

YH2.108

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI**

BỆNH HỌC NGOẠI KHOA

(DÙNG ĐỂ ÔN THI SAU ĐẠI HỌC)



**THƯ VIỆN
HUBT**

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI

BỆNH HỌC NGOẠI KHOA

(DÙNG ĐỂ ÔN THI SAU ĐẠI HỌC)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2010



LỜI NÓI ĐẦU

Hàng năm Trường Đại học Y Hà Nội tuyển sinh các đối tượng sau đại học gồm:

Chuyên khoa, Cao học, Nội trú và Nghiên cứu sinh. Để tạo điều kiện thuận lợi cho các thí sinh, nhất là những người ở xa Hà Nội không có khả năng tập trung ôn thi, Bộ môn Ngoại biên soạn quyển "Bệnh học Ngoại khoa" bao gồm toàn bộ chương trình ôn thi của các đối tượng trên. Dựa vào nội dung của các bài này Nhà trường soạn đề thi bao gồm 6 câu hỏi trả lời dài cả chương trình mỗi câu làm trong 30 phút.

Xin chúc các thí sinh đạt kết quả tốt trong kỳ thi tuyển

Trường Đại học Y Hà Nội
Bộ môn Ngoại

MỤC LỤC

Lời nói đầu	3
Mục lục	5
1. Viêm ruột thừa	7
2. Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng	20
3. Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng	34
4. Hẹp môn vị	46
5. Ung thư dạ dày	58
6. Thoát vị nghẹt	62
7. Tắc ruột	75
8. Ung thư đại tràng	92
9. Chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa	102
10. Lồng ruột cấp tính ở trẻ còn bú	116
11. Sỏi ống mật chủ và các biến chứng cấp tính	124
12. Chấn thương và vết thương bụng	137
13. Gãy xương hở	149
14. Gãy đầu dưới xương cánh tay	158
15. Gãy thân hai xương cẳng tay	165
16. Gãy cổ xương đùi	171
17. Gãy thân xương đùi	177
18. Gãy thân xương cẳng chân	185
19. Chấn thương sọ não	191
20. Vết thương sọ não	203
21. Thái độ xử trí trong chấn thương lồng ngực	207
22. Thái độ xử trí trong vết thương mạch máu	221
23. U phì đại lành tính tuyến tiền liệt	230
24. Chấn thương thận	238
25. Đứt niệu đạo	245
26. Biến chứng chính của sỏi niệu quản	252

1. VIÊM RUỘT THỪA

Viêm ruột thừa là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất. Chẩn đoán viêm ruột thừa chủ yếu vẫn dựa vào lâm sàng, mặc dù ngày nay đã có rất nhiều tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh. Nhiều trường hợp chẩn đoán viêm ruột thừa còn muộn khi đã có biến chứng do viêm ruột thừa có rất nhiều thể lâm sàng khác nhau, khó chẩn đoán. Do vậy, trước một trường hợp đau bụng cấp, cần phải thăm khám kỹ lưỡng, theo dõi cẩn thận để chẩn đoán sớm viêm ruột thừa và mổ sớm cho người bệnh. Chẩn đoán sớm và mổ kịp thời viêm ruột thừa là yếu tố quan trọng nhất để tránh các biến chứng nặng nề và tử vong sau mổ.

1. GIẢI PHẪU BỆNH

Trong viêm ruột thừa cấp có 4 thể giải phẫu bệnh tương đương với 4 giai đoạn tiến triển của bệnh.

1.1. Viêm ruột thừa xuất tiết

Kích thước ruột thừa to hơn bình thường, đầu tù; thành phù nề, xung huyết, có nhiều mạch máu cương tụ. Về vi thể, có hiện tượng xâm nhập bạch cầu ở thành ruột thừa, niêm mạc ruột thừa còn nguyên vẹn. Không có phản ứng của phúc mạc.

1.2. Viêm ruột thừa mủ

Ruột thừa sưng to, thành dày, màu đỏ sẫm, đôi khi đầu ruột thừa to lên như hình quả chuông khi các ổ áp xe tập trung ở đầu ruột thừa; có giả mạc bám xung quanh; trong lòng ruột thừa chứa mủ thối. Về vi thể, có nhiều ổ loét ở niêm mạc; có hình ảnh xâm nhập bạch cầu và nhiều ổ áp xe nhỏ ở thành ruột thừa. Ổ bụng vùng hố chậu phải thường có dịch đục do phản ứng của phúc mạc.

