# HỆ TIÊU HÓA

## NGOẠI TỔNG QUÁT

**30 câu => Phần này 20 câu**

CÂU HỎI:

* ***Trước mổ cho bệnh lý K dạ dày thì sẽ dùng PPI TM liều chuẩn***
* Điều trị Hp sau mổ sau hẹp môn vị có loét:
  + Thủng tá tráng thường là do Hp.
  + NÊN điều trị Hp sau khi đã đc ổn định
* PT ung thư dạ dày – khi có chỉ định PT triệu để thì sẽ PT cắt dạ dày + NẠO HẠCH
* Thủng dạ dày mà có Hẹp môn vị + CT không gợi ý lành tính => đánh giá nhiều yếu tố: tổng trạng BN, tình trạng ổ bụng sạch hay dơ, đánh gí lâm sàng
* VRT: LS nghĩ VRT Alvarado 5-8 điểm, siêu âm đã không thay đổi
  + Nếu ĐK ổn, mọi chuyện ổn => theo dõi
  + Nếu ĐK không ổn, diễn tiến xa => Chụp MRI vẫn tốt hơn CT
  + Hạn chế tối đa chụp CT, XQ ở BN có thai
* *Abcess ruột thừa: Quan điểm mới là mổ cắt ruột thừa luôn*
  + *Tùy tình huống cái ổ abcess. 🡪 vẫn ưu tiên dẫn lưu xuyên d*a
* *VPM ruột thừa: PT mở bụng cắt RT, rửa bụng, dẫn lưu*
* Đại tràng thì dùng CT ngực bụng chậu  
  Trực tràng => MRI chậu + Bụng
* ***U dưới niêm < 1cm ở dạ dày => PT nội soi dưới niêm***
* ***U dưới niêm > 3 cm dưới niêm ở dạ dày -> PT bụng***

*U ở đại tràng phải khi nào không cắt được: 🡪 Xâm lấn tá tràng, xâm lấn vào niệu quản, phúc mạc sau, xâm lấn thận 🡪 HẬU MÔN TRÊN DÒNG*. Nếu không mổ được lần 2 🡪 Nên NỐI TẮT  
ĐT P mà cắt được thì mổ mà cắt nối 1 thì được thì cắt nối luôn!

ĐT góc lách: Xâm lấn thận, xâm lấn niệu quản 🡪 mở HM nhân tạo trên dòng  
không cắt nối liền được vì khó kéo lên

ĐT chậu hông mức độ xâm lấn quyết định cắt được không?

THỰC QUẢN:

* Phương pháp nuôi ăn K thực quản

1. BUỒN NÔN – NÔN

* Bệnh lý quan tâm:
  + Hẹp môn vị
  + Ung thư dạ dày
  + Viêm tụy cấp
  + Tắc ruột
  + Viêm phúc mạc

1. NGHẸN, NUỐT KHÓ

* Bệnh lý:
  + Ung thư dạ dày
  + Co thắc tâm vị
  + Ung thư thực quản

1. ĐAU BỤNG CẤP

* Nguyên tắc điều trị các bệnh lý:
  + Viêm phúc mạc
  + Tắc ruột
  + Viêm túi mật cấp
  + Viêm đường mật cấp
  + Viêm túi thừa đại tràng
  + Viêm tụy cấp
  + Viêm ruột thừa
  + Thủng dạ dày

1. ĐAU BỤNG MẠN Ở NGƯỜI LỚN

* Bệnh lý:
  + Ung thư dạ dày
  + Ung thư tụy
  + Ung thư đại trực tràng

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT

* Chuẩn bị trước ở BN có bệnh nề/Bệnh kèm theo từng cơ quan
* Vai trò của VLTL, chống thuyên tắc huyết khối
* *Kháng sinh dự phòng, KHáng sinh điều trị*
* Dinh dưỡng trước và sau mổ

**NGOẠI TIÊU HÓA – TIÊU HÓA DƯỚI**

Kiểu hỏi: kỹ thuật mổ - chỉ hỏi kỹ thuật đó là gì, cấp cứu thì hỏi kiểu ca này có cần mổ khẩn hay mổ chương trình?

