

TRUNG TÂM ĐÀO TẠO VÀ BỒI DƯỠNG CÁN BỘ Y TẾ
TỔ BỘ MÔN NGOẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

ngoại khoa lâm sàng

TỔNG HỢP CÁC KIẾN THỨC LÂM SÀNG
DÀNH CHO SINH VIÊN Y KHOA
THỰC HÀNH NGOẠI KHOA TẠI BỆNH VIỆN

2007

Để xem và tải các bài, mời các bạn vào trang web:
<http://ngoaikhoa.ttdt.bvndgd.googlepages.com>

MỤC LỤC

Stt	Tựa bài	Trang
Phản đại cương:		
1	Cân bằng nước và điện giải	1
2	Kỹ năng thực hành và các nguyên tắc căn bản trong ngoại khoa	22
3	Chuẩn bị tiền phẫu và chăm sóc hậu phẫu	56
4	Nhiễm trùng ngoại khoa	85
5	Biến chứng ngoại khoa	91
6	Vô cảm trong ngoại khoa	105
7	Huyết học trong ngoại khoa	112
8	Dẫn lưu trong ngoại khoa	126
9	Dinh dưỡng trong ngoại khoa	135
10	Căn bản phẫu thuật nội soi	143
Bệnh lý ác tính:		
11	Ung thư phổi	148
12	Ung thư thực quản	156
13	Ung thư dạ dày	172
14	Ung thư gan nguyên phát	183
15	Ung thư đường mật ngoài gan	200
16	Ung thư tuy	210
17	Ung thư đại-trực tràng	223
18	Ung thư vú	257
19	Ung thư tuyến giáp	272
Bệnh lý ống và tuyến tiêu hóa:		
20	Loét dạ dày-tá tràng	279
21	Viêm ruột thừa	297
22	Tắc ruột non	313
23	Xoắn đại tràng	325
24	Hậu môn nhân tạo	331
25	Bệnh trĩ	338
26	Dò hậu môn	348
27	Thoát vị thành bụng	356
28	Viêm tuy cấp	377
29	Nang giả tuy	385
30	Áp-xe gan	394
31	Sỏi túi mật	401
32	Sỏi đường mật	417
33	Tăng áp tĩnh mạch cửa	430
Bệnh lý lồng ngực:		
34	Thoát vị khe thực quản	451

35	Co thắt tâm vị	462
36	Tràn dịch màng phổi	469
37	Tràn dịch màng tim	488
38	Tràn khí màng phổi tự phát	501
Bệnh lý mạch máu:		
39	Phình động mạch chủ bụng	511
40	Tắc động mạch ngoại biên	522
Bệnh lý chấn thương:		
41	Chấn thương bụng	534
42	Chấn thương ngực	556
Bệnh lý tuyến giáp		
43	Phình giáp nhâm	567
44	Bướu giáp đơn nhâm	575
45	Bệnh Basedow	584

CÂN BẰNG NƯỚC VÀ ĐIỆN GIẢI

1-Rối loạn cân bằng nước và natri:

1.1-Cân bằng nước và natri:

Nước chiếm 50% trọng lượng cơ thể (TLCT) ở phụ nữ và 60% TLCT ở nam giới. Ở trẻ em, tỉ lệ này cao hơn (trẻ nhũ nhi: 80%).

Nước trong cơ thể bao gồm nước nội bào (chiếm 2/3) và nước ngoại bào (chiếm 1/3).

Nước ngoại bào bao gồm dịch kẽ (3/4) và huyết tương (1/4).

Tính chất thẩm thấu của một dung dịch nói chung và dịch cơ thể nói riêng được quyết định bởi số lượng các tiểu phần hoàn tan chứ không phải bởi khối lượng của chúng. Trong các ngăn dịch của cơ thể, các ion đóng vai trò quan trọng trong việc quyết định tính chất thẩm thấu của ngăn dịch đó.

Na^+ là cation chính của dịch ngoại bào. Na^+ và các anion phụ thuộc (HCO_3^- , Cl^-) quyết định 90% tính thẩm thấu của dịch ngoại bào.

K^+ là cation chính của dịch nội bào. K^+ cũng có vai trò quan trọng trong việc quyết định tính thẩm thấu của dịch nội bào.

Trên lâm sàng, rối loạn cân bằng nước luôn gắn liền với rối loạn cân bằng các điện giải, đặc biệt là natri.

Điều hoà cân bằng xuất nhập nước được thực hiện thông qua hai cơ chế chính: cơ chế khát điều hoà lượng nước nhập và hormone ADH điều hoà lượng nước xuất.

Na^+ được điều hoà chủ yếu ở thận, dưới tác động của 3 yếu tố: huyết áp, aldosterone và hormone lợi niệu natri (ANP). Aldosterone là yếu tố chính giúp thận bảo tồn natri.

1.2-Tăng natri huyết tương:

1.2.1-Nguyên nhân:

Giảm thể tích dịch ngoại bào:

- Cơ thể giảm thu nhận:
 - Ung thư thực quản
 - Hôn mê
 - Giảm cảm giác khát do tuổi già, mắc bệnh tâm thần, tổn thương trung tâm khát do chấn thương, u burous, viêm nhiễm...
- Mất nước ngoài thận:
 - Tiêu chảy
 - Bỏng
 - Sốt
 - Đồ nhiều mồ hôi do vận động quá mức
- Mất nước qua thận:
 - Thuốc lợi tiểu
 - Tiểu đường chưa kiểm soát

- Truyền manitol
- Ăn quá nhiều protein

Tăng thể tích dịch ngoại bào:

- Sai lầm trong điều trị: truyền nhiều dung dịch muối.
- Ngộ độc muối: nhầm lẫn khi nuôi ăn trẻ nhỏ, rót xuống biển.

Thể tích dịch ngoại bào không thay đổi: bệnh lý thường gặp nhất là đái tháo nhạt. Đái tháo nhạt có hai loại: đái tháo nhạt trung ương và đái tháo nhạt do thận.

1.2.2-Chẩn đoán:

Triệu chứng của tình trạng tăng áp lực thẩm thấu: giảm sức cơ, dễ bị kích thích... Nếu nặng hơn, BN mê sảng, động kinh, hôn mê và có các tổn thương thần kinh không hồi phục.

Triệu chứng của sự thay đổi thể tích dịch ngoại bào:

- Tăng thể tích dịch ngoại bào: tăng thân trọng, mạch căng và nẩy rõ, huyết áp hơi tăng, phù, rale khi nghe phổi hoặc tiếng gallo S3 khi nghe tim.
- Giảm thể tích dịch ngoại bào:
 - Giảm nhẹ (mất dưới 4% TLCT): khát, mạch nhanh, nước tiểu giảm thể tích nhưng lớn hơn 1000 mL/24 giờ, tỉ số BUN/creatinin lớn hơn 20, X-quang phổi: giảm tuần hoàn phổi.
 - Giảm trung bình (mất 4-8% TLCT): giảm huyết áp tư thế, Hct tăng, nước tiểu ít hơn 1000 mL/24 giờ.
 - Giảm nặng (mất 8-12% TLCT): sốc, nước tiểu ít hơn 500 mL/24 giờ.
 - Giảm rất nặng (mất hơn 12% TLCT): lơ mơ hay hôn mê, truy mạch, vô niệu.

1.2.3-Điều trị:

1.2.3.1-Trường hợp giảm thể tích:

Nguyên tắc điều trị:

- Trước tiên, khôi phục lại nồng độ thẩm thấu bình thường của dịch thể
- Tiếp theo, khôi phục lại thể tích bình thường của dịch thể
- Sau cùng, bổ sung các điện giải khác bị mất và điều chỉnh rối loạn kiềm toan nếu có

Đánh giá lượng nước thiếu hụt dựa vào lâm sàng, hay tính toán theo công thức sau:

$$V_{\text{thiếu}} = \text{tổng lượng nước cơ thể} \times [(\text{Na}^+ \text{ huyết tương}/140) - 1]$$

Việc đánh giá lượng nước thiếu hụt được thực hiện mỗi ngày. Chỉ bù trong ngày $\frac{1}{2}$ lượng nước thiếu hụt theo tính toán, cộng với lượng duy trì (25-35 mL/kg/24 giờ).

Trung bình cần 2-3 ngày để bồi hoàn một trường hợp mất nước nặng.

Xét nghiệm nồng độ Na^+ huyết thương thường xuyên để bảo đảm hiệu quả của việc điều trị.

Na^+ huyết tương nên được hạ từ từ, khoảng 0,5 mEq/L/giờ và không quá 10 mEq/L/24 giờ đầu tiên.

Nếu bệnh nhân còn uống được, bù nước qua đường miệng. Trong trường hợp thiếu nước trầm trọng hoặc bệnh nhân không uống được, bù nước qua đường tĩnh mạch. Dung dịch dùng để bù là Glucose 5% hoặc NaCl 0,45%.

1.2.3.2-Trường hợp tăng thể tích:

Nếu BN bị quá tải natri, cắt ngay các loại dịch truyền gây quá tải, cho bệnh nhân ăn chế độ nhạt hoàn toàn.

Để khôi phục lại thể tích bình thường, dùng các tác nhân lợi niệu.

Để khôi phục lại nồng độ thẩm thấu bình thường của dịch thể, dùng dung dịch Glucose 5% hoặc NaCl 0,45%.

1.3-Giảm natri huyết tương:

1.3.1-Nguyên nhân:

Giảm natri huyết tương, nồng độ thẩm thấu huyết tương bình thường:

- o Giảm natri huyết tương giả tạo: gặp trong nhiều trạng thái bệnh lý trong đó có sự tăng protid hoặc lipid huyết tương.
- o Giảm natri huyết thoảng qua: bệnh nhân đang được truyền các dung dịch glucose, manitol đẳng trương.

Giảm natri huyết tương, nồng độ thẩm thấu huyết tương tăng:

- o Tăng áp lực thẩm thấu huyết tương ở bệnh nhân tiểu đường
- o Bệnh nhân đang được truyền các dung dịch glucose, manitol ưu trương

Giảm natri huyết tương, nồng độ thẩm thấu huyết tương giảm:

- o Thể tích dịch ngoại bào giảm:
 - Nguyên nhân thường gặp nhất trên lâm sàng là sự bồi hoàn không đầy đủ dịch mêt có chứa nhiều natri (dịch tiêu hoá) bằng các dung dịch không hoặc chứa ít natri (Glucose 5% hoặc NaCl 0,45%).
 - Tiêu chảy
 - Các nguyên nhân khác:
 - ✓ Giảm natri huyết ở người uống bia
 - ✓ Chứng nhược năng aldosterone
 - ✓ Sau loại bỏ tắc nghẽn đường niệu hai bên
 - ✓ Tình trạng xuất huyết
- o Thể tích dịch ngoại bào tăng:
 - Suy tim ú huyết
 - Xơ gan
 - Hội chứng thận hư
 - Giai đoạn thiểu niệu của hoại tử ống thận cấp.
 - Các trạng thái thặng dư hormone vỏ thượng thận: hội chứng Cushing, hội chứng cường aldosterone nguyên phát và thứ phát ...
- o Thể tích dịch ngoại bào không thay đổi:
 - Giảm natri huyết hậu phẫu: có thể xảy ra sau một phẫu thuật chương trình không có biến chứng, ở bệnh nhân hoàn toàn khoẻ mạnh trước đó. BN thường là nữ. Bệnh thường được phát hiện vào ngày hậu phẫu 5-7. Natri

huyết tương thường trong khoảng 125-130 mEq/L. Đa số trường hợp BN không có triệu chứng gì và không cần phải được điều trị.

- Hội chứng tăng tiết không thích hợp ADH (SIADH)
- Các nguyên nhân khác:
 - ✓ Ngộ độc nước
 - ✓ Khát bệnh lý
 - ✓ Thuốc lợi tiểu thiazide
 - ✓ Thiếu hụt kali
 - ✓ Hội chứng sau cắt đốt nội soi tiền liệt tuyến: xảy ra khi có sự hấp thu một số lượng đáng kể các chất trong dung dịch ròng (glycine, sorbitol, manitol).

1.3.2-Chẩn đoán:

Triệu chứng phụ thuộc vào sự thay đổi nồng độ thẩm thấu huyết tương và thể tích dịch ngoại bào.

Na^+ huyết tương < 120 mEq/L: nhức đầu, nôn ói, nhìn đôi, tri giác lơ mơ, dẫn tới hôn mê và xuất hiện các cơn co giật.

Nên nghĩ đến chẩn đoán SIADH khi BN có:

- Tình trạng giảm natri huyết tương
- Nước tiểu có đặc tương đối (nồng độ thẩm thấu lớn hơn 300 mmol/kg)
- Không có biểu hiện phù, hạ huyết áp tư thế hoặc mất nước

Chẩn đoán xác định SIADH bằng cách định lượng ADH trong huyết tương hoặc nước tiểu.

Hội chứng sau cắt đốt nội soi tiền liệt tuyến: nếu dung dịch ròng là glycine, có thể biểu hiện bằng các triệu chứng tim mạch và thần kinh: hạ huyết áp, chậm nhịp tim, rối loạn thị lực và mù tạm thời.

1.3.3-Điều trị:

1.3.3.1-Trường hợp giảm thể tích:

Nguyên tắc chung:

- Trước tiên, khôi phục lại nồng độ thẩm thấu bình thường của dịch thể
- Tiếp theo, khôi phục lại thể tích bình thường của dịch thể
- Sau cùng, bổ sung các điện giải khác bị mất và điều chỉnh rối loạn kiềm toan nếu có

Giảm natri huyết tương mức độ nhẹ (Na^+ huyết tương = 120-135 mEq/L): dùng dung dịch NaCl 0,9%. Na^+ huyết tương nên được tăng từ từ, khoảng 0,3 mEq/L/giờ và không quá 8 mEq/L trong 24 giờ đầu tiên.

Khi Na^+ huyết tương < 120 mEq/L, nên sử dụng dung dịch NaCl 3%, mức độ tăng khoảng 1-2 mEq/L/giờ cho đến khi Na^+ huyết tương lên đến giới hạn an toàn (120-130 mEq/L).

Giảm natri huyết trầm trọng (Na^+ huyết tương < 110 mEq/L hoặc bệnh nhân lơ mơ, hôn mê, co giật...), có thể cho phép mức độ tăng tối đa 5 mEq/L/giờ cho đến giới hạn an toàn.

1.3.3.2-Trường hợp tăng thể tích:

Nguyên tắc chung:

- Giới hạn muối và nước trong chế độ ăn uống hằng ngày
- Điều trị giảm kali huyết và thúc đẩy sự bài niệu mà trong đó bài niệu nước vượt trội hơn bài niệu natri.

Cụ thể:

- Lượng nước nhập hằng ngày nên thấp hơn lượng nước tiêu
- Theo dõi thận trọng hằng ngày để đánh giá hiệu quả điều trị
- Sử dụng thích hợp thuốc lợi tiểu quai (furosemide) cũng như điều chỉnh sự thiếu hụt kali

1.3.3.3-Điều trị đặc hiệu:

1.3.3.3.1-Bồi hoàn nước và natri ở bệnh nhân tiểu đường bị nhiễm ketone và tăng áp lực thẩm thấu:

Dung dịch bắt đầu nên là NaCl 0,9%. Trong 2-4 giờ đầu tiên, tốc độ truyền được duy trì 5 mL/kg/giờ nếu bệnh nhân bị thiếu hụt thể tích nhẹ (khát nước, khô niêm mạc hầu họng), 10 mL/kg/giờ nếu thiếu hụt thể tích trung bình, 15 mL/kg/giờ nếu thiếu hụt thể tích trầm trọng (sốc, hoại tử óng thận cấp, nhiễm toan lactic).

Các dung dịch đại phân tử được dành cho những trường hợp sốc nặng (tốc độ 10 mL/kg/giờ, có thể gấp đôi nếu không thấy hiệu quả), và truyền cùng lúc với dung dịch NaCl 0,9%.

Sau 2-4 giờ, giảm tốc độ truyền xuống $\frac{1}{2}$, trừ trường hợp huyết động học chưa ổn định. Chuyển sang truyền dung dịch NaCl 0,45% nếu Na^+ huyết tương tăng và bệnh nhân không có biểu hiện phù não.

Khi đường huyết giảm xuống tới mức 250 mg/dL, bắt đầu truyền dung dịch Glucose 5%.

Sau 4 giờ, nếu bệnh nhân không nôn ói, bắt đầu cho bệnh nhân uống (100-200 mL/giờ) đồng thời giảm lượng dịch truyền tương ứng.

1.3.3.3.2-SIADH:

Chủ yếu là hạn chế nước nhập hằng ngày (800-1000 mL), cung cấp đủ muối kết hợp với điều trị căn nguyên.

Dung dịch muối ưu trương dành cho những trường hợp nặng, có dấu chứng thận kinh.

Demeclocycline là chất ức chế tác dụng của ADH, có thể được sử dụng trong thời gian dài (600-900 mg/ngày).

Furosemide có tác dụng đối kháng với ADH (làm giảm tính ưu trương của tuỷ thận) có thể sử dụng kết hợp với dung dịch muối ưu trương trong trường hợp cấp cứu.

2-Rối loạn cân bằng kali:

2.1-Cân bằng kali:

Sự cân bằng K^+ được thực hiện thông qua hai cách thức: tái phân phối K^+ giữa nội và ngoại bào, và cơ chế bài tiết K^+ ở óng lợn xa.

Sự bài tiết K^+ ở óng lợn xa chịu ảnh hưởng của: aldosterone (through qua bom $\text{Na}^+ - \text{K}^+$), ion H^+ (bom $\text{H}^+ - \text{K}^+$), bom natri-kali ATPase và dòng chảy của dịch óng thận.

2.2-Tăng kali huyết tương:

2.2.1-Nguyên nhân:

Tăng K^+ huyết tương giả tạo:

- Mẫu máu được lưu trữ trong môi trường lạnh quá lâu hay bị tán huyết trước khi thử.
- Chứng tăng tiêu cầu hoặc tăng bạch cầu
- Vận động gắng sức

Tăng chuyển K^+ ra ngoại bào:

- Tình trạng nhiễm toan
- Thiếu hụt insulin
- Sử dụng tác nhân ức chế beta adrenergic
- Ngộ độc digoxin, succinylcholine
- Liệt chu kỳ do tăng K^+ huyết tương
- Các trạng thái tăng áp lực thâm thấu huyết tương
- Tăng thân nhiệt ác tính

Cơ thể quá tải K^+ :

- Hoại tử mô lan rộng (nhồi máu mạc treo, xoắn ruột, viêm tuy hoại tử...)
- Hoá trị ung thư (leukemia cấp, lymphoma Burkitt...)
- Tăng phá huỷ hồng cầu (tán huyết, xuất huyết tiêu hoá, tụ máu trong cơ thể...)
- Truyền máu toàn phần có thời gian bảo quản lâu.

Giảm bài tiết K^+ qua thận:

- Các trạng thái suy giảm tốc độ lọc cầu thận (suy thận)
- Các trạng thái thiếu hụt mineralocorticoid: suy vỏ thượng thận nguyên phát và thứ phát, hội chứng nhược năng aldosterone bẩm sinh và mắc phải.

2.2.2-Chẩn đoán:

Điện tâm đồ: thay đổi sớm nhất là sóng T cao nhọn, sau đó là sóng P dẹt, khoảng PR kéo dài, pharc bộ QRS dần rộng, sóng S âm sâu, cuối cùng xuất hiện sóng hình sin, rung thất và kết thúc bằng ngưng tim.

Hệ thần kinh cơ: tê ngứa, dị cảm, yếu cơ và liệt mềm.

Tiêu hoá: nôn ói, tiêu chảy, đôi khi có biểu hiện liệt ruột.

2.2.3-Điều trị:

2.2.3.1-Điều trị tăng kali huyết tương trầm trọng (K^+ huyết tương $> 6,5 \text{ mEq/L}$ hoặc có thay đổi trên điện tâm đồ ngoài sóng T cao nhọn):

Can-xi: dung dịch sử dụng tốt nhất là calcium gluconate (tuy nhiên có thể dùng calcium chloride) với liều 10 mL dung dịch 10% TM chậm trong 2 phút. Có thể lặp lại sau 5 phút với tổng liều 30 mL.

Bicarbonate: thường dùng dung dịch ưu trương 8,4%, 1 ống 50 mL (50 mEq) cho mỗi lần TM chậm, liều trung bình 1-3 ống (50-150 mEq).

Insulin: được xem như là tác nhân điều trị tăng kali huyết đáng tin cậy nhất, và là chọn lựa đầu tiên trong những tình huống đe doạ tính mạng. Insulin được sử dụng kết hợp với glucose. Liều sử dụng: insulin loại tác động nhanh (Regular Insulin) tiêm mạch 5 đơn vị

mỗi 15 phút, đồng thời với glucose (dưới dạng dung dịch 10%) liều 25-50 gm mỗi giờ. Tác dụng xảy ra trong vòng 15-30 phút. Tổng liều tối thiểu 50-100 gm glucose.

Tác nhân beta-adrenergic (epinephrine và albuterol): albuterol có thể được pha vào dung dịch Glucose (0,5 mg pha trong 100 mL Glucose 5% TTM 10-15 phút, thời gian tác dụng 20 phút) hoặc sử dụng dưới dạng khí dung (20 mg/4ml NaCl 0,9% trong 10 phút, thời gian tác dụng 30 phút).

2.2.3.2-Điều trị tăng kali huyết nhẹ (K^+ huyết tương = 5-6 mEq/L):

Sodium polystyrene (Kayexalate): được sử dụng qua đường uống hoặc thụt tháo.

Uống: Kayexalate 40 gm hòa tan trong dung dịch sorbitol 10-20% 20-100 mL. Thời gian tác dụng 1-2 giờ. Có thể lặp lại liều trên sau 2-4 giờ cho đến khi nồng độ K^+ huyết tương trở về bình thường. Mỗi gram Kayexalate sẽ lấy ra khỏi cơ thể 1mEq K^+ .

Thụt tháo: hòa tan 50-100 gm Kayexalate trong 200 mL nước. Chú ý giữ nước 30-45 phút trước khi xả. Thời gian tác dụng trung bình 30-60 phút. Lập lại liều trên sau 2-4 giờ cho đến khi nồng độ K^+ huyết tương trở về bình thường. Mỗi gram Kayexalate sẽ lấy ra khỏi cơ thể 0,5 mEq K^+ .

Thẩm phân: thẩm phân phúc mạc có thể được triển khai nhanh hơn thẩm phân máu, nhưng không hiệu quả bằng. Nói chung cả hai biện pháp thẩm phân đều cần có thời gian chuẩn bị, do đó thẩm phân thường được chỉ định trong trường hợp quá tải nặng kali không thể sử dụng Kayexalate.

2.2.3.3-Điều trị tăng kali huyết tương mãn tính:

Chủ yếu là hạn chế nhập kali.

Kayexalate và các loại thuốc lợi tiểu mất kali (furosemide, thiazide) có thể có ích trong một số trường hợp.

2.2.3.4-Điều trị đặc hiệu:

2.2.3.4.1-Liệt chu kỳ do tăng kali huyết tương:

Điều trị bằng các tác nhân beta-2 như salbutamol (có kết hợp hay không với acetazolamide).

2.2.3.4.2-Tăng kali huyết tương do sử dụng thuốc dãn cơ khử cực succinylcholine:

Biện pháp phòng ngừa là chính yếu:

- Sử dụng barbiturate (ức chế kênh K^+) trước khi sử dụng succinylcholine.
- Không sử dụng succinylcholine ở bệnh nhân đã có tăng kali huyết, thay succinylcholine bằng thuốc dãn cơ không khử cực (pancuronium, gallamine).

Điều trị trong thời gian phẫu thuật: có thể bằng insulin-glucose hoặc bicarbonate.

2.2.3.4.3-Các trạng thái thiếu hụt mineralocorticoid:

Điều trị thay thế bằng fludrocortisone 0,1 mg/ngày.

2.2.3.4.4-Sử dụng thuốc lợi tiểu tiết kiệm kali:

Ngưng ngay thuốc đang sử dụng (cân nhắc đến việc chuyển sang thuốc lợi tiểu gây lợi niệu kali khi vẫn còn chỉ định dùng lợi tiểu).

Hạn chế các nguồn cung cấp kali.

Tăng cường tốc độ lọc cầu thận.

2.3-Giảm kali huyết tương:

2.3.1-Nguyên nhân:

Tăng chuyển K⁺ vào nội bào:

- Tình trạng nhiễm kiềm
- Thặng dư insulin
- Sử dụng các tác nhân beta adrenergic
- Ngộ độc theophyllin, barium
- Liệt chu kỳ do hạ K⁺ huyết tương có tính cách gia đình
- Liệt chu kỳ do hạ K⁺ huyết tương ở bệnh nhân nhiễm độc giáp
- Thiếu hụt magnesium

Cơ thể tăng nhu cầu K⁺:

- Hội chứng “dinh dưỡng trở lại”
- Đang điều trị thiếu máu nặng
- Đang được truyền hồng cầu lỏng

Cơ thể mất K⁺:

- Nôn ói kéo dài
- Hút thông dạ dày
- Dò tiêu hoá
- Tiêu chảy
- Các phẫu thuật chuyển lưu niệu-ống tiêu hoá
- Nhiễm ketone và tăng áp lực thẩm thấu huyết tương ở bệnh nhân tiểu đường
- Các trạng thái thặng dư hormone vỏ thượng thận: hội chứng Cushing, hội chứng cường aldosterone nguyên phát và thứ phát...
- Tình trạng lợi niệu sau tắc nghẽn
- Bệnh lý toan hoá ống thận тип 1 và 2

2.3.2-Chẩn đoán:

Tim: rối loạn nhịp thất, trong đó thường gặp hơn cả là ngoại tâm thu thất. BN có K⁺ huyết tương < 3 mEq/L, có tiền căn thiếu máu cơ tim, đang được gây mê... sẽ có nguy cơ loạn nhịp thất cao.

Điện tâm đồ: sóng T dẹt, ST chênh xuống, xuất hiện sóng U, khoảng QU kéo dài. Nếu K⁺ huyết tương tiếp tục giảm: sóng T âm, P đảo ngược, block nhĩ thất, nhịp nhanh kịch phát, rung nhĩ, rung thất và cuối cùng ngừng tim.

Tiêu hoá: liệt ruột, táo bón.

Cơ vận: yếu cơ, mệt mỏi, hội chứng bàn chân không nghỉ, đau cơ và có thể có dấu hiệu chuột rút. Liệt cơ xuất hiện khi nồng độ K⁺ huyết tương < 2,5 mEq/L. Thường liệt cơ chi, nhưng nếu cơ thân mình bị ảnh hưởng, bệnh nhân có thể rơi vào tình trạng suy hô hấp.

2.3.3-Điều trị:

2.3.3.1-Phòng ngừa giảm kali huyết:

Chỉ định:

- BN đang bị suy tim nặng đang phải dùng một số lượng lớn thuốc lợi tiểu
- BN đang sử dụng digoxin
- BN suy gan nặng, có nguy cơ dẫn đến hôn mê gan nếu thiếu hụt kali
- BN đang sử dụng thuốc gây mất kali như corticoid hay carbanoxolon
- BN không ăn uống được, thí dụ chuẩn bị trước mổ, những ngày đầu sau phẫu thuật vùng bụng, đặt thông mũi-dạ dày trong các trường hợp hẹp môn vị hay tắc ruột
- Sử dụng dung dịch kiềm (NaHCO_3) để điều trị nhiễm toan với tốc độ nhanh hoặc khôi phục lượng lớn
- Khôi phục nhanh chóng thể tích tuần hoàn bằng các dung dịch không hoặc chứa ít K^+ .

Có thể phòng ngừa thiếu hụt kali bằng các chế phẩm kali hoặc các tác nhân giảm bài niệu kali như thuốc lợi tiểu kiềm (NaHCO_3 , spironolacton, triamterene, amiloride).

2.3.3.2-Bồi hoàn sự thiếu hụt kali:

Chlorua kali: có thể được sử dụng để điều trị tất cả các hình thái thiếu hụt kali.

Cung cấp kali qua đường uống: 40-120 mEq/ngày, tuỳ thuộc vào mức độ thiếu hụt kali.

Bồi hoàn thiếu kali qua đường tĩnh mạch ngoại biên:

- Dung dịch có nồng độ K^+ khoảng 40 mEq/L là thích hợp.
- Dung dịch dùng để pha chế phẩm K^+ có thể là NaCl 0,9% hoặc Glucose 5%. Trong trường hợp khẩn cấp chỉ dùng dung dịch NaCl vì glucose đẩy K^+ vào trong tế bào.
- Không bồi hoàn quá 240 mEq/ngày
- Tốc độ truyền khoảng 10 mEq/giờ. Trong trường hợp khẩn cấp tốc độ có thể lên đến 40 mEq /giờ nhưng phải theo dõi điện tâm đồ liên tục.

2.3.3.3-Điều trị đặc hiệu:

2.3.3.3.1-Hạ kali huyết do sử dụng tác nhân beta adrenergic, ngộ độc theophylline, liệt chu kỳ do hạ kali huyết ở bệnh nhân nhiễm độc giáp:

Sử dụng tác nhân block beta.

2.3.3.3.2-Bệnh nhân đã được thực hiện phẫu thuật chuyển lưu niệu-ống tiêu hoá:

Có thể chỉ định các tác nhân úc chế sự hấp thu Cl^- như chlorpromazine (25-50 mg, 3 lần/ngày) và nicotinic acid (400 mg, 3-4 lần/ngày).

Điều trị bằng phẫu thuật dành cho các trường hợp sỏi niệu hoặc hẹp miệng nói.

Khi có nhiễm trùng ngược dòng xảy ra, cần chỉ định kháng sinh thích hợp.

Có thể giảm bài niệu canxi (giảm tốc độ hình thành sỏi niệu) bằng thuốc lợi tiểu thiazide.

2.3.3.3.3-Bổ sung kali ở bệnh nhân tiểu đường bị nhiễm toan ketone và tăng áp lực thẩm thấu huyết tương:

Sau khi đã có chẩn đoán xác định và đã triển khai insulin và dịch truyền trị liệu, và nếu lưu lượng nước tiểu tối thiểu 30-60 mL/giờ và nồng độ K^+ huyết tương nhỏ hơn 5 mEq/L:

- Nếu nồng độ K^+ huyết tương lớn hơn 4 mEq/L và tốc độ truyền dịch lớn hơn 1 lít/giờ: KCl sẽ được pha vào từ lít dịch truyền thứ 3 với nồng độ 20 mEq/L.
- Nếu nồng độ K^+ huyết tương nhỏ hơn 4 mEq/L và tốc độ truyền nhỏ hơn 1 lít/giờ: có thể pha KCl với nồng độ 40 mEq/L.

Tốc độ truyền: 10-20 mEq/giờ nếu K^+ huyết tương lớn hơn 4 mEq/L, 20-30 mEq/giờ nếu K^+ huyết tương nhỏ hơn 4 mEq/L.

Cần định lượng K^+ huyết tương mỗi 2-4 giờ trong 12- 24 giờ đầu tiên và thực hiện ECG mỗi 30-60 phút trong 4-6 giờ đầu.

2.3.3.4-Các trạng thái thặng dư hormone vỏ thượng thận:

Hội chứng cường aldosterone nguyên phát do u tuyến lành tính vỏ thượng thận một bên:

- Tốt nhất là phẫu thuật cắt bỏ u.
- BN không thể phẫu thuật được: spironolacton được chỉ định để duy trì huyết áp bình thường và điều chỉnh tình trạng thiếu hụt kali.

Hội chứng cường aldosterone nguyên phát do tăng sản vỏ thượng thận hai bên không rõ nguyên nhân: có thể được phẫu thuật cắt giảm một phần mô vỏ thượng thận chức năng, nhưng hầu hết được điều trị bằng spironolacton.

3-Rối loạn cân bằng can-xi:

3.1-Cân bằng can-xi:

Trong huyết tương, can-xi tồn tại dưới ba dạng chính : gắn kết với protein (canxi proteinat), kết hợp với các ion khác tạo thành các hợp chất không phân ly (can-xi citrat, can-xi bicarbonat...) và ion Ca^{2+} tự do.

Chỉ có ion Ca^{2+} (chiếm khoảng 45% lượng canxi huyết tương) là có hoạt tính về mặt sinh lý trong cơ thể.

Có 3 hormone chủ yếu điều hoà chuyển hóa của can-xi trong cơ thể: hormone tuyến cận giáp (PTH), vitamin D và calcitonin.

Hormone tuyến cận giáp và vitamin D ($1,25-OH_2-D_3$) tăng huy động Ca^{2+} từ xương, tăng hấp thu Ca^{2+} ở ruột và thận.

Calcitonin úc chế sự huy động Ca^{2+} từ xương và tăng bài tiết Ca^{2+} qua nước tiểu.

3.2-Tăng can-xi huyết tương:

3.2.1-Nguyên nhân:

Cường cận giáp nguyên phát:

- U tuyến cận giáp lành tính
- Ung thư tuyến cận giáp
- Hội chứng tan sản đa tuyến nội tiết typ 1 (MEN 1: u tuyến cận giáp, u tuyến yên, u tế bào đảo tuy)

Cường cận giáp thứ phát : đáp ứng của tuyến cận giáp đối với các bệnh lý gây giảm can-xi huyết mẫn tính như suy thận.

Bệnh lý ác tính của vú, thận, tuỷ xương và bạch cầu ...: đây là nguyên nhân gây tăng can-xi huyết tương phổ biến nhất.

Các nguyên nhân liên quan đến vitamin D:

- Sử dụng quá nhiều vitamin D
- Tăng sản xuất 1,25-OH₂-D₃ (gặp trong sarcoidosis và các bệnh lý mô hạt khác)
- Các bệnh lý nội tiết: suy vỏ thượng thận nguyên phát, cường giáp.

Các nguyên nhân khác:

- Bệnh tăng can-xi huyết tương và giảm can-xi niệu có tính cách gia đình
- Bất động lâu ngày
- Lợi tiểu thiazide
- Hội chứng kiềm sữa: xảy ra ở những người phải nhận một lượng đáng kể can-xi, thí dụ uống nhiều sữa hoặc dùng các tác nhân antacid hấp thụ được như can-xi carbonat.

3.2.2-Chẩn đoán:

Triệu chứng thường mơ hồ, và thể hiện ở nhiều hệ cơ quan khác nhau.

Hệ tiêu hoá: buồn nôn, ói mửa, táo bón, viêm tuy, loét dạ dày-tá tràng.

Hệ thần kinh: biểu hiện bằng tính dễ bị kích thích hay ức chế.

Tiểu nhiều, do bát thường trong cơ chế gây cô đặc nước tiểu.

Tăng canxi huyết trầm trọng có thể dẫn đến suy thận với chứng sỏi niệu hay thận đóng vôi.

Điện tâm đồ: khoảng QT ngắn lại kèm theo các rối loạn nhịp

Nồng độ PTH tăng trong cường cận giáp và giảm trong các bệnh lý còn lại

3.2.3-Điều trị:

3.2.3.1-Điều trị tăng can-xi huyết tương cấp tính:

Khôi phục lại thể tích tuần hoàn và tăng bài niệu can-xi.

Khi thể tích tuần hoàn đã được khôi phục, có thể dùng dung dịch NaCl 0,9% (150-300 mL/giờ) kết hợp furosemide (20 mg TM/4-6 giờ).

Salmon calcitonin: 4 IU/kg TB hoặc TDD mỗi 12 giờ.

Glucocorticoid, pamidronate disodium, plicamycin, gallium nitrate: được chỉ định trong tăng can-xi huyết tương do các bệnh lý ác tính.

Phosphat: chỉ dùng trong trường hợp khẩn cấp vì có thể dẫn đến các biến chứng như hạ can-xi huyết (khi sử dụng quá liều), lắng đọng can-xi triphosphat nhiều nơi trong cơ thể.

Cimetidine: làm giảm tính acid của dịch vị, do đó giảm sự hấp thu can-xi ở ruột.

Thảm phân: được chỉ định trong trường hợp suy thận.

3.2.3.2-Điều trị tăng can-xi huyết mẫn tính:

Giới hạn lượng can-xi và tăng lượng NaCl trong thực phẩm (trung bình 200 mEq NaCl/ngày).

Uống đủ nước (trung bình 2-3 lít/ngày).

Có thể kèm theo một thuốc lợi tiểu (furosemide hoặc ethacrynic acid) và phosphat (uống) với liều trung bình (nhằm giữ cho nồng độ phosphat huyết tương trong giới hạn bình thường).

Phẫu thuật:

- Được chỉ định cho các trường hợp cường cận giáp nguyên phát.
- Cần thám sát cả hai bên và tìm cả bốn tuyến cận giáp.
- Để nguyên đối với tuyến bình thường, cắt bỏ cả tuyến có adenoma và cắt gần trọn (7/8) tuyến bị phì đại.
- Đối với trường hợp ung thư tuyến cận giáp, nếu được chẩn đoán xác định trước và trong khi phẫu thuật, phương pháp được lựa chọn là cắt bỏ toàn bộ tuyến và thùy giáp cùng bên kèm nạo hạch cổ.
- Nếu phẫu thuật thành công, 95% BN sẽ có nồng độ can-xi huyết tương trở về bình thường.

Tác nhân úc chế beta (propranolol): được chỉ định cho bệnh nhân cường giáp có tăng can-xi huyết tương.

Chiếu xạ: có thể có hiệu quả trong trường hợp ung thư xương thứ phát.

3.3-Giảm can-xi huyết tương

3.3.1-Nguyên nhân

Thiểu năng tuyến cận giáp:

- Thiểu năng tuyến cận giáp nguyên phát:
 - Khuyễn khuyết hoặc thiểu dưỡng (bẩm sinh) tuyến cận giáp
 - Hội chứng Di George: suy tuyến cận giáp, suy vỏ thượng thận, thiếu máu ác tính.
- Thiểu năng tuyến cận giáp thứ phát:
 - Sơ ý cắt bỏ quá nhiều mô tuyến cận giáp trong phẫu thuật tuyến giáp: thường gặp nhất
 - Ung thư các cấu trúc chung quanh xâm lấn tuyến cận giáp
 - Xạ trị I^{131} trong điều trị cường giáp

Chứng mềm xương:

- Chế độ ăn thiếu vitamin D
- Hội chứng kém hấp thu: xảy ra sau cắt dạ dày, ruột non, gan hay các bệnh lý tắc mật.
- Giảm tổng hợp 25-OH-D₃ (xơ gan)
- Giảm tổng hợp 1,25-OH₂-D₃ ở thận (bệnh còi xương phụ thuộc vitamin D typ 1, hội chứng Fanconi)
- Đề kháng ở tế bào đích đối với tác động của vitamin D (bệnh còi xương phụ thuộc vitamin D typ 2)...

Viêm tuy cấp

Hội chứng vùi lấp, hoại tử tế bào

Các nguyên nhân khác:

- Suy thận mãn

- Truyền máu nhanh và với khối lượng lớn
- Các trạng thái kiềm hoá máu cấp tính (truyền bicarbonate, tăng thông khí...): nồng độ Ca^{2+} huyết tương giảm nhưng nồng độ can-xi huyết tương bình thường.
- Giảm albumin huyết tương (nồng độ can-xi huyết tương giảm nhưng nồng độ Ca^{2+} huyết tương bình thường).
- Giảm Mg^{2+} huyết tương

3.3.2-Chẩn đoán:

Hệ thần kinh : nóng nảy bồn chồn, tê, ngứa, dị cảm. Tetany xuất hiện khi nồng độ can-xi huyết tương giảm xuống tới mức 7 mg/dL. Biểu hiện đầu tiên của tetany toàn thân là dấu hiệu Troussseau hay dấu hiệu co rút cổ bàn tay chân. Khi mức can-xi huyết tương giảm nhưng chưa đủ để gây tetany trên lâm sàng (tetany tiêm tàng) ta có thể phát hiện bằng cách tìm dấu hiệu Chvostek, hoặc garrot cánh tay để tìm dấu hiệu Troussseau.

Điện tâm đồ: khoảng QT kéo dài, các rối loạn nhịp thất

Thiếu năng tuyến cận giáp: nồng độ PTH huyết tương giảm thấp, nồng độ can-xi huyết tương giảm, nồng độ $1,25\text{-OH}_2\text{-D}_3$ giảm, nồng độ phosphat tăng.

3.3.3-Điều trị:

3.3.3.1-Can-xi:

Giảm can-xi huyết nhẹ (nồng độ can-xi huyết tương 6-7 mg/dL): điều trị bằng can-xi qua đường uống, liều trung bình hằng ngày khoảng 1gm.

Giảm can-xi huyết cấp tính hoặc bệnh nhân đã xuất hiện tetany: điều trị bằng can-xi qua đường tĩnh mạch. Hai chế phẩm của can-xi dùng trong điều trị giảm can-xi huyết tương cấp tính là can-xi clorua và can-xi gluconat. Có thể sử dụng dung dịch can-xi gluconat 10% 10-20 mL tiêm mạch chậm trong 5-10 phút, sau đó truyền tĩnh mạch với liều lượng 1-2 mg/kg/giờ trong 4-6 giờ. Khi nồng độ can-xi huyết tương trở về bình thường, duy trì 0,3-0,5 mg/kg/giờ. Can-xi tiêm mạch tốt nhất nên được tiến hành dưới sự theo dõi bằng điện tâm đồ. Cần thận đối với bệnh nhân bị nhĩem toan hay bệnh nhân đã hoặc đang sử dụng digitalis.

3.3.3.2-Vitamin D:

Được chỉ định trong trường hợp nhược năng tuyến cận giáp, thiếu vitamin D. Khởi đầu với canxiferol 30.000 UI/ngày hay dihydrotachysterol 0,25 mg/ngày hoặc $1,25\text{-OH}_2\text{-D}_3$ 0,15-0,3 $\mu\text{g}/\text{ngày}$.

3.3.3.3-Chú ý:

Điều chỉnh rối loạn của các điện giải khác kèm theo (đặc biệt là magiê và kali).

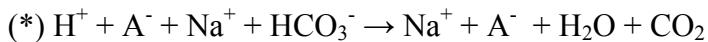
4-Rối loạn cân bằng kiềm toan:

4.1-Cân bằng kiềm toan:

Bình thường, nhờ vào quá trình thải CO_2 và các acid cố định, cân bằng H^+ được duy trì: lượng H^+ sinh ra bằng lượng H^+ đào thải.

Khi một acid (HA) được đưa vào trong dịch cơ thể, cơ chế điều hoà cân bằng H^+ sẽ diễn tiến theo ba bước:

- Bước đầu tiên xảy ra nhanh chóng, nhờ hoạt động của các hệ thống đệm trong dịch cơ thể:



- Bước thứ hai xảy ra chậm hơn, nhờ cơ chế bù trừ của hệ hô hấp: thải tất cả CO₂ ra ngoài qua phổi.
- Bước thứ ba là cơ chế bù trừ của thận, xảy ra sau cùng nhưng hoàn hảo: tái hấp thu toàn bộ lượng HCO³⁻ được lọc qua cầu thận và bổ sung lượng HCO³⁻ hao hụt (*) thông qua quá trình bài tiết các acid chuẩn độ được và bài tiết amonium.

Giá trị bình thường của các thông số liên quan đến quá trình cân bằng H⁺ trong cơ thể (khí máu động mạch).

Thông số	Giới hạn bình thường
pH	7,35-7,45
Nồng độ H ₊	45-35 nEq/L
PaCO ₂	35-45 mmHg
PaO ₂	75-100 mmHg
HCO ³⁻ (# CO ₂ toàn phần, TCO ₂)	22-26 mmol/L

Những thay đổi dẫn đến sự tăng nồng độ ion H⁺ của dịch cơ thể (pH giảm) được gọi là tình trạng nhiễm toan. Những thay đổi dẫn đến sự giảm nồng độ ion H⁺ của dịch cơ thể (pH tăng) được gọi là tình trạng nhiễm kiềm.

Có thể đánh giá cân bằng kiềm toan dựa vào công thức:

$$[\text{H}^+] = 8 \cdot 10^{-7} (0,03 \text{ PCO}_2 / [\text{HCO}_3^-])$$

Để đánh giá một rối loạn cân bằng kiềm toan, chúng ta dựa vào 3 yếu tố: pH (hay nồng độ H⁺), áp suất phần CO₂ (PCO₂) và nồng độ HCO³⁻.

Như vậy:

- Nhiễm toan ([H⁺] tăng): xảy ra khi PCO₂ tăng (toan hô hấp) hoặc [HCO₃⁻] giảm (mất HCO₃⁻ hoặc thêm H⁺, toan chuyển hoá).
- Nhiễm kiềm ([H⁺] giảm): xảy ra khi PCO₂ giảm (kiềm hô hấp) hoặc [HCO₃⁻] tăng (thêm chất kiềm hoặc mất H⁺, kiềm chuyển hoá).

Đánh giá khuynh hướng bù trừ:

Để biết được khuynh hướng bù trừ diễn ra theo chiều hướng nào, tốt nhất là dựa vào cân bằng Henderson-Hesselbalch:

$$\text{pH} = 6,1 + \log ([\text{HCO}_3^-] / 0,03 \text{ PCO}_2) = 6,1 + \log 20 = 7,4$$

Khi một rối loạn kiềm toan xảy ra, trước tiên một trong hai yếu tố trên bị thay đổi. Cơ chế bù trừ hoạt động nhằm thay đổi yếu tố còn lại sao cho tỉ lệ [HCO₃⁻]/0,03 PCO₂ không thay đổi, lúc đó pH dịch cơ thể được giữ ở giá trị 7,4 và ta nói hoạt động bù trừ có hiệu quả.

Hoạt động bù trừ có hiệu quả khi các rối loạn diễn tiến mãn tính. Ngược lại, nếu rối loạn diễn tiến cấp tính, thường chúng nhanh chóng trở nên mất bù.

Khoảng trống anion huyết tương (AG-anion gap):

$$\text{AGht} = \text{Na}^+ - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$$

Bình thường khoảng trống anion huyết tương dao động trong khoảng 12 ± 2 mEq/L.

Trong nhiễm toan chuyển hoá, khoảng trống anion tăng chứng tỏ có sự tăng nồng độ của các acid hữu cơ (nội sinh hoặc ngoại sinh).

Nhiễm toan chuyển hoá mà khoảng trống anion không tăng được gọi là nhiễm toan chuyển hoá tăng chlor huyết tương, bởi vì mức độ giảm của HCO_3^- được bù trừ bằng mức độ tăng tương ứng của Cl^- .

4.2-Nhiễm toan chuyển hoá:

4.2.1-Nguyên nhân:

Nhiễm toan chuyển hoá có khoảng trống anion tăng:

- o Nhiễm toan lactic:
 - Nhiễm toan lactic typ A (thiếu oxy tế bào): trạng thái suy giảm tưới máu mô (xuất huyết, suy tim, nhiễm trùng huyết).
 - Nhiễm toan lactic typ B: vận động quá mức, tình trạng nhiễm kiềm, suy gan, tiêu đường, hạ đường huyết, các bệnh lý ác tính (lymphoma, leukemia, sarcoma, ung thư vú...), động kinh toàn thể, suy thận, các loại thuốc (phenformin, salicylate) và độc chất (ethanol, ethylene glycol), một số khiếm khuyết có tính cách di truyền (thí dụ thiếu PDH, pyruvate carboxylase, PEPCK...)
- o Nhiễm toan ketone:
 - Nhiễm toan ketone trên BN tiêu đường không kiểm soát: hình thái nhiễm ketone quan trọng nhất.
 - Nghiện rượu mẫn
 - Nhịn đói
- o Các nguyên nhân khác: ngộ độc ethylene glycol, suy thận...

Nhiễm toan chuyển hoá có khoảng trống anion bình thường:

- o Toan hoá do ống thận
- o Các bệnh lý gây mất HCO_3^- qua đường tiêu hoá:
 - Tiêu chảy cấp tính hay mẩn tính
 - Dò tiêu hoá
 - Bệnh nhân được đặt thông dẫn lưu đường mật, nối tắt ruột non-ruột non, ruột non-ruột già, bệnh nhân được phẫu thuật chuyển lưu niệu-tiêu hoá...
- o Các loại thuốc, các loại dịch truyền:
 - Thuốc lợi tiểu có tác dụng ức chế carbonic anhydrase (acetazolamide) hay tiết kali (spironolactone, amiloride)
 - Truyền nhiều dung dịch đậm có hàm lượng cationic amino acid cao (lysine, glutamine, arginine, histidine) hoặc các amino acid có gốc sulfur (methionine, cysteine, cystine): dẫn đến nhiễm toan tăng chlor huyết tương.
 - Truyền dung dịch NaCl đậm tương với số lượng lớn và tốc độ nhanh.
 - Các loại thuốc: amphotericin B, toluene...

4.2.2-Chẩn đoán:

Thường gặp nhất: nhịp thở nhanh và sâu.

Nhiễm toan cấp tính: có thể có nhịp thở kiểu Kussmaul.

Nhiễm toan cấp tính và trầm trọng: lơ mơ hoặc hôn mê.

Nhiễm toan mãn: mệt mỏi, suy nhược.

Buồn nôn, ói mửa và đau bụng: có thể xảy ra ở cả nhiễm toan cấp và mãn.

4.2.3-Điều trị:

4.2.3.1-Nguyên tắc chung:

Nhiễm toan chuyển hoá mãn tính: ngăn chặn hay hạn chế bớt sự tiến triển của các bệnh lý căn nguyên và phòng ngừa khả năng xảy ra các sang chấn.

Nhiễm toan chuyển hoá cấp tính: đòi hỏi phải có những biện pháp điều trị cấp thời:

- Hạn chế bớt quá trình dị hoá trong các trường hợp chấn thương (bất động, giảm đau tốt...), phẫu thuật (cố gắng chuyển sang phẫu thuật chương trình thay vì cấp cứu...) hay nhiễm trùng (dẫn lưu, kháng sinh...).
- Điều chỉnh tình trạng mất nước và giảm natri huyết kèm theo.
- Giảm bớt tổng lượng H^+ và phục hồi lại kho dự trữ đệm của cơ thể bằng dung dịch bicarbonate.

4.2.3.2-Điều chỉnh nhiễm toan chuyển hoá bằng dung dịch bicarbonate:

Mọi trường hợp pH dưới 7,2 đều có chỉ định dùng HCO_3^- để ngăn ngừa biến chứng trên chức năng co bóp của cơ tim.

Tính toán lượng HCO_3^- cần phải cho:

$$2 \times [(0,2A \times TLCT) + 1/2(0,2A \times TLCT)] = 0,6A \times TLCT$$

(A là lượng HCO_3^- cần thiết để nâng nồng độ HCO_3^- của 1 lít huyết tương lên đến giá trị mong muốn)

Trên thực tế lâm sàng không cần thiết phải bù tất cả lượng HCO_3^- thiếu hụt.

HCO_3^- nên được sử dụng dưới dạng dung dịch đăng trưng. Pha 2 ống Natri Bicarbonate 8,4% (50 mEq/1 ống 50 mL) vào 500 mL dung dịch Glucose 5% sẽ cung cấp cho bệnh nhân 100 mEq Na^+ , 100 mEq HCO_3^- và 600 mL H_2O .

4.2.3.3-Điều trị nhiễm toan ketone bằng insulin:

Insulin là chỉ định đầu tiên và ngay sau khi đã xác định chẩn đoán.

Nguyên tắc sử dụng insulin: phải dùng loại insulin tác dụng nhanh (Regular Insulin), qua đường tĩnh mạch. Bắt đầu bằng 0,2 IU/kg tiêm mạch, sau đó truyền tĩnh mạch với tốc độ 0,1 IU/kg mỗi giờ hay tiêm mạch 0,1 IU/kg/giờ. Dung dịch để truyền là NaCl 0,9%: pha 100 IU insulin trong 500 mL NaCl 0,9% và truyền với tốc độ 10 giọt/phút.

Định lượng đường huyết mỗi 2 giờ. Nếu cơ thể đáp ứng tốt, đường huyết sẽ giảm 5-10% giá trị ban đầu. Nếu đường huyết không giảm, tăng liều insulin lên gấp đôi.

Khi đường huyết giảm xuống dưới 250 mg/dL, giảm phân nửa liều insulin đang sử dụng, đồng thời bắt đầu truyền thêm dung dịch Glucose 5% để phòng ngừa tai biến hạ đường huyết. Hoặc chuyển sang dạng tiêm dưới da (có thể sử dụng insulin NPH hoặc Lente): khởi đầu bằng 15 IU, sau đó mỗi 4 giờ định lượng đường huyết và tiếp tục insulin với liều lượng

giảm dần (10 IU nếu đường huyết 150-200 mg%, 5 UI nếu đường huyết dưới 150 mg%. Chuyển sang chế độ điều trị duy trì khi thể ketone âm tính trong huyết tương (hoặc trở về giới hạn bình thường nếu xét nghiệm định lượng: acetoacetate nhỏ hơn 1 mg/dL, beta-hydroxybutyrate nhỏ hơn 3 mg/dL).

4.3-Nhiễm kiềm chuyển hóa:

4.3.1-Nguyên nhân:

Nhiễm kiềm chuyển hóa có đáp ứng với chlor:

- Hẹp môn vị, nôn ói kéo dài hoặc hút thông dạ dày kéo dài
- Sử dụng thuốc lợi tiểu thiazide và lợi tiểu quai
- Hội chứng nhiễm kiềm sau ưu thán
- Bệnh tiêu chảy mất chlor bẩm sinh
- U nhung mao đại tràng

Nhiễm kiềm chuyển hóa không đáp ứng với chlor:

- Các trạng thái thặng dư hormone vỏ thượng thận: hội chứng Cushing, hội chứng cường aldosterone nguyên phát và thứ phát
- Các nguyên nhân khác:
 - Hội chứng kiềm sữa
 - Chứng nhiễm kiềm sau khi bắt đầu ăn trở lại
 - Bệnh nhân được truyền máu khói lượng lớn (hoặc các dung dịch có chứa lactate, acetate, citrate)

4.3.2-Chẩn đoán:

Nhiễm kiềm nhẹ: không có triệu chứng.

Nhiễm kiềm trầm trọng ($\text{pH} > 7,5$):

- Biểu hiện thiếu oxy (do giảm thông khí và giảm phân ly oxy-hemoglobin)
- Rối loạn nhịp thất và nhịp trên thất
- Ngũ gà, lú lẫn tâm thần, mê sảng, yếu cơ, chuột rút
- Nồng độ can-xi huyết tương không thay đổi nhưng nồng độ Ca^{2+} giảm (do Ca^{2+} tăng gắn kết với protein huyết tương) có thể dẫn đến tetany.

Nồng độ Cl^- nước tiểu:

- $<15 \text{ mEq/L}$: gặp trong hẹp môn vị, nôn ói, hút thông dạ dày, sử dụng thuốc lợi tiểu thiazide và lợi tiểu quai, hội chứng nhiễm kiềm sau ưu thán...
- $>20 \text{ mEq/L}$: gặp trong các trạng thái thặng dư hormone vỏ thượng thận, hội chứng kiềm sữa...

4.3.3-Điều trị hẹp môn vị:

Điều máu chót để điều chỉnh rối loạn về nội môi ở một bệnh nhân hẹp môn vị (hay nôn ói, hút thông dạ dày kéo dài):

- Bù nước
- Bù Cl^-

- Bù K^+
- Bù Na^+

Truyền nhanh dung dịch NaCl 0,9% nếu bệnh nhân có dấu hiệu thiếu hụt thể tích dịch ngoại bào nặng.

Theo dõi tình trạng tim mạch và hô hấp và định lượng nồng độ các ion huyết tương nhiều lần để đánh giá hiệu quả điều trị.

Có thể bắt đầu bằng truyền K^+ (dưới dạng muối KCl) cùng lúc với dung dịch NaCl nếu như tình trạng bệnh nhân quá nặng hoặc bệnh nhân sắp sửa được thông khí nhân tạo.

Nếu tình trạng bệnh nhân không nặng lắm, NaCl và KCl được truyền với tốc độ chậm hơn, thí dụ 1000 mL NaCl 0,9% và 40 mEq KCl mỗi 6 giờ.

Cần lưu ý rằng: một bệnh nhân hẹp môn vị có nồng độ K^+ huyết tương 2,5 mEq/L cần bồi hoàn khoảng 200 mEq K^+ .

Tránh dùng dung dịch lactate để bồi hoàn sự thiếu hụt nước vì có thể làm cho tình trạng nhiễm kiềm thêm nặng.

Hạn chế bớt sự mất thêm HCl: có thể kết hợp với các anti-H₂ như cimetidine (300 mg TM mỗi 8 giờ), ranitidine (100 mg TM mỗi 12 giờ).

Trường hợp bệnh nhân bị suy thận cấp: điều chỉnh tình trạng nhiễm kiềm bằng dung dịch HCl hoặc thẩm phân máu.

4.4-Nhiễm toan hô hấp:

4.4.1-Nguyên nhân:

Nhiễm toan hô hấp cấp tính:

- Nguyên nhân ngoại biên:
 - Sốc tim
 - Thuyên tắc động mạch phổi
 - Phù phổi cấp
 - Hít phải dị vật
 - Viêm phổi hít
 - Cơn hen cấp
 - Co thắt thanh quản
 - Hội chứng ngưng thở trong lúc ngủ
 - Tràn khí tràn máu màng phổi
 - Mảng sùờn di động
 - Hội chứng suy hô hấp cấp ở người lớn
 - Suy giảm vận động của các cơ hô hấp: do thuốc hay các độc chất, bệnh nhược cơ, bệnh lý cơ do hạ kali huyết tương, hội chứng Guillain-Barré, uốn ván, chấn thương cột sống cổ....
- Nguyên nhân trung ương:
 - Chấn thương, viêm nhiễm hệ thần kinh trung ương

- Hoạt động của trung tâm hô hấp bị ức chế do tác động của các loại thuốc gây mê, dẫn xuất morphine hay các chất gây ngứa khác...
- Tăng sản xuất CO₂: sốt cao, nhiễm trùng, dinh dưỡng bằng chế độ nhiều carbohydrate... có thể dẫn đến nhiễm toan hô hấp trên cơ địa bệnh nhân đã có sẵn bệnh lý về hô hấp.

Nhiễm toan hô hấp mãn tính:

- Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)
- Suy thông khí phế nang mãn tính do hệ thần kinh trung ương bị ức chế (thuốc, các sang thương viêm nhiễm, u bướu...), các rối loạn về thông khí trong lúc ngủ (hội chứng Pickwick), các rối loạn chức năng thần kinh cơ (bệnh lý cơ nguyên phát hay thứ phát), các bất thường về cấu trúc của lồng ngực (gù, vẹo cột sống...).

4.4.2-Chẩn đoán:

Lâm sàng:

- Thở nhanh
- Nhịp tim nhanh, mạch nẩy mạnh, cao huyết áp
- Da ám đỏ (dẫn mạch ngoại biên), nặng đầu (dẫn mạch não)
- Hoa mắt, lú lẫn
- Máy giật cơ
- Co giật, hôn mê
- Loạn nhịp tim...

Xét nghiệm: PaCO₂ lớn hơn 45 mmHg, nồng độ HCO₃⁻ huyết tương bình thường hoặc tăng nhẹ, pH < 7,35. Nếu bệnh nhân bị thiếu oxy kèm theo, PaO₂ < 60 mmHg và bệnh nhân sẽ lâm vào tình trạng nhiễm toan nặng nề hơn so với nhiễm toan hô hấp đơn thuần.

4.4.3-Điều trị:

4.4.3.1-Điều trị nhiễm toan hô hấp cấp tính:

Ba mục tiêu chính:

- Điều chỉnh sự thiếu oxy: quan trọng nhất
- Cải thiện tình trạng ưu thán
- Điều trị các bệnh lý căn nguyên

Liệu pháp oxy:

- Thiếu oxy nhẹ (PaO₂ > 50 mmHg): điều trị bằng các liệu pháp oxy thông dụng, phổ biến nhất là cho bệnh nhân thở oxy qua mặt nạ Venturi. Thở oxy qua mặt nạ Venturi có thể giúp duy trì FiO₂ lên tới 50%, đồng thời còn cải thiện tình trạng ưu thán tốt hơn so với thở oxy qua thông mũi.
- Thiếu oxy nặng (PaO₂ < 50 mmHg): thông khí nhân tạo.

Dung dịch bicarbonate: được chỉ định khi bệnh nhân bị nhiễm toan chuyển hoá kết hợp và pH máu nhỏ hơn 7,2. Chỉ nên cho từng liều nhỏ một (1-2 ống NaHCO₃ 8,4% 50 mL).

Hút dạ dày. Chú ý bồi hoà lại 1 lít dịch vị được hút ra bằng 1 lít dung dịch NaCl 0,9% (cộng với 40 mEq K⁺, với điều kiện bệnh nhân không có nhiễm toan chuyển hoá kèm theo).

Có một cách điều trị thay thế với tác dụng tương tự mà không cần phải bồi hoàn dịch, đó là dùng các antacid để trung hoà HCl trong dịch vị.

Các biện pháp điều trị nguyên nhân:

- Sốt cao: hạ sốt bằng các tác nhân vật lý (lau mát, mền lạnh...) hay dược lý (acetaminophen).
- Kháng sinh được chỉ định cho những trường hợp nhiễm trùng, cũng như thuốc chống động kinh dành cho bệnh nhân động kinh.
- Naloxone: chỉ định cho những bệnh nhân ngộ độc các dẫn xuất của morphine.
- Các tác nhân dẫn phế quản (và corticoid): là thuốc lựa chọn đầu tiên đối với bệnh nhân lâm sàng hen cấp tính.
- Có thể loại độc chất ở bệnh nhân ngộ độc barbiturate và các chất gây ngứa không phải barbiturate trong vòng 4 giờ đầu bằng súc rửa dạ dày và than hoạt tính. Chú ý những bệnh nhân đã sút giảm tri giác cần phải được thông khí quản trước khi súc rửa để tránh nguy cơ hít phải dịch vị vào đường hô hấp. Bệnh nhân đã hôn mê thì cách loại trừ độc chất hiệu quả nhất là thẩm phân máu.
- Bệnh nhân hít phải dị vật cần nhanh chóng được gấp dị vật qua đường nội soi.
- Bệnh nhân tràn khí tràn máu màng phổi: đặt dẫn lưu kín xoang màng phổi.

4.4.3.2-Điều trị nhiễm toan hô hấp mạn tính:

Mục tiêu:

- Ngăn ngừa các bệnh lý nhiễm trùng, điều trị tích cực các bệnh lý nhiễm trùng nếu như đã xảy ra
- Cải thiện hoạt động co bóp của cơ tim
- Cải thiện các chỉ số về huyết học (nồng độ huyết sắc tố nên duy trì tối thiểu 10 gm/dL)
- Liệu pháp oxy thích hợp (thở oxy qua thông mũi với lưu lượng thấp 3-5 lít/phút, thở oxy vào ban đêm...)
- Chỉ định các tác nhân dẫn phế quản thích hợp, có thể kết hợp với các tác nhân kích thích hô hấp
- Cắt đứt các nguyên nhân làm cho bệnh diễn tiến nặng thêm (ngưng thuốc lá)
- Điều trị nhiễm toan chuyển hóa kết hợp (thuốc lợi tiểu úc ché carbonic anhydrase)

4.5-Nhiễm kiềm hô hấp:

4.5.1-Nguyên nhân:

Nhiễm kiềm hô hấp cấp tính:

- Giai đoạn đầu của các bệnh lý phổi do tắc nghẽn hay giới hạn
- Phù phổi cấp thể nhẹ-trung bình
- Các rối loạn về tâm lý
- Ngộ độc các loại thuốc (salicylate, nicotine, aminophylline, nikethamide...)
- Sốt, say nắng
- Vận động quá mức

- o Nhiễm trùng huyết
- o Ngộ độc CO
- o Hạ huyết áp
- o Thở máy với chế độ tăng thông khí quá mức...

Nhiễm kiềm hô hấp cấp tính hay mãn tính:

- o Bệnh nhân bị thiếu máu hay sống ở độ cao
- o Hoạt động của trung tâm hô hấp bị kích thích do:
 - o Các bệnh lý về thần kinh trung ương (chấn thương, viêm nhiễm, u bướu...)
 - o Suy gan

4.5.2-Chẩn đoán:

Cảm giác nhịp thở bị “ngắn lại” hoặc khó thở, hồi hộp, đánh trống ngực

Dị cảm đầu chi

Ngất hay động kinh toàn thể

4.5.3-Điều trị:

Điều trị nguyên nhân và giảm bớt các kích thích gây tăng thông khí.

Tăng thông khí do nguyên nhân tâm lý: có thể thực hiện “nghiệm pháp thở lại”: cho bệnh nhân hít thở vào một túi giấy trong vòng một vài phút.

Nhiễm kiềm hô hấp do các sang thương ở hệ thống thần kinh trung ương hay do suy chúc năng gan: tiên lượng dè dặt.

KỸ NĂNG VÀ KIẾN THỨC CĂN BẢN TRONG PHẪU THUẬT

1-Kỹ năng và kiến thức căn bản trong phòng mổ:

1.1-Dụng cụ phẫu thuật:

Về tính năng, dụng cụ phẫu thuật có thể được chia làm các nhóm chính sau đây:

- Dụng cụ cắt
- Dụng cụ bóc tách
- Dụng cụ cầm máu
- Dụng cụ kẹp mô
- Dụng cụ kẹp kim
- Dụng cụ thăm dò
- Dụng cụ nong
- Dụng cụ vén
- Dụng cụ hút

Dụng cụ cắt (hình 1) có chức năng chính là cắt mô. Kéo là đại diện chính cho nhóm dụng cụ cắt. Tuỳ theo loại mô và vị trí của mô được cắt mà kéo có cấu tạo hình thê và chiều dài khác nhau. Kéo Mayo, nặng và chắc chắn, được sử dụng để cắt chỉ hay cắt các mô dày chắc như cân, cơ... Kéo Metzenbaum, ngược lại, mảnh và nhẹ, được sử dụng để cắt các cấu trúc mô mỏng mảnh như thanh mạc (màng bụng, màng phổi, màng tim). Một số loại kéo đặc biệt khác được sử dụng để cắt chỉ thép, cắt mở mạch máu...

Dụng cụ bóc tách có chức năng chính là cắt và phân tách các mô. Dụng cụ bóc tách được phân làm hai loại: dụng cụ bóc tách sắc và dụng cụ bóc tách cùn.

Dao là đại diện cho dụng cụ bóc tách sắc. Lưỡi dao có nhiều loại khác nhau, phục vụ cho mục đích thực hiện đường rạch dài hay ngắn, nông hay sâu. Các lưỡi dao có số 10, 11, 12, 15 khớp với cán dao số 3. Lưỡi số 10, được sử dụng phổ biến nhất, dùng để thực hiện các vết rạch dài. Lưỡi số 11 cho các vết rạch nhỏ và lưỡi số 15 cho các vết rạch rất nhỏ. Lưỡi dao số 15, khi được dùng để cắt trong sâu, sẽ được lắp vào cán dao số 7. Khi sử dụng cán dao lớn hơn (cán dao số 4), các lưỡi dao số 22-25 được sử dụng.

Để bóc tách cùn, có thể dùng kéo (kéo Mayo hay Metzenbaum cong và đầu tù), các kẹp mạch máu (cong và đầu tù), phần đỉnh của cán dao, nạo (curett) và dụng cụ nâng (elevator)....

Nhip là đại diện cho nhóm dụng cụ cầm giữ mô (hình 3). Kẹp allis và Babcock cũng thuộc nhóm này, nhưng thường được dùng để cầm giữ mô ruột. Dụng cụ cầm giữ mô có răng hay không có răng. Trên nguyên tắc, dụng cụ có răng sẽ gây sang chấn mô. Dụng cụ có răng nhỏ không hay ít gây sang chấn. Cần nhớ rằng dụng cụ có răng sẽ có tác dụng cầm giữ mô chắc chắn hơn dụng cụ không răng. Các nhíp có răng lớn (nhíp răng chuột) chỉ được dùng để cầm giữ da. Nhíp có răng nhỏ hay không răng có thể được sử dụng để cầm giữ mô dưới da, cân cơ. Nhíp không sang chấn được dùng để cầm giữa thành ruột hay mạch máu... Kẹp Allis là dụng cụ cầm giữ gây sang chấn, còn kẹp Babcock là dụng

cụ cầm giữ không gây sang chấn. Khi kẹp ruột, dùng Allis kẹp phần ruột sắp được cắt bỏ, còn Bobcock kẹp ruột bên phía được giữ lại.

Một số dụng cụ kẹp mô có tính năng tạm thời ngăn chặn sự lưu thông trong lòng ruột (kẹp ruột), kẹp lấy sỏi mật , kẹp phế quản ...

Kẹp mạch máu (kẹp cầm máu) (hình 2) có tính năng tạm thời ngăn chặn sự lưu thông trong lòng mạch máu.

Để cầm máu trực tiếp từ một đầu động mạch (hay tĩnh mạch) đang chảy máu, chúng ta có kẹp động mạch. Kẹp động mạch có thể được thiết kế đặc biệt để kẹp các mạch máu đặc biệt (thí dụ kẹp động mạch phổi).

Kẹp có thể được chia làm hai loại: kẹp sang chấn, còn gọi là kẹp nghiến hay kẹp chết và kẹp không sang chấn, còn gọi là kẹp sống. Trong trường hợp kẹp ruột, sử dụng kẹp nghiến cho phần ruột sắp được cắt bỏ, còn kẹp sống cho phía bên ruột được giữ lại.

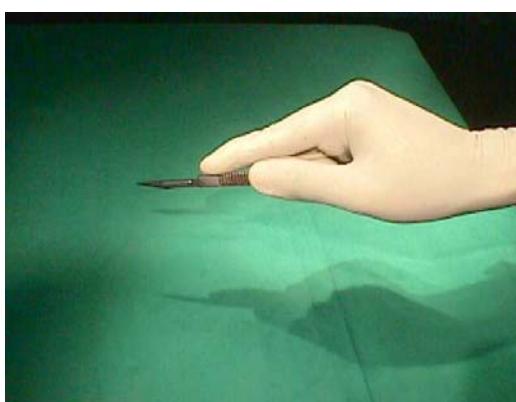
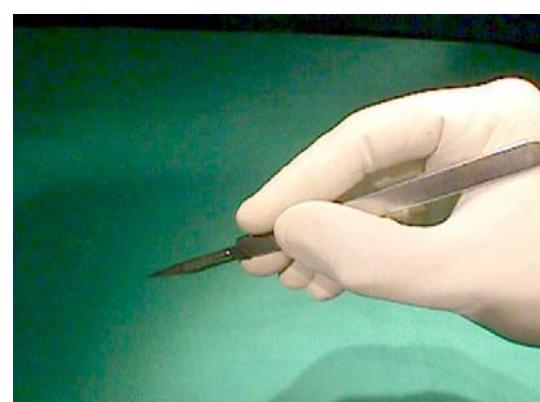
Dụng cụ vén (hình 4) được sử dụng với mục đích mở rộng phẫu trường, làm cho thao tác phẫu thuật được thực hiện dễ dàng hơn ở một vùng hay một tạng mà không làm tổn thương các tạng lân cận.

Dụng cụ vén có thể là dụng cụ vén bằng tay hay dụng cụ vén tự động.

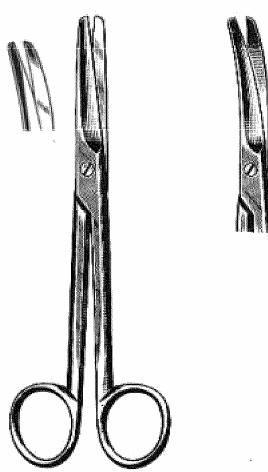
Kẹp mang kim (hình 5) được sử dụng để cầm giữ kim khi khâu. Kẹp gạc và kẹp khăn mổ dành cho việc cầm giữ gạc mổ và khăn mổ.

Các dụng cụ phẫu thuật được làm bằng thép không rỉ. Một số dụng cụ phẫu thuật được làm bằng titanium, chromium, vanadium, hay molybden...

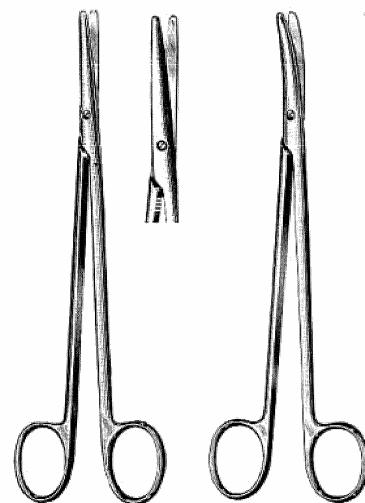
Cách cầm các dụng cụ phẫu thuật đúng là tuân theo nguyên tắc “ba điểm tựa” (hình 6) để dụng cụ vừa được cầm giữ chắc chắn vừa tạo được sự linh hoạt trong thao tác.



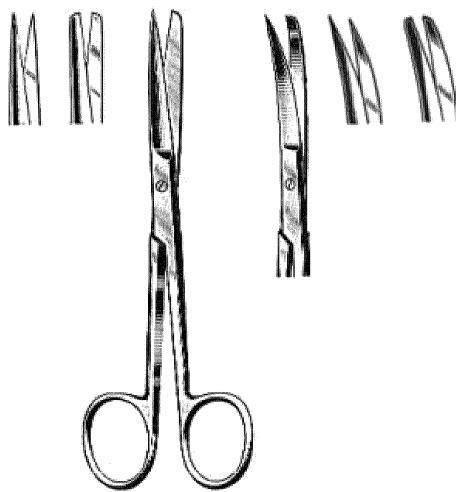
Hình 6- Cách cầm một vài dụng cụ đúng kỹ thuật



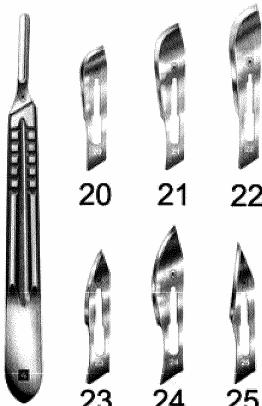
Kéo cắt và bóc tách Mayo



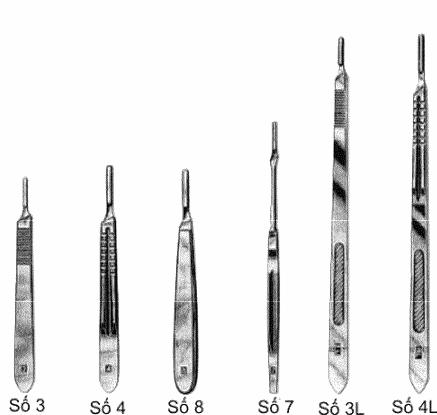
Kéo cắt và bóc tách Metzenbaum



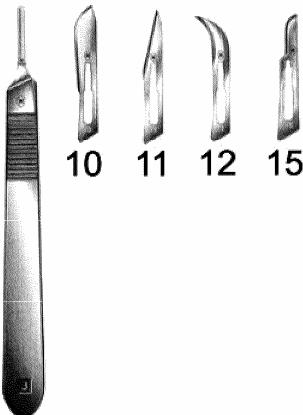
Kéo cắt Deaver



Các lưỡi dao khớp với cán dao số 4



Các loại cán dao

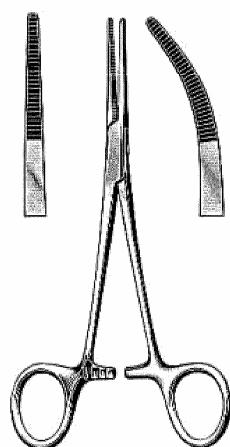


Các lưỡi dao khớp với cán dao số 3

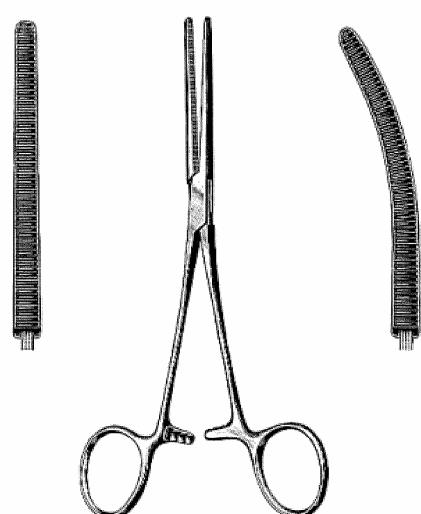
Hình 1- Dụng cụ cắt



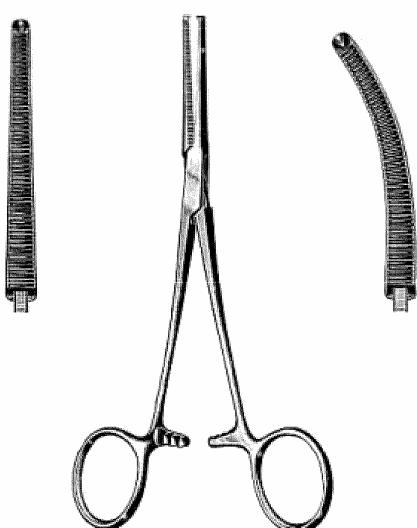
Kẹp cầm máu Halsted mosquito



Kẹp cầm máu Kelly



Kẹp cầm máu Rochester-Pean



Kẹp cầm máu Rochester-Oschsner



Kẹp cầm máu Mixter

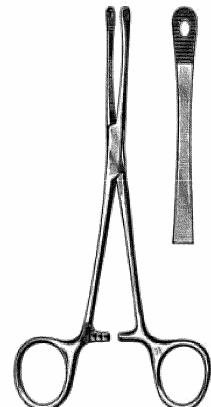


Kẹp cầm máu Kocher

Hình 2-Dụng cụ kẹp cầm máu



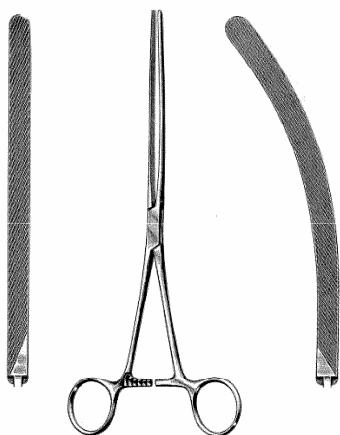
Kẹp tuyến giáp



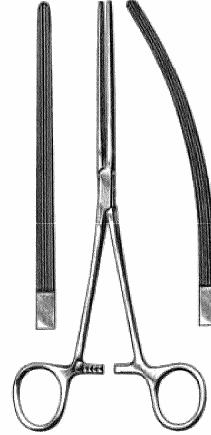
Kẹp ruột Percy



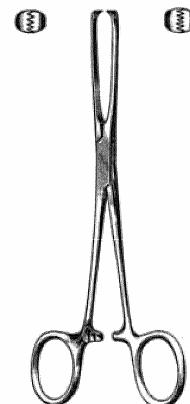
Kẹp ruột Babcock



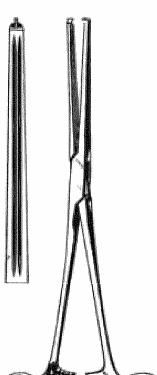
Kẹp ruột Doyen



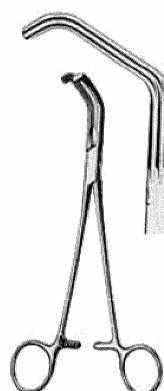
Kẹp ruột Bainbridge



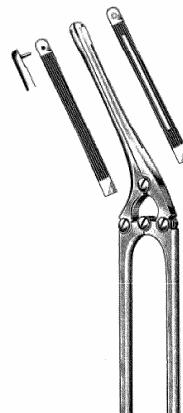
Kẹp ruột allis



Kẹp ruột Allen

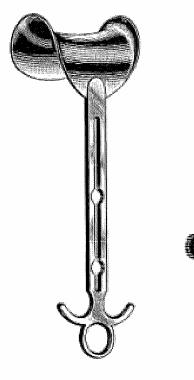


Kẹp phế quản Price-Thomas

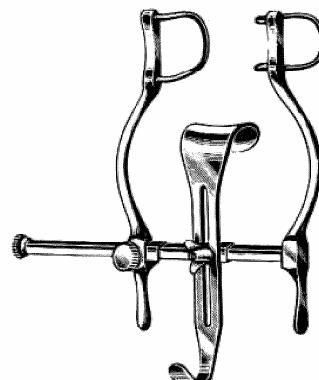


Kẹp môn vị Payr

Hình 3- Dụng cụ kẹp mô



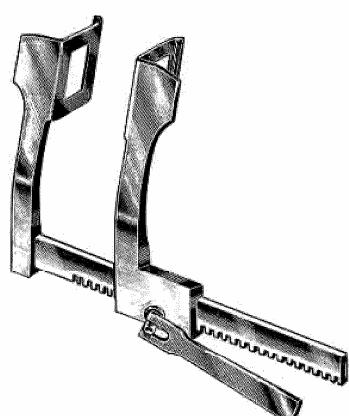
Banh Balfour



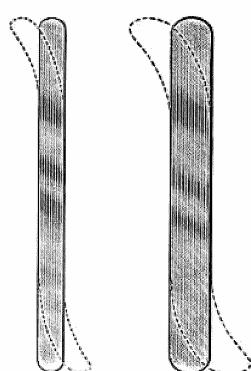
Banh Harrington



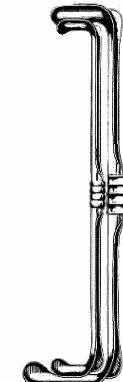
Banh Richardson



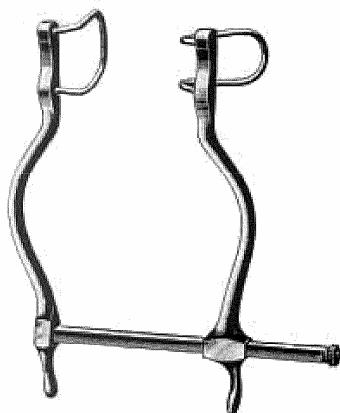
Banh Finochietto



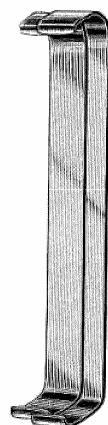
Banh Ribbon



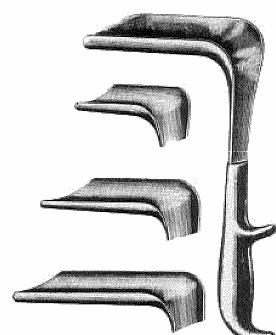
Banh Richardson-
Eastman



Banh Gosset

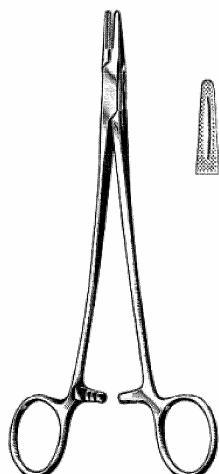


Banh Farabeuf

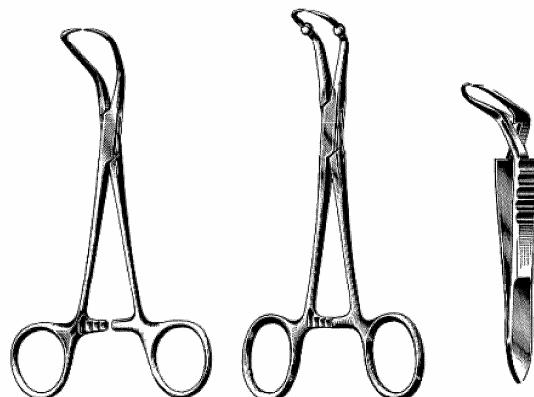


Banh Doyen

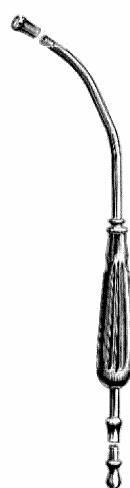
Hình 4- Dụng cụ banh



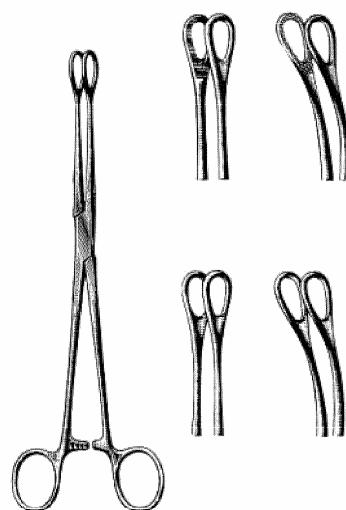
Kep mang kim



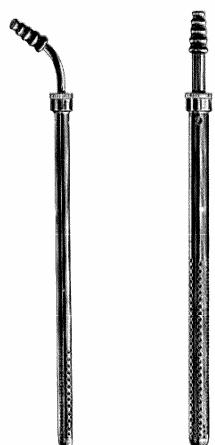
Kep khanc mo



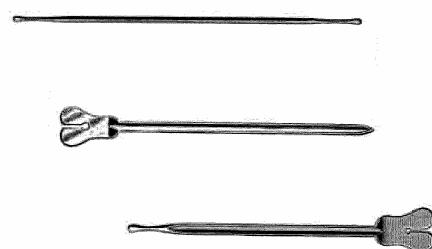
Ong hut Jankauer



Kep gac



Ong hut bung



Thong (thong lòng máng,
thong đầu quả trám, thong lòng
màng-đầu quả trám)

Hình 5-Dụng cụ khác

1.2-Chỉ khâu và kim khâu:

1.2.1-Chỉ khâu:

Có nhiều loại chỉ khâu, chúng được phân loại dựa trên tính chất tan hay không tan, một sợi hay nhiều sợi (bảng 1).

Các loại chỉ bị phân huỷ và mất đi khả năng chịu lực trong vòng 60 ngày được xem là chỉ tan. Khả năng chịu lực của chỉ có thể giảm với các mức độ khác nhau trước khi chỉ bắt đầu bị phân huỷ.

So với chỉ không tan, chỉ tan có thời gian duy trì khả năng chịu lực ngắn hơn nhưng ít gây phản ứng của cơ thể đối với dị vật hơn.

So với chỉ nhiều sợi, chỉ loại một sợi ít có nguy cơ gây nhiễm trùng hơn, nhưng dễ bị tổn thương bởi dụng cụ phẫu thuật.

Việc chỉ định chỉ tan hay không tan, một hay nhiều sợi phụ thuộc vào các yếu cầu sau đây:

- Thời gian một vết thương lành hoàn toàn và không cần lực hỗ trợ nữa.
- Nguy cơ nhiễm trùng của vết thương.
- Mức độ phản ứng của vết thương đối với dị vật.

Chromic catgut là loại chỉ một sợi có thời gian tan nhanh (7-8 ngày). Chúng có nhược điểm là gây phản ứng mô, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Hiện nay chromic catgut chỉ còn được dùng trong khâu nối lớp niêm mạc ruột.

Polyglactic acid (Vicryl) và polyglycolic acid (Dexon) là hai loại chỉ tan loại nhiều sợi được sử dụng phổ biến nhất hiện nay. Chúng được chọn lựa cho việc khâu nối ống tiêu hoá hay khâu đóng lớp mô mỡ dưới da.

Polypropylene, nylon và chỉ thép đại diện cho nhóm chỉ không tan loại một sợi. Polypropylene được sử dụng trong khâu nối mạch máu, khâu đóng cơ hoành... Nylon chỉ được dùng để khâu đóng da.

Silk là loại chỉ không tan loại nhiều sợi hiện nay chỉ còn được sử dụng để buộc hay khâu buộc các mạch máu.

Một số vấn đề cần lưu ý khi sử dụng các loại chỉ trong phẫu thuật:

- Chỉ càng hiện diện với số lượng nhiều trong cơ thể, nguy cơ phản ứng đối với vật lạ của cơ thể càng cao.
- Khâu càng nhiều lớp, nguy cơ nhiễm trùng vùng khâu sẽ càng tăng.
- Cầm giữ chỉ loại một sợi bằng dụng cụ (kẹp) sẽ làm giảm 50% khả năng chịu lực của chúng.
- Với cùng một loại chỉ, khâu trong da sẽ tạo ra sẹo xấu hơn so với khâu dưới da.

<i>Loại chỉ</i>	<i>Một sợi</i>	<i>Nhiều sợi</i>
<i>Tan</i>	<i>catgut, chromic catgut polyglecaprone25 (Monocryl)</i>	<i>polyglactic acid (Vicryl) polyglycolic acid (Dexon)</i>
<i>Không tan</i>	<i>polypropylene (Prolene) nylon chỉ thép</i>	<i>silk Ethybond</i>

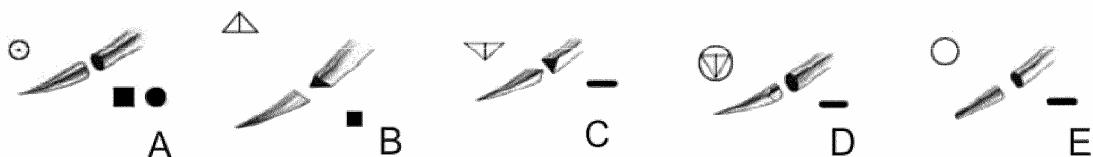
Bảng 1- Một số loại chỉ khâu được sử dụng trong phẫu thuật

1.2.2-Kim khâu:

Kim khâu được phân loại dựa theo hình dáng (của mũi kim, thân kim và đuôi kim) và kích thước của kim. Hình dáng của mũi kim và thân kim quyết định việc chọn lựa kim cho việc khâu vết thương của các mô khác nhau.

Kim được phân thành các loại chính sau (hình 7):

- Kim nhọn (taper): kim có mũi nhọn, thân vuông hay tròn. Lực đâm xuyên vào mô chủ yếu là lực căng. Kim nhọn không làm đứt mô trong quá trình đâm xuyên. Kim được sử dụng cho các mô dễ đâm xuyên như mô dưới da, phúc mạc, các tạng trong xoang bụng (nhất là óng tiêu hoá).
- Kim cắt (cutting): kim có đầu hình tam giác, thân vuông, tròn hay dẹt. Đỉnh của tam giác ở đầu kim có thể hướng ra ngoài (phiá bờ lồi của thân kim, được gọi là kim cắt thường qui) hay vào trong (phiá bờ lõm của thân kim, được gọi là kim cắt ngược). Kim cắt làm đứt các mô trong quá trình đâm xuyên qua mô. Kim cắt ngược có lực đâm xuyên mạnh hơn kim cắt thường qui và được sử dụng cho các mô khó đâm xuyên như da, bao gân...



Hình 7- Các loại kim dùng trong phẫu thuật: A-Kim nhọn, B-Kim cắt, C-Kim cắt ngược, D-Kim nhọn-cắt, E-Kim tù

- Kim nhọn-cắt: kim có một đoạn rất ngắn ở đầu hình tam giác, mục đích làm tăng khả năng đâm xuyên nhưng không cắt nhiều mô (kim trocar).
- Kim tù: kim có đầu tù, được sử dụng cho các mô bở và dễ rách như gan và thận.

Khi sử dụng kim để khâu, cần chú ý:

- Kẹp kim ở vị trí 1/3 trong và 1/3 ngoài. Kẹp kim bằng đầu của kẹp mang kim. Hướng của kẹp mang kim vuông góc với mặt phẳng của kim.
- Hướng đâm của đầu kim qua lớp mô vuông góc với bề mặt của mô.
- Hướng di chuyển của đầu kim ở trong lớp mô cũng như khi rút kim phải trùng với chiều cong của thân kim.
- Không để kim và kẹp mang kim rời nhau trong suốt cuộc mổ.

1.3-Cắt và đốt điện:

1.3.1-Máy cắt-đốt điện (electrocautery) :

Nguyên tắc: sử dụng năng lượng điện cao tần để đốt cầm máu và cắt mô.

Máy đốt đơn cực có thể đốt cầm máu và cắt mô. Trong chế độ đốt cầm máu, xung điện được phóng cách quãng, làm cho vùng mô bị khô và tạo ra huyết khối trong lòng mạch. Trong chế độ cắt, xung điện, được phóng liên tục, làm đốt cháy thật nhanh và cắt ngang một vùng mô, nhưng ít gây tổn thương nhiệt ở vùng mô lân cận. Máy đốt đơn cực bắt buộc phải có bản tiếp xúc giữa BN với mặt đất (bản tiếp đất).

Máy đốt luồng cực chỉ có thể đốt cầm máu. Xung điện được phóng ra giữa hai bản điện cực (hai đầu đốt). Không có tổn thương mô nào khác ngoài vùng mô giữa hai đầu đốt.

Phương pháp đốt lưỡng cực được sử dụng rộng rãi trong phẫu thuật nội soi. Máy đốt lưỡng cực không cần bắn tiếp xúc giữa BN với mặt đất.

1.3.2-Máy đốt với tia argon:

- Máy phát tia argon và sử dụng tia argon làm đường dẫn cho các electron.
- Có thể gây cầm máu mà không chạm vào bề mặt mô.
- Được ứng dụng để cầm máu mặt cắt tang đặc.

1.3.3-Laser trị liệu:

- Máy sử dụng năng lượng của tia laser để cắt đốt và phá huỷ một số loại mô.
- Được ứng dụng rộng rãi trong phụ khoa, chuyên khoa đầu mặt và da liễu.
- Ba loại máy laser được sử dụng nhiều nhất là argon laser, carbon dioxide laser, neodymium-yttrium aluminum (Nd-YAG) laser.

1.3.4-Quang động trị liệu (photodynamic therapy):

Một số chất sẽ phát sinh năng lượng khi gặp ánh sáng có bước sóng đặc hiệu. Năng lượng sinh ra sẽ phá huỷ cấu trúc mô mà chất đó “lưu trú”.

Phương pháp trị liệu này được ứng dụng để phá huỷ các bướu lành hay ác tính.

1.3.5-Quang động hồng ngoại (infrared photocoagulation):

Được ứng dụng trong điều trị trĩ nội: năng lượng phát ra từ chùm tia hồng ngoại sẽ tập trung chủ yếu vào lớp dưới niêm mạc, “đốt cháy” các xoang tĩnh mạch trĩ mà ít làm tổn thương lớp niêm mạc bề mặt.

1.3.6-Các phương tiện sử dụng sóng cao tần:

Dao cắt siêu âm (Harmonic scalpel): năng lượng được phát ra từ sự rung động với tần số rất cao (55.000 lần/giây) làm cắt và cầm máu mô nơi tiếp xúc mà không làm tổn thương các cấu trúc xung quanh. Máy được ứng dụng nhiều trong phẫu thuật nội soi.

Máy cắt-hút siêu âm (Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator): máy sử dụng năng lượng phát ra từ sự rung động với tần số rất cao của một đầu dò, “cắt vụn” mô chung quanh, sau đó hút chúng ra ngoài. Máy được ứng dụng trong phẫu thuật đục thuỷ tinh thể, cắt gan, cắt thận và cắt các khối u trong lĩnh vực phụ khoa.

1.4-Sự tẩy trùng và tiệt trùng:

Tiết trùng được định nghĩa là loại trừ tất cả các vi sinh vật gây bệnh, bao gồm cả bào tử của chúng, còn tẩy trùng là loại trừ phần lớn chúng.

Tiết và tẩy trùng các dụng cụ và trang thiết bị trong bệnh viện là điều bắt buộc, để hạn chế nguy cơ nhiễm trùng cho BN cũng như cho nhân viên y tế.

Sự chọn lựa phương pháp tiệt trùng hay tẩy trùng tuỳ thuộc vào việc đánh giá khả năng gây lây nhiễm của các phương tiện là nghiêm trọng hay không nghiêm trọng.

Phương tiện có khả năng gây lây nhiễm nghiêm trọng là các phương tiện có thể xâm nhập qua da hay niêm mạc. Tất cả các dụng cụ phẫu thuật (bao gồm cả kim khâu) và dụng cụ nội soi được xếp vào nhóm này. Các phương tiện này hoặc là phải được tiệt trùng hoặc là được huỷ bỏ.

Phương tiện có khả năng gây lây nhiễm trung bình là các phương tiện có thể tiếp xúc với niêm mạc nhưng không xâm nhập qua niêm mạc. Hầu hết dụng cụ khám bệnh thuộc nhóm này. Các phương tiện này nên được tiệt trùng hay được tẩy trùng đúng cách.

Phương tiện có khả năng gây lây nhiễm thấp là các phương tiện không tiếp xúc với niêm mạc nhưng có thể dính máu hay các chất tiết từ niêm mạc. Các trang thiết bị y tế thuộc nhóm này. Các phương tiện này phải được tẩy trùng thích hợp.

Các phương pháp tẩy trùng chính bao gồm:

- Tẩy trùng bằng dung dịch tẩy trùng
- Tẩy trùng bằng tia cực tím
- Tẩy trùng bằng khí ozon

Các loại dung dịch tẩy trùng được sử dụng phổ biến hiện nay là:

- Alcohol (ethanol, isopropanol)
- Aldehyde (glutaraldehyde)
- Halogen (chloramine, chlorine, hypochlorite, iodine)
- Tác nhân oxy hoá (oxidizing) (chlorine dioxide, hydrogen peroxide, ozone, peracetic acid, permanganate kali...)
- Phenilic
- Amonium bậc 4...

Hiện nay, trong bệnh viện, dung dịch tẩy trùng được sử dụng phổ biến nhất là natri hypochlorite (còn gọi là thuốc tẩy). Tẩy trùng là bước đầu tiên trong quy trình xử lý dụng cụ phẫu thuật: sau khi kết thúc cuộc phẫu thuật, các dụng cụ phẫu thuật được ngâm 30 phút trong dung dịch natri hypochlorite, sau đó được rửa sạch bằng dung dịch xà-phòng (detergent) và cuối cùng được tiệt trùng.

Để bảo đảm tiêu diệt 100% vi sinh vật, các dụng cụ phải được tiệt trùng. Có ba phương pháp tiệt trùng chính: tiệt trùng bằng nhiệt độ, tiệt trùng bằng hóa chất và tiệt trùng bằng chiếu xạ (bảng 2).

Tiết trùng bằng nhiệt độ	Tiết trùng bằng hóa chất	Tiết trùng bằng chiếu xạ
Tiết trùng bằng hơi nước dưới áp lực (autoclave)	Ethylene oxide (EO) Ozone	Tia X Tia gamma
Tiết trùng bằng nhiệt độ khô (hấp khô)	Natri hypochlorite Glutaraldehyde, formaldehyde Ortho-phthalaldehyde (APA) Hydrogen peroxide	Các hạt bán nguyên tử (subatomic particles)
Dun sôi		

Bảng 2- Các phương pháp tiệt trùng

Tiết trùng bằng hơi nước với áp lực là phương pháp tiệt trùng được sử dụng phổ biến nhất trong phòng mổ. Khi được tiệt trùng, các dụng cụ sẽ được tiếp xúc với hơi nóng ở nhiệt độ 121°C dưới áp lực 15 psi trong thời gian 15-20 phút (hay nhiệt độ 134°C dưới áp lực 30 psi trong thời gian 3-5 phút). Phương pháp này có ưu điểm là nhanh và rẻ tiền nhưng có thể làm hư tổn các dụng cụ bằng nhựa tổng hợp hay sợi quang học. Các dụng cụ phẫu thuật thường được tiệt trùng bằng phương pháp này. Để bảo đảm khả năng tiệt trùng 100%, hơi nước với áp lực và nhiệt độ như trên phải tác động đều trên tất cả các dụng cụ.

Có một số phương pháp để xác định quá trình tiệt trùng có được bảo đảm hay không. Các phương pháp này bao gồm việc sử dụng các chất chỉ thị màu hay chỉ thị sinh học.

Tiết trùng bằng khí EO là phương pháp tiệt trùng được chọn lựa cho các vật dụng làm bằng nhựa tổng hợp, dụng cụ quang học hay dụng cụ điện có khả năng chịu đựng súc nóng lên tới 60°C. Khi tiệt trùng, nồng độ khí EO được duy trì ở mức 200mg/L-800mg/L, trong môi trường có nhiệt độ 30-60° C, độ ẩm 30% và trong khoảng thời gian 3 giờ.

Các dung dịch glutaraldehyde và ortho-phthalaldehyde (OPA) cũng có thể được xem là dung dịch tiệt trùng, với điều kiện là các dụng cụ phải được ngâm trong dung dịch với thời gian đủ lâu (thời gian ngâm có thể lên đến 12 giờ đối với glutaraldehyde để có thể diệt hết các bào tử). So với dung dịch glutaraldehyde, dung dịch OPA có tính ổn định cao hơn, ít bay hơi hơn, ít gây kích thích da và mắt hơn, có hoạt tính kháng khuẩn, nấm và bào tử mạnh hơn nhưng có giá thành đắt hơn. Các dung dịch này là chọn lựa để tiệt trùng các dụng cụ không chịu được súc nóng (thí dụ như dụng cụ nội soi).

1.5-Kỹ năng phòng mổ:

1.5.1-Rửa tay, mặc áo và mang gant:

Trước bất kỳ một cuộc phẫu thuật nào, tất cả các thành viên trong ê-kíp phẫu thuật, nghĩa là những người tiếp xúc với vùng mổ của BN và các dụng cụ phẫu thuật vô trùng, sẽ phải rửa tay, mặc áo và mang gant theo nguyên tắc đảm bảo vô trùng cho cuộc mổ.

Việc chải rửa không làm cho tay trở nên vô trùng, nhưng nó giúp hạn chế nguy cơ nhiễm trùng của cuộc mổ.

Trước khi chải rửa tay, cần chú ý các điều sau:

- Tháo các trang sức ở tay
- Kiểm tra các móng tay. Cắt móng tay nếu móng dài. Móng tay dài là nguồn lây nhiễm, đồng thời có thể làm rách gant khi tiến hành phẫu thuật.
- Kiểm tra các tổn thương da ở tay (các vết xước, trầy xát hay nhiễm trùng ngoài da). Người có tổn thương ở tay không nên tiến hành cuộc phẫu thuật.

Chải rửa tay phải đúng kỹ thuật. Hiện nay tất cả các bệnh viện đều thiết lập được quy trình chải rửa tay riêng của mỗi bệnh viện. Tất cả các quy trình đều giống nhau ở một điểm: chải rửa tay tối thiểu 5 phút trước ca phẫu thuật đầu tiên và 3 phút cho các ca phẫu thuật tiếp theo.

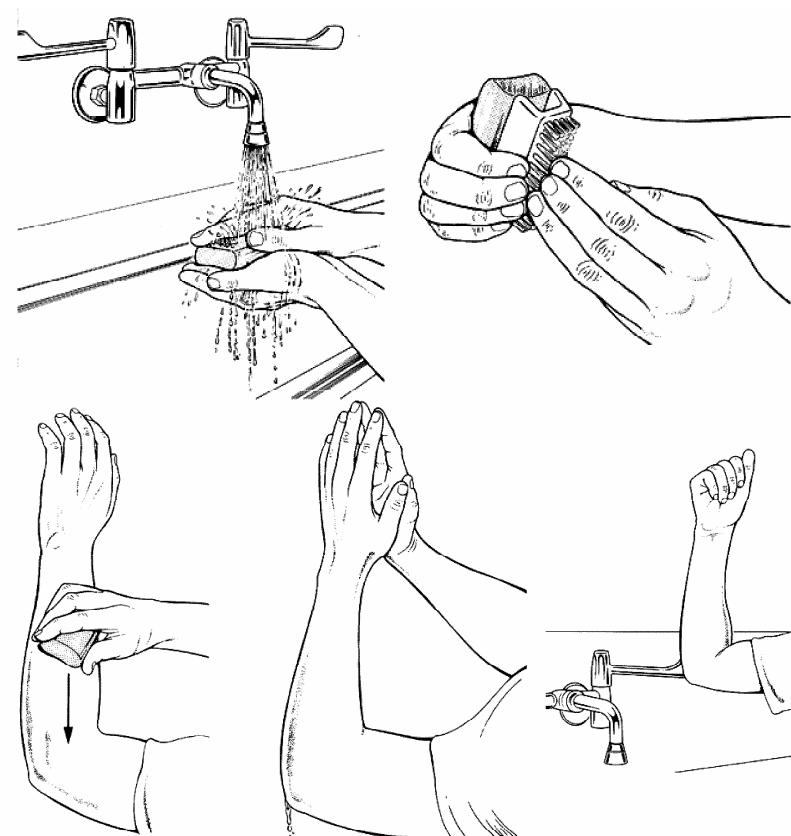
Kỹ thuật chải rửa tay (hình 8) có một số điều cần nhớ:

- Rửa tay dưới vòi nước đang chảy.
- Sau khi thoa xà phòng, chải rửa tất cả các mặt của ngón tay cũng như của bàn tay, cẳng tay và khuỷu tay, theo hướng từ ngón tay lên khuỷu tay.
- Sau khi chải rửa tay, dựng cánh tay lên sao cho dòng nước chảy xuống ở khuỷu tay.
- Khoá vòi nước bằng khuỷu tay.

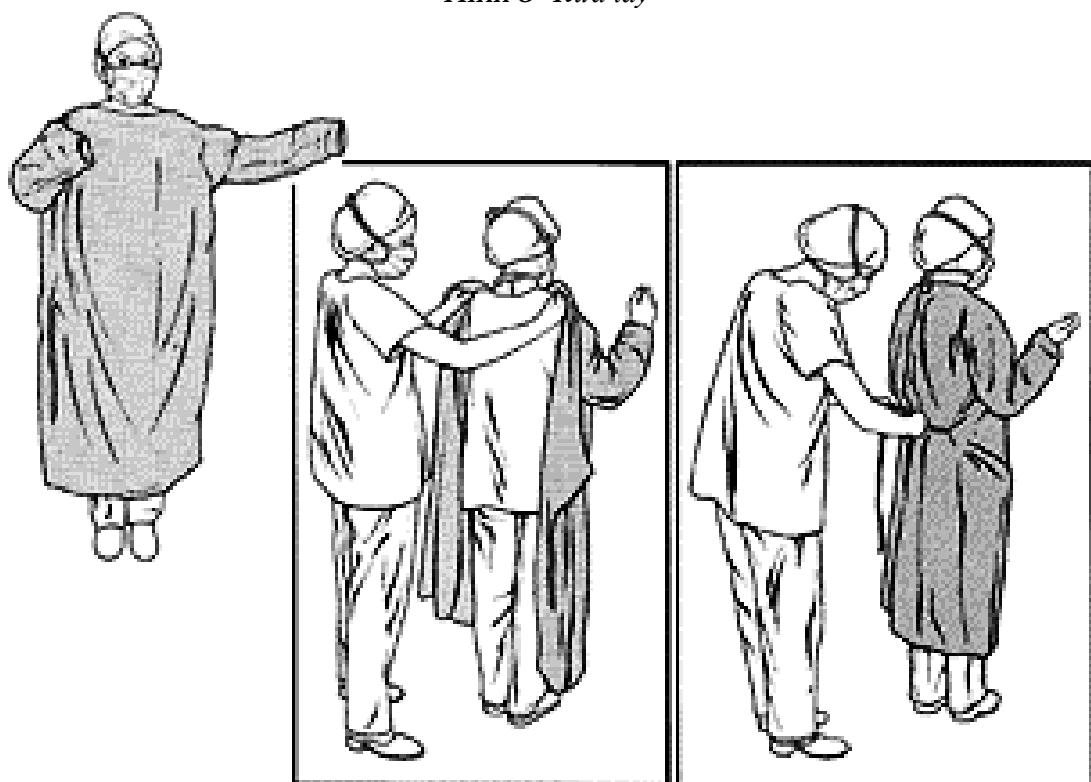
Sau khi chải rửa tay:

- Lau khô tay với khăn vô khuẩn.
- Giữa cho cánh tay và khuỷu tay luôn cao hơn khuỷu

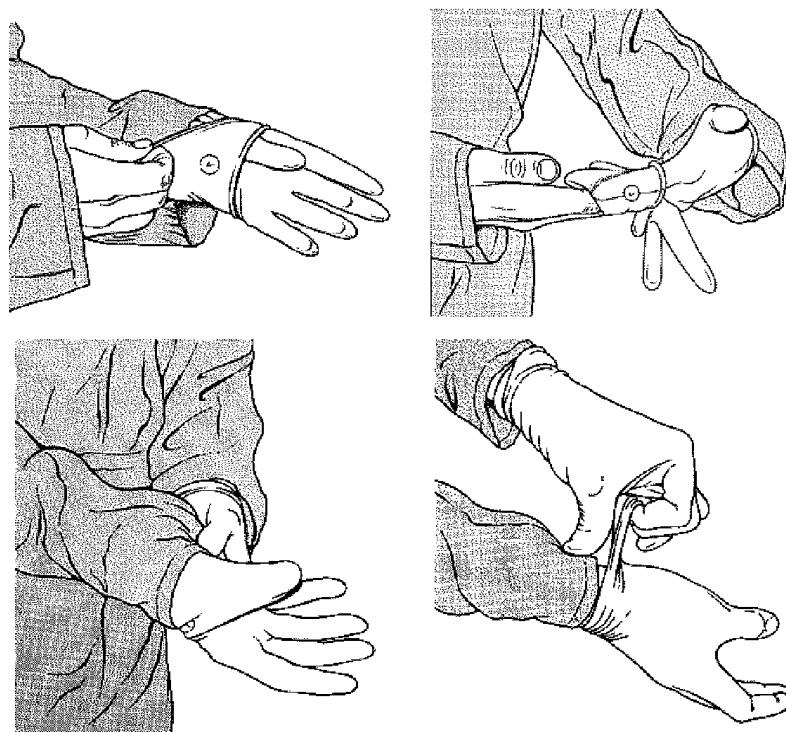
- Mặc áo mổ (hình 9).
- Mang gant mổ (hình 10).



Hình 8- Rửa tay

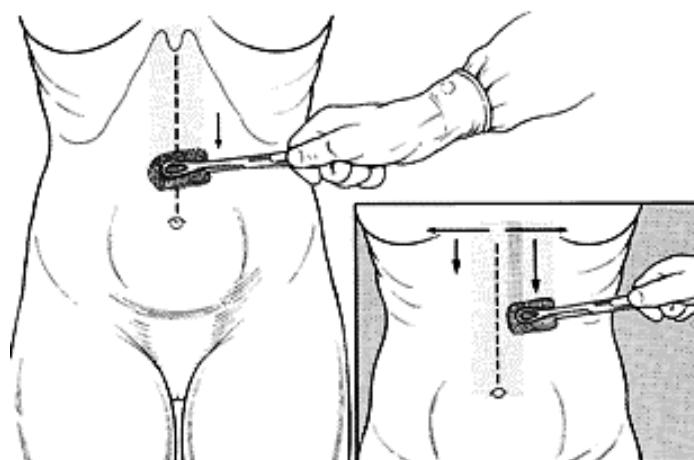


Hình 9- Mặc áo mổ

*Hình 10- Mang gant mỗ***1.5.2-Chuẩn bị vùng mổ:**

BN nên tắm rửa vào đêm trước ngày mổ. Lông ở vùng mổ nên được lấy đi. Việc cắt lông vùng mổ tốt hơn là cạo lông và nên được tiến hành trong phòng mổ. Ngay trước khi cuộc mổ bắt đầu, rửa vùng mổ và vùng lân cận với nước và xà-phòng. Sát trùng vùng mổ và vùng lân cận bằng dung dịch sát trùng, bắt đầu từ vùng trung tâm ra phía ngoại vi (hình 11). Chlorhexidine và iodine là hai dung dịch sát trùng da thường được sử dụng nhiều hơn alcohol. Các dung dịch sát trùng phải được duy trì ở trạng thái ướt trên da tối thiểu 2 phút.

Cần nhớ là vùng rửa và sát trùng da phải rộng hơn vùng mổ, để khi tiến hành thao tác phẫu thuật, bàn tay của phẫu thuật viên không phải chạm vào vùng da chưa được sát trùng.

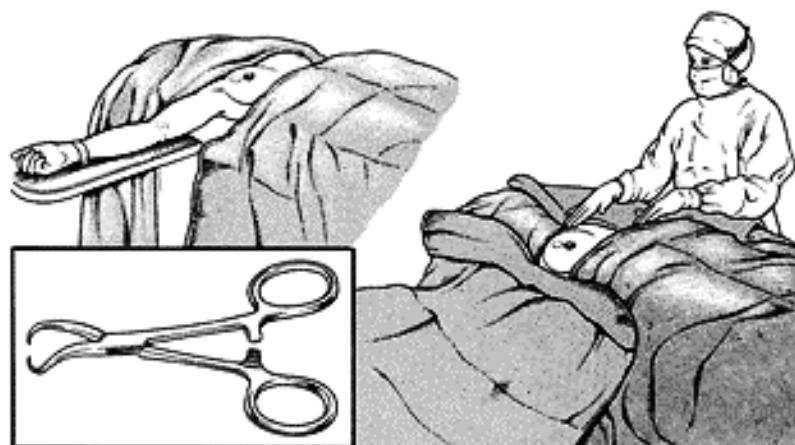
*Hình 11- Sát trùng vùng mỗ***1.5.3-Trải khăn vùng mổ:**

Chỉ nên trải khăn mổ sau khi đã mặc áo và mang gant mỗ.

Có nhiều phương pháp trãi khăn mổ, tùy thuộc vào loại khăn. Tuy nhiên, việc trãi khăn cũng tuân theo một số nguyên tắc nhất định. Các nguyên tắc này là:

- Trãi khăn che kín người BN, chỉ chừa lại hai vùng, vùng mổ và vùng cho bác sĩ gây mê tiến hành các thao tác nghiệp vụ của mình.
- Phần khăn mổ nằm bên dưới bàn mổ được xem như không vô trùng.

Sau khi trãi khăn, khăn mổ được cố định bằng các kẹp (hình 12).



Hình 12- Trãi khăn mổ và cố định khăn mổ bằng kẹp

2-Kỹ năng và kiến thức căn bản trong phẫu thuật:

2.1-Rạch da và khâu da:

Các vấn đề cần chú ý khi rạch da (hình 13):

- Dự trù sẵn độ dài của đường rạch để bảo đảm bóc lộ đầy đủ phẫu trường.
- Giữ yên da với hai ngón của một bàn tay, tay còn lại cầm dao rạch da với đường rạch liên tục. Mặt phẳng của lưỡi dao được giữ vuông góc với mặt phẳng da.
- Mỗi lần rạch, rạch từng lớp một. Giữ nguyên độ dài của đường rạch sau mỗi lần rạch. Nếu có thời gian, cầm máu sau mỗi lần rạch.

Phương pháp khâu đóng da thường được thực hiện nhất là khâu đóng một lớp với chỉ không tan và một sợi (tốt nhất là chỉ nylon 3-0 hay 4-0). Mũi khâu da thường là mũi rời. Mũi khâu “cắn” 1 cm mổ ở hai phía (hình 13). Các mũi khâu cách nhau 1 cm.

Trong trường hợp lớp mổ dưới da dày, có thể khâu đóng riêng mổ dưới da. Mũi khâu đóng mổ dưới da là mũi rời, bắt đầu từ đáy vết thương lên để lộn nơ chỉ xuống phía dưới (hình 14). Chỉ dùng để khâu mổ mổ dưới da phải là loại chỉ tan (tốt nhất là polyglactic hay polyglycolic acid 3-0 hay 4-0). Có thể dùng chỉ không tan để khâu đóng mổ mổ dưới da, với điều kiện chúng phải là chỉ loại đơn sợi và không phải là nylon.

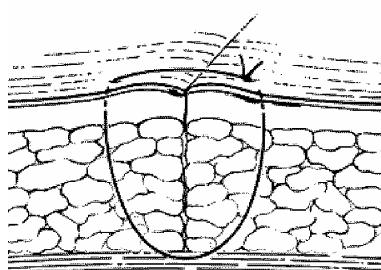
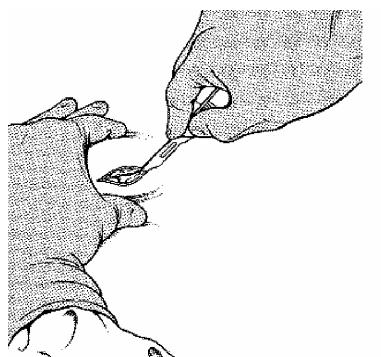
Khi vết thương bị dây trùng đáng kể, tốt nhất là để hở vết thương, khâu các mũi chò (hình 15), đắp gạc tẩm nước muối sinh lý vào vết thương. Sau 2-5 ngày sẽ đóng vết thương bằng xiết các mũi chỉ chò.

2.2-Cầm máu:

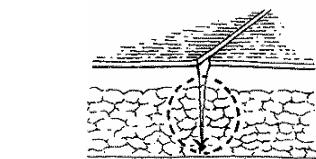
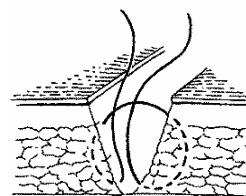
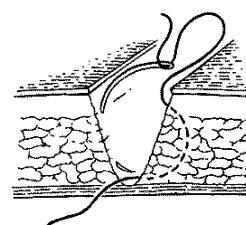
Nếu máu chảy rỉ rỉ, cầm máu bằng cách ép chõ chảy bằng gạc.

Nếu thấy một mạch máu đang chảy máu, cầm máu bằng đốt điện, buộc hay khâu buộc (hình 16). Vị trí đốt điện không quá gần da. Nếu buộc cầm máu, cắt hai đầu chỉ buộc càng ngắn càng tốt.

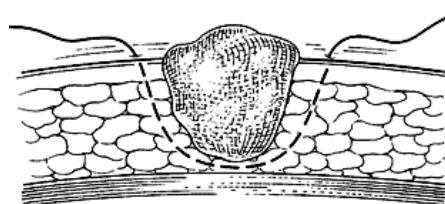
Khi buộc cầm máu một mạch máu tương đối lớn, hay khi nghi ngờ nút chỉ buộc cầm máu có thể bị sút, nên cầm máu bằng khâu buộc. Việc cầm máu bằng khâu buộc được thực hiện bằng cách xuyên kim qua mạch máu và sau đó buộc vòng quanh mạch máu. Đặt một nút chỉ buộc thứ hai ở bên dưới của nút khâu buộc.



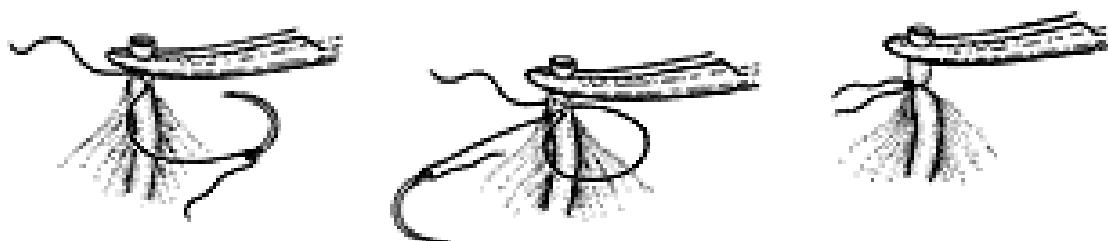
Hình 13- Rạch da và khâu đóng da



Hình 14- Khâu đóng mô dưới da



Hình 15- Mũi khâu chờ (khâu da kỹ đầu muộn)



Hình 16- Khâu buộc cầm máu

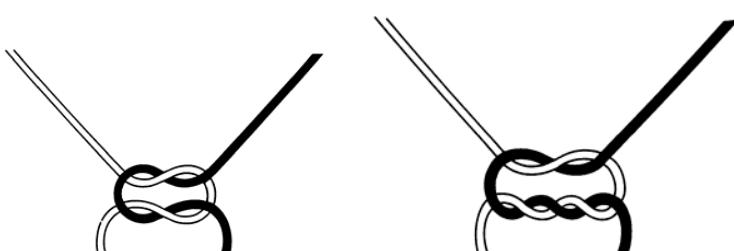
2.3-Buộc chỉ:

Các nguyên tắc căn bản của buộc chỉ trong phẫu thuật:

- Nút chỉ phải dẹt và chắc chắn, các nơ chỉ không bị lỏng.
- Nút chỉ càng nhỏ và hai đầu chỉ càng ngắn càng tốt để giảm thiểu nguy cơ phản ứng của cơ thể đối với vật lạ.

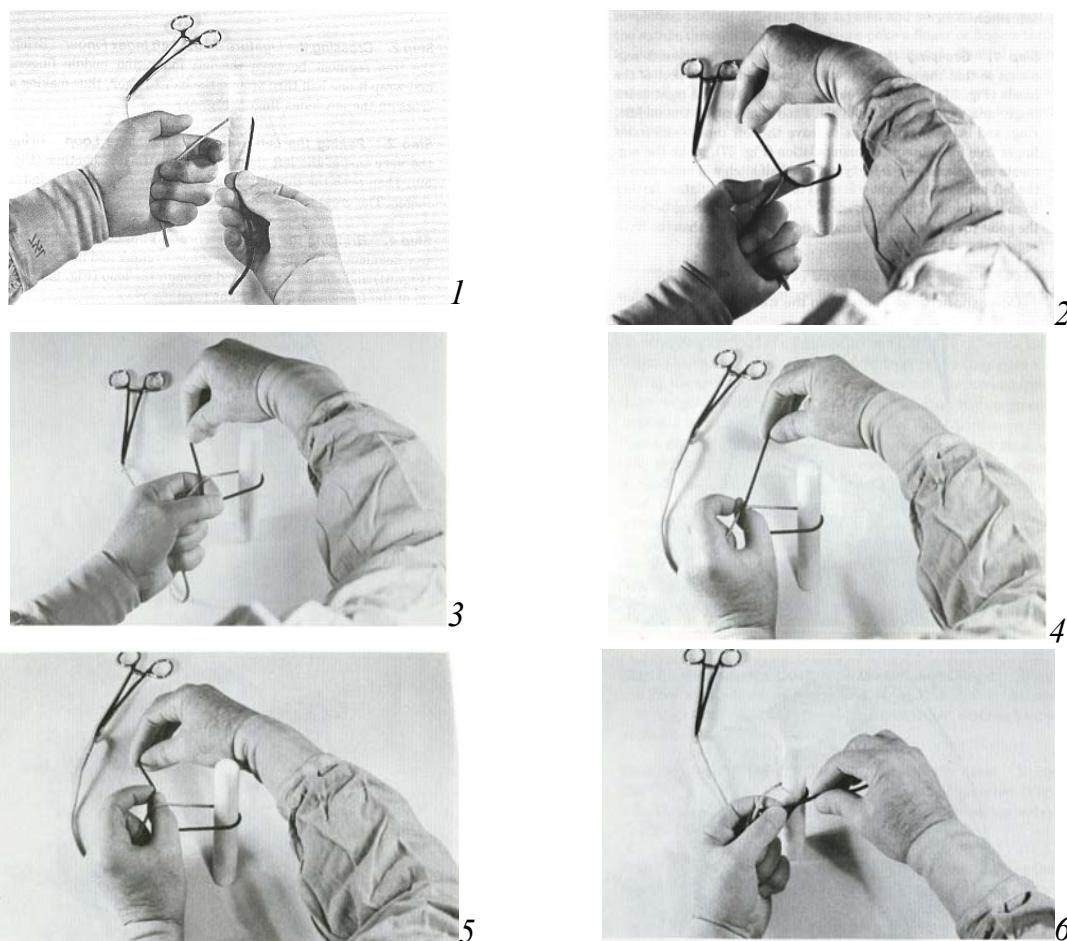
- Khi buộc chỉ, nên tránh gây ra sự cọ xát giữa hai nhánh chỉ buộc để không làm tổn thương sợi chỉ.
- Không dùng dụng cụ phẫu thuật để kẹp sợi chỉ (trừ việc kẹp ở đầu chỉ khi buộc chỉ bằng dụng cụ). Động tác này có thể làm tổn thương sợi chỉ.
- Không làm căng sợi chỉ quá mức khi buộc. Động tác này có thể làm đứt sợi chỉ hay đứt mô.
- Không buộc chỉ quá chặt. Động tác này có thể gây thiếu máu, dẫn đến hoại tử mô.
- Sau khi đã buộc nơ thứ nhất, giữ cho một nhánh chỉ căng. Động tác này sẽ tránh được lỏng nơ.
- Nơ buộc cuối cùng nên nằm theo chiều ngang càng tốt.

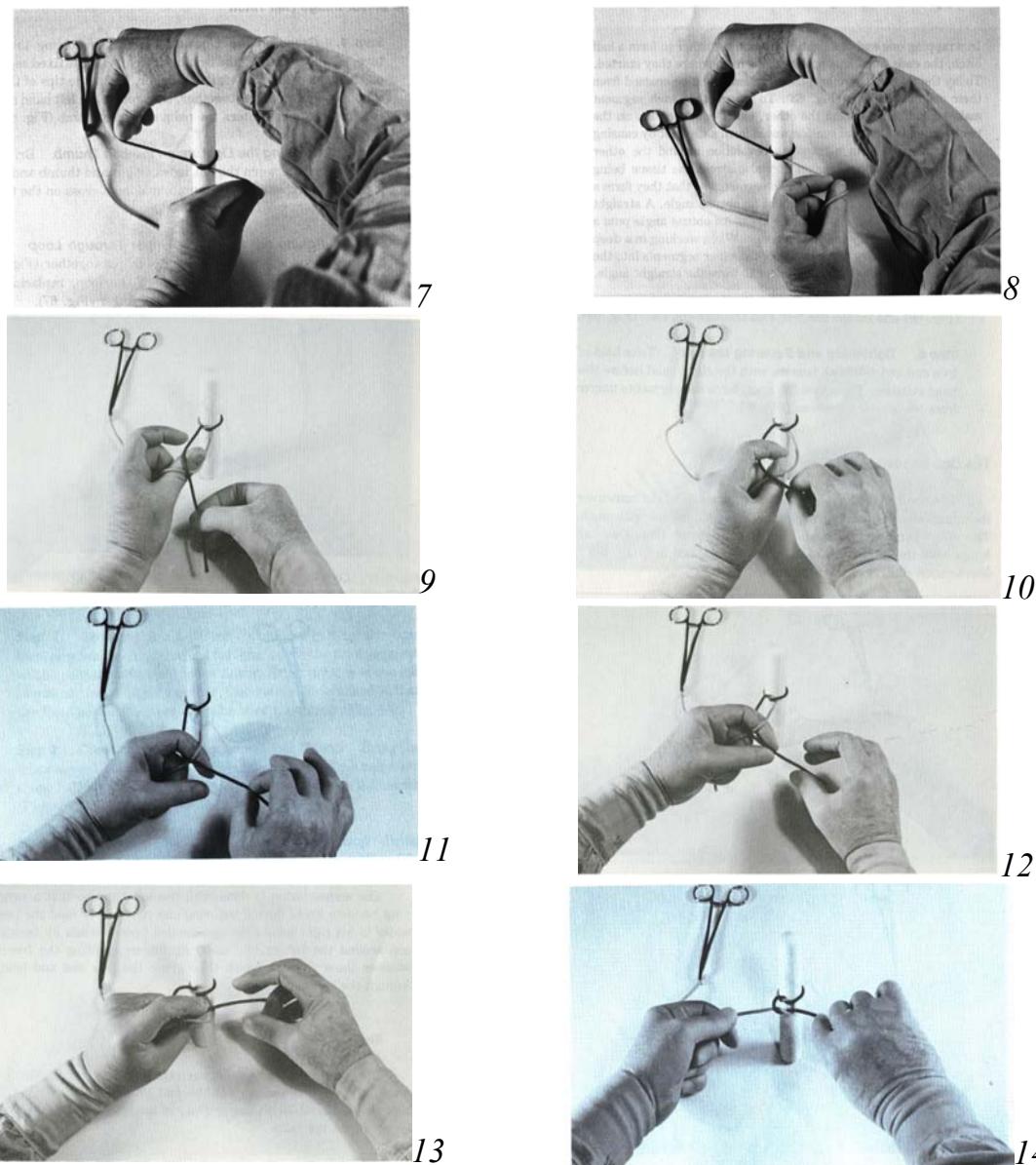
Có hai loại nút chỉ: nút vuông và nút của “nhà ngoại khoa” (surgeon’s knot) (hình 17)



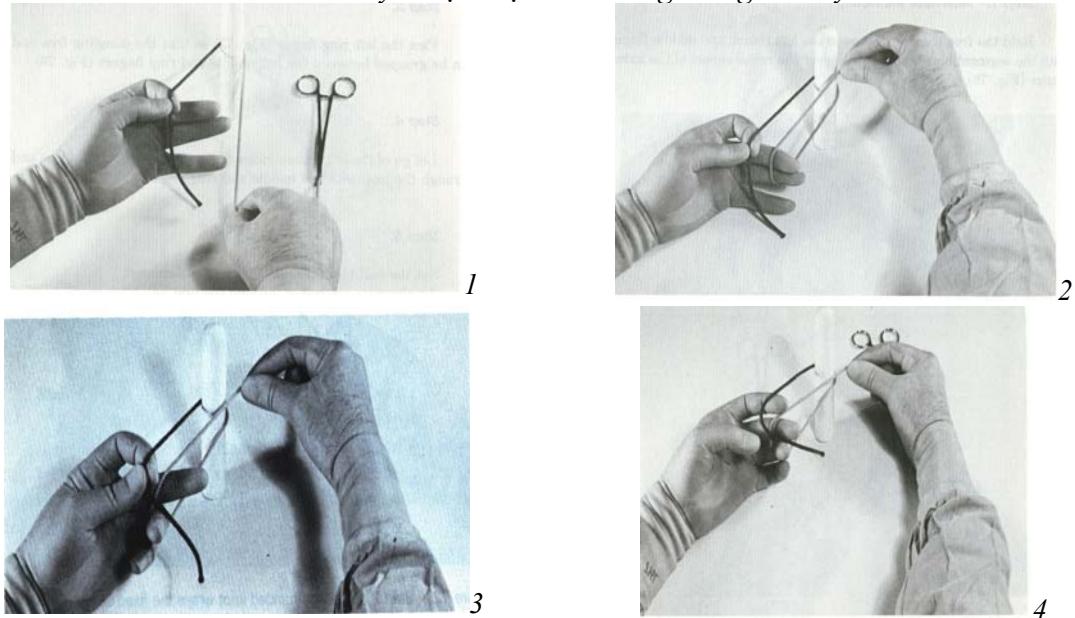
Hình 17- Các nút chỉ buộc chính trong ngoại khoa: nút vuông (hình trên trái) và nút “của nhà ngoại khoa”

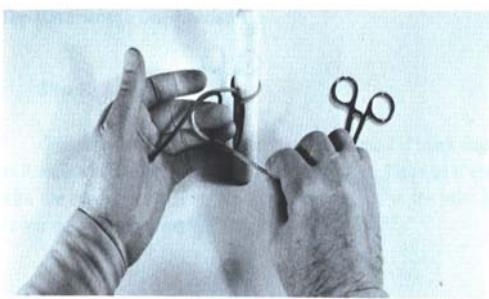
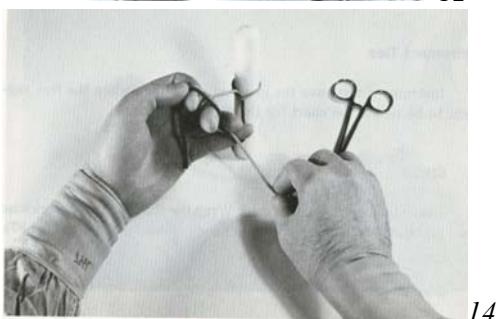
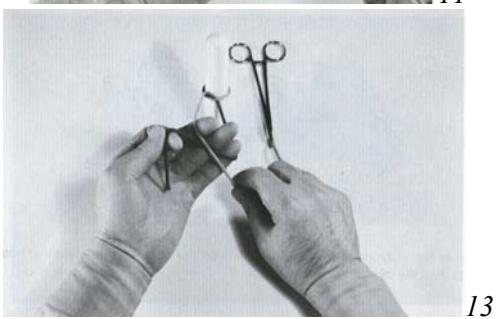
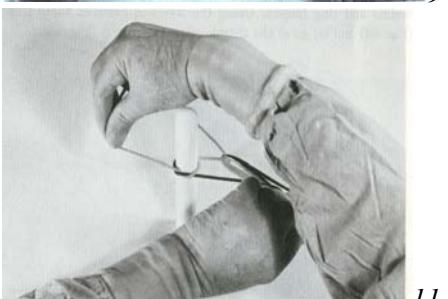
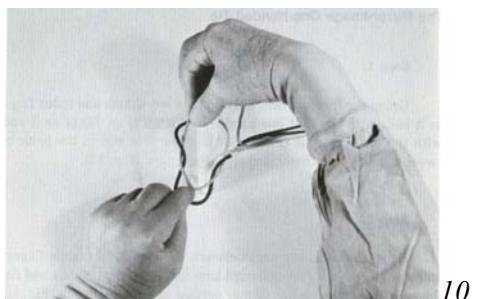
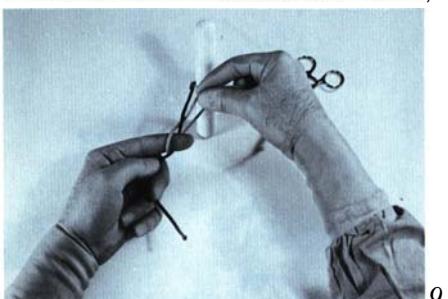
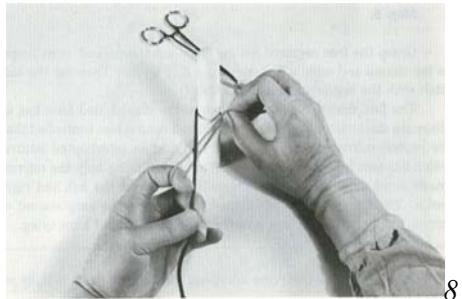
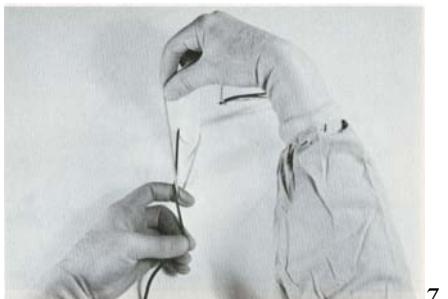
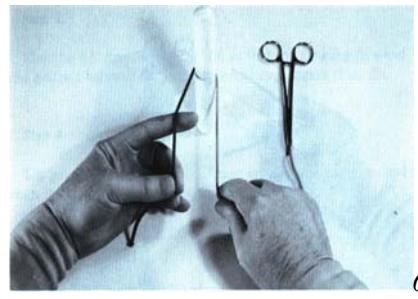
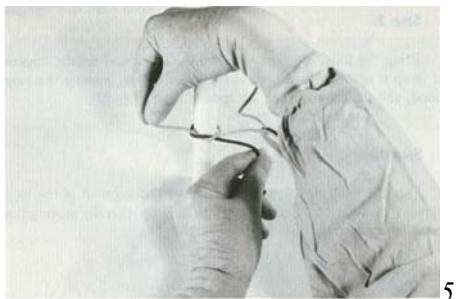
Các nút chỉ có thể được buộc bằng một tay, hai tay hay bằng dụng cụ (hình 18,19,20)



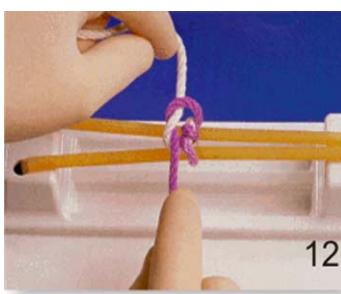
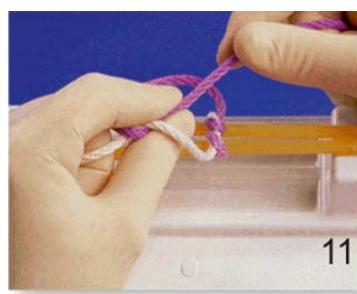
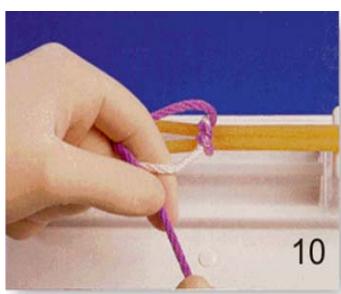
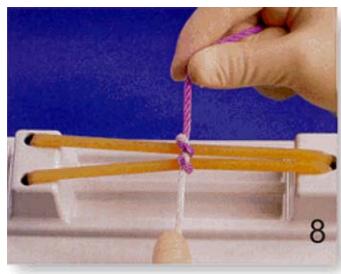
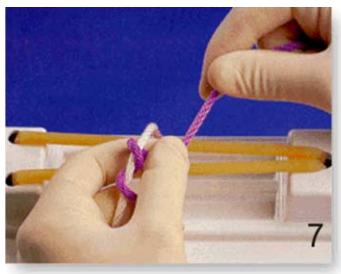
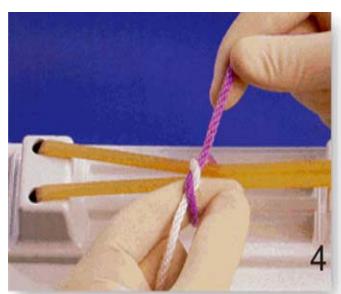
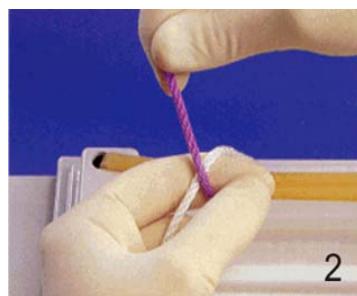
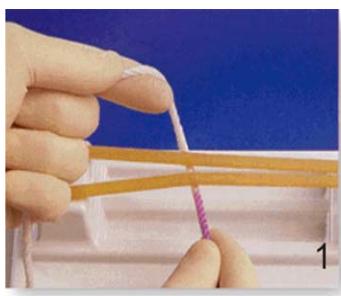


Hình 18- Kỹ thuật buộc nút vuông bằng hai tay





Hình 19- Kỹ thuật buộc nút vuông bằng một tay



Hình 20- Kỹ thuật buộc nút của “nhà ngoại khoa” bằng hai tay

2.4-Khâu vết thương:

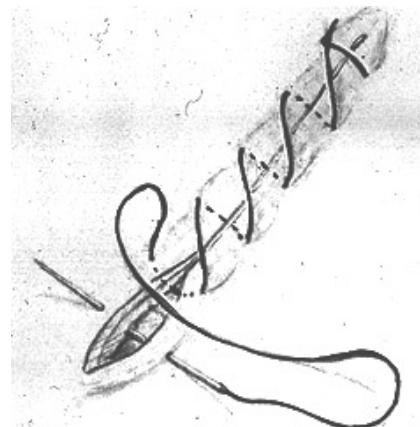
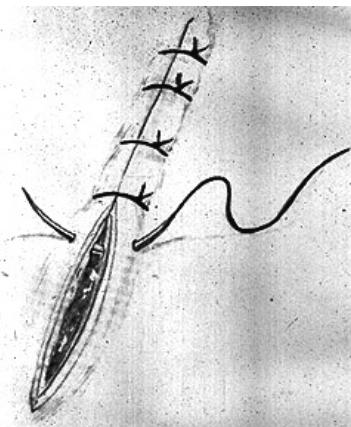
Có nhiều phương pháp khâu vết thương. Việc lựa chọn phương pháp khâu vết thương phụ thuộc vào các yếu tố sau đây:

- Hình dáng của vết thương
- Vị trí giải phẫu của vết thương
- Độ dày của vết thương
- Mức độ căng của hai mép vết thương
- Yêu cầu về thẩm mỹ của vết thương

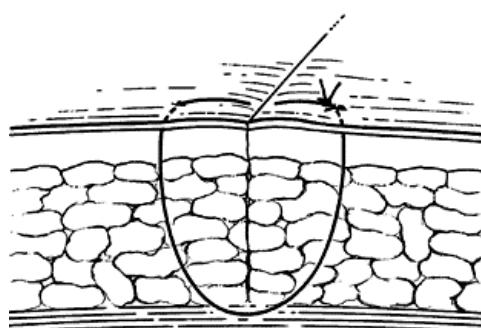
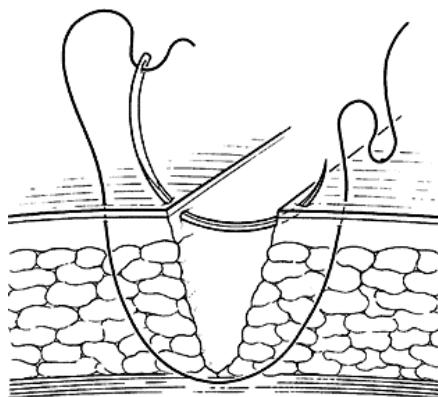
Mặc dù có nhiều thay đổi trong kỹ thuật khâu và chất liệu chỉ khâu, việc khâu vết thương cần đạt được các yêu cầu sau:

- Đóng kín các khoảng chênh
- Hỗ trợ vết thương cho đến khi sự lành vết thương đủ để chịu một lực căng có xu hướng làm hở hai mép vết thương.
- Hai mép vết thương bằng mặt và khít sát nhau
- Cầm được máu và ngăn đưọc vi sinh vật xâm nhập.

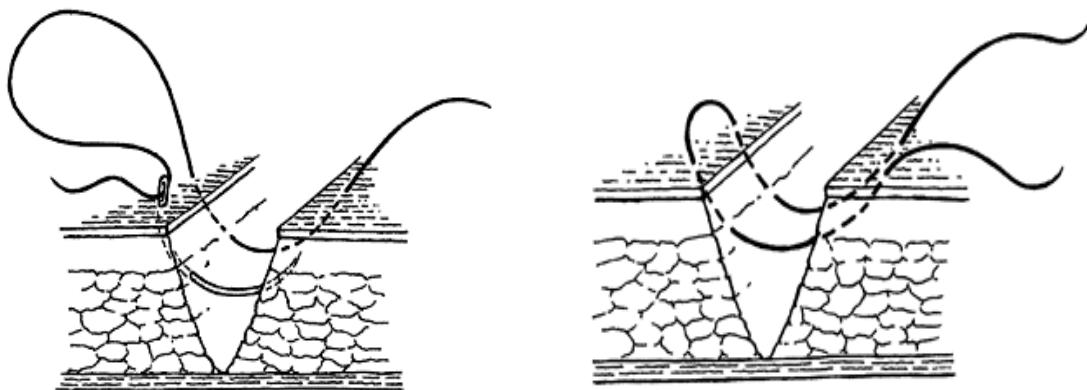
Các phương pháp khâu vết thương chính bao gồm : khâu mũi rời, khâu mũi liên tục (hình 21), khâu mũi đệm thẳng đứng (hình 22), khâu mũi đệm nằm ngang (hình 23), khâu mũi trong da (hình 26), mũi khâu lộn mép (hình 24), mũi khâu chịu lực (hình 25) và khâu mũi vòng (hình 26).



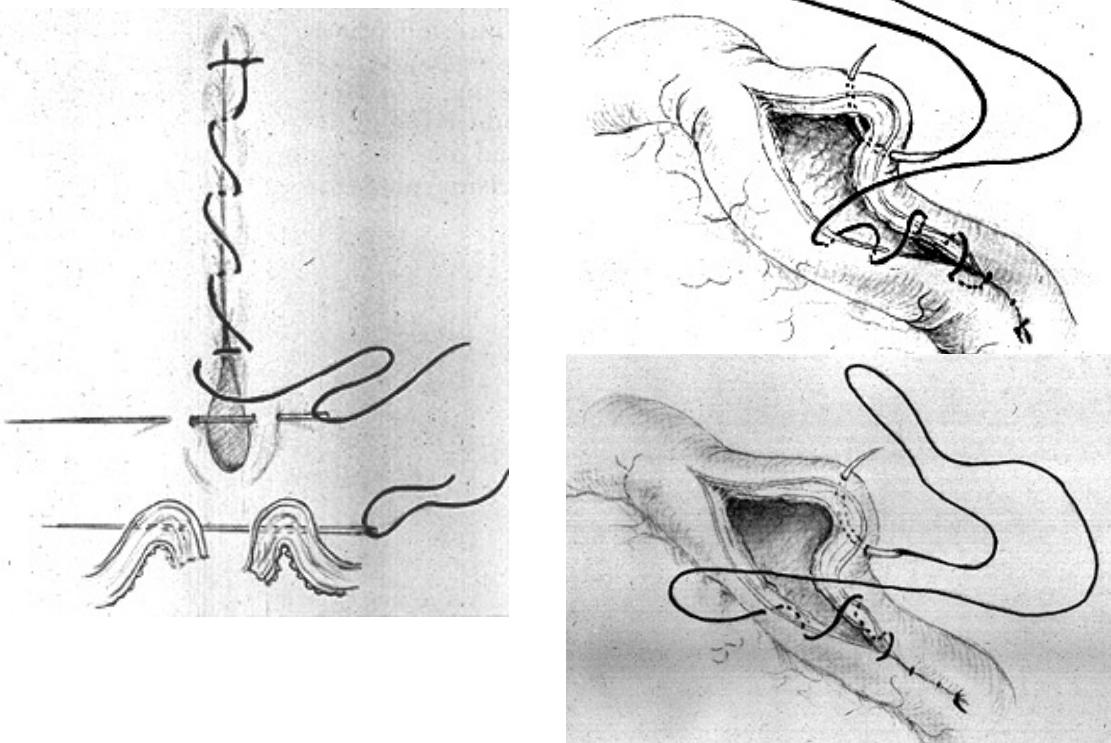
Hình 21- Mũi khâu rời và liên tục



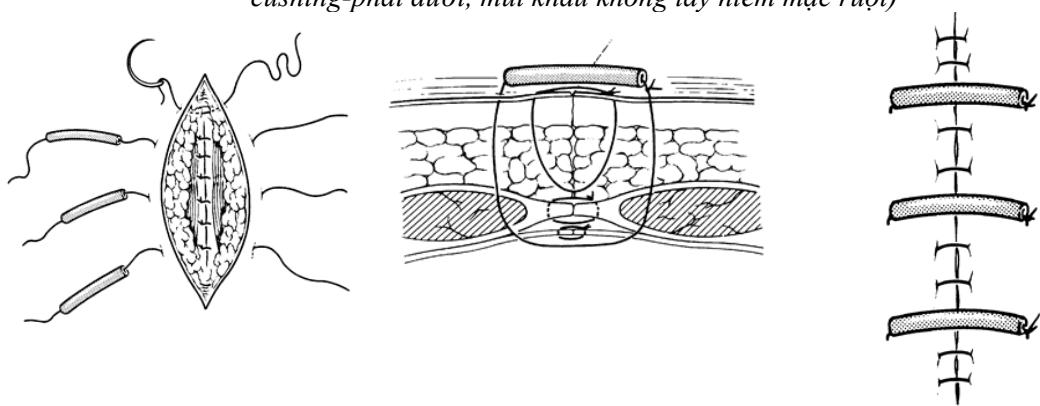
Hình 22- Mũi khâu đệm thẳng đứng



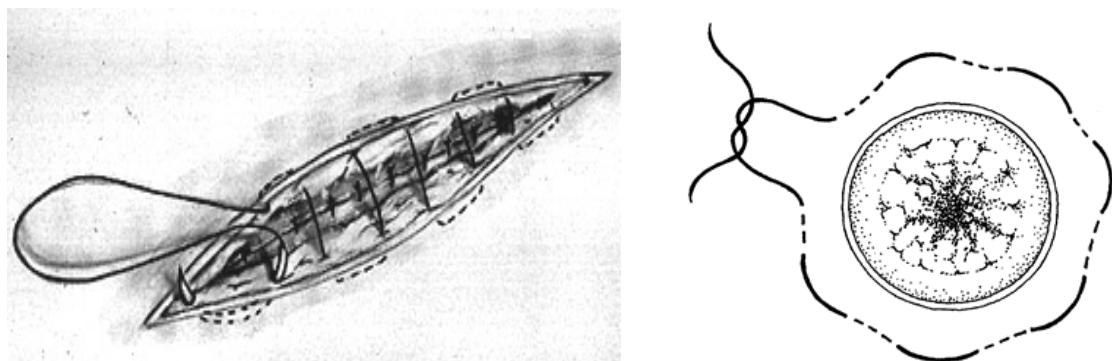
Hình 23- Mũi khâu đệm nằm ngang



Hình 24- Mũi khâu lộn mép (lambert-trái, connell-phải trên, mũi khâu lấy niêm mạc ruột, cushing-phải dưới, mũi khâu không lấy niêm mạc ruột)



Hình 25- Mũi khâu chịu lực



Hình 26- Mũi khâu trong da và mũi khâu vòng

Mũi khâu rời là loại mũi khâu thường được sử dụng nhất.

Khi sử dụng mũi khâu rời, cần chú ý các điều sau đây:

- Mũi khâu phải “cắn” đều hai phía vết thương.
- Kim khâu đi vào bì mặt da ở góc 90° và đi ra khỏi bì mặt da cũng ở góc đó đó.
- Khi hai mép vết thương không cân bằng, khâu áp mép lớn vào mép nhỏ để hạn chế lực căng trên mép nhỏ.
- Chỉ sử dụng mũi khâu rời nếu lực căng hai mép vết thương không đáng kể.
- Sử dụng chỉ không tan để khâu. Cắt chỉ vào thời điểm thích hợp.

Mũi khâu liên tục chỉ có một lợi điểm duy nhất là thời gian khâu nhanh. Các bất lợi của mũi khâu này bao gồm: hai mép da ít bằng mặt hơn và sẹo xấu hơn các mũi khâu khác.

Mũi khâu đệm thẳng đứng là mũi khâu được chọn lựa khi có sự căng giữa hai mép vết thương. Với mũi khâu này, hai mép da bằng mặt hơn. Tuy nhiên, mũi khâu này tồn tại lâu hơn các mũi khâu khác.

So với mũi khâu đệm thẳng đứng, mũi khâu đệm nằm ngang tạo ra lực hỗ trợ phân bố đều trên vết thương hơn. Tuy nhiên, với mũi khâu đệm nằm ngang, hai mép vết thương không có xu hướng áp sát vào nhau. Ứng dụng duy nhất của mũi khâu đệm nằm ngang là dùng để khâu vết thương gan. Mũi khâu đệm có tác dụng cầm máu mặt cắt gan, không xé rách nhu mô gan, đồng thời mở vết thương ra bì mặt, tránh nguy cơ tụ dịch trong nhu mô gan sau mổ.

Mũi khâu lộn mép và mũi khâu vòng được sử dụng nhiều trong khâu nối ống tiêu hoá. Với mũi khâu này, thanh mạc ống tiêu hoá được lộn vào trong, tránh được nguy cơ dính ruột sau mổ.

Mũi khâu chịu lực được sử dụng để khâu đóng các thành bụng khó. Đó là các trường hợp thành bụng quá căng sau khi đóng (BN béo phì, BN bị hen suyễn hay viêm phế quản mãn tính, tình trạng tăng áp lực trong xoang bụng...) hay thành bụng khó có khả năng lành (BN lớn tuổi, BN bị suy giảm sức đề kháng...).

Chỉ dùng để khâu mũi khâu chịu lực tốt nhất là chỉ nylon hay chỉ thép. Mũi khâu lấy hết cả bì dày của thành bụng. Sau khi khâu, không xiết các mối chỉ, tiếp tục khâu đóng thành bụng theo cách thức thông thường. Sau khi đã kết thúc việc khâu đóng lớp da mới xiết các mối chỉ của mũi khâu chịu lực. Các đầu chỉ của mũi khâu chịu lực sẽ được luồn qua một ống ngắn làm bằng nhựa hay cao su trước khi xiết. Mũi khâu chịu lực được cắt chỉ sau 2-4 tuần.

Thời điểm cắt chỉ của các mũi khâu thay đổi, tùy thuộc vào hai yếu tố chính:

- Khả năng chịu lực nội tại của vết thương. Trung bình một vết thương sẽ đạt 8% khả năng chịu lực sau 1-2 tuần.
- Lực căng hai mép của vết thương.

Thời gian cắt chỉ trung bình của vết thương vùng mặt là 5-7 ngày, vùng cổ là 7 ngày, da đầu: 10 ngày, vùng thân và chi trên 8-10 ngày, chi dưới 10-14 ngày.

Cắt chỉ muộn có thể dẫn đến nhiễm trùng vết thương. Cắt chỉ muộn cũng có thể dẫn đến hiện tượng biến đổi mô hoá quanh sợi chỉ, làm cho sẹo có hình “xương cá”.

2.5-Cắt lọc vết thương:

Cắt lọc vết thương là một thủ thuật ngoại khoa căn bản trong xử trí ban đầu một vết thương do hay đã nhiễm trùng.

Để có thể tiến hành cắt lọc vết thương, cần có các dụng cụ sau:

- Kèp mô (nhíp có máu)
- Dụng cụ bóc tách sắc (dao với lưỡi số 10 hay kéo có đầu nhọn)
- Nước muối sinh lý
- Syringe lớn hay bầu cao su hay bất kỳ một hệ thống bơm rửa nào

Các bước chính trong cắt lọc vết thương:

- Bơm rửa vết thương bằng một số lượng đáng kể của nước dưới áp lực
- Dùng nhíp có máu lấy các dị vật
- Dùng dụng cụ sắc lấy đi các mô chết, mô đã nhiễm trùng hay có nhiều dị vật không thể lấy đi bằng nhíp có máu được.
- Bơm rửa lại vết thương một lần nữa
- Đέ hở vết thương hay khâu các mũi khâu chò
- Đắp gạc ướt che lên vết thương.

2.6-Xử trí gãy xương:

Thái độ điều trị một trường hợp gãy xương:

- Xử trí ban đầu khi tiếp cận BN tại hiện trường (bất động tạm, cầm máu tạm, giữ ấm, đảm bảo khí đạo thông suốt)
- Vận chuyển đến cơ sở y tế gần nhất
- Xử trí theo thứ tự ưu tiên (ABCDE- khí đạo, tuần hoàn, sọ não, bụng và tứ chi)

Quá trình điều trị chính một trường hợp gãy xương bao gồm ba bước: nắn xương gãy, bất động và phục hồi vận động.

Nắn xương gãy có thể kín hay hở.

Nắn xương kín (với phương pháp vô cảm tê tại chỗ hay mê toàn thân) được chỉ định khi:

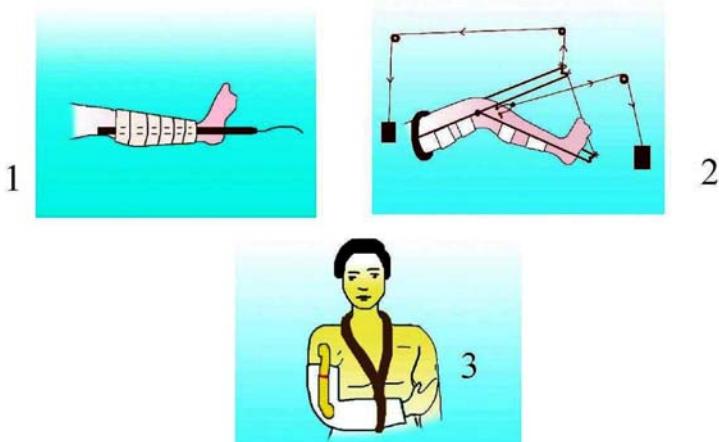
- Gãy xương nhỏ và di lệch ít
- Gãy xương ở trẻ em
- Ở gãy ổn định sau khi được kéo nắn

Nắn xương hở được chỉ định khi:

- Không thể nắn kín
- Gãy xương thấu khớp
- Gãy không vững (nguy cơ di lệch thứ phát sau khi nắn kín)

Xương gãy có thể được kéo nắn liên tục. Lực kéo nắn liên tục có thể là trọng lực (gãy đầu trên xương cánh hay), lực kéo trên da (gãy xương đùi ở trẻ em) hay lực kéo trên đoạn gãy xa (gãy xương đùi ở người lớn) (hình 27).

Xương gãy, sau khi đã được nắn chỉnh, cần được bất động một thời gian. Bất động xương gãy có thể bằng bột (bó bột hay nẹp bột) hay bằng các phẫu thuật cố định (cố định ngoài và cố định trong).



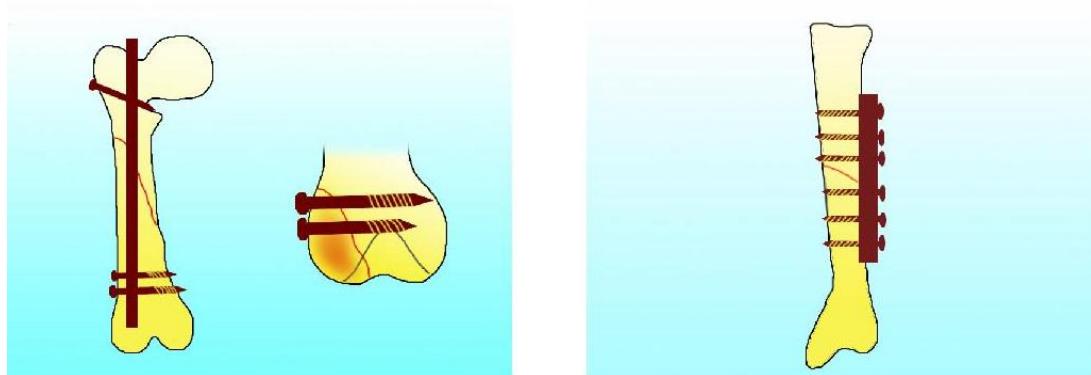
Hình 27- Các phương pháp kéo nắn liên tục xương gãy: 1-kéo trên da, 2-kéo trên đoạn gãy xa, 3-kéo bằng trọng lực

Chỉ định của phẫu thuật cố định trong:

- Không thể nắn kín (trường hợp này kết hợp nắn hở với cố định trong).
- Gãy không vững
- Gãy xương bệnh lý
- Gãy xương, chỏ gãy chập liền xương (gãy cẳng xương đùi)
- Gãy nhiều chỏ

Các phương pháp cố định trong (hình 28):

- Cố định bằng băng và vít
- Cố định bằng dây thép
- Đóng đinh nội tuỷ.

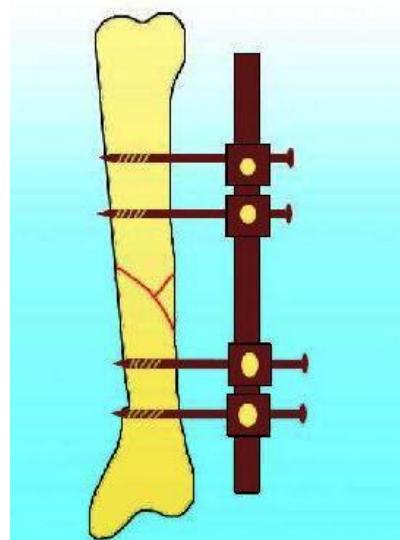


Hình 28- Phẫu thuật cố định trong

Nội dung của phẫu thuật cố định ngoài (hình 29) là xuyên các vít dài qua thân xương ở hai phía của ổ gãy và cố định chúng vào khung ngoài.

Chỉ định của phẫu thuật cố định ngoài:

- Gãy xương kết hợp với tổn thương mô mềm nặng
- Đa thương (thí dụ có tổn thương ngực phổi hợp)
- Gãy xương chậu
- Nhiễm trùng ổ gãy



Hình 29- Phẫu thuật cố định ngoài

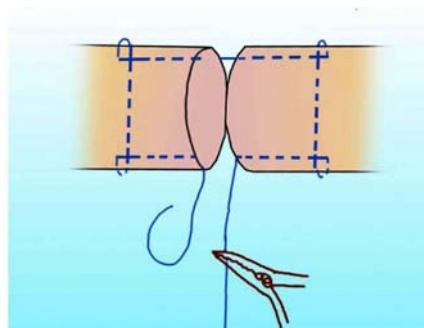
Sau khi bắt động xương gãy:

- Kê phản chi có ổ gãy lên cao (để hạn chế phù nề)
- Cho BN tập vận động chủ động (có hỗ trợ, để tăng cường lượng máu lưu thông giúp xương mau liền, đồng thời tách cứng khớp)

2.7-Khâu nối gân:

Trước khi tiến hành khâu nối gân cần chú ý:

- Tìm đúng hai đầu gân bị đứt (dựa vào sự tương ứng về vị trí và sự ăn khớp về hình dáng của hai đầu)
- Cố định đầu gân (đặc biệt đầu gân) bằng kim
- Không kẹp gân bằng các dụng cụ phẫu thuật. Động tác này có thể làm dính gân sau này.



Hình 30- Mùi khâu nhân trong phẫu thuật nối gân

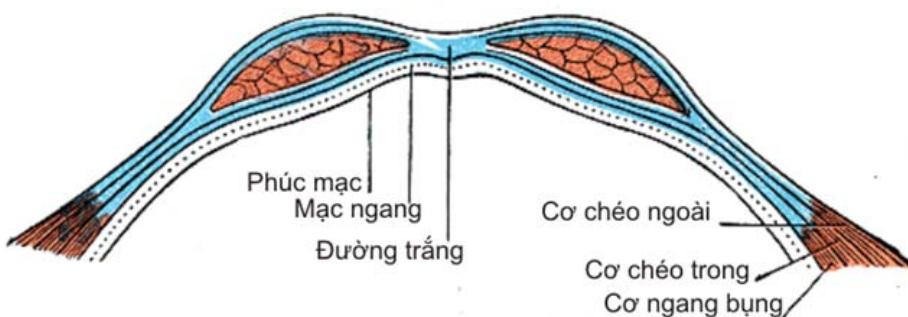
Có hai loại mũi khâu nối gân: mũi khâu nhân (core suture) và mũi khâu vòng. Phải thực hiện ít nhất bốn mũi khâu nhân (hình 30), băng chỉ prolene 3-0. Chú ý vị trí sợi chỉ xuyên ngang một đầu gân trong mũi khâu nhân phải cách đầu tận tối thiểu 1 cm. Mũi khâu vòng là mũi liên tục, xuyên qua lớp bao ngoài của hai đầu tận. Để khâu mũi vòng, sử dụng chỉ prolene 5-0.

3-Các kỹ năng phẫu thuật nâng cao:

3.1-Mở bụng và đóng bụng:

Mở bụng được chỉ định để xử trí các tổn thương trong xoang bụng hay để thám sát xoang bụng.

Đường mở bụng được thực hiện thường xuyên nhất là đường giữa (rạch mở đường trắng linea alba) (hình 31). Bụng được mở trên đường trắng giữa có thể ở trên rốn, dưới rốn hay cả hai.



Hình 31- Đường trắng linea alba

Đường mở bụng giữa trên rốn dành cho việc thám sát hay xử trí các tổn thương ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang. Chỉ định của mở bụng đường giữa dưới rốn là thám sát và xử trí các tổn thương ở tầng dưới mạc treo đại tràng ngang. Đường mở bụng giữa có thể được kéo dài từ mũi ức đến xương mu.

Ngoài đường giữa, các đường mở bụng sau đây cũng có thể được chỉ định:

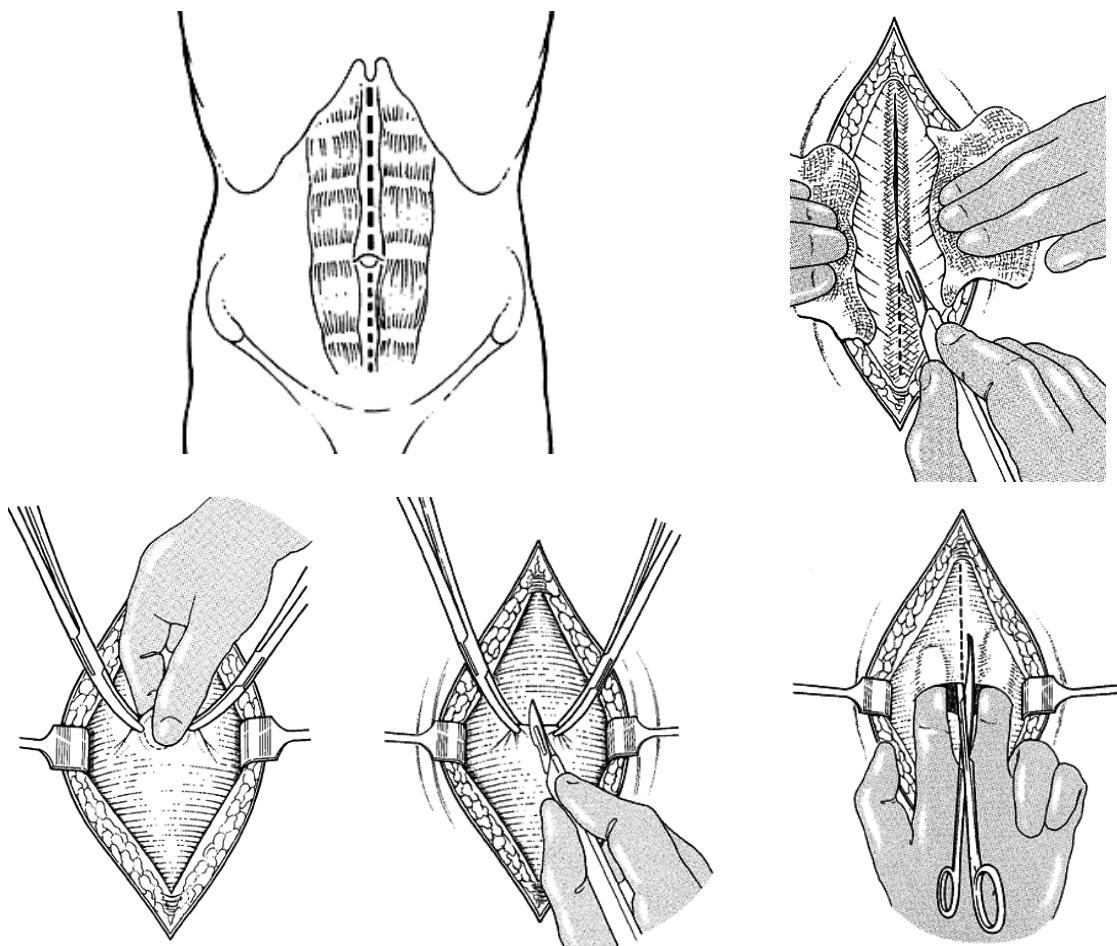
- Đường dưới sườn phải (đường Kocher): dành cho các phẫu thuật gan, túi mật và đường mật.
- Đường Davis (hay Davis-Rockey): đường mở bụng tách cân cơ ở hố chậu phải, là đường mổ tiêu chuẩn để cắt ruột thừa.
- Đường Pfannenstien: là đường mở bụng ngang ngay trên xương mu. Sau khi rạch da và mổ dưới da, đường trắng được mở dọc để vào xoang bụng. Một biến thể của đường Pfannenstien là đường Maylard. Đường mổ Maylard cắt ngang cơ thắt bụng để vào xoang bụng.

Chỉ định của đường Pfannenstien phẫu thuật mổ bắt con (Cesarean) hay cắt tử cung do các bệnh lý lành tính. Đường Maylard được chỉ định khi cần có một ngả vào vùng chậu đủ rộng.

Kỹ thuật mở bụng đường giữa trên rốn (hình 32):

- Rạch da đường dọc giữa bụng, từ mũi ức đến rốn (có thể kéo dài đường rạch qua rốn để mở rộng phẫu trường). Tiếp tục rạch tiếp mổ dưới da cho đến đường trắng giữa.

- Cầm máu hai mép đường rạch, trước tiên bằng ép gác, sau đó buộc hay đốt điện nếu máu còn tiếp tục chảy. Không đốt điện ở vị trí sát lớp da vì có thể làm bong da.
- Nhận diện đường trắng giữa. Đường trắng giữa là nơi có các sợi cơ đan chéo nhau. Rạch đường trắng giữa. Đường trắng giữa, sau khi được rạch, sẽ phô bày lớp mỡ tiền phúc mạc. Vén lớp mỡ tiền phúc mạc ra hai bên bằng bóc tách cùn. Các mạc máu trong lớp mỡ tiền phúc mạc sẽ được kiểm soát bằng buộc hay đốt điện.
- Nhắc phúc mạc ở hai vị trí hai bên đường giữa bằng hai kẹp mạch máu (Kelly) sao cho nó có hình “cái lèu”. Bóp nhẹ “đinh lèu” giữa ngón tay cái và ngón trỏ để đẩy ruột và mạc nối lớn ra khỏi “lèu”.
- Mở một đường nhỏ trên đỉnh “lèu” bằng dao.
- Sau khi phúc mạc đã được mở, cho ngón tay trỏ và ngón giữa vào và nâng phúc mạc lên, tiếp tục cắt phúc mạc bằng kéo cho đến hết chiều dài của vết mổ.

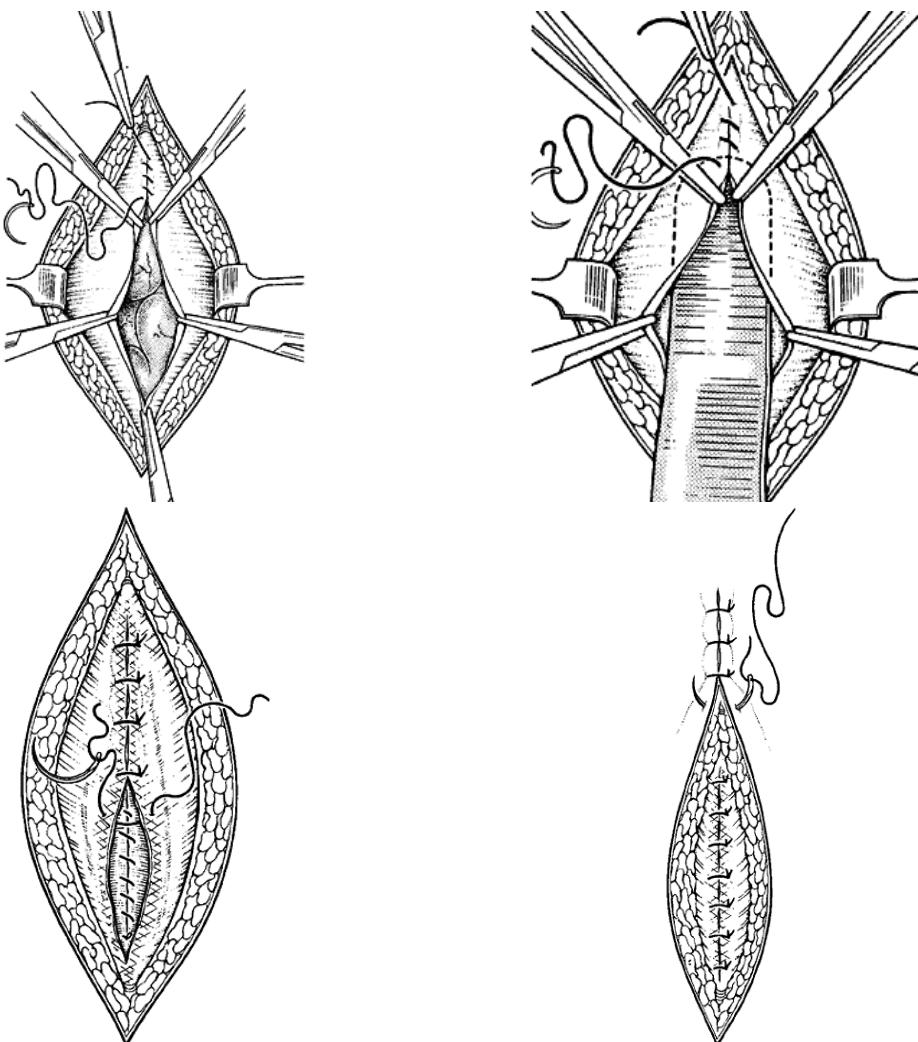


Hình 32- Kỹ thuật mở bụng

Kỹ thuật đóng bụng (hình 33):

- Về mặt nguyên tắc, thành bụng được đóng từng lớp một.
- Dùng các kẹp mạch máu (Kelly) kẹp giữ hai đầu và hai mép của phúc mạc. Khâu đóng phúc mạc bằng chỉ tan, kim tròn 0. Để tránh phải khâu vào ruột bên dưới, có thể dùng thuốc dãn cơ hay banh vén malleable đặt bên dưới phúc mạc.

- Đường tráng giữa được khâu đóng bằng các mũi khâu rời với chỉ polyglycolic hay polyglactic acid 1, kim tròn hay kim đầu tam giác (kim nhọn-cắt, trocar needle). Chỉ không tan một sợi (nylon) được chỉ định trong trường hợp vết mổ bị dây trùng đangible hay đã bị nhiễm trùng.
- Da được khâu đóng bằng chỉ nylon 2-0, mũi khâu rời, với các mũi khâu cách nhau 1 cm và cách mép vết mổ 1 cm.



Hình 33- Kỹ thuật đóng bụng

3.2-Mở và đóng ngực:

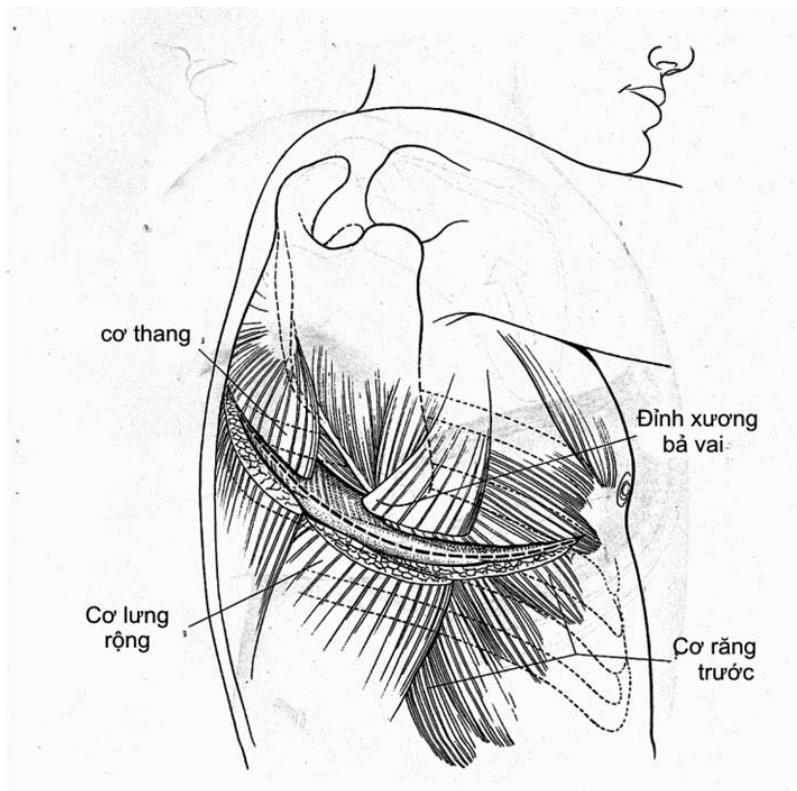
Mở ngực được chỉ định khi phẫu thuật viên cần thực hiện các thao tác bên trong lồng ngực.

Các đường mở ngực chính:

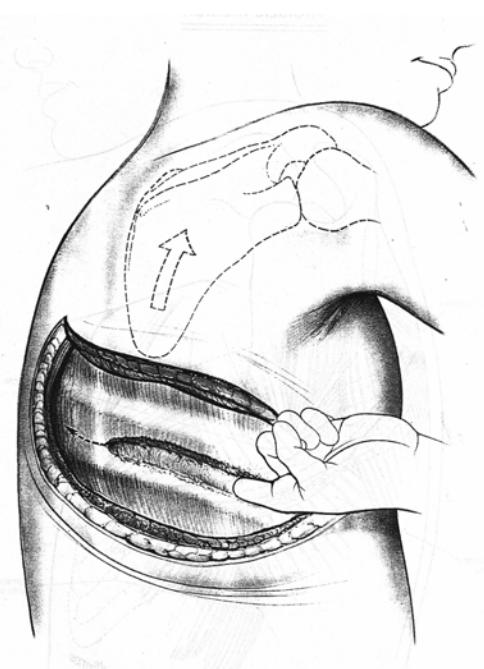
- Mở xương úc: dành cho phẫu thuật tim hở và phẫu thuật vùng trung thất trước
- Mở ngực sau bên: dành cho các phẫu thuật trên phổi và trung thất sau (bao gồm thực quản). Đường mở ngực ở liên sườn 5, tạo ra ngõ tiếp cận tốt nhất đến rốn phổi, vì vậy là đường mở ngực được lựa chọn cho các phẫu thuật cắt phổi (cắt toàn bộ phổi hay cắt thùy phổi).
- Mở ngực trước bên, bên trái, được lựa chọn để hồi sức BN ngưng tim (xoá bóp tim trong lồng ngực).

- Mở ngực trước bên hai bên (kết hợp mở ngang xương úc, còn gọi là đường rạch “mở vỏ sò”)

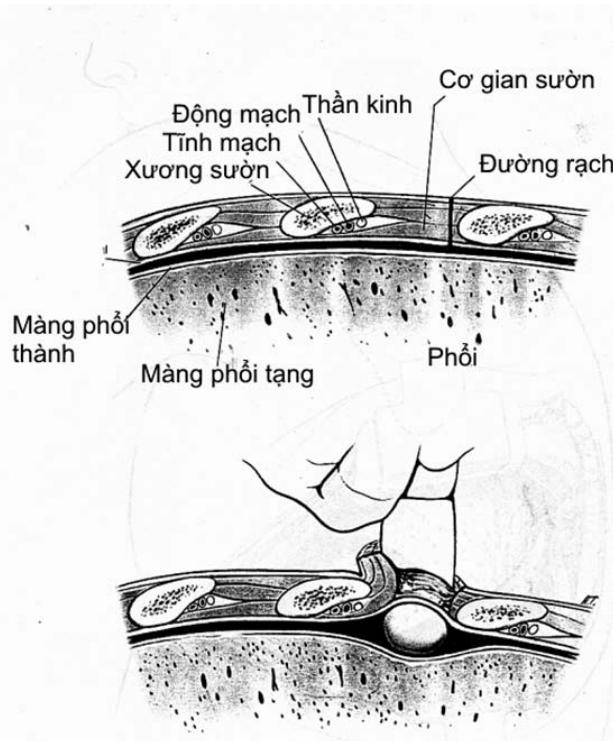
Kỹ thuật mở ngực (sau bên) (hình 34-38):



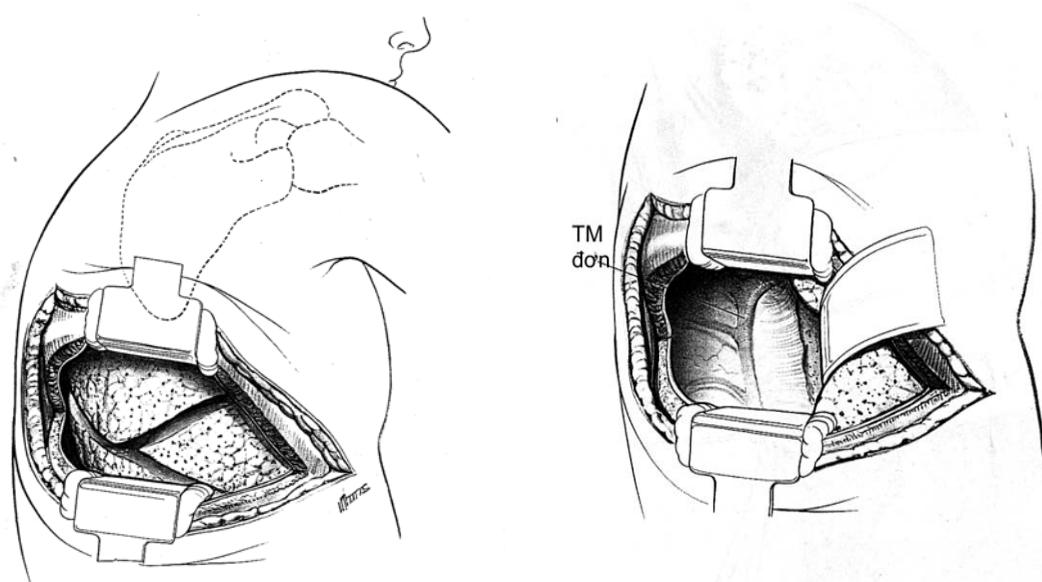
Hình 34- BN được đặt ở tư thế nghiêng một bên. Đường rạch bắt đầu ngay dưới đỉnh xương bả vai. Ở phía trước, đường rạch hướng đến núm vú nếu BN là nam hay chạy dọc theo nếp gấp dưới vú nếu BN là nữ. Các cơ có thể được cắt là cơ răng trước và cơ lưng rộng ở phía trước, cơ thang và cơ thon ở phía sau.



Hình 35- Xương bả vai được đẩy lên trên. Định vị khoang liên sườn 5 hay 6. Cơ liên sườn sau đó được cắt để đi vào khoang màng phổi. Chú ý cắt cơ liên sườn gần bờ trên của xương sườn dưới hơn là gần bờ dưới của xương sườn trên để tránh làm tổn thương bó mạch thần kinh liên sườn. Sau khi đã vào khoang lồng ngực, cho ngón tay vào thám sát để bảo đảm rằng không có sự dính phổi vào thành ngực.



Hình 36- Thiết đồ ngang thể hiện mối liên quan giữa bó mạch thàn kinh liên sùn với đường rạch



Hình 37- Đặt dụng cụ banh sùn qua đường mổ ngực và mở rộng thêm phần sau của một xương sùn.

Hình 38- Sau khi đã vào khoang lồng ngực và trước khi tiến hành bất cứ thao tác nào, mốc giải phẫu được quan sát trước tiên là tĩnh mạch đơn.

Kỹ thuật đóng ngực:

Để đóng ngực, cần có dụng cụ khép sùn. Sau khi vết mổ đã được khép, khâu 2-3 mũi vòng qua hai xương sùn ở sát hai mép vết mổ để giữ cho vết mổ không bị hở trở lại sau khi tháo bỏ dụng cụ khép sùn. Khâu đóng các lớp cơ thành ngực từng lớp một (thường không cần thiết và cũng không thể khâu khép lớp cơ liên sùn). Mũi khâu là mũi liên

tục, băng chỉ polyglycolic hay polyglactic acid 0. Khâu mỏ mõ dưới da bằng chỉ polyglycolic hay polyglactic acid 3-0. Khâu da bằng các mũi khâu rời chỉ nylon 2-0.

3.3-Khởu nối ruột:

Có bốn điều cần phải được đảm bảo trước khi tiến hành khâu nối ruột:

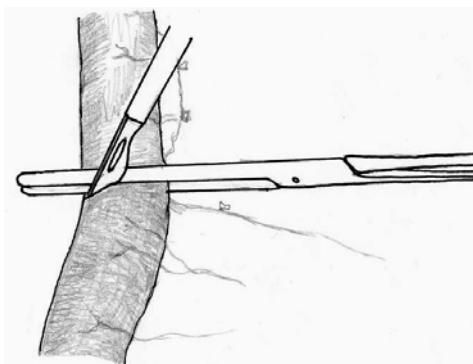
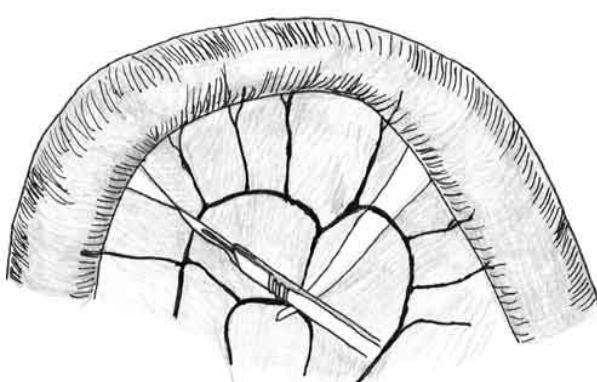
- Sự tưới máu của hai đầu ruột phải đầy đủ
- Di động tốt đoạn ruột ở hai đầu để cho sau khi khâu nối, miệng nối không bị căng
- Hai mép ruột khâu nối phải càng sạch càng tốt
- Khi tiến hành khâu nối, phải cách ly thật tốt vùng khâu nối với phần còn lại của xoang bụng.

Các nguyên tắc căn bản của khâu nối ruột:

- Sử dụng dụng cụ khâu nối riêng biệt với các dụng cụ còn lại trong cuộc phẫu thuật.
- Mũi khâu rời, mũi khâu lấy thanh mạc-dưới niêm mạc là “tiêu chuẩn vàng” trong khâu nối ống tiêu hóa.
- Các mũi khâu phải lộn hai mép ruột vào trong.
- Các mũi khâu không quá nhặt, các nơ xiết không quá chặt để có thể làm thiếu máu miệng nối
- Sau khi khâu nối, miệng nối phải đảm bảo kín với nước (watertight).

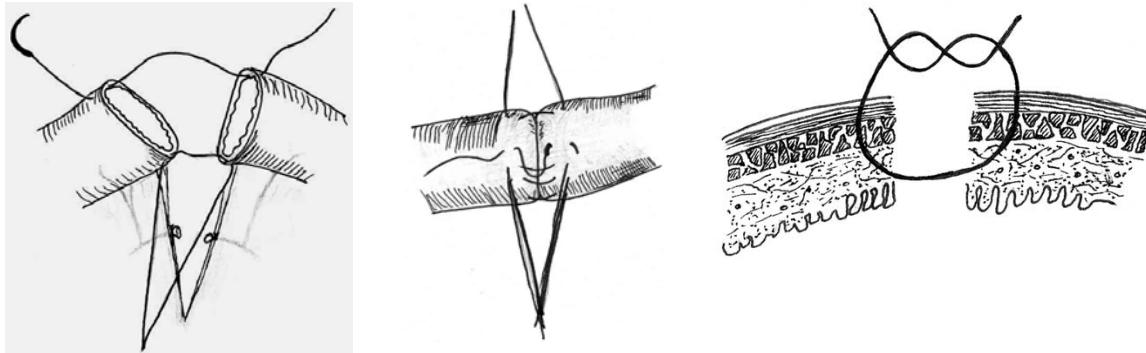
Kỹ thuật khâu nối ruột non:

- Xác định giới hạn đoạn ruột cần cắt bỏ bằng hai kẹp mô Babcock.
- Trình bày đoạn ruột cần cắt bỏ và mạc treo ruột theo hình quạt để quan sát rõ các mạch máu mạc treo.
- Rạch nếp phúc mạc trên mạc treo hình chữ V (hình 39). Thắt từng nhánh mạch máu mạc treo một bằng quan sát trực tiếp. Chú ý: nếu không thấy rõ các nhánh mạch máu mạc treo, không cắt mạc treo theo hình chữ V, tốt nhất là cắt mạc treo dọc theo bờ mạc treo của ruột.
- Kẹp hai đầu đoạn ruột bỏ với clamp ruột (kẹp chét), giữ hai đầu ruột còn lại bằng các mũi khâu chờ hay băng kẹp Babcock. Cắt ruột ở ngay phía ngoài clamp kẹp ruột (hình 40).



Hình 39- Rạch lá phúc mạc trên mạc treo sẽ giúp
quan sát rõ các mạch máu mạc treo

- Đảm bảo hai đầu ruột sắp được khâu nối không thiếu máu, áp tốt với nhau và không bị xoắn (bờ mạc treo và bờ đối diện của đầu ruột này phải áp tương ứng với bờ mạc treo và bờ đối diện của đoạn ruột kia)
- Trước tiên đặt hai mũi khâu ở bờ mạc treo và bờ đối diện. Mũi khâu lấy từ thanh mạc đến lớp dưới niêm mạc (không xuyên qua niêm mạc ruột) (hình 41).



Hình 41- Khâu nối ruột

- Bắt đầu khâu nối từ phía bờ ruột xa bạn nhất. Các mũi khâu cách nhau 0,5 cm, bằng chỉ tan loại nhiều sợi 3-0. Sau khi khâu hết mặt trước, cắt chỉ nhưng chừa lại hai nơ chỉ ở hai bờ. Dùng hai nơ chỉ này xoay ruột mặt sau ra trước. Tiếp tục khâu nối mặt sau ruột.
- Sau khi kết thúc khâu nối, đóng lại lỗ mạc treo ruột.

3.4-Khâu nối mạch máu:

Mạch máu là một trong những mô “mỏng manh” của cơ thể. Thành mạch máu được cấu tạo bởi ba lớp. Cả ba lớp thành mạch máu đều rất nhạy cảm và dễ bị sang chấn. Vì thế, không dùng kẹp để kẹp một mạch máu. Nếu việc cầm giữ mạch máu là điều không thể tránh khỏi, chỉ kẹp giữ, rất nhẹ nhàng, ở lớp ngoại mạc, bằng dụng cụ chuyên biệt của phẫu thuật mạch máu. Các dụng cụ này hạn chế đến mức tối đa tổn thương thành mạch trong quá trình thao tác.

Clamp chuyên dụng để kẹp động mạch cũng có nguy cơ làm tổn thương động mạch. Cần chọn lựa loại clamp có kích thước phù hợp với sức mạnh của thành mạch. Mức độ kẹp phải tối thiểu, chỉ cần đủ để ngăn dòng máu chảy trong lòng mạch.

Chỉ dùng để khâu nối mạch máu là chỉ không tan và đơn sợi. Polypropylene là loại chỉ tốt nhất để khâu nối mạch máu. Kích thước của chỉ khâu phụ thuộc vào kích thước của mạch máu được khâu nối. Nói chung, dùng chỉ 2-0 và 3-0 cho động mạch chủ, 3-0 và 4-0 cho động mạch chậu, 5-0 và 6-0 cho động mạch đùi và động mạch kheo, 7-0 cho động mạch cánh tay. Đối với tĩnh mạch, kích thước chỉ khâu cũng phụ thuộc vào khẩu kính của tĩnh mạch, nhưng thường nhỏ hơn chỉ khâu được sử dụng để khâu nối động mạch có cùng khẩu kính, do thành của tĩnh mạch mỏng hơn của động mạch.

Như là một quy luật, mũi khâu mạch máu đi từ lớp nội mạc ra ngoài để tránh làm cho lớp nội mạc bị tróc ra khỏi các lớp còn lại của thành mạch, một biến chứng có thể dẫn đến tụ máu trong thành mạch sau khâu nối, dẫn đến tắc lòng mạch. Hai mép của mũi khâu phải lộn ra ngoài. Lực khép phải phân phối đều trên cả chiều dài của miệng nối để bám bảo cho miệng nối được kín.

Sau khi đã xuyên kim qua khỏi thành mạch, không dùng kẹp mang kim kẹp đầu mũi kim để “lôi” phần còn lại của kim ra khỏi thành mạch mà phải đẩy kim (nhiều lần) cho đến

khi gần toàn bộ kim đã xuyên qua khỏi thành mạch. Động tác này sẽ tránh làm rỉ máu ở chân mũi khâu.

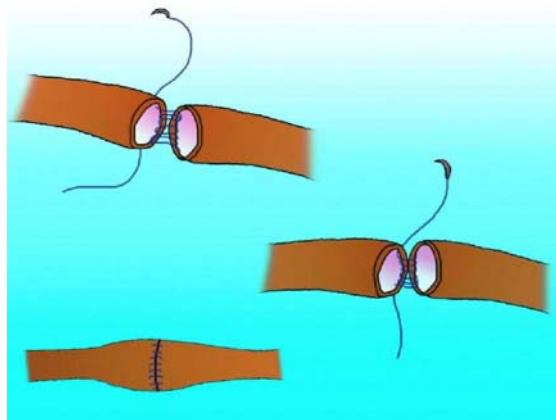
Khi buộc chỉ, phải đảm bảo hai đầu mạch máu đã được kẹp. Buộc chỉ lúc hai đầu mạch máu đang phun máu có thể làm lỏng nơ. Cần ít nhất 6 nơ cho mỗi lần buộc để cho nơ không bị lỏng.

Các bước chính trong khâu nối mạch máu:

- o Bộc lộ hai đầu mạch máu
- o Kiểm soát chảy máu đầu gần và đầu xa
- o Chỉ định heparin, tại chỗ hay toàn thân
- o Khâu nối mạch máu.

Trước hết, hai đầu mạch máu được áp vào nhau. Hai mũi khâu chờ được đặt ở những vị trí tương xứng ở hai đầu, nhằm giữ yên hai đầu và xoay hai đầu khi tiến hành khâu mặt sau.

Sự khâu nối được thực hiện bằng mũi khâu liên tục, cách nhau 2 mm và cách mép 2 mm. Để hạn chế nguy cơ hép miệng nối, có thể kéo chỉ một lần sau khi đã khâu hết một mặt (hình 42).



Hình 42- Khâu nối mạch máu tận-tận

CHUẨN BỊ TIỀN PHẪU VÀ CHĂM SÓC HẬU PHẪU

Để cuộc phẫu thuật thành công, không thể thiếu vai trò của công việc chuẩn bị trước mổ và chăm sóc sau mổ.

Công việc chuẩn bị trước mổ được thực hiện bởi ê-kíp điều trị (phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, chuyên viên về tâm lý, chuyên viên về vật lý trị liệu).

Mục đích của công việc chuẩn bị trước mổ là:

- Đánh giá toàn trạng và các bệnh lý nội khoa mà BN mắc phải.
- Xác định các yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.
- Giáo dục BN (cho BN biết về các phương pháp điều trị, ưu và khuyết điểm của từng phương pháp, và phương pháp tối ưu đối với BN). BN cũng cần được biết mức độ trầm trọng của căn bệnh của mình và nguy cơ xảy ra biến chứng của cuộc phẫu thuật, cũng như các vấn đề khác có thể xảy ra trong và sau mổ, đặc biệt các vấn đề có liên quan đến thẩm mỹ, vận động và sự hoà nhập với cộng đồng.
- Tối ưu hóa tình trạng toàn thân cũng như trạng thái tâm lý, nhằm hạn chế đến mức thấp nhất nguy cơ xảy ra các tai biến và biến chứng sau mổ, làm cho cuộc phẫu thuật thành công tốt đẹp.

1-Chuẩn bị chung trước mổ:

1.1-Thăm khám tiền phẫu:

Công việc thăm khám tiền phẫu được tiến hành bởi phẫu thuật viên và bao gồm các bước sau:

- Khai thác tiền căn và đánh giá toàn trạng
- Thăm khám toàn thân
- Thăm khám các hệ cơ quan
- Xác định các yếu tố nguy cơ của cuộc phẫu thuật

Khi khai thác tiền căn, cần chú ý đến:

- Các bệnh lý về thần kinh (tai biến mạch máu não, co giật, tâm thần...)
- Các rối loạn đông máu:
 - Xuất huyết dưới da
 - Chảy máu kéo dài ở vết thương
 - Rong kinh
- Các bệnh lý nội khoa:
 - Bệnh tim mạch (tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim, bệnh van tim)
 - Bệnh hô hấp (hen, bệnh phổi tắc nghẽn)
 - Bệnh gan (viêm gan, suy gan)
 - Bệnh thận (suy thận)
 - Tiêu đường

- Suy giáp hay cường giáp
- Bệnh về khớp (viêm khớp cấp hay mãn tính)
- Các bệnh lý nhiễm trùng:
 - Viêm đường hô hấp trên
 - Nhiễm trùng ngoài da (Herpes simplex virus)
 - Nhiễm trùng tiêu
- Sản phụ khoa (thai kỳ, kinh nguyệt)
- Vấn đề dinh dưỡng (chán ăn, sụt cân)
- Hiện tượng ngáy hay ngưng thở trong lúc ngủ.
- Tiền căn phẫu thuật (chẩn đoán và phương pháp phẫu thuật, các biến chứng xảy ra trong và sau mổ).
- Các thiết bị nhân tạo: trong cơ thể có mảnh ghép (mạch máu), có đặt máy tạo nhịp tim hay van tim nhân tạo.
- Dị ứng thuốc (kháng sinh, thuốc giảm đau, thuốc gây tê, latex...).
- Tương tác thuốc:
 - Lợi tiểu (có thể gây hạ K^+ , Mg^{2+} huyết tương, làm tăng nguy cơ loạn nhịp khi có tác động của epinephrine).
 - MAO, phenothiazine, thuốc chống trầm cảm ba vòng (làm tăng tác động lên hệ tim mạch của epinephrine)
 - Propranolol: làm tăng huyết áp kịch phát và chậm nhịp tim khi kết hợp với epinephrine.
 - Các loại thuốc có tác động bất lợi đến cuộc phẫu thuật:
 - ✓ Aspirin, NSAID (làm tăng nguy cơ chảy máu)
 - ✓ Corticoid (có thể gây suy tuyến thượng thận)
 - ✓ Hormone tuyến giáp (việc ngưng sử dụng các chế phẩm của hormone tuyến giáp do bệnh lý hay phẫu thuật sẽ dẫn đến các biến chứng của suy giáp)

Việc đánh giá toàn trạng (bảng 1) nhằm xác định khả năng thích nghi và mức độ chịu đựng của BN đối với cuộc phẫu thuật, đồng thời góp phần vào việc đánh giá các yếu tố nguy cơ của các hệ cơ quan, đặc biệt nguy cơ trên hệ hô hấp và tim mạch.

Xuất sắc	Trung bình	Kém
<i>Chạy bộ (1,5 km/phút)</i> <i>Lau chùi sàn nhà</i> <i>Danh tennis</i>	<i>Đạp xe đạp</i> <i>Đi bộ trong khoảng thời gian trên 4 phút</i> <i>Leo một tầng lầu</i>	<i>Sinh hoạt hằng ngày (ăn, tắm, mặc quần áo)</i> <i>Đi bộ trong khoảng thời gian dưới 2 phút</i> <i>Viết lá</i>

Bảng 1- Đánh giá toàn trạng BN

1.2-Y lệnh tiền phẫu:

1-Thuốc lá: BN cần ngưng hút thuốc lá tối thiểu 8 tuần trước phẫu thuật. Thuốc lá làm tăng tính kích thích của phế quản, tăng nguy cơ co thắt phế quản và tăng tiết đàm trong và sau phẫu thuật. Tình trạng tăng tiết đàm có thể dẫn đến xẹp phổi, viêm phổi. Nghiên

cứu cho thấy rằng, việc ngưng hút thuốc là trong thời gian ngắn hơn 8 tuần trước mổ không làm thay đổi nguy cơ xảy ra các biến chứng về hô hấp sau mổ.

2-Các xét nghiệm tiền phẫu: nếu BN khoẻ mạnh, các xét nghiệm tiền phẫu thường qui sau đây được chỉ định:

- Công thức máu
- Nhóm máu
- Đường huyết
- Creatinine huyết tương
- AST, ALT
- ECG (nếu BN trên 40 tuổi)
- X-quang phổi thẳng
- Tổng phân tích nước tiểu
- Test thai nhanh (QS): cho tất cả phụ nữ trong độ tuổi sanh nở.

3-Ăn uống:

- Ngày trước mổ: ché độ ăn không có chất bã
- Không ăn thức đặc (bao gồm cả nước cam, soda và sữa) tối thiểu 6 giờ trước phẫu thuật
- Không uống dịch trong (bao gồm nước và nước táo) tối thiểu 2 giờ trước phẫu thuật

4-Vận động:

Có ba mức độ: nghỉ ngơi trên giường, vận động có giới hạn, vận động bình thường. Tuỳ thuộc vào bệnh lý và yêu cầu của cuộc phẫu thuật mà BN được yêu cầu một trong ba phương pháp vận động nói trên.

Trừ trường hợp có chỉ định đặc biệt, hầu hết BN được yêu cầu vận động bình thường. Việc duy trì vận động bình thường trước mổ sẽ làm tăng hiệu quả hoạt động của hệ tim mạch và hô hấp, tăng cường chức năng chuyển hoá, nội tiết và miễn dịch, giảm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch và teo cơ bắp.

5-Các loại thuốc:

Trong giai đoạn trước trong và một khoảng thời gian nhất định sau mổ, các loại thuốc sau đây không được tiếp tục sử dụng:

- Thuốc làm tăng nguy cơ chảy máu:
 - Thuốc kháng đông
 - Thuốc ức chế sự kết tập tiểu cầu (aspirin, clopidogrel, dipyridamole, ticlopidine). Các loại thuốc này được yêu cầu ngưng sử dụng 5 ngày trước phẫu thuật.
 - Thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID). Các loại thuốc này được yêu cầu ngưng sử dụng vào ngày phẫu thuật.
- Thuốc làm tăng nguy cơ huyết khối (tamoxifen)

Đối với thuốc ức chế COX-2 (Celebrex, Vioxx), không cần thiết phải ngưng sử dụng vào ngày phẫu thuật.

Vào sáng ngày phẫu thuật, một số loại thuốc có thể được tiếp tục sử dụng (bảng 2).

<i>Dược sử dụng</i>	<i>Không được sử dụng</i>
Tất cả các loại thuốc tim mạch (trừ thuốc lợi tiểu)	Thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID)
Thuốc chống trào ngược dạ dày (omeprazol, ranitidin)	Thuốc trị tiêu đường
Thuốc dẫn phế quản	Thuốc lợi tiểu và các loại thuốc làm giảm cân
Thuốc ngừa thai uống	Vitamine và các chế phẩm của kali
Corticoid hay các tác nhân ức chế miễn dịch	
Levothyroxine	
Acetaminophene và thuốc giảm đau gây nghiện	

Bảng 2- Việc sử dụng các loại thuốc vào sáng ngày phẫu thuật

6-Chuẩn bị máu (xem bài huyết học trong ngoại khoa)

7-Ngừa nhiễm trùng (xem bài biến chứng ngoại khoa)

8-Ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu (xem phần sau)

9-Chuẩn bị đường tiêu hoá:

- Chuẩn bị đại tràng: dành cho các phẫu thuật trên đại tràng.
- Chuẩn bị trực tràng: dành cho phẫu thuật vùng hậu môn, tầng sinh môn.

10-Vệ sinh vùng mổ: thông thường BN sẽ được yêu cầu tắm rửa vào ngày trước phẫu thuật và vệ sinh vùng mổ vào sáng ngày phẫu thuật. Tuy nhiên, nguy cơ nhiễm trùng vùng mổ sẽ thấp nhất khi vệ sinh vùng mổ bằng cách cắt lông và công việc này được tiến hành ngay trước cuộc mổ.

11-Các công việc chuẩn bị khác (tháo tư trang, tẩy sơn móng tay...).

12-Buổi sáng ngày mổ:

- Thay đồ, tháo tư trang
- Đặt thông dạ dày được chỉ định trong các trường hợp sau: phẫu thuật thực quản, phẫu thuật dạ dày, BN có bệnh lý trào ngược.
- Đặt một đường truyền tĩnh mạch ngoại biên. Dung dịch được chọn lựa là Ringer-Glucose 5%.

13-Chỉ nên chuyển BN vào phòng tiền mê 1 giờ trước khi bắt đầu phẫu thuật.

1.3-Chuẩn bị tâm lý:

Các sang chấn về tâm lý (lo lắng, xúc động, sợ hãi) có tác động bất lợi đến kết quả phẫu thuật.

Cần thông báo cho BN biết:

- Phương pháp điều trị, hướng xử trí cũng như kết quả điều trị.
- Nếu có nhiều phương pháp điều trị, nêu rõ mặt tích cực và mặt giới hạn của từng phương pháp và cho BN biết phương pháp nào thích hợp nhất cho BN.
- Một phần cơ thể hay một cơ quan nội tạng sẽ bị cắt bỏ, đặc biệt các phần có liên quan đến vận động (chi) và thẩm mỹ (vú).

- Vấn đề bài tiết sẽ không theo cách thức tự nhiên (hậu môn nhân tạo, mở niệu quản ra da).
- Tiên lượng của cuộc phẫu thuật (sẽ cho kết quả tốt, trung bình hay kém). Nếu BN không ổn định về tâm lý, thông báo điều này cho thân nhân của BN.

Không nên thông báo cho BN biết:

- Các biến chứng (đặc biệt các biến chứng có nguy hiểm đến tính mạng) có thể xảy ra.
- Nguy cơ tử vong

Đêm trước phẫu thuật, cho BN một loại thuốc an thần nhẹ (diazepam 10 mg uống).

1.4-Máu và dịch truyền:

Lý tưởng nhất là duy trì Hct từ 30% trở lên, nồng độ Hb từ 10 g/dL trở lên, đặc biệt khi BN sắp trải qua phẫu thuật lớn, BN có bệnh lý tim mạch, hô hấp.

Tuy nhiên, nếu BN có sinh hiệu ổn định và không thiếu nước, nồng độ Hb từ 7 g/dL trở lên không làm tăng tỉ lệ biến chứng và tử vong hậu phẫu.

1.5-Dinh dưỡng:

BN có nồng độ albumin dưới 2 g/dL hay sụt cân hơn 10% trọng lượng cơ thể cần được nuôi dưỡng hỗ trợ qua đường tĩnh mạch 7-9 ngày.

Ở BN béo phì, sự giảm cân sẽ có tác động tích cực đến hệ tim mạch và hô hấp trong và sau mổ cũng như sự lành vết thương.

2-Chăm sóc chung sau mổ:

2.1-Chăm sóc BN ngay sau mổ:

Cách thức chăm sóc BN ngay sau mổ được trình bày đầy đủ trong “y lệnh hậu phẫu”. Y lệnh hậu phẫu được chính phẫu thuật viên viết, nhằm cung cấp cho ê-kíp điều dưỡng phụ trách chăm sóc BN các thông tin về: 1-chẩn đoán, 2-phương pháp phẫu thuật, 3-tình trạng BN (bệnh lý nội khoa, tiền căn dị ứng, thuốc kháng đông đang sử dụng...), 4-các thông số cần theo dõi (thí dụ dấu hiệu sinh tồn, ECG, SpO₂, áp lực tĩnh mạch trung tâm, khí máu động mạch...), 5-các biện pháp điều trị (giảm đau, kháng sinh, dịch truyền), 6-các chăm sóc đặc biệt khác (tư thế BN, catheter và các ống dẫn lưu...).

Tùy thuộc vào tình trạng và tính chất của cuộc phẫu thuật, BN ngay sau mổ có thể được chuyển về phòng săn sóc đặc biệt hay phòng hồi tĩnh.

Tiêu chuẩn tiếp nhận BN vào phòng săn sóc đặc biệt:

- BN còn đang được thông khí quản
- Huyết áp tâm thu dưới 90 mmHg
- Sau các phẫu thuật lớn (phẫu thuật tim, cắt phổi, phình động mạch chủ...)

Nội dung của việc chăm sóc BN trong phòng săn sóc đặc biệt:

- Đo khí máu động mạch hay độ bão hòa oxy máu động mạch (SpO₂)
- Cai máy thở: giảm dần tần số của chế độ thông khí cưỡng bức (IMV) xuống còn 4 nhịp/phút. Nếu BN không có biểu hiện khó thở và SpO₂ trên 95%, chuyển sang chế độ thông khí hỗ trợ.
- Giảm dần nồng độ oxy trong khí thở xuống còn 0,4

- Hút đàm nhót qua thông khí quản
- Nếu BN tự thở bình thường, nhịp thở 12-18 lần/phút, không có biểu hiện thiếu oxy: rút thông khí quản.
- Nếu huyết áp dưới 90 mmHg, tim và xử trí theo nguyên nhân

Tiêu chuẩn tiếp nhận BN vào phòng hồi tỉnh:

- BN đã được rút thông khí quản, tự thở và thở êm
- Phản xạ vùng hầu họng đã được khôi phục
- Huyết áp tâm thu trên hay bằng 90 mmHg
- Các ống dẫn lưu không còn chảy máu

Nội dung của việc chăm sóc BN trong phòng hồi tỉnh:

- Đo huyết áp, mạch, nhịp thở, thân nhiệt
- Đo độ bão hòa oxy (SpO_2)
- Tiếp tục cho BN thở oxy qua thông mũi
- Đánh giá loại dịch đang truyền và tốc độ truyền dịch
- Kiểm tra vết mổ
- Kiểm tra số lượng và loại ống dẫn lưu
- Đánh giá số lượng và tính chất dịch qua ống dẫn lưu
- Đánh giá tri giác
- Quan sát phản xạ nuốt hay ho khạc
- Kiểm tra xem có cầu bàng quang
- Kiểm tra tư thế của BN và sự thoái mái của BN đối với tư thế đó

Vấn đề truyền dịch:

- Đối với các cuộc phẫu thuật không biến chứng, BN chưa ăn uống được và có sinh hiệu ổn định, lượng dịch duy trì được tính toán theo công thức sau:

$$V_{\text{duy trì}} = V_{\text{nước tiêu}} + \text{lượng nước mất qua phổi, qua da}$$

Trung bình lượng dịch duy trì khoảng 1500 mL/24 giờ (25 mL/kg/24 giờ). Loại dịch truyền được chọn lựa là Ringer-Glucose 5%.

- Nếu có mất dịch qua đường dạ dày, bồi hoàn bằng thể tích tương đương của dung dịch NaCl 0,9%.
- Nếu có mất dịch qua ống dẫn lưu: : bồi hoàn bằng thể tích tương đương của dung dịch Lactate-Ringer.

2.2-Chăm sóc BN trong phòng hậu phẫu:

Điều kiện để chuyển BN về phòng hậu phẫu:

- BN đã tinh táo hoàn toàn
- BN có thể tự đảm bảo một tư thế an toàn và thoái mái trên giường bệnh
- Huyết áp tâm thu lớn hơn hay bằng 100 mmHg

Tùy thuộc vào bệnh lý, phương pháp gây mê và phương pháp phẫu thuật mà các BN sẽ được chăm sóc về mặt vận động khác nhau. Nếu phẫu thuật vùng bụng có gây mê toàn thân, sau khi chuyển BN về phòng hậu phẫu, cho BN nằm nghỉ dưỡng ở tư thế Fowler. Tư thế Fowler cũng thích hợp cho BN sau phẫu thuật lồng ngực.

Trừ một số trường hợp đặc biệt, BN sẽ được yêu cầu ngồi dậy vào buổi tối của ngày phẫu thuật và đi lại vào ngày hôm sau. Sau 3-5 ngày sau mổ, BN sẽ đi lại bình thường.

Để ngăn ngừa biến chứng hô hấp có thể xảy ra sau mổ, cần thực hiện các biện pháp sau:

- Hạn chế việc nằm bất động kéo dài, đặc biệt nằm ngửa thẳng trên giường. Cần thay đổi tư thế thường xuyên
- Tập thở sâu để tăng cường hoạt động cơ hoành
- Tập ho khạc
- Phé dung khuyến khích (hình 1)
- Tránh truyền quá nhiều dịch.



Hình 1- Phé dung khuyến khích: bệnh nhân được khuyến khích hít sâu, sao cho quả bóng được nâng lên tới một độ cao cho trước

Nếu không có chỉ định khác, thông tiêu được rút khi BN bắt đầu ngồi dậy.

Vấn đề ăn uống:

- Cho ăn khi BN tỉnh táo hoàn toàn và đường tiêu hóa bắt đầu hoạt động.
- Có nhu động ruột, BN đói bụng: cho uống dịch loãng. Tránh các chất sinh hơi hay cần nhiều năng lượng để tiêu hóa (mỡ).
- Khi có trung tiện, cho BN ăn đặc dần với số lượng tăng dần.

2.3-Giảm đau sau mổ:

Giảm đau tốt sau mổ sẽ hạn chế được nguy cơ xảy ra các biến chứng sau mổ:

- Thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim
- Nhịp tim nhanh và rối loạn nhịp tim
- Châm lành vết thương
- Xẹp phổi, viêm phổi
- Huyết khối tĩnh mạch
- Co thắt mạch máu ngoại biên
- Nhiễm toan chuyển hoá

Thuốc giảm đau thường được cho “dưới liều”, do thầy thuốc sơ xảy ra các tác dụng phụ, do đó 50% BN không cảm thấy thoả mãn.

Mức độ đau và mức độ cần giảm đau sau mổ thay đổi, phụ thuộc vào:

- Tuổi tác (tuổi càng cao càng nên giảm liều thuốc giảm đau)
- Giới tính (nữ kém chịu đau hơn nam)
- Các bệnh lý nội khoa (nghiện rượu, ngộ độc, cường giáp...)
- Các trạng thái tâm lý (lo lắng, xúc động làm tăng nhu cầu cần giảm đau)
- Sự giáo dục BN trước phẫu thuật
- Mức độ nhạy đau của từng BN
- Quan trọng nhất là tính chất của cuộc phẫu thuật: các phẫu thuật lồng ngực và vùng bụng trên rốn gây đau sau mổ nhiều nhất.

Các phương pháp giảm đau:

- Giảm đau qua đường uống
- Giảm đau qua đường tiêm bắp
- Giảm đau qua đường tĩnh mạch
- Giảm đau ngoài màng cứng
- Giảm đau bằng phong bế TK
- Giảm đau qua da và niêm mạc

2.3.1-Thuốc giảm đau gây nghiện:

Các loại thuốc giảm đau gây nghiện là lựa chọn đầu tiên để làm giảm đau BN hậu phẫu, do có tác dụng giảm đau mạnh đồng thời có tác dụng ổn định về tâm lý.

Khi chỉ định các loại thuốc giảm đau gây nghiện cần chú ý đến các tác dụng phụ mà chúng có thể gây cho BN:

- Úc ché hô hấp
- Úc ché hệ thần kinh trung ương
- Nôn ói
- Giảm nhu động ruột, có thể gây liệt ruột kéo dài
- Nếu sử dụng kéo dài, có thể dẫn đến hội chứng ngưng thuốc

Chóng chỉ định sử dụng thuốc giảm đau gây nghiện ở BN bị chấn thương sọ não, BN đang suy hô hấp, hội chứng bụng cấp chua được chẩn đoán xác định.

Meperidin:

- Liều: 50-150 mg, uống hay TB, mỗi 2-3 giờ. Không dùng quá 600 mg/ngày và không kéo dài quá 48 giờ.
- Ít gây co thắt đường mật và ruột non hơn morphine.
- Sử dụng kết hợp với hydroxyzine (25-100 mg TM mỗi 6 giờ) làm giảm nôn ói và tăng hiệu quả giảm đau.

- Chất chuyển hóa của meperidine (normeperidine) làm tăng tính khích thích hệ thần kinh trung ương, có thể dẫn đến động kinh.
- Không sử dụng meperidine cho BN đã sử dụng các thuốc ức chế monoamin oxydase (IMAO) trước đó 2 tuần, BN có tiền căn động kinh, BN bị suy thận, suy gan.

Pethidine (Dolargan):

- Liều: 25 mg uống x 2-3 lần/ngày, 50-100 mg TB x 2-3 lần/ngày. Nếu cần thiết, có thể sử dụng pethidine qua đường tĩnh mạch.

Hydromorphone:

- Là một dẫn xuất mạnh của morphine.
- Liều: 2-4 mg uống mỗi 4-6 giờ, 1-2 mg TB hay TM mỗi 4-6 giờ, 3 mg cho mỗi lần dùng qua đường toa dược.

Methadone:

- Hiệu quả tốt khi sử dụng qua đường uống.
- Do có thời gian bán huỷ dài, có thể dùng methadone để ức chế triệu chứng của hội chứng ngưng các loại thuốc giảm đau gây nghiện khác.

Oxycodone, propoxyphene và codein:

- Có tác dụng giảm đau yếu.
- Được sử dụng qua đường uống.
- Thường được sử dụng kết hợp với aspirin hay acetaminophene.

2.3.2-Tramadol:

- Có tác dụng giảm đau mạnh tương đương pethidine.
- Có tác dụng gây nghiện yếu.
- Không gây ức chế hô hấp và tim mạch.
- Ít tác dụng phụ.
- Cẩn thận khi chỉ định Tramadol trên BN sử dụng IMAOs.

2.3.3-Thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID):

Thuốc	Liều sử dụng (mg) cho người lớn/ngày	Liều tối đa (mg) cho người lớn/ngày
Diclofenac (Voltaren)	50-75 (uống/TB) x 2 lần	150
Ibuprofen	200-400 (uống) x 4-6 lần	1200
Indomethacin	25 (uống) x 3	200
Ketoprofen	50-75 TB x 2-3 lần	300
Ketorolac	10 (uống) x 4, 15-60 (TB/TM) x 4	40 (uống, 120 (TB)
Naproxen	375 (uống) x 2, 750 (uống) x 1	1500
Piroxicam (Feldene)	10-20 (uống /TB) x 1 lần	

Bảng 3- Một số NSAID được sử dụng phổ biến

Các loại thuốc NSAID (bảng 3) có tác dụng giảm đau nhẹ đến trung bình.

So với thuốc giảm đau gây nghiện, NSAID có ưu điểm là không ảnh hưởng đến huyết động, không ức chế hô hấp, không làm ức chế sự tiêu thoát dạ dày và không làm giảm nhu động ruột.

Tuy nhiên, do có tác động úc chế sự kết tập tiểu cầu, NSAID làm tăng nguy cơ chảy máu từ các vết thương (phẫu thuật) hay vết loét (dạ dày-tá tràng).

Không sử dụng NSAID cho BN lớn tuổi hay cho trẻ em. Cẩn thận khi sử dụng NSAID đối với BN bị suy gan hay suy thận

2.3.4-Acetaminophene:

Một số vấn đề cần chú ý khi chỉ định acetaminophene để giảm đau hậu phẫu:

- Acetaminophene có tác dụng giảm đau, hạ sốt nhưng không có tác dụng kháng viêm.
- Acetaminophene không ảnh hưởng đến sự kết tập tiểu cầu, không làm tăng nguy cơ chảy máu.
- Acetaminophene có độc tính trên gan. Liều 10-15g acetaminophene có thể dẫn đến hoại tử gan.
- Liều sử dụng: 325-1000 mg mỗi 4-6 giờ. Liều tối đa: 4000 mg/ngày.

3-Chuẩn bị và chăm sóc BN trong các hoàn cảnh đặc biệt:

3.1-BN mắc bệnh tim mạch:

Tim mạch là một trong những cơ quan chịu nhiều sang chấn nhất khi tiến hành gây mê và phẫu thuật. Thông kê cho thấy rằng biến chứng tim mạch xảy ra với tỉ lệ 1-10% BN ngoại khoa. Nguy cơ nhồi máu cơ tim sau mổ ở BN có bệnh mạch vành sẽ tăng 10-50 lần so với người không mắc bệnh mạch vành.

Các thuốc mê thể khí có tính úc chế đối với tế bào cơ tim. Khi bắt đầu tiến hành gây mê toàn thân, cung lượng tim sẽ giảm 20-30%.

Động tác đặt nội khí quản sẽ làm tăng huyết áp toàn thân 10-15 mmHg.

Các thuốc sử dụng qua đường tĩnh mạch như fentanyl, sufentanil, alfentanil ít úc chế tế bào cơ tim hơn các thuốc mê thể khí. Tuy nhiên, chúng lại có tác động gây dần tĩnh mạch, làm giảm tiền tải và giảm cung lượng tim. Những biến đổi này sẽ rõ hơn ở BN bị suy tim úc huyết.

Hơn nữa, các thuốc mê thể khí, và các thuốc mê qua đường tĩnh mạch cũng như các loại thuốc dần cơ làm tăng tính nhạy cảm của tế bào cơ tim đối với catecholamine, một chất “đồng hành” với các sang chấn nói chung và sang chấn do phẫu thuật gây ra nói riêng.

Gây tê tuỷ sống và ngoài màng cứng gây dần động và tĩnh mạch (do xung động giao cảm bị úc chế), dẫn đến giảm cung lượng tim. Sự đốt đầy tĩnh mạch trước mổ (truyền nhiều dịch với tốc độ nhanh) sẽ hạn chế bớt mức độ của sự biến đổi bất lợi này, tuy nhiên sau mổ nguy cơ suy tim úc huyết sẽ tăng 10-15%.

Không có sự khác biệt về biến chứng tim mạch giữa gây tê vùng (tuỷ sống, ngoài màng cứng) với gây mê toàn thân. Sự kết hợp giữa gây mê toàn thân và tê ngoài màng cứng, kết hợp với thuốc giảm đau sử dụng trong lúc phẫu thuật, sẽ hạn chế bớt mức độ tăng hoạt của hệ thống giao cảm, làm giảm nhu cầu cần giảm đau và cải thiện tình trạng thông khí sau mổ, rút ngắn thời gian BN phải nằm trong phòng chăm sóc đặc biệt.

3.1.1-Đánh giá nguy cơ:

Các yếu tố nguy cơ tim mạch được chia làm hai nhóm: nhóm các yếu tố có liên quan đến BN (bảng 4) và nhóm các yếu tố có liên quan đến cuộc phẫu thuật.

Các yếu tố nguy cơ liên quan đến cuộc phẫu thuật:

- Phẫu thuật có nguy cơ cao (tỉ lệ tử vong phẫu thuật hay nhồi máu cơ tim > 5%): phẫu thuật lớn được thực hiện trong cấp cứu, phẫu thuật trên động mạch chủ hay mạch máu ngoại biên, phẫu thuật kéo dài và mất nhiều máu.
- Phẫu thuật có nguy cơ trung bình (tỉ lệ tử vong phẫu thuật hay nhồi máu cơ tim 1-5%): các phẫu thuật ngực, bụng, chỉnh hình không biến chứng.
- Phẫu thuật có nguy cơ thấp (tỉ lệ tử vong phẫu thuật hay nhồi máu cơ tim <1%): phẫu thuật vú, nội soi, thay thuỷ tinh thể.

<i>Nguy cơ cao</i>	<i>Nguy cơ trung bình</i>	<i>Nguy cơ thấp</i>
<i>Cơn đau thắt ngực không ổn định</i>	<i>Cơn đau thắt ngực nhẹ</i>	<i>Lớn tuổi</i>
<i>Nhồi máu cơ tim gần đây (từ 7 ngày đến một tháng trước đó)</i>	<i>Nhồi máu cơ tim trước đó (trên 1 tháng)</i>	<i>Bất thường trên ECG</i>
<i>Suy tim mệt bù</i>	<i>Suy tim trước đó hay suy tim còn bù</i>	<i>Nhip tim không phải nhịp xoang</i>
<i>Loạn nhịp tim nặng</i>	<i>Tiểu đường</i>	<i>Toàn trạng kém</i>
<i>Bệnh van tim nặng</i>	<i>Suy thận</i>	<i>Tiền căn tai biến mạch máu não</i>
		<i>Tăng huyết áp chưa được kiểm soát (HA min > 110 mmHg)</i>

Bảng 4- Các yếu tố nguy cơ tim mạch có liên quan đến BN (theo ACC/AHA-American College of Cardiology/American Heart Association)

3.1.2-Đánh giá chức năng tim mạch trước phẫu thuật:

Nhằm lượng giá chức năng của hệ tim mạch trước phẫu thuật, nhằm có biện pháp cải thiện chức năng tim mạch và chọn lựa phương pháp vô cảm cũng như phương pháp phẫu thuật thích hợp, một số xét nghiệm đánh giá chức năng tim mạch có thể được chỉ định (bảng 5).

Chỉ định của các xét nghiệm đánh giá chức năng tim mạch::

- Nguy cơ tim mạch thấp trên BN có toàn trạng kém và nguy cơ phẫu thuật cao
- Nguy cơ tim mạch trung bình trên BN có toàn trạng kém hay nguy cơ phẫu thuật cao
- Nguy cơ tim mạch cao

Siêu âm tim gắng sức với dobutamine: dobutamine, chất đồng vận receptor beta, làm tăng nhịp tim và tăng co bóp tế bào cơ tim. Khi kết hợp siêu âm tim với sử dụng dobutamine, các bất thường khu trú trên thành tim, thí dụ vùng bị thiếu máu, có thể được phát hiện.

<i>Có hiệu quả</i>	<i>Ít có hiệu quả</i>
<i>Siêu âm tim gắng sức với dobutamine</i>	<i>Thử nghiệm bằng vận động trên máy chạy bộ (Exercise treadmill testing)</i>
<i>Xạ hình tim với dipyridamole-thallium</i>	
<i>X-quang động mạch vành</i>	<i>ECG gắng sức</i>

Bảng 5- Các phương pháp đánh giá chức năng tim mạch

Xạ hình tim với dipyridamole-thallium: dipyridamole, khi được tiêm truyền vào tĩnh mạch, làm tăng lưu lượng máu động mạch vành 2-3 lần. Các tế bào cơ tim khoẻ mạnh bắt giữ thallium 201, một chất đánh dấu nucleotide phóng xạ. Vì thế, sự chậm trễ trong việc phân phôi thallium ở một vùng nào đó của cơ tim sau khi tiêm dipyridamole-thallium chứng tỏ vùng này bị thiếu máu.

X-quang động mạch vành được chỉ định sau khi siêu âm tim gắng sức với dobutamine hay xạ hình tim với dipyridamole-thallium cho kết quả có vùng thiếu máu cơ tim. Trong

một số trường hợp, phẫu thuật bắc cầu động mạch vành có thể được thực hiện trước cuộc phẫu thuật không phải tim mạch trên BN.

3.1.3-Chuẩn bị trước mổ và chăm sóc sau mổ:

Như trên đã trình bày, sang chấn do phẫu thuật gây ra là hậu quả của sự phóng thích catecholamine. Tỉ số nhịp tim/huyết áp càng lớn, nguy cơ xảy ra biến chứng càng cao.

Vì thế, một số tác nhân có vai trò “bảo vệ tim” đã được đề xuất và tác nhân thuộc nhóm ức chế beta (atenolol, bisoprolol) đã chứng minh hiệu quả rõ ràng trong việc làm giảm nguy cơ xảy ra các biến chứng tim mạch sau mổ. Thông kê đã cho thấy atenolol làm giảm 15% nguy cơ nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực không ổn định, suy tim út huyết và tỉ lệ tử vong sau 6 tháng và sau 2 năm ở BN được phẫu thuật. Bisoprolol cũng cho kết quả ngoạn mục tương tự.

Vai trò của các loại thuốc tim mạch khác (nitrate, digitalis...) chưa được nghiên cứu.

Trong thời gian hậu phẫu, giảm đau tốt với thuốc giảm đau thuộc nhóm gây nghiện là yếu tố quan trọng thứ hai, sau tác nhân ức chế beta, giúp cải thiện tiên lượng tim mạch của BN.

Giữ ấm sau mổ cũng có tác động tích cực.

3.2-BN mắc bệnh hô hấp:

Trong các biến chứng có thể xảy ra sau mổ, biến chứng hô hấp chiếm một tỉ lệ đáng kể. Tỉ lệ xảy ra biến chứng hô hấp sau mổ thay đổi từ 5 đến 70%. Biến chứng hô hấp, nếu xảy ra, có thể làm tăng thời gian nằm viện của BN từ 1-2 tuần.

Các biến chứng hô hấp có thể là suy hô hấp, xẹp phổi, nhiễm trùng hô hấp (viêm phổi, viêm phế quản), thông khí nhân tạo kéo dài (BN không bô được máy thở), co thắt phế quản, tình trạng nặng thêm của bệnh phổi có sẵn.

Các loại thuốc sử dụng trong quá trình gây mê có thể làm giảm đáp ứng của hệ hô hấp đối với tình trạng thiếu oxy hay tình trạng ưu thán. Sự kết hợp thuốc mê và thuốc dẫn cơ làm giảm rõ rệt khả năng dự trữ chức năng của lồng ngực, dẫn đến giảm thể tích lồng ngực. Sự giảm thể tích lồng ngực có thể gây xẹp phổi ở các vùng mà hoạt động hô hấp bị hạn chế và quá trình xẹp phổi này có thể kéo dài 24 giờ sau mổ.

Phẫu thuật vùng ngực và bụng trên có thể gây giảm thể tích sống 50% và thể tích cặn chúc năng 30%. Nguyên nhân của sự giảm này là do rối loạn hoạt động của cơ hoành, do đau đớn và do bất động sau mổ.

Sau cuộc phẫu thuật vùng bụng trên, BN vẫn duy trì thể tích phút bình thường, nhưng thể tích sống giảm và nhịp thở tăng (kiểu thở nhanh nồng). Kiểu thở này, cùng với tác động còn lại của thuốc mê và thuốc ức chế hệ thần kinh trung ương sử dụng sau mổ, làm ức chế phản xạ ho khác và hoạt động của các tế bào lông chuyển của niêm mạc đường hô hấp, có thể dẫn đến viêm phổi.

Một số yếu tố khác cũng làm tăng nguy cơ xảy ra biến chứng hô hấp sau mổ như rối loạn điện giải (giảm kali, phosphate và can-xi huyết tương), BN nằm liệt giường, bệnh lý phổi có sẵn (bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính...)

3.2.1-Đánh giá nguy cơ:

Yếu tố nguy cơ liên quan đến BN:

- Tuổi trên 80. Cần chú ý rằng tuổi tác, nếu là yếu tố độc lập, không có ảnh hưởng đáng kể đến nguy cơ xảy ra biến chứng phẫu thuật.

- Béo phì
- Toàn trạng kém
- Thuốc lá: thuốc lá làm tăng nguy cơ xảy ra biến chứng phẫu thuật, ngay cả khi BN không có bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Nguy cơ cao nhất khi BN hút thuốc lá trong vòng hai tháng trước phẫu thuật. BN đã ngưng hút trên 6 tháng trước phẫu thuật có nguy cơ tương đương người không hút thuốc.
- Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính
- Bệnh suyễn
- Tình trạng ngưng thở khi ngủ

Yếu tố nguy cơ liên quan đến cuộc phẫu thuật:

- Tính chất của cuộc phẫu thuật: nguy cơ cao nhất thuộc về các phẫu thuật lồng ngực, kế đó là phẫu thuật vùng bụng trên. Phẫu thuật cắt túi mật nội soi có nguy cơ thấp hơn phẫu thuật vùng bụng trên.
- Cuộc mổ kéo dài trên 3-4 giờ
- Gây mê toàn thân

3.2.2-Đánh giá chức năng hô hấp trước phẫu thuật:

Các xét nghiệm đánh giá chức năng hô hấp trước mổ được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Tất cả BN được phẫu thuật cắt phổi
- BN, được phẫu thuật vùng ngực và bụng trên, có biểu hiện khó thở hay có tiền cản hút thuốc lá
- BN, được phẫu thuật vùng bụng dưới, có biểu hiện khó thở hay có tiền cản hút thuốc lá và cuộc mổ được dự trù sẽ phải kéo dài
- BN trên 60 tuổi
- BN đang hút thuốc lá
- BN đang có bệnh lý phổi
- BN đang có triệu chứng bất thường ở phổi, đặc biệt là ho có đàm và thở khò khè trong vòng 5 ngày trước phẫu thuật.

Các phương pháp đánh giá chức năng hô hấp:

- X-quang ngực: ít có giá trị.
- Khí phế dung (spirometry). Nguy cơ xảy ra biến chứng hô hấp sau mổ sẽ tăng khi kết quả khí phế dung cho thấy FEV1 và FVC nhỏ hơn 70% giá trị tiên đoán, FEV1/FVC nhỏ hơn 65% giá trị tiên đoán. Nếu FEV1 dưới 1 lít, nguy cơ phẫu thuật sẽ rất cao. Nếu FEV1 dưới 0,8 lít, BN không thể chịu đựng cuộc phẫu thuật lớn.
- Khí máu động mạch: nguy cơ tăng khi PaCO₂ trên 45 mmHg.
- Xạ hình phổi: được chỉ định khi FEV1 dưới 2 lít và BN chuẩn bị được cắt phổi.

3.2.3-Chuẩn bị trước mổ và chăm sóc sau mổ:

Trước mổ:

- Ngưng hút thuốc lá, tối thiểu 8 tuần trước phẫu thuật
- Phé dung khuyến khích hay tập vật lý trị liệu về hô hấp
- Chỉ định thích hợp các loại thuốc dẫn phé quản
- Cho kháng sinh

Trong lúc mổ:

- Gây mê tuỷ sống được chọn lựa trước gây mê toàn thân
- Nếu gây mê toàn thân, việc sử dụng các loại thuốc dẫn cơ có thời gian tác dụng trung bình (vecuronium) được chọn lựa trước các loại thuốc dẫn cơ có thời gian tác dụng dài (pancuronium).
- BN có nguy cơ cao, thời gian phẫu thuật không nên kéo dài. Phẫu thuật nội soi nên được chọn lựa trước các phẫu thuật mở vùng trên rốn.

Sau mổ:

- Giảm đau tốt
- Tập thở sâu, tập ho khạc
- Phé dung khuyến khích
- Thông khí nhân tạo với áp lực dương cách quãng có vai trò tương đương với tập thở sâu hay phé dung khuyến khích, nhưng lại gây bất lợi cho BN phẫu thuật (làm chướng bụng).

3.3-BN mắc bệnh gan mật:

BN mắc bệnh gan, khi được tiến hành phẫu thuật, sẽ có nguy cơ chảy máu, hôn mê gan và thậm chí tử vong trong giai đoạn hậu phẫu.

Sự rối loạn chức năng của gan có ảnh hưởng đến hầu hết các hệ cơ quan trong cơ thể, trong đó quan trọng nhất là hệ tim mạch, não, phổi và thận. Nguy cơ từ sự rối loạn thứ phát các hệ cơ quan ngoài gan không kém phần quan trọng so với nguy cơ từ rối loạn nguyên phát của gan.

3.3.1-Đánh giá nguy cơ:

Nguy cơ xảy ra các biến chứng và tử vong ở BN bị xơ gan tỉ lệ với mức độ suy tế bào gan của BN đó. Ở BN xơ gan giai đoạn A (theo phân loại của Child-Pugh), tỉ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật vùng bụng (phẫu thuật gan và phẫu thuật các tạng khác ngoài gan) là 10%. Tỉ lệ này ở BN xơ gan giai đoạn B là 30% và giai đoạn C là 80% .

Khi tiến hành gây mê ở BN bị suy giảm chức năng gan, sự hấp thu, phân phôi, chuyển hoá và đào thải các loại thuốc được sử dụng trong quá trình gây mê (thuốc gây mê, thuốc dẫn cơ, thuốc giảm đau và an thần) bị ảnh hưởng. Một số loại thuốc gây mê (halothane, enflurane) làm giảm lưu lượng máu động mạch gan. Halothane có độc tính trực tiếp đến tế bào gan. Nguy cơ suy gan “sét đánh” khi sử dụng halothane sẽ xảy ra với tỉ lệ 1/6000-35000.

Loại phẫu thuật là yếu tố quan trọng nhất quyết định đến tiên lượng của BN bị suy giảm chức năng gan. Sự lôi kéo các tạng khi tiến hành phẫu thuật trong xoang bụng có thể gây hạ huyết áp toàn thân do phản xạ và làm giảm lưu lượng máu đến gan. Đáp ứng tăng tiết catecholamine thường bị suy giảm ở BN suy gan và do ảnh hưởng của thuốc mê. Cuộc phẫu thuật càng mất nhiều máu, nguy cơ tổn thương gan do thiếu máu càng cao. Phẫu thuật cấp cứu có nguy cơ gây tổn thương gan cao hơn phẫu thuật chương trình.

3.3.2-Chuẩn bị trước mổ và chăm sóc sau mổ:

Chóng chỉ định phẫu thuật khi BN:

- Ở giai đoạn Child-Pugh C
- Suy gan cấp
- Suy gan mãn nặng
- Rối loạn đông máu nặng
- Rối loạn nặng chức năng của các cơ quan ngoài gan (suy thận cấp, suy hô hấp cấp, bệnh lý cơ tim).

Chuẩn bị trước mổ:

- Chi định vitamine K và huyết tương tươi đông lạnh để phục hồi thời gian prothrombin trở về giới hạn bình thường. Ở BN có thời gian prothrombin bình thường nhưng có suy gan, vitamine K và huyết tương tươi đông lạnh cũng có ích trong việc khôi phục hồi lại kho dự trữ các yếu tố đông máu của cơ thể.
- Truyền tiểu cầu để số lượng tiểu cầu trên $100.000/mm^3$.
- Giảm tối thiểu lượng dịch bàng để tránh nguy cơ xảy ra bung thành bụng, hở thành bụng và các vấn đề về hô hấp sau mổ.
- Dinh dưỡng hỗ trợ qua đường tĩnh mạch kết hợp tăng cường dinh dưỡng qua đường miệng.
- Đánh giá chức năng thận để có biện pháp điều chỉnh thích hợp nếu có suy giảm chức năng thận.
- Đánh giá và điều chỉnh các rối loạn về điện giải, đặc biệt là tình trạng giảm kali huyết tương và nhiễm kiềm chuyển hoá

Khi gây mê:

- Isoflurane là loại thuốc mê được chọn lựa vì loại thuốc này làm tăng lượng máu đến gan.
- Trong các loại thuốc giãn cơ, atracurium, do không phụ thuộc vào sự bài tiết qua gan hay thận, thích hợp với BN bị suy gan.
- Các loại thuốc như morphine, meperidine, benzodiazepine, and barbiturate phải được sử dụng hết sức cẩn thận vì chúng được chuyển hóa ở gan. Nói chung, liều lượng của chúng nên được giảm 50%. Trong các loại thuốc giảm đau gây nghiện, fentanyl là tác nhân được chọn lựa.

Khi tiến hành phẫu thuật:

- Hạn chế lôi kéo nhiều các tạng trong xoang bụng
- Cầm máu cẩn thận
- Kết thúc sớm cuộc mổ
- Việc truyền huyết tương giàu tiểu cầu có thể làm giảm nguy cơ xảy ra biến chứng chảy máu trầm trọng.

Chăm sóc sau mổ:

- BN xơ gan, sau cuộc phẫu thuật kéo dài, có mất nhiều máu và tụt huyết áp trong lúc phẫu thuật nên được lưu lại và được chăm sóc trong phòng săn sóc đặc biệt.

Cần chú ý đến các biểu hiện của suy gan như vàng mắt, rối loạn tri giác (bệnh lý não) và báng bụng. Cần thận khi chỉ định các loại thuốc an thần và ức chế thần kinh cơ trong lúc phẫu thuật. Các loại thuốc này nên được trung hoà sớm sau mổ. Cần thận khi chỉ định các thuốc giảm đau gây nghiện trong giai đoạn sau mổ.

- Cần đánh giá sớm chức năng thận, bởi vì hội chứng gan thận có thể xảy ra, cũng như sự chuyển dịch của các ngăn dịch sau mổ ở BN suy gan có thể dẫn đến suy thận.
- Duy trì thời gian prothrombin trong giới hạn bình thường bằng vitamine K và huyết tương tươi đông lạnh. Duy trì số lượng tiểu cầu trên giới hạn 100.000.
- Cho ăn sớm là một biện pháp làm cải thiện kết quả phẫu thuật ở BN xơ gan.
- Xét nghiệm điện giải đồ để chẩn đoán và xử trí các rối loạn về điện giải, đặc biệt là giảm kali huyết tương và nhiễm kiềm chuyển hoá.

3.4-Hệ thần kinh:

Tai biến mạch máu não có thể xảy ra ở BN có tiền căn cao huyết áp, xơ vữa mạch máu (đặc biệt BN có biểu hiện hẹp động mạch cảnh do xơ vữa).

Siêu âm Doppler động mạch cảnh được chỉ định khi:

- Nghe có tiếng thổi của động mạch cảnh
- BN có cơn thoảng thiếu máu não
- BN có bệnh lý mạch máu do xơ vữa.

Nếu động mạch cảnh hẹp trên 70%, phẫu thuật lột nội mạc động mạch cảnh có thể được chỉ định để cải thiện lưu lượng máu não.

3.5-BN bị suy thận mãn:

3.5.1-Sinh lý bệnh và đánh giá nguy cơ:

Suy thận mãn được định nghĩa là sự suy giảm tốc độ lọc cầu thận. Nguyên nhân của suy thận mãn có thể là tiểu đường, bệnh viêm cầu thận hay bệnh thận đa nang. Một tỉ lệ đáng kể BN bị suy thận mãn có cao huyết áp, bệnh mạch vành và bệnh mạch máu ngoại biên, bởi vì các yếu tố nguyên nhân của suy thận mãn cũng có thể là các yếu tố nguyên nhân của các bệnh lý này.

BN bị suy thận mãn có thể ở một trong các giai đoạn sau: giai đoạn nhẹ (tốc độ lọc cầu thận, GFR, bằng 60-89 mL/phút/1,73m²), giai đoạn trung bình (GFR bằng 30-59 mL/phút/1,73m²), giai đoạn nặng (GFR bằng 15-29 mL/phút/1,73m²) và giai đoạn cuối (GFR nhỏ hơn 15 mL/phút/1,73m²). Thảm phân lọc máu và thảm phân phúc mạc thường được bắt đầu khi GFR nhỏ hơn 15 mL/phút/1,73m².

Ở BN bị suy thận mãn chuẩn bị cho cuộc mổ chương trình, các vấn đề sau đây có thể xảy ra:

- Biến chứng của bệnh mạch vành (nhồi máu cơ tim)
- Cao huyết áp không kiểm soát
- Suy tim
- Loạn nhịp tim (rung nhĩ)
- Thiếu máu

- Giảm can-xi huyết tương (có thể gây cường cận giáp thứ phát)
- Giảm đào thải muối, nước và kali (gây tăng kali, nhiễm toan chuyển hoá, cao huyết áp và phù)
- Rối loạn chức năng tiêu cầu (tăng nguy cơ chảy máu sau mổ)

Tác động của gây mê và phẫu thuật đối với BN bị suy thận mãn:

- Khi sử dụng các loại thuốc, sự giảm đào thải của chúng là cho chúng bị út lại trong máu, gây độc cho thận và các tạng khác. Sự tích luỹ của normeperidine, chất chuyển hóa của meperidine (Demerol) trong cơ thể có thể gây co giật. Các thuốc ức chế thần kinh cơ có thể gây liệt cơ hô hấp kéo dài sau mổ. Methoxyflurane and enflurane là các chất gây độc thận và nên tránh sử dụng cho BN suy thận. Succinylcholine, một loại thuốc dẫn cơ khử cực, có thể gây tăng kali huyết tương (bảng 6).
- Khi phẫu thuật, các loại thuốc mê có thể làm giảm lưu lượng máu đến thận ở 50% BN. Thao tác phẫu thuật có thể làm dập nát mô, gây phóng thích kali vào tuần hoàn. Truyền máu hay dung dịch Lactate Ringer có thể gây nhiễm toan chuyển hóa. Sự phá huỷ cơ vân có thể dẫn đến tăng phosphate huyết tương và giảm can-xi huyết tương.

Thuốc ức chế hệ thống renin-angiotensin-aldosterone:

- *Ức chế tổng hợp renin: ức chế beta (metoprolol, atenolol), clonidine, methyldopa, thuốc kháng viêm non-steroid (ibuprofen, naproxen), thuốc ức chế cyclooxygenase-2 (COX-2) (celecoxib)*
- *Ức chế tổng hợp angiotensin II: thuốc ức chế men chuyển (losartan, candesartan)*
- *Ức chế tổng hợp aldosterone: thuốc ức chế receptor angiotensin II (losartan, candesartan), heparin trọng lượng phân tử thấp (enoxaparin, nadroparin calcium), thuốc ức chế miễn dịch (cyclosporin, tacrolimus)*
- *Ức chế receptor aldosterone: thuốc lợi tiểu kiềm kali (spironolactone)*
- *Ức chế kênh K⁺/Na⁺ ở ống lumen xa: thuốc lợi tiểu kiềm kali (triamterene, amiloride), kháng sinh (trimethoprim/sulfamethoxazole, pentamidine)*

Thuốc làm giải phóng K⁺ từ cơ: succinylcholine, haloperidol

Digoxin (quá liều)

Bảng 6- Các loại thuốc có thể gây tăng kali huyết tương

Các xét nghiệm cần được thực hiện trước khi mổ BN bị suy thận mãn:

- Công thức máu (đánh giá mức độ thiếu máu)
- Nồng độ sắt huyết thanh (để chẩn đoán phân biệt giữa thiếu máu do thiếu sắt hay giảm tổng hợp erythropoietin)
- Điện giải đồ
- Tổng phân tích nước tiểu (phát hiện nhiễm trùng tiểu hay bệnh cầu thận đang diễn tiến như hòng cầu, bạch cầu và các trụ của chúng).
- Điện tâm đồ (đánh giá rối loạn nhịp, rối loạn dẫn truyền, thiếu máu cơ tim)
- X-quang ngực thẳng (loại trừ quá tải nước hay các bệnh phổi đang diễn tiến)
- Các xét nghiệm khác: điện tâm đồ gắng sức, siêu âm tim, X-quang động mạch vành... .

3.5.2-Chuẩn bị trước mổ và chăm sóc sau mổ:

Việc chuẩn bị trước mổ cũng như chăm sóc sau mổ đòi hỏi phải có sự phối hợp giữa phẫu thuật viên, bác sĩ tim mạch, bác sĩ thận học, bác sĩ gây mê hồi sức (và bác sĩ ghép tạng, nếu BN đã được hay sắp sửa được ghép thận).

BN phải được đánh giá và chuẩn bị về tim mạch nếu có bất thường về tim mạch.

Đối với những BN có thể tích các ngăn dịch bình thường, không có các rối loạn điện giải và không có xu hướng chảy máu, việc thẩm phân máu trước mổ không cần thiết.

Nếu chức năng tim bình thường, những BN phù toàn thân và phù phổi là hậu quả của tình trạng quá tải nước. BN cần được điều trị bằng các loại thuốc lợi tiểu để trở về trạng thái đẳng tích. Nếu BN không đáp ứng với thuốc lợi tiểu, thẩm phân máu nên được cân nhắc đến.

Các tác nhân gây độc thận có thể làm cho chức năng thận suy giảm thêm. Đối với các loại kháng sinh (aminoglycoside, acyclovir, amphotericin), thuốc an thần hay dẫn cơ, cần điều chỉnh liều hay sử dụng các thuốc khác thay thế. Nên tránh sử dụng thuốc kháng viêm non-steroid, thuốc ức chế COX-2 cũng như các loại thuốc cản quang. Thuốc cản quang có thể gây suy thận cấp do làm co thắt mạch máu thận và làm tổn thương tế bào biểu mô ống thận. Nếu bắt buộc phải sử dụng thuốc cản quang, có thể giảm nguy cơ suy thận cấp bằng cách cho BN uống acetylcysteine và truyền dịch (NaCl 0,45%). Không sử dụng meperidine (Demerol) để giảm đau cho BN.

Các rối loạn về điện giải phải được điều chỉnh trước và sau mổ.

Nếu BN đang được thẩm phân định kỳ, thời điểm thẩm phân trước và sau mổ, cũng như việc điều chỉnh các loại thuốc phải được lên kế hoạch cụ thể. Nếu thẩm phân máu, BN có thể cần được thẩm phân trong vòng 24 giờ trước mổ để giảm thiểu nguy cơ quá tải nước, tăng kali huyết tương và tình trạng chảy máu. Thẩm phân phúc mạc sẽ được chuyển sang thẩm phân máu đối với BN chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật vùng bụng, cho đến khi vết mổ lành hoàn toàn.

Nếu BN được phẫu thuật cấp cứu, các đánh giá về tim mạch trước mổ có thể không cần thiết nhưng bắt buộc phải được thực hiện sau mổ. Cần theo dõi điện tâm đồ liên tục và xét nghiệm men tim thường xuyên để phát hiện thiếu máu/ nhồi máu cơ tim sau mổ (xem thêm phần chuẩn bị hệ tim mạch). Nồng độ creatine-kinase (CK) có thể tăng ở BN bị suy thận nhưng nồng độ CK-MB thì không. Vì thế, sự tăng CK-MB phản ánh tổn thương của cơ tim. Cần nhớ rằng việc chẩn đoán nhồi máu cơ tim sau mổ, đặc biệt ở BN suy thận mãn, không thể dựa đơn thuần vào một mà phải cả ba yếu tố phối hợp (lâm sàng, xét nghiệm và ECG).

Khi chỉ định thuốc ức chế beta, cần cân nhắc đến lợi ích (giảm nguy cơ xảy ra biến chứng tim mạch sau mổ) với bất lợi (tăng kali huyết tương) mà nó mang đến cho BN bị suy thận mãn.

3.6-BN bị tiểu đường:

Bệnh tiểu đường ngày càng phổ biến và vì thế tỉ lệ BN ngoại khoa bị tiểu đường cũng ngày càng tăng.

Tỉ lệ tử vong ở BN bị tiểu đường cao gấp 5 lần BN không bị tiểu đường. Nguyên nhân tử vong chủ yếu do tổn thương các cơ quan tận.

BN ngoại khoa bị tiểu đường luôn đứng trước nguy cơ tăng đường huyết. Các sang chấn do cuộc phẫu thuật gây ra sẽ làm tăng phóng thích cortison và catecholamine, trong khi đó tác nhân “đối trọng” là insulin bị suy giảm tương đối (týp 2) hay tuyệt đối (týp 1). Các

loại thuốc mê thê khí cũng có tác động ức chế sự giải phóng insulin. Tuy nhiên, các phương pháp vô cảm vùng không cải thiện tiên lượng hậu phẫu của BN tiểu đường.

Các biến chứng của BN tiểu đường được phẫu thuật chủ yếu liên quan đến nhiễm trùng và bệnh lý mạch máu. Bệnh lý mạch máu ở BN tiểu đường bao gồm bệnh vi mạch (dẫn đến bệnh lý thần kinh, bệnh lý thận và bệnh lý võng mạc) và bệnh mạch máu lớn (xơ vữa mạch máu và các biến chứng của nó).

