

GHI CHÚ LS NGOẠI Y6- CR

1 K ĐẠI TRỰC TRÀNG

điều trị UT trực tràng mới: điều trị tân hỗ trợ [neoadjuvant] hóa xạ trước rồi mới phẫu thuật nếu T3, T4.

- U nhỏ hơn 2 cm
- Biệt hóa tốt
- Ko có hạch
- T2 trở lại

Điều trị bảo tồn cơ thắt

Hóa xạ cổ điển: sau mổ 3 tuần mới hóa xạ.

Về tầm soát và phòng ngừa đối với UT trực tràng, ĐT có tính chất gia đình 40 tuổi đi nội soi, soi phân. Tương tự cho đa polype gia đình cũng phải tầm soát.

Liệu pháp nhắm trúng đích: máy xạ gia tốc hiện có ở FV. CR, UB, 115: máy xạ. Điều trị UT DD có thuốc ức chế thụ thể HER-2.

Hạch di căn thì thấy tăng cản quang viên trên CT.

Δ T của UT trực tràng:

- XQ cản quang
- US qua nội soi
- CT
- MRI
- PET-CT

Tắc ruột do u : gặp nhiều nhất trong đại tràng trái. làm hậu môn nhân tạo trên dòng ; mở 2 đầu ra da.

Khám 2 hố chậu :

- 1) Hố chậu phải : vì áp lực tăng lên trên manh tràng hoại tử trước theo định luật Laplace áp lực tỷ lệ thuận với bán kính. Có valve Bauhin mà đóng tắc ruột quai kín 2 đầu -> có thiếu máu, hay xì phân mủ.
- 2) Hố chậu trái : khám khi u ở phần thấp, u đại tràng sigma, cũng sợ u thủng và hoại tử.

Chiến lược điều trị tắc ruột do u :

- 1) Làm hậu môn nhân tạo đơn thuần + đánh giá giai đoạn.
- 2) Cắt u không nổi, đưa 2 đầu ruột ra da [Hartmann] do chưa chuẩn bị đại tràng.
- 3) Cắt và nối luôn
- 4) Đặt stent, không mổ. Không đánh giá u ở gđ nào, nhưng nếu CT có di căn rồi thì làm 1, or 4, or ICI : intraoperative colons irrigation.

U trực tràng đánh giá tốt nhất bằng MRI, nhưng trong cấp cứu thì không chụp. Chống chỉ định CT trên những bệnh nhân tắc lâu vào sốc-đẩy đi mãi luôn, BN dị ứng với thuốc cản quang.

Theo MRI thì sẽ có 3 nhóm bệnh nhân :

- 1) Cắt bỏ triệt căn được
- 2) Di căn rồi nhưng còn điều trị được
- 3) U không thể cắt được [dính nhiều]

3 cách giải quyết tắc nghẽn :

- 1) Nhiều thì – 1 thì : hmnt thì đầu, cắt triệt căn _ nối lại trong 10 ngày thì 2, thì 3 đóng hmnt.
- 2) Stent + liệu pháp toàn thân
- 3) Hậu môn nhân tạo + liệu pháp toàn thân. Cắt u ko nối, đưa đc 2 đầu ruột ra da.

Mở cấp cứu thì ko có cắt u làm sạch sẽ gọn ghẽ 1 lần được. Chụp CT trong lúc mổ thấy manh tràng giãn to > 12cm, manh tràng dơ?

R0 : PT UT mà biên của mô tb lấy ra ko còn tb ác tính trên vi lẫn đại thể.

R1 : PT UT mà biên còn tb ác tính trên vi thể.

R2 : Trên cả đại thể. giải quyết cắt làm sạch, để trị biến chứng (đau, tắc ruột, hẹp môn vị...)

Tiêu chuẩn quyết định phương pháp phẫu thuật :

- Tuổi
 - ASA
 - Gđ bệnh (T4b thì ko mổ nữa)
 - PT cấp cứu
- Trước mổ

U trực tràng thấp : có kết quả gpb mới đặt vấn đề cắt u, vì phẫu thuật Miles là đeo hmnt suốt đời. CCD tương đối stent trực tràng : vì stent dài lòi ra Hm.

Về giải phẫu, mạch máu nuôi trực tràng chia làm 3 chặng :

- Dm trực tràng trên : từ đm mạc treo tràng dưới
- Dm trực tràng giữa : từ đm chậu trong
- Dm trực tràng dưới : từ đm thẹn, nhánh của đm hạ vị.

