**TẮC RUỘT**

1. **Dịch tễ**

* Hầu như gặp ở tất cả các lứa tuổi.
* » Nam : nữ ~ 1,5:1
* » Tắc ruột non chiếm tỉ lệ khoảng 70-80%
* » Tỉ lệ tử vong # 3-5%. Tăng lên 10- 37% nếu bị tắc mạch máu kèm theo

1. **Phân loại**

Sinh lí: cơ học và cơ năng

Mức độ: hoàn toàn – không hoàn toàn

Vị trí: ruột non- đại tràng

Số chỗ tắc và mạch máu: đơn thuần- thắt- quai kín

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Số chỗ tắc | ảnh hưởng mạch máu nuôi |
| Tắc ruột đơn thuần | 1 | Không |
| Tắc ruột thắt nghẹt | 1 hay 2 | Có |
| Tắc ruột quai kín | 2 | Có hoặc không |

* Tắc ruột đơn thuần là loại tắc ruột chỉ có tắc đơn thuần ở lòng ruột, mạch máu nuôi còn nguyên vẹn
* Tắc ruột do thắt ngoài tắc ở lòng ruột còn tắc cả mạch máu nuôi.
* Tắc ruột quai kín xảy ra khi một đoạn ruột bị tắc tại hai đầu, mạch máu có thể bị ảnh hưởng hoặc không.

Liệt ruột

* Sau PT: dạ dày 24h, RN 48h, RG 3-5 ngày
* Viêm phúc mạc, tụ máu sau phúc mạc
* Rối loạn điện giải: hạ Na, K, Mg
* Thuốc hướng thần, chẹn canxi

1. **Nguyên nhân**

TẮC RUỘT NON

* 1. Nghẽn
     1. Trong long: bã thức ăn, búi giun, sỏi, dị vật
     2. Trên thành: lao, u, bệnh crohn
     3. Ngoài thành: dính, dây chằng, Nang giả tụy, Áp xe, U các cơ quan lân cận
  2. Thắt
     1. Lồng ruột
     2. Thoát vị
     3. Xoắn ruột

TẮC RUỘT GIÀ

* 1. Nghẽn: U
  2. Thắt: XOẮN

1. **Triệu chứng cơ năng**

**Đau bụng**: bao giờ cũng có và sớm nhất, đau từng cơn (tắc cao: 3-4 phút, tắc thấp: 15-20 phút)

Tắc ruột do thắt có thể đau cơn trên nền âm ỉ hay đau liên tục.

- đau từng cơn pb với đau trong viêm phúc mạc, viêm tụy cấp, VRT là đau ltục.

-càng về sau thời gian đau càng kéo dài và khoảng cách giữa các cơn đau càng ngắn lại

**Nôn**: tuỳ vị trí tắc, tắc càng cao nôn càng sớm.

-nếu tắc ở vị trí thấp có thể nôn trễ hoặc không nôn. Sau nôn BN giảm đau. Nếu đến muộn dịch nôn có thể có mùi giống phân do dịch ứ đọng VK phát triển.

**Bí trung đại tiện** là triệu chứng quan trọng quyết định chẩn đoán TẮC RUỘT. Trong TH tắc cao thì bn vẫn có thể đi tiêu và trung tiện chút ít nhưng sau đó bí hoàn toàn.

Bí trung và đại tiện: BN có thể còn trung đại tiện được một ít sau khi bắt đầu đau bụng. Nếu thời gian này kéo dài > 6h: bán tắc ruột.

1. **Triệu chứng thực thể**

* Triệu chứng toàn thân
  + Tri giác
  + Nhiệt độ, mạch, huyết áp,
  + Dấu mất nước

🡪Biến chứng sốc nhiễm trùng ?