3.6.1-Thăm khám trước mổ BN tiểu đường:

Khi khai thác bệnh sử một BN tiểu đường, cần chú ý đến:

- Triệu chứng khát nhiều, tiểu nhiều, giảm sút thị lực
- Sở thích ăn uống, trạng thái toàn thân, mức độ vận động và cân nặng
- Chế độ điều trị hiện tại, bao gồm thuốc, chế độ ăn và chế độ theo dõi đường huyết
- Tần suất, mức độ trầm trọng và nguyên nhân của các biến chứng (nhiễm keton, hạ đường huyết)
- Tình trạng nhiễm trùng trước đó (da, bàn chân, răng, niệu đạo...)
- Triệu chứng của bệnh lý mắt, thận, thần kinh mãn tính; tình trạng chức năng của hệ tiêu hoá, bàng quang và sinh dục; tình trạng tim mạch, bàn chân, mạch máu ngoại biên; tai biến mạch máu não.
- Các yếu tố nguy cơ của xơ vữa mạch máu, như hút thuốc lá, béo phì, rối loạn chuyển hóa lipid, và yếu tố gia đình
- Trình độ học vấn, lối sống, điều kiện kinh tế...

Khi thăm khám lâm sàng, cần chú ý đến:

- Huyết áp, tình trạng hạ huyết áp tư thế
- Khám tim
- Khám khí đao
- Khám bụng (gan to)
- Khám đáy mắt
- Khám mạch máu ngoại biên
- Khám thần kinh
- Khám bàn chân
- Khám da (vết chích insulin)

Các xét nghiệm cần được thực hiện:

- Đường huyết, HbA1C
- Lipid huyết tương (cholesterol, HDL cholesterol, triglycerides, LDL cholesterol)
- Chức năng gan (nếu có bất thường, đánh giá gan nhiễm mỡ và viêm gan)
- Tổng phân tích nước tiểu (ketone, protein, cặn lắng)
- Creatinin huyết thanh và tốc độ lọc cầu thận
- Điện giải đồ

- o Điện tâm đồ

3.6.2-Chuẩn bị trước mổ và chăm sóc sau mổ BN tiểu đường:

Quan trọng nhất là kiểm soát đường huyết ở giới hạn cho phép. Đối với HbA1c, mức độ lý tưởng là dưới 6%.

Mục tiêu kiểm soát đường huyết sẽ thay đổi, phụ thuộc vào một số yếu tố, thí dụ như loại phẫu thuật, tình trạng BN, tuổi tác và mức độ nhạy cảm với insulin (bảng 7).

Đối tượng	Nồng độ đường huyết phấn đấu đạt được(mg/dL)	Giải thích
Phẫu thuật tổng quát	Lúc đói: 90-126 Bất kỳ: < 180	Kết quả phẫu thuật tốt hơn, giảm tỉ lệ nhiễm trùng
Phẫu thuật tim	< 150	Giảm tỉ lệ tử vong, giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ xương ức
BN nặng	80-110	Giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong, giảm thời gian nằm viện
BN bị bệnh lý thần kinh cấp tính	< 110	Tỉ lệ tử vong cao hơn nếu đường huyết khi nhập viện trên 110 mg/dL

Bảng 7- Mục tiêu kiểm soát đường huyết ở BN tiểu đường chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật (theo Hiệp Hội Tiểu Đường Hoa Kỳ). Nhiều tiêu chuẩn chặt chẽ hơn đã được đề xuất, tuy nhiên nguy cơ hạ đường huyết sẽ tăng và chi phí điều trị sẽ tăng nếu xảy ra biến chứng hạ đường huyết. Ở BN đã có tiền căn nhiều lần bị hạ đường huyết hay hạ đường huyết mức độ trầm trọng, các tiêu chuẩn sẽ được nới lỏng hơn. Một số đối tượng BN đặc biệt, thí dụ người già hay thai phụ, cần có những cân nhắc riêng biệt. Nói chung, mục tiêu kiểm soát đường huyết có thể thay đổi tùy thuộc vào từng cá nhân BN.

Trong giai đoạn chu phẫu, có rất nhiều yếu tố làm tăng đường huyết. Vì thế, theo dõi sát và kiểm soát chặt chẽ đường huyết là yêu cầu cấp thiết. BN bị tiểu đường có thể sử dụng thuốc hạ đường huyết uống trước cuộc mổ và sử dụng trở lại sau mổ. Tuy nhiên, các loại thuốc hạ đường huyết uống có một số bất lợi khi sử dụng (bảng 8). Vì thế, insulin, dùng qua đường tĩnh mạch, tác nhân hạ đường huyết cơ động nhất và dễ được hoà giải nhất, được xem là lý tưởng đối với BN bị tiểu đường trong giai đoạn này.

Loại	Thí dụ	Bất lợi
Seretagogue	Glyburide, glimepiride	Gây hạ đường huyết, tác động kéo dài, khó được hoà giải
Biguanide	Metformin	Nhiễm toan lactide, sử dụng cẩn thận đối với BN suy gan, suy thận hay suy tim ứ huyết
Thiazolidinedione	Rosiglitazone	Làm tăng thể tích trong lòng mạch (có thể gây suy tim ứ huyết), tác dụng chậm, khó được hoà giải

Bảng 8- Các bất lợi của thuốc hạ đường huyết uống đối với BN ngoại khoa

BN bị tiểu đường typ 1 nên được sắp xếp mổ sớm và mổ ca đầu để hạn chế tối đa sự gián đoạn chế độ điều trị tiểu đường. Tuỳ thuộc vào mức độ và thời gian phẫu thuật, BN có thể được cho $\frac{1}{2}$ liều insulin tác dụng dài sau đó được chuyển xuông phòng tiêm mê với một đường truyền dung dịch Glucose 5% và nồng độ glucose được theo dõi cho đến khi phẫu thuật.

Để kiểm soát nồng độ glucose trong giới hạn 80-110 mg/dL, có thể thực hiện theo phác đồ sau: đặt một đường truyền tĩnh mạch riêng biệt để truyền regular insulin (5-10 U cho mỗi 50-100 mL dung dịch NaCl 0,9%). Tốc độ truyền insulin được xác định bởi công thức sau: insulin (U/giờ) = glucose (mg/dL)/150. Bắt đầu truyền dung dịch Glucose khi

nồng độ glucose giảm đến 150 mg/dL để tránh hạ đường huyết. Nên đặt một catheter động mạch để lấy mẫu máu xét nghiệm nồng độ glucose mỗi 1-2 giờ trong lúc phẫu thuật và sau mổ cho đến khi chuyển sang chế độ điều trị bằng insulin tiêm dưới da hay thuốc hạ đường huyết uống (BN đã ăn uống trở lại). Trong thời gian này, một đường truyền dung dịch NaCl 0,9% được sử dụng để bồi hoàn sự thiếu hụt trong lòng mạch.

3.7-BN đang sử dụng kháng đông:

3.7.1-Đại cương:

Thuốc kháng đông được chỉ định trong một số trường hợp sau đây:

- Điều trị huyết khối tĩnh mạch (huyết khối tĩnh mạch sâu, huyết khối động mạch phổi).
- Phòng ngừa huyết khối (huyết khối tĩnh mạch sâu, huyết khối động mạch phổi).
- Thiếu hụt antithrombin III (AT III), protein C, protein S
- Bệnh lý tắc động mạch do huyết khối (van tim nhân tạo, bệnh van hai lá, nhồi máu cơ tim, rung nhĩ, bệnh cơ tim có út huyết, huyết khối trong buồng tim...)
- Bệnh đông máu nội mạch lan toả.
- Duy trì sự thông thương của các thông nối mạch máu tự thân hay nhân tạo (ống ghép).

Chống chỉ định sử dụng thuốc kháng đông trong các trường hợp sau:

- BN có nguy cơ chảy máu (giảm số lượng và chất lượng tiểu cầu, loét dạ dày-tá tràng).
- Sang thương trên hệ thần kinh trung ương (chấn thương hay phẫu thuật sọ não, tai biến mạch máu não).
- Các thủ thuật trên cột sống (gây tê tuỷ sống, chọc dò tuỷ sống).
- Cao huyết áp ác tính
- Bệnh võng mạc đang diễn tiến

Nói chung, các chống chỉ định nói trên có tính chất tương đối. Việc chỉ định các thuốc kháng đông sẽ là kết quả của sự cân nhắc giữa lợi ích và bất lợi mà chúng mang đến cho BN.

Riêng warfarin bị chống chỉ định sử dụng đối với thai phụ trong ba tháng đầu và ba tháng cuối thai kỳ, BN không hợp tác và nguy cơ về nghề nghiệp.

Heparin trọng lượng phân tử thấp bị chống chỉ định cho BN suy thận.

Để đánh giá hiệu quả sử dụng của warfarin và các thuốc kháng đông uống, xét nghiệm INR. Trong trường hợp heparin là aPTT và heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH) là yếu tố kháng yếu tố Xa (bảng 9).

	<i>Giới hạn bình thường</i>	<i>Giới hạn điều trị</i>
<i>INR</i>	0,8-1,2	2-3 cho hầu hết các trường hợp. Giới hạn 2,5-3,5 được chỉ định cho các trường hợp sau: van tim nhân tạo, hội chứng kháng phospholipid, phòng ngừa nhồi máu cơ tim tái phát <i>Chú ý:</i>

		<p>-Nồng độ warfarin sẽ đạt đến ngưỡng điều trị sau 2 đến 7 ngày</p> <p>-Xét nghiệm INR mỗi ngày cho đến khi INR đạt đến ngưỡng điều trị, sau đó 2 lần mỗi tuần trong 2 tuần, và 1 lần mỗi tháng.</p>
aPTT	25-41 giây	<p>1,5-2,5 lần giá trị bình thường của BN</p> <p>Chú ý:</p> <p>-Xét nghiệm sau 6 giờ kể từ liều đầu tiên của LMWH.</p>
Yếu tố kháng Xa		<p>Phòng ngừa: 0,2-0,4 U/mL</p> <p>Điều trị: 0,5-1,5 U/mL</p> <p>Chú ý: nếu cần thiết phải đánh giá hiệu quả điều trị, xét nghiệm yếu tố kháng Xa sau 4 giờ kể từ liều đầu tiên của LMWH. Tuy nhiên, không cần thiết phải xét nghiệm yếu tố kháng Xa nếu không có biến chứng chảy máu</p>

Bảng 9- Các thông số theo dõi hiệu quả điều trị của các loại thuốc kháng đông

3.7.2-Đánh giá nguy cơ:

Phẫu thuật cho BN đang sử dụng thuốc kháng đông là một vấn đề lớn trong ngoại khoa. Khi tiến hành phẫu thuật (không phải phẫu thuật tim) một BN đang sử dụng thuốc kháng đông, mối quan tâm lớn nhất của phẫu thuật viên là làm sao có thể tiến hành cuộc phẫu thuật an toàn và cho kết quả tốt mà không làm tăng nguy cơ chảy máu hay nguy cơ lấp mạch do huyết khối trong và sau mổ. Việc ngưng sử dụng thuốc kháng đông có thể tạo ra nguy cơ lấp mạch. Sự lấp mạch có nguồn gốc từ tim, nếu xảy ra, sẽ có hậu quả nghiêm trọng (40% tử vong và 20% gây tàn phế). Ngược lại, nếu thuốc kháng đông còn phát huy tác dụng trong lúc phẫu thuật, BN sẽ có nguy cơ chảy máu trong và sau mổ.

Theo ý kiến của phần lớn các phẫu thuật viên, đối với BN chuẩn bị trải qua các thủ thuật hay phẫu thuật nhỏ (nội soi, nhổ răng, sinh thiết...) có nguy cơ chảy máu thấp (bảng 10), không cần thiết phải gián đoạn việc sử dụng thuốc kháng đông. Chảy máu răng sau mổ có thể được kiểm soát bằng cách cho BN ngậm dung dịch tranexamic acid hoặc epsilon amino caproic acid.

Nguy cơ thấp	Nguy cơ cao
Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng không có sinh thiết	Cắt polyp qua nội soi
Nội soi đại tràng không có sinh thiết	Đốt laser qua nội soi
Nội soi chụp hay đặt stent đường mật không có cắt cơ vòng	Cắt cơ vòng qua nội soi
Siêu âm qua nội soi không có sinh thiết bằng kim	Nong óng tiêu hóa bằng hơi hay bougie Mở dạ dày ra da qua nội soi Các thủ thuật can thiệp trên dãy tĩnh mạch thực quản.

Bảng 10- Nguy cơ chảy máu của các thủ thuật nội soi

Có một số phác đồ xử trí BN đang dùng thuốc kháng đông chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật. Theo phác đồ của Kearon (1998), thái độ xử trí sẽ phụ thuộc vào vị trí huyết khối và thời gian kể từ khi hiện tượng lấp mạch do huyết khối xảy ra lần cuối cho đến thời điểm dự trù phẫu thuật.

3.7.3-Chuẩn bị trước mổ và chăm sóc sau mổ:

3.7.3.1-BN bị huyết khối động mạch:

Nếu thời điểm dự trù phẫu thuật cách thời điểm BN bị lấp động mạch do huyết khối trên một tháng, ngưng 4 liều cuối của warfarin trước ngày mổ. Nếu diễn tiến thuận lợi, INR

sẽ giảm dần và đạt giá trị bình thường vào ngày mổ. Vào ngày trước mổ, xét nghiệm INR để quyết định có nên chỉ định vitamine K hay không. Nếu INR trên 1,7, cho BN 1 mg vitamine K tiêm dưới da và xét nghiệm lại INR vào sáng ngày mổ. Nếu INR bằng 1,3 đến 1,7, truyền cho BN một đơn vị huyết tương tươi đông lạnh. Truyền hai đơn vị huyết tương tươi đông lạnh nếu INR bằng 1,7-2.

Sau mổ, sử dụng trở lại warfarin vào ngày hậu phẫu 2-3.

Nếu thời điểm dự trù phẫu thuật cách thời điểm BN bị lấp động mạch do huyết khối nhỏ hơn một tháng, khi INR bắt đầu giảm dưới 2, sử dụng heparin qua đường tĩnh mạch để giảm nguy cơ lấp động mạch do huyết khối tái phát. Ngưng heparin 6 giờ trước phẫu thuật. Sử dụng trở lại heparin 12 giờ sau mổ với liều lượng không quá 18 U/kg/giờ. Xét nghiệm aPTT sau 12 giờ để xác định hiệu quả điều trị của heparin. Nếu BN trải qua phẫu thuật lớn hay có nguy cơ chảy máu sau mổ do heparin, không sử dụng heparin mà thay bằng LMWH khi INR bắt đầu giảm dưới 1,8.

3.7.3.2-BN bị huyết khối tĩnh mạch:

Bản thân cuộc phẫu thuật cũng đã có nguy cơ gây huyết khối tĩnh mạch, ngay cả ở người bình thường. Do đó, cố gắng trì hoãn cuộc phẫu thuật, nếu có thể, tối thiểu một tháng kể từ lúc BN bị huyết khối tĩnh mạch cấp tính (lý tưởng nhất là hai tháng).

Ngưng 4 liều cuối của warfarin trước ngày mổ nếu BN bị huyết khối tĩnh mạch từ 1 đến 3 tháng trước đó, ngưng 5 liều nếu BN bị huyết khối tĩnh mạch trên 3 tháng. Chỉ định heparin hay LMWH nếu BN phải bắt động trước mổ và INR nhỏ hơn 1,8.

Nếu BN bị huyết khối tĩnh mạch trong vòng 1 tháng trước đó, chỉ định heparin khi INR nhỏ hơn 2.

Sau mổ 12 giờ, nếu BN bị huyết khối tĩnh mạch trong vòng 3 tháng trước đó, heparin được chỉ định khi INR dưới 2. Nếu BN không bị huyết khối tĩnh mạch trong vòng 3 tháng trước đó, LMWH được chỉ định khi INR dưới 2.

3.8-Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ:

Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
<p><i>Phẫu thuật nhỏ trên BN nhỏ hơn 40 tuổi và không có các yếu tố nguy cơ trên lâm sàng (xem bài huyết học trong ngoại khoa).</i></p> <p><i>Thời gian gây mê toàn thân dưới 30 phút.</i></p>	<p><i>Phẫu thuật nhỏ trên BN nhỏ hơn 40 tuổi và có các yếu tố nguy cơ.</i></p> <p><i>Phẫu thuật lớn trên BN nhỏ hơn 40 tuổi và không có các yếu tố nguy cơ.</i></p> <p><i>Bất kỳ BN ngoại khoa nào có tuổi từ 40-60.</i></p> <p><i>Thời gian gây mê trên 30 phút.</i></p>	<p><i>Phẫu thuật lớn trên BN trên 60 tuổi và không có các yếu tố nguy cơ.</i></p> <p><i>Phẫu thuật lớn trên BN nhỏ hơn 40 tuổi và có các yếu tố nguy cơ.</i></p> <p><i>Phẫu thuật vùng chậu, khớp háng hay phẫu thuật chi dưới</i></p>

Bảng 11- Nguy cơ xảy ra huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ

- Phẫu thuật có nguy cơ thấp (bảng 11): cho BN vận động sớm sau mổ.
- Phẫu thuật có nguy cơ trung bình: heparin liều thấp (5000 U mỗi 8-12 giờ), LMWH (bảng 12), ép chân bằng bơm hơi cách quãng kết hợp mang vớ đòn hồi.
- Phẫu thuật có nguy cơ cao: heparin liều thấp (5000 U, 2 giờ trước mổ và sau mổ mỗi 8 giờ), LMWH, ép chân bằng bơm hơi cách quãng.
- Phẫu thuật có nguy cơ rất cao: LMWH, warfarin (INR đạt 2-3), LMWH kết hợp ép chân bằng bơm hơi cách quãng, heparin liều thấp (điều chỉnh liều).

- Phẫu thuật có nguy cơ cao và BN có nguy cơ bị tụ máu vùng mổ sau mổ (thí dụ bóc tách nhiều khoang sau phúc mạc): ép chân bằng bơm hơi cách quãng.

Trong phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ, các LMWH được xem là có hiệu quả hơn heparin (tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ là 10%, so với 15,3% của heparin), ít có biến chứng chảy máu hơn (tỉ lệ 0,9%, so với 3,5% của heparin).

<i>Enoxaparin (Lovenox)</i>	<p><i>Phẫu thuật tổng quát (nguy cơ trung bình): 2000 U (20 mg) TDD 1-2 giờ trước mổ và mỗi ngày sau mổ.</i></p> <p><i>Phẫu thuật tổng quát (nguy cơ cao): 4000 U (20 mg) TDD 1-2 giờ trước mổ và mỗi ngày sau mổ.</i></p> <p><i>Phẫu thuật chỉnh hình: 3000 U TDD mỗi 12 giờ, bắt đầu từ 12-24 giờ sau mổ.</i></p>
<i>Dalteparin (Fragmin)</i>	<p><i>Phẫu thuật tổng quát (nguy cơ trung bình): 2500 U TDD 1-2 giờ trước mổ và mỗi ngày sau mổ.</i></p> <p><i>Phẫu thuật tổng quát (nguy cơ cao): 5000 U (20 mg) TDD 8-12 giờ trước mổ và mỗi ngày sau mổ.</i></p> <p><i>Phẫu thuật chỉnh hình: 5000 U TDD 8-12 giờ trước mổ và mỗi ngày sau mổ (bắt đầu từ 12-24 giờ sau mổ).</i></p>

Bảng 12- Cách sử dụng một số heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH) trong phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ.

3.9-Thuốc và BN ngoại khoa:

Nhiều loại thuốc mà BN sử dụng thông dụng trước phẫu thuật có thể có tương tác với các loại thuốc được sử dụng trong quá trình gây mê và phẫu thuật. Bác sĩ điều trị cần nắm được thời gian bán huỷ, sự điều chỉnh liều cũng như thời khoá biểu cho việc sử dụng chúng.

Một số loại thuốc có thể được sử dụng tiếp tục trong giai đoạn chu phẫu. BN có thể sử dụng liều cuối cùng với một ngụm nhỏ nước 2 giờ trước mổ và sử dụng trở lại sau mổ. Một số loại thuốc khác lại có thể được ngưng sử dụng, được chuyển sang loại thuốc thay thế khác hay chuyển đổi đường sử dụng.

3.9.1-Thuốc tim mạch:

3.9.1.1-Thuốc điều trị thiếu máu cơ tim (bảng 13):

Thuốc	Ngày trước PT	Ngày PT	Trong lúc PT	Sau PT
<i>Nitroglycerin</i>	<i>Liều BT</i>	<i>Liều BT</i>	<i>Truyền TM nếu có biểu hiện thiếu máu cơ tim rõ</i>	<i>Tiếp tục liều TM cho đến khi có thể sử dụng qua đường miệng</i>
<i>Úc ché beta</i>	<i>Liều BT</i>	<i>Liều TM theo phác đồ</i>	<i>Liều TM theo phác đồ</i>	<i>Liều TM theo phác đồ cho đến khi có thể sử dụng qua đường miệng</i>
<i>Úc ché kênh can-xi</i>	<i>Liều BT</i>			<i>Tiếp tục liều TM cho đến khi có thể sử dụng qua đường miệng</i>
<i>Aspirin</i>	<i>Ngưng 1 tuần trước PT</i>			<i>Sử dụng trở lại tùy theo chỉ định của thầy thuốc</i>
<i>Ticlopidine</i>	<i>Ngưng 1 tuần trước PT</i>			<i>Sử dụng trở lại tùy theo chỉ định của thầy thuốc</i>

Bảng 13- Cách sử dụng thuốc trong giai đoạn chu phẫu ở BN mắc bệnh mạch vành
(BT: bình thường, PT: phẫu thuật, TM: tĩnh mạch)

Các loại thuốc tim mạch là thuốc được sử dụng phổ biến nhất trước mổ. Đối với BN mắc bệnh mạch vành, úc chế be-ta là thuốc được chỉ định rộng rãi nhất và đã được chứng minh là làm giảm nguy cơ xảy ra nhồi máu cơ tim sau mổ. Để đạt hiệu quả tối ưu, thuốc úc chế beta được chỉ định hai tuần hay hơn trước mổ, duy trì trong lúc mổ và kéo dài đến 14 ngày sau mổ. Việc ngưng đột ngột thuốc úc chế beta có thể làm thay đổi nhịp tim và huyết áp và có thể làm tiền đề cho nhồi máu cơ tim xảy ra. Mục đích của thuốc úc chế beta là duy trì nhịp tim trong khoảng 65-70 nhịp mỗi phút. Nếu nhịp tim dưới 65 nhịp mỗi phút, hay huyết áp tâm thu dưới 100 mmHg, hay BN già yếu suy kiệt, giảm $\frac{1}{2}$ liều thuốc úc chế beta. Nếu nhịp tim dưới 50 nhịp mỗi phút, ngưng sử dụng thuốc úc chế beta.

Hiện nay, một số bệnh viện đã có phác đồ sử dụng thuốc úc chế beta trong giai đoạn chu phẫu.

3.9.1.2-Thuốc điều trị cao huyết áp (bảng 14):

Thuốc	Ngày trước PT	Ngày PT	Trong lúc PT	Sau PT
Úc chế beta	Liều BT	Liều BT vào sáng ngày mổ với một ngụm nhỏ nước	Liều TM (thường không cần thiết)	Tiếp tục liều sử dụng qua đường tĩnh mạch cho đến khi BN ăn uống được
Úc chế can-xi	Liều BT	Liều BT vào sáng ngày mổ với một ngụm nhỏ nước	Liều TM (thường không cần thiết)	Tiếp tục liều sử dụng qua đường tĩnh mạch cho đến khi BN ăn uống được
Úc chế men chuyển	Liều BT		Liều TM (thường không cần thiết)	Tiếp tục liều sử dụng qua đường tĩnh mạch cho đến khi BN ăn uống được
Thuốc lợi tiểu	Ngưng vào ngày trước phẫu thuật		Úc chế beta hay úc chế kênh can-xi TM	Bắt đầu trở lại khi BN uống được
Ché phẩm kali	Ngưng vào ngày trước phẫu thuật. Xét nghiệm nồng độ kali			Bắt đầu trở lại khi BN uống được
Thuốc huỷ giao cảm tác động trung ương	Liều BT	Liều BT vào sáng ngày mổ với một ngụm nhỏ nước	Liều TM (thường không cần thiết)	Bắt đầu trở lại khi BN uống được
Úc chế alpha	Liều BT	Liều BT vào sáng ngày mổ với một ngụm nhỏ nước	Liều TM (thường không cần thiết)	Bắt đầu trở lại khi BN uống được
Thuốc dẫn mạch	Liều BT	Liều BT vào sáng ngày mổ với một ngụm nhỏ nước	Liều TM (thường không cần thiết)	Bắt đầu trở lại khi BN uống được

Bảng 14- Cách sử dụng thuốc hạ áp trong giai đoạn chu phẫu
(BT: bình thường, PT: phẫu thuật, TM: tĩnh mạch)

Cao huyết áp là yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành (và tai biến mạch máu não). Các loại thuốc hạ áp sẽ được sử dụng xuyên suốt giai đoạn chu phẫu, với một sự thay đổi về cách thức sử dụng hay thay thế khi cần thiết.

Các loại thuốc hạ áp vẫn được tiếp tục sử dụng cho đến ngày phẫu thuật, trừ thuốc lợi tiểu. Methyldopa sẽ được ngưng sử dụng trong giai đoạn chu phẫu. Reserpine and prazosin được ngưng vào ngày trước mổ và tiếp tục sử dụng trở lại sau mổ.

Các loại thuốc hạ áp phải được sử dụng liên tục sẽ được chuyển đổi đường sử dụng. Tiêu biểu nhất phải kể đến thuốc ức chế beta (propranolol, atenolol, and metoprolol). Các loại thuốc hạ áp khác có thể sử dụng qua đường tĩnh mạch là enalapril, verapamil và diltiazem. Clonidin có chế phẩm dán ngoài da (tác dụng đầy đủ chỉ đạt đến sau 48 giờ). Nếu tình trạng cao huyết áp trầm trọng hơn, có thể chỉ định labetalol, nitroglycerin, và nitroprusside.

Cần chú ý đến tác dụng phụ của các loại thuốc hạ áp khi chỉ định chúng. Không sử dụng hydralazin truyền tĩnh mạch vì phản xạ nhịp tim nhanh của loại thuốc này có thể gây thiếu máu cơ tim. Nifedipine ngâm dưới lưỡi có thể gây tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim.

Ở những BN chỉ cao huyết áp nhẹ, trong giai đoạn ngay sau hậu phẫu, có thể tạm thời ngưng sử dụng các thuốc hạ áp dùng qua đường tĩnh mạch cho đến khi BN có thể ăn uống được. Giảm đau tích cực kết hợp với thuốc an thần và hạn chế muối là biện pháp tốt ngăn ngừa tình trạng tăng huyết áp.

3.9.1.3-Thuốc điều trị suy tim:

Suy tim ứ huyết trong giai đoạn tiền phẫu là yếu tố nguy cơ của biến chứng phổi phổi trong giai đoạn hậu phẫu. Hết hết các trường hợp suy tim ứ huyết xảy ra trong vòng 1 giờ sau phẫu thuật trong đó 50% các trường hợp là do truyền dịch không thích hợp.

Tình trạng suy tim ứ huyết cần phải được duy trì ổn định bằng thuốc lợi tiểu, ức chế men chuyển và digoxin.

3.9.2-Thuốc hô hấp:

Trong giai đoạn chu phẫu, các thuốc đồng vận beta và thuốc dẫn phế quản không nên được ngưng sử dụng. BN tiếp tục liều khí dung và liều uống bình thường vào ngày trước mổ và sáng ngày phẫu thuật.

Các loại thuốc dẫn phế quản nên được chỉ định trước mổ nếu như dung tích sống tối đa dưới 1000 mL và thể tích thở ra tối đa trong giây đầu dưới 500 mL. Những BN ho có đàm nên được ngưng cuộc phẫu thuật và được kê toa một đợt thuốc kháng sinh để làm giảm nguy cơ co thắt phế quản.

Trong điều kiện tối ưu, ngưng hút thuốc lá tối thiểu 8 tuần trước phẫu thuật. Những BN chỉ ngưng hút thuốc một vài ngày trước mổ cũng có ích, vì các tác động trên tim mạch do CO gây ra sẽ được hạn chế phần nào. Cần chú ý là những BN chỉ ngưng thuốc lá một thời gian ngắn trước mổ nên được chỉ định miếng dán nicotine để tránh xảy ra hội chứng ngưng thuốc.

Những BN đang sử dụng steroid dài ngày nên được tăng liều thuốc vào ngày phẫu thuật, sau đó giảm 50% liều mỗi ngày cho đến khi đạt đến liều sử dụng bình thường.

Trong khi tiến hành phẫu thuật, các loại thuốc nói trên không cần thiết. Sau mổ, nếu BN còn được lưu nội khí quản, các liều khí dung có thể được sử dụng tiếp tục.

Sau mổ, vẫn đề giảm đau chiếm vai trò hết sức quan trọng. Việc chỉ định thuốc giảm đau gây nghiện phải hết sức cẩn trọng và BN cần được theo dõi sát tình trạng úc chế hô hấp.

3.9.3-Chế phẩm hormone tuyến giáp và thuốc kháng giáp:

Những BN bị nhược giáp có triệu chứng cũng như bị cường giáp nên được hoãn cuộc phẫu thuật.

Trong trường hợp phẫu thuật cấp cứu, BN nhược giáp được chỉ định L-thyroxin qua đường tĩnh mạch, bắt đầu bằng liều bolus 500 mcg, sau đó 50-100 mcg mỗi ngày. Cần theo dõi tình trạng hạ thân nhiệt, hạ natri huyết tương, hạ đường huyết và giảm thông khí.

Những BN bị nhược giáp nặng nên được chỉ định steroid trong giai đoạn chu phẫu để tránh nguy cơ suy tuyến thượng thận.

Đối với những BN đang sử dụng thyroxine, thuốc có thể tiếp tục được sử dụng trước mổ (uống với một ngụm nhỏ nước vào sáng ngày mổ) và bắt đầu sử dụng trở lại sau mổ, khi có thể uống được. Tuy nhiên, BN có thể ngưng sử dụng chúng trong vòng 1 tuần vì thuốc có thời gian bán huỷ dài (7 ngày).

Ở những BN cường giáp, tình trạng cường giáp phải được kiểm soát tốt trước khi tiến hành phẫu thuật.

Trong trường hợp phẫu thuật không phải trên tuyến giáp, BN uống liều cuối của thuốc kháng giáp và propranolol vào sáng ngày mổ với một ngụm nhỏ nước. Các thuốc này được sử dụng trong vòng 24 giờ sau mổ (qua đường uống hay thông dạ dày).

Trong trường hợp phẫu thuật tuyến giáp, iodine được chỉ định 10 ngày trước mổ, cùng thuốc kháng giáp và propranolol. Điều này làm giảm nguy cơ chảy máu từ tuyến giáp. Propranolol có thể được tiếp tục vài ngày say mổ trước khi ngưng sử dụng.

3.9.4-Thuốc ngừa thai và các chế phẩm thay thế của estrogen:

Những BN đang sử dụng thuốc ngừa thai hay các chế phẩm của estrogen có nguy cơ bị huyết khối tĩnh mạch sau mổ.

BN đang sử dụng thuốc ngừa thai được khuyên chuyển sang biện pháp tránh thai khác 4-6 tuần trước phẫu thuật và chỉ sử dụng trở lại chúng tối thiểu 2 tuần kể từ khi vận động và sinh hoạt trở lại bình thường. Những BN không bảo đảm biện pháp ngừa thai thay thế phải được loại trừ khả năng mang thai trước mổ.

Đối với BN đang ở giai đoạn sau mãn kinh và đang dùng chế phẩm của estrogen, nếu ngưng thuốc, có thể tái xuất hiện các triệu chứng. Trong các trường hợp này, thay vì ngưng thuốc, có thể áp dụng các biện pháp ngừa huyết khối tĩnh mạch sau mổ.

Các biện pháp ngừa huyết khối tĩnh mạch sau mổ cũng được áp dụng đối với các BN đang sử dụng thuốc ngừa thai hay các chế phẩm của estrogen được phẫu thuật cấp cứu.

3.9.5-Steroid:

BN đang sử dụng steroid kéo dài sẽ có tình trạng úc chế trực hạ đồi-tuyến yên-tuyến thượng thận với các mức độ khác nhau. Sau khi ngưng thuốc (thí dụ do phẫu thuật), thời gian phục hồi chức năng của tuyến thượng thận có thể kéo dài từ vài ngày đến vài tháng. Như vậy, các BN này phải được bổ xung steroid trong thời gian trước trong và sau mổ.

Khi chỉ định corticosteroid trong giai đoạn chu phẫu, các liều thuốc phải song song với đáp ứng bình thường của tuyến thượng thận đối với cuộc phẫu thuật.

Tuỳ thuộc vào liều lượng thuốc mà BN đang sử dụng trước khi phẫu thuật và tính chất của cuộc phẫu thuật, phác đồ sau có thể được áp dụng:

Đối với cuộc phẫu thuật nhỏ và BN đang sử dụng 10 mg prednisone (hay liều tương đương) mỗi ngày, liều 25-100 mg hydrocortisone TM khi dẫn mê là vừa đủ.

Đối với cuộc phẫu thuật lớn, chỉ định 100 mg hydrocortisone TM x 3 mỗi ngày, sau đó giảm nhanh liều prednisone (50% mỗi ngày) để đạt liều thông thường (5 mg/ngày) vào ngày mổ. Thuốc corticosteroid uống sẽ được sử dụng trở lại khi đường tiêu hoá hoạt động.

BN đang sử dụng corticosteroid liều cao (để úc chế miễn dịch) sẽ được duy trì liều cao tương ứng trong giai đoạn chu phẫu. 60 mg prednisone được sử dụng mỗi ngày sẽ được thay thế bằng 250-300 mg hydrocortisone cho đến khi BN có thể uống liều hằng ngày qua đường miệng (với cùng một liều lượng, prednisone có được tính mạnh hơn hydrocortisone 4 lần).

3.9.6-Thuốc chống động kinh:

Động kinh cơn lớn có thể gây ra một số biến chứng trong giai đoạn chu phẫu, thí dụ viêm phổi hít, bung vết mổ, gãy xương và di lệch các vật liệu nhân tạo được đặt trong cơ thể.

Phenytoin và phenobarbital nên được tiếp tục sử dụng trong giai đoạn chu phẫu. Các loại thuốc không có chế phẩm dùng qua đường tĩnh mạch (carbamazepine và valproic acid) sẽ được chuyển sang phenytoin và phenobarbital. BN bị dị ứng với phenytoin sẽ chuyển sang sử dụng phenobarbital. Nếu BN dị ứng với cả hai loại thuốc này, prednisone 60 mg/ngày trong 2 ngày trước đó có thể ngăn chặn phản ứng dị ứng của phenytoin và phenobarbital.

Do thuốc điều trị Parkinson (dopamine, thuốc kết hợp giữa L-dopa and carbidopa) không có chế phẩm sử dụng qua đường tĩnh mạch, BN bị Parkinson đang sử dụng dopamine nên kết thúc sử dụng càng muộn càng tốt trước mổ và sử dụng trở lại càng sớm càng tốt sau mổ, để tránh xảy ra cơ run giật của Parkinsonian.

3.9.7-Thuốc hướng tâm thần:

Thuốc kháng trầm cảm ba vòng có thể được cho liều cuối ngay trước cuộc mổ và sử dụng trở lại khi BN có thể uống được. Chưa có ghi nhận nào về sự tương tác của thuốc kháng trầm cảm ba vòng và các loại thuốc được sử dụng trong quá trình gây mê.

Việc sử dụng thuốc úc chế monoamine oxidase (MAOs) trong giai đoạn chu phẫu cũng giống như việc sử dụng thuốc kháng trầm cảm ba vòng. Tuy nhiên, BN đang sử dụng MAOs sẽ có chống chỉ định sử dụng meperidine vì có thể dẫn đến hội chứng tâm thần ác tính (biểu hiện băng sot, ảo giác và göng cứng).

Các loại thuốc kháng tâm thần (phenothiazines, butyrophenones, thioxanthenes, indolones, and dibenzoxazepines) phải được đảm bảo sử dụng xuyên suốt trong giai đoạn chu phẫu, để tránh nguy cơ xảy ra các rối loạn tâm thần.

Lithium có thể làm tăng được tính của các tác nhân úc chế thần kinh cơ. Mặt khác, sự đào thải của lithium có thể giảm (dẫn đến ngộ độc lithium) trong các trường hợp cân bằng dịch âm tính, cân bằng natri âm tính và giảm tốc độ lọc cầu thận. Do đó, có thể ngưng sử dụng lithium 2-3 ngày trước mổ và sử dụng trở lại khi chức năng thận và điện giải đã trở về bình thường sau mổ. Trong trường hợp cuộc mổ nhỏ và nồng độ huyết thanh của lithium trước mổ bình thường, có thể sử dụng lithium trong giai đoạn chu phẫu.

Các loại thuốc gây anвиm (phenothiazine, butyrophenones, benzodiazepine) có thể gây hạ huyết áp và ức chế tế bào cơ tim. Các loại thuốc này có thể được ngưng sử dụng một vài ngày trước mổ và sử dụng sau mổ 2-3 ngày.

3.9.8-Thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID) (bảng 15):

Thuốc	Ngày trước PT	Ngày PT	Trong lúc PT	Sau PT	Thuốc thay thế
NSAID có thời gian bán hủy dài	Ngưng 1 tuần trước PT			Chế phẩm TB cho đến khi BN uống được	
NSAID có thời gian bán hủy ngắn	Ngưng 2-3 ngày trước PT			Chế phẩm TB cho đến khi BN uống được	
NSAID trị viêm khớp					Steroid Liều thấp

Bảng 15- Cách sử dụng thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID) trong giai đoạn chu phẫu
(PT: phẫu thuật, TB: tiêm bắp)

Các NSAID có thể được BN sử dụng dài ngày trước mổ để điều trị bệnh viêm khớp. Các loại thuốc này có thể gây ra các biến chứng chảy máu sau mổ. Sự ngưng sử dụng thuốc trong giai đoạn chu phẫu, được xem là vấn đề hợp lý, có thể làm cho BN đau khớp tái phát, cứng khớp, hạn chế vận động sau mổ. Việc chỉ định các NSAID úc chế chọn lọc trên COX-2 có thể tránh được biến chứng chảy máu. Tuy nhiên, vai trò của các loại thuốc này đối với sự lành niêm mạc vẫn chưa được nghiên cứu. Các loại thuốc giảm đau khác hay corticosteroid thay thế cho NSAID có thể làm chậm lại quá trình phục hồi của BN.

3.9.9-Thuốc giảm tiết dạ dày:

BN bị viêm loét dạ dày-tá tràng, chảy máu đường tiêu hoá và các bệnh lý khác (thí dụ bệnh trào ngược) nên được chỉ định các tác nhân úc chế H₂ trong giai đoạn chu phẫu. Nếu BN đang sử dụng tác nhân úc chế bom proton, chúng sẽ được tiếp tục sử dụng trong giai đoạn chu phẫu.

NHIỄM TRÙNG NGOẠI KHOA

1-Đại cương:

Nhiễm trùng ngoại khoa được định nghĩa là tình trạng nhiễm trùng tại vùng mổ hay các vết thương, có thể giải quyết bằng các biện pháp ngoại khoa.

Nhiễm trùng ngoại khoa là nguyên nhân đứng hàng thứ hai trong các nguyên nhân nhiễm trùng thường gặp nhất ở BN hậu phẫu (nhiễm trùng tiêu, nhiễm trùng ngoại khoa, nhiễm trùng đường hô hấp dưới).

Phân loại nhiễm trùng ngoại khoa:

- Nhiễm trùng vết mổ nồng (nhiễm trùng ở da và mô dưới da)
- Nhiễm trùng vết mổ sâu (nhiễm trùng ở lớp cân, cơ)
- Nhiễm trùng các khoang và tạng (thí dụ viêm phúc mạc, mủ màng phổi, viêm trung thất...).

Tác nhân gây nhiễm trùng ngoại khoa:

- Vi khuẩn có nguồn gốc nội sinh:
 - Chiếm hầu hết các nhiễm trùng ngoại khoa
 - Tác nhân thường là vi khuẩn thường trú trong ống tiêu hóa, đường hô hấp trên. Vi khuẩn hiện diện trong đường mật, đường niệu cũng có thể là tác nhân chính....
- Vi khuẩn có nguồn gốc ngoại sinh:
 - Gặp ở các vết thương
 - Tác nhân thường là staphylococcus aureus, streptococcus pyrogens

Các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ngoại khoa:

- Yếu tố tại chỗ:
 - Chủng loại, số lượng và độc tính của vi trùng
 - Tụ dịch trong vết mổ.
 - Vết mổ có mô hoại tử hay vật lạ.
 - Giảm sức đề kháng tại vết mổ (thí dụ vết mổ bị thiếu máu do khâu quá chặt)
 - Chỉ khâu loại nhiều sợi
- Yếu tố toàn thân:
 - BN lớn tuổi
 - BN bị suy dinh dưỡng, lao, ung thư, bệnh bạch cầu, AIDS, đang dùng corticoid kéo dài.
- BN bị hạ thân nhiệt, sốc, thiếu oxy, sử dụng các thuốc co mạch trong lúc phẫu thuật.

2-Phòng ngừa nhiễm trùng ngoại khoa:

2.1-Các yếu tố ngoại cảnh:

Khu phòng mổ được thiết kế đặc biệt để giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng từ không khí.

Duy trì áp lực dương không khí trong phòng mổ.

Phòng mổ được thông khí theo kiểu từng lớp.

Khử trùng phòng mổ bằng tia cực tím. Việc khử trùng được thực hiện mỗi ngày (sau khi kết thúc ca mổ chương trình cuối cùng). Phòng mổ cũng phải được khử trùng ngay sau các phẫu thuật nhiễm. Thời gian khử trùng phòng mổ bằng tia cực tím khoảng 20-30 phút.

Hạn chế ra vào phòng mổ thường xuyên.

Hạn chế sự có mặt nhiều người và nói chuyện nhiều trong phòng mổ.

2.2-Chuẩn bị BN trước phẫu thuật:

Điều trị dứt các nhiễm trùng ngoài da trước khi phẫu thuật. Một ổ nhiễm trùng ngoài da, mặc dù ở xa vị trí phẫu thuật, cũng có thể làm tăng tỉ lệ nhiễm trùng sau mổ gấp hai lần.

Việc làm vệ sinh vùng mổ tốt nhất là vào thời điểm ngay trước cuộc mổ. Lông ở vùng mổ có thể được cạo, cắt bằng dao, kéo hay tẩy bằng kem. Cạo lông vùng mổ quá sớm sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vùng mổ.

Sát trùng vùng mổ: rửa kỹ vùng mổ bằng dung dịch xà-phòng diệt khuẩn (thời gian trung bình 5-7 phút) sau đó thoa vùng mổ bằng dung dịch diệt khuẩn (povidone-iodine).

Sử dụng băng dán kháng khuẩn để cô lập da với vết thương.

2.3-Chuẩn bị mổ của ê-kíp phẫu thuật:

Mặc đồ mới giặt sạch khi vào khu phòng mổ. Mang nón che kín tóc.

Mask phải đảm bảo lọc được khí thở ra.

Chà rửa kỹ bàn tay và cẳng tay tối thiểu 5 phút (đối với cuộc mổ đầu) và 3 phút (đối với cuộc mổ kế tiếp) với povidone-iodine hay chlorhexidine.

Mặc áo mổ, mang gant và trải vải che BN đúng kỹ thuật. Áo mổ tốt nhất là không thấm nước vùng cẳng tay và mặt trước thân mình. Nên mang hai gant thay vì một.

2.4-Hạn chế dây trùng trong lúc phẫu thuật:

Trước khi mở một tạng rỗng, cô lập vị trí sắp được mở với phẫu trường chung quanh.

Sử dụng riêng các dụng cụ khi thao tác phẫu thuật trong giai đoạn dây trùng.

Thay áo, thay gant sau khi đã kết thúc giai đoạn dây trùng.

2.5-Kỹ thuật phẫu thuật:

Các thao tác trên mổ (kẹp, cầm, giữ) phải thật nhẹ nhàng, hạn chế tối đa sang chấn mổ.

Cắt lọc hết các mô hoại tử, lấy hết các dị vật trong vết thương.

Cầm máu tốt.

Không sử dụng các vật liệu nhân tạo (mảnh ghép), không khâu buộc các mạch máu lớn bằng chỉ silk trong môi trường nhiễm trùng.

Chỉ khâu tốt nhất cho vết thương có dây trùng là loại chỉ một sợi như polypropylene (Prolene) hay nylon. Các loại chỉ tan chậm khác (polyglactic acid, polyglycolic acid, polydioxanone, polyglyconate...) cũng có tỉ lệ nhiễm trùng vùng mổ thấp.

Khi nghi ngờ có thể có tụ máu hay tụ dịch ở các khoang bóc tách hay khoang nằm giữa các lớp của vết thương, tốt nhất là dẫn lưu hút-kín. Dẫn lưu Penrose không có tác dụng giảm nguy cơ nhiễm trùng.

Đối với vết thương bị dây trùng nặng, hay không thể lấy hết mô chết hay vật lạ từ vết thương, để hở vết thương, khâu kín đầu muộn sau 5 ngày.

2.6-Các yếu tố toàn thân:

Tăng cường dinh dưỡng, điều trị các bệnh lý nội khoa có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vùng mổ (lao, tiêu đường, bệnh bạch cầu, tăng u-rê huyết...)

Tránh để BN bị hạ thân nhiệt, đảm bảo cung cấp đủ oxy, bồi hoàn đầy đủ lượng dịch bị mất, cẩn thận khi chỉ định các loại thuốc co mạch trong lúc phẫu thuật.

2.7-Kháng sinh phòng ngừa:

2.7.1-Đánh giá nguy cơ nhiễm trùng ngoại khoa:

Vết mổ sạch: cuộc phẫu thuật không mở đường hô hấp, tiêu hoá hay tiết niệu. Tỉ lệ nhiễm trùng vùng mổ 1-3%.

Vết mổ sạch-nhiễm: dây trùng không đáng kể từ đường hô hấp hay tiêu hoá, phẫu thuật vùng hau, tiết niệu hay đường mật không bị nhiễm trùng. Tỉ lệ nhiễm trùng vùng mổ 3-8%. Các vết thương đến sớm trước 6 giờ được xếp vào nhóm này.

Vết mổ nhiễm: dây trùng đáng kể từ đường tiêu hoá, phẫu thuật trên đường tiết niệu hay đường mật có mủ. Tỉ lệ nhiễm trùng vùng mổ 6-15%. Các vết thương dập nát và đến muộn được xếp vào nhóm này.

Vết mổ do: phẫu thuật BN bị viêm phúc mạc. Tỉ lệ nhiễm trùng vùng mổ 7-40%.

2.7.2-Chỉ định:

Kháng sinh phòng ngừa được chỉ định đối với các vết mổ sạch-nhiễm hay nhiễm. Cụ thể:

- o Phẫu thuật đường tiêu hoá có nguy cơ cao: phẫu thuật dạ dày bị ung thư, có tắc nghẽn, loét, chảy máu hay BN đang dùng thuốc làm giảm acid dịch vị, phẫu thuật có tạo miệng nối ruột non hay đại tràng, phẫu thuật trên BN béo phì.
- o Phẫu thuật đường mật có nguy cơ cao: BN lớn hơn 60 tuổi, sỏi đường mật, viêm đường mật, tắc mật, BN được nội soi mật tuy ngược dòng (ERCP) trước khi phẫu thuật.
- o Phẫu thuật tim, sọ não
- o Phẫu thuật có đặt mảnh ghép hay các vật liệu nhân tạo vĩnh viễn khác
- o Cắt tử cung ngã âm đạo hay ngã bụng
- o Phẫu thuật mạch máu chi dưới hay động mạch chủ bụng
- o Phẫu thuật trên chi bị thiếu máu
- o Vết thương có nguy cơ nhiễm trùng clostridium (nhiều vật lạ, dập nát cơ, thiếu máu)

2.7.3-Nguyên tắc sử dụng:

- o Một loại kháng sinh, có phô bao trùm chủng vi khuẩn gây nhiễm trùng
- o Tiêm mạch, lúc bắt đầu tiêm mê

- Duy trì nồng độ kháng sinh hiệu quả trong suốt cuộc mổ. Đối với cuộc mổ chương trình, việc duy trì nồng độ này không kéo dài quá 12 giờ sau mổ. Đối với cuộc mổ cấp cứu, có thể tiêm liều thứ hai sau liều đầu 12 giờ. Kháng sinh được cho vào ngày hậu phẫu thứ hai trở về sau không được xem là kháng sinh phòng ngừa.

3-Điều trị các nhiễm trùng ngoại khoa thường gặp:

3.1-Nhiễm trùng phần mềm:

3.1.1-Viêm tủy và áp-xe mô mềm:

Loại nhiễm trùng này có tính chất khu trú. Giai đoạn đầu được gọi là giai đoạn viêm mô tế bào (cellulitis). Trong giai đoạn này, vùng nhiễm trùng có hiện tượng phù mô kẽ, thâm nhập các tế bào viêm (bạch cầu đa nhân) và sự cương tụ (xung huyết) của các mạch máu. Giai đoạn sau là giai đoạn hình thành ổ áp-xe. Đó là một ổ tụ mủ, được bao bọc chung quanh bởi một vùng mô viêm. Khi thăm khám lâm sàng, vùng viêm tủy mô tế bào biểu hiện bằng các dấu hiệu sưng, nóng, đỏ, đau. Khi vùng viêm tủy có dấu hiệu pháp phèu, ổ áp-xe đã hình thành.

Tác nhân gây bệnh thường là staphylococcus aureus kết hợp với các streptococci nếu vị trí nhiễm trùng ở thân mình và vùng đầu. Nhiễm trùng vùng nách thường do các vi khuẩn gram âm. Nhiễm trùng vùng dưới thắt lưng, đặc biệt là vùng tầng sinh môn, thường do các chủng vi khuẩn gram âm hiềm và yếm khí.

Điều trị: trong giai đoạn viêm tủy, điều trị chủ yếu là nội khoa, chủ yếu là sử dụng các loại kháng sinh thích hợp. Khi đã hình thành áp-xe, bắt buộc phải dẫn lưu mủ kết hợp sử dụng kháng sinh.

3.1.2-Viêm hoại tử mô mềm:

Là biến chứng đáng ngại nhất của các vết thương phần mềm. So với viêm tủy và áp-xe mô mềm, viêm hoại tử mô mềm ít gặp hơn nhiều, nhưng lại là một hình thức nhiễm trùng có dự hậu nặng nề. Tồn thương thường diễn tiến nhanh và lan rộng. Mức độ tồn thương được quan sát thấy ngoài da nhẹ hơn nhiều so với mức độ tồn thương thực tế bên dưới lớp da.

Nguyên nhân có thể do clostridium (C. perfringens, C. novyi, C. septicum) hoặc các loại vi khuẩn khác.

Tồn thương viêm hoại tử mô mềm không do clostridium chủ yếu ở lớp mô dưới da, hiếm khi vượt quá lớp cân cơ (còn gọi là viêm cân hoại tử). Ngược lại, tồn thương viêm hoại tử mô mềm do clostridium chủ yếu ở lớp cơ (còn gọi là hoại thư cơ do clostridium).

BN bị viêm hoại tử mô mềm thường nhập viện với dấu nhiễm độc, sinh hiệu không ổn định. Khám vùng tồn thương thấy có biểu hiện viêm tủy nhẹ (hay vắng mặt nếu BN bị hoại thư cơ do clostridium), mảng bầm máu, bóng nước, hoại tử da. Dịch tiết ở vùng tồn thương có thể là dịch trong (nhiễm trùng clostridium) hoặc dịch có màu lờ nhờ/ mủ (nhiễm trùng không phải clostridium). Dấu hiệp lép bếp, nếu có, chứng tỏ mô tế bào vùng tồn thương đã chết và cần phải loại bỏ bằng các thao tác phẫu thuật. BN bị hoại thư cơ do clostridium có thể bị liệt vận động và mất cảm giác ở vùng chi tương ứng.

Công việc điều trị phải được tiến hành khẩn trương và bao gồm các bước sau:

- Hồi sức tim phổi.

- Kháng sinh: Penicillin G kết hợp clindamycin đối với nhiễm trùng do clostridium, cephalosporin thế hệ ba kết hợp với tác nhân trị vi khuẩn yếm khí đối với nhiễm trùng không do clostridium.
- Cắt lọc rộng mô hoại tử, để hở da.
- Không cần thiết phải chỉ định các kháng độc tố. Clindamycin, khi được chỉ định, có tác dụng ức chế sự phóng thích độc tố từ vi khuẩn.
- Có thể điều trị oxy cao áp trong trường hợp nhiễm trùng do clostridium.
- Cần nhắc đến việc đoạn chi trong trường hợp hoại thư cơ do clostridium.

3.2-Nhiễm trùng xoang phúc mạc và sau phúc mạc:

Hầu hết các BN bị nhiễm trùng trong xoang phúc mạc và sau phúc mạc cần được điều trị ngoại khoa, ngoại trừ các trường hợp sau: BN bị viêm thận bể thận, viêm tai vòi, viêm ruột (do Shigella, Yersinia), áp-xe gan do a-míp, viêm phúc mạc nguyên phát. Một số BN bị viêm túi thừa đại tràng và viêm đường mật cũng có thể được điều trị nội khoa.

BN bị nhiễm trùng trong xoang phúc mạc và sau phúc mạc thường nhập viện với biểu hiện sốt, mạch nhanh, hạ huyết áp. BN có tình trạng tăng chuyển hoá, tăng dị hoá và nếu không được điều trị, hội chứng suy đa cơ quan sẽ xuất hiện và tử vong là điều chắc chắn.

Nguyên tắc điều trị: điều trị nguyên nhân kết hợp với dẫn lưu tốt xoang phúc mạc. Các dị vật trong xoang bụng (phân, thức ăn, máu, chất nhầy) các sợi fibrin tổ chức hoá (giả mạc) phải được lấy ra khỏi xoang bụng.

Trong trường hợp BN bị áp-xe trong hay sau xoang phúc mạc, dẫn lưu mủ bằng phương pháp chọc hút là phương pháp được chọn lựa. BN được xác định vị trí, kích thước, số lượng và đường tiếp cận với ổ áp-xe bằng CT (hay siêu âm). Trước hết chọc hút bằng kim nhỏ. Nếu hút được mủ, mẫu mủ sẽ được cấy khuẩn làm kháng sinh đồ. Luồn một dây dẫn mềm (guide wire) qua kim chọc hút, rút kim, nong dần thành bụng qua guide wire cho đến khi đặt được một catheter cỡ lớn. Qua catheter có thể chụp X-quang ổ áp-xe. BN bị đa ổ áp-xe, hay BN có một ổ áp-xe nhưng không có đường chọc hút an toàn, cần được dẫn lưu mủ bằng mổ mở. Áp-xe dưới hoành hay dưới gan có thể được dẫn lưu ngoài phúc mạc.

Kháng sinh phải được cho ngay sau khi đã chẩn đoán. Khi chưa có kết quả kháng sinh đồ, kháng sinh được chỉ định theo kinh nghiệm. Trong trường hợp nhẹ, có thể bắt đầu với cefoxitin, cefotetan, ticarcillin/clavulanate, ampicillin/sulbactam. Đối với trường hợp nặng, hay BN đang nằm viện, hoặc BN đang được điều trị bằng kháng sinh, nên chỉ định loại kháng sinh mạnh hơn (imipenem, meropenem, piperacillin/tazobactam) hay kết hợp kháng sinh.

4-Kháng sinh trong ngoại khoa:

4.1-Các loại kháng sinh thường được sử dụng trong ngoại khoa:

4.1.1-Penicillin:

Thường được kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase, acid clavulanic, sulbactam, tazobactam để tăng phổ kháng khuẩn (vi khuẩn gram âm, staphylococcus nhạy với methicillin, các vi khuẩn yếm khí, vi khuẩn hiếu khí sản xuất được beta-lactamase...).

4.1.2-Cephalosporin:

Cephalosporin thế hệ thứ nhất: tác dụng mạnh với staphylococcus nhạy với methicillin, streptococci. Ít tác dụng với enterococci và các vi khuẩn gram âm.

Cephalosporin thế hệ thứ hai: mở rộng tác dụng đối với các vi khuẩn gram âm nhưng vẫn yếu đối với trực khuẩn gram âm.

Cephalosporin thế hệ thứ ba: tác dụng mạnh với trực khuẩn gram âm nhưng ít tác dụng đối với staphylococci và streptococci. Tác dụng yếu đối với vi khuẩn yếm khí.

4.1.3-Monobactam:

Aztreonam là kháng sinh duy nhất thuộc nhóm này.

Có thể sử dụng an toàn đối với BN dị ứng với penicillin hay cephalosporin.

4.1.4-Carbapenem:

Có phô kháng khuẩn mạnh, đặc biệt đối với tất cả các cầu trùng gram dương (trừ staphylococcus kháng methicillin). Tác dụng trung bình đối với enterococci.

4.1.5-Quinolone:

Fluoroquinolone có tác dụng mạnh với các trực khuẩn gram âm, có độ khuếch tán vào mô tốt (đường uống và tiêm).

4.1.6-Aminoglycoside:

Aminoglycoside được chỉ định trong các trường hợp nhiễm trùng gram âm nặng.

Thuốc không có tác dụng đối với vi khuẩn yếm khí.

Nguy cơ đáng ngại nhất là độc tính thận và tổn thương dây thần kinh thính giác.

4.1.7-Metronidazole:

Metronidazole có tác dụng mạnh với tất cả các vi khuẩn yếm khí nhưng không có tác dụng đối với các vi khuẩn gram âm và gram dương khác.

4.2-Hiện tượng bội nhiễm:

Một quá trình nhiễm trùng mới xuất hiện trên bệnh nhân đang sử dụng kháng sinh để điều trị một bệnh lý nhiễm trùng trước đó được gọi là hiện tượng bội nhiễm.

Xảy ra 2-10% các trường hợp đang điều trị kháng sinh, đặc biệt là các kháng sinh phô rộng (đứng đầu là clindamycin, kế đến là các cephalosporin và ampicillin).

Điển hình nhất là viêm đại tràng giả mạc. Tác nhân chính gây bệnh là *C. difficile*. Triệu chứng bao gồm đau bụng, tiêu chảy, sốt, tăng bạch cầu. Chẩn đoán chính xác nhất là xác định độc tố *C. difficile* trong phân. Bệnh diễn tiến từ mức độ nhẹ (mất nước) đến nặng (sốc, phình đại tràng nhiễm độc, thủng đại tràng). Điều trị: ngưng ngay kháng sinh, bồi hoàn nước và điện giải, nâng đỡ thể trạng, sử dụng metronidazole (hay vancomycin nếu thất bại với điều trị bằng metronidazole).

BIẾN CHỨNG NGOẠI KHOA

1-Biến chứng ở vết mổ:

1.1-Hở vết mổ thành bụng:

Hở vết mổ thành bụng được xác định là vết mổ thành bụng bị hở ở phần cân. Chỗ hở có thể là một phần hay toàn bộ vết mổ.

Hở vết mổ thành bụng thường được phát hiện sau khi cắt chỉ vết mổ: sau một cơn ho, vết mổ bị bung, mót hay nhiều quai ruột phòi ra ngoài.

Nguyên nhân hở vết mổ thành bụng có liên quan đến kỹ thuật khâu (khâu không đúng lớp cân, chỉ khâu bị đứt), mũi khâu quá căng, chướng ruột, bụng có báng, nôn ói, gắng sức sau mổ, nhiễm trùng vết mổ.

Các yếu tố nguy cơ của hở vết mổ thành bụng: suy dinh dưỡng, béo phì, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch hay corticoid, tiểu đường, suy thận, bệnh lý ác tính, hoá trị ung thư, xạ trị.

Xử trí hở vết mổ thành bụng:

- Tạm che ruột bằng gạc tẩm dung dịch NaCl 0,9%, cho kháng sinh, chuyển BN vào phòng mổ.
- Phương pháp phẫu thuật: khâu đóng lại thành bụng. Tùy từng trường hợp, có thể đóng thành bụng bằng chỉ thép. Chỉ thép được cắt sau khi đóng 1 tháng.

1.2-Tụ máu vết mổ:

Nguyên nhân: cầm máu không kỹ, BN có rối loạn đông máu.

Xử trí:

- Tụ máu ít: theo dõi.
- Tụ máu nhiều: mở vết mổ, lấy hết máu tụ, cầm máu, đặt dẫn lưu kín, khâu lại vết mổ.

Phòng ngừa:

- Ngưng các thuốc kháng đông tối thiểu 4 ngày trước phẫu thuật.
- Cầm máu kỹ vết mổ.

1.3-Tụ dịch vết mổ:

Tụ dịch vết mổ xảy ra khá phổ biến sau mổ. Dịch tụ có thể là huyết thanh hay bạch dịch. Dịch tụ có thể nhiễm trùng thứ phát, dẫn đến hình thành ổ áp-xe.

Tụ dịch vết mổ có thể gặp sau các phẫu thuật có bóc tách nhiều ở mô dưới da như đoạn nhũ, thoát vị bẹn...

Xử trí tụ dịch vết mổ: chọc hút dịch, băng ép vết thương.

Để tránh tụ dịch vết mổ, cần chỉ định dẫn lưu vết mổ thích hợp và dẫn lưu đúng kỹ thuật, Việc hạn chế bóc tách quá mức cần thiết trong lúc phẫu thuật cũng có thể làm giảm nguy cơ tụ dịch, trong đó có tụ dịch vết mổ.

1.4-Nhiễm trùng vết mổ:

(xem bài nhiễm trùng ngoại khoa)

1.5-Thoát vị vết mổ:

(xem bài thoát vị thành bụng)

2-Rối loạn điều nhiệt:**2.1-Hạ thân nhiệt:**

Cuộc mổ kéo dài , truyền nhiều máu trũ lạnh là các nguyên nhân thường gặp nhất của hạ thân nhiệt ở BN ngoại khoa.

Yếu tố nguy cơ của hạ thân nhiệt: BN lớn tuổi hay trẻ em, BN bị đa chấn thương, bị suy kiệt nặng hay giảm sức đề kháng.

Thân nhiệt dưới 35°C làm suy hoạt động chức năng của gan, tim, thận, hệ miễn dịch, dẫn đến rối loạn đông máu và rối loạn cân bằng kiềm toan.

Xử trí hạ thân nhiệt chủ yếu là tăng thân nhiệt chủ động bằng sưởi đèn, đắp mền...

Phòng ngừa hạ thân nhiệt:

- Kết thúc sớm cuộc mổ đối với BN có yếu tố nguy cơ.
- Làm ám các loại dịch truyền, máu trước khi truyền cho BN.

2.2-Sốt hậu phẫu:

Sốt là hiện tượng xảy ra phổ biến sau mổ. Nguyên nhân của sốt hậu phẫu có thể do nhiễm trùng hay không.

Nhiễm trùng vết mổ là nguyên nhân thường gặp nhất của sốt sau mổ (bảng 1).

Tùy thuộc vào nguyên nhân, sốt có thể xuất hiện vào các thời điểm khác nhau sau mổ. Ở BN bị xẹp phổi, sốt thường xảy ra trong 24 giờ đầu sau mổ. Đối với nhiễm trùng vết mổ, sốt thường xảy ra vào ngày 3-5. Sốt do các nguyên nhân nhiễm trùng khác xuất hiện vào ngày hậu phẫu 5-8.

<i>Do nhiễm trùng</i>	<i>Không do nhiễm trùng</i>
<i>Nhiễm trùng vết mổ</i>	<i>Hoại tử gan cấp</i>
<i>Nhiễm trùng tiêu</i>	<i>Suy thượng thận cấp</i>
<i>Áp-xe tồn lưu trong xoang bụng</i>	<i>Phản ứng dị ứng</i>
<i>Viêm túi mật không do sỏi</i>	<i>Thiếu nước</i>
<i>Viêm đại tràng giả mạc</i>	<i>Cơn bão giáp</i>
<i>Nhiễm trùng mảnh ghép</i>	<i>Tụ máu trong nhu mô các tạng đặc</i>
<i>Mũ màng phổi</i>	<i>Tụ máu sau phúc mạc</i>
<i>Viêm nội tâm mạc</i>	<i>Lymphoma và các bệnh lý ác tính khác</i>
<i>Nhiễm nấm</i>	<i>Viêm tuy</i>
<i>Viêm gan</i>	<i>Thuyên tắc phổi</i>
<i>Viêm họng</i>	<i>Xuất huyết dưới nhện</i>
<i>Viêm đường hô hấp</i>	<i>Phản ứng truyền máu</i>
<i>Nhiễm trùng vết loét chèn ép</i>	<i>Viêm tắc tĩnh mạch</i>
<i>Viêm tai, viêm xoang</i>	<i>Hội chứng cai rượu</i>

Bảng 1- Nguyên nhân của sốt hậu phẫu

2.3-Tăng thân nhiệt ác tính:

Tăng thân nhiệt ác tính thường xảy ra ở trẻ em.

Nguyên nhân của tăng thân nhiệt ác tính là do khiếm khuyết bẩm sinh chuyển hoá Ca^{2+} nội bào.

Tăng thân nhiệt ác tính thường xảy ra khoảng 30 phút sau khi bắt đầu sử dụng một số loại thuốc mê thể khí, thuốc tê nhóm amide và succinylcholine.

Triệu chứng của tăng thân nhiệt ác tính:

- Sốt cao
- Nhịp tim nhanh
- Gồng cơ
- Xanh tím
- Tăng creatine phosphokinase, K⁺, Ca²⁺ huyết tương
- Nhiễm toan chuyển hoá

Xử trí tăng thân nhiệt ác tính:

- Hạ thân nhiệt chủ động bằng các biện pháp như lau mát, mền lạnh.
- Dantrolene 2-10 mg/kg có thể được chỉ định để úc chế sự phóng thích Ca²⁺ từ hệ thống lưới nội bào vào trong bào tương.
- Điều chỉnh rối loạn cân bằng điện giải và kiềm toan.

3-Biến chứng hô hấp:

3.1-Xẹp phổi và viêm phổi:

Xẹp phổi và viêm phổi là các biến chứng ít khi xảy ra sau mổ nhưng là biến chứng nặng và có tỉ lệ tử vong cao nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời.

Nguyên nhân chính của xẹp phổi sau mổ là hiện tượng ú đọng đàm rãi kết hợp với giảm thông khí. Viêm phổi xảy ra là do bội nhiễm trên vùng phổi bị xẹp.

Các vị trí xẹp phổi thường gặp: vùng lưng (do nằm lâu), vùng trên cơ hoành (do hạn chế hoạt động cơ hoành).

Triệu chứng của xẹp phổi, viêm phổi: sốt, số lượng bạch cầu tăng, hình ảnh thâm nhiễm trên X-quang phổi, cây đàm (+).

Xử trí:

- Vận động sớm sau mổ
- Làm nở phổi bằng cách tập ho khạc, tập thở sâu bằng cơ liên sườn và cơ hoành
- Bồi hoàn sự thiếu hụt nước
- Cho kháng sinh
- Thông khí nhân tạo với áp lực dương liên tục (CPAP) được chỉ định khi các biện pháp làm nở phổi nói trên thất bại.
- Nội soi phế quản hút đàm nhót nếu có bằng chứng của sự ú đọng đàm rãi trong khí quản hay phế quản lớn.

3.2-Hội chứng viêm phổi hít:

Viêm phổi hít thường xảy ra trong giai đoạn khởi mè, nhưng cũng có thể tại bất kỳ thời điểm nào, khi tri giác BN bị suy giảm (thí dụ BN bị chấn thương sọ não).

Tiên lượng của viêm phổi hít nặng hơn khi pH dịch bị hít vào phổi thấp và dịch có mảnh thức ăn.

Triệu chứng của viêm phổi hít xuất hiện sau một vài phút, biểu hiện bằng hội chứng suy hô hấp từ nhẹ đến trầm trọng.

Sự hiện diện của vi khuẩn (trong 50% dịch hít vào) có thể dẫn đến viêm phổi.

X-quang phổi không cho dấu hiệu gì ngay sau khi xảy ra sự cố, nhưng sau đó biểu hiện bằng hình ảnh thâm nhiễm lan tỏa ở vùng phổi tương ứng (thường ở vùng đáy hai phổi).

Điều trị viêm phổi hít:

- Điều trị hô trợ là chính
- Nếu suy hô hấp nặng: đặt thông khí quản, hô hấp nhân tạo.
- Hút dịch qua nội soi phế quản: nên cõ gắng thực hiện, nếu điều kiện cho phép.
- Kháng sinh có thể có vai trò tích cực.

3.3-Hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS-acute respiratory distress syndrome):

Định nghĩa: ARDS là trạng thái suy hô hấp cấp tính, đặc trưng bởi sự thâm nhiễm lan toả hai phổi kèm theo tình trạng thiếu oxy trầm trọng ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ nhỏ hơn 200) mà không phải do nguyên nhân tim (áp lực mao mạch phổi bít nhỏ hơn 18 mmHg).

Thường xảy ra trong vòng một vài giờ sau một “biến cố” như: chấn thương nặng, nhiễm trùng nặng, truyền máu khói lượng lớn, quá liều thuốc, viêm tuy cấp, hít phải dịch vị...

Cơ chế của ARDS là do tổn thương màng phế nang hay nội mạc mao mạch phổi, làm thoát dịch vào lòng phế nang và thâm nhập các tế bào viêm. Tổn thương có thể phục hồi hoàn toàn nhưng cũng có thể dẫn đến xơ hoá phế nang.

ARDS có tiên lượng xấu: tỉ lệ tử vong 40-70%.

Xử trí ARDS:

- Không có biện pháp điều trị đặc hiệu.
- Chủ yếu là điều trị nguyên nhân, dịch truyền, và hô hấp hỗ trợ.
- Dịch truyền:
 - Giới hạn nước, duy trì thể tích trong lòng mạch ở mức dưới của giới hạn bình thường (nếu có thông Swan-ganz, áp lực mao mạch phổi bít 12-15 mmHg là thích hợp).
 - Duy trì áp lực động mạch trung bình trên 65-70 mmHg. Có thể dùng các thuốc vận mạch.
 - Theo dõi lưu lượng nước tiểu, có thể dùng thuốc lợi tiểu để thúc đẩy cân bằng dịch âm tính. Nếu có thiểu niệu, cân nhắc đến chỉ định thẩm phân lọc máu.
- Hỗ trợ hô hấp:
 - Suy hô hấp nhẹ: thông khí qua mask với áp lực dương liên tục (CPAP- continuous positive airway pressure) kết hợp hỗ trợ áp lực khi hít vào (NIPPV- noninvasive inspiratory pressure support ventilation).
 - Suy hô hấp nặng: đặt thông khí quản, thông khí hỗ trợ với áp lực dương cuối kỳ thở ra (PEEP- positive end-expiratory pressure).
 - Mục tiêu của hỗ trợ hô hấp: duy trì SaO_2 trong khoảng 85-90% với $\text{FiO}_2 < 65\%$.

3.4-Thuyên tắc động mạch phổi:

90% các trường hợp thuyên tắc động mạch phổi có nguồn gốc từ huyết khối tĩnh mạch chủ-đùi.

Triệu chứng của thuyên tắc động mạch phổi thay đổi, từ nhẹ, với khó thở nhẹ và mạch nhanh, tới nặng, biểu hiện bằng truy tim mạch.

Chẩn đoán xác định thuyên tắc động mạch phổi đóng vai trò quan trọng. Chẩn đoán dựa vào sự kết hợp giữa bệnh sử, lâm sàng, khí máu động mạch, ECG, X-quang phổi, siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới, xạ hình thông khí-tưới máu phổi...

Triển khai điều trị thuyên tắc động mạch phổi nếu đã chẩn đoán xác định hay rất nghi ngờ: trước tiên điều trị với heparin để ngăn ngừa sự kéo dài thêm của cục huyết khối, sau đó chuyển sang warfarin uống trong 3-6 tháng để thúc đẩy sự tiêu cục huyết khối và tái lưu thông trong lòng mạch.

BN có chống chỉ định dùng thuốc chống đông có thể được đặt tầm lọc tĩnh mạch chủ dưới.

Các biện pháp phòng ngừa thuyên tắc động mạch phổi bao gồm mang vớ và sử dụng các loại thuốc ức chế quá trình đông máu (heparin, heparin có trọng lượng phân tử thấp, warfarin, thuốc ức chế kết tập tiểu cầu).

4-Biến chứng tim mạch:

4.1-Nhồi máu cơ tim:

Nhồi máu cơ tim trong thời gian hậu phẫu là một biến chứng nặng. Phần lớn các trường hợp nhồi máu cơ tim xảy ra trong hai ngày hậu phẫu đầu tiên và 90% các trường hợp xảy ra trong bệnh cảnh “yên lặng”.

Nghĩ đến nhồi máu cơ tim khi BN có các biểu hiện sau đây trong giai đoạn hậu phẫu:

- Đau ngực
- Rối loạn nhịp tim
- Suy tim cấp

Để phát hiện sớm biến hiện thiếu máu cơ tim, cần theo dõi điện tâm đồ liên tục trong hai ngày hậu phẫu đầu tiên đối với các BN bị hay nghi ngờ mắc bệnh mạch vành và trải qua cuộc phẫu thuật có nguy cơ cao.

Chẩn đoán xác định nhồi máu cơ tim dựa vào: ECG, siêu âm tim, X-quang động mạch vành, xạ hình tim và sự thay đổi nồng độ men tim. Nồng độ troponin nhạy với nhồi máu cơ tim hơn nồng độ creatine phosphokinase-MB.

Điều trị nhồi máu cơ tim là điều trị theo phương pháp đa mô thức với oxy liệu pháp, thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc làm tan sợi huyết, heparin, ức chế beta, nitrate, ức chế kênh Ca^{2+} , lợi tiểu và các thuốc chống loạn nhịp tim.

Tiền lượng của nhồi máu cơ tim sau mổ xáu: bệnh có tỉ lệ tử vong 50-90%. Hầu hết tử vong xảy ra trong vòng 48 giờ đầu sau mổ.

4.2-Loạn nhịp tim, suy tim:

Nguyên nhân:

- Của suy tim: tình trạng suy tim có sẵn trước mổ (do cao huyết áp, bệnh van tim, bệnh cơ tim) và nhồi máu cơ tim là hai nguyên nhân thường gặp nhất.

- Của loạn nhịp tim: bệnh tim có sẵn, phẫu thuật lồng ngực và trung thất, rối loạn điện giải, thuốc tim mạch, thuốc mê và thuốc tê, tác động của catecholamine, các rối loạn về nội tiết.

Chẩn đoán suy tim dựa vào các triệu chứng: khó thở, tím tái, tĩnh mạch cổ căng phồng, tiếng tim mờ, mạch nhanh nhẹ. Chẩn đoán xác định bằng siêu âm tim.

Mục tiêu điều trị: điều trị nguyên nhân, tối ưu hoá chức năng của tim và tưới máu toàn thân.

4.3-Huyết khối tĩnh mạch chi dưới:

Sinh bệnh học của huyết khối tĩnh mạch chi dưới được tóm tắt bằng tam chứng Virchow: ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch, trạng thái tăng đông, tổn thương nội mạc.

Các yếu tố nguy cơ của huyết khối tĩnh mạch chi dưới:

- Chấn thương, phẫu thuật (đặc biệt phẫu thuật vùng chậu, chi dưới)
- Bất động kéo dài
- Bệnh lý ác tính
- Hoá trị ung thư
- Tuổi già
- Béo phì
- Estrogen
- Thai kỳ, hậu sản
- Thiếu hụt antithrombin III, protein C và S
- Đa hồng cầu, hội chứng thận hư...

Chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch chi dưới dựa vào D-dimers (một sản phẩm thoái hoá của fibrin, kết quả (-) loại trừ huyết khối tĩnh mạch), X-quang tĩnh mạch và siêu âm Doppler tĩnh mạch. Cần chú ý là 50% các huyết khối tĩnh mạch không được phát hiện bằng các chẩn đoán hình ảnh.

Xử trí:

- Huyết khối tĩnh mạch nông: kháng viêm non-steroid, giảm đau, băng ép.
- Huyết khối tĩnh mạch cảng chân: warfarin được chỉ định trong 3 tháng.
- Huyết khối tĩnh mạch đùi-kheo:
 - Điều trị ngay với heparin (TTM/TDD đồng thời với warfarin uống để duy trì aPTT dài gấp 1,5-2,5 lần bình thường.
 - Giảm tiểu cầu có thể xảy ra trong 2-20% BN sử dụng heparin. Nếu có giảm tiểu cầu, BN được điều trị với argatroban, danaparoid, lepidurin.
 - Ngưng heparin sau khi đã dùng warfarin 4 ngày.
 - Tiếp tục dùng warfarin trong thời gian tối thiểu 3 tháng.
 - Ngày nay, các heparin trọng lượng phân tử thấp (bảng 2), đã dần dần thay thế heparin “cổ điển”, có chỉ định rộng hơn, dễ sử dụng hơn, ít biến chứng chảy máu hơn, cho kết quả nhanh và đáng tin cậy hơn.

Tên thuốc	Liều lượng
-----------	------------

<i>Dalteparin (Fragmin)</i>	<i>100 U/kg x 2 /ngày</i>
<i>Enoxaparin (Lovenox)</i>	<i>100 U/kg x 2 /ngày</i>
<i>Nadroparin (Fraxiparin)</i>	<i>225 U/kg x 2 /ngày</i>
<i>Reviparin (Clivarin)</i>	<i>100 U/kg x 2 /ngày</i>
<i>Tinzaparin (Logiparin)</i>	<i>175 U/kg, một lần/ngày</i>
<i>Danaparoid (Orgaran)</i>	<i>750 U x 2 /ngày</i>
<i>(chỉ dùng cho BN bị giảm tiểu cầu do Heparin)</i>	

Bảng 2- Một số loại heparin trong lượng phân tử thấp thường được sử dụng

- Huyết khối tĩnh mạch đùi-chậu: có 3 lựa chọn:
 - Tiêu huyết khối trực tiếp bằng catheter
 - Mở tĩnh mạch lấy huyết khối
 - Đặt tấm lọc tĩnh mạch chủ dưới

Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu:

- Heprin trọng lượng phân tử thấp: là lựa chọn trước tiên.
- Heparin: 5000 UI (TDD)/mỗi 12 giờ.
- Các biện pháp cơ học (băng ép) dành cho những BN không thích hợp cho việc phòng ngừa băng thuỷt.

5-Biến chứng tiêu hoá, gan mật:

5.1-Liệt ruột:

Liệt ruột sau mổ thường xảy ra, trong một khoảng thời gian nhất định, sau phẫu thuật vùng bụng (bảng 3).

<i>Tạng</i>	<i>Thời gian</i>	<i>Biểu hiện</i>
<i>Dạ dày</i>	<i>2-3 ngày</i>	<i>Đói bụng</i>
<i>Ruột già</i>	<i>3-5 ngày</i>	<i>Có trung tiên</i>
<i>Ruột non</i>	<i>Sớm hơn dạ dày</i>	<i>Có âm ruột</i>

Bảng 3- Thời gian đường tiêu hoá trở lại hoạt động bình thường sau phẫu thuật vùng bụng

Liệt ruột kéo dài sau mổ (liệt ruột xảy ra quá 3 ngày sau mổ) là một hiện tượng bệnh lý và có thể do các nguyên nhân sau:

- Nhiễm trùng huyết
- Viêm phúc mạc hậu phẫu
- Các loại thuốc: thuốc giảm đau gây nghiện, antacid, coumarin, amitriptyline, chlorpromazine
- Rối loạn nước và điện giải (giảm natri, kali, magiê huyết tương, giảm áp lực thẩm thấu huyết tương)
- Thiếu máu
- Nhồi máu cơ tim
- Viêm phổi
- Chấn thương nặng
- Chấn thương hay phẫu thuật sọ não
- Tụ máu sau phúc mạc

Điều trị liệt ruột kéo dài bao gồm các biện pháp sau:

- Ngưng sử dụng các loại thuốc giảm đau gây nghiện
- Các chất kháng thụ thể của các thuốc giảm đau gây nghiện ở ngoại biên (methylnaltrexol hay ADL 8-2968) đang được sử dụng bước đầu.
- Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải
- Cho BN vận động
- Việc đặt thông dạ dày hay sử dụng các thuốc làm tăng cường co bóp óng tiêu hoá (cisapride, metoclopramide) không cải thiện tình trạng liệt ruột trên lâm sàng.
- Theo dõi thân nhiệt, số lượng bạch cầu, siêu âm bụng để loại trừ viêm phúc mạc hậu phẫu.
- Nếu vẫn không cải thiện, và đã loại trừ tắc ruột cơ học, cho neostigmine 2 mg TM

Phòng ngừa liệt ruột sau mổ:

- Chọn phẫu thuật nội soi thay vì phẫu thuật hở.
- Nếu đánh giá BN có thể đau nhiều sau mổ, chọn phương pháp giảm đau ngoài màng cứng.
- Nếu đánh giá mức độ đau chỉ trung bình, chọn thuốc giảm đau là kháng viêm non-steroid.

5.2-Hội chứng ngăn bụng kín:

Hội chứng ngăn bụng kín là một hiện tượng bệnh lý xảy ra khi áp lực trong xoang bụng tăng cao.

Khi áp lực trong xoang bụng lớn hơn 15 mmHg, sự hồi lưu máu tĩnh mạch bị cản trở, dẫn đến suy giảm chức năng của thận, mạc treo ruột, tim (giảm lượng máu về tim), hô hấp (hạn chế hoạt động cơ hoành).

Các yếu tố thuận lợi của hội chứng ngăn bụng kín bao gồm phẫu thuật kéo dài, bàng bụng, chấn thương bụng kín, gãy xương chậu, liệt ruột/tắc ruột, sỏi nhiễm trùng, borm xoang phúc mạc...

Xử trí hội chứng ngăn bụng kín chủ yếu là xử trí nguyên nhân. Khi áp lực trong bàng quang lớn hơn 25 mmHg, có chỉ định giải áp xoang bụng.

5.3-Viêm dạ dày do sang chấn:

Tổn thương niêm mạc dạ dày (được gọi là viêm dạ dày do sang chấn, hội chứng loét dạ dày do sang chấn, hội chứng bào mòn niêm mạc dạ dày do sang chấn...) có thể xuất hiện sau các chấn thương nặng như bóng nặng, đà chấn thương, phẫu thuật lớn vùng bụng, chấn thương hệ thần kinh trung ương, nhiễm trùng huyết, viêm phổi, nhồi máu cơ tim, thông khí nhân tạo, tụt huyết áp, suy đa cơ quan...

Tổn thương biểu hiện bằng hiện tượng viêm, bào mòn niêm mạc dạ dày. Những ổ loét nông có thể hình thành rãnh rác ở bề mặt niêm mạc. Tổn thương có thể chảy máu. Mức độ chảy máu thay đổi, từ vi thể đến mức độ cần phải hồi phục bằng truyền máu.

Biến chứng này chưa được quan tâm đúng mức. 6% BN nặng có biến chứng viêm và chảy máu niêm mạc dạ dày, trong đó có gần 2/3 bị chảy máu với mức độ đáng kể. 52-100% BN nằm trong phòng hồi sức có biểu hiện viêm và xuất huyết trong lớp niêm mạc dạ dày.

Nguyên nhân của viêm dạ dày do sang chấn bao gồm các yếu tố sau đây phối hợp với nhau: tăng tiết acid, trào ngược dịch mật, thiếu máu niêm mạc dạ dày làm hàng rào bảo vệ niêm mạc bị phá vỡ.

Nếu có chảy máu, máu tự cầm trong 70-80% các trường hợp. BN bị xuất huyết tiêu hoá nặng chiếm 5% nhưng có tỉ lệ tử vong 50-80%.

Xử trí viêm dạ dày do sang chấn:

- Bắt đầu hồi sức với dịch truyền và máu
- Điều trị nguyên nhân
- Điều chỉnh các rối loạn đông máu
- Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng để xác định nguồn gốc chảy máu và cầm máu qua nội soi
- Các thuốc kháng acid, qua đường dạ dày hay qua đường tĩnh mạch, có thể tăng cường quá trình bảo vệ và phục hồi tổn thương niêm mạc dạ dày

Duy trì pH dịch vị lớn hơn 3,5 là “tiêu chuẩn vàng” trong phòng ngừa viêm dạ dày do sang chấn (giảm tỉ lệ chảy máu từ 15% xuống còn 5%).

5.4-Viêm đại tràng giả mạc:

(xem bài nhiễm trùng ngoại khoa).

5.5-Dò tiêu hoá:

Dò tiêu hoá được định nghĩa là sự thông thương giữa biểu mô ổng tiêu hoá với một bề mặt biểu mô khác (thường là da).

Các loại dò tiêu hoá có thể gặp: dò ruột-da, ruột-ruột, ruột-bàng quang, ruột-âm đạo...

Nguyên nhân:

- Phẫu thuật (nguyên nhân đứng đầu): do miệng nối ổng tiêu hoá không lành, bỏ sót tổn thương ruột
- Vật lạ
- Xạ trị
- Nhiễm trùng
- U bướu
- Tắc nghẽn dưới “hạ lưu”

Có nhiều cách phân loại dò tiêu hoá:

- Dò cao (tá tràng) hay thấp (đại tràng)
- Dò cung lượng cao (lượng dịch dò lớn hơn 1000 mL/ngày) hay thấp
- Dò ngách tận hay dò trên đường tiêu hoá chính

Tiêu lượng sẽ tốt hơn nếu: dò thấp, dò cung lượng thấp, dò ngách tận

Xử trí dò tiêu hoá thường bắt đầu bằng điều trị bảo tồn với:

- Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải
- Nếu dò ra da: thay băng, dán túi dán, tưới rửa liên tục đường dò, thoa oxý kẽm... hạn chế dịch dò tiếp xúc trực tiếp với bề mặt da.

- Kháng sinh: cần thiết trong giai đoạn đầu, để hạn chế nguy cơ nhiễm trùng khi đường dò chưa biếu mô hoá.
- Ăn uống: nhịn ăn nếu dò cao, kết hợp dinh dưỡng thay thế qua đường tĩnh mạch.
- Somatostatin (hay octreotide): làm giảm lưu lượng dò, tạo điều kiện cho đường dò mau lành.

Phẫu thuật được cân nhắc đến khi điều trị bảo tồn không hiệu quả sau 3-4 tuần. Các phương pháp phẫu thuật:

- Khâu lại lỗ dò
- Cắt đoạn ruột có tổn thương gây dò
- Dưa đoạn ruột phía trên tổn thương ra ngoài
- Nối tắt đoạn ruột trên và dưới nơi tổn thương

Tiên lượng của dò tiêu hoá phụ thuộc vào tổn thương và nguyên nhân gây dò.

5.6-Suy gan cấp:

Nguyên nhân: nhiễm virus, nhiễm độc gan do thuốc (Halothane, acetaminophene).

Hiếm khi xảy ra, nhưng có tỉ lệ tử vong rất cao (80%).

Điều trị nâng đỡ là chính, kết hợp với việc ngưng ngay tác nhân gây độc.

6-Biến chứng thận và đường tiết niệu:

6.1-Bí tiểu cấp:

Chiếm 5% các cuộc phẫu thuật tổng quát. Tỉ lệ bí tiểu cao nhất khi phẫu thuật vùng bẹn hay hậu môn-trực tràng (20-40%).

Nguyên nhân: đau sau mổ (đặc biệt đau vùng bụng dưới hay tầng sinh môn) và truyền nhiễm dịch là hai nguyên nhân chính. Phì đại tiền liệt tuyến có thể là nguyên nhân ở BN nam lớn tuổi.

Xử trí:

- Thường phải đặt thông tiểu trong hầu hết các trường hợp. Thông tiểu được rút vào ngày hôm sau
- Giảm đau tốt
- Cho BN vận động

6.2-Suy thận cấp:

Suy thận cấp do nhiều nguyên nhân gây ra, trong đó nguyên nhân quan trọng nhất đối với các BN ngoại khoa là tình trạng tụt huyết áp và thiếu hụt thể tích tuần hoàn (bảng 4). Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất là bệnh lý thận có sẵn.

Trên lâm sàng, suy thận cấp biểu hiện bằng thiểu niệu hay vô niệu. Xét nghiệm cho thấy tăng nồng độ creatinin huyết thanh...

Để chẩn đoán nguyên nhân của suy thận cấp, có thể chỉ định siêu âm, xạ hình, CT scan.

Việc chẩn đoán phân biệt giữa suy thận cấp (STC) trước thận và suy thận cấp tại thận (hoại tử ống thận cấp-HTOTC) đóng vai trò quan trọng trong thái độ xử trí (bảng 5).

Trước thận	Tại thận	Sau thận
------------	----------	----------

<i>Tụt huyết áp Thiểu hụt thể tích tuần hoàn Hẹp/tắc động mạch thận Suy tim</i>	<i>Chất độc thận: chất cản quang, nội độc tố Thuốc: aminoglycoside, cyclosporine, amphotericin B, thuốc kháng viêm non-steroid) Tán huyết, hội chứng vùi lấp (hemoglobin, myoglobin)</i>	<i>Bé tắc cả hai niệu quản (sỏi, chấn thương, phẫu thuật) Rối loạn chức năng bàng quang (thuốc, tổn thương thần kinh) Bé tắc niệu đạo (chấn thương, phì đại/ung thư tiền liệt tuyến)</i>
---	--	--

Bảng 4- Các nguyên nhân của suy thận cấp

	<i>STC trước thận</i>	<i>HTOTC</i>
<i>Tỷ trọng nước tiểu</i>	<i>> 1,018</i>	<i>< 1,012</i>
<i>Áp lực thẩm thấu nước tiểu (mmol/kg)</i>	<i>> 500</i>	<i>< 500</i>
<i>Na⁺ nước tiểu (mEq/L)</i>	<i>< 15-20</i>	<i>> 40</i>
<i>Tỉ số BUN/creatinine huyết tương</i>	<i>> 20</i>	<i>< 10-15</i>
<i>Tỉ số creatinin nước tiểu/huyết tương</i>	<i>> 40</i>	<i>< 20</i>

*Bảng 5- Chẩn đoán phân biệt giữa suy thận cấp (STC) trước thận và suy thận cấp tại thận (hoặc từ ống thận cấp-HTOTC)***Xử trí:**

- Hầu hết BN ngoại khoa có nguyên nhân là do thiểu hụt thể tích tuần hoàn (suy thận cấp trước thận). Bồi hoàn đầy đủ thể tích thiếu hụt là chìa khoá chính trong điều trị.
- Suy thận cấp do nguyên nhân sau thận: điều trị nguyên nhân.
- Suy thận cấp do nguyên nhân tại thận: chủ yếu là giới hạn nước và điều trị tăng K⁺ huyết tương.

Chỉ định thẩm phân máu:

- Quá tải nước
- K⁺ > 6,5 meq/L, Na⁺ > 165 meq/L hay < 115 meq/L
- BUN > 100 mg/dL
- Tăng urê huyết tương có triệu chứng (viêm màng ngoài tim, bệnh lý não, nôn ói, mảng bầm máu, ngứa...)

7-Biến chứng về nội tiết và chuyển hoá:**7.1-Suy tuyến thượng thận cấp:****Nguyên nhân:**

- Nguyên phát: viêm tuyến thượng thận (tự miễn, lao, histoplasmosis, virus), nhồi máu tuyến thượng thận (hậu phẫu, nhiễm trùng, trạng thái tăng đong).
- Thứ phát: sau điều trị kéo dài bằng glucocorticoid.

Chẩn đoán:

- Các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu.
- Nghĩ đến suy tuyến thượng thận cấp khi BN có: tụt huyết áp, giảm Na⁺ huyết tương, tăng K⁺ huyết tương.

- Chẩn đoán xác định bằng nghiệm pháp kích thích bằng cosyntropin: cosyntropin 250 µg TM hay TB. Định lượng cortisol huyết tương sau 30 phút. Bình thường: nồng độ cortisol huyết tương > 20 µg/dL.

Xử trí:

- Nếu đã có chẩn đoán xác định: hydrocortisone 100 mg TM mỗi 8 giờ, kèm theo truyền TM nhanh dung dịch NaCl 0,9%-Glucose 5%. Liều hydrocortisone giảm dần sau một vài ngày, sau đó chuyển sang chế độ duy trì.
- Nếu chưa có chẩn đoán xác định: dexamethasone 10 mg TM liều duy nhất, kèm theo truyền TM nhanh dung dịch NaCl 0,9%-Glucose 5%. Tiến hành nghiệm pháp kích thích bằng cosyntropin. Sau 30 phút lấy máu đo nồng độ cortisol và chuyển sang cortisol 100 mg TM/8 giờ cho đến khi có kết quả xét nghiệm.

7.2-Cơn bão giáp:

(xem bài bệnh Basedow)

7.3-Nhược năng tuyến giáp:

Nguyên nhân: BN, bị nhược năng tuyến giáp, phải ngưng sử dụng chế phẩm thay thế (levothyroxine) do bệnh lý hay do phẫu thuật (trước, trong và một thời gian sau mổ).

Triệu chứng: hạ thân nhiệt, giảm thông khí, rối loạn tâm thần, lú lẫn, hôn mê.

Xử trí: điều trị hỗ trợ (làm ấm, truyền dịch). Hoãn cuộc phẫu thuật. Sử dụng levothyroxine trong 4-6 tuần.

7.4-Hội chứng tăng tiết không thích hợp hormone kháng lợi niệu:

(xem bài cân bằng nước và điện giải)

8-Biến chứng thần kinh:

8.1-Hội chứng ngưng rượu:

Nguyên nhân: BN nghiện rượu, phải ngưng uống rượu do bị chấn thương hay phẫu thuật.

Chẩn đoán: triệu chứng có thể thay đổi từ nhẹ (kích thích, chán ăn, nôn ói) đến nặng (kích động, lú lẫn, mất định hướng, tăng hoạt thần kinh tự động (sốt cao, mạch nhanh, đởm hôi), co giật và hôn mê.

Xử trí:

- Hội chứng ngưng rượu nhẹ:
 - Clordiazepoxide 25-100 mg uống/6 giờ, hay diazepam 5-20 mg uống/6 giờ.
 - Thiamin 100 mg TB, kèm 100 mg uống/ngày
 - Đa vitamin (trong đó có acid folic) uống
- Hội chứng ngưng rượu nặng:
 - Clordiazepoxide 100 mg TM hay uống, lập lại mỗi 2-6 giờ (tối đa 500 mg/ ngày đầu tiên). Giảm ½ liều trong các ngày kế, đến khi xuống còn 25-50 mg/ngày thì ngưng.
 - Clonidine và atenolol: ức chế hiện thương tăng hoạt thần kinh tự động. Liều lượng: clonidine: 0,1 mg uống x 4 lần/ngày, có thể tăng lên đến

0,2-0,4 mg x 4 lần/ngày nếu vẫn còn triệu chứng và huyết áp ổn định;
atenolol: 50-100 mg uống/ngày.

Các biện pháp điều trị khác:

- Tạo không khí yên tĩnh, ấm cúng, thân mật
- Cung cấp đủ nước và điều chỉnh rối loạn cân bằng điện giải
- Chế độ ăn đảm bảo đầy đủ năng lượng

8.2-Co giật:

Nguyên nhân:

- Nguyên phát:
 - Cơ địa động kinh
 - Tổn thương thần kinh trung ương (tai biến mạch máu não, u não, viêm não, viêm màng não)
- Thứ phát:
 - Ngộ độc hay hội chứng ngưng thuốc giảm đau gây nghiện, barbiturate, rượu, cocaine.
 - Biến chứng hay tác dụng phụ của lidocaine, thuốc cảm quang có iod, anticholinergic, kháng sinh, kháng trầm cảm, thuốc hạ đường huyết.

Có thể loại trừ nguyên nhân ở thần kinh trung ương bằng CT, cũng như loại trừ viêm màng não bằng chọc dò tuỷ sống.

Cắt cơn co giật bằng phenyltoin, lorazepam, carbamazepine.

8.3-Tai biến mạch máu não:

Nguyên nhân:

- Tổn thương não xuất huyết:
 - Tăng huyết áp trên BN có sẵn bệnh lý mạch máu não (võ dí dạng): thường gặp nhất
 - Rối loạn đông máu do viêm gan cấp, sử dụng quá liều thuốc kháng đông...
- Tổn thương não không xuất huyết (lấp mạch não):
 - Bệnh lý mạch máu ngoài sọ (hẹp động mạch cảnh)
 - Bệnh lý tim (rung nhĩ)

CT được chỉ định để xác định tổn thương là xuất huyết hay không xuất huyết.

Xử trí: tuỳ thuộc vào tổn thương và nguyên nhân gây tổn thương:

- Điều chỉnh các rối loạn đông máu
- Liệu pháp kháng đông dành cho các trường hợp lấp mạch não
- Thuốc hạ huyết áp được chỉ định khi có tăng huyết áp
- Mannitol có thể được chỉ định để giảm phù não

9-Biến chứng tai-mũi họng:

9.1-Chảy máu mũi:

Nguyên nhân: chấn thương (do đặt thông dạ dày hay đặt thông khí quản qua đường mũi), cao huyết áp, sử dụng thuốc kháng đông, nhiễm trùng.

Xử trí: nhét mèche mũi cầm máu. Nếu thất bại, buộc động mạch bướm-khâu cái (vách sau) hay động mạch sàng trước (vách trước).

9.2-Viêm xoang:

Sốt chưa rõ nguyên nhân sau mổ có thể do viêm xoang. Nguyên nhân của viêm xoang sau mổ thường là do đặt thông dạ dày hay đặt thông khí quản qua đường mũi.

Để chẩn đoán viêm xoang, chỉ định X-quang xoang hàm trên (tư thế Blondeaux). Nếu viêm xoang, trên X-quang, hình ảnh xoang bị mờ.

Xử trí: rút thông, cho kháng sinh. Nếu không hiệu quả: bom rửa, dẫn lưu xoang.

CĂN BẢN VÔ CẢM TRONG NGOẠI KHOA

1-Gây mê:

1.1-Yêu cầu:

Yêu cầu chung:

- Không còn cảm giác đau
- Bất động tốt
- Cơ dãn tốt
- Kiểm soát được hoạt động của hệ thần kinh thực vật

Yêu cầu trang thiết bị tối thiểu:

- Phòng ốc: rộng rãi, đủ sáng, đủ thoáng, vô trùng.
- Bộ dụng cụ thông khí quản và ống thông khí quản
- Oxy (cao áp)
- Máy hút
- Thiết bị phân phổi và kiểm soát liều lượng khí mê (máy gây mê)
- Thiết bị theo dõi: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, nhiệt độ.

1.2-Thăm khám tiền mê:

BS phụ trách gây mê cho BN trực tiếp thăm khám.

Cần chú ý đến:

- Tiền căn nội khoa:
 - Hen, dị ứng thuốc hay các biểu hiện tăng mẫn cảm khác
 - Bệnh lý: tiêu đường, viêm gan, cao huyết áp, thiếu máu cơ tim, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính...
- Tiền căn gây mê lần trước (tốt nhất là có hồ sơ bệnh án):
 - Thuốc mê đã dùng
 - Khó khăn khi đặt thông khí quản
 - Các tác dụng phụ và tai biến sau mổ

Khám vùng đầu mặt cổ: chú ý đến các dấu hiệu có thể gây khó khăn cho việc thông khí quản:

- Cầm lẹm, nhở
- Cổ ngắn
- Cổ ngữa không tốt
- Rụng răng
- Chấn thương vùng mặt
- U vùng mặt

Đánh giá mức độ thích ứng của BN đối với cuộc gây mê theo ASA (American Society of Anesthesiologists):

- Độ I: khoẻ mạnh
- Độ II: có bệnh lý nội khoa nhẹ nhưng không ảnh hưởng đến chức năng các hệ cơ quan
- Độ III: có bệnh lý nội khoa và có ảnh hưởng đến chức năng các hệ cơ quan
- Độ IV: chức năng các hệ cơ quan bị suy nặng, có thể tử vong
- Độ V: BN có thể tử vong trong vòng 24 giờ

1.3-Chuẩn bị BN:

Ngưng các loại thuốc:

- Thuốc hạ đường huyết uống: ngưng vào sáng ngày phẫu thuật, chuyển sang insulin + dung dịch Glucose 5%.
- Riêng metformin: ngưng 2 tuần trước phẫu thuật
- Các loại thuốc kháng đông (bao gồm cả aspirin): ngưng tối thiểu 4 ngày trước phẫu thuật
- Các thuốc ức chế MAO

Vấn đề ăn uống (nếu không liên quan trực tiếp đến phương pháp phẫu thuật, và chức năng của đường tiêu hoá, đặc biệt là chức năng tiêu thoát của dạ dày, bình thường):

- Phẫu thuật chương trình: nhịn ăn tối thiểu 6 giờ, nhịn uống tối thiểu 2 giờ.
- Phẫu thuật cấp cứu:
 - BN không ăn uống tối thiểu 6 giờ.
 - Nếu cần phải mổ khẩn, tiến hành các biện pháp ngăn ngừa trào ngược thực quản (đặt thông dạ dày, đặt thông khí quản)

1.4-Các bước gây mê (nội khí quản):

1.4.1-Giai đoạn tiền mê:

Mục đích: tạo cho BN trạng thái thư giãn, tránh những phản ứng bất lợi từ việc thay đổi nhịp tim và hô hấp.

Các loại thuốc có thể được chỉ định: morphine, lorazepam, diazepam, temazepam... Ngày nay, fentanyl là loại thuốc thường được chỉ định nhất.

Các loại thuốc giảm đau như indomethacin, acetaminophen cũng có thể được sử dụng.

1.4.2-Giai đoạn khởi mê:

Là giai đoạn quan trọng nhất (được ví như thời điểm cất cánh của máy bay).

Có hai cách khởi mê:

- Tiêm mạch thiopental hoặc propofol: tác dụng nhanh, được chỉ định trong hầu hết các trường hợp.
- Hít khí mê qua mask với nồng độ thấp: dành cho BN không hợp tác.
- Việc kết hợp với thuốc giảm đau nhóm á phiện sẽ làm tăng hiệu quả của thuốc dẫn mê.

Thông khí quản: được chỉ định khi:

- Có thể có trào ngược từ óng tiêu hoá
- Tiên lượng sẽ đặt thông khí quản khó khăn (do đó tốt nhất là thông khí quản ngay từ đầu)
- Phẫu thuật BN có tư thế nghiêng hay sấp
- Phẫu thuật vùng mặt hay khoang miệng
- Phẫu thuật kéo dài
- Phẫu thuật cần có sự dẫn cơ tốt (phẫu thuật vùng bụng, ngực)

Sử dụng thuốc dẫn cơ:

- Thuốc dẫn cơ tác dụng ngắn: hỗ trợ cho việc thông khí quản.
- Thuốc dẫn cơ tác dụng trung bình hay dài: khi phẫu thuật vùng bụng hay ngực.

1.4.3-Giai đoạn duy trì mê:

Duy trì mê chủ yếu bằng các thuốc mê thể khí. Đây là giai đoạn ổn định nhất.

Trong giai đoạn này, cần chú ý điều chỉnh độ sâu của gây mê tuỳ theo từng giai đoạn của cuộc phẫu thuật.

Đánh giá độ sâu của gây mê:

- Nếu không có thuốc dẫn cơ: BN ho, cựa quậy chứng tỏ mê còn nông.
- Nếu có thuốc dẫn cơ: dựa vào các dấu hiệu thần kinh thực vật:
 - Mê nông: tăng huyết áp, tăng nhịp tim, dẫn đồng tử
 - Mê sâu: chậm nhịp tim, hạ huyết áp

1.4.4-Giai đoạn kết thúc mê (giai đoạn hồi tỉnh):

BS gây mê cần tham khảo ý kiến của phẫu thuật viên để xác định thời điểm băng vết mổ.

Trong giai đoạn này các công việc sau được thực hiện:

- Giảm dần liều lượng thuốc mê
- Trung hoà thuốc dẫn cơ, nếu thuốc dẫn cơ còn tác dụng ở giai đoạn mà cuộc phẫu thuật không cần thiết phải có dẫn cơ (thí dụ sau khi đã đóng bụng).
- Quan sát quá trình hồi tỉnh của BN, quan sát hiện tượng BN tự thở.
- Chỉ định các thuốc giảm đau thuộc nhóm gây nghiện tác dụng dài để BN hồi tỉnh trong trạng thái thư giãn.
- Chỉ rút thông khí quản khi BN phục hồi hoàn toàn phản xạ hô hấp.

1.5-Các loại thuốc:

1.5.1-Thuốc dẫn mê:

Propofol:

- Thuốc mê tĩnh mạch không phải barbiturate, đã thay thế barbiturate (thiopental) trong thời gian gần đây.
- Ưu điểm: tác dụng nhanh, ít nôn ói sau mổ, BN tỉnh táo sau khi hồi tỉnh.
- Có thể pha truyền tĩnh mạch để duy trì mê.

Các thuốc mê thể khí (Halothane, Servoflurane) cũng có thể được dùng để dẫn mê.

1.5.2-Các thuốc giảm đau gây nghiện:

Morphine, meperidine: đã được sử dụng rộng rãi.

Các thuốc tổng hợp (fentanyl, sufentanil, alfentanil, remifentanil): có tác dụng ngắn và ít gây thay đổi huyết động học.

1.5.3-Các thuốc dẫn cơ:

Succinylcholine:

- o Thuốc dẫn cơ khử cực duy nhất còn được sử dụng.
- o Tác dụng nhanh (hầu như tức thì)
- o Thời gian tác dụng ngắn (5 phút)
- o Chỉ định: cần dẫn cơ nhanh (thông khí quản)
- o Biến chứng: chậm nhịp tim, tăng kali huyết tương, tăng thân nhiệt ác tính.

Các loại thuốc dẫn cơ không khử cực (D-tubocurarine, rocuronium, vecuronium, pancuronium):

- o Có thời gian tác dụng từ 15 phút đến 2 giờ.
- o Có thể trung hoà bằng anticholinesterase (neostigmine, edrophonium) kết hợp với atropine (hay glucopyrrolate).

Các loại thuốc dẫn cơ được chuyển hoá bởi các enzyme trong huyết tương thích hợp hơn cho BN suy thận.

1.5.4-Thuốc mê thể khí:

1.5.4.1-Halothane:

Đặc điểm của Halothane:

- o Là loại thuốc mê điển hình
- o Là một loại thuốc mê mạnh (tốc độ mê nhanh hơn và thời gian hồi tỉnh ngắn hơn nhiều so với Ether)
- o Do có tác dụng dãn phế quản, đôi khi Halothane được chỉ định cho BN có nguy cơ co thắt phế quản.

Tác dụng không mong muốn khi gây mê với Halothane:

- o Úc chế cơ tim, làm giảm cung lượng tim
- o Làm tăng tính nhạy cảm của cơ tim với catecholamine
- o Có thể có độc tính trên gan, có khả năng dẫn đến viêm gan
- o Như các thuốc mê mạnh khác, có thể dẫn đến biến chứng tăng thân nhiệt ác tính

1.5.4.2-Enflurane:

Đặc điểm của Enflurane:

- o Ít làm tăng tính nhạy cảm của cơ tim với catecholamine hơn so với Halothane.
- o Chất chuyển hoá Fluoride (F-) nếu tích tụ nhiều trong cơ thể (gây mê kéo dài), đặc biệt ở người béo phì, có thể dẫn đến suy thận nhẹ.

- Có thể tạo ra các sóng điện não tương tự như động kinh khi gây mê với nồng độ cao và BN có tình trạng giảm thán.

1.5.4.3-Isoflurane:

Hiện nay Isoflurane là loại thuốc mê được sử dụng phổ biến nhất.

Ưu điểm của Isoflurane: ít gây tác động bất lợi lên tim hơn so với Halothane.

Tuy nhiên, Isoflurane có thể gây nhịp tim nhanh.

Do ít gây tăng dòng chảy máu não (và áp lực nội sọ) và ức chế hoạt động chuyển hóa của não hơn Halothane và Enflurane, Isoflurane thích hợp cho các phẫu thuật sọ não.

1.5.4.4-Servoflurane:

Servoflurane có hệ số máu/khí thấp, do đó khi tiến hành gây mê với Servoflurane, BN mê nhanh và hồi tỉnh nhanh.

Do không gây co thắt phế quản, Servoflurane có thể được sử dụng trong các cuộc phẫu thuật ngoại viện, phẫu thuật trên BN khó thông khí quản, BN có bệnh lý co thắt phế quản.

1.5.4.5-Desflurane:

Tương tự như Servoflurane, Desflurane có hệ số máu/khí thấp: BN được gây mê với Desflurane sẽ mê nhanh và hồi tỉnh nhanh.

Desflurane gây tăng nhịp tim và tăng huyết áp khi gây mê với nồng độ tăng nhanh.

2-Gây mê:

2.1-Các loại thuốc:

Có hai nhóm chính: nhóm ester và nhóm amide. Nhóm ester (procaine, tetracaine) hiện nay ít được sử dụng do có độc tính cao và dễ gây phản ứng dị ứng.

Tên thuốc	Liều tối đa	Thời gian tác dụng
<i>Ester:</i>		
Procaine (Novocaine)	7 mg/kg	Ngắn.
<i>Amide:</i>		
Lidocaine (xylocaine)	7 mg/kg, nếu có epinephrine 4,5 mg/kg, nếu không có epinephrine	30-60 phút
Mepivacaine	7 mg/kg (tối đa 400 mg)	45-90 phút
Bupivacaine	225mg, nếu có epinephrine 175 mg, nếu không có epinephrine	120-240 phút
Prilocaine	600 mg, nếu có epinephrine 500 mg, nếu không có epinephrine	30-90 phút
Etidocaine	8 mg/kg, nếu có epinephrine 6 mg/kg, nếu không có epinephrine	120-180 phút

2.2-Các phương pháp gây mê:

2.2.1-Gây mê ngoài da và niêm mạc:

Thường gây mê mũi họng, khí-phé quản, niệu đạo.

2.2.2-Gây mê tại chỗ, mê thẩm lợp:

Thuốc tê được tiêm vào dưới da, cân, cơ, các cơ quan bị cắt rạch theo thứ tự từng lớp một.

Gây tê cục bộ, tê đám rối: thuốc tê tiếp xúc trực tiếp và ngấm vào đám rối hay sợi thần kinh, làm mất cảm giác (và thường kèm theo liệt vận động) một vùng rộng lớn do thần kinh đó chi phối.

2.2.3-Tê tuỷ sống:

Thuốc tê được tiêm vào khoang dưới nhện. Thuốc tê sẽ hoà tan trong dịch não tuỷ và làm tê các rễ thần kinh. Có thể kết hợp với liều nhỏ các loại thuốc khác như mindazolam, ketamine, thuốc giảm đau thuộc nhóm gây nghiện... để giảm bớt liều thuốc tê và kéo dài thời gian tác dụng.

Để tránh làm tổn thương tuỷ sống, vị trí chọc dò tuỷ sống thường từ L3 trở xuống.

BN chỉ nên vận động sau 24 giờ sau mổ.

Chỉ định: các phẫu thuật vùng chậu.

Chống chỉ định: dị ứng thuốc tê, rối loạn đông máu, bệnh lý cột sống, biến dạng cột sống, nhiễm trùng vùng lưng, BN không hợp tác.

2.2.4-Tê ngoài màng cứng:

Thuốc tê được tiêm vào khoang ngoài màng cứng.

Vị trí đâm kim có thể từ vùng cổ đến vùng xương cùng.

Lượng thuốc tê được sử dụng nhiều hơn so với tê tuỷ sống.

Nếu luôn catheter vào khoang ngoài màng cứng:

- Có thể bơm thuốc tê nhiều lần nếu thời gian phẫu thuật kéo dài.
- Sau mổ, bơm thuốc giảm đau vào khoang ngoài màng cứng là phương pháp giảm đau hậu phẫu rất hiệu quả.

Tê dưới màng cứng, tiêm thuốc tê qua màng cứng cựt: rất thích hợp cho các phẫu thuật vùng hậu môn và tầng sinh môn.

BN có thể vận động sớm sau mổ.

Chỉ định: các trường hợp gây mê toàn thân không thuận lợi (sản phụ tiền sản giật, người già, BN suy gan, suy thận hay tiểu đường...).

Chống chỉ định: tương tự như tê tuỷ sống.

2.3-Biến chứng của tê tuỷ sống hay tê ngoài màng cứng:

Các biến chứng của tê tuỷ sống hay tê ngoài màng cứng bao gồm:

- Tụt huyết áp
- Đau đầu (đau đầu-tuỷ sống)
- Đau lưng
- Tồn thương thần kinh: liệt, rối loạn chức năng bang quang, đường tiêu hoá, sinh dục...
- Viêm dính màng não tuỷ, viêm rễ thần kinh
- Đối với tê tuỷ sống, có thể liệt cơ hô hấp và tổn thương các dây thần kinh sọ.

- Phản ứng dị ứng (ít khi xảy ra với các thuốc tê thuộc nhóm amide)
- Ngộ độc thuốc (do quá liều hay tiêm bất cẩn thuốc tê vào tĩnh mạch)

Triệu chứng nổi bật nhất của ngộ độc thuốc tê là các biểu hiện thần kinh và tim mạch:

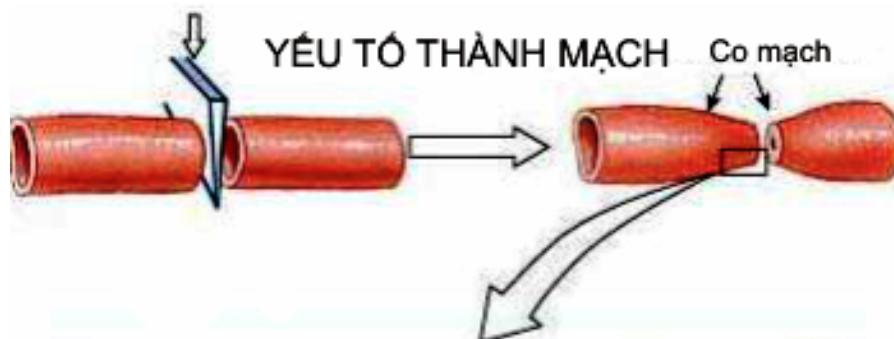
- Triệu chứng thần kinh:
 - Dấu hiệu sóm: tê đầu lưỡi, có vị kim loại, nhẹ đầu, ù tai, rối loạn thị giác.
 - Rối loạn vận ngôn, mất định hướng, co giật, hôn mê.
- Triệu chứng tim mạch: cơn đau thắt ngực, loạn nhịp. Nếu liều cao hơn: truy tim mạch.

RỐI LOẠN CÀM MÁU-ĐÔNG MÁU TRONG NGOẠI KHOA

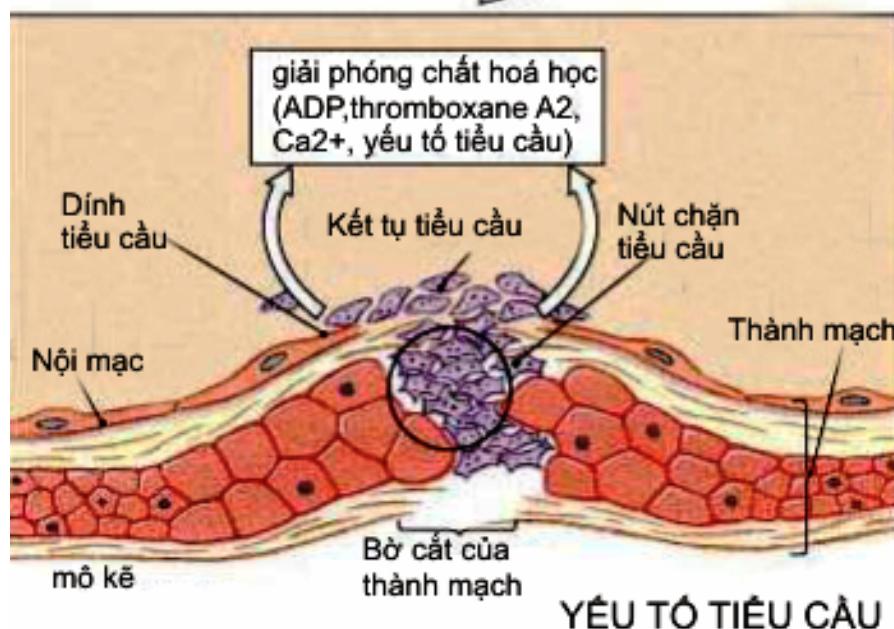
1-Đại cương:

Quá trình cầm máu-bình thường bao gồm hai giai đoạn:

- Cầm máu nguyên phát (cầm máu ban đầu) (hình 1):
 - Diễn ra ngay tức khắc
 - Có hai yếu tố quan trọng: tiểu cầu (kết tập tạo thành nút chặn tiểu cầu) và thành mạch (hiện tượng co mạch). Tiểu cầu kết dính vào nơi thành mạch bị tổn thương trực tiếp hay thông qua cầu nối vWF (yếu tố von Willebrand).



Hình 1- Cầm máu nguyên phát

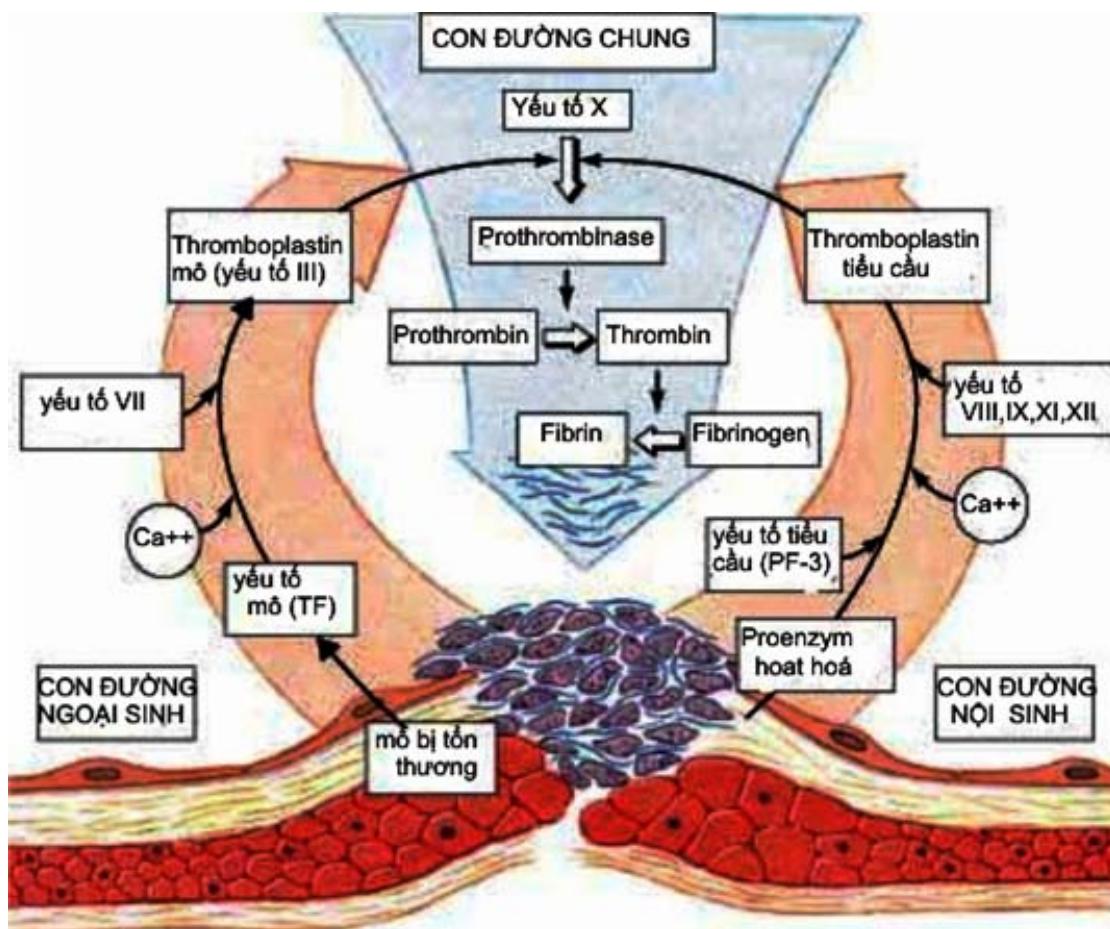


- Cầm máu thứ phát (đông máu) (hình 2): diễn ra chậm (vài phút tới vài giờ), dẫn đến việc hình thành cục máu đông.

Quá trình đông máu bắt đầu bên ngoài lòng mạch (con đường ngoại sinh) hay bên trong lòng mạch (con đường nội sinh). Cả con đường ngoại sinh và nội sinh đều dẫn đến việc hoạt hóa yếu tố X, bắt đầu con đường chung. Yếu tố X hoạt hóa sẽ chuyển prothrombin thành thrombin. Thrombin được hình thành sẽ chuyển fibrinogen thành fibrin. Các sợi fibrin được hình thành sẽ phủ lên nút chặn tiểu cầu, tạo thành cục máu đông.

Sau vài giờ, cục máu đông bắt đầu co lại. Quá trình co cục máu đông sẽ làm cho hai mép vết thương thành mạch áp lại gần nhau, tạo điều kiện cho tổn thương mau phục hồi.

Sau vài ngày, hiện tượng tiêu sợi huyết bắt đầu. Các sợi fibrin sẽ bị ly giải bởi plasmin.



GIAI ĐOẠN ĐÔNG MÁU BÌNH THƯỜNG

Hình 2- Cầm máu thứ phát

Nhằm úc chế quá trình đông máu quá mức, thúc đẩy sự tiêu cục máu đông một khi tổn thương thành mạch đã được sửa chữa, trong huyết tương lưu hành các yếu tố trung hoà sau đây:

- Prostacyclin (PGI2): do các tế bào nội mạc mạch máu tổng hợp. Tác dụng: gây giãn mạch và úc chế sự kết tập tiểu cầu.
- Antithrombin III (ATIII): úc chế hoạt động của thrombin. Heparin, được sản xuất từ basophil và mast cell, có tác dụng hoạt hoá antithrombin III.
- Protein C (cùng với cofactor protein S): úc chế yếu tố Va và VIIIa. Thrombomodulin, được sản xuất bởi các tế bào nội mạc, kết hợp với thrombin và sau đó hoạt hoá protein C.
- Plasmin: phân cắt fibrin thành các sản phẩm giáng hoá hoà tan được.

Các xét nghiệm đánh giá quá trình cầm máu-dông máu:

✧ Quá trình cầm máu ban đầu:

- Số lượng tiểu cầu

- Thời gian chảy máu
- Tầm soát bệnh von Willebrand:
 - vWF antigen (vWF:Ag): định lượng protein vWF trong tuần hoàn bằng phương pháp hoá nghiệm miễn dịch.
 - Hoạt động vWF (vWF:RCO): đánh giá hoạt động chức năng của vWF.
 - Hoạt động của yếu tố VIII (VIII:C): vWF có tác dụng ổn định yếu tố VIII. Mất vWF protein trong huyết tương làm giảm VIII:C.

✧ Quá trình đông máu:

- Thời gian thromboplastin (aPTT):
 - Đánh giá các yếu tố đông máu theo con đường nội sinh (kininogen TLPT cao, prekallikrein, XII, XI, IX, VIII) và con đường chung (fibrinogen, II, V, X).
 - aPTT kéo dài: có sự thiếu hụt hay ức chế bất cứ yếu tố đông máu nào, trừ yếu tố VII.
 - Dùng để theo dõi quá trình điều trị bằng heparin.
- Thời gian prothrombin (PT):
 - Đánh giá các yếu tố đông máu theo con đường ngoại sinh.
 - Nếu PT kéo dài, cần kết hợp với aPTT để đánh giá các yếu tố đông máu:
 - ▲ PT kéo dài, aPTT bình thường: bất thường (thiếu hụt hay ức chế) yếu tố VII.
 - ▲ Cả PT và aPTT kéo dài: bất thường xảy ra ở con đường chung.
 - Chỉ số INR (international normalized ratio): được dùng để theo dõi điều trị kháng đông với warfarin.
 - ▲ $INR = (PT \text{ của BN}/PT \text{ chung})^{ISI}$
 - (ISI: chỉ số nhạy-international sensitivity index)
 - ▲ Giới hạn của điều trị warfarin: INR=2-4
- Thời gian thrombin: Đánh giá sự thiếu hụt về chất lượng và số lượng của fibrinogen.

2-Tình trạng giảm đông máu:

2.1-Tình trạng giảm đông máu mắc phải:

2.1.1-Thiếu vitamin K:

Vitamin K cần thiết cho quá trình tổng hợp 4 yếu tố đông máu (II, VII, IX, X) và 2 yếu tố kháng đông tự nhiên (protein C và S).

Nguyên nhân của sự thiếu hụt vitamin K:

- Chế độ ăn uống không đầy đủ
- Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch
- Hội chứng kém hấp thu
- Vàng da tắc mật, đờ mật

- Dùng kháng sinh đường uống kéo dài

Chẩn đoán thiếu hụt vitamin K: PT kéo dài với mức độ nhiều hơn so với aPTT.

Điều trị thiếu hụt vitamin K:

- Huyết tương tươi (FFP-fresh frozen plasma): 15 mL/kg TTM, được chỉ định khi cần điều chỉnh rối loạn đông máu ngay (trường hợp chảy máu nặng).
- Vitamin K bổ sung:
 - Thích hợp cho các trường hợp chảy máu nhẹ, BN có PT kéo dài hơn 1,5 lần thời gian chứng và không có triệu chứng.
 - Phytonadione, 10-15 mg TM hay TDD (tránh TB)/ngày, hay 10-20 mg uống/ngày. Tình trạng sẽ cải thiện sau 6-12 giờ.

2.1.2-Suy gan:

Cơ chế gây rối loạn đông máu trên BN có suy tạng bào gan:

- Trục tiếp: giảm tổng hợp hầu hết các yếu tố đông máu.
- Gián tiếp: giảm tiêu cầu (cường lách) hay thiếu vitamin K (ứ mật).

Điều trị rối loạn đông máu do suy tạng bào gan:

- Vitamin K bổ sung: phytonadione, 10-15 mg TM hay TDD/ngày, được chỉ định khi PT kéo dài nhẹ và BN không có triệu chứng.
- FFP: 15 mL/kg TTM. Chỉ định: PT hay aPTT kéo dài hơn 1,5 lần thời gian chứng, có dấu hiệu chảy máu, BN chuẩn bị phẫu thuật.
- Cryoprecipitate: 0,3 U/kg TM, kèm theo 0,06 U/kg/ngày, khi giảm fibrinogen nặng (fibrinogen < 1g/L)
- Truyền tiêu cầu: khi số lượng tiêu cầu ≤ 20.000 .

2.1.3-Giảm tiêu cầu:

Nguyên nhân của chứng giảm tiêu cầu:

- Giảm sản xuất tiêu cầu do rượu, hoá trị, xạ trị, nhiễm virus, thâm nhiễm tuỷ xương...
- Tăng phá huỷ tiêu cầu:
 - Giảm tiêu cầu có liên quan đến miễn dịch:
 - Ban xuất huyết giảm tiêu cầu tự miễn
 - Thuốc (kháng sinh, kháng viêm, kháng histamine, thuốc điều trị loạn nhịp, thuốc hạ áp, thuốc chống động kinh, heparin...)
 - Ban xuất huyết giảm tiêu cầu tạo huyết khối
 - Giảm tiêu cầu trong thai kỳ
 - Cường lách

Triệu chứng của chứng giảm tiêu cầu:

- Ban xuất huyết, mảng xuất huyết, xuất huyết niêm mạc, chảy máu vết mổ.
- TC = 40.000-100.000: chảy máu có thể xảy ra sau chấn thương hay phẫu thuật.

- TC = 10.000-20.000: chảy máu có thể tự phát.
- TC < 10.000: chảy máu tự phát và thường trầm trọng.

Điều trị chứng giảm tiểu cầu:

- Loại bỏ các nguyên nhân, ngưng sử dụng các loại thuốc gây giảm tiểu cầu
- Truyền tiểu cầu lỏng: (khi có biến chứng chảy máu)
- Corticoid (có chỉ định trong một số trường hợp)

2.1.4-Rối loạn chức năng tiểu cầu:

Nguyên nhân của rối loạn chức năng tiểu cầu (bảng 1):

- Hầu hết là do thuốc (aspirin, thuốc hoá trị, rượu, estrogen, thiazide, kháng sinh (sulfamide), quinidine, quinine, metyldopa).
- Tình trạng tăng urê huyết tương
- Rối loạn chức năng tiểu cầu do di truyền (hội chứng Bernard-Soulier).

Kiểu	Đặc điểm	Nguyên nhân
<i>Bẩm sinh</i>	<i>Bất thường màng</i>	<i>Hội chứng Bernard-Soulier</i>
	<i>Bất thường hạt (thiểu hạt alpha)</i>	<i>Hội chứng tiểu cầu xám (gray platelet syndrome)</i>
	<i>Thiểu một yếu tố huyết tương</i>	<i>Bệnh von Willebrand</i>
<i>Mắc phải</i>	<i>Sản xuất tiểu cầu bất thường</i>	<i>Tăng sinh tuỷ, dị sản tuỷ</i>
	<i>Rối loạn chức năng tiểu cầu bình thường</i>	<i>Bệnh toàn thân (tăng urê huyết tương, bệnh gan), thuốc.</i>

Bảng 1- Nguyên nhân của rối loạn chức năng tiểu cầu

Triệu chứng (bảng 2):

	Rối loạn tiểu cầu	Thiểu hụt các yếu tố đông máu
<i>Vị trí chảy máu</i>	<i>Da, niêm</i>	<i>Sâu trong cơ, khớp</i>
<i>Điểm xuất huyết</i>	<i>(+)</i>	<i>(-)</i>
<i>Mảng xuất huyết</i>	<i>Nhỏ, nồng</i>	<i>Lớn, sờ được</i>
<i>Xuất huyết trong cơ, khớp</i>	<i>Hiếm</i>	<i>Phổ biến</i>
<i>Xuất huyết sau các vết cắt nhỏ</i>	<i>Phổ biến</i>	<i>Hiếm</i>
<i>Xuất huyết sau phẫu thuật</i>	<i>Tíc thì, nhẹ</i>	<i>Chậm, trầm trọng</i>

Bảng 2- So sánh biểu hiện chảy máu của các rối loạn đông máu

Điều trị rối loạn đông máu do rối loạn chức năng tiểu cầu:

- Do thuốc: ngưng các loại thuốc.
- Tăng urê huyết tương:
 - Demopressin (DDAVP-diamino-8-D-argininevasopressin): 0,3μg/kg TDD hay pha trong 50 mL NaCl 0,9% TTM trong 30 phút.
 - Trường hợp nặng: thâm phân máu
- Khi có biến chứng chảy máu: truyền tiểu cầu lỏng.

2.1.5-Giảm thân nhiệt:

Giảm thân nhiệt là nguyên nhân phổ biến nhất nhưng ít được nghĩ đến nhất trong ngoại khoa

Thường gặp nhất sau truyền máu khói lượng lớn

Nguyên tắc điều trị: làm ấm BN càng sớm càng tốt.

2.1.6-Đông máu rã rác trong lòng mạch (DIC-disseminated intravascular coagulation):

Đông máu rã rác trong lòng mạch là một rối loạn đông máu nặng, có tỉ lệ tử vong cao.

Cơ chế sinh lý bệnh học: sự mất cân bằng giữa hoạt động tạo cục máu đông của thrombin và hoạt động tiêu cục máu đông của plasmin, biểu hiện bằng:

- Hoạt động tăng đông (sự hình thành các huyết khối trong lòng mạch)
- Hoạt động tiêu sợi huyết (hiện tượng chảy máu)
- Sự suy chức năng của các cơ quan

Các bệnh cảnh lâm sàng kết hợp với DIC: chấn thương nặng, nhiễm trùng, thai kỳ, truyền nhầm nhóm máu, rắn cắn, một số bệnh lý ác tính...

Chẩn đoán DIC:

- Tầm soát DIC:
 - Xét nghiệm tầm soát: PT, D-dimer, fibrinogen, số lượng tiểu cầu
 - Bất thường 2/4 xét nghiệm: có khả năng DIC
 - Bất thường 3/4 xét nghiệm: nhiều khả năng DIC
 - Bất thường cả 4 xét nghiệm: hầu như chắc chắn DIC
- DIC thể cấp tính:
 - PT và aPTT kéo dài, số lượng tiểu cầu và fibrinogen giảm (bảng 3)
 - D-dimer, FDP, fibrin monomer tăng
- DIC thể bán cấp:
 - PT và aPTT kéo dài hay bình thường, số lượng tiểu cầu và fibrinogen giảm nhẹ hay trung bình
 - D-dimer, FDP, fibrin monomer tăng nhẹ

Điều trị DIC:

- Điều trị các bệnh lý kết hợp: kháng sinh trong nhiễm trùng, can thiệp phẫu thuật các trường hợp chuyển dạ có biến chứng... Đây là bước điều trị quan trọng nhất.
- Bổ xung các thành phần máu bị thiếu hụt: truyền tiểu cầu, cryoprecipitate (bổ xung fibrin), FFP...
- Heparin (việc sử dụng còn đang bàn cãi)

2.2-Tình trạng giảm đông máu bẩm sinh:

2.2.1-Hemophilia:

Hemophilia là một rối loạn bẩm sinh, di truyền theo nhiễm sắc thể X, gây thiếu hụt yếu tố VIII (hemophilia A) hay IX (hemophilia B).

Chẩn đoán hemophilia dựa vào:

- aPTT kéo dài

- PT, thời gian chảy máu và số lượng tiêu cầu bình thường (bảng 3)
- Giảm yếu tố VIII (hemophilia A), hay IX (hemophilia B)

Lượng giá mức độ của hemophillia: nồng độ yếu tố VIII (hay IX):

- < 1% mức bình thường: nặng
- 1-5% mức bình thường: trung bình
- > 5% mức bình thường: nhẹ

Điều trị hemophillia:

- DDAVP: dùng qua đường TM hay khí dung, có tác dụng nâng tạm nồng độ yếu tố VIII trong hemophilia A thể nhẹ.
- Các chế phẩm của yếu tố VIII và IX:

	<i>Độ tinh khiết thấp</i>	<i>Độ tinh khiết TB</i>	<i>Độ tinh khiết cao</i>
<i>VIII</i>	<i>Cryoprecipitate</i>	<i>Humate-P</i> <i>Koate-HP</i> <i>Facoel VIII-SD</i> <i>Proliferate-OSD</i>	<i>AHF-M</i> <i>Alphanate</i> <i>Hemophile-M</i> <i>Monoclate-P</i> <i>Recombinant</i>
<i>IX</i>		<i>Konyne</i> <i>Proplex T</i> <i>Profilnine HT</i> <i>Bebulin VH</i>	<i>Mononine</i> <i>Factor IX-SD</i> <i>Alphanine-SD</i> <i>BeneFIX</i>

Yêu cầu của việc điều trị hemophillia là nâng nồng độ các yếu tố VIII (hay IX) lên:

- Trên 30% mức bình thường: trước khi thực hiện các cuộc tiểu phẫu hay BN bị chảy máu nhẹ.
- Trên 50% mức bình thường: trước khi thực hiện các cuộc trung phẫu hay BN bị chảy máu trung bình.
- 100% mức bình thường: trước khi thực hiện các cuộc đại phẫu hay BN bị chảy máu nặng.

2.2.2-Bệnh von Willebrand:

Bệnh von Willebrand rối loạn đông máu do di truyền phổ biến nhất (chiếm khoảng 1% dân số). 80% bệnh ở thể nhẹ.

Cơ chế của bệnh von Willebrand: giảm về số lượng hay chất lượng của yếu tố von Willebrand (vWF). Vai trò của vWF: thúc đẩy sự gắn kết tiểu cầu vào nơi thành mạch bị tổn thương và ổn định yếu tố VIII.

Phân loại bệnh von Willebrand:

- Typ 1 (70-80%): giảm số lượng vWF mức độ nhẹ
- Typ 2: giảm chất lượng vWF
- Typ 3: giảm số lượng vWF mức độ nặng

Chẩn đoán bệnh von Willebrand:

- Số lượng tiểu cầu: bình thường
- Thời gian chảy máu: kéo dài

- Von Willebrand typ 1 và 3: vWF:Ag giảm, VIII:C giảm
- Von Willebrand typ 2: VIII:C bình thường, vWF:RCO giảm vượt trội hơn so với vWF:Ag

Điều trị bệnh von Willebrand:

- Chảy máu nhẹ: DDAVP
- Chảy máu trung bình: cryoprecipitate
- Phòng ngừa khi phẫu thuật: DDAVP, bắt đầu cho trước mỗ 1 giờ và kéo dài sau mỗ 2-3 ngày, kết hợp với cryoprecipitate nếu cuộc phẫu thuật lớn.

Rối loạn	Số lượng tiểu cầu	PT	aPTT
Giảm tiểu cầu	Thấp	Bình thường	Bình thường
Rối loạn chức năng tiểu cầu	Bình thường	Bình thường hay thấp	Bình thường
Chảy máu do nguyên nhân thành mạch	Bình thường	Bình thường	Bình thường
Bệnh von Willebrand	Bình thường	Bình thường	Kéo dài
Hemophilia A	Bình thường	Bình thường	Kéo dài
DIC	Thấp	Kéo dài	Kéo dài

Bảng 3- Kết quả xét nghiệm của một số bệnh lý chảy máu

2.3-Truyền máu:

2.3.1-Chỉ định truyền máu:

- Mất máu do chấn thương, bệnh lý, phẫu thuật
- Thiếu máu, bao gồm bệnh hồng cầu liềm
- Các rối loạn đông máu (von-Willebrand, hemophilia)
- Suy giảm miễn dịch
- Leukemia
- Bất tương hợp nhóm Rh ở trẻ sơ sinh

2.3.2-Các thành phần của máu được truyền và chỉ định:

2.3.2.1-Máu toàn phần:

Chuẩn bị:

- Lấy máu từ tĩnh mạch người cho
- Xét nghiệm nhóm máu và:
 - Kháng nguyên bề mặt của virus viêm gan B (HBsAg)
 - Kháng thể kháng nhân của virus viêm gan B (anti-HBc)
 - Kháng thể kháng virus viêm gan C (HBC)
 - Kháng thể kháng virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải HIV-1 và HIV-2 (anti-HIV-1, anti-HIV-2)
 - Kháng thể kháng virus gây giảm lympho bào T (human T-lymphotropic virus) (anti-HTLV-1, anti-HTLV-2)
 - Xét nghiệm huyết thanh giang mai

- Chống đông.
- Đóng gói (200 mL)
- Bảo quản (tối đa 42 ngày)

Chỉ định: mất máu cấp tính do bệnh lý (loét dạ dày-tá tràng, vỡ dãn tĩnh mạch thực quản), chấn thương hay phẫu thuật.

2.3.2.2-Hồng cầu:

Chuẩn bị: máu toàn phần được quay ly tâm để lấy phần hồng cầu lắng bên dưới cho vào các dung dịch bảo quản. Thời gian lưu trữ 21-42 ngày.

Đặc điểm: làm tăng khả năng vận chuyển oxy (tăng hematocrit và Hb) nhưng hạn chế được sự tăng thể tích trong lòng mạch.

Chỉ định:

- Theo bệnh lý:
 - Thiếu máu mãn tính do suy thận, các bệnh lý ác tính
 - Thiếu máu trên BN suy tim
 - Thiếu máu trên BN lớn tuổi, suy kiệt
- Theo nồng độ Hb:
 - Hb < 7 g/dL: cần phải truyền máu (hay hồng cầu)
 - Hb > 10 g/dL: hiếm khi cần phải truyền máu (hay hồng cầu)
 - Hb giữa 7 và 10 g/dL: tùy thuộc vào tình trạng BN và tính chất của cuộc phẫu thuật mà quyết định có nên truyền máu (hay hồng cầu) hay không.

2.3.2.3-Huyết tương:

Huyết tương là phần dịch còn lại sau khi máu toàn phần được tách lấy hồng cầu.

Huyết tương chứa albumin, globulin và các yếu tố đông máu.

Huyết tương tươi đông lạnh: máu toàn phần, trong vòng vài giờ đầu kể từ khi được lấy từ người cho, được trích lấy phần huyết tương. Phần huyết tương “tươi” này sau đó được đông lạnh, bảo quản, và hoá lỏng trước khi truyền cho BN. Thời gian bảo quản có thể từ 1-7 năm. Huyết tương tươi đông lạnh chứa đầy đủ các yếu tố đông máu.

Chỉ định truyền huyết tương tươi đông lạnh:

- Các rối loạn đông máu do thiếu các yếu tố đông máu (bệnh gan, thiếu vitamin K, truyền máu khói lượng lớn, bệnh đông máu rã rác nội mạch...)
- Liệu pháp thay thế huyết tương (plasma exchange)

2.3.2.4-Tiểu cầu:

Tiểu cầu được lấy từ phần huyết tương giàu tiểu cầu (phần huyết tương ngay trên phần hồng cầu lắng sau khi ly tâm). Phần huyết tương này sau đó được quay ly tâm để có được tiểu cầu đậm đặc.

Thời gian bảo quản: tối đa 5 ngày.

Chỉ định truyền tiểu cầu: các rối loạn đông máu do giảm tiểu cầu hay suy chức năng tiểu cầu. Cụ thể:

- TC < 10000.
- TC < 50000 và có biểu hiện chảy máu vi mạch (oozing) hay chuẩn bị cho thủ thuật xâm lấn/phẫu thuật.
- Cuộc phẫu thuật có biến chứng, phải truyền hơn 10 đơn vị máu và có dấu hiệu chảy máu vi mạch.
- Rối loạn chức năng tiêu cầu (thời gian chảy máu hơn 15 phút, bất thường ở các xét nghiệm đánh giá chức năng tiêu cầu) trên BN có ban xuất huyết, mảng xuất huyết, chảy máu vi mạch hay chuẩn bị cho thủ thuật xâm lấn/phẫu thuật.

2.3.2.5-Các chất phân tách từ huyết tương:

Huyết tương có thể được phân tách thành các thành phần riêng biệt. Các thành phần này được xử lý bằng nhiệt hay các dung dịch diệt trùng trước khi bảo quản.

Các chất được phân tách từ huyết tương:

- Yếu tố VIII đậm đặc
- Yếu tố IX đậm đặc
- Albumin
- Các globulin miễn dịch
- Anti-thrombin III đậm đặc
- Chất ức chế alpha-1 proteinase đậm đặc...

2.3.2.6-Cryoprecipitate:

Cryoprecipitate là phần của huyết tương chứa các yếu tố đông máu với nồng độ cao.

Cryoprecipitate được chỉ định để ngăn ngừa hay điều trị các rối loạn đông máu trong bệnh hemophilia hay von-Willebrand.

2.3.3-Tai biến và biến chứng:

Các phản ứng do truyền máu:

- Trầm trọng nhất là phản ứng tán huyết do bất tương hợp nhóm máu. Triệu chứng có thể xảy ra sau một vài giờ đến một vài ngày. Chẩn đoán: nếu BN tinh táo sẽ cảm nhận ngay có bất thường trong cơ thể. Nếu BN mê, triệu chứng sẽ thể hiện bằng tình trạng tụt huyết áp, hemoglobin niệu và chảy máu vi mạch lan toả. Chẩn đoán xác định: mang ngay mẫu máu truyền (hay mẫu dây truyền máu) cùng mẫu máu BN (lấy ở vị trí khác) xuống ngay phòng xét nghiệm. Xử trí: ngưng ngay việc truyền máu, truyền dịch để duy trì HA, lợi tiểu với manitol.
- Các phản ứng không tán huyết: thường là do tác động của kháng thể trong máu người nhận đối với bạch cầu hay protein trong máu được truyền. Triệu chứng thường là sốt và ón lạnh.

Nhiễm trùng từ máu người cho: do Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, HIV, giang mai, sốt rét, yersinia enterocolitica...

Biến chứng của truyền máu khối lượng lớn:

- Hạ thân nhiệt
- Giảm tiểu cầu
- Thiếu hụt các yếu tố đông máu

- Rối loạn kiềm toan: nhiễm kiềm hay nhiễm toan chuyển hoá, tuỳ thuộc vào khối lượng máu được truyền và mức độ chuyển hoá của acid lactic và citrate thành HCO_3^- trong cơ thể người nhận.
- Giảm can-xi huyết tương
- Tăng kali huyết tương
- Tăng ái lực của hồng cầu với oxy: máu lưu trữ có nồng độ 2,3-DPG thấp, do đó hồng cầu tăng ái lực với oxy khi được truyền vào cơ thể người nhận, làm giảm cung cấp oxy cho tế bào. Một vài giờ sau khi truyền, lượng 2,3-DPG tăng trở lại và hiện tượng này sẽ chấm dứt.

2.3.4-Một số phương pháp truyền máu đặc biệt

2.3.4.1-Truyền máu tự thân:

Phương pháp:

- Máu được lấy từ chính BN
- Mỗi tuần có thể lấy được 1 đơn vị máu
- Tối đa có thể lấy được 6 đơn vị máu
- Việc lấy máu ngưng tối thiểu 72 giờ trước mổ
- Cần bôi xung chất sắt cho BN để tuy xương có đủ nguyên liệu tổng hợp các tế bào máu mới.

Chỉ định: trước các cuộc phẫu thuật có khả năng mất nhiều máu (chỉnh hình, tim, mạch máu lớn...). Khi sự mất máu xảy ra, lấy máu đã được lưu trữ trước đó của chính BN truyền lại cho BN.

Nếu cuộc mổ không cần truyền máu, lượng máu đã được dự trữ đó phải bỏ đi mà không được truyền cho người khác.

2.3.4.2-Pha loãng máu trước mổ:

Trong phương pháp pha loãng máu trước mổ, máu được lấy ngay trước cuộc mổ. Lượng máu mất được bồi hoàn đầy đủ bằng dịch truyền. Theo cách này, máu BN bị pha loãng hơn. Do đó, nếu có mất máu trong lúc phẫu thuật, lượng máu “thật sự” bị mất sẽ ít hơn.

Máu được lấy trước mổ sẽ được truyền trở lại cho BN sau mổ

Khi chỉ định phương pháp này, cần chú ý là BN phải đủ sức chịu đựng tình trạng thiếu máu do máu bị pha loãng trong lúc phẫu thuật.

2.3.4.3-Truyền máu hoàn hồi:

Nội dung: máu được thu hồi trong lúc phẫu thuật và truyền trở lại cho BN.

Máu được truyền phải không bị dây trùng. Nếu có tổn thương ống tiêu hoá phổi hợp, không được truyền máu hoàn hồi cho BN.

Cần có thiết bị tập trung hồng cầu. Hồng cầu sau đó được rửa trước khi truyền.

Nếu truyền lại máu toàn phần, máu phải được kiểm tra xem có bị tan huyết hay không.

3-Tình trạng tăng đông máu:

3.1-Nguyên nhân:

Tình trạng tăng đông máu nguyên phát (có tính di truyền):

- Bất thường yếu tố V (yếu tố V Leiden): là nguyên nhân tăng đông máu nguyên phát phổ biến nhất. Yếu tố V Leiden có tính đề kháng với Protein C.
- Prothrombin 20210: có sự đột biến của gene chịu trách nhiệm tổng hợp prothrombin. BN có nồng độ prothrombin trong huyết tương tăng cao hơn mức bình thường.
- Chứng tăng homocysteine huyết tương nguyên phát: làm xơ hoá nội mạc mạch máu, phá huỷ cấu trúc collagen thành mạch.
- Thiếu hụt antithrombin III
- Thiếu hụt Protein C và S

Tình trạng tăng đông máu thứ phát:

- Thai kỳ
- Liên quan đến estrogen (thuốc ngừa thai, chế phẩm thay thế estrogen, tamoxifen).
- Chấn thương, phẫu thuật
- Nhiễm trùng huyết
- Các bệnh lý ác tính (20% các trường hợp huyết khối không rõ nguyên nhân có liên quan đến bệnh lý ác tính).
- Các nguyên nhân khác: tăng sinh tuỷ, tăng lipid huyết tương, tăng homocysteine huyết tương thứ phát, kháng thể kháng phospholipid, hội chứng thận hư...

3.2-Chẩn đoán:

Tình trạng tăng đông máu có thể được nghĩ đến khi:

- Huyết khối xuất hiện khi tuổi còn trẻ (dưới 50)
- Gia đình cũng có người bị huyết khối
- Huyết khối tái phát nhiều lần
- Huyết khối ở vị trí bất thường
- Phụ nữ xảy thai nhiều lần

Tuỳ thuộc vào nguyên nhân, các xét nghiệm sau có thể được chỉ định:

- Công thức máu toàn bộ
- PT, aPTT
- Kháng thể kháng nhân, kháng thể kháng phospholipid
- Kháng protein C hoạt hoá (APC resistance)
- Homocysteine
- Phân tích đột biến gen tổng hợp Protein C
- Protein C, Protein S
- Antithrombin III
- Yếu tố VIII

3.3-Điều trị huyết khối:

Thái độ điều trị huyết khối mạch máu phụ thuộc vào việc đánh giá nguy cơ xảy ra huyết khối (bảng 4, 5).

Thấp	Trung bình	Cao
Bị huyết khối mạch máu lần đầu và Có yếu tố nguy cơ và Không có yếu tố gia đình	Tuổi trên 50 và Bị huyết khối mạch máu lần đầu và Không có yếu tố nguy cơ và Không có yếu tố gia đình	Tuổi nhỏ hơn 50 và không có yếu tố nguy cơ, hay Huyết khối tái phát, hoặc Có yếu tố gia đình(*)

Bảng 4- Nguy cơ xảy ra huyết khối mạch máu

(*)Yếu tố gia đình: gia đình có người trực hệ bị huyết khối khi dưới 50 tuổi.

Út trẻ tuân hoàn tĩnh mạch: Bắt động kéo dài (sau phẫu thuật, tai biến mạch máu não, chấn thương tuy sống...) Dẫn tĩnh mạch Béo phì Bệnh tim (suy tim út huyết, rung nhĩ, nhồi máu cơ tim)	Trạng thái tăng đông Tổn thương nội mạc: Chấn thương trực tiếp Phẫu thuật (đặc biệt phẫu thuật bụng và chỉnh hình) Đặt thông tĩnh mạch (đặc biệt tĩnh mạch đùi)
--	---

Bảng 5- Yếu tố nguy cơ của huyết khối mạch máu

Nguy cơ cao: điều trị kháng đông suốt đời.

Nguy cơ trung bình: điều trị kháng đông theo hoàn cảnh (khi có yếu tố nguy cơ).

3.4-Thuốc kháng đông:

3.4.1-Heparin:

Heparin là chất kháng đông tự nhiên, được chiết xuất từ mast cell và basophil.

Cơ chế hoạt động của heparin là xúc tác quá trình bắt hoạt thrombin, yếu tố Xa và IXa bởi antithrombin III.

Khi điều trị với heparin, thời gian thrombin và aPTT kéo dài, PT không thay đổi.

Thời gian tác dụng khi điều trị với heparin: ngay tức thì nếu sử dụng qua đường TM và 20-60 phút nếu TDD.

Liều sử dụng heparin (bảng 6):

Khởi đầu:	
Bolus	80 U/kg (tối đa 12.000 U)
Truyền TM	18 U/kg/giờ (tối đa 2700 U/giờ)
Điều chỉnh:	
aPTT < 40	80 U/kg bolus; tăng tốc độ truyền lên 4 U/kg/giờ
aPTT = 40-54	40 U/kg bolus; tăng tốc độ truyền lên 2 U/kg/giờ
aPTT = 55-80	Giữ nguyên
aPTT = 81-99	Giảm tốc độ truyền xuống 2 U/kg/giờ
aPTT > 99	Ngưng 1 giờ; giảm tốc độ truyền xuống 3 U/kg/giờ

Bảng 6- Liều sử dụng heparin

Theo dõi bằng xét nghiệm khi sử dụng heparin:

- aPTT: trước khi điều trị, mỗi 6 giờ sau khi điều trị cho đến khi ổn định thì ngày một lần. Tiêu chuẩn ổn định: aPTT thử hai lần riêng biệt trong ngày đều trong giới hạn điều trị.
- Số lượng tiểu cầu: tiến hành hàng ngày.

- PT: tiến hành hằng ngày.
- Hct, Guaiac, tổng phân tích nước tiểu: tiến hành hằng ngày.

Chú ý:

- Không sử dụng aspirin, dipyridamole, NSAID đồng thời với heparin.
- Ngưng sử dụng heparin khi tiêu cầu ≤ 100.000 .

Biến chứng chảy máu khi sử dụng heparin :

- Tỉ lệ xảy ra biến chứng: 5-10%.
- Các yếu tố làm tăng nguy cơ chảy máu: tuổi > 60, hậu phẫu, chấn thương, tăng huyết áp, loét dạ dày-tá tràng, suy gan, suy thận, đang sử dụng aspirin, dipyridamole, NSAID, BN có các rối loạn đông máu bẩm sinh hay mắc phải.
- Điều trị: chảy máu nhẹ: ngưng sử dụng heparin. Chảy máu nặng: trung hoà bằng protamine sulfate. Liều protamine sulfate: 1 mg/100 U heparin trong tuần hoàn. Nếu đang truyền heparin, liều protamine sulfate được tính toán để trung hoà $\frac{1}{2}$ liều heparin mỗi giờ.

3.4.2-Heprin trọng lượng phân tử (TLPT) thấp:

Heprin TLPT thấp (bảng 7) bắt hoạt yếu tố Xa với mức độ lớn hơn so với bắt hoạt thrombin. Do đó, với liều điều trị, thời gian thrombin và aPTT không thay đổi đáng kể, việc theo dõi bằng các xét nghiệm này trở nên không cần thiết.

Tên thuốc	Liều lượng
Dalteparin (Fragmin)	100 U/kg x 2 /ngày
Enoxaparin (Lovenox)	100 U/kg x 2 /ngày
Nadroparin (Fraxiparin)	225 U/kg x 2 /ngày
Reviparin (Clivarin)	100 U/kg x 2 /ngày
Tinzaparin (Logiparin)	175 U/kg, một lần/ngày
Danaparoid (Orgaran)	750 U x 2 /ngày
(chỉ dùng cho BN bị giám TC do heparin)	

Bảng 7- Liều sử dụng của một số heparin TLPT thấp

3.4.3-Warfarin:

Cơ chế hoạt động của warfarin: úc chế sự chuyển vitamin K sang thể hoạt động, do đó làm giảm các yếu tố đông máu phụ thuộc vitamin K (II, VII, IX, X) và protein C và S.

Warfarin hấp thu tốt qua đường ruột, nhưng cần thời gian 4-5 ngày để có tác dụng kháng đông.

Nên bắt đầu điều trị bằng warfarin với liều thấp (5 mg/kg/ngày), sau đó điều chỉnh để đạt đến chỉ số INR mong muốn. Trong hầu hết các trường hợp, INR trong khoảng 2-3 là đủ.

Nếu BN chuẩn bị phẫu thuật: ngưng warfarin 7 ngày trước phẫu thuật, chuyển sang sử dụng heparin nếu còn chỉ định dùng thuốc kháng đông. Ngưng heparin ngay trước khi phẫu thuật.

Biến chứng: chảy máu xảy ra với tỉ lệ 10-20%. Điều trị: tùy thuộc vào mức độ chảy máu, có thể dùng vitamin K hay FFP.

DẪN LUU TRONG NGOẠI KHOA

1-Đại cương:

Trong ngoại khoa, dẫn lưu được xem như một quá trình nhằm chuyển các chất dịch có tính chất bệnh lý (mũ) hay có khả năng gây hại cho hoạt động sinh lý của các cơ quan (chèn ép, nhiễm trùng...) từ trong các khoang của cơ thể (khoang sinh lý hay được tạo ra bởi phẫu thuật) ra bên ngoài cơ thể. Đây là hình thức dẫn lưu ngoại. Còn dẫn lưu nội là quá trình chuyển các chất dịch từ khoang hay tạng này sang khoang hay tạng khác bên trong cơ thể. Các phẫu thuật như dẫn lưu não thất-xoang bụng (ở bệnh nhi não úng thuỷ) hay nối nang giả tuy-hỗng tràng (ở BN bị nang giả tuy) là các phẫu thuật tạo ra hình thức dẫn lưu nội. Bài này chỉ đề cập đến dẫn lưu ngoại.

Một hệ thống dẫn lưu được xem là hoạt động có hiệu quả khi chất dịch bệnh lý được chuyển hết ra bên ngoài cơ thể trong thời gian ngắn nhất có thể được.

Có nhiều cách phân loại dẫn lưu:

- Phân loại theo mục đích dẫn lưu: dẫn lưu điều trị (dẫn lưu các chất dịch hiện hữu khi tiến hành đặt dẫn lưu) và dẫn lưu phòng ngừa (các chất dịch không hiện hữu khi tiến hành đặt dẫn lưu nhưng có khả năng xuất hiện một thời gian sau đó).
- Phân loại theo phương pháp dẫn lưu: dẫn lưu kín, dẫn lưu hút-kín (dẫn lưu xoang màng phổi, dẫn lưu sau phẫu thuật đoạn nhũ...), dẫn lưu hút-hở (dẫn lưu theo kiểu sump-drain trong viêm tuy hoại tử) và dẫn lưu hở. Trong các phương pháp dẫn lưu nói trên, chỉ có dẫn lưu hút kín là thuộc loại dẫn lưu một chiều. Dẫn lưu một chiều chỉ cho phép chất dịch cần được dẫn lưu di chuyển theo một chiều nhất định, từ bên trong ra bên ngoài cơ thể. Dẫn lưu một chiều sẽ tránh được nguy cơ nhiễm trùng ngược dòng.
- Phân loại khác: dẫn lưu thụ động (dẫn lưu tự nhiên, áp lực trong xoang dẫn lưu lớn hơn áp lực khí trời) và dẫn lưu chủ động (lắp ống dẫn lưu vào hệ thống hút). Dẫn lưu chủ động được chỉ định khi: áp lực trong xoang dẫn lưu thấp hơn áp lực khí trời, cần rút ngắn thời gian dẫn lưu, cần hạn chế tối đa nguy cơ nhiễm trùng ngược dòng.

Phương tiện dẫn lưu được sử dụng phổ biến nhất hiện nay là các ống dẫn lưu. Penrose (dai cao su mỏng) là phương tiện dẫn lưu được chọn lựa khi cần dẫn lưu lượng dịch ít và trong thời gian ngắn (ví dụ khi xử trí các vết thương phần mềm). Bắc dẫn lưu hiện nay không còn được sử dụng.

Ống dẫn lưu phải đạt các yêu cầu sau:

- Không quá mềm để có thể bị bẹp, cũng không quá cứng để có thể làm tổn thương nội tạng hay các mô của cơ thể.
- Không gây kích thích hay phản ứng mô của cơ thể
- Bề mặt trơn láng để giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng
- Có nhiều kích cỡ
- Có các lỗ trên thân ống để tránh nghẹt và tăng khả năng dẫn lưu
- Có thể nhìn thấy trên phim X-quang

Các vật liệu để chế tạo nên ống dẫn lưu: silicone là loại vật liệu có tính tro tuyệt đối đối với cơ thể nhưng đắt tiền. Vật liệu bằng nhựa tổng hợp có tính kích thích mô không đáng kể và có độ cứng tương đối. Latex (sản phẩm từ cao su) là loại vật liệu rẻ tiền, có độ mềm vừa phải nhưng có tính kích thích mô. Việc quyết định chọn lựa ống dẫn lưu làm bằng vật liệu nào phụ thuộc vào các yêu cầu sau: khoang cần dẫn lưu, ảnh hưởng đến hoạt động sinh lý của các tạng khi có sự dính xảy ra, thời gian dẫn lưu, và giá thành của ống dẫn lưu. Ống dẫn lưu xoang màng phổi cần có độ cứng tương đối và độ tro tuyệt đối, do vậy thường làm bằng nhựa tổng hợp có phủ silicone. Ống dẫn lưu xoang bụng lại cần có độ mềm vừa phải, do đó thường là ống cao su. Dẫn lưu đường mật, khác hẳn với dẫn lưu ở các vị trí khác, yêu cầu loại ống làm bằng loại vật liệu có tính kích thích mô cao như cao su chẳng hạn.

Các nguyên tắc dẫn lưu:

- Trực tiếp nhất: đặt dẫn lưu vào ổ tụ dịch hay vị trí thấp nhất của xoang cần dẫn lưu.
- Ngăn nhất: ống dẫn lưu được đưa ra ngoài cơ thể theo quãng đường ngắn nhất.
- Không dẫn lưu qua vết mổ, không đặt dẫn lưu lân cận các cấu trúc quan trọng như mạch máu, thần kinh, khớp.
- Cố định ống dẫn lưu vào da để tránh cho ống dẫn lưu tuột ra ngoài hay vào trong.
- Tạo điều kiện để dẫn lưu đạt hiệu quả tối đa: cho BN vận động sớm, dẫn lưu chủ động thay vì thụ động.
- Rút ống dẫn lưu ngay sau khi dẫn lưu hết hoạt động.

2-Dẫn lưu xoang bụng:

Xoang bụng được chia làm nhiều khoang nhỏ hơn: khoang dưới hoành phải, khoang dưới gan phải (khoang Morison), khoang dưới hoành-dưới gan trái, hậu cung mạc nối, khoang dưới đại tràng phải, khoang dưới đại tràng trái và cùng đồ Douglas.

Dịch trong một khoang có thể thông thương sang khoang khác. Sự di chuyển của dịch giữa các khoang tuân theo các định luật vật lý học và đặt điểm về mặt giải phẫu giữa các khoang đó. Thí dụ, nếu một người ở tư thế đứng, dịch trong các khoang sẽ có khuynh hướng tập trung ở khoang thấp nhất là cùng đồ Douglas. Ngược lại, nếu BN ở tư thế nằm ngửa, dịch từ cùng đồ Douglas có thể sẽ bị hút ngược lên các khoang ở dưới hoành hay dưới gan. Dịch trong hậu cung mạc nối chỉ thoát vào khoang dưới gan thông qua khe Winslow. Dịch trong khoang dưới hoành bên trái không thể thông thương với dịch trong khoang dưới hoành phải, vì có dây chằng liêm chấn ngang...

Từ các tính chất nêu trên, ta có thể rút ra một số kết luận sau đây:

- Nếu dịch khu trú trong một khoang, bắt buộc phải dẫn lưu trực tiếp khoang đó.
- Nếu dịch hiện diện ở nhiều khoang và chúng có thể di chuyển giữa các khoang, ống dẫn lưu được đặt ở khoang “thấp nhất” là cùng đồ Douglas.
- Nếu dịch hiện diện ở nhiều khoang và chúng không thể di chuyển giữa các khoang, ống dẫn lưu được đặt ở các khoang đó. Nguyên nhân làm cho dịch không thể di chuyển dễ dàng giữa các khoang là phúc mạc bị viêm nặng, làm cho các quai ruột phù nề, dính với nhau

2.1-Chỉ định:

Dẫn lưu điều trị:

- Viêm phúc mạc khu trú: các áp-xe trong xoang bụng (bao gồm cả áp-xe dưới hoành)
- Viêm phúc mạc toàn thê, muộn
- Viêm tuy hoại tử
- Sau cắt túi mật
- Sau cắt lách chấn thương
- Sau khâu chỗ vỡ bàng quang

Dẫn lưu phòng ngừa:

- Sau khâu lở thủng loét dạ dày-tá tràng hay móm tá tràng có nguy cơ xì dò cao
- Sau cắt một phần tuy, có hay không có miệng nối tuy-ruột
- Sau cắt một phần trực tràng, có miệng nối đại-trực tràng
- Không đặt vấn đề dẫn lưu phòng ngừa đối với miệng nối ruột non hay đại tràng

2.2-**Phương tiện:**

Thường là ống dẫn lưu hay hệ thống sump-drain.

2.3-**Kỹ thuật:**

Các bước chính của dẫn lưu xoang bụng:

- Xác định vị trí đặt dẫn lưu
- Rạch da, tạo một đường hầm qua thành bụng
- Đặt ống dẫn lưu
- Cố định ống dẫn lưu
- Nối ống dẫn lưu vào hệ thống kín (đối với dẫn lưu ổ áp-xe, dẫn lưu Douglas, dẫn lưu phòng ngừa), nối ống dẫn lưu với hệ thống hút-kín liên tục (áp lực âm 10 cmH₂O, đối với dẫn lưu áp-xe dưới hoành), nối ống dẫn lưu với hệ thống hút-hô kèm tưới rửa (đối với ổ viêm tuy hoại tử).

2.4-**Chăm sóc:**

- Nếu BN tỉnh hẵn và có sinh hiệu ổn định, cho BN nằm đầu cao (tư thế Fowler). Cho BN vận động sớm.
- Theo dõi lượng và tính chất dịch qua ống dẫn lưu
- Theo dõi các dấu hiệu gián tiếp: sốt, đau bụng, vấn đề trung tiện...

2.5-**Rút ống dẫn lưu:**

Thời gian lưu ống dẫn lưu: trong vòng 24-48 giờ sau mổ cắt túi mật, cắt lách, 48-72 giờ đối với viêm phúc mạc nhẹ, 3-5 ngày đối với viêm phúc mạc toàn diện, áp-xe dưới hoành. Thời gian rút ống dẫn lưu có thể dài hơn ở BN bị viêm tuy hoại tử.

Dịch ra ít hơn 30 mL/24 giờ và có màu vàng nhạt và trong là dấu hiệu tốt để có thể rút ống dẫn lưu. Tuy nhiên, có thể cần siêu âm bụng kiểm tra trước khi rút.

Dẫn lưu phòng ngừa: rút vào ngày hậu phẫu thứ 5 nếu không ra dịch bất thường

Cho BN nằm ngửa trên giường 1-2 giờ sau rút

2.6-Biến chứng, di chứng:

- Tồn thương thành ruột/ thủng ruột
- Tồn thương mạch máu lớn trong xoang bụng
- Thoát vị ruột hay mạc nối lớn. Xử trí: nếu thoát vị mạc nối lớn: kẹp ngang phần mạc nối lớn phòi ra ngoài, cắt bỏ phần xa, khâu buộc và đẩy phần gần vào xoang bụng, khâu phần cân bị hở. Nếu thoát vị ruột non: đắp phần ruột non bị phòi ra ngoài bằng gạc ướt, chuyển BN xuống phòng mổ, mở rộng lỗ dẫn lưu, đẩy ruột vào xoang bụng, khâu lại lỗ dẫn lưu.
- Thoát vị thành bụng
- Tắc ruột/ dính ruột

3-Dẫn lưu đường mật:

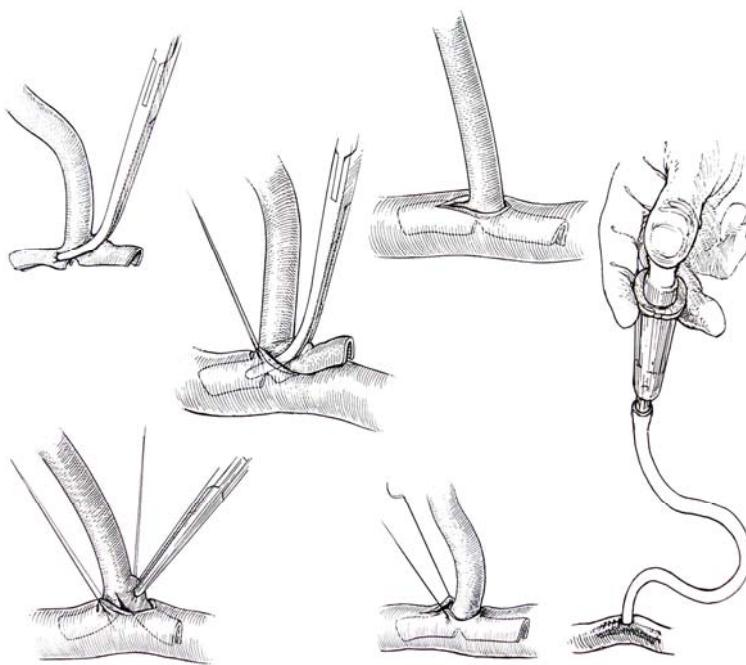
3.1-Chỉ định:

- Tất cả các trường hợp mở ống mật chủ để thám sát, lấy sỏi
- Khi nối ống mật chủ với tá tràng, ruột non

3.2-Phương tiện:

Là ống T (ống Kerh). Ống làm bằng cao su để kích thích quá trình tạo đường hầm.

3.3-Kỹ thuật:



Hình 1- Kỹ thuật đặt dẫn lưu đường mật

Các bước chính của dẫn lưu đường mật (hình 1):

- Chọn ống với kích cỡ phù hợp
- Cắt hai nhánh ngang, tạo thêm các lỗ hay đường mổ để tăng hiệu quả dẫn lưu

- Kiểm tra độ thông của ống
- Đặt ống
- Khâu đóng ống mật chủ: chỉ tan, mũi khâu liên tục hay rời
- Kiểm tra độ kín của đường khâu
- Đưa ống ra ngoài thành bụng.
- Nối ống dẫn lưu vào hệ thống kín (không hút).

3.4-Chăm sóc

- Bồi hoàn đủ sự thiếu hụt nước
- Theo dõi lượng và tính chất của dịch mật
- Dấu hiệu bình thường: dịch mật trong, vàng tươi (mật mới được hình thành), lượng 300-700 mL/24 giờ, BN không sốt, vàng mắt giảm dần.
- Dấu hiệu bất thường: dịch mật xanh đậm, có mũ, lượng ít hơn 300 mL/24 giờ (tắc nghẽn trên ống T), hay nhiều hơn 700 mL/24 giờ (tắc nghẽn dưới ống T).

3-5-Rút ống dẫn lưu

Ống dẫn lưu đường mật thường được rút vào ngày hậu phẫu 10-14.

Chụp X-quang đường mật qua ống để bảo đảm:

- Không còn sót sỏi
- Thuốc cản quang xuống tá tràng tốt
- Thuốc cản quang không dò vào xoang bụng.

Kẹp ống vài giờ trước khi rút. BN đau bụng chứng tỏ đường mật chưa thông và chưa thể được rút ống dẫn lưu.

Khi rút phải tạo lực kéo liên tục và vừa phải. Rút ống dẫn lưu đột ngột hay quá mạnh sẽ làm tổn thương đường mật hay toác miệng nối.

3.6-Biến chứng:

- Tồn thương đường mật
- Chảy máu đường mật
- Dò mật
- Viêm phúc mạc mật
- Hẹp đường mật

4-Dẫn lưu kín xoang màng phổi:

4.1-Chỉ định:

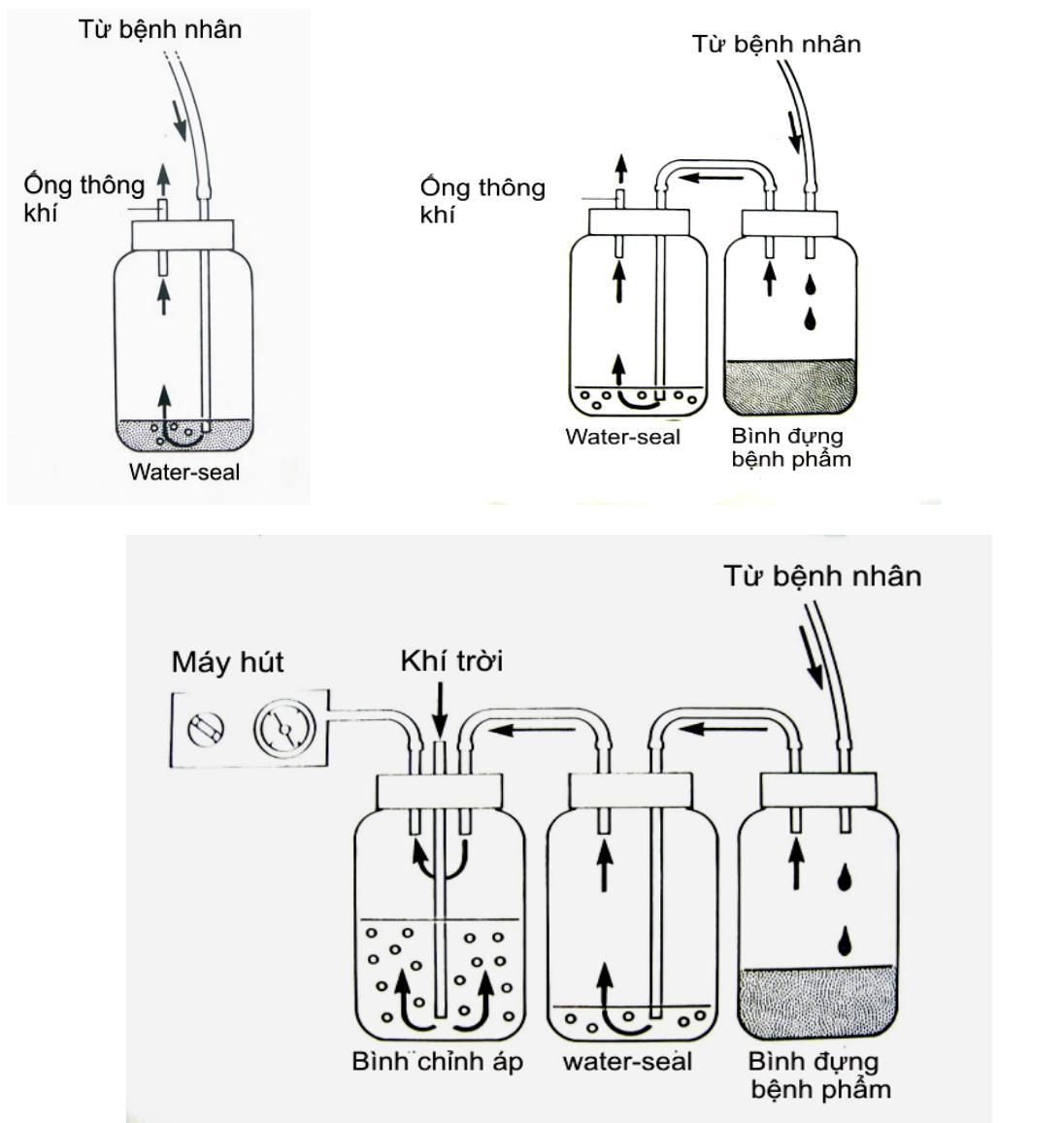
- Tràn khí màng phổi
- Tràn máu màng phổi
- Tràn mũ màng phổi
- Dự phòng: sau các phẫu thuật có mở ngực hay nội soi lồng ngực

4.2-Phương tiện:

Ống dẫn lưu làm bằng PVC có tráng silicone. Thân ống có đường cản quang để có thể đánh giá vị trí ống sau khi đặt.

Hệ thống bình kín: bao gồm một, hai hay cả ba bình (hình 2):

- Bình kín (water seal): bắt buộc phải có
- Bình chứa bệnh phẩm
- Bình chỉnh áp, nếu hệ thống được nối vào máy hút không điều chỉnh được áp lực.



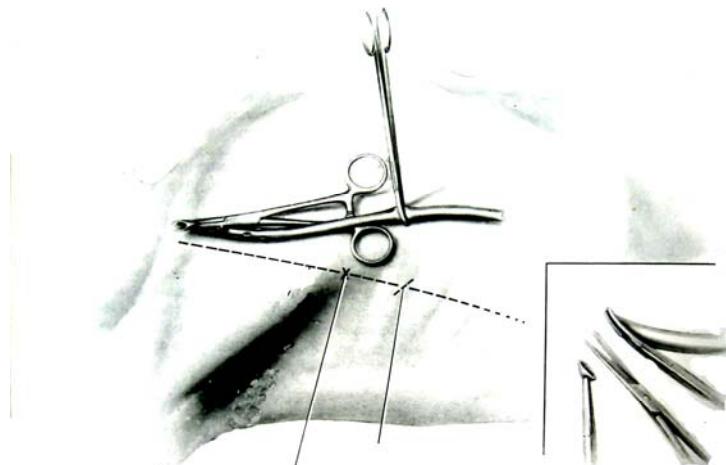
Hình 2- Hệ thống dẫn lưu kín xoang màng phổi loại một, hai và ba bình

4.3-Kỹ thuật:

Các bước chính của đặt dẫn lưu xoang màng phổi (hình 3-6):

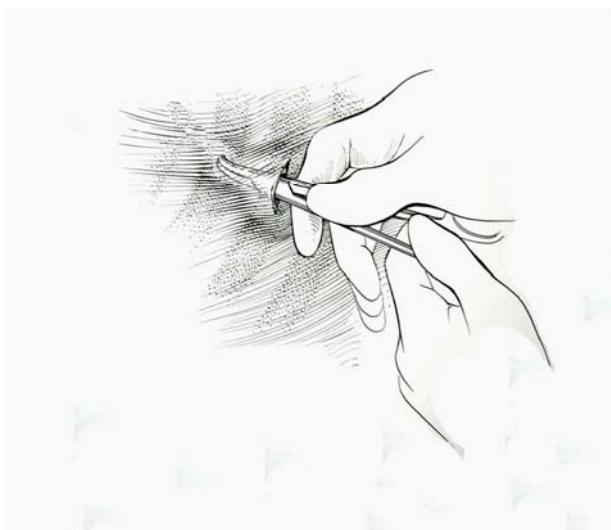
- BN nằm tư thế Fowler, tay phía bên đặt dẫn lưu co và để lên trên đầu.
- Tê tại chỗ. Đối với tràn khí hay tràn máu màng phổi do chấn thương thì vị trí đặt ở liên sườn 5 đường nách giữa.

- Rạch da, tách các lớp cân cơ vào khoang màng phổi bằng bóc tách cùn. Kiểm tra bằng ngón tay để bảo đảm màng phổi không dính vào thành ngực.
- Đưa ống dẫn lưu (đã kẹp đầu ngoài) vào khoang màng phổi, theo hướng ra sau và lên trên. Chú ý lỗ sau cùng trên ống phải nằm ở trong khoang màng phổi. Tuỳ thuộc vào độ dày thành ngực của BN, lỗ trong có thể cách bề mặt da thành ngực 3-5 cm.
- Cố định ống vào thành ngực. Khâu mũi khâu chòe.
- Nối ống vào hệ thống bình kín. Băng kín các chỗ nối ống để bảo đảm hệ thống không bị hở. Mở kẹp.
- Quan sát hoạt động của hệ thống. Quan sát sự cải thiện về tình trạng hô hấp của BN.
- Chụp X-quang kiểm tra ngay sau khi đặt để khẳng định ống dẫn lưu đã nằm đúng vị trí.

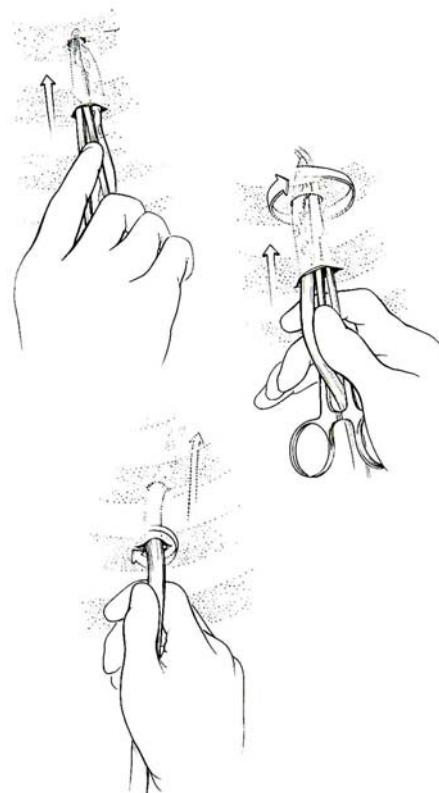


Kỹ thuật dẫn lưu kín xoang màng phổi (hình 3-6)

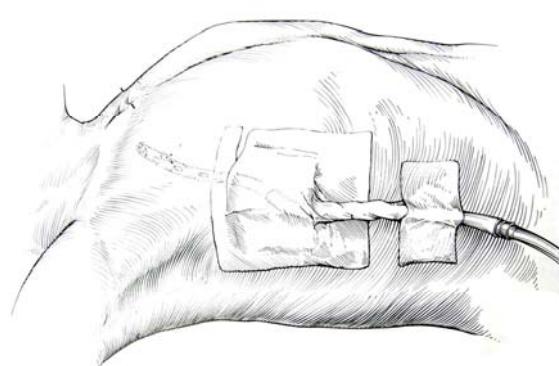
3- Trong dẫn kín xoang màng phổi, ống dẫn lưu thường được đặt qua khoang liên sườn 4 hay 5 gần đường nách giữa. Ở vị trí này, BN cảm thấy thoải mái nhất và lớp cơ thành ngực mỏng nhất. Một số phẫu thuật viên thích tạo một đường hầm dưới da, với vị trí rạch da thấp hơn so với vị trí vào thành ngực một khoang liên sườn. Ống dẫn lưu có thể được chuẩn bị như cách thức trình bày trong hình



4-Sau khi rạch da (đường rạch dài khoảng 1,5 cm), dùng Kely thứ hai tách mô dưới da, cơ thành ngực và xuyên qua thành ngực ngay trên bờ trên xương sườn. Dùng lực tác động để đầu Kelly di giữa màng xương và bờ trên xương sườn.



5-Sau khi đã vào khoang màng phổi, đưa Kelly thứ nhát có kẹp ống dẫn lưu vào khoang màng phổi theo cách thức vừa đẩy vừa xoay.



6-Cố định ống dẫn lưu bằng hai mũi chỉ khâu. Cố định tăng cường bằng băng dán. Lắp ống dẫn lưu vào hệ thống kín (water-seal). Chụp kiểm tra X-quang phổi ngay sau khi làm thủ thuật để xác định xem ống dẫn lưu có nằm đúng vị trí hay không.

4.4-Chăm sóc:

- Sau khi đặt 6 giờ, chụp X-quang phổi kiểm tra lần hai. Nếu phổi chưa nở tốt, hút hệ thống với áp lực âm $15 \text{ cmH}_2\text{O}$, cách quãng.
- Theo dõi lượng máu ra (tuỳ vào lượng máu ra mà theo dõi mỗi giờ hay lâu hơn), hay lượng khí sủi qua bình kín.
- Tập vật lý trị liệu về hô hấp

4.5-Rút ống dẫn lưu:

Thời gian rút:

- Dẫn lưu dự phòng: sau 24-48 giờ
- Dẫn lưu tràn mủ màng phổi do chấn thương: sau 48 giờ
- Dẫn lưu tràn khí màng phổi do chấn thương: sau 72 giờ
- Dẫn lưu tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát: sau 5 ngày, thứ phát: có thể lâu hơn
- Tràn mủ màng phổi: tuỳ trường hợp và tuỳ theo diễn tiến, có thể lưu ống để tưới rửa (chuyển sang dẫn lưu hở).

Bắt buộc phải có X-quang phổi kiểm tra và khám lâm sàng trước khi rút. Đối với tràn khí màng phổi, phải kẹp ống trước khi rút 3-5 giờ.

Khi rút, các thao tác sau đây phải được thực hiện liên tục:

- Cắt chỉ cố định ống dẫn lưu
- BN làm nghiệm pháp Valsava
- Rút nhanh ống dẫn lưu
- Đắp gạc tẩm Vaseline vào lỗ dẫn lưu
- Xiết mũi chỉ chờ
- Cho BN hít thở bình thường
- Băng kín gạc vào thành ngực (và lưu trong 12-24 giờ)

4.6-Biến chứng:

- Nhiễm trùng ngược dòng, dẫn đến mủ màng phổi. Đây là biến chứng đáng ngại nhất.
- Xẹp phổi, viêm phổi
- Tồn thương nhu mô phổi, thực quản
- Tồn thương cơ hoành và các tạng dưới hoành (dạ dày, lách)
- Chảy máu (màng phổi, màng tim).

NUÔI DƯỠNG TRONG NGOẠI KHOA

1-Đại cương:

Các hình thức suy dinh dưỡng:

<i>SDD thiếu protein (Kwashiorkor)</i>	<i>SDD thiếu năng lượng (Marasmus)</i>
<i>Giảm albumin</i>	<i>Mất cân</i>
<i>Thiếu máu</i>	<i>Giảm chuyển hoá cơ bản</i>
<i>Phù, tăng cân</i>	<i>Hạ thân nhiệt</i>
<i>Teo cơ</i>	<i>Chậm nhịp tim</i>
<i>Chậm lành vết thương</i>	<i>Da kém đàn hồi, teo lớp mỡ dưới da</i>
<i>Giảm đề kháng</i>	
<i>Gặp trong: nhiễm trùng nặng, chấn thương/bỏng nặng, suy thận, xuất huyết...</i>	<i>Gặp trong: không ăn uống được do các bệnh lý ác tính đường tiêu hóa, nghiện rượu, tâm thần...</i>
<i>Tiền lượng năng, tỉ lệ tử vong cao</i>	

Các yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến suy dinh dưỡng:

- Bệnh lý:
 - Chấn thương hay phẫu thuật
 - Nhiễm trùng
 - Các bệnh lý mãn tính
 - Khó nuốt
 - Chán ăn
 - Tiêu chảy, nôn ói
 - Viêm tuy, viêm ruột
 - Dò tiêu hoá
- Tâm lý: nghiện rượu, nghiện thuốc
- Nghèo đói
- Kiêng ăn

Hậu quả của suy dinh dưỡng:

- Thời gian hồi phục kéo dài
- Giảm sức đề kháng, dễ bị nhiễm trùng
- Chậm lành vết thương, chậm liền xương
- Thiếu máu
- Teo cơ
- Suy giảm chức năng tim, hô hấp, thận
- Rối loạn hoạt động não

Các hình thức nuôi dưỡng:

- Nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá:
 - Nuôi dưỡng qua đường miệng
 - Nuôi dưỡng qua thông mũi-dạ dày
 - Nuôi dưỡng qua thông mũi-tá tràng
 - Nuôi dưỡng qua thông mũi-hỗng tràng
 - Nuôi dưỡng qua thông mở dạ dày ra da
 - Nuôi dưỡng qua thông mở hỗng tràng ra da
- Nuôi dưỡng hỗ trợ qua đường tĩnh mạch:
 - Cung cấp một phần nhu cầu năng lượng
 - Dịch nuôi dưỡng có nồng độ thẩm thấu trung bình
 - Có thể sử dụng đường truyền tĩnh mạch ngoại biên
 - Thời gian nuôi dưỡng ngắn (không quá 1 tuần)
- Nuôi dưỡng toàn phần qua đường tĩnh mạch:
 - Cung cấp hoàn toàn nhu cầu năng lượng
 - Dịch nuôi dưỡng có nồng độ thẩm thấu cao
 - Chỉ có thể sử dụng đường truyền tĩnh mạch trung tâm
 - Thời gian nuôi dưỡng dài hơn: 1-2 tháng

2-Đánh giá:

2.1-Đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

Dựa vào cân nặng:

- Là yếu tố quan trọng nhất.
- Giới hạn: đánh giá dựa vào cân nặng không chính xác khi BN bị út nước trong cơ thể.

Dựa vào chỉ số nhân trắc học:

- Độ dày nếp gấp da trên cơ tam đầu cánh tay
- Chu vi 1/3 giữa cánh tay
- Sức co cơ nhị đầu cánh tay

Dựa vào các xét nghiệm:

- Albumin
- Transferrin
- Chức năng miễn dịch (số lượng lympho bào)

Bảng đánh giá mức độ suy dinh dưỡng:

	SDD nhẹ	SDD trung bình	SDD nặng
% so với cân nặng bình thường	90-95	80-89	< 80
Albumin (g/dL)	2,8-3,4	2,1-2,7	< 2,1
Transferrin (mg/dL)	150-200	100-149	< 100

Chỉ số khôi cơ thể (BMI-body mass index):

$$\text{BMI} = \text{cân nặng (kg)}/\text{diện tích da (m}^2)$$

- o BMI < 18,5: suy dinh dưỡng
- o BMI = 18,5-24,9: cân nặng bình thường
- o BMI = 25-30: tăng cân
- o BMI > 30: béo phì

2.2-Đánh giá nhu cầu dinh dưỡng:

2.2.1-Nhu cầu năng lượng:

Nhu cầu năng lượng căn bản (BEE-basal energy expenditure): dựa vào công thức Harris Benedict:

$$\begin{aligned} BEE \text{ (kcal/ngày)} &= 66 + (13,7 \times CN(kg)) + (5 \times CC(cm)) - (6,8 \times tuổi) \\ (CN: cân nặng, CC: chiều cao) \end{aligned}$$

Nhu cầu năng lượng toàn bộ (TEE-total energy expenditure):

$$TEE = BEE \times \text{chỉ số hoạt động hay chỉ số stress}$$

Chỉ số hoạt động, chỉ số stress:

Mức độ hoạt động/stress	Chỉ số
Nghỉ ngơi	1,1
PT nhỏ	1,1-1,3
Nhiễm trùng	1,3
Gãy xương	1,3
Phẫu thuật lớn	1,5
Đa chấn thương	1,7
Nhiễm trùng huyết	1,7-1,9
Bóng nặng	1,9-2,1

Nhu cầu năng lượng (số liệu dễ nhớ):

- o Để giảm cân: 25 kcal/kg/ngày
- o Để duy trì cân: 30 kcal/kg/ngày
- o Để tăng cân: 35 kcal/kg/ngày

Sự phân bố năng lượng:

- o Bình thường: năng lượng từ glucose chiếm 70-80%, phần còn lại là lipid
- o Khi có tăng chuyển hóa: một phần protein được sử dụng để tạo năng lượng

2.2.2-Nhu cầu dịch:

Bình thường cơ thể cần 35-45 mL nước/kg/ngày.

Nhu cầu dịch thay đổi phụ thuộc vào bệnh lý mà BN mắc phải và tình trạng tim mạch, gan, thận, hô hấp của BN.

Điều quan trọng: đánh giá sự thiếu hay thừa nước (xem bài cân bằng nước và điện giải).

2.2.3-Nhu cầu protein:

Mức độ hoạt động/stress	Nhu cầu protein (g/kg/ngày)
-------------------------	-----------------------------

<i>Bình thường</i>	0,8
<i>Chấn thương nhẹ</i>	1-1,1
<i>Chấn thương trung bình</i>	1,2-1,4
<i>Chấn thương nặng</i>	1,5-2
<i>Chấn thương rất nặng</i>	2-2,2

Nhu cầu protein cũng cần được đánh giá dựa vào cân bằng nitơ (NB-nitrogen balance):

$$\text{Cân bằng nitơ} = \text{nitơ thu vào} - \text{nitơ thải}$$

(nitơ thu vào = protein thu vào ÷ 6,2, nitơ thải = phần nitơ của urê nước tiểu 24 giờ + 4)

- o NB = 0: dinh dưỡng cân bằng
- o NB > 0: cơ thể đang đồng hoá
- o NB < 0: cơ thể đang dị hoá trung bình
- o NB > -5 g/ngày: chấn thương nặng

2.2.4-Nhu cầu vitamin và các yếu tố vi lượng:

Theo RDRs (Recommended Dietary Allowances):

	<i>Nữ</i>	<i>Nam</i>		<i>Nữ</i>	<i>Nam</i>
<i>Protein</i>	50g	63g	<i>Folacin</i>	400 μ g	400 μ g
<i>Vitamin A (retinol)</i>	700 μ g	900 μ g	<i>Biotin</i>	30 μ g	30 μ g
<i>Vitamin B1 (thiamine)</i>	1,1mg	1,2mg	<i>Calcium</i>	1g	1g
<i>Vitamin B2 (riboflavin)</i>	1,1mg	1,3mg	<i>Phosphorus</i>	700mg	700mg
<i>Vitamin B3 (niacin)</i>	14mg	16mg	<i>Selenium</i>	55 μ g	70 μ g
<i>Vitamin B5 (pantothenic acid)</i>	5mg	5mg	<i>Sắt (Fe)</i>	18mg	10mg
<i>Vitamin B6</i>	1,3mg	1,3mg	<i>Kẽm (Zn)</i>	8mg	15mg
<i>Vitamin B12</i>	2,4 μ g	2,4 μ g	<i>Magnesium</i>	310mg	400mg
<i>Vitamin C</i>	75mg	90mg	<i>I-ốt</i>	150 μ g	150 μ g
<i>Vitamin D</i>	5 μ g (200IU)	5 μ g	<i>Fluoride</i>	3mg	4mg
<i>Vitamin E</i>	15mg	15mg	<i>Kali</i>	2g	2g

3-Nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa:

3.1-Các công thức nuôi dưỡng:

<i>Công thức</i>	<i>Đặc điểm</i>	<i>Chỉ định</i>
<i>Đa trùng hợp</i>	<i>Tiêu chuẩn</i>	<i>Tương tự như bữa ăn bình thường</i>
	<i>Nitrogen cao</i>	<i>Protein > 15% tổng kcal</i>
	<i>Năng lượng cao</i>	<i>2 kcal/mL</i>
	<i>Có chất xơ</i>	<i>Xơ 5-15 g/L</i>
<i>Đơn phân</i>	<i>Thuỷ phân một phân</i>	<i>Một hay nhiều chất nuôi dưỡng được thuỷ phân hoàn toàn hay một phần.</i> <i>Nồng độ thẩm thấu cao</i>

	<i>Đơn phân tử</i>	<i>hỗn dịch nuôi dưỡng đa trùng hợp.</i>
--	--------------------	--

Các công thức nuôi dưỡng đặc biệt:

- Bệnh lý thận:
 - Giới hạn nước (2 kcal/mL)
 - Trước khi thẩm phân: giới hạn protein (0,6 g/kg/ngày)
 - Sau khi thẩm phân: lượng protein tiêu chuẩn (0,8 /kg/ngày)
- Bệnh lý gan:
 - Protein có tỉ lệ acid amin phân nhánh cao
 - Năng lượng cao (35 kcal/kg/ngày)
 - Có bệnh lý não: giới hạn protein (0,6 g/kg/ngày)
 - Không có bệnh lý não: protein tiêu chuẩn (0,8 g/kg/ngày)
 - Giới hạn natri nếu có báng bụng hay phù
- Bệnh lý tim:
 - Giới hạn nước (2 kcal/mL)
 - Tránh thừa năng lượng
- Tiêu đường:
 - Lipid chiếm 30% năng lượng
 - Duy trì nồng độ đường huyết trong giới hạn 110-220 mg%

3.2-Chỉ định và chống chỉ định:

3.2.1-Chỉ định:

- Ăn qua đường miệng không đầy đủ ở BN có suy dinh dưỡng thiếu protein
- Ăn qua đường miệng không đầy đủ ở BN bị chấn thương hay dị hoá nặng.
- Ăn qua đường miệng không đầy đủ trong khoảng thời gian 7-10 ngày
- Không thể ăn qua đường miệng (hôn mê, viêm thực quản do chiết xạ, ung thư thực quản).

3.2.2-Chống chỉ định:

- Tắc ruột cơ học
- Liệt ruột
- Viêm tuy cấp
- Dò tiêu hoá cao hay lưu lượng cao

3.3-Kỹ thuật nuôi dưỡng qua thông:

3.3.1-Nuôi dưỡng cách quãng:

Các nguyên tắc chính của nuôi dưỡng cách quãng qua thông:

- Dành cho nuôi dưỡng qua thông dạ dày
- Bơm từng liều một, cách nhau 4-6 giờ

- Thể tích mỗi liều: trước tiên bơm 50-100 mL, sau đó tăng dần mỗi 50 mL cho đến khi đạt đến 250-500 mL mỗi liều.
- Cho BN kê cao đầu trước khi bơm và sau khi bơm một vài giờ
- Kiểm tra thể tích tồn lưu trước khi bơm. Hoãn bơm 1-2 giờ nếu thể tích tồn lưu > 50% thể tích ban đầu.

3.3.2-Nuôi dưỡng liên tục:

Các nguyên tắc chính của nuôi dưỡng liên tục qua thông:

- Dành cho nuôi dưỡng qua thông hổng tràng
- Dùng máy bơm hay cho dịch nuôi dưỡng chảy theo trọng lực
- Tốc độ truyền: lúc đầu 25-50 mL/giờ, tăng dần mỗi 25 mL/giờ cho đến khi đạt đến tốc độ mong muốn.
- Thời gian truyền: tuỳ lựa chọn, có thể 8, 12, 16 hay 24 giờ.
- Bơm rửa ống thông mỗi 4-8 giờ và ngay sau mỗi lần nuôi ăn. Chú ý đến lượng nước bơm rửa, đặc biệt ở BN giới hạn nước.

3.4-Theo dõi:

	<i>Khởi đầu</i>	<i>Nuôi dưỡng ngắn hạn</i>	<i>Nuôi dưỡng dài hạn</i>
<i>Điện giải, BUN, creatinin</i>	<i>Hằng ngày</i>	<i>2-3 lần/tuần</i>	<i>Mỗi 6 tháng</i>
<i>Triglyceride</i>	<i>Mỗi tuần</i>	<i>Mỗi 2 tuần</i>	<i>Mỗi 6 tháng</i>
<i>Glucose</i>	<i>2-3 lần/tuần</i>	<i>Mỗi 2 tuần</i>	<i>Mỗi 6 tháng</i>
<i>Protein</i>	<i>Mỗi tuần</i>	<i>Mỗi tháng</i>	<i>Mỗi 6 tháng</i>
<i>Cân nặng</i>	<i>Hằng ngày</i>	<i>2-3 lần/tuần</i>	<i>Mỗi tuần</i>
<i>Cân bằng nitrogen</i>	<i>Hằng ngày</i>	<i>Mỗi 2 tuần</i>	<i>Mỗi tháng</i>

3.5-Biến chứng:

Tiêu chảy: do dịch nuôi dưỡng có nồng độ thẩm thấu cao hay chứa nhiều lipid. Các nguyên nhân khác: sử dụng kháng sinh đường ruột, nhiễm trùng đường ruột.

Viêm phổi hít: một biến chứng có thể xảy ra khi nuôi ăn qua thông dạ dày.

Nghẹt ống thông:

- Nguyên nhân: bơm rửa thông sau nuôi ăn không đúng kỹ thuật, dịch nuôi dưỡng đậm đặc, bơm các loại thuốc có thể làm vón cục trong ống (sucralfate, psyllium).
- Phòng ngừa: bơm rửa thông sau khi bơm thức ăn, trước và sau khi bơm thuốc, pha loãng thuốc khi bơm...

Ứ đọng trong dạ dày (thể tích tồn lưu tăng):

- Là một biến chứng của nuôi ăn qua thông dạ dày.
- Điều trị: ngưng các loại thuốc làm giảm nhu động ống tiêu hóa (thuốc giảm đau gây nghiện, anticholinergic), loại trừ khả năng có bế tắc cơ học bằng nội soi hay X-quang, sử dụng các loại thuốc tăng cường nhu động như metoclopramide (Primperan) 10 mg uống hay TM x 4 lần/ngày, hay cisapride 10-20 mg uống x 4 lần/ngày. Nếu thất bại, giảm khẩu phần lipid trong dịch nuôi dưỡng.

Viêm thực quản trào ngược: biến chứng phổ biến ở BN lớn tuổi, nằm liệt giường, có ống thông đặt qua đường mũi. Điều trị: sử dụng thuốc kháng thụ thể H₂ hay ức chế bom proton, cân nhắc đến chỉ định mờ dạ dày hay hỗn trùng ra da.

Hội chứng dinh dưỡng trở lại: gặp ở BN suy kiệt nặng, được nuôi ăn khởi đầu bằng chế độ năng lượng cao. Biểu hiện bằng các triệu chứng của giảm K⁺, Mg²⁺, phosphate huyết tương.

4-Nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch toàn bộ:

4.1-Xác định nhu cầu:

Nước:

Bình thường	Tăng	Giảm
40 mL/kg/ngày	Sốt Đò tiêu hóa Tiêu chảy Hút thông dạ dày	Suy thận Suy tim ứ huyết Bloating Bệnh lý phổi

Các chất đa lượng:

	Mức bình thường	Mức tối đa
Năng lượng (kcal/kg/ngày)	30	40
Protein	0,8-1	2
Tốc độ truyền glucose (mg/kg/phút)	4-5	7
Năng lượng lipid (%)	15-30	60

Điện giải:

Na ⁺ (mEq/ngày)	60-200
K ⁺ (mEq/ngày)	60-200
Mg ²⁺ (mEq/ngày)	8-40
Ca ²⁺ (mEq/ngày)	10-30
Phosphorus (mmol/ngày)	10-40
Cl ⁻	Cân bằng
Acetate	Cân bằng

Vitamin (trừ vitamin K) và yếu tố vi lượng: được cung cấp dưới dạng các chế phẩm.

Vitamin K: 10 mg TB/tuần.

Insulin: chỉ dùng Regular Insulin (Humulin). Điều chỉnh theo mức độ dung nạp glucose

4.2-Chỉ định và chống chỉ định:

4.2.1-Chỉ định:

- Ruột cần nghỉ ngơi trong 5-7 ngày
- Ruột không còn chức năng, hội chứng ruột ngắn trầm trọng
- Viêm tuy cấp trầm trọng
- Đò tiêu hoá cao hay lưu lượng cao

4.2.2-Chống chỉ định:

- Dự trù có thể ăn uống được trong khoảng thời gian không quá 5 ngày
- Có thể nuôi dưỡng đầy đủ qua đường tiêu hoá

- o Các biến chứng của việc đặt thông tĩnh mạch dưới đòn không được chấp nhận

4.3-Kỹ thuật:

Có hai cách truyền:

- o Truyền liên tục 24/24 giờ
- o Truyền chu kỳ (nghỉ ban ngày để BN vận động, sinh hoạt)

Truyền cùng lúc ba loại dịch (glucose, lipid, đạm) sẽ hạn chế việc sử dụng đạm như là nguồn cung cấp năng lượng.

Tình trạng tăng đường huyết có thể xảy ra khi khởi đầu truyền dịch nuôi dưỡng với tốc độ nhanh. Hạ đường huyết cũng có thể xảy ra khi kết thúc truyền dịch nuôi dưỡng đột ngột.

Thông tĩnh mạch dưới đòn lưu quá một tháng. Chú ý đo thân nhiệt BN hằng ngày để phát hiện sớm biến chứng nhiễm trùng catheter.

4.4-Theo dõi:

	<i>Khởi đầu</i>	<i>Duy trì</i>
<i>Điện giải, BUN, creatinin</i>	<i>Hằng ngày</i>	<i>2-3 lần/tuần</i>
<i>Triglyceride</i>	<i>Mỗi tuần</i>	<i>Mỗi 2 tuần</i>
<i>Glucose</i>	<i>Ngày 4 lần</i>	<i>Mỗi ngày</i>
<i>Protein</i>	<i>Mỗi tuần</i>	<i>Mỗi tuần</i>
<i>Cân nặng</i>	<i>Hằng ngày</i>	<i>2-3 lần/tuần</i>
<i>Cân bằng nitrogen</i>	<i>Hằng ngày</i>	<i>Mỗi 2 tuần</i>
<i>Nhiệt độ</i>	<i>Mỗi ngày</i>	<i>Mỗi ngày</i>

4.5-Biến chứng:

Liên quan đến việc đặt catheter vào tĩnh mạch dưới đòn:

- o Biến chứng cơ học: tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, tổn thương mạch máu lớn, tổn thương đám rối cánh tay
- o Nhiễm trùng

Biến chứng về chuyển hoá:

- o Tăng đường huyết
- o Hạ đường huyết: do ngưng nuôi dưỡng đột ngột
- o Rối loạn điện giải

Rối loạn chức năng gan: phổi biến nhất là chứng gan nhiễm mỡ, do nuôi dưỡng bằng carbohydrate quá mức. Biểu hiện: tăng men gan, đôi khi tăng phosphatase kiềm, bilirubin.

Đường mật: sỏi túi mật, nút mật ở ống mật chủ.

Thiếu các chất vi lượng.

CĂN BẢN PHẪU THUẬT NỘI SOI

1-Đặc điểm chung của phẫu thuật nội soi (PTTN):

Cuộc phẫu thuật được tiến hành bằng các dụng cụ thao tác, thông qua các cổng thao tác được gọi là phẫu thuật nội soi.

Cổng thao tác: kích thước không quá 12 mm, được đặt qua các đường rạch nhỏ trên thành bụng hay thành ngực.

Phẫu trường để thao tác trong phẫu thuật nội soi:

- Xoang bụng: được tạo ra bằng bơm hơi xoang bụng.
- Lòng ngực: nhờ có khung sườn và phổi xếp khi vào xoang lòng ngực nên tạo được phẫu trường “tự nhiên”.

Khí để bơm hơi (CO_2) có đặc điểm:

- Không gây cháy nổ
- Có độ hoà tan tốt trong cơ thể

2-Dụng cụ và trang thiết bị:

Các thiết bị quang học:	Dụng cụ thao tác:
Ống soi bụng, 10mm, 10^0 và 30^0 . Camera Nguồn sáng Video monitor Video recorder	Kẹp không sang chấn (grasper) Dụng cụ bóc tách (dissector) Kéo Ống hút Kẹp (clip)
Các thiết bị tiếp cận:	Dụng cụ khâu nối bằng máy (stappler) Túi đựng máu bệnh phẩm Kim khâu Kìm cắp kim
Bình chứa CO_2 Máy bơm hơi và kiểm soát áp lực Các trocar	Dụng cụ thao tác riêng cho PTNS lòng ngực: Kẹp tam giác Ring forcep

3-Phẫu thuật nội soi xoang bụng:

3.1-Thay đổi sinh lý:

Liên quan đến CO_2 :

- Bình thường: CO_2 hấp thu vào máu, được đệm bởi các hệ thống đệm sau đó được thải ra ngoài qua đường hô hấp. pH huyết tương vì thế không thay đổi.
- Khi thông khí kém hiệu quả: CO_2 bị ú lại, dẫn đến toan chuyển hoá.

Liên quan đến bơm hơi xoang bụng:

- Hệ tuần hoàn:
 - Tăng áp lực tĩnh mạch nhĩ phải, tăng áp lực động mạch phổi bít
 - Thể tích tổng máu thắt: không thay đổi hay giảm nhẹ
 - Tăng áp lực động mạch trung bình và tăng kháng lực ngoại biên
 - Nhịp tim tăng nhẹ, nhưng sau đó duy trì ổn định

- Ở người khoẻ mạnh: cung lượng tim không bị ảnh hưởng khi áp lực bơm hơi trong giới hạn 10-15 mmHg
- Ở người có giới hạn chức năng co bóp cơ tim: sự giảm độ dày kết hợp tăng hậu tải làm giảm cung lượng tim
- Tư thế:
 - Tư thế Trendelenburg (đầu thấp): làm tăng thêm áp lực tĩnh mạch nhĩ phải và áp lực động mạch phổi bít
 - Tư thế Trendelenburg ngược (đầu cao): làm giảm lượng máu về tim
- Giảm lưu lượng mạch máu mạc treo ruột
- Giảm tưới máu thận, tốc độ lọc cầu thận và lưu lượng nước tiểu.
- Út trệ máu tĩnh mạch chi dưới, làm tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sau mổ.

Hệ hô hấp:

- Tăng áp lực trong lồng ngực, tăng công hô hấp (do giảm dung tích sống và giảm suát đòn), có thể dẫn đến xẹp phế nang.
- Cơ chế bù trừ: tăng thông khí.
- Hiếm khi có xẹp phổi sau PTNS xoang bụng

3.2-Các yếu tố kỹ thuật:

- Đặt thông tiêu cho các PTNS vùng bụng, bụng dưới hay tiêu khung.
- Việc đặt trocar đầu tiên phải bảo đảm an toàn, theo phương pháp đặt hở (Hasson) hay đặt kín (dùng kim Veress). Việc đặt các trocar tiếp theo phải được tiến hành dưới sự quan sát trực tiếp trên màn hình monitor.
- Các trocar phải được đặt sao cho camera và các dụng cụ thao tác cùng hướng về vùng mổ.
- Sau khi kết thúc cuộc mổ, phải xả hơi qua trocar lớn nhất.
- Các lỗ đặt trocar lớn hơn 5 mm sau phải được khâu lớp cân để tránh thoát vị.
- Áp lực xoang bụng được duy trì 10-15 mmHg.

3.3-Uu điểm:

- Thẩm mỹ
- Ít đau
- Thời gian nằm viện ngắn
- Ít biến chứng hậu phẫu

3.4-Biến chứng:

- Tổn thương ruột, đường tiết niệu, mạch máu, đường mật. Ruột non là tạng thường bị tổn thương nhất (52%).
- Chảy máu từ thành bụng nơi đặt trocar
- Bong mô quanh trocar nếu dụng cụ mất tính cách điện
- Tràn khí màng phổi

- Thuyên tắc khí
- Truy tim mạch đột ngột

Tỉ lệ phải chuyển sang mổ mở: 0,08-1,2%.

3.5-Các phẫu thuật nội soi xoang bụng:

- Cắt túi mật nội soi: là “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị sỏi túi mật có triệu chứng.
- Sỏi ống mật chủ: chưa xác định rõ PTNS hay ERCP có ưu thế hơn.
- Ống tiêu hoá trên:
 - PTNS có ưu thế hơn phẫu thuật mở trong các bệnh lý sau:
 - Phẫu thuật xếp lớp phình vị điều trị bệnh trào ngược thực quản
 - Phẫu thuật Heller điều trị bệnh co thắt tâm vị
 - PTNS có ưu thế hơn mổ mở nhưng khó khăn về kỹ thuật thực hiện trong điều trị thoát vị khe thực quản.
- Cắt đại tràng:
 - PTNS có ưu thế hơn phẫu thuật mở trong các bệnh lý lành tính của đại tràng.
 - Đối với ung thư đại tràng: số ca PTNS ngày càng tăng.
- Viêm ruột thừa cấp: PTNS cũng là một chỉ định tốt.
- Cắt lách qua PTNS là chỉ định thích hợp trong bệnh ban xuất huyết giảm tiểu cầu không rõ nguyên nhân.
- Thoát vị bẹn: PTNS và mổ mở (đặt mảnh ghép) cho cùng kết quả như nhau.
- PTNS cũng cho kết quả tốt trong:
 - Cắt tuyến thượng thận
 - Cắt chỏm nang gan
 - Nối nang giả tuy-ruột non
- PTNS đang được thực hiện bước đầu trong:
 - Cắt gan
 - Phẫu thuật cột sống, ngã trước
 - Phẫu thuật mạch máu

4-Phẫu thuật nội soi lồng ngực:

4.1-Thay đổi sinh lý:

Thay đổi sinh lý quan trọng nhất trong PTNS lồng ngực là BN chỉ thông khí một phổi.

4.2-Các yếu tố kỹ thuật:

- Không cần bơm hơi
- Phải đặt thông khí quản hai nòng (thông phế quản) để kiểm soát thông khí từng bên phổi
- Trocar đầu tiên phải được đặt theo cách thức giống như đặt ống dẫn lưu màng phổi

- Việc đặt các trocar tiếp theo phải được tiến hành dưới sự quan sát trực tiếp trên màn hình monitor
- Vị trí đặt trocar: khoang gian sườn, ngay bờ trên xương sườn để tránh tổn thương bó mạch liên sườn
- Điều quan trọng nhất khi tiến hành phẫu thuật là việc nhận biết sang thương nằm chìm trong nhu mô phổi
- Trước khi kết thúc cuộc phẫu thuật:
 1. Đặt ống dẫn lưu xoang màng phổi, qua các lỗ đặt trocar
 2. Cố định ống dẫn lưu
 3. Khâu kín các lỗ trocar
 4. Bơm thông phế quản cho phổi nở tốt
 5. Kẹp ống dẫn lưu
 6. Nối ống dẫn lưu vào hệ thống bình kín (siphonage)
 7. Mở kẹp

Chụp kiểm tra phổi 24 giờ sau phẫu thuật. Chỉ rút ống dẫn lưu khi phổi nở tốt và không có khí xì qua ống dẫn lưu.

4.3-Uu điểm

- Thẩm mỹ, đặc biệt làm BN rất hài lòng
- Ít đau
- Thời gian nằm viện ngắn
- Ít biến chứng hậu phẫu

4.4-Biến chứng

- Chảy máu
- Dò khí
- Loạn nhịp tim
- Xẹp phổi
- Viêm phổi
- Phụ thuộc máy thở
- Mũ màng phổi
- Nhiễm trùng vết thương
- Tổn thương gây ra do trocar
- Nhồi máu cơ tim

4.5-Các chỉ định cho PTNS lồng ngực:

- Nốt đơn độc/ khối u phổi (kích thước <3 cm, nằm ở 1/3 ngoài phổi, không xâm lấn vào phế quản).
- Kén khí phổi
- Tràn dịch màng phổi

- Tràn khí màng phổi
- Dày dính màng phổi
- Mũ màng phổi
- Tràn dịch màng tim
- Hạch trung thất
- Tăng tiết mồ hôi tay (cắt thần kinh giao cảm ngực)
- Tràn máu màng phổi/máu đông màng phổi
- Nang trung thất
- Co thắt tâm vị

UNG THƯ PHỔI

1-Đại cương:

1.1-Đại cương về nốt đơn độc ở phổi:

Nốt đơn độc ở phổi được định nghĩa là một sang thương ở phổi được quan sát thấy trên X-quang có các tính chất như sau:

- Có kích thước nhỏ hơn 3 cm đường kính (các khối có đường kính trên 3 cm hầu như là tổn thương ác tính).
- Được bao quanh bởi nhu mô phổi
- Không kết hợp với xẹp phổi và bệnh lý hạch

Nốt đơn độc phổi được phát hiện với tỉ lệ 1/500 các film chụp X-quang ngực. Tỉ lệ này sẽ cao hơn đối với CT ngực.

Có rất nhiều nguyên nhân của một nốt đơn độc ở phổi (bảng 1).

1.2-Đại cương về ung thư phổi nguyên phát:

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính phổ biến nhất trên thế giới. Ở Hoa kỳ, ung thư phổi chỉ đứng sau ung thư tiền liệt tuyến (nam) và ung thư vú (nữ).

Ung thư phổi nguyên phát có thể được xếp thành hai nhóm chính: ung thư tế bào nhỏ và ung thư không phải tế bào nhỏ.

Ung thư tế bào nhỏ (chiếm khoảng 20%) có bản chất về sinh học cũng như lâm sàng hoàn toàn khác với ung thư không phải tế bào nhỏ. Khi được chẩn đoán, ung thư tế bào nhỏ thường đã xâm lấn và cho di căn xa. Hơn nữa, ung thư tế bào nhỏ nhạy với các loại thuốc trị ung thư. Phương pháp điều trị ung thư tế bào nhỏ, vì thế, chủ yếu là hoá trị. Chỉ một số rất ít BN bị ung thư tế bào nhỏ (5%) được điều trị bằng phẫu thuật (những BN này nhập viện trong bệnh cảnh một nốt phổi đơn độc).

Ung thư không phải tế bào nhỏ, ngược lại, có tiên lượng hoàn toàn khác hẳn ung thư tế bào nhỏ. Tiên lượng của ung thư không phải tế bào nhỏ phụ thuộc vào giai đoạn phát triển của khối u. Trong giai đoạn sớm (I,II), phẫu thuật hoàn toàn có thể là phương pháp điều trị triệt căn.

Bài này chỉ đề cập đến ung thư không phải tế bào nhỏ.

1.3-Đại cương về ung thư phổi không phải tế bào nhỏ:

Ung thư phổi loại không phải tế bào nhỏ chiếm đa số (75-85%), bao gồm: ung thư tuyến (35-40%), ung thư tế bào vảy (25-30%), ung thư tế bào lớn (10-15%). Ung thư phế quản-phế nang, chiếm 5%, được xem như một nhóm nhỏ của ung thư tuyến.

40% khối u ở ngoại biên (ngoài các phế quản tiêu thuỷ).

Ung thư phổi phổ biến ở nam giới hơn là ở nữ giới. Hiếm khi ung thư phổi được chẩn đoán ở người dưới 40 tuổi. Tần suất ung thư phổi cao nhất ở độ tuổi 70-80.

Nguyên nhân:

- Thuốc lá là nguyên nhân trong 90% các trường hợp. Ở BN không hút thuốc, nguyên nhân là do hút thuốc “thụ động”.
- Nhiễm bụi amiăng

<i>Lành tính</i>	<i>Mạch máu</i>	<i>Bất toàn động tĩnh mạch (Arteriovenous malformations)</i> <i>Phình động mạch phổi</i>
	<i>Nhiễm trùng</i>	<i>Lao</i> <i>Mycobacterium avium</i> <i>Aspergilloma</i> <i>Histoplasmosis</i> <i>Echinococcosis</i> <i>Blastomycosis</i> <i>Cryptococcosis</i> <i>Coccidioidomycosis</i> <i>Ascariasis</i> <i>Dirofilariasis</i>
	<i>Viêm</i>	<i>Nốt dạng thấp</i> <i>Sarcoidosis</i> <i>U hạt Wegener</i>
	<i>Bẩm sinh</i>	<i>Nang đôi của ruột trước (Foregut duplication cyst)</i>
	<i>Bệnh lý khác</i>	<i>Xẹp phổi dạng tròn (rounded atelectasis)</i> <i>Chứng thoái hoá bột của phổi (amyloidosis)</i>
	<i>U lành tính</i>	<i>Hamartoma</i> <i>U mờ</i> <i>U sợi</i>
<i>Ác tính</i>	<i>Ung thư phổi nguyên phát</i>	<i>Không phải té bào nhỏ:</i> <i>Té bào tuyến</i> <i>Té bào vảy</i> <i>Té bào lớn</i> <i>Phé quản-phé nang</i> <i>Té bào nhỏ</i> <i>Carcinoid</i> <i>Lymphoma</i>
	<i>Di căn phổi từ các bệnh lý ác tính của:</i>	<i>Đại tràng</i> <i>Tinh hoàn</i> <i>Melanoma</i> <i>Sarcoma</i> <i>Vú</i>

Bảng 1- Nguyên nhân của nốt đơn độc ở phổi

- o Các hydrocarbon vòng thơm, beryllium, nickel, đồng, chromium, cadmium...

Khi được chẩn đoán:

- o 15% tồn thương còn khu trú
- o 2/3 tồn thương tiến triển ở giai đoạn muộn.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

7-10% BN bị ung thư phổi không có triệu chứng. Bệnh được phát hiện tình cờ khi chụp X-quang phổi.

Triệu chứng liên quan đến khối u nguyên phát:

- o U trung tâm (thường là ung thư té bào vảy):
 - Ho (70%)
 - Ho máu (30%)

- Khó thở (60%), thở khò khè
- Xẹp phổi
- Viêm phổi sau tắc nghẽn
- U ngoại biên (thường là ung thư tuyến và ung thư tế bào lớn):
 - Ho
 - Khó thở
 - Tràn dịch màng phổi
 - Đau ngực (do xâm lấn thần kinh liên sườn)

Triệu chứng do xâm lấn hay di căn đến các cấu trúc lân cận:

- Chèn ép tĩnh mạch chủ trên
- Chèn ép thần kinh quắc ngược
- Chèn ép thần kinh hoành
- Chèn ép đám rối thần kinh cánh tay
- Chèn ép đám rối thần kinh giao cảm cổ (hội chứng Horner)

Hội chứng cận ung thư:

- Adenocarcinoma: ngón tay dùi trống, hội chứng Trouseau
- Ung thư tế bào vảy: tăng can-xi huyết tương

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Xét nghiệm đàm tìm tế bào ác tính:

Hầu hết các trường hợp dương tính là ung thư tế bào vảy.

Đơn giản, dễ thực hiện, kết quả dương tính có giá trị chẩn đoán cao (tỉ lệ dương tính giả 1%).

Tỉ lệ âm tính giả: 40%.

2.2.2-X-quang phổi:

Được chỉ định trước tiên, khi nghi ngờ có bất kỳ tổn thương nào trên phổi.

Hình ảnh:

- Khối u ở ngoại vi:
 - Khối u hình cầu hay bầu dục, bờ phẳng hay không đều, nhiều cung.
 - Hình ảnh “vàng hào quang”
 - Hình ảnh đuôi màng phổi
 - Sự tạo hốc
- Khối u ở trung tâm:
 - Hình ảnh xẹp phổi thuỷ, đường bờ hình chữ S ngược.
 - Hình ảnh khối u: không rõ ràng như u ngoại vi
 - Rốn phổi phì đại

- Các hình ảnh khác, xuất hiện trong giai đoạn muộn của căn bệnh:
 - Tràn dịch màng phổi (di căn màng phổi)
 - Phì đại trung thất (di căn hạch trung thất)
 - Huỷ xương sườn (xâm lấn xương sườn)
 - Liệt cơ hoành (xâm lấn TK hoành)

2.2.3-CT ngực (và phần trên bụng-bao gồm gan và tuyến thượng thận):

Là tiêu chuẩn tối thiểu để chẩn đoán và đánh giá giai đoạn.

Hình ảnh:

- Khối u ngoại vi:
 - Hình ảnh khối u: hình cầu hay bầu dục, bờ phẳng hay không đều, nhiều cung. Khi bơm thuốc cản quang, khối u tăng quang trên 20 HU có giá trị chẩn đoán ung thư phổi với độ chính xác 98% và độ đặc hiệu 73%. Các dấu hiệu khác: sự tạo hốc, hình ảnh đóng vôi...
 - Phé quản: hình ảnh đường khí (air bronchogram), nút nhày, xếp...
- Khối u trung tâm:
 - Hình ảnh khối u tương tự như khối u ngoại vi
 - Hình ảnh xếp phổi thuỷ
 - Phé quản hẹp, nham nhở

Các dấu hiệu cho thấy khối u có thể phẫu thuật được:

- Khối u tiếp xúc với trung thất < 3 cm.
- Còn hiện diện của lớp mỡ giữa khối u và trung thất (tuy nhiên lớp mỡ bị xoá có thể do viêm hay xâm lấn).
- Các dấu hiệu cho thấy khối u không thể phẫu thuật được:
 - Khối u tiếp xúc với trung thất > 3 cm
 - Khối u xâm lấn carina
 - Khối u dựa vào hay bao quanh động mạch chủ ngực

2.2.4-MRI:

Có ưu thế hơn CT trong việc đánh giá xâm lấn vào màng tim, tim và các mạch máu lớn.

Đánh giá mức độ chèn ép tuỷ sống của khối u.

2.2.5-PET:

FDG-PET có ưu thế hơn CT trong:

- Phân biệt giữa u phổi lành tính và ác tính.
- Phát hiện di căn hạch trung thất.

2.2.6-Nội soi phế quản:

Có giá trị chẩn đoán cao, đặc biệt là các khối u trung tâm, nhờ quan sát trực tiếp và xét nghiệm tế bào học.

2.2.7-Nội soi trung thất:

Đánh giá bản chất các hạch phì đại ở trung thất trước khi tiến hành phẫu thuật trị liệu.

2.2.8-Nội soi lồng ngực:

Mục đích sinh thiết các nốt đơn độc ở ngoại biên và chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi.

2.2.9-Sinh thiết qua da dưới sự hướng dẫn của CT:

Dành cho các u ở ngoại biên.

2.2.10-Xạ hình xương, CT sọ não:

Đánh giá di căn xa.

2.3-Đánh giá giai đoạn (theo AJCC):

Khối u:

- Tis: carcinoma in situ.
- T1: khối u nhỏ hơn 3cm, được bao quanh bởi nhu mô phổi (hay phế mạc) và không xâm lấn phế quản gốc.
- T2: khối u có một trong các đặc điểm sau:
 - Khối u lớn hơn 3cm
 - Xâm lấn vào phế quản gốc (cách carina ≥ 2cm)
 - Xâm lấn màng phổi tặng
 - Gây viêm phổi hay xẹp phổi lan đến rốn phổi nhưng không toàn bộ phổi.
- T3: khối u, bất kỳ kích thước nào, có một trong các đặc điểm sau:
 - Xâm lấn màng phổi thành, màng phổi trung thất, màng tim
 - Xâm lấn vào phế quản gốc (cách carina < 2cm, nhưng không xâm lấn vào carina)
 - Gây viêm phổi hay xẹp toàn bộ một bên phổi.
- T4: khối u, bất kỳ kích thước nào, xâm lấn vào một trong các cấu trúc sau đây: trung thất, tim, mạch máu lớn, khí quản, thực quản, carina, cột sống, hay gây tràn dịch màng phổi ác tính.

Di căn hạch:

- N0: không di căn hạch.
- N1: di căn hạch quanh phế quản và/hoặc hạch rốn phổi cùng bên.
- N2: di căn hạch trung thất và/hoặc hạch dưới carina cùng bên.
- N3: di căn hạch trung thất hay hạch rốn phổi đối bên; di căn hạch thượng đòn.

Di căn xa:

- M0: không di căn xa
- M1: có di căn xa

Giai đoạn	T	N	M
0	is	0	0
IA	I	0	0
IB	2	0	0

<i>IIA</i>	<i>I</i>	<i>I</i>	<i>0</i>
<i>IIB</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>IIIA</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
<i>IIIB</i>	<i>Bất kỳ</i>	<i>3</i>	<i>0</i>
	<i>4</i>	<i>Bất kỳ</i>	<i>0</i>
<i>IV</i>	<i>Bất kỳ</i>	<i>Bất kỳ</i>	<i>1</i>

3-Điều trị:

3.1-Các phương pháp điều trị:

3.1.1-Phẫu thuật:

Phẫu thuật là cơ hội điều trị tốt nhất cho ung thư giai đoạn sớm, nếu BN có thể chịu đựng cuộc phẫu thuật. Đối với bệnh ở giai đoạn III, vai trò của phẫu thuật còn đang bàn cãi. Nếu ở giai đoạn IV, BN không có chỉ định phẫu thuật.

Đánh giá BN trước mổ: quan trọng nhất là chức năng hô hấp (và tim mạch). Tất cả BN đều phải được đo chức năng hô hấp trước mổ. Nếu thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu:

- Lớn hơn 2 lít: BN chịu đựng tốt cuộc phẫu thuật.
- 1,0→2 lít: BN có thể chịu đựng cuộc phẫu thuật.
- Nhỏ hơn 1 lít: BN không thể chịu đựng cuộc phẫu thuật.

Phương pháp:

- Cắt thuỷ phổi (kèm nạo hạch hay lấy mẫu hạch): là phẫu thuật tiêu chuẩn.
- Cắt phổi: có tỉ lệ suy hô hấp và tử vong sau mổ cao.
- Cắt một mẫu phổi có khối u (wedge resection): ít được chọn do có tỉ lệ tái phát cao.

Biến chứng sau mổ quan trọng nhất là suy hô hấp. Tỉ lệ tử vong: 6% đối với phẫu thuật cắt phổi, 3% đối với phẫu thuật cắt thuỷ, 1% đối với phẫu thuật cắt một mẫu phổi.

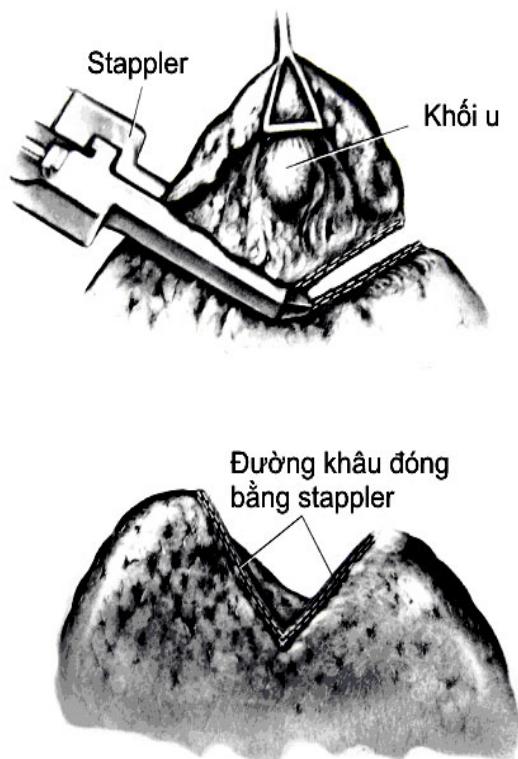
Hoá trị bô túc sau mổ: cải thiện tiên lượng sống nếu khối u ở giai đoạn IIIA và toàn trạng BN còn tương đối tốt.

3.1.2-Hoa trị:

- Ung thư phổi không phải tế bào nhở tương đối nhạy với hoá trị: đáp ứng 15% nếu đơn hoá trị với các thuốc cổ điển, 20-25% nếu đơn hoá trị với các thuốc mới (gembitacine, paclitaxel, docetaxel, vinorelbine), 50% nếu đa hoá trị (trong đó bao gồm các thuốc mới).
- Các phác đồ được sử dụng phổ biến: carboplatin + paclitaxel, ciplastin + gembitacine, ciplastin + vinorelbine.
- Hoá trị trong ung thư phổi chỉ có tính cách thuyên giảm.
- BN có thể trạng tương đối tốt (chỉ số Karnofsky >70%, không mất quá 10% TLCT) thích hợp cho hoá trị.

3.1.3-Xạ trị:

- Xạ trị liệu: trong giai đoạn sớm (I, II), xạ trị được chỉ định khi BN không có chỉ định phẫu thuật (chức năng hô hấp kém, toàn trạng yếu...). Tỉ lệ sống 5 năm: 12-16%.
- Xạ trị bô túc sau mổ làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ nhưng không làm cải thiện tiên lượng sống còn.



Cắt một mẫu phổi có khối u (wedge resection): một phương pháp chẩn đoán các nốt đơn độc của phổi, đồng thời cũng là một lựa chọn điều trị cho các BN ung thư phổi không có chỉ định phẫu thuật lớn.

3.2-Chỉ định điều trị:

3.2.1-Điều trị ung thư phổi giai đoạn IA, IB, IIA, IIB, IIIA:

Cắt thuỷ phổi là phẫu thuật chọn lựa trước tiên.

Xạ trị dành cho các khối u có thể cắt được nhưng BN không thể chịu đựng cuộc phẫu thuật.

Hoá trị sau mổ có thể cải thiện tiên lượng sống, nhất là giai đoạn IIIA.

3.2.2-Điều trị ung thư phổi giai đoạn IIIA(N2), IIIB:

Hoá trị đơn thuần

Xạ trị đơn thuần

Hoá-xạ trị kết hợp

Hoá-xạ trị sau đó phẫu thuật

3.2.3-Điều trị ung thư phổi giai đoạn IV:

Xạ trị làm giảm sự tăng trưởng mô bướu gây triệu chứng (chèn ép).

Hoá trị với các phác đồ:

- o Ciplastin + vinblastine + mitomycin
- o Ciplastin + vinorelbine
- o Ciplastin + paclitaxel
- o Ciplastin + gemcitabine
- o Carboplatin + paclitaxel

3.3-Kết quả và tiên lượng:

Tỉ lệ sống 5 năm: Mỹ (14%), các nước châu Âu và các nước đang phát triển (8%).

Tỉ lệ sống 5 năm theo giai đoạn: giai đoạn I: 60%, II: 40%, III: 20%, IV: 2%.

UNG THƯ THỰC QUẢN

1-Đại cương:

Là một trong những loại ung thư khá phổ biến (đứng hàng thứ 9 trong các bệnh lý ác tính) và có tiên lượng nghèo nàn bậc nhất (tỉ lệ sống 5 năm là 8% và thời gian sống trung bình là 9 tháng).

Độ tuổi thường mắc bệnh: 60-70. Nam có tần suất mắc bệnh cao hơn nữ (5:1).

Vị trí: hầu hết ở thực quản 1/3 giữa và 1/3 dưới. Ung thư thực quản ngực trên và ung thư thực quản cổ hiếm gặp.

95% tổn thương ác tính của thực quản là ung thư tế bào vảy. 60% ung thư tế bào vảy phân bố thực quản 1/3 giữa và 30% ở thực quản 1/3 dưới. Ung thư tế bào vảy có 4 đại thể chính: thể xùi, thể loét, thể thâm nhiễm và thể polyp. Thể polyp có tiên lượng tốt nhất.

Ở châu Âu và Bắc Mỹ, phần lớn ung thư thực quản (hơn 50%) là ung thư tế bào tuyến. Ung thư tế bào tuyến có thể xuất phát từ ống tuyến niêm mạc thực quản, nhưng phổi biến nhất là hậu quả của sự chuyên sản ác tính của lớp biểu mô đơn tầng ở đoạn cuối thực quản (thực quản Barrett).

Tổn thương thực quản Barrett là hậu quả của viêm thực quản do trào ngược kéo dài. Ở vùng thực quản có tổn thương Barrett, lớp tế bào vảy nhiều tầng bình thường được thay thế bằng lớp tế bào trụ đơn tầng có cấu trúc dạng nhung mao như niêm mạc dạ dày hay ruột non. Các tế bào này khởi đầu bằng hiện tượng dị sản, sau đó chuyển sang loạn sản và cuối cùng ung thư hoá. Nguy cơ ung thư hoá tỉ lệ thuận với mức độ loạn sản. BN có thực quản Barrett sẽ có nguy cơ ung thư (tuyến) thực quản tăng 30-40 lần.

Thuốc lá được xem là yếu tố nguy cơ của ung thư tế bào vảy, trong khi viêm thực quản trào ngược là yếu tố nguy cơ của ung thư tế bào tuyến (bảng 1).

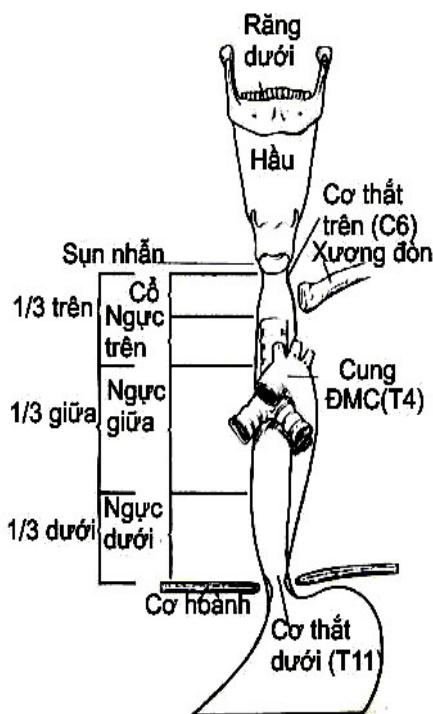
<i>Ung thư tế bào vảy</i>	<i>Ung thư tế bào tuyến</i>
<i>Rượu, thuốc lá</i>	<i>Bệnh viêm thực quản do trào ngược</i>
<i>Co thắt tâm vị</i>	<i>Thực quản Barrett (được xem là tổn thương tiền ung thư)</i>
<i>Túi thừa thực quản</i>	<i>Béo phì</i>
<i>Tổn thương thực quản do bỏng</i>	
<i>Chứng không tiêu sừng lòng bàn tay (tylosis)</i>	
<i>Mức sống thấp, điều kiện vệ sinh ăn uống kém</i>	
<i>Thiếu vitamin</i>	
<i>Hội chứng Plummer-Vinson (thiếu máu thiếu sắt, khó nuốt, màng ngăn thực quản)</i>	

Bảng 1- Các yếu tố nguy cơ của ung thư thực quản

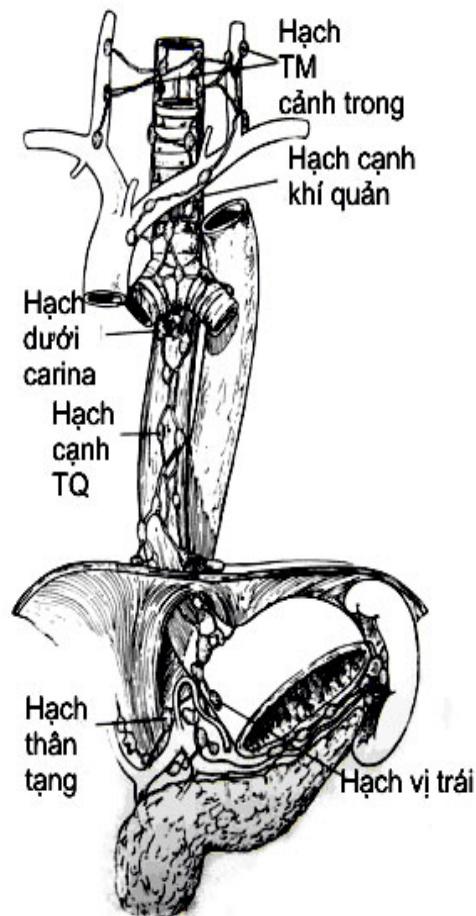
Ung thư thực quản xâm lấn tại chỗ rất mạnh mẽ và cho di căn hạch sớm. Sự xâm lấn theo đường bạch mạch ở lớp dưới niêm có thể lan rộng trong một khoảng cách khá xa so với khối u nhìn trên đại thể.

Vào thời điểm được chẩn đoán: 75% BN đã có di căn hạch, 50% BN đã có di căn xa hay khối u không thể cắt được.

Năm vững phân đoạn, sự cung cấp máu và dẫn lưu bạch mạch của thực quản đóng vai trò quan trọng để phẫu thuật BN bị ung thư thực quản (hình 1-4).



Hình 1- Thực quản bắt đầu từ cơ thắt trên (C6) và tận cùng bằng cơ thắt dưới (T11). Thực quản được chia làm ba đoạn: thực quản 1/3 trên bao gồm thực quản cổ và thực quản ngực trên, thực quản 1/3 giữa tương đương thực quản ngực giữa, thực quản 1/3 dưới bao gồm thực quản ngực dưới và thực quản bụng.



Hình 2-Dẫn lưu bạch mạch của thực quản đổ về các nhánh hạch: quanh thực quản, TM cảnh trong, cảnh khí quản, dưới carina, thân tạng, vị trái.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Triệu chứng cơ năng:

- Nuốt nghẹn, khó nuốt: là triệu chứng thường gặp nhất (74%).
- Nuốt đau (17%)
- Sụt cân (57%)
- 17% BN có tiền căn viêm thực quản do trào ngược.
- Triệu chứng chứng tỏ khói u đã xâm lấn ra ngoài thực quản: khó thở, ho, sặc, khàn tiếng, đau (đau sau xương ức, đau sau lưng, đau bụng vùng thượng vị).

Triệu chứng lâm sàng, nếu có, thường chứng tỏ bệnh đã có di căn xa (hạch thượng đòn trái, gan to, tràn dịch màng phổi).

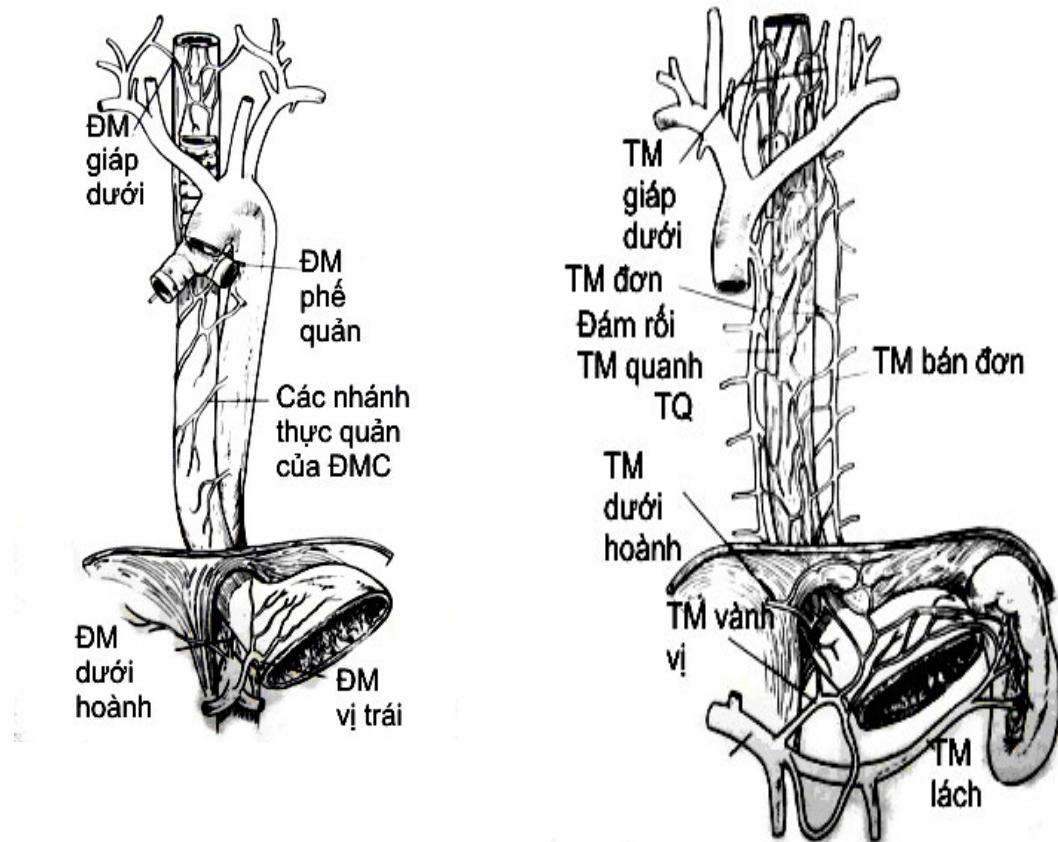
2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-X-quang thực quản:

Thường được chỉ định trước tiên, khi BN đến khám vì triệu chứng nuốt nghẹn.

Hình ảnh trên X-quang:

- Một đoạn thực quản bị chít hẹp, bờ nhám nhô (hình 5)
- Các dấu hiệu chứng tỏ ung thư đã quá khả năng phẫu thuật (đoạn hẹp dài hơn 5 cm, thực quản bị lệch trực, thuốc cản quang thoát ra ngoài thực quản). Chú ý: khi BN đã có dấu hiệu ho, sặc, khàn tiếng thì không chụp X-quang thực quản.



Hình 3- Các động mạch cung cấp máu nuôi thực quản bao gồm: ĐM giáp dưới cung cấp máu cho thực quản cổ, nhánh của ĐM phế quản và các nhánh thực quản của ĐM chủ ngực cung cấp máu cho thực quản ngực, nhánh trái của ĐM dưới hoành và nhánh của động mạch vị trái cung cấp máu cho phần thực quản bụng.

Hình 4-Hồi lưu máu tĩnh mạch thực quản: từ thực quản cổ là tĩnh mạch giáp dưới. Từ thực quản ngực là đám rối tĩnh mạch quanh thực quản. Đám rối tĩnh mạch quanh thực quản sau đó đổ về tĩnh mạch đơn và bán đơn. Từ thực quản bụng, máu tĩnh mạch đổ về tĩnh mạch vòng vị và dưới hoành.

2.2.2-Nội soi thực quản (và sinh thiết):

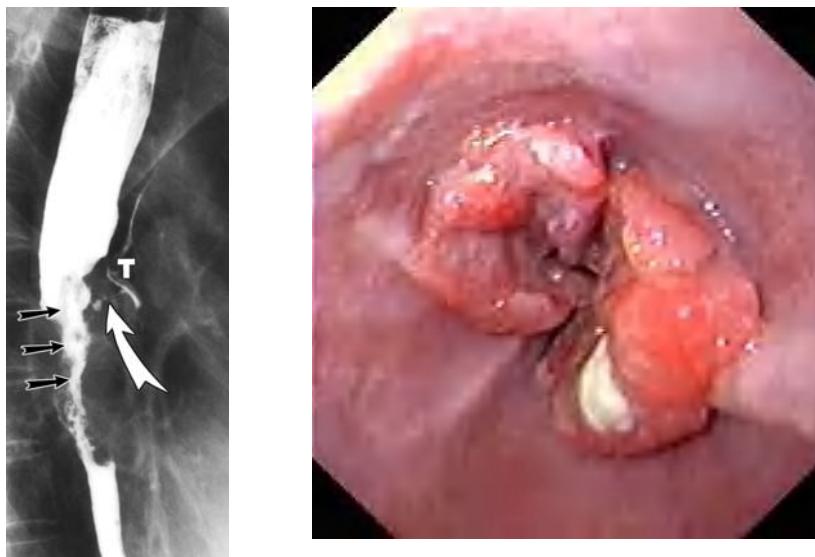
Là chỉ định bắt buộc nếu trên X-quang thực quản cho thấy có tổn thương khu trú. Qua nội soi, ung thư thực quản biểu hiện bằng hình ảnh khối u chồi vào lòng thực quản, bờ và loét bề mặt (hình 5).

2.2.3-CT scan (ngực và phần trên bụng):

Nhằm đánh giá mức độ xâm lấn, di căn hạch, di căn gan.

2.2.4-Siêu âm qua nội soi:

Là “tiêu chuẩn vàng” để đánh giá mức độ xâm lấn của u (độ chính xác 80-90%) và di căn hạch vùng (độ chính xác 70-80%). Sinh thiết chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm qua nội soi có thể đánh giá giai đoạn ung thư với độ chính xác trên 90%.



Hình 5- Hình ảnh ung thư thực quản trên X-quang và nội soi

2.2.5-PET scan:

Được xem là phương tiện đánh giá di căn hạch ngoài hạch vùng và di căn xa chính xác nhất.

2.2.6-Nội soi lồng ngực hay xoang bụng:

Có thể đánh giá giai đoạn ung thư với độ chính xác cao (trên 90%). Tuy nhiên, đây là phương pháp chẩn đoán “xâm lấn”.

2.2.7-Xét nghiệm CEA, CA 19-9, CA 125:

Có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp trong chẩn đoán xác định, phát hiện tái phát cũng như tầm soát ung thư thực quản.

2.2.8-Soi phế quản:

Được chỉ định khi BN có triệu chứng nuốt nghẹn kết hợp với triệu chứng hô hấp (viêm phổi tái diễn, sặc, khó thở, thở rít...) nhằm loại trừ khả năng khối u xâm lấn khí-phế quản.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Ung thư thực quản cần được chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác của thực quản có triệu chứng nuốt nghẹn:

- Rối loạn vận động thực quản nguyên phát: co thắt tâm vị (achalasia), co thắt thực quản.
- U lành tính của thực quản (chiếm 0,5-0,8% bướu tân sinh của thực quản)
- Màng ngăn thực quản
- Túi thừa thực quản
- Sẹo hẹp thực quản do nhiệt, hoá chất, chiết xạ...
- Các khối từ bên ngoài chèn vào thực quản (phình động mạch chủ ngực, u trung thất, ung thư phế quản, thoát vị khe hoành...)

- Viêm thực quản (do nấm candida, Herpes simplex virus)
- Tai biến mạch máu não

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Khi một BN nhập viện vì triệu chứng nuốt nghẹn, cần khai thác kỹ bệnh sử (tập trung khai thác tính chất của nuốt nghẹn và sụt cân), thăm khám lâm sàng (chú ý toàn trạng và các dấu hiệu di căn xa).

X-quang thực quản bao giờ cũng được chỉ định trước tiên. Đây là một phương tiện chẩn đoán đơn giản, rẻ tiền, đồng thời cung cấp nhiều thông tin có giá trị về “con đường” thực quản. Nếu có tồn thương khu trú, nội soi thực quản và sinh thiết được chỉ định tiếp theo. Nếu nghi ngờ rối loạn vận động cơ năng của thực quản, có thể chỉ định áp lực kế thực quản, đo pH thực quản 24 giờ...

Nội soi là phương tiện duy nhất chẩn đoán xác định ung thư thực quản. Nếu chẩn đoán đã được khẳng định, bước tiếp theo là đánh giá giai đoạn của ung thư thực quản. CT ngực và phần trên bụng thường được chỉ định, cũng như PET scan. Nếu nghi ngờ khối u xâm lấn khí-phế quản, cần thiết phải nội soi phế quản. CT não, xạ hình xương có thể được chỉ định nếu như nghi ngờ có di căn xa.

Nội soi lồng ngực hay xoang bụng là phương tiện đánh giá giai đoạn có tính cách xâm lấn, thường được thực hiện ngay trước cuộc phẫu thuật, nếu như CT và các phương tiện đánh giá giai đoạn khác chưa cho kết luận đáng tin cậy..

2.5-Đánh giá giai đoạn (theo AJCC):

Khối u:

- Tis: carcinoma in situ
- T1: carcinoma xâm lấn tới lớp cơ niêm hay dưới niêm nhưng chưa qua khỏi lớp dưới niêm
- T2: carcinoma xâm lấn tới nhưng chưa qua khỏi lớp cơ
- T3: carcinoma xâm lấn lớp mạc quanh thực quản nhưng chưa xâm lấn vào các tạng lân cận
- T4: carcinoma xâm lấn vào các tạng lân cận

Hạch:

- N0: chưa di căn hạch vùng
- N1: có di căn hạch vùng

Di căn xa:

- M0: chưa di căn xa.
- M1a: khối u thực quản ngực trên di căn hạch cổ, khối u thực quản ngực dưới di căn hạch thân tạng
- M1b: di căn hạch ngoài hạch vùng hay di căn xa

Đánh giá giai đoạn ung thư thực quản theo AJCC (bảng 2)

Giai đoạn	T	N	M
0	is	0	0
I	1	0	0
IIA	2	0	0

	3	0	0
<i>IIB</i>	1	1	0
	2	1	0
<i>III</i>	3	1	0
	4	Bất kỳ	0
<i>IVA</i>	Bất kỳ	Bất kỳ	<i>M1a</i>
<i>IVB</i>	Bất kỳ	Bất kỳ	<i>M1b</i>

3-Điều trị:

3.1- Phẫu thuật cắt thực quản:

Có ba phương pháp chính: cắt thực quản mở ngực, cắt thực quản không mở ngực và cắt thực quản nội soi. Có hai loại phẫu thuật cắt thực quản mở ngực: phẫu thuật Ivor-Lewis (miệng nối nằm trong lồng ngực) và phẫu thuật ba-vùng (miệng nối nằm ở cổ). Chưa có phương pháp phẫu thuật nào chứng tỏ tính ưu việt hơn các phương pháp còn lại.

