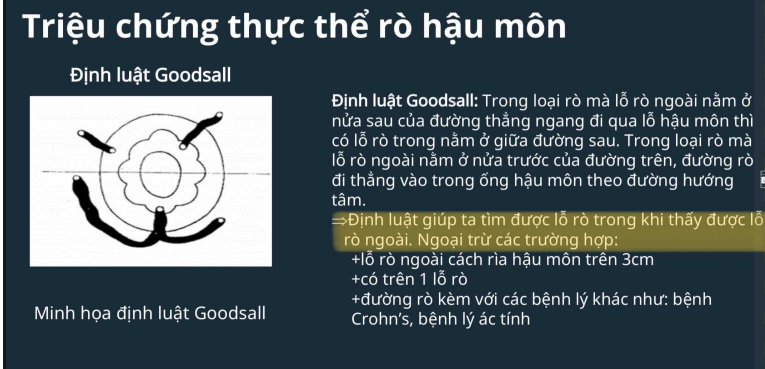


Apxe hm trĩ

Thứ Ba, ngày 27 tháng 9, 2022 08:19

Khám hậu môn bn rất đau, khó khám.
Nếu có thể khám thì mình lm đc cái gì?
Apxe chung: sưng nóng đỏ đau phập phều
Hoá lỏng: căng + phập phều or khối cứng + phập phều
Còn nếu mềm là nó sắp vỡ r, chứ apxe bth nó k mềm.
Những trg hợp ...



là có thể theo đluat Goodsall hoặc k nha chữ k p 100% khác đluat này.

- Siêu âm qua lòng hậu môn: vs apxe cạnh hm thì ngta chỉ siêu âm đơn thuần +/- lm sạch lòng hm.

Còn nếu vs rò hậu môn thì ngta p bơm oxy già hoặc bơm nước để khảo sát
Nhưng hiệu quả sử dụng đầu dò kém k kinh tế cho bv =>tại bv BD: siêu âm các ngả hm tt dạ dày... đều từ lâu đã k lm

- MRI có/ k cản từ?, có động học k? Đây đều là chỉ định riêng biệt.
=> Với apxe cạnh hm là có cản từ và chụp vùng chậu đơn thuần th.
=> Với rò: chụp có cản từ + bơm nước vào đg rò nên tên gọi là mri đường rò có cản từ.
Còn cđ rl tổng phân mà đb là tắt nghẽn đg ra của hm: điển hình nhất là sa tt (2 nhóm là sa thành túi và sa ?) : cdpb vs rl đi cầu: đi cầu lất nhất nhiều lần k hết phân => mri động học khi bn rặn.
Còn k dt/ tt: thì chụp mri ktt/dt vì p bơm cản quang vào lòng đt.

- Cắt mở đường rò: nếu dk cho phép: 1. Thấy đc đg rò - lỗ rò trong và 2. Tình trạng bn cho phép thì sẽ cắt mở đg rò còn thiếu 1 trong 2 thì th.
- 4 mục tiêu bắt buộc
- 1. Rạch (hướng tâm càng gần hm càng tốt càng ngắn càng tốt) và phá đc cho hết tất cả ngách của apxe: thực tế ls ngta dùng dao điện và lấy tay phá tất cả các lớp xung quanh apxe (tay là nguyên tắc, vì dùng dụng cụ cứng thì có thể đâm lủng tt)
- 2. Phải dẫn lưu = ống dẫn lưu hoặc nhét gạc
- 3. +/- nhét gạc +/- cắt mở đg rò (Nếu tình trạng cho phép thì cắt mở đg rò.)
- 4. Kháng sinh

PT Hanley: đa số bsi sẽ rạch theo đường dọc theo rãnh liên mônng thì k p cắt cơ hay dc nào hết

Nguyên tắc dẫn lưu: ống silicon, ở hậu môn này thì chỉ cần 2 ống penro 2 bên là đủ k cần ống dẫn lưu cũng k cần ống đặt vào lỗ rò trong.
Với apxe trên cơ nâng: chuyển ck hậu môn