1.3. Viêm ruột thừa hoại tử

Viêm ruột thừa hoại tử có hình ảnh như lá úa với nhiều đám hoại tử đen. Ruột thừa hoại tử là do tắc mạch tiên phát hoặc thứ phát sau viêm mủ ở ruột thừa. Vi thể thấy có hiện tượng viêm và hoại tử toàn bộ thành ruột thừa. Ổ bụng vùng hố chậu phải hoặc túi cùng Douglas có dịch đục, thối, cấy dịch có vi khuẩn.

1.4. Viêm ruột thừa thủng

Ruột thừa bị thủng là do thành ruột thừa bị viêm hoại tử, dễ vỡ và do mủ làm lòng ruột thừa căng giãn dần lên. Khi ruột thừa vỡ, mủ tràn vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể hoặc được mạc nối lớn và các quai ruột bao bọc lại thành áp xe, khu trú ổ nhiễm khuẩn với phần còn lại của ổ bụng.

2. SINH BỆNH HỌC

Viêm ruột thừa do đường máu rất hiếm gặp, nguyên nhân và cơ chế gây viêm ruột thừa cấp là do bít tắc trong lòng ruột thừa và do nhiễm khuẩn

Nguyên nhân gây tắc lòng ruột thừa có thể là:

- Ở trẻ em và thanh niên, thường là do sự tăng sinh của các nang bạch huyết ở lớp dưới niêm mạc. Khi mới sinh, lớp dưới niêm mạc chỉ có rất ít nang bạch huyết, các nang bạch huyết tăng dần về số lượng cho tới tuổi trưởng thành và kích thước to lên sau các nhiễm khuẩn hoặc virus.
- Ở người lớn, nguyên nhân bít tắc lòng ruột thừa thường là do thối phân, ngoài ra, còn có thể là do dị vật, giun đũa, giun kim, khối u đáy manh tràng hoặc u gốc ruột thừa...

Trong lòng ruột thừa bình thường đã chứa nhiều chủng vi khuẩn gram (-), ái khí (*Escherichia Coli*, *Klebsiella Enterobacter*, *Str. Faecalis*, *Proteus Mirabilis*, *proteus Vulgaris*...) và vi khuẩn Gr (-) yếm khí (*Bacteroid Fragilis*, *Clostridia*, *Streptococci*...). Khi lòng ruột thừa bị bít tắc, sự bài tiết của niêm mạc làm áp lực trong lòng ruột thừa từ từ tăng lên, thuận lợi cho vi khuẩn phát triển và xâm nhập vào lớp niêm mạc. Như vậy là quá trình viêm nhiễm khuẩn xuất hiện, đầu tiên là làm cho thành ruột thừa bị phù nề, xung huyết và xâm nhập của bạch cầu đa nhân (giai đoạn viêm ruột thừa xuất tiết). Sau đó là giai đoạn viêm hoại tử mủ ở toàn bộ thành ruột thừa, lúc đầu là cản trở sự lưu thông trở về của tĩnh mạch, sau đó là tắc cả động mạch mạc treo ruột thừa làm cho ruột thừa bị hoại tử (viêm ruột thừa hoại tử). Sự hoại tử thành, tăng áp lực trong lòng ruột thừa do mủ làm ruột thừa vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể hoặc viêm phúc mạc khu trú (viêm ruột thừa thủng).

Khi quá trình viêm nhiễm khuẩn xảy ra, ngoài các phản ứng miễn dịch toàn thân theo cơ chế thể dịch, phản ứng tại chỗ của phúc mạc là phản ứng gây dính, bao bọc ruột thừa lại bởi các tạng lân cận mà chủ yếu là các quai ruột non và mạc nối lớn. Nếu ruột thừa viêm mủ, hoại tử và vỡ nhưng đã được các quai ruột và mạc nối lớn bọc lại sẽ tạo ra thể viêm phúc mạc khu trú hay còn gọi là áp xe ruột thừa. Ổ áp xe này cũng có thể vỡ vào ổ phúc mạc và gây ra viêm phúc mạc toàn thể. Nếu quá trình viêm dính chưa hình thành hoặc không bao bọc hết ruột thừa, ruột thừa viêm hoại tử vỡ vào ổ bụng tự do và gây ra viêm phúc mạc toàn thể.

3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán viêm ruột thừa thể điển hình, ruột thừa ở hố chậu phải thường dễ dàng. Ngược lại, trong các trường hợp khác, chẩn đoán khó, dễ bỏ sót và chẩn đoán muộn, khi đã có biến chứng.

