

# **ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT, LỒNG RUỘT**

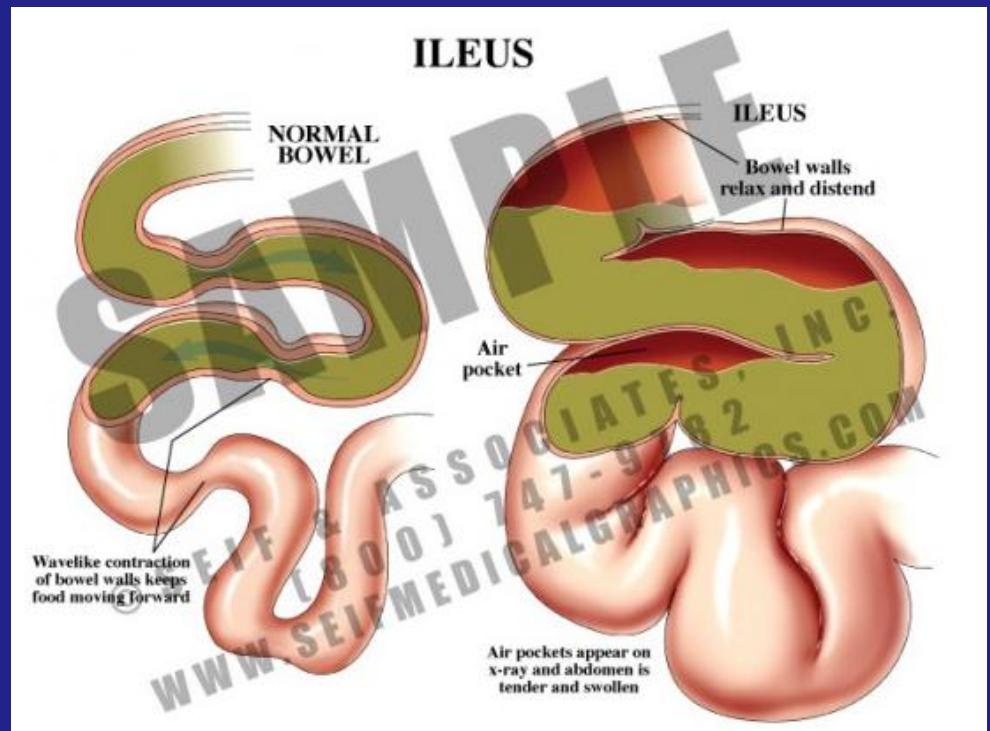
**PGS TS NGUYỄN VĂN HẢI**

**Mạnh Tô 9 Y13B**

# ĐỊNH NGHĨA

- Ngưng trệ lưu thông ruột do nguyên nhân nhân cơ học.
- Phân biệt với liệt ruột hay tắc ruột cơ năng  
**Không có nhu động ruột**

■ Có thể chiếm 20%  
các cấp cứu ngoại  
khoa về bụng.  
**Bệnh phổi biến**



■ Điều trị tùy theo nguyên nhân, khá nhiều cách.

Điều trị trễ đi kèm với BC và TV cao.

Hiểu biết về SLB rất quan trọng và cần thiết.

Tắc do thắt:

- Mạch máu nuôi của quai kín có thể bị tắc. Có 2 tổn thương (tắc quai kín và mạch máu )

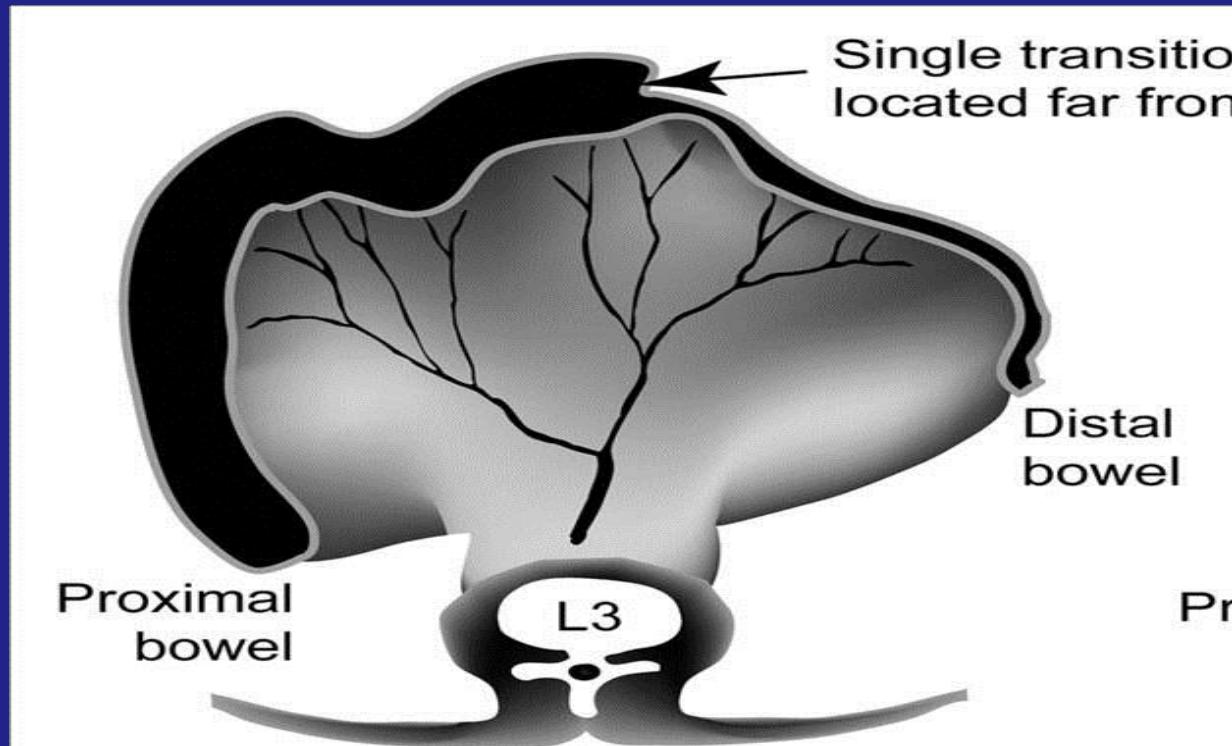
# PHÂN LOẠI

## ■ Dựa vào:

- Lòng ruột tắc mấy chỗ?
- Mạch máu nuôi có bị tắc?

Chia ra: 3 loại này dựa vào 2 tiêu chí trên

- Tắc ruột do bít simple obstruction Nghĩa là chỉ tắc 1 điểm thôi và mạch máu nuôi không bị ảnh hưởng
- Tắc ruột do thắt
- Tắc ruột quai kín



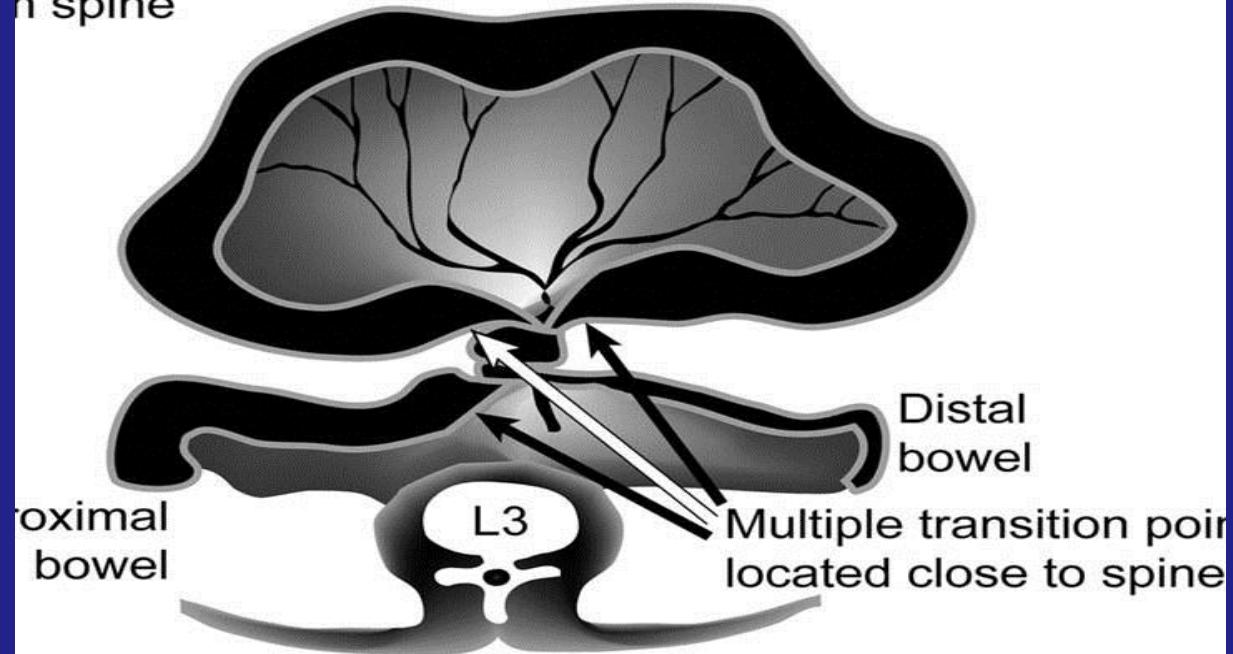
trên dãn  
duỗi tắt

không ảnh hưởng máu nuôi

rối loạn chủ yếu là mất nước điện giải căng trương ruột

Tuy nhiên khi P trong lồng cao thì mạch máu nuôi nhỏ bị chèn ép gây hoại tử.

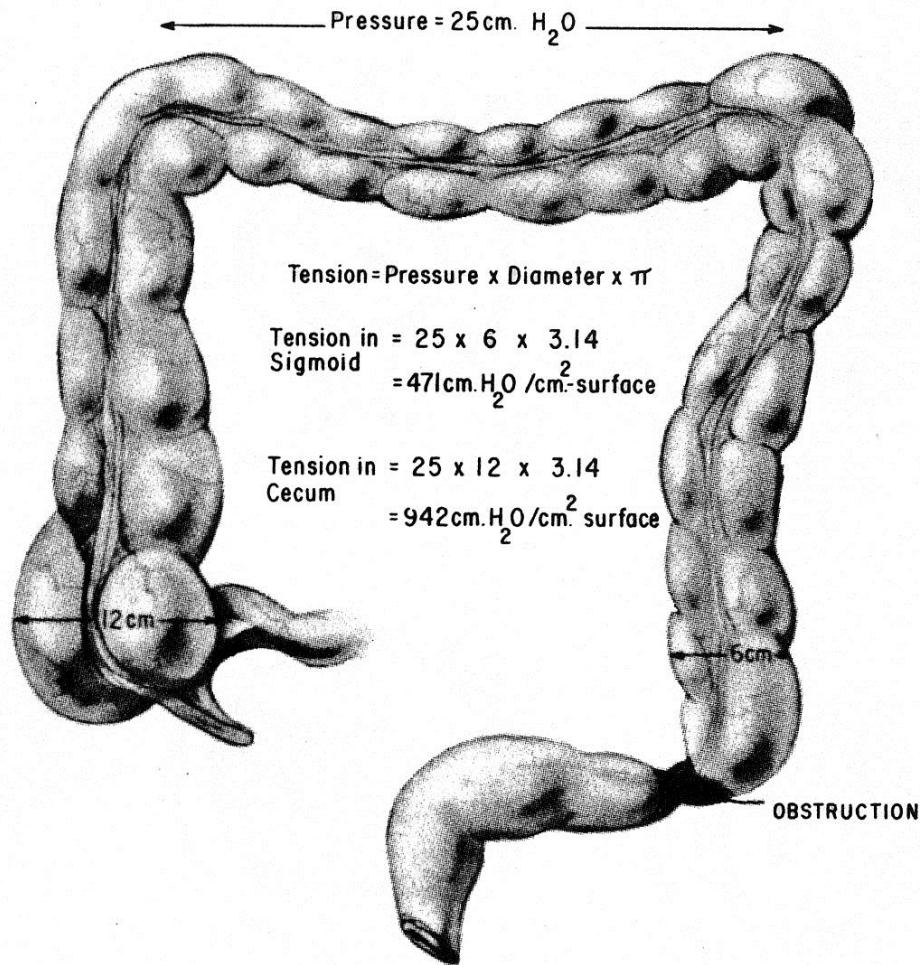
n point  
n spine



Tắc ruột do thắt thì thường tắc 2 chỗ, vào và  
ra tắc luôn.

Còn lồng ruột thì cũng là tắc 1 chỗ bít 1  
điểm,nhưng mạch máu nuôi bị lôi theo

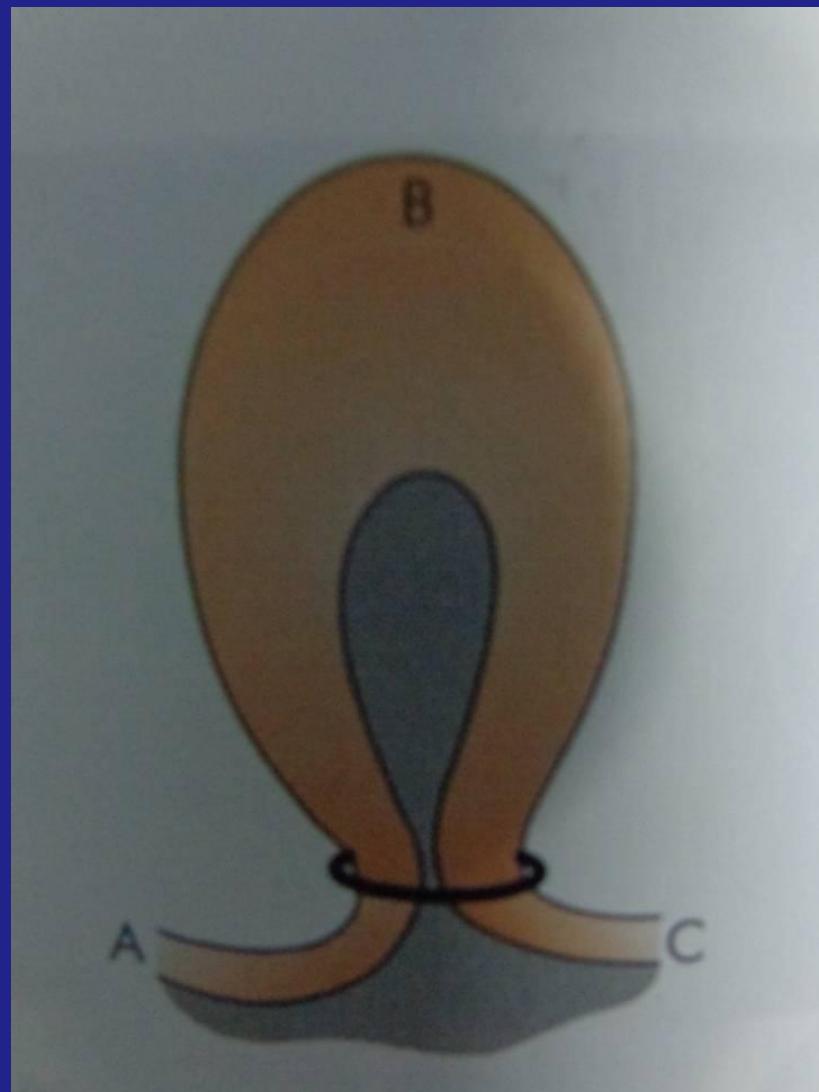
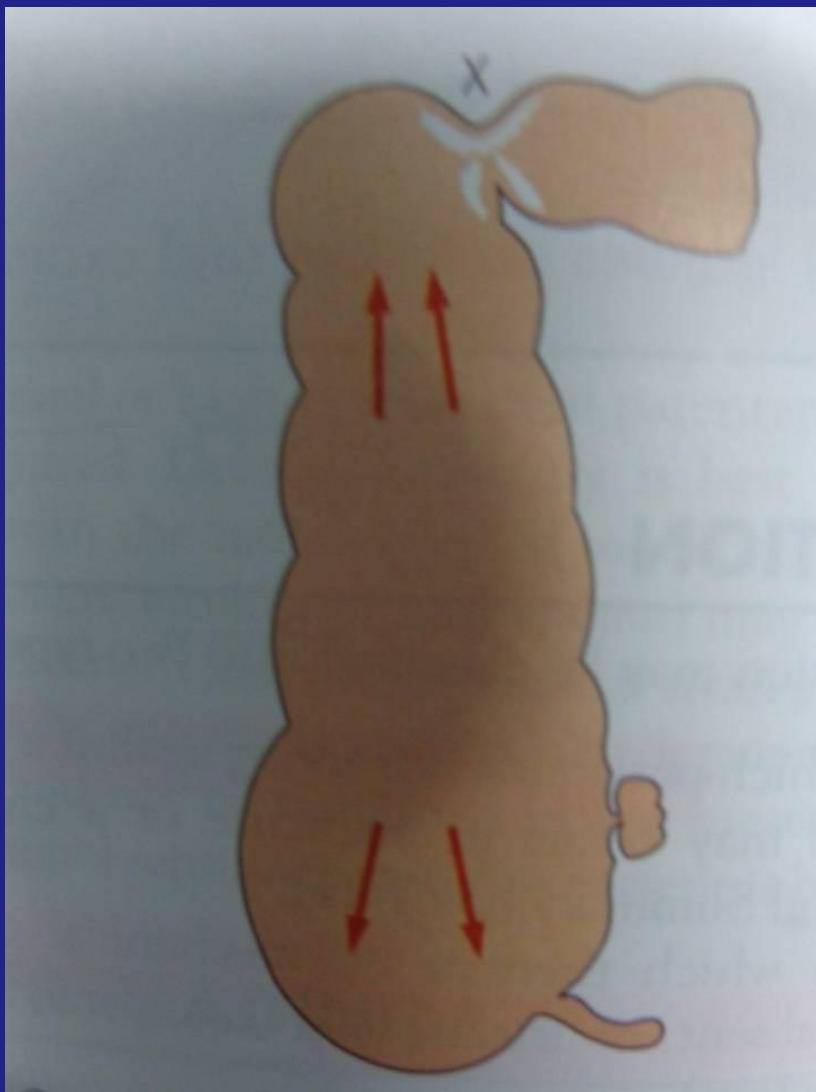




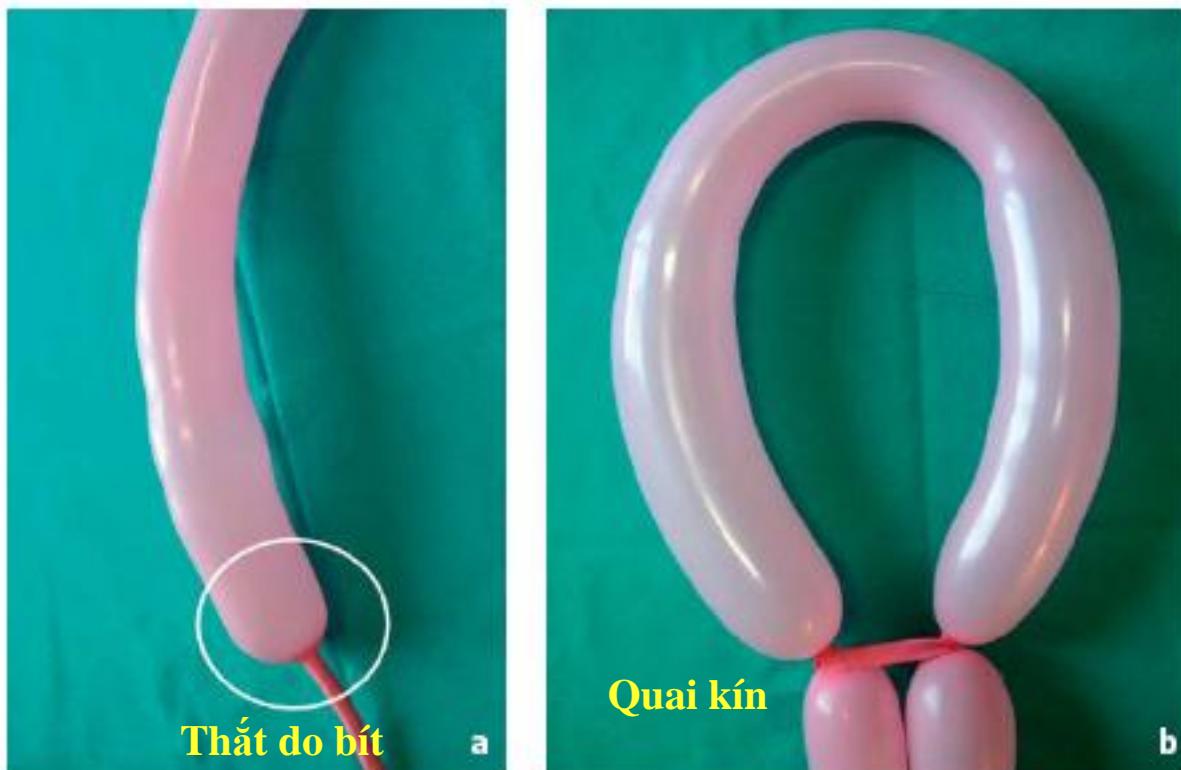
**FIG. 49-8.** A physical analysis of obstruction relating wall tension to the degree of distention. (From Schwartz, S.I., et al. (eds.): Principles of Surgery. Copyright © 1969 by McGraw-Hill, Inc. Used by permission of the McGraw-Hill Book Co.)



**Tắc 2 điểm tạo thành quai kín  
Không đề cập tới mạch máu nuôi  
Chia ra trường hợp này là vì tắc kiểu này  
mạch máu có thể không ảnh hưởng, nhưng  
thức ăn lại không trào lên được, gây tăng P  
từ từ gây vỡ**



Cùng 1 áp suất chõ nào đường kính lớn nhất thì dễ vỡ nhất



**Fig. 1.9 a, b.** a Simulation with a balloon of blockage obstruction due to adhesional band. Transition zone (*circle*) with the proximal part dilated and the distal part collapsed. b Simulation with a balloon of closed-loop obstruction due to adhesional band. Single obstructed focus interacts with two adjacent points of the arch of the balloon

**Closed-loop obstruction**

Gangrenous Bowel

Bảng tóm tắt thầy nói nãy giờ

	<u>Lòng ruột bị tắc ở</u>	<u>Ảnh hưởng đến máu nuôi</u>
Bít	<u>Tắc ruột đơn thuần</u>	1 chỗ
Lòng ruột	<u>Tắc ruột quai kín</u>	2 chỗ (đầu vào và đầu ra)
	<u>Tắc ruột thắt nghẹt</u>	1 hay 2 chỗ

Thường thường tắc ruột thắt nghẹt là tắc ruột quai kín

Nguyên nhân gây tắc ruột do bít (chú ý)

- Sỏi mật gây tắc ruột: cơ chế ntn ? Thầy không nói

- Viêm: chủ yếu do lao

- U chèn ép: ít, chủ yếu do u ác

Nguyên nhân tắc ruột khác

- do Thát

- Tắt quai kín

- Thoát vị bít gây tắc thành ( không có quai kín)

- Xoán đại tràng xích ma thường diễn tiến lâu, ruột non thì nhanh, hiếm xoán mạnh tràng

Tắc ruột do thát: cài đoạn quai kín làm cho đau liên tục. Còn bít thi

## PHÂN LOẠI

### ■ Dựa vào: mức độ tắc

Chia ra:

- Tắc hoàn toàn

- Tắc không hoàn toàn (Bán tắc)

Mối hẹp thôi, nhiều mức độ

Liên quan xử trí, hoàn toàn thì khẩn hơn

# NGUYÊN NHÂN

## ■ Tắc ruột do bít:

Cái gì trồi nổi trong lòng thì có thể tắc

- Nguyên nhân trong lòng ruột:

phân xu, bã thức ăn, búi giun, sỏi

Bã thức ăn hay gặp ở người lớn

tuổi ăn thức ăn nhiều xơ như xơ mít, mang, rau muống, mật...rau má, nấm...hay đồ ăn chát như ối. Hay gặp ở người nhai không tốt, hay BN cắt TK X(giảm acid, giảm tiêu hóa xơ)

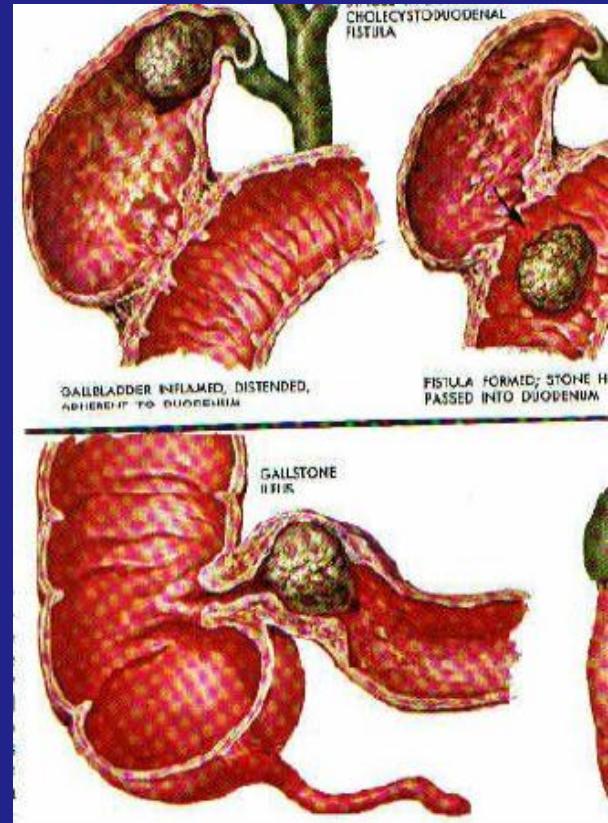
- Nguyên nhân từ thành ruột:

ung thư, viêm...

