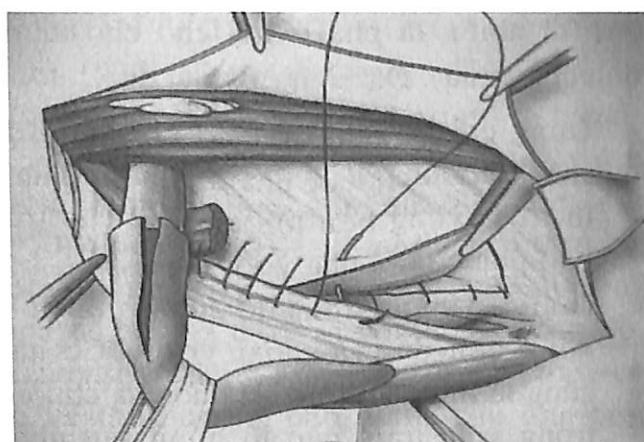
D. PHƯƠNG PHÁP TẠO HÌNH THÀNH BỤNG SỬ DỤNG DÂY CHẰNG COOPER

1. Kỹ thuật

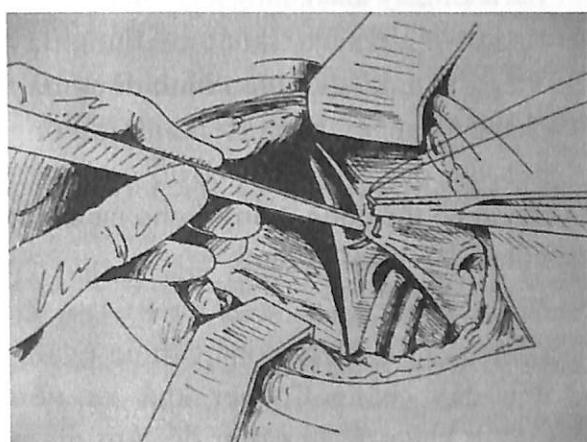
Năm 1804, Astley Cooper lần đầu tiên mô tả dây chằng chậu lược (Cooper), vốn được

tạo bởi màng xương cùng với phần dây lén của mạc ngang và dải chậu mu. Lotheissen (1897) và sau đó là Chester B McVay (1942), đã dùng dây chằng Cooper khâu với gân kết hợp để điều trị thoát vị vùng bẹn đùi.

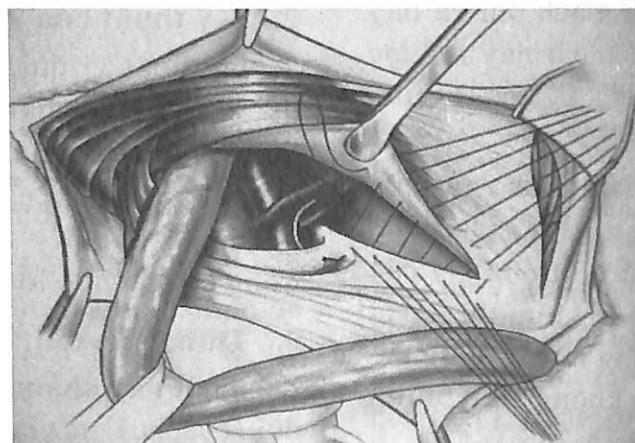
Việc phục hồi thành bẹn theo kỹ thuật Lotheissen-McVay (Hình 7) bằng cách khâu cung cân cơ ngang bụng vào dây chằng Cooper bằng các mũi chỉ rời bắt đầu từ sát xương mu đi ra ngoài cho tới lỗ bẹn sâu. Mũi khâu tại vị trí sát bờ trong của bao



Hình 5. Khâu cơ ngang và chéo trong vào dây chằng bẹn sau khi đã khâu gấp 2 lớp mạc ngang theo kỹ thuật của Shouldice



Hình 6. Khâu cung cơ ngang vào dải chậu mu theo kỹ thuật của Nyhus (ngả tiền phúc mạc)



Hình 7. Khâu cơ ngang và chéo trong vào dây chằng Cooper theo kỹ thuật của McVay

mạch đùi được gọi là *mũi khâu chuyển*, vì mũi khâu này bao gồm 3 thành phần là cung cơ ngang, dây chằng Cooper và bao mạch đùi, sau đó tiếp tục khâu cung cân cơ ngang vào lá trước bao mạch đùi cho đến khi hoàn tất việc tạo hình thành bẹn và đùi.