* Bụng trướng
* Quai ruột nổi
* Dấu rắn bò: đặc hiệu của TRCH.
* Âm ruột: thay đổi tuỳ thời gian tắc, loại tắc, tăng hay giảm.
* Gõ vang
* Sờ nắn thành bụng: bụng mềm, không co cứng, không cảm ứng phúc mạc.
* Thăm khám vùng thường xảy ra thoát vị
* Thăm trực tràng

1. **Cận lâm sang**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chẩn đoán hình ảnh** | | |
| X quang bụng không sửa soạn | Tư thế: đứng, nằm ngửa, nằm nghiêng trái.  Tư thế nằm ngửa và nghiêng dành cho bệnh nhân không đi đứng được  bế tắc đơn giản: X quang bụng đứng chính xác hơn  Có thể phải chụp nhiều phim để chẩn đoán và theo dõi.  Nếu kết hợp TCLS thì có thể chẩn đoán 50-60% trường hợp.  Dấu hiệu:  Ruột dãn trên chỗ tắc > 25 mm  Có mức nước hơi, chuỗi hạt  Giảm hay mất phân/hơi ở đại tràng  Dịch bụng, dày thành ruột, mở vùng chậu  Dấu hiệu nguyên nhân: ít thấy (<10%)  Hình ảnh x quang xuất hiện rất sớm, chỉ sau 2 giờ đã thấy có hình ảnh mức nước hơi, sau 3-7 gờ có ứ đọng nhiều dịch và hơi.  Sau 12-24h, đại tràng xẹp, có hình ảnh điển hình của 1 trường hợp tắc ruột non hoàn toàn:  + ruột non chướng hơi, không có hơi trong đại tràng  + nhiều mức nước hơi ruột non xếp theo hình bậc thang theo chiều từ hạ sườn (T) đến hố chậu (P)  xoắn ruột non:  (1) Một quai ruột non trướng hơi với mức độ vượt trội so với các quai còn lại, đồng thời mức nước hơi của quai này không chênh nhau.  (2) Hình ảnh “hạt cà-phê”, nếu quai ruột bị xoắn chứa toàn hơi (hình 4).  (3) Hình ảnh “giả khối u”, nếu quai ruột bị xoắn chứa toàn dịch. | Ưu điểm: tiện lợi, rẻ tiền, hữu ích🡪Phương tiện chẩn đoán đầu tiên khi nghi ngờ tắc ruột  Khuyết điểm:  Hầu như không khảo sát được ruột dưới chỗ tắc  Hạn chế chẩn đoán sớm tắc ruột do thắt  Độ nhạy: 75%  Độ đặc hiệu: 53%  Nguyên nhân xuất hiện mực nước hơi ngoài tắc ruột:   * + Liệt ruột   + Viêm ruột   + Viêm tụy cấp   + Viêm phúc mạc   + Tắc mạch mạc treo | |
| Chụp đại tràng cản quang | Chỉ định khi X quang bụng đứng thông thường không rõ ràng  Chống chỉ định: nghi ngờ thủng ruột.  Mục đích:  - Chẩn đoán xác định tắc ruột cao  - Xác định tắc đại tràng  - Phân biệt giữa tắc với bán tắc ruột  - Phân biệt dược tình trạng dây dính và di căn, khối u tái phát và những tổn thương do phóng xạ  Để chẩn đoán tắc ruột cao, cho bn uống thuốc cản quang 🡺 Hình ảnh điễn hình  + tá tràng và các quai ruột đầu tiên của hỗng tràng dãn to  + khung tá tràng bung rộng  + thuốc ít/không thoát qua được chỗ tắc.  Trong trường hợp tắc đại tràng, chụp phim vs barium được thụt váo lòng đại tràng qua ngã hậu môn, không cần thiết phải chụp với kỹ thuật đối quang kép vì mục đích không phải để đánh gí các tổn thương niệm mạc.  + Tắc hoàn toàn🡪 hình ảnh cắt cụt đại tràng  + Tắc không hoàn toàn🡪 tùy thuộc vào nguyên nhân gây bán tắc cho hình ảnh khác nhau. | | |