viêm hàng đầu tắc ở VN là lao, nước ngoài là crohn

- Nguyên nhân ngoài ruột: dính

(vết mổ, màng dính, dây dính), u



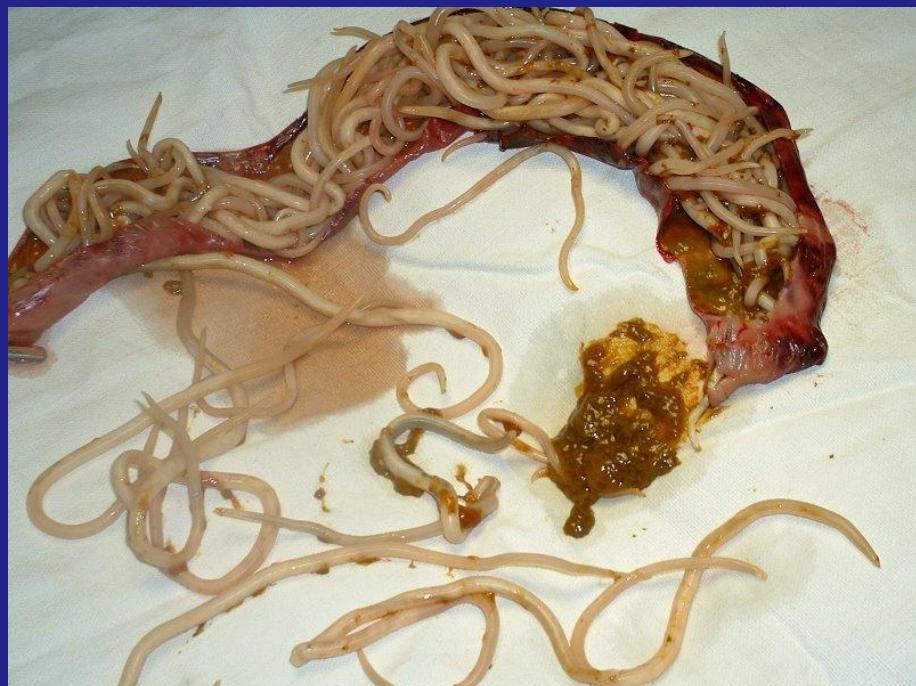


Có hơi ở đường mật  
kèm tắc ruột nên nghĩ tới  
tắc ruột do sỏi mật

General and Emergency Surgery Unit – University of Pisa, Italy. Copyright: M. Seccia, G. Zocco



General and Emergency Surgery Unit – University of Pisa, Italy. Copyright: M. Seccia, G. Zocco



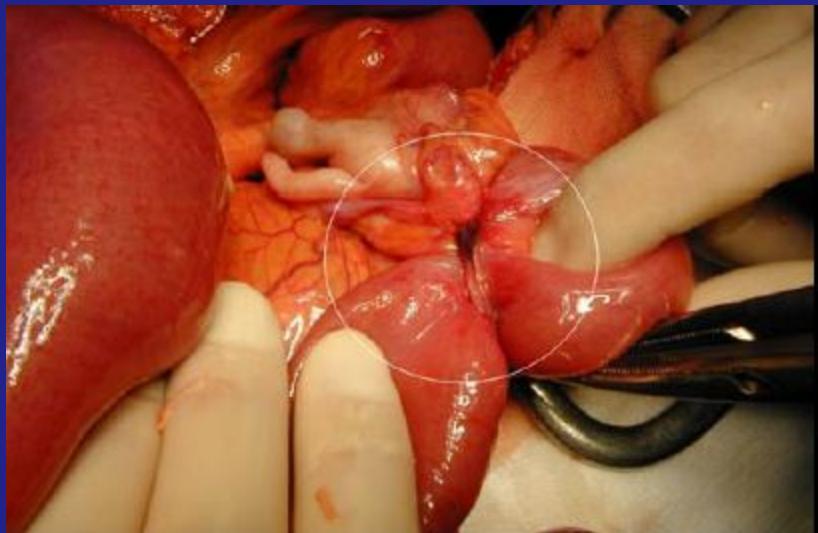
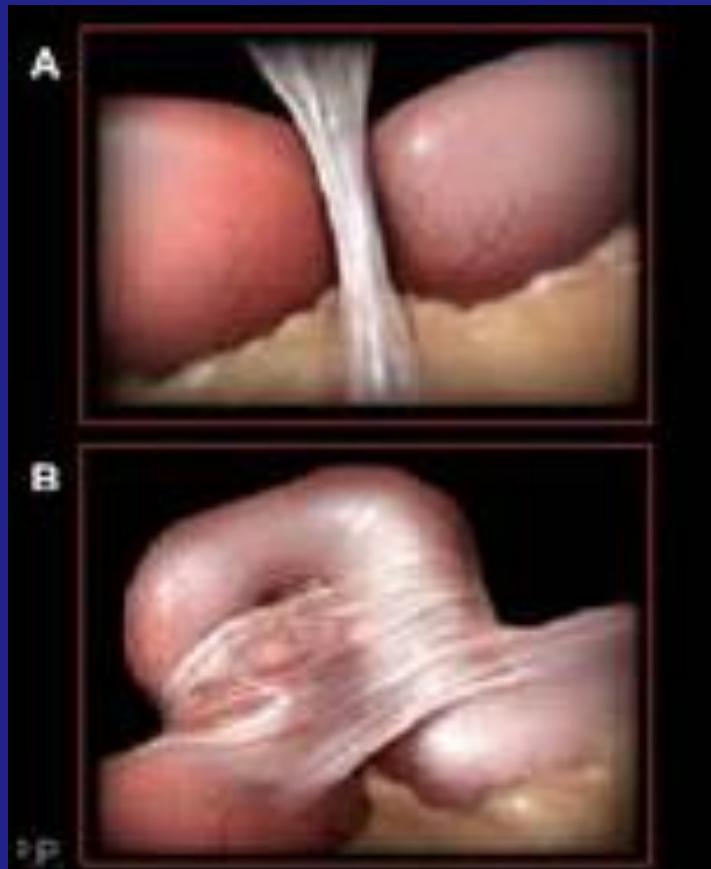
giun đũa



Tóc  
này thường nằm ở dạ dày chứ  
xuống ruột không nổi

Dính có thể do chấn thương, bị đá té không mổ, rỉ máu, dập gãy dính, nhưng hàng đầu vẫn là sau mổ (co thắt sớm có người cuối đời mới dính). Dạng dây hay màng hay gắn lên thành bụng.

Dính có thể tắc ruột bít nghĩa là chặn ngang hay tắc ruột dạng thắt do siết qua quai ruột cùng vs mạc treo của nó



# NGUYÊN NHÂN

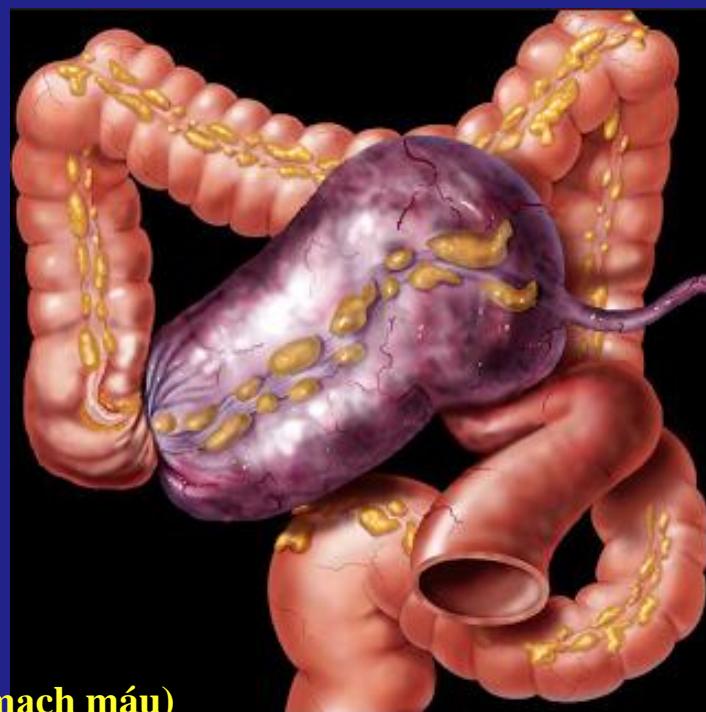
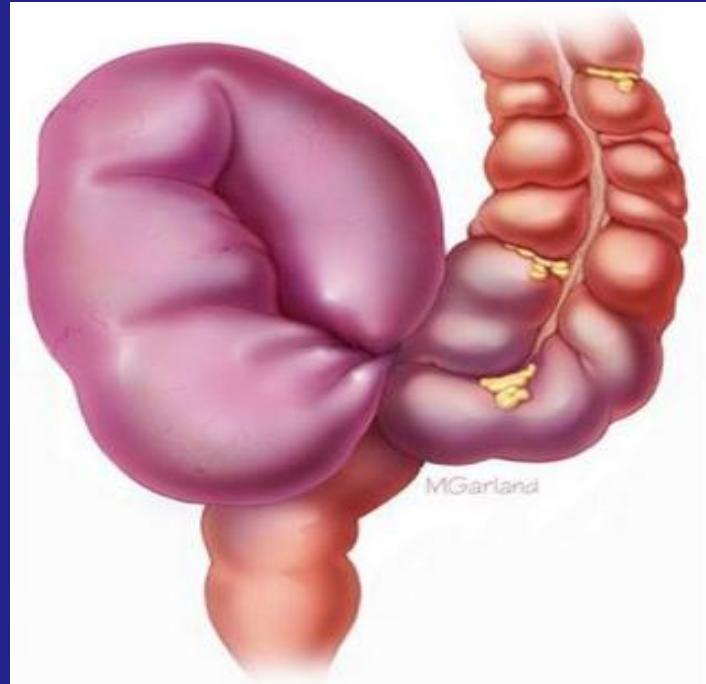
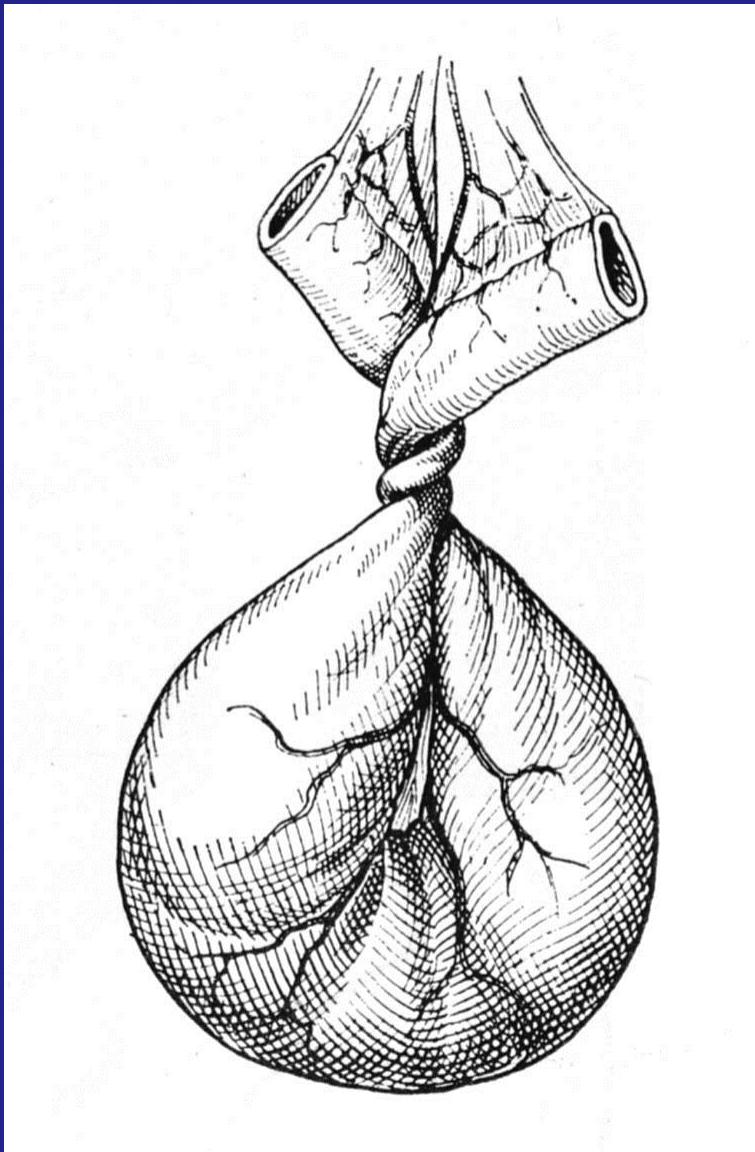
## ■ Tắc ruột do thắt:

- Xoắn
- Dây thắt
- Lồng ruột
  - Thoát vị (nội, ngoại)  
Thoát vị ngoại hay gấp nhất  
bẹn, Đùi, bẹt, thành bụng

## ■ Tắc ruột quai kín:

- Các tắc ruột do thắt trừ lồng ruột.
- Tắc đại tràng do nghẽn đến sớm.

## tắc ruột thắt nghẹt ở quai ruột non

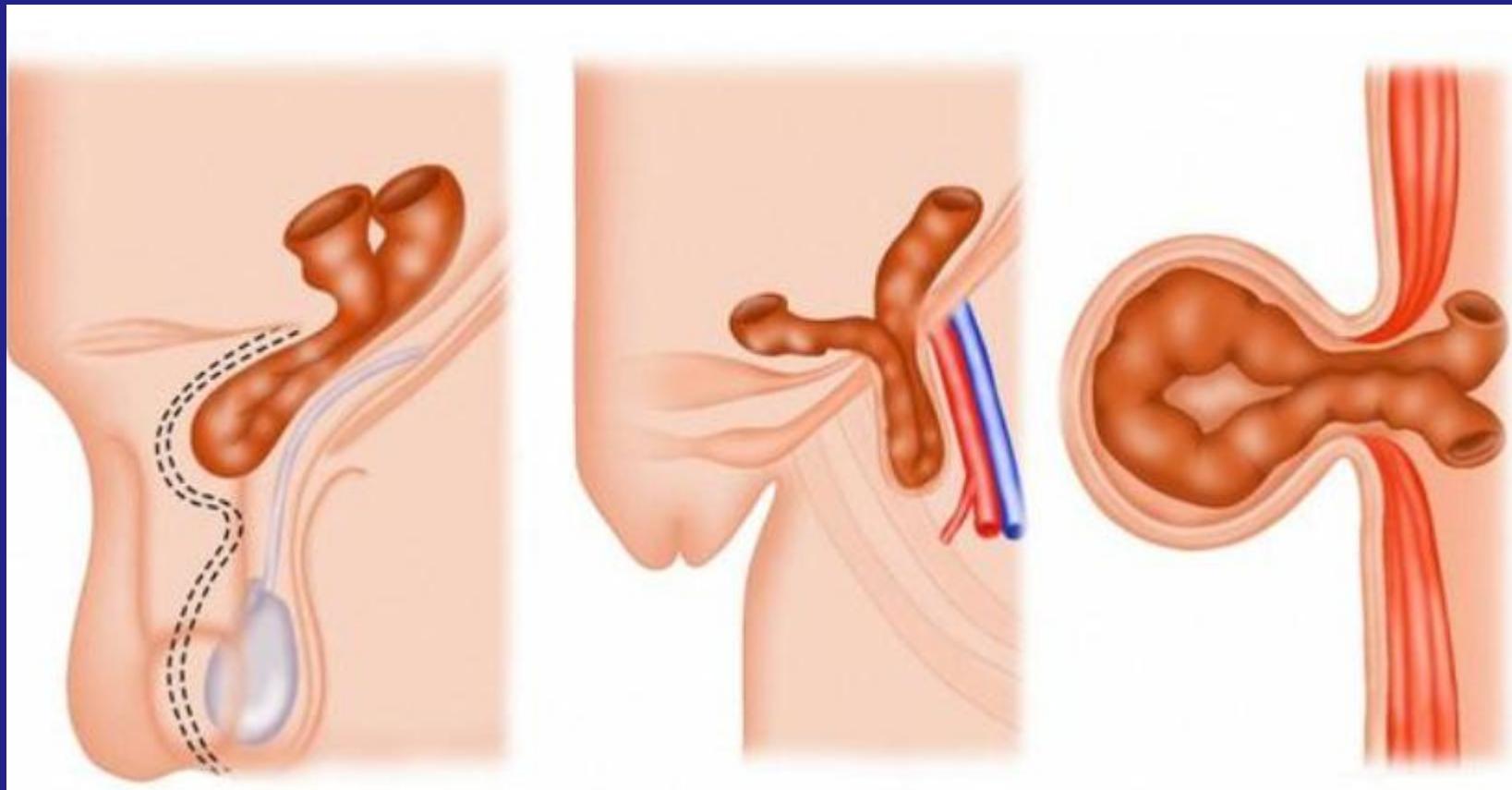


hay gặp ở  
người đại  
tràng dài  
mà mạc  
treo ngắn

Máy hình này là thắt ruột do thắt do hình vẽ tím tím(tắc mạch máu)



Strangulated Bowel due to Omental Adhesion

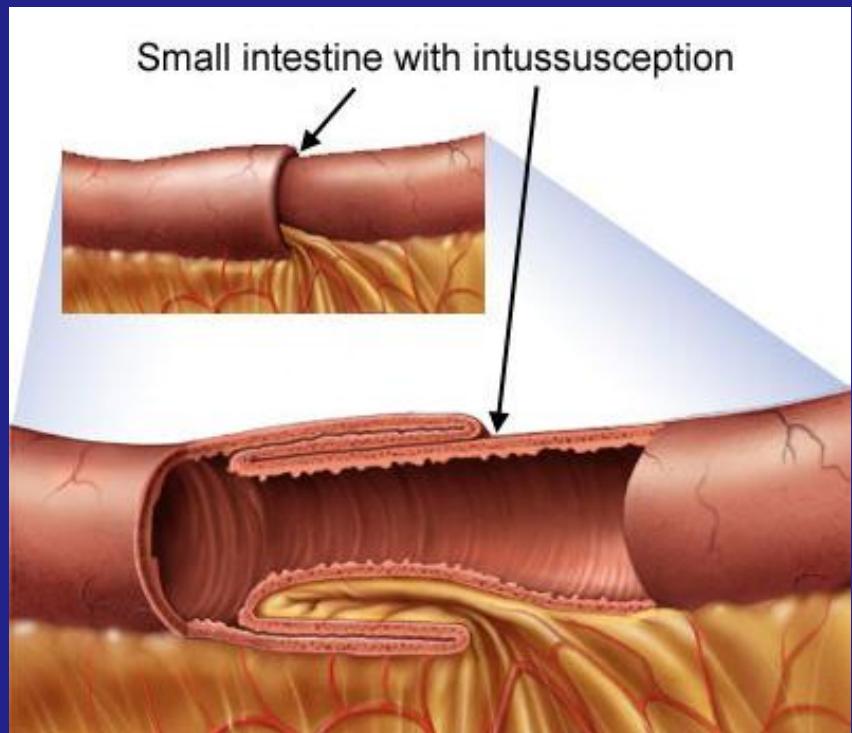


Thoát vị bẹn

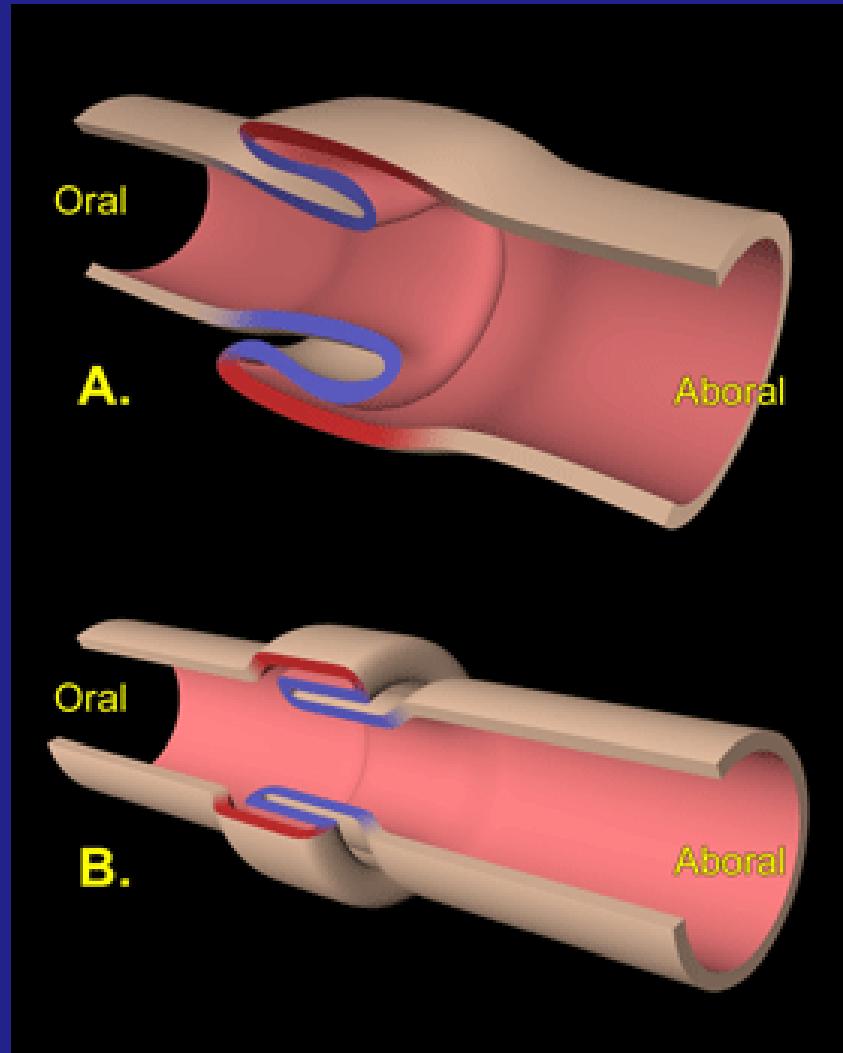
đùi

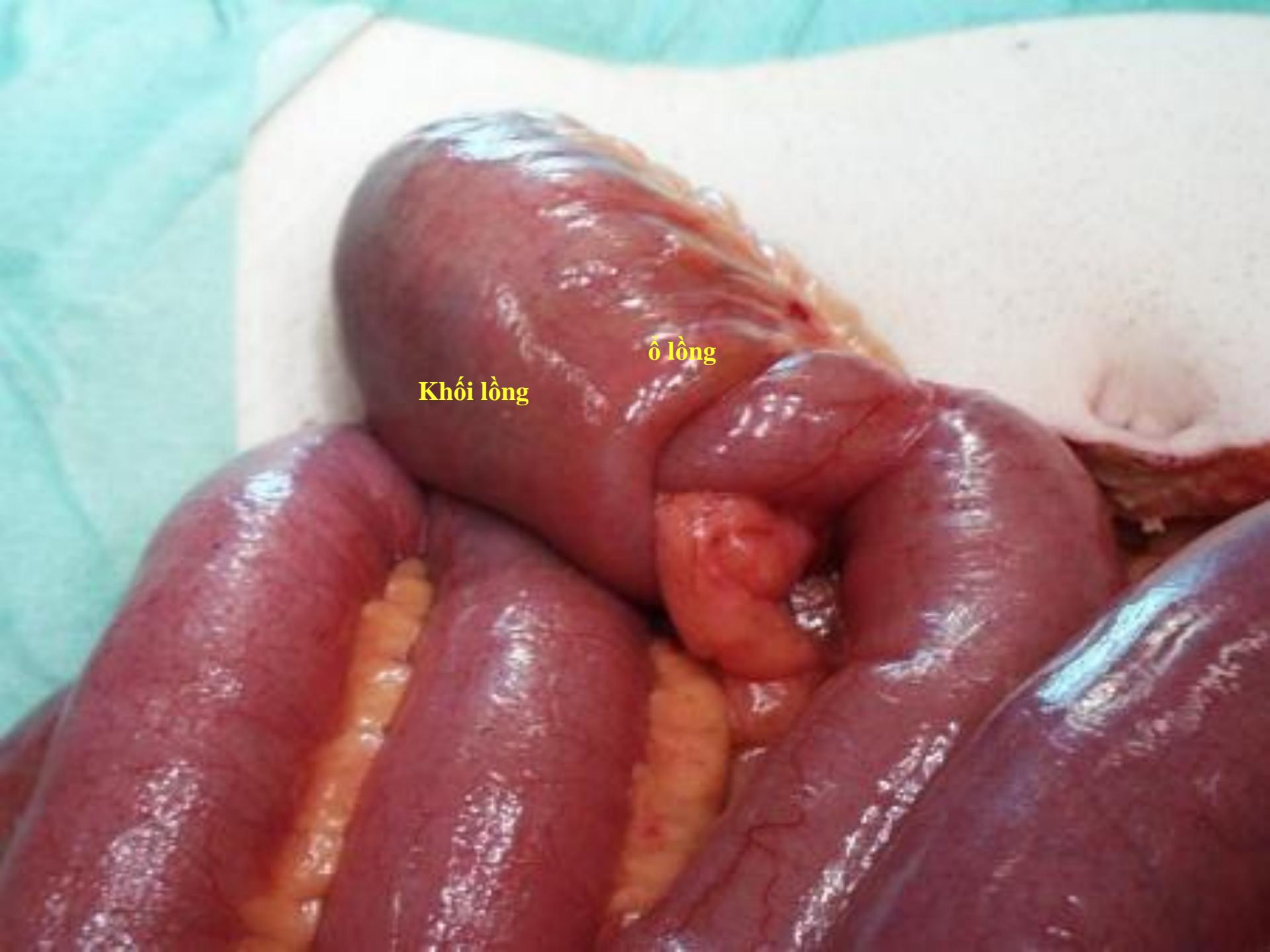
thành bụng

Là các loại thoát vị nghẹt



Tắc 1 điểm mà kèm tồn thương mạch máu(ở mạc treo)