2. Ưu-nhược điểm của kỹ thuật McVay

a. Ưu điểm

- Dây chằng Cooper rất chắc và là thành phần thuộc lớp sâu, vì vậy lớp khâu tạo hình sẽ vững hơn và hợp sinh lý hơn so với những kỹ thuật dùng dây chằng bẹn.
- Khác với những kỹ thuật mổ dùng dây chằng bẹn, kỹ thuật tạo hình dùng dây chằng Cooper làm bít cả thành sau ống bẹn lẫn ống đùi (tòan bộ lỗ cơ lược), do đó có tác dụng điều trị cho cả thoát vị bẹn lẫn thoát vị đùi.

b. Nhược điểm

- Do khoảng cách từ cung cân cơ ngang đến dây chằng Cooper khá xa nên đường khâu dễ bị căng; để làm giảm căng, thường cần phải thực hiện thêm đường rạch dẩn trên bao cơ thẳng.
- Tai biến quan trọng nhất của kỹ thuật McVay là phạm tinh mạch đùi và đây cũng là lý do mà kỹ thuật này ít được làm hơn so với những kỹ thuật dùng dây chằng bẹn.
- Kỹ thuật của Lotheissen-McVay nhìn chung khó làm nên tỉ lệ tái phát của phương pháp này, nếu ở trong tay các phẫu thuật viên kinh nghiệm thì tương đối thấp (# 2%), nhưng nếu ở trong tay các phẫu thuật viên không chuyên thì lại tái phát rất cao (# 15-20%).

E. CÁC KỸ THUẬT MỔ BẰNG MÔ TỰ THÂN ÍT DÙNG

1. Dùng cơ vùng đùi để chèn vào lỗ cơ lược

Kỹ thuật này dùng trong những trường hợp thoát vị nghẹt quá lớn gây phá vỡ các cấu trúc lân cận cần thiết để phục hồi thành bụng, mà lại ở trong điều kiện không có mảnh ghép nhân tạo. Theo quan điểm của Fruchaud, nếu dùng một cấu trúc nào đó mà có thể bịt được lỗ cơ lược thì chúng ta có thể tránh được mọi thoát vị vùng bẹn-đùi (dĩ nhiên là phải chữa chõ cho thừng tinh chạy qua). Đã có một số ví dụ:

- Dùng cơ thợ may hay cơ khép đùi để chèn vào lỗ cơ lược nhằm điều trị những thoát vị vùng bẹn lớn mà các cấu trúc giải phẫu đã bị phá vỡ.
- Dùng cơ thẳng trong để điều trị thoát vị vùng bẹn đùi và thoát vị bịt. Cơ này cũng là một cấu trúc rất được ưa chuộng trong việc trám các lỗ hổng sau phẫu thuật cắt bỏ trực tràng và trám các lỗ khiếm khuyết ở âm đạo nhằm tránh thoát vị vùng đáy chậu.

2. Kỹ thuật của Zimmerman

Trong thoát vị đùi, thay vì khâu dải chậu mu xuống dây chằng Cooper để bít lỗ đùi theo kỹ thuật kinh điển thì, Zimmerman đã chuyển một phần cân cơ chéo ngoài xuống để bít lỗ đùi. Kỹ thuật này có thể dùng trong trường hợp lỗ đùi dẩn quá rộng.

3. Dùng cân đùi

Kỹ thuật này nhằm vào việc lấy mảnh cân đùi (Fascia Lata) cuốn lên để vá che vùng

yếu ở bẹn hoặc đùi trong trường hợp cấu trúc tại chỗ tỏ ra yếu và không đủ lực.

Nhìn chung, ngày nay những kỹ thuật này hầu như không còn được dùng nữa vì bản thân nó không đơn giản, hơn nữa việc sử dụng rộng rãi các mảnh ghép nhân tạo hiện nay đã thực sự làm mai một các kỹ thuật vốn ít được phổ biến này.

V. TẠO HÌNH VÙNG BẸN-ĐÙI BẰNG MẢNH GHÉP NHÂN TẠO

A. SƠ LƯỢC VỀ LỊCH SỬ MẢNH GHÉP NHÂN TẠO DÙNG TRONG THOÁT VỊ

Năm 1930, Nicholas Gerdy rồi sau đó là Wutzer đã đề xuất việc đặt tạm thời một dị vật vào ống bẹn để gây phản ứng viêm cho đến khi ống này bít hẳn. Mãi đến năm 1950, Francis Usher là người đầu tiên đã dùng mảnh ghép polypropylen để điều trị thoát vị bẹn và thoát vị vết mổ. Năm 1986, Lichtenstein dùng mảnh ghép polypropylen để vá tăng cường cho thành sau ống bẹn cho kết quả tốt. Gilbert và sau đó là Rutkow (1989) đã phát triển một dụng cụ có dạng dù mở bằng chất liệu polypropylene để nút chặn lỗ thoát vị.

