

## Chấn Thương Bụng Kín

### **Điều trị vỡ lách chấn thương**

1. Điều trị không phẫu thuật

a) Theo dõi :

-Nhịn ăn uống ít nhất trong 24h đầu, nghỉ ngơi tại giường

-Theo dõi **sinh hiệu, nước tiểu, Hb mỗi 6h/24h đầu**

-Khi Hb ổn định, không cần mổ cho ăn

-Siêu âm check, ko cần làm CT

Thời gian theo dõi : 3 - 5 ngày

Theo dõi sau đó : **3 tháng** không cho hoạt động thể dục thể thao, ko cần làm CT thường

b) Tắc mạch : chỉ định khi huyết động ổn, mà CT có thoát mạch, dịch bụng lượng trung bình trở lên hay theo dõi không ổn

2. Điều trị phẫu thuật

a) Cắt lách toàn phần : độ V

b) cắt lách bán phần : độ IV

c) khâu lách (ít dùng)

d) bao lách bằng MESH (độ III, IV)

## Tắc Ruột:

**Tắc ruột do dính**, khi nào lựa chọn PT nội soi gỡ dính thay vì mổ mở

1. Tuổi cao không phải là CCĐ

2. Bệnh đi kèm : tim phổi. Không chọn PTNS cho bệnh nhân tắc ruột do dính sau mổ có bệnh NK đi kèm nặng (tim mạch, hô hấp, đông cầm máu)

3. Số lần mổ bụng, và loại mổ trước đó : khuyến cáo tiền sử mổ bụng  $\leq 2$ , viêm ruột thừa, ngoài đường giữa. Nghiên cứu của mấy thầy  $>2$  thì tỉ lệ thành công 80% cũng ngang ngửa nhưng nên thận trọng

4. Mức độ chướng bụng và đường kính ruột dẫn trên X quang: chọn bụng chướng ít, chướng vừa. trên X quang : theo thầy nên chọn dk ruột non dẫn  $<4\text{cm}$  hay  $>4\text{cm}$  mà số quai ruột chướng ít

5. Time : chưa có ý nghĩa lắm vì đã có NOM

6. Kiểu dính, loại dính : trong mổ mới đánh giá dc

7. Kinh nghiệm PTV

-> Đủ 7 tiêu chuẩn chọn nội soi ko mổ mở

### **Lâm sàng và CLS tắc ruột thấp do u đại tràng**

1. Lâm sàng : đau quặn từng cơn, bí trung đại tiện xảy ra sớm, chướng nhiều về sau có thể có ói. Triệu chứng toàn thân : mệt mỏi, chóng mặt, khó thở, sụt cân do mất nước, thiếu máu, rối loạn điện giải. sốt là dấu hiệu nghĩ có nhiễm trùng ở giai đoạn trễ hay có ảnh hưởng mạch máu. Khám có thể thấy nhu động ruột tăng, âm sắc cao của tắc ruột, dấu quai ruột nổi, bụng chướng, khám thấy khối u

2. CLS : X quang : dẫn ruột già, giai đoạn sớm. giai đoạn tiến triển : mức nước hơi vòm cao đáy hẹp. CT- scan đánh giá tốt hơn về : mạch máu, khối u, vị trí tắc, mức độ dẫn quai ruột

## Thủng Da Dày-Tá Tràng

### **1. lâm sàng, CLS, xử trí thủng dạ dày tá tràng:**

**Tiền sử:** 70-80% có đau thượng vị trước đó.

Đau đột ngột vùng thượng vị, dữ dội/ đau lâm râm, đặt đỉnh và không giảm => lan ra khắp bụng. Hiếm khi nôn, nôn là do phúc mạc bị kích thích, khi có máu là do có ổ loét đối nhau.

Bí trung đại tiện khi bệnh nhân đến trễ và VPM gây liệt ruột.

### **Khám:**

Nhìn: bệnh nhân nằm im, bụng ít di chuyển, cơ thẳng bụng hằn lên, đến trễ có trướng.