3.1. Viêm ruột thừa thể điển hình

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Đau bụng: đau bụng tự nhiên là dấu hiệu rất thường gặp. Tính chất đau thường thay đổi trong những giờ đầu của bệnh, đau thường bắt đầu ở vùng quanh rốn hoặc trên rốn sau đó dần dần khu trú ở vùng hố chậu phải, đôi khi đau bắt đầu ngay ở hố chậu phải. Đau bụng thường khởi phát từ từ và đau âm ỉ, đôi khi khởi phát đột ngột và đau thành cơn, đau nhói. Có thể thấy đầy bụng, khó tiêu và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý ở dạ dày.

Nôn: ít khi có nôn, có khi chỉ là buồn nôn

Rối loạn đại tiện: một số trường hợp có táo bón hoặc ỉa lỏng. Tuy nhiên, dấu hiệu này ít gặp và ít có giá trị để chẩn đoán.

b. Triệu chứng toàn thân

Sốt nhẹ (38° - $38^{\circ}5C$), ít khi có sốt cao, một số trường hợp không sốt hoặc sốt nhẹ $37^{\circ}5C$. Thường có vẻ mặt nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, mạch nhanh.

c. Triệu chứng thực thể

Thăm khám bụng phải hết sức nhẹ nhàng, bắt đầu từ hố chậu trái, sau đó mới khám sang vùng hố chậu phải để tìm 3 dấu hiệu thực thể: đau khi ấn vào bụng vùng hố chậu phải, tăng cảm giác đau ở da bụng, phản ứng thành bụng. Trong đó, hai dấu hiệu quan trọng nhất có tính chất quyết định cho chẩn đoán là ấn đau và phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải, dấu hiệu tăng cảm giác đau ở da bụng hố chậu phải ít khi thấy và cũng ít có giá trị chẩn đoán.

Đau bụng hố chậu phải: khi ấn sâu ở vùng hố chậu phải bệnh nhân cảm thấy đau chói, lan toả ở vùng hố chậu phải, nhiều khi vị trí đau nhất là một điểm ở vùng hố chậu phải. Điểm Mac Burney là điểm giữa của đường nối rốn với gai chậu trước, trên. Điểm Lanz là điểm nối 1/3 ngoài và 1/3 giữa của đường nối hai gai chậu. Điểm Clado là điểm gặp nhau của đường nối hai gai chậu và bờ ngoài cơ thẳng to. Đôi khi đau chỉ xuất hiện khi người thầy thuốc rút nhanh tay lên (dấu hiệu Blumberg) hoặc đau ở hố chậu phải khi ấn hai tay liên tiếp vào hố chậu trái để dồn hơi sang đại tràng phải (dấu hiệu Rowsing).

Phản ứng thành bụng hố chậu phải: phản ứng thành bụng là phản ứng của phúc mạc với nguyên nhân viêm nhiễm khuẩn trong ổ bụng. Dấu hiệu phản ứng thành bụng biểu hiện ở mức độ khác nhau tùy cơ địa của người bệnh và tùy tình trạng nhiễm khuẩn trong ổ bụng. Phản ứng thành bụng điển hình khi viêm ruột thừa ở thanh niên khoẻ mạnh, không rõ ràng ở người già yếu, bụng béo, khó xác định ở trẻ nhỏ, có thể là co cứng thành bụng khi ruột thừa viêm đã thủng. Phản ứng thành bụng hố chậu phải là dấu hiệu thực thể quan trọng nhất để chẩn đoán xác định viêm ruột thừa nên cần phải thăm khám hết sức cẩn thận và nhẹ nhàng, so sánh thành bụng hai bên hố chậu, nhiều khi phải khám lại sau một vài giờ để phát hiện dấu hiệu này.

Thăm trực tràng, âm đạo (ở phụ nữ) đôi khi thấy đau ở túi cùng bên phải, nhưng thường thì không thấy đau trong những giờ đầu của bệnh

3.1.2. Cận lâm sàng

a. Xét nghiệm công thức máu

Số lượng bạch cầu tăng từ 10.000-15.000/ml. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trên 75%. Nhưng khi số lượng bạch cầu bình thường thì cũng không loại được là không viêm ruột thừa.

b. Chụp X quang bụng không chuẩn bị

Thường là không cần thiết và ít giá trị, đôi khi có thể thấy được một số hình ảnh bất thường như có một vài quai ruột giãn ở vùng hố chậu phải, mất hình của cơ đại chậu, hố chậu phải mờ do có dịch.

c. Siêu âm bụng

Dấu hiệu siêu âm bụng có giá trị nhất là thấy đường kính của ruột thừa to hơn bình thường, trên 7mm có dịch ở hố chậu phải. Theo một số nghiên cứu thì siêu âm ổ bụng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán viêm ruột thừa nhưng phụ thuộc rất nhiều kinh nghiệm của người làm siêu âm.

d. Nội soi ổ bụng

Nội soi ổ bụng được sử dụng để chẩn đoán trong những trường hợp khó như trong các trường hợp viêm ruột thừa ở vị trí bất thường hoặc dấu hiệu lâm sàng không rõ ràng, cần phân biệt với các bệnh lý khác ở phụ nữ như vỡ nang De Graff, viêm phần phụ, chửa ngoài dạ con. Trong những trường hợp này, nội soi ổ bụng vừa là phương tiện để chẩn đoán xác định bệnh vừa là phương pháp điều trị bệnh rất tốt.