B. ƯU-NHƯỢC ĐIỂM CỦA VIỆC DÙNG MẢNH GHÉP NHÂN TẠO

Ngày nay, qua nhiều công trình nghiên cứu, việc dùng mảnh ghép hiện đang rất được ưa chuộng tại các nước phương tây vì:

- Việc đặt mảnh ghép hầu như không gây căng nén bệnh nhân ít đau hơn và do đó hồi phục nhanh hơn sau mổ, nếu so với các kỹ thuật kinh điển dùng mô tự thân.
- Cũng do không căng nén mô không bị thiếu máu nuôi dẫn đến hình thành sẹo

tốt nên ít bị tái phát hơn.

- Mảnh ghép nhân tạo này một khi đã được tổ chức hóa (sau mổ 1-3 tháng), sẽ tạo nên một lớp cân mới rất chắc vốn rất cần thiết cho những người mà cân tự thân mỏng và yếu, vốn không đủ khả năng chịu lực nếu mổ theo kỹ thuật dùng mô tự thân.

Tuy nhiên, chúng hiện chưa được dùng rộng rãi tại nước ta vì:

- Giá thành mảnh ghép nhân tạo khá đắt.
- Việc dùng mảnh ghép nhân tạo đòi hỏi điều kiện phòng mổ phải vô trùng thật tốt, vì khi nhiễm trùng xảy ra sẽ rất khó điều trị, có khi phải tháo bỏ mảnh ghép.

C. YÊU CẦU CỦA MỘT MẢNH GHÉP NHÂN TẠO

Từ những năm 1950, Cumberland và Scales đã phát triển 8 yêu cầu không thể thiếu của một mảnh ghép nhân tạo lý tưởng là:

- (1) không bị biến đổi về mặt vật lý học bởi dịch mô.
- (2) trơ về mặt hóa học.
- (3) không gây phản ứng viêm hoặc phản ứng loại bỏ mảnh ghép.
- (4) không gây ung thư.
- (5) không gây dị ứng hoặc quá cảm.
- (6) chịu được lực căng cơ học.
- (7) có thể tạo ra theo hình dạng mong muốn.
- (8) có thể tiệt trùng được.

Người ta đã chế tạo nhiều loại vật liệu khác nhau, nhưng hiện chỉ có 3 loại vật liệu tương đối đáp ứng được 8 nguyên tắc nêu trên là, polyester (Dacron), polypropylene (Marlex, Prolene) và expanded polytetrafluoroethylene (Gore-Tex), trong đó

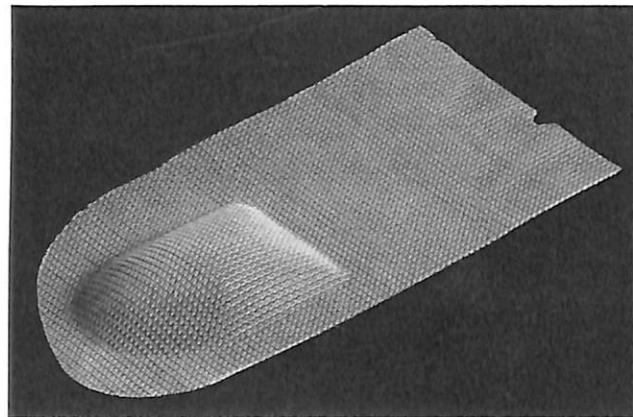
polypropylene được dùng nhiều nhất (Hình 8,9,10). Cả 3 loại vật liệu này không tan và do đó tồn tại vĩnh viễn trong cơ thể. Tuy nhiên, trong quá trình tổ chức hóa, chúng sẽ gây phản ứng mô sợi đôi khi quá mạnh làm khó chịu cho người bệnh. Vì vậy, để giảm phản ứng mô do những mảnh ghép vĩnh viễn này gây ra, người ta đã kết hợp chất liệu không tan với chất liệu tan chậm mà cụ thể là kết hợp giữa sợi

polypropylene với sợi Vicryl (Vipro), nhờ đó người bệnh sẽ dễ chịu hơn.

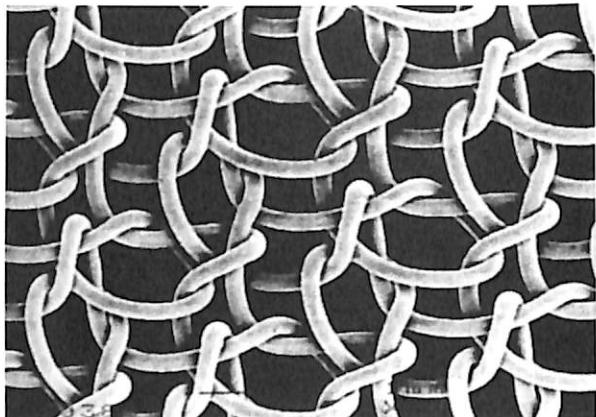
Việc đặt mảnh ghép để điều trị thoát vị có thể thực hiện qua kỹ thuật mổ mở hoặc qua kỹ thuật mổ nội soi.