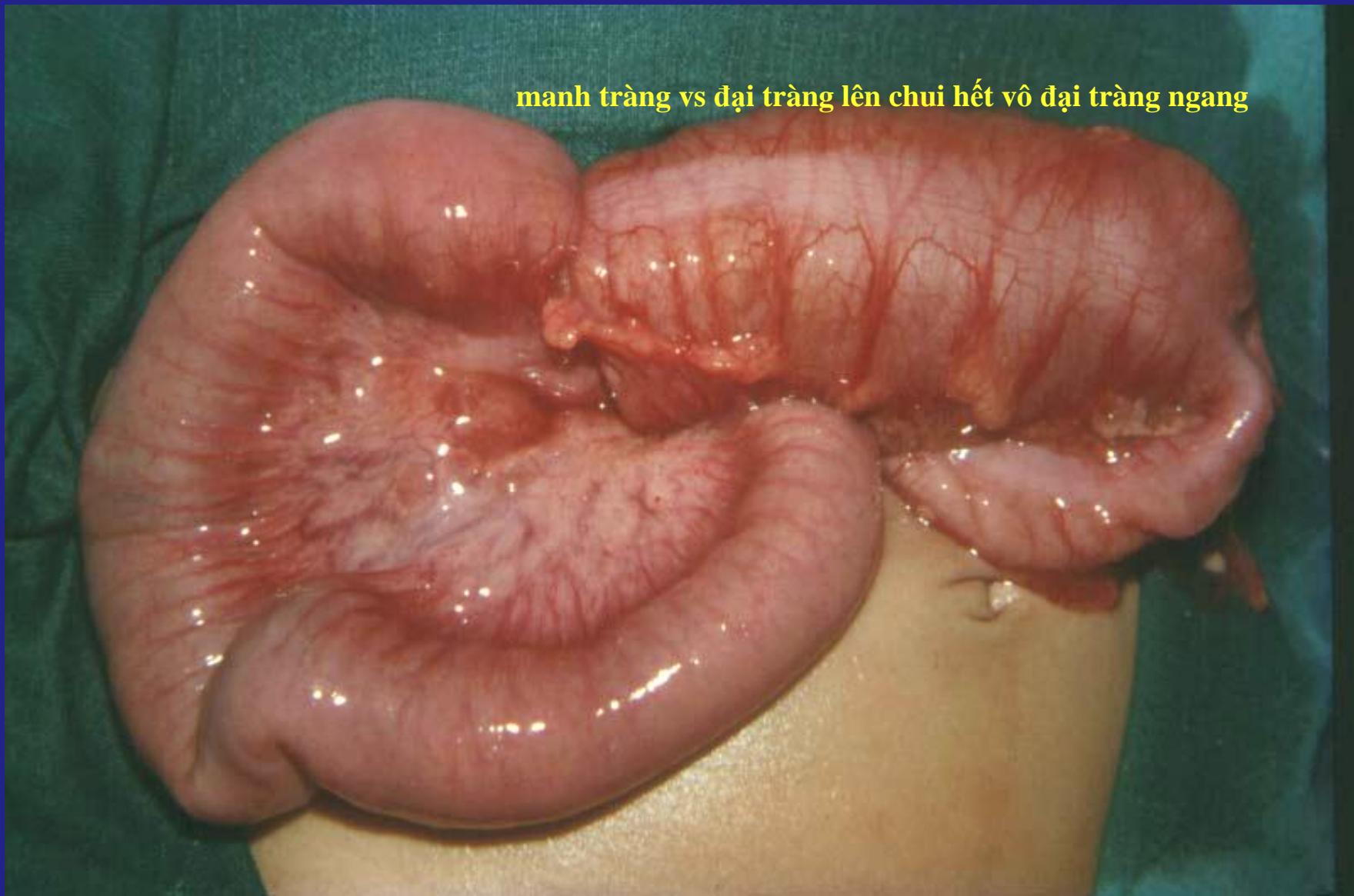




ô lồng

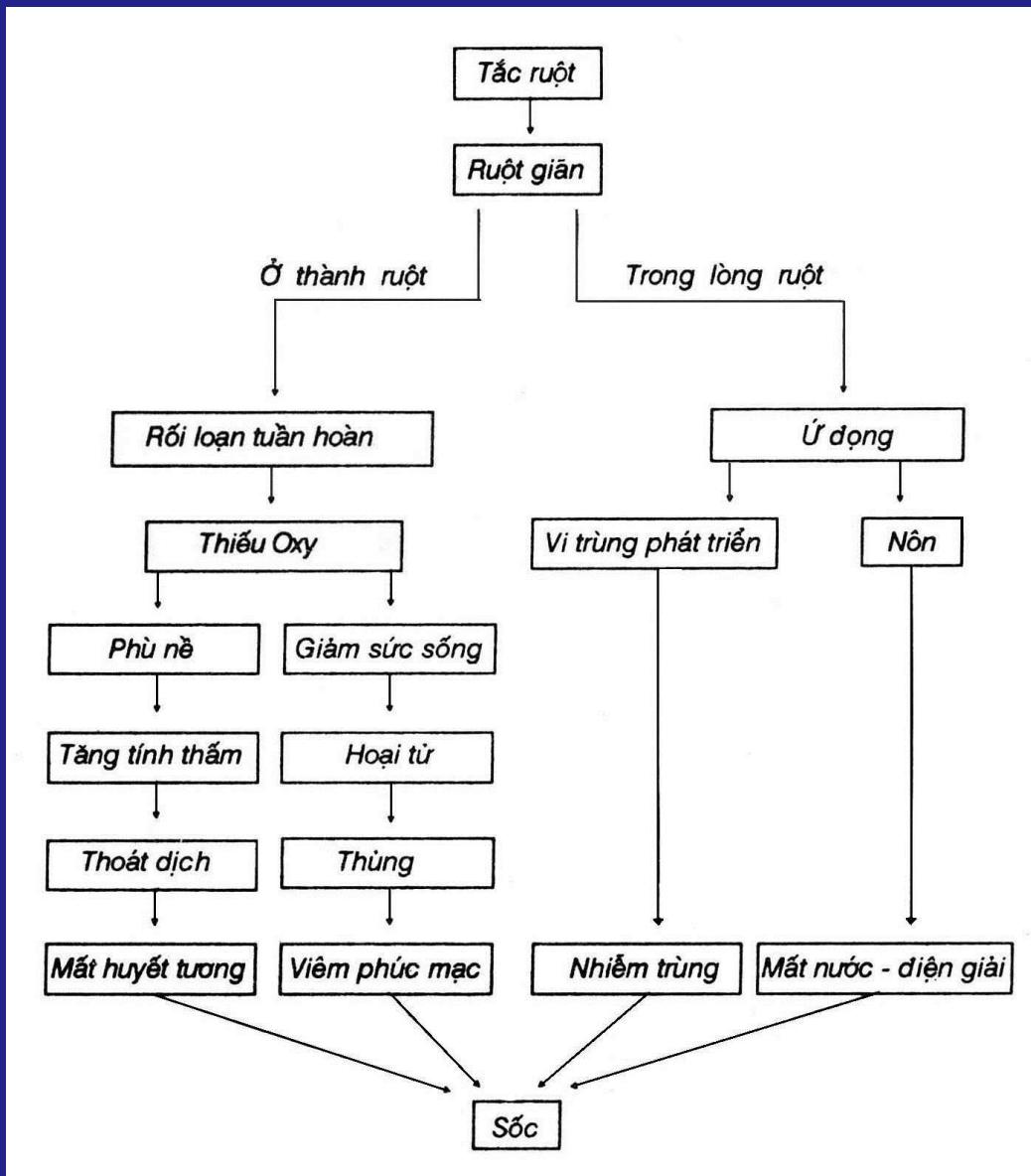
Khối lồng

mánh tràng vs đại tràng lén chui hết vô đại tràng ngang

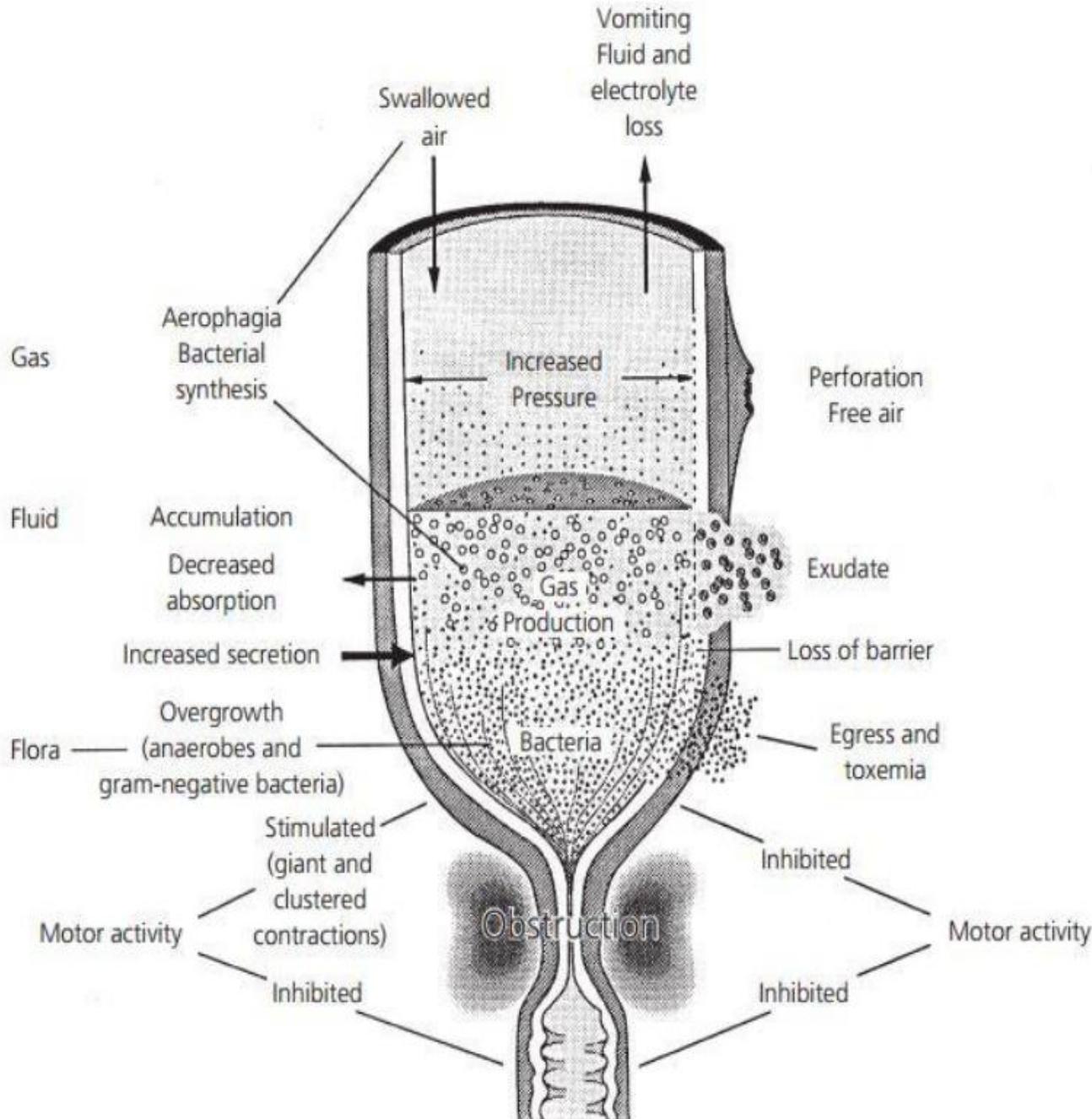


# SINH LÝ BỆNH

xem sách



RLTH do thắt thì nhanh nhất là thắt nghẹt, xoắn siết chặt, còn tắc do bít thì xảy ra từ từ do tăng áp lực



Hình này rất  
chi cô đọng

# LÂM SÀNG

## ■ Triệu chứng cơ nǎng:

- Đau bụng cơn(tắc cao: 3-4ph, tắc thấp:15-20ph).



Tắc thì đau cơn, mà quặn con điển hình hay gấp trong dạng bít.

Tắc ruột do thắt có thể đau cơn trên nền

âm ỉ hay đau liên tục.Thậm chí không có con, BN kêu la dữ dội

Mức độ: từ vừa phải đến dữ dội

- Nôn: thay đổi tùy vị trí tắc Cao thì sớm nhiều ó ạt  
thấp thì muộn thậm chí chỉ có buồn nôn

- Bí trung-đại tiện: tùy thời gian đến viện,

mức độ tắc, loại tắc.

Không bao giờ có nôn phản, chỉ có trường hợp đờ đại tràng ngang vào dạ dày. Đúng là nôn ra chất có mùi như phân do úr đọng chất trong ruột

Mới có mấy tiếng thì ko rõ hay gấp tắc do thắt, còn khác BN đến trễ 1-2d-1w thì nổi bật

Nếu tắc không hoàn toàn thì BN vẫn còn đi cầu vs xì hơi

# LÂM SÀNG

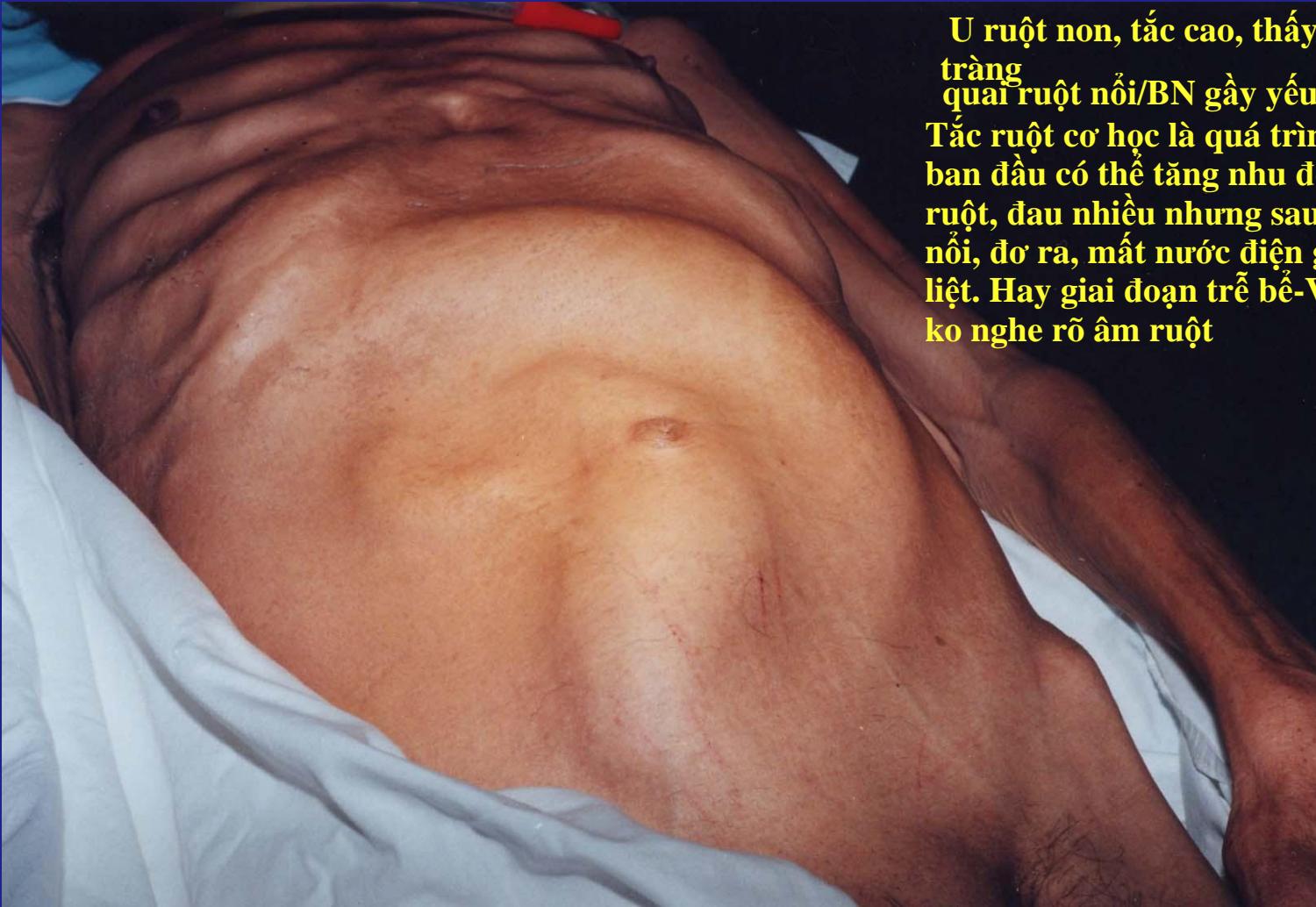
## ■ Triệu chứng toàn thân:

- Dấu mốc nước **Đến trễ**
- **Thân nhiệt** **Sốt nhẹ là <38o do mất nước, còn hơn thì có thể là do biến chứng: VPM, hoại tử hay thủng...**
- M, HA có thể thay đổi  
**Thắt ruột do bít thì mất nước, BN đến trễ, 1d-w, thắt thì có thể rơi vào sốc nhiễm trùng nghiêm trọng, xảy ra sờm, ruột hoại tử phồng thích độc chất vô phúc mạc, tuẫn hoàn**  
**Thầy của thầy dạy là tắc ruột + sốc = sốc ruột,**

# LÂM SÀNG

## ■ Triệu chứng thực thể:

- Bụng chướng: mức độ tùy vị trí tắc, mức độ tắc tắc hoàn toàn chướng rõ, cao thì có khi không chướng luôn
- Quai ruột nổi  
Người ốm gầy mỏng, giờ thì ít thấy rồi
- Dấu rắn bò Xảy ra do cơn đau, coi tiếp tuyến vs thành bụng, các quai ruột nổi chạy tới chạy lui
- Am ruột thay đổi tùy thời gian tắc, loại tắc
  - tăng nghe trong lúc đau, bt 8-12 lần, tăng lên mấy chục lần.  
Tăng sắc thì là dấu hiệu tắc ruột.
  - giảm bình thường chảy róc róc như nước chảy, tắc ruột thì tiếng vang, đanh, gọn
- Sờ nắn bụng ngoài cơn đau thường không đau Phai sờ lúc người ta không đau. Tắc ruột  
trừ trong tắc ruột do thắt. do bít thì căng chướng không đau, TR do thắt thì ấn đau vs đè kháng nếu BN đến trễ. Nếu tắc đại tràng mà vỡ thì VPM
- Khám các lỗ thoát vị, thăm trực tràng Thăm trực tràng thì bóng trực tràng trống, có đầy phân vs hơi thì coi sai. Thăm trực tràng có dính máu nhày trong lồng ruột, tắc ruột do K phần thấp hay K di căn vùng chậu, giúp CDPB vs 1 số bệnh ngoại khoa khác



**U ruột non, tắc cao, thấy quai tá  
tràng quai ruột nổi/BN gầy yếu**

**Tắc ruột cơ học là quá trình động,  
ban đầu có thể tăng nhu động vs âm  
ruột, đau nhiều nhưng sau đó bóp ko  
nối, đỡ ra, mát nước điện giải nén  
liệt. Hay giai đoạn trễ bể-VPM cũng  
ko nghe rõ âm ruột**

Mechanical  
obstruction



Paralytic Ileus

# Dấu hiệu của TR thắt nghẹt

CĐ khó nhất trong ngoại khoa

Cõi gì cũng có lần CĐ trễ

- Đau bụng liên tục, dữ dội
- Ẩn bụng đau, đề kháng
- Âm ruột giảm hay mất **Giảm do hoại tử, viêm PM hay quai ruột nào nghẹt mạch máu thì có phản xạ liệt quai ruột đó**
- Sốt cao, mạch nhanh, sốc
- Bạch cầu tăng **Tuy nhiên không đặc hiệu, nước mắt cũng tăng**

# CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

- XQ bụng không sủa soạn **Y6 đặt vấn đề X quang**
- Chụp cản quang: Uống

Thụt **Tắc thấp**

- Siêu âm bụng **Hay dùng tuy nhiên khả năng CD của nước mìn thấp. Có hơi thì gần như vô nghĩa**
- Chụp cắt lớp vi tính **Tất cả đều chụp**

X-quang bụng không sủa soạn

- mực nước hơi chênh do sự cố bóp của ruột (tắc ruột cơ học), còn liệt ruột thì không có chênh
- Chân rộng vòm thấp là ruột non
- Dấu hiệu chuỗi hạt: do có van ruột, hơi không thoát được khi nước dâng lên tạo ra chuỗi
- Vị trí tắc:
- Hạt cafe: xoắn đại tràng xích ma (ít khi hoại tử)
- Lồng ruột: X-quang khó thấy, dùng X-quang cản Quang, dấu hiệu càng cua

# X QUANG BỤNG KHÔNG SỬA SOẠN

Kinh điển nhất

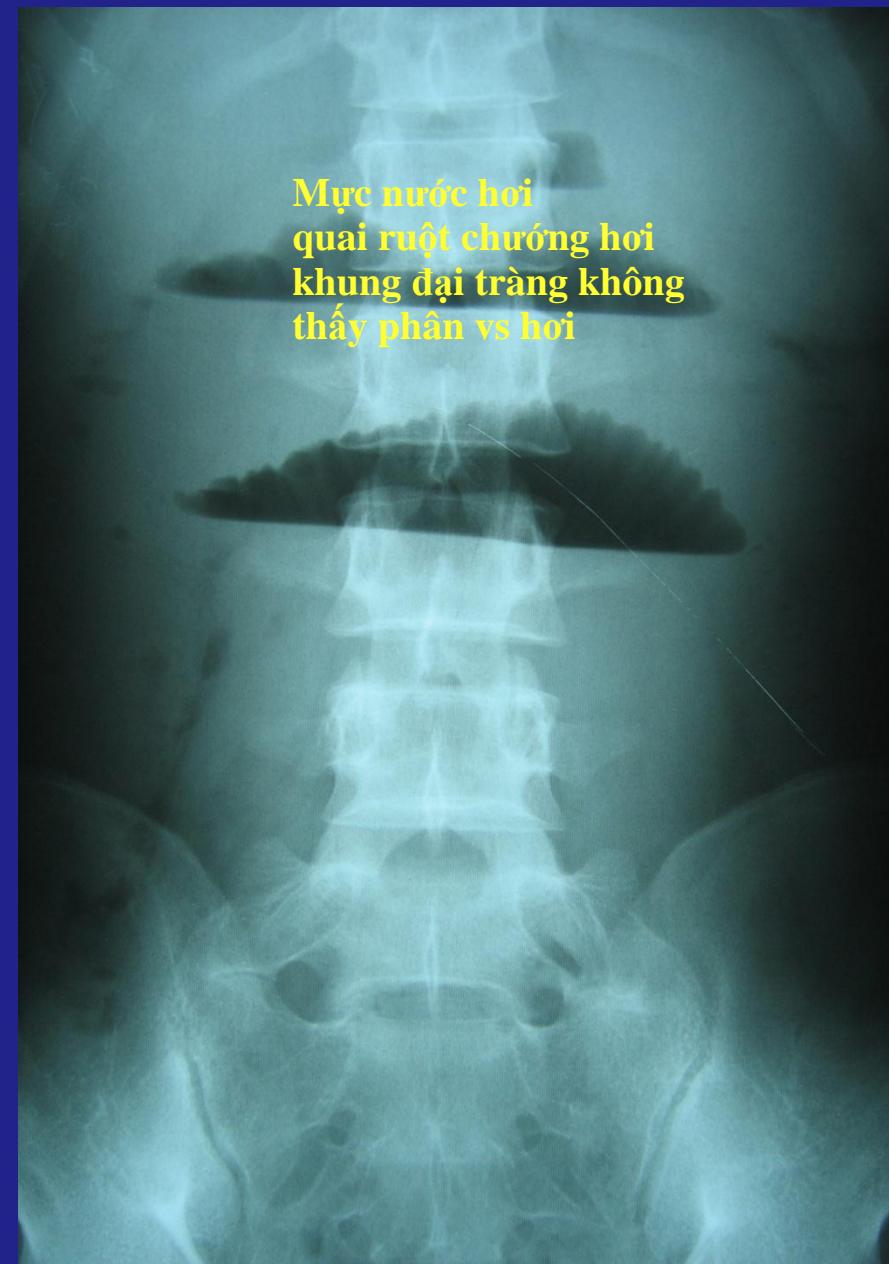
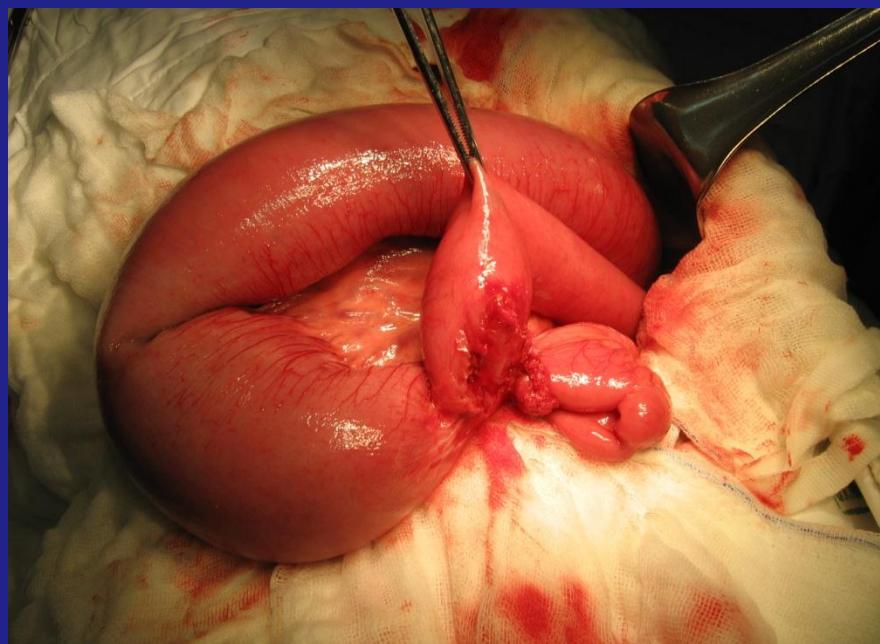
Tư thế: đứng, nằm ngửa, nằm nghiêng trái  
Nằm nghiêng cho rõ mực nước hơi

Dấu hiệu:

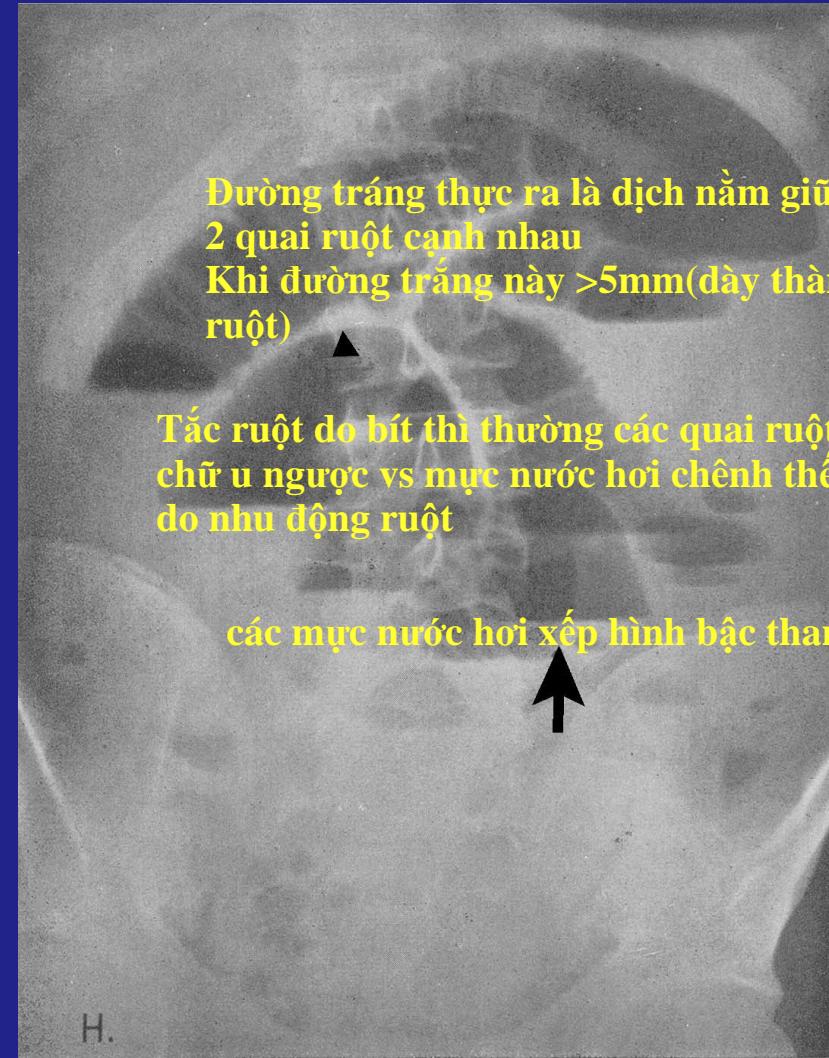
- Ruột dãn trên chỗ tắc D ngang của ruột non >3cm, ruột già>6cm, manh tràng >9cm
- Có MNH, chuỗi hạt Thực ra cũng là mực nước hơi mà quá nhỏ
- Giảm hay mất phân/hơi ở ĐT  
Bắt buộc tìm, có không phải nói, nếu có 2 dấu hiệu trên mà dấu hiệu này ko có thì coi lại.CĐ. Nay là định nghĩa luôn mà
- Dịch bụng: dày thành ruột, mờ vùng chậu  
Không đặc hiệu
- Dấu hiệu NN: ít thấy (<10%)  
Lâu lâu thấy được búi giun hay sỏi mật... hay hình hạt cà phê