**Vấn đề 1: Trướng bụng, tắc ruột**

* Các tình huống: tắc ruột non hoặc tắc ruột già
* Tiếp cận 1 tình huống nôn ói: thường bỏ qua nguyên nhân từ hệ TKTW (tăng áp lực nội sọ,…). Còn các tình huống tắc nghẽn ống tiêu hóa gồm:
  + Tắc đường thoát dạ dày: tắc thực quản, tắc dạ dày
  + Tắc ruột: đoạn cao (ruột non), đoạn thấp (ruột già)

**Vấn đề 2: Xuất huyết tiêu hóa**

* Chủ yếu là nhắc lại + bổ sung thêm góc nhìn ngoại khoa
* Chẩn đoán vị trí, mức độ, diễn tiến, nguyên nhân của XHTH trên, dưới (LS và CLS)
* Xử trí ban đầu, nguyên tắc điều trị và tiên lượng: hoàn toàn nội khoa, chỉ có tình huống chảy máu không cầm là ngoại khoa -> chỉ cần nhớ ***CHỈ ĐỊNH PT của XHTH (Khi mà điều trị nội soi lần 1 rồi mà còn diễn tiến và tình huống không thể phù hợp để điều trị nội khoa tiếp thì hội chẩn Ngoại khoa)***
* Cần nhớ: XHTH do tăng hay ko do tăng áp cửa, trên hay dưới, nguyên nhân là gì
* 90% trường hợp XHTH là nội khoa can thiệp, ngoại khoa can thiệp <10% trường hợp
* Bảng Forrest (tự nhớ)
* XHTH dưới: (1) từ ruột non: rất khó tiếp cận chẩn đoán, *loại trừ* là chính cho đến hiện nay; (2) đại tràng: dễ hơn vì nội soi được, nhưng cũng tới được đoạn manh tràng và 1 đoạn cuối hồi tràng (hồi manh tràng)
* XHTH dưới: thường là rỉ rả, còn màu sắc chỉ 1 phần nào đó thôi. Có những TH mô tả BN mô tả máu đỏ tươi, thành tia -> nghĩ nhiều chảy máu thấp vùng trực tràng. Có những TH chảy máu đoạn thấp nhưng cơ vòng hậu môn kín, chỉ chảy ra khi đi tiêu nên máu đọng lại, màu sẫm hơn.
* *U ác tính: thường là chảy máu rỉ rả kèm tình trạng thiếu máu mạn*, hiếm khi nào chảy máu ồ ạt.
* *Ngược lại, khi chảy máu ồ ạt lại liên quan đến những ổ loét ăn vào mạch máu, hoặc các dị dạng mạch máu*
* Nhóm chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa: cần lưu ý để xử trí và **phòng ngừa**. Ví dụ: đề cho 1 bệnh cảnh bệnh nền về gan, **hỏi cần tầm soát gì**? -> Đa phần chỉ nghĩ đến tầm soát u gan mà quên đi *tầm soát tăng áp lực tĩnh mạch cửa: thiếu chỉ định NỘI SOI để tầm soát đánh giá dãn các búi TM TQ trước khi nó chảy máu*
* *Bệnh lý trĩ cũng thường đc “gài” trong bệnh cảnh tăng áp lực TM cửa (bệnh gan)*.