D. PHẪU THUẬT MỞ ĐẶT MẢNH GHÉP

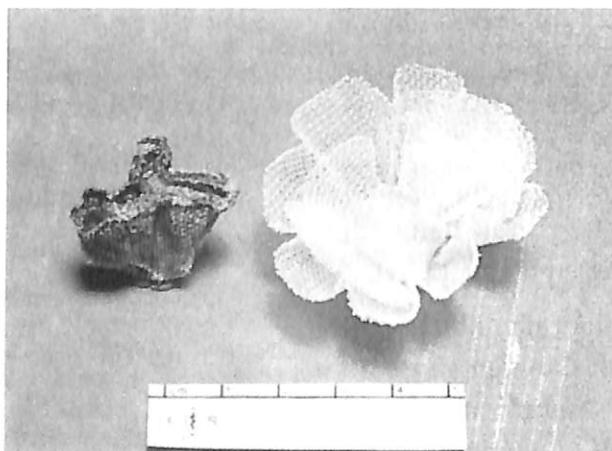
Có nhiều kỹ thuật mổ khác nhau với các loại mảnh ghép khác nhau để điều trị thoát vị vùng bẹn, nhưng hiện nay có hai kỹ thuật được dùng rất phổ biến tại các



Hình 8. Mảnh ghép phẳng được chế tạo sẵn để dùng cho thoát vị bẹn phải tại Lichtenstein Institute



Hình 9. Mảnh ghép polypropylene với những lỗ có kích thước 68×32 micron



Hình 10. Mảnh ghép dạng nút chưa dùng, bên cạnh là một nút khác đã dùng sau 4 tháng

nước phương tây là: kỹ thuật dùng nút chặn (Rutkow), kỹ thuật dùng mảnh ghép phẳng (Lichtenstein), và kỹ thuật dùng mảnh ghép đôi (hai lớp).

1. Kỹ thuật của Rutkow

Kỹ thuật này (Hình 11-14) chủ yếu dùng một mảnh nút chặn hình dù mở (được chế tạo sẵn) nhét vào lỗ bẹn sâu (thoát vị gián tiếp), hay sàn bẹn sau (thoát vị trực tiếp), hoặc lỗ dùi (thoát vị dùi), rồi cố định nút chặn này vào mô chắc xung quanh bằng vài mũi khâu rời. Việc đặt thêm một mảnh ghép phẳng ôm thừng tinh và che sàn bẹn (không cần khâu cố định) chỉ nhằm mục đích phòng hờ cho những trường hợp thoát vị hỗn hợp. Tỉ lệ tái phát của kỹ thuật này khá tốt, chỉ khoảng dưới 1%.

2. Kỹ thuật của Lichstenstein

Kỹ thuật Lichsteinstein (Hình 15-18) khởi thủy (1986) chủ yếu dựa vào việc đặt và khâu cố định một mảnh ghép tăng cường cho thành sau ống bẹn bằng những mũi khâu vắt liên tục vào những mô cân chắc xung quanh, mảnh ghép này cũng được xé đôi và khâu lại để ôm sát thừng tinh tại lỗ bẹn sâu.

Sau này, do bị ảnh hưởng của kỹ thuật dùng nút chặn nên, từ năm 1992 trong điều trị thoát vị bẹn gián tiếp, Lichsteinstein đã bổ sung thêm một nút chặn nhỏ hình chóp nón để nhét và khâu cố định vào lỗ bẹn sâu vốn đã ít nhiều bị dãn rộng.

Phương pháp này (còn được gọi là kỹ thuật tạo hình không gây căng) đã được chính nhóm nghiên cứu của Lichsteinstein thực hiện trên 16.000 ca mổ (1996) với tỉ lệ tái phát thấp, chỉ có 0,6%.

3. Kỹ thuật dùng mảnh ghép đôi

Trong phương pháp này, mảnh ghép gồm có hai lớp được đặt ở vùng bẹn (một ở sau và một ở trước mạc ngang) nối với nhau bằng một chốt giữa (Hình 19). Kỹ thuật này khá đơn giản và cho kết quả tốt tương đương với Lichtenstein

E. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP

1. Ưu-nhược điểm của phẫu thuật nội soi

a. *Ưu điểm*

- Do đường mổ nhỏ nên bệnh nhân ít đau sau mổ hơn so với mổ hở.
- Sẹo mổ nhỏ nên thẩm mỹ hơn.

b. *Nhược điểm*

- Kỹ thuật phức tạp hơn so với mổ hở nên thời gian phẫu thuật lâu hơn.
- Tốn kém nhiều hơn mổ hở do phải dùng nhiều trang thiết bị đắt tiền.
- Phải gây mê nên làm tăng nguy cơ phẫu thuật và kéo dài thời gian hồi phục sau mổ.