Độ nhạy thay đổi: 50-86% TB 80%

Khoảng 20% không giúp chẩn đoán



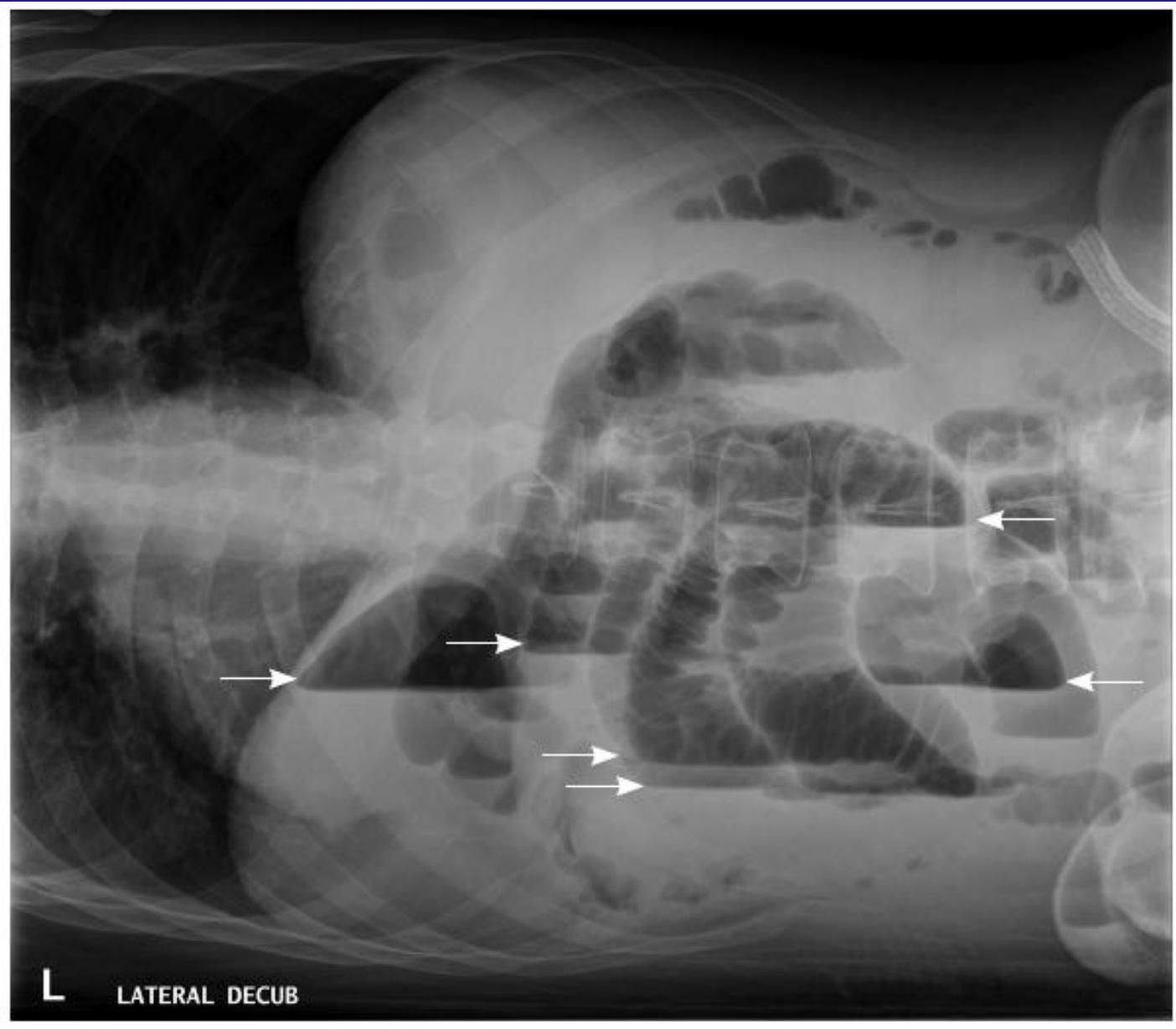
Mục nước hơi  
quai ruột chướng hơi  
khung đại tràng không  
thấy phân vs hơi



Đường tráng thực ra là dịch nằm giữa  
2 quai ruột cạnh nhau  
Khi đường tráng này >5mm(dày thành  
ruột)

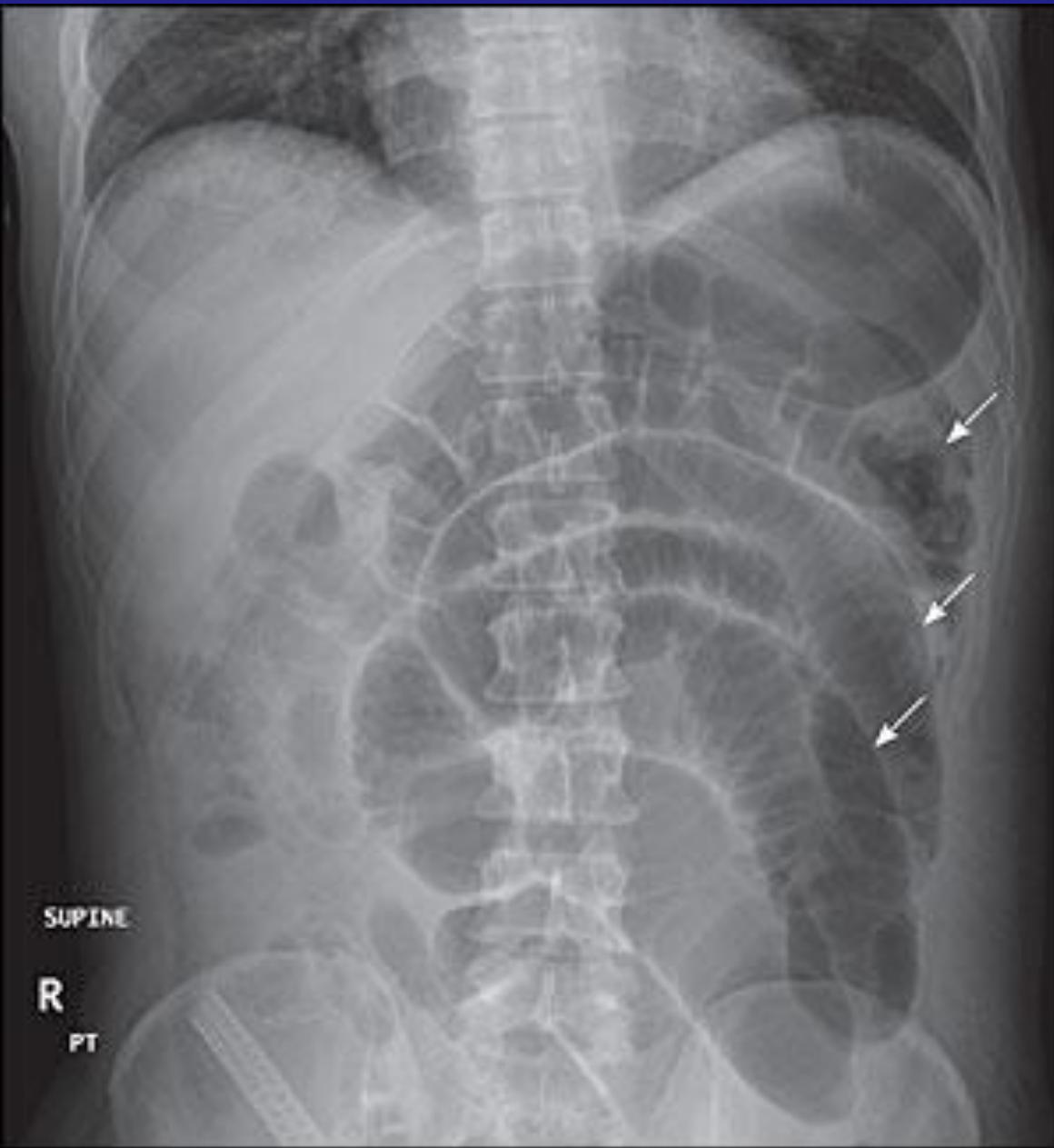
Tắc ruột do bít thì thường các quai ruột dạng  
chữ u ngược vs mực nước hơi chênh thế này  
do nhu động ruột

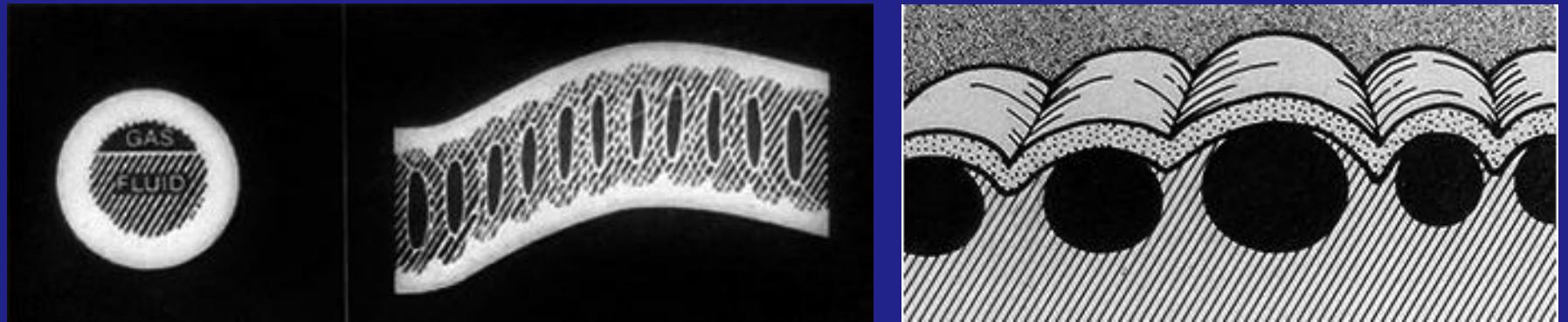
các mực nước hơi xếp hình bậc thang



L

LATERAL DECUB





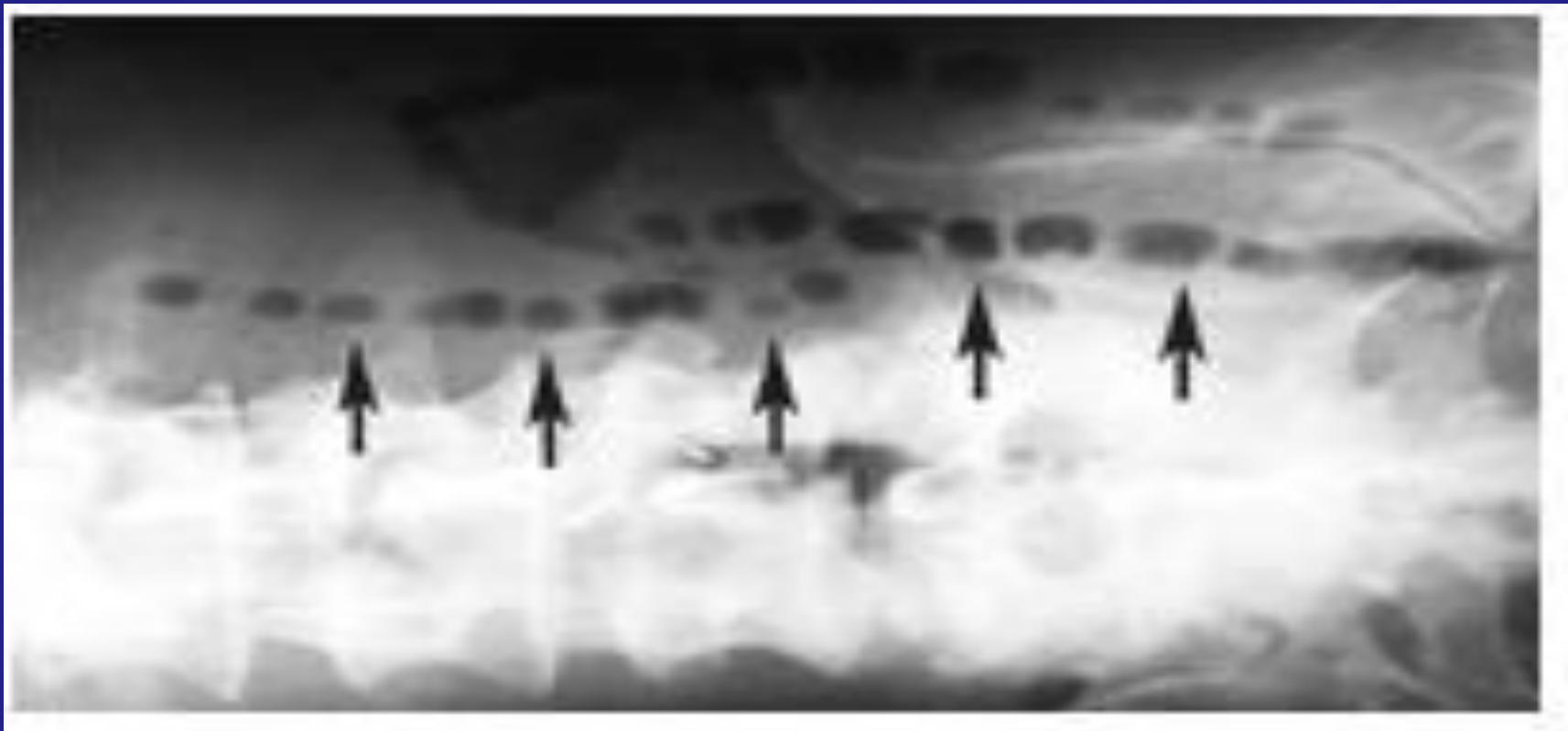
Khi quai ruột chứa hơi/dịch là 50/50 hay 30/70... thì thấy mực nước hơi, nhưng khi hơi còn 2-3% thì hơi còn lại chỉ là những bóng nhỏ, chụp đúng thì hình tràng hạt còn nằm thì dải sọc

*"The "String-of-pearls" sign [is]... almost always indicative of intestinal obstruction and is one of the few situations in which an upright or decubitus film of the abdomen contributes crucial information about small bowel obstruction."*

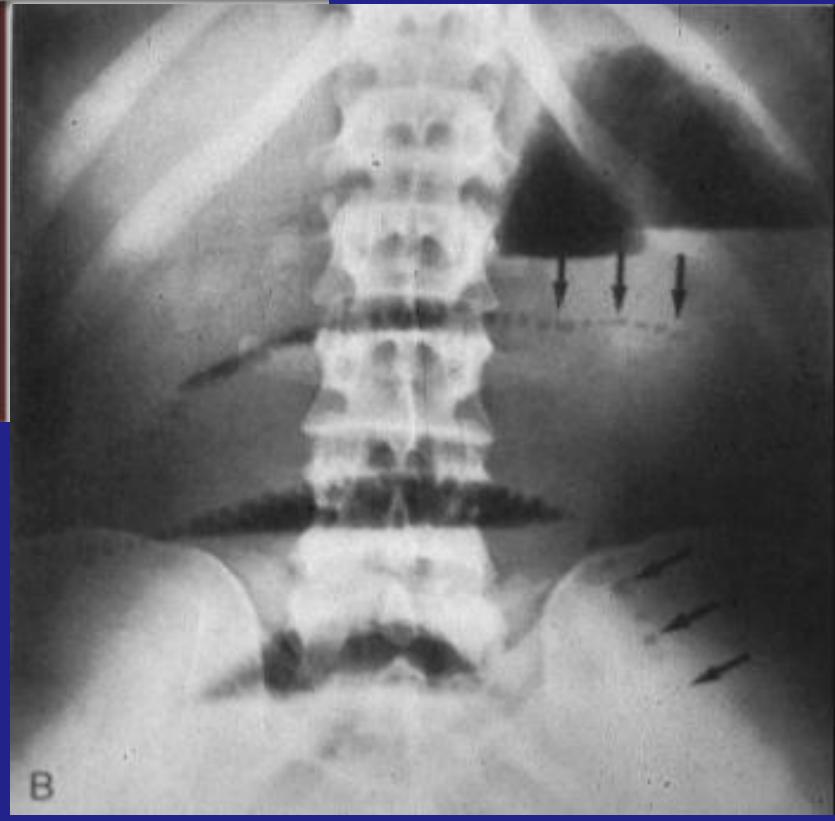
Baker, S.R. The Abdominal Plain Film,  
Appleton & Lange, 1990, p158

1 trong những dấu hiệu gợi ý nhiều tắc ruột  
Nói chung lại tắc ruột mà quai ruột đầy dịch thì có hình này, đến trễ là ko chính xác do  
có TH tới sớm mà vẫn có dấu hiệu này

## STRING OF PEARL SIGN



**Left lateral decubitus radiograph of the abdomen demonstrates a row of small air bubbles (arrows), which represents air trapped between the Valvulae Conniventes.**



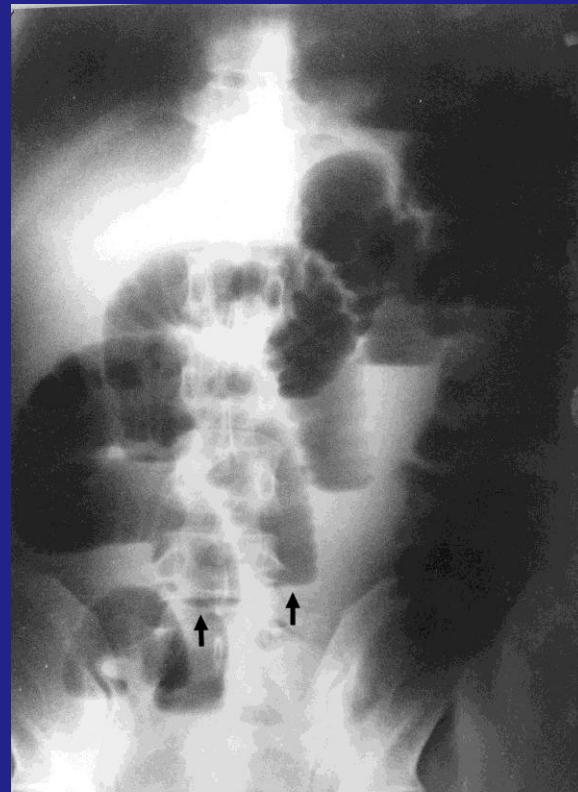
# CHẨN ĐOÁN VỊ TRÍ TẮC

- Dựa vào LS

Hình ảnh: phân bố MNH, kiểu van ruột...

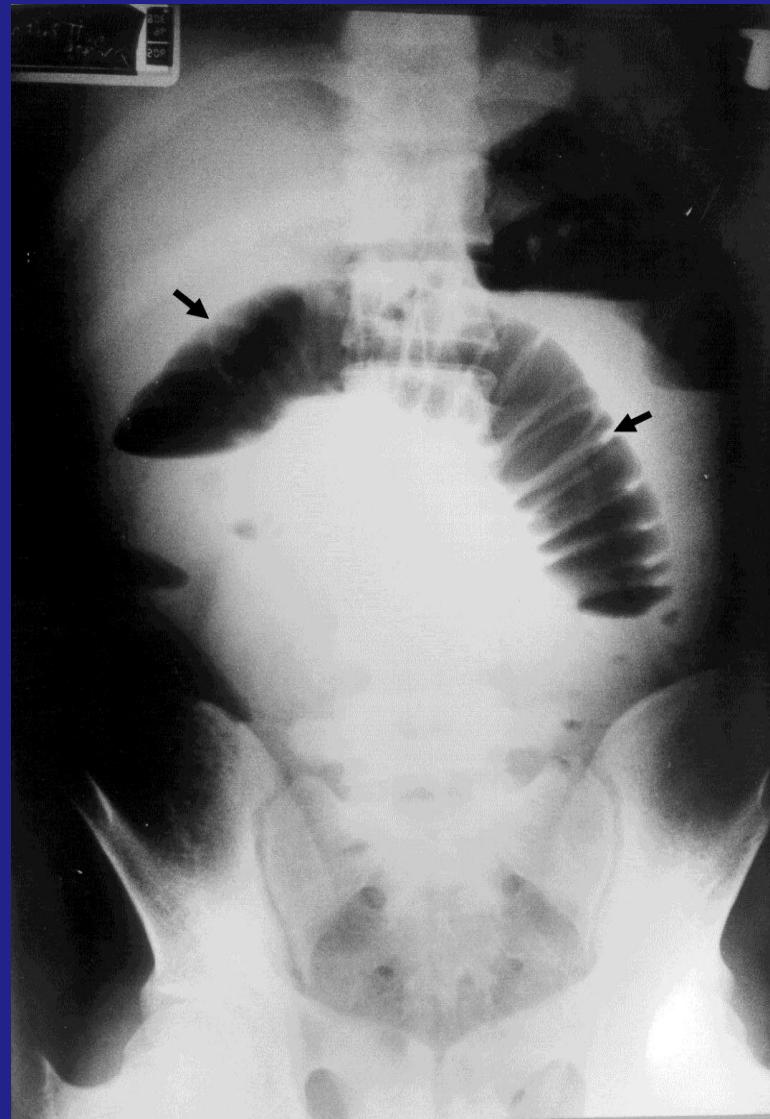
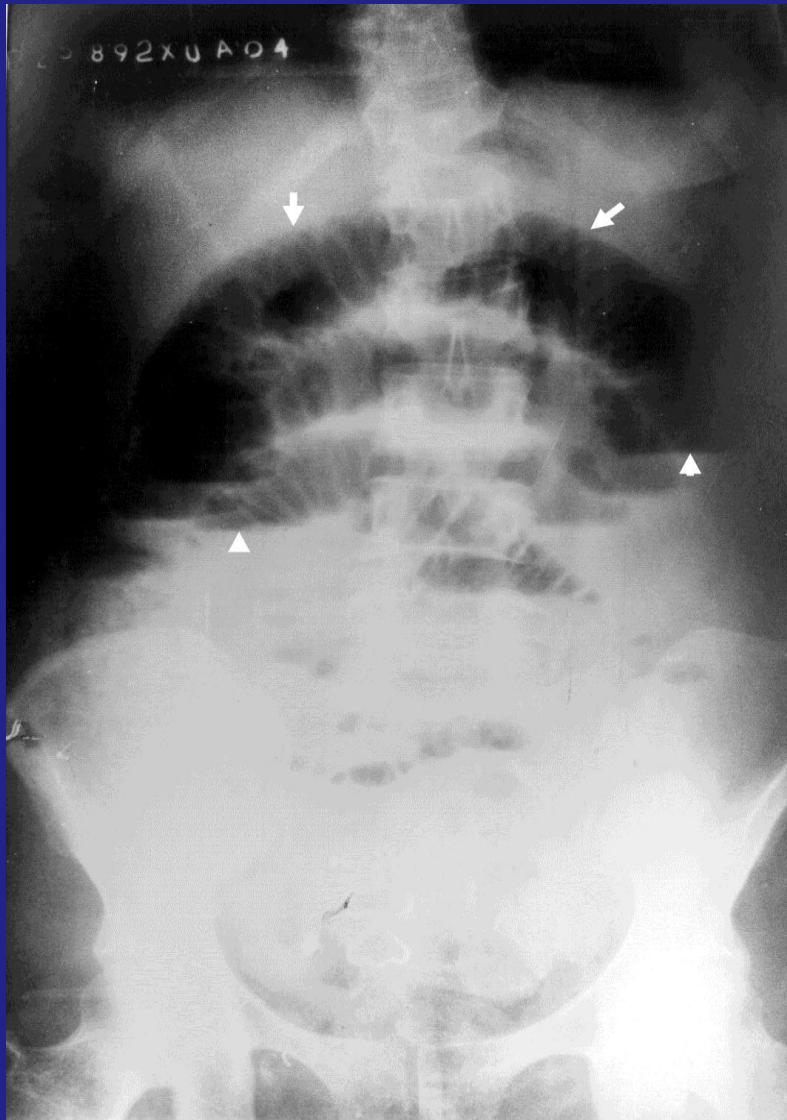


