

Tập trung thùng do bệnh loét

Rx chủ yếu là khâu thùng

ĐỊNH NGHĨA

- Ăn hết lớp niêm mạc dạ dày
- \$Z-E: có tế bào tiết gastrin thúc đẩy dạ dày tiết acid
- Để hỏi bệnh: loét dạ dày là trước hay sau cũng đau nhưng sau thì nhiều hơn, tá tràng là đau trước ăn - sau ăn sẽ giảm.
- 4 type: 1 ở bờ cong nhỏ, 2 = 1 + hành tá tràng, 3 chỉ hang tiền môn vị, 4 là vùng tâm vị. Thực ra là 5 là ở chỗ nào cũng đc
- YT thuận lợi = yt gây loét: thường gặp là bn đau khớp xài nsaid hoài

DIỄN TIẾN: đọc slide

- VPM hóa học:

Tại sao gây shock: xem lưu đồ

LS: cơ năng slide

Chú ý giai đoạn 2&3: khi mất trương lực cơ, rất mềm nhưng ấn vào co cơ - để chống chọi cơn đau thì nó sẽ co cơ lại -->thở nhanh nông để cơ hoành ko xuống nhiều hóa gây tăng áp lực ổ bụng lên

Gỡ mất vùng đục trước gan là hiếm (vô nghĩa lắm, nếu bụng đang đau thì ko ai gỡ, có thể vào shock do đau.)

Tiếng kêu Douglas: ấn túi cùng đau - mấy này vpm ít, nhẹ nhàng, thường VPM chậu mới có.

CLS: xq LIỀM HƠI TỰ DO =>XQ bụng ko sửa soạn: bn đứng chụp thẳng, chiều trước sau. Tia XQ ngực vs bụng khác nhau nên ko đề nghị XQ ngực thẳng để coi liềm hơi nha

Hơi thường bên trái do thường len bên T>P và bên trái có

bóng hơi dạ dày nên phải phân biệt. Bóng hơi dạ dày thì ko ôm sát vòm hoành, còn hơi tự do thì ôm sát vòm hoành. Nếu bn shock ko đứng được thì đổi sang Fowler: khi đó hơi nằm chỗ cao nhất là dưới hoành, nếu ko ngồi dc luôn thì chụp nằm nghiêng bên trái, mục đích để hơi qua phải tránh dạ dày ra.

Nhạy 60-70% vì thế tăng độ nhạy hơn là đặt ống sonde mũi dạ dày, lấy ống chích bơm, để ống nghe sọc sọc không sau đó cho 50ml x 6 ml hơi => kẹp ống lại, nhét thân ống vào miệng ống. Sau đó xách đi chụp XQ lại. Tuy nhiên đó là ngày xưa, nhưng giờ có CT nhạy hơn 90%. Ngta dùng mở cửa sổ hơi, để xem hơi bên ngoài hay trng lòng ruột

Chụp XQ dạ dày cản quang tan trong nước: ko xài Barit vì STC, tuy nhiên ít xài

Tuy nhiên phải xem hơi này từ đâu ra: có bảng (slide): **PHẢI GHI NHỚ** - cỡ BSCK ngoại mới hội chẩn

## THỂ LÂM SÀNG

- Thủng ổ bụng: dễ, quan trọng là xử sớm
- thủng bít: có tạng xung quanh bít lại, hơi trong ổ bụng ít, dịch tiêu hóa thoát ít, VPM ko rõ, dấu NT ít. Mấy ca này đôi khi dx VLDD-TT, chỉ định NSDD, bơm vô cái xì => bị đi mổ. Vậy ko có chỉ định ns cấp cứu trong cấp cứu viêm dạ dày, trừ khi xhth
- Thủng mặt sau: túi mạc nối nhỏ; ko có VPM vì ko thoát đc vào nhưng có ổ nt phía khoang sau PM. => SA hoặc CT scan phát hiện.

## ĐIỀU TRỊ

- Bù nước, điện giải, toan kiềm

- KS giảm đau
- Đi mổ

KS phổ rộng hiện tại: bắt đầu từ Cef3.

Đặt HA đm xâm lấn hoặc đặc CVC

**Giảm đau (QUAN TRỌNG)**: có dx rồi thì phải giảm đau cho người ta, đây là y đức. **PHẢI GIẢM ĐAU THẬT TỐT MỚI ĐI MỔ**  
Bộ 3:

khâu thủng: chỉ cắt với thủng dạ dày, chứ ko cắt tá tràng nha.  
Ko có thành tá tràng, ko có ung thư đoạn d1 (nên nghe lại 23-24p)

Quan trọng là coi có hẹp môn vị không vì...

Diệt HP

PPI

Điều trị không mổ: vẫn có, thủng bít thì có nguy cơ thủng lại.  
Cứ auto là đi mổ đi, trừ ki người già tim nặng, phổi nặng thì rang ko mổ thôi. Không mổ thì cho **hút ngắt quăng**, PPI chích hoặc truyền liên tục, sau đó theo dõi xem có cải thiện hay không.

Kiểu gì cũng phải nội soi lại coi loét lành chưa, có k, diệt Hp hay chưa=> khoảng 1.5m nội soi lại vì sau khi khâu thủng, diệt Hp4w, ngưng 2w rồi sau đó NS lại

Tiền lượng bn >70t thì nguy cơ cao hơn