Cột dây thun chỉ bảo vệ 1 phần cơ thắt ngoài th. Nếu thắt hết toàn bộ cơ thắt ngoài thì: bn rất đau, nguyên khối cơ thắt ngoài rất lớn nên hiệu quả k cao vì nó chưa kịp đứt cơ thắt thì dây thun đã dẫn r. Còn nếu đg rò xuyên cơ thắt thấp chỉ lq 1/3 khối cơ thắt thì cắt lun: sau mổ k đau.
Mở đường rò: thực tế chỉ áp dụng cho bn nữ rò phía trước. (KHÁC SÁCH: HỎI LẠI!?)
Còn những chỉ định khác cứ cắt đg rò.
Hiện tại kt mở đg rò gần như k áp dụng.
Vì thời gian lành thương chậm tái phát cao mà ưu tiên của dtri đg rò là lấy bỏ mô xơ hết đg rò kể cả lỗ rò trong
Cắt <=> mở khi rò nông.

Rò tt âm đạo thì chuyển vạt niêm mạc tt.
K khâu kín vth: tái phát liên: chỉ khâu cầm máu.
Cắt đường rò:

Bơm keo sinh học, laser, mổ tự thân: tp rất cao ~50%

Dhyd gần như chụp mri cho tất cả apxe hậu môn trừ apxe đơn giản (nông á) thì k chụp
Theo bv bd thì apxe dưới niêm mạc thì k cần chụp mri.

Siêu âm phải là khối kích thước... dịch lộn cợn bên trong.

Apxe cạnh hm có 2 kiểu vỡ: vỡ dưới da (cd là apxe cạnh hm đã vỡ mủ- thoát lưu đg này hiệu quả) và vỡ chảy mủ vào lỗ rò trong (cd là , auto mổ dl)

Bly hậu môn: rò, trĩ, apxe là auto **ks điều trị 7-10n (có khi đến 14n)** luôn đ dự phòng nữa, vùng hm này là vùng ntrung, vùng mổ này chắc ần là nhiễm r
Thoát vị bẹn mà có đặt lưới xu hướng ks dp luôn.

Trĩ + rò hm auto ns hm tt lên ít nhất 30cm
Điều trị trĩ:
Chỉ khi nào dtri thay đổi lối sống hoặc thuốc k đc mới chuyển sang pp xl hơn: tt/pt
Bth trĩ ngoại k tc: chỉ có tc khi tắc mạch=> p rạch ra để cục máu đông thoát ra (gây tê tuỷ sống -> lấy cục máu đông +/- cắt trĩ) và Trĩ ngoại đơn thuần có thể dtri nội đơn thuần (bôi thuốc uống thuốc) thì nó tự teo thành mẩu da thừa.
Trĩ ngoại có tc đồng thời thg là trĩ ngoại biến chứng hk hoặc có trĩ nội đồng thời=> pt cắt trĩ nội có thể cắt trĩ ngoại luôn
Trĩ ngoại k lm longo đc
Khám ở trĩ: bn p rặn xem sa ngoài k? Xem có cục hk k? (Màu đen?-sờ cứng đau chói?)
Whitehead xưa cd cho trĩ vòng nhưng h hết ai xài r
Millian morgan thì cắt rời từng búi trĩ nhưng diện cắt giữa những búi trĩ p là những cầu da niêm bth để tránh sẹo chít hẹp hoàn toàn hm sau mổ. Rạch da hình chữ V hoặc chữ U
Longo **treo trĩ và triệt mạch**: nong ổ hm (A) (đặt CAD Vô r đặt đồ nong vô để banh hm ra để quan sát bên trong)=> dùng van cánh chuồng (B) để khâu mũi túi trên đg lược vào lớp dưới niêm =>
Ccd của longo là huyết khối (bỏ huyết khối khỏi búi trĩ r đốt cầm máu r lm longo cũng đc)
Thd +/- khâu treo nm:
Dtri chủ yếu: nội khoa (thuốc, thay đổi lối sống), cắt trĩ, longo