| Siêu âm | Dấu hiệu  Quai ruột dãn >2.5cm, nằm kế quai ruột xẹp  Dấu hiệu “máy giặt” do di chuyển tới lui của dịch trong lòng ruột bị dãn.  Hình ảnh quai ruột dãn/SA có độ nhạy 91% và độ đặc hiệu 84%. | Ưu điểm:  Ít tốn kém, ít xâm lấn  Độ tin cậy để loại trừ tình trạng tắc ruột có thể đạt 100%  Khảo sát được cả trên và dưới chỗ tắc 🡪 nguyên nhân:  Khuyết điểm:  Phụ thuộc vào người làm  Hạn chế khảo sát các cấu trúc chứa khí  Có ưu thế hơn X quang bụng đứng không sửa soạn trong chẩn đoán:   * Tắc ruột do thắt * Nguyên nhân tắc * Vị trí tắc * Tắc ruột trên bệnh nhân mang thai | |
| Chụp cắt lớp vi tính | Các dấu hiệu  - Quai ruột trên chỗ tắc dãn ≥2,5cm. Quai ruột dưới chỗ tắc xẹp  - Có dấu hiệu “hình ảnh giống phân trong ruột non” khi ở giai đoạn trễ.  - Các quai ruột dãn nằm cạnh các quai ruột xẹp  - Dấu hiệu của tắc ruột dạng thắt là thành ruột dày, có khí trong thành ruột, khí trong tĩnh mạch cửa  Ưu điểm:  - Nhanh, Chẩn đoán sớm tắc ruột do thắt nghẹt,  - Không cần cản quang uống  - Xác định các nguyên nhân đau bụng cấp khi LS và X quang mơ hồ  - Phân biệt các nguyên nhân gây tắc ruột bên ngoài hoặc nội tại  - Phát hiện áp xe, viêm nhiễm, thiếu máu mạc treo, bệnh lý ngoài ống tiêu hóa gây tắc nghẽn  Độ nhạy 93%, độ đặc hiệu 100% và độ chính xác 94% | | |
| Cộng hưởng từ | Độ chính xác gần bằng CT scan  Hiệu quả trong xác định vị trí và nguyên nhân tắc nghẽn  Hạn chế:  Không có sẵn ở các BV nhỏ  Đòi hỏi vận chuyển bệnh nhân  Khó quan sát và đánh giá viêm nhiễm, các khối mass… | | |
| **Các xét nghiệm khác**  Xét nghiệm máu: Hct – WBC - Ure, creatinin/máu - Ion đồ, dự trữ kiềm  X quang phổi  Xn sinh hóa-huyết học ít có giá trị chẩn đoán tắc ruột nhưng giúp ích trong quá trình điều trị   * Trong giai đoạn đầu của tắc ruột, hầu hết các xét nghiệm đều bình thường * Bạch cầu có thể tăng cao trong tắc ruột do thắt hoặc do nhiễm trùng dịch ruột ứ đọng.   - Trường hợp nhẹ, ure + cre có thể tăng nhẹ do có hiện tượng mất nước, nặng 🡪 hct, HGB, albumin tăng   * Na+ có có thể tăng/giảm nhẹ tùy thuộc đáp ứng ADH của cơ thể đ/v sự mất nước, tuy nhiên cơ thể luôn có sự thiếu hụt Na+ và các anion kèm theo (do nôn ói) * Bn tắc tá tràng thường nhiễm toan chuyển hóa do mất HCO3- ( nồng độ HCO3- huyết tương giảm, Cl- tăng, khoảng trong anion không thay đổi), khi có hoại tử hoặc mất nước trầm trọng🡪 toan acid lactic ( HCO3- giảm, khoảng trống anion tăng) 🡪 KMĐM có giá trị hơn các XN sinh hóa huyết tương * Thành ruột bị nhồi máu/ hoại tử 🡪 men xuyên thành ruột vào tuần hoàn 🡪 tăng nồng độ amylase, phosphotase kiềm (ALP), SGOt, SGAT… * X quang phổi thẳng cũng được xem là 1 phương tiện chẩn đoán được chỉ định thường qui trước 1 bn có HC tắc ruột vì 2 lí do:   - Loại trừ 1 số bệnh lý khác có thể lầm với tắc ruột: viêm phổi, thủng tạng rỗng  - Đánh giá tình trạng tim phổi trước mổ | | | |