**Vấn đề 3: Thiếu máu mạn do bệnh lý đường tiêu hóa**

Nguyên nhân:

* Chảy máu rỉ rả hay ồ ạt do các ổ loét, …
* Tại vị trí chuyển hóa của hồng cầu: dạ dày (thiếu B12), lách (tăng tiêu hủy HC), …
* Tập trung vào mất máu không thấy đc đại thể do ống tiêu hóa

1. Có thiếu máu ko?
2. Có do mất máu qua đường tiêu hóa ko? -> Nội soi tiêu hóa trên dưới, tìm máu ẩn trong phân

**Vấn đề 4: Than phiền vùng hậu môn, trực tràng**

* Trực tràng 15cm cuối và ống hậu môn
* Cần tìm các hình ảnh để phân biệt rò hậu môn hay chỉ là tình trạng viêm nang lông, nhọt thôi?
* Phân biệt trĩ và sa trực tràng ?
* Mục tiêu : tiếp cận đc tình huống than phiền HM-TT -> đưa ra đc CĐSB
  + Trĩ : ko đau trừ khi bị Trĩ nội huyết khối hoặc trĩ ngoại thắt nghẹt. và đau là đau liên tục +/- tăng lên khi đi cầu (thường là trong lúc đi cầu)
  + Nứt HM : rất đau khi đi cầu
* Chẩn đoán đc rồi thì tiếp cận điều trị dễ dàng

**Giải đáp thắc mắc :**

1. Có thể dựa vào khoảng cách để phân biệt là áp xe mô mềm hay áp xe quanh hậu môn không ?
   * Áp xe mô mềm
   * Áp xe quanh HM : **phải có ranh giới giống hình quả trám**, trung tâm là HM, đỉnh phía trước là trung tâm gân đáy chậu, 2 bên cạnh là ụ ngồi, phía sau là mỏm xương cụt -> những tổn thương nằm trong hình thoi này sẽ gọi là áp xe quanh HM, nằm ngoài là áp xe mô mềm (có thể định vị rõ hơn là áp xe tầng sinh môn, …)

Đều là các áp xe vùng mềm nhưng nói áp xe HM là đang muốn nói nguyên từ đến từ nhiễm trùng các lỗ, khe tuyến vùng HM, còn áp xe mô mềm vùng khác là do vi khuẩn ngoài da.

1. Có dựa vào thời gian để phân biệt được rằng chỉ mới viêm thôi hay đã thành áp xe rồi không ?
   * Áp xe : phải là ổ hóa dịch, lỏng, hóa mủ, vỏ bao có thể không có. Bao giờ cũng có hiện tượng viêm xung quanh nó nhưng chưa hóa mủ.
   * *Nếu chỉ mới viêm thì điều trị nội khoa (kháng sinh, kháng viêm), không cần chọc hút mủ*
2. Những lỗ rò nằm 3-9h thì đi hướng nào ? -> Thường đi hướng tâm, nhưng không 100%, độ đúng phụ thuộc lỗ ngoài nằm xa hay gần
3. LS khám có khối trĩ nội 3h và trĩ ngoại 3h luôn thì có nói là trĩ hỗn hợp đc k ? -> Cùng 1 vị trí thì gọi là trĩ hỗn hợp nhưng *như mô tả thì xu hướng là mất sự liên kết*
4. **Có búi trĩ phụ thì gọi là C2 rồi**
5. Giải phẫu bệnh đường rò : là cần thiết -> biết đc mô bệnh học, tỉ lệ ung thư kèm theo, viêm đặc hiệu hay ko đặc hiệu
6. Áp xe móng ngựa : chia trục giữa ***chỉ cần có về 2 phía so với trục 6-12h đã đc xem là áp xe móng ngựa***. Thăm dò = MRI, nhưng hồi xưa chưa có MRI thì bơm thuốc cản quang chụp rồi thay đổi tư thế nếu nằm về 2 phía vẫn xác định đc là áp xe móng ngựa.
7. Thoát vị bẹn đơn thuần không biến chứng thì chọn lựa giữa phương pháp phẫu thuật Lichtenstein và phẫu thuật TAPP (tiền phúc mạc) như thế nào ? -> Cả 2 đều là lựa chọn, và cần thêm nhiều yếu tố khác để xem xét
   * *Lichtenstein : không cần gây mê*
   * *TAPP : cần gây mê, túi thoát vị quá bự khó phẫu thuật nội soi*
   * *Quan điểm sách (thầy Thông) ưu tiên việc phẫu thuật nội soi hơn là mổ hở.*
   * *Nếu bị tái phát thì trước đó là PT hở thì sau này làm nội soi HOẶC ngược lại (PHẪU THUẬT LẠI PHẢI KHÁC NGÃ)*
8. ***TV nghẹt : phải đi sâu vào ổ bụng, ngã sau để kiểm tra có đoạn nào hoại tử*** mà không phát hiện, có khi chỉ thấy đc lỗ thoát vị mà không còn đoạn ruột thoát vị nữa vì nó rơi lại vào trong ổ bụng rồi. Mục tiêu là phải cắt đc tạng hoại tử
9. Rò hậu môn là diễn tiến từ áp xe, nếu thời điểm khám đã có rò nhưng đồng thời khám có áp xe thì chẩn đoán là rò hay áp xe ? -> Nếu áp xe thấy đc lỗ đường rõ thì chẩn đoán áp xe hóa đường rò, còn không thấy lỗ đường rò thì ghi áp xe HM thôi.
10. BN nội soi loét dạ dày, HP(-), nhưng có triệu chứng đau bụng quặn trên rốn, đã cho PPI nhưng không đỡ ? -> Thời gian, liều lượng chưa đủ ? PPI không là chưa đủ ?
11. Tắc ruột nếu đến muộn ruột căng chướng nhiều quá thì có bắt buộc không mổ nội soi đc ko ? -> Đúng nhưng không đúng, vẫn có thể nội soi kèm hỗ trợ
12. Nếu phẫu thuật Hartmann cấp cứu tắc ruột do u đại tràng T xong thì hóa trị trước hay nối lại trước rồi mới hóa trị ? -> Cần GPB của khối đó, đánh giá TNM, cần thì hóa trị trước rồi mới đưa vào, mà thời gian bthg để đưa vào cũng khoảng 3 tháng, còn sau hóa trị thì khoảng 6 tháng.
13. Nội soi cho kết quả u cách 8cm còn MRI cho kết quả u cách 11cm -> thực ra đều nằm ở đoạn trực tràng giữa, và sai lệch này là chấp nhận đc. ***MRI có thể chính xác hơn vì có những mốc để so sánh***, còn nội soi thì thay đổi nhiều hơn  
    🡪 Cùng là phẫu thuật cắt trước thôi (Khi nào khoảng 6-7cm thì cân nhắc thêm là nó qua nếp phúc mạc rồi). Tuy nhiên ở trực tràng thì cắt phải cách bờ u ít nhất 2 cm mới đảm bảo nên cỡ 8cm cũng cần cân nhắc.  
    Vì thế thường các ca này sẽ hóa xạ trị tân hỗ trợ 🡪 gom kích thước khối u lại khi đó cắt sẽ bảo tồn được hậu môn nhiều hơn !
14. U trực tràng cao có chỉ định MRI không ? -> U trực tràng cao thấp giữa gì cũng cần đánh giá TNM nên đều cần MRI. *Chỉ có nếu nó nằm ngay 15cm ranh giới sigma hay trực tràng cao*.
15. *Trĩ hỗn hợp thì cắt hay thắt chỉ, còn nếu trĩ nội nhiều hơn ngoại thì có phối hợp Longo ko ? -> Có, dựa trên đánh giá LS kết hợp Longo*
16. Sỏi túi mật không triệu chứng chỉ có chỉ định cắt dự phòng 1 số trường hợp, hoặc sỏi >2.5cm. Còn vd TH gặp BN ở phòng khám ban đầu sỏi 7-8mm, 6 tháng sau 17-18mm (chưa đạt kích thước chỉ định điều trị) thì có cần cắt túi mật dự phòng ko ? -> Xem lại trước đó là đo kích thước từng sỏi, bây giờ là đo kích thước cả cụm ? LS hay đánh giá nguy cơ dễ nhiễm trùng để chỉ định phẫu thuật.