Tầm soát u trực tràng bằng :

- Máu ẩn trong phân (Fecal Occult Blood testing) : giúp giảm 15-33% tử suất, giảm 17-20% tỉ lệ mắc phải CRC (colorectal cancer). Là test không xâm lấn và tiện lợi, lấy mẫu dễ dàng. Nồng độ để phát hiện là 100ng hemoglobin/1ml phân. Độ nhạy 68%, đặc hiệu 94,4%. Theo dõi trong 2 năm, nếu làm kèm với nội soi ống mềm nhạy lên 82%. Lấy 3 mẫu thì độ nhạy lên 83%.
- Nội soi đại tràng sigma : ống soi mềm dài từ 60, 70cm. Cải thiện được outcome với chi phí chấp nhận được, giúp giảm 60% nguy cơ bị u/năm. Tuy nhiên bị ít dùng dần ở Mỹ

do : giới hạn vốn, đào tạo nhân lực quá ngắn. Nếu dùng để theo dõi sự tiến triển của u : thì khả năng cũng ngang bằng với ống soi cứng.

- Nội soi đại tràng.
- Chụp đối quang kép : DCBE : hiện không có trong guideline nữa. Không có RCT nào nói về screening bằng DCBE nữa.

1 NHIỄM TRÙNG TÚI MẬT – ĐƯỜNG MẬT

- 1) Viêm túi mật cấp là 1 chỉ định mổ cấp cứu trì hoãn (tùy đánh giá mà có thể ở các khung giờ 72, 48 hay 36).
- 2) Chẩn đoán giai đoạn :
 - a. Sỏi kẹt cổ túi mật
 - b. Viêm dày xuất tiết
 - c. Thiếu máu thành túi mật -> hoại tử
 - d. Thấm mật phúc mạc [túi mật còn nguyên vẹn, trong ổ bụng có dịch mật vô trùng]
 - e. Viêm phúc mạc mật : có nhiễm trùng do để lâu mật chảy ra ngoài ??? khám đề kháng ½ bụng P.

- 3) Vỡ lách : phải chụp CT rồi mới mổ trừ khi BN huyết động không ổn.

- 4) NTĐM :

Tiền căn : ERCP, mổ bao nhiêu lần, khi nào ?

Dẫn lưu Kehr ra gì ? lượng ? Khi nào rút ?

Có tán sỏi không ?

Sỏi đường mật ở vùng nhiệt đới : dễ tái phát. Sỏi ĐM vào cấp cứu : đau-sốt-vàng da.

CLS :

CBC, CRP, procalcitonin

US [sỏi ở đâu, túi mật còn/mất, đường mật dẫn ?]

Bilirubin

TH US không tin tưởng, làm CT.

NTĐM phải tiên lượng khả năng vào sốc, bằng: WBC, PLT, PT. Nguy cơ vào sốc dễ hơn ở người bị tắc hoàn toàn ống mật, áp lực cao, bilirubin tăng. Xử trí đặt stent ERCP cứu BN giải áp.

Nhiễm trùng đường mật do sỏi: tam chứng Charcot + tiền căn vàng da tái đi tái lại. Dù vậy, u quanh Vater cũng có thể vàng da lúc tăng lúc giảm. NTĐM ít có ối.

Kháng sinh trong NTĐM:

- Gram âm, và kỵ khí: do E.Coli 85%, Klebsiella, Proteus, Enterococcus, Pseudomonas.
- Đánh vách TB: beta-lactam: đánh gram + dữ nhất là Staphylo, Strepto. Còn Beta-lactam nhóm mới: đánh gram -. Ở nước ngoài ng ta dùng cepha 2 trong dự phòng, nếu không hiệu quả mới xem xét loại thuốc khác or thêm thuốc. **Augmentin và carbapenem cũng đánh gr -, riêng carba đánh kỵ khí cũng mạnh.**

- Quinolone: có 2 thế hệ: ofloxacin và levofloxacin. Levo đánh gram âm ko điển hình. Xài cho nhiễm trùng phổi, hô hấp trên, đường tiểu.
- Aminoglycoside: đánh gram -. Đại diện: Amykacin. Dùng kèm beta-lactam, không dung 1 mình. Tác dụng hiệp đồng giúp diệt vk trong máu, chứ ko thể thấm vào đường mật.
- Metronidazole: đánh kỵ khí. Cho ngay từ đầu nếu nghĩ kỵ khí, nhiễm trùng mô kín.
-

2 K DẠ DÀY

TC sớm là ăn uống kém (chán ăn).

Tầm soát bằng:

- chụp đại tràng cản quang. XQ dạ dày cản quang xem có u ko, vị trí, dạng đại thể. Tuy nhiên có CTscan rồi thì khỏi XQ.
- soi
- nội soi đt ảo qua CT
- máu ẩn trong phân.

Thủng tá tràng 95% là do loét.

Thủng dạ dày 70% do loét, 30% do ung thư. Đa số thủng bờ cong lớn, phình vị. Nếu thủng bờ cong nhỏ 70% nghĩ ung thư.

