TR

Hẹp môn vị hay tắc tá tràng… tóm lại là tắc trên góc Treitz ko gọi là TR, mà là gastric outlet obstruction

### TRIỆU CHỨNG

* Đau🡪 nôn 🡪 bí 🡪 chướng. Thường đau trước rồi mới nôn. Sau 24h mới kết luận có bí trung tiện hay ko. Sau 36h mới kết luận bí đại tiện (24-48h)
* Lúc đầu, đau từng cơn do TK tạng. Trên và dưới chỗ tắc đều tăng co bóp, đặc biệt là trong tắc ruột do thoát vị Richter (thoát vị 1 phần của thành ruột phía bên đối diện với mạc treo)
* Sau đó chuyển sang đau liên tục do:
* Tại ruột: thiếu máu, viêm quá mức, TK nội tại (khi trong bụng có tai nạn, thì ngừng nhu động, ngừng hấp thu để giảm nhiễm độc)
* Biến chứng: rối loạn nước điện giải, VPM

### KHÁM

Nhìn, nghe, gõ, sờ lúc đau và lúc ko đau. Khám hậu môn

* Nhìn
  + Chướng ít, vừa, nhiều, ở vùng nào của bụng
  + Dấu quai ruột nổi, dấu rắn bò: nhìn ở mp tiếp tuyến thành bụng trước.
* Nghe âm ruột ở cả 4 phân khu ổ bụng
* Gõ vang
* Sờ: dấu rắn bò
* Khám hậu môn. Coi triệu chứng (+) là u, máu, triệu chứng (-) là phân. Sờ thấy lòng trực tràng trống, nhưng rút găng dính phân thì cũng là ko có phân thôi!!!

### CÁC THỂ

* Bán tắc: trung tiện được, đại tiện ko được, có tiền sử đau giống vậy
* Thắt nghẹt thì ruột sẽ hoại tử ruột sau 6h
* Tắc ruột già, van hồi manh tràng đóng kín trong 40% các trường hợp 🡪 tắc ruột quai kín. Manh tràng trên 10 cm thì lo đi mổ đi
* Tắc ruột non, ứ đọng ngược lên dạ dày rất ít gặp vì khúc nối tá tràng-hỗng tràng ngăn cách rất tốt
* Lồng ruột non do u lành tính ở người lớn bị Peurtz-Jeghers thường tự tháo lồng được, khi chụp lại không thấy hình ảnh bất thường, sẽ chẩn đoán nhầm là viêm ruột

### NGUYÊN NHÂN-tắc ruột

TR do dính (40%) 🡪 TR do K (20%) 🡪 thoát vị (10%)

1. TR do dính: thường gặp nhất.

* Dây dính bẩm sinh ở người trẻ, chưa từng mổ, hiếm gặp, thường do sự quay ruột không hoàn chỉnh hay tồn tại dầy chằng rốn.
* Dây dính sau mổ
* Sẹo mổ cũ: ko chỉ nhìn mà còn phải hỏi bn vì vết mổ nội soi có thể khó thấy, có thể bỏ qua dây dính sau mổ.
* Thường gây tắc ruột non do ruột non di động, đường kính nhỏ, đặc biệt sau những phẫu thuật ở khoang mạc treo tràng dưới hay khung chậu.
* Vết mổ trên rồn, sau lưng: ít gây TR

Mổ cắt dạ dày ở trên, có đại tràng ngang và mạc nối lớn che phủ ruột, ít gây TR do dính. Mổ sỏi thận đường hông lưng, ko liên quan tắc ruột.

1. TR do K: đứng thứ 2  
   TR do K nguyên phát, ngoài K đường ruột thì K buồng trứng cũng thường gặp. Tắc ruột do K thứ phát, thường nhất là K biểu bì phúc mạc
2. TR do thoát vị: đứng thứ 3, thường gặp nhất do thoát vị bẹn.