Sau khi thực quản đã được cắt, dạ dày là tạng thường được chọn để tái tạo lại thực quản. Nếu phẫu thuật viên muốn bảo tồn chức năng dạ dày (chứa đựng và tiêu hóa thức ăn), đại tràng (phải hay trái) có thể được chọn để tái tạo lại thực quản. Khi được dùng để tái tạo thực quản, đại tràng có nguy cơ thiếu máu nhiều hơn so với dạ dày. Do đó, việc bảo tồn các mạch máu nuôi của đại tràng (cũng như của dạ dày) khi tiến hành tái tạo là bước rất quan trọng trong cuộc phẫu thuật.

Trong phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực (transhiatal esophagectomy), dạ dày được di động qua đường mở bụng trên, thực quản được di động tách khỏi các tạng trung thất khác qua khe thực quản của cơ hoành mà không phải mở ngực, và dạ dày sau đó được lên qua trung thất sau để nối với thực quản cổ.

Phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực có các lợi điểm sau: bờ cắt trên cách xa khối u, không có biến chứng của miệng nối trong lồng ngực và giảm bớt sang chấn phẫu thuật. Bất lợi của phẫu thuật: không lấy được hạch và không quan sát được trực tiếp khả năng dính của thực quản vào cấu trúc chung quanh.

Mặc dù phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực có thể được chỉ định cho bất kỳ khối u ở vị trí nào, chỉ định thích hợp nhất cho phẫu thuật này là ung thư phần cuối thực quản và ung thư vùng nối thực quản-dạ dày. Một số bệnh lý không ác tính nhưng ở giai đoạn cuối của thực quản cũng có chỉ định cắt thực quản không mở ngực, thí dụ chít hẹp thực quản do bẩm, do bệnh trào ngược thực quản, co thắt tâm vị...

Phẫu thuật Ivor-lewis cho phép quan sát và bóc tách thực quản trực tiếp qua đường mở ngực bên phải kèm theo lấy các hạch di căn. Việc có nạo hạch hay không trong phẫu thuật ung thư thực quản còn đang bàn cãi. Cho đến ngày nay, tiên lượng sống lâu dài của BN được phẫu thuật Ivor-Lewis và BN được phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực là ngang nhau.

Bất lợi của phẫu thuật Ivor-Lewis: nguy cơ xảy ra biến chứng hô hấp sau mổ cao hơn, nguy cơ xì dò miệng nối nằm trong trung thất (5%).

Phẫu thuật Ivor-Lewis được cân nhắc đến khi nghi ngờ có sự dính của thực quản vào cấu trúc chung quanh.

Phẫu thuật ba vùng có kỹ thuật tương tự như phẫu thuật Ivor-Lewis nhưng kết hợp thêm bóc tách di động thực quản cổ và miệng nối không nằm trong trung thất mà ở cổ.

Chuẩn bị trước mổ: BN bị ung thư thực quản hầu hết đều ở trạng thái suy dinh dưỡng nặng, do đó tăng cường dinh dưỡng là khâu chuẩn bị then chốt, quyết định đến sự

thành công của cuộc phẫu thuật (bảng 3). BN cần được đánh giá chức năng hô hấp và tim mạch trước mổ. Các bệnh lý về hô hấp và tim mạch, nếu có, cần được điều trị tích cực. Chuẩn bị sẵn máu và các phương tiện hồi sức cấp cứu khác (máy thở). Chuẩn bị tốt đại tràng nếu như cuộc mổ dự trù khả năng tạo hình thực quản bằng đại tràng. Chuẩn bị tốt đoạn thực quản phía trên khối u nếu có sự út đọng (đặt thông bơm rửa). Thông dạ dày được đặt trước mổ. Kháng sinh dự phòng luôn cần thiết để làm giảm nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu.

<i>Tăng cường dinh dưỡng</i>
<i>Điều trị các bệnh lý nội khoa, đặc biệt bệnh lý hô hấp và tim mạch</i>
<i>Tập vật lý trị liệu hô hấp</i>
<i>Chuẩn bị máu (2-4 đơn vị)</i>
<i>“Vệ sinh” đoạn thực quản trên khối u</i>
<i>Chuẩn bị đại tràng</i>
<i>Kháng sinh dự phòng</i>
<i>Thông dạ dày</i>
<i>Thông tiểu</i>
<i>Đặt catheter động mạch quay theo dõi áp lực động mạch. Ít khi cần đến đường truyền tĩnh mạch trung ương</i>
<i>Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ: heparin 5000 UI TDD khi bắt đầu dẫn mê, băng ép hai chi dưới.</i>
<i>Thông khí quản (thông phế quản đối với phương pháp cắt thực quản mở ngực)</i>

Bảng 3- Chuẩn bị trước mổ ung thư thực quản

Chăm sóc sau mổ:

- Cân nhắc đến chỉ định hỗ trợ hô hấp một thời gian sau mổ.
- Lưu BN trong phòng chăm sóc đặc biệt 2-3 ngày đầu sau mổ. Chú ý phát hiện sớm các biến chứng hô hấp và tim mạch.
- Cho ăn qua thông hống tràng từ ngày hậu phẫu thứ nhất
- Ngày hậu phẫu 6 kiểm tra miệng nối: cho BN uống một vài ngụm nước: nếu dẫn lưu không ra dịch thì rút dẫn lưu và cho BN bắt đầu ăn qua đường miệng. Nếu ống dẫn lưu ra dịch: lưu ống dẫn lưu, tiếp tục nuôi ăn qua thông hống tràng cho đến khi lỗ dò lành. Nếu miệng nối nằm trong lòng ngực (phẫu thuật Ivor-Lewis): chụp X-quang kiểm tra miệng nối. Thuốc cản quang phải là loại tan trong nước.
- Thời gian nằm viện trung bình: 9-14 ngày.
- Thông hống tràng có thể lưu lại cho đến lần tái khám sau đó.

Biến chứng phẫu thuật:

- Thường gặp nhất là suy hô hấp do xẹp phổi, viêm phổi, tràn dịch màng phổi
- Nhồi máu cơ tim, loạn nhịp tim
- Xì, dò miệng nối
- Dò duodenal chắp do tổn thương ống ngực
- Viêm trung thất (phẫu thuật Ivor-Lewis).

Di chứng:

- Hẹp miệng nối
- Viêm thực quản trào ngược

Xạ trị, hoá trị bô túc trước hay sau phẫu thuật không làm thay đổi tiên lượng sống của BN.

Đây là phẫu thuật lớn, tỉ lệ biến chứng và tử vong cao (biến chứng phẫu thuật 25-40%, tử vong 3-10%), do đó cần phải cân nhắc giữa điều trị phẫu thuật và không phẫu thuật trước tất cả BN bị ung thư thực quản.

Chóng chỉ định phẫu thuật:

- Di căn hạch thượng đòn trái, hạch tạng, di căn xa
- Khỏi u xâm lấn vào các cấu trúc lân cận
- BN mắc các bệnh lý nội khoa nặng, thể tích khí thở ra tối đa trong giây đầu nhỏ hơn 1 lít, phân suất tổng máu thất trái nhỏ hơn 40%.

3.2-Hoa tri:

Không có tác dụng điều trị triệt căn.

3.3-Xa tri:

Ít được chỉ định, đặc biệt khối u ở giai đoạn IV, vì có nguy cơ gây dò thực quản-trung thất.

3.4-Các thủ thuật điều trị có tính cách chuyên giảm khác:

- Nội soi thực quản , đặt stent xuyên qua u
- Nội soi thực quản, nong thực quản bằng bóng bơm hơi
- Nội soi thực quản, huỷ khối u bằng nhiệt điện hay bằng tia laser

3.5-Chỉ định:

3.5.1-Ung thư thực quản giai đoạn I,II,III (trừ T4):

Phẫu thuật cắt thực quản vẫn là lựa chọn trước tiên, nếu toàn trạng BN cho phép. Hoá trị kết hợp với xạ trị dành cho những BN chống chỉ định phẫu thuật.

3.5.2-Ung thư thực quản T4 và giai đoạn IV:

Mục đích điều trị: làm chuyên giảm các triệu chứng và biến chứng.

Các phương pháp sau có thể được cân nhắc đến:

- Nội soi thực quản , đặt stent xuyên qua u
- Nội soi thực quản, nong thực quản bằng bóng bơm hơi
- Nội soi thực quản, huỷ khối u bằng nhiệt, điện hay bằng tia laser
- Xạ trị chuyên giảm: có thể làm khối u nhỏ lại nhưng có nguy cơ dẫn đến dò thực quản-khí quản
- Hoá trị chuyên giảm

3.6-Kết quả và tiên lượng:

Tỉ lệ sống 5 năm:

- Giai đoạn I: 50-94%
- Giai đoạn II: 15-65%
- Giai đoạn III: 6-23%

- o Giai đoạn IV: nhỏ hơn 5%

Thời gian sống trung bình của BN bị ung thư thực quản: 9 tháng

4-Tầm soát ung thư thực quản:

Khó tầm soát do:

- o Ung thư thực quản là bệnh lý ung thư không phổ biến
- o Các triệu chứng chỉ xuất hiện trong giai đoạn muộn

BN bị viêm thực quản do trào ngược:

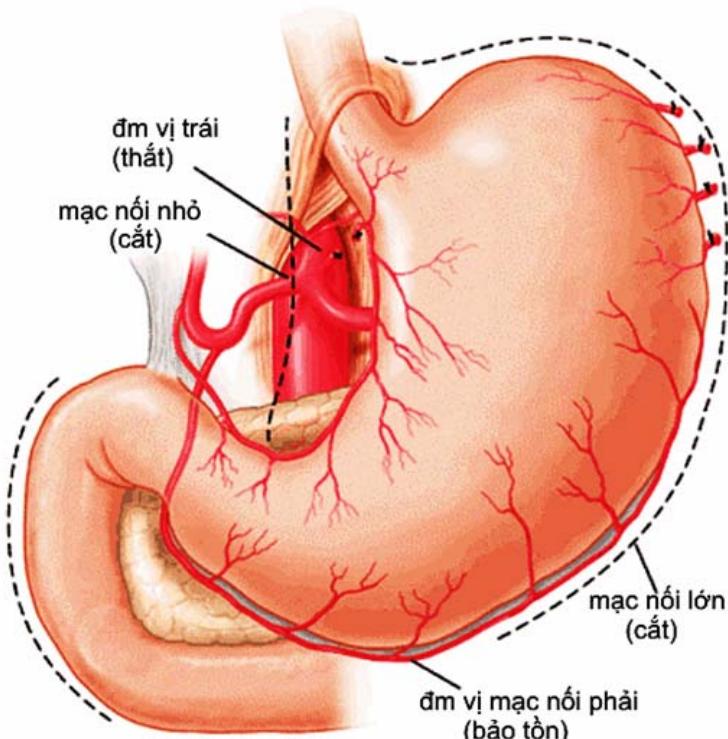
- o Điều trị nội khoa tích cực
- o Soi thực quản định kỳ mỗi 1-2 năm

BN có tổn thương thực quản Barrett:

- o Dị sản: nội soi thực quản kèm sinh thiết mỗi 12-24 tháng.
- o Loạn sản nặng (adenocarcinoma hiện diện trong 40% các trường hợp): có hai lựa chọn:
 - Nội soi thực quản kèm sinh thiết mỗi 3-4 tháng
 - Phẫu thuật: cắt thực quản, nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm

4-Kỹ thuật phẫu thuật:

4.1-Phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực (Transhiatal Esophagectomy):



BN, được gây mê toàn thân, nằm ngửa trên bàn mổ, hai tay khép dọc thân mình. Một gối nhỏ được độn giữa hai vai. Đầu quay sang phải. Cổ hơi ngửa ra sau. Rửa và sát trùng da từ tai trái xuống cổ trái, ngực, bụng đến xương mu. Ở ngực, rửa và sát trùng ra hai bên túi đường nách giữa. Đặt thông dạ dày, thông tiêu và một catheter động mạch quay.

Khi vào xoang bụng, tìm kiếm các di căn trong xoang bụng. Nếu có di căn xa, mở dạ dày ra da và kết thúc cuộc mổ.

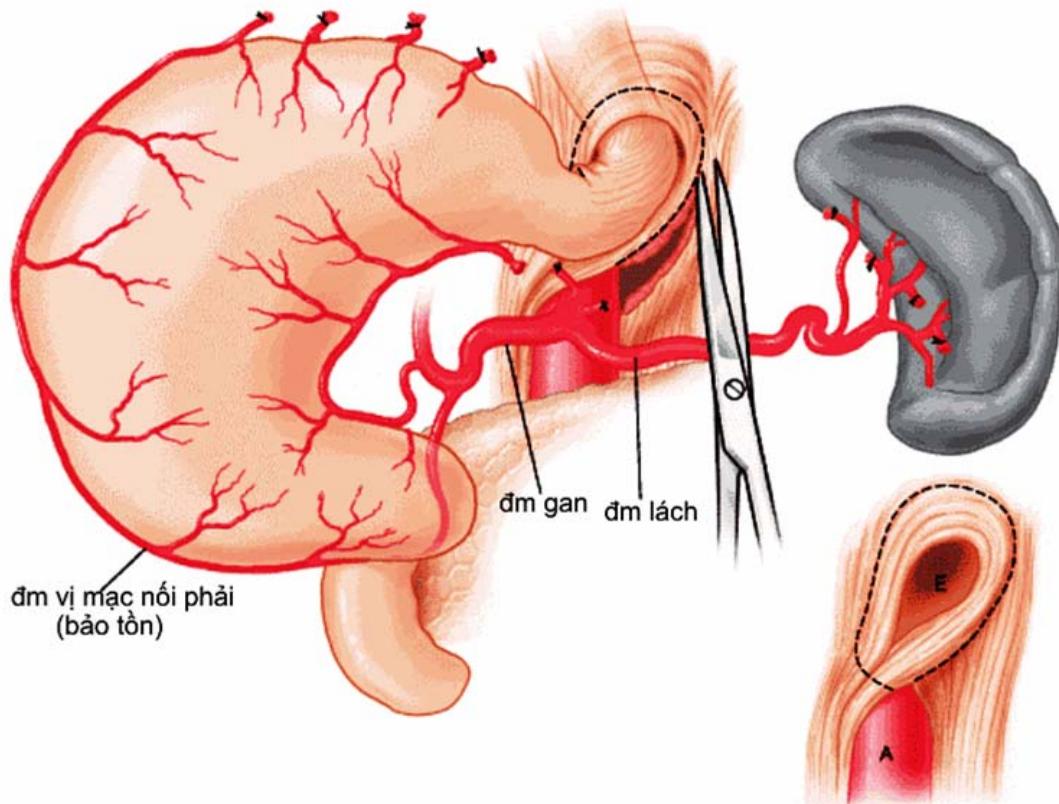
Rạch mạc nối gan vị. Rạch dây chằng tam giác trái, di động và vén thuỷ gan trái sang phải. Rạch phúc vòng quanh thực quản, từ trụ hoành phải sang trụ hoành trái. Bộc lô thực quản tâm vị. Luồn một Penrose qua thực quản tâm vị. Kéo nhẹ thực quản tâm vị lên trên và sang phải để quan sát các nhánh của động mạch vị ngắn cung cấp máu cho đáy vị và tâm vị.

Cắt mạc nối lớn để di động dạ dày phía bờ cong lớn, từ môn vị lên tâm vị. Tìm và bảo tồn bó mạch vị mạc nối phải trên suốt đường đi của nó. Mép cắt của mạc nối lớn phải cách bó mạch vị mạc nối phải 1 cm. Thao tác nhẹ nhàng để không làm tổn thương mạch máu, đặc biệt là tĩnh mạch.

Đặt một miếng gạc phía sau lách để nâng lách lên, vừa tạo thuận lợi cho việc di động bờ cong lớn, vừa hạn chế nguy cơ tổn thương lách.

Khi rạch mạc nối lớn tới rốn lách, kéo nhẹ dạ dày sang phải, tìm và thắt các nhánh vị ngắn. Vị trí thắt các nhánh vị không sát bờ cong lớn dạ dày. Tiếp tục thắt các nhánh vị ngắn ở vùng đáy vị.

Trong quá trình di động không dùng bất cứ kẹp nào để kẹp dạ dày. Khi quá trình di động bờ cong lớn lên đến tâm vị, tiếp tục di động tâm vị và đoạn thực quản cuối.

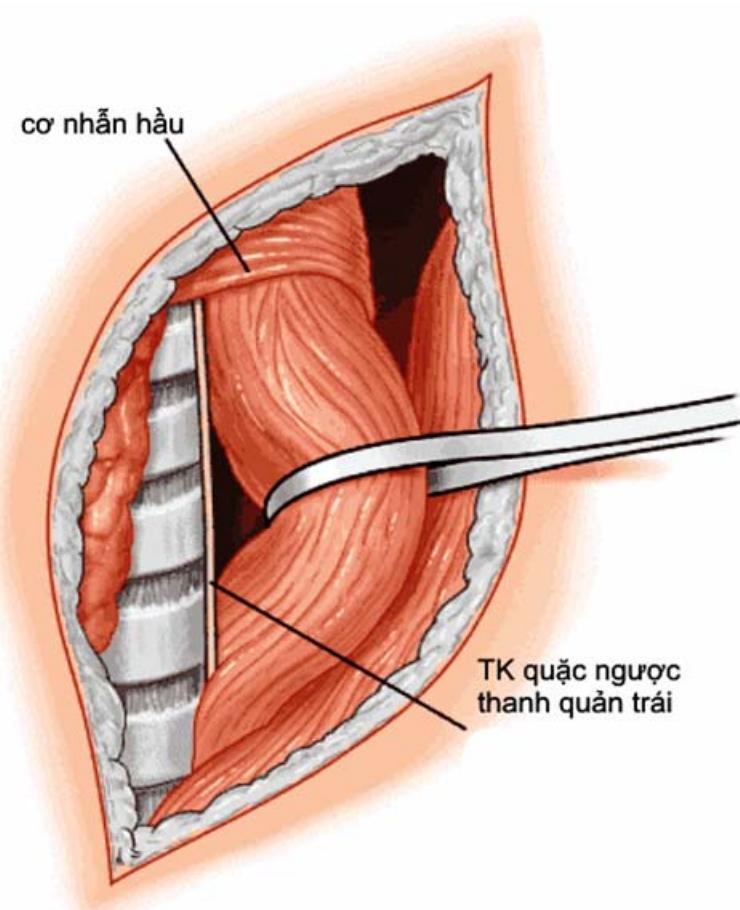


Khi bờ cong lớn đã được di động hoàn toàn, lật dạ dày sang phải, quan sát hậu cung mạc nối, bờ trên tuy và các nhánh của động mạch thân tạng. Tìm và thắt động mạch vị trái. Tới gian đoạn này, toàn bộ hai bờ cong dạ dày đã được di động.

Di động tá tràng bằng thủ thuật Kocher. Thanh cơ môn vị được rạch 2-3 cm trên dạ dày và 0,5 cm trên tá tràng. Nếu niêm mạc bị thủng, khâu chỗ thủng bằng các mũi khâu rời chỉ đơn sợi 4-0 hay 5-0.

Mở hổng tràng ra da là bước cuối cùng trong thi bụng. Vị trí mở hổng tràng cách góc Treitz khoảng 30 cm.

Rạch da cổ trái 4-6 cm dọc bờ trước cơ úc đòn chũm. Tiếp tục cắt cơ bám da cổ, cơ nhị thân (ở phần gân). Vén bao cảnh sang phải, bóc tách đến mạc trước cột sống. Thắt tĩnh mạch giáp dưới. Tìm thần kinh quắc ngược, bóc tách khe giữa thực quản và khí quản. Cho một ngón tay vào khe thực quản. Dùng kẹp vuông góc (right angle) bóc tách từ bờ trái thực quản ra sau thực quản để định vào đầu múp ngón tay nằm trong rãnh thực khí quản. Thao tác này giúp bộc lộ thực quản mà không làm tổn thương khí quản và thần kinh quắc ngược. Luồn Penrose qua thực quản. Tiếp tục bóc tách bằng ngón tay để di động thực quản cho đến ngõ ra lồng ngực.



Nong rộng khe thực quản của cơ hoành (có thể cắt trụ trái cơ hoành). Dùng banh vén Harrington đưa vào khe và vén lên trên. Kéo Penrose ôm quanh phần tâm vị xuống dưới. Hai động tác này sẽ bộc lộ đoạn cuối thực quản ngực.

Di động thực quản lên tới mức carina bằng cách bóc tách các mô liên kết lỏng lẻo quanh thực quản. Các mạch máu nhỏ được đứt bằng dao điện hay dao siêu âm. Thần kinh X được cắt ngang.

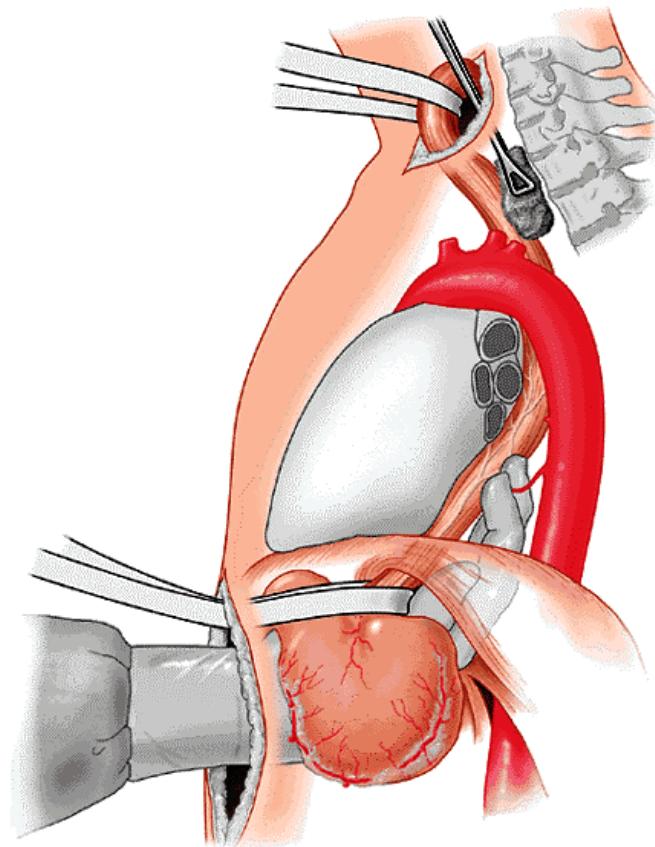
Thao tác trong giai đoạn di động thực

quản ngực dưới mức carina được tiến hành dưới sự quan sát trực tiếp.

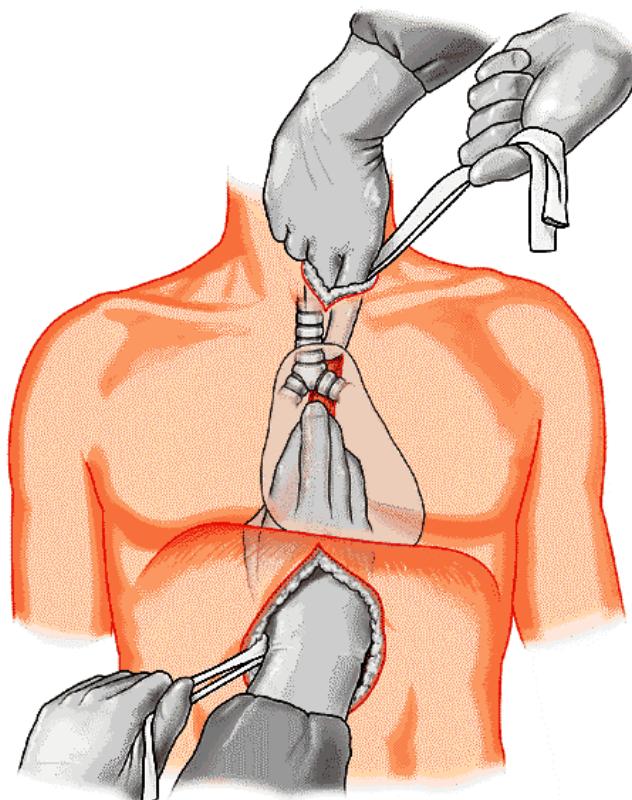
Đoạn thực quản ngực từ vị trí carina lên đến ngõ ra lồng ngực được bóc tách “mù”.

Việc bóc tách mặt sau thực quản tương đối dễ dàng. Đưa các ngón tay của bàn tay phải từ xoang bụng lên, qua khe thực quản của cơ hoành. Các ngón tay ôm sát thực quản. Đầu các ngón bóc tách mô liên kết lỏng lẻo giữa mặt sau thực quản và mạc trước cột sống. Các ngón tay di động theo hướng nâng thực quản ra phía trước.

Việc bóc tách mặt sau thực quản từ trên cổ xuống được thực hiện bằng miếng gạc nhỏ giữ trong đầu kẹp trái tim. Đầu các ngón của bàn tay phải trong ngực định hướng đường đi của miếng gạc.



Sau khi di động toàn bộ mặt sau thực quản ngực, luồn một ống dẫn lưu trung thất kích cỡ Fr 28 từ cổ xuống bụng qua trung thất để theo dõi lượng máu chảy trong quá trình bóc tách mặt trước.



Bằng kỹ thuật tương tự, bóc tách mặt phẳng giữa mặt trước thực quản và khí quản (và phế quản gốc trái) từ dưới lên bằng các ngón của bàn tay phải. Dùng đầu tù của một ống hút cong (được dùng thay cho miếng gạc kẹp trong đầu kẹp trái tim) hay ngón tay của bàn tay trái để bóc tách từ trên xuống.

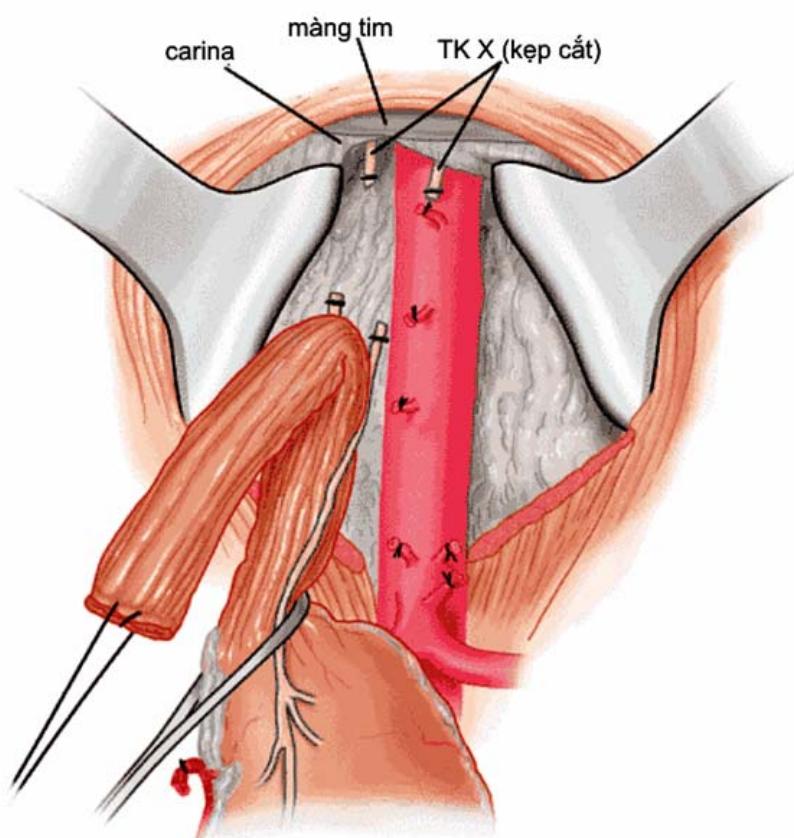
Khi quá trình bóc tách từ trên xuống và từ dưới lên gặp nhau, tiếp tục bóc tách sang hai bên. Giai đoạn bóc tách sang hai bên để di động thực quản ngực phần trên là nguy hiểm nhất. Tĩnh mạch đơn có thể bị tổn thương khi bóc tách sang phải. Tĩnh mạch phổi dưới có thể bị tổn thương khi bóc tách sang trái.

Rút thông dạ dày cho đến lúc đầu thông ở mức sụn nhẫn. Kẹp cắt ngang thực quản cổ (bên dưới cơ nhẫn hâu khoảng 6 cm) bằng stapler.

Thực quản được rút xuống bụng. Quan sát tình trạng chảy máu từ trung thất. Rút ống dẫn lưu trung thất.

Bơm cho phổi nở và quan sát màng phổi trung thất xem có bị rách. Dẫn lưu kín xoang màng phổi bên có rách màng phổi trung thất.

Nhét một gạch mảnh vào trung thất từ khe thực quản của cơ hoành và từ ngõ ra lồng ngực.



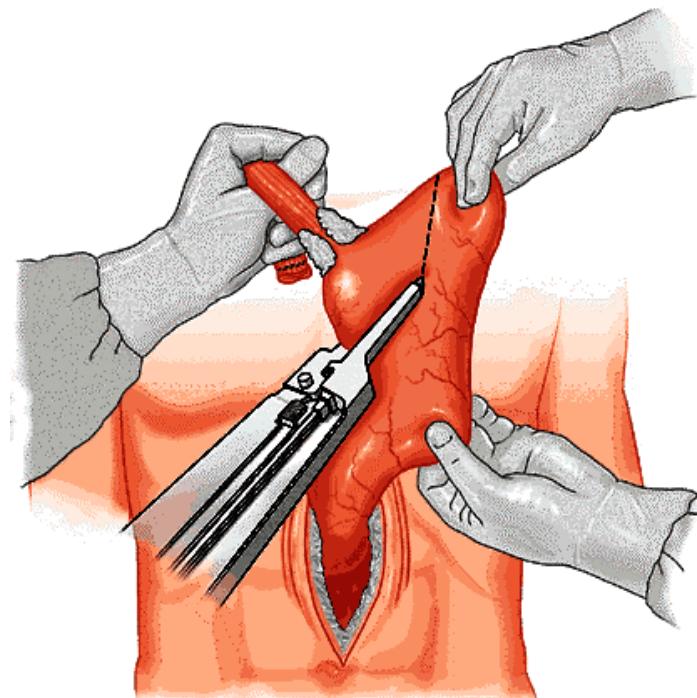
Căng nhẹ dạ dày để dạ dày trai ra theo chiều dọc của nó. Dùng stapler cắt chéo từ bờ cong nhỏ sang phía đáy vị. Mép cắt cách tâm vị 4-6 cm. Sinh thiết lạnh mép cắt để chắc chắn không có tế bào ác tính. Khâu đóng mỏm dạ dày bằng các mũi Lambert. Dạ dày giờ đây có hình của một ống thẳng. Rút gạc trung thất. Đưa ống dạ dày qua trung thất lên cổ (không lôi kéo ống dạ dày). Chú ý tránh làm xoắn ống dạ dày. Khâu lại khe thực quản của cơ hoành. Kiểm tra cầm máu trong xoang bụng và

đóng bụng.

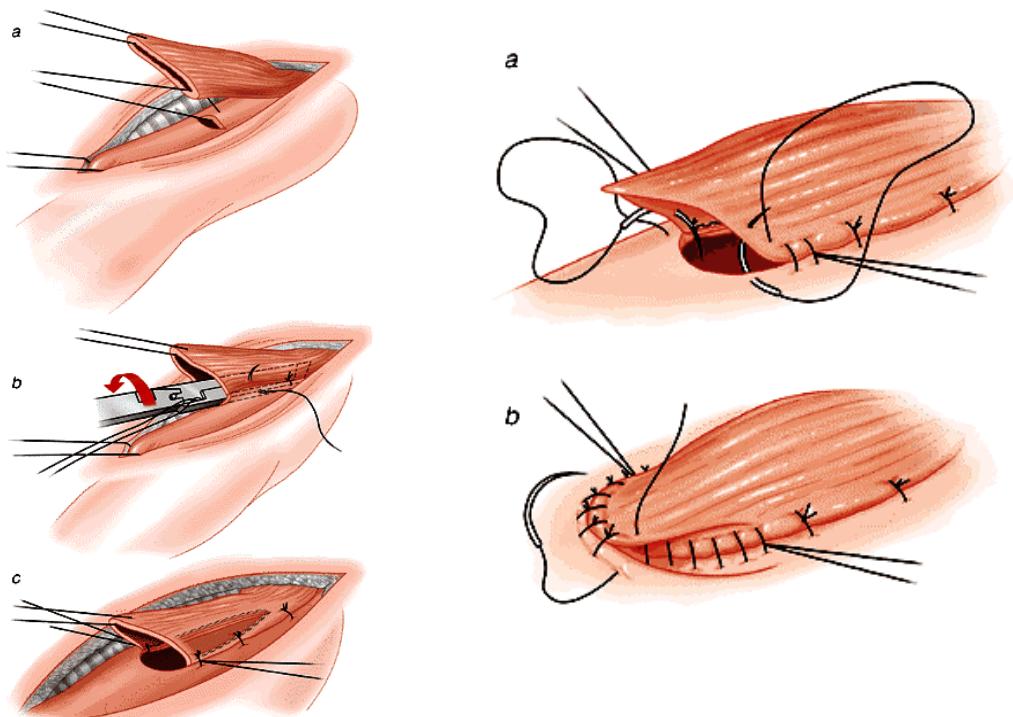
Khâu nối ống dạ dày và thực quản cổ là khâu quan trọng nhất. Nó quyết định kết quả hậu phẫu.

Trước khi khâu các mũi khâu đóng miệng nối cuối cùng, đưa thông dạ dày qua miệng nối. Cố định thông dạ dày vào cánh mũi. Một ống dẫn lưu mềm nhỏ được đặt cạnh và

bên dưới miệng nói. Sau mổ ống dẫn lưu được nối với hệ thống hút kín. Chụp X-quang phổi ngay trên bàn mổ để kiểm tra lại vị trí của các ống dẫn lưu và đánh giá tình trạng xoang màng phổi hai bên. Chỉ rút ống thông khí quản khi đã chắc chắn rằng sẽ không có khả năng phải đặt lại nó. Việc đặt lại thông khí quản với tư thế cổ ngửa có thể làm bung miệng nói.

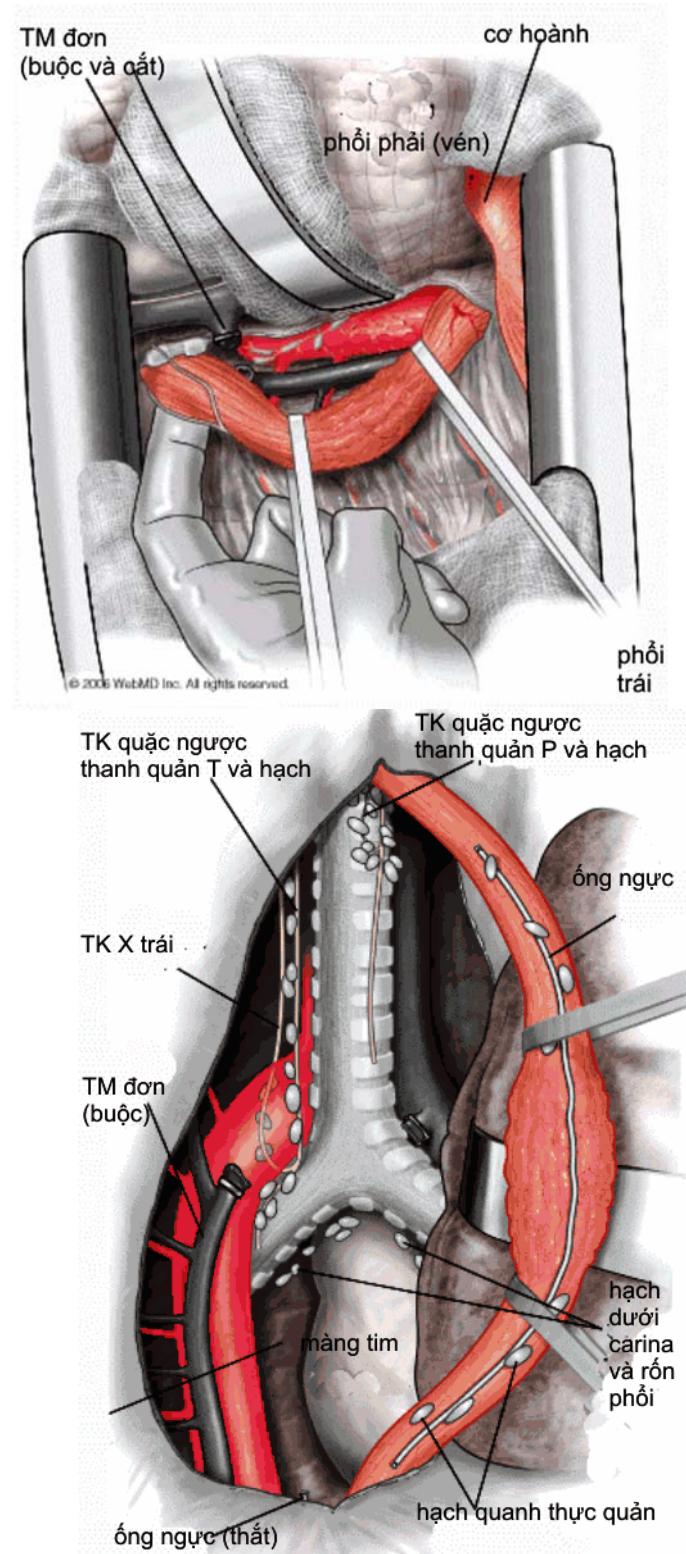


Trong 1-2 ngày hậu phẫu đầu, khi BN còn nằm trên giường bệnh và chưa hợp tác tốt, đặt hai gối dưới đầu BN để cho cổ luôn ở tư thế gấp.



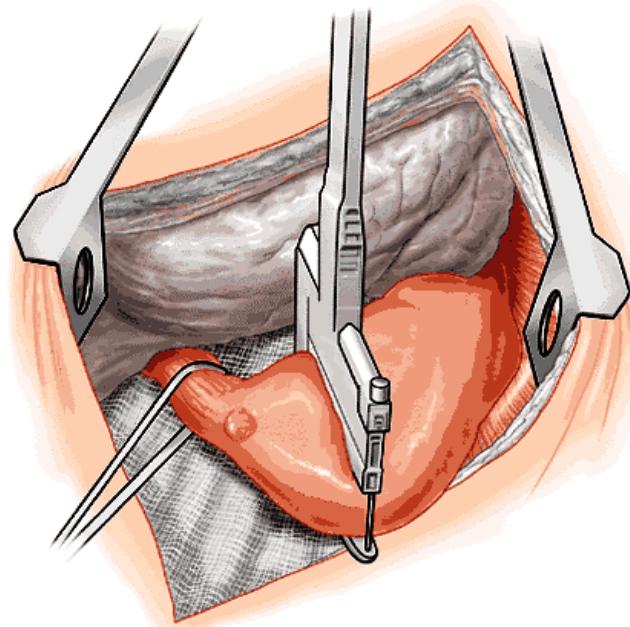
4.2-Phẫu thuật Ivor-Lewis:

Kỹ thuật di động dạ dày và phần cuối thực quản trong phẫu thuật Ivor-Lewis tương tự như trong phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực. Sau khi đã di động xong dạ dày, đóng bụng, nghiêng BN sang bên trái, rửa và trải lại khăn mổ. Bắt đầu cho thông khí một bên phổi (phổi trái). Mở ngực phải qua khoang liên sườn 5 hay 6. Cắt dây chằng phổi dưới, vén phổi lên trên. Buộc và cắt tĩnh mạch đơn.

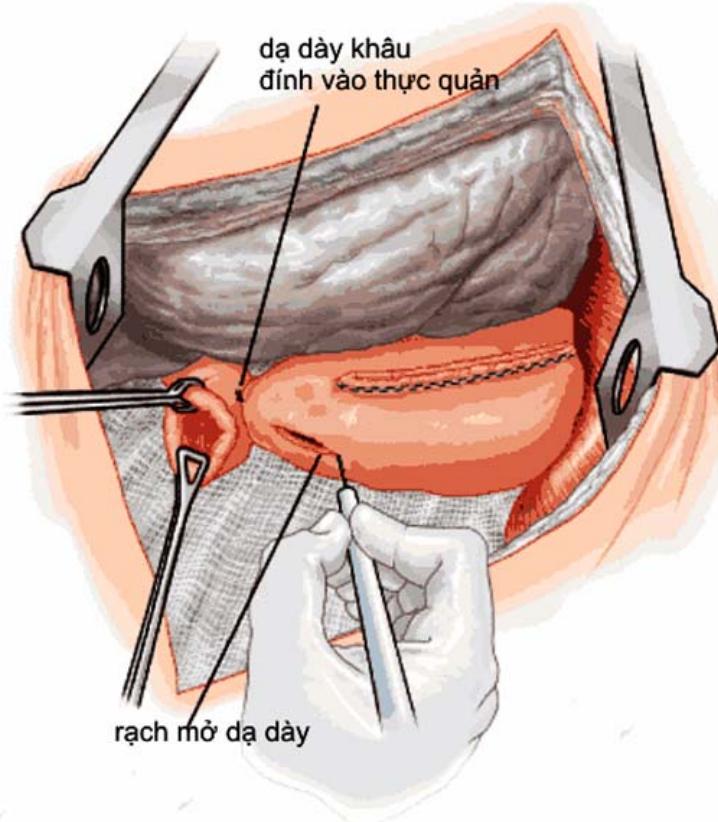


Xé màng phổi trung thất. Chú ý đường xé màng phổi nên đi gần phế quản gốc phổi và màng tim để tránh phạm phải ống ngực. Di động thực quản từ cơ hoành cho đến đoạn phía trên tĩnh mạch đơn. Lớp mô mềm giữa thực quản và động mạch chủ ở phía sau và giữa thực quản và khí quản và màng tim ở phía trước cũng được lấy nguyên khối với thực quản, cũng như các hạch quanh thực quản và dưới carina. Luồn một Penrose vòng quanh thực quản đoạn phía trên tĩnh mạch đơn.

Cắt mỏ khe thực quản của cơ hoành vào xoang bụng, kéo dạ dày lên trên. Khi kéo dạ dày chú ý không làm tổn thương cuống mạch vị mạc nối. Cắt ngang thực quản cách khối u tối thiểu 5 cm. Gói mép cắt làm sinh thiết lạnh. Bờ cắt dưới được thực hiện theo cách thức tương tự như trong phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực.



Khâu tăng cường mép cắt đã được đóng bằng stapler. Khâu đính mỏm dạ dày vào màng phổi bằng vài mũi khâu rời. Tiến hành khâu nối thực quản-ống dạ dày theo cách thức tương tự như đã mô tả trong phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực.



UNG THƯ TUYẾN DẠ DÀY

1-Đại cương:

Dạ dày được giới hạn ở phía trên bởi vùng nối thực quản-dạ dày (tương ứng với cơ thắt dưới thực quản) và ở phía dưới bởi môn vị (tương ứng với cơ thắt môn vị). Về mặt giải phẫu, dạ dày được chia thành các vùng chính sau đây: vùng tâm vị, vùng thân vị-phình vị và vùng hang vị

Dạ dày được cung cấp máu chủ yếu bởi động mạch thân tạng, thông qua bốn nhánh động mạch chính: động mạch vị trái, động mạch vị phải, động mạch vị mạc nối trái và động mạch vị mạc nối phải. Phần tâm vị và phình vị của dạ dày có thể được cấp máu bởi các nhánh nhỏ của động mạch dưới hoành. Tĩnh mạch vị trái và phải đổ trực tiếp vào tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch vị mạc nối trái đổ vào tĩnh mạch lách, tĩnh mạch vị mạc nối phải đổ vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

Dạ dày có một hệ thống dẫn lưu bạch mạch rất phong phú. Bạch dịch ở vùng $\frac{1}{4}$ trên phía bờ cong nhỏ dạ dày đổ về nhóm hạch trên dạ dày (bao gồm hạch vị trái và hạch cạnh tâm vị). Bạch dịch ở vùng $\frac{1}{4}$ trên phía bờ cong lớn dạ dày đổ về nhóm hạch tụy-lách. Bạch dịch ở vùng $\frac{1}{4}$ dưới phía bờ cong lớn dạ dày đổ về nhóm hạch dưới môn vị. Bốn nhóm hạch chính nói trên đổ về nhóm hạch thân tạng, sau đó tập trung vào ống ngực. Mặc dù phân định rõ ràng rồi bốn vùng dẫn lưu bạch mạch, khối u ở một vị trí bất kỳ trên dạ dày có thể di căn đến bất kỳ nhóm hạch nào trong lưu vực dạ dày.

Ung thư dạ dày:

- Là bệnh lý ác tính phổ biến (đứng hàng thứ hai tại Mỹ).
- Nhiều quốc gia châu Á (Triều Tiên, Trung Quốc, Nhật) có tần suất mắc bệnh rất cao.
- BN có độ tuổi 40-70. Tần suất mắc bệnh cao nhất ở 65 tuổi. Nam có tần suất mắc bệnh hơi cao hơn nữ.
- Ngay cả ở các nước phát triển, đa số BN nhập viện khi đã ở giai đoạn muộn (80% BN ở giai đoạn III,IV).

Phân loại ung thư dạ dày:

- Ung thư tuyến dạ dày (adenocarcinomas) chiếm 90-95%
- Lymphoma dạ dày phổ biến thứ nhì, sau adenocarcinomas (5%)
- Các loại ung thư dạ dày khác (ung thư tế bào vảy, adenocanthomas, u carcinoid, u mô đệm...) rất hiếm khi xuất hiện

Bài này chủ yếu đề cập đến ung thư tuyến dạ dày.

Các yếu tố nguy cơ của ung thư tuyến dạ dày:

- Nhiễm Helicobacter Pylori
- Lớn tuổi
- Nam giới
- Thuốc lá

- Chế độ ăn: ít rau và trái cây tươi; ăn nhiều thực phẩm bảo quản lâu ngày (muối, xông khói...)
- Polyp tuyến dạ dày
- Dị sản kiêu ruột non của dạ dày
- Viêm dạ dày mãn tính thê teo
- Viêm dạ dày phì đại (bệnh Ménétrier)
- Thiếu máu ác tính
- Gia đình có người bị ung thư dạ dày
- Bệnh đa polyp dạng tuyến có tính cách gia đình

Sự phân bố của ung thư tuyến dạ dày: 40% khối u ở 1/3 dưới dạ dày, 40% ở 1/3 giữa, 15% ở 1/3 trên, 5% lan rộng trên 2/3 dạ dày.

Giải phẫu bệnh:

- Về mặt đại thể, phân loại ung thư tuyến dạ dày theo Borrmann (1926) hiện tại vẫn còn giá trị, đặc biệt đối với các nhà nội soi. Theo Borrmann, ung thư tuyến dạ dày được phân thành 5 kiêu:
 - Kiêu 1: dạng chồi xùi
 - Kiêu 2: dạng loét, bờ gồ cao
 - Kiêu 3: dạng loét, bờ phẳng
 - Kiêu 4: dạng thâm nhiễm. Ung thư dạ dày thể limitis plastica được xếp vào kiêu này
 - Kiêu 5: ung thư dạ dày có đặc điểm khác bốn kiêu trên
- Về vi thể, adenocarcinomas có các loại tế bào sau (tăng dần theo mức độ ác tính): tế bào ống, tế bào nhú, tế bào nhầy, tế bào nhẵn, tế bào không biệt hóa.

Diễn tiến của ung thư tuyến dạ dày:

- Di căn: theo đường máu hay bạch mạch
- Xâm lấn:
 - Xâm lấn trên đại thể: giới hạn khối u được quan sát bằng mắt thường nhỏ hơn giới hạn thật sự của khối u
 - Xâm lấn vi thể: có sự hiện diện của tế bào ung thư trong hệ bạch mạch trên thành dạ dày ở khoảng cách khá xa tính từ giới hạn ngoài của khối u.
 - Xâm lấn vào các tạng lân cận: mạc nối, đại tràng ngang và mạc treo đại tràng ngang, tụy, tá tràng, cơ hoành là các tạng thường bị xâm lấn.
 - Gieo rắc trong xoang phúc mạc: một khi đã xâm lấn ra khỏi thanh mạc dạ dày, các tế bào ung thư thường gieo rắc tự do trong xoang bụng.

Biến chứng của ung thư dạ dày:

- Thủng khối u
- Gây nghẹt (tâm vị hay môn vị)
- Chảy máu

Tiên lượng của ung thư tuyến dạ dày phụ thuộc vào (theo AJCC: American Joint Commission on Cancer):

- Mức độ xâm lấn của khối u (T)
- Di căn hạch (N)
- Di căn xa (M)

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Triệu chứng cơ năng trong giai đoạn đầu rất mơ hồ, thường gặp nhất là triệu chứng sụt cân (62%) và đau bụng âm ỉ (52%).

Các triệu chứng khác:

- Nôn ói (32%)
- Chán ăn (32%)
- Khó nuốt (26%)
- Tiêu phân đen (20%)
- Suy mòn (17%)
- Đau giống như loét (17%)

Một tỉ lệ nhỏ BN nhập viện với các biến chứng (thủng, nghẹt môn vị, nghẹt tâm vị hay xuất huyết tiêu hoá).

Không có triệu chứng thực thể trong giai đoạn sớm của bệnh. Trong giai đoạn muộn, BN có thể có:

- Thiếu máu
- Khối u thượng vị
- Hạch thượng đòn trái (hạch Virchow)
- Hạch quanh rốn (hạch Sister Mary Joseph)
- Nhiễm cứng cùng đồ sau (mảng Blummer)
- U buồng trứng (u Brukenberg)
- Gan to
- Báng bụng
- Vàng da

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Có nhiều bệnh lý cần được chẩn đoán phân biệt với ung thư dạ dày (bảng 1), tùy vào triệu chứng cơ năng và thực thể khi thăm khám BN.

<i>Triệu chứng chính</i>	<i>Chẩn đoán phân biệt</i>
<i>Chán ăn, sụt cân</i>	<i>Ung thư gan</i> <i>Ung thư tụy</i>
<i>Thiếu máu, tiêu phân đen</i>	<i>Các u lành tính của dạ dày (polyp tuyến, polyp tăng sản, u cơ trơn)</i> <i>Loét dạ dày chảy máu</i>
<i>Đau bụng</i>	<i>Viêm dạ dày</i>

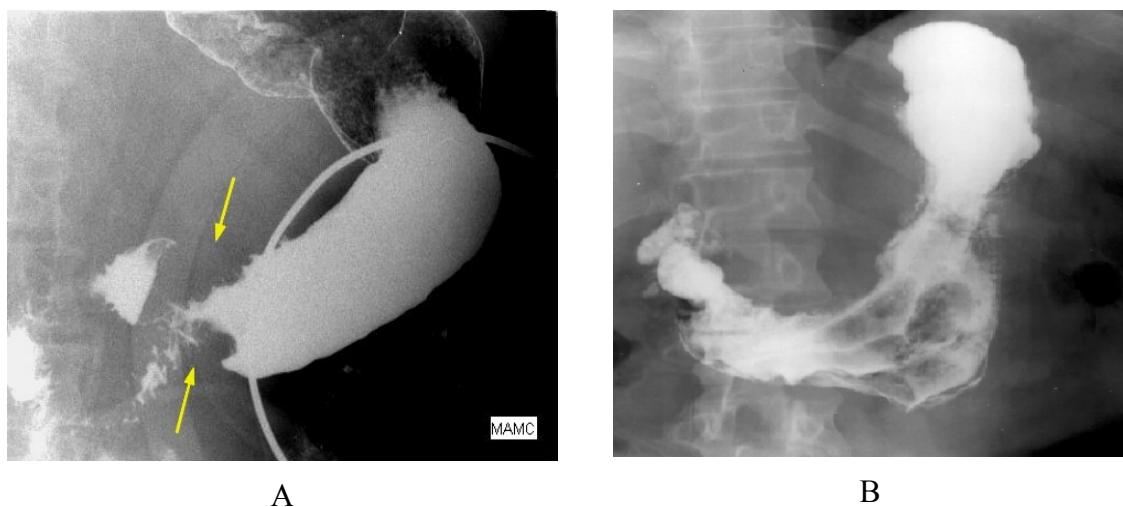
	<i>Mô tuy lạc chồi ở dạ dày Loét dạ dày-tá tràng Viêm tuy Cơn đau quặn mật</i>
<i>Đau bụng dữ dội</i>	<i>Thủng ổ loét dạ dày Viêm tuy cấp Nhồi máu mạc treo</i>
<i>Nôn ói, nuốt nghẹn</i>	<i>Nghẹt môn vị do loét Ung thư thực quản</i>
<i>Khỏi u bụng</i>	<i>Ung thư gan Ung thư tuy Ung thư đại tràng</i>
<i>Carcinomatosis</i>	<i>Di căn xoang phúc mạc từ các bệnh lý ác tính trong và ngoài xoang bụng</i>

*Bảng 1- Chẩn đoán phân biệt ung thư dạ dày***2.3-Chẩn đoán cận lâm sàng:**

Xét nghiệm: thiếu máu (42%), máu ẩn trong phân (40%), giảm protein huyết tương (26%), bất thường chức năng gan (26%).

CEA, AFP, CA 19.9: tăng trong giai đoạn muộn, do đó không có giá trị chẩn đoán sớm.

X-quang dạ dày với Barium: là phương tiện chẩn đoán hình ảnh cổ điển (hình 1). X-quang dạ dày với Barium không phân biệt ung thư dạ dày dạng loét với loét dạ dày lành tính. Mặc dù giá trị chẩn đoán ung thư dạ dày của X-quang dạ dày có thể lên đến 90%, X-quang dạ dày chỉ nên được chỉ định cho những BN có triệu chứng nghi ngờ nhưng không có các yếu tố nguy cơ.

*Hình 1- Hình ảnh ung thư dạ dày vùng hang vị (A) và hang-thân vị (B) trên X-quang dạ dày*

Nội soi dạ dày ống mềm có giá trị chẩn đoán cao nhất (độ chính xác 95%). Nếu sinh thiết nhiều vị trí và sinh thiết nhiều lần trên cùng một vị trí, độ chính xác có thể đạt 98%.

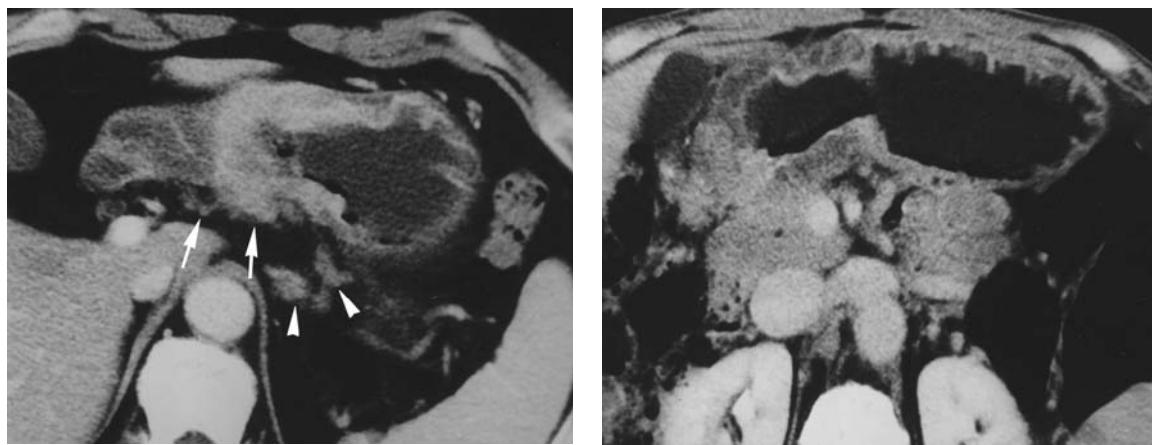
Siêu âm qua nội soi là phương tiện đánh giá chính xác mức độ xâm lấn của khối u trên thành dạ dày và di căn hạch lân cận. Siêu âm qua nội soi không có giá trị chẩn đoán di căn hạch xa hay di căn gan

CT (hoặc MRI): là phương tiện được chọn lựa để đánh giá giai đoạn ung thư dạ dày. Tuy nhiên, CT không có khả năng phát hiện các hạch di căn, các khối di căn gan hay xoang

phúc mạc có kích thước dưới 5 mm. Độ chính xác trong việc đánh giá giai đoạn ung thư của CT có thể thay đổi từ 25-86%.

Về mặt chẩn đoán, trên CT, với thuốc cản quang tĩnh mạch và trong lòng dạ dày, adenocarcinoma dạ dày có các hình ảnh sau (hình 2):

- Một chỗ dày lên khu trú ở thành dạ dày, có hay không kèm theo loét trên bề mặt.
- Một khối xùi vào lòng dạ dày
- Thành dạ dày dày lan toả, lòng dạ dày bị hẹp lại.



Hình 2- Hình ảnh ung thư dạ dày vùng hang vị T3 (A) và T4 (B) trên CT

Nội soi ổ bụng dành cho các di căn gan hay phúc mạc mà CT không phát hiện được. Nội soi ổ bụng kết hợp với siêu âm ngay trước khi phẫu thuật và rửa xoang bụng tìm tế bào ung thư là phương tiện chính xác nhất giúp phẫu thuật viên chọn lựa BN cho phẫu thuật triệt để.

2.4-Đánh giá giai đoạn (theo AJCC):

Khối u:

- Tis: carcinoma in situ.
- T1: carcinoma xâm lấn tới lớp cơ niêm hay dưới niêm mạc.
- T2: carcinoma xâm lấn tới lớp cơ (a) hay dưới thanh mạc (b)
- T3: carcinoma xâm lấn qua lớp thanh mạc nhưng chưa xâm lấn vào các tạng lân cận
- T4: carcinoma xâm lấn vào các tạng lân cận (gan trái, tuy, cơ hoành, đại tràng ngang, thành bụng, phúc mạc, ruột non, lách, tuyến thượng thận, thận).

Hạch:

- N0: chưa di căn hạch vùng
- N1: di căn 1-6 hạch vùng
- N2: di căn 7-15 hạch vùng
- N3: di căn hơn 15 hạch vùng

Di căn xa:

- M0: chưa di căn xa.
- M1: di căn xa

Đánh giá giai đoạn ung thư dạ dày theo AJCC (bảng 2):

Giai đoạn	T	N	M
0	is	0	0
IA	1	0	0
IB	1	1	0
	2a/b	0	0
II	1	2	0
	2a/b	1	0
	3	0	0
IIIA	2a/b	2	0
	3	1	0
	4	0	0
IIIB	3	2	0
IV	1-3	3	0
	4	1-3	0
	Bất kỳ	Bất kỳ	1

3-Điều trị:

3.1-Các phương pháp điều trị:

3.1.1-Phẫu thuật:

Phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo hạch được xem như là một phương pháp điều trị triệt căn duy nhất.

3.1.1.1-Cắt dạ dày:

Có ba phương pháp cắt dạ dày chính:

- Cắt bán phần dưới dạ dày
- Cắt bán phần trên dạ dày
- Cắt toàn bộ dạ dày

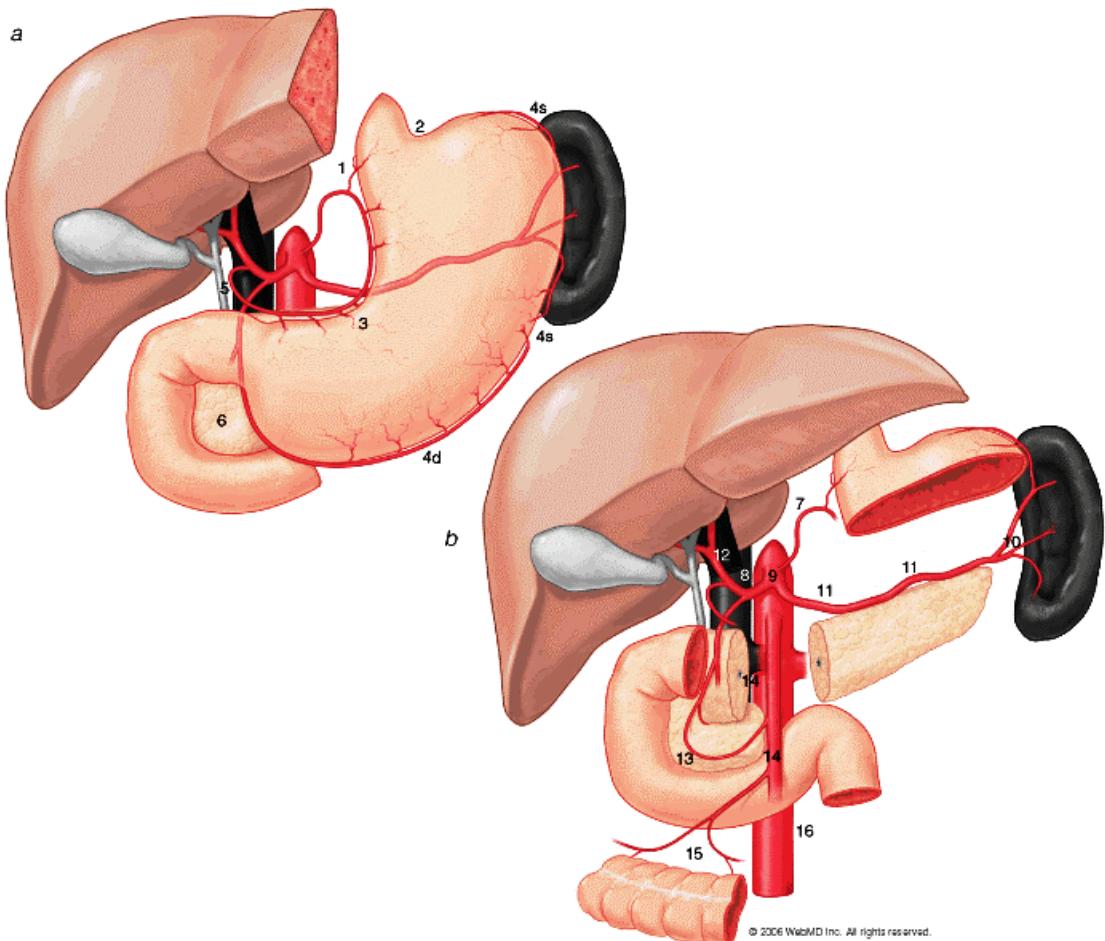
Việc cắt phần dạ dày có khối u phải đảm bảo sao cho bờ cắt không có tế bào ung thư. Để đảm bảo điều này, bờ cắt phải cách giới hạn của khối u 5-6 cm.

3.1.1.2-Nạo hạch:

Vấn đề nạo hạch hiện nay còn nhiều bàn luận. Theo phân loại carcinomas dạ dày của Nhật (JCGC-Jappannese Classification for Gastric Carcinoma), lưu vực hạch của dạ dày được phân làm 16 nhóm (được đánh số từ 1-16). Hạch di căn trong một nhóm bất kỳ có thể là hạch N1 đến N3 hay M tùy thuộc vào vị trí tương đối của nhóm hạch đó so với vị trí của khối u (hình 3, bảng 3).

Tùy cách phân nhóm hạch di căn nói trên, các phẫu thuật viên Nhật phân chia việc nạo hạch triệt căn trong ung thư dạ dày ra làm ba cấp độ:

- Nạo hạch cấp 1 (D1): lấy đi các hạch N1. Cụ thể: cắt dạ dày kèm nạo hạch D1 là cắt dạ dày kết hợp cắt bỏ toàn bộ mạc nối lớn và mạc nối nhỏ. Nếu bờ cắt dạ dày “sạch” (không có tế bào ung thư), phẫu thuật này còn được gọi là phẫu thuật triệt căn cấp 1 (phẫu thuật R1)



1-Cạnh tâm vị phải
2-Cạnh tâm vị trái
3-Bờ cong nhỏ
4sa-Vị ngăn
4sb-Vị-mạc nối trái
4d-Vị-mạc nối phải
5-Trên mòn vị
6-Dưới mòn vị

7-ĐM vị trái
8a-Gan chung trước
8p-Gan chung sau
9-ĐM thân tạng
10-Rốn lách
11p-Lách gần
11d-Lách xa
12a-Gan-tá tràng trái

14v-TM mạc treo tràng trên
14a-ĐM mạc treo tràng trên
15-Đại tràng giữa
16a1-Khe ĐM chủ
16a2, b1-Cạnh ĐM chủ, giữa
16b2-Cạnh ĐM chủ, dưới
12b,p-Gan-tá tràng sau
13-Sau tụy

Nhóm hạch	Giai đoạn di căn hạch		
	1/3 trên	1/3 giữa	1/3 dưới
1	1	1	2
2	1	3	M
3	1	1	1
4sa	1	3	M
4sb	1	1	3
4d	2	1	1
5	3	1	1
6	3	1	1
7	2	2	2
8a	2	2	2
8p	3	3	3
9	2	2	2
10	2	3	M
11p	2	2	2
11d	2	3	M
12a	3	2	2

<i>12b,p</i>	3	3	3
<i>13</i>	<i>M</i>	3	3
<i>14v</i>	<i>M</i>	3	2
<i>14a</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
<i>15</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
<i>16a1</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
<i>16 a2, b1</i>	3	3	3
<i>16b2</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>

Hình 3, bảng 3- Sự phân bố các nhóm hạch và đánh giá giai đoạn di căn hạch trong ung thư dạ dày (theo JCGC)

- Nạo hạch cấp 2 (D2): lấy đi các hạch di căn N1 và N2. Theo định nghĩa tương tự chúng ta có phẫu thuật R2. Nội dung: cắt dạ dày, cắt bỏ toàn bộ mạc nối lớn và mạc nối nhỏ, lột hết lá thanh mạc của hậu cung mạc nối (bao gồm cả lá trước của mạc treo đại tràng ngang), “lột trần” các nhánh động mạch chính của dạ dày (thân tạng, vị trái, gan chung, lách), “lột trần” cuống gan. Nếu có di căn nhóm hạch số 10 và 11, phẫu thuật luôn kèm theo cắt lách và cắt đuôi tuy.
- Nạo hạch cấp 3 (D3): nạo hạch D2 kết hợp “lột trần” động mạch chủ đoạn sau tuy.

Các phẫu thuật viên Nhật cho rằng:

- Phẫu thuật cắt dạ dày càng triệt để, cơ hội sống của BN càng cao. Theo công bố của Komada (1982) tỉ lệ sống 5 năm sau phẫu thuật R2 là 39% so với 18% của phẫu thuật R1.
- Phẫu thuật được gọi là triệt căn khi hạch được lấy đi trong phẫu thuật ở trên một mức so với đánh giá di căn hạch. Thí dụ, nếu di căn hạch được đánh giá là N1, khi phẫu thuật nhóm hạch N2 sẽ được lấy. Vì thế, R2 (cắt dạ dày kèm nạo hạch D2) được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư dạ dày, ngay cả khi ung thư ở giai đoạn sớm.

Tuy nhiên, theo nghiên cứu của các phẫu thuật viên Âu-Mỹ:

- Tiên lượng của ung thư dạ dày phụ thuộc vào số lượng hạch bị di căn hơn là nhóm hạch bị di căn.
- So với phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo hạch giới hạn (D1/R1), phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo hạch mở rộng (D2/R2) không cải thiện tỉ lệ sống còn của BN bị ung thư dạ dày. Ngược lại, tai biến và biến chứng hậu phẫu của phẫu thuật R2 cao hơn nhiều so với phẫu thuật R1.

Hiện nay (9/2006), phương pháp phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày tiêu chuẩn ở Hoa Kỳ là cắt dạ dày kèm nạo hạch D1.

3.1.2- Xạ trị và hoá trị:

Xạ trị và hoá trị không có tác dụng điều trị triệt căn. Xạ trị hay hoá trị bô túc riêng lẻ cũng không có sự cải thiện kết quả đáng kể. Tuy nhiên, nếu hoá-xạ bô túc, tiên lượng sống còn của BN sẽ có cải thiện.

Phác đồ hoá trị: dựa trên 5-FU (fluorouracil) và leucovorin.

Tổng liều xạ trị: 45 Gy

3.2-Chỉ định:

3.2.1-Ung thư giai đoạn I,II:

Cắt dạ dày. Có thể chọn một trong các phương pháp phẫu thuật sau:

- Cắt bán phần dưới của dạ dày, nếu khối u không ở tâm vị hay phình vị.
- Cắt bán phần trên dạ dày hay cắt toàn bộ dạ dày, nếu khối u ở dưới tâm vị hay phình vị.
- Cắt thực quản kèm phần trên dạ dày (cắt thực quản không mở ngực, phẫu thuật Ivor-Lewis), nếu khối u ở tâm vị.
- Cắt toàn bộ dạ dày, nếu khối u ăn lan phần lớn dạ dày và cách môn vị (hay tâm vị) dưới 6 cm.

Nạo hạch vùng. Chỉ cắt lách khi lách bị xâm lấn trực tiếp.

Xạ-hoa bô túc sau mổ nếu có di căn hạch (T1N1) hay có xâm lấn tới lớp cơ (T2N0).

3.2.2-Ung thư giai đoạn III:

Phẫu thuật với chủ ý triệt căn nếu như quá trình thám sát trong lúc phẫu thuật không có di căn hạch lan rộng.

Xạ-hoa bô túc sau mổ.

3.2.3-Ung thư giai đoạn IV:

Hoá trị thuyên giảm với:

- Fluorouracil
- FUP (fluorouracil, ciplastin)
- FAP (fluorouracil, doxorubicin, ciplastin)
- FAM (fluorouracil, doxorubicin, mitomicin-C)
- ECF (epirubicin, ciplastin, fluorouracil)

Xạ trị: có thể làm thuyên giảm triệu chứng chảy máu, đau hay bế tắc.

Liệu pháp laser, đặt stent xuyên qua khối u, nối vị tràng, mở dạ dày ra da, mở hỗng tràng ra da đối với khối u gây tắc.

Cắt dạ dày thuyên giảm: có thể được chỉ định cho khối u gây tắc hay chảy máu.

3.3-Kết quả và tiên lượng:

Sau phẫu thuật triệt căn, BN có thể có các biến chứng và di chứng sau:

- Chảy máu (miệng nói, xuất huyết nội)
- Viêm tuy cấp
- Tồn thương đường mật
- Xì dò (móm tá tràng, miệng nói)
- Áp-xe tồn lưu, tụ dịch trong xoang bụng (nếu có nạo hạch mở rộng)
- Suy dinh dưỡng, lao phổi, hội chứng Dumping, hội chứng quai đênh, hội chứng trào ngược, thiếu vitamin B12, rỗng xương...

Tử vong phẫu thuật: 1-2%.

Nếu điều trị tạm thời, thời gian sống trung bình 4-18 tháng.

Tỉ lệ sống sau 5 năm: 30-50% nếu bệnh ở giai đoạn II, 10-20% nếu bệnh ở giai đoạn III.

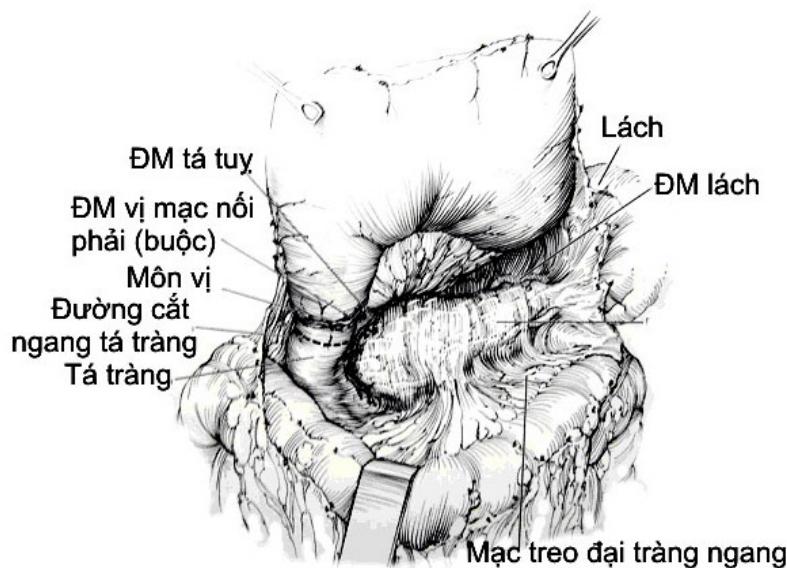
3.4-Tầm soát ung thư:

Chụp dạ dày có cản quang hay nội soi dạ dày óng soi mềm đối với BN lớn hơn 50 tuổi hay có các yếu tố nguy cơ.

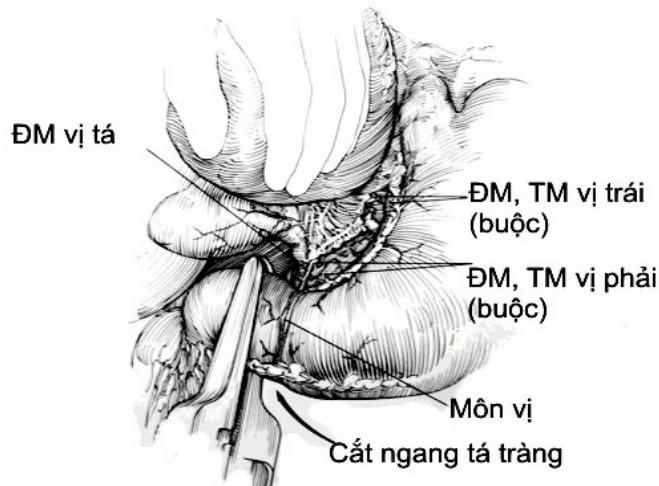
4-Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày:



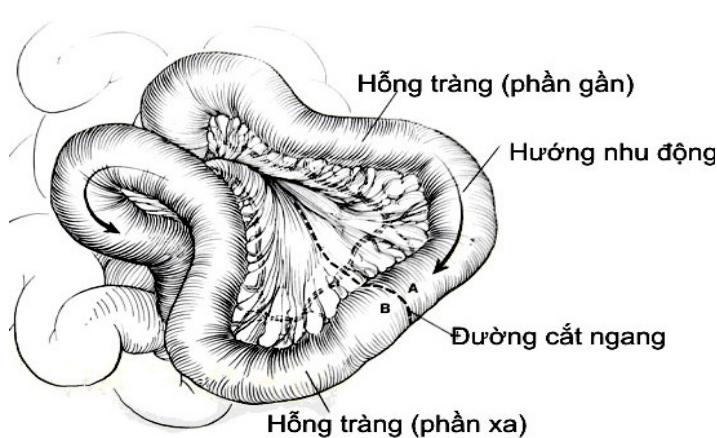
Sau khi đã thám sát và đánh giá tổn thương, phẫu thuật cắt dạ dày bắt đầu bằng việc triệt mạch hai bờ cong dạ dày. Phía bờ cong lớn là mạch vị mạc nối phải và trái. Cần thận khi việc triệt mạch tiến gần đến rốn lách, vì các thao tác không nhẹ nhàng có thể làm tổn thương lách. Nếu không có chỉ định cắt lách, lách nên được bảo tồn. Phía bờ cong nhỏ, bó mạch vị phải và trái là các bó mạch phải được triệt. Bó mạch vị trái khá lớn, cần phải được khâu buộc cẩn thận.



Khi việc triệt mạch tiến gần đến môn vị, động mạch vị mạc nối phải xuất phát từ động mạch tá tuy trước phải được phẫu tích và buộc cẩn thận, bởi vì bất kỳ sự chảy máu nào ở vùng này cũng có thể làm che lấp mắt các cấu trúc giải phẫu, gây khó khăn cho việc phẫu tích. Sự triệt mạch phải qua khỏi môn vị ít nhất 1 cm.



Tá tràng được kẹp cắt ngang và được khâu đóng lại. Việc giải phóng dạ dày tiếp tục lên đến tâm vị từ phía phình vị và phía bờ cong nhỏ. Các dây dính từ mặt sau dạ dày vào mặt trước tuy và phúc mạc sau được cắt. Té nhị nhất là giải phóng phần phình vị ra khỏi vòm hoành, vì thao tác trên vùng này rất sâu. Phẫu tích vùng vô mạch ở góc His (góc giữa phình vị và vùng nối) trước sẽ làm cho việc giải phóng phình vị được dễ dàng hơn. Các mạch máu nhỏ đến nuôi thực quản bụng cũng được triệt.



Hỗng tràng, đoạn cách góc Treitz khoảng 30-40 cm, cùng với mạc treo được cắt ngang. Chú ý bảo tồn các mạch mạc treo nuôi hai đầu cắt. Đầu dưới hỗng tràng (B) được đưa lên nối với thực quản. Đầu trên (A) của hỗng tràng (phần gần) được nối vào hỗng tràng (phần xa) theo kiểu tận-bên.



Đầu B của hỗng tràng được đóng lại. Thực quản được cắt ngang và nối với hỗng tràng như sơ đồ trên.

UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT

1-Đại cương:

Ung thư gan nguyên phát được phân làm hai loại chính:

- o Ung thư biểu mô (chiếm hầu hết)
- o Ung thư không phải biểu mô (ung thư tế bào lát tầng, lymphoma, sarcoma)

Ung thư biểu mô gan bao gồm:

- o Ung thư tế bào gan (HCC: hepatocellular carcinoma): (90%)
- o Ung thư đường mật (trong gan) (CCA:cholangiocarcinoma)

Phân loại về mặt tế bào học của ung thư biểu mô gan:

- o HCC
- o Fibrolamella HCC
- o Cholangiocarcinoma
- o Hỗn hợp (giữa HCC và cholangiocarcinoma)
- o Không biệt hoá
- o Hepatoblastoma (rất hiếm gặp ở người lớn)

Ung thư tế bào gan (HCC):

- o Phổ biến nhất ở Đông Phi và Đông-nam á. BN thường ở độ tuổi 40-50.
- o Ở các nước Châu Âu, bệnh hiếm gặp. BN thường ở độ tuổi 70.
- o Nam thường mắc bệnh hơn nữ. Tỉ lệ nam:nữ = 2-8:1
- o 80% BN bị HCC có xơ gan và HCC thường đa ổ. Ở BN không xơ gan, HCC thường một ổ.
- o Các yếu tố nguyên nhân:
 - Xơ gan
 - Viêm gan do virus, đặc biệt viêm gan B và C. Người bị nhiễm virus viêm gan C (HCV) có nguy cơ bị HCC cao hơn người bị nhiễm virus viêm gan B (HBV).
 - Độc tố aflatoxin của nấm Aspergillus flavus
 - Rượu
 - Các steroid đồng hoá
 - Bệnh gan: chứng nhiễm sắc tố sắt (haemochromatosis), xơ đường mật nguyên phát
- o Tiên lượng phụ thuộc vào:
 - Giai đoạn phát triển của khối u
 - Mức độ xơ (và suy) gan
- o Chỉ 5% BN bị HCC có thể điều trị bằng phẫu thuật .

Ung thư đường mật (CCA) trong gan:

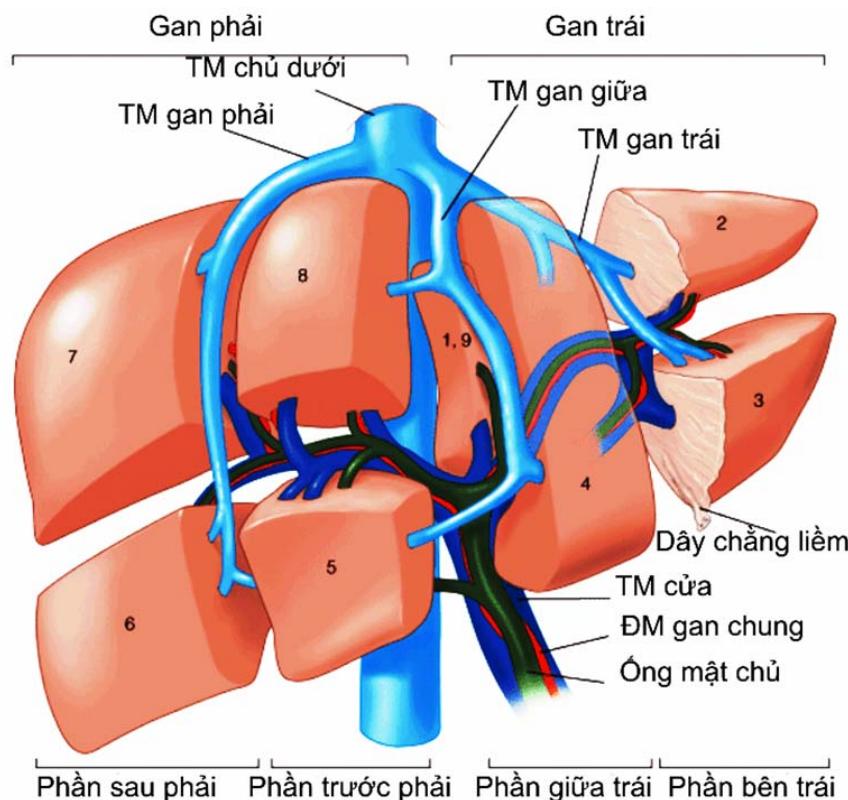
- Chiếm khoảng 10% bệnh lý ác tính của gan và 10% bệnh lý ác tính của đường mật.
- Độ tuổi thường bị mắc bệnh nhất: 50-60
- Nam thường bị mắc bệnh hơn nữ (tỉ lệ 1,5:1)
- Yếu tố nguy cơ (xem bài ung thư đường mật ngoài gan)
- Có 3 thể giải phẫu bệnh (thể khói, thường đa trung tâm và có các khối u vẹt tinh), thể xơ hoá lan toả quanh ống mật và thể u nhú trong lòng ống mật.
- BN thường không có xơ gan kèm theo.

Fibrolamella HCC (FHCC) là một biến thể của HCC và có tiên lượng tốt hơn HCC (bảng 1)

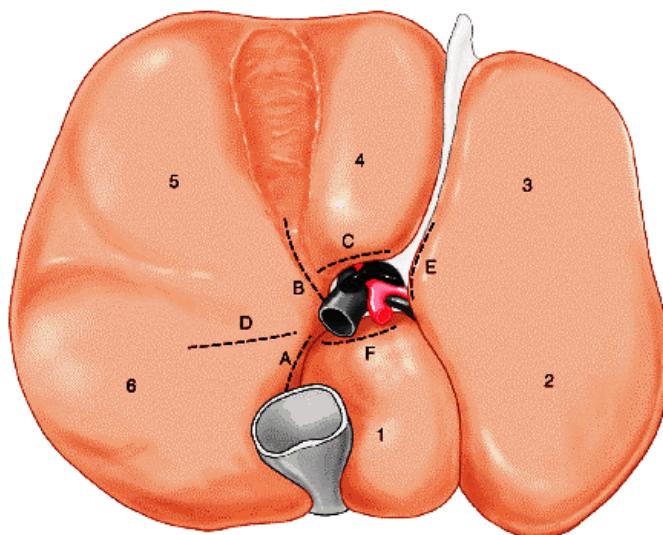
<i>Đặc điểm</i>	<i>HCC</i>	<i>FHCC</i>
Tỉ lệ nam:nữ	2-8:1	1:1
Độ tuổi trung bình	45	25
Khối u	Xâm lấn, hoại tử trung tâm	Khu trú, xơ hoá trung tâm
Khả năng cắt bỏ	≤ 25%	50-75%
Xơ gan	90%	5%
AFP (+)	80%	5%
Viêm gan siêu vi B	65%	5%

Bảng 1- So sánh fibrolamella HCC và HCC

Phẫu thuật là một phương pháp điều trị triệt căn ung thư gan duy nhất. Để phẫu thuật gan, cần thiết phải nắm vững giải phẫu phân thuỷ gan (hình 1,2) cũng như hệ thống mạch máu của gan.



Hình 1- Giải phẫu phân thuỷ gan (nhìn trước)

*Hình 2- Giải phẫu phân thùy gan (nhìn dưới)*

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau bụng (90%). Các triệu chứng cơ năng khác bao gồm chướng bụng (40%), sụt cân (35%), suy xụp (30%), chán ăn (25%), nôn ói (8%), vàng da (7%).

Các triệu chứng thực thể khi thăm khám một BN bị ung thư gan có thể là: khối u gan (90%), lách to (65%), bàng bụng (50%), vàng da (40%), sốt (40%), tiếng thổi trong gan (30%).

Các dấu hiệu sau gợi ý chẩn đoán ung thư gan:

- Tình trạng tiến triển nặng nhanh chóng của BN xơ gan
- Đau âm ỉ, khối u dưới sườn phải
- Mệt mỏi, sụt cân, sốt nhẹ
- Vàng da xuất hiện trong giai đoạn muộn
- Hội chứng bụng cấp trên BN xơ gan, do khối u gan vỡ
- Chảy máu đường mật
- Xuất huyết tiêu hoá do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Chất đánh dấu ung thư:

2.2.1-AFP:

AFP tăng trong 70-90% các trường hợp HCC.

Nồng độ AFP trên 400 ng/mL có giá trị chẩn đoán HCC với độ đặc hiệu 95%.

BN xơ gan, có khối u dưới sườn và không viêm gan cấp có nồng độ AFP trên 400 ng/mL: 100% các trường hợp là HCC.

Nồng độ AFP càng cao, tiên lượng HCC càng kém.

2.2.1.2-CA 19-9:

Nồng độ CA 19-9 trên 100 UI/L (bình thường dưới 40 UI/L) có độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 80% trong chẩn đoán ung thư đường mật ở BN bị viêm đường mật xơ hoá nguyên phát.

2.2.2-Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CT, MRI):

Siêu âm: khả năng phát hiện khối u đơn độc trên siêu âm là 75-80%. Tỉ lệ này cao hơn khi khối u đa ổ. Trong trường hợp CCA thể xơ hoá lan toả quanh ống mật, siêu âm hầu như không phát hiện được tổn thương. Một trong những dấu hiệu gián tiếp của ung thư đường mật trong gan là dãn đường mật khu trú trong gan.

Siêu âm Doppler: có thể đánh giá xâm lấn tĩnh mạch cửa và loại trừ u mạch máu của gan.

CT là phương tiện chẩn đoán xác định được chọn lựa cho ung thư gan.

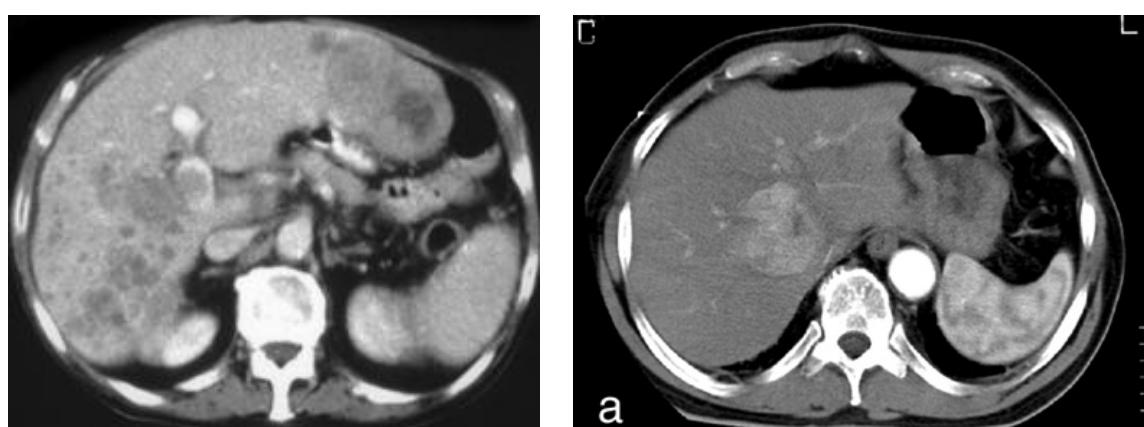
Hình ảnh điển hình của HCC (hình 3) trên CT:

- Đa ổ
- Khối giảm đậm độ khi chưa bơm thuốc cản quang
- Tăng quang rõ trong thi động mạch
- Có hình ảnh “vỏ bao giáp” trong thi động-tĩnh mạch
- Khi có sự hoại tử trong khối u: khối u tăng quang không đồng nhất (vùng tăng quang kết hợp với vùng giảm đậm độ và không tăng quang).

Hình ảnh điển hình của CCA trên CT:

- Khối u tăng quang chậm. Đây là đặc điểm dùng để chẩn đoán phân biệt với HCC. Tuy nhiên, CCA có thể không tăng quang, tăng quang nhẹ ở vùng ngoại vi hay tăng quang ở vùng trung tâm.
- Sẹo trung tâm hình sao
- Đường mật tăng quang (biểu hiện của viêm đường mật mãn phổi hợp)
- Dãn đường mật khu trú trong gan.

Khi khối u có kích thước nhỏ: giá trị chẩn đoán của siêu âm và CT sẽ giảm. MRI có giá trị chẩn đoán cao hơn. CT kết hợp với X-quang mạch máu, đặc biệt X-quang mạch máu với Lipiodol, sẽ cho kết quả chẩn đoán chính xác nhất.



Hình 3- Hình ảnh của HCC trên CT (hai BN khác nhau): A-trước khi bơm thuốc cản quang: khối u đa ổ và giảm đậm độ, B-thi động mạch: khối u tăng quang rõ, trong lòng có những vùng hoại tử (giảm đậm độ và không tăng quang).

2.2.3-Sinh thiết khối u dưới sự hướng dẫn của siêu âm, CT hay sinh thiết qua nội soi xoang bụng:

Chỉ định:

- Khối u nhỏ (đường kính 2-3 cm): sinh thiết để chẩn đoán phân biệt với các loạn sản khu trú trên nền xơ gan
- AFP, CA 19-9 không tăng hay tăng ít
- BN không có rối loạn đông máu

Việc sinh thiết khối u không làm tăng nguy cơ chảy máu hay gieo rắc tế bào ung thư trong xoang bụng.

2.2.4-Các chẩn đoán cận lâm sàng khác:

X-quang động mạch gan: được chỉ định để đánh giá cấu trúc giải phẫu của động mạch gan. Bất thường về giải phẫu động mạch gan có thể dẫn đến các tai biến phẫu thuật.

Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan: luôn cần thiết, để có chỉ định điều trị thích hợp.

Các phương pháp phát hiện di căn xa: X-quang phổi, xạ hình xương, CT sọ não...

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

U tế bào gan lành tính (adenoma): trên CT, adenoma cho hình ảnh khối u có giới hạn rõ, đường bờ không đa cung. Trong thùy động mạch, khối u tăng quang đồng nhất (tuy nhiên, đặc điểm này cũng tương tự HCC, ung thư gan thứ phát và tăng sản dạng nốt khu trú của gan).

U mạch máu của gan (hemangioma): khối u giới hạn rõ, tăng quang mạnh trong thùy động mạch và vẫn còn tăng đậm độ so với mô gan chung quanh trong thùy tĩnh mạch.

Các chẩn đoán phân biệt khác:

- Ung thư gan thứ phát
- Các tăng sản dạng nốt của xơ gan

2.4-Đánh giá giai đoạn (theo AJCC):

Khối u:

- T1: u đơn độc không xâm lấn mạch máu
- T2: u đơn độc xâm lấn mạch máu hay nhiều u kích thước nhỏ hơn 5cm
- T3: nhiều u kích thước lớn hơn 5cm hay u xâm lấn một nhánh chính của tĩnh mạch cửa hay tĩnh mạch gan
- T4: u xâm lấn vào tạng lân cận không phải túi mật hay u đã phá huỷ bao gan

Di căn hạch:

- N0: không có di căn hạch
- N1: có di căn hạch

Di căn xa:

- M0: không di căn xa
- M1: có di căn xa

Đánh giá giai đoạn ung thư gan (theo AJCC) (bảng 2):

Giai đoạn	T	N	M
I	1	0	0
II	2	0	0
IIIA	3	0	0
IIIB	4	0	0
IIIC	Bất kỳ	1	0
IV	Bất kỳ	Bất kỳ	1

Bảng 2- Đánh giá giai đoạn ung thư gan (theo AJCC)

2.5-Thái độ chẩn đoán:

Chẩn đoán HCC dựa vào nồng độ AFP tăng cao và sự hiện diện của khối u trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Nếu CT cho thấy các dấu hiệu điển hình, không cần thiết phải sinh thiết gan.

Khác với trường hợp HCC, chẩn đoán CCA thường cần sinh thiết gan. Kết quả sinh thiết gan là adenocarcinoma cũng chỉ có giá trị xác định khi đã loại trừ ung thư gan thứ phát do di căn từ các tạng khác trong và ngoài xoang bụng. Để tầm soát các tổn thương ác tính ở các nơi khác, có thể chỉ định các chẩn đoán hình ảnh lồng ngực, xoang bụng và vùng chậu, nội soi ống tiêu hóa trên và dưới, chụp nhũ ảnh...

3-Điều trị:**3.1-Các phương pháp điều trị:****3.1.1-Cắt gan:**

Có hai phương pháp cắt gan:

- Cắt gan bán phần (bảng 3, hình 4):

Phương pháp cắt gan (bán phần)	Phân thuỷ gan được cắt
Cắt gan phải	V-VI-VII-VIII
Cắt gan trái	II-III-IV
Cắt gan thuỷ phải (cắt gan phải mở rộng, trisegmentectomy)	IV- V-VI-VII-VIII (đối khi bao gồm phân thuỷ I)
Cắt gan thuỷ trái	II-III
Cắt gan trái mở rộng	II-III-IV-V-VIII

Bảng 3- Các phương pháp cắt gan (bán phần)

- Cắt phân thuỷ gan: ngày nay, nhờ hiểu rõ giải phẫu của từng phân thuỷ gan, đặc biệt nhờ sự phát minh ra dao cắt siêu âm, phẫu thuật cắt gan có thể được thực hiện trên từng phân thuỷ gan.

Phẫu thuật cắt gan cho kết quả tốt hơn nếu:

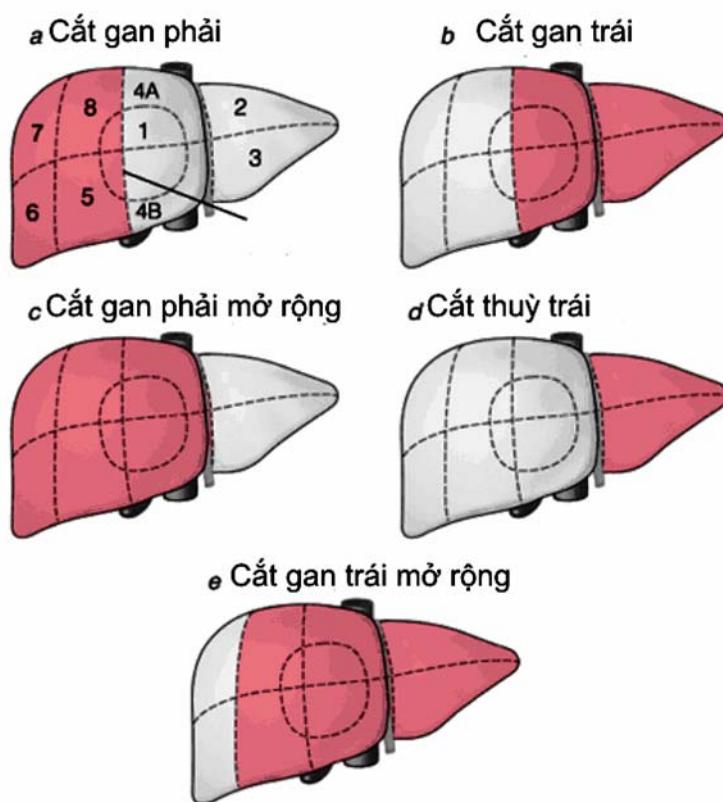
- Không có xơ gan
- Khối u nhỏ hơn 2 cm
- Fibrolamella HCC
- Bờ cắt cách khối u tối thiểu 1 cm

Chuẩn bị trước mổ:

- BN thường lớn tuổi, do đó cần đánh giá toàn diện chức năng tim phổi và có biện pháp điều trị thích hợp.
- Đối với BN có toàn trạng kém, cần nâng đỡ tổng trạng, truyền đạm, truyền albumine.

- Chuẩn bị đùi máu
- Cho kháng sinh dự phòng

Hồi sức trong lúc mổ: nguy cơ đáng ngại nhất khi cắt gan là chảy máu. Đặt thông động mạch để bồi hoàn kịp thời sự mất máu trong lúc mổ. Thông tĩnh mạch trung tâm cũng cần thiết. Do nguồn chảy máu chính khi cắt gan là từ các tĩnh mạch gan, việc duy trì áp lực tĩnh mạch trung tâm dưới 5 mmHg sẽ hạn chế lượng máu mất. Sự mất máu trong lúc mổ được bồi hoàn bằng dịch và máu. Nếu lượng máu mất trên 20 % tổng lượng máu hay có tụt huyết áp trong lúc mổ, BN cần phải được truyền máu. Kiểm tra Hct thường xuyên trong quá trình phẫu thuật. Nếu huyết áp bình thường, chỉ số Hct tối thiểu chấp nhận được là 29% đối với BN có bệnh lý tim mạch và 24% đối với BN không mắc bệnh lý tim mạch. Lưu lượng nước tiểu tối thiểu chấp nhận được trong lúc mổ là 25 mL/giờ.



Hình 4- Các phương pháp cắt gan bán phần

Các bước chính trong phẫu thuật cắt gan:

- Đánh giá giai đoạn và khả năng cắt được của khối u
- Di động gan tốt bằng cách cắt các dây chằng liềm và dây chằng tam giác
- Kiểm soát các mạch máu đến gan: phẫu tích, buộc và cắt các nhánh đường mật, động mạch gan, tĩnh mạch cửa tương ứng với phần gan được cắt.
- Kiểm soát các mạch máu ra khỏi gan (tĩnh mạch gan)
- Cắt gan
- Dẫn lưu dưới hoành. Đóng bụng.

Chăm sóc sau mổ:

- Hút cách quãng ống dẫn lưu với áp lực $-5 \rightarrow -10$ cmH₂O
- Dịch truyền nên chứa phospho để kích thích sự tái tạo tế bào gan.
- Nếu gan được cắt với khối lượng lớn, kiểm tra điện giải đồ, công thức máu và thời gian prothrombin (PT) ngay sau mổ và sau đó mỗi ngày trong 3-4 ngày đầu. Truyền hồng cầu lỏng nếu Hct dưới 8 mg/dL. Truyền huyết tương tươi nếu PT lớn hơn 17 giây.
- Chú ý chỉnh liều thuốc giảm đau vì sự chuyển hoá thuốc qua phần gan còn lại giảm so với trước mổ.
- Cho BN ăn bắt đầu từ ngày hậu phẫu thứ ba, nếu không có miệng nối mật-ruột.
- Phù ngoại vi sau mổ là hiện tượng bình thường và có thể được điều trị bằng spironolacton.
- Nếu sốt xuất hiện sau mổ, hay nồng độ bilirubin huyết tương tăng trong khi chức năng gan bình thường, có thể có tình trạng tụ dịch sau mổ. Siêu âm hay CT được chỉ định để phát hiện ổ tụ dịch. Phần lớn các trường hợp tụ dịch được xử trí bằng chọc hút qua da.

Biến chứng sau mổ:

- Chảy máu
- Tụ dịch dưới hoành
- Suy gan/hỗn mê gan. Nguy cơ suy gan sau mổ tỉ lệ nghịch với khối lượng và chức năng của phần mô gan còn lại sau phẫu thuật.

Tử vong phẫu thuật: 5%. Khi có xơ gan, tỉ lệ này tăng lên 20%.

Nếu khối u cắt được với tính chất triệt căn, tỉ lệ sống 5 năm của BN là 30-60%. Tỉ lệ tái phát sau 5 năm: 80%.

3.1.2-Ghép gan:

Chỉ định: HCC trên BN xơ gan có suy giảm chức năng gan (Child B,C).

Kết quả:

- Tử vong phẫu thuật: 10-20%
- Di căn sau ghép gan: 30-40%
- Sau ghép gan, tỉ lệ sống 5 năm nhỏ hơn 20%

3.1.3-Các phương pháp điều trị tạm:

- Huỷ khối u bằng phương pháp gây tắc mạch:
 - Chất gây tắc mạch: cellulose, các vi hạt, lipiodol, bột gelatin, hạt xốp gelatin.
 - Tỉ lệ đap ứng: 60-80%. Tuy nhiên, phương pháp này chưa chứng minh được sự cải thiện trên tiên lượng sống.
- Hoá trị tại chỗ: thuốc thường được sử dụng là doxorubicin. Có thể kết hợp hoá trị tại chỗ và gây tắc mạch (liệu pháp hoá-thuyên tắc-chemoembolisation)
- Huỷ khối u bằng sóng cao tần: dùng đầu dò đưa vào trong khối u, dưới sự hướng dẫn của siêu âm, phát ra sóng cao tần để phá huỷ khối u.

- Huỷ khối u bằng nhiệt lạnh (cryotherapy)
- Huỷ khối u bằng ethanol qua da: thích hợp cho các khối u ở ngoại vi gan, đường kính < 3cm.
- Hoá trị toàn thân:
 - Các loại thuốc được sử dụng phổ biến nhất: doxorubicin, ciplastin, fluorouracil.
 - Tỉ lệ đáp ứng thấp (dưới 10%)
 - Hoá trị không cải thiện tiên lượng sống
 - Đa hoá trị không chứng minh được lợi điểm so với đơn hoá trị
- Xạ trị ít khi được chỉ định do tỉ lệ đáp ứng thấp và có thể gây viêm gan.

Liệu pháp hoá thuyên tắc (TOCE - transcatheter oily chemoembolization, TACE - transcatheter arterial chemoembolization):

Được ứng dụng tương đối rộng rãi trong thời gian gần đây.

Nguyên tắc: bơm hỗn hợp thuốc hoá trị và thuốc cản quang dầu vào trong động mạch nuôi khối u, có thể tăng cường thêm bằng các hạt xốp gelatin (phương pháp “sandwich”), với mục đích:

- Gây tắc mạch máu nuôi khối u, dẫn đến hoại tử khối u
- “Nhốt” thuốc hoá trị trong khối u, để thuốc giải phóng từ từ và tại chỗ

Chỉ định:

- Khối u xâm lấn tại chỗ, không thể phẫu thuật cắt bỏ
- Nhiều khối u
- Chức năng gan còn tương đối tốt (Child A).

Kỹ thuật:

- Chuẩn bị trước mổ:
 - Đánh giá chức năng gan
 - Thực hiện các chẩn đoán hình ảnh để đánh giá vị trí, kích thước, số lượng, mức độ xâm lấn và bản chất của khối u.
 - Chụp động mạch gan để đánh giá toàn bộ các nhánh động mạch gan, các nhánh nuôi và các nhánh có giải phẫu bất thường (động mạch túi mật, động mạch vị phải, động mạch vị trái, động mạch của dây chằng liềm...).
- Phương pháp:
 - Hoà tan doxorubicin vào thuốc cản quang tan trong nước (iopamidol): 10 mg doxorubicin pha với 0,5 mL iopamidol.
 - Trộn dung dịch doxorubicin-iopamidol với thuốc cản quang dầu (Lipiodol) để tạo thành nhũ dịch: tỉ lệ doxorubicin/ thuốc cản quang dầu=50 mg/15 mL
 - Bơm nhũ dịch vào động mạch nuôi khối u. Nếu thấy thuốc cản quang không thoát qua các nhánh tĩnh mạch cửa là thành công.

- Nếu có hiện tượng thoát qua tĩnh mạch cửa: gây tắc các nhánh thông nối động mạch gan-tĩnh mạch cửa trước bằng các hạt xốp gelatin, kế đó bơm nhũ dịch, sau cùng là các hạt xốp gelatin (phương pháp “sandwich”).
- Biến chứng:
 - Biến chứng thường gặp nhất và nghiêm trọng nhất là suy gan. Mặc dù tập trung chủ yếu trong khối u, một phần nhũ dịch vẫn có thể thoát ra phần nhu mô gan còn lại, dẫn đến hoại tử tế bào gan.
 - Tắc các nhánh mạch máu nuôi các tạng ngoài khối u, có thể dẫn đến hoại tử túi mật, lách, bờ cong nhỏ dạ dày, hoại tử da vùng rốn....
 - Tắc động mạch phổi
 - Áp-xe hoá khối u đã hoại tử, có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết
 - Xơ hẹp đường mật, dẫn đến hình thành u mật (biloma)
- Kết quả: thay đổi, phụ thuộc vào tính chất của khối u và chức năng gan cùng các yếu tố nguy cơ khác. Theo Park JH Chung, thực hiện trên 1000 ca TOCE, tỉ lệ sống 1,3,5 năm lần lượt là 77%, 46%, 23%.

3.2-Chỉ định:

Khối u còn khu trú và có thể cắt được (T1-2N0M0): cắt gan.

Khối u còn khu trú nhưng không thể cắt được (T1-3N0M0, u nằm ở vị trí đặc biệt, BN có bệnh lý nội khoa nặng) hay khối u đã phát triển tại chỗ (T4N0M0):

- Khối u nhỏ hơn 5cm: huỷ khối u bằng phương pháp gây tắc mạch, sóng cao tần, nhiệt lạnh hay ethanol.
- Ghép gan
- Hoá trị tại chỗ
- Hoá trị toàn thân
- Điều trị đa mô thức: kết hợp các phẫu thuật cắt khối u, huỷ khối u bằng nhiệt lạnh, huỷ khối u bằng sóng cao tần với hoá trị, xạ trị.

Khối u cả hai thuỷ hay đã có di căn xa: không có phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Các thử nghiệm lâm sàng đang hướng về các hoạt chất sinh học mới. Hoá trị, xạ trị hay các phẫu thuật thuyên giảm có thể được cân nhắc đến.

3.3-Kết quả và tiên lượng:

Khi có di căn, 60-70% BN tử vong trong vòng 1 năm, 100% BN tử vong trong vòng 3 năm.

Tiêu lượng ung thư gan phụ thuộc vào: số lượng u, kích thước u, AFP, xâm lấn tĩnh mạch cửa, xơ gan, tuổi tác, loại tế bào và bờ cắt u.

3.4-Tầm soát HCC:

Bao gồm xét nghiệm AFP và siêu âm gan đối với những người có nguy cơ.

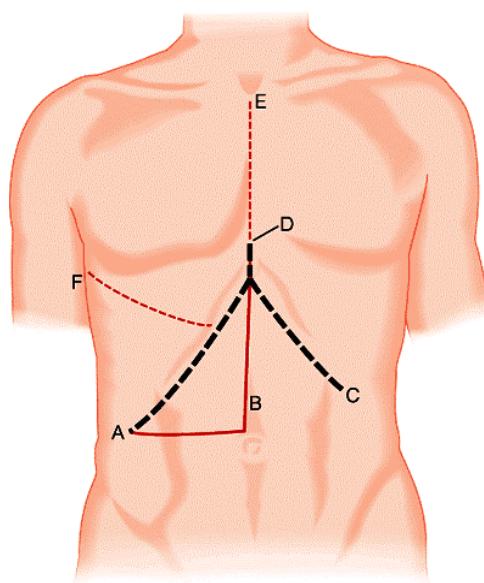
4-Phẫu thuật cắt gan:

4.1-Phẫu thuật cắt gan phải:

Bước 1-Nội soi xoang bụng đánh giá giai đoạn:

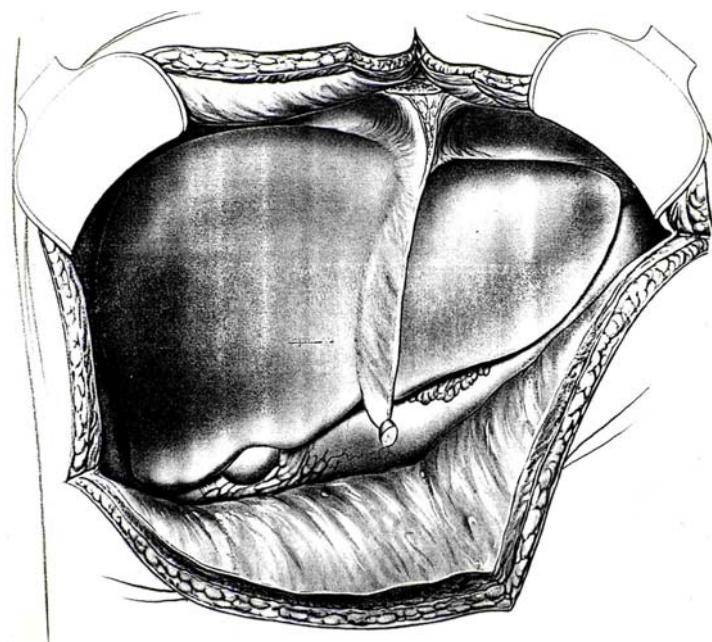
Nội soi xoang bụng đánh giá giai đoạn cần được thực hiện ngay trước khi tiến hành phẫu thuật cắt gan. Điều này sẽ làm giảm khả năng mở bụng không trị liệu. Trocar dành cho ống soi được đặt trên rốn, trên đường trung gian, trùng với vết mổ khi tiến hành cắt gan. Hai trocar 10 mm tiếp theo được đặt dưới sườn phải, trên đường trung đòn và đường nách trước, có tác dụng thám sát xoang bụng và toàn bộ gan, bao gồm cả phân thùy 7 và 8. Trocar trên đường nách trước còn là vị trí thích hợp cho đầu dò siêu âm qua nội soi. Trong trường hợp cần thiết, có thể đặt trocar thứ tư trên đường trung đòn dưới sườn trái.

Bước 2-Mở bụng:



Đường mở bụng để cắt gan phải thông dụng nhất là đường dưới sườn phải (A), có thể được kéo dài lên mũi úc (D) và sang dưới sườn trái (C) nếu cần thiết. Nhiều phẫu thuật viên rách da đường giữa trên rốn (B), khi đến 3 cm trên rốn thì chuyển hướng sang phải (A). Khi cần phải vào lồng ngực, mở ngực qua đường chẽ xương úc (E) hay đường mở ngực trước bên phải (F) đều chấp nhận được.

Bước 3- Thám sát xoang bụng và siêu âm trong lúc mổ:



Gan được sờ nắn bằng cả hai bàn tay. Siêu âm trong lúc mổ có thể được chỉ định để phát hiện đầy đủ các sang thương và mối liên quan của chúng với các mạch máu chính. Rạch mở mạc nối nhỏ để sờ nắn thuỷ đuôi và quan sát nhóm hạch tạng. Đưa các ngón tay qua khe Winslow để định vị tĩnh mạch cửa và nhóm hạch rốn gan (nhóm hạch cửa-chủ). Các hạch nghi ngờ sẽ được gởi làm sinh thiết lạnh.

Bước 4-Di động gan:



chưa được di động tốt. Trong trường hợp khối u dính vào cơ hoành, có thể cắt một phần cơ hoành sau đó tái tạo lại cơ hoành.

Bước 5- Phát hiện bất thường về giải phẫu của các mạch máu:

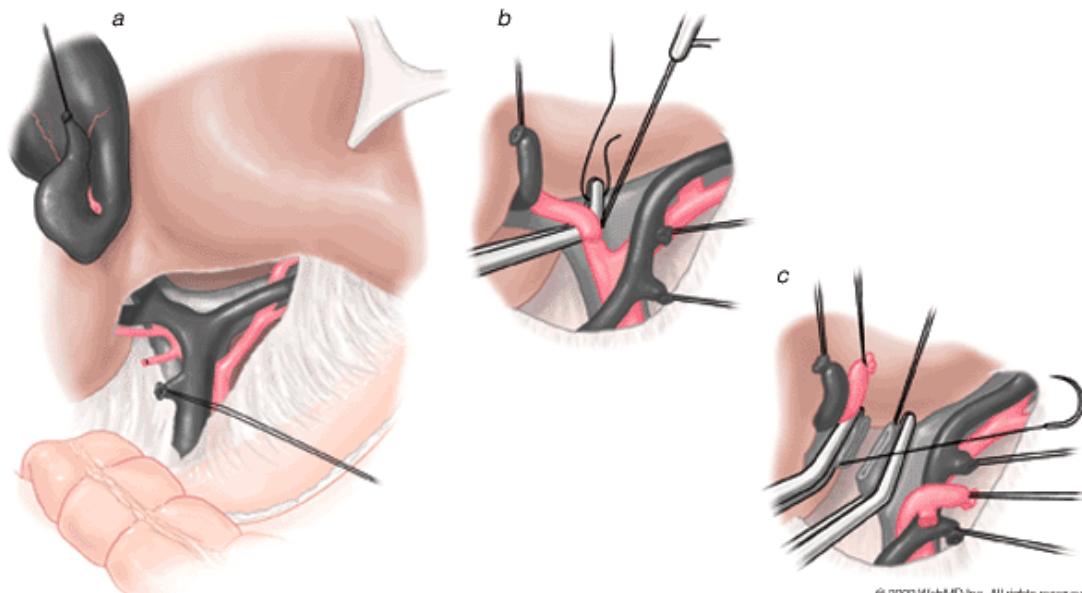
Để tránh lâm vào tình trạng phải cắt phần lớn gan sau một thao tác đơn giản, cần đánh giá đầy đủ cấu trúc giải phẫu của động mạch gan. Quan sát kỹ mạc nối nhỏ xem có động mạch nào đi vào khe rốn ở mặt dưới gan hay không. Nếu có, có thể đó là một động mạch gan trái phụ hay động mạch gan trái bất thường. Sờ nắn dây chằng gan-tá tràng. Bình thường động mạch gan sẽ phân đôi ở vị trí thấp ở mặt giữa của dây chằng gan tá tràng. Do đó nếu một động mạch sờ được ở vị trí cao mặt giữa của dây chằng gan tá tràng, đó phải là động mạch gan trái. Động mạch gan phải bình thường đi chéch ngang từ vị trí phân đôi, hướng về giường túi mật. Do đó nếu có một động mạch nào đi dọc từ dưới lên và ở phía bên dây chằng gan tá tràng, động mạch đó có thể là một động mạch gan phải phụ hay động mạch gan phải bất thường. Động mạch gan phải phụ hay bất thường thường xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên.

Bước 6a-Kiểm soát mạch máu đến gan:

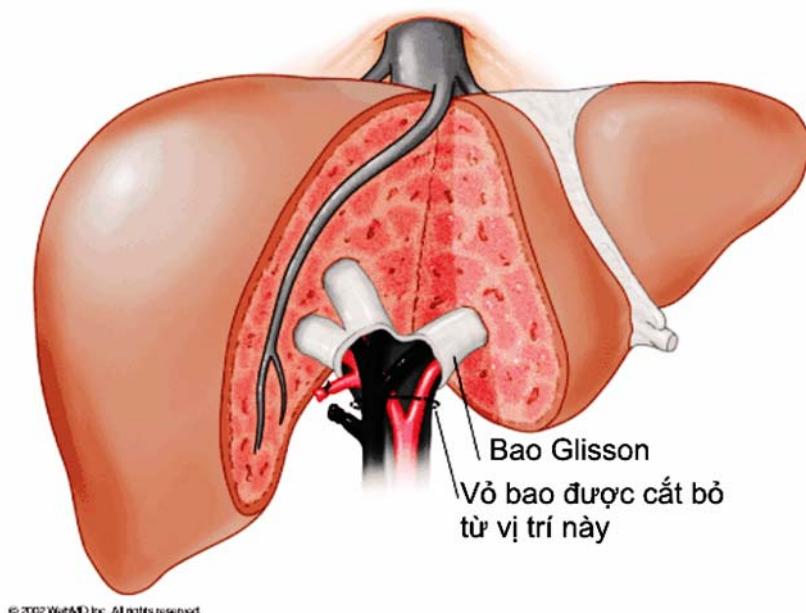
Kiểm soát cuống gan phải ngoài gan: phẫu tích tam giác Callot, kẹp cắt ống túi mật và động mạch túi mật. Túi mật có thể được cắt hay để lưu kèm theo phần gan phải. Mở bao cửa-gan (porta hepatis), bóc tách ống mật chủ ra khỏi tĩnh mạch cửa. Có thể nhắc móm ống túi mật lên để cho thao tác này được thực hiện dễ dàng hơn. Tiếp tục tách dần lên trên cho đến khi thấy được nơi phân đôi của tĩnh mạch cửa phải và trái. Kẹp tĩnh mạch cửa phải bằng kẹp mạch máu. Cắt và sau đó khâu buộc tĩnh mạch cửa phải. Động mạch gan phải sẽ được tìm thấy nằm sau ống mật chủ. Buộc động mạch gan phải. Do tỉ lệ

Bước quan trọng tiếp theo là phải di động gan đầy đủ. Cắt các dây chằng treo gan vào vòm hoành. Phẫu tích để trình bày rõ các tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ dưới đoạn trên gan. Tiếp tục thám sát để đánh giá khả năng cắt được hay không của khối u ở các phân thuỷ sau (7,8). Khối u ở các vị trí này có thể không được đánh giá đầy đủ nếu gan

đường mật bất thường khá cao, ống gan phải nên được bảo tồn cho đến thi cuối của cuộc phẫu thuật.

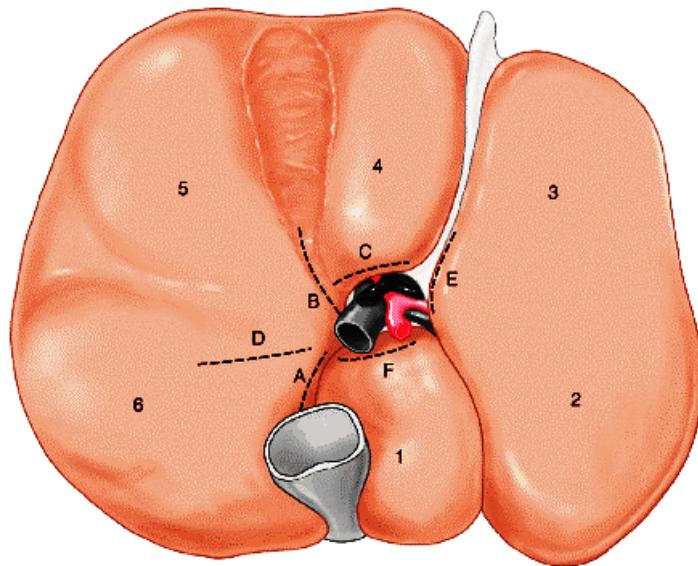


Bước 6b-Kiểm soát mạch máu đến gan ở trong gan:



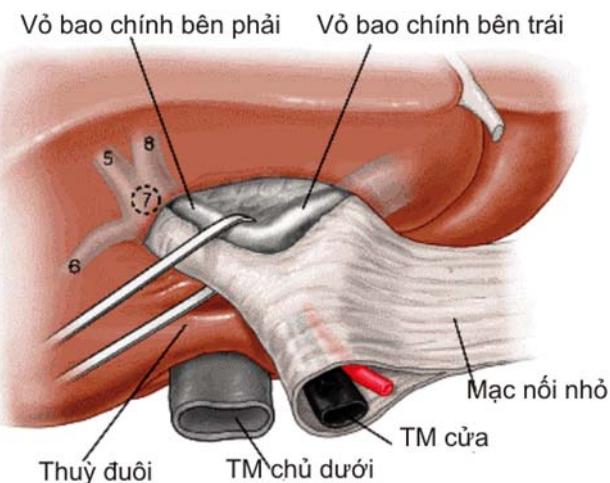
Với việc sử dụng phổi biến dụng cụ kẹp cắt bằng máy (stapler), và sự quan sát thấy rằng các mạch máu nuôi gan ở trong gan được bao bọc cùng với đường mật trong một lớp bao liên kết khá chắc chắn (bao Glisson), một số tác giả đề nghị kiểm soát cuống gan phải ở trong gan. Phương pháp này có ưu điểm là nhanh và ít có nguy cơ làm tổn thương cuống gan trái so với kỹ thuật kẹp cuống gan phải ngoài gan.

Để kẹp cắt được cuống gan phải trong gan nói riêng và các cuống gan khác trong gan nói chung, cần phải di động, tách gan ra khỏi phúc mạc sau thật tốt. Kẹp cắt các nhánh tĩnh mạch nhỏ từ gan đó về tĩnh mạch chủ dưới, để mặt sau gan tách rời khỏi tĩnh mạch chủ dưới.

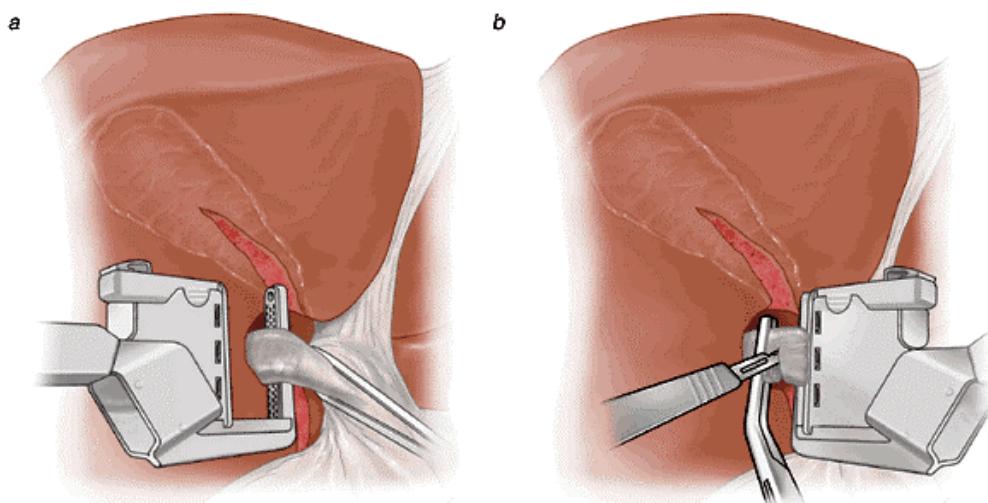


© 2002 WebMD Inc. All rights reserved.

Để tìm cuống gan phải, rạch mở gan theo đường A và B. Cuống gan phải nằm dưới bề mặt gan khoảng 1-2 cm. Có thể định vị vị trí cuống gan phải bằng siêu âm. Bọc lộ cuống gan phải bằng ngón tay hay một kẹp đầu tù (thí dụ kẹp cuống thận). Luồn một dây băng qua cuống gan phải. Có thể rạch mở thêm một đường ở sau phân thuỷ 4 (C) để chắc chắn rằng cuống gan trái không bị phạm phải khi tiến hành kẹp cuống gan phải.



Kéo dây băng luồn quanh cuống gan phải sang trái. Kẹp cắt cuống gan phải bằng stapler mạch máu TA (transverse anastomosis vascular stapler).

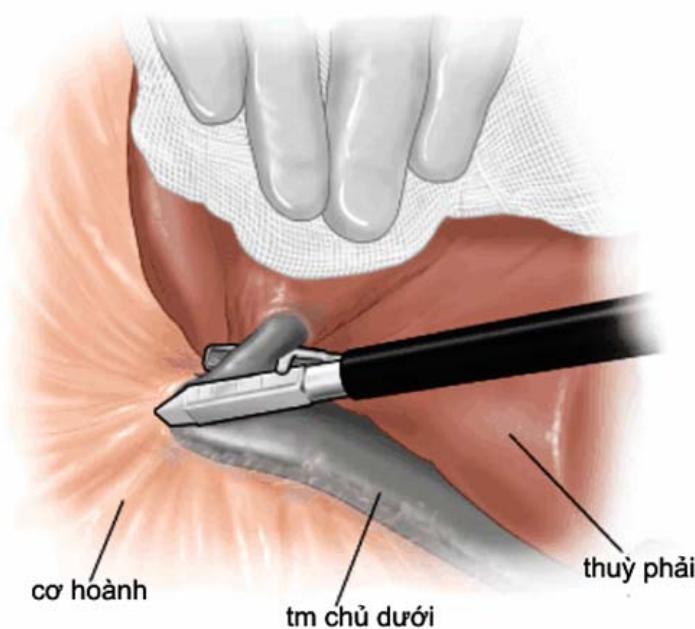
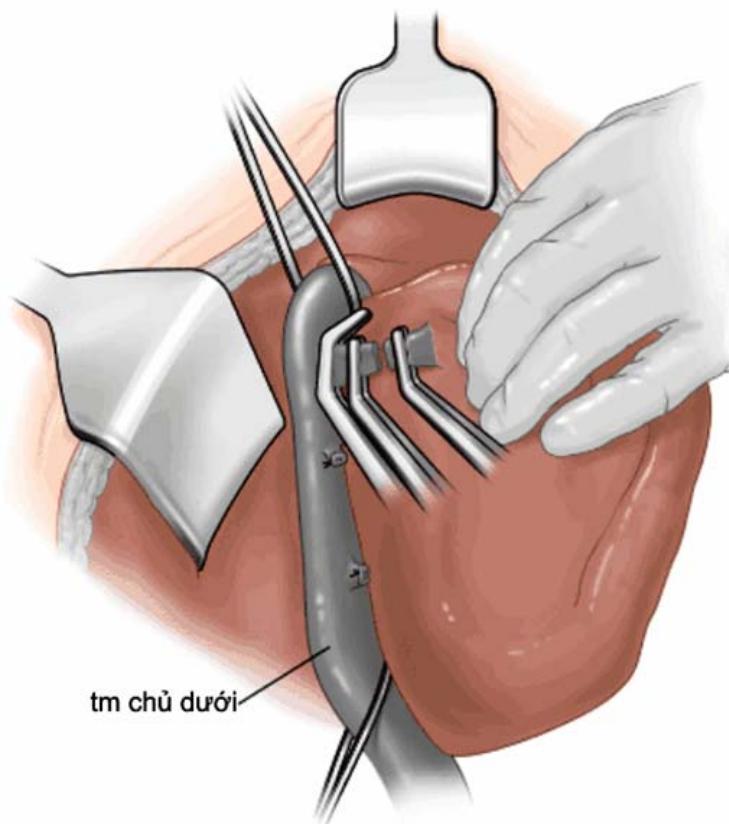


© 2002 WebMD Inc. All rights reserved.

Một điều cần chú ý là kỹ thuật kẹp cắt cuống gan phải không được thực hiện khi khối u nằm cách rốn gan dưới 2 cm, để tránh phạm phải khói u.

Bước 7-Kiểm soát mạch máu ra khỏi gan:

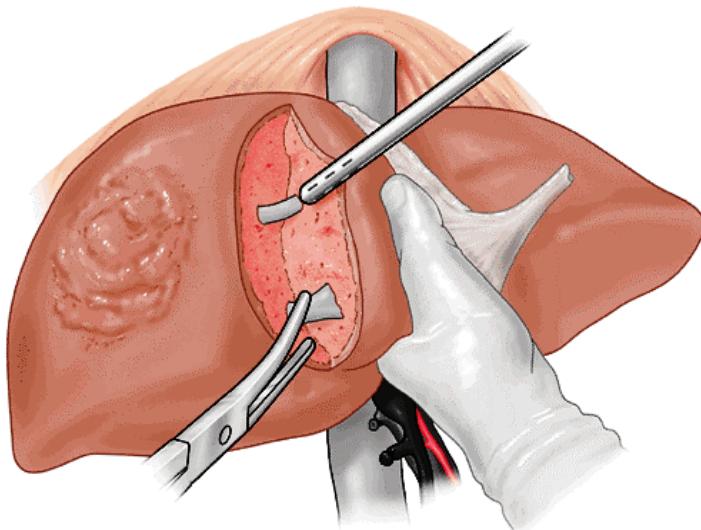
Tĩnh mạch gan phải được kẹp cắt và khâu buộc. Có thể tìm và kẹp cắt tĩnh mạch gan giữa, nhưng tĩnh mạch gan giữa có thể được kiểm soát dễ dàng khi tiến hành cắt nhu mô gan.



Có thể dùng stapler để kẹp cắt tĩnh mạch gan.

Trong trường hợp khối u to nằm ở mặt sau gan, sát tĩnh mạch chủ dưới, việc cõi găng di động gan phải và kiểm soát tĩnh mạch gan phải có thể làm rách tĩnh mạch gan phải. Trong trường hợp này nên kiểm soát tĩnh mạch gan phải từ trên, qua đường mổ ngực phải.

Bước 8-Cắt nhu mô gan:

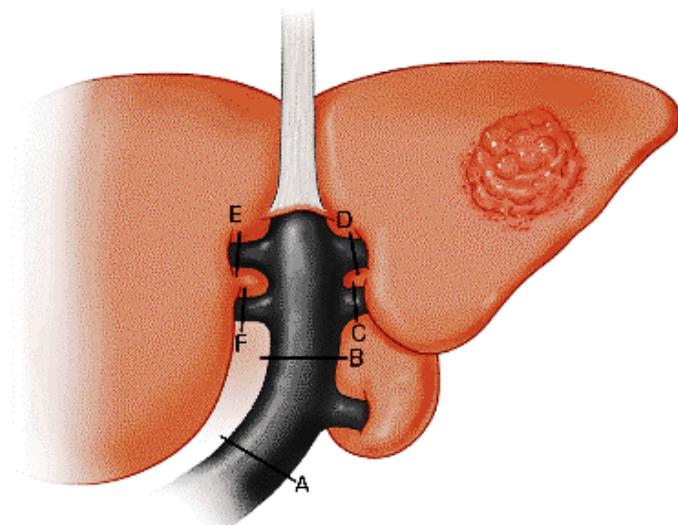


Gan phải, sau khi bị cắt hoàn toàn máu nuôi chuyển sang màu tím. Cắt gan phải dọc theo giới hạn của phần gan bị đổi màu. Có thể cắt bằng: dao điện, bóp và kẹp cắt giữa hai ngón tay, hay dao cắt siêu âm. Các nhánh mạch máu và đường mật được tìm và buộc tại mặt cắt.

Bước 9-Dẫn lưu và đóng bụng:

Trước khi kết thúc cuộc mổ, kiểm tra cầm máu. Khâu đóng thành ngực và cơ hoành và đặt dẫn lưu xoang màng phổi nếu có mở ngực. Cân nhắc đến việc đặt dẫn lưu dưới hoành phải. Đóng bụng.

4.2-Phẫu thuật cắt gan trái:



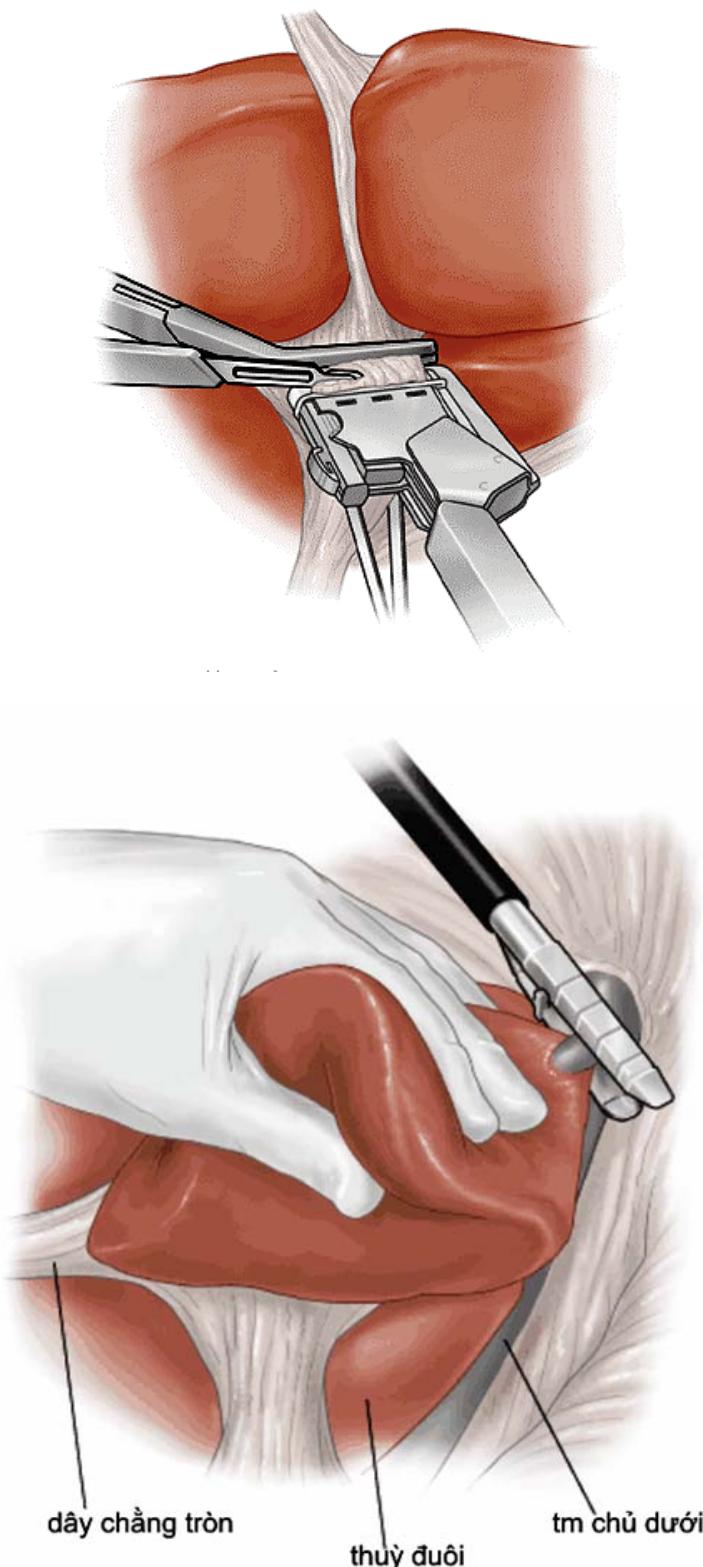
Các bước đầu tiên của cắt gan trái tương tự như cắt gan phải. Để kiểm soát cuống gan trái ngoài gan, có thể phẫu tích tại rốn gan hay tại đáy của khe rốn. Sau khi tìm và thắt động mạch gan trái, tĩnh mạch cửa trái dễ dàng được tìm thấy. Kẹp cắt và khâu buộc tĩnh mạch cửa trái tại vị trí A. Nếu chưa lại thuỷ đuôi, đường kẹp là B.

Có thể kiểm soát cuống gan trái trong gan. Kỹ thuật này được chỉ định cho cắt gan trái vì các tổn thương lành tính, hay tổn thương ác tính nhưng khối u ở cách xa khe rốn. Đường rạch gan để kiểm soát cuống gan trái là đường C và E. Nếu cắt luôn cả thuỷ đuôi, đường rạch là C và F. Khi kẹp cắt cuống gan trái, có thể phạm phải tĩnh mạch gan giữa nằm sát phía bên ngoài. Để tránh điều này, kéo dây băng xuống dưới trước khi đưa stapler vào kẹp cắt.

Để kiểm soát tĩnh mạch gan trái, chú ý di động gan trái thật tốt. Rạch mở toàn bộ mạc nối nhỏ, tìm và cắt dây chằng tĩnh mạch (ligamentum venosum) ở ranh giới giữa thuỷ đuôi và phân thuỷ 2 sẽ giúp cho việc tìm tĩnh mạch gan trái dễ dàng hơn.

Trong 60% các trường hợp, tĩnh mạch gan trái sẽ hợp nhất với tĩnh mạch gan giữa trước khi đổ vào tĩnh mạch chủ dưới. Cần chú ý đến điều này, bởi vì tĩnh mạch gan giữa sẽ được bảo tồn khi cắt gan trái.

Các bước còn lại của cắt gan trái tương tự như cắt gan phải.



UNG THƯ ĐƯỜNG MẶT NGOÀI GAN

1-Đại cương:

Ung thư đường mật là bệnh lý ác tính hiếm gặp, chiếm khoảng 2% tổng số các trường hợp ung thư. Tuy nhiên, ung thư đường mật là bệnh lý ác tính phổ biến thứ nhì của gan mật, chỉ đứng sau ung thư tế bào gan.

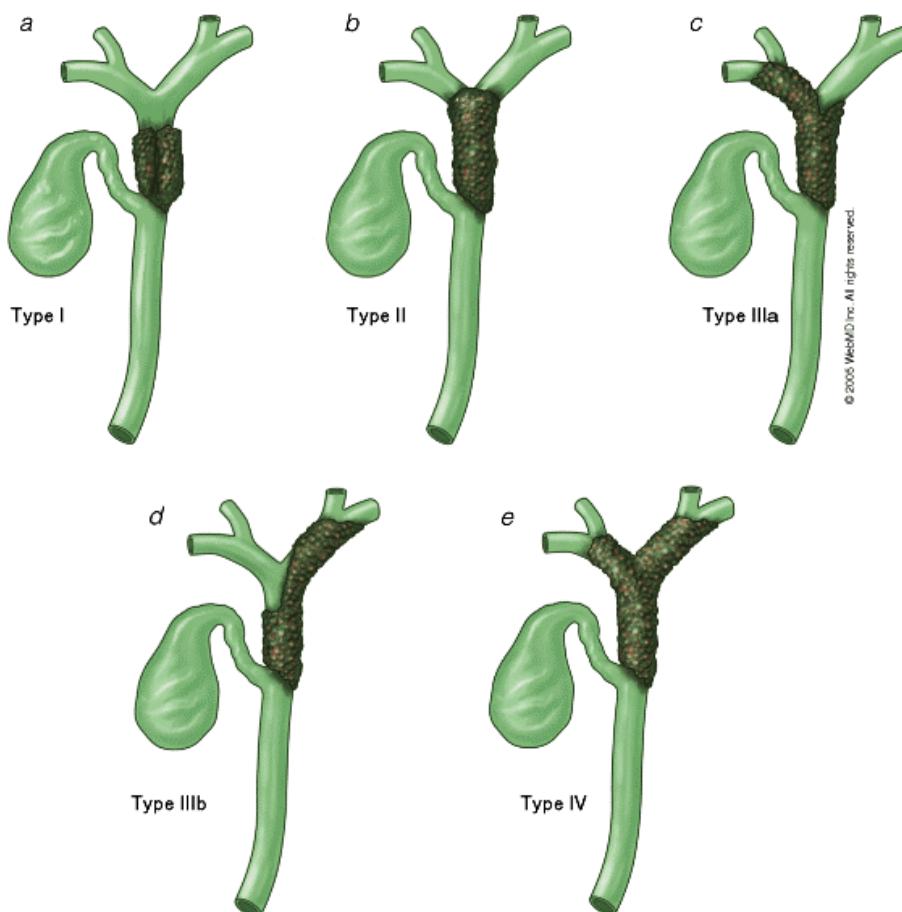
90% ung thư đường mật nguyên phát là ung thư đường mật ngoài gan, trong đó 60-80% là ung thư ngã ba ống gan (khối u Klatskin), 25% là ung thư đoạn cuối ống mật chủ (bao gồm ung thư bóng Vater).

Nam giới và nữ giới có nguy cơ bị ung thư đường mật ngang nhau. Độ tuổi càng cao, nguy cơ bị ung thư đường mật càng lớn.

90% ung thư đường mật là ung thư ống tuyến (ductal adenocarcinoma).

Phân loại ung thư ngã ba ống gan theo Bismuth (hình 1):

- Týp I: khối u giới hạn ở ống gan chung
- Týp II: khối u xâm lấn vào ngã ba ống gan
- Týp IIIa và IIIb: khối u xâm lấn vào ống gan phải hay ống gan trái đoạn trong gan
- Týp IV: khối u xâm lấn vào ống gan phải và ống gan trái đoạn trong gan



Hình 1- Phân loại ung thư ngã ba ống gan theo Bismuth

Các trường hợp bệnh lý gây viêm hay kích thích đường mật kéo dài được xem là nguyên nhân của ung thư đường mật. BN bị viêm đường mật xơ hoá nguyên phát, một bệnh lý viêm không rõ nguyên nhân của đường mật, có nguy cơ bị ung thư đường mật 40%. 25% BN bị nang đường mật bẩm sinh sẽ bị ung thư đường mật sau này. Nhiễm ký sinh trùng mãn tính ở đường mật (*Clonorchis sinensis* và *Opisthorchis viverrini*) cũng là yếu tố nguy cơ của ung thư đường mật (bảng 1).

<i>Viêm đường mật xơ hoá nguyên phát</i>
<i>Nang đường mật bẩm sinh</i>
<i>Nhiễm ký sinh trùng đường mật</i>
<i>Sỏi túi mật, sỏi gan</i>
<i>Hoá chất:</i>
<i>Thuốc cản quang</i>
<i>Chất phóng xạ</i>
<i>Chất sinh ung thư (arsenic, dioxin, nitrosamines, polychlorinated biphenyls)</i>
<i>Thuốc (thuốc ngừa thai, methyldopa, isoniazid)</i>
<i>Người mang mầm bệnh thương hàn mãn tính</i>

Bảng 1- Các yếu tố nguy cơ của ung thư đường mật

Ung thư đường mật có đặc tính điển tiến chậm, xâm lấn tại chỗ là chủ yếu. Ung thư đường mật cho di căn xa trong giai đoạn trễ của căn bệnh.

Biểu hiện lâm sàng chủ yếu của ung thư đường mật là tắc mật. Tình trạng tắc mật kéo dài cuối cùng dẫn đến suy gan, suy dinh dưỡng, suy thận, rối loạn đông máu, viêm đường mật và tử vong.

Ung thư đường mật ở đoạn cuối ống mật chủ, được xếp vào nhóm ung thư vùng quanh bóng Vater. Ung thư vùng quanh bóng Vater là bệnh lý ác tính của các cấu trúc cách bóng Vater trong phạm vi 1 cm. Có bốn bệnh lý ác tính ở vùng quanh bóng Vater, tương ứng với 4 loại tế bào biểu mô khác nhau: niêm mạc tá tràng, đường mật, ống tuy và bóng Vater chính danh. Trong 4 loại ung thư của vùng quanh bóng Vater, ung thư bóng Vater chính danh có tiên lượng tốt nhất. Chẩn đoán phân biệt ung thư bóng Vater chính danh và các ung thư vùng quanh bóng Vater còn lại dựa vào xét nghiệm sinh học: thành phần chất nhầy trong u bóng Vater là sialomucins, trong khi tế bào của các u vùng quanh bóng Vater khác tiết mucins sulfat hoá.

Các ung thư vùng quanh bóng Vater có chung một thái độ chẩn đoán và điều trị.

Ung thư đường mật ngoài gan nằm ở một nhánh đường mật chính (ống gan phải hay ống gan trái), tuy chiếm một tỉ lệ nhỏ trong ung thư đường mật ngoài gan, nhưng biểu hiện lâm sàng lại tương đối khác biệt với ung thư đường mật ngoài gan ở các đoạn khác: vàng da diễn tiến chậm hơn, phần gan tương ứng với ống mật bị tắc đã bị xơ hoá và mất chức năng khi BN nhập viện.

Ung thư đường mật ngoài gan đoạn 1/3 giữa ống mật chủ thực tế hiếm gặp. Nếu có, ung thư 1/3 giữa ống mật chủ thường là ung thư thứ phát, do sự xâm lấn trực tiếp từ ung thư túi mật, hơn là ung thư nguyên phát tại đường mật.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Vàng da do tắc mật xảy ra trong 100% các trường hợp (nếu tính luôn ung thư đường mật trong gan, tỉ lệ này là hơn 90%). Đặc điểm của vàng da trong ung thư đường mật là: vàng da tắc mật hoàn toàn (da vàng sậm, ngứa, phản tráng như “cứt cò”), không đau, không kèm sốt.

Các triệu chứng khác bao gồm: đau âm ỉ vùng hạ sườn phải, chán ăn, sụt cân...

Khi thăm khám lâm sàng, ngoài vàng da, gan to là dấu hiệu thường gặp nhất. Gan thường to mềm với bờ tù. Gan to, mật độ chắc, bờ sắc là biểu hiện của xơ gan do tắc mật, gặp trong ung thư khu trú ở một ống gan.

BN bị ung thư đoạn cuối ống mật chủ sẽ có túi mật căng to (dấu hiệu Courvoisier).

BN bị ung thư đoạn vùng quanh bóng Vater có thể có các biểu hiện sau:

- o Thiếu máu (do chảy máu rỉ rã vào lòng tá tràng)
- o Viêm tuy, tiêu phân mỡ (do tắc nghẽn ống tuy)

Sốt là triệu chứng hiếm khi xảy ra trong ung thư đường mật ngoài gan. Sốt, nếu có, thường xuất hiện sau các can thiệp đường mật chẩn đoán (PTC, ERCP).

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

Xét nghiệm chứng tỏ có sự tắc mật ngoài gan:

- o Bilirubin (chủ yếu trực tiếp) tăng rất cao
- o AST, ALT tăng
- o Phosphatase kiềm tăng

Cần chú ý là nếu BN bị ung thư ở một ống gan nhập viện ở giai đoạn chưa xuất hiện vàng da, kết quả xét nghiệm sẽ cho thấy AST, ALT, phosphatase kiềm tăng nhưng nồng độ bilirubin huyết tương lại bình thường.

CA 19-9 tăng > 100 IU/mL (bình thường < 33 IU/mL) có giá trị chẩn đoán ung thư đường mật với độ nhạy 89% và độ đặc hiệu 86%.

Sự tăng nồng độ CEA và CA 19-9 ở BN bị viêm đường mật xơ hoá nguyên phát có độ đặc hiệu 100% trong chẩn đoán ung thư đường mật, vì thế chúng thường được sử dụng như là phương tiện tầm soát ung thư đường mật ở BN bị viêm đường mật xơ hoá nguyên phát.

Siêu âm và CT khó quan sát trực tiếp khối u, cũng như xác định vị trí tắc nghẽn. Hình ảnh dãn đường mật trong gan, nhưng đường mật ngoài gan và túi mật xẹp gợi ý tổn thương ở ngã ba ống gan. Ngược lại, trong ung thư ống mật chủ, đường mật trong gan dãn và túi mật căng to.

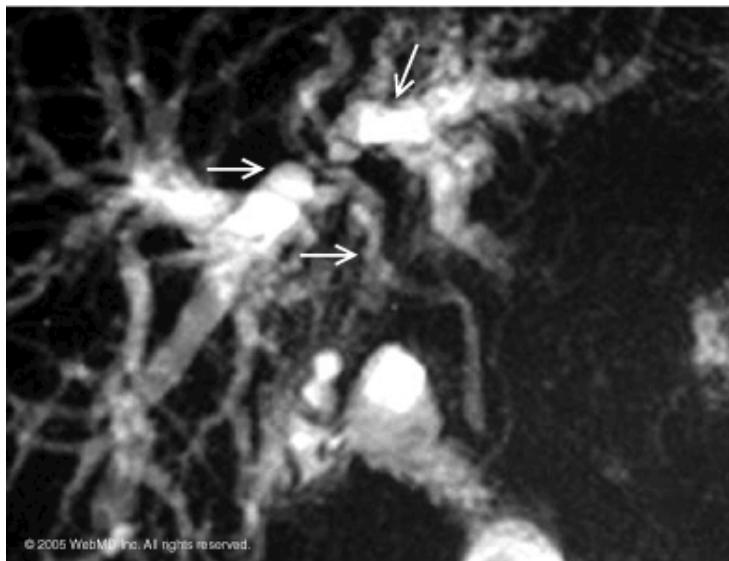
Siêu âm qua nội soi, với hình ảnh có độ phân giải cao, có thể quan sát các tổn thương đoạn cuối ống mật chủ cũng như đánh giá di căn hạch.

Chụp đường mật xuyên gan qua da (PTC) và qua nội soi mật tuy ngược dòng (ERCP) là phương tiện chẩn đoán X-quang quan trọng nhất. PTC và ERCP cho thấy rõ hình ảnh giải phẫu của đường mật cũng như vị trí tắc nghẽn. Riêng đối với ung thư vùng quanh bóng Vater, ERCP là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn vì có thể quan sát trực tiếp cũng như sinh thiết khối u.

MRCP có giá trị chẩn đoán tương đương PTC và ERCP nhưng có ưu điểm hơn PTC và ERCP ở đặc điểm không xâm lấn (hình 2).

X-quang mạch máu và MRI ít khi được chỉ định để đánh giá khả năng xâm lấn của khối u vào mạch máu lân cận.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:



Hình 2- Ung thư đường mật rốn gan (týp II) trên MRCP

Trên lâm sàng, các bệnh lý sau đây cần được chẩn đoán phân biệt với ung thư đường mật ngoài gan:

- o Ung thư đầu tuy
- o Ung thư tá tràng
- o Ung thư túi mật
- o Nang đường mật
- o Viêm đường mật xơ hoá nguyên phát
- o Hẹp đường mật do các nguyên nhân lành tính khác
- o U lành tính bóng Vater
- o Hoại tử bóng Vater
- o Viêm tuy mãn

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Vàng da tắc mật hoàn toàn, không đau bụng và không sốt xảy ra ở BN lớn tuổi là tam chứng gợi ý có sự bê tắc đường mật ngoài gan do nguyên nhân ác tính.

Nếu sờ thấy túi mật căng to khi thăm khám bụng, vị trí bê tắc nằm ở bên dưới ngả ba ống túi mật và đường mật.

Do khối u có kích thước nhỏ, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị hạn chế trong việc đánh giá tính chất của khối u. Vai trò chủ yếu của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh là cho thấy hình ảnh của đường mật đoạn trên vị trí tắc (dẫn to) và dưới vị trí tắc (xẹp hay kích thước bình thường). PTC, ERCP và MRCP cho thấy hình ảnh đường mật rõ nhất.

ERCP còn có tác dụng sinh thiết nếu khối u ở vùng quanh bóng Vater.

Với kết quả của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, nếu kết hợp với CA 19-9 tăng cao, chẩn đoán ung thư đường mật ngoài gan là hầu như chắc chắn.

Nếu CA 19-9 bình thường, BN vẫn có chỉ định phẫu thuật (giải áp đường mật), việc chẩn đoán xác định ung thư đường mật sẽ được thực hiện trong lúc mổ.

2.3-Đánh giá giai đoạn (theo AJCC):

Khối u:

- T1: khối u còn giới hạn trong đường mạc
- T2: khối u xâm lấn ra ngoài đường mạc
- T3: khối u xâm lấn vào gan, túi mật, tuy, nhánh gan phải hay trái của tĩnh mạch cửa hay động mạch gan
- T4: khối u xâm lấn vào dạ dày, đại tràng, tá tràng, thành bụng, thân chính của tĩnh mạch cửa hay động mạch gan chung

Di căn hạch:

- N0: không di căn hạch
- N1: có di căn hạch

Di căn xa:

- M0: không di căn xa
- M1: có di căn xa

Đánh giá giai đoạn ung thư đường mật (theo AJCC) (bảng 2):

Giai đoạn	T	N	M
IA	1	0	0
IB	2	0	0
IIA	3	0	0
IIB	1	1	0
	2	1	0
	3	1	0
III	4	Bất kỳ	0
IV	Bất kỳ	Bất kỳ	1

Bảng 2- Đánh giá giai đoạn ung thư đường mật (theo AJCC)

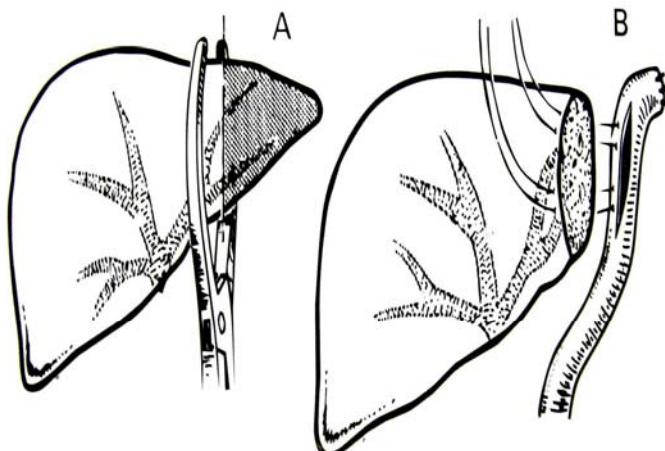
3-Điều trị:**3.1-Các phương pháp điều trị và chỉ định:**

Phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất ung thư đường mật ngoài gan. Hoá trị không cải thiện được tiên lượng sống.

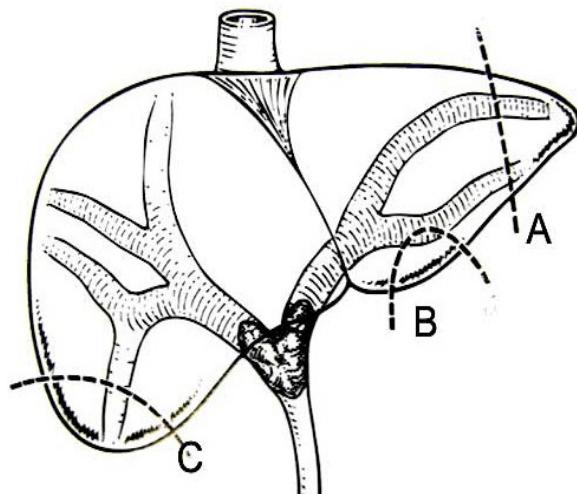
Phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí và giai đoạn tiến triển của khối u:

- Ung thư ngã ba ống gan:
 - Bismuth тип I và II: cắt khối u và nối ống tràng với hai ống gan.
 - Bismuth тип III: cắt khối u kèm theo cắt gan phải hay gan trái.
 - Bismuth тип IV: phẫu thuật giải áp đường mật:
 - ▲ Phẫu thuật Longmire: cắt bỏ $\frac{1}{2}$ ngoài thùy gan trái, bọc lô ống gan phân thùy II và III, nối ống tràng vào mặt cắt gan còn lại (hình 3).
 - ▲ Xé ống gan phân thùy III hay V, nối ống gan (phân thùy III hay V) với ống tràng (hình 4).

- Ung thư đoạn cuối ống mật chủ: cắt đoạn cuối ống mật chủ-đầu tuy-tá tràng (phẫu thuật Whipple). Trường hợp khối u không cắt được: nối túi mật-hỗng tràng.



Hình 3- Phẫu thuật Longmire.



Hình 4- Các phương pháp phẫu thuật giải áp đối với ung thư ngã ba ống gan không cắt được (Bismuth type IV): A- phẫu thuật Longmire, B-nối ống gan phân thuỷ III-hỗng tràng, C- nối ống gan phân thuỷ V-hỗng tràng

BN không có chỉ định phẫu thuật: giải áp đường mật bằng cách đặt stent xuyên qua bướu. Việc đặt được thực hiện qua da (PTC) hay qua ERCP.

Công việc chuẩn bị trước phẫu thuật có một số vấn đề cần chú ý:

- Vấn đề giải áp đường mật: thường không được đặt ra trước mổ, trừ các trường hợp sau:
 - BN bị viêm đường mật
 - BN bị suy thận
 - BN mắc các bệnh lý nội khoa, toàn trạng yếu, suy dinh dưỡng, suy giảm chức năng miễn dịch, không thể được phẫu thuật ngay
 - BN được dự trù cắt bỏ một phần lớn gan kèm theo cắt khối u đường mật (Bismuth typ III). Phần gan còn thừa lại sẽ tái tạo nhanh hơn nếu không bị út mật.

- Vấn đề nhiễm trùng đường mật: BN bị viêm đường mật, tư phát hay sau các thủ thuật chẩn đoán có tính chất xâm lấn (PTC, ERCP), nên được giải áp đường mật và sử dụng kháng sinh thích hợp cho đến khi tình trạng nhiễm trùng được dập tắt. Thời gian điều trị trung bình 3 tuần.
- Vấn đề suy thận: tình trạng tắc mật có nguy cơ dẫn đến suy thận nếu như có một trong các yếu tố thuận lợi phối hợp: thiếu nước, hạ huyết áp, nhiễm trùng, thuốc cản quang, kháng sinh... Cần chú ý bồi hoàn đầy đủ nước ở BN tắc mật. Truyền dịch cho BN trước các thủ thuật có tiêm thuốc cản quang vào trong lòng mạch. Hạn chế sử dụng kháng sinh có độc tính trên thận (aminoglycoside). Chỉ định thích hợp các loại thuốc hạ áp ở BN bị cao huyết áp để tránh biến chứng tụt huyết áp. Đối với BN bị suy thận, cần hoãn cuộc mổ và điều trị cho đến khi chức năng thận trở về bình thường.
- Vấn đề suy dinh dưỡng và suy giảm chức năng miễn dịch: BN bị suy dinh dưỡng và suy giảm chức năng miễn dịch cần được điều trị cho đến khi tình trạng dinh dưỡng và chức năng miễn dịch trở lại bình thường. Tuỳ theo tình trạng dinh dưỡng hiện tại, thời gian điều trị có thể lên đến 4-6 tuần.
- Vấn đề rối loạn chức năng đông máu: BN có rối loạn chức năng đông máu do tắc mật cần được điều trị bằng huyết tương tươi và vitamin K. Ngay cả khi xét nghiệm đông máu chưa cho thấy có sự bất thường, BN cũng cần được cho vitamin K tối thiểu 24 giờ trước mổ để phục hồi lại kho dự trữ vitamin K của cơ thể.
- Kháng sinh dự phòng: luôn cần thiết. Đối với BN đã được đặt stent đường mật trước đó, nên chỉ định kháng sinh phổ rộng và thời gian sử dụng kháng sinh dự phòng có thể kéo dài hơn bình thường (2-3 ngày sau mổ).

3.2-Kết quả và tiên lượng:

Tỉ lệ sống 5 năm:

- Ung thư ngã ba ống gan được phẫu thuật điều trị và bờ cắt âm tính: 10-20%.
- Ung thư đoạn cuối ống mật chủ được phẫu thuật điều trị và bờ cắt âm tính: 28-45% (thời gian sống trung bình 32-38 tháng).

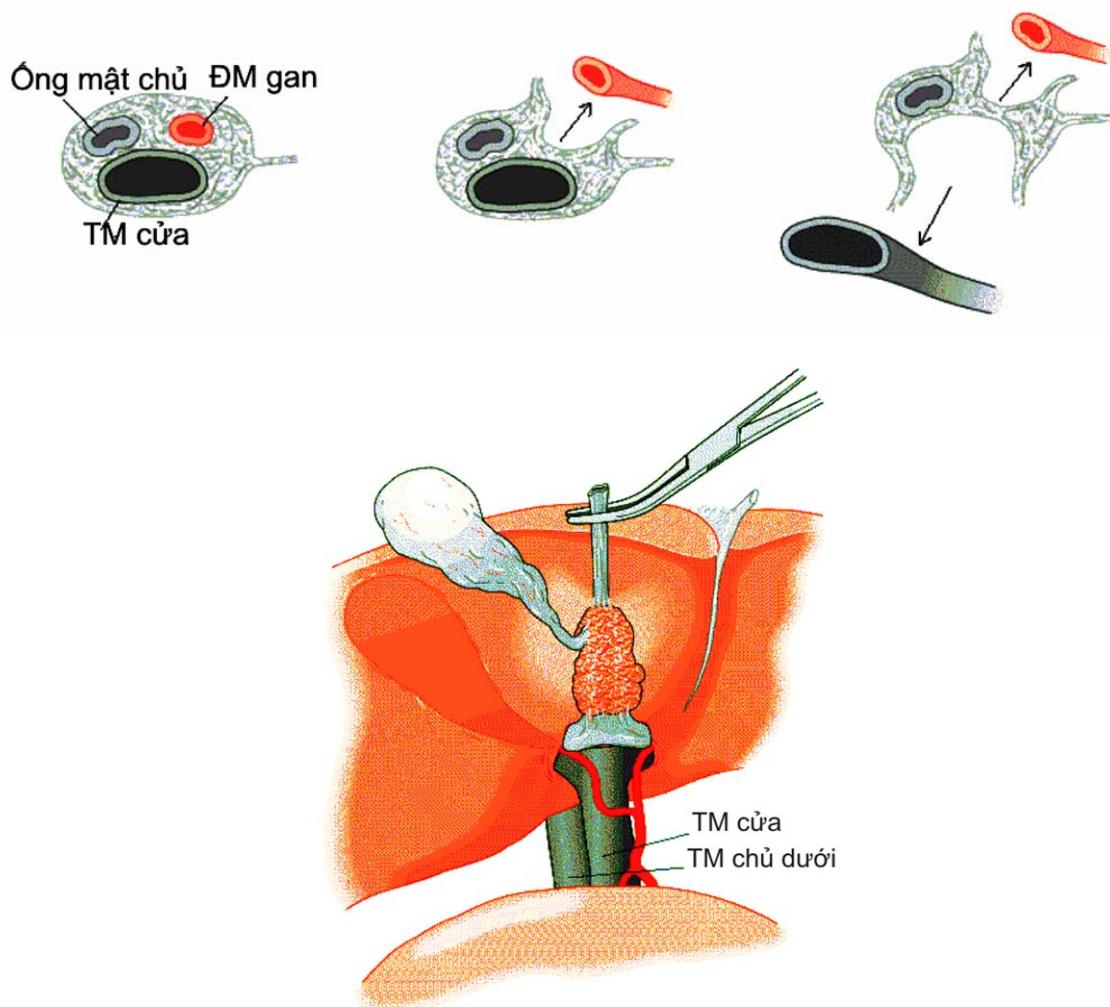
4-Phẫu thuật cắt khối u đường mật rốn gan và 1/3 giữa:

Trước khi tiến hành phẫu thuật, cần phải tìm kiếm các di căn trong xoang phúc mạc và khả năng cắt bỏ được của khối u. Để đánh giá mức độ xâm lấn của khối u vào gan, có thể sử dụng siêu âm trong lúc mổ. Các hạnh vùng được xem xét cẩn thận. Có thể sinh thiết lạnh bất kỳ vùng nghi ngờ nào ở bên ngoài giới hạn cắt bỏ của khối u. Nếu kết quả dương tính, các thủ thuật đặt stent hay nối tắc được thực hiện thay cho việc cắt bỏ khối u.

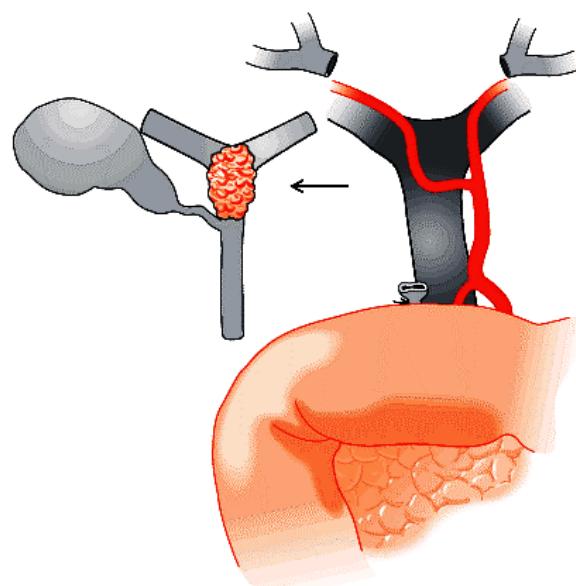
Việc đánh giá mối liên quan của khối u với các mạch máu lân cận tương đối khó khăn. Để cho việc đánh giá này được thuận tiện, túi mật có thể được sử dụng như là một phương tiện lôi kéo ống mật chủ trong lúc mổ.

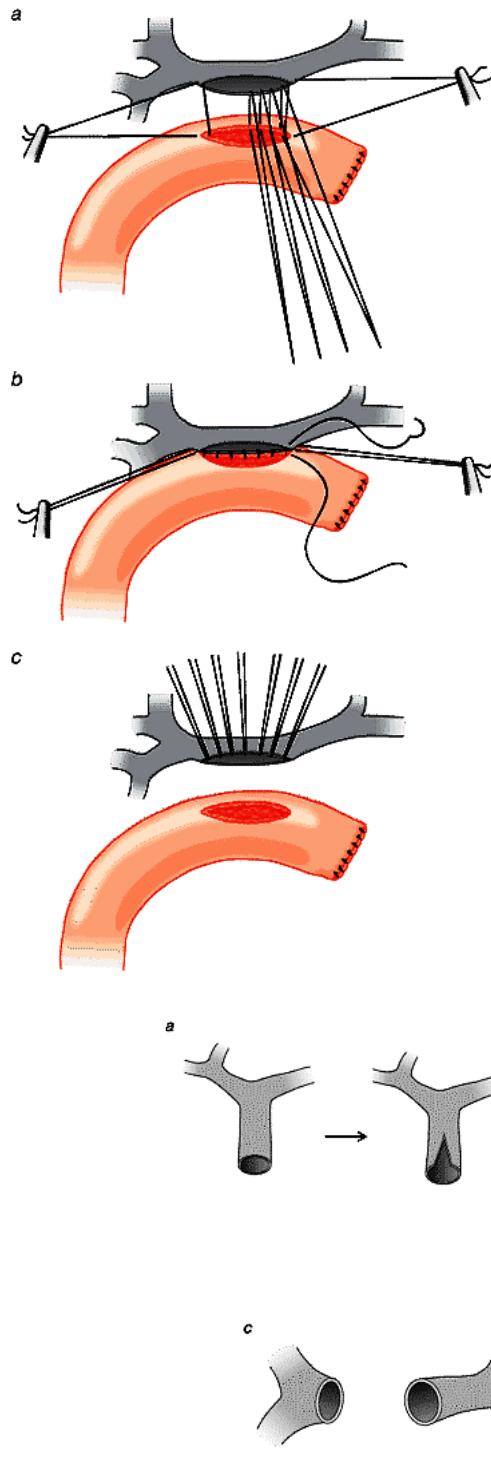
Trước tiên, tách túi mật ra khỏi giòng gan. Chú ý vẫn bảo tồn ống túi mật và động mạch túi mật. Sự di động của túi mật sẽ làm cho quá trình bóc tách dễ dàng hơn.

Việc bóc tách bắt đầu từ dưới lên. Tìm ống gan chung và tĩnh mạch cửa ngay trên cổ tuy. Bóc tách động mạch gan và tĩnh mạch cửa ra khỏi lớp mô liên kết lỏng lẻo chung quanh. Như vậy phần được cắt bỏ ở cuống gan sẽ bao gồm ống mật chủ, mô liên kết lỏng lẻo, thần kinh và các hạch.



Kép cắt ống mật chủ ngay tại vị trí sát với đầu tuy. Dùng kẹp kẹp đầu gân, nhắc ống mật chủ lên. Kéo động mạch gan sang trái, kẹp cắt động mạch túi mật. “Lột trần” động mạch gan phải và trái lên tới vị trí cắt khối u tối thiểu 1 cm. Tiếp tục bóc tách tĩnh mạch cửa lên tới nơi phân đồi.





Giới hạn cắt ở đầu gần khối u phụ thuộc vào mức độ lan rộng của khối u. Đối với khối u cách ngả ba ống gan tối thiểu 1 cm, vị trí cắt ở sát ngả ba ống gan. Trong trường hợp khối u đã xâm lấn tới ngả ba ống gan, hai ống gan được cắt ở gần sát các nhánh chính của nó.

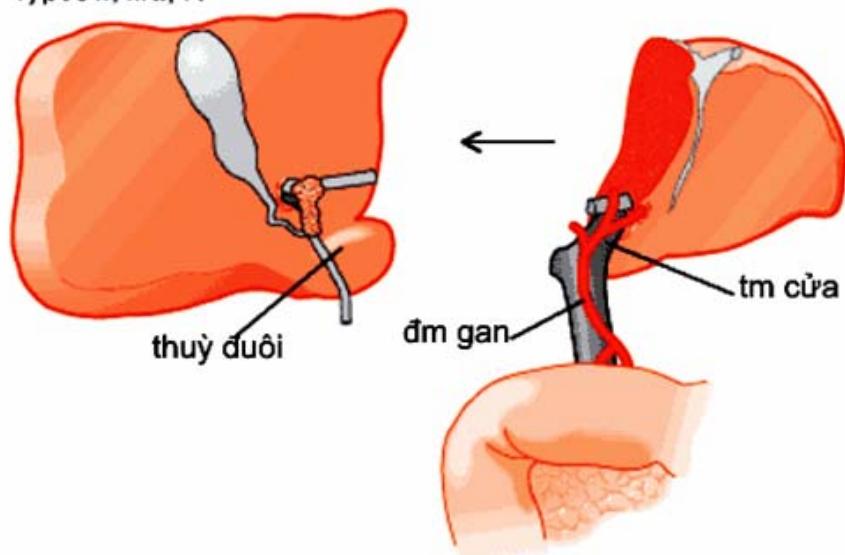
Hình bên trái mô tả kỹ thuật nối ống gan với hổng tràng.

Hình trên mô tả kỹ thuật “làm rộng” ống gan để cho việc nối với hổng tràng được thực hiện dễ dàng hơn: a-xé dọc ống gan chung, b-nếu mép cắt ở bên dưới ngả ba ống túi mật, xé dọc vách chung giữa ống gan chung và ống túi mật, c-khâu nối mép sau của lỗ của hai ống gan để tạo thành một lỗ rộng hơn.

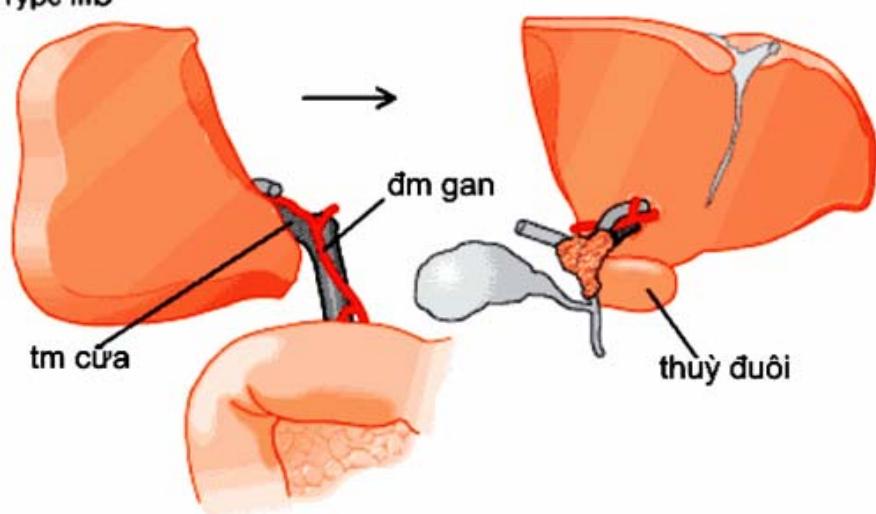
Một số phẫu thuật viên đặt một thông dẫn lưu miệng nối, đưa xuyên qua gan ra da, nhưng thủ thuật này không làm thay đổi tiên lượng của cuộc phẫu thuật.

Khi khối u xâm lấn vào một trong hai ống gan đoạn trong gan, cắt gan phải hay cắt gan trái là các phương pháp phẫu thuật có thể được chọn lựa.

a Types II, IIIa, IV



b Type IIIb



UNG THƯ TUY

1-Đại cương:

Hầu hết (95%) ung thư tuy xuất phát từ phần ngoại tiết của tuy. 80% ung thư tuy là adenocarcinoma. Các bệnh lý ác tính khác của tuy bao gồm: ung thư nang tuyến (acinar cell carcinomas), ung thư mô liên kết của tuy (sarcomas), ung thư mô bạch huyết của tuy (lymphomas) và ung thư tế bào đảo tuy.

Độ tuổi trung bình của BN bị ung thư tuy là 70. Nam giới có tần suất mắc bệnh cao hơn nữ giới (tỉ lệ nam:nữ = 1,5:1).

Nguyên nhân: 40% do tự phát, 30% có liên quan đến thuốc lá, 20% có liên quan đến chế độ ăn uống (nhiều năng lượng, ít rau quả tươi), 5% liên quan đến bệnh viêm tuy mãn, 5-10% liên quan đến di truyền.

Tuổi tác là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất. Tuổi càng cao nguy cơ mắc bệnh càng lớn.

Vị trí của khối u trong ung thư tuy: 75% đầu và cổ, 15-20% ở thân, 5-10% ở đuôi tuy. Ung thư đầu tuy thường có triệu chứng xuất hiện sớm hơn ung thư thân và đuôi tuy (triệu chứng của chèn ép đường mật), do có có tỉ lệ được phẫu thuật cắt bỏ cao hơn và có tiên lượng tốt hơn

Ung thư tuy trước tiên di căn đến các hạch bạch huyết quanh tuy (hình 1,2). Tặng bị di căn xa thường nhất là gan, kế đến là phổi. Khối u cũng có thể xâm lấn vào các tặng lân cận. Chỉ 20% BN bị ung thư tuy có thể được phẫu thuật trị liệu.

Nói chung, tiên lượng của ung thư tuy nghèo nàn. Bệnh khó được chẩn đoán sớm. Đa số BN đến với khối u không thể phẫu thuật được.

Tiên lượng của ung thư tuy sẽ tốt hơn nếu khối u nhỏ hơn 3 cm và không có di căn hạch.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Hai nhóm triệu chứng thường gặp nhất nhưng lại khó phân biệt với các bệnh lý khác:

- Chán ăn, mệt mỏi, đau mờ hố vùng thượng vị. Đôi khi buồn nôn, nôn ói
- Sụt cân nhiều

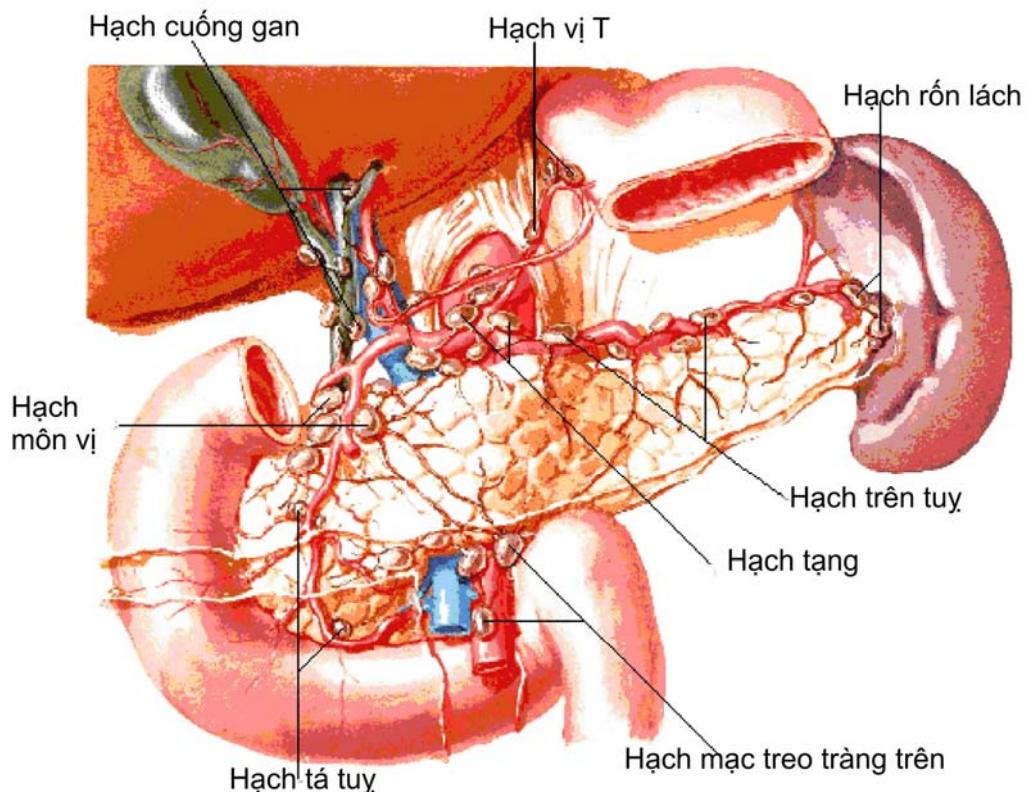
Nếu khối u ở đầu tuy chèn ép vào đường mật, vàng da tăng dần (kèm ngứa và phân bạc màu) là triệu chứng nổi bật. Vàng da thường không kèm theo đau và sốt, một dấu hiệu để phân biệt tắc mật do khối u chèn ép đường mật và tắc mật do sỏi mật. Khối u đầu tuy chèn vào ống tuy có thể gây triệu chứng tiêu chảy, tiêu phân mỡ. Tuy nhiên, tiêu chảy, tiêu phân mỡ thường ít được để ý cho đến khi vàng da xuất hiện. Đặc biệt, khối u ở móm mọc tuy có thể chèn vào ống tuy mà không chèn vào đường mật.

Đau liên tục vùng thượng vị, đặc biệt nếu đau lan ra sau lưng, là dấu hiệu xấu: khối u đã xâm lấn vào đám rối tặng sau phúc mạc.

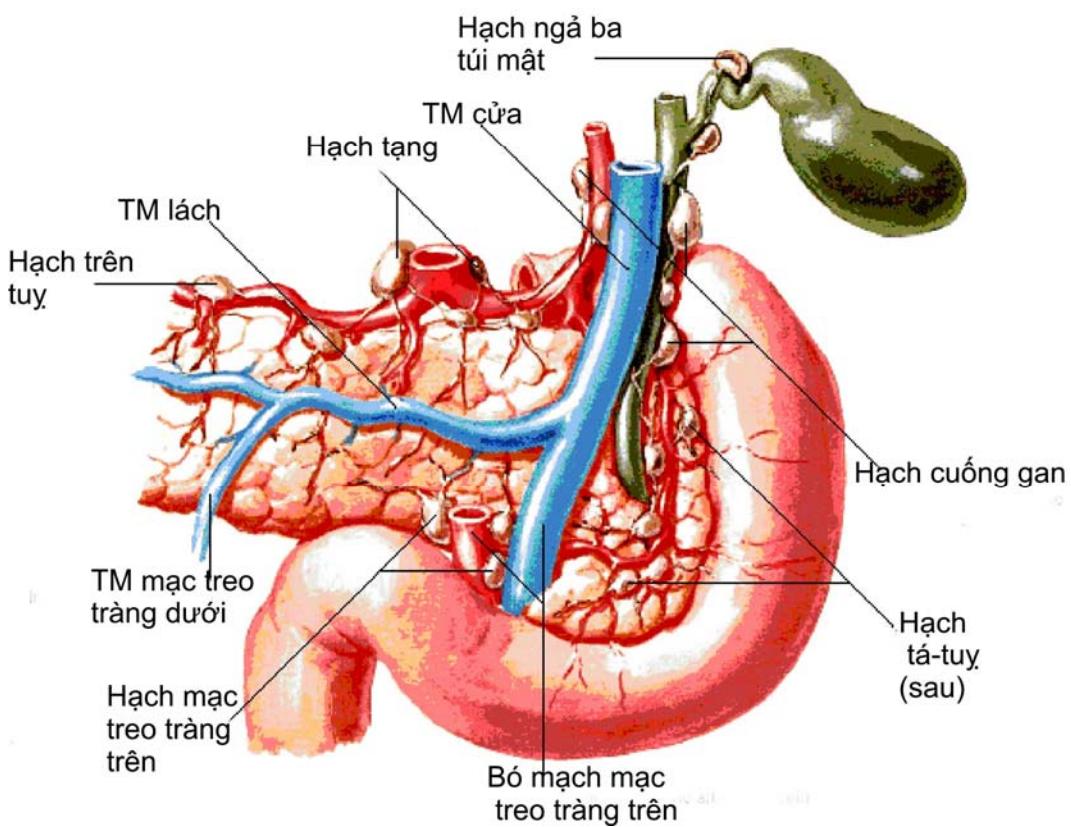
Các triệu chứng khác, ít gặp hơn:

- Chèn ép, xâm lấn tá tràng: nôn ói, chảy máu tiêu hoá trên
- Viêm tĩnh mạch huyết khối di trú (dấu hiệu Troussseau)*

Tùy theo vị trí của khối u, khám lâm sàng có thể thấy:



Hình 1-Dẫn lưu bạch mạch của tuy (mặt trước)



Hình 2- Dẫn lưu bạch mạch của tuy (mặt sau)

- Da vàng sậm. Có vết gai ở vùng cẳng tay hay cẳng chân.
- Túi mật căng to (định luật Courvoisier)
- Gan to và chắc (xơ gan ú mật)
- Lách to (huyết khối tĩnh mạch lách)
- Khối u thượng vị

(*): Tình trạng huyết khối tĩnh mạch nông xảy ra ở nhiều vị trí thay đổi (thường ở thân mình và chi dưới) và lặp đi lặp lại nhiều lần. 50% các trường hợp viêm tĩnh mạch huyết khối di trú được phát hiện có bệnh lý ác tính của lớp biểu mô (carcinomas), đặc biệt là của tuy và phổi.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-CA 19-9:

- Tăng trong 75-85% BN bị ung thư tuy. Tăng CA 19-9 trên 100 IU/mL (bình thường 33-37 IU/mL), nhất là khi không có vàng da và bệnh lý tuy lành tính khác, có độ đặc hiệu cao cho các bệnh lý ác tính, nhất là ung thư tuy.
- CA 19-9 không tăng không loại trừ được ung thư tuy.
- Ít nhạy trong ung thư tuy giai đoạn sớm và cũng không thể dùng để tầm soát ung thư tuy.

2.2.2-CEA:

- Tăng trong 40-45% BN bị ung thư tuy.
- Nhiều bệnh lý khác cũng có tăng CEA. Do đó CEA không đặc hiệu cho ung thư tuy.

2.2.3-Chụp điện toán cắt lớp (CT):



A



B

Hình 3- A-Ung thư đầu tuy với hình ảnh khối u giảm đậm độ. Hội lưu tĩnh mạch cửa-lách bị khối u chèn ép, cho hình ảnh “mỏ chim”. B-Cũng ở trên nhưng lát cắt ngang qua thân tuy cho thấy ống tuy dẫn rộng và chủ mô tuy bị teo

CT scan thế hệ mới (xoáy ốc) là chọn lựa trước tiên trong chẩn đoán ung thư tuy. Độ chính xác của việc đánh giá khả năng phẫu thuật trên CT xoáy ốc là 80%. Hình ảnh adenocarcinoma ống tuy: khối u giảm đậm độ và kém tăng quang hơn so với mô tuy

chung quanh (hình 3). Nếu khối u ở đầu tuy: dẫn ống tuy hay đường mật hay cả hai. Dấu hiệu của khối u quá khả năng phẫu thuật: xâm lấn ra ngoài tuy, vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

2.2.4-X-quang động mạch:

Các mạch máu trong tuy và quanh tuy bị tắc hay bó hẹp. Không có hình ảnh tăng sinh mạch máu hay các thông nối động-tĩnh mạch.

2.2.5-Siêu âm qua nội soi:

Được xem là phương tiện chẩn đoán ung thư tuy có độ nhạy và đặc hiệu cao nhất. Với đầu dò 7,5-12 MHz cho hình ảnh có độ phân giải cao, siêu âm qua nội soi có thể phát hiện 99-100% ung thư tuy.

Sinh thiết tuy qua siêu âm cũng là một lợi thế lớn của siêu âm qua nội soi.

Đánh giá khả năng phẫu thuật tương đương CT xoắn ốc.

2.2.6-Chụp mật tuy ngược dòng qua nội soi (ERCP):

95% adenocarcinoma có biểu hiện bất thường trên ERCP: ống tuy bị bó hẹp hay bị tắc. Nếu khối u ở đầu tuy: ống mật chủ cũng cho hình ảnh tương tự (hình ảnh “ống đôi”). Các dấu hiệu bất thường trên, tuy nhiên, không đặc hiệu cho adenocarcinoma.

2.2.7-Chụp cộng hưởng từ (MRI):

MRI không ưu việt hơn so với CT xoắn ốc. Tuy nhiên, MRCP là phương tiện khảo sát đường mật và tuy không xâm lấn.

2.2.8-PET:

Phương pháp PET dùng chất 18F-fluorodeoxy glucose (FDG) để khảo sát hình ảnh của khối u nguyên phát và các di căn.

Mục đích PET: phát hiện các di căn tiềm ẩn.

PET có thể cho dương tính giả trong viêm tuy cấp.

2.2.9-Sinh thiết:

Sinh thiết trước phẫu thuật là vấn đề còn đang bàn cãi. Tuy nhiên, việc xác định bản chất mô học trước hoá trị hay xạ trị (trường hợp không phẫu thuật) là điều bắt buộc.

Sinh thiết có thể được thực hiện dưới sự hướng dẫn của: CT, siêu âm qua nội soi, ERCP...

2.2.10-Nội soi ổ bụng:

Nhiều bệnh viện đánh giá giai đoạn qua nội soi ổ bụng trước khi có gắng thực hiện một cuộc phẫu thuật trị liệu.

2.2.11-Các xét nghiệm khác:

Không đặc hiệu, tuỳ theo thể lâm sàng:

- Vàng da: tăng bilirubin (chủ yếu trực tiếp), tăng phosphatase kiềm, AST, ALT, γ-GT...
- Suy dinh dưỡng: giảm albumin, giảm cholesterol...

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Tùy thuộc vào triệu chứng của BN khi nhập viện, các bệnh lý sau cần được chẩn đoán phân biệt với ung thư tuy:

- Viêm tuy mãn
- Viêm loét dạ dày-tá tràng
- Ung thư dạ dày
- Ung thư gan thuỷ trái
- Ung thư vùng quanh bóng Vater
- Ung thư đường mật
- Sỏi đường mật
- Xơ hẹp đường mật
- Nang đường mật

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Trước một BN lớn tuổi, nhập viện với triệu chứng sụt cân, mệt mỏi, chán ăn, đau mờ hồ vùng thượng vị, chẩn đoán ung thư tuy thường không được đặt ra trước tiên và BN thường được chỉ định siêu âm và nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng. Khi nội soi đã loại trừ bệnh lý của dạ dày-tá tràng và siêu âm không cho thấy bất thường của gan mật, CT là phương tiện chẩn đoán được chỉ định tiếp theo.

Nếu BN nhập viện vì triệu chứng vàng da, có nhiều bệnh lý cần được loại trừ. Trước tiên, cần loại trừ vàng da trước gan và tại gan, chủ yếu dựa vào các kết quả xét nghiệm. Ké tiếp, cần loại trừ sỏi mật bằng siêu âm hay ERCP. ERCP có thể chẩn đoán xác định ung thư vùng quanh bóng Vater cũng như ung thư đường mật. Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp, chẩn đoán ung thư tuy thường được đặt ra sau khi đã có kết quả CT.

CT có thể đánh giá giai đoạn ung thư tuy với độ chính xác cao. Siêu âm qua nội soi là phương tiện chẩn đoán xác định và đánh giá đánh giá giai đoạn ung thư tuy với độ chính xác cao nhất. Nội soi xoang bụng và mở bụng thám sát là hai phương tiện đánh giá giai đoạn được chọn lựa sau cùng.

2.5-Đánh giá giai đoạn (theo AJCC):

Khối u:

- Tis: carcinoma in situ.
- T1: khối u còn khu trú trong tuy và có đường kính lớn nhất không quá 2 cm.
- T2: khối u còn khu trú trong tuy và có đường kính lớn nhất hơn 2 cm.
- T3: khối u xâm lấn ra ngoài tuy nhưng chưa xâm lấn vào bó mạch thân tạng hay mạc treo tràng trên.
- T4: khối u xâm lấn ra ngoài tuy và xâm lấn vào bó mạch thân tạng hay mạc treo tràng trên.

Hạch:

- N0: chưa di căn hạch vùng.
- N1: có di căn hạch vùng.

Di căn xa:

- M0: chưa di căn xa.
- M1: có di căn xa.

Đánh giá giai đoạn ung thư tuy (theo AJCC):

Giai đoạn	T	N	M
0	is	0	0
I_A	1	0	0
I_B	2	0	0
II_A	3	0	0
II_B	1	1	0
	2	1	0
	3	1	0
III	4	Bất kỳ	0
IV	Bất kỳ	Bất kỳ	1

3-Điều trị:

3.1-Các phương pháp điều trị:

3.1.1-Phẫu thuật triệt căn:

3.1.1.1-Phẫu thuật Whipple:

Phẫu thuật cắt khối tá tuy (phẫu thuật Whipple) được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn đối với ung thư đầu tuy. Nội dung của phẫu thuật Whipple bao gồm cắt bỏ đầu tuy, tá tràng D1-D4, hang vị, đoạn cuối óng mật chủ, các hạch lân cận. Sự tái lập đường tiêu hoá được thực hiện bằng cách nối vị-hỗn tràng. Phần thân đuôi tuy còn lại và óng mật chủ được nối với một đoạn hỗn tràng. Sự cắt rộng hơn thường không được các phẫu thuật viên chấp nhận, mặc dù, ở một số trung tâm phẫu thuật tuy, một đoạn tĩnh mạch cửa hay tĩnh mạch mạc treo tràng trên có thể được cắt ghép nếu khối u xâm lấn vào chúng.

Một biến thể của phẫu thuật Whipple là phẫu thuật cắt khối tá tuy bảo tồn môn vị. Trong phẫu thuật này, phần hang và óng môn vị được chừa lại. Cá hai loại phẫu thuật cho kết quả sống còn ngang nhau, nhưng BN được bảo tồn môn vị ít có triệu chứng rối loạn tiêu hoá xảy ra sau mổ hơn.

Để đánh giá khả năng khôi u có thể cắt bỏ được hay không, quan trọng nhất là xác định xem khôi u có xâm lấn vào động mạch thân tạng, động-tĩnh mạch mạc treo tràng trên hay tĩnh mạch cửa hay không. Nếu có xâm lấn, hầu hết phẫu thuật viên không phẫu thuật. Có di căn hạch quanh tuy cũng là chống chỉ định tương đối cho phẫu thuật.

Công việc chuẩn bị trước mổ bao gồm:

- Việc giải áp đường mật (dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da, mở túi mật ra da hay đặt stent đường mật tạm thời) không làm thay đổi kết quả phẫu thuật. Chỉ nên đặt vấn đề giải áp đường mật trước mổ nếu BN bị tắc mật trong thời gian dài, hay cuộc mổ bị hoãn lại vì một lý do nào đó, thí dụ nhu phải điều trị các bệnh lý nội khoa về tim mạch.
- Nâng cao thể trạng (truyền đậm, truyền máu...)
- Điều chỉnh rối loạn cầm máu đông máu với vitamin K
- Kháng sinh dự phòng

Chăm sóc sau mổ:

- Giảm tiết dạ dày và giảm tiết tuy: biện pháp hiệu quả nhất là không ăn uống qua đường miệng. Các loại thuốc (ức chế bơm proton, somatostatin...) có thể được cân nhắc đến.
- Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch
- Sau 5-7 ngày, nếu không có dấu hiệu xì dò miệng nói, bắt đầu cho BN ăn uống qua đường miệng. Một số tác giả chủ trương cho ăn sớm, khi BN bắt đầu có trung tiện.

Biến chứng và di chứng phẫu thuật:

- Hội chứng dạ dày chậm tiêu thoát (25%)
- Dò tiêu hoá (dò tuy, dò mật) (5%)
- Chảy máu
- Tụ dịch sau mổ hay áp-xe tồn lưu

Đây là phẫu thuật lớn, biến chứng phẫu thuật cao (30%). Ở các trung tâm chuyên khoa, tử vong phẫu thuật dưới 5%.

3.1.1.2-Cắt bỏ toàn bộ tuy:

Mục đích tránh mô ung thư còn sót ở bờ cắt. BN phải được trị liệu bổ sung bằng insulin ngoại sinh suốt đời. Vì lý do này, phẫu thuật cắt toàn bộ tuy ít khi được chọn lựa.

3.1.1.3-Cắt thân và đuôi tuy:

U thân và đuôi tuy thường được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn muộn. Việc cắt bỏ thân và đuôi tuy không cho tỉ lệ sống cao hơn so với không phẫu thuật.

3.1.2-Phẫu thuật thuỷt giảm:

Được chỉ định cho các khối u, thường ở đầu tuy, không thể cắt bỏ được, gây tắc mật, tắc tá tràng/hang vị.

Mục đích phẫu thuật là nhằm giải áp đường mật hay tái tạo sự lưu thông ống tiêu hoá.

Phương pháp phẫu thuật:

- Nối vị tràng: nếu tắc tá tràng, tắc hang vị
- Nối túi mật-hỗng tràng: nếu tắc mật

Thường phẫu thuật viên thực hiện cả hai phương pháp phẫu thuật trên.

3.1.3-Hoa trị:

Ung thư tuy ít nhạy với hoá chất. Hai hoá chất được sử dụng phổ biến nhất là 5-FU và gemcitabine.

3.1.4-Xạ trị:

Cho đáp ứng chậm. 5-FU và gemcitabine làm tăng độ nhạy của tế bào ung thư với tia xạ.

3.2-Chỉ định:

3.2.1-Giai đoạn I:

Phẫu thuật cắt tuy triệt căn:

- Phẫu thuật cắt khối tá tuy (phẫu thuật Whipple)
- Phẫu thuật cắt toàn bộ tuy nếu cần thiết để cho bờ cắt âm tính

- Phẫu thuật cắt thân và đuôi tuy khi khối u ở thân và đuôi tuy
Có thể hoá trị 5-FU và xạ trị sau mổ.

3.2.2-Giai đoạn II:

- Cố gắng cắt tuy nếu có thể, kết hợp hay không với hoá trị 5-FU và xạ trị sau mổ
- Hoá-xạ phối hợp cho các khối u không cắt bỏ được
- Phẫu thuật nối tắt (nối vị tràng, nối túi mật-hỗng tràng)
- Đặt stent đường mật qua da hay qua nội soi

3.2.3-Giai đoạn III:

- Các liệu pháp giảm đau: xạ trị thuyên giảm hay huỷ thận kinh bằng hoá chất (alcohol 50%).
- Hoá trị thuyên giảm với gemcitabine cải thiện tiên lượng sống rõ rệt hơn so với 5-FU (tỉ lệ sống 1 năm 18% của gemcitabine so với 2% của 5-FU).
- Phẫu thuật thuyên giảm
- Đặt stent đường mật qua da hay qua nội soi

3.2.4-Giai đoạn IV:

- Hoá trị với gemcitabine hoặc 5-FU
- Các liệu pháp giảm đau
- Phẫu thuật thuyên giảm
- Đặt stent đường mật qua da hay qua nội soi

3.3-Kết quả và tiên lượng:

Đối với khối u không thể cắt bỏ được:

- Tỉ lệ sống 5 năm: 5%.
- Thời gian sống TB: 4-6 tháng

Đối với khối u đã được phẫu thuật cắt bỏ:

- Tỉ lệ sống 5 năm : 15-20%
- Thời gian sống TB: 12-19 tháng

4-Phẫu thuật cắt khối tá tuy bảo tồn môn vị:

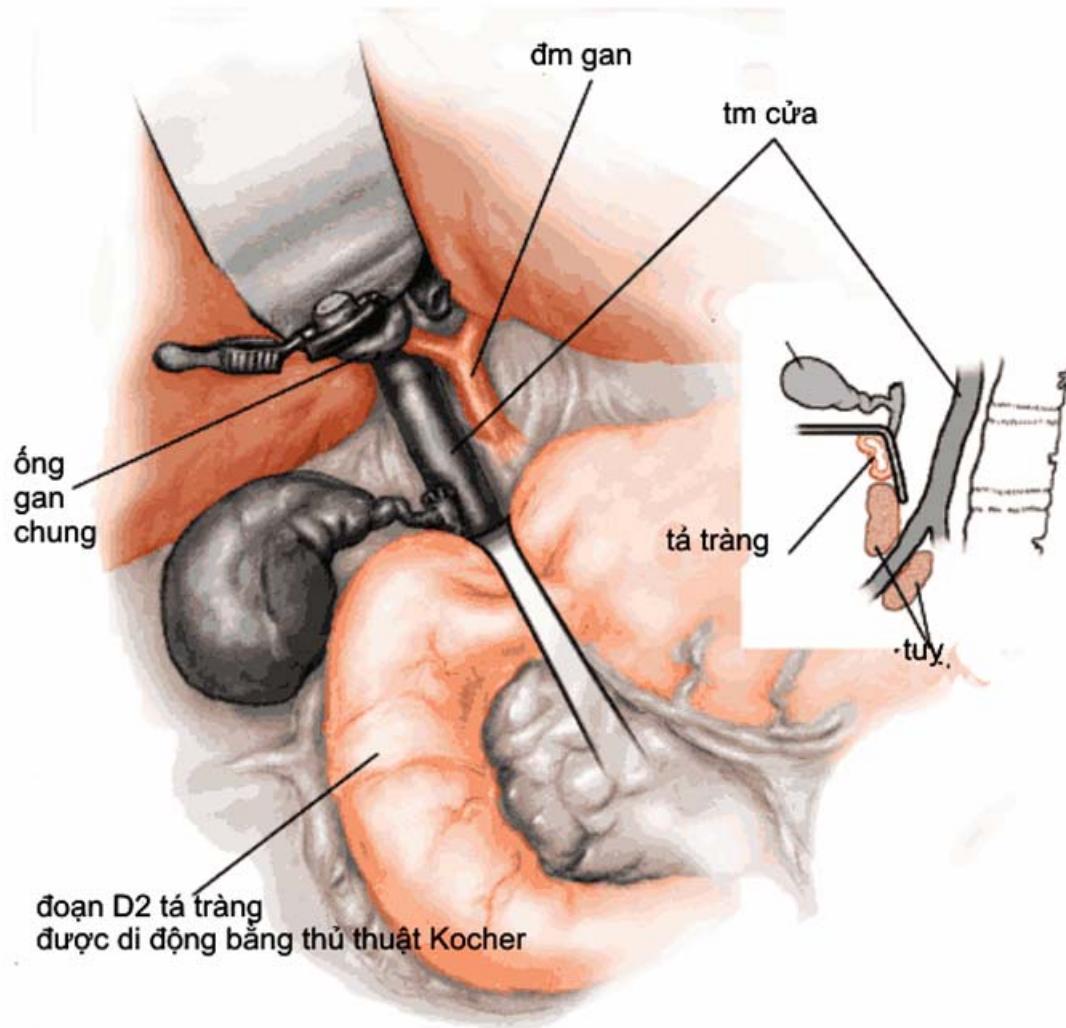
Phẫu thuật cắt khối tá tuy bao gồm hai giai đoạn chính: giai đoạn một là giai đoạn thám sát khả năng có thể cắt được khối u. Giai đoạn hai là giai đoạn cắt khối u và tái lập lại sự lưu thông của ống tiêu hoá, ống tuy và đường mật.

Nội soi ổ bụng có thể được thực hiện trước, để đánh giá giai đoạn. Chỉ định của nội soi ổ bụng trong ung thư tụy bao gồm:

- Dấu hiệu của căn bệnh đã ở giai đoạn muộn: BN suy kiệt nặng, BN có triệu chứng đau lưng
- Khối u có kích thước lớn
- Khối u ở vùng cổ, thân hay đuôi tuy

- CA 19-9 tăng rất cao
- Siêu âm, CT cho thấy có ít dịch trong xoang bụng
- Siêu âm, CT nghi ngờ có di căn gan nhưng không thể sinh thiết các sang thương này qua da

Vào bụng đường giữa trên rốn hay đường dưới sườn hai bên. Trước tiên tìm kiếm các di căn trong xoang phúc mạc. Xem có hạch di căn quanh động mạch chủ bụng. Các sang thương nghi ngờ di căn đều được sinh thiết lạnh.

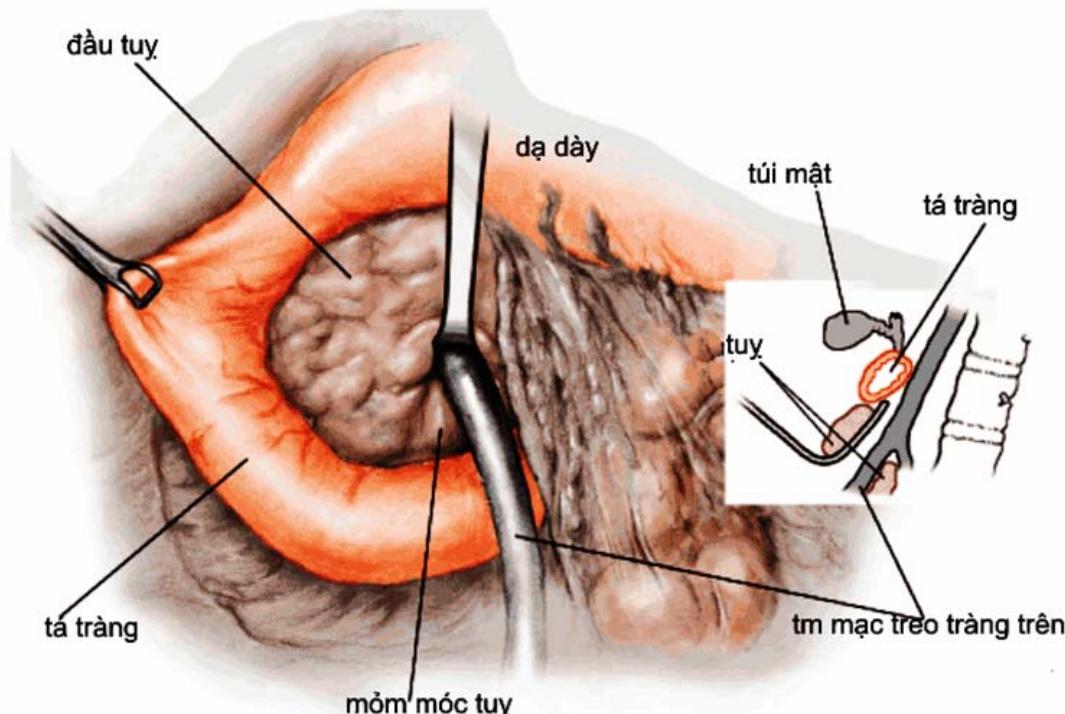


Bước kế tiếp là đánh giá khả năng có thể cắt được của khối u. Làm thủ thuật Kocher di động D2 tá tràng và đầu tuy ra khỏi tĩnh mạch chủ dưới và động mạch chủ bụng. Đưa bàn tay ra sau đầu tuy sờ nắn khối u. Nếu còn một ít mô tuy bình thường giữa khối u và mạch đập của động mạch treo tràng trên thì khối u có thể cắt được.

Nếu thủ thuật Kocher chưa đủ để di động tốt tá tràng đầu tuy ra khỏi tĩnh mạch chủ dưới và động mạch chủ bụng, cắt túi mật, cắt ngang ống gan chung, tách ống mật chủ ra khỏi mặt trước tĩnh mạch cửa (lấy luôn các hạch di căn hai bên cuống gan). Nếu đi đúng mặt phẳng giữa ống mật chủ và tĩnh mạch cửa, ngón tay trỏ có thể lách dễ dàng giữa tĩnh mạch cửa và D1 tá tràng. Có thể kẹp cắt động mạch vị tá để cho thao tác này được thực hiện dễ dàng hơn.

Khi kẹp cắt động mạch vị tá, chú ý đến các bất thường về giải phẫu của động mạch gan riêng. Tốt nhất là dùng clamp mạch máu kẹp động mạch vị tá trước khi cắt. Nếu sau khi kẹp kiểm tra thấy động mạch gan riêng vẫn còn mạch đập thì điều này chứng tỏ động mạch vị tá có thể được kẹp cắt an toàn.

Sau khi kẹp cắt động mạch vị tá, tiếp tục dùng ngón tay bóc tách giữa mặt trước tĩnh mạch cửa và đầu tuy cho đến cổ tuy.

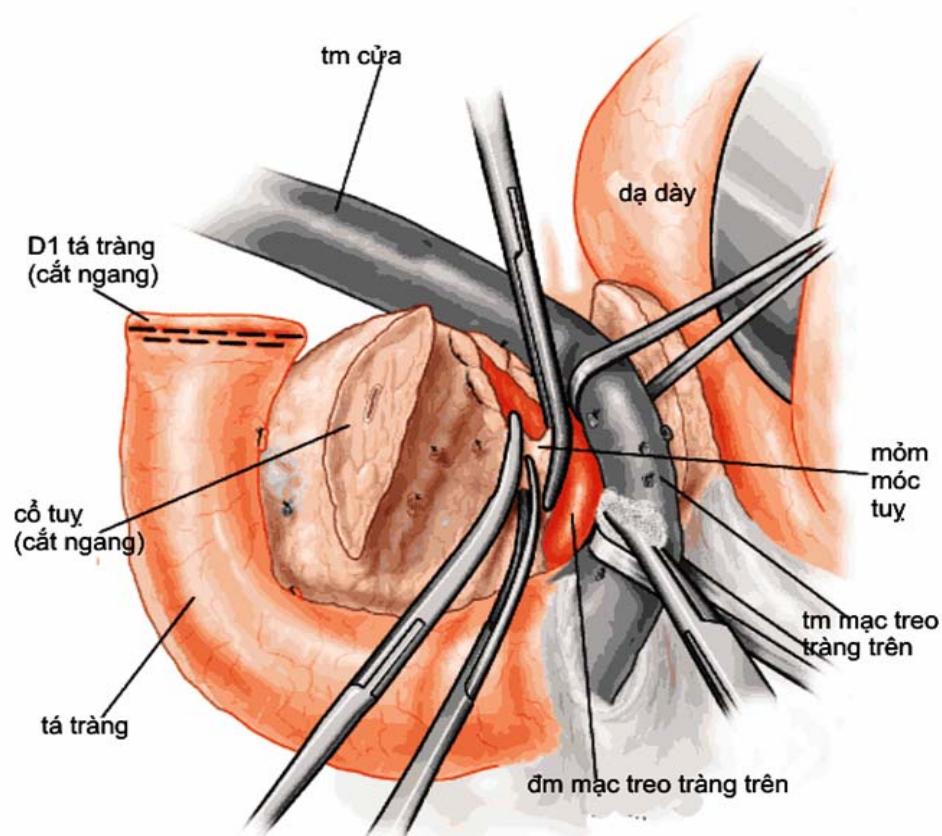
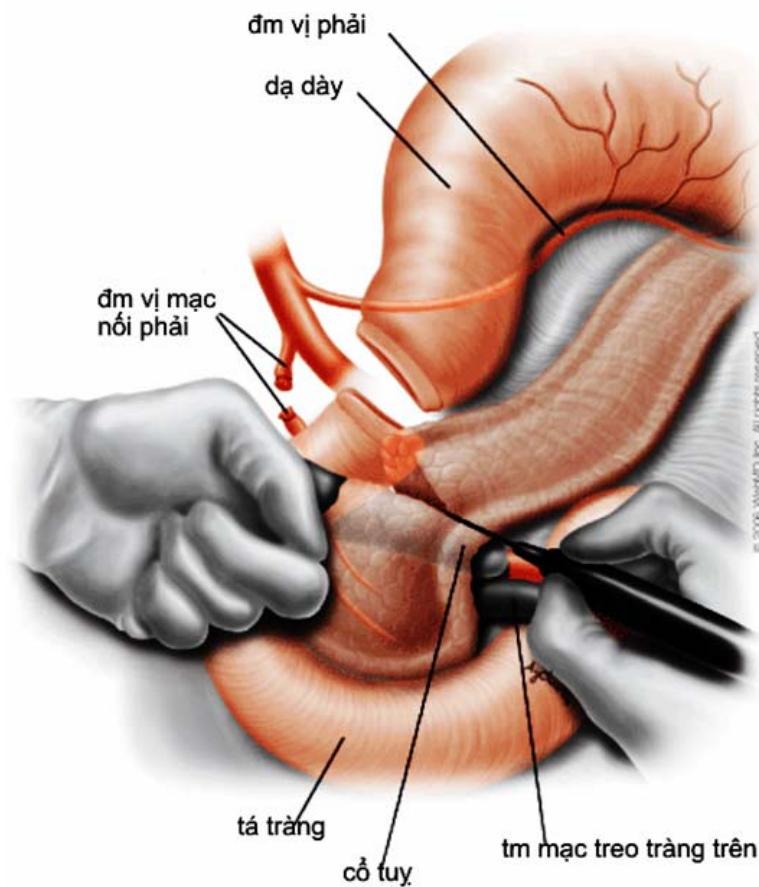


Bước tiếp theo của việc đánh giá khả năng có thể cắt được khối u là tách được cổ tuy ra khỏi mặt trước của tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Để làm được điều này, trước tiên tiếp tục dùng thủ thuật Kocher để di động tá tràng D3. Cấu trúc giải phẫu gấp trước tiên khi di động D3 là tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Từ vị trí này, mặt trước tĩnh mạch mạc treo tràng trên được bóc tách, băng quan sát trực tiếp, ra khỏi cổ tuy, cho đến tĩnh mạch cửa.

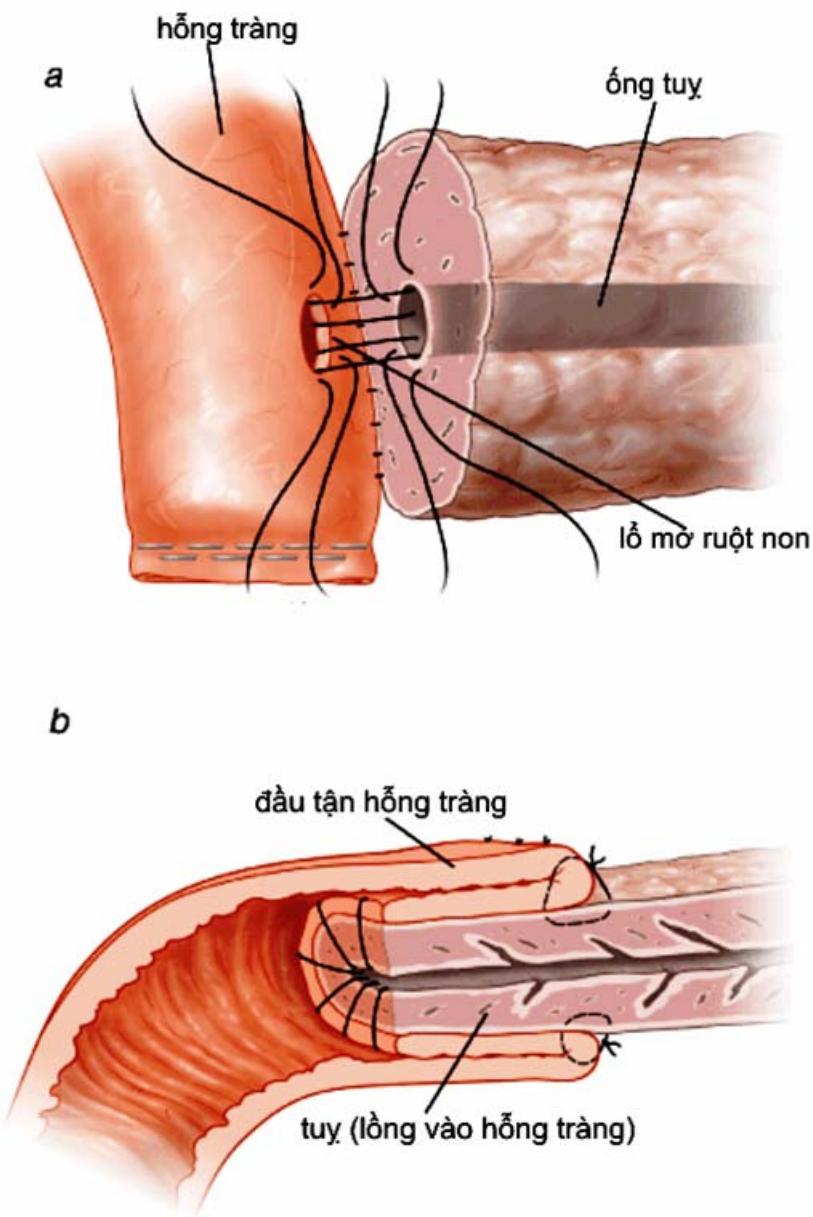
Sau khi đã tách được tuy ra khỏi mặt trước của tĩnh mạch mạc treo tràng trên, có thể kết luận rằng khối u có thể cắt được. Tuy nhiên cũng có một loại lệ: khối u ở mỏm móc tuy có thể dính vào mặt sau của tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

Cắt ngang tá tràng D1, cách môn vị 2 cm. Bóc tách mặt sau tá tràng môn vị cho đến hậu cung mạc nối. Tách bờ dưới tá tràng môn vị ra khỏi tuy. Kẹp cắt động mạch vị-mạc nối phải. Bảo tồn động mạch vị phải. Kẹp cắt ngang cổ tuy. Tách tá tràng đầu tuy ra khỏi tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch mạc treo tràng trên cho đến mỏm móc tuy.

Kẹp cắt mỏm móc tuy. Thông thường ở vị trí này có hai tĩnh mạch đổ về tĩnh mạch mạc treo tràng trên và chúng cũng được kẹp cắt. Tới giai đoạn này tĩnh mạch mạc treo tràng trên, đoạn có liên quan với tuy, đã được giải phóng hoàn toàn, và phần tang được cắt bỏ (khối tá đầu tuy) chỉ còn dính với cơ thể ở D3 tá tràng.



Đại tràng ngang được lật lên trên. Đoạn hổng tràng đầu, góc Treitz và tá tràng D4 được di động. Cắt ngang hổng tràng đoạn cách góc Treitz 10-12 cm bằng stapler. Đoạn hổng tràng trên được kéo lên trên. Mạc treo của đoạn hổng tràng này được cắt bỏ. Khối tá-tuy-đoạn đầu hổng tràng giờ đây có thể được đem ra ngoài.

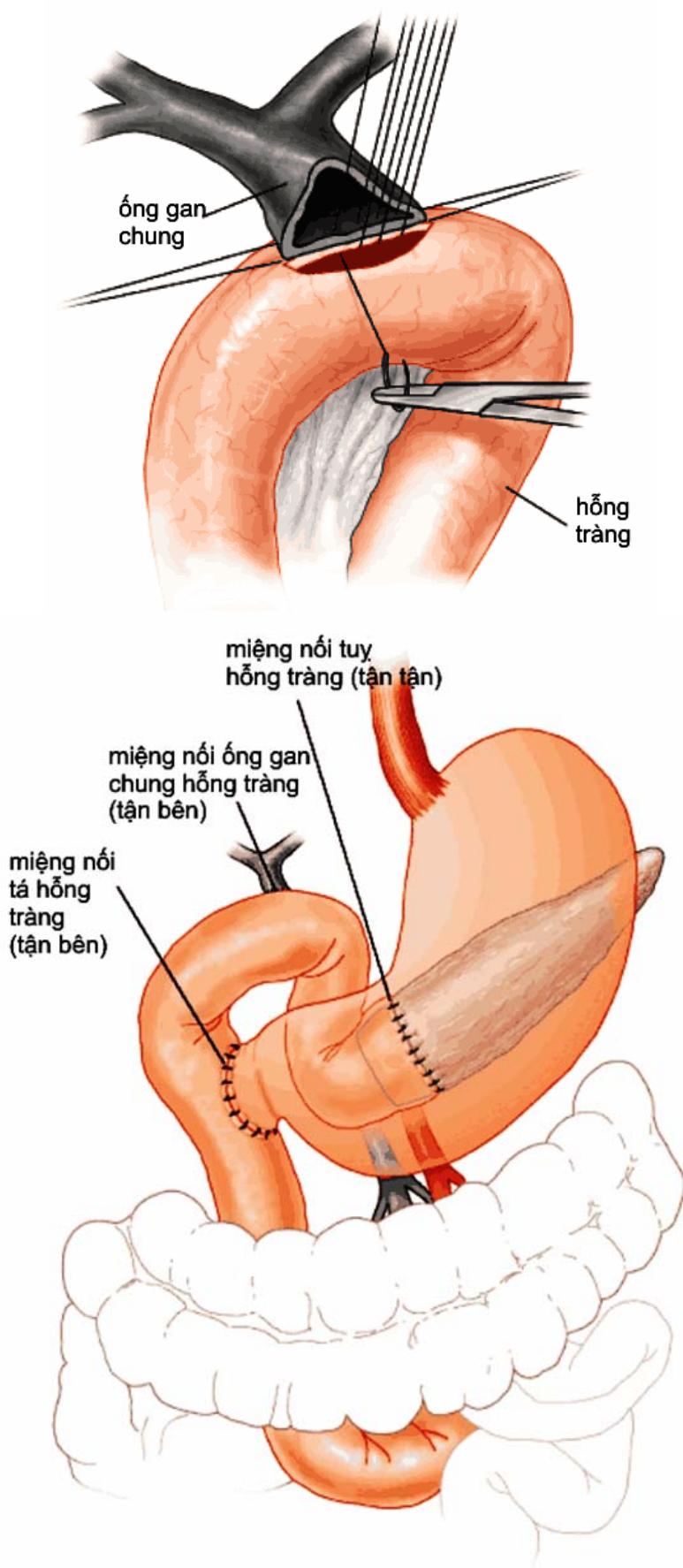


mạc hổng tràng bằng các mũi rời chỉ tan 5-0. Cuối cùng, khâu bờ trước của bao tuy vào thành bên hổng tràng.

Trong kỹ thuật nối tuy hổng tràng theo hình b, mỏm tuy được khâu nối với đầu tận hổng tràng bằng mũi khâu liên tục chỉ tan 3-0. Lòng mỏm tuy vào hổng tràng một đoạn 2 cm. Khâu cố định thành hổng tràng vào bao tuy bằng các mũi Lambert chỉ không tan 3-0.

Sau khi đã cắt bỏ khối tá tuy, giai đoạn tiếp theo là tái lập lại sự lưu thông của ống tiêu hoá, đường mật và đường tuy. Hổng tràng được đưa lên qua mạc treo đại tràng ngang, phía bên phải của bó mạch đại tràng giữa.

Có nhiều kỹ thuật khâu nối mỏm tuy với hổng tràng. Trong hình a, bao tuy ở bờ sau của mỏm tuy được khâu vào thành bên hổng tràng bằng các mũi khâu Lambert chỉ không tan 3-0. Mở một lỗ trên thành hổng tràng có kích thước tương tự kích thước ống tuy. Khâu nối ống tuy-niêm



Miệng nối ống gan-hỗng tràng nằm cách miệng nối tuy-hỗng tràng khoảng 6 cm phía hạ lưu. Khâu nối ống gan-hỗng tràng bằng các mũi khâu rời, chỉ tan 4-0. Thường không cần thiết phải đặt thông T hay stent đường mật.

Miệng nối tá-hỗng tràng được thực hiện bên dưới miệng nối ống gan-hỗng tràng khoảng 15 cm. Miệng nối được thực hiện bằng hai lớp khâu: lớp trong mũi liên tục chỉ tan 3-0, lớp ngoài mũi rời chỉ không tan 3-0. Khâu đóng các lỗ khiếm khuyết ở mạc treo đại tràng ngang (nơi hỗng tràng được đưa qua) và phúc mạc sau (vị trí của tá tràng D4) để tránh thoát vị nội. Đặt một hay hai ống dẫn lưu cạnh miệng nối tuy-hỗng tràng và ống gan-hỗng tràng. Rửa khu trú vùng mổ. Đóng bụng

UNG THƯ ĐẠI TRÀNG VÀ TRỰC TRÀNG

1-Đại cương:

1.1-Đại cương về polyp đại tràng:

Polyp là một chồi nhô lên trên bề mặt lớp biểu mô của đại tràng. Polyp đại tràng có thể có cuống hay có chân rộng. Về mặt bản chất mô học, polyp đại tràng có thể xuất phát từ lớp biểu mô (polyp tuyến, polyp tăng sản) hay lớp mô đệm (hamartoma).

Ở người trên 60 tuổi, polyp đại tràng chiếm tỉ lệ khoảng 10%.

Polyp đại tràng có thể được chia làm ba nhóm chính: polyp tăng sản (90%), polyp tuyến (10%) và các hội chứng đa polyp (tỉ lệ không đáng kể). Các hội chứng đa polyp có thể được chia thành hai nhóm: các hội chứng đa polyp có yếu tố di truyền và các hội chứng đa polyp không có yếu tố di truyền.

Polyp tăng sản:

- Thường gặp ở đoạn cuối đại tràng và trực tràng
- Kích thước thường nhỏ hơn 5 mm
- Hình dáng phổ biến: tròn, nhỏ, không cuống
- Không có nguy cơ chuyển dạng sang ác tính

Polyp tuyến:

- Được chia làm ba loại: tuyến óng (tubular), tuyến nhung mao (villous) và tuyến óng-nhung mao (tubulovillous). Polyp tuyến có thể gặp ở bất kỳ đoạn nào trên đại tràng và có cuống. Polyp nhung mao tập trung chủ yếu ở trực tràng và không cuống.
- 90% có kích thước nhỏ hơn 1,5 cm
- Nguy cơ ác tính phụ thuộc vào: kích thước (lớn hơn 2 cm) và thành phần nhung mao trong polyp (polyp nhung mao có nguy cơ ác tính cao nhất)

Hội chứng đa polyp có yếu tố di truyền:

- Hội chứng đa polyp tuyến:
 - Hội chứng FAP (Familial Adenomatous Polyposis Syndrome)
 - Hội chứng Gardner
 - Hội chứng Turcot
- Hội chứng đa polyp mô đệm:
 - Hội chứng Peutz-Jegher (PJ)
 - Hội chứng đa polyp ở người trẻ (FJP-Familial Juvenile polyposis)
 - Bệnh Cowden
 - Hội chứng Ruvalcaba-Myhre-Smith

Hội chứng đa polyp không có yếu tố di truyền: hội chứng Cronkhite-Canada.

1.2-Các hội chứng có yếu tố di truyền trong ung thư đại trực tràng:

1.2.1-Hội chứng Lynch:

Còn gọi là Ung Thư Đại Tràng Do Di Truyền Không Phải Đa Polyp (HNPCC-Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer).

Hội chứng Lynch chiếm 5% các trường hợp ung thư trực tràng.

Nguyên nhân của hội chứng này đã được xác định: có sự đột biến của một trong năm gene Sửa Lỗi Bắt Cặp Nhiễm Sắc Thể (Mismatch Repair Genes: MLH1, MSH2, MSH6, PMS1, PMS2).

Người có HNPCC có nguy cơ mắc các bệnh lý ác tính của đại trực tràng (70-80% trong suốt cuộc đời), nội mạc tử cung (30-60%), buồng trứng, dạ dày, ruột non, niệu quản, tuyến bã da.

Để chẩn đoán hội chứng Lynch, trước tiên cần nghĩ đến khả năng có thể có hội chứng này. Tiêu chuẩn chẩn đoán chặt chẽ nhất hiện nay là tiêu chuẩn Amsterdam:

- o Có tối thiểu ba người trong phả hệ mắc ung thư đại tràng, và
- o Một người là trực hệ của một trong hai người còn lại, và
- o Ít nhất có một người bị ung thư đại tràng ở độ tuổi dưới 50.

20% người bị HNPCC có đột biến gene tự phát.

Chẩn đoán xác định HNPCC dựa vào xét nghiệm máu xác định sự đột biến của các gene nói trên

1.2.2-Hội chứng đa polyp tuyến có tính cách gia đình (FAP):

Tại Mỹ, hội chứng FAP có tần suất 1/6000-1/30000.

Nguyên nhân của hội chứng FAP là do có sự đột biến gene APC, một基因 có vai trò ức chế sự hình thành của khối u tân sinh ở đại tràng. Ngoài hội chứng FAP, sự đột biến của gene APC còn xảy ra trong hội chứng Gardner và hội chứng Turcot.

Độ tuổi bắt đầu xuất hiện triệu chứng của hội chứng FAP là 16. BN được chẩn đoán hội chứng FAP trung bình ở độ tuổi 36.

Chẩn đoán hội chứng FAP dựa vào:

- o U quái trong xoang bụng hay vùng sau trực tràng
- o Soi đáy mắt: phì đại lớp biểu mô sắc tố võng mạc
- o Chẩn đoán dựa vào hình ảnh trên nội soi: hàng trăm đến hàng ngàn polyp ở đại tràng, nhiều polyp ở dạ dày (polyp phình vị và polyp tuyến ở hang vị), tá tràng (polyp tuyến, tập trung chủ yếu ở vùng quanh bóng Vater).

BN có hội chứng FAP có nguy cơ bị ung thư đại trực tràng (100% khi đến tuổi 40), ung thư dạ dày, ung thư tá tràng (4%), ung thư tuyến giáp, u hệ thống thần kinh trung ương và hepatoblastoma.

1.2.3-Hội chứng Peutz-Jegher:

Hội chứng Peutz-Jegher có tần suất 1/60000-1/300000.

Nguyên nhân hội chứng Peutz-Jegher là do có sự đột biến gene STK11.

Độ tuổi bắt đầu xuất hiện các triệu chứng của hội chứng Peutz-Jegher là 25.

Chẩn đoán hội chứng Peutz-Jegher dựa vào:

- Các polyp (hamartoma) rải rác trong ống tiêu hoá, nhưng tập trung chủ yếu ở ruột non
- Các sẹo thương sắc tố ở da và niêm mạc khoang miệng
- U tinh hoàn (u tế bào Sertoli)

Người có hội chứng Peutz-Jegher có nguy cơ mắc các bệnh lý ác tính của: ống tiêu hoá (từ thực quản đến trực tràng, cao nhất là ở đại tràng), tuy, phổi, vú, cổ tử cung, buồng trứng.

1.3-Đại cương về ung thư đại trực tràng:

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính phổ biến (đứng thứ ba tại Mỹ).

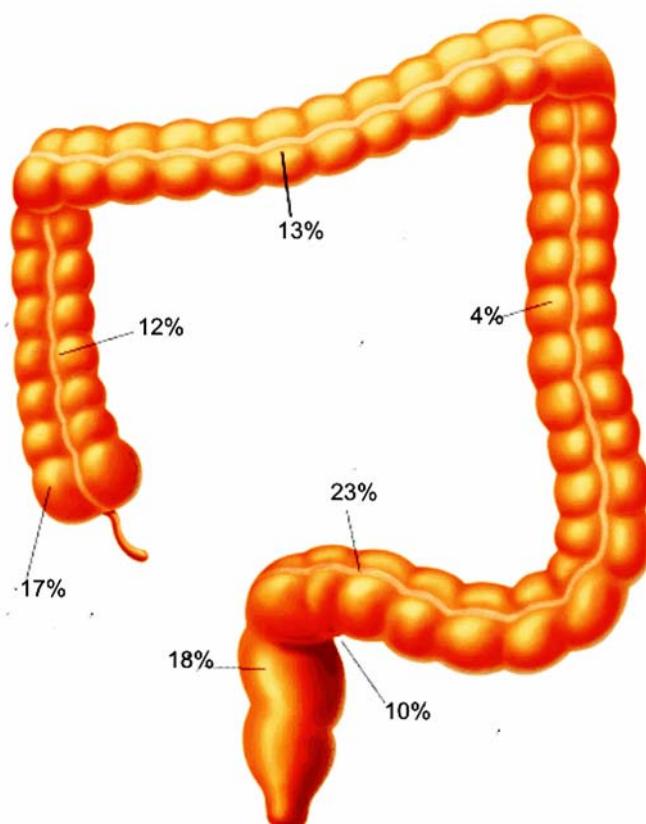
Hầu hết ung thư đại trực tràng là adenocarcinoma. Các bệnh lý ác tính còn lại bao gồm carcinoid, lymphoma và sarcoma...

Một điều quan trọng cần biết là hầu hết ung thư đại trực tràng (93%) xuất phát từ một polyp tuyến của đại tràng. Thời gian chuyển từ một polyp lành tính sang ác tính trung bình khoảng 3-5 năm.

Không có sự khác biệt về giới tính ở các BN bị ung thư đại tràng. Đôi với người bị ung thư trực tràng, nam giới có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn nữ giới. Độ tuổi bị ung thư đại trực tràng phổ biến nhất là 70-80.

Hầu hết ung thư đại trực tràng có liên quan đến các yếu tố ngoại cảnh. Chỉ một số ít do di truyền.

Ung thư đại tràng xích ma và trực tràng chiếm 50% các trường hợp ung thư đại trực tràng. Ung thư đại tràng xuống có tỉ lệ thấp nhất (hình 1).



Hình 1- Phân bố của ung thư đại trực tràng (số liệu 1996 tại Mỹ)

3% BN bị ung thư ở hai vị trí trở lên trên khung đại tràng và trực tràng.

Yếu tố thuận lợi của ung thư đại trực tràng: chế độ ăn uống ít chất bã, nhiều thịt, mỡ động vật và cholesterol.

Yếu tố nguy cơ ung thư đại trực tràng:

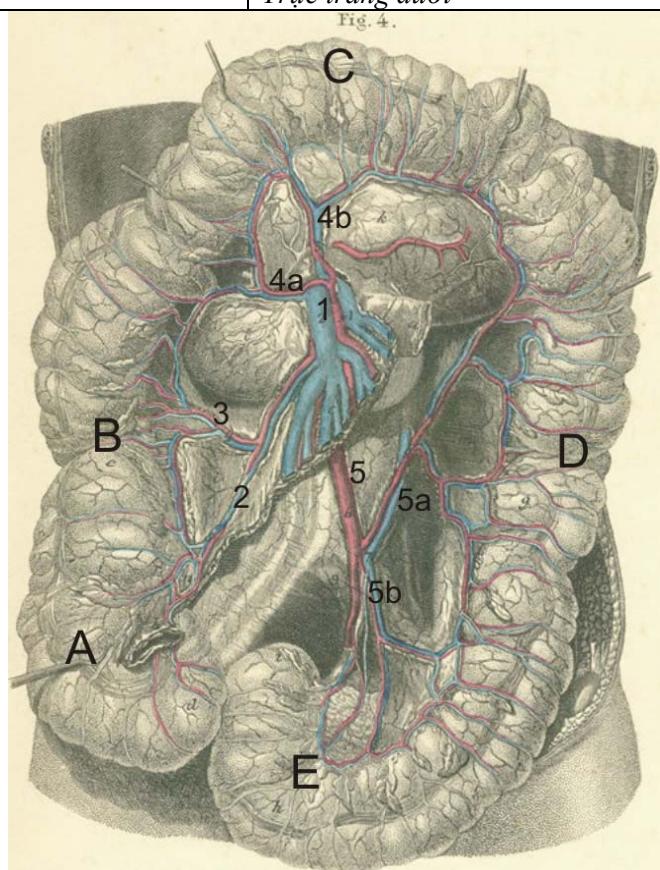
- o Lớn tuổi
- o Polyp tuyến đại tràng
- o Di truyền
- o Bệnh viêm loét đại tràng

Ung thư đại trực tràng là một trong số ít bệnh lý ác tính có tiên lượng khá tốt. Khoảng 50% BN bị ung thư đại trực tràng có thể được phẫu thuật triệt căn.

1.4-Giải phẫu đại tràng và trực tràng:

Đại tràng và trực tràng được cung cấp máu nuôi bởi các động mạch khác nhau. Để có thể tiến hành phẫu thuật cắt một đoạn đại tràng hay trực tràng, cần phải hiểu rõ sự cung cấp máu cho đoạn đó (hình 2, bảng 1):

<i>ĐM chính</i>	<i>ĐM nhánh</i>	<i>Đoạn đại tràng</i>
<i>Mạc treo tràng trên</i>	<i>Hồi-manh tràng-ruột thừa</i> <i>Đại tràng phải</i> <i>Đại tràng giữa</i>	<i>Manh tràng</i> <i>Đại tràng lên</i> <i>Đại tràng ngang</i>
<i>Mạc treo tràng dưới</i>	<i>Đại tràng trái</i> <i>Xích-ma</i> <i>Trực tràng trên</i>	<i>Đại tràng xuống</i> <i>Đại tràng xích-ma</i> <i>2/3 trên trực tràng</i>
	<i>Trực tràng giữa</i> <i>Trực tràng dưới</i>	<i>1/3 dưới trực tràng</i>



Bảng 1, hình 2- Sự phân đoạn và cung cấp máu nuôi của đại và trực tràng

- A-Manh tràng
- B-Đại tràng lên
- C-Đại tràng ngang
- D-Đại tràng xuống
- E-Đại tràng xích-ma
- 1-ĐM mạc treo tràng trên
- 2-ĐM hồi-manh tràng-ruột thừa
- 3-ĐM đại tràng phải
- 4-ĐM đại tràng giữa
- 5-ĐM mạc treo tràng dưới
- 5a-ĐM đại tràng trái
- 5b-ĐM đại tràng xích-ma

Một số đặc điểm giải phẫu của trực tràng có liên quan đến phẫu thuật ung thư trực tràng:

- Trực tràng dài khoảng 12 cm, tính từ bờ trên ống hậu môn đến nơi giáp với đại tràng xích-ma.
- Mặt sau trực tràng có lớp mỡ khá dày, được gọi là mạc treo trực tràng. Các tế bào ung thư có thể ăn lan trong mạc treo trực tràng xa hơn là ăn lan trong thành trực tràng.
- Trực tràng được bao phủ bởi lá tang của mạc nội chậu (mạc trực tràng). Lớp mạc tang này có tác dụng làm cho đường khâu nối trực tràng được kín.
- Phiá trước, trực tràng liên quan với tiền liệt tuyến, túi tinh, bàng quang (nam) hay vách sau âm đạo (nữ). Có một lớp mạc (Denonvillier) ngăn cách giữa tiền liệt tuyến và túi tinh với trực tràng.
- Phiá sau, trực tràng liên quan với xương cùng. Mặt trước xương cùng được phủ bởi lá thành của mạc nội chậu (mạc trước xương cùng). Mạc cùng chậu (mạc Waldeyer) nối mạc trước xương cùng với mạc trực tràng. Giữa mạc cùng chậu và mạc trước xương cùng có đám rối tĩnh mạch trước xương cùng và các nhánh thần kinh cùng.
- Phúc mạc chỉ phủ 2/3 trước và hai bên trực tràng. Nơi mà nếp phúc mạc từ mặt trước trực tràng lật lên để phủ mặt sau bàng quang được gọi là ngách trực tràng-bàng quang. Ngách trực tràng-bàng quang cách rìa hậu môn khoảng 7,5 cm (cách bờ trên ống hậu môn 3-4 cm), bằng chiều dài của một ngón tay. Khi thăm trực tràng, ngón tay chạm vào khối u có nghĩa là khối u ở 1/3 dưới trực tràng.

Dẫn lưu bạch mạch của đại tràng và trực tràng đi theo các cuống mạch chính. Dẫn lưu bạch mạch ở đại tràng và 2/3 trên trực tràng chỉ đi theo một hướng. Dẫn lưu bạch mạch ở 1/3 dưới trực tràng có thể đi theo nhiều hướng: lên trên (vào nhóm hạch cạnh động mạch chủ), sang bên (vào nhóm hạch chậu trong) hay xuống dưới (vào nhóm hạch bên).

Phẫu thuật ung thư trực tràng có liên quan trực tiếp đến hoạt động chức năng của cơ thắt và hoạt động sinh dục.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

2.1.1-Ung thư đại tràng:

Triệu chứng của ung thư đại tràng thay đổi phụ thuộc vào vị trí của khối u.

BN bị ung thư đại tràng phải có thể nhập viện vì:

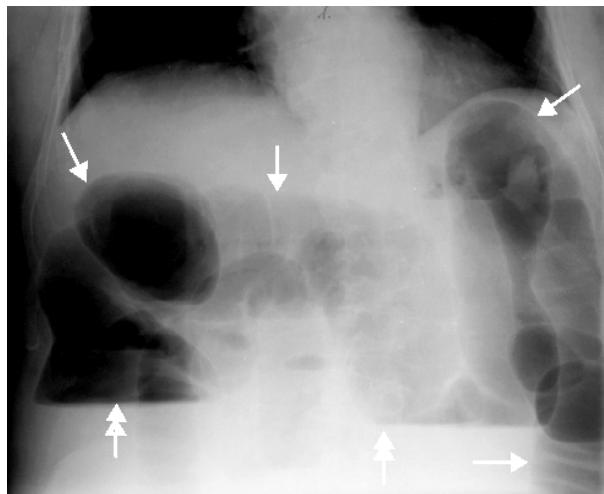
- Thiếu máu thiếu sắt (do chảy máu rỉ rã từ khối u)
- Sụt cân
- Khối u bụng

Triệu chứng thường gặp của ung thư đại tràng trái:

- Đau bụng, táo bón
- Thay đổi thói quen đi tiêu
- Tiêu máu

40% BN ung thư đại tràng nhập viện với khối u gây tắc hay thủng đại tràng. Chẩn đoán tắc ruột do ung thư đại tràng hay ung thư đại tràng thủng dựa vào:

- Tuổi tác của BN
- Tiền căn: đau bụng âm ỉ, thay đổi thói quen đi tiêu.
- Khối u gây tắc: hội chứng tắc ruột thấp (táo bón, chướng bụng).
- Khối u đại tràng thủng biểu hiện dưới hai thể lâm sàng: áp-xe trong xoang bụng và viêm phúc mạc toàn diện. Nếu khối u vừa gây tắc ruột vừa bị thủng, BN sẽ nhập viện trong bệnh cảnh sốc nhiễm trùng nặng.
- X-quang bụng không sửa soạn:
 - Tắc đại tràng (hình 3):
 - ▲ Đoạn trên chỗ tắc: đại tràng chướng hơi
 - ▲ Đoạn dưới chỗ tắc: không có hơi trong đại tràng
 - ▲ Nếu van hòi mạnh tràng hở: các quai ruột non chướng hơi và có mức nước hơi
 - Thủng đại tràng: lièm hơi dưới hoành



Hình 3- Hình ảnh tắc đại tràng trên X-quang bụng không sửa soạn. Trên X-quang, chỗ tắc được dự đoán từ chỗ nối đại tràng xuống-đại tràng xích-ma trở xuống.



Hình 4- Hình ảnh tắc ruột do ung thư đại tràng trên X-quang đại tràng. Vị trí tắc ở chỗ nối đại tràng xuống-đại tràng xích-ma.

- CT là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa để chẩn đoán xác định nguyên nhân (ung thư đại tràng) trên BN có hội chứng tắc ruột hay viêm phúc mạc. X-quang đại tràng có chỉ định hạn chế trong tắc đại tràng do ung thư đại tràng. Khi nghi ngờ ung thư đại tràng thủng, không chỉ định chụp X-quang đại tràng với Barium.

2.1.2-Ung thư trực tràng:

BN bị ung thư trực tràng có hai triệu chứng chính là tiêu máu (60%) và thay đổi thói quen đi tiêu (43%).

Khi bệnh tiến triển, BN có thể có:

- Đau do khối u gây bán tắc hay tắc ruột, do khối u xâm lấn vào đám rối thần kinh vùng chậu và trước xương cùng, do thủng khối u gây viêm phúc mạc.

- Tiêu không tự chủ, do khối u xâm lấn vào cơ thắt hậu môn.
- Tiêu gắt buốt, do khối u xâm lấn vào bàng quang.

Thăm trực tràng là thao tác quan trọng và có tính cách bắt buộc trước bất kỳ biểu hiện bất thường nào của vùng hậu môn-trực tràng.

Mục đích của việc thăm khám hậu môn trực tràng là nhằm:

- Phát hiện khối u trực tràng
- Đánh giá tương đối mức độ xâm lấn vào cơ quan lân cận
- Đánh giá chức năng cơ thắt
- Đánh giá khả năng bảo tồn cơ thắt

BN bị ung thư trực tràng có thể nhập viện vì hội chứng tắc ruột. Chẩn đoán tắc ruột do ung thư trực tràng bao gồm:

- Hội chứng tắc ruột thấp
- Thăm trực tràng có thể sờ được khối u bít lồng trực tràng. Nếu khối u nằm ở 2/3 trên, thăm khám trực tràng có thể không sờ được khối u, nhưng dấu hiệu máu bầm theo gant rất có giá trị trong chẩn đoán.
- X-quang bụng không sửa soạn: chướng hơi ruột non và toàn bộ khung đại tràng (chẩn đoán phân biệt: liệt ruột).
- Cũng giống như trường hợp tắc ruột do ung thư đại tràng, CT là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn cho tắc ruột do ung thư trực tràng. Nội soi trực tràng với ống soi cứng có thể được chỉ định thay cho CT. Không có chỉ định chụp X-quang đại tràng khi lâm sàng chẩn đoán tắc ruột do ung thư trực tràng.
- Cần chú ý là nếu thăm khám trực tràng sờ được khối u bít lồng trực tràng, ngoài X-quang bụng không sửa soạn, không cần thiết phải chỉ định thêm bất cứ phương tiện chẩn đoán nào khác.

2.2-Chẩn đoán phân biệt:

Tuỳ theo triệu chứng khi BN nhập viện, các chẩn đoán phân biệt có thể là:

- Đau bụng quặn, thiểu máu, tiêu máu bầm hay máu đỏ:
 - Polyp đại trực tràng
 - Viêm túi thừa đại tràng
 - Viêm đại tràng mãn
 - Hội chứng Rendu-Osler-Weber
 - Trĩ
 - Lạc nội mạc tử cung
- Khối u bụng:
 - Lao hòi manh tràng
 - Ung thư dạ dày
 - Ung thư gan
 - Ung thư tuy

- Hội chứng tắc ruột:
 - Xoắn đại tràng
 - Hội chứng Ovlgie
- Hội chứng viêm phúc mạc:
 - Viêm phúc mạc ruột thừa
 - Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng

2.3-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.3.1-X-quang đại tràng với Barium:

Hình ảnh:

- Khối nhô vào lồng đại tràng với đường bờ không đều
- Lòng đại tràng bị hẹp lại (hình 4,5)

Để phát hiện khối u ở giai đoạn sớm, cần chụp đối quang kép.

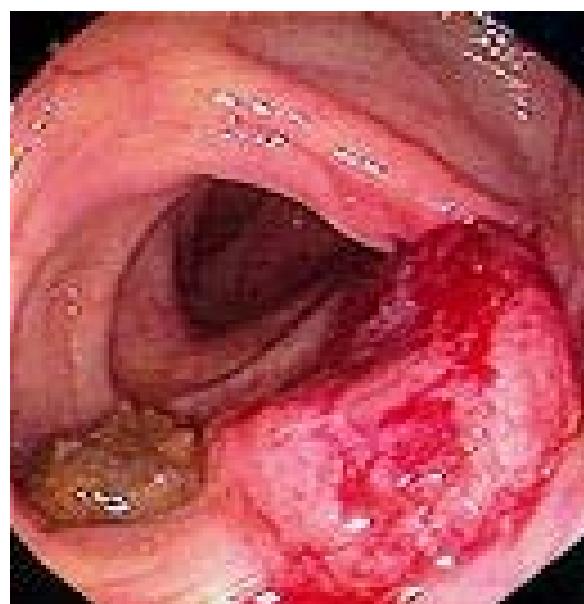
Hạn chế của X-quang đại tràng trong chẩn đoán ung thư đại tràng:

- Khó phát hiện ung thư giai đoạn sớm và khó chẩn đoán phân biệt với polyp đại tràng
- Khó phát hiện được tổn thương vùng hôi-manh tràng và bóng trực tràng

Độ chính xác của X-quang đại tràng trong chẩn đoán ung thư đại tràng là 70-85%.



Hình 5- Hình ảnh ung thư đại tràng trên X-quang đại tràng



Hình 6- Hình ảnh ung thư đại tràng qua nội soi đại tràng

2.3.2-Nội soi đại trực tràng kèm sinh thiết (hình 6):

Là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán và tầm soát các bệnh lý ác tính của đại trực tràng.

Ống soi cứng được sử dụng để chẩn đoán và sinh thiết tổn thương trực tràng. Ống soi mềm được sử dụng để chẩn đoán và sinh thiết tổn thương ở khung đại tràng. Ống soi mềm có chiều dài ngắn (60 cm) dùng để soi đại tràng xích-ma hiện nay ít được chỉ định.

2.3.3-CT (hoặc MRI):

Ít khi được chỉ định để chẩn đoán xác định ung thư đại tràng, trừ các trường hợp sau:

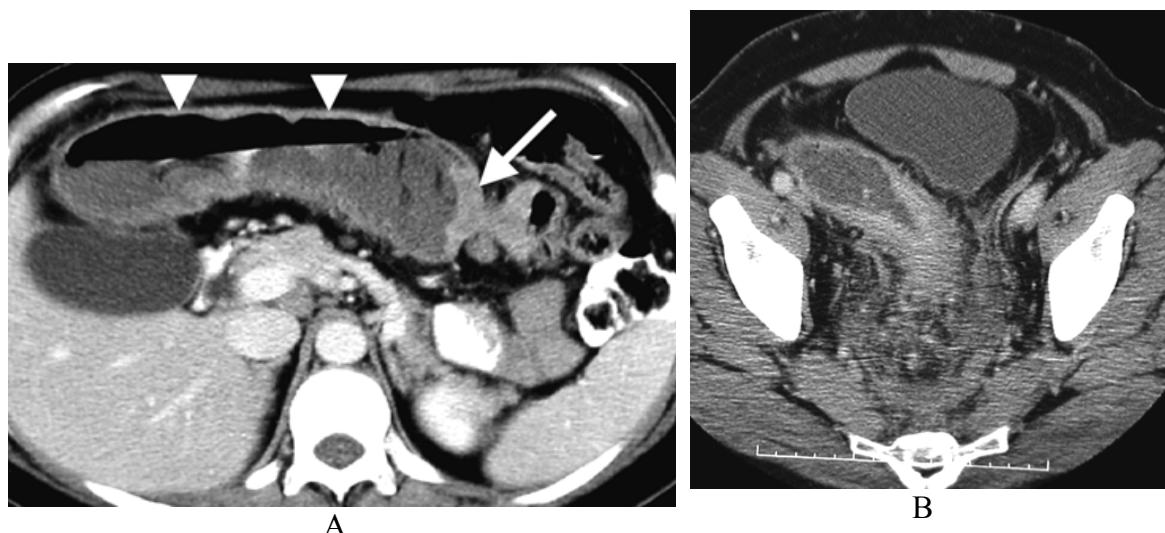
- BN không chấp nhận nội soi đại tràng
- BN không giữ được barýt
- Tắc ruột do u đại tràng
- Thủng u đại tràng

Hình ảnh của ung thư đại tràng trên CT (hình 7):

- Khối có đậm độ mô mềm, nhô vào lumen đại tràng
- Dày thành đại tràng ($> 6\text{mm}$)
- Hẹp lumen đại tràng

Chỉ định phổ biến nhất của CT:

- Đánh giá giai đoạn ung thư đại tràng
- Phát hiện ung thư tái phát hay di căn



Hình 7- Hình ảnh ung thư đại tràng trên CT: A-ung thư đại tràng ngang, B-ung thư chổ nối xích-ma-trục tràng

2.3.4-Siêu âm qua ngã trực tràng:

Hiện nay là phương pháp được chọn lựa để đánh giá mức độ xâm lấn qua thành trực tràng (độ chính xác 72-94%) và đánh giá di căn hạch vùng (độ chính xác 73-86%).

2.3.5-Chụp cộng hưởng từ qua ngả trực tràng (endorectal surface-coil MRI):

Có giá trị tương đương hay cao hơn siêu âm qua ngả trực tràng trong việc đánh giá mức độ xâm lấn qua thành trực tràng và đánh giá di căn hạch vùng.

2.3.6-Siêu âm bụng:

Siêu âm được chỉ định để phát hiện di căn gan. Hình ảnh di căn gan trên siêu âm là các khối echo dày rải rác trong nhu mô gan.

2.3.7-PET:

PET ít khi được chỉ định trước phẫu thuật. Sau phẫu thuật, để có thể phân biệt ung thư tái phát hay sẹo xơ tại vùng miệng nói, PET là chỉ định đầu tiên.

2.3.8-CEA:

CEA ít khi tăng ở BN ung thư đại tràng kém biệt hoá. Nếu tăng trước phẫu thuật, CEA có thể được dùng để đánh giá mức độ triệt căn của cuộc phẫu thuật và phát hiện ung thư tái phát. Cần nhớ rằng CEA cũng tăng trong một số trường hợp khác (bệnh lý gan mật tuy, hút thuốc lá...)

2.3.9-CEA scan:

CEA scan đôi khi được chỉ định để phát hiện di căn xa. Phương pháp chụp lấp lánh xạ-miễn dịch này sử dụng các kháng thể của CEA có đánh dấu đồng vị phóng xạ để phát hiện các tổ chức sản xuất CEA trong cơ thể. Vai trò của CEA scan trong việc phát hiện di căn xa còn đang được bàn luận.

2.4-Thái độ chẩn đoán:

BN bị ung thư đại trực tràng có thể nhập viện vì các bệnh cảnh lâm sàng sau:

- Khối u bụng
- Hội chứng thiếu máu kèm sụt cân
- Hội chứng rối loạn tiêu hoá dưới
- Hội chứng xuất huyết tiêu hoá dưới
- Hội chứng tắc ruột
- Hội chứng viêm phúc mạc
- Di căn thứ phát ở gan, phổi..được phát hiện tình cờ

Để chẩn đoán xác định ung thư đại trực tràng, nội soi đại trực tràng (ống soi mềm hay cứng, tùy thuộc vào tồn thương nằm thấp ở trực tràng hay cao trên khung đại tràng) là chỉ định đầu tiên và có tính cách bắt buộc. Nội soi giúp chẩn đoán xác định về hình ảnh cũng như về giải phẫu bệnh, vì đây là phương tiện duy nhất có thể tiến hành sinh thiết khối u.

Đối với BN bị ung thư trực tràng, ngay cả sau khi đã được nội soi ống soi cứng, BN cũng cần được nội soi toàn bộ khung đại tràng với ống soi mềm để phát hiện các tồn thương ác tính đồng thời hợp.

CT hay MRI có thể được chỉ định để chẩn đoán xác định ung thư đại trực tràng thay thế cho nội soi, nếu BN không hợp tác để tiến hành nội soi, BN có các chống chỉ định nội soi (bệnh lý túi thừa đại tràng, khối u đại tràng thủng...). Vai trò chính của CT hay MRI là đánh giá giai đoạn ung thư đại tràng sau khi đã có chẩn đoán xác định.