1. **Có thắt nghẹt hay không**

* Sốt
* Mạch nhanh
* Đau bụng liên tục
* Viêm phúc mạc
* Tăng bạch cầu

**8. Phân biệt tắc ruột non hay tắc ruột già**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tắc ruột non | Tắc ruột già |
| Lâm sang | | |
| Khởi phát | Cấp tính | Từ từ |
| Kiểu đau | Đau nhiều, dữ dội, các cơn đau liên tiếp nhau, khoảng cách giữa các cơn ngắn 3-5 phút | Đau ít hơn, không dữ đội, các cơn thưa nhau hơn, khoảng cách giữa các cơn dài hơn, từ 15 -20 phút |
| Nôn | Nôn sớm, nôn nhiều | Nôn ít, nôn trễ |
| Bí | Muộn | Sớm |
| Chướng | Vừa, quanh rốn | Nhiều |
| **Xquang** | | |
| Mực nước hơi | Nằm giữa bụng hoặc ¼ trên bên trái  Quai ruột có chân rộng, vòm thấp | Nằm hai bên bụng  Quai ruột có chân hẹp, vòm cao. |
| Nếp niêm mạc | Chạy hết chiều ngang lòng ruột, mật độ dày và sát nhau | Chạy một phần lòng ruột, mật độ thưa |
| Hơi ở ruột già | Không có hoặc có rất ít hơi ở ruột già | Xuất hiện mức nước hơi ở ruột già |

**Tắc ruột quai kín:**

* Bao gồm: xoắn ruột, tắc ruột trong thoát vị nghẹt,...
* TCLS: đau liên tục, kiểu đau xoắn vặn, bóp chẹt. Bụng trướng ít hoặc không. Sờ nắn bụng cảm giác quai ruột căng, ấn đau, quai ruột này nằm im không co bóp (dấu Von Wahl).

**Xoắn đại tràng chậu hông:**

* Là loại tắc ruột quai kín, diễn tiến chậm.
* LS: bụng trướng rất căng và lệch, quai ruột giãn lớn, nghe thì im lìm.
* CLS: X-quang bụng không sửa soạn: thấy một quai ruột dãn rất to, hình chữ U lộn ngược. Chụp đại tràng với barýt thấy hình mỏ chim.

**Bán tắc ruột:**

* Bao gồm: dính ruột sau mổ, u thành ruột, lao hồi manh tràng...
* Không gây tắc ruột hoàn toàn mà lưu thông vẫn còn nhưng khó khăn.
* BHLS: HC Koenig...

**Giả tắc ruột (HC Ogilvie):**

* Là các loại giả tắc ruột cấp và mạn tính, thường gặp ở đại tràng >> ruột non
* LS có HC tắc ruột
* Thực tế lòng ruột hoàn toàn thông thoáng, chỉ có các quai ruột giãn ra
* Cơ chế (còn bàn cãi): rối loạn nước-điện giải (hạ K+ máu), tổn thương hạch giao cảm ruột, bệnh TK, bệnh tim mạch, thuốc…

1. **Chẩn đoán phân biệt:**

* Tắc mạch mạc treo

Yếu tố nguy cơ: xơ vữa, viêm, phình động mạch, nhiễm trùng, phẫu thuật, thuyên tắc động mạch, huyết khối,…

Triệu chứng : đau bụng cấp +/- nôn ói, tiêu chảy

Các dấu hiệu đặc hiệu của cắt lớp điện toán trong chẩn đoán thiếu máu mạc treo bao gồm: huyết khối ĐMMTTT hoặc tĩnh mạch mạc treo tràng trên, hơi trong thành ruột, thành ruột không bắt cản quang, và dấu hiệu thiếu máu tạng đặc

* Viêm dạ dày ruột

Thường đau bụng cơn ngắn, kèm tiêu chảy +/- nôn ói 1 – 3 ngày, thường do các nguyên nhân siêu vi, nhiễm trùng thực phẩm. BN ko có chướng bụng, không bí trung đại tiện. Có thể tự hết sau vài ngày bù dịch, KS nếu cần.

* Loét dạ dày
* Sỏi mật
* Hẹp môn vị

Bn thường nôn ra thức ăn cũ, bụng chướng thượng vị nhưng lõm vùng hạ vị tạo hình ảnh lõm lòng thuyền, Khám: dấu óc ách (+). Xquang: hình ảnh tuyết rơi, ứ đọng dạ dày 3 lớp.

* Viêm túi mật

đau quặn cơn or âm ĩ, đau thượng vị 🡪 hạ sườn P lan vai phải, Np Murphy +, Siêu âm: túi mật dãn, thành dày, có sỏi.

