**UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yếu tố nguy cơ** | | |
| Tăng | | Giảm |
| Bản thân | Gia đình | - Tập thể dục, giữ cân nặng hợp lí  - Sử dụng thức ăn giàu chất xơ  - Hạn chế ăn thịt đỏ  - Không uống rượu, hút thuốc lá |
| - Tuổi > 40  - Chế độ nhiều thịt, mỡ động vật, ít chất xơ  - Ít vận động, hút thuốc lá.  - Viêm loét đại trực tràng, Crohn  - Polyp đại trực tràng  - Ung thư đại trực tràng  - Tiếp xúc tia xạ | - Ung thư đại trực tràng: HNPCC (K ĐT di truyền ko polyp)  - Polyp đại trực tràng: FAP (đa polyp tuyến gia đình), Peutz-Jeghers |

1. Bệnh học

Phân bố của ung thư đại-trực tràng

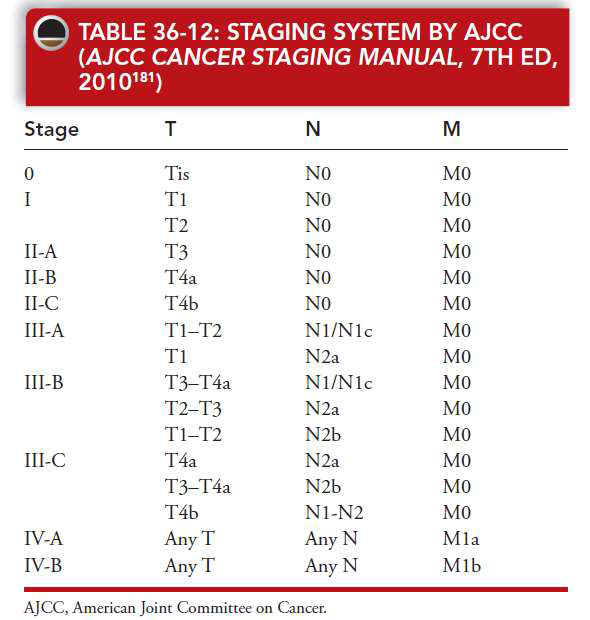
* Đại tràng lên 30%
* Đại tràng ngang 10%
* Đại tràng xuống 15%
* Đại tràng sigma 25%
* Trực tràng 20%

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tầm soát ung thư đại tràng theo ACS**  Từ 50 tuổi và không có yếu tố nguy cơ:  -1 năm/ lần : tìm máu ẩn trong phân  -5 năm/lần : nội soi đại tràng sigma hoặc chụp đối quang kép khung đai tràng  -10 năm/lần: nội soi toàn bộ khung đại tràng  các phương tiện tầm soát | | | |
|  | Phạm vi | Độ đặc hiệu | Độ nhạy |
| Tìm máu ẩn trong phân | Toàn bộ khung đại tràng | Thấp | 40% |
| Nội soi ĐT sigma với ống soi mềm | Tới ĐT góc lách | 92% | 95% |
| Nội soi ĐT | Tới manh tràng | 90% | 95% |
| CT xoắn ốc | Toàn bộ khung đại tràng | Thấp | Tương đương nội soi |