3.2. Thể lâm sàng

3.2.1. Thể lâm sàng theo vị trí bất thường của ruột thừa

a. Viêm ruột thừa sau manh tràng

Vị trí đau thường nằm ở phía sau, có khi là đau ở hố thắt lưng bên phải. Cho người bệnh nằm nghiêng trái, sờ nắn thấy đau và phản ứng thành bụng ở trên cánh chậu phải, trong khi hố chậu phải không đau và không có phản ứng thành bụng. Có thể có dấu hiệu của viêm cơ đại chậu, bệnh nhân đau khi gấp đùi vào bụng do co cứng của cơ đại chậu. Trong trường hợp này cần chẩn đoán phân biệt với viêm cơ đại chậu. Đôi khi phải phân biệt với cơn đau quặn thận bằng cách tìm hồng cầu trong nước tiểu, siêu âm hệ tiết niệu và chụp X quang niệu tĩnh mạch.

b. Viêm ruột thừa ở khung chậu

Thường gặp ở phụ nữ, vị trí ấn đau và phản ứng thành bụng thường ở vùng thấp của hố chậu phải hoặc trên xương mu. Thường có dấu hiệu về tiết niệu kèm theo dưới dạng đái khó, đái buốt thậm chí là bí đái ở người già nên dễ nhầm lẫn với bệnh lý tiết niệu. Trong giai đoạn đầu, ít khi có dấu hiệu về trực tràng như

mót rặn, ỉa nhầy, ỉa lỏng. Các dấu hiệu về trực tràng thường chỉ xuất hiện khi đã hình thành áp xe ở tiểu khung. Thăm trực tràng thấy có dấu hiệu đau ở túi cùng bên phải của trực tràng hoặc thấy khối cứng và rất đau ở túi cùng Douglas khi để muộn đã thành áp xe. Do vậy, đối với thể viêm ruột thừa ở khung chậu nhiều khi cần phải chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý tiết niệu và viêm phần phụ ở phụ nữ.

c. Viêm ruột thừa ở mạc treo ruột

Trong trường hợp này ruột thừa nằm giữa ổ bụng, xung quanh là các quai ruột, nên khi ruột thừa viêm gây ra liệt ruột. Bệnh cảnh lâm sàng được gợi ý bởi hội chứng tắc ruột kèm theo có sốt; chỉ có mổ mới khẳng định được giả thuyết đó.

d. Viêm ruột thừa ở dưới gan

Đau và phản ứng thành bụng khu trú ở dưới sườn phải kèm với sốt nên rất dễ nhầm lẫn với viêm túi mật cấp. Siêu âm và chụp X quang bụng không chuẩn bị có giá trị để chẩn đoán phân biệt. Trong trường hợp nghi ngờ thì nên mổ vì hai nguyên nhân đó đều có chỉ định mổ cấp cứu.

e. Viêm ruột thừa ở hố chậu trái

Thể lâm sàng này rất ít gặp, do đảo ngược phủ tạng. Các triệu chứng cơ năng và toàn thân giống như viêm ruột thừa thể điển hình nhưng các triệu chứng lại thể hiện ở hố chậu trái. Nghe tim, chụp X quang bụng giúp ích cho việc phát hiện tình trạng đảo ngược phủ tạng. Trong trường hợp này, nội soi ổ bụng để chẩn đoán và cắt ruột thừa là một chỉ định tốt nhất.

3.2.2. Thể lâm sàng theo tuổi và cơ địa

a. Viêm ruột thừa ở trẻ nhỏ

Viêm ruột thừa ở trẻ em hay gặp thể nhiễm độc và tiến triển rất nhanh tới viêm phúc mạc vì thành ruột thừa mỏng, mạc nối lớn chưa phát triển, sức đề kháng kém. Chẩn đoán thường bị muộn do khó khám và các triệu chứng không rõ ràng, dễ nhầm lẫn với các bệnh khác.