* Viêm tụy cấp

đau bụng dữ dội thượng vị lan sau lưng, nôn ói không giảm đau, xuất hiện sau ăn, uống nhiều rượu, không bí trung đại tiện. Khám: bụng chướng ít gặp giai đoạn trễ. CLS: Amylase, lypase, CT-scan or siêu âm.

* Viêm ruột thừa cấp

đau âm ĩ, đau di chuyển từ quanh rốn xuống hố chậu P. Khám: Điểm MC Burney +, pư dội, co cứng đề kháng Siêu âm: lòng dãn > 6mm, hình bia, hình ngón tay chỉ, Ctscan: tăng khẩu kính lòng ruột, thành dày, tụ dịch xung quanh.

1. **Biến chứng**

|  |  |
| --- | --- |
| Tại chỗ | Toàn thân |
| Liệt ruột  Thủng ruột  Viêm phúc mạc | Rối loạn nước-điện giải  Rối loạn toan kiềm  Nhiễm trùng huyết, shock nhiễm trùng |

ĐIỀU TRỊ

|  |  |
| --- | --- |
| **Điều trị nội khoa**  **Mục tiêu**: nâng thể trạng của bệnh nhân để có thể chịu đựng được cuộc mổ nhưng không được quá lâu để ruột bị hoại tử   * Nhịn ăn * Bù nước điện giải * Giải áp:   + Ống thông mũi-dạ dày (tube Levin)  + Ống thông mũi-ruột non (tube Miller-Abbott)   * Kháng sinh * Theo dõi lâm sàng và XQ   Đánh giá hồi sức nội khoa   * **Cải thiện** * **Lâm sàng**   + Đỡ đau   + Bụng bớt chướng   + Hết nôn   + Trung tiện được   + M-HA cải thiện   + Nước tiểu nhiều * **CLS**   + Mực nước hơi giảm   + Quai ruột bớt giãn   + Có khí hơi-phân dưới chỗ tắc | |
| Bù nước và điện giải | Mục đích: tái lập thăng bằng nội môi  Dựa vào  - Lâm sàng: HA, nước tiểu, thể trạng BN, CVP  - CLS: ion đồ, BUN, Creatinin, Hct  Dùng dd NaCl, KCl, Lactate ringer (Dung dịch LR: ưu điểm bù được nhiều ion, chú ý trên Bn suy gan cấp do thiếu máu gan)  **Lưu ý**: dịch duy trì + dịch đã và đang mất qua thông mũi dạ dày |
| Giải áp | Là một thủ thuật luôn phải làm trên BN nhập viện có chẩn đoán tắc ruột hoặc chưa lọai trừ tắc ruột  **Mục đích**:   * + Bảo đảm sự tưới máu thành ruột   + Ngừa trào ngược vào khí quản   + Chuẩn bị mổ   + Giảm bớt căng chướng, bớt đau, dễ thở hơn   **Phương pháp**: đặt sonde mũi-dạ dày |
| Kháng sinh | * **Vai trò**: ngăn chặn vi trùng, làm   chậm hoại tử ruột   * **Loại KS:** thường dùng kháng sinh   phổ rộng, phủ VK Gr (-) và kỵ khí   * Kháng sinh đường tĩnh mạch * Thường phối hợp: Cephalosporin 3 + Metronidazole (thay thế: Fluoroquinolone + Clindamycin) |
| **Điều trị ngoại khoa**  **Chỉ định:**   * Phẫu thuật cấp cứu   - Tắc ruột hoàn toàn  - Có biến chứng viêm phúc mạc, tràn khí phúc mạc, khí trong thành ruột hoặc nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân  - Tắc ruột do thắt  - Tắc ruột quai kín  - Thoát vị kẹt hoặc nghẹt  - Xoắn đại tràng không phải đại tràng sigma   * Phẫu thuật khẩn cấp   - Không đáp ứng điều trị bảo tồn sau 24-48h  - Tắc ruột sớm sau mổ do *biến chứng cơ học*: có thể điều trị bảo tồn hay phẫu thuật phụ thuộc vào đánh giá lại nguyên nhân tắc ruột  - Tắc ruột tiếp tục diễn tiến nặng hơn sau khi bắt đầu điều trị nội khoa   * Phẫu thuật chương trình   - Xoắn đại tràng sigma, đã tháo xoắn thành công bằng nội soi đại tràng sigma  - Bán tắc ruột mạn tính, tái phát hay có thể tự giải quyết  - Tắc ruột ở BN chưa có tiền căn phẫu thuật bụng  - Thoát vị cạnh tá tràng  - Tắc ruột sớm sau mổ *do dây dính*  - Bệnh Crohn, viêm túi thừa, viêm ruột do tia xạ   * CĐ điều trị bảo tồn   - Bán tắc ruột  - Tắc ruột sớm sau mổ *do liệt ruột*  - Tắc ruột do bệnh Crohn giai đoạn cấp  - Ung thư lan tràn ổ bụng  Những trường hợp bán tắc ruột do dính ít khả năng thành công với điều trị nội khoa:   * + Tiền căn phẫu thuật thông qua đường dọc giữa   + Tiền căn phẫu thuật liên quan động mạch chủ bụng, đại trực tràng, ruột thừa, phần phụ   + Tiền căn phẫu thuật tắc ruột do ung thư lan tràn ổ bụng * Khoảng thời gian trì hoãn an toàn cho phép: 12-24h * Điều kiện được phép duy trì điều trị bảo tồn: không có dấu hiệu thiếu máu ruột (*5 dấu hiệu cổ điển*):   - Bụng đau liên tục  - Sốt  - Tần số tim nhanh  - Bụng đề kháng  - Bạch cầu tăng  các trường hợp đặc biệt   1. Xoắn đại tràng sigma   - Nội soi giải áp tháo xoắn  - Sau 1 tuần: mổ chương trình cắt bỏ đoạn đại tràng sigma quá dài để tránh xoắn tái phát   1. Tắc ruột do dính   - Cân nhắc nội soi ổ bụng cắt dây dính  - Lý do: càng mổ hở nhiều càng tạo dây dính tái phát => Vòng lẩn quẩn + Nguy cơ biến chứng khác (thủng ruột)   1. Lồng ruột ở trẻ em: tháo lồng bằng hơi hoặc baryt | |
| Tắc ruột non | **Tắc ruột do dây dính**  - Cắt bỏ dây dính  - Cắt đoạn ruột  - Phòng ngừa tái phát bằng thủ thuật đính ruột hay đính mạc treo theo Noble hoặc Childs-Phillips  **Tắc ruột do thoát vị**  - Giải phóng ruột  - Ruột chưa hoại tử: phục hồi thành bụng trong cùng thì mổ  - Nếu ruột đã hoại tử:  + Cắt quai ruột chết rồi nối lại ngay, hạn chế đưa ruột non ra ngoài vì gây rối loạn nước điện giải và viêm da  + Nếu đoạn hoại tử quá dài: cắt quai ruột chết rõ ràng -> 24h sau mở bụng lại (second-look), nếu cần cắt thêm (tránh nguy cơ rối loạn dinh dưỡng)  - Đóng kín lỗ thoát vị  **Tắc ruột do sỏi mật**  - Mở ruột lấy sỏi  - Thường không cho phép giải quyết bệnh đường mật trong cùng thì mổ do thể trạng và tuổi tác BN |
| Tắc đại tràng | * + Cắt đoạn đại tràng   + Có thể đưa hai đầu ruột ra ngoài, nối lại thì sau (cách 3-6 tuần) hoặc ngay cùng thì   + Cắt toàn bộ khung đại tràng: nối hồi-trực tràng   + Có thể mở hậu môn nhân tạo   **Chỉ định hậu môn nhân tạo**  Ung thư đại tràng 🡺 tắc ruột:   * + không thể cắt được 🡺 mục đích giải áp- nối kiểu tận- để vĩnh viễn   + có thể cắt được 🡺 mục đích Chờ nối đại tràng thì sau- kiểu nối tận/quai – thời gian tạm thời |

**Tiên lượng**

* Phụ thuộc
  + Tuổi và thể trạng BN
  + Tình trạng tổn thương mạch máu nuôi ruột
  + Có/không thủng ruột
  + Nguyên nhân tắc ruột
  + Vị trí tắc ruột
  + Thời điểm can thiệp phẫu thuật
* Tỉ lệ tử vong chung: 3-5%
  + Ruột non: 2%
  + Đại tràng: 20%