|  |  |
| --- | --- |
| **Giải phẫu bệnh** | |
| Đại thể | Vi thể |
| **Thể sùi**: thường gặp ở đại tràng phải. U thường to, lổn nhổn, như bông cải. Mô dễ mủn nát,hoại tử tạo nên ổ loét, nằm sâu trong long khối u.  **Thể loét**: thường kết hợp sùi loét, gặp nhiều ở đại tràng phải.  **Thể chai**: còn gọi là thể thâm nhiễm hay thể vòng nhẫn, thường là các u nhỏ, phát triển theo chu vi, dễ gây hẹp lòng đại tràng và gây tắc ruột. Thường gặp ở đại tràng trái và trực tràng. | Ung thư tế bào tuyến: đa số (90-95%)  Ung thư thể keo: ít gặp (5%)  Sarcom, lymphom: ít gặp. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lâm sàng** | | | | | |
| Toàn thân | Giai đoạn sớm: không có triệu chứng  Giai đoạn muộn: thể trạng suy sụp, chán ăn, mệt mỏi, sụt cân, thiếu máu. | | | | |
| TCCN | Triệu chứng thay đổi phụ thuộc vào vị trí khối u   |  |  | | --- | --- | | Ung thư đại tràng | Ung thư trực tràng | | - Rối loạn tiêu hoá  - Rối loạn thói quen đi tiêu  - Tiêu máu  - Đau bụng  - Chướng bụng, bí trung đại tiện  - Bán tắc ruột (dấu Koenig) | - Tiêu máu  - Hội chứng trực tràng:   * Rối loạn đi tiêu * Tống phân nhiều lần mỗi lần ít phân * Đau quặn từng cơn dọc khung DT, mót rặn, đau buốt   - Đau bụng  - Táo bón xen kẽ tiêu chảy  - Phân nhỏ dẹt | | | | | |
| TCTT | - Sờ thấy khối u dọc theo khung đại tràng  - Thăm khám hậu môn trực tràng thấy khối u  - Dấu thiếu máu mạn  - Dấu hiệu của biến chứng: các dấu của tắc ruột, viêm phúc mạc (thủng), shock (chảy máu). | | | | |
| Biến chứng | - Tắc ruột.  - Thủng gây viêm phúc mạc.  - Xuất huyết tiêu hóa.  - Áp xe thành bụng.  - Rò sang cơ quan lân cận. | | | | |
| **Cận lâm sàng** | | | | |
| Phương pháp | | Ưu điểm | Nhược điểm | Ghi chú |
| Nội soi đại trực tràng sinh thiết | | Chính xác, đặc biệt với các tổn thương từ 1cm trở lên | Xâm lấn, gây khó chịu  Cần thuốc an thần | - Là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán và tầm soát các bệnh lý ác tính của đại trực tràng.  - Cung cấp hình ảnh khối u.  - Xác định được vị trí, giới hạn, kích thước khối u.  - Nội soi sinh thiết. |