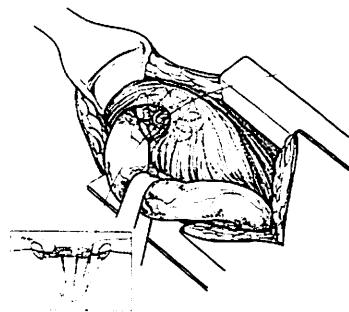
2. Những kỹ thuật mổ nội soi thông thường

Hiện nay, có hai kỹ thuật thông dụng để đặt mảnh ghép qua nội soi:

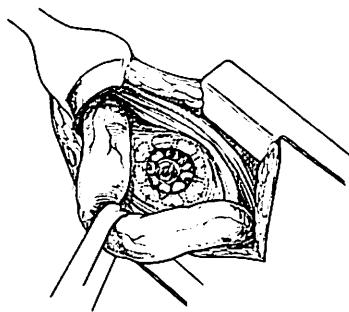
a. *Kỹ thuật mổ xuyên qua ổ bụng*

(TAPP: TransAbdominal PrePeritoneal)

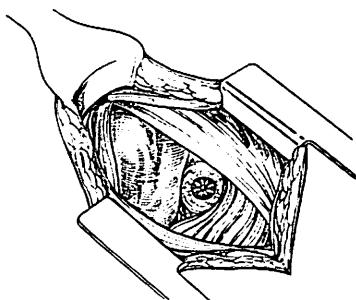
Kỹ thuật này sẽ đi vào vùng bẹn từ trong bụng ngang qua phúc mạc, bóc tách vùng tiền phúc mạc, lộn túi thoát vị vào trong bụng rồi đặt mảnh ghép chồng lên thừng tinh hoặc ôm lấy thừng tinh. Mảnh ghép trong trường hợp này được cố định bằng clip bấm và hoàn toàn nằm ngoài phúc mạc (phúc mạc sẽ được khâu lại che mảnh ghép) (Hình 20).



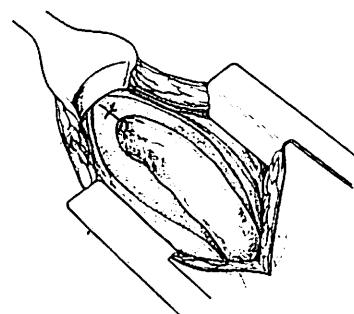
Hình 11. Nhét và khâu cố định nút chặn vào lỗ hàn sâu



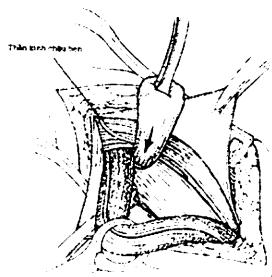
Hình 12. Nhét và khâu cố định nút chặn vào lỗ thoát vị trực tiếp



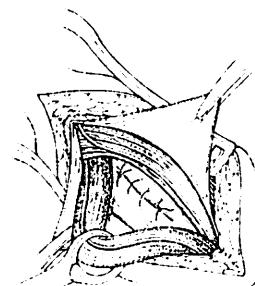
Hình 13. Nhét và cố định nút chặn vào lỗ đùi



Hình 14. Đặt mảnh ghép che sàn bẹn, khâu cân chéo ngoài phủ lên



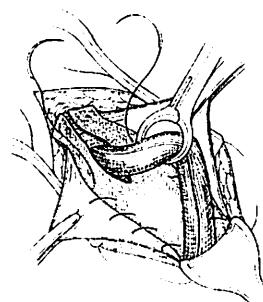
Hình 15. Bóc tách cao và cắt túi thoát vị gián tiếp



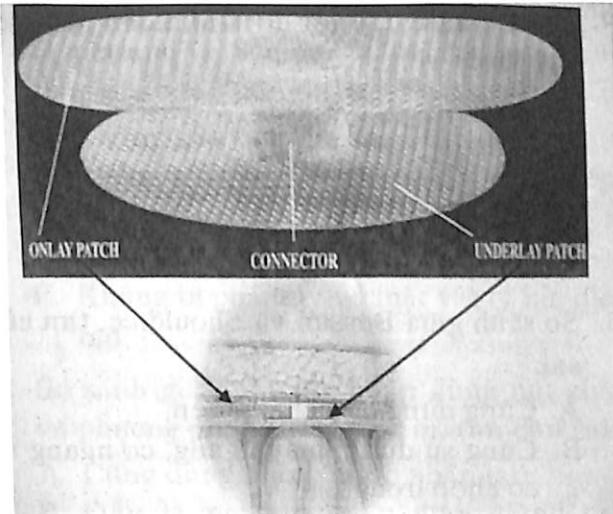
Hình 16. Khâu gấp túi thoát vị trực tiếp



