

Sách bệnh học ngoại khoa tiêu hóa

Thursday, June 10, 2021 4:07 PM

The screenshot shows a digital book interface with a dark background. At the top, the title 'Bệnh học Ngoại khoa tiêu hóa' is displayed in a large, bold, white font. Below the title, the subtitle 'Nội Lục' is visible. The main content area is a table of contents (MỤC LỤC) listing 23 chapters, each with a title, author, and page number. The chapters are organized into two main sections: 'PHẦN I: BÀI CHÍNH' and 'PHẦN II: BÀI ĐỘC THÈM'. The table of contents is as follows:

CHAPTER	TITLE	AUTHOR	PAGE
BÀI 1: VIỄM RUỘT THỦA CẤP	Nguyễn Văn Hải, Dương Bá Lập	8	
BÀI 2: THÙNG Ô LOÉT DÀY TÁ TRẮNG	Hoàng Đình Thuy, Nguyễn Văn Vinh Lộc	32	
BÀI 3: HỘI CHÙNG Ứ DỘNG DÀY - HỆP MÔN VI	Hoàng Đình Tân, Nguyễn Phúc Minh	49	
BÀI 4: TÁC RUỘT CƠ HỌC	Nguyễn Văn Hải, Đặng Trường Thái	75	
BÀI 5: CHÂN THƯƠNG GAN	Nguyễn Quốc Vinh	101	
BÀI 6: CHÂN THƯƠNG LÁCH	Dương Bá Lập, Trần Hồ	121	
BÀI 7: UNG THƯ THỦC QUẢN	Lâm Việt Trung, Trần Phùng Dũng Tiến, Nguyễn Văn Vinh Lộc	138	
BÀI 8: CO THÁT TÂM VI	Lâm Việt Trung, Nguyễn Phúc Minh, Nguyễn Phúc Đạt	157	
BÀI 9: UNG THƯ DÀY	Võ Duy Long, Nguyễn Văn Tuấn Anh	177	
BÀI 10: UNG THƯ ĐẠI TRẮNG	Nguyễn Hữu Thịnh, La Minh Đức	194	
BÀI 11: UNG THƯ TRỰC TRẮNG	Ung Văn Việt, Trần Đức Huy	220	
BÀI 12: VIÊM TÚI THỦA ĐẠI TRẮNG	Lê Huy Lai, Nguyễn Tuân Anh	239	
BÀI 13: SỎI ĐƯỜNG MẶT CHÍNH	Lê Quang Anh Tuân, Vũ Quang Hùng	261	
BÀI 14: SỎI TÚI MẶT	Nguyễn Hồng Sơn, Đặng Quốc Việt, Phan Minh Trí	286	
BÀI 15: UNG THƯ QUANH BÓNG VATER	Phan Minh Trí, Võ Trường Quốc	312	
BÀI 16: UNG THƯ TẾ BẢO GAN	Trần Công Duy Long, Lê Tiến Đạt	333	
BÀI 17: THOÁT VỊ BỆN DÚI	Phạm Hữu Thông, Trần Lang Lập	359	
BÀI 18: ÁP XE CẠNH HẬU MÔN	Nguyễn Trung Tin	381	
BÀI 19: RỎ HẬU MÔN	Lê Châu Hoàng Quốc Chuong, Trần Hoàng Ngår	400	
BÀI 20: BỆNH TRĨ	Lê Châu Hoàng Quốc Chuong, Trần Hoàng Ngår	421	
PHẦN II: BÀI ĐỘC THÈM			
BÀI 21: VIỄM TUY MÃN - SỎI TUY	Phan Minh Trí, Phạm Hồng Phú	440	
BÀI 22: BỆNH ĐA POLYP ỐNG TIÊU HÓA	Nguyễn Tạ Quyết	456	
BÀI 23: U MỎ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA	Nguyễn Hồng Sơn, Phan Minh Trí	469	

At the bottom of the interface, there is a navigation bar with icons for back, forward, search, and other functions. The text 'Cuộn để biết thêm chi tiết' is displayed in the center of the bottom bar.

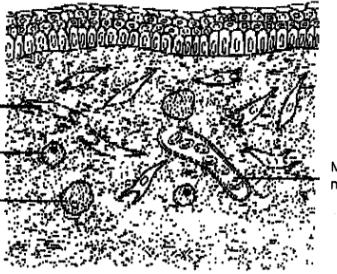
1. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa
2. Ngoại khoa ống tiêu hóa
3. Ngoại khoa cơ sở
4. Cấp cứu ngoại tiêu hóa

Sự lành vết thương

01 October 2022 10:47

- Khối lượng mô bị thương tổn + mức độ nhiễm trùng = ảnh hưởng thời gian và chất lượng lành VT.
- VT nhô, sạch, kín lành nhanh **ít đẻ sẹo hơn** VT rộng, hở, bẩn.

Giai đoạn tạo cục máu đông	<ul style="list-style-type: none"> - Sau mô thương tổn: Mm lập tức co lại + tiểu cầu đến hình thành cục máu đông. - Hoạt hóa prothrombin thành thrombin - Thrombin biến Fibrinogen thành Fibrin làm chắc cục máu đông - VT ngưng chảy máu. 	<p>Hình 1. Giai đoạn tạo cục máu đông</p>
Giai đoạn viêm	<ul style="list-style-type: none"> - Sau co mạch, mạch máu tại chỗ dãy (do kinin, bỗn thể, PG) - BC (trước tiên: Đa nhân trung tính; sau đó: đơn nhân + protein huyết tương) đến VT <ul style="list-style-type: none"> • Đa nhân trung tính: dọn mạch mõi TB hoại tử, vật lõi, vi khuẩn. • Bỗn thể: thu hút BC đa nhân trung tính, giúp tiêu diệt VK. • BC đơn nhân: đến sau, biến thành đại thực bào có vai trò chủ yếu trong lành vết thương. - Thực bào: dọn sạch mô hoại tử + xác VK, sản xuất cytokines <ul style="list-style-type: none"> • Cytokines hoạt hóa + thu hút TB nội mõi, nguyên bào sợi và TB biểu mõi chuẩn bị cho lành vết thương. <p>→ Thiếu hụt BC đơn nhân, thực bào ảnh hưởng nghiêm trọng quá trình lành VT với nhiều mô hoại tử, chậm trễ trong sinh sản nguyên bào sợi và không đủ mm tăng sinh.</p>	<p>Hình 2. Giai đoạn viêm</p>
Giai đoạn tạo mô sợi	<ul style="list-style-type: none"> - 1st: Xuất hiện mô hạt màu đỏ <ul style="list-style-type: none"> • Kết quả sinh sản TB nội mõi tạo mạng mao mạch ở vị trí vết thương. • Nguyên bào sợi sinh sản + tổng hợp chất nền (matrix) gian bào mới • 2 hành động trên: được kích thích bởi tiểu cầu + SP của thực bào. <p>⇒ Sự tạo lập mô hạt rõ nhất trong lành VT kỳ 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chất nền (matrix) chỉ là tạm thời <ul style="list-style-type: none"> • Gồm: Fibrin, glycoaminoglycan (GAG), hyaluronic acid • Hyaluronic acid: cung cấp chất gian bào thúc đẩy di chuyển của các TB - Glycoprotein gây dính: <ul style="list-style-type: none"> • Fibronectin, laminin, tenascin giúp gắn chặt các TB • Thụ cảm trên bề mặt TB gắn với những GAG của gian bào và những glycoprotein. - Các nguyên bào sợi đến dùng hyaluronidase tiêu hủy chất matrix giàu hyaluronic acid. - Collagen được lắng đọng bởi nguyên bào sợi với fibronectin và GAG nhưng chưa được tổ chức <ul style="list-style-type: none"> • Típ Collagen đầu tiên là type III • VT lành hẵn chủ yếu hiện diện type I. 	<p>Hình 3. Giai đoạn tạo mô sợi và biểu bì hóa</p>
Giai đoạn biểu bì hóa	<ul style="list-style-type: none"> - Thay đổi hình thái học của các TB keratin ở mép vết thương đã rõ ràng. - Vết thương ngoài da: <ul style="list-style-type: none"> • Thượng bì dày lên • TB đáy to ra và phủ lấp vết thương • TB đáy chỉ phân chia khi lớp thượng bì đã dính lại với nhau • TB đáy ở mép VT tiếp tục phân chia và lớp TB mới bẹt ra và phủ trên chất nền. • Glycoprotein kết dính TB (tenascin, fibronectin) giúp TB thượng bì gắn nhau. - TB keratin và collagen type IV = thành phần màng đáy → Biến thành TB trụ tạo 1 	

	<p>lớp chống sự xâm nhập từ bên ngoài và chống mất nước.</p> <p>Giai đoạn tái tạo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sẹo lành sẹo - Sẹo = cấu trúc mô thiếu sụn tổ chức như cấu trúc da bình thường xung quanh. - Sụn liên kết không có tổ chức các sợi collagen đóng vai trò quan trọng trong hình thành sẹo. - TB viêm cấp và mạn tính giảm dần, sợi collagen sản xuất từ nguyên bào sợi cùng với chất gian bào bao phủ vết thương. - Vết thương dần tái tạo trong vòng vài tháng và sẹo mới thực sự hình thành. - Mạng mao mạch dày đặc và nguyên bào sợi giảm dần chỉ còn lại ít mao mạch và một số nguyên bào sợi - VT lành sẹo chắc chắn từ 1-6 tuần sau thương tích <ul style="list-style-type: none"> • Sức chịu lực của da = 80% so với da không có VT • Tính đàn hồi giảm • Vùng sẹo không có nang lông, tuyến mồ hôi 	 <p>Hình 4. Giai đoạn tái tạo</p>
--	---	--

Các Cytokines trong sự lành vết thương

- Cytokines (GF) = điều chỉnh lành vết thương.
 - o Phóng thích bởi các TB hoạt hóa ngay tại VT.
 - o Kích thích hoặc ức chế sinh tổng hợp protein của các TB và thu hút TB mới đến vết thương.

Yếu tố tăng trưởng từ tiểu cầu (PDGF)	<ul style="list-style-type: none"> - Ngay sau thương tích - Thu hút bạch cầu đa nhánh trung tính, thực bào và nguyên bào sợi đến vết thương - Thực bào, TB nội mô và nguyên bào sợi tổng hợp và phóng thích PDGF. <ul style="list-style-type: none"> • Kích thích nguyên bào sợi tổng hợp chất nền gian bào mới (GAGs, protein kết dính) • Kích thích nguyên bào sợi sản xuất Collagenase (quan trọng trong tái tạo mô).
GF biến thể beta (TGF-β)	<ul style="list-style-type: none"> - Trực tiếp kích thích sản xuất collagen + giảm thoái hóa chất nền gian bào của nguyên bào sợi. - Do tiểu cầu, thực bào và nguyên bào sợi phóng thích tại vết thương.
GF nguyên bào sợi acid và kiềm (aFGF và bFGF)	<ul style="list-style-type: none"> - Công dụng: <ul style="list-style-type: none"> • Kích thích tăng sinh mạch máu (TB nội mô phân chia + tạo mao mạch mới) • Thu hút TB nội mô và nguyên bào sợi. - Do TB nội mô và thực bào sản xuất. - Kết dính bởi heparin và GAG heparan sulfate trong matrix gian bào.
GF biểu bì và GF TB keratin (EGF, KGF)	<ul style="list-style-type: none"> - Công dụng: Kích thích giai đoạn biểu bì hóa (TB keratin phân chia, biệt hóa) - EGF = TB keratin phóng thích - KGF = nguyên bào sợi phóng thích <ul style="list-style-type: none"> KGF sinh ra từ nguyên bào sợi, kích thích TB keratin sinh EGF. => Kích thích TB keratin phân chia và biệt hóa.
GF khác: IGF-1,...	<ul style="list-style-type: none"> - Tác động lành vết thương <ul style="list-style-type: none"> • Kích thích tổng hợp protein do nguyên bào sợi • Tác động hỗ tương PDGF và bFGF làm tăng nhanh nguyên bào sợi.

Các yếu tố làm sàng ảnh hưởng lành vết thương

Dinh dưỡng	<ul style="list-style-type: none"> - VT rộng làm tăng tốc độ biến dưỡng trong khi thương tích nhỏ không đòi hỏi tăng nhu cầu dinh dưỡng - Suy giảm protein làm ảnh hưởng lành vết thương khi cân nặng giảm > 15-25% m_{cơ thể} - Vitamin C cần thiết cho lành thương: <ul style="list-style-type: none"> • Thiếu: vết thương không lành vì giàn đoạn giai đoạn tạo mô sợi + làm nguyên bào sợi không tạo đủ collagen cần thiết. - Vitamin A: cần thiết cho lành thương, đặc biệt: BN dùng cort. kéo dài. - Vitamin B6: ảnh hưởng kết dính collagen - Vitamin B1 (thiamine) và B2 (riboflavine), Zn, Cu
Oxygen và máu nuôi	<ul style="list-style-type: none"> - VT thiếu máu dễ bị nhiễm trùng và hoại tử - Nguyên nhân: nghẽn tắc mạch máu, co thắt mạch máu, suy giảm V_{tuần hoàn} - Tt thiếu máu mà Hct > 15% chưa ảnh hưởng nhiều lành vết thương - Nếu tăng PO₂ trong máu với SaO₂ > 100% ở vết thương hơi thiếu máu nuôi làm tăng tổng hợp collagen.
Tiêu đường và béo	<ul style="list-style-type: none"> - Chậm lành trên BN tiêu đường (điều chỉnh đường lại)

phì	- Sản phẩm thoái hóa mő/BN béo phì (+/-) tiêu đường làm chậm lành vết thương.
Steroides	<ul style="list-style-type: none"> - Đặc biệt: 3 ngày đầu sau thương tích - Chậm lành vết thương do steroid làm suy giảm PU' viêm, giảm tổng hợp protein và giảm tạo mô sợi.
Hóa trị và xạ trị	<ul style="list-style-type: none"> - Ảnh hưởng phân chia TB nội mô, nguyên bào sợi và TB keratin làm chậm lành VT. - Hóa trị: không nên dùng ngay sau mổ mà chờ ít nhất 5-7 ngày
Nhiễm trùng	<ul style="list-style-type: none"> -> 10^5 VK/mg mô làm chậm lành vết thương - VT nhiễm trùng sưng đỏ: Cắt chỉ để hở, lấy bỏ mô hoại tử - Kháng sinh cần thiết
Yếu tố khác	<ul style="list-style-type: none"> - Chấn thương cơ học - Mô phù nề hoại tử - Dị vật ở vết thương - Tia xạ.

Sốc chấn thương

Thursday, June 10, 2021 3:49 PM

Nguồn:

1. *Sốc chấn thương - Y học cơ sở 2013*
2. *Điều trị sốc chấn thương - Điều trị Ngoại khoa Tiêu hóa 2007*

- Sốc = hội chứng xảy ra do tưới máu tới các mô không đầy đủ; tình trạng đáp ứng bệnh lý của cơ thể đối với sự mất quân bình giữa cung cấp và nhu cầu dưỡng chất TB.
- Sốc chấn thương = **giảm tưới máu mô do giảm thể tích dòng máu lưu hành trong cơ thể** / do mất máu / do mất dịch, ứ đọng dịch trong khoang ngoài lòng mạch.
- Giảm tưới máu mô:
 - o Gây biến đổi chuyển hóa phạm vi tế bào → TB bị thương tổn, phóng thích chất trung gian viêm
 - o Tắt yếu dẫn đến giảm vận chuyển O₂ trong tế bào

Bảng 1. Phân loại sốc

1. Giảm thể tích:
- Mất máu
- Mất huyết tương
2. TIM
3. Thần kinh
4. Vận mạch:
- ĐUVHT: Nhiễm trùng Không nhiễm trùng
- Chấn thương
- Phản ứng phản vệ...

Sốc giảm thể tích	<ul style="list-style-type: none"> - Nguyên nhân thường gặp của sốc ngoại khoa và tùy mức độ - Yếu tố dự phán quyết định/quan trọng gây sốc chấn thương - Nguyên nhân: <ul style="list-style-type: none"> • Mất máu: Thường gặp nhất <ul style="list-style-type: none"> o Do đứt, rách mạch máu, vỡ tạng đặc trong OB, gây các xương lớn, chảy máu đường tiêu hóa. • Mất huyết tương: <ul style="list-style-type: none"> o Do mất nhiều dịch o Do ứ đọng, giảm giữ dịch ngoài lòng mạch: chấn thương nhiều mô dập nát, viêm tụt cấp, tắc ruột, bong...
Sốc tim	<ul style="list-style-type: none"> - Cung lượng tim không đảm bảo cho tưới máu mô được bình thường - Nguyên nhân: <ul style="list-style-type: none"> • Trong: Bệnh cơ tim, bệnh van tim, NMCT, chấn thương cơ tim, ... • Ngoài: Tràn máu màng tim, tràn khí phế mạc van, thuyên tắc phổi...
Sốc thần kinh	<ul style="list-style-type: none"> - Sau CT cột sống, gây tê tủy sống, CTSN nặng
Sốc vận mạch	<ul style="list-style-type: none"> - Suy giảm trương lực các tiểu động tĩnh mạch, khác ở cơ chế gây ra - Vai trò quan trọng của các chất trung gian vận mạch nội hay ngoại sinh trong hình thành sốc mạch máu <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sốc liên quan với hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (ĐUVHT).</i> 2. <i>Sốc nhiễm trùng</i> được xếp vào nhóm này để nhấn mạnh tầm quan trọng của sốc gây ra bởi ĐUVHT, có thể có hay không có sự hiện diện của nhiễm trùng. 3. <i>Sốc chấn thương</i> khi có sự dập nát nhiều mô mềm sẽ khởi đầu giống như sốc giảm thể tích, nhưng khác với sốc mất máu đơn thuần sau chấn thương ở chỗ sự mất dịch do ứ đọng nhiều hơn và có sự tham gia mãnh liệt của các chất trung gian viêm, dẫn đến sự phát triển của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống. 4. <i>Sốc phản vệ...</i>

SINH LÝ BỆNH

Nội tiết	<p>Thể tích trong lòng mạch giảm sẽ gây 2 tác dụng tức thì:</p> <p>Máu về tim giảm → CO ↓ Đáp ứng giao cảm thương thận qua trung gian các cảm thụ khí ở cung ĐMC và thể cảm → Phóng thích Catecholamin → Co mạch ngoại biên, duy trì tạm thời HA để bù trừ lại sự giảm CO</p> <p>Giảm thể tích dịch lưu hành trong lòng mạch cũng sẽ dẫn đến sự phóng thích các chất như:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nội tiết tố chống lợi niệu gây ra co mạch (đặc biệt ở tuần hoàn nội tạng) và tái hấp thu nước ở các ống thận. - Angiotensin (hình thành qua trung gian Renin) gây ra co mạch và xuất tiết aldosteron. - Aldosteron thúc đẩy sự tái hấp thu nước tại các ống thận, góp phần cải thiện thể tích tuần hoàn.
Tim	

	<p>2. Tim</p> <p>Do tác dụng cưỡng giao cảm, sức co bóp cơ tim và nhịp tim sẽ tăng nhanh ngay khi có sự mất dịch đáng kể. Tuần hoàn mạch vành chỉ giảm rất ít so với sự giảm sút quan trọng của cung lượng tim. Tuy nhiên một khi sốc đã hình thành và kéo dài, tuổi máu cơ tim có thể bị ảnh hưởng bởi Leucotrien và yếu tố hoạt hóa tiểu cầu sản xuất ra do chấn thương. Sức co bóp cơ tim có thể bị giảm sút dưới tác dụng của các Cachectin, hay của các yếu tố khác được sản sinh ra từ sự thiếu máu ở ruột.</p>	
Não	<p>3. Não</p> <p>Mặc dù được bảo vệ bởi cơ chế tự điều chỉnh, lưu lượng máu não có thể giảm sút khi lượng máu mất trên 20% thể tích máu cơ thể. Thiếu máu não, sẽ xảy ra khi huyết áp động mạch trung bình 50mmHg, là một kích thích rất mạnh đối với hoạt tính giao cảm đưa đến co mạch và gia tăng nhịp tim.</p>	
Gan	<p>4. Gan</p> <p>Hoại tử tế bào gan do thiếu máu, tuy hiếm gặp nhưng có thể xảy ra, góp phần vào hội chứng suy đa cơ quan. Rối loạn chức năng gan tạo thuận lợi cho sự phát sinh của toan chuyển hóa do khiếu khuyết chuyển hóa lactat.</p>	
Thận	<p>5. Thận</p> <p>Đáp ứng của thận đối với sốc giảm thể tích rất chậm rộ. Độ lọc vi cầu thận giảm do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giảm máu tới thận. - Tái phân bổ dòng máu về tủy nhiều hơn là về vỏ thận. Tác dụng của angiotensin, aldosteron... nhằm gia tăng sự tái hấp th nước, muối để bù trừ sự hao hụt thể tích. <p>Sốc kéo dài sẽ chuyển suy chức năng thành thực thể</p>	
Phổi	<p>6. Phổi</p> <p>Gần như không có sự thay đổi lớn về trao đổi khí ở giai đoạn đầu của sốc giảm thể tích. Thường tồn nhu mô phổi và suy hô hấp chỉ gặp trong một số ít trường hợp nặng.</p>	
Ruột	<p>7. Ruột</p> <p>Lưu lượng máu ruột giảm sút do hiện tượng tái phân bố tuần hoàn và ở những trường hợp sốc nặng, rối loạn chức năng của ruột có thể gây trầm trọng hơn nữa hội chứng sốc. Hậu quả của các tổn thương tại ruột có thể do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thiếu oxy: Gây ra thiếu máu niêm mạc và dẫn đến rối loạn chức năng hàng rào niêm mạc - Tái tưới máu sau hồi sức: Gây ra sự tích tụ các chất oxit hóa (O_2^-, OH^-, H_2O_2), dẫn đến thương tổn tế bào. Ngoài ra, các oxydant này có thể hoạt hóa các tế bào hạt, dẫn đến sự phồng thích các chất trung gian viêm. <p>Từ đó, tính thẩm thấu niêm mạc ruột gia tăng, cho phép vi khuẩn đường ruột và nội độc tố chuyển dịch qua thành ruột và đi vào dòng máu gây ra nhiễm trùng huyết, gia trọng đáp ứng viêm hệ thống và góp phần phát triển hội chứng suy đa tạng.</p>	
Đáp ứng của dịch ngoại bào		
	Máu mất <10% → ngoại bào co → vào lòng mạch	

- Nặng hơn → dịch ngoại bào vào tb gây phù
- Sự tái phân bố diễn ra ở 2 nơi

1. Ở phạm vi cơ quan

Giảm máu ngoại biên đến các cơ quan “không chủ chốt” như da, thận, nội tạng... để dồn máu về tim và não; hiệu quả của sự tăng kháng lực mạch ngoại biên.

2. Ở khu vực vi tuần hoàn

Co thắt tiền mao mạch gây ra giảm áp lực thủy tĩnh mao mạch và như thế tăng cường khả năng tái hấp thu dịch vào trong lồng mạch. Tuy nhiên, ở trường hợp sốc diễn biến lâu và nặng, hiệu quả cơ vòng tiền mao mạch không còn nữa do có tình trạng toàn hóa tại chỗ. Hậu quả là có sự giảm giữ dịch ở khu vực vi tuần hoàn, gia tăng tình trạng giảm tươi máu mô và thiếu oxygen tế bào.

Phù nề tế bào kết hợp với tắc nghẽn lồng mạch (do dòng máu chảy chậm, do tăng độ nhớn của máu) sẽ chẹn tắc tuần hoàn mao mạch, góp phần làm nặng thêm tình trạng thiếu oxygen tế bào và mô cơ quan, dẫn đến suy da cơ quan.

Đáp ứng tế bào

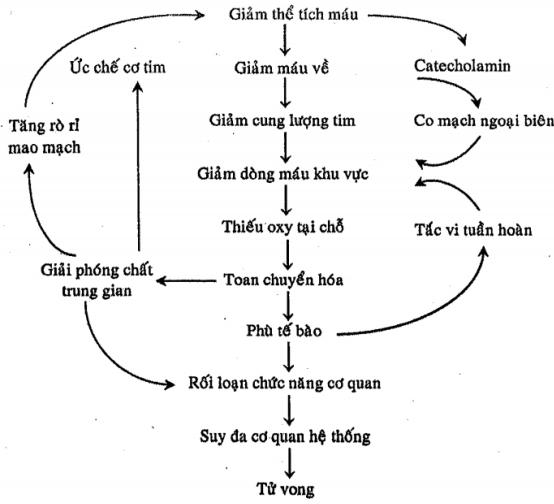
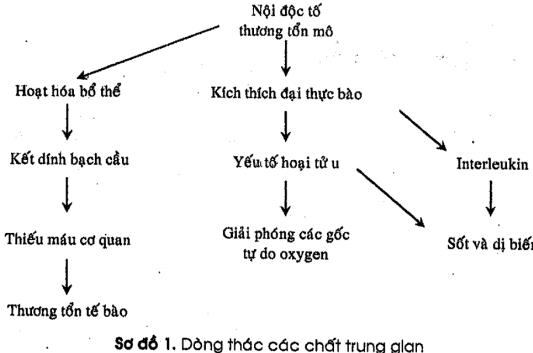
Sự đáp ứng của tế bào đối với sốc giảm thể tích được đặc trưng bởi sự thay đổi trong sự vận chuyển chủ động của các ion. Nước và Na^+ đi vào trong tế bào, K^+ nội bào sẽ di chuyển vào khu vực dịch ngoại bào dẫn đến phù nề tế bào, đặc biệt ở tế bào cơ hệ xương. Hậu quả là thể tích nội bào tuy già tăng ít nhưng sự giảm sút dịch ngoại bào lại nặng nề hơn. Bồi hoàn đầy đủ dịch ngoại bào sẽ có tác dụng đổi kháng lại các thay đổi kể trên và điều này rất quan trọng trong điều trị sốc giảm thể tích.

Do có sự giảm vận chuyển oxygen, tế bào sẽ thích nghi bằng cách tăng cường khả năng lấy oxygen. Nếu sốc diễn biến nặng và kéo dài, chuyển hóa yếm khí sẽ xảy ra do giảm sút trầm trọng sự cung cấp oxy cho tế bào.

Bình thường pyruvat được sản sinh ra từ sự ly giải đường sẽ đi vào chu trình acid citric để sản sinh năng lượng. Trong điều kiện thiếu

oxygen, pyruvat sẽ chuyển thành lactat và dẫn đến toan chuyển hóa, ảnh hưởng xấu đến tiên lượng của bệnh nhân. Về mặt sinh lý bệnh, toan chuyển hóa sẽ gây ra:

- Giảm tính đáp ứng của tim, mạch máu... đối với catecholamin gây ra dẫn mạch và giảm cung lượng tim ($\delta pH < 7,2$).
- Hạ thấp ngưỡng đối với rung thất
- Chuyển dịch về bên phải đường cong phân ly oxyhemoglobin, gây ra giảm tính gắn kết của hemoglobin đối với oxygen.



Chẩn đoán

Lâm sàng

Chẩn đoán mức độ

Bảng 2. Đánh giá lượng máu mất dựa trên các triệu chứng ban đầu của bệnh nhân

	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Máu mất (ml*)	< 750	750-1500	1500-2000	> 2000
Máu mất (% TT)	< 15	15-30	30-40	> 40
Mạch	< 100	> 100	> 120	> 140
Huyết áp (mmHg)	↓	↓, ↗	↘	↘↘
Chênh lệch huyết áp	↓, ↗		↘	↘↘
Nhịp thở	14-20	20-30	30-40	> 35
Nước tiểu (ml/giờ)	> 30	20-30	5-15	0
Thần kinh	Hồi lo angu	Lo âu	Lo âu và lú lẫn	Lú lẩn, đỡ đần, nằm liệt

(*) Ở người lớn nặng 70 Kg

Chẩn đoán nguyên nhân

- Sốc mất máu
- Sốc không do mất máu

Tim

Tràn khí mp có van

Sốc thần kinh

Sốc nhiễm trùng

IV. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Điều trị sốc chấn thương muôn đạt hiệu quả phải dựa trên sự hiểu biết về cơ chế bệnh sinh. Bao gồm các điểm chính sau:

- Dự phòng và loại bỏ các yếu tố thuận lợi gây sốc như cầm máu các mạch máu đang chảy, chống đau đớn, bó im xương gãy, ủ ấm, vận chuyển nhẹ nhàng và sớm đưa bệnh nhân đến trung tâm y tế có khả năng hồi sức cấp cứu ở gần nhất.
- Điều trị bồi hoàn thể dịch tiến hành song song với việc khám xét bệnh nhân, nhằm phát hiện nguyên nhân có thể đe dọa sinh mạng tức thì hoặc làm nặng thêm sốc.
- Hồi sức bồi hoàn dịch thể phải tiến hành tích cực ngay khi tiếp nhận bệnh nhân.
- Bồi hoàn dịch đằng trương và máu (nếu cần) là chủ yếu.
- Monitoring trong suốt quá trình hồi sức để lượng giá đúng hiệu quả của hồi sức.
- Phát hiện và xử trí các rối loạn cơ quan đi kèm.
- Điều trị nguyên nhân gây ra sốc tuy tiến hành sau công tác hồi sức ban đầu nhưng là biện pháp cơ bản để loại bỏ nguyên nhân gây giảm thể tích, mất máu.

- Dự phòng + loại bỏ yếu tố thuận lợi (cầm máu, chống đau, cố định xương, ủ ấm,...)
- Bồi hoài dịch song song khám xét tim NN đe dọa tính mạng
- bù thể tích tích cực = dịch đằng trương / máu (nếu có CD)
- Monitor suốt quá trình
- Phát hiện xử trí rối loạn cơ quan đi kèm
- Xử trí nguyên nhân sau công tác hồi sức.

Nhiễm trùng ngoại khoa

Thursday, June 10, 2021 3:49 PM

Định nghĩa:

Nhiễm trùng = sự hiện diện của vi sinh vật trong mô hoặc trong máu với biểu hiện (người đề kháng tốt) tại chỗ (sưng, nóng, đỏ, đau) và toàn thân (Sốt, tim nhanh, thở thanh, tăng bạch cầu). → (1) **NT cần phải mổ** (Hoại từ mô mềm, nt các xoang, NT khớp, NT ổ kin, NT mảnh ghép) + (2) **Biến chứng của phẫu thuật, chấn thương, vết thương**

Cơ chế bệnh sinh: → sự mất cân bằng giữ cơ chế bảo vệ và khả năng gây bệnh của VK

Cơ chế bảo vệ:	Tác nhân gây bệnh
<ul style="list-style-type: none">Tại chỗ:<ul style="list-style-type: none">Da (tế bào sừng, hệ thống tiết bã và vi khuẩn thường trú)Đường hô hấp (Dẫn khí lợn có nhung mao đưa lên hô trên và phản xạ ho tổng ra ngoài, PQ nhô hơn thì có cơ chỗn miễn dịch tế bào, kháng thể IgA)Đường tiêu niệu, đường mật, tụy → Van và hệ thống 1 chiều, pH dịchHệ vi khuẩn thường trú đường ruộtMiễn dịch (Đại thực bào / Bổ thể / Globulin miễn dịch)<ul style="list-style-type: none">Đại thực bào → Kích hoạt điều hòa hoạt động tế bào (TNF-α, IL-1β, IL6 IL8 TNFγ) và điều hòa đối lập (đối vận thụ thể IL1ra - cytokine kháng viêm IL4 IL10)Bổ thể → tiếp xúc trực tiếp / trung gian globulin → Tăng C3a C4a C5a (Tăng tính thâm mạch máu)IgA tại chỗ	<p>(1) số lượng (2) khả năng tăng sinh (3) độc lực VSV (4) đề kháng ký chủ</p> <ul style="list-style-type: none">Vi khuẩn<ul style="list-style-type: none">Ái khí Gr(+): Cầu khuẩn da (aureus, epidermidis) Cầu khuẩn phổi (S.Pneumonia) Cầu khuẩn ruột (Enterococcus spp)Ái khí Gr(-): 3 dien hình (E.coli, Klebsiella, Hib) Proteus, Pseudomonas, AcinetobacterKỵ khí Gr(+) → ClostridiumKỵ khí Gr(-) → Bacteroid FragilisKhác = Mycobacterium avium/tuberculosis, Legionella, Listeria
	- Nấm (thường trên bn dùng ks, cort, ucmd, ác tính) Candida albican, Aspergillus, Cryptococcus neoformans...
	- Siêu vi: CMV, EBC, Hepatitis A,B,C HSV, HIV, VZV - Entamoeba histolytica

Yếu tố nguy cơ

(a) Yếu tố nhiễm khuẩn

1. **Nguồn lây ~ ô thuận lợi** (mô dập nát, hoại tử, tắc mạch tạo điều kiện tăng sinh, hoặc ô nhiễm cản trở KS thâm và tác dụng)
2. **Ngó vào** (VK xâm nhập qua da, niêm, VK có sẵn, động tác chấn đoán hoặc điều trị gây nên)
3. **Sức đề kháng** (bảo vệ toàn thân/ tại chỗ)
4. **Khả năng phá hoại của VK** (nội độc/ngoài độc/ sức sống và sinh sản)
5. **Kỹ thuật mổ**

Nguyên tắc điều trị

III. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Phải coi trọng vai trò sức đề kháng của cơ thể kết hợp với điều trị nội khoa bằng kháng sinh. Một số trường hợp nhiễm trùng ngoại khoa nhẹ, được phát hiện sớm có thể được chữa khỏi.
- Để gia tăng hiệu quả của điều trị, có thể sử dụng thêm vật lý trị liệu, tập thở, xoay trở vỗ lưng hay vận động sớm, uống nhiều nước, cho thuốc làm loãng đàm. Ngược lại, phải bất động có hiệu quả và kê cao trong viêm tủy lan tỏa mô tế bào.
- Chỉ can thiệp phẫu thuật để tháo mủ, cắt lọc mô hoại tử, lấy dị vật, khâu nối hay cột lập ống tiêu hóa ... trong trường hợp có chỉ định cụ thể hay khi tổng trạng của người bệnh xấu đi; không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Các dạng NT ngoại khoa thường gặp

Nhiễm khuẩn vùng vết mổ (surgical site infection - SSI)

- **Định nghĩa:** Nhiễm trùng gần vết mổ w/30d hậu phẫu thường hoặc 1 năm với phẫu thuật có mảnh ghép nhân tạo. (~1 dạng nt bv) Bao gồm **phân loại SSI theo độ sâu** là NT vết mổ nông (da, dưới da) sâu (cân, cơ); NT tạng hoặc NT khoang trong cơ thể

- (SGK 2003) → **Phân loại mức độ nhiễm trùng vết thương** →

1. (Độ 1) 4 chứng sưng đau nóng đỏ +/- chảy dịch
2. (Độ 2) Có mủ ở mổ
3. (Độ 3) Có mủ ở cơ +/- mờ
4. (Độ 4) Viêm tủy lan rộng

Loại phẫu thuật	Phẫu thuật	Tỉ lệ nhiễm khuẩn	
		Không KSDP	KSDP
Loại I Phẫu thuật sạch	Vết mổ khâu kín, không dẫn lưu, không chấn thương, không viêm, đảm bảo kỹ thuật vô trùng, không mổ khí quản, ống tiêu hoá, bộ máy sinh dục – tiết niệu, đường hô hấp.	1-5%	<1%
Loại II Phẫu thuật sạch – nhiễm	Mở bộ phận sinh dục – tiết niệu mà cấy nước tiểu vô trùng, mở đường hô hấp, mở ống tiêu hoá trong điều kiện tốt và không gây nhiễm, mở xoang miếng, mở ống mật mà không nhiễm trùng mật, lối vô trùng nhẹ, vết mổ có dẫn lưu.	5-15%	<7%
Loại III Phẫu thuật nhiễm	Vết thương do chấn thương mới, mở ống mật hay đường sinh dục – tiết niệu khi có nhiễm trùng mật và nhiễm trùng niệu, nhiễm khuẩn do dịch của ống tiêu hoá, lối vô trùng nặng, mở trong vùng viêm cấp chưa tụ mủ.	>15%	<15%
Loại IV Phẫu thuật bẩn	Vết thương bẩn hoặc được điều trị muộn, có các mô chết, nhiễm trùng có mủ, nhiễm phân hay có dị vật, thủng tang.	>30%	Giảm

Nhiễm khuẩn da và mô mềm (SSTI - subcutaneous soft-tissue infection) - Nhiễm khuẩn da và mô mềm hoại tử (NSTI)