| Xquang đại trực tràng cản quang | | Cho hình ảnh toàn bộ khung ĐT khi ống soi không qua được (thuốc vẫn qua được)  Đánh giá được vị trí, kích thước tổn thương | Tai biến: dị ứng thuốc, thoát thuốc qua lỗ thủng.  Tỉ lệ chụp thất bại cao | - Dễ thực hiện ở tuyến cơ sở.  - Đánh giá được khi lòng ĐT hẹp ống soi không qua được.  - Phát hiện các khối u > 2cm, khối u < 2cm -> đối quang kép.  - Hình ảnh điển hình:   * Khối nhô vào lòng đại tràng với đường bờ không đều. * Lòng đại tràng bị hẹp lại. * Hình ảnh cắt cụt. * Giới hạn khảo sát vùng ĐT sigma, trực tràng. |
| Đối quang kép | | Độ nhạy cao, thấy được các thương tổn nhỏ | Kĩ thuật khó, không phổ biến |  |
| CT scan bụng chậu | | Ít được sử dụng để chẩn đoán, được sử dụng khi BN không thể thực hiện được nội soi hay Xquang ĐT: BN không chấp nhận, BN không giữ dc barium, tắc ruột, thủng ruột.  Hình ảnh điển hình:   * Khối đậm độ mô mềm nhô vào lòng ĐT * Dày thành ĐT * Hẹp lòng ĐT   Chỉ định phổ biến: đánh giá giai đoạn, phát hiện di căn. | | |
| MRI | | Đánh giá tốt K trực tràng, di căn do vùng chậu có nhiều cấu trúc sát nhau | | |
| Siêu âm qua ngả trực tràng | | Đánh giá xâm lấn qua thành trực tràng, di căn hạch  Khảo sát tốt trong vòng bán kính ≤ 6cm.  Có thể kết hợp với FNA lấy mẫu các tổn thương nghi ngờ ngoại thành. | | |
| CEA | | Theo dõi điều trị  Bình thường: Người không hút thuốc: 0-2.5 ng/mL, người hút thuốc: 0-5 ng/mL.  Ung thư đại tràng, trực tràng (50% có giá trị CEA>10 ng/ml)  CEA giảm sau phẫu thuật cắt u, và tăng trở lại khi có tái phát => dùng để theo dõi điều trị | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Phân độ TMN** | | |  |
| T | N | M |
| Tx: không đánh giá được T0: không có bằng chứng của u nguyên phát  Tis: U tại chỗ  T1: U xâm lấn tới lớp dưới niêm mạc  T2: U xâm lấn tới lớp cơ  T3: U xâm lấn qua lớp cơ đến lớp thanh mạc (hay xâm lấn vào mô quanh trực tràng phần ngoài phúc mạc)  T4: U xâm lấn vào các tạng, cấu trúc lân cận hay thủng  T4a: U xâm lấn đến phúc mạc tạng của các tạng khác  T4b: U trực tiếp xâm lấn, dính với các tạng khác xung quanh | Nx: không thể đánh giá  N0: chưa di căn hạch  N1: 1-3 hạch vùng   * N1a: 1 hạch * N1b: 2-3 hạch * N1c: có mô u phân bố ngoài hạch   N2: > = 4 hạch   * N2a: 4-6 hạch * N2b: >= 7 hạch | Mx: không thể đánh giá  M0: chưa di căn xa.  M1: di căn xa  M1a: di căn xa khi trú trong 1 cơ quan/ vùng  M1b: di căn xa nhiều hơn 1 cơ quan/ vùng |