Sờ: bụng cứng như gỗ: co cứng thường xuyên và ấn rất đau. khi bệnh nhân đến trễ hoặc người già, thành bụng nhão => cảm ứng phúc mạc.

Gõ: Mất vùng đục trước gan.

Thăm túi cùng Douglas đau.

Toàn thân:

Sốt: không shock, ko sốt, mạch HA bình thường

giờ đầu: **30% shock**: mạch nhanh, HA tụt, **thân nhiệt hạ** => về bình thường.

Trễ: VPM nhiễm khuẩn: sốt tăng cao, mạch nhanh nhỏ, yếu, nước tiểu giảm.

### **CLS:**

Xét nghiệm: WBC tăng, Neu ưu thế. **Hct tăng trong giờ đầu.**

BUN/Cr: suy thận, Ion đồ cho hồi sức.

Hình ảnh: Xquang: Liềm hơi dưới hoành.

SA: Hơi hoặc dịch tự do trong ổ bụng.

CTscanner: cho hình ảnh hơi, dịch trong ổ bụng, không cần thiết trong cấp cứu.

**Xử trí:** Là cấp cứu ngoại khoa.

Hồi sức trước mổ một vài giờ: Giảm đau, hút dạ dày liên tục. TH bệnh nhân tổng trạng kém, mất nước điện giải nên được bồi hoàn đầy đủ. Kháng sinh trước mổ.

PP phẫu thuật:

- **Triệt căn:** Cắt dạ dày cấp cứu: Vừa điều trị thủng, vừa điều trị loét, tử vong cao/ bệnh nhân ít có chuẩn bị. Thường chỉ định cho bệnh nhân thủng do ung thư.

Cắt TK X kèm khâu thủng/+ - dẫn lưu: Thường dùng cho ổ loét tá tràng, bệnh nhân đến sớm và không có hẹp môn vị kèm theo. Nhược điểm là mổ trong khoang bụng nhiễm bẩn.

- **Khâu lỗ thủng:** Đơn giản, ít tai biến, không điều trị được nguyên nhân.

Khâu kín lỗ thủng mũi chữ X hoặc khâu gấp, làm sạch ổ bụng, dẫn lưu.

Hẹp môn vị đi kèm: khâu rời nối vị tràng.

## **2. Hẹp môn vị:**

Cơ năng: Đầy bụng, khó tiêu. sau đó

- Tăng trương lực: Đau sau ăn, quặn cơn, giảm sau nôn. Nôn thức ăn chưa tiêu hóa mùi hăng.

Nôn trễ dịch dạ dày xanh đen, không mật.

- Mất trương lực: Đau giảm, nôn ít, lượng chất nôn nhiều, chất nôn là thức ăn có khi từ 2-3 ngày trước.

Khám:

- Tăng trương lực: Dạ dày cuộn dưới tay: Dấu Bouveret, bụng trướng thượng vị lõm lòng thuyền.

- Giảm trương lực: Ốc ách khi đói và hút dạ dày > 100ml dịch buổi sáng.

Tổng trạng suy kiệt, thiếu dinh dưỡng, mất nước, chân tay co rúm vì thiếu Ca. **Lơ mơ do tăng Ure máu**

CLS:

Xét nghiệm: Ure máu tăng, alb máu giảm.

Na, Cl, K giảm.

Kiểm chuyển hóa.

Hình ảnh học:

Chiếu Xquang: tuyết rơi, sóng nhu động.

Chụp xquang: 3 lớp, dạ dày hình cái chày.

Nội soi: Giúp chẩn đoán nguyên nhân hẹp và sinh thiết nếu cần.