Rất khó xác định vị trí đau bụng; tính chất đau cũng khác thường, có thể đau cơn, cách quãng. Đau làm cho trẻ quấy khóc, giẫy giụa, kêu la. Trẻ biếng ăn và nôn nhiều. Dấu hiệu ỉa chảy cũng thường gặp. Dấu hiệu nhiễm trùng thường rõ, sốt cao tới 39° , toàn trạng suy sụp nhanh chóng, dấu hiệu mất nước rõ. Khó khám bụng vì trẻ quấy khóc và không hợp tác. Dấu hiệu phản ứng thành bụng không rõ, thường chỉ thấy khi ấn vào hố chậu phải làm trẻ đau, khóc thét, hất tay người thầy thuốc ra hoặc đau khi ấn sâu vào bụng hố chậu phải và nhấc tay đột ngột lên. Chụp X quang bụng không chuẩn bị có thể thấy một vài quai hồi tràng giãn hơi hoặc một vài mức nước - hơi ở hố chậu phải. Tuy nhiên, dấu hiệu X quang cũng không đặc hiệu và không thay thế được thăm khám lâm sàng và theo dõi chặt chẽ diễn biến của bệnh để chẩn đoán. Ở trẻ dưới 1 tuổi, thường chỉ chẩn đoán được ở giai đoạn đã có viêm phúc mạc. Ở trẻ từ 1-3 tuổi, tỷ lệ viêm phúc mạc cũng vào khoảng 50%. Chính vì thế mà tỷ lệ tử vong của viêm ruột thừa ở trẻ nhỏ vẫn còn cao.

b. Viêm ruột thừa nhiễm độc

Viêm ruột thừa thể nhiễm độc rất ít gặp và thường chỉ gặp ở trẻ em. Triệu chứng cơ năng và thực thể rất mơ hồ và ít có giá trị gợi ý tới viêm ruột thừa, trong khi triệu chứng toàn thân lại rất nặng. Dấu hiệu đau bụng hố chậu phải rất nhẹ, không có phản ứng và co cứng thành bụng. Thân nhiệt có thể tăng rất cao hoặc không tăng nhưng mạch lại rất nhanh, huyết áp có thể tụt. Tình trạng nhiễm độc rất nặng, trẻ li bì, khó thở, tím tái, vẻ mặt hốc hác. Thường có nôn máu, ỉa phân đen và những chấm xuất huyết và mảng xuất huyết dưới da. Tiên lượng rất nặng và tỷ lệ tử vong cao.

c. Viêm ruột thừa ở người già

Ở người già trên 60 tuổi, tỷ lệ viêm ruột thừa hoại tử và viêm ruột thừa vỡ có tỷ lệ cao (10%-15%) do chẩn đoán muộn và do mạch máu ở người già xơ vữa, dễ tắc mạch. Bệnh cảnh lâm sàng thường không điển hình, đau bụng và phản ứng thành bụng không rõ do cơ thành bụng nhão, nhiều khi không sốt hoặc chỉ sốt nhẹ nên chẩn đoán khó và muộn. Đôi khi, viêm ruột thừa thể hiện là một khối u ở hố chậu phải, giới hạn tương đối rõ, dễ nhầm với u manh tràng. Thể lâm sàng này là do viêm ruột thừa muộn, không chẩn đoán được, đôi khi do điều trị kháng sinh. Kết quả là mạc nối, các quai ruột xung quanh dính kết và bao bọc ruột thừa lại tạo ra hình thể giả khối u. Một số trường hợp, viêm ruột thừa ở người già biểu hiện như một bệnh cảnh tắc ruột có sốt do sức đề kháng kém, chẩn đoán muộn, nhiễm khuẩn lan ra phúc mạc gây liệt ruột cơ năng. Chính các yếu tố đó làm cho tiên lượng của viêm ruột thừa ở người già nặng lên và có tỷ lệ tử vong cao hơn ở người trẻ.

d. Viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai

Về chẩn đoán, trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén, ruột thừa vẫn nằm ở vị trí bình thường ở hố chậu phải nên triệu chứng viêm ruột thừa thường điển hình, chẩn đoán thường không khó. Tuy nhiên, cần hết sức lưu ý là trong các triệu chứng cơ năng của viêm ruột thừa như nôn, buồn nôn, chán ăn, sốt nhẹ là các triệu chứng thường gặp trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén nên dễ bị bỏ qua. Trong những tháng sau, khi tử cung to dần lên và đẩy manh tràng và ruột thừa lên theo. Vào tháng thứ 5 của thai, ruột thừa nằm ở mức ngang rốn, cạnh thận và niệu quản. Ruột thừa viêm kích thích thận và niệu quản gây ra các triệu chứng như là viêm bể thận cấp, một bệnh cảnh cũng rất hay gặp trong thai nghén. Vào những tháng cuối của thai nghén, ruột thừa bị đẩy lên cao ở dưới sườn phải. Như vậy, vị trí đau của viêm ruột thừa cũng thay đổi theo từng thời kỳ thai nghén. Khi ruột thừa bị đẩy lên cao, tử cung to gây cản trở mạc nối lớn và các quai ruột đến, gây dính, bao bọc ruột thừa lại nên ruột thừa dễ bị vỡ vào ổ phúc mạc gây viêm phúc mạc toàn thể. Ở nhiễm trùng cạnh tử cung kích thích làm xuất hiện các cơn co tử cung. Mặt khác, sự tăng cao của các hormone sinh dục (steroid) đã làm thay đổi đáp ứng bình thường đối với quá trình viêm, làm giảm khả năng khu trú ổ viêm nhiễm. Những thay đổi sinh lý, hormone của thời kỳ thai nghén cũng làm cho phản ứng và co cứng của thành bụng không còn rõ ràng, gây khó khăn cho chẩn đoán.

Về tiên lượng, khi có viêm phúc mạc, tỷ lệ đẻ non và tử vong của thai nhi tăng lên rất cao, trong khi mổ cắt ruột thừa viêm chưa có biến chứng thì thường không có hậu quả gì đối với mẹ và thai nhi. Do vậy, đối viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai vấn đề quan trọng nhất là phải chẩn đoán sớm và mổ kịp thời để tránh biến chứng nặng cho mẹ và thai nhi.

3.2.3. Thể lâm sàng theo biến chứng

Chẩn đoán viêm ruột thừa nhiều khi ở giai đoạn viêm ruột thừa đã có biến chứng. Các biến chứng này có thể xuất hiện sớm do thể viêm ruột thừa tiến triển nhanh nhưng thường là do chẩn đoán muộn. Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến chẩn đoán muộn như bệnh nhân đến viện muộn, do biểu hiện lâm sàng không điển hình, vị trí ruột thừa lạc chỗ hoặc nhiều khi là do điều trị kháng sinh đã làm thay đổi biểu hiện lâm sàng của viêm ruột thừa.

a. Viêm phúc mạc toàn thể

Thông thường thì sau 48-72 giờ, viêm ruột thừa sẽ vỡ vào ổ bụng tự do gây viêm phúc mạc toàn thể trước khi vỡ, có một giai đoạn các dấu hiệu giảm đi, đánh lừa bệnh nhân mà thầy thuốc tưởng là khỏi. Hình thái viêm phúc mạc này thường gặp nhất. Cũng có khi viêm ruột thừa diễn biến qua các thể áp xe ruột thừa hoặc đám quánh ruột thừa áp xe hoá rồi vỡ vào ổ bụng gây ra viêm phúc mạc 2 thì hay 3 thì.

• Triệu chứng lâm sàng

- Cơ năng: đau bụng lúc đầu ở hố chậu phải, vài ba ngày sau đau lan khắp ổ bụng, nôn, bí trung đại tiện và bụng trướng dần lên do liệt ruột cơ năng.
- Toàn thân: sốt cao, môi khô lưỡi bẩn, mạch nhanh, vẻ mặt hốc hác. Nếu muộn hơn có thể có tình trạng nhiễm độc, bệnh nhân vật vã, li bì, đái ít.
- Thực thể: sờ nắn thấy đau và co cứng khắp bụng, nhất là vùng hố chậu phải. Thăm trực tràng thấy túi cùng Douglas phồng và rất đau.

• Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm công thức máu: bạch cầu tăng cao, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính
- Chụp X quang bụng không chuẩn bị: có dấu hiệu của tắc ruột cơ năng, ruột giãn hơn toàn bộ (cả ruột non và đại tràng), thành ruột dày do có dịch, mủ trong bụng và thường không có liềm hơi.
- Siêu âm: có dịch tự do trong ổ bụng, đặc biệt là ở hố chậu phải và túi cùng Douglas

Khi viêm ruột thừa đã có biến chứng viêm phúc mạc, chẩn đoán viêm phúc mạc thường dễ và dựa chủ yếu vào các triệu chứng lâm sàng nhưng chẩn đoán xác định khi khó khăn nhưng không quan trọng lắm vì không làm thay đổi thái độ điều trị là phải mổ cấp cứu. b.

b. Áp xe ruột thừa

Áp xe ruột thừa hay còn gọi là viêm phúc mạc khu trú xuất hiện sau viêm ruột thừa cấp ít ngày do viêm ruột thừa mủ vỡ được mạc nối lớn và các quai ruột



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

bao bọc lại thành một ổ mủ, biệt lập với ổ phúc mạc tự do. Ruột thừa có thể nằm ở nhiều vị trí khác nhau trong ổ bụng nên cũng có nhiều hình thái áp xe ruột thừa khác nhau. Nếu không được điều trị, ổ áp xe có thể vỡ vào các tạng rỗng xung quanh hoặc vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể.