|  |  |
| --- | --- |
| **Điều trị ung thư đại trực tràng** | |
| **Điều trị khi đã có biến chứng:** 🡺 giải quyết biến chứng trước  Tắc ruột.  Thủng gây viêm phúc mạc.  Xuất huyết tiêu hóa.  Áp xe thành bụng.  Rò sang cơ quan lân cận. | |
| **Điều trị khi chưa có biến chứng:**  Cắt rộng rãi đoạn đại –trực tràng mang u cùng với mạc treo tương ứng, mạch máu nuôi dưỡng, mạch bạch huyết, đảm bảo diện cắt an toàn.   * ˃ 5 cm – đại tràng * ˃ 2 cm – trực tràng   Nguyên tắc điều trị:Điều trị bằng phẫu thuật là chủ yếu   * Phẫu thuật triệt căn * Phẫu thuật mở rộng * Phẫu thuật làm sạch * Phẫu thuật tạm bợ | |
| **Ung thư đại tràng** | **Ung thư trực tràng**  Tiêu chuẩn: Cắt đoạn đại trực tràng qua ngã bụng (Low anterior resection)  Chỉ định: thường cho K 1/3 trên và giữa trực tràng, có khi 1/3 dưới  Yêu cầu: Lấy toàn bộ mạc treo trực tràng (TME)  Cắt trực tràng qua ngã bụng ngoài phúc mạc (Abdominoperineal resection)  Chỉ định: ung thư 1/3 dưới trực tràng, có xâm lấn cơ vòng  Cắt u qua ngã hậu môn (transanal excision)  Cắt u nội soi xâm lấn tối thiểu qua hậu môn (transanal endoscopic microsurgery-TEM)  Chỉ định: T1, T2   * Sang thương độ ác thấp * Sang thương nhỏ dưới 3cm đường kính * Sang thương chiếm dưới 1/3 đường kính trực tràng * Sang thương cách rìa hậu môn dưới 8cm |
| **Hoá trị**  Hóa trị bổ trợ: cho bệnh nhân tổng trạng không cho phép phẫu thuật,ung thư ĐTT không cắt được.  Hóa trị hậu phẫu:  Đối với Ung thư đại tràng  - Giai đoạn II có nguy cơ tái phát cao(1 trong các yếu tố sau T4(IIA/IIB),biệt hóa kém,xâm lấn bạch mạch hoặc thần kinh,tắc ruột,thủng,diện cắt (+),lấy <12 hạch) nên **xem xét** hóa trị với 5-FU/LV,capecipatine,FOLFOX,CapeOx,FLOX Theo từng trường hợp cụ thể  - Giai đoạn III:hóa trị 6 tháng sau khi điều trị phẩu thuật với FOLFOX hoặc CapeOx,FLOX  Đối với ung thư trực tràng :cân nhắc hóa trị cho bệnh nhân từ T3 trở lên | |
| **Xạ trị**  **Hóa xạ trị tiền phẫu** • Một số nghiên cứu cho thấy hóa trị có tác dụng hiệp đồng với xạ, tăng khả năng chống u, tuy nhiên cũng làm tăng độc tính cho cơ thể • Chưa có sự đồng thuận về chỉ định, thường được xem xét sử dụng trong ung thư đại trực tràng xâm lấn cơ quan lân cận  **Xạ trị hậu phẫu** • Trong ung thư đại tràng: + Xạ trị hậu phẫu ít sử dụng trong những trường hợp K đại tràng có thể cắt được + Xạ trị hậu phẫu có hiệu quả trên một số bệnh nhân có khả năng tái phát cao ( rìa cắt (+), có thủng ruột hay abscess, T4) • Trong ung thư trực tràng: chưa có bằng chứng cụ thể về lợi ích của xạ trị hậu phẫu | |
| **Theo dõi sau phẫu thuật**   * - Thăm khám LS: mỗi 3-6 tháng trong 2 năm đầu tiên, mỗi 6 tháng trong năm 3, 4 và 5 để khám lâm sàng. * - CEA mỗi 3-6 tháng trong 2 năm đầu . * - Nội soi ĐTT trong 3-6 tháng trong 3 năm đầu, mỗi 6 tháng cho 2 năm tiếp * - CT mỗi năm trong 5 năm | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Biến chứng sau mổ đại tràng** | | |
| Chảy máu sau mổ | 24-48 giờ | -Vào đường tiêu hóa: Tiêu phân đen, tiêu máu đỏ  - Vào ổ bụng: HC xuất huyết nội (Da xanh, niêm  nhạt, M nhanh, HA hạ, rối loạn tri giác, ấn đau  vùng thấp, phản ứng dội +) |
| Nhiễm trùng (vết mổ, áp xe tồn lưu) | Từ ngày 3 | - Sốt, thở nhanh nông, M nhanh  -Đau bụng ngày càng tăng, - Bụng chướng  - Vết mổ sưng, đỏ, rỉ dịch, máu  - Ấn đau khắp bụng, đề kháng + |
| Bục xì miệng nối | Từ ngày 5 | - Sốt cao  - Chướng bụng, Đau bụng lan tỏa, ngày càng tăng  - Ấn đau khắp bụng, đề kháng +  - Túi cùng Douglas rất đau |