**Quai ruột chướng hơi hay mực nước hơi ở phía trên bân trái-tắc ruột non cao bậc thang P qua T**

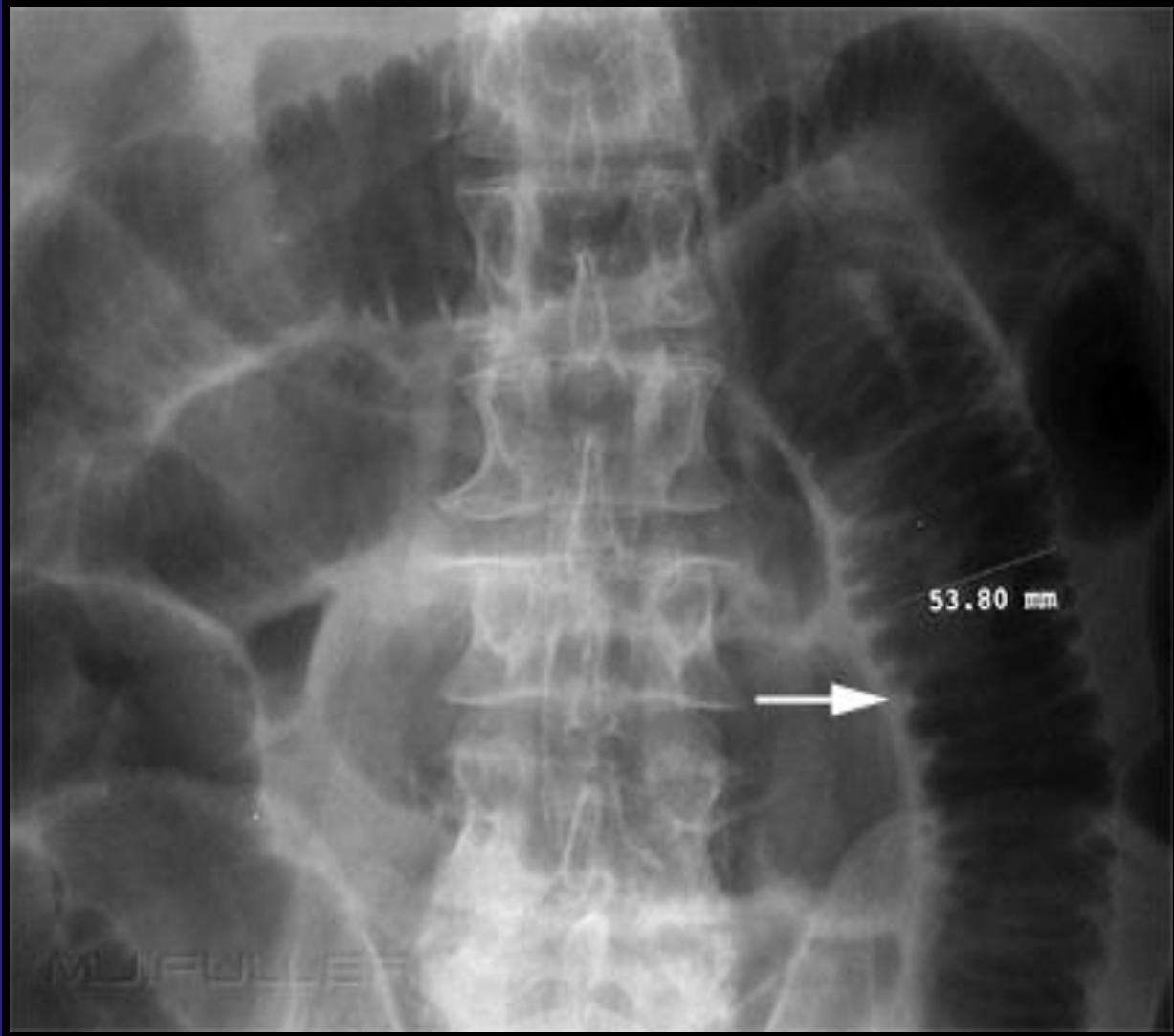


**Này thì quai ruột ú hơi vs mực nước hơi phân bố trên xuống dưới T qua P thì tắc thấp ruột non(như xếp hàng)**

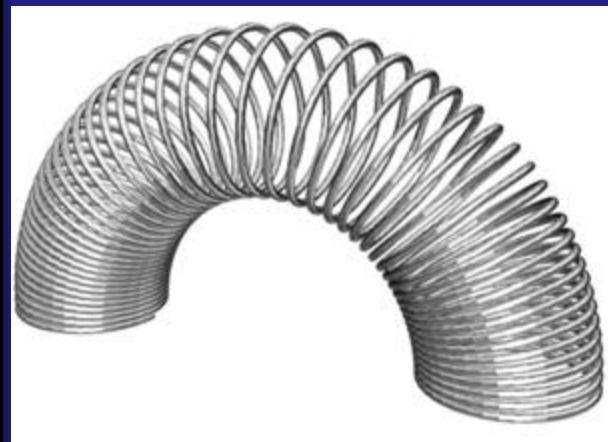
# CHẨN ĐOÁN VỊ TRÍ TẮC



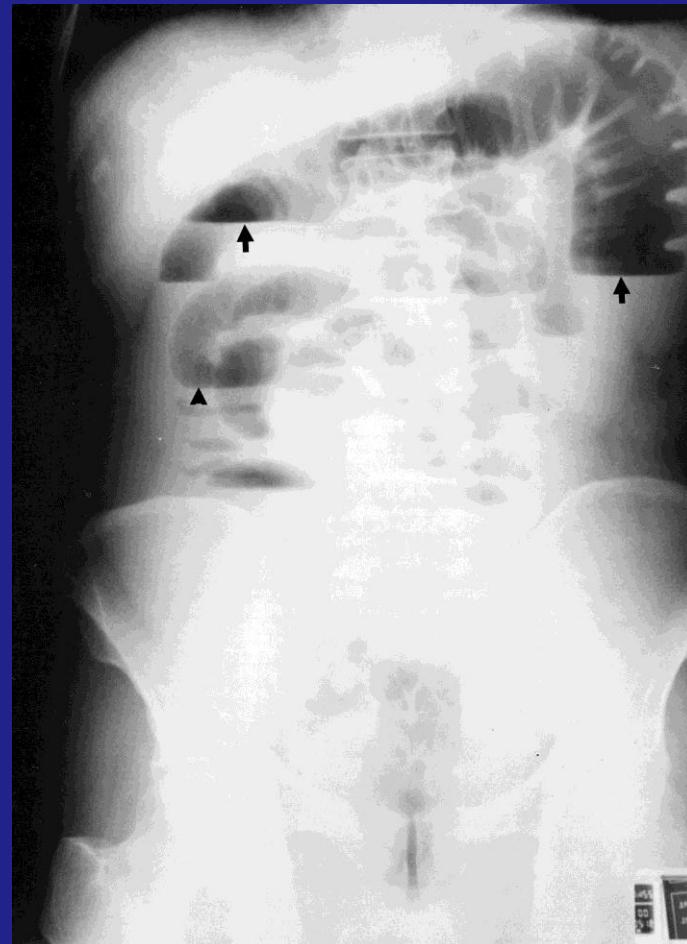
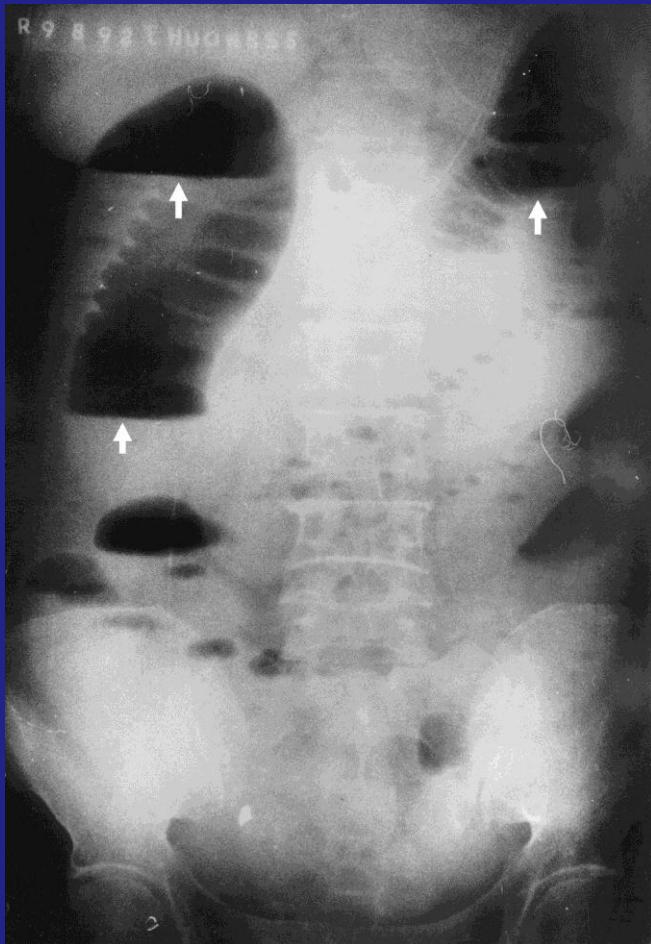
quai ruột ở ngoại biên vs tắc  
đại tràng



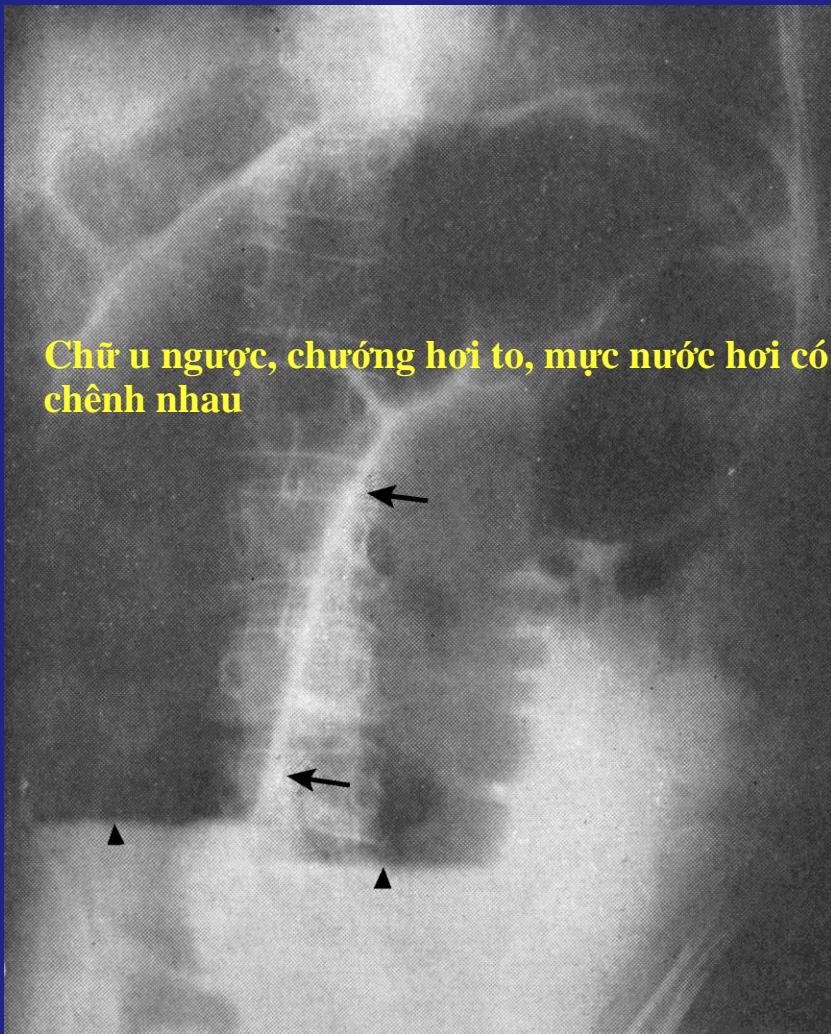
Dựa vào nếp van ruột: Hồng tràng thì nếp van ruột dày đặc, dàn xếp, đi ngang chiếm hết khẩu kính ruột, hồi tràng thì nếp van thưa ra và có khi đi ngang chưa hết khẩu kính



# CHẨN ĐOÁN VỊ TRÍ TẮC



# Xoắn Đại tràng Sigma



Hình chữ U hay ống bị bẻ cong



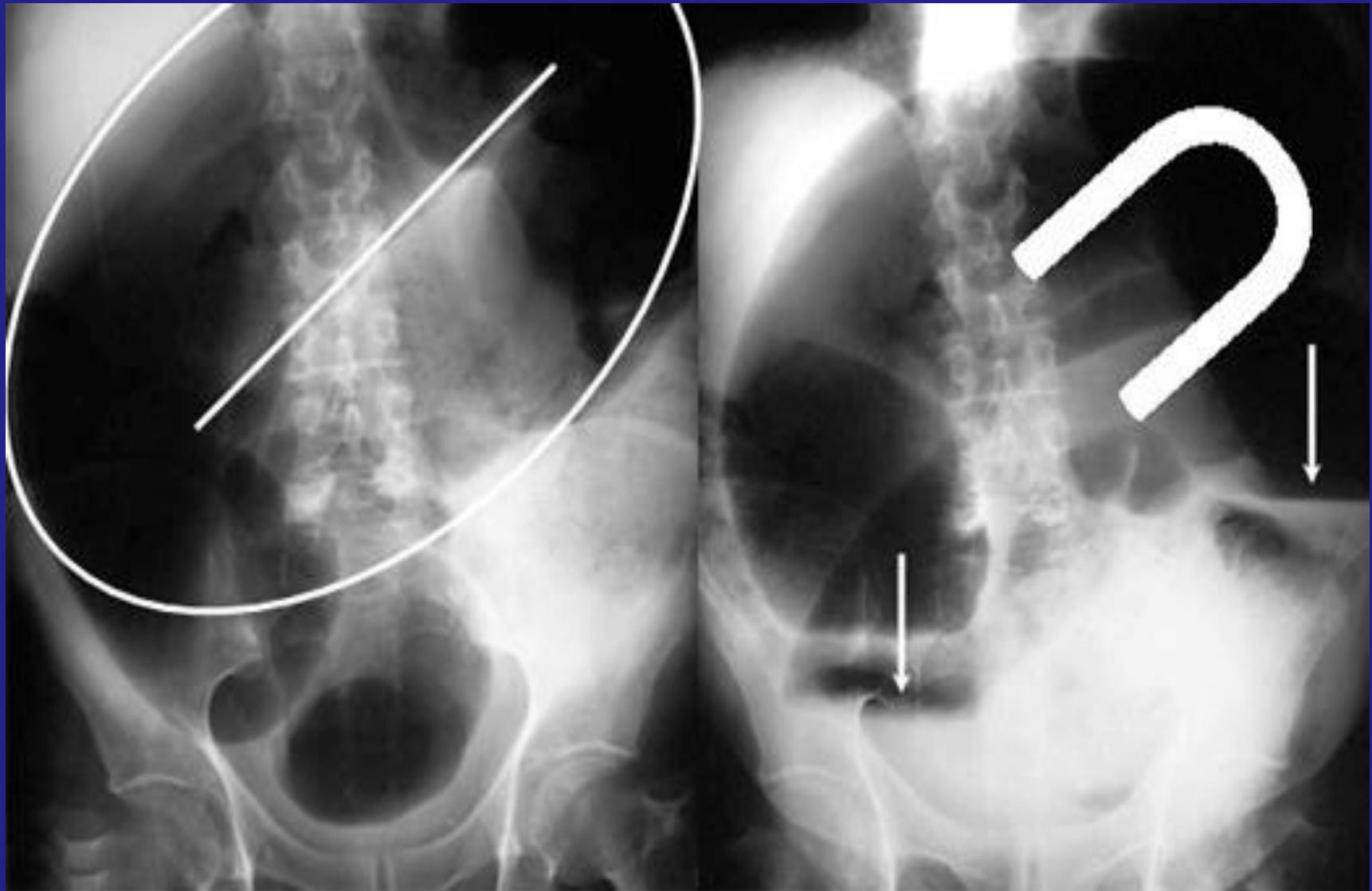
Hình mỏ chim (Beak sign)