## **Thoát Vị Bẹt**

### 13. Trình bày chẩn đoán thoát vị bẹn nghệt

**TCCN:** đau đột ngột, dữ dội vùng thoát vị, có thể ghi nhận ở vùng đó trước kia có khối phòng, lúc xuất hiện, lúc biến mất, nay khối phòng đau và không đẩy lên được nữa. Có triệu chứng tắc ruột nếu tạng thoát vị là ruột (nôn, bí trung đại tiện)

**TCTT:** Khám thấy khối căng chắc, **sờ đau, da đổi màu, ấn đau chói ở vị trí cổ túi thoát vị**

Nếu có tắc ruột: bụng trướng, có dấu rắn bờ

CLS: nếu LS không điển hình thì làm siêu âm MRI herniography

24. Trình bày biến chứng sau phẫu thuật Lichtenstein?

#### **Cấp**

- Tụ máu, tụ thanh dịch, bí tiểu, tổn thương thần kinh
- Nhiễm trùng vết thương
- Viêm tinh hoàn thiếu máu, teo tinh toàn, tổn thương ống dẫn tinh
- Tổn thương ruột, tắc ruột
- Tổn thương mạch máu
- Các biến chứng liên quan mảnh ghép

#### **Man**

- Tái phát
- Đau

### 28. Trình bày cách phân biệt thoát vị bẹn gián tiếp và thoát vị bẹn trực tiếp?

- Gián tiếp: hình dài thon, có thể xuống bìu, khi nằm biến mất chậm, chặn lỗ bẹn sâu (-), nghiệm pháp chạm ngón cảm giác khối thoát vị chạm đầu ngón

- Trực tiếp: hình tròn, hiếm khi xuống bìu, khi nằm biến mất nhanh, chặn lỗ bẹn sâu (+), nghiệm pháp chạm ngón cảm giác khối thoát vị chạm mặt bên ngón

## **Sỏi:**

### 9. Dẫn lưu Kehr và cách chăm sóc:

#### **Chỉ định:**

- Tất cả các trường hợp mở ống mật chủ để tham sát (direct CBD exploration) lấy sỏi
- Khi nối ống mật chủ với tá tràng, ruột non

#### **Chăm sóc:**

- Bồi hoàn đủ sự thiếu hụt nước
- Theo dõi lượng và tính chất của dịch mật
- Dấu hiệu bình thường: dịch mật trong, vàng tươi (mật mới được hình thành), lượng 300-700ml/24H, BN không sốt, vàng mắt giảm dần. **Lưu ý:** trong những ngày đầu (1<sup>st</sup>-2<sup>nd</sup> day) dịch mật có thể có mủ, có màu xanh nâu, có cặn do tình trạng nhiễm trùng, sự tắc nghẽn dịch mật, việc tán sỏi trước đó. Nhưng **bắt buộc** các triệu chứng khác (sốt, đau bụng, vàng da) phải cải thiện giảm dần so với ngày khám trước.
- Dấu hiệu bất thường: dịch mật xanh đậm, có mủ, lượng ít hơn 300ml/24h (tắc trên ống), hay nhiều hơn 700ml/24H (tắc dưới ống)

Trường hợp nghệt ống kehr, dịch mật có mủ, máu, cặn sỏi trong gan, khi đó ta cần thông lại ống bằng cách bơm rửa ống kehr với bơm tiêm loại 5ml, bơm 5ml NaCl 9‰ từ từ nhẹ tay vào Kehr để thông lòng ống nếu thấy nặng tay thì hút ra, không cố bơm tiếp.

#### **Rút ống dẫn lưu:**

- Ống dẫn lưu đường mật thường được rút vào ngày hậu phẫu 10-14 (BV mình có thể cho BN xuất viện vào ngày 5 nếu không có gì bất thường, cột lại ống Kehr, đặt BN tái khám sau 1 tháng hoặc có dấu hiệu như **đau bụng**, sốt, vàng da trở lại)
- Chụp X-quang đường mật (PTC) trước khi rút: nếu có sỏi thì tán sỏi qua đường hầm Kehr, nếu không có thì rút ống.
- Dấu hiệu hết sỏi trên PTC:
  - Không có sỏi sỏi
  - Thuốc cản quang xuống tà tràng tốt
  - Thuốc cản quang không dò vào xoang bụng
- Kẹp ống vài giờ trước khi rút. BN đau bụng chứng tỏ đường mật chưa thông và chưa thể được rút ống dẫn lưu.