Đối với BN bị ung thư trực tràng, ngoài CT và MRI, siêu âm qua ngả trực tràng (và gần đây là MRI qua ngả trực tràng) cũng có thể được chỉ định và được xem là phương tiện đánh giá mức độ xâm lấn của khối u qua thành trực tràng chính có độ chính xác cao nhất.

Để tìm kiếm các di căn xa, các xét nghiệm sau đây có thể được chỉ định:

- X-quang ngực thẳng
- Siêu âm bụng
- Xét nghiệm chức năng gan
- PET

- o CEA scan
- o Xạ hình xương
- o CT sọ não...

Ngay cả khi ít có giá trị chẩn đoán, CEA cũng nên được xét nghiệm cho tất cả các BN bị ung thư đại trực tràng, để làm cơ sở cho việc theo dõi và đánh giá tiên lượng sau này.

Khi BN nhập viện vì hội chứng tắc ruột thấp, X-quang bụng không sửa soạn là chỉ định trước tiên. X-quang bụng xác định có tắc ở đại tràng nhưng không chẩn đoán được nguyên nhân. Hơn nữa, X-quang không phân biệt được tắc ở đoạn cuối của đại tràng và trực tràng với hội chứng giả tắc đại tràng cấp (hội chứng Ovillie). Để giải quyết được các vấn đề nêu trên, cần phải có CT bụng.

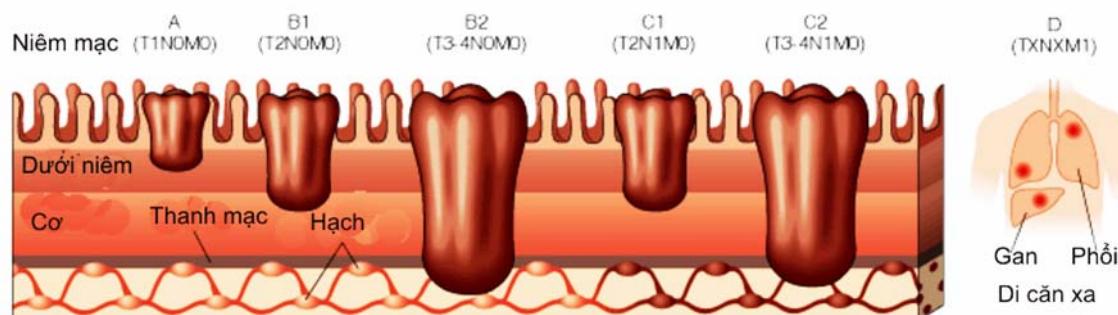
Phải rất cẩn thận khi chỉ định chụp X-quang đại tràng đối với những BN có hội chứng tắc ruột thấp. Ở những BN có sốt, bạch cầu tăng, bụng ấn đau khu trú, không chỉ định chụp X-quang đại tràng.

Nếu thăm khám trực tràng sờ được khối u bít lồng trực tràng, ngoài X-quang bụng không sửa soạn, không cần thiết phải chỉ định thêm bất cứ phương tiện chẩn đoán nào khác.

Khi lâm sàng nghi ngờ khối u đại tràng thủng, CT là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa trước tiên. Điều cần chú ý là BN có khối u thủng kèm tắc đại tràng thường nhanh chóng rơi vào trạng thái sốc nhiễm trùng nặng độc và hậu sỹ rất nặng nề nếu không được can thiệp phẫu thuật kịp thời. Thông thường việc thăm khám lâm sàng trên những BN như thế đủ để đưa ra quyết định can thiệp phẫu thuật ngay mà không cần phải tốn thời gian để làm CT bụng, thậm chí cả siêu âm bụng.

2.5-Đánh giá giai đoạn:

Có nhiều cách phân loại ung thư đại trực tràng. Phân loại cổ điển nhất là phân loại của Dukes, được áp dụng phổ biến trong những năm của thập niên 30. Trong những năm tiếp theo sau đó, có nhiều cải biến từ phân loại của Dukes, trong đó phải kể đến phân loại của Astler-Coller (phổ biến trong những năm thập niên 50) (hình 8) và MAC (cải biến của phân loại của Astler-Coller)...



Hình 8- Đánh giá giai đoạn ung thư đại trực tràng theo Astler-Coller

Ngày nay, phân loại được áp dụng phổ biến nhất là phân loại theo TNM của American Joint Committee on Cancer (AJCC) and the International Union against Cancer (UICC).

Khối u:

- o Tis: carcinoma in situ

- T1: carcinoma xâm lấn tới lớp dưới niêm mạc
- T2: carcinoma xâm lấn tới lớp cơ
- T3: carcinoma xâm lấn qua lớp cơ nhưng chưa qua lớp thanh mạc (hay xâm lấn vào mô quanh trực tràng phần ngoài phúc mạc)
- T4: carcinoma xâm lấn vào các tạng, cấu trúc lân cận hay thủng

Hạch:

- N0: chưa di căn hạch vùng
- N1: di căn 1-3 hạch vùng
- N2: di căn 4 hạch vùng trở lên

Di căn xa:

- M0: chưa di căn xa.
- M1: di căn xa

Đánh giá giai đoạn ung thư đại trực tràng theo AJCC (bảng 2):

Giai đoạn	T	N	M	Dukes*	MAC**
0	is	0	0		
I	1	0	0	A	A
	2	0	0	A	B1
IIA	3	0	0	B	B2
IIB	4	0	0	B	B3
IIIA	1-2	1	0	C	C1
IIIB	3-4	1	0	C	C2/C3
IIIC	Bất kỳ	2	0	C	C1/C2/C3
IV	Bất kỳ	Bất kỳ	1		D

(*) Dukes: Phân loại theo Cuthbert Dukes

(**) MAC: Cải biên của phân loại theo Astler-Coller

3-Điều trị ung thư đại tràng:

3.1-Các phương pháp điều trị:

3.1.1-Phẫu thuật cắt đại tràng:

Cắt đại tràng là phương pháp duy nhất điều trị ung thư đại tràng.

Cắt đại tràng qua nội soi cải thiện chất lượng cuộc sống của BN một thời gian ngắn sau mổ (ít đau) nhưng kết quả lâu dài của cắt đại tràng qua nội soi so với mổ mở đang được nghiên cứu.

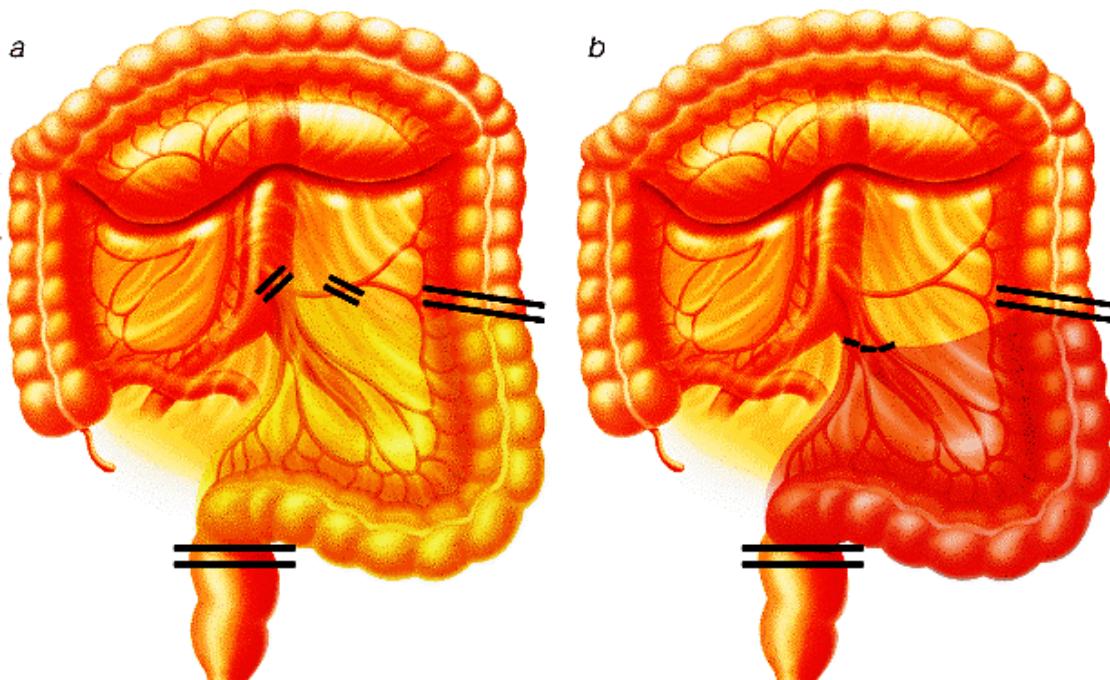
Chuẩn bị trước mổ cắt đại tràng:

- Chuẩn bị đại tràng:
 - Ngày nay, chuẩn bị đại tràng với polyethylene glycol (PGE) và natri phosphate hiện nay đã thay thế phương pháp thụt tháo đại tràng cổ điển. Natri phosphate làm cho BN dễ chịu hơn nhưng có thể gây rối loạn nước và điện giải (tăng natri và phosphate, giảm kali và canxi huyết tương).
 - Kháng sinh:
 - ▲ Erythromycin base 1 gm x 3 (U) và neomycine 1 gm x 3 (U)

- ▲ Ciprofloxacin 400 mg x 2 (U)
- ▲ Metronodazole 500 mg x 3 (U)
- Cho kháng sinh dự phòng: cephalosporin, thế hệ 2 hay 3, có phô trị vi khuẩn yếm khí.

Nguyên tắc phẫu thuật cắt đại tràng do ung thư đại tràng:

- Khác với cắt đại tràng trong các bệnh lý lành tính của đại tràng, cắt đại tràng trong ung thư đại tràng là cắt theo sự phân bố của động mạch chính cung cấp máu cho đoạn đại tràng có khối u (hình 9).
- Các nguyên tắc khác giống như cắt đại tràng trong các bệnh lý lành tính của đại tràng:
 - Phải chuẩn bị tốt đại tràng trước mổ
 - Sau khi cắt, hai đầu đại tràng còn lại phải được tưới máu tốt
 - Nối đại tràng kỳ đầu nếu đại tràng được chuẩn bị tốt



Hình 9- Sự khác nhau trong giới hạn cắt đại tràng trong ung thư đại tràng (a) và trong các bệnh lý lành tính của đại tràng (b)

Các bước chính trong phẫu thuật cắt đại tràng trong ung thư đại tràng:

- Đánh giá giai đoạn:
 - Đánh giá khối u (vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn)
 - Đánh giá di căn hạch (vị trí, số lượng)
 - Đánh giá di căn xa (xoang bụng, gan)
- Tìm và kẹp cắt cuống mạch chính cung cấp máu cho đoạn đại tràng có khối u
- Di động đại tràng

- Cắt đoạn đại tràng tương ứng với động mạch được thắt, sao cho hai mép cắt vẫn được tưới máu tốt.
- Nối hai đầu đại tràng hay làm hậu môn nhân tạo đại tràng.

Kỹ thuật “không đụng đến” (no touch) không cải thiện tiên lượng của căn bệnh.

Biến chứng sau mổ: ngoài các biến chứng ngoại khoa nói chung, có hai biến chứng cần được nhấn mạnh:

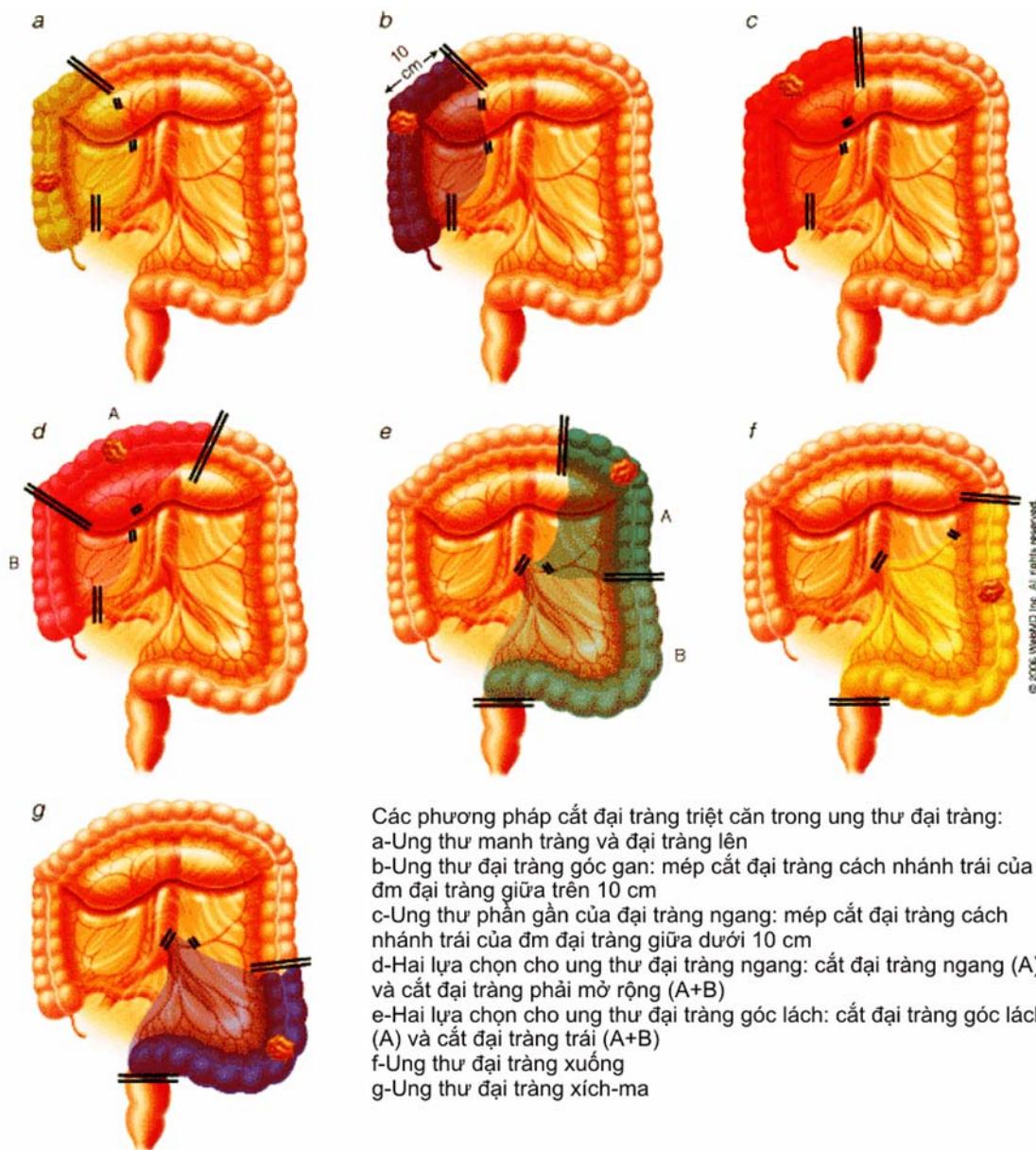
- Các biến chứng nhiễm trùng: nhiễm trùng vết mổ, áp-xe tồn lưu
- Xì/dò miệng nối đại tràng

Các biến chứng khác, liên quan đến phẫu thuật:

- Tồn thương tá tràng
- Tồn thương niệu quản
- Tồn thương lách
- Tồn thương mạch máu: mạc treo tràng trên, mạc treo tràng dưới, tá tuy, vị mạc nối phải
- Tồn thương niệu quản
- Tồn thương đám rối thần kinh hạ vị

Các phương pháp cắt đại tràng:

- Cắt đại tràng triệt căn (hình 10):
 - Cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng trái: cắt đại tràng xích-ma, đại tràng xuống và $\frac{1}{2}$ đại tràng ngang bên trái
 - Cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng trái mở rộng: cắt đại tràng xích-ma, đại tràng xuống và đại tràng ngang
 - Cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải: cắt 10 cm cuối hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên và $\frac{1}{2}$ đại tràng ngang bên phải
 - Cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải mở rộng: cắt 10 cm cuối hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên và đại tràng ngang
 - Cắt toàn bộ đại tràng: cắt 10 cm cuối hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng xích-ma, một phần hay toàn bộ trực tràng.
- Cắt đoạn đại tràng (khỏi u chưa có di căn hạch hay cắt đại tràng có tính chất thuyên giảm):
 - Cắt hồi-manh tràng
 - Cắt đại tràng góc gan
 - Cắt đại tràng ngang
 - Cắt đại tràng góc lách
 - Cắt đại tràng xích-ma



Các phương pháp cắt đại tràng triệt căn trong ung thư đại tràng:
 a-Ung thư mạnh tràng và đại tràng lên
 b-Ung thư đại tràng góc gan: mép cắt đại tràng cách nhánh trái của đm đại tràng giữa trên 10 cm
 c-Ung thư phần gần của đại tràng ngang: mép cắt đại tràng cách nhánh trái của đm đại tràng giữa dưới 10 cm
 d-Hai lựa chọn cho ung thư đại tràng ngang: cắt đại tràng ngang (A) và cắt đại tràng phải mở rộng (A+B)
 e-Hai lựa chọn cho ung thư đại tràng góc lách: cắt đại tràng góc lách (A) và cắt đại tràng trái (A+B)
 f-Ung thư đại tràng xuống
 g-Ung thư đại tràng xích-ma

Hình 10- Các phương pháp cắt đại tràng triệt căn

3.1.2-Hoá trị:

Từ giai đoạn III của ung thư trực tràng, hoá trị bô túc làm cải thiện tiên lượng sống của BN bị ung thư đại tràng.

Các phác đồ:

- AIO (acid folic, fluorouracil, irinotecan): irinotecan (100 mg/m^2) TTM trong 2 giờ ngày 1, leucovorin (500 mg/m^2) TTM trong 2 giờ ngày 1, sau đó fluorouracil (2000 mg/m^2) TTM trong 24 giờ. Liều trên cho mỗi tuần và cho liên tục 4 tuần trong mỗi năm.
- FOLFOX4 (oxaliplatin, leucovorin, fluorouracil): oxaliplatin (85 mg/m^2) TTM trong 2 giờ ngày 1, leucovorin (200 mg/m^2) TTM trong 2 giờ trong ngày 1 và 2, sau đó fluorouracil (400 mg/m^2) TM bolus và rồi fluorouracil (600 mg/m^2) TTM trong 22 giờ ngày 1 và 2. Liều trên lập lại mỗi 2 tuần.

- FOLFOX6 (oxaliplatin, leucovorin, fluorouracil): oxaliplatin ($85-100 \text{ mg/m}^2$) TTM trong 2 giờ ngày 1, leucovorin (400 mg/m^2) TTM trong 2 giờ ngày 1, sau đó fluorouracil (400 mg/m^2) TM bolus và rồi fluorouracil ($2400-3000 \text{ mg/m}^2$) TTM trong 46 giờ. Lập lại mỗi 2 tuần.
- FOLFIRI (acid folic, fluorouracil, irinotecan): irinotecan (180 mg/m^2) TTM trong 2 giờ ngày 1, leucovorin (400 mg/m^2) TTM trong 2 giờ ngày 1, sau đó fluorouracil (400 mg/m^2) TM bolus ngày 1 và rồi fluorouracil ($2400-3000 \text{ mg/m}^2$) TTM trong 46 giờ. Lập lại mỗi 2 tuần.
- IFL (Saltz) (irinotecan, fluorouracil, leucovorin): irinotecan (125 mg/m^2), fluorouracil (500 mg/m^2), leucovorin (20 mg/m^2) TM bolus. Lập lại mỗi tuần trong 4 tuần cho mỗi 6 tuần.
- NCCTG (fluorouracil, levamisole): fluorouracil (450 mg/m^2) TM bolus mỗi ngày từ ngày 1-5 mỗi tuần trong 4 tuần, kết hợp với levamisole 50 mg uống 3 lần mỗi ngày trong 3 ngày liên tiếp cho mỗi 2 tuần.
- NCCTG (fluorouracil, leucovorin liều thấp): fluorouracil (450 mg/m^2), leucovorin (20 mg/m^2) TM bolus mỗi ngày trong 5 ngày cho mỗi 4 tuần.
- NSABP (fluorouracil, leucovorin liều cao): fluorouracil (500 mg/m^2), leucovorin (500 mg/m^2) TM bolus mỗi tuần trong 6 tuần cho mỗi 8 tuần.

3.1.3-Xạ trị:

Xạ trị thuỷgen giảm: hiện tại chưa có vai trò tiêu chuẩn trong điều trị bỗ túc sau phẫu thuật cắt đại tràng.

3.2-Chỉ định:

Giai đoạn I: cắt đại tràng

Giai đoạn II:

- Cắt đại tràng
- Không điều trị bỗ túc, trừ khi BN đang nằm trong nhóm nghiên cứu

Giai đoạn III:

- Cắt đại tràng triệt căn
- Hoá trị bỗ túc sau mổ với fluorouracil (5-FU) và leucovorin trong 6 tháng (phác đồ NCCTG hay NSABP)
- Xạ trị bỗ túc: hiện tại chưa có vai trò tiêu chuẩn trong điều trị bỗ túc sau phẫu thuật cắt đại tràng triệt căn.

Giai đoạn IV:

- Cắt đoạn đại tràng nếu khối u có thể cắt được
- Nối tắt qua chỗ tắc nghẽn hay chảy máu.
- Cắt bỏ khối di căn biệt lập (gan, phổi, buồng trứng) dành cho một số BN chọn lọc.
- Riêng khối di căn gan không cắt được: huỷ khối u bằng nhiệt, băng sóng cao tần hay hoá trị qua động mạch gan.

- Hoá trị thuyên giảm: các phác đồ kết hợp 5-FU và leucovorin với irinotecan (FOLFIRI, AIO, IFL) hoặc oxaliplatin (FOLFOX4, FOLFOX6) được xem như các phác đồ chuẩn.

3.3-Điều trị tắc ruột do ung thư đại tràng:

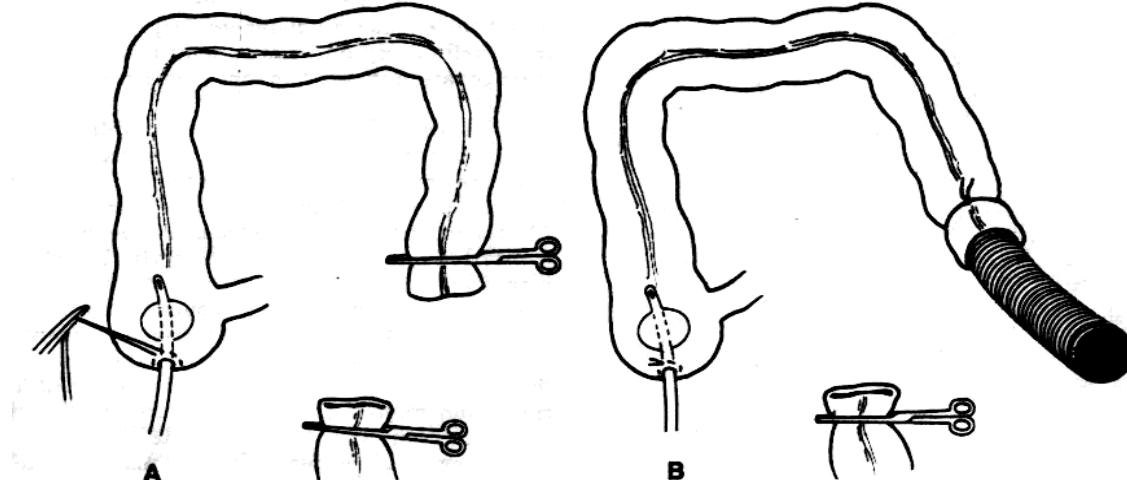
Chỉ định:

- Bán tắc đại tràng: thụt tháo, nếu thành công: sắp xếp mổ chương trình
- Tắc đại tràng hoàn toàn hay thụt tháo thất bại: phẫu thuật bán khẩn
- Tắc đại tràng, doạ vỡ manh tràng: phẫu thuật cấp cứu

Chuẩn bị trước mổ:

- Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải
- Điều trị các bệnh lý nội khoa nếu có
- Truyền máu để Hb > 9 g/dL
- Cho kháng sinh
- Đặt thông dạ dày (nếu phẫu thuật cấp cứu hay bán khẩn)

Phương pháp phẫu thuật: tùy vào đánh giá giai đoạn trong lúc phẫu thuật và toàn trạng của BN, có thể làm hậu môn nhân tạo trên dòng, nối tắt đại tràng, cắt rộng hay cắt đoạn đại tràng có khối u. Sau khi cắt đại tràng, nếu đầu cắt trên ở hòi tràng, có thể nối hai đầu ngay. Nếu đầu cắt trên ở đại tràng, có thể đưa hai đầu ra ngoài hoặc nối ngay sau khi rửa đại tràng trên bàn mổ (hình 11).



Hình 11- Rửa đại tràng trên bàn mổ: sau khi cắt đại tràng, đầu xa của đại tràng được nối với một ống có khâu kín lớn (loại ống thở của máy gây mê). Đầu kia của ống nằm trong một chậu đặt dưới sàn, cạnh bàn mổ. Cắt ruột thừa, luồn thông Foley qua gốc ruột thừa. Truyền dung dịch muối sinh lý (NaCl 0,9% hay Ringer Lactate) vào đại tràng qua thông Foley. Vuốt nhẹ dọc theo khung đại tràng để đẩy phân theo ống vào chậu.. Sau khi rửa sạch đại tràng, rút bỏ thông Foley và ống rửa, khâu buộc gốc ruột thừa, nối đại tràng.

3.4-Điều trị ung thư đại tràng thủng:

Nguyên tắc điều trị:

- Hồi sức nhanh với dịch truyền
- Kháng sinh: cephalosporin thế hệ ba kết hợp aminoglycoside và metronidazole

- Phẫu thuật khẩn cấp

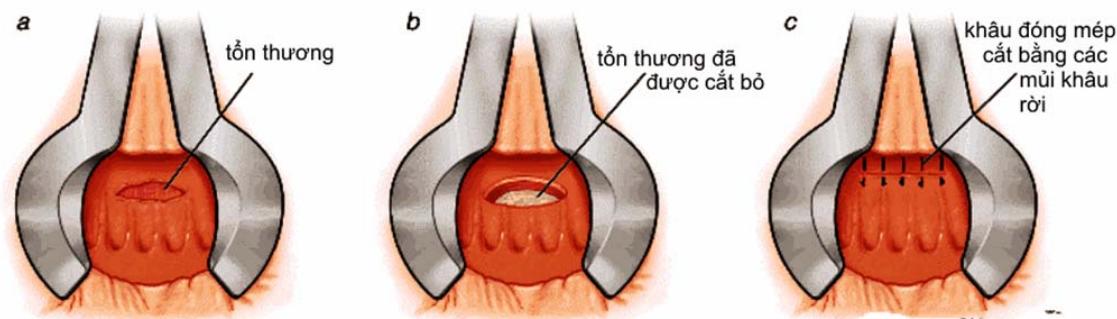
Nội dung phẫu thuật: cắt đoạn đại tràng có khối u, đưa hai đầu ra ngoài làm hậu môn nhân tạo, rửa bụng, dẫn lưu xoang bụng.

4-Điều trị ung thư trực tràng:

4.1-Các phương pháp điều trị:

4.1.1-Phẫu thuật:

4.1.1.1-Phẫu thuật cắt khối u:



Hình 12- Phẫu thuật cắt khối u bảo tồn trực tràng trong ung thư trực tràng

Phẫu thuật cắt khối u là loại phẫu thuật bảo tồn trực tràng.

Phẫu thuật có thể thực hiện qua ngã hậu môn (hình 12) hay qua ngã xương cụt (tiếp cận trực tràng từ phía sau)

Chỉ định:

- Khối u T1, ở 1/3 dưới trực tràng. Đôi khi có thể được chỉ định cho khối u 1/3 giữa trực tràng (phẫu thuật này còn được gọi là cắt khối u trực tràng qua ngả hậu môn qua nội soi)
- Không chiếm quá 1/3 chu vi thành trực tràng
- Độ biến hoá: tốt hay trung bình
- Có siêu âm qua nội soi và không phát hiện hạch di căn (0-12% khối u T1 có di căn hạch).

Kỹ thuật:

- Cắt toàn bộ thành trực tràng có khối u, cách bờ ngoài khối u 1 cm.
- Khâu lại thành trực tràng. Nếu cắt khối u qua ngả hậu môn, có thể để hở mép cắt.

Kết quả: tỉ lệ tái phát tại chỗ 0-40%.

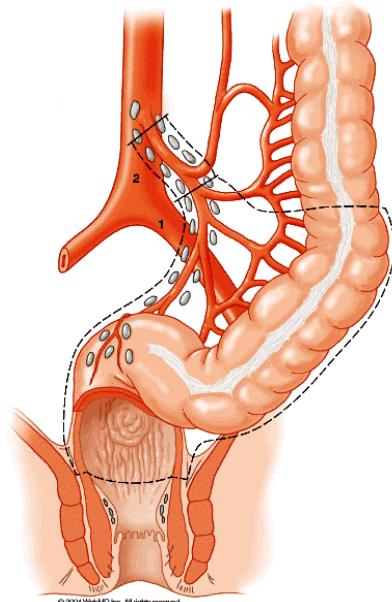
4.1.1.2-Phẫu thuật cắt trước:

Còn gọi là phẫu thuật bảo tồn cơ thắt. Có hai loại phẫu thuật bảo tồn cơ thắt: phẫu thuật cắt trước và phẫu thuật cắt trước thấp. Phẫu thuật được gọi là cắt trước thấp nếu sau khi cắt, miệng nối trực tràng nằm bên dưới ngách trực tràng-bàng quang.

Chỉ định: khối u ở 2/3 trên của trực tràng.

Một số nguyên tắc chính về mặt kỹ thuật:

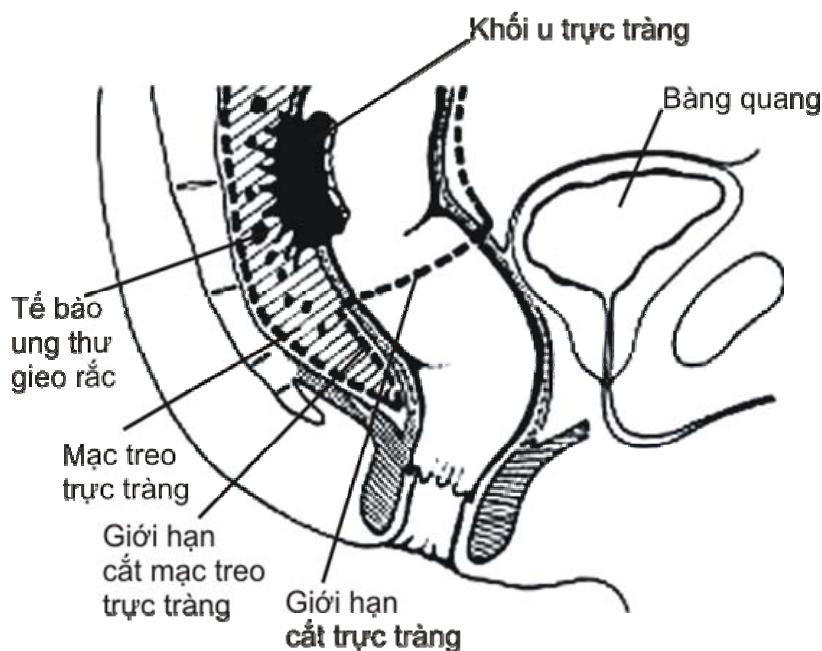
- Di động trực tràng, đại tràng xích-ma, lên tới đại tràng góc lách.
- Thắt và cắt động mạch mạc treo trực tràng dưới
- Phiá trên khói u: cắt tại nơi giáp giữa đại tràng xích-ma và đại tràng xuống (hình 13).



Hình 13- Giới hạn cắt đoạn đại trực tràng trong phẫu thuật cắt trước

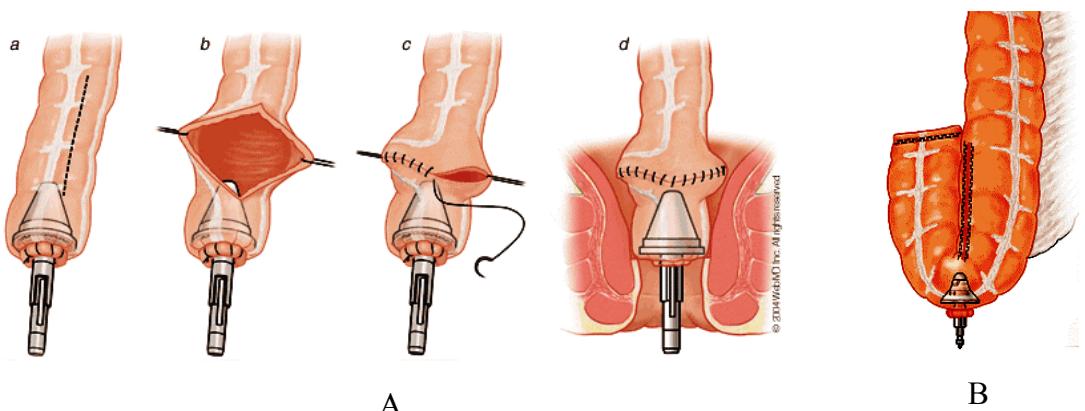
- Phiá dưới khói u:

- Đối với khói u 1/3 trên trực tràng: giới hạn dưới (để cắt trực tràng và mạc treo trực tràng) cách khói u 5 cm.
- Đối với khói u 1/3 giữa trực tràng:

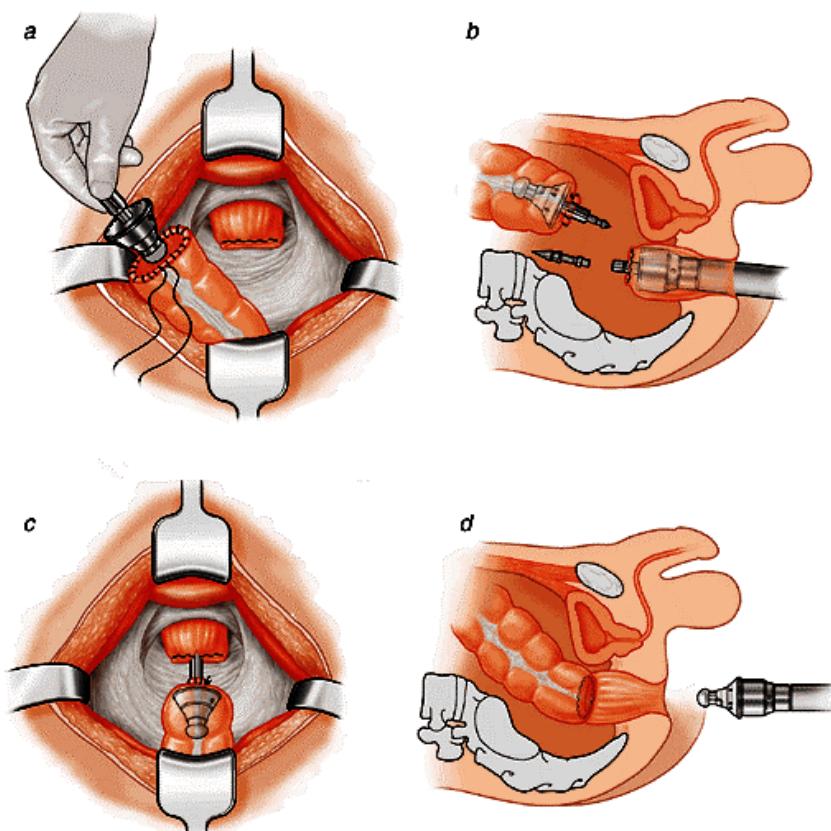


Hình 14- Giới hạn cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng trong phẫu thuật cắt trước

- ▲ Giới hạn dưới để cắt trực tràng cách khối u tối thiểu 2 cm (đối với tế bào ung thư có độ biệt hoá tốt) hay 5 cm (đối với tế bào ung thư có độ biệt hoá kém).
- ▲ Giới hạn dưới để cắt mạc treo trực tràng là 5 cm. Một số phẫu thuật viên đề nghị cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng (TME-total mesorectal excision) để giảm thiểu tỉ lệ tái phát tại miệng nối sau mổ (hình 14).
- Nếu miệng nối nằm bên dưới ngách trực tràng-bàng quang, có thể cần tạo hình đại tràng để làm giảm số lần đi tiêu hằng ngày. Tạo hình đại tràng có thể là tạo túi chữ J (J pouch) hay xé dọc khâu ngang đoạn đại tràng cách miệng nối 6 cm (hình 15).

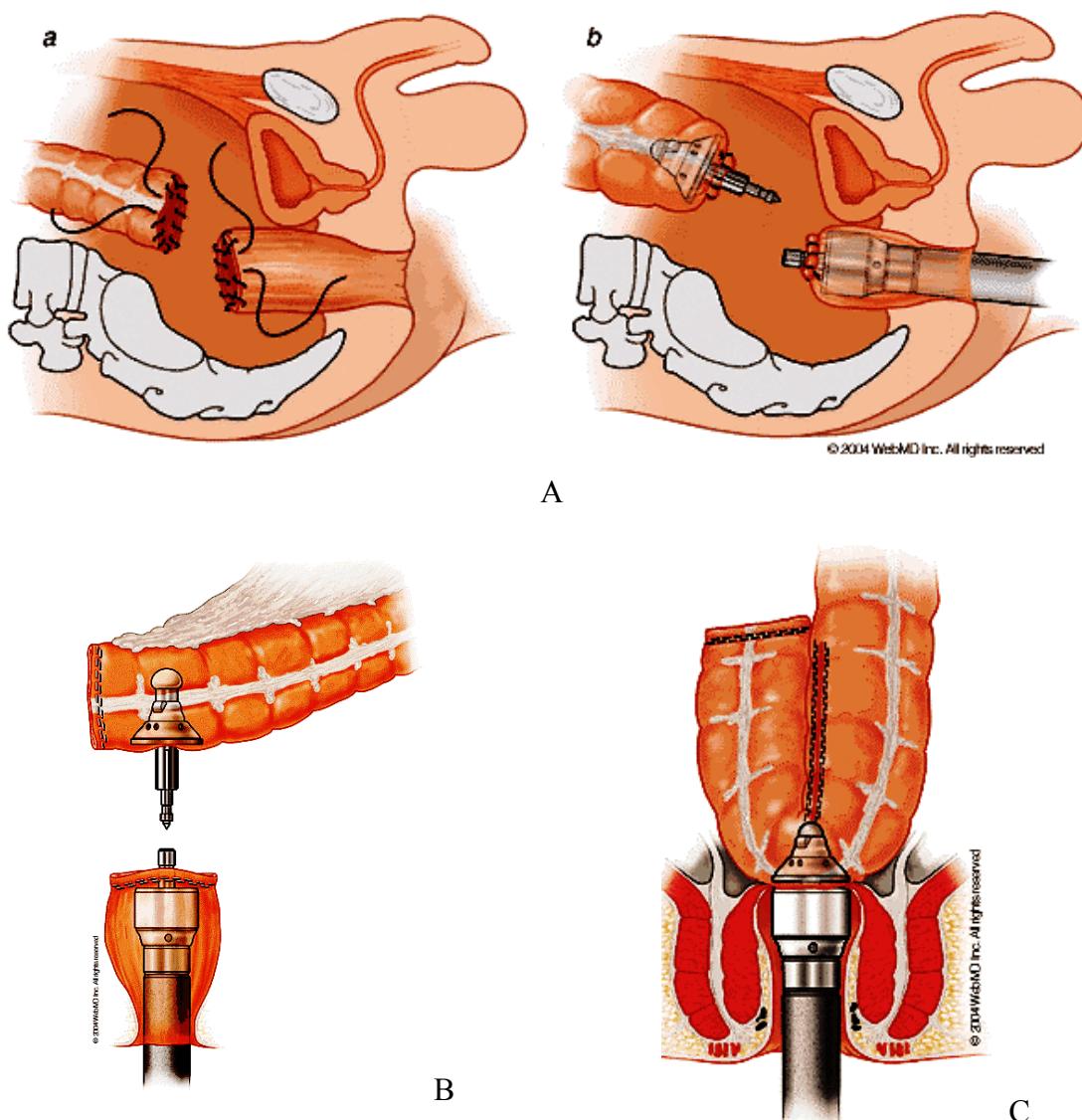


Hình 15- Kỹ thuật tạo hình đại tràng (A-xé dọc khâu ngang, B-tạo túi đại tràng hình chữ J) để làm giảm số lần đi tiêu hằng ngày trong phẫu thuật cắt trước.



Hình 16- Kỹ thuật nối đại trực tràng bằng stapler trong phẫu thuật cắt trước.

- Nối đai tràng trực tràng còn lại, bằng stapler vòng hay băng tay (hình 16,17). Nếu mép cắt dưới sát bờ trên ống hậu môn, nối trực tràng với ống hậu môn qua ngả hậu môn.
- Biến chứng sau mổ:
 - Quan trọng nhất là xì-dò miệng nối. Tỉ lệ xì dò miệng nối sau phẫu thuật bảo tồn cơ thắt khá cao: 15% (3-11% nếu miệng nối ở 1/3 giữa trực tràng, 20% nếu miệng nối ở 1/3 dưới trực tràng). Vì lý do này, nhiều phẫu thuật viên mở hậu môn nhân tạo hồi tràng tạm thời nếu miệng nối ở 1/3 dưới, đặc biệt nếu BN đã được xạ trị hay hoá trị trước mổ. Không có sự khác biệt về xì-dò miệng nối giữa nối bằng stapler hay băng tay.
 - Các biến chứng khác:
 - Bí tiêu tạm thời
 - Liệt dương...



Hình 17- Các phương pháp nối đai-trực tràng bằng stapler trong phẫu thuật cắt trước: A-nối tận-tận, mũi khâu túi, B-nối tận tận sau hai lần đóng stapler,C-nối tận bên sau khi tạo hình đại tràng thành túi chữ J.

4.1.1.3-Phẫu thuật cắt trực tràng qua ngã bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles) (hình 18):

Chỉ định:

- Ung thư trực tràng 1/3 dưới
- Không thể thực hiện phẫu thuật bảo tồn cơ thắt (u xâm lấn cơ thắt hay vào vùng chậu, rối loạn chức năng cơ vòng có sẵn trước phẫu thuật)

Nội dung: cuộc phẫu thuật được thực hiện bởi hai ê-kíp:

- Э-kíp phẫu thuật ngã bụng:
 - Di động đại tràng xích-ma và trực tràng
 - Cắt hai dây chằng bên của trực tràng
 - Cắt ngang nơi giáp giữa đại tràng xích-ma và đại tràng xuống, đóng tạm đầu dưới, đưa đầu trên ra ngoài làm hậu môn nhân tạo.
- Э-kíp phẫu thuật ngã tầng sinh môn:
 - Khâu kín ống hậu môn
 - Cắt dây chằng hậu môn-cùng, vào khoang trước xương cùng
 - Cắt cơ nâng hậu môn
 - Tách trực tràng ra khỏi tiền liệt tuyến hay âm đạo, rút bỏ trực tràng ra ngoài
 - Khâu lại tầng sinh môn

Biến chứng:

- Chảy máu là biến chứng đáng ngại nhất, nhất là chảy máu từ đám rối tĩnh mạch trước xương cùng.
- Bí tiểu
- Liệt dương
- Tồn thương bàng quang, túi tinh, niệu đạo

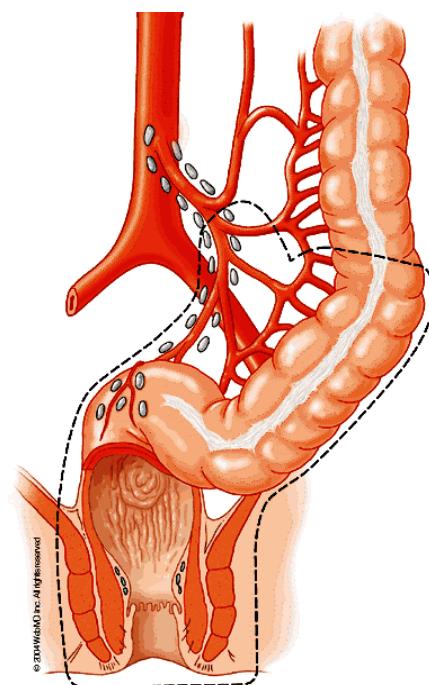
4.1.1.4-Phẫu thuật đoạn chậu:

Nội dung của phẫu thuật đoạn chậu: cắt bỏ trực tràng kèm theo các tạng lân cận (bàng quang, tiền liệt tuyến, tử cung, buồng trứng, thành sau âm đạo...).

4.1.1.5-Hậu môn nhân tạo:

Chỉ định:

- Tắc ruột do ung thư trực tràng, khối u còn cắt bỏ được: làm hậu môn nhân tạo đại tràng xích-ma. Sau 2 tuần tiến hành phẫu thuật triệt để.
- Khối u không thể cắt bỏ được: hậu môn nhân tạo đại tràng ngang.



Hình 18- Giới hạn cắt đoạn đại trực tràng trong phẫu thuật Miles

4.1.2-Xạ trị:

Khác với ung thư đại tràng, xạ trị có vai trò khá quan trọng trong điều trị ung thư trực tràng.

Xạ trị trong lòng trực tràng:

- Chỉ định tương tự như cắt khối u qua ngã hậu môn.
- Mục tiêu: sử dụng tia xạ có cường độ cao, tập trung vào một vùng nhỏ trên thành trực tràng, nơi có khối u. Quá trình điều trị được chia thành vài đợt. Thời gian điều trị trung bình của phương pháp này là 60 ngày, với tổng liều chiếu xạ 9-15 Gy.
- Kết quả: tỉ lệ tái phát tại chỗ 30%, tỉ lệ sống 5 năm: 76%.

Xạ trị bô túc trước mổ:

- Ưu điểm: giảm giai đoạn khối u, tăng khả năng phẫu thuật, tăng khả năng bảo tồn cơ thắt, giảm nguy cơ tái phát sau mổ.
- Nhược điểm: trì hoãn cuộc phẫu thuật, làm cho việc đánh giá giai đoạn trở nên không chính xác, làm tăng nguy cơ xảy ra biến chứng sau mổ.

Xạ trị sau mổ:

- Ưu điểm: BN được phẫu thuật kịp thời, việc đánh giá giai đoạn chính xác, giảm nguy cơ tái phát sau mổ.
- Khuyết điểm: không kiểm soát được sự gieo rắc tế bào ung thư trong thời gian phẫu thuật; mô bướu sót bị thiêu máu sẽ ít nhạy với tia xạ; nếu có biến chứng phẫu thuật, xạ trị bô túc sẽ bị trì hoãn.

Chưa có bằng chứng rõ ràng của việc cải thiện tiên lượng sống của xạ trị bô túc trước hay sau mổ. Tuy nhiên, xạ trị bô túc (trước hay sau mổ) làm giảm rõ rệt tỉ lệ tái phát tại chỗ.

4.1.3-Hóa trị: (xem phần điều trị ung thư đại tràng)**4.2-Chỉ định:****4.2.1-Giai đoạn 0:**

Có thể chọn lựa một trong 4 phương pháp sau:

1. Cắt khối u qua ngã hậu môn
2. Cắt khối u qua ngã xương cụt
3. Xạ trị trong lòng trực tràng
4. Xạ trị vùng

4.2.2-Giai đoạn I:

Có thể chọn lựa một trong 3 phương pháp sau:

1. Phẫu thuật cắt trước
2. Phẫu thuật cắt trực tràng qua ngã bụng và tầng sinh môn
3. Phẫu thuật cắt khối u (ngã ống hậu môn, ngã xương cụt). Phẫu thuật cắt khối u (với bờ cắt không có tế bào ung thư) kết hợp hóa-xạ bô túc sau mổ, theo một số

tác giả, cho kết quả tương đương phẫu thuật cắt trước và phẫu thuật cắt trực tràng qua ngã bụng và tầng sinh môn

4.2.3-Giai đoạn II:

Có thể chọn lựa một trong 3 phương pháp sau, kết hợp với hoá-xạ bô túc sau mổ:

1. Phẫu thuật cắt trước
2. Phẫu thuật cắt trực tràng qua ngã bụng và tầng sinh môn
3. Phẫu thuật đoạn chậu

4.2.4-Giai đoạn III:

Có thể chọn lựa một trong 4 phương pháp sau, kết hợp với xạ trị trước mổ và hoá-xạ bô túc sau mổ:

1. Phẫu thuật cắt trước
2. Phẫu thuật cắt trực tràng qua ngã bụng và tầng sinh môn
3. Phẫu thuật đoạn chậu
4. Hoá-xạ thuỷt giảm

4.2.5-Giai đoạn IV:

Có thể chọn lựa một trong 4 phương pháp sau, kết hợp với hoá-xạ bô túc sau mổ:

1. Cắt nối đoạn trực tràng có khối u với tính cách thuỷt giảm, nối tắt qua khối u hay làm hậu môn nhân tạo trên dòng
2. Cắt các khối di căn biệt lập ở gan, phổi, buồng trứng
3. Hoá-xạ thuỷt giảm

4.2.6-Ung thư trực tràng tái phát:

1. Cắt khối u tại chỗ với mục đích triệt căn hay thuỷt giảm
2. Cắt các khối di căn biệt lập ở gan, phổi, buồng trứng
3. Xạ trị thuỷt giảm
4. Hoá trị thuỷt giảm
5. Hoá-xạ thuỷt giảm
6. Đặt stent qua chỗ hẹp qua nội soi

4.3-Kết quả và tiên lượng:

Tỉ lệ sống sau 5 năm:

- o Giai đoạn I: 90%
- o Giai đoạn II: 75%
- o Giai đoạn III: 50%
- o Giai đoạn IV (nếu có di căn xa): 5%

Tỉ lệ tái phát: 5-30%. Tái phát thường xảy ra trong 2 năm đầu sau phẫu thuật. Thường là tái phát tại chỗ.

5-Tầm soát ung thư đại trực tràng:

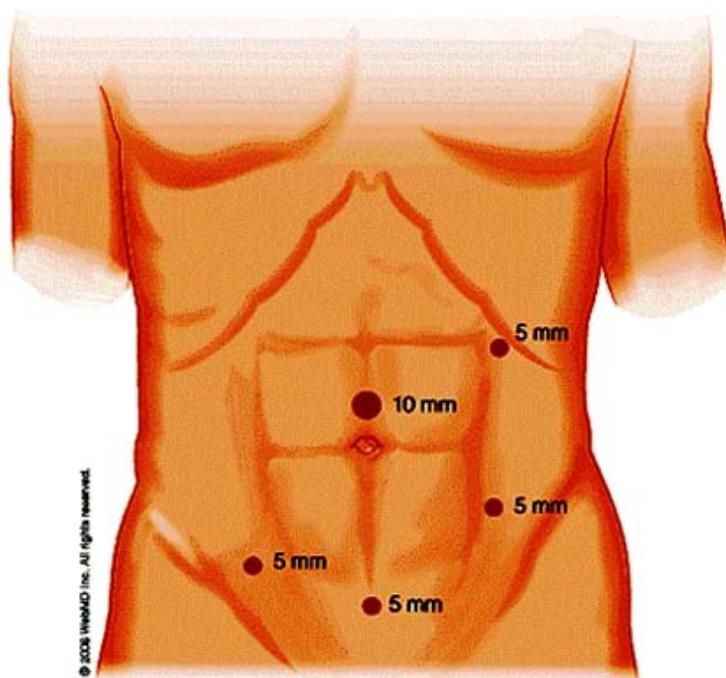
Các phương tiện tầm soát ung thư trực tràng:

- Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân
 - X-quang đại tràng
 - Nội soi trực tràng, ống soi cứng
 - Nội soi đại tràng xích-ma
 - Nội soi khung đại tràng: hiện nay là phương tiện được chỉ định phổ biến nhất BN trên 60 tuổi, BN bị viêm loét đại tràng trên 10 năm: nội soi đại tràng mỗi 3-5 năm
- BN có hội chứng đa polyp:

- Hội chứng Lynch (HNPCC):
 - Nội soi đại tràng mỗi 2 năm, bắt đầu từ năm 20 tuổi, sau đó mỗi năm khi tuổi trên 40.
 - Siêu âm qua ngã âm đạo và sinh thiết niêm mạc tử cung mỗi 1-2 năm, bắt đầu từ năm 25-35 tuổi.
 - Siêu âm hệ niệu và xét nghiệm nước tiểu mỗi 1-2 năm, bắt đầu từ năm 30-35 tuổi.
- Hội chứng FAP:
 - Nội soi đại tràng mỗi năm, bắt đầu từ năm 10 tuổi
 - Nội soi dạ dày-tá tràng mỗi 1-3 năm, bắt đầu từ năm 20-25 tuổi
 - Thăm khám tuyến giáp và hệ thần kinh trung ương hàng năm

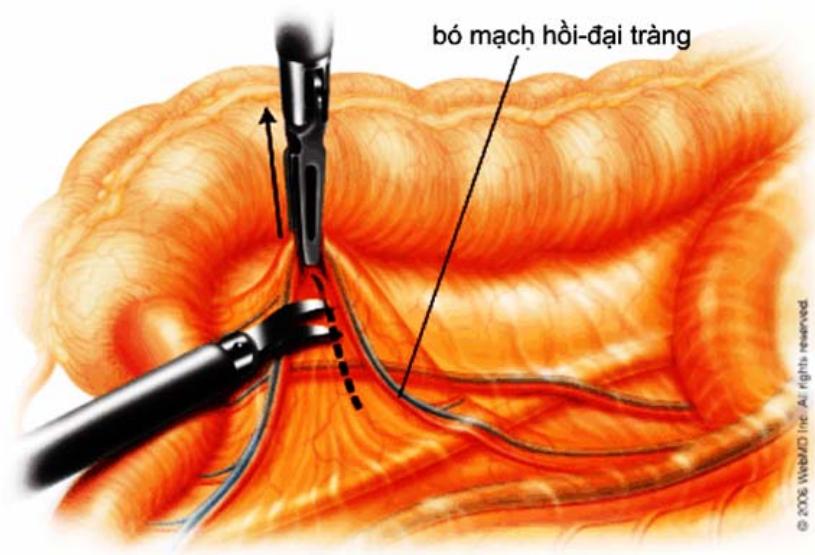
6-Kỹ thuật phẫu thuật:

6.1-Phẫu thuật cắt đại tràng phải nội soi:



BN được đặt ở tư thế nằm ngửa, hai chân dạng. Phẫu thuật viên đứng ở giữa hai chân BN hay ở bên trái. Các trocar được đặt như trong hình.

Xoay bàn mổ cho đầu BN thấp hơn chân và bên trái thấp hơn bên phải. Vén mạc nối lớn lên trên đại tràng ngang. Đẩy đại tràng ngang lên tầng trên xoang bụng. Vén quai hồi tràng cuối xuống hốc chậu và đẩy các quai ruột non sang bên trái xoang bụng.

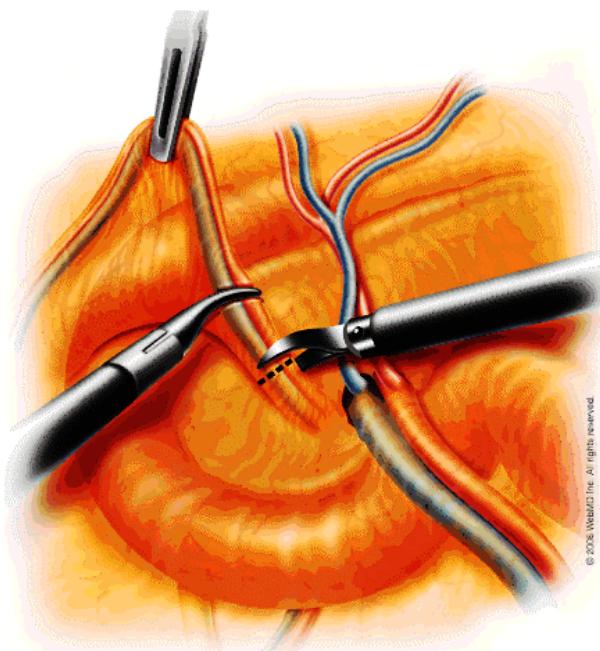


© 2006 WebMD Inc. All rights reserved.

Trước tiên quan sát tá tràng qua mạc treo đại tràng ngang. Tá tràng nằm bên phải của bó mạch mạc treo tràng trên.

Kéo vùng hồi manh tràng sang phía trước-bên. Tìm bó mạch hồi-đại tràng. Bó mạch này có vị trí giải phẫu tương đối cố định, và trong 90% các trường hợp, động mạch đại tràng phải xuất phát từ bó mạch này. Đoạn đầu bó mạch hồi-đại tràng nằm ngay bên dưới tá tràng.

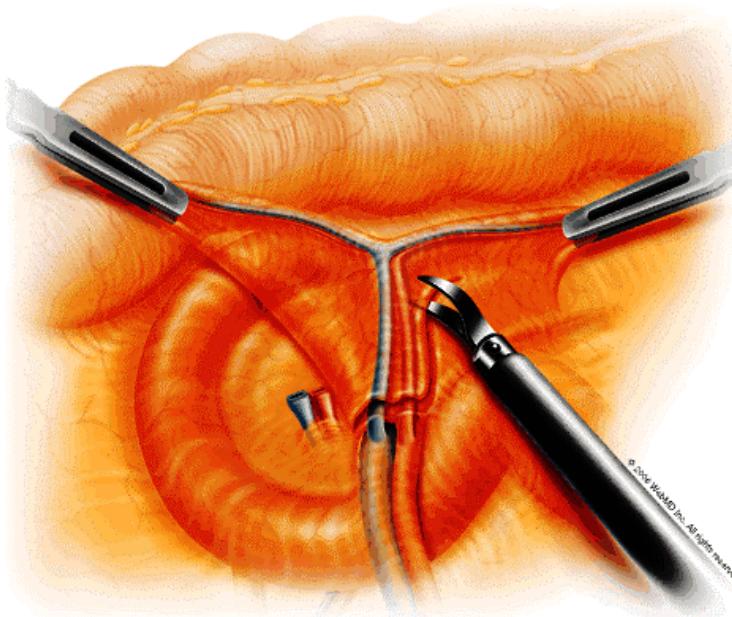
Tạo hai cửa sổ bên trên và dưới bó mạch hồi-đại tràng. Tách dọc theo bó mạch đến nơi xuất phát của nó. Kẹp cắt bó mạch hồi-đại tràng bằng clip, stapler, LigaSure, SonoSure... Trừ trường hợp kẹp cắt bằng clip, các trường hợp còn lại có thể kẹp cắt động và tinh mạch cùng lúc.



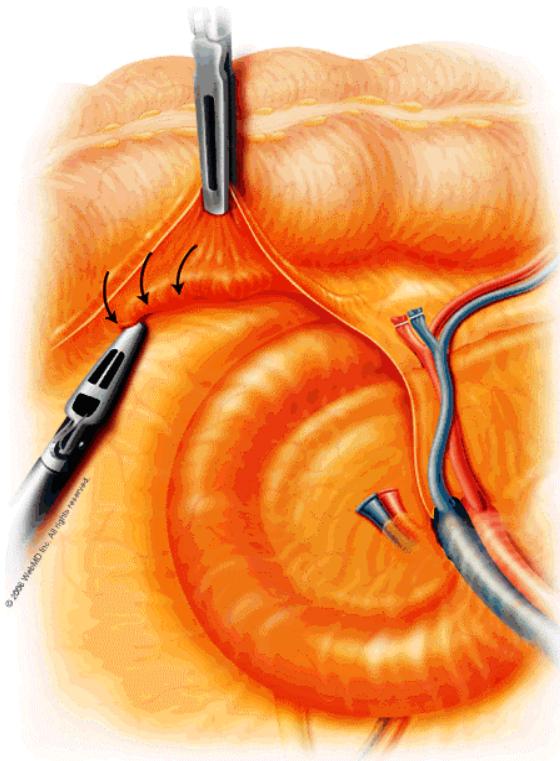
© 2006 WebMD Inc. All rights reserved.

Kẹp một mép phúc mạc của mạc treo đại tràng ngang bên trên tá tràng, bắt đầu di động đại tràng ngang từ trong ra phía ngoài. Tách tá tràng và đầu tuy ra khỏi mạc treo đại tràng ngang. Cẩn thận để không làm tổn thương tinh mạch đại tràng giữa hay tinh mạch tá tuy dưới. Nếu bước này khó khăn, có thể di động đại tràng ngang từ phía trên và từ góc gan về phía đường giữa.

Mạch máu trước tiên ở bên phải bó mạch đại tràng giữa là tĩnh mạch đại tràng phải. Tĩnh mạch đại tràng phải sẽ hợp với tĩnh mạch vị-mạc nối phải tạo thành thân tĩnh mạch vị-đại tràng Henle, đổ vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Kẹp cắt tĩnh mạch đại tràng phải và chừa lại tĩnh mạch vị-mạc nối phải. Nếu có động mạch đại tràng phải đi song song với tĩnh mạch, kẹp cắt động mạch cùng với tĩnh mạch.



Rách lá phúc mạc ngay trên gốc của bó mạch đại tràng giữa. Cô lập và kẹp cắt nhánh phải của bó mạch đại tràng giữa. Nếu cắt đại tràng phải mở rộng, cô lập và kẹp cắt bó mạch đại tràng giữa. Động mạch đại tràng giữa thường không cố định về mặt giải phẫu: trong 46% các trường hợp, động mạch phân hai nhánh phải và trái như kinh điển. Trong các trường hợp còn lại, động mạch có thể chỉ có một thân chính, hay phân thành ba nhánh cung cấp máu cho đại tràng ngang.



Nhắc mạc treo đại tràng ngang lên, bắt đầu bóc tách di động đại tràng từ tá tràng ra phía ngoài. Chú ý mặt phẳng bóc tách phải ở phía trước của mạc sau phúc mạc Toldt (mạc Toldt). Nếu bóc tách đúng mặt phẳng bóc tách, niệu quản, nằm ở phía sau mạc Toldt, sẽ không bị tổn thương. Việc bóc tách di dần ra phía ngoài, đến phía sau của đại tràng góc gan, đại tràng lên và manh tràng thì ngưng lại.

Nhắc quai hòi tràng tận ra khỏi hốc chậu và kéo ra trước và lên trên, để thấy nơi tiếp xúc giữa quai hòi tràng tận và phúc mạc sau. Rách lá phúc mạc, tách quai hòi tràng tận ra khỏi phúc mạc sau. Khi mặt phẳng bóc tách từ dưới lên gấp mặt phẳng bóc tách ban đầu

thì tiếp tục rạch lá phúc mạc vòng quanh ruột thừa, manh tràng, đại tràng lên tới đại tràng góc gan.

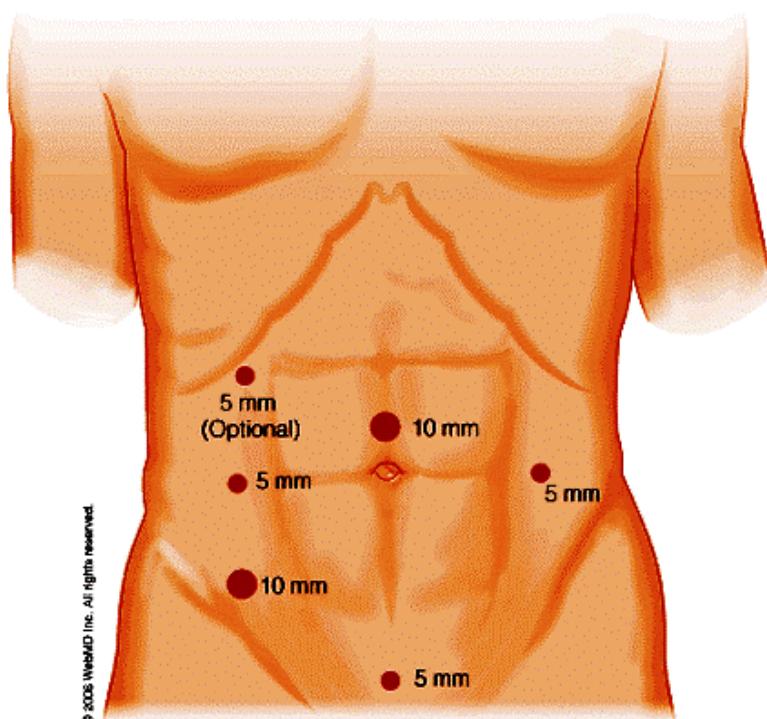
Tách mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang, bắt đầu từ bên trái sang bên phải.

Khi hạ đại tràng góc gan, có thể thay đổi tư thế BN (cho BN nằm đầu cao) và phẫu thuật viên chuyên sang đứng ở phía bên trái BN.

Kẹp giữ ruột thừa. Mở bụng ở đường giữa trên rốn, bắt đầu từ lỗ trocar rốn hướng lên thượng vị. Đường mở bụng dài khoảng 5 cm là đủ, nhưng có thể thay đổi tùy thuộc vào kích thước của khối u. Lồng một bao che vết mổ để không

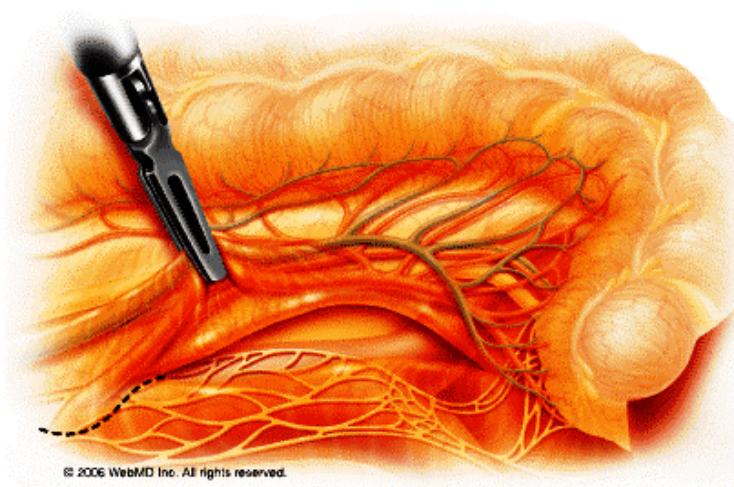
cho tế bào ung thư gieo rác lên vết mổ. Đưa đoạn đại tràng phải và hồi tràng tận đã được bóc tách di động ra ngoài. Kẹp cắt hồi tràng. Kẹp cắt mạc treo hồi tràng cho đến vị trí cuống mạch hồi-đại tràng đã cắt trước đó. Kẹp cắt nhánh động mạch bờ của đại tràng ngang. Kẹp cắt đại tràng ngang ở phía dưới khối u 5-10 cm. Nối hồi đại tràng ngang bằng máy hay bằng tay sau đó đưa vào lại xoang bụng. Đóng bụng.

6.2-Phẫu thuật cắt đại tràng xích-ma nội soi:



Tư thế BN tương tự như trong phẫu thuật cắt đại tràng phải, nhưng phía bên trái được nâng lên cao. Các trocar được đặt như trong hình vẽ.

Trong thời gian đầu, phẫu thuật viên đứng ở phía bên phải BN, và người phụ đứng ở phía bên trái. Khi di động góc lách, phẫu thuật viên đứng giữa hai chân BN, và người phụ đứng ở bên phải.



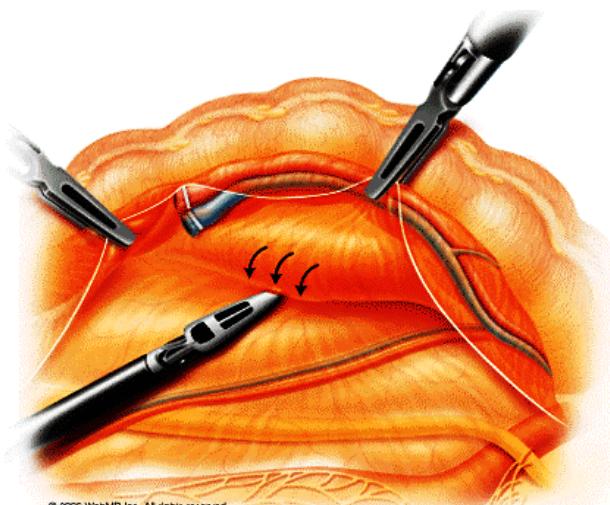
Đại tràng xích-ma được kẹp và kéo ra khỏi hốc chậu. Người phụ giữ chắc đại tràng sao cho mạc treo đại tràng xích-ma căng ra theo hướng trước-bên.

Trước tiên tìm động mạch mạc treo tràng dưới. Tạo một mặt phẳng bóc tách ngay sau động mạch mạc treo tràng dưới. Đây là mặt phẳng vô mạch và nằm ở trước mạc Toldt.

Tốt nhất là bắt đầu bóc tách từ ụ xương cùng. Rạch lá phúc mạc ở mạc treo đại tràng xích-ma. Tách đám tối hạ vị phải và trái ra khỏi mạc treo đại tràng xích-ma.

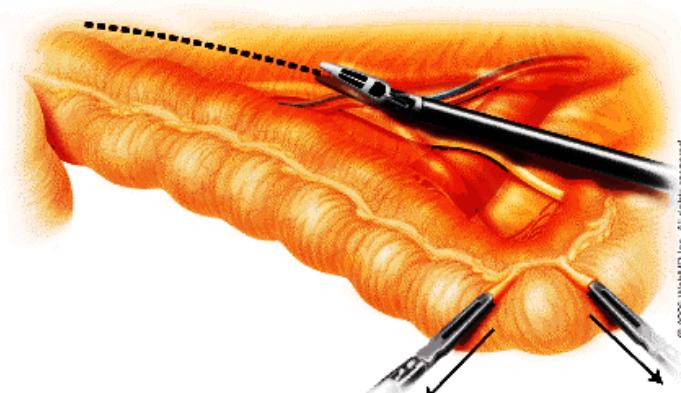
Bắt buộc phải tìm niệu quản trái. Nếu không tìm thấy niệu quản trái trong lúc tạo mặt phẳng bóc tách từ trong ra ngoài, phải tìm niệu quản trái ở phía trên động mạch mạc treo tràng dưới. Nếu không tìm thấy niệu quản trái, phải di động đại tràng từ phía ngoài vào.

Cô lập, kẹp cắt động mạch mạc treo tràng dưới ngay sau nơi xuất phát của nó từ động mạch chủ. Tìm, cô lập và kẹp cắt tĩnh mạch mạc treo tràng dưới ở vị trí cao của nó.



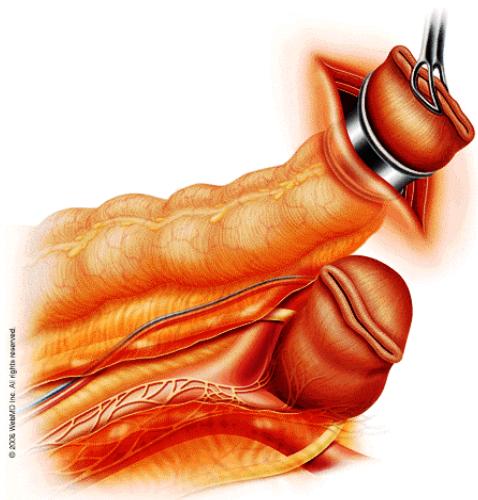
Tiếp tục tách và quét mặt sau mạc treo đại tràng ra khỏi mạc Toldt bên dưới. Nếu đi đúng mặt phẳng bóc tách, sẽ không thấy lớp mỡ quanh thận đồng thời thấy niệu quản và bó mạch sinh dục nằm ở phía sau mạc Toldt.

Mặt phẳng bóc tách sẽ tiến dần ra ngoài, hướng về thành bụng.



Đại tràng xích-ma được kéo về phía giữa bụng để thấy được nếp phúc mạc giữa nó và thành bụng bên. Nếu bóc tách đầy đủ từ trong ra, lá phúc mạc này sẽ rất mỏng.

Rách lá phúc mạc từ dưới hướng dần lên góc lách. Tách mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang, bắt đầu từ bên phải sang bên trái. Vào hậu cung mạc nối. Tách đại tràng góc lách ra khỏi phúc mạc sau. Công việc bóc tách này khá phức tạp. Có thể dùng dao cắt siêu âm để hạn chế sự chảy máu. Sau khi được tách ra khỏi đuôi tuy, đại tràng góc lách đã di động hoàn toàn.



Kẹp cắt ngang vùng nối xích-ma trực tràng bằng stapler qua công trocar 12 cm ở vùng bụng dưới.

Mở bụng một đường nhỏ ở hố chậu trái hay đường giữa. Độ dài của đường mở bụng thay đổi phụ thuộc vào kích thước khối u. Lồng một bao che vết mổ để không cho tế bào ung thư gieo rắc lên vết mổ. Đưa đại tràng xích-ma ra ngoài. Tối thiểu 15 cm đại tràng trên khối u phải nằm bên ngoài thành bụng.

Kẹp cắt nhánh động mạch bờ của đại tràng, cắt ngang đại tràng phía trên khối u.

Khâu mũi túi ở đầu đại tràng. Đặt chốt và phần đe của stapler vòng nối tận tận (circular EEA stapler). Xiết mũi chỉ khâu, đưa đại tràng vào lại xoang bụng. Bom hơi lại xoang bụng. Tiến hành nối đại-trực tràng bằng stapler dưới sự quan sát qua ống soi.

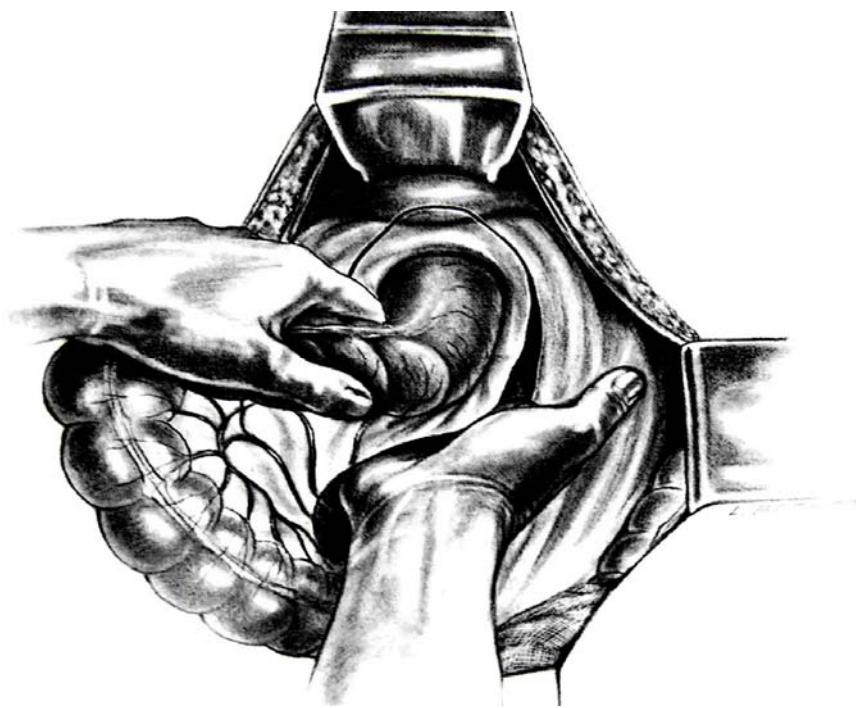
Kiểm tra độ kín của miệng nối bằng cách thúc sau: bom nước vào hốc chậu cho ngập miệng nối. Kẹp đoạn đại tràng phía trên miệng nối. Bom hơi đoạn đại tràng bên dưới qua ống soi trực tràng hay đại tràng xích ma. Nếu không thấy hơi thoát qua miệng nối thì miệng nối đạt yêu cầu về độ kín.

Trước khi kết thúc cuộc mổ, phải quan sát xoang bụng để bảo đảm ruột non không chui qua phía sau đại tràng trái.

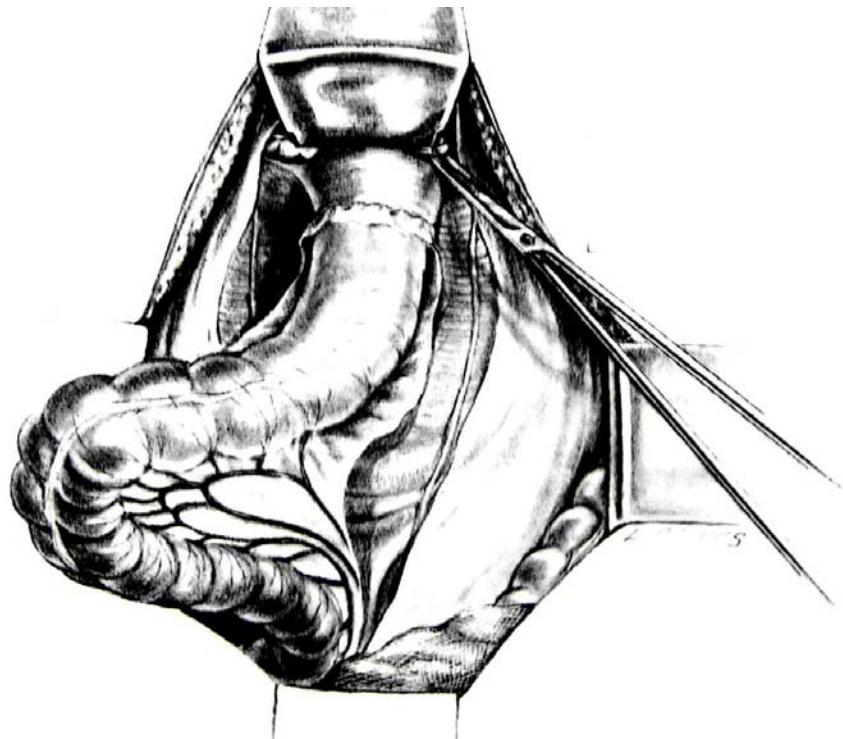
6.3-Phẫu thuật Miles:



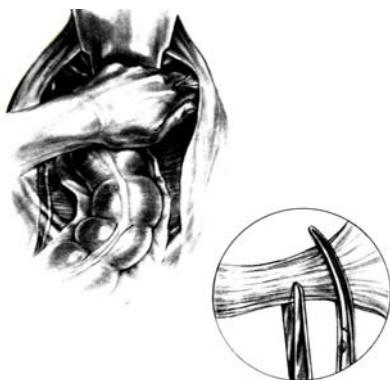
Ê-kíp ngả bụng: sau khi di động đại tràng xuống từ đại tràng xích-ma lên tới đại tràng góc lách, tìm và thắt động mạch mạc treo tràng dưới. Mạc treo đại tràng xích-ma được cắt từ trên xuống dưới. Khi tới giới hạn giữa đại tràng xích-ma và trực tràng, phúc mạc hai bên trực tràng được cắt từ sau ra trước. Tiếp tục cắt nếp phúc mạc giữa trực tràng và bàng quang (nam) hay âm đạo (nữ).



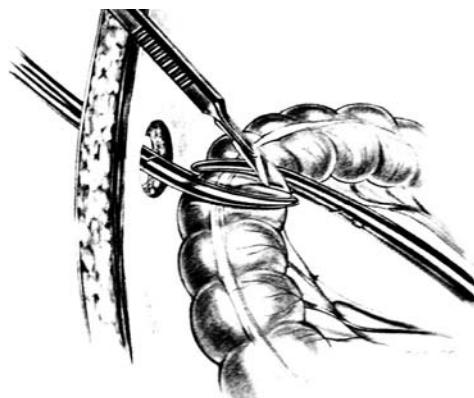
Tách mặt sau trực tràng ra khỏi xương cùng. Việc tách có thể thực hiện bằng tay hay bằng dao điện. Chú ý điện bóc tách đi giữa mạc chậu tạng và mạc chậu thành.



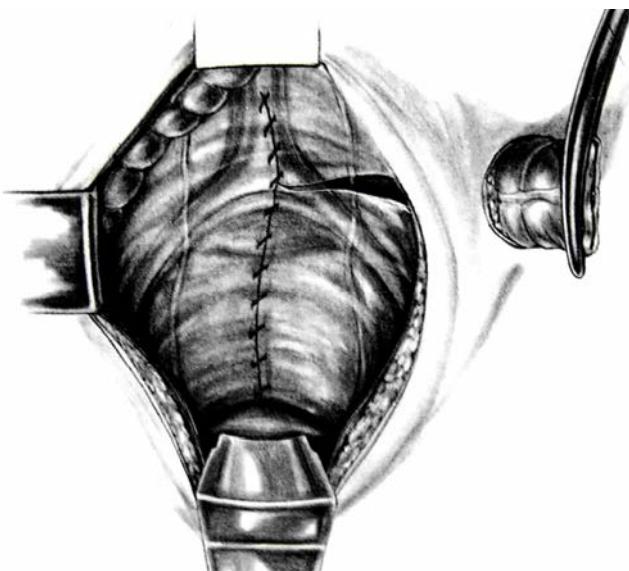
Ở phía trước, trực tràng được tách ra khỏi bàng quang và túi tinh (nam). Diện bóc tách đi phía sau mạc Denonvillier. Nếu ở nữ, trực tràng được tách ra khỏi âm đạo. Sau khi bóc tách phía trước và sau trực tràng, trực tràng chỉ còn được cố định vào xương chậu bởi hai dây chằng bên. Trong hai dây chằng bên này có các nhánh trĩ giữa xuất phát từ động mạch chậu trong.



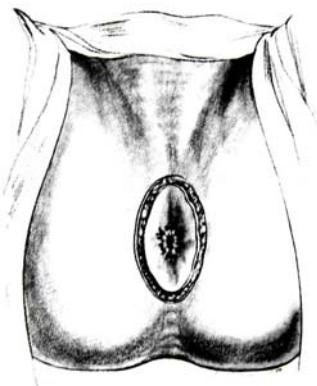
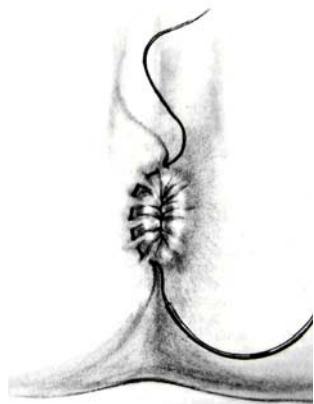
Cắt hai dây chằng bên



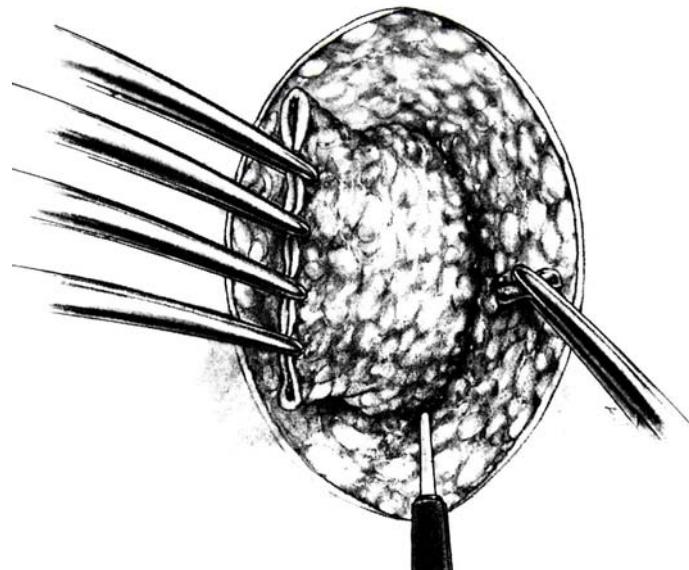
Cắt ngang đại tràng, nơi giáp giữa đại tràng xuống và xích-ma. Đầu trên được đưa ra ngoài làm HMNT. Đầu dưới được đóng tạm để sau đó được đưa ra ngoài qua ngả tầng sinh môn.



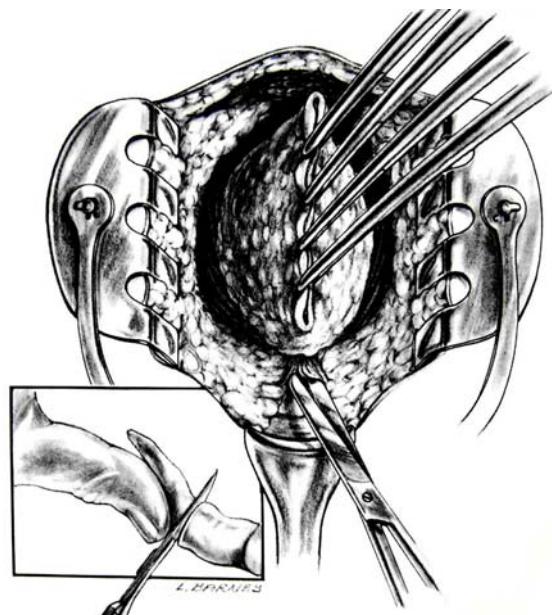
Khâu hai mép phúc mạc sàn chậu. Đoan đại tràng và trực tràng được cắt bỏ nằm bên dưới mép phúc mạc này. Đóng bụng. Công việc của ê-kíp ngả bụng kết thúc.



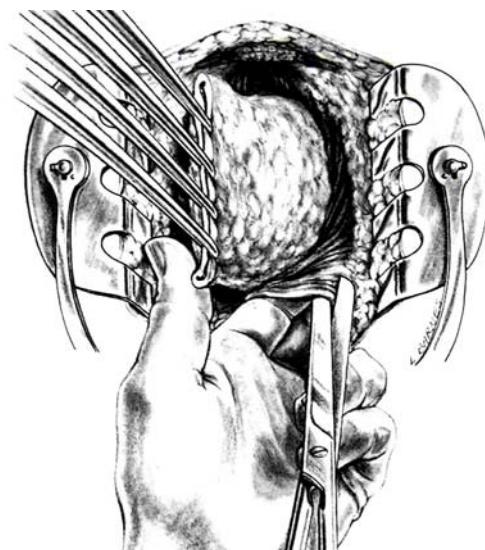
É-kíp ngả tầng sinh môn: hai chân BN được kê theo tư thế phụ khoa. Trước tiên khâu kín hậu môn. Rạch da hình quả trám quanh hậu môn.



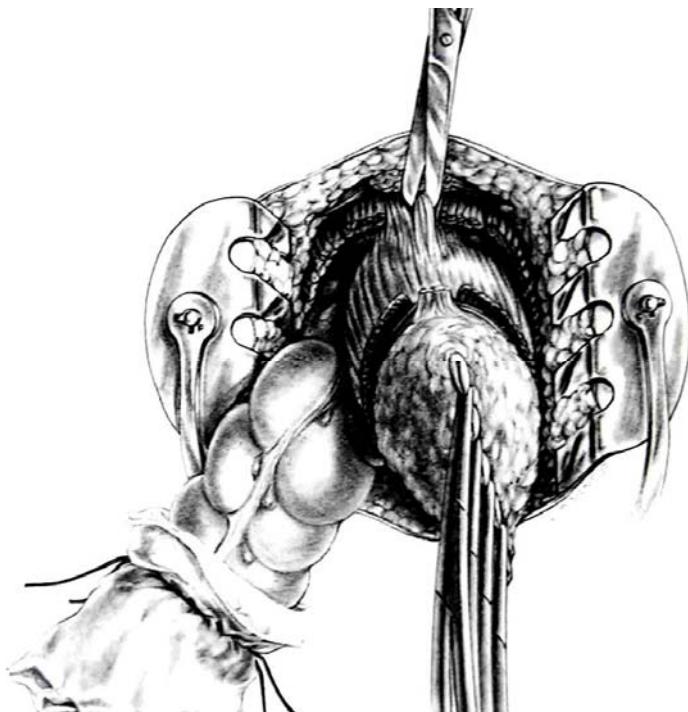
Cắt mô mỡ hai bên hậu môn (trong hố ngồi-trực tràng). Trong mô mỡ hai bên có bó mạch trĩ dưới. Bó mạch trĩ dưới được buộc riêng.



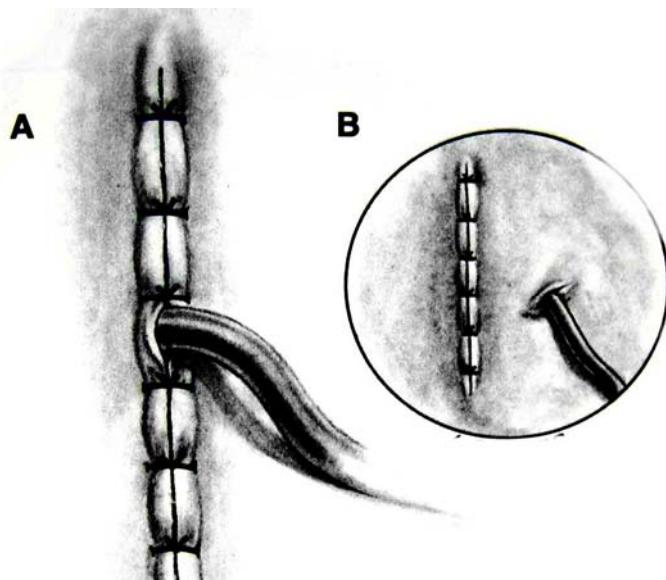
Cắt dây chằng cùng-trục tràng để vào khoang trước xương cùng, trước mạc chậu thành. Không đi quá sát vào mặt trước xương cùng vì có thể làm chảy máu đầm rối tĩnh mạch trước xương cùng.



Cắt cơ nâng hậu môn hai bên.



Trục tràng giờ chỉ còn cố định ở phía trước với niệu đạo sau bởi cơ trực tràng-niệu đạo sẽ giải phóng hoàn toàn trực tràng. Lôi đầu trên của đại tràng ra ngoài sẽ làm cho công đoạn cuối cùng này được thực hiện dễ dàng hơn.



Khâu da tầng sinh môn. Dẫn lưu có thể được đặt qua vết mổ hay cạnh vết mổ.

UNG THƯ VÚ

1-Đại cương:

Ung thư vú là bệnh lý ác tính phổ biến nhất ở nữ giới.

Các yếu tố nguy cơ của ung thư vú:

- Nguy cơ cao:
 - Tuổi cao
 - Vùng Bắc Mỹ hay Bắc Âu
 - Nồng độ IGF-1 (Insulinlike Grow Factor-1) trong giai đoạn mãn kinh cao
 - Nồng độ estrogen trong giai đoạn mãn kinh cao
 - Gia đình có mẹ hay chị em gái bị ung thư vú
- Nguy cơ trung bình:
 - Mức sống cao
 - Sanh con đầu sau 30 tuổi
 - Đã bị ung thư một vú
 - Tần thương loạn sản ở vú
- Nguy cơ thấp:
 - Có kinh nguyệt sớm
 - Mãn kinh muộn
 - Béo phì sau mãn kinh
 - Chế độ ăn nhiều mỡ, đặc biệt mỡ bão hòa

Các yếu tố bảo vệ chống lại ung thư vú:

- Có kinh nguyệt lần đầu sau 15 tuổi
- Cho con bú kéo dài hơn 1 năm
- Béo phì trước mãn kinh
- Vận động
- Chế độ ăn mỡ không bão hòa

Phân loại mô học của ung thư vú:

- Ung thư ống tuyến vú
- Ung thư nang tuyến vú
- Ung thư nùm vú:
 - Bệnh paget
 - Bệnh Paget kết hợp với carcinoma trong ống tuyến
 - Bệnh Paget kết hợp với carcinoma ống tuyến xâm lấn
- Carcinoma không biệt hoá

- Các loại ung thư vú hiếm gặp khác:
 - Cystosarcoma phyllode
 - Angiosarcoma
 - Lymphoma

Phá vỡ màng đáy là đặc điểm chính của carcinoma xâm lấn. Carcinoma ống tuyến vú xâm lấn chiếm đa số các tổn thương ác tính của tuyến vú (70-80%).

Các tổn thương ác tính không phá vỡ màng đáy:

- Carcinoma ống tuyến vú không xâm lấn (ductal carcinoma in situ-DCIS) là tổn thương tiền ung thư. DCIS có thể hoại tử trung tâm, can-xi hoá và sờ được trên lâm sàng.
- Carcinoma nang tuyến vú không xâm lấn (lobular carcinoma in situ-LCIS) ít gặp hơn nhiều so với DCIS. LCIS thường không hoại tử, không đóng vôi và không sờ được trên lâm sàng cũng như trên nhũ ảnh. LCIS có thể được phát hiện tình cờ trên mẫu giải phẫu bệnh. Nhiều quan điểm cho rằng LCIS không phải là tổn thương ác tính.

Hiện nay, các phương pháp điều trị ung thư tuyến vú được chọn lựa dựa vào các yếu tố sau: tuổi tác của BN, tình trạng kinh nguyệt, kích thước khối u, receptor estrogen hay progresterol (ER/PR), bản chất của tế bào ung thư và nhân, thành phần DNA, tỉ trọng tăng trưởng (S-phase fraction), xâm lấn mạch máu, hoại tử u...

Với phương pháp điều trị đa mô thức, phẫu thuật kinh điển “đoạn nhũ triệt căn” (Halsted) đã dần được thay bằng các phẫu thuật có tính cách bảo tồn hơn.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Chẩn đoán lâm sàng ung thư vú dựa vào:

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ
- Hỏi kỹ bệnh sử
- Khám kỹ tuyến vú.

BN ung thư vú có thể có triệu chứng sau:

- Sờ được khối u: 75% khối u được phát hiện bởi chính BN
- Khối u phát triển nhanh
- Chảy máu hay chảy dịch trong từ một núm vú
- Đau âm ỉ một bên vú, đau không liên quan đến kinh nguyệt
- Sốt
- Rối loạn kinh nguyệt

Khi khám vú, cần chú ý đến các dấu hiệu sau:

- Tuyến vú mất cân xứng
- Núm vú bị thụt một bên
- Da trên khối u bị nhíu, đổi màu, hay giống như da cam

- Quan trọng nhất là sờ khối u. Ung thư vú có các tính chất sau khi sờ nắn:
 - Chắc
 - Kém di động, đôi khi dính vào cơ ngực lớn
 - Giới hạn không rõ
 - Bề mặt không đều
 - Thường không đau
- Luôn khám vùng nách để có thể phát hiện hạch di căn.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Chụp nhũ ảnh:

Chụp nhũ ảnh là phương tiện được chọn lựa để tầm soát và đánh giá ban đầu một trường hợp ung thư vú.

Các dấu hiệu của một tổn thương ác tính trên nhũ ảnh: hình sao, bờ không đều, đậm độ cản quang không đều, cấu trúc bị biến dạng, có đốm can-xi nhỏ hơn 5 mm hay nhiều đốm tụ thành đám.

Thái độ xử trí dựa vào kết quả nhũ ảnh:

- Lành tính: chụp lại nhũ ảnh sau một năm.
- Có thể lành tính: chụp lại nhũ ảnh sau sáu tháng.
- Nghi ngờ ác tính: sinh thiết.

2.2.2-Siêu âm:

Siêu âm là phương tiện thay thế cho nhũ ảnh đối với các BN trẻ, hay BN có kèm theo bệnh xơ nang vú. Siêu âm có thể chẩn đoán phân biệt khối u đặc hay nang. Siêu âm cũng có thể hướng dẫn cho việc chọc hút sinh thiết.

Hình ảnh ung thư vú trên siêu âm: khối có cấu trúc echo kém, tăng âm phía sau, giới hạn không rõ, bờ đa cung.

2.2.3-Chọc hút sinh thiết u (FNA: fine needle aspiration):

Chọc hút sinh thiết u là thủ thuật chẩn đoán được chọn lựa trước tiên. Chọc hút sinh thiết có giá trị chẩn đoán cao (độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 98-100%).

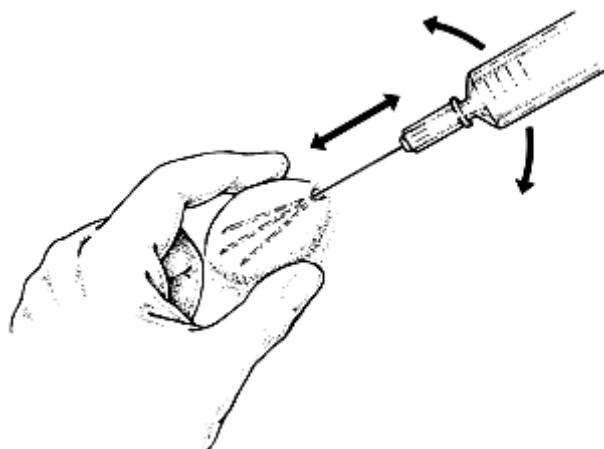
Kết quả âm tính giả của chọc hút sinh thiết sẽ cao hơn nếu khối u nhỏ hơn 1 cm.

Do tỉ lệ dương tính giả thấp (2%), tất cả BN có kết quả chọc hút sinh thiết dương tính được xếp mổ chương trình.

Kỹ thuật chọc hút sinh thiết:

- Phương tiện: kim chọc hút, syringe 10 mL (có sẵn 1-2 mL không khí)
- Sau khi gây tê tại chỗ, cố định khối u bằng các ngón tay của bàn tay trái, đâm kim vào khối u, vừa chọc vừa rút vừa hút trong một khoảng cách khoảng 1 cm cho đến khi có ít mẫu mô hiện diện trong syringe (hình 1). Ngưng hút khi rút kim.
- Nếu hút ra tế bào: phết mẫu lên lam kính để gởi đi phân tích.
- Nếu hút ra dịch, dịch sẽ được gởi đi phân tích nếu:

- Dịch là máu
- Khối cộm còn hiện diện sau khi hút hết dịch
- Nang tái lập nhanh sau khi hút hết dịch



Hình 1- Chọc hút sinh thiết kim nhỏ (FNA)

2.2.4-Sinh thiết/ cắt trọn u:

Chỉ định

- Khối u đặc
- FNA:
 - Cho kết quả ác tính hay nghi ngờ ác tính
 - Chọc hút ra máu
 - Nang tái lập nhanh sau chọc hút

Nguyên tắc:

- Đường rạch: hình vòng cung trên rìa quầng vú nếu khối u nằm lân cận quầng vú, hình nan quạt nếu khối u nằm ở $\frac{1}{4}$ dưới ngoài, hình vòng cung nếu khối u nằm ở $\frac{1}{4}$ trên trong.
- Lấy trọn u và một lớp mô bình thường quanh u (5-10 mm), không làm phá vỡ cấu trúc u.

2.2.5-Sinh thiết một phần:

Mục đích:

- Xác định ung thư vú
- Xác định các tính chất khác của tế bào ung thư (bản chất tế bào và nhân, ER/PR...)
- Làm tiền đề cho việc chọn lựa phương pháp điều trị.

Chỉ định: khối u lớn, khối u T4.

Nguyên tắc:

- Sinh thiết một mẫu hình múi cam
- Cầm máu kỹ
- Không dẫn lưu.

2.2.6-Sinh thiết bằng kim to (core needle biosy):

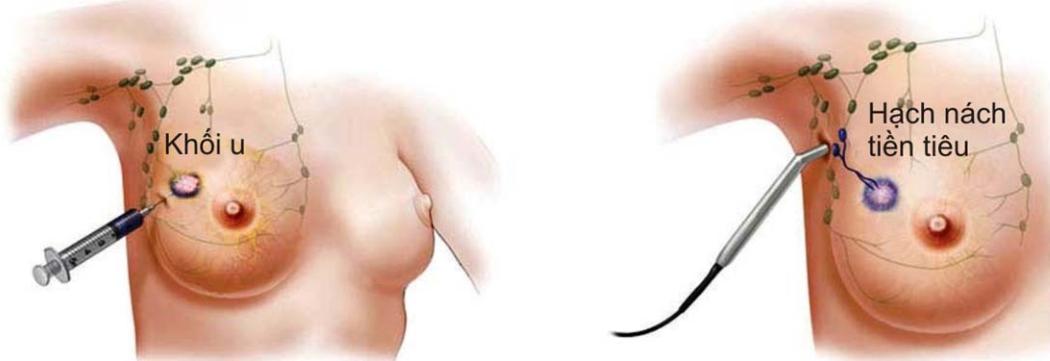
Có giá trị chẩn đoán tương đương sinh thiết một phần.

2.2.7-Sinh thiết hạch nách tiền tiêu:

Mục đích của sinh thiết hạch nách tiền tiêu là nhằm đánh giá giai đoạn hạch nách trước khi quyết định có nạo hạch nách hay không.

Hạch tiền tiêu (sentinel node) là hạch ở đầu hệ thống dẫn lưu bạch mạch, bị di căn trước tiên.

Kỹ thuật: dùng chất nhuộm isosulfan blue hay chất keo có đánh dấu phóng xạ tiêm vào khối u, xác định và sinh thiết hạch đầu tiên bị nhuộm màu hay có chất phóng xạ (hình 2).



Hình 2- Kỹ thuật tìm hạch nách tiền tiêu

2.2.8-Cắt ống tuyến vú:

Được chỉ định cho các trường hợp chảy dịch trong hay máu từ một núm vú mà khối u không phát hiện được trên lâm sàng cũng như trên nhũ ảnh. Trong các trường hợp như thế, thống kê cho thấy 80% là lành tính (papilloma hay dẫn ống tuyến vú). 20% cho kết quả ung thư vú.

Phương pháp: luồn ống thông tuyến lệ (4.0) vào ống tuyến vú chảy dịch, cắt một mẩu mô hình nón.

2.2.9-Xét nghiệm tìm các chất đánh dấu (CEA, CA 15-3, CA 27.29):

Ít có giá trị trong chẩn đoán ung thư vú

2.2.10-Xét nghiệm gene BRCA-1 và BRCA-2:

Được chỉ định khi gia đình BN cũng có người bị ung thư hay bản thân BN bị ung thư buồng trứng kèm theo.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

U sợi tuyến vú (fibroadenoma): khối hình cầu hay bầu dục, bề mặt phẳng, giới hạn rõ, mật độ chắc, không đau và di động rất dễ dàng.

U nhú trong ống tuyến vú: phần lớn nằm ở trung tâm. Triệu chứng: chảy dịch trong hay máu từ núm vú. Chẩn đoán dựa vào siêu âm, FNA hay sinh thiết ống tuyến vú.

Nang vú: khối có giới hạn rõ và di động. Chẩn đoán dựa vào siêu âm.

Bệnh xơ nang vú: nhiều khối cộm rãc hai bên vú, có thể kèm theo đau hay không. Chẩn đoán dựa vào siêu âm. Ung thư vú có thể phát triển trên vú đã có tồn thương xơ

nang. Trên lâm sàng không thể phân biệt khối cộm của xơ nang vú với khối cộm của ung thư vú. Nếu khám thấy một trong số các khối cộm có mật độ cứng chắc hơn các khối còn lại, phát triển nhanh hơn, đặc biệt có hạch nách, nhất thiết phải chỉ định FNA.

Nang sữa tuyến vú: thường gặp trong giai đoạn hậu sản. Nguyên nhân do tắc một nhánh nào đó của ống dẫn sữa.

2.4-Đánh giá giai đoạn (theo AJCC):

Khối u:

- Tis: carcinoma ống tuyến vú in situ, carcinoma nang tuyến vú in situ, bệnh Paget của núm vú chua xâm nhập vào mô vú. Các tổn thương này được xem như các tổn thương tiền ung thư.
- T1: khối u nhỏ hơn hay bằng 2 cm.
- T2: khối u lớn hơn 2 cm nhưng nhỏ hơn hay bằng 5 cm.
- T3: khối u lớn hơn 5 cm.
- T4: khối u xâm lấn vào thành ngực hay vào da, khối u viêm tấy.

Di căn hạch:

- N0: không di căn hạch.
- N1: có di căn hạch nách cùng bên và hạch còn di động.
- N2: có di căn hạch nách cùng bên và hạch đã cố định.
- N3: có di căn hạch dưới đòn cùng bên.

Di căn xa:

- M0: không di căn xa.
- M1: có di căn xa.

Giai đoạn	T	N	M
0	is	0	0
I	I	0	0
IIA	0	1	0
	1	1	0
	2	0	0
IIB	2	1	0
	3	0	0
III _A	0	2	0
	1	2	0
	2	2	0
	3	1	0
	3	2	
III _B	4	0	0
	4	1	0
	4	2	0
III _C	Bất kỳ	3	
IV	Bất kỳ	Bất kỳ	1

3-Điều trị:

3.1-Các phương pháp điều trị:

3.1.1-Phẫu thuật bảo tồn vú:

Có ba phương pháp phẫu thuật bảo tồn vú:

- Cắt trọn u (lumpectomy)
- Cắt một thuỷ vú
- Cắt $\frac{1}{4}$ vú

3.1.2-Phẫu thuật đoạn nhũ:

Các phương pháp:

- Đoạn nhũ đơn thuần: cắt bỏ mô tuyến vú (bao gồm núm và quầng vú), không nạo hạch nách.
- Đoạn nhũ triệt căn cài biên: đoạn nhũ + nạo hạch nách mức I và II (nhóm hạch ở ngoài và sau cơ ngực bé).
- Đoạn nhũ triệt căn cài biên của Patey: đoạn nhũ + nạo hạch nách mức I, II, III (nhóm hạch ở ngoài, sau và phía trong cơ ngực bé). Thường phải cắt ngang hay cắt bỏ cơ ngực bé để có thể nạo được hạch nhóm III. So với phẫu thuật đoạn nhũ triệt căn cài biên, phẫu thuật Patey làm tăng tỉ lệ phù tay do ú trệ bạch mạch lên 3-10%.
- Phẫu thuật triệt căn (Halsted): đoạn nhũ + nạo hạch nách mức I, II, III + cắt bỏ cơ ngực lớn và cơ ngực bé.

Chuẩn bị trước mổ:

- Quan trọng nhất là chuẩn bị tâm lý BN và bàn luận với BN về phẫu thuật tạo hình vú sau mổ.
- Cho kháng sinh trước mổ (cephalosporin thế hệ 1).

Các bước của phẫu thuật đoạn nhũ triệt căn cài biên:

1-Rạch da hình elip.

2-Tách hai vạt da tới bờ ngoài xương ức (phía trong), bờ trước cơ lưng rộng (phía ngoài), bờ dưới xương đòn (phía trên) và bờ sườn (phía dưới).

3-Cắt bỏ toàn bộ mô vú kèm núm và quầng vú (phía trước) và mạc ngực lớn (phía sau).

4-Nạo hạch nách:

- Mở mạc đòn-ngực để tiếp cận đến bờ ngoài cơ ngực bé và bờ dưới tĩnh mạch nách.
- Tìm và bảo tồn thần kinh:
 - Bắt buộc phải bảo tồn: ngực dài, ngực lung.
 - Có thể bảo tồn: gian sườn-cánh tay, ngực giữa, ngực bên.
- Nạo hạch vùng hố nách (mức I,II).

5-Dẫn lưu vùng mổ.

Chăm sóc sau mổ:

- Cho thuốc giảm đau
- Kháng sinh: cho đến 24 giờ sau khi rút ống dẫn lưu.

- Ông dẫn lưu: thường được rút vào ngày hậu phẫu 7-10. Đôi khi ông dẫn lưu có thể được giữ đến 1 tháng, tuỳ thuộc vào lượng dịch dẫn lưu ra nhiều hay ít.

Biến chứng sau mổ:

- Chảy máu
- Hoại tử vạt da do thiếu máu nuôi
- Nhiễm trùng vết mổ
- Tụ dịch vùng mổ
- Phù bạch mạch tay
- Tổn thương thần kinh: thường gặp nhất là tê vùng nách và mặt trong cánh tay, do tổn thương thần kinh gian sườn-cánh tay. Tổn thương đâm rối cánh tay hiếm gặp.

3.1.3-Phẫu thuật tạo hình vú:

Phẫu thuật tạo hình vú là phần không thể tách rời sau phẫu thuật đoạn nhũ.

Thời điểm có thể tiến hành phẫu thuật tạo hình vú:

- Túc thì (ngay sau đoạn nhũ): dành cho ung thư giai đoạn I, II.
- Trì hoãn (sau xạ/hóa trị): dành cho ung thư ở tất cả các giai đoạn.

Phương pháp:

- Đặt túi nhân tạo: được chỉ định cho BN có vú nhỏ hay vừa, BN sức khoẻ kém, BN có thời gian sống còn lại không lâu. Không chỉ định: BN sẽ được xạ trị bồ túc.
- Dùng mô tự thân (thường nhất là vạt da-cơ lung rộng có cuống).

3.1.4-Hormone liệu pháp:

Chỉ định: có sự hiện diện của ER và/hoặc PR trên mô ung thư.

Tamoxifen điều trị bồ túc sau mổ: giảm 50% nguy cơ ung thư tái phát và 28% nguy cơ tử vong, là trị liệu hormone được chỉ định rộng rãi nhất.

Cắt bỏ buồng trứng: cho hiệu quả tương tự như hóa trị bồ túc (giảm 25% nguy cơ tử vong).

3.1.5-Hóa trị:

Hóa trị cải thiện rõ rệt tiên lượng sống của BN bị ung thư vú (hóa trị bồ túc giảm 25% tỉ lệ tử vong).

Đa hóa trị chứng tỏ tính ưu việt hơn so với đơn hóa trị.

Có di căn hạch: hóa trị bồ túc là chỉ định bắt buộc. Không di căn hạch: tuỳ thuộc vào kích thước và bản chất mô học của khối u mà quyết định có hóa trị bồ túc hay không.

Các phác đồ:

- CMF (tiêu chuẩn): cyclophosphamide, methotrexate, 5-fluouracil
- CAF: cyclophosphamide, doxorubicin (Adriamycin), 5-fluouracil
- AC: doxorubicin, cyclophosphamide
- AC kèm theo bởi paclitaxel (Taxol)

- AC kèm theo bởi CMF

3.1.6-Xạ trị:

Chỉ định:

- Sau phẫu thuật bảo tồn vú
- Sau đoạn nhũ với khối u to (kích thước hơn 5cm) hay bờ cắt còn tế bào ung thư
- Sau nạo hạch: có trên 4 hạch bị di căn. Chỉ định này còn đang bàn cãi vì kết hợp xạ trị và nạo hạch nách sẽ làm tăng tỉ lệ và mức độ phù bạch mạch tay.

3.2-Chỉ định:

3.2.1-Giai đoạn 0:

Carcinoma óng tuyến vú in situ:

- Phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp xạ trị, có kết hợp hay không với tamoxifen
- Đoạn nhũ, có kết hợp hay không với tamoxifen
- Phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp tamoxifen, có kết hợp hay không với xạ trị

Carcinoma nang tuyến vú in situ:

- Theo dõi
- Tamoxifen
- Các thử nghiệm ngăn ngừa ung thư vú đang được nghiên cứu
- Đoạn nhũ phòng ngừa cả hai bên

3.2.2-Giai đoạn I, II A, II B, III A, III B, III C^{*} (*: nếu có thể cắt được):

Điều trị theo phương pháp đa mô thức: kết hợp điều trị tại chỗ, điều trị toàn thân và hoá trị.

Điều trị tại chỗ:

- Điều trị bảo tồn vú (phẫu thuật bảo tồn vú, xạ trị, đánh giá giai đoạn hạch nách): đối với khối u nhỏ hơn 2 cm.
- Đoạn nhũ triệt căn cài biên, có kết hợp hay không với tạo hình vú. Xạ trị bổ túc sau mỗi nếu có di căn trên 4 hạch hay có xâm lấn ngoài hạch.

Điều trị toàn thân: các phương pháp sau có thể được chọn lựa, tùy thuộc vào tuổi, trạng thái kinh nguyệt, tính chất u (kích thước, độ biệt hoá, loại receptor), di căn hạch:

- Tamoxifen
- Hoá trị
- Cắt buồng trứng
- Tamoxifen + hoá trị
- Hoá trị + cắt buồng trứng
- Tamoxifen + hoá trị + cắt buồng trứng

3.2.3-Giai đoạn III B, III C (không phẫu thuật được), u viêm tấy:

Điều trị trước tiên: hoá trị.

Nếu có đáp ứng: đoạn nhũ, nạo hạch, xạ trị sau mổ. Có thể phẫu thuật bảo tồn vú nếu đáp ứng hoàn toàn hay đáp ứng tốt.

3.2.4-Giai đoạn IV:

Chủ yếu là hoá trị, có kết hợp hay không với hormone liệu pháp.

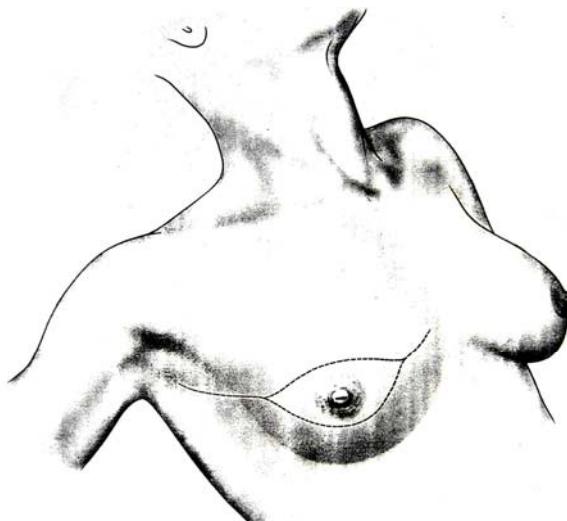
Cân nhắc phẫu thuật (chọn lọc) cho một số BN có tổn thương di căn có triệu chứng.

3.3-Kết quả và tiên lượng:

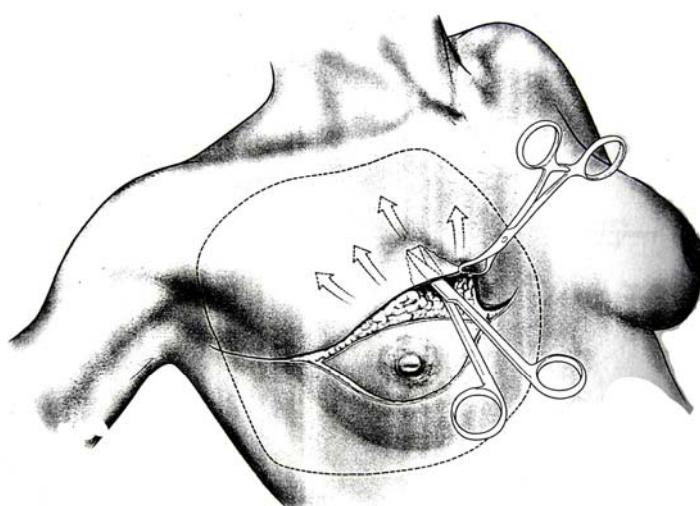
Kết quả chung cho ung thư vú: thời gian sống 20 năm: 75%.

Giai đoạn IV: thời gian sống TB 18-24 tháng.

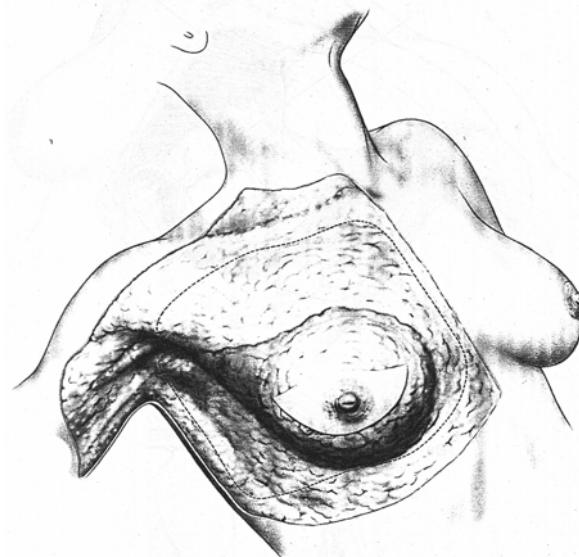
4-Phẫu thuật đoạn nhũ triệt căn cài biên:



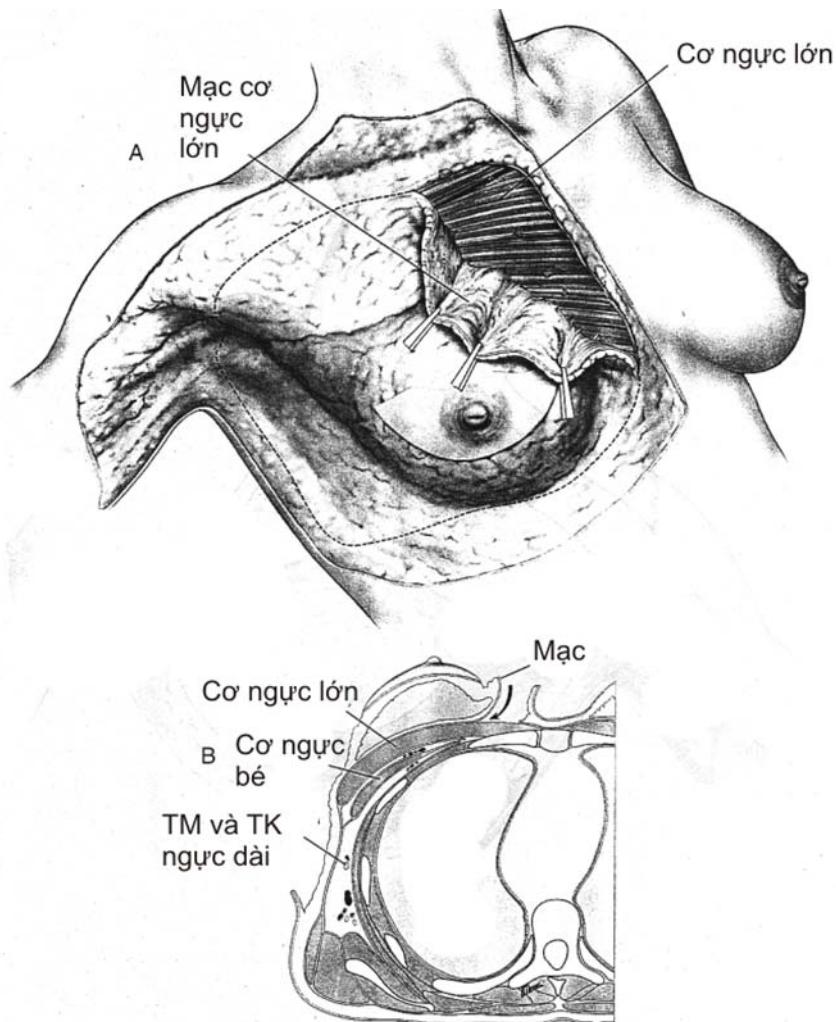
1-Rạch da theo chiều ngang sẽ làm cho việc tạo hình vú dễ dàng hơn. Kích thước và vị trí của đường rạch phụ thuộc vào vị trí khối u và sở thích của phẫu thuật viên.



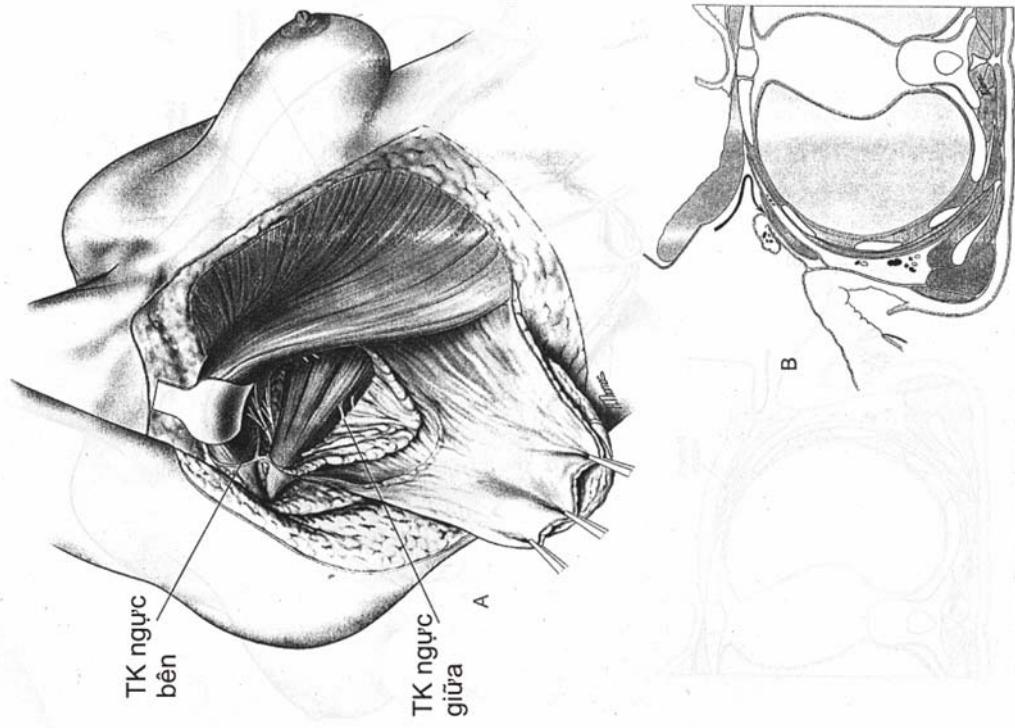
2-Hai vạt da được tách theo bốn hướng: trong tới bờ ngoài xương úc, trên tới bờ dưới xương đòn, dưới tới bờ sườn, ngoài tới bờ ngoài cơ lưng rộng. Mặt phẳng để tách hai vạt da nằm trên lớp mạc nồng trong lớp mỡ dưới da. Mạng mạch máu dưới da phải được bảo tồn để hai vạt da sống tốt.



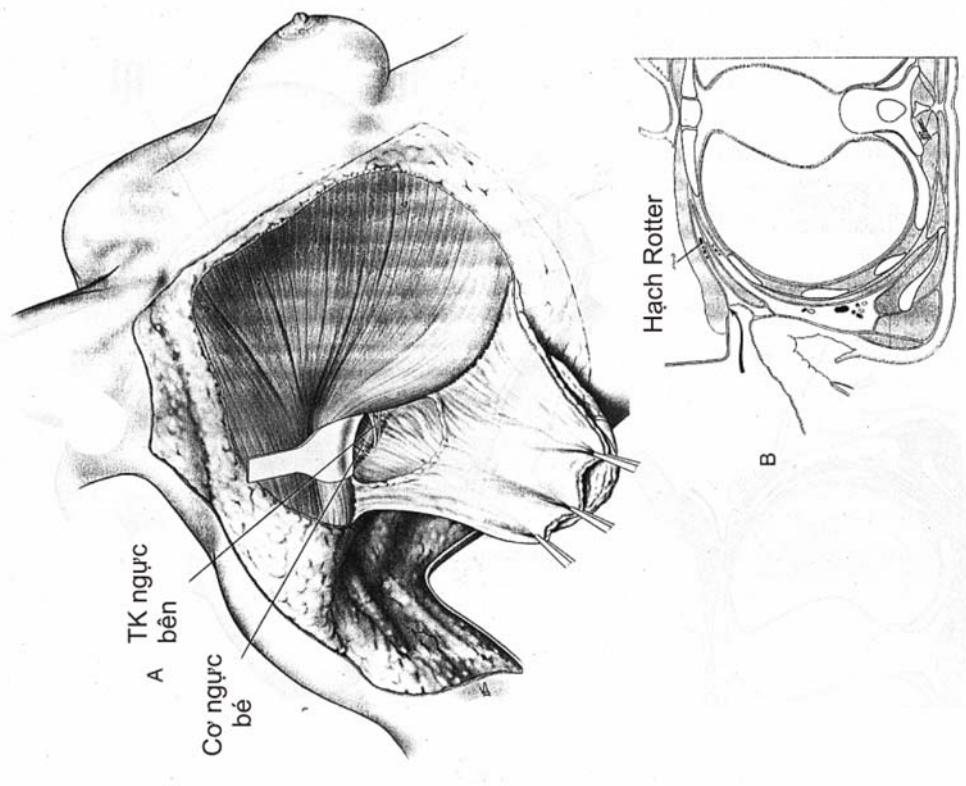
3-Dường chấm thể hiện giới hạn của hai vạt da.



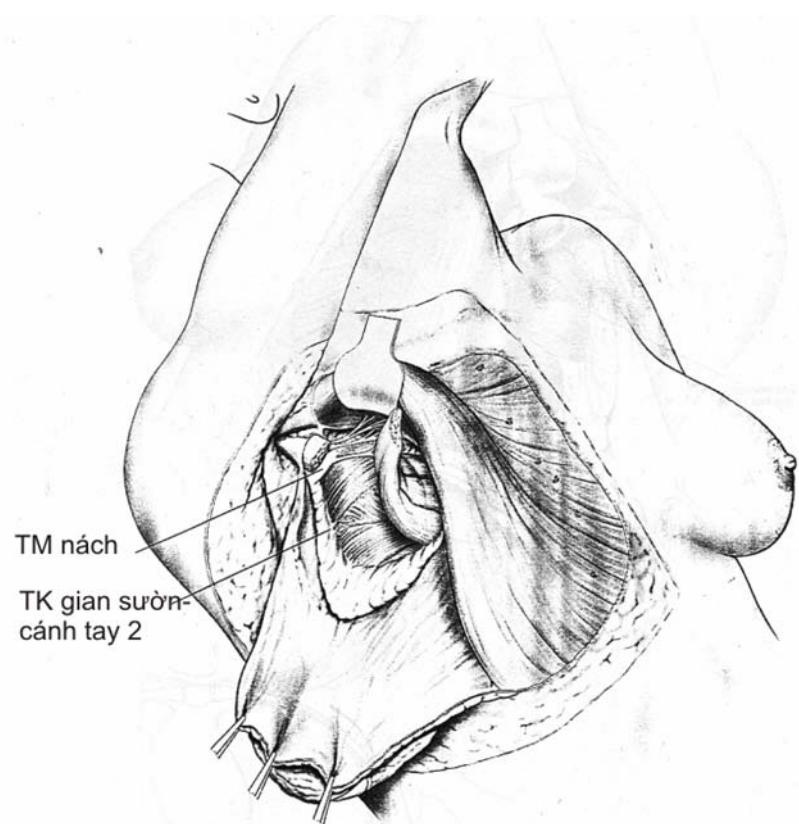
4-Mạc cơ ngực lớn được rạch và tuyến vú được tách ra khỏi cơ ngực lớn bên dưới. Quá trình đoạn nhũ bắt đầu từ phía trên trong (góc úc-đòn) xuống phía dưới ngoài.



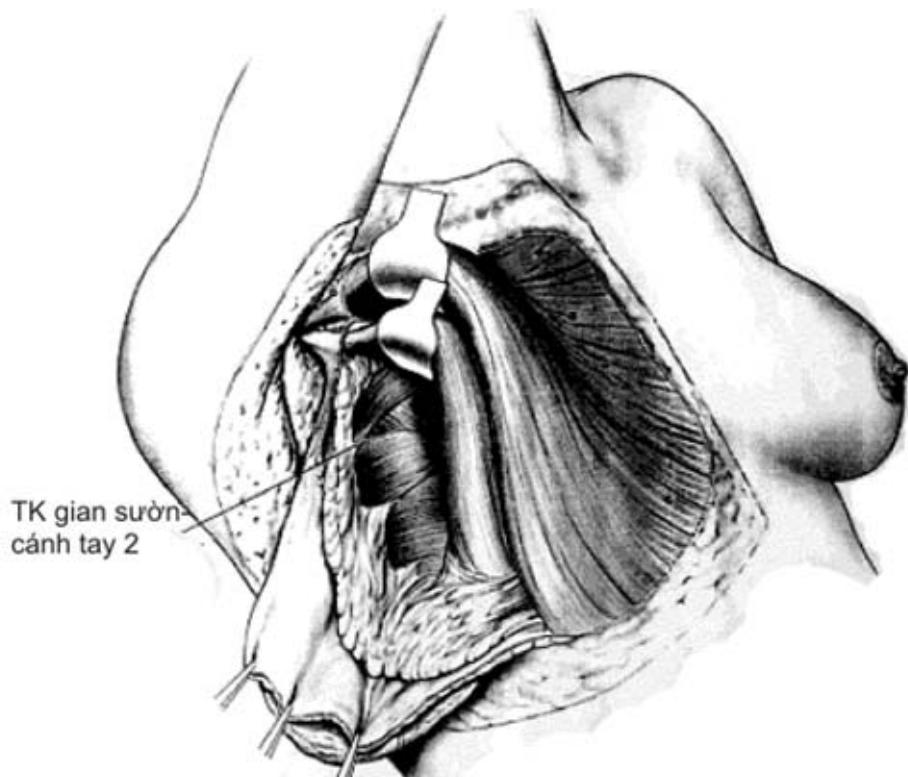
5-Khi tách tới bờ ngoài cơ ngực lớn, việc bóc tách tiếp tục và mạc cơ ngực bé được lấy đi cùng với hạch nhóm I (hạch ngoài cơ ngực bé, còn gọi là hạch Rotter).



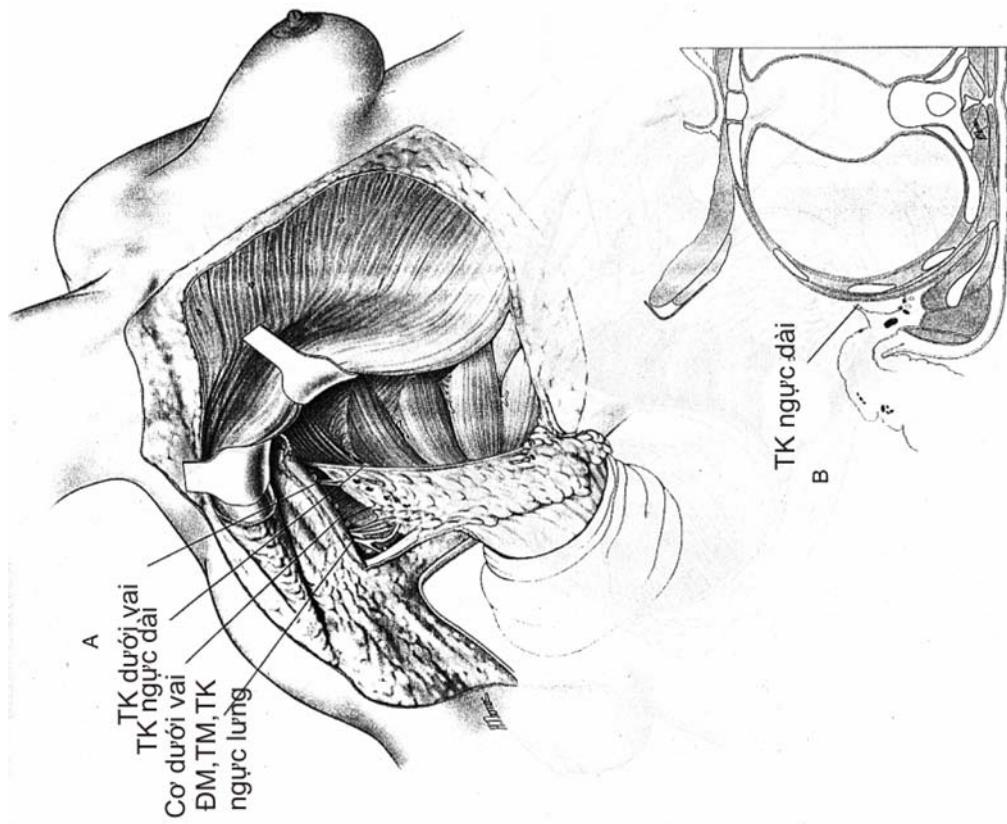
6-Thần kinh ngực giữa có thể được cắt để cho việc bóc tách được dễ dàng.



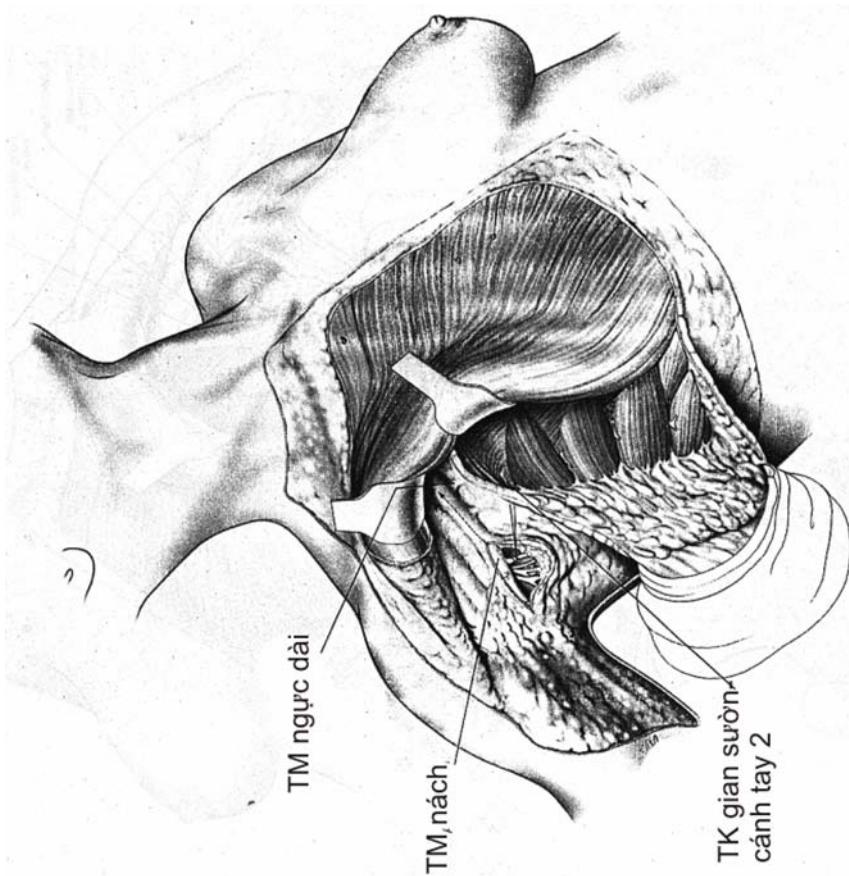
7-Cơ ngực bé được vén lên để tiến hành nạo hạch nhóm II (có thể cắt cơ ngực bé ở gân đầu trên, sau đó khâu nối lại).



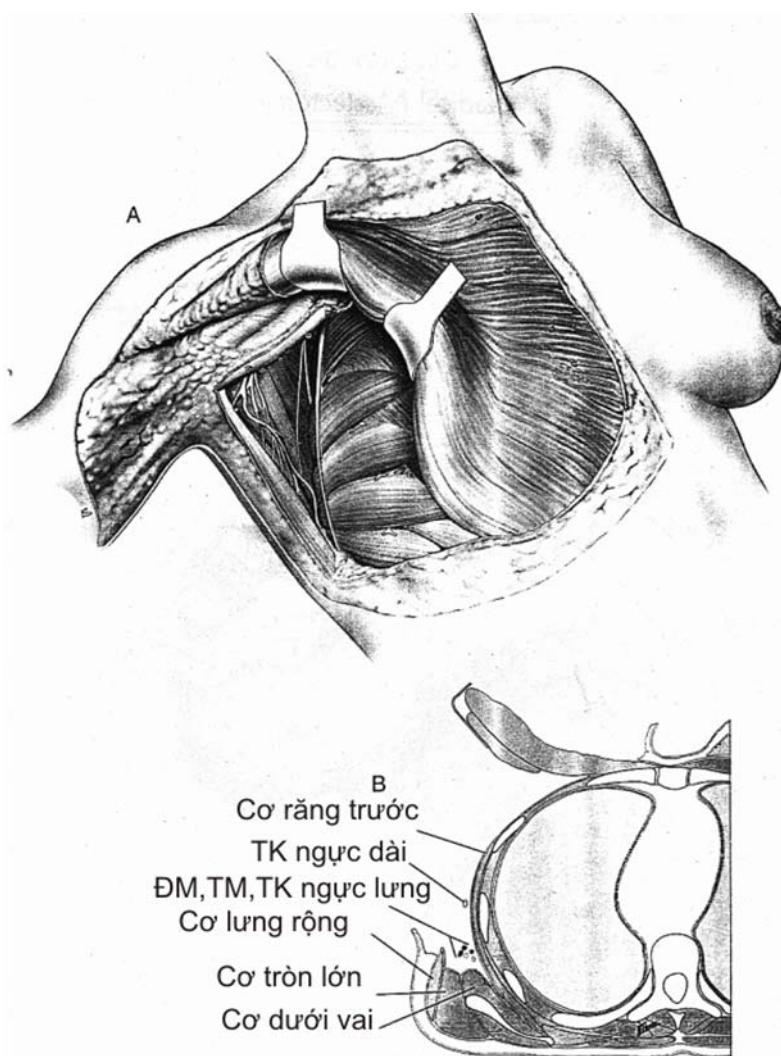
8-Việc bóc tách được tiếp tục ra phía ngoài thành ngực (thường phải cắt thần kinh gian sườn-cánh tay 2) và lên trên, vào hố nách.



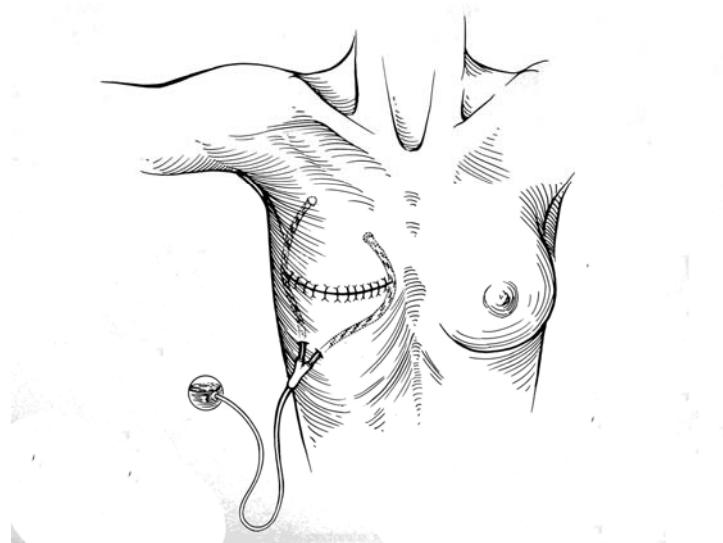
10-Tìm và bảo tồn thần kinh ngực dài. Các nhánh tinh mạch nhỏ từ khối mỡ vùng hó nách đó vào tinh mạch nách được buộc và cắt. Tìm và bảo tồn bó mạch và thần kinh ngực lung.



9-Mạc đòn ngực được rạch để bộc lộ tinh mạch nách.



11-Việc bóc tách hoàn tất: khối mỡ trong hố nách nằm giữa thần kinh ngực dài và thần kinh ngực lưng đã được lấy đi.



12-Đặt hai ống dẫn lưu hút-kín: một ở trước cơ ngực lớn, một ở cạnh bờ ngoài cơ ngực lớn, trong hố nách. Khâu đóng hai vạt da.

UNG THƯ TUYẾN GIÁP

1-Đại cương:

Ung thư tuyến giáp là một loại ung thư không phổi biến, nhưng phổi biến nhất trong các bệnh lý ác tính của tuyến nội tiết.

Về mặt giải phẫu bệnh, ung thư tuyến giáp được chia thành các loại:

- Ung thư biệt hoá tốt (papillary carcinoma, follicular carcinoma và Hurthle cell carcinoma):
 - Tất cả đều có nguồn gốc từ tế bào nang tuyến giáp
 - Chiếm đa số (90%)
 - Dự hậu tốt, cơ hội điều trị triệt để cao
- Ung thư biệt hoá kém (medullary carcinoma và anaplastic carcinoma):
 - Chiếm khoảng 10% các loại ung thư giáp
 - Xâm lấn nhanh, cho di căn sớm, dự hậu xấu
- Ngoài ra còn có các loại ung thư giáp hiếm gặp khác: sarcoma, lymphoma, ung thư giáp do di căn từ nơi khác đến.

Dự hậu ung thư giáp dựa vào tiêu chuẩn AMES: tuổi (Age), di căn xa (distant Metastasis), mức độ xâm lấn (Extension), kích thước khối u (Size). BN bị ung thư tuyến giáp biệt hoá tốt có dự hậu tốt theo tiêu chuẩn AMEC là: nhỏ hơn 45 tuổi, chưa có di căn xa, chưa xâm lấn ra các cấu trúc ngoài tuyến giáp, kích thước nhỏ hơn 4 cm.

Papillary carcinoma:

- Phổi biến nhất (70%)
- Có tiên lượng tốt nhất
- BN thường có tiền căn chiếu xạ vào vùng cổ
- BN thường nhỏ hơn 45 tuổi
- Nữ có tần suất mắc bệnh cao hơn nam
- Tuổi là yếu tố dự hậu tốt nhất: tuổi càng trẻ dự hậu càng tốt.
- 30-50% BN đã có di căn hạch vùng khi đến khám bệnh.
- Hiếm khi có di căn xa
- 70% các trường hợp là ung thư đa ổ

Follicular carcinoma:

- Chiếm tỉ lệ 20%
- BN thường lớn hơn 50 tuổi. Nữ có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn nam.
- Chẩn đoán follicular carcinoma chủ yếu dựa vào dấu hiệu xâm lấn vỏ bao và mạch máu. FNA khó có thể chẩn đoán phân biệt giữa follicular adenoma và follicular carcinoma.

Medullary carcinoma:

- Xuất phát từ tế bào C ở cạnh nang giáp. Ngoài calcitonin, tế bào ung thư có thể tiết corticotropin, serotonin, melanin, prostaglandin, gây ra các triệu chứng ngoài tuyến giáp.
- Chiếm tỉ lệ khoảng 10%
- Nguyên nhân: đột biến gene RET
- 25% BN có hội chứng sản xuất激素 nội tiết typ 2 (MEN 2 –multiple endocrine neoplasia: medullary carcinoma của tuyến giáp, u tuỷ thượng thận, u tuyến cận giáp).
- Độ tuổi thường mắc bệnh: 50-60. BN có hội chứng MEN: độ tuổi thường mắc bệnh 20-40

Anaplastic carcinoma:

- Chiếm tỉ lệ khoảng 1%
- Phát triển nhanh, xâm lấn mạnh, di căn sớm (50% khi chẩn đoán đã có di căn phổi). Các cơ quan thường bị di căn: phổi, xương, não.
- Độ tuổi thường mắc bệnh: 60-70. Nữ có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn nam.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Lâm sàng biểu hiện bằng một nhân giáp đơn độc.

Không có triệu chứng gì khác kèm theo trong giai đoạn sớm của bệnh. Trong giai đoạn muộn, BN có thể có các triệu chứng: khó thở, khó nuốt, khàn tiếng...

Medullary carcinoma:

- Tiêu chảy (do tăng tiết calcitonin)
- Hội chứng Cushing
- Hội chứng carcinoid
- BN có hội chứng MEN:
 - Triệu chứng của u tuỷ thượng thận: tăng huyết áp, đồ mồ hôi, tiêu chảy
 - Triệu chứng của u tuyến cận giáp: mệt mỏi, táo bón, khát nhiều, tiêu nhiều, sỏi thận...

Anaplastic carcinoma: phần lớn BN nhập viện với dấu hiệu xâm lấn tại chỗ (khó thở, khó nuốt, khàn tiếng). Một tỉ lệ đáng kể BN có triệu chứng của di căn: dấu thần kinh khu trú, đau xương, tràn dịch màng phổi...

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

Xét nghiệm chức năng tuyến giáp: thường trong giới hạn bình thường.

Xạ hình (với technetium 99m hay I123): nhằm đánh giá khả năng bắt phóng xạ của khối u. Trong đa số trường hợp khối u giảm bắt phóng xạ (nhân lạnh).

FNA là phương tiện được lựa chọn để chẩn đoán xác định.

Siêu âm có vai trò:

- Xác định vị trí và số lượng nhân giáp

- Phát hiện hạch vùng
- Hướng dẫn cho việc thực hiện FNA

X-quang phổi, xạ hình xương, soi thanh quản... có thể được chỉ định khi nghĩ đến khả năng xâm lấn và di căn xa của khối u.

Medullary carcinoma:

- Định lượng calcitonin sau khi kích thích bằng pentagastrin.
- Định lượng catecholamine, VMA (vanillylmandelic acid), metanephrine trong nước tiểu.
- Định lượng PTH huyết tương.
- Tầm soát sự đột biến gene RET ở BN và các thành viên trong gia đình.

2.3-Đánh giá giai đoạn (theo AJCC):

Khối u:

- T1: khối u nhỏ hơn hay bằng 2 cm, khu trú trong tuyến giáp.
- T2: khối u lớn hơn 2, nhỏ hơn hay bằng 4 cm, khu trú trong tuyến giáp.
- T3: khối u lớn hơn 4 cm, khu trú trong tuyến giáp; khối u kích thước bất kỳ, xâm lấn tối thiểu ra ngoài tuyến giáp (mô quanh giáp).
- T4a: u xâm lấn vào mô dưới da, thanh quản, khí quản, thực quản, thần kinh quắc ngược.
- T4b: u xâm lấn vào mạc trước cột sống hay ôm quang bó mạch cảnh

Tất cả anaplastic carcinoma được xếp vào giai đoạn T4:

- T4a: khối u khu trú trong tuyến giáp (có thể phẫu thuật)
- T4b: khối u xâm lấn ra khỏi tuyến giáp (không thể phẫu thuật)

Di căn hạch vùng:

- N0: không có di căn hạch.
- N1: có di căn hạch vùng:
 - N1a: di căn hạch trước khí quản, cạnh khí quản, trước thanh quản (hạch Delphian)
 - N1b: Di căn hạch cổ một hay hai bên, di căn hạch trung thất trên

Di căn xa:

- M0: không di căn xa.
- M1: có di căn xa.

Papillary hay follicular carcinoma:

Tuổi < 45:

Giai đoạn	T	N	M
I	Bất kỳ	Bất kỳ	0
II	Bất kỳ	Bất kỳ	1

Tuổi ≥ 45:

Giai đoạn	T	N	M
Tuổi > 45:			
I	I	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
	1	1a	0
	2	1a	0
	3	1a	0
IVA	4a	0	0
	4a	1a	0
	1	1b	0
	2	1b	0
	3	1b	0
	4a	1b	0
IVB	4b	Bất kỳ	0
IVC	Bất kỳ	Bất kỳ	I

Medullary carcinoma:

Giai đoạn	T	N	M
I	I	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
	1	1a	0
	2	1a	0
	3	1a	0
IVA	4a	0	0
	4a	1a	0
	1	1b	0
	2	1b	0
	3	1b	0
	4a	1b	0
IVB	4b	Bất kỳ	0
IVC	Bất kỳ	Bất kỳ	I

Anaplastic carcinoma: tất cả được xếp vào giai đoạn IV

Giai đoạn	T	N	M
IVA	4a	Bất kỳ	0
IVB	4b	Bất kỳ	0
IVC	Bất kỳ	Bất kỳ	I

3-Điều trị:**3.1-Các phương pháp điều trị:**

Cắt toàn bộ tuyến giáp:

- Ưu điểm: nguy cơ tái phát thấp, có thể theo dõi sau mổ bằng xạ hình tuyến giáp hay định lượng thyroglobulin.
- Hạn chế: tỉ lệ nhược năng tuyến cận giáp cao. Biến chứng này có thể được hạn chế bằng cách để lại một mảng mô giáp phía bên không có u (cắt tuyến giáp gần trọn).

- Biến chứng: ngoài các biến chứng chung của phẫu thuật tuyến giáp, có hai biến chứng cần được nhấn mạnh trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp (đặc biệt cắt toàn bộ tuyến giáp) là nhược năng tuyến giáp và nhược năng tuyến cận giáp.

Cắt thuỷ và eo giáp:

- Ưu điểm: tỉ lệ nhược năng tuyến cận giáp thấp.
- Hạn chế: 5-10% tái phát sau mổ.
- Sau mổ cần thiết phải ức chế tuyến giáp bằng levothyroxin.

Các phương pháp khác:

- Huỷ tuyến giáp bằng xạ trị với I131
- Chiếu xạ ngoài
- Úc chế tuyến giáp bằng levothyroxin

3.2-Chỉ định:

3.2.1- Papillary hay follicular carcinoma:

Giai đoạn I, II:

- Cắt toàn bộ tuyến giáp. Xạ trị bô túc sau mổ bằng I¹³¹ có thể được chỉ định đối với BN có nguy cơ cao hay khối u > 1 cm.
- Cắt thuỷ và eo giáp. Sau mổ úc chế tuyến giáp bằng levothyroxin. Xạ trị bô túc sau mổ bằng I¹³¹ có thể được chỉ định đối với BN có nguy cơ cao hay khối u > 1 cm.

Giai đoạn III:

- Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo hạch di căn . Việc nạo hạch triệt căn làm giảm tỉ lệ tái phát nhưng không làm thay đổi tỉ lệ sống 5 năm.
- Điều trị bô túc sau mổ:
 - Khối u bắt I¹³¹: xạ trị bằng I¹³¹.
 - Khối u không bắt I¹³¹: chiếu xạ ngoài

Giai đoạn IV:

- Khối u bắt I¹³¹: xạ trị bằng I¹³¹
- Khối u không bắt I¹³¹:
 - Chiếu xạ ngoài
 - Úc chế tuyến giáp bằng levothyroxin
 - Cắt bỏ các u di căn (có chọn lọc), đặc biệt là các khối u có triệu chứng.

3.2.2-Medullary carcinoma:

Các phương pháp điều trị sau đây có thể được chỉ định cho medullary carcinoma:

- Cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp kèm nạo hạch thường qui (75% BN có khối u sờ được có di căn hạch trên vi thể).
- Chiếu xạ ngoài thuyên giảm
- Hoá trị thuyên giảm

3.2.3-Anaplastic carcinoma:

Các phương pháp điều trị sau đây có thể được chỉ định cho anaplastic carcinoma:

- Phẫu thuật thuyên giảm (mở khí quản ra da là loại phẫu thuật thường được chỉ định)
- Xạ trị thuyên giảm
- Hoá trị thuyên giảm

3.3-Kết quả và tiên lượng:

Tỉ lệ sống 5 năm:

- Papillary carcinoma và follicular carcinoma: 95%.
- Anaplastic carcinoma: 10%. Hầu hết BN tử vong trong vòng vài tháng kể từ khi được chẩn đoán.

4-Nhược năng tuyến cận giáp sau phẫu thuật tuyến giáp:

✧ Nguyên nhân-đặc điểm:

- Tồn thương 3 hoặc cả 4 tuyến cận giáp do các tuyến cận giáp này bị thiếu máu hay cắt bỏ khi tiến hành cắt toàn bộ tuyến giáp.
- Thiếu máu tuyến cận giáp: nhược năng tuyến cận giáp có thể tạm thời.
- Nhược năng tuyến cận giáp kéo dài quá 6 tháng: nhược năng tuyến cận giáp vĩnh viễn.

✧ Chẩn đoán dựa vào:

- Tê, dị cảm quanh môi, đầu ngón
- Thở khò khè, khó thở
- Đau cơ, đau quặn bụng
- Đổ mồ hôi
- Dấu hiệu Chvostek: co giật các cơ mặt khi gõ vào vùng tuyến mang tai, trên đường đi của dây thần kinh mặt
- Dấu hiệu Troussseau: dấu “bàn tay đờ đẽ” xuất hiện 3-5 phút sau khi duy trì áp lực bơm của máy đo HA ở cánh tay trên 20 mmHg so với áp lực lúc mất mạch quay.
- Co rút cơ phẳng dưới thắt lưng, chi dưới
- Co giật, động kinh toàn thể
- Suy hô hấp
- Xét nghiệm: nồng độ Ca²⁺ giảm, nồng độ PTH giảm

✧ Phòng ngừa tổn thương tuyến cận giáp trong phẫu thuật tuyến giáp:

- Tìm và bảo tồn tất cả các tuyến phó giáp cùng các cuống mạch máu nuôi của chúng
- Chọn phương pháp phẫu thuật “giới hạn” hơn, thí dụ như cắt thùy hay cắt gần trọn tuyến giáp thay vì cắt trọn tuyến giáp. Điều này có thể sẽ làm tăng nguy cơ tái phát của ung thư tuyến giáp.

- Nếu phát hiện tuyến cận giáp đã được cắt: cắt nhỏ tuyến cận giáp thành các mẩu kích thước 1mm, sau đó cấy chúng lại vào trong cơ ức đòn chũm.
- ✧ Điều trị nhược năng tuyến cận giáp do phẫu thuật:
 - Mục đích: duy trì nồng độ Ca²⁺ huyết tương hơi thấp hơn mức bình thường (để kích thích tuyến cận giáp còn lại tăng sinh bù trừ) nhưng đủ cao để không gây ra triệu chứng lâm sàng.
 - Các loại thuốc:
 - Các chế phẩm của can-xi: calcium carbonate, calcium citrate, calcium gluconate.
 - Các chế phẩm vitamin D: ergocalciferol, dihydrotachysterol, calcifediol, calcitriol.
 - Nguy cơ của điều trị kéo dài: thận đóng vôi, suy thận...
 - Giáo dục BN:
 - Đeo thẻ xác nhận để người khác có thể biết tình trạng nhược năng tuyến cận giáp khi xảy ra tai nạn, phẫu thuật...
 - Đến cơ sở y tế gần nhất khi có dấu tiền triệu của hạ can-xi huyết tương.
 - Chế phẩm của hormone tuyến cận giáp hiện đang được thử nghiệm.

LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

1-Đại cương:

Nguyên nhân của loét dạ dày-tá tràng:

- Nhiễm Helicobacter Pylori (70%)
- Thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID, 25%)
- Hội chứng Zollinger Ellison

Các yếu tố nguy cơ:

- Sự tăng tiết acid dạ dày và sự trống dạ dày sớm sau ăn
- Thuốc lá, rượu, café
- Yếu tố di truyền (?)

Cơ chế bệnh sinh của loét:

- Tăng tiết acid
- Giảm khả năng bảo vệ tế bào niêm mạc dạ dày
- Kết hợp cả hai cơ chế trên

Loét dạ dày-tá tràng là một quá trình bệnh lý diễn tiến mãn tính (trừ trường hợp loét do sang chấn). Thủng hay chảy máu ở loét là diễn tiến cấp tính của ổ loét mãn tính, thường có liên quan đến việc sử dụng các thuốc kháng viêm non-steroid.

Trong hai thập niên trở lại đây, tần suất của loét dạ dày-tá tràng ngày càng giảm, nhưng tần suất các biến chứng của loét (thủng và xuất huyết) không thay đổi. Tần suất mắc bệnh càng tăng khi tuổi càng lớn. Nam và nữ có tỉ lệ mắc bệnh xấp xỉ nhau.

Các kiểu loét dạ dày:

- Típ 1: loét góc bờ cong nhỏ (60%)
- Típ 2: loét thân vị kết hợp với loét tá tràng
- Típ 3: loét tiền môn vị (20%)
- Típ 4: loét cao ở phần đứng của bờ cong nhỏ

Có tình trạng tăng tiết acid ở BN loét típ 2 và 3.

Các biến chứng của loét:

- Thủng
- Chảy máu
- Xơ hoá, dẫn đến nghẹt môn vị

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán loét dạ dày-tá tràng:

2.1.1-Chẩn đoán loét:

Triệu chứng cơ năng (chỉ có tác dụng gợi):

- Đau vùng thượng vị. Nếu điển hình: cơn đau do loét dạ dày xuất hiện một thời gian ngắn sau khi ăn, cơn đau do loét tá tràng xuất hiện khi dạ dày trống (bụng đói). Đối với loét tá tràng, cơn đau sẽ dịu khi BN dùng thuốc làm trung hoà tính acid của dịch vị hay ăn một ít thức ăn. BN loét tá tràng có thể đau lan ra sau lưng.
- Các triệu chứng khác: đầy bụng, ợ chua, ợ hơi...

Khám lâm sàng:

- Trong cơn đau: ấn đau vùng thượng vị
- Ngoài cơn đau: không có dấu hiệu lâm sàng nào

Các dấu hiệu cảnh báo ổ loét sắp sửa hay đã có biến chứng:

- Mức độ đau tăng
- Đau liên tục
- Đau lan ra sau lưng
- Nôn ói
- Tiêu phân đen

Các chẩn đoán phân biệt sau có thể được đặt ra:

- Chứng khó tiêu không do loét
- Viêm dạ dày mãn
- Viêm thực quản do trào ngược
- Viêm tuy mãn
- Thoát vị khe thực quản của cơ hoành
- Cơn đau quặn mật

X-quang dạ dày cản quang với phương pháp đổi quang kép:

- Có thể chẩn đoán xác định loét lên tới 80-90% các trường hợp
- Giá trị chẩn đoán của phương pháp này thay đổi nhiều, phụ thuộc vào kỹ thuật chụp và vị trí ổ loét
- Không thể loại trừ được ung thư dạ dày dạng loét

Soi dạ dày-tá tràng với ống soi mềm kèm sinh thiết:

- Độ chính xác 97%
- Là phương pháp chẩn đoán được chọn lựa trước tiên
- Nếu sinh thiết ở nhiều vị trí trên ổ loét, có thể loại trừ ung thư lên đến 98%

2.1.2-Chẩn đoán nhiễm Helicobacter Pylori:

Các phương pháp chẩn đoán có tính xâm lấn (cần nội soi dạ dày):

- Chẩn đoán mô học: được xem là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán nhiễm H. pylori.
- Test urease nhanh (CLOtest- Campylobacter-like organism): cho mẫu sinh thiết vào môi trường có chứa urê và chất chỉ thị pH. Nếu mẫu sinh thiết có H. Pylori,

men urease của H. Pylori sẽ chuyển hoá urê thành HCO_3^- , kiềm hoá môi trường và làm đổi màu của chất chỉ thị.

- Cấy khuỷn: có độ nhạy thấp hơn hai test nói trên nhưng độ đặc hiệu 100%. Thường chỉ được chỉ định cho mục đích nghiên cứu hay nghi ngờ H. pylori đã đề kháng với các phác đồ điều trị tiêu chuẩn.

Các phương pháp chẩn đoán không xâm lấn:

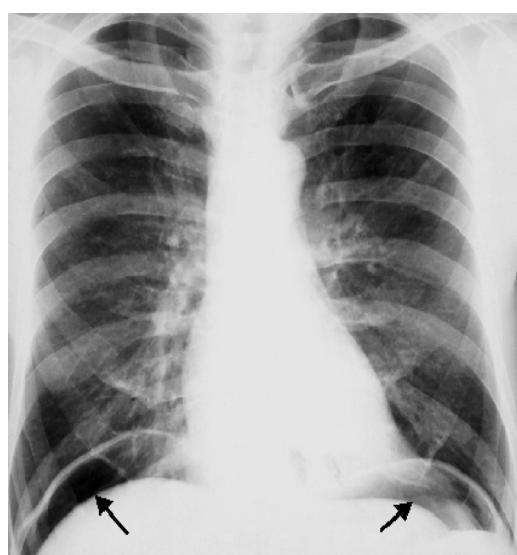
- Xét nghiệm tìm kháng thể H. pylori trong máu toàn phần hay huyết thanh (ELISA): có giá trị chẩn đoán cao đối với BN được chẩn đoán nhiễm H. pylori lần đầu và chưa được điều trị trước đó.
- Test hơi thở-urê: cho BN uống urê mà thành phần carbon được đánh dấu đồng vị phóng xạ (C^{13} , C^{14}). Nếu BN bị nhiễm H. pylori, carbon đồng vị phóng xạ sẽ hiện diện trong hơi thở của BN và được phát hiện bằng máy quang phổ hay máy đếm phóng xạ. Đây là phương pháp được chọn lựa để đánh giá hiệu quả của việc điều trị.
- Xét nghiệm tìm kháng nguyên H. pylori trong phân: thường được chỉ định cho trẻ em.

2.1.3-Thái độ chẩn đoán:

BN có nguy cơ ung thư dạ dày hay có các dấu hiệu cảnh báo biến chứng của loét: nội soi dạ dày-tá tràng sinh thiết loại trừ khả năng ác tính và làm CLO test.

BN không có các yếu tố nguy cơ kể trên, không sử dụng thuốc kháng viêm non-steroid, không nghĩ đến các bệnh lý khác có triệu chứng tương tự: điều trị thử với thuốc kháng H_2 hay ức chế bơm proton. Nếu thất bại: xét nghiệm ELISA tìm kháng thể H. pylori.

2.2-Chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày-tá tràng:



Hình 1- Hình ảnh liềm hơi dưới hoành hai bên trong thủng ổ loét dạ dày-tá tràng

2.2.1-Chẩn đoán xác định:

Tiền căn có những cơn đau giống như loét.

Đau đột ngột và dữ dội vùng thượng vị, sau đó lan khắp bụng.

Khám lâm sàng: bụng gồ ghề cứng như gỗ. Trường hợp lỗ thủng nhỏ, mức độ đau có thể ít hơn, bụng ít đê kháng hơn, hay có thể chỉ đê kháng vùng thượng vị và 1/2 bụng bên phải.

X-quang bụng đúng không sửa soạn:

- Lièm hơi dưới hoành hiện diện trong 80% các trường hợp (hình 1)
- Nếu X-quang không thấy lièm hơi, nhưng lâm sàng vẫn nghĩ nhiều đến thủng ổ loét dạ dày-tá tràng, có thể bơm hơi dạ dày để chụp lần hai.
- Kỹ thuật bơm hơi: đặt thông dạ dày, bơm 300 mL hơi (có thể ít hay nhiều hơn, cho đến khi BN cảm thấy căng tức hay gõ vang vùng thượng vị), cho BN nằm ngửa trong 5 phút sau đó đưa đi chụp X-quang.

Có thể chụp X-quang dạ dày cản quang với thuốc cản quang tan trong nước (Telebrix) để chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày-tá tràng: trên phim thấy thuốc dò vào xoang bụng.

2.2.2-Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tuy cấp: là bệnh lý cần chẩn đoán phân biệt trước tiên (bảng 1)
- Viêm dạ dày cấp
- Cơn đau quặn mật
- Xoắn ruột, nhồi máu mạc treo ruột
- Viêm ruột thừa cấp

<i>Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng</i>	<i>Viêm tuy cấp</i>
<i>Tiền căn: có hội chứng viêm loét dạ dày-tá tràng</i>	<i>Tiền căn: nghiện rượu hay sỏi mật</i>
<i>Xảy ra khi đói</i>	<i>Sau bữa ăn “thịnh soạn”</i>
<i>Ít nôn ói</i>	<i>Nôn ói liên tục</i>
<i>Amylase tăng ít</i>	<i>Amylase tăng cao</i>
	<i>Siêu âm: sỏi nhô túi mật</i> <i>CT: xác định chẩn đoán</i>

Bảng 1- Chẩn đoán phân biệt giữa thủng ổ loét dạ dày-tá tràng và viêm tuy cấp

2.3-Chẩn đoán nghẹt môn vị do loét dạ dày-tá tràng:

2.3.1-Chẩn đoán xác định:

Đau quặn bụng kèm nôn ói sau ăn là hai dấu hiệu thường gặp nhất. Trong giai đoạn đầu, dạ dày còn co bóp bù trừ. BN đau quặn từng cơn vùng thượng vị. Nghẹt môn vị cấp tính có thể xảy ra trong giai đoạn này, do môn vị bị phù nề. Trong giai đoạn mất bù, triệu chứng nôn xuất hiện. BN nôn ra thức ăn chưa tiêu. Trong giai đoạn muộn, dạ dày hầu như không còn co bóp, BN có thể trớ ra thức ăn cũ của ngày hôm trước.

Thăm khám lâm sàng:

- Giai đoạn đầu:
 - Toàn trạng còn tốt
 - Có thể quan sát thấy sóng nhu động của dạ dày trên thành bụng
- Giai đoạn sau:
 - Toàn trạng mất nước, suy kiệt
 - Dạ dày dãn to, có thể “sờ” được qua thành bụng

- Dấu hiệu óc ách (+)

X-quang dạ dày cản quang: trong trường hợp môn vị bị nghẹt hoàn toàn có thể thấy các dấu hiệu điển hình sau (hình 2):

- Dạ dày dãn to (đáy có thể thông quá mào chậu)
- Dấu hiệu của sự út đọng trong dạ dày: hình ruột bánh mì, hình ba tầng...
- Thuốc không thoát qua tá tràng
- Phần hang vị hai bờ vẫn mềm mại (nguyên nhân do loét) hay có hình lõi táo (nguyên nhân do ung thư hang vị)



Hình 2- Hình ảnh nghẹt môn vị do loét

Nội soi dạ dày và sinh thiết:

- Giúp chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân
- Bình thường môn vị tròn đều, co bóp nhịp nhàng, đường kính dao động 1-2cm và đưa ống soi qua dễ dàng
- Nghẹt môn vị cấp tính do loét : môn vị viêm đỏ, phù nề
- Nghẹt môn vị mãn tính do loét: môn vị bị chít hẹp, không đưa ống soi qua được
- Hẹp môn vị do ung thư: hang vị có khối chồi xùi làm bít hay hẹp môn vị

2.3.2-Chẩn đoán phân biệt:

Trong giai đoạn đầu, các bệnh lý gây tắc sau môn vị (tắc tá tràng, tắc ruột cao) nên được loại trừ.

Trong giai đoạn sau, liệt dạ dày là chẩn đoán phân biệt cần được đặt ra trước tiên. Liệt dạ dày thường xảy ra ở BN tiêu đường. Để chẩn đoán xác định liệt dạ dày, cần xạ hình dạ dày với thức ăn có trộn đồng vị phóng xạ, hay đo áp lực hang vị-tá tràng.

2.3.3-Thái độ chẩn đoán:

Nếu lâm sàng hầu như chắc chắn BN bị nghẹt môn vị do loét, có thể chỉ định X-quang dạ dày để khẳng định chẩn đoán.

Trước một BN có hội chứng út đọng dạ dày và không loại trừ được tổn thương ác tính ở hang vị, nội soi là phương tiện chẩn đoán được chỉ định trước tiên. Nếu tình trạng út đọng

thường xuyên, BN cần được đặt thông, đôi khi kết hợp với bơm rửa dạ dày, đàm bảo dạ dày trống trước khi tiến hành nội soi.

X-quang dạ dày-tá tràng hay CT có thể được chỉ định để loại trừ các nguyên nhân gây nghẹt ở tá tràng hay hỗng tràng

Trong trường hợp nghi ngờ liệt dạ dày, xạ hình dạ dày với thức ăn có trộn đồng vị phóng xạ để đánh giá sự tiêu thoát dạ dày là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa.

2.4-Chẩn đoán chảy máu ổ loét dạ dày-tá tràng:

2.4.1-Chẩn đoán xác định:

BN thường nhập viện vì bệnh cảnh của chảy máu đường tiêu hoá trên. Triệu chứng của chảy máu đường tiêu hoá trên bao gồm nôn máu và /hoặc tiêu phân đen.

Khó có thể chẩn đoán xác định nguyên nhân của chảy máu đường tiêu hoá trên chỉ bằng lâm sàng. Hỏi kỹ bệnh sử và thăm khám lâm sàng chỉ có tác dụng gợi ý. BN loét dạ dày-tá tràng chảy máu có thể có bệnh sử với những cơn đau kiếu loét.

Để chẩn đoán xác định loét dạ dày-tá tràng chảy máu, nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng là bắt buộc. Nội soi có thể chẩn đoán nguồn gốc chảy máu, đồng thời có thể can thiệp cầm máu.

Cần chú ý là nội soi không thể phát hiện ổ loét tá tràng nằm ở vị trí thấp (D2) chảy máu. Trong trường hợp này, X-quang động mạch thân tạng có thể được chỉ định.

2.4.2-Chẩn đoán phân biệt:

Cần chẩn đoán phân biệt chảy máu ổ loét dạ dày-tá tràng với các nguyên nhân khác của chảy máu đường tiêu hoá trên (bảng 2).

<i>Loét dạ dày</i>	<i>Viêm dạ dày xuất huyết</i>
<i>Loét tá tràng</i>	<i>Sang thương Dieulafoy(**)</i>
<i>Dẫn tĩnh mạch thực quản</i>	<i>Dị sản mạch máu</i>
<i>Dẫn tĩnh mạch dạ dày</i>	<i>Chảy máu đường mật</i>
<i>Vết rách Mallory-Weiss(*)</i>	<i>Viêm tuy cấp</i>
<i>Viêm thực quản</i>	<i>Nang giả tuy</i>
<i>Bướu</i>	<i>Dò động mạch chủ-ruột</i>

Bảng 2- Các nguyên nhân chảy máu đường tiêu hoá trên

(*): vết rách ở phần dưới thực quản (thường nhất là ở vùng nối thực quản-dạ dày) do tình trạng tăng áp lực xoang bụng đột ngột (do ho, nôn ói, chấn thương bụng kín) hay nội soi thực quản. Một tí lệ đáng kể BN có thoát vị hoành phối hợp.

(**): sự tồn tại bất thường của một động mạch nhỏ ở lớp dưới niêm của ống tiêu hoá (thường ở dạ dày). Nguyên nhân chưa rõ. BN thường là nam giới ở độ tuổi trung niên.

2.4.3-Thái độ chẩn đoán:

Thái độ chẩn đoán bao gồm các bước:

Bước 1: chẩn đoán xác định có chảy máu đường tiêu hoá. Dựa vào hai triệu chứng nôn máu và tiêu phân đen. Cần chú ý đến các trường hợp “giả nôn máu” (ăn tiết canh hay các thực phẩm có màu đỏ) hay “giả tiêu phân đen” (sử dụng các loại thuốc như bismuth).

Bước 2: chẩn đoán chảy máu đường tiêu hoá trên hay dưới (bảng 3). Chảy máu đường tiêu hoá trên có nguồn gốc chảy máu nằm trên góc Treitz.

	<i>Không năng chảy máu đường tiêu hoá trên</i>	<i>Không năng chảy máu đường tiêu hoá dưới</i>
--	--	--

Nôn máu	Hàu như chắc chắn	Hiếm
Tiêu phân đen	Có nhiều khả năng	Có thể
Tiêu máu đỏ	Có thể	Có nhiều khả năng
Máu lẫn trong phân	Hiếm	Hàu như chắc chắn
Máu ân trong phân	Có thể	Có thể

Bảng 3- Chẩn đoán phân biệt chảy máu đường tiêu hoá trên và dưới

Bước 3: đánh giá tình trạng huyết động (bảng 4) và có các biện pháp hồi sức ban đầu thích hợp.

	Nhỏ	Trung bình	Nặng	Rất nặng
Lượng máu mất/tổng lượng máu cơ thể (%)	<15	15-30	30-40	>40
Mạch (nhịp/phút)	<100	100-120	120-140	>140
Huyết áp tâm thu (mmHg)	Bình thường	Hạ HA tư thế	60- 80	<60
Lượng nước tiêu (mL/giờ)	>40	20-40	10-20	<10
Tri giác	Tỉnh táo	Tỉnh	Lơ mơ, kích thích	Hôn mê

Bảng 4- Chẩn đoán mức độ mất máu ở BN chảy máu đường tiêu hoá trên

Bước 4: chẩn đoán nguyên nhân.

Khi thăm khám cần chú ý đến các yếu tố sau: bệnh sử (đau kiếu loét, sụt cân, nghiện rượu, các loại thuốc đã sử dụng...), triệu chứng lâm sàng (vàng mắt, gan to, bụng báng, khối u bụng...). Tuy nhiên, để chẩn đoán xác định nguồn gốc chảy máu, nhất thiết phải có nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng.

Nội soi cấp cứu được chỉ định khi BN có nôn máu hay có tình trạng giảm thể tích tuần hoàn khi nhập viện. Nếu BN nôn máu lượng nhiều, cần đặt thông bơm rửa dạ dày trước khi tiến hành nội soi. Đối với BN có tri giác sút giảm, cần cân nhắc đến việc đặt thông khí quản trước khi tiến hành nội soi.

Các xét nghiệm cần được thực hiện đối với BN chảy máu đường tiêu hoá trên:

- o Công thức máu toàn bộ
- o Thời gian chảy máu, thời gian đông máu, PT, aPTT
- o Fibrinogen
- o Chức năng gan, thận
- o Điện giải đồ

3-Điều trị:

3.1-Điều trị nội khoa:

3.1.1-Điều trị loét:

3.1.1.1-Nguyên tắc điều trị:

Sử dụng các loại thuốc làm giảm tính acid của dịch vị hay tăng cường bảo vệ niêm mạc dạ dày.

Nếu H. pylori dương tính, bác buộc phải có phác đồ điều trị H. pylori.

Ngưng sử dụng NSAID, hạn chế thuốc lá và rượu.

3.1.1.2-Các loại thuốc làm giảm tính acid dịch vị:

Thuốc kháng acid: ngày nay ít được chỉ định.

Thuốc kháng thụ thể H₂ (anti-H₂):

- Bao gồm: cimetidine (Tagamet), ranitidine (Zantac), famotidine (Pepcid), nizatidine (Axid).
- Uống 2 lần/ngày
- Thời gian điều trị: 8 tuần
- Tỉ lệ lành ổ loét: 70%

Thuốc úc ché bom proton:

- Bao gồm: omeprazole (Losec), lansoprazole (Prevacid), rabeprazole (Aciphex), pantoprazole (Pretonix).
- Uống 2 lần/ngày
- Thời gian điều trị: 4 tuần
- Tỉ lệ lành ổ loét: 80-100%

3.1.1.3-Thuốc tăng cường bảo vệ tế bào: bao gồm bismuth và sucralfate.

3.1.1.4-Phác đồ diệt H. pylori:

Có năm phác đồ được đề xuất bởi Hiệp hội các BS tiêu hoá Hoa Kỳ (1998) (bảng 5). Thời gian điều trị 2 tuần. Tỉ lệ diệt H. pylori 90%.

1	Lansoprazole 30 mg x 2 (U), hoặc omeprazole 20 mg x 2 (U)	Amoxicillin 1000 mg x 2 (U)	Clarithromycin 500 mg x 2 (U)
2	Lansoprazole 30 mg x 2 (U), hoặc omeprazole 20 mg x 2 (U)	Metronidazole 500 mg x 2 (U)	Clarithromycin 500 mg x 2 (U)
3	Ranitidine bismuth citrate 400 mg x 2 (U)	Amoxicillin 1000 mg x 2 (U), hoặc metronidazole 500 mg x 2 (U), hoặc tetracycline 500 mg x 2 (U)	Clarithromycin 500 mg x 2 (U)
4	Bismuth subsalicylate 525 mg x 4 (U)	Metronidazole 500 mg x 3 (U) và tetracycline 500 mg x 4 (U)	Một loại thuốc úc ché bom proton
5	Bismuth subsalicylate 525 mg x 4 (U)	Metronidazole 250 mg x 4 (U) và tetracycline 500 mg x 4 (U)	Một loại thuốc úc ché thụ thể H2

Bảng 5- Các phác đồ diệt H. pylori

3.1.1.5-Thái độ điều trị BN loét dạ dày-tá tràng nhiễm H. pylori (hình 3):

3.1.2-Nội soi cầm máu ổ loét:

Là phương pháp cầm máu được chọn lựa trước tiên , sau khi đã chẩn đoán xác định.

Các phương pháp cầm máu được chọn lựa:

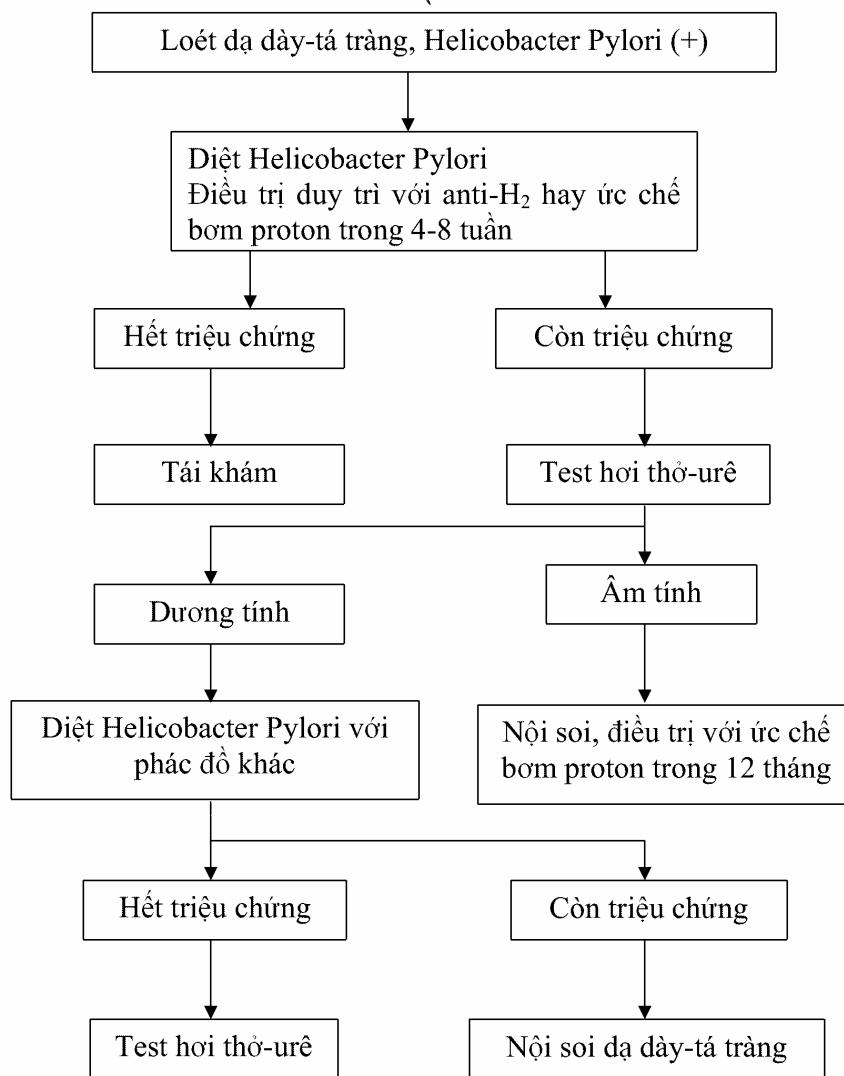
- Tiêm các chất co mạch (epinephrine 1/10000), ethanol 100%, keo fibrin, polidocanol
- Đốt cầm máu bằng nhiệt hay laser Argon
- Cầm máu bằng clip

Sự kết hợp các phương pháp sẽ làm tăng hiệu quả cầm máu

Kết quả: dựa vào việc đánh giá các dấu hiệu nguy cơ chảy máu tái phát qua nội soi:

- Thầy máu đang phun (Forrest I): nguy cơ chảy máu tái phát là 90%
- Thầy mạch máu hay nốt sẫm màu ở đáy ổ loét (Forrest IIa): nguy cơ chảy máu tái phát là 50%
- Thầy cục máu mới đông ở đáy ổ loét (Forrest IIb): nguy cơ chảy máu tái phát là 30%

Sau khi ổ loét đã cầm máu, BN cần tiếp tục điều trị nội khoa bằng thuốc. Thời gian điều trị có thể lên đến 12 tháng.



Hình 3- Thái độ điều trị BN loét dạ dày tá tràng nhiễm *H. pylori*

3.2-Điều trị ngoại khoa:

3.2.1-Chỉ định:

- Ổ loét không đáp ứng với điều trị nội khoa
- Ổ loét có biến chứng

3.2.2-Loét tá tràng:

3.2.2.1-Cắt thần kinh X tại thân và nối vị tràng (hay mở rộng môn vị):

Cắt thần kinh X tại thân: cắt thân thần kinh X trước và sau ở cạnh thực quản bụng, trước chỗ chia nhánh tạng và nhánh gan.

Nối vị tràng: có thể trước hay sau đại tràng ngang.

Mở rộng môn vị: phương pháp được áp dụng phổ biến nhất là Mikulicz.

Đây là phương pháp phẫu thuật đơn giản, ít biến chứng.

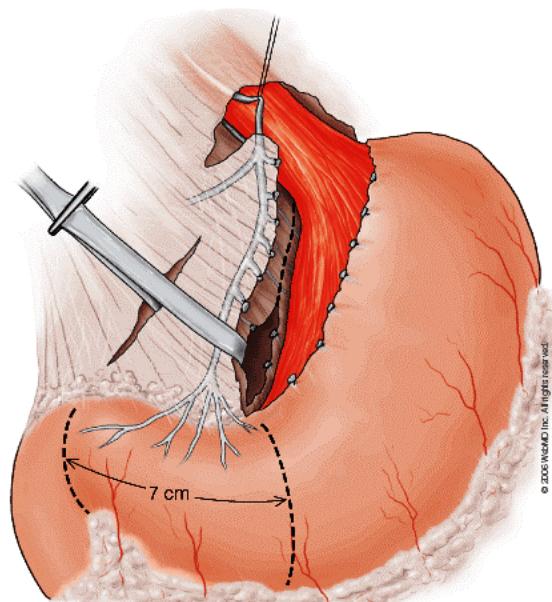
Tỉ lệ tái phát: 10%

3.2.2.2-Cắt thần kinh X siêu chọn lọc:

Là phẫu thuật chương trình thường được thực hiện nhất.

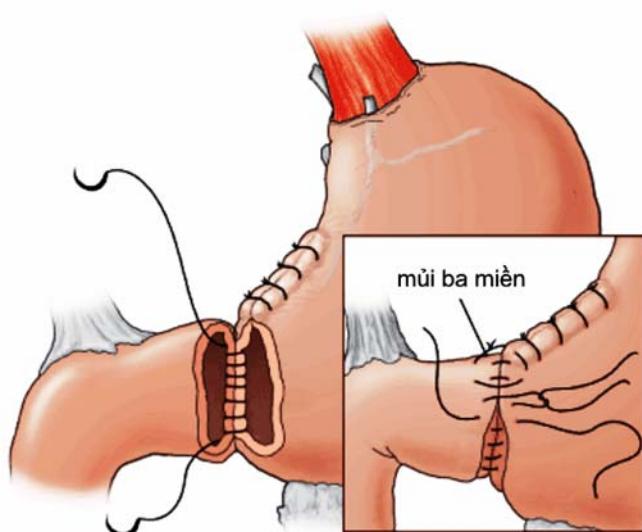
Cắt các nhánh của dây thần kinh X trước và sau ở sát bờ cong nhỏ, từ vị trí cách môn vị 7 cm lên tới đoạn thực quản trên tâm vị khoảng 5 cm, chừa lại hai hay ba nhánh chi phối môn vị và hang vị (chùm chân ngõng) (hình 4). Nhánh Grassi (nhánh tội phạm, nhánh đầu tiên của thân sau) bị bỏ sót có thể là nguyên nhân của loét tái phát sau mổ.

Tỉ lệ tái phát: 10-15%, tùy vào độ khéo léo của phẫu thuật viên.



Hình 4- Cắt thần kinh X siêu chọn lọc

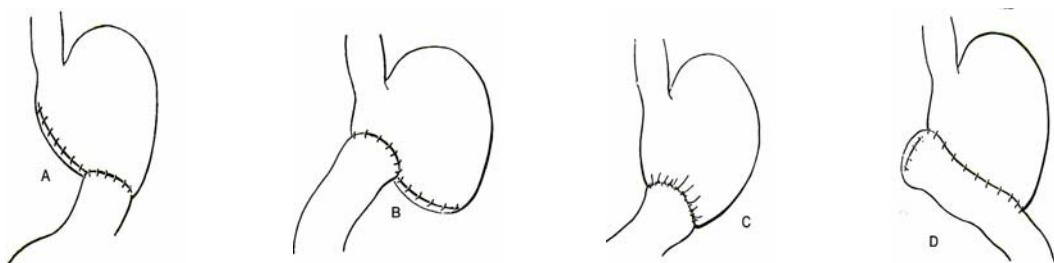
3.2.2.3-Cắt thần kinh X tại thân và cắt hang vị (hình 5):



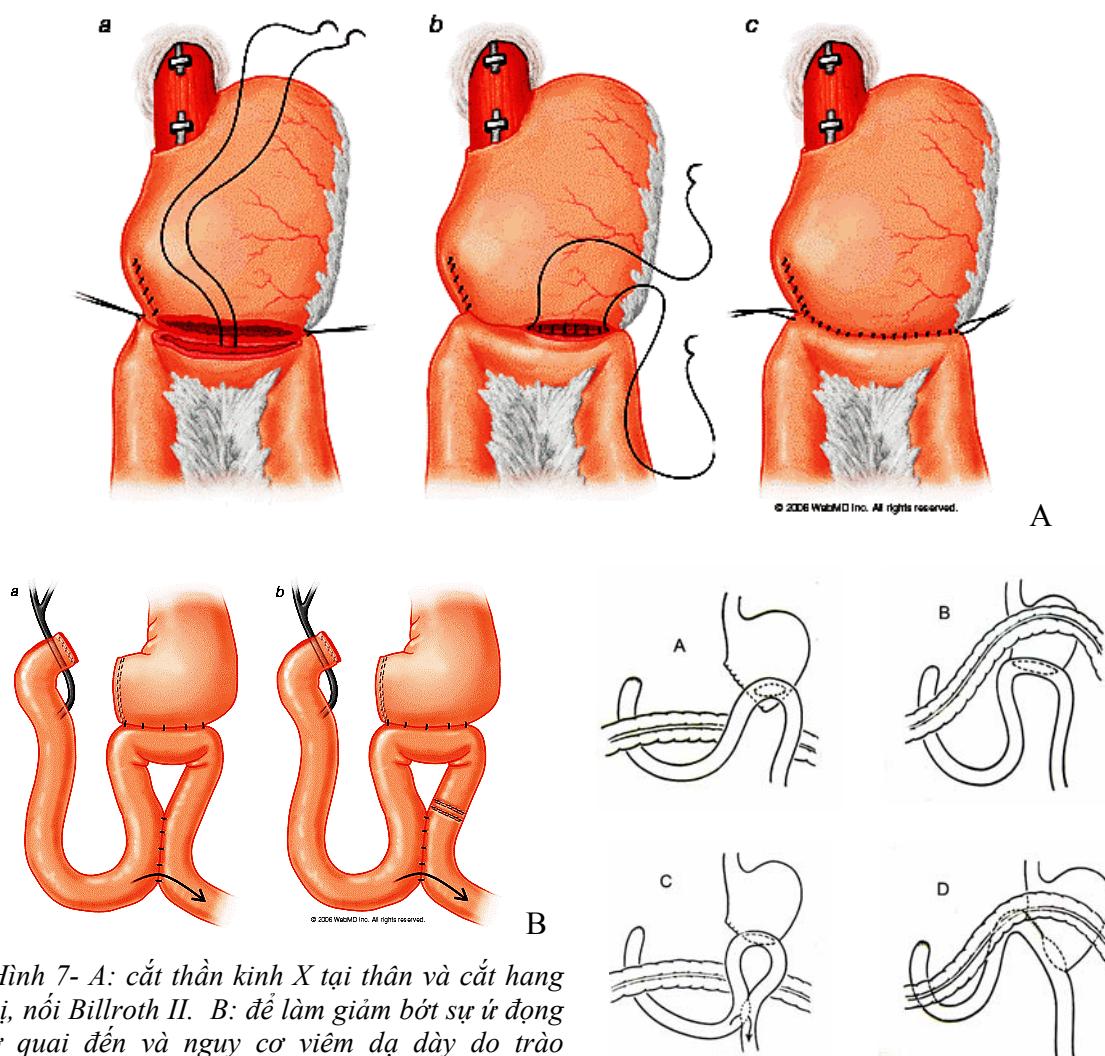
Hình 5- Cắt thần kinh X tại thân và cắt hang vị, nối Billroth I

Có tỉ lệ tái phát thấp nhất (0-2%), nhưng tỉ lệ biến chứng và di chứng tương đối cao.

Sau khi cắt hang vị, có hai phương pháp tái lập lưu thông ống tiêu hoá: Billroth I (nối móm dạ dày với tá tràng) (hình 6) và Billroth II (đóng móm tá tràng, nối móm dạ dày với hông tràng) (hình 7,8).



Hình 6- Các phương pháp nối dạ dày-tá tràng theo Billroth I
A-Billroth I, B-Horsley, C-von Haberer, D-von Haberer Finney



Hình 7- A: cắt thàn kinh X tại thân và cắt hang vị, nối Billroth II. B: để làm giảm bớt sự ứ đọng ở quai đèn và nguy cơ viêm dạ dày do trào ngược dịch mật, có thể nối chân quai đèn-quai đi (phương pháp Braun) (hình a), có kết hợp hay không với khâu đóng (bằng stapler) bit lòng quai đi đoạn phía trên miệng nối với quai đèn (hình b, còn được gọi là phương pháp Roux-en-Y không cắt ruột).

Hình 8- Các phương pháp nối dạ dày-hông tràng theo Billroth II
A-Billroth II, B-Polya, C-Braun, D-Finsterer-Hofmeister

3.2.2.4-Cắt dây thần kinh X sau và rạch thanh cơ mặt trước dạ dày qua nội soi:

Là phẫu thuật phương pháp điều trị loét bằng nội soi dễ thực hiện nhất.

3.2.3-Loét dạ dày:

Týp 1:

- Cắt bán phần xa dạ dày. Nói BII thường được thực hiện hơn là nói BII
- Khoét bỏ ổ loét + cắt thần kinh X siêu chọn lọc

Týp 2 và 3: cắt hang vị + cắt thần kinh X (tại thân hay siêu chọn lọc)

Týp 4:

- Khoét bỏ ổ loét
- Cắt bán phần xa dạ dày (cố gắng bao gồm luôn cả ổ loét)
- Cắt bán phần xa dạ dày và một phần thực quản, nối thực quản-dạ dày-hỗng tràng.

3.2.4-Chảy máu ổ loét dạ dày-tá tràng:

3.2.4.1-Chỉ định can thiệp ngoại khoa:

- Không thể cầm máu qua nội soi
- Đã cầm máu qua nội soi, máu chảy tái phát trong thời gian còn nằm viện
- Phải truyền hơn 6 đơn vị máu trong 24 giờ

3.2.4.2-Phương pháp phẫu thuật:

Loét tá tràng chảy máu:

- H. pylori (+): mở mặt trước tá tràng, khâu cầm máu ổ loét, đóng lại tá tràng, sau mổ tiếp tục điều trị nội khoa loét và diệt H. pylori.
- H. pylori (-), hoặc H. pylori (+) nhưng BN đã được điều trị nội khoa loét và diệt H. pylori nhưng thất bại: cắt thần kinh X tại thân kèm mở rộng môn vị. Cắt thần kinh X siêu chọn lọc hay cắt bán phần dạ dày ít khi được chỉ định đối với loét tá tràng chảy máu.

Loét dạ dày chảy máu:

- Týp 1: cắt bán phần dạ dày
- Týp 2 và 3: cắt hang vị + cắt thần kinh X (tại thân hay siêu chọn lọc)
- Týp 4:
 - Khoét bỏ ổ loét
 - Cắt bán phần xa dạ dày (cố gắng bao gồm luôn cả ổ loét)
 - Cắt bán phần xa dạ dày và một phần thực quản, nối thực quản-dạ dày-hỗng tràng.

Nếu toàn trạng BN không cho phép: khâu cầm máu ổ loét.

3.2.5-Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng:

Điều trị trước phẫu thuật:

- Đặt thông dạ dày

- Dịch truyền
- Thuốc giảm đau
- Kháng sinh

Thủng ổ loét tá tràng:

- Huyết thanh chẩn đoán H. Pylori (thực hiện trước cuộc phẫu thuật):
 - Dương tính: khâu ổ loét (mổ mở hay nội soi)
 - Âm tính: cắt thàn kinh X tại thân, mở rộng môn vị (qua lỗ thủng)
- Có thể cân nhắc điều trị bảo tồn nếu:
 - Sinh hiệu ổn định
 - Thân nhiệt $\leq 38^{\circ}\text{C}$
 - Bụng xẹp
 - Siêu âm: xoang bụng không có dịch
 - X-quang: thuốc cản quang không dò vào xoang bụng

Thủng ổ loét dạ dày:

- Týp 1: cắt bán phần dạ dày, nối BI
- Týp 2,3:
 - H. pylori (+): sinh thiết, khâu lỗ thủng
 - H. pylori (-): cắt bán phần dạ dày, nối BI
- Týp 4:
 - Khoét bỏ ổ loét
 - Cắt bán phần xa dạ dày (cố gắng bao gồm luôn cả ổ loét)
 - Cắt bán phần xa dạ dày và một phần thực quản, nối thực quản-dạ dày-hỗng tràng.
- Nếu toàn trạng BN không cho phép: khâu lỗ thủng.

3.2.6-Hẹp môn vị do loét dạ dày-tá tràng:

Hẹp môn vị cấp tính do phù nề môn vị có thể được điều trị nội khoa (đặt thông dạ dày, bồi hoàn nước và điện giải, thuốc kháng thụ thể H_2) sau đó nong môn vị qua nội soi dạ dày.

Việc hồi sức trước phẫu thuật đóng vai trò quan trọng. Cần thời gian trung bình 3-5 ngày để hồi sức BN trước mổ. Nội dung của công việc hồi sức:

- Đặt thông dạ dày và hút cách quãng. Nếu dạ dày còn đọng nhiều thức ăn, phải rửa dạ dày trước.
- Bồi hoàn đầy đủ sự thiếu hụt nước điện giải và rối loạn kiềm toan. Dung dịch được lựa chọn là natri chlorua 0,9%. Kết hợp bổ sung kali dưới dạng KCl.
- Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nếu môn vị bị nghẹt hoàn toàn: dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch toàn phần, nếu bán nghẹt môn vị: có thể cho BN ăn chế độ loãng kết hợp dinh dưỡng bổ sung qua đường tĩnh mạch.

Phương pháp phẫu thuật:

- Nếu cho phép về mặt kỹ thuật, cắt bán phần dạ dày là lựa chọn trước tiên
- Cắt thàn kinh X (tại thân hay siêu chọn lọc) + nối vị tràng
- Cắt thàn kinh X siêu chọn lọc + cắt hang vị
- Cắt thàn kinh X siêu chọn lọc + nối vị-tá tràng

3.2.7-Biến chứng phẫu thuật:

3.2.7.1-Biến chứng sớm:

- Chảy máu: chảy máu miệng nối, xuất huyết nội
- Viêm tuy cấp
- Tồn thương đường mật
- Viêm phúc mạc/áp-xe tồn lưu
- Hội chứng úr đọng dạ dày

3.2.7.2-Biến chứng muộn của cắt thàn kinh X:

3.2.7.2.1-Tiêu chảy:

Xảy ra trong 20% các trường hợp cắt thàn kinh X tại thân, 3% các trường hợp cắt thàn kinh X siêu chọn lọc.

Điều trị nội khoa: ăn chế độ giảm lượng carbohydrate, hạn chế sữa, tránh uống nước trong khi ăn. Nếu nặng hơn: cholestyramine 4 gm x 3 uống kèm trong bữa ăn.

Khoảng 1% các trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa cần điều trị bằng phẫu thuật: đảo chiều một đoạn hống tràng 10 cm ở cách góc treitz 70-80 cm.

3.2.7.2.2-Hội chứng úr đọng dạ dày:

Xảy ra sau cắt thàn kinh X tại thân. Tuy nhiên, cần chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây úr đọng dạ dày khác (dây dinh, hội chứng quai đeo hay quai đi, thuốc, rối loạn cân bằng điện giải, tiêu đường...).

Điều trị: nếu đã loại trừ bê tắc cơ học, các loại thuốc làm tăng cường nhu động dạ dày có thể được chỉ định. Metoclopramide và/hoặc erythromycin là hai loại thuốc thường được chỉ định nhất.

3.2.7.3-Biến chứng muộn của cắt dạ dày:

3.2.7.3.1-Hội chứng dumping:

Xảy ra sau tất cả các phẫu thuật dạ dày, nhưng thường nhất là sau phẫu thuật nối vị tràng hay Billroth II (50-60% BN được cắt dạ dày BII có hội chứng Dumping sau mổ). Nguyên nhân là do miệng nối dạ dày quá rộng hay phần dạ dày còn lại quá ít.

Hội chứng dumping sớm: xuất hiện 10-30 phút sau ăn, bao gồm các triệu chứng tiêu hoá (đầy tức thượng vị, đau quặn bụng, nôn mửa, tiêu chảy) và các triệu chứng vận mạch (mạch nhanh, đánh trống ngực, xanh tái, đỏ mồ hôi, hoa mắt, mờ mắt, đỏ bừng mặt). Hội chứng dumping muộn (ít phổ biến hơn): xuất hiện 2-3 giờ sau ăn, bao gồm các triệu chứng: mạch nhanh, đỏ mồ hôi, run rẩy, lơ mơ.

Triệu chứng có thể xuất hiện với mức độ nhẹ hay nặng, thông thường sẽ giảm dần và thoái lui trong hầu hết các trường hợp.

Điều trị nội khoa: tránh ăn đường, giảm khẩu phần carbohydrate và hạn chế uống nước trong khi ăn. Sandostatin có thể được chỉ định nếu những thay đổi trong chế độ ăn uống không làm cải thiện triệu chứng.

Khoảng 1% các trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa cần điều trị bằng phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật:

- Nối vị tràng theo phương pháp Roux-en-Y là phẫu thuật được lựa chọn trước tiên.
- Đảo chiều một đoạn hông tràng 10-20 cm

3.2.7.3.2-Hội chứng quai đén:

Hầu hết xảy ra sau phẫu thuật Billroth II.

Cơ chế: ú đọng hay tắc nghẽn ở quai đén, cấp tính hay mãn tính.

Triệu chứng đặc hiệu là đau bụng và nôn ra dịch mật, sau nôn thì đỡ đau. Chẩn đoán xác định bằng quang vị: trên phim thấy quai đén dãn to.

Dù cấp hay mãn, điều trị hội chứng quai đén là điều trị bằng phẫu thuật: chuyển phẫu thuật Billroth II thành phẫu thuật nối vị tràng theo phương pháp Roux-en-Y.

3.2.7.3.3-Hội chứng quai đì:

Hầu hết xảy ra sau phẫu thuật Billroth II.

Nguyên nhân: thoát vị nội qua lỗ mạc treo ruột, dính ruột, lồng miệng nối vị tràng.

Điều trị ngoại khoa, tuỳ theo nguyên nhân mà xử trí.

3.2.7.3.4-Viêm dạ dày do trào ngược dịch mật:

Hầu hết xảy ra sau phẫu thuật Billroth II.

Triệu chứng: đau rát bỏng vùng thượng vị, nôn bất chợt, nôn dịch mật, sau khi nôn thì không bớt đau.

Chẩn đoán cận lâm sàng:

- HIDA scan: dịch mật trào ngược lên dạ dày
- Xét nghiệm acid mật trong dịch vị
- Nội soi dạ dày: niêm mạc dạ dày bở, viêm đỏ và có nhiều sang thương loét chợt.

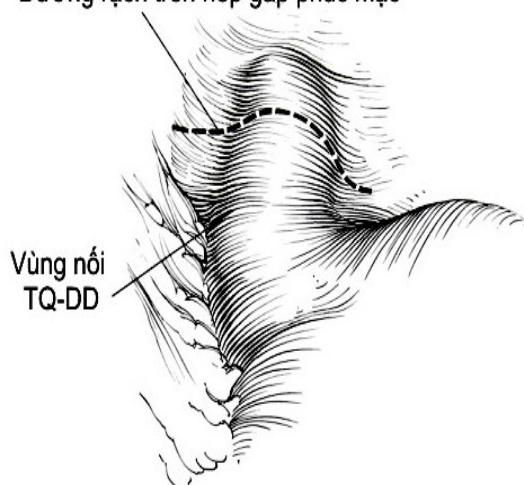
Điều trị bắt đầu bằng nội khoa với thuốc kháng thụ thể H₂, cholestyramine, metoclopramide. Một số ít trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa nên điều trị bằng phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn là chuyển phẫu thuật Billroth II thành phẫu thuật nối vị tràng theo phương pháp Roux-en-Y.

3.2.7.3.5-Các rối loạn về chuyển hóa:

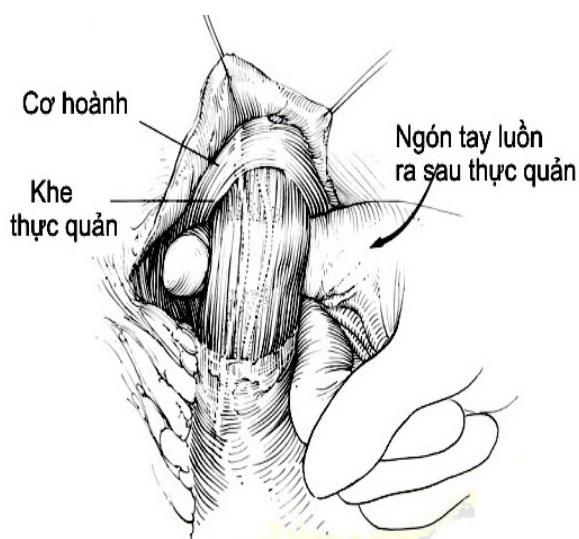
- Thiếu máu: do thiếu sắt, vitamine B12 hay folate.
- Giảm hấp thu mỡ, dẫn đến tiêu phân mỡ và thiếu hụt các vitamin tan trong mỡ.
- Chứng rỗng xương do giảm hấp thu can-xi.

4-Phẫu thuật cắt thần kinh X tại thân và mở rộng môn vị:

Đường rạch trên nếp gấp phúc mạc

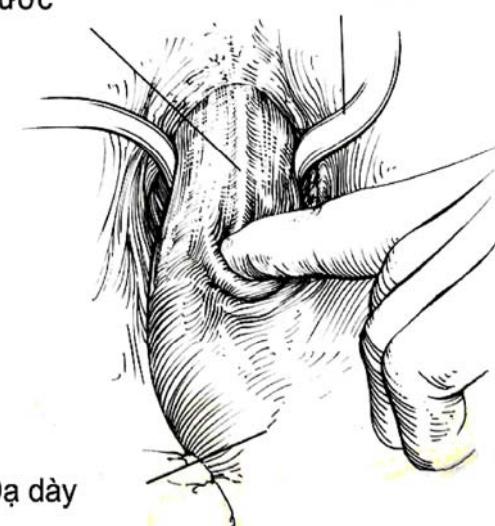


Gan trái được vén về phía giữa bụng. Nếp gấp phúc mạc tại cơ hoành được rạch để bộc lộ thực quản bụng.

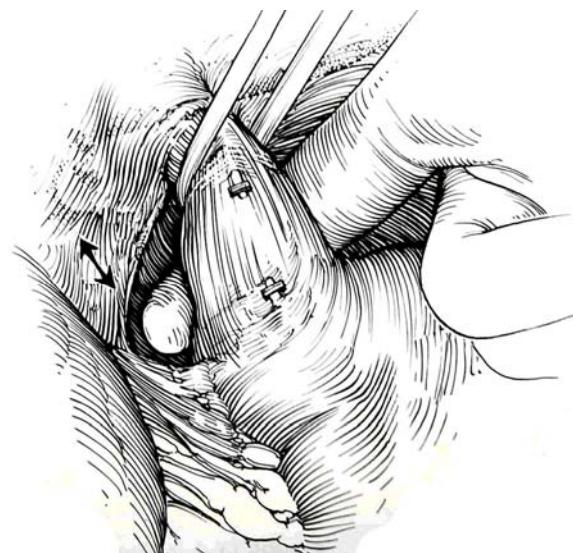
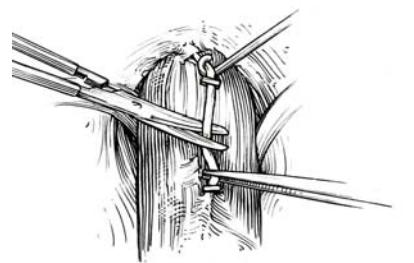


Dùng ngón tay trỏ bàn tay phải tách thực quản bụng ra khỏi trụ cơ hoành và ôm vòng quanh phía sau thực quản. Việc đặt một thông dạ dày sẽ làm cho quá trình bóc tách dễ dàng hơn.

TK X trước

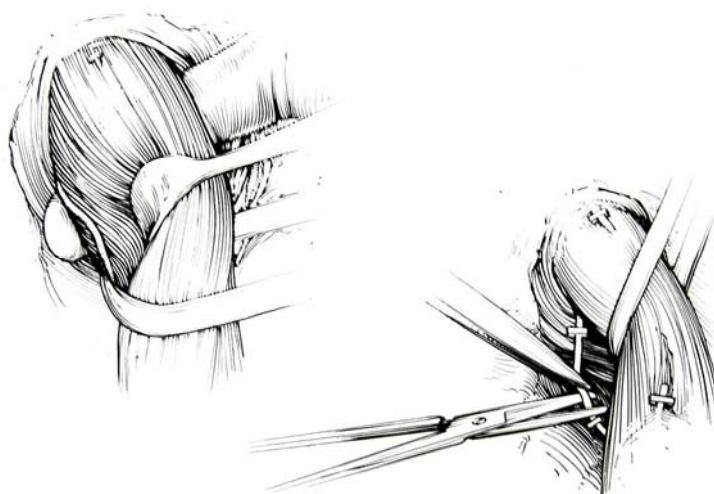


Luồn một Penrose quanh thực quản. Ép vùng nối thực quản-dạ dày xuống hay kéo bờ cong nhỏ xuống sẽ làm sợi thần kinh X trước nối gồ lên trên thực quản và khi sờ thần kinh X sẽ có cảm giác như sờ “một sợi dây đàn”.

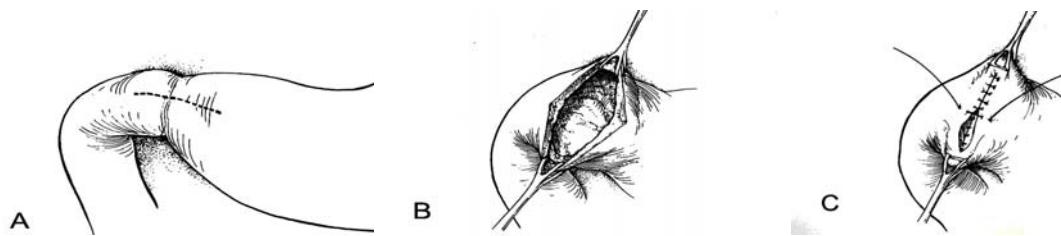


Dùng móc thần kinh móc quanh sợi thần kinh X trước. Di động móc lên xuống. Cắt một đoạn thần kinh gởi giải phẫu bệnh để khẳng định chẩn đoán.

Kéo Penrose để nâng thực quản lên. Dùng ngón trỏ bàn tay phải sờ tìm sợi thần kinh X sau.



Thần kinh X sau được cắt theo cách thức tương tự.



Kỹ thuật mở rộng môn vị theo phương pháp Mikulicz: môn vị được xé theo trực ngang. Đường xé lấy môn vị làm trung điểm. Dùng Babcock hay hai mũi khâu đặt hai bên đường xé, trên môn vị. Kéo Babcock theo trực đứng của môn vị. Khâu khép đường xé theo trực đứng, một hay hai lớp, mũi rời. Nếu khâu hai lớp: lớp trong (khâu bằng chỉ tan) lấy lớp cơ-niêm; lớp ngoài (khâu bằng chỉ không tan) là mũi Lambert để vùi, lấy lớp thanh-cơ.

VIÊM RUỘT THÙA CẤP

1-Đại cương:

Dịch tễ học: viêm ruột thừa cấp là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất. Nam giới có tỉ lệ mắc bệnh hơi cao hơn so với nữ (1,7:1). Độ tuổi mắc bệnh thường gặp nhất: 15-30 tuổi.

Cơ chế hầu hết là do tắc nghẽn lòng ruột thừa. Nguyên nhân của sự tắc nghẽn thường gặp nhất là sự phì đại hạch bạch huyết thành ruột thừa do viêm nhiễm. Các nguyên nhân gây tắc nghẽn khác là: sạn phân, dị vật, u bướu...

Giải phẫu: ruột thừa có chiều dài thay đổi (2-20 cm). Gốc ruột thừa là nơi hội tụ của ba dái cơ dọc của manh tràng. Gốc ruột thừa tương đối cố định về mặt giải phẫu, nhưng đầu ruột thừa có thể thay đổi vị trí. Đầu của ruột thừa có thể nằm ở các vị trí sau: sau manh tràng trong phúc mạc (65%), chậu hông (30%), sau phúc mạc (2%), trước hồi tràng (1%), sau hồi tràng (0,4%). Khi manh tràng thay đổi vị trí (do ruột xoay chưa hoàn chỉnh), ruột thừa có thể nằm ở cao hơn vị trí bình thường (dưới gan). Ở BN bị đảo ngược phủ tạng, ruột thừa nằm ở hố chậu trái.

Vi khuẩn học: vi khuẩn gây bệnh bao gồm cả chủng hiếu khí và yếm khí. Chủng vi khuẩn hiếu khí thường gặp nhất là E. coli, chủng yếm khí thường gặp nhất là Bacteroides fragilis. Cây khuẩn dịch quanh ruột thừa cho kết quả dương tính trong hầu hết các trường hợp ruột thừa đã vỡ mủ. Một tỉ lệ đáng kể các trường hợp ruột thừa hoại tử cũng cho kết quả cây khuẩn dương tính. Tuy nhiên, đối với các trường hợp còn lại, tỉ lệ cây khuẩn dương tính thường không đáng kể.

Thể lâm sàng của viêm ruột thừa cấp (hình 1): chiếm tỉ lệ cao nhất là viêm ruột thừa chưa vỡ mủ. Viêm ruột thừa chưa vỡ mủ diễn tiến qua ba giai đoạn: phù nề (sung huyết), nung mủ, hoại tử. Ruột thừa viêm vỡ mủ tự do dẫn đến viêm phúc mạc, trước tiên là viêm phúc mạc chậu, sau đó là viêm phúc mạc toàn thể. Ruột thừa vỡ mủ nhưng được khu trú bởi các quai ruột hay mạc nối lớn bao quanh dẫn đến hình thành áp-xe ruột thừa. Số lượng mủ trong áp-xe ruột thừa có thể thay đổi. Nếu mủ được dẫn lưu ngược vào manh tràng, phản ứng nhiễm trùng có thể được dập tắt, dẫn đến hình thành đám quánh ruột thừa. Ngược lại, ở áp-xe có thể vỡ mủ, gây viêm phúc mạc (kỳ hai). Đám quánh ruột thừa cũng có thể là kết quả của sự bao bọc ruột thừa, viêm nhưng chưa vỡ mủ, bởi các tạng chung quanh, kết hợp với hoạt động của các đại thực bào cùng các bạch cầu, làm cho phản ứng viêm ruột thừa bị dập tắt.

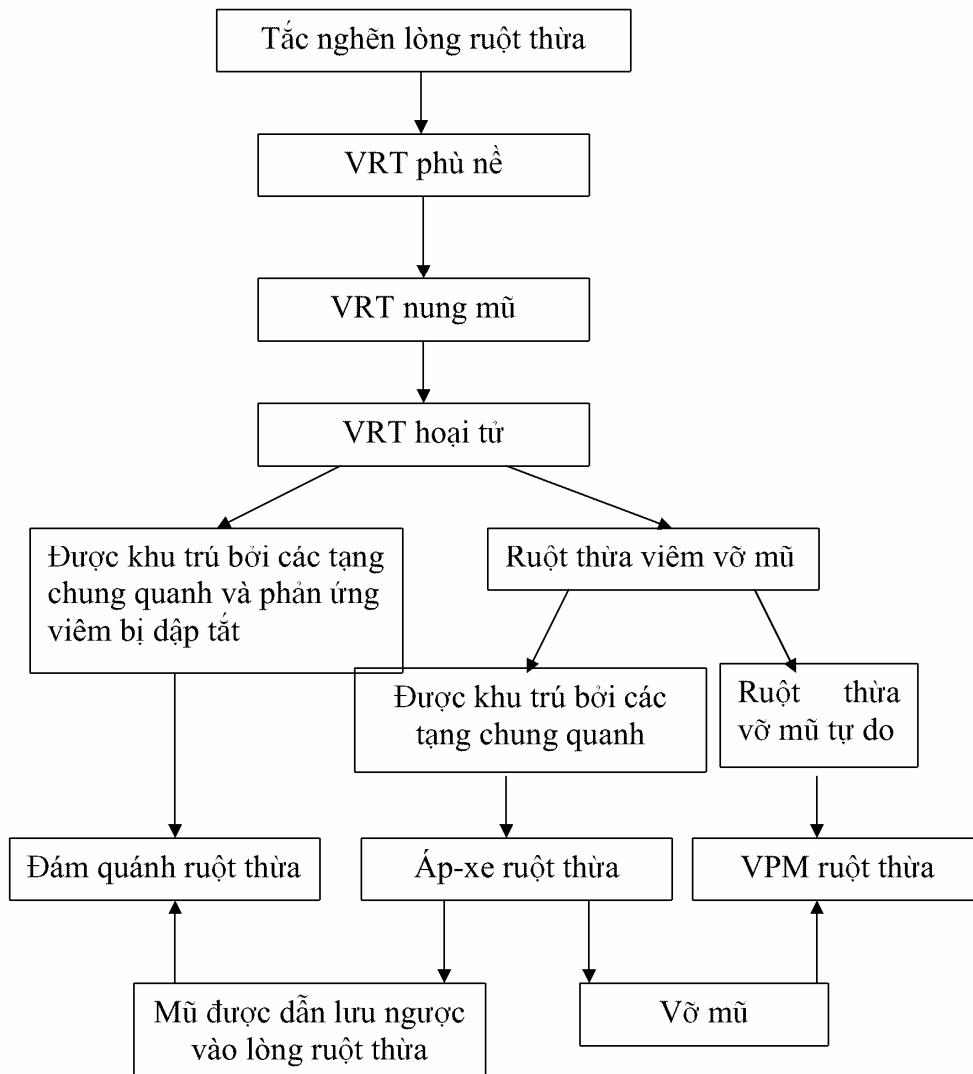
Ruột thừa, khi bị viêm cấp tính, thường vỡ mủ sau 24 giờ. Ở một số BN, ruột thừa có thể vỡ mủ sau 12 giờ. Có trường hợp ruột thừa vỡ mủ sau 6 giờ kể từ lúc BN khởi phát cơn đau. Trên thực tế lâm sàng, không thể đoán trước được khi nào thì một ruột thừa viêm cấp sẽ vỡ mủ.

Tiền lượng của một BN bị viêm ruột thừa cấp phụ thuộc vào các yếu tố: thể lâm sàng của viêm ruột thừa, tuổi tác của BN, các bệnh lý nội khoa mà BN mắc phải.

Viêm ruột thừa mãn tính là một bệnh lý hiếm gặp của ruột thừa. Nguyên nhân là do lòng ruột thừa bị tắc nghẽn sau đó tự tái thông thương và hiện tượng này có thể lập đi lập lại nhiều lần.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:



Hình 1- Diễn tiến và các thể lâm sàng của viêm ruột thừa cấp

2.1.1-Viêm ruột thừa chưa vỡ mủ:

Triệu chứng cơ năng: đau bụng và chán ăn là triệu chứng luôn có mặt. Trong trường hợp điển hình, BN trước tiên sẽ có cảm giác ấm i vùng bụng quanh rốn hay thượng vị, sau đó cơn đau sẽ di trú xuống $\frac{1}{4}$ bụng dưới phải. BN có thể sốt nhẹ. Nôn ói có thể xảy ra nhưng thường không đáng kể.

Khám lâm sàng: BN thường sốt nhẹ (thân nhiệt thường khoảng 38°C). Dấu hiệu thường gặp nhất khi khám bụng là ấn đau vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải bụng. Nếu ruột thừa nằm ở vị trí thường gặp nhất của nó, BN sẽ đau nhiều nhất khi ấn bụng ở vị trí tương ứng với điểm Mc Burney. Dấu hiệu gồng cơ ở vùng này (đè kháng thành bụng) hay phản ứng dội, hay phản ứng thành bụng, nếu có, sẽ có giá trị cao trong chẩn đoán.

2.1.2-Viêm phúc mạc ruột thừa:

BN bị đau bụng với các tính chất như đã mô tả trong phần trên. Sau 24 giờ, BN đau nhiều hơn và lan rộng hơn.

BN thường sốt vừa hay sốt cao (thân nhiệt $39\text{-}40^{\circ}\text{C}$).

Khám bụng: bụng chướng hơi, có dấu hiệu gồng cơ và ấn đau vùng dưới rốn (viêm phúc mạc chậu) hay khắp bụng (viêm phúc mạc toàn thể)

2.1.2-Áp-xe ruột thừa:

BN bị đau bụng với các tính chất như đã mô tả trong phần trên. Sau 24 giờ, BN đau nhiều hơn nhưng vẫn khu trú ở $\frac{1}{4}$ dưới phải bụng. Sốt vừa hay sốt cao (thân nhiệt 39-40°C). Khám bụng: bụng xẹp. Nếu thành bụng mỏng, có thể thấy một khối hơi gồ lên trên thành bụng vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải. Một khối ấn rất đau luôn luôn sờ được ở vùng này.

2.1.3-Đám quánh ruột thừa:

BN bị đau bụng với các tính chất như đã mô tả trong phần trên. Sau 24 giờ, BN bớt đau hẳn. Khám lâm sàng thấy BN không sốt, tuy nhiên khám bụng sờ thấy một khối chắc không đau ở vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Xét nghiệm huyết học:

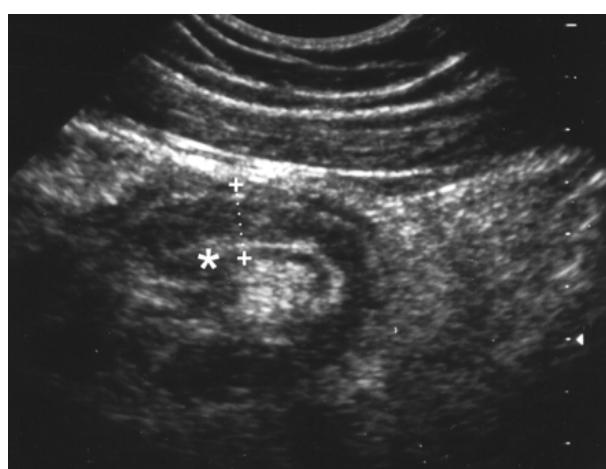
Số lượng bạch cầu tăng (12.000-18.000, trong trường hợp ruột thừa chưa vỡ mủ), tỉ lệ neutrophil tăng. Hầu hết BN bị viêm phúc mạc ruột thừa có số lượng bạch cầu trên 18.000. Số lượng bạch cầu bình thường nhưng tỉ lệ neutrophil tăng cũng có giá trị chẩn đoán viêm ruột thừa. Số lượng bạch cầu bình thường không loại trừ chẩn đoán viêm ruột thừa.

2.2.2-Xét nghiệm nước tiểu: Có thể có tiêu mủ nhẹ, tiêu hồng cầu vi thể nếu ruột thừa viêm nằm trong hốc chậu, cạnh bàng quang.

2.2.3-X-quang bụng không sonda không có giá trị chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Một số dấu hiệu X-quang có tính chất gợi ý như: sỏi phân cản quang, liệt đoạn cuối hồi tràng, cột sống cong, lõm về bên phải... Trong viêm phúc mạc ruột thừa, trên X-quang bụng có thể thấy: hơi tự do trong xoang bụng (chiếm tỉ lệ rất nhỏ: 1-2%), mất đường sáng của lớp mỡ tiền phúc mạc vùng hố chậu phải, bóng cơ psoas bị mờ, liệt ruột (ruột chướng hơi), có dịch giữa các quai ruột (khoảng cách giữa các quai ruột tăng)... Hiện nay X-quang bụng không còn được chỉ định để chẩn đoán viêm ruột thừa.

2.2.4-Siêu âm:

Các dấu hiệu của viêm ruột thừa cấp (hình 2):



Hình 2- Hình ảnh viêm ruột thừa cấp trên siêu âm ở một BN 19 tuổi: cấu trúc hình ống, kích thước 8 mm, ấn không xẹp. Có hiện tượng viêm lớp mỡ quanh ruột thừa

Dấu hiệu trực tiếp:

- Cấu trúc hình ống (hay hình tròn), đường kính ≥ 7 mm, ép không xẹp
- Đường niêm mạc mất liên tục

- Hình ảnh sỏi phân

Dấu hiệu gián tiếp: ít dịch vùng $\frac{1}{4}$ bụng dưới phải.

Khi ruột thừa vỡ mủ, gây viêm phúc mạc: các quai ruột chướng hơi, có dịch trong xoang bụng.

Áp-xe ruột thừa: khối có phản âm của mủ hay hỗn hợp ở $\frac{1}{4}$ dưới phải bụng.

Siêu âm có giá trị chẩn đoán khá cao (độ nhạy > 85%, độ đặc hiệu > 90%).

Các trường hợp làm hạn chế vai trò chẩn đoán của siêu âm: ruột thừa sau manh tràng hay manh tràng chướng hơi, ruột thừa trong chậu hông, ruột thừa đã vỡ mủ...

2.2.5-X-quang điện toán cắt lớp (CT):

Tốt nhất là chụp với thuốc cản quang trong lòng đại tràng và hòi tràng.

Các dấu hiệu của viêm ruột thừa cấp:

- Ruột thừa căng to (hình bia, hình ảnh “vầng hào quang”), lòng ruột thừa không có thuốc cản quang
- Có tụ dịch quanh ruột thừa
- Thành manh tràng dày, phù nề (tăng đậm độ)
- Phản ứng viêm của các bờm mỡ quanh ruột thừa (hình ảnh “mỡ do”)

Các dấu hiệu của áp-xe hay khối viêm tủy ruột thừa: khối có đậm độ của mủ hay đậm độ hỗn hợp.

CT có độ nhạy trên 90%. Giá trị chẩn đoán của CT đối với áp-xe ruột thừa cao hơn viêm ruột thừa chưa vỡ mủ.

2.2.6-Y học hạt nhân:

Nguyên tắc: dùng bạch cầu (hay IgG) được đánh dấu bằng Tc 99m để phát hiện các tổn thương viêm nhiễm.

Thời gian thực hiện: 1-3 giờ, chưa kể thời gian đánh dấu phóng xạ.

Được chỉ định khi nghi ngờ viêm ruột thừa mãn tính (BN có những cơn đau vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải, các chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CT, X-quang đại tràng, nội soi đại tràng... cho kết quả âm tính).

2.2.7-Nội soi xoang bụng chẩn đoán:

Chỉ định thường nhất là chẩn đoán phân biệt giữa viêm ruột thừa cấp với các bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu ở phụ nữ.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Trong thực tế viêm ruột thừa cấp cần được chẩn đoán phân biệt với tất cả các bệnh lý gây đau bụng cấp khác (bảng 1)

Đối tượng	Chẩn đoán	Đặc điểm
Trẻ em	Viêm dạ dày-ruột cấp tính	BN tiêu chảy, nôn ói nhiều. Xét nghiệm phân cho thấy có sự hiện diện nhiều bạch cầu
	Viêm túi thừa Meckel	Ngoài vị trí đau ở gần rốn hơn so với vị trí đau của viêm ruột thừa cấp, các triệu chứng lâm sàng khác của viêm túi thừa Meckel tương tự như triệu chứng lâm sàng của viêm ruột thừa cấp
	Viêm hạch mạc treo	BN thường có triệu chứng viêm đường hô hấp trên

		kèm theo. Siêu âm có thể phát hiện hạch mạc treo phì đại
	Lòng ruột	Chẩn đoán sẽ rõ ràng nếu như khối lồng sờ được ở vùng quanh rốn
Người trẻ	Cơn đau quặn thận	Đau bụng đột ngột, dữ dội, đau lan ra vùng hông lưng hay xuống đùi. Xét nghiệm nước tiểu cho thấy có sự hiện diện nhiều hồng cầu. Siêu âm có thể cho hình ảnh thận chướng nước, niệu quản dẫn
	Thoát vị bẹn nghẹt, viêm hay xoắn tinh hoàn cấp	Chẩn đoán sẽ được xác định khi thăm khám vùng bẹn bìu (xem bài thoát vị thành bụng)
	Áp-xe cơ thắt lưng chậu	Dấu hiệu cơ thắt lưng chậu dương tính. Chẩn đoán xác định bằng siêu âm
Trẻ gái, phụ nữ	Nang trứng vỡ (hội chứng Mittelschmetz) hay nang hoàng thể vỡ	Không sốt, số lượng bạch cầu không tăng, cơn đau xuất hiện vào khoảng giữa chu kỳ kinh (nang trứng vỡ) hay cuối kỳ kinh (nang hoàng thể vỡ). Chẩn đoán xác định bằng nội soi xoang bụng
	Các khối u buồng trứng gây đau (xoắn u nang buồng trứng)	Thăm âm đạo sờ được khối đau cạnh tử cung. Chẩn đoán xác định bằng siêu âm
	Thai ngoài tử cung	Trễ kinh hay ra huyết âm đạo bất thường, xét nghiệm thai dương tính, siêu âm không thấy túi thai trong tử cung
	Bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu	Sốt, đau bụng vùng hạ vị. Thăm âm đạo: âm đạo có huyết trắng đục và hơi, lắc cổ tử cung bệnh nhân đau nhiều, sờ được khối đau cạnh tử cung. Chẩn đoán xác định bằng siêu âm hay nội soi xoang bụng
	Sỏi kẹt cổ túi mật	Bụng đau dữ dội hơn, nôn ói nhiều. Có thể sờ thấy túi mật thông dưới bờ sườn phải. Siêu âm: túi mật căng to, có sỏi nằm ở vùng cổ túi mật
Người trung niên, lớn tuổi	Ung thư manh tràng	Bụng đau âm i kéo dài, có hội chứng thiếu máu, có khối u không đau hay đau ít vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải bụng. Chẩn đoán xác định bằng X-quang đại tràng hay CT
	Lao hòi manh tràng	Bụng đau âm i kèm tiêu chảy kéo dài. Bụng sờ được khối u không đau hay đau ít vùng cạnh phải rốn. X-quang phổi có thể có tổn thương lao tiến triển. Chẩn đoán xác định bằng X-quang đại tràng hay CT
	Áp-xe gan	Sốt, đau hạ sườn phải. Khám thấy gan to đau. Dấu hiệu rung gan dương tính. Chẩn đoán xác định bằng siêu âm
	Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng	Tiền căn đau vùng thượng vị, cơn đau khởi phát đột ngột và dữ dội, X-quang có hơi tự do trong xoang bụng
	Viêm tuy cấp	Xét nghiệm amylase sẽ khẳng định chẩn đoán

Bảng 1- Các chẩn đoán phân biệt của viêm ruột thừa cấp

2.4-Thái độ chẩn đoán:

2.4.1-BN nhập viện vì đau bụng khu trú:

Phần lớn (60%) các trường hợp viêm ruột thừa cấp được chẩn đoán xác định bằng khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng (bảng 2).

Đau thượng vị hay quanh rốn sau đó di trú xuống $\frac{1}{4}$ dưới phải bụng Chán ăn

Sốt nhẹ (thân nhiệt $38^{\circ}C$) hay BC ≥ 12.000
--

Bụng ấn đau khu trú $\frac{1}{4}$ dưới phải

Bảng 2- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm ruột thừa cấp

Trong trường hợp không điển hình (bảng 3), có thể cần đến vai trò của các chẩn đoán hình ảnh.

BN có độ tuổi trên 30 hay nhỏ hơn 15, BN là phụ nữ (đặc biệt phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục), BN lớn tuổi.

BN có những cơn đau tương tự trước đó

BN đau kéo dài trên 24 giờ

BN có các triệu chứng “không phù hợp”: nôn ói nhiều, đau dữ dội, tiêu chảy, tiêu gắt, rối loạn kinh nguyệt, ra huyết âm đạo bất thường...

BN có vị trí đau “không phù hợp”(đau thấp ở vùng hạ vị hay cao ở hạ sườn)

Bảng 3- Các dấu hiệu ít phù hợp với chẩn đoán viêm ruột thừa cấp

Siêu âm, do có tính cơ động, rẻ tiền và có giá trị chẩn đoán cao, là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chọn lựa trước tiên. Khi nghi ngờ ruột thừa viêm nằm ở trong hố chậu, CT thường được chỉ định hơn là siêu âm qua ngã âm đạo. Khi chưa loại trừ được bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu, hoặc các trường hợp siêu âm hay CT cho kết quả âm tính, nội soi xoang bụng thường được chỉ định.

Chú ý:

Nên xét nghiệm thai (QS) cho tất cả các BN nữ

Đừng quên thăm khám vùng bẹn biu và thăm âm đạo/trực tràng ở BN có vị trí đau thấp

2.4.2-BN nhập viện vì đau bụng toàn thể:

Yêu cầu trước tiên là chẩn đoán xác định BN có bụng ngoại khoa hay không (bảng 4). Cần chú ý đến biểu hiện nhiễm trùng (sốt, bạch cầu tăng), bụng ấm đau và göng cơ lan rộng, có dịch trong xoang bụng (trên siêu âm hay CT).

Các dấu hiệu nghi ngờ một “bụng ngoại khoa”	Các dấu hiệu của một “bụng nội khoa”
<p><i>Đau dữ dội trong vòng 1 giờ trước nhập viện</i></p> <p><i>Đau bụng trước khi nôn ói</i></p> <p><i>Thân nhiệt > 38 °C</i></p> <p><i>Nhịp tim >110/phút</i></p> <p><i>Số lượng bạch cầu tăng, tỉ lệ neutrophil tăng</i></p> <p><i>Dấu hiệu của phúc mạc</i></p> <p><i>Tuổi > 65</i></p>	<p><i>Không chán ăn</i></p>

Bảng 4- Các dấu hiệu nghi ngờ một bụng ngoại khoa

Cũng cần nghĩ đến một số bệnh lý ngoài xoang bụng (bảng 5) có thể làm cho BN có cảm giác đau bụng.

<i>Tim mạch:</i>	<i>Niệu khoa:</i>
<i>Viêm phổi</i>	<i>Viêm bể thận</i>
<i>Viêm mủ màng phổi</i>	<i>Áp-xe quanh thận</i>
<i>Nhồi máu cơ tim</i>	<i>Sỏi thận, sỏi niệu quản gây bé tắc</i>
<i>Thấp tim cấp</i>	<i>Viêm tiền liệt tuyến</i>
<i>Phình DMC ngực bóc tách</i>	<i>Viêm túi tinh</i>
<i>Huyết học:</i>	<i>Viêm mào tinh</i>
<i>Bệnh bạch cầu</i>	<i>Bệnh chuyển hóa:</i>
<i>Đợt cấp bệnh hồng cầu liềm</i>	<i>Tăng urê huyết tương</i>
<i>Thần kinh:</i>	<i>Nhiễm toan tiểu đường</i>
<i>Viêm tuy sống</i>	<i>Porphyria</i>
<i>U tuy</i>	<i>Đợt cấp bệnh Addison</i>
<i>Herpes Zoster</i>	<i>Ngô độc:</i>
<i>Động kinh thể bụng (abdominal epilepsy)</i>	<i>Nhiễm trùng huyết</i>
	<i>Côn trùng, rắn, nhện cắn</i>

<i>Migrain thể bụng</i>	<i>Thuốc Ngộ độc chì</i>
-------------------------	------------------------------

Bảng 5- Các bệnh lý ngoài xoang bụng gây triệu chứng đau bụng

Việc kế tiếp là phải loại trừ bệnh lý viêm phúc mạc nhưng không có chỉ định hay chưa cần thiết phải điều trị bằng phẫu thuật (viêm phúc mạc nguyên phát) (bảng 6). Đối tượng cần phải nghĩ đến và loại trừ viêm phúc mạc nguyên phát là: BN nghiện rượu mãn, BN suy thận mãn, BN có hội chứng thận hư...

Tác nhân:*Escherichia coli**Klebsiella**Streptococcus Pneumoniae**Enterococcus faecalis**Chẩn đoán bằng CHỌC HÚT DỊCH BÁNG:**Bạch cầu > 500/mm³, neutrophil > 250/mm³**Cấy dịch báng: thường âm tính***Triệu chứng:***Đau bụng (không có phản ứng dội)**Sốt, ớn lạnh**Số lượng bạch cầu tăng**Bảng 6- Viêm phúc mạc nguyên phát*

Có thể chẩn đoán phân biệt giữa viêm phúc mạc ruột thừa và viêm phúc mạc thứ phát do các nguyên nhân khác: cần dựa vào tiền căn, bệnh sử, thăm khám lâm sàng và các chẩn đoán cận lâm sàng. Các dấu hiệu nghiêng về chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa là: BN trong độ tuổi “viêm ruột thừa”, BN có tiền căn khoẻ mạnh, BN sốt vừa hay sốt cao, bụng ấn đau nhiều nhất ở vùng ¼ dưới phải.

2.4.3-BN nhập viện vì khói u đau ở bụng:

Bắt buộc phải có các chẩn đoán hình ảnh.

Nếu BN đau cấp tính: siêu âm là chọn lựa trước tiên, kế đến là CT.

Nếu BN đau kéo dài: siêu âm, CT, nội soi đại tràng hay X-quang đại tràng thường được chỉ định để loại trừ các “khối u” không có nguồn gốc từ viêm ruột thừa (u manh tràng hay đại tràng lén, lao hôi manh tràng, u sau phúc mạc...). Nếu BN có các hình ảnh sau đây, chẩn đoán áp-xe ruột thừa sẽ được loại trừ: thành manh tràng hay đại tràng lén dày và nham nhở, thành hôi tràng dày và lòng hôi tràng bị hẹp lại, thuốc cản quang hiện diện trong lòng ruột thừa...

2.4.4-BN có thai:

Viêm ruột thừa cấp và viêm túi mật cấp là hai bệnh lý gây đau bụng phổ biến nhất ở phụ nữ mang thai.

Chẩn đoán viêm ruột thừa cấp ở phụ nữ mang thai cần chú ý đến các đặc điểm sau đây:

- Sau tháng thứ năm, vị trí giải phẫu của ruột thừa bắt đầu thay đổi: ruột thừa được nâng cao dần và xoay hướng về giữa bụng.
- Nôn ói có thể là triệu chứng của thai kỳ trong ba tháng đầu.
- Phụ nữ có thai thường có số lượng bạch cầu cao hơn bình thường.

Siêu âm có giá trị trong chẩn đoán, nhưng độ nhạy không cao bằng trường hợp không mang thai.

Các chẩn đoán X-quang phải được hạn chế tối đa, đặc biệt là trong ba tháng đầu của thai kỳ.

Thái độ chẩn đoán:

- Phải nghĩ đến chẩn đoán viêm ruột thừa cấp nếu thai phụ có triệu chứng đau vùng bụng phía bên phải.
- Siêu âm luôn cần thiết để chẩn đoán viêm ruột thừa và đánh giá tình trạng của túi mật, thận phải, thai, nhau và tử cung.
- Chỉ cần nghi ngờ viêm ruột thừa cấp cũng đủ để có chỉ định phẫu thuật trong tất cả các tháng của thai kỳ.

3-Điều trị:

3.1-Viêm ruột thừa chưa vỡ mủ:

3.1.1-Thái độ điều trị:

Phẫu thuật cắt ruột thừa là phương pháp điều trị duy nhất và được xếp vào loại phẫu thuật khẩn cấp. Điều trị nội khoa với kháng sinh liều cao (hiệu quả có thể đến 60%) chỉ được chỉ định ở BN không thể tiếp cận được các cơ sở ngoại khoa (vùng sâu, trên biển...)

3.1.2-Chuẩn bị phẫu thuật:

BN nhịn ăn uống, được truyền dịch. Dịch truyền được chọn là Ringer's lactate, hay Ringer-Glucose 5%. Nếu phương pháp vô cảm được chọn lựa là gây mê toàn thân, BN sẽ được đặt một thông dạ dày.

Kháng sinh cần thiết để hạn chế nguy cơ nhiễm trùng sau mổ. Việc sử dụng kháng sinh trong trường hợp ruột thừa chưa vỡ mủ là kháng sinh dự phòng. Loại kháng sinh được chọn lựa là cefoxitin hay cefotetan. Kháng sinh thường được cho thêm một liều thứ hai cách liều đầu 12 giờ. Thời gian sử dụng kháng sinh có thể kéo dài hơn, nếu như khi mổ tồn thương là viêm ruột thừa hoại tử, xoang bụng có dịch đục, sốt sau mổ...

3.1.3-Nguyên tắc phẫu thuật:

- Đường rạch da: đường chéo ở $\frac{1}{4}$ bụng dưới phải
- Khi vào xoang bụng, chú ý đến tính chất và màu sắc của dịch, nếu có
- Tìm manh tràng trước, lần theo ba dãi cơ dọc của manh tràng để tìm ruột thừa
- Đưa ruột thừa về phía vết mổ. Nếu manh tràng kém di động, có thể phải rạch nếp gấp phúc mạc để di động manh tràng
- Kẹp cắt mạc treo ruột thừa trước khi kẹp cắt gốc ruột thừa
- Gốc ruột thừa có thể buộc hay khâu buộc, có thể vùi gốc hay không. Nếu vùi gốc ruột thừa, chú ý kiểm tra van hồi manh tràng
- Châm sạch dịch trong xoang bụng vùng hố chậu phải. Nếu dịch đục và phúc mạc hố chậu phải bị viêm khu trú, có thể tưới rửa khu trú hố chậu phải
- Không dẫn lưu
- Đóng bụng, khâu da kỹ đầu

3.1.4-Các tình huống đặc biệt của phẫu thuật:

Khi gốc ruột thừa bị hoại tử và tồn thương hoại tử lan rộng ra phần đáy manh tràng manh tràng, tùy mức độ có thể chọn một trong các phương pháp sau:

- Khâu manh tràng kỹ đầu, dẫn lưu cạnh manh tràng
- Mở manh tràng ra da (trực tiếp hay qua ống)

- Cắt khói hôi-manh tràng

Nếu tìm thấy ruột thừa bình thường: mở rộng vết mổ, thám sát hôi tràng, manh tràng, phần phụ, đại tràng xích-ma, tìm xem có hạch mạc treo hay viêm túi thừa Meckel. Nếu xoang bụng có dịch vàng xanh: đóng vết mổ, mở bụng đường giữa, tim và xử trí tổn thương. Đa số các tác giả đồng ý cắt ruột thừa, trừ trường hợp có tổn thương (viêm nhiễm, u bướu) ở vùng đáy manh tràng (vì có thể gây dò manh tràng).

3.1.5-Chăm sóc sau mổ:

- Cho BN ăn ngay sau khi BN tỉnh hăn
- Có thể cho xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 2
- Thời gian để BN có thể trở lại hoạt động bình thường: từ 2-6 tuần

3.1.6-Điều trị viêm ruột thừa cấp bằng phẫu thuật nội soi:

Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa ngày càng được nhiều phẫu thuật viên tiến hành. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi vẫn chưa được xem là một biện pháp điều trị thường quy đối với viêm ruột thừa cấp.

Lợi điểm của cắt ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi là: ít nhiễm trùng vết mổ hơn, ít đau sau mổ hơn, thẩm mỹ hơn, thời gian nằm viện tương đối ngắn hơn, thời gian trở lại hoạt động bình thường ngắn hơn, ít dính ruột sau mổ hơn.

Tuy nhiên, so với mổ mở, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa có những hạn chế sau: thời gian mổ kéo dài hơn, tỉ lệ nhiễm trùng trong xoang bụng sau mổ cao hơn.

Những BN bị viêm ruột thừa có thành bụng dày mỡ, có ruột thừa viêm nằm ở vị trí không bình thường, chưa loại trừ được bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu là những “ứng cử viên” cho phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi.

3.2-Áp-xe ruột thừa:

Nếu ổ áp-xe vách hoá rõ: dẫn lưu mủ đơn thuần là phương pháp được chọn lựa trước tiên. Việc cố gắng cắt ruột thừa có thể dẫn đến nhiều biến chứng và di chứng sau mổ. Nếu thành bụng là một phần của thành ổ áp-xe, có thể điều trị không phẫu thuật bằng cách chọc hút mủ (lưu catheter hay chọc hút nhiều lần đều được chấp nhận) dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay phẫu thuật dẫn lưu ngoài phúc mạc.

Nếu các tạng chung quanh ruột thừa dính lỏng lẻo: cố gắng tìm và cắt ruột thừa và xử lý gốc ruột thừa tốt, kết hợp dẫn lưu tại chỗ.

Kháng sinh: luôn được cho ngay sau khi có chẩn đoán. Loại kháng sinh và thời gian sử dụng kháng sinh tuân theo nguyên tắc như trong viêm phúc mạc ruột thừa.

3.3-Đáy quánh ruột thừa: cắt ruột thừa trì hoãn (cắt ruột thừa “nguội”) sau 4-12 tuần.

3.4-Viêm phúc mạc ruột thừa:

Phẫu thuật là chỉ định tuyệt đối.

BN cần phải được hồi sức và chuẩn bị trước mổ:

- Bồi hoàn dịch và điện giải
- Kháng sinh: chưa có một phác đồ điều trị kháng sinh nào được cho là tối ưu trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa. Cần chú ý các điều sau đây khi chỉ định kháng sinh:
 - Phổ kháng sinh phải bao gồm chủng gram âm yếm khí

- Việc kết hợp nhiều loại kháng sinh sẽ làm tăng nguy cơ vi khuẩn kháng thuốc
- Các phác đồ điều trị kháng sinh sau đây có thể được cân nhắc đến:
 - Gentamycin + metronidazole
 - Cephalosporin thế hệ ba + metronidazole
 - Imipenem
- Cho BN thuốc giảm đau, hạ sốt
- Đặt thông dạ dày

Nguyên tắc phẫu thuật:

- Gây mê toàn thân
- Rạch da đường giữa, dưới rốn
- Không cần cấy mủ (trừ trường hợp BN bị suy giảm miễn dịch, mắc các bệnh lý làm thay đổi chủng vi khuẩn thường trú ở ruột)
- Sau khi cắt ruột thừa, rửa xoang bụng bằng nước ấm, đặt dẫn lưu Douglas. Cân nhắc đến việc đặt nhiều ống dẫn lưu nếu xoang phúc mạc viêm nhiễm nặng.
- Đa số phẫu thuật viên chọn phương pháp khâu da kỳ đầu thay vì khâu da kỳ đầu muộn như trước đây, trừ trường hợp hầm như chắc chắn có nhiễm trùng vết mổ.

Sau mổ:

- Cho BN vận động sớm
- Cho thuốc giảm đau, kháng sinh, tiếp tục bồi hoàn nước và điện giải. Kháng sinh thường được kéo dài 7-10 ngày sau mổ (hay 24 giờ kể từ lúc BN hết sốt và công thức bạch cầu trở lại bình thường).
- Khi có trung tiện, bắt đầu cho BN ăn uống.
- Ống dẫn lưu thường được rút vào ngày hậu phẫu 3-5. Có thể siêu âm bụng kiểm tra trước khi rút ống dẫn lưu, tuy nhiên, lượng và tính chất dịch qua ống dẫn lưu có vai trò quyết định đến việc rút ống dẫn lưu hơn là kết quả siêu âm bụng.

Phẫu thuật nội soi có thể được tiến hành ở BN bị viêm phúc mạc ruột thừa. Tuy nhiên, tỉ lệ áp-xe tồn lưu sau phẫu thuật nội soi cao hơn đáng kể so với mổ mở.

3.5-Kết quả phẫu thuật:

Tỉ lệ biến chứng: 10%.

Tỉ lệ tử vong:

- Viêm ruột thừa chưa vỡ mủ: 0%
- Viêm phúc mạc ruột thừa: 1% (người lớn tuổi: 5%)

3.6-Biến chứng phẫu thuật:

3.6.1-Nhiễm trùng vết mổ:

Tỉ lệ dưới 5% nếu viêm ruột thừa chưa có biến chứng.

Chẩn đoán: sốt, đau vết mổ ngày càng tăng. Nếu nhiễm trùng nồng: vết mổ sưng, đỏ. Nhiễm trùng nồng có thể dẫn đến áp-xe dưới da nếu không được phát hiện sớm. Nhiễm

trùng sâu (nhiễm trùng trong lớp cân cơ thành bụng) thường chỉ được chẩn đoán khi đã hình thành áp-xe trong thành bụng. Áp-xe thành bụng khác tụ dịch thành bụng ở chỗ BN có dấu nhiễm trùng. Chẩn đoán áp-xe thành bụng và tụ dịch thành bụng bằng siêu âm.

Xử trí: nếu nhiễm trùng nồng được phát hiện sớm, cắt chỉ, rửa vết thương bằng các dung dịch sát trùng (Bétadine) sẽ cho kết quả tốt. Khâu da kỳ hai khi vết thương sạch. BN bị áp-xe dưới da và áp-xe thành bụng phải được mở vết thương tháo mủ kết hợp chăm sóc vết thương và kháng sinh uống. Khỏi tụ dịch thành bụng thường được chọc hút bằng kim to.

3.6.2-Áp-xe tồn lưu trong xoang bụng:

BN sốt, đau và chướng bụng, chậm trung tiện. BN có thể tiêu chảy (do bán tắc ruột) hay tiêu phân nhầy lắt nhắt (áp-xe cùng đồ sau kích thích trực tràng). Cần làm CT hay siêu âm để xác định vị trí, kích thước, số lượng ổ áp-xe.

Xử trí:

- Nếu BN ổn định (bụng chướng và đau ít), siêu âm cho thấy bụng có ổ tụ dịch có thể chọc hút được: chọc hút dịch kết hợp kháng sinh.
- Nếu BN ổn định (bụng chướng và đau ít), siêu âm bụng có ít dịch hay tụ dịch nhiều ổ: thử điều trị với kháng sinh (gentamycin kết hợp metronidazole, hay imipenem, hay đôi kháng sinh khác nếu thấy cần thiết). Nếu không đáp ứng: phẫu thuật.
- Nếu BN không ổn định (sốt cao, bụng chướng và đau nhiều), siêu âm bụng có tụ dịch lượng nhiều: phẫu thuật rửa bụng, dẫn lưu xoang bụng

3.6.3-Dò manh tràng:

Vết mổ chảy dịch kéo dài. BN có thể sốt hay không. Cần chụp X-quang đường dò hay quang đại tràng để xác định chẩn đoán. Siêu âm giúp loại trừ áp-xe tồn lưu nếu BN có sốt.

Xử trí: rửa vết thương bằng các dung dịch sát trùng (Bétadine), kháng sinh. Mổ cắt khói hòi manh tràng nếu sau 2 tuần mà chỗ dò chưa lành.

3.6.4-Các biến chứng khác:

- Chảy máu
- Tắc ruột (1%): nguy cơ dính ruột ở BN bị viêm ruột thừa chưa vỡ mủ là không đáng kể, nhưng sẽ tăng đáng kể đối với BN bị viêm ruột thừa vỡ mủ.
- Thoát vị vết mổ: nguy cơ thoát vị vết mổ tỉ lệ thuận với nhiễm trùng vết mổ.
- Vô sinh
- Nhiễm trùng tiểu
- Viêm phổi...

Chú ý:

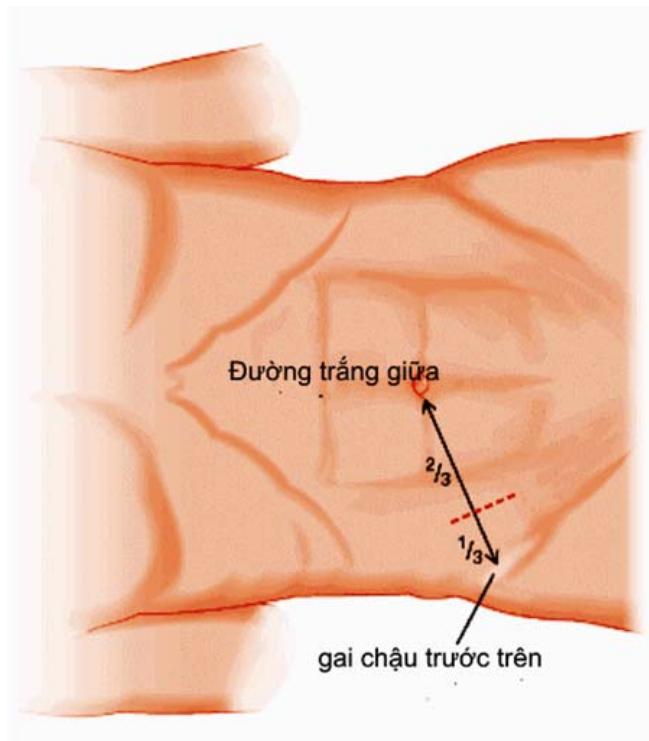
Tất cả mọi BN đều có thể bị viêm ruột thừa

Tất cả ruột thừa viêm đều cuối cùng dẫn đến hoại tử

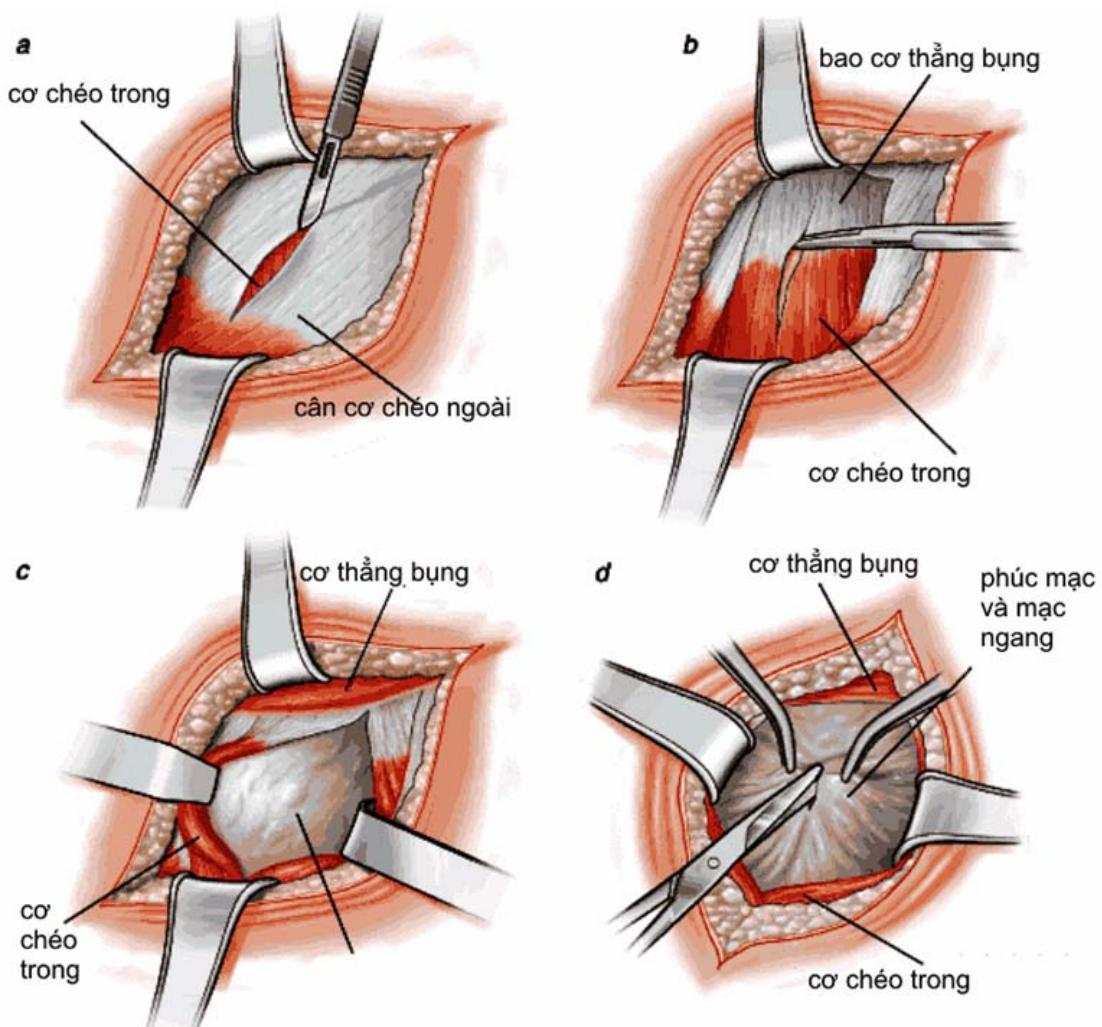
Tất cả mọi trường hợp viêm ruột thừa đều nên được phẫu thuật khẩn cấp

4-Kỹ thuật phẫu thuật:

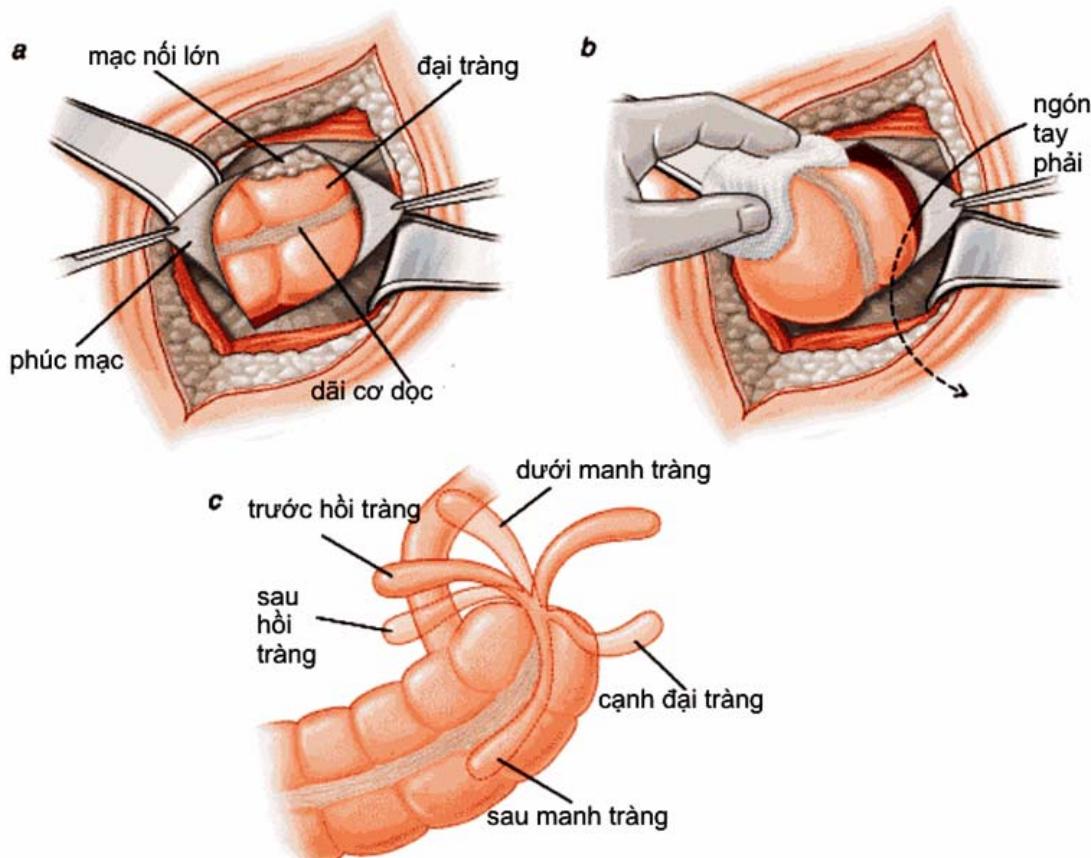
4.1-Cắt ruột thừa (mổ mổ):



Sau khi BN được gây mê, rửa thành bụng với dung dịch sát khuẩn và trải khăn vô khuẩn, bộc lộ vùng bụng $\frac{1}{4}$ dưới phải. Rạch da theo đường chéo vuông góc với đường thẳng nối gai chậu trước trên khoảng 2-3 cm (đường Mc Burney)

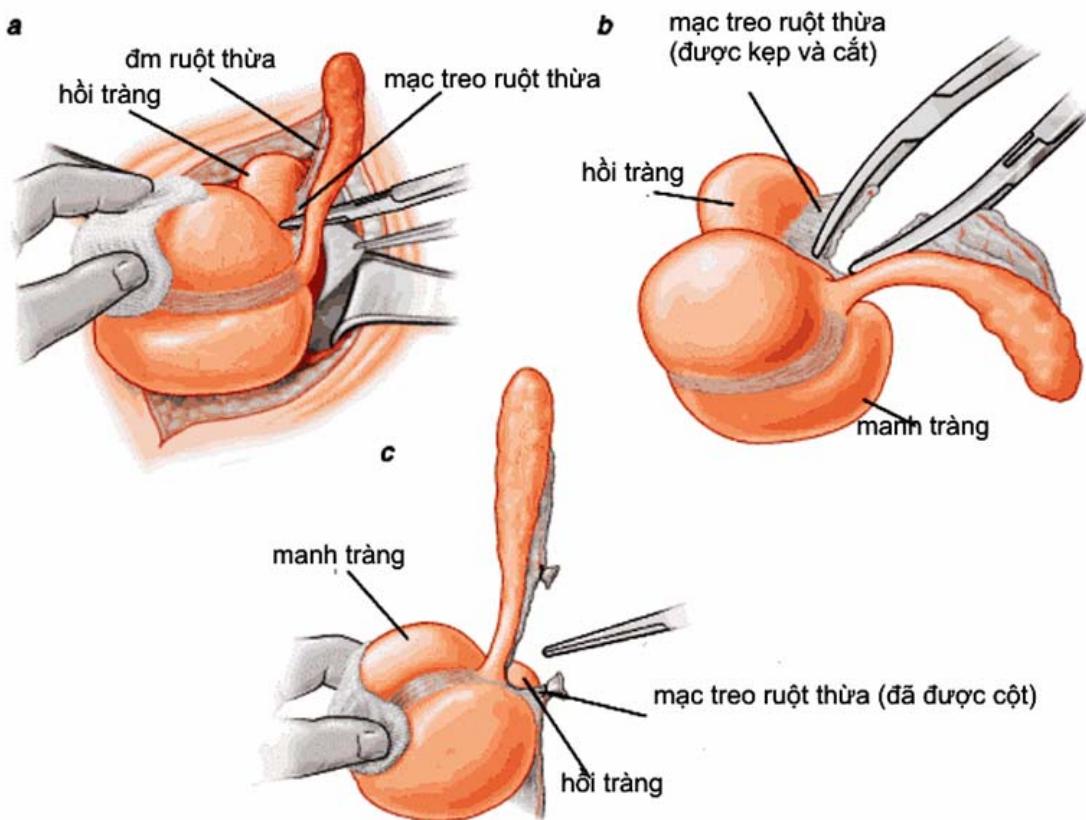


Tiếp tục cắt lớp mỡ và lớp cân dưới da (cân Scapa) cho đến lớp cân chéo ngoài. Rạch cân chéo ngoài, trước tiên bằng dao, sau đó dùng kéo xé dọc theo thớ các sợi cân. Tiếp tục tách các sợi cơ chéo trong và cơ ngang bụng, theo hướng gần như vuông góc với hướng rạch cân chéo ngoài. Phúc mạc thành sau đó được nhắc lên (cần thận để tránh phạm phải các tạng). Xé phúc mạc theo chiều ngang. Nếu cần phải mở rộng vết mổ, cắt mở lá trước cơ thẳng bụng và vén cơ thẳng bụng vào trong (không cắt ngang cơ thẳng bụng).



Khi vào xoang phúc mạc, trước tiên nhận xét tính chất của dịch hiện diện trong xoang phúc mạc (màu sắc, mùi). Dịch đục, có mùi thối chứng tỏ ruột thừa viêm đã thủng. Tìm manh tràng. Lần theo các dải cơ dọc của manh tràng. Nơi hội tụ của ba dải cơ dọc là vị trí gốc ruột thừa. Dưa manh tràng và ruột thừa về phía trường mổ. Nếu bước này khó thực hiện, cầm giữ và kéo nhẹ manh tràng bằng một miếng gạc ướt bằng tay trái, dùng ngón trỏ của bàn tay phải lần theo thân ruột thừa, quét nó về phía trường mổ (cần thận tránh làm vỡ ruột thừa). Nếu manh tràng cố định, rạch nếp gấp phúc mạc, bắt đầu từ gốc hôi-manh tràng, vòng xuống dưới rồi ra phía ngoài, để di động manh tràng.

Cầm giữ ruột thừa bằng kẹp mô Babcock. Kẹp cắt mạc treo ruột thừa (có động mạch ruột thừa) và buộc bằng chỉ tan 3-0. Dùng kẹp động mạch mosquito thắt kẹp sát gốc ruột thừa, sau đó nhả kẹp và dời kẹp xuống kẹp một lần nữa ở vị trí cách đó 3 mm. Buộc gốc ruột thừa hai lần tại vị trí mô bị nghiến, bằng chỉ tan 2-0. Dùng dao cắt ruột thừa dọc theo mặt dưới của kẹp.



Ít khi cần phải vùi gốc ruột thừa, trừ trường hợp nghi ngờ móm ruột thừa có thể bị hoại tử. Trong trường hợp này, khâu mũi túi quanh gốc ruột thừa, vùi móm ruột thừa vào và xiết nơ buộc. Chú ý kiểm tra van hồi-manh tràng sau khi vùi gốc ruột thừa.

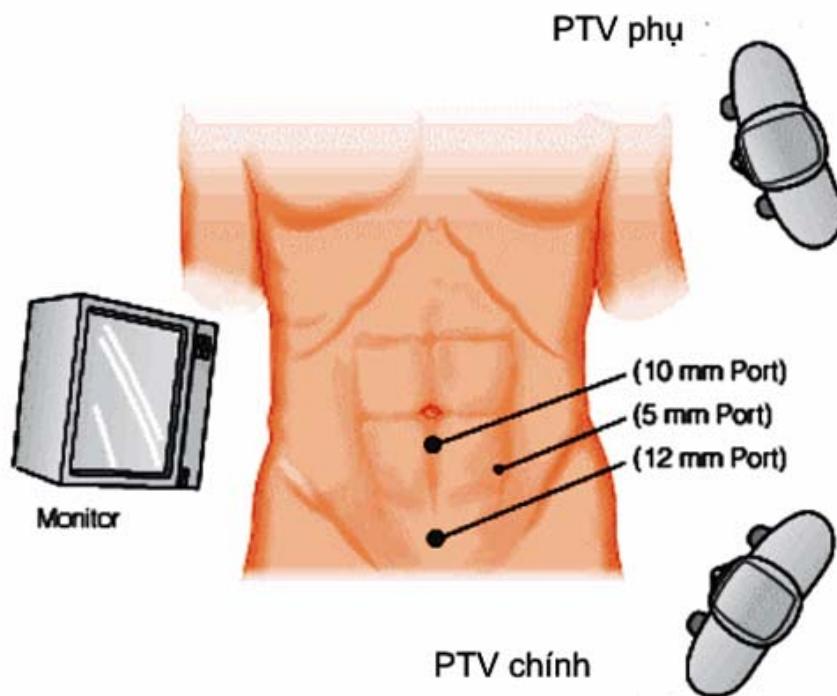
Nếu ruột thừa đã vỡ mủ, bơm rửa và hút sạch vùng chậu và rãnh cạnh đại tràng.

Khâu đóng phúc mạc bằng chỉ tan 3-0. Khâu đóng lớp cơ chéo trong và cơ ngang bụng bằng chỉ tan 2-0, lớp cân cơ chéo ngoài bằng chỉ tan 2-0, lớp cân Scapa bằng chỉ tan 2-0. Da được khâu đóng bằng chỉ tan 4-0 mũi khâu dưới da, sau đó tăng cường bằng một băng dán (Steri-Strips). Nếu nghi ngờ có nguy cơ nhiễm trùng vết mổ, không khâu lớp dưới da, chỉ dán băng dán tăng cường.

4.2- Cắt ruột thừa (mổ nội soi):

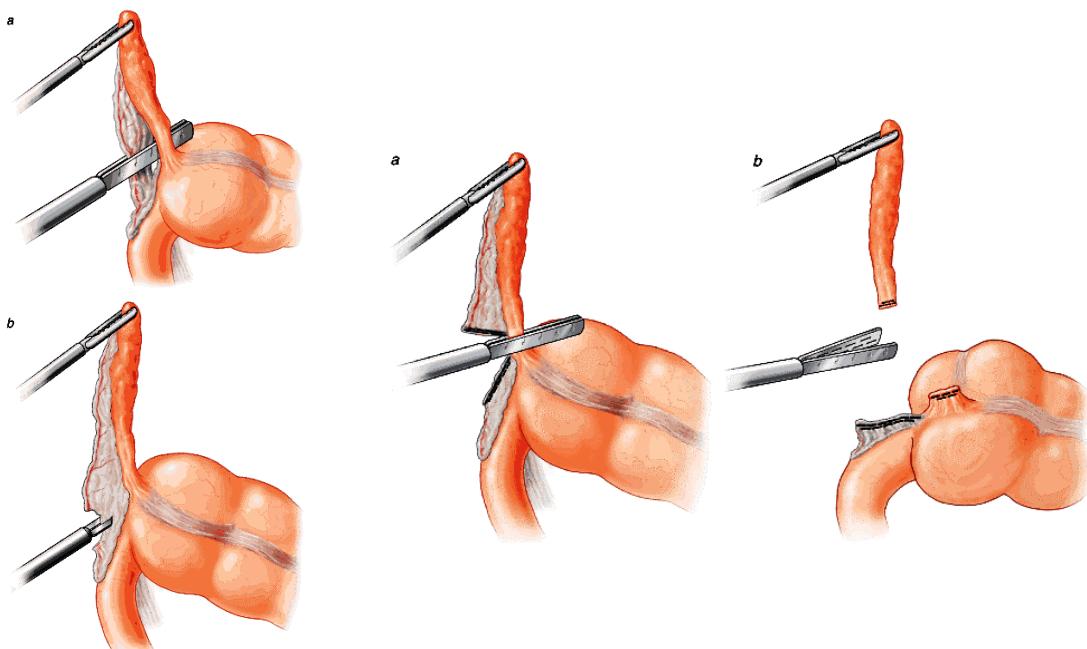
BN được gây mê, nằm ngửa, hay tay khép dọc thân mình. Thông dạ dày và thông tiểu nên được đặt một cách thường quy. Phẫu thuật viên chính đứng phía bên trái BN. Người phụ (cầm camera) đứng cùng bên với phẫu thuật viên chính và gần vai BN. Monitor được đặt ở phía bên phải.

Trocar đầu được đặt ngay dưới rốn. Sau khi bơm hơi xoang bụng, ống soi được đưa vào để quan sát. Chỉ sau khi chẩn đoán chắc chắn viêm ruột thừa, hai trocar còn lại mới được đặt tiếp. Tuy nhiên, ở nhiều BN, viêm ruột thừa chỉ được xác định sau khi đặt trocar thứ hai và thứ ba để bộc lộ ruột thừa.



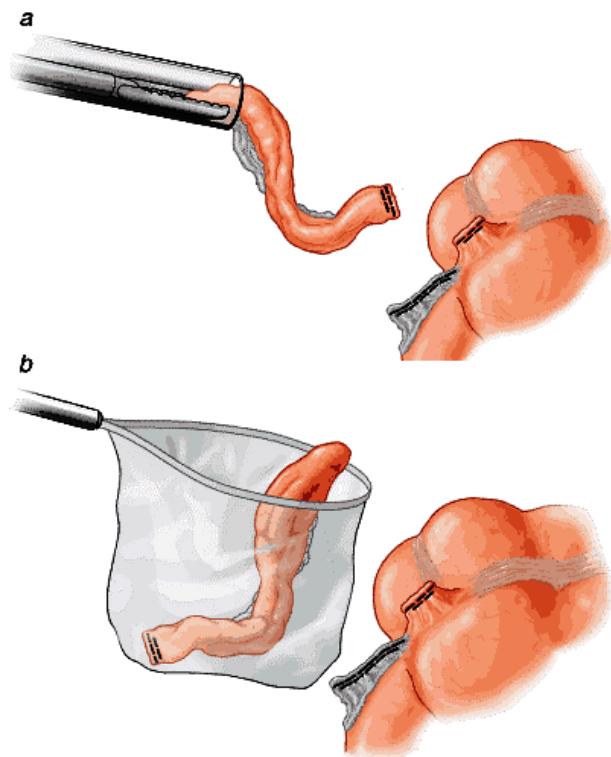
Nếu xoang bụng có mủ, phải hút sạch mủ nhưng không bơm rửa để bảo đảm dịch mủ không lan tràn sang các vùng khác.

Sau khi bộc lộ ruột thừa, lèn theo thân ruột thừa để đến gốc ruột thừa. Nếu manh tràng cố định, tốt nhất là di động manh tràng, bằng cách cắt nếp gấp phúc mạc, bắt đầu từ hòi tràng tận, vòng quanh đáy manh tràng đến cạnh ngoài đại tràng lên, bằng dao cắt siêu âm.



Đầu ruột thừa được giữ và kéo ra trước và xuống dưới, để trình bày mạc treo ruột thừa hình tam giác. Một cửa sổ được tạo ra ở giữa gốc ruột thừa và mạc treo. Mạc treo ruột thừa được kẹp cắt bằng một GIA (gastrointestinal anastomosis) với cartridge mạch máu. Nếu việc tạo ra một cửa sổ như trên không thể thực hiện được, cắt mạc treo ruột thừa từ đầu xuống gốc ruột thừa.

Gốc ruột thừa được làm sạch bằng cách cắt bỏ các mô mỡ bao quanh. Cắt ruột thừa bằng GIA với cartridge ruột.



Ruột thừa sau đó được lấy ra khỏi xoang bụng. Ruột thừa viêm nhẹ có thể được đưa qua các cổng trocar. Ruột thừa viêm hoại tử hay đã vỡ mũ phải được cho vào bao trước khi đem ra ngoài. Phẫu trườnđ được bơm rửa và hút sạch. Kiểm tra cầm máu. Kiểm tra đáy manh tràng để chắc chắn mỗ ruột thừa được đóng tốt. Rút trocar. Khâu đóng các lỗ đặt trocar. Lỗ đặt trocar nào có đường kính trên 5mm phải được đóng lớp cân cơ.

TẮC RUỘT NON

1-Đại cương:

Nguyên nhân: 60% các trường hợp tắc ruột non có nguyên nhân là do dây dính. Hầu hết các dây dính gây tắc ruột là dây dính vùng chậu (sau phẫu thuật sản phụ khoa, cắt đại tràng hay cắt ruột thừa). Nguyên nhân do thoát vị chiếm 10-20% các trường hợp. Các loại bướu ác tính (thú phát) chiếm khoảng 10%. Các nguyên nhân hiếm gặp khác bao gồm: lao ruột, u lành tính, sỏi mật, dị vật, bã thức ăn (bảng 1)...

Nguyên nhân ngoài thành ruột:	Nguyên nhân ở thành ruột:
Dây dính	U bướu
Thoát vị thành bụng	Chít hẹp
Thoát vị nội	Tụ máu trong thành ruột
Xoắn ruột	Lòng ruột
Áp-xe trong xoang bụng	Viêm ruột (tùng vùng, chiếu xạ...)
Khối máu tụ trong xoang bụng	Nguyên nhân trong lòng ruột:
Nang giả tuy	U bướu
Ông dẫn lưu	Sỏi mật
	Dị vật
	Bã (thức ăn, tóc)
	Giun

Bảng 1- Nguyên nhân của tắc ruột non ở người lớn

Phân loại: Có nhiều cách phân loại tắc ruột non (bảng 2). Hai cách phân loại có giá trị trên lâm sàng là phân loại theo mức độ gây bế tắc lòng ruột (tắc hoàn toàn hay bán tắc) và phân loại theo tình trạng tươi máu của đoạn ruột bị tắc (tắc đơn thuần hay thắt nghẹt ruột).

Phân loại theo	Điễn giải
Diễn tiến	Tắc ruột cấp tính hay mãn tính
Bản chất động học	Tắc ruột cơ học (trên lâm sàng gọi là tắc ruột) và tắc ruột cơ năng (trên lâm sàng gọi là liệt ruột)
Vị trí	Tắc ruột cao: tắc ở tá tràng hay một hai quai đầu của hông tràng Tắc ruột thấp: tắc ở đại tràng (không nằm trong phạm vi bài này)
Mức độ bế tắc	Bán tắc ruột hay tắc ruột hoàn toàn
Tình trạng tươi máu thành đoạn ruột bị tắc	Tắc ruột đơn thuần: tươi máu thành ruột bình thường Thắt nghẹt ruột: tươi máu thành ruột giảm hay mất

Bảng 2- Phân loại tắc ruột non

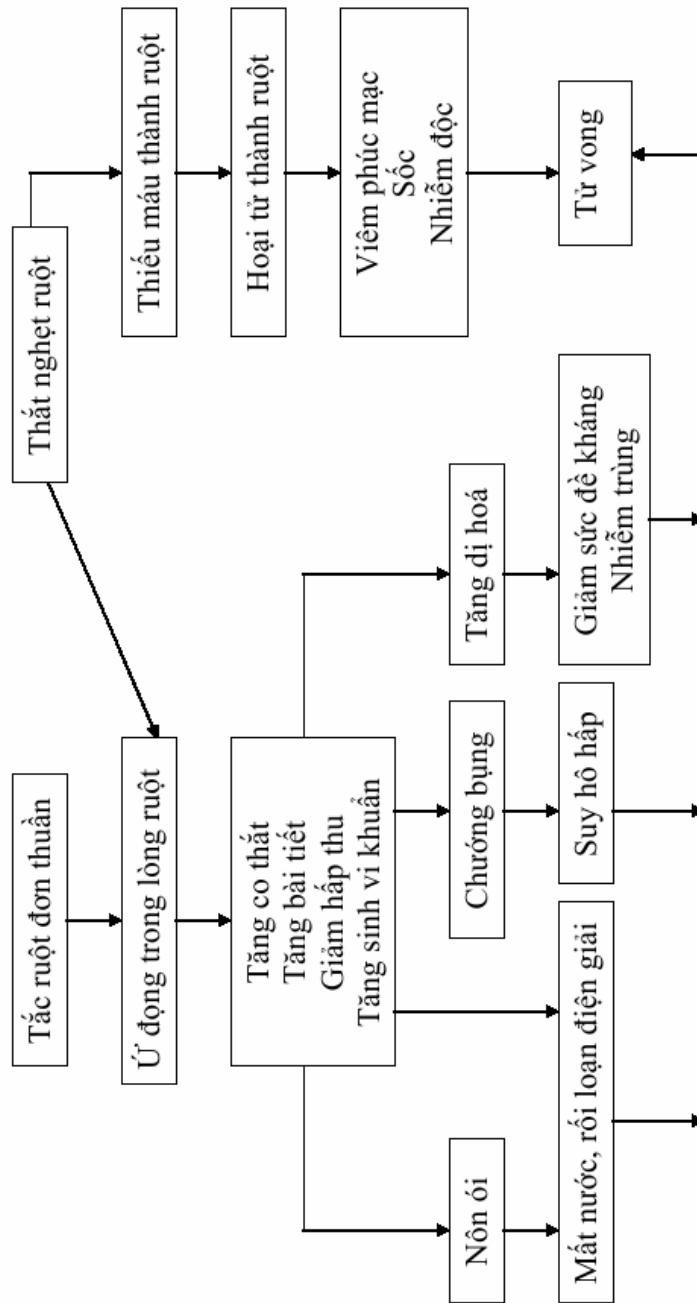
Một số thuật ngữ khác của tắc ruột:

- Giả tắc ruột: BN trên lâm sàng có hội chứng tắc ruột nhưng thực tế lòng ruột hoàn toàn thông suốt. Giả tắc có thể ở ruột non hay ruột già (thường gặp hơn). Giả tắc ruột già cấp tính còn gọi là hội chứng Ovillgie.
- Tắc ruột quai kín: tắc ở hai vị trí trên một đoạn ruột. Đoạn ruột nằm giữa hai vị trí tắc sẽ bị chướng căng nhiều hơn đoạn phía trên, do đó có nguy cơ thiếu máu thành ruột, dẫn đến hoại tử thành ruột.

Sinh lý bệnh (hình 1)

2-Tắc ruột non đơn thuần:

2.1-Chẩn đoán:



Hình 1 - Sinh lý bệnh của tắc ruột

2.1.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Biểu hiện bằng tam chứng tắc ruột: đau bụng quặn từng cơn, nôn ói, bí trung và đại tiện. Cần chú ý là BN có thể vẫn còn trung hay đại tiện một thời gian sau khi tắc hoàn toàn xảy ra. Thời gian này, dài hay ngắn tùy thuộc vào nhiều yếu tố (tuổi tác, các loại thuốc mà BN đang sử dụng...), nói chung khoảng vài giờ. Nếu sau 6 giờ kể từ khi khởi phát đau bụng mà BN vẫn còn trung hay đại tiện thì ruột bị bón tắc chứ không phải tắc hoàn toàn.

Khám lâm sàng:

- Toàn thân: BN có dấu hiệu mất nước. Mức độ mất nước tùy thuộc vào thời gian tắc.

- Dấu hiệu chướng bụng luôn hiện diện (trừ trường hợp tắc ruột cao).
- Sẹo mổ cũ trên thành bụng là dấu hiệu gợi ý nguyên nhân tắc ruột do dính.
- Biểu hiện của quai ruột dãn và tăng co thắt: dấu quai ruột nổi, dấu rắn bò, nghe âm ruột tăng âm sắc và tần số.
- Khám bụng không có vùng đau khu trú. Có thể sờ thấy một khối (khối u bướu, khối u lao...).
- Cần chú ý thăm khám vùng bụng (để chẩn đoán nguyên nhân thoát vị nghẹt) và thăm trực tràng (để loại trừ tắc ruột thấp do u trực tràng).

2.1.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.1.2.1-X-quang bụng không sửa soạn:

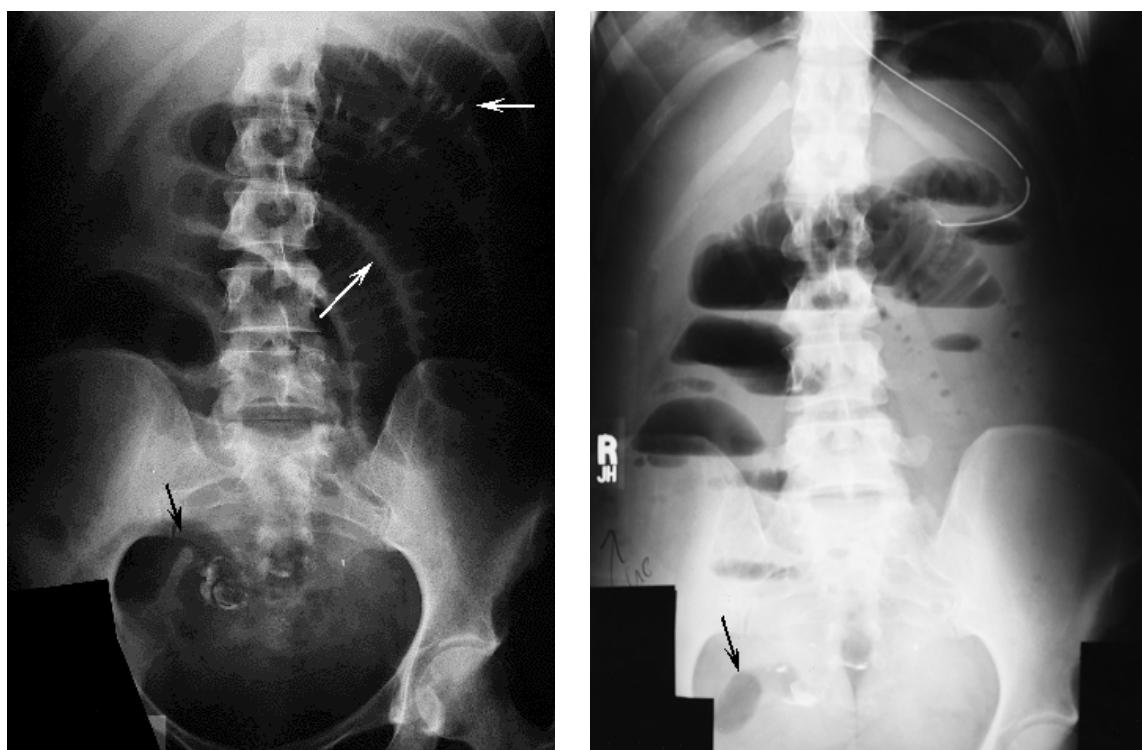
Là chỉ định đầu tiên cho tất cả BN nhập viện với hội chứng tắc ruột.

Có giá trị chẩn đoán tương đối cao (độ nhạy 60%, độ đặc hiệu 55%).

Các trường hợp làm giới hạn khả năng chẩn đoán của X-quang không sửa soạn:

- Bán tắc ruột
- Tắc ruột đến sớm
- Tắc ruột đến muộn, ruột ú đọng nhiều dịch và ít hơi

Dấu hiệu của tắc ruột non hoàn toàn (hình 2):



A

B

Hình 2- Hình ảnh của tắc ruột non hoàn toàn trên phim bụng không sửa soạn (A-tư thế nằm, B-tư thế đứng): các quai ruột non chướng hơi, có mức nước hơi (B), không có hơi trong ruột già. Có một bóng hơi “cố định” ở hố chậu phải (so sánh giữa phim chụp đứng và phim chụp nằm), biểu hiện của một quai ruột bị thắt nghẹt.

- Ruột non chướng hơi (đường kính hơi tràng > 2,5 cm)
- Nếu chụp X-quang bụng đứng: xuất hiện các mức nước hơi ruột non. Các mức nước hơi xếp theo hình bậc thang.
- Không có hơi trong ruột già
- Dấu hiệu “chuỗi tràng hạt”, nếu có, là dấu hiệu tắc ruột non hoàn toàn và ở giai đoạn muộn.

Dấu hiệu tắc ruột non hoàn toàn, giai đoạn sớm :

- Ruột non ít chướng hơi hơn
- Mức nước hơi có thể không hiện diện
- Vẫn còn hơi trong ruột già

Dấu hiệu của bán tắc ruột non: tương tự như tắc ruột non hoàn toàn trong giai đoạn sớm nhưng hơi trong ruột già thường nhiều hơn

Thắt nghẹt ruột: ngoài các dấu hiệu của tắc ruột non hoàn toàn trong giai đoạn sớm, có thể thấy các dấu hiệu sau đây: hình ảnh “hạt café”, hình ảnh “giả u”, hình ảnh một quai ruột cố định ở phim chụp đứng và phim chụp nằm...

Để chẩn đoán vị trí tắc trên X-quang bụng, điều quan trọng là phải xác định được một bóng hơi trên phim là hơi của ruột non hay ruột già (bảng 3).

Hơi ruột non	Hơi ruột già
<i>Đường bờ liên tục</i>	<i>Đường bờ có ngắn</i>
<i>Nếp niêm mạc “bắc cầu” từ bờ này sang bờ kia</i>	<i>Nếp niêm mạc kết thúc giữa thành ruột</i>
<i>Tập trung ở giữa bụng</i>	<i>Tập trung ở ngoại vi bụng</i>
<i>Hình chữ U lộn ngược</i>	
<i>Mức nước hơi có chân hẹp</i>	<i>Mức nước hơi có chân rộng</i>
	<i>Có hình ảnh lõm đốm của phân lẩn với hơi</i>
<i>Bảng 3- Các dấu hiệu giúp phân biệt hơi ruột non và hơi ruột già</i>	

2.1.2.2-Siêu âm:

Hiện nay siêu âm cũng được cho là một chỉ định thường quy để chẩn đoán tắc ruột. Trong trường hợp tắc ruột đến sớm, siêu âm có giá trị chẩn đoán cao hơn X-quang bụng. Siêu âm có độ đặc hiệu 100% trong chẩn đoán tắc ruột.

Các dấu hiệu của tắc ruột trên siêu âm:

- Có các quai ruột dãn nằm kề quai ruột xẹp
- Quai ruột dãn tăng co thắt và có “dấu hiệu máy giặt”
- Xoang bụng có dịch

Dấu hiệu của thắt nghẹt ruột: một quai ruột dãn to, thành phì nề và bất động.

2.1.2.3-X-quang ruột non với Barium:

Được chỉ định trong các trường hợp bán tắc ruột hay tắc ruột cao.

Kỹ thuật: BN được cho uống Barium hay Barium được bơm vào lòng ruột qua thông ruột non, sau đó chụp nhiều phim vào những thời điểm nhất định.

Dấu hiệu của bán tắc ruột non:

- Các quai ruột (trên chỗ bán tắc) dãn to

- Thời gian thuốc xuống đến van hồi manh tràng chậm

2.1.2.4-CT và MRI:

Có giá trị chẩn đoán cao (độ nhạy của CT là 88%, của MRI là 93%).

Ít khi được chỉ định trong tắc ruột nói chung, trừ trường hợp:

- Tắc ruột do lồng ruột
- Tắc ruột do bướu
- Không rõ chẩn đoán tắc ruột
- Nghi ngờ có thắt nghẹt ruột
- Nghi ngờ tắc ruột cao
- Nghi ngờ tắc ruột hậu phẫu

2.1.2.5-Các xét nghiệm:

Ít có giá trị trong chẩn đoán tắc ruột. Các bất thường có thể gặp:

- Rối loạn nồng độ các điện giải (Na^+ , K^+ , Cl^- , HCO_3^-)
- Cô máu (Hct tăng)
- Mất nước (BUN tăng)

2.1.3-Chẩn đoán phân biệt (bảng 4):

<i>Liệt ruột</i>
<i>Giả tắc ruột</i>
<i>Thiểu máu ruột (tắc mạch mạc treo)</i>
<i>Viêm dạ dày ruột</i>
<i>Loét dạ dày</i>
<i>Nghẹt môn vị</i>
<i>Sỏi mật</i>
<i>Viêm túi mật, viêm đường mật</i>
<i>Viêm tuy</i>
<i>Viêm ruột thừa</i>
<i>Nhồi máu cơ tim</i>
<i>Thai kỳ</i>

Bảng 4- Một số chẩn đoán phân biệt của tắc ruột

Nghẹt môn vị: BN nôn ói ra thức ăn cũ, bụng chướng vùng thượng vị nhưng lõm vùng hạ vị, dấu óc cách (+). Chụp X-quang dạ dày với Barium sẽ khẳng định chẩn đoán.

Tắc đại tràng do ung thư đại tràng: bệnh diễn tiến từ từ. BN chướng bụng ngày càng tăng kèm táo bón, sụt cân. Tiền căn tiêu phân nhầy máu. Khám lâm sàng có thể có hội chứng thiếu máu. Cần X-quang hay nội soi đại tràng.

Hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính (hội chứng Ovillie): bệnh thường gặp ở BN lớn tuổi, bị chấn thương nặng (bóng) hay nằm liệt giường (tai biến mạch máu não). BN bị chướng bụng đột ngột và tăng dần. Bụng ấm không đau và nghe âm ruột bình thường. X-quang bụng: khung đại tràng dãn to và chứa đầy hơi.

Liệt ruột: khi nghi ngờ BN bị tắc ruột hậu phẫu, liệt ruột sinh lý sau phẫu thuật vùng bụng là chẩn đoán cần phân biệt trước tiên. Khi đường tiêu hoá bắt đầu hoạt động trở lại, một vài BN có biểu hiện lâm sàng giống như tắc ruột sớm sau mổ. Triệu chứng thường không kéo dài quá 6 giờ. Liệt ruột ở BN không phải trong thời gian hậu phẫu có thể do

các nguyên nhân sau: rối loạn nước và điện giải (giảm kali huyết tương, giảm natri huyết tương, giảm magnesium huyết tương, tăng u-rê huyết tương, nhiễm cetone ở BN tiểu đường...), thuốc (gây nghiện, chống trầm cảm, kháng cholinergic...), các ổ nhiễm trùng trong xoang bụng, tụ máu sau phúc mạc, thiếu máu thành ruột, nhiễm trùng huyết...

2.1.4-Thái độ chẩn đoán:

Trước hết, nghĩ đến BN có thể có hội chứng tắc ruột non khi BN đau bụng quặn cơn, nôn ói, khám bụng có dấu hiệu chướng bụng, nghe âm ruột tăng. Nếu BN có dấu hiệu rắn bò, chẩn đoán tắc ruột non là hầu như chắc chắn.

Bước tiếp theo, cần loại trừ thắt nghẹt ruột. Cần chú ý đến các dấu hiệu sau: BN thắt nghẹt ruột đau bụng liên tục, nôn ói nhiều, bụng ấn có vùng đau khu trú. Các dấu hiệu như sốt, dấu nhiễm độc, bụng có dấu hiệu viêm phúc mạc là biểu hiện của giai đoạn muộn của thắt nghẹt ruột.

X-quang bụng là chẩn đoán hình ảnh được chỉ định trước tiên. Nếu X-quang bụng chưa có kết luận rõ ràng, tùy vào hướng chẩn đoán mà chỉ định các chẩn đoán hình ảnh tiếp theo. Nếu lâm sàng chẩn đoán BN ở giai đoạn sớm của tắc ruột non, có thể chỉ định siêu âm bụng, hay cho BN chụp một X-quang bụng lần hai sau 4-6 giờ. Nếu chưa chắc chắn với chẩn đoán tắc ruột non, CT là chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn. Nếu chưa loại trừ được tắc đại tràng, có thể cho BN làm CT hay chụp X-quang đại tràng. Nếu cần phải loại trừ tắc ruột cao, CT nên được chỉ định.

Bước cuối cùng là chẩn đoán nguyên nhân tắc. Ở BN có vết mổ cũ trên thành bụng, tắc ruột do dính là nguyên nhân hầu như chắc chắn. Chú ý kiểm tra vùng bẹn đùi hay làm nghiệm pháp Howship Romberg để phát hiện các thoát vị nghẹt. BN nữ lớn tuổi, có tiền căn sỏi túi mật có thể bị tắc ruột do sỏi mật. Sỏi mật cản quang có thể được phát hiện trên vùng chậu bên phải trên X-quang bụng. Những BN bị rụng răng hay đã được nối vị tràng có thể bị tắc ruột do bã thức ăn. Thông thường, những BN được chẩn đoán tắc ruột nhưng không có vết mổ cũ được chỉ định CT để chẩn đoán nguyên nhân tắc.

2.2-Điều trị:

2.2.1-Điều trị nội khoa:

Chỉ định:

- Bán tắc ruột non do dính
- Bán tắc ruột non do viêm ruột (bệnh Crohn, lao ruột...)
- Tắc ruột non hoàn toàn do dính và BN đến sớm (trước 6 giờ): có thể thử điều trị nội khoa

Nội dung:

- Nhịn ăn uống. Có thể đặt thông dạ dày hay thông ruột non (thông Miller-Abbott) để giải áp.
- Bồi hoà nước và điện giải
- Chụp X-quang bụng không sửa soạn mỗi 6 giờ (nếu do dính) hay mỗi 24 giờ (nếu do viêm) để đánh giá diễn tiến của tắc ruột. Dấu hiệu trên X-quang chứng tỏ diễn tiến tốt: ruột bớt chướng, bụng bớt mờ, hơi xuất hiện trong đại tràng.
- Thăm khám lâm sàng nhiều lần. Các dấu hiệu diễn tiến tốt trên lâm sàng: bụng xẹp hơn, có trung tiện, thèm ăn.

Điều trị nội khoa thất bại: quá 48 giờ mà tình trạng không cải thiện.

2.2.2-Điều trị phẫu thuật:

Chỉ định:

- Tắc ruột non hoàn toàn, bất kể do nguyên nhân gì
- Tắc hay bán tắc ruột non do dính, điều trị nội khoa thất bại
- Tắc hay bán tắc ruột non do u bướu
- Không loại trừ được thắt nghẹt ruột

Chuẩn bị trước mổ:

- Đặt thông dạ dày
- Bồi hoàn nước và điện giải
- Cho kháng sinh dự phòng
- Thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu: ion đồ, chức năng gan, thận, ECG, X-quang phổi, công thức máu toàn bộ, thời gian máu chảy, PT, aPTT...

Nguyên tắc phẫu thuật:

- Gây mê toàn thân
- Mở bụng đường giữa để dễ thám sát tổn thương
- Tìm đúng vị trí tắc ruột: giới hạn giữa quai ruột phình và quai ruột xẹp
- Kiểm tra toàn bộ ruột non (và ruột già)
- Tắc ruột do dính: gỡ dính, cắt dây dính, giải phóng các quai ruột dính có nguy cơ gây tắc sau này (quai gấp góc). Không nhất thiết phải gỡ dính toàn bộ ruột. Cắt đoạn ruột non khi ruột bị mất thanh mạc trên diện rộng.
- Tắc ruột do u bướu: cắt đoạn ruột có bướu, nối tận-tận.
- Tắc ruột do sỏi mật: đẩy sỏi lên đoạn ruột dẫn phía trên, mở ruột lấy sỏi mật.
- Tắc ruột do bã thức ăn: nếu bã mềm, đẩy bã qua van hồi manh tràng, xuống đại tràng. Nếu bã to và chắc, đẩy bã lên đoạn ruột dẫn phía trên, mở ruột lấy bã.

Chăm sóc hậu phẫu:

- Tiếp tục bồi hoàn nước và điện giải
- Nếu có cắt nối ruột: kháng sinh tiếp tục 3-5 ngày sau mổ.
- Giảm đau tốt để BN có thể vận động sớm. Tránh các loại thuốc giảm đau làm ức chế nhu động ruột (morphine, verapamil, phenothiazin...).

Biến chứng phẫu thuật:

- Tắc ruột hậu phẫu
- Áp-xe tồn lưu
- Xì dò miệng nối
- Các biến chứng về hô hấp và tim mạch

Để ngăn ngừa dính ruột sau mổ:

- Thao tác phẫu thuật nhẹ nhàng, hạn chế các thao tác bóc tách không cần thiết
- Không để roi rót dị vật, bột talc vào xoang bụng

- Tránh sử dụng quá nhiều gạc
- Rửa bụng sạch kết hợp dẫn lưu thích hợp trong trường hợp viêm phúc mạc
- Phủ mạc nối lớn lên ruột trước khi đóng bụng
- Đóng bụng bằng chỉ tan nếu được
- Các phẫu thuật cố định (cố định ngoài hay cố định trong), các loại thuốc (sử dụng qua đường toàn thân hay tại chỗ) hiện không còn được chỉ định.
- Việc sử dụng màng sinh học có chứa hyaluronate, theo một vài nghiên cứu mới nhất, cho kết quả rất khả quan.

Phẫu thuật tắc ruột do dính qua ngả nội soi:

- Được chỉ định trong một số trường hợp có chọn lọc
- Nếu phẫu thuật thành công, có lợi điểm hơn nhiều so với mổ hở. Khả năng thành công phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và:
 - Mức độ chướng bụng
 - Mức độ dính
 - Số lượng các dây dính

3-Xoắn ruột non:

Xoắn ruột non chiếm khoảng 30% các trường hợp tắc ruột non do dây dính.

Nguyên nhân:

- Đứng đầu là do dây dính sau mổ
- BN không có tiền căn phẫu thuật vùng bụng: xoắn ruột do ruột xoay bất toàn.

Khó chẩn đoán xoắn ruột non trên lâm sàng cũng như cận lâm sàng khi quai ruột xoắn chưa hoại tử.

Khi hoại tử ruột xảy ra, chẩn đoán dễ dàng hơn nhưng bệnh nhân có tiên lượng kém (tỉ lệ tử vong 20-37%).

3.1-Chẩn đoán:

3.1.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Trong giai đoạn sớm (trước 6 giờ), các dấu hiệu thường không điển hình. Nghĩ đến xoắn ruột non nếu BN:

- Có tiền căn phẫu thuật vùng bụng
- Có hội chứng tắc ruột
- Có các dấu hiệu khác kèm theo:
 - Đau bụng liên tục, dữ dội
 - Nôn ói nhiều
 - Mạch nhanh (> 100/phút)
 - Bụng ẩn có vùng đau khu trú

Trong giai đoạn muộn, các dấu hiệu trở nên điển hình:

- Sốt, dấu nhiễm trùng nhiễm độc

- Bụng ẩn đau và có phản ứng phúc mạc

3.1.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

Không có một phương tiện cận lâm sàng nào có thể chẩn đoán xoắn ruột non với độ chính xác cao.

3.1.2.1-CT:

Là chỉ định trước tiên khi nghi ngờ xoắn ruột non.

Có thể loại trừ các bệnh lý khác có bệnh cảnh lâm sàng tương tự (viêm tuy cấp, viêm tuy hoại tử, nhồi máu mạc treo ruột...).

Chụp với thuốc cản quang qua đường tĩnh mạch. Nếu có thuốc cản quang trong lòng ruột (barium sulfate 1-2% hay telebrix 2%), khả năng chẩn đoán sẽ cao hơn.

Các dấu hiệu xoắn ruột non tên CT:

- Dấu hiệu của tắc ruột nói chung: quai ruột dãn (với mức nước hơi) nằm kè quai xẹp.
- Thành ruột phù nề (giảm đậm độ cản quang), trên mặt cắt ngang cho dấu hình bia.
- Quai ruột dãn hình chữ U hay C, không tăng quang khi bơm thuốc cản quang
- Mạc treo ruột phù nề. Tĩnh mạch mạc treo phồng to
- Dấu xoắn óc
- Dấu mỏ chim với bờ nham nhở
- Dấu xuất huyết vào lòng ruột, thành ruột, mạc treo ruột
- Hơi trong thành ruột, trong tĩnh mạch cửa

3.1.2.2-X-quang bụng không sủa soạn:

50-70% các trường hợp xoắn ruột non có các dấu hiệu không điển hình của tắc ruột non đến sớm.

Các dấu hiệu đặc hiệu cho xoắn ruột, nhưng ít gặp:

- Dấu hạt cà-phê
- Một quai ruột dãn to, không thay đổi vị trí sau nhiều lần chụp phim
- Dấu “giả u”

3.1.2.3-Xét nghiệm:

Xét nghiệm sinh hoá: tương tự tắc ruột non đơn thuần.

Xét nghiệm huyết học: BC > 15.000 nếu có hoại tử ruột, Hct tăng (cô máu do mất nước) hoặc giảm (xuất huyết trong lòng ruột).

3.1.3-Chẩn đoán phân biệt:

Giai đoạn sớm:

- Cơn đau quặn mật
- Viêm dạ dày cấp
- Viêm tuy cấp

Giai đoạn muộn:

- Viêm phúc mạc ruột thừa
- Viêm tuy hoại tử
- Nhồi máu mạc treo ruột
- Viêm ruột hoại tử

3.2-Điều trị:

Chỉ định phẫu thuật là tuyệt đối.

Sau khi đã có chỉ định phẫu thuật, tiến hành phẫu thuật càng sớm càng tốt. Công việc hồi sức có thể tiến hành trước, trong và sau mổ

3.2.1-Chuẩn bị trước mổ:

- Truyền dịch, máu, các dung dịch đại phân tử
- Cho kháng sinh: cephalosporin thế hệ 3 kết hợp metronidazol
- Đặt thông dạ dày
- Đặt thông tiêu
- Đặt thông tĩnh mạch dưới đòn
- Thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu: ion đồ, chức năng gan, thận, ECG, X-quang phổi, CTM toàn bộ, nhóm máu, thời gian máu chảy, PT, aPTT...

3.2.2-Nguyên tắc phẫu thuật (hình 3):

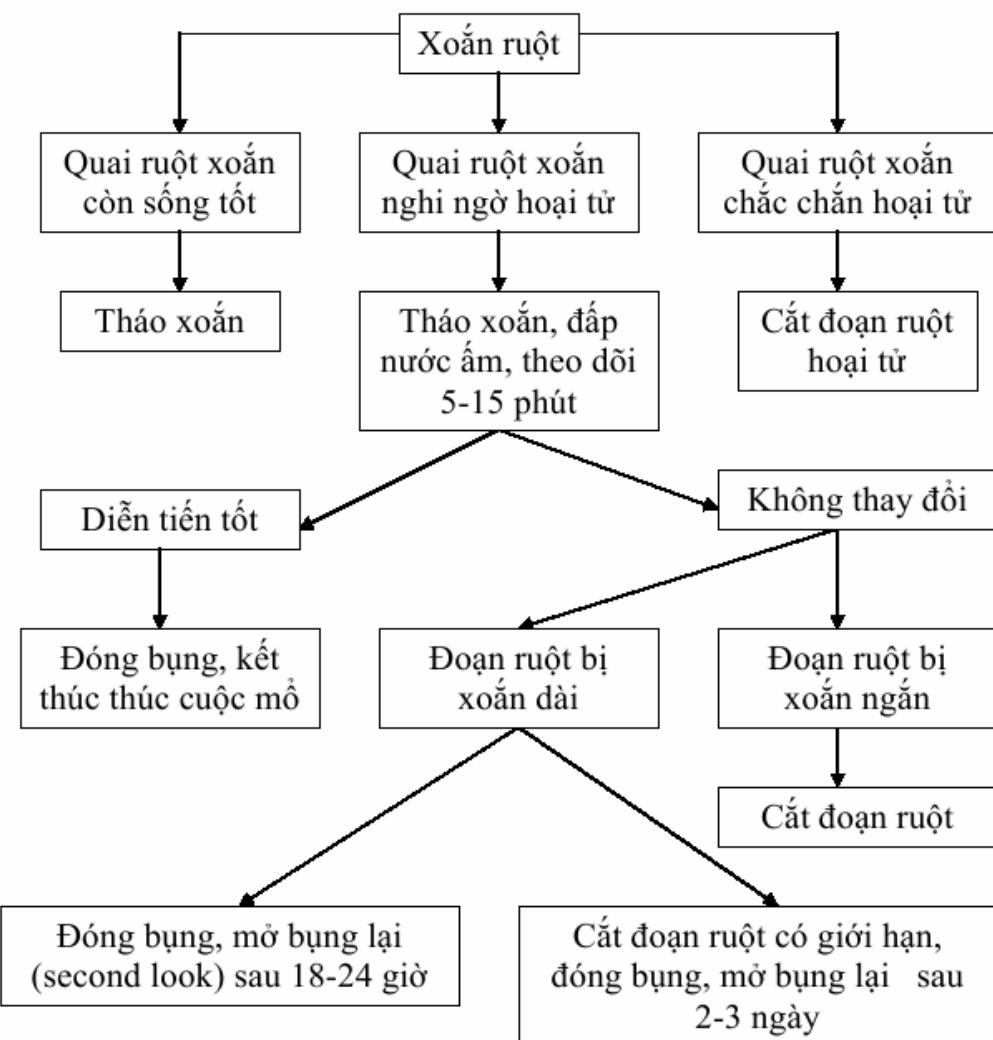
Đoạn ruột bị xoắn đã hoại tử: không tháo xoắn, cắt đoạn ruột xoắn, nối tận-tận.

Đoạn ruột bị xoắn còn sống tốt: tháo xoắn.

Đoạn ruột bị xoắn nghi ngờ khả năng hoại tử: tháo xoắn, đắp nước ấm, theo dõi 5-15 phút. Nếu:

- Diễn tiến tốt (quai ruột hồng trở lại, có mạch đập, có nhu động): không làm gì thêm.
- Không thay đổi: có hai chọn lựa:
 - Đoạn ruột bị xoắn ngắn: cắt đoạn ruột xoắn, nối tận-tận.
 - Đoạn ruột bị xoắn dài (nếu cắt trọn sẽ dẫn đến hội chứng quai ruột ngắn):
 - Để yên quai xoắn, đóng bụng tạm (mũi khâu liên tục), 18-24 giờ sau mở bụng lại đánh giá tổn thương.
 - Cắt đoạn ruột có giới hạn, nối tận-tận, đóng bụng tạm, sau 2-3 ngày mở bụng lại đánh giá khả năng lành của miệng nối.

Hiện nay, có một số phương tiện dùng để đánh giá quai ruột xoắn đã hoại tử hoàn toàn hay có khả năng phục hồi. Các phương tiện này có thể là: dùng đầu dò nhiệt độ xác định nhiệt độ bề mặt quai ruột xoắn, dùng đầu dò siêu âm Doppler xác định dòng chảy của máu trong mạc treo, đánh dấu hồng cầu bằng chất phóng xạ sau đó soi quai ruột bị xoắn dưới ánh sáng của đèn Wood... Tuy nhiên, giá trị của các phương tiện nói trên không vượt trội so với phương pháp đánh giá trên lâm sàng cổ điển.



Hình 3- Nguyên tắc phẫu thuật một trường hợp xoắn ruột non

3.2.3-Chăm sóc hậu phẫu:

- Tiếp tục dùng kháng sinh 5-7 ngày sau mổ
- Tiếp tục bồi hoàn nước và điện giải
- Bảo đảm lưu lượng nước tiêu > 1500 mL/24 giờ

3.2.4-Biến chứng hậu phẫu:

- Suy hô hấp
- Suy thận cấp
- Áp-xe tồn lưu
- Xì dò miệng nội

3.2.5-Tiêu lượng:

Phụ thuộc vào:

- Tình trạng của quai ruột xoắn
- Tuổi tác của BN
- Các bệnh lý nội khoa mà BN mắc phải

4-Lòng ruột non:

Lòng ruột ở người lớn chiếm khoảng 5% các trường hợp tắc ruột. Khác với lòng ruột ở trẻ em, hầu hết lòng ruột ở người lớn có nguyên nhân thực thể và nguyên nhân đó là do u buồu ở thành ruột.

Lòng ruột có thể xảy ra ở ruột non hay đại tràng. Xuất độ xảy ra lòng ruột non và lòng đại tràng xấp xỉ nhau. Nguyên nhân của lòng đại tràng phần lớn là ác tính. Trong các nguyên nhân gây lòng ruột non, u lành tính (thường là một polyp có cuống) chiếm đa số, trong đó một tỉ lệ đáng kể BN có hội chứng Peutz-Jeghers.

Đặc điểm của khối ruột lòng ở người lớn là khối lòng thường tự tháo lòng. BN có bệnh sử của một hội chứng tắc ruột non mãn tính.

Trong đợt đau bụng cấp, ở một số BN, có thể sờ được khối u bụng (khối lòng) và thăm trực tràng có thể có nhầy máu. Cần chú ý thăm khám xem niêm mạc khoang miệng của BN có các đốm sắc tố đen hay không. Trên siêu âm, khối lòng thể hiện bằng hình ảnh “củ hành”. Nếu lòng ở đại tràng, X-quang đại tràng sẽ cho hình ảnh “càng cua”. CT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chọn lựa cho cả lòng ruột non và lòng đại tràng. Trên CT, ngoài dấu hiệu của tắc ruột nói chung, khối lòng thể hiện bằng hình ảnh “một đoạn ruột có nhiều lớp thành ruột chồng lên nhau” hay hình ảnh “nhiều vòng bia”. Điều cần lưu ý là, nếu thực hiện các chẩn đoán hình ảnh nói trên vào lúc “đã tháo lòng” thì kết quả sẽ âm tính. Hình ảnh CT của “khối lòng đã tháo” đôi khi lại là “dày một đoạn thành ruột non hay đại tràng”, và vì thế, trong trường hợp này, BN thường được chẩn đoán là viêm ruột non hay viêm đại tràng.

Trên BN có hội chứng tắc ruột non, nếu sờ được khối lòng, hay nếu “bắt được” hình ảnh của khối lòng, phẫu thuật là chỉ định điều trị được chọn lựa. Ở BN có hội chứng tắc ruột non mãn tính, chỉ định phẫu thuật còn nhiều cân nhắc. Nếu không loại được lòng ruột, có thể mở bụng thám sát.

Trong quá trình phẫu thuật, nếu nghi ngờ nguyên nhân của lòng ruột là ác tính (lòng ở đại tràng, có hạch mạc treo...), cắt rộng khối lòng mà không tháo lòng. Thái độ xử trí cũng tương tự đối với khối lòng mà trên đại thể đã hoại tử. Nếu nghĩ lòng ruột do nguyên nhân lành tính, tháo lòng bằng cách bóp nhẹ đoạn ruột phía ngoài khối lòng theo hướng từ đầu lòng đến cổ lòng. Trong trường hợp BN có đa polyp (hội chứng Peutz-Jeghers), cắt hạn chế đoạn ruột có polyp gây lòng, mở ruột ra da, chuẩn bị cho công việc cắt polyp qua nội soi sau này.

XOẮN ĐẠI TRÀNG

1-Đại cương:

1.1-Xoắn đại tràng xích-ma:

Xoắn đại tràng xích-ma là loại xoắn đại tràng phổ biến nhất và chiếm khoảng 8% các trường hợp tắc ruột.

BN thường trên 50 tuổi. Trẻ em cũng có tần suất mắc bệnh khá cao.

Bệnh có thể diễn tiến dưới hình thức mãn tính, bán cấp hay cấp tính.

Nguyên nhân của xoắn đại tràng xích-ma chưa được biết rõ. Các yếu tố thuận lợi bao gồm:

- Đại tràng xích-ma dài, hai chân đại tràng xích-ma gần nhau (do dây dính)
- Táo bón
- Bệnh phình đại tràng bẩm sinh (megacolon)

Quai đại tràng xích-ma xoắn có các đặc điểm sau:

- Xoắn 180^0 : 35%, 360^0 : 50%, 540^0 : 10%.
- Nút xoắn thường cách bờ hậu mông 15-25cm, là cơ sở để tháo xoắn qua nội soi.

1.2-Xoắn manh tràng:

Xoắn manh tràng chiếm khoảng 1-3% các trường hợp tắc ruột.

BN thường ở độ tuổi 20-40. Hiếm khi gặp xoắn manh tràng ở trẻ em.

Bất thường bẩm sinh trong việc cố định đại tràng lên và manh tràng vào thành bụng là nguyên nhân chính của xoắn manh tràng. Các yếu tố khác (dây dính, thai kỳ, u vùng chậu, chế độ ăn có khẩu phần cực lớn...) chỉ góp phần phụ trợ.

Bệnh có thể diễn tiến dưới hình thức mãn tính, bán cấp hay cấp tính.

Có hai hình thức xoắn manh tràng:

- Xoắn thật sự (manh tràng xoay quanh trực đại tràng lên): chiếm đa số (2/3) và dẫn đến hoại tử sớm.
- Gập góc manh tràng: manh tràng bị gập lên trên và vào giữa theo trực ngang. Thường do dây dính chắn ngang đại tràng lên. Thể xoắn này có thể được tháo bằng nội soi hay thụt barýt đại tràng.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

BN bị xoắn đại tràng xích-ma mãn tính thường chướng bụng, nặng bụng dưới và táo bón. Xoắn manh tràng mãn tính thường biểu hiện bằng hội chứng bán tắc ruột.

Trên lâm sàng, không thể chẩn đoán phân biệt giữa xoắn đại tràng xích-ma cấp tính và xoắn manh tràng cấp tính. Tuổi tác của BN là một yếu tố gợi ý chẩn đoán: BN xoắn đại tràng xích-ma thường lớn tuổi.

Triệu chứng của xoắn đại tràng cấp tính:

- Đau bụng, bụng chướng nhanh

- Nôn ói
- Bí trung và đại tiện
- Bụng chướng hơi nhiều và chướng không đều
- Triệu chứng của xoắn đại tràng hoại tử: sốt, bụng ẩn đau và có đè kháng. Khi thủng đại tràng: biểu hiện của viêm phúc mạc toàn diện với sốc và đau nhiễm trùng-nhiễm độc.
- Thăm trực tràng: bóng trực tràng trống.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

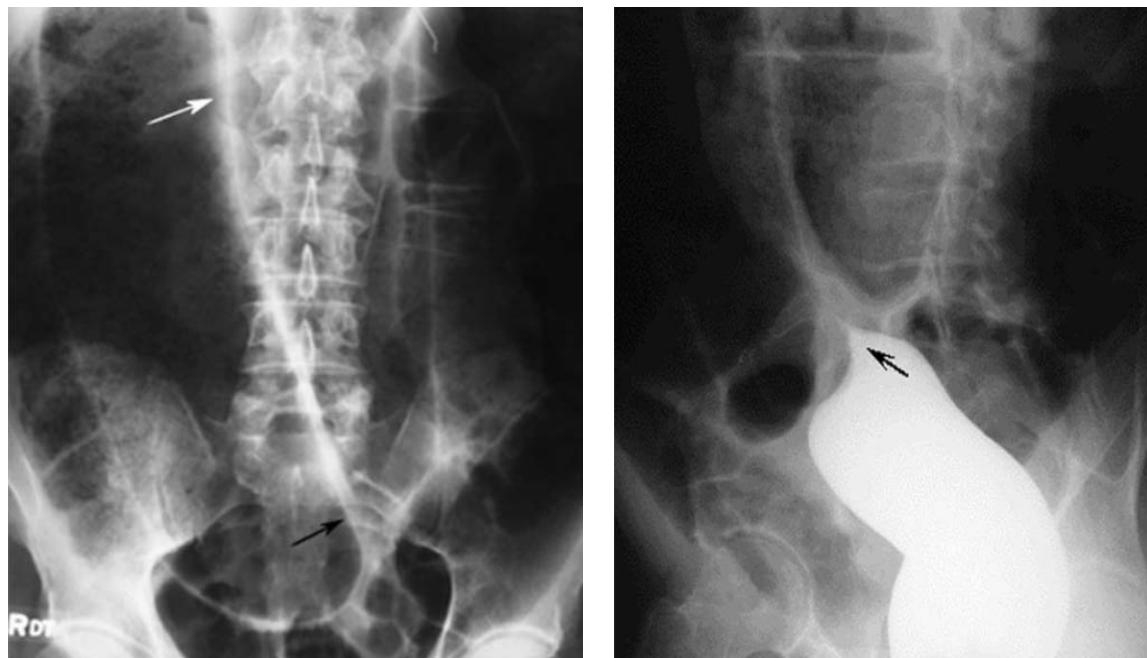
2.2.1-X-quang bụng:

2.2.1.1-Xoắn đại tràng xích-ma:

X-quang bụng có thể chẩn đoán xác định 60-70% các trường hợp xoắn đại tràng xích-ma.

Các dấu hiệu X-quang điển hình (hình 1):

- Ống hơi hình chữ U lộn ngược chiếm gần hết xoang bụng, hai chân của chữ U hướng về vùng hốc chậu
- Đại tràng phải dẫn và chứa đầy phân
- Đại tràng xuống bị kéo về đường giữa
- Nếu van hòi mạnh tràng hở: các quai ruột non dẫn và có mức nước hơi.



Hình 1- Hình ảnh xoắn đại tràng xích-ma trên X-quang bụng và X-quang đại tràng. Trên X-quang bụng, cần ghi nhận quai ruột xoắn hội tụ về phía bên trái (mũi tên)

Trong 20-30% các trường hợp, X-quang bụng cho các dấu hiệu không điển hình và khó chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý tắc ruột khác (xoắn mạnh tràng, tắc đại tràng do u đại tràng).

2.2.1.2-Xoắn mạnh tràng:

X-quang bụng có thể chẩn đoán xác định hầu hết các trường hợp xoắn mạnh tràng.

Dấu hiệu X-quang điển hình (hình 2): hình ảnh một “khối hơi” có các đặc điểm của manh tràng (đường bờ có ngắn, ruột thừa chứa đầy hơi) nằm ở dưới hoành trái, hốc chậu hay bất cứ nơi nào trong bụng, tùy thuộc vào vị trí ban đầu và độ di động của manh tràng và đại tràng lên.

2.2.2-X-quang đại tràng với Barium:

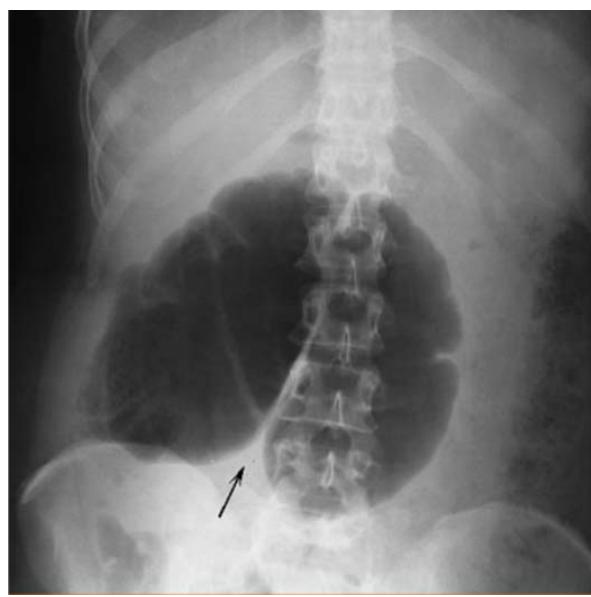
Đối với BN xoắn đại tràng, nhất là xoắn manh tràng, X-quang đại tràng với Barium vừa có vai trò chẩn đoán vừa có vai trò điều trị.

Vai trò chẩn đoán của X-quang đại tràng:

- Được chỉ định khi X-quang bụng không sửa soạn không đưa đến chẩn đoán xác định.
- Xoắn đại tràng xích-ma: hình ảnh “mỏ chim” (hình 1).
- Xoắn manh tràng: đại tràng lên bị cắt cụt (gập góc manh tràng) hay bị “vát nhọn” (xoắn manh tràng thật sự) (hình 2).

Bên cạnh vai trò chẩn đoán, X-quang đại tràng còn có tác dụng điều trị: việc thụt Barium vào lòng đại tràng có tác dụng tháo xoắn đại tràng.

Khi nghi ngờ có hoại tử đoạn đại tràng bị xoắn, chống chỉ định chụp X-quang đại tràng.



Hình 2- Hình ảnh xoắn manh tràng trên X-quang bụng và X-quang đại tràng. Trên X-quang bụng, cản ghi nhận quai ruột xoắn hội tụ về phía bên phải (mũi tên)

2.2.3-CT:

CT ít khi được chỉ định trong xoắn đại tràng, trừ trường hợp X-quang bụng chưa cho chẩn đoán xác định và BN có chống chỉ định X-quang đại tràng.

Hình ảnh xoắn đại tràng trên CT: quai đại tràng dãn, hình vòng xoắn, hình mỏ chim nham nhở, thành ruột và mạc treo phì nộ...

CT có thể xác định quai đại tràng bị xoắn đã hoại tử hay chưa. Dấu hiệu hoại tử thành đại tràng trên CT:

- Hơi trong thành ruột

- Hơi trong tĩnh mạch cửa
- Thành ruột không tăng quang khi bơm thuốc cản quang.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Xoắn đại tràng xích-ma mãn tính cần được chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý lành tính hay ác tính khác của đại tràng có gây bán tắc đại tràng : u đại tràng, túi thừa đại tràng, lồng đại tràng hay trực tràng, sa trực tràng.

Xoắn mạnh tràng mãn tính cần được chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý gây hội chứng bán tắc ruột non khác: u ruột non, lồng ruột non, lao ruột...

Đối với BN nghi ngờ xoắn cấp tính đại tràng xích-ma hay mạnh tràng, các bệnh lý sau đây nên được loại trừ: hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính, viêm tuy cấp, nhồi máu mạc treo ruột, viêm phúc mạc ruột thừa, thủng ổ loét dạ dày-tá tràng, thủng khói u hay túi thừa đại tràng.

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Xoắn đại tràng xích-ma hay mạnh tràng mãn tính khó chẩn đoán, ngay cả khi sử dụng các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng. Trước một BN lớn tuổi, có triệu chứng chướng bụng, táo bón, nặng bụng dưới kéo dài, nội soi đại tràng bao giờ cũng được chỉ định trước tiên, để loại trừ các tổn thương thực thể. Nếu nội soi cho kết quả âm tính, X-quang đại tràng được chỉ định tiếp theo. Đại tràng xích-ma quá dài trên X-quang đại tràng có thể là một dấu hiệu chỉ điểm của xoắn đại tràng. Nếu X-quang đại tràng vẫn cho kết quả âm tính, cần làm nghiệm pháp đánh giá sự tống thoát phân (defecography) để loại trừ táo bón do lồng trực tràng.

Khi BN nhập viện trong bệnh cảnh đau và chướng bụng cấp, X-quang bụng không sửa soạn là chẩn đoán hình ảnh được chỉ định trước tiên. Phần lớn các trường hợp xoắn đại tràng xích-ma và hầu hết các trường hợp xoắn mạnh tràng được chẩn đoán bằng X-quang bụng. Nếu X-quang bụng chưa cho kết luận rõ ràng và BN không có biểu hiện viêm phúc mạc, X-quang đại tràng nên được chỉ định tiếp theo. Trong trường hợp ngược lại, CT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chọn lựa tiếp theo X-quang bụng.

3-Điều trị:

3.1-Xoắn đại tràng xích-ma:

3.1.1-Tháo xoắn qua ngả trực tràng:

Tháo xoắn qua ngả trực tràng là phương pháp điều trị được cân nhắc đến trước tiên, vì đa số BN đã lớn tuổi, có nguy cơ phẫu thuật cao.

Chỉ định: xoắn đại tràng xích-ma, chưa hoại tử đại tràng.

Kỹ thuật: cho BN nằm nghiêng trái, luồn ống thông mềm vào trực tràng (dưới sự hướng dẫn của màn huỳnh quang hay nội soi trực tràng). Khi hơi và dịch phân thoát ra thì lưu ống trong 48 giờ.

Sau khi tháo xoắn, vẫn phải tiếp tục theo dõi sát BN trong vòng 12 giờ đầu để phát hiện sớm hoại tử đại tràng tiếp diễn.

Nếu chỉ tháo xoắn đơn thuần, 60% sẽ xoắn đại tràng tái phát. Do đó, nếu BN không có chống chỉ định phẫu thuật, BN nên được sắp xếp phẫu thuật chương trình, sau khi đã được nâng cao thể trạng, điều trị các bệnh lý nội khoa và chuẩn bị tốt đại tràng trước mổ.

Phương pháp phẫu thuật được chọn lựa cho xoắn đại tràng xích-ma là cắt đoạn đại tràng xích-ma và nối tận-tận.

3.1.2-Phẫu thuật cấp cứu:

Chỉ định:

- Thủng hay hoại tử đại tràng
- Tháo xoắn qua ngả trực tràng thất bại

Chuẩn bị trước mổ:

- Truyền dịch, các dung dịch đại phân tử
- Cho kháng sinh (cephalosporin thế hệ 3 kết hợp metronidazol)
- Đặt thông dạ dày
- Đặt thông tiêu
- Đặt thông tĩnh mạch dưới đòn
- Thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu: ion đồ, chức năng gan, thận, ECG, X-quang phổi, công thức máu toàn bộ, nhóm máu, thời gian máu chảy, PT, aPTT...

Phương pháp phẫu thuật:

- Đoạn đại tràng xoắn bị vỡ hay hoại tử:
 - Cắt đoạn đại tràng
 - Đưa hai đầu ra ngoài (phẫu thuật Mikulicz) hay đóng đầu dưới, đưa đầu trên ra ngoài (phẫu thuật Hartmann)
 - Rửa bụng, dẫn lưu Douglas
- Đoạn đại tràng xoắn chưa bị hoại tử: tùy thuộc vào tình trạng BN và mức độ ứ đọng phân trong đoạn đại tràng phía trên, có thể thực hiện một trong các phương pháp sau:
 - Tháo xoắn, cắt đoạn đại tràng, nối ngay
 - Tháo xoắn, cắt đoạn đại tràng, đưa đầu trên hay cả hai đầu ra ngoài làm hậu môn nhân tạo (phẫu thuật Hartmann, Mikulicz)
 - Tháo xoắn, làm hậu môn nhân tạo kiểu quai
 - Tháo xoắn, đính đại tràng xích-ma vào đại tràng ngang
 - Tháo xoắn, đính đại tràng xích-ma vào thành bụng
 - Tháo xoắn, cố định mạc treo đại tràng xích-ma
 - Tháo xoắn, đưa đại tràng xích-ma ra ngoài phúc mạc thành

Tiên lượng thường kém, do:

- BN thường lớn tuổi, mắc nhiều bệnh lý nội khoa nặng
- Chẩn đoán muộn, khi ruột đã hoại tử

Tỉ lệ tử vong: 20-25%.

3.2-Xoắn manh tràng:

Nếu chưa có dấu hiệu hoại tử, cố gắng điều trị bảo tồn bằng tháo xoắn qua thụt Barium (hay nội soi đại tràng), sau đó sắp xếp mổ chương trình đính manh tràng và đại tràng lên vào thành bụng.

Nếu tháo xoắn qua thụt Barium thất bại, hay có dấu hiệu hoại tử mạnh tràng, can thiệp phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật:

- o Nếu manh tràng chưa hoại tử, đính manh tràng và đại tràng lên vào thành bụng.
Cô định tăng cường bằng mở manh tràng ra da.
- o Nếu manh tràng đã bị hoại tử, cắt đại tràng phải, nối hòi-đại tràng ngang có giải áp miệng nối bằng thông (phẫu thuật Quénu).

Tiên lượng và kết quả: tỉ lệ tử vong cũng khá cao, chủ yếu do chẩn đoán muộn và việc kéo dài thời gian điều trị bảo tồn.

HẬU MÔN NHÂN TẠO

1-Đại cương:

Hậu môn nhân tạo là một chỗ mở của hòi tràng hay đại tràng trên thành bụng. Hậu môn nhân tạo có hai kiểu chính: kiểu quai và kiểu đầu tận.

Hậu môn nhân tạo được chỉ định trong một số bệnh lý của đại tràng. Loại hậu môn nhân tạo, vị trí làm hậu môn nhân tạo phụ thuộc vào bệnh lý và phương pháp phẫu thuật.

Bệnh lý	Bệnh cảnh	Chỉ định	Mục đích	Kiểu	Thời gian
<i>Ung thư đại trực tràng</i>	Thủng	<i>Khối u không thể cắt được</i>	<i>Loại trừ đoạn đại tràng bên dưới</i>	<i>Quai hay đầu tận</i>	<i>Vĩnh viễn</i>
		<i>Khối u có thể cắt được</i>	<i>Để việc nối đại tràng cho lần mổ sau</i>	<i>Đầu tận</i>	<i>Tạm thời hay vĩnh viễn</i>
	Tắc	<i>Khối u không thể cắt được</i>	<i>Giải áp</i>	<i>Quai</i>	<i>Tạm thời hay vĩnh viễn</i>
		<i>Khối u có thể cắt được</i>	<i>Để việc nối đại tràng cho lần mổ sau</i>	<i>Đầu tận</i>	<i>Tạm thời hay vĩnh viễn</i>
	Ung thư trực tràng	<i>U trực tràng thấp (phẫu thuật Miles)</i>	<i>Đoạn dưới đã được cắt bỏ</i>	<i>Đầu tận</i>	<i>Vĩnh viễn</i>
		<i>Miệng nối thấp (phẫu thuật cắt trước)</i>	<i>Bảo vệ miệng nối</i>	<i>Quai</i>	<i>Tạm thời</i>
<i>Bệnh túi đại tràng</i>	Thủng, áp-xe, tắc	<i>Cắt được đại tràng</i>	<i>Để việc nối đại tràng cho lần mổ sau</i>	<i>Đầu tận</i>	<i>Tạm thời</i>
		<i>Không cắt được đại tràng</i>	<i>Loại trừ đoạn đại tràng bên dưới</i>	<i>Quai</i>	<i>Tạm thời, đôi khi vĩnh viễn</i>
	<i>Mô chuồng trình (dò)</i>		<i>Bảo vệ miệng nối</i>	<i>quai</i>	<i>Tạm thời</i>
<i>Viêm loét đại tràng</i>	<i>Cắt đoạn đại tràng</i>			<i>Đầu tận</i>	<i>Tạm thời hay vĩnh viễn</i>
	<i>Cắt bỏ toàn bộ đại tràng nối hòi-trực tràng</i>	<i>Bảo vệ miệng nối</i>	<i>Quai</i>	<i>Tạm thời</i>	
	<i>Cắt bỏ toàn bộ đại-trực tràng</i>			<i>Đầu tận</i>	<i>Vĩnh viễn</i>
<i>Chấn thương</i>			<i>Loại trừ đoạn đại tràng bên dưới</i>	<i>Quai</i>	<i>Tạm thời, đôi khi vĩnh viễn</i>
<i>Các rối loạn chức năng khác</i>	<i>Xón phân</i>		<i>Loại trừ chức năng của hậu môn</i>	<i>Đầu tận</i>	<i>Vĩnh viễn</i>
	<i>Khâu cơ vòng</i>		<i>Bảo vệ chỗ khâu nối</i>	<i>Quai</i>	<i>Tạm thời</i>

Không có sự khác biệt đáng kể về sinh lý bệnh giữa hậu môn nhân tạo đại tràng và hậu môn nhân tạo hòi tràng. Hậu môn nhân tạo hòi tràng ít có biến chứng liên quan đến phẫu thuật hơn, dễ đóng hơn nhưng cũng dễ bị tắc hơn so với hậu môn nhân tạo đại tràng.

Tác động nghiêm trọng nhất mà hậu môn nhân tạo mang đến cho người bệnh là sang chấn về tâm lý. Do đó BN phải được thông báo trước và được giải thích về việc cần thiết phải làm hậu môn nhân tạo. Cần phải có một chuyên viên tư vấn về tâm lý trước và sau mổ.

2-Làm hậu môn nhân tạo:

2.1-Chọn lựa vị trí:

Vị trí làm hậu môn nhân tạo phải đạt được các yêu cầu sau:

- Ở vùng thành bụng phẳng (để dễ dán túi)
- Không gần sẹo cũ, chỗ gồ xương
- Không nằm ngay vị trí thắt lưng quần
- BN dễ quan sát và dễ chăm sóc

Mỗi $\frac{1}{4}$ thành bụng đều có thể được chọn lựa để làm hậu môn nhân tạo. Việc làm hậu môn nhân tạo qua cơ thẳng bụng trước đây được cho là nhằm giảm bớt nguy cơ thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo, nhưng ngày nay điều này được cho là không cần thiết.

Vị trí được chọn lựa để làm hậu môn nhân tạo phải được xác định trước cuộc mổ. Cần chọn lựa vị trí ở cả tư thế đứng và ngồi. Đánh dấu vị trí bằng mực không phai màu (India).

2.2-Nguyên tắc:

Nguyên tắc căn bản của hậu môn nhân tạo là tạo ra sự dính giữa thành đại tràng và da thành bụng. Do đó nguyên tắc làm hậu môn nhân tạo gần giống với nguyên tắc khâu nối đại tràng, đó là:

- Cả hai phía của hậu môn nhân tạo (đại tràng và da) phải được tưới máu tốt.
- Đoạn đại tràng được đưa ra làm hậu môn nhân tạo không căng. Cần thiết phải di động tốt đoạn đại tràng trước khi đưa nó qua thành bụng làm hậu môn nhân tạo.
- Thành bụng phải được xé đủ rộng để không làm hẹp miệng hậu môn nhân tạo.
- Thành bụng phải được khâu kín với thành đại tràng để cho dịch phân không trào ngược vào xoang bụng.

2.3-Chăm sóc:

Thay túi dán sau mỗi khi hậu môn nhân tạo ra phân.

Chăm sóc tốt phần da quanh hậu môn nhân tạo: rửa da bằng xà-phòng trung tính sau đó lau khô mỗi khi thay túi dán hậu môn nhân tạo.

Dặn BN ăn uống điều độ, tránh rượu bia và các chất có thể sinh nhiều hơi.

BN có hậu môn nhân tạo vĩnh viễn có thể được hướng dẫn tự thụt tháo hậu môn nhân tạo.

2.4-Biến chứng:

2.4.1-Tắc ruột:

Nguyên nhân:

- Đường hầm trên thành bụng quá hẹp
- Còn tồn thương ở đoạn đại tràng phía trên hậu môn nhân tạo

- Hậu môn nhân tạo bị xoắn
- Hậu môn nhân tạo bị đưa lộn đầu
- Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo (nghẹt)

Xử trí: mổ lại, tuỳ tồn thương mà xử trí.

2.4.2-Viêm tấy da quanh hậu môn nhân tạo:

Thường xảy ra ở hậu môn nhân tạo hồi tràng.

Xử trí:

- Dán túi dán để hạn chế dây dịch ruột ra xung quanh.
- Chăm sóc da: rửa bằng xà-phòng trung tính, lau khô, thoa thuốc mỡ oxít kẽm.
- Kháng sinh

2.4.3-Áp-xe quanh hậu môn nhân tạo:

Nguyên nhân: dây trùng đáng kể khi làm hậu môn nhân tạo.

Xử trí: cắt chỉ, tách một phần miệng hậu môn nhân tạo ra khỏi mép da để thoát mủ, thay băng hàng ngày.

2.4.4-Hoại tử hậu môn nhân tạo:

Nguyên nhân: đoạn đại tràng được đưa ra làm hậu môn nhân tạo bị thiếu máu do xoắn hay chẹn mạch máu không tốt.

Xử trí:

- Theo dõi thêm, nếu hậu môn nhân tạo ra phân và phân hoại tử không lan xuống quá lớp cân thành bụng.
- Mổ lại, nếu nghi ngờ xoắn hậu môn nhân tạo hay phân hoại tử lan sâu quá lớp cân thành bụng.

2.4.5- Hậu môn nhân tạo bị tụt vào xoang bụng:

Nguyên nhân:

- Đoạn đại tràng đưa ra làm hậu môn nhân tạo quá căng
- Đính đại tràng vào thành bụng không đúng kỹ thuật
- Hậu môn nhân tạo bị hoại tử

Xử trí:

- Mổ lại, làm lại hậu môn nhân tạo
- Đóng hậu môn nhân tạo nếu đã đến thời điểm đóng

2.4.6-Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo:

Nguyên nhân:

- Lỗ mở thành bụng quá rộng
- Khâu đính thành đại tràng vào thành bụng không đúng kỹ thuật

Xử trí:

- Khâu hẹp lại lỗ mở thành bụng

- Khâu đính lại thành đại tràng vào thành bụng
- Đóng hậu môn nhân tạo nếu đã đến thời điểm đóng

2.4.7-Sa hậu môn nhân tạo:

Nguyên nhân: thường xảy ra ở hậu môn nhân tạo kiểu quai.

Xử trí:

- Làm lại hậu môn nhân tạo, chuyển kiểu quai thành kiểu đầu tận.
- Đóng hậu môn nhân tạo, nếu đã đến thời điểm đóng.

3-Đóng hậu môn nhân tạo:

3.1-Thời điểm đóng hậu môn nhân tạo:

BN được phẫu thuật triệt để khi làm hậu môn nhân tạo: đóng sau 4 tuần.

BN được phẫu thuật tạm thời khi làm hậu môn nhân tạo: đóng sau 2 tuần.

3.2-Chuẩn bị trước khi đóng:

- Nội soi hay chụp X-quang đoạn đại tràng bên dưới hậu môn nhân tạo để chắc chắn rằng không có tổn thương nào ở hai đoạn đại tràng này trước khi đóng hậu môn nhân tạo.
- Chuẩn bị đại tràng (đối với hậu môn nhân tạo đại tràng)
- Cho kháng sinh dự phòng

3.3-Kỹ thuật:

- Rạch da quanh hậu môn nhân tạo nếu chỉ đóng hậu môn nhân tạo. Mở bụng đường giữa nếu còn phải làm phẫu thuật triệt để.
- Tách đại tràng hay hồi tràng ra khỏi thành bụng, vào tới xoang phúc mạc (đóng hậu môn nhân tạo ngoài phúc mạc hiện nay ít được sử dụng).
- Cắt xén và khâu nối đại tràng hay hồi tràng. Chú ý bảo đảm miệng nối không căng và được tưới máu tốt.
- Đóng lại thành bụng.

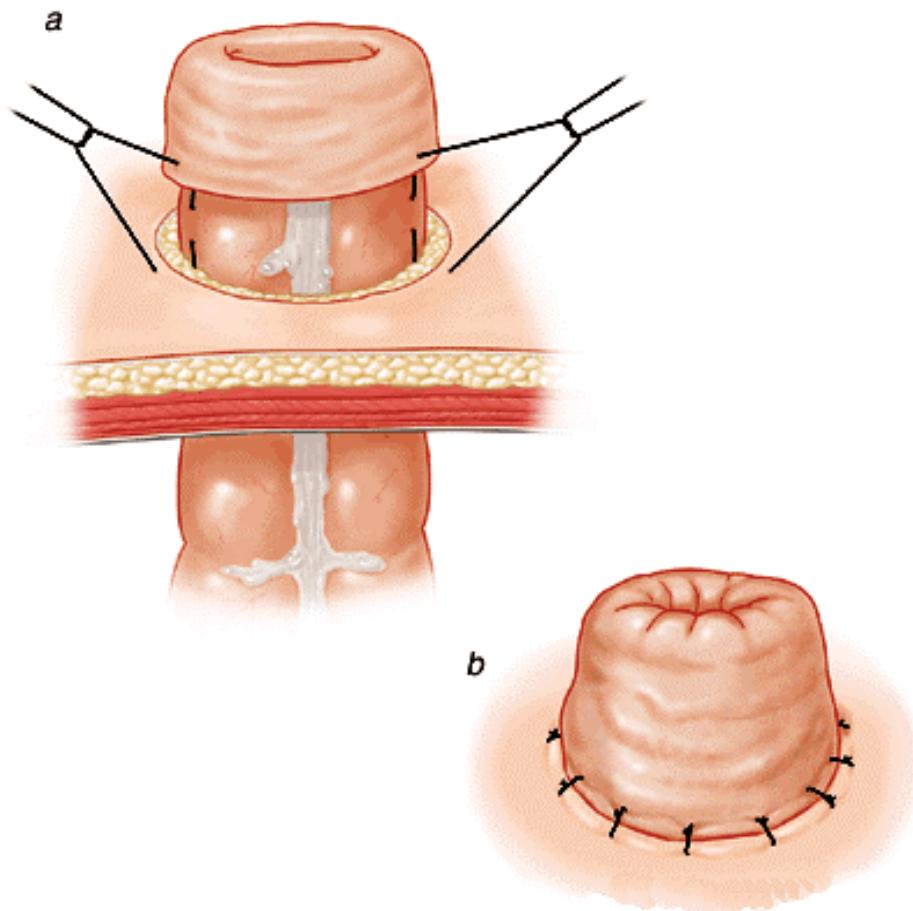
4-Kỹ thuật làm hậu môn nhân tạo:

4.1-Tạo đường hầm qua thành bụng:

Việc tạo đường hầm qua thành bụng chỉ được thực hiện sau khi xác định chắc chắn đoạn đại tràng sẽ được đưa ra làm hậu môn nhân tạo.

Cắt bỏ một phần da hình tròn, đường kính 2,5 cm. Rạch dọc và véo mở mỡ dưới da cho đến lớp cân. Không nên cắt bỏ mô mỡ vì đây sẽ là phần mô đệm cho hậu môn nhân tạo. Mặt khác, việc cắt bỏ mô mỡ sẽ tạo ra khoảng chít. Rạch lớp cân chéo ngoài (hay lá trước cơ thẳng bụng) hình chữ thập. Sau khi tách các sợi cơ sang hai bên, rạch tiếp lá cân sau. Khi đến lá phúc mạc thành, xé lá phúc mạc cẩn thận để tránh làm tổn thương các tạng bên dưới. Nong thành bụng bằng các ngón tay để tạo đường hầm. Nếu đại tràng không dãn, đường hầm có kích cỡ đút lọt hai ngón tay là vừa.

4.2-Hậu môn nhân tạo đại tràng kiểu đầu tận:



Đầu tận đại tràng, được đóng kín bằng stapler và được đưa qua đường hầm bằng kẹp không sang chấn (Babcock). Kiểm tra để chắc chắn rằng mạc treo đại tràng không bị ép và đoạn đại tràng không bị xoắn trong đường hầm.

Đầu tận của đại tràng được đưa ra khỏi thành bụng 2 cm. Vết mổ được khâu và băng kín. Dùng dao cắt bỏ miệng đóng kín của đại tràng.

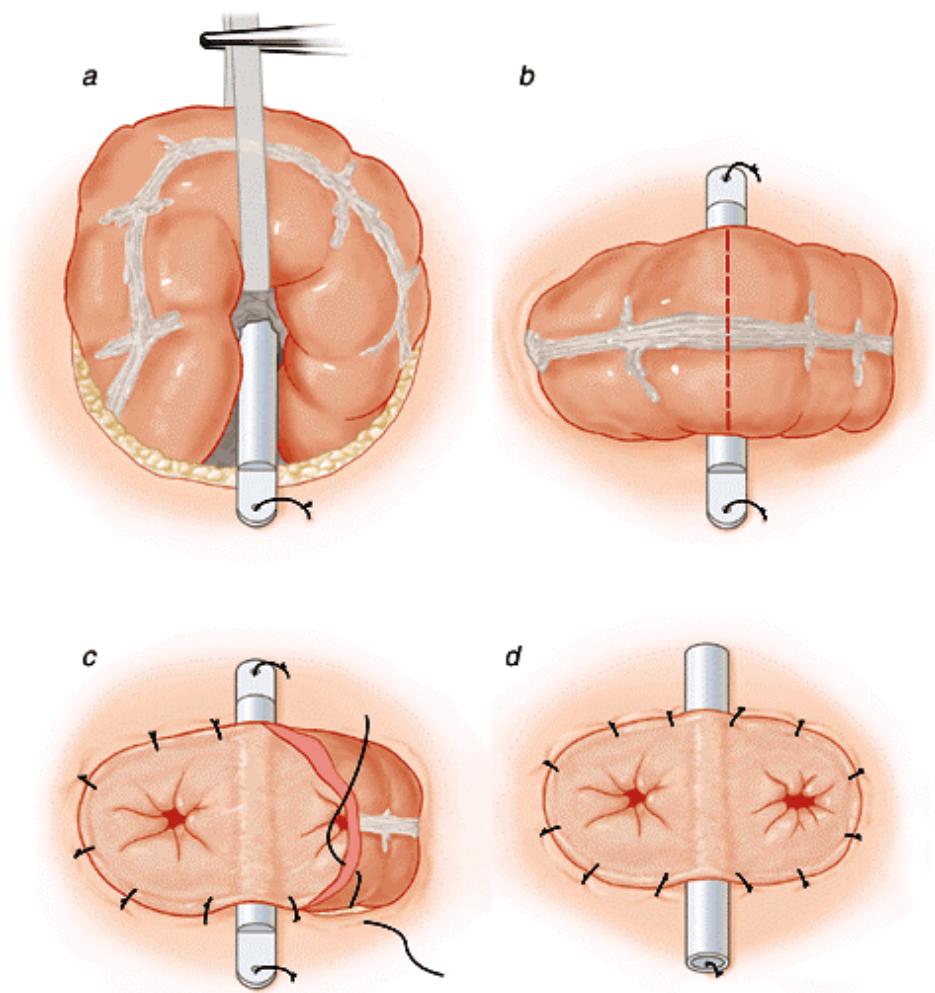
Khâu lộn đại tràng kiểu như “lộn tay áo” bằng 4 mũi khâu ở 4 góc, bằng chỉ tan. Mỗi mũi khâu lấy ba vị trí: mô dưới da, thanh cơ thành đại tràng ở vị trí ngang với bề mặt da và toàn bộ thành đại tràng ở miệng đại tràng (hình a), sao cho phần đại tràng nhô lên khỏi thành bụng khoảng 0,5-1 cm.

Tiếp theo, miệng đại tràng được khâu kín vào da thành bụng. Mỗi mũi khâu lấy hai vị trí: mô dưới da và toàn bộ thành đại tràng ở miệng đại tràng (hình b).

4.3-Hậu môn nhân tạo đại tràng kiểu quai:

Hậu môn nhân tạo đại tràng kiểu quai được thực hiện nhanh hơn kiểu đầu tận và thường có tính chất tạm thời. Nhược điểm của hậu môn nhân tạo đại tràng kiểu quai là đường hầm thành bụng thường lớn hơn so với kiểu đầu tận, do đó nguy cơ xảy ra thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo cao hơn. Vị trí để làm hậu môn nhân tạo đại tràng kiểu quai là 1/4 bụng trên phải (đại tràng ngang) và hố chậu trái (đại tràng xích-ma). Nếu làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng ngang, phần mạc nối lớn tương ứng với đoạn đại tràng đó thường được cắt bỏ.

Sau khi chon đoạn đại tràng để làm hậu môn nhân tạo, đục một lỗ nhỏ ở mạc treo sát thành đại tràng. Luồn một thông Nelaton qua lỗ mạc treo và đưa quai đại tràng qua thành bụng. Rút thông Nelaton, thay bằng một que thuỷ tinh hay nhựa. Khâu đóng và băng kín vết mổ. Xé một đường ngang trên đỉnh của quai đại tràng. Khâu “lột vỏ” miệng đại tràng vào mép da thành bụng, bằng các mũi khâu đã mô tả trong phần trên. Que có thể được rút sau 5 ngày.



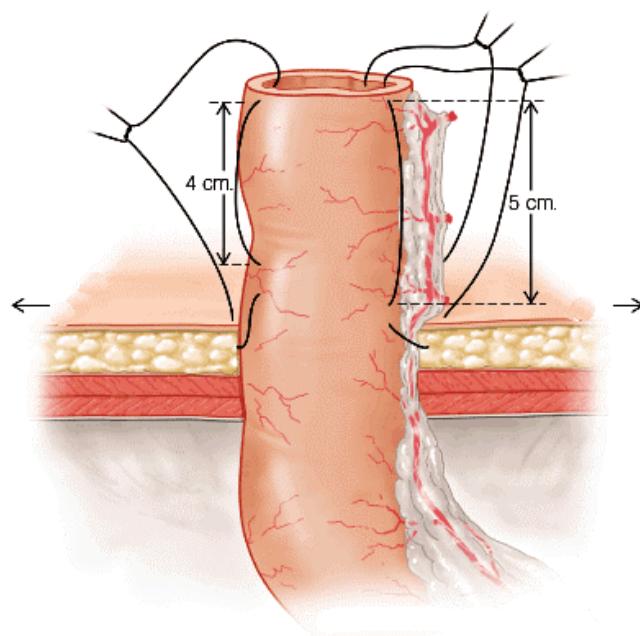
4.4-Hậu môn nhân tạo hồi tràng kiểu đầu tận:

Hậu môn nhân tạo hồi tràng kiểu đầu tận thường được thực hiện sau khi đã cắt toàn bộ đại trực tràng và thường có tính chất vĩnh viễn.

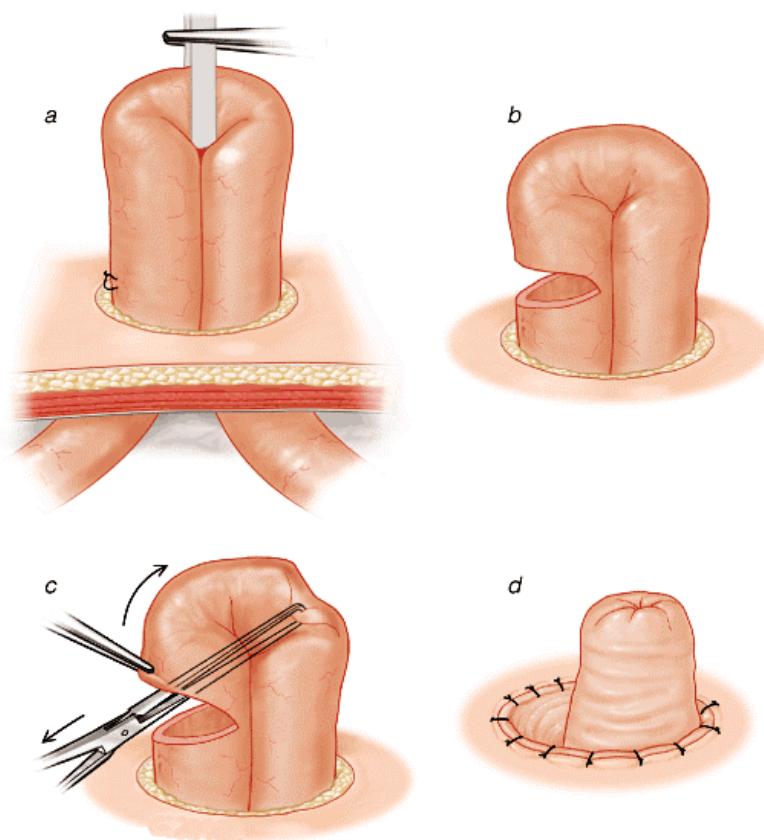
Đoạn hồi tràng để đưa ra làm hậu môn nhân tạo nên là đoạn cuối, sát van hồi manh tràng, để bảo tồn tối đa chiều dài của ruột non, đảm bảo chức năng tiêu hoá và hấp thu, và “để dành” chỗ cho việc tạo túi chứa sau này.

Kỹ thuật làm hậu môn nhân tạo hồi tràng kiểu đầu tận tương tự như kỹ thuật làm hậu môn nhân tạo đại tràng kiểu đầu tận, trừ một số điểm khác biệt sau đây:

- Hồi tràng được đưa ra khỏi thành bụng 5 cm.
- Sau “khi khâu lộn tay áo”, miệng hậu môn nhân tạo nhô lên khỏi thành bụng 2,5 cm.
- Có ba mũi khâu lộn: hai mũi ở hai bên mạc treo, mũi còn lại ở phía đối diện



4.5-Hậu môn nhân tạo hòi tràng kiểu quai:

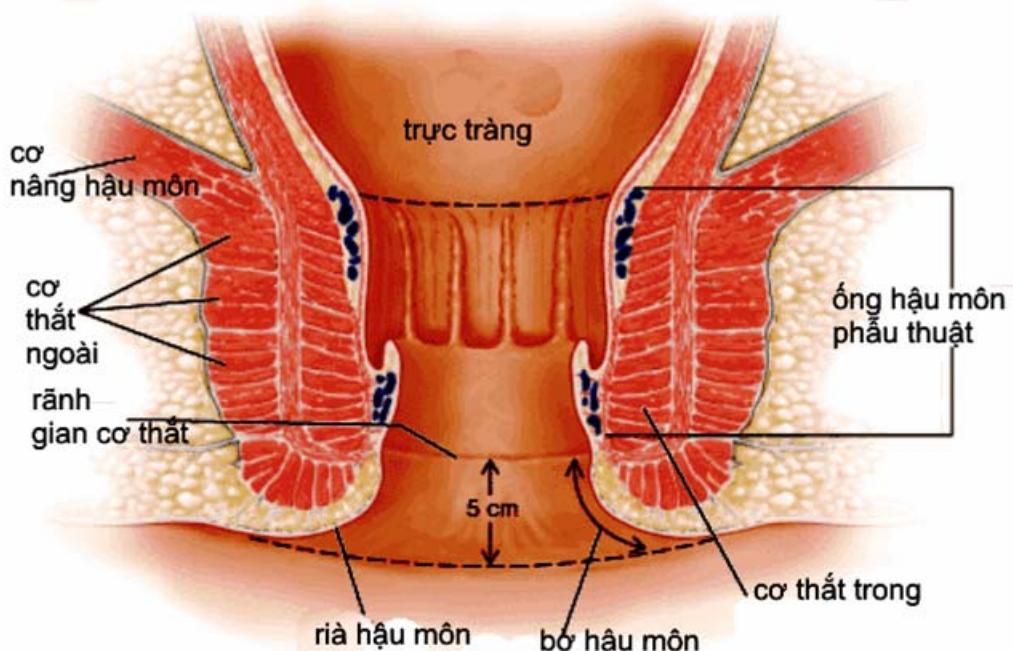


Quai hòi tràng được đưa ra khỏi thành bụng vài cm. Đánh dấu quai đi bằng một mũi khâu. Khâu đính vài mũi cố định hòi tràng (quai đeo) vào mép da thành bụng (mũi khâu lấy thanh cơ thành hòi tràng-mô dưới da). Xé thành hòi tràng ở quai đi một đường vòng cung, dùng kẹp Babcock đưa qua miệng xé, kẹp giữ thành hòi tràng quai đeo, lộn ngược mép cắt hòi tràng theo kiểu “lột vỏ” để tạo ra một mỏm nhô của hòi tràng trên thành bụng. Khâu mép cắt hòi tràng vào mép da thành bụng.

BỆNH TRĨ

1-Đại cương:

Nhắc lại giải phẫu (hình1): bì mặt óng hậu môn được chia làm ba phần (từ ngoài vào trong) là phần da, phần chuyển tiếp và phần niêm. Phần da là lớp biểu mô lát tầng không sừng hoá. Phần niêm là lớp tế bào biểu mô trụ ché tiết nhầy. Phần chuyển tiếp, giữa phần da và phần niêm, ở hai bên đường lược (là nơi có các lỗ đồ vào của ống tuyến hậu môn). Chỉ có phần da mới có các đầu tận thần kinh cảm giác.



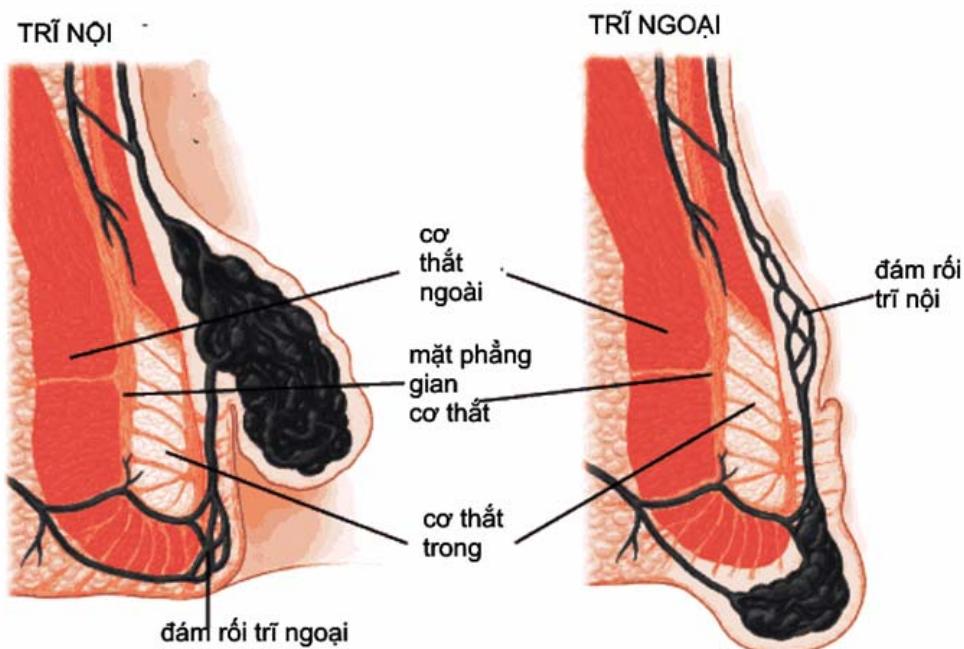
Hình 1- Giải phẫu óng hậu môn

Có nhiều giả thuyết về cơ chế bệnh sinh của bệnh trĩ. “Tấm đệm hậu môn” là cơ chế được công nhận rộng rãi nhất. Tấm đệm là một cấu trúc bình thường của bì mặt óng hậu môn, cấu tạo bởi các xoang tĩnh mạch, động mạch, các thông nối động-tĩnh mạch, tế bào sợi, sợi collagen, sợi thần kinh... Tấm đệm có vai trò trong việc ngăn ngừa sự són phân (khi ho, rặn, tấm đệm phòng lên, bít kín ống hậu môn) và sự hình thành cảm giác chủ thể (cảm giác cứng mềm, chất dịch hay hơi...). Bình thường tấm đệm hơi phòng lên ở các vị trí tương ứng với xoang tĩnh mạch trĩ trên (trực tràng trên) và xoang tĩnh mạch trĩ dưới (trực tràng dưới). Các chỗ phòng này được gọi là các búi trĩ. Cần nhấn mạnh rằng các búi phòng (hay búi trĩ này) luôn hiện diện ở người bình thường (từ lúc bào thai cho đến lúc trưởng thành). Chỉ khi nào các búi trĩ gây ra triệu chứng, và BN than phiền về các triệu chứng này, chúng mới được gọi là bệnh trĩ. Nếu các xoang tĩnh mạch trĩ trên (trực tràng trên) phồng to, trĩ được hình thành ở trên đường lược và được gọi là trĩ nội. Nếu các xoang tĩnh mạch trĩ dưới (trực tràng dưới) phồng to, trĩ được hình thành ở dưới đường lược và được gọi là trĩ ngoại. Do có sự thông nối giữa hệ tĩnh mạch trĩ trên và hệ tĩnh mạch trĩ dưới, sự tăng áp lực ở xoang tĩnh mạch trĩ trên tất yếu sẽ dẫn đến sự tăng áp lực ở xoang tĩnh mạch trĩ dưới.

Các yếu tố thuận lợi để trĩ hình thành bao gồm gắng sức khi đi tiêu (đây là nguyên nhân quan trọng nhất), thai kỳ, tăng áp lực cơ thắt trong, viêm trực tràng mãn tính. Các yếu tố trên đều có chung đặc điểm là làm cho áp lực trong xoang tĩnh mạch trĩ tăng hơn mức

bình thường mỗi khi đi tiêu. Nếu hiện tượng này kéo dài, các búi trĩ “sinh lý” phồng to hơn và gây triệu chứng, dẫn đến bệnh trĩ. Các triệu chứng của búi trĩ bao gồm: sa nghẹt, chảy máu, nhiễm trùng, huyết khối. Các triệu chứng nói trên sê khác nhau, tùy thuộc vào búi trĩ là trĩ nội hay trĩ ngoại.

Khi thăm khám trĩ, điều quan trọng nhất là phân biệt trĩ nội và trĩ ngoại (hình 2).



Hình 2- Trĩ nội và trĩ ngoại

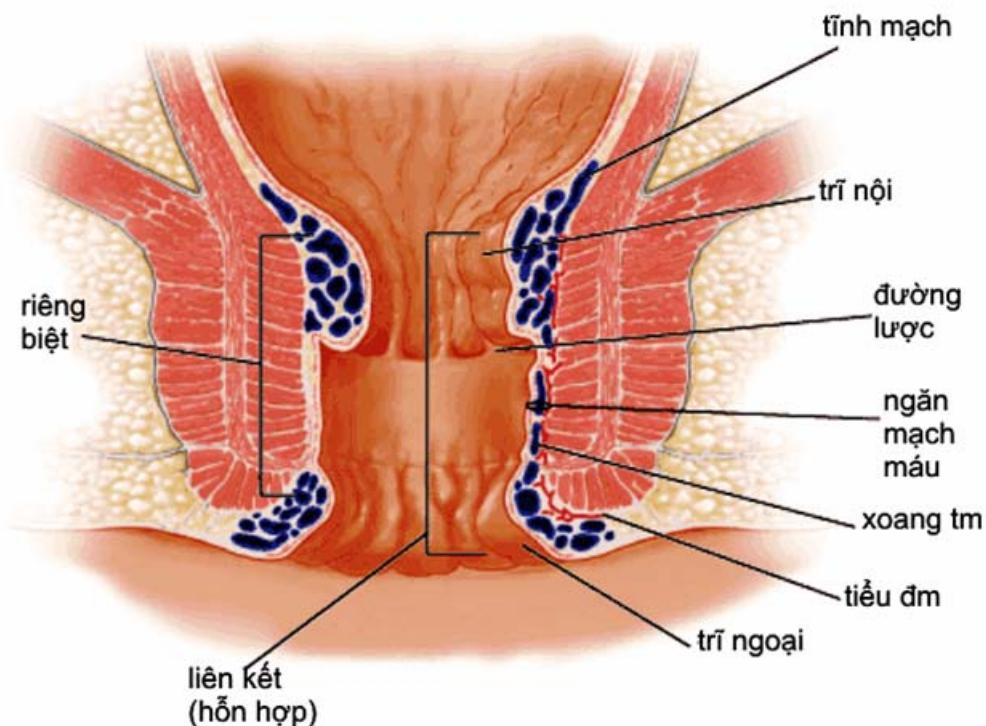
Đặc điểm của trĩ nội:

- Xuất phát ở bên trên đường lược
- Bề mặt là lớp niêm mạc của óng hậu môn
- Không có thần kinh cảm giác
- Diễn tiến và biến chứng: chảy máu, sa, nghẹt, viêm da quanh hậu môn.
- Tuỳ theo diễn tiến, được phân thành bốn độ:
 - Độ 1: mới hình thành, chảy máu là triệu chứng chính
 - Độ 2: búi trĩ sa ra ngoài khi đi tiêu nhưng tự lên
 - Độ 3: búi trĩ sa ra ngoài khi đi tiêu, phải đẩy mới lên được
 - Độ 4: búi trĩ sa ra ngoài thường trực và có thể bị thắt nghẹt, dẫn đến hoại tử

Đặc điểm của trĩ ngoại:

- Xuất phát bên dưới đường lược
- Bề mặt là lớp biểu mô lát tầng
- Có thần kinh cảm giác
- Diễn tiến và biến chứng: đau (do thuyên tắc), mẩn da thừa

Trĩ hỗn hợp (hình 3): khi diễn tiến lâu ngày, phần trĩ nội và phần trĩ ngoại sẽ liên kết với nhau, tạo thành trĩ hỗn hợp. Búi trĩ nội, khi đã sa tới độ 3, thường hiện diện dưới hình thái trĩ hỗn hợp.



Hình 3- Trĩ riêng biệt và trĩ hỗn hợp

Phân biệt bệnh trĩ và trĩ triệu chứng: bệnh trĩ là hậu quả của một quá trình tăng áp lực xoang tĩnh mạch trĩ kéo dài nhưng không thường xuyên. Thời điểm tăng áp lực là lúc phải gắng sức khi đi tiêu. Trĩ triệu chứng là biểu hiện của sự tăng áp lực xoang tĩnh mạch trĩ thường xuyên, do bế tắc hay huyết khối tĩnh mạch, chèn ép từ bên ngoài hay dò động tĩnh mạch. Trong bệnh trĩ, các búi trĩ chỉ hình thành ở ống hậu môn. Còn ở BN có trĩ triệu chứng, ngoài ống hậu môn, các búi phình dãn tĩnh mạch có thể hiện diện ở trực tràng và các tạng khác ở vùng chậu. Điều trị trĩ triệu chứng bắt buộc phải giải quyết các yếu tố nguyên nhân. Bài này không đề cập đến trĩ triệu chứng.

Trĩ là bệnh lý phổ biến. Chỉ 1/3 số BN bị trĩ cần đến sự can thiệp y khoa. Do đó khi BN đến khám, cần chú ý đến các bệnh lý khác tiềm ẩn phía sau.

Độ tuổi thường đến khám vì bệnh trĩ: 45-65 tuổi.

2-Chẩn đoán:

BN bị bệnh trĩ có thể đến khám vì các triệu chứng sau:

- Tiêu máu: tiêu máu cùng với khối sa ra ngoài hậu môn mỗi khi đi tiêu là hai triệu chứng thường gặp nhất. Triệu chứng tiêu máu có thể gây nhầm lẫn giữa bệnh trĩ với các bệnh lý khác, đặc biệt là các bệnh lý ác tính, của vùng hậu môn trực tràng. Cần nhớ rằng các búi trĩ chỉ chảy máu khi đi tiêu. BN bị bệnh trĩ tiêu máu đỏ tươi, máu thường ra sau phân và không lẫn với phân. Mức độ ra máu có thể thay đổi, từ thâm chút ít máu ở giấy vệ sinh, máu nhỏ giọt cho đến máu phun thành tia. Tiêu máu thường xuyên có thể dẫn đến thiếu máu. Thiếu máu trong bệnh trĩ thường là thiếu máu mẫn. Tuy nhiên, một số BN có thể nhập viện trong bệnh cảnh giảm thể tích tuần hoàn (hạ huyết áp) do mất một số lượng đáng kể máu trong thời gian ngắn.

- Khối sa ra ngoài hậu môn mỗi khi đi tiêu là triệu chứng của trĩ nội. Tuỳ theo diễn tiến, trĩ nội sa được phân làm bốn độ, như đã trình bày ở trên. Trĩ sa độ 4 là trĩ nội hiện diện thường trực ở bờ hậu môn. Trĩ nội sa độ 4 thường bị nghẹt với nhiều mức độ khác nhau, nhẹ thì phù nề, nặng thì hoại tử. Cơ vòng hậu môn càng thít chặt thì nguy cơ hoại tử búi trĩ nội sa độ 4 càng cao. Cần phân biệt trĩ nội sa độ 4 với trĩ ngoại. Trĩ ngoại luôn hiện diện thường trực ở rìa hậu môn và không bao giờ có nguy cơ bị nghẹt.
- Đau vùng hậu môn do trĩ sa nghẹt (trĩ nội) hay bị huyết khối (trĩ ngoại)
- Không thể làm vệ sinh sạch vùng hậu môn do có mầu da thừa vùng hậu môn

Chẩn đoán trĩ nội chủ yếu dựa vào triệu chứng máu đỗ hay một khối sa ra ngoài sau khi đi tiêu. Quan sát vùng hậu môn ở BN có trĩ nội thường không thấy gì. Đôi khi cần phải quan sát vùng hậu môn khi BN đang ngồi rặn trên toilette. Khi thăm trực tràng, búi trĩ nội là một khối mềm, ấn xẹp, buông phòng. Búi trĩ nội sa có màu đỏ tươi, bề mặt ướt.

Chẩn đoán trĩ ngoại, ngược lại, thường dễ dàng. Khi banh vùng hậu môn, có thể quan sát toàn bộ phần da của ống hậu môn (bên dưới đường lược). Trĩ ngoại là búi phòng có màu đỏ sẫm, bề mặt khô. Khi có huyết khối trong búi trĩ ngoại, các cục huyết khối là các nốt màu tím sẫm, ấn có cảm giác cứng chắc và làm cho BN đau. Búi trĩ ngoại bị huyết khối có thể diễn tiến xơ hoá sau 10-14 ngày, tạo thành mầu da thừa.

Trĩ hỗn hợp: khi trĩ sa và nghẹt, chúng ta thấy búi trĩ nghẹt có hai phần: phần trên đỏ tươi và ướt, phần dưới đỏ sẫm và khô, giữa có ranh tương ứng với đường lược. Trĩ hỗn hợp là biểu hiện của giai đoạn muộn của bệnh trĩ. Các búi trĩ hỗn hợp thường liên kết với nhau tạo thành trĩ vòng.

Bắt buộc phải soi hậu môn để chẩn đoán trĩ nội. Ông soi có diện nhìn bên. Có thể cho BN làm nghiệm pháp Valsava khi soi để đánh giá độ sa của búi trĩ.

Cần chẩn đoán phân biệt trĩ với các bệnh lý sau đây:

- Nếu BN nhập viện vì tiêu máu:
 - Ung thư trực tràng, ung thư đại tràng
 - Viêm trực tràng/ viêm đại tràng
- Nếu BN nhập viện vì đau vùng hậu môn:
 - Nứt hậu môn
 - Viêm ống hậu môn
 - Áp-xe cạnh hậu môn
 - Ung thư ống hậu môn
- Nếu BN nhập viện vì khối sa ở hậu môn:
 - Polyp ống hậu môn
 - Sa trực tràng
 - Condyloma acuminatum

Soi trực tràng ống soi mềm, soi đại tràng, hay X-quang đại tràng có thể được chỉ định để loại trừ các tổn thương khác.

3-Điều trị trĩ nội:

3.1-Điều trị bảo tồn:

Chỉ định: điều trị bảo tồn luôn được cân nhắc đến trước tiên và thực tế là một phương pháp điều trị có hiệu quả cho tất cả các BN trĩ. Tuy nhiên điều trị bảo tồn sẽ cho đáp ứng tốt nhất đối với trĩ độ 1 và 2. Thời gian đáp ứng trung bình 30-45 ngày.

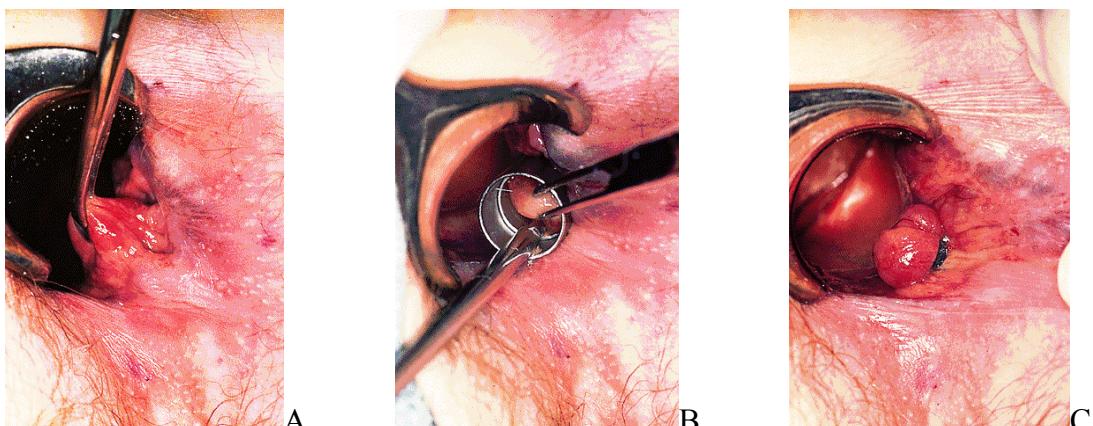
Nội dung điều trị bảo tồn:

- Ăn nhiều rau quả, uống nhiều nước, vận động thường xuyên, tránh gắng sức khi đi tiêu
- Sử dụng các chế phẩm chất xơ qua đường uống
- Các chế phẩm sử dụng tại chỗ (kem bôi, toạ dược), mặc dù được sử dụng rộng rãi, chưa chứng minh được hiệu quả rõ ràng.

3.2-Điều trị nội khoa

Các phương pháp:

- Thắt búi trĩ bằng dây thun (hình 4): búi trĩ nội được lôi vào trong một ống hình trụ, để một vòng thắt bằng cao su xiết quanh đáy búi trĩ. Búi trĩ sẽ bị hoại tử và rụng. Thắt búi trĩ được chỉ định cho trĩ nội độ 2 và 3

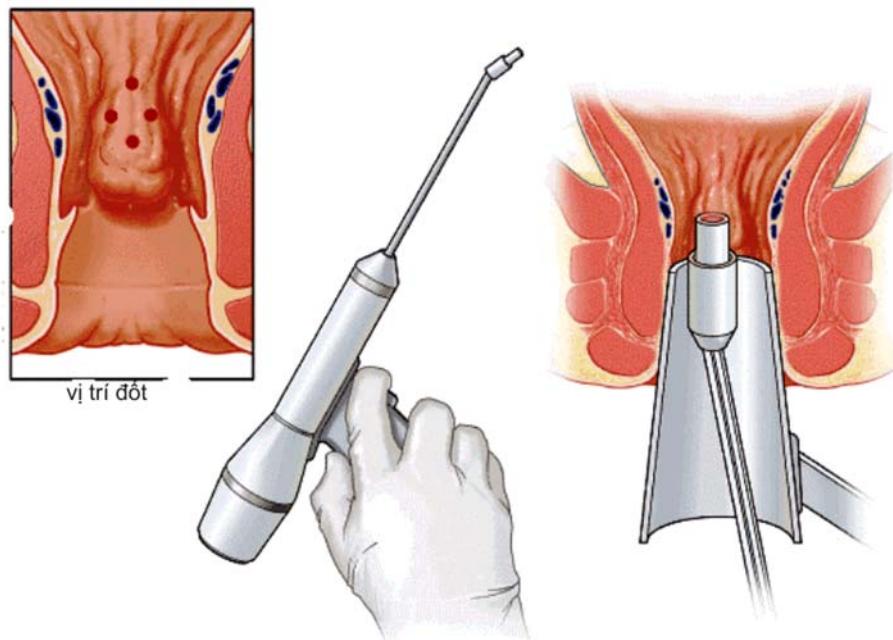


Hình 4- Kỹ thuật thắt trĩ bằng dây thun: A-xác định búi trĩ được thắt, B-lôi búi trĩ vào lòng ống hình trụ, C-thắt dây thun quanh đáy búi trĩ

- Chích xơ búi trĩ: được chỉ định cho búi trĩ nội độ 2.
- Huỷ búi trĩ bằng đốt nhiệt, đốt điện (bipolar), đốt lạnh (cryosurgery), đốt bằng sóng cao tần, đốt bằng tia hồng ngoại (hình 5)... Phương pháp này được chỉ định cho trĩ sa độ 2.
- Thắt động mạch chính của búi trĩ: dùng đầu dò siêu âm Doppler dò tìm cuống mạch chính của búi trĩ, khâu cuống mạch để búi trĩ bị thiếu máu nuôi và teo dần. Phương pháp này được chỉ định cho trĩ sa độ 2-4.
- Nong ống hậu môn (phương pháp Lord): ít được sử dụng vì tỉ lệ tái phát cao và có thể dẫn đến tổn thương cơ thắt.

Hiện nay chỉ có phương pháp thắt búi trĩ bằng dây thun là phương pháp được áp dụng rộng rãi.

Kết quả: sau thắt trĩ bằng dây thun, 30-50% BN bị tái phát sau 5-10 năm. Khi tái phát, có thể chọn phương pháp điều trị nội khoa khác hay phẫu thuật cắt trĩ.



Hình 5- Kỹ thuật đốt búi trĩ bằng tia hồng ngoại: áp đầu đốt vào búi trĩ 3-4 lần, mỗi lần 1-1,5 giây.

Biến chứng:

- Đau: do chích xơ hay thắt dây thun nhầm búi trĩ ngoại
- Nhiễm trùng: vùng hậu môn bình thường được cung cấp máu nuôi rất phong phú và có sức đề kháng rất tốt đối với sự nhiễm trùng. Tuy nhiên, nhiễm trùng vẫn có thể xảy ra, đặc biệt ở những người bị suy giảm chức năng miễn dịch. Đây là biến chứng đáng ngại. Trong trường hợp nặng (hoại tử Fournier), BN có thể tử vong. Để phòng ngừa biến chứng này, không chỉ định bắt cứ một thủ thuật nào ở vùng hậu môn trực tràng ở BN bị suy giảm miễn dịch mà chưa có sự cân nhắc cẩn thận.
- Chảy máu: hiếm khi xảy ra, trừ trường hợp BN có rối loạn về đông máu (xo gan chặng hạn) hay BN đang sử dụng thuốc kháng đông.
- Hẹp ống hậu môn: có thể là biến chứng của các phương pháp chích xơ hay huỷ búi trĩ
- Tồn thương cơ thắt (đối với phương pháp nong hậu môn)
- Hẹp niệu đạo (đối với phương pháp chích xo)

3.3-Điều trị phẫu thuật:

3.3.1-Chỉ định:

Các búi trĩ nội sa độ 3, độ 4 có chỉ định phẫu thuật. Các búi trĩ sa nghẹt hoại tử có thể cần nhắc phẫu thuật cấp cứu.

3.3.2-Chuẩn bị trước mổ:

Chuẩn bị trước mổ trĩ tương đối đơn giản. BN chỉ cần được thụt tháo trực tràng 30-60 phút trước khi tiến hành phẫu thuật. Kháng sinh được chỉ định trước mổ cho tất cả các trường hợp.

Phương pháp vô cảm được chọn lựa là tê tại chỗ kết hợp với tiền mê tốt. BN cũng có thể được tên tuỷ sống hay tê dưới màng cứng.

Nội soi trực tràng ngay trước mổ được chỉ định cho những BN chưa được nội soi trước đó.

3.3.3-Phương pháp:

Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật cắt trĩ. Các phương pháp đều tuân theo một số nguyên tắc nhất định.

Nguyên tắc của phẫu thuật cắt trĩ là cắt bỏ từng búi trĩ cùng với phần da niêm phủ lên trên, bảo tồn lớp cơ thắt trong nǎm bên dưới. Sau khi cắt, hai mép vết thương có thể được khâu đóng hay đê hở. Khâu đóng hai mép vết thương theo chiều dọc đối với búi trĩ nhỏ. Đối với búi trĩ lớn hay trĩ vòng, hai mép vết thương được khâu đóng theo chiều ngang.

Vết khâu đóng hai mép vết thương sau cắt búi trĩ có thể lành kỳ đầu nhưng thường bị hở trong vài ngày sau đó và vết thương sẽ lành kỳ hai, bằng sự tái tạo tổ chức biểu mô từ trên xuống (niêm mạc trực tràng), từ dưới lên (biểu mô lát tầng không sừng hoá) và từ các đảo biểu mô ở miệng các tuyến nhầy hậu môn.

Song song với sự tái tạo tổ chức biểu mô bình thường, mô sợi xo xở cũng hình thành. Nếu sự hình thành mô sợi xo “lần lượt” sự tái tạo biểu mô, hay biểu mô bị chậm tái tạo, BN sẽ có nguy cơ bị hẹp hậu môn. Phần da niêm bị cắt theo búi trĩ càng nhiều (búi trĩ lớn, trĩ vòng), nguy cơ hẹp hậu môn càng cao.

Về mặt lý thuyết, các phương pháp cắt trĩ-khâu kín có nguy cơ dẫn đến hẹp hậu môn thấp hơn các phương pháp cắt trĩ-đê hở, nhưng thực tế tỉ lệ hẹp hậu môn không phụ thuộc vào phương pháp khâu kín hay đê hở, mà phụ thuộc vào các yếu tố khác (kích thước búi trĩ, tốc độ tái tạo các tế bào biểu mô, nhiễm trùng tại chỗ...)

3.3.3.1-Cắt trĩ từng búi:

Cắt trĩ khâu kín theo phương pháp Ferguson (hình 6): từng búi trĩ được cắt từ ngoài vào trong. Cuống búi trĩ được khâu buộc. Hai mép vết thương được khâu kín, từ trong ra ngoài. Phương pháp này được áp dụng rộng rãi tại Hoa Kỳ. Phương pháp này có lợi điểm là vết khâu lành sớm và BN không có rối loạn cảm giác trong thời gian đầu sau mổ. Tuy nhiên, các búi trĩ to hay các búi trĩ liên kết với nhau thành vòng không áp dụng được phương pháp này vì có thể gây hẹp hậu môn.

Cắt trĩ đê hở theo phương pháp của Milligan và Morgan: kỹ thuật tương tự phương pháp Ferguson, nhưng vết thương được đê hở. Phương pháp này được áp dụng rộng rãi tại Anh.

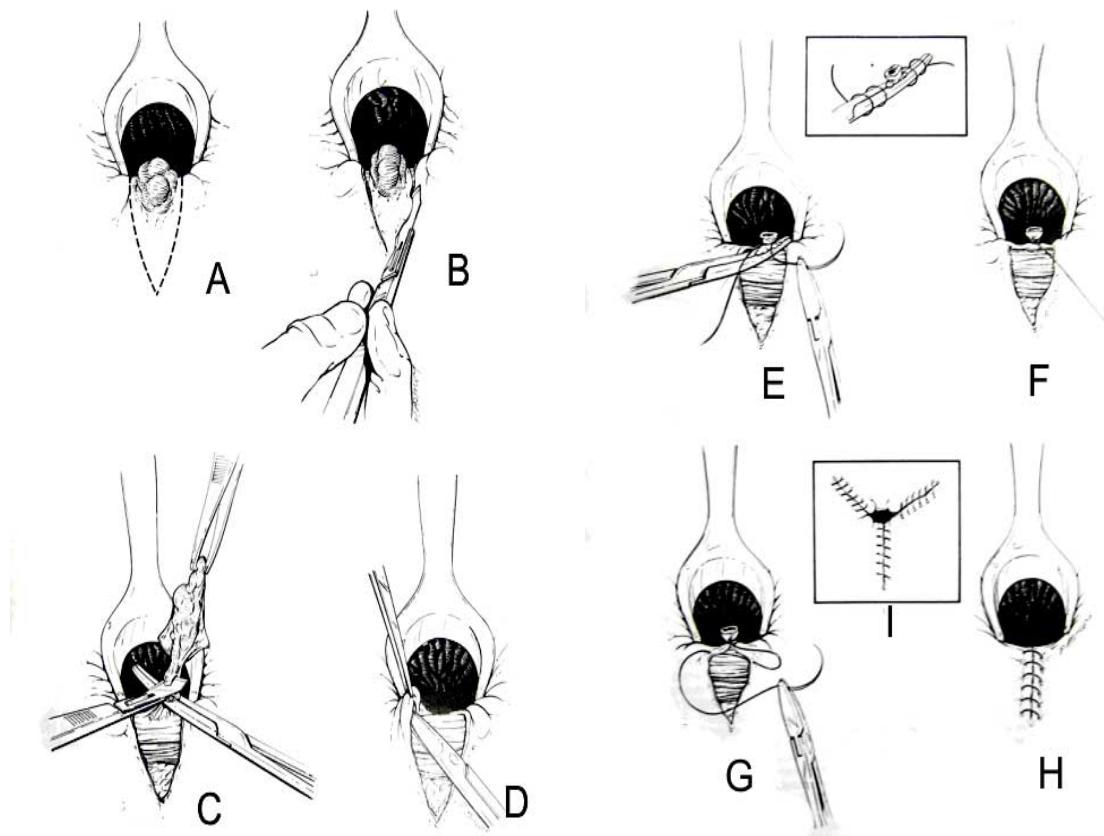
Chỉ khâu dùng trong cắt trĩ là chromic catgut 3-0.

3.3.3.2-Cắt trĩ vòng:

Cắt trĩ vòng theo phương pháp Whitehead: cắt bỏ toàn bộ vòng da-niêm của ống hậu môn, sau đó hạ niêm mạc trực tràng bên trên xuống khâu vào rìa hậu môn. Do phần niêm mạc bị kéo xuống thấp, BN sau mổ trĩ theo phương pháp Whitehead có thể bị một hiện tượng gọi là “hậu môn uột” hay “hậu môn của whitehead”.

Cắt trĩ vòng theo phương pháp Buie: một cải biến từ phẫu thuật Whitehead: thay vì cắt bỏ toàn bộ bề mặt ống hậu môn, phẫu thuật Buie chừa lại ba cầu da-niêm để tạo thế cân bằng giữa phần da và phần niêm của ống hậu môn.

Quan niệm về phẫu thuật cắt trĩ ngày nay đã có nhiều thay đổi. Nguyên tắc bảo tồn tối đa phần da của ống hậu môn luôn được tuân thủ. Bảo tồn phần da của ống hậu môn đồng nghĩa với việc chừa lại phần trĩ ngoại. Phần trĩ ngoại, mặc dù được đẽ lại, nhưng dần dần sẽ bị teo, do sự thông nối với phần trĩ nội đã bị cắt đứt.



Hình 6- Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp khâu kín của Ferguson (A-I): A-D-búi trĩ được cắt, từ ngoài vào trong, ra khỏi lớp cơ thắt bên dưới. Chú ý không làm tổn thương các sợi cơ thắt bên dưới búi trĩ. Khi cắt tới cuống, cuống búi trĩ được kẹp bởi Kelly. Dùng kéo tách lớp da ống hậu môn (anoderm) ra hai bên, ra khỏi cơ thắt để cho việc khâu đóng được dễ dàng. E-H: khâu buộc cuống búi trĩ. Khâu đóng da ống hậu môn từ trong ra ngoài.

3.3.3.3-Cắt trĩ sa bằng stapler (phẫu thuật Longo, PPH: procedure for prolapsed hemorrhoid, MIPH: minimal invasive procedure of hemorrhoidectomy):

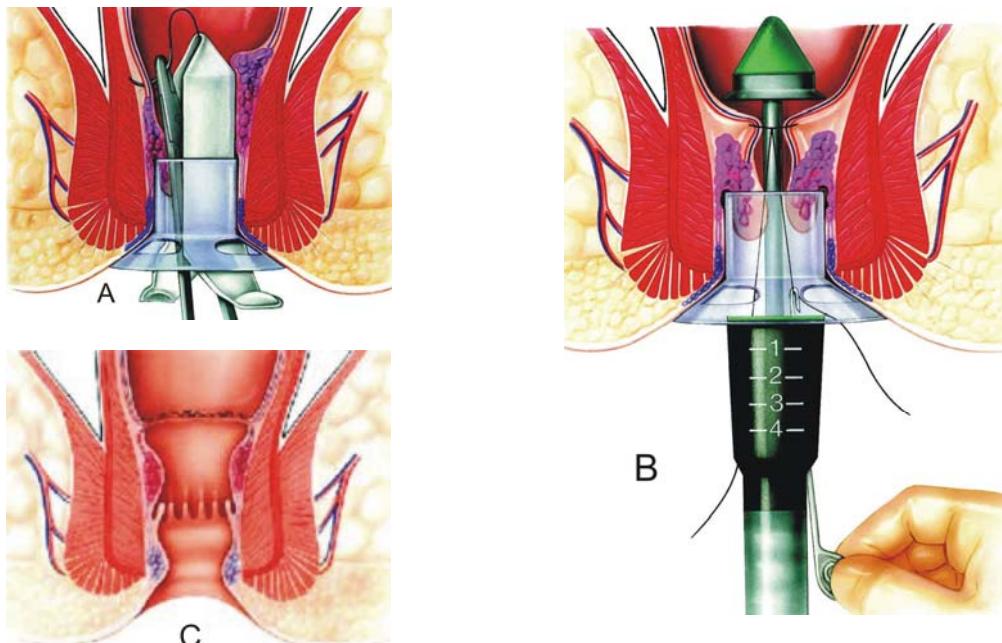
Phương pháp cắt trĩ sa bằng stapler (PPH) hiện nay đang được nhiều phẫu thuật viên áp dụng.

Nguyên tắc: dùng stapler vòng cắt một phần trĩ nội sa ra ngoài, đồng thời “treo” phần trĩ còn lại để làm mô đệm cho ống hậu môn (hình 7).

Nội dung: sau khi gây tê và nong ống hậu môn, đẩy khối trĩ sa trở lại vị trí ban đầu của nó. Khâu một mũi khâu vòng quanh trực tràng, ngay sát bờ trên của ống hậu môn. Chú ý mũi khâu chỉ lấy lớp niêm và dưới niêm. Lắp stapler, buộc sợi chỉ khâu sao cho ôm lấy phần cổ của nòng trĩ. Khi bấm stapler, phần nồng của vòng trĩ nội, giữa đường lược và đường khâu, sẽ bị cắt đứt. Một ít mô trĩ còn lại ở phần sâu sẽ được “treo” vào bờ trên của ống hậu môn. Phần trĩ ngoại, tuy được chừa lại, sẽ bị teo dần dần sau đó.

Lợi điểm đáng kể nhất của cắt trĩ bằng stapler là ít đau hơn so với phẫu thuật kinh điển. Tuy nhiên, do giá thành đắt, trong điều kiện Việt nam phương pháp này cũng chưa thể được áp dụng rộng rãi.

Cắt trĩ bằng stapler có nguy cơ gây tổn thương thành trực tràng và tổn thương cơ thắt ống hậu môn nếu thực hiện không đúng kỹ thuật.



Hình 7- Phẫu thuật cắt trĩ bằng stapler

3.3.3.4-Chọn lựa các phương pháp (bảng 1)

Phương pháp	Trĩ nội				Trĩ ngoại	
	Độ					
	1	2	3	4		
Chế độ ăn uống (điều trị bảo tồn)	X					
Chích xơ	X	X				
Đốt trĩ bằng tia hồng ngoại	X	X	(X)			
Thắt dây thun	(X)	X	X			
PPH			X	X		
Phẫu thuật cắt trĩ		(X)	X	X	X	

Bảng 1- Xu hướng chọn lựa các phương pháp điều trị trĩ hiện nay
(X): có chọn lựa BN

3.3.4-Chăm sóc sau mổ:

- o BN nên được giới hạn truyền dịch. Nước được cho uống theo nhu cầu.
- o Tiếp tục dùng kháng sinh vài ngày sau mổ
- o Cho thuốc giảm đau
- o Ngâm hậu môn với nước ấm
- o Không kiêng ăn. Ăn với chế độ nhiều chất bã. Có thể chỉ định các tác nhân làm tăng khối lượng phân và làm mềm phân.
- o Trở lại làm việc, sinh hoạt bình thường sau 2-4 tuần

3.3.5-Kết quả và biến chứng

Tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật cắt trĩ: 2-5%. Đối với phương pháp cắt trĩ vòng bằng stapler, chưa có kết quả công bố về tỉ lệ tái phát sau mổ.

Biến chứng sau mổ:

- o Bí tiểu
- o Nhiễm trùng
- o Chảy máu

Di chứng:

- o Sa niêm: gặp trong phẫu thuật Whitehead
- o Mẫu da thừa
- o Tồn thương cơ thắt trong, gây són phân
- o Vết thương không lành, dẫn đến loét hậu môn.
- o Hẹp hậu môn
- o Riêng đối với phương pháp cắt trĩ bằng stapler: có thể làm tồn thương vách trực tràng, gây dò trực tràng-âm đạo hay trực tràng-niệu đạo.

4-Điều trị trĩ ngoại:

Huyết khối trĩ ngoại: có hai lựa chọn, hoặc là cho BN thuốc giảm đau và chờ cho đén khi búi trĩ ngoại bị teo sẽ cắt mẫu da thừa, hoặc là rạch búi trĩ ngoại nặn lấy cục huyết khối, sau cầm máu bằng đốt điện hay thoa gel.

Mẫu da thừa: cắt bỏ phần da thừa, hai mép vết thương tốt nhất là để hở.

DÒ HẬU MÔN

1-Đại cương:

Dò hậu môn là một đường hầm, thành được lót bởi mô hạt, đầu (lỗ) trong nằm ở ống hậu môn, đầu (lỗ) ngoài nằm ở phần da quanh ống hậu môn.

Áp-xe cạnh hậu môn được định nghĩa là một khối nung mủ ở vùng cạnh hậu môn.

95% dò hậu môn có nguồn gốc từ viêm ống tuyến hậu môn. Ống tuyến hậu môn bị viêm dẫn đến hình thành một ổ nung mủ (áp-xe) cạnh hậu môn. Áp-xe cạnh hậu môn, khi tìm đường thoát mủ ra ngoài hay vào lòng trực tràng, sẽ tạo thành đường dò.

Trong 5% các trường hợp còn lại, dò hậu môn có nguồn gốc từ:

- o Chấn thương
- o Ung thư
- o Các bệnh lý viêm nhiễm mãn tính vùng trực tràng hậu môn: lao, Crohn, viêm túi thừa, nhiễm Clamydia, actinomycoses...
- o Nứt hậu môn (gây áp-xe và dò dưới da)

Nếu dò hậu môn có nguồn gốc từ ống tuyến hậu môn, lỗ trong sẽ nằm trên đường lược. Thể lâm sàng duy nhất của dò hậu môn do viêm ống tuyến hậu môn mà lỗ trong nằm ở thành trực tràng là dò hậu môn ngoài cơ thắt.

Nếu dò hậu môn do các nguyên nhân khác, lỗ trong sẽ nằm ở vị trí bất kỳ, trong đó có thể xuất phát từ thành trực tràng. Bài này chỉ đề cập đến dò hậu môn và áp-xe do viêm ống tuyến hậu môn.

Phân loại áp-xe cạnh hậu môn (do viêm ống tuyến hậu môn) (hình 1):

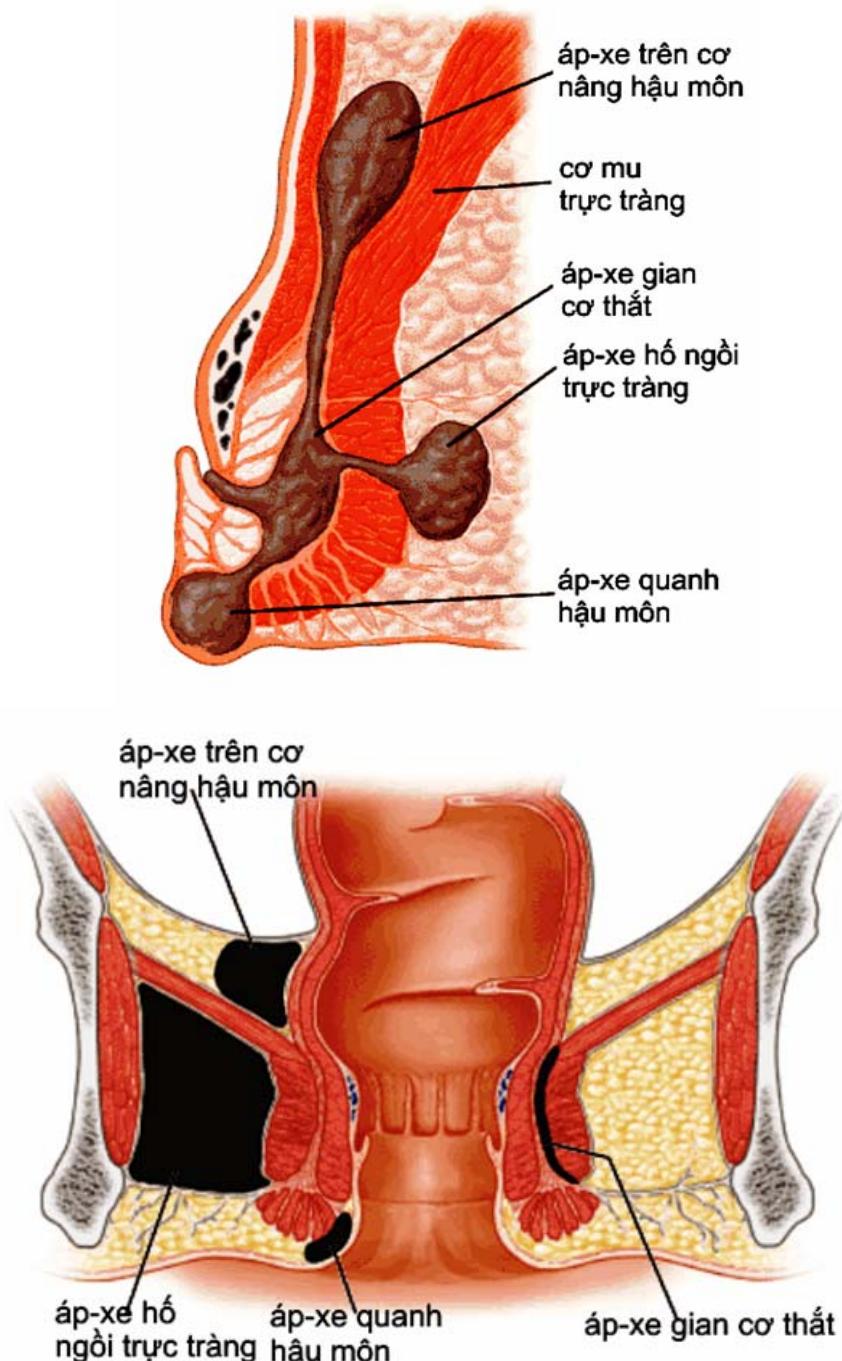
- o Áp-xe dưới da (quanh hậu môn)
- o Áp-xe gian cơ thắt
- o Áp-xe trên cơ nâng hậu môn
- o Áp-xe hố ngói trực tràng
- o Áp-xe kết hợp, trên cơ nâng và hố ngói trực tràng (áp-xe hình quả tạ)

Áp-xe trên cơ nâng hậu môn là nguồn gốc của dò hậu môn thể ngoài cơ thắt: khi ổ áp-xe tìm đường vỡ vào lòng trực tràng và vỡ ra da, đường dò hậu môn thể ngoài cơ thắt sẽ hình thành.

Phân loại dò hậu môn:

- o Theo tính chất đơn giản hay phức tạp:
 - Dò đơn giản:
 - ▲ Có một lỗ trong, một lỗ ngoài và một đường dò nguyên phát nối hai lỗ.
 - ▲ Định luật Goodsall (hình 2): BN nằm xấp, nếu lỗ ngoài nằm ở $\frac{1}{2}$ trên đường ngang qua ống hậu môn, lỗ trong sẽ nằm trên đường giữa. Nếu lỗ ngoài nằm ở $\frac{1}{2}$ dưới, lỗ trong sẽ nằm trên đường hướng

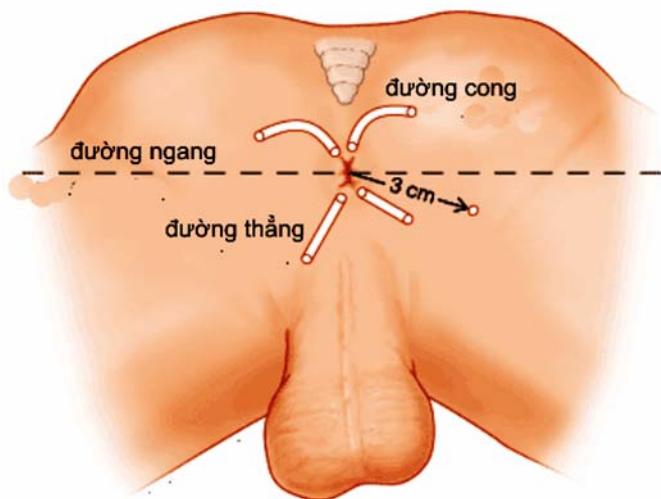
tâm (đặc điểm này sẽ thay đổi nếu lỗ ngoài nằm cách rià hậu môn 2-3 cm) .



Hình 1- Vị trí của áp-xe cạnh hậu môn trong mối tương quan với cấu trúc giải phẫu của óng hậu môn

▪ Dò phức tạp:

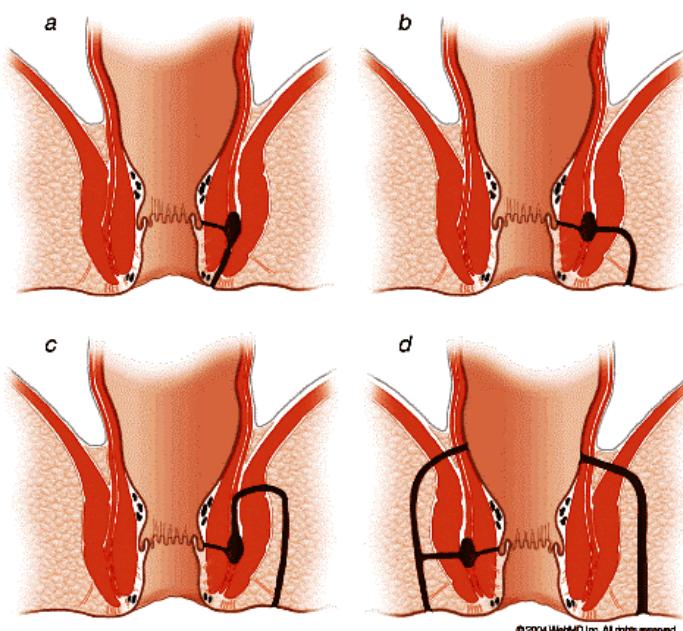
- ▲ Có một lỗ trong, một đường dò nguyên phát và một hay nhiều đường thứ phát, mỗi đường dò có một lỗ ngoài.
- ▲ Dò móng ngựa: lỗ trong nằm ở phần sau hậu môn, đường dò nguyên và thứ phát đi vòng ra hai bên, trong hố ngòi-trực tràng.



Hình 2- Mối liên quan giữa lỗ trong và lỗ ngoài của một đường dò hậu môn theo định luật Goodsall

- Theo phần cơ thắt có liên quan (hình 3):

- Được ứng dụng nhiều trên lâm sàng vì có liên quan đến việc chọn lựa phương pháp điều trị.
- Tuỳ theo khối lượng của phần cơ thắt có liên quan (phần cơ thắt nằm giữa đường dò và bề mặt biểu mô của ống hậu môn), dò hậu môn được phân thành 4 loại chính:
 - ▲ Dò gian cơ thắt (70%)
 - ▲ Dò ngang cơ thắt (24%) bao gồm dò ngang cơ thắt thấp và dò ngang cơ thắt cao
 - ▲ Dò trên cơ thắt (5%)
 - ▲ Dò ngoài cơ thắt (1%)



Hình 3- Các kiểu dò hậu môn: a-Dò gian cơ thắt, b-Dò ngang cơ thắt, c-Dò trên cơ thắt, d-Dò ngoài cơ thắt.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán áp-xe cạnh hậu môn:

Lâm sàng nghĩ đến áp-xe cạnh hậu môn khi BN than đau nhức vùng hậu môn kèm sốt. Khi thăm khám, tùy vào vị trí của ổ áp-xe mà BN có các dấu hiệu thực thể sau:

- o Áp-xe gian cơ thắt: cạnh hậu môn có một khối gồ lên, nóng, đỏ, đau. Các nếp nhăn rìa hậu môn mất. Nếu thăm trực tràng (không cần thiết vì sẽ làm cho BN đau đớn): không còn cảm giác xiết chặt bình thường của cơ thắt, thay vào đó là một khối, ở một bên ống hậu môn, ép vào ngón tay.
- o Áp-xe hố ngồi trực tràng: khối sưng, nóng, đỏ, đau nằm ở giữa rìa hậu môn và ụ ngồi, các nếp nhăn da rìa hậu môn còn. Cần thăm trực tràng để loại trừ áp-xe hình quả tạ.
- o Áp-xe trên cơ nâng hậu môn: chỉ phát hiện khi thăm khám trực tràng: một phôi pháp phèu cạnh bên trực tràng.

Cần chẩn đoán phân biệt áp-xe cạnh hậu môn với các bệnh lý sau:

- o Áp-xe tuyến apocrine (hyradenitis suppurativa)
- o Nhiễm trùng nang lông
- o Nhiễm trùng nang vùi thượng bì (inclusion cyst)
- o Áp-xe tuyến Bartholin ở nữ

2.2-Chẩn đoán dò hậu môn:

Chẩn đoán lâm sàng: BN bị chảy nước vàng kéo dài vùng hậu môn. Khám: cạnh hậu môn có một nốt sần, giữa có lỗ, ấn nốt sần dịch vàng đục trào qua lỗ. Sờ nắn phần da giữa nốt sần và hậu môn có cảm giác một dây cứng. Thăm trực tràng có thể sờ được lỗ trong, nằm trên đường lược.

Đối với các đường dò đơn giản (một lỗ ngoài, lỗ ngoài nằm lân cận rìa hậu môn), không cần thiết phải có các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, trừ nội soi hậu môn trực tràng để loại trừ các nguyên nhân khác của dò hậu môn không xuất phát từ ống tuyến hậu môn (u buồu, viêm nhiễm...). Việc đánh giá đường dò sẽ được thực hiện trong lúc mổ.

Trong trường hợp dò phức tạp, các phương pháp chẩn đoán sau có thể được chỉ định:

- o X-quang đường dò: bơm thuốc cản quang vào lỗ trong, chụp nhiều tư thế (trước sau, nghiêng, chéo).
- o Siêu âm qua ngã hậu môn-trực tràng: được chỉ định khi không tìm thấy lỗ trong hay nghi ngờ đường dò đi cao (trên cơ thắt, ngoài cơ thắt). Việc bơm oxy già vào lỗ ngoài sẽ làm tăng độ nhạy của chẩn đoán.
- o Đo áp lực cơ thắt: được chỉ định trong trường hợp dò tái phát sau mổ, dò trên cơ thắt, hay BN có bệnh lý làm giảm trương lực cơ thắt (người già yếu, sang chấn sản khoa...)

3-Điều trị:

3.1-Điều trị áp-xe cạnh hậu môn:

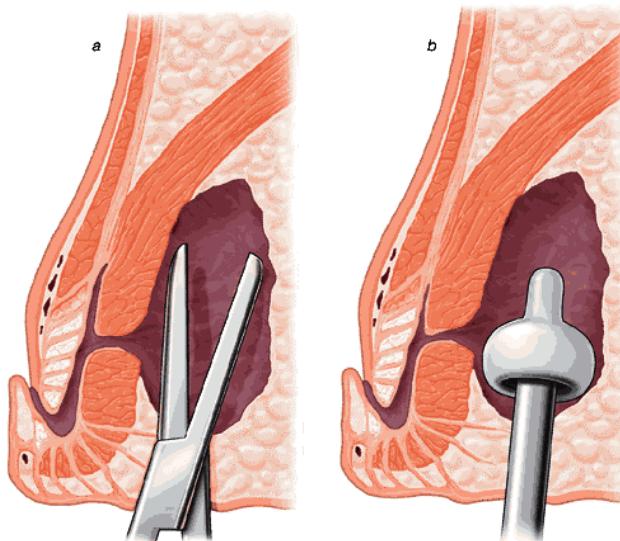
Áp-xe cạnh hậu môn, nếu không được dẫn lưu mủ kịp thời, có thể gây viêm tấy lan rộng vùng tầng sinh môn.

Nguyên tắc: chủ yếu là dẫn lưu mủ. Không nên cố gắng cắt đường dò, trừ trường hợp áp-xe tái phát trên BN đã được chẩn đoán dò hậu môn, đường dò đơn giản và đã định hình rõ.

Chuẩn bị trước mổ: cho kháng sinh và thuốc giảm đau.

Nội dung phẫu thuật:

- Phương pháp vô cảm: thường là gây mê tĩnh mạch. Nếu ổ áp-xe có dấu hiệu pháp phèu rõ, chỉ cần tiêm mê với các dẫn xuất của morphine là đủ.
- Áp-xe tái phát trên BN đã có dò hậu môn: xử trí như dò hậu môn (cắt đường dò hay đặt seton).
- Áp-xe gian cơ thắt: rạch da hình vòng cung 2cm cạnh hậu môn, trên khói áp-xe, tách lớp nồng của cơ thắt vào ổ áp-xe, bơm rửa với dung dịch povidone-iodine hay oxy già, nhét một bắc gạc tẩm povidone-iodine vào ổ áp-xe. Chú ý không phá rộng ổ áp-xe vì có thể làm tổn thương nhiều ở cơ thắt.
- Áp-xe hố ngói trực tràng: rạch da, tách lớp mỡ trong hố ngói trực tràng vào ổ áp-xe. Sau khi bơm rửa, đặt một thông có đầu hình nấm (Pezzer, Malecot) vào ổ áp-xe (hình 4).



Hình 4- Đặt thông đầu hình nấm trong ổ áp-xe hố ngói trực tràng

- Áp-xe hình quả tạ: đường rạch da như áp-xe hố ngói trực tràng. Sau khi bơm rửa ổ áp-xe, đặt một thông có đầu hình nấm (Pezzer, Malecot) đưa lên sao cho đầu nấm của thông nằm trong ổ áp-xe trên cơ nâng hậu môn.
- Áp-xe trên cơ nâng hậu môn: dẫn lưu mủ qua thành trực tràng.

Chăm sóc hậu phẫu:

- Tiếp tục sử dụng kháng sinh 3-5 ngày sau mổ
- Thay bắc gạc một vài ngày đầu đối với áp-xe gian cơ thắt, sau đó cho BN ngâm hậu môn hàng ngày với nước ấm pha povidone-iodine cho đến khi vết thương lành hẳn. Phần lớn các áp-xe gian cơ thắt có thể lành hẳn mà không chuyển thành dò hậu môn.
- Nếu có đặt một thông hình nấm vào ổ áp-xe, bơm rửa ổ áp-xe hàng ngày trong vòng hai tuần đầu. Mỗi lần bơm rửa chú ý quan sát xem có chảy dung dịch bơm

rửa qua ngả hậu môn hay không. Sự chảy dịch qua ngả hậu môn mỗi lần bơm rửa chứng tỏ có sự tồn tại của lỗ trong. Nếu không có sự chảy dịch qua ngả hậu môn, rút thông, cho BN ngâm hậu môn hàng ngày với nước ấm pha povidone-iodine cho đến khi vết thương lành hẳn. Nếu sau hai tuần mà lỗ trong vẫn tồn tại (50% các trường hợp), BN nên được điều trị dò hậu môn bằng phẫu thuật.

3.2-Điều trị dò hậu môn:

3.2.1-Cắt mở đường dò (fistulostomy):

Nguyên tắc: cắt đường dò từ lỗ trong ra lỗ ngoài, mở đường dò ra bề mặt (biến “đường hầm” thành “đường hào”). Đường dò sẽ lành từ đáy lên bề mặt. Phương pháp này cũng cắt phần cơ thắt có liên quan. Nếu phần cơ thắt bị cắt nhiều, BN sẽ không kiểm soát vấn đề giữ phân (són phân hay tiêu không tự chủ)

Chỉ định:

- Dò gian cơ thắt
- Dò xuyên cơ thắt thấp (trừ đường dò ở 1/2 trước hậu môn ở BN nữ)

Chuẩn bị trước mổ:

- Thụt tháo trực tràng
- Cho kháng sinh

Kỹ thuật (hình 5):

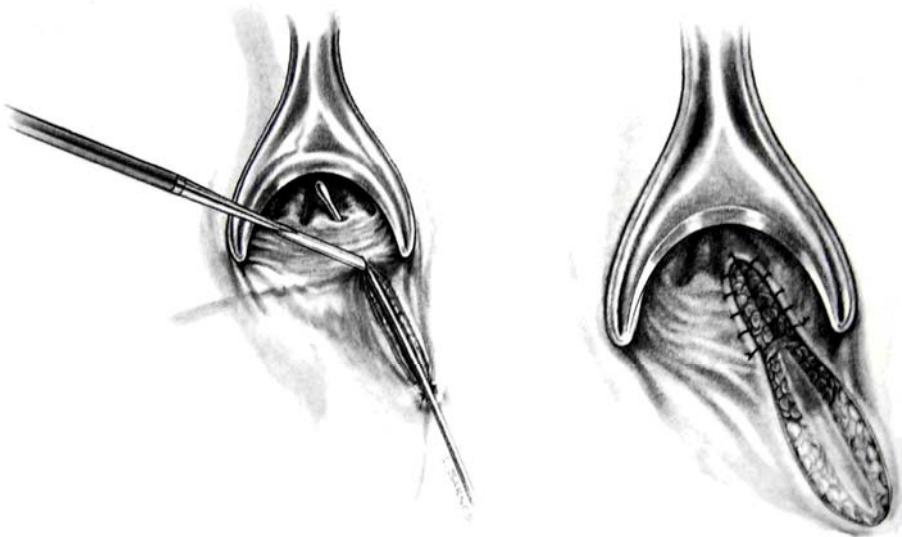
- Nong hậu môn, đặt mỏ vịt
- Tìm lỗ trong. Trong trường hợp không thấy lỗ trong, có thể áp dụng các biện pháp sau:
 - Bơm oxy già, xanh methylene, sữa... vào lỗ ngoài, đồng thời quan sát các chất này sủi lên ở vị trí lỗ trong.
 - Lôi kéo lỗ ngoài, lỗ trong sẽ nhô lên thụt vào trên thành ống hậu môn.
- Dùng que đầu tù luồn nhẹ nhàng từ lỗ ngoài theo đường dò vào lỗ trong.
- Sau khi đưa được que từ lỗ ngoài vào lỗ trong, dùng dao cắt da, mổ mõ dưới da, phần cơ thắt trong ở phía trong que.
- Nạo sạch mô hạt
- Nếu cắt bỏ mô xơ trên thành đường dò, thời gian lành sẽ nhanh hơn.
- Gởi các mẫu mô được cắt đến phòng giải phẫu bệnh để loại trừ các nguyên nhân khác của dò hậu môn.

Chăm sóc hậu phẫu:

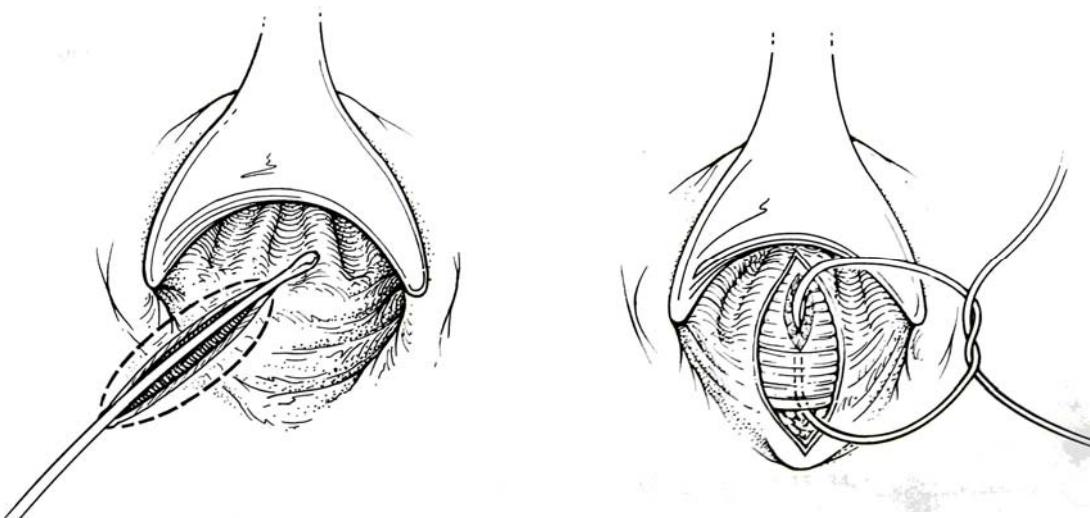
- Tiếp tục dùng kháng sinh khoảng 3 ngày sau mổ.
- Ngâm hậu môn ngày 2 lần. Khi ngâm, dùng ngón tay miết vào vết thương để cho vết thương lành từ đáy lên trên, từ trong ra ngoài, đồng thời hạn chế nguy cơ hẹp hậu môn.
- Thời gian lành hẳn vết thương trung bình 6 tuần, hiếm khi quá 12 tuần.

3.2.2-Đặt seton:

Nguyên tắc: cắt đường dò “dần dần”, để đường dò lành mà vẫn bảo tồn được chức năng cơ thắt.



Hình 5- Kỹ thuật cắt mổ đường dò trong điều trị dò hậu môn



Hình 6- So sánh cắt mổ đường dò (hình trái) và đặt seton trong điều trị dò hậu môn.

Chỉ định:

- BN nữ có đường dò ở 1/2 trước hậu môn
- Dò tái phát
- Dò phức tạp
- Dò xuyên cơ thắt cao, trên hay ngoài cơ thắt
- Dò hậu môn ở BN có trương lực cơ thắt thấp

Nội dung điều trị:

- Các bước đầu tương tự như cắt mổ đường dò
- Không cắt cơ thắt. Luồn một sợi chỉ silk to hay dải cao su (Penrose) từ lỗ ngoài vào lỗ trong, buộc quanh phần cơ thắt có liên quan (hình 6).

- Sau mổ, xiết dần seton mỗi khi BN tái khám, cho tới khi seton cắt xuyên qua phần cơ thắt và rót ra ngoài.

3.2.3-Bít đường dò bằng keo fibrin:

Các bước chính của phương pháp bít đường dò bằng keo fibrin trong điều trị dò hậu môn:

- Nạo sạch mô hạt thành đường dò
- Khâu kín lỗ trong
- Bơm keo fibrin vào đường dò

Phương pháp này cho tỉ lệ lành đường dò thấp.

3.2.4-Chuyển vật nội trực tràng (endorectal advancement flap):

Nguyên tắc: tách một mảnh niêm mạc thành trực tràng, chuyển xuống và khâu che lên lỗ dò trong. Có thể kết hợp với bơm keo fibrin vào đường dò.

Đây là phương pháp lý tưởng để điều trị các đường dò cao.

3.2.5-Kết quả và biến chứng:

Kết quả:

- Sau cắt mở đường dò, tỉ lệ tái phát 0-17%, tỉ lệ són phân 3-7%.
- Sau đặt seton, tỉ lệ tái phát 0-18%, tỉ lệ són phân 0-17%.

Biến chứng sau mổ:

- Chảy máu
- Són phân: do một phần đáng kể cơ thắt hậu môn bị cắt đứt, hay cắt mở đường dò ở BN có trương lực cơ thắt thấp.
- Hẹp hậu môn: có thể xảy ra, nếu sau cắt đường dò mô sợi xơ phát triển quá mức.

THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

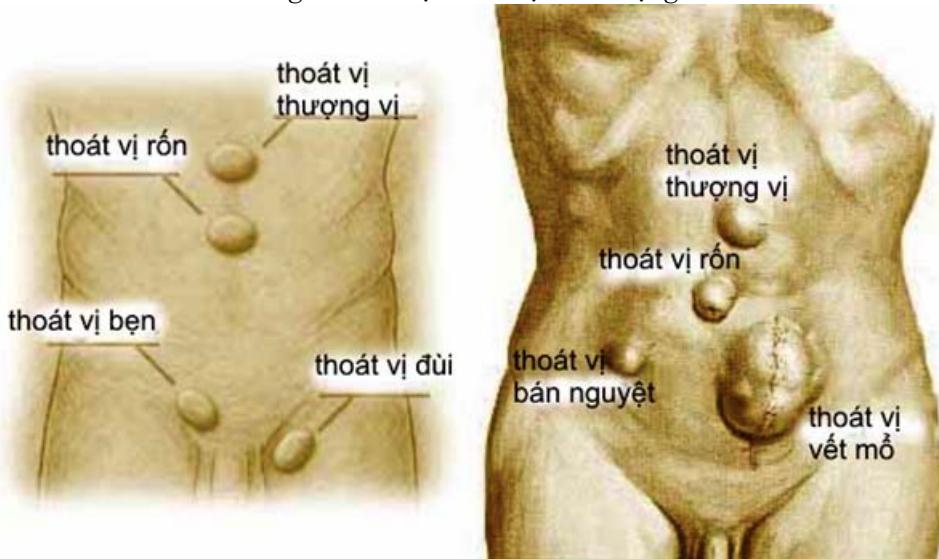
1-Đại cương:

Thoát vị thành bụng là một trạng thái bệnh lý gây ra do sự di chuyển của các tạng từ trong xoang bụng (thường là ruột non) ra phía ngoài thành bụng, qua một chỗ yếu của thành bụng. Chỗ yếu của thành bụng là nơi mà thành bụng không có lớp cơ, chỉ có lớp cân hay mạc che phủ.

Các thoát vị thành bụng có thể gấp (bảng 1, hình 1):

<i>Thoát vị vùng bẹn-đùi:</i>	<i>Thoát vị lung:</i>
<i>Thoát vị bẹn trực tiếp</i>	<i>Thoát vị tam giác lung trên</i>
<i>Thoát vị bẹn gián tiếp</i>	<i>Thoát vị tam giác lung dưới</i>
<i>Thoát vị bẹn thê kết hợp</i>	<i>Thoát vị vùng chậu:</i>
<i>Thoát vị đùi</i>	<i>Thoát vị bit</i>
<i>Thoát vị thành bụng trước:</i>	<i>Thoát vị toa</i>
<i>Thoát vị rôn</i>	<i>Thoát vị đáy chậu</i>
<i>Thoát vị thượng vị</i>	
<i>Thoát vị spigelian</i>	
<i>Thoát vị vết mổ</i>	

Bảng 1- Các loại thoát vị thành bụng



Hình 1- Các loại thoát vị thành bụng

Các thoát vị thành bụng được xem là thoát vị ngoại. Cần phân biệt với thoát vị nội là sự thoát vị của ruột qua một lỗ khiếm khuyết trong xoang bụng.

Có một số “biến thể” của thoát vị thành bụng:

- Thoát vị gian thành là một hình thức thoát vị thành bụng trong đó tạng thoát vị cũng di chuyển qua một chỗ yếu của thành bụng, nhưng không ra phía ngoài thành bụng, mà nằm giữa các lớp cân cơ của thành bụng.
- Thoát vị Richter cũng là một hình thức thoát vị thành bụng, nhưng chỉ một phần của thành ruột phía bên đối diện với bờ mạc treo bị thoát vị.

- Thoát vị trượt hình thành là do có sự “trượt” của một tạng, mà một phần thành của nó cấu thành nên phúc mạc, qua một chỗ yếu của thành bụng. Một phần thành tạng thoát vị cấu thành nên một phần túi thoát vị.

Một thoát vị thành bụng bao gồm một túi và một cổ túi. Túi thoát vị có bản chất là phúc mạc thành phát triển nhô qua khỏi lỗ thoát vị. Cổ túi thoát vị nằm cố định ở lớp cân trong cùng nhất của thành bụng, tương ứng với vị trí của lỗ thoát vị.

Các hình thái lâm sàng của một thoát vị thành bụng:

- Tạng thoát vị xoay trở tự do trong túi thoát vị. Túi thoát vị ngày càng lớn ra và phá huỷ dần các cấu trúc thành bụng xung quanh. Tạng thoát vị có nguy cơ bị chấn thương do không có lớp cơ thành bụng che chở.
- Tạng thoát vị dính vào túi thoát vị nhưng tạng không bị thiếu máu và vẫn đảm bảo chức năng sinh lý bình thường (thoát vị kẹt).
- Lỗ thoát vị xiết chặt tạng thoát vị làm tạng bị thiếu máu động mạch (và ứ trệ máu tĩnh mạch) dẫn đến tạng bị hoại tử (thoát vị nghẹt).

Tần suất:

- Thoát vị bẹn chiếm 75% tất cả các loại thoát vị (2/3 các thoát vị bẹn là thoát vị bẹn gián tiếp). Các loại thoát vị khác chiếm tỉ lệ như sau: thoát vị vết mổ 15-20%, thoát vị rốn và thoát vị vùng thượng vị 10%, thoát vị đùi 5%. Chiếm phần còn lại là các loại thoát vị hiếm gặp khác.
- Tỉ lệ thoát vị vùng bẹn đùi ở nam gấp 25 lần so với nữ. Tỉ lệ thoát vị đùi ở nữ gấp 10 lần so với nam. Tỉ lệ này đối với thoát vị rốn là 2 lần. Dù vậy, thoát vị bẹn vẫn là thoát vị phổ biến nhất ở nữ giới. Hầu hết thoát vị bẹn ở nữ giới là thoát vị bẹn gián tiếp. Nam giới hiếm khi bị thoát vị đùi. 10% nữ và 50% nam bị thoát vị đùi có cùng lúc hoặc sẽ bị thoát vị bẹn phối hợp.
- Thoát vị bẹn nghẹt chiếm tỉ lệ cao nhất trong tất cả các loại thoát vị nghẹt. Nguy cơ nghẹt tạng thoát vị cao nhất là ở thoát vị bịt (khoảng 50% thoát vị bịt được chẩn đoán trong tình trạng nghẹt), kế đến là thoát vị đùi (15-20%).
- Thoát vị bẹn, cũng như thoát vị đùi, thường xảy ra ở bên phải.
- Tần suất xảy ra thoát vị (đặc biệt thoát vị bẹn, thoát vị đùi và thoát vị rốn) tăng dần theo tuổi.

2-Chẩn đoán và điều trị thoát vị bẹn:

Trong thoát vị bẹn, tạng thoát vị đi qua chỗ yếu thành bụng vùng bẹn. Có hai chỗ yếu của thành bụng vùng bẹn: lỗ bẹn sâu và tam giác bẹn (tam giác Hessenbach). Lỗ bẹn sâu là nơi xảy ra thoát vị bẹn gián tiếp (bó mạch thượng vị dưới ở phía bên trong túi thoát vị), còn tam giác bẹn là nơi xảy ra thoát vị bẹn trực tiếp (bó mạch thượng vị dưới ở phía bên ngoài túi thoát vị).

Hướng di chuyển của các tạng thoát vị trong các thoát vị bẹn:

- Thoát vị bẹn gián tiếp: tạng thoát vị đi qua lỗ bẹn sâu, vào trong ống bẹn, thoát ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu. Túi thoát vị nằm trong bao xơ thừng tinh.
- Thoát vị bẹn trực tiếp: tạng thoát vị đi qua tam giác bẹn. Túi thoát vị nằm ngoài bao xơ thừng tinh. Hiếm khi tạng thoát vị thoát ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu.

Nguyên nhân của thoát vị bẹn:

- Thoát vị bẩm sinh: còn tồn tại ống phúc tinh mạc (nam) hay ống Nuck (nữ).
- Thoát vị mạc phái có nhiều yếu tố kết hợp:
 - Yếu tố thuận lợi: tư thế đứng, lao động nặng, bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng.
 - Yếu tố sinh học: giảm hydroxyproline, tăng sinh fibroblast, mạng microfibrin phân bố không đều, giảm quá trình hydroxyl hoá và hoạt động lysyl oxidase...tại lớp cân cơ vùng thành bẹn.
- Thoát vị bẹn gián tiếp có thể bẩm sinh hay mạc phái. Thoát vị bẹn trực tiếp và thoát vị đùi hầu hết là mạc phái.

Có nhiều phương pháp phân loại thoát vị bẹn đùi. Phương pháp phổ biến nhất là phân loại theo Nyhus (bảng 2):

1	<i>Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu bình thường. Thường gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ em và người trẻ</i>
2	<i>Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu rộng nhưng sàn bẹn không bị ảnh hưởng. Khối thoát vị chưa xuống bìu.</i>
3A	<i>Thoát vị bẹn trực tiếp (kích thước bất kỳ)</i>
3B	<i>Thoát vị bẹn gián tiếp, sàn bẹn bị phá huỷ. Các thoát vị xuống bìu, thoát vị trượt, thoát vị thắt kết hợp(*) nằm trong nhóm này</i>
3C	<i>Thoát vị đùi</i>
4	<i>Thoát vị tái phát. Các chữ A,B,C,D thường được thêm vào sau số 4, tương ứng với thoát vị bẹn gián tiếp, trực tiếp, đùi và hỗn hợp.</i>

Bảng 2- Phân loại thoát vị bẹn-đùi theo nyhus

(*): Thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp cùng xuất hiện ở một bên

Nắm vững cấu trúc giải phẫu vùng bẹn đùi là yếu tố quan trọng quyết định đến sự thành công của phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn đùi (hình 2,3).

2.1-Chẩn đoán:

Chẩn đoán thoát vị bẹn chủ yếu dựa vào bệnh sử kết hợp thăm khám lâm sàng.

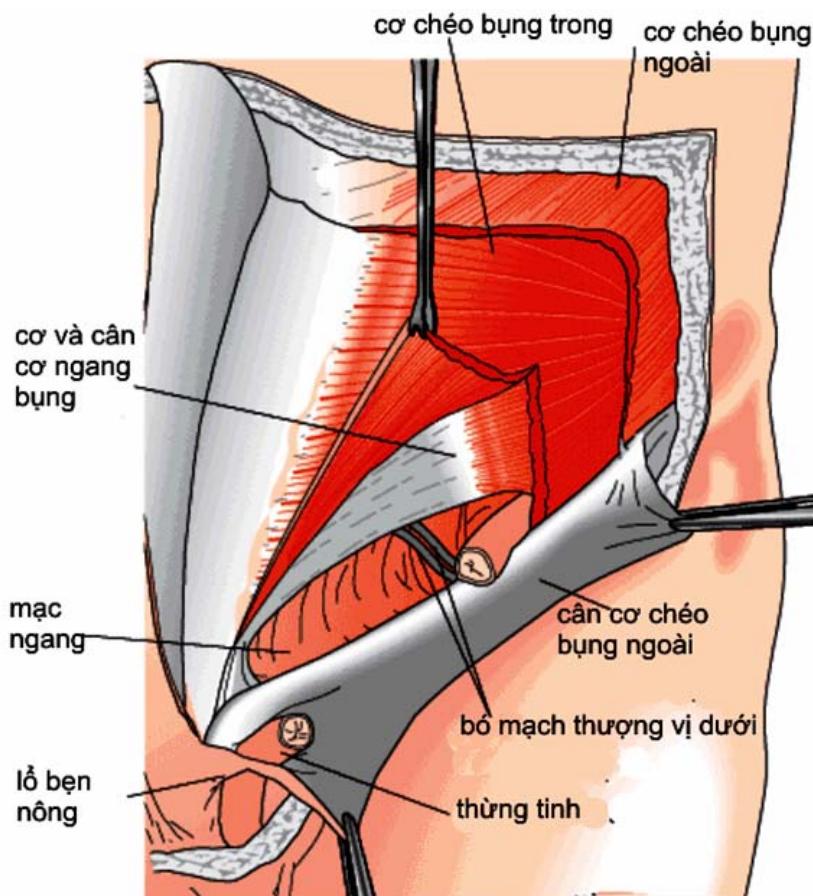
Các hình thái lâm sàng của thoát vị bẹn:

- Không có khối phồng
- Khối phồng xuất hiện thường trực ở vùng bẹn
- Khối phồng xuất hiện ở vùng bẹn khi BN đứng, ho, phình bụng hay vận động mạnh.
- Khối phồng đau vùng bẹn

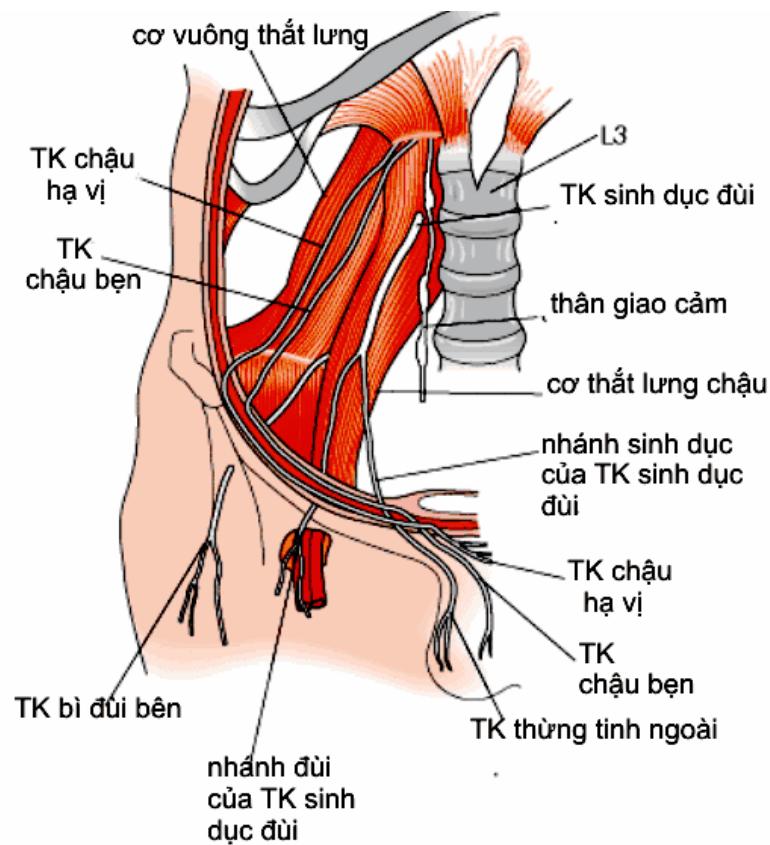
Nếu BN nhập viện vì cảm giác tưng tức khó chịu, đau mờ hồ hay dị cảm vùng bẹn, cần nghĩ đến khả năng BN có thể có một khối thoát vị bẹn nhỏ. Những BN có thành bụng dày mỡ, khối thoát vị, ngay cả khi đạt đến kích thước tương đối lớn, cũng vẫn có thể không quan sát được khi nhìn từ ngoài. Đặt lòng bàn tay áp vào vùng bẹn, yêu cầu BN ho hay phình bụng sẽ có cảm giác khối phồng chạm vào bàn tay. Có thể làm nghiệm pháp chạm ngón để phát hiện khối thoát vị, nhưng nghiệm pháp này thường làm cho BN khó chịu.

Nếu BN nhập viện vì khối phồng vùng bẹn xuất hiện mỗi khi đứng, ho rặn hay làm việc nặng, thoát vị bẹn là chẩn đoán đầu tiên.

BN có thể được thăm khám ở tư thế đứng hay nằm.



Hình 2- Các lớp cân cơ thành bẹn



Hình 3- Thần kinh chi phối vùng bẹn

Việc thăm khám cần thoả mãn được hai yêu cầu: xác định BN có bị thoát vị vùng bẹn không và xác định BN bị thoát vị bẹn trực tiếp hay gián tiếp. Đẩy khối phồng vào lại xoang bụng, yêu cầu BN ho hay phình bụng. Nếu thấy khối phồng xuất hiện trở lại, chẩn đoán thoát vị bẹn đã được xác định. Dựa vào tính chất xuất hiện của khối phồng, có thể chẩn đoán phân biệt đây là thoát vị trực tiếp hay thoát vị gián tiếp (bảng 3). Sờ nắn khối thoát vị cũng có thể xác định ruột hay mạc nối lớn bị thoát vị (tuy nhiên điều này không quan trọng): nếu ruột thoát vị, nắn khối sẽ có cảm giác lọc xọc. Trong trường hợp mạc nối lớn, cảm giác sẽ lỏn nhõn.

<i>Thoát vị bẹn gián tiếp</i>	<i>Thoát vị bẹn trực tiếp</i>
<i>Bắt đầu xuất hiện ở lỗ bẹn sâu</i>	<i>Bắt đầu xuất hiện ở tam giác bẹn</i>
<i>Di chuyển theo hướng chéo từ ngoài vào trong và từ trên xuống dưới</i>	<i>Di chuyển theo hướng từ sau lưng ra phía trước bụng</i>
<i>Xuất hiện và biến mất chậm</i>	<i>Xuất hiện và biến mất nhanh</i>
<i>Xuống bìu</i>	<i>Hiếm khi xuống bìu</i>
<i>Nghiệm pháp chạm ngón: khối thoát vị chạm đầu ngón</i>	<i>Nghiệm pháp chạm ngón: khối thoát vị chạm mặt mép của ngón</i>
<i>Nghiệm pháp chặn lỗ bẹn sâu âm tính: nếu lỗ bẹn sâu còn nhỏ, khi chặn lỗ bẹn sâu, khối thoát vị sẽ không xuất hiện</i>	<i>Nghiệm pháp chặn lỗ bẹn sâu dương tính: khi chặn lỗ bẹn sâu, khối thoát vị vẫn xuất hiện</i>

Bảng 3- Chẩn đoán phân biệt thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp

Nếu BN nhập viện vì khối phồng vùng bẹn xuất hiện thường trực, BN có thể bị thoát vị bẹn kẹt. Nếu đúng khối phồng là khối thoát vị kẹt, bóp nhẹ khối phồng, yêu cầu BN ho hay phình bụng, sẽ có cảm giác tăng áp lực bên trong khối phồng hay khối phồng to ra.

Nếu BN nhập viện vì khối phồng đau vùng bẹn, và khai thác bệnh sử BN có khối phồng lên xuống ở vùng bẹn, chẩn đoán thoát vị bẹn nghẹt là hầu như chắc chắn. Nếu BN có hội chứng tắc ruột, thành phần bị nghẹt là ruột. Cần chú ý đến thời gian kể từ lúc BN bắt đầu khởi đau. Ruột có thể hoại tử nếu bị nghẹt trong túi thoát vị quá 6 giờ. Nếu BN không có hội chứng tắc ruột, thành phần bị nghẹt thường là mạc nối lớn.

Trong tất cả các tình huống nêu trên, cần chú ý thăm khám các hệ cơ quan hay các tạng khác để phát hiện các yếu tố thuận lợi (bệnh lý làm tăng áp lực xoang bụng):

- Thăm khám trực tràng và tiền liệt tuyến
- Thăm khám bộ phận sinh dục ngoài. Chú ý đến sự hiện diện của cả hai tinh hoàn. Chú ý xem BN có bị hẹp lỗ sáo không.
- Khám bụng để phát hiện xơ gan, báng bụng
- Khai thác tiền căn hút thuốc, khám phổi để phát hiện bệnh lý hô hấp mãn tính.

Siêu âm có vai trò trong chẩn đoán các trường hợp sau:

- Thăm khám lâm sàng không quan sát thấy khối thoát vị (khối thoát vị quá nhỏ, BN béo phì).
- Khỏi thoát vị tương đối “cô định” (không thay đổi kích thước hay tăng áp lực khi BN ho hay phình bụng).
- BN có khối đau vùng bẹn, nhưng tiền căn không ghi nhận có khối phồng lên xuống.
- Phát hiện các bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng (phì đại tiền liệt tuyến, xơ gan báng bụng...).

2.2-Chẩn đoán phân biệt:

Nếu khói phòng xuất hiện và biến mất dễ dàng, hầu như không có chẩn đoán phân biệt.

Nếu khói phòng “cố định”, cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý sau:

- Dẫn tĩnh mạch thừng tinh: khói mềm, mật độ không đều, sờ nắn có cảm giác lỏn nhồn như “búi giun”. Khi BN ho hay phình bụng, khói phòng không tăng kích thước. Siêu âm sẽ xác định chẩn đoán.
- Tràn dịch tinh mạc khu trú hay thông thương, nang nước thừng tinh: khói căng hay lùng nhùng. Khi BN ho hay phình bụng, khói không tăng kích thước. Nghiệm pháp soi đèn dương tính. Siêu âm sẽ xác định chẩn đoán.
- Các bệnh lý khác: tinh hoàn lạc chỗ, u mõi, u máu, nang bã, hạch bẹn, ung thư di căn...

Nếu khói phòng đau, ba bệnh lý cần phải chẩn đoán phân biệt trước tiên là: viêm tinh hoàn cấp, xoắn tinh hoàn, xoắn tinh hoàn lạc chỗ (bảng 4). Các bệnh lý sau đây cũng cần phải được loại trừ: viêm hạch bẹn, áp-xe cơ psoas, viêm mào tinh...

<i>Thoát vị bẹn nghẹt</i>	<i>Xoắn tinh hoàn</i>	<i>Viêm tinh hoàn cấp</i>
<i>Mọi lứa tuổi</i>	<i>Thanh thiếu niên</i>	<i>Người trưởng thành, người lớn tuổi</i>
<i>Đau nhiều, đột ngột</i>	<i>Đau nhiều, đột ngột</i>	<i>Đau nhiều, liên tục, tăng dần</i>
<i>Không sốt</i>	<i>Sốt nhẹ</i>	<i>Sốt trung bình hay sốt cao</i>
<i>Sờ được tinh hoàn bình thường trong bìu</i>	<i>Tinh hoàn bị kéo lên trên, lệch trực. Khi nâng tinh hoàn, BN đỡ đau rõ</i>	<i>Tinh hoàn to. Trục tinh hoàn bình thường. Khi nâng tinh hoàn, BN không đỡ đau</i>
<i>Không sờ được nút xoắn</i>	<i>Sờ được nút xoắn</i>	<i>Không sờ được nút xoắn</i>
<i>Có HC tắc ruột</i>	<i>Không có HC tắc ruột</i>	<i>Không có HC tắc ruột</i>

Bảng 4- Chẩn đoán phân biệt thoát vị bẹn nghẹt với viêm tinh hoàn cấp và xoắn tinh hoàn

Nếu quan sát không thấy có khói phòng, BN nhập viện vì cảm giác đau tưng tức vùng bẹn, các bệnh lý sau đây có thể được nghĩ đến: viêm tinh hoàn mãn, viêm tiền liệt tuyến mãn, viêm bàng quang mãn, sỏi bàng quang, viêm trực tràng, dẫn tĩnh mạch thừng tinh...

2.3-Điều trị:

2.3.1-Nguyên tắc điều trị:

Tất cả các thoát vị nói chung và thoát vị bẹn nói riêng đều có chỉ định ngoại khoa.

Một số ít trường hợp thoát vị bẹn có chỉ định điều trị không phẫu thuật. BN được cho mang một loại đai đặc biệt. Các trường hợp có chỉ định điều trị không phẫu thuật là:

- BN già yếu, nằm liệt giường
- BN mắc các bệnh lý nội khoa nặng
- BN có thời gian sống còn lại quá ngắn

Nếu BN có bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng, nên điều trị chúng trước (hay đồng thời) với điều trị thoát vị bẹn.

BN nên được khuyến khích giảm cân trước khi được phẫu thuật. Phẫu thuật BN quá béo phì có tỉ lệ tái phát sau mổ cao.

Công việc chuẩn bị trước mổ có các điều sau cần chú ý:

- BN phải ngưng thuốc lá tối thiểu 10 ngày trước phẫu thuật.

- Việc vệ sinh vùng mổ nên được tiến hành vào sáng ngày mổ, ngay sau khi tắm xong.
- Cho kháng sinh dự phòng đối với các BN có chỉ số ASA \geq 3. Kháng sinh được chọn lựa là cefazolin 1-2 gm TM 30-60 phút trước phẫu thuật. Clindamycin 600 mg TM hay erythromycin 250 mg TM có thể được chỉ định cho những BN dị ứng với penicillin. Việc đặt mảnh ghép không làm thay đổi tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ và không làm thay đổi chiến lược sử dụng kháng sinh.

2.3.2-Nguyên tắc phẫu thuật:

Có hai bước chính trong phẫu thuật thoát vị bẹn: xử lý túi thoát vị và phục hồi sàn bẹn.

Nguyên tắc xử lý túi thoát vị: bóc tách thừng tinh ra khỏi sàn bẹn, tách túi thoát vị ra khỏi thừng tinh, kẹp cắt ngang cổ túi, khâu buộc đầu gân, sau đó đẩy đầu gân vào lại xoang bụng. Nếu túi thoát vị to, có thể để lại túi nhưng nhất thiết phải xử lý cổ túi như trình bày ở trên. Nếu túi thoát vị có cổ rộng (thoát vị bẹn trực tiếp), việc lột túi vào lại xoang bụng đơn giản hơn là cắt bỏ túi.

Có hai cách chính phục hồi sàn bẹn:

- Phục hồi sàn bẹn kinh điển: dùng chính mô của BN để phục hồi.
- Phục hồi sàn bẹn “không căng” (tension-free): dùng mảnh ghép để phục hồi, là xu hướng điều trị ngày nay. Phẫu thuật dùng phương pháp phục hồi sàn bẹn không căng có ưu điểm là ít đau sau mổ và có tỉ lệ tái phát thấp.

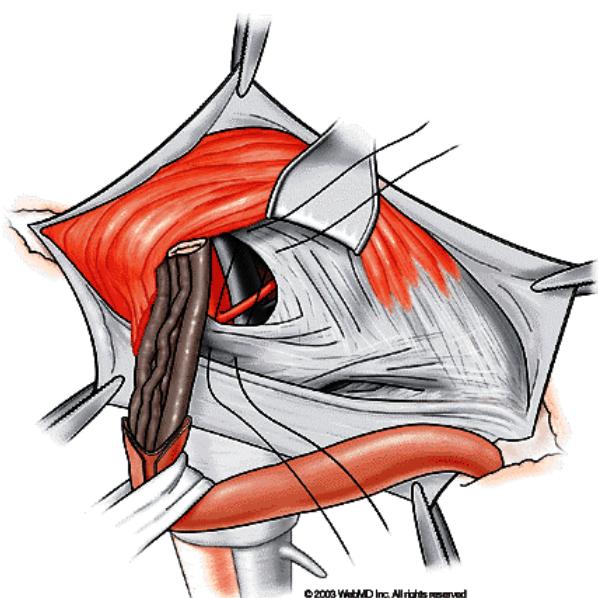
Phẫu thuật thoát vị bẹn có thể được thực hiện theo hai ngả:

- Phẫu thuật thoát vị bẹn ngả trước
- Phẫu thuật thoát vị bẹn ngả sau. Các phương pháp phẫu thuật ngả sau có thể được thực hiện bằng mổ mở hay mổ nội soi.

2.3.3-Các phương pháp phẫu thuật phục hồi sàn bẹn:

2.3.3.1-Phẫu thuật ngả trước:

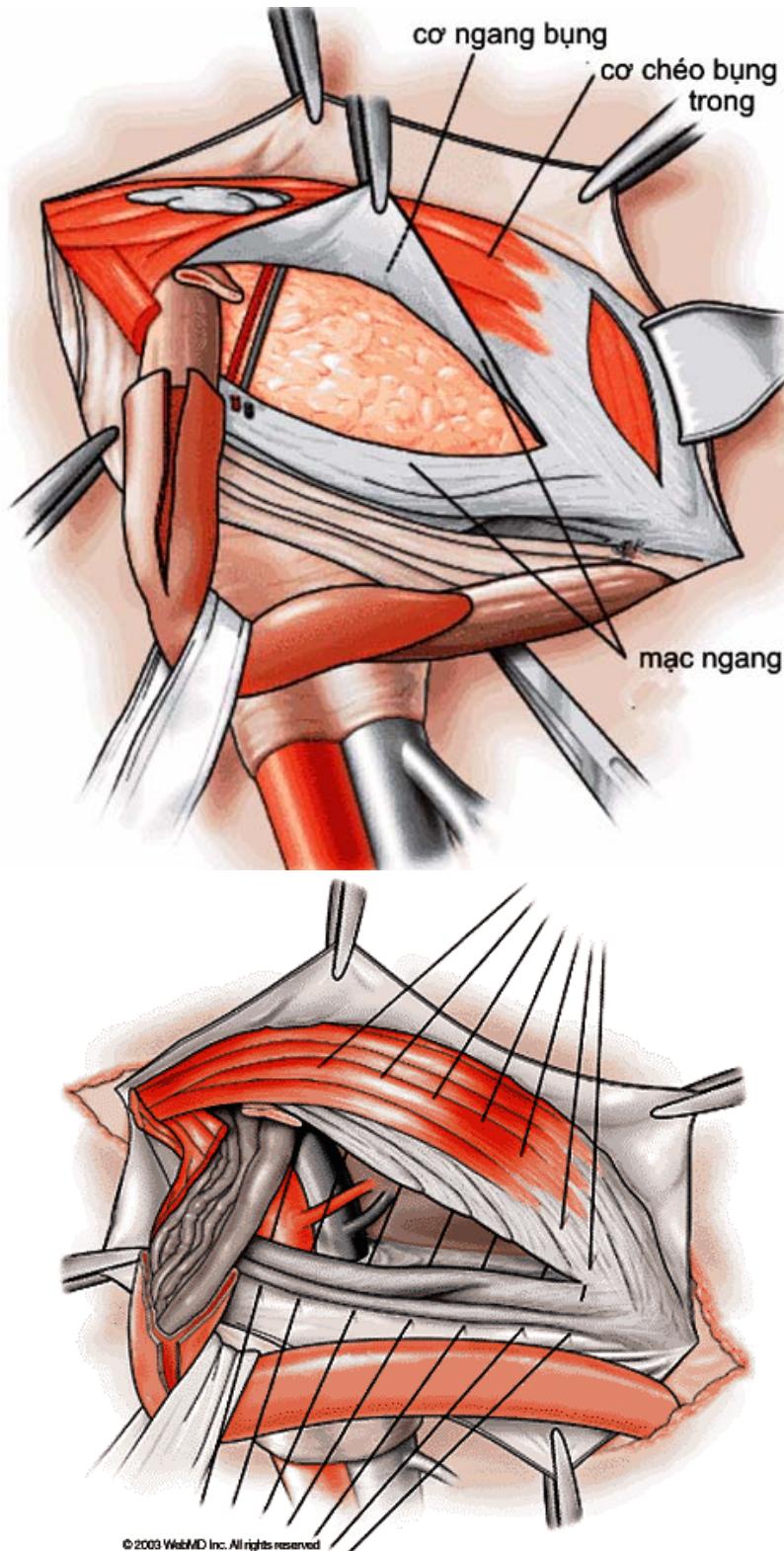
Phẫu thuật Marcy (hình 4):



Hình 4- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp Marcy

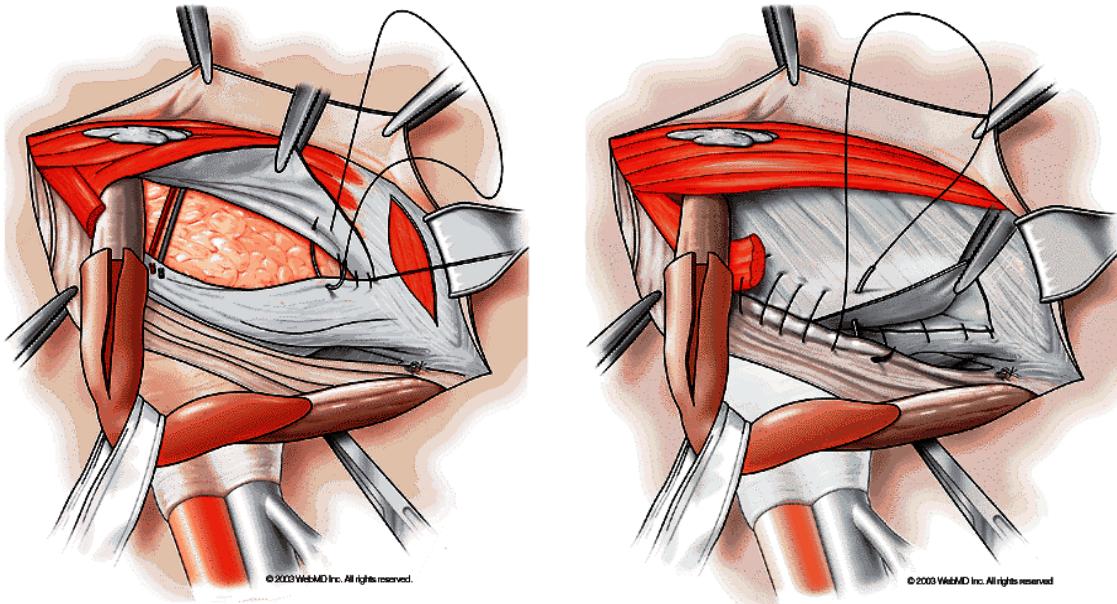
- Là phẫu thuật phục hồi sàn bẹn đơn giản nhất. Thường được chỉ định cho thoát vị bẹn độ 1 theo phân loại của Nyhus.
- Nội dung chính của phẫu thuật là khâu hẹp lỗ bẹn sâu. Việc khâu hẹp lỗ bẹn sâu được thực hiện bằng cách khâu (1-2 mũi) cung cân cơ ngang vào dải chậu mu.

Phẫu thuật Bassini (hình 5):



Hình 5- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp Bassini

- Là phẫu thuật kinh điển nhất
- Được thực hiện phổ biến nhất trước khi có các phẫu thuật đặt mảnh ghép
- Nội dung: rạch mở mạc ngang từ lỗ bẹn sâu đến cùi xương mu, để lộ lớp mỡ tiền phúc mạc bên dưới. Khâu dây chằng bẹn (dây chằng Poupart) với mạc ngang, cung cân cơ ngang bụng và cơ chéo bụng trong (mũi khâu ba lớp), bắt đầu từ cùi xương mu (tránh khâu vào màng xương vì có thể dẫn đến viêm xương sau này) đến lỗ bẹn sâu.



Hình 6- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp Shouldice

Phẫu thuật Shouldice (hình 6):

- Được coi là loại phẫu thuật kinh điển có tỉ lệ tái phát thấp nhất.
- Nội dung: sàn bẹn được phục hồi bằng bốn lớp, bằng các mũi khâu liên tục. Lớp trong cùng bắt đầu từ cùi mu ra lỗ bẹn sâu: khâu dải chậu mu với mặt sau của bao sau cơ thăng bụng ở trong, mặt dưới của mạc ngang-cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong ở ngoài. Ở lớp thứ hai, từ lỗ bẹn sâu vào cùi mu: khâu dây chằng bẹn với bờ dưới của cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong. Lớp thứ ba và tư: khâu cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong với mặt trong của vạt dưới cân cơ chéo ngoài, song song và ngay trên dây chằng bẹn (tạo ra hai dây chằng bẹn “nhân tạo”).

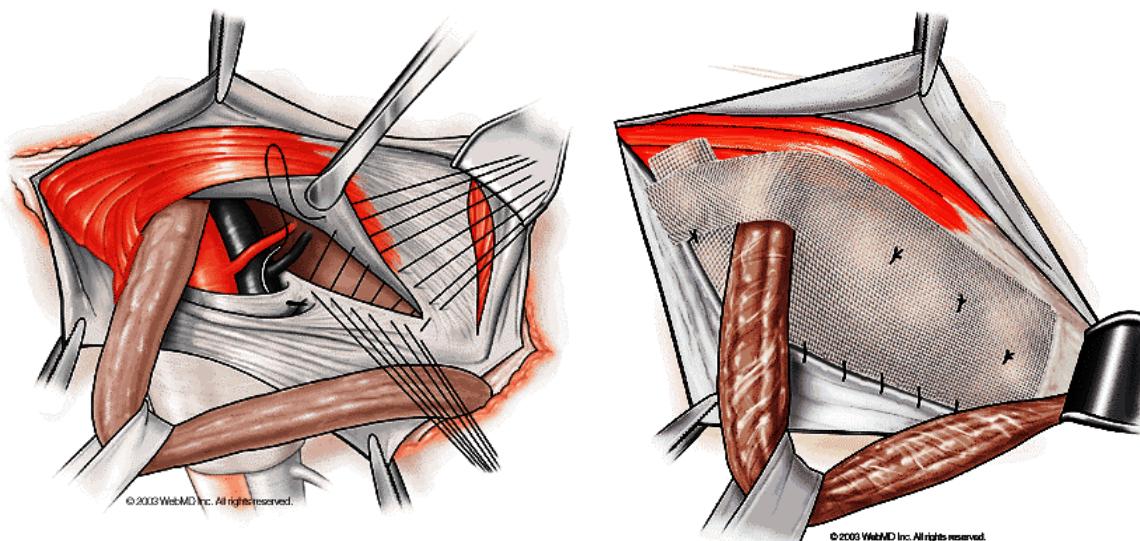
Phẫu thuật phục hồi sàn bẹn bằng dải chậu mu:

- Dải chậu mu được Condon cho là một cấu trúc có vai trò chính yếu trong phẫu thuật phục hồi sàn bẹn.
- Nội dung: khâu liềm bẹn với mạc ngang-cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong, bằng các mũi khâu rời.

Phẫu thuật Mc Vay (hình 7):

- Là loại phẫu thuật kinh điển được chọn lựa cho các thoát vị bẹn trực tiếp, thoát vị bẹn gián tiếp có túi thoát vị lớn, thoát vị bẹn tái phát và thoát vị đùi.
- Nội dung: sàn bẹn được phục hồi bằng cách khâu mạc ngang-cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong với dây chằng Cooper, bằng các mũi khâu rời. Mũi khâu vào dây chằng Cooper cuối cùng ở phía trong tĩnh mạch đùi, được gọi là mũi khâu

chuyển tiếp. Mũi khâu chuyển tiếp có lấy thêm bao bó mạch đùi. Mũi khâu chuyển tiếp có hai tác dụng: làm hẹp vòng đùi và tạo ra sự “chuyển giao êm á” giữa mũi khâu dây chằng Cooper và mũi khâu dây chằng bẹn. Sau mũi khâu chuyển tiếp, các mũi khâu tiếp theo giống như trong phẫu thuật Bassini. Thông thường phẫu thuật viên sẽ rạch thêm một đường giải áp.



Hình 7- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp McVay

Hình 8- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp đặt mảnh ghép ngã trước

Phẫu thuật đặt mảnh ghép ngã trước thành bẹn (hình 8):

- Được Lichtenstein thực hiện lần đầu tiên. Tuy nhiên ngày nay kỹ thuật có nhiều thay đổi so với kỹ thuật được trình bày bởi Lichtenstein.
- Hiện nay được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị thoát vị bẹn.
- Nội dung: sau khi xử lý túi thoát vị, mảnh ghép được đặt vào vị trí của sàn bẹn, cố định mảnh ghép vào sàn bẹn bằng cách khâu mảnh ghép vào cân hay cơ chung quanh. Thường phải xé phần ngoài của mảnh ghép để thừng tinh chui qua. Như vậy, mảnh ghép được xem như là một “sàn bẹn mới”, và nơi thừng tinh chui qua mảnh ghép được xem như “lỗ bẹn sâu mới”.

2.3.3.2-Phẫu thuật ngả sau:

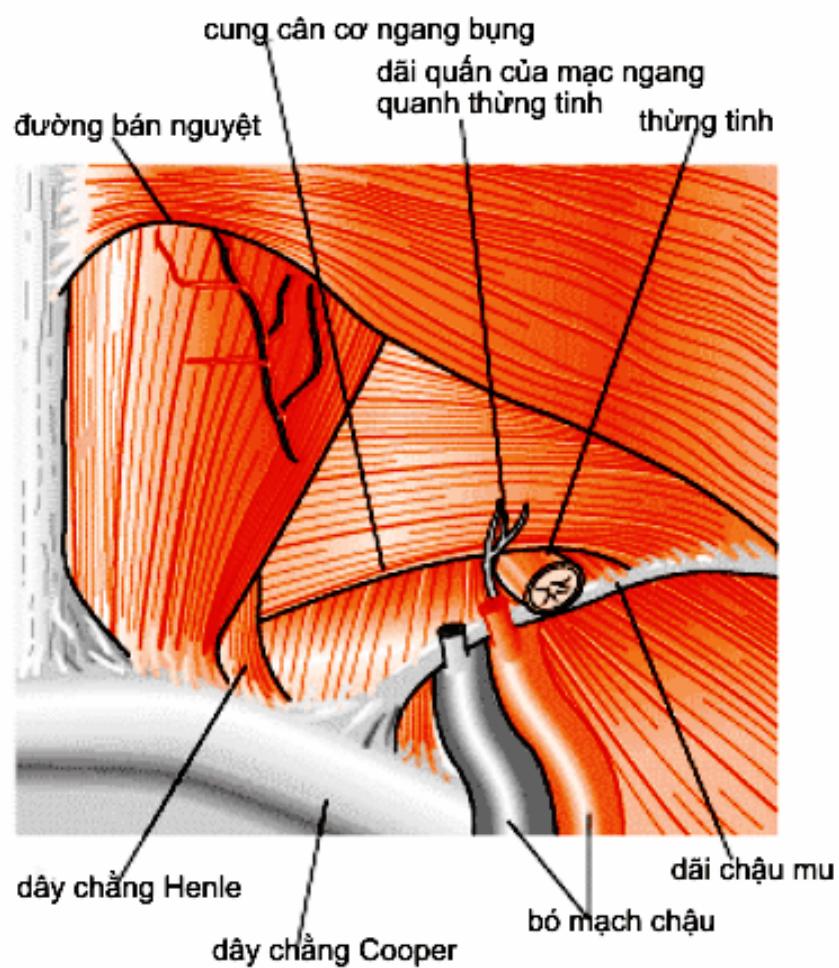
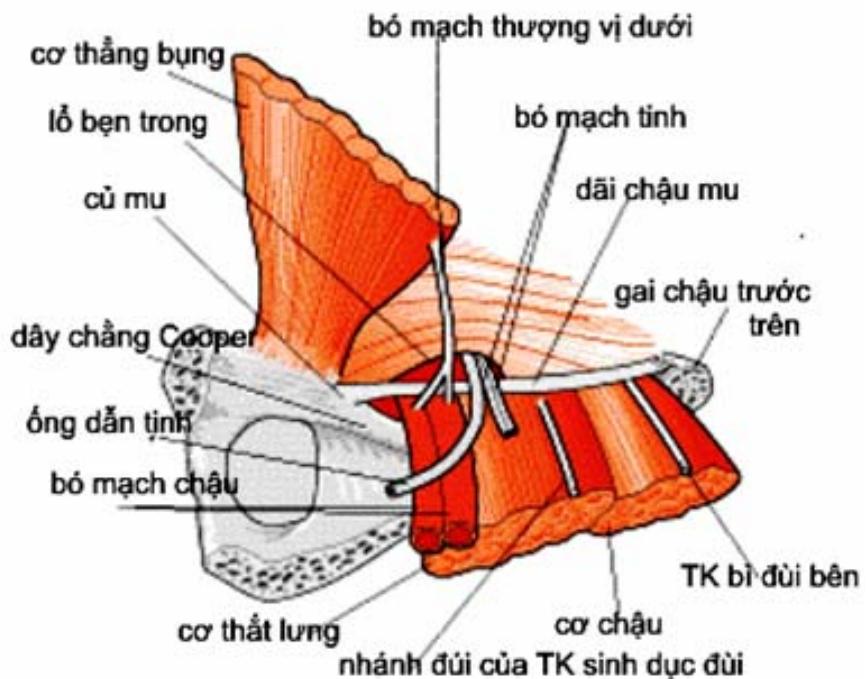
Chỉ định lý tưởng cho phẫu thuật ngả sau là các loại thoát vị bẹn mà thành trước đã bị mất cấu trúc giải phẫu bình thường (thoát vị bẹn tái phát), hay cần phải xử lý các tạng bị thoát vị (thoát vị trượt, thoát vị nghẹt và thoát vị đùi).

Phẫu thuật ngả sau được cho là không làm tổn thương thần kinh cảm giác của vùng bẹn (do không phải bóc tách thừng tinh).

Điều quan trọng khi tiến hành phẫu thuật ngả sau là phẫu thuật viên phải nắm vững cấu trúc giải phẫu phía sau thành bẹn (hình 9).

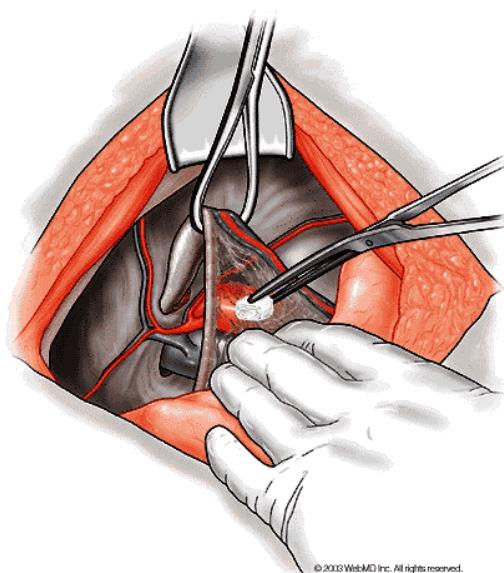
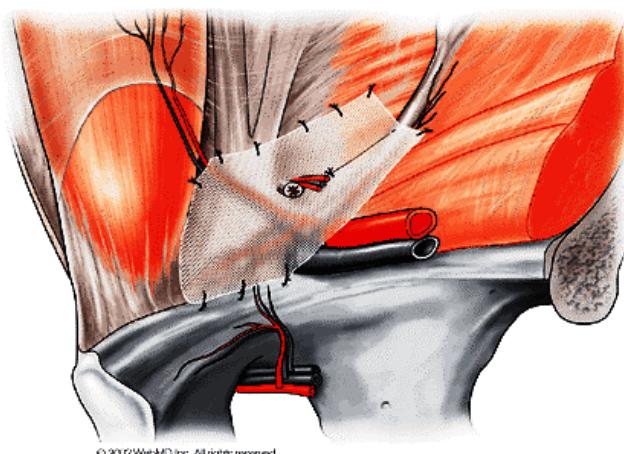
Nội dung:

- Phẫu thuật ngả sau được thực hiện qua đường rạch ngang trên bụng dưới, trên vị trí lỗ bẹn sâu 2 cm. Sau khi cắt các lớp cân cơ thành bụng trước, phẫu thuật viên sẽ vào khoang tiền phúc mạc. Nếu thoát vị hai bên, có thể vào khoang tiền phúc mạc qua đường rạch giữa rốn.



Hình 9- Giải phẫu thành bẹn nhìn từ phía sau

- Túi thoát vị được xử lý trước khi phục hồi sàn bẹn. Sàn bẹn có thể được phục hồi theo phương pháp kinh điển, bằng cách khâu cung cân cơ ngang bụng và mạc ngang với dải chậu mu và dây chằng Cooper, cũng có thể được phục hồi bằng cách đặt mảnh ghép. Sau khi khâu phục hồi sàn bẹn bằng phương pháp kinh điển, mảnh ghép cũng có thể được đặt để tăng cường thêm sàn bẹn.
- Cần chú ý là việc khâu đính mảnh ghép phải được tiến hành hết sức thận trọng, để tránh phạm phải mạch máu và thần kinh quan trọng. Chỉ cần 2-3 mũi khâu là đủ giữ cho mảnh ghép cố định ở một vị trí.
- Mảnh ghép có thể được xé (để cho bó mạch tinh hoàn và ống dẫn tinh chui qua) hay không. Nếu không xé mảnh ghép, phải “thành hoá” ống dẫn tinh và bó mạch tinh hoàn (hình 10).



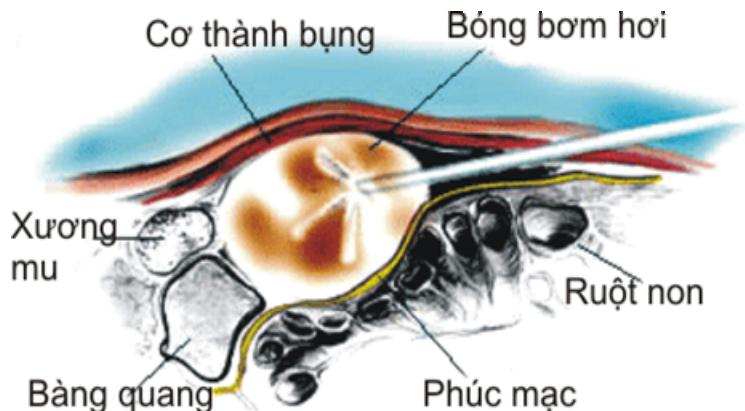
Hình 10-Mảnh ghép được khâu đính trong phẫu thuật phục hồi thành bẹn ngả sau. Xé mảnh ghép để cho ống dẫn tinh và bó mạch tinh hoàn chui qua (hình trên). Nếu không xé mảnh ghép, phải “thành hoá” ống dẫn tinh và bó mạch tinh hoàn (hình bên).

2.3.3.3-Phẫu thuật thoát vị bẹn qua ngả nội soi:

Là phương pháp phẫu thuật mới, còn đang có nhiều bàn luận về ưu và khuyết điểm.

Có hai ngả (từ đó kèm theo hai loại phẫu thuật) tiếp cận đến vùng phía sau sàn bẹn:

- Phẫu thuật nội soi ngả hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP: totally extraperitoneal approach): thao tác phẫu thuật hoàn toàn ngoài phúc mạc. Phẫu thuật viên dùng bóng có bơm hơi để tạo phẫu trường (hình 11).



Hình 11- Dùng bóng có bơm hơi để tạo phẫu trường trong phương pháp đặt mảnh ghép ngả sau thành bẹn hoàn toàn ngoài phúc mạc.

- Phẫu thuật nội soi ngả qua khoang phúc mạc (TAP: transabdominal preperitoneal approach): sau khi vào khoang bụng, một vạt phúc mạc thành được tách ra khỏi thành bẹn sau. Khi kết thúc phẫu thuật, phúc mạc được khâu đóng lại.

Sau khi xử lý túi thoát vị, mảnh ghép được đặt sao cho phủ toàn bộ mặt sau thành bẹn và một phần sàn chậu. Việc cố định mảnh ghép thường được thực hiện bằng stapler. Chú ý tránh bấm stapler ở “tam giác chết” (đỉnh là lỗ bẹn sâu, hai cạnh bên là ống dẫn tinh phía trong và bó mạch tinh phía ngoài). Trong tam giác này có bó mạch chậu ngoài và thần kinh đùi.

2.3.4-Điều trị thoát vị bẹn nghẹt:

Nếu BN đến trước 6 giờ, thử điều trị bảo tồn, nếu thành công sẽ xếp mổ chương trình. Nếu thất bại, hay BN nhập viện sau 6 giờ, hay nghi ngờ có hoại tử ruột, cần phẫu thuật cấp cứu.

Nội dung điều trị bảo tồn:

- Giảm đau tốt, đặc biệt là thuốc giảm đau có kèm thêm tác dụng an thần (thuốc giảm đau gây nghiện)
- Cho BN nằm đầu thấp
- Dùng mặt múp của lòng bàn tay và các ngón tay bóp nhẹ và đè vào túi thoát vị theo hướng ngược với hướng thoát vị

Nguyên tắc phẫu thuật cấp cứu thoát vị bẹn nghẹt:

- Giải phóng ruột nghẹt, đưa ruột vào lại xoang bụng
- Xử lý túi thoát vị
- Tái tạo thành bẹn. Có thể dùng mảnh ghép hay không.
- Nếu ruột bị hoại tử, cắt nối ruột. Có thể tái tạo thành bẹn nhưng không dùng mảnh ghép để tái tạo thành bẹn.

- Nếu ruột bị hoại tử và vùng ben bị nhiễm trùng, cắt nối ruột. Dẫn lưu tốt vùng ben. Không tái tạo thành ben. Khi BN ổn định mới tiến hành phẫu thuật tái tạo thành ben.

2.3.5- Điều trị thoát vị ben tái phát:

Tỉ lệ tái phát trung bình 1-3%. Tỉ lệ tái phát thấp nhất được ghi nhận ở các phẫu thuật “không cẳng”. Thoát vị tái phát thường có liên quan đến kỹ thuật và hầu hết xuất hiện trong vòng 2 năm đầu tiên.

Đối với thoát vị ben tái phát, thái độ xử trí luôn nghiêng về phẫu thuật. Hầu hết các phẫu thuật viên dùng mảnh ghép để bảo đảm sự thành công của cuộc phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật ngả sau thường được chọn, để tránh các biến chứng thần kinh và biến chứng ở tinh hoàn. Nếu mảnh ghép đã được đặt trong lumen phẫu thuật đầu, nguyên nhân tái phát có thể do mảnh ghép quá nhỏ hay được đặt không đúng vị trí. Có thể gỡ bỏ mảnh ghép cũ và đặt lại mảnh ghép mới với kích thước và vị trí phù hợp.

Không có sự khác biệt về tỉ lệ tái phát giữa phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi.

2.3.6- Điều trị thoát vị trượt:

Thoát vị trượt xảy ra khi tạng bị thoát vị cấu thành nên một phần túi thoát vị. Các tạng này cũng cấu thành nên một phần của phúc mạc thành. Hầu hết các tạng bị thoát vị trượt là đại tràng và bàng quang.

Thoát vị trượt có dấu hiệu lâm sàng tương tự như thoát vị ben gián tiếp kẹt. Tuy vậy, để chẩn đoán thoát vị trượt, cần phải có các chẩn đoán hình ảnh. Siêu âm có thể cho hình ảnh đại tràng hay bàng quang trong túi thoát vị. Chẩn đoán thoát vị trượt có giá trị cao nhất là CT với thuốc cản quang trong đại tràng hay bàng quang.

Phẫu thuật ngả sau là phương pháp điều trị được chọn lựa. Sau khi đưa tạng bị thoát bị trở lại xoang bụng, một mảnh ghép được khâu che lên vùng thành ben sau.

2.3.7-Biến chứng phẫu thuật:

Tụ máu vết mổ, tụ máu bìu là các biến chứng thường xảy ra. Xử trí chủ yếu là theo dõi. Nếu khối máu tụ lớn dần hay khối tụ máu to ở bìu, cần mổ lại, thoát lưu máu cục.

Nhiễm trùng vết mổ là biến chứng hiếm gặp (tỉ lệ 1-2% cho phẫu thuật mở, tỉ lệ sẽ thấp hơn nếu phẫu thuật nội soi).

Biến chứng thần kinh: các sợi thần kinh vùng ben có thể bị tổn thương do bị cẳng kéo, đốt điện, bị ép hay bị cắt ngang. Thần kinh bị cắt ngang sẽ gây ra cảm giác tê ở vùng da tương ứng. Tuy nhiên cảm giác bình thường sẽ khôi phục. Đau sau mổ do thần kinh bị cẳng kéo cũng thường phục hồi. Đau do sợi thần kinh bị chèn ép là biến chứng quan trọng nhất, thường kéo dài. Khâu buộc nhầm sợi thần kinh hay đặt mảnh ghép là các nguyên nhân có thể gây chèn ép thần kinh. Điều trị đau kéo dài sau mổ bao gồm cho BN thuốc giảm đau, phong bế thần kinh, kích thích điện. Nếu các biện pháp trên không cho kết quả, có thể phải cân nhắc đến khả năng phẫu thuật lại để cắt đứt các sợi thần kinh bị chèn ép, hay gỡ bỏ mảnh ghép.

Teo tinh hoàn do thiếu máu là một biến chứng hiếm gặp. Nguyên nhân thường là do huyết khối trong đám rối tĩnh mạch thừng tinh. Ngay sau mổ, tinh hoàn bị sưng đau do ứ máu. Sau 6-12 tuần, tinh hoàn sẽ bị teo. Bóc tách quá nhiều ở thừng tinh, đặc biệt ở phần đáy của túi thoát vị, và phẫu thuật thoát vị ben tái phát qua ngả trước là hai nguyên nhân chính gây ra huyết khối trong đám rối tĩnh mạch thừng tinh.

Tồn thương ống dẫn tinh, tồn thương động mạch tinh hoàn có thể xảy ra khi phẫu tích túi thoát vị quá lớn. Nếu phát hiện tồn thương này, tốt nhất là khâu nối lại tồn thương.

3- Chẩn đoán và điều trị thoát vị đùi:

Trong thoát vị đùi, tạng thoát vị đi qua ống đùi, chui qua mạc sàng để nằm dưới da. Trong một số ít trường hợp, thay vì chui qua mạc sàng, khối thoát vị đùi di chuyển ngược lên trên, chui qua giữa dây chằng bẹn và dái chậu mu, nằm dưới cân cơ chéo bụng ngoài trên vùng bẹn. Hình thái hiếm gặp này của thoát vị đùi được xem như một loại thoát vị gian thành.

3.1-Chẩn đoán:

Bệnh xảy ra phổ biến ở nữ hơn là nam.

Do kích thước lỗ thoát vị nhỏ, khối thoát vị khó xuất hiện và khó biến mất, BN thường không có đầy đủ các tính chất điển hình của một khối thoát vị.

BN có thể nhập viện vì:

- o Có một khối vùng bẹn xuất hiện vào cuối ngày, biến mất vào buổi sáng, khi mới ngủ dậy.
- o Một khối đau vùng mặt trước đùi.

Khi thăm khám, khối thoát vị nằm ở dưới nếp lăn bẹn, kém di động, ấn thường đau. Khối đôi khi phát triển lên trên, nằm phía trên nếp lăn bẹn (thoát vị đùi thể gian thành).

3.2-Chẩn đoán phân biệt:

Rất khó chẩn đoán phân biệt thoát vị đùi với viêm hạch đùi (nếu khối thoát vị nghẹt) hay u mỡ đùi (nếu khối thoát vị không nghẹt). Khối thoát vị đùi thể gian thành cũng rất khó chẩn đoán phân biệt với thoát vị bẹn gián tiếp kẹt hay nghẹt.

Để chẩn đoán xác định thoát vị đùi, cần phải có siêu âm.

3.3-Điều trị:

Để phẫu thuật BN bị thoát vị đùi, có thể chọn phương pháp ngả trước, ngả sau hay ngả nội soi.

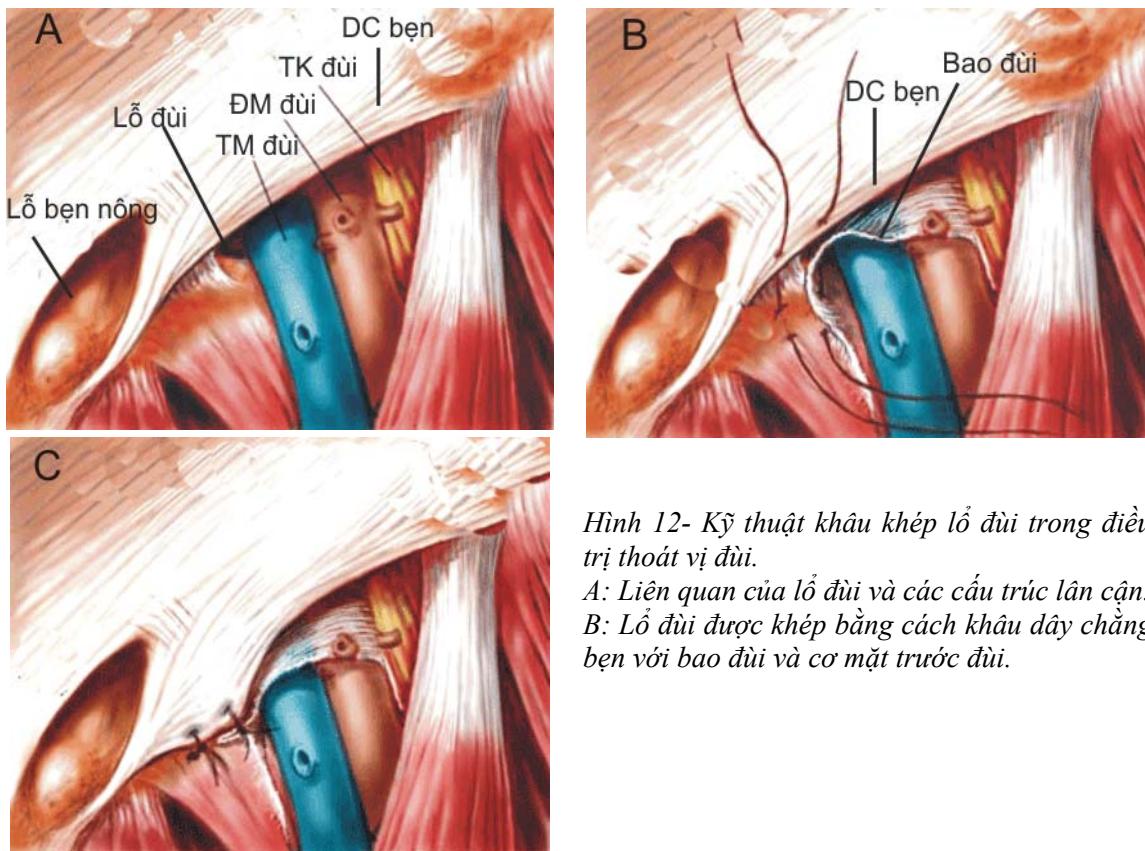
Sau khi xử lý túi thoát vị, đối với phẫu thuật ngả trước, liêm bẹn được khâu với dây chằng Cooper. Một số phẫu thuật viên chỉ khâu khép lỗ đùi đơn thuần, bằng cách khâu dây chằng bẹn với bao đùi và cơ mặt trước đùi (hình 12). Đối với phẫu thuật ngả sau, dái chậu mu (hay cung cân cơ ngang bụng) được khâu với dây chằng Cooper. Có thể dùng mảnh ghép cho cả ngả trước lẫn ngả sau.

4- Chẩn đoán và điều trị thoát vị vết mổ:

Thoát vị vết mổ xảy ra với tỉ lệ có thể lên tới 10% các trường hợp mở bụng.

Nguyên nhân của thoát vị vết mổ:

- o Nhiễm trùng vết mổ (là nguyên nhân quan trọng nhất)
- o Nguyên nhân kỹ thuật (chỉ khâu quá chặt, quá thưa, đứt chỉ khâu)
- o Nguyên nhân toàn thân (suy dinh dưỡng, tiểu đường, dùng corticoid kéo dài, hoá trị liệu...)
- o Các yếu tố thuận lợi: béo phì, báng bụng, thai kỳ...



4.1-Chẩn đoán:

Thoát vị vết mổ có thể xảy ra hoàn toàn, trong đó toàn bộ các lớp cân cơ thành bụng bị hở và túi thoát vị nằm ngay dưới lớp mỡ dưới da. Trường hợp này chẩn đoán thoát vị vết mổ dễ dàng (trừ trường hợp bụng BN dày mỡ): BN có một khối có tính chất của khối thoát vị thành bụng, xuất hiện cạnh hay bên dưới vết mổ.

Trong trường hợp chỉ một phần các lớp cân cơ thành bụng bị hở, khối thoát vị đôi khi khó được phát hiện.

Trong các trường hợp khó chẩn đoán, siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chọn lựa.

4.2-Điều trị:

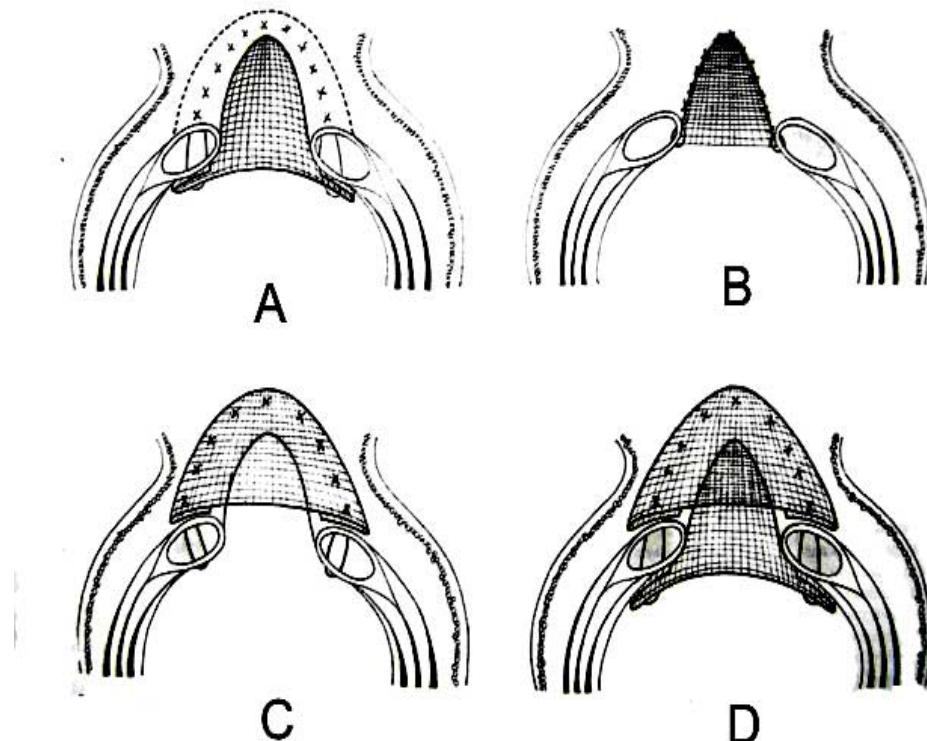
Đối với lỗ thoát vị nhỏ, mổ mở, khâu khép lại thành bụng.

Đối với lỗ thoát vị lớn (đường kính ≥ 4 cm), có nhiều phương pháp được lựa chọn (hình 13):

- Khâu khép thành bụng, sau đó tăng cường bằng một mảnh ghép phủ lên trên (onlay).
- Khâu mảnh ghép vào mép lỗ thoát vị (inlay).
- Khâu mảnh ghép giữa các lớp cân cơ thành bụng (kiểu “sandwich”)
- Mổ nội soi, khâu mảnh ghép che lỗ thoát vị từ bên dưới (underlay).

Cô găng khâu che phúc mạc bên dưới mảnh ghép. Trong trường hợp ngược lại, dùng mạc nối lớn chen giữa mảnh ghép và các quai ruột để tránh biến chứng dò ruột.

Vật liệu làm nên mảnh ghép đóng vai trò quan trọng khi cân nhắc sử dụng mảnh ghép để điều trị thoát vị vết mổ. Polypropylene được xem là vật liệu tốt nhất hiện nay, do nó cho phép sự phát triển của các nguyên bào sợi giữa các khe, làm cho mảnh ghép “hoà hợp” vào lớp cân thành bụng chung quanh. PTFE (polytetrafluoroethylene) cũng cho phép sự phát triển của các nguyên bào sợi, nhưng không thể “hoà hợp” vào lớp cân thành bụng chung quanh. Điều này làm cho mảnh ghép PTFE dễ bị vách hoá, dẫn đến nhiễm trùng.



Hình 13- Các phương pháp đặt mảnh ghép trong điều trị thoát vị vết mổ, lỗ thoát vị lớn: A-khở mảnh ghép che lỗ thoát vị từ bên dưới, B-khở mảnh ghép che lỗ thoát vị kiểu bắc cầu, C-khở mảnh ghép phủ lên trên lỗ thoát vị, D-khở mảnh ghép kết hợp che bên dưới và phủ lên trên lỗ thoát vị.

5- Chẩn đoán và điều trị các thoát vị thành bụng khác:

5.1-Thoát vị rốn:

Thoát vị rốn xảy ra phổ biến ở trẻ sơ sinh, nhưng hầu hết các khiếm khuyết sẽ biến mất sau năm 2 tuổi. Thoát vị rốn ở người lớn thường là một bệnh lý mắc phải.

Thoát vị rốn thường gặp ở phụ nữ. Các bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng kéo dài như thai kỳ, béo phì, bàng bụng, chướng bụng... là các yếu tố thuận lợi để thoát vị rốn hình thành và phát triển.

BN thường nhập viện vì có khối phồng vùng rốn. Khối phồng có đầy đủ tính chất của một khối thoát vị (tăng áp lực và tăng kích thước khi yêu cầu BN ho hay phình bụng). Khi thăm khám BN bị thoát vị rốn cũng cần chú ý đến yếu tố và bệnh lý nguyên nhân.

Thoát vị rốn hiếm khi dẫn đến nghẹt ruột. Thay vào đó, thoát vị rốn có thể dẫn đến hoại tử da, nhất là ở các BN bàng bụng.

Thái độ điều trị: trẻ em, nếu vẫn còn thoát vị rốn sau 5 tuổi, cần phải được phẫu thuật. Ở người lớn, thoát vị rốn nhỏ và không triệu chứng không cần điều trị. Các thoát vị lớn (đường kính ≥ 4 cm), thoát vị có triệu chứng hay có dấu hiệu nghẹt, thoát vị có da trên bề mặt quá mỏng, thoát vị ở BN bị bàng bụng không kiểm soát được là các chỉ định cho việc điều trị bằng phẫu thuật.

Phương pháp điều trị cổ điển được đề xuất bởi Mayo (khâu xếp mép của lớp cân trên chồng lên mép của lớp cân dưới) hiện nay ít được áp dụng. Đối với lỗ thoát vị nhỏ, khâu đóng đơn giản lỗ thoát vị bằng chỉ không tan. Đối với lỗ thoát vị lớn, có thể đặt mảnh ghép tăng cường sau khi khâu đóng lỗ thoát vị hay bắc cầu qua lỗ thoát vị. Các thoát vị rất lớn có thể được điều trị bằng cách đặt mảnh ghép từ trong xoang bụng qua ngả nội soi.

5.2-Thoát vị vùng thượng vị

Thoát vị vùng thượng vị xảy ra chủ yếu ở nam giới. Vị trí thoát vị nằm trên đường giữa, giữa mũi ức và rốn. Trong 20% các trường hợp, BN có từ hai thoát vị trở lên.

Khối thoát vị thường nhỏ. BN thường nhập viện vì một khối phồng nhỏ đau ở vùng thượng vị. Khám thấy có khối nhỏ nằm trên đường trắng giữa, giữa mũi ức và xương mu (hay cách rốn khoảng 3-4 cm), chắc, kém di động, ấn đau vừa. Chẩn đoán phân biệt trước tiên là u mỡ dưới da. Trong trường hợp khó chẩn đoán, có thể cần đến siêu âm chẩn đoán.

Điều trị thường đơn giản: khâu lại chỗ hở của lớp cân thành bụng.

5.3-Thoát vị spigelian (thoát vị bán nguyệt):

Xảy ra ở vị trí bờ ngoài cơ thằng bụng dưới và cách rốn khoảng 3-5 cm. Vị trí này là nơi tiếp giáp giữa bờ ngoài cơ thằng bụng và đường cung (đường bán nguyệt). Đây là một loại thoát vị gian thành.

BN thường trong khoảng 40-70 tuổi. Triệu chứng lâm sàng chính là đau tại vùng bụng tương ứng. Khối thoát vị thường khó thấy do có kích thước nhỏ và ở vị trí gian thành. Chẩn đoán cần dựa vào siêu âm hay CT.

Bệnh có nguy cơ nghẹt cao. Phẫu thuật nên được tiến hành sớm. Trước mổ cần chú ý đánh dấu vị trí thoát vị trên thành bụng. Nội dung phẫu thuật thường đơn giản: rạch da tại chỗ, cắt bỏ túi thoát vị và khâu đóng lại lỗ thoát vị.

5.4-Thoát vị bít

Là loại thoát vị hiếm gặp. Thoát vị bít thường xảy ra ở nữ giới. BN thường lớn tuổi và gầy ốm.

Đau và nghẹt ruột là hai thể lâm sàng chủ yếu của thoát vị bít. Đau là do tạng thoát vị chèn vào thần kinh bít. BN đau ở vùng gốc đùi. Có thể gây ra cơn đau bằng nghiệm pháp Howship-Romberg. Ở BN có hội chứng tắc ruột, chẩn đoán nguyên nhân thường chỉ có sau khi mở bụng. Trong trường hợp không có chỉ định mở bụng, CT là phương tiện được lựa chọn để chẩn đoán thoát vị bít.

Phẫu thuật là chỉ định điều trị của thoát vị bít. Có thể phẫu thuật ngã sau, ngả nội soi hay mở bụng (dành cho BN bị thoát vị bít có nghẹt ruột). Sau khi đưa tạng thoát vị vào lại xoang bụng, chú ý lấy hết mô mỡ tiền phúc mạc nằm trong ống bít, tìm và bộc lộ thần kinh bít cùng bó mạch bít. Ống bít sau đó được khâu khép hay khâu che bằng một mảnh ghép nhỏ.

5.5-Thoát vị lung

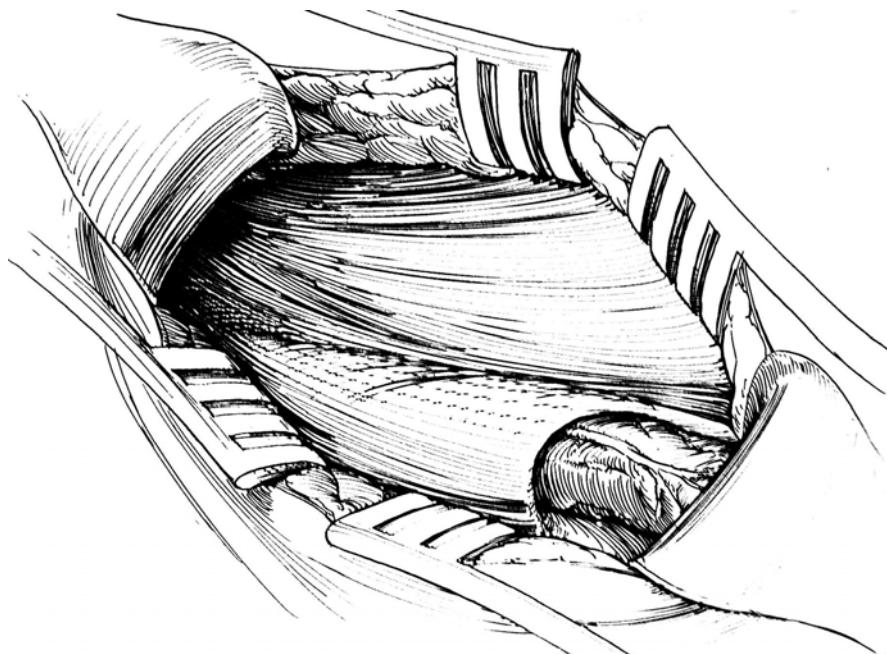
Thoát vị lung có thể bẩm sinh hay mắc phải.

Thoát vị qua tam giác lung trên (tam giác Grynfeltt, giới hạn giữa xương sườn 12, cơ cạnh sống và cơ chéo trong) xảy ra phổ biến hơn thoát vị qua tam giác lung dưới (tam giác Petit, giới hạn giữa mào chậu, cơ lung rộng và cơ chéo ngoài).

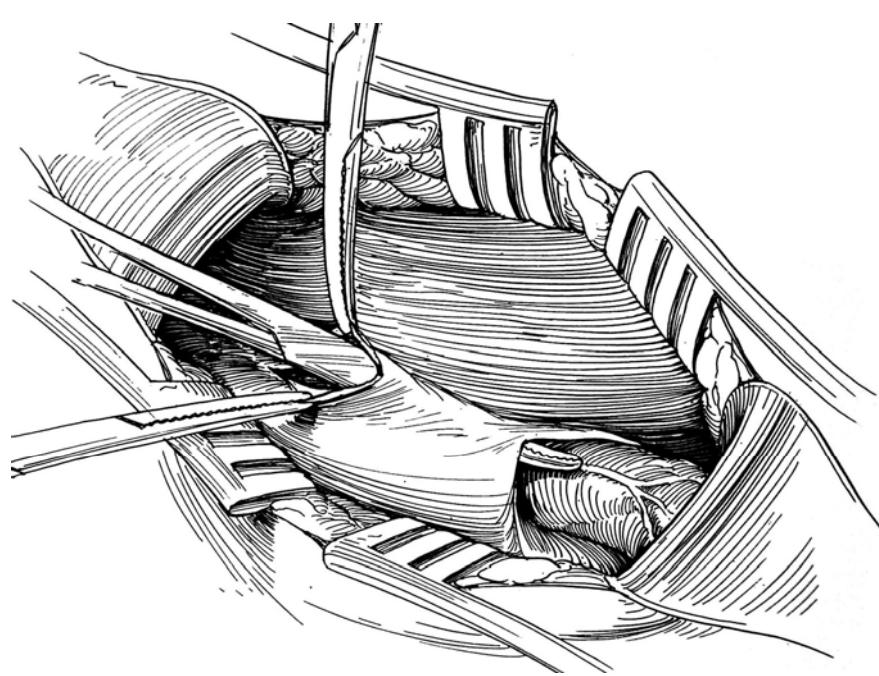
Thoát vị lung không gây nghẹt.

Phương pháp điều trị được lựa chọn cho thoát vị lung là đặt mảnh ghép khâu che lỗ thoát vị. Thường khó khâu khép lỗ thoát vị, do một trong các cạnh của chúng là xương.

6-Kỹ thuật tìm và xử lý túi thoát vị trong phẫu thuật thoát vị bẹn ngả trước:

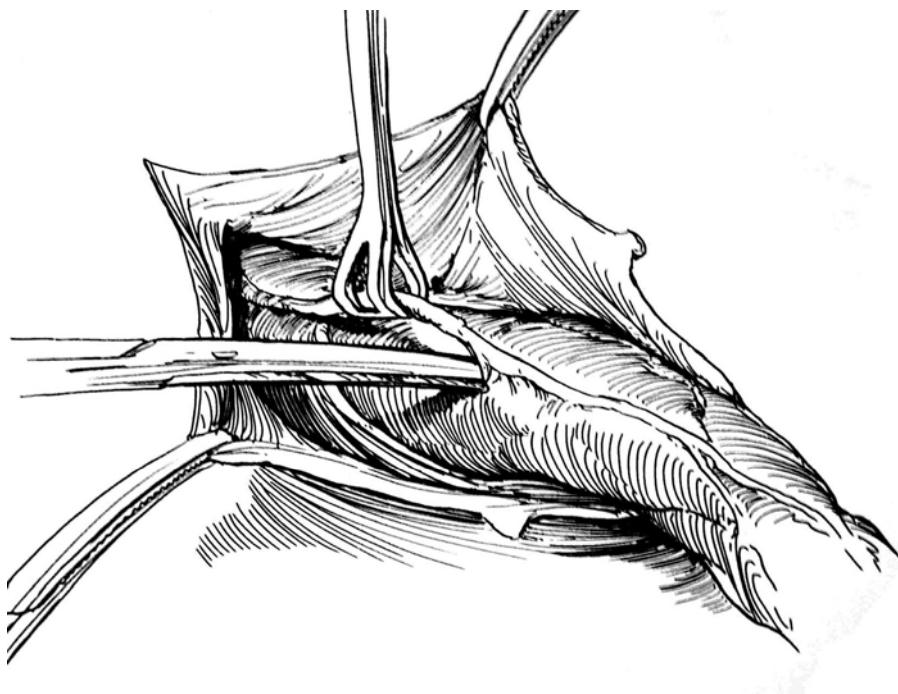


Sau khi rạch da, cắt lớp cân Scapa và cân Camper, cân cơ chéo bụng ngoài xuất hiện. Ở sát xương mu, cân chéo bụng ngoài khuyết một lỗ (lỗ bẹn nông), nơi thừng tinh đi qua.



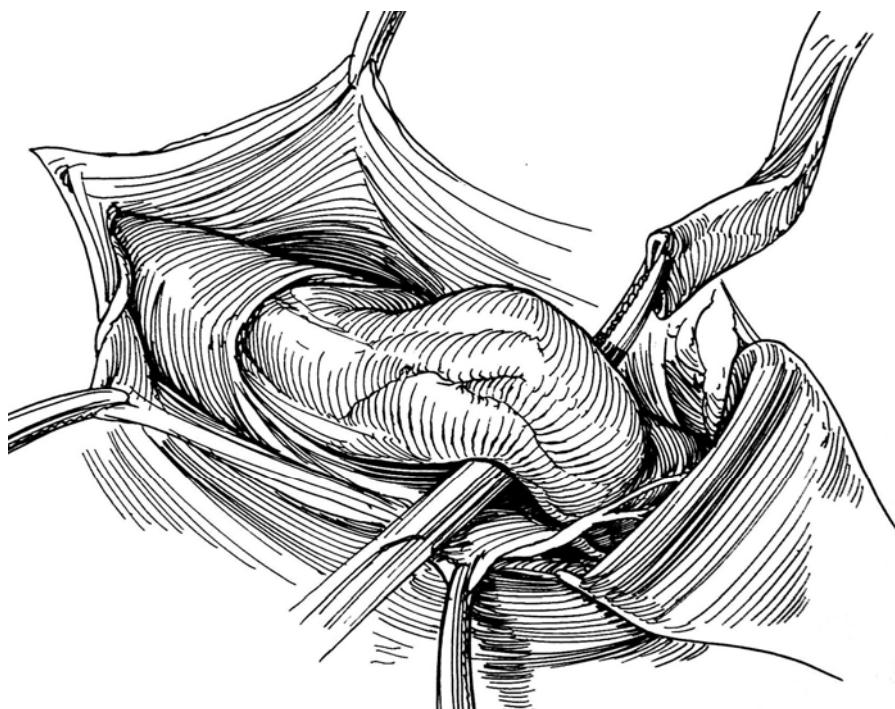
Xé dọc cân chéo ngoài cho đến lỗ bẹn sâu để bộc lộ thừng tinh nằm ngay bên dưới. Lật hai mép xe của cân chéo ngoài lên trên và xuống dưới. Tìm hai dây thần kinh chậu hạ vị (trên bề mặt cơ chéo trong) và chậu bẹn (trên thừng tinh). Một vài phẫu viên cắt cả hai thần kinh này nhưng hầu hết đều bảo tồn

chúng.



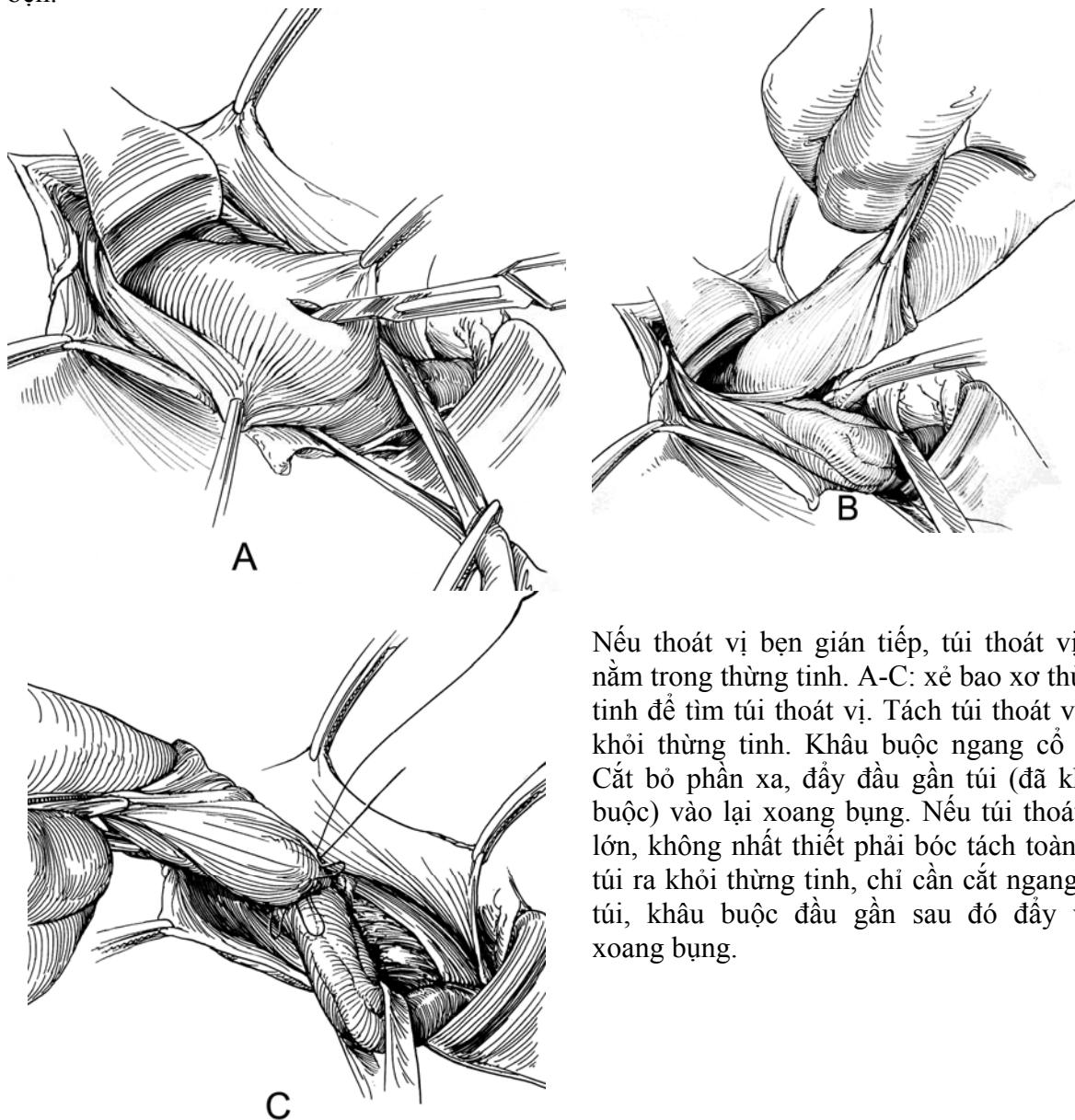
Bóc tách thàn kinh châu bẹn ra khỏi thừng tinh.

Dùng ngón tay tách thừng tinh ra khỏi mép dưới của cân chéo ngoài, cho đến dây chằng bẹn. Tách thừng tinh ra khỏi sàn bẹn bằng cách luồn ngón tay ra sau thừng tinh từ phía dưới, ở vị trí cù xương mu, cho đến khi chúng gấp ngón tay ở phía trên thừng tinh. Luồn một Penrose vòng quanh thừng tinh để tách thừng tinh ra khỏi sàn bẹn trong quá trình khâu phục hồi sàn bẹn.



Để tìm túi thoát vị gián tiếp, xé dọc lớp cơ bám da bìu bao quanh thừng tinh. Nếu lỗ bẹn sâu rộng và bị cơ bám da bìu che khuất, có thể cắt ngang cơ bám da bìu ngay vị trí lỗ bẹn

sâu để tạo điều kiện dễ dàng cho việc khâu hẹp lỗ bẹn sâu trong giai đoạn tái tạo thành bẹn.



Nếu thoát vị bẹn gián tiếp, túi thoát vị sẽ nằm trong thừng tinh. A-C: xé bao xơ thừng tinh để tìm túi thoát vị. Tách túi thoát vị ra khỏi thừng tinh. Khâu buộc ngang cổ túi. Cắt bỏ phần xa, đẩy đầu gần túi (đã khâu buộc) vào lại xoang bụng. Nếu túi thoát vị lớn, không nhất thiết phải bóc tách toàn bộ túi ra khỏi thừng tinh, chỉ cần cắt ngang cổ túi, khâu buộc đầu gần sau đó đẩy vào xoang bụng.

VIÊM TUY CẤP

1-Đại cương:

Nguyên nhân của viêm tuy cấp đứng đầu là rượu (35%) và sỏi mật (đặc biệt là sỏi túi mật, 38%). Các nguyên nhân khác bao gồm:

- Tăng lipid huyết tương
- Tăng can-xi huyết tương
- Di truyền
- Chấn thương (chấn thương vùng bụng, chấn thương do phẫu thuật, ERCP)
- Thiếu máu tuy (tụt huyết áp, xơ vữa thành mạch, viêm mạch)
- Tắc nghẽn ống tuy do u, nang, tuy đồi, túi thừa tá tàng, hẹp Oddi)
- Tắc nghẽn tá tràng
- Nhiễm trùng (vi khuẩn, virus) nhiễm ký sinh trùng, nhiễm nấm
- Nọc rắn
- Thuốc (sulfonamide, tetracycline, estrogen, furosemide, corticosteroids)
- Không rõ nguyên nhân (10-30%)

Tổn thương của tuy bị viêm cấp thay đổi, từ phù nề đến hoại tử hay hoại tử xuất huyết.

Biểu hiện lâm sàng của BN bị viêm tuy cấp thay đổi, từ đau nhẹ vùng thượng vị đến sốc, nhiễm trùng huyết, suy đa cơ quan và tử vong.

Tuổi và giới tính: phụ thuộc vào nguyên nhân:

- Rượu: nam giới, độ tuổi 40
- Sỏi mật: nữ, độ tuổi 70

Viêm tuy cấp do sỏi mật:

- Không nhất thiết phải có sỏi kẹt ở ngã ba mật-tuy hay Oddi. Sỏi di chuyển qua vùng này đủ gây ra viêm tuy cấp.
- Nút sỏi bùn hay sỏi vi thể (đường kính nhỏ hơn 3mm) có thể gây viêm tuy cấp.
- Nếu không xử trí nguyên nhân, 38% sẽ viêm tuy tái phát.
- Thời gian viêm tuy tái phát trung bình 108 ngày.

Viêm tuy nặng (hoại tử, xuất huyết) chiếm 1/10 các trường hợp. Viêm tuy cấp thể nặng có thể dẫn đến các biến chứng sóm và biến chứng muộn.

Biến chứng sóm của viêm tuy cấp:

- Suy hô hấp cấp
- Suy tuần hoàn cấp
- Suy thận cấp
- Chảy máu đường tiêu hoá
- Xuất huyết nội

- Viêm phúc mạc
- Hội chứng đông máu nội mạch lan toả

Biến chứng muộn của viêm tuy cấp:

- Tụ dịch quanh tuy
- Hoại tử tụy vô trùng
- Hoại tử tụy nhiễm trùng
- Nang giả tụy
- Áp-xe tụy
- Dò tụy, báng tụy

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

2.1.1-Triệu chứng cơ năng:

Điển hình là cơn đau bụng với các tính chất sau:

- Đau đột ngột, thường 1-3 giờ sau bữa nhậu hay bữa ăn nhiều mỡ
- Đau giữa bụng (có thể lệch sang trái hay phải khi viêm khu trú ở đầu hay đuôi tuy)
- Mức độ thay đổi. Tuy nhiên, đa số trường hợp mức độ đau từ nhiều đến trầm trọng.
- Đau liên tục
- Lan ra sau lưng (50% các trường hợp)
- Nằm nghiêng hay sấp sẽ bớt đau

Nôn ói: nôn nhiều lần, không giảm đau sau nôn.

2.1.2-Triệu chứng thực thể:

- Sốt (76%), thường sốt nhẹ
- Mạch nhanh (68%)
- Bụng ấn đau, đè kháng, nhất là vùng $\frac{1}{2}$ trên bụng (68%)
- Bụng chướng hơi (65%)
- Âm ruột giảm (28%)
- Vàng da (28%)
- Khó thở (10%)
- Huyết áp không ổn định, tụt huyết áp (10%)
- Nôn máu, tiêu phân đen (5%)
- Mảng đỏ trên da (hoại tử mỡ)
- Dấu Cullen (vùng rốn hơi xanh, bằng chứng của xuất huyết trong xoang phúc mạc) và dấu Grey-Turner (mảng bầm máu vùng hông lưng, chứng tỏ có xuất huyết sau phúc mạc). Các dấu hiệu này chiếm tỉ lệ 3%.

- Trần dịch màng phổi trái: thường lượng ít (30%).
- Suy hô hấp cấp tính

2.2-Chẩn đoán phân biệt:

- Thủng tạng rỗng
- Viêm túi mật cấp
- Viêm đường mật
- Nhồi máu mạc treo ruột
- Tắc ruột
- Xoắn ruột

2.3-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.3.1-Amylase:

Là xét nghiệm được thực hiện rộng rãi nhất. Amylase huyết tương bắt đầu tăng 2-12 giờ kể từ lúc khởi đau và giảm trở về bình thường trong vòng 7 ngày. Amylase huyết tương tăng kéo dài hơn 7 ngày chứng tỏ viêm tuy cấp đã diễn tiến đến giai đoạn hình thành nang giả tuy, áp-xe tuy, dò tuy.

Amylase cao hơn mức bình thường từ 3 lần trở lên có giá trị cao trong chẩn đoán viêm tuy cấp.

Amylase nước tiểu tăng trong khoảng thời gian kéo dài hơn so với amylase huyết tương.

Mức độ tăng amylase không tương quan với mức độ viêm tuy.

Amylase trong viêm tuy cấp do sỏi tăng cao hơn viêm tuy do rượu.

Ngoài viêm tuy, amylase còn tăng trong một số bệnh lý bụng cấp khác (bảng 1). Các bệnh lý này thường có amylase tăng cao hơn mức bình thường 2-3 lần.

Trong một số trường hợp viêm tuy cấp, amylase huyết tương và nước tiểu ở giới hạn bình thường.

P-amylase tăng đặc hiệu cho viêm tuy cấp hơn amylase (p-amylase do tuy tiết ra, s-amylase do tuyến nước bọt, ống dẫn trứng, buồng trứng, nội mạc tử cung, tiền liệt tuyến, vú, phổi, gan tiết ra).

Bệnh lý tuy: viêm tuy cấp, viêm tuy mãn, chấn thương tuy (chấn thương bụng, chấn thương phẫu thuật, ERCP), tuy đồi, bất thường bẩm sinh ống tuy..	U ác tính của phổi, buồng trứng, tuy, ruột già, vú; pheochromocytoma; u tuyến hung
Bệnh lý tuyến mang tai viêm tuyến mang tai do nhiễm trùng, sỏi, chiết xạ vùng cổ...; chấn thương tuyến mang tai	Chuyển hoá: nhiễm toan, tăng canxi huyết tương, tăng triglyceride huyết tương...
Suy thận	Nhiễm trùng: virus (quai bị, rubella, coxsackie B, cytomegalovirus, HIV), vi khuẩn (klebsiella, E. coli), nấm (candida)
Bệnh lý gan: viêm gan, suy gan	Viêm phổi
Bệnh lý ruột non: thủng, nhồi máu mạc treo, tắc ruột, viêm ruột thừa	Chấn thương sọ não
Viêm phúc mạc	Phình động mạch chủ bụng
Bệnh lý phụ khoa: thai ngoài tử cung, nang buồng trứng, viêm phần phụ	Thuốc: aminosalicylate, furosemide, sulfonamide, 6-mercaptopurine...
Bóng	Chứng chán ăn, chứng cuồng ăn
	Ngộ độc phosphate hữu cơ, ngộ độc bò cạp, methyl alcohol...

Bảng I- Các nguyên nhân gây tăng amylase huyết tương

2.3.2-Các xét nghiệm khác:

Tỉ lệ thanh thải amylase/creatinine: có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp.

Lipase huyết tương: ít được chỉ định.

Can-xi, cholesterol, triglyceride: chẩn đoán nguyên nhân (tăng can-xi, tăng cholesterol, triglyceride), chẩn đoán hậu quả (hạ can-xi).

Hematocrite: tăng (cô máu do mất nước vào khoang thứ ba) hay giảm (xuất huyết).

Điện giải, BUN, creatinin, glycemia: phản ánh rối loạn cân bằng điện giải và cân bằng kiềm toan, suy thận, chức năng tuy nội tiết.

Xét nghiệm cầm máu, đông máu: rối loạn trong trường hợp nặng.

2.3.3-CT scan:

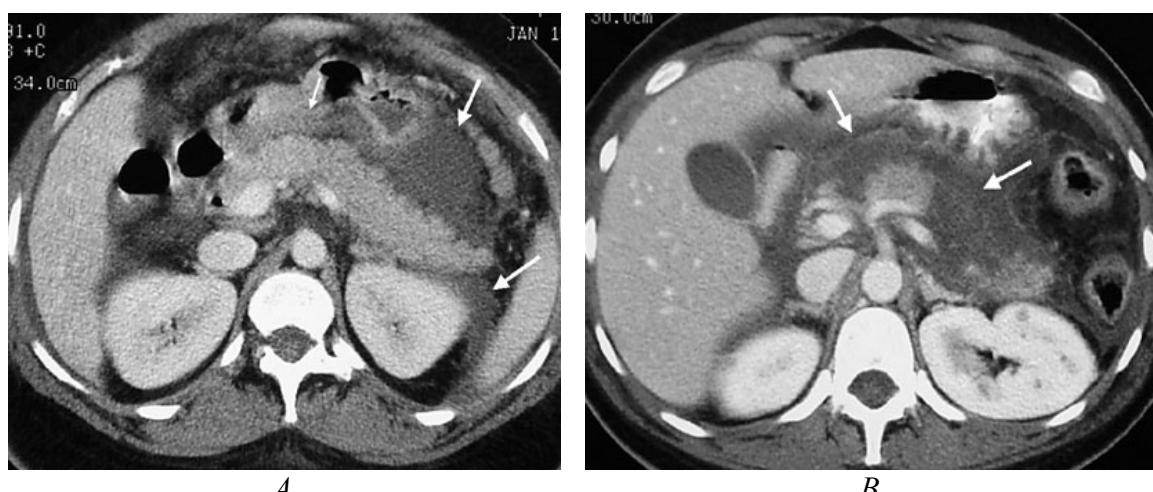
Chỉ định:

- Viêm tuy thể nặng (nhằm đánh giá các biến chứng)
- Nghi ngờ viêm tuy do u tuy
- Chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác: xoắn ruột, nhồi máu mạc treo ruột...

CT có cản quang (tĩnh mạch và trong dạ dày) là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán viêm tuy hoại tử.

Kỹ thuật: bơm thuốc cản quang vào dạ dày 15-30 phút trước khi tiến hành. Chụp lần đầu sau đó bơm thuốc cản quang vào lòng mạch và chụp lần hai. Mô tuy bình thường có độ cản quang 30-40 HU (đơn vị Hounsfield), khi bơm thuốc cản quang tăng lên 100-150 HU.

Hình ảnh viêm tuy cấp (hình 1):



Hình 1- Hình ảnh viêm tuy cấp trên CT: A-viêm phổi nề với một ổ tụ dịch cạnh tuy, B-viêm tuy hoại tử

- Tuy tăng kích thước, lan toả hay khu trú
- Tuy tăng quang không đều
- Xoá nhoà lớp mỡ quanh tuy
- Có tụ dịch trong và sau phúc mạc

- Tuy bị hoại tử: một vùng hay toàn thể tuy không tăng quang khi bơm thuốc cản quang

Đánh giá tiên lượng viêm tuy cấp dựa vào tiêu chuẩn Balthazar (bảng 2):

<i>Đánh giá</i>	<i>Đặc điểm</i>
<i>A</i>	<i>Tuy bình thường</i>
<i>B</i>	<i>Tuy tăng kích thước, lan toả hay khu trú</i>
<i>C</i>	<i>Có biến đổi bất thường cấu trúc chủ mỏ tuy</i>
<i>D</i>	<i>Một ổ tụ dịch hay ổ viêm tủy tuy</i>
<i>E</i>	<i>Nhiều ổ tụ dịch hay ổ viêm tủy tuy</i>

Bảng 2- Tiêu chuẩn Balthazar trong đánh giá giai đoạn viêm tuy cấp

2.3.4-Siêu âm:

Ít có giá trị trong chẩn đoán viêm tuy. Tuy nhiên, trong trường hợp viêm tuy do sỏi mật, siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chỉ định trước tiên

Có giá trị khi dùng để khảo sát túi mật (nếu nghĩ đến viêm tuy do sỏi mật).

Siêu âm qua nội soi: có thể xác định được nút sỏi bùn hay sỏi vi thể, hai nguyên nhân gây viêm tuy mà siêu âm thông thường không phát hiện được.

2.3.5-X-quang mật tuy ngược dòng qua nội soi (ERCP-endoscopic retrograde cholangiopancreatography): :

ERCP giúp đánh giá tình trạng của đường mật và tuy ở BN bị viêm tuy cấp. Ngoài tác dụng chẩn đoán, ERCP còn có vai trò can thiệp. Tuy nhiên, ERCP không nên được xem là chỉ định đầu tiên đối với viêm tuy cấp.

Chỉ định của ERCP:

- Viêm tuy cấp tái phát nhiều lần (nhằm phát hiện các nguyên nhân chỉ được chẩn đoán bằng ERCP (tuy đồi, hẹp Oddi, bất thường ống tuy..)).
- Viêm tuy cấp, BN có bằng chứng của sỏi mật và tình trạng lâm sàng đang diễn tiến nặng thêm mặc dầu được điều trị nội khoa tích cực.

2.3.6-X-quang bụng không sửa soạn:

X-quang bụng ít có giá trị trong chẩn đoán viêm tuy cấp. Các dấu hiệu sau có thể quan sát thấy:

- Mờ vùng bụng trên
- Đại tràng cắt cụt
- Quai ruột canh gác
- Tràn dịch màng phổi trái
- Sỏi tuy...

X-quang bụng được chỉ định chủ yếu để chẩn đoán phân biệt với thủng tạng rỗng.

2.3.7-Chụp mật tuy cộng hưởng từ (MRCP- magnetic resonance cholangiopancreatography):

Là một phương tiện chẩn đoán mới được tiến hành trong thời gian gần đây. MRCP có giá trị chẩn đoán tương tự ERCP, tuy nhiên đây là phương tiện chẩn đoán không xâm lấn.

2.3.8-Sinh thiết tuy dưới sự hướng dẫn của CT:

Nhầm mục đích phân biệt hoại tử tuy vô trùng và hoại tử tuy nhiễm trùng.

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Bước 1-Chẩn đoán xác định viêm tuy và chẩn đoán loại trừ các bệnh lý khác:

Để chẩn đoán xác định viêm tuy cấp, cho đến thời điểm hiện nay, amylase vẫn là xét nghiệm được chỉ định trước tiên.

Ngoài amylase, một số xét nghiệm khác cũng được chỉ định (bảng 3), nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác và đánh giá nguyên nhân của viêm tuy.

<i>Amylase (máu, nước tiểu)</i>
<i>Công thức máu toàn bộ, glycemia, BUN, creatinine</i>
<i>Bilirubin, AST, ALT, phosphatase kiềm</i>
<i>Cholesterol, triglyceride</i>
<i>Ion đồ</i>
<i>X-quang bụng không sủi soạn</i>
<i>X-quang ngực thẳng đứng</i>
<i>Siêu âm gan mật tuy</i>

Bảng 3- Các xét nghiệm cần được thực hiện khi BN nhập viện với chẩn đoán ban đầu là viêm tuy cấp

Bước 2-Chẩn đoán nguyên nhân viêm tuy cấp:

Khai thác tiền căn, bệnh sử và thăm khám lâm sàng sẽ có hướng chẩn đoán phân biệt giữa viêm tuy cấp do rượu và do sỏi mật (bảng 4).

	<i>Viêm tuy cấp do rượu</i>	<i>Viêm tuy cấp do sỏi mật</i>
<i>Tiền căn nghiện rượu</i>	(+)	(-)
<i>Tiền căn có những lần viêm tuy cấp trước đó</i>	(+)	(±)
<i>Giới tính</i>	<i>Nam</i>	<i>Nữ</i>
<i>Độ tuổi trung bình</i>	<i>40</i>	<i>65</i>
<i>Bilirubin, AST, ALT, phosphatase kiềm</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Tăng</i>
<i>Siêu âm gan mật</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đường mật dãn, có sỏi đường mật</i>

Bảng 4- Chẩn đoán phân biệt giữa viêm tuy cấp do rượu và do sỏi mật

Bước 3-Đánh giá mức độ trầm trọng của viêm tuy cấp:

Có nhiều phương pháp đánh giá mức độ trầm trọng của viêm tuy cấp.

Đánh giá theo tiêu chuẩn Ranson:

<i>Viêm tuy cấp không do sỏi mật</i>	
<i>Khi nhập viện</i>	<i>Trong vòng 48 giờ đầu</i>
<i>> 55 tuổi</i>	<i>Giảm Hct > 10%</i>
<i>BC > 16.000</i>	<i>Tăng BUN > 5mg%</i>
<i>Glycemia > 200 mg%</i>	<i>Can-xi huyết tương < 8 mg%</i>
<i>LDH huyết tương > 350 UI/L</i>	<i>PaO2 < 60 mmHg</i>
<i>AST > 250 UI/L</i>	<i>Thiếu hụt dự trữ kiềm > 4 mEq/L</i>
	<i>Dịch thoát vào ngăn thứ ba > 6L</i>
<i>Viêm tuy cấp do sỏi mật</i>	
<i>Khi nhập viện</i>	<i>Trong vòng 48 giờ đầu</i>
<i>> 70 tuổi</i>	<i>Giảm Hct > 10%</i>
<i>BC > 18.000</i>	<i>Tăng BUN > 25mg%</i>
<i>Glycemia > 220 mg%</i>	<i>Can-xi huyết tương < 8 mg%</i>
<i>LDH huyết tương > 400 UI/L</i>	<i>PaO2 < 60 mmHg</i>

$AST > 250 \text{ UI/L}$	$\text{Thiếu hụt dự trữ kiềm} > 5 \text{ mEq/L}$
	$\text{Dịch thoát vào ngăn thứ ba} > 6L$

Bảng 5- Dánh giá mức độ trầm trọng của viêm tuy cấp theo tiêu chuẩn Ranson

Đặc điểm của đánh giá theo tiêu chuẩn Ranson:

- Bao gồm 11 tiêu chuẩn, được đánh giá khi nhập viện và sau 48 giờ, chứ không phải tại thời điểm nào khác.
- Các tiêu chuẩn thay đổi, phụ thuộc vào viêm tuy cấp do rượu hay do sỏi mật.
- Giá trị chẩn đoán: độ nhạy 73%, độ đặc hiệu 77%.

Phân loại theo APACHE (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation):

- Có thể đánh giá tại bất kỳ thời điểm nào của căn bệnh
- Phức tạp, không được áp dụng phổ biến trên lâm sàng
- Giá trị chẩn đoán: độ nhạy 77%, độ đặc hiệu 84%

Chọc rửa xoang phúc mạc: có độ đặc hiệu cao (93%) nhưng độ nhạy thấp (54%).

C-reactive protein (CRP):

- Được sản xuất ở gan, do đáp ứng không đặc hiệu với các quá trình viêm cấp.
- CRP > 6 sau 24 giờ, hay > 7 sau 48 giờ kể từ lúc khởi phát viêm tuy cấp: viêm tuy trầm trọng.
- Giá trị chẩn đoán: độ nhạy 73%, độ đặc hiệu 71%

Hiện nay CT là phương tiện được chọn lựa để đánh giá tiên lượng của viêm tuy cấp. Ưu điểm của CT:

- Chẩn đoán được viêm tuy cấp
- Chẩn đoán loại trừ các bệnh lý khác
- Đánh giá tiên lượng của viêm tuy cấp ngay sau khi BN nhập viện

Viêm tuy cấp được đánh giá là nặng khi:

- > 3 tiêu chuẩn Ranson
- Chỉ số APACHE > 8
- Hoại tử tuy, áp-xe tuy, nang giả tuy (tiêu chuẩn Balthazar D, E)
- Có dấu hiệu suy tạng (bảng 6)

<i>Sốc (HA tâm thu khi nằm ngửa $< 90 \text{ mmHg}$)</i>
<i>PaO₂ < 60 mmHg</i>
<i>Creatinine huyết thanh $> 2 \text{ mg/dL}$</i>
<i>Xuất huyết tiêu hoá $> 500 \text{ mL/24 giờ}$</i>

Bảng 6- Dấu hiệu suy tạng trong viêm tuy cấp

3-Điều trị:

3.1-Nội dung điều trị nội khoa:

Bồi hoàn nước điện giải là biện pháp điều trị quan trọng nhất.

Không ăn uống qua đường miệng trong vài ngày đầu. Cho BN ăn trở lại khi BN bớt đau, bụng xẹp và có cảm giác thèm ăn.

Giảm đau với acetaminophen, tramadol, meperidine.

Truyền máu khi Hct giảm.

Insulin được chỉ định khi glycemia tăng.

Can-xi được chỉ định khi nồng độ can-xi huyết tương giảm.

Kháng sinh được chỉ định trong viêm tuy nặng, nhằm hạ thấp tỉ lệ nhiễm trùng. Thuốc có độ thâm nhập vào mô tuy tốt thường được chọn (imipenem và ciplastatin, metronidazole và levofloxacin...).

Đảm bảo cân bằng nitơ dương tính bằng dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch (bổ sung hay toàn bộ).

Không cần thiết phải đặt thông dạ dày, nếu BN không nôn ói hay bụng không chướng nhiều.

Các loại thuốc làm giảm chức năng tuy ngoại tiết (hút thông dạ dày, kháng acid, kháng thụ thể H₂, anticholinergic, glucagons, calcitonin, somatostatin...) không làm thay đổi tỉ lệ biến chứng, thời gian nằm viện cũng như tỉ lệ tử vong.

3.2-Chỉ định ERCP lấy sỏi và cắt cơ vòng (ERCP can thiệp):

Viêm tuy cấp do sỏi: ERCP trong vòng 48 giờ.

Viêm tuy cấp do sỏi có viêm đường mật hay vàng da kết hợp: ERCP cấp cứu.

Viêm tuy cấp thể nặng do sỏi: ERCP khi BN ổn định.

BN đã ổn định sau đợt viêm tuy do sỏi nhưng không muộn hay có chống chỉ định phẫu thuật cắt túi mật nội soi

3.3-Phẫu thuật cắt túi mật nội soi:

Chỉ định: viêm tuy cấp do sỏi túi mật.

Thời điểm có thể tiến hành phẫu thuật: vài tuần sau đợt viêm tuy cấp.

3.4-Chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay CT:

Khi có dịch tụ quanh tuy nhiễm trùng hay áp-xe tuy, có thể tiến hành chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay CT.

3.5-Mở bụng thám sát và xử trí tổn thương:

Chỉ định:

- Chẩn đoán không rõ ràng (không loại trừ được thủng tạng rỗng, xoắn ruột, nhồi máu mạc treo ruột...)
- Xuất huyết nội
- Tụ dịch quanh tuy nhiễm trùng hay áp-xe tuy đã chọc hút nhưng thất bại
- Hoại tử tuy nhiễm trùng
- Nang giả tuy
- Dò tuy

NANG GIẢ TUY

1-Đại cương:

Nang giả tuy là sự tập trung khu trú chất dịch có nồng độ cao của amylase (và các men tuy khác) trong một cấu trúc dạng nang mà thành của nó không có lớp biểu mô.

Nang giả tuy chiếm phần lớn (75-80%) các tổn thương dạng nang của tuy.

Nang giả tuy có ba nguồn gốc hình thành:

- Vỡ ống tuy (2/3 các nang giả tuy có thông thương với ống tuy)
- Tụ dịch cấp tính quanh tuy trong và sau viêm tuy cấp
- Sự khu trú và vách hoá của phần mô tuy bị hoại tử trong viêm tuy cấp

Nguyên nhân của nang giả tuy:

- Viêm tuy cấp
- Viêm tuy mãn (nguyên nhân thường gặp nhất)
- Chấn thương tuy (thường gặp ở trẻ em)

Sinh lý bệnh: xuất phát điểm của nang giả tuy là sự tuy dịch quanh tuy. Nguồn gốc của dịch tụ là sự vỡ của ống tuy (do hoại tử một phần thành các ống tuy nhỏ trong viêm tuy cấp hay tăng áp lực trong ống tuy do chít hẹp hay sỏi ống tuy trong viêm tuy mãn). Dịch tụ thường được hấp thu trong phần lớn các trường hợp. Những trường hợp dịch không thể hấp thu sẽ gây phản ứng xơ hoá với các cấu trúc chung quanh, tạo thành vỏ bao, hình thành nang giả tuy. Cần trung bình 4 đến 6 tuần để hình thành một nang giả tuy.

Trong hầu hết các trường hợp, nang giả tuy hình thành ở trong hậu cung mạc nối. Thành nang dính chặt với thành sau dạ dày, mạc nối vị tràng, tá tràng, mạc treo đại tràng ngang. Trong một số ít trường hợp, nang giả tuy có thể hình thành trong chủ mô tuy, do sự hoại lỏng của mô tuy hoại tử (vô trùng) trong viêm tuy cấp.

Nang giả tuy có thể hình thành ở các vị trí khác trong xoang bụng. Trong trường hợp rất hiếm, dịch tụ có thể phát triển lên trên lồng ngực và nang giả tuy có thể hình thành ở trung thất sau.

Kích thước nang giả tuy thay đổi từ 2 đến 30 cm.

Dịch nang thường trong nhưng cũng có thể có màu đỏ bầm do chứa máu và mô hoại tử. Trong 95% các trường hợp, dịch nang có nồng độ amylase cao, và đây là một trong những đặc điểm để chẩn đoán phân biệt giữa nang giả tuy và nang “thật” (bướu tân sinh) của tuy.

85-90% nang giả tuy chỉ có một khoang. Nếu có nhiều khoang, các khoang thường thông thương với nhau qua các vách ngăn không hoàn toàn. Nang có nhiều vách ngăn cần chẩn đoán phân biệt với các bướu dạng nang của tuy (bảng 1).

Loại	Tỉ lệ (%)
<i>U nang nhầy (MCN-mucinous cystic neoplasm)</i>	45
<i>U nang nhầy lành tính</i>	29
<i>U nang nhầy ác tính</i>	16
<i>U nang thanh dịch (serous cystadenomas)</i>	32
<i>U nhũ nhầy trong ống tuy (IPMT-intraductal papillary</i>	18

<i>mucinous tumors)</i>	
<i>U nang té bào đảo (cysticislet cell tumor)</i>	2
<i>U nang nhú (papillary cystic tumor)</i>	3
<i>Tổng cộng</i>	100%

Bảng 1- Các bướu dạng nang của tuy, chiếm 10% các tổn thương dạng nang và 1% bướu tân sinh (lành và ác tính) của tuy

Diễn tiến của một nang giả tuy:

- Thoái triển (25%)
- Phát triển (tăng kích thước, thành nang dày lên)
- Dẫn đến các biến chứng:
 - Chảy máu: do vỡ một phình giả động mạch trên thành nang (thường là động mạch lách)
 - Nhiễm trùng
 - Vỡ nang: vào ống tiêu hoá hay vào xoang phúc mạc
 - Chèn ép: vào đường mật (gây tắc mật), vào ống tiêu hoá (gây tắc ruột).

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Chẩn đoán lâm sàng dựa vào:

- Tiền căn viêm tuy hay chấn thương vào vùng thượng vị
- Đau thượng vị dai dẳng sau chấn thương hay viêm tuy (triệu chứng thường gặp nhất)
- Chán ăn, sụt cân
- Nôn ói
- Vàng da
- Sốt
- Khối u vùng thường vị (sờ được trong một số ít các trường hợp)
- Hội chứng xuất huyết trong nang giả tuy:
 - Đau đột dữ dội vùng thượng vị
 - Dấu vết máu cấp: da tái niêm nhạt, tụ huyết áp, Hct giảm
 - Đôi khi nghe được âm thổi vùng thượng vị

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Xét nghiệm:

Kết quả xét nghiệm thường không đặc hiệu. Một tỉ lệ đáng kể BN có nồng độ amylase huyết tương tăng.

2.2.2-X-quang bụng:

Trên X-quang bụng không sửa soạn, nang giả tuy có thể cho hiệu ứng khói, đó là hình ảnh một khối mờ đầy lệch các tạng chung quanh như dạ dày, đại tràng ngang...Đôi khi, sự hiện diện của các đốm canxi ở vùng thượng vị gợi ý bệnh lý nguyên nhân (viêm mẩn).

Trên X-quang dạ dày-khung tá tràng với Barium, nang giả tuy biểu hiện bằng hình ảnh dạ dày bị đẩy ra trước (phim chụp nghiêng) hay khung tá tràng bung rộng.

Tương tự như các kết quả xét nghiệm, các dấu hiệu trên X-quang không đặc hiệu cho nang giả tuy. Chúng chỉ có tính chất gợi ý, yêu cầu những chẩn đoán cận lâm sàng khác có độ chính xác cao hơn.

2.2.3-Siêu âm bụng:

Khi đã “trưởng thành”, hình ảnh điển hình của nang giả tuy trên siêu âm là một khối echo hình cầu hay bầu dục, có vách đều, chứa dịch phản âm kém và có tăng âm phía sau. Trong trường hợp không điển hình, độ phản âm của nang sẽ thay đổi, do thay đổi thành phần dịch chứa trong nang.

Giá trị chẩn đoán nang giả tuy của siêu âm thay đổi, tuỳ thuộc vào người đọc và nhất là có sự chướng hơi hay không của các tạng rỗng chung quanh.

2.2.4-X-quang điện toán cắt lớp (CT):



Hình 1- Hình ảnh của nang giả tuy trên CT

CT là phương tiện chẩn đoán nang giả tuy được chọn lựa hiện nay. Ưu điểm của CT là ngoài giá trị chẩn đoán cao, CT còn cho biết được mối liên hệ về giải phẫu của nang giả tuy với các tạng chung quanh, để từ đó người thầy thuốc có biện pháp điều trị thích hợp.

Hình ảnh của nang giả tuy trên CT (hình 1):

- Ô tụ dịch (đậm độ thấp) nằm ở trong hay lân cận tuy
- Nang giả tuy đã định hình rõ có hình cầu và vách dày
- Thường nang có cấu trúc một ống, tuy nhiên có thể có nhiều ống, phân cách bởi các vách ngăn không hoàn toàn do sự kết tụ thành mảnh của fibrin.
- Nang giả tuy lớn có thể quan sát thấy ở hốc chậu hay trong trung thất
- Nang giả tuy chứa mô hoại tử, máu hay nang nhiễm trùng có đậm độ cao
- Các mạch máu lớn có thể quan sát thấy ở cạnh nang. Trong 10% các trường hợp, có phình động mạch nằm trên thành nang, là nguồn gốc của biến chứng chảy máu.

2.2.5-Chụp cộng hưởng từ (MRI) và chụp mật tuy cộng hưởng từ (MRCP):

MRI và MRCP cho hình ảnh nang, đặc biệt là hình ảnh dịch trong nang (với các mảnh mô hoại tử), rõ ràng hơn so với CT. MRCP có thể cho thấy hình ảnh chi tiết của ống tuy (và đường mật), nhưng khó có thể kết luận ống tuy có còn nguyên vẹn hay không trên MRCP.

Trong thực tế, vì giá thành của MRI và MRCP cao hơn CT, và vì bản thân CT có giá trị chẩn đoán cao, MRI và MRCP ít khi được chỉ định thay cho CT.

2.2.6-Chụp mật tuy ngược dòng qua nội soi (ERCP):

ERCP là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn, khi cần xác định tính nguyên vẹn của ống tuy ở BN có nang giả tuy.

Hình ảnh của nang giả tuy trên ERCP:

- Luôn có bất thường ở ống tuy
- Dò ống tuy vào nang là dấu hiệu phổ biến
- Các bất thường khác: ống tuy bị tắc một phần hay hoàn toàn, do xơ hoá (viêm tuy mãn) hay do bị chèn ép từ bên ngoài.

2.2.7-Siêu âm qua nội soi:

- Cấu trúc echo trống (ô tụ dịch), giới hạn ngoài có echo dày (thành nang)
- Hình ảnh các mảnh vụn (mô hoại tử, máu, mủ) di chuyển theo trọng lực
- Có thể xác định độ dày thành nang với độ chính xác cao

2.2.8-X-quang động mạch:

X-quang động mạch hiếm khi được chỉ định chỉ để chẩn đoán nang giả tuy. Trong trường hợp nghi ngờ có sự hình thành một phình giả động mạch do bào mòn thành mạch do viêm tuy cấp gây ra, X-quang động mạch được chỉ định, vừa có tác dụng chẩn đoán, vừa có tác dụng can thiệp (gây tắc mạch).

2.2.9-Chọc hút dịch nang chẩn đoán:

Được thực hiện dưới sự hướng dẫn của CT, siêu âm hay tốt nhất là siêu âm qua nội soi. Việc chọc hút dịch nang cũng có thể được thực hiện trong phẫu thuật.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Các chẩn đoán phân biệt sau có thể được đặt ra:

- Tụ dịch quanh tuy sau viêm tuy cấp

- Viêm tuy mẫn
- Nang thận trái
- Nang lách
- U nang (bướu tân sinh) của tuy (quan trọng nhất)

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Tiêu chuẩn chẩn đoán nang giả tuy:

- Có tiền căn viêm tuy cấp, viêm tuy mẫn hay chấn thương tuy
- Đau bụng dai dẳng, âm ỉ
- Chẩn đoán hình ảnh: khối ch�áu dịch đồng nhất, vỏ bao rõ, không có vách ngăn, không tăng quang khi bơm thuốc cản quang, không vôi hoá.

Nếu không có đủ cả ba tiêu chuẩn kể trên, phải loại trừ các tổn thương dạng nang khác không phải nang giả tuy, trong đó quan trọng nhất là bướu tân sinh dạng nang của tuy.

Chẩn đoán loại trừ bướu tân sinh dạng nang của tuy dựa vào: đối tượng BN, triệu chứng lâm sàng và hình ảnh trên CT (bảng 2, hình 2).

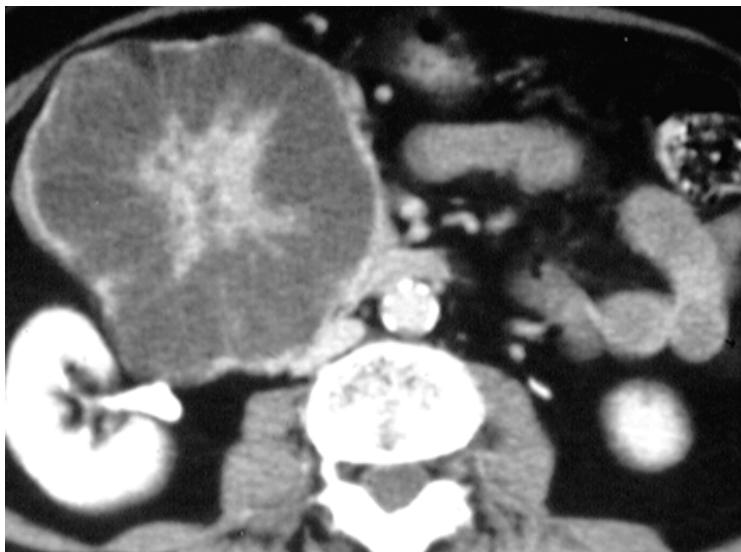
	Serous cystadenomas	MCN	IPMT
Giới tính	Nữ (>80%)	Nữ (>80%)	Nam (>50%)
Biểu hiện	Khối u bụng đau	Khối u bụng đau	Viêm tuy
Vị trí	Thân và đuôi	Thân và đuôi	Đầu
Dấu hiệu trên CT:			
Vách	(+)	(+)	(-)
Đóng vôi	(+)	(+)	(-)
Dấu hiệu trên ERCP:			
Ông tuy bị đầy	(+)	(+)	(-)
Ông tuy dẫn	(-)	(-)	(+)
Ông tuy không hiện hình hoàn toàn	(-)	(-)	(+)
Ông tuy thông với nang	(-)	(-)	(+)
Dịch nhầy chảy ra từ nhú Vater	(-)	(-)	(+)
Nguy cơ ác tính	(-)	(+)	(+)
Điều trị	Có thể theo dõi	Cắt u	Cắt u

Bảng 2- Tính chất một số bướu tân sinh dạng nang của tuy nang của tuy

Nếu CT vẫn chưa cho một kết luận đáng tin cậy, có thể chọc hút dịch nang xét nghiệm sinh hoá và tế bào (bảng 3).

	Nang giả tuy	Serous cystadenomas	MCN lành tính	MCN ác tính
Độ nhầy	Thấp	Thấp	Cao	Cao
Amylase	Cao	Thấp	Thấp	Thấp
CEA	Thấp	Thấp	Cao	Cao
CA 72-4	Thấp	Thấp	Trung gian	Cao
Tế bào học	(-)	(-)	(+)	(+)

Bảng 3- So sánh tính chất dịch nang giả tuy và u nang của tuy



Hình 2- Hình ảnh serous cyst adenoma của tuy trên CT

Trong trường hợp nang nằm trong tuy (có vỏ bao tuy che phủ), cắt trọn nang (mà không làm rò rỉ dịch nang vào trong xoang bụng) là chọn lựa cuối cùng, khi không thể phân biệt được nang giả và bướu tân sinh dạng nang của tuy

3-Điều trị:

3.1-Điều trị nội khoa:

Mục đích: điều trị triệu chứng, nâng đỡ tổng trạng trong khi BN chưa có chỉ định điều trị bằng thủ thuật hay phẫu thuật.

Được chỉ định khi nang có thể tự thoái triển mà không cần can thiệp, cụ thể:

- Nang không có biến chứng
- Nang có thành mỏng
- Ông tuy còn nguyên vẹn
- Thời gian: trước 4 tuần sau viêm tuy hay chấn thương tuy

Nội dung:

- Giảm đau (là biện pháp điều trị chính)
- Dinh dưỡng hỗ trợ qua đường tĩnh mạch (được chỉ định khi BN không cung cấp đủ năng lượng qua đường miệng)

3.2-Điều trị nang giả tuy chưa biến chứng:

3.2.1-Dẫn lưu nang qua da:

Kỹ thuật: xác định vị trí nang nơi tiếp xúc với thành bụng (dưới sự hướng dẫn của siêu âm), chọc kim qua da vào nang, luồn catheter, lưu và cố định catheter

Thời gian lưu catheter thay đổi, từ vài ngày đến vài tháng.

Ưu điểm: nhẹ nhàng

Hạn chế:

- Nhiễm trùng nang
- Nghẹt catheter
- Dò tuy

- Thời gian dẫn lưu kéo dài
- Tỉ lệ tái phát cao (63%)

Sau khi đặt catheter cần điều trị bô túc với octreotide (Somatostatin 200 µg TDD x 3 lần/ngày x 1 tháng).

Chỉ định: nang giả tuy nhiễm trùng.

Chóng chỉ định:

- Có nghẹt ống tuy
- Nang có vách ngăn
- Nang có mô hoại tử

3.2.2-Dẫn lưu nang qua nội soi dạ dày-tá tràng:

Chỉ định:

- Dẫn lưu nang giả tuy xuyên thành (dạ dày hay tá tràng) : nang giả tuy dính với thành dạ dày hay tá tràng.
- Dẫn lưu nang giả tuy qua ngã ống tuy: được chỉ định khi nang giả tuy có sự thông thương với ống tuy (có tắc nghẽn ống tuy trên dòng hay không). Kỹ thuật: đưa ống soi tới tá tràng, đặt endoprosthesis xuyên nhú Vater, khi nang thoái triển nội soi rút endoprosthesis.

Cần siêu âm qua nội soi hay ERCP trước khi tiến hành thủ thuật.

Biến chứng:

- Chảy máu (đặt xuyên thành)
- Viêm tuy cấp (đặt xuyên nhú Vater): 13%
- Thủng thành dạ dày hay tá tràng

Kết quả:

- Tỉ lệ thành công: 80%
- Tỉ lệ tái phát: 10-14%

3.2.3-Phẫu thuật dẫn lưu trong:

Là phương pháp được lựa chọn trong đa số các trường hợp.

Chỉ định: nang có thành đủ dày (tối thiểu 5mm).

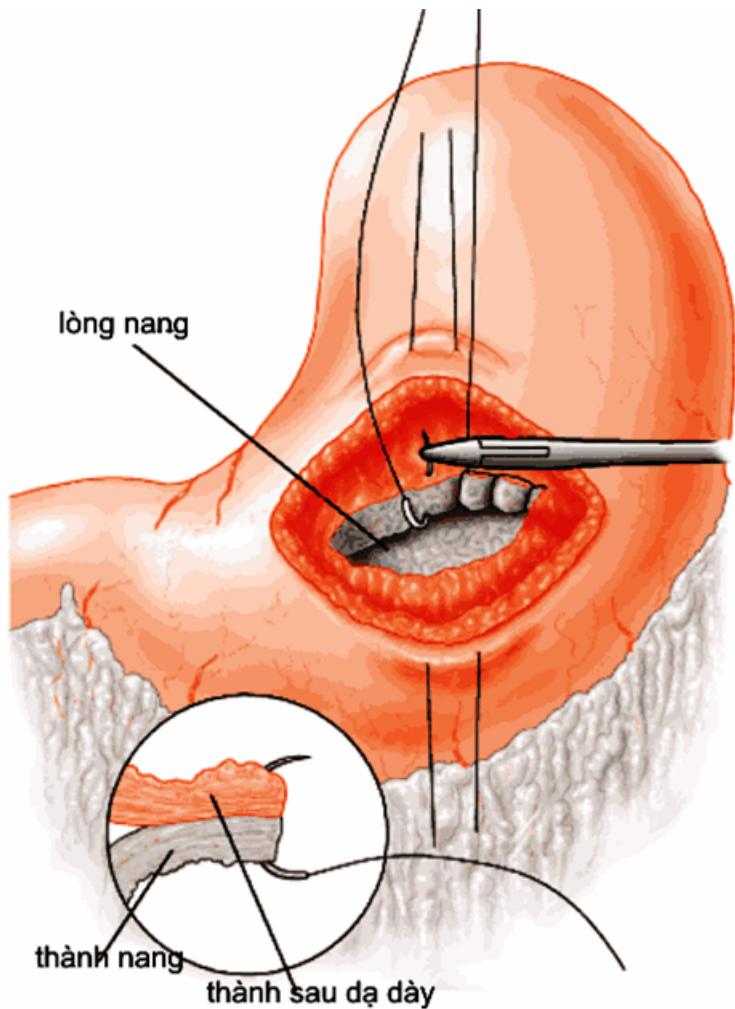
Có thể tiến hành qua mổ mở hay phẫu thuật nội soi.

Phương pháp: tuỳ thuộc vào mối liên quan của thành nang với các tạng lân cận:

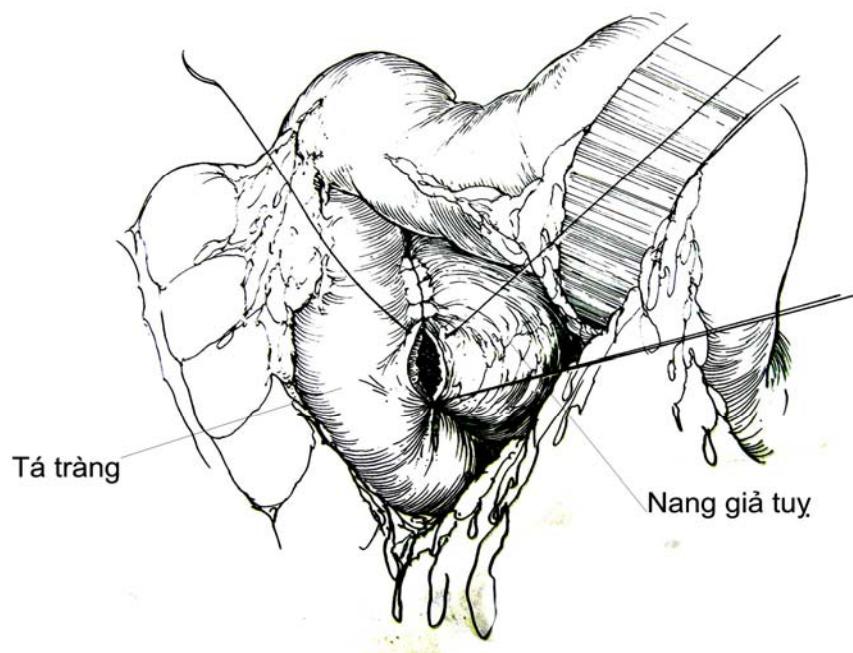
- Nối nang với thành sau dạ dày (hình 3): nếu nang dính vào thành sau dạ dày
- Nối nang với thành bên tá tràng (hình 4): nếu nang dính vào thành bên tá tràng
- Nối nang với hông tràng theo phương pháp Roux-en-Y (hình 5): nếu nang dính vào mạc treo đại tràng ngang. Phương pháp này thường được thực hiện nhất.

Kết quả:

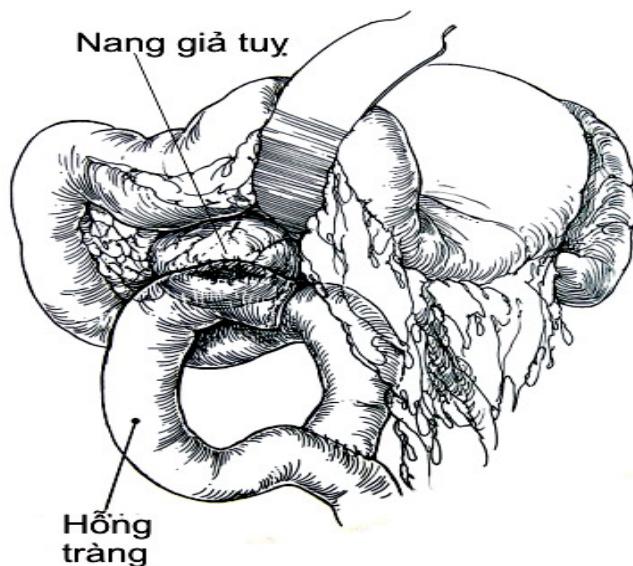
- Tỉ lệ thành công 85-90%
- Tỉ lệ tái phát: rất thấp



Hình 3- Phẫu thuật nối nang giả tuy với thành sau dạ dày



Hình 4- Phẫu thuật nối nang giả tuy-tá tràng



Hình 5- Phẫu thuật nối nang giả tuy-hồng tràng theo phương pháp Roux-en-y

3.2.4-Phẫu thuật dẫn lưu ngoài:

Chỉ định:

- Nang có biến chứng nhiễm trùng
- Nang còn “non” (thành mỏng) có biến chứng chèn ép
- BN không đủ sức chịu đựng cuộc phẫu thuật lớn hơn

3.2.5-Phẫu thuật cắt nang:

Chỉ định: nang khu trú, thường ở vùng đuôi tuy

Phương pháp: cắt đuôi tuy kèm nang

Phương pháp này ít được thực hiện

3.3-Điều trị nang giả tuy có biến chứng:

Nang giả tuy nhiễm trùng: kháng sinh kết hợp dẫn lưu nang

Nang giả tuy chèn ép: dẫn lưu nang

Nang giả tuy xuất huyết:

- Thông động mạch, chụp động mạch, gây tắc động mạch chảy máu
- Phẫu thuật cầm máu

Nang giả tuy vỡ vào xoang phúc mạc: rửa bụng, dẫn lưu xoang bụng, dẫn lưu nang.

ÁP-XE GAN

1-Đại cương:

Áp-xe gan là một bệnh lý tương đối hiếm gặp. Theo thống kê tại Mỹ, 80% các trường hợp áp-xe gan là do vi trùng, trong khi đó nguyên nhân do a-míp chiếm 10% và dưới 10% còn lại là do nấm.

Đặc điểm của áp-xe gan do vi trùng:

- Nguồn gốc của vi trùng có thể xuất phát từ đường mật (40%), tĩnh mạch cửa (20%), động mạch gan (12%), chấn thương (4%) hay xâm lấn trực tiếp từ các tạng lân cận...
- 20% các trường hợp áp-xe gan không xác định được nguyên nhân.
- Nam giới có tần suất mắc bệnh cao hơn nữ giới (tỉ lệ 1,5/1).
- BN bị áp-xe gan thường lớn tuổi, có một ổ nhiễm trùng khác tiềm ẩn trong cơ thể (đa số là trong xoang bụng).
- Vi trùng: chủ yếu là các chủng vi trùng đường mật hay đường ruột: E. coli, Klebsiela, Enterococcus, Bacteroides. Hầu hết là đa trùng.
- Trong 2/3 các trường hợp, ổ áp-xe nằm ở thuỷ phổi. Áp-xe gan hai thuỷ chiếm 5%. Nhiều ổ áp-xe gan nhỏ (micro-abscess) hiếm gặp và thường kết hợp với nhiễm trùng đường mật hay suy giảm miễn dịch.
- 50% BN sẽ có kết quả cấy máu dương tính.

Đặc điểm của áp-xe gan a-míp:

- Tác nhân gây bệnh là Entamoeba histolitica. Entamoeba histolitica có hai thể: thể bào nang và thể duỗi bào. Người khoẻ mạnh có thể mang mầm bệnh của a-míp (duỗi dạng bào nang). Có khoảng 10% dân số bị nhiễm a-míp. Sự nhiễm trùng xảy ra khi ăn uống thực phẩm bị nhiễm phân có bào nang của a-míp. Bào nang a-míp đề kháng với acid trong dịch vị, nhưng vách bào nang sẽ bị phá huỷ bởi trypsin khi đến ruột non. Tại đây, a-míp (duỗi bào) được phóng thích. Sau đó, a-míp sẽ thường trú ở mang tràng. Tại manh tràng, a-míp kết dính vào lớp niêm mạc và có thể xâm nhập qua lớp niêm mạc, vào tuẫn hoàn cửa, đến gan và gây ra áp-xe gan. Khoảng 30% BN bị áp-xe gan do a-míp đồng thời cũng bị nhiễm a-míp ở đường ruột.
- Nam giới có tần suất bị áp-xe gan do a-míp cao hơn nhiều so với nữ giới (10/1), mặc dù tỉ lệ nhiễm trùng do a-míp ở đường ruột là bằng nhau ở nam giới và nữ giới.
- Độ tuổi thường mắc bệnh: 20-40.
- Hầu hết là một ổ áp-xe.
- Trong ¾ các trường hợp, ổ áp-xe nằm ở thuỷ phổi.

Biến chứng của áp-xe gan:

- Vỡ vào màng phổi, phổi, màng tim, phúc mạc.
- Dò màng phổi-phé quản.

- Sốc nhiễm trùng
- Khi ồ áp-xe vỡ, áp-xe gan thuỷ phải thường vỡ vào xoang phúc mạc, trong khi áp-xe gan thuỷ trái thường vỡ vào xoang màng tim hay màng phổi.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Các triệu chứng lâm sàng của áp-xe gan thường không đặc hiệu.

Đau là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (90%), kế đến là sốt (87%), nôn ói (85%), sụt cân (45%).

Bệnh có thể diễn tiến bán cấp hay cấp tính:

- Diễn tiến bán cấp: BN đau âm ỉ hạ sườn phải, sốt nhẹ, chán ăn và sụt cân.
- Diễn tiến cấp tính: BN đau hạ sườn phải ngày càng tăng, sốt, nôn ói và thường nhập viện trong vòng 10 ngày.

Khi thăm khám lâm sàng, gan to và đau là triệu chứng tương đối phổ biến. Dấu ấn kẽ sườn, nếu có, có giá trị chẩn đoán quan trọng. Các triệu chứng khác có thể gặp bao gồm vàng da, giảm âm phế bào vùng đáy phổi phải (do xẹp phổi, tràn dịch màng phổi lượng ít), tiếng cọ gan (do viêm bao Glisson).

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Xét nghiệm sinh hoá và huyết học:

Các xét nghiệm huyết học thường không đặc hiệu cho áp-xe gan và cũng không phân biệt được áp-xe gan do vi trùng với áp-xe gan do a-míp.

Ở BN bị áp-xe gan, xét nghiệm có thể cho các kết quả sau đây:

- Số lượng bạch cầu tăng. Tỉ lệ neutrophil tăng trong áp-xe gan do vi trùng. Tỉ lệ eosinophil hiếm khi tăng trong áp-xe gan do a-míp.
- Thiếu máu, thường do nhiều nguyên nhân phối hợp.
- Giảm albumin, tăng phosphatase kiềm, tăng transaminase huyết tương.
- Bilirubin huyết tương tăng trong một số ít các trường hợp.

2.2.2-Xét nghiệm phân:

2.2.2.1-Xét nghiệm tìm bào nang hay thể dường bào của a-míp:

30% BN bị áp-xe gan do a-míp đồng thời cũng bị nhiễm a-míp đường ruột. Khả năng tìm thấy bào nang của a-míp trong phân thấp, nhưng nếu dương tính sẽ giúp khẳng định chẩn đoán. Khả năng tìm thấy thể dường bào của a-míp ở người bị nhiễm a-míp đường ruột còn thấp hơn, vì a-míp rất nhạy cảm với nước, sự khô, barýt, đồng thời không phải lúc nào chúng cũng được thải theo phân ra ngoài. Để có thể phát hiện a-míp thể dường bào, bắt buộc phải xét nghiệm phân tươi và xét nghiệm ít nhất ba mẫu phân.

2.2.2.2-Xét nghiệm tìm kháng nguyên:

Mục đích của xét nghiệm là nhằm phát hiện kháng nguyên (galactose lectin) của Entamoeba Histolitica trong phân.

Xét nghiệm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (95-100%) đối với BN bị nhiễm a-míp đường ruột và cho kết quả dương tính sớm hơn xét nghiệm tìm kháng thể.

2.2.2.3-Xét nghiệm tìm kháng nguyên theo phương pháp PCR:

Ngày nay, xét nghiệm tìm kháng nguyên theo phương pháp PCR (polymerase chain reaction) có độ nhạy cao nhất. Tuy nhiên, do có giá thành cao, phương pháp không thể được thực hiện rộng rãi.

2.2.3-Xét nghiệm huyết thanh:

2.2.3.1-Xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể của a-míp:

Huyết thanh chẩn đoán a-míp theo phương pháp ngưng kết hồng cầu gián tiếp (IHA-indirect hemagglutination assay) cho kết quả dương tính ở 90% BN bị áp-xe gan do a-míp. Ngày nay, phương pháp này đã được huỷ bỏ, thay vào đó là phương pháp miễn dịch enzym (EIA: enzyme immunoassay) đơn giản hơn, dễ thực hiện hơn và không đắt tiền.

Huyết thanh chẩn đoán a-míp bằng phương pháp miễn dịch enzyme có độ nhạy 99% và độ đặc hiệu trên 90%. Phương pháp này nhằm phát hiện kháng thể đặc hiệu của Entamoeba histolitica trong huyết tương. 90% BN bị nhiễm a-míp ngoài đường ruột, 70% BN bị nhiễm a-míp đường ruột và 10% người lành mang mầm bệnh của a-míp (bào nang) có kết quả xét nghiệm EIA dương tính.

10% BN mới bị áp-xe gan amíp có kết quả EIA âm tính, do chưa đủ thời gian để kháng thể hình thành. Những BN này cần được xét nghiệm lại lần hai sau một tuần.

Ngược lại, huyết thanh chẩn đoán a-míp cũng có thể dương tính ở những người không triệu chứng sống ở vùng dịch tễ của a-míp.

Xét nghiệm EIA vẫn duy trì kết quả dương tính một thời gian (6-12 tháng) sau khi BN đã được điều trị khỏi hẳn.

2.2.3.1-Xét nghiệm huyết thanh tìm kháng nguyên của a-míp:

Kháng nguyên galactose lectin của Entamoeba histolitica có thể được phát hiện bằng phương pháp ELISA ở ít nhất 75% BN bị áp-xe gan do a-míp.

Xét nghiệm sẽ chuyển sang âm tính sau 1 tuần điều trị bằng metronidazol.

Phương pháp này có ích trong những ngày đầu sau khi bị nhiễm a-míp, khi xét nghiệm tìm kháng thể chưa cho kết quả dương tính, hoặc đối với BN sống ở vùng dịch tễ, nơi mà người khoẻ mạnh cũng có thể có kháng thể lưu hành trong máu.

2.2.4-Siêu âm:

Siêu âm là chọn lựa trước tiên khi nghi ngờ BN bị áp-xe gan và có độ nhạy tương đối cao (80-95%).

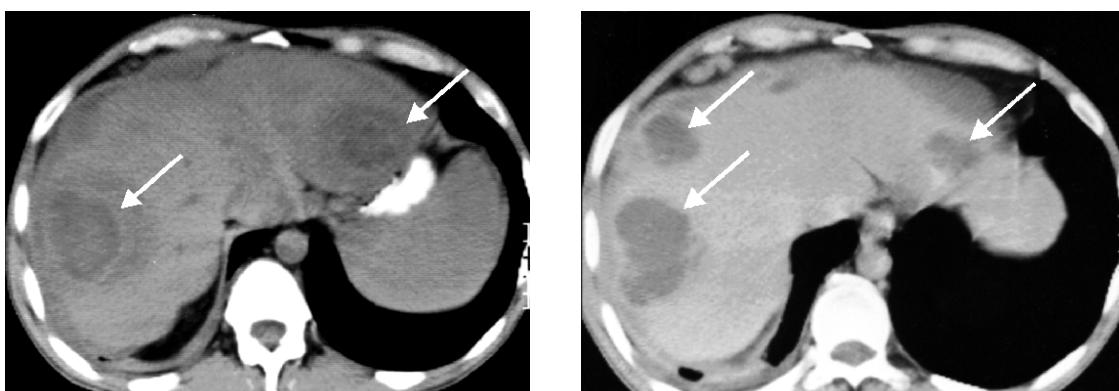
Hình ảnh điển hình trên siêu âm là khối choán chổ hình cầu hay bầu dục và có phản âm kém.

2.2.5-CT:

Trong giai đoạn đầu, ổ áp-xe cho hình ảnh của một khối có đậm độ hơi giảm hơn so với đậm độ của mô gan chung quanh. Khối này có giới hạn không rõ. Khi bơm thuốc cản quang, khối sẽ hiện hình rõ hơn, do nhu mô gan chung quanh tăng quang, làm tăng sự tương phản về đậm độ cản quang giữa khối và nhu mô gan (hình 1). Có thể có hiện tượng tăng quang ở phần ngoại vi của khối. Khi ổ áp-xe đã hoà lỏng hoàn toàn, trên CT, ổ áp-xe cho hình ảnh của một khối giảm đậm độ, giới hạn rõ và không tăng quang khi bơm thuốc.

CT có độ nhạy trong chẩn đoán cao hơn so với siêu âm (95-100%).

CT cũng có thể phát hiện các tổn thương nguyên nhân (viêm ruột thừa, viêm túi thừa...).



Hình 1- Hình ảnh áp-xe gan (đa ổ, hai thùy) trên CT, trước và sau khi bơm thuốc cản quang

2.2.6-Các phương pháp khác:

Xạ hình gan với Technetium-99m: có thể chẩn đoán phân biệt áp-xe gan do amip và áp-xe gan do vi trùng: do có chứa bạch cầu, ống áp-xe gan do vi trùng thể hiện bằng hình ảnh “nhân nóng”.

X-quang phổi cho thấy có bất thường trong $\frac{1}{2}$ các trường hợp áp-xe gan. Các dấu hiệu bất thường bao gồm: vòm hoành phải nâng cao, xẹp đáy phổi phải, tràn dịch màng phổi phải (thường có lượng ít, do phản ứng. Tràn dịch màng phổi lượng nhiều là do áp-xe đã vỡ lên phổi).

Chọc hút áp-xe có thể là một thủ thuật chẩn đoán: nếu dịch hút ra có màu “cá mòi” thì đó là áp-xe gan do a-mip. Tuy nhiên, chọc hút chỉ đưa đến chẩn đoán xác định áp-xe gan do a-mip trong 10-20% các trường hợp.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Trước tiên cần chẩn đoán phân biệt giữa áp-xe gan do vi trùng và áp-xe gan do a-mip:

<i>Đặc điểm lâm sàng</i>	<i>Áp-xe gan do vi trùng</i>	<i>Áp-xe gan do a-mip</i>
Tuổi	Lớn tuổi	20-40
Giới tính (nam:nữ)	1,5:1	10:1
Số lượng	Một ổ 50%	Một ổ $\geq 80\%$
Tiêu đường	30%	2%
Vàng da	Phổ biến	Hiếm
Tăng bilirubin	Phổ biến	Không phổ biến
Tăng phosphatase kiềm	Phổ biến	Phổ biến
Cáy máu (+)	Phổ biến	Không
Huyết thanh chẩn đoán	Không	(+)

Trên lâm sàng, cần phân biệt áp-xe gan với các bệnh lý sau đây: viêm túi mật cấp, viêm dạ dày cấp, viêm đường mật, mủ màng phổi, viêm phổi...

Có hai bệnh lý có thể cho bệnh cảnh lâm sàng cũng như kết quả xét nghiệm gần giống với áp-xe gan. Các bệnh lý này là nang echinococcus nhiễm trùng và ung thư gan hoại tử.

Nang echinococcus là tình trạng nhiễm ký sinh trùng Echinococcus ở gan. Nang có thể bị bội nhiễm, tạo ra triệu chứng lâm sàng gần giống với áp-xe gan. Để chẩn đoán loại trừ nang echinococcus, có ba xét nghiệm được chỉ định, theo thứ tự về mức độ chính xác, là CT, xét nghiệm miễn dịch và siêu âm.

Các xét nghiệm miễn dịch phát hiện kháng thể kháng Echinococcus là phương tiện chẩn đoán được chỉ định rộng rãi nhất. Tuy nhiên, 10% BN bị nhiễm Echinococcus ở gan không sản xuất đủ kháng thể để có thể được phát hiện bằng xét nghiệm, vì thế sẽ cho kết quả âm tính giả.

CT có thể chẩn đoán nang echinococcus với độ chính xác 98%. Hình ảnh nang có vách ngắn, hình tổ ong hay đóng vôi, hay sự có mặt của các nang phụ là các dấu hiệu điển hình của nang echinococcus.

3-Điều trị:

3.1-Áp-xe gan do amip:

3.1.1-Thuốc:

Metronidazol:

- Là thuốc được chọn lựa trước tiên.
- Liều: 750mg x 3 lần/ngày x 10 ngày.
- Cho đáp ứng tốt trong 90% các trường hợp.
- Tác dụng phụ: đau bụng, nôn ói, tiêu chảy.
- Các thuốc khác, cũng thuộc nhóm nitroimidazole như metronidazole (tinidazole, secnidazole, ornidazol) có thể thay thế metronidazole.

Chloroquin phosphate được chỉ định thay thế hay kết hợp thêm với nitroimidazole khi BN không dung nạp hay kém đáp ứng với nitroimidazole.

Emetine và dehydroemetine có độc tính cao (có thể gây loạn nhịp tim, đau vùng trước tim, yếu cơ, tiêu chảy, ói mửa) do đó ít được sử dụng. Liều dehydroemetine: 1-1,5 mg/kg/ngày TDD/TB x 8-10 ngày.

Triệu chứng lâm sàng là yếu tố phản ánh hiệu quả điều trị. Không cần thiết phải kiểm tra bằng siêu âm hay CT vì tổn thương có thể tồn tại từ vài tháng đến 1 năm sau khi hết triệu chứng lâm sàng.

Phòng ngừa:

- Bệnh có thể tái phát (10%) nếu không diệt amip đường ruột. Các loại thuốc diệt amip đường ruột bao gồm diloxanide furoate, iodoquinol và paromomycin.
- Dặn BN giữ gìn vệ sinh trong ăn uống.

3.1.2-Chọc hút hay dẫn lưu catheter ống áp-xe:

Chỉ định:

- Kích thước ống áp-xe lớn hơn 5 cm.
- Áp-xe gan thuỷ trái.
- Lâm sàng chưa cải thiện sau 5-7 ngày.

Việc chọc hút được thực hiện dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay CT.

3.1.3-Mô dẫn lưu áp-xe:

Nói chung, mô dẫn lưu ống áp-xe là không cần thiết và nên tránh.

Chỉ định:

- Không thể tiếp cận được ống áp-xe với chọc hút bằng kim.

- Vỡ ống áp-xe vào xoang phúc mạc, màng phổi, màng tim. Trong trường hợp này cần kết hợp dẫn lưu ống áp-xe với chọc hút màng tim, dẫn lưu xoang màng phổi.

3.2-Áp-xe gan do vi trùng:

3.2.1-Điều trị nội khoa:

3.2.1.1-Kháng sinh:

Kháng sinh cần được chỉ định ngay sau khi có chẩn đoán, để ngăn chặn diễn tiến của nhiễm trùng huyết.

Loại kháng sinh thường được chọn là cephalosporin thế hệ 3 (hay aminoglycoside) kết hợp metronidazole (hay clindamycine).

Kháng sinh có thể được cân nhắc như một phương pháp điều trị đơn thuần, đặc biệt nếu tổn thương chưa hoá lỏng rõ. Tuy nhiên, BN bị áp-xe gan do vi trùng được điều trị chỉ với kháng sinh có tỉ lệ biến chứng cao (60-100%).

3.2.1.2-Chọc hút mủ:

Chọc hút mủ ở BN bị áp-xe gan vừa là phương tiện chẩn đoán vừa là phương tiện điều trị. Phần lớn BN phải được chọc hút mủ nhiều lần

Ưu điểm của chọc hút: đơn giản, ít xâm lấn, ít tốn tiền, có thể chọc hút nhiều ống áp-xe, tránh được các vấn đề liên quan đến chăm sóc catheter (nhiễm trùng ngược dòng).

Tỉ lệ thành công của chọc hút là 60%, trong khi hiệu quả điều trị của dẫn lưu catheter là 100%.

3.2.1.3-Dẫn lưu catheter ống áp-xe:

Dẫn lưu ống áp-xe bằng catheter là phương pháp điều trị được chọn lựa cho hầu hết các BN áp-xe gan do vi trùng.

Phương pháp này có tỉ lệ thành công 80-90%.

Chống chỉ định của dẫn lưu catheter::

- Bụng có dịch báng.
- BN có rối loạn đông máu.
- Ố áp-xe nằm lân cận các cơ quan “sinh mạng” (thí dụ như tim).

Công việc chuẩn bị trước khi tiến hành dẫn lưu bao gồm:

- Thực hiện các xét nghiệm: công thức máu toàn bộ, thời gian chảy máu, PT, aPTT, nhóm máu, chức năng gan thận.
- ECG, X-quang ngực
- Cho vitamin K, nếu BN có vàng da.
- BN phải nhịn ăn 6 giờ trước khi tiến hành thủ thuật.
- Cho thuốc an thần trước khi tiến hành thủ thuật.

Kỹ thuật dẫn lưu mủ qua da:

- Xác định vị trí:
 - Dựa vào lâm sàng: chỗ ấn đau nhất hay có dấu hiệu tấy đỏ.
 - Dựa vào hướng dẫn của siêu âm (hầu hết các trường hợp).

- Hai vị trí phổ biến: liên sườn 9 đường nách giữa hay liên sườn 7 đường trung đòn.
- Gây tê từng lớp (dưới da, cơ thành ngực, cơ hoành) cho tới bao gan.
- Rạch một đường nhỏ trên da.
- Dùng catheter số 18, dài 10 cm, chọc vào ổ áp-xe theo sự hướng dẫn của siêu âm. Khi hút ra mủ, lắp catheter vào syringe 20 ml, tiếp tục hút, cho đến khi mủ hút ra có lẫn máu thì ngưng. Cố định catheter. Trong quá trình chọc hút yêu cầu BN thở nồng.
- Hàng ngày bơm rửa ổ áp-xe với dung dịch muối sinh lý. Khi lượng dịch mủ qua catheter ít hơn 10 mL/ngày, hay siêu âm cho thấy ổ áp-xe đã xẹp hẳn thì rút catheter.

Biến chứng:

- Tồn thương tạng rỗng
- Chảy máu
- Tràn khí màng phổi
- Dò mủ vào xoang phúc mạc.

3.2.2-Điều trị ngoại khoa:

Chỉ định của điều trị ngoại khoa:

- Ổ áp-xe vỡ hay doạ vỡ (BN có biểu hiện viêm phúc mạc).
- Điều trị bằng chọc hút hay dẫn lưu catheter thất bại.
- Ổ áp-xe có nhiều khoang, thành dày hay có mủ đặc.
- Có tồn thương phổi hợp trong xoang bụng cần can thiệp phẫu thuật.

Có ba ngả tiếp cận khi phẫu thuật dẫn lưu áp-xe:

- Ngả phúc mạc: thám sát được các tồn thương phổi hợp, xử lý được nhiều ổ áp-xe. Đây là ngả phẫu thuật được chọn lựa nhiều nhất.
- Ngả màng phổi: tiếp cận ổ áp-xe trực tiếp hơn, nhưng không thể xử lý nhiều ổ áp-xe.
- Ngả ngoài phúc mạc

3.2.3-Tầm soát và điều trị nguyên nhân

Tích cực tìm kiếm các bệnh lý tiềm ẩn trong xoang bụng. Có thể chỉ định các phương tiện tầm soát sỏi đường mật, siêu âm bụng, CT scan bụng, X-quang hay nội soi đại tràng

3.3.4-Tiêu lượng:

Tiêu lượng của áp-xe gan do vi trùng sẽ kém nếu:

- Áp-xe đa ổ
- Áp-xe có biến chứng
- BN có bệnh lý nội khoa nặng
- Xét nghiệm: Hb \geq 11 mg/dL, bilirubin \geq 1,5 mg/dL, albumin \leq 2,5 gm/dL, bạch cầu \geq 15000, aPTT tăng

SỎI TÚI MẬT VÀ BIẾN CHỨNG

1-Đại cương

Sỏi túi mật là bệnh lý phổ biến, đặc biệt ở các nước Âu-Mỹ.

Sỏi thường xuất hiện ở độ tuổi trung niên và có tần suất tăng dần theo tuổi. Tỉ lệ sỏi túi mật ở nữ giới gấp đôi so với nam giới, nhưng tuổi càng lớn tỉ lệ này càng giảm.

Sỏi túi mật là kết quả của tình trạng “quá bão hoà” của một trong ba thành phần sau của dịch mật: cholesterol, sắc tố mật, muối can-xi trong dịch mật. Nguyên nhân của tình trạng quá bão hoà này hiện nay vẫn chưa được hiểu tường tận, nhưng có điều chắc chắn rằng sự hình thành sỏi túi mật có liên quan đến sự ứ đọng dịch mật và sự hiện diện của vi trùng trong dịch mật.

10% BN bị sỏi túi mật có sỏi đường mật phối hợp.

Về thành phần, sỏi túi mật được phân thành ba loại: sỏi cholesterol, sỏi sắc tố mật và sỏi hỗn hợp. Sỏi sắc tố mật có thể là sỏi đen hay nâu. Sỏi sắc tố đen là hậu quả của tình trạng tán huyết mẫn và chỉ hiện diện ở túi mật. Sỏi sắc tố nâu có liên quan đến nhiễm trùng dịch mật và thường hiện diện trong cả túi mật và đường mật. Ở các nước Âu-Mỹ, phần lớn sỏi túi mật là sỏi cholesterol (70-80%), tuy nhiên sỏi cholesterol đơn thuần chỉ chiếm 10%. Ở Việt nam, tỉ lệ sỏi cholesterol, sỏi sắc tố (nâu) và sỏi hỗn hợp là tương đương nhau.

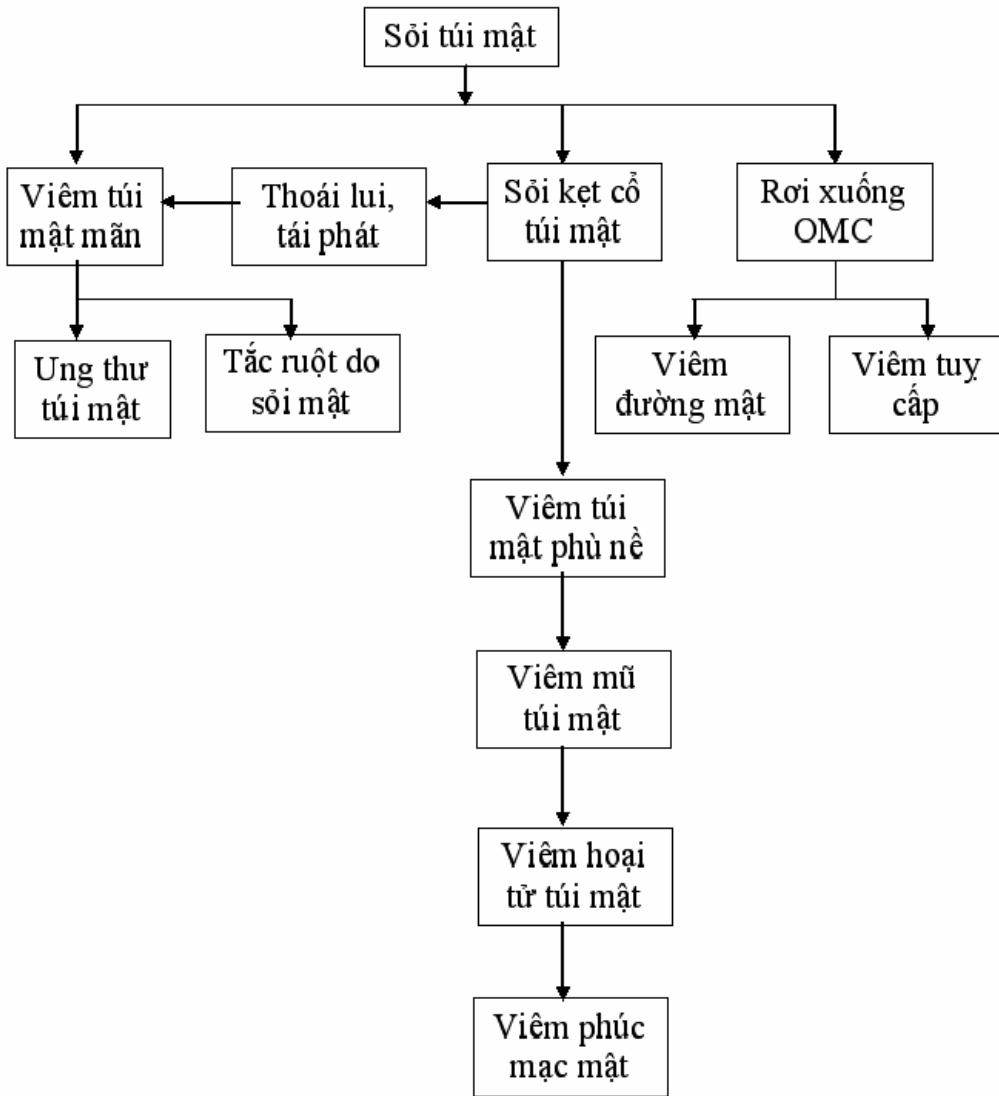
Các yếu tố nguy cơ và điều kiện thuận lợi cho sự hình thành sỏi túi mật:

- Nữ giới
- Thai kỳ, sử dụng thuốc ngừa thai
- Tán huyết, bệnh lý gan (sỏi sắc tố đen)
- Tuổi tác càng lớn tỉ lệ sỏi túi mật càng cao
- Dịch mật bị ứ đọng/cô đặc (nhịn đói hay nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch kéo dài)
- Cắt đoạn hòi tràng

Diễn tiến (hình 1):

- Sỏi túi mật có thể “chung sống hòa bình” trong một thời gian. Phần lớn BN sỏi túi mật không có triệu chứng. Nguy cơ xuất hiện triệu chứng sẽ tăng 1-2% mỗi năm (10% sau 10 năm, 20% sau 20 năm).
- Sỏi kẹt ở cổ hay ống túi mật, gây ra các cơn đau quặn mật. Rót xuống ống mật chủ (gây viêm đường mật), kẹt ở Oddi (gây viêm tuy cấp)
- Dò vào đường tiêu hoá, gây tắc ruột do sỏi mật. Vị trí dò thường gặp nhất là tá tràng. Sỏi túi mật làm cho túi mật viêm mẫn và dính vào tá tràng. Lâu ngày sỏi bào mòn thành túi mật và tá tràng, gây dò túi mật-tá tràng. Sỏi theo đường dò rót vào lòng tá tràng, theo nhu động ruột di chuyển xuống dưới và mắc kẹt ở đoạn cuối hòi tràng, nơi mà ruột non có khẩu kính nhỏ nhất.

Biến chứng:

*Hình 1- Diễn tiến của sỏi túi mật*

- Viêm túi mật mãn: túi mật co nhỏ, xơ hoá, lăng đọng can-xi và có sự thâm nhập các bạch cầu đơn nhân. Hầu hết các túi mật bị lăng đọng can-xi toàn bộ (túi mật sứ) bị ung thư phổi hợp.
- Viêm túi mật cấp là biến chứng nặng của sỏi túi mật. BN bị viêm túi mật cấp có tỉ lệ tử vong 4-5%. Túi mật cấp trải qua ba giai đoạn: phù nề, nung mủ và hoại tử. Túi mật viêm phù nề có thể đáp ứng với điều trị nội khoa. Túi mật viêm mủ thường không đáp ứng. Khi túi mật đã hoại tử, chỉ có một cách điều trị duy nhất là phẫu thuật cắt bỏ túi mật, nếu không, túi mật sẽ thủng, dẫn đến viêm phúc mạc mít và tử vong. Tỉ lệ túi mật viêm cấp bị hoại tử/thủng là 10-15%. Trong thẻ viêm túi mật hoại tử sinh hơi, tỉ lệ tử vong có thể lên đến 15%. Nguy cơ viêm mủ, viêm hoại tử và thủng túi mật sẽ tăng cao ở các đối tượng sau: BN tiêu đường, nam giới và viêm túi mật không do sỏi.
- Viêm tuy cấp do sỏi mật: sỏi túi mật gây viêm tuy cấp thường là sỏi nhỏ. BN bị sỏi túi mật sẽ có nguy cơ bị viêm tuy cấp nếu túi mật có sỏi nhỏ, ống túi mật lớn. Nếu túi mật mật chức năng, nguy cơ viêm tuy cấp sẽ giảm.
- Tắc ruột do sỏi mật

10% các trường hợp viêm túi mật cấp là không do sỏi. Viêm túi mật cấp không do sỏi thường xảy ra ở những BN bị út đọng mật kéo dài (BN mắc các bệnh lý nội khoa, nhiễm trùng, chấn thương hay phẫu thuật nặng; BN nằm liệt giường; BN nhịn đói hay được nuôì ăn qua đường tĩnh mạch kéo dài). Các nguyên nhân khác của viêm túi mật cấp không do sỏi bao gồm: biến chứng tim mạch (nhồi máu cơ tim), nhiễm salmonella, bệnh hồng cầu liềm, tiêu đường, nhiễm cytomegalovirus ở BN bị AIDS... Viêm túi mật cấp không do sỏi có tiên lượng nặng hơn nhiều so với viêm túi mật cấp do sỏi (tỉ lệ tử vong 10-50%).

BN bị sỏi túi mật có thể nhập viện với một trong các bệnh cảnh lâm sàng sau:

- Sỏi túi mật không triệu chứng
- Sỏi túi mật có triệu chứng (cơn đau quặn mật)
- Viêm túi mật cấp và các biến chứng
- Viêm túi mật mãn
- Viêm tuy cấp

Rối loạn vận động đường mật được xem như là nguyên nhân của các cơn đau quặn mật ở BN không có sỏi mật.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán cơn đau quặn mật:

2.1.1-Chẩn đoán xác định:

Cơn đau quặn mật là triệu chứng thường gặp nhất ở BN có sỏi túi mật. Một cơn đau quặn mật điển hình có các tính chất sau đây:

- Khởi phát ở vùng thượng vị hay dưới sườn phải
- Lan ra vùng xương bả vai bên phải
- Xuất hiện đột ngột. 50% các cơn đau xuất hiện vài giờ sau bữa ăn, đặc biệt bữa ăn có nhiều mỡ
- Liên tục
- Có thể kèm buồn nôn hay nôn ói

Đỉnh đau cao nhất trong vòng 30-60 phút. Cơn đau sau đó thường dịu đi và kéo dài 1-5 giờ.

80% các cơn đau quặn mật sẽ tự thuyên giảm. 10-20% BN có cơn đau quặn mật dữ dội và phải nhập viện. Trong số này, 65-70% sẽ thuyên giảm với điều trị nội khoa, còn lại 25-30% cần được phẫu thuật cấp cứu vì không đáp ứng với điều trị nội khoa hay vì các biến chứng của viêm túi mật cấp như viêm mủ, viêm hoại tử, thủng túi mật.

Khi thăm khám ngoài cơn đau thường không phát hiện điều gì bất thường. Nếu thăm khám trong cơn đau, dấu hiệu thường gặp nhất là ấn đau vùng dưới sườn bên phải. Điều cần chú ý là nếu BN có sốt, bệnh lý đã chuyển sang giai đoạn viêm túi mật cấp.

Kết quả xét nghiệm cho thấy không có dấu hiệu bất thường.

Siêu âm là phương tiện chẩn đoán được chỉ định trước tiên khi nghi ngờ BN có các cơn đau quặn mật. Siêu âm có độ chính xác gần 100% trong chẩn đoán sỏi túi mật. Trên siêu âm, ngoài cơn đau, sỏi túi mật thể hiện bằng hình ảnh của các cấu trúc phản âm mạnh và di chuyển theo tư thế. Trong cơn đau, ngoài dấu hiệu của sỏi túi mật nằm cố định ở vùng

cỗ túi mật, siêu âm còn cho dấu hiệu túi mật căng nhưng thành cùn mỏng và không có dịch quanh túi mật.

X-quang bụng: có thể phát hiện sỏi túi mật cản quang trong 10-15% các trường hợp.

Giá trị chẩn đoán của CT thấp hơn siêu âm đối với sỏi túi mật. CT có thể bỏ sót sỏi túi mật nhỏ, sỏi “cát”.

2.1.2-Chẩn đoán phân biệt:

Tùy thuộc vào BN nhập viện trong hay ngoài cơn đau, cơn đau quặn mật cần được chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý sau:

- Cơn đau thắt ngực
- Viêm màng ngoài tim cấp/mãn tính
- Viêm thực quản
- Viêm loét dạ dày-tá tràng
- Thoát vị khe hoành
- Xoắn dạ dày
- Viêm tuy cấp
- Nhồi máu mạc treo
- Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng
- Viêm đại tràng
- Phình động mạch chủ bụng
- Chèn ép rễ thần kinh tuỷ sống

2.1.3-Thái độ chẩn đoán:

Khi một BN nhập viện vì cơn đau có tính chất tương tự như cơn đau quặn mật, siêu âm là phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng đầu tiên được chỉ định. Siêu âm có thể xác định được cơn đau quặn mật là do bê tắc ở túi mật hay đường mật. Trong trường hợp siêu âm cho kết quả không rõ ràng, tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng, X-quang ngực thẳng đứng (tim liềm hơi), X-quang bụng (tim dấu tắc ruột), ECG, các xét nghiệm amylase, bilirubin, men gan... có thể được chỉ định.

Để khẳng định cơn đau quặn mật đơn thuần do sỏi kẹt cỗ túi mật (chưa đến giai đoạn viêm túi mật cấp) cần phải hội đủ các tiêu chuẩn sau đây:

- Cơn đau chưa kéo dài quá 6 giờ
- Không sốt, số lượng bạch cầu không tăng
- Siêu âm: túi mật căng, có sỏi cố định ở vùng cỗ túi mật nhưng thành túi mật còn mỏng (< 4mm), không có dịch quanh túi mật.

2.2-Chẩn đoán viêm túi mật cấp:

2.2.1-Chẩn đoán xác định:

Ở BN có cơn đau quặn mật kéo dài quá 6 giờ hay có sốt, chẩn đoán viêm túi mật cấp nên được nghĩ đến.

Viêm túi mật cấp có thể xảy ra trên một BN không có sỏi túi mật.

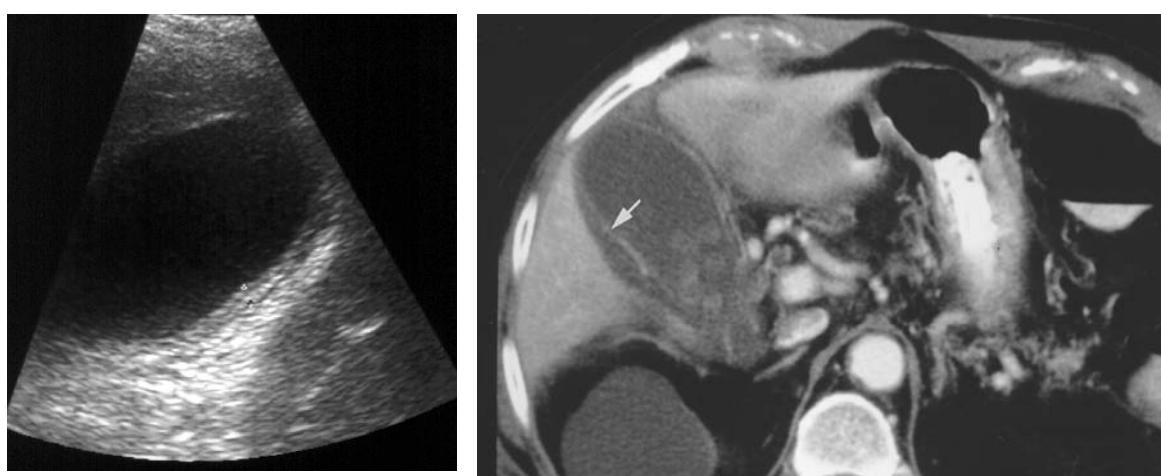
Các dấu hiệu lâm sàng của viêm túi mật cấp:

- Sốt
- Vàng da là dấu hiệu không điển hình của viêm túi mật. Khoảng 15% BN viêm túi mật cấp có biểu hiện vàng da. Da BN thường vàng nhẹ (bilirubin dưới 4 mg%). Nguyên nhân của vàng da có thể là:
 - Viêm túi mật kết hợp sỏi đường mật
 - Viêm gan phổi hợp viêm túi mật
 - Hội chứng Mirrizzi
 - Viêm hoại tử túi mật, viêm phúc mạc mật
- Bụng ấn đau, gồng cơ ¼ trên bụng phải
- Dấu hiệu Murphy có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy thấp
- 30-40% các trường hợp sờ được khối túi mật căng to

Xét nghiệm: số lượng bạch cầu tăng (12.000-14.000), tỉ lệ neutrophil tăng.

Túi mật viêm cấp có thể dẫn đến các biến chứng viêm mủ túi mật, hoại tử túi mật và viêm phúc mạc mật. Các biến chứng có thể xảy ra ở BN có cơn đau kéo dài hơn 24 giờ. BN bị viêm túi mật cấp có biến chứng sẽ có hội chứng nhiễm trùng nặng hơn (sốt cao, số lượng bạch cầu tăng cao), khám bụng có biểu hiện của viêm phúc mạc khu trú hay toàn diện.

Siêu âm có độ nhạy 85% và độ đặc hiệu 95% trong chẩn đoán viêm túi mật cấp (hình 2). Dấu hiệu của viêm túi mật cấp trên siêu âm: túi mật căng to, thành dày từ 4 mm trở lên (bình thường 2 mm), có dịch quanh túi mật, dấu Murphy siêu âm dương tính. Nếu túi mật bị viêm mủ: dịch trong túi mật có phản âm dày hơn bình thường, có hơi trong lòng túi mật. Khi túi mật bị hoại tử: thành túi mật dày nhưng phản âm không đều, có lớp phản âm kém trong thành túi mật, có hơi trong thành túi mật. Trong trường hợp túi mật bị thủng, siêu âm cho thấy có tụ dịch dưới gan, dưới hoành hay có dịch tự do trong xoang bụng.



Hình 2- Hình ảnh viêm túi mật cấp trên siêu âm và CT

Xạ hình gan mật với một đồng phân của iminodiacetic acid được đánh dấu bằng Technetium Tc 99m (⁹⁹Tc-HIDA) là phương tiện chẩn đoán ít được chỉ định, mặc dù có giá trị chẩn đoán cao (độ nhạy và độ đặc hiệu 95%). Túi mật không hiện hình sau 1 giờ

tiêm thuốc là dấu hiệu đặc hiệu của viêm túi mật cấp. Hiện nay $^{99}\text{Tc-HIDA}$ được chỉ định để chẩn đoán bệnh lý rối loạn vận động đường mật hay viêm túi mật không do sỏi.

CT, MRI: giá trị chẩn đoán của CT không cao hơn siêu âm đối với viêm túi mật cấp nhưng cao hơn đối với các biến chứng của viêm túi mật (hình 2). CT cũng được chỉ định khi cần loại trừ một bệnh lý khác có bệnh cảnh tương tự viêm túi mật cấp.

ERCP có thể được chỉ định khi nghi ngờ BN có sỏi đường mật phổi hợp.

2.2.2-Chẩn đoán phân biệt:

Viêm túi mật cấp có thể được chẩn đoán phân biệt với:

- Viêm đường mật cấp: BN có biểu hiện vàng da. Siêu âm cho thấy có dãy đường mật và có sỏi đường mật.
- Thủng tạng rỗng: đau bụng đột ngột dữ dội. X-quang cho thấy có hơi tự do trong xoang bụng.
- Viêm tuy cấp: amylase huyết tương tăng cao
- Áp-xe gan: bệnh sử thường kéo dài hơn. Gan to đau.
- Viêm gan: đau âm ỉ, chán ăn. Mắt vàng nhẹ. AST, ALT tăng cao
- Viêm ruột thừa cấp (vị trí cao), viêm phúc mạc ruột thừa
- Nhồi máu mạc treo ruột...

2.2.3-Thái độ chẩn đoán:

	Sỏi kẹt cổ TM	Viêm túi mật (phù nè)	Viêm túi mật (mũi)	Viêm túi mật (hoại tử)	Viêm phúc mạc mật
Dau	<6 giờ	> 6 giờ	> 12 giờ	>24 giờ	>24 giờ
Sốt	(-)	Nhẹ→TB	Cao	Cao	Cao
Bạch cầu	Bình thường	Tăng	Tăng cao	Tăng cao	Tăng cao
Vàng mắt	(-)	(-)	(-)	(±)	(±)
Đè kháng thành bụng	(-)	(-)	(±)	Khu trú	Toàn diện
Siêu âm:					
Túi mật căng	(+)	(+)	(+)	(+)	(±)
Thành túi mật	Mỏng	Dày, phản âm đều	Dày, phản âm đều	Dày, phản âm không đều, có hơi trong thành, có lớp dịch trong thành	
Dịch quanh túi mật	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)
Dịch xoang bụng	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

Bảng 1- Chẩn đoán phân biệt các thể giải phẫu bệnh của viêm túi mật cấp dựa vào triệu chứng lâm sàng và các dấu hiệu trên siêu âm

Chẩn đoán xác định viêm túi mật cấp chủ yếu dựa vào siêu âm. Siêu âm là phương tiện chẩn đoán được chỉ định trước tiên đối với một BN lớn tuổi, đặc biệt là BN nữ, nhập viện vì đau bụng cấp vùng $\frac{1}{4}$ trên phải bụng.

Sự kết hợp giữa siêu âm và thăm khám lâm sàng giúp chẩn đoán các thể lâm sàng của viêm túi mật cấp.

Vai trò của siêu âm:

- Chẩn đoán viêm túi mật cấp

- Chẩn đoán thể giải phẫu bệnh của viêm túi mật (bảng 1), để từ đó người thầy thuốc có thái độ điều trị thích hợp
- Chẩn đoán các bệnh lý khác có triệu chứng lâm sàng tương tự như viêm túi mật cấp (áp-xe gan, viêm đường mật, viêm tuy...)

Sau khi đã chẩn đoán, các xét nghiệm sau cần được chỉ định:

- Công thức máu toàn bộ
- Thời gian chảy máu, PT, aPTT
- Đường huyết
- Urê, creatinin huyết tương
- Bilirubin, AST/ALT
- Amylase
- ECG
- X-quang ngực thẳng

3-Điều trị:

3.1-Điều trị sỏi túi mật không triệu chứng:

Các phương pháp sau đây có thể được cân nhắc đến:

- Theo dõi, không cần bắt cứ điều trị gì
- Khuyên BN tránh chế độ ăn nhiều mỡ, năng vận động, giảm cân
- Uống thuốc làm tan sỏi (ursodeoxycholate) có tác dụng đối với sỏi nhỏ nhưng thời gian điều trị kéo dài và có tỉ lệ tái phát cao (50-60%).
- Tán sỏi ngoài cơ thể: hiện nay không còn được chỉ định cho sỏi túi mật, do có tỉ lệ tái phát cao, và có nguy cơ gây nghẽn đường mật và gây viêm tuy.
- Phẫu thuật cắt túi mật được chỉ định trong một số ít trường hợp:
 - Trẻ em
 - BN tiêu đường
 - Đang sử dụng corticoid, các thuốc giảm đau, các bệnh lý thần kinh làm giảm cảm giác đau thành bụng
 - Túi mật có nhiều sỏi nhỏ hay có sỏi lớn hơn 2cm
 - Có sỏi đường mật kết hợp

3.2-Điều trị sỏi túi mật có triệu chứng:

3.2.1-Điều trị nội khoa cơn đau quặn mật:

BN phải nhập viện vì cơn đau quặn mật thường có mức độ đau đáng kể và cần phải có biện pháp điều trị thích hợp.

Giảm đau là biện pháp điều trị chính đối với BN nhập viện vì cơn đau quặn mật. Các loại thuốc giảm đau sau đây có thể được chỉ định:

- Thuốc giảm đau thuộc nhóm kháng viêm non-steroid (NSAID): ngoài tác dụng giảm đau, NSAID có thể làm chậm lại quá trình viêm túi mật cấp.

- Thuốc giảm đau gây nghiện: meperidine, hydromorphone. Không có chỉ định sử dụng morphine ở BN có cơn đau quặn mật.
- Các loại thuốc chống co thắt: ít có tác dụng

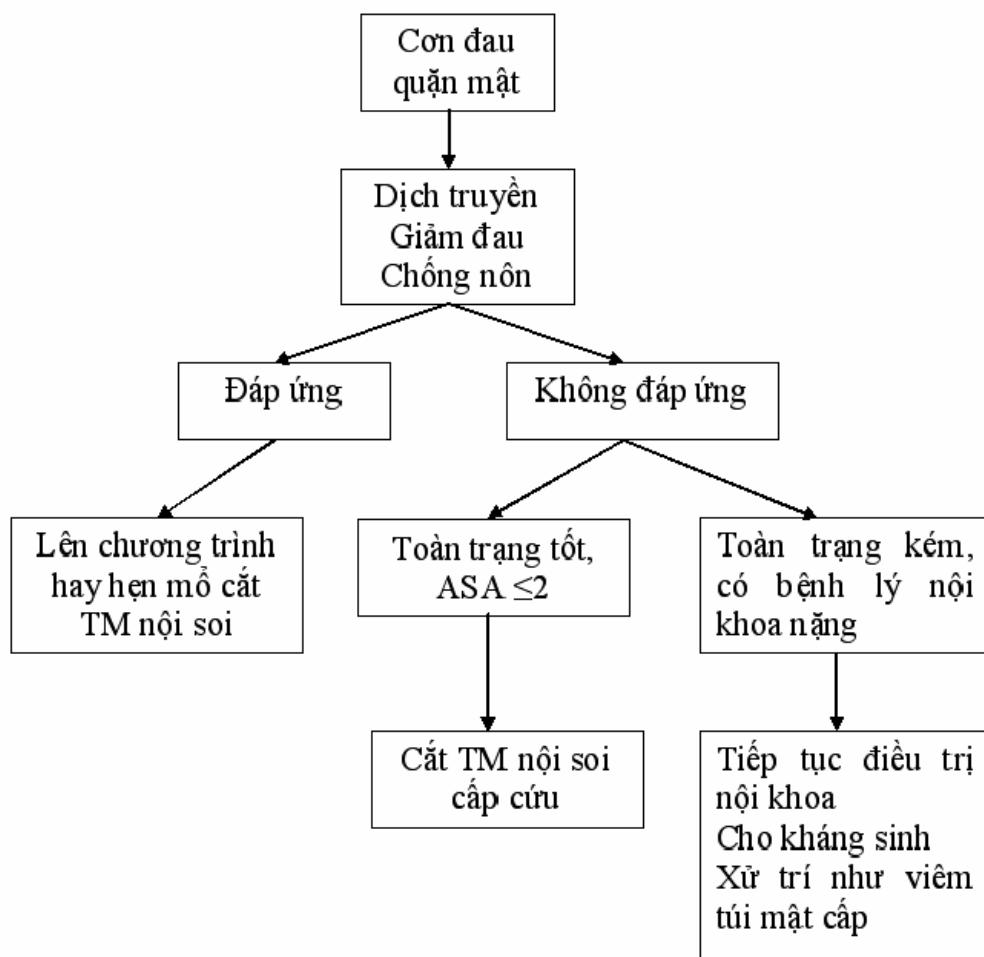
Chống nôn với metoclopramide, prochlorperazine, ondansetron.

Dịch truyền: được chỉ định cho các BN nôn ói.

Khi BN hết đau, thái độ xử trí có hai lựa chọn:

- Cho BN nhập viện, lên chương trình cắt túi mật nội soi
- Cho BN xuất viện, hẹn nhập viện cắt túi mật nội soi sau 4 tuần

Nếu BN không giảm đau: cắt túi mật nội soi cấp cứu (hình 3).



Hình 3- Phác đồ xử trí cơn đau quặn mật do sỏi kẹt cổ túi mật

3.2.2-Cắt túi mật nội soi:

Cắt túi mật nội soi là phương pháp điều trị được chọn lựa cho BN sỏi túi mật có triệu chứng

Trước khi có chỉ định phẫu thuật, phải loại trừ khả năng các cơn đau của BN là triệu chứng của một bệnh lý khác sỏi túi mật. Cần khai thác kỹ các triệu chứng cơ năng. Có thể chỉ định nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng hay nội soi đại tràng, xét nghiệm bilirubin, men gan, phosphatase kiềm huyết tương, ERCP, MRCP...

Chống chỉ định phẫu thuật nội soi:

- BN có nguy cơ cao khi gây mê toàn thân (ASA≥4)
- BN có rối loạn đông máu
- Túi mật đã thủng, gây áp-xe quanh túi mật, dò mật hay viêm phúc mạc mật
- Sỏi túi mật quá to
- Chóng chỉ định tương đối: thành bụng có vết mổ cũ

Trước khi phẫu thuật cần phải tham vấn cho BN về khả năng có thể phải chuyển sang mổ mở, đặt ống dẫn lưu...

Thăm khám kỹ BN để tiên lượng những tình huống có liên quan đến kỹ thuật cắt túi mật nội soi có thể xảy ra (bảng 2)

Vấn đề	Tình huống có thể gặp
BN béo phì	Khó khăn khi đặt trocar và khi thao tác trong xoang bụng
BN nhỏ, hay nhiều cơ	Phẫu trường chật
Tiền căn viêm túi mật cấp, viêm tuy cấp, phẫu thuật dạ dày-tá tràng	Dính nhiều quanh túi mật
Tiền căn phẫu thuật bụng	Dày dính trong xoang bụng, đặt trocar khó khăn
Siêu âm: túi mật có nhiều sỏi nhỏ	Có thể phải chụp hình đường mật trong mổ
Siêu âm: túi mật có sỏi to	Lấy túi mật ra ngoài khó khăn

Bảng 2-Các yếu tố tiên lượng tình huống khó khăn trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi

Các xét nghiệm tiền phẫu sau đây cần được thực hiện:

- Công thức máu toàn bộ
- Thời gian chảy máu, PT, aPTT
- Đường huyết
- Urê, creatinin huyết tương
- Bilirubin, AST/ALT
- ECG
- X-quang ngực thẳng

Kháng sinh dự phòng thường được chỉ định trước cuộc mổ.

Nội dung phẫu thuật cắt túi mật nội soi bao gồm các bước sau đây:

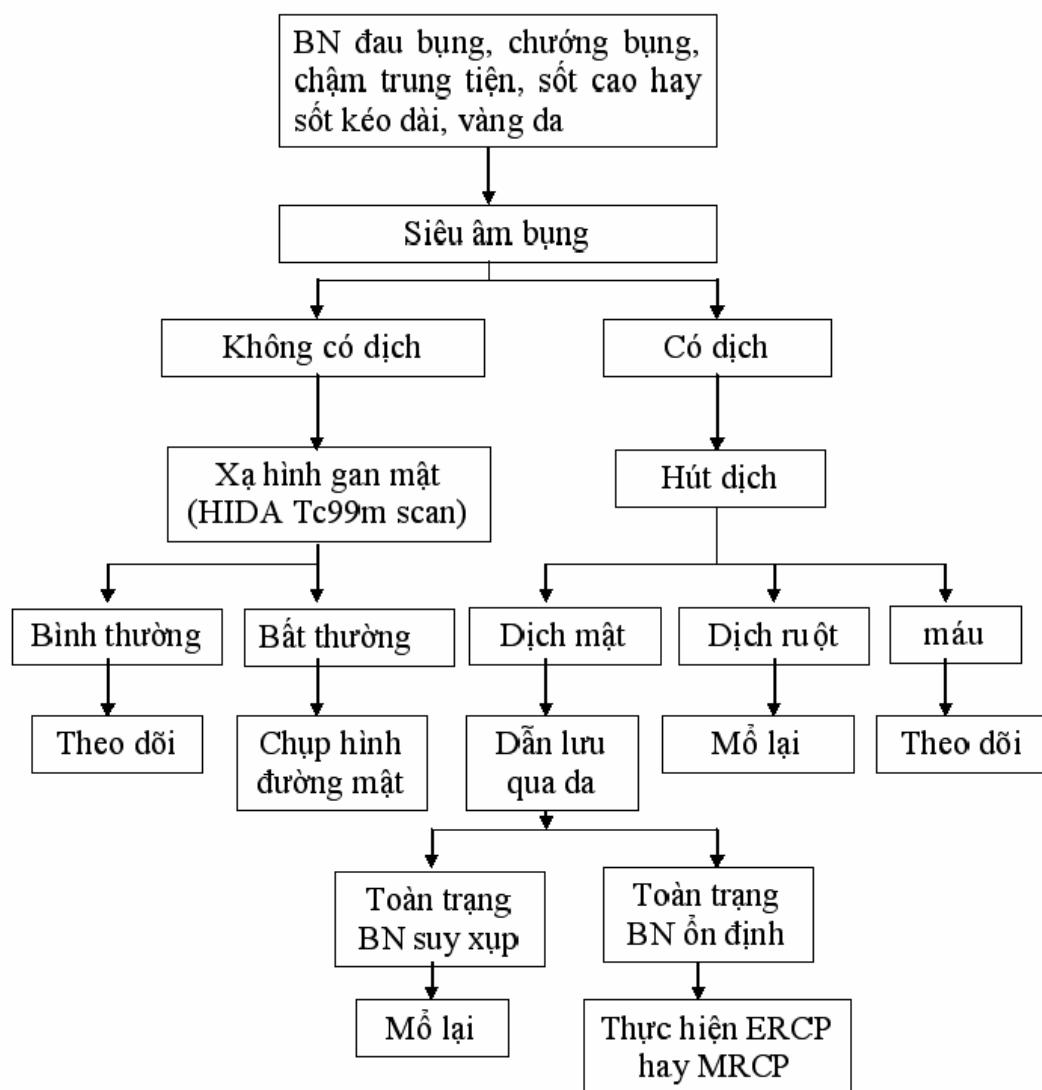
- Đặt các trocar và bơm hơi xoang bụng
- Trình bày tam giac Callot
- Lột bỏ lá phúc mạc để quan sát rõ vùng nối giữa túi mật và ống túi mật
- Phẫu tích, tìm và kẹp cắt động mạch và ống túi mật
- Chụp đường mật trong mổ, siêu âm gan mật trong mổ
- Tách túi mật ra khỏi giùng túi mật
- Lấy túi mật ra ngoài
- Đặt dẫn lưu dưới gan

Chăm sóc sau mổ:

- Cho thuốc giảm đau
- Nếu có đặt dẫn lưu, rút dẫn lưu trong vòng 24 giờ
- Khi BN có trung tiện, bắt đầu cho ăn uống
- Tiêu chuẩn xuất viện:
 - Hết đau
 - Ăn uống, trung tiện bình thường
 - Không sốt
 - Bụng xẹp

Biến chứng phẫu thuật:

- Chảy máu: máu có thể chảy từ vị trí đặt trocar, giường túi mật hay từ một nhánh động mạch túi mật.
- Tụ dịch trong xoang bụng
- Tồn thương đường mật, tồn thương tạng rỗng.



Hình 4- Thái độ chẩn đoán và xử trí các biến chứng sau mổ cắt túi mật nội soi

Các triệu chứng gợi ý (hình 4) có thể đã xảy ra biến chứng sau mổ cắt túi mật nội soi

- Đau bụng, không giảm sau mổ hay tăng thêm
- Chướng bụng
- Chậm trung tiện
- Sốt cao hay kéo dài
- Vàng da

Kết quả:

- 5% phải chuyển sang mổ hở
- 90% hết triệu chứng
- Tử vong 0,1-0,5%

3.3-Điều trị sỏi túi mật kết hợp sỏi đường mật:

Có thể chọn lựa một trong các phương pháp sau:

- ERCP lấy sỏi sau đó cắt túi mật qua nội soi
- Cắt túi mật nội soi sau đó ERCP lấy sỏi
- Cắt túi mật và ERCP lấy sỏi (trong cùng một cuộc phẫu thuật)
- Sỏi lớn ống mật chủ: cắt túi mật và mở ống mật chủ lấy sỏi qua nội soi
- Sỏi nhỏ ống mật chủ: cắt túi mật và lấy sỏi ống mật chủ qua ống túi mật qua nội soi
- BN không thể chịu đựng cuộc phẫu thuật cắt túi mật nội soi: ERCP lấy sỏi đường mật
- Mở mở, cắt túi mật và mở ống mật chủ lấy sỏi

3.4-Điều trị viêm túi mật cấp:

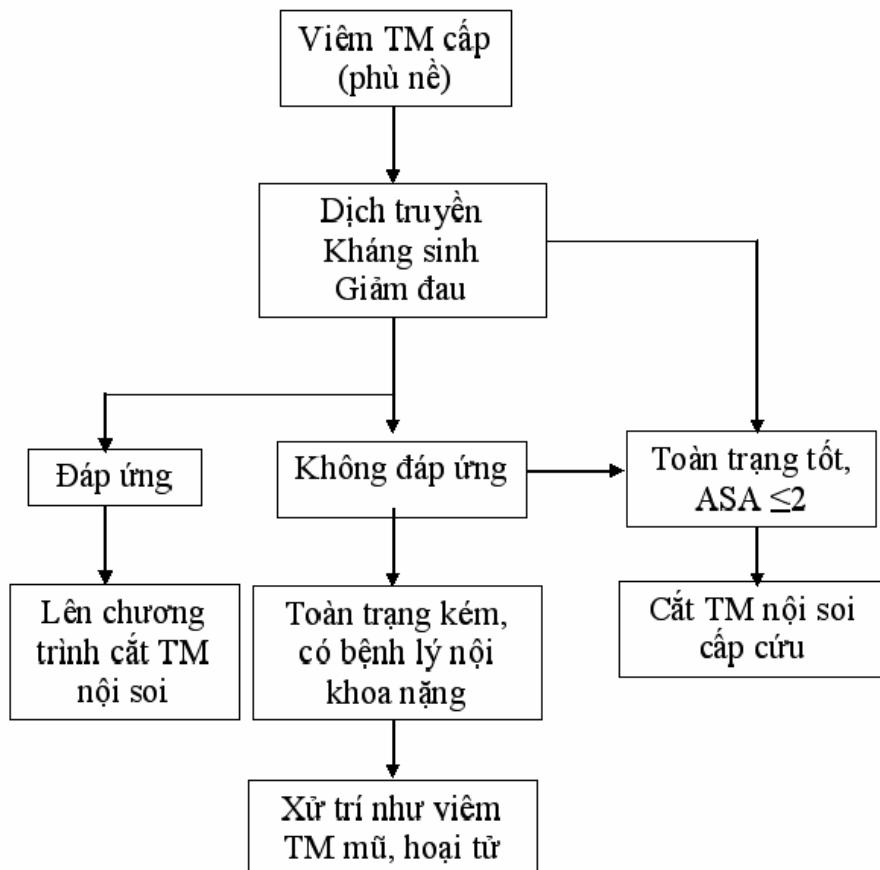
Trước khi triển khai các biện pháp điều trị cần phải xác định túi mật đang ở giai đoạn nào của quá trình viêm cấp. Túi mật viêm mủ hay hoại tử không đáp ứng với điều trị nội khoa và luôn có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

Sau khi đã xác định chẩn đoán, công việc điều trị cần được triển khai gấp và bao gồm:

- Bồi hoàn nước và điện giải
- Cho kháng sinh: ampicillin/sulbactam, piperacillin/tazobactam. Trong trường hợp nặng: cephalosporin thế hệ ba kết hợp với gentamycin và metronidazol (hay clindamycin).
- Cho thuốc giảm đau, hạ sốt

Viêm túi mật cấp (thể phù nề) (hình 5):

- Nếu BN toàn trạng tốt ($ASA \leq 2$), cắt túi mật nội soi cấp cứu sẽ rút ngắn thời gian nằm viện và viện phí. Tỉ lệ phải chuyển sang mổ hở tương đương cắt túi mật không viêm (5%).
- Cắt “nguội” túi mật nội soi: được thực hiện trong vòng 4 tuần.



Hình 5- Phác đồ xử trí viêm túi mật cấp (thẻ phù nề)

Viêm mủ hay viêm hoại tử túi mật (hình 6):

- Phẫu thuật cấp cứu cắt túi mật là phương pháp điều trị được lựa chọn.
- Có thể mổ nội soi nhưng mổ mở cắt túi mật cũng được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn. Nếu mổ nội soi, tỉ lệ phải chuyển sang mổ mở khá cao (có thể lên đến 30%). Các yếu tố làm cho mổ nội soi cắt túi mật khó khăn: dễ chảy máu, túi mật căng thành dày do đó khó được kẹp giữ, dính túi mật với các tạng lân cận, khó phẫu tích vùng tam giác Callot. Để bảo đảm an toàn cho BN, phẫu thuật viên không nên “cố” tiếp tục mổ nội soi. Việc mạnh dạn chuyển sang mổ mở khi mổ nội soi khó khăn không được xem là cuộc mổ nội soi thất bại mà là “một thái độ khôn ngoan của người thầy thuốc”.
- Nếu BN mắc các bệnh lý nội khoa nặng: chọc hút dẫn lưu túi mật hay mở túi mật ra da. Không có chỉ định chọc hút hay mở túi mật ra da khi đã chẩn đoán viêm hoại tử túi mật. Trong trường hợp này, có thể cắt bén phần túi mật (cắt bỏ phần hoại tử) để kết thúc nhanh cuộc mổ.

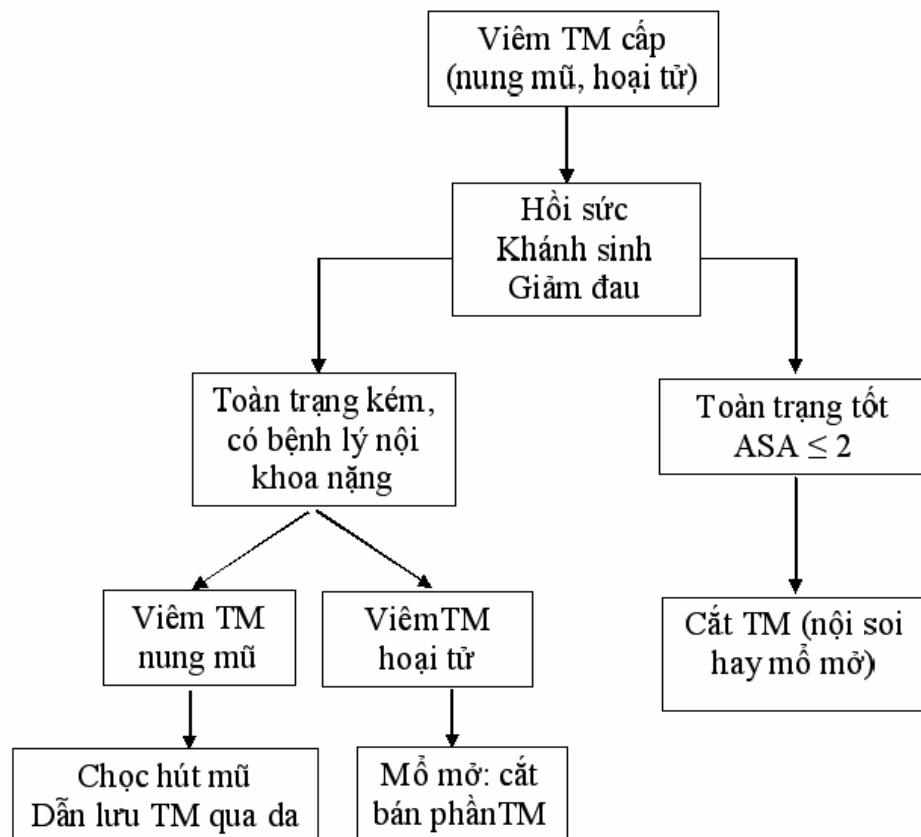
Thủng túi mật gây áp-xe khu trú (quanh túi mật, dưới hoành) hay viêm phúc mạc mặng: bắt buộc phải mở cắt túi mật kèm rửa bụng và dẫn lưu xoang bụng.

3.5-Điều trị viêm tuy cấp do sỏi mật:

(xem bài viêm tuy cấp)

3.6-Điều trị rối loạn vận động đường mật:

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

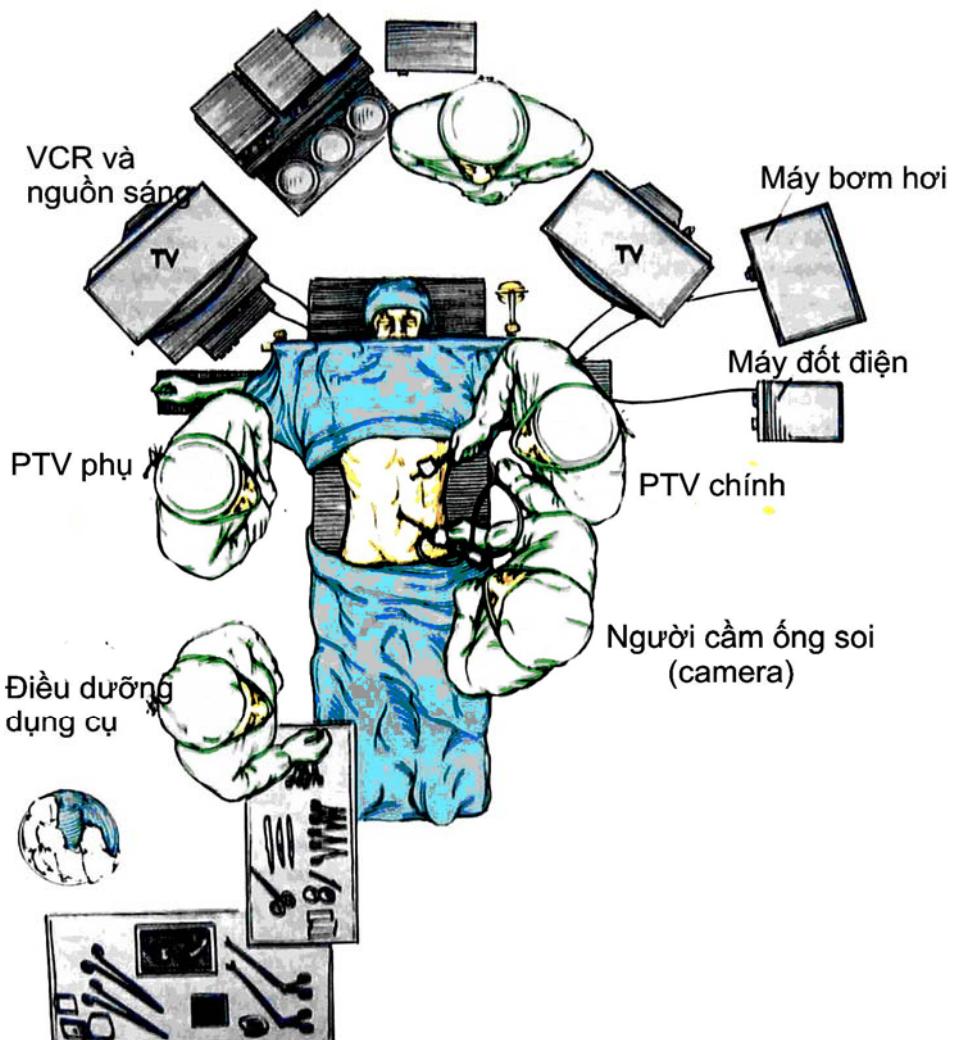


Hình 6- Phác đồ xử trí viêm túi mật cấp (nug mű, hoại tử)

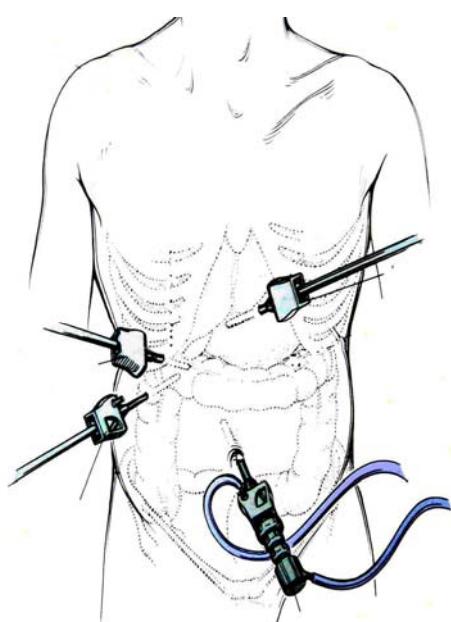
- o BN có những cơn đau quặn mật điển hình
- o Không có bằng chứng về sự hiện diện của sỏi túi mật hay đường mật
- o Đã loại trừ các bệnh lý khác có cơn đau tương tự như cơn đau quặn mật bằng nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng hay nội soi đại tràng, xét nghiệm bilirubin, men gan, phosphatase kiềm huyết tương, ERCP, MRCP...
- o Test 99Tc-HIDA sau bơm cholecystokinin (CCK-Tc-HIDA): phân suất tổng mật nhỏ hơn 35% sau 20 phút.

Cắt túi mật nội soi là phương pháp điều trị được chọn lựa đối với BN bị rối loạn vận động đường mật. 90% BN có test CCK-Tc-HIDA bất thường không còn có những cơn đau kể từ khi được cắt túi mật. Trong 10% BN còn đau sau mổ cắt túi mật, BN nào hết đau khi được thông và đặt nòng đường mật qua Oddi sẽ được cắt cơ vòng Oddi qua ERCP.

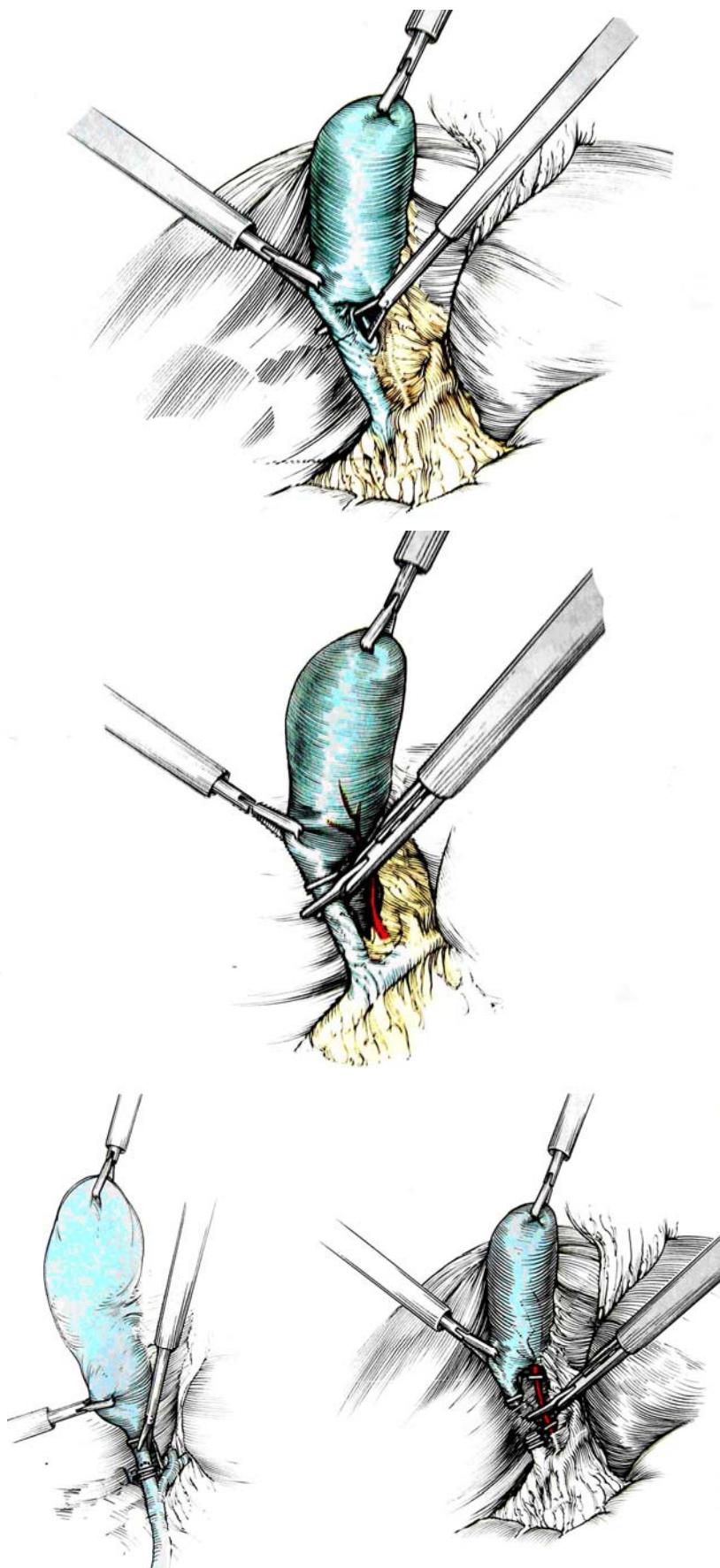
4-Phẫu thuật cắt túi mật nội soi:



Vị trí phẫu thuật viên, các trợ thủ cùng trang thiết bị khi tiến hành cắt túi mật nội soi.



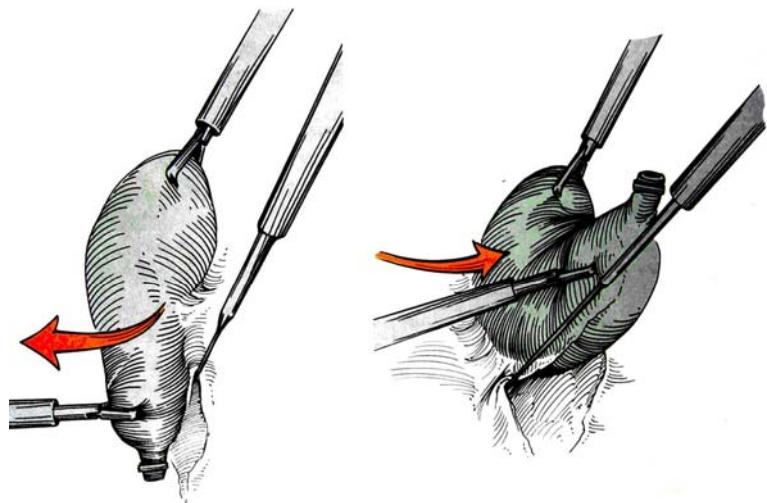
Vị trí đặt trocar:
trocar 10mm ngay
trên rốn để bơm hơi
và lắp camera,
trocar 10 mm dưới
mũi úc (để phẫu
tích, kẹp cắt) và
một hay hai trocar
5mm dưới sườn P
(để giữ túi mật).



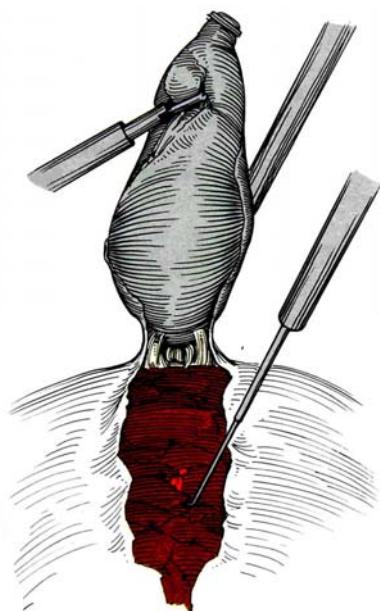
Trước hết quan sát ống mật chủ. Dùng hai kẹp 5mm, một kẹp vào vùng túi Hartmann kéo xuống dưới và ra ngoài, một kẹp vào đáy túi mật kéo lên trên và ra ngoài. Theo cách thức này, tam giác Callot được “bung rộng”. Phẫu tích tam giác Callot để thấy rõ: ống túi mật, ống gan chung, động mạch túi mật.

Kẹp 2 clip ở ống túi mật ở vị trí gần phễu túi mật hơn là gần ống gan chung.

Kẹp clip thứ ba ở sát phễu túi mật. Cắt ống túi mật giữa hai clip đầu và clip thứ ba. Kẹp và cắt động mạch túi mật.



Dùng dao điện tách túi mật ra khỏi giòng túi mật.



Dùng dao điện đốt cầm máu giòng túi mật. Túi mật được đưa ra ngoài qua lỗ đặt trocar ở rốn.

SỎI ĐƯỜNG MẬT VÀ BIẾN CHỨNG

1-Đại cương:

Phân loại sỏi đường mật:

- Phân loại theo vị trí:
 - Sỏi ổng mật chủ (sỏi hiện diện trong ổng mật chủ, bên dưới ngã ba ổng gan)
 - Sỏi gan (sỏi hiện diện bên trên ngã ba ổng gan)
 - Sỏi kết hợp (BN có cả sỏi gan và sỏi ổng mật chủ)
- Phân loại theo nguồn gốc: sỏi nguyên phát và sỏi thứ phát
 - Sỏi nguyên phát:
 - ▲ Sỏi hình thành nguyên phát trong đường mật
 - ▲ Chiếm phần lớn các trường hợp
 - ▲ Sỏi có thể ở ổng gan và ổng mật chủ
 - Sỏi thứ phát:
 - ▲ Sỏi từ túi mật rơi xuống
 - ▲ Có sỏi túi mật kết hợp. Thường túi mật có nhiều sỏi, sỏi nhỏ.
 - ▲ Chỉ có sỏi ở ổng mật chủ

Nguyên nhân của sỏi nguyên phát:

- Sự hiện diện của vi khuẩn trong dịch mật và úr đọng mật là hai nguyên nhân chính. Úr đọng mật có thể mắc phải (chấn thương, xơ hẹp Oddi, rối loạn vận động Oddi...) hay bẩm sinh (bệnh Caroli, viêm đường mật xơ hoá, nang đường mật...).
- Có sự khác biệt về tần suất mắc bệnh theo sự phân bố về địa lý. Người ta cho rằng yếu tố chủng tộc và chế độ ăn uống cũng có vai trò trong cơ chế hình thành sỏi đường mật (nguyên phát).

Phần lớn sỏi đường mật ở Việt nam là sỏi nguyên phát và 70-80% là sỏi sắc tố nâu (hỗn hợp sắc tố mật và lipid mật).

Giới tính:

- Sỏi nguyên phát: không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ.
- Sỏi thứ phát: nữ chiếm tỉ lệ nhiều hơn nam.

Sỏi gan:

- Có thể khu trú ở gan trái (chiếm đa số), khu trú ở gan phải hay rải rác ở cả gan phải và gan trái.
- Đa số trường hợp (90%) có tổn thương đường mật phổi hợp:
 - Xơ hẹp đường mật
 - Viêm đường mật xơ hoá

- Nang đường mật
- U đường mật
- Chít hẹp đường mật ngay bên dưới nơi tập trung sỏi
- Xơ hoá và dãn đường mật trên nơi chít hẹp

Cây dịch mật cho kết quả dương tính trong hầu hết các trường hợp sỏi đường mật (60% đa vi khuẩn). E.coli và Klebsiella pneumoniae là chủng gram âm thường được cô lập nhất. Ngoài ra còn có các enterococcus, streptococcus, pseudomonas, enterobacter. Trong viêm đường mật cấp, chủng bacteroides và clostridium đóng vai trò quan trọng, và cây máu sẽ cho kết quả dương tính 50%

Một BN có sỏi đường mật sẽ có các thể lâm sàng sau đây:

- Không triệu chứng
- Cơn đau quặn mật
- Vàng da
- Viêm đường mật
- Viêm tuy cấp
- Thể phổi hợp viêm đường mật-viêm tuy cấp

Một đặc điểm của sỏi đường mật là gây bán tắc đường mật từng đợt. Các triệu chứng xuất hiện khi sự bán tắc này xảy ra và thoái lui khi đường mật tái thông thường. Sự bán tắc, nếu kéo dài (hay chuyển sang tắc hoàn toàn), có thể sẽ dẫn đến viêm đường mật. Sự bán tắc, nếu xảy ra ở kênh chung mật-tuy hay Oddi, có thể sẽ dẫn đến viêm tuy cấp.

90% BN sỏi đường mật nhập viện trong bệnh cảnh lâm sàng của viêm đường mật. Hầu hết các trường hợp viêm đường mật là do sỏi đường mật. Viêm đường mật do giun đũa (Ascaris lumbricoides) và sán lá gan (Clonorchis sinensis) ngày trước được xem là “đặc thù” của viêm đường mật phương Đông, nay cũng rất ít gặp.

Viêm đường mật nếu không được điều trị có thể dẫn đến các biến chứng:

- Viêm mủ đường mật, viêm phúc mạc mật
- Chảy máu đường mật
- Hội chứng gan-thận

Diễn tiến và biến chứng riêng của sỏi gan: chít hẹp đường mật, viêm đường mật xơ hoá, nang đường mật, ung thư đường mật, áp-xe gan, xơ gan.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Khi sỏi đường mật gây bán tắc đường mật, các triệu chứng sau đây có thể xuất hiện:

- Cơn đau quặn mật (xem mô tả tính chất cơn đau trong bài sỏi túi mật). So với cơn đau quặn mật do sỏi kẹt cổ túi mật, cơn đau quặn mật do sỏi kẹt đường mật thường khởi phát ít đột ngột hơn và mức độ đau cũng ít hơn.
- Vàng da (thường nhẹ), phân nhạt màu, nước tiểu sậm màu. Thường gặp ở sỏi ống mật chủ nhiều hơn là sỏi gan. Đối với sỏi gan, chỉ có sỏi ở cả hai thùy gan mới gây vàng da trên lâm sàng.
- Sốt, khi xuất hiện, được xem là một dấu chứng của viêm đường mật

Chẩn đoán viêm đường mật:

- Triệu chứng cơ năng: điển hình là tam chứng Charcot (đau hạ sườn phải-sốt, rét run-vàng da). Sốt là triệu chứng thường gặp nhất ở BN bị viêm đường mật (92%). Thực tế chỉ 20% BN bị viêm đường mật có cả ba triệu chứng mô tả ở trên.
- Khám lâm sàng có thể thấy các dấu hiệu sau:
 - Sốt, thân nhiệt khoảng 38-39°C
 - Vàng mắt
 - Bụng ấn đau vùng hạ sườn phải
 - Đôi khi sờ được túi mật to đau hay dấu hiệu Murphy dương tính

Chẩn đoán viêm tuy cấp (xem bài viêm tuy cấp)

Chẩn đoán viêm đường mật-viêm tuy cấp phối hợp: trên bệnh cảnh lâm sàng của viêm đường mật, nếu BN có kèm thêm các triệu chứng sau đây, khả năng có viêm tuy cấp phối hợp nên được nghĩ đến:

- Đau với mức độ dữ dội hơn
- Đau lan ra sau lưng hay hạ sườn trái
- Nôn ói nhiều và liên tục
- Dấu Myo-Robson dương tính

Sau 24-48 giờ, nếu BN bị viêm đường mật không được điều trị sẽ dẫn đến biến chứng viêm mủ đường mật, viêm phúc mạc mật:

- BN đau nhiều hơn, sốt cao hơn (thân nhiệt trên 39°C)
- Mạch ≥ 120 lần/phút, huyết áp thấp hay tụt huyết áp
- Bụng có đê kháng, khu trú hay toàn diện

Các biến chứng nặng hơn có thể xảy ra:

- Thay đổi tri giác (lơ mơ hay kích thích vật vã) (nhiễm trùng huyết gram âm)
- Thiếu niệu/ vô niệu (hội chứng gan-thận)

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng

2.2.1-Xét nghiệm:

Tuỳ thuộc vào thể lâm sàng, BN có thể có:

- Tăng bilirubin huyết tương (chủ yếu là bilirubin trực tiếp)
- Tăng aminotransferase (AST, ALT) huyết tương
- Tăng phosphatase kiềm huyết tương
- Tăng amylase, lipase huyết tương
- Tăng số lượng bạch cầu, tăng tỉ lệ neutrophil. Trong viêm đường mật, số lượng bạch cầu thường thường trong khoảng 12.000-18.000. Nếu viêm mủ đường mật/viêm phúc mạc mật, số lượng bạch cầu sẽ tăng cao hơn.
- Thời gian prothrombin (PT) kéo dài

- Cây máu: dương tính trong 50% các trường hợp

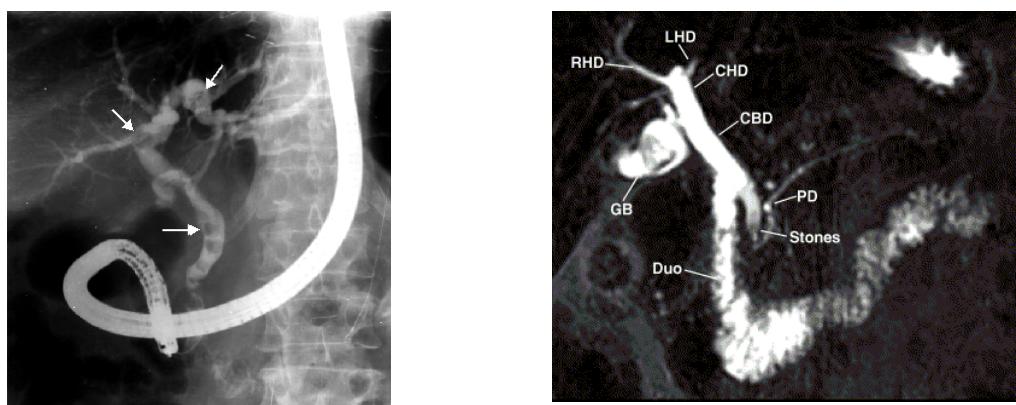
2.2.2-Chẩn đoán hình ảnh:

Siêu âm là phương tiện chẩn đoán cho kết quả hạn chế (độ nhạy trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ 60-70%, chẩn đoán dãy ống mật chủ 90%). Tuy nhiên, siêu âm có các lợi điểm sau: rẻ tiền, cơ động và không xâm lấn, do đó siêu âm là phương tiện được lựa chọn trước tiên khi nghi ngờ sỏi đường mật. Siêu âm qua nội soi có giá trị chẩn đoán cao hơn (độ nhạy và độ đặc hiệu 85-100%), tuy nhiên lại là phương tiện chẩn đoán xâm lấn, đắt tiền và không thay thế được ERCP.

CT có giá trị cao trong chẩn đoán dãy đường mật trong và ngoài gan nhưng còn hạn chế trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ (độ nhạy 75-90%). Đối với sỏi gan, CT là chỉ định đầu tiên.

Chụp hình đường mật cộng hưởng từ (MRCP) với Gadolinium có giá trị chẩn đoán rất cao (độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 89%).

ERCP là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán (độ nhạy 90-95%) và điều trị sỏi ống mật chủ. Trên ERCP, sỏi đường mật biểu hiện bằng những vùng khuyết thuốc cản quang có hình đa giác (hình 1). Các dấu hiệu khác có thể gặp: dãy đường mật, thuốc kém xuống tá tràng...



Hình 1- Hình ảnh sỏi đường mật trên ERCP và MRCP

PTC: có thể được chỉ định đối với sỏi gan hay ở BN đã được cắt bán phần dạ dày (không thể làm ERCP).

Chẩn đoán sỏi ống mật chủ trong lúc mổ: có thể bằng chụp hình đường mật hay siêu âm đường mật.

Chẩn đoán sỏi ống mật chủ ở BN có dẫn lưu đường mật: chụp hình đường mật qua dẫn lưu đường mật.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Khi BN nhập viện vì cơn đau quặn mật, cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý có hội chứng bụng cấp khác.

Khi BN nhập viện vì hội chứng vàng da, cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý gây vàng da trước gan, tại gan hay sau gan (bảng 1)

Bất thường trong chuyển hóa bilirubin	Loại bilirubin tăng chủ yếu	Nguyên nhân
Tăng sản xuất	Tự do	Truyền máu khói lượng lớn Tai biến truyền máu Nhiễm trùng huyết

		<i>Bóng nặng Bất thường hemoglobin bẩm sinh Tán huyết</i>
<i>Té bào gan giảm thu nhận hay giảm kết hợp</i>	<i>Tự do</i>	<i>Bệnh Gilbert Hội chứng Crigler-Najjar Vàng da trẻ sơ sinh Viêm gan (do virus) Thuốc Nhiễm trùng huyết</i>
<i>Té bào gan giảm chuyển vận hay giảm bài tiết</i>	<i>Kết hợp</i>	<i>Hội chứng Dubin-Johnson Hội chứng Rotor Xơ gan Chứng thoái hoá dạng bột (amyloidosis) Viêm gan (do virus, thuốc, rượu) Thai kỳ</i>
<i>Tắc mật</i>	<i>Kết hợp</i>	<i>Sỏi đường mật Chít hẹp đường mật lành tính Ung thư đường mật Ung thư quanh bóng Vater Viêm tuy mẩn Viêm đường mật xơ hoá nguyên phát</i>

Bảng 1-Nguyên nhân của vàng da

Một số bệnh lý đường mật cần được chẩn đoán phân biệt với sỏi đường mật:

- Hẹp đường mật: hẹp đường mật có thể là hậu quả của viêm đường mật nhiễm trùng, viêm đường mật tự miễn, viêm xơ hoá đường mật nguyên phát, nhưng nguyên nhân gây hẹp đường mật thường nhất là tổn thương đường mật trong phẫu thuật cắt túi mật (mổ nội soi hay mổ mở)
- Ung thư đường mật và ung thư quanh bóng Vater: BN vàng da tăng dần mà không có sốt và đau bụng. Chẩn đoán xác định dựa vào ERCP hay PTC.
- Viêm tuy mẩn: BN đau bụng “kiểu tuy” (âm ỉ, liên tục, lan ra sau lưng, tăng lên khi ăn hay uống rượu). Tiêu chảy phân mỡ xảy ra khi chức năng tuy bị suy giảm 90%. X-quang bụng có thể thấy tuy bị hoá vôi. Chẩn đoán xác định dựa vào CT, ERCP, MRCP: hình ảnh ống tuy không đều, đoạn chít hẹp xen lỗ đoạn dẫn (hình ảnh “chuỗi hò nước” hay “chuỗi tràng hạt”).
- Viêm đường mật xơ hoá nguyên phát:
 - Là tình trạng xơ hoá đường mật trong và ngoài gan không do bất kỳ một nguyên nhân thực thể nào
 - Bệnh có liên quan đến bất thường về gene và miễn dịch
 - BN có nguy cơ bị ung thư đường mật (1%/năm)
 - Thường được phát hiện trong độ tuổi 40-45. 2/3 BN là nam giới. 2/3 BN có viêm loét đại tràng phổi hợp.
 - Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là vàng da kèm ngứa. Ít khi có nhiễm trùng đường mật.
 - Chẩn đoán dựa vào ERCP: đường mật trong và ngoài gan bị chít hẹp nhiều chỗ. Nơi bị chít hẹp nhiều nhất là ngả ba ống gan chung.
 - Thời gian sống trung bình từ khi bệnh được chẩn đoán: 10-12 năm.

Khi BN nhập viện với bệnh cảnh viêm đường mật cấp hay viêm phúc mạc mật, các chẩn đoán phân biệt sau đây có thể được đặt ra:

- Viêm túi mật cấp
- Áp-xe gan
- Viêm gan
- Viêm phúc mạc ruột thừa
- Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng
- Thủng khối u đại tràng...

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Sau khi có chẩn đoán lâm sàng, siêu âm luôn là phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng được lựa chọn trước tiên:

- Siêu âm cho thấy có sỏi trong đường mật: chẩn đoán chắc chắn
- Siêu âm không thấy sỏi trong đường mật: dựa vào kích thước ống mật chủ và số lượng các xét nghiệm bất thường sau đây (xét nghiệm tắc mật) (bảng 2):
 - Bilirubin TP $\geq 1,5$ mg/dL
 - Phosphatase kiềm ≥ 150 UI/L
 - AST ≥ 100 UI/L
 - ALT ≥ 100 UI/L

<i>Siêu âm</i>	<i>OMC ≥ 5 mm</i>	<i>OMC < 5 mm</i>
<i>Có $\geq 2/4$ xét nghiệm bất thường</i>	<i>Nghi ngờ chẩn đoán</i>	<i>Nghi ngờ chẩn đoán</i>
<i>Có ≤ 1 xét nghiệm bất thường</i>	<i>Nghi ngờ chẩn đoán</i>	<i>Loại trừ chẩn đoán</i>

Bảng 2- Đánh giá khả năng có sỏi ống mật chủ dựa vào kích thước ống mật chủ và các xét nghiệm tắc mật

Trong trường hợp nghi ngờ chẩn đoán:

- BN có sỏi túi mật: chẩn đoán xác định bằng chụp hình đường mật trong mổ
- BN không có sỏi túi mật: chẩn đoán xác định bằng MRCP

3-Điều trị sỏi ống mật chủ:

3.1-Lấy sỏi ống mật chủ qua ERCP:

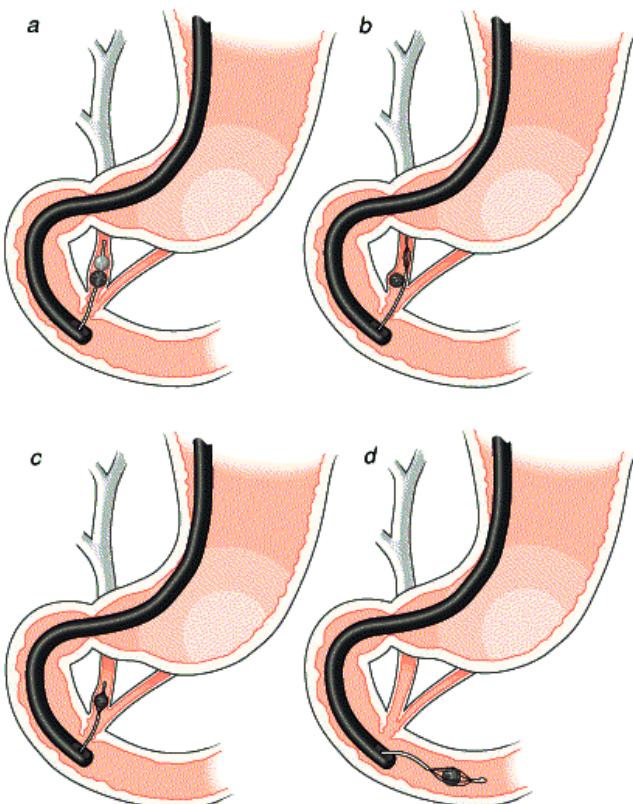
Trước khi tiến hành thủ thuật cần đặt một đường truyền tĩnh mạch và cho kháng sinh dự phòng. BN nhịn ăn uống tối thiểu 6 giờ.

Sau khi đã chụp hình đường mật và xác định có sỏi, thông thường cần phải cắt cơ vòng trước khi tiến hành lấy sỏi.

Phương pháp lấy sỏi phụ thuộc vào kích thước sỏi (hình 2):

- Sỏi có đường kính nhỏ hơn 1cm có thể trôi xuống tá tràng tự nhiên trong vòng 48 giờ.
- Sỏi có đường kính 1-2 cm được lôi xuống bằng giỏ Dormia hay thông Fogarty.

- Sỏi có đường kính hơn 2 cm được tán sỏi hay bơm thuốc làm tan sỏi (đối với sỏi cholesterol) với monooctanoin acid.
- Khi không lấy được sỏi, cần phải lưu thông đường mật (thông mật-mũi).



Hình 2- Hình minh họa lấy sỏi ống mật chủ qua nội soi mật tuy ngược dòng (ERCP): hình a-lấy sỏi bằng bóng (thông Fogarty), hình b-d-lấy sỏi bằng rọ

Chăm sóc sau làm thủ thuật: lưu BN trong phòng hậu phẫu. BN nhịn ăn uống và được truyền dịch trong 6-12 giờ. Thăm khám bụng và theo dõi tình trạng đau bụng. Có thể cho một liều kháng sinh thứ hai, sau liều đầu 12 giờ.

Kết quả: có thể lấy hết sỏi ống mật chủ trong lần đầu 70-75%, trong lần sau 85-95%.

Biến chứng: xảy ra trong 5-8% các trường hợp. Các biến chứng bao gồm: chảy máu (2%, thường không đáng kể), viêm đường mật (2%), viêm tuy (2%), thủng tá tràng (1%), tổn thương đường mật (1%). Tỉ lệ tử vong: 0,2-0,5%.

Các trường hợp sau không thể lấy sỏi qua ERCP:

- Túi thừa tá tràng
- BN đã được cắt dạ dày trước đó
- Sỏi lèn chặt trong đường mật, sỏi quá to hay quá nhiều sỏi
- Sỏi gan

3.2-Lấy sỏi ống mật chủ qua nội soi:

Kỹ thuật : Mở dọc mặt trước ống mật chủ. Sỏi được lấy bằng kẹp gấp sỏi, giò Dormia hay bơm rửa cho trôi xuống tá tràng.Tán sỏi trực tiếp (tán sỏi trong cơ thể) dành cho các sỏi lớn hay ở cao trên ống gan. Ống mật chủ có đường kính ≤ 6 mm là chống chỉ định tương đối cho việc mở ống mật chủ (mở cũng như nội soi).

Trong trường hợp sỏi ống mật chủ phôi hợp sỏi túi mật, có thể tiến hành lấy sỏi ống mật chủ và cắt túi mật trong cùng một cuộc phẫu thuật nội soi. Sau khi bóc tách bộc lộ ống

túi mật, kẹp một clip vào phần xa của ống túi mật (túi mật sẽ được tiếp tục cắt sau khi hoàn tất việc lấy sỏi đường mật), xé ngang ống túi mật nơi tiếp giáp với ống mật chủ, luồn một guidewire vào trong ống mật chủ. Sau khi kiểm tra dưới màn huỳnh quang để chắc chắn guidewire đã nằm trong ống mật chủ, luồn tiếp catheter vào ống mật chủ theo đường đi của guidewire. Rút guidewire, bơm thuốc cản quang chụp hình đường mật. Nếu xác định có sỏi đường mật, mở ống mật chủ và tiến hành lấy sỏi bằng giỏ Dormia (nếu sỏi khá lớn), hay bơm rửa cho sỏi trôi xuống tá tràng qua Oddi (nếu sỏi nhỏ), dưới sự kiểm tra của màn huỳnh quang. Nếu ống túi mật khá lớn, có thể nong ống túi mật để đưa ống nội soi đường mật vào. Việc lấy sỏi có thể được tiến hành dưới sự quan sát trực tiếp. Sỏi to cũng có thể được tán trực tiếp để vỡ ra thành nhiều mảnh vụn sau đó được bơm rửa cho trôi xuống tá tràng.

Nong cơ vòng Oddi là thủ thuật có thể được thực hiện kèm theo để làm tăng khả năng sỏi trôi xuống tá tràng khi tiến hành bơm rửa.

Luôn kiểm tra để bảo đảm đường mật đã sạch sỏi trước khi kết thúc cuộc mổ. Nếu có ống nội soi, tốt nhất là kiểm tra đường mật bằng nội soi (ống soi mềm). Nếu việc lấy sỏi được tiến hành qua ống túi mật, chụp đường mật cũng có thể được chấp nhận.

Nếu có mở ống mật chủ, cần phải đặt ống dẫn lưu T. Ống dẫn lưu T thường có cở số 16 Fr. Đường mật được khâu bằng chỉ tan 4-0 loại một sợi. Nếu việc lấy sỏi được tiến hành qua ống túi mật, không cần thiết phải đặt thông T. Trong cả hai trường hợp, nên đặt một ống dẫn lưu hút kín vùng dưới gan, cạnh ống mật chủ để theo dõi khả năng dò mật sau mổ.

Ống dẫn lưu hút kín được rút trong vòng 24-48 giờ. Ống dẫn lưu T được rút trong vòng 10-14 ngày. Trước khi rút, cần chụp đường mật kiểm tra qua ống dẫn lưu T để khẳng định lần cuối không còn sỏi sót đường mật.

3.3-Lấy sỏi ống mật chủ qua mổ mở:

Được chỉ định khi lấy sỏi qua ERCP hay qua mổ nội soi thất bại.

Ống mật chủ được mở dọc 1-1,5 cm ở mặt trước. Sỏi được lấy bằng các kẹp gấp sỏi, giỏ Dormia, thông Fogarty, hay bơm rửa cho trôi xuống tá tràng (hình 3).

Nếu có chít hẹp cơ vòng Oddi, các phương pháp sau đây có thể được chọn lựa:

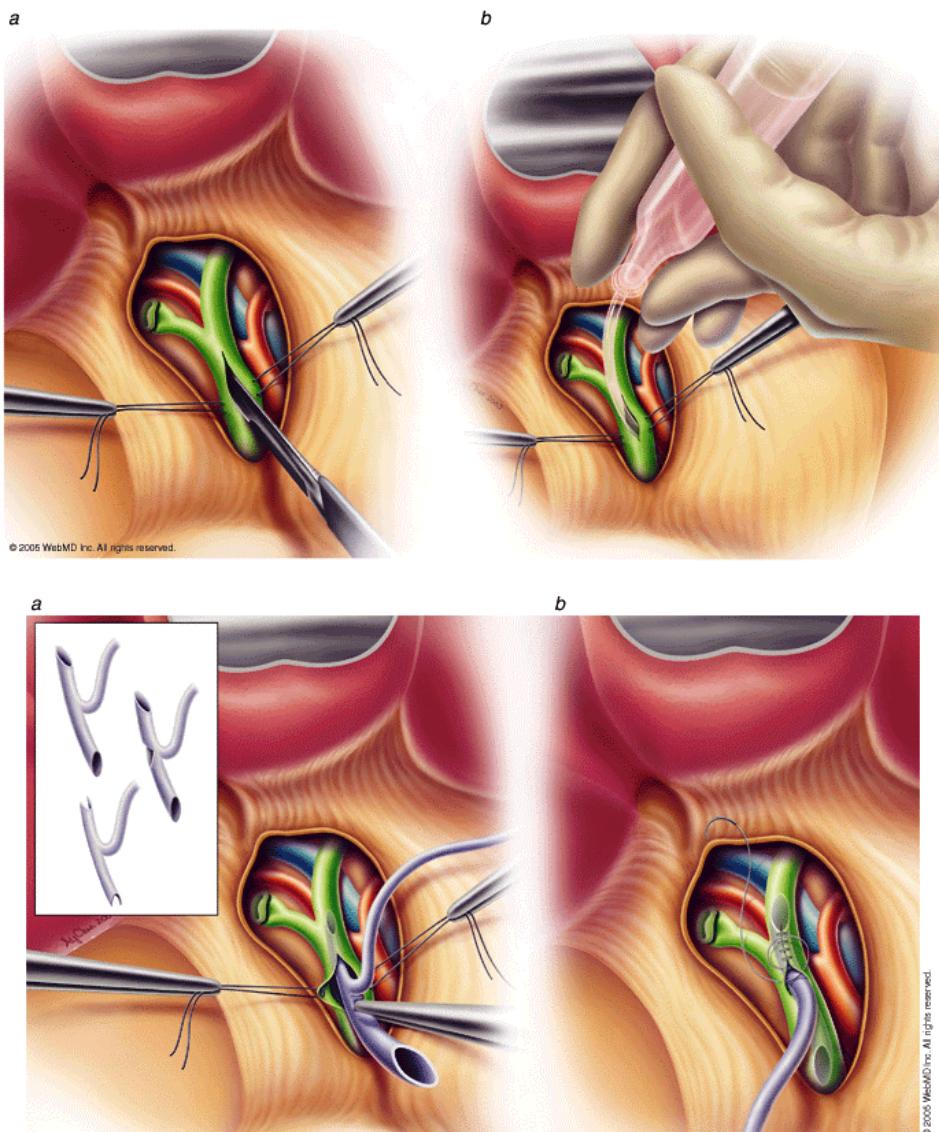
- Nong cơ vòng Oddi
- Mở thành trước tá tràng, tạo hình cơ vòng Oddi
- Nối ống mật chủ-tá tràng bên-bên: thực hiện nhanh hơn và an toàn hơn so với tạo hình Oddi qua ngả thành trước tá tràng, nhưng BN có nguy cơ viêm đường mật ngược dòng và viêm tuy.

Kiểm tra việc lấy hết sỏi bằng soi đường mật ống soi mềm hay cứng. Đặt thông T dẫn lưu đường mật. Khâu đóng lại đường mật bằng chỉ tan.

Kết quả: lấy hết sỏi 95%. Biến chứng (8-16%) bao gồm: chảy máu đường mật, dò mật/viêm phúc mạc mật, viêm tụy. Hẹp đường mật là di chứng đáng ngại nhất. Nguyên nhân của hẹp đường mật là do các thao tác lấy sỏi làm tổn thương niêm mạc đường mật hay khâu đóng một đường mật có kích thước nhỏ.

3.4-Các phương pháp điều trị sỏi ống mật chủ khác:

Tán sỏi ngoài cơ thể (extracorporeal shock wave lithotripsy): ngày nay ít được thực hiện, do có tỉ lệ thất bại cao (95%) và tỉ lệ biến chứng cao (20%).

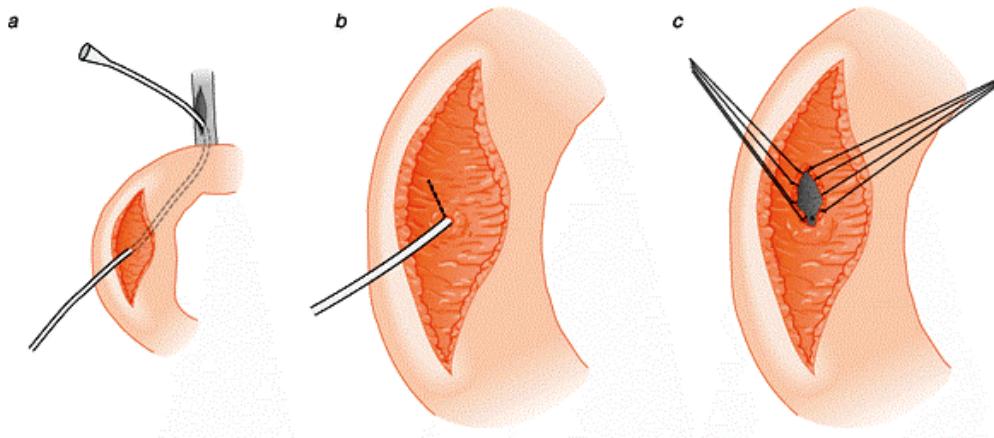


Hình 3- Mở ống mật chủ lấy sỏi và đặt ống dẫn lưu T

Các phẫu thuật dẫn lưu đường mật:

- Mục đích:
 - Điều trị ú đọng dịch mật, một nguyên nhân quan trọng dẫn đến việc hình thành sỏi đường mật
 - Lấy sỏi đường mật (đối với phẫu thuật tạo hình Oddi)
- Chỉ định:
 - Ống mật chủ có nhiều sỏi (≥ 6 mm)
 - Sỏi ống mật chủ tái phát trên BN trước đó đã được mở ống mật chủ
 - Sỏi ống mật chủ nguyên phát
 - Hẹp hay rối loạn vận động cơ vòng Oddi
- Tạo hình Oddi (hình 4): ngoài các chỉ định chung của phẫu thuật dẫn lưu đường mật, lấy sỏi qua ngả Oddi qua ngả trước được chỉ định trong trường hợp ống mật chủ có kích thước nhỏ (≤ 6 mm). Kỹ thuật: di động tá tràng (thủ thuật

Kocher). Nếu đã mở ống túi mật hay ống mật chủ, luồn một thông nhỏ xuống tá tràng, ngang qua cơ vòng Oddi để làm đường dẫn và nâng cơ vòng Oddi lên. Mở một đường ngang nhỏ trên thành trước tá tràng, ngay trên vị trí của Oddi. Xé một đường dài khoảng 1 cm (tính từ lỗ mở của bong Vater), vị trí 11 giờ, xuyên qua thành tá tràng và thành đường mật. Khâu hai mép đường xé bằng chỉ tan. Rút Fogarty. Nếu lấy sỏi ống mật chủ qua ngả này, cách thức tiến hành giống như qua ngả nội soi (ERCP). Kết thúc thủ thuật bằng việc đóng lại chỗ mở tá tràng theo chiều ngang.



Hình 4- Phẫu thuật tạo hình Oddi qua ngả tá tràng

- Phẫu thuật nối ống mật chủ-tá tràng: có thể nối theo kiểu bên-bên hay tận-bên. Điều kiện để có thể nối ống mật chủ với tá tràng (hay với h้อง tràng) là ống mật chủ phải dẫn đáng kể (đường kính ≥ 2 cm). Phương pháp nối bên-bên có thể làm cho các mảnh vụn thức ăn trào ngược lên từ tá tràng lắng đọng ở túi cùng ống mật chủ, lâu ngày tạo thành sỏi và có thể gây viêm đường mật hay viêm tuy (hội chứng “hồ đựng chất thải”, sump syndrome). Để tránh hội chứng này, miệng nối nên đủ rộng ($\geq 1,5$ cm).
- Phẫu thuật nối ống mật chủ-h้อง tràng (hình 5): trong phẫu thuật này, một quai h้อง tràng được đưa lên (sau đại tràng ngang) nối với ống mật chủ theo phương pháp Roux-en-Y.

3.5-Thái độ chẩn đoán và điều trị:

Sỏi ống mật chủ đơn thuần:

- Lựa chọn trước tiên: ERCP lấy sỏi
- Nếu BN có chống chỉ định ERCP hay ERCP thất bại: mở ống mật chủ lấy sỏi qua nội soi
- Nếu BN có có chống chỉ định mổ nội soi (vết mổ cũ) hay mổ nội soi thất bại: mổ mở, mở ống mật chủ lấy sỏi.

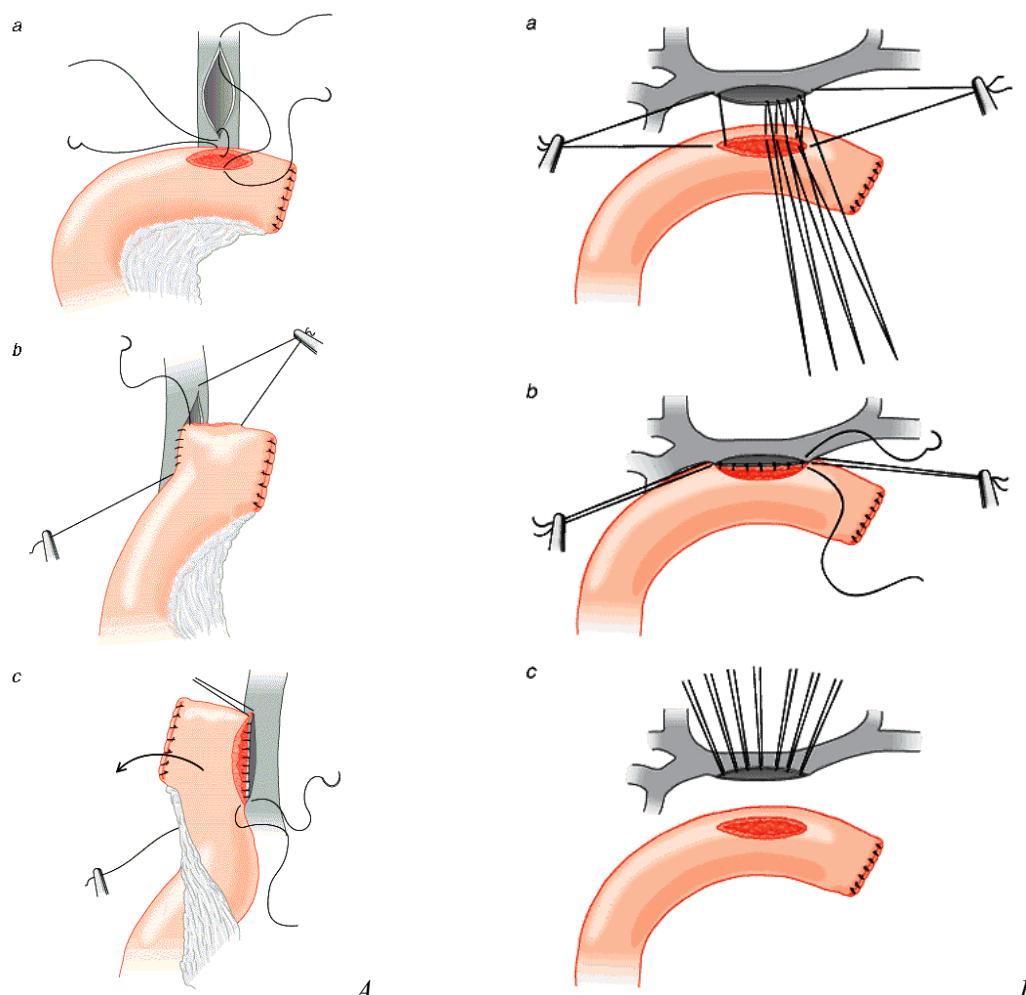
Sỏi ống mật chủ-túi mật phối hợp: (xem bài sỏi túi mật)

4-Điều trị sỏi gan:

4.1-Cắt gan:

Chỉ định:

- Sỏi khu trú ở gan và
- Phần gan có sỏi bị xơ teo, hoặc



Hình 5- Phẫu thuật nối ống mật chủ-hỗng tràng: A-bên-bên, B-tận-bên

- Sỏi gan tái phát, hoặc
- Lấy sỏi gan thất bại

Tuỳ theo vị trí của sỏi, có thể thực hiện các phẫu thuật sau:

- Cắt thuỷ gan trái
- Cắt gan trái
- Cắt một phân thuỷ gan phải

4.2-Lấy sỏi qua đường hầm Kerh:

Được chỉ định tiếp theo phẫu thuật lấy sỏi ống mật chủ trên BN có sỏi gan kết hợp.

Sau khi mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu ống mật chủ bằng thông T có khâu kín khá lớn (18-20 Fr, để đường hầm hình thành sau khi rút thông T đủ lớn để đưa ống soi đường mật đường kính 5 mm qua được).

Lưu thông 4 tuần sau mổ, sau đó rút thông T, đưa ống soi đường mật qua đường hầm lấy hay tán sỏi gan.

Đây là đường hầm tạm. Việc lấy sỏi qua đường hầm chỉ được thực hiện một lần.

4.3-Lấy sỏi qua đường hầm qua da

Được thực hiện tiếp theo sau chẩn đoán sỏi đường mật bằng PTC.

Sau khi chụp đường mật, lưu catheter, đường hầm được nong dần trong thời gian 2-6 tuần cho đến khi có thể đưa thông có đường kính 16 Fr qua được. Sỏi được lấy qua đường hầm bằng giỏ Dormia (quan sát dưới màn huỳnh quang hay qua ống soi mềm). Việc lấy sỏi có thể được tiến hành nhiều lần.

Kết quả: tốt trong 75-85% các trường hợp. Biến chứng xảy ra với tỉ lệ 10%. Các biến chứng bao gồm: chảy máu, dò mật/ viêm phúc mạc mật, tổn thương đường mật, viêm đường mật. Tỉ lệ tử vong 1%.

Chóng chỉ định lấy sỏi qua da ở BN có rối loạn đông máu.

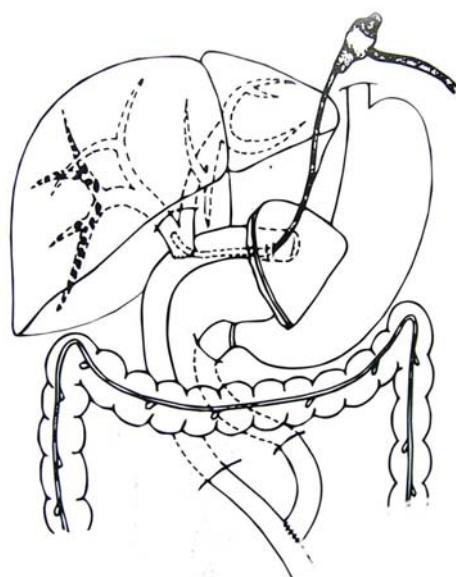
4.4-Lấy sỏi qua đường hầm gan-hỗng tràng vĩnh viễn

Nguyên tắc: nối ống gan chung-hỗng tràng, tạo đường hầm từ miệng nối ra da, sau đó lấy sỏi bằng nội soi đường mật qua đường hầm (hình 6).

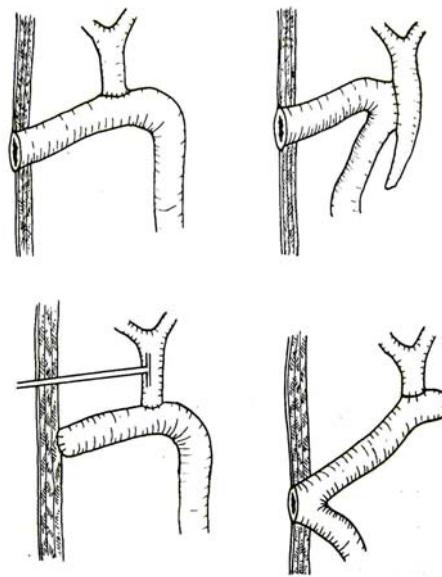
Đây là đường hầm vĩnh viễn. Việc lấy sỏi có thể được thực hiện nhiều lần.

Kỹ thuật:

- o Cắt túi mật
- o Cắt ngang ống gan chung. Xé ống gan chung về hướng ống gan trái cho miệng nối đủ rộng. Nối ống gan-hỗng tràng.
- o Có thể nối ống mật chủ-hỗng tràng, nhưng phương pháp này ít được thực hiện hơn.
- o Đưa một đoạn hỗng tràng từ miệng nối ra thành bụng. Có nhiều phương pháp đưa hỗng tràng ra da để tạo đường hầm (hình 7). Đầu đường hầm hỗng tràng có thể được mở hở ra ngoài, hay được khâu đính vào bên dưới thành bụng. Nếu đầu hỗng tràng được khâu đính vào bên dưới thành bụng, mỗi lần lấy sỏi cần rạch da, tạo một đường hầm qua thành bụng để vào đường hầm hỗng tràng.



Hình 6- Hình minh họa phương pháp lấy sỏi qua đường hầm gan-hỗng tràng vĩnh viễn.



Hình 7- Các phương pháp tạo đường hầm từ miệng nối gan-hỗng tràng ra da.

4.5-Chỉ định:

Sỏi ống mật chủ kết hợp sỏi gan: mở ống mật chủ lấy sỏi, đặt thông T tạo đường hầm, sau đó lấy hay tán sỏi qua đường hầm thông T.

Sỏi khu trú ở gan trái hay thuỷ trái gan: cắt gan trái hay cắt thuỷ trái gan

Sỏi khu trú ở một phân thuỷ gan phải, kết hợp xơ teo phân thuỷ đó: cắt phân thuỷ gan

Sỏi khu trú ở một phân thuỷ gan phải, đường mật phía trên dẫn: lấy sỏi qua đường hầm qua da

Sỏi rã rác nhiều phân thuỷ gan phải: lấy sỏi qua đường hầm gan-hồng tràng vĩnh viễn

Sỏi rã rác gan phải và gan trái: cắt thuỷ gan trái hay cắt gan trái, tạo đường hầm gan hồng tràng vĩnh viễn để lấy sỏi gan phải qua đường hầm.

5-Điều trị sỏi đường mật có biến chứng:

5.1-Viêm đường mật:

Bồi hoàn nước và điện giải, cho thuốc hạ sốt và giảm đau.

Kháng sinh điều trị: cephalosporin thế hệ ba (kết hợp với metronidazol, nhất là trường hợp nặng). Việc kết hợp với aminoglycoside không được khuyến khích vì làm tăng nguy cơ độc thận.

Nếu tình trạng nhiễm trùng không thuyên giảm sau 6 giờ:

- Viêm đường mật do sỏi ống mật chủ: giải áp đường mật qua ERCP (được chọn lựa trước tiên) hay mổ mở (nếu có viêm phúc mạc mật). Giải áp đường mật bằng dẫn lưu túi mật hay chọc hút qua PTC (PTBD-percutaneous transhepatic bile drainage) cho hiệu quả không cao. Ngày nay, việc chỉ định phẫu thuật cấp cứu (lấy sỏi, dẫn lưu đường mật) ngày càng ít được chỉ định.
- Viêm đường mật do sỏi gan: giải áp đường mật qua PTC (PTBD).

Việc giải quyết nguyên nhân (lấy sỏi) chỉ nên được thực hiện khi toàn trạng BN cho phép.

5.2-Viêm tuy cấp: (Xem bài viêm tuy cấp)

5.3-Áp-xe gan

Bồi hoàn nước và điện giải

Kháng sinh

Chọc hút mủ, dẫn lưu ổ áp-xe qua da sau khi chọc hút (được thực hiện dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay CT).

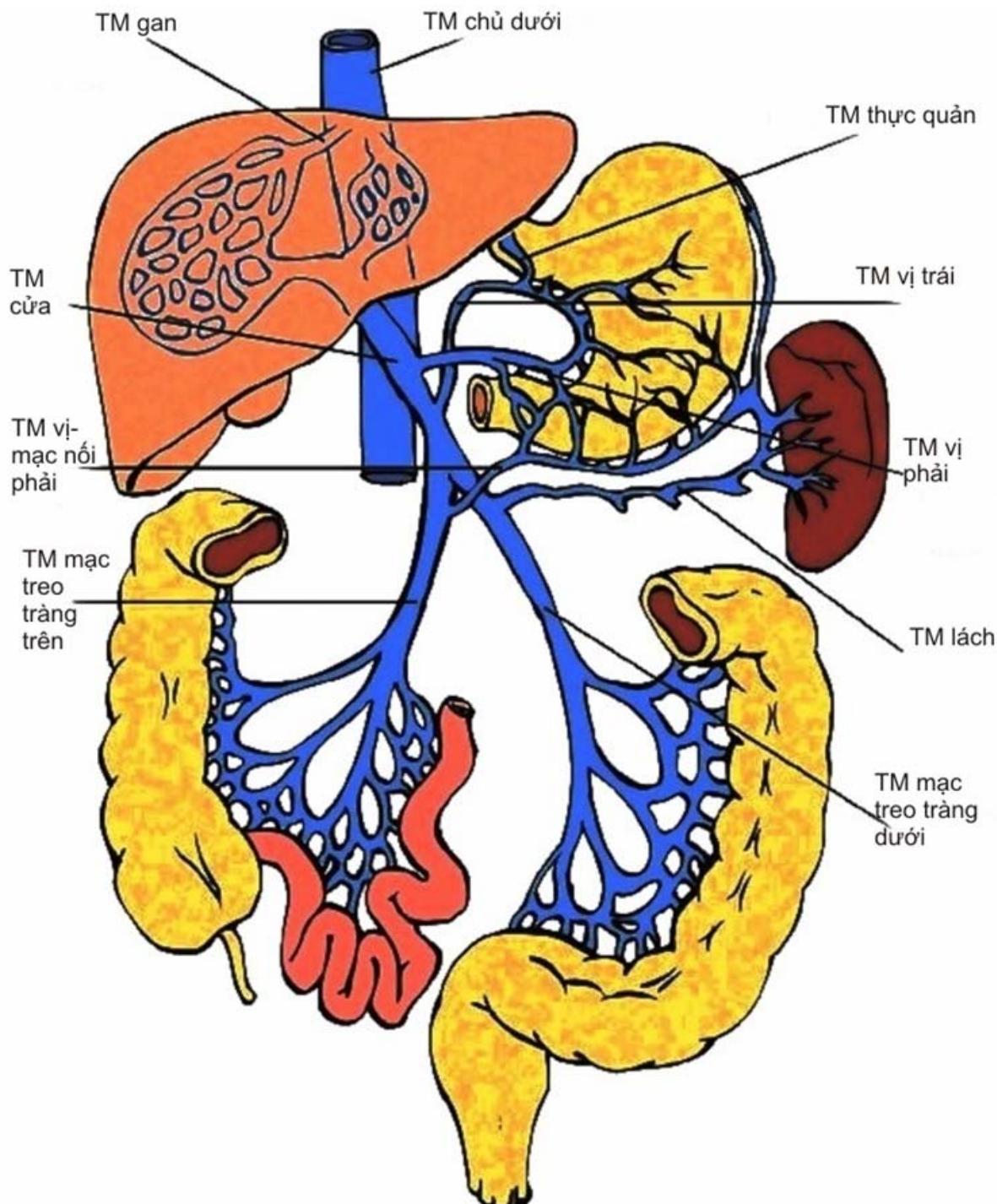
Điều trị nguyên nhân (sỏi gan) khi dẫn lưu hết mủ.

TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

1-Đại cương:

1.1-Giải phẫu sinh lý tĩnh mạch cửa:

Tĩnh mạch cửa dài khoảng 6-8 cm, bắt đầu từ nơi hội lưu của tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch lách ở phía sau cỏ tuy (hình 1).



Hình 1- Giải phẫu tĩnh mạch cửa

Trong cuống gan (dây chằng gan-vị), tĩnh mạch cửa là thành phần nằm sau cùng.

Tĩnh mạch mạc treo tràng dưới, mặc dù có nhiều thay đổi về giải phẫu, nhưng thường đổ vào tĩnh mạch lách nơi gân hoi lưu giữa tĩnh mạch lách và tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

Tĩnh mạch vị trái và vị phải (tĩnh mạch vành vị), dẫn lưu máu từ bờ cong nhỏ dạ dày, cũng đổ về tĩnh mạch cửa.

Gan là tạng duy nhất của cơ thể có sự pha trộn giữa máu động và tĩnh mạch. Lưu lượng máu đến gan trung bình 1 lít/phút (chiếm $\frac{1}{4}$ cung lượng tim). Máu tĩnh mạch cửa chiếm 2/3 lưu lượng máu đến gan, nhưng chỉ chiếm 1/3 lượng oxy cung cấp cho tế bào gan.

Lưu lượng máu tĩnh mạch cửa được kiểm soát gián tiếp bởi sự co hay giãn động mạch tạng. Sự co thắt hay giãn động mạch gan, ngược lại, chịu sự chi phối của thần kinh giao cảm và catecholamine lưu hành trong tuần hoàn. Động mạch gan có thể giãn để bù trừ với sự giảm lượng máu tĩnh mạch cửa do sốc, giảm thể tích tuần hoàn, co thắt động mạch thận tạng, hay thông nối cửa-chủ. Tuy nhiên, nếu lưu lượng máu tĩnh mạch cửa bị giảm kéo dài, sự thiếu hụt các chất cần thiết cho quá trình chuyển hóa và phát triển của tế bào gan (thí dụ insulin) sẽ dẫn đến suy gan, xơ gan.

1.2-Tăng áp tĩnh mạch cửa:

Áp lực tĩnh mạch cửa bình thường vào khoảng 3-6 mmHg. Áp lực tĩnh mạch cửa sẽ tăng thoáng qua khi ăn, vận động hay làm nghiệm pháp Valsava. Khi áp lực tăng trên 10 mmHg, bắt đầu xuất hiện thông nối cửa chủ thông qua các tĩnh mạch bàng hệ.

Sự hình thành và dẫn của các tĩnh mạch bàng hệ, kết quả của tăng áp lực trong hệ cửa, được cho là kết quả của sự tạo mạch máu. Quan trọng nhất là tĩnh mạch vành vị và tĩnh mạch vị ngắn, hai tĩnh mạch chịu trách nhiệm giải áp máu tĩnh mạch cửa sang tĩnh mạch đơn thông qua các tĩnh mạch bàng hệ ở lớp dưới niêm của dạ dày và thực quản. Sự tái thông thường tĩnh mạch rốn sẽ giải áp máu tĩnh mạch cửa sang tĩnh mạch thượng vị, tạo ra sự phình dẫn của các tĩnh mạch trên thành bụng mà chúng ta gọi là dấu hiệu “đầu súá”. Thông cửa-chủ còn có thể xảy ra thông qua các tĩnh mạch sau phúc mạc và hậu môn-trực tràng.

Sự phình dẫn các tĩnh mạch bàng hệ là hậu quả tất yếu của sự tăng áp tĩnh mạch cửa kéo dài tác động lên một thành mạch có kháng lực thấp. Khi áp lực tăng trên 12 mmHg, sự căng dẫn thành mạch mỏng manh của các tĩnh mạch bàng hệ đủ để gây vỡ các tĩnh mạch này.

Ba yếu tố quyết định nguy cơ vỡ các tĩnh mạch bàng hệ: áp lực trong lòng mạch, kích thước của chúng và độ dày của lớp niêm mạc phủ lên chúng.

Vị trí vỡ trong hầu hết các trường hợp là là các dẫn tĩnh mạch thực quản. Tuy nhiên sự vỡ các dẫn tĩnh mạch có thể xảy ra ở các vị trí khác (phình vị, hang vị, tá tràng, đại tràng, trực tràng).

Nguyên nhân gây tăng áp tĩnh mạch cửa có thể được phân loại tùy theo vị trí tương đối của tổn thương so với xoang tĩnh mạch trung tâm trong khoảng cửa của gan. Trên lâm sàng, cách phân loại thông dụng là phân loại theo vị trí tương đối so với gan. Theo cách này, tăng áp lực tĩnh mạch cửa có thể có nguyên nhân trước gan, tại gan hay sau gan. Nguyên nhân trước gan bao gồm huyết khối tĩnh mạch cửa, huyết khối tĩnh mạch lách, chèn ép tĩnh mạch cửa từ bên ngoài bởi khối u tân sinh của đường mật, tuy hay các dị căn. Các nguyên nhân sau gan chính của tăng áp tĩnh mạch cửa bao gồm suy tim phải, viêm màng ngoài tim co thắt, hội chứng Budd-Chiari.

Nguyên nhân phổ biến nhất của tăng áp tĩnh mạch cửa là xơ gan. Hai nguyên nhân chính dẫn đến xơ gan là nghiện rượu và viêm gan do virus (hepatitis B và C). Các nguyên nhân

khác của xơ gan, ít gặp hơn, có thể kể đến sau đây: viêm gan tự miễn, tổn thương gan do thuốc, xơ gan mật nguyên phát và thứ phát, bệnh xơ hoá đường mật nguyên phát, bệnh lăng đọng chất sắt (hemochromatosis) hay đồng (bệnh Wilson) trong mô gan, thiếu alpha 1-antitrypsin, tắc nghẽn tĩnh mạch trên gan...(bảng 1).

Có nhiều bệnh lý gây huyết khối tĩnh mạch cửa. Nguyên nhân của huyết khối tĩnh mạch cửa thường nhất là bệnh lý ác tính của gan, đường mật, tuy, dạ dày. Các nguyên nhân khác: chấn thương, viêm phúc mạc, viêm đường mật hướng lên, viêm túi thừa, viêm ruột thừa, viêm tuy cấp, estrogen, tình trạng mất nước nặng, rối loạn đông máu (tăng đông)...

Tĩnh mạch lách có thể bị huyết khối do u bướu, chấn thương, viêm tuy cấp... Huyết khối tĩnh mạch lách gây ra một thể tăng áp tĩnh mạch cửa đặc biệt gọi là tăng áp tĩnh mạch cửa phiá bên trái.

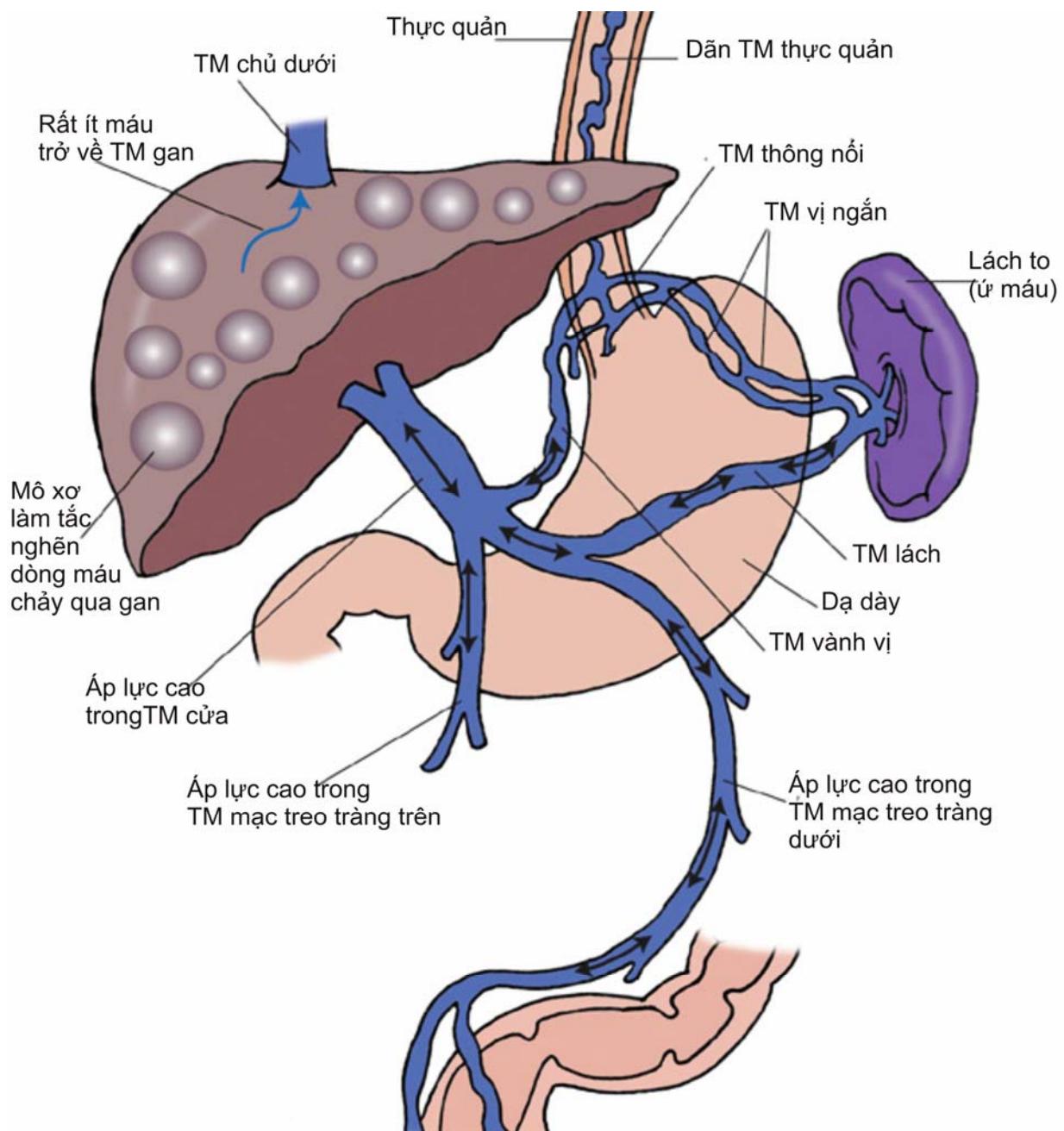
Hội chứng Budd-Chiari là nguyên nhân gây tăng áp tĩnh mạch cửa sau gan hiếm gặp. Bản chất của hội chứng Budd-Chiari là sự tắc nghẽn các tĩnh mạch gan. Sự tắc nghẽn tĩnh mạch gan có thể do huyết khối (thể cấp tính) hay do các bệnh lý viêm nhiễm tại chỗ hay toàn thân, u bướu...(thể mãn tính).

1-Nguyên nhân trước xoang:	3-Nguyên nhân sau xoang:
<i>a-Ngoài gan:</i>	<i>a-Trong gan:</i>
<i>Huyết khối tĩnh mạch cửa</i>	<i>Hội chứng Budd-Chiari</i>
<i>Huyết khối tĩnh mạch lách</i>	<i>Xơ gan mật thứ phát</i>
<i>Bất sản bẩm sinh hay hẹp tĩnh mạch cửa</i>	<i>Xơ gan do rượu (Laennec cirrhosis)</i>
<i>Chèn ép tĩnh mạch cửa từ bên ngoài (khối u)</i>	<i>Xơ gan sau viêm gan</i>
<i>b-Trong gan:</i>	<i>Chứng nhiễm sắc tố sắt (hemochromatosis)</i>
<i>Xơ hoá gan bẩm sinh</i>	<i>b-Ngoài gan:</i>
<i>Xơ gan mật nguyên phát</i>	<i>Hội chứng Budd-Chiari</i>
<i>Sán lá gan (schistosomiasis)</i>	<i>Tắc nghẽn tĩnh mạch chủ dưới</i>
<i>Bệnh sarcoid</i>	<i>Suy tim phải</i>
2-Nguyên nhân tại xoang:	<i>Viêm màng ngoài tim co thắt</i>
<i>Viêm gan nhiễm mỡ (steatohepatitis)</i>	<i>Hở van ba lá</i>
<i>Bệnh Wilson</i>	4-Tăng lưu lượng tĩnh mạch cửa:
	<i>Dò động mạch- tĩnh mạch cửa</i>
	<i>Dò động mạch- tĩnh mạch vùng quanh tuy</i>
	<i>Lách không lồ</i>

Bảng 1- Nguyên nhân của tăng áp tĩnh mạch cửa (phân loại theo vị trí tương đối so với xoang tĩnh mạch trung tâm)

Hậu quả và biến chứng của xơ gan tăng áp tĩnh mạch cửa (hình 2,3):

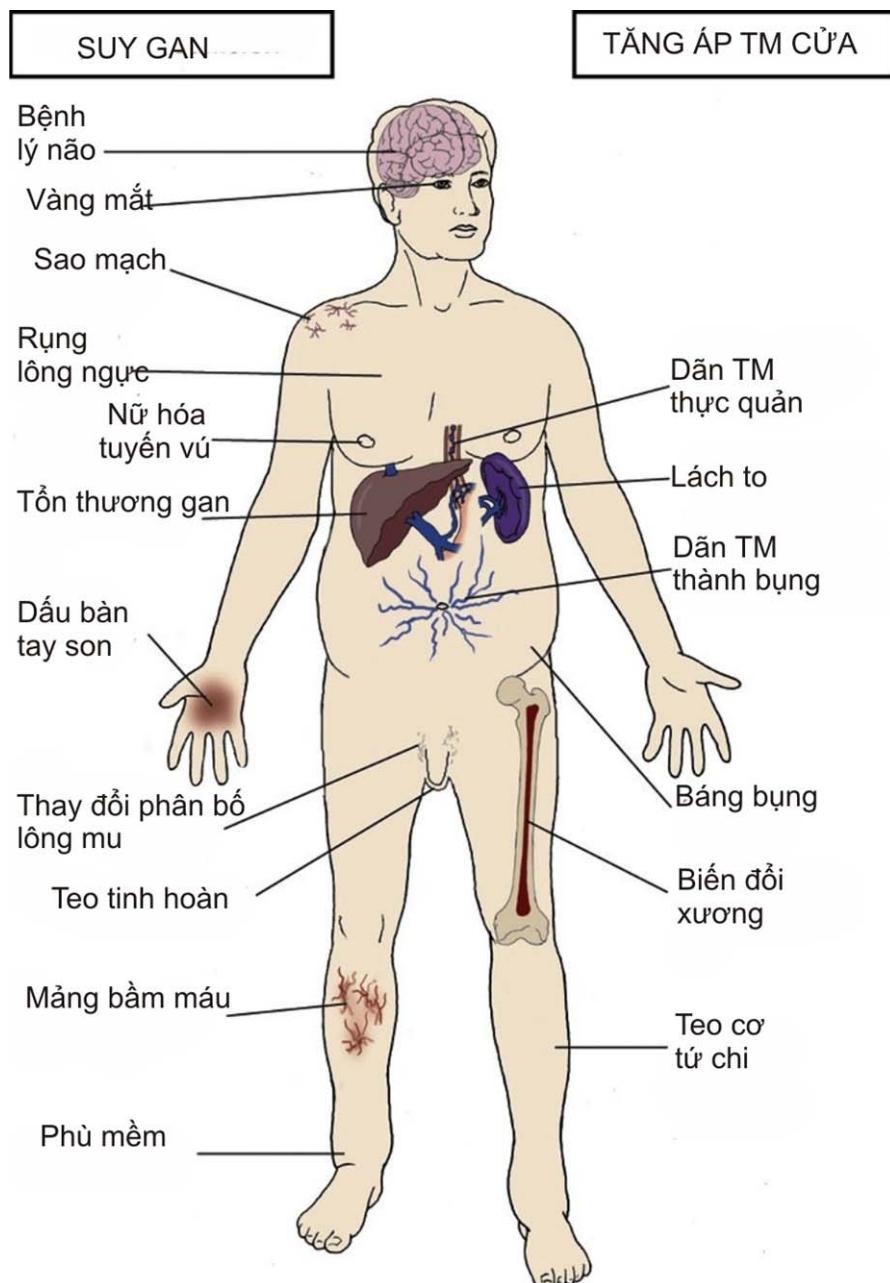
- Tình trạng tăng áp tĩnh mạch cửa dẫn đến dãn và vỡ các tĩnh mạch bàng hệ (trong hầu hết các trường hợp là vỡ dãn tĩnh mạch thực quản). 50% BN bị xơ gan có dãn tĩnh mạch thực quản, và cứ mỗi năm, có 5-15% BN có dãn tĩnh mạch thực quản mới. Dãn tĩnh mạch thực quản sẽ hình thành ở tất cả các BN xơ gan, nhưng chúng chỉ vỡ ở 1/3 số BN này. Vỡ dãn tĩnh mạch thực quản là một biến chứng nặng. Tỉ lệ tử vong của BN bị vỡ dãn tĩnh mạch thực quản, nếu không có xơ gan, là 5-10%. Nếu có xơ gan, tỉ lệ này lên đến 40-70%, tùy thuộc vào mức độ suy gan (5% nếu suy độ A, 25% nếu suy độ B, trên 50% nếu suy độ C). Ở BN bị vỡ dãn tĩnh mạch thực quản, 40% tự ngưng chảy máu, nhưng 30% sẽ chảy máu trở lại trong vòng 6 tuần và 70% trong vòng 1 năm. Nếu tĩnh mạch thực quản dãn không vỡ tái phát sau 6 tuần, tiên lượng tử vong của BN tương đương người chưa hề bị vỡ tĩnh mạch thực quản trước đó.



Hình 2- Sinh lý bệnh của tăng áp tĩnh mạch cửa

- Thiếu máu (do xuất huyết tiêu hoá, do cường lách phổi hợp, do tuỷ xương bị úc ché...).
- Rối loạn đông máu (do thiếu các yếu tố đông máu bình thường được tổng hợp ở gan).
- Tình trạng cường aldosterol (biểu hiện bằng giảm natri và kali huyết tương và nhiễm kiềm chuyển hoá).
- Bóng bụng ở BN bị xơ gan được cho là hậu quả của sự kết hợp giữa bất thường chức năng thận (ú natri) và tăng áp lực tĩnh mạch cửa. 50% BN bị xơ gan sẽ có bóng bụng trong vòng 10 năm sau đó. 50% BN xơ gan có bóng bụng sẽ tử vong trong vòng hai năm.
- Viêm phúc mạc nguyên phát: là tình trạng nhiễm trùng dịch bàng không tìm được nguồn gây bệnh. Ở người lớn, hầu hết BN bị viêm phúc mạc nguyên phát

có xơ gan tăng áp tĩnh mạch cửa, trong đó giai đoạn C chiếm 70%. Ở trẻ em, hội chứng thận hư và bệnh lupus ban đỏ hệ thống là hai yếu tố nguy cơ của viêm phúc mạc nguyên phát. Viêm phúc mạc nguyên phát cũng có thể xảy ra ở những BN bàng bụng, thí dụ như suy tim phải hay hội chứng Budd-Chiari.



Hình 3-Những biểu hiện chính của xơ gan tăng áp tĩnh mạch cửa

- Hội chứng gan thận: sự suy giảm chức năng thận cấp tính (thiểu niệu cấp) xảy ra ở BN có bệnh lý gan mãn tính có bàng bụng và tăng áp tĩnh mạch cửa, hậu quả của sự co thắt động mạch thận. Nguyên nhân của sự co thắt động mạch thận chưa được biết rõ. Người ta nhận thấy có sự tăng hoạt của hệ thống renin-angiotensin-aldosterone và hệ thần kinh giao cảm ở BN có hội chứng gan thận.

Đây là biến chứng có tiên lượng kém và các biện pháp điều trị thường không có kết quả. Yếu tố thuận lợi để hội chứng gan thận xuất hiện bao gồm: mất cân bằng điện giải (nôn ói, tiêu chảy, dùng thuốc lợi tiểu), xuất huyết tiêu hoá (vỡ dân tĩnh mạch thực quản hay loét dạ dày-tá tràng) và nhiễm trùng (đặc biệt là viêm phúc mạc nguyên phát).

- Bệnh lý não: biểu hiện bằng tình trạng thay đổi nhân cách, suy giảm nhận thức và tư duy, và suy giảm trí giác. Nguyên nhân được cho là do amoniac và GABA (gamma-aminobutyric acid), được sản xuất từ ruột, không được chuyển hoá hay bất hoạt tại gan. Yếu tố thuận lợi để bệnh lý não xuất hiện bao gồm mất cân bằng nước và điện giải, xuất huyết tiêu hoá, nhiễm trùng, tình trạng táo bón và các loại thuốc ức chế hệ thần kinh trung ương (thuốc an thần, thuốc giảm đau nhóm gây nghiện...)

Hầu hết tăng áp lực tĩnh mạch cửa là do gan bị xơ. Ở Bắc Mỹ, phần lớn xơ gan là do rượu. Nếu do virus, tỉ lệ BN bị nhiễm virus gây viêm gan C cao hơn virus gây viêm gan B.

Trên thế giới, tỉ lệ xơ gan do virus (phần lớn là virus viêm gan B) cao hơn so với các nước Châu Âu và Bắc Mỹ.

Về giới tính, nếu xơ gan do rượu, tỉ lệ nam: nữ mắc bệnh là 2:1. Nếu xơ gan mật nguyên phát, 90% BN là nữ.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

BN bị xơ gan có thể không có triệu chứng gì trong thời gian nhiều năm. Một số BN có cảm giác mệt mỏi, chán ăn, gầy sút, sụt cân... Nếu BN bị xơ gan mật, triệu chứng vàng da tắc mật là triệu chứng chủ yếu.

Khi thăm khám lâm sàng, phần lớn BN có dấu hiệu suy dinh dưỡng. Nguyên nhân của suy dinh dưỡng là do kém ăn uống, kém hấp thu mỡ và các vitamin tan trong mỡ (do giảm bài tiết mật hay do suy tuy phổi hợp, nếu BN nghiện rượu). Gan to và chắc có thể sờ được dưới bờ sườn, nhưng gan cũng có thể bị teo và rất khó để có thể sờ thấy. Các dấu hiệu khác, nếu có, cũng không có tính chất đặc hiệu cho xơ gan (bảng 2, hình 3).

BN có tăng áp tĩnh mạch cửa có thể cũng không có triệu chứng cho đến khi xuất hiện biến chứng. Các triệu chứng có thể gặp trong tăng áp tĩnh mạch cửa bao gồm: bụng căng tức (bóng bụng), lách to, dân tĩnh mạch trên thành bụng...

Phần lớn BN bị xơ gan tăng áp tĩnh mạch cửa nhập viện vì các biến chứng. Tuỳ vào biến chứng xảy ra, bệnh cảnh lâm sàng khi nhập viện có thể là:

- Xuất huyết tiêu hoá (vỡ dân tĩnh mạch thực quản)
- Đau bụng cấp (viêm phúc mạc nguyên phát)
- Tri giác giảm sút (bệnh lý não)
- Tiêu ít (hội chứng gan thận)

Bệnh sứ	Lâm sàng
Vàng da (xơ gan mật)	Thiếu máu
Nghiện rượu (xơ gan do rượu)	Phì chán
Truyền máu (xơ gan do virus)	Sao mạch
Gia đình có người mắc bệnh gan (bệnh gan di truyền: bệnh Wilson, hemochromatosis)	Đỏ lòng bàn tay Gan to, chắc

	<i>Bóng bụng</i> <i>Lách to</i> <i>Dần tĩnh mạch thành bụng</i> <i>Dần tĩnh mạch trực tràng</i> <i>Teo tĩnh hoàn</i> <i>Teo cơ</i> <i>Nữ hoá tuyến vú</i> <i>Co rút Dupuytren(*)</i>
(*)	: tình trạng co rút bàn tay làm cho bàn tay bị biến dạng ở tư thế cầm nắm. Nguyên nhân là do sự hình thành mô sẹo xơ ở lớp mạc bao quanh các gân gấp bàn tay, làm cho lớp mạc này dày lên và co lại. Hiện tượng co rút Dupuytren có thể gặp ở người tiêu đường, bị động kinh hay nghiện rượu. Co rút Dupuytren thường xảy ra ở bàn tay (đặc biệt là ngón thứ tư). Co rút Dupuytren cũng có thể xảy ra ở bàn chân, hoặc trong trường hợp hiếm gặp, ở dương vật (bệnh Peyronie).

*Bảng 2- Chẩn đoán xơ gan tăng áp tĩnh mạch cửa trên lâm sàng***2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:****2.2.1-Các xét nghiệm sinh hoá và huyết học:**

Các xét nghiệm sau đây có thể cho kết quả bất thường, tuy nhiên chúng không đặc hiệu cho xơ gan:

- Nồng độ albumin huyết tương giảm và thời gian prothrombin kéo dài, phản ánh sự suy té bào gan.
- Nồng độ globulin tăng
- AST, ALT tăng nhẹ (thường không vượt quá 300 UI/L). Trong xơ gan do rượu, tỉ lệ AST:ALT điển hình bằng 2:1.
- Bilirubin, phosphatase kiềm bình thường hay tăng, phản ánh tình trạng tắc mật có hiện diện hay không.
- Thiếu máu: thường đắng bào, nhưng cũng có thể nhược sắc hồng cầu nhỏ (chảy máu đường tiêu hoá mãn), đại bào (thiếu acid folic ở người nghiện rượu) hay tán huyết (cường lách).
- Tình trạng cường lách cũng có thể gây giảm bạch cầu và giảm tiểu cầu.

2.2.2-Siêu âm:

Siêu âm là phương tiện chẩn đoán xơ gan rẻ tiền, an toàn và có hiệu quả. Siêu âm có thể được sử dụng để tầm soát xơ gan.

Dấu hiệu của xơ gan trên siêu âm:

- Gan to, bề mặt gan gồ ghề
- Chu mô gan có phản âm thô, cấu trúc chủ mô gan bị biến dạng
- Lách to
- Các tĩnh mạch bàng hệ

Siêu âm Doppler được chỉ định để đánh giá dòng chảy tĩnh mạch cửa. Dấu hiệu điển hình của xơ gan tăng áp tĩnh mạch cửa trên siêu âm Doppler là sóng dòng chảy tĩnh mạch cửa bị “ép dẹp”.

2.2.3-CT và MRI:

CT và MRI được chỉ định khi siêu âm chưa cho kết luận rõ ràng. Hình ảnh giải phẫu của hệ mạch máu cửa cũng như các tĩnh mạch thông nối sẽ thể hiện rõ ràng hơn với CT và MRI angiography.

2.2.4- Nội soi thực quản-dạ dày:

Nội soi thực quản-dạ dày là chỉ định đầu tiên khi nghi ngờ có tăng áp tĩnh mạch cửa. Trên BN bị xơ gan, dấu hiệu dãn tĩnh mạch thực quản khẳng định chẩn đoán tăng áp tĩnh mạch cửa.

Ở BN xơ gan tăng áp tĩnh mạch cửa, nội soi còn có vai trò phát hiện các dãn tĩnh mạch khác ngoài thực quản (bảng 3).

Dãn tĩnh mạch thực quản đơn thuần:

Độ I: các búi dãn tĩnh mạch nhỏ và thẳng trực.

Độ II: các búi dãn tĩnh mạch lớn, ngoằn nghèo, nhưng không chiếm quá 1/3 lòng thực quản.

Độ III: các búi dãn tĩnh mạch lớn, ngoằn nghèo và chiếm hơn 1/3 lòng thực quản.

Dãn tĩnh mạch dạ dày phối hợp với dãn tĩnh mạch thực quản:

Dọc theo bờ cong nhỏ (dài 2-5 cm).

Dọc theo bờ cong lớn hướng về phình vị.

Dãn tĩnh mạch dạ dày đơn thuần:

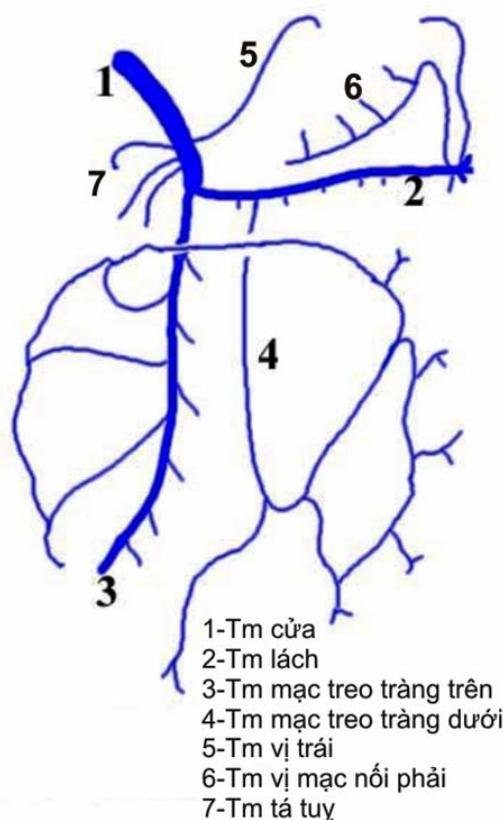
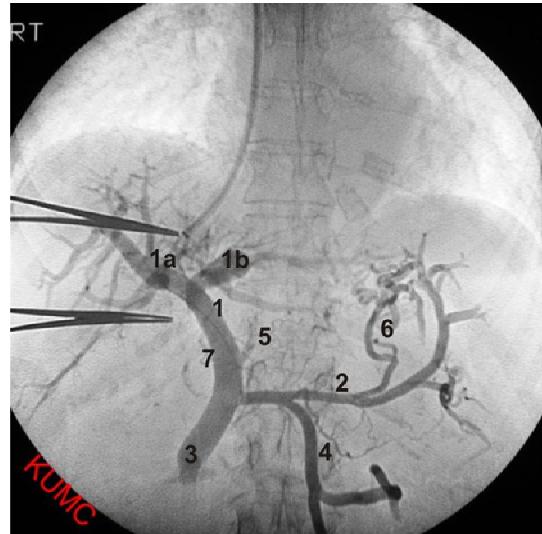
Ở phình vị.

Ở các nơi khác.

Bảng 3- Phân loại vị trí dãn tĩnh mạch ở BN tăng áp tĩnh mạch cửa

2.2.5-X-quang động mạch:

X-quang động mạch thân tạng (thì tĩnh mạch) được chỉ định để đánh giá cấu trúc giải phẫu của hệ tĩnh mạch cửa trước khi tiến hành phẫu thuật tạo shunt cửa-chủ (hình 4).



Hình 4- Giải phẫu X-quang của tĩnh mạch cửa

2.2.6-Các xét nghiệm khác:

2.2.6.1-Các đánh giá huyết động:

Đo áp lực tĩnh mạch cửa trực tiếp: dễ gây biến chứng, đặc biệt là biến chứng chảy máu.

Đo áp lực tĩnh mạch trên gan bít là phương tiện đánh giá áp lực tĩnh mạch cửa gián tiếp, được chỉ định thay thế cho phương pháp đo áp lực tĩnh mạch cửa trực tiếp

$$P_{TM \text{ cửa}} = P_{TM \text{ trên gan không bít}} - P_{TM \text{ trên gan bít}}$$

2.2.6.2-Xạ hình gan:

Kết từ khi có siêu âm và CT, xạ hình gan không còn được chỉ định để chẩn đoán xơ gan. Tăng áp tĩnh mạch cửa thể hiện bằng dấu hiệu lách và tuỷ xương tăng bắt phỏng xạ. Tuy nhiên, các dấu hiệu này không đặc hiệu và có độ tin cậy thấp.

2.3.6.3-Sinh thiết gan:

Được chỉ định khi siêu âm và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cũng như xét nghiệm không cho kết luận rõ ràng, hoặc khi xơ gan được nghĩ là do các nguyên nhân hiếm gặp (bệnh Wilson, bệnh nhiễm sắc tố sắt...).

2.3-Thái độ chẩn đoán:

Chẩn đoán xơ gan dựa vào bệnh sử, thăm khám lâm sàng, siêu âm và các xét nghiệm sinh hoá và huyết học.

Có nhiều phương pháp đánh giá chức năng gan ở BN bị xơ gan, nhưng đánh giá của Child-Pugh là được áp dụng phổ biến hơn cả (bảng 4).

	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Bilirubin (mg/dL, nếu tính bằng đơn vị mmol: x17,1)	1-2	2,1-3	$\geq 3,1$
Albumin (g/dL)	> 3,5	2,8-3,5	$\leq 2,7$
Thời gian prothrombin (PT) hay chỉ số INR	1-4	4,1-6	$\geq 6,1$
Bóng bụng	Không	Nhẹ	Trung bình
Rối loạn thần kinh	Không	Nhẹ	Nặng

Bảng 4-Đánh giá chức năng gan theo Child-Pugh

Chức năng gan suy nhẹ (độ A): < 6 điểm, suy trung bình (độ B): 6-9 điểm, suy nặng (độ C): > 9 điểm

Trên tất cả các BN đã được chẩn đoán xơ gan, nội soi ống tiêu hoá trên là chỉ định tiếp theo. Nếu nội soi thấy các búi dãn tĩnh mạch thực quản, chẩn đoán tăng áp tĩnh mạch cửa được khẳng định. Tuy nhiên, nếu không thấy các búi dãn tĩnh mạch thực quản, chẩn đoán tăng áp tĩnh mạch cửa vẫn chưa thể được loại trừ.

Trong một số trường hợp xơ gan tăng áp tĩnh mạch cửa, sẽ có sự phối hợp giữa dãn tĩnh mạch thực quản và dãn tĩnh mạch phình vị. Dãn tĩnh mạch phình vị đơn thuần thường là biểu hiện của tăng áp lực phía trái tĩnh mạch cửa.

Nếu nội soi không thấy dãn tĩnh mạch thực quản, cần nội soi định kỳ mỗi 2-3 năm để phát hiện sự hình thành các búi dãn tĩnh mạch.

Nếu nội soi thấy các búi dãn tĩnh mạch nhỏ ở thực quản, cần nội soi mỗi 1-2 năm để theo dõi sự phát triển của chúng.

Việc đánh giá cơ vỡ dãn tĩnh mạch thực quản là điều cần thiết trước các BN có tăng áp tĩnh mạch cửa. Các yếu tố nguy cơ của vỡ dãn tĩnh mạch thực quản bao gồm:

- Áp lực tĩnh mạch cửa trên 12 mmHg
- Nội soi: thấy các “dấu hiệu màu đỏ”, các búi dãn tĩnh mạch lớn ở thực quản hay búi dãn tĩnh mạch riêng lẻ ở dạ dày
- Xơ gan giai đoạn suy gan nặng
- Bụng báng căng và đau.

Chẩn đoán vỡ dãn tĩnh mạch thực quản dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- BN với bệnh sử và biểu hiện lâm sàng của xơ gan tăng áp tĩnh mạch cửa
- Xuất huyết tiêu hoá trên, điển hình là nôn máu lượng nhiều, máu đỏ tươi
- Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng: là chỉ định bắt buộc, để xác định nguồn gốc chảy máu.

Cần đánh giá số lượng máu mất để bù hoàn thích hợp. Việc đánh giá số lượng máu mất dựa vào các yếu tố sau đây: mạch và huyết áp, dấu hiệu toàn thân và tri giác, hematocrite và lưu lượng nước tiểu.

Trước một BN nhập viện vì các triệu chứng hay biến chứng của xơ gan tăng áp tĩnh mạch cửa, các xét nghiệm sau đây cần được thực hiện:

- Công thức máu toàn bộ
- Xét nghiệm chức năng gan
- Xét nghiệm chức năng thận
- Ion đờ
- Thời gian prothrombin
- Albumin
- Huyết thanh chẩn đoán virus viêm gan
- Kháng thể kháng nhân, kháng ty thể, kháng cơ trơn
- Sắt huyết thanh
- Ceruloplasmin huyết tương, định lượng đồng trong nước tiểu 24 giờ (đối với những BN có độ tuổi 3-40, có bệnh gan, thần kinh và tâm thần không rõ nguyên nhân).

3-Điều trị:

3.1-Điều trị xuất huyết tiêu hoá do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản:

3.1.1-Xử trí khi BN nhập viện:

Công việc hồi sức ban đầu bao gồm:

- Truyền máu và các dung dịch thay thế máu, đảm bảo Hct $\geq 25\%$. Truyền huyết tương tươi đông lạnh để phục hồi trữ lượng bình thường của các yếu tố đông máu.
- Không nâng HA trở về giá trị bình thường vì sẽ làm tăng nguy cơ và mức độ chảy máu. Ở BN có HA bình thường trước khi bị xuất huyết tiêu hoá, hồi sức sao cho HAmax ≥ 100 mmHg là vừa.

- Ngăn ngừa các biến chứng nhiễm trùng với kháng sinh: việc sử dụng kháng sinh sớm ở BN vỡ dãn tĩnh mạch thực quản có thể làm giảm tỉ lệ tử vong.

Chẩn đoán nguồn gốc chảy máu bằng nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng, để xác định vị trí chảy máu có thể có ở BN xơ gan tăng áp tĩnh mạch cửa (vỡ dãn tĩnh mạch thực quản, vỡ dãn tĩnh mạch phình vị, viêm dạ dày xuất huyết, loét dạ dày-tá tràng xuất huyết). Cần tiến hành nội soi sớm (trong vòng 12 giờ). Cần nhắc đến việc đặt thông khí quản để bảo vệ đường hô hấp trước khi tiến hành nội soi cho những BN đã có sự sút giảm tri giác, đặc biệt những trường hợp dự trù can thiệp qua nội soi.

3.1.2-Các phương pháp cầm máu:

3.1.2.1-Cầm máu bằng thuốc co mạch tạng:

Các loại thuốc sau đây có thể được chỉ định với mục đích cầm máu trong vỡ dãn tĩnh mạch thực quản:

- Somatostatin: là một hormone nội sinh, có tác dụng co động mạch tạng, làm giảm lưu lượng máu tĩnh mạch cửa.
- Octreotide: là đồng phân tổng hợp của somatostatin.
- Vasopressin:
 - Là chất co mạch mạnh (mạch máu tạng và mạch máu toàn thân), có thể dẫn đến thiếu máu ruột hay tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim.
 - Được chỉ định phối hợp với nitroglycerin để làm giảm nguy cơ xảy ra biến chứng tim mạch.
- Terlipressin: đồng phân tổng hợp của vasopressin, có tác dụng sinh học dài hơn và tác dụng phụ ít hơn.

3.1.2.2-Cầm máu qua nội soi:

3.1.2.2.1-Cầm máu bằng chích xơ:

Các loại thuốc được sử dụng để chích xơ cầm máu vỡ dãn tĩnh mạch thực quản:

- Sodium morrhuate 5%
- Sodium tetradecyl sulfate 1-3%
- Ethanolamine oleate 5%
- Polidocanol

Liều cho mỗi lần chích: 1-2 mL. Liều tổng cộng 10-15 mL.

Hiệu quả cầm máu 80%. Hiệu quả đạt cao nhất khi cầm máu vỡ dãn tĩnh mạch thực quản. Đối với BN bị vỡ dãn tĩnh mạch phình vị, hiệu quả cầm máu của chích xơ không cao.

Sự kết hợp giữa cầm máu qua nội soi và thuốc co mạch tạng cho hiệu quả cầm máu trong 90% các trường hợp.

Các biến chứng và di chứng có thể xảy ra:

- Thủng thực quản
- Loét thực quản
- Hẹp thực quản

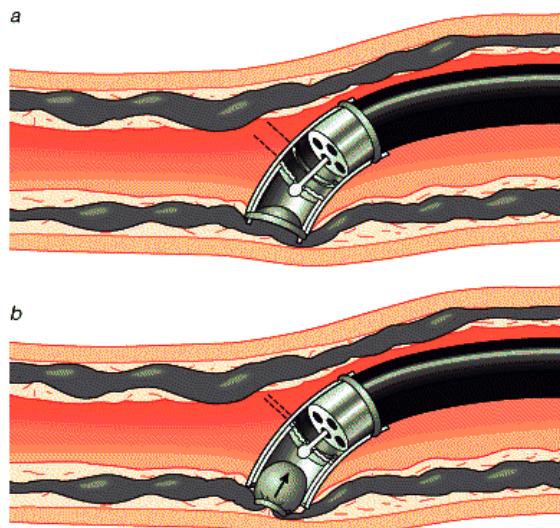
3.1.2.2-Cầm máu bằng thắt các búi tĩnh mạch thực quản:

Ngày nay, đây là phương pháp cầm máu được cân nhắc đến trước tiên.

Cầm máu bằng thắt các búi tĩnh mạch thực quản cho hiệu quả cầm máu tương đương chích xơ nhưng ít biến chứng hơn (không gây thủng hay hẹp thực quản).

Kỹ thuật: các búi dãn tĩnh mạch được “hút” vào một ống hình trụ gắn kèm theo ống nội soi. Một vòng thắt bằng cao su sau đó được bật ra và thắt quanh búi dãn tĩnh mạch (hình 5). Sau khi bị thắt, các búi dãn tĩnh mạch trải qua quá trình hoại tử, huyết khối và cuối cùng xơ hoá. Trong quá trình này, hiện tượng loét bề mặt có thể xảy ra, dẫn đến biến chảy máu, thường ở mức độ trung bình.

Cũng tương tự như trường hợp chích xơ, hiệu quả cầm máu của thắt các búi dãn tĩnh mạch phình vị không cao.



Hình 5- Thắt các búi dãn tĩnh mạch qua nội soi

3.1.2.3-Cầm máu bằng tạo shunt cửa-chủ trong gan qua ngả tĩnh mạch cảnh (TIPS-transjugular intrahepatic portosystemic shunt):

Nguyên tắc của TIPS là tạo ra sự thông nối giữa tĩnh mạch gan và tĩnh mạch cửa bằng một nòng làm bằng lưới kim loại, qua đó giải áp tĩnh mạch cửa (hình 6).

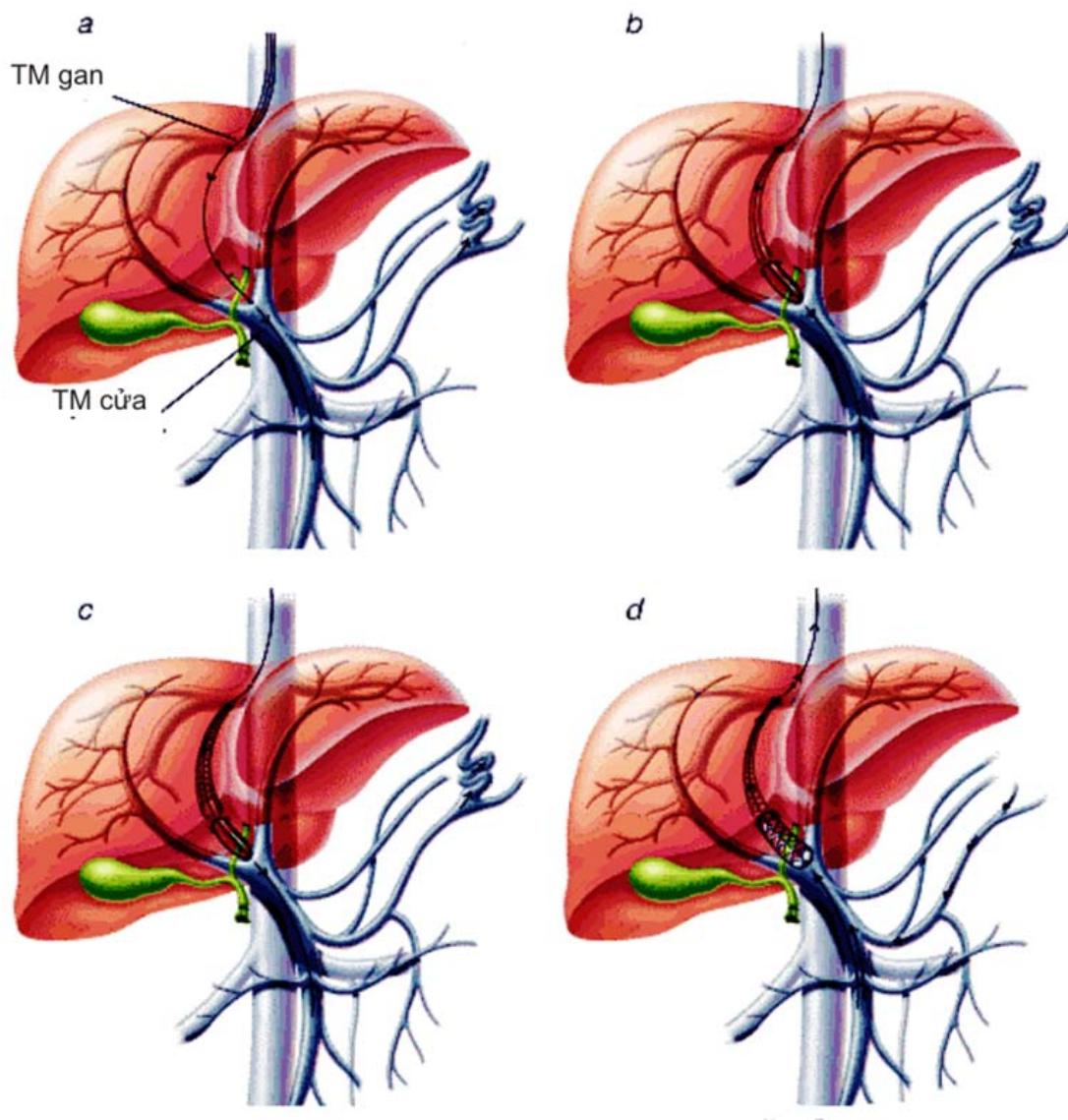
TIPS cho hiệu quả cầm máu 90% và tỉ lệ tử vong 10%. Đối với BN nặng, TIPS không làm tăng tỉ lệ tử vong.

Về mặt kỹ thuật, TIPS bao gồm các bước chính sau:

- Tê tại chỗ
- Mở tĩnh mạch cảnh trong
- Dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay màn huỳnh quang:
 - Luồn thông đến tĩnh mạch trên gan (thường tĩnh mạch trên gan phải)
 - Đâm kim từ tĩnh mạch trên gan vào tĩnh mạch cửa trong nhu mô gan
 - Luồn dây dẫn. Rút kim
 - Nong rộng đường hầm quanh dây dẫn
 - Đặt nòng kim loại (loại có thể bung ra được).

Chỉ định của TIPS:

- Vỡ dãn tĩnh mạch thực quản hay phình vị, cầm máu bằng thuốc hay qua nội soi thất bại
- Chảy máu tái phát, cầm máu bằng thuốc hay qua nội soi thất bại
- Bụng báng nhiều, không đáp ứng với điều trị nội khoa
- Hội chứng Budd-Chiari
- Hội chứng gan thận
- Vỡ các dãn tĩnh mạch lạc chỗ
- BN có kèm theo tràn dịch màng phổi
- Bệnh lý ruột do mất protein do tăng áp tĩnh mạch cửa



Hình 6- Tạo shunt cửa-chủ trong gan qua ngả tĩnh mạch cảnh

Các nguyên nhân của sự thất bại của TIPS (BN vẫn tiếp tục bị tăng áp tĩnh mạch cửa) bao gồm:

- Liên quan đến nòng kim loại: nòng bị hẹp, bị co rút, bị huyết khối hay bị lệch chỗ...

- Suy tim phải, do dò động-tĩnh mạch
- Lách to cực đại

Biến chứng của TIPS:

- Suy gan, bệnh lý não (30%)
- Loạn nhịp tim
- Chảy máu, đặc biệt là chảy máu đường mật
- Tụ máu trong gan
- Tổn thương tĩnh mạch cửa ngoài gan
- Dò động mạch gan-tĩnh mạch cửa
- Dò tĩnh mạch cửa-đường mật

3.1.2.4-Cầm máu bằng phẫu thuật:

Có ba phương pháp điều trị tăng áp tĩnh mạch cửa bằng phẫu thuật: phẫu thuật tạo shunt, phẫu thuật triệt mạch và ghép gan, trong đó phẫu thuật triệt mạch và tạo shunt được chỉ định trong trường hợp cấp cứu với mục đích cầm máu.

3.1.2.4.1-Phẫu thuật tạo shunt giảm áp:

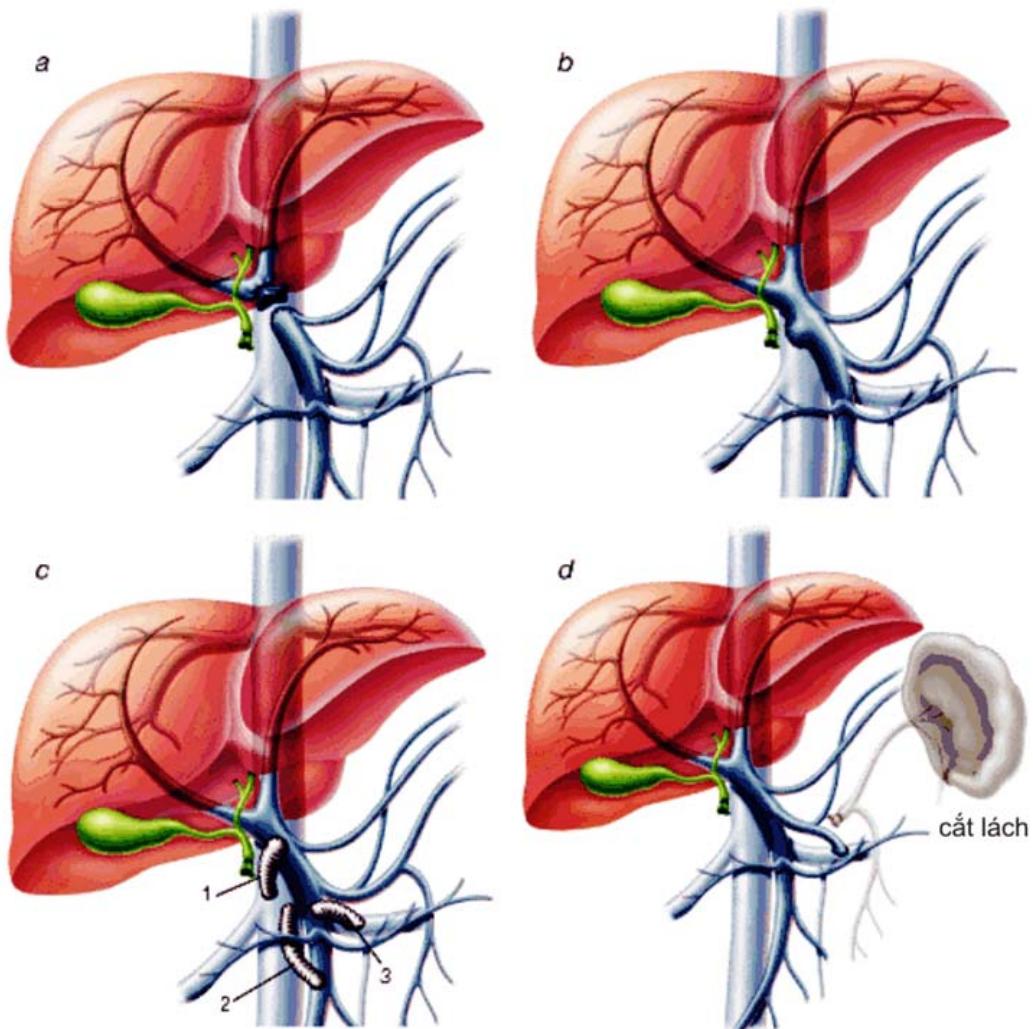
Mục đích của shunt giảm áp là tạo sự thông nối giữa hệ cửa và hệ chủ bằng phẫu thuật.

Có ba loại shunt cửa-chủ được thực hiện bằng phẫu thuật: shunt toàn phần (không chọn lọc), shunt bán phần và shunt chọn lọc.

Shunt cửa-chủ toàn phần (hình 7):

- Shunt cửa-chủ toàn phần tạo ra sự thông nối với miệng nối đủ rộng (hơn 10 mm).
- Có hai loại shunt cửa-chủ toàn phần: shunt tận-bên (đường dò Eck) và bên-bên. Trong phẫu thuật tạo shunt cửa-chủ tận-bên, tĩnh mạch cửa, đoạn gần gan, được cắt ngang. Đầu gan của tĩnh mạch cửa được khâu đóng, còn đầu tận được khâu nối với tĩnh mạch chủ dưới. Shunt cửa-chủ tận-bên giải áp tốt áp lực tĩnh mạch cửa ngoài gan nhưng vẫn duy trì áp lực cao trong xoang tĩnh mạch trung tâm, do đó sau phẫu thuật tình trạng báng bụng ít giảm. Shunt cửa-chủ bên-bên chuyển lưu toàn bộ máu từ tĩnh mạch cửa vào tĩnh mạch chủ, do đó có tác dụng cầm máu và giảm báng bụng xuất sắc nhưng BN có nguy cơ bị suy gan cao hơn so với shunt cửa-chủ tận-bên.
- Nguy cơ đáng ngại nhất của shunt toàn phần là bệnh lý não. Sau phẫu thuật tạo shunt toàn phần, 40-50% BN sẽ có biểu hiện bệnh lý não.
- Ngày nay, các loại shunt cửa-chủ toàn phần ít khi được chỉ định, đặc biệt là shunt cửa-chủ bên-bên. Shunt cửa-chủ bên-bên đôi khi được chỉ định trong trường hợp vỡ dân tĩnh mạch thực quản chảy máu ở ạt và BN có báng bụng lượng nhiều, hay hội chứng Budd-Chiari cấp tính trên BN không có suy chức năng gan. Nếu BN chuẩn bị được ghép gan, giữa hai loại shunt toàn phần, shunt cửa-chủ bên-bên được lựa chọn vì kỹ thuật thực hiện loại shunt này không cần phẫu tích rốn gan.

Shunt cửa-chủ bán phần (hình 7):



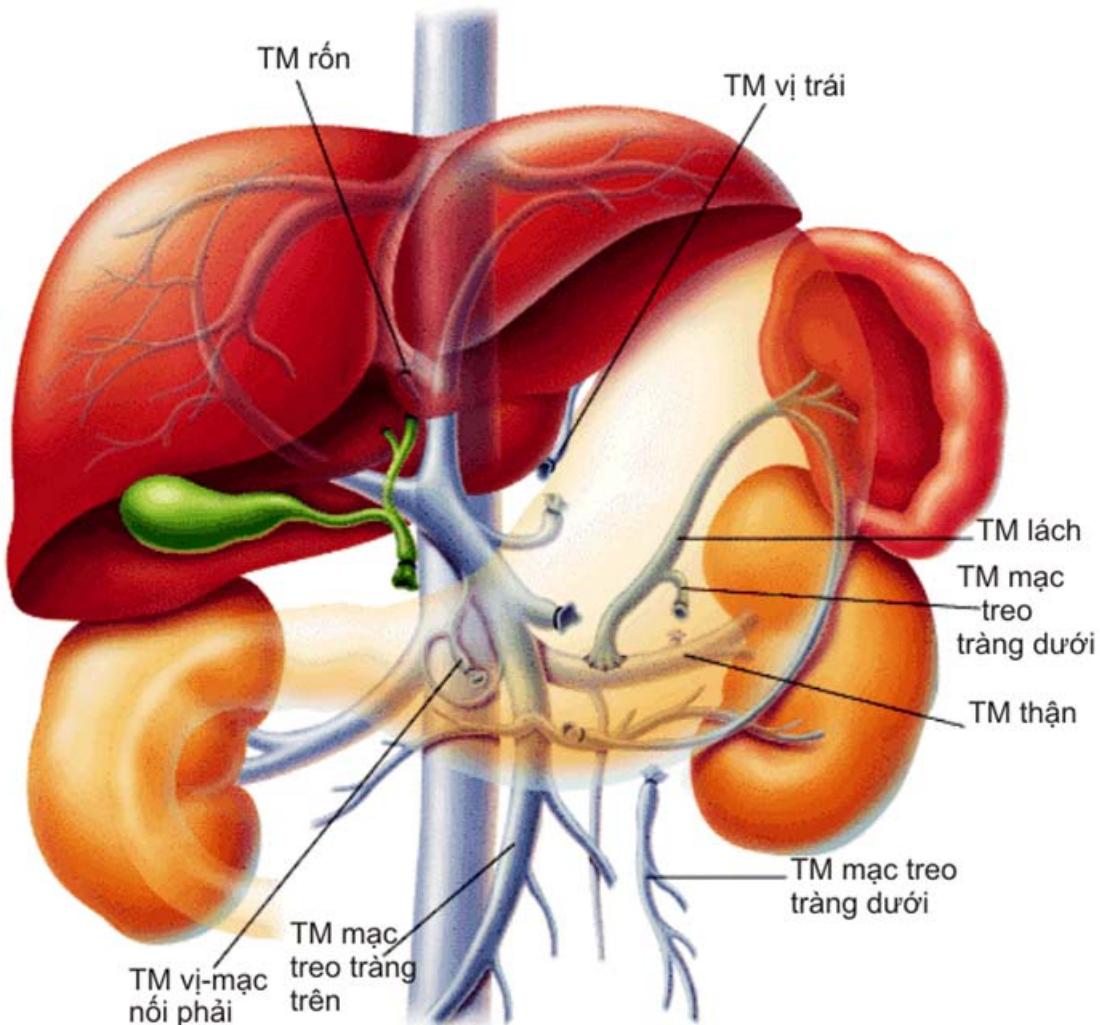
Hình 7- Các loại shunt giảm áp trong điều trị tăng áp tĩnh mạch cửa bằng phẫu thuật: a-Shunt cửa-chủ tận-bên (shunt toàn phần), b-Shunt cửa-chủ bên-bên (shunt toàn phần), c-Shunt dùng ống ghép (shunt bán phần): 1-Shunt cửa-chủ, 2-Shunt mạc treo-chủ, 3-Shunt mạc treo-thận, d-Shunt lách (đầu gân)-thận (shunt bán phần).

- Dòng chảy tĩnh mạch cửa vẫn còn trong 80% BN, do đó nguy cơ suy gan và bệnh lý não thấp hơn shunt cửa-chủ toàn phần.
- Các loại shunt bán phần:
 - Dùng ống ghép (tự thân hay nhân tạo) nối tĩnh mạch cửa hay tĩnh mạch mạc treo tràng trên với tĩnh mạch chủ dưới, nối tĩnh mạch mạc treo tràng trên với tĩnh mạch thận.
 - Shunt lách (đầu gân)-thận
- Các loại shunt cửa-chủ bán phần không “đụng chạm” đến tĩnh mạch cửa được chỉ định khi BN được dự trù ghép gan.

Shunt chọn lọc (hình 8):

- Giải áp có chọn lọc ở phần dẫn tĩnh mạch phình vị và thực quản, trong khi vẫn duy trì áp lực cao trong phần còn lại của tĩnh mạch cửa.
- Đảm bảo được lưu lượng tĩnh mạch cửa qua gan, tránh nguy cơ suy gan.
- Phẫu thuật điển hình: tạo shunt lách (đầu xa)-thận.

- Bóc tách, di động tĩnh mạch lách và tĩnh mạch thận trái
- Cắt ngang tĩnh mạch lách, khâu buộc đầu gần
- Cắm đầu xa tĩnh mạch lách vào tĩnh mạch thận trái
- Tỷ lệ bệnh lý não thấp (10-15%) nhưng sau mổ bụng sẽ bàng nhiều hơn.



Hình 8- Shunt lách (đầu xa)-thận (shunt chọn lọc)

3.1.2.4.2-Phẫu thuật triệt mạch:

3.1.2.4.2.1-Cắt lách:

Lách là nguồn máu tĩnh mạch chính dẫn đến các búi dẫn tĩnh mạch phình vị và thực quản. Tuy nhiên, hiếm khi BN được cắt lách đơn thuần. Lách thường được cắt kèm theo phẫu thuật Sugiura.

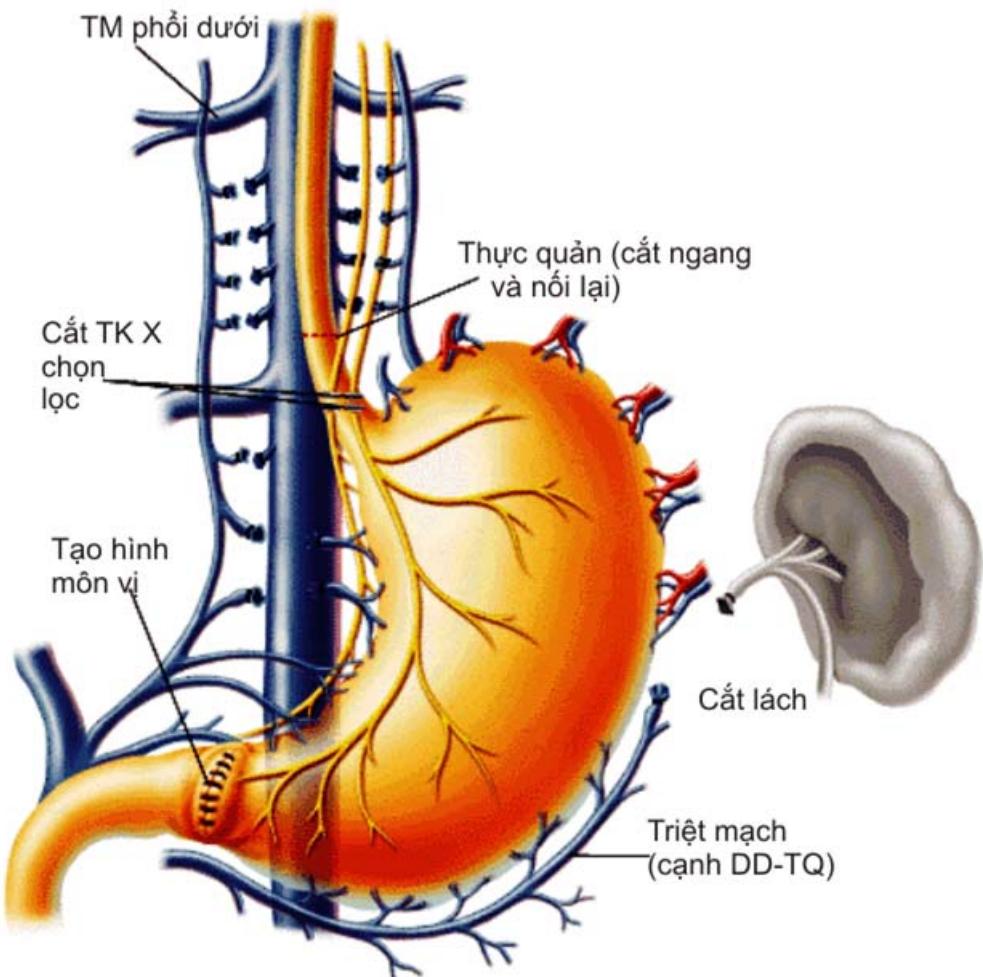
3.1.2.4.2.2-Phẫu thuật Sugiura:

Nội dung của phẫu thuật Sugiura:

- Triệt mạch toàn bộ bờ cong lớn dạ dày, từ môn vị đến tâm vị
- Triệt mạch 2/3 trên bờ cong nhỏ dạ dày
- Triệt mạch 7 cm cuối của thực quản (lên tới mức tĩnh mạch phổi dưới)

- o Cắt ngang thực quản và nối lại

BN được phẫu thuật Sugiura có thể bị dãn tĩnh mạch tái phát do bàng hệ tái hình thành. Để giải quyết vấn đề này, một số phẫu thuật viên thực hiện phẫu thuật Sugiura cải biên (hình 9). Nội dung của phẫu thuật Sugiura cải biên tương tự như phẫu thuật Sugiura kinh điển, nhưng trong phẫu thuật Sugiura cải biên, cung tĩnh mạch vành vị được bảo tồn, nhằm duy trì thông nối tĩnh mạch cửa-tĩnh mạch đơn. Ngoài ra, phẫu thuật Sugiura cải biên còn cắt thận kinh X (chọn lọc) và mở rộng môn vị.



Hình 9-Phẫu thuật Sugiura cải biên

3.1.2.5-Cầm máu bằng ép các vỡ dãn tĩnh mạch bằng thông có bóng khí:

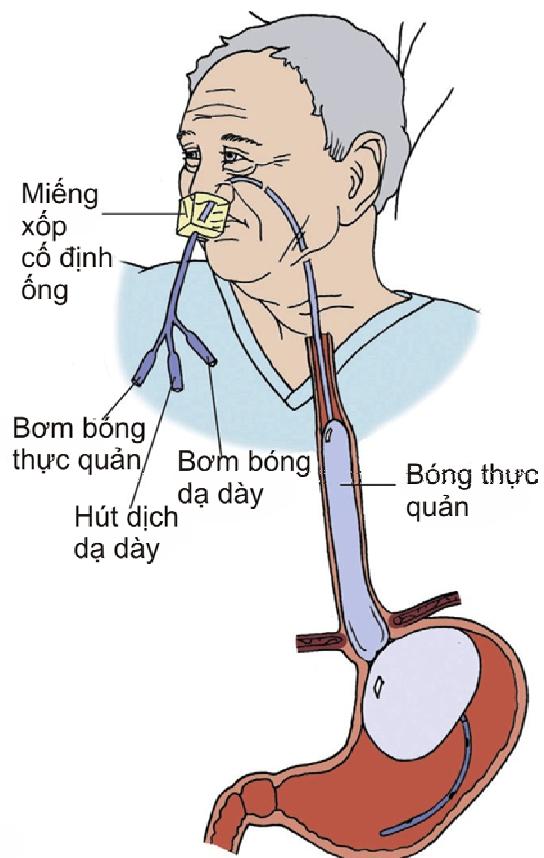
Đây là phương pháp cầm máu tạm thời, trước khi triển khai các phương pháp cầm máu khác.

Phương pháp này có hiệu quả cầm máu tức thời cao (90-95%). Nếu vẫn còn chảy máu sau khi đặt thông: hoặc là đặt không đúng kỹ thuật, hoặc là chảy máu từ một nguồn khác.

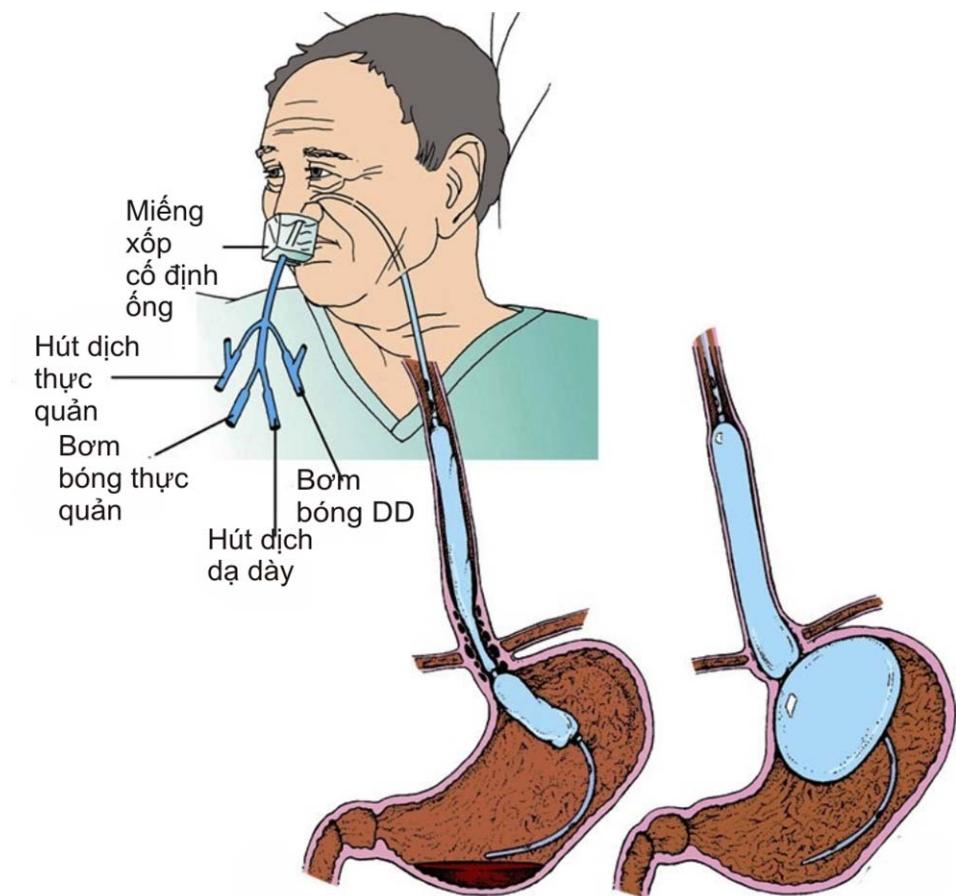
Có hai loại thông được sử dụng: thông Minnesota và thông Sengstaken- Blakemore (hình 10).

Thông Minnesota:

- o Có 4 cổng: 1 cổng hút dạ dày, 2 cổng bơm bóng dạ dày và bóng thực quản, 1 cổng hút trên bóng thực quản.
- o Kỹ thuật đặt:



Hình 10- Các loại thông được sử dụng để cầm máu vỡ dàn tĩnh mạch thực quản: thông Sengstaken-Blakemore (hình trái), thông Minnesota (hình dưới)



- Đặt qua đường miệng hay đường mũi
- Kiểm tra chắc chắn đầu ống nằm trong dạ dày
- Bom bóng dạ dày 200 mL khí
- Kéo ống cho đến khi gấp lực cản
- Bom bóng thực quản
- Giữ ống ở vị trí cố định

Thông Sengstaken- Blakemore khác thông Minnesota ở chỗ không có cổng thứ tư để hút dịch út đọng ở phía trên bóng thực quản.

Thời gian lưu ống không được quá 6 giờ. Thời gian lưu ống quá dài có thể dẫn đến hoại tử thành thực quản.

Biến chứng:

- Loét dạ dày, loét thực quản
- Viêm phổi do hít
- Thủng thực quản

3.1.3-Thái độ điều trị xuất huyết tiêu hoá do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản (hình 11):

Chọn lựa hàng đầu là can thiệp qua nội soi kết hợp thuốc co mạch tạng.

Khi chọn lựa hàng đầu thất bại, cân nhắc TIPS.

Khi TIPS thất bại hay không thể thực hiện TIPS, cân nhắc phẫu thuật (triệt mạch hay tạo shunt cửa-chủ).

Ép các vỡ dãn tĩnh mạch bằng thông có bóng khí là phương pháp cầm máu tạm, được chỉ định khi máu đang chảy mà các phương tiện can thiệp nói trên thất bại hay chưa thể được triển khai.

3.1.4-Điều trị phòng ngừa vỡ dãn tĩnh mạch thực quản tái phát:

40% các BN đã bị vỡ dãn tĩnh mạch thực quản sẽ bị chảy máu tái phát trong vòng 6 tuần, 80% trong vòng 2 năm.

Các phương pháp phòng ngừa vỡ dãn tĩnh mạch thực quản tái phát sau đây có thể được cân nhắc đến: thắt các búi dãn tĩnh mạch, chích xơ, thuốc, phẫu thuật tạo shunt cửa-chủ hay TIPS và ghép gan.

Thắt các búi tĩnh mạch:

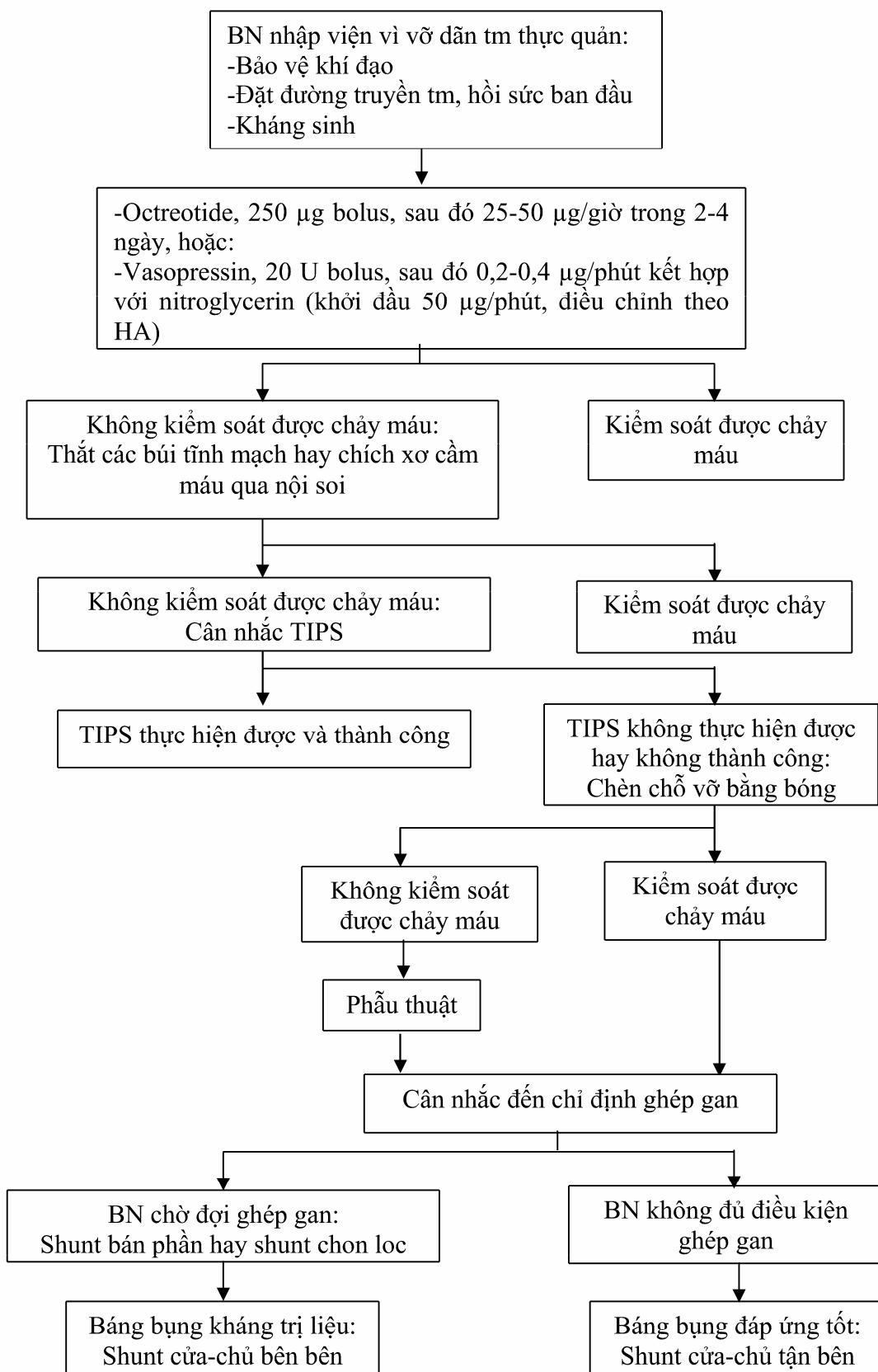
- Là phương pháp được lựa chọn trước tiên.
- Cần thực hiện 2-4 lần, các lần cách nhau 1-2 tuần cho đến khi nội soi kiểm tra không còn thấy các búi dãn tĩnh mạch.

Chích xơ:

- Mỗi tuần một lần.
- Cần chích bỗ xung 4-5 lần cho đến khi các búi dãn tĩnh mạch biến mất.

Propranolol (và nadolol) có tác dụng phòng ngừa chảy máu tái phát tương đương chích xơ, nhưng ít gây biến chứng hơn chích xơ.

Ghép gan là phương pháp điều trị ưu việt nhất vì có hai mục đích:



Hình 11- Phác đồ xử trí vỡ dãy tĩnh mạch thực quản

- Điều trị dứt điểm tăng áp tĩnh mạch cửa, vỡ dãy tĩnh mạch thực quản, bệnh lý não và báng bụng

- Phục hồi chức năng gan.

Thái độ chọn lựa các phương pháp phòng ngừa vỡ dãy tĩnh mạch thực quản tái phát :

- Chọn lựa hàng đầu: thắt các búi tĩnh mạch, chích xơ, propranolol, thắt các búi tĩnh mạch kết hợp propranolol.
- Khi chọn lựa hàng đầu thất bại, cân nhắc đến các phương pháp can thiệp có tính cách xâm lấn hơn:
 - Chức năng gan ở giai đoạn A (theo Child-Pugh): shunt cửa-chủ
 - Chức năng gan ở giai đoạn B: shunt cửa-chủ hay TIPS
 - Chức năng gan ở giai đoạn C: ghép gan

3.2-Điều trị phòng ngừa vỡ dãy tĩnh mạch thực quản:

3.2.1-Thuốc ức chế beta:

Propranolol:

- Chất ức chế beta không chọn lọc (ức chế adrenoreceptor beta-1 trên cơ tim và adrenoreceptor dãy tĩnh mạch trên mạch máu tạng, gây giảm cung lượng tim và giảm áp lực tĩnh mạch cửa).
- Liều: bắt đầu bằng 20 mg/12 giờ. Chỉnh liều để nhịp tim giảm 25% (hay còn 55 nhịp/phút). Liều thông dụng 40 mg x 2 /ngày.
- Tác dụng phụ phổ biến nhất là: đau nhẽ dãy, mất ngủ, khó thở khi gắng sức, co thắt phế quản, liệt dương, rối loạn ngôn ngữ...
- Chống chỉ định: bệnh hen, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), block nhĩ thất, chứng đau cách hồi, bệnh tâm thần.

Nadolol: $\frac{1}{2}$ liều của propranolol, ngày 1 lần.

3.2.2-Thuốc dãy mạch:

Isosorbide mononitrate: tác dụng giảm dần theo thời gian (do BN dung nạp).

Ít khi được chỉ định như là một đơn trị liệu, ngay cả khi BN có chống chỉ định với propranolol.

3.2.3-Chích xơ:

Các nghiên cứu gần đây cho thấy rằng, chích xơ không làm giảm nguy cơ chảy máu ở BN tăng áp tĩnh mạch cửa có dãy tĩnh mạch thực quản.

3.2.4-Thắt các búi dãy tĩnh mạch thực quản:

Khác với chích xơ, thắt các búi dãy tĩnh mạch thực quản có thể làm giảm nguy cơ chảy máu ở BN tăng áp tĩnh mạch cửa có dãy tĩnh mạch thực quản.

Chỉ định: dãy tĩnh mạch thực quản độ III và BN có chống chỉ định dùng propranolol.

3.2.5-Phẫu thuật:

Không có chỉ định can thiệp phẫu thuật để phòng ngừa vỡ dãy tĩnh mạch thực quản nếu như các dãy tĩnh mạch này chưa hề có biến chứng vỡ.

THOÁT VỊ KHE THỰC QUẢN

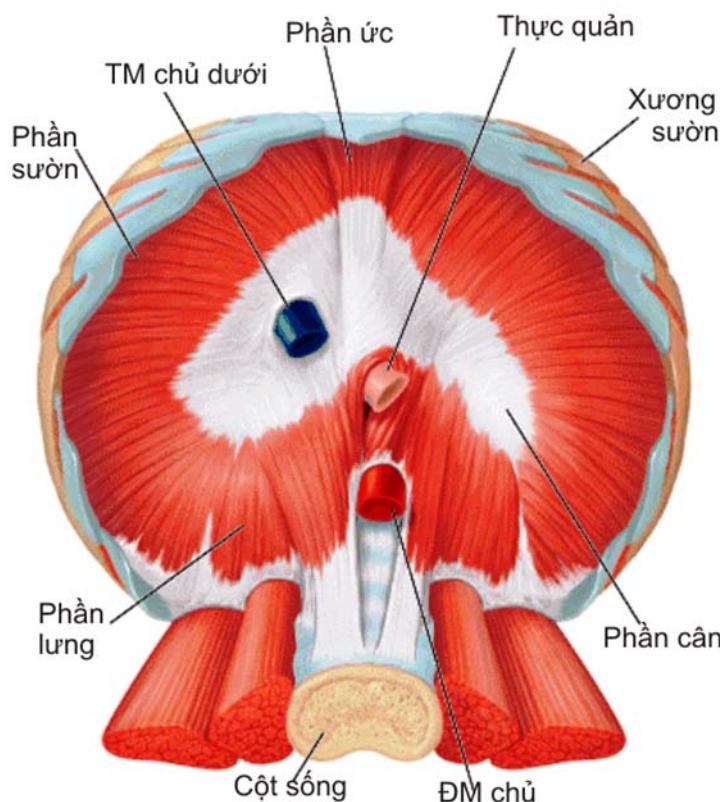
1-Đại cương:

1.1-Giải phẫu sinh lý:

Cơ hoành là một cấu trúc cân-cơ có hình vòm tạo thành vách ngăn ngăn cách khoang ngực với khoang bụng. Cơ hoành cấu tạo gồm hai phần: phần cân ở trung tâm và phần cơ ở ngoại vi. Phần cơ của cơ hoành có ba nguyên uỷ: phần úc, phần sườn và phần lưng.

Về mặt phôi thai học, cơ hoành được tạo thành từ bốn phần khác nhau. Một trong bốn thành phần đó là các nếp gấp phúc-phé mạc. Sự hoàn chỉnh vách ngăn cơ hoành xảy ra vào tuần thứ 8 của thai kỳ. Sự thất bại trong quá trình phát triển của các nếp gấp phúc-phé mạc sẽ tạo ra khiếm khuyết trên cơ hoành. Khiếm khuyết này làm thông thường khoang ngực với khoang bụng. Khiếm khuyết thường xảy ra nhất là ở vùng sau bên, tạo ra một hình thức thoát vị có tên gọi Bochdalek.

Cơ hoành có ba lỗ mở chính và các lỗ nhỏ phụ. Ba lỗ chính là khe thực quản, khe động mạch chủ và lỗ tĩnh mạch chủ dưới. Khe động mạch chủ là phần thấp nhất và sau nhất của cơ hoành, sát cột sống và nằm ở cạnh trái của đường giữa, ở vị trí tương ứng với thân đốt sống ngực 12. Khe thực quản nằm trong phần cơ của cơ hoành, tương ứng với đốt sống ngực 10. Lỗ tĩnh mạch chủ dưới của cơ hoành nằm ở vị trí phía trước nhất và cao nhất trong ba lỗ mở, tương ứng với thân đốt sống ngực 8-9 (hình 1).



Hình 1- Cơ hoành nhìn từ khoang bụng

Sự thoát vị của dạ dày qua khe thực quản được gọi là thoát vị khe thực quản. Một trong những biểu hiện thường gặp nhất của thoát vị khe thực quản là hiện tượng trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản. Hiện tượng trào ngược này có liên quan đến một số yếu tố, trong đó có hoạt động của cơ thắt dưới thực quản.

Cơ thắt dưới thực quản là một ống cơ trơn có chiều dài khoảng 2,5-4 cm. Bình thường, chiều dài của đoạn thực quản bụng tương ứng với chiều dài của cơ thắt dưới thực quản. Ở bờ trên của cơ thắt dưới thực quản, tương ứng với vị trí khe thực quản của cơ hoành, thực quản có một vòng thắt nhẹ, gọi là vòng A. Thực quản, ở bờ dưới của cơ thắt dưới thực quản, nơi tiếp nối với dạ dày, cũng hơi bị thắt nhẹ. Chỗ thắt này được gọi là vòng B (hay vòng Schatzki). Vòng B còn được gọi là vùng nối thực quản-dạ dày hay đường Z, hay tâm vị.

Cơ thắt dưới thực quản, hay thực quản bụng, được ôm quanh bởi hai trụ của cơ hoành, và được bao bọc bởi phúc mạc và màng thực quản-hoành. Màng thực quản-hoành bao quanh đoạn thực quản bụng và cố định nó vào cơ hoành. Khi màng thực quản-hoành bị yếu, hay khe thực quản bị mở rộng, tâm vị sẽ có xu hướng bị thoát vị lên lồng ngực.

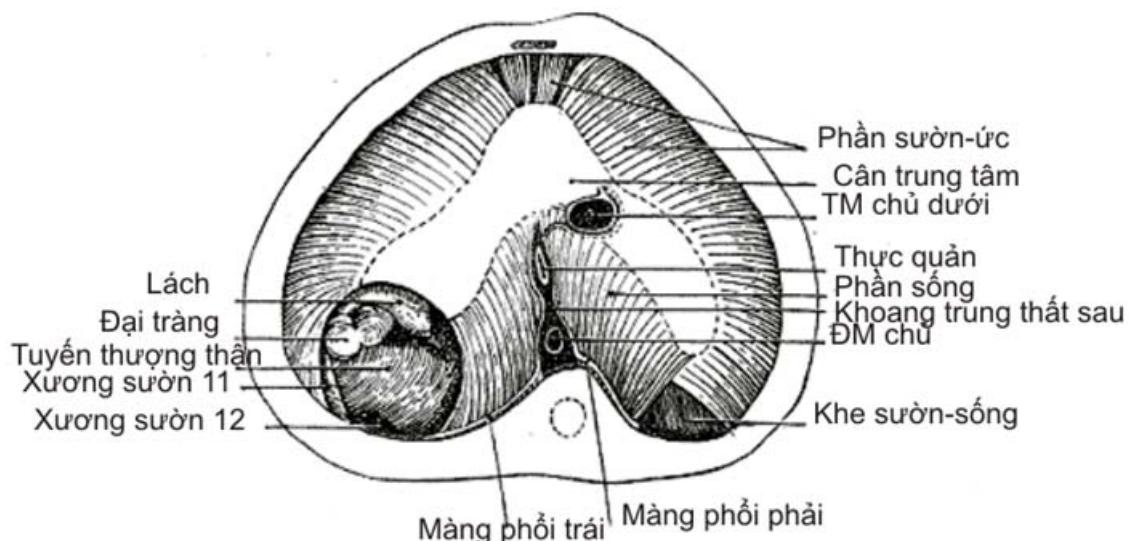
Cơ thắt dưới thực quản duy trì một trương lực lúc nghỉ tương đối cao. Trương lực này có vai trò chính trong việc ngăn chặn hiện tượng trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản. Ngoài yếu tố trương lực, một số yếu tố khác cũng góp phần vào việc ngăn chặn hiện tượng trào ngược. Các yếu tố này là: chiều dài của cơ thắt dưới, chiều dài của đoạn thực quản bụng, hoạt động của hai trụ cơ hoành và góc His.

Nghiên cứu cho thấy rằng, nếu một trong ba yếu tố sau đây xảy ra: chiều dài cơ thắt dưới dưới 2 cm, chiều dài đoạn thực quản bụng dưới 1 cm, hay trương lực lúc nghỉ của cơ thắt dưới dưới 6 mmHg, hiện tượng trào ngược sẽ xảy ra.

Khi có sự thoát vị qua khe thực quản, tâm vị di chuyển lên trên, một phần hay toàn bộ cơ thắt dưới nằm trong lồng ngực, áp lực âm trong lồng ngực làm cho trương lực lúc nghỉ của cơ thắt dưới giảm. Sự dịch chuyển lên trên của tâm vị làm cho góc nhọn His cũng không còn tồn tại. Các yếu tố này làm cho hiện tượng trào ngược có thể xảy ra.

Tuy nhiên, cũng cần nhớ là hiện tượng trào ngược có thể xảy ra ở BN không bị thoát vị khe thực quản. Ngược lại, phần lớn BN bị thoát vị khe thực quản không có hiện tượng trào ngược xảy ra.

1.2-Đại cương về thoát vị hoành:



Hình 2- Hình ảnh cơ hoành từ trên lồng ngực nhìn xuống ở một trẻ mới sinh cho thấy có một lỗ khí ỉm khuyết làm thông thương khoang ngực với khoang bụng ở bên trái. Lỗ khí ỉm khuyết này là nơi xảy ra thoát vị Bochdalek. Ở bên phải, vị trí tương ứng là khe sườn sống.

Những khiếm khuyết trong quá trình hoàn chỉnh vách ngăn của cơ hoành trong thời kỳ phôi thai tạo ra các chỗ thông thương giữa khoang ngực với khoang bụng, làm cho các tạng trong khoang bụng, nơi có áp lực cao hơn, di chuyển lên khoang ngực, nơi có áp lực thấp hơn. Hiện tượng trên gọi là thoát vị hoành bẩm sinh.

Có hai loại thoát vị hoành bẩm sinh chính: thoát vị Bochdalek và thoát vị Morgagni. Hầu hết thoát vị hoành bẩm sinh là thoát vị Bochdalek (90%). Trong thoát vị Bochdalek, các tạng thoát vị qua lỗ khiếm khuyết ở sau bên của cơ hoành. Thoát vị Bochdalek xảy ra trong thời kỳ phôi thai và là một trong những cấp cứu ngoại khoa phổ biến nhất của trẻ sơ sinh. 90% thoát vị Bochdalek xảy ra ở bên trái (hình 2). Hầu hết thoát vị Bochdalek được chẩn đoán ngay sau sinh hay trong vòng 1 năm đầu. Thoát vị Bochdalek có tỉ lệ tử vong 45-50%. Nguyên nhân tử vong của thoát vị Bochdalek chủ yếu do suy hô hấp do thiếu sản phổi hay tăng áp phổi ở bên bị thoát vị.

Thoát vị Morgagni, chiếm khoảng 5-10% các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh, xảy ra qua chỗ khiếm khuyết ở phía trước của cơ hoành, nơi tương ứng với khe hoành-ức. 90% thoát vị Morgagni xảy ra ở bên phải. Thoát vị Morgagni thường được chẩn đoán ở trẻ sơ sinh và trẻ em. Đôi khi, thoát vị Morgagni được phát hiện ở người trẻ.

Hậu quả của thoát vị hoành bẩm sinh:

- Thiếu sản phổi là hậu quả của sự chèn ép phổi trong một thời gian dài trong thời kỳ bào thai. Phổi có thể bị thiếu sản một hay hai bên. Mức độ thiếu sản và số lượng phổi bị thiếu sản quyết định đến khả năng sống còn của trẻ sơ sinh sau khi chào đời. Cần nhớ rằng, nếu thoát vị hoành xảy ra sau khi trẻ chào đời, không có hiện tượng thiếu sản phổi xảy ra.
- Xoắn dạ dày.
- Ruột xoay bất toàn.
- Hoại tử, thủng dạ dày hay ruột.
- Giảm sản thất trái (đối với thoát vị hoành bẩm sinh bên trái) hay tràn dịch màng phổi (đối với thoát vị hoành bẩm sinh bên phải)
- Phì đại hai thận (phổi bị thiếu sản sản sinh chất kích thích sự phì đại của thận).

Thoát vị hoành cũng có thể mắc phải. Thoát vị hoành mắc phải có thể là thoát vị hoành do chấn thương hay thoát vị khe thực quản. Chấn thương gây thoát vị hoành có thể là chấn thương cùn hay vết thương xuyên thấu.

1.3-Đại cương về thoát vị khe thực quản:

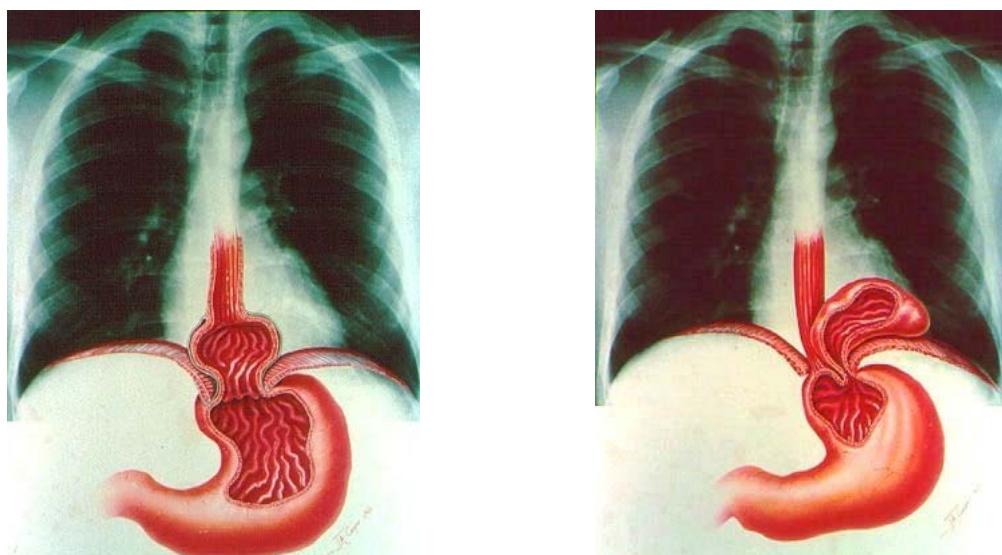
Thoát vị khe thực quản hầu hết xảy ra ở người lớn tuổi và là thoát vị mắc phải. Thoát vị khe thực quản xảy ra ở người trẻ tuổi có thể là thoát vị bẩm sinh. Nguyên nhân của thoát vị khe thực quản là do sự suy yếu màng ngăn thực quản (thoát vị mắc phải) hay một lỗ khiếm khuyết của cơ hoành ở khe thực quản (thoát vị bẩm sinh).

Thoát vị khe thực quản có hai loại: thoát vị kiều trượt, trong đó tâm vị của dạ dày bị thoát vị lên lồng ngực, hay thoát vị kiều cuốn, trong đó tâm vị vẫn ở vị trí bình thường trong khoang bụng và chỉ có đáy vị là bị thoát vị lên lồng ngực (hình 3). Ngoài ra còn có loại thoát vị hỗn hợp, kết hợp thoát vị trượt và thoát vị cuốn.

99% thoát vị khe thực quản mắc phải là thoát vị trượt.

Phần lớn BN bị thoát vị trượt không có triệu chứng gì. Phần dạ dày bị thoát vị lên cơ hoành khi BN nằm hay có động tác làm tăng áp lực trong xoang bụng (ho, hắt hơi...) và trở lại xoang bụng khi BN đứng. Thoát vị trượt, vì thế, được gọi là loại thoát vị “có thể

xuống được". Hậu quả thường gặp nhất của thoát vị trượt là hiện tượng trào ngược thực quản. 20% BN bị thoát vị trượt bị viêm thực quản do trào ngược. Phần biểu mô thực quản bị viêm mãn tính do trào ngược có thể bị chuyển sản (thực quản Barrett), dị sản và cuối cùng hoá ác.



Hình 3- Thoát vị khe thực quản thể trượt (hình trên trái) và thể cuộn.

Trong thoát vị kiều cuộn, do khe thực quản rộng, đáy vị bị thoát vị lên lồng ngực, nằm ở phía trước và bên trái thực quản, trong khi tâm vị vẫn nằm ở vị trí bình thường trong khoang bụng. Thoát vị kiều cuộn, vì thế, còn được gọi là thoát vị cạnh thực quản.

BN bị thoát vị cạnh thực quản không có biểu hiện trào ngược thực quản, nhưng phần dạ dày bị thoát vị thường không thể xuống bụng. Thoát vị cạnh thực quản, vì thế, được gọi là thoát vị “không xuống được”.

Khi khe thực quản rộng ra, phần bờ cong lớn dạ dày bị thoát vị càng lớn. Quá trình này làm cho dạ dày bị xoay ngược chiều kim đồng hồ. Khi toàn bộ bờ cong lớn dạ dày bị thoát vị (kèm theo là mạc nối lớn), môn vị bị kéo lên nằm sát tâm vị, dạ dày sẽ bị xoắn. Xoắn dạ dày trong thoát vị khe thực quản là xoắn dạ dày thứ phát. Dạ dày bị xoắn thứ phát sẽ nằm trong lồng ngực.

Cần phân biệt xoắn dạ dày thứ phát với xoắn dạ dày nguyên phát. Xoắn dạ dày nguyên phát không kèm theo thoát vị khe thực quản và dạ dày bị xoắn nằm trong khoang bụng, dưới cơ hoành (cơ hoành bình thường).

Nguy cơ lớn nhất của thoát vị cạnh thực quản là nghẹt, dẫn đến hoại tử phần dạ dày bị thoát vị.

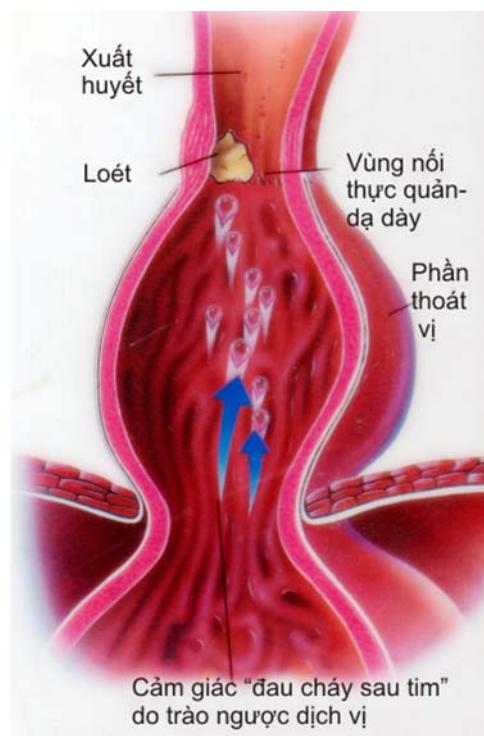
Các yếu tố thuận lợi của thoát vị khe thực quản mắc phải:

- Cơ (bao gồm cả cơ hoành, trong đó có hai trụ cơ hoành) bị yếu và giảm tính đàn hồi (thoát vị mắc phải ở người già).
- Khiếm khuyết khe thực quản (thoát vị bẩm sinh ở người trẻ).
- Tăng áp lực trong xoang bụng (bóng bụng, phụ nữ, người béo phì, người bị táo bón mãn tính...).
- Viêm thực quản mãn tính (làm xơ hoá lớp cơ dọc, dẫn đến thực quản bị rút ngắn)...

Thoát vị khe thực quản thường gặp ở phụ nữ và người trên 40 tuổi. Tần suất mắc bệnh càng cao khi tuổi càng lớn. Chỉ 10% BN bị thoát vị khe thực quản ở độ tuổi dưới 40, trong khi đó 70% BN trên 70 tuổi.

Hậu quả và biến chứng của thoát vị khe thực quản thể trượt (hình 4):

- Viêm thực quản, bào mòn thực quản (loét Cameron), loét thực quản.
- Chảy máu từ các sang thương viêm hay loét thực quản. Máu thường chảy rỉ rã. Chảy máu ồ ạt hiếm khi xảy ra.



Hình 4- Hậu quả của thoát vị khe thực quản (thể trượt)

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

BN bị thoát vị khe thực quản có thể có một trong ba biểu hiện lâm sàng sau:

- Im lặng (chiếm hầu hết các trường hợp).
- Có triệu chứng (viêm thực quản trào ngược, triệu chứng của thoát vị cạnh thực quản).
- Có biến chứng (xoắn dạ dày, hoại tử bờ cong lớn dạ dày) .

Các triệu chứng có thể gặp ở BN bị thoát vị khe hoành:

- Đau thượng vị, đau ngay sau xương ức.
- Nóng rát sau xương ức (cảm giác “đau cháy sau tim”)
- Đầy tức, khó tiêu
- Nôn ói, nôn máu
- Đau ngực, khó thở

Triệu chứng thực thể, nếu có, cũng ít có giá trị chẩn đoán. BN có thể có biểu hiện thiếu máu nhẹ, toàn trạng béo phì, báng bụng...

Khi xảy ra biến chứng hoại tử bờ cong lớn dạ dày, biểu hiện lâm sàng của BN là một hội chứng viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng.

Trên lâm sàng, có nhiều bệnh lý cần được chẩn đoán phân biệt với thoát vị khe hoành. Tuỳ thuộc vào thể lâm sàng của thoát vị khe hoành, các chẩn đoán phân biệt có thể là:

- Viêm dạ dày, loét dạ dày-tá tràng
- Viêm tuy
- Cơn đau quặn mật
- Cơn đau thắt ngực
- Tràn khí màng phổi
- Tắc ruột
- Thủng tạng rỗng...

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-X-quang ngực thẳng:

Hầu hết các trường hợp thoát vị khe thực quản đều được chẩn đoán khởi đầu bằng hình ảnh nghi ngờ trên X-quang ngực thẳng. Trên X-quang ngực thẳng, thoát vị khe thực quản biểu hiện bằng hình ảnh một khối mờ nằm sau bóng tim. Khối mờ này có thể có mức nước hơi hay không (hình 5,6). Đối với khối thoát vị lớn, đặc biệt là khối thoát vị nghẹt, khối mờ có thể vượt ra ngoài bóng tim, và có thể cho hình ảnh bóng tim to giả tạo. Hầu hết các khối mờ lớn có mức nước hơi, biểu hiện của hơi và dịch vị bị ú đọng trong phần dạ dày bị nghẹt.

Trên X-quang ngực, cần chẩn đoán phân biệt thoát vị hoành với các khối khác sau tim, đặc biệt khi khối mờ không có mức nước hơi. Các chẩn đoán phân biệt bao gồm: phình động mạch chủ ngực, nang màng tim, các khối u lành tính ở trung thất sau (u sợi thần kinh)... Khi có mức nước hơi, các chẩn đoán phân biệt có thể là: túi thừa thực quản, co thắt tâm vị..



Hình 5- Thoát vị khe thực quản với hình ảnh một khối có đậm độ mô mềm và giới hạn rõ nằm sau tim (hình trên trái) hay hình ảnh một khối hơi nằm trong trung thất.



Hình 6- Khối thoát vị khe thực quản với hình ảnh mucus nước hơi sau tim trên X-quang ngực và CT ngực

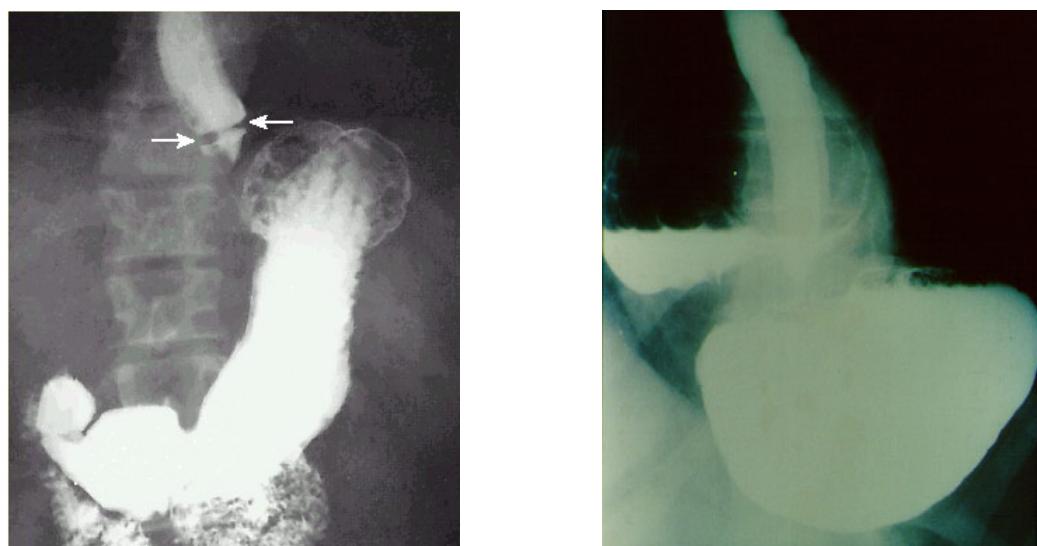
2.2.2-X-quang thực quản-dạ dày:

X-quang thực quản-dạ dày là một trong số chẩn đoán cận lâm sàng được chỉ định để chẩn đoán xác định thoát vị khe thực quản.

Trong nhiều trường hợp, khối thoát vị trượt có thể xuống bụng nếu BN đứng. Vì vậy, chụp X-quang với tư thế BN nằm sấp là điều cần thiết. Một film chụp đơn quang với tư thế BN nằm sấp có khả năng chẩn đoán thoát vị trượt cao hơn film chụp đối quang kép với tư thế BN đứng.

Trên X-quang, khối thoát vị biểu hiện bằng hình ảnh của một túi cản quang nằm lân cận thực quản. Nếu chụp đối quang kép, hình ảnh nếp niêm mạc dạ dày sẽ hiện diện trong túi cản quang này. Dấu hiệu này giúp chẩn đoán phân biệt thoát vị khe hoành với túi thừa thực quản.

Túi cản quang, nếu thay đổi kích thước khi thay đổi tư thế BN, là biểu hiện của túi thoát vị xuống được khoang bụng. Túi thoát vị không xuống được khoang bụng thường là biểu hiện của thoát vị cạnh thực quản.



Hình 7- Thoát vị khe thực quản thẻ trượt (hình trên trái) với tâm vị nằm trong lồng ngực, và thẻ cạnh thực quản (hình trên phải) với tâm vị nằm trong khoang bụng

Tuy nhiên, chìa khóa để chẩn đoán phân biệt thoát vị trượt và thoát vị cạnh thực quản là định vị vị trí của tâm vị. Nếu tâm vị nằm trong lòng ngực, thoát vị khe thực quản là thoát vị trượt (hình 7).

Trên X-quang, có thể khó phân biệt thoát vị khe thực quản với các loại thoát vị hoành bẩm sinh hay mắc phải khác.

2.2.3-CT:

CT ít khi được chỉ định thường quy để chẩn đoán thoát vị khe thực quản. Tuy nhiên, CT có thể có ích trong một số trường hợp đặc biệt.

Chẩn đoán thoát vị khe thực quản thường được đặt ra khi CT được chỉ định vì một bệnh lý khác. Hình ảnh thoát vị khe thực quản trên CT là một khối (có thể có mức nước hơi hay không) nằm sau tim (hình 6). Có thể lần theo khối để đến khe hoành, qua các lát cắt tiếp theo sau. Khi mạc nối lớn bị thoát vị, hình ảnh trên CT là tăng khối lượng mô mỡ quanh thực quản.

Chỉ định quan trọng nhất của CT là đánh giá chính xác giải phẫu của dạ dày trong lòng ngực, giúp chẩn đoán phân biệt giữa xoắn dạ dày thứ phát (xoắn dạ dày với dạ dày nằm trên cơ hoành, gấp trong các trường hợp sau: thoát vị hoành, nhão cơ hoành (diaphragmatic eventration-cơ hoành mỏng do bị giảm sản bẩm sinh), liệt cơ hoành (do tổn thương thần kinh hoành..) với xoắn dạ dày nguyên phát (xoắn dạ dày với dạ dày nằm dưới cơ hoành và cơ hoành bình thường).

2.2.4-MRI:

Tương tự CT, MRI không là chỉ định chẩn đoán thường quy của thoát vị khe thực quản. Chỉ định thường nhất, và cũng là ưu điểm so với CT, của MRI là chẩn đoán thoát vị mạc nối lớn cạnh thực quản với hình ảnh của một khối mỡ liên tục với các mạch máu và phát triển từ khoang bụng lên lòng ngực.

Về mặt lý thuyết, chẩn đoán phân biệt của MRI tương tự như chẩn đoán phân biệt của CT.

2.2.5-Siêu âm:

Ở người bình thường, đường kính của ống tiêu hoá (thực quản) ở vị trí khe thực quản là 7-10 mm. Kích thước này, khi đạt đến 16-21 mm, chứng tỏ không phải thực quản mà là dạ dày nằm ở khe thực quản. Dấu hiệu này có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 90% trong chẩn đoán thoát vị khe thực quản.

2.2.6-Nội soi thực quản-dạ dày:

Thoát vị khe thực quản có thể được chẩn đoán dễ dàng bởi nội soi thực quản-dạ dày. Trên nội soi, thoát vị khe thực quản biểu hiện bằng hình ảnh niêm mạc dạ dày nằm ở phía trên khe thực quản của cơ hoành (hình 8). Hình ảnh này có thể được quan sát từ phía trên (thực quản) xuống hay từ phía dưới (dạ dày) lên.

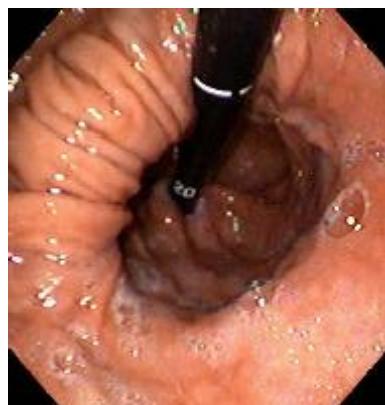
Để xác định khe thực quản, bảo BN “khịt mũi”. Khi BN khịt mũi, hai trụ cơ hoành sẽ khép lại. Một vòng thắt, được quan sát qua nội soi, khép lại khi BN khịt mũi, sẽ tương ứng với vị trí khe thực quản của cơ hoành.

Trong phần lớn các trường hợp, thoát vị khe thực quản được chẩn đoán tình cờ qua nội soi, khi BN được chỉ định nội soi vì các triệu chứng nghi ngờ viêm thực quản trào ngược hay ung thư thực quản.

Ngoài vai trò chẩn đoán xác định, nội soi còn có tác dụng chẩn đoán các biến chứng của thoát vị khe thực quản như viêm, loét, chảy máu, hay các bệnh lý có liên quan đến hiện tượng trào ngược mãn tính như thực quản Barrett, ung thư thực quản.

Phân loại viêm loét thực quản do trào ngược qua nội soi:

- Độ 1: Thực quản viêm đỏ.
- Độ 2: Thực quản có các vết loét thằng và không hội tụ.
- Độ 3: Thực quản có các vết loét ngoằn ngoèo và hội tụ.
- Độ 4: Thực quản bị chít hẹp hay thực quản Barrett.



Hình 8- Thoát vị khe thực quản qua nội soi thực quản-dạ dày với ống soi nhìn từ dạ dày lên. Trên hình, phía bên trái, cho thấy nếp niêm mạc dạ dày chồi qua khe thực quản, vào trong túi thoát vị.

3-Điều trị:

3.1-Điều trị nội khoa:

Điều trị nội khoa được chỉ định cho các trường hợp thoát vị khe thực quản thể trượt có triệu chứng. Nội dung điều trị nội khoa chủ yếu là chống trào ngược thực quản.

Điều trị chống trào ngược thực quản bao gồm ba nội dung chính: thay đổi lối sống, giảm tiết acid và tăng cường sự tiêu thoát thực quản-dạ dày.

Nội dung của thay đổi lối sống trong điều trị trào ngược thực quản:

- Giảm cân (nếu béo phì).
- Tránh ăn các chất làm giảm trương lực cơ thắt dưới thực quản (rượu, café, chocolate, nước chanh, cà chua...).
- Không ăn nhiều trong một bữa ăn.
- Không nằm trong vòng 3 giờ sau ăn.
- Khi nằm, đầu gối cao khoảng 20 cm so với thân mình.

Trong các loại thuốc làm giảm tiết acid dịch vị, các tác nhân kháng thụ thể H₂ được chọn lựa cho BN có triệu chứng nhẹ và trung bình, hay nội soi cho thấy thực quản bị viêm độ 1-2. Chúng có thể được sử dụng duy trì, tuy nhiên tác dụng được lý của chúng sẽ giảm dần khi thời gian sử dụng kéo dài.

Các tác nhân úc chế bom proton là loại thuốc giảm tiết dịch vị mạnh vì chúng úc chế khâu cuối cùng trong quá trình sản xuất H⁺ của dạ dày. Các lợi điểm khi sử dụng thuốc này bao gồm ít tác dụng phụ và tác dụng được lý vẫn duy trì khi sử dụng trong thời gian dài.

Tình trạng thiếu máu mãn do chảy máu rỉ rã từ sang thương viêm loét thực quản có thể cải thiện khi được điều trị bằng tác nhân úc chế bom proton.

Các tác nhân làm tăng cường vận động của thực quản-dạ dày thường được chỉ định đối với các BN có triệu chứng nhẹ. Đa số BN phải kết hợp sử dụng chúng với thuốc giảm tiết acid. Mặt khác, việc sử dụng chúng trong thời gian dài không được khuyến khích vì có thể có nguy cơ xảy ra biến chứng trầm trọng.

3.2-Điều trị phẫu thuật:

Phẫu thuật được chỉ định trong các trường hợp thoát vị khe thực quản sau:

- Tất cả các trường hợp thoát vị cạnh thực quản.
- Các trường hợp thoát vị trượt:
 - Triệu chứng không được kiểm soát hoàn toàn bởi thuốc ức chế bom proton, hoặc BN muốn được điều trị dứt điểm trong một lần.
 - Nội soi: thực quản bị hẹp hay thực quản Barrett (độ 4).
 - BN có triệu chứng ngoài thực quản, thí dụ như triệu chứng hô hấp (ho, khò khè, sặc), triệu chứng tai mũi họng (viêm họng, khàn tiếng, viêm tai giữa), triệu chứng răng (bào mòn men răng)...

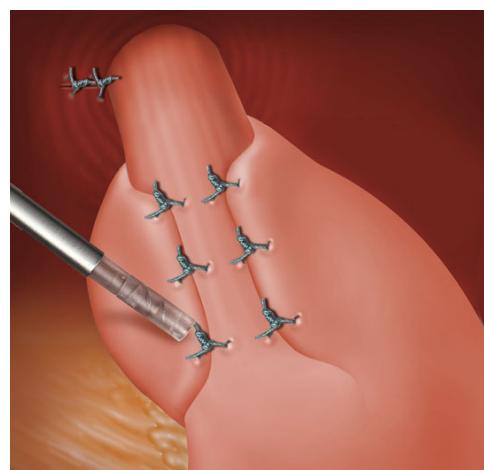
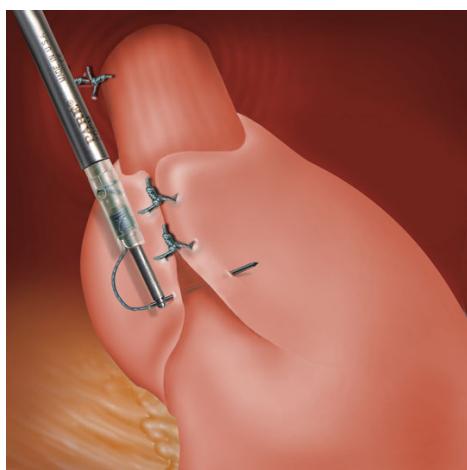
Nội dung của phẫu thuật:

- Đưa phần dạ dày bị thoát vị (và tâm vị, trong trường hợp thoát vị trượt) trở lại xoang bụng.
- Khâu đóng lỗ thoát vị (khép khe thực quản của cơ hoành). Nếu lỗ thoát vị lớn, có thể đặt mảnh ghép che lỗ thoát vị.
- Tiến hành phẫu thuật chống trào ngược nếu BN bị thoát vị trượt.
- Có thể cân nhắc đến việc cố định dạ dày vào thành bụng bằng cách mở dạ dày ra da tạm thời nếu BN bị thoát vị cạnh thực quản.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật chống trào ngược. Các phẫu thuật này được chia làm hai loại chính:

- Khâu cuộn phình vị quanh tâm vị.
- Cố định tâm vị vào vùng bụng sau (phẫu thuật Hill).

Phẫu thuật khâu cuộn phình vị có thể được thực hiện qua nội soi hay mổ mở. Tuy nhiên, các phẫu thuật khâu cuộn phình vị qua nội soi ngày càng được thực hiện nhiều hơn.

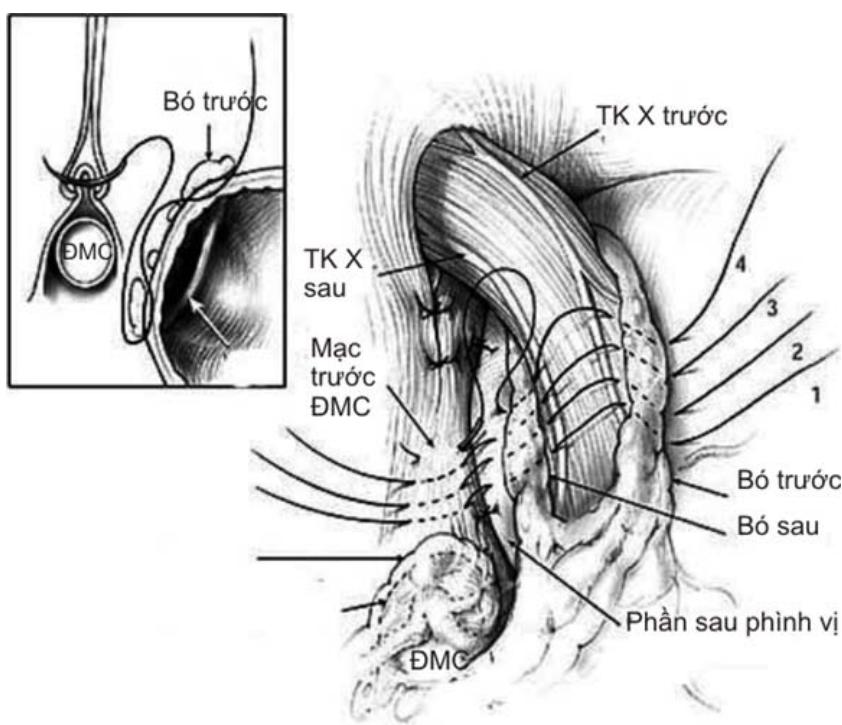


Hình 9- Phẫu thuật khâu cuộn phình vị toàn phần của Nissen (hình trên trái) và bán phần của Toupet

Một trong các phương pháp khâu cuộn phình vị được áp dụng phổ biến nhất là phẫu thuật Nissen (hình 9). Trong phẫu thuật này, phình vị được cuộn quanh thực quản tâm vị 360° . Phẫu thuật Nissen có tỉ lệ biến chứng thấp và thời gian BN phải nằm viện ngắn. Tuy nhiên, tỉ lệ BN bị nuốt nghẹn và chướng hơi trong dạ dày sau mổ khá cao. Để giảm bớt nguy cơ nuốt nghẹn và chướng hơi dạ dày, DeMeester và Peters đề xuất việc đặt một bougie trong thực quản (qua nội soi) khi tiến hành phẫu thuật, đồng thời giảm bớt chiều dài mảnh cuộn cũng như di động dạ dày nhiều hơn.

Phẫu thuật Toupet là một cải biên của Nissen, trong đó phình vị được khâu cuộn không hoàn toàn (270°), với mục đích làm giảm tỉ lệ nghẹt tâm vị sau mổ (hình 9).

Phẫu thuật Hill không hoàn toàn là một phẫu thuật cuộn phình vị, tuy nhiên, một phần của phình vị cũng được bao gồm trong các mũi khâu (hình 10). Mục đích của phẫu thuật Hill là cố định tâm vị vào vùng bụng sau (khâu vào lớp mạc trước động mạch chủ) nhằm tái tạo lại góc His. Sự phục hồi góc His, cùng với áp lực dương trong xoang bụng sẽ phục hồi lại cơ chế chống trào ngược của tâm vị.



Hình 10-Phẫu thuật Hill

Các phẫu thuật chống trào ngược cho kết quả tốt. 80-90% BN có cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật. Ở 80% BN, kết quả này vẫn được duy trì sau 10 năm.

Trên thực tế, sự chọn lựa phương pháp phẫu thuật nào tùy thuộc vào sự thông thạo của phẫu thuật viên đối với phương pháp đó. Phẫu thuật Nissen cho tỉ lệ cải thiện triệu chứng cao nhất, nhưng đồng thời cũng cho tỉ lệ nghẹt tâm vị cao nhất.

CO THẮT TÂM VỊ

1-Đại cương:

Co thắt tâm vị là một rối loạn vận động nguyên phát của thực quản, đặc trưng bởi tình trạng “không dẫn” của cơ thắt dưới thực quản (LES: lower esophageal sphincter) và không có nhu động thực quản.

Độ tuổi mắc bệnh: 25-60. Độ tuổi thường bị mắc bệnh nhất: 30-40. Tỉ lệ nam/ nữ = 1/1.

Biểu chứng của co thắt tâm vị:

- Biểu chứng hô hấp: viêm phổi tái diễn (thường gặp nhất), áp-xe phổi, tắc khí đao cấp tính (choking).
- Ung thư thực quản
- Viêm thực quản, dẫn đến hẹp thực quản

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Bệnh thường diễn tiến nhiều tháng đến nhiều năm. Triệu chứng thường gặp nhất là nuốt nghẹn. BN nuốt nghẹn với cả thức ăn cứng và thức ăn lỏng.

Các triệu chứng khác: oẹ, đau ngực, sụt cân (ít gặp)...

Khám lâm sàng: trong giai đoạn đầu không có triệu chứng gì. Tổng trạng BN thường vẫn tốt. Trong giai đoạn muộn, BN có thể có các biểu hiện của tình trạng trào ngược thức ăn vào đường hô hấp.

Để chẩn đoán xác định co thắt tâm vị, nhất thiết phải dựa vào các phương tiện cận lâm sàng

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

X-quang ngực nghiêng: co thắt tâm vị biểu hiện bằng mức nước hơi sau bóng tim. Hình ảnh này chỉ có tác dụng gợi ý chẩn đoán.

X-quang thực quản (hình 2) với nuốt Barium và soi dưới màn huỳnh quang là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa trước tiên. Hình ảnh của co thắt tâm vị:

- Thực quản không thể sạch Barium
- Barium chuyển động “lên và xuống” trong thực quản
- LES không dẫn hoàn toàn và không đồng bộ với các sóng co thắt thực quản
- Giai đoạn cuối: thực quản dẫn to, ngoằn ngoèo (hình “củ cải”). Đoạn cuối thực quản có hình “mỏ chim”.
- Có thể có hình ảnh túi thừa trên cơ hoành

Áp lực kế thực quản là phương tiện chẩn đoán xác định co thắt tâm vị. Dấu hiệu của co thắt tâm vị trên áp lực kế thực quản (hình 1):

- LES không dẫn hay dẫn không hoàn toàn khi nuốt: dấu hiệu quan trọng nhất.
- Áp lực LES khi nghỉ thường tăng (bình thường 10-30 mmHg), nhưng cũng có thể bình thường. BN có áp lực LES khi nghỉ giảm thường phối hợp với bệnh trào ngược thực quản.

- Không có nhu động ở 1/3 dưới thực quản

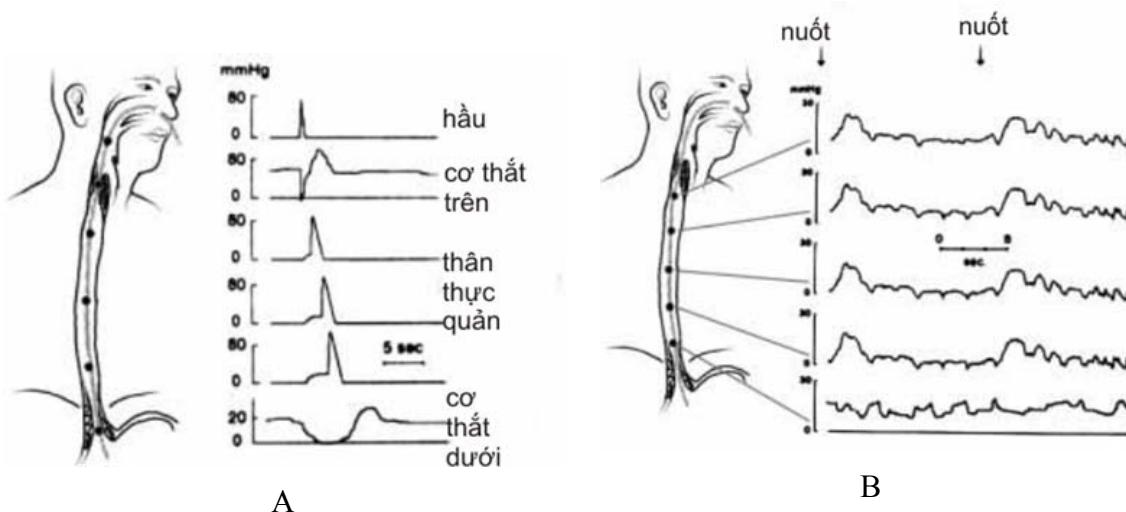
Nội soi thực quản (hình 2): luôn cần thiết, để loại trừ ung thư thực quản tâm vị và viêm thực quản do trào ngược.

Đo pH thực quản liên tục 24 giờ: được chỉ định khi nghi ngờ có trào ngược thực quản phối hợp.

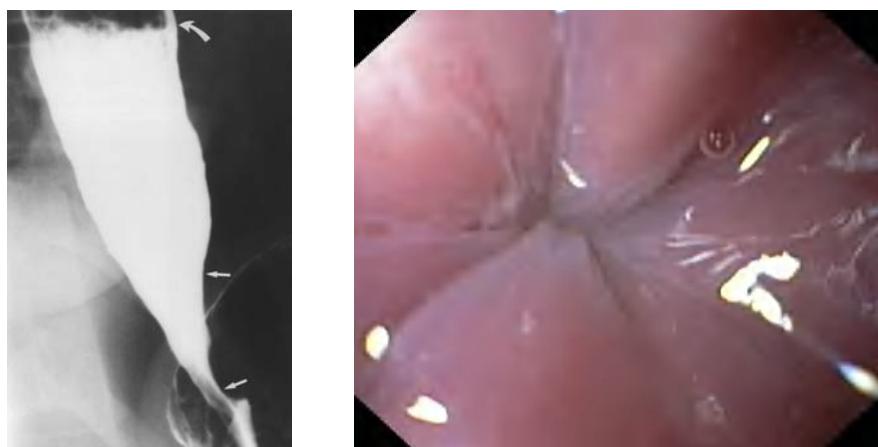
Siêu âm, CT và MRI: không có chỉ định trong chẩn đoán co thắt tâm vị.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

- Co thắt tâm vị thứ phát: do các bệnh lý thực thể (thường ác tính) ở tâm vị
- Các rối loạn vận động nguyên phát và thứ phát khác của thực quản



Hình 1- Áp lực kế thực quản bình thường (A) và trong co thắt tâm vị (B)



Hình 2- Hình ảnh co thắt tâm vị trên X-quang thực quản và nội soi thực quản

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Trước một BN nhập viện vì triệu chứng nuốt nghẹn, cần khai thác kỹ tiền căn, bệnh sử và thăm khám lâm sàng để có hướng chẩn đoán. Chú ý đến tính chất của nuốt nghẹn và toàn trạng của BN. BN có các rối loạn vận động cơ năng của thực quản như co thắt tâm vị thường có bệnh sử kéo dài và toàn trạng khi nhập viện thường tốt.

X-quang thực quản được chỉ định trước tiên. Hình ảnh điển hình của co thắt tâm vị trên X-quang thực quản là thực quản dãn, nhưng đường bờ vẫn mềm mại và có sự vát nhọn ở đoạn cuối thực quản. Nội soi thực quản luôn cần thiết, để loại trừ chít hẹp ác tính ở tâm

vi, hay chít hẹp do viêm thực quản trào ngược. Nếu nội soi không cho thấy tổn thương, áp lực kế thực quản được chỉ định để khẳng định chẩn đoán.

3-Điều trị:

3.1-Điều trị nội khoa:

3.1.1-Thuốc ức chế kênh can-xi và nitrate:

- Hiệu quả trong 10% các trường hợp
- Chỉ định: BN lớn tuổi, có chói chỉ định nong thực quản hay phẫu thuật
- Chối chỉ định: BN có thể được nong bằng hơi hay phẫu thuật

3.1.2-Bơm độc tố botulinum:

- Bơm vào trong lớp cơ vùng thực quản tâm vị qua nội soi thực quản
- Mục đích: ức chế sự giải phóng acetylcholine từ LES, tạo thế cân bằng giữa các chất dẫn truyền thần kinh kích thích và ức chế LES.
- Hiệu quả trong 30% các trường hợp và kéo dài khoảng 1 năm
- Chỉ định: BN có chối chỉ định nong thực quản hay phẫu thuật
- Chối chỉ định: BN có thể được nong bằng hơi hay phẫu thuật

3.1.3-Nong thực quản:

- Vùng thực quản tâm vị được nong bằng bóng bơm hơi để làm đứt các sợi cơ nhung lớp niêm mạc vẫn giữ nguyên.
- Sau khi nong, chụp kiểm tra thực quản bằng thuốc cản quang tan trong nước để chắc chắn không có thủng thực quản.
- Tỉ lệ thành công 70-80%, tỉ lệ thủng thực quản: 5%, trào ngược thực quản 25%
- 50% BN cần hơn một lần nong
- Nếu nong thất bại, phẫu thuật là phương pháp điều trị được chọn lựa

3.2-Điều trị phẫu thuật:

3.2.1-Phẫu thuật Heller:

Chuẩn bị trước mổ: tuỳ vào mức độ ứ đọng trong thực quản, BN phải nhịn ăn uống một khoảng thời gian trước mổ dài hơn các cuộc phẫu thuật khác. Thông thường, BN không ăn đặc trong vòng 72 giờ trước mổ và không uống trong 12 giờ trước mổ. Chú ý hút sạch các chất ứ đọng trong thực quản

Kháng sinh dự phòng luôn cần thiết, để hạn chế nguy cơ nhiễm trùng khi có thủng niêm mạc thực quản trong lúc phẫu thuật.

Nội dung phẫu thuật:

- Đường rạch: phổi biến nhất là mở ngực theo đường sau bên trái, ở khoang liên sườn VII
- Mở rộng khe thực quản của cơ hoành, lôi đoạn cuối thực quản, tâm vị và phần trên dạ dày lên trên
- Thắt các nhánh mạch máu trên đoạn thực quản cần rạch
- Tìm và chừa lại thần kinh X trước

- Rạch cơ đoạn cuối thực quản (5 cm) và đoạn đầu dạ dày (2 cm). Cần thận tránh làm thủng niêm mạc thực quản.
- Có thể khâu cuộn phình vị (phẫu thuật Nissen) để tránh trào ngược. Chỉ định khâu cuộn phình vị: thực quản dẫn to, BN trẻ, hay bất kỳ BN nào bị nghi ngờ có thể có trào ngược sau phẫu thuật Heller.

Tỉ lệ thành công: 85-95%.

Biến chứng: thủng niêm mạc thực quản, nghẹt thực quản do khâu cuộn phình vị quá chật, trào ngược thực quản (25%).

Nếu phẫu thuật thất bại, có ba lựa chọn: nong thực quản, phẫu thuật lần hai, phẫu thuật cắt thực quản.

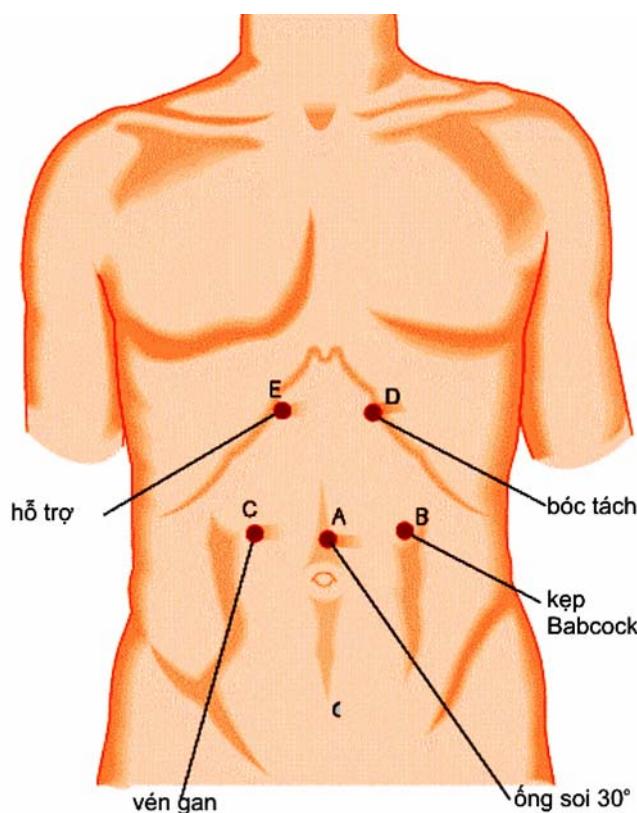
3.2.2-Rạch cơ tâm vị qua nội soi ngả bụng (phẫu thuật Heller qua nội soi ngả bụng):

Ngày nay, đây là một phẫu thuật được lựa chọn để thay thế cho phẫu thuật Heller kinh điển, và được chỉ định cho hầu hết các trường hợp co thắt tâm vị thể trung bình đến nặng.

Phẫu thuật khâu cuộn phình vị để tránh trào ngược thường được tiến hành kết hợp. Nếu tuân theo các nguyên tắc chung, phương pháp khâu cuộn (toute phần hay bán phần, ngả trước hay sau thực quản...) cho các kết quả tương đương. Tuy nhiên, phương pháp khâu cuộn được áp dụng rộng rãi hiện nay là khâu cuộn bán phần. Phương pháp khâu cuộn toàn phần của Nissen thường được chỉ định khi BN có bệnh trào ngược thực quản phối hợp và thực quản còn nhu động.

4-Phẫu thuật Heller qua nội soi ngả bụng kết hợp khâu cuộn phình vị bán phần:

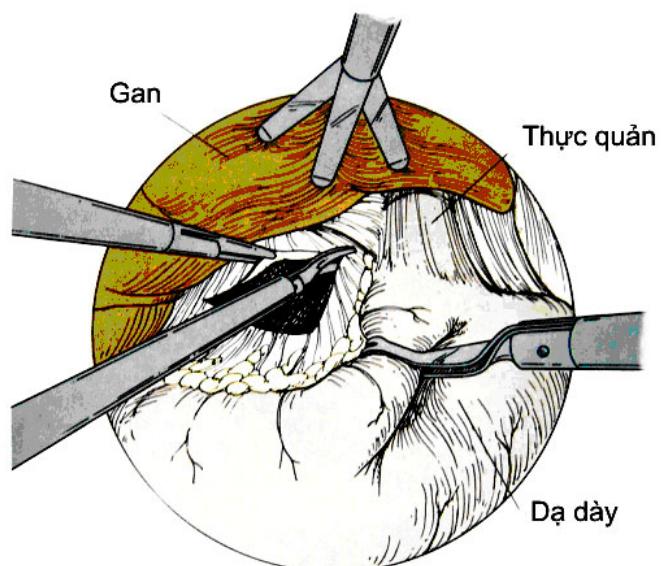
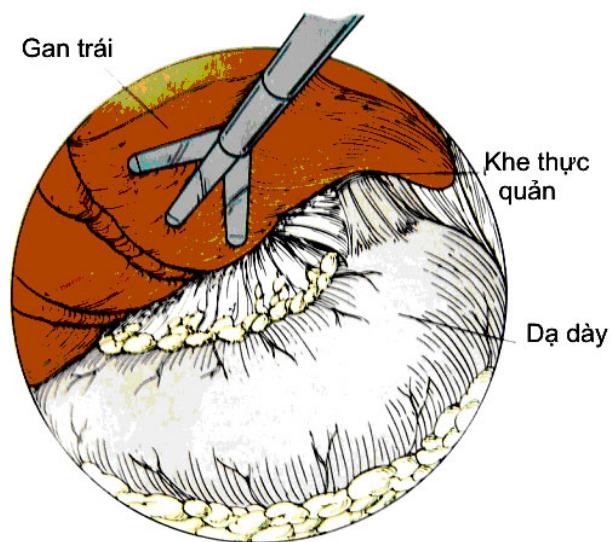
1-Vị trí đặt các trocar và chức năng của từng cổng trocar được trình bày như trong hình vẽ



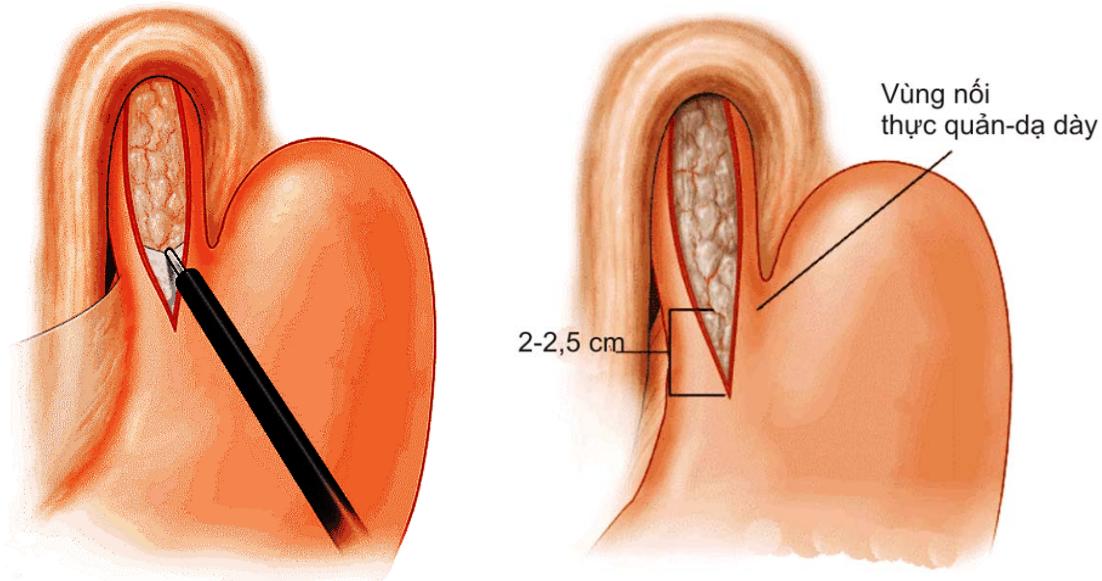
2-Thuỷ gan trái được nâng lên để bóc lộ mạc nối gan vị (mạc nối nhỏ). Phẫu thuật viên phụ dùng kẹp Babcock kéo dạ dày xuống dưới và ra ngoài để phẫu thuật viên chính cắt mạc nối gan vị. Bắt đầu cắt từ thùy đuôi gan, nơi mạc nối gan vị mỏng nhất. Tiếp tục cắt mạc nối gan vị hướng về vòm hoành. Khi đến trụ hoành phải, bóc tách bờ phải thực quản ra khỏi trụ hoành phải. Tìm thần kinh X sau. Tiếp tục bóc tách theo trụ hoành phải xuống dưới, đến nơi trụ hoành phải gấp trụ hoành trái. Sau khi bóc tách bờ phải thực quản, cắt phúc mạc và dây chằng hoành thực quản để bộc lộ trụ hoành trái và thần kinh X trước. Tiếp tục bóc tách theo trụ hoành trái xuống dưới, đến nơi trụ hoành trái gấp trụ hoành phải.

Tạo một cửa sổ giữa hai trụ hoành với thực quản và phình vị. Luồn một Penrose vòng quanh thực quản.

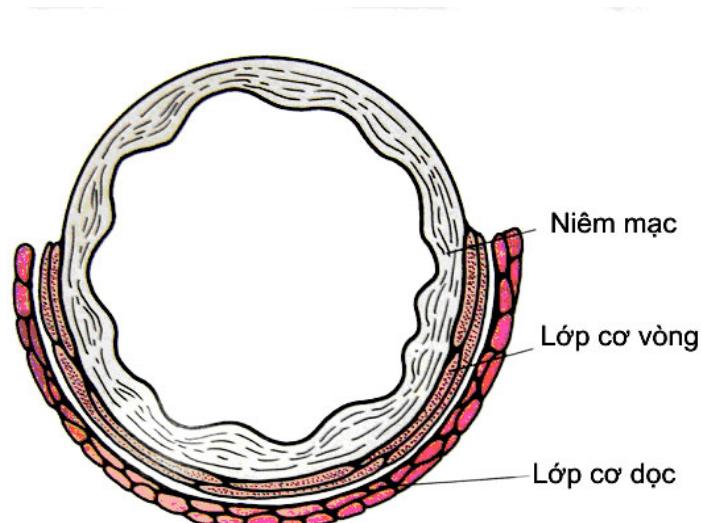
Phẫu thuật viên phụ dùng kẹp giữ phình vị qua cổng D và kéo sang phải, bộc lộ các nhánh của động mạch vị ngắn. Phẫu thuật viên chính dùng dao cắt siêu âm hay clip qua cổng D kẹp cắt các nhánh vị ngắn để di động phình vị.



3-Sau khi đã di động hoàn toàn thực quản và phình vị, phẫu thuật viên phu dùng kẹp Babcock kẹp vào dạ dày, sát vùng nối thực quản-dạ dày và kéo xuống. Việc rạch cơ thực quản bắt đầu từ trên xuống dưới, cạnh bên phải sợi thần kinh X trước. Bắt đầu rạch lớp cơ dọc sau đó sâu xuống lớp cơ vòng. Đường rạch dài khoảng 5 cm trên vùng nối và qua vùng nối 2 cm.



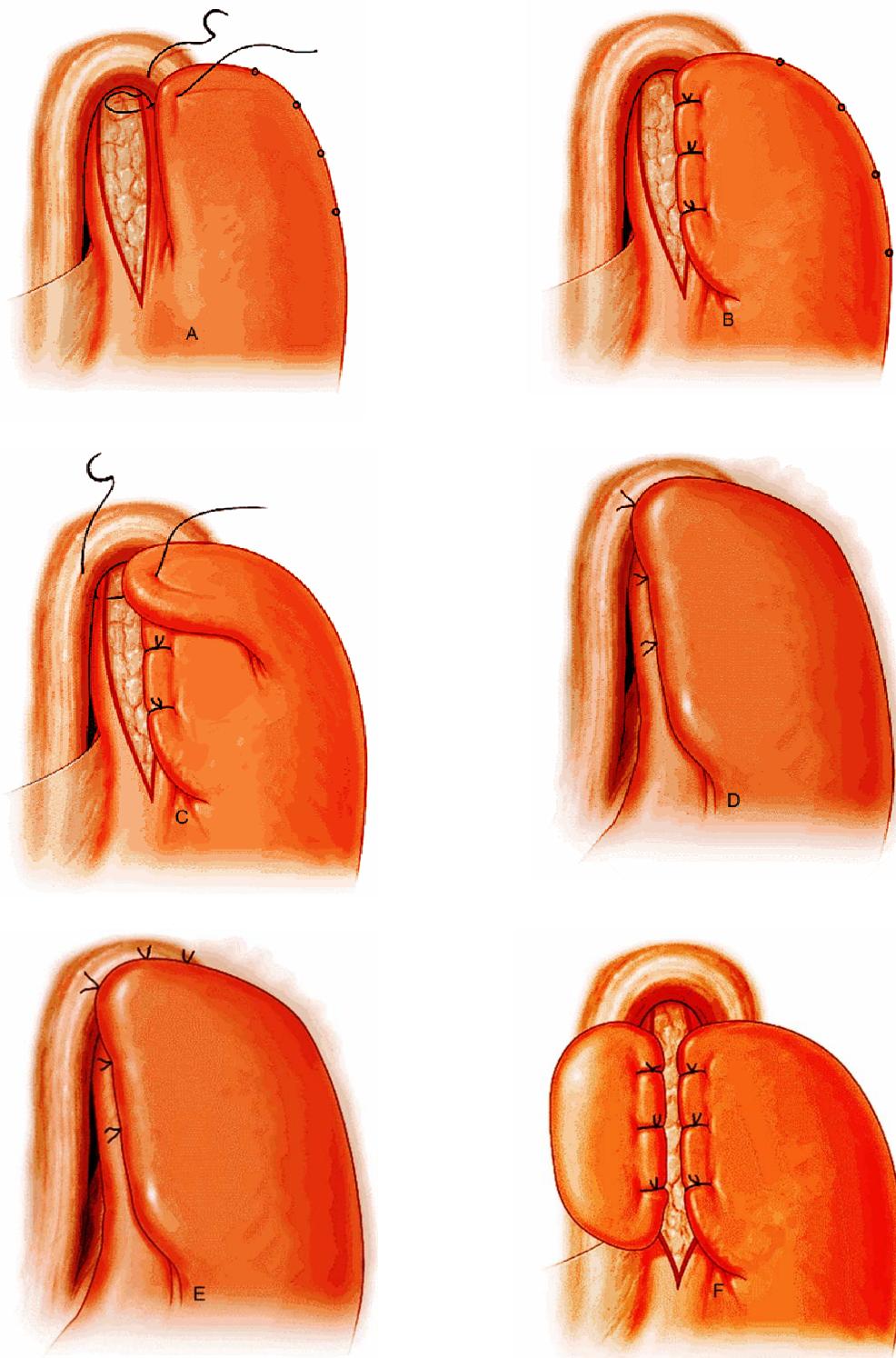
4-Thiết đồ cắt ngang sau khi hoàn tất việc rạch cơ thực quản. Lớp cơ được tách ra khỏi niêm mạc thực quản, về hai phía, sao cho phần niêm mạc được giải phóng chiếm 40-50% chu vi thực quản.



5-Có nhiều phương pháp khâu cuốn phình vị để chống trào ngược (ngả trước hay ngả sau, bán phần hay toàn phần). Hình A-E trình bày phương pháp khâu cuốn phình vị ngả trước bán phần (phương pháp Dor). Phương pháp này được thực hiện bằng hai hàng mũi khâu. Hàng thứ nhất ở bên trái đường xé thanh cơ thực quản, bao gồm ba mũi. Mũi trên

cùng lấy ba vị trí: phình vị, trụ hoành trái và thành thực quản. Hai mũi còn lại chỉ lấy phình vị và thành thực quản. Hàng thứ hai ở bên phải đường xé, cũng bao gồm ba mũi khâu theo cách thức tương tự như hàng khâu đầu. Cuối cùng, khâu hai mũi lấy phần trên cùng của nếp cuốn phình vị và bờ trước của khe hoành.

Hình F mô tả phương pháp khâu cuốn phình vị bán phần ngả sau 220° (phương pháp Guarner). Phình vị được đưa vòng ra sau thực quản, sang bờ phải thực quản và mỗi nếp cuốn phình vị được khâu vào thành thực quản phía tương ứng.



TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

1-Đại cương:

Tràn dịch màng phổi là một hiện tượng bệnh lý trong đó dịch trong khoang màng phổi hiện diện với số lượng nhiều hơn bình thường.

Bình thường mỗi bên khoang màng phổi chứa khoảng 10 mL dịch. Số lượng dịch này là kết quả của sự cân bằng giữa quá trình hình thành và quá trình hấp thu dịch. Khi sự cân bằng này mất đi (tăng hình thành hay giảm hấp thu hay cả hai), hiện tượng tràn dịch màng phổi xảy ra.

Các quá trình bệnh lý làm tăng sự hình thành dịch trong khoang màng phổi bao gồm:

- Tăng áp lực thuỷ tĩnh (suy tim ứ huyết).
- Giảm áp lực thẩm thấu keo (hội chứng thận hư, xơ gan).
- Tăng tính thẩm thành mạch (nhiễm trùng, u bướu).
- Dịch thoát lên khoang màng phổi từ khoang bụng (xơ gan có báng bụng) qua các lỗ mở của cơ hoành.
- Giảm áp lực trong khoang màng phổi (xẹp phổi)...

Sự hấp thu dịch từ khoang màng phổi sẽ giảm trong các trường hợp sau:

- Tắc nghẽn dẫn lưu bạch mạch (bệnh lý ác tính).
- Ứ trệ dẫn lưu bạch mạch (tắc tĩnh mạch chủ trên)...

Tràn dịch màng phổi gây ra một số hậu quả về mặt sinh lý bệnh. Trước hết, nó làm giảm quá trình thông khí (thông khí giới hạn). Nếu mức độ giảm thông khí này là đáng kể, BN sẽ biểu hiện bằng tình trạng thiếu oxy hơn là tình trạng ưu thán. Thể tích toàn bộ phổi, cũng như thể tích cặn chức năng, thể tích sống gắng sức, đều giảm. Tràn dịch màng phổi cũng dẫn đến sự bất tương hợp thông khí-tưới máu. Tràn dịch màng phổi lượng nhiều có thể ảnh hưởng đến cung lượng tim.

Dịch trong tràn dịch màng phổi có thể là dịch thám, dịch tiết, máu hay mủ (bảng 1). Trong trường hợp đặc biệt và hiếm gặp, dịch có thể là dường chấp (tràn dường chấp xoang màng phổi, thường do ống ngực bị vỡ do chấn thương).

Trong 99% các trường hợp, dịch màng phổi có thể được phân loại thành dịch thám hay dịch tiết.

Ba nguyên nhân thường gặp nhất của tràn dịch màng phổi là suy tim ứ huyết (tràn dịch thám), bệnh lý ác tính và viêm phổi (tràn dịch dịch tiết).

Trong các bệnh lý ác tính, thường gặp nhất là ung thư phổi, vú, ống tiêu hoá và lymphoma. Khoảng $\frac{1}{2}$ các trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính ở nam giới xuất phát từ ung thư phổi và 40% tràn dịch màng phổi ác tính ở nữ giới có liên quan đến ung thư vú. Chỉ 50% các trường hợp tràn dịch màng phổi ở BN mắc bệnh lý ác tính thật sự là ác tính, có nghĩa là được chẩn đoán xác định bằng tế bào học.

Viêm phổi là nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi dịch tiết thường gặp nhất. Khoảng 40% BN nhập viện vì viêm phổi có tràn dịch màng phổi. Tràn dịch màng phổi xảy ra ở BN bị viêm phổi được gọi là tràn dịch màng phổi kèm viêm phổi (parapneumonic effusion). Đây là một thể tràn dịch màng phổi cần được quan tâm đặc biệt vì nó có thể chuyển thành tràn mủ màng phổi nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Tràn dịch màng phổi kèm viêm phổi trải qua ba giai đoạn: giai đoạn xuất tiết, giai đoạn fibrin-mũ và giai đoạn tổ chức hoá. Giai đoạn hai và ba được gọi là giai đoạn có biến chứng.

<i>Dịch thâm:</i>	<i>Thuốc:</i>
<i>Suy tim ú huyết</i>	<i>Methotrexate</i>
<i>Viêm phổi</i>	<i>Nitrofurantoin</i>
<i>Hội chứng thận hư</i>	<i>Dantrolene sodium</i>
<i>Giảm albumin huyết tương</i>	<i>Methysergide</i>
<i>Xẹp phổi</i>	<i>Procarbazine</i>
<i>Thâm phân phúc mạc</i>	<i>Máu ($HC > 100.000/mm^3$):</i>
<i>Viêm màng ngoài tim co thắt</i>	<i>Chấn thương</i>
<i>Tắc tĩnh mạch chủ trên</i>	<i>Bệnh lý ác tính</i>
<i>Dịch tiết:</i>	<i>Viêm phổi</i>
<i>Tắc động mạch phổi</i>	<i>Tắc động mạch phổi</i>
<i>Tràn dịch màng phổi kèm viêm phổi</i>	<i>Phẫu thuật lồng ngực</i>
<i>Lao phổi</i>	<i>Mũ:</i>
<i>Tràn dịch màng phổi dạng thấp</i>	<i>Nhiễm trùng:</i>
<i>Tràn dịch màng phổi trong bệnh lupus ban đỏ toàn thân</i>	<i>Viêm phổi do vi khuẩn</i>
<i>Ung thư (phổi, vú, lymphoma, ung thư màng phổi nguyên phát)</i>	<i>Áp-xe (áp-xe phổi, áp-xe dưới hoành)</i>
<i>Hội chứng Dressler (tràn dịch màng phổi sau nhồi máu cơ tim)</i>	<i>Lao phổi</i>
<i>Nhiễm bụi amiăng</i>	<i>Viêm phổi do nấm</i>
<i>Bệnh lý tiêu hoá:</i>	<i>Chấn thương (đặc biệt vết thương thấu ngực)</i>
<i>Thủng thực quản</i>	<i>Tràn khí màng phổi tự phát</i>
<i>Viêm tuy, nang giả tuy</i>	<i>Dưỡng cháp:</i>
<i>Áp-xe trong xoang bụng</i>	<i>Chấn thương (vỡ óng ngực)</i>
	<i>Nhiễm ký sinh trùng (filariasis)</i>
	<i>Dẫn bạch mạch ruột</i>
	<i>Huyết khối tĩnh mạch dưới đòn</i>
	<i>Lymphangiomyomatosis</i>
	<i>Không rõ nguyên nhân</i>
	<i>Nước tiểu (chấn thương thận hay niệu quản)</i>

Bảng I- Nguyên nhân của tràn dịch màng phổi

Trong giai đoạn xuất tiết, dịch có nguồn gốc từ mô kẽ và mao mạch bên dưới lá tạng màng phổi (tăng tính thâm thành mạch do viêm phổi). Dịch không có vi trùng, có số lượng bạch cầu thấp, còn nồng độ LDH (lactate dehydrogenase), glucose và pH bình thường. Dịch màng phổi trong giai đoạn này có thể tự hấp thu nếu BN được điều trị viêm phổi với kháng sinh thích hợp.

Trong giai đoạn fibrin-mũ, vi khuẩn xâm nhập vào khoang màng phổi. Dịch màng phổi có nồng độ LDH tăng, nồng độ glucose giảm và pH giảm. Dịch màng phổi đồng thời cũng lấp đọng nhiều fibrin và có xu hướng khu trú, tạo thành một ổ mủ hay nhiều ổ thông với nhau.

Trong giai đoạn tổ chức hoá, có sự xâm nhập các nguyên bào sợi qua lá thành và lá tạng màng phổi, tạo thành một lớp màng không đàn hồi được gọi là vỏ màng phổi. Dịch (mũ) màng phổi đặc hơn. Ổ mủ này không thể tự thanh toán và được gọi là ổ cặn màng phổi (mủ màng phổi mãn tính). Đôi khi, mủ trong ổ cặn màng phổi tìm đường thoát ra ngoài qua thành ngực tạo thành ổ cặn dưới da thành ngực (empyema necessitatis).

Lớp vỏ màng phổi tạng xiết chặt phổi, làm cho phổi không nở ra tối sát thành ngực được. Lớp vỏ màng phổi thành cũng “làm cứng” thành ngực, làm hạn chế hoạt động hô hấp của thành ngực. Chính lớp vỏ màng phổi này là đối tượng cho can thiệp ngoại khoa.

Ngoài tràn dịch màng phổi kèm viêm phổi giai đoạn có biến chứng, mũ màng phổi có thể có các nguyên nhân khác sau đây:

- Chấn thương ngực (đặc biệt là vết thương thấu ngực).
- Các thủ thuật, phẫu thuật không đảm bảo vô trùng, mang vi khuẩn vào trong khoang màng phổi.
- Võ thực quản.
- Các ổ nhiễm trùng trong trung thất hay trong xoang bụng ăn lan vào khoang màng phổi
- Áp-xe phổi vỡ vào khoang màng phổi.

Ngoài mũ màng phổi, một vài trường hợp bệnh lý khác có thể dẫn đến sự hình thành vỏ màng phổi, thí dụ như tràn dịch tuy khoang màng phổi, tràn dưỡng chất khoang màng phổi, tràn khí màng phổi mãn tính, tràn máu màng phổi ứ đọng...

Lao phổi cũng là một trong các nguyên nhân gây viêm phổi (và tràn dịch màng phổi) thường gặp, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Lao phổi, ở một tỉ lệ đáng kể, có liên quan đến khoang màng phổi. Lao màng phổi có thể dẫn đến mủ màng phổi nếu tình trạng nhiễm lao không được điều trị kịp thời.

Tràn dịch màng phổi có một số hình thái lâm sàng đặc biệt, mỗi hình thái có một số bệnh lý nguyên nhân riêng của nó (bảng 2).

<i>Tràn dịch màng phổi lympho bào:</i>
<i>Ung thư</i>
<i>Lao (đặc biệt nếu tỉ lệ lympho >90%)</i>
<i>Lymphoma (đặc biệt nếu tỉ lệ lympho >90%)</i>
<i>Tắc động mạch phổi</i>
<i>Tràn dịch màng phổi khu trú:</i>
<i>Mũ màng phổi</i>
<i>Máu màng phổi</i>
<i>Lao</i>
<i>Tràn dịch màng phổi lượng lớn:</i>
<i>Ung thư (trên 50% các trường hợp)</i>
<i>Lao</i>
<i>Mũ màng phổi</i>

Bảng 2- Nguyên nhân của một số hình thái tràn dịch màng phổi đặc biệt

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất ở BN bị tràn dịch màng phổi. Khó thở có thể là kết quả của tình trạng cơ hoành hay thành ngực bị ép hơn là do BN thiếu oxy thật sự. Với cùng một thể tích, tràn dịch màng phổi làm cho BN khó thở nhiều hơn tràn khí màng phổi.

Khi tràn dịch lượng nhiều, trung thất bị đẩy sang bên đối diện, BN có biểu hiện khó thở thật sự. Nếu tim bị ép, cung lượng tim giảm, sẽ có biến đổi tình trạng huyết động.

Ngoài khó thở, một số triệu chứng khác có thể gặp trong tràn dịch màng phổi. Các triệu chứng này bao gồm: ho khan, đau ngực, hơi thở ngắn...

Một số triệu chứng, khi xuất hiện, có thể gợi ý chẩn đoán nguyên nhân, thí dụ:

- Ho mũ, ho máu: viêm phổi, sang thương nội phế quản.

- Đau thành ngực liên tục: khối u ác tính xâm lấn vào thành ngực.
- Đau màng phổi (đau thành ngực tăng khi ho, hít sâu hay làm các động tác gây chuyển động thành ngực): thuyên tắc phổi, viêm màng phổi.
- Sốt, sụt cân: tràn mủ màng phổi.

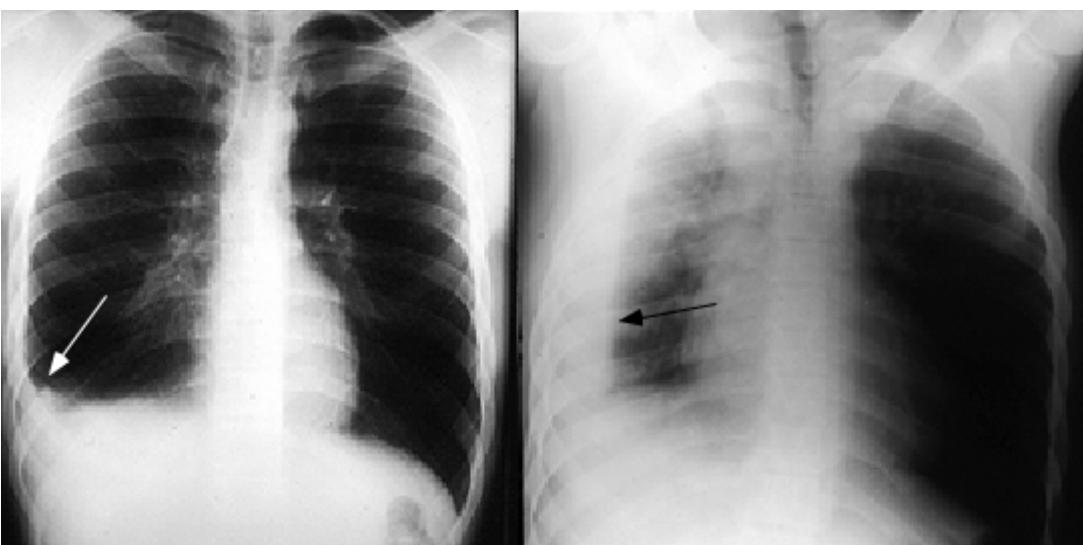
Các triệu chứng thực thể của tràn dịch màng phổi thường xuất hiện khi lượng dịch trong khoang màng phổi đạt đến 300 mL. Các triệu chứng này bao gồm:

- Âm phế bào giảm.
- Gõ đục.
- Rung thanh giảm.
- Tiếng dê kêu (âm A chuyển thành E).
- Tiếng cọ màng phổi
- Trung thất (khí quản) bị đẩy sang bên đối diện. Dấu hiệu này xảy ra khi lượng dịch vượt quá 1000 mL. Trong trường hợp xẹp phổi do có sự bế tắc trong lòng một phế quản lớn (u bướu, dị vật), trung thất có thể bị kéo sang bên bệnh lý.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-X-quang ngực:

X-quang ngực là chỉ định trước tiên khi nghi ngờ có tràn dịch màng phổi. Hình ảnh X-quang của tràn dịch màng phổi sẽ phụ thuộc vào một số yếu tố, thí dụ như dịch tự do hay khu trú, số lượng của dịch, tư thế của BN và tổn thương phổi hợp của phổi.



Hình 1- Hình ảnh góc sườn hoành bị tù trên X-quang ngực thẳng của một BN bị tràn dịch màng phổi bên phải. Cũng ở BN này, trên X-quang với tư thế BN nằm nghiêng, tràn dịch màng phổi biểu hiện bằng một dãi mờ ở thành ngực bên. Độ dày của dãi mờ này sẽ quyết định có thể chọc hút được dịch màng phổi hay không.

Dịch tự do trong khoang màng phổi sẽ tập trung ở vị trí thấp nhất. Trong giai đoạn đầu, nếu BN đứng, dịch sẽ tập trung ở góc sườn hoành sau. Hình ảnh tù góc sườn hoành sau chỉ thấy được khi chụp X-quang với BN ở tư thế nghiêng. Khi lượng dịch tăng dần, dịch sẽ tập trung ở góc sườn hoành trước và bên, sau đó tập trung ở dưới phổi, cuối cùng vượt qua bờ dưới phổi để phát triển dần lên trên. Để thấy được hình ảnh tù góc sườn hoành (bên) trên X-quang ngực thẳng (hình 1), lượng dịch tối thiểu phải đạt 150 mL. Trong một

số trường hợp, những thay đổi trên X-quang ngực của tràn dịch màng phổi chỉ thấy được khi trong xoang màng phổi có 500 mL dịch.

Khi mức dịch vượt qua khói bờ dưới phổi, hình ảnh của tràn dịch màng phổi là mờ phần dưới của phổi. Phần phổi tương ứng bị ép nhưng sẽ có xu hướng nở ra. Trên X-quang, có thể thấy được nhu mô phổi nằm chồng lên hình mờ của dịch. Lớp dịch càng dày, hình càng mờ, càng khó quan sát được nhu mô phổi xuyên qua lớp dịch. Khi lượng dịch tăng lên, cũng sẽ không còn thấy đường bờ của tim và vòm hoành (dấu hiệu silhouette).

Giới hạn trên của lớp dịch thực chất là một đường ngang. Tuy nhiên, ở vị trí mà tia X đi song song với mặt phẳng dịch-phổi, tia X phải đi qua một quãng đường dài hơn trong lớp dịch, vì thế đậm độ cản quang ở phía ngoài của lớp dịch màng phổi cao hơn ở phía trong. Hiện tượng này làm cho bờ trên của lớp dịch có hình ảnh của một đường cong lõm lên trên, với “hình nêm” ở phía ngoài. Cần chú ý là bờ trên thực sự của lớp dịch cao hơn đỉnh của hình nêm này.

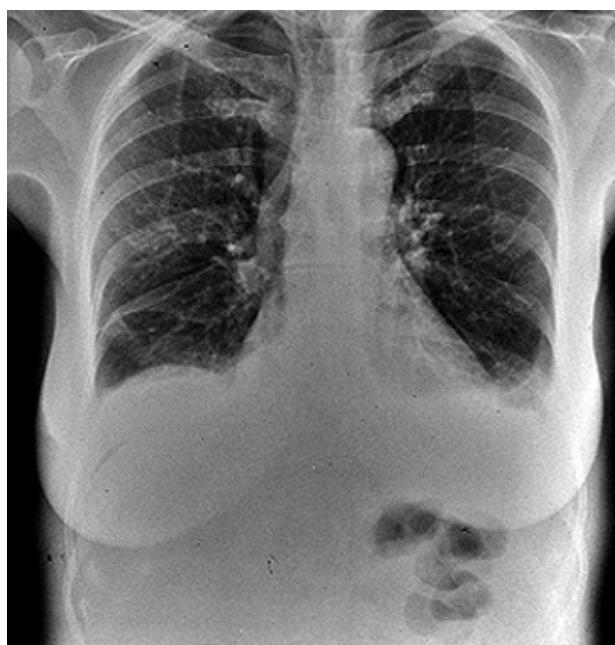
Khi có khí hiện diện trong xoang màng phổi (tràn dịch-tràn khí màng phổi), phổi bị xẹp đều, độ dày của lớp dịch tăng lên đáng kể, ngay cả ở phần trên, đồng thời sự tương phản về đậm độ cản quang với khí làm cho giới hạn trên của lớp dịch thật sự rõ ràng là một đường ngang. Đường ngang này là giới hạn trên thật sự của lớp dịch.

Khi BN nằm ngửa, dịch phân bố ở phía sau lồng ngực. Lớp dịch vuông góc với tia X. Tia X chỉ đi một quãng đường ngắn trong lớp dịch. Đậm độ cản quang của lớp dịch giảm. Hình ảnh của lớp dịch trên X-quang, vì thế, là một hình hơi mờ với bờ trên không rõ ràng.

Khi BN nằm nghiêng, dịch tập trung ở vị trí thấp nhất là thành ngực bên, trên film X-quang sẽ có hình ảnh một dãi mờ ở sát thành ngực bên.

X-quang ngực với tư thế BN nằm nghiêng một bên còn có một tác dụng khác: giúp cho người thầy thuốc xem xét khả năng có thể tiến hành chọc hút dịch màng phổi được hay không. Với độ dày của lớp dịch (trên X-quang ngực với tư thế BN nằm nghiêng hay trên siêu âm) phải tối thiểu 1 cm, BN mới có thể được chọc hút dịch màng phổi.

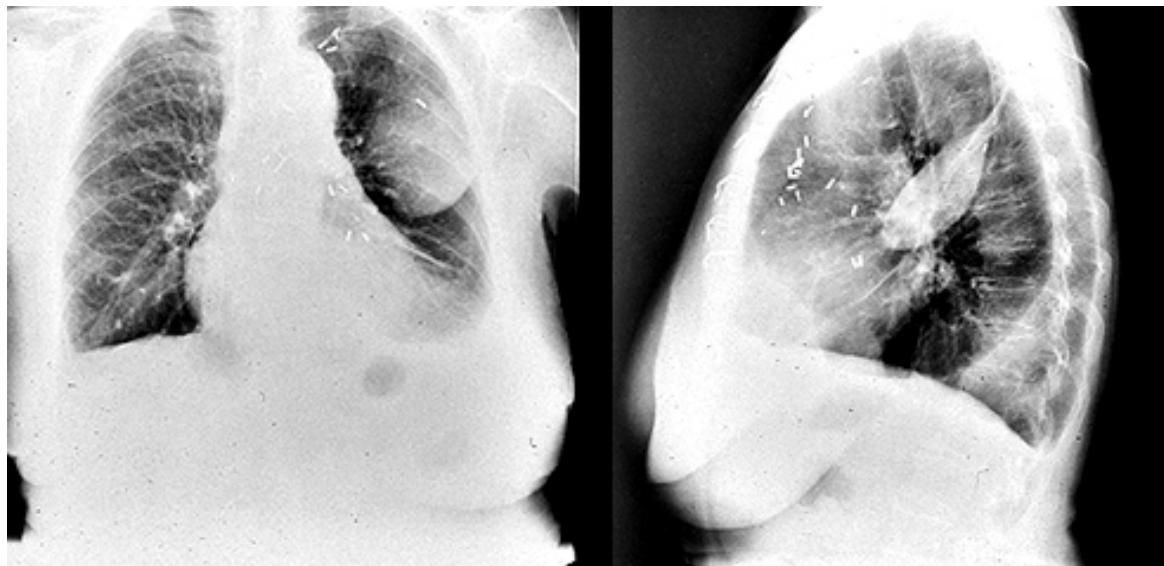
Khi tràn dịch màng phổi lượng lớn, trung thất sẽ bị đẩy sang bên đối diện.



Hình 2- Hình ảnh tràn dịch màng phổi phải thể dưới phổi. Vòm hoành phải bị nâng cao giả tạo.Lièm hơi dưới hoành phải cho thấy vị trí thật sự của vòm hoành phải.

Hình ảnh X-quang của một số thể tràn dịch màng phổi đặc biệt:

- Tràn dịch thể dưới phổi: bình thường, dịch màng phổi, với lượng ít, sẽ tập trung ở dưới phổi. Trong một số trường hợp đặc biệt, dịch màng phổi, có lượng khá, vẫn tập trung ở dưới phổi. Trên X-quang, tràn dịch màng phổi thể dưới phổi sẽ cho hình ảnh vòm hoành cao giả tạo (hình 2). Nếu tràn dịch ở bên trái, khoảng cách giữa bóng hơi phình vị và “vòm hoành giả” tăng sẽ gợi ý có thể có tràn dịch thể dưới phổi. Tuy nhiên, tràn dịch màng phổi thể dưới phổi lại thường xảy ra ở bên phải. Trong trường hợp nghi ngờ, có thể chụp X-quang ngực với BN nằm nghiêng một bên. Siêu âm là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa khi nghi ngờ BN có tràn dịch màng phổi thể dưới phổi.
- Tràn dịch màng phổi khu trú: khi có sự dính giữa hai lá màng phổi, hay khi có sự thay đổi tính chất của nhu mô phổi (xẹp phổi khu trú), tràn dịch màng phổi sẽ có hình ảnh một hay nhiều thuỷ. Nếu chụp tiếp tuyến, ổ tụ dịch sẽ có hình ảnh một khối mờ nhô từ thành ngực vào và đường bờ tạo với thành ngực một góc tù. Nếu chụp thẳng góc, ổ tụ dịch sẽ cho “hình ảnh giả u”. Ổ tụ dịch trong khe gian thuỷ phổi sẽ có hình ảnh elip trên film chụp nghiêng (hình 3).



Hình 3- Tràn dịch khu trú khe gian thuỷ phổi trái: hình ảnh giả u trên film chụp thẳng và hình elip trên film chụp nghiêng.

2.2.2-Siêu âm:

Siêu âm là phương tiện có ích trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi, cả trong lĩnh vực chẩn đoán và điều trị (chọc hút khoang màng phổi). So với X-quang ngực thường quy, siêu âm có thể phân biệt dịch với mô đặc (u burous). Vì thế, trong các trường hợp tràn dịch màng phổi khu trú, khi mà X-quang có thể không thể loại trừ được một khối u, thì siêu âm có thể làm được điều này. Trong trường hợp tràn dịch màng phổi thể dưới phổi, giá trị chẩn đoán của siêu âm cao hơn hẳn X-quang thường quy.

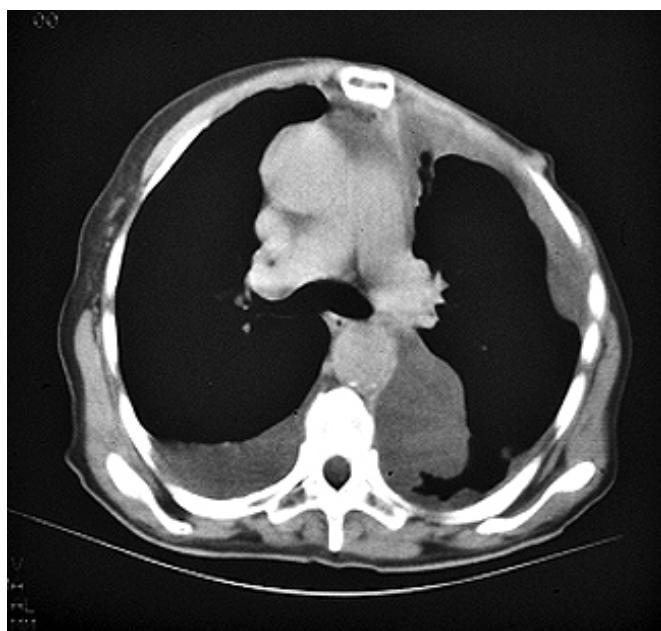
Ngoài ra, siêu âm còn có giá trị trong chẩn đoán bệnh lý nguyên nhân, nếu các bệnh lý này tập trung ở dưới phổi hay dưới hoành.

2.2.3-CT:

Trên CT, dịch tự do trong khoang màng phổi biểu hiện bằng hình ảnh một cấu trúc có hình liềm, và ở vùng thấp nhất của lòng ngực. Trong giai đoạn đầu, “liềm dịch” màng

phổi tập trung ở góc sườn hoành. Khi lượng dịch tăng lên, “liêm dịch” sẽ phát triển ra trước và lên trên. Khi thay đổi tư thế BN, vị trí của liêm dịch cũng thay đổi. Đây là tiêu chuẩn để đánh giá tràn dịch khoang màng phổi tự do hay khu trú (hình 4).

Độ đậm đặc quang của liêm dịch gần bằng đậm đặc của nước. Không thể phân biệt dịch thâm hay dịch tiết dựa vào đậm đặc của nước. Máu trong khoang màng phổi có đậm đặc cao hơn nước. Đôi khi, tràn máu trong khoang màng phổi biểu hiện bằng hình ảnh mức nước-máu (mức dịch-dịch), do các hồng cầu trong máu không đồng trong khoang màng phổi lỏng cuồng và tạo thành hai lớp dịch có đậm đặc quang khác nhau.



Hình 4- Tràn dịch màng phổi ác tính hai bên ở một BN bị ung thư vú. CT cho thấy tràn dịch bên phải tự do và tràn dịch bên trái khu trú (hai vị trí: giữa và trước bên).

Hình ảnh dày màng phổi gợi ý một bệnh lý viêm nhiễm hay u bướu (hình 5). Nếu không có hình ảnh dày màng phổi, dịch trong khoang màng phổi thường là dịch thâm. Màng phổi dày và có nốt trên CT cũng như trên X-quang ngực là biểu hiện của tràn dịch màng phổi ác tính.



Hình 5- Tràn mủ màng phổi ở hai BN khác nhau với hình ảnh dày hai lá màng phổi (dấu phân tách màng phổi).

Mõ ngoài khoang màng phổi hay ở vùng góc sườn hoành cũng có hình ảnh trên CT giống như tràn dịch màng phổi. Tuy nhiên, tính chất đối xứng hai bên của chúng có thể giúp loại trừ khả năng tràn dịch màng phổi.

Các hình ảnh cắt ngang của CT làm cho CT trở thành phương tiện chẩn đoán có giá trị nhất đối với BN bị tràn dịch màng phổi. Trên CT, khoang màng phổi được quan sát tách bạch khỏi nhu mô phổi. CT là phương tiện chẩn đoán phân biệt áp-xe phổi và mõ màng phổi có giá trị cao nhất. Mõ màng phổi thể hiện bằng dấu hiệu “phân tách màng phổi” trên CT, trong khi đó áp-xe phổi thì không có dấu hiệu này.

CT có giá trị hơn siêu âm và X-quang thường quy trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi khu trú, đặc biệt khi vị trí tràn dịch nằm trong phổi (tràn dịch khe gian thuỷ).

Ưu thế lớn nhất của CT là chẩn đoán bệnh lý nguyên nhân của tràn dịch màng phổi.

2.2.4-Xét nghiệm dịch màng phổi:

Xét nghiệm dịch màng phổi là bước căn bản trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi. Để có thể chọc dò thành ngực lấy dịch màng phổi làm xét nghiệm, chiều dày của lớp dịch phía thành ngực (khi BN nằm nghiêng một bên) phải tối thiểu 1 cm. Có thể xác định chiều dày này bằng X-quang ngực thẳng hay siêu âm với tư thế BN nằm nghiêng về bên bị tràn dịch. Tốt nhất là chọc dò dưới sự hướng dẫn của siêu âm, đặc biệt trong các trường hợp tràn dịch khu trú.

Để chẩn đoán nguyên nhân của tràn dịch màng phổi, bước đầu tiên và cũng rất quan trọng là xác định dịch màng phổi có bản chất là dịch thấm hay dịch tiết.

Theo tiêu chuẩn của Light, được đề xuất năm 1972, dịch màng phổi là dịch tiết khi thoả mãn một trong ba tiêu chuẩn sau đây:

- Tỉ lệ protein dịch màng phổi/ protein huyết tương $> 0,5$.
- Tỉ lệ LDH dịch màng phổi/ LDH huyết tương $> 0,6$ (LDH: lactate dehydrogenase).
- LDH dịch màng phổi lớn hơn 2/3 giá trị trên của LDH huyết tương bình thường.

Nếu không có cả ba tiêu chuẩn trên, dịch màng phổi là dịch thấm.

Chẩn đoán dịch thấm hay tiết theo tiêu chuẩn của Light có độ nhạy 99% và độ đặc hiệu 98%. Về sau này, một số tiêu chuẩn của các tác giả khác đã được đề xuất, nhưng chưa có tiêu chuẩn nào có giá trị chẩn đoán cao như tiêu chuẩn Light.

Bên cạnh protein và LDH, một số chất khác cũng được đánh giá để chẩn đoán phân biệt dịch thấm hay tiết và chẩn đoán nguyên nhân. Các chất này là:

- Cholesterol: nồng độ cholesterol trong dịch tiết cao hơn so với dịch thấm. Tuy nhiên, nồng độ riêng lẽ của cholesterol mà không có sự kết hợp với protein và LDH ít có giá trị trong chẩn đoán phân biệt dịch thấm và dịch tiết.
- Gradient albumin dịch màng phổi-huyết tương: nếu hiệu số nồng độ giữa albumin huyết tương và dịch màng phổi trên 12 g/L, dịch màng phổi là dịch thấm.
- Glucose: nồng độ glucose dịch màng phổi rất thấp được quan sát thấy trong các bệnh lý gây tràn dịch màng phổi sau đây: lao, mõ màng phổi, di căn màng phổi.
- Amylase: nồng độ amylase dịch màng phổi tăng trong viêm tuy, vỡ thực quản, và khoảng 10% các trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính.

- pH: bình thường pH dịch màng phổi bằng 7,64. pH dịch màng phổi sẽ chuyển toan (pH < 7,3) nếu quá trình bệnh lý gây tràn dịch màng phổi có tính chất viêm nhiễm hay thâm nhiễm, thí dụ tràn dịch màng phổi kèm viêm phổi, mủ màng phổi, lao, bệnh ác tính. Dịch màng phổi có pH thấp đều là dịch tiết, trừ một ngoại lệ duy nhất: tràn nước tiểu màng phổi. Theo hiệp hội các bác sĩ nội khoa hô hấp Hoa kỳ, pH dịch màng phổi là xét nghiệm sinh hoá được chọn lựa trước tiên để đánh giá giai đoạn của tràn dịch màng phổi kèm viêm phổi: nếu pH nhỏ hơn 7,2, bệnh đã chuyển sang giai đoạn mủ màng phổi, và dịch màng phổi cần được dẫn lưu khẩn để tránh các di chứng do nhiễm trùng mãn tính hay ổ cặn màng phổi gây ra.

Adenosine deaminase (ADA): nồng độ ADA dịch màng phổi trong lao màng phổi cao hơn so với các bệnh lý gây tràn dịch màng phổi dịch tiết khác. Nồng độ ADA cao hơn 43 U/L được cho là kết quả dương tính cho chẩn đoán lao màng phổi. Tuy nhiên, nồng độ ADA dưới 43 U/L không loại trừ chẩn đoán lao màng phổi. Một số bệnh lý khác cũng có nồng độ ADA dịch màng phổi tăng, thí dụ như viêm màng phổi trong bệnh thấp và mủ màng phổi.

2.2.5-Sinh thiết màng phổi:

Sinh thiết màng phổi bằng kim được chỉ định trong trường hợp nghi ngờ tràn dịch màng phổi ác tính hay tràn dịch màng phổi do lao. Khả năng cho chẩn đoán dương tính của sinh thiết màng phổi bằng kim trong tràn dịch màng phổi ác tính (57%) thấp hơn trong tràn dịch màng phổi do lao (75%). Lý do của sự khác biệt này là do các tổn thương di căn phân bố không đều trong khoang màng phổi.

Việc sử dụng kim (kim Abram) để sinh thiết lá thành màng phổi trong chẩn đoán lao màng phổi ít được sử dụng kể từ khi có xét nghiệm các chất đánh dấu (ADA) và nội soi lồng ngực. Thực tế, sinh thiết bằng kim được chỉ định khi xét nghiệm ADA cho kết quả âm tính trên BN nghi ngờ bị lao màng phổi và chống chỉ định (hay không có điều kiện tiến hành) nội soi lồng ngực.

Sinh thiết màng phổi qua nội soi cho kết quả dương tính cao hơn nhiều so với sinh thiết bằng kim. Trong trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính, sinh thiết qua nội soi có thể cho kết quả dương tính 92%. Con số này đối với tràn dịch do lao là 100%.

2.2.6-Nội soi lồng ngực:

Nội soi lồng ngực ngày càng được chỉ định rộng rãi trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tràn dịch màng phổi. Qua nội soi lồng ngực, các tổn thương trong khoang màng phổi có thể được quan sát trực tiếp, các mẫu mô có thể được lấy để chẩn đoán giải phẫu bệnh, và quan trọng hơn, một số bệnh lý có thể được điều trị (phá các vách ngăn fibrin, mở các ổ tụ dịch khu trú, làm dính màng phổi...)

2.3-Chẩn đoán nguyên nhân:

2.3.1-Tràn dịch màng phổi ác tính:

Trên BN đã được chẩn đoán xác định một bệnh lý ác tính, sự hiện diện của tràn dịch màng phổi là triệu chứng của ung thư di căn xoang màng phổi trong 50% các trường hợp.

Trong trường hợp tràn dịch màng phổi là triệu chứng được phát hiện đầu tiên, dịch màng phổi, với các tính chất sau đây, có nhiều khả năng là biểu hiện của một tràn dịch màng phổi ác tính:

- Dịch tiết.

- Dịch có máu (số lượng hồng cầu trên $100.000/mm^3$).
- Tế bào phàn lớn (50-70%) là lymphobào (dịch màng phổi lympho bào).
- Nồng độ CEA tăng.
- Nồng độ S-amylase (isoenzym amylase của tuyến nước bọt) tăng.

Trong 50% các trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính, xét nghiệm tế bào dịch màng phổi cho kết quả dương tính. Để xét nghiệm tế bào dịch màng phổi cho kết quả dương tính, cần chú ý đến:

- Dịch phải có lượng đủ (tốt nhất là 300-500 mL, tối thiểu phải đạt 250 mL).
- Nếu dịch có máu, cần chống đông với heparin và trữ lạnh nếu như dịch không được xét nghiệm trong vòng 1 giờ.

Sinh thiết màng phổi thành bằng kim tại giường, nếu kết hợp với chẩn đoán tế bào học, có thể giúp tăng giá trị chẩn đoán lên 5-10%.

CT có thể chẩn đoán xác định tràn dịch màng phổi ác tính. Trên CT, tràn dịch màng phổi ác tính biểu hiện bằng hình ảnh hai lá màng phổi dày và nham nhở.

Nếu BN được đặt dẫn lưu khoang màng phổi, việc lấy một mẫu mô lá thành màng phổi để xét nghiệm giải phẫu bệnh trước khi đặt ống dẫn lưu là một thủ thuật chẩn đoán rất có ích.

Cuối cùng, nội soi lồng ngực chẩn đoán được chỉ định nếu các biện pháp nói trên không cho kết quả rõ ràng.

2.3.2-Tràn dịch màng phổi lao:

Lao màng phổi là một trong những nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi đáng được quan tâm. Không giống như tràn dịch màng phổi ác tính, lao màng phổi, nếu được chẩn đoán trễ, sẽ dẫn đến những hậu quả đáng ngại trên lâm sàng.

Tương tự như trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính, sự tồn tại của tình trạng nhiễm lao của các tạng khác (lao phổi, ruột, xương, đường tiết niệu, màng não...) là điều kiện đủ để chẩn đoán nguyên nhân của tràn dịch màng phổi là do lao.

Tuy nhiên, nếu tràn dịch màng phổi là triệu chứng được phát hiện trước tiên, và BN chưa có bằng chứng nhiễm lao ở các tạng khác, chẩn đoán lao màng phổi được nghĩ đến nếu:

- BN có tiền căn tiếp xúc với nguồn lây nhiễm lao.
- BN có test purified protein derivative (PPD) dương tính.
- Dịch màng phổi là dịch tiết lympho bào, đặc biệt nếu tỉ lệ tế bào trung biểu mô (mesothelial cells) dưới 5%.

Hầu hết các trường hợp tràn dịch màng phổi do lao là do phản ứng tăng nhạy đối với vi khuẩn lao hơn là do sự xâm nhập trực tiếp của vi khuẩn lao vào trong khoang màng phổi. Vì thế, các xét nghiệm vi khuẩn học dịch màng phổi cho kết quả thấp (kết quả nhuộm dưới 10%, kết quả cây khuẩn dưới 65%). Ngược lại, sự kết hợp giữa chẩn đoán tế bào học và cây khuẩn mẫu lá thành màng phổi có thể cho kết quả trong 90% các trường hợp.

Nồng độ ADA dịch màng phổi tăng có giá trị chẩn đoán lao màng phổi. Nếu lấy giá trị dương tính (cut-off) là 43 U/L, độ nhạy của ADA trong chẩn đoán lao màng phổi là 73%.

Xét nghiệm PCR (polymerase chain reaction) dịch màng phổi cho giá trị chẩn đoán cao hơn xét nghiệm ADA. Theo một nghiên cứu, PCR có độ nhạy 70% và độ đặc hiệu 100% trong chẩn đoán lao màng phổi.

2.3.3-Tràn dường chấp màng phổi:

Chẩn đoán tràn dường chấp khoang màng phổi được khẳng định nếu như quan sát thấy các hạt chylomicron trong dịch màng phổi bằng phương pháp điện phân (electrophoresis), hoặc nồng độ triglyceride dịch màng phổi trên 110mg/dL. Nếu nồng độ triglyceride dịch màng phổi dưới 40mg/dL, chẩn đoán được loại trừ.

2.3.4-Tràn máu màng phổi:

Tràn máu màng phổi được nghĩ đến nếu như dịch chọc hút hay được dẫn lưu từ khoang màng phổi có hình ảnh đại thể của máu. Nếu hematocrite dịch màng phổi trên $\frac{1}{2}$ hematocrite máu BN, chẩn đoán tràn máu màng phổi được xác định. Nguyên nhân thường gặp nhất của tràn máu màng phổi là chấn thương ngực. Nếu không do chấn thương, tràn máu màng phổi có thể là hậu quả của các bệnh lý ác tính, tắc động mạch phổi, nút hay vỡ phình động mạch chủ ngực. Trước tất cả các BN mà dịch màng phổi có đại thể là máu, cần đánh giá mức độ thiểu máu của BN cũng như tình trạng huyết động. Nếu máu ra trên 200 mL mỗi giờ và kéo dài vài giờ, cần phải mở ngực để cầm máu.

Để chẩn đoán xác định tràn máu màng phổi, ít khi phải cần đến CT. Trên CT, máu có đậm độ cản quang khá cao (35-70 đơn vị Hounsfield). Chỉ định thường nhất của CT trong tràn máu màng phổi là nghi ngờ máu đông màng phổi.

2.3.5-Tắc động mạch phổi:

Tắc động mạch phổi là một bệnh lý tương đối phổ biến nhưng ít được chẩn đoán trên lâm sàng, do có các triệu chứng không đặc hiệu. Trong hầu hết các trường hợp, huyết khối gây tắc động mạch phổi có nguồn gốc từ huyết khối tĩnh mạch sâu, thường ở chi dưới.

Trong tắc động mạch phổi, động mạch phổi có thể bị tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn, bị tắc ở nhánh chính hay các nhánh phụ. Nhu mô phổi có thể bị nhồi máu hay không. Vì các thể lâm sàng đa dạng nói trên, triệu chứng lâm sàng của tắc động mạch phổi thường bị nhầm lẫn với triệu chứng lâm sàng của các bệnh lý khác trong lòng ngực.

Triệu chứng thường gặp nhất của tắc động mạch phổi bao gồm: khó thở, đau ngực (kiểu đau màng phổi), ho và ho máu.

Tắc nhánh chính của động mạch phổi xảy ra với tần xuất thấp nhưng có dự hậu nặng nề: BN nhanh chóng bị truy mạch và tử vong.

Phương tiện chẩn đoán xác định tắc động mạch phổi tiêu chuẩn là X-quang động mạch phổi. Tuy nhiên, đây là phương tiện chẩn đoán xâm lấn. Trong các phương tiện chẩn đoán không xâm lấn, CT và MRI có giá trị chẩn đoán cao nhất.

2.3.6-Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi khác:

Nhiều trường hợp tràn dịch màng phổi không xác định được nguyên nhân. Có thể khu trú tính chất lành tính hay không lành tính của dịch màng phổi để có thái độ chẩn đoán tích cực hơn. Một tràn dịch màng phổi có nhiều khả năng là lành tính (sự chậm trễ trong chẩn đoán không làm ảnh hưởng đến tiên lượng của BN) khi:

- BN ổn định trên lâm sàng.
- BN không sụt cân.
- BN không sốt

- Dịch màng phổi không chiếm quá $\frac{1}{2}$ lồng ngực
- Test PPD âm tính và nồng độ ADA dịch màng phổi thấp hơn 43 U/L.
- Tỉ lệ lympho bào dịch màng phổi thấp hơn 95%.

Các trường hợp màng phổi “không lành tính” cần có các chẩn đoán tích cực hơn, đặc biệt nếu dịch màng phổi là dịch tiết. Thông kê cho thấy 20% các trường hợp tràn dịch màng phổi dịch tiết không được chẩn đoán nguyên nhân có nguyên nhân “đặc hiệu”, trong đó bao gồm bệnh lý ác tính.

Các chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi “tích cực hơn” có thể là:

- Nội soi phế quản (đặc biệt khi BN có ho máu hay có bất thường trên nhu mô phổi).
- Nội soi lồng ngực
- Nội soi xoang bụng
- Nội soi ống tiêu hoá (dạ dày-tá tràng, đại tràng).

Một số chất đánh dấu có thể góp phần chẩn đoán nguyên nhân của tràn dịch màng phổi (bảng 3).

Xét nghiệm	Nguyên nhân
Triglycerides >110 mg/dL	Tràn dưỡng chất
Amylase >200 U/dL	Thủng thực quản, bệnh lý ác tính, viêm tuy, nang giả tuy
Isoenzym: tuyén nước bọt	Thủng thực quản, bệnh lý ác tính (thường là phổi)
Isoenzym:tuy	Viêm tuy, nang giả tuy
Yếu tố đông thấp >1:320 và > serum titer	Tràn dịch màng phổi dạng thấp
Kháng thể kháng nhân >1:160 and > serum titer	Tràn dịch màng phổi lupus
Carcinoembryonic antigen (CEA) >10 ng/mL	Bệnh lý ác tính
Adenosine deaminase (ADA) >43 U/L	Lao phổi-màng phổi

Bảng 3- Một số xét nghiệm đặc biệt chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi

2.4-Chẩn đoán tràn mủ màng phổi:

Chẩn đoán mủ màng phổi được đặt ra, nếu như trên nền tăng của một hội chứng tràn dịch màng phổi, BN có sốt hay số lượng bạch cầu trên phết máu ngoại biên tăng cao (trên $15.000/\text{mm}^3$). Ở BN bị viêm phổi do vi khuẩn, nếu như sốt vẫn còn tồn tại sau 48 giờ điều trị với kháng sinh thích hợp, khả năng tràn dịch màng phổi có biến chứng phải được nghĩ đến.

Dịch màng phổi trong trường hợp tràn mủ màng phổi, về mặt đại thể, có thể thay đổi từ dịch có màu vàng trong, dịch hơi đục đến mủ thật sự. Mủ có mùi thoái chứng tỏ tác nhân gây bệnh là vi khuẩn ký khí. Do vậy, dù dịch được chọc hút ra có đại thể là mủ hay không, dịch cũng phải được làm xét nghiệm sinh hoá (pH, glucose, LDH, protein), tế bào (bạch cầu), và vi sinh (nhiuộm gram và cây khuẩn).

Một trường hợp tràn dịch màng phổi kèm viêm phổi được gọi là có biến chứng (BN được chẩn đoán và điều trị như điều trị một trường hợp tràn mủ màng phổi) khi dịch màng phổi thoả mãn một trong các tiêu chuẩn sau đây:

- pH < 7,2
- Glucose < 40 mg/dL

- LDH > 1000 UI/dL
- Protein > 2,5 gm/dL
- Số lượng bạch cầu > 500/ μ L.
- Tỉ trọng > 1,018
- Dịch đục hay đại thể là mủ.
- Nhuộm gram hay cây khuẩn dương tính.

3-Điều trị:

3.1-Các phương pháp điều trị:

3.1.1-Điều trị nội khoa:

Tràn dịch màng phổi dịch thâm thường đáp ứng với các biện pháp điều trị các bệnh lý nội khoa nguyên nhân.

Ngược lại, hầu hết các trường hợp tràn dịch màng phổi dịch tiết là do một trong ba nguyên nhân thường gặp nhất sau đây: viêm phổi, lao màng phổi và bệnh lý ác tính. Ba bệnh lý nói trên đều có thể cần chọc hút hay dẫn lưu khoang màng phổi để tránh xảy ra các di chứng (ô cặn với sự hình thành vỏ màng phổi), thuyên giảm triệu chứng (khó thở) hay để ngăn ngừa tái phát (dẫn lưu trước khi làm dính màng phổi).

3.1.2-Chọc hút khoang màng phổi:

Chọc hút khoang màng phổi được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Chẩn đoán nguyên nhân của tràn dịch màng phổi nói chung.
- Chẩn đoán giai đoạn của tràn dịch màng phổi kèm viêm phổi.
- Làm thuyên giảm triệu chứng khó thở.

Kỹ thuật chọc hút: nếu BN tinh táo và hợp tác, tư thế chọc hút tốt nhất là BN ngồi trên ghế, hay tay khoanh lại và tựa lên thành ghế, lưng quay về phía người chọc hút. Để xác định vị trí chọc hút, cần dựa vào thăm khám lâm sàng, X-quang hay siêu âm. Nếu tràn dịch khoang màng phổi thể tự do, vị trí chọc hút thường là khoang liên sườn 9 hay 10 đường bả vai. Sau khi sát trùng da, trãi khăn, gây tê tại chỗ từng lớp một trên thành ngực tại vị trí chọc hút. Sau khi qua mỗi lớp trên thành ngực, rút nhẹ piston. Nếu thấy không ra máu, tiếp tục bơm thuốc tê. Nếu hút ra dịch, ngưng bơm thuốc tê, rút kim gây tê, đâm kim chọc hút màng phổi vào. Kim dùng để chọc hút dịch khoang màng phổi có khẩu kính 22 gauge và chiều dài khoảng 3,5-4 cm là thích hợp. Có thể dùng catheter để chọc hút dịch màng phổi. Sau khi đã vào khoang màng phổi, rút nòng trong, luồn nòng ngoài vào. Nối kim hay catheter vào dây dẫn. Dây dẫn tốt nhất là loại có van một chiều. Nối dây dẫn vào bình kín. Để cho dịch chảy ra theo trọng lực. Khi dịch chảy ra gần hết, đầu kim chạm vào lá tang màng phổi, BN sẽ có phản xạ ho hay cảm giác đau nhói.

Việc chọc hút điều trị có thể được tiến hành nhiều lần. Trừ khi có phương tiện theo dõi áp lực xoang màng phổi, không lấy hơn 1500 mL dịch trong mỗi lần chọc hút. Nếu có phương tiện theo dõi áp lực khoang màng phổi, ngừng chọc hút khi áp lực dưới -20 cmH₂O. Việc chọc hút một số lượng lớn dịch có thể dẫn đến biến chứng phù phổi do phổi tái dẫn nở hay sốc (phản ứng thần kinh X) sau chọc hút. Nghiên cứu cho thấy có sự giảm độ oxy hóa máu động mạch sau khi chọc hút, và mức độ này tỉ lệ thuận với khối lượng dịch được hút ra. Vì thế, khi tiến hành chọc hút một số lượng dịch đáng kể, nên theo dõi SpO₂, cho BN thở oxy trong lúc tiến hành thủ thuật và một khoảng thời gian sau

khi kết thúc thủ thuật, đảm bảo SpO₂ luôn trên 95% . Điều cuối cùng, đừng quên chụp X-quang phổi kiểm tra sau khi kết thúc thủ thuật.

Biến chứng thường gặp nhất của chọc hút khoang màng phổi là tràn khí màng phổi. Biến chứng này xảy ra với tỉ lệ 3-20% các trường hợp chọc hút. 20% các trường hợp tràn khí màng phổi sau chọc hút cần được đặt ống dẫn lưu khoang màng phổi.

Các biến chứng khác của chọc hút dịch màng phổi bao gồm: giảm thể tích tuần hoàn, chảy máu và nhiễm trùng khoang màng phổi.

3.1.3-Dẫn lưu khoang màng phổi:

Dẫn lưu khoang màng phổi được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Tràn máu màng phổi
- Tràn mủ màng phổi
- Tràn dịch màng phổi lượng lớn hay tràn dịch màng phổi lượng bất kỳ trên BN có biểu hiện suy hô hấp.

Về kỹ thuật đặt dẫn lưu khoang màng phổi, xem bài Dẫn lưu trong ngoại khoa.

3.1.4-Gây dính màng phổi:

Việc sử dụng một số tác nhân gây “xơ hoá” nhằm mục đích tạo ra tình trạng viêm màng phổi hoá học, từ đó làm hai lá màng phổi dính lại với nhau, được chỉ định trong các trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính, tái phát và có triệu chứng.

Điều kiện để có thể làm dính màng phổi theo phương pháp này là dịch phải được hút hết ra khỏi khoang màng phổi và phổi phải nở hoàn toàn. Nếu còn sự hiện diện của dịch, hoặc hai lá màng phổi không áp lại với nhau, thủ thuật sẽ không cho kết quả. Thông kê cho thấy, nếu tiến hành đúng kỹ thuật, thủ thuật cho kết quả trong 80-90% các trường hợp.

Các tác nhân thường được sử dụng để làm dính màng phổi là bột talc, doxycycline, bleomycin, and quinacrine.

Bột talc là một tác nhân gây dính màng phổi cổ điển, nhưng rẻ tiền và có hiệu quả nhất. Bột talc có thể được bơm vào khoang màng phổi với dạng nhũ dịch (qua ống dẫn lưu) hay được thổi vào khoang màng phổi (qua ống soi). Liều lượng bột talc được sử dụng là 5 gm. Hạn chế của việc sử dụng bột talc bao gồm phản ứng sốt và đau do viêm màng phổi. Trong trường hợp hiếm gặp hơn, việc sử dụng bột talc có thể dẫn đến các biến chứng như suy hô hấp, thuyên tắc não và viêm phổi tạo mô hạt.

Tetracycline, trước đây, là tác nhân gây dính màng phổi được sử dụng rộng rãi nhất. Kể từ 1991, khi tetracycline được ngưng sản xuất, doxycycline và bleomycin được sử dụng thay cho tetracycline, cũng có hiệu quả như tetracycline, nhưng có giá thành cao hơn.

Liều sử dụng thông dụng của doxycycline là 1500 mg và bleomycin là 40 U. Sốt, đau ngực và nôn ói là các triệu chứng có thể xảy ra sau thủ thuật. Để giảm đau, 50 mL dung dịch lidocaine 1% có thể được bơm vào khoang màng phổi trước khi bơm tác nhân gây viêm dính màng phổi. BN cũng có thể được giảm đau bằng các loại thuốc sử dụng qua đường toàn thân. Chưa có bằng chứng cho thấy thuốc giảm đau kháng viêm non-steroid (NSAID) có thể làm giảm hiệu quả điều trị của các tác nhân gây dính màng phổi.

Sau khi bơm thuốc, ống dẫn lưu sẽ được kẹp lại trong 2 giờ. Không cần thiết phải xoay trở BN để phân tán thuốc đều trong khoang màng phổi.

Cần nhớ rằng phương pháp điều trị này chỉ thành công nếu dịch được hút hết ra khỏi khoang màng phổi trước khi bơm thuốc và hai lá màng phổi áp sát vào nhau sau khi bơm thuốc.

Các tác nhân làm giới hạn phản ứng viêm xảy ra trong cơ thể cũng làm giảm hiệu quả điều trị của phương pháp làm dính màng phổi. Những BN đang sử dụng corticoid hay bị suy giảm miễn dịch là các đối tượng được dự báo sẽ thất bại với phương pháp điều trị này.

3.1.5-Phẫu thuật:

Điều trị phẫu thuật một trường hợp tràn dịch màng phổi bao gồm:

- Can thiệp qua nội soi (VATS- video-assisted thoracoscopy) phá các vách ngăn fibrin làm cho việc dẫn lưu khoang màng phổi không hiệu quả, mở các ổ tụ dịch khu trú.
- Bóc vỏ màng phổi.
- Phẫu thuật tạo shunt khoang màng phổi-khoang phúc mạc: được chỉ định thường nhất trong tràn dịch màng phổi ác tính, tuy nhiên phương pháp này cũng được áp dụng cho tràn dưỡng chấp xoang màng phổi. Shunt được nối với một bơm và bơm được kích hoạt định kỳ trong ngày. Bất lợi của phương pháp này là shunt không thể duy trì sự thông suốt trong thời gian dài. Khi shunt bị nghẹt, BN có thể phải cần thêm một cuộc phẫu thuật điều chỉnh hay thay shunt.
- Cột ống ngực là một trong các phương pháp điều trị tràn dịch màng phổi dưỡng chấp.
- Khâu đóng các lỗ cơ hoành đôi khi được chỉ định cho các trường hợp dịch màng phổi có nguồn gốc từ dịch báng.

Phẫu thuật bóc vỏ phổi được cân nhắc đến khi:

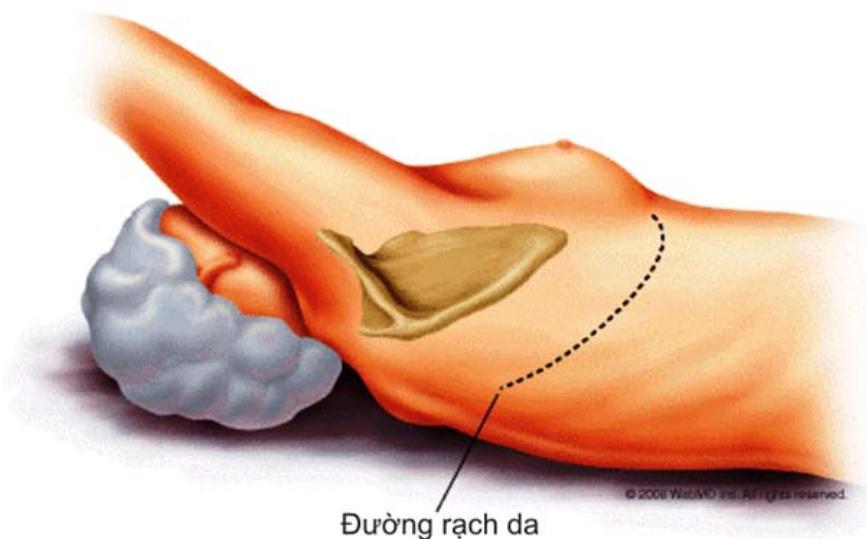
- Có sự hiện diện của vỏ màng phổi trong thời gian 4-6 tuần, và
- Có sự suy giảm chức năng hô hấp, và
- Có bằng chứng của nhu mô phổi bị “ép” bởi lớp vỏ màng phổi.

Phẫu thuật bóc vỏ phổi không được đặt ra trong các trường hợp sau đây:

- Lớp vỏ màng phổi còn “non”.
- Lớp vỏ màng phổi do các nguyên nhân ác tính.
- BN có toàn trạng kém, không thể chịu đựng cuộc phẫu thuật.
- Ồ nhiễm trùng trong khoang màng phổi chưa được kiểm soát, hay nói cách khác, tình trạng nhiễm trùng trong khoang màng phổi còn có tính cách xâm nhập (BN còn có biểu hiện nhiễm trùng).
- BN có bệnh lý phổi nặng ở đối bên
- BN có bệnh lý nhu mô phổi hay phế quản làm cho phổi không thể nở, ngay cả sau khi đã bóc vỏ phổi.
- Các biện pháp điều trị đơn giản hơn (dẫn lưu kín khoang màng phổi, tác nhân làm tan fibrin, can thiệp qua VATS) được cân nhắc là vẫn có hiệu quả.

Khâu chuẩn bị trước phẫu thuật bóc vỏ phổi bao gồm nội soi phế quản để loại trừ các sang thương gây tắc nghẽn phế quản.

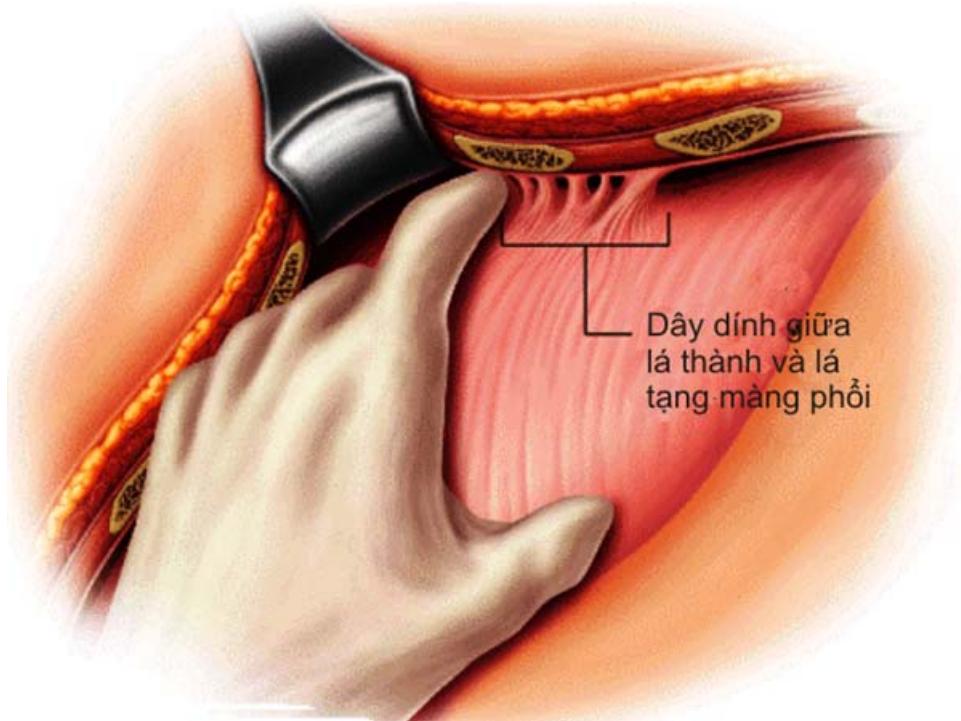
Có thể vào ngực theo đường mở ngực sau bên tiêu chuẩn (hình 6) hay đường thẳng đứng ở nách. Trong cả hai trường hợp, nên bảo tồn cơ lưng rộng và cơ răng trước, dự phòng khả năng sử dụng hai cơ này làm vật cơ chuyển vào lắp ố cặn.



Hình 6- Đường mổ ngực sau bên tiêu chuẩn ở khoang liên sườn 5 hay 6 trong phẫu thuật bóc vỏ phổi

Thành ngực thường rất chắc, vì vậy thường cần phải cắt xương sườn mới có thể có phẫu trường đủ rộng cho các thao tác. Nếu dự trù cắt lá thành màng phổi, nên cắt xương sườn dưới cốt mạc để làm mốc xác định mặt phẳng ngoài khoang màng phổi.

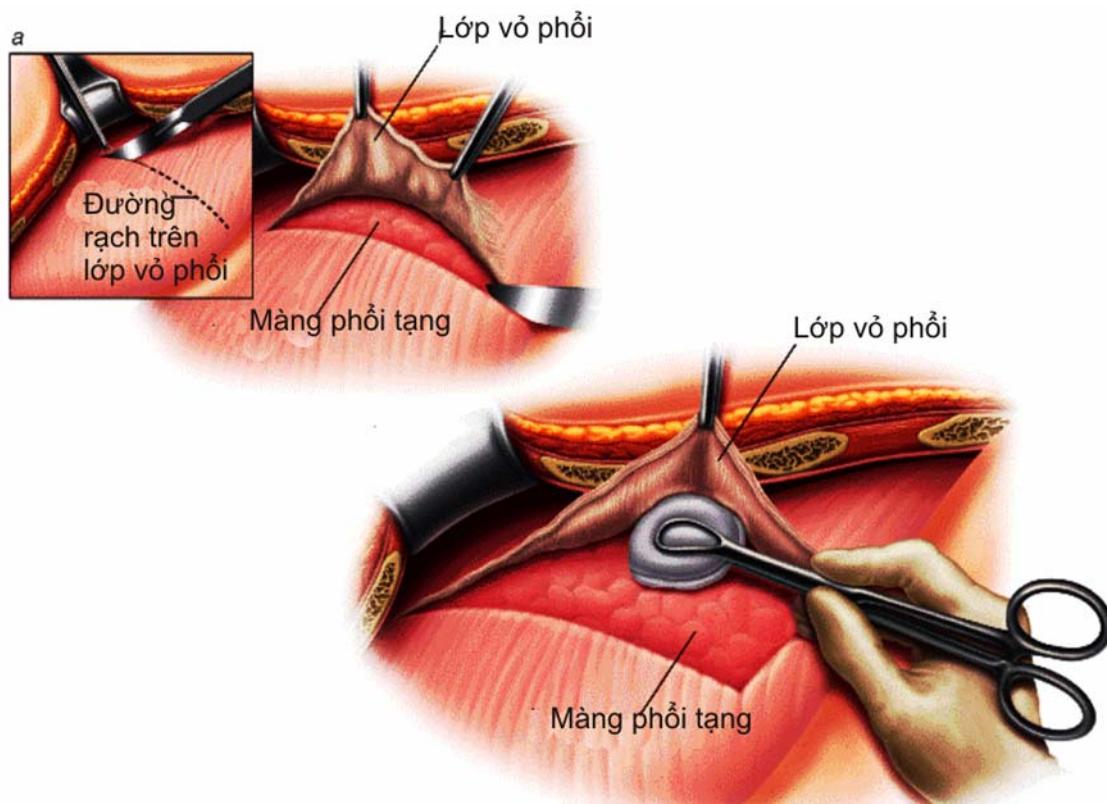
Nếu lá thành và lá tạng màng phổi dính chặt vào nhau, có thể phải cắt lá thành màng phổi. Nếu chúng dính lỏng lěo, tách chúng ra bằng bóc tách sắc (dùng dao hay kéo) hay bằng dao điện (hình 7).



Hình 7-Phẫu thuật bóc vỏ phổi. Nếu có dây dính lỏng lěo giữa lá thành và lá tạng, tách lá tạng

ra khỏi lá thành bằng sự kết hợp giữa bóc tách sắc và băng dao điện.

Yếu tố kỹ thuật quan trọng nhất trong phẫu thuật bóc vỏ phổi là xác định được mặt phẳng giữa lớp vỏ màng phổi và lá tang màng phổi. Nếu bóc tách ở phía trong mặt phẳng này, phổi sẽ không nở tốt. Ngược lại, nếu bóc tách ở ngoài mặt phẳng này, nhu mô phổi sẽ bị tổn thương, gây chảy máu và dò khí kéo dài. Sau khi đã xác định được mặt phẳng bóc tách, dùng kẹp cầm máu kẹp lớp vỏ màng phổi và nhắc lên, bắt đầu tách lớp vỏ ra khỏi lá tang màng phổi bằng bóc tách cùn kết hợp bóc tách bằng kéo (hình 8). Bơm nhẹ cho phổi nở, kết hợp với thông khí với áp lực dương liên tục (CPAP) sẽ cung cấp một đối trọng thích hợp từ nhu mô phổi bên dưới, giúp cho qua trình tách vỏ phổi được dễ dàng hơn. Cuộc phẫu thuật thường tốn nhiều thời gian, và đòi hỏi phẫu thuật viên phải thao tác tỉ mỉ với thái độ kiên nhẫn.



Hình 8- Kỹ thuật tách vỏ màng phổi

Lớp vỏ phổi, sau khi được lấy ra, sẽ được gởi xét nghiệm giải phẫu bệnh và vi khuẩn. Kiểm tra (bơm cho phổi nở) để xác định phổi có khả năng nở tốt, đồng thời phát hiện các chỗ xì dò khí trên bề mặt phổi. Các chỗ xì dò khí sẽ được khâu kín hay được hàn kín bằng các chất keo sinh học.

Cần kiểm tra cầm máu tốt: sự tồn lưu máu trong một khoang màng phổi đã nhiễm trùng có thể làm cho tình trạng nhiễm trùng kéo dài.

Quan điểm của việc cắt bỏ màng phổi thành còn chưa thống nhất. Theo một vài tác giả, việc cắt bỏ màng phổi thành sẽ làm cải thiện chức năng cơ học của thành ngực. Tuy nhiên, nó cũng có thể gây chảy máu, kéo dài thời gian phẫu thuật, và tổn thương các cấu trúc quan trọng trong lồng ngực, thí dụ như mạch máu lớn, thần kinh hoành, thần kinh X, đám rối thần kinh cánh tay...

Trước khi kết thúc cuộc mổ, đặt ống dẫn lưu khoang màng phổi. Trong trường hợp điển hình, sẽ có ba ống dẫn lưu được đặt: một ống được đặt dọc theo cơ hoành; ống thứ hai hướng ra trước, ống thứ ba hướng ra sau và lên đỉnh phổi.

3.2-Thái độ điều trị một số trường hợp tràn dịch màng phổi đặc biệt:

3.2.1-Tràn dịch màng phổi ác tính:

Các phương án điều trị một trường hợp tràn dịch màng phổi ác tính bao gồm: chọc hút dịch, dẫn lưu bằng ống, làm dính màng phổi và VATS.

Ngoài mục đích lấy dịch để đánh giá và chẩn đoán, việc chọc hút dịch màng phổi không có mục đích nào khác hơn là làm giảm triệu chứng cấp tính (khó thở). Trong trường hợp dịch tái lập nhanh, có thể cần nhắc đến việc đặt một ống dẫn lưu với mục tiêu điều trị lâu dài. Ống dẫn lưu có thể lưu được trong thời gian dài là loại ống đặc biệt, có khẩu kính nhỏ và chỉ cho phép dịch màng phổi chảy ra khi được lắp với một thiết bị thu dịch. Dịch được lấy định kỳ hoặc bất cứ lúc nào mà BN cảm thấy cần thiết (thí dụ khi có cảm giác nặng ngực hay khó thở). Trong một số trường hợp, sau khi đặt ống dẫn lưu 4-6 tuần, hiện tượng dính màng phổi xảy ra. Khi đã xảy ra hiện tượng dính màng phổi, vai trò của ống dẫn lưu chấm dứt và ống dẫn lưu có thể được rút an toàn.

Làm dính màng phổi có thể là lựa chọn đầu tiên, sau khi đã có chẩn đoán. Trong trường hợp này, ống dẫn lưu màng phổi thường quy được đặt và là ngỏ để bơm các tác nhân làm dính màng phổi vào khoang màng phổi. Cũng có thể bơm tác nhân gây dính màng phổi qua nội soi lồng ngực. Nghiên cứu cho thấy rằng, bột talc, khi được thổi vào khoang màng phổi qua nội soi, cho kết quả về lâu dài tốt hơn so với khi được bơm qua ống dẫn lưu màng phổi dưới dạng nhũ dịch.

Một phương pháp điều trị tràn dịch màng phổi ác tính khác là đặt shunt khoang màng phổi-khoang phúc mạc.

Việc chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp đối với BN bị tràn dịch màng phổi ác tính phụ thuộc vào các yếu tố sau: toàn trạng BN và tiên lượng của căn bệnh, khối lượng mô bướu trong khoang màng phổi và khả năng dẫn nở của phổi. Nếu BN có toàn trạng kém và dự trù thời gian sống còn lại không được bao lâu, cần nhắc đến các phương pháp điều trị ít xâm lấn nhất, thí dụ như dẫn lưu khoang màng phổi. Nếu toàn trạng BN còn khá và BN được dự trù có thể sống trong một thời gian tương đối dài, làm dính màng phổi với bột talc qua nội soi lồng ngực là phương pháp được chọn lựa. Nếu có nhiều mô bướu trong khoang màng phổi, hay phổi không thể nở hoàn toàn do bị tắc nghẽn ở phế quản, hoặc màng phổi trở nên cứng do bị thâm nhiễm bởi mô di căn, việc sử dụng các tác nhân gây dính màng phổi sẽ không cho hiệu quả. Trong trường hợp này, dẫn lưu khoang màng phổi thời gian dài là phương pháp điều trị được chọn lựa.

3.2.2-Tràn dịch màng phổi kèm viêm phổi:

Tràn dịch màng phổi kèm viêm phổi được đưa vào “danh mục ưu tiên chẩn đoán và điều trị”. Thái độ điều trị tràn dịch màng phổi kèm viêm phổi tập trung vào hai vấn đề chính: loại kháng sinh nào thích hợp với BN và sự cần thiết phải dẫn lưu khoang màng phổi.

Việc lựa chọn kháng sinh phụ thuộc vào chẩn đoán BN bị viêm phổi do lây nhiễm từ cộng đồng hay viêm phổi do lây nhiễm trong bệnh viện và mức độ trầm trọng của căn bệnh.

Nếu BN bị viêm phổi cộng đồng, kháng sinh được chọn lựa là cephalosporin thế hệ hai hay ba kết hợp với macrolide. Trong trường hợp nặng, kháng sinh được chọn lựa là macrolide kết hợp với cephalosporin thế hệ ba có phổ trị pseudomonas.

Nếu BN bị viêm phổi bệnh viện (hay viêm đường lão), tác nhân gây bệnh thường là các trực khuẩn gram âm đường ruột, kháng sinh nên có phô tri pseudomonas.

Trong giai đoạn đã có biến chứng, mặc dù kháng sinh được sử dụng thích hợp và có hiệu quả, dịch (mũi) màng phổi vẫn có thể “cô lại”, tổ chức hoá và hình thành lớp vỏ chắc, làm hạn chế hoạt động chức năng của phổi. Nếu BN có một trong các tiêu chuẩn đã được nêu trong phần chẩn đoán, BN cần được dẫn lưu khoang màng phổi.

Dẫn lưu khoang màng phổi trong điều trị tràn dịch màng phổi giai đoạn có biến chứng chỉ đạt hiệu quả nếu như dịch luân chuyển tự do trong khoang màng phổi. Trong trường hợp dịch có vách ngăn, cần phải phá các vách ngăn. Có thể phá vách ngăn bằng cách bơm các tác nhân tiêu fibrin (streptokinase hay urokinase) vào khoang màng phổi qua ống dẫn lưu, nhưng VATS đã được chứng minh là phương pháp cho hiệu quả cao hơn (rút ngắn thời gian lưu ống dẫn lưu và thời gian nằm viện so với tác nhân tiêu fibrin).

Khi đã có sự hình thành ổ cặn màng phổi, dẫn lưu khoang màng phổi đơn thuần cũng như kết hợp với các tác nhân tiêu fibrin và VATS sẽ không cho hiệu quả. Trong trường hợp này, một trong các phương pháp điều trị sau đây có thể được cân nhắc đến:

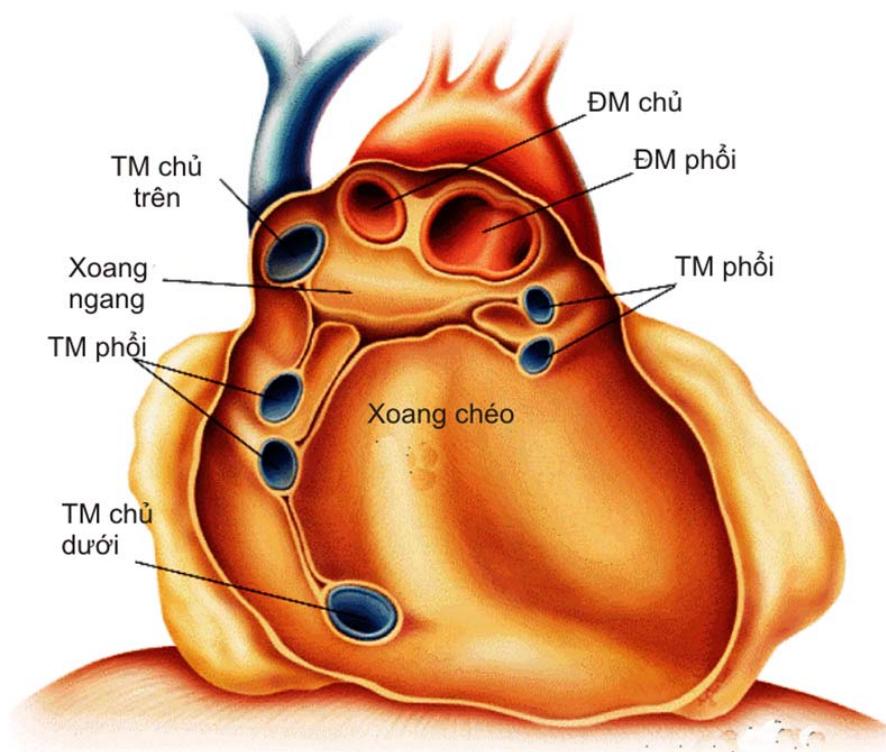
- Bóc vỏ màng phổi.
- Cắt bỏ xương sườn và dẫn lưu hở khoang màng phổi, dành cho những BN không thể chịu đựng phẫu thuật bóc vỏ phổi. Sau khi cắt bỏ 1-3 đoạn xương sườn ở phần dưới của ổ cặn, đặt một ống dẫn lưu có khẩu kính lớn vào ổ cặn. Sau mỗi ống dẫn lưu được nối với một túi chứa (loại túi nước tiểu hay túi hậu môn nhân tạo).
- Mở cửa sổ lồng ngực, đặt một vật cơ vào ổ cặn, tạo hình thành ngực (cắt bỏ nhiều xương sườn để hạ thành ngực xuống lắp ổ cặn): được chỉ định đối với các ổ cặn mà phổi không còn khả năng dẫn nở để lắp đầy ổ cặn.

TRÀN DỊCH MÀNG TIM

1-Đại cương:

Màng ngoài tim bao gồm hai lá: lá tang và lá thành. Xoang nằm giữa hai lá màng ngoài tim được gọi là khoang màng tim. Lá tang màng tim được cấu tạo bởi một lớp tế bào trung biểu mô và dính vào tim. Lá thành màng tim, là một cấu trúc xơ tương đối chắc, được cấu tạo bởi các bó sợi collagen và, đôi khi, bởi các sợi đàn hồi. Cấu tạo này làm cho màng ngoài tim ít có tính thích ứng, và tính chất không thích ứng này quyết định đến chức năng và sinh lý bệnh của khoang màng tim.

Ở phía trước, lá thành và lá tang màng ngoài tim không gặp nhau, và khoang màng tim thông suốt. Ở phía sau, lá thành và lá tang gặp nhau ở quanh các mạch máu lớn, tạo nên các xoang màng tim. Có hai xoang màng tim: xoang ngang và xoang chéo. Xoang ngang nằm ở giữa các tĩnh mạch phổi, ngay sau nhĩ trái. Xoang ngang được giới hạn ở phía trước bởi động mạch chủ và thân động mạch phổi, ở phía sau bởi vòm của nhĩ trái và tĩnh mạch chủ trên (hình 1).



Hình 1- Cấu trúc giải phẫu của khoang màng tim (tim đã được lấy đi)

Bình thường khoang màng tim chứa khoảng 15-50 mL thanh dịch. Tác dụng của lớp dịch này là bôi trơn, giúp cho hoạt động co bóp của tim được dễ dàng. Áp lực khoang màng tim bình thường ở hơi thấp hơn 0 mmHg. Áp lực này chuyển sang âm tính nhiều hơn ở thí hít vào và ít âm tính hơn ở thi thở ra.

Trong trường hợp cấp tính, lượng dịch trong khoang màng tim 100-200 mL đủ gây chèn áp tim. Trong trường hợp mãn tính, khoang màng tim có thể chứa đến 1000 mL dịch trước khi sự chèn ép tim xảy ra.

Chèn ép tim (tamponade) là một hiện tượng bệnh lý trong đó sự đổ đầy của tâm thất bị cản trở, dẫn đến biến đổi huyết động học. Sự biến đổi huyết động học diễn tiến qua ba

giai đoạn. Trong giai đoạn đầu, sự tích tụ dịch trong khoang màng tim làm cho thành tâm thất bị “đơ”. Để bảo đảm cung lượng tim, áp lực đồ dày tâm thất được điều chỉnh ở mức cao hơn áp lực trong khoang màng tim. Trong giai đoạn tiếp theo, lượng dịch trong khoang màng tim tiếp tục tăng, áp lực trong khoang màng tim cao hơn áp lực đồ dày tâm thất. Hậu quả là cung lượng tim sẽ giảm. Trong giai đoạn cuối, sự giảm tiếp tục cung lượng tim sẽ làm cho áp lực đồ dày tâm thất tăng dần và đạt trạng thái cân bằng với áp lực trong khoang màng tim.

Nguyên nhân gây tràn dịch màng tim (bảng 1) thường gặp nhất là di căn từ bệnh lý ác tính của các tạng khác, trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là ung thư phổi, ung thư vú, và lymphoma.

Suy tim ú huyết

Bệnh tim không gây suy tim ú huyết:

Thấp tim

Bệnh cơ tim

Phì đại thất trái

Tâm phế

Giảm albumin huyết tương

Bệnh lý mô liên kết toàn thân

Bướu tân sinh:

Lành tính: u nhầy nhĩ, u sợi

Ác tính: u trung mô (mesothelioma), lymphoma, leukemia, di căn từ phổi, vú

Viêm màng ngoài tim:

Do nhiễm trùng:

Do virus (coxsackievirus A and B, virus viêm gan, HIV)

Do vi trùng sinh mủ (pneumococci, streptococci, staphylococci, Neisseria, Legionella species)

Do lao

Do nấm (histoplasmosis, coccidioidomycosis, Candida)

Nhiễm trùng khác (giang mai, protozoal, ký sinh trùng)

Viêm màng ngoài tim tăng u-rê huyết

Viêm màng ngoài tim cholesterol

Viêm màng ngoài tim chưa rõ nguyên nhân

Phù niêm (nhược giáp)

Sau chấn thương

Chấn thương (tràn máu màng tim, sau chấn thương tim)

Tràn dường chấp khoang màng tim

U bạch mạch (lymphangioma), dẩn bạch mạch (lymphangiectasic) khoang màng tim

Thuốc (procainamide, hydralazine, isoniazid, minoxidil, phenytoin, anticoagulants, methysergide)

Rối loạn đông máu

Hội chứng sau mổ màng tim

Hội chứng sau nhồi máu cơ tim

Phình bóc tách động mạch chủ

Bảng 1- Nguyên nhân của tràn dịch khoang màng tim

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Các triệu chứng của tràn dịch màng tim có thể không đặc hiệu và là biểu hiện của các bệnh lý nguyên nhân, thí dụ sốt, nặng tức ngực, mệt mỏi. Khi lượng dịch tích tụ trong khoang màng tim đủ để gây chèn ép tim, các triệu chứng của chèn ép tim xuất hiện.

Tuy thuộc vào mức độ chèn ép tim và diễn tiến cấp hay mãn tính mà tràn dịch màng tim biểu hiện bằng các triệu chứng khác nhau, trong đó quan trọng nhất là các triệu chứng của hệ tim mạch.

Các triệu chứng tim mạch:

- Đau ngực, nặng tức ngực. Trong trường hợp điển hình, triệu chứng này sẽ nặng lên khi BN nằm ngửa và thuyên giảm khi BN ngồi thẳng đứng hay ngồi chòm người ra phía trước.
- Choáng váng, ngất (giảm tưới máu não).
- Hồi hộp, đánh trống ngực.

Triệu chứng hô hấp: ho, khó thở, khàn tiếng.

Tràn dịch màng tim cũng có thể biểu hiện bằng các triệu chứng ở đường tiêu hoá (nấc cục) hay triệu chứng thần kinh (lú lẫn hay kích động).

Khi thăm khám lâm sàng hệ tim mạch, có thể thấy:

- Tam chứng Beck: tụt huyết áp, tiếng tim mờ, tĩnh mạch cổ nổi.
- Mạch nghịch. Mạch nghịch là sự phóng đại biến đổi sinh lý của huyết áp tâm thu theo nhịp hô hấp. Bình thường huyết áp tâm thu giảm ≤ 10 mmHg khi hít vào. Khi có hiện tượng mạch nghịch, giá trị này là trên 10 mmHg.
- Áp lực mạch hẹp. Áp lực mạch là hiệu số giữa huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương. Bình thường áp lực mạch bằng 30-40 mmHg. Áp lực mạch rộng (trên 40 mmHg) gặp trong các trường hợp bệnh lý sau: cao huyết áp tâm thu, hở van động mạch chủ, cường giáp, còn óng động mạch, dò động-tĩnh mạch, bệnh Beriberi, thiếu máu, xúc động.... Nguyên nhân của áp lực mạch hẹp (dưới 30 mmHg): nhịp tim nhanh, tràn dịch màng tim, viêm màng ngoài tim co thắt, hẹp nồng động mạch chủ, bàng bụng.
- Nhịp tim nhanh
- Tiếng cọ màng tim
- Dấu hiệu phản hồi gan-tĩnh mạch cổ dương tính: khi ép vào vùng quanh rốn, áp lực tĩnh mạch cảnh tăng trên 3 cmH₂O trong thời gian hơn 30 giây.

Đối với hệ hô hấp, các triệu chứng có thể là:

- Khó thở
- Thở nhanh
- Âm phé bào giảm (tràn dịch màng phổi)
- Dấu hiệu Ewart: gõ đục vùng bên dưới đỉnh xương bả vai trái. Dấu hiệu này là biểu hiện của đáy phổi trái bị ép.

Triệu chứng của các hệ cơ quan khác:

- Tiêu hoá: gan to
- Tứ chi:
 - Mạch ngoại biên giảm
 - Phù chi
 - Xanh tím

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-X-quang ngực:

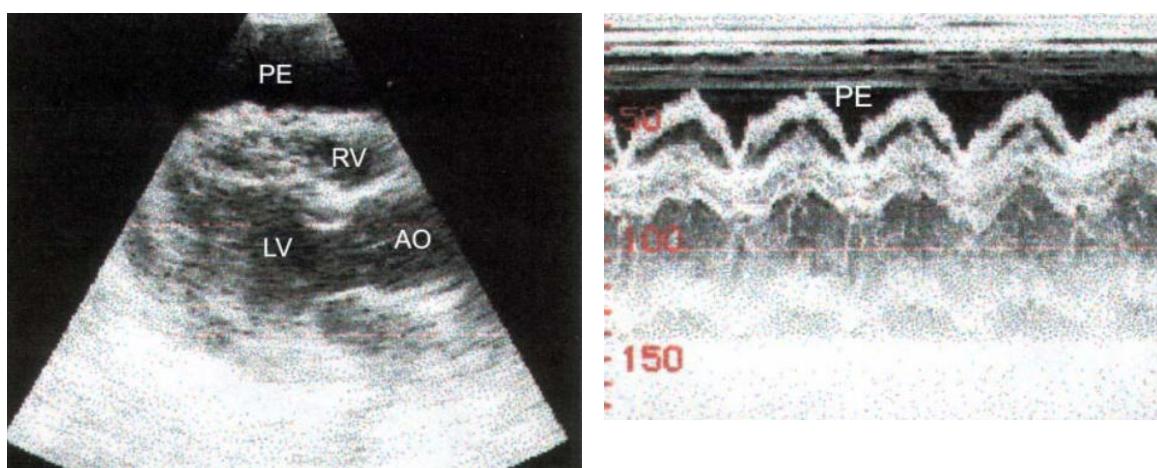
Hình ảnh của tràn dịch màng tim trên X-quang ngực là bóng tim to (tim có hình “bầu nước”) (hình 2). Tuy nhiên, các dấu hiệu trên không đủ để chẩn đoán xác định có tràn dịch màng tim. Mặt khác, để có sự thay đổi hình ảnh bóng tim trên X-quang ngực, lượng dịch trong xoang màng tim phải trên 250-500 mL.

1/3 các trường hợp tràn dịch màng tim có tràn dịch màng phổi phối hợp. Tràn dịch màng phổi thứ phát sau tràn dịch màng tim thường ở cả hai bên. Nếu tràn dịch một bên phổi, có thể cả tràn dịch màng phổi và tràn dịch màng tim đều thứ phát từ một bệnh lý nguyên phát ở bên phổi phía có tràn dịch.



Hình 2- Hình ảnh tràn dịch màng tim trên X-quang ngực thẳng. Bóng tim rất to và tim có hình “bầu nước”. Hai phế trường rất sáng, chứng tỏ không có sự ứ máu tĩnh mạch phổi, một đặc điểm để phân biệt tràn dịch màng tim với bệnh lý cơ tim hay van tim.

2.2.2-Siêu âm tim:



*Hình 3- Hình ảnh tràn dịch màng tim trên siêu âm tim
(PE: tràn dịch màng tim, AO: động mạch chủ, LV: tâm thất trái, RV: tâm thất phải)*

Hiện nay, siêu âm tim được xem là phương tiện chẩn đoán tràn dịch màng tim tiêu chuẩn.

Trên siêu âm tim, tràn dịch màng tim cho hình ảnh một lớp echo kém ở giữa lá thành và lá tạng màng tim (hình 3).

Trong giai đoạn sớm, dịch màng tim chủ yếu được phát hiện ở vùng phía sau. Dịch, khi tăng dần về lượng, sẽ phát triển sang hai bên và ra phía trước.

Tràn dịch màng tim được gọi là lượng nhiều khi bề dày lớp dịch trên 1 cm và ở tất cả các phía của xoang màng tim. Khi tràn dịch màng tim lượng nhiều, nhĩ phải và thất phải có thể bị ép xẹp trong thời kỳ tâm trương (nếu BN bị thiếu hụt thể tích tuần hoàn, nhĩ và thất trái cũng có thể bị ép xẹp).

Khi lớp dịch màng tim có chiều dày dưới 1 cm, chủ yếu ở mặt sau, tràn dịch màng tim được cho là có lượng ít.

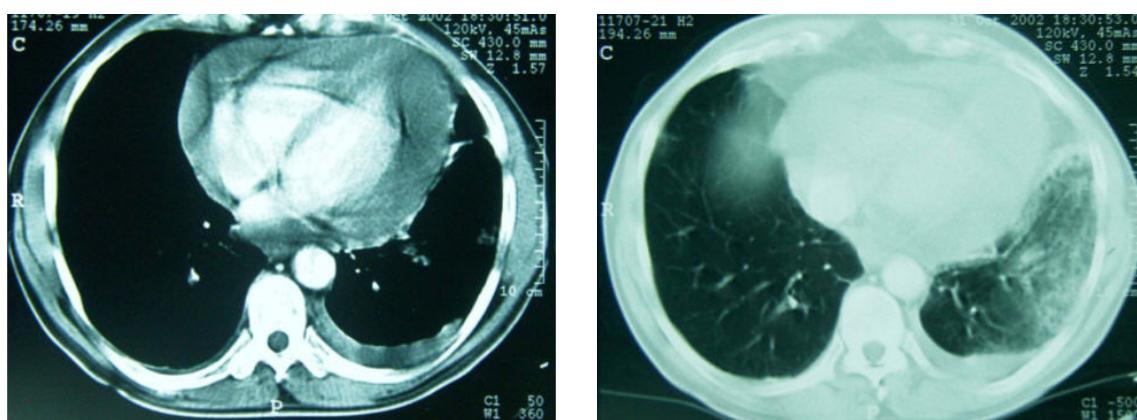
Cần chú ý là một số bệnh lý có thể cho chẩn đoán dương tính giả (giả tràn dịch màng tim) trên siêu âm tim. Các bệnh lý này là: xẹp phổi, tràn dịch màng phổi, u trung thất, dày màng tim, mỡ màng tim...

Siêu âm tim qua ngã thực quản có thể được chỉ định để xác định tràn dịch màng tim khu trú.

2.2.3-CT và MRI:

So với siêu âm tim, CT và MRI, khi được chỉ định để chẩn đoán tràn dịch màng tim, có một số đặc điểm khác biệt sau:

- Có thể phát hiện lượng dịch nhỏ trong xoang màng tim (50 mL đối với CT và 30 mL đối với MRI).
- Tỉ lệ dương tính giả thấp hơn.
- Có thể chẩn đoán tràn dịch màng tim khu trú hay dày thành màng tim.
- Có thể chẩn đoán tổn thương ở phổi hay khoang màng phổi hợp (hình 4).
- Thời gian tiến hành lâu hơn. Điều này có thể ảnh hưởng đến diễn tiến và tiên lượng nếu tràn dịch màng tim xảy ra cấp tính.



Hình 4- Hình ảnh tràn dịch màng tim và tràn dịch màng phổi trái do di căn từ một khối u ác tính ở thuỷ dưới phổi trái

2.2.4-Điện tâm đồ:

Trong trường hợp tràn dịch màng tim, điện tâm đồ sẽ có hình ảnh nhịp tim nhanh và “điện thế thấp ở tất cả các chuyên đạo”.

2.2.5-Thông động mạch phổi:

Nếu BN đang được theo dõi huyết động qua thông động mạch phổi (thí dụ chuẩn bị cho các thủ thuật can thiệp hay phẫu thuật tim), tràn dịch màng tim biểu hiện bằng dấu hiệu tăng áp lực nhĩ phải và áp lực nhĩ phải bằng áp lực mao mạch phổi bít.

2.2.6-Xét nghiệm:

Tuỳ thuộc vào nguyên nhân mà các xét nghiệm sau có thể được chỉ định:

- Công thức bạch cầu
- Men tim
- Xét nghiệm chúc năng tuyến giáp
- Yếu tố thấp, kháng thể kháng nhân, bổ thể, các phức hợp miễn dịch
- Điện giải đồ...

Quan trọng nhất là xét nghiệm dịch màng tim. Xét nghiệm dịch màng tim thông thường bao gồm:

- Xét nghiệm nồng độ protein và lactate dehydrogenase (LDH). Theo tiêu chuẩn Light, dịch khoang màng tim là dịch tiết khi:
 - Nồng độ protein dịch màng tim/ nồng độ protein huyết tương của BN > 0,5
 - Nồng độ LDH dịch màng tim/ nồng độ LDH huyết tương của BN > 0,6
 - Nồng độ LDH dịch màng tim của BN trên 2/3 giá trị trên của nồng độ LDH huyết tương bình thường.
- Một tiêu chuẩn khác xác định tính chất thám hay tiết của dịch màng tim: dịch tiết có tỉ trọng trên 1,015, nồng độ protein trên 30 gm/L, LDH trên 300 U/L, tỉ lệ nồng độ glucose dịch/glucose huyết tương nhỏ hơn 1.
- Tế bào: số lượng bạch cầu trong dịch màng tim tăng (trên 10.000) với đa nhân trung tính vượt trội gọi ý bệnh lý nhiễm trùng hay bệnh thấp.
- Nhuộm gram và cấy khuẩn dịch màng tim (để chẩn đoán nguyên nhân nhiễm trùng).

Các xét nghiệm dịch màng tim đặc biệt bao gồm:

- Cấy virus, cấy khuẩn lao
- Adenosine deaminase, polymerase chain reaction (PCR)

Chẩn đoán tràn dịch màng tim do lao được xác định nếu phát hiện vi khuẩn lao trong dịch màng tim hay trên màng tim. Tiêu chuẩn “chẩn đoán có thể” bao gồm:

- BN bị nhiễm lao ở các tạng khác và tràn dịch màng tim chưa xác định nguyên nhân
- Dịch màng tim là dịch tiết với sự vượt trội của lympho bào và có nồng độ adenosine deaminase tăng cao
- BN có đáp ứng với trị liệu lao.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Các bệnh lý sau đây có thể được chẩn đoán phân biệt với tràn dịch màng tim:

- Bệnh cơ tim phì đại

- Thiếu máu/ nhồi máu cơ tim
- Viêm màng ngoài tim
- Phù phổi
- Tắc động mạch phổi

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Đối với tràn dịch màng tim, các triệu chứng lâm sàng chỉ có tác dụng gợi ý. Để chẩn đoán xác định tràn dịch màng tim, bắt buộc phải có siêu âm tim. Siêu âm tim có tác dụng chẩn đoán xác định tràn dịch màng tim, đánh giá mức độ tràn dịch màng tim, phát hiện sờm chèn ép tim (trước khi chèn ép tim biểu hiện bằng các dấu hiệu lâm sàng), đánh giá tính chất dịch, đồng thời cũng có thể chẩn đoán nguyên nhân, nếu nguyên nhân đó có nguồn gốc từ tim.

Khi nghi ngờ tràn dịch màng tim khu trú và tình trạng BN ổn định, có thể chỉ định siêu âm tim qua ngã thực quản, CT hay MRI.

Để chẩn đoán nguyên nhân gây tràn dịch màng tim, cần kết hợp nhiều xét nghiệm chẩn đoán. Các xét nghiệm này bao gồm xét nghiệm dịch màng tim (sinh hoá, tế bào, vi sinh), xét nghiệm sinh hoá máu, xét nghiệm huyết học cũng như các xét nghiệm miễn dịch.

3-Điều trị:

3.1-Điều trị nội khoa:

3.1.1-Aspirin và các thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID):

Hầu hết các trường hợp tràn dịch màng tim thứ phát sau viêm màng tim do virus hay viêm màng tim cấp chưa rõ nguyên nhân có đáp ứng với aspirin và các NSAID.

Aspirin cũng có hiệu quả đối với tràn dịch màng tim sau nhồi máu cơ tim mà không làm ảnh hưởng đến sự lành sẹo ở vùng tổn thương của cơ tim như các NSAID.

3.1.2-Colchicine:

Colchicine được chỉ định cho các trường hợp tràn dịch màng tim cấp tính, không rõ nguyên nhân, hội chứng sau cắt mở màng tim, các bệnh lý mô liên kết toàn thân...

3.1.3-Steroid:

Việc sử dụng steroid qua đường toàn thân có thể được cân nhắc đến đối với các trường hợp tràn dịch màng tim tái phát hay không đáp ứng với aspirin và colchicine.

Steroid cũng có thể được sử dụng tại chỗ (trong khoang màng tim) và cho hiệu quả đối với các trường hợp tràn dịch màng tim cấp tính, nhưng tính chất xâm lấn của biện pháp điều trị này đã giới hạn việc sử dụng nó.

3.1.4-Các biện pháp làm cải thiện tình trạng huyết động học:

Chọc dò xoang màng tim: tất cả các BN bị tràn dịch màng tim đều có thể có nguy cơ bị chèn ép tim cấp tính. Chọc dò xoang màng tim, trên thực tế, được thực hiện trên hầu hết các BN bị tràn dịch màng tim, với mục đích chẩn đoán nguyên nhân, điều trị hay phòng ngừa chèn ép tim cấp tính. Tuy nhiên, chỉ định chọc dò xoang màng tim không nên được xem như là một thủ thuật chẩn đoán và điều trị thường quy.

Các tác nhân làm tăng sức co bóp cơ tim (dobutamine, dopamine) có thể được chỉ định, nhưng việc điều trị bằng các tác nhân này không làm chậm trễ và không thể thay thế cho thủ thuật chọc dò màng ngoài tim.

Sự truyền dịch có thể giúp cải thiện tình trạng huyết động. Cần chú ý là truyền nhiều dịch để cải thiện tình trạng huyết động ở BN bị chèn ép tim có thể làm tăng lượng dịch toàn thân, từ đó làm tăng nguy cơ phổi một khi tim đã được “giải áp”.

3.1.5-Kháng sinh:

Kháng sinh có chỉ định trong các trường hợp viêm màng ngoài tim do vi trùng. Nếu viêm mủ màng ngoài tim, sự kết hợp kháng sinh với các thủ thuật hay phẫu thuật dẫn lưu màng ngoài tim khẩn cấp là điều bắt buộc. Nếu xoang màng tim có mủ lẩn giả mạc, có thể tưới rửa xoang màng tim với urokinase và streptokinase, nhưng phẫu thuật mở dẫn lưu xoang màng tim thường được chọn lựa nhiều hơn.

Đối với tràn dịch màng tim do lao, việc điều trị bắt đầu với isoniazid 300 mg/ngày, rifampin 600 mg/ngày, pyrazinamide 15-30 mg/kg/ngày, and ethambutol 15-25 mg/kg/ngày. Prednisone, 1-2 mg/kg/ngày, được chỉ định trong 5-7 ngày sau đó giảm dần liều để chấm dứt trong 6-8 tuần. Các steroid sử dụng phối hợp được cho là có tác dụng giảm thiểu nguy cơ co thắt màng ngoài tim. Nếu BN có tình trạng co thắt màng ngoài tim nhưng không kết hợp vôi hoá, đa số thầy thuốc ủng hộ quan điểm điều trị nội khoa 6-8 tuần trước khi tiến hành cắt bỏ màng ngoài tim.

3.1.6-Hoá-xạ trị:

Các biện pháp điều trị ung thư (hoá trị, xạ trị), khi kết hợp với chọc dò màng ngoài tim, cũng cho thấy có sự cải thiện về tần suất của tràn dịch tái phát.

3.2-Điều trị ngoại khoa:

Có ba thủ thuật thường được chỉ định nhất đối với BN tràn dịch màng tim: chọc hút khoang màng tim, cắt mở màng ngoài tim qua ngã sau xương ức (mở cửa sổ màng tim) và cắt mở màng ngoài tim qua nội soi lòng ngực.

Tuỳ thuộc vào tình trạng BN, mục đích của thủ thuật (chẩn đoán hay điều trị) mà người thầy thuốc sẽ chọn lựa một trong ba phương pháp nói trên. Cần nhớ rằng gây mê toàn thân và thông khí nhân tạo với áp lực dương có thể làm cho tình trạng tràn dịch màng ngoài tim có thể trở nên mất bù nhanh chóng.

Chọc hút khoang màng tim là một thủ thuật tương đối đơn giản và có thể tiến hành sau khi tê tại chỗ. Ở khía cạnh điều trị, phương pháp này có tỉ lệ tái phát cao. Chỉ định tốt nhất của chọc hút khoang màng tim là chèn ép tim cấp tính. Ở khía cạnh chẩn đoán, chọc hút xoang màng tim cũng có một số giới hạn.

Mở cửa sổ màng tim có thể được thực hiện sau khi gây tê tại chỗ kết hợp mê tinh mạch. Phương pháp này có tỉ lệ tái phát thấp, đồng thời có giá trị chẩn đoán cao hơn so với chọc hút khoang màng tim, vì qua phương pháp này, một mẫu màng ngoài tim có thể được lấy và gởi chẩn đoán giải phẫu bệnh. Tình trạng huyết động của BN cũng không bị ảnh hưởng đáng kể và hầu hết BN bị tràn dịch màng ngoài tim có chèn ép tim được chỉ định phương pháp này.

Cắt mở màng ngoài tim qua nội soi có lợi điểm hơn so với mở cửa sổ màng ngoài tim ở chỗ phương pháp này có thể điều trị tràn dịch màng phổi phối hợp. Hơn nữa, cắt mở màng ngoài tim qua nội soi có thể mở cửa sổ màng ngoài tim vào cả hai xoang màng phổi, nơi mà dịch khoang màng tim có thể được hấp thu tốt. Mặt khác, màng tim có thể được cắt với một diện tích lớn hơn, tạo điều kiện cho việc chẩn đoán chính xác hơn. Bất lợi của phương pháp này là phải cõ lập một bên phổi, và BN phải nằm nghiêng một bên, hai điều nên tránh đối với một BN có biểu hiện chèn ép tim.

Như vậy, tuỳ thuộc vào sự cân nhắc giữa cái lợi và bất lợi của mỗi phương pháp mà người thầy thuốc sẽ quyết định phương pháp nào là tối ưu nhất đối với BN.

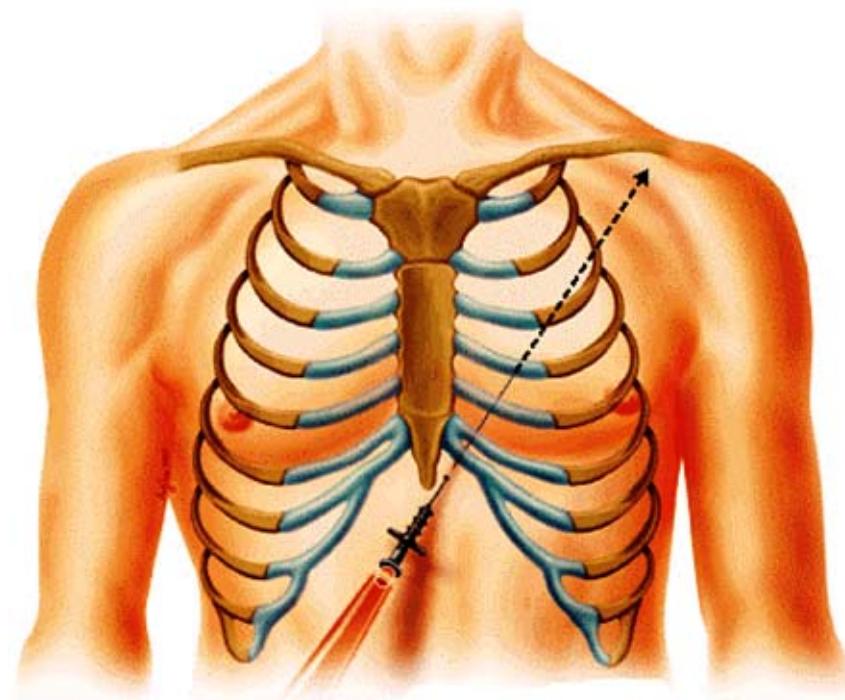
3.2.1-Chọc hút khoang màng tim:

Sau khi gây tê tại chỗ dọc theo bờ trái của mũi úc, dùng kim (loại kim chọc dò tuỷ sống có khẩu kính 18 gauge và nối với một dây ba chia và một seringe) đâm chéch lên trên theo hướng vai trái, với một góc 45° (hình 5), vừa đâm vừa rút nhẹ piston cho đến khi rút được dịch. Nếu hút ra khí, rút kim và đâm trở lại theo hướng gần đường giữa hơn. Nếu hút ra máu, lấy khoảng 5 mL máu đó bơm lên bề mặt của một miếng mút xốp. Nếu máu đông, máu vừa được hút là máu trong buồng tim. Nếu máu được rút ra từ khoang màng tim, máu sẽ không đông.

Tổn thương tim khi tiến hành chọc hút khoang màng tim là điều có thể xảy ra, mặc dù với tỉ lệ thấp. Để hạn chế nguy cơ xảy ra tai biến này, một số biện pháp an toàn đã được đề xuất. Một trong các biện pháp đó là theo dõi điện tâm đồ liên tục khi tiến hành chọc hút khoang màng tim. Nếu mũi kim chạm vào thượng tâm mạc, sóng ST sẽ chênh lên. Cũng có thể chọc hút khoang màng tim dưới sự hướng dẫn của siêu âm tim.

Sau khi đầu mũi kim đã nằm trong khoang màng tim, luồn một dây dẫn (guide wire) vào, rút kim, sau đó luồn một catheter có khẩu kính nhỏ vào khoang màng tim theo kỹ thuật Seldinger cài biên. Nối catheter vào một hệ thống dẫn lưu kín trong 24-72 giờ.

Dịch khoang màng tim được hút ra có thể được gởi xét nghiệm sinh hoá, tế bào hay vi sinh. Tuy nhiên, cần nhớ rằng giá trị chẩn đoán loại trừ của kết quả xét nghiệm không cao. Chỉ có 55-85% các mẫu dịch hút từ khoang màng tim có giá trị chẩn đoán. Nếu kết quả xét nghiệm vi sinh hay tế bào dương tính, chẩn đoán xác định có thể được đặt ra. Nếu kết quả âm tính, chẩn đoán không thể được loại trừ.



Hình 5- Hướng đâm của kim trong chọc hút khoang màng tim

Biến chứng của chọc hút khoang màng tim bao gồm tràn khí màng phổi và tổn thương tim. Tim bị tổn thương có thể ở mức độ nhẹ như rách thượng tâm mạc và tổn thương này

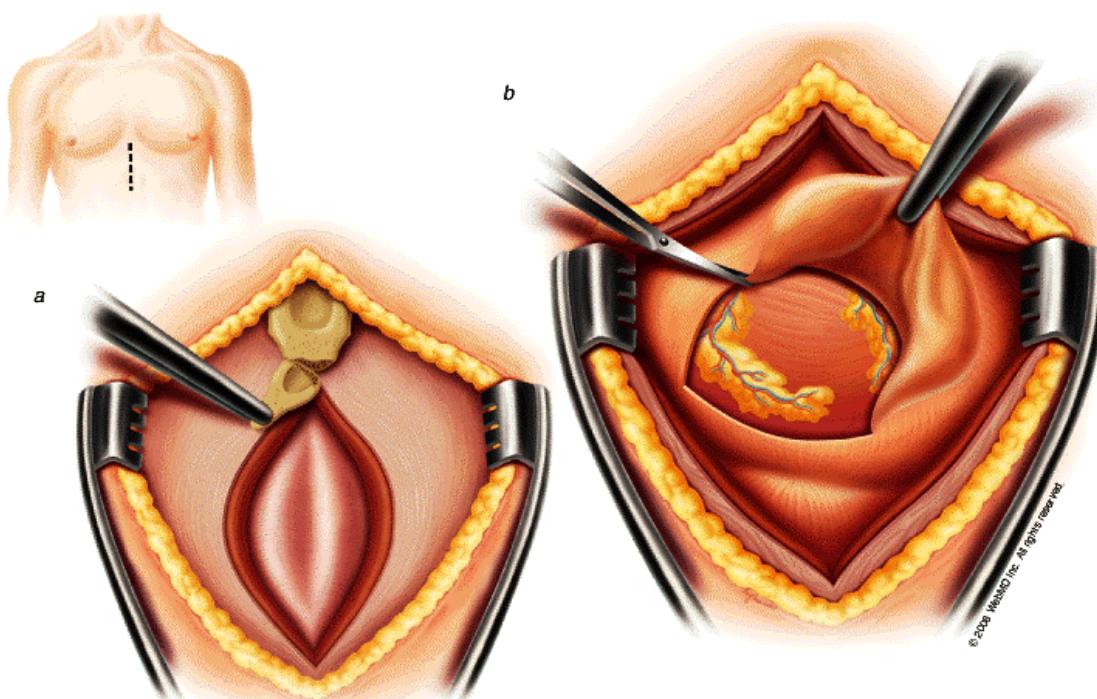
sẽ tự lành ở BN có chức năng cầm máu động máu bình thường. Tổn thương tim cũng có thể rất trầm trọng, như rách tâm thất, gây chảy máu và chèn ép tim cấp tính.

Tất cả các BN sau khi được chọc hút khoang màng tim phải được chụp X-quang ngực kiểm tra để loại trừ tràn khí màng phổi. Tình trạng huyết động không cải thiện mặc dù việc chọc hút có kết quả (hút ra dịch) có thể là biểu hiện của biến chứng tràn khí màng phổi. 3% BN được chọc hút xoang màng tim có biến chứng xảy ra, trong đó 0,7% tử vong.

Tràn dịch màng tim tái phát cũng là vấn đề đáng quan tâm. Theo một nghiên cứu, tràn dịch màng tim tái phát sau chọc hút xảy ra với tỉ lệ 55%. Việc lưu catheter 24-72 giờ sau chọc hút là biện pháp có thể làm giảm tỉ lệ tràn dịch tái phát.

Một số biện pháp đã được đề xuất để làm giảm tỉ lệ tràn dịch màng tim tái phát. Một trong các biện pháp này là làm dính màng tim bằng hoá chất. Các hoá chất đã được sử dụng làm dính màng tim an toàn là tetracycline, thiotepa và bleomycin. Một số phẫu thuật viên nong rộng đường hầm chọc hút bằng bóng bơm hơi, tạo điều kiện cho dịch trong xoang màng tim thoát ra và được hấp thu tốt hơn trong xoang màng phổi hay trong lớp mô dưới da. Tuy nhiên, phương pháp được xem là giảm thiểu nguy cơ tái phát có hiệu quả hơn cả (và cũng có xác suất chẩn đoán cao hơn) là mở cửa sổ màng tim.

3.2.2-Cắt mổ màng ngoài tim qua ngã sau xương ức (hình 6):



Hình 6- Cắt mổ màng ngoài tim qua ngã sau xương ức

Cắt mổ màng ngoài tim qua ngã sau xương ức là một phương pháp chẩn đoán và điều trị. Thủ thuật thường được tiến hành dưới gây mê toàn thân. Tuy nhiên, khi tình trạng BN không ổn định, gây mê toàn thân, do có tác dụng dẫn mạch, có thể dẫn đến tụt huyết áp. Trong trường hợp này, thủ thuật có thể được tiến hành sau khi gây tê tại chỗ kết hợp với mê tĩnh mạch và cho BN thở tự nhiên.

Nếu có sự nghi ngờ về khả năng có chèn ép tim, chỉ tiến hành gây mê sau khi chuẩn bị vùng mổ, trải khăn mổ và phẫu thuật viên đã chuẩn bị sẵn sàng.

Rạch một đường nhỏ, thẳng đứng, bắt đầu từ vùng nối thân và mũi úc, kéo dài qua khỏi mũi úc khoảng 1 cm. Sau khi qua lớp mỡ dưới ra, xé đường trắng. Chú ý tránh làm thủng phúc mạc. Nếu phúc mạc bị thủng, khâu đóng lại phúc mạc. Tách các mô bám quanh mũi úc ra khỏi mũi úc. Kiểm soát các tĩnh mạch nhỏ chạy dọc hai bên mũi úc. Cắt bỏ mũi úc.

Tách lớp mô lõng lẽo ở ngay sau phần dưới cùng của xương úc bằng đầu các ngón tay. Thao tác này tạo ra một khoang sau xương úc để từ đó có thể quan sát màng ngoài tim.

Sau khi đã bộc lộ màng ngoài tim, vị trí cắt mở màng ngoài tim được xác định bằng cách dùng đầu ngón tay sờ và cảm nhận chuyển động của tim ở bên dưới. Mở màng ngoài tim bằng dao. Kiểm soát độ sâu của đường rạch mở màng ngoài tim thật chính xác để tránh làm tổn thương tim. Sau khi đã vào khoang màng tim, dịch trong khoang màng tim sẽ trào ra. Nếu dịch trào ra là máu, đôi khi phẫu thuật viên sẽ lúng túng trong việc phân biệt máu trào ra là từ khoang màng tim hay là từ sự tổn thương của mạch máu tim do động tác rạch mở màng tim gây ra. Nếu tình trạng huyết động cải thiện, máu đó là từ khoang màng tim.

Sau khi đã mở khoang màng tim và cải thiện tình trạng huyết động, cần cho BN thuốc lợi tiểu để ngăn ngừa nguy cơ xảy ra biến chứng phù phổi cấp do sự ứ dịch toàn thân gây ra.

Dịch khoang màng tim được lấy và gởi xét nghiệm. Dùng các ngón tay thám sát khoang màng tim để tháo hết dịch ứ đọng trong khoang màng tim.

Một mẫu màng tim sẽ được lấy để làm xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân. Để thực hiện thao tác này, dùng kẹp kẹp hai mép của đường cắt mở màng ngoài tim và nâng lên. Cắt một mẫu màng ngoài tim với diện tích khoảng vài cm^2 .

Đặt một ống dẫn lưu xoang màng tim, đưa ra ngoài ra ở vị trí riêng biệt với vết mổ. Ống dẫn lưu xoang màng tim thường là loại ống dẫn lưu xoang màng phổi (thẳng hay vuông góc) có kích cỡ 24-28 Fr.

Nối ống dẫn lưu vào hệ thống dẫn lưu kín được đâm bảo bằng cột nước (giống như trong dẫn lưu kín xoang màng phổi). Lưu ống dẫn lưu trong vài ngày cho đến khi lượng dịch ra mỗi ngày dưới 100mL. Thời gian này đủ để làm cho lá tang và lá thành màng ngoài tim dính lại với nhau.

Sau khi rút ống dẫn lưu, dịch trong khoang màng tim, nếu còn hình thành, sẽ được hấp thu vào mô dưới da. Tuy nhiên, hiện tượng này sẽ chấm dứt khi “cửa sổ” màng ngoài tim không còn tồn tại. Như vậy, thời gian tồn tại của cửa sổ màng ngoài tim quyết định mức độ thành công của cuộc phẫu thuật.

Biến chứng của mở cửa sổ màng tim hiếm khi xảy ra. Các biến chứng này bao gồm: chảy máu, nhiễm trùng, thoát vị vết mổ, tổn thương tim và các biến chứng của gây mê.

Tràn dịch màng tim tái phát sau mở cửa sổ màng ngoài tim, tuy cũng có xảy ra, nhưng với tỉ lệ thấp hơn nhiều so với chọc hút khoang màng tim.

3.2.3-Cắt mở màng ngoài tim qua nội soi lòng ngực:

Cắt mở màng ngoài tim qua nội soi lòng ngực là một phương pháp an toàn và có hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị tràn dịch màng ngoài tim, đặc biệt là khi BN có tràn dịch màng phổi một bên phổi hợp.

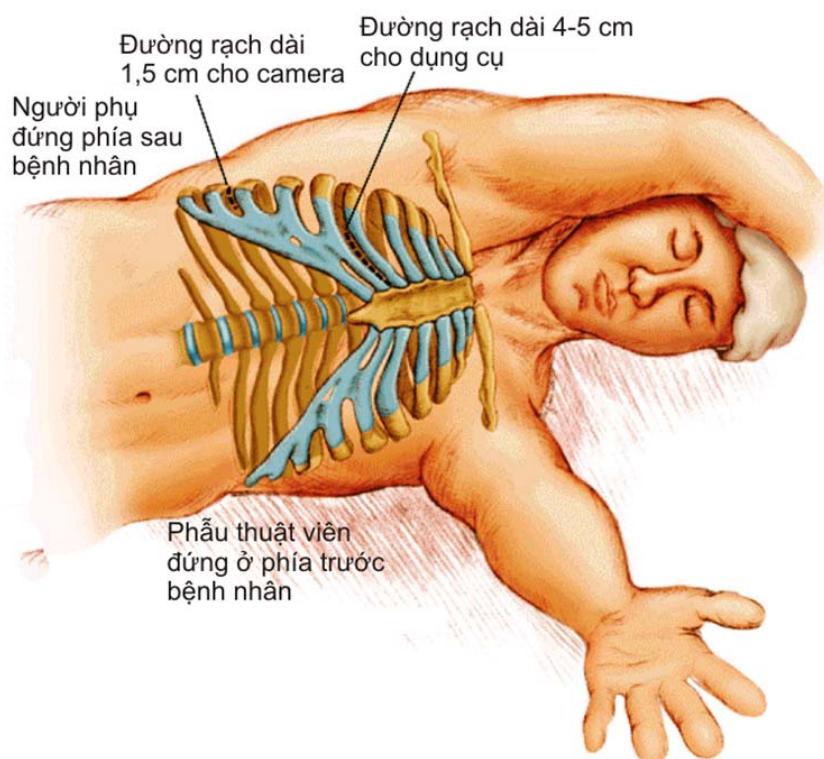
Để có thể tiến hành cắt mở màng ngoài tim qua nội soi lòng ngực, BN phải nằm nghiêng một bên và một bên phổi được kiểm soát. Để kiểm soát một bên phổi, có thể đặt thông

phế quản (thông khí quản hai nòng) hoặc đặt thông khí quản thông thường sau đó qua thông này đưa một thiết bị đặc biệt để chèn bít một phế quản.

Những BN bị chèn ép tim cần phải được chọc hút khoang màng tim giải áp trước khi tiến hành phẫu thuật này.

Tổn thương khoang màng phổi hợp một bên (hay vị trí của ổ tụ dịch khu trú trong khoang màng tim) sẽ quyết định đường vào lòng ngực. Nếu không có tổn thương phổi, phẫu thuật viên thường chọn lối đường vào ngực phía bên phải, vì ở phía bên này, phẫu trường thao tác sẽ rộng rãi hơn. Tuy nhiên, nếu vào ngực từ phía bên trái, màng ngoài tim có thể được cắt với diện tích lớn hơn.

Ống soi thường được đặt ở khoang liên sườn 8 đường nách sau (hình 7). Sau khi vào xoang màng phổi, dịch trong xoang màng phổi được lấy để gửi xét nghiệm.



Hình 7- Cắt mở màng ngoài tim qua nội soi lòng ngực. Hình trên cho thấy vị trí của BN, vị trí của ống soi và các dụng cụ.

Trocar thứ hai được đặt ở phía trước, ở khoang liên sườn 5. Việc đặt trocar này phải được tiến hành bằng quan sát trực tiếp qua ống soi, vì nếu không trocar có thể bị đặt nhầm vào xoang màng tim, do trong các trường hợp này màng ngoài tim có thể phình rất lớn.

Ở bên trái, thần kinh hoành chạy dọc giữa rốn phổi và thành ngực trước. Cần quan sát kỹ thần kinh hoành trước khi rạch mở màng ngoài tim. Đường rạch mở màng ngoài tim sẽ ở phía trước và cách thần kinh hoành 1 cm. Trong trường hợp hai lá của màng ngoài tim dính với nhau, đường rạch mở có thể làm tổn thương lá tạng và lớp thượng tâm mạc. Trong hầu hết các trường hợp, có thể quan sát thấy quả tim chuyển động bên dưới lá thành màng ngoài tim nếu hai lá không dính với nhau.

Sau khi lấy dịch khoang màng tim để làm xét nghiệm chẩn đoán, quan sát khoang màng ngoài tim. Các ổ tụ dịch khu trú trong khoang màng tim cần được mở và tháo dịch.

Màng ngoài tim được cắt một mảng với diện tích một vài cm². Khi cần thiết, có thể mở một cửa sổ tương tự, ở phía sau và cách thần kinh hoành 1 cm.

Phẫu thuật ở bên lồng ngực phải cũng được tiến hành theo cách thức tương tự phẫu thuật được thực hiện ở bên trái. Tuy nhiên có một điểm khác biệt: ở bên phải, thần kinh hoành chạy gần rốn phổi hơn. Do đó, thay vì mở hai cửa sổ như bên trái, chỉ cần mở một cửa sổ ở bên phải. Cửa sổ này ở trước thần kinh hoành, nhưng với diện tích lớn hơn.

Ở BN có thể chịu đựng gây mê toàn thân, phương pháp mở cửa sổ màng tim cho kết quả xuất sắc. Đây cũng là phương pháp được chọn lựa cho BN bị tràn dịch xoang màng tim tái phát sau mở cửa sổ màng ngoài tim ngã sau xương ức.

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT

1-Đại cương:

Tràn khí màng phổi có thể do chấn thương, tự phát hay do thủ thuật/phẫu thuật.

Tràn khí màng phổi được gọi là tự phát khi xảy ra trên BN không bị chấn thương ngực hay được thực hiện các thủ thuật/phẫu thuật lồng ngực (nội soi, chọc hút xoang màng phổi, đặt tĩnh mạch dưới đòn...) trước đó.

Phân loại tràn khí màng phổi tự phát:

- Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát: BN bị tràn khí màng phổi tự phát không có bệnh lý về hô hấp rõ ràng trên lâm sàng.
- Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát: BN bị tràn khí màng phổi tự phát có bệnh lý phổi kèm theo (hầu hết là bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính) (bảng 1).

<p><i>Bệnh lý của đường dẫn khí:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính</i> ○ <i>Suyễn</i> ○ <i>Bóng khí phổi (bẩm sinh)</i> ○ <i>Bệnh xơ nang</i> <p><i>Bệnh mô kẽ phổi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Xơ hoá phổi chưa rõ nguyên nhân</i> ○ <i>U hạt bạch cầu ái toan (Eosinophilic granuloma)</i> ○ <i>Sarcoidosis</i> 	<p><i>Bệnh nhiễm trùng ở phổi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Viêm phổi</i> ○ <i>Áp-xe phổi</i> ○ <i>Nấm phổi</i> ○ <i>Lao phổi</i> <p><i>U phổi nguyên phát và thứ phát</i></p> <p><i>Các bệnh lý khác:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Lạc nội mạc tử cung</i> ○ <i>Hội chứng Ehlers-Danlos</i> ○ <i>Tắc động mạch phổi</i> ○ <i>Hội chứng Marfan</i>
--	--

Bảng 1- Các nguyên nhân của tràn khí màng phổi tự phát thứ phát

Tần suất của tràn khí màng phổi tự phát:

- Nam thường bị tràn khí màng phổi tự phát nhiều hơn nữ (tỉ lệ nam/nữ bằng 6/1 trong trường hợp tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát, bằng 3/1 trong trường hợp tràn khí màng phổi tự phát thứ phát).
- Tuổi:
 - Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát: BN thường ở độ tuổi 30-40. Hiếm khi tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát xảy ra ở BN trên 40 tuổi.
 - Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát: BN thường lớn tuổi.

Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát có tiên lượng kém hơn nhiều so với tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát. Khi bị tràn khí màng phổi tự phát, BN có bệnh lý phổi tắc nghẽn mãn tính có nguy cơ tử vong tăng 3,5 lần.

Tràn khí màng phổi áp lực là tình trạng khí hiện diện trong khoang màng phổi dưới áp lực. Triệu chứng của tràn khí màng phổi áp lực thể hiện bằng hai hội chứng: hội chứng suy hô hấp cấp và hội chứng suy tim cấp. Tiên lượng của tràn khí màng phổi áp lực, vì thế, kém hơn nhiều so với tràn khí màng phổi không áp lực (tràn khí màng phổi đơn giản). Chấn thương ngực và các thủ thuật điều trị là các nguyên nhân chính của tràn khí màng phổi áp lực. Tràn khí màng phổi áp lực cũng có thể xảy ra ở BN bị tràn khí màng phổi tự phát.

Tràn khí màng phổi tự phát xảy ra do các bóng khí, thường ở đỉnh phổi, bị vỡ. Thành các phế nang ở đỉnh phổi có lực căng lớn nhất. Lực căng này tăng theo thời gian. Khi có bệnh phổi tắc nghẽn, lực căng này càng lớn. Dần dần các vách liên kết giữa thành các phế nang bị phá huỷ, tạo thành bóng khí. Mặt khác, độ chênh áp lực giữa xoang màng phổi và phế nang lớn nhất ở vùng đỉnh. Vì thế sự vỡ các bóng khí thường xảy ra ở đỉnh phổi.

Các yếu tố nguy cơ của tràn khí màng phổi tự phát:

- Thuốc lá: làm tăng nguy cơ tràn khí màng phổi tự phát (cả nguyên phát và thứ phát) 10-20 lần.
- Chiều cao cơ thể: BN cao gầy sẽ có lực căng thành phế nang ở đỉnh phổi lớn hơn BN mập lùn, do đó nguy cơ bị tràn khí màng phổi tự phát lớn hơn.
- Yếu tố gia đình cũng ảnh hưởng đến nguy cơ xảy ra tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát.

Biểu hiện của tràn khí màng phổi tự phát:

- Suy hô hấp cấp
- Ngưng tim ngưng thở
- Tràn máu-tràn khí màng phổi
- Dò phế quản-màng phổi

Nguy cơ tràn khí tái phát sẽ cao hơn nếu:

- BN bị tràn khí màng phổi tự phát thứ phát
- BN có thể tạng cao hay gầy
- BN còn trẻ tuổi
- BN đã có hơn một lần tràn khí trước đó. Nguy cơ tràn khí tái phát sẽ càng cao nếu số lần tràn khí trước đó càng nhiều.
- BN được làm dính màng phổi có nguy cơ tràn khí tái phát thấp hơn BN được dẫn lưu màng phổi đơn thuần.
- Bóng khí hiện diện trên CT ngực không là yếu tố làm tăng nguy cơ tràn khí màng phổi tái phát.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát:

- Triệu chứng thường xuất hiện khi nghỉ.
- BN có thể chịu đựng một thời gian trước khi quyết định nhập viện. Thời gian này càng kéo dài, nguy cơ xảy ra biến chứng phù phổi do phổi tái dẫn nở (re-expansion pulmonary edema) khi hút ống dẫn lưu càng lớn.
- Triệu chứng cơ năng:
 - Đau ngực một bên
 - Khó thở
 - Ho khan. Có thể ho ít máu.

- Khi thăm khám lâm sàng, tùy vào mức độ tràn khí, BN có thể có các dấu hiệu thực thể sau:
 - Khó thở
 - Đốm mồ hôi
 - Tím tái (nếu tràn khí màng phổi áp lực)
 - Mạch nhanh (nếu mạch trên 120 lần/phút, BN đã bị tràn khí màng phổi áp lực)
 - Mạch nghịch
 - Hạ huyết áp (dấu hiệu của tràn khí màng phổi áp lực)
 - Tĩnh mạch cổ nổi (dấu hiệu của tràn khí màng phổi áp lực)
 - Lồng ngực một bên căng phồng, khí quản bị đẩy lệch sang bên đối diện (dấu hiệu của tràn khí màng phổi áp lực)
 - Âm phế bào giảm hay mất hẳn (dấu hiệu của tràn khí màng phổi áp lực)
 - Gõ vang thành ngực
 - Rung thanh giảm

Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát:

- BN có mức độ khó thở nặng hơn với cùng một lượng tràn khí so với tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát.
- BN có các dấu hiệu kèm theo của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính:
 - Tiễn cản ho khạc đàm
 - Lồng ngực hình thùng
 - Ngón tay dùi trống
 - Phổi nghe có nhiều rale
 - Tim có âm thổi bất thường...

2.2-Chẩn đoán hình ảnh:

2.2.1-X-quang ngực:

X-quang ngực là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa trước tiên để chẩn đoán xác định có tràn khí màng phổi hay không.

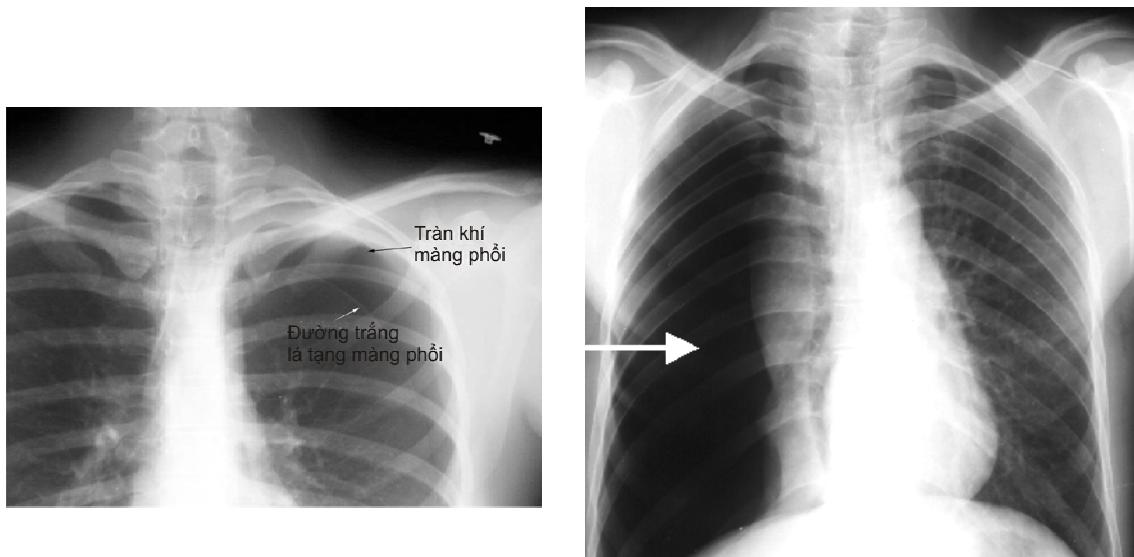
Khi xảy ra tràn khí màng phổi, lá tang tách khỏi lá thành màng phổi. Chìa khoá của việc chẩn đoán tràn khí màng phổi trên X-quang là phải thấy được đường trắng của lá tang màng phổi (hình 1). Ở bên ngoài đường trắng lá tang màng phổi, không thấy hình ảnh dấu ấn của phổi.

Ở BN có bệnh lý phổi có sẵn, chủ mô phổi trên X-quang sáng hơn bình thường, lá tang khó được quan sát thấy hơn.

Hình ảnh của tràn khí màng phổi áp lực (hình 3):

- Phổi xẹp hoàn toàn.
- Trung thất và khí quản bị đẩy sang bên đối diện.
- Các khoang liên sườn dãn rộng.

- Nếu tràn khí xảy ra ở bên trái, vòm hoành trái bị hạ thấp hơn bình thường



Hình 1- Tràn khí màng phổi trái với hình ảnh đường trắng của lá tang màng phổi. Ở bên ngoài đường trắng, không thấy hình ảnh dấu ấn của phổi

Hình 2-Tràn khí màng phổi phải lượng nhiều. Phổi phải xếp hoàn toàn. Trung thất hơi bị đẩy sang phía đối diện

Cần chú ý là BN bị tràn khí màng phổi áp lực có thể phải được xử trí khẩn cấp mà không có đủ thời gian để thực hiện X-quang chẩn đoán.

Có nhiều cách tính mức độ tràn khí màng phổi:

- Dựa vào khoảng cách giữa lá tang và thành ngực:
 - ≥ 2 cm: tràn khí màng phổi lượng nhiều (hình 2).
 - < 2 cm: tràn khí màng phổi lượng ít.
- Dựa vào tỉ lệ khoảng cách từ lá tang và thành ngực tới bờ ngoài trung thất: nếu $> 2/3$, tràn khí màng phổi được gọi là lượng ít; nếu $< 1/2$, tràn khí màng phổi được gọi là lượng nhiều.
- Dựa vào tỉ số khối tràn khí (hình 4):

$Tỉ số khối tràn khí = [(đường kính 1/2 lồng ngực)3 - (đường kính phổi)3]/(đường kính 1/2 lồng ngực)$

- $< 20\%$: tràn khí màng phổi lượng ít.
- $20-40\%$: tràn khí màng phổi lượng trung bình.
- $> 40\%$: tràn khí màng phổi lượng nhiều.

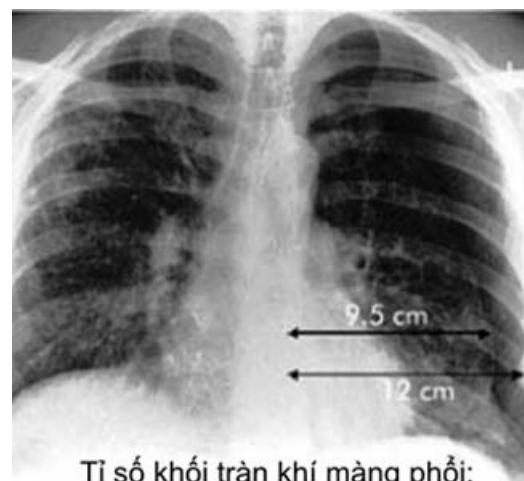
Khi có dính giữa lá tang và lá thành màng phổi, việc đánh giá mức độ tràn khí màng phổi trở nên không chính xác.

Mức độ tràn khí màng phổi không quan trọng bằng tình trạng của BN (mức độ khó thở) và bệnh lý phổi có sẵn trong việc quyết định phương pháp điều trị thích hợp.

2.2.2-CT scan:



Hình 3- Tràn khí màng phổi áp lực



Hình 4- Một thí dụ tính tỉ số khói tràn khí màng phổi

CT scan là phương tiện được chọn lựa để chẩn đoán tồn thương (nguyên nhân).

Khi chụp CT với thuốc cản quang trong lòng mạch, khả năng thấy bóng khí là 80-90%.

CT có khả năng chẩn đoán phân biệt giữa tràn khí màng phổi thể khu trú và kén khí lớn bằng hình ảnh “bờ đồi”.

2.2.3-Các xét nghiệm đánh giá chức năng hô hấp:

Độ bão hòa oxy máu mao mạch (SpO_2) được xem là xét nghiệm thường quy đối với tất cả các BN có biểu hiện khó thở.

Xét nghiệm khí máu động mạch có thể được chỉ định cho BN khó thở nặng do tràn khí màng phổi tự phát thứ phát.

Khí phé dung thường không được thực hiện khi BN đang nằm viện vì độ chính xác không cao (không phản ánh đúng chức năng hô hấp thật sự của BN). Nhưng nếu BN đã được thực hiện khí phé dung trước khi bị tràn khí màng phổi, đây là cơ sở cho việc đề xuất phương pháp điều trị và phòng ngừa thích hợp.

3-Diều trị tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát:

3.1-Điều trị ban đầu:

3.1.1-BN ổn định, tràn khí màng phổi lượng ít:

Theo dõi BN trong phòng cấp cứu 3-6 giờ. Chụp một phim ngực thứ hai. Nếu tràn khí màng phổi không nặng thêm, cho BN xuất viện. Hẹn BN tái khám sau 12 giờ đến 2 ngày. Khi tái khám cho BN chụp một phim ngực thứ ba. Trong hầu hết các trường hợp, phổi sẽ nở hoàn toàn trong vòng 10 ngày.

Cho BN nhập viện nếu BN ở xa cơ sở y tế.

3.1.2-BN ổn định, tràn khí màng phổi lượng nhiều

Tất cả BN phải được nhập viện.

Thực hiện các thủ thuật để làm cho phổi nở ra. Các thủ thuật có thể là chọc hút khí khoang màng phổi bằng catheter hay dẫn lưu khoang màng phổi bằng ống. Chọc bằng catheter thường được chọn lựa cho tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát.

Catheter hay ống dẫn lưu có thể gắn vào van Heimlich (hình 5) hay hệ thống bình kín (water-sealed drain system). Lưu catheter hay ống dẫn lưu cho đến khi phổi nở hoàn toàn.



Hình 5- Van Heimlich. Cơ chế hoạt động của van Heimlich: chỉ cho luồng khí đi theo một chiều, nhờ vào tác dụng như một van của lá cao su hai lớp

Chọc hút khí khoang màng phổi:

- Chỉ định:
 - Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát
 - Tràn khí màng phổi áp lực
- Chống chỉ định (tương đối):
 - Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát
 - Tràn khí màng phổi chấn thương không áp lực
- Kỹ thuật:
 - Đặt BN ở tư thế Fowler.
 - Đặt monitor theo dõi tình trạng tim mạch và SpO₂ liên tục.
 - Đánh dấu vị trí đâm kim: khoang liên sườn 2 (hay 3) đường trung đòn, hoặc khoang liên sườn 4 (hay 5) đường nách giữa, ở bờ trên xương sườn dưới.
 - Sát vùng vùng mổ.
 - Gây tê tại chỗ.
 - Lắp kim luồn khâu kính 14-16 gauge vào seringe 5 mL.
 - Đâm kim vào vị trí đã đánh dấu, đẩy nhẹ kim vào khoang màng phổi theo hướng chéch xuống dưới trong khi hút nhẹ seringe.
 - Khi lực hút trên seringe giảm đột ngọt, rút nòng trong, tiếp tục luồn vỏ ngoài (catheter) vào, lắp chuôi catheter vào dây dẫn. Đầu dây dẫn có chạc ba gắn với một ống chích 60 mL..
 - Hút khí cho đến khi hút không ra gì (ngưng hút khi gấp kháng lực, BN ho, khí hút ra > 1500 mL). Đóng chạc ba và cố định catheter vào thành ngực.

Kỹ thuật đặt dẫn lưu khoang màng phổi (xem bài dẫn lưu trong ngoại khoa)

- Chỉ định:
 - Tràn khí màng phổi
 - Tràn máu màng phổi
 - Tràn dịch màng phổi

- Chóng chỉ định: khi cần mở ngực khẩn cấp.
- Kỹ thuật:
 - Đặt BN ở tư thế Fowler, tay cùng bên đưa lên trên đầu.
 - Đặt monitor theo dõi tình trạng tim mạch và SpO₂ liên tục.
 - Đánh dấu vị trí đâm kim: khoang liên sườn 4 (hay 5) đường nách trước hay nách giữa, ở bờ trên xương sườn dưới.
 - Sát trùng, trải khăn mổ.
 - Gây mê tại chỗ, từng lớp một cho đến lá thành màng phổi.
 - Rạch da song song với bờ trên xương sườn dưới, rạch lớp mỡ và lớp cân.
 - Dùng kẹp mạch máu tách các lớp cơ thành ngực. Khi vào khoang màng phổi, mở kẹp để làm rộng lỗ vào khoang màng phổi.
 - Cho một ngón tay vào để tiếp tục nong rộng lỗ và “quét” khoang màng phổi, đồng thời đẩy phổi ra khỏi thành ngực.
 - Dùng kẹp mạch máu cong kẹp đầu ống dẫn lưu màng phổi, đưa vào khoang màng phổi theo hướng ra sau và lên trên.
 - Đâm bảo lỗ cuối cùng trên ống dẫn lưu màng phổi phải nằm trong khoang màng phổi.
 - Nối ống dẫn lưu màng phổi vào hệ thống bình kín.
 - Quan sát cột nước dao động trong bình kín, dấu hiệu chứng tỏ đầu ống nằm trong khoang màng phổi.
 - Khâu vết mổ, cố định ống dẫn lưu. Có thể khâu mũi chỉ “chò”.

Sau 6 giờ, chụp X-quang ngực kiểm tra. Nếu phổi không nở tốt và BN đã được đặt dẫn lưu màng phổi, hút ống dẫn lưu qua hệ thống bình kín. Những BN được chọc hút khí phải được chuyển qua đặt ống dẫn lưu. Theo dõi sát BN 15-30 phút sau khi bắt đầu hút. Việc hút ống dẫn lưu có thể gây ra biến chứng phù phổi do phổi tái dẫn nở (re-expansion pulmonary edema).

Nếu phổi nở sớm, những BN không muốn nhập viện có thể được cho về nhà với catheter được lưu lại trên thành ngực và gắn vào van Heimlich. Hẹn BN tái khám trong vòng 2 ngày.

3.1.3-BN không ổn định, tràn khí màng phổi lượng nhiều:

Dẫn lưu khoang màng phổi bằng ống và nối với hệ thống bình kín là phương pháp được chọn lựa.

Ống dẫn lưu thường được chọn với kích thước 16-22F.

Ống dẫn lưu to hơn (24-28F) được chỉ định khi:

- Nghi ngờ có dò phế quản-màng phổi.
- BN có thể phải được thông khí nhân tạo với áp lực dương.

Sau 6 giờ, chụp X-quang ngực kiểm tra. Nếu phổi không nở tốt, hút ống dẫn lưu qua hệ thống bình kín.

3.1.4-Rút ống dẫn lưu:

Quá trình rút ống dẫn lưu được thực hiện theo từng giai đoạn:

- Trước hết phải xác định (bằng X-quang) rằng phổi đã nở hoàn toàn và trên lâm sàng không còn dò khí.
- Ngưng hút ống dẫn lưu.
- Có thể kẹp ống dẫn lưu trong vòng 4 giờ hay không kẹp.
- Dù cho kẹp hay không kẹp ống dẫn lưu, phải chụp một phim ngực thẳng nữa, trong vòng 5-12 giờ kể từ thời điểm ghi nhận hết dò khí, để khẳng định không có tràn khí màng phổi tái phát.
- Rút ống dẫn lưu.

3.2-Điều trị tràn khí màng phổi kéo dài:

Tràn khí màng phổi kéo dài quá 4 ngày được cân nhắc điều trị bằng phẫu thuật (hay làm dính màng phổi).

Phẫu thuật qua nội soi lồng ngực được ưu tiên lựa chọn trước phẫu thuật mở ngực nhỏ.

Chỉ cân nhắc đến làm dính màng phổi, bằng các tác nhân gây xơ hoá được bơm qua ống dẫn lưu, khi BN có chống chỉ định hay từ chối phẫu thuật. Nếu có chỉ định làm dính, doxycycline và bột talc là hai tác nhân được ưu tiên chọn lựa trước.

Nội dung phẫu thuật nội soi:

- Trước khi phẫu thuật nên làm CT để đánh giá tổn thương gây tràn khí và các tổn thương phổi hợp.
- Phương pháp vô cảm: mê toàn thân với nội khí quản hai nòng.
- BN nằm nghiêng, gói độn dưới nách để không làm tổn thương đầm rói thần kinh cánh tay.
- Đặt trocar: trocar cho ống soi ở khoang liên sườn 6 đường nách giữa. Hai trocar 10 mm và 5 mm ở khoang liên sườn 3 (hoặc 4) đường nách trước và sau. Phẫu thuật có thể được tiến hành mà không cần camera.
- Kỹ thuật phẫu thuật:
 - Nếu tìm thấy bóng khí: cắt bóng khí.
 - Nếu không tìm thấy bóng khí: bơm dung dịch NaCl 0,9% lên bề mặt phổi trong khi phổi được bơm bóng cho nở ra để phát hiện chổ xì khí trên bề mặt nhu mô phổi.
 - Kỹ thuật cắt bóng khí (bullectomy):
 - ▲ Tốt nhất là kẹp cắt bằng stapler.
 - ▲ Các kỹ thuật khác có thể chấp nhận được: đốt điện, đốt laser, khâu bằng tay...
 - Làm dính màng phổi là bước được thực hiện tiếp theo ở hầu hết các BN. Màng phổi được làm dính trong lúc phẫu thuật bằng cách:
 - ▲ Chà xát lá thành màng phổi ở $\frac{1}{2}$ trên lồng ngực.
 - ▲ Cắt lá thành màng phổi ở $\frac{1}{2}$ trên lồng ngực.
 - Dẫn lưu kín xoang màng phổi trước khi kết thúc cuộc phẫu thuật.

3.3-Phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát:

Phẫu thuật qua nội soi lồng ngực là phương pháp phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát được lựa chọn. Tỉ lệ thành công của phẫu thuật qua nội soi là 95-100%.

Phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát bằng làm dính màng phổi khi BN có chổng chỉ định hay từ chối phẫu thuật. Tỉ lệ thành công của làm dính màng phổi 78-91%. Làm dính màng phổi phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát ít khi được chỉ định cho tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát, đặc biệt là những BN còn trẻ tuổi.

Chỉ định:

- Hầu hết BN (85%) chỉ được đặt ván đè phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát khi bị tràn khí màng phổi lần thứ nhì.
- 15% BN còn lại có chỉ định điều trị phòng ngừa sau lần bị tràn khí màng phổi đầu tiên. Các BN này là:
 - Những BN mà hoạt động và việc làm đặt họ vào tình thế có nguy cơ tràn khí màng phổi tái phát cao (thợ lặn, phi công).
 - Những BN sống ở xa cơ sở y tế.

4-Điều trị tràn khí màng phổi tự phát thứ phát:

4.1-Điều trị ban đầu:

4.1.1-BN ổn định, tràn khí màng phổi lượng ít:

Tất cả BN bị tràn khí màng phổi tự phát thứ phát nên được nhập viện. BN có thể được theo dõi hay đặt ống dẫn lưu (ít được chọn lựa hơn).

4.1.2-BN ổn định, tràn khí màng phổi lượng nhiều:

Đặt ống dẫn lưu là phương pháp điều trị được chọn lựa cho tràn khí màng phổi tự phát thứ phát lượng nhiều, ngay cả khi BN ổn định. Ống dẫn lưu được chọn thường có kích thước 16-22 F và được nối vào hệ thống bình kín. Van Heimlich ít được sử dụng trong tràn khí màng phổi tự phát thứ phát.

Nếu phổi không nở sau 6 giờ, hút ống dẫn lưu.

4.1.3-BN không ổn định, tràn khí màng phổi lượng bất kỳ:

Đặt ống dẫn lưu được chỉ định cho tất cả các trường hợp tràn khí màng phổi tự phát thứ phát lượng bất kỳ mà tình trạng BN không ổn định.

Ống dẫn lưu kích thước 22-28 F. Không cần thiết phải đặt ống có kích thước to hơn.

4.1.4-Rút ống dẫn lưu:

Quá trình rút ống dẫn lưu được thực hiện theo từng giai đoạn:

- Trước hết phải xác định, bằng X-quang, rằng phổi đã nở hoàn toàn và trên lâm sàng không còn dò khí.
- Ngưng hút ống dẫn lưu.
- Có thể kẹp ống dẫn lưu trong vòng 5-12 giờ hay không kẹp.
- Dù cho kẹp hay không kẹp ống dẫn lưu, phải chụp một phim ngực thẳng nữa, trong vòng 12-23 giờ kể từ thời điểm ghi nhận hết dò khí, để khẳng định không có tràn khí màng phổi tái phát.
- Rút ống dẫn lưu.

4.2-Điều trị tràn khí màng phổi kéo dài:

Có thể chờ đến 5-10 ngày trước khi thuyết phục BN chấp nhận cuộc phẫu thuật.

Thời gian hút ống dẫn lưu càng kéo dài, khả năng thành công của cuộc phẫu thuật càng giảm.

Đối với những BN không chấp nhận hay không đủ sức chịu đựng cuộc phẫu thuật, làm dính màng phổi bằng các tác nhân gây xơ hoá màng phổi cũng là một chọn lựa tốt.

Phương pháp bít lỗ dò phế quản-màng phổi qua nội soi phế quản chưa được chấp nhận rộng rãi.

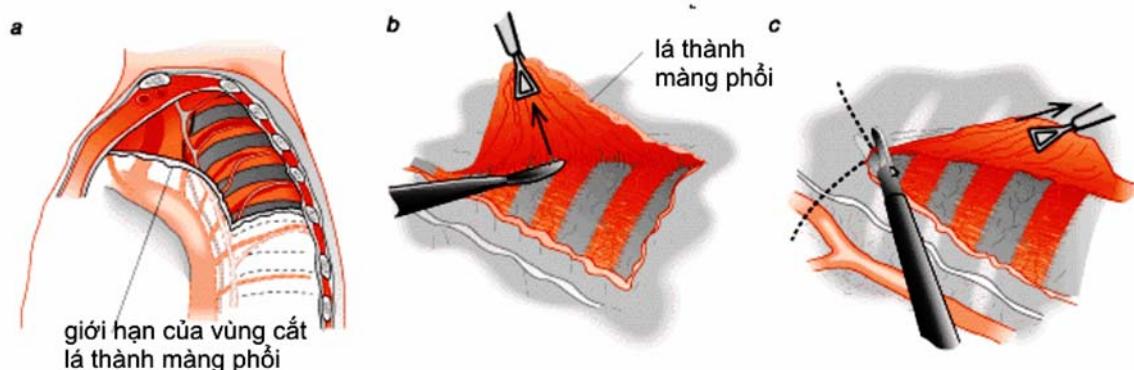
4.3-Phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát:

Hầu hết BN (81%) được đặt ván đè phòng ngừa tràn khí màng phổi tái phát ngay sau khi bị tràn khí màng phổi lần thứ nhất, đặc biệt là những BN có chức năng hô hấp kém, do nếu bị tràn khí màng phổi lần hai, BN có thể có nguy cơ tử vong.

Những BN có chức năng hô hấp còn tương đối tốt và không muốn thực hiện các biện pháp phòng ngừa có thể được theo dõi tiếp tục.

Phẫu thuật qua nội soi lồng ngực là phương pháp được lựa chọn trước phương pháp làm dính màng phổi vì có tỉ lệ tái phát thấp hơn.

Nội dung phẫu thuật: cắt bóng khí sau đó làm dính màng phổi (chà xát hay cắt lá thành màng phổi $\frac{1}{2}$ trên lồng ngực-hình 6).



Hình 6- Thủ thuật cắt lá thành màng phổi để làm dính màng phổi

Nếu làm dính màng phổi, bột talc và doxycycline được chỉ định nhiều nhất, minocycline có thể được chỉ định, bleomycin hiếm khi được chỉ định.

PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

1-Đại cương:

Phình động mạch được định nghĩa là sự phình khu trú của động mạch với đường kính ngang lớn hơn 50% so với bình thường. Như vậy, một phình động mạch chủ bụng phải có đường kính tối thiểu 3 cm.

Nguyên nhân:

- Hiện nay, nguyên nhân của phình động mạch chủ bụng được cho là do nhiều yếu tố kết hợp.
- Xơ vữa thành mạch là yếu tố nguyên nhân được chấp nhận phổ biến nhất. 90% phình động mạch chủ bụng có nguyên nhân là xơ vữa động mạch.
- Các yếu tố nguyên nhân khác: nhiễm trùng, chấn thương, viêm động mạch, bệnh lý mô liên kết có tính di truyền...

Các yếu tố nguy cơ:

- Thuốc lá (được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất).
- Tuổi tác (tuổi càng lớn, nguy cơ phình phình động mạch chủ bụng càng cao).
- Bệnh động mạch vành
- Bệnh cao huyết áp
- Có phình động mạch ở vị trí khác (động mạch kheo, động mạch đùi)
- Gia đình (yếu tố gia đình hiện diện ở 25% BN phình động mạch chủ bụng).
- Giới tính và chủng tộc

Phình động mạch chủ bụng phổ biến ở người da trắng hơn là người da đen và người châu Á. Ở Mỹ, BN bị phình động mạch chủ bụng là người da trắng có tần suất cao gấp 3,5 lần BN phình động mạch chủ bụng là người da đen.

Nam giới có tần suất bị phình động mạch chủ bụng cao gấp 5 lần nữ giới. Quá trình thoái hoá thành của động mạch để hình thành nên phình động mạch bắt đầu từ năm 50 tuổi ở nam và lên đến đỉnh điểm vào năm 80 tuổi. Ở nữ giới, quá trình này bắt đầu ở độ tuổi 60.

Phình động mạch chủ bụng dưới thận chiếm 90-95% phình động mạch chủ bụng. 40% phình động mạch chủ bụng có phình động mạch chậu kèm theo.

Nguy cơ vỡ túi phình sẽ tăng:

- Theo thời gian:
 - Phình động mạch chủ bụng có đường kính 4-5 cm: nguy cơ tăng 1-3% mỗi năm.
 - Phình động mạch chủ bụng có đường kính 5-7 cm: nguy cơ tăng 6-11% mỗi năm.
 - Phình động mạch chủ bụng có đường kính > 7 cm: nguy cơ tăng 20% mỗi năm.
- Khi BN có bệnh tăng huyết áp và tắc nghẽn phổi mãn tính kèm theo.
- Khi BN là nữ.

Phình phình động mạch chủ bụng viêm:

- Là một thể giải phẫu bệnh riêng biệt của phình phình động mạch chủ bụng do xo vữa.
- Chiếm 5%
- BN có triệu chứng đau không phải do phình có biến chứng.
- Phản ứng viêm làm túi phình dính vào tá tràng, tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch thận trái, một hai cả hai niệu quản. Điều này làm cho việc phẫu thuật trở nên khó khăn.

Các thể lâm sàng của phình phình động mạch chủ bụng:

- Im lặng, không có triệu chứng gì.
- Võ phình:
 - Võ tự do vào trong xoang phúc mạc.
 - Võ sau phúc mạc: chỗ vỡ thường ở mặt sau. Khối máu tụ hình thành, được “kèm giữ” bởi cơ thắt lưng chậu, mô quanh cột sống và quanh động mạch chủ bụng.
- Tắc các động mạch nhánh (động mạch mạc treo tràng dưới, động mạch chậu) cấp tính hay mãn tính.
- Gây dò phình động mạch chủ bụng-tĩnh mạch chủ dưới.
- Gây dò phình động mạch chủ bụng-tá tràng.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Hầu hết BN bị phình động mạch chủ bụng không có triệu chứng. 80% phình động mạch chủ bụng được phát hiện tình cờ trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Các BN còn lại có thể nhập viện vì các triệu chứng sau đây:

- Khối u bụng: ở BN gầy, phình động mạch chủ bụng thể hiện bằng một khối u đậm theo nhịp mạch, nằm ở vùng giữa bụng trên rốn.
- Võ túi phình, có thể tự do hay sau phúc mạc. Nếu vỡ tự do, BN nhập viện trong bệnh cảnh truy mạch và có tỉ lệ tử vong rất cao. Nếu vỡ sau phúc mạc, BN có thể có các triệu chứng: đau bụng hay đau lưng dữ dội, da tái xanh, vã mồ hôi, huyết áp tụt...
- Tắc mạch chi dưới cấp tính, biểu hiện bằng chi dưới đau, tím, liệt, mất mạch...
- Tắc mạch chi dưới mãn tính, biểu hiện bằng dấu hiệu đi cách hồi, xanh tím đầu ngón.
- Dò phình động mạch chủ bụng-tĩnh mạch chủ dưới: triệu chứng của suy tim, suy thận, phù chi dưới, nghe bụng có âm thổi như “tiếng xay lúa”.
- Dò phình động mạch chủ bụng bụng- tá tràng: BN nôn và tiêu phân toàn máu đỏ từng đợt.

Khi khám lâm sàng, cần chú ý :

- Sờ bụng để phát hiện khối phình. Khả năng phát hiện khối phình khi thăm khám bụng thay đổi, phụ thuộc vào kinh nghiệm của người khám, kích thước

của khối phình và độ dày thành bụng của BN. 40% các khối phình có thể được sờ thấy khi thăm khám bụng.

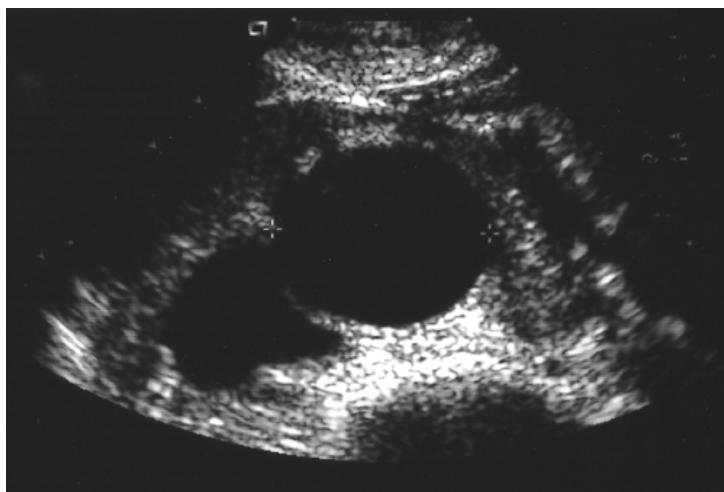
- Đo huyết áp hai tay để phát hiện hẹp động mạch dưới đòn (nếu huyết áp động mạch hai tay chênh lệch nhau trên 30 mmHg, có sự tắc hay hẹp động mạch dưới đòn một bên).
- Nghe vùng cổ để phát hiện âm thổi của hẹp động mạch cảnh.
- Bắt mạch đùi, kheo và mu chân để phát hiện tắc mạch chi dưới hay phình động mạch (thường nhất là động mạch kheo) phối hợp.
- Đôi khi cũng có chỉ định soi đại tràng để phát hiện thiếu máu đại tràng trái do tắc động mạch mạc treo tràng dưới.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Siêu âm:

Siêu âm là phương tiện được chọn lựa để chẩn đoán và theo dõi diễn tiến của túi phình. Siêu âm có độ nhạy 95% trong chẩn đoán phình động mạch chủ bụng. Tỉ lệ này có thể so sánh với CT và MRI. Tuy nhiên, siêu âm không đánh giá được các tạng lân cận. Mặt khác, vai trò chẩn đoán của siêu âm bị hạn chế trong trường hợp vỡ phình.

Khi nghi ngờ phình động mạch chủ bụng có biến chứng mà siêu âm cho kết quả âm tính, nên chọn phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác.



Siêu âm có thể là phương tiện chẩn đoán được chỉ định để đánh giá đường kính thực tế của túi phình

2.2.2-CT scan:

CT là phương tiện chẩn đoán chính xác nhất (độ chính xác 100%) và là phương tiện chẩn đoán phình động mạch chủ bụng được chọn lựa hiện nay.

CT cung cấp thông tin về:

- Đường kính thực tế và chiều dài của túi phình
- Đường kính lòng túi phình (khi bơm thuốc cản quang)
- Mối liên quan của túi phình với các động mạch chính xuất phát từ động mạch chủ bụng (động mạch chậu)
- Mối liên quan của túi phình với các tạng trong xoang bụng
- Sự tưới máu của các tạng (đặc biệt là đại tràng trái, đoạn đại tràng được cung cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng dưới).



Phình động mạch chủ bụng với đường kính ngang thực tế, hình ảnh huyết khối trong lòng (màu xám), tạo ra lòng phình giả tạo (màu trắng)

2.2.3-X-quang động mạch:

X-quang động mạch xoá nền (DSA- digital subtraction angiography) cho phép quan sát hình ảnh động mạch với độ phân giải cao.

DSA cung cấp thông tin về lòng của túi phình và của các động mạch nhánh (động mạch treo tràng dưới, động mạch chậu). Các bất thường về giải phẫu của động và tĩnh mạch thận cũng có thể được phát hiện.

Khi có huyết khối trong lòng túi phình, thông tin về đường kính túi phình trên DSA sẽ không chính xác. Trong trường hợp này, CT có giá trị chẩn đoán cao hơn.

Trong trường hợp phình động mạch có biến chứng vỡ và tình trạng BN ổn định, có thể chỉ định DSA. Trên DSA, phình vỡ (khu trú) biểu hiện bằng hình ảnh thuốc cản quang hiện diện (khu trú ở ngoài lòng mạch). Để phát hiện thuốc cản quang ngoài lòng mạch, tốt nhất là chụp ở tư thế nghiêng hay chéo.

Khi BN đã có chỉ định phẫu thuật, DSA là chỉ định bắt buộc, nhằm đánh giá tình trạng của cây động mạch, giúp phẫu thuật viên chọn lựa phương pháp phẫu thuật thích hợp.

2.2.4-X-quang động mạch cộng hưởng từ:

X-quang động mạch cộng hưởng từ với gadolinium, nếu có, sẽ thay thế cho X-quang động mạch thông thường. Hình ảnh mạch máu sẽ được thể hiện trong không gian ba chiều. Giá trị chẩn đoán, vì thế, sẽ cao hơn so với X-quang động mạch thông thường.

3-Điều trị:

3.1-Chỉ định điều trị ngoại khoa:

- BN có túi phình ≥ 5 cm đường kính và có thời gian sống còn lại hơn 2 năm: có chỉ định phẫu thuật.
- Nếu BN có nguy cơ phẫu thuật, phẫu thuật cũng được cân nhắc đến khi túi phình có đường kính lớn hơn 6-7 cm.
- BN có túi phình đường kính từ 4 cm đến nhỏ hơn 5 cm: có chỉ định phẫu thuật, nếu theo dõi trong vòng 6 tháng đường kính túi phình tăng hơn 0,5 cm.

3.2-Các phương pháp phẫu thuật:

3.2.1-Cắt ghép phình bằng phẫu thuật mở:

Chuẩn bị trước mổ:

- Cần đánh giá một cách toàn diện về tình trạng tim, phổi, gan, thận, chức năng cầm máu, đông máu.
- Cụ thể cần thực hiện các xét nghiệm sau:
 - X-quang ngực thẳng
 - ECG, siêu âm tim (khi nghỉ và khi gắng sức)
 - Chức năng hô hấp
 - Nhóm máu
 - Công thức máu toàn bộ
 - Chức năng đông máu cầm máu toàn bộ
 - Xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận
 - Ion đồ
 - Khí máu động mạch
 - Xét nghiệm nước tiểu
- Điều chỉnh các rối loạn, đặc biệt chú trọng đến hô hấp và tim mạch. Chỉ định thích hợp các loại thuốc dẫn phế quản, thuốc hạ áp, các biện pháp làm thông thoáng khí đạo. BN phải ngưng hút thuốc lá tối thiểu hai tuần trước mổ.
- Chuẩn bị đủ máu và thiết bị truyền máu hoàn hồi (cell saver).
- Cho kháng sinh dự phòng
- Chuẩn bị sẵn các phương tiện để duy trì thân nhiệt BN ổn định trong và sau mổ.

Chuẩn bị ngay trước phẫu thuật:

- Đặt thông tiêu
- Đặt thông dạ dày
- Chuẩn bị sẵn hai đường truyền bằng kim có khẩu kính lớn
- Đặt thông theo dõi áp lực động mạch phổi bít (thông Swan-Ganz) hay áp lực tĩnh mạch trung tâm.

Nội dung phẫu thuật:

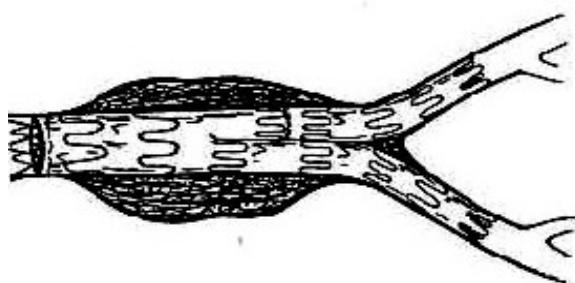
- Động mạch chủ bụng có thể tiếp cận bằng đường ngang qua phúc mạc hay đường sau phúc mạc.
- Vén ruột non sang phải xoang bụng. Nếu đưa ruột non ra ngoài, ruột phải được giữ ấm và ẩm trong suốt cuộc mổ.
- Rạch phúc mạc trên phình. Cắt dây chằng tá-hỗng tràng, bóc tách lật góc treitz và tá tràng D₄ sang phải.
- Kiểm soát đầu trên phình:
 - Cho một liều heparin 5000 IU tiêm tĩnh mạch trước khi kẹp.
 - Nếu kẹp động mạch chủ bụng dưới động mạch thận, trước tiên tìm tĩnh mạch thận trái, kẹp động mạch chủ bụng ngay dưới tĩnh mạch thận trái.
 - Nếu kẹp động mạch chủ bụng trên động mạch thận, có thể phải buộc và cắt tĩnh mạch thận trái.

- Nếu kẹp động mạch chủ bụng trên động mạch thân tang (thường được thực hiện khi phẫu thuật phình viêm), cắt dây chằng tam giác trái, vén gan trái sang phải, bóc tách và kẹp động mạch chủ bụng.
- Kiểm soát đầu dưới: kẹp trên chỗ động mạch chủ bụng chia đôi (nếu chỉ cắt ghép phình động mạch chủ bụng) hay kẹp ở hai động mạch chậu (nếu cắt ghép phình động mạch chủ bụng và phình động mạch chậu). Nếu kẹp ở hai động mạch chậu, tim hai niệu quản trước khi kẹp.
- Xé phình, lấy các mảnh vụn xơ vữa, khâu cầm máu lỗ xuất phát của các động mạch thắt lưng và cùng ở vách sau.
- Khâu nối ống ghép vào thành động mạch bình thường ngay trên và dưới phình. Tuỳ thuộc vào tình trạng của túi phình, ống ghép có thể hình chữ I (cắt ghép phình động mạch chủ bụng) hay Y (cắt ghép phình động mạch chủ bụng kết hợp phình động mạch chậu). Đầu trên được nối trước.
- Trước khi kết thúc nối đầu dưới, nhả kẹp để dòng máu (từ trên phụt xuống và từ dưới phụt lên) đẩy các mảnh vụn xơ vữa ra ngoài.
- Căm lại động mạch treo tràng dưới vào ống ghép (nếu có chỉ định).
- Đóng lại phúc mạc.
- Quan sát tình trạng tưới máu của đại tràng trái. Kiểm tra hai động mạch đùi. Nếu có huyết khối động mạch đùi, lấy huyết khối bằng thông Fogarty.

Chăm sóc hậu phẫu:

- Tiếp tục bồi hoàn máu bị mất trong lúc mổ bằng dịch truyền và máu.
- Theo dõi sinh hiệu, lượng nước tiểu, tình trạng chảy máu và mạch ngoại biên (đặc biệt mạch hai chi dưới).
- Đo ECG (hay siêu âm tim) và chụp một phim phổi nếu thấy cần thiết.

3.2.2-Điều trị phình động mạch chủ bụng bằng can thiệp nội mạch:



Điều trị phình động mạch chủ bụng bằng phương pháp can thiệp nội mạch: mảnh ghép đã được “cố định” vào thành mạch và nằm bên trong túi phình.

Điều trị phình động mạch chủ bụng bằng can thiệp nội mạch là một phương pháp phẫu thuật mới được thực hiện trong thời gian gần đây.

Nguyên tắc của phương pháp này là đưa mảnh ghép vào trong lòng túi phình qua ngả động mạch đùi. Mảnh ghép được làm bằng chất liệu tương tự như mảnh ghép dùng trong mổ mở nhưng được thiết kế để có thể bung ra được, đồng thời đầu mảnh ghép có những móc nhỏ để có thể bám chặt vào thành mạch mà không cần phải khâu.

3.3-Kết quả và biến chứng:

Tỉ lệ biến chứng sau mổ chương trình: 10-30%.

Biến chứng phẫu thuật:

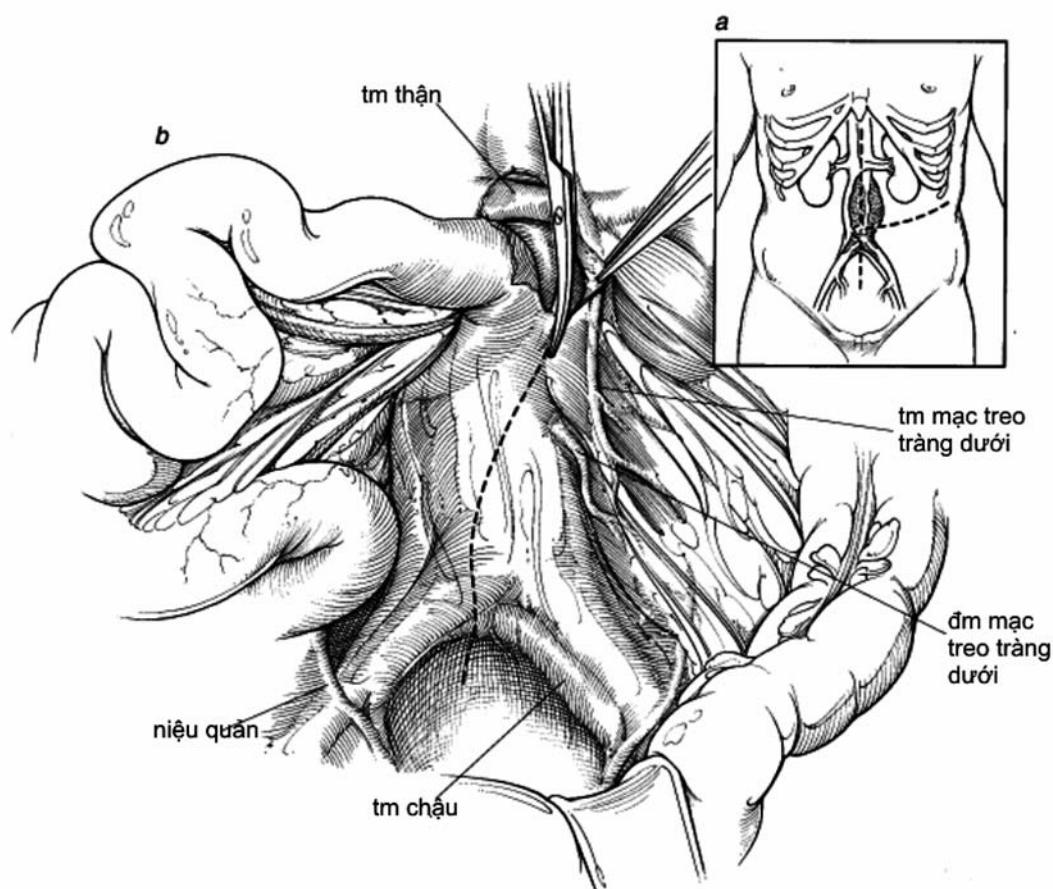
- Chảy máu: từ miệng nối, từ các tổn thương bị bỏ sót, do rối loạn đông máu...
- Thiếu máu đại tràng trái: chẩn đoán được đặt ra khi BN đau và chướng bụng, tiêu phân nhầy máu, số lượng bạch cầu tăng. Chẩn đoán xác định bằng nội soi đại tràng xích-ma.
- Thiếu máu hai chi dưới
- Viêm phổi
- Nhồi máu cơ tim
- Nhiễm trùng mảnh ghép
- Suy thận
- Liệt ruột kéo dài sau mổ

Tỉ lệ tử vong:

- Mổ mở: 0-5%.
- Can thiệp nội mạch: 1-3%.

Tỉ lệ sống 5 năm: 67%

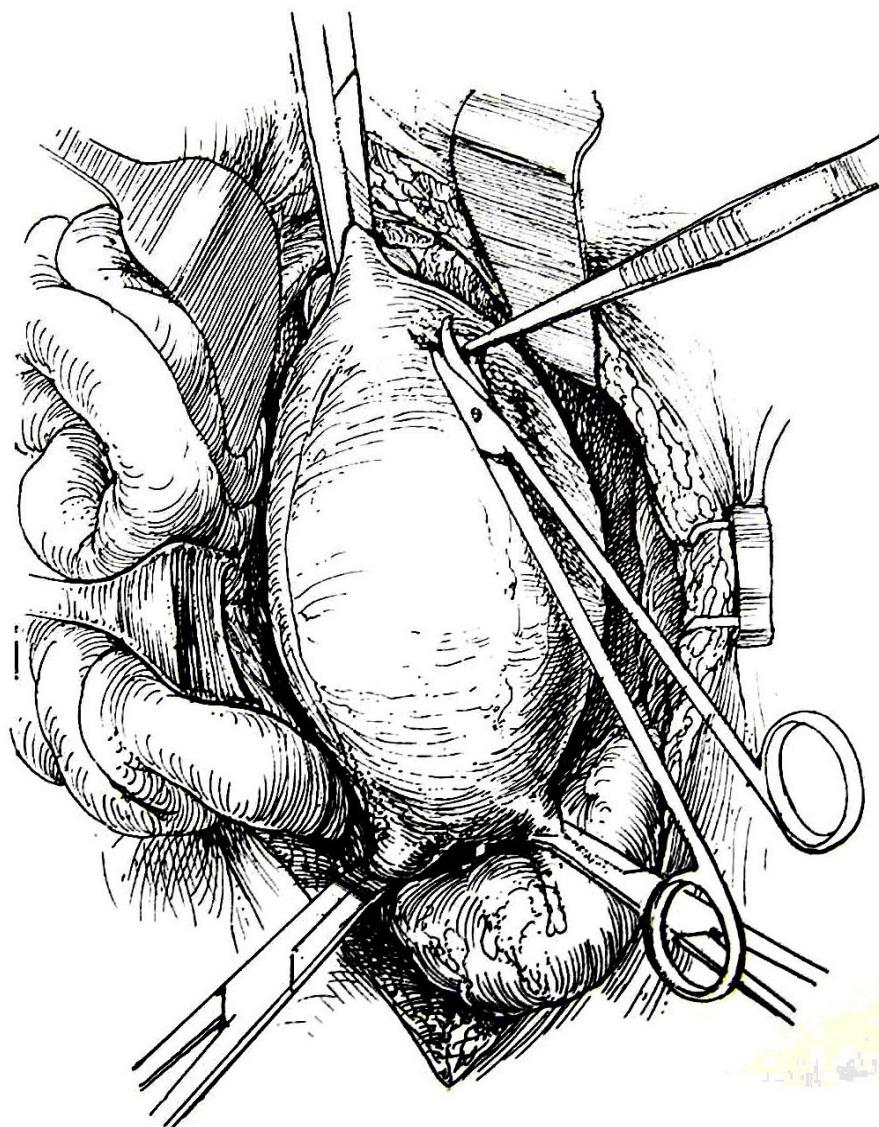
4-Phẫu thuật cắt ghép phình động mạch chủ bụng:



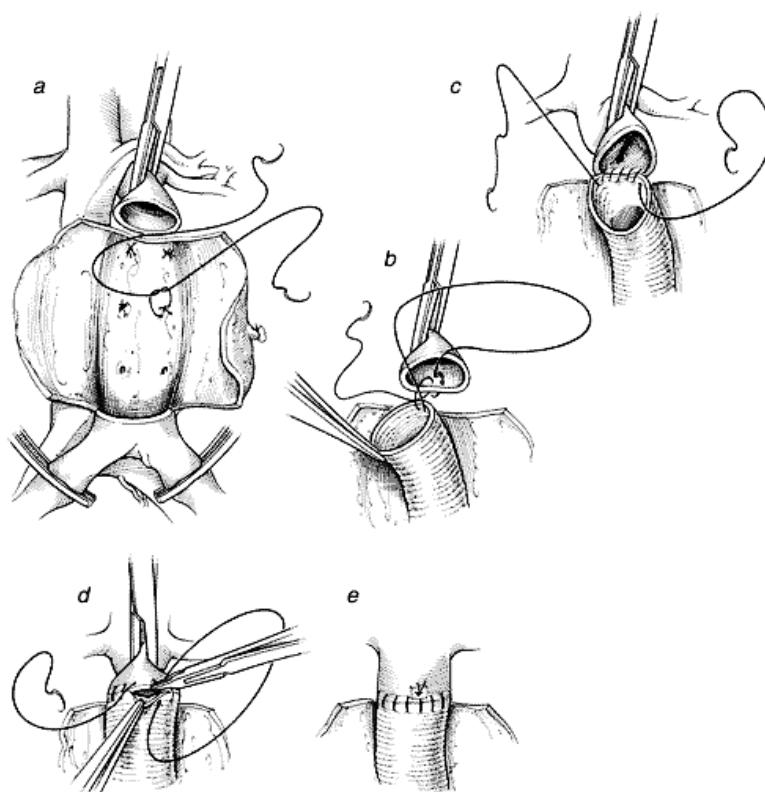
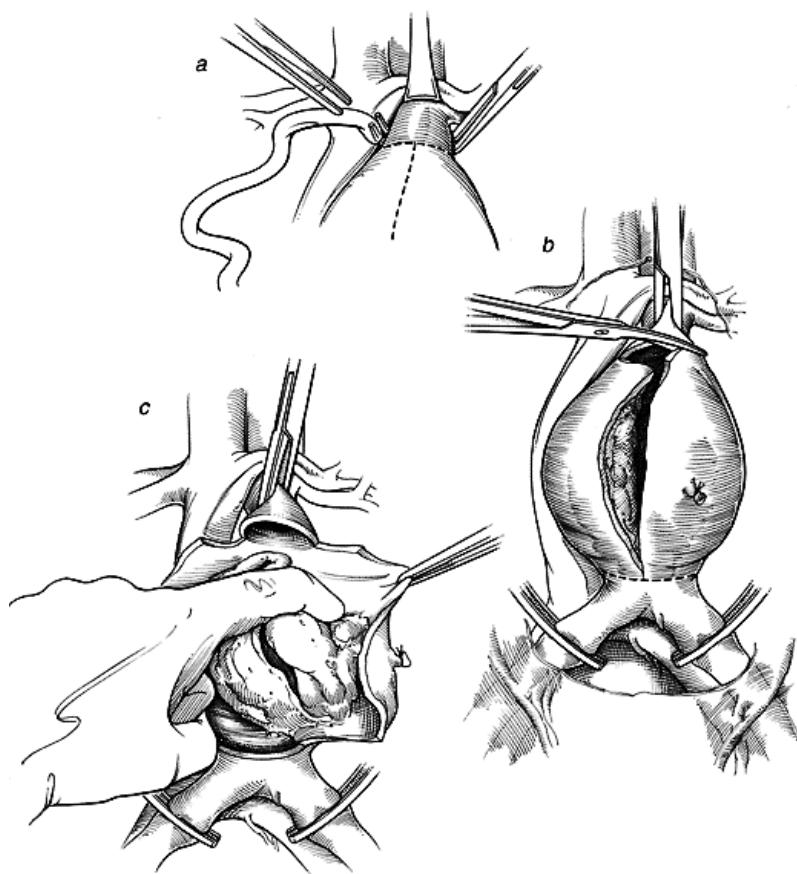
1-Nếu phẫu thuật qua ngả phúc mạc, rạch da đường giữa trên và kéo dài qua rốn. Nếu phẫu thuật ngả sau phúc mạc, rạch da dưới sườn trái.