Hậu phẫu khâ miệng nổi : bù albumin quan trọng trong sự lành vết thương, tăng sức đề kháng. Mục tiêu là > 3g/dl.

Hậu phẫu ngày 5 ra dịch lợn cợn là bình thường do trước mổ có VPM

ODL :

- viêm phúc mạc : dịch có thể lợn cợn nhưng ít, nhỏ hơn 100ml
- dẫn lưu do thao tác mổ trên ruột : dịch hồng, trong, giảm dần.

Về nạo hạch : mổ K dd phải nạo hạch, **lấy tối thiểu 16 hạch ? K trực tràng lấy 12 hạch**. Có hóa trị hay ko còn tùy thuộc vào phân độ TNM (T3 trở lên, hay có hạch di căn). **Hóa trị 6 đợt, mỗi đợt cách nhau 3-4w. Theo dõi mỗi tháng trong 6 tháng đầu, mỗi 6 tháng trong 2 năm tiếp, mỗi năm trong 6 năm tiếp**

3 TẮC RUỘT

Bệnh nhân thường đến vì:

1. Hội chứng tắc ruột
2. Hội chứng nhiễm trùng
3. Mất nước –điện giải
4. Viêm phúc mạc

Đau do bít: đau từng cơn. Đau do thắt: đau liên tục (do thiếu máu).

Đau quặn cơn:

- Tắc ruột (điển hình)
- Đau quặn thận
- Đau quặn mật

- Viêm dạ dày

Khám:

- bụng chướng, quai ruột nổi, dấu rắn bò
- nhu động ruột tăng âm sắc, tần số. Nghe trong ít nhất 3 phút, nếu ko nghe thấy:
 - o Giả tắc ruột
 - o Liệt ruột
 - o Tắc ruột muộn
- gõ vang
- touché rectal: bóng trực tràng trống, hoặc sờ thấy u...

Toàn thân: mất nước, nhiễm trùng nhiễm độc.

Cận lâm sàng:

1. x quang bụng không sửa soạn:
 - Giúp rất nhiều trong vấn đề có tắc hay không
 - Biết tắc ở đâu
 - Ko biết nguyên nhân
 - Hình ảnh:
 - a. Ruột non giãn >3cm, già >5cm, manh tràng >6cm.
 - b. **Mức nước hơi: 12- 24h sau tắc**
 - c. Thành ruột dày >3mm.
 - d. Hình ảnh chuỗi tràng hạt (trong tắc ruột non).
 - e. Có hơi trong ruột non / mà tắc đại tràng: valve hồi manh tràng giãn; nếu ko có hơi: tắc quai kín.
 - Theo dõi: ruột giãn nhiều hơn? Số lượng, kích thước?

<3 tuổi: không thấy quai ruột nếu nó chứa đầy dịch không phải chỗ mức nước hơi cuối là chỗ tắc. Nếu thấy hơi trong đại tràng, manh tràng, nhiều khả năng tắc khoan hoàn toàn nhiều khả năng tắc không hoàn toàn: có thể điều trị bảo tồn ??
2. Siêu âm:
 - Quai ruột giãn cạnh quai ruột xẹp
 - Dấu máy giặt
 - Dịch ổ bụng
 - Thành ruột dày >3mm
 - Doppler đánh giá tưới máu quai ruột:
 - o Nhẹ: quai chướng hơi,...
3. CTscan:
 - Chẩn đoán đc, mức độ, vị trí và nguyên nhân.
 - Vùng chuyển tiếp: giãn-tắc-quai xẹp
 - **Dày thành ruột: do thiếu máu nuôi: áp lực quai ruột >áp lực tiểu TM nên máu không hồi lưu.**
 - Nếu áp lực > áp lực tiểu ĐM thành ruột không bắt thuốc.

- Hơi trong thành ruột, ổ bụng, hệ cửa
- 4. Sinh hóa:
CTM, Ion đồ,
BUN, Cre trong gđ trẻ.

Tiếp cận TR:

- 1) Có tắt ruột?
- 2) Hoàn toàn hay bán tắc
- 3) Hoàn toàn: cao hay thấp
- 4) Nghẽn hay thất
- 5) Nguyên nhân
- 6) Biến chứng

Tắc ruột non:

- Đau: cơn khoảng cách ngắn
- Nôn sớm, rối loạn điện giải sớm
- Bí muện
- Chướng: tắc cao-chướng ít
- Hơi vòm rộng, thấp, ở trung tâm

Tắc ruột già

- Đau cơn dài
- Nôn muộn, ít rối loạn điện giải
- Bí sớm
- Chướng dọc khung đại tràng
- Hơi vòm hẹp, cao, ở ngoại vi

Tắc cao là những quai hổng tràng đầu trên. Thấp là hồi tràng, đại tràng...

