**BỆNH ÁN NGOẠI KHOA**

1. **HÀNH CHÍNH**

* Họ và tên: Phan Xuân Trường .
* Giới tính: Nam
* Tuổi: 70 tuổi
* Địa chỉ: Nhà Bè, HCM
* Nghề nghiệp:
* Nhập viện ngày: 30/09/2022

1. **LÍ DO NHẬP VIỆN**: Đi tiêu ra máu
2. **BỆNH SỬ**

* CNV 3 tháng, BN nhận thấy cảm giác đau rát vùng hậu môn chỉ xuất hiện khi đi tiêu không kèm các triệu chứng khác =>Bn đi khám tại Bv huyện Nhà Bè được nội soi trực tràng ghi nhận: sinh thiết gởi Medic làm gpb ra kết quả lành tính, đc chẩn đoán polyp trực tràng và trĩ, không rõ phân loại, không điều trị gì.
* Cách NV 1.5 tháng, BN đi tiêu ra máu, máu lẫn trong phân, đỏ sậm, lượng vừa, lẫn nhầy nhớt. Sau đi tiêu có cảm giác hoa mắt chóng mặt, không thấy khối sa ra khỏi hậu môn. + Đồng thời BN đi tiêu nhiều lần hơn: 2-3 lần/ngày so với trước (1-2 ngày/lần), tính chất phân: phân nhỏ dẹt, lẫn nhầy máu, táo bón xen lẫn phân lỏng hoặc sệt, cảm giác không hết phân sau đi tiêu. BN vẫn duy trì được tình trạng đi tiêu tự chủ.
* Triệu chứng đau rát hậu môn khi đi tiêu vẫn tồn tại với tính chất không đổi.
* Ngoài ra, BN cũng xuất hiện cảm giác tiểu gắt, tiểu lắt nhắt, tiểu khó phải rặn, cảm giác tiểu không hết, thỉnh thoảng kèm són tiểu, tính chất nước tiểu nhiều bọt, tiểu đục.
* Sau đó đi khám tại bệnh viện huyện Nhà bè (không nội soi lại) được cho thuốc uống không rõ loại, nhưng triệu chứng đi tiêu ra máu, cảm giác tiêu không hết phân và đau khi đi tiêu vẫn còn -> được tư vấn khám tại bệnh viện BD
* Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, có chán ăn, cảm giác ăn không ngon miệng, bình thường trước khi bệnh ngày ăn 2 bữa, mỗi bữa 2 chén cơm, hiện tại chỉ có nửa chén cơm 1 bữa, bệnh nhân và người nhà thấy gầy đi nhưng không rõ số kg giảm, không đau ngực/khó thở, không bụng to/vàng da, không phù, không đau đầu/nôn ói, đi tiểu vàng trong.
* Tình trạng lúc nhập viện:

+ BN tỉnh tiếp xúc tốt

+ Sinh hiệu: Mạch: 88 lần/phút, NĐ: 37, NT: 18 lần/phút, HA:120/70

+ ….

1. **TIỀN CĂN**
2. **Bản thân**

**1.1. Nội khoa:**

* ĐTĐ type 2, THA 20 năm, tái khám định kỳ mỗi tháng tại BV huyện Nhà Bè. ĐTĐ type 2 đã thêm Insulin tiêm được 10 năm, kiểm soát không ổn định. THA đang điều trị với nifedipine 20mg 3 viên/ngày không kiểm soát, huyết áp thường ngày dao động 160-170mmHg, huyết áp cao nhất ghi nhận 220-230mmHg. Biến chứng bệnh thận mạn (gd 3) phát hiện 2 năm trước.
* Cơn đau thắt ngực ổn định 2 năm.

1.2. Ngoại khoa:

* CNV 5 tháng: Bn bị đau cột sống (sau khi đỡ vợ lên) với các đặc điểm: cảm giác đau nhói mức độ nhiều khi đi lại, làm việc nặng, không xuất hiện khi nghỉ ngơi, khi ngủ hay về đêm; đau lan xuống đùi và gối 2 bên kèm tê, yếu 2 chân, phải đi lại bằng gậy; ngoài ra không kèm rối loạn tiêu tiểu. Diễn tiến mức độ đau gần như không thay đổi theo thời gian. Bn được chụp X-quang cs thắt lưng tại Bv Q2, chẩn đoán Chèn ép rễ và đám rối thần kinh do thoái hóa cột sống, được điều trị giảm đau NSAIDS.
* CNV 4tháng: được chẩn đoán áp xe hậu môn, được điều trị rạch dẫn lưu tại BV 115.