Nhợt	<p>- Định nghĩa: Nhiễm khuẩn từ chân lông (thường tụ cầu vàng) → Lan rộng đến chân lông → ống chân lông → Biểu bì xung quanh thành tổ chức hoại tử gọi là NGÓI (Tụ cầu + Bạch cầu + Tổ chức liên kết)</p> <p>- Lâm sàng:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cơ địa → Thể trạng yếu / quá sức / tiêu đe • Diễn biến (~10d): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Một nốt đỏ NGỨA dưới chân lông → lớn nhanh và ĐAU → N₃ xuất hiện rõ trên mặt da, đỏ tía. ◦ Trung tâm có điem vàng/vàng xanh → điem này hoại tử, chảy ra giọt mủ trắng, đáy ngòi vàng xanh → sạch mủ trong 1 tuần → nhô lại, sẹo thâm → dần nhạt ◦ Có thể tái đi tái lại - Biến chứng → >10d, khi có các biến chứng: <ol style="list-style-type: none"> 1. Abscess nóng quanh nhợt 2. Hoại thư sinh hơi 3. Viêm mạch/hạch bạch huyết 4. NTH 5. Viêm tắc TM (đặc biệt nhợt mặt)
Hậu bối (Carbuncle) Nhợt cụm	<p>- Định nghĩa: Hậu bối là cụm nhợt tập trung 1 nơi → tập trung thành các ngòi (ngòi là do tuyến + da + tổ chức lân cận bị hoại tử) → Thường có abscess nhỏ xung quanh và abscess bên dưới hậu bối</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tác nhân thường gặp là Tụ cầu vàng <p>- Diễn tiến thề diễn hình</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sớm → (tại chỗ) ngứa / căng nhức, một mảng cứng đỏ đau (tòan thân). Mệt mỏi, sốt nhẹ. 2. Toàn phát → 1 mảng tím đỏ, giữa mảng thấy <ul style="list-style-type: none"> ◦ (1) Giai đoạn Nốt bọng chứa dịch hồng quanh chân lông ◦ (2) Giai đoạn Loét: Sau khi nốt bọng vỡ, rái đều như tổ ong ◦ (3) Giai đoạn vỡ ngòi → khi ổ loét thành hình, CẦU DA còn lại giữa ổ loét dần phá hủy → vết loét như miệng núi lửa <p>→ Mất khoảng 10 ngày các ngòi mới vỡ hết → da còn nhiễm cứng + bầm tím một thời gian dài → hình thành sẹo sau ≥ 1-3 tuần</p> <p>- Diễn tiến hậu bối lan tỏa (thề nặng)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diễn tiến: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Lan rộng (thường chiếm cả vùng lưng, gáy, mông,...) ◦ Lớp da bị tách rời, để lại cơ xương bệnh dưới • Thường gặp ở BN tiểu đường → tiêm lượng nặng (do toan chuyển hóa / NT huyêt, NT mủ huyêt) • Lâm sàng: <ul style="list-style-type: none"> ◦ HC NT (Sốt cao, mạch nhanh) ◦ Vật vã, nhức đầu, nói nhảm ◦ Khám → mảng cứng giới hạn không rõ, sưng đau + Viêm bạch mạch. <p>Tx: https://youtu.be/A4wX-ajFmv0</p>
Viêm mô tế bào (Viêm tây lan tỏa)	<p>- Định nghĩa: Tình trạng nhiễm khuẩn da nồng.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thường do Streptococci (2003~ strep, tụ vàng, ky khí). Xuất phát từ 1 ổ NT ở vết thương <p>- LS:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Toàn thân (sốt, lạnh run) • Tại chỗ (đau, vùng viêm ấm đỏ và nhạt dần về phía da lành xung quanh, da căng bóng, vài điểm tái bầm) <p>- Chú ý: Tổng trạng + Tuổi tác + Bệnh mạn tính → tiên lượng và Tx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Độ nặng theo phân độ Eron/CREST (VN dùng) → gồm 4 mức: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Độ 1: Không dấu hiệu toàn thân ◦ Độ 2: Có dấu hiệu toàn thân + bệnh kèm ồn ◦ Độ 3: HC nhiễm trùng nhiễm độc hoặc bệnh kèm không ồn ◦ Độ 4: Sốc NT đe dọa tính mạng. • Phân độ Dundee hoặc Dundee hiệu chỉnh • DDx: với Viêm quầng (ERYSIPELAS) → Viêm quarella có giới hạn rõ <p>- Diễn tiến:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (2003) <i>Tối cấp</i> → <i>Có thể diễn tiến NTH nặng gây tử vong trong 24-48h</i> → <i>Sau giai đoạn cấp</i> → <i>Hoại tử</i> • Tx ko tốt hoặc không trị sẽ thành abscess (gọi ý abscess hóa = không đáp ứng điều trị KS) + NT Huyết / Viêm tắc TM <p>- Điều trị: (Cầy máu trước) thường đáp ứng với KS Penicillin và dẫn xuất → Thời gian dùng tùy đáp ứng người bệnh, thường 7-14d</p>
Abscess da	<ul style="list-style-type: none"> - Định nghĩa: Thường 1 vị trí nhiều hơn lan tỏa → Gồm abscess nóng (thường có dấu pháp phèu) / sâu (trch toàn thân) → abscess nóng/lanh - Biến chứng → Viêm gân (bàn tay), Compartment syndrome, Giả phình, viêm tủy xương - Tx <ul style="list-style-type: none"> • (Nóng) KS chích + PT rạch dẫn lưu → Thời gian dùng tuỳ người gốc. Thường >14d • (Sâu) dẫn lưu nhiều lần với ống sâu, rộng → đẻ hở, tưới rửa, đắp ướt, thay băng mỗi ngày → khi lên mỏ hatching thi khâu da kỹ 1 <p>(HIV) --> tránh lây nhiễm</p>
Viêm MẠCH bạch huyết	<ul style="list-style-type: none"> - Định nghĩa: Là NT cấp của MẠCH BẠCH HUYẾT thường thấy ở chi → nhất là chi dưới - Nguyên nhân → VK liên / tụ / kỵ khí vào bạch mạch từ vết thương ở chi Xâm nhập bạch mạch nóng (Viêm bạch mạch lưới) → Vào bạch mạch sâu, chay song song mạch máu (Viêm bạch mạch sâu/ thâm bạch mạch) → Đen hạch bạch huyết (Viêm hạch bạch huyết) - Lâm sàng: <ul style="list-style-type: none"> • (Tại chỗ) Đau nhức + Sưng ở nơi bị thương, kiều nóng, dọc theo chi + (tổn thương) Sốt, mệt mỏi, ớn lạnh • (VIÊM BẠCH LUỐI) Chi trên → Vùng đỏ nóng với lằn chỉ đỏ tạo thành lưới + Ẩn lâu gây tái da và đau thốn • (VIÊM THÂN BẠCH MẠCH) Chi trên → Lằn đỏ sẫm, thẳng song song nhanh + sờ như 1 dây cộm, cứng và ẩn đau • (VIÊM HẠCH BẠCH HUYẾT) Sưng to hạch vùng theo chặng (dưới) Khoeo (trên) Nách - Diễn tiến <ul style="list-style-type: none"> • Điều trị tốt → giảm trong vài ngày • Diễn tiến nặng → Viêm hạch → Viêm hạch mủ / Viêm mạch mạc hoại tử
Viêm HẠCH bạch huyết	<ul style="list-style-type: none"> - Định nghĩa: Sự Viêm CẤP hạch bạch huyết -> thứ phát sau khu vực bạch mạch bị xâm nhập do VK - Diễn tiến: <ul style="list-style-type: none"> • (GD sớm) Quá trình cương tụ, sưng hạch (viêm hạch cấp) • (GD Tiếp theo) Viêm hạch hóa mủ (ống mủ) → phải rạch Lâm sàng <ul style="list-style-type: none"> - Viêm hạch cấp → Khám vị hạch viêm, nhức đầu, sốt nhẹ - Khám → Hạch to đau (1~2 cm, chắc to, bờ tròn, chưa dính), da viêm nóng + Đường bạch mạch viêm (đường chỉ đỏ thành lưới) <ul style="list-style-type: none"> • Cửa ngõ – 1 vết chọc nhỏ đầu VT / một VT cửa ngõ đã lành Biến chứng <ul style="list-style-type: none"> - <u>Viêm hạch - quanh hạch</u> → Các hạch dính chùm, không di động được, thành đám quanh lan tỏa và đau - <u>Viêm tủy hạch</u> → Đau ngày càng tăng + TC toàn thân (Sốt cao đao động) và NT-NĐ (môi khô lưỡi dor) + Hạch sưng to đỏ, da tấy đỏ lan rộng → sau vài ngày có dấu chuyển sóng (rụ mủ) → rạch
Nhiễm khuẩn da mỏ mềm hoại tử (NSTI)	<ul style="list-style-type: none"> - Định nghĩa → Là biến chứng ko thường gặp của Viêm mỏ tế bào và Abscess da (trên người SGMD do HIV) - Biểu hiện lâm sàng ko rầm rộ → <i>Giống Viêm mỏ tế bào hoặc Abscess da không biến chứng</i> (SGMD Abscess>viêm mỏ tb) <ul style="list-style-type: none"> • Gợi ý khi (1) Mạch huyết áp ko ồn (2) Đau khu trú dữ dội (3) Mất cảm giác tại chỗ (4) lan rộng NT xung quanh nhanh chóng (5) Nốt phòng chứa dịch xanh, bẩn, khí (6) Kháng sinh phù hợp nhưng hồi phục chậm • CLS → ST mỏ / CT scan Điều trị <ul style="list-style-type: none"> - Ở đói tượng SGMD 50% da khuỷu → KS ban đầu phổi rộng chờ kq cấy + Mổ cắt lọc nhiều lần, thường xuyên và hoàn chỉnh Viêm cân cơ hoại tử --> Màng cân thiều độ bầm, nhìn như bong ra

Viêm mủ cơ	<ul style="list-style-type: none"> - Định nghĩa: Sự tụ mủ của cơ vân (khác với viêm cơ hoại tử) → thường do staph aureus / âm hiểu khí / Viridán - Cơ chế → (1) Tụ máu lan rộng đến lớp cơ xương (do Trauma hoặc NT tự nhiên), lan đến mô mềm kế cận (2) Tiêm chủng nhầm vào cơ <ul style="list-style-type: none"> • Thường gặp ở: <ul style="list-style-type: none"> ◦ (1) Nhóm cơ tiêm chích: Cơ Delta / Mông / Nhị đầu / Tứ đầu / bụng chân ◦ (2) Thắt lưng chậu - Chẩn đoán → LS: Sốt, căng đau sưng phù cơ + CT/MRI - Tx → Rạch dẫn lưu + Kháng sinh vài tuần (tử vong <10%)
------------	--

Abscess nóng và lạnh

	Abscess nóng	Abscess lạnh
Mô tả	<ul style="list-style-type: none"> - Là một ổ mủ trong mô, tạng, khoang kín... - hình thành do tổn thương hàng rào bảo vệ (do chấn thương / lây qua đường máu / hoặc di trú VK thường trú sang nơi vô khuẩn) 	<ul style="list-style-type: none"> - Là một ổ mủ hình thành chậm, bất kỳ nơi nào (thường là bạch huyết và xương) - Không có biểu hiện tại chỗ (ko sưng nóng đỏ đau)
Cấu trúc	<ul style="list-style-type: none"> - Giai đoạn viêm lan tỏa (khởi phát) 1 Mảng có 4 trch viêm - Giai đoạn tụ mủ (5-7 ngày sau) → 1 Bọng chứa + Vách 3 lớp <ul style="list-style-type: none"> • Bọng chứa → Tính chất tùy theo VK <ul style="list-style-type: none"> ◦ Đặc dính, màu kem sữa (tụ cầu) ◦ Loãng, pha thanh dịch (liên cầu) ◦ Xám bẩn, hôi (Yếm khí) • Vách 3 lớp <ul style="list-style-type: none"> ◦ (Trong) Nơi tiếp xúc mủ, mang fibrin giam bạch cầu và VK ◦ (Giữa) Liên kết non, chứa mạch tân tạo ◦ (Ngoài) Tổ chức xơ, ngăn cản mủ NT - Vách của ổ có nhiều bạch cầu để khu trú tác nhân tránh lan rộng - Bên trong là xác VK, bạch cầu, mô chết hóa lỏng thành mủ 	<ul style="list-style-type: none"> - Giai đoạn đau → Củ lao (khối nhô cứng, KHÔNG đau, KHÔNG viêm trong vài tháng → hoại tử bã đậu, tạo - Giai đoạn abscess → 1 Bọng chứa + Vách 2 lớp <ul style="list-style-type: none"> • Bọng chứa mủ loãng gồm mô hoại tử bã đậu → cây Lowenstein (tim lao) • Thành 2 lớp: <ul style="list-style-type: none"> ◦ (Trong) Tổ chức Hoại tử bã đậu còn sót kèm mạch máu tân tạo ◦ (Ngoài) Sang thương lao tiến triển - Bao xung quanh là tổn thương lao đang tiến triển - Bên trong là mủ lẫn mô hoại tử giống bã đậu
Tác nhân thường gặp	<p>Tác nhân đa dạng tùy thuộc vị trí ổ.</p> <p>Thường gặp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da (aureus) - Ở bụng (Gr âm kỵ hoặc ái khí Klebsiella, E Coli, Bacteroides fragilis) - HMTT (trực khuẩn kỵ khí) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lao - Phong - Trực khuẩn kỵ khí Gr(-): Actinomyces
Diễn biến - biểu hiện	<p>Vị trí nóng: Một khối phồng Sưng nóng đỏ đau</p> <p>Vị trí sâu: Triệu chứng toàn thân (sốt, chán ăn)</p> <p>→ Khi ổ sâu vỡ để xâm nhập vào máu gây NTH</p> <p>→ Đau nhói + Sốt liên tục, tăng bạch cầu + Sờ thấy cứng, đau.</p> <p><u>Dấu chuyển sóng (Dấu pháp phèu)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Biến chứng → (tại chỗ) Viêm hạch cấp/mủ (toàn thân) NTH, <ul style="list-style-type: none"> • Thành viêm tủy lan tỏa / Cellulitis (thường ở bn có đtd / suy gan) 	Bắt đầu từ một khối u cứng, nhô, không đau ko viêm tấy → tiến triển chậm trong nhiều tháng rồi mềm dần + dấu chuyển sóng (hóa abscess lạnh)
Điều trị	<ul style="list-style-type: none"> - Rạch dẫn lưu + Nạo phá vách - KS ít hiệu quả vì ko thâm vào → CD: KS khi có triệu chứng toàn thân 	<ul style="list-style-type: none"> - Kháng sinh đặc hiệu (Kháng lao) - Chọc hút (ở vị trí xa ổ để tránh dây dò) <p>KO RẠCH THÁO MỦ ABSCESS LẠNH (vì VK khâm nhập, chuyển apxe nóng)</p>

V. NHIỄM TRÙNG Ở NGƯỜI DÙNG MA TÚY QUA ĐƯỜNG CHÍCH

Theo ước tính có khoảng một triệu người dân Mỹ dùng ma túy qua đường chích cho đến năm 2002. Nhiễm trùng da-mô mềm (NTDMM) là biến chứng thường gặp của những đối tượng này. Số người bệnh của năm sau tăng nhanh hơn năm trước. 70% trường hợp này có liên quan đến dùng ma túy qua đường chích.

Mặc dù viêm mô tế bào hay áp-xe mô mềm thường xảy ra trên cùng người bệnh. Tuy nhiên, áp-xe lại thường xuất hiện một mình và là dạng nhiễm trùng mô mềm thường gặp nhất ở những người dùng ma túy qua đường tiêm. Vị trí nhiễm trùng thường gặp nhất là chi trên và chi dưới, bẹn và hố trợ trước. Thỉnh thoảng còn gặp ở mông, vú và bụng.

1. Yếu tố nguy cơ và sinh bệnh của viêm mô tế bào và áp-xe

Nghiên cứu gần đây xác định vài yếu tố nguy cơ tiềm ẩn có thể thay đổi trong NTDMM ở người dùng ma túy qua đường chích. Tiêm nhầm vào tổ chức dưới da hay cơ do chênh ra ngoài lồng mạch khi tĩnh mạch bị xé chai là yếu tố nguy cơ hàng đầu của áp-xe, sau đó là các yếu tố: Dùng kim bẩn và dùng hỗn hợp heroin và cocaine. Yếu tố bảo vệ duy nhất được xác định là việc sát trùng da với cồn trước tiêm thuốc. Những phụ nữ có nguy cơ NTDMM cao vì khó tìm được các tĩnh mạch nông của họ. Nhiễm HIV cũng được xem là yếu tố nguy cơ.

Cơ chế nhiễm trùng có lẽ liên quan đến chấn thương mô do ảnh hưởng trực tiếp của thuốc; do thiếu máu mô hay liên quan đến

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nhiễm trùng ngoại khoa được định nghĩa là:
 - A. Biến chứng của chấn thương.
 - B. Biến chứng của vết thương hay biến chứng sau mổ.
 - C. Những trường hợp nhiễm trùng cần phải mổ.
 - D. Biến chứng xảy ra sau phẫu thuật.
 - E. C và D đúng.
2. Những trường hợp nhiễm trùng cần được điều trị bằng phẫu thuật là:
 - A. Hoại tử mô mềm.
 - B. Nhiễm trùng của các xoang trong.
 - C. Viêm mủ màng tim, khớp.
 - D. Nhiễm trùng mảnh ghép.
 - E. Tất cả đều đúng.
3. Những trường hợp nhiễm trùng xảy ra sau phẫu thuật gồm có:
 - A. Nhiễm trùng vết mổ.
 - B. Viêm phúc mạc sau mổ.
 - C. Nhiễm trùng mảnh ghép.
 - D. Nhiễm trùng bệnh viện.
 - E. Tất cả đều đúng.
4. Yếu tố nào sau đây phân biệt nhiễm trùng ngoại khoa với nhiễm trùng nội khoa:
 - A. Ố thuận lối.
 - B. Cửa ngõ xâm nhập.
 - C. Sức đề kháng của cơ thể bệnh nhân.
 - D. Khả năng phá hoại của vi sinh vật.
 - E. Kỹ thuật mổ.
5. Những tác nhân gây nhiễm trùng bao gồm loại nào sau đây:
 - A. Vi sinh vật thuộc giới động vật như amip.
 - B. Vi sinh vật thuộc giới thực vật.
 - C. Virus.
 - D. Vi khuẩn.
 - E. Tất cả đều đúng.
6. Người ta có thể phân chia nhiễm trùng ngoại khoa là nhiễm trùng:
 - A. Mô mềm hay các xoang trong cơ thể.
 - B. Mảnh ghép.
 - C. Vết thương hay vết mổ.
 - D. Xảy ra trong bệnh viện.
 - E. Tất cả đều đúng.
7. Loại vi khuẩn thường gây áp-xe nóng là:
 - A. Trực khuẩn Eberth.
 - B. Phế cầu (pneumococcus).
 - C. Tụ cầu trắng hay vàng.
 - D. Lậu cầu (gonococcus).
 - E. Trực khuẩn coliform (colibacille).
8. Những yếu tố nào dưới đây giúp phân biệt giai đoạn viêm lan tỏa và giai đoạn tụ mủ của áp-xe nóng:
 - A. Đau nhức, liên tục tăng dần, khu trú ở một vùng.
 - B. Sốt, ớn lạnh, trạng thái uể oải, nhức đầu.
 - C. Đau khi sờ ấn, cứng ở trung tâm và đóng bánh ở viền ngoài.
 - D. Đau tăng thêm làm bệnh nhân mất ngủ.
 - E. Đau chuyển sóng (fluctuation).
9. Đau hiếu nốt bồng xuất hiện ở giai đoạn nào của nhọt chùm:
 - A. Giai đoạn đầu.
 - B. Giai đoạn loét.
 - C. Giai đoạn vỡ ngòi.
 - D. Khi có biến chứng nhiễm trùng huyết.
 - E. A, B đúng.

10. Theo phân loại của nhiễm trùng vết mổ, có mủ ở lớp mổ hay lớp cơ là nhiễm trùng độ mấy?
- A. Độ 1.
 - B. Độ 2.
 - C. Độ 3.
 - D. Độ 4.
 - E. Chưa đủ yếu tố để xác định.

ĐÁP ÁN

- 1. E 6. E
- 2. E 7. C
- 3. E 8. D,E
- 4. A 9. A
- 5. E 10. C

3 biểu hiện: (xem bảng)

- Áp dưới da + Viêm tấy lan tỏa
- Hoại tử mô mềm nhiễm khuẩn
- Viêm mủ cơ

nhiễm khuẩn do cấy trực tiếp. Kết quả của việc tiêm nhiều lần tại một vị trí, làm da và mô xung quanh bị tổn thương, tạo ra thiếu máu và hoại tử khu trú và kết quả dễ đưa đến nhiễm trùng. Bản chất thuốc (đặc biệt cocaine) và các dung môi có thể làm tổn thương nhiều hơn, gây ra co mạch và viêm tắc. Vi khuẩn gây bệnh hiện diện tại bề mặt da, từ kim bị nhiễm khuẩn hay từ nước bọt bị đẩy bẩn khi chuẩn bị hay khi tiêm. Một nghiên cứu cho rằng bẩn thân thuốc có thể là một nguồn nhiễm.

Rối loạn miễn dịch trên người dùng ma túy qua đường chích là yếu tố thuận lợi của khả năng dễ nhiễm khuẩn. Bằng chứng về biểu hiện của các thụ thể thuốc phiện trên tế bào miễn dịch: Thụ thể chuyên biệt đối với morphin và chuyển hóa heroin, chứng minh mối liên hệ giữa thuốc phiện với chức năng miễn dịch. Chất gây nghiện ức chế một số chức năng quan trọng của tế bào T. Úc chế thực bào, hóp hưởng động tế bào và giết bạch cầu da nhân trung tính và đại thực bào ở người. Chính sự suy giảm quá trình thực bào và giết tế bào có thể là một nguyên nhân quan trọng làm tăng tần suất của nhiễm trùng da và mô mềm do vi khuẩn.

Ngoại khoa và các bệnh mạn tính

Thursday, June 10, 2021 3:49 PM

Rối loạn đông máu - cầm máu - truyền máu

Thursday, June 10, 2021 3:56 PM

RỐI LOẠN ĐÔNG CẦM MÁU - TRUYỀN MÁU

Cơ chế đông cầm máu

có 3 giai đoạn (1) Cầm máu ban đầu (cục máu trắng) (2) Sự tạo cục huyết khối + Con đường đông máu (3) Sự ly giải cục máu đông

Giai đoạn cầm máu ban đầu	<ul style="list-style-type: none"> Giai đoạn thành mạch → sự co mạch cầm máu, Giai đoạn tiểu cầu → Tiểu cầu đến gắn kết với collagen ở nội mạch tồn thương (nhờ vWF+Ca) hoạt hóa → ADP gắn thụ thể P2Y12 của TC khác + glycoprotein IIb/IIIa → tạo cục máu trắng <ul style="list-style-type: none"> • Phospholipase màng tiểu cầu hoạt hóa (do Ca) → Tổng hợp Prostaglandin → tác dụng lên hoạt hóa và xuất tiết tiểu cầu • Tiểu cầu hoạt hóa → giải phóng Epinephrine / Serotonin / Ca / yếu tố tiểu cầu 4 (PF4) (kháng heparin) / PF3 (tiền đông) • PF3 → hỗ trợ đông máu huyết thanh • Hiện tượng co cục máu (do PLT dùng ATP để làm co thrombosthenin) <p>Khi Fibrin nhung kết (fibrin săn có) → làm bền cục máu đông</p>	<p>Hình 1. Hình thành cục máu đông giai đoạn thành mạch tiểu cầu</p>
Giai đoạn đông máu huyết tương	<p>Sự hoạt hóa dòng thác đông máu → thúc đẩy sự nhung kết + hình thành mạng fibrin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nội sinh (12) → 11-9-8 → Phức bộ Prothrombin (con đường chung). - Ngoại sinh VII+Thromboplastin mő → Phức bộ Prothrombin (con đường chung..) <p>Phức bộ prothrom (X→Xa) + V,Ca,PF3 → biến II→IIa (thrombin) => (1) biến I thành Ia (Fibrin) (2) Kích hoạt XIII làm bền fibrin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sự thiếu hụt YTĐM gây rối loạn đông máu trừ XII 	<p>Hình 2. Đường đông máu nội và ngoại sinh hội tụ tại yếu tố Xa (a: Hoạt hóa; Pf: Yếu tố tiểu cầu 3; Ca⁺⁺: Calcium; HMW: Kinhogen trong lượng phân tử cao; II: Prothrombin; Ia: Thrombin; I: Fibrinogen; Ia: Fibrin)</p>
Giai đoạn tiêu sợi huyết	<p>Máu loãng nhờ các yếu tố chống lại sự đông máu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gan /Võng nội mő → giữ lại các YTĐM đã hoạt hóa + fibrin đã trùng phán 2.Thrombomodulin (bề mặt nội mő) → khi có Thrombin + Ca → hoạt hóa Protein C và S → Bắt hoạt Va và VIIa 3. Plasminogen (từ gan) → hoạt hóa thành Plasmin → Phân giải Fibrinogen/Fibrin → FDP <ul style="list-style-type: none"> • Có thể hủy Fibrinogen / F.II,V,VII và bô thê • Plasmin bị hạn chế bởi alpha-2 Plasmin / IL2 là chất chống plasminogen 	<p>Hình 3. Giai đoạn tiêu sợi huyết</p>

Đánh giá chức năng cầm máu:

- Bệnh sứ → (1) chảy máu trước mő / (2) Dễ chảy máu / (3) Sử dụng thuốc kháng đông, thuốc ức chế tổng hợp PG (aspirin,...) / (4) Tiền sử gia đình mắc chảy máu
- Khám lâm sàng → Tim triệu chứng K máu / lymphoma / Gan to / Lách to + Triệu chứng xuất huyết (ban xuất huyết,...)
Các xét nghiệm đông máu

Giai đoạn thành mạch	Gián tiếp qua Nghiệm pháp Lacet → Dương tính (>10 chấm /cm2) => Thành mao mạch yếu / Tăng tính thấm
Nhóm đông Ngoại sinh	<ol style="list-style-type: none"> PT (Prothrombin time) - INR - Time Quick (TQ) / TQ% <ul style="list-style-type: none"> • PP Làm → Cho Thromboplastin chiết xuất vào máu (đã phục hồi Ca - <i>giống time Howell</i>) → Quy ra tỉ lệ Prothrombin (bth >=60%) 12-15s • Mục tiêu khống sát VII + X + prothrombin (II) fib (III) • Diễn giải TQ dài → (1) Suy gan (2) Tắc mít (3) Dùng VKA → dùng theo dõi dùng VKA (cũ) • INR là một thuật toán (<i>dùng theo dõi Tx VKA</i>) 2-3 (ở BN van tim cơ học) Định lượng F.V → PT dài + F.V giảm = suy gan

	<p>3. Định lượng fib (F.III)</p> <ul style="list-style-type: none"> Định lượng fib = nhiệt kết tủa ở 560C Thời gian Thrombin (TT) → bth 15-18s (20-22s Huyết học) (Ntac= Cho Thrombin để chuyển fibrinogen→fib, tùy vào lượng fib và TT dài ngắn) Điều giải TT dài → (1) Giảm fib (2) RL Fib (3) Có mặt sp phân hóa fib (4) Có kháng thrombin (heparin) → Dùng đánh giá gan/DIC
Nhóm đông Nội sinh	<p>1. Thời gian đông máu (TC) → bth 5-10ph → ko chính xác lắm vì phụ thuộc yếu tố va chạm</p> <ul style="list-style-type: none"> • PP làm → 2 lamelle, 1 để yên 1 nghiêng liên tục mỗi 30s (chứng), thời gian tính đến khi lamelle 1 đông (thời gian trung bình) • Khắc phục sai lệch (thể tích + nhiệt độ mt) → pp LeeWhite (thay lamelle = ống nghiệm, 8-10ph) • Thời gian Howell (TC) → Cho Na Citrate (ức chế phóng Ca) → ly tâm → ra ống nghiệm + hấp 37 độ → cho Ca vào (tinh time) → đến khi ống nghiệm đông (Gọi là thời gian tiềm phục Calci) <p>2. aPTT - Thời Cephalin-Kaolin (TCK) Cephalin hoạt hóa (TCA) → bth 45-70s (sách SL) >20% chứng là dài</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vai trò → thăm dò yếu tố X/V/fib/thrombin + VIII + IX + XI + XII → đánh giá Hemophilia + theo dõi Heparin • TCK dài + TCK hỗn hợp ko bth → có chất chống đông • TCK dài + TCK hỗn hợp bth → CD TCK gián biệt → để chẩn đoán Hemophilia
Nhóm tiêu cầu	<p>1. Đếm tiểu cầu (PLT) → (<100k) giảm (<50k) giảm nặng (>150 <500) bth</p> <p>2. Khảo sát co cục máu (Phụ thuộc → số lượng PLT / RBC / fib)</p> <p>3. Thời gian máu chảy (TS) Bleeding time (BT) → Chức năng tiêu cầu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kéo dài trong bệnh lý thành mạch + PLT (giảm số lượng / chất lượng) → nghi thức bắt buộc
Khảo sát tiêu sợi huyết	<p>1. Nghị pháp von Kauilla (nghị pháp Plasmin) → Dùng huyết tương tách chất chống tiêu sợi huyết</p> <ul style="list-style-type: none"> • (<30ph) Tiêu sợi huyết cấp <p>2. Nghị pháp Ethanol → nêu dương tính (sản phẩm phân hóa fibrinogen và fibrin)</p> <p>3. D-dimer → thu được khi có hiện tượng đông máu xảy ra + tiêu sợi huyết đi kèm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiểu cầu <50k Fib<0.5 → cho làm dimer để xác định DIC • Vai trò Dx (1) va đập mạnh gây máu tụ (hematome) (2) mồi mổ/mối sinh (có máu mất trong khoang cơ thể) (3) Huyết khối lòng mạch (4) DIC (ddx với tiêu sợi huyết nguyên phát)
Các xét nghiệm làm trước mổ	Bệnh sử ko gợi ý + Mỗ ít bóc tách / ko mất nhiều máu / ko dùng Kháng đông trong mổ → PLT / TS / TQ / TCK Bệnh sử nghi ngờ + Mỗ sít bóc tách nhiều / mất nhiều máu / cần kháng đông → Định lượng fib / Yếu tố V /

Nguyên nhân gây chảy máu ngoại khoa

Hướng xử trí chung → cầm máu tại điểm chảy máu ở ạt (ngoại khoa) → Đánh giá RL đông cầm máu + Hồi sức + hội chẩn huyết học

Bảng 1. Xét nghiệm tầm soát trong chảy máu cấp

Chẩn đoán	Tiểu cầu	TG máu chảy	TQ	TCK	TT	Fibrinogen	Tiêu sợi huyết	Yếu tố
Truyền máu ô qrt	↓	↑	↑	↑	bt	bt	0	V, VIII ↓
ĐMRRLM	↓	↑	↑	↑	↑	↓	+	nhiều yếu tố ↓
Tiêu sợi huyết	bt	bt	↑	↑	↑	↓	++	↓ fibrinogen
Heparin	bt	bt	↑	↑	↑	bt	bt	bt
Bệnh đông máu bẩm sinh	bt	bt	bt,↑	bt,↑	bt,↑	bt,↓	bt	↓ yếu tố chuyên biệt
Bệnh tiểu cầu bẩm sinh	bt	↑	bt	bt	bt	bt	bt	bt (trừ VW)

↑: Kéo dài; ↓: Giảm; bt: bình thường; +: hiện diện; 0: không

Rối loạn đông máu bẩm sinh <ul style="list-style-type: none"> a. Bệnh ưa chảy máu A <ul style="list-style-type: none"> Do bất thường yếu tố VIII. TCK kéo dài nhưng thời gian máu chảy bình thường. Đôi khi gây chảy máu trong ổ bụng với triệu chứng gợi ý đến bụng ngoại khoa. Điều trị bằng cách truyền yếu tố VIII hay huyết tương tươi đông lạnh, kết tủa lạnh. b. Bệnh ưa chảy máu B <ul style="list-style-type: none"> Bất thường yếu tố IX. Có TCK kéo dài và thời gian máu chảy bình thường. Điều trị thay thế bằng huyết tương tươi đông lạnh. c. Bệnh von Willebrand <ul style="list-style-type: none"> Do thiếu yếu tố cùng tên nên gây bất thường yếu tố VIII và chức năng tiểu cầu. TCK và thời gian máu chảy kéo dài. Có thể truyền huyết tương tươi đông lạnh hay kết tủa lạnh. 	Rối loạn tiểu cầu - thành mạch <ol style="list-style-type: none"> Rối loạn tiểu cầu <ul style="list-style-type: none"> Có thể do suy chức năng hay giảm số lượng. Thời gian máu chảy có thể kéo dài hoặc không. Nên truyền tiểu cầu quanh phẫu thuật. Rối loạn thành mạch <ul style="list-style-type: none"> Có chấn xuất huyết dù tiểu cầu và đông máu bình thường. Thường chảy máu không quan trọng.

<p>Rối loạn mắc phổi</p>	<p>Thường gặp hơn nhóm bẩm sinh:</p> <p>1. BỆNH GAN</p> <ul style="list-style-type: none"> → Giảm tất cả các yếu tố đông máu trừ VIII <ul style="list-style-type: none"> Đặc biệt các yếu tố phụ thuộc VitK (II VII IX X) → test đáp ứng VitK (ko đáp ứng) <p>Biểu hiện → Dài hết tất cả (aPTT/TCK và PT/TQ dài) <ul style="list-style-type: none"> Tiêu cầu giảm do rượu hoặc do cường lách thứ phát </p> <p>2. RÒ TIỂU HÓA SUY DINH DƯỠNG - TAC MẶT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thiếu các yếu tố phụ thuộc VitK → test đáp ứng vitK (đáp ứng) <p>3. ĐIỀU TRỊ KHÁNG ĐÔNG HEPARIN OR KHÁNG VITK</p>	<p>4. GIẢM TIỂU CẦU</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Suy tử. ↑ Tiểu cầu bị phá hủy ở ngoại biên (xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, đông máu nội mạch lan tỏa). ↑ Bị giảm giữ tại lách (xơ gan). <p>5. SUY TIỂU CẦU</p> <p>Do thuốc NSAID hoặc tăng Ure huyếtS</p>
<p>Chảy máu trong mổ - Chảy máu sau mổ</p>	<p>Chảy máu trong mổ</p> <p>Thường ở cơ địa bình thường</p> <p>Đã cầm máu cơ học nhưng máu vẫn chảy ở phẫu trường</p> <p>Nguyên nhân có thể do:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mất quá nhiều máu trong mổ (ghép gan, tuẫn hoàn ngoài cơ thể, mổ tuyến tiền liệt, nối cửa-chủ...). Sốc nặng, đa thương có thể gây ra đông máu rải rác trong lòng mạch (ĐMRRLM). Truyền máu ở 6-10 đơn vị máu trữ trong vòng 4-6 giờ. Chảy máu do giảm tiểu cầu và yếu tố V, VIII trong máu truyền. Tán huyết do truyền nhầm nhóm máu chỉ phát hiện khi có chảy máu do ĐMRRLM. 	<p>Chảy máu sau mổ</p> <p>Một nửa trường hợp là do khiếm khuyết ở khâu cầm máu trong quá trình phẫu thuật. Các nguyên nhân khác gồm có:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sốc gây ra ĐMRRLM. - Tiểu sỏi huyết và ĐMRRLM. - Cắt gan bán phần. Nếu cắt bỏ nhiều thùy, phần gan còn lại cần khoảng 3-5 ngày mới sản xuất đủ trở lại các yếu tố đông máu. - Thiếu hụt các yếu tố đông máu phụ thuộc vitamin K (II, VII, IX, X) như tắc mật kéo dài, suy dinh dưỡng, hay do sử dụng kháng sinh đường uống. - Heparin lưu hành còn sót lại sau mổ. - Hao hụt yếu tố XIII: Chảy máu xảy ra từ 3-5 ngày sau mổ.
<p>Chảy máu do tiêu sợi huyết</p>	<p>Tiêu sợi huyết Nguyên phát</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sau trị huyết khối = thuốc TSG (urokinase và streptokinase) - Cắt Tiên liệt tuyền (nhiều urokinase) - Suy gan nặng 	<p>Tiêu sợi huyết thứ phát (DIC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biểu hiện: Giảm fib → tăng sp thoái giáng fib (xn Ethanol+) - Giảm khi xử lý xong DIC
<p>Chảy máu do DIC</p>	<p>Cơ chế</p> <p>Sự đông máu trong lòng mạch → tạo nhiều cục máu nhỏ rải rác (giảm tiểu cầu) → làm tắc nghẽn lưu thông vi tuần hoàn → tổn thương mô lan rộng</p> <p>Tổn thương → kích hoạt tiêu thụ yếu tố đông máu (giảm YT đông máu) → gây chảy máu cấp</p> <p>Hiện tượng tiêu sợi huyết thứ phát (giảm fib)</p> <p>Nguyên nhân</p> <ul style="list-style-type: none"> - Do phồng thích sp chuyển hóa / mô hoại tử sau tai biến SẢN - NTH nặng, bệnh miễn dịch → Kết dính tiểu cầu rải rác dưới tác dụng của ADP/ thrombin - Tổn thương thành mạch nhiều (Bong, viêm mạch) - Hậu phẫu PHƠI / TIỀN LIỆT / K - Bệnh gan nặng / tụt huyết áp, ứ trệ máu 	<p>2. Chẩn đoán dựa vào:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ TCK kéo dài. ↑ TQ kéo dài. ↑ Giảm fibrinogen. ↑ Giảm tiểu cầu. ↑ Có sự hiện diện của sản phẩm phân hóa fibrin. <p>3. Nguyên tắc điều trị</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thanh toán nguyên nhân gây ra ĐMRRLM là yếu tố tiên quyết để điều trị thành công. - Bù đắp sự hao hụt các yếu tố đông máu với huyết tương đông lạnh hoặc với kết tủa lạnh và tiểu cầu đậm đặc. - Chống đông bằng heparin hiếm khi được sử dụng.