# Xoắn Đại tràng Sigma

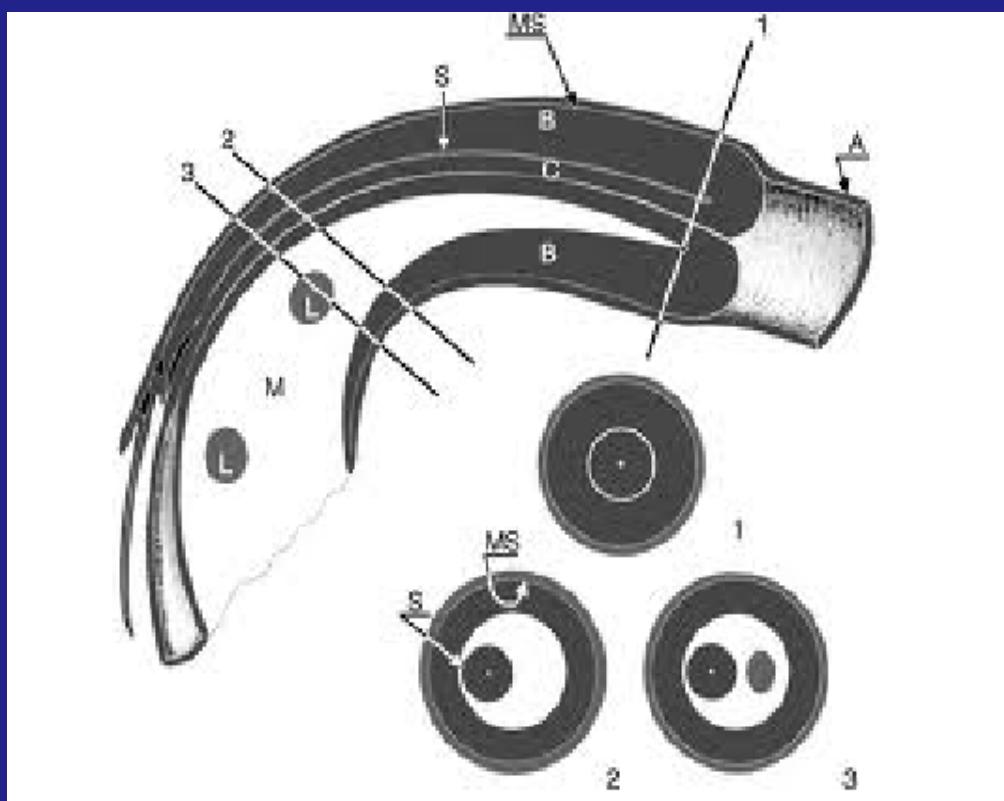


Coffee bean sign  
Xoắn ruột non cũng có thể mà nhỏ hơn

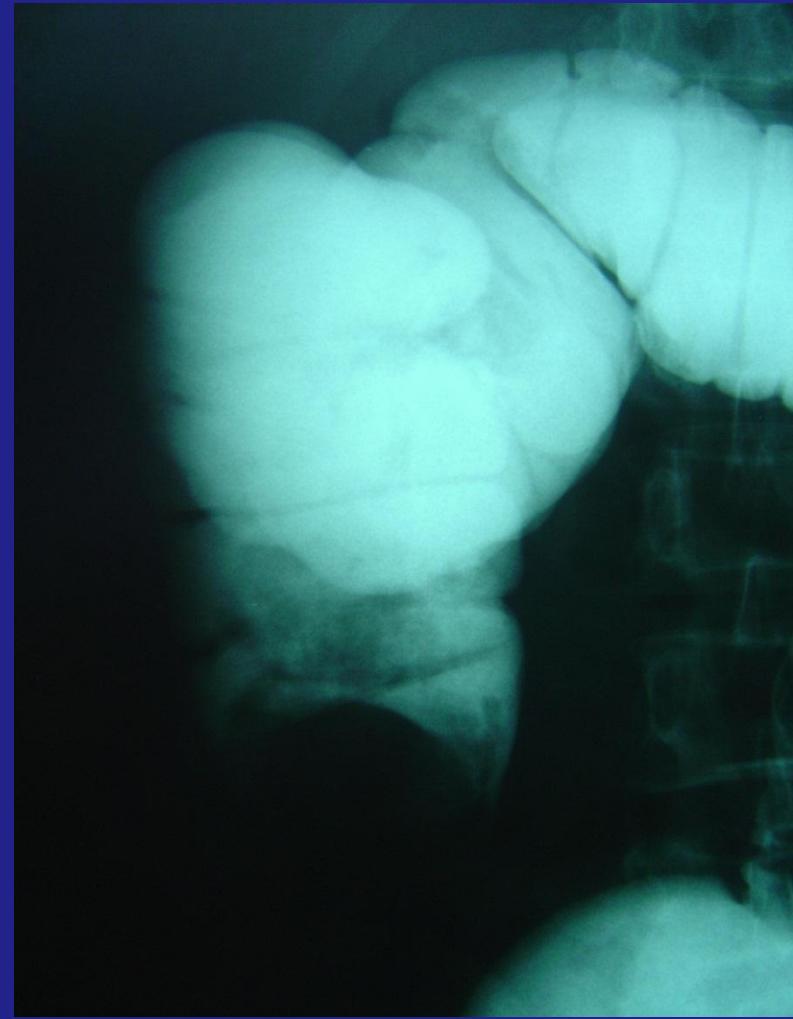
# Xoắn Đại tràng Sigma



# Lòng ruột

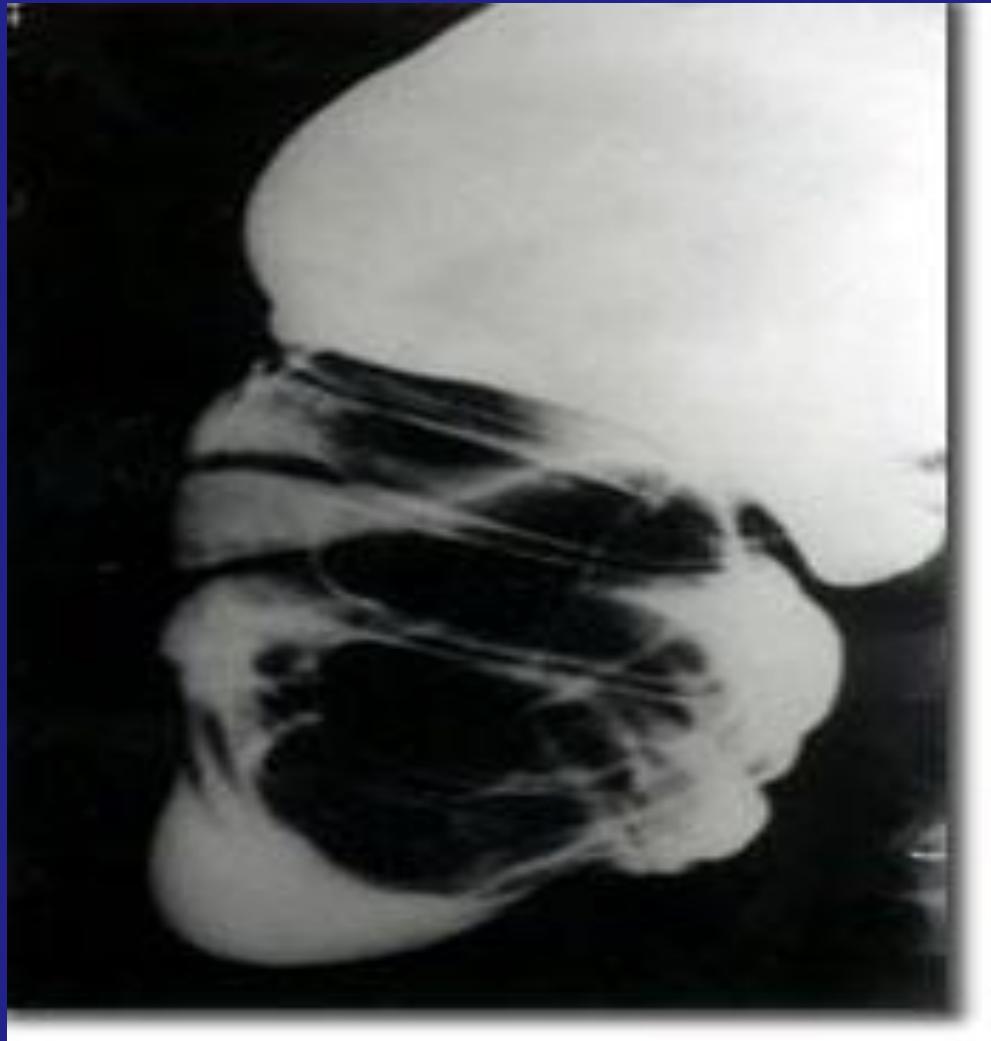


# Lồng ruột



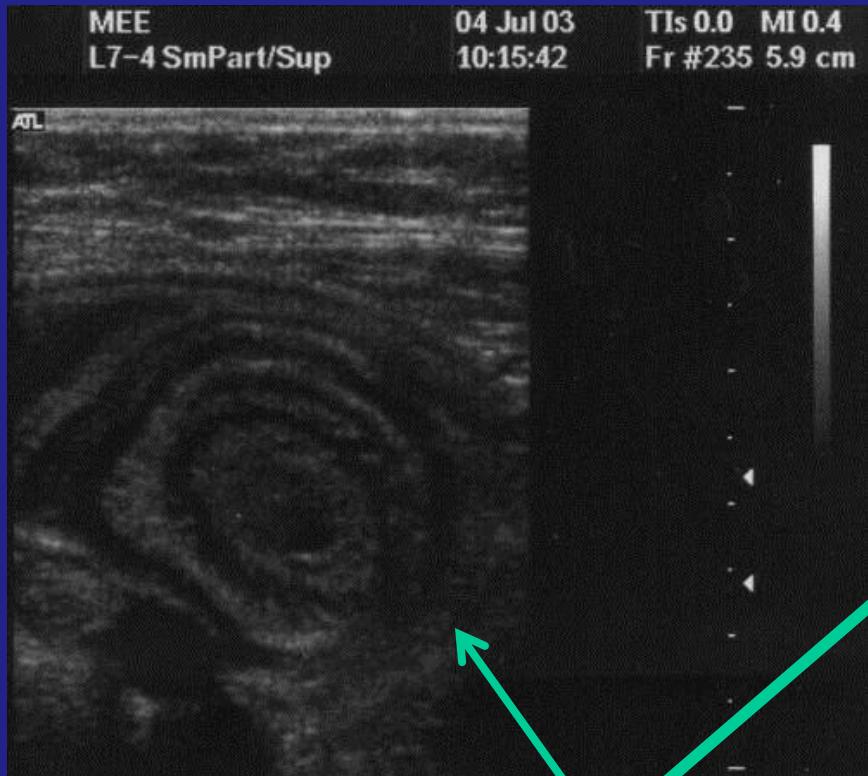
Dấu hiệu còng cua

# Lòng ruột

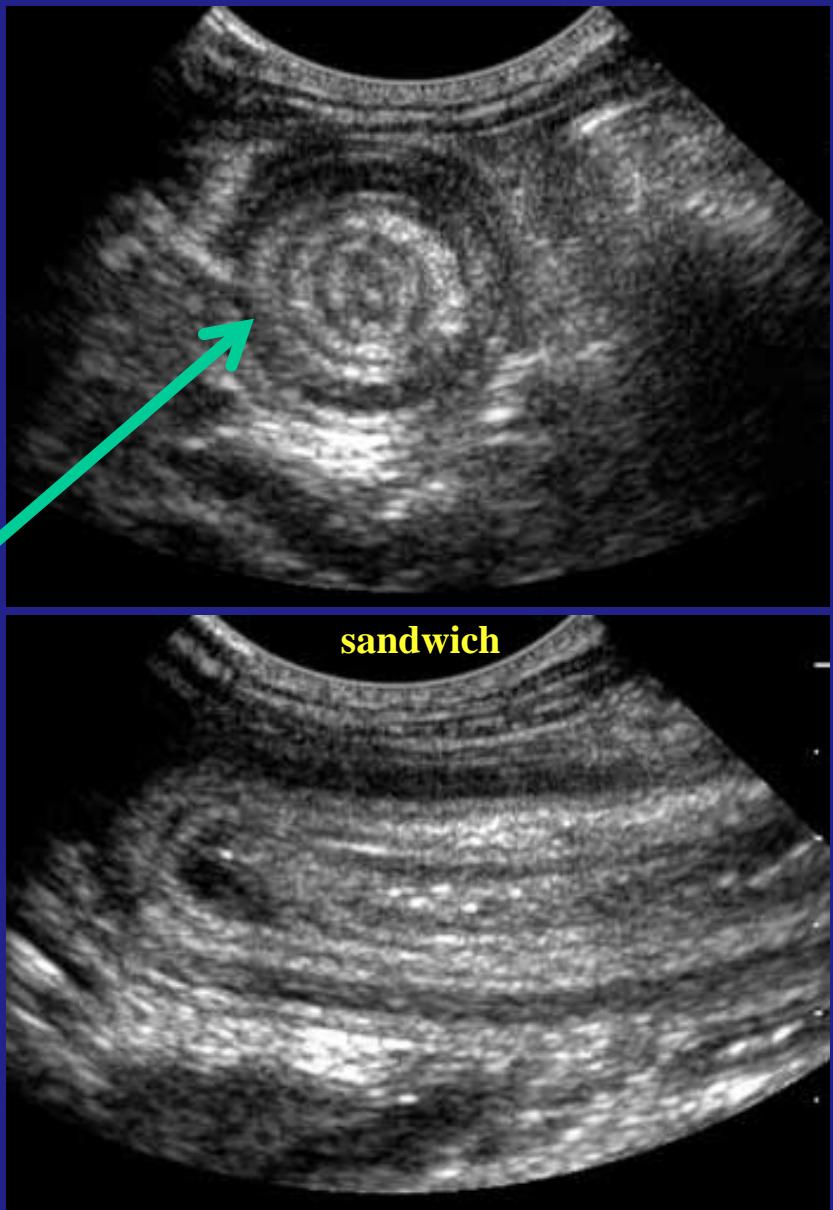


Dấu hiệu chòng đĩa

# Lòng ruột

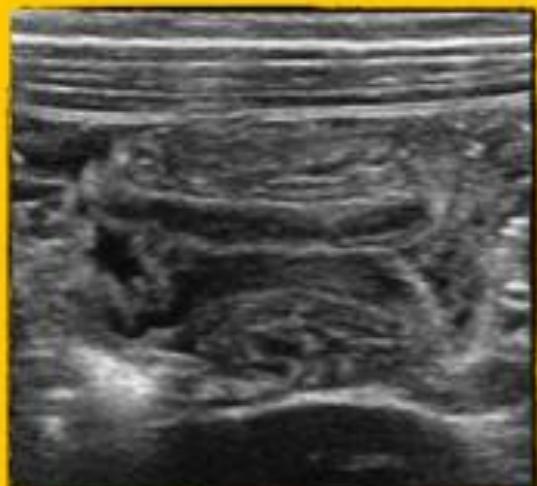


Hình bia hay củ hành cắt ngang





# • INTUSSUSCEPTION •



# CÁC XN CLS KHÁC

## ■ Xét nghiệm máu:

- Hct
- Số lượng Bạch cầu
- Urê, Crêatinin/máu
- Ion đồ, dự trữ kiềm

Siêu âm

- dấu hiệu máy giặt: ruột co bóp dịch ép lên, sau đó xả ra như máy giặt

- Ruột xẹp, ruột dãn, ruột ú động

CT scan

- có cản Quang: đánh giá tưới máu được

- Ruột dãn, ruột xẹp

## ■ XQ phổi **Mồ** gây mê thì phải chụp

## ■ ECG **thường quy, LQ hồi sức bla ba**

# CÁC CÂU HỎI TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

- Có tắc ruột không? Dựa vào X quang, SA, CT
- Nếu có, tắc ở đâu? Mức độ trướng, nôn
- Tắc do nguyên nhân gì? Hỏi khó phải dựa vào LS bệnh sử, X quang khó, có thể dựa vào CT
- Tắc đã có biến chứng gì? toàn thân như mất nước, suy thận, sốc. tại chỗ như VPM, hoại tử thủng
- Có chỉ định mổ chưa? Y6 tới đây
- Mổ dự kiến làm gì?

# CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

- Dựa vào Lâm sàng

Dính/dây chằng sau mổ:

Tiền sử mổ bụng

Lao hối manh tràng:

TS hay đang lao phổi hay loa ruột, màng bụng...

Bã thức ăn: Nhai kém, giảm tiết acid

TS mổ dạ dày, khám răng

Thoát vị: Thoát vị bịt khó phát hiện BN nữ lớn sinh đẻ nhiều...

Khám các lỗ thoát vị

Lồng ruột:

Tìm khối lồng, thăm TT

Tắc ruột+cầu ra máu/sờ được khối lồng(khối chắc dài dài di động)+thăm trực tràng có máu

Ung thư đại-trực tràng:

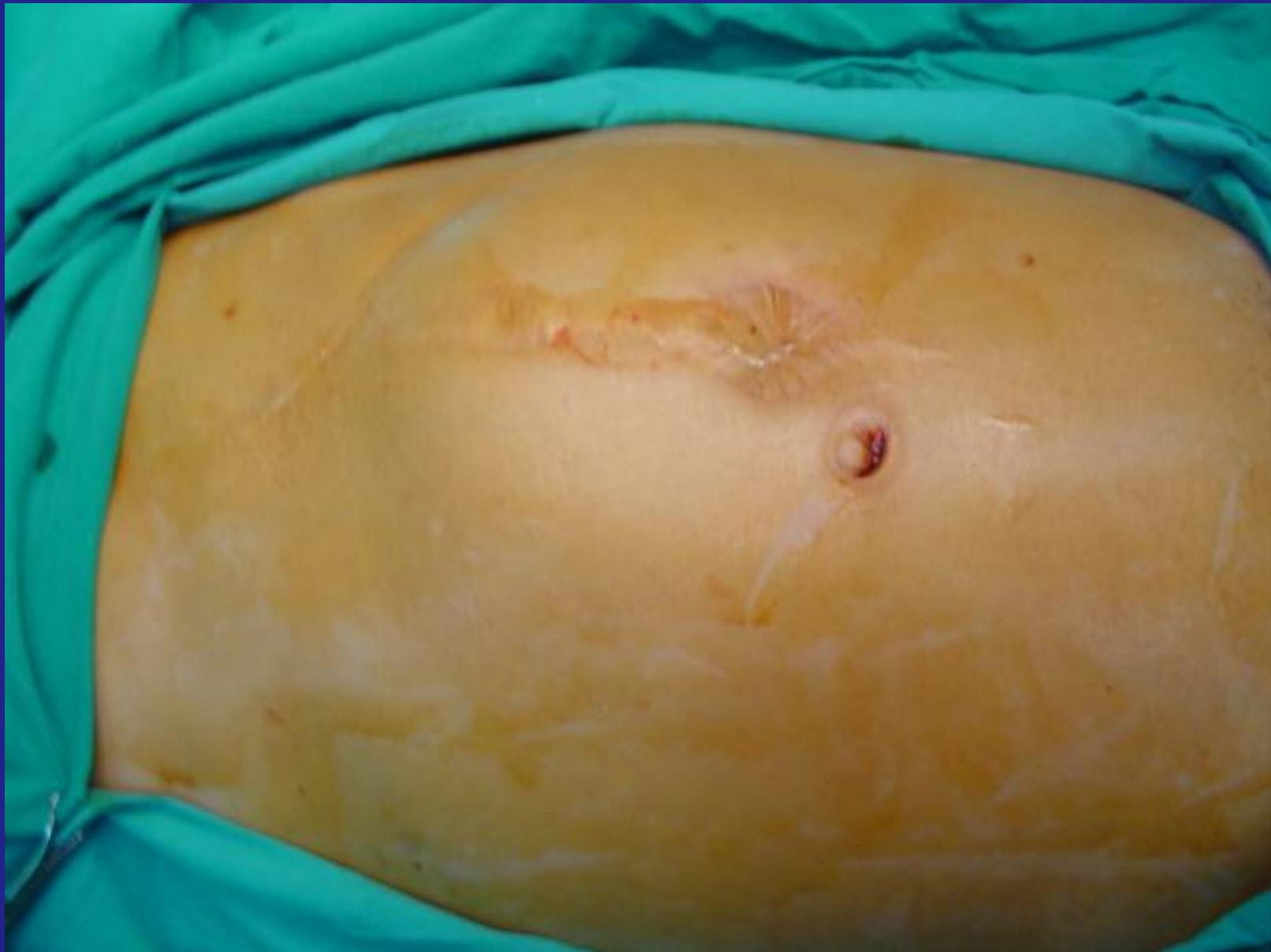
Bệnh sử, thăm TT Thay đổi thói quen đi tiêu, hay BS có K rồi về vô lại bụng chướng

Xoắn đại tràng sigma:  
Hình hạt cà phê hay ống nước

Bụng chướng lệch

- Dựa vào hình ảnh

Hiện giờ dựa và SA đặc biệt là CT để chẩn đoán nguyên nhân



# ĐIỀU TRỊ

## ■ Nguyên tắc: Nội khoa kết hợp Ngoại khoa

### ■ Nội khoa:

- Bù dịch

- Giải áp:

Túi thừa: thức ăn động từ ngày này qua ngày khác một ngày đep trôi khỏi đó đi vào lồng ruột gây tắc

CLS khác

Điều trị

- không phải mổ càng sớm là càng tốt do tắc có thể do ung thư
- Lao hồi manh trang có thể điều trị nội 2 tuần, không hết có thể mổ (lao hồi manh thường bán tắc trước rồi mới tắc)
- Càng về phía bên trái càng nhiều biến chứng (liên quan đến phân)

### Ống thông mũi-dạ dày

### Ống thông ruột

- Kháng sinh

- Theo dõi lâm sàng và XQ

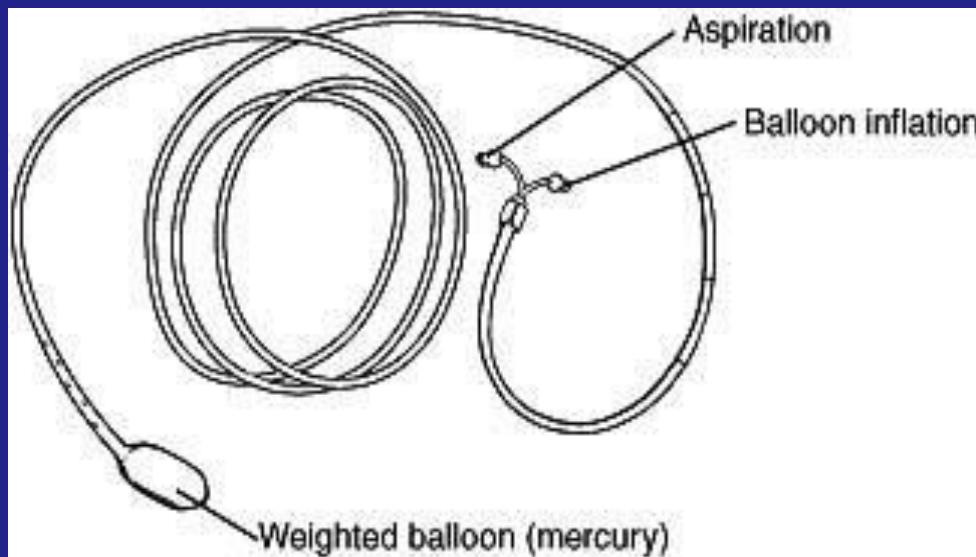
# Hút da dày-ruột

- CĐ: BN nhập viện có chẩn đoán tắc ruột hoặc chưa loại trừ tắc ruột **mà có bụng chướng**
  - Mục đích : + giảm áp → bớt chướng,bớt đau.
  - + ngừa trào ngược vào KQ
  - + chuẩn bị mổ
- Sonde mũi dạ dày hoặc mũi -ruột non.  
VN chủ yếu là mũi dạ dày
- ống Miller Abbott : có thể đặt đến sau môn vị hoặc đến góc Treitz , CĐ khi đặt sonde dạ dày không cải thiện được chướng bụng , nôn ói.





Nasogastric  
tube



Nasointestinal tube



# Bù nước- điện giải

- Dựa vào LS (HA , nước tiểu , thể trạng BN, CVP)  
CLS (Ion đồ , BUN , Crea )  
Này là tốt nhất
- Dùng dd NaCl , KCl , Lactate ringer để chỉnh lại cân  
Mất k nhiều thì cho KCl, không đi sâu bn giọt/phút bla bla. ĐI LS học  
bằng nội môi
- BN nhịn ăn uống: Lưu ý dịch duy trì + dịch đã và  
đang mất qua ống thông mũi-DD  
Trước mổ bù>=50% dịch mất và bù tiếp sau đó

# Kháng sinh

- Tắc ruột → ứ đọng dịch tiêu hoá trong lòng ruột → vi trùng phát triển.
  - Tắc nghẽn càng lâu dài → VT càng nhiều
  - Áp lực quai ruột dần tăng dần → VT có khả năng qua thành ruột vào máu hoặc vào ổ bụng.
- Thường dùng KS phở rộng (phòng ngừa hoặc điều trị), tác dụng chủ yếu đến VT đường ruột .

# ĐÁNH GIÁ HỒI SỨC NỘI KHOA

- Cải thiện: đỡ đau, hết nôn, bụng bớt chướng, nước tiểu nhiều hơn, M-HA cải thiện
- Không hiệu quả : đau tăng, có dấu hiệu viêm PM, nôn nhiều , bụng vẫn chướng , vẫn bí trung tiện, sinh hiệu - nước tiểu vẫn chưa cải thiện.

# THỜI ĐIỂM MỒ?

-Trước đây:

nghĩa là xử trí trước 12h

NEVER LET THE SUN RISE OR FALL ON A  
PATIENT WITH BOWEL OBSTRUCTION

Do có CT vs hồi sức tốt

- Hiện nay : Tắc ruột do bít có thể hồi sức nội khoa  
**Chú trọng HS**  
đến 24-48h. **có thể tới 72h**

Tắc ruột do thắt: HS + mổ khẩn

Nếu LS vs HA nghi ngờ nhiều thì mổ ngay, để lặp lại lưu thông ruột(1st) và giải quyết nguyên nhân nếu được

# PHẪU THUẬT

Nhằm: Lập lại lưu thông ruột<sup>1st</sup>  
Lấy bỏ nguyên nhân (nếu được)

Chỉ định mổ :

- Tất cả TR DO THẮT (không cố chờ hồi sức)  
Chỉ nghỉ ngò cung mổ luôn
- TR do dính sau mổ không bớt với điều trị nội  
tắc do dính mà không thắt thì thử DT nội do càng mổ càng dính,  
đt nội thử. không đáp ứng dt nội là 24-48h không tiến triển tốt
- Tắc đại tràng  
Do khả năng nở, quai kín
- Tắc ruột hoàn toàn do nguyên nhân khác (sỏi  
Ruột non, khác do dính  
mật, bã thức ăn, búi giun, lao HMT...)

# PHẪU THUẬT

Vô cảm

Gây mê NKQ với hàm lượng Oxy trong khí mê cao  
Các loại vô cảm khác khi phẫu thuật đơn giản

Đường rạch

Khi biết nguyên nhân, đi đường thuận lợi cho phẫu thuật

Thoát vị bẹn

Rạch đường bẹn

Giun đũa

Rạch đường dưới rốn hay hố chậu phải

Ung thư ĐTT

Phụ thuộc vào PT cắt ĐT, nối tắt, HMNT

Lao HMT

Đường giữa dưới rốn hay đường trắng phải

Đường giữa dưới rốn được dùng nhiều nhất

## Đánh giá thương tổn ruột

### *Dịch ổ bụng*

Trong vàng      Dịch thấm từ ruột dãn trên chỗ tắc

Đục tìm cho ra    Khi có nhiễm trùng, hoại tử thủng,

Có nước máu thắt thắt nhiều Xoắn ruột, TR do dây thắt

thì máu đậm, hoại tử thì mùi hôi

Ruột              Hồng hào trơn láng, Hoại tử tím đen,

### *Tìm chỗ tắc*

Ranh giới giữa ruột dãn và ruột xẹp

Manh tràng xẹp khi tắc ở ruột non, dãn khi tắc ở  
đại tràng

Xử trí tắc ruột: khác nhau tùy theo nguyên nhân

### Tắc do dính

Gỡ dính (mở, nội soi). Gỡ từ chỗ tắc đến HMT  
vs ruột non.

Nếu gỡ ko được hay được mà thấy đoạn ruột tổn thương nhiều quá  
Cắt đoạn ruột Khi mất nhiều thanh mạc

Nối tắt, mở thông Dính nhiều không gỡ được  
không cắt thì nối Mở thông là biện pháp cuối

*Thoát vị nghẹt*

Giải phóng cổ thoát vị

Nếu ruột đã hoại tử phải cắt ruột

*Lồng ruột trẻ còn bú* Tháo lồng bằng hơi, bằng nước,

bằng barít

Các TH trên không được  
PT tháo lồng bằng tay, có khi phải  
cắt ruột

*Lồng ruột người lớn*

Cắt đoạn ruột

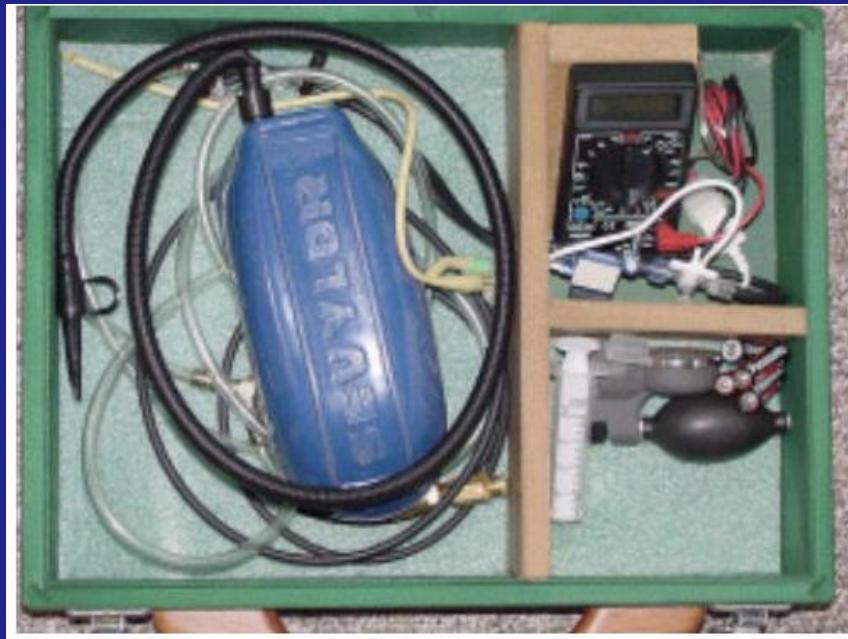
*Vật lạ trong lòng ruột*

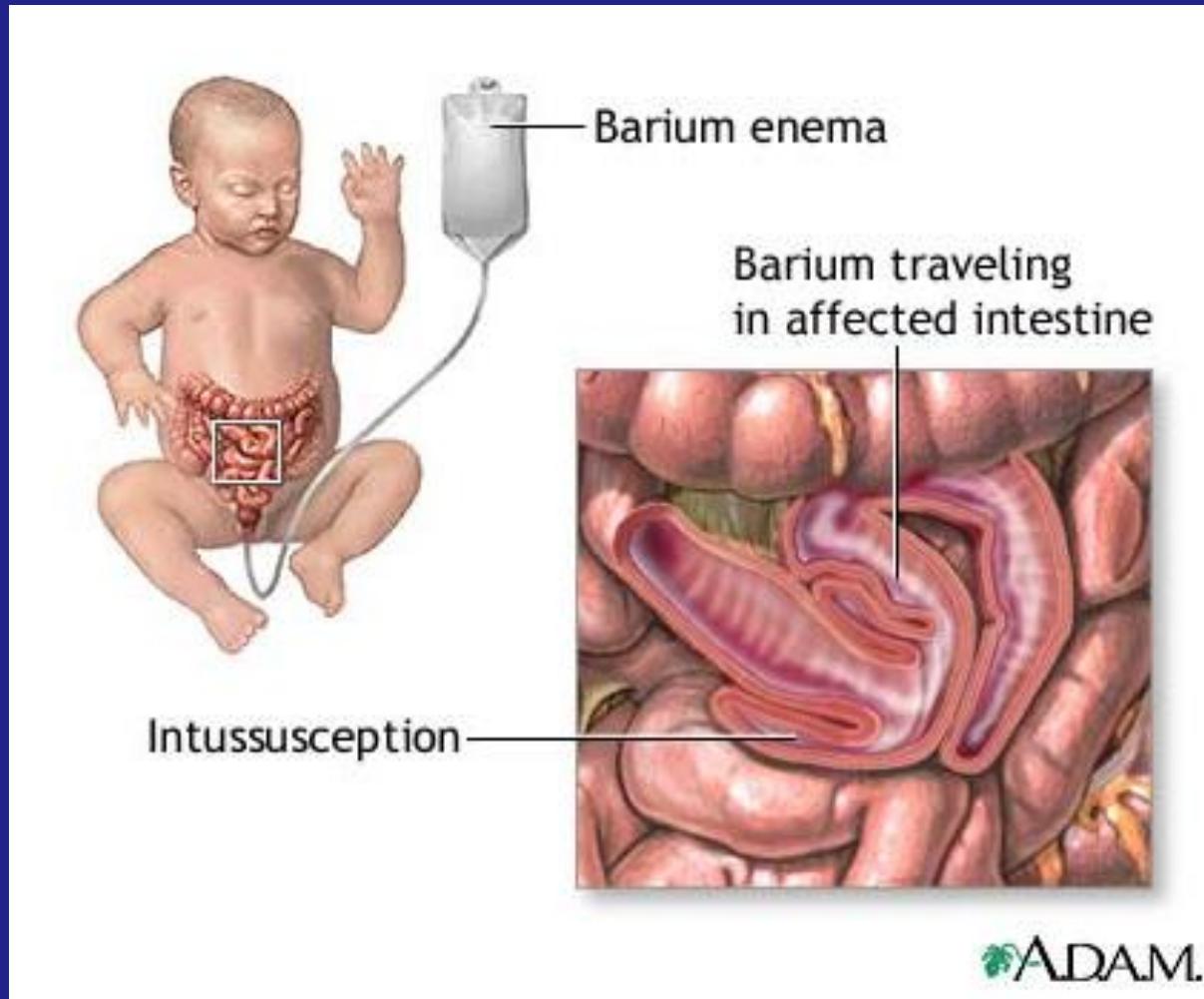
Mở ruột lấy vật lạ, khâu kín

Đẩy bã thức ăn qua MT

Thức ăn gần góc hồi manh tràng thì làm nhỏ vs đẩy qua van

# Dụng cụ tháo lồng bằng hơi





ADAM.

