

VIÊM RUỘT THỪA (slide có sub thầy rõ rồi)

- Chẩn đoán nhầm: dương giả hoặc âm giả. Cái nào an toàn hơn. Nếu xiu mỗ vô ngày sxh giảm tiểu cầu đỉnh thì chết. Tỷ lệ VRT ra trắng thì sảy thai 1-5% nhưng nếu VRT diễn tiến xấu thì nguy cơ sảy thai 20-30% lận, chưa kể biến chứng VPM
- Chỉ là đề xuất, ko cần biết kháng sinh liều lượng, mỗ ra sao...
- 2 bệnh lý mỗ chủ động là VRT và viêm túi mật. VRT là 10-30. Dx bn >70t VRT thì coi chừng sai vì hiếm, khả năng u đại tràng, viêm đại tràng hay gặp hơn.
- Nam chẩn đoán nhầm 9.3 thôi, còn ở nữ là 22% (1/5 là kinh khủng). Vn tỷ lệ mỗ thành công ~100% :))
- Tỷ lệ tử vong mỗ RT là cũng có

PHÔI THAI

- Phôi thai +SS: nghĩ RT có chức năng MD. Hiện khuyên ko cắt RT chủ động, vì có thể có vai trò.
- Đau tận có thể mọi nơi: tiểu khung, sau hồi tràng, sau manh tràng, cạnh manh tràng. Chính vì thế làm cho trch VRT thay đổi dữ. Câu kinh điển là đau TV --> chuyển HCP thì tỷ lệ đó hiếm đó.

BỆNH SINH

- Tắc nghẽn hoặc xuất tiết. Người lớn thường tắc nghẽn 90%, trẻ em thường xuất tiết. Dĩ nhiên người lớn vẫn có thể xuất tiết.
- Sỏi tắc nghẽn: tăng tiết trong lòng, gây phù nề =>thiếu máu hoại tử rồi thủng =>VPM.

LS

- Đau thì lúc nào cũng có. Đau thay đổi tùy vị trí giải phẫu RT. Vd ruột thừa dưới gan thì đau HSP, đảo ngược phủ tạng thì đau bên trái.
- Đau âm ỉ, liên tục, tăng dần. Người lớn cơ chế tắc nghẽn nên có thể đau quặn.
- VRT điển hình là đau quanh Mcburney. Còn chỗ khác thì đa phần Dx muộn hết. VRT tiểu khung thì nghiệm pháp cơ thắt, cơ bịt, ...VRT sau manh tràng: có np cơ thắt lưng chậu. Nếu bn đau dưới HSP + khả năng VTM thấp thì cần cls nào đó.
- VRT thường sốt nhẹ/không sốt thôi, nếu sốt cao thì VRT có biến chứng/có bệnh khác kèm theo: vd sxh kèm.
- Sợ nhất VRT thể nhiễm độc: nguy cơ vào shock NT cao. Theo cơ chế là VK gây VRT cấp là gram âm, nên vào này là do độc tố quá lớn (hiếm lắm, dưới 1%, nhưng tiên lượng rất xấu, khó xử lắm người nhà)

Các nhận định

- Đau bụng >24h + crp bt thì loại trừ rất tốt (giờ mới dám nói)
- Ở VN thích làm SA bụng, gọi là rẻ chỉ ở VN, nước ngoài mắc lắm.
 - SA có 2 nhược điểm: chủ quan người làm + Phụ thuộc vào máy
 - Hình ảnh: slide
 - Nhạy 85, đặc hiệu 95
 - SA giúp Dx loại trừ các th khác như nữ tuổi sinh đẻ loại trừ TNTC, cơn đau quặn thận do sỏi niệu quản, SA thì ưu tiên cho trẻ em và nữ mang thai
 - SA cũng ko thành tiêu chuẩn vàng
- Ct scan
 - Nhạy 99, đặc hiệu 95
 - Dấu hiệu CT: ... slide
 - Có CT thì mổ nhằm giảm 7 lần
 - Ở vn bảo hiểm y tế vẫn ko cho dùng CT scan để Dx VRT. Do đó mấy ca ko điển hình thì cho Dx là Viêm túi thừa, Viêm túi mật chưa rõ nguyên nhân vì sợ bảo hiểm :v
 - Tiêu chuẩn vàng sách vở dx Vrt phải có CT-scan
 - Ko nên lạm dụng CT scan này để chẩn đoán. Nhưng nếu ko đủ tiêu chuẩn Dx thì phải cần

Alvarado score: có nhưng LS ít áp dụng, LS có càng nhiều trch thì giúp khi có trch nào ko giải thích đc thì ưu tiên Dx loại trừ.