#### **Biến chứng:**

- Tổn thương đường mật
- Chảy máu đường mật
- **Dò mật**
- **VPM mật**
- Hẹp đường mật

## **26. Trình bày các phương pháp điều trị sỏi đường mật?**

1. **Sỏi túi mật:** PTNS, PT mở. Chỉ định cắt túi mật
  - Sỏi đường mật có triệu chứng
    - + CƠN ĐAU QUẶN MẬT
    - + Viêm túi mật cấp
  - Sỏi đường mật không triệu chứng (cắt túi mật dự phòng)
    - + Bệnh hồng cầu liềm
    - + Nuôi dưỡng hoàn toàn ngoài đường tiêu hóa (??? Không hiểu cơ chế why?)
    - + Suy giảm MD, hoặc, Dùng thuốc ức chế miễn dịch mạn tính
    - + No immediate access to health care facilities = không
  - Viêm túi mật không do sỏi (biliary dyskinesia)
  - Viêm tụy cấp do sỏi túi mật
  - Polyp túi mật KT>1cm
  - Porcelain gallbladder (túi mật có hình ảnh vôi hóa trên XQ, có tỷ lệ ác hóa cao)
2. **Sỏi ống mật chủ:**
  - ERCP: chẩn đoán, điều trị
    - + chẩn đoán: pb với nn gây tắc nghẽn OMC khác.
    - + Điều trị: tắc nghẽn OMC (chít hẹp do U -> đặt stent (tạm thời stent nhựa, vĩnh viễn đặc biệt U k cắt được stent kim loại), do phình đại cơ vòng oddi -> EST, do sỏi thì gắp sỏi+EST)
  - Tham sát ống mật chủ: ERCP thất bại, sỏi nhiều, sỏi lớn (>15mm), sỏi phức hợp
  - PTC/PTBD: tổng trạng BN k cho phép làm ERCP và PT tham sát OMC. Ex: BN có bệnh tim phổi nặng không chịu đựng được thuốc mê. PTC gây tê tại chỗ, có thể làm tại giường BN được.
3. **Sỏi trong gan:**

- Lấy sỏi qua đường hầm Kehr: làm phương pháp ưu tiên trong điều trị sỏi gan, nhưng tỷ lệ **sỏi sót cao đặc biệt sỏi gan Phải**.
- Lấy sỏi xuyên gan qua da: hầm Kehr thất bại, rất hiệu quả đối với sỏi gan P, cho BN có chỉ định cắt gan do sỏi gan nhưng BN k chịu đựng được cuộc mổ. Nhưng tỷ lệ tái phát cao. Đường hầm Kehr và PTC có tỷ lệ **tái phát** ~50% sau 5 năm
- Cắt gan: nếu tình trạng BN cho phép, Cắt gan là PP điều trị sỏi gan tốt nhất, vừa điều trị sỏi vừa điều trị NN tạo sỏi (hẹp) vừa loại bỏ nguy cơ ung thư đường mật