TRUYỀN MÁU

Truyền máu dựa trên nguyên tắc sinh lý + tính toán nguy cơ
Các chế phẩm truyền máu

<p>Máu tàn phản (ngày càng ít dùng trên LS, thường dùng chế phẩm hơn)</p>	<p>Máu trứ : (Là máu trữ trong ngân hàng máu) Thời gian bảo quản 5 Tuần.</p> <ul style="list-style-type: none"> Chỉ 70% hồng cầu còn sống trong 24 giờ sau khi truyền. Giảm ATP và DPG nội bào làm thay đổi đường cong phân ly oxyhemoglobin. Giảm chức năng vận chuyển oxygen. Tiểu cầu mất chức năng sau 24 giờ lưu trữ. Mất các yếu tố đông máu nhất là yếu tố V, VIII; chỉ còn II, VII, IX, XI. Giảm pH máu và gia tăng đáng kể acid lactic, ammonia, K⁺ trong vòng 24 ngày. Tán huyết. CĐ: Mất máu >15%V (Ưu): Ít tốn kém, ít nhiễm trùng (Nhược) Hiệu quả trị liệu thấp, Nhược điểm chế phẩm (hình) → Lưu ý phải xét nghiệm nhóm máu ABO / Rh 	<p>Máu tươi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cần truyền liền trong 24h Nhược (1) không được khảo sát đầy đủ Bệnh truyền nhiễm (2) Yếu tố VIII thấp hơn chế phẩm tiểu cầu
<p>Hồng cầu lắng hồng cầu rửa</p>	<p>Hồng cầu lắng</p> <p>Chi định: (1) Mất máu cấp hgb<8 (khôe) <10 (bệnh mạch vành, shh, tiền lương mất máu nhiều) → target trước mò>10</p> <ul style="list-style-type: none"> (3) Thiếu máu nhưng KHÔNG có biểu hiện (a) Tăng Nhịp (b) Alter mental status (c) Thiếu máu cơ tim (d) Hẹt huyết áp tư 	<p>Hồng cầu rửa</p> <p>Chi định: Có CĐ hồng cầu lắng nhưng ko dung nạp thành phần khác (huyết tương, BC, TC) → Suy thận / Sốt do Leuko Agglutinins</p>

	thể/thở nhanh nồng (chỉ định LS → phải có thiếu máu thật)	
Tiêu cầu đặc biệt	<p>Chỉ được dùng trong 5 ngày</p> <p>Chỉ định (1) <i>Giảm tiêu cầu do mất máu ở ạt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> (2) <i>Tx XH giảm tiêu cầu / Dự phòng cho đối tượng này (<50k + cần can thiệp) → target >50k</i> (3) <i>Giảm tiêu cầu do thiếu sản tiêu cầu / Bệnh chức năng tiêu cầu</i> 	
Huyết tương tươi đông lạnh (FFP)	<p>Huyết tương đông lạnh → Chứa V / VIII (bù yếu tố đông máu)</p> <p>Hiệu quả của HTTL trong bù các yếu tố đông máu cần được theo dõi bằng TQ và TCK.</p> <p>Có thể được chỉ định ở trường hợp:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rối loạn một trong nhiều yếu tố đông máu với TQ và, hoặc TCK kéo dài. Rối loạn đông máu do thiếu vitamin K, bệnh gan, ĐMRRM. 	<p>Kết tủa lạnh</p> <p>Được sử dụng trong điều trị thiếu yếu tố VIII do nồng độ cao hơn 20-30 lần so với HTTL.</p>

Phương pháp truyền máu

THƯỜNG QUY	<p>Máu và thành phần của máu, được truyền khi có chỉ định như đã trình bày, thường được truyền qua tĩnh mạch. Không có sự khác biệt về hiệu quả khi truyền qua tĩnh mạch hay qua động mạch.</p> <p>Thường khởi đầu với tốc độ khoảng 5ml/phút sau đó tăng dần đến 10ml/phút; có thể tăng tốc độ nhanh hơn tùy theo đáp ứng lâm sàng và mục đích truyền máu.</p> <p>Khi cần truyền nhanh, nhiều nên theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.</p>	
PHƯƠNG PHÁP KHÁC	<p>Pha loãng máu</p> <p>Lấy máu khi bắt đầu cuộc mổ + Tái lập thể tích tuần hoàn = dd điện giải/ dd keo → cải thiện tưới máu mổ</p> <ul style="list-style-type: none"> Giảm độ quánh máu <p>Truyền trả máu trong suốt cuộc mổ → đến khi chấm dứt PT</p>	<p>Truyền máu hoàn hồi (hồi truyền) Hồi truyền máu trũ</p> <p>Áp dụng ở các trường hợp mổ chương trình với điều kiện bệnh nhân có dung tích hồng cầu trên 34% hoặc hemoglobin trên 11mg%. Bệnh nhân có thể được lấy máu nhiều lần trong vòng 1 tháng trước mổ, mỗi lần lấy máu cách nhau 4-5 ngày và lần lấy cuối cùng phải trước cuộc mổ ít nhất là 3 ngày. Máu được trữ ở ngăn hàng và được truyền trở lại khi tiến hành phẫu thuật.</p> <p>Hồi truyền trong mổ</p> <p>Ngày càng được áp dụng rộng rãi và được xem như một trong các biện pháp cấp cứu sinh mạng trong xử trí chấn thương. Phương pháp này cũng được áp dụng ở các cuộc mổ chương trình đòi hỏi truyền nhiều máu. Có hai cách thực hiện:</p> <p>Dùng máy "thu hồi" máu chảy trong cuộc mổ, sau đó được "rửa" hay lọc mỗi khi thu hồi được khoảng 250ml và truyền trở lại trong vòng 5-6 phút. So với rửa tể bão, phương pháp lọc thu lại được nhiều máu hơn và giảm thiểu cầu ít hơn.</p>

Biến chứng truyền máu

Phản ứng truyền máu	<p>Phản ứng táo huyết xảy ra là do bất đồng nhóm máu A, B, O và Rh.</p> <p>Đặc điểm của táo huyết truyền máu là hồng cầu bị phá hủy, dẫn đến tăng hemoglobin máu và có hemoglobin niệu.</p> <p>Hậu quả là:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoại tử ống thận và suy thận cấp. Đông máu rải rác trong lòng mạch. <p>Biểu hiện</p> <ul style="list-style-type: none"> BN tinh → than nóng rát dọc tĩnh mạch BN mê → chú ý chảy máu / hạ huyết áp ko đáp ứng hồi sức 	<p>Chẩn đoán dựa vào</p> <ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm thấy hemoglobin tự do trong nước tiểu > 5mg%, haptoglobin máu < 50mg% và bất tương hợp nhóm máu. Lâm sàng có thiếu niệu, nước tiểu sậm màu. <p>Khi nghi ngờ có phản ứng táo huyết truyền máu phải ngừng ngay máu truyền, gởi mẫu máu bệnh nhân và bọc máu để xét nghiệm tương đồng nhóm máu. Bắt đầu điều trị lợi niệu và kiềm hóa nước tiểu, đôi khi phải lọc thận.</p> <p>Ngoài phản ứng táo huyết, có thể có phản ứng dị ứng và sốt, mề đay; xuất hiện muộn khoảng 60-90 phút sau khi truyền máu.</p>
Truyền nhiễm	<p>1. Nhiễm khuẩn huyết</p> <p>Thường gặp là E. coli, Pseudomonas và các vi khuẩn Gram (-). Có thể có biểu hiện lâm sàng của nhiễm trùng huyết, đôi khi đưa đến sốc nhiễm trùng.</p>	<p>C. BIẾN CHỨNG KHÁC</p> <p>Ngoài ra còn có một số biến chứng khác như phổi phổi cấp do truyền quá nhanh ở người mắc bệnh tim, viêm tắc tĩnh mạch chỉ dưới do truyền quá lâu, ...</p>

1. Nhiễm khuẩn huyết

Thường gặp là *E. coli*, *Pseudomonas* và các vi khuẩn Gram (-). Có thể có biểu hiện lâm sàng của nhiễm trùng huyết, đôi khi đưa đến sốc nhiễm trùng.

2. Truyền bệnh

- Sốt rét.
- Viêm gan siêu vi sau truyền máu, có thể do siêu vi B hay C, là một biến chứng nặng.
- Cytomegalovirus.
- AIDS

C. BIẾN CHỨNG KHÁC

Ngoài ra còn có một số biến chứng khác như phù phổi cấp do truyền quá nhanh ở người mắc bệnh tim, viêm tắc tĩnh mạch chi dưới do truyền quá lâu, ...

VRT và biến chứng

Thursday, June 10, 2021 3:56 PM

Ranitidine or diphenhydramine given to patients with perforated appendicitis may increase the risk of **postoperative abscess**. Therefore, these medications should not be used empirically in this population.

From <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20157081/>>

VPM

Thursday, June 10, 2021 3:56 PM

Chấn thương bụng - Vết thương bụng

Thursday, June 10, 2021 3:57 PM

1. Hội chứng chảy máu trong ổ bụng - Ngoại khoa cơ sở (2019)
2. Chấn thương gan, lách - Điều trị bệnh ngoại tiêu hóa (2021)
3. Bài CT-VT bụng nói chung - Điều trị bệnh ngoại tiêu hóa (2007)
4. Chấn thương đại trực tràng - hậu môn - Bệnh học ngoại tiêu hóa (2013)

Hội chứng chảy máu trong ổ bụng

Thursday, June 10, 2021 3:57 PM

HỘI CHỨNG CHÁY MÁU TRONG Ổ BỤNG

MỤC TIÊU

1. Nêu cách khám và theo dõi một bệnh nhân chảy máu trong ổ bụng.
2. Chẩn đoán được các tạng thương tổn.
3. Trình bày được nguyên tắc xử trí chảy máu trong ổ bụng.

Chấn thương bụng có thể gây vỡ các tạng đặc như gan, lách, tụy hay làm đứt một mạch máu mạc treo, mạc nối... Ngoài ra còn có vỡ các tạng do nguyên nhân bệnh lý (vỡ của thai ngoài tử cung hay của nang hoàng thể, nang buồng trứng, ung thư gan, viêm tụy cấp, túi phồng ĐM...) cũng gây chảy máu vào ổ phúc mạc.

Máu trong ổ bụng có thể ít hay nhiều. Máu chảy ít có thể ẩn và thường ngay sau khi chấn thương nhưng cũng có thể sau chấn thương 5-10 ngày.

Chẩn đoán sớm chảy máu trong có thể gặp khó khăn do các triệu chứng ở vùng bụng lúc đầu chưa đầy đủ hoặc trên bệnh nhân đã chấn thương kèm chấn thương sọ não hay chấn thương cột sống... Tùy số lượng và tùy diễn biến của máu chảy mà biểu hiện lâm sàng có khác nhau. Thông thường chảy máu trong ổ bụng biểu hiện toàn thân bằng ~~hỗn~~ chấn thương mất máu và tại chỗ là đau bụng, cảm giác phản ứng và phản ứng thành bụng.

2. Lách

Lách là tạng trong ổ bụng bị tổn thương nhiều nhất trong CTBK, đặc biệt khi có kèm gãy các xương sườn thấp bên trái.

Lách có thể bị ~~vỡ~~ nát, vỡ ở một mức hay ~~vỡ~~ dưới bao.

3. Tụy

Trong CTBK tụy có thể bị vỡ tuy ít gấp. Tổn thương tuy gấp < 10% các tổn thương trong ổ bụng.

4. Các mạch máu lớn trong bụng

Các mạch máu lớn trong ổ bụng ít khi bị thương tổn do chấn thương. Khi có các thương tổn giập vỡ do chấn thương hay do vết thương, tỉ lệ tử vong rất cao từ 30-60%.

Tỉ lệ tử vong liên quan trực tiếp với độ lớn và số lượng mạch máu bị tổn thương, vị trí và cơ chế tổn thương.

B. NGUYÊN NHÂN KHÔNG DO CHẨN THƯƠNG

1. Vỡ gan

ít gấp. Gan có thể vỡ do ~~do~~ nén ~~nhẹ~~ hoặc biến chứng vỡ trong ứng thư gan hoặc trên

I. NGUYÊN NHÂN

A. CHẨN THƯƠNG BỤNG KÍN

Chấn thương bụng kín (CTBK) đứng hàng thứ ba sau các chấn thương sọ não và chỉnh hình, trong đó có khoảng 20% trường hợp CTBK cần phải mở cấp cứu. Nguyên nhân của chấn thương bụng thường gấp nhất là tai nạn giao thông, tiếp theo là các tai nạn sinh hoạt hoặc lao động.

1. Gan và đường mật

Gan có thể bị vỡ làm nhiều mảnh hoặc có thể nứt và rách các mạch máu lớn trong gan gây chảy máu vào trong ổ bụng hoặc có thể vỡ và tu máu dưới bao.

Thường tổn các tinh mạch trên gan rất nặng vì gây chảy máu rất nhiều và khi mở cầm máu rất khó khăn. Cơ chế gây ra loại tổn thương này thường là do lực quán tính: đứng đột ngột trong khi di chuyển ở vận tốc cao (trong tai nạn giao thông hay rơi từ trên cao xuống).

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

A. TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN

- Da xanh, niêm mạc nhợt.
- Bệnh nhân thấy hoa mắt chóng mặt nhất là mỗi khi đổi tư thế.
- Nếu nặng hơn bệnh nhân vật vã, giãy giụa, hoảng hốt hoặc ngược lại nằm im, thở ứ, đáp ứng chậm chạp.
- Tử chi lạnh, có thể nổi vân.
- Khát nước.
- Mạch nhanh, nhỏ, khó bắt, có khi chỉ bắt được mạch ở các động mạch lớn (động mạch cảnh gốc, đùi) hoặc không có.
- Huyết áp hạ thấp, kẹt.

Theo dõi bệnh nhân thấy mạch có khuynh hướng nhanh dần lên và yếu dần đi, huyết áp hạ thấp dần. Nếu mất máu nhanh và nhiều, bệnh nhân bị sốc mất máu, có thể không mạch, không huyết áp.

B. TRIỆU CHỨNG THỰC THẾ

1. Nhìn

Bụng trương. Sau chấn thương ~~đo 3-4 giờ~~, bụng bắt đầu trương, lúc đầu trương không nhiều. Trưởng bụng là do hút máu

1. Võ gan

ít gấp. Gan có thể vỡ do sán giật hoặc biến chứng vỡ trong ung thư gan hoặc trên bệnh nhân có ung thư gan.

2. Võ lách

Võ lách không do chấn thương hay vỡ lách bệnh lý hiếm gặp. Võ lách có thể xảy ra ở người bị sốt rét, người có bệnh bạch cầu đơn nhân, lymphoma, leukemia, sốt thương hàn và một số trường hợp khác kèm lách to bệnh lý.

3. Vỡ các túi phình động mạch trong ổ bụng

4. Thai ngoài tử cung ở vòi trứng vỡ hoặc nang hoàng thể xuất huyết.

46

đẩy: dưới sườn phải, dưới sườn trái, nắp bụng phải, nắp bụng trái.

Phản ứng thành bụng rất có giá trị nếu phản ứng và đau ở hố chậu phải hoặc ở hố chậu trái sau khi bị chấn thương ở nửa trên của bụng, chứng tỏ máu từ phía trên chảy xuống và đóng ở đó.

Ít khi gặp co cứng thực sự như trong thủng dạ trướng hay viêm phúc mạc.

Ở những bệnh nhân đang trong tình trạng sốc, có thể không có phản ứng thành bụng nhưng cảm ứng phúc mạc thì bao giờ cũng có.

5. Thâm trực tràng-âm đạo

Túi cùng Douglas căng, đau. Đau là một triệu chứng rất có giá trị, chứng tỏ có mủ và nhất là có máu trong túi cùng Douglas.

Thâm âm đạo cũng đồ sau căng, đau.

6. Đấu hiệu Kehr (đau ở vai trái)

Để bệnh nhân nằm ngửa trên giường, đầu thấp, nắp trong ổ bụng có máu thì máu sẽ dồn lên phía dưới cùi hokane và kích thích cơ này, qua thần kinh hoành làm đau vai thường là vai trái.

III. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

A. XÉT NGHIỆM SINH HÓA

Các xét nghiệm bao gồm:

- Số lượng hồng cầu.
- Dung tích hồng cầu.
- Démin bạch cầu.
- Nhóm máu.
- Amylase.
- Xét nghiệm thử thai đối với phụ nữ ở tuổi sinh đẻ.

Các xét nghiệm cơ bản này rất cần thiết bởi vì sự thay đổi trong các lần thử về sau

1. Nhìn

Bụng trương. Sau chấn thương do 14 giờ, bụng bắt đầu trương, lúc đầu trương không nhiều. Trưởng bụng là do liệt ruột.

2. Nghe

Nhu động ruột không nghe được trong trường hợp có máu trong ổ bụng làm liệt ruột, bệnh nhân bị trung và đại tiện.

3. Gõ

Đau khi gõ bụng, có thể gõ đục ở các vùng thấp.

4. Sờ nắn

Thành bụng phản ứng nhiều hoặc **tắc** và **tắc** (dấu hiệu cảm ứng phúc mạc). Các dấu hiệu này có thể rõ hơn ở vùng nào

có thể giúp ích cho chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân.

B. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

1. X quang bụng không sửa soạn

Chụp bụng không sửa soạn ở tư thế đứng, nếu bệnh nhân có huyết áp thấp thì ở tư thế nằm nằm nửa ngồi cho thấy:

- Bụng mờ đều.
- **Vành quai ruột** dày, thực chất là máu hay dịch len vào nằm giữa hai quai ruột nằm áp nhau.
- Cố dịch máu nằm dọc rãnh thành đại tràng, khoảng cách giữa đường mõ cận phúc mạc và đại tràng lên hay đại tràng xuống rộng ra.

2. Siêu âm bụng

Siêu âm được xem là phương tiện **đầu tay** để chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng (kết hợp với lâm sàng).

Có thể giúp phát hiện dịch tự do ở rãnh thành đại tràng, ở túi Morrison, cũng đồ Douglas. Tuy nhiên, siêu âm khó đánh giá mức độ thương tổn nặng đặc.

Nếu được thực hiện tốt, siêu âm có thể thay thế cho biện pháp chọc rửa ổ bụng trong chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng.

3. Chụp cắt lớp

Có giá trị hơn hẳn so với siêu âm trong chẩn đoán các thương tổn nặng đặc. Chụp cắt lớp phát hiện dịch trong ổ bụng và mức độ thương tổn của gan, lách, thận...

4. Nội soi ổ bụng chẩn đoán

Có thể đánh giá các thương tổn ở gan, cơ hoành và các tạng khác. Tuy nhiên nội soi ổ bụng sử dụng còn hạn chế vì đòi hỏi phải gây mê, khó triển khai trong cấp cứu nhất là ở bệnh nhân đa thương.

47

thường... và các **triệu chứng** giúp chẩn đoán chính xác hội chứng chảy máu trong ổ bụng và tổn thương các tạng. Do đó các xét nghiệm cận lâm sàng, siêu âm, X quang và những thủ thuật xâm lấn như chọc dò hay chọc rửa ổ bụng ít có vai trò hơn so với khám thực thể ở bệnh nhân bị chấn thương bụng đơn thuần. Tuy nhiên, ở bệnh

5. Chọc dò và chọc rửa ổ bụng

Có thể giúp phát hiện dịch, máu trong ổ bụng. Trong những trường hợp chẩn đoán khó khăn người ta sử dụng phương pháp chọc dò ổ bụng.

Sau khi gây tê chỗ dự định chọc dò, dùng bơm tiêm dài và to chọc vào một trong bốn khu của thành bụng: trên phải, trên trái, dưới phải, dưới trái. Khi mũi kim đã qua lớp phúc mạc, vừa đẩy nhẹ bơm tiêm vừa hút.

Nếu ổ bụng có nhiều máu, hút thấy máu, máu có màu hơi đen. Chọc dò được gọi là dương tính khi hút ra được máu không đông, tuy nhiên chọc hút không ra máu vẫn chưa thể loại trừ một thương tổn trong ổ bụng. Phương pháp này có thể cho kết quả đúng đến 90%.

Trường hợp ổ bụng có ít máu, chọc hút có thể không ra, ta có thể sử dụng phương pháp chọc rửa ổ bụng. Luôn qua kim một catheter nhỏ, qua đó nhỏ giọt nhanh khoảng 500ml dung dịch mặn 0,9%. Thể tích dung dịch này sẽ pha loãng máu và làm tăng khối lượng lên. Dịch hút được có màu đỏ nhạt. Nếu nghỉ ngơi có thể quay ly tâm để số lượng hồng cầu. Chọc rửa ổ bụng được gọi là dương tính khi hồng cầu $> 100.000/mm^3$, bạch cầu $> 1.000/mm^3$. Phương pháp này có giá trị khoảng 95% trường hợp.

IV. CHẨN ĐOÁN

A. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Ở những bệnh nhân bị chấn thương bụng không chuẩn, còn tình báo và có đáp ứng, thăm khám thực thể và hỏi bệnh sử sẽ giúp biết được thời điểm, cơ chế chấn

thương.. và các triệu chứng giúp chẩn đoán chính xác hội chứng chảy máu trong ổ bụng và tổn thương các tạng. Do đó các xét nghiệm cận lâm sàng, siêu âm, X quang và những thủ thuật xâm lấn như chọc dò hay chọc rửa ổ bụng ít có vai trò hơn so với khám thực thể ở bệnh nhân bị chấn thương bụng đơn thuần. Tuy nhiên, ở bệnh nhân đa thương không đủ tinh táo để nhận biết tình trạng đau bụng hoặc trong các trường hợp hạ huyết áp không lý giải được, các phương tiện chẩn đoán trên rất có lợi trong chẩn đoán xuất huyết trong ổ bụng.

Mạch, huyết áp, số lượng hồng cầu và dung tích hồng cầu thay đổi theo số lượng máu mất. Vì vậy nếu chẩn đoán chưa rõ, các số liệu trên chưa có thay đổi rõ rệt thì việc theo dõi hàng giờ hay hàng nửa giờ là rất cần thiết. Biểu đồ chỉ nguy hiểm của mạch, huyết áp, số lượng và dung tích hồng cầu giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán.

Cũng cần lưu ý là khi chảy máu ít và đôi khi cả chảy máu nhiều nhưng bệnh nhân đến sớm, mạch và huyết áp chưa thay đổi. Vì vậy chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng không chờ đến khi có tình trạng sốc với những thay đổi về mạch, huyết áp, số lượng hồng cầu, dung tích hồng cầu mà phải căn cứ vào các triệu chứng tại chỗ và kết hợp với các phương tiện chẩn đoán khác như siêu âm, chụp cắt lớp, nội soi ổ bụng...

Trường hợp chấn thương chỉ làm vỡ màng phổi, như mổ lách nhưng không làm rách bao, máu từ nhu mô chảy ra tụ lại dưới bao. Có thể 3-10 ngày sau, tự nhiên hay sau một gắng sức như cử động mạnh, một cơn ho, vỡ bao gây nên chảy máu trong ổ bụng (vỡ hai thi).

48

B. CHẨN ĐOÁN MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

Tùy cơ quan thương tổn mà có các triệu chứng giúp ích trong chẩn đoán:

1. Vỡ gan do chấn thương

Có chấn thương mạnh vùng ngực/thorax hay vùng dưới sườn phải, các triệu chứng mất máu nhiều, ấn đau hạ sườn phải, co cứng thành bụng.. Kết quả các xét nghiệm tốc lồng máu, t/le prothrombin, men transaminaze có thể thay đổi. Tăng bạch cầu $> 15.000/mm^3$ thường thấy trong vỡ gan do chấn thương bụng kín.

Siêu âm và chụp cắt lớp có thể thấy các dấu hiệu như dịch tự do trong ổ bụng, đường rách vỡ gan, khí máu từ trong gan hay dưới bao gan. Đặc biệt chụp cắt lớp có thể cho biết mức độ tổn thương gan và ước lượng số máu mất.

Chụp động mạch được chỉ định khi chấn thương gan có kèm theo chảy máu đường mạc.

2. Vỡ lách

Lâm sàng có dấu hiệu Kehr, có chấn thương vùng dưới sườn (I), có thể kèm gây tức xương sườn thấp bên trái, chụp X quang bụng không sửa soạn thấy: có hoành (II) dày

3. Thai ngoài tử cung vỡ

Xảy ra ở phụ nữ đang trong tuổi sinh đẻ có triệu chứng trễ kinh, xét nghiệm que thử thai có thể dương tính, rong huyết, đau hạ vị. Siêu âm có dịch tự do trong ổ bụng.

4. Khối ung thư gan vỡ: có thể sờ thấy gan to, có u.

V. HƯỚNG XỬ TRÍ

Khi tiếp nhận bệnh nhân có dấu hiệu chảy máu trong kẽ cũ sỏi mật máu do chấn thương bụng kín hay do bệnh lý, cần phải tiến hành tức thì và cùng lúc các biện pháp sau:

- Đánh giá các dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân: mạch, huyết áp, hô hấp, tri giác.
- Phát hiện các thương tổn kết hợp.
- Đặt thông tiểu, đặt thông mũi-da dày, thở oxy...
- Khám bụng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng.
- Hồi sức, phục hồi tái khôi lượng máu mất bằng truyền máu và các loại dịch thay thế.

Bệnh nhân sau khi được hồi sức và thăm khám, có hai khả năng có thể xảy ra:

1. Tình trạng ổn hay huyết động học

Lâm sàng có **điều kiện Kehr**: rõ chân thương vùng dưới sườn (1), có thể kèm chảy máu xung huyết thấp bên trái, chụp X quang bụng không sửa soạn thấy: cò hoành (T) dài và bị đẩy lên cao, da dày dần trường dày hơi, nhau rỗ và bị đẩy vào trong, góc lách của đại tràng bị đẩy xuống thấp và vào trong, làm cho bọng mờ của lách to ra.

Siêu âm có thể thấy dịch quanh lách, dịch ổ bụng, ở ranh đại tràng (T), đường vỡ lách, máu tụ trong lách hay dưới bao.

Chụp cắt lớp có thể thấy lách to, máu tụ trong nhu mô lách, đường vỡ của lách...

Bệnh nhân sau khi được hồi sức và thăm khám, có hai khả năng có thể xảy ra:

1. **Tình trạng ổ bụng hay huyết动荡 học không ổn định:** chẩn đoán xác định chảy máu ở ổ bụng sẽ đưa vào siêu âm và chụp cắt lớp bụng, bệnh nhân sẽ được chuyển ngay đến phòng mổ để vừa hồi sức vừa mở bụng thẩm định. Tổn thương các tạng sẽ được xác định trong khâu mổ.

2. **Huyết动荡 học ổn định**

- Siêu âm chẩn đoán ghi nhận không có dịch trong ổ bụng, bệnh nhân sẽ được theo dõi thêm.

49

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

- Nếu siêu âm phát hiện dịch trong ổ bụng và không có dấu hiệu của viêm phúc mạc, chụp cắt lớp sẽ được thực hiện để xác định chính xác chẩn đoán.
- Nếu chụp cắt lớp cho thấy thương tổn ở gan hoặc lách thì có thể mổ để cầm máu hoặc điều trị bão tồn không mổ tùy theo mức độ nặng nhẹ của thương tổn.
- Nếu chụp cắt lớp không phát hiện thương tổn ở gan hoặc lách nhưng có dịch trong ổ bụng lượng ít, bệnh nhân cần được làm thêm chụp rửa ổ bụng hoặc nội soi ổ bụng chẩn đoán.

VI. TIỀN LƯỢNG

Hỏi bệnh và khám lâm sàng kỹ lưỡng, theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn, khám di khám lại nhiều lần bệnh nhân và sử dụng các phương tiện cận lâm sàng một cách hợp lý để giúp chẩn đoán sớm hội chứng chảy máu trong ổ bụng để có thái độ xử trí cấp cứu kịp thời mới có thể cứu sống được người bệnh nhất là ở các trường hợp sốc mất máu, trụy tim mạch...

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Đỗ Đức Văn. Triệu chứng học tiêu hóa. Trong Triệu chứng học Ngoại khoa. Nhà Xuất bản Y học Hà Nội, 2000: 212-63.
- Jurkovich J Gregory. Trauma. In Sabiston's. Texbook of Surgery. WB Saunders Company. 15th Ed. 1997: 296-341.
- Nguyễn Đình Hồi. Chảy máu ổ bụng. Trong Bài giảng Triệu chứng học Ngoại khoa. Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh. 1983: 136-39.

- Dấu hiệu Kehr là triệu chứng lâm sàng có giá trị thường gặp trong:
 - Tụ máu sau phúc mạc.
 - Chảy máu trong ổ bụng.**
 - Tràn máu, tràn khí màng phổi.
 - Viêm phúc mạc.
 - Tất cả đều đúng.
- Chảy máu trong ổ bụng có thể do:
 - Vỡ gan.
 - Vỡ ruột non.
 - Thai ngoài tử cung vỡ.
 - A, B đúng.
 - A, C đúng.**
- Truyền máu hoàn hồi trong chảy máu trong ổ bụng do chấn thương có thể thực hiện trong:
 - Vỡ lách.
 - Vỡ thận.
 - Vỡ tụy.
 - Vỡ gan.
 - A, D đúng.**
- Chấn thương bụng kín ở hạ sườn (P) có thể gây chảy máu trong ổ bụng là do:
 - Vỡ gan.
 - Vỡ ruột non.
 - Tụ máu sau phúc mạc.
 - Vỡ tá tràng.
 - Tất cả đều đúng.
- Xét nghiệm cận lâm sàng nào sau đây là cần thiết giúp ích cho chẩn đoán xác định chảy máu trong ổ bụng:
 - Dung tích hồng cầu.
 - Siêu âm bụng.
 - CT-scan bụng.
 - Chọc dò ổ bụng.
 - Tất cả đều đúng.**

- Xét nghiệm dung tích hồng cầu hạ thấp dần trong chẩn đoán xác định chảy máu trong ổ bụng có thể nghĩ đến:
 - Mất máu cấp.
 - Mất máu nhiều.
 - Có mất máu trước đó.
 - Tụ máu sau phúc mạc.
 - Máu đang tiếp tục chảy.**
- Chảy máu trong ổ bụng, triệu chứng thường gặp là:
 - Mạch nhanh dần lên, huyết áp hạ thấp dần.
 - Đè kháng thành bụng.
 - Tiểu máu.
 - Ói máu.
 - A, B đúng.**
- Trong chấn thương bụng kín, thương tổn gây hội chứng chảy máu trong ổ bụng thường gặp nhất là:
 - Vỡ gan.
 - Vỡ lách.**
 - Vỡ tụy.
 - Vỡ ruột non.
 - Vỡ thận.
- X quang bụng không chuẩn bị ở bệnh nhân có hội chứng chảy máu trong ổ bụng có thể thấy:
 - Dấu hiệu quai ruột cạnh gác.
 - Bụng mờ đều.**
 - Nổi rõ bóng cơ psoas.
 - Bóng túi mật to đè vào thành tá tràng.

- C. Tiểu máu.
D. Ối máu.
E. A, B đúng.
8. Chấn thương vùng bụng ở hạ sườn trái có thể gây ra:
A. Tụ máu sau phúc mạc.
B. Võ thận.
C. Võ lách.
D. Võ đại tràng.
E. Không câu nào đúng.
9. Chẩn đoán hội chứng chảy máu trong ổ bụng có thể dựa vào:
A. Khám lâm sàng.
B. Chọc rò ổ bụng.
C. Siêu âm bụng.
D. Xét nghiệm dung tích hồng cầu.
E. Tất cả đều đúng.
12. Bệnh nhân bị võ lách, chụp X quang bụng không sửa soạn có thể thấy:
A. Cơ hoành trái đầy và bị đẩy lên cao.
B. Dạ dày dãn, trướng, đẩy hơi, nhìn rõ và bị đẩy vào trong.
C. Góc lách của đại tràng bị đẩy xuống thấp và vào trong.
D. Bóng mờ của lách to ra.
E. Tất cả đúng.

DÁP ÁN

- | | | |
|------|------|-------|
| 1. B | 5. E | 9. E |
| 2. E | 6. E | 10. B |
| 3. E | 7. E | 11. B |
| 4. A | 8. C | 12. E |

Võ gan

Thursday, June 10, 2021 3:57 PM

Võ lách

Thursday, June 10, 2021 3:58 PM

Vết thương đại - trực tràng - hậu môn

Thursday, June 10, 2021 3:58 PM

VẾT THƯƠNG ĐẠI TRÀNG VÀ TRỰC TRÀNG - HẬU MÔN

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được nguyên nhân gây ra vết thương đại tràng, trực tràng và hậu môn.*
2. *Phân tích được các đặc điểm của vết thương đại tràng, trực tràng và hậu môn.*
3. *Kể được các phương pháp và kỹ thuật thăm khám và chẩn đoán vết thương hậu môn trực tràng.*
4. *Trình bày được một số cách tính điểm đánh giá độ trầm trọng của vết thương đại tràng.*
5. *Trình bày được nguyên lý điều trị vết thương đại tràng, trực tràng và hậu môn.*

I. VẾT THƯƠNG ĐẠI TRÀNG

Vết thương đại tràng (VTĐT) cũng như vết thương ở ruột non, rất thường gặp trong vết thương thấu bụng (VTTB). Trong các thống kê tại bệnh viện Việt-Đức về VTTB, **VTĐT** đứng hàng thứ hai hay thứ ba sau vết thương ruột non và vết thương dạ dày. VTĐT gặp nhiều hơn vết thương các tạng đặc mà thường gặp nhất là **gãy**. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, VTĐT chiếm tỉ lệ 15% trong số các VTTB. Vết thương đại tràng có một tầm quan trọng đặc biệt vì có các biến chứng nguy hiểm.

A. LỊCH SỬ VÀ NGUYÊN NHÂN

Chấn thương và vết thương đại tràng lần đầu tiên được ghi nhận trong Thánh kinh.

Trong chiến tranh Thế giới lần thứ I, vết thương đại tràng là một trong những nguyên

nhân tử vong hàng đầu, chỉ có một số ít bệnh nhân sống sót.

Cho đến chiến tranh Thế giới lần thứ II, tỉ lệ biến chứng và tử vong giảm nhiều do thực hiện hậu môn nhân tạo và truyền máu đầy đủ. Tỉ lệ biến chứng và tử vong giảm thấp hơn nữa trong chiến tranh Triều Tiên do các tiến bộ đặc biệt trong hồi sức và vận chuyển bệnh nhân nhanh chóng. Trong chiến tranh Việt Nam, có một số báo cáo về việc cắt nối ngay thì đầu vết thương đại tràng.

Hiện nay, tỉ lệ tử vong của vết thương đại tràng phụ thuộc nhiều vào các thương tổn kết hợp, các phương tiện phẫu thuật hiện đại và thời gian vận chuyển bệnh nhân từ hiện trường đến bệnh viện cấp cứu.

Vết thương đại tràng có thể do các vật sắc nhọn như dao, cọc, thanh sắt nhọn, do trâu

húc, do đạn súng trường, súng lục hay mảnh đạn, mảnh trái nổ gây ra. Ngoài ra vết thương đại tràng còn có thể do thay thuốc gây ra khi thực hiện thủ thuật chẩn đoán và điều trị như nội soi chẩn đoán hoặc cắt polip đại trực tràng qua nội soi.

Nguyên nhân gây ra VTĐT ở muôn vàn, trong đó có: trong nghiên cứu của N.T. Tín tỉ lệ VTĐT do dao đâm là 79,40%, do súng và trái nổ là 20,60%. Khác với ở các nước phương Tây, nguyên nhân do súng hay hỏa khí chiếm tỉ lệ khá cao.

B. GIẢI PHẪU VÀ GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

1. Phân bố khu vực đại tràng theo phẫu thuật

Về mặt phẫu thuật đại tràng được chia làm hai phần:

- **Đại tràng phải:** gồm manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan và nửa phải của đại tràng ngang. Phần này của đại tràng được nuôi dưỡng bởi động mạch mao mạch mesenteric.

- **Đại tràng trái:** gồm nửa trái đại tràng ngang, góc lách, đại tràng xuống và đại tràng chậu hông. Phần này của đại tràng được nuôi dưỡng bởi động mạch mao mạch mesenteric.

VTĐT có một số điểm khác với vết thương ở tiểu tràng làm cho phẫu thuật khó khăn hơn. Mạch máu nuôi dưỡng ở đại tràng tương đối kém hơn ở ruột non. Đại tràng lại chứa phân nên khi bị thương thường làm vẩy bẩn ổ phúc mạc. Đại tràng lên và

Hiện nay, do những quan niệm khác nhau về tính chất giải phẫu sinh lý của đại tràng ở từng vị trí, có nhiều ý kiến khác nhau trong cách xử trí VTĐT. Đại tràng chủ yếu hấp thu nước và biến phân lỏng thành phân đặc rồi đóng ở đại tràng chậu hông. Các phẫu thuật viên cho rằng đối với vết thương đại tràng trái thì phải phẫu thuật hàn và khâu 2 thi; còn một vài tác giả khác lại cho rằng vết thương đại tràng phải thì cần phải dẫn lưu, còn vết thương đại tràng trái thì có thể khâu thì đầu, nguyên do ở đại tràng phải phân lỏng nên dễ gây ô nhiễm trong ổ bụng hơn ở đại tràng trái do phân đã đặc. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy vị trí VTĐT không ảnh hưởng đến kết quả điều trị khâu ngay thì đầu VTĐT.

