**THỦNG DẠ DÀY/ UNG THƯ DẠ DÀY**

**TRẠM 1: Hỏi bệnh sử và tiền căn**

Thủng tạng rỗng nhập viện vì đau bụng dữ dội >> thủng tạng rỗng, viêm tụy cấp có biến chứng, tắc ruột- xoắn ruột có biến chứng, viêm phúc mạc do VRT vỡ, phình bóc tác động mạch chủ bụng, u gan vỡ, áp xe gan vỡ, thủng túi thừa đại tràng

1. **Bệnh sử:**

* Đau bụng:
  + Khởi phát: trước ăn. Sau ăn bao lâu
  + Nhai nuốt dị vật, tăm
  + Vị trí đau:
  + Hướng lan:
  + Kiểu đau:
  + Mức độ:
  + Yếu tố tăng giảm
  + Thời gian:
* Nôn, buồn nôn:
  + Nôn bao nhiêu lần
  + Nôn ra dịch như thế nào
  + Sau nôn giảm đau không
* Tiêu phân:
  + Tiêu phân như thế nào, đen sệt, tanh hôi
* Vàng da, vàng mắt
* Tiểu:
  + Lượng
* Bí trung đại tiện:
* Chán ăn, rối loạn tiêu hóa
* Sốt: cao liên tục những ngày trước/ sốt nhẹ
* Ung thư dạ dày: đầy bụng sau ăn, đau sau ăn, chán ăn thịt, sụt cân, nôn ói thức ăn cũ, nuốt khó nuốt nghẹn, tiêu phân đen sệt (phần này sẽ thiên về tiền căn)

1. **Tiền căn:**
   1. Nội khoa:

* Bệnh lý dạ dày, nội soi dạ dày, Hp, điều trị
* Đau thượng vị nhiều lần trước đây
* Tăng huyết áp, tim mạch, hô hấp, COPD,…
* Các bệnh lý nội khoa khác (nội tiết như cường giáp, đái tháo đường, huyết học- máu khó đông)
* Xạ trị
* Viêm gan B, C
  1. Ngoại khoa:
* Tiền căn phẫu thuật
  1. Thói quen:
* Thói quen ăn uống, chế độ ăn ít rau xơ, nhiều thịt béo, thịt cá tẩm muốn, xông khói; thức ăn bảo quản
* Môi trường nghề nghiệp: cao su, than đá
* Hút thuốc lá
* Rượu bia
  1. Dị ứng:
  2. Sử dụng thuốc:
* Sử dụng thuốc giảm đau, đau khớp
* Sử dụng thuốc kháng đông
  1. Gia đình
* Bệnh lý ung thư dạ dày, hay các bệnh ung thư khác
* Đtđ, tha

**TRẠM 2: Tóm tắt bệnh án, đặt vấn đề, chẩn đoán lâm sàng, biện luận**

1. **Tóm tắt BA:**

* BN nam/nữ, xx tuổi, nhập viện vì đau bụng, giờ thứ xx
* TCCN:
  + Đau bụng
  + Nôn ói thức ăn cũ
  + Bí trung đại tiện
  + Sốt
  + Tiêu phân đen sệt
  + Sụt cân
* TCTT:
  + Đề kháng thành bụng, co cứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc
  + Vẻ mặt nhiễm trùng nhiễm độc: môi khô lưỡi dơ
  + Dấu mất nước
  + Bụng gõ vang
  + HMTT: bóng trực tràng rỗng; rút găng có máu; mảng blumer shefl
  + Mayo robson (+): xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên trái
  + Rung gan, ấn kẽ sườn
  + Hạch
  + Dấu hiệu thiếu máu
  + Phụ nữ: nhớ khám buồng trứng krukenberg
* TC:
  + Viêm loét dạ dày Hp điều trị
  + Sử dụng thuốc
  + Bệnh lý nội ngoại khoa
  + Viêm gan B, C
  + Thói quen (thay đổi lối sống)