* Thoát vị bẹn nghẹt/đùi nghẹt thì rất dễ nhận biết, thoát vị bịt nghẹt rất dễ bị bỏ sót-nữ già, ko tiền căn mổ bụng, có dấu Howship Romberg (đau lan xuống mặt trong đùi khi dạng duỗi đùi hoặc khi xoay trong đầu gối). Thoát vị vết mổ: khi sờ dọc theo vết mổ, sẽ thấy 1 chỗ có cân hõm xuống
* Thoái vị nội có thể do bẩm sinh hay do phẫu thuật. Thoát vị nội bẩm sinh qua lỗ mạc treo, thoát vị nội mắc phải khâu ruột chưa khâu mạc treo.

1. Nếu ko phải thì bắt đầu xét:

* Trong lòng: bã TĂ, sỏi, búi giun, phân (nhớ theo thứ tự từ trên xuống dưới)
* TR do bã thức ăn: BN bị rụng răng, nối vị tràng, cắt dạ dày. Khi mổ, nếu bã mềm thì đẩy qua van hồi manh trành. Nếu cứng thì đầy lên đoạn ruột phía trên, mổ ruột, lấy bã thức ăn ra
* BN tâm thần, ăn tóc, thường bị hẹp môn vị hay tắc hỗng tràng
* Trên thành: viêm (vi khuẩn-lao, ko do vi khuẩn-Crohn), u lành (polyp, lồng ruột), u ác
* Từ ngoài: dây dính, thoát vị  
  TR sau xạ trị: tắc ruột mạn tính tái đi tái lại (do dính nhiều), tiêu chảy kém hấp thu, tổn thương mạch máu

### NGUYÊN NHÂN-liệt ruột

|  |  |
| --- | --- |
| Nguyên nhân liệt ruột | Nguyên nhân Olivie |
| Nhiễm trùng trong ổ bụng | K xâm lấn hạch giao cảm trong ổ bụng |
| RL nước điện giải | Hạ Kali |
| Thuốc | Thuốc hướng thần kinh |
| Đường huyết cao | Bệnh tim mạch |
| Ure huyết cao |  |

* Hội chứng giả tắc đại tràng Ovilgie:
* Thường xảy ra ở BN lớn tuổi, chấn thương nặng (đặc biệt bỏng do nhiệt), nằm liệt giường, hoặc trong gđ hậu phẫu PT tim ,PT vùng bụng chậu …
* Triệu chứng: ko đau, nôn, bí, chỉ có chướng. Khám bụng không đau và nhu động ruột bình thường.
* XQ bụng kss : ĐT chướng đầy hơi , đặc biệt ĐT lên và ĐT ngang. Chụp ĐT cản quang không thấy tắc ruột cơ học.
* Câu trắc nghiệm: bệnh cảnh tắ đại tràng nhưng chụp XQ đại tràng thì bình thường

### CẬN LÂM SÀNG

1. XQ bụng đứng ko sửa soạn
   * Ko sửa soạn: ko thụt tháo, ko uống thuốc. KUB có tia cứng hơn vì muốn thấy sỏi thận, sau PM
   * Khi nằm, ruột đổ về 1 bên, chỉ thấy ruột giãn, ko thấy mực nước hơi. Nếu BN ko đứng được thì chụp XQ tư thế Fowler hay nằm nghiêng 1 bên
   * Bình thường: ko thấy ruột non, thấy hơi trong ruột già. Thành ruột <3mm
   * TR

* Mực nước hơi: xuất hiện sau 2h🡪 có thể ko rõ khi tới sớm trước 2h hoặc bán tắc. Chuỗi hạt nếu đến trễ, 1 dấu hiệu để mổ
* Ruột dãn trên chỗ tắc. 3 cm ruột non, 5 cm ruột gìa
* Giảm hay mất phân/hơi ở ĐT
* Dày thành ruột >3mm
  + Vẫn còn hơi trong ruột già 🡪 chẩn đóan bán tắc cận lâm sàng.
    - Có thể là bán tắc thật. Khi chụp lại XQ mà hơi nhiều hơn, dịch ít hơn, đó là dấu hiệu tốt
    - Có thể do lồng ruột
    - Có thể là TR tới sớm, cần chụp nhiều phim XQ để theo dõi.
  + Thắt nghẹt ruột: hình ảnh 1 quai ruột cố định ở phim chụp đứng và phim chụp nằm