## 27. Trình bày các phương pháp cận lâm sàng chẩn đoán sỏi đường mật?

- **XN máu:** Bili TP, Bili TT(>50% TP), ALP tăng
- **SA bụng:** Phụ thuộc vào ng thực hiện. độ nhạy và độ đặc hiệu cao đối với Sỏi túi mật nhưng lại không nhạy với sỏi OMC.
  - Sỏi túi mật: túi mật to >7cm, vách dày>3mm, lòng có sỏi có bóng lưng.
  - Sỏi OMC: qua dấu hiệu gián tiếp => đường mật trong gan 2 bên dẫn to, OMC dẫn to >6mm (dẫn rõ >=8mm), đoạn cuối ống mật chủ khó quan sát do hơi của tá tràng nhưng nếu thấy được sỏi => chẩn đoán chắc chắn.
  - Sỏi trong gan: dẫn đường mật trong gan (thường không thấy), không xác định vị trí sỏi, k tái tạo gp đường mật.
- **CT:** khách quan. Không xâm lấn.
  - Sỏi OMC: không giới hạn do hơi, Có thể phát hiện được sỏi dù không dẫn đường mật. nhưng không phát hiện được sỏi cùng đậm độ với dịch mật (sỏi cholesterol)
  - Sỏi túi mật: không phát hiện được sỏi cùng đậm độ với dịch mật (sỏi cholesterol), chỉ phát hiện qua dấu hiệu gián tiếp (KT túi mật, thành TM)
  - Sỏi trong gan: Có thể phát hiện được sỏi dù không dẫn đường mật, có thể xác định được vị trí sỏi, không tái tạo được GP đường mật.
- **MRCP:** Tái tạo được giải phẫu đường mật (???), xác định vị trí hẹp đường mật, có thể thấy phần đường mật sau chỗ tắc nghẽn.
- **Radiology (ERCP, PTC, Kehr):** vừa điều trị vừa chẩn đoán sỏi, có thể tái tạo GP đường mật, nhưng là PP xâm lấn, không thấy được phần đường mật sau tắc nghẽn.
- **SA trong mổ:** không giới hạn do hơi, phát hiện sỏi ngay cả khi đường mật không dẫn nhưng phụ thuộc vào ng thực hiện, không tái tạo gp đường mật.

## 34. Trình bày biến chứng của viêm đường mật do sỏi

- **Viêm túi mật cấp:** đau HSP (cơn đau quặn mật), bằng chứng viêm trên SA
- **Tắc đường mật:** tăng bilirubin TP và TT>50%, ALP tăng. chưa có dấu hiệu NT

- **Viêm mủ đường mật/Áp xe gan đường mật:** Viêm đường mật + lơ mơ, hạ HA. Có thể có nhiều ổ áp xe nhỏ (vài mL/ổ) rải rác trên mặt gan dọc theo đường đi ống mật => gọi là áp xe kê
- **Thâm mật phúc mạc:** Viêm đường mật + đề kháng  $\frac{1}{2}$  trên bụng.
- **Viêm PM mật:** tr.ch VPM. Lúc mổ có nhiều giả mạc. đường mật/ túi mật có lỗ hoại tử thủng.
- **Sốc nhiễm trùng:** Có hc đáp ứng viêm toàn thân + rối loạn tri giác +/- thiếu niệu (hc gan thận).
- **VTC:** do sỏi kết ở cơ vòng Oddi. LS: cơn đau kiểu tụy, amylase >3 lần gh BT, CT có tổn thương tụy.
- **Rối loạn đông máu:** Thiếu Vit.K => giảm Prothrombin và các y.tố đông máu.
- **Hẹp đường mật:** hậu quả của viêm tái đi tái lại, BC của điều trị sỏi. Có thể xảy ra từ hạ phân thùy đến lỗ cơ vòng Oddi.

## 8. Trình bày các nguyên nhân tắc mật ngoài gan

- **Trong lòng:** sỏi, giun.
- **Tại thành:** chít hẹp đường mật, hẹp cơ vòng Oddi, xơ hóa đường mật NP, U (u klaskin, u đường mật)
- **Ngoài thành:** lành tính: Nang đườn mật, ác tính: u gan xâm lấn cuống gan, u bóng Vater

### Extrahepatic biliary obstruction

- Congenital
  - Biliary atresia
  - Idiopathic dilatation of common bile duct
  - Cystic fibrosis
  - Choledochal cysts
- Acquired
  - Cholecystitis
  - Common bile duct obstruction
    - Choledocholithiasis
    - Tumors (benign, malignant)
      - Gallbladder
      - Bile ducts
      - Ampulla of Vater
      - Pancreas
      - Lymphoma
      - Metastatic tumors
    - External compression
    - Strictures
      - Common bile duct
      - Sphincter of Oddi
      - Primary sclerosing cholangitis
      - AIDS (Cryptosporidium)
    - Pancreatitis
    - Parasites (Ascaris)