2. Thương tổn ở đại tràng

VTĐT là một vết thương nặng, do những nguyên nhân sau:

- Các chất chua bên trong đại tràng rất bẩn, rất dễ gây ra viêm phúc mạc.
- Ở một số nơi mạch máu nuôi dưỡng thành đại tràng tương đối thiếu. Các tổ chức thiếu máu hay hoại tử chung quanh VTĐT lan rộng hơn so với vết thương ở tiểu tràng, cho nên các chỗ khâu nối dễ bị bục chí.
- Tổ chức bao sau phúc mạc dễ bị nhiễm khuẩn, nhất là với vi khuẩn ký sinh.
- Ở những đoạn đại tràng cố định, định vào thành bụng, việc tìm ra một vết thương nhỏ đôi khi khó khăn.

điều tràng làm cho phẫu thuật khó khăn hơn. Mạch máu nuôi dưỡng ở đại tràng thường đổi kém hơn ở ruột non. Đại tràng lại chứa phần nền khi bị thương thường làm vẩy bẩn ở phúc mạc. Đại tràng lên và đại tràng xuống định vào thành bụng.

Đại tràng có vị trí giải phẫu khác với đại tràng lên và đại tràng xuống.

74

- khau, nhất là với vị khau kỵ khí.
- Ở những đoạn đại tràng cố định, định vào thành bụng, việc tìm ra một vết thương nhỏ đôi khi khó khăn.
- Ít khi gặp những VDTD đại tràng, thường là những vết thương xuyên bụng, thường vết rách, nhưng vết thương rách rắc nhiều nơi. Có khi vết thương cắt gần

nửa khâu kinh ruột, có khi cắt rời hẳn khúc đại tràng, cá mạc treo cũng bị đứt.

- Đại tràng ngang có vị trí giải phẫu khác với đại tràng lên và đại tràng xuống.
- Thường có thương tổn ở các thương tổn của các tạng lân cận như tụ, dạ dày, tá tràng, lách và các mạch máu lớn đặc biệt là tĩnh mạch cửa, động và tĩnh mạch mạch treo bụng trên.
- Động mạch đại tràng giữa xuất phát từ động mao tràng trước động mao tràng sau.
- Đại tràng chậu hông có thể gây ra thương tổn có thể gây ra máu rất lớn trong mạc treo đại tràng và rất khó kiểm soát do chỗ xuất phát của động mạch đại tràng giữa nằm sau.
- Đại tràng chậu hông do có nhiều nếp gấp, nên thường bị thương ở nhiều nơi.
- Mạc treo đại tràng có thể bị thương tổn, mạch máu bị đứt gãy, bị nát hoặc bị cắt đứt, làm cho máu chảy ra.
- Trong ruột thành khói mao bị đứt gãy, hai lỗ mạc treo che lấp những lỗ thông nhô, khó phát hiện khi mổ.

Tính chất thương tổn của đại tràng phụ thuộc vào cơ chế gây ra thương tổn.

- Vết thương do đạn hay các vật sắc nhọn hoặc do mảnh tản, bom bi, đạn bắn thẳng từ xa thì có thể nhỏ gọn.
- Vết thương do mảnh kim khí lớn hoặc nhỏ, bom bi bắn gần có thể phè tạt, ruột bị cắt đứt một phần hay cắt đôi, rách rộng giập nát hay xuyên thủng ở nhiều chỗ.

Có khi mạc treo nuôi dưỡng đại tràng bị tổn thương gây hoại tử ruột.

C. CHẨN ĐOÁN

Thường VDTD chỉ được chẩn đoán xác định khi mổ. Triệu chứng làm sáng chung là hội chứng viêm phúc mạc, phản ứng hay có công thành bụng. Thành ứng tràng án túi cùng Douglas đau. X quang bụng không thấy sỏi soạn hay siêu âm chỉ cho thấy hình ảnh giãn tiếp của vết thương ở ruột là hơi hay dịch tự do trong ổ bụng.

Tuy nhiên, vết thương nhỏ nằm mặt sau đoạn đại tràng cố định hay nằm ở bờ mạc treo rất khó xác định do triệu chứng làm sáng không rõ ràng. Khi mổ để giải thích và đại tràng chậu hông cũng là những đoạn đại tràng dễ bị bỏ sót thương tổn. Các VDTD không được chẩn đoán hay bị bỏ sót trong khi mổ để đưa đến những biến chứng nặng như viêm phúc mạc, nhiễm trùng, tụ nấm hoặc mủ hoại tử có thể gây áp xe trong ổ bụng hay rò đại tràng.

Khi mổ vào ổ bụng, có thể người thầy mổ hỏi của phản ứng phát hiện vết bầm máu trên thành đại tràng hoặc mạc treo hay cần cù vào đường đi của vết thương để đánh giá thương tổn trong ổ bụng. Các vết bầm máu trên thành đại tràng nên được thám sát kỹ lưỡng, các đoạn đại tràng cố định phải được làm di động để thám sát dễ dàng hơn. Có thể bóc tách mạc treo đại tràng để đánh giá đại tràng ở bờ mạc treo. Đối với những VDTD nhỏ ta có thể bóp đón hơi đại tràng về phía vết thương để phát hiện chỗ xì hơi hay bọt khí.

D. ĐÁNH GIÁ ĐỘ TRẦM TRỌNG CỦA VẾT THƯƠNG ĐẠI TRÀNG

Có nhiều chỉ số và cách tính điểm khác nhau nhằm đánh giá độ trầm trọng của VDTD:

75

3. Chỉ số vết thương thấu bụng (Penetrating Abdominal Trauma Index - PATI)

Chỉ số VTTB là một phương pháp để điểm về nguy cơ biến chứng của VTTB. Chỉ số này được Moore EE tổng hợp và chuẩn hóa từ nhiều nghiên cứu khác nhau, của chính Moore và các tác giả khác. Chỉ số được tính bằng cách đánh giá thương tổn các tạng trong ổ bụng và quan điểm từ 1 đến 5, theo mức độ thương tổn của: điểm 1 cho những thương tổn nhẹ, điểm 2 cho thương tổn nhỏ, điểm 3 cho những thương tổn vừa, điểm 4 cho những thương tổn lớn và điểm 5 cho các thương tổn rất nặng.

Sau đó, điểm số đó được nhân cho một hệ số nguy cơ. Cán cứ vào tính chất quan trọng và mức độ nguy cơ biến chứng, mỗi tang trong ổ bụng được gán cho một hệ số nguy cơ bê tông như sau: điểm 1 đến 5. Vết thương có đường kính nhỏ hơn số 5, gau, đại tràng và các mạch máu lớn có hệ số nguy cơ là 1/100, mạch và đường máu ngoài gân là 1/1000, mạch và dây và mao quản thận và bàng quang, xương, mạch máu nhỏ, 1. Tổng cộng điểm số của các thương tổn trong ổ bụng là PATI.

Úu điểm của PATI là: đánh giá không chỉ thương tổn riêng của đại tràng mà còn cả các thương tổn phối hợp khác trong ổ bụng. PATI đặc biệt sử dụng riêng cho bệnh nhân có VTTB, nó mang tính chuyên biệt hơn những hệ thống đánh giá mức độ trầm trọng của chấn thương khác.

76

can thiệp sau VTDT. Nhưng cũng như CIS, FCIS không đánh giá các thương tổn các tạng phối hợp.

E. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT DIỄU TRỊ VẾT THƯƠNG ĐẠI TRÀNG

Điều trị theo thứ tự ưu tiên ở một bệnh nhân có VTDT, cũng giống như việc điều trị cho bệnh nhân có VTTB và chấn thương bụng khác. Việc đầu tiên là phải kiểm soát cầm máu các thương tổn gây chảy máu trong ổ bụng, kế đó phải khâu tạm VTDT và hàn các mũi khâu, với độ hàn che mìn độ nhiễm bẩn; việc xử trí chỉ huy VTDT sau đó mới được thực hiện.

Nhìn chung, hiện nay VTDT được điều trị theo 3 phương pháp: (1) khâu ngay thi đấu VTDT; (2) khâu và đưa vết thương ra ngoài, không thực hiện hàn mòn tạm (HMT); (3) thực hiện HMT, khâu đưa VTDT ra ngoài sau đó mở HMT hay khâu và làm HMT trên dòng.

1. Khâu kỹ đầu vết thương đại tràng

Những trường hợp khâu VTDT có lựa chọn ngày càng tăng và trở nên phổ biến.

Ngày càng có nhiều công trình chấp nhận hay ủng hộ phương pháp điều trị này, phần lớn các tác giả công bố tỉ lệ khâu thi đấu thay đổi từ 49-81% các trường hợp, nếu kể cả cắt đoạn và nối ruột tỉ lệ này lên đến 93%.

2. Phương pháp điều trị có thực hiện HMT

Phương pháp phẫu thuật VTDT có thực hiện HMT là một phương pháp được nhiều người chấp nhận, khá an toàn. Mặc dù ngày càng có nhiều báo cáo về các biến

4. Điểm số độ trầm trọng của thương tổn đại tràng (Colon Injury Severity Score - CIS)

Để đánh giá mức độ thương tổn của riêng đại tràng, Moore EE và nhiều tác giả còn đề nghị sử dụng 5 mức độ thương tổn đại tràng (1-5) như sau: (1) lành mạnh, (2) thành đại tràng đơn thuần, (3) ≤ 25% thành đại tràng, (4) > 25% thành đại tràng và cung cấp máu. Tuy nhiên, bảng điểm CIS không cho phép lượng giá các thương tổn phối hợp trong ổ bụng.

5. Điểm số vết thương đại tràng của Flint (Flint Colon Injury Score - FCIS)

Điểm FCIS được chia thành 3 mức độ:

- Điểm FCIS 1: thương tổn đại tràng đơn thuần, tách bần hay tách máu, không thương tổn mạch máu nuôi của đại tràng, được điều trị trong vòng 8 giờ sau khi bị thương.
- Điểm FCIS 2: kết hợp với các thương tổn khác trong ổ bụng được điều trị trong vòng 12 giờ sau khi bị thương, ổ bụng không qua màng nhầy, mất máu nhầy hoặc túi huyết áp kéo dài.
- Điểm FCIS 3: trên nhiễm doan khác nhau hay VTDT kết hợp với mất máu nuôi đại tràng, mất mucus nhầy (phát triển sau 5 giờ mucus khô mỏ), túi huyết áp kéo dài (huyết áp胎胎 ≤ 80 mmHg, kéo dài hơn 15 phút), ổ bụng bẩn, điều trị chậm từ ≥ 24 giờ.

Hệ thống tính điểm này không chỉ đánh giá VTDT mà còn đánh giá chung tình trạng huyết động học của bệnh nhân, tình trạng vết bẩn trong ổ bụng và thời gian

chứng do HMT, HMT vẫn được sử dụng rộng rãi tại nhiều trung tâm.

Tùy theo vị trí thương tổn, điều trị thường được đưa ra ngoài dịch đường ruột hay các đoạn đóng đầu cuối và đưa đầu trên ra làm HMT. Nói chung, nên thực hiện HMT ở đoạn đại tràng xuống di động hay đoạn đại tràng ngang bên phải, tránh làm HMT ở đại tràng ngang bên trái và đại tràng góc lách, vì khi tái lập lại lưu thông ruột khó khăn hơn do các đoạn đại tràng này tương đối tĩnh.

3. Đưa chỗ khâu ra ngoài không thực hiện HMT

Đưa vết khâu đại tràng ra ngoài được Okies đề nghị thực hiện đầu tiên và sau đó là nhiều tác giả khác. Phương pháp này bao gồm: khâu VTDT hay các đoạn đại tràng bị thương khâu mòn tạm và đưa đoạn đại tràng có chỗ khâu này ra ngoài thành bụng. Tuy nhiên, vấn đề quan trọng là đánh giá xem VTDT có thể làm mòn tạm không. Các lỗ mép vết thương cần thận, di động tốt đại tràng, cố định đại tràng không và giữ ấm tối cho đoạn ruột đưa ra ngoài là điều kiện giúp cho vết khâu lành tốt.

Lợi điểm của phương pháp này là tránh không phải làm HMT ở những bệnh nhân mà VTDT không cho phép khâu thi đấu. Mặc dù vậy, do tỉ lệ thất bại khá cao và việc chăm sóc phục hồi nên hầu hết các phẫu thuật viên không sử dụng phương pháp này nữa.

4. Chọn lựa phương pháp phẫu thuật

Khâu thi đấu được thực hiện cho các vết thương bên đơn giản, các vết thương phức

Grade	Injury Description
I	(a) Contusion or hematoma without devascularization (b) Partial thickness laceration
II	Laceration $\leq 50\%$ of circumference
III	Laceration $> 50\%$ of circumference
IV	Transection of the colon
V	Transection of the colon with segmental tissue loss

77

tập cần phải cắt đoạn đại tràng, ngay cả có thể cắt đoạn đại tràng, tách đại tràng ngang hay nối dài đại tràng. Ưu điểm của phương pháp là phẫu thuật được thực hiện trong lần mổ đầu tiên. Nhược điểm của khâu nối trong điều kiện không thuận lợi, đường khâu có thể bục hay xì rò.

Tham khảo: www.ncbi.nlm.nih.gov

Tuy nhiên phải nói thêm là không có thể xác định rõ ràng vết thương đại tràng ngang hay vết thương đại tràng. Ưu điểm của phương pháp là phẫu thuật được thực hiện trong lỗ mổ đầu tiên. Nhược điểm của khâu nối trong điều kiện không thuận lợi, đường khâu có thể bục hay xì rò.

Theo Kirkpatrick, những tiêu chuẩn để tiến hành phục hồi伤口 đầu là:

- Vết thương đơn độc ở đại tràng.
- Không có nhiễm bẩn trong ổ bụng.
- Không có một tang vật khác bị tổn thương kèm theo.
- Thời gian từ lúc bị thương đến lúc điều trị phải ngắn.

cho rằng thời gian này không nên quá 8 giờ. Một vài tác giả khác còn thêm vào những điều kiện trên các tiêu chuẩn sau:

- Máu mổ thường tốt ở các mổ VTET sau khi cắt lọc.
- Không có tổn thương ở mạc treo.

Các VTET bên phải đồng mạch đại tràng gần mản phục hồi kỳ đầu. VTET bên trái đồng mạch này thì nên thực hiện HMT.

Mô hậu mòn iatm được chỉ định cho những trường hợp sẹo kéo dài, nhiễm bẩn trong ổ bụng nặng. Ưu điểm của phương pháp này là tránh được đường khâu trong ổ bụng. Tuy nhiên, bệnh nhân phải mổ lần hai để phục hồi lại lumen thông ruột.

Phục hồi và đưa vết thương ra ngoài thành bụng dưới 7-10 ngày sau đưa vào ổ bụng dưới gây tê. Phương pháp này được thực hiện nhiều và mang thành công 70-80%. Điều kiện là VTET kết hợp với vết thương tổn khác trong ổ bụng được điều trị

trong vòng 12 giờ sau khi bị thương. Ở bụng không quá dày béo, bệnh nhân mòn maul nhiều hay túi huyết áp cao. Khoảng 50-60% các trường hợp VTET lành, còn lại 40-50% không lành phải mở lâm HMT. Tuy nhiên, hầu hết các vết thương loại này có thể phục hồi ngay thi đầu, do đó hiện nay nhiều tác giả không sử dụng phương pháp này nữa trong điều trị VTET.

Ngoài ra, người ta còn căn cứ vào các hệ thống tính điểm để đưa ra phương thức phẫu thuật cho VTET: các vết thương có điểm số PATT < 23, CIS < 4 và FCIS < 3 thường được khâu thi đầu.

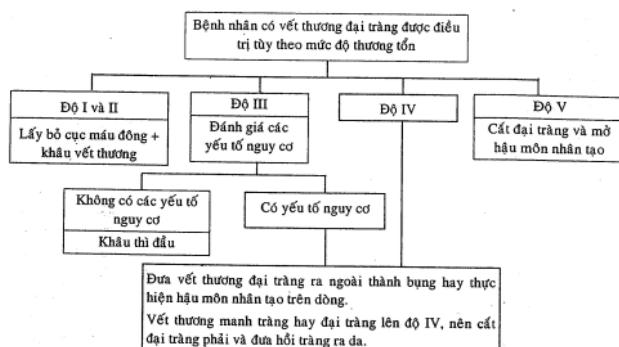
Hướng dẫn điều trị vết thương đại tràng theo phân loại của Moore được trình bày theo sau (trang 79).

Vết thương đại tràng phải được xử trí giống như vết thương ở ruột non do chủng loại vi trùng trong ổ đại tràng và ruột non giống nhau. Vết thương ở đại tràng phải có màng khâu mịn, cắt đoạn đại tràng và khâu nối ngay trong những trường hợp vết thương rộng và深い. Khi mổ khâu nối đại tràng phải và đưa hồi tràng ra ngoài. Vết thương theo chiều dọc của đại tràng không khâu ngang mà nên khâu theo trực dọc của đại tràng.

F. DỰ PHÒNG

Cần thiết phải có biện pháp tuân thủ y tế và giáo dục thành thạo nhằm không để xảy ra các biến chứng sau đây: màng khâu bị hở, màng khâu bị thủng, màng khâu bị thủng nặng và nguy hiểm như VTET.

Tham sát thương tổn trong ổ bụng cần thận khi phẫu thuật vết thương thấu bụng, không bỏ sót thương tổn ở đại tràng.



II. VẾT THƯƠNG TRỰC TRÀNG - HẬU MÔN

Nhìn chung vết thương trực tràng (VTTT) có nhiều điểm tương tự như VTET. Tuy nhiên, do đặc điểm giải phẫu khác nhau cho nên phương thức điều trị không giống nhau.

- Trực tràng có định vị có 2/3 nằm bên ngoài mạc không thể di động vào trong ổ phúc mạc.
- Trực tràng được khung chậu cung cấp chắc chắn, quanh nó có các đường mạc khai mạc.
- Trực tràng có thể tiếp cận qua ổ bụng hậu môn: đặc điểm này quan trọng trong cơ chế thương tổn và chẩn đoán VTTT.

Do những yếu tố khác biệt như trên VTTT thường kết hợp với vết thương cơ thắt hậu môn tạo nên một thương tổn phức tạp là vết thương trực tràng-hậu môn (VTTT-HM).

Cũng do sự khác biệt đó VTTT không được khâu hay cắt nối ngay thi đầu. Vết thương trực tràng được điều trị bằng cách cắt đoạn ruột, khâu kín đầu dưới đưa đầu trên ra lâm HMT hay khâu VTTT và đưa đại tràng chở hông ra ngoài lâm HMT. Ta có thể thực hiện dẫn lưu trước xuống cùng kèm theo hay không.

A. NGUYỄN NHÂN

Nguyên nhân VTTT-HM thường do súng bắn chém khoảng 80% các trường hợp, dao đâm hay té ngồi trên cọc nhọn chiếm 3%. Các trường hợp vết thương trực tràng xuyên hậu môn như bụi đâm, giao hợp hay bị hâm hiếp qua mông hoặc mông sau hay đặt nhát xe do nhiệt độ chiếm 6% các trường hợp. Ngoài ra các chấn thương gây khung chậu có thể gây VTTT do cảnh mù gãy đâm vào trực tràng.

Đặc điểm VTTT-HM là khó thám sát, khó chẩn đoán, thường phối hợp với tổn thương tạng lân cận và có nguy cơ nhiễm khuẩn rất nặng.

B. CHẨN ĐOÁN

Những trường hợp vết thương do đạn bắn vào bụng không thường có chấn thương

- Kiểm tra bằng lịch thíc với đầu mõm que nhọn, bình thường thì da nhau lại do bô dưới da của cơ thắt ngoài co lại.
- Kiểm tra bằng thám hậu môn trực tràng, bình thường thì kín kít dit các cơ thắt thít chặt lấp ngón tay. Thám hậu môn trực tràng còn để tìm các thương tổn của ống hậu môn và 3-4cm cuối của

rất nặng.

B. CHẨN ĐOÁN

Những trường hợp vết thương do đạn bắn vào bụng, mông, và mông sau khi bị rò rỉ ra ngoài, nếu không có thương tổn trực tràng. Cũng nên nghĩ tới VTTT khi bị dao hay cọc nhọn đâm vào mông.

Bệnh nhân với bệnh sử: sau khi nội soi hay do nhiệt kế ngả hậu môn thấy đau nhiều bụng dưới hay vùng chậu, nên khám xem có tổn thương trực tràng và hậu môn hay không. Các trường hợp nghĩ ngờ nên tham khám hậu môn trực tràng bằng ngón tay. Nếu không sờ thấy chỗ thương tổn thì khi rút gang ra xem có máu hay không hay có thể tìm máu bằng thử nghiệm urin. Khi gang định máu hay xét nghiệm tìm máu trong phân đường tím, cần phải nghĩ ngờ và tiến hành thêm các phương pháp chẩn đoán chuyên biệt hơn.

Kiểm tra thương tổn của hệ thống cơ thắt hậu môn:

- Nhìn, bình thường thì không thấy lông ống hậu môn, khi cơ thắt bị đứt thì lông hậu môn mờ rộng sẽ nhìn thấy niêm mạc ống hậu môn. Cơ thắt đứt có thể trong hay cơ thắt ngoài hay đứt cả hai. Cơ thắt có thể đứt một phần hay toàn bộ.
- Áp vào da chung quanh lỗ hậu môn nơi mà phần dưới là cơ thắt. Bình thường chỉ cảm giác căng chát, nếu bị đứt thì thường lực giảm hay mất hẳn, nhiều khi nhận biết được hai đầu cơ thắt nơi bị đứt.

- Kiểm tra bằng thám hậu môn trực tràng: bình thường thì khi soi dit các cơ thắt thịt chất lỏng ngọt tay. Thám hậu môn trực tràng cần để tìm các thương tổn của ống hậu môn và 3-4cm cuối của bong trực tràng.

Nếu nghĩ ngờ có thương tổn trực tràng-hậu môn (TT-HM) và bình thường bệnh nhân có phép, có thể soi TT-HM bằng ống soi cứng. Trong những trường hợp bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật ta có thể soi hậu môn trực tràng khi bệnh nhân đã được gây mê.

Ngày nay, nhờ tiến bộ kỹ thuật siêu âm người ta còn có thể khảo sát và chẩn đoán thương tổn trực tràng bằng phương pháp siêu âm trong lỗ hậu môn và trực tràng.

Mặc dù tỉ lệ chính xác tăng cao khi kết hợp cả hai phương pháp, khám bằng ngón tay và soi hậu môn trực tràng, VTTT cũng có thể bị bỏ sót trong nhiều trường hợp.

Chẩn đoán chỉ được xác định khi sờ hay nhìn thấy VTTT. Một số trường hợp phẫu thuật viên có thể nhìn thấy khối máu tụ đang chảy máu hay đã ngừng chảy máu trong thành trực tràng. Khối máu tụ có thể lớn, gây khó khăn cho việc thám sát và tạo yếu tố nguy cơ tổn thương mạch máu, niệu quản hay thần kinh khi thám sát sâu và rộng.

C. PHÂN LOẠI

Có 3 loại VTTT:

- Vết thương phần trực tràng trong phúc mạc.

D. ĐIỀU TRỊ

Vết thương trực tràng trong phúc mạc được điều trị tương tự như vết thương đại tràng trái, với đại tràng thay bằng, nghĩa là có thể khâu thi đấu khi thích hợp, thí dụ như trường hợp thương tổn trong nội soi đại tràng do đại tràng đã được chuẩn bị sẵn. Trong trường hợp vết thương trực tràng lớn, mạch máu nuôi bị thương tổn nhiều, có nhiều thương tổn kết hợp hay gần đường phẫu kẽm theo thì nên mở hậu môn nhân tạo.

Vết thương trực tràng ngoài phúc mạc, nếu có thương tổn khung chậu kèm theo thi phải xác định khung chậu trước. Nếu có thương tổn động mạch chủ, trong thi cần phải cầm máu động mạch chủ ở một hay hai bên bằng cách cột hay thực hiện thuyền tắc.

Theo kinh điển, VTTT ngoài phúc mạc được điều trị phẫu thuật bằng cách khâu vết thương trực tràng nếu có, mở hậu môn nhân tạo, dẫn lưu trước xương củng, rửa trực tràng bằng nước muối pha povidone-iodine.

Đánh giá mức độ tổn thương trực tràng (theo AAST)

Bộ	Mô tả thương tổn
I	Tu máu hay rách thành trực tràng
II	Rách thành trực tràng
III	Rách thành trực tràng
IV	Rách thành trực tràng
V	Tổn thương mạch máu

Áp dụng phương thức điều trị này, trong chiến tranh thế giới lần thứ II, tỉ lệ tử vong đã giảm xuống thấp còn 5,4%.

Nếu có dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng thì nên mở bụng trước để cầm máu. Nhưng nếu không có dấu hiệu chảy máu trong thì nên cắt lọc và thẩm sát vết thương bằng sinh mòn trước.

Có thể kết hợp dẫn lưu trước xương cùng với dẫn lưu trực tràng qua lỗ hậu môn.

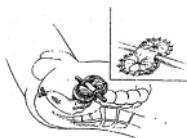
Thương voni hậu môn có các cách điều trị khác nhau tùy theo thương tổn:

- Vết thương ở rìa hậu môn nhỏ, gọn, bờ sắc, thì có thể khâu kín.
- Vết thương làm đứt cơ thắt mà sạch, mổ chung quanh vết thương không bị

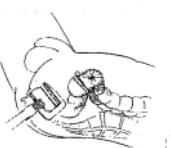
giập nát nhiều thì có thể khâu lại cơ thắt, còn da thì khâu kín hay để rách. Khi mổ mòn mòn nhân tạo tạm thời tại ổ bụng chia thành 2 phần, cho cho vết thương lành hoàn toàn sẽ đóng hậu môn nhân tạo lại. Nếu vết thương có thịt không thể khâu lại ngay thì nên mở hậu môn nhân tạo, sau đó khâu phục hồi cơ thắt trong lần mở thứ hai và đóng hậu môn nhân tạo trong lần mở第三次.

E. DỰ PHÒNG

Tương tự như cho vết thương đại tràng. Tuy nhiên, do đặc điểm, nguyên nhân vết thương trực tràng, việc thay thế cầu khì bằng cầu bê tông cũng giúp làm giảm tỉ lệ vết thương hậu môn trực tràng do té ngã trên cọc nhọn.



Hình 1. Điều trị VTTT thực hiện HMT kiểu quai. Chú ý cần gác quai HMT qua một que nhựa hay thủy tinh



Hình 2. Điều trị VTTT thực hiện HMT kiểu quai, dùng máy khâu để đóng bit đầu dưới kiểu Maul



Hình 3. Cắt đoạn trực tràng và thực hiện HMT kiểu Hartmann



Hình 4. Đặt dẫn lưu trước xương cùng

Loét DD-TT và biến chứng

Thursday, June 10, 2021 3:58 PM

Loét dạ dày tá tràng được định nghĩa: Tình trạng thương ăn hết lớp niêm mạc DD = Loét

YTNC: HP, kháng viêm, kháng đông, thuốc lá, Stress, rượu, HC Zollinger-Ellison, ...

Loét tá tràng: 70% có lượng acid DD trong giới hạn bình thường; BN loét tá tràng nhạy với kích thích tăng tiết acid hơn

⇒ Loét DD: Đau trước và cả sau ăn; Loét tá tràng: Đau trước ăn và giảm sau ăn

Loét DD có 4 types:

1. Hang vị
2. Hang vị + hành tá tràng
3. Môn vị
4. Tâm vị
5. Vị trí khác

Diễn tiến:

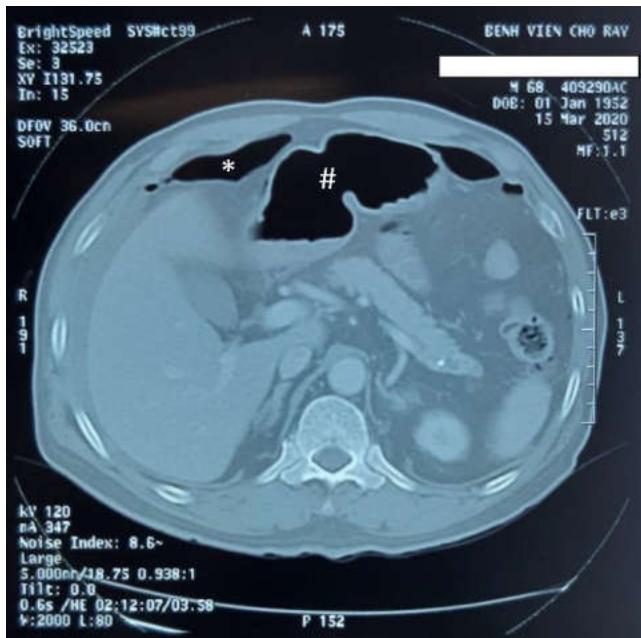
1. VPM hóa học: Bụng gồng gứng
2. Trung gian: Đè kháng thành bụng
3. Nhiễm trùng OB: Nhiễm trùng, shock NT (mất dịch vào khoảng kẽ, nhiễm trùng)

Lâm sàng: Cơn đau nặng hơn, như dao đâm hơn so với viêm DD bình thường → Nguy cơ loét thủng DD.

TT: Dấu kích thích PM (1: Bụng cứng như gỗ; 2&3: Bụng cứng như gỗ, cảm ứng PM, đè kháng thành bụng)

CLS:

- XQ bụng không sửa soạn (tìm hơi trong ổ bụng) / tư thế nằm nghiêng trái: hơi cao nhất ở bên phải, tránh bóng hơi DD (độ nhạy 60-70%)
- Đặt sonde dạ dày, bơm hơi vào dạ dày rồi đưa đi chụp lại → Tăng độ nhạy
- CT scan bụng chậu



Hơi ngoài ruột

- XQ cản quang tan trong nước (không chụp barit do có khả năng thấm vào phúc mạc gây suy thận cấp)
- Không có nội soi cấp cứu khi viêm loét dd-tt
- Khi cho giảm đau thì trước đó phải cam kết ký mô
- Cắt lọc mép lỗ thủng (chỉ áp dụng với DD, không cắt với hành tá tràng)
- Có hẹp môn vị và khâu thì dễ xì
- Omentum patch: ỗ loét có thể xơ chai dễ xì nên dùng patch để củng cố

CHẢY MÁU TIÊU HÓA TRÊN

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa chảy máu tiêu hóa trên.*
2. *Trình bày được các nguyên nhân thường gặp gây chảy máu tiêu hóa trên.*
3. *Đánh giá được độ nặng nhẹ do chảy máu tiêu hóa trên.*
4. *Trình bày được cách thăm khám bệnh nhân bị chảy máu tiêu hóa trên.*
5. *Nêu được nguyên tắc hồi sức và điều trị bệnh nhân bị chảy máu tiêu hóa trên.*

Chảy máu tiêu hóa trên là một cấp cứu nội và ngoại khoa, nhiều biến chứng và gây ốm kém không ít về mặt kinh tế. Ngày nay, mặc dù có nhiều tiến bộ trong hồi sức cấp cứu, nội soi chẩn đoán-diều trị và nhiều thuốc hữu hiệu cho điều trị nội khoa nhưng tỉ lệ tử vong vẫn còn rất cao, thay đổi từ 10% đến trên 30%, tùy theo nguyên nhân và mức độ chảy máu của từng bệnh nhân.

I. ĐỊNH NGHĨA

Chảy máu tiêu hóa trên là chảy máu trong lòng ống tiêu hóa do những tổn thương có hể ở miệng, thực quản, dạ dày hay ở tá tràng, tức chảy máu từ phía trên góc Treitz.

II. ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ CHẢY MÁU TIÊU HÓA TRÊN

Sự đánh giá mức độ nặng nhẹ của chảy máu tiêu hóa trên thật cần thiết để thầy thuốc có thể để ra các biện pháp xử trí kịp thời nhất.

Cần phân biệt 3 khái niệm:

- *Nôn máu* thường xảy ra khi chảy máu ở đoạn phía trên góc Treitz, màu sắc tùy

thuộc nồng độ HCl trong dạ dày. Nôn sớm: đỏ. Nôn muộn: đỏ thẫm, nâu hay đen.

- *Đại tiện phân đen* thường do chảy máu từ thực quản, dạ dày, tá tràng. Có khi gặp do tổn thương của hống tràng, hồi tràng và cả đại tràng lên, miễn là thời gian đi tiêu dạ dày-ruột lâu hơn 8 tiếng. Chảy 60 mL: tiêu phân đen một lần. Mất máu cấp nhiều hơn: tiêu phân đen tới 3 ngày.
- *Đại tiện ra máu đỏ* (Hematochezia) thường do chảy máu dưới góc Treitz. Tuy vậy, nếu chảy máu nhanh và nhiều từ thực quản, dạ dày, tá tràng ≥ 1000 mL bao giờ cũng dẫn đến đại tiện ra máu đỏ, ít nhất là lúc đầu.

Đánh giá khối lượng máu mất:

- *Mất < 500 mL*: ít có triệu chứng toàn thân.
- *Mất $\geq 20\%$ khối lượng máu tuần hoàn*: khi thay đổi tư thế, đang nằm ngồi lên, huyết áp tối đa tụt đi ≥ 10 mmHg và mạch nhanh thêm ≥ 20 lần/phút.
- *Mất $\geq 40\%$: sốc.*

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Chảy máu tiêu hóa trên thường thể hiện trên lâm sàng với các triệu chứng như nôn ra máu, di cầu phân đen với lượng máu rỉ rả hoặc ồ ạt gây ra tình trạng sốc do mất máu và giảm khối lượng tuần hoàn.

A. CÁC TÌNH HUỐNG PHÁT HIỆN

1. Nôn ra máu

Máu đỏ tươi nếu tình trạng chảy máu mới xảy ra. Cẫn phân biệt với ho ra máu hoặc chảy máu từ vùng hầm-mặt.

2. Di cầu phân đen

Phân lỏng màu nâu đen như bã cà phê, rất hôi vì máu thoái hóa. Cẫn phân biệt với phân có màu đen do dùng thuốc có chất sắt, chất than hay do thực phẩm.

3. Triệu chứng mất máu cấp tính

Ở giai đoạn sớm, đôi khi bệnh nhân có dấu hiệu sốc mất máu do chảy máu ở nhưng chưa thấy máu bị tổng xuất ra đường tiêu hóa trong một thời gian ngắn. Rất dễ lầm với một tình trạng chảy máu cấp tính trong ổ bụng như vỡ thai ngoài tử cung hay phình động mạch chủ bụng vỡ. Hỏi bệnh sử và nội soi tiêu hóa giữ vai trò quan trọng trong việc xác định nguyên nhân, vị trí chảy máu và từ đó giúp thầy thuốc chọn cách xử trí hợp lý nhất.

B. HỎI BỆNH SỨ

Hỏi bệnh nhân hay thân nhân gần nhất để biết:

- Có các đợt chảy máu trước đó hay không.
- Có tiền sử đau bụng như loét dạ dày-tá tràng hay không.
- Có dùng hay không các thuốc có thể gây chảy máu như Aspirine, thuốc kháng viêm không steroids

- Có hay không tiền sử bệnh gan hay có dãn tĩnh mạch thực quản từ trước.
- Có hay không nôn lẩn thức ăn, dịch mật hay rượu trước khi chảy máu.

C. KHÁM LÂM SÀNG

Tìm:

- Các dấu chứng suy gan (sao mạch, bàng bụng, triệu chứng hòn mề gan).
- Các triệu chứng tăng áp tĩnh mạch cửa như lách to, tuần hoàn bàng hạch.
- Đau thượng vị khi ăn chẩn.

Hai thủ thuật cần thực hiện tại giường bệnh:

- Thăm khám hậu môn trực tràng, phát hiện có máu đen loang hay trong một số tình huống thấy máu đỏ.
- Đặt thông mũi-dạ dày xem có máu ứ đọng không, vừa theo dõi diễn tiến chảy máu.

IV. CẬN LÂM SÀNG

A. CÁC XÉT NGHIỆM MÁU

Ngoài các xét nghiệm thường qui nhằm đánh giá độ nặng của chảy máu chúng ta phải thực hiện thêm các xét nghiệm chuyên biệt để phát hiện tình trạng suy tế bào gan hoặc rối loạn đông máu nếu có.

Cần lưu ý là hematocrit nếu đo ngay sau khi bắt đầu chảy máu có thể không phản ánh chính xác mức độ mất máu, vì sự cân bằng với dịch ngoài hệ mạch thường xảy ra chậm sau vài giờ, nhất là khi có co mạch quan trọng.

B. NỘI SOI TIÊU HÓA

Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng cần được thực hiện sớm trong 12 giờ đầu, ngay

khi bệnh nhân vừa được điều trị sốc, có đường truyền tĩnh mạch an toàn, ở tại phòng soi có phương tiện hồi sức cấp cứu. Đây là cách tốt nhất giúp xác định nguyên nhân gây chảy máu và vị trí của tổn thương, vừa dự báo nguy cơ chảy máu tái phát, đồng thời có thể tiến hành một số kỹ thuật cầm máu qua nội soi.

C. CÁC XÉT NGHIỆM KHÁC

- Chụp thực quản hay dạ dày-tá tràng có cản quang: hiện nay ít dùng nhất là khi bệnh nhân đang trong tình trạng cấp cứu.
- Chụp động mạch chọn lọc vùng tạng: hiếm khi có chỉ định. Tuy nhiên kỹ thuật này hữu ích nếu:
 - Nội soi tiêu hóa thông thường không tìm ra nguyên nhân.
 - Kỹ thuật này có thể giúp thực hiện thuyên tắc mạch chọn lọc để cầm máu điều trị.

V. NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU TRỊ

Đầu tiên cần thực hiện ngay hồi sức cấp cứu bệnh nhân bị chảy máu tiêu hóa trên bằng cách một catheter hoặc một kim lớn vào tĩnh mạch ngoại biên để lấy máu thử Hct, nhóm máu, chức năng gan rồi truyền dung dịch mặn đẳng trương.

Sau đó tùy theo nguyên nhân gây chảy máu tiêu hóa trên mà sử dụng các phương pháp điều trị thích hợp cho từng loại bệnh và từng người bệnh cụ thể. Do đó, việc xác định nguyên nhân chảy máu tiêu hóa trên là không thể thiếu để có được hướng điều trị hữu hiệu và xác đáng nhất.

Bảng 1 giới thiệu các nguyên nhân thường gặp nhất gây chảy máu tiêu hóa trên, theo

Richardson và Gardner, dựa trên tổng kết 2.205 trường hợp.

Bảng 1. Nguyên nhân gây chảy máu tiêu hóa trên (theo Richardson và Gardner)

Nguyên nhân	Tỉ lệ (%)
Loét tá tràng	24
Viêm dạ dày cấp	20
Loét dạ dày	15
Vỡ dân tĩnh mạch thực quản	14
Viêm thực quản	6
Hội chứng Mallory-Weiss	5
Các nguyên nhân khác	10
Không định được	6
Công	100

A. LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

Khoảng 5% bị chảy máu như là biểu hiện đầu tiên của bệnh. Có tới 20% bị chảy máu ít nhất một lần. Chảy máu là nguyên nhân đưa đến tử vong cao nhất của loét biến chứng.

Các yếu tố xấu ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh: chảy máu nhanh và nhiều lúc đầu, chảy máu tiếp diễn hay tái phát trong khi nằm viện, tuổi cao > 60, có bệnh khác kèm theo. Chảy máu tái phát tăng theo kích thước ổ loét, > 2cm đường kính có nguy cơ cao nhất.

1. Yếu tố thuận lợi

Bệnh nhân có dùng những thuốc thường gây chảy máu như thuốc kháng đông, kháng viêm hay Aspirin. Chảy máu xảy ra ở những vị trí và do những nguyên nhân thường gặp như giới thiệu ở các Hình 1, 2.

2. Cơ chế gây chảy máu

- Chảy máu do viêm vùng niêm mạc quanh ổ loét dạ dày hoặc tá tràng.

Trong trường hợp này mức độ chảy máu thường nhẹ và tự khôi.

- Ở loét sâu thủng vào động mạch dưới đáy ổ loét. Chảy máu thường rất trầm trọng, dễ tái phát và đa số phải can thiệp phẫu thuật.

3. Nội soi dạ dày-tá tràng và điều trị nội soi

Nội soi giúp xác định tổn thương, cho biết máu đang chảy hay đã ngừng và rất quan trọng cho dự báo khả năng chảy máu tái phát (Bảng 2).

Siêu âm Doppler qua nội soi được sử dụng để đánh giá dòng máu phía dưới mặt ổ loét. Khi dương tính nghĩa là có mạch máu phía dưới, là một yếu tố dự đoán mạnh của chảy máu tái phát theo nhận định của một số tác giả.

Điều trị nội soi thích hợp cho các ổ loét có dấu vết của chảy máu. Các thủ thuật sử dụng: laser, đốt điện, đốt que nhiệt, sóng ngắn, chích xơ với adrenaline (epinephrine), polidocanol hay cồn tuyệt đối, hoặc dùng

keo hay kẹp clip các mạch máu ổ loét (Hình 3). Ngược lại, khi đang chảy máu thì khó kiểm soát được bằng nội soi, thường phải mở cấp cứu.

4. Điều trị phẫu thuật

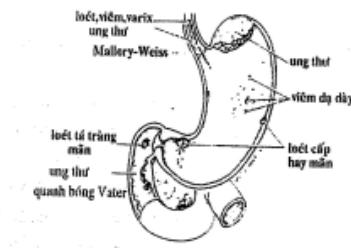
Chỉ định cho các trường hợp sau đây: chảy máu cấp mà điều trị nội soi thất bại hoặc không có chỉ định; chảy máu đã tạm ngừng rồi chảy lại; chảy máu đang tiếp diễn; chảy máu nặng, trong 24 giờ đầu phải truyền tối 1500 mL máu; chảy máu dữ dội cần can thiệp ngay không trì hoãn (nôn hay đại tiện ra nhiều máu đỏ lẫn máu cục).

Nội dung phẫu thuật gồm:

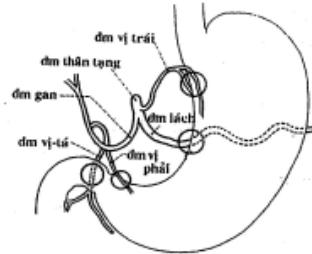
- Khâu cầm máu ổ loét (Hình 4), mở rộng mõm vị kèm cắt thằn kinh X tại thân (phương pháp Weinberg), dành cho bệnh nhân lớn tuổi.
- Cắt 2/3 dạ dày đoạn xa.
- Cắt thằn kinh X tại thân kèm cắt hang vị lấy đi ổ loét chảy máu.

Bảng 2. Khả năng chảy máu tái phát loét dạ dày-tá tràng dựa trên nội soi

Phân loại Forrest	Khả năng chảy máu tái phát	Tỉ lệ %
<i>Đang chảy máu</i>		
Ia	Chảy máu phun thành tia	Đến 100%
Ib	Chảy rỉ rả	
<i>Chảy máu gần dây</i>		
IIa	Lộ mạch máu	40 - 80
IIb	Có cục máu dinh	20 - 35
IIc	Có chấm hay vết máu	< 10
<i>Không chảy máu</i>		
III	Đáy ổ loét sạch	< 2



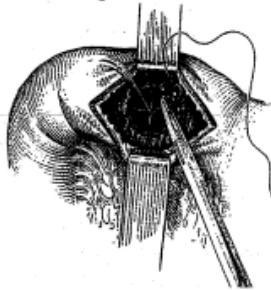
Hình 1. Các nguyên nhân thường gây chảy máu tiêu hóa trên



Hình 2. Các mạch máu thường gây chảy máu tiêu hóa trong loét dạ dày-tá tràng



Hình 3. Chích adrénaline và đốt điện cầm máu ở loét dạ dày-tá tràng qua nội soi



Hình 4. Khâu cầm máu ở loét tá tràng

B. VỮ CÁC BÚI DÂN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

90% bệnh nhân xơ gan bị dân tĩnh mạch thực quản (DTMTQ), 25-30% trong số này bị chảy máu. Tử vong của mỗi đợt chảy máu khoảng 25%, khoảng một nửa số tử

vong là do chảy máu không kiểm soát được. Tỉ lệ chảy máu tái phát khoảng 70%.

DTMTQ là các tĩnh mạch dân dưới niêm mạc thông thường với hệ cửa và hệ chủ, có kích thước từ 1-2 mm đến 1-2 cm,

ngoàn ngoèo, và nhô vào lồng thực quản. Đa số lúc đầu khu trú ở đoạn xa thực quản, về sau thấy cả ở dọc tâm vị và phần cao bờ cong lớn dạ dày.

Vỡ DTMTQ gây chảy máu tiêu hóa trên dữ dội và nguy hiểm nhất. Theo y văn, tỉ lệ tử vong tại các cơ sở có phương tiện hồi sức hiện đại là 35%.

Nội soi thực quản dạ dày rất quan trọng, giúp đánh giá:

Vị trí	Trên, giữa, dưới
Mức độ	I DTMTQ biến mất khi bơm căng (bơm khỉ)
	II Không biến mất khi bơm căng nhưng còn niêm mạc bình thường
	III Không biến mất khi bơm căng và không còn niêm mạc bình thường giữa các cột DTMTQ
Dạng	F1 Thẳng
	F2 Hơi ngoằn ngoèo
	F3 Rất ngoằn ngoèo
Dấu đở	Là các mảng đở, chấm đở, sọc đở

Ba yếu tố chính trong tiên lượng chảy máu do DTMTQ: phân độ Child-Pugh, kích thước búi dẫn, xuất hiện các vạch đở khi nội soi (chứng tỏ các tĩnh mạch trong niêm mạc và dưới niêm mạc bị dẫn rộng).

Điều trị

- Nội khoa: các thuốc co mạch (vasopressin, octreotide...), các thuốc làm tăng áp lực cơ vòng dưới thực quản (Metoclopramide), các thuốc làm giảm acid dịch vị (anti-H₂, ức chế bơm proton...)

- Chèn bóng Sengstaken Blakemore, Minnesota.
- Nội soi: chích xơ là phương pháp lựa chọn, thất búi...
- Đặt cầu nối cửa-chủ trong gan qua đường tĩnh mạch cảnh (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Stent-Shunt -TIPSS)
- Mổ cấp cứu, khi các phương pháp điều trị không phẫu thuật thất bại hoặc không có chỉ định: cầu nối cửa-chủ, cầu nối lách-thận xa, phẫu thuật Sugiura...

C. CÁC TỔN THƯƠNG CẤP TÍNH CỦA NIÊM MẠC DẠ DÀY

Gồm nhiều bệnh lý loét trót niêm mạc ở những bệnh nhân mang bệnh nặng. Còn được gọi là *viêm dạ dày do stress, thiếu máu niêm mạc cấp, viêm dạ dày trót, bệnh loét do stress* – có chung dịch tễ và biểu hiện lâm sàng. Tổn thương của niêm mạc: tái nhợt, các chấm xuất huyết, các loét trót. Thấy ở khắp niêm mạc dạ dày nhưng có ưu thế ở thân vị. Biểu hiện lâm sàng là chảy máu, có thể chảy nhiều nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

Ở các bệnh nhân sử dụng thuốc kháng viêm kinh niêm cũng gặp các tổn thương tương tự, nhưng khác về lâm sàng-bệnh lý vì chủ yếu là thấy viêm dạ dày trên nội soi và hiếm khi chảy máu.

Điều trị

Điều trị chủ yếu là điều chỉnh các yếu tố dẫn đến cản bệnh nặng toàn thân: nhiễm trùng, suy hô hấp, huyết động bất ổn, hôn mê sau chấn thương đầu, bong rong > 35% diện tích cơ thể, da chấn thương, rối loạn đông máu.

D. CÁC VẾT RÁCH MALLORY-WEISS

Đó là các vết nứt dọc của niêm mạc vùng tâm vị, sau những cơn nôn óe, ho, rặn dữ dội. Trường hợp này có khi chảy máu rất trầm trọng nhưng sau khi cầm máu được rồi thì tiêu lượng thường rất tốt. Chiếm 15% các chảy máu tiêu hóa trên.

Điều trị: can thiệp nội soi đốt điện, chích epinephrine, kẹp clips. Ít khi phải phẫu thuật.

E. CÁC BUỚU THỰC QUẢN-DẠ DÀY

Thường là ác tính gây chảy máu rỉ rả. Điều trị phẫu thuật theo lịch, hiếm khi phải mổ cấp cứu.

F. CÁC BÚI DÂN TĨNH MẠCH DẠ DÀY

Thường khu trú ở phình vị to của dạ dày (do huyết khối tĩnh mạch lách) hoặc kết nối với dân tĩnh mạch thực quản (do tăng áp lực tĩnh mạch cửa). Điều trị nội soi chích xơ, thắt búi hoặc các biện pháp dùng trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

G. CÁC NGUYÊN NHÂN ÍT GẶP CỦA CHÁY MÁU TIÊU HÓA TRÊN

1. Nguồn từ thực quản

Tần suất chảy máu nhiều từ thực quản chỉ chiếm 3% các trường hợp nhập viện cấp cứu. Thường gặp nhất là viêm thực quản, thực quản Barrett, trào ngược thực quản, ung thư thực quản, loét thực quản do thuốc. Nếu nội soi nhận định được tổn thương, có thể dùng que nhiệt hoặc đốt điện để cầm máu, ít nhất là để chuẩn bị cho điều trị cẩn nguyê.

2. Loét Dieulafoy ở dạ dày

Tần suất rất hiếm. Chảy máu từ các tổn thương này là do một động mạch lớn bất

thường (1-3 mm) chạy ngoằn ngoèo dưới niêm mạc. Loét trót của niêm mạc nồng phía trên động mạch xảy ra sau các nhịp đập của mạch máu này, phoi bầy mạch máu này với dịch vị làm trót thêm và chảy máu. Chảy máu thường tự cầm nhưng dễ tái phát. Loét to 2-5 mm và chung quanh là niêm mạc dạ dày bình thường. Các tổn thương loại này thường thấy ở 6-10 cm phía dưới chỗ nối thực quản-dạ dày, thường là ở phình vị lớn gần tâm vị.

Điều trị:

- Can thiệp nội soi: đốt que nhiệt hay đốt điện, laser quang đông, chích xơ, kẹp clip.
- Can thiệp mạch máu: làm tắc bằng Gelfoam.
- Mổ mở hay mổ nội soi: cắt dạ dày hình chém nơi tổn thương (phẫu thuật này là triệt để).

3. Rò động mạch chủ với ruột

Đây là biến chứng hiếm gặp của phình động mạch chủ bụng. Rò có thể do hiện tượng viêm nhiễm tự phát. Loại thường gặp hơn là loại rò sau khi mổ cắt ghép động mạch, động mạch chủ bụng rò vào tá tràng hay hổng tá tràng. Nội soi tiêu hóa trên là xét nghiệm cần thực hiện đầu tiên nếu nghi ngờ rò. Nếu không thấy bất thường thì chụp CT-scan ổ bụng. Sau cùng là chụp động mạch chọn lọc.

Điều trị:

Ở bệnh nhân mất gần kiệt máu, mở bụng khẩn kiểm tra đoạn đầu động mạch chủ bụng, lấy bỏ ống ghép mạch máu và nối tắt ngoài phúc mạc.

4. Chảy máu đường mật

Đây là một bệnh lý đặc biệt của các nước nhiệt đới, tuy nhiên gấp không nhiều. Nguyên nhân chính là viêm và áp xe đường mật do sỏi và giun đũa. Ở các nước Âu-Mỹ, chảy máu đường mật xảy ra sau chấn thương vỡ gan.

Điều trị phẫu thuật.

VI. KẾT LUẬN

Chảy máu tiêu hóa trên là bệnh cảnh rất trầm trọng, gây tử vong cao. Nguyên tắc chung là cho bệnh nhân nhập viện tại trung tâm chuyên khoa. Hồi sức cấp cứu điều trị cầm máu càng sớm càng tốt.

Sau khi tình trạng huyết động học của bệnh nhân ổn định thì cần tiến hành ngay nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng để biết nguyên nhân chính xác, định vị trí tổn thương và chọn cách xử trí thích hợp.

Ngày nay, nội soi tiêu hóa giữ vai trò rất quan trọng trong bệnh cảnh này vì ngoài việc định bệnh trực tiếp, chính xác và nhanh chóng, nội soi còn cho phép thay thuốc thực hiện một số kỹ thuật ít xâm hại để cầm máu. Chỉ khi nào điều trị nội khoa và nội soi thất bại hoặc nguyên nhân chảy máu do ung thư thực quản-dạ dày thì bắt buộc phải áp dụng các phương pháp phẫu thuật. Tiêu lượng của chảy máu tiêu hóa trên thay đổi tùy theo nguyên nhân và tình trạng chung của bệnh nhân. Chẩn đoán sớm và điều trị đúng là các yếu tố góp phần giảm tỉ lệ tử vong.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Bass B.L et al: Acute Gastrointestinal Hemorrhage in Townsend C.M et al (eds): Sabiston Textbook of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice. Saunders. An Imprint of Elsevier. 17th edition. pp.1241-1262. 2004.
2. Jutabha R, Jensen D. Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. In Grendell JH, McQuaid KR, Friedman SL. Current Diagnosis and Treatment in Gastroenterology. A Lange Medical Book. Prentice-Hall International, Inc, 1996: 46-60.
3. Lieberman D: Gastrointestinal bleeding: Initial management in Gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Am. 22: 723.1993.
4. Richardson JD, Gardner B. Gastrointestinal Bleeding. In Polk HC, Gardner B, Stone HH. Basic Surgery. Quality Medical Publishing, Inc, 4th Ed. 1993: 403-21.
5. Stabile BE, Stamos MJ. Gastrointestinal Bleeding. In Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. Maingot's Abdominal Operations. 10th Ed. Appleton & Lange Stamford, CT, 1997: 289-310.

CÂU HỎI LUÔNG GIÁ (Chỉ có 1 câu đúng):

1. Chảy máu tiêu hóa trên là:
 - A. Nôn (ó) ra máu.
 - B. Do tổn thương của ống tiêu hóa trên gốc Treitz.
 - C. Di cầu phân đen.
 - D. Do tổn thương từ dạ dày trở lên trên của ống tiêu hóa.
 - E. Câu A và D đúng.

2. Nguyên nhân gây chảy máu tiêu hóa trên thường gặp nhất là:
- Hội chứng Mallory-Weiss.
 - Ung thư dạ dày.
 - Viêm dạ dày.
 - Ung thư tá tràng.
 - Loét tá tràng và viêm dạ dày.
3. Bước đầu tiên cần thực hiện để hồi sức cấp cứu bệnh nhân bị chảy máu tiêu hóa trên là:
- Đặt ống thông mũi-dạ dày, ống thông trực tràng để theo dõi tình trạng chảy máu.
 - Truyền ngay nhóm máu O.
 - Đặt ống thông Blakemore.
 - Chích catheter hoặc kim lớn vào tĩnh mạch ngoại biên để lấy máu thử Hct, nhóm máu, chức năng gan rồi truyền dung dịch mặn đẳng trương.
 - Nội soi thực quản-dạ dày ngay trong vòng 2 giờ đầu.
4. Công dụng của ống thông mũi-dạ dày khi bệnh nhân nôn ra máu là:
- Giảm áp lực dạ dày để cầm máu.
 - Dùng bơm rửa để cầm máu và chuẩn bị nội soi.
 - Xem có máu trong dạ dày không? và theo dõi diễn tiến chảy máu.
 - Phân biệt chảy máu tiêu hóa trên và dưới.
 - Câu A, B và C đúng.
5. Làm sao để xác định chảy máu tiêu hóa trên:
- Đặt ống thông mũi-dạ dày.
 - Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng.
 - Hồi tiễn cần viêm loét dạ dày.
 - Phân tích tính chất của máu nôn ra.
 - Chụp cản quang đường tiêu hóa trên.
6. Với loét tá tràng có thể cầm máu qua nội soi:
- Chích Ether.
 - Chích nước lạnh.
11. Chảy máu tiêu hóa trên ở ạt:
- Bệnh nhân có triệu chứng sốt mất máu.
 - Cần truyền hơn 1.500ml máu.
 - Nguyên nhân thường gặp do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản.
 - Cần phải mổ khẩn cấp.
 - Câu A, B và C đều đúng.
12. Cận lâm sàng quan trọng nhất trước bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên là:
- Siêu âm bụng.
 - Xét nghiệm nhóm máu, Hct.
 - Nội soi thực quản-dạ dày sớm.
 - Xét nghiệm chức năng gan.
 - Chụp thực quản dạ dày cản quang.
13. Chảy máu tiêu hóa trên dễ lầm với chảy máu trong ổ bụng nếu:
- Bệnh nhân có tiền sử đau bụng như loét dạ dày-tá tràng.
 - Có máu chảy từ âm đạo.
 - Có dấu chảy máu dưới da bụng.
 - Có dấu hiệu sốt mất máu nhưng chưa thấy máu ra đường tiêu hóa.
 - Có khối u lớn trong ổ bụng.
- C: Chích chất xơ hóa.
D: Chích trực tiếp chất co mạch như Adrénaline (Epinephrine).
E: Câu C hoặc D đúng.
7. Chỉ định phẫu thuật sớm trong chảy máu tiêu hóa trên nếu xác định nguyên nhân do:
- Vỡ dãn tĩnh mạch thực quản.
 - Ung thư dạ dày.
 - Ung thư thực quản trên bệnh nhân suy kiệt.
 - Viêm dạ dày do thuốc.
 - Loét nồng ở tá tràng.
8. Loét tá tràng chảy máu khi phẫu thuật nên dùng kỹ thuật nào nếu bệnh nhân lớn tuổi:
- Khâu mạch máu đang chảy, cắt thẳn kinh X, mở rộng mõm vị.
 - Cắt 2/3 dạ dày đoạn xa.
 - Cắt thẳn kinh X tại thân kèm cắt hang vị lấy đi ổ loét.
 - Nối vị tràng.
 - Khâu mạch máu tại ổ loét.
9. Loét tá tràng chảy máu nên dùng kỹ thuật nào khi bệnh nhân ít có nguy cơ khi phẫu thuật:
- Cắt 2/3 dạ dày đoạn xa.
 - Khâu mạch máu tại ổ loét.
 - Phương pháp Weinberg.
 - Phương pháp Mikulicz.
 - Cắt thẳn kinh X, cắt hang vị lấy ổ loét.
10. Chỉ định phẫu thuật sớm trong chảy máu tiêu hóa trên:
- Khi dấu hiệu sinh tồn ổn định sau bồi hoàn máu, dịch và điện giải.
 - Sau khi nhập viện cấp cứu, bệnh nhân tạm ổn rồi chảy máu lại.
 - Tụ huyết áp và máu tiếp tục chảy.
 - Trong 24 giờ đầu cần truyền 1500ml máu.
 - Câu B, C hoặc D đều đúng.
14. Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng:
- Xác định nguyên nhân và vị trí tổn thương.
 - Đánh giá nguy cơ chảy máu lại.
 - Tiến hành điều trị cầm máu ngay tức thời.
 - Câu A, B và C đều đúng.
 - Chỉ có A và C đúng.
15. Chảy máu do loét tá tràng và viêm dạ dày:
- Luôn luôn điều trị nội khoa.
 - Dùng thuốc kháng đông, kháng viêm, Aspirin hay do stress.
 - Chỉ xảy ra ở người lớn tuổi.
 - Không thể cầm máu qua nội soi tiêu hóa trên.
 - Luôn luôn điều trị ngoại khoa.

ĐÁP ÁN

- | | | |
|------|-------|-------|
| 1. B | 6. E | 11. E |
| 2. E | 7. B | 12. C |
| 3. D | 8. A | 13. D |
| 4. E | 9. E | 14. D |
| 5. B | 10. E | 15. B |

Tắc ruột cơ học

Thursday, June 10, 2021 3:59 PM

Co thắt tâm vị

Thursday, June 10, 2021 3:59 PM

Ung thư thực quản

Thursday, June 10, 2021 3:59 PM

Ung thư dạ dày

Thursday, June 10, 2021 3:59 PM

Ung thư đại trực tràng

Thursday, June 10, 2021 3:59 PM

US multi-society task force recommendations for post-colonoscopy follow-up in average-risk adults with serrated polyps*

Baseline colonoscopy finding	Recommended interval for surveillance colonoscopy	Strength of recommendation	Quality of evidence
≤20 HPs in rectum or sigmoid colon <10 mm [¶]	10 years ^Δ	Strong	Moderate
≤20 HPs proximal to sigmoid colon <10 mm [¶]	10 years	Weak	Very low
1 to 2 SSPs <10 mm	5 to 10 years	Weak	Very low
3 to 4 SSPs <10 mm	3 to 5 years	Weak	Very low
5 to 10 SSPs <10 mm	3 years	Weak	Very low
SSP ≥10 mm	3 years	Weak	Very low
SSP with dysplasia [◊]	3 years	Weak	Very low
HP ≥10 mm	3 to 5 years [§]	Weak	Very low
TSA	3 years	Weak	Very low
Piecemeal resection of SSP ≥20 mm	6 months	Strong	Moderate [¥]

SSP: sessile serrated polyp; HP: hyperplastic polyp; TSA: traditional serrated adenoma; CRC: colorectal cancer.

* All recommendations assume examination complete to cecum with bowel preparation adequate to detect lesions >5 mm in size; recommendations do not apply to individuals with a hereditary CRC syndrome, personal history of inflammatory bowel disease, personal history of hereditary cancer syndrome, serrated polyposis syndrome, or malignant polyp, personal history of CRC, or family history of CRC, and must be judiciously applied to individuals with a personal or family history of CRC, favoring the shortest indicated interval based on either history or polyp findings.

¶ Patients with cumulative >20 hyperplastic polyps distributed throughout the colon, with at least 5 being proximal to the rectum, as well as those with 5 serrated polyps proximal to the rectum >5 mm, with at least two ≥10 mm meet criteria for serrated polyposis syndrome and may require specialized management.

Δ Follow-up may be with colonoscopy or other screening modality for average risk individuals.

◊ Assumes high confidence of complete resection.

§ A 3-year follow-up interval is favored if concern about consistency in distinction between SSP and HP locally, bowel preparation, or complete excision, whereas a 5-year interval is favored if low concerns for consistency in distinction between SSP and HP locally, adequate bowel preparation, and confident complete excision.

¥ Refer to US Multi-Society Task Force recommendations for endoscopic removal of colorectal lesions.

Trong PT cắt ĐT P, khi bóc tách mạc Todd dính vào sau với tá tràng, niêm quản P, TMC dưới nhất là khi u to, xâm lấn, dễ tổn thương: rách tá tràng, tổn thương niêm quản P (ứt, khâu thắt), rách TM chủ dưới

Trong PT cắt ĐT T, tai biến PT là yở lách, tổn thương niêm quản T (ứt, khâu thắt)

Cắt ĐT ngang: tổn thương tá tràng, tuy hiểm xảy ra

Cắt ĐT sigma: tổn thương niêm quản T, ĐM TM hạ vị

Sỏi túi mật, đường mật và biến chứng

Thursday, June 10, 2021 4:00 PM

Sỏi túi mật

Không triệu chứng: 70%

Cơn đau quặn mật:

- Sỏi kẹt ống túi mật hoặc cổ túi mật → Đau tạng → Xu hướng đau thượng vị → Túi mật viêm → Đau lèch dần sang HSP
- Thường đau liên tục
- Quặn mật (Lên một đợt cao, 30p, <6h) → > 6h: Viêm túi mật
- Thường xuất hiện vào ban đêm nhiều hơn (do BN nằm)
- Lúc đầu đau tạng sau đó chuyển dần thành đau thành

Triệu chứng không đặc hiệu khác: Đầy bụng, khó tiêu

Sờ túi mật: Khỏi ở HSP, bờ dưới rõ, bờ trên không rõ, di động theo nhịp thở, ấn đau

Dấu hiệu Murphy: Sờ mà không đau hoặc đau ít → Phải ấn sâu xuống (50% đáy túi mật có thể dưới gan)

Ung thư gan nguyên phát

Thursday, June 10, 2021 4:00 PM

Gan là tạng đặc lớn nhất cơ thể → Nhiều chức năng quan trọng

Khối u gan:

- Lành tính:
 - U mạch máu gan
 - Sang thương tăng sản dạng nốt (FNH)
 - U tuyến của gan
 -
- Ác tính:
 - Ung thư nguyên phát:
 - UT TB gan
 - UT TB đường mật
 - Ung thư thứ phát:
 - Đường tiêu hóa: Dạ dày, đại trực tràng

Dịch tễ:

GLOBOCAN 2018:

- Ung thư gan là bệnh có tỉ lệ mới mắc cao nhất
- Nam cao nhất, Nữ thứ 5
- Gây tỷ lệ tử vong cao nhất.

- Có yếu tố nguy cơ rõ ràng:
 - $\frac{3}{4}$ trường hợp tập trung ở Asia liên quan viêm gan B, C mạn tính
 - Châu Á và Châu Phi: 20% liên quan VG C.
- Cải thiện tiên lượng bệnh HCC:
 - Tiêm chủng phòng ngừa VGSV B
 - Phát hiện và điều trị viêm gan siêu vi:
 - Phát hiện sớm
 - Điều trị hiệu quả.
- ➔ Viêm gan mạn/Xơ gan → Nên tầm soát hợp lý, phát hiện bệnh sớm
- Đối tượng, cách thức tầm soát:
 - Xơ gan do HBV hay HCV có nguy cơ cao nhất mắc HCC
 - Tầm soát ung thư TB gan: Mỗi 6 tháng
 - Siêu âm
 - AFP mỗi 6 tháng
 - Đối tượng cần tầm soát:
 - Nguy cơ cực cao: Xơ gan do viêm gan B và C
 - Nguy cơ cao: Viêm gan B, C mạn tính, xơ gan do nguyên nhân

khác hơn là do viêm gan B và C

⇒ Nguy cơ cực cao:

- Mỗi 3-4 tháng tầm soát 1 lần
- Siêu âm (đầu tay) + AFP/PIVKA-II/APP (mỗi 6-12 tháng)+ CT hay MRI (6-12 tháng).

⇒ Nguy cơ cao:

- Mỗi 6 tháng
- Siêu âm đầu tay
- AFP/PIVKA-II/APP

Chẩn đoán:

• Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Sinh thiết khối u → Một số vị trí gây khó khăn khi sinh thiết + nguy cơ biến chứng → Sinh thiết không là phương pháp giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định ung thư gan.
- Vai trò chất chỉ điểm ung thư: AFP, ... → Không là đầu tay
 - o AFP đơn thuần không là tiêu chuẩn chẩn đoán
 - o Giá trị ngưỡng 200 ng/ml → Đây không là tiêu chuẩn chẩn đoán mà chỉ là yếu tố gợi ý cao
 - o Phối hợp với chất chỉ điểm này với nhau → Tăng thêm độ nhạy
- Phương tiện chẩn đoán HA (SA, CT, MRI):
 - o Khối u tăng sáng trong thì động mạch, giảm đậm độ trong thì tháo thuốc tĩnh mạch

Chẩn đoán HCC điển hình:

A Background liver disease (one positive factor)

- Hepatitis B-related liver disease
- Hepatitis C-related liver disease
- Liver cirrhosis

B Tumor markers (at least one positive study)

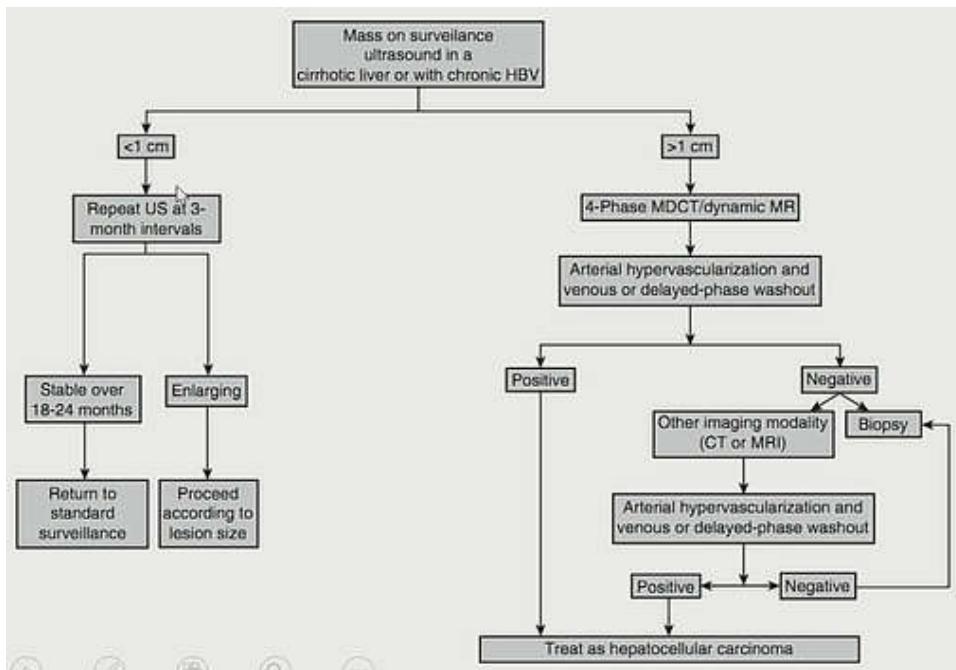
- AFP >200 ng/ml associated with a rising trend over time
- PIVKA-II (>40 mAU/ml) with a rising trend over time
- AFP-L3 (>15%)

C Typical imaging findings (one positive study)¹

- Arterial phase hypervascularity with portal-venous phase washout on dynamic CT or dynamic MRI
- Hypervascularity on CTHA with perfusion defect on CTAP

A+B+C, A+C, B+C, C = HCC confirmed; A+B, B = HCC highly suspicious, thus, dynamic CT/MRI is required.

¹ Nodules with atypical imaging study, namely, hypervascularity without portal/venous washout or arterial phase hypovascularity should undergo further study (as shown in figures 1 and 2).



Guideline Hiệp hội bệnh gan Hoa Kỳ: Dễ nhớ, dễ áp dụng thực hiện

Phân biệt:

- U mạch máu gan: u bắt thuốc thì động mạch trong gan
- FNH:

Thì động mạch	Tăng giữ thuốc cản quang
Thì tĩnh mạch	Đồng hay giảm đậm độ so nhu mô
Thì muộn	Đồng đậm độ nhu mô Sẹo trung tâm tăng sáng

- U tuyến gan:

Không thể hiện tính chất hình ảnh gì đặc biệt

Gây biến chứng xuất huyết trong u, nhồi máu, hóa ác → Chỉ định sinh thiết gan là cần thiết

U lành tính thường gấp thứ 3
Dạng hỗn hợp, vỏ bao rõ, đôi khi xuất huyết ở trong
Thi động mạch: Tăng quang
Thi tĩnh mạch, trễ: đồng hoặc giảm so với nhu mô
Kích thước lớn (có thể đến 30cm)

Không tiền căn viêm gan siêu vi
Phụ nữ đang dùng thuốc ngừa thai
Đôi khi không thể phân biệt với HCC
Có thể hóa ác (khi lớn hơn 10cm)
Có chỉ định phẫu thuật cắt bỏ

- Thứ phát di căn gan:

CT: U thường không bắt thuốc cản quang, giảm hay kém đậm độ hơn, tăng quang viền, đa ổ

Chẩn đoán giai đoạn:

- Hầu hết HCC trên nền gan xơ (80-90%)
- Đánh giá giai đoạn:
 - Tình trạng khối u (kích thước, độ xâm lấn)
 - Chức năng gan
 - Tình hình sức khỏe của BN
- BCLC staging: Được nhiều nơi sử dụng và đánh giá

Đánh giá giai đoạn HCC theo BCLC

- Tình trạng thể chất BN (ECOG)
- Chức năng gan (Child Pugh score)
- Số lượng khối u
- Kích thước khối u
- Mức độ xâm lấn tĩnh mạch cửa
- Di căn xa

5 giai đoạn:

Phương pháp điều trị nào phù hợp với bệnh nhân? Dựa vào mức độ khối u, trạng thái gan và tình hình bệnh nhân

3 loại điều trị triệt để chính:

- Cắt gan
- Ghép gan
- Hủy khối u tại chỗ (RFA, PEI, ... theo đúng chỉ định)

Điều trị giảm nhẹ, kéo dài thời gian sống thêm:

- TACE (bơm hóa chất và làm tắc ĐM gan)
- Xạ trị trong chọn lọc (bằng Yttrium 90)
- Hóa trị tại chỗ liên tục qua ĐM gan
- Liệu pháp nhắm trúng đích và miễn dịch

PP điều trị đa dạng và hiệu quả:

- Nhiều PP điều trị mới (PT, chích cồn, RFA, TACE...)
- Chỉ định và mức độ hiệu quả khác nhau
- Có thể phối hợp nâng cao hiệu quả
- Mỗi BN phù hợp với cách điều trị khác nhau
- Hội chẩn đa chuyên khoa

CẮT GAN: Bỏ phần gan có khối u

- Chỉ định khi:
 - UT giai đoạn không quá trễ
 - U đơn độc, còn khả năng cắt bỏ
 - Chức năng gan còn tốt
- Tỷ lệ TV là < 5%
- Sống 5 năm: 60-70%
- Tỷ lệ tái phát sau 5 năm: 70%. (do còn mầm mống ung thư còn lại)
- Phải cân nhắc sự triệt để với sự an toàn cho BN.