Hình 17. Đo để tính toán kích thước mảnh ghép
232



Hình 18. Đặt và khâu cố định mảnh ghép



Hình 19. Mảnh ghép hai lớp dùng trong thoát vị bẹn theo kỹ thuật của Gilbert

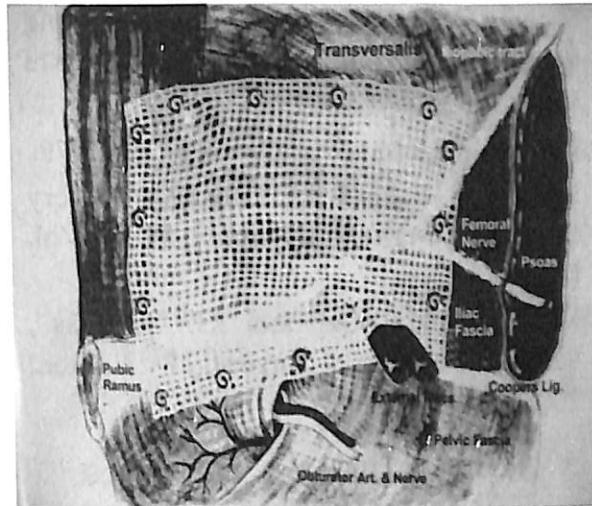
b. *Kỹ thuật mổ ngoài phúc mạc*
(TEP: Total Extra- Peritoneal)

Trong kiểu này, da và cân cơ được rạch đến trước phúc mạc theo kỹ thuật nội soi mở. Sau đó, tiếp tục bóc tách vào khoang tiền phúc mạc xuống vùng bẹn và đặt mảnh ghép che chõ yếu.

Ưu điểm của kỹ thuật này là tránh được những thương tổn các nội tạng trong bụng, tránh dây dính cũng như tránh được nguy cơ mảnh ghép gây rò ruột.

Tuy nhiên, phương pháp này khó thực hiện do phẫu trường hẹp, khó định hướng và dễ làm thủng phúc mạc nhất là khi có đường mổ cũ dưới rốn (như mổ ruột thừa chẳng hạn).

Nhìn chung, tuy rằng mổ khó hơn nhưng nếu ở trong tay người có kinh nghiệm, kết quả của TEP lại tốt hơn TAPP về mặt biến chứng cũng như về tỉ lệ tái phát: Crawford (1998) khi tổng kết từ nhiều tác giả đã cho thấy tỉ lệ biến chứng của TAPP và TEP



Hình 20. Mảnh ghép đặt trong khoang tiền phúc mạc theo kỹ thuật mổ nội soi

tuần tự là 1,2-11% và 0-8% và tỉ lệ tái phát là 0,2-2% và 0-1% theo thứ tự đó.

VI. TIÊN LƯỢNG VÀ DỰ PHÒNG

Tiên lượng của thoát vị không biến chứng nhìn chung là tốt, vì bệnh không gây ảnh hưởng đến sinh mạng mà chủ yếu là gây khó chịu trong sinh hoạt.

Tuy nhiên, thoát vị nghẹt thì thực sự nguy hiểm đòi hỏi phải chẩn đoán và xử trí kịp thời. Nếu được mổ sớm, thì tiên lượng tốt như thoát vị không biến chứng; ngược lại nếu mổ trễ khi đã có hoại tử nội tạng (thường là ruột), thì tiên lượng xấu hẳn đi, có thể tử vong.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Deveney KE. "Hernias and Other Lesions of the Abdominal Wall", Current Surgical Diagnosis and Treatment, 10th Ed. 2000.

2. Nguyễn Văn Đức. "Thoát vị bẹn, nang thừng tinh, tinh mạc nước", Phẫu thuật Nhi khoa, Tập I, quyển 3, 1982.
3. Nyhus LM. Condon RE. Hernia. 3rd Ed. 1979.
4. Nyhus LM. Baker RJ. Fischer JE. "Surgery of Hernia". Mastery of Surgery. 3rd Ed. Vol. II, 1998.
5. Malangoni MA, Gagliardi RJ. "Hernias", Sabiston Textbook of Surgery, 17th Edition, 2003.