Tắc do thắt:

- Lâm sàng rầm rộ: xuất hiện sớm
- Bụng trướng không đều
- Ctscan nhạy 90%
- Cần mổ sớm

- Lâm sàng không rầm rộ, xuất hiện muộn
- Bụng trướng đều
- Ctscan cũng nhạy 93%
- Xem xét trì hoãn hay cấp cứu

Tắc do nghẽn:

Nguyên nhân:

- 1) Mổ: dây dính
- 2) Thoát vị nội: bn có tiền căn mổ (nhất là nối vị tràng Roux-en-y, Billroth I, hay không đóng kín mạc treo mà tắc ruột đột ngột); Thoát vị ngoại
- 3) Khối lồng
- 4) Tuổi: rụng răng
- 5) Chướng lệch?
- 6) Lao

Mổ dây dính. Không mổ dây dính: chỉ có thể là viêm phần phụ.

Biến chứng:

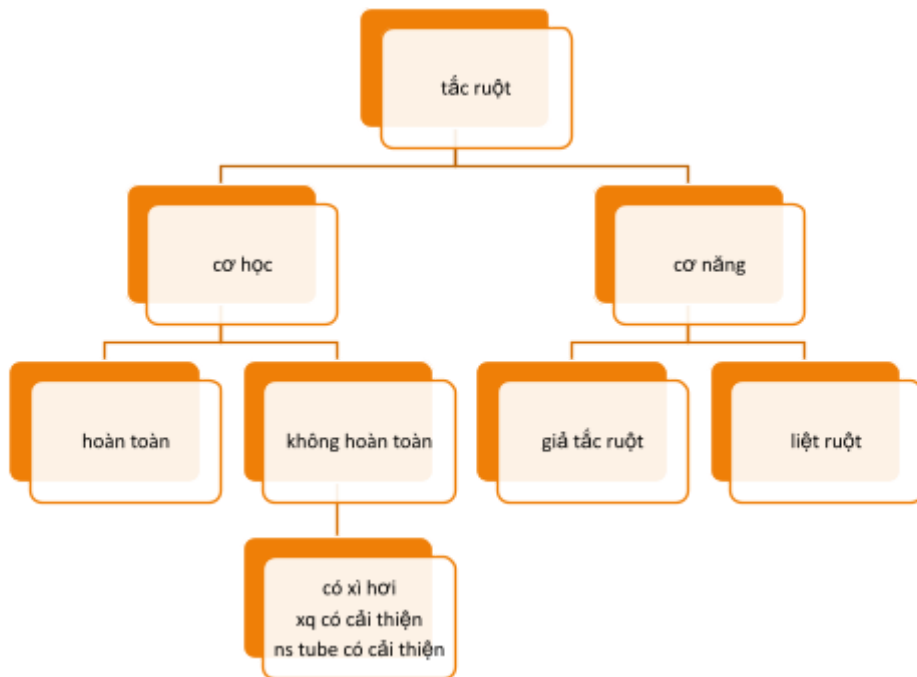
- Thủng vpm
- Shock nhiễm trùng
- Rối loạn nước điện giải
- Suy thận.

Điều trị:

1) Nội khoa:

- Hút dạ dày –ruột: nhằm giảm áp lực dạ dày, tránh viêm phổi hít. Nếu tắc thấp: đặt sonde qua TT nếu xuyên được qua chỗ hẹp giải áp bớt. Ở nước ngoài: u thấp: đặt stent qua u để bn đi tiêu 1-2 tháng, điều trị nội rồi mổ 1 lần.
- Bù nước – điện giải: do giảm Na, K, Cl. Cách bù:
Cứ 1 ống KCl 10% 100ml => 10ml. **Mỗi 10ml là 13mEq K+** 20ml K+ là 26 mEq K.
NS 500 + 2 ống K+, 1 ống Mg 15% 10ml tăng K+ 0,2 -0,3 mEq/L. Mục tiêu là nâng K lên hơn 3.0 mEq/L
Na, Cl giữ cho >130 mEq/L.
- Kháng sinh
- Nếu sonde dd sáng ra dịch xanh chiều ra dịch phân/ hoặc sáng 50ml chiều lên 1l thì mổ.

Tiếp cận:



CTscan: thấy toàn bộ đường tiêu hóa

Chụp cản quang đường tiêu hóa: gastrography

12h sau uống thuốc cản quang: thuốc xuống valve hồi manh tràng. Nếu sau 24h chưa xuống: là tắc hoàn toàn. (ai chờ lâu vậy?)

Có thể bơm thuốc cản quang vào hậu môn rồi chụp nếu có dấu cắt cụt tắc thấp.