**BIẾN CHỨNG CỦA UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG**

**TẮC RUỘT**

1. đặc điểm

- Là **biến chứng thường gặp nhất**, tỉ lệ 10-30% (8-10%).

- Thường gặp ở **đại tràng (T)** (2/3 đại tràng trái, 1/3 ở đại tràng phải).

- 2 dạng:

* Tắc ruột thấp: do khối u to chèn bít kín lòng đại tràng (vì khối u xâm lấn theo chu vi và theo chiều cao nên dễ gây hẹp lòng).
* Tắc ruột cao: do quai ruột non thâm nhiễm dính vào khối u gây gập góc.

- Hầu hết các trường hợp **tiên lượng không thuận lợi** (tuổi tác của bệnh nhân, ung thư giai đoạn đã tiến triển và tình trạng khẩn cấp cần phải can thiệp ngoại khoa).

**- Tăng nguy cơ biến chứng của cuộc mổ**: vì hầu hết bệnh nhân này phải mổ cấp cứu, ruột không được chuẩn bị tốt.

* Cân nhắc giữa mổ cấp cứu hay mổ chương trình.

→ Lựa chọn thường áp dụng nhất hiện nay là **mổ cấp cứu cắt nối ruột thì đầu**.

1. lâm sang

**TCCN:** Đau – nôn – bí – chướng.

* Đau: là triệu chứng sớm nhất, đau bụng dọc theo khung đại tràng, đau từng cơn với cường độ vừa, mỗi cơn kéo dài khoảng 30 giây, khoảng cách giữa các cơn từ 15-20 phút.
* Nôn: mức độ và tính chất phụ thuộc vào vị trí tắc, ói ra phân ở giai đoạn muộn.
* Bí: trung tiện và đại tiện.
* Bụng căng chướng.

***TCTT:***

* Toàn thân: dấu mất nước, thân nhiệt, mạch, huyết áp có thể thay đổi.

Giai đoạn trễ: ói ra phân → mất dịch nặng (sốc với mạch nhanh, nhẹ, khó bắt, lạnh, tím, da khô, huyết áp kẹp, tụt).

* Bụng:
* Nhìn:

+ Bụng chướng: tùy vị trí tắc, mức độ tắc.

+ Quai ruột nổi, dấu rắn bò.

* Nghe: NĐR lúc đầu tăng → giảm → mất.
* Sờ:

+ Ngoài cơn đau thường không đau.

+ Có thể sờ thấy u ở trực tràng.

Gõ: gõ vang 1 vùng → khắp bụng

1. cận lâm sang

***X-quang bụng đứng không sửa soạn***: có thể cho thấy mực nước hơi và chẩn đoán được tắc ở ruột già.

***Siêu âm***: có thể thấy các quai ruột non dãn rộng chứa dịch và tăng nhu động, có thể thấy khối u nếu nó lớn, thấy dịch trong ổ bụng và các di căn trong ổ bụng.

***CT-scan bụng***: đánh giá tắc ruột, vị trí khối u và di căn chính xác hơn siêu âm.

Khi tổng trạng bệnh nhân cho phép có thể ***Nội soi đại tràng*** xác định vị trí bấm sinh thiết gửi GPB, có thể khoan xuyên qua khối u để giải phóng tắc nghẽn, trì hoãn can thiệp phẫu thuật cấp cứu.

X-quang ngực thẳng: tìm di căn.

Vì bệnh nhân thường lớn tuổi nên sẽ có nhiều bệnh kết hợp do đó cần đánh giá toàn diện trước khi phẫu thuật: creatinin HT, ure, điện giải đồ, khí máu động mạch.

Nếu có mất nước cần cung cấp đủ.

ECG: là bắt buộc đối với XN tiền phẫu.

1. chẩn đoán phân biệt

* Tắc ruột cao: đau quặn từng cơn với triệu chứng học nổi bật là tần số và cường độ nhiều hơn, nôn ói ra thức ăn và để tắc nghẽn quá lâu thì nôn ra phân. X-quang bụng đứng không sửa soạn: mực nước hơi phân bố ở trung tâm, đường kính chân lớn.
* Lồng ruột.
* Xoắn đại tràng xích ma.
* Thoát vị nghẹt.
* U từ các cơ quan lân cận xâm lấn thành ruột (dạ dày, tụy, hệ niệu, sinh dục…)
* U lành.

Thường trong cấp cứu, phẫu thuật sẽ được thực hiện trước và nguyên nhân sẽ được chẩn đoán trong lúc mổ.

1. xử trí

**Chuẩn bị tiền phẫu:**

* Đánh giá kĩ lưỡng và nhanh chóng vì người bệnh có thể sẽ thay đổi tri giác hoặc sinh hiệu không ổn định.
* Toan chuyển hóa, hạ hay tăng đường huyết, rối loạn cân bằng điện giải (nếu có) phải được điều chỉnh.
* Kháng sinh dự phòng được lựa chọn là Cephalosporin thế hệ 2 hay 3 kết hợp với Metronidazol hay Vancomycin.
* Dự phòng huyết khối tĩnh mạch với heparin trọng lượng phân tử thấp.
* Điều trị triệu chứng với giảm đau, chống nôn, kháng tiết dạ dày và kháng phó giao cảm.
* ***Chống chỉ định thuốc nhuận tràng uống***.
* Đặt sonde NG: giải áp cải thiện phần ruột bị ảnh hưởng, giảm phù nề, phục hồi tưới máu ruột.
* Nếu có làm hậu môn giả nên đánh dấu trước vị trí.