VRT chẩn đoán lâm sàng vẫn là quan trọng nhất

- Theo dõi nhiều giờ là khám lại sau 4-6h, theo dõi cho đến khi nào loại trừ VRT mới thôi. **Chú ý thuốc KS, hạ sốt làm mờ triệu chứng đau. Hiện tại đau bụng cấp vô thì được phép dùng giảm đau (vì đây là quyền lợi của bn). Không ccđ giảm đau trong VRT**
- Khi CLS chẩn đoán ko ra thì Nội soi chẩn đoán. Khi nào? (Slide) đối với VN thì tỉ lệ biến chứng cực thấp, nay nằm mai là về đc rồi.
- LÀM ƠN NHỚ DÙM BẢNG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT!!!!!!.. Thậm

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Đối với một trường hợp đau bụng cấp ở người khỏe mạnh trước đó, không bao giờ đặt nguy cơ VRT cấp thấp hơn các chẩn đoán phân biệt khác.

NỘI KHOA

Viêm manh tràng
Viêm túi thừa đại tràng P
Viêm ruột
Nhiễm trùng tiêu

NGOẠI KHOA

Loét DD-TT thùng
Viêm túi thừa Meckel
U manh tràng
Viêm túi mật

SẢN – PHỤ KHOA

U buồng trứng xoắn
Nang b. trứng xuất huyết
Viêm phần phụ/VPM chậu
Thai ngoài tử cung

chỉ còn có VTT đại tràng sigma vì sigma dài thông vào phải.
\$Mittelschmerz: \$XH giữa kì kinh

- trẻ em SA bụng cực mạnh, giá trị Dx gần như CT scan. Người già thì hiếm, ko rõ nên gặp trong bệnh cảnh vpm, >65t thì 50% gặp VRT là VPM rồi. Thậm chí VRT người lớn tuổi là thể hiện qua giả u hoặc bán tắc u. >65t + Nghi VRT: chụp ct scan để xem có bệnh kèm theo
- Thai lớn: RT thay đổi vị trí, RLTH thai kì
- Suy giảm miễn dịch: đa số cần CLS
- Thể LS: slide
- Đám quánh: lòng ko dịch ko khí, chỉ à khối thâm nhiễm viêm thối, còn áp xe là trong lòng có khí + dịch
-

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- qUAN ĐIỂM MỚI: đề nghị Dt vrt= KS. Phải tiêu chuẩn chặt chẽ: vrt ko biến chứng + ko sỏi phân + ko bệnh nền tim mạch, tiểu đường, thai kì thì mới xài ks. Nhược điểm là tỉ lệ tái phát cao 25-30% sau 1 năm bị vrt lại. Hiện trong phác đồ BHYT vẫn chưa có (khúc này học để biết) => học khúc nguyên tắc trên thôi
- Áp xe RT: Ưu tiên mổ dẫn ưu áp xe + cắt RT một thì.
- Đám quánh: KS + cắt rt muộn sau 4-6w. Nhưng trước mổ thì phải NS đại tràng kiểm tra vì coi chừng u manh tràng, u ruột thừa mà chưa biết
- Biến chứng sau mổ:

Thắc mắc bài học:

Thường đối với vrt, cả mũ thì ko cần rửa bụng, lau sạch là đc rồi. Còn dx VPM khu trú khi có giả mạc bám xung quanh RT thì sẽ dẫn lưu. Còn khi có giả mạc + dịch đục >2 khoang thì sẽ dx VPM toàn thể (này ko hỏi)