- **Áp xe ruột thừa ở hố chậu phải**

Áp xe ruột thừa ở hố chậu phải là thể thường gặp nhất của áp xe ruột thừa.

Khi ruột thừa nằm ở hố chậu phải viêm mủ vỡ được mạc nối lớn và các quai ruột bọc lại, biệt lập ổ áp xe với ổ bụng tự do; thành ngoài áp xe thường dính vào thành bụng trước bên.

Triệu chứng toàn thân là hội chứng nhiễm trùng nặng, sốt cao 39°C - 40°C , dao động, mạch nhanh, bạch cầu tăng cao rõ rệt. Thăm khám bụng thấy có một khối đau ở hố chậu phải, phía trong bờ tương đối rõ, bờ ngoài ranh giới không rõ, liên tục với thành bụng vùng hố chậu, bụng các vùng còn lại mềm và không đau. Thăm trực tràng có thể sờ thấy cực dưới của khối và bệnh nhân thấy rất đau.

Siêu âm thấy khối dịch không đồng nhất ở hố chậu phải. Chọc dò hoặc chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm có mủ rất thối.

- **Áp xe ruột thừa trong ổ bụng**

Khi ruột thừa nằm ở mạc treo ruột bị viêm mủ vỡ, được mạc treo và các quai ruột bao bọc lại, tạo thành một ổ mủ nằm trong ổ bụng không dính với thành bụng và gây ra phản xạ liệt ruột cơ năng.

Biểu hiện lâm sàng là một hội chứng tắc ruột kèm theo hội chứng nhiễm trùng nặng, sốt cao giao động 38°C - 40°C , môi khô lưỡi bẩn, mặt hốc hác, mạch nhanh. Thăm khám bụng thấy một khối, nằm cạnh rốn bên phải, ranh giới rõ, rất đau, không di động.

Chụp X quang bụng không chuẩn bị thấy dấu hiệu tắc ruột cơ năng, ruột giãn, thành ruột dày, có thể có vài mức nước và hơi. Siêu âm và chụp cắt lớp ổ bụng thấy hình ảnh một ổ dịch không đồng nhất, có vỏ bọc, nằm giữa các quai ruột.

- **Áp xe ruột thừa ở khung chậu**

Ruột thừa nằm ở tiểu khung viêm mủ vỡ, bao bọc lại, tạo thành ổ áp xe ở túi cùng Douglas. Đau bụng ở vùng trên xương mu, ngoài các triệu chứng nhiễm trùng như sốt cao, mạch nhanh giống như trong các ổ áp xe khác, còn có các triệu chứng của tiết niệu như đái khó, bí đái và đặc biệt là các triệu chứng kích thích trực tràng như đau quặn, mót rặn, đại tiện không ra phân mà chỉ có chất nhầy. Dấu hiệu lâm sàng quan trọng nhất giúp chẩn đoán là thăm khám hậu môn, trực tràng thấy lỗ hậu môn nở to, cơ thắt hậu môn nhão, niêm mạc hậu môn, trực tràng phù nề và sờ thấy một khối căng và rất đau ở túi cùng Douglas. Chọc dò qua thành trước trực tràng hoặc thành sau âm đạo hút ra mủ thối. Siêu âm và chụp cắt lớp ổ bụng thấy được khối dịch nằm ở tiểu khung.

Nếu không được điều trị, tiến triển tự nhiên của bệnh sẽ dẫn tới vỡ ổ áp xe vào trực tràng hoặc âm đạo, ít khi vỡ vào ổ bụng tự do.

c. Đám quánh ruột thừa

Khi ruột thừa viêm, phản ứng tự vệ tại chỗ của cơ thể là gây viêm dính, giới hạn quá trình viêm, không cho lan tràn vào ổ bụng tự do, khối dính gồm các quai ruột, mạc nối lớn bao bọc ruột thừa lại.

