# Bệnh học

* Biến chứng của loét: chảy máu > thủng > hẹp môn vị. K thì tỷ lệ hẹp môn vi nhiều hơn
* Hình dung BN: nam>nữ, 20-50 tuổi, lao động chân tay, sáng sớm. Nằm ngửa thì chống chân, gối đầu cao. Hoặc nằm nghiêng, cong lưng tôm
* Lỗ thủng
  + Loét xơ chai > loét non
  + Loét mạn > loét cấp (<3 tháng)
  + Loét tá tràng > loét dạ dày 3-4 lần. Thường thủng loét mặt trước hành tá tràng nên mới có thể chảy ra đầy ổ bụng
  + Lỗ thủng tá tràng (1cm) < lỗ thủng dd
* Triệu chứng
  + Đau: 100%

Bí trung đại tiện 80%

Nôn ra máu: kissing ulcer.  
1 số ít BN sốc trong giờ đầu. Đó chỉ là thoáng qua

* + Tiền căn đau 80%. BN K thườnng ko đau
  + Co cứng 90%. 10% chỉ cảm ứng PM (nhớ từ trẻ đến già)
    - Mấy đứa choi choi: nghiện ma túy
    - BN trẻ đến trễ >24h: mỏi cơ sau gồng lâu, hạ kali
    - Nữ đẻ nhiều
    - Già
  + Hp (+) 90%
  + Liềm hơi 80%
    - Thủng lúc dd sạch
    - Ổ loét nhỏ khi thủng đc mạc nối bao lại

Thủng tạng rỗng ko nội soi dd-tt nhaz!!! Vì khi bơm hơi sẽ đẩy thức ăn vào khoang phúc mạc.

* VPM hóa học chuyển sang VPM vi khuẩn sau 12h
* Chẩn đoán phân biệt (nhớ theo thứ tự từ trên 🡪 dưới ống tiêu hóa)
  + Viêm tụy cấp: BN rên la, tư thế gập người/cò súng chứ ko nằm im. Khám *ko co cứng*, ấn đau điềm sường-thắt lưng P. Amylase máu-nước tiểu, SA, XQ, CT
  + Thấm phúc mạc mật/VPM mật: đau, sốt, vàng da, bụng *ko co cứng*. Siêu âm đi
  + Thủng tạng khác (ruột non): *ko co cứng* rõ
  + Viêm ruột thừa: bệnh sử
* Điều trị nội (hẹp môn vị là: hút dd, bồi hoàn, thụt tháo)

1. Hút dạ dày
2. Bồi hoàn nước điện giải, chất dinh dưỡng (đặc biệt ở BN hẹp môn vị 🡪 thiếu chất, hạ HA, tổng trạng kém)
3. Giảm đau
4. Kháng sinh
5. KHÁNG TIẾT

# Mổ

1. Cắt dạ dày

* Chỉ định (cách nhớ: trước-trong-sau mổ)
  + Chắc chắn K (chẩn đoán trước đó)
  + Nghi K
  + Đang khâu thủng thì GPB về K

Mấy trường hợp này mà chỉ khâu thủng thôi thì 2 tuần sau mới mổ lại cắt dd

* Điều kiện
  + Đến sớm trước 12h
  + Khoang bụng phải sạch
  + BN ko phải người già: vì thưởng có bệnh mạn tính, chưa kiểm tra kỹ trước mổ
  + BN chịu đc cuộc mổ
  + DD thủng khi đói

1. Cắt TK X

* Chỉ định: loét tá tràng
* Sợ nhất là phải bóc tách, gây nhiễm khuẩn trung thất
* Điều kiện
  + Đến sớm
  + Khoang bụng phải sạch
  + Ko hẹp môn vị

1. Khâu thủng

* Cách làm
* Cắt rộng lỗ thủng vì : ổ loét bên trong niêm mạc rộng hơi phần nhìn thấy ngoài thanh mạc
* Khâu chữ X khi mô xung quanh mềm mại, khâu chữ I khi mô xơ chai làm hẹp môn vị (mũi chữ I đi theo trục dọc dd, ko làm hẹp lòng)
* Có thể tạo hình bằng mạc nối lớn lên đường khâu
* Nối vị tràng khi môn vị đã hẹp
* Biến chứng (giống biến chứng của loét: chảy máu, thủng, hẹp MV; thêm cái áp xe tồn lưu thôi)
  + Chảy máu: kissing ulcer có thể gây chảy máu mấy ngày sau khi khâu thủng
  + Xì chỗ khâu: nặng thì gây VPM, phải mổ lại để dẫn lưu ra da hay cắt dd. Nếu nhẹ có thể hút liên tục, chờ tự bít
  + Hẹp môn vị: mổ lại, nối vị tràng
  + Áp xe sót: thường ở túi cùng Douglas

1. Khâu thủng qua nội soi

* Chỉ định: nên dùng cho loét tá tràng
* Điều kiện (cách nhớ = ĐK cắt TK 10 + ko CCĐ nội soi)
  + Đến sớm trước 12h
  + Khoang bụng phải sạch
  + Ko hẹp môn vị
  + BN ko phải người già: vì thường có bệnh tim, hô hấp…ảnh hưởng bơm hơi nội soi

1. Tiệt trừ Hp

* Omeprazole 20 mg x2 lần/ngày, uống trước ăn 30p  
  Amox 1000 mg x2 lần/ngày  
  Metro, clarithro, tetra 500 mg x2 lần/ngày  
  Bismuth 240 mg x2 lần/ngày
* Phác đồ 3 thuốc: PPI+AC, PPI+MC, PPI+AM
* Thất bại với 1 trong 3 phác đồ trên thì chuyển sang 4 thuốc: PPI+BMT
* Uống kháng sinh trong 1 tuần, rồi duy trì PPI: 3 tuần với loét hành tá tràng, 5 tuần với loét dd