Để lại đủ gan bảo tồn để tránh suy gan sau mổ:

- Gan bình thường → Gan bảo tồn > 30% thể tích gan chuẩn
 - Gan xơ, đã điều trị hóa trị → Gan bảo tồn > 40% thể tích gan chuẩn
- ⇒ Thể tích gan chuẩn:

Thể tích gan chuẩn

Dựa vào chiều cao, cân nặng BN

Công thức Urata

$$LV = 706.2 \times BSA (m^2) + 2.4 (11)$$

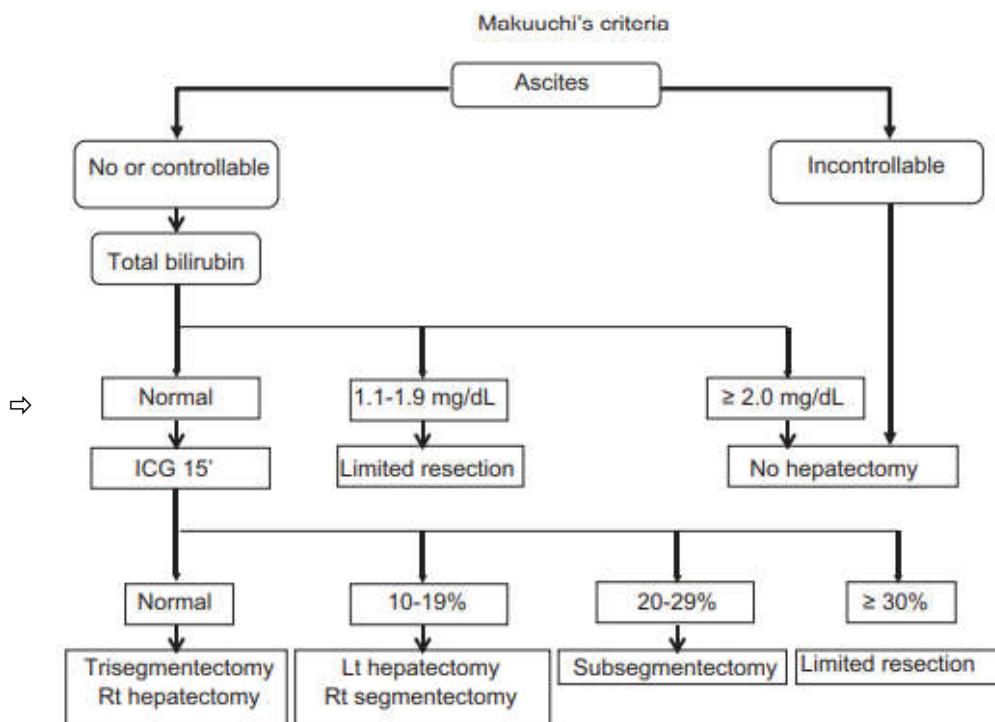


Figure 4: Makuuchi criteria for safe hepatectomy. ICG: Indo-cyanine Green; Lt: left; Rt: right

Thể tích gan bảo tồn: Dựa vào CT hay MRI bệnh nhân

Đo độ thanh lọc gan

Tùy vào chức năng và thanh lọc gan thế nào mà chọn mức độ cắt gan an toàn → Tiêu chuẩn Makuuchi

Điều trị phẫu thuật cắt gan nội soi:

- Phẫu thuật cắt gan mổ mở có độ xâm hại cao
- Phẫu thuật nội soi giảm thiểu tính xâm lấn

Phẫu thuật ghép gan:

- Chỉ định cho trường hợp:
 - o Ung thư gan đa ổ (<3 tumors)
 - o Kích thước nhỏ (< 5cm)

- Xơ gan nặng
- Không những lấy đi khối u mà còn chữa bệnh gan nền
- Sống 5 năm: 50-70%
- Tái phát sau 5 năm dưới 15%

Ghép gan từ người cho sống – Ghép gan bán phần: TB gan có thể tăng sinh tốt.

Chỉ định ghép gan:

Tiêu chuẩn Milan: → Ít BN thỏa ghép gan

- U đơn độc, <5cm
- U đa ổ
 - Bé hơn hoặc bằng 3 u
 - Đường kính lớn nhất < 3 cm
- Không có di căn qua mạch

→ UCSF:

- **UCSF criteria**
 - single tumor, <6.5 cm
 - multiple tumor
 - </= 3 tumor
 - largest tumor <4.5cm
 - Total diameter <8cm
 - No major vascular invasion

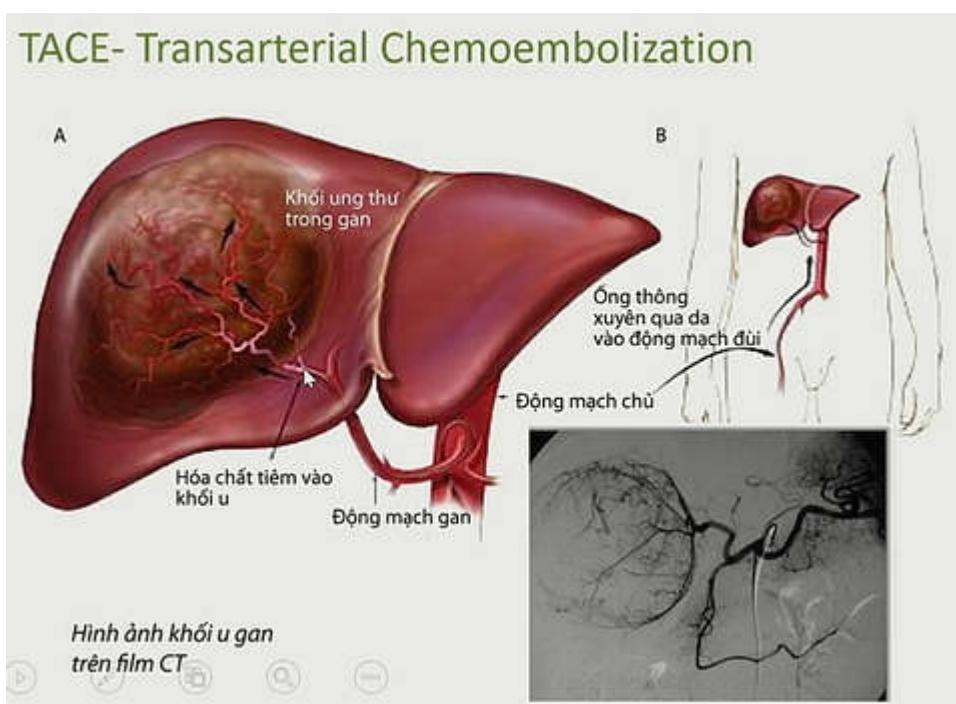
Can thiệp tại chỗ:

- RFA: Diệt khối u bằng sóng cao tần

Qua siêu âm, kim đâm qua khối u gan và diệt u gan bằng sóng cao tần tạo nhiệt năng hủy khối u
- ⇒ Chỉ nên chỉ định khối u kích thước nhỏ từ 3cm trở lại, ở vị trí thuận tiện
- PEI: Tiêm cồn khối u

Điều trị giảm nhẹ:

TACE – Thuyên tắc mạch bằng bơm hóa chất qua động mạch (do u được cấp máu bởi động mạch gan)



TACE- Transarterial Chemoembolization

- Đáp ứng của khối u 15-55%
- Ngăn chặn sự tiến triển và xâm lấn vào mạch máu của khối u
- Chữa huyết khối tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch gan
- Xơ gan Child-Pugh A hay B
- Bilirubin toàn phần dưới 3 mg%
- Không suy chức năng thận

Điều trị tại chỗ

- Bơm chất phóng xạ qua ngã động mạch gan liên tục**
(Hepatic Arterial Infusion Chemotherapy - HAIC)
- Xạ trị trong chọn lọc, Ytrium-90**
(Selective Internal Radiation Therapy - SIRT)

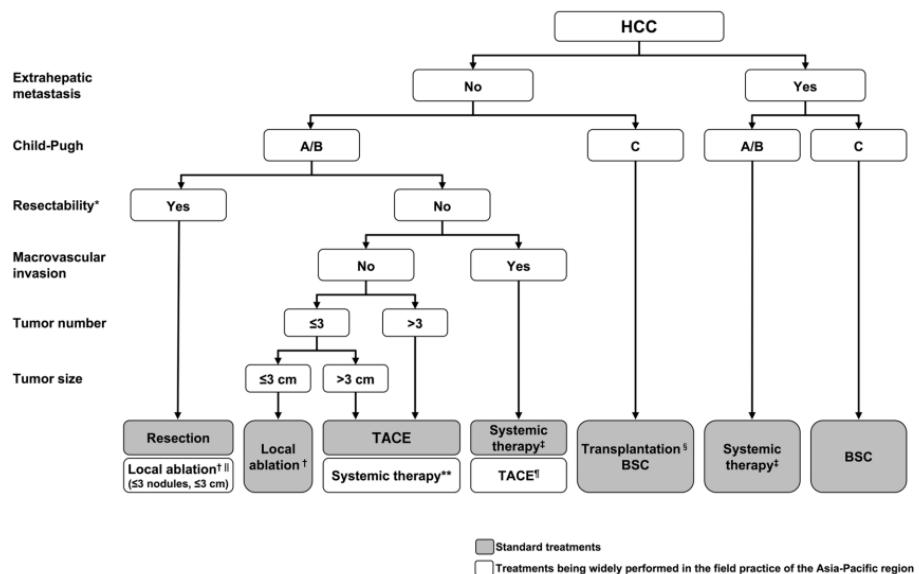
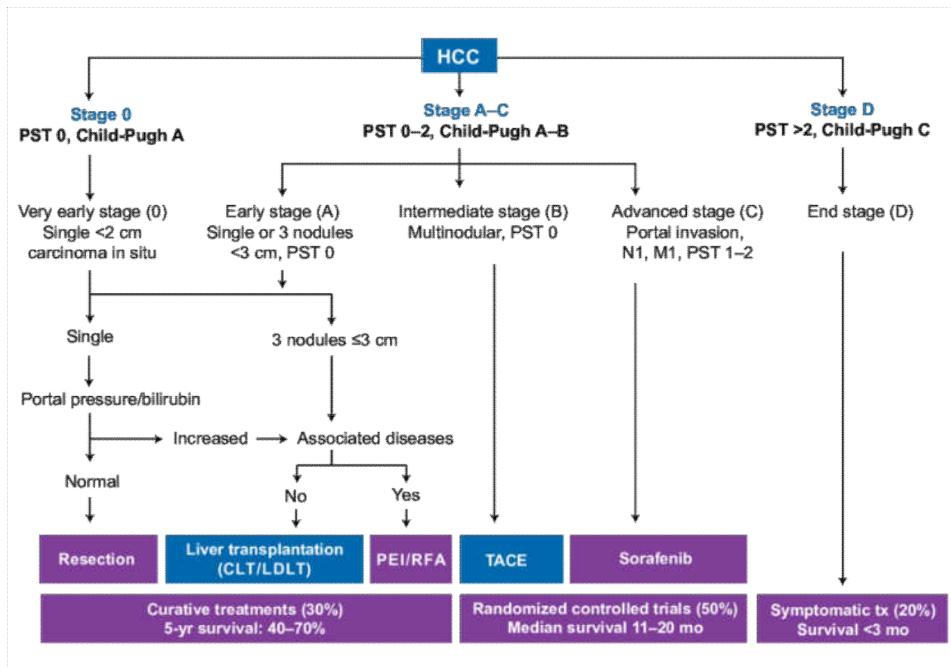
Điều trị toàn thân

- *Liệu pháp nhắm trúng đích*
 - Sorafenib
 - Lenvatinib
 - Regorafenib
- *Liệu pháp miễn dịch*
 - Pembrolizumab

Chỉ định trường hợp ung thư di căn tại chỗ hoặc di căn xa

Chọn phương pháp điều trị phù hợp và hiệu quả cho mỗi bệnh nhân

- *Tình trạng tiến triển của ung thư*
- *Mức độ xơ gan*
- *Thể trạng bệnh nhân*
- *Chỉ định, chống chỉ định pp điều trị*
- *Ưu nhược điểm của pp điều trị*



Siêu âm doppler mạch máu gan:

- Đánh giá
 - + tình trạng cấp máu khối u
 - + tình trạng khối u xâm lấn và di căn vào mạch máu lân cận (đặc biệt: TM cửa, TM chủ dưới)

Siêu âm có chất tương phản - CEUS

- Thay đổi trong quá trình ung thư biểu mô TBG bao gồm sự hình thành mạch, thay đổi TBG, giảm số lượng và chức năng của TB Kupfer, và tại các nốt tăng lưu lượng động mạch, giảm lưu lượng tĩnh mạch cửa → Vi bong khí chất tương phản được thực bào bởi TB Kuffer → Khỏi u phân biệt được do có ít hoặc không có TB Kupfer.
- Hình ảnh điển hình: Ngấm thuốc mạnh thì động mạch và thải thuốc nhẹ sau 60 giây
 - o Các bệnh lý ác tính khác: Kém bắt thuốc thì động mạch và thải thuốc nhanh sau 55-60s.
- Phân độ theo LI-RADS → APASL và ESMO khuyến cáo dùng trong chẩn đoán → Chưa được đồng thuận

Chụp cắt lớp vi tính có cản quang:

- Nhu mô gan lành: Cấp máu bằng tĩnh mạch cửa và 1 phần động mạch gan
- U gan: Cấp mạch chủ yếu bằng động mạch gan
- ⇒ Hình ảnh điển hình: Tăng bắt thuốc cản quang trong thì động mạch và thải thuốc trong thì tĩnh mạch hay thì muộn
- ⇒ Pha động mạch gan muộn → Tăng bắt thuốc cản quang
- ⇒ Pha tĩnh mạch cửa → Đậm độ đồng với nhu mô
 - MRI phân biệt rất tốt giữa UTBMTBG với các tổn thương khu trú khác trong gan.
 - MRI với chất tương phản từ gan mật gadoxetate disodium (Gd-EOB-DTPA) có độ nhạy cao hơn CT động và MRI sử dụng chất tương phản từ khác.
 - Hình ảnh điển hình của UTBMTBGL: tăng bắt thuốc cản từ trong thì động mạch và thải thuốc trong thì tĩnh mạch hay thì muộn.

Pha chậm → Hình thải thải thuốc khỏi u

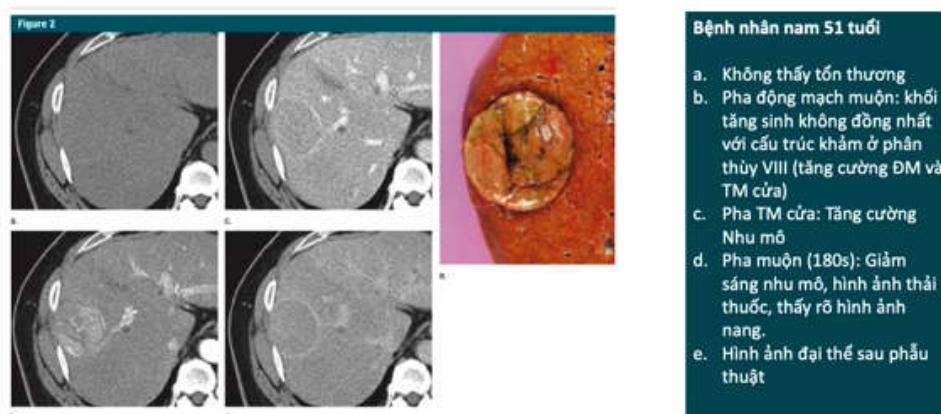
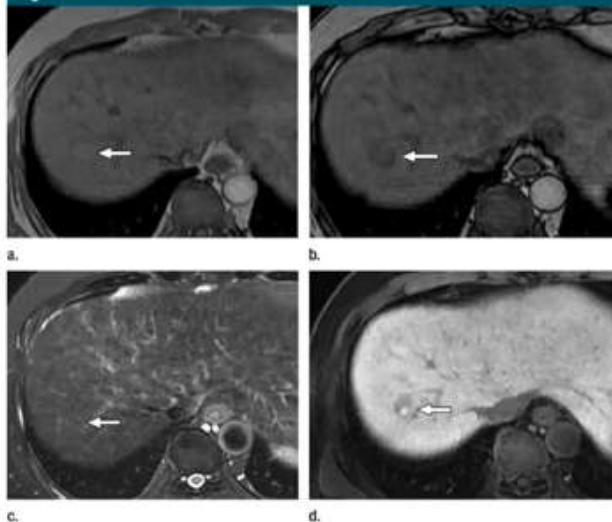


Figure 7

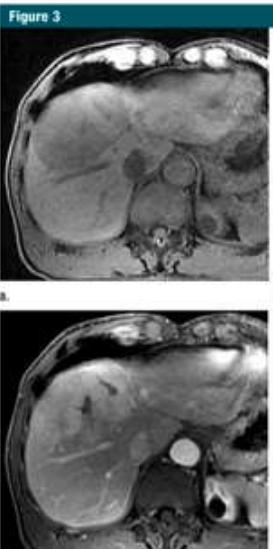


Bệnh nhân nam 58 tuổi

- a, b. Nốt ở hạ phân thùy VII
- c. Đồng tín hiệu
- d. Tín hiệu thấp trong giai đoạn gan mật

Nốt loạn sản grade cao hoặc HCC sớm > Loạn sản grade thấp hoặc nốt xơ gan

Có hình ảnh nốt trong nốt ở pha nhu mô, có thể có HCC bên trong, do đó có thể sai sót khi lấy mẫu
-> GPB trả về loạn sản grade cao



Bệnh nhân nam 64 tuổi

- a. Giai đoạn trước tiêm
- b. Giai đoạn cuối ĐM gan (tăng cường TM cửa nhưng không tăng cường TM gan)
- c. TM cửa
- d. Pha chậm

Tăng cường dai dẵn của khối u so với gan -> Không điển hình (bình thường phải có tháo thuốc)
Có hình ảnh nang ở pha trễ -> chẩn đoán được mặc dù ko có rửa trôi

AFP:

- Viêm gan hoạt động, xơ gan, ung thư tinh hoàn, ung thư TB ống mật
- Không phù hợp chẩn đoán UTTBG kích thước nhỏ, giai đoạn sớm

AFP

- Có thể tăng trong viêm gan hoạt động, xơ gan, ung thư tinh hoàn, ung thư tế bào ống mật...
- Vai trò AFP trong chẩn đoán HCC giai đoạn sớm còn hạn chế vì chỉ phát hiện 10-20%
 - Ngưỡng cắt 20 ng/mL: spec: 49-86%, sens: 49-71%
 - Ngưỡng cắt 200ng/mL: spec: 76-100%, sens: 4-31%
 - SA + AFP tăng spec 71,5%, sens: 99,2%
- Tiêu lượng bệnh, theo dõi bệnh sau điều trị.

Không dùng đơn độc mà phối hợp, dùng để tiên lượng

AFP-L3

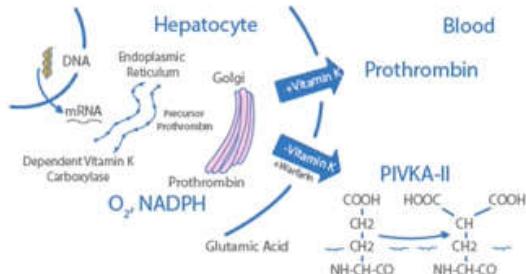
- AFP-L3: Lens culinaris agglutinin-reactive fraction of AFP.
- Giúp phân biệt tăng AFP do UTBMTBG hay do các bệnh gan lành tính.
- **Ngưỡng 15%:** sens 75-96%, spec 90-92%.

3 loại AFP: khác nhau ở nhóm đường

- AFP-L1, 2: Tăng cả trong viêm gan
- AFP-L3: Tăng đặc hiệu hơn → Giúp phân biệt tăng do UTBMTBG hay các bệnh gan lành tính

PIVKA-II (DCP)

PIVKA-II: Prothrombin induced by vitamin K absence-II.
DCP: Des-gamma-carboxyprothrombin.
Ngưỡng **40 mAU/mL**: sens: 14-54%, spec: 95-99% trong chẩn đoán HCC sớm dưới 5 cm.



PIVKA II ở ngưỡng 40 mAU/mL nhạy hơn AFP nhưng lại không đặc hiệu

Nghiên cứu 3 dấu chỉ điểm AFP, AFP-L3 và DCP tăng độ nhạy và đặc hiệu

GALAD score: Siêu âm + 3 chỉ điểm sinh học

GALAD Score

- G: Gender
- A: Age
- L: AFP-L3
- A: AFP
- D: DCP

GALAD + siêu âm bụng → Độ nhạy cao

Tuy nhiên cần nghiên cứu lớn hơn trong tầm soát UTBMTBG

Các chất chỉ điểm sinh học khác:

CÁC CHẤT CHỈ ĐIỂM SINH HỌC KHÁC

- Glypican-3 (GPC3)
- Golgi protein 73 (GP73)
- Osteopontin (OPN)
- MicroRNAs
- ...

Đang nghiên cứu

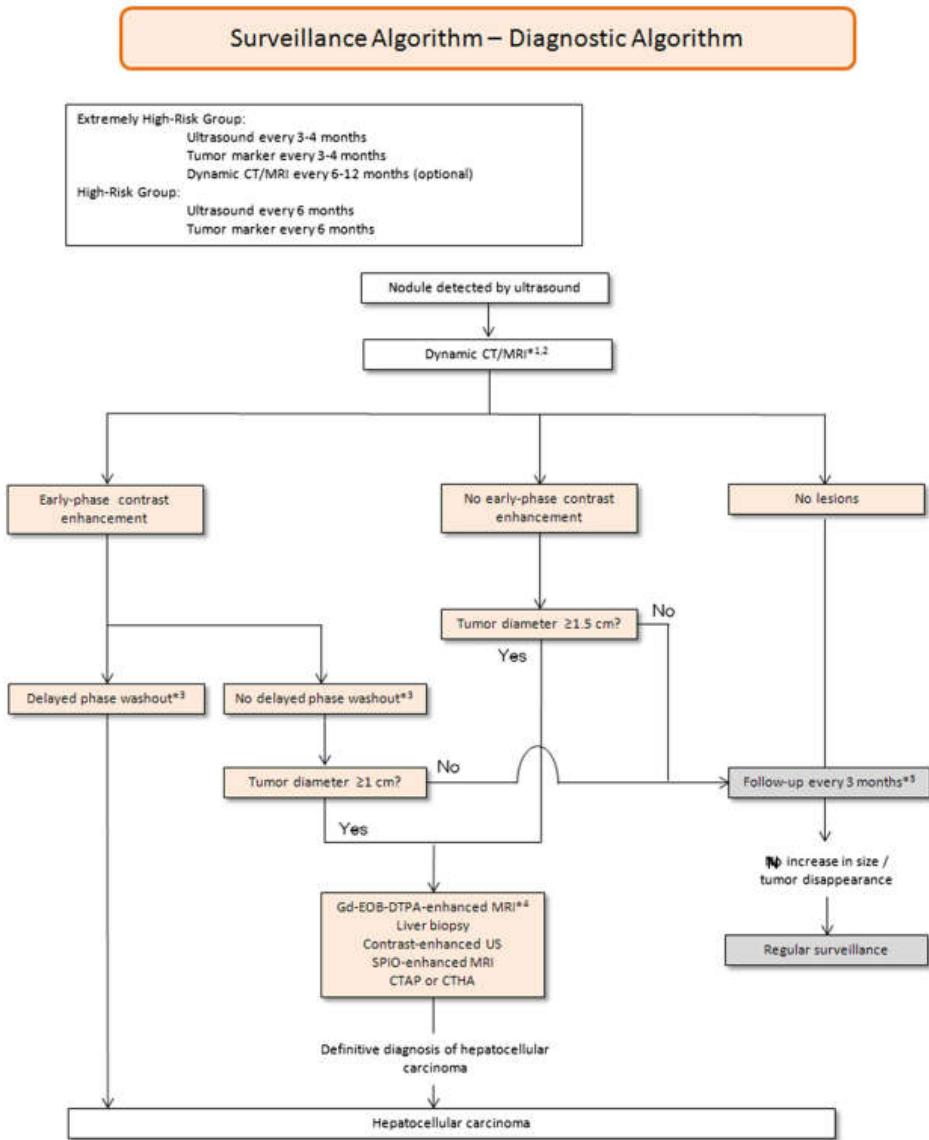
SINH THIẾT GAN → Tiêu chuẩn vàng: qua da hay qua tĩnh mạch cảnh trong (khi qua da gấp khó khăn do báng bụng, ...)

SINH THIẾT GAN

- TIÊU CHUẨN VÀNG
- Khả năng sinh thiết tùy thuộc vị trí, kích thước khối u.
- Chỉ được chỉ định khi sang thương ở gan không biểu hiện các tính chất điển hình trên hình ảnh chẩn đoán và kích thước lớn hơn 1-2cm.

TÂM SOÁT – CHẨN ĐOÁN:

Tầm soát HCC là cần thiết và được nhiều khuyến cáo



APASL 2017:

Khuyến cáo tầm soát chung

APASL 2017

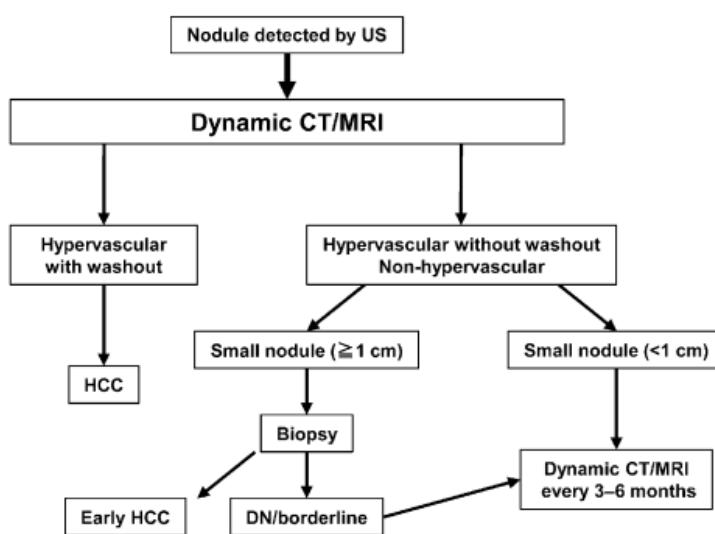
Table 3 Groups where HCC surveillance is recommended

	HCC risk (per year)	Recommendations
Cirrhotic hepatitis patients		
HBV	3–5%	
HCV	2–7%	
NASH	2–4%	
Genetic hemochromatosis	Unknown, but probably >1.5%	
Primary biliary cirrhosis	2–3%	
Alpha 1 antitrypsin (A1AT) deficiency	Unknown, but probably >1.5%	
Autoimmune hepatitis		
Other etiologies	Unknown	
Chronic HBV carriers		
Noncirrhotic (HBsAg positive)		
Asian females >50 years	0.3–0.6%	
Asian males >40 years	0.4–0.6%	
Africans aged >20 years	NA	
History of HCC in the family	NA	

Các phương tiện tầm soát: US và AFP → Tầm soát mỗi 3-6 tháng

CT và MRI động: Khi phát hiện khối u trên siêu âm → Tiến hành CT hoặc MRI động

b



AASLD 2018: Không phân chia thành nhóm nguy cơ → Tầm soát cho người có nguy cơ ung thư cao hơn người chi phí hiệu quả

Không tầm soát khi có kỳ vọng sống ngắn.

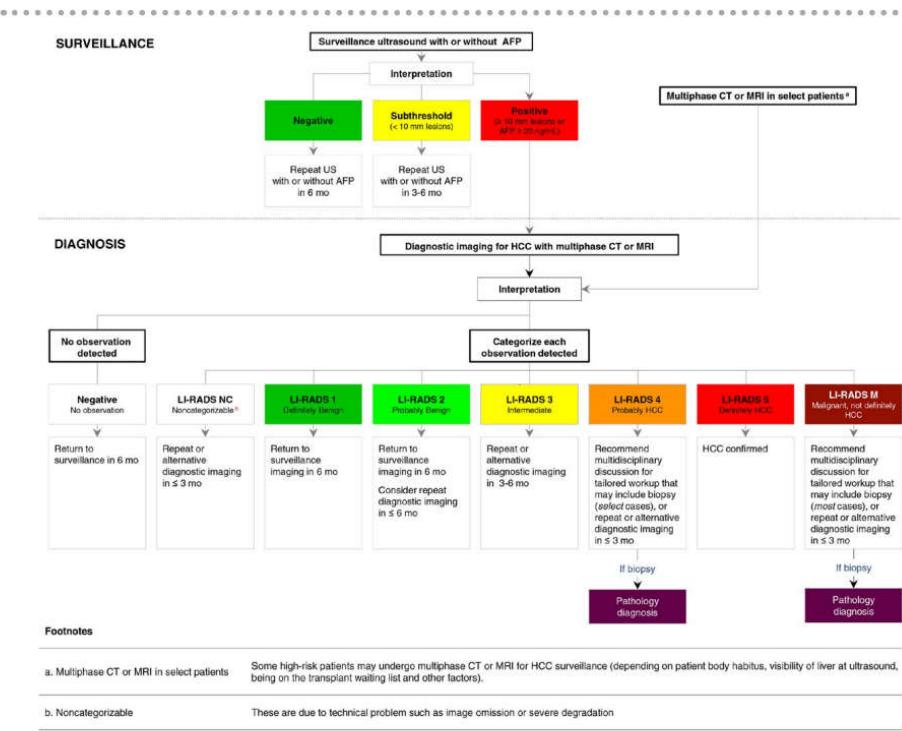


FIG. 1. AASLD surveillance and diagnostic algorithm.

Đối tượng tầm soát

- Nhóm nguy cơ rất cao: xơ gan có liên quan đến viêm gan do virus (HBV, HCV).
- Nhóm nguy cơ cao: nhiễm HBV mạn và HCV mạn chưa điều trị, đang điều trị và đã ngưng điều trị bằng thuốc kháng virus, và các trường hợp xơ gan không liên quan đến nhiễm virus viêm gan.

Phương tiện và tần suất tầm soát

- Siêu âm bụng và xét nghiệm phối hợp các chỉ dấu sinh học AFP, AFP-L3, PIVKA-II.
- Tầm soát mỗi 6 tháng đối với nhóm nguy cơ cao và mỗi 3 tháng đối với nhóm nguy cơ rất cao.
- Nếu phát hiện có tổn thương nghi ngờ UTBMTBG và/hoặc giá trị các chỉ dấu sinh học tăng thì nên chụp CT-scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ.

BYT 2020:

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT



FNH = Khối u lành tính thường gặp thứ 2 sau heman, nữ |



Hình 5. Phẫu thuật Whipple



Hình 6. Phẫu thuật Whipple bảo tồn môn vị

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Raijman I, Levine B. Exocrine tumor of the pancreas. *In: Gastroenterology*, 1995; 2984-301.
- Silen W, Steer ML. Pancreas. *In: Schwartz. Principles of Surgery*, 5th Ed, 1989; 1413-40.
- Yeo CJ, Cameron JL. The pancreas. *In: Sabiston's Textbook of Surgery*. WB Saunders Company, 1997: 1152-86.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng cho tất cả các câu hỏi sau đây:

- Ung thư xuất phát từ tế bào ống tuyến tụy:
 A. Lá ung thư xuất phát từ tuy ngoại tiết.
 B. Lá ung thư xuất phát từ mô liên kết của tuy.
 C. Lá ung thư xuất phát từ tế bào alpha.
 D. Lá ung thư xuất phát từ tế bào beta.
 E. Lá ung thư xuất phát từ tế bào gamma.
- Ung thư chiếm nhiều nhất trong ung thư quanh bàng Vater là:
 A. Ung thư đầu tuy.
 B. Ung thư bàng Vater.
 C. Ung thư ống mật chúa.

233

- Thân tuy.
 A. Bo tuy.
 B. Duỗi tuy.
 C. Móc tuy.
- Ung thư tuy giải đoạn 2 là:
 A. U dài 2cm không có đầu tuy.
 B. U dài 2cm có bạch đầu tuy.
 C. U dài 2cm có hạch đầu tuy.
 D. U từ 2,1-4cm không hạch đầu tuy.
 E. U từ 2,1-4cm có hạch vùng đầu tuy.
- Tam chứng hay gặp trong ung thư đầu tuy:
 A. Đầu thường vị, sưng cản, vàng da.
 B. Đầu thường vị, u thường vị, vàng da.
 C. Đầu thường vị, u thường vị, xuất huyết tiêu hóa.
 D. Đầu thường vị, u thường vị, xuất huyết tiêu hóa.
 E. Đầu thường vị, xuất huyết tiêu hóa, vàng da.
- Đau trong ung thư tuy thường:
 A. Xảy ra ban ngày, nặng khi ngồi, lan lồng.
 B. Xảy ra ban ngày, nặng khi nằm, lan lồng.
 C. Xảy ra ban đêm, nặng khi ngồi, không lan.
 D. Xảy ra ban đêm, nặng khi ngồi, lan lồng.
 E. Xảy ra ban đêm, nặng khi nằm, lan lồng.
- Chụp cắt lớp có thể phân biệt ung thư tuy và viêm tuy mạn là:
 A. 0%.
 B. 10%.
 C. 33%.
 D. 77%.
 E. 100%.
- Chụp cắt lớp có thể phân biệt ung thư tuy và viêm tuy mạn là:
 A. Chẩn đoán được những khối u nhỏ dưới 2cm.
 C. Xác định được vị trí tắc mật.
 D. Đánh giá sự xâm lấn vào mô xung quanh.
 E. Đánh giá tình trạng di căn.

12.

Phương pháp nào sau đây cho phép chứng ta sinh thiết được mô tuy:

A.

Chụp X quang khung tủy vàng cản quang.

B.

Chụp đường mật xuyên qua da.

C.

Chụp mật tuy ngược dòng qua nồi sôi.

D.

Chụp cắt lớp có cản quang.

E.

Chụp cắt lớp có cản quang.

13.

Phẫu thuật Whipple dùng để điều trị:

A.

Ung thư đầu tuy, chấn di căn.

B.

Ung thư thận tuy, chấn di căn.

C.

Ung thư duỗi tuy, chấn di căn.

D.

Ung thư đầu tuy có di căn vào tĩnh mạch cản.

E.

Ung thư đầu tuy có chuyển sis tĩnh mạch cản.

14.

Phẫu thuật Whipple:

A.

Nối túi mật tách tràng.

B.

Nối túi mật bằng đường kiều Roux-en-Y.

C.

Nối túi mật bằng đường kiều Oméga.

D.

Cắt đầu tuy và tách thành một khối, sau đó nối tuy, ống mật chúa và da dày với hông tràng.

E.

Kết nối túi mật.

15.

Khi mổ Ung thư tuy làm tắc mật, di căn vào

giác mao và các tạng khác, không làm phẫu

thuật Whipple được, thái độ xử trí của chúng

ta là:

A.

Không làm gì.

B.

Đến hạn tối thiểu ra ngoài.

C.

Nối ống mật-chúa-tràng và nối vị tràng.

D.

Nối túi mật-tràng và nối vị tràng.

E.

Nối túi mật-tràng kiều Roux-en-Y và nối vị tràng.

Y và nối vị tràng.

16.

Đáp án

- Chẩn đoán được những khối u nhỏ dưới 2cm.
- Xác định được vị trí tắc mật.
- Xác định sự xâm lấn vào mô xung quanh.
- Đánh giá sự chuyển tắc của tĩnh mạch cản.
- Đánh giá tình trạng di căn.

- A. 6. A 11. B
2. A 7. E 12. C
3. B 8. A 13. A
4. D 9. E 14. E
5. E 10. D 15. E

Thoát vị

Thursday, June 10, 2021 4:00 PM

THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

MỤC TIÊU

1. Mô tả được cấu trúc giải phẫu học vùng bẹn-dùi và trình bày hai cơ chế sinh lý chống thoát vị bẹn.
2. Trình bày được triệu chứng của thoát vị bẹn và thoát vị dùi. Mô tả cách phân biệt thoát vị bẹn giản tiếp, thoát vị bẹn trực tiếp và thoát vị dùi.
3. Trình bày 3 yếu cầu chẩn đoán của thoát vị bẹn-dùi và các biến chứng của chúng.
4. Trình bày được nguyên nhân, xuất đột, triệu chứng và chẩn đoán của: thoát vị rốn ở người lớn, thoát vị trên rốn, thoát vị bít và thoát vị vết mổ cũ.

Thoát vị là sự trồi ra bất thường của các cơ quan hay mô trong ổ bụng ngang qua một chỗ cần mạc yếu bẩm sinh hay mắc phải của thành bụng. Tuy vậy, định nghĩa này không bao gồm các thoát vị trong, là những trường hợp mà các tạng trong ổ bụng chui vào các túi phúc mạc sẵn có thường thấy quanh tì tràng, mành tràng và đại tràng chủ bụng.

Ổ bụng được bao phủ 4 phía bởi thành bụng và cơ hoành, do đó thoát vị cũng có thể xảy ra ở cả 4 phía. Thoát vị thành bụng có thể xảy ra ở thành trước (thoát vị bẹn, rốn...), thành sau (thoát vị thất lồng) hoặc thành dưới (thoát vị đáy chậu).

Theo Devaney (1993), khoảng 75-80% thoát vị của thành bụng xảy ra ở vùng bẹn-dùi, 10% là thoát vị qua vết mổ cũ ở thành bụng, 3% là thoát vị rốn, các loại khác chiếm khoảng 3%. Joseph Ponka (1913-1993) đã ghi nhận là ở nam, thoát vị bẹn chiếm 81%, dùi là 3%, kết hợp cả hai loại vừa kể là 8%, thoát vị rốn là 2%, thoát vị

vết mổ là 4%, thoát vị lỗ thực quản là 2% và thoát vị trên rốn là dưới 1%; còn ở nữ các tỉ lệ tương ứng là 35%, 11%, 3%, 17%, 18%, 15% và 13%.

I. THOÁT VỊ VÙNG BẸN - DÙI

A. SƠ LƯỢC VỀ GIẢI PHẪU HỌC VÙNG BẸN - DÙI

Vùng bẹn-dùi là khu vực thuộc về thành bụng trước dưới, tiếp nối giữa bụng và dùi. Các cơ bắp ở đây đều là thành phần của lỗ cơ lược, được giới hạn bởi: phía trên là cơ cheo trong và cơ ngang bụng, phía ngoài là cơ thất lồng chậu, phía trong là cơ thẳng bụng và phía dưới là mào lược của xương chậu. Vùng này được chia thành bẹn chui ra làm hai phần: phần trên là vùng bẹn có thung lũng thay qua, phần dưới là vùng dưới có bờ mạch dưới thay qua. Thoát vị vùng bẹn-dùi thực chất là thoát vị lỗ cơ lược, trong đó tùy theo túi thoát vị có thể chui ra trên hoặc dưới dây chằng bẹn mà phân ra thoát vị bẹn hay thoát vị dùi.