Muốn chụp cản quang: loại trừ thủng ruột (chưa hoại tử)

Mở cấp cứu khi:

- Viêm phúc mạc
- Thoát vị đẩy không lên
- Tắc ruột do thắt: tử vong cao hơn TR bít 6 lần.
- Xoắn đại tràng sigma có dấu nhiễm trùng hay viêm phúc mạc
- Tụ khí thành ruột
- Xoắn ruột non, đại tràng trên sigma
- Xoắn trên đại tràng sigma
- U phân.

5 dấu hiệu TR do thắt:

- 1) Đau liên tục
- 2) sốt
- 3) Tim nhanh
- 4) Viêm phúc mạc
- 5) WBC tăng

Cần chắc chắn ko hoại tử ruột mới theo dõi

Xoắn đại tràng chậm hông không là chính định mở cấp cứu. Chỉ khi có viêm phúc mạc hay nhiễm trùng nhiễm độc mới mở cấp cứu. Còn không thì tháo xoắn bằng bơm hơi, nội soi. Xoắn ở chỗ khác là mở cấp cứu.

Theo dõi màn răng?

- Lâm sàng mỗi 4h
- X quang mỗi 6h
- Theo dõi tối đa 48h.
- Chụp cản quang đường uống (gastrography): áp lực thẩm thấu cao hút nước vào lòng ruột nhiều hơn nữa mất nước ác liệt.

Điều trị bảo tồn:

- Không phẫu thuật: đáp ứng tốt với mọi điều trị bảo tồn do dính sau mổ, sau viêm nhiễm (cho phép theo dõi 2w).
- Bán cấp: đáp ứng kém sau 48h.
- Biến chứng sớm sau mổ: abcès, máu tụ, lồng ruột (?), tắc miệng nối
- Mổ chương trình:
 - o Xoắn đại tràng sigma không biến chứng đã tháo xoắn dưới nội soi
 - o Tắc/ hẹp ruột non do dính tái phát
 - o Tắc ruột trên bn chưa phẫu thuật
 - o Bán tắc ?

TR do phân: trên các cơ địa sau:

- Già: thức ăn gây táo bón lâu năm phân ú ở đại tràng sigma, trực tràng, sờ tường u.
- BN có phình đại tràng (megacolon) mà không biết: BN trẻ, con nít (hirsprung)
- BN tâm thần: ăn đất sét, gạo sống, vv.
- Rụng ăn rồi mà rang ăn rau -> TR do bã thức ăn.

- Sỏi mật lâu năm rò đường tiêu hóa kẹt chỗ hẹp.
- Do giun.
- Do rối loạn nuốt.

4 DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT

Chỉ định dẫn lưu đường mật:

- Giải áp đường mật, giải quyết tắc nghẽn và nhiễm trùng
- Viêm đường mật, viêm túi mật mà ko thể phẫu thuật
- Chuẩn bị cho phẫu thuật (cải thiện chức năng gan trong trường hợp bili tăng quá cao)
- Tắc nghẽn đường mật do nguyên nhân không thể giải quyết được.
- Sau mổ ống mật chủ, thám sát lấy sỏi
- Nối ống mật chủ - tá tràng/ ruột non.

Phương pháp dẫn lưu:

- 1) Ngoài:
 - PTBD
 - Qua Ống Kehr
 - Stent qua da
 - Mở túi mật xuyên gan qua da
- 2) Trong
 - Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da
 - PTBD
 - Stent qua da
 - Nối gan-hỗng tràng

Sau mổ, cơ vòng Oddi co thắt -> nếu khâu kín sẽ dễ xì => đặt Ống Kehr để :

- Giải áp đường mật sau mổ
- Lấy sỏi qua đường hầm Kehr
- Bơm rửa
- Chụp hình đường mật sau mổ, hay nội soi lấy sỏi

Mở ống mật chủ ở vị trí thấp nhất có thể để lấy sỏi, rồi đặt Kehr. **Biến chứng dẫn lưu Kehr :**

- Nhiễm trùng chân Ống (hiếm)
- Rò mật : sợ nhất đặt thêm OLD dưới gan
- Tổn thương đường mật, chảy máu đường mật : do lúc lấy sỏi Randall làm tổn thương
- Viêm phúc mạc mật
- Tụt Kehr do Kỹ thuật khâu

Lượng dịch mật bình thường sau mổ:

- Lúc chưa có nhu động ruột: 300 -500ml/d

- Khi có trung tiện (từ 3-4 ngày): 200 – 300 ml/d
- Ngày 5- 6 trở đi: 150-200 ml/d.

Nếu ngày 5-6 vẫn 500ml/d --? Chụp đường mật xem còn tắc ở dưới không (nếu có sỏi ercp lấy sỏi)

Nếu không sỏi do sinh lý mật chảy qua Kehr: xử trí kẹp Kehr 24h, nếu bệnh nhân không đau rút ống theo lịch bình thường. Rút sau 10-14 ngày, nhưng trên lâm sàng thường rút sau 1 tháng vì sợ rò mật.