Tháo lồng bằng baryt

**Figure 2. The child is placed in the plastic enema ring, and an 18-F Foley catheter is inserted into the rectum.**



Khong P L et al. Radiographics 2000;20:e1-e1

RadioGraphics

©2000 by Radiological Society of North America

Tháo lồng bằng nước

**Figure 3. Continuous US guidance is provided during hydrostatic reduction.**

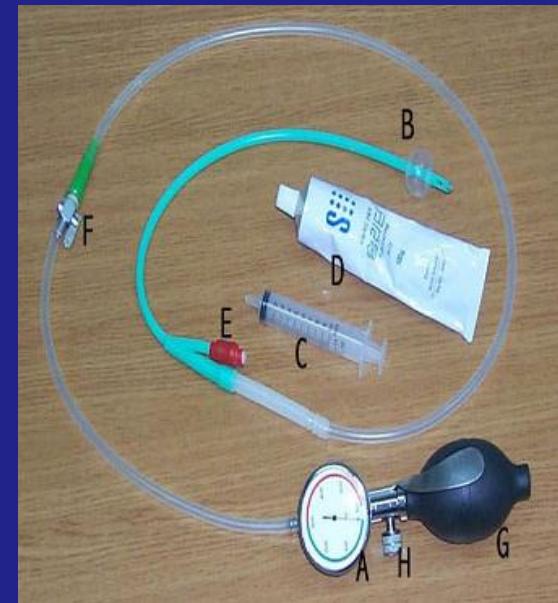


Khong P L et al. Radiographics 2000;20:e1-e1

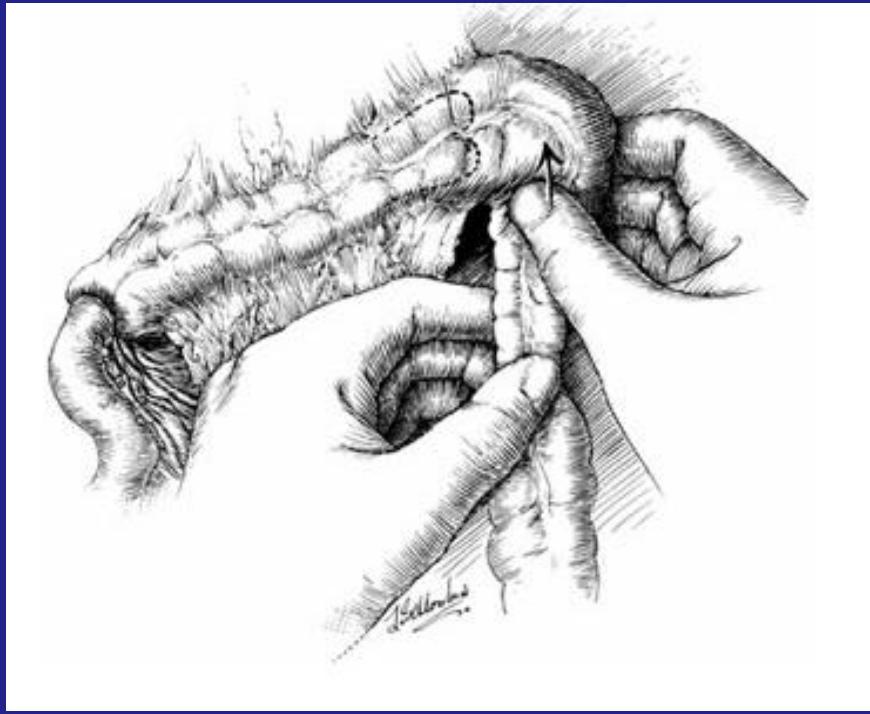
RadioGraphics

©2000 by Radiological Society of North America

Tháo lồng bằng nước



Tháo lồng bằng hơi



**Không phải nắn kéo mà phải đẩy ngược**

Tháo lồng bằng tay



hoại tử đen rồi thì cắt





Lòng ruột hoại tử

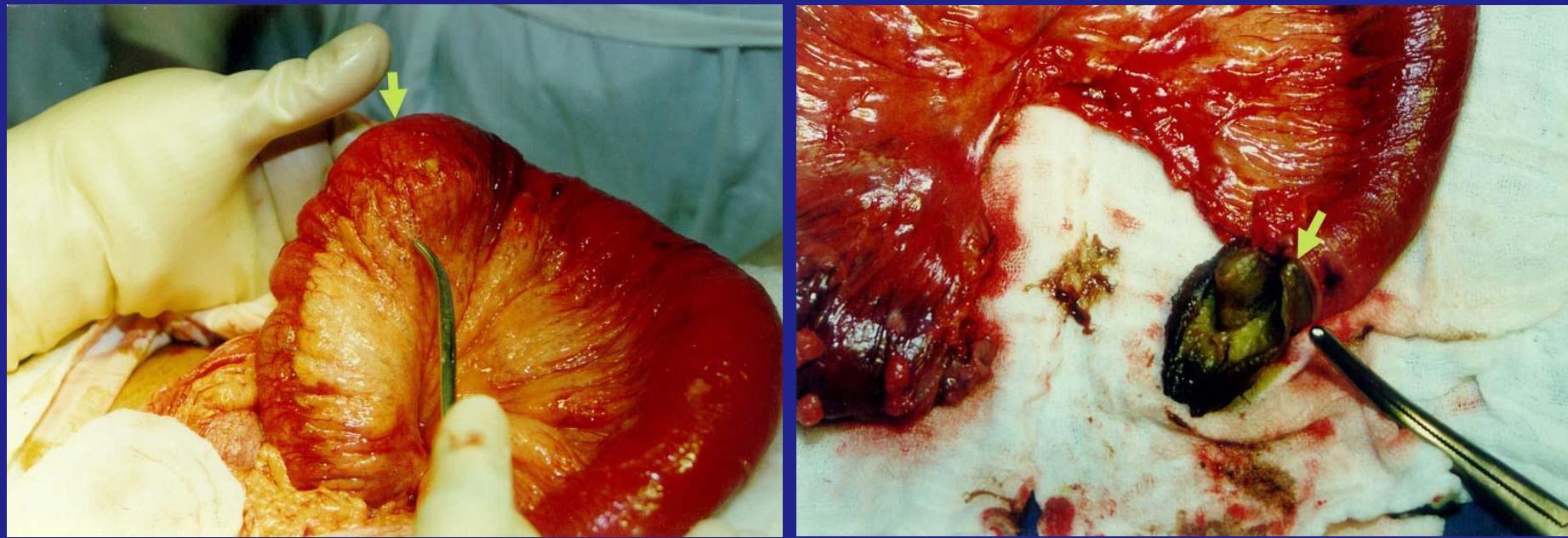


Búi giun xé ra lấy





Thức ăn. Gần hồi manh tràng thì làm nhỏ rồi đẩy qua van. Ở xa thì mổ lấy ra



Nấm ăn vô thì nở ra

## Xoắn ruột non

màu hồng hào, tái táí thì ok, dịch hồng nhẹ

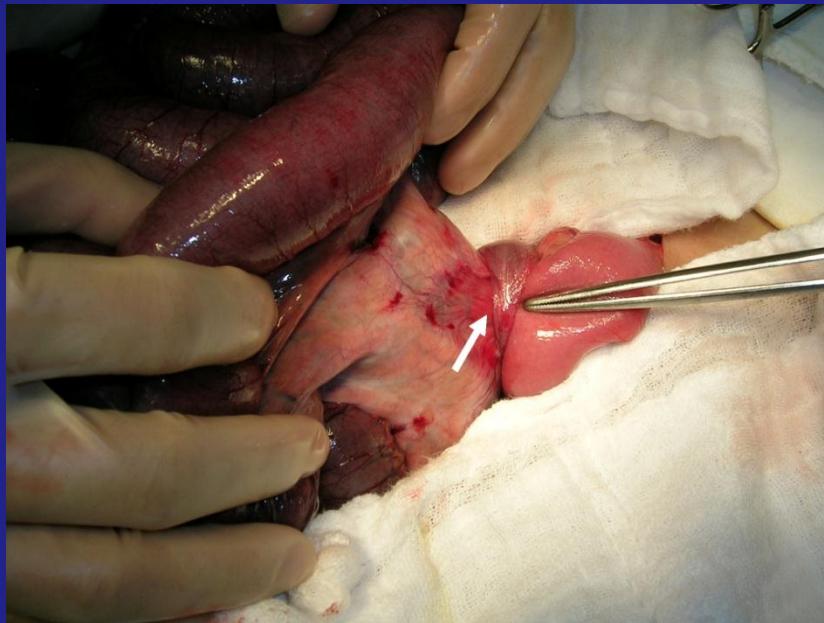
Ruột còn tốt

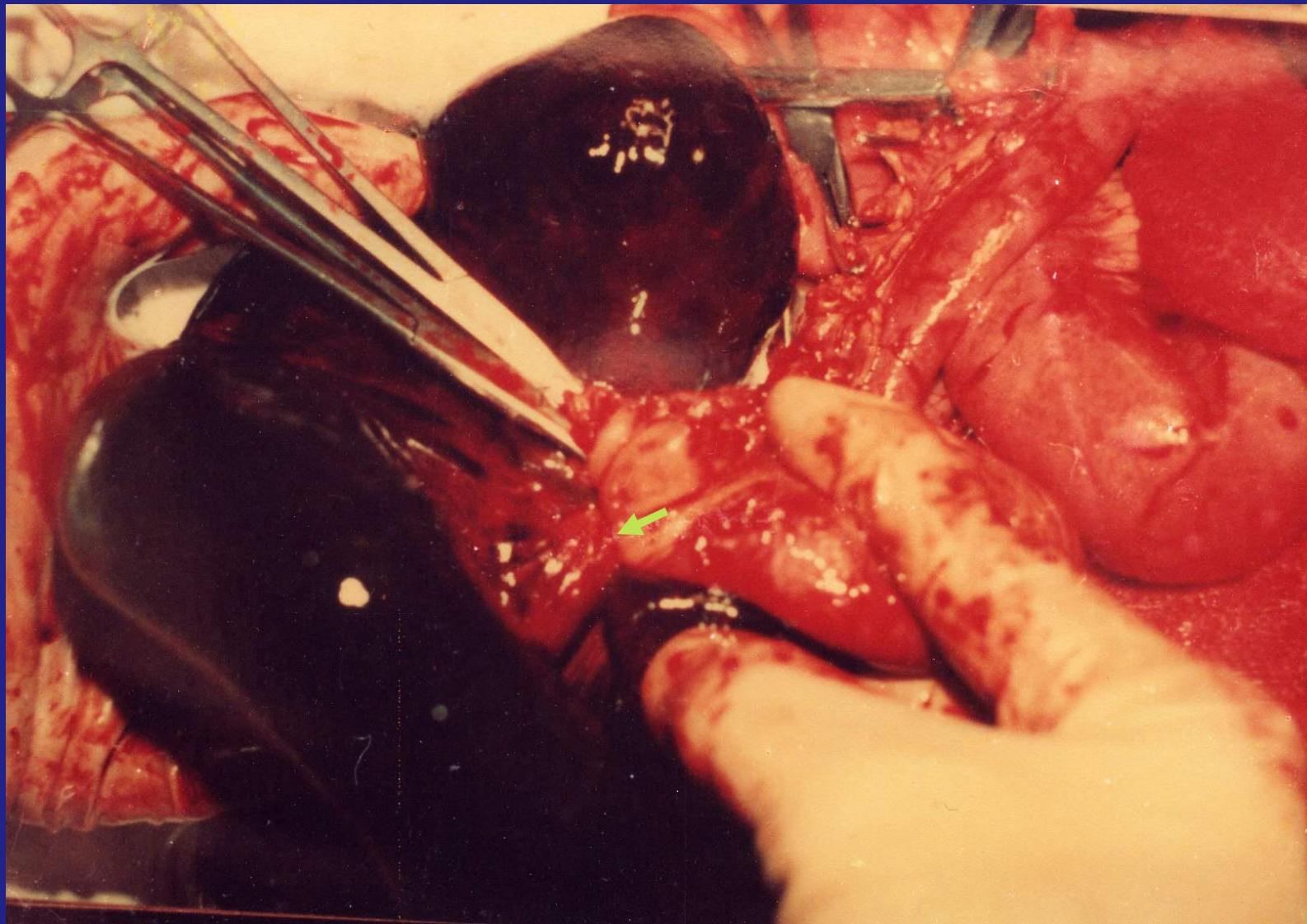
Tháo xoắn ngược với chiều xoắn

Ruột hoại tử

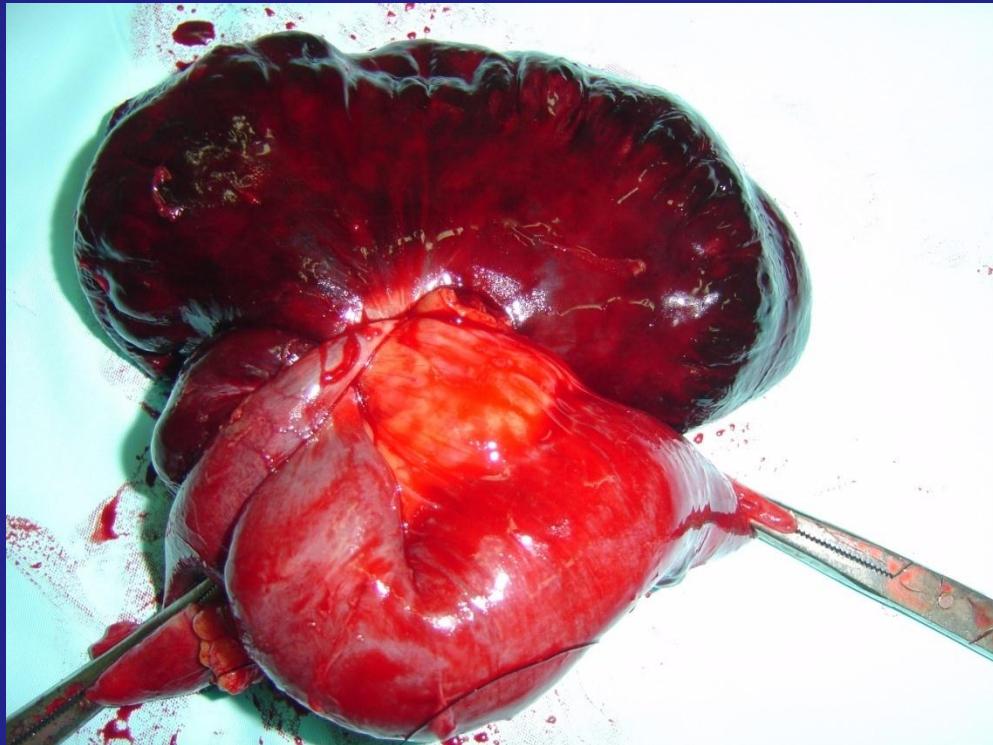
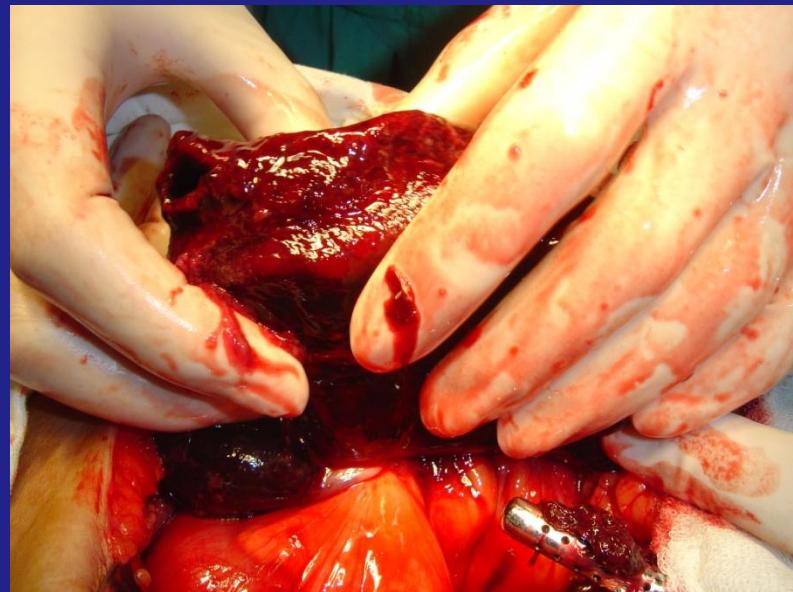
tháo thì nhiễm độc mất

Cắt ruột, không tháo xoắn





**Kinh nghiệm của thây là cắt thì phải mà vô rửa bụng trước**



## Xoắn đại tràng chậu hông

Đặt ống thông trực tràng qua nội soi

Chỗng chỉ định mổ như lớn tuổi mà đến sớm

Tháo xoắn cố định, PT Hartmann, Cắt nối ngay  
đính lên thành bụng neo nó lại

Nếu không hoại tử

## Ung thư đại tràng (P)

Cắt đại tràng (P) hay nối tắt

Nếu cắt được thì cắt nối 1 thì, không được thì nối tắt

## Ung thư đại tràng (T)

HMNT trước đây làm HMNT sau đó ổn thì cắt nối

PT nhiều thì (2 hay 3 thì)

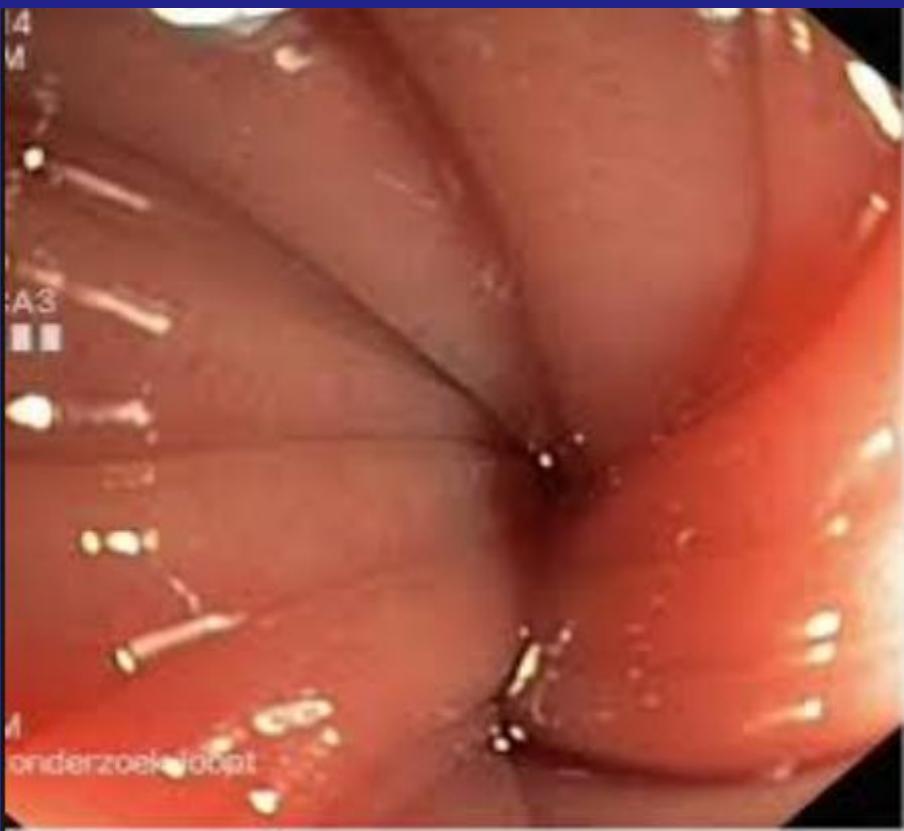
Nay có thể 1 thì mà rửa đại tràng trong mổ

Cắt nối có rửa ĐT trong mổ

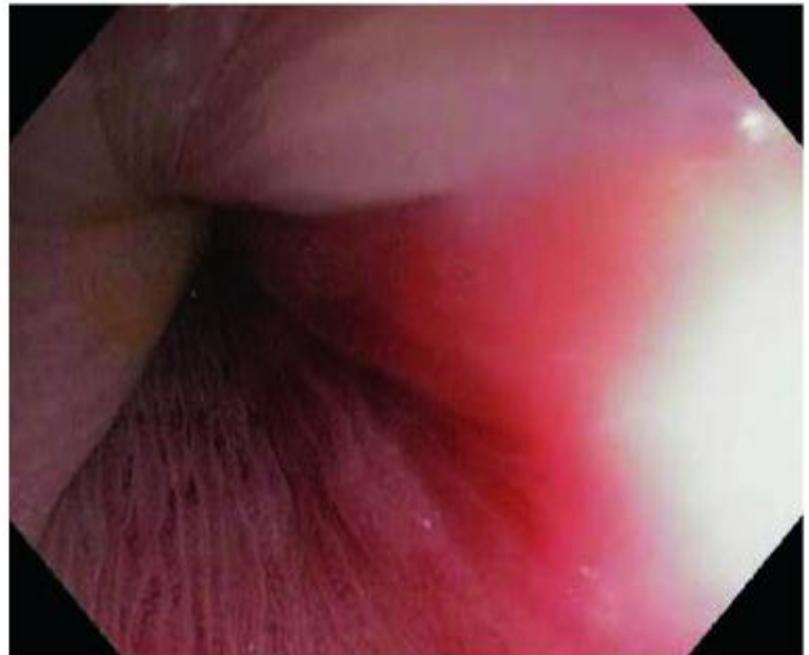
## Ung thư trực tràng

Làm hậu môn nhân tạo ĐTCH

HMNT rồi mổ CT sau



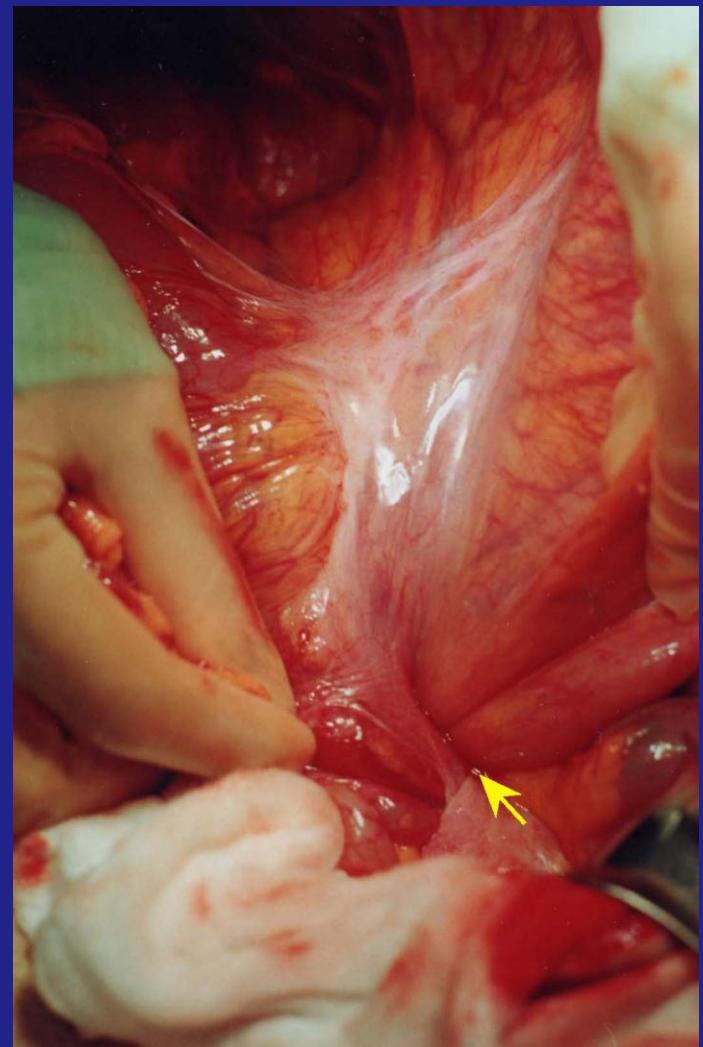
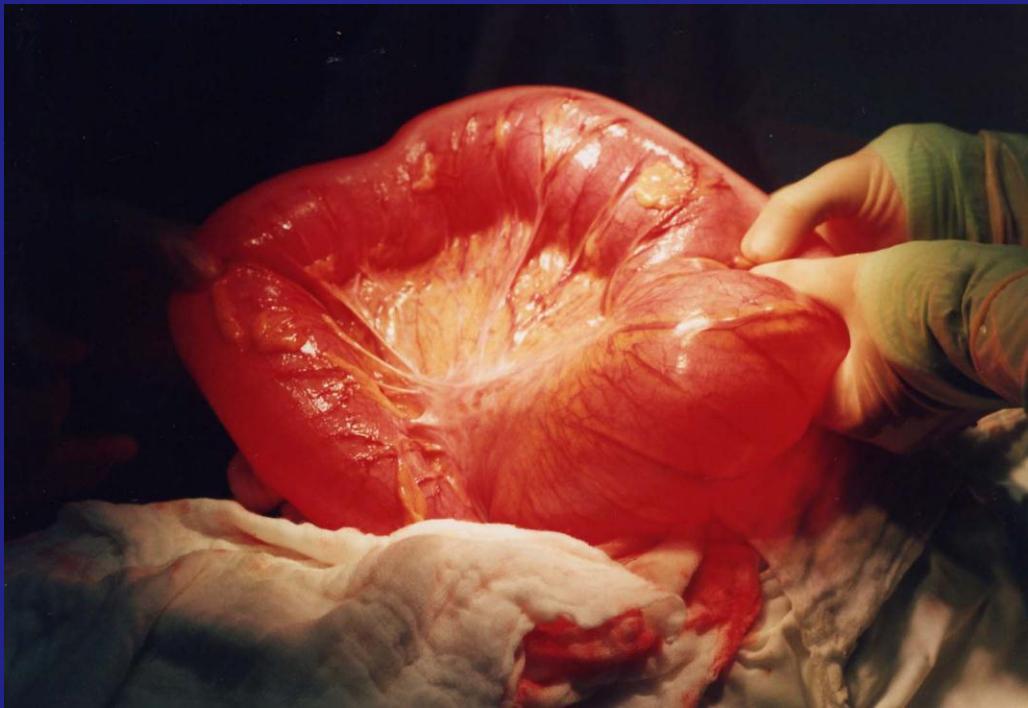
Toffee sign

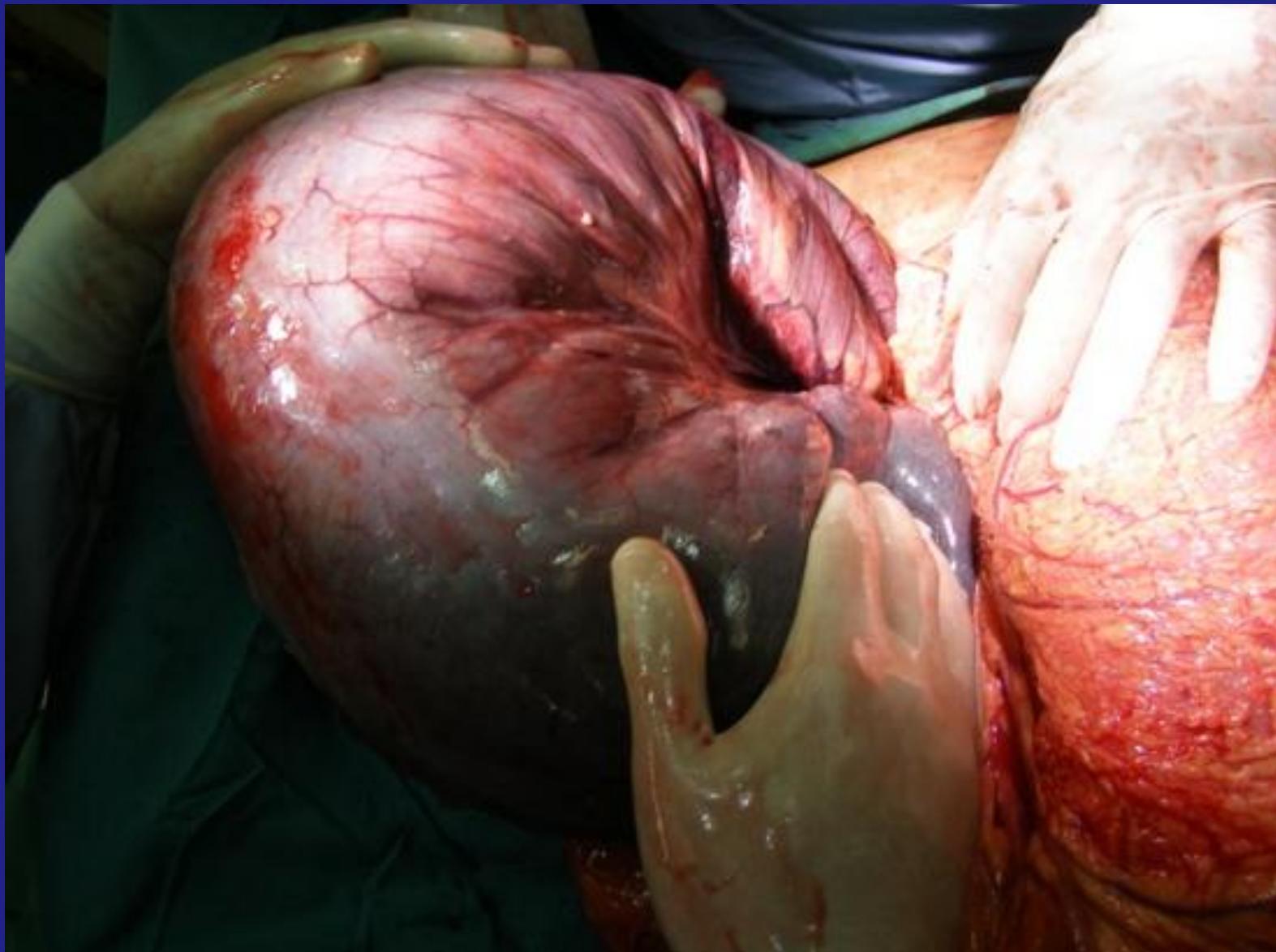


**Figure 3** Endoscopic image showing the spirally twisted rectal or converging mucosa (a “whirl” sign) at the rectosigmoid junction signifying the distal point of torsional obstruction.