1. Siêu âm: ko gặp khó khăn dù mới chụp XQ barit
   * TRCH
   * Dấu hiệu máy giặt do dịch di chuyển tới lui
   * Quai ruột dãn >= 2.5 cm, nằm kế quai ruột xẹp.
   * TR do thắt
   * Dãn im lìm: quai dãn tăng nhu động nằm kế quai dãn im lìm
   * Dịch ổ bụng thành lập nhanh
   * Dày thành ruột >3mm
2. CT-scan:
   * TR

* Dấu hiệu mỏ chim ở vùng chuyển tiếp
* Quai ruột dãn >= 2.5 cm, nằm kế quai ruột xẹp
  + Thắt:
* Quai ruột ko bắt cản quang, hơi trong thành ruột  
  Hình xoắn hay ứ đọng trong lòng của mạch máu mạc treo
  + Dịch ổ bụng
  + Dày thành ruột
  + Chẩn đoán xác định thì CT>SA> XQ. Chẩn đoán nguyên nhan : CT>SA, XQ=0
  + CT tương đương XQ cản quang. Bán tắc thì CT ko chẩn đoán được, phải làm XQ cản quang

1. XQ cản quang

* Không chụp XQ cản quang trước, vì sẽ làm chóa hình, không chụp CT được
* Chỉ định
* BN có LS và XQ ko sửa soạn rất phù hợp với tắc ruột non đoạn thấp nhưng không có tiền căn Pthuật hoặc không có bằng chứng của thoát vị ngoài.
* Nghi ngờ tắc ĐẠI TRÀNG
* ∆bán tắc ruột
* Đường dùng : bơm hậu môn (đa số) hoặc uống (nếu tắc hoàn toàn thuốc sẽ không lấy ra được)
* Chất cản quang : Barit hoặc chất cản quang tan trong nước (gastrografin)

|  |  |
| --- | --- |
| Barit | Tan trong nước |
| Niêm mạc rõ hơn | Pha loãng làm lu mờ các dữ liệu liên quan đến nguyên nhân tắc ruột. |
| Cô đặc lại ở trên chỗ tắc 🡪làm nặng thêm tắc ruột | Độ thẩm thấu cao 🡪hút nước từ thành ruột vào lòng ruột 🡪 giảm phù nề thành ruột 🡪 tăng nhu động: có thể giảm tỉ lệ TR phải mổ |
| Thủng sẽ VPM | VPM ít hơn |
| Hít sặc nhẹ hơn do barit khu trú trong phổi | Hít sặc nặng hơn do lan ra |

* Chống chỉ định trên những BN
* 1 chẩn đoán rõ ràng là tắc ruột hoàn toàn
* Nghi ngờ có thủng ruột (tới trễ hơn 48h, dấu viêm phúc mạc) hoặc tắc ruột loại thắt nghẹt.

### BIẾN CHỨNG: toàn thân, tại chỗ

* Tại chỗ: hoại tử ruột.
* LS: BN sẽ đau liên tục, dấu VPM, sốt
* CLS
* Toan CH , tăng BC , tăng amylase máu , tăng LDH máu : có thể gợi ý nhưng ko đặc hiệu.
* SA bụng , SA Doppler: phát hiện sớm thiếu máu nuôi: quai ruột dãn ,nằm bất động trên SA
* Toàn thân: ngoài nhiễm trùng, RL nước điện giải. Còn có RL toan kiềm do:
* Nôn ói nhiều 🡪 mất HCl 🡪 kiềm chuyển hoá.