CÂU HỎI LUỢNG GIÁ

1. Giải phẫu học vùng bẹn, tìm câu sai:
 - A. Thành trước ống bẹn là cân chéo ngoài.
 - B. Thành sau ống bẹn là mạc ngang.
 - C. Bờ trên lỗ cơ lược là cơ ngang bụng và cơ chéo trong.
 - D. Bờ dưới lỗ cơ lược là dây chằng Cooper và mào lược xương mu.
 - E. Dây chằng bẹn là bờ dưới lỗ đùi.
2. Tìm câu sai:
 - A. Phương pháp Marcy là khâu mạc ngang với mạc ngang để làm hẹp lỗ bẹn sâu.
 - B. Phương pháp Bassini là khâu mạc ngang, cơ chéo trong và cơ ngang vào dây chằng lược.
 - C. Phương pháp Shouldice khâu làm 4 lớp.
 - D. Phương pháp Lytle khâu cung cơ ngang vào dây chằng bẹn.
 - E. Phương pháp Halsted 1 để thừng tinh dưới da.
3. Thoát vị cần phải mở vì:
 - A. Nghẹt.
 - B. Có nguy cơ nghẹt.
 - C. Gây khó chịu làm cản trở sinh hoạt.
 - D. Không điều trị nội khoa được.
 - E. Tất cả đều đúng.

4. Thời gian cần thiết để lành hoàn toàn sẹo mổ thoát vị là:
 - A. 1 tháng.
 - B. 3 tháng.
 - C. 6 tháng.
 - D. 1 năm.
 - E. 2 năm.
5. So sánh giữa Bassini và Shouldice, tìm câu sai:
 - A. Cùng dùng dây chằng bẹn.
 - B. Cùng sử dụng: mạc ngang, cơ ngang và cơ chéo trong.
 - C. Khác vì: Bassini khâu mũi rời còn Shouldice khâu vắt liên tục.
 - D. Bassini khâu một lớp còn Shouldice khâu 4 lớp.
 - E. Bassini chỉ chữa thoát vị bẹn còn Shouldice chữa cả thoát vị bẹn lẫn thoát vị đùi.
6. So sánh giữa Bassini và McVay, tìm câu sai:
 - A. Bassini dùng dây chằng bẹn còn McVay dùng dây chằng Cooper.
 - B. Cùng có dùng cơ ngang bụng.
 - C. Cùng có tác dụng tạo hình thành bẹn sau.
 - D. Cùng điều trị thoát vị bẹn và thoát vị đùi.
 - E. Kỹ thuật McVay khó làm hơn Bassini.
7. Điều trị thoát vị, tìm câu sai:
 - A. Điều trị thoát vị cần chú ý giải quyết những yếu tố gây tăng áp lực ổ bụng (nếu có).
 - B. Phương pháp Marcy chỉ nên dùng cho trẻ nhỏ.
 - C. Bassini là phương pháp thông dụng nhất tại Việt nam.
 - D. Phương pháp McVay gây căng hơn Bassini và Shouldice.
 - E. Có thể trị thoát vị đùi bằng cách: khâu dây chằng bẹn vào dải chậu mu.

8. Yêu cầu nào sau đây không phải của Cumerland và Scales nêu ra cho một mảnh ghép nhân tạo dùng trong thoát vị:
- Không gây ung thư.
 - Không gây phản ứng viêm hay thải ghép.
 - Trở về mặt hóa học.
 - Đề kháng với nhiễm trùng.
 - Không bị phá hủy về mặt vật lý bởi dịch mô.
9. So sánh giữa phương pháp dùng nút chặn và phương pháp Lichtenstein, tìm câu sai:
- Cùng dùng mảnh ghép nhân tạo.
 - Đều là phương pháp được dùng phổ biến tại các nước phương tây hiện nay.
 - Đối với thoát vị trực tiếp phương pháp dùng nút chặn để nhét vào chỗ yếu còn phương pháp Lichtenstein lộn và khâu gấp mạc ngang.
 - Cả hai đều dùng được trong thoát vị bẹn và đùi.
 - Cùng là kỹ thuật mổ mở.
10. Kỹ thuật mổ nội soi, tìm câu sai:
- Chưa được dùng phổ biến.
 - Kỹ thuật mổ phức tạp và cần phải gây mê.
 - Kiểu TAPP đơn giản hơn nhưng kết quả kém hơn kiểu TEP.
 - Kết quả của mổ nội soi không hơn kỹ thuật mổ mở đặt mảnh ghép.
 - Kiểu TEP thường gây thủng ruột và rò ruột.
11. Trong mổ thoát vị bẹn, tìm câu sai:
- Dùng mảnh ghép thì không gây căng nếu so với dùng mô tự thân.
 - Mổ nội soi phức tạp và tốn kém hơn so với mổ hở.
 - Kỹ thuật Bassini dễ làm rách tĩnh mạch đùi hơn McVay.
 - Shouldice là kỹ thuật mổ thoát vị bẹn tốt nhất trong nhóm kỹ thuật dùng dây chằng bẹn.
12. Tìm câu sai:
- Dây chằng bẹn là bờ dưới cân cơ chéo ngoài.
 - Ống phúc tinh mạc nằm trong bao thừng tinh.
 - Túi thoát vị bẹn trực tiếp nằm trong bao thừng tinh.
 - Tam giác Hesselbach tương ứng với hố bẹn trung gian.
 - Ống Nuch đi theo dây chằng tròn.
13. Loại mảnh ghép nào sau đây hiện không được dùng trong thoát vị:
- Expanded Tetrapolyfluoroethylen.
 - Polypropylen.
 - Polyester.
 - Tantalum Gauge.
 - Vipro.
14. Tìm câu sai:
- Kỹ thuật Bassini kinh điển có khâu mạc ngang vào dây chằng bẹn.
 - Kỹ thuật tạo hình toàn bộ vùng bẹn là: Shouldice kinh điển kết hợp với khâu dây chằng bẹn vào dây chằng Cooper.
 - Kỹ thuật của Berliner chỉ khâu hai lớp.
 - Kỹ thuật Rutkow có dùng thêm mảnh ghép ngoài việc đặt nút chặn.
 - Kỹ thuật McVay mổ theo ngả tiền phúc mạc.
15. Phẫu thuật nào sau đây không trị được thoát vị đùi:
- McVay.
 - Nyhus.
 - Rutkow.
 - Zimmerman.
 - Ferguson.
16. Tìm câu đúng:
- Dây chằng bẹn chắc và cố định hơn dây chằng Cooper.