313

1. Ống bẹn, lỗ bẹn nông, lỗ bẹn sâu và các thành phần chứa trong ống bẹn

a. Ống bẹn (Hình 1)

Ống bẹn là một khe giữa các cơ thành bụng nằm cách theo hướng từ sau ra trước, từ trên xuống dưới và từ ngoài vào trong. Ống bẹn ở người trưởng thành dài khoảng 3-5cm, nằm ở phía trên đường nối từ gai chậu trước trên đến gai mu không xương. Ống bẹn chứa thửng tinh (ở nam) và dây chằng tròn (ở nữ).

Có thể tưởng tượng ống bẹn như là một ống hình trụ với hai đầu là lỗ bẹn sâu và lỗ bẹn nông, còn thân ống được bao quanh bởi 4 thành:

- **Thành trước** là phần dưới của cản cơ chéo bụng ngoài.
- **Thành sau** có mạc ngang và một ít thớ của cản cơ ngang bụng (phía trong). Thành sau ống bẹn được động mạch thương vị dưới chia ra làm hai phần gọi là hố bẹn ngoài và hố bẹn trung gian.
- **Thành trên** có bờ dưới cơ chéo trong và bờ dưới cản cơ ngang bụng, hai cơ này có thể dính nhau ở gần đường giữa tạo ra **gắn kết hợp** (3-5%).
- **Thành dưới** có dây chằng bẹn và dái chậu mu.

b. Lỗ bẹn nông

Lỗ bẹn nông là lỗ nằm giữa hai cột trụ ngoài và cột trụ trong của cản cơ chéo ngoài. Hai cột trụ này giới hạn một lỗ hình tam giác, được các thớ liên trụ và dây chằng bẹn phản chiếu kéo lại thành một lỗ tượng đối tròn. Lỗ bẹn nông nằm

ngay dưới da sát phía trên gai mu, là chỗ thoát ra của thửng tinh. Qua ngón tay đội da bìu lên, ta có thể tìm được lỗ này ngay dưới da.

c. Lỗ bẹn sâu

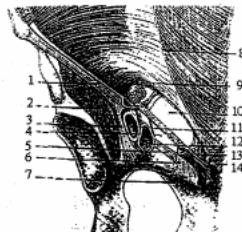
Lỗ bẹn sâu nằm ở trên điểm giữa của dây chằng bẹn khoảng 1,5-2cm, là một chỗ lỗm của mạc ngang. Lỗ bẹn sâu có cản cơ ngang bụng và các dây chằng trong bao vòng phía trên và phía ngoài, phía dưới có dái chậu mu, phía trong là động mạch thương vị dưới và dây chằng Hesselbach. Tại lỗ bẹn sâu, các thành phần của thửng tinh sẽ quy tụ lại để chui vào ống bẹn.

Lỗ bẹn sâu tương ứng với hố bẹn ngoài là nơi mà thoát vị bẹn gián tiếp đi qua. Túi thoát vị đi qua lỗ bẹn sâu, nằm trong bao thửng tinh mà về bản chất là do sự tồn tại của ống phúc tinh mạc, gọi là túi thoát vị bẹn gián tiếp.

d. Thửng tinh

Thửng tinh là thành phần trong ống bẹn, có chứa: ống dẫn tinh; động mạch tinh hoan; chung quanh có có các tĩnh mạch tạo thành **đàn tinh** (đàn tinh leo). Đặc biệt trong thửng tinh còn có dây chằng phúc tinh mạc là di tích của ống phúc tinh mạc, nhiều trường hợp ống này **thường không có mạc** và tồn tại đây là đường đi và là túi thoát vị của thoát vị bẹn gián tiếp. Ở nữ, có dây chằng tròn đi xuống trong ống bẹn rồi hòa lẫn vào mô liên kết cản xương mu, thoát vị bẹn ở nữ là do tồn tại của ống Nuck vốn đi theo dây chằng tròn.

314



Hình 1. Giải phẫu học vùng bẹn nhìn từ phía trước

1: dây chằng bẹn, 2: cơ thất lưng chậu, 3: dái chậu lực, 4: lỗ dài, 5: dây chằng Cooper, 6: dây chằng Gimbernat, 7: xương mu, 8: mặt cắt cơ chéo ngoài, 9: thửng tinh, 10: săn bẹn, 11 và 12: bờ mạch dài, 13: tần cung của gắn kết hợp và dây chằng Henle, 14: phần thấp của cơ thẳng bụng.

2. Các hố bẹn (Hình 2 và 3)

Nếu nhìn vùng bẹn từ phía trong bụng chúng ta thấy phúc mạc có những chỗ lõm xuống gọi là **những hố bẹn**. Những hố bẹn này được tạo nên và giới hạn bởi những nếp kẽ từ ngoài vào trong là:

- **Nếp rốn ngoài** được tạo nên bởi động mạch thương vị dưới.
- **Nếp rốn trung gian** do dây chằng rốn trong, tạo nên bởi động mạch rốn trong thời kỳ phôi thai bị tắc sau khi sanh.
- **Nếp rốn giữa** do dây tròn bằng quang đối phúc mạc lên.

Những nếp bẹn này tạo nên giới hạn cho 3 hố bẹn:

a. Hố bẹn ngoài

Ở phía ngoài đối với nếp rốn ngoài, tương ứng với lỗ bẹn sâu, là nơi xảy ra thoát vị bẹn gián tiếp.

b. Hố bẹn trung gian

Nằm giữa nếp rốn ngoài và nếp rốn trung gian, hố bẹn này tương ứng với khoảng yêu của thành bụng trong đó có tam giác Hesselbach và lỗ dài. Vì hầu như chỉ có mạc ngang nên đây là

nơi yếu nhất của thành bẹn; thường là nơi xuất phát của **thoát vị bẹn trực tiếp** hoặc thoát vị dài, tùy theo túi thoát vị đi trên hay dưới dây chằng bẹn và thực ra về phương diện giải phẫu học thì đồng thời có thể xảy ra vừa thoát vị bẹn trực tiếp vừa thoát vị dài. Tam giác Hesselbach (tương ứng với hố bẹn trung gian), theo quan niệm kinh điển được giới hạn bởi: (1) động mạch thương vị dưới; (2) bờ ngoài bao cơ thẳng bụng; (3) dây chằng bẹn.

c. Hố trên bằng quang

Nằm giữa nếp rốn giữa và nếp rốn trung gian, thành bụng ở đây rất chắc vì có cơ và bao cơ thẳng bụng che chở nên rất hiếm khi xảy ra thoát vị (thoát vị cạnh bằng quang).

3. Ống dài

Ống dài là một khoang được giới hạn bởi trên là nắp dài và ở dưới là mạc ngang có lỗ tĩnh mạch hiến lớn. Vòng dài được giới hạn ở phía trước là dây chằng bẹn, ở trong là dây chằng khuyết Gimbernat, bên ngoài là tĩnh mạch dài và ở sau là dây chằng Cooper cùng mào hốc xương mu.

315

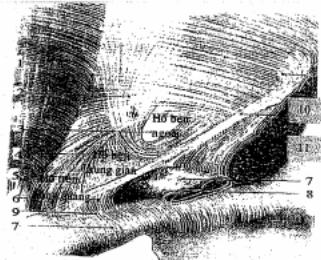
Túi thoát vị dài di ra ngoài giữa dải chậu mu ở trước và dây chằng Cooper ở sau và di dưới dây chằng bẹn, túi này xuống dài và di ra mạc dài, nơi đây mạc có nhiều lỗ (nên mạc dài ở đây gọi là mạc sàng), trong đó có lỗ để tĩnh mạch hiển lớn đi qua.

4. Cơ chế thoát vị tự nhiên

Theo Nyhus và Condon, bình thường có hai cơ chế bảo vệ thành bẹn để phòng ngừa thoát vị:

a. Cơ chế thứ nhất

Là ~~lực~~ ~~đóng~~ cơ vòng của cơ cheo bụng trong và cơ ngang bụng ở lỗ bẹn sâu. Chúng ta biết rằng, ở lỗ bẹn sâu có sự định nhau của cơ ngang bụng và vòng mạc ngang (dây chằng Hesselbach), sự định này làm cho bờ dưới và bờ trong

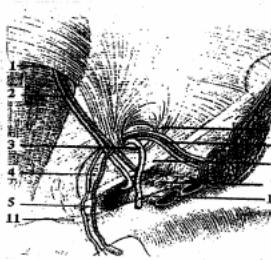


Hình 2. Các cấu trúc cơ mặt sau của vùng bẹn
1: cơ thẳng bụng, 2: cơ cheo trong và cơ ngang, 3: lỗ bẹn sâu, 4: tam giác bẹn, 5: gân kết hợp, 6: d/c khuyết, 7: cành xương mu, 8: bờ mạch dài, 9: d/c Cooper, 10: dải chậu mu, 11: cơ thất lồng chậu

của lỗ bẹn sâu chắc thêm. Khi cơ ngang bụng co sẽ kéo dây chằng Hesselbach lên trên và ra ngoài, trong khi đó cơ cheo bụng trong khi cơ sẽ kéo bộ mạc và bộ ngoài của lỗ bẹn sâu xuống dưới và vào trong, hậu quả là làm hẹp lỗ bẹn sâu lại, chống thoát vị gián tiếp.

b. Cơ chế thứ hai

Là ~~lực~~ ~~đóng~~ mạn tráp của cung gần cơ ngang bụng. Ở trạng thái bình thường, cung này tạo nên một đường cong lên trên. Khi cơ co thì cung này sẽ thẳng ngang và bộ dưới cung sẽ hạ thấp xuống gần sát với dây chằng bẹn và dài chậu mu, làm cho lỗ bẹn sâu bị chấn chì dây chằng yếu của tam giác Hesselbach để ngăn ngừa thoát vị bẹn trực tiếp.



Hình 3. Giải phẫu học vùng bẹn nhìn từ phía sau
1: cung Douglas, 2: mạch thương vị dưới, 3: ống dẫn tinh, 4: mạch nối giữa mạch thương vị dưới và bìu, 5: dây chằng khuyết, 6: lỗ bẹn sâu, 7: mạch tinh hoàn, 8: dải chậu mu, 9 và 10: mạch chậu ngoài, 11: sự liên tục của mạc ngang trong mạc nối chậu

Khi cơ chế thứ nhất hỏng kèm với ~~do~~ ~~tại~~ ~~của~~ ~~ống~~ ~~phú~~ ~~sinh~~ ~~mạc~~ ~~(bẩm~~ ~~sinh)~~ ~~thì~~ thoát vị bẹn gián tiếp có thể xuất hiện, mặt khác khi mạc ngang mạc yếu kèm với cơ chế thứ hai hỏng (mạc phái hoặc bẩm sinh) thì thoát vị bẹn trực tiếp có thể xảy ra.

B. THOÁT VỊ BẸN

1. Xuất độ và nguyên nhân

a. Xuất độ

Thoát vị bẹn là một bệnh của loài người, xuất hiện từ khi con người từ tư thế di khom của loài vượn người chuyển qua tư thế di thẳng. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi và ở cả hai phái nhưng ở phái nam là chủ yếu. Joseph Ponka ghi nhận rằng thoát vị bẹn gặp ở nam nhiều hơn ở nữ với tỉ lệ tương ứng giữa nam/nữ là 12/1.

Năm 1979, Rand corporation dựa trên số liệu của các hãng bảo hiểm đã tính toán tỉ lệ thoát vị vùng bẹn trong dân số Mỹ là 1,9% ở đàn ông của mọi lứa tuổi, từ 17-44 tuổi là 1%, từ 45-64 tuổi là 3,8%.

b. Nguyên nhân

- Bẩm sinh:** do sự tồn tại của ống phúc tinh mạc tạo nên túi thoát vị gián tiếp có sẵn. Đôi khi bệnh nhân có thể bị kèm các bệnh lý khác của ống phúc tinh mạc như u nang thường tinh, tràn dịch tinh mạc. Tuy nhiên, sự tồn tại ống phúc tinh mạc chỉ là điều kiện cần mà chưa hẳn là điều kiện đủ để gây thoát vị vì người ta nhận thấy rằng có đến 20% người có ống phúc tinh mạc thông thường mà suốt đời không hề bị thoát vị.

- Mắc phái:** sự suy yếu thành bụng, thường gây nên thoát vị trực tiếp. Nguyên nhân gây yếu thành bụng có thể là tuổi già, mệt mỏi làm mất collagen trong mô (như hội chứng Ehler Danlos), suy dinh dưỡng hoặc béo phì, vết mổ hoặc thương tích vùng bẹn...

- Yếu tố thuận lợi:** là sự tăng áp lực trong ổ bụng liên tục hoặc không liên tục trong một thời gian kéo dài:

- Táo bón kinh niên vô căn hoặc do u đại tràng.
- Tiểu khó do bướu lành tiền liệt tuyến, hẹp niệu đạo.
- Ho kéo dài do viêm phế quản mạn.
- Có thai, cổ trường, khối u lớn trong bụng.

2. Triệu chứng lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Hầu hết thoát vị bẹn không có triệu chứng gì cho đến khi bệnh nhân chợt phát hiện được một khối phồng ở vùng bẹn. Đôi khi một số ít bệnh nhân có thể mô tả là bị đau và có khối phồng ra ở vùng bẹn khi nâng một vật nặng hay khi rặn. Cũng có khi thoát vị bẹn được phát hiện trong lúc đi khám sức khỏe. Một số bệnh nhân mô tả là có cảm giác co kéo hoặc bị đau lan xuống bìu, nhất là đối với thoát vị bẹn gián tiếp. Khi khối phồng lớn dần, nó tạo cảm giác không thoải mái hoặc đau chói và bệnh nhân phải nằm hoặc dùng tay để đẩy nó vào.

Nhìn chung thoát vị bẹn trực tiếp ít gây nên triệu chứng hơn so với thoát vị bẹn gián tiếp và cũng ít bị kẹt hay nghẹt hơn.

b. Triệu chứng thực thể

- **Triệu chứng đặc hiệu** của thoát vị bẹn là nhìn hoặc sờ thấy khối phồng vùng bẹn khi bệnh nhân đứng hoặc khi ho, rặn; ngược lại, khi nằm hoặc khi dùng tay đẩy vào thì khối phồng này biến mất.
- **Trong trường hợp thoát vị nhỏ** có thể khó nhận thấy. Khi đó, có thể dùng ngón tay đội da bìu để sờ lỗ bẹn nồng (Hình 4), nếu lỗ bẹn nồng quá nhỏ không thể đưa tay vào được khối trồi ra cảm nhận được khi ho có thể sự là khối thoát vị hay không. Ngược lại, nếu lỗ bẹn nồng quá rộng cũng không tự nó khẳng định là có thoát vị, cần phải sờ thấy một khối đang chảy xuống trong lòng ống bẹn khi ho hoặc rặn thì mới chắc chắn là có thoát vị bẹn.
- **Sự phân biệt giữa thoát vị gián tiếp và trực tiếp** có thể dễ dàng nhưng đôi khi cũng có thể rất khó; trong thực tế điều này không quan trọng vì bất kể là thoát vị gián tiếp hay trực tiếp thì cũng đều trị như nhau. Tuy nhiên, mỗi loại thoát vị cũng có một số biểu hiện đặc trưng:
 - Thoát vị mà di xuống tận bìu thì bao giờ cũng là gián tiếp.
 - Thoát vị trực tiếp thường có dạng khối tròn, đối xứng, ở cạnh xương mu khi bệnh nhân ho và dễ biến mất khi bệnh nhân nằm ngửa, trong khi đó khối thoát vị gián tiếp thường có dạng ê-lip và khó tự biến mất hơn.
 - Khi sờ, thành bẹn sau chắc trong thoát vị gián tiếp nhưng yếu hoặc thậm chí khuyết hẳn trong thoát vị trực tiếp. Khi bệnh nhân ho hoặc rặn, khối thoát vị trực tiếp trồi ra trước chạm lòng ngón,

còn thoát vị gián tiếp thì chạy xuống dọc theo ống bẹn chạm vào đầu ngón (nghệ thuật chạm ngón) (Hình 4).



Hình 4. Thảm khám ống bẹn

- Khi dùng tay chẹn lỗ bẹn sâu rồi cho bệnh nhân ho, nếu là thoát vị gián tiếp thì khối thoát vị không xuống được nhưng khối thoát vị trực tiếp thì vẫn trồi ra được (nghệ thuật chẹn lỗ bẹn sâu).

• **Thoát vị trượt (Sliding inguinal hernia)** là một dạng đặc biệt của thoát vị bẹn, trong đó tạng thoát vị (thường là đại tràng hoặc bọng đại) đồng thời cũng là một phần của thành túi thoát vị. Dù thoát vị trượt không có một dấu hiệu đặc trưng nào nhưng có thể nghi ngờ trong những trường hợp thoát vị bìu lớn trên cơ địa người già, thoát vị lớn mà không thể đẩy xẹp hoàn toàn được. Sự nhận diện sớm thoát vị trượt rất quan trọng vì nếu không biết trước, khi mổ ta dễ phạm vào tạng thoát vị lúc cắt mở túi thoát vị.

c. Triệu chứng toàn thân

Thoát vị vùng bẹn dùi không biến chứng không ảnh hưởng lên tổng trạng. Các triệu chứng này nếu có trên bệnh nhân

318

thì thường là do những bệnh khác đi kèm (u đại tràng, bướu lành tiền liệt tuyến, viêm phế quản mạn...), có thể có hoặc không tạo yếu tố thuận lợi cho thoát vị xảy ra.

3. Cận lâm sàng

Việc chẩn đoán xác định thoát vị hầu như chỉ dựa vào lâm sàng là đủ, cận lâm sàng chỉ dùng khi không rõ (vì khối thoát vị quá nhỏ).

- **Chụp thoát vị cản quang:** bơm chất cản quang vào ổ bụng sau đó cho bệnh nhân nằm sấp và ép bụng có thể thấy thuốc cản quang chảy vào túi thoát vị.
- **CT-scan:** có thể thấy rõ hơn nhưng tổn kém và thường không cần thiết.

Trong thực tế, xét nghiệm cận lâm sàng chủ yếu là nhằm vào việc đánh giá tình trạng bệnh nhân và phát hiện các bệnh tạo yếu tố thuận lợi (nếu có).

4. Biến chứng

a. Thoát vị nghẹt (Strangulation)

Là biến chứng nguy hiểm và thường gặp nhất; do tạng thoát vị bị xiết chặt ở cổ túi, khiến cho không những bần thần tạng đó không thể tự tụt trở vào bụng được mà mạch máu nuôi tạng cũng bị chèn ép; khiến cho tạng thoát vị có nguy cơ bị hoại tử. Biến chứng này thường gặp trong thoát vị gián tiếp và thoát vị dùi vì cổ túi hẹp, hầu như không gặp trong thoát vị trực tiếp. Khám lâm sàng phát hiện một khối chắc vùng bẹn, đau, không đẩy xẹp được và đôi khi có hội chứng tắc ruột. Đây là tình huống cần phải can thiệp cấp cứu để tránh hoại tử ruột.

b. Thoát vị kẹt (Incarceration)

Tạng thoát vị chui xuống nhưng không đẩy lên được do dính vào túi thoát vị hoặc do tạng trong túi dính với nhau. Khác với thoát vị nghẹt, trong trường hợp này chức năng và sự tươi máu của tạng thoát vị không bị ảnh hưởng, do đó thoát vị dính không đau và không gây tắc ruột. Thoát vị kẹt không lên được gây cảm giác vướng víu nhiều hơn, thường xuyên hơn và dễ bị chấn thương hơn.

c. Chấn thương thoát vị

Gặp trong trường hợp khối thoát vị lớn và xuống tương đối thường xuyên, bị chấn thương từ bên ngoài gây nén giập, vỡ các tạng bên trong.

5. Chẩn đoán

Việc chẩn đoán thoát vị bẹn gồm 3 yếu cầu sau:

a. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào khám lâm sàng: nhìn hoặc sờ thấy khối phồng vùng bẹn dùi tăng khi ho, rặn và xẹp khi nghỉ ngơi hoặc dùng tay đón lên.

b. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh lý khác của ống bẹn: u nang thừng tinh, tràn dịch tinh mạc (khối phồng cố định, không xẹp được, soi đèn hoặc siêu âm thấy chửa dịch).

Các bệnh lý của tinh hoàn: u, viêm, xoắn tinh hoàn.

Dẫn tĩnh mạch thừng tinh (phồng gốc bìu dưới dạng búi ngoằn ngoèo).

c. Xác định các yếu tố nguy cơ

- **Tăng áp lực trong bụng:** vận động mạnh (nghề nghiệp, thể thao), các bệnh gây ho rặn kéo dài, cổ trường, khối u trong bụng...

319

- **Cơ địa xấu ánh hưởng đến cuộc mổ:** già yếu suy kiệt, tái thẩm dưỡng, bệnh tim mạch, rối loạn đóng máu ...
 - **Nguyên tắc điều trị**
 - Ngoài trừ đối với trẻ sơ sinh nên chờ một thời gian cho ổ bụng tĩnh mạch có thể tự bít, thoát vị bẹn ở người lớn chỉ có thể điều trị bằng phẫu thuật:
 - Phục hồi thành bẹn bằng mô tự thân: Bassini, McVay, Shouldice, Nyhus...
 - Phục hồi thành bẹn bằng mảnh ghép nhân tạo: mổ mổ hoặc mổ nội soi.
 - Ngoài phẫu thuật, điều quan trọng là cần loại trừ hoặc giảm thiểu những bệnh hay những điều kiện có thể làm tăng áp lực trong bụng khiến cho thoát vị dễ tái phát.
 - Tỷ lệ tái phát của thoát vị bẹn thay đổi từ 1-20% tùy theo từng tác giả và tùy theo kỹ thuật mổ (trung bình là 5-10% sau 5 năm).
 - **Nếu thoát vị nhỏ và không nghiêm trọng, thường là một khối nhỏ ở vùng trên mông dưới da:** nẹp bẹn, có thể áp xe dưới (cần lưu ý rằng thoát vị dù thường không xẹp hoàn toàn vì bẹn).
 - **Nếu có biến chứng nghiêm sẽ sờ thấy một khối đau, đối khi khó phân biệt với một hạch bẹn viêm.** Ngoài ra, bệnh nhân có thể có triệu chứng đau tức con ở vùng bụng, bụng trướng và sau thời gian dài tăng độ tần suất.

3. Chẩn đoán phân biệt

Thoát vị dùi cần phân biệt với thoát vị bẹn (trên nếp bẹn), sỏi tim mạch, biến chứng (sờ thấy rung miù khi bệnh nhân ho và khôi phổi biến mất tự nhiên khi bệnh nhân nằm) và hạch bẹn.

4. Điều trị: thoát vị dùi được mổ bằng cách

 - **Đóng mổ và thắt chỉ khâu bít kín** (kỹ

C. THOÁT VỊ ĐỦI

Khỏi thoát vị chui qua ống dùi chui vào
chỗ hổng bên. Do ống dùi hẹp nên thoát vị
dùi rất dễ bị biến chứng nghẹt hay kẹt.

1. Xuất đō

Thoát vị dùi thường gặp nhiều ở nữ hơn ở nam, chiếm khoảng 11% tổng số thoát vị thành bụng ở nữ và chỉ chiếm 3% thoát vị vùng thành bụng ở nam.

2. Triệu chứng

Thoát vị đĩa thường là ~~thông~~ có biểu
chứng khi phát hiện đầu tiên cũng là khi
có biến chứng nghẹt hay kẹt. Ngay cả khi
bi nghẹt hay tắc ruột bệnh nhân có thể có
cảm giác khó chịu ở vùng bụng him là
rất dài. Khám thực thể, có thể phát hiện
một trong các tình huống sau:

320

2. Triệu chứng

Ở người già, thoát vị rốn không tự hết như trẻ em mà thậm chí ngày càng lớn thêm mỗi năm. Khám có thể thấy khối phình ở ngày nay to và to hơn hiện khi gắng sức và để xep khi nằm hoặc đang tay vào, dùng tay đỡ và thay đổi độ cao để đỡ đỡ là thoát vị (thường nhỏ chỉ vừa đút lọt đầu ngón tay). Những thoát vị rốn mà có thể làm biến dạng có thể gây đau cho người khi bệnh nhân bị hoặc vẫn thường thoát vị quá lớn và thường gây cảm giác khó chịu.

3. Điều trị

Thoát vị rốn ở người lớn cần phải được mở vì cổ họng nhỏ dễ gây biến chứng kẹt hay nghẹt. Xé gan cổ trường cũng không phải là chứng chỉ định mở thoát vị rốn vì những biến chứng kẹt, nghẹt hay vỡ lõi càng nguy hiểm hơn ở những bệnh nhân này.

- **Đối với thoát vị nhỏ**, việc phục hồi thành bụng phải dùng chỉ không tan khâu ngang chỗ khuyết cần là tốt nhất và nên chú ý bảo tồn nếp da rốn vì lý do thẩm mỹ.
 - **Đối với thoát vị rốn lớn**, nếu không thể dùng mô tự thân được thì đối khi phải dùng mảnh ghép.

Ngược lại, nhunting thoát vị trên rốn lớn ít khi nghẹt và có thể chữa ngoài mổ tiền phúc mạc còn có mạc nối lớn và thậm chí một quai ruột.

Chẩn đoán dễ dàng dựa vào khám lâm sàng, thường sẽ được một khối phồng ở vùng trên rốn trời kia ho, rãnh và có thể ẩn xem được. Có thể sờ thấy lỗ thoát vị nhỏ

B. THOÁT VI TRÊN RỐN

1. Nguyên nhân và xuất đ

Thoát vị xảy ra ở ngay đường thẳng giữa
qua một vùng yếu hám sinh của đường
trắng hoặc sát đường trắng giữa trên són
tai một trong những lỗ kheen ra của những
nhóm thần kinh và mạch máu của đường
trắng. Thoát vị trên rốn chiếm 3-5% dân số
ở Mỹ, thường xuất hiện ở tuổi 20-30.

- Nếu khối thoát vị nhỏ và không nghiêm trọng là một khối nhỏ ở vùng trên mạc dưới dưới mạc bẹn, có thể in ấn đau (cần lưu ý rằng thời kỳ dài thường khó ảnh xép thoát vị bẹn).
 - Nếu có biến chứng nghiêm trọng thấy một khối đau, đôi khi khó phân biệt với một hạch bẹn viêm. Ngoài ra, bệnh nhân có thể có triệu chứng đau nhức cơn ở vùng bụng, bụng thường kèm theo là hiện tượng tăng độ tắc ruột.

3. Chẩn đoán phân biệt

Thoát vị đùi cần phân biệt với thoát vị bẹn (trên nếp bẹn), dẫn tĩnh mạch máu trong (sờ thấy rung miu khi bệnh nhân ho và khôi phồng biến mất tự nhiên khi bệnh nhân nằm) và hạch bẹn.

4. Điều trị: thoát vị đùi được mổ bằng cách

- **Đóng mở từ khóa:** chỉ khai báo (ký thuật cổ điển hoặc Nyhus), hoặc bù cá hì bên (McVay) hoặc tạo hình toàn bộ vùng bao theo Shouldice.
 - **Đóng mở và giúp đỡ tạo:** nút chấn lỗ dùi (kỹ thuật Rutkow).

II. CÁC LOẠI THOÁT VỊ KHÁC Ở THÀNH BỤNG TRƯỚC

A. THOÁT VỊ RỐN Ở NGƯỜI LỚN

1. Xuất đ

Thoát vị rốn ở người trưởng thành xảy ra một thời gian lâu sau khi vướng rốn đã đóng (trong thời kỳ bào thai hoặc sau khi sanh), do sự yếu mệt của mao mạch đồng vị rốn. Bệnh thường xảy ra ở nữ性 (nữ), các yếu tố thuận lợi cho thoát vị rốn xảy ra là: da thô, với chuyển động kéo dài, tăng trưởng, béo phì và không có lông trong lỗ rốn.

20% thoát vị trên rốn xảy ra ở ít nhất hai vị trí và 80% xảy ra ở sát đường giữa.

2. Triệu chứng và chẩn đoán

Hầu hết thoát vị trên rốn không có triệu chứng và chỉ phát hiện được khi khám bụng định kỳ. Nếu có triệu chứng, bệnh nhân có thể nhận thấy từ đau nhẹ cho đến đau剧烈, nóng rát và sưng ở vùng trên rốn lan ra sau lưng hoặc lan xuống bụng dưới. Cơn đau có thể kèm theo cảm giác đầy bụng, buồn nôn hoặc ợ nóng. Những triệu chứng này xuất hiện sau mỗi gắng sức hoặc sau một bữa ăn nặng và ngay nhiên đổi khí có thể trút hết khi bệnh nhân nằm ngủ vì ở tư thế này thoát vị có thể tự tự vào trong bụng. Những thoát vị trên rốn thường chỉ có một tiền phúc mạc và dễ bị nghẹt hay kẹt và do đó thường gây đau. Ngược lại, những thoát vị trên rốn lớn ít khi nghẹt và có thể chứa ngoài mờ tiền phúc mạc còn có mạc nối lớn và thậm chí thoát qua mề.

Chẩn đoán dễ dàng dựa vào khâm lâm sàng, thường dễ nhận một khối phồng ở vùng trên rốn trồi ra khi ho, rặn và có thể ấn xẹp được. Có thể sờ thấy lỗ thoát vị nhỏ như đầu đùi hoặc đổi khi lén đút lọt ngón tay. Chẩn đoán có thể khó khăn nếu bệnh nhân béo phì vì không sờ được khối phồng cũng như lỗ thoát vị, trong trường hợp này siêu âm và CT-scan có thể giúp ích. Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh lý da dày, túi mật, viêm huyệt thoát vị, hoặc quấn và tắc ruột cao. Ngoài ra còn cần phân biệt với khối thoát vị trên rốn với một bướu mỡ, bướu sỏi hay bướu sỏi thần kinh dưới da.

3. Điều trị

3. Điều trị

Thoát vị trên rốn được điều trị bằng **khăn** (phục hồi cản thành bụng). Tỉ lệ tái phát khá cao (khoảng 10-20%), lý do là vì khó nhận diện rõ và khó dùng những lỗ thoát vị vốn khá nhỏ trên thành bụng, nhất là ở những người mập.

C. THOÁT VỊ VẾT MỔ CŨ

1. Nguyên nhân

Tại Mỹ có khoảng 10% cuộc mổ bụng bị thoát vị và cho tới nay xuất độ của loại thoát vị do thay thuốc gây ra này không giảm, dù người ta đã chú ý nhiều đến những yếu tố cản nguyên. Sau đây là những yếu tố thuận lợi gây thoát vị vết mổ, khi trên một bệnh nhân có cùng lúc nhiều yếu tố thì khả năng bị thoát vị vết mổ sẽ rất cao: (1) Kỹ thuật đóng bụng không tốt, (2) Đóng chỉ khâu không thêu ống, (3) Nhầm trang vết mổ, (4) Tuổi già (tuổi càng cao thì sự lành se ở càng kém và chậm), (5) Tăng trọng lượng do xơ gan, ung thư..., (6) Béo phì, (7) Đường mòn (đường mòn ngang hoặc xéo dễ lành hơn đường mòn dọc và đường cạnh giữa tốt hơn đường giữa), (8) Biến chứng phổi sau mổ, (9) Đặt ống hút ngày mòn đường mòn, (10) Khi ligan định đường, (11) Di hóa do nhiễm trùng làm chậm lành vết thương.

2. Điều trị

a. Thoát vị nhỏ và trung bình

Điều trị dễ dàng bằng **mút** hay **mút khâu** cản trực tiếp.

b. Thoát vị lớn và rất lớn

- Chuẩn bị trước mổ: việc đóng chỏ hở thành bụng trong những thoát vị lớn khó

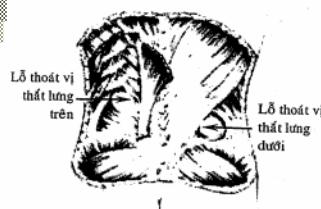
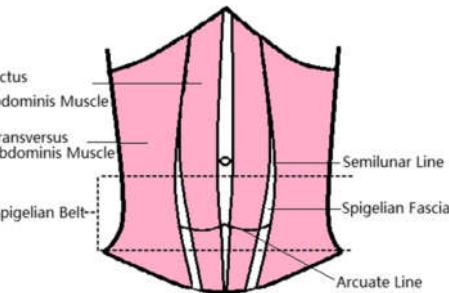
khăn vì đôi khi tạng thoát vị không thể đẩy vào ổ bụng được, do dung tích ổ bụng đã bị giảm nhiều. Để làm tăng kích thước ổ bụng, đôi khi người ta phải bơm hơi vào trong phúc mạc một thời gian dài trước khi mổ.

- Phục hồi thành bụng tốt nhất vẫn là khâu cản-cản trực tiếp bằng chỉ không tan (có thể khâu ngang hoặc dọc). Trong trường hợp cần yếu hoặc quá căng thì nên dùng mảnh gạc nhân tạo và chỗi khuyết thành bụng.
- Tỉ lệ tái phát của thoát vị vết mổ thay đổi tùy theo kích thước: thoát vị nhỏ là 2-5%, thoát vị trung bình là 5-15%, thoát vị lớn là 25% và riêng thoát vị đã mổ rồi mà còn tái phát thì tỉ lệ tái phát lên đến 50%.

D. THOÁT VỊ SPIEGEL

Đây là một loại thoát vị mắc phải qua nếp bẩm nguyên và cần Spiegel, là nơi mà các cơ thành bụng trước bên hợp nhất lại để tạo thành bao cơ thành bụng. Thoát vị này hầu như luôn luôn xảy ra nơi đường cong bất thường bẩm sinh và có liên quan đến động mạch thường vị dưới.

Bệnh thường gặp là gấp và chỗi yếu gấp ở giới nữ. Triệu chứng thường là đau ở chỗ thoát vị và tăng khí ho hay khí gáy sau. Về sau, đau càng lúc càng gay gắt và thường xuyên và làm tăng rộng hòn khai là khó chịu nhất. Có thể chẩn đoán được nếu sờ thấy một lỗ ở thành bụng dưới mõm, gần bờ ngoài cơ thành bụng, trời ra khi ho và đẩy xép được, nhất là khi sờ được lỗ thoát vị. Trong trường hợp không rõ được thoát vị hoặc khai thoát vị, nằm khép và mở



Hình 5. Thoát vị thất lung trên và dưới

nhất (95%) là tam giác thất lung trên (Grayfult) và tam giác thất lung dưới (Pelt). Nguyên nhân có thể là bẩm sinh (thường gặp ở trẻ em và ở một bên) hoặc mắc phải (do chấn thương, vết thương, vết mổ ở vùng không lành sẹo tốt).

Triệu chứng thông thường là một khối mềm ở vùng lồng kẽ theo cảm giác có kéo, nặng nề và бол. Khối thoát vị thường gây đau lưng và thường chứa mõm. Khi bệnh nhân đứng thẳng, có thể soi được một khối mềm, đẩy xép được; riêng thoát vị thất lung dưới thường nhỏ và gấp ở bệnh nhân nữ trẻ và lực lượng. Thoát vị thất lung cần chẩn đoán phân biệt với áp xe, tụ máu, bướu phẩn mềm và lồng kẽ bướu thận và đau do căng. Thoát vị thất lung sẽ ngày càng lớn nếu cần phải mổ, điều trị dễ dàng bằng các mũi khâu cản-cản, ti lẻ tái phát rất thấp.

C. THOÁT VỊ ĐÁY CHẬU

Là thoát vị xảy ra qua thành ổ bụng hay cản-cản dây chậu. Bệnh có thể là nguyên phát nhưng thường là mắc phải sau mõm với tiểu tiết tuyền, phẫu thuật Miles hay doan

bản nguyên và chẩn đoán sẽ khó khăn, khi đó cần âm và CT-scan có thể giúp định bệnh. Thoát vị Spiegel nên được mổ vì dễ gây biến chứng kẹt, việc điều trị thường dễ dàng bằng các mũi khâu cản-cản trực tiếp.

III. CÁC THOÁT VỊ HIỂM GẶP Ở THÀNH CHẬU VÀ LUNG

A. THOÁT VỊ BỊT

Đây là loại thoát vị xảy ra qua lỗ hít, thường gặp ở phụ nữ già và khó chẩn đoán được trước mõm. Tỉ lệ tử vong của thoát vị bít khá cao (13-40%) và cao nhất trong các loại thoát vị thành bụng nói chung.

Triệu chứng thường gặp là tắc ruột non với đau vùng bụng kèm đi tiểu. Khám bệnh vị bệnh khi sờ được ở vùng lùi mà chỉ đổi khi có thể sờ được khi thám khám âm đạo hoặc trực tràng. Triệu chứng đặc biệt nhất là dấu hiệu Horwitz-Romberg (đau lan xuống mặt trong dài khi dùng tay duỗi dài hoặc khi xoay trong đầu gối). Tuy nhiên, dấu hiệu này chỉ dương tính < 50% trường hợp; nên khi gặp một bệnh nhân nữ, già, chưa có tiền sử mõm bụng mà lại có hội chứng tắc ruột non thì cần sớm nghĩ đến thoát vị bít. Chẩn đoán có thể khẳng định bằng CT-scan.

Thoát vị bít cần được mõ khẩn khi có tắc ruột. Tùy theo từng trường hợp cụ thể, có thể mõ qua đường mõ bụng hoặc đường sau xương mu (lỗ hít) và/hoặc khâu lại hoặc dùng một cấu trúc lấp kín (như dây chằng tròn) để che bít đi.