1. **Gia đình:** không ghi nhận tiền căn bệnh ung thư đường tiêu hoá/ vú/buồng trứng, Polypđại trực tràng, THA, ĐTĐ,…
2. **KHÁM**: 9h ngày 12/10/2022
3. **Tổng quát**

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
* Sinh hiệu: Mạch: 88, HA: 120/70, NT: 18, NĐ: 37
* CN: 70kg, CC: 165cm 🡪 BMI=🡪
* Da niêm nhạt, kết mạc mắt không vàng, không xuất huyết da niêm, không sao mạch, không lòng bàn tay son
* Hạch thượng đòn, hạch bẹn không sờ chạm
* Không phù

1. **Đầu mặt cổ**

* Cân xứng, không biến dạng
* Khí quản không lệch
* Tuyến giáp không to
* Không sờ chạm hạch vùng cổ

1. **Ngực**

* Lồng ngực cân xứng, di động đều theo nhịp thở, không sẹo mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ, không sao mạch, không u
* Tim: nhịp tim 88 lần/ phút, đều, T1, T2 rõ, không âm thổi bất thường
* Phổi: rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường, không rale, gõ trong, rung thanh đều 2 bên

1. **Bụng**

* Cân xứng, di động đều theo nhịp thở
* Nhu động ruột 5 lần/phút
* Bụng mềm, không điểm đau khu trú, không u nhú
* Gan lách không sờ chạm

1. **Hậu môn trực tràng:**

* Nhìn: Vùng da quanh HM đều màu, ghi nhận trĩ ngoại quanh hậu môn
* Khám HMTT: không thực hiện vì BN đau nhiều

1. **TÓM TẮT BỆNH ÁN:** BN nam, 70 tuổi, nhập viện vì đi tiêu ra máu 1.5 tháng, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

* TCCN:
* Tiêu máu đỏ sậm lẫn phân
* Thay đổi thói quen đi tiêu
* Đau hậu môn khi đi tiêu
* Triệu chứng đường tiểu dưới, tiểu khó, tiểu són.
* TCTT: chưa thăm khám HMTT
* CLS: Nội soi trực tràng tuyến trước ghi nhận trĩ, polyp trực tràng, gpb lành tính

1. **ĐẶT VẤN ĐỀ**
2. Đi tiêu ra máu
3. Thay đổi thói quen đi tiêu
4. **CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ**

Ung thư trực tràng thấp/

1. **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**
2. Polyp trực tràng / K trực tràng thấp
3. Viêm loét trực tràng / K trực tràng thấp
4. **BIỆN LUẬN**

* Các triệu chứng này còn có thể gặp trong các bệnh lý lành tính ống tiêu hóa như polyp, viêm loét ruột. Vì Tiêu máu đỏ tươi là chính kèm mót rặn nên nghĩ nhiều polyp hay viêm loét trực tràng.

1. **ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG**
2. **Cận lâm sàng chẩn đoán:**

* Nội soi toàn bộ khung đại tràng + GPB tổn thương nếu có 🡪 kiểm tra các sang thương khác (CĐPB), CĐXĐ K TT.

1. **Cận lâm sàng đánh giá giai đoạn:**

* CLVT bụng chậu có cản quang để đánh giá TNM
* CHT bụng chậu đánh giá mạc treo trực tràng và xâm lấn mạch máu,xâm lấn cấu trúc xung quanh-> đánh giá TNM
* XHX để đánh giá di căn xương vì BN có triệu chứng đau nhức xương vùng cùng cụt

1. **CLS theo dõi điều trị, tiên lượng:** CEA
2. **Cận lâm sàng thường quy:** XQ ngực, ECG, BUN, Creatinine, eGFR, TPTNT, ion đồ, glucose máu
3. **KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG**
4. Nội soi đại tràng

Kết quả: 🡪 Bướu trực tràng thấp --> GPB

1. Giải phẫu bệnh: Carcinom tuyến grad 2 🡪 phù hợp với lâm sàng và CĐSB Carcinoma trực tràng thấp, grad 2.
2. CT Scan và MRI:

* Creatinine, eGFR (CDK-EPI): 🡪 CN thận bình thường
* Kết quả MRI vùng chậu có cản từ:
* Phù hợp với K trực tràng thấp, TNxMx

1. CEA: 2.3ng/ml <5

CA19-9: 2.65U/ml < 37

* Tiên lượng tốt

1. Xạ hình xương: không làm
2. CTM, Men gan, chức năng thận, đông máu, ion đồ, XQ ngực, ECG trong giới hạn bình thường
3. **CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

Carcinoma tuyến trực tràng

1. **ĐIỀU TRỊ**
2. **Nguyên tắc điều trị**

* K trực tràng thấp T3N1M0, MRF (-), N1:

+ Xạ trị trước PT:

Mở rộng:

Xạ trị trong thời gian ngắn (SCPRT: short course preoperative radiotherapy): Xạ 25Gy chia 5 lần trong 1 tuần, mỗi lần 5Gy sau đó phẫu thuật trong vòng 1-2 tuần. Xạ trị ngắn ngày như trên thường chỉ áp dụng cho xạ trị trước mô với ung thư trực tràng trung bình T3b hoặc ung thư trực tràng thấp T2.