- B. Kỹ thuật của Ferguson và Halsted ít tái phát hơn Shouldice.
- C. TEP có kết quả tốt nhất trong 3 kỹ thuật mổ nội soi.
- D. Kỹ thuật của Berliner ít tái phát hơn Shouldice kinh điển.
- E. Kỹ thuật của Nyhus dễ làm đối với thoát vị bẹn nghẹt.
17. Trong điều trị thoát vị bẹn, tìm câu đúng:
- Tạo hình thành bụng là bắt buộc trong điều trị thoát vị bẹn ở mọi lứa tuổi.
 - Loại bỏ túi thoát vị là cần thiết đối với thoát vị bẹn gián tiếp.
 - Không cần thiết phải điều trị bướu lành tiền liệt tuyến (nếu có).
 - Chỉ Vicryl dùng tốt trong mổ thoát vị bẹn-đùi.
 - Chỉ Prolene không thích hợp để mổ thoát vị.
18. Thoát vị cần phải mổ vì:
- Gây khó chịu trong sinh hoạt.
 - Đe dọa nghẹt hay nghẹt.
 - Bị kẹt.
 - Thoát vị lớn dễ bị chấn thương.
 - Tất cả đều đúng.
19. Tìm câu đúng:
- Phẫu thuật Marcy dùng tốt cho người lớn và trẻ nhỏ.
- B. Kỹ thuật Halsted dùng được cho thoát vị đùi.
- C. Mổ nội soi ít rủi ro hơn mổ hở.
- D. Đường rạch dãn thường dùng trong McVay hơn Shouldice.
- E. Kỹ thuật Rutkow cần phải rạch dãn thêm để giảm căng.
20. Tìm câu đúng:
- Bassini theo trường phái bắc Mỹ không lấy mạc ngang vào đường khâu tạo hình.
 - Shouldice kinh điển điều trị cả thoát vị bẹn lẫn đùi.
 - Tỉ lệ tái phát của Lichtenstein là 3%.
 - Tỉ lệ tái phát của Shouldice là # 10% so với Bassini là 15%.
 - McVay dễ gây rách tĩnh mạch chậu trong hơn các kỹ thuật khác dùng dây chằng bẹn.

ĐÁP ÁN

- | | | | |
|------|-------|-------|-------|
| 1. E | 6. D | 11. C | 16. C |
| 2. B | 7. E | 12. C | 17. B |
| 3. E | 8. D | 13. D | 18. E |
| 4. D | 9. D | 14. E | 19. D |
| 5. E | 10. E | 15. E | 20. A |

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
CHI NHÁNH VPĐD TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
Địa chỉ: 699 Trần Hưng Đạo P.1 Q.5 TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 9235648 Fax: 9230562
Email: nxbyhoc_cn@yahoo.com

☆☆☆

ĐIỀU TRỊ
NGOẠI KHOA TIÊU HÓA

Chịu trách nhiệm xuất bản:
HOÀNG TRỌNG QUANG
TRẦN THÚY HỒNG
Biên tập và Sửa bản in:
MINH HÀ

In 3.000 cuốn khổ 20x26cm tại **Nhà máy in Nông Nghiệp và PTNT**. Số: 97 Kha Vạn Cân, Quận Thủ Đức, TP.HCM.
Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23-2006/CXB/126-271/YH ngày 03/01/2006. Số xuất bản: 130/QĐ-YH ngày 19/4/2006.
In xong và nộp lưu chiểu tháng 01/2007.