B. THOÁT VỊ THẤT LUNG

Là loại thoát vị qua thành bụng sau ngang vùng thất lung (Hình 5). Vị trí thường gặp

chậu. Khám bệnh thường phát hiện một khối mềm ở vùng đáy chậu đẩy xẹp được và không triệu chứng. Nhưng đôi khi cũng có triệu chứng như đau, tiểu khó, tắc ruột hoặc phá vỡ da vùng đáy chậu. Phẫu thuật qua ngả bụng để khâu cần cơ vùng đáy chậu, nếu mở tai chỗ không đủ chắc có khi phải dùng cơ mỏng, có thể may hoặc tham chi dùng mảnh ghép nhân tạo để che phủ.

THOÁT VỊ TOA

Là loại thoát vị hiếm gặp nhất trong các loại thoát vị thành bụng do nội tạng chui qua lỗ tọa lót và chỉ chẩn đoán được khi đã có biến chứng kẹt hay nghẹt. Phẫu thuật được thực hiện qua ngả bụng, chỗ yếu được phục hồi bằng một vật cản nồng của cơ thắt.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Deveney KE. Hernias and Other Lesions of the Abdominal Wall. In: Current Surgical Diagnosis and Treatment, 10th Ed, 2000: 700.
2. Nguyễn Văn Đức. Thoát vị bẹn, nang thừng tinh, tinh mạc nước. Trong Phẫu thuật Nhi khoa, tập I, quyển 3, 1982: 483-490.
3. Nguyễn Văn Đức. Khám vùng bẹn. Trong Bài giảng Triệu chứng học Ngoại khoa, Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược TP.HCM, tập 1, 1987: 338-351.
4. Malangoni MA, Gagliardi RJ. "Hernias", Sabiston Textbook of Surgery, 17th Edition, 2003.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tim câu sai:
 - A. Dây chằng bẹn là một thành phần của cần cơ chéo ngoài.
 - B. Cần chéo ngoài là thành trước ống bẹn.
 - C. Dây chằng Cooper là thành dưới ống bẹn.
 - D. Dây chằng khuyết ở mé trong của lỗ dài.
 - E. Gắn kết hợp ít gặp (5%).
2. Tim câu đúng:
 - A. Tam giác Hesselbach tương ứng với hố bẹn ngoài.
 - B. Hố trên bàng quang là chỗ yếu nên dễ xảy ra thoát vị.
 - C. Động mạch thương vị dưới là ranh giới giữa hố bẹn trong và hố trên bàng quang.
 - D. Dây chằng Hesselbach ở bờ trong của lỗ bẹn sâu.
 - E. Sự tồn tại của ống phúc tinh mạc là điều kiện cần và đủ để thoát vị bẹn xảy ra.
3. Tim câu sai:
 - A. Ống bẹn ở người trưởng thành dài 3-5cm.
 - B. Lỗ bẹn sâu nằm trên trung điểm của đường nối từ gai chậu trước đến cù mu 1,5-2cm.
 - C. Thành sau ống bẹn vốn yếu vì hầu như chỉ có mạc ngang.
 - D. Lỗ bẹn nông nằm giữa hai trụ của cần chéo ngoài.
 - E. Thoát vị bẹn trực tiếp đi vào ống phúc tinh mạc xuống bìu.
4. Giải hạn của lỗ dài, tim câu sai:
 - A. Phía ngoài của lỗ dài là tinh mạch dài.
 - B. Bờ sau của lỗ dài là dây chằng Cooper và cành xương mu.
 - C. Bờ trong là tinh mạch hiển lớn.
 - D. Bờ trước là dây chằng bẹn.
 - E. Thoát vị dài và thoát vị trực tiếp cùng bản chất vì cùng xuất phát từ một chỗ yếu của mạc ngang ở thành sau lỗ cần cơ lược.
5. Cơ chế chống thoát vị tự nhiên là (chọn câu đúng):
 - A. Cơ chế cơ vòng tại lỗ bẹn nông.
 - B. Cơ chế màn trập của cơ chéo ngoài.
 - C. Tác dụng cơ vòng của dây chằng Hesselbach và cơ chéo trong tại lỗ bẹn sâu.
 - D. Tác dụng của cung cần cơ ngang che thành bẹn sau khi co.
 - E. C và D đúng.
6. Đường Malgaigne hay nếp bẹn là (chọn câu đúng nhất):
 - A. Nối gai chậu trước trên đến cù mu.
 - B. Tương ứng với dây chằng bẹn ở bên trong.
 - C. Là mốc để phân biệt thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp.
 - D. Là mốc để phân biệt thoát vị bẹn và thoát vị dài.
 - E. A, B, C đúng, D sai.
7. Tim câu sai:
 - A. Thoát vị bẹn trực tiếp ít bị nghẹt.
 - B. Nghẹt hay kẹt thường là triệu chứng đầu tiên của thoát vị dài.
 - C. Thoát vị dài khó ấn xẹp hơn thoát vị bẹn.
 - D. Lỗ bẹn nông rộng tự nó đủ để chẩn đoán là có thoát vị bẹn.
 - E. Thoát vị bẹn biu giữ cũng là thoát vị gián tiếp.
8. Cận lâm sàng trong thoát vị bẹn-dài (chọn câu đúng):
 - A. Là cần thiết để định bệnh trong phần lớn trường hợp.
 - B. Chụp thoát vị có cần quang nên dùng trong thoát vị lớn.
 - C. Siêu âm nên dùng khi nghi ngờ đến u nang thừng tinh hay tinh mạc nước.
 - D. CT-scan có thể giúp ích khi khối thoát vị quá nhỏ.
 - E. C và D đúng.
9. Tim câu sai:
 - A. Việc chẩn đoán thoát vị gồm: chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt và xác định các yếu tố nguy cơ.
 - B. Điều trị thoát vị chủ yếu là phẫu thuật.
 - C. Kẹt không nguy hiểm bằng Nghẹt vì không ảnh hưởng lên sự tươi máu nuôi tạng.
 - D. Chấn thương thoát vị thường gặp đối với thoát vị lớn, kẹt.
 - E. Việc xác định trước mổ thoát vị trượt không quan trọng vì không liên quan đến việc phẫu thuật.
10. Tim câu sai:
 - A. Thoát vị rốn thường gặp ở nữ giới.
 - B. Thoát vị bẹn và trên rốn thường gặp ở nam giới.
 - C. Thoát vị dài ở nữ thường gặp hơn thoát vị bẹn ở nữ.
 - D. Thoát vị thất lung thường gặp ở các nữ lực sĩ.
 - E. Thoát vị bẹn hay gặp ở nữ giới già.
11. Các yếu tố thuận lợi của thoát vị rốn ở người lớn:
 - A. Đa thai, chuyển dạ kéo dài, cổ trường.
 - B. Khối u lớn trong bụng.
 - C. Béo phì.
 - D. A, B, C đều đúng.
 - E. A, C đúng, B sai.
12. Tim câu sai:
 - A. Thoát vị bẹn có tử vong cao nhất trong các loại thoát vị thành bụng.
 - B. Thoát vị bẹn khó chẩn đoán.
 - C. Dấu hiệu Howship Romberg là đau khi gấp háng.
 - D. Dấu hiệu Howship Romberg chỉ dương tính < 50% trường hợp.
 - E. CT-scan nên dùng khi nghi ngờ có thoát vị bẹn.

13. Tìm câu sai:
- Thoát vị trên rốn có thể xảy ra ở nhiều vị trí.
 - Kỹ thuật đóng bụng kín và nghiêm trung vết mổ là yếu tố nguy cơ dễ gây thoát vị vết mổ.
 - Thoát vị Spiegel xảy ra ở bờ ngoài cơ thẳng bụng trên rốn.
 - 95% thoát vị thất lúng xảy ra ở tam giác thất lúng trên và dưới.
 - Đường mổ ngang hoặc xéo dễ lành hơn đường mổ dọc.
14. Tìm câu sai:
- Theo Deveney, 75-80% thoát vị thành bụng là thoát vị ben-dùi.
 - Thoát vị tọa là hiếm gặp nhất trong các loại thoát vị thành bụng.
 - Thoát vị dùi chỉ chiếm 3% thoát vị thành bụng ở nam giới (theo Joseph Ponka).
 - Thoát vị dùi chiếm 30% thoát vị thành bụng ở nữ giới (theo Joseph Ponka).
15. Điều trị thoát vị dùi, tìm câu sai:
- Khâu dây chằng ben vào dây chằng Cooper (kỹ thuật kinh điển).
 - Dùng nút chặn (kỹ thuật Rutkow).
 - Tạo hình toàn bộ vùng ben (kỹ thuật Shouldice).
 - Khâu cơ ngang và chéo trong vào dây chằng ben (kỹ thuật Bassini).
 - Khâu cơ ngang và chéo trong vào dây chằng Cooper (Mc Vay).

DÁP ÁN

- | | | |
|------|-------|-------|
| 1. C | 6. E | 11. D |
| 2. D | 7. D | 12. C |
| 3. E | 8. E | 13. C |
| 4. C | 9. E | 14. D |
| 5. E | 10. C | 15. D |

Trĩ - NTr. Hậu môn - Trực tràng

Thursday, June 10, 2021 4:00 PM

MỤC TIÊU

1. Phân biệt được nhiễm trùng đặc hiệu và không đặc hiệu ở vùng hậu môn.
2. Kể được nguyên nhân và sinh bệnh học của áp xe hậu môn và rò hậu môn.
3. Phân loại được các thể lâm sàng của áp xe hậu môn và rò hậu môn.
4. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của áp xe hậu môn và rò hậu môn.

Hậu môn trực tràng là vùng rất dễ bị tổn thương do nhiều loại bệnh nhiễm trùng. Người ta thường chia làm hai loại: nhiễm trùng đặc hiệu và không đặc hiệu.

I. NHIỄM TRÙNG KHÔNG ĐẶC HIỆU

A. VIÊM KHE VÀ NHÚ

Đây là tình trạng viêm nhiễm ở vùng ống hậu môn và không có triệu chứng đặc hiệu nào. Thông thường khi khám khó tìm thấy được dấu hiệu bất thường, nhất là không có dấu hiệu bệnh lý rõ rệt. Một số lớn bệnh nhân phát hiện sưng nề ở vùng khe và nhú ở ống hậu môn, nhiễm trùng khe và nhú này dẫn đến viêm nhiễm tuyến ở khe, áp xe hậu môn và rò hậu môn. Khe hậu môn là nơi dễ bị nhiễm trùng, nhất là do trực khuẩn lậu.

B. HOẠT TỬ FOURNIER

Đây là loại nhiễm trùng ở cơ quan sinh dục ngoài, tầng sinh môn và quanh hậu môn đã được ông Fournier mô tả năm 1883. Nguyên nhân thường xuất phát từ

non, 75% ở đại tràng và 9,24% có tổn thương kèm theo ở vùng hậu môn (Mỹ), ở Việt Nam hiện tại chưa thấy báo cáo nào về bệnh lý này. Triệu chứng chính của bệnh Crohn là tiêu chảy, hậu quả của tiêu chảy kéo dài làm da quanh hậu môn viêm đỏ, ngứa ở vùng hậu môn và nhiều vết nứt nồng ở hậu môn. Đặc biệt có sự đổi màu da quanh hậu môn thành màu xanh lam và phủ nẻ quanh hậu môn. Có những vết nứt mạn tính hay vết loét ở hậu môn, vết nứt và vết loét này gây đau ít hơn là bệnh lý non hậu môn. Biến chứng của bệnh là viêm mủ quanh hậu môn và rò hậu môn.

C. NỨT HẬU MÔN

Tổn thương là một khe nứt dọc do sưng chấn (thường do phản rắn) của thương mổ vảy đoạn xà ống hậu môn. Thường kéo dài từ rìa hậu môn đến đường lược, hay gặp nhất ở đường giữa sau nhưng vẫn có thể gặp ở đường giữa trước.

Bệnh nhân than đau dữ dội mỗi khi phân

đường tiết niệu, nhiễm trùng đường niệu sau chấn thương, sưng chấn do đường chấn, phẫu thuật vùng tầng sinh môn, dẫn đến hoại tử cân và mô vùng đó.

II. NHIỄM TRÙNG ĐẶC HIỆU

A. VIÊM LOÉT NIÊM MẶC ỐNG HẬU MÔN

Bệnh nhân thường có tổng trạng tốt, chỉ có thay đổi sinh thảng có những lúc đi cầu ra máu, chất nhầy và tiêu chảy. Tình trạng này sẽ trầm trọng thêm bởi dấu hiệu mót rặn với nhiều mức độ khác nhau. Bệnh nhân thường rất lo lắng, sợ hãi và dẫn đến stress. Khám sẽ phát hiện được dấu hiệu viêm đỏ ở ống hậu môn. Ta nên cho bệnh nhân đi nội soi hậu môn trực tràng và đại tràng chậu hông nhằm phát hiện sự liên quan với bệnh lý viêm loét đại tràng.

B. BỆNH CROHN

Đây là bệnh đến nay vẫn chưa rõ được nguyên nhân và có thể xảy ra ở bất cứ phần nào của ống tiêu hóa: 25% ở ruột

G. NGUYÊN NHÂN HIỂM GẶP KHÁC

1. Lao

2. Nấm: thường xảy ra ở bệnh nhân tu mủ quanh hậu môn mạn tính và rò hậu môn phức tạp.
3. Amip: trên lâm sàng ta có thể thấy các vết loét khi soi hậu môn, có thể xuất hiện ở dạng u làm ta dễ lầm với u ác tính.

III. ÁP XE HẬU MÔN VÀ RÒ HẬU MÔN

Giả thuyết được công nhận từ trước đến nay là áp xe và rò hậu môn là do cùng một nguyên nhân và thể hiện trên lâm sàng ở hai dạng khác nhau. Áp xe thường phát hiện cấp tính trong lúc rò là tình trạng mạn tính.

A. NGUYÊN NHÂN

1. Không đặc hiệu

Chiếm tỉ lệ 90%, do viêm nhiễm xuất phát từ khe tuyến ống hậu môn do vi khuẩn như trực khuẩn coli, tụ cầu trùng, liên cầu trùng...

2. Đặc hiệu: chiếm tỉ lệ 10%

nhất ở đường giữa sau nhưng vẫn có thể gặp ở đường giữa-trước.

Bệnh nhân than đau dữ dội mỗi khi phân đi qua, đau kiểu thắt nhói kéo dài nhiều giờ. Thường kèm theo chảy ít máu đe dọa. Một số nhỏ phân nát bị ngứa, sưng, và chảy dịch hoặc mủ. Do áp lực hậu môn-trực tràng, thấy áp lực tối đa của hậu môn lắc nghiêng ở các trường hợp nứt hậu môn mạn tính.

Có trường hợp bị nhiễm trùng, có thể rò áp xe giữa các cơ thất hay áp xe quanh hậu môn.

D. ÁP XE HẬU MÔN

E. RÒ HẬU MÔN

F. RÒ TRỰC TRÀNG - ÂM ĐẠO HAY RÒ TRỰC TRÀNG-BÀNG QUANG

từ khe tuyến ống hậu môn do vi khuẩn như trực khuẩn colic, tụ cầu trùng, liên cầu trùng...

2. Đặc hiệu: chiếm tỉ lệ 10%

- Bệnh Crohn.
- Viêm loét đại trực tràng mạn tính.
- Lao.
- Nấm actinomycosis.
- Vật lạ ở vùng cạnh hậu môn và tầng sinh môn.
- Ung thư ống hậu môn trực tràng.
- Chấn thương: do đụng giập, do phẫu thuật như phẫu thuật tiền liệt tuyến, cắt tầng sinh môn lúc sanh, mổ trĩ ...
- Chiếu xạ vùng chậu.
- Ung thư bạch huyết.

B. SINH HỌC

Nguyên nhân gây ra áp xe và rò hậu môn là do nhiễm trùng của tuyến hậu môn.

Dạng cấp tính của nhiễm trùng này gây ra áp xe và dạng mạn tính gây ra rò hậu môn (Hình 1, 2, 3). Năm 1878 Chiari đã mô tả đầu tiên tuyến và ống tuyến hậu môn ở chỗ nối niêm mạc và da trong ống hậu môn. Eisenhammer đã mô tả áp xe vùng hậu môn trực tràng và rò hậu môn là do nhiễm trùng từ tuyến hậu môn nằm ở khoảng giữa hai cơ thắt. Parks và Morson đã chứng minh được 90% rò hậu môn xuất phát từ tuyến hậu môn (Hình 3). Tuyến hậu môn này nằm ở đoạn giữa ống hậu môn ngang với khe hậu môn và đi xuyên qua lớp dưới niêm mạc và 2/3 trường hợp xuyên qua cơ vòng trong và 1/2 trường hợp đi tới khoảng giữa hai cơ vòng trong và ngoài (theo nghiên cứu về giải phẫu học). Sự tắc nghẽn của các ống tuyến này gây ra ứ đọng phân, vật lạ trong tuyến và hậu quả là đưa đến nhiễm trùng, gây áp xe và rò.

C. PHÂN LOẠI

1. Áp xe hậu môn

Tùy theo vị trí của ổ áp xe, người ta có các loại sau:

- *Áp xe dưới niêm mạc:* ổ áp xe nằm ngay ở dưới niêm mạc, ở trên cao hay dưới thấp. Áp xe dưới niêm mạc không phát triển vào sâu mà có xu hướng vỡ vào ống hậu môn.
- *Áp xe giữa các cơ thắt:* ổ áp xe nằm giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài. Loại thấp nằm ở gần rìa hậu môn, sát bờ dưới của cơ thắt ngoài. Loại cao qua cơ thắt ngoài để mở vào hố ngồi hậu môn hay qua cơ thắt trong để mở vào trong lòng trực tràng.

- *Áp xe hố ngồi-hậu môn:* ổ áp xe nằm trong hố ngồi hậu môn mà thành trên là cơ nâng hậu môn và thành dưới là da và mô tế bào dưới da, ổ áp xe ở đây phát triển nhanh ra trước, ra sau và sang bên đối diện tạo thành áp xe hình móng ngựa.
- *Áp xe khoang chậu hông trực tràng:* nằm trên cơ nâng hậu môn, là những ổ áp xe từ hố ngồi hậu môn vỡ lên phía trên hay là thứ phát sau những nhiễm trùng của các cơ quan nằm ở ổ bụng dưới, loại này ít gặp (Hình 1).

2. Rò hậu môn

Tùy theo vị trí của đường rò, người ta chia ra (Hình 2 và 4):

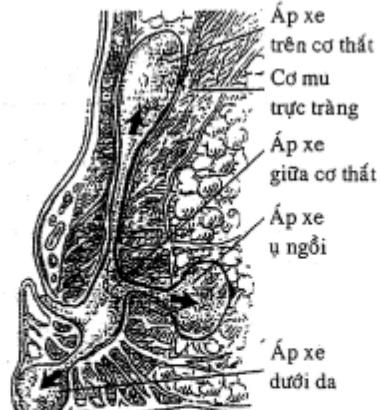
- Rò dưới niêm mạc hay rò dưới niêm mạc da.
- Rò giữa hai cơ thắt: đường rò đi xuyên cơ thắt trong và nằm giữa hai cơ thắt.
- Rò xuyên cơ thắt: đường rò đi xuyên qua các cơ thắt ở phía trên hay ở phía dưới.
- Rò trên cơ thắt: đường rò nằm trên các cơ thắt hậu môn.
- Rò chệ: là loại rò mà chỉ có một lỗ, lỗ trong hay lỗ ngoài.

IV. TRIỆU CHỨNG

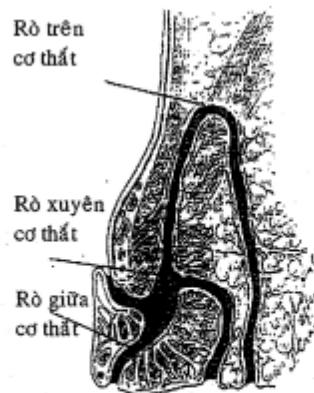
A. TRIỆU CHỨNG CỦA ÁP XE

1. Đau

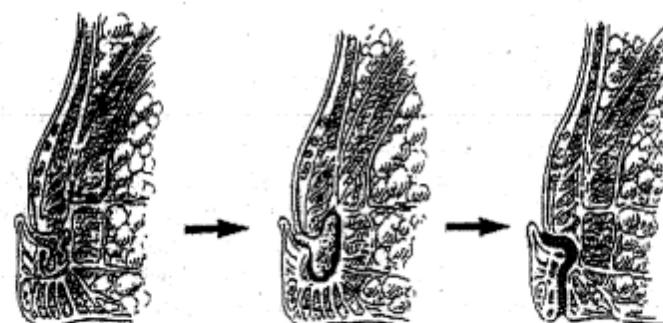
Đau liên tục, kiểu đau nhức buốt ở vùng hậu môn trực tràng, đau khi đi cầu và cả khi không đi cầu. Từ hậu môn đau lan ra xa, đau tăng lên khi ho. Bệnh nhân không dám đi nhanh, không dám ngồi mạnh, không thể ngồi trên yên xe vì đau.



Hình 1. Hình thể áp xe hậu môn



Hình 2. Hình thể đường rò



Hình 3. Thuyết khe tuyế

2. Khám

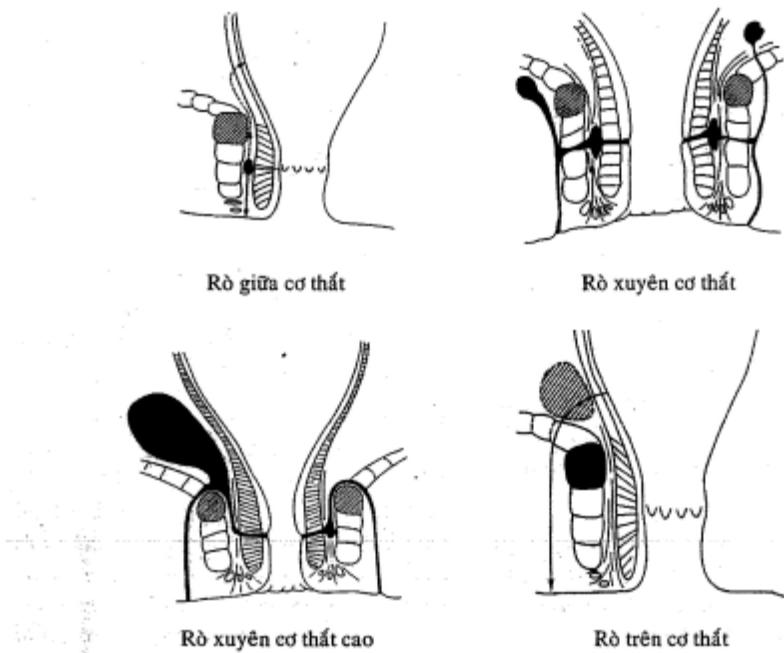
a. Nhìn

Áp xe dưới niêm mạc: không thấy gì, khi áp xe vỡ có thể thấy một tí mủ chảy qua lỗ hậu môn ra ngoài.

Áp xe hố ngồi hậu môn: thấy một chỗ căng phồng, phù nề, làm mất các nếp nhăn chung quanh lỗ hậu môn, chỗ sưng

lúc đầu màu đỏ không có giới hạn rõ rệt, về sau khu trú lại giới hạn rõ rệt, bắt đầu hiện tượng làm mủ. Áp xe thường nằm ở một bên nhưng đôi khi có hình móng ngựa nằm cả hai bên.

Áp xe khoang chậu hông trực tràng: chỉ phát hiện được khi rạch dẫn lưu ổ áp xe hố ngồi hậu môn, thấy mủ từ trên cao ở



Hình 4. Phân loại đường rò

trên cơ nâng hậu môn chảy xuống, dùng ngón tay thăm dò thấy đáy ổ áp xe ở khá sâu.

b. Thăm trực tràng

Áp xe dưới niêm mạc: sờ thấy một chỗ phồng, căng, mềm ấn rất đau.

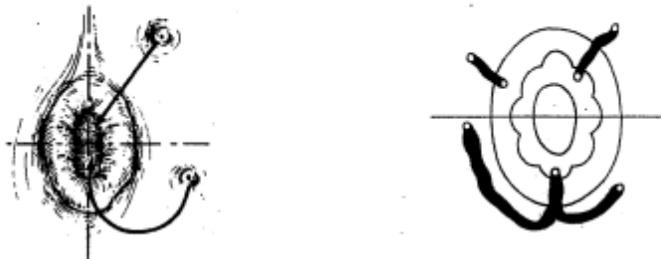
Áp xe hố ngồi hậu môn: thấy đau chói ở một điểm, cảm giác được một khối sưng từ phía ngoài đè vào.

c. Soi hậu môn: thấy một điểm trắng, phù nề, nằm ở khe trên đường lược, đó là điểm xuất phát của các ổ áp xe.

B. TRIỆU CHỨNG CỦA RÒ

1. Hỏi bệnh

Bệnh nhân nói là trước đây, chừng dăm ba tháng hay vài năm có một mụn ở gần lỗ hậu môn. Mụn đó tự vỡ hay đã được rạch tháo mủ ở bệnh viện. Từ ngày ấy, qua mụn đó một ít nước vàng bẩn hay mủ chảy ra. Nước vàng và mủ chỉ chảy ra rất ít một vài giọt. Mủ chảy từng đợt vài ba ngày hay liên tục, rồi tự nhiên hết, thỉnh thoảng mụn đó cương lên, có mủ, đau nhức nhối rồi vỡ ra, mủ chảy một vài ngày rồi tự nhiên hết.



Hình 5. Định luật Goodsall

2. Nhìn

Nhìn vào giữa các nếp nhăn ở bờ hậu môn hay ở xa hơn, thấy có một nốt sần, giữa có một lỗ, ở lỗ có dính tí mủ hay có đóng một vẩy khô. Lấy tay bóp nhẹ vào hai bên lỗ rò thấy chảy ra một tí mủ màu trắng hôi.

3. Thăm bằng ngón tay

Ngón trỏ trong lòng ống hậu môn, ngón cái ở phía ngoài, nắn thấy một thừng xơ to hay nhỏ, nắn gần lỗ hậu môn khi đường rò qua cơ thất ở phía dưới hay nắn xa lỗ hậu môn khi đường rò qua cơ thất ở phía trên.

4. Cận lâm sàng

Để xác định đường rò chính xác thường chụp đường rò có bơm thuốc cản quang. Chụp đường rò cần thiết khi lỗ rò phức tạp, hình móng ngựa mở sang hai bên, khi có túi ngách nằm trên đường rò. Chụp đường rò cũng rất cần thiết ở những bệnh nhân được mổ rò hậu môn nhiều lần mà vẫn không có kết quả.

Siêu âm vùng tầng sinh môn nhận định đường rò.

Hiện nay siêu âm nội hậu môn-trực tràng ba chiều được coi là tiêu chuẩn vàng: chẩn đoán chính xác vị trí và hình thể áp xe hậu

môn, vị trí và hình thể các loại đường rò (rò nguyên phát, thứ phát và rò móng ngựa).

5. Định luật Goodsall

Đây là định luật giúp ta tìm được vị trí của lỗ rò trong của đường rò ở trong ống hậu môn khi ta đã nhìn thấy được vị trí của lỗ rò ngoài ở da quanh hậu môn. Định luật đó phát biểu như sau: *"Trong loại rò mà lỗ rò ngoài nằm ở nửa sau của đường thẳng ngang đi qua lỗ hậu môn thì có lỗ rò trong nằm ở đường giữa sau. Trong loại rò mà lỗ rò ngoài nằm ở nửa trước của đường trên, đường rò đi thẳng vào trong ống hậu môn theo đường nan hoa"* (Hình 5).

V. ĐIỀU TRỊ

A. ĐIỀU TRỊ ÁP XE

Áp xe cần được điều trị sớm để bệnh nhân đỡ đau và để mủ không lan ra xa. Cần thiết phải gây mê toàn thân hay gây tê ống cùng hay gây tê tủy sống hay ngoài màng cứng mới có thể thăm dò và phá vỡ các ngóc ngách của áp xe. Với các áp xe ở nông, rạch ngắn ở rìa hậu môn theo đường nan hoa. Với áp xe ở sâu, rạch bên cạnh hậu môn. Với áp xe hình móng ngựa ở cả hai bên, thực hiện phẫu thuật Hanley.

B. ĐIỀU TRỊ RÒ

Hai yêu cầu cần phải đạt trong điều trị rò hậu môn là phá hủy được đường rò và bảo vệ an toàn cơ thắt. Tai biến cắt đứt cơ thắt là một tai biến rất đáng ngại, sẽ gây đi cầu không tự chủ. Vì vậy khi phẫu thuật rò hậu môn thà rằng để thất bại trong điều trị, sẽ điều trị lần sau còn hơn là cắt đứt cơ thắt hậu môn, rất khó phục hồi.

C. ĐIỀU TRỊ NỨT HẬU MÔN

Lưu ý chế độ ăn và khi cần phải sử dụng các loại thuốc để cho phân không bị rắn. Ngâm đít với nước ấm.

Làm giảm áp lực hậu môn: dùng Nitric oxide (ức chế chất dẫn truyền thần kinh đến cơ thắt trong), botulinum toxin (ức chế giải phóng acetylcholine, và do đó làm liệt cơ giãn), diltiazem (là một chất ức chế kênh calcium, làm giảm áp lực ống hậu môn).

Phẫu thuật: cắt bên cơ thắt trong.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Stanley M.Goldberg. Essentials of anorectal surgery 1980: 100-122.
2. Robert W Beart, Richard Nelson. Hemorrhoids. In The surgical clinics of North America, December 2002: 1139-52.
3. Nguyễn Đình Hối. Hậu môn trực tràng học. Nhà xuất bản Y học 2002: 119-46.

CÂU HỎI LUẬNG GIÁ

1. Nguyên nhân rò hậu môn, xảy ra nhiều nhất là:
 - A. Do vi trùng sinh mủ.
 - B. Do vi trùng lao.
 - C. Do dị vật.

D. Do bệnh Crohn.

E. Do ung thư bạch huyết.

2. Nguyên nhân của rò hậu môn dựa theo giả thuyết:
 - A. Định luật Goodsall.
 - B. Thuyết khe tuyến của Park.
 - C. Thuyết cơ học.
 - D. Thuyết huyết động học.
 - E. Tất cả đều đúng.

3. Rò hậu môn: thâm hậu môn bằng ngón tay nhằm mục đích phát hiện:
 - A. Ung thư trực tràng.
 - B. Nứt hậu môn.
 - C. Dị vật trong trực tràng.
 - D. A và B đúng.
 - E. A, B và C đúng.

4. Tuyên truyền cho nhân dân bỏ thói quen sử dụng giấy gói đồ để vệ sinh sau khi đi cầu là mục đích của chăm sóc ban đầu bệnh rò hậu môn:

A. Đúng.

B. Sai.

5. Nguyên nhân lao là nguyên nhân không đặc hiệu của bệnh rò hậu môn:

A. Đúng.

B. Sai.

6. Định luật Goodsall có mục đích giúp tìm vị trí lỗ rò trong của rò hậu môn:

A. Đúng.

B. Sai.

7. Định luật Goodsall: nếu lỗ rò ngoài nằm ở nửa sau đường thẳng đi qua lỗ hậu môn thì lỗ rò trong nằm ở đường giữa trước ống hậu môn:

A. Đúng.

B. Sai.

8. Định luật Goodsall: nếu lỗ rò ngoài nằm ở nửa trước của đường thẳng ngang đi qua lỗ hậu môn thì lỗ rò trong nằm ở đường giữa trước của ống hậu môn:
- Đúng.
 - Sai.
9. Rò hậu môn: thăm bằng que thăm thường chỉ được sử dụng trong khi mổ để tìm đường rò.
- Đúng.
 - Sai.
10. Chụp đường rò với lipiodol trong rò hậu môn trong trường hợp nào:
- Rò phức tạp.
 - Rò hình móng ngựa.
 - Rò hậu môn đã mổ nhiều lần không có kết quả.
 - A và B đúng.
 - A, B và C đúng.
11. Phương pháp vô cảm thường được dùng trong mổ rò hậu môn là:
- Tê ống cùng.
 - Tê ngoài màng cứng.
 - Tê tủy sống.
 - Mê nội khí quản.
 - Mê tĩnh mạch.
12. Rò hậu môn: phương pháp điều trị được chọn là nội ngoại khoa kết hợp:
- Đúng.
 - Sai.
13. Nguyên tắc điều trị trong rò hậu môn là:
- Phá hủy được đường rò.
 - Bảo vệ an toàn cơ thắt.
 - Phải lấy hết đường rò bằng mọi cách.
 - A và B đúng.
 - A, B và C đúng.
14. Thuyết khe tuyến là thuyết giải thích bệnh lý:
- Nứt hậu môn.
 - Trĩ.
 - Rò hậu môn.
 - Sa trực tràng.
 - Ung thư ống hậu môn.
15. Trong bệnh lý rò hậu môn, nguyên nhân nào là nguyên nhân không đặc hiệu:
- Lao.
 - Crohn.
 - Do vi khuẩn sinh mủ.
 - Dị vật vùng hậu môn và tầng sinh môn.
 - Ung thư bạch huyết.
16. Trong bệnh rò hậu môn, định luật Goodsall giúp ta:
- Chẩn đoán bệnh rò hậu môn.
 - Phát hiện nguyên nhân rò hậu môn.
 - Tìm được lỗ rò trong.
 - Phát hiện đường rò.
 - Tìm được lỗ rò trong khi thấy được lỗ rò ngoài.
17. Định luật Goodsall trong bệnh rò hậu môn có trường hợp ngoại trừ là:
- Lỗ rò ngoài xa rìa hậu môn > 3cm.
 - Rò có nguyên nhân là Crohn.
 - Rò có nguyên nhân là ung thư hậu môn trực tràng.
 - Tất cả đều đúng.
 - A và B đúng.

ĐÁP ÁN

- | | | | |
|------|-------|-------|-------|
| 1. A | 6. A | 11. A | 16. E |
| 2. B | 7. B | 12. B | 17. D |
| 3. E | 8. B | 13. D | |
| 4. A | 9. A | 14. C | |
| 5. B | 10. E | 15. C | |

Hội chứng ứ đọng dạ dày

Wednesday, June 16, 2021 4:34 PM

- Ứ đọng dạ dày Rối loạn vận động
 - o Thường là đờ, giảm trương lực
- Hẹp môn vị Nguyên nhân thực thể gây tắc nghẽn đường thoát dạ dày
 - o Bụng lõm
 - o 2 giai đoạn:
 - Tăng trương lực: Tăng co bóp đẩy T.Ă
 - Giảm trương lực: Sau khi tăng co bóp, DD bị đờ.
- Nguyên nhân:
 - o HC. UDDD:
 - bệnh nội khoa nội tiết ĐTD có biến chứng làm liệt TK chi phối VĐ dạ dày
 - Phẫu thuật vùng bụng trên: Cầm nắm bóc tách đụng chạm làm liệt hệ vận động đường tiêu hóa.
 - Nếu PT thuận lợi Nhu động hồi phục.
 - Nếu PT không ổn (chảy máu, tụ dịch, nhiễm trùng trong OB) Liệt cơ quan tiêu hóa
 - Liệt ruột sau mổ
 - o Hẹp môn vị:
 - Từ bên trong: Ngoại vật, tắc nghẽn do búi tóc, bã thức ăn, dị vật.
 - Tại thành vùng hang vị, môn vị, hành tá tràng: U ác, lành (thường gặp ung thư vùng hang môn vị)
 - Viêm nhiễm: Loét hành tá tràng Sẹo co kéo hẹp thành tá tràng ; hẹp môn vị phì đại; viêm tụy mạn gây phù nề chèn ép tá tràng
 - Từ bên ngoài: Sỏi túi mật (rò túi mật với tá tràng, rót sỏi), ung thư đại tràng góc gan xâm lấn, ung thư đầu tụy
 - o Hình ảnh: Ứ đọng DD thì thường không ghi nhận được, hẹp môn vị thì có
 - Nội soi dd-tt: Tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán hẹp môn vị (tuy nhiên: không phải cơ sở y tế nào cũng có, ...)
 - X-quang dạ dày cản quang: Nếu cơ sở có thực hiện. còn giá trị (vẫn có giá trị khi dạ dày thâm nhiễm)
 - Xạ hình tổng xuất DD: chưa có
 - Đo áp lực DD: Khảo sát tình trạng HCUDDD (qua ống soi và đưa dụng cụ đo áp lực
 - o PP khác:
 - Siêu âm: Dạ dày dãn to, ứ đọng dịch, khối u, vị trí ổ loét (người SA có kinh nghiệm); trẻ em: tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán hẹp môn vị phì đại
 - MRI, CT: Khảo sát vùng xung quanh của người bệnh
 - Điện vị đồ: Đo hoạt động điện của dạ dày
 - Viên nang khảo sát vận động
 - o Xét nghiệm khác: Mang tính cá thể hóa

Xử trí:

- Tình huống cấp cứu:
 - o BC nội khoa:
 - Tụt HA do mất nước điện giải
 - Rối loạn Kali
 - o Ngoại khoa
 - Hẹp + Chảy máu
 - Hẹp + Thủng

- Dịch, dinh dưỡng, điện giải
- Nhiễm trùng: Hít sắc Viêm phổi hít
- Truyền máu: Thiếu máu
- Xử trí ngoại khoa:
- Tối ưu: Giải quyết Hẹp + nguyên nhân