PTBD: làm khi tắc mật cao [trong gan], dẫn lưu nội soi ko khả thi, đường mật giãn >8mm. CCĐ: RLDM chưa ổn định, báng bụng, đặt dẫn lưu ổ bụng cho xẹp báng. [nếu ko, khi đặt ống, gan tách ra ra -> rò mật]

Biến chứng nhiễm trùng huyết: khi tắc PTBD, ngoài ra còn chảy máu, rò mật, TDMP.

Trước thủ thuật cần khám tiền mê.

Cách làm: Đâm kim vào Khoang liên sườn 8, 9, song song với mặt bàn. Dẫn lưu nhánh gan T vì bên P di động nhiều dễ tụt ống. Muốn lấy sỏi thì phải nong nhưng ít làm vì khó lấy do đường mật gấp khúc. Để lấy sỏi trong gan thường ng ta nối mật ruột ra, bơm rửa qua Kehr.

Stent đường mật: để dẫn lưu nhưng ko giải quyết được u. Thường ng ta nối mật ruột, khi nguy cơ của phẫu thuật cao, ng ta mới đặt stent.

Mở túi mật xuyên gan ra da: cho VTM cấp có cơ địa yếu, nguy cơ phẫu thuật cao. Hay khi hoại tử túi mật thì phải cắt.

Dẫn lưu bằng Kehr, cho nằm viện 1 tuần rồi hen tháng sau tái khám rút.

Như vậy:

Thủ thuật ít xâm lấn: PTBD, ERCP, dẫn lưu túi mật qua da.

THỦ thuật xâm lấn: dẫn lưu Kehr, nối mật ruột, mở túi mật ra da.

Nối mật ruột da:

- Nang omc (hiện ko làm)
- Nhiều sỏi gan ko lấy hết đc
- Hẹp omc đoạn dưới
- Hẹp cơ vòng oddi
- Sỏi to (hiện dung pp tán sỏi)

Vì đường hầm kehr sau 3 tháng sẽ tự bít, đường mật mổ nhiều lần sẽ bị dính, xơ, hẹp. Còn đường mật ruột da thì ko bị bít.

Chỉ định ERCP cấp cứu:

- Nhiễm trùng đường mật grade 3 do sỏi
- VTC nặng do sỏi.

Chống chỉ định ERCP: RLDM.

Đối với sỏi tái phát: ERCP tốt vì ít đụng vào đường mật, ít xơ sẹo.

Làm sao biết sỏi OMC là do sỏi túi mật rớt vào?

- Kích thước sỏi omc giống kt sỏi trong túi mật
- Độ đậm độ giống nhau trên ctscan
- Đường mật trong-ngoài gan ko dẫn

5 CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

CT 64 lát cắt trở lên là dựng hình được mạch máu (có cản quang). MRI cũng dựng hình được.

Đánh giá: Huyết áp tụt do

- Chảy máu hồi sức thì lên dễ
- Sốc nhiễm trùng hồi sức khó lên àh.

Phân biệt sao? Cơ chế chấn thương, thời gian chấn thương. Vết xây xát ở đâu.

2 hội chứng trong chấn thương bụng kín:

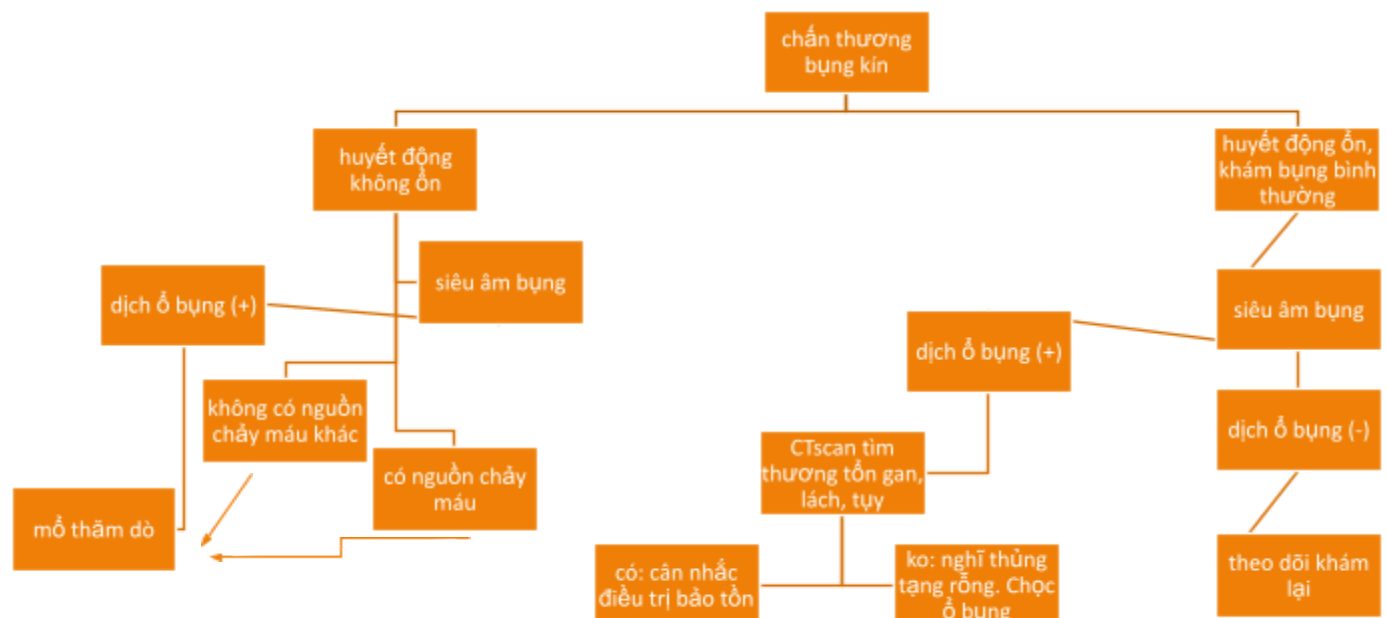
- Xuất huyết nội
- Viêm phúc mạc

Loại trừ xuất huyết nội = cách hỏi cơ chế chấn thương, khám mạch và huyết áp, da niêm. rút máu thử, truyền dịch/ truyền máu. Quan sát bụng xem vết trầy, vết bầm, bụng chướng, gõ đục chọc hút.
Trước khi đẩy đi mổ: dùng siêu âm rà gan, lách, nếu gan lách bình thường mà có xuất huyết nội chảy máu khung chậu thấm qua phúc mạc.

Chấn thương sọ não ko biết có đau bụng ko.

Đang thở máy ko biết có đề kháng bụng không.

Lưu đồ chẩn đoán:



6 U QUANG BÓNG VATER

Ung thư tụy chiếm đa số, tỉ lệ dao động từ 40%- 80% do bỏ sót ung thư không mổ.

Ung thư bóng vater 20%

Ung thư đoạn xa omc 10%

Ung thư tá tràng 10%

Giải phẫu bệnh: adenocarcinoma 10-20% lành tính. Tần suất thấp, nhưng tỉ lệ tử vong cao.

Yếu tố nguy cơ của K tụy:

- Trên 60 tuổi, nam
- Thuốc lá
- Di truyền
- Đái tháo đường 2
- Béo phì
- Viêm tụy mạn

Yếu tố nguy cơ của K quanh bóng vater khác:

- Tăng theo tuổi
- Viêm đường mật xơ hóa, nang omc, sỏi đường mật

Triệu chứng khởi đầu: vàng da, đau, sờ thấy u. Đối với K tụy, 2/3 ở đầu, cổ, móc. Chỗ cổ là nơi mạch mạc treo tràng bắt qua.

Tân sinh dạng nang có thể là lành tính (đa số), có thể là tiền ung ERCP xem chất tiết ra là gì, nếu là IPMN (intraductal papillary mucinous neoplasm) thì nên cắt vì tỉ lệ hóa ác cao.

Dấu hiệu lâm sàng:

- Giai đoạn sớm: triệu chứng mơ hồ.
- Vàng da
- Khó chịu mơ hồ vùng bụng trên, lan sau lưng
- Sụt cân
- Nôn ói
- Viêm tụy cấp.

Xét nghiệm sinh hóa:

- Bilirubin
- Men gan
- ALP
- Khởi phát ĐTĐ, thiếu máu đường huyết, CTM.
- Marker: CA19.9 (tăng trong 75% trường hợp, nhưng cũng có thể tăng trong bệnh lành tính ở gan, tụy, đường mật, hút thuốc lá). CEA (K đường mật, tá tràng)

- Gene K-ras: lấy mẫu từ phân, dịch tiết lấy từ ERCP.

Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm, CT, MRI (MRCP), ERCP, PTC. Trong đó ERCP và PTC ít được sử dụng trong chẩn đoán vì tăng biến chứng trước và sau mổ nếu dung thường quy, hơn nữa phẫu thuật viên ko ngại mổ bn vàng da miễn là ko có nhiễm trùng và suy dinh dưỡng.

Hình ảnh SA: gián tiếp: dẫn đường mật. Trực tiếp thấy u. Di căn: thấy hạch.

Hình ảnh CT: hữu ích, ít biến chứng, chẩn đoán được di căn gan >1cm. Chỉ tiên lượng cuộc mổ, không có giá trị quyết định có mổ không, vì CT ở mặt phẳng này có xâm lấn mà mặt phẳng khác thì ko, phải kiểm tra bằng tay mới biết nó có xâm lấn hay không.