1. **Đặt vấn đề:**

* Thủng tạng rỗng
  + Đau bụng cấp
  + Viêm phúc mạc toàn thể
  + Xuất huyết tiêu hóa trên
  + Hội chứng thiếu máu mạn
  + Tiền căn viêm loét dạ dày, đau dạ dày, Hp
  + HC cận ung
  + Sử dụng thuốc NSAIDs, giảm đau
  + Nôn ói, thức ăn cũ
  + Suy dinh dưỡng
  + Gia đình:
* Viêm tụy cấp:
  + Đau bụng cấp
  + Mayo Robson (+)
  + Viêm phúc mạc (biến chứng)
* Tắc ruột, xoắn ruột:
  + Đau, nôn, bí, trướng
  + Tiền căn phẫu thuật: nhất là phẫu thuật đường mổ dưới rốn
* Viêm phúc mạc do RT vỡ:
  + Đau di chuyển, sốt, chán ăn,
  + ấn đau, phản ứng dội, đề kháng
  + nói chung VRT biến chứng viêm phúc mạc khu trú nên sẽ đặt nó sau cùng
* Phình bóc tách động mạch chủ bụng:
  + BN lớn tuổi hút thuốc lá nhiều, THA không kiểm soát
  + Khám có khối phồng đập theo nhịp
* U gan vỡ:
  + BN nữ (u mạch máu gan)
  + RL huyết động
  + Dấu thiếu máu cấp
* Áp xe vỡ:
  + BN sốt trc đó vài ngày, sốt sau
  + Rung gan (+), ấn kẽ sườn (+)
* Thủng túi thừa đại tràng
* Cơn đau quặn mật
* Nhồi máu cơ tim thành dưới

1. **Chấn đoán sơ bộ**

* Viêm phúc mạc toàn thể do thủng ổ loét dạ dày tá tràng

1. **Chẩn đoán phân biệt**

* Viêm phúc mạc toàn thể do thủng dạ dày nghĩ do ung thư
* Viêm phúc mạc toàn thể do viêm tụy cấp mức độ nặng
* Viêm phúc mạc toàn thể do u gan vỡ/ áp xe gan vỡ
* Viêm phúc mạc toàn thể do vỡ RT
* Viêm phúc mạc toàn thể do tắc ruột, xoắn ruột biến chứng hoại tử ruột

1. **Biện luận**

**TRẠM 3: Đề nghị, phân tích cận lâm sàng và chẩn đoán xác định**

CLS ban đầu: X quang bụng đứng không sửa soạn

Liềm hơi dưới hoành, tuy nhiên X quang bụng đứng không sửa soạn chỉ phát hiện được 50-70% >> nếu X quang ko thấy thì CT scan

CLS chẩn đoán xác định, nguyên nhân: CT scan bụng có cản quang (có thể không cần nếu X quang thấy rồi)

Hơi tự do ổ bụng, dịch

Mất liên tục dạ dày, tá tràng

CLS khác: Amylase máu, Lipase máu, CRP,

Siêu âm bụng có cần không ? không, vì đề nghị CT scan thì không cần siêu âm bụng nữa

CLS hỗ trợ:

* CTM, nhóm máu, đông máu toàn bộ
* ECG, X quang ngực thẳng
* Chức năng gan
* Chức năng thận
* Ion đồ

**TRẠM 4: Điều trị**

***Nguyên tắc điều trị: PHẢI THUỘC***

* Thuốc giảm đau
* Bồi hoàn nước và điện giải
* Kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm
* Xử trí ngoại khoa tiến hành song song với nội khoa