Sau khi mổ bụng và thám sát các tang trong xoang bụng, đại tràng ngang được vén lên trên. Ruột non được đưa ra ngoài xoang bụng. Rạch phúc mạc trên phình từ dây chằng tá-hỗng tràng cho đến vùng chậu. Tá tràng D₄ được bóc tách và lật sang phải để bộc lộ hoàn toàn mặt trước của phình.

Phẫu tích cổ phình, động mạch chủ bụng đoạn dưới phình cũng như hai động mạch chậu để chuẩn bị cho khâu kẹp hai đầu phình. Sau 3-5 phút kể từ lúc cho heparin toàn thân, bắt đầu kẹp hai đầu phình. Để ngăn ngừa tắc mạch, nên kẹp phần xa trước khi kẹp phần gần. Nếu cổ phình là một đoạn khá dài, kẹp cổ phình ở bên dưới tĩnh và động mạch thận. Nếu cổ phình ngắn, có thể kẹp trên động mạch thận nhưng sau khi thực hiện xong miệng nối trên phải dời kẹp xuống dưới động mạch thận. Chú ý tránh kẹp phải tĩnh mạch thận trái. Nếu phình vỡ, kẹp động mạch chủ bụng trực tiếp ngay dưới hoành bằng cách cắt dây chằng tam giác và lật thuỷ gan trái sang phải.



2-Nếu có phình động mạch chậu, hay khi đầu dưới túi phình nằm ở ngay ngả ba động mạch chủ bụng-động mạch chậu, phải kiểm soát và kẹp hai động mạch chậu. Khi kẹp hai động mạch chậu, chú ý tránh làm tổn thương tĩnh mạch chậu nằm kế bên, bằng cách phẫu tích sát thành động mạch. Động mạch mạc treo tràng dưới có thể được buộc và thắt, nếu như tôi thiếu một động mạch chậu trong còn giữ lại được.



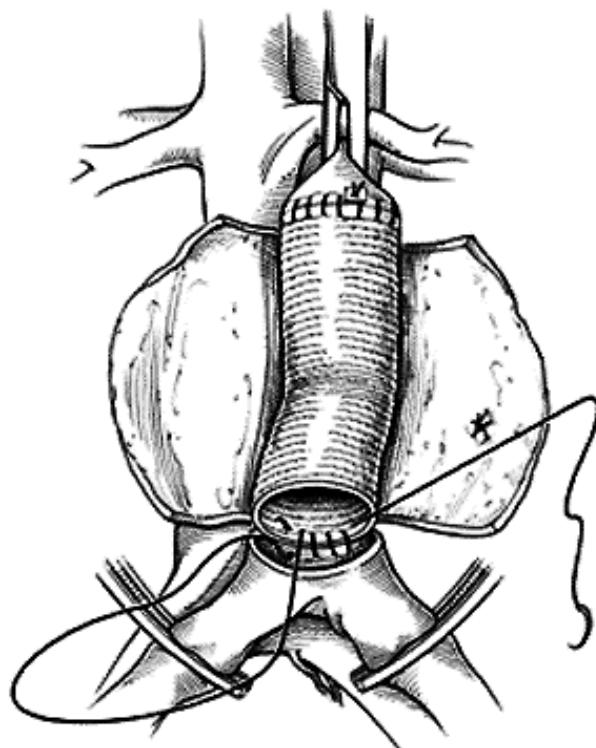
3- Thành trước phình được xé dọc giữa động mạch thận và động mạch chậu. Các mảnh vụn xơ vữa trong lòng túi phình được lấy ra ngoài. Các lỗ xuất phát của các động mạch thắt lưng và động mạch cùng được khâu bít.

Tuỳ thuộc vào dòng chảy ngược (backflow) và sự đánh giá mức độ hẹp trước mô mà động mạch mạc treo tràng dưới có thể được thắt hay được cắt kèm với một mẩu thành động mạch chủ bụng (để cầm lại vào mảnh ghép).

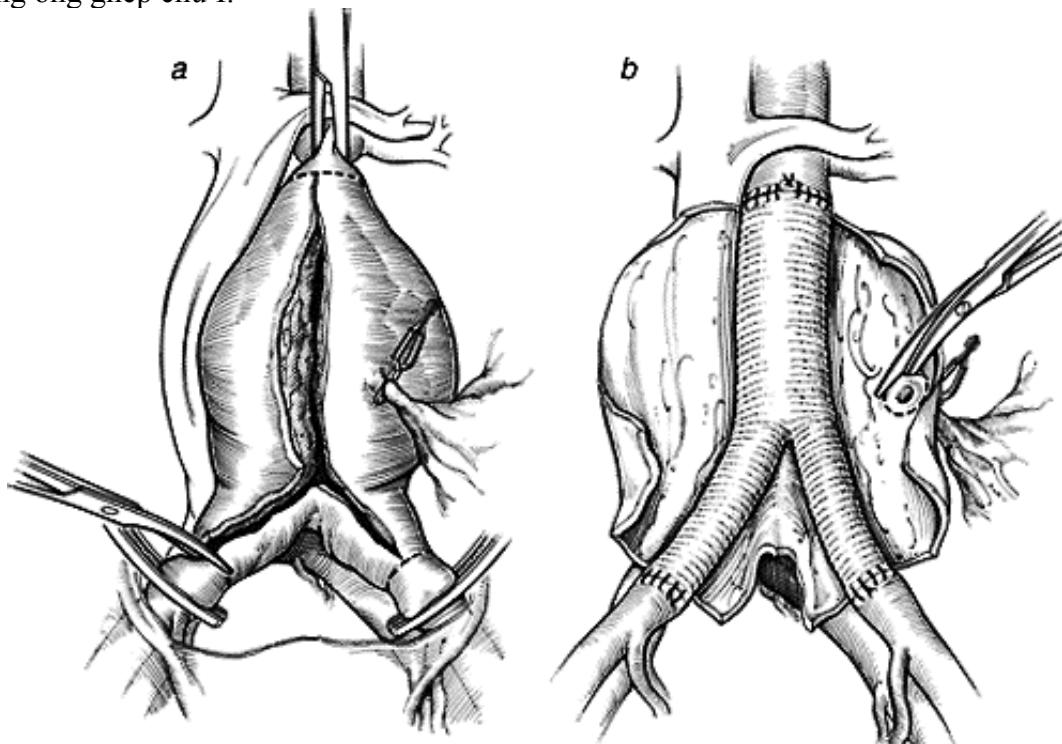
4-Cổ túi phình được cắt ngang, hoàn toàn hay chừa lại 1/3 sau (để khi khâu ống ghép vào thành sau, mạc trước cột sống sẽ hỗ trợ cho mũi khâu).

Đầu trên ống ghép, có kích cỡ phù hợp với cổ phình, sẽ được khâu nối với cổ phình. Chỉ khâu được chọn lựa để khâu nối đầu trên là chỉ 3-0.

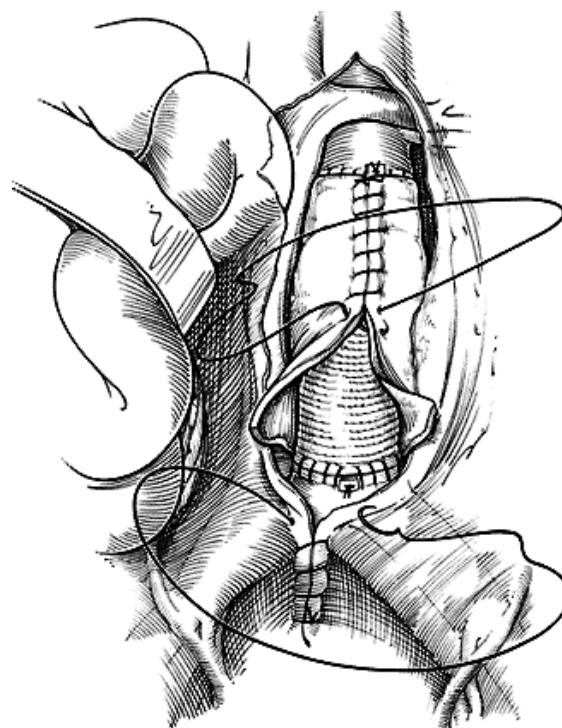
Sau khi đã khâu nối đầu trên, nhả kẹp đầu trên sau đó kẹp lại ngay để kiểm tra độ kín của đường khâu nối. Máu loãng, máu cục và các mảnh xơ vữa phải được hút khỏi mảnh ghép trước khi khâu nối đầu dưới.



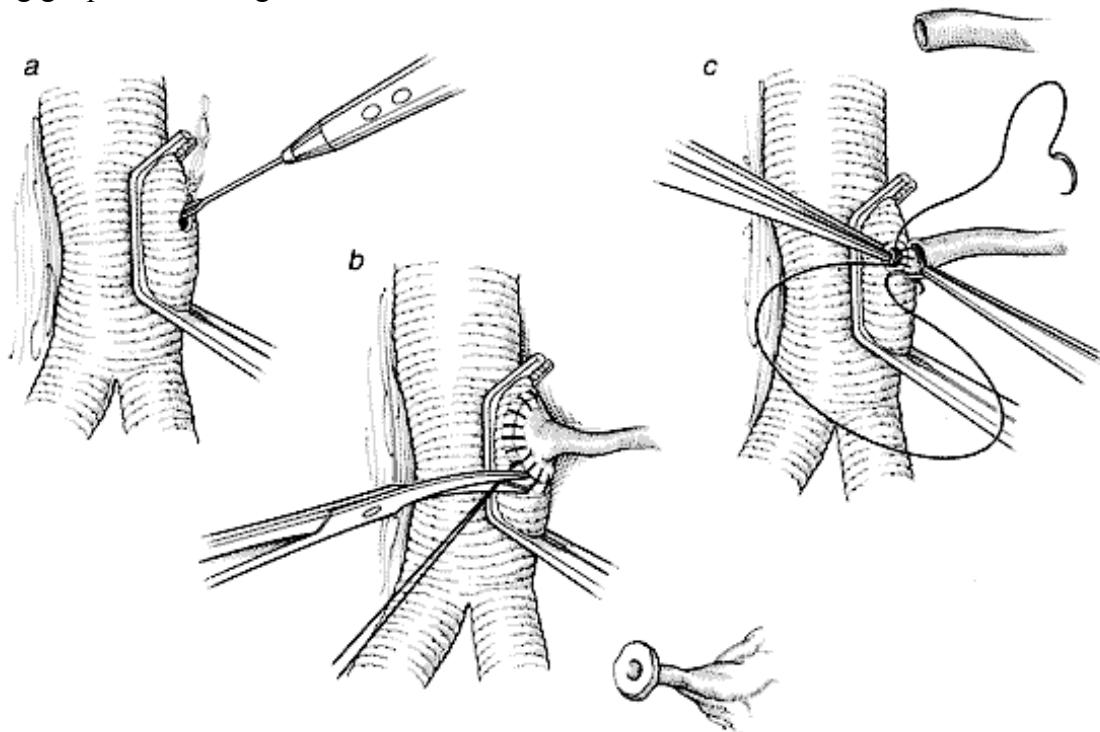
5-Nếu đầu dưới phình được cắt trên ngả ba động mạch chủ bụng-hai động mạch chậu, sử dụng ống ghép chữ I.



6-Nếu cắt ghép cả hai động mạch chậu, sử dụng ống ghép chữ Y. Nếu động mạch chậu chung không thích hợp, việc khâu nối có thể được thực hiện trên động mạch chậu ngoài và ngay cả động mạch đùi. Trước khi khâu nối, đầu xa động mạch phải được bảo đảm không bị bí bởi các mảnh xơ vừa bằng cách tạm nhả kẹp cho dòng máu phut ngược trở lại (back flow). Khâu nối động mạch chậu vào nhánh của ống ghép bằng chỉ 5-0. Tiếp tục khâu nối động mạch chậu bên đối diện vào nhánh còn lại của ống ghép. Thứ tự nhả kẹp trong và trước khi kết thúc khâu nối đóng vai trò quan trọng trong việc tống các bong khí, mảnh xơ vừa...tù trong ống ghép ra ngoài.



7- Thành túi phình được khâu che lên ống ghép. Động tác này ngăn ngừa khả năng dính ống ghép vào các tạng lân cận.



8-Động mạch treo tràng dưới, nếu có khẩu kính nhỏ và dòng chảy ngược mạnh, có thể được thắt. Tuy nhiên, động mạch treo tràng dưới, nếu có khẩu kính lớn hay dòng chảy ngược yếu, phải được cấm lại vào mảnh ghép.

Có thể sử dụng mảnh ghép trung gian để cấm động mạch treo tràng dưới.

Trước khi đóng bụng, điều quan trọng cần nhớ là phải đánh giá tình trạng tưới máu hai chi dưới cũng như của các tạng trong xoang bụng (đặc biệt là đại tràng trái) bằng mắt cũng như bằng các phương tiện không xâm lấn khác.

TẮC ĐỘNG MẠCH NGOẠI BIÊN

1-Đại cương:

1.1-Tần suất:

Tắc động mạch ngoại biên là một bệnh lý tương đối phổ biến ở người lớn tuổi. 10-20% người trên 70 tuổi bị tắc động mạch ngoại biên với nhiều mức độ khác nhau. Những người nghiện thuốc lá và tiểu đường cũng có một tỉ lệ khá cao bị tắc động mạch ngoại biên.

Phàn lớn động mạch bị tắc là động mạch chi dưới. Động mạch đùi thường bị nhất, kế đến là động mạch kheo, động mạch chày sau và động mạch chày trước.

1.2-Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:

Nguyên nhân phổ biến nhất của tắc động mạch ngoại biên là xo vữa động mạch (bảng 1).

Xo vữa động mạch
Huyết khối động mạch
Thuyên tắc động mạch
Bệnh Burger
Phình bóc tách động mạch
Khối u từ bên ngoài chèn vào động mạch
Hội chứng ngõ ra lòng ngực

Bảng 1- Nguyên nhân tắc động mạch ngoại biên

Các yếu tố thuận lợi cho bệnh tắc động mạch ngoại biên bao gồm: cao huyết áp, xo vữa động mạch, thuốc lá, tiểu đường, béo phì, tăng cholesterol huyết tương, tăng homocysteine huyết tương.

1.3-Sinh lý bệnh:

Tắc nghẽn động mạch gây giảm tưới máu động mạch. Tình trạng giảm tưới máu động mạch dẫn đến một số hậu quả dây chuyền. Trước tiên, do dòng chảy máu động mạch giảm, huyết khối sẽ có cơ hội hình thành trong lòng mạch. Thứ hai, các tế bào bị thiếu oxy sẽ phình ra do trương nở, làm cho áp lực trong các ngăn cơ, vốn bị bao phủ bởi các lá cân chắc, tăng lên, dẫn đến hội chứng chèn ép khoang. Thứ ba, các tế bào thành tiểu động mạch cũng bị phình trương nở, càng làm giảm thêm áp lực mao mạch. Hậu quả của ba hiện tượng trên là làm cho tình trạng thiếu máu mô càng thêm nặng.

Các mô khác nhau có khả năng chịu đựng tình trạng thiếu máu khác nhau. Mô da và xương có khả năng chịu đựng lớn nhất. Mô thần kinh có khả năng chịu đựng kém nhất. Mô cơ đứng ở vị trí trung gian. Trung bình sau 6 giờ bị thiếu máu, mô cơ sẽ bị hoại tử.

Sau điều trị tắc động mạch, tình trạng tái tưới máu cũng có thể gây ra hậu quả nghiêm trọng không kém tình trạng thiếu máu động mạch. Các gốc tự do, được sản xuất từ neutrophil, có thể tấn công vào các liên kết không bão hòa của lớp phospholipid trên màng tế bào, phá hủy màng tế bào, làm cho nước di chuyển vào nội bào, dẫn đến vỡ tế bào. Bản thân các myoglobin, được phóng thích từ các tế bào cơ bị hoại tử, có độc tính đối với tế bào thận, đồng thời kết tụ trong lòng ống thận, gây tắc ống thận, dẫn đến suy thận cấp.

Tình trạng tắc nghẽn động mạch có thể xảy ra từ từ hay đột ngột. Nếu tắc nghẽn từ từ, tuần hoàn bàng hệ có thời gian hình thành, tưới máu động mạch được phục hồi. Nếu tắc

đóng mạch đột ngột, tuẫn hoàn bàng hê chưa kịp hình thành, phần chi bị thiếu máu nhanh chóng dẫn đến hoại tử.

1.4-Phân loại:

Tắc động mạch được chia làm hai loại chính: tắc động mạch cấp tính và tắc động mạch mãn tính.

Tắc động mạch cấp tính thường do ba nguyên nhân sau: huyết khối, thuỷt tắc, và phình động mạch bóc tách. Trong thuỷt tắc động mạch, cục máu đông hình thành từ nơi khác trôi đến và làm tắc lòng mạch. Huyết khối động mạch hình thành tại chỗ, trên một thành mạch vốn đã có bất thường, thường là xơ vữa động mạch.

Tắc động mạch mãn tính thường do xơ vữa động mạch và bệnh Burger.

1.5-Thuỷt tắc động mạch:

Trong các nguyên nhân gây thuỷt tắc động mạch, bệnh lý tim chiếm phần lớn các trường hợp. Hai phần ba các bệnh lý tim gây thuỷt tắc động mạch là rung nhĩ, còn lại là nhồi máu cơ tim.

Nguyên nhân ngoài tim chiếm 5-10% các trường hợp thuỷt tắc động mạch. Chúng bao gồm: phình động mạch, mảng xơ vữa chưa ổn định, dị vật (thí dụ mảnh hoả khí), u buồu (thí dụ melanoma).

Trong 5-10 % các trường hợp, nguyên nhân của thuỷt tắc động mạch không được xác định. Một phần trong số này có thể có liên quan đến trạng thái tăng động.

1.6-Huyết khối động mạch và xơ vữa động mạch:

Huyết khối động mạch có nguồn gốc tại chỗ (nguyên thuỷ) là giai đoạn cuối của quá trình xơ vữa động mạch. Quá trình xơ vữa động mạch bắt đầu bằng việc lắng đọng lipid trên lớp nội mạc, kèm theo đó là sự lắng đọng canxi, hình thành “nhân xơ vữa”. Nhân xơ vữa hấp dẫn các tiểu cầu, dẫn đến sự kết dính tiểu cầu, làm cho dòng chảy của máu khi đi qua vùng này bị rối loạn. Sự rối loạn dòng chảy (dòng chảy bị phân tách, dòng chảy bị ú trệ, dòng chảy hỗn độn) gây ra lực giằng xé, làm tổn thương lớp nội mạc. Lớp nội mạc bị tổn thương kích thích quá trình tăng sản tế bào nội mạc, làm hẹp thêm dòng chảy, đồng thời là tiền đề cho sự hình thành cục máu đông, gây nên huyết khối động mạch. Các hiện tượng trên giải thích vì sao cục máu đông thường hình thành ở nơi mà khẩu kính động mạch không bị hẹp quá 50%.

1.7-Bệnh Burger:

Bệnh Burger là bệnh tắc nghẽn động mạch xảy ra ở động mạch trung bình và động mạch nhỏ. Bệnh thường xảy ra ở nam giới có độ tuổi 20-40 và hút thuốc lá nhiều. Cơ chế của bệnh chưa được biết rõ, nhưng bệnh có liên quan trực tiếp đến hút thuốc lá.

Về mặt sinh lý bệnh, bệnh tổn thương trải qua ba giai đoạn. Trong giai đoạn viêm cấp tính, lòng mạch bị hẹp ở nhiều đoạn kết hợp với các vi huyết khối mà thành phần chủ yếu là các tế bào viêm. Bản thân thành mạch ở đoạn tổn thương có sự hiện diện của bạch cầu đa nhân và các tế bào viêm khác, có thể hình thành các vi áp-xe trong thành mạch. Tổn thương có thể lan sang tĩnh mạch và thần kinh nằm lân cận. Trong giai đoạn bán cấp, các huyết khối trong lòng mạch được tổ chức hoá. Trong giai đoạn cuối, các huyết khối giữ nguyên hình thái và thành mạch bị xơ hoá. Trong cả ba giai đoạn, các lớp cấu trúc giải phẫu bình thường của thành mạch, trong đó có lớp đàn hồi (elastic lamina), vẫn còn nguyên vẹn, một đặc điểm để phân biệt bệnh Burger với các bệnh lý tắc nghẽn động mạch khác.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Tắc động mạch biểu hiện bằng 6 triệu chứng cổ điển ở phần chi bị tắc: đau, dị cảm, liệt, tái hay tím, lạnh và mất mạch. Triệu chứng sẽ thay đổi phụ thuộc vào thời gian, mức độ và vị trí tắc.

Đi cách hồi là triệu chứng điển hình của tắc động mạch chi dưới mãn tính. Có nhiều cách phân loại tình trạng thiếu máu chi ở BN bị tắc nghẽn động mạch ngoại biên, nhưng phổ biến nhất là phân loại của Rene Fontain (bảng 2). Khi thăm khám lâm sàng, phần chi bị thiếu máu mãn có các dấu hiệu sau: da và cơ bị teo, lông rụng, móng khô giòn dễ gãy, mạch giảm hay mất, nhiệt độ bề mặt thấp hơn chi bên đối diện, đầu các ngón bị tím hay hoại tử (thường hoại tử khô). Các ổ loét có thể hình thành ở phần xa của chi.

<i>I</i>	<i>Không có triệu chứng</i>
<i>II</i>	<i>Đi cách hồi</i>
<i>IIa</i>	<i>Đi cách hồi, quãng đường lớn hơn 200m</i>
<i>IIb</i>	<i>Đi cách hồi, quãng đường nhỏ hơn 200m</i>
<i>III</i>	<i>Đau lúc nghỉ, đau về đêm</i>
<i>IV</i>	<i>Hoại tử chi</i>

Bảng 2- Phân loại thiếu máu chi ở BN tắc nghẽn động mạch ngoại biên của Rene Fontain

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Xác định áp lực động mạch từng đoạn bằng tín hiệu Doppler và chỉ số cổ chân-cánh tay (ABI-ankle-brachial index):

Để xác định được chỉ số này, cần phải có một máy siêu âm Doppler cầm tay có thể dò tìm tín hiệu mạch máu và chuyển thành tín hiệu âm thanh.

Trước tiên, đo huyết áp tâm thu ở hai cánh tay và chọn chỉ số huyết áp lớn hơn. Sau đó dùng máy Doppler dò tìm tín hiệu động mạch đùi, kheo, chày trước và chày sau. Nếu động mạch chày trước và chày sau nghe được, dùng băng của máy đo huyết áp băng quanh phần cẳng chân trên cổ chân và bơm hơi sau đó xả hơi từ từ. Ghi nhận chỉ số huyết áp khi đầu dò Doppler nhận ra tín hiệu ở động mạch chày trước và chày sau. Chọn chỉ số huyết áp lớn hơn. Chia chỉ số huyết áp ở cổ chân cho chỉ số huyết áp ở cánh tay, ta có ABI. Bình thường chỉ số ABI bằng 1. ABI nhỏ hơn 0,6 chứng tỏ có sự chênh lệch huyết áp động mạch ở phần gần và phần xa, đồng nghĩa với tắc động mạch ngoại biên ở chi dưới.

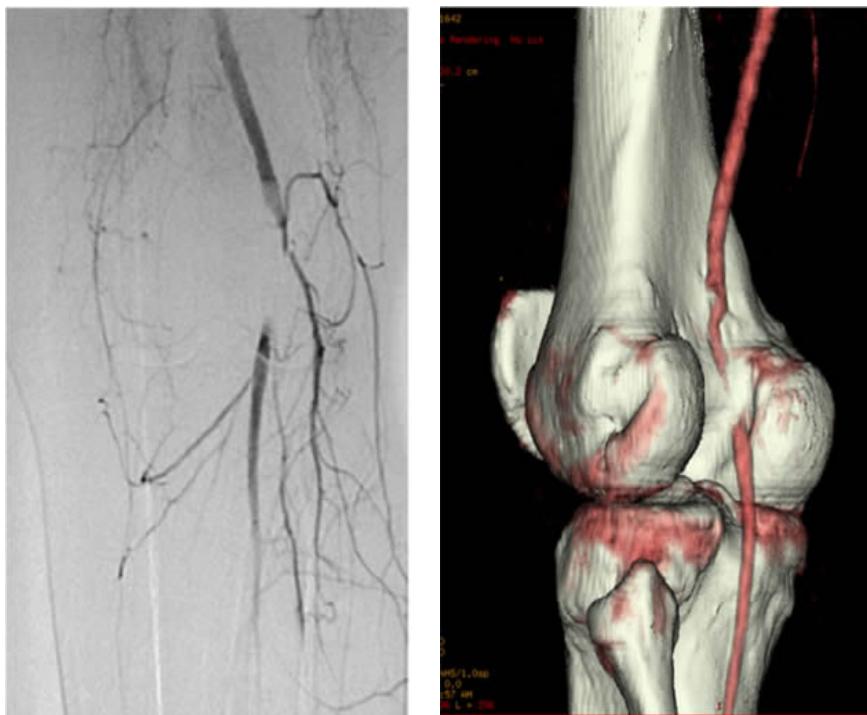
Tiếp tục dời băng quấn của may đo huyết áp lên đến dưới kheo, trên kheo và đùi và ghi nhận chỉ số huyết áp ở từng đoạn động mạch khi nghe được tín hiệu Doppler. Sự chênh lệch chỉ số huyết áp này trên 15 mmHg chứng tỏ có sự tắc nghẽn quan trọng ở đoạn tương ứng.

Máy Doppler còn có thể dùng để phát hiện tín hiệu của dòng chảy máu tĩnh mạch. Trong các trường hợp tắc động mạch, nếu tín hiệu này còn chứng tỏ đoạn chi bị thiếu máu còn có khả năng được cứu sống. Tuy nhiên, sự mất tín hiệu tĩnh mạch ở phần chi bị thiếu máu không đồng nghĩa với việc phải đoạn chi.

2.2.2-X-quang động mạch:

Là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán các bệnh lý tắc nghẽn động mạch. Một X-quang động mạch tiêu chuẩn phải cho thấy rõ tình trạng của toàn bộ cây động mạch chi dưới với độ phân giải cao.

X-quang động mạch có thể phân biệt được huyết khối động mạch và thuyền tắc động mạch.



Hình 1- X-quang động mạch cho thấy có tắc nghẽn ở động mạch kheo và chiều dài của đoạn tắc nghẽn. Hình bên phải là hình ảnh tái tạo không gian 3 chiều từ CT

Trong tắc động mạch cấp, X-quang động mạch chỉ nên được chỉ định cho những trường hợp mà phần chi bị thiếu máu được đánh giá là vẫn còn có khả năng sống cho đến thời điểm hoàn tất thủ thuật, hay nói cách khác, việc chụp X-quang không làm chậm trễ cuộc can thiệp phẫu thuật nhằm cứu phần chi bị thiếu máu.

Trong thời gian gần đây, một số hình thức chụp X-quang động mạch khác nhau đã được thực hiện.

X-quang mạch máu xoá nền (DSA- digital subtraction angiography) xoá bỏ hình ảnh của các cấu trúc cản quang khác (xương) ngoài thuốc cản quang trong lòng mạch (hình 2). Với cùng một độ phân giải của hình ảnh cây mạch máu, DSA cần lượng thuốc cản quang ít hơn so với X-quang mạch máu thường quy, từ đó làm giảm nguy cơ cơ và mức độ xảy ra các biến chứng do thuốc cản quang gây ra, đặc biệt là độc tính trên thận.

X-quang mạch máu với CO₂, X-quang mạch máu cộng hưởng từ (MR angiography) có thể được chỉ định đối với BN dị ứng với thuốc cản quang hay suy thận. Cần nhớ rằng sự hiện diện của những thiết bị cấy ghép trong cơ thể (máy tạo nhịp) là chống chỉ định cho việc thực hiện X-quang mạch máu cộng hưởng từ.

X-quang mạch máu CT xoắn ốc đa lát cắt (MSCT-multislice helical CT angiography) có ưu điểm so với X-quang mạch máu thường quy ở chỗ cung cấp những thông tin về lâm sàng chi tiết hơn. Tuy nhiên, hạn chế của MSCT-angiopgraphy là cho hình ảnh có độ phân giải thấp hơn.

2.2.3-Siêu âm Doppler phổi dòng chảy (duplex sonography):

Siêu âm Doppler phổi dòng chảy có tác dụng chẩn đoán vị trí tắc, tình trạng thành mạch và tác nhân gây tắc mạch. Tốc độ của máu trong đoạn động mạch bị tắc nghẽn sẽ tăng lên đáng kể.



Hình 2- Hình ảnh DSA cho thấy có chít hẹp ở động mạch chậu ngoài trái. Tổn thương nguyên nhân cũng được ghi nhận: khẩu kính động mạch chậu không đều, thành động mạch nhám nhở, biểu hiện của xơ vữa động mạch.

Tuy nhiên chỉ một số khoa cấp cứu trang bị được phương tiện chẩn đoán này và việc đọc kết quả phụ thuộc nhiều vào bác sĩ siêu âm hơn là bác sĩ lâm sàng.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

2.3.1-Chẩn đoán phân biệt huyết khối và thuyên tắc động mạch (bảng 3):

	Thuyên tắc động mạch	Huyết khối động mạch
Đi cách hồi	(-)	(+)
Bệnh lý tim	(+)	(-)
Mạch trên chỗ tắc và ở chi đối diện	Bình thường	Giảm so với bình thường
X-quang động mạch	Chỗ tắc gọn, có hình ảnh huyết khối nơi tắc, xơ vữa thành mạch tối thiểu, tuần hoàn bàng hệ ít ỏi	Chỗ tắc bị vát nhọn, thành mạch nhám nhở, tuần hoàn bàng hệ phong phú

Bảng 3- Chẩn đoán phân biệt huyết khối và thuyên tắc động mạch

2.3.2-Chẩn đoán phân biệt tắc động mạch ngoại biên với các bệnh lý khác (bảng 4):

Bệnh lý	Đặc điểm chẩn đoán
Viêm khớp	Đau vùng khớp. Đau thay đổi từ ngày sang ngày, theo thời tiết và cách thức vận động. Nghỉ ngơi không làm giảm đau
Suy tĩnh mạch sâu	Đau âm ỉ, cảm giác châm chích vào cuối ngày hay khi đứng lâu. Gio chân cao thì bớt đau. Di lại không làm đau tăng (một số rất ít BN suy tĩnh mạch có dấu hiệu đi cách hồi tĩnh mạch).
Đau có nguồn gốc từ thần kinh tủy sống	Đau xuất hiện vào buổi sáng. Nghỉ ngơi không làm giảm đau. Cơn đau dịu khi gấp người ra trước áp vào mặt phẳng cưng hay ngồi xuống.
Hội chứng chèn ép khoang mẫn tĩnh	Thường gặp ở những người có khối cơ căng chân phát triển mạnh (vận động viên chạy). Khi vận động, cơ bị phù, gây tăng áp lực trong khoang và cản trở hồi lưu máu tĩnh mạch.
Hội chứng bó chặt vùng kheo (popliteal entrapment syndrome)	Liên quan đến bắt thường về giải phẫu ở chỗ bám của cơ bụng căng chân, gây ép vào động mạch kheo. Thường gặp ở người trẻ. Mạch mu chân có thể mất khi duỗi gối hết mức. Khi chạy, mức độ đau giảm hơn so với khi đi bộ, do trong tư thế chạy, gối không duỗi như trong đi bộ.
Bệnh lý thần kinh trong	Khó phân biệt với đau trong tắc động mạch vì BN tiêu đường có thể

<i>tiểu đường</i>	cũng bị tắc động mạch nhưng chưa có triệu chứng. Cần thăm khám chi tiết về thần kinh.
<i>Huyết khối tĩnh mạch</i>	Sưng đau chân khi đi lại. Giơ chân cao thì bớt đau.
<i>Hiện tượng Raynaud và bệnh Raynaud</i>	Sự co thắt các tiểu động mạch (thường ở đầu ngón) khi tiếp xúc với lạnh được gọi là hiện tượng hay bệnh Raynaud. Khi nguyên nhân chưa được biết, nó được gọi là bệnh Raynaud. Các nguyên nhân của hiện tượng Raynaud bao gồm: bệnh xơ cứng bì, nhược giáp, chấn thương, phản ứng thuốc (ức chế beta, clonidine, ergotamine...)

*Bảng 4- Chẩn đoán phân biệt tắc động mạch ngoại biên với các bệnh lý khác***2.4-Thái độ chẩn đoán:**

Khi một BN nhập viện với dấu hiệu thiếu máu chi cấp tính, cần đánh giá mức độ thiếu máu (bảng 5).

Loại	Dấu hiệu lâm sàng			Dấu hiệu Doppler	
	Mô tả	Mất cảm giác	Yếu cơ	D. mạch	T. mạch
I (có thể sống)	Chưa có dấu hiệu đe doạ hoại tử	Không	Không	Nghe được	Nghe được
IIa (có thể hoại tử)	Có thể cứu được chỉ nếu điều trị khẩn	Tối thiểu (ngón) hay không	Không	Thường không nghe được	Nghe được
IIb (đe doạ hoại tử)	Có thể cứu được chỉ nếu thông lòng mạch tức thì	Nhiều hơn ngón, đau khi nghỉ	Nhẹ, trung bình	Hầu như không nghe được	Nghe được
III* (hoại tử không phục hồi)	Tổn thương mô lan rộng. Tổn thương thần kinh vĩnh viễn là điều khó tránh khỏi	Nặng (mất cảm giác hoàn toàn)	Nặng (liệt, run cơ)	Không nghe được	Không nghe được

Bảng 5- Phân độ thiếu máu trong tắc động mạch chi cấp tính

*: trong giai đoạn sớm, có thể khó phân biệt IIb và III

Khâu kế tiếp là định vị vị trí tắc (bảng 6):

Mạch bắt được			Vị trí tắc	Nguyên nhân có thể có
Bẹn	Đùi	Kheo		
(-)	(-)	(-)	Đoạn đòn chủ-đòn chậu	Xơ vữa, thuyên tắc ở ngã ba đòn chậu chung
(+)	(-)	(-)	Đoạn đòn đùi	Huyết khối, xơ vữa, thuyên tắc ở đòn đùi chung
(+)	(++)	(-)	Đoạn đòn kheo (\pm) chày	Phình động mạch kheo gây thuyên tắc
(+)	(+)	(-)	Đoạn đòn kheo (\pm) chày	Thuyên tắc đòn kheo, xơ vữa đòn kheo-đòn chày, tiểu đường

Bảng 6- Định vị vị trí tắc mạch dựa vào bắt mạch

Khai thác kỹ bệnh sử (đi cách hòi) và tiền căn (bệnh tim, tiểu đường, cao huyết áp...) để có hướng chẩn đoán nguyên nhân.

Chỉ định siêu âm mạch máu và X-quang mạch máu để có kết luận chính xác về vị trí tắc, chiều dài của đoạn động mạch bị tắc, tình trạng bàng hệ và tình trạng của động mạch bên dưới chỗ tắc

Chỉ định các xét nghiệm cần thiết (bảng 7) để đánh giá tình trạng các hệ cơ quan, tầm soát các yếu tố nguyên nhân và chuẩn bị cho việc điều trị (kháng đông, can thiệp nội mạch, phẫu thuật).

Xét nghiệm được chỉ định	Mục đích
ECG, X-quang phổi	Tìm yếu tố nguyên nhân, chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật
Công thức máu toàn bộ	Xác định tình trạng tăng hay giảm tiểu cầu, đa hồng cầu, tăng bạch cầu...
Đường huyết	Tầm soát bệnh tiểu đường
BUN và creatinin huyết tương	Đánh giá chức năng thận
Lipid huyết tương	Tầm soát tình trạng tăng lipid huyết tương
Tổng phân tích nước tiểu	Phát hiện đường niệu và protein niệu
Xét nghiệm đông máu cầm máu (PT, aPTT)	Chuẩn bị cho việc dùng kháng đông, chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật
Những BN có tiền căn can thiệp mạch máu thất bại, hay gia đình có người bị chứng huyết khối, cần xét nghiệm thêm: fibrinogen, thời gian phân hủy euglobulin, protein C, protein S, homocysteine, kháng thể kháng phospholipid, kháng thể kháng cardiolipin.	

Bảng 7- Các xét nghiệm cần được thực hiện ở BN tắc động mạch ngoại biên cấp hay mãn tính

3-Điều trị:

3.1-Tắc động mạch cấp:

3.1.1-Các phương pháp:

3.1.1.1-Chống đông:

Heparin nên được chỉ định sớm, ngay sau khi đã chẩn đoán tắc mạch cấp. Việc sử dụng sớm heparin có thể làm giảm nguy cơ xảy ra biến chứng của tắc động mạch cấp và tăng khả năng cứu phần chi bị thiếu máu.

Heparin tác động ở nhiều khâu trong quá trình đông máu bình thường. Nó ức chế các phản ứng dẫn đến hình thành cục máu đông và cục fibrin. Tác dụng chính của heparin trên lâm sàng là ngăn chặn sự kéo dài thêm của cục máu đông. Bản thân heparin không làm tiêu cục máu đông có sẵn.

Biến chứng đáng ngại nhất của việc sử dụng heparin là giảm tiểu cầu (5-30% các trường hợp). Hậu quả của hiện tượng giảm tiểu cầu là sự tạo ra các cục máu đông mới, gọi là “hội chứng cục máu trắng”, gây tắc các động mạch, có thể dẫn đến hoại tử da, tắc động mạch phổi, nhồi máu cơ tim, làm trầm trọng thêm sự thiếu máu chi... Vì thế, nếu có hiện tượng giảm tiểu cầu (< 100.000) hay xuất hiện cục máu đông mới, phải lập tức ngưng sử dụng heparin.

Trong quá trình sử dụng heparin, phải theo dõi định kỳ số lượng tiểu cầu, hematocrite, xét nghiệm phân và nước tiểu tìm hồng cầu. Heparin không ảnh hưởng đến thời gian chảy máu. Thời gian đông máu bị kéo dài khi sử dụng heparin đủ liều, nhưng không bị ảnh hưởng với heparin liều thấp.

3.1.1.2-Tiêu huyết khối:

Việc sử dụng các tác nhân tiêu huyết khối qua đường toàn thân, vón phổi biến trong những năm của thập niên 70, đã dần dần được thay bằng tiêu huyết khối trực tiếp qua lồng động mạch bằng catheter.

Tác nhân tiêu huyết khối trực tiếp thường được sử dụng là: urokinase, t-PA, rt-PA. Thời gian tiến hành thủ thuật tương đối dài (trung bình 20 giờ). Heparin được duy trì trước và

trong thủ thuật nhằm ngăn ngừa sự hình thành huyết khối mới quanh catheter. Cần định lượng fibrinogen huyết tương thường xuyên và duy trì nồng độ fibrinogen trên 100 mg%.

Tiêu huyết khối trực tiếp đòi hỏi ê-kíp thực hiện phải có kỹ năng thao tác thành thạo và có sự phối hợp với các bác sĩ X-quang, can thiệp nội mạch và bác sĩ phẫu thuật mạch máu. Trong quá trình tiêu cục huyết khối, nếu phát hiện thấy tổn thương nguyên nhân, nhất thiết phải xử lý tổn thương đó, có thể bằng can thiệp nội mạch hay phẫu thuật. Nếu không, chắc chắn huyết khối mới sẽ hình thành tại chỗ.

Các tác nhân tiêu huyết khối, mặc dù được sử dụng trực tiếp, cũng có ảnh hưởng phần nào đến toàn thân. Khoảng 10% BN được tiến hành tiêu huyết khối trực tiếp có biến chứng chảy máu tại chỗ và ở các vị trí xa.

Ngày nay, chỉ định tốt nhất cho tiêu cục huyết khối là huyết khối trong mảnh ghép.

3.1.1.3-Lấy huyết khối:

Hút huyết khối qua da: kỹ thuật này sử dụng một catheter có khẩu kính lớn và một seringe lớn để hút huyết khối từ trong lòng mạch. Cũng giống như kỹ thuật tiêu huyết khối trực tiếp, động mạch nên được tiếp cận từ xa vị trí tắc, thường là ở chi bên đối diện.

Các huyết khối mới được hình thành dễ được hút hơn các huyết khối đã tổ chức hoá.

Lấy huyết khối qua da có thể phối hợp với tiêu huyết khối trực tiếp.

3.1.1.4-Phẫu thuật lấy huyết khối và tái thông thương lòng mạch:

Khi BN có rối loạn cảm giác và vận động nặng chứng tỏ phần chi bị thiếu máu đã bắt đầu hoại tử, can thiệp phẫu thuật nên được chỉ định khẩn. Sự phân vân giữa quyết định can thiệp phẫu thuật hay can thiệp không phẫu thuật nên tồn ít thời gian nhất có thể được.

Heparin được chỉ định trước khi tiến hành cuộc mổ. Gây mê toàn thân là phương pháp vô cảm được chọn lựa.

Nếu tắc động mạch chi dưới, trước tiên cần bộc lộ nhanh chóng động mạch đùi chung, động mạch đùi nông và động mạch đùi sâu. Kiểm soát đầu gần và xa của mỗi động mạch với dải băng thun. Xé ngang động mạch đùi chung, dùng catheter lấy huyết khối động mạch đùi chung, đùi nông, đùi sâu và động mạch chậu. Các catheter phải có nhiều kích cỡ, phù hợp với khẩu kính của từng động mạch. Huyết khối lấy được phải được gởi giải phẫu bệnh.

Nếu huyết khối ở đoạn động mạch xa của chi dưới, động mạch kheo được bộc lộ và được xé ở ngả ba.

Nếu tắc động mạch chi trên, bộc lộ và kiểm soát động mạch cánh tay, động mạch quay và động mạch trụ.

X-quang động mạch trên bàn mổ nên được thực hiện nhiều lần để xác định huyết khối còn hay mất. Lập lại thao tác lấy huyết khối khi cần thiết.

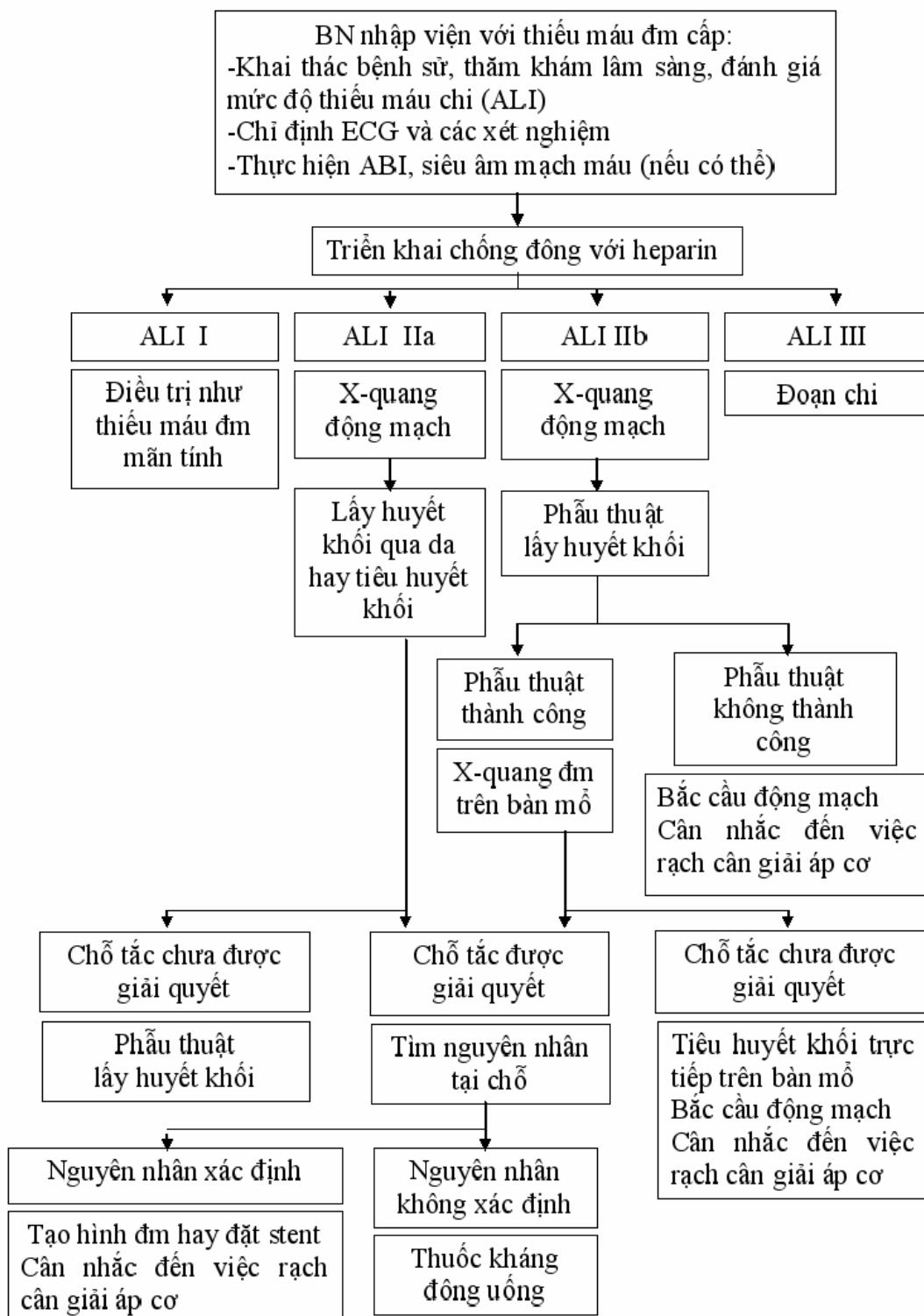
Khi tiến hành lấy huyết khối, cần chú ý đến các yếu tố nguyên nhân. Cảm giác ghi nhận được khi rút catheter có thể giúp phẫu thuật viên hướng nghĩ đến bệnh lý nguyên nhân. Thí dụ cảm giác thô ráp là biểu hiện của thành mạch bị xơ vữa.

Sau khi đã lấy hết huyết khối, thành mạch được khâu lại. Nếu phần chi đã bị hoại tử kéo dài vài giờ trước mổ, cần rạch cân giải áp cơ căng chân để tránh hội chứng chèn ép khoang.

Tiếp tục sử dụng heparin sau mổ, sau đó chuyển sang warfarin và duy trì warfarin 6 tháng sau mổ.

Nếu xác định được nguyên nhân, cân nhắc đến việc tạo hình, đặt stent hay bắc cầu động mạch.

3.1.2-Thái độ điều trị (hình 3)



Hình 3- Thái độ điều trị tắc động mạch cấp

3.2-Tắc động mạch mân tính:

3.2.1-Điều trị các yếu tố nguyên nhân:

Việc điều trị các yếu tố nguyên nhân có thể làm chậm lại quá trình diễn tiến của tắc động mạch chi dưới mân tính, cải thiện triệu chứng, giảm nguy cơ dẫn đến hoại tử chi và các tai biến về tim mạch khác.

Các yếu tố thuận lợi của xơ vữa động mạch cần được xác định và điều trị. BN cần phải ngưng hút thuốc lá hoàn toàn. BN nào có tăng lipid huyết tương cần được điều trị tích cực bằng thuốc và chế độ ăn uống hợp lý.

Các loại thuốc hạ áp nên được chỉ định cho BN bị cao huyết áp. Trong một số trường hợp, thuốc hạ áp có thể làm nặng thêm triệu chứng của bệnh tắc động mạch. Thuốc ức chế men chuyển là loại thuốc hạ áp được chọn lựa trước tiên cho BN bị xơ vữa động mạch cũng như bị tắc động mạch ngoại biên. Thuốc ức chế beta có thể được chỉ định để làm giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim ở BN bị bệnh mạch vành, một bệnh lý thường song hành với tắc động mạch ngoại biên. Thuốc ức chế beta không làm nặng thêm tình trạng đi cách hồi, nhưng do có tác dụng co mạch dưới da, nó có thể làm cho các ổ loét khó lành.

BN tiểu đường cần được điều trị tích cực. Điều trị tiểu đường tích cực chưa rõ có làm cải thiện quá trình diễn tiến của xơ vữa động mạch hay không, nhưng chắc chắn các sang chấn dù nhỏ cũng sẽ dẫn đến nhiễm trùng nếu đường huyết không ở trong giới hạn bình thường.

3.2.2-Thuốc ức chế tiểu cầu:

Thuốc ức chế tiểu cầu (aspirin) ít có vai trò trong việc cải thiện triệu chứng ở BN tắc động mạch ngoại biên, nhưng làm giảm tỉ lệ BN cần can thiệp phẫu thuật. Ngoài ra, thuốc ức chế tiểu cầu còn có tác dụng làm giảm nguy cơ xảy ra các biến chứng tim mạch (nhồi máu cơ tim) ở BN bị xơ vữa động mạch.

3.2.3-Chăm sóc và vật lý trị liệu:

Phần chi bị tắc động mạch cần được chăm sóc cẩn thận. Giữ cho bàn chân luôn sạch. Đứng cẩn thận để chi không bị trầy xước hay chấn thương. Quan sát bàn chân thường xuyên để phát hiện và điều trị sớm các vết xước. Đặt những mẩu cotton mềm giữa các kẽ ngón để hút ẩm và làm cho các ngón không cọ xát vào nhau. Mang vớ mềm có tính chất hút ẩm tốt. Không mang vớ bó vì sẽ làm tăng thêm tình trạng thiếu máu chi. Giày phải chọn loại có kích cỡ phù hợp và có da mềm để không làm sưng chân và gây thiếu máu bàn chân.

Khi chi có biểu hiện thiếu máu, thông chi xuống để tăng cường sự tưới máu. Giường nằm nên được thiết kế đặc biệt để phần chân ở thấp hơn mức tim.

Sóng trong môi trường âm áp sẽ có lợi cho bệnh tắc động mạch hơn.

Các vết loét nên được giữ khô. Che vết loét bằng các loại chất liệu khô và không dính. Không cần thiết phải sử dụng kháng sinh tại chỗ.

Khi BN có triệu chứng đau khi nghỉ, các loại thuốc giảm đau có thể được chỉ định.

Các chế độ tập vận động có thể cải thiện khả năng đi bộ của BN. Vận động không làm cải thiện lưu lượng máu đến phần chi bị bệnh, nhưng nó có hiệu ứng tạo các mạch máu mới. Việc tập luyện cần sự giám sát của nhà vật lý trị liệu. Thông thường, BN nên tập luyện dưới sự giám sát ba lần một tuần, mỗi lần một giờ.

3.2.4-Các loại thuốc trị chứng đau cách hồi:

Các loại thuốc dẫn mạch ít có hiệu quả trong việc trị chứng đau cách hồi. Bản thân các tiêu động mạch ở phần chi bị thiếu máu vốn đã dẫn, do chịu tác động của các chất dẫn mạch nội sinh do chuyển hóa cơ trong điều kiện thiếu oxy sinh ra, nhưng đáp ứng tăng lưu lượng máu bị hạn chế nhiều do động mạch cung cấp máu bị tắc. Việc dùng các loại thuốc dẫn mạch có thể gây hậu quả ngược, do sự dẫn mạch ở các phần khác của cơ thể có thể “cướp” một phần lượng máu đến phần chi bị tắc động mạch.

Hiện nay, có hai loại thuốc được phép lưu hành để điều trị chứng đau cách hồi là pentoxifylline và cilostazol. Pentoxifylline là một dẫn xuất của xanthine, có tác dụng làm tăng tính mềm dẻo của tế bào hồng cầu và làm giảm độ nhầy của máu. Cilostazol là một dẫn xuất của quinolinone, có tác dụng ức chế phosphodiesterase III từ đó ngăn chặn sự giáng hoá của AMPc. Nó có tác dụng dẫn mạch và ức chế tiểu cầu, nhưng cơ chế chính xác trên bệnh tắc động mạch ngoại biên chưa được biết rõ. Sử dụng cilostazol làm tăng quang đường mà BN đi được giữa hai lần đau cách hồi.

Các loại thuốc trị chứng đau cách hồi khác (L-carnitine, L-arginine) hiện nay còn đang được nghiên cứu.

3.2.5- Tái thông thương mạch máu:

Tái thông thương mạch máu được chỉ định cho những BN đau cách hồi trầm trọng (hầu như không thể đi lại được), đau khi nghỉ, chi đe doạ hoại tử.

Các thủ thuật tái thông thương mạch máu có thể được tiến hành qua ngả nội mạch hay qua phẫu thuật.

Tạo hình trong lòng mạch qua da (PTA-percutaneous transluminal angioplasty) là phương pháp can thiệp nội mạch cho kết quả thành công trên 90%. Sự thông thương lòng mạch được duy trì trong vòng 4-5 năm. PTA cho kết quả tốt hơn nếu: can thiệp ở động mạch chậu, BN chỉ đi cách hồi (chưa có dấu thiếu máu chi khi nghỉ), X-quang cho thấy các động mạch tận (runoff) dẫn.

Đặt stent nội mạch không cho kết quả tốt hơn PTA.

Tiêu huyết khói qua ngả nội mạch ít được chỉ định trong tắc mạch mãn tính do xơ vữa.

Phẫu thuật bắc cầu chủ-đùi với ống ghép bằng Dacron hay polytetrafluoroethylene là phẫu thuật tiêu chuẩn cho bệnh lý tắc ở động mạch chủ-chậu. Phẫu thuật này có tỉ lệ tử vong 1-3% và 80% mạch máu còn thông thương sau 10 năm. Ở những BN có bệnh lý nội khoa nặng, chống chỉ định thực hiện phẫu thuật bắc cầu qua ngả bụng. Phẫu thuật bắc cầu nách-đùi có thể được chọn lựa thay cho phẫu thuật bắc cầu chủ-đùi.

Phẫu thuật bắc cầu đùi-kheo hay đùi-chày sử dụng tĩnh mạch hiến làm cầu nối. Tĩnh mạch hiến có thể để tại chỗ hay xoay ngược chiều. Cầu nối tĩnh mạch hiến tại chỗ phải được phá các van để cho máu động mạch có thể lưu thông theo chiều từ trên xuống dưới. Có thể sử dụng ống ghép polytetrafluoroethylene để làm cầu nối đùi-kheo, nhưng cầu nối này có thời gian thông thương thấp. Không thể sử dụng ống ghép nhân tạo làm cầu nối ở vị trí thấp hơn động mạch kheo vì chúng sẽ bị tắc sớm.

3.2.6-Cắt thần kinh giao cảm thắt lưng:

Phẫu thuật cắt thần kinh giao cảm thắt lưng đôi khi được chỉ định cho những BN thiếu máu chi trầm trọng. Như đã trình bày, bản chất sinh lý bệnh ở phần chi bị thiếu máu đã là dẫn mạch, do đó các biện pháp làm dẫn mạch khác không cải thiện lưu lượng máu đến phần chi bị thiếu máu.

3.2.7-Phẫu thuật đoạn chi:

Đoạn chi là chọn lựa cuối cùng, được chỉ định khi phần chi đã hoại tử thật sự, hay các biện pháp điều trị khác không thể được thực hiện hay đã thực hiện nhưng thất bại.

Giới hạn của đoạn chi phải được tính toán sao cho phần móm cụt không bị thiếu máu.

Đoạn ngón thực chất không làm ảnh hưởng gì đến BN. Đoạn ngang bàn chân có thể ảnh hưởng đến sự cân bằng khi đi lại, nhưng đa số BN sau đó sẽ thích nghi.

Những BN, được đoạn chi dưới gối, khi đi lại trên mặt phẳng ngang (sử dụng chân giả) sẽ tiêu hao năng lượng tăng 10-40% so với đi bằng hai chân bình thường. Nếu chi bị đoạn trên gối, tiêu hao năng lượng sẽ tăng trên 65%. Sự tăng tiêu hao năng lượng trong trường hợp này sẽ có tác động bất lợi đến các bệnh lý có sẵn (bệnh mạch vành) của BN.

CHẨN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG BỤNG

1-Đại cương:

1.1-Chấn thương bụng kín:

Chấn thương bụng kín thường gặp trong thời bình.

Tai nạn lưu thông chiếm 50-75% các nguyên nhân của chấn thương bụng kín. Các nguyên nhân khác bao gồm: ầu đả, rơi từ trên cao, tai nạn trong sinh hoạt...

Tạng thường bị tổn thương, theo thứ tự, là lách, gan, sau phúc mạc, ruột non, thận, bàng quang, ruột già, cơ hoành, tuy.

Cơ chế tổn thương:

1-Sự giảm tốc độ đột ngột: làm các tạng khác nhau di chuyển với tốc độ khác nhau. Tổn thương thường là rách do bị chằng kéo, đặc biệt tại nơi tiếp giáp với các vị trí cố định.

2-Sự đè nghiến: các tạng bị ép giữa thành bụng và cột sống hay thành ngực sau. Tạng đặc (gan, lách, thận) thường bị tổn thương nhiều hơn cả.

3-Sự tăng áp lực trong xoang bụng đột ngột: gây vỡ các tạng rỗng (tuân theo định luật Boyle).

Chẩn đoán chấn thương bụng kín thường khó khăn vì:

- Bị các tổn thương phổi hợp đánh lạc hướng.
- Tri giác BN sút giảm do chấn thương sọ não, ngộ độc (rượu, heroin...).
- Gây mê và phẫu thuật ở các vùng khác có thể ảnh hưởng đến việc theo dõi tình trạng bụng ở BN bị đa chấn thương.

1.2-Vết thương thấu bụng:

Vết thương thấu bụng được định nghĩa là vết thương thành bụng trước xâm nhập vào xoang bụng (thủng phúc mạc thành), vết thương ngực xâm nhập vào xoang bụng (thủng cơ hoành), vết thương vùng hông hay lưng xâm nhập vào khoang sau phúc mạc.

Vết thương thấu bụng thường gặp trong cả thời bình lẫn thời chiến.

Tác nhân gây vết thương thấu bụng:

- Thời bình: do các vật sắc nhọn (do bị đâm).
- Thời chiến: do hoả khí.

Đối với vết thương thấu bụng do hoả khí, tổn thương có năng lượng truyền dẫn cao, do đó khó tiên đoán được mức độ tổn thương các tạng trong xoang bụng (không thể dựa vào tổn thương bề mặt để đánh giá tổn thương nội tạng).

Đối với vết thương thấu bụng do bị đâm, có thể tiên đoán trước mức độ tổn thương cũng như tạng bị tổn thương.

Các tạng thường bị tổn thương: ruột non (29%), gan (28%), ruột già (23%), dạ dày (13%).

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Các dấu hiệu quan trọng nhất chứng tỏ có tồn thương nội tạng là: đau bụng (đặc biệt đau ngày càng tăng), tụt huyết áp, các dấu hiệu của viêm phúc mạc, tiêu máu, xuất huyết tiêu hoá.

2.1.1-Chấn thương bụng kín:

Khi thăm khám lâm sàng, cần thăm khám và xử trí theo thứ tự ưu tiên (hô hấp/cột sống cỗ-tuần hoàn-thần kinh trung ương-bụng-túi chi).

Các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán:

- Gãy các xương sườn cuối: có thể vỡ gan hay vỡ lách.
- Bụng chướng hơi, nhu động ruột giảm: có thể viêm phúc mạc.
- Dấu bầm máu vùng hông lưng (dấu hiệu Gray Turner): tụ máu sau phúc mạc.
- Âm ruột được nghe trên thành ngực: có thể vỡ cơ hoành.
- Tiêu máu: có thể chấn thương thận.
- Tiêu khó + tiêu máu hay bí tiểu: có thể vỡ bàng quang.
- Vỡ khung chậu: có thể chấn thương niệu đạo.

Cần chú ý là chấn thương các xương sườn cuối, xương chậu, đụng dập thành bụng cũng gây ra các triệu chứng tương tự như viêm phúc mạc.

Chi 65% các trường hợp chảy máu trong xoang bụng được chẩn đoán trên lâm sàng.

2.1.2-Vết thương thấu bụng:

Khi tiếp nhận BN, cần chú ý khai thác:

- Tác nhân gây tổn thương (hình dáng, kích thước)
- Hướng tác động
- Lực tác động
- Tình trạng ban đầu của BN (nếu BN nhập viện trong tình trạng sốc, có chỉ định mở bụng thám sát mà không cần làm thêm các chẩn đoán cận lâm sàng).

Các vết thương nhỏ trên thành bụng thường dễ bị bỏ qua, tuy nhiên chúng có thể là đường vào của một tổn thương nội tạng.

Vết thương vùng trên rốn có thể là vết thương bụng-ngực. Do đó cần chú ý đến biểu hiện đau ngực hay khó thở, nghe phổi và chụp phim ngực thẳng.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Chọc rửa xoang phúc mạc chẩn đoán (DPL-Diagnostic peritoneal lavage):

Chỉ định: BN nghi ngờ có chấn thương bụng kín và:

- Có chấn thương cột sống
- Tụt HA mà không xác định rõ nguyên nhân
- Lơ mơ (chấn thương sọ não, ngộ độc thuốc...)
- Được phẫu thuật vì các chỉ định khác

Phương pháp:

- Mở một lỗ nhỏ trên thành bụng vào xoang phúc mạc hay luồn catheter vào xoang phúc mạc.
- Truyền vào xoang phúc mạc 1000 mL NaCl 0,9%, cho dịch chảy ra theo cơ chế siphon, lấy dịch làm xét nghiệm.

DPL (+):

- Chấn thương bụng kín: $> 10 \text{ mL/máu}$, HC > 100000 , BC > 500 , dịch mêt, máu thúc ăn.
- Vết thương thấu bụng: $> 10 \text{ mL/máu}$, HC > 10000 , BC > 500 , dịch mêt, máu thúc ăn.

2.2.2-FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma):

FAST: một khám nghiệm về siêu âm giới hạn trong việc xác định có dịch (trong chấn thương, đồng nghĩa với máu) hiện diện trong xoang phúc mạc hay xoang màng tim hay không.

FAST được tiến hành tại giường và được chỉ định cho tất cả các BN bị CTBK.

Lượng máu 30-70 mL đủ để có thể được phát hiện bởi FAST.

Độ chính xác của FAST phụ thuộc vào người làm siêu âm.

2.2.3-CT:

CT là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán tổn thương tạng đặc (gan, lách, thận).

CT có thể xác định có máu trong xoang phúc mạc. Tuy nhiên, FAST cũng có thể xác định được với thời gian nhanh hơn. Tuy nhiên, CT có thể xác định nguồn chảy máu (dấu hiệu thuốc cản quang thoát mạch), điều mà siêu âm và DPL không làm được.

CT cũng có thể chẩn đoán các tổn thương sau phúc mạc.

Hạn chế của CT: khó chẩn đoán tổn thương tuy, cơ hoành và tạng rỗng.

2.2.4-X-quang không chuẩn bị:

Đối với chấn thương bụng kín, X-quang có giá trị hạn chế. Các tổn thương có thể được phát hiện qua X-quang: vỡ cơ hoành (vòm hoành mất liên tục, tràn dịch màng phổi, dạ dày hay ruột nằm trong lồng ngực), vỡ ruột non (liềm hơi dưới hoành), vỡ tá tràng (hơi sau phúc mạc), vỡ băng quang (gãy xương chậu)...

Đối với vết thương thấu bụng, X-quang là chỉ định bắt buộc, nhất là khi vết thương bụng nằm ở vùng trên rốn. Các dấu hiệu bất thường có thể gặp: tràn máu/tràn khí màng phổi, bóng tim to, liềm hơi dưới hoành...

2.2.5-Nội soi đại tràng xích-ma:

Nội soi đại tràng xích-ma được chỉ định khi nghi ngờ có tổn thương đại tràng xích-ma, cụ thể là:

- Thăm trực tràng có máu.
- Vết thương nằm dưới đường ngang qua hai gai chậu trước trên.

2.2.6-Các xét nghiệm:

Các xét nghiệm sau đây bắt buộc phải được thực hiện trước tất cả các BN bị chấn thương bụng:

- Công thức máu

- Glycemia, urê, creatinine huyết tương
- Thời gian máu chảy, PT, aPTT
- Nhóm máu
- Tổng phân tích nước tiểu
- Test thai (QS)
- Đo nồng độ rượu và các chất khác

3-Điều trị:

3.1-Thái độ chẩn đoán và xử trí:

3.1.1-Chấn thương bụng kín:

Can thiệp phẫu thuật ngay nếu BN có:

- Viêm phúc mạc toàn diện
- Sốc mất máu kèm theo chướng bụng
- X-quang phổi có dấu hiệu vỡ cơ hoành

Nếu không có một trong ba biểu hiện trên, thực hiện FAST:

- Sinh hiệu ổn định (mạch < 110, HAmax ≥ 100)
 - FAST dương tính: chỉ định CT.
 - FAST âm tính và không có chỉ định khác của CT: theo dõi, thực hiện lại FAST sau 6-12 giờ.
- Sinh hiệu tương đối ổn định (truyền < 2000 mL dịch để duy trì sinh hiệu ổn định): Chỉ định CT (hoặc DPL). Nếu CT dương tính: xử trí tùy tồn thương. Nếu CT âm tính: cân nhắc đến tồn thương ở các vùng khác.
- Sinh hiệu không ổn định (truyền > 2000 mL dịch để duy trì sinh hiệu ổn định): chỉ định FAST (hay DPL). Nếu dương tính: chuyển BN vào phòng mổ. Nếu âm tính: phải loại trừ các nguyên nhân khác.

3.1.2-Vết thương thấu bụng:

3.1.2.1-Vết thương thấu bụng ở thành bụng trước:

Nếu có sôc, thông dạ dày có máu, thăm trực tràng có máu, có dấu viêm phúc mạc, FAST (+): can thiệp phẫu thuật.

Nếu không có các dấu hiệu trên:

- Vết thương do bị đâm: thám sát vết thương: gây tê tại chỗ, mở rộng vết thương, thám sát từng lớp thành bụng. Nếu có tồn thương lớp cân sau, chỉ định DPL.
- Vết thương do hoả khí, chỉ định DPL.
- Nếu DPL (+), chỉ định phẫu thuật.

3.1.2.2-Vết thương ngực-bụng:

Nếu có sôc, thông dạ dày có máu, thăm trực tràng có máu, có dấu viêm phúc mạc, FAST (+): can thiệp phẫu thuật.

Nếu không có các dấu hiệu trên, chỉ định DPL hay nội soi xoang bụng chẩn đoán.

3.1.2.3-Vết thương vùng hông hay lưng:

Nếu có sôc, thông dạ dày có máu, thăm trực tràng có máu, có dấu viêm phúc mạc, FAST (+): can thiệp phẫu thuật.

Nếu không có các dấu hiệu trên: CT (có bơm thuốc cản quang qua ba đường: tĩnh mạch, dạ dày, trực tràng), có thể kết hợp DPL.

- Nếu (+): xử trí tuỳ tổn thương.
- Nếu (-): theo dõi thêm 24 giờ để loại trừ tổn thương ruột non.

3.2-Chuẩn bị trước phẫu thuật:

Một số nguyên tắc chính cần biết khi chuẩn bị phẫu thuật một BN bị chấn thương bụng:

- Thái độ và thời gian hồi sức trước mổ tuỳ thuộc vào tình trạng BN (đặc biệt là sinh hiệu) khi nhập viện.
- Đặt một hay nhiều đường truyền bằng catheter có khẩu kính lớn (16-18 Fr) ở chi trên. Có thể đặt thông tĩnh mạch trung ương.
- Hồi sức nhanh bằng dịch truyền. Dung dịch lựa chọn là Ringer's lactate, NaCl 0,9%, các dung dịch đại phân tử.
- Nếu lượng máu mất 20-40% và chưa có kết quả nhóm máu: truyền trước 2 đơn vị máu nhóm O Rh (-).
- Kháng sinh luôn cần thiết.
- Đảm bảo giữ ấm cho BN trước trong và sau mổ (sưởi ấm, mèn đắp, thiết bị làm ấm máu và các loại dịch truyền).
- Đặt thông dạ dày để tránh trào ngược trong quá trình gây mê.
- Đặt thông tiểu để đánh giá chức năng thận và hiệu quả của việc hồi sức.

3.3-Đánh giá và kiểm soát các tổn thương:

Nguyên tắc đánh giá và xử trí tổn thương khi vào xoang bụng:

- Đè vào động mạch chủ bụng ngay dưới hoành nếu BN truy mạch khi mở bụng .
- Nhét bốn miếng gạc bụng vào dưới hoành và hai hốc chậu.
- Nhét gạc ép vào các tạng đặc bị tổn thương.
- Kiểm tra mạc treo ruột non, kẹp các mạch máu đang chảy.
- Thám sát gan, lách.
- Thám sát toàn bộ ống tiêu hoá từ tâm vị đến trực tràng. Kẹp tạm hai đầu đoạn có tổn thương (hay khâu đóng bằng stapler) trước khi tiếp tục thám sát.
- Mở phúc mạc sau thám sát thận.

3.4-Chẩn đoán và xử trí tổn thương các tạng:

3.4.1-Vỡ lách:

Hầu hết vỡ lách gặp trong chấn thương bụng kín.

Hình ảnh tổn thương lách trên CT:

- Khối tụ máu:

- Đâm độ: thấp hơn, bằng hay cao hơn đậm độ chủ mô lách (tùy thuộc vào “tuổi” của khối tụ máu- khối tụ máu càng “non”, đậm độ càng cao).
- Không tăng quang.
- Rách lách: giảm đậm độ, không tăng quang, đường bờ không đều.
- Thuốc cản quang thoát mạch: hiếm khi thấy.
- Phân độ vỡ lách (theo AAST-American association standard of trauma):

Dộ	Tổn thương	Mô tả
I	Tụ máu	Dưới bao: < 10% diện tích bì mặt. Sâu < 1cm.
	Tổn thương nhu mô	
II	Tụ máu	Dưới bao: 10-50% diện tích bì mặt. Trong nhu mô: kích thước < 2cm.
	Tổn thương nhu mô	Sâu: 1-3 cm, đang chảy máu nhưng không tổn thương các mạch máu bì.
III	Tụ máu	Dưới bao: > 50% diện tích bì mặt. Trong nhu mô: kích thước > 2cm.
	Tổn thương nhu mô	Sâu: > 3 cm, tổn thương các mạch máu bì.
IV	Tổn thương nhu mô	Vỡ khối máu tụ trong nhu mô, đang chảy máu. Tổn thương mạch máu thuỷ hay rỗn lách.
V	Tổn thương nhu mô	Lách dập nát hay thiếu máu, tổn thương mạch máu rỗn lách.

Chỉ định điều trị nội khoa:

- Đã được chẩn đoán độ tổn thương bằng CT
- Sinh hiệu ổn định
- Tri giác: thang điểm Glassgow > 8
- Hb duy trì ổn định 12-48 giờ
- BN nhỏ hơn 55 tuổi, không mắc các bệnh lý nội khoa làm cơ thể kém chịu đựng sự mất máu (thiếu máu cơ tim).

Nội dung điều trị nội khoa:

- Có dấu hiệu thuốc cản quang thoát mạch trên CT: can thiệp qua chụp động mạch hay phẫu thuật.
- Tổn thương lách IV-V: lưu BN trong phòng chăm sóc đặc biệt.
- Nghỉ ngơi, nhịn ăn uống.
- Theo dõi sinh hiệu mỗi giờ cho đến khi trở về bình thường.
- Xét nghiệm Hct mỗi 6 giờ/24-48 giờ.
- Khi Hct ổn định:
 - Chuyển BN về phòng chấn thương
 - Xét nghiệm Hct, Hb mỗi ngày
 - Bắt đầu cho ăn uống

Chỉ định can thiệp phẫu thuật:

- Sinh hiệu không ổn định

- Truyền 2 đơn vị máu trở lên để duy trì Hct > 26%
- Có phản ứng phúc mạc toàn diện
- Có tổn thương phổi hợp cần can thiệp phẫu thuật.

Phương pháp:

- Cắt lách là lựa chọn trước tiên trong các trường hợp sau:
 - Tổn thương lách phức tạp, dập nát hay tổn thương cuồng lách.
 - Có tổn thương khác phổi hợp.
- Trong trường hợp sinh hiệu BN ổn định, có thể cố gắng bảo tồn lách bằng cách:
 - Cắt lách bán phần
 - Khâu lách: bằng các mũi khâu đệm hay khâu trên một tấm mesh tan được.

Di động lách thật tốt (bằng cách cắt các dây chằng nối lách với vòm hoành hay đại tràng góc lách, rạch mạc lách-thận, đưa lách về ngang mức vết mổ trên thành bụng) là chìa khoá để phẫu thuật lách thành công, đặc biệt các phẫu thuật bảo tồn lách.

Không cần thiết phải dẫn lưu hố lách, trừ khi nghi ngờ có tổn thương đuôi tuy kèm theo.

Nếu BN đã được cắt lách, sau mổ cần:

- Chú ý cho hút thông dạ dày trong vòng 48 giờ để làm xẹp dạ dày, tránh nguy cơ bung chõ buộc các nhánh vị ngắn, gây chảy máu sau mổ...
- Chủng ngừa Pneumococcus, Haemophilus và Meningococcus trong vòng 24 giờ đến 2 tuần sau mổ.
- Kháng sinh dự phòng (suốt đời) trước khi thực hiện các thủ thuật/ phẫu thuật (nhổ răng).

Biến chứng phẫu thuật:

- Chảy máu là biến chứng được cân nhắc trước tiên, đặc biệt sau các phẫu thuật bảo tồn lách.
- Các biến chứng khác, hiếm gặp hơn: tổn thương tuy, viêm tuy cấp, áp-xe dưới hoành, hoại tử bờ cong lớn dạ dày.

Biến chứng xa:

- Nhiễm trùng huyết tối cấp: là biến chứng đáng ngại nhất (tỉ lệ xảy ra thấp: 0,03-0,8%, nhưng tỉ lệ tử vong rất cao: 70%).
- Chứng tăng tiểu cầu (có thể gây lấp mạch nếu TC > 1000000/mm³).

3.4.2-Vỡ gan:

3.4.2.1-Phân độ vỡ gan (theo AAST):

<i>Dộ</i>	<i>Tổn thương</i>	<i>Mô tả</i>
<i>I</i>	<i>Tụ máu</i>	<i>Dưới bao: < 10% diện tích bề mặt.</i>
	<i>Tổn thương nhu mô</i>	<i>Sâu < 1cm</i>
<i>II</i>	<i>Tụ máu</i>	<i>Dưới bao: 10-50% diện tích bề mặt.</i> <i>Trong nhu mô: kích thước < 10cm.</i>
	<i>Tổn thương nhu mô</i>	<i>Sâu: 1-3 cm, dài: < 10cm.</i>
<i>III</i>	<i>Tụ máu</i>	<i>Dưới bao: > 50% diện tích bề mặt.</i> <i>Trong nhu mô: kích thước > 10cm.</i>

		<i>Vỡ khối tu máu.</i>
	<i>Tổn thương nhu mô</i>	<i>Sâu: > 3 cm.</i>
IV	<i>Tổn thương nhu mô</i>	<i>Vỡ 25-75% thuỷ.</i> <i>Vỡ 1-3 tiểu thuỷ Couinaud trong một thuỷ gan.</i>
V	<i>Tổn thương nhu mô</i>	<i>Vỡ > 75% thuỷ.</i> <i>Vỡ > 3 tiểu thuỷ Couinaud trong một thuỷ gan.</i>
	<i>Mạch máu</i>	<i>Tổn thương mạch máu chính của gan (tĩnh mạch trên gan) hay lân cận gan (tĩnh mạch chủ dưới)</i>
VI	<i>Mạch máu</i>	<i>Dập nát gan</i>

3.4.2.2-Điều trị nội khoa:

Chỉ định điều trị nội khoa: tổn thương gan độ I-V trên CT và sinh hiệu ổn định.

Nội dung điều trị nội khoa:

- Lưu BN trong phòng chăm sóc đặc biệt nếu:
 - Tổn thương gan III-V
 - Hct < 32%
- Nghỉ ngơi, nhịn ăn uống.
- Theo dõi sinh hiệu mỗi giờ cho đến khi sinh hiệu trở về bình thường.
- Xét nghiệm Hct mỗi 6 giờ/24-48 giờ.
- Khi Hct ổn định:
 - Chuyển BN về phòng chẩn thương
 - Xét nghiệm Hct, Hb mỗi ngày
 - Xét nghiệm men gan và bilirubin vào ngày 2
 - Bắt đầu cho ăn uống
 - Có thể cho BN xuất viện vào ngày 5

Dẫn dò khi xuất viện:

- Nghỉ ngơi tại nhà 1 tuần.
- Không chơi thể thao trong 6 tuần (tổn thương I-III), 3 tháng (tổn thương độ IV-V)
- Tái khám sau 2 tuần
- Tái khám ngay khi có các dấu hiệu sau:
 - Đau nhiều hơn
 - Vàng da

3.4.2.3-Điều trị phẫu thuật:

3.4.2.3.1-Chỉ định phẫu thuật:

- Sinh hiệu không ổn định
- Bụng chướng và ấn đau nhiều hơn
- FAST: nhiều dịch trong xoanh bụng
- CT:

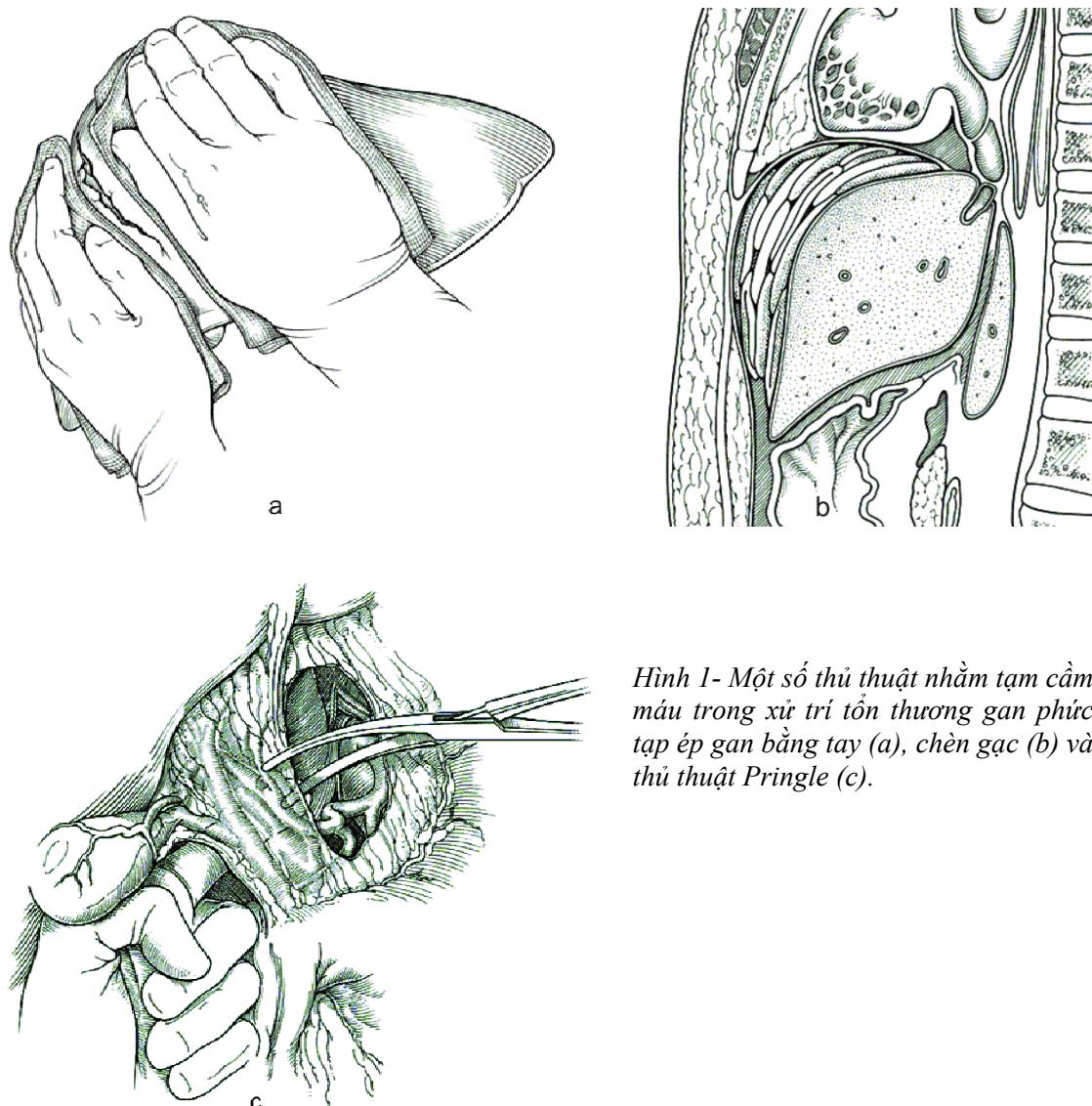
- Tổn thương gan độ VI
- Có dấu hiệu thuốc cản quang thoát mạch (cân nhắc đến việc can thiệp qua chụp động mạch)
 - Vết thương vùng $\frac{1}{4}$ trên phải bụng do hoả khí
 - Có tổn thương phổi hợp cần can thiệp bằng phẫu thuật.

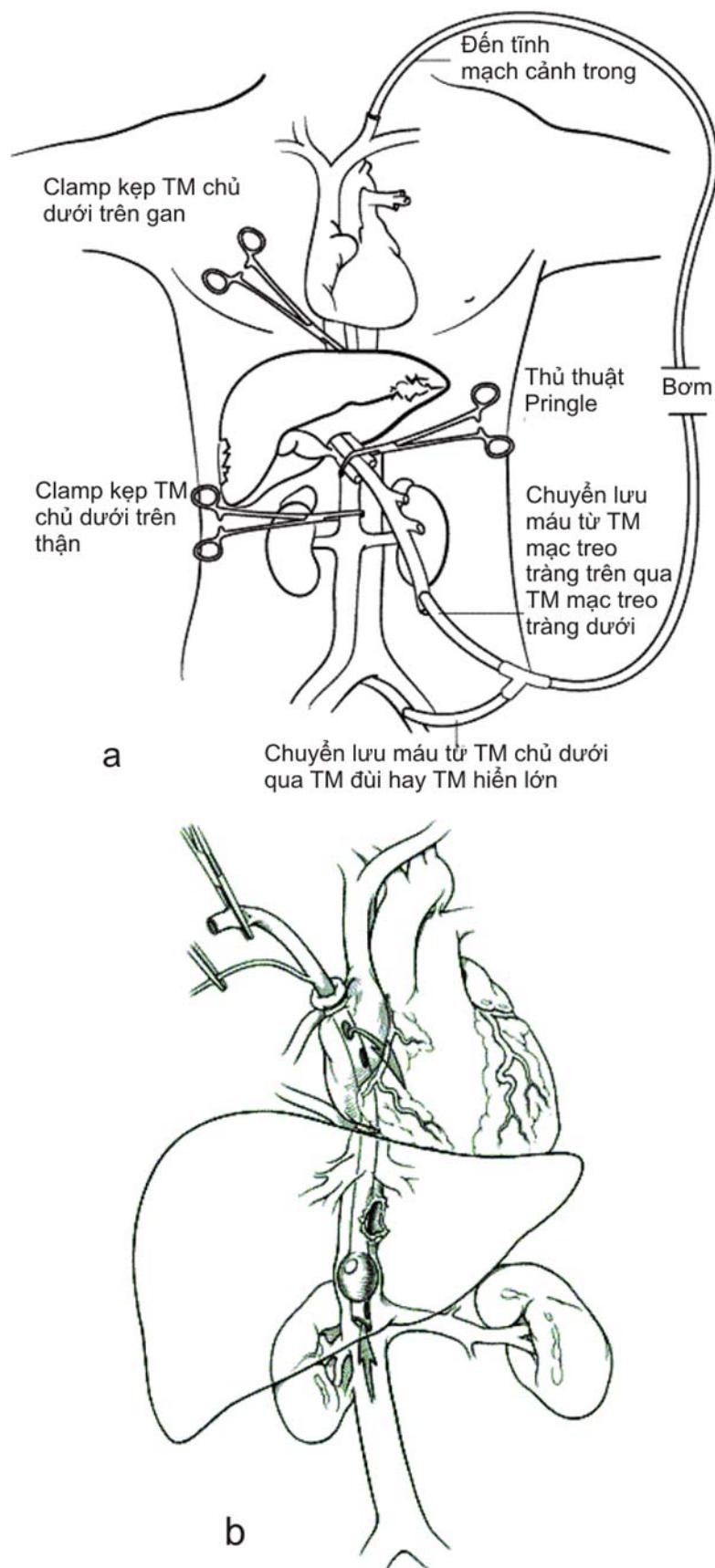
3.4.2.3.2-Nội dung can thiệp phẫu thuật:

Sau khi đã có chỉ định phẫu thuật, chuyển ngay BN vào phòng mổ. Chú ý chuẩn bị vùng mổ từ cầm đến giữa đùi.

Mở bụng bằng đường rạch giữa, từ mũi úc đến qua rốn. Sau khi vào xoang bụng, chèn gạc tạm vào vùng trên gan, kiểm tra lách, mặc treo ruột. Nếu các tổn thương chảy máu khác trong xoang bụng đã được loại trừ hay đã được kiểm soát, mới tiến hành đánh giá và kiểm soát việc chảy máu từ gan.

Nếu máu chảy nhiều, kẹp cuống gan bằng hai ngón tay hay clamp (thủ thuật Pringle) (hình 1). Sau khi kẹp cuống gan, máu vẫn tiếp tục chảy chứng tỏ có tổn thương tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan hay tĩnh mạch gan.





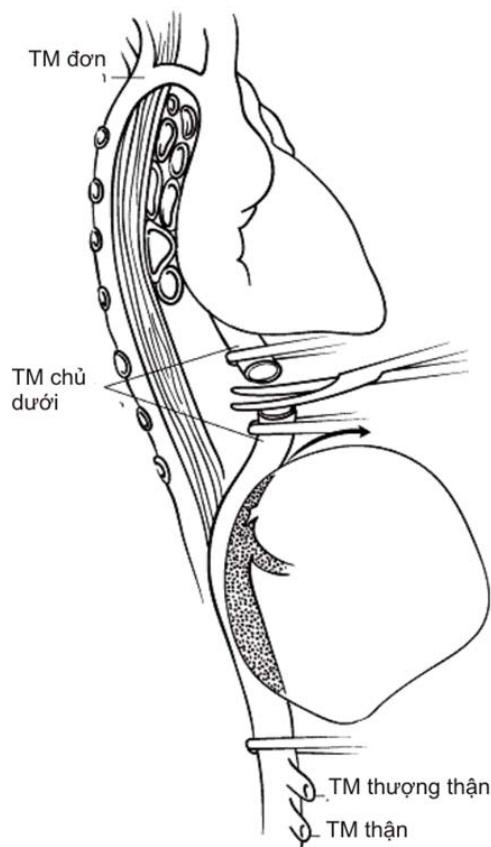
Hình 2- Hai phương pháp cõi lập mạch máu gan trước khi can thiệp trực tiếp vào nơi tổn thương: shunt tĩnh mạch-tĩnh mạch (a) và tạo thông nối nhĩ-tĩnh mạch chủ dưới (atrial-caval shunting) (b).

Tùy thuộc vào tình trạng BN và kinh nghiệm xử trí của phẫu thuật viên, thái độ xử trí một trường hợp tổn thương mạch máu lớn (tĩnh mạch gan hay tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan) trong chấn thương gan có thể là chèn gạc hay can thiệp trực tiếp vào tổn thương. Nếu can thiệp trực tiếp vào tổn thương mạch máu lớn trong vỡ gan, nhất thiết phải cô lập chúng trước.

Các biện pháp cô lập tổn thương mạch máu lớn trong vỡ gan trước khi can thiệp vào chúng có thể là (hình 2):

- Tạo thông nối nhĩ-tĩnh mạch chủ dưới (atrial-caval shunting)
- Tạo shunt tĩnh mạch-tĩnh mạch

Sau khi mạch máu gan đã được cô lập, kẹp và cắt ngang tĩnh mạch chủ dưới trên gan, xoay gan và tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan ra trước, tiếp cận vào vùng phía sau của tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan. Tổn thương thành trước của tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan sẽ được sửa chữa từ phía sau, thông qua đường mở tĩnh mạch ở thành sau (hình 3).



Hình 3- Sau khi cô lập mạch máu, kẹp cắt ngang tĩnh mạch chủ dưới trên gan, xoay gan và tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan ra phía trước, tổn thương tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan sẽ được sửa chữa từ phía sau.

Nếu sau khi kẹp cuống gan, máu bót chảy chứng tỏ tổn thương có thể được can thiệp mà không cần phải thực hiện các biện pháp cô lập mạch máu. Trong trường hợp này các biện pháp cầm máu sau đây có thể được thực hiện (sau khi di động gan bằng cách cắt dây chằng liềm, cắt dây chằng tam giác hai bên, đẩy gan hướng về vùng vết mổ giữa bụng); :

- Kiểm soát chảy máu từ chỗ vỡ bằng các mũi khâu đệm nằm ngang

- Mở rộng chỗ vỡ (hepatotomy) bằng đầu các ngón tay (finger fracture), tìm và kiểm soát các nhánh mạch máu đang chảy ở đáy chỗ vỡ (hình 4).

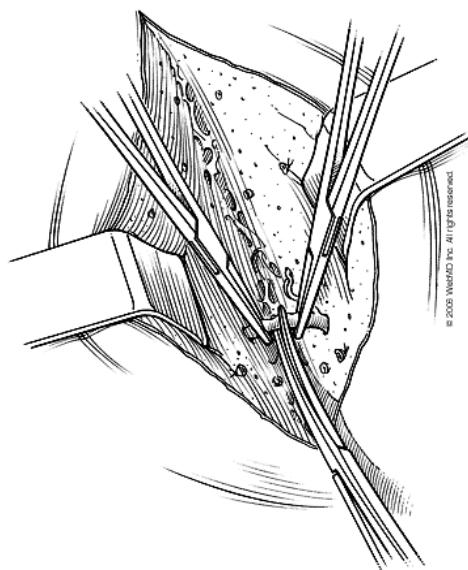
Trong bất cứ tình huống nào, nếu BN có rối loạn đông máu, chọn phương pháp cầm máu nhanh nhất. Nếu máu ngưng chảy sau khi chèn gạc, nên kết thúc cuộc mổ.

Đặt dẫn lưu (dưới gan, dưới hoành) nếu nghi ngờ có dò mật hay tụ dịch dưới hoành sau mổ.

Nếu có chèn gạc, cho BN cephazolin 1gm mỗi 8 giờ cho đến khi rút gạc.

Rút gạc chèn trong vòng 24-48 giờ. Trước khi rút cần chuẩn bị sẵn:

- Máu
- Phương tiện truyền máu tự thân
- Máy đốt laser bằng Argon



Hình 4- Một trong các phương pháp cầm máu gan: tìm và kiểm soát các mạch máu đang chảy ở đáy chỗ vỡ

Biến chứng:

- Tụ dịch mật (biloma):
 - Biểu hiện bằng sốt, vàng da.
 - Xử trí:
 - ▲ Khẳng định bằng CT
 - ▲ Chọc dò qua da
 - ▲ ERCP đặt stent và/hoặc cắt cơ vòng Oddi.
- Chảy máu đường mật:
 - Thường xảy ra 2-4 tuần sau chấn thương.
 - Xử trí:
 - ▲ Khẳng định có tồn thương nhu mô gan phức tạp/khối tụ dịch trong nhu mô gan bằng CT

- ▲ X-quang động mạch xác định vị trí chảy máu và gây tắc mạch (embolization)
- ▲ Không can thiệp bằng phẫu thuật
- Chảy máu tái phát:
 - HA và Hct giảm 7-10 ngày sau.
 - Xử trí: X-quang động mạch xác định vị trí chảy máu và gây tắc mạch (embolization). Có gắng không can thiệp bằng phẫu thuật (rất khó xác định tồn thương).
- Tồn thương đường mật (trong hoặc ngoài gan):
 - Bụng chướng và đau tăng, HA và Hct không thay đổi.
 - Khẳng định bằng ERCP. Tuỳ tồn thương mà xử trí.

3.4.3-Vỡ bàng quang:

Nguyên nhân: 60-85% do chấn thương kín, 15-40% do vết thương xuyên thấu (chủ yếu là do hoả khí). Các nguyên nhân khác: vỡ bàng quang do thủ thuật/phẫu thuật (phẫu thuật sản phụ khoa, nội soi bàng quang), vỡ bàng quang tự phát...

Vỡ bàng quang do chấn thương: 50-70% vỡ trong phúc mạc, 25-40% vỡ ngoài phúc mạc, 7-15% vỡ phổi hợp trong và ngoài phúc mạc.

Nghi ngờ có tồn thương bàng quang khi:

- Tam chứng “vỡ bàng quang”:
 - Tiêu máu toàn thể
 - Đau vùng hạ vị
 - Khó khăn hay không thể đi tiêu được
- Vỡ xương chậu có di lệch nhiều. BN vỡ xương chậu: 10% có tồn thương bàng quang, 10-25% có tồn thương niệu đạo. 10-29% BN tồn thương niệu đạo sau có tồn thương bàng quang kết hợp.

Khi nghi ngờ có tồn thương bàng quang và loại trừ tồn thương niệu đạo sau: đặt Foley chụp bàng quang có cản quang để xác định tồn thương trong hay ngoài phúc mạc.

Nguyên tắc điều trị:

- Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc, chỗ vỡ nhỏ: lưu thông niệu đạo 7-10 ngày. Sau đó chụp bàng quang kiểm tra, nếu thấy lành tốt thì rút thông. Thực tế tất cả các vết thương nhỏ của bàng quang đều lành sau 3 tuần.
- Vỡ bàng quang trong phúc mạc, vỡ bàng quang ngoài phúc mạc chỗ vỡ to: phẫu thuật.

Nội dung phẫu thuật:

- Mở bàng quang
- Quan sát hai lỗ niệu quản để bảo đảm chúng còn nguyên vẹn
- Cắt lọc, khâu chỗ vỡ bàng quang 2-3 lớp, băng chỉ tan. Nếu chỗ vỡ gần lỗ niệu quản, đặt thông niệu quản trước khi khâu
- Mở thông bàng quang ra da

- Khâu đóng lại bàng quang. Bom nước kiểm tra để bảo đảm các chỗ khâu đều kín
- Đặt dẫn lưu túi cùng Douglas

Chăm sóc hậu phẫu:

- Dùng kháng sinh cho đến khi các thông được rút
- Rút dẫn lưu xoang bụng khi lượng dịch ra tối thiểu
- Chụp bàng quang vào ngày hậu phẫu 10-14. Nếu bình thường, rút thông niệu đạo
- Kẹp thông bàng quang trên xương mu, nếu BN đi tiêu bình thường thì rút thông

Biến chứng:

- Dò nước tiểu qua chỗ khâu
- Chảy máu trong bàng quang
- Nhiễm trùng vùng chậu
- Hội chứng bàng quang nhỏ

3.4.4-Chấn thương thận:

Vết thương thận:

- Do vết thương thành bụng trước: mở bụng thám sát.
- Do vết thương vùng hông hay lung: CT khảo sát tổn thương:
 - Vết thương khu trú trong thận, máu quanh thận ít: điều trị nội khoa.
 - Có tụ nước tiểu quanh thận: mở bụng thám sát niệu quản.

Chấn thương thận:

- Nếu BN có sinh hiệu không ổn định, chụp X-quang động mạch thận:
 - Thuốc cản quang thoát mạch: gây tắc mạch. Nếu thất bại và bên đối diện thận bình thường: phẫu thuật.
 - Mạch máu đã bị bít: điều trị nội khoa.
- Nếu BN có sinh hiệu ổn định: điều trị nội khoa.
- Tụ nước tiểu quanh thận không phải là chỉ định phẫu thuật.

Tổn thương cuồng thận:

- Chẩn đoán có tổn thương cuồng thận: thận bắt thuốc nghèo nàn trên CT hay “câm” trên IVU.
- Nếu BN có sinh hiệu ổn định, chụp quang động mạch:
 - Thuốc cản quang thoát mạch: gây tắc mạch. Nếu thất bại: can thiệp phẫu thuật.
 - Mạch máu tổn thương đã bị bít, có thể do mảnh nội mạc tróc gây bít lồng mạch: điều trị nội khoa. Cơ hội sống của thận (tái tưới máu) sẽ cao nếu thời gian chấn thương < 6 giờ.
- BN có sinh hiệu không ổn định: can thiệp phẫu thuật.

Nội dung điều trị nội khoa:

- Lưu thông Foley cho đến khi hết tiểu máu đại thê.
- Hct kiểm tra mỗi 6 giờ. Nếu Hct ổn định: kiểm tra mỗi 3 ngày.
- Kháng sinh có thể không cần thiết khi có tụ nước tiểu trong chấn thương thận kín.
- Khi xuất viện:
 - Nghỉ tại nhà 1-2 tuần
 - Không chơi thể thao trong 3 tháng

Nguyên tắc phẫu thuật:

- Phải khẳng định thận bên đối diện bình thường trước khi quyết định cắt thận tồn thương.
- Kiểm soát được động tĩnh mạch thận đoạn ngoài cân Gerota sẽ làm tăng cơ hội bảo tồn thận (tỷ lệ cắt thận từ 53% giảm còn 18%).

Các phương pháp phẫu thuật:

- Thận dập nát, không kiểm soát được chảy máu, có tổn thương phổi hợp cần thời gian để xử trí: cắt bỏ thận.
- Tồn thương một cực thận: cắt thận bán phần
- Các phương pháp cầm máu khác:
 - Bao thận bằng tấm mesh
 - Thoa chất keo gây cầm máu
 - Nhét mạc nối lớn...

Biến chứng sau mổ:

- Chảy máu
- Tụ máu/nước tiểu sau phúc mạc
- Cao HA do hẹp động mạch thận

3.4.5-Chấn thương tuy:

Chẩn đoán chấn thương tuy:

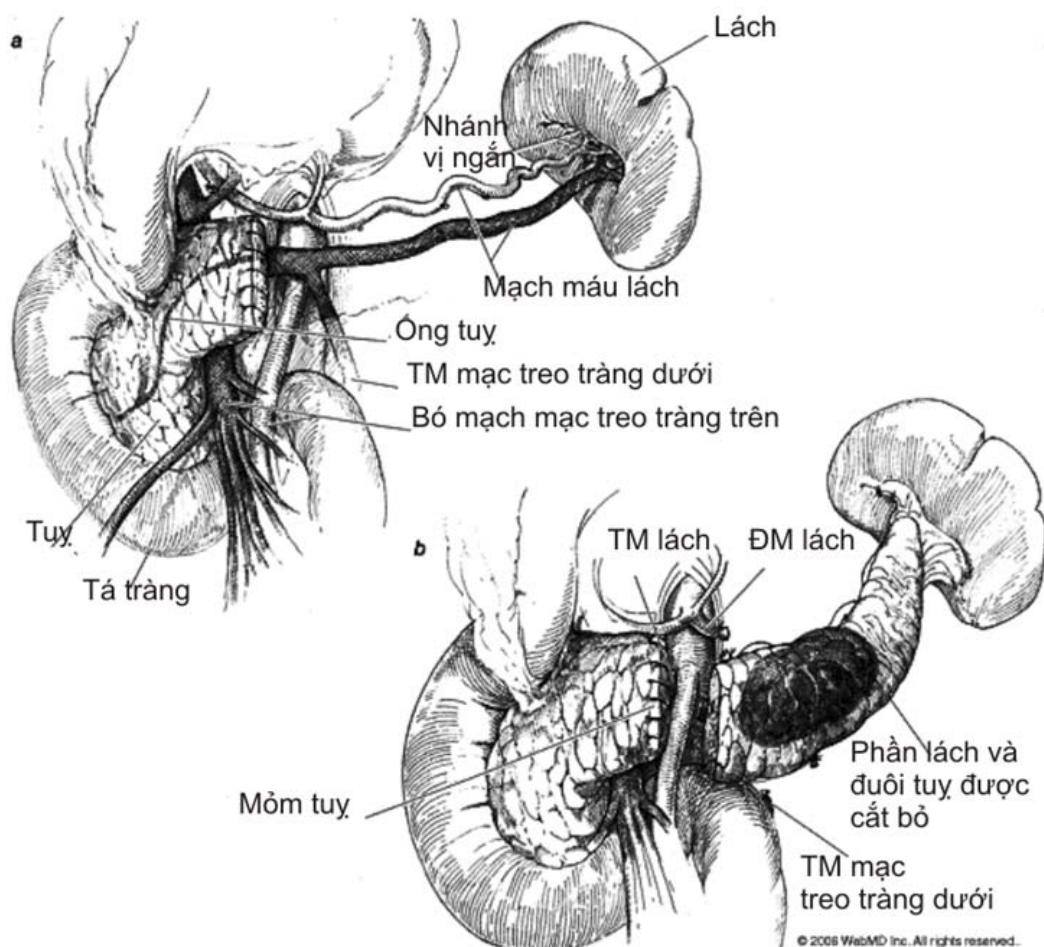
- Trước tiên phải nghĩ đến khả năng có chấn thương tuy.
- Chấn thương bụng kín:
 - CT là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa trước tiên, tuy nhiên giá trị chẩn đoán của CT còn thấp.
 - Khi nghi ngờ có vỡ ống tuy, ERCP được chỉ định.
- Vết thương thấu bụng:
 - Luôn có tổn thương phổi hợp (tá tràng, dạ dày, đại tràng ngang...) và chỉ định phẫu thuật vì các tổn thương phổi hợp đó.
 - Chú ý thám sát tuy khi có các dấu hiệu nghi ngờ: tụ máu vùng tuy, chảy dịch trong hay dịch mật...

- Amylase tăng trong chấn thương bụng kín không là dấu hiệu đặc hiệu cho chấn thương tuy.

Chỉ định điều trị nội khoa: BN bị chấn thương bụng kín, trên CT không có các dấu hiệu sau: tuy bị đứt rời, tụ máu trong tuy, tụ máu sau phúc mạc, tụ dịch trong hậu cung mạc nối.

Các phương pháp can thiệp phẫu thuật:

- Rách bao tuy, dập nhu mô tuy, tụ máu nhu mô tuy: để nguyên tổn thương, dẫn lưu tốt vùng tuy bằng ống mềm.
- Tổn thương ống tuy trong chấn thương bụng kín:
 - Thường vị trí tổn thương giữa cổ và thân tuy.
 - Cắt thân và đuôi tuy là phương pháp phẫu thuật được chọn lựa. Thường phải cắt lách kèm theo (hình 5). Khâu kín ống tuy bằng chỉ không tan (hoặc Vicryl). Mỏm của phần tuy còn lại có thể được khâu đóng bằng tay hay stapler hay để nguyên. Dẫn lưu tốt vùng tuy bằng ống mềm. Phần đầu và cổ tuy chiếm 40-50% khối lượng tuy nên ít có khả năng dẫn đến suy tuy sau cắt thân và đuôi tuy.



Hình 5- Phẫu thuật cắt thân và đuôi tuy (a-bảo tồn lách, b-lách được cắt bỏ kèm thân và đuôi tuy)

- Tổn thương ống tuy trong vết thương thấu bụng:

- Thường kết hợp tổn thương các mạch máu lớn lân cận (tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch mạc treo tràng trên). Tỉ lệ tử vong cao (40-50%), chủ yếu do xuất huyết không cầm được hơn là do tổn thương ở tuy.
- Xử trí các tổn thương mạch máu là chính. Nếu BN ổn định: xử trí tổn thương tuy trong lần phẫu thuật kế tiếp.
 - Cắt bỏ vùng đầu tuy-tá tràng là phẫu thuật được chọn lựa cho tổn thương phức tạp vùng đầu tuy, hay tổn thương tá-tuy phối hợp.

Biến chứng phẫu thuật:

- Dò tuy
- Nang giả tuy
- Viêm tuy
- Phình động mạch lách (nếu lách còn được giữ lại)

3.4.6-Chấn thương mạch máu lớn:

Chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu: sốc mất máu, bụng chướng, có dấu hiệu tổn thương vùng bụng (vết thương hay dấu trầy xát).

Thường phải can thiệp phẫu thuật ngay mà không cần phải thực hiện các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Có bốn vùng tổn thương mạch máu dựa vào vị trí của khối máu tụ:

✧ Khối máu tụ đường giữa, trên mạc treo đại tràng ngang:

Mạch máu bị tổn thương: động mạch chủ trên thận, động mạch thân tạng, động-tĩnh mạch mạc treo tràng trên, động-tĩnh mạch thận.

Xử trí:

- Kẹp động mạch chủ bụng dưới tâm vị.
- Làm thủ thuật Kocher mở rộng để tiếp cận trực tiếp tổn thương. Thường phải cắt ngang cổ tuy để tiếp cận tổn thương động-tĩnh mạch mạc treo tràng trên.
- Động mạch thân tạng có thể được thắt an toàn.
- Khâu nối tổn thương động và tĩnh mạch mạc treo tràng trên là ưu tiên số một. Tuy nhiên, có thể thắt tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

✧ Khối máu tụ đường giữa, dưới mạc treo đại tràng ngang:

Mạch máu bị tổn thương: động mạch chủ bụng dưới thận, tĩnh mạch chủ dưới.

Xử trí:

- Rạch phúc mạc sau cạnh trái chân mạc treo ruột non, lật ruột non ra ngoài thành bụng, lật mạc treo đại tràng ngang lên trên.
- Kẹp động mạch chủ bụng ngay dưới tĩnh mạch thận trái và chở phân đôi.
- Khâu lại tổn thương động mạch chủ bụng.
- Nếu động mạch chủ bụng còn nguyên vẹn, tổn thương ở tĩnh mạch chủ dưới.
- Tiếp cận tổn thương tĩnh mạch chủ dưới bằng cách di động đại tràng phải và tá tràng.

- Tồn thương lớn ở tĩnh mạch chủ dưới có thể được khâu vá bằng một mảnh phúc mạc.

✧ Khối máu tụ quanh thận hai bên:

Mạch máu bị tổn thương: thận, động tĩnh mạch thận.

Xử trí (xem phần chấn thương thận): nếu đã có CT, quang động mạch, IVU trước mổ cho kết quả âm tính thì không cần thiết phải mở khối máu tụ.

✧ Khối máu tụ vùng hốc chậu hai bên:

Mạch máu bị tổn thương: động tĩnh mạch chậu chung, động tĩnh mạch chậu ngoài, động tĩnh mạch chậu trong.

Xử trí:

- Kẹp động mạch chủ bụng nơi phân đôi và kẹp động mạch đùi phía dưới dây chằng bẹn.
- Để đánh giá tổn thương tĩnh mạch chậu, có thể phải cắt động mạch chậu phía trên.
- Để quan sát động mạch chậu trong, có thể nâng động mạch chậu chung và chậu ngoài lên.
- Tổn thương động mạch chậu chung, động mạch chậu ngoài: khâu nối lại tổn thương.
- Tổn thương tĩnh mạch chậu chung, tĩnh mạch chậu ngoài: thắt tĩnh mạch.
- Tổn thương động-tĩnh mạch chậu trong: thắt bó mạch.

3.4.7-Vết thương dạ dày:

Chẩn đoán trước mổ dựa vào:

- Chấn thương/ vết thương vùng trên rốn
- Nôn ra máu/thông dạ dày có máu
- X-quang: lièm hơi dưới hoành

Chú ý các tổn thương phổi hợp, đặc biệt là tổn thương tuy và tá tràng.

Hầu hết các vết thương dạ dày có thể khâu kỳ đầu.

Chú ý mở mạc nối vị-đại tràng ngang thám sát cả mặt sau dạ dày.

Vết thương phúc tạp vùng môn vị: cắt hang vị, nối vị-tá tràng hay vị-hỗng tràng.

Vết thương vùng tâm vị: khâu lại vết thương, khâu che phủ bằng đáy vị.

3.4.8-Vết thương tá tràng:

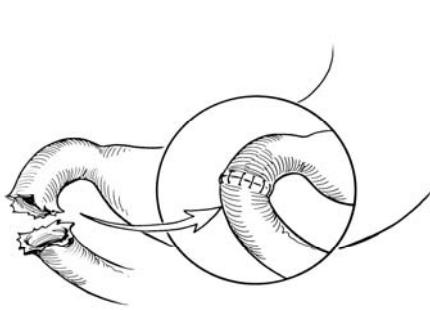
CT (với thuốc cản quang trong lòng ruột và qua đường tĩnh mạch) là phương tiện được chọn lựa để chẩn đoán tổn thương tá tràng. Các hình ảnh tổn thương tá tràng trên CT:

- Thành tá tràng giảm đậm độ và không tăng quang
- Thuốc cản quang thoát khỏi tá tràng

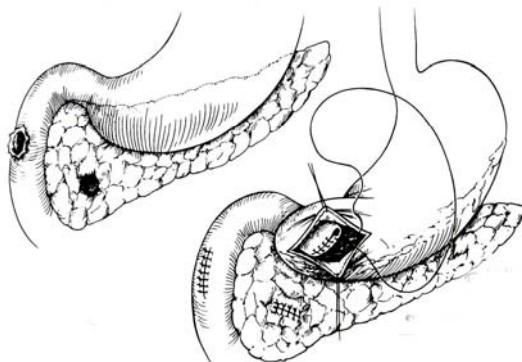
Để thám sát tổn thương tá tràng, cần hạ đại tràng góc gan và làm thủ thuật Kocher để di động toàn bộ khung tá tràng.

Xử trí:

- Vết thương đơn giản, vết thương đứt ngang tá tràng: nếu loại trừ tổn thương nhú Vater, khâu đóng lại tá tràng (2 lớp) theo chiều ngang (hình 6).
- Vết thương toác rộng: một quai hổng tràng có thể được đưa lên (phương pháp Roux-en-Y) khâu che lên tổn thương.
- Vết thương óng mật chủ hay nhú Vater: có thể phải cắt bỏ khối tá tuy (phẫu thuật Whipple).
- Vết thương tá-tuy phối hợp:
 - Sau khi xử trí vết thương tá tràng, tiến hành thủ thuật loại trừ môn vị (cắt hang vị, đóng móm tá tràng và nối vị tràng hay khâu đóng môn vị và nối vị tràng (hình 7)).
 - Sau mổ hút thông dạ dày cho đến khi BN có trung tiện và cho BN ăn loãng (7-10 ngày).
 - Nếu xét thấy có nguy cơ dò tuy, dò tá tràng:
 - ▲ Mở dạ dày ra ra
 - ▲ Đặt thông hổng tràng nuôi ăn
 - ▲ Dẫn lưu óng mật chủ bằng thông T
 - ▲ Dẫn lưu tốt ổ tuy.



Hình 6- Vết thương tá tràng tá tràng, nếu đã loại trừ tổn thương nhú Vater, được khâu đóng hai lớp theo chiều ngang.



Hình 7- Xử trí vết thương tá tuy phối hợp: khâu các vết thương, khâu đóng môn vị và nối vị tràng.

3.4.9-Vết thương ruột non:

Ruột non là tạng dễ bị tổn thương, cả trong chấn thương bụng kín và vết thương thấu bụng.

Tổn thương ruột non có thể kết hợp tổn thương mạc treo ruột non.

Nhiều tổn thương nhỏ của ruột non, nếu chỉ dựa vào lâm sàng, thường bị bỏ sót.

CT (với thuốc cản quang trong lòng ruột và qua đường tĩnh mạch) là phương tiện được chọn lựa để chẩn đoán tổn thương ruột non và mạc treo ruột:

	Dấu hiệu trực tiếp	Dấu hiệu gián tiếp
Tổn thương ruột non	Thành ruột giàn đoạn Thuốc cản quang thoát khỏi ruột non	Hơi/dịch trong xoang phúc mạc Thành ruột giàn đậm độ khu trú (phù nề khu trú) và tăng quang (thiếu máu, ít thuốc cản quang)

<i>Tổn thương mạc treo ruột</i>	<i>Thuốc cản quang thoát mạch.</i>	<i>Thành ruột giảm đậm độ lan tỏa. Tụ máu mạc treo ruột non</i>
---------------------------------	------------------------------------	---

Khi phẫu thuật chú ý thám sát suốt chiều dài ruột non, từ góc Treitz đến góc hồi manh tràng.

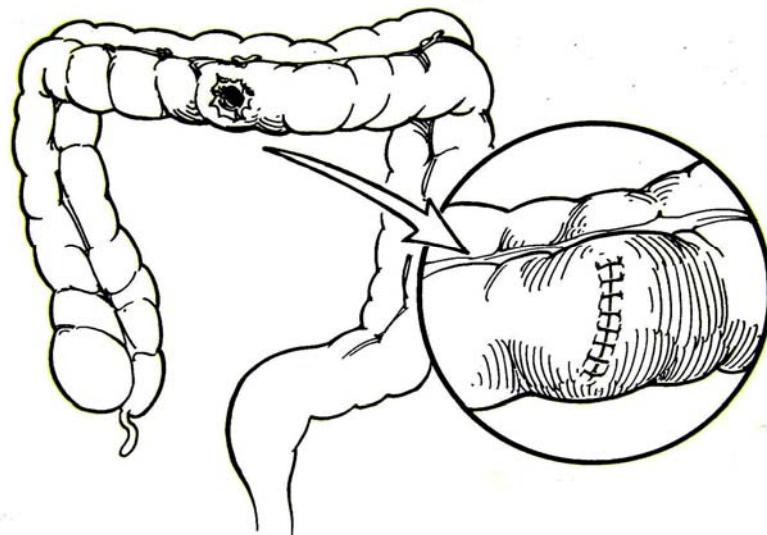
Thái độ xử trí các tổn thương ruột non:

- Khâu ruột non, nếu vết thương < 50% chu vi ruột non.
- Cắt đoạn ruột non nối tận tận khi:
 - Vết thương > 50% chu vi ruột non
 - Vết thương dập nát
 - Ruột non bị thiếu máu do tổn thương mạch máu mạc treo ruột
- Vết thương mạc treo ruột non:
 - Đoạn ruột non tương ứng bị thiếu máu: cắt đoạn ruột non và nối tận-tận.
 - Đoạn ruột non tương ứng hồng tốt: tìm và buộc các mạch máu ở hai mép vết thương, khâu đóng vết thương để tránh thoát vị nội.

3.4.10-Vết thương đại tràng:

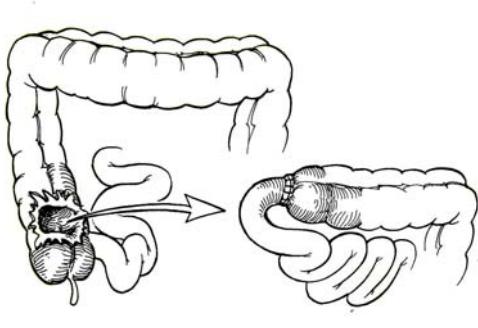
Nếu BN không có các yếu tố nguy cơ:

- Vết thương < 50% chu vi đại tràng: khâu vết thương, bắt kẽ vết thương ở đoạn đại tràng nào (hình 8).

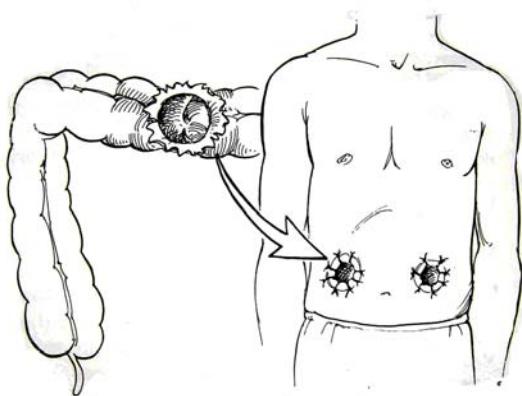


Hình 8- Xử trí vết thương đại tràng đơn giản: khâu vết thương, bắt kẽ vết thương ở đoạn đại tràng nào

- Vết thương > 50% chu vi đại tràng, vết thương dập nát, đại tràng bị thiếu máu do tổn thương mạch máu mạc treo:
 - Nếu ở đại tràng phải: cắt đại tràng phải, nối hồi-đại tràng ngang (hình 9).
 - Nếu ở đại tràng trái: cắt đoạn đại tràng, đưa cả hai đầu ra ngoài làm hậu môn nhân tạo kiều hai nòng súng (hình 10).



Hình 9- Xử trí vết thương đại tràng phải phúc tạp: cắt đại tràng phải, nối hồi-đại tràng



Hình 10- Xử trí vết thương đại tràng trái phúc tạp: cắt đoạn đại tràng, đưa cả hai đầu ra ngoài làm hậu môn nhân tạo

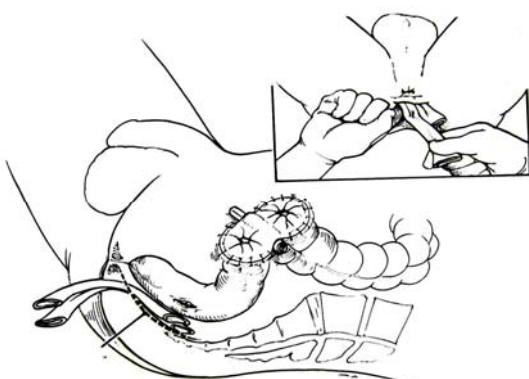
Nếu BN có các yếu tố nguy cơ (có tổn thương phổi hợp, sôc kéo dài trước mổ, truyền máu khối lượng lớn, BN đến sau 4-6 giờ...): đưa đoạn đại tràng có vết thương ra ngoài làm hậu môn nhân tạo.

3.4.11-Vết thương trực tràng:

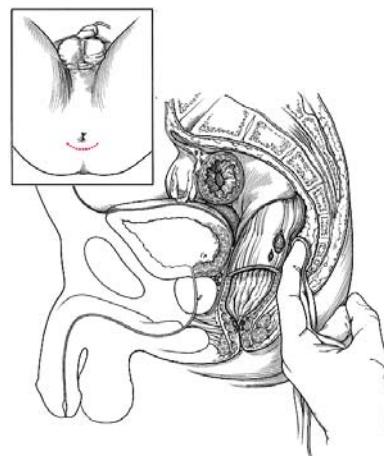
Vết thương trực tràng đoạn trong phúc mạc: xử trí như vết thương đại tràng.

Vết thương trực tràng đoạn dưới phúc mạc:

- Làm hậu môn nhân tạo trên dòng kiều chuyển lưu phân hoàn toàn (hình 11)
- Tháo rửa hết phân trong bóng trực tràng
- Dẫn lưu trước xương cùng (hình 12)



Hình 11- Xử trí vết thương trực tràng đoạn dưới phúc mạc: làm hậu môn nhân tạo trên dòng và dẫn lưu trước xương cùng.



Hình 12- Kỹ thuật dẫn lưu trước xương cùng: rạch da giữa hậu môn và đỉnh xương cùng, bóc tách từ (bằng ngón tay) vào khoang giữa hố xương cùng và trực tràng, đặt một Penrose dẫn lưu, cố định Penrose vào da.

3.5-Chăm sóc sau mổ ;

Một số nguyên tắc chính của chăm sóc sau mổ BN chấn thương bụng:

- Tiếp tục hồi sức bằng dịch truyền và máu.

- Chú ý phát hiện sớm các rối loạn đông máu.
- Truyền bồ xung 6 đơn vị tiểu cầu và 2 đơn vị huyết tương tươi cho mỗi 5 đơn vị máu toàn phần.
- Đánh giá số lượng và tính chất dịch qua các ống dẫn lưu.
- X-quang ngực kiểm tra ngay sau mổ.
- Siêu âm bụng kiểm tra 3-5 ngày sau mổ.

Các biến chứng có thể xảy ra sau mổ:

- Chảy máu tiếp tục
- Suy hô hấp
- Rối loạn đông máu
- Nhiễm trùng (áp-xe tồn lưu trong xoang bụng, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiểu...)
- Hội chứng ngăn bụng kín (abdominal compartment syndrome)
- Dò tiêu hoá.

CHÂN THƯƠNG NGỰC

1-Đại cương:

Chấn thương ngực là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong cấp cứu nói chung và cấp cứu ngoại khoa nói riêng. Tử vong do chấn thương ngực chiếm 20-25% số trường hợp tử vong do chấn thương.

Chấn thương ngực được chia làm hai loại: chấn thương ngực kín và chấn thương ngực xuyên thấu.

Chấn thương ngực kín có thể gây tổn thương bất kỳ cấu trúc hay tạng nào trên thành ngực và trong lồng ngực. Các cơ quan có thể bị tổn thương trong chấn thương ngực kín bao gồm: xương (xương sườn, xương đòn, xương bả vai, xương ức), phổi và màng phổi, tim và các mạch máu lớn, khí quản, thực quản, cơ hoành...

Nguyên nhân gây chấn thương ngực kín phổ biến nhất là tai nạn xe gắn máy. Cả người điều khiển xe gắn máy và người bị nạn đều có nguy cơ bị chấn thương ngực như nhau. Các vụ nổ cũng là một nguyên nhân gây chấn thương ngực kín thường gặp, sau tai nạn xe gắn máy.

Cơ chế sinh lý bệnh phổ biến nhất của chấn thương ngực kín là sự rối loạn thông khí, hay mất máu, hay cả hai. Nhiễm trùng do vỡ một tạng rỗng (thực quản) cũng là một trong những hậu quả trầm trọng của chấn thương ngực.

Tổn thương phổ biến nhất của chấn thương ngực kín là tổn thương thành ngực (gãy xương sườn). Đau do tổn thương thành ngực là nguyên nhân chính làm hạn chế quá trình thông khí.

Sự hạn chế thông khí cũng xảy ra trong trường hợp đập phổi, tràn khí, tràn máu khoang màng phổi...

Một thể lâm sàng cần được nhấn mạnh trong chấn thương ngực là tràn khí màng phổi áp lực, đó là, tình trạng khí hiện diện trong khoang màng phổi với áp lực dương. Áp lực dương này làm trung thất bị đẩy sang bên đối diện, làm cản trở hoạt động thông khí của phổi đối bên, đồng thời làm xoắn vặn tĩnh mạch chủ trên, gây giảm lượng máu về tim, dẫn đến suy mạch. Hậu quả của tràn khí màng phổi áp lực là BN có cả hai nguy cơ: nguy cơ suy hô hấp cấp và nguy cơ suy tuần hoàn cấp.

Chấn thương ngực xuyên thấu ít gặp hơn chấn thương ngực kín trong thời bình. Nguyên nhân của chấn thương ngực xuyên thấu có thể là do dao đâm, do hỏa khí hay tổn thương do nổ.

Tổn thương và hậu quả về mặt sinh lý bệnh của chấn thương ngực xuyên thấu tương tự như của chấn thương ngực kín. Tuy nhiên, BN bị chấn thương ngực xuyên thấu có thêm hai nguy cơ: nguy cơ nhiễm trùng và tổn thương phổi hợp trong xoang bụng.

Tổn thương thành ngực trong chấn thương ngực xuyên thấu có thể chia làm hai loại: chấn thương ngực xuyên thấu kín (vết thương thấu ngực) và chấn thương ngực xuyên thấu hở (vết thương ngực hở). BN bị vết thương ngực hở sẽ có khoang màng phổi thông thương với khí trời. Sự thông thương này làm cho BN bị vết thương ngực hở có nguy cơ bị suy hô hấp nặng hơn và nguy cơ nhiễm trùng khoang màng phổi cao hơn so với BN bị vết thương thấu ngực.

Dẫn lưu kín xoang màng phổi là phương pháp điều trị duy nhất ở 85% BN bị chấn thương ngực có chỉ định can thiệp phẫu thuật.

2-Chẩn đoán

Triệu chứng lâm sàng chấn thương ngực chủ yếu dựa vào hai hội chứng: hội chứng suy hô hấp cấp và hội chứng xuất huyết nội.

X-quang ngực thẳng là phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng đầu tay trong chấn thương ngực.

Tuy nhiên, đôi khi có một số tình huống khẩn cấp cần phải được chẩn đoán và xử trí kịp thời mà không cần đến X-quang ngực. Các tình huống khẩn cấp đó là:

- Tràn khí màng phổi áp lực
- Tràn máu màng phổi lượng lớn
- Mảng sờn di động
- Hội chứng chèn ép tim cấp tính...

Ngoài X-quang ngực, một số xét nghiệm chẩn đoán và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác có thể được chỉ định (bảng 1)

<i>Xét nghiệm</i>	<i>Chỉ định</i>
<i>Troponin I và creatine kinase-MB</i>	<i>Chấn thương tim</i>
<i>CT</i>	<i>Dập phổi</i>
<i>X-quang động mạch chủ</i>	<i>Tổn thương mạch máu lớn trong ngực</i>
<i>X-quang thực quản, nội soi thực quản</i>	<i>Tổn thương động mạch chủ</i>
<i>Siêu âm</i>	<i>Chấn thương thực quản</i>
<i>ECG, siêu âm tim, siêu âm tim qua ngã thực quản</i>	<i>Tràn máu màng tim, tràn máu màng phổi</i>
<i>Soi phế quản</i>	<i>Chấn thương khí-phế quản</i>
<i>Nội soi chẩn đoán</i>	<i>Nghi ngờ tổn thương cơ hoành (vết thương ngực-bụng)</i>

Bảng 1- Các xét nghiệm chẩn đoán và chỉ định của chúng trong chấn thương ngực

3-Điều trị:

3.1-Điều trị chung:

3.1.1-Dẫn lưu kín xoang màng phổi:

Là thủ thuật điều trị được chỉ định phổ biến nhất (có bài riêng).

3.1.2-Mở ngực:

Chỉ định mở ngực cấp cứu trong chấn thương ngực:

- Ngừng tim
- Tràn máu màng phổi lượng lớn (máu ra hơn 1500 mL ngay sau khi đặt dẫn lưu, hay ra hơn 200 mL/giờ trong 2-3 giờ sau đó).
- Vết thương vùng ngực trước trên BN có hội chứng chèn ép tim cấp.
- Vết thương thành ngực toác rộng.
- Tổn thương mạch máu lớn.
- Tổn thương khí-phế quản chính
- Thủng/vỡ thực quản

Chỉ định mở ngực có trì hoãn trong chấn thương ngực:

- Mũ màng phổi dẫn lưu kín không hiệu quả
- Máu đông màng phổi
- Áp-xe phổi
- Võ ống ngực.
- Dò thực quản-phế quản.
- Di chứng của chấn thương mạch máu (phình động mạch, dò động-tĩnh mạch)

3.2-Điều trị một số tổn thương đặc biệt:

3.2.1-Gãy xương sườn:

Gãy xương sườn là tổn thương phổ biến nhất trong chấn thương ngực kín. Xương sườn thường bị gãy là các xương sườn 4-10.

Gãy xương sườn cao (1-4) thường kết hợp với chấn thương các mạch máu lớn. Gãy xương sườn thấp (8-12) thường kết hợp với tổn thương các tạng trong xoang bụng (gan, lách).

Chẩn đoán gãy xương sườn dựa vào triệu chứng đau thành ngực tại chỗ. Đôi khi BN bị gãy xương sườn có biểu hiện khó thở do tình trạng đau làm hạn chế hoạt động thông khí.

Khi thăm khám BN bị gãy xương sườn, đừng quên rằng một tỉ lệ đáng kể BN có tổn thương phổi hợp, cả tổn thương trong lồng ngực và tổn thương ngoài lồng ngực. Các tổn thương phổi hợp với gãy xương sườn thường gặp nhất là tràn khí, tràn máu khoang màng phổi. 50% BN bị chấn thương tim có gãy xương sườn phổi hợp. Một tỉ lệ đáng kể BN bị gãy nhiều xương sườn có dập phổi phổi hợp.

X-quang ngực là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn trước tiên cho BN gãy xương sườn. Trên X-quang ngực, xương sườn bị gãy có hình ảnh mất liên tục và hai đầu xương gãy bị di lệch. Gãy xương sườn được quan sát rõ nhất trên X-quang nếu vị trí gãy ở cung sau và cung bên của xương sườn. BN bị gãy cung trước xương sườn khó được chẩn đoán trên X-quang ngực, vì cung trước xương sườn có đậm độ cản quang không cao. Nhưng bù lại, gãy cung trước xương sườn được chẩn đoán dễ dàng trên lâm sàng.

Dự hậu của BN bị gãy xương sườn phụ thuộc vào tuổi tác của BN, bệnh lý hô hấp có sẵn và số lượng xương sườn bị gãy. BN bị gãy từ 3 xương sườn trở lên sẽ có tỉ lệ tử vong tăng 5 lần và nguy cơ viêm phổi tăng 4 lần so với BN bị gãy dưới 3 xương sườn.

Nguyên tắc chính trong điều trị gãy xương sườn là giảm đau tốt và đảm bảo một sự thông khí đầy đủ. BN được giảm đau bằng các loại thuốc, qua đường uống hay đường tĩnh mạch. Cần cho BN vận động sớm và thực hiện các biện pháp làm thông thoáng khí đạo tích cực.

Khi giảm đau bằng thuốc sử dụng qua đường toàn thân không hiệu quả, một số biện pháp giảm đau khác có thể được cân nhắc đến. Các biện pháp này là:

- Gãy ít xương sườn: tê Ỏ gãy bằng thuốc tê tác dụng dài (bupivacaine).
- Gãy nhiều xương sườn: tê ngoài màng cứng.

Không có chỉ định phẫu thuật cấp cứu đối với BN bị gãy xương sườn. Trong trường hợp hiếm, đầu xương sườn gãy làm rách động mạch gian sườn và BN cần được can thiệp phẫu thuật để cầm máu. Về lâu dài, phẫu thuật có thể được chỉ định khi hai đầu xương gãy không liền và BN bị đau kéo dài.

3.2.2-Mảng sườn di động:

Mảng sườn di động được định nghĩa là tình trạng “bập bệnh tự do” của một vùng thành ngực. Hiện tượng bập bệnh này là hậu quả của sự gãy ở hai vị trí trên mỗi xương sườn và ở trên 3 xương sườn liên tục và các chỗ gãy không cài nhau tạo thành mảng sườn di động.

Mảng sườn di động cũng có thể xuất hiện khi các đầu xương sườn bị bung ra khỏi sụn sườn (phân tách sụn-sườn).

Chẩn đoán mảng sườn di động dựa trên sự quan sát thấy một vùng thành ngực bập bệnh theo chiều ngược với chiều chuyên động của phần thành ngực còn lại khi BN hô hấp, có nghĩa là mảng sườn sẽ dịch chuyển ra ngoài thành ngực khi BN thở ra và vào phía trong thành ngực khi BN hít vào.

Dau, khó thở, thở nhanh và nhịp tim nhanh là các triệu chứng phổ biến khác của BN bị mảng sườn di động. Đôi khi BN có biểu hiện thở gắng sức do phải tăng công hô hấp do mảng sườn di động gây ra.

Mảng sườn di động là hậu quả của một chấn thương nặng vào vùng ngực. Do đó, trước tất cả các BN có mảng sườn di động, cần thăm khám BN kỹ để phát hiện các tổn thương phối hợp (dập phổi, chấn thương đầu...).

Dau do gãy nhiều xương sườn và dập phổi là các yếu tố chính gây suy hô hấp ở BN có mảng sườn di động.

Giống như trường hợp gãy xương sườn, giảm đau tốt và các biện pháp làm thông thoáng khí đạo là biện pháp điều trị chính đối với BN bị mảng sườn di động. Cần hạn chế truyền quá nhiều dịch, đặc biệt ở những BN có dập phổi phối hợp, vì có thể sẽ làm cho tình trạng suy hô hấp nặng thêm.

Nếu BN vẫn còn suy hô hấp sau khi đã điều trị giảm đau đầy đủ, cần đặt thông khí quản, thở máy với áp lực dương.

Phẫu thuật cố định trong hay cố định ngoài mảng sườn di động hiện nay ít được chỉ định, trừ khi BN được mở ngực để xử trí các tổn thương phối hợp.

3.2.3-Gãy xương úc:

Gãy xương úc thường là hậu quả của một chấn thương nặng, trực tiếp vào vùng ngực trước.

55-70% các trường hợp gãy xương úc có tổn thương phối hợp. Tổn thương phối hợp thường gặp nhất là gãy xương sườn. Các tổn thương phối hợp khác bao gồm: chấn thương tim (20%), tổn thương khí-phế quản, thực quản, động mạch chủ...

Việc điều trị gãy xương úc thường không hướng trực tiếp vào ổ gãy. Nguyên tắc điều trị chủ yếu là giảm đau và xử trí các tổn thương phối hợp.

Trong trường hợp gãy di lệch nhiều, có chỉ định phẫu thuật cố định trong (khâu chỉ thép và nẹp vít). Cố định bằng nẹp vít cho kết quả tốt hơn cố định bằng khâu chỉ thép.

3.2.4-Tràn khí mảng phổi:

Hầu hết các trường hợp tràn khí mảng phổi trong chấn thương ngực kín là do đầu xương sườn gãy đâm vào phổi. Tuy nhiên, phổi cũng có thể bị rách, do lực ép hay do giảm tốc, gây tràn khí mảng phổi mà không có gãy xương sườn phối hợp.

Có thể có sự phối hợp giữa tràn khí với tràn máu mảng phổi.

Chẩn đoán tràn khí mảng phổi dựa vào các triệu chứng sau: đau ngực, khó thở, giảm âm phế bào và gõ vang bên lồng ngực bị tràn khí.

Dẫn lưu kín xoang màng phổi được chỉ định cho tất cả các trường hợp tràn khí màng phổi do chấn thương.

Tràn khí màng phổi áp lực (BN khó thở nặng, tụt huyết áp, tím tái, âm phế bào mát hoàn toàn, tĩnh mạch cổ nổi, khí quản bị đẩy lệch) cần được xử trí khẩn cấp bằng chọc hút khoang màng phổi bằng kim để giải áp trước.

3.2.5-Tràn máu màng phổi:

Máu trong tràn máu màng phổi hầu hết có nguồn gốc từ thành ngực (90%), do tổn thương bó mạch vú trong hay liên sườn. Trong các trường hợp còn lại, máu chảy từ phổi (rách phổi) hay từ các mạch máu lớn.

Nếu máu có nguồn gốc từ thành ngực, khối lượng máu mất thường từ trung bình trở xuống và tổn thương thường tự cầm máu. Tổn thương phổi hay các mạch máu lớn thường gây tràn máu khoang màng phổi với khối lượng lớn và thường cần phải mở ngực để cầm máu.

Tuỳ thuộc vào số lượng máu bị mất trong khoang màng phổi, BN bị tràn máu màng phổi có thể có các triệu chứng sau: đau ngực, khó thở, dấu hiệu mất máu (da tái, niêm nhạt, mạch nhanh và huyết áp giảm), âm phế bào giảm và gõ đục bên lồng ngực bị tràn máu.

Chẩn đoán xác định tràn máu màng phổi dựa vào X-quang ngực và siêu âm.

Trên X-quang ngực, tràn máu màng phổi biểu hiện bằng hình ảnh mờ phần dưới phổi. Nếu tràn máu lượng nhiều, có hình ảnh trung thất bị đẩy sang bên đối diện. Cần nhớ rằng máu có thể hiện diện với số lượng đáng kể trong xoang màng phổi mà X-quang ngực vẫn không cho thấy dấu hiệu bất thường.

X-quang ngực nằm, được chỉ định khi BN có huyết áp thấp, không có giá trị cao trong chẩn đoán tràn máu màng phổi. Trên X-quang ngực nằm, tràn máu màng phổi biểu hiện bằng hình ảnh hơi mờ ở $\frac{1}{2}$ lồng ngực bên tổn thương.

Siêu âm có giá trị cao trong chẩn đoán tràn máu màng phổi, ngay cả trường hợp tràn máu với lượng ít.

Chọc dò khoang màng phổi là một thủ thuật chẩn đoán tràn máu màng phổi được chỉ định khi BN trong tình trạng sốc và không đủ thời gian để thực hiện X-quang hay siêu âm chẩn đoán.

Trong hầu hết các trường hợp tràn máu màng phổi, việc điều trị không có gì khác hơn ngoài việc đặt dẫn lưu kín khoang màng phổi.

Mở ngực cầm máu được chỉ định khi máu ra hơn 1500 mL ngay sau khi đặt dẫn lưu, hay ra hơn 200 mL/giờ trong 2-3 giờ sau đó.

Máu đông hiện diện trong khoang màng phổi cần phải được lấy đi để tránh nguy cơ dày màng phổi hay mủ màng phổi. Nghĩ đến máu đông màng phổi khi hình mờ trên X-quang ngực vẫn còn tồn tại sau khi đã đặt dẫn lưu khoang màng phổi. Cần chẩn đoán phân biệt hình mờ này với dập phổi hay xẹp phổi. CT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chọn lựa khi nghi ngờ có máu đông màng phổi. Hình ảnh máu đông màng phổi trên CT là khối tăng đậm độ, nằm ở vùng thấp và không thay đổi theo tư thế. Có thể lấy máu đông màng phổi bằng phẫu thuật nội soi.

3.2.6-Tổn thương phổi:

3.2.6.1-Rách phổi:

Phổi là một trong số ít các tạng có lưu lượng máu chảy qua rất lớn. Mặt khác, do cấu trúc mô học đặc biệt của mạch máu phổi, tổn thương mạch máu phổi thường khó có khả năng tự

cầm. Vì vậy, hầu hết các tổn thương (rách) phổi thường cần phải được can thiệp phẫu thuật để cầm máu.

Rách phổi thường biểu hiện trên lâm sàng bằng hội chứng tràn máu màng phổi số lượng lớn.

Rách ở rốn phổi thường gây mất máu với số lượng rất lớn. BN bị tổn thương ở rốn phổi thường nhập viện với bệnh cảnh truy mạch. Mặt khác, khi có sự phổi hợp giữa tổn thương mạch máu lớn và phế quản lớn ở rốn phổi, nguy cơ xảy ra thuyên tắc phổi sẽ rất cao. Biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất của thuyên tắc phổi là tình trạng suy giảm tri giác và truy tim mạch đột ngột khi BN đang được thông khí nhân tạo.

Tổn thương chảy máu từ phổi bị rách luôn có chỉ định phẫu thuật. Trên thực tế, chỉ định phẫu thuật được đặt ra khi lượng máu qua ống dẫn lưu vượt quá 1500 mL ngay sau khi đặt dẫn lưu.

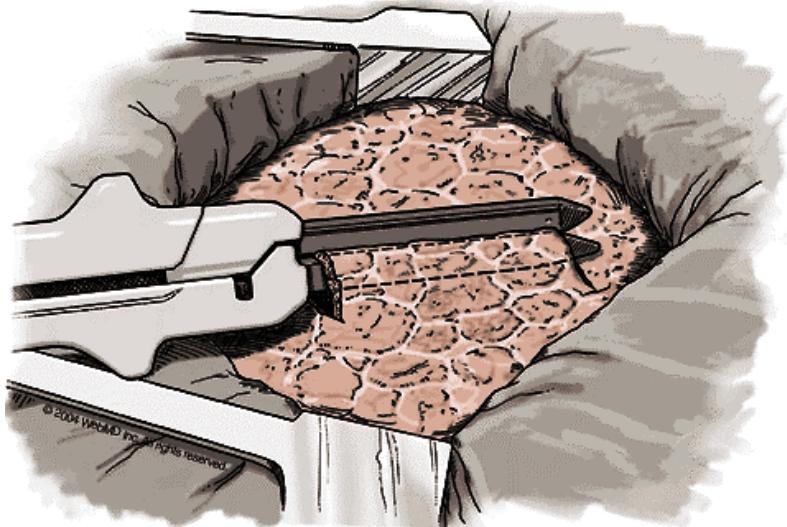
Khi phẫu thuật, có ba phương pháp chính để xử trí tổn thương gây chảy máu ở phổi: khâu phổi, cắt bỏ một phần phổi và cắt mở nhu mô phổi (tractotomy) để cầm máu.

Khâu phổi được chỉ định cho các vết rách nhỏ hay nông, với các mũi khâu liên tục, ôm vòng qua cả phần đáy của tổn thương, và băng chỉ đơn sợi.

Tình trạng chảy máu từ các vết rách sâu thường cần phải cắt một phần phổi hay cắt mở nhu mô phổi để cầm máu.

Phương pháp cắt phổi để cầm máu phổi do chấn thương là cắt phổi không theo giải phẫu.

Cắt mở nhu mô phổi (hình 1) được chỉ định cho các tổn thương xuyên thấu phổi. Tổn thương được mở ra bề mặt phổi bằng stapler thẳng hay bằng hai kẹp lớn, loại kẹp động mạch chủ. Sau khi tổn thương đã được mở ra bề mặt phổi, có thể tiến hành xử trí các chỗ chảy máu hay các chỗ xì dò khí. Cần nhớ rằng không có chỉ định cắt mở nhu mô phổi nếu như tổn thương đi xuyên qua rốn phổi hay phần phổi bị cắt chiếm trọn bề dày của phổi.



Hình 1- Kỹ thuật cắt mở nhu mô phổi để cầm máu

Khi nghi ngờ có thuyên tắc phổi, mở ngực khẩn cấp để kẹp rốn phổi là thái độ xử trí được lựa chọn. Khi mở ngực, chẩn đoán sẽ được khẳng định nếu thấy có bóng khí trong động mạch vành trên bề mặt tim. Chọc hút khí từ buồng tim trái và nâng áp lực tĩnh mạch trung ương là hai biện pháp có thể có ích. Tuy nhiên, biện pháp xử trí quan trọng nhất vẫn là loại bỏ sự thông thương giữa phế quản và mạch máu phổi. Can thiệp trực tiếp vào rốn phổi để

sửa chữa các tổn thương của phế quản và mạch máu phổi là việc không thực tế. Trong hầu hết các trường hợp, cắt toàn bộ phổi là biện pháp được chọn lựa.

Tỉ lệ tử vong của BN sẽ tỉ lệ thuận với phần nhu mô phổi được cắt bỏ: 9% nếu khâu phổi, 13% nếu cắt mờ nhu mô phổi, 30% nếu cắt phổi hình nêm. Trong trường hợp phải cắt cả thuỷ phổi, tỉ lệ tử vong là 43%. Tỉ lệ này ở BN được cắt bỏ toàn bộ một phổi là 50%.

3.2.6.2-Dập phổi:

Dập phổi thường là hậu quả của một chấn thương kín vào vùng ngực. Đôi khi, vết thương phổi do hoả khí có tốc độ cao cũng có thể gây dập phổi.

Hậu quả sinh lý bệnh chủ yếu của dập phổi là sự mất cân bằng về thông khí-tưới máu, do máu từ tim phải đi tắt về tim trái không qua phần phổi bị dập, dẫn đến tình trạng thiếu oxy. Tình trạng thiếu oxy sẽ càng trầm trọng nếu khối lượng mô phổi bị dập càng lớn.

Ở dập phổi cũng có thể là nguồn gốc của sự nhiễm trùng.

Suy hô hấp, đôi khi ho máu là các triệu chứng lâm sàng chính của dập phổi.

Chẩn đoán dập phổi chủ yếu dựa vào X-quang ngực hay CT ngực. Trên X-quang, ổ dập phổi có hình ảnh một đám mờ giới hạn không rõ, không ở vùng thấp nhất và không thay đổi theo tư thế.

Cần nhớ rằng hình ảnh của dập phổi trên X-quang và CT có thể không được biểu hiện đầy đủ trong vòng 12-24 giờ đầu sau chấn thương.

Nói chung, thái độ điều trị một BN bị dập phổi tương tự như thái độ điều trị một BN bị mảng sùn di động. Giảm đau đầy đủ, thở oxy và thông thoáng khí đạo là các biện pháp chính trong điều trị dập phổi.

Thông khí quản và thở máy hỗ trợ được chỉ định cho các trường hợp dập phổi diện rộng, PaO₂ giảm.

Những BN cần một số lượng lớn dịch truyền để hồi sức tim mạch nên được thông động mạch phổi để theo dõi áp lực động mạch phổi liên tục.

3.2.7-Vết thương ngực hở (tràn khí màng phổi hở):

Tràn khí màng phổi hở (hay vết thương ngực hở) được định nghĩa là tình trạng tràn khí khoang màng phổi có kèm theo sự thông thương giữa khoang màng phổi với khì tròi.

Tràn khí màng phổi hở thường gặp nhất trong chấn thương ngực xuyên thấu.

Tình trạng tràn khí màng phổi hở làm suy giảm chức năng thông khí. Khi có sự hiện diện của một lỗ thông thương trên thành ngực, khì tròi sẽ có xu hướng vào lòng ngực qua lỗ này, vì dòng khí khi đi qua lỗ này sẽ có quãng đường ngắn hơn, do đó kháng lực thấp hơn so với dòng khí đi qua ngả khí đạo. Phần lớn khì tròi sẽ vào lòng ngực qua lỗ thông thương trên thành ngực nếu đường kính của lỗ lớn hơn $\frac{3}{4}$ đường kính của khì quản.

Lỗ thông thương có thể hoạt động như một van một chiều, dẫn đến tràn khí màng phổi áp lực.

Biểu hiện lâm sàng phổi biến nhất trong tràn khí màng phổi hở là suy hô hấp. Nếu có tràn khí màng phổi áp lực, BN sẽ có thêm biểu hiện suy tuần hoàn.

Tràn khí màng phổi hở được chẩn đoán xác định nếu thấy dấu phì phò ở vết thương. Trong trường hợp vết thương bị toác rộng, có thể thấy nhu mô của phổi bị xép hoàn toàn trong lòng ngực.

Tràn khí màng phổi hở đòi hỏi một thái độ điều trị khẩn cấp. Trước tiên, cần bít kín lỗ thông thương trên thành ngực. Có thể sử dụng nhiều lớp gạc để bít kín lỗ thông thương. Gạc được băng kín ba chiều để hoạt động như một van. Van này chỉ cho khí từ trong lồng ngực ra mà không cho khí trời vào trong lồng ngực.

Công việc điều trị tiếp theo sau là dẫn lưu khoang màng phổi.

Khi tình trạng BN ổn định, phẫu thuật cắt lọc và khâu kín lại tổn thương trên thành ngực được chỉ định.

Đối với các tổn thương toác rỗng, mất nhiều mô, để tái tạo lại thành ngực, có thể chuyển các vật cơ từ vùng lân cận (cơ ngực lớn, cơ lưng rộng, cơ răng trước, cơ thẳng bụng...) đến lắp kín tổn thương. Khi sự đóng kín thành ngực bằng chuyển vật cơ không thể thực hiện được, cần nhắc đến việc đóng kín thành ngực bằng mảnh ghép. Trong trường hợp tổn thương nằm ở vị trí thấp trên thành ngực, có thể chuyển vị chỗ bám cơ hoành. Mục đích của sự chuyển vị chỗ bám cơ hoành là biến một vết thương ngực hở thành một vết thương bụng hở. Việc điều trị một vết thương bụng hở bao giờ cũng dễ dàng hơn việc điều trị một vết thương ngực hở.

3.2.8-Chấn thương khí-phế quản:

Chẩn đoán tổn thương khí-phế quản dựa vào các triệu chứng ho máu, suy hô hấp, tràn khí màng phổi, tràn khí dưới da, tràn khí trung thất.

Cơ chế của tổn thương khí-phế quản thường là do khí, phế quản bị giằng xé bởi sự giảm tốc đột ngột hay khí quản bị nén ép trực tiếp. Khí quản thường bị gãy nhiều hơn là bị rách và đứt rời.

BN thường bị chấn thương rất nặng và có tổn thương phối hợp.

Nội dung điều trị:

- Thiết lập một đường thở đầy đủ bằng đặt thông khí quản. Có thể đặt dưới sự hỗ trợ của nội soi phế quản. Luôn đưa thông khí quản quá chỗ tổn thương. Dự phòng sẵn dụng cụ mở khí quản cho trường hợp đặt thông khí quản thất bại.
- Mở ngực bên tràn khí màng phổi để tiếp cận đến vùng tổn thương.
- Các tổn thương khí-phế quản được xử trí kỳ đầu bằng khâu nối tận-tận.

3.2.9-Chấn thương tim kín:

Tai nạn xe máy là nguyên nhân gây chấn thương tim kín thường gặp nhất, kế đến là các nguyên nhân: rơi từ trên cao, tai nạn ô tô, tai nạn thể thao...

Tổn thương có thể thay đổi từ chấn thương tim nhẹ với loạn nhịp thoáng qua đến rách van tim, vỡ vách liên thất và buồng tim. Triệu chứng lâm sàng, vì thế, cũng có thể thay đổi từ đau ngực đến hội chứng chèn ép tim cấp tính.

Nhiều BN bị chấn thương tim không cần điều trị đặc hiệu. Nếu tim có loạn nhịp, các bác sĩ chuyên khoa tim mạch sẽ chỉ định các loại thuốc trị loạn nhịp thích hợp.

Hội chứng chèn ép tim cấp tính thể hiện bằng tam chứng Beck: tụt huyết áp, tiếng tim mờ, tĩnh mạch cổ nổi. X-quang phổi, nếu có, sẽ cho thấy tim có hình cầu.

Những nguyên tắc chính trong điều trị chấn thương tim kín bao gồm:

- Nếu BN trong tình trạng sốc, mở ngực khẩn cấp là phương pháp điều trị được chọn lựa.

- Nếu BN tương đối ổn định, có thể khẳng định chẩn đoán bằng siêu âm tim hay chọc dò màng ngoài tim.
- Trước khi mở ngực, có thể giải áp xoang màng tim bằng chọc dò hay mở cửa sổ giải áp qua ngả dưới mũi úc.
- Các mũi khâu trên cơ tim có thể được đệm bằng các mảnh Teflon.
- Máy tim-phổi, nếu có, sẽ tốt hơn cho cuộc phẫu thuật.

3.2.10-Vết thương tim:

Chẩn đoán vết thương tim dựa vào:

- Vết thương ngực vùng trước tim
- Hội chứng chèn ép tim cấp tính
- Hội chứng tràn máu màng phổi
- Sốc do mất máu

Những nguyên tắc chính trong điều trị vết thương tim bao gồm:

- Hồi sức ban đầu tích cực. Có thể chọc giải áp xoang màng tim trước khi mở ngực hay mở xương úc.
- Vết thương tim có thể được khâu mà không cần máy tim-phổi.
- Sau mổ cần đo ECG và siêu âm tim để chẩn đoán sớm thiếu máu cơ tim hay các tổn thương có thể bỏ sót của van tim hay vách liên thất

3.2.11-Chấn thương cơ hoành:

Đa số các trường hợp chấn thương cơ hoành là do vết thương xuyên thấu. Các vết thương có vị trí giữa hai đường ngang qua núm vú và rốn đều có thể gây tổn thương cơ hoành. Vết thương cơ hoành thường nhỏ (chỉ 15% các vết thương có chiều dài trên 2 cm).

Trên lâm sàng, không có triệu chứng nào đặc hiệu cho vết thương cơ hoành. Khi nghi ngờ có vết thương cơ hoành, cần chỉ định nội soi lồng ngực, nội soi xoang bụng hay mở bụng thám sát. Ngày nay, nội soi lồng ngực hay xoang bụng có thể vừa có tác dụng chẩn đoán, vừa có tác dụng điều trị vết thương cơ hoành.

33% các trường hợp vỡ cơ hoành là do chấn thương bụng kín (thường là một cú thúc mạnh vào vùng bụng). Xác xuất vỡ cơ hoành bên phải và trái là bằng nhau, mặc dù trên lâm sàng vỡ cơ hoành bên trái thường được phát hiện hơn. Đường vỡ thường dài 5-10 cm.

Đau ngực và khó thở ở BN chấn thương bụng kín là dấu hiệu chỉ điểm (nhưng không đặc hiệu) cho chẩn đoán vỡ cơ hoành.

Trong trường hợp điển hình, trên X-quang, vỡ cơ hoành biểu hiện bằng các hình ảnh sau:

- Ống thông dạ dày nằm trong lồng ngực.
- Sự thoát vị các tạng trong khoang bụng lên lồng ngực.
- Vòm hoành bên tổn thương bị nâng cao...

Trong giai đoạn đầu, vỡ cơ hoành có thể cho hình ảnh X-quang bình thường.

Trong thực tế, hầu hết các trường hợp vỡ cơ hoành đều được chẩn đoán trong lúc phẫu thuật, khi BN được xử trí các tổn thương trong ngực hay trong bụng khác.

Hầu hết các tổn thương vỡ cơ hoành có thể được xử trí qua đường bụng (trừ vỡ cơ hoành sau-bên bên phải cần phẫu thuật qua đường ngực).

Tổn thương cơ hoành được khâu bằng các mũi khâu rời hay liên tục, với chỉ khâu cỡ lớn loại nhiều sợi và không tan. Mảnh ghép đôi khi được dùng cho các tổn thương lớn. Đôi với các tổn thương ở gần chỗ bám của cơ hoành, có thể phải tái tạo lại chỗ bám của cơ hoành bằng các mũi khâu ôm vòng qua xương sườn.

3.2.12-Vỡ thực quản:

Vỡ thực quản là tổn thương hiếm gặp, do thực quản là tạng nằm ở sâu và được các tạng khác bao quanh. Thực quản cổ là đoạn thực quản thường bị tổn thương do chấn thương nhất.

Trong chấn thương vùng ngực, bụng, vỡ thực quản thường là hậu quả của một cú thúc mạnh vào vùng thượng vị. Trong trường hợp này, tổn thương thường ở 1/3 dưới thực quản và có thể ở trên hay dưới cơ hoành. Tổn thương phối hợp cũng thường gặp.

Chẩn đoán vỡ thực quản dựa vào:

- Đau bụng trên và đau ngực không tương xứng với các dấu hiệu thực thể.
- Tràn dịch màng phổi, thường bên trái và dịch được dẫn lưu ra là dịch tiêu hoá.
- Tràn khí dưới da, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất hay hơi tự do trong xoang bụng.
- Nội soi thực quản
- X-quang thực quản (với thuốc cản quang tan trong nước)

Việc điều trị thường được bắt đầu ngay sau khi chẩn đoán vỡ thực quản được khẳng định. Nội dung của điều trị ban đầu bao gồm:

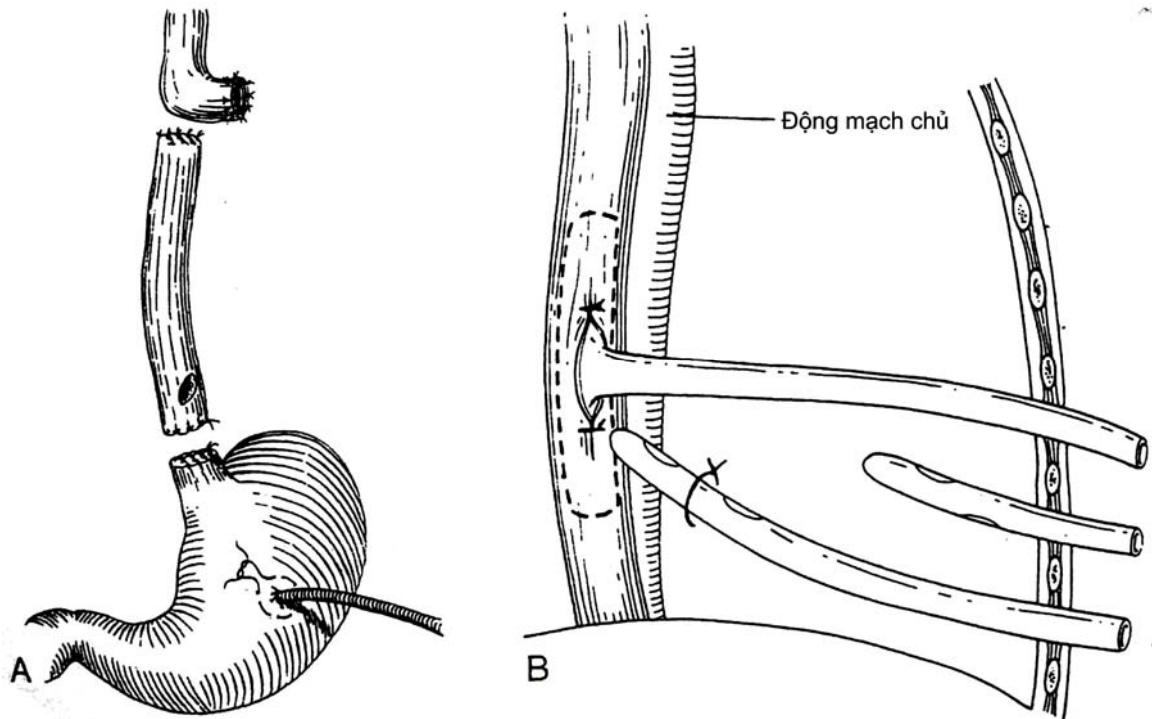
- Bồi hoàn nước và điện giải.
- Kháng sinh phổi rộng có phổi bao trùm các vi khuẩn gram âm, gram dương và yếm khí.

Phẫu thuật được chỉ định cho tất cả các trường hợp tổn thương thực quản.

Các nguyên tắc xử trí tổn thương thực quản bao gồm:

- Nếu tổn thương được phát hiện trong vòng 24 giờ kể từ lúc bị chấn thương: khâu tổn thương kỳ đầu kết hợp với dẫn lưu tốt trung thất.
- Nếu tổn thương được phát hiện sau 24 giờ: khâu tổn thương kỳ đầu kết hợp với tăng cường bằng mảnh mô tự thân. Mô tự thân được tăng cường có thể là một phần lá thành màng phổi có cơ gian sườn. Trong trường hợp tổn thương ở phần cuối thực quản, có thể lấy một phần đáy vị chuyển lên làm mảnh mô tăng cường (mảnh Thal). Dẫn lưu tốt trung thất.
- Khi đã có viêm trung thất, chuyển lưu đường tiêu hoá và loại trừ thực quản là phương pháp được chọn lựa (hình 2). Cụ thể:
 - Mở thực quản cổ ra da.
 - Khâu đóng thực quản tâm vị.
 - Dẫn lưu trung thất.
 - Mở dạ dày ra da để giải áp dạ dày.

- Mở hổng tràng ra da để nuôi ăn.



Hình 2- Kỹ thuật loại trừ thực quản và chuyển lưu đường tiêu hoá kết hợp với dẫn lưu tốt (thực quản, trung thất, màng phổi) trong điều trị vỡ thực quản đền muộn.

PHÌNH GIÁP NHÂN

1-Đại cương:

Phình giáp nhân là giai đoạn diễn tiến muộn của phình giáp đơn thuần.

Phình giáp đơn thuần được định nghĩa là sự phì đại của tuyến giáp không do viêm nhiễm hay u bướu và ban đầu không kết hợp với rối loạn chức năng tuyến giáp.

Trong giai đoạn đầu, tuyến giáp phì đại lan toả, biểu hiện bằng sự tăng khối lượng tuyến giáp. Trên vi thể, có sự tăng sản của biểu mô nang tuyến giáp. Khi rối loạn tiếp tục diễn tiến, chủ mô tuyến giáp sẽ có sự biến đổi về cấu trúc. Trong tuyến giáp sẽ có những vùng thoái triển và xơ hoá xen lẫn với các vùng tăng sản khu trú, làm cho chủ mô tuyến giáp mất đi tính đồng nhất. Giai đoạn này được gọi là phình giáp nhân.

Về mặt chức năng, trong giai đoạn phình giáp nhân, trong tuyến giáp có thể xuất hiện những vùng tăng hoạt tự động. Các vùng tăng hoạt này không chịu sự kiểm soát của trực hạ đồi-tuyến yên. Tình trạng tăng hoạt tự động sẽ dẫn đến hội chứng cường giáp.

Phình giáp nhân có kèm theo hội chứng cường giáp được gọi là phình giáp nhân nhiễm độc giáp.

Phình giáp đơn thuần có thể là phình giáp dịch tể (endemic goiter) hay phình giáp lẻ tẻ (sporadic goiter).

Nguyên nhân của phình giáp đơn thuần:

- Thiếu hụt iod: dẫn đến phình giáp dịch tể.
- Dư thừa iod: hiếm gặp.
- Các chất sinh bướu giáp (goitrogen):
 - Thuốc: propylthiouracil (PTU), lithium, phenylbutazone, aminoglutethimid.
 - Các yếu tố môi trường: dẫn xuất của ester phenolic và resorcinol tìm thấy ở các vùng mỏ than.
 - Thực phẩm: cải bắp, sắn, rong biển...
- Khiếm khuyết bẩm sinh trong quá trình tổng hợp hormone tuyến giáp.
- Tiền căn chiết xạ vùng cổ.

Ở vùng không thiếu hụt iod, phình giáp lẻ tẻ chiếm đa số.

Như trên đã nói, trong giai đoạn đầu (phình giáp lan toả), tất cả BN đều có chức năng tuyến giáp bình thường (bình giáp) (trừ trường hợp khiếm khuyết bẩm sinh trong quá trình tổng hợp hormone tuyến giáp). Trong giai đoạn phình giáp nhân, BN có thể bình giáp (chiếm phần lớn các trường hợp), nhược giáp hay cường giáp (chiếm một tỉ lệ không đáng kể)

Các diễn tiến khác của phình giáp nhân:

- Chèn ép vào khí quản, thực quản, thần kinh quắc ngược.
- Thòng vào trung thất.
- Ung thư hoá.

Nữ giới có tần suất bị phình giáp cao hơn nam giới. Phình giáp dịch tể và phình giáp lẻ tẻ do khiếm khuyết bẩm sinh quá trình tổng hợp hormone tuyến giáp thường xuất hiện trước tuổi dậy thì. Các phình giáp lẻ tẻ khác thường xuất hiện ở người lớn.

Quá trình diễn tiến của phình giáp diễn ra với tốc độ chậm. Tần suất phình giáp nhân tăng dần theo tuổi. Phình giáp nhân nhiễm độc giáp có tần suất thấp. Hội chứng cường giáp trong phình giáp nhân nhiễm độc giáp thường có mức độ nhẹ và xuất hiện khi BN đã lớn tuổi, vì thế chúng thường được chẩn đoán lầm với các bệnh lý tim mạch khác.

Ngược với phình giáp lan toả, phình giáp nhân là đối tượng của các phương pháp điều trị ngoại khoa.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Trong đa số các trường hợp, bệnh thường được phát hiện tình cờ, khi BN đi khám vì lý do khác hay thấy cổ to ra.

Khi thăm khám lâm sàng có thể thấy các dấu hiệu sau:

- Bướu giáp đa nhân (thường cả hai thuỷ).
- Kích thước bướu thay đổi (từ độ 1 đến độ 4):
 - Độ 1: bướu chỉ sờ được mà không nhìn thấy được.
 - Độ 2: bướu nhìn thấy được khi BN nuốt.
 - Độ 3: bướu phát triển to làm biến dạng chu vi cổ.
 - Độ 4: bướu rất to, nhô ra tới ngang cầm hay thòng vào trung thất.

Phần lớn BN bình giáp. Cường giáp hay nhược giáp chiếm tỉ lệ không đáng kể.

BN có thể có biểu hiện của sự chèn ép:

- Chèn ép vào khí quản, gây khó thở, thở rít.
- Chèn ép vào thần kinh quắc ngược, gây khàn tiếng.
- Đôi khi bướu phát triển ra phía sau và chèn vào thực quản, gây khó nuốt.
- Thòng vào trung thất, gây nặng ngực, khó thở, nghiệm pháp Pemberton dương tính (BN đứng, giơ cao hai tay và hít sâu: mặt đỏ bừng, tĩnh mạch cổ phồng).

Hội chứng cường giáp trong phình giáp nhân nhiễm độc giáp:

- BN có thể không có triệu chứng gì (cường giáp dưới lâm sàng).
- Hội chứng cường giáp, nếu có, thường không điển hình:
 - Sụt cân (triệu chứng thường gặp nhất)
 - Đánh trống ngực
 - Chán ăn, táo bón
 - Run tay (dễ làm với run tay sinh lý ở người già).
 - Suy tim, loạn nhịp, con đau thắt ngực (dễ làm với bệnh lý tim mạch do cao huyết áp).
 - Không có dấu hiệu lồi mắt hay phù niêm.

Hội chứng nhược giáp trong phình giáp nhân:

- Chậm chạp, buồn ngủ
- Tăng cân
- Khàn giọng
- Táo bón, sợ lạnh

Nghĩ đến khả năng hoá ác khi khám thấy một nhân giáp:

- Phát triển nhanh trong thời gian gần đây.
- Cứng chắc.
- Xâm lấn vào khí quản (khó thở) hay thản kinh quặc ngược (khàn tiếng).
- Có hạch cổ cùng bên.

2.2-Xét nghiệm sinh hoá:

Kết quả xét nghiệm chức năng tuyến giáp:

- Bình giáp: TSH, FT₃, FT₄ bình thường.
- Nhược giáp: TSH tăng, FT₃ giảm, FT₄ giảm.
- Cường giáp:
 - Điện hình: TSH giảm thấp hay bằng 0, FT₃ tăng, FT₄ tăng.
 - Cường giáp T₃: TSH giảm thấp, FT₄ bình thường, FT₃ tăng.
 - Cường giáp dưới lâm sàng: TSH giảm thấp, FT₄ hay FT₃ ở cực trên của giới hạn bình thường (tuy nhiên giá trị “bình thường” này có thể cao đối với cá nhân BN).

2.3-Chẩn đoán hình ảnh:

Siêu âm:

- Là chỉ định gần như thường quy.
- Có thể phân biệt bướu giáp lan toả hay bướu giáp nhân.
- Có thể phân biệt nhân dạng nang, nhân đặc hay nhân hỗn hợp.
- Có thể phát hiện hạch cổ.

Xạ hình tuyến giáp:

- Phát hiện nhân nóng (tăng bắt chất phóng xạ) hay nhân lạnh (giảm bắt chất phóng xạ).
- Đánh giá khả năng bắt phóng xạ của tuyến giáp để quyết định liều lượng I¹³¹ trong điều trị.
- Chất được sử dụng: I¹²³ hay Technetium-99m

Chọc hút sinh thiết (FNA): được chỉ định khi có dấu hiệu nghi ngờ ung thư:

- Nhân lạnh trên xạ hình
- Nhân phát triển nhanh, cứng...

CT: được chỉ định khi bướu giáp thòng trung thất, nhằm đánh giá:

- Mức độ thòng trung thất

- Mức độ đầy lêch và chèn ép khí quản

Các xét nghiệm khác: X-quang phổi, khí phế dung, ECG, siêu âm tim... nhằm đánh giá chức năng hô hấp và tim mạch ở BN có bướu thùng trung thất, nhiễm độc giáp.

3-Điều trị:

3.1-Úc chế tuyến giáp:

Chỉ định: phình giáp đơn thuần (không có nhiễm độc giáp).

Mục đích: úc chế sự phát triển của bướu bằng chế phẩm của hormone tuyến giáp (levothyroxine), duy trì nồng độ TSH thấp hơn bình thường nhưng không để cho BN có biểu hiện cường giáp rõ trên lâm sàng.

Nồng độ TSH được duy trì tốt nhất là trong khoảng: 0,1-0,5 μU/mL.

Thời gian điều trị thường kéo dài.

Phương pháp này cho hiệu quả thấp và dễ dẫn đến rỗng xương, đặc biệt nếu BN là phụ nữ lớn tuổi.

3.2-Thuốc kháng giáp:

Trong trường hợp phình giáp nhân nhiễm độc giáp, thuốc kháng giáp được chỉ định với mục đích đưa BN bị nhiễm độc giáp tạm trở về trạng thái bình giáp trước khi điều trị bằng I¹³¹ hay phẫu thuật.

3.3-Iod đồng vị phóng xạ (I¹³¹):

Chỉ định: phình giáp lan toả hay đa nhân (đơn thuần hay có nhiễm độc giáp) ở BN lớn tuổi, không thể chịu đựng cuộc phẫu thuật.

Bướu càng lớn, mức độ giảm khối lượng bướu càng ít.

Biến chứng và di chứng có thể xảy ra khi tiến hành điều trị bằng phương pháp này bao gồm: khó thở do bướu giáp phù nề chèn ép thanh quản, viêm giáp, cơn bão giáp, nhược giáp..

3.4-Phẫu thuật:

Phẫu thuật được chỉ định cho phình giáp nhân:

- To (độ 3,4)
- Có dấu hiệu chèn ép
- Thòng trung thất
- Nhiễm độc giáp
- Chóng chỉ định điều trị bằng I¹³¹ (thai kỳ, người trẻ)
- BN muốn mổ vì lý do thẩm mỹ

Phương pháp: tùy thuộc vào số lượng và kích thước của các nhân, khối lượng mô giáp bình thường còn lại. Có thể chọn một trong các phương pháp sau:

- Cắt bán phần tuyến giáp
- Cắt gần trọn tuyến giáp
- Cắt trọn tuyến giáp

Đối với bướu giáp thùy trung thất, đa số các trường hợp lấy được bướu qua đường mổ ở cổ, hiếm khi phải mở xương ức.

Sau mổ cần bổ xung chế phẩm của hormone tuyến giáp (levothyroxine), điều chỉnh liều lượng để cho TSH và nồng độ T₃, T₄ duy trì ở mức bình thường.

Biến chứng của phẫu thuật:

- Chảy máu, chèn ép gây khó thở
- Cơn bão giáp
- Khàn tiếng do tổn thương thần kinh quắc ngược
- Co giật do hạ can-xi huyết tương do tổn thương các tuyến cận giáp
- Di chứng: nhược giáp, tạm thời hay vĩnh viễn.

Tỉ lệ tái phát: nhỏ hơn 10% sau 10 năm.

4-Những nguyên tắc chính trong phẫu thuật cắt tuyến giáp:

4.1-Khâu chuẩn bị:

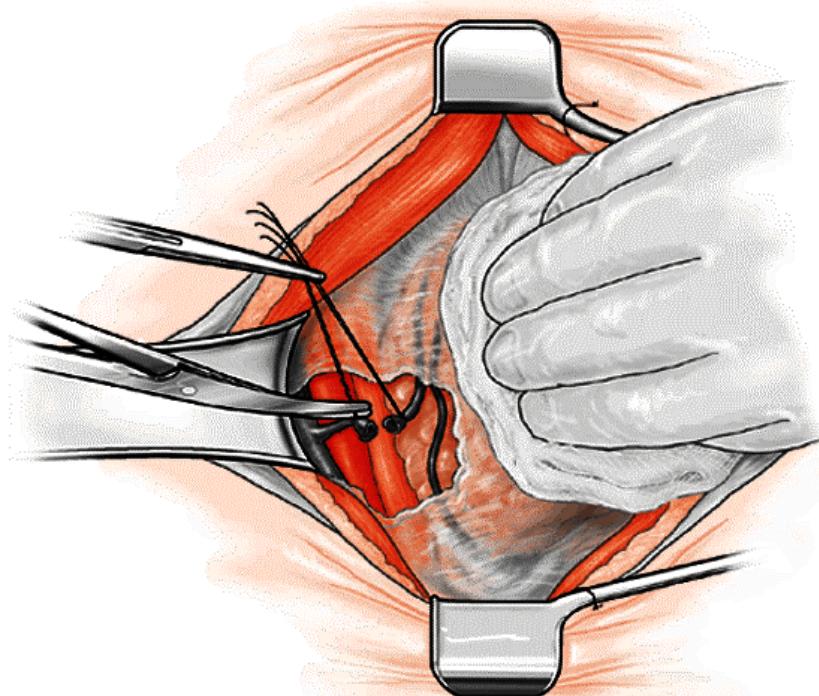
BN phải ở trạng thái bình giáp khi được chỉ định phẫu thuật.

Nếu BN có khàn tiếng hay đã được phẫu thuật vùng cổ trước đó, nên soi thanh quản BN trước mổ để đánh giá tình trạng hoạt động của các dây thanh.

Sau khi đã gây mê và đặt nội khí quản, độn một gói cát dưới vai và kê một gói vòng dưới vùng chẩm BN để làm cho cổ ngửa đồng thời BN cũng không bị đau cổ sau mổ.

BN ở tư thế Trendelenburg ngược 20°. Da vùng cổ được sát trùng với dung dịch iodine 1% hay chlorhexidine.

4.2-Nguyên tắc phẫu thuật:



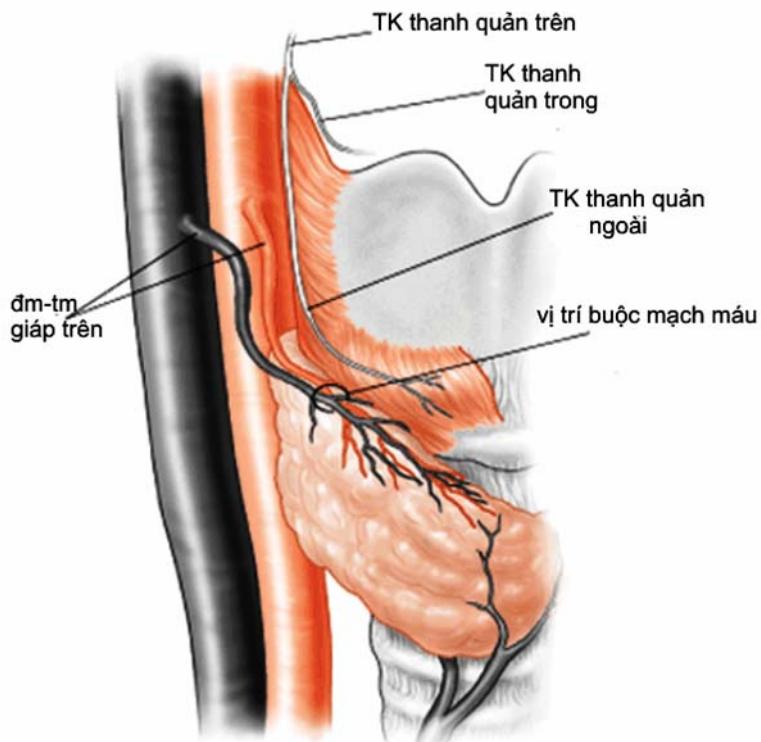
Hình 1- Việc cắt tĩnh mạch giữa giữa sê giúp di động tốt thùy giáp và quan sát mặt sau của cục trên thùy giáp

Bóc lộ tốt phẫu trường và di động tốt cả thuỷ giáp là yếu tố quan trọng giúp nhận định rõ các cấu trúc giải phẫu. Để bóc lộ tốt phẫu trường, cần bóc tách cùn ở tất cả các mặt của thuỷ giáp, đồng thời tĩnh mạch giáp giữa cũng phải được cắt để thuỷ giáp có thể được lật vào trong (hình 1).

Dù cho tuyến giáp được cắt theo phương pháp nào, có ba cấu trúc giải phẫu quan trọng cần phải được nhận diện và chừa lại, đó là các tuyến phó giáp, thần kinh quắc ngược thanh quản và nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên. Các kính phẫu thuật có độ phóng đại 2,5-3,5 lần được khuyến khích sử dụng để phẫu thuật viên có thể nhận định rõ các cấu trúc giải phẫu nói trên.

Phẫu thuật cắt tuyến giáp nên được tiến hành trong một phẫu trường hoàn toàn không có máu. Nếu có chảy máu, trước tiên cầm máu bằng lực ép. Các mạch máu đang chảy chỉ được kẹp nếu chúng được xác định rõ ràng, đồng thời thần kinh quắc ngược cũng phải được xác định là không nằm lân cận vị trí kẹp.

Nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên là nhánh vận động, có chức năng làm căng dây thanh âm, tạo ra giọng nói cao độ. Nhánh thần kinh này đi bên dưới cơ nhẫn giáp trong 80% các trường hợp, đi trên bề mặt cơ nhẫn giáp trong 10% các trường hợp và đi cùng với bó mạch giáp trên trong 10% các trường hợp còn lại. Trên thực tế, nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên rất nhỏ để có thể nhìn thấy, do đó để tránh phạm phải chúng, có hai thao tác kỹ thuật cần chú ý: thứ nhất, bóc tách khe giữa cực trên và cơ nhẫn giáp và thuỷ giáp phải được kéo xuống dưới và ra ngoài trước khi tiến hành thắt bó mạch giáp trên. Thứ hai, bó mạch giáp trên được thắt từng nhánh một, ở trên bề mặt của cực trên của thuỷ giáp (hình 2).



Hình 2- Để tránh phạm phải nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên, bó mạch giáp trên nên được thắt từng nhánh một và ở sát bề mặt của cực trên thuỷ giáp

Nhánh trong thần kinh thanh quản trên là nhánh cảm giác của vùng hầu sau. Nhánh này đi ở phía trên của sụn giáp. Tôn thương nhánh thần kinh này có thể làm cho BN bị sặc.

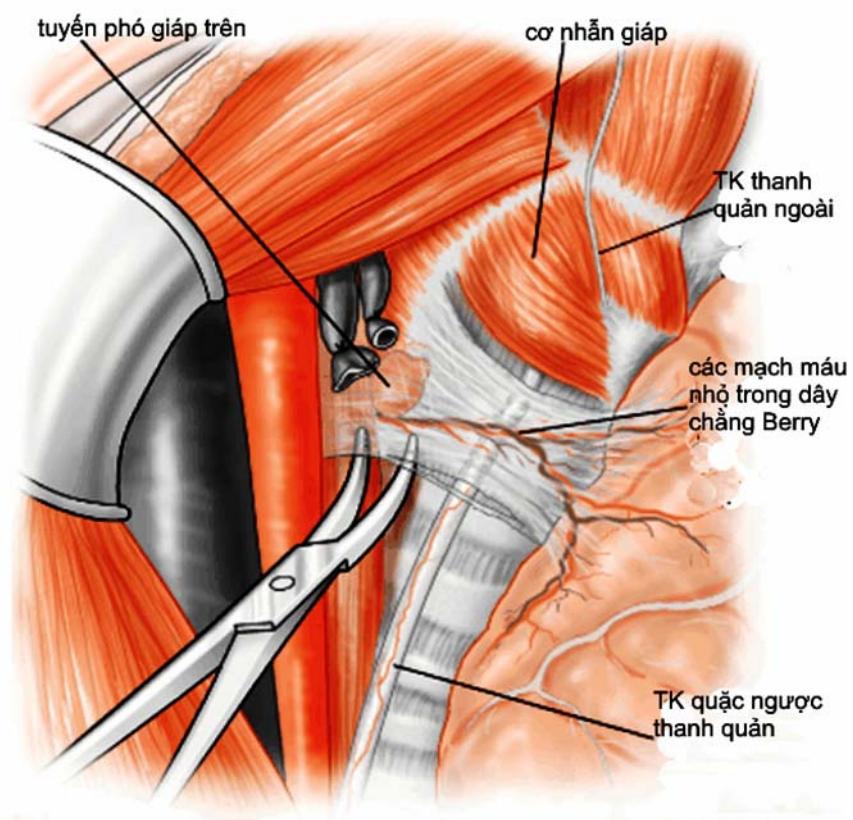
Các thao tác cắt thuỷ giáp bình thường ít khi ở phía trên sụn giáp, do đó tổn thương này ít xảy ra.

Cả hai nhánh thần kinh quắc ngược là cấu trúc giải phẫu bắt buộc phải được tìm thấy và chữa lại trước khi tiến hành bất cứ phẫu thuật tuyến giáp nào. Thần kinh quắc ngược trái có cấu trúc giải phẫu cố định hơn. Hầu như nhánh này luôn đi trong rãnh thực quản-khí quản. Cấu trúc giải phẫu của thần kinh quắc ngược phải không cố định như thần kinh quắc ngược trái. Nhánh này thường đi chéo, có thể đi ở trước hay sau động mạch giáp dưới. Trong 0,5% các trường hợp, thần kinh quắc ngược phải không “quắc ngược”. Nó xuất phát từ thần kinh X ở phía bên hay trên thuỷ giáp.

Thần kinh X đủ to để có thể quan sát bằng mắt thường. Nó có kích thước bằng một sợi chỉ 2-0. Nên tìm thần kinh quắc ngược ở vùng cổ dưới và theo suốt đường đi của nó cho đến khi nó kết thúc ở cơ nhẫn giáp.

Để tìm thần kinh quắc ngược ở mặt bên của thuỷ giáp, kéo nhẹ bao cảnh ra ngoài, đồng thời kéo nhẹ thuỷ giáp ra trước và vào trong. Động tác này sẽ làm căng động mạch giáp dưới, giúp nhận định rõ nhánh thần kinh hơn.

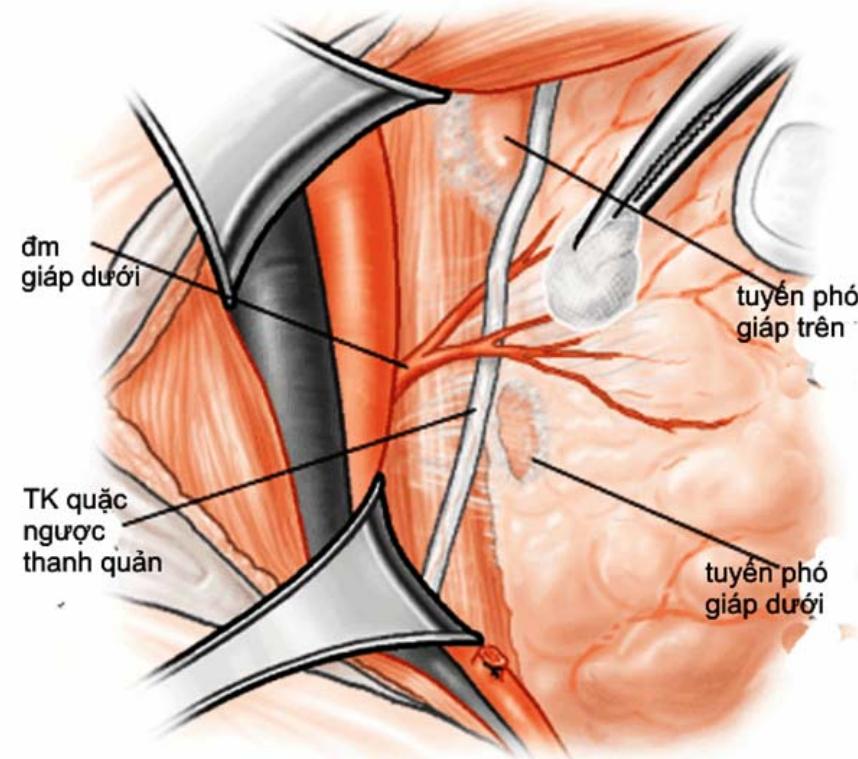
Dù cho đường đi có thay đổi, cả hai nhánh thần kinh quắc ngược đều đi bên dưới dây chằng Berry (dây chằng treo thuỷ giáp vào khí quản) và tận cùng ở phần sau giữa của thanh quản, trong cơ nhẫn giáp, ở mức ngang với sụn nhẫn (hình 3). Vì thế việc chữa lại một mẫu mô của thuỷ giáp, nơi nó bám vào khí quản, sẽ tránh làm tổn thương thần kinh quắc ngược ở đoạn này. Mẫu mô được chữa lại này còn được gọi là “mẫu mô khôn ngoan”.



Hình 3- Thần kinh quắc ngược đi vào cơ nhẫn giáp ở ngang mức sụn nhẫn, sau khi xuyên qua dây chằng Berry

Để nhận định và chừa lại các tuyến phó giáp, cần biết rõ hình dáng và vị trí giải phẫu của chúng.

Tuyến phó giáp trên thường nằm ở mặt sau thuỷ giáp, ở mức ngang với nơi thàn kinh quặc ngược đi vào cơ nhẫn giáp. Tuyến phó giáp dưới thường nằm ở phía trước thàn kinh quặc ngược, nơi thàn kinh quặc ngược bắt chéo động mạch giáp dưới (hình 4). Các tuyến phó giáp có hình dáng và kích thước của một “hạt lúa đập dẹp”, có màu vàng hơi nâu.



Hình 4-Tuyến phó giáp trên ở vị trí ngang với nơi thàn kinh quặc ngược đi vào cơ nhẫn giáp (ngang mức sụn nhẫn), còn tuyến phó giáp dưới ở phía trước thàn kinh quặc ngược, nơi thàn kinh quặc ngược bắt chéo động mạch giáp dưới.

Do mỗi tuyến phó giáp đều có nhánh mạch máu nuôi riêng biệt, việc kẹp cắt các nhánh mạch máu ở phần thân và cực dưới thuỷ giáp có thể làm thiếu máu tuyến phó giáp. Vì vậy, chỉ kẹp cắt thuỷ giáp (ở phần thân và cực dưới) ở sát bao xơ thuỷ giáp, bằng dụng cụ kẹp mạch máu có càng kẹp nhỏ như mosquito.

Hội chứng suy cận giáp chỉ xảy ra khi có hơn hai tuyến cận giáp bị tổn thương. Vì vậy, nếu việc cắt một thuỷ giáp không cho một bảo đảm về sự nguyên vẹn của các tuyến phó giáp của thuỷ bên đó, trong trường hợp phải cắt tiếp thuỷ giáp còn lại, nhất thiết không nên cắt trọn thuỷ đó.

Cuối cùng, mô giáp được chừa lại chỉ nên là mô giáp bình thường ở hai thuỷ giáp. Trong tất cả các trường hợp phẫu thuật tuyến giáp, eo giáp nên được cắt bỏ. Sự phì đại bù trừ của eo giáp sau mổ sẽ làm cho BN lâm tưởng là nhân giáp tái phát.

BUỚU GIÁP ĐƠN NHÂN

1-Đại cương:

Khi kiểm tra tuyến giáp ở một người khoẻ mạnh bằng siêu âm, nhân giáp được phát hiện ở 19-64% các trường hợp. Chỉ ½ nhân giáp phát hiện trên siêu âm sờ được trên lâm sàng.

Khi một nhân giáp được phát hiện, khả năng ung thư là 5%.

Các yếu tố nghi ngờ ung thư giáp trên BN có bứou giáp đơn nhân:

- o Tuổi trên 60 hay dưới 20
- o Nam giới
- o Tiền căn chiếu xạ vùng cổ
- o Gia đình có người thân bị ung thư giáp hay bệnh đa polyp (hội chứng Garner)
- o Nhân phát triển nhanh

Các nhân giáp được phân loại dựa theo bảng dưới đây (bảng 1):

<i>Adenoma:</i> Macrofollicular (keo) adenoma Microfollicular adenoma Trabecular adenoma Hurthle cell adenoma Adenoma không điển hình Adenoma với nhú Adenoma té bào nhẵn <i>Ung thư</i> <i>Carcinoma:</i> Papillary carcinoma Follicular carcinoma	<i>Medulary carcinoma</i> <i>Anaplastic carcinoma</i> <i>Lymphoma</i> <i>Di căn từ nơi khác</i> <i>Nang:</i> Nang đơn thuần Nang hỗn hợp (xuất huyết, hoại tử) <i>Viêm giáp:</i> Viêm giáp bán cấp Viêm giáp lympho bào mẫn Bệnh mô hạt
--	---

Bảng 1- Phân loại nhân giáp

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Nhân giáp thường được phát hiện tình cờ bởi BN, bác sĩ (khi thăm khám vì các bệnh lý khác) hay khi siêu âm vùng cổ.

Hầu hết các trường hợp BN không có triệu chứng gì khác. Trong 1% các trường hợp, BN có hội chứng cường giáp.

Khi khám nhân giáp cần chú ý:

- o Khai thác tiền căn bản thân và gia đình
- o Đánh giá mật độ, độ di động của nhân giáp
- o Sờ hạch cổ cùng bên
- o Dấu hiệu xâm lấn vào các cấu trúc xung quanh: khàn tiếng, khó thở, khó nuốt...
- o Nhân thường không đau. Nếu đau cấp tính, nguyên nhân thường là do xuất huyết trong nang.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Siêu âm:

- Xác định kích thước, mật độ của nhân
- Xác định có hạch cỗ
- Các nhân đặc, nhân hỗn hợp, nhân có vôi hoá bên trong có nhiều khả năng là ung thư.

2.2.2-TSH, FT₄, FT₃:

- Bình thường trong hầu hết các trường hợp.
- TSH giảm thấp, FT3 và FT4 tăng: nhân độc tuyến giáp.
- TSH tăng, FT3 và FT4 giảm: viêm giáp mãn.

2.2.3-Chọc hút sinh thiết (FNA):

Là phương pháp chẩn đoán đơn giản nhưng có độ chính xác cao.

Được xem là phương tiện chẩn đoán đầu tay ở BN có bướu đơn nhân giáp.

FNA không phân biệt được follicular carcinoma và follicular adenoma. Chẩn đoán ác tính dựa trên tiêu chuẩn có xâm lấn vỏ bao và thành mạch thường không được quan sát trên mẫu tế bào học của FNA.

Kết quả FNA:

- Lành tính (khả năng ác tính 0%):
 - Nang giáp
 - Viêm giáp
 - Macrofollicular adenoma
- Ung thư giáp (khả năng ác tính 100%)
- Không xác định (khả năng ác tính 20%):
 - Microfollicular adenoma
 - Hurthle cell adenoma
 - Trabecular adenoma

2.2.4-Xạ hình tuyến giáp:

Được chỉ định trong trường hợp BN có hội chứng cường giáp

Có hai khả năng:

- Nhân nóng (nhân độc tuyến giáp)
- Nhân lạnh, mô tuyến giáp ngoài nhân tăng bất phỏng xạ

Nhân lạnh có nhiều khả năng ác tính (tỉ lệ ác tính 12-15%). Nhân nóng hầu như không bao giờ là ung thư.

3-Điều trị:

3.1-Nguyên tắc:

- Nếu nhân độc tuyến giáp: phẫu thuật.
- Nếu bình giáp, thái độ xử trí dựa vào kết quả FNA:

- Ung thư giáp: phẫu thuật.
- Follicular adenoma: phẫu thuật.
- Nang giáp: chọc hút, thuốc ức chế tuyến giáp, phẫu thuật.
- Không xác định: theo dõi tái khám sau 6 tháng, sinh thiết lạnh hay phẫu thuật nếu có các yếu tố nghi ngờ.

3.2-Phẫu thuật:

Chỉ định:

- FNA cho kết quả ung thư giáp
- FNA cho kết quả follicular adenoma
- FNA cho kết quả không xác định, BN có yếu tố nghi ngờ ung thư
- BN có yếu tố nghi ngờ ung thư, ngay cả khi FNA lành tính.
- Nang giáp tái phát sau chọc hút
- Nhân độc tuyến giáp
- Có dấu hiệu chèn ép cơ học
- Thảm mĩ

Phương pháp:

- Ung thư giáp: có bài riêng
- Các trường hợp khác: cắt trọn thuỷ có nhân. Cắt bán phần thuỷ không được nhiều phẫu thuật viễn chấn nhận.

Biến chứng sau mổ:

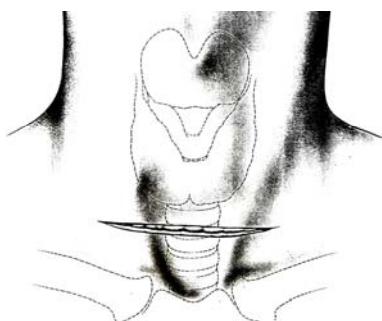
- Chảy máu, chèn ép gây khó thở
- Cơn bão giáp
- Khàn tiếng do tổn thương thần kinh quặt ngược
- Co giật do hạ can-xi huyết tương do tổn thương các tuyến cận giáp

3.3-Các phương pháp khác:

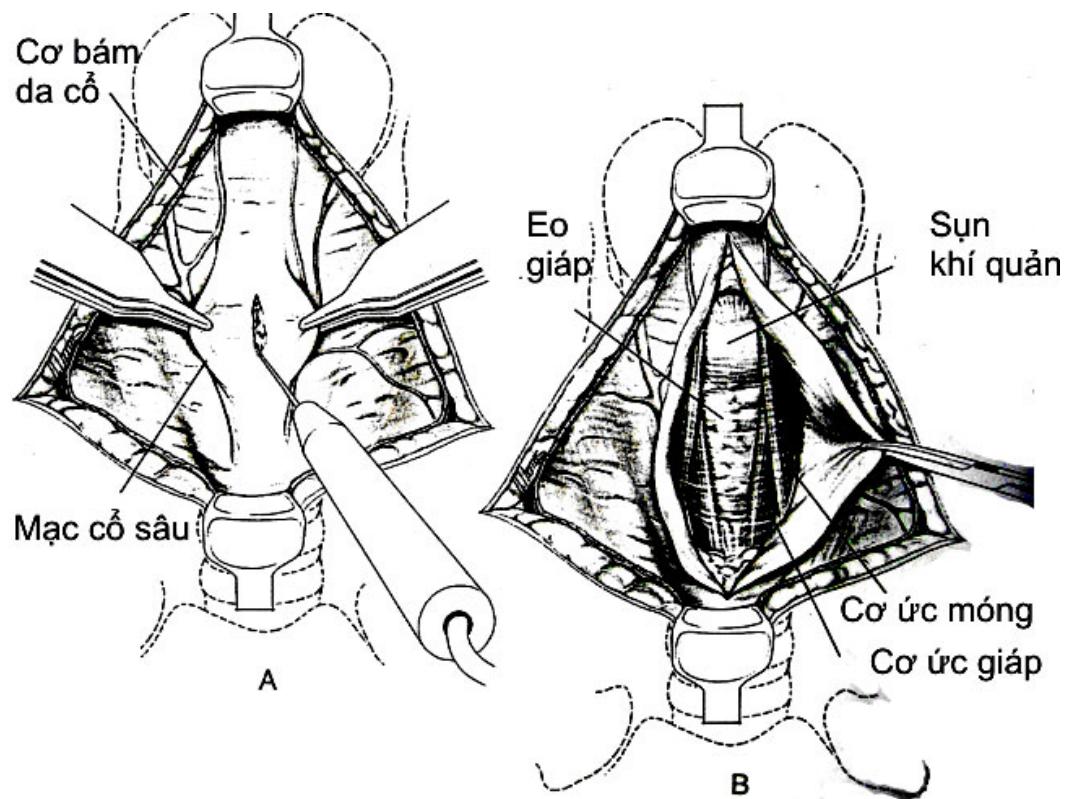
Ức chế nhân giáp bằng chế phẩm của hormone tuyến giáp (levothyroxin).

Iod đồng vị phóng xạ (I^{131}): là phương pháp được chọn lựa kế tiếp (sau phẫu thuật) đối với nhân độc tuyến giáp.

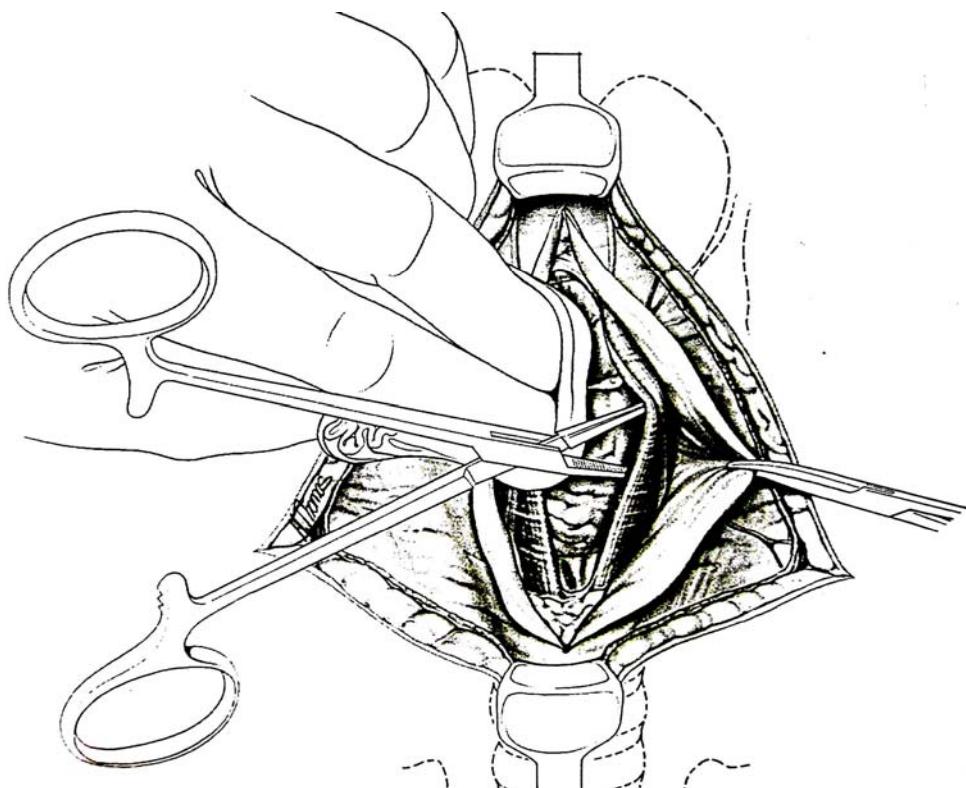
4-Phẫu thuật cắt thuỷ giáp:



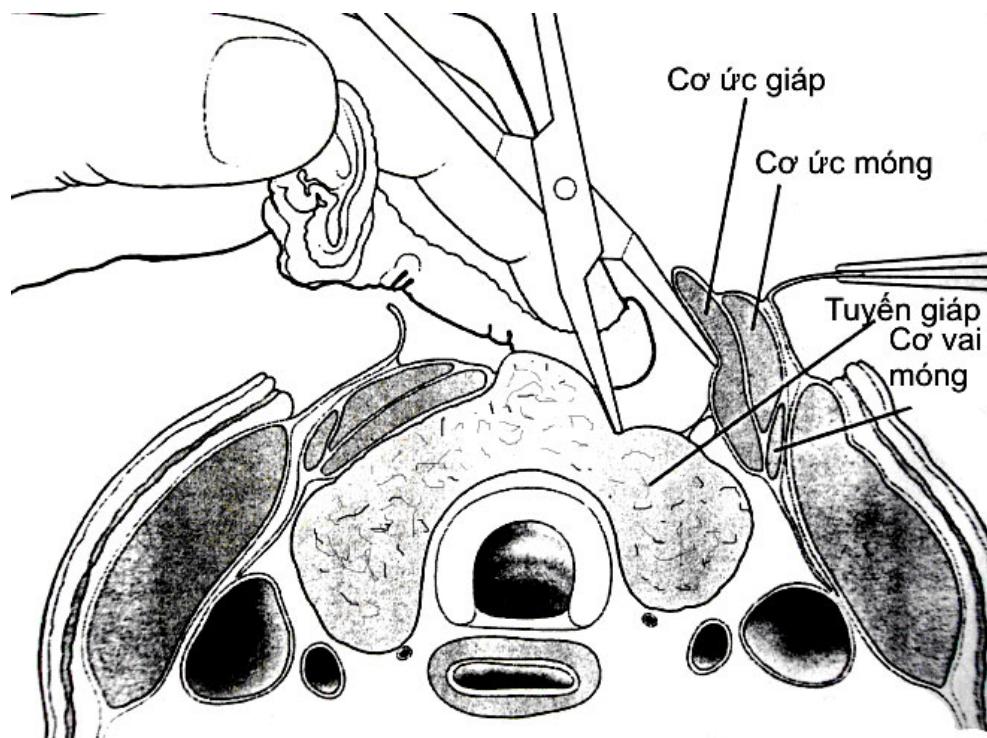
1-Đường rạch da theo nếp cổ, trên hõm úc hai khoát ngón tay, giữa hai cơ úc đòn chũm hai bên.



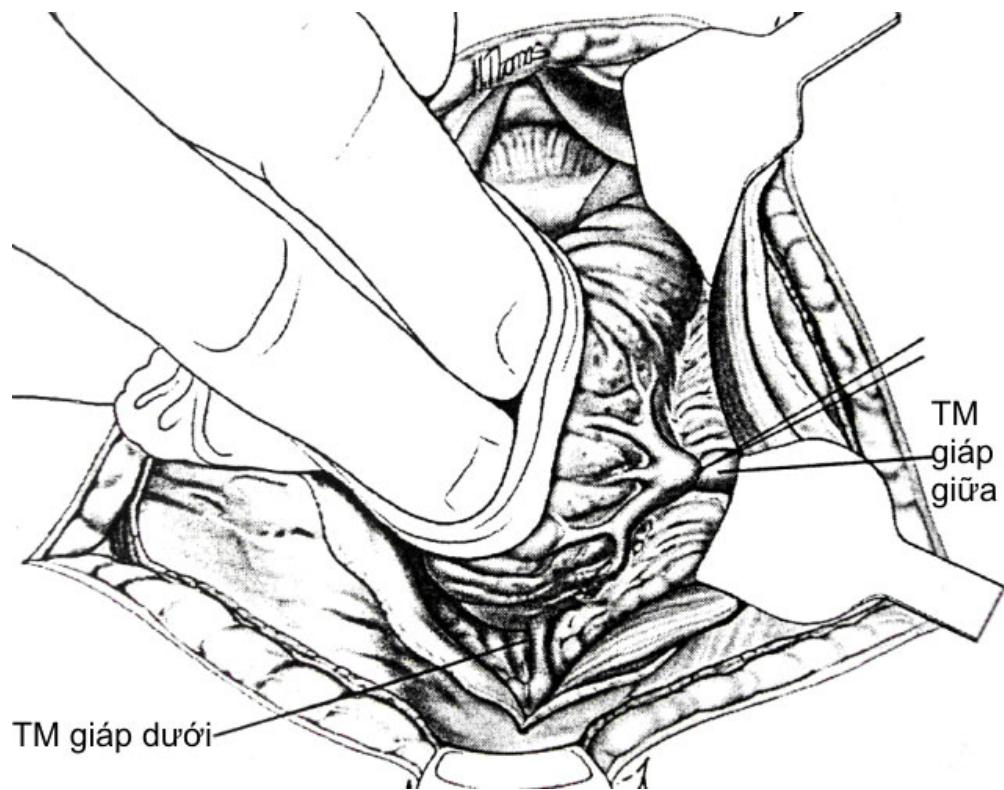
2-Sau khi tách hai vạt da trong mặt phẳng bên dưới cơ bám da cổ (platysma), mạc cổ sâu được rạch trên đường giữa, bộc lộ eo giáp trên sụn khí quản.



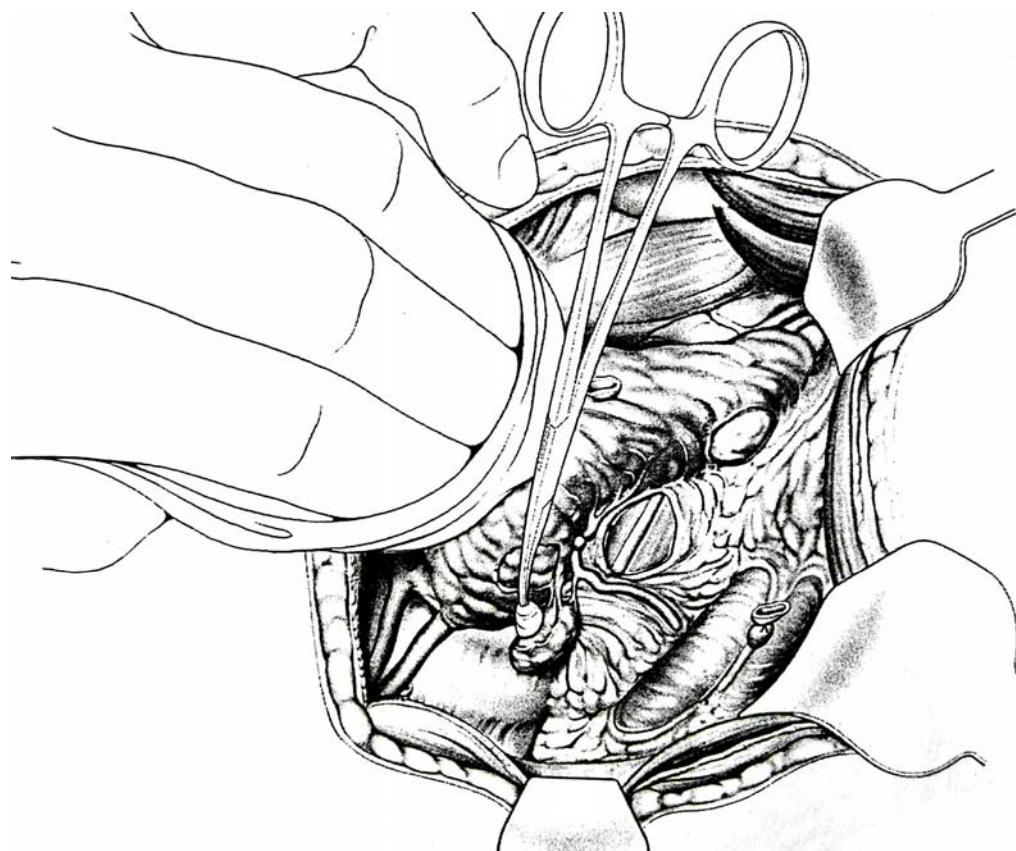
3-Các cơ cổ trước được tách ra khỏi mặt trước thuỷ giáp.



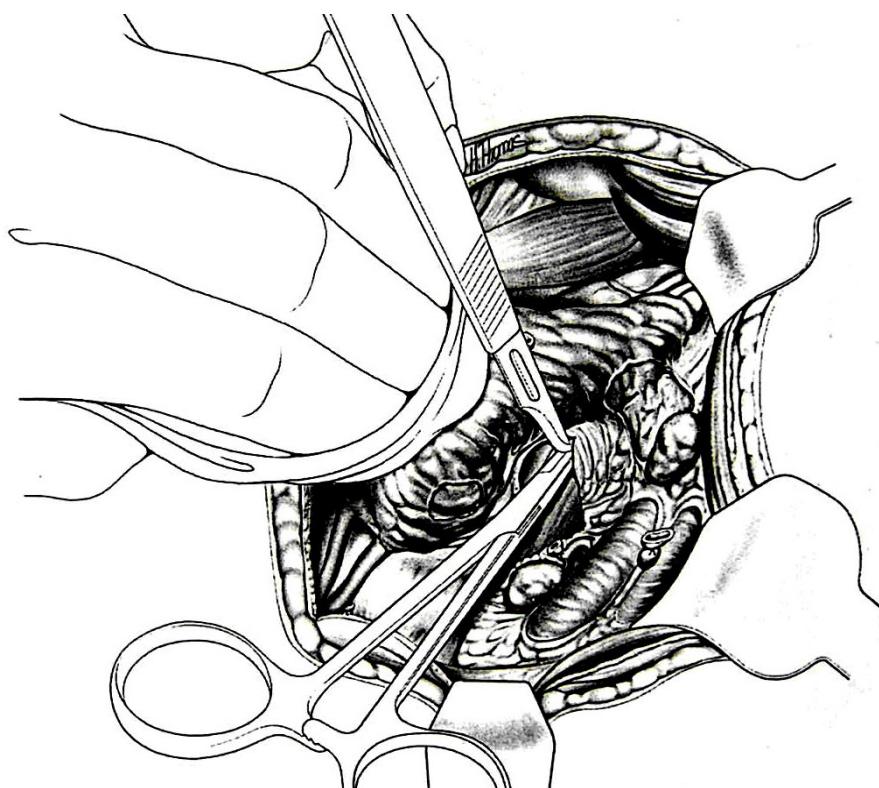
4-Thiết đồ cắt ngang mô tả quá trình bóc tách các cơ cổ trước ra khỏi mặt trước thuỷ giáp.



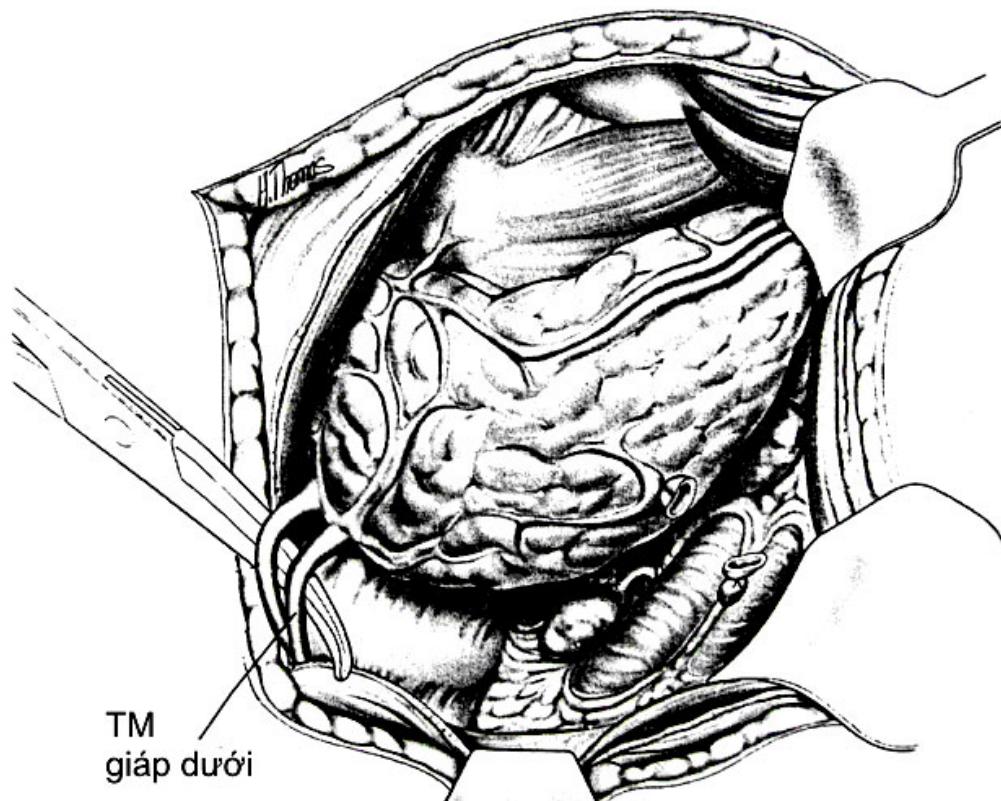
5-Tĩnh mạch giáp giữa được tìm, buộc và cắt ngang. Việc cắt ngang tĩnh mạch giáp giữa cho phép nâng thuỷ giáp lên và lật về giữa cổ.



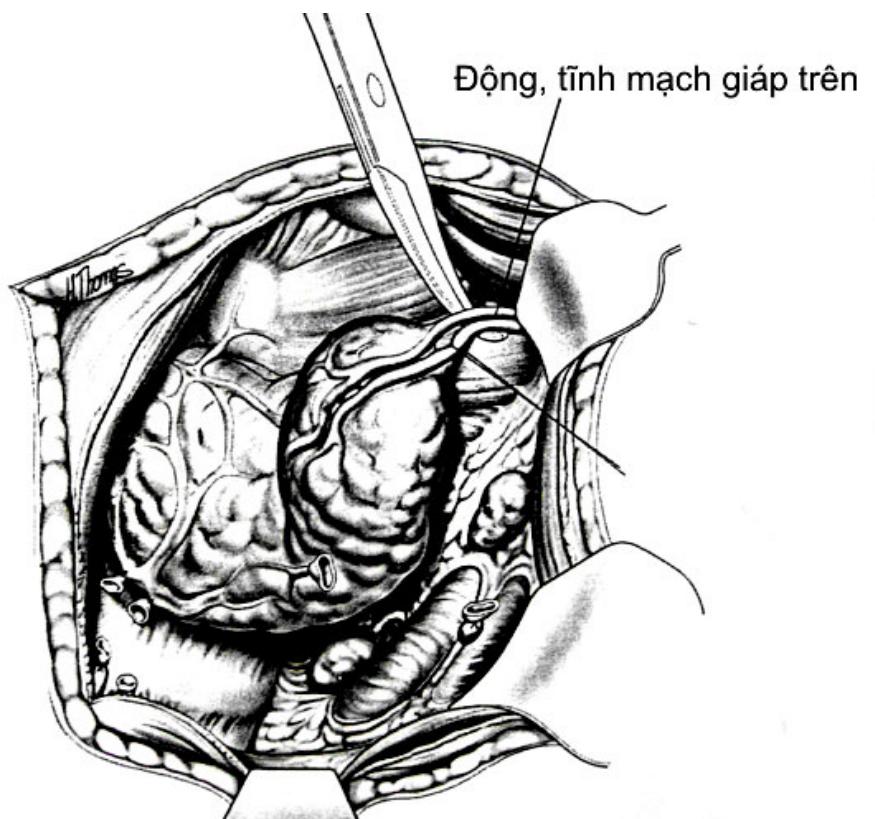
6-Tuyến cận giáp dưới, cùng cuống mạch nuôi, được tách ra khỏi thuỷ giáp và được giữ lại. Tiến hành tương tự đối với tuyến cận giáp trên.



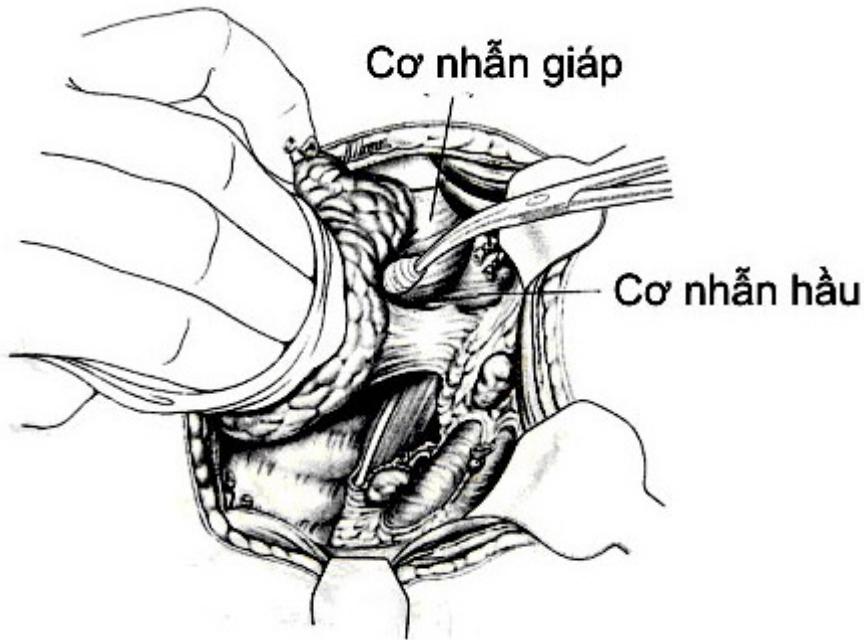
7-Thần kinh quắc ngược được bóc tách dọc theo đường đi của nó.



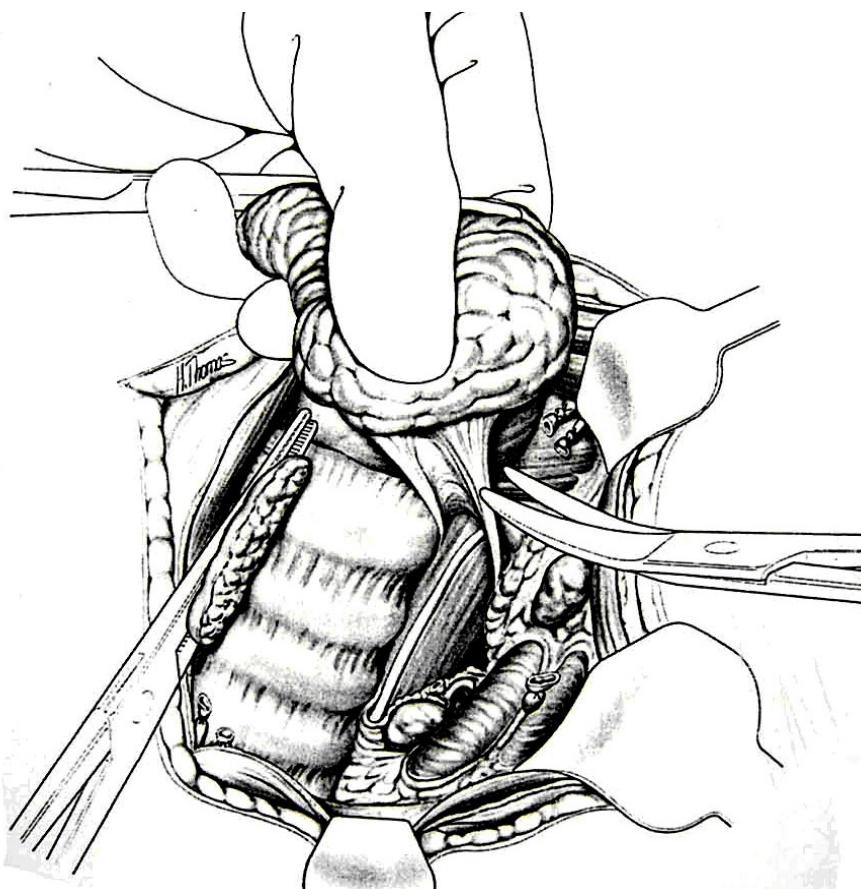
8-Tĩnh mạch giáp dưới được buộc và cắt, cực dưới thuỷ giáp được tách ra khỏi khí quản.



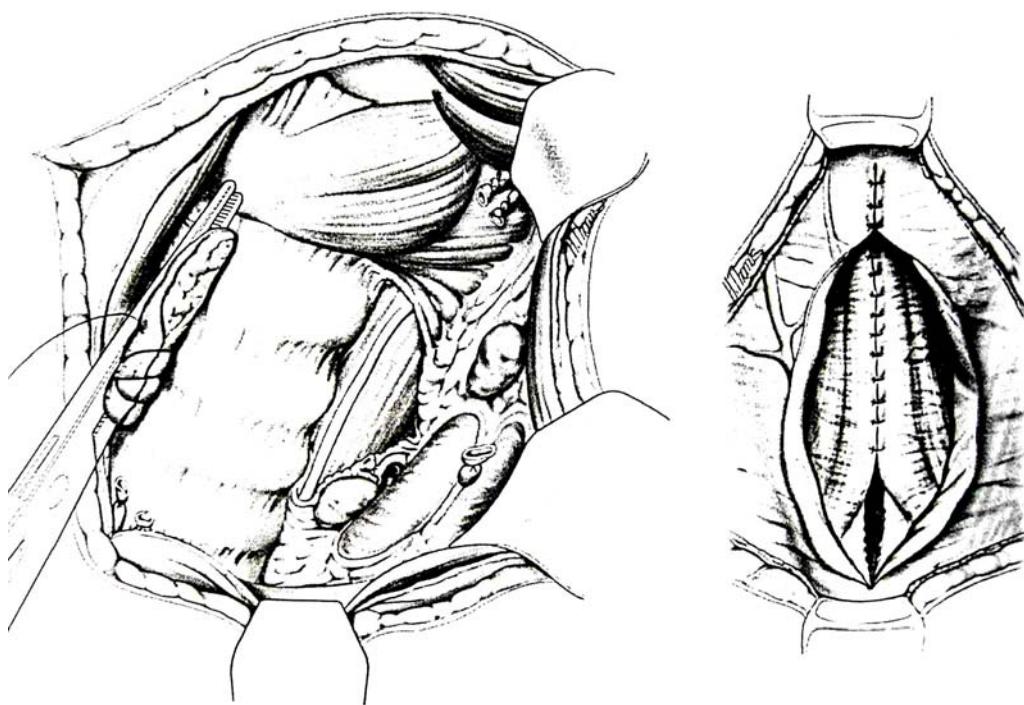
9-Bó mạch giáp trên được buộc và cắt sát nơi đổ vào cực trên thuỷ giáp để tránh phạm phải nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên.



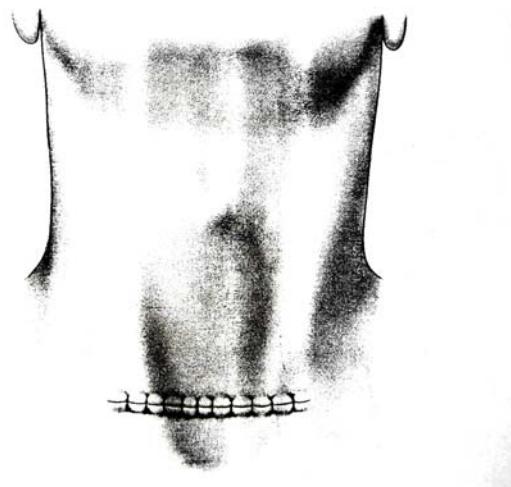
10-Cực trên thuỷ giáp giờ được di động hoàn toàn. Chú ý không phạm phải cơ nhẫn giáp và nhẫn hầu để tránh làm tổn thương nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên.



11-Cắt các dây chằng treo tuyến giáp vào khí quản. Đây là bước nguy hiểm nhất vì có thể phạm phải thần kinh quắc ngược nơi nó đi xuyên qua màng nhẫn giáp.



12-Mỏm cắt eo giáp được khâu cầm máu. Vết mổ được khâu đóng từng lớp



13-Việc đặt dẫn lưu có thể được thực hiện hoặc không. Da được khâu bằng chỉ nylon 4-0.

BỆNH BASEDOW

1-Đại cương:

1.1-Đại cương về hội chứng cường giáp (nhiễm độc giáp):

Hội chứng cường giáp được định nghĩa là tình trạng tăng chuyển hoá, hậu quả của sự tăng nồng độ T₄ hay T₃ hay cả hai, thứ phát từ sự tăng hoạt chức năng của tuyến giáp.

Cần phân biệt hội chứng cường giáp với hội chứng nhiễm độc giáp. BN bị nhiễm độc giáp không nhất thiết phải có sự tăng hoạt chức năng của tuyến giáp, thí dụ như BN sử dụng chế phẩm tổng hợp của hormone tuyến giáp (levothyroxin) hay ăn phải hormone tuyến giáp ngoại sinh (ăn nhầm tuyến giáp của động vật- thyrotoxicosis factilia). Viêm giáp cũng là một thí dụ của nhiễm độc giáp nhưng không có cường giáp.

Trên lâm sàng, hai thuật ngữ cường giáp và nhiễm độc giáp thường được dùng với nghĩa tương đương. Thí dụ khi nói phình giáp nhân nhiễm độc giáp thì người nghe sẽ hiểu là phình giáp nhân kết hợp với hội chứng cường giáp, còn khi nói viêm giáp nhiễm độc giáp thì người nghe sẽ hiểu tình trạng nhiễm độc giáp gây ra do tuyến giáp bị viêm và trong trường hợp này không có hội chứng cường giáp.

Có nhiều nguyên nhân gây ra nhiễm độc giáp. Các nguyên nhân này có thể xuất phát từ tuyến giáp hay từ ngoài tuyến giáp (bảng 1).

<p><i>Bệnh Basedow</i></p> <p><i>Các bệnh lý viêm giáp:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Viêm giáp cấp tính (do vi khuẩn)</i> <i>Viêm giáp bán cấp</i> <i>Viêm giáp hậu sản</i> <p><i>Phình giáp nhân nhiễm độc giáp</i></p> <p><i>Nhân độc tuyến giáp</i></p> <p><i>U bướu:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>U tuyến yên tiết TSH</i> <i>Ung thư giáp di căn</i> <i>Ung thư buồng trứng tiết thyroxin (struma ovarii)</i> 	<p><i>U tế bào nuôi (HCG hoạt hoá receptor TSH)</i></p> <p><i>Tuyến yên kém nhạy với hormone tuyến giáp</i></p> <p><i>Thu nhận hormone giáp ngoại sinh (thyrotoxicosis factilia) hay ăn nhiều iode</i></p> <p><i>Thuốc:</i></p> <p><i>Thuốc chứa iode:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Amiodarone (chứa iode 37%)</i> <i>Thuốc cản quang</i> <p><i>Thuốc gây viêm giáp:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Interferon-alpha</i> <i>Interleukin-2</i> <i>Lithium</i>
--	---

Bảng 1- Các nguyên nhân của hội chứng nhiễm độc giáp

1.2-Đại cương về bệnh Basedow:

Bệnh Basedow (còn gọi là bệnh Grave) là bệnh lý phổ biến nhất trong các BN có hội chứng cường giáp. Trên thế giới, khoảng 60% BN cường giáp bị Basedow.

Cùng với bệnh Hashimoto, bệnh Basedow được xếp vào bệnh lý tuyến giáp do nguyên nhân tự miễn. Trong huyết tương của BN bị Basedow có lưu hành các kháng thể kháng lại các kháng nguyên của tuyến giáp. Trong bệnh Basedow, phản ứng tự miễn của cơ thể, thông qua lympho bào B và T, nhắm vào bốn kháng nguyên của tuyến giáp, đó là receptor thyrotropin, receptor thyroglobulin, peroxidase (của ty thể) và hệ thống đồng vận chuyển (symporter) natri-iode. Receptor thyrotropin chịu trách nhiệm chính trong cơ chế sinh bệnh của bệnh Basedow. Sự kích thích receptor thyrotropin bởi các thyroid-stimulating immunoglobulin (TSIs) làm cho tuyến giáp trở nên phì đại và các nang giáp tăng tổng hợp hormone tuyến giáp.

Ở một số ít BN Basedow, quá trình tự miễn còn tấn công vào các tuyến khác trong cơ thể. Những BN này mắc hội chứng tự miễn đa tuyến (autoimmune polyglandular syndrome).

Trong hội chứng tự miễn đa tuyến, ngoài bệnh Basedow, BN còn bị thiếu máu ác tính, mắt sắc tố tùng mảng ở da (bệnh vitiligo) (hình 1), tiểu đường тип 1, suy tuyến thượng thận và lupus ban đỏ toàn thân.



Hình 1- Bệnh vitiligo trong hội chứng tự miễn đa tuyến



Hình 2- Bệnh lý mắt trong bệnh Basedow

Về mặt tàn suất, bệnh Basedow có các đặc điểm sau đây:

- Hầu hết BN là phụ nữ (tỉ lệ nữ/nam bằng 8/1).
- Độ tuổi có thể mắc bệnh là trong khoảng 20-60 tuổi. Độ tuổi mắc bệnh phổ biến nhất là 30-40.
- Nữ giới có tàn suất bị bệnh lý mắt nhiều hơn nam giới. Tuy nhiên, bệnh lý mắt mức độ nặng (có thể gây tổn thương giác mạc và dây thần kinh thị giác) lại xảy ra ở nam nhiều hơn là ở nữ.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Các triệu chứng lâm sàng của bệnh Basedow có thể khởi phát từ từ hay đột ngột. Triệu chứng khởi phát đột ngột thường xuất hiện sau các biến cố “kích hoạt” như chấn thương tuyến giáp (phẫu thuật tuyến giáp, chọc hút hay chích alcohol vào nang tuyến giáp, hoại tử một adenoma của tuyến giáp...) hay sau khi BN được điều trị với interferon và interleukin.

Chẩn đoán lâm sàng bệnh Basedow dựa vào:

- Tuyến giáp phì đại lan tỏa. Khi sờ nắn, bướu có mật độ mềm, bề mặt phẳng, có rung miu. Khi nghe, bướu có âm thổi. Hiếm khi, bệnh Basedow xuất hiện trên nền bướu nhau (đơn nhân hay đa nhân).
- Hội chứng nhiễm độc giáp:
 - Hồi hộp, đánh trống ngực, nhịp nhanh thất, rung nhĩ, suy tim (cung lượng cao), cơn đau thắt ngực
 - Đổ mồ hôi, sụt cân, sợ nóng, mất ngủ
 - Run tay, yếu cơ, loãng xương
 - Rung tóc
 - Rối loạn kinh nguyệt
 - Tiêu chảy
 - Nóng nảy, bức rút
 - Liệt chu kỳ do hạ kali huyết tương

- Bệnh lý mắt:
 - Lồi mắt
 - Mát đồng vận mi trên-nhãn cầu
 - Mí trên bị co rút
 - Nhìn đôi (tổn thương thần kinh vận nhãn)
 - Suy giảm thị lực (tổn thương thần kinh thị giác)
- Phù niêm trước xương chày
- Bệnh lý bàn tay (acropachy): phì đại mô mềm và khớp ngón tay, ngón tay dùi trống.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

Siêu âm: tuyén giáp tăng kích thước, mật độ đều, tăng sinh mạch máu.

Xạ hình: toàn bộ tuyén giáp tăng bắt phóng xạ.

Chức năng tuyén giáp: TSH giảm thấp hay bằng 0, FT₄ tăng, FT₃ tăng. Đôi khi FT₄ bình thường, FT₃ tăng (cường giáp T₃) hoặc chỉ có TSH giảm, còn FT₄ và FT₃ bình thường (cường giáp dưới lâm sàng).

Xét nghiệm tìm kháng thể của receptor thyrotropin (TSIs) luôn cho kết quả dương tính. Sự hiện diện của TSIs khẳng định chẩn đoán bệnh Basedow.

Các kháng thể khác như kháng thể kháng thyroglobulin, kháng thể kháng ty thể, kháng thể kháng hệ thống đồng vận chuyển natri-iodine cũng có thể hiện diện. Sự hiện diện của các kháng thể này chứng minh bản chất tự miễn của bệnh Basedow.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Cần chẩn đoán phân biệt bệnh Basedow với tất cả các bệnh lý có hội chứng cường giáp khác. Để chẩn đoán phân biệt, cần chú ý đến: hình thể của tuyén giáp, xét nghiệm chức năng tuyén giáp, xạ hình tuyén giáp (bảng 2) và các xét nghiệm miễn dịch.

Các bệnh lý cần được chẩn đoán phân biệt với bệnh Basedow:

- Viêm giáp Hashimoto: trong giai đoạn đầu, BN bị viêm giáp Hashimoto có thể có tình trạng nghiêm độc giáp. Khi thăm khám, tuyén giáp cũng phì đại lan toả nhưng có mật độ chắc và bề mặt không đều. Các xét nghiệm miễn dịch cho thấy có sự hiện diện của kháng thể kháng ty thể trong 95% các trường hợp. Kháng thể kháng thyroglobulin cũng hiện diện nhưng với một tỉ lệ thấp hơn. Cuối cùng, chẩn đoán bệnh Hashimoto sẽ được khẳng định bằng kết quả mô học (mẫu mô lấy được từ chọc hút sinh thiết bằng kim nhỏ). Kết quả mô học của bệnh Hashimoto cho thấy có sự thâm nhập của các lympho bào và tương bào, sự thành lập các nang lympho bào và sự phá huỷ màng đáy của nang giáp.
- Viêm giáp bán cấp: triệu chứng viêm đường hô hấp trên, đau cổ, tuyén giáp giảm bắt phóng xạ.
- Bướu giáp đa nhân, nhiễm độc giáp: BN lớn tuổi, không lồi mắt hay phù niêm, nhân nóng trên xạ hình tuyén giáp.
- Nhân độc tuyén giáp: BN có bướu giáp đơn nhân kèm nhiễm độc giáp. Trên xạ hình, nhân giáp này tăng bắt phóng xạ (nhân nóng).

- o Cường giáp do thuốc: khi thắc kỹ bệnh sử sẽ thấy BN được chỉ định quá liều levothyroxin, BN dùng thực phẩm hay các loại thuốc chứa nhiều iod (thuốc cản quang, amiodaron).
- o U tuyến yên: TSH, FT₃ và FT₄ tăng, triệu chứng của sự thiếu hụt hormone tuyến yên khác, dấu hiệu chèn ép...

Bệnh lý	TSH	FT ₃ ,FT ₄	Sự bắt phóng xạ của tuyến giáp
Bệnh Basedow	Giảm	Tăng	Tăng
Phình giáp nhân nhiễm độc giáp	Giảm	Tăng	Tăng
Nhân độc tuyến giáp	Giảm	Tăng	Tăng
Viêm giáp bán cấp, giai đoạn nhiễm độc giáp	Giảm	Tăng	Giảm
Ung thư giáp di căn	Giảm	Tăng	Giảm
Ăn nhiều iode	Thay đổi	Tăng	Thay đổi
Thyrotoxicosis factitia	Giảm	Tăng	Giảm
U tuyến yên tiết TSH	Tăng	Tăng	Tăng
Tuyến yên kém nhạy với hormone tuyến giáp	Tăng	Tăng	Tăng
U tế bào nuôi	Giảm	Tăng	Giảm
Struma ovarii	Giảm	Tăng	Giảm

Bảng 2- Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân của hội chứng cường giáp dựa vào kết quả xét nghiệm chức năng tuyến giáp và xạ hình tuyến giáp

3-Điều trị:

3.1-Huỷ tuyến giáp bằng I¹³¹:

Sử dụng I¹³¹ để điều trị bệnh Basedow là biện pháp điều trị được chọn lựa trước tiên (ở Hoa Kỳ). Phương pháp này chống chỉ định đối với thai phụ.

Để phòng ngừa cơn bão giáp xảy ra, có thể điều trị trước với thuốc kháng giáp, đặc biệt đối với các bướu giáp lớn hay BN có bệnh lý về tim mạch.

Chú ý ngưng thuốc kháng giáp 2-3 ngày trước khi bắt đầu điều trị bằng I¹³¹.

Liều sử dụng 5-15 mCi. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp sẽ trở về bình thường sau 6-8 tuần. Nếu sau 6-12 tháng mà chức năng tuyến giáp chưa cải thiện, tiến hành đợt điều trị thứ nhì.

Nhược giáp có thể xảy ra thoáng qua trong 2 tháng đầu. Do đó nếu triệu chứng không đáng kể thì chưa nên cho levothyroxin để cho tuyến giáp phục hồi. Nhược giáp vĩnh viễn có thể xảy ra, tỉ lệ tùy thuộc vào liều lượng phóng xạ sử dụng. Nhược giáp vĩnh viễn được điều trị thay thế bằng levothyroxin.

Cơn bão giáp là biến chứng có thể xảy ra. Điều trị cơn bão giáp bằng thuốc kháng giáp có thể làm giảm hiệu quả điều trị của I¹³¹.

3.2-Thuốc kháng giáp:

Có hai chế phẩm thường được chỉ định là propylthiouracil (PTU) và methimazole. Hai loại thuốc này có tác dụng ngăn chặn sự tổng hợp của hormone tuyến giáp. Riêng propylthiouracil ức chế sự chuyển T₄ thành T₃ ở ngoại biên.

Thuốc có thể kiểm soát triệu chứng cường giáp nhanh chóng.

Liều: khởi đầu: 300-400 mg/ngày (chia 3 lần), duy trì (khi BN đã bình giáp): 100-200 mg/ngày.

Có thể dùng phối hợp với thuốc block-beta (không chọn lọc: propranolol; chọn lọc beta-1: atenolol, metoprolol). Liều propranolol khởi đầu 10mg x 4 lần/ngày, tăng dần đến khi triệu chứng được kiểm soát, liều duy trì 40 mg x 4 lần/ngày.

Thời gian điều trị: 1-2 năm.

Tỉ lệ tái phát sau khi ngưng thuốc có thể lên đến 50%.

Tác dụng phụ:

- Giảm bạch cầu hạt: là tác dụng phụ đáng ngại nhất (xảy ra với tỉ lệ 0,2-0,5%)
- Viêm gan: thường nhẹ, biểu hiện bằng tăng men gan.
- Tăng nguy cơ chảy máu, do thuốc có tác dụng kháng vitamin K.
- Phản ứng dị ứng

Chống chỉ định: có thai, đang cho con bú, nhạy cảm với thuốc

3.3-Phẫu thuật:

3.3.1-Chỉ định:

- BN chống chỉ định dùng thuốc kháng giáp hay I¹³¹
- BN không chấp nhận điều trị bằng I¹³¹
- BN không đáp ứng hay tái phát hay có tác dụng phụ khi điều trị bằng thuốc kháng giáp
- Bướu to hay có dấu hiệu chèn ép

3.3.2-Chuẩn bị trước mổ:

Điều trị nội khoa với thuốc kháng giáp (có thể kết hợp với block-beta hay không) trong khoảng 6 tuần để BN trở về trạng thái bình giáp.

Cho BN uống dung dịch Lugol hay SSKI (30 mg iod /ngày x 7-10 ngày trước mổ).

3.3.3-Phương pháp phẫu thuật:

Cắt bán phần tuyến giáp, chừa lại một mẩu mô giáp ở mặt sau mỗi thùy. Phương pháp này làm giảm nguy cơ nhược giáp sau mổ nhưng bệnh có nguy cơ tái phát. Tỉ lệ tái phát, tuy nhiên, ít có liên quan đến khối lượng mẩu mô giáp chừa lại.

Cắt gần trọn hay trọn tuyến giáp: nguy cơ tái phát thấp nhưng nguy cơ nhược giáp vĩnh viễn cao. Đa số phẫu thuật viên chọn phương pháp này. Điều trị nhược giáp vĩnh viễn (bằng levothyroxin) dễ dàng hơn so với điều trị bệnh Basedow tái phát.

Khối lượng mô giáp chừa lại tốt nhất là 4-5 gm (khoảng 20% khối lượng bình thường của tuyến giáp).

3.3.4-Biến chứng:

Chảy máu, suy hô hấp do chèn ép khí quản là các biến chứng thường xảy ra nhất.

Cơn bão giáp là biến chứng đáng ngại nhất khi phẫu thuật BN bị Basedow. Nguy cơ xảy ra cơn bão giáp sẽ thấp khi BN bị Basedow được điều trị trở về bình giáp trước khi phẫu thuật.

Tồn thương thần kinh quắc ngược và nhược nồng tuyến cận giáp: nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm, hai biến chứng này có tỉ lệ rất thấp (dưới 1%). Cắt tuyến giáp gần trọn hay trọn có tỉ lệ tồn thương thần kinh quắc ngược và suy cận giáp cao hơn cắt tuyến giáp bán phần.

4-Chẩn đoán và điều trị cơn bão giáp:

4.1-Nguyên nhân:

- Bệnh Basedow, chưa được chẩn đoán và điều trị trước đó, diễn tiến nặng thêm, dẫn đến cơn bão giáp khi gặp các yếu tố thuận lợi (nhiễm trùng, chấn thương, sang chấn về tâm lý...).
- Phẫu thuật BN Basedow chưa ổn định.
- BN đang được điều trị các bệnh lý tuyến giáp bằng iod đồng vị phóng xạ.

4.2-Chẩn đoán:

Nghĩ đến cơn bão giáp khi BN có một hay nhiều dấu hiệu sau (kết hợp với các yếu tố thuận lợi):

- Mạch tăng rất nhanh (trên 120 lần/phút)
- Sốt cao (trên 40°C)
- Đau bụng, nôn mửa, tiêu chảy
- Run giật
- Rối loạn tri giác (kích động hay mê sảng)
- Hội chứng suy các cơ quan nội tạng:
 - Gan (vàng da, men gan tăng)
 - Thận (thiểu niệu, tăng urê huyết tương)
 - Tim (suy tim cấp)

Chẩn đoán sẽ được khẳng định khi có kết quả xét nghiệm (nồng độ hormone tuyến giáp tăng cao). Tuy nhiên, không chờ đến lúc có kết quả xét nghiệm mới tiến hành điều trị.

4.3-Điều trị:

Cơn bão giáp không được điều trị có tỉ lệ tử vong 100%.

Cần triển khai điều trị sớm, ngay sau khi nghi ngờ BN có cơn bão giáp.

Mục tiêu chính:

- Ổn định hệ tim mạch, giảm thiểu nguy cơ xảy ra biến chứng trên hệ tim mạch (nhịp nhanh kịch phát, suy tim cấp, nhồi máu cơ tim cấp).
- Giảm thiểu nồng độ hormone tuyến giáp lưu hành trong máu..

Nội dung:

- Propranolol: 20-200 mg mỗi 6 giờ qua đường dạ dày. Nếu BN nôn mửa: TTM 1mg/phút (không quá 10 mg), lặp lại sau 6 giờ. Ngoài tác dụng ổn định nhịp tim, propranolol còn ức chế sự chuyển T_4 thành T_3 ở ngoại biên.
- PTU: 200 mg mỗi 6 giờ, qua đường uống hay đường trực tràng
- Hạ sốt: lau mát, mền lạnh.... Có thể dùng acetaminophene. Chống chỉ định dùng aspirin để hạ sốt.
- Iode liều cao (SSKI) có thể được chỉ định sau 1 giờ kể từ lúc cho liều PTU đầu tiên.
- Các biện pháp điều trị nâng đỡ khác: thở oxy, truyền dịch, thuốc trợ tim, an thần, các loại vitamin, tăng cường dinh dưỡng...

Phần phụ lục:**GIÁ TRỊ BÌNH THƯỜNG
CỦA CÁC XÉT NGHIỆM**

Xét nghiệm	Đơn vị hiện hành	Đơn vị SI
Công thức máu		
Hồng cầu:		
Số lượng:		
Nam	4,5-5,7 x 10 ⁶ /µL	4,5-5,7 x 10 ¹² /L
Nữ	3,9-5 x 10 ⁶ /µL	3,9-5 x 10 ¹² /L
Hemoglobin:		
Nam	13,8-17,2 g/dL	8,56-10,70 mmol/L
Nữ	12,1-15,1 g/dL	7,5-9,36 mmol/L
Hct:		
Nam	40,7-50,3%	0,407-0,503
Nữ	36,1-44,3%	0,361-0,443
HC mạng	0,5-1,5%	0,005-0,015
Bạch cầu		
Toàn bộ	3,8-9,8 x 10 ³ / µL	3,8-9,8 x 10 ⁹ / L
Lymphocyte	1,2-3,3 x 10 ³ / µL	1,2-3,3 x 10 ⁹ / L
Đơn nhân	0,2-0,7 x 10 ³ / µL	0,2-0,7 x 10 ⁹ / L
Neutrophil	1,8-6,6 x 10 ³ / µL	1,8-6,6 x 10 ⁹ / L
Tiêu cầu	140-440 x 10 ³ / µL	140-440 x 10 ⁹ / L

Xét nghiệm đông máu-cầm máu

Thời gian chảy máu	2,5-9,5 phút	150-570 giây
Sản phẩm giáng hoá fibrin (FDP)	< 8 µg/mL	< 8 mg/L
Fibrinogen	150-360 mg/dL	1,5-3,6 g/L
aPTT	21-32 giây	21-32 giây
PT	11-13,3 giây	11-13,3 giây
Thời gian thrombin	11,3-18,5 giây	11,3-18,5 giây
d-Dimer	< 250 µg/L	< 250 µg/L

Xét nghiệm sinh hoá máu phổi biến

Albumin	3,6-6 g/dL	36-50 g/L
Áp lực thẩm thấu huyết tương	275-300 mOsm/kg	275-300 mmol/kg
Amonia	9-33 µmol/L	9-33 µmol/L
Bilirubin toàn phần	0,3-1,1 mg/dL	5,13-18,80 µmol/L
Cholesterol:		
Bình thường	< 200 mg/dL	< 5,18 mmol/L
Giới hạn cao	200-239 mg/dL	5,18-6,19 mmol/L
Cao	≤ 240 mg/dL	≤ 6,22 mmol/L

HDL	≥ 35 mg/dL	> 0,91 mmol/L
Creatinine	0,5-1,7 mg/dL	44-150 μ mol/L
Ferritin:		
Nam	20-323 ng/mL	45-727 pmol/L
Nữ	10-383 ng/mL	23-862 pmol/L
Glucose (lúc đói)	65-115 mg/dL	3,58-6,33 mmol/L
Protein (huyết tương)	6,2-8,2 g/dL	62-82 g/L
Tropomin:		
Bình thường	$\leq 0,6$ ng/mL	≤ 60 ng/L
Không xác định	0,7-1,4 ng/mL	70-140 ng/L
Bất thường	$\geq 1,5$ ng/mL	≥ 150 ng/L
Urea nitrogen (BUN)	8-25 mg/dL	2,9-8,9 mmol/L
Uric acid	3-8 mg/dL	179-476 μ mol/L
Vitamin B ₁₂	223-1132 pg/mL	165-835 pmol/L

Enzym (huyết tương)

Amionotransferase:		
Alanine (ALT, SGPT)	7-53 IU/L	0,12-0,88 μ kat/L
Aspartate (AST, SGOT)	11-47 IU/L	0,18-0,78 μ kat/L
Amylase	35-118 IU/L	0,58-1,97 μ kat/L
Creatine kinase:		
Nam	30-220 IU/L	0,50-3,67 μ kat/L
Nữ	20-170 IU/L	0,33-2,83 μ kat/L
MB fraction	0-12 IU/L	0-0,20 μ kat/L
Gamma-glutamyl transpeptidase (GGT):		
Nam	11-50 IU/L	0,18-0,83 μ kat/L
Nữ	7-32 IU/L	0,12-0,53 μ kat/L
Lactate dehydrogenase (LDH)	100-250 IU/L	1,67-4,17 μ kat/L
Lipase	2,3-50,0 IU/L	0,38-8,34 μ kat/L
5'-nucleotidase	2-16 IU/L	0,03-0,27 μ kat/L
Phosphatase acid	0-0,7 IU/L	0-11,6 μ kat/L
Phosphatase, kiềm	38-126 IU/L	0,63-2,1 μ kat/L

Các hormone (huyết tương)

ACTH (lúc đói, 8 giờ sang, nằm ngủ)	< 60 pg/mL	< 13,2 pmol/L
Aldosterone	10-160 ng/L	28-443 mmol/L
Cortisol (huyết tương, buổi sáng)	6-30 μ g/dL	0,16-0,81 μ g/L
PTH (hormone tuyến cận giáp)	10-55 pg/mL	
T ₄	4,5-12 μ g/dL	58-155 nmol/L
FT ₄	0,8-2,7 ng/dL	10,3-34,8 pmol/L
T ₃ -uptake	30-46%	0,3-0,46

T ₃	59-174 ng/dL	0,91-2,7 nmol/L
T ₄ index	1,5-4,5	1,5-4,5
TSH	0,35-6,2 μU/mL	0,35-6,2 mU/L
Vitamin D		
1,25-OH	15-60 pg/mL	36-144 pmol/L
25-OH	10-55 ng/mL	25-137 nmol/L

Các điện giải (huyết tương)

Can-xi toàn phần	8,6-10,3 mg/dL	2,15-2,58 mmol/L
Ca ²⁺	4,5-5,1 mg/dL	1,13-1,28 mmol/L
Cl ⁻	97-110 mEq/L	97-110 mmol/L
K ⁺	3,3-4,9 mEq/L	3,3-4,9 mmol/L
Mg ²⁺	1,3-2,2 mEq/L	0,65-1,1 mmol/L
Na ⁺	135-145 mEq/L	135-145 mmol/L
Phosphate	2,5-4,5 mg/dL	0,81-1,45 mmol/L

Chất đánh dấu ung thư (huyết tương)

CA 15-3	< 32 U/mL	< 32 kU/L
CA 19-9	< 33 U/mL	< 33 kU/L
CA 27.29	< 38 U/mL	< 38 kU/L
CA 125	< 35 U/mL	< 35 kU/L
CEA	< 2,5 ng/mL (người không hút thuốc lá)	< 2,5 μg/L (người không hút thuốc lá)

Xét nghiệm sinh hoá nước tiểu

Amylase	0,04-0,30 IU/phút, 60- 450 U/24giờ	0,67-5 nkat/phút
Creatinine:		
Nam	0,8-1,8 g/ngày	7,1-15,9 mmol/ngày
Nữ	0,6-1,5 g/ngày	5,3-13,3 mmol/ngày
Protein	0-150 mg/ngày	0-0,150 g/ngày
Vanillylmandelic acid (VMA)	< 8 mg/ngày	< 40 μmol/ngày

Phân tích nước tiểu

Màu sắc	Trong, vàng nhạt
Tỉ trọng	1,001-1,035
pH	4,6-8
Protein	Âm tính
Glucose	Âm tính
Ketone	Âm tính
Bilirubin	Âm tính
Nitrite	Âm tính
BC	≤ 5/quang trường tăng sáng
HC	≤ 3/quang trường tăng sáng
Tế bào biểu mô óng thận	≤ 3/quang trường tăng sáng