**Figure 5** Image showing a colon decompression drainage tube (white colored) being advanced over the guide wire into the untwisted and decompressed sigmoid colon.





Cắt rồi nối 1 thì được do còn hồng hồng



cắt



**Lao hôi manh tràng có thể mổ cắt bỏ khỏi này nối lại hôi tràng đại tràng lên.**

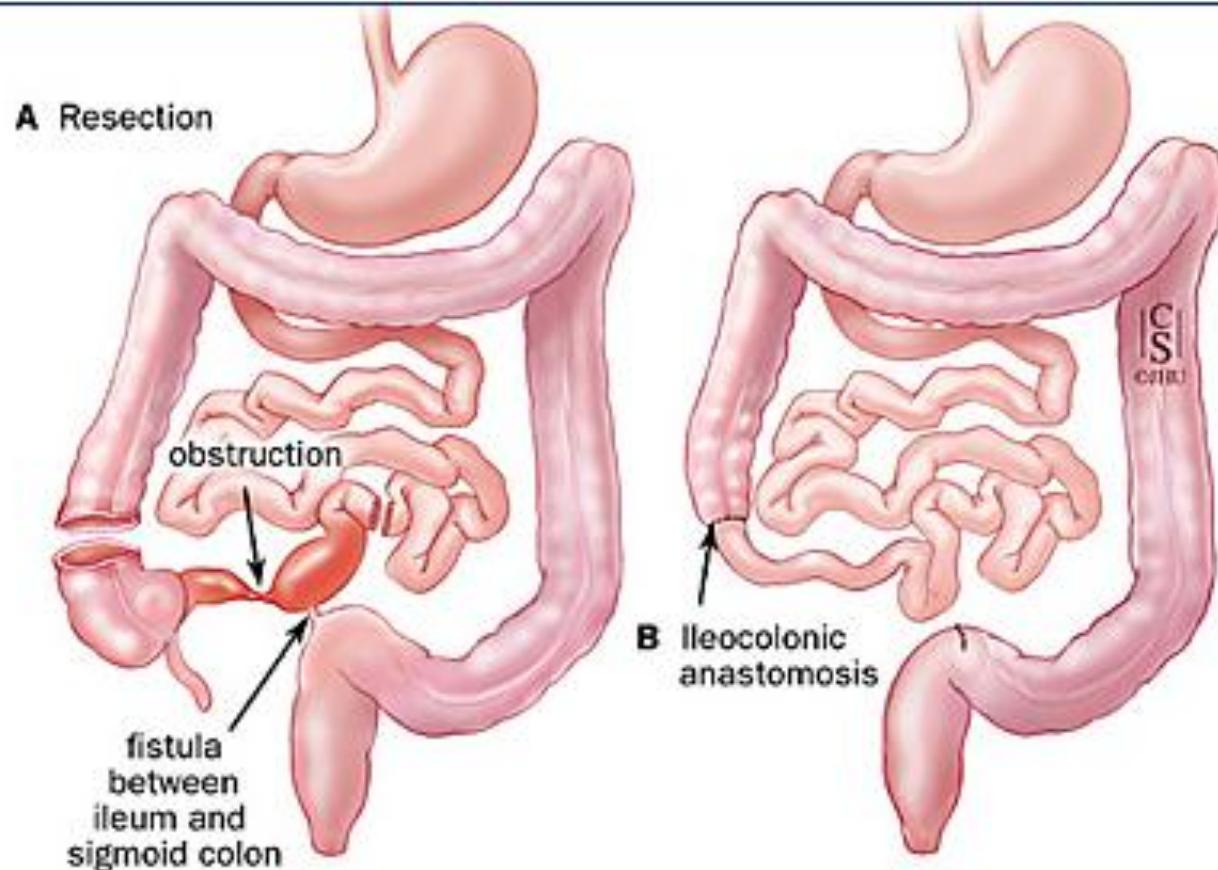
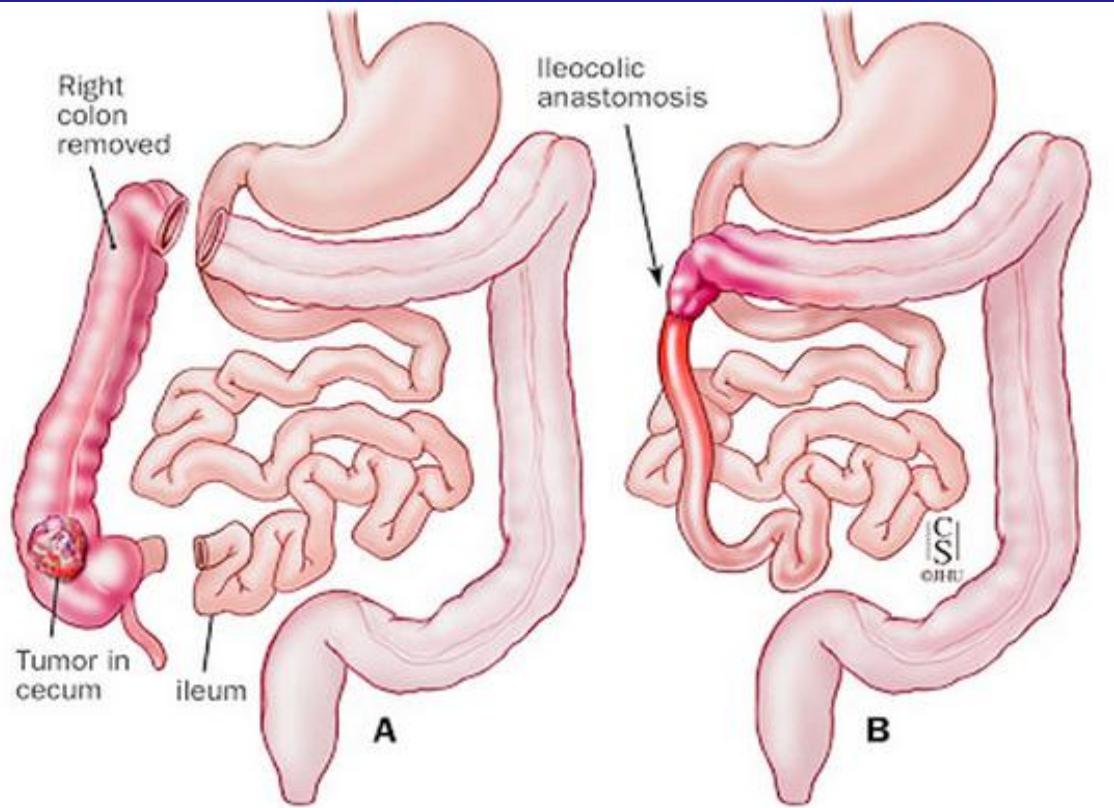
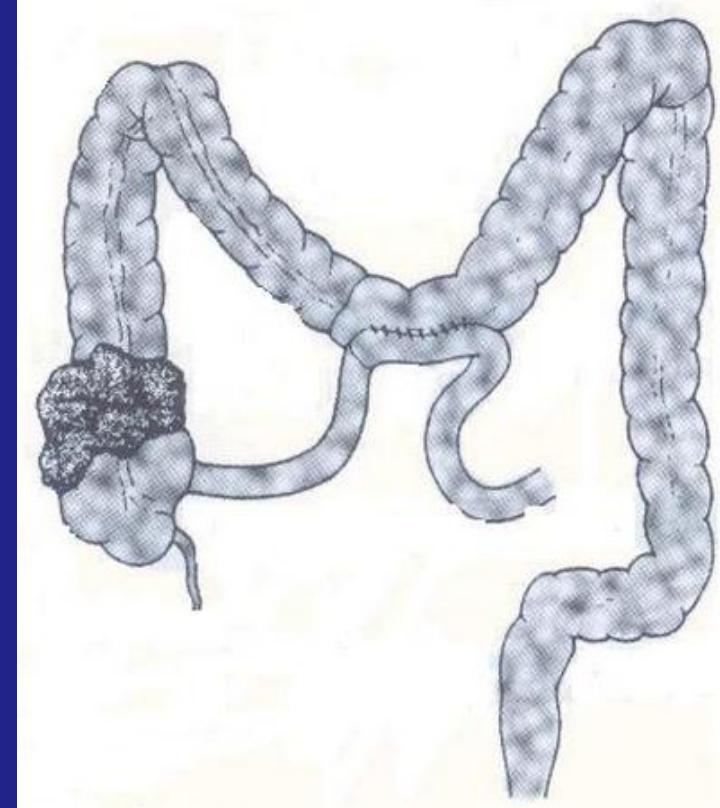


Figure 23. A, Ileal obstruction; B, repaired with ileocolonic anastomosis.

Cắt hòi – manh tràng

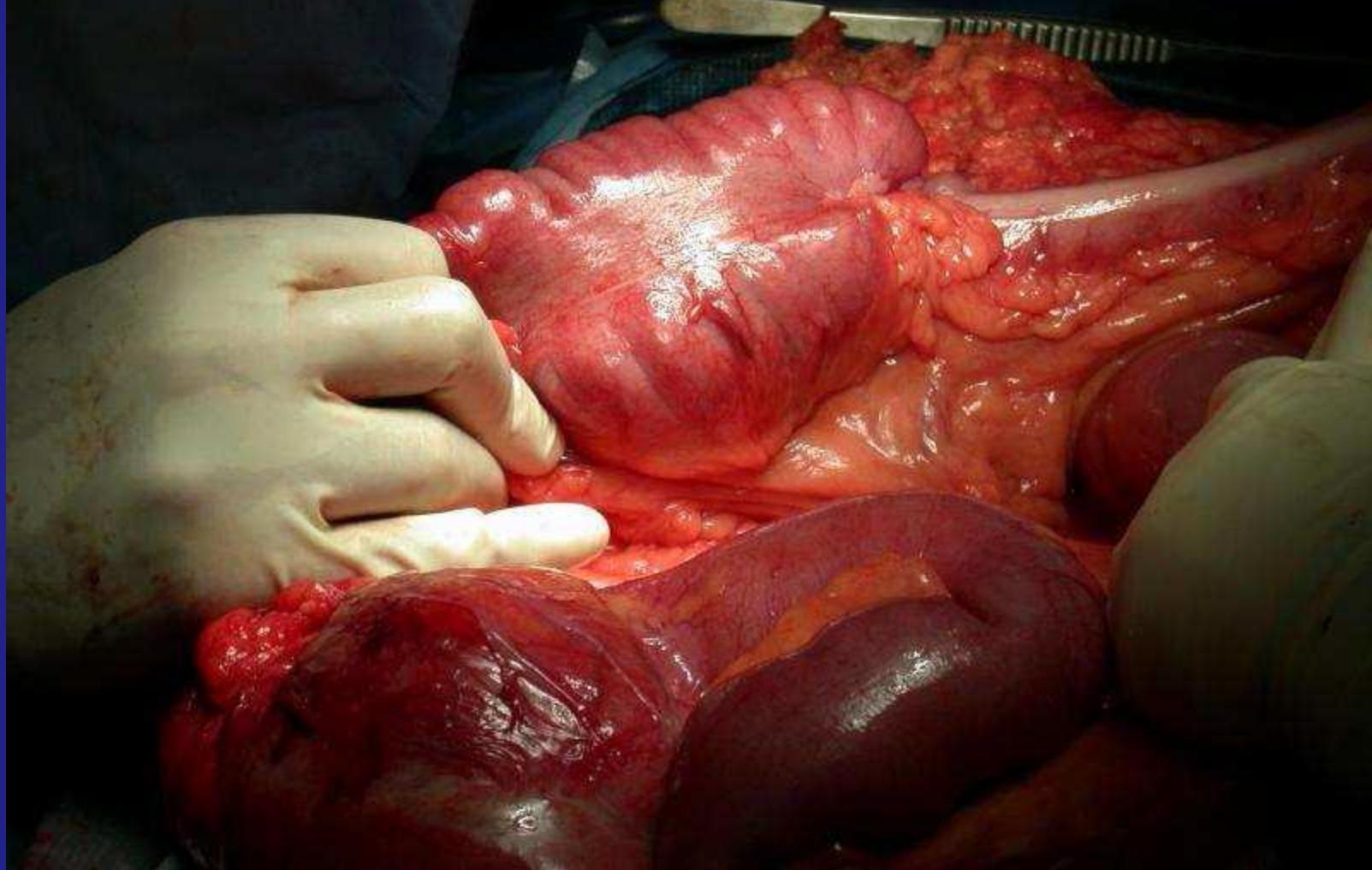


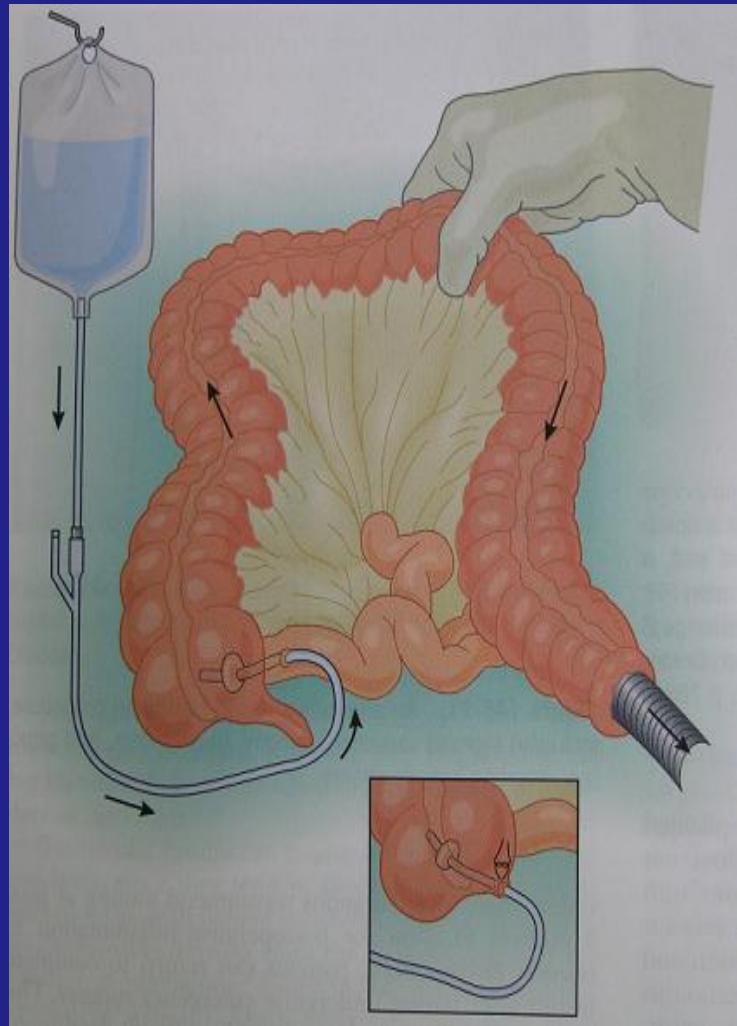
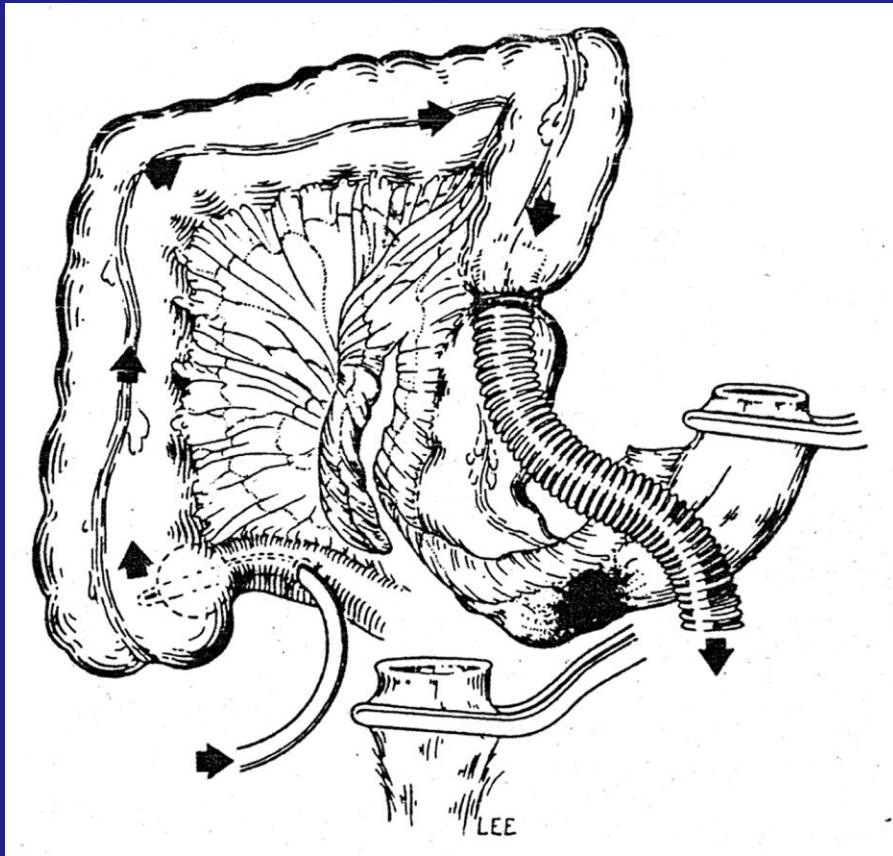
**K mà cắt được**  
**Cắt đại tràng phải**



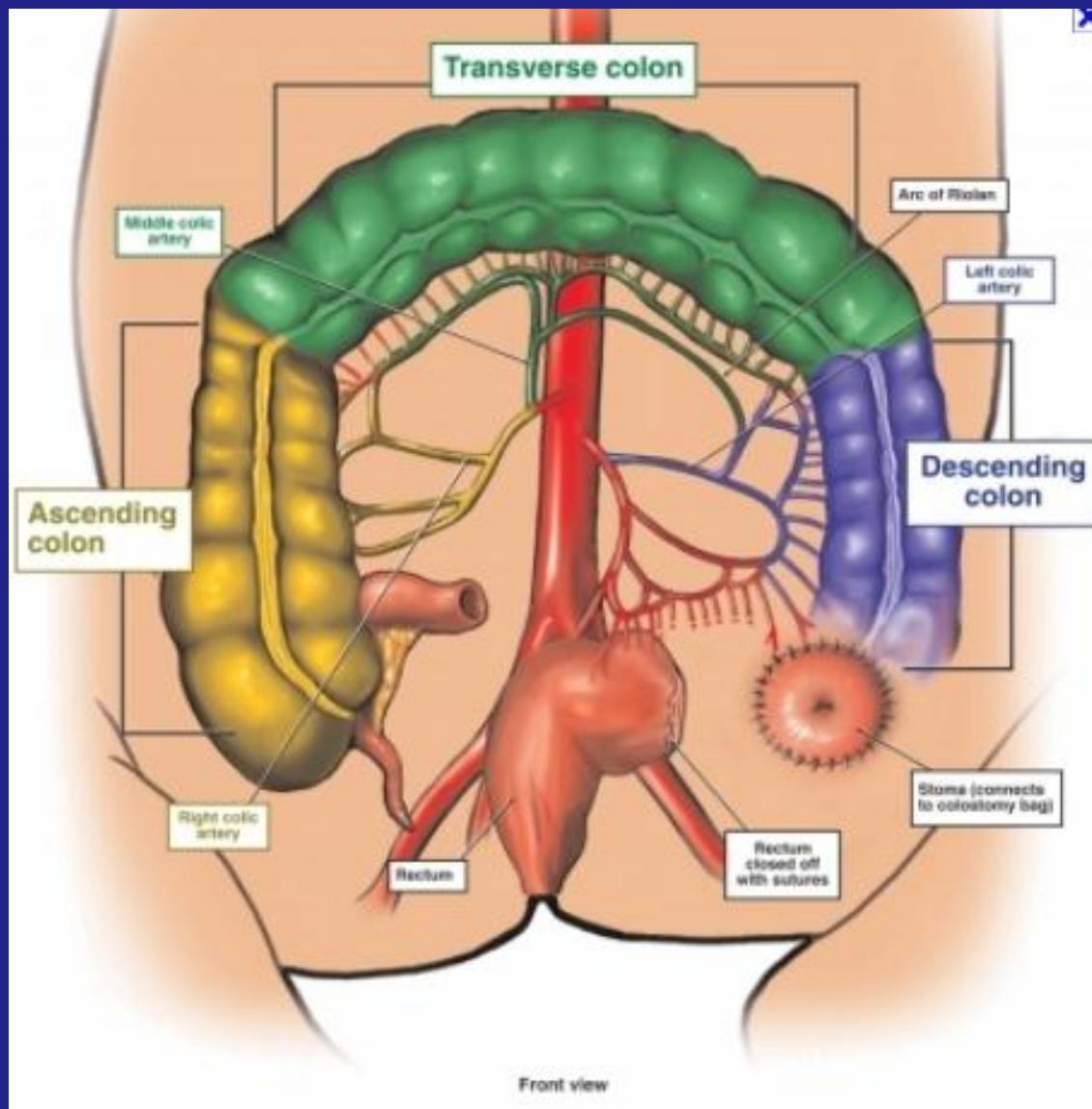
**Không cắt được thì nối**  
**Nối hòi- đại tràng ngang**

Adrian P. Ireland



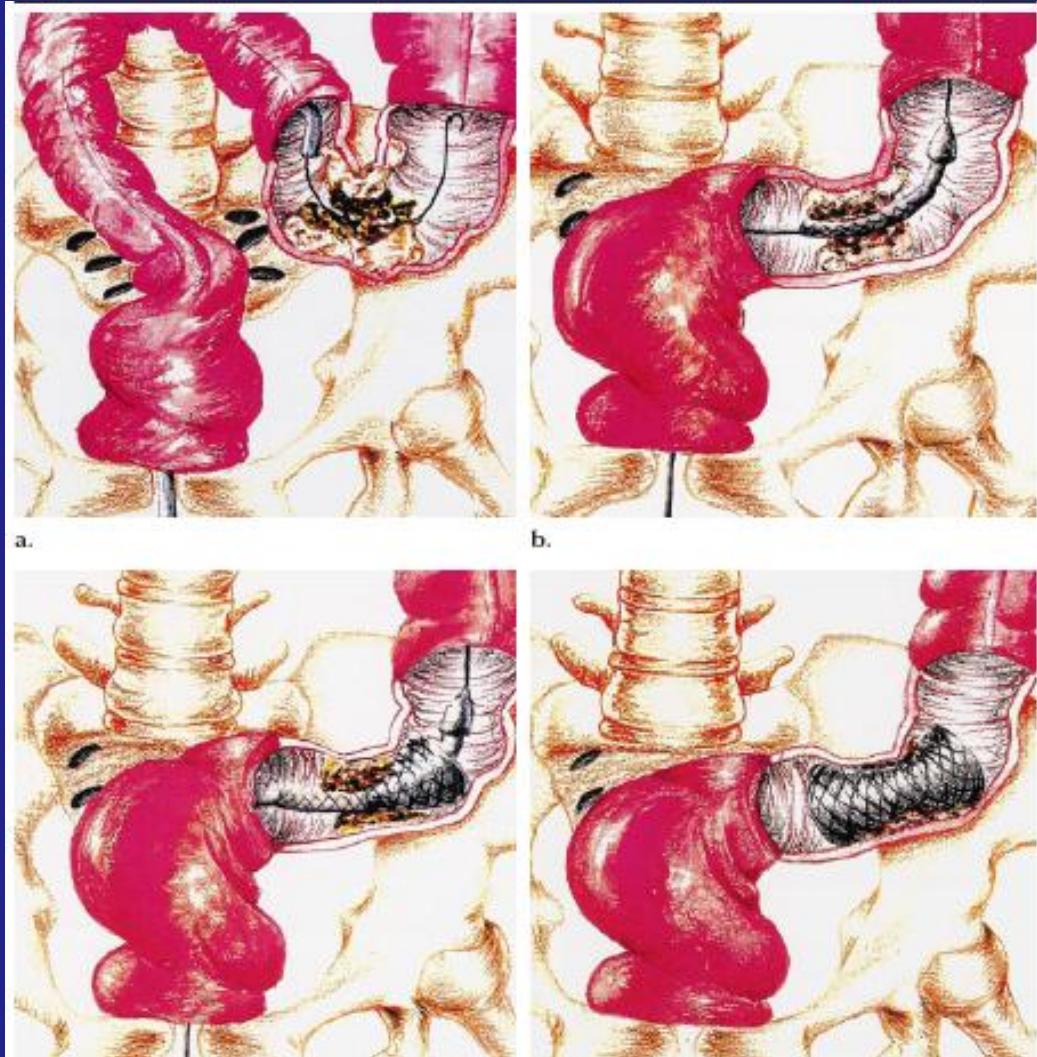


Cắt ĐT trái, rửa ĐT trong mổ



u đại tràng sigma vs đại tràng xuống gây tắc thì cắt lấy phía trên làm HMNT  
Phẫu thuật Hartmann

# Đặt stent trong tắc đại tràng do ung thư



Nghe giảng méo hiểu

# SĂN SÓC SAU MỔ

## *Hút dạ dày*

Giảm chướng bụng, ruột được nuôi dưỡng tốt hơn

Đỡ khó thở do bụng chướng và do dạ dày ứ nước

Hút cho tới khi trung tiện trở lại **nghe nhu động ruột nhiều rồi**

## *Bồi phụ nước-điện giải*

Căn cứ **50% sau phẫu thuật** tình trạng mất nước và lượng nước tiểu

Căn cứ vào vị trí tắc và điện giải đồ

## *Kháng sinh*

*Phát hiện sớm Viêm phúc mạc, Tắc lại*

## Tài liệu tham khảo

- 1.Cohn I. (1985). Intestinal Obstruction. *Trong Bockus'Gastroenterology*, 4<sup>th</sup> Edit, WB Saunder Company: 2056-2080.
- 2.Ever BM (2001). Small Bowel. *Trong Textbook of Surgery*, 16<sup>th</sup> Edit, WB Saunder Company: 882-888.
- 3.Frimann-Dahl J (1973). The acute abdomen. *Trong Alimentary tract roentgenology*, 2<sup>nd</sup> Edit, The CV Mosby Company: 185-212.
- 4.Nguyễn Đình Hối (1992). Tắc ruột cơ học. *Trong Bệnh ngoại khoa đường tiêu hóa*, Đại học Y-Dược TP.HCM: 131-163.
- 5.Summer RW (1999). Approach to the patient with ileus and obstruction. *Trong Yamada's Textbook of Gastroenterology*, 3<sup>rd</sup> Edit, Lippincott Williams & Wilkins: 842-854.