***Điều trị cụ thể:***

* Dặt sonde mũi dạ dày giải áp, ghi nhận lượng dịch
* Đặt sonde tiểu, ghi nhận lượng dịch
* Truyền dịch: tùy thuộc ion đồ của BN như thế nào
* Truyền PPI: Pantoprazole 40mg 1 ống TMC
* ***Kháng sinh phổ rộng: thủng tạng ống tiêu hóa, dây dịch tiết tiêu hóa >> vết thương nhiễm >>kháng sinh điều trị (phổ khuẩn của dạ dày: helicobacter pylori; streptococcus, lactobacillus: gram âm, gram dương, kị khí gram dương) >> kháng sinh bao phủ 3 con này >> cepha 3/ ceftazidime/ceftriazone/ceftazidime/cefotaxim + metronidazole 10-14 ngày***
* Paracetamol 500mg truyền TM chậm
* Khâu thủng:
  + Nội soi hay mở
    - Thủng loét tá tràng > thủng loét dạ dày
    - Thủng trước 12h, không có hẹp môn vị
    - Chỉ định chặt chẽ
  + ***Thám sát tình trạng tắc đường thoát dạ dày, có thì nối vị tràng***
  + ***Cắt lọc đến lỗ thủng mô lành và khâu lại, nếu ổ loét bờ sượng cứng >> vẫn khâu lại, sau đó chờ tình trạng bn ổn định >> thảo luận lại, nội soi sinh thiết chẩn đoán (sinh thiết tại thời điểm đó, kết quả dễ sai, do đang trong tình trạng viêm, mô dạ dày thâm nhiễm nhiều BC)***
  + ***Phẫu thuật triệt căn vừa giải quyết được biến chứng vừa giải quyết được nguyên nhân hiếm dùng, do không cần thiết nữa, cắt hết dạ dày rồi thời gian sống lâu dài của BN sẽ rút ngắn chất lượng sống giảm. nên dung khi đã chẩn đoán ung thư rồi. VD BN lao phổi tiến triển, mới đặt stent mạch vành, đái tháo đường 200-300, nói chung những trường hợp có nguy cơ cao của phẫu thuật thì những TH nên khâu thôi, sau khi tình trạng BN ổn, giải phẫu bệnh rõ ràng thì mới cắt***
  + ***Ngày xưa, K dạ dày thường đến trễ, dạng thâm nhiễm với loét nhiều hơn chồi sùi, nên biến chứng thủng hay có, ổ loét ung thư thường > 3cm, bờ sượng cứng nhô cao, mà khi thủng khâu bằng chỉ 2-3-4 zero thì không khâu được nhưng lỗ thủng to qua nên không khâu được >> đưa ống pezzer, lấy băng cuốn lại, tạo thành ống dẫn lưu qua hông phải qua khe Wilslow, rửa bụng, đây là giải pháp tạm thời, tiên lượng sống chỉ còn 36 tháng***
  + ***Rửa sạch ổ bụng đến khi nước trong***
  + ***Đặt dẫn lưu ổ bụng: 2 vị trí: túi cùng Douglas, dưới gan***
  + ***Nào rút ODL: nào dịch dẫn lưu vàng trong, lượng 50-100ml/ngày***
  + ***Khẩu thủng (bảo tồn dạ dày) + tiệt trừ Hp***
    - ***Nhẹ nhàng, đơn giản, vừa điều trị ngoại khoa vừa điều trị nội khoa; lành sẹo nhanh, tái phát thấp; tuy nhiên loét tái phát nếu nhiễm Hp***

Điều trị ung thư:

* Nội soi sinh thiết
* CT scan đánh giá giai đoạn
* Marker ung thư
* Xét nghiệm tiền phẫu

Nguyên tắc điều trị:

Nguyên tắc phẫu thuật:

1. Cắt bỏ hết mạc nối lớn, mạc nối nhỏ
2. Nạo vét hạch hệ thống tùy theo vị trí của thương tổn ung thư, ít nhất 15 háhcj
3. Bờ cắt dưới môn vị 2cm,
4. Bờ cắt trên cách tổn thương ít nhất 4cm
5. Bướu giai đoạn T4b cắt thành khối cùng với cơ quan bị xâm lấn
6. Không cắt lách dự phòng, thường quy, trừ khi lách hay rốn lách bị xâm lấn

Các phương pháp phẫu thuật:

Hóa trị trân hỗ trợ:

* Khi nào: hạch Bulky, nghi di căn hạch 16a2/16b1
* Mục đích:
  + Giảm giai đoạn bệnh, tạo thuận lợi cho diện cắt R0
  + Cải thiện tỉ lệ sống còn sau mổ

Hóa trị hỗ trợ:

* Khi nào: giai đoạn II, giai đoạn III
* Mục đích:
  + Giảm tái phát sau mổ triệt căn
  + Cải thiện tỷ lệ sống còn sau mổ

Đánh giá trước mổ:

1. Hội chẩn ung thư
2. Tổng trạng BN: dinh dưỡng, Bệnh nền

* Dinh dưỡng: hội chẩn dinh dưỡng >> nuôi ăn qua đường miệng, tĩnh mạch
* Bệnh nền: hội chẩn chuyên khoa

1. Hồi sức:

* Bù dịch, điện giải

1. Điều trị các bệnh nọi khoa đi kèm
2. Chuẩn bị ruột trước mổ:

* Chế độ ăn trước mổ
  + 3 ngày trước mổ
  + 2 ngày trước mổ
  + 1 ngày trước mổ:
* Fortan uống
* Thụt thát: hẹp môn vị

Các biến chứng sau mổ:

1. Chảy máu: chảy máu miệng nối, xuất huyết nội (thường ngày 1-3)
2. Viêm tụy cấp
3. Tổn thương đường mật
4. Viêm phúc mạc, áp xe tồn lưu, nhiễm trùng vết mổ (thường ngày 3 đổ lên)

* Viêm phúc mạc, áp xe tồn lưu >> mở lại, rửa bụng, đặt dẫn lưu, cấy dịch, kháng sinh
* Nhiễm trùng vết mổ >> cắt chỉ mở rộng vết thương, cấy vết thương, kháng sinh

1. Hội chứng ứ đọng dạ dày
2. Hội chứng Dumping
3. Tắc ruột do dính sau mổ (sớm), liệt ruột sau mổ