Xạ dài ngày, trải liều (Long course): Xạ 45Gy chia 25 lần, 5 lần trong 1 tuần, mỗi lần 1,8Gy phẫu thuật sau 4-8 tuần

+ Phẫu thuật: K trực tràng 1/3 giữa và dưới, T3N1M0, chưa xâm lấn tầng sinh môn nên ưu tiên PT nội soi qua ngã bụng bảo tồn cơ thắt. Vì khối u nằm ở dưới nếp PM và cách HM 38mm nên lựa chọn pp cắt trước cực thấp. (Lựa chọn pp PT ntn, khi nào căt trước/trước thấp/trước cực thấp, TS BS BV chọn miles)

+ Hóa trị sau PT

1. **Kế hoạch điều trị cụ thể:**
2. **Chuẩn bị bệnh nhân:**

* CLS tiền phẫu: nhóm máu, đông máu toàn bộ (PT, APTT, fibrinogen), AST, ALT, bilirubin, BUN,Creatinine, eGFR, TPTNT, ion đồ, đường huyết, XQ ngực, ECG, CTM, HIV, VG B,C
* Dinh dưỡng:

+ BN có khả năng tự ăn uống, chế độ ăn uống ít chất xơ 3 ngày trước pt

+ Nhịn ăn 24h trước PT

+ Nhịn uống nước >=3h trước PT

* Làm sạch đại trực tràng bằng thuốc xổ Fleet Phosphasoda (các pp khác: thụt tháo/thuốc xổ - Fleet Phosphasoda/Fortrans): (2 liều, mỗi liều 45 ml hòa với 1 cốc nước đầy (khoảng 240 ml) và uống cách nhau khoảng 10 – 12 giờ, liều thứ 2 phải uống cách thời gian PT 6 tiếng)
* Khám tiền mê

1. **Kháng sinh trước mổ:**

* PT cắt nối ĐTT là phẫu thuật sạch nhiễm 🡪 sd kháng sinh dự phòng 1 liều duy nhất trước khi rạch da cephalosporin thế hệ II: Cefoxitin/Cefotetan (cefoxitin 2g IV 30p trước PT, lặp lại mỗi 6h)

1. **PT cắt nối đại trực tràng:**

* Cắt trọn đoạn từ ĐT chậu hông đến trực tràng dưới nếp phúc mạc, lấy nguyên vẹn hoàn toàn mạc treo trực tràng, thắt mạch máu nuôi, nạo hạch
* Diện cắt an toàn cách u 2cm
* Nối đại tràng xuống với phần còn lại của trực tràng thấp và ôhm
* Chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở nếu:

+ PTNS thất bại

+ u to dính cq xq

+ khung chậu hẹp

+ mất máu nhiều >1l

* Đặt dẫn lưu
* Theo dõi biến chứng sau PT: Chảy máu (đánh giá dịch ODL lượng/màu sắc/chân ODL có rò dịch hay xì), bục miệng nối, NT vết mổ (đánh giá vết mổ có đau/chảy mủ và dấu hiệu NT toàn thân sốt/mạch nhanh/thở nhanh), tiểu tiện/trung tiện/đại tiện.
* Giảm đau sau PT: đa mô thức

+ Paracetamol

+ NSAID + PPI (ketorolac 30mg 1A \* 3 TMC mỗi 8h + pantoloc 40 mg 1 lọ TMC)

+ PCA morphine.

1. **Hóa trị bổ trợ sau PT:**

* Phác đồ FOLFOX: Oxaliplatin + 5- Fluoruoracil + Leucovorin

1. **TIÊN LƯỢNG**
2. **Tiên lượng gần: trung bình**

Biến chứng sau mổ nhiều: Chảy máu, bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ

1. **Tiên lượng xa: Xấu**

* Tiên lượng sống còn 5 năm
* Tiên lượng tái phát

1. **THEO DÕI**

* Tái khám mỗi 3-6 tháng trong 2 năm đầu và mỗi 6 tháng trong 3 năm tiếp theo
* Siêu âm bụng, CEA mỗi lần tái khám
* CLVT bụng mỗi năm trong 5 năm đầu nếu bất thường trên siêu âm bụng