**Nguyên tắc điều trị:**

* Phải điều trị tối ưu hóa các bệnh kèm theo.
* Điều trị tạm bợ khi bệnh nhân suy kiệt hoặc khối u di căn gan không có khả năng cắt bỏ
* Điều trị tạm bợ → tạo lập lại kênh bằng bóng hoặc tia laze Nd - YAG.
* Nội soi đặt ống kim loại.
* Đặt stent kim loại khi đã di căn xa và di căn phúc mạc.
* Jeffrey H.Lee nghiên cứu thấy rằng một ekip có kinh nghiệm sẽ thành công với tỉ lệ 94%. Tỉ lệ thất bại chỉ 7,3% do K tăng sinh. Tử vong hầu hết liên quan K tăng sinh hơn là do can thiệp phẫu thuật.
* Nhược điểm của stent là do kỹ thuật bao gồm di lệch 11%, thủng 4,5%, K phát triển gây tắc nghẽn 12%.
* Thế kỉ 20, tiến trình bao gồm 3 bước sau:
  + Làm hậu môn nhân tạo giải quyết tắc nghẽn.
  + Cắt bỏ khối u.
  + Tái lập lại lưu thông ruột.

Thuận lợi là làm khi đã chuẩn bị ruột kỹ càng nhưng nhược điểm là tỉ lệ tử vong 7% cho mỗi lần can thiệp.

1921, Hartman đề nghị phẫu thuật 2 thì: cắt u và làm hậu môn nhân tạo một thì và sau đó sẽ tái thông ruột. Thậm chí nếu có thể được thì làm 1 thì.

* Khi không có điều kiện cắt đại tràng trong cấp cứu → đưa đại tràng trước khối u làm hậu môn nhân tạo tạm → cắt bỏ đại tràng sau vài tuần lễ khi đại tràng đã được chuẩn bị và bệnh nhân được hồi sức tốt.
* Nhưng trong đa số các trường hợp tắc ruột, ung thư đã ở giai đoạn muộn → hầu hết chỉ là phẫu thuật tạm bợ và để hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

**Lựa chọn phương pháp điều trị tuỳ thuộc vị trí phẫu thuật**

* K đại tràng (P): có thể cắt bỏ đại tràng phải có u và nối với hồi tràng thì đầu. BN lớn tuổi, RL tri giác và di căn trong khoang phúc mạc có thể nối hồi tràng với đại tràng vòng qua khối u.
* K đại tràng ngang: thống nhất cắt nối thì đầu, ở những ca mà ruột căng nhiều, người già với suy chức năng đa cơ quan, RL tri giác hay di căn phúc mạc, can thiệp 2 thì: mở hậu môn nhân tạo trên khối u và sau đó cắt đoạn đại tràng chứa u rồi nối đại tràng với đại tràng.
* K đại tràng (T): hạn chế nối ngay vì dễ bục, chỉ nối khi đã thực hiện phương pháp tưới rửa đại tràng thật tốt trong lúc mổ.

Có rất nhiều tranh cãi quanh việc K đại tràng (T) nên phẫu thuật 1 thì hay 2 thì.

Lý tưởng nhất là cắt đại tràng (T) và nối đại tràng - trực tràng 1 thì.

Nếu đại tràng căng nhiều hay khó khăn trong kỹ thuật cắt u hay ASA (American Society of Anesthesiologist) score > 3 nên làm 2 thì.

* K trực tràng: điều trị phẫu thuật phụ thuộc vào tổng trạng chung của bệnh nhân, vị trí và giai đoạn ung thư.

Có thể thực hiện cắt trực tràng đoạn trước, phẫu thuật Hartmann hay làm hậu môn nhân tạo đơn giản.

**NHIỄM TRÙNG KHỐI U VÀ ÁP XE QUANH KHỐI U**

Tỉ lệ: 1-7%.

Lâm sang

* Sốt, có khi sốt cao và tổng trạng suy sụp nhanh.
* Đau nhiều nơi khối u, thành bụng vùng khối u co cứng đau.
* Nhiễm trùng khối u → áp xe quanh khối u.
* Nếu áp xe khu trú → viêm phúc mạc tại chỗ khối u với dấu nhiễm trùng và dấu phập phều dưới da.
* Chẩn đoán phân biệt: áp xe ruột thừa, áp xe thành bụng, đám quánh túi mật.

**VIÊM PHÚC MẠC**

* Tỉ lệ: 3-6%.
* Do áp xe quanh khối u vỡ, do khối u thủng hoặc do đại tràng phía trên khối u căng dãn và vỡ (thường xảy ra với K ở đại tràng trái gây xơ cứng hoàn toàn và căng đoạn ruột ở phía trên).
* Thủng là biến chứng hiếm gặp nhưng rất nghiêm trọng.
* Thủng cạnh u thường ở đại tràng (P) gây áp xe thủng vào phúc mạc tự do.
* **Lâm sàng:**
* ***TCCN:***
* Đến vì đau bụng cấp dữ dội và lan tỏa.
* Bệnh sử cho thấy có rối loạn đi tiêu (tiêu chảy xen kẽ với táo bón), máu trong phân, nhầy và mủ kèm sụt cân.
* ***TCTT:***
* Dấu hiệu nhiễm trùng.
* Dấu hiệu của sốc (huyết áp thấp, lạnh, tím, da khô và rối loạn tri giác).
* Co cứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, trễ mất nhu động ruột.
* **Cận lâm sàng:**
* ***X-quang:***
  + Có thể có khí trong ổ bụng.
  + Manh tràng có thể dãn rộng báo trước thủng do trướng.
  + X-quang hoặc CT-scan bụng có thể cho hình ảnh áp xe bít kín lỗ thủng do khối u.
* ***CTM và SH máu:*** có tăng bạch cầu và có nguy cơ suy thận (creatinine máu tăng).
* Chẩn đoán phân biệt: áp xe ruột thừa, áp xe từ thận.
* **Xử trí**

**Chuẩn bị tiền phẫu:**

Cần chuẩn bị nhanh chóng nhưng kỹ lưỡng.

Sử dụng kháng sinh phòng ngừa phổ rộng, làm xét nghiêm tiền phẫu (ECG, sinh hóa, KMĐM, X-quang ngực thẳng).

**Viêm phúc mạc do u vỡ:**

* Cắt bỏ đoạn đại tràng có u vỡ và không được nối ngay mà làm hậu môn nhân tạo tạm sẽ phục hồi sau vài tháng.
* Hoặc đưa chỗ vỡ của đại tràng trước u ra làm hậu môn nhân tạo tạm và phẫu thuật triệt để ở thì 2 sau vài tuần nếu giai đoạn ung thư còn cho phép cắt được.
* Rửa ổ bụng và dẫn lưu ổ bụng.

**Áp xe thành bụng do u vỡ ra thành bụng**

* Rạch tháo mủ.
* Phẫu thuật triệt để cắt đại tràng thì 2.
* Nối tắt hay hậu môn vĩnh viễn trên dòng.

**RÒ**

* Hiếm gặp (0,5%).
* Từ khối u ra thành bụng.
* Rò sang các tạng lân cận:
* Rò trực tràng-bàng quang: tiểu dắt, tiểu buốt, tiểu ra mủ, ra phân, ra hơi.
* Rò trực tràng-âm đạo: có phân ở âm đạo.
* Rò đại tràng-dạ dày hoặc tá tràng (do khối u ở đại tràng góc gan và đại tràng ngang): tiêu chảy, tiêu phân sống, nôn ra phân, thể trạng suy sụp nhanh.
* Rò đại tràng-ruột non: tiêu chảy, tổng trạng suy sụp dần.
* Lâm sàng:
* Có phân ở âm đạo.
* Lỗ rò to có thể thấy lỗ thông giữa trực tràng và âm đạo, có thể dễ dàng luồn que thăm qua được lỗ rò.
* Lỗ nhỏ khó xác định có thể đặt một miếng tampon trắng trong âm đạo, bơm xanh methylen vào trực tràng thấy tampon chuyển màu xanh.
* Cận lâm sàng:
* Chụp X-quang âm đạo có bơm cản quang: thấy đường rò.
* CT-scan, MRI: có thể xác định lỗ rò và nguyên nhân của lỗ rò.
* Xử trí:

Phẫu thuật thường 2 thì:

Thì 1: làm hậu môn nhân tạo trên dòng ở đại tràng chậu hông.

Thì 2: phẫu thuật triệt để cắt rộng cả trực tràng và cơ quan bị rò (tử cung, phần phụ và âm đạo hoặc bàng quang).

* **Rò đại tràng-dạ dày hoặc ruột non 🡺** Cắt đại tràng và cơ quan bị rò.

**XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA**

* Hiếm gặp (0,5%).
* **Lâm sàng:**
* ***TCCN:***
  + Tiêu phân đen: K đại tràng (P).
  + Tiêu máu đỏ tươi: thường gặp ở K đại tràng xích ma và trực tràng.
  + Mệt mỏi, xanh xao.
  + Rối loạn đi tiêu (táo bón xen kẽ tiêu chảy), sụt cân, thay đổi tổng trạng.
  + Đau bụng từng cơn, mót rặn, phân có nhầy.
* ***TCTT:***
  + Da niêm nhạt, có thiếu máu cấp hoặc mạn.
  + TR: Phát hiện máu trong phân.
* **Cận lâm sàng:**
* ***Nội soi đại trực tràng:*** xác định vị trí khối u và bấm sinh thiết gửi GPB.
* ***Siêu âm, CT-scan bụng:*** được dùng chẩn đoán di căn trong ổ bụng.
* ***X-quang ngực thẳng:*** chẩn đoán di căn phổi.
* ***Xạ hình TC99:*** nhạy 91%, đặc hiệu 100% trong việc khu trú nguồn chảy máu.
* ***Sinh hóa máu và công thức máu:*** phát hiện các bất thường cần điều chỉnh trước phẫu thuật.
* **Chẩn đoán phân biệt:**
* Cần phân biệt xuất huyết tiêu hóa trên (thường nôn ra máu kèm tiêu phân đen) và xuất huyết tiêu hóa dưới (thường tiêu ra máu đỏ).
* Các bệnh gây xuất huyết khác (nhưng bệnh cảnh sẽ rất khác với K đại trực tràng):
  + Viêm loét đại trực tràng xuất huyết.
  + U lành gây xuất huyết.
  + Nhồi máu mạc treo (viêm phúc mạc và sốc).
  + Lồng ruột (tắc ruột).
  + Trĩ và nứt hậu môn (có thể chẩn đoán bằng khám hay soi hậu môn).
* **Xử trí**

**Chuẩn bị tiền phẫu:**

* Đánh giá cấp cứu để tránh trì hoãn việc phẫu thuật.
* Nhanh chóng truyền máu (thường Rh- vì là trường hợp khẩn cấp) và điều chỉnh rối loạn điện giải.
* Mục đích là loại bỏ nguồn chảy máu như K trực tràng. Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định nên can thiệp triệt để.
* Nếu K đại tràng (P) gây xuất huyết thì cắt đại tràng phải, bên trái thì cắt đại tràng (T). Ở đại tràng xích ma có thể cắt khối u hay cắt u và đóng mỏm trực tràng phụ thuộc vào khoảng cách từ khối u đến rìa hậu môn.
* Đôi khi u đã ở giai đoạn muộn, khó phẫu thuật lấy u, người ta làm hậu môn nhân tạo phía trên khối u hay nối đại tràng-đại tràng, đại tràng-ruột non với hy vọng đoạn ruột chứa u sẽ được nghỉ ngơi tránh các chấn thương tại chỗ do sự thoát phân, từ đó ngưng chảy máu.