🡪 giảm V tuần hoàn 🡪 tăng a.lactic + suy thận 🡪 toan chuyển hoá

* VPM, NT huyết 🡪 toan chuyển hoá .

### ĐIỀU TRỊ

1. **Điều trị nội**
2. Hút dạ dày ruột: tube Levin

* Giảm áp 🡪 bớt chướng, bớt đau.
* Ngừa trào ngược vào KQ
* Chuẩn bị mổ

Trong TR, 75% hơi là nitrơ do nuốt vào. Phần khí còn lại là do sự lên men đường, CO2 (do axit dịch vị phản ứng với bicarbonate từ dịch tụy và dịch mật), CO2, O2 khếch tán từ máu vào lòng ruột. Nitơ ko hấp thu được sẽ gây chướng, nên đặt tube Levin để giảm bớt nuốt nitơ, bớt chướng

1. Bù nước điện giải: truyền Lactat Ringer  
   BN nhịn ăn uống: dịch duy trì (khoảng 2 lít) + dịch đã và đang mất qua tube Levin
2. Kháng sinh

**Đánh giá hồi sức:** Cải thiện khi bớt đau-nôn-chướng, nước tiểu nhiều hơn, M, HA tốt. Ko cải thiện khi VPM, mấy cái trên nặng hơn

1. **Mổ**

* Tắc ruột do bít có thể hồi sức nội khoa đến 24-48h.   
  Tắc ruột do thắt: hồi sức + mổ khẩn (thời gian vàng là 6h)
* Chỉ định mổ :

- Tất cả TR DO THẮT (ko cố chờ hồi sức)

- TR do dính sau mổ không bớt với điều trị nội

- Tắc ruột hoàn toàn do nguyên nhân khác (sỏi mật, bã thức ăn, búi giun, lao HMT…)

- Tắc đại tràng: do sợ close-loop, đường kính manh tràng 10 cm là lo đi mổ đi

* Cách mổ: hoại tử thì cắt bỏ, VPM thì phải đưa 2 đầu ruột ra ngoài
* Xoắn ĐT chậu hông: nếu chưa VPM thì đặt ống thông trực tràng qua nội soi để tháo xoắn. 1 tuần sau sẽ mô phiên, cắt đoạn đại tràng chậu hông quá dài, để tránh tái phát
* Xoắn manh tràng: chưa hoại tử ruột thì khâu cố định. Nếu hoại tử thì cắt bỏ đại tràng phải, nối 2 đầu lại luôn
* Thoát vị bẹn: khi nghi ruột hoại tử mà đoạn đó quá dài, cát bỏ có nguy cơ RL dinh dưỡng về sau. Thì cắt đoạn chết rõ ràng, 24h sau mở bụng thám sát lại
* Dây dính: nên nội soi, để bớt gây dính chỗ khác tiếp  
  Nếu tắc ruột non mà có VPM thì sau khi cắt xong đoạn ruột hoại tử, sẽ đưa 2 đầu ruột ra ngoài, 3-6 tuần sau mổ lại
* Ung thư đại tràng (P): cắt, nối liền

Ung thư đại tràng (T): cắt nối có rửa ĐT trong mổ

K đại tràng thủng: đưa 2 đầu ra ngoài. Nếu đoạn dưới thấp quá, ko dưa đc, có thể khâu kín đầu dưới nhưng chỗ khâu trên bướu thường bị bục

* Ung thư trực tràng: Làm hậu môn nhân tạo đại tràng chậu hông. Sau 3-6 tuần sau mô lại

1. **Sau mổ:** y chang trước mổ

Hút cho tới khi trung tiện trở lại

* Giảm chướng bụng 🡪 ruột được nuôi dưỡng tốt hơn
* Đỡ khó thở do bụng chướng và do dạ dày ứ nước

XOẮN RUỘT

Xoắn đại tràng sigma chiếm 75% trường hợp xoắn ruột, 25% còn lại là xoắn manh tràng. Xoắn ruột thường xảy ra ở người già, táo bón lâu dài, hay BN rối loạn thể chất, tâm thần. Xoắn đại tràng sigma thường gặp ở nơi núi cao. Điều đặc biệt là bệnh thường diễn tiến trong nhiều ngày. Nguyên nhân xoắn đại tràng sigma:

- Đại tràng sigma dài, 2 chân xích gần nhau do dây dính

- Táo bón

- Phình đại tràng bẩm sinh

Xoắn manh tràng là nguyên nhân tắc ruột già thường gặp nhất ở phụ nữ có thai. Có 2 dạng

- Xoắn thật sự (2/3 trường hợp): manh tràng lỏng lẻo, không dính vào thành bụng sau, xoay quanh trực đại tràng lên dẫn đến hoại tử sớm

- Manh tràng gập góc, đè lên phía trước của đại tràng lên, do dây dính, gây tắc ruột từng đợt, lặp lại, khó chẩn đoán. Có thể tháo xoắn bằng nội soi hay thụt baryt

Nhưng tóm lại manh tràng khó xoắn hơn đại tràng sigma vì nó thường được cố định vào thánh bụng sau

TR sau mổ

-Liệt ruột sau mổ : tất cả các PT vùng bụng đều đưa đến liệt ruột. Thông thường sẽ hồi phục sau 24-48h, tối đa là 3-5 ngày. Nếu quá thời gian trên 🡪 bất thường. Nguyên nhân: thường là VPM do bục miệng nối tiêu hoá hoặc rửa bụng không kỹ.

-Tắc ruột sau mổ:

♦ Tắc ruột sớm sau mổ :

+ là những tắc ruột xảy ra trong 30 ngày đầu hậu phẫu

+ Nguyên nhân : dây dính (90%) , thoát vị nội , abcess tồn lưu ,tụ máu thành ruột..

♦ Tắc ruột muộn sau mổ :

+ Nguyên nhân : luôn phải nghĩ đến dây dính trước tiên , rồi mới tìm những nguyên nhân khác.

* Để tránh dây dính
* Trong mổ: tưới nước ruột (do khi đem ruột ra ngoài ổ bụng, đèn chiếu vào, sẽ khô). Ngoài ra, cần mổ nhẹ nhàng, đóng bụng đúng cách (có thể phủ mạc nối lên ruột, ngăn cách ruột với đường mổ)
* Sau mổ: đi lại vận động sớm

Giai đoạn diễn ra hiện tượng viêm-tạo dây dính mạnh mẽ nhất: Hậu phẫu N10🡪Hậu phẫu tuần thứ 6🡺 PT mở bụng lại trong trường hợp này nguy cơ rất cao (thủng ruột , chảy máu …)

LINH TINH

* Ở đoạn đầu của ruột non, vk thường trú chủ yếu là gram (+), càng xuống phía đưới sẽ là coliform và vk kị khí. Khi tắc ruột, vk sẽ tăng sinh và đạt bình nguyên cao nhất sau 12-48h. Vk thường trú phía dưới chỗ tắc thì vẫn bình thường
* Sau 4h, TB ruột bị giãn hệ thống võng nội mô, sau 6-12h, phù ti thể, hoại tử, thoái hóa nhân… 🡪 vk xâm nhập vào máu thông máu hệ TM cửa và mạch bạch huyết
* Trong 12h đầu, dịch trong lòng ruột tích tụ do kém hấp thu. Sau 24h, dịch trong lòng ruột là kết quả của sự kém hấp thu, bài tiết thêm, tăng tính thấm
* Phản xạ ruột-ruột: 1 quai ruột dãn thì quai kia dãn theo
* Dịch ruột thấm vào khoang màng bụng sẽ ko có vi khuẩn vì là dịch thấm
* 