Hình ảnh MRI: MRCP có thể dựng hình cây đường mật, và khảo sát được các cơ quan xung quanh.

Hình ảnh EUS: phát hiện tốt xâm lấn mạch máu, là phương pháp duy nhất sinh thiết được u tụy.

PET: chưa rõ.

Sinh thiết: ít dùng.

Đánh giá giai đoạn trước mổ:

- Cắt u được không
- Có di căn xa không
- Hạch
- Thăm sát ổ bụng trước mổ.

Điều trị không phẫu thuật: 80% K tụy không thể cắt được. Trong khi những thẳng khác cắt được.

Điều trị giải áp: PTBD, ERCP đặt stent nhựa or kim loại. Không nên đặt stent trước mổ vì biến chứng cao, chỉ nên làm ở bn cần hóa trị trước mổ, trì hoãn cuộc mổ.

Biến chứng đặt stent:

- Nhiễm trùng đường mật 35% KS dự phòng trước mổ, KS điều trị 3 ngày.
- VTC 20%
- Chảy máu.
- Tắc stent
- Di chuyển stent

Điều trị giảm đau, block thần kinh

- Block bằng ethanol giúp giảm đau trong 6 tháng.
- Nối vị tràng, nối mật ruột.

Điều trị phẫu thuật: whipple: cắt luôn hang môn vị vì nếu giữ: tăng tỉ lệ loét miệng nối, giảm hội chứng dumping hiểm gặp. Cắt thân đuôi tụy thì cắt lách luôn, trường hợp lách được nhánh vị ngấn bắt qua nuôi thì giữ lách, chỉ cắt đm lách.

Yếu tố tiên lượng tốt:

- Ro
- $U < 3 \text{ cm}$
- Hạch –
- Máu mất $< 750 \text{ ml}$
- Hóa trị sau mổ.

Nạo hạch ít ý nghĩa.

Kết luận: khó điều trị, phẫu thuật là pp duy nhất kéo dài sự sống. tiên lượng xấu.

7 SẴN SÓC SAU MỔ

- Khiêng bệnh nhân nhẹ nhàng: tránh rối loạn huyết động.
- Mặc quần áo hậu phẫu: thấm nước, rộng rãi.
- Nhiệt độ phòng 20 độ.
- Đo sinh hiệu mỗi 30' vì: mất máu độ 1 thì huyết động học chưa đổi. Nếu chảy máu ổ bụng thì sẽ mất $> 500 \text{ ml}$ trong 30' t/d mỗi 30'.
- t/dối ống dẫn lưu:
 - o **mổ dd : coi chừng xuất huyết ngày 1. Xi dò miệng nối ngày 3**, nếu xi ngay ngày 1 là do mổ sót tổn thương cấp cứu. SDD, ăn kém sẽ làm vết thương lành không tốt.
- tube levin : mổ cắt dd mà ra máu chỗ nối có vấn đề ko ? có thì hỏi sức nội khoa, ko đc thì mổ.
- nước, năng lượng : coi bài chăm sóc hậu phẫu anh Tuấn Lý.
- O2 : nhu cầu gấp đôi
- Vận động : khi bn huyết áp ổn định cho bn xoay trở mỗi 2h. Khi khỏe, cho bn ngồi dậy, nếu chóng mặt thì nằm. Ngồi được thì cho đi lại. Người nuôi cần vỗ lưng : chụm kín bàn tay từ giữa lưng vỗ lên 2 bên.
- Các biến chứng sau mổ :
 - o Tim mạch :
 - Tắc mạch
 - Thuyên tắc phổi
 - o Phổi :
 - Viêm phổi.
 - Xẹp phổi
 - o Bụng :
 - **Nhiễm trùng vết mổ : thường ở ngày 3. Ấn đau, da nền, đỏ chân chỉ, thường ở 1, 2 chỗ cắt chỉ chỗ NT, bỏ mồi, lấy kelly tách nhẹ để dịch thoát ra. Nếu ko cắt mà để thành mủ thì phải bung vết mổ ra, rửa sạch rồi để khô da thì 2.**
 - Chảy máu vết mổ :
 - Khâu kim tại mm khâu ép.
 - Rỉ máu : do tắc mật hay do nhiễm trùng nặng : DIC, giảm tiểu cầu thử yếu tố đông máu, bù chứ ko khâu lại.
 - Bung thành bụng : do nhiễm trùng or do dinh dưỡng, thiếu collagen.

- Liệt dạ dày: tube Levin hút dịch, bù nước điện giải, thuốc tăng co.
- Bực khâu: xem old ra dịch tiêu hóa, tình trạng bụng có đau, sốt, ko trung tiện đc, siêu âm có dịch trong ổ bụng.
- Áp xe tồn lưu:
 - Douglas
 - Dưới hoành
 - Giữa các quai ruột