Bệnh nhân thấy đau ở hố chậu phải, các dấu hiệu nhiễm trùng giảm đi, sốt nhẹ. Triệu chứng lâm sàng quan trọng nhất để chẩn đoán là sờ thấy một mảng cứng, không rõ ranh giới, hơi gồ lên, ấn vào thấy đau. Siêu âm không thấy hình ảnh của áp xe. Đây là hình thái lâm sàng duy nhất của viêm ruột thừa không phải mổ ngay, cần cho vào viện, điều trị kháng sinh và theo dõi. Diễn biến của đám quánh ruột thừa có thể khỏi hoàn toàn, cũng có thể dẫn tới áp xe hoá rồi vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

4.1. Các nguyên nhân gây đau bụng cấp

4.1.1. Sỏi niệu quản và viêm bể thận cấp

Cơn đau quặn thận phải và viêm bể thận cấp do sỏi cần phải phân biệt với viêm ruột thừa sau manh tràng. Tính chất cơn đau quặn thận là đau cơn, xuyên từ thắt lưng xuống vùng bẹn. Siêu âm hệ tiết niệu và chụp X quang niệu tĩnh mạch có thể khẳng định được chẩn đoán. Tuy nhiên, cũng cần nhớ rằng có thể vẫn có viêm ruột thừa trên bệnh nhân có sỏi niệu quản, sỏi thận. Trong viêm bể thận cấp, cần xét nghiệm tìm bạch cầu, mủ, hồng cầu trong nước tiểu.

4.1.2. Viêm đoạn cuối hồi tràng

Bệnh thường gặp ở người trẻ, các dấu hiệu lâm sàng giống như viêm ruột thừa cấp, thường có ỉa chảy. Thường chỉ chẩn đoán xác định được trong mổ.

4.1.3. U manh tràng

Áp xe ruột thừa ở hố chậu phải cần phải phân biệt với áp xe quanh khối u manh tràng. Đối với khối u manh tràng, thường kèm theo hội chứng tắc ruột không hoàn toàn (hội chứng Koenig), rối loạn lưu thông ruột (ỉa lỏng hoặc táo bón). Chụp X quang khung đại tràng cản quang thấy hình khuyết không đều ở manh tràng. Soi đại tràng bằng soi mềm giúp khẳng định chẩn đoán.

4.1.4. Viêm hạch mạc treo

Thường gặp ở trẻ em, bệnh cảnh lâm sàng giống như viêm ruột thừa cấp, chỉ chẩn đoán được trong mổ. Khi mổ thấy ruột thừa bình thường, hạch mạc treo hồi tràng viêm rất to, đôi khi thấy hạch bị áp xe hoá.

4.1.5. Viêm túi thừa Meckel

Thường gặp ở trẻ em, bệnh cảnh lâm sàng giống viêm ruột thừa hoặc viêm phúc mạc ruột thừa nếu viêm thủng túi thừa, trong tiền sử có thể có những đợt ỉa phân

đen hoặc bán tắc ruột. Thường chỉ chẩn đoán được trong mổ, thấy ruột thừa bình thường, kiểm tra hồi tràng một cách hệ thống để tìm tổn thương túi thừa Meckel.

4.1.6. Viêm phúc mạc do thủng dạ dày

Đối với viêm phúc mạc do thủng dạ dày, cơn đau khởi phát đột ngột, như dao đâm ở vùng trên rốn sau đó lan ra khắp bụng. Co cứng khắp bụng đặc biệt là trên rốn. Ngược lại, trong viêm ruột thừa, bệnh khởi phát từ từ đau bụng âm ỉ ở hố chậu phải vài ngày rồi mới lan ra khắp bụng. Co cứng thành bụng chủ yếu là hố chậu phải. Tuy vậy, nhiều trường hợp chẩn đoán trước mổ là viêm ruột thừa, khi mổ thấy trong bụng có nhiều dịch tiêu hoá, thức ăn, ruột thừa chỉ xung huyết do nằm trong dịch tiêu hoá. Trong trường hợp này, phải cắt ruột thừa, khâu lại đường mổ ruột thừa và mổ đường giữa trên rốn để xử lý thủng dạ dày.

4.1.7. Viêm túi mật cấp

Viêm ruột thừa dưới gan cần phân biệt với viêm túi mật cấp. Các dấu hiệu lâm sàng của 2 bệnh tương tự nhau rất khó phân biệt. Trong viêm túi mật cấp, siêu âm thấy túi mật căng, thành dày, có dịch quanh túi mật, có thể thấy hình ảnh soi túi mật (hình tăng âm kèm bóng cản âm). Nhiều trường hợp chỉ có thể khẳng định được trong mổ.

4.1.8. Một số bệnh ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục

Viêm ruột thừa ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục cần phân biệt với vỡ các nang cơ năng (nang De Graff, nang hoàng thể), chứa ngoài dạ con vỡ, xoắn u nang buồng trứng, viêm mũ vòi trứng. Trong các trường hợp này, nội soi ổ bụng vừa là phương tiện chẩn đoán xác định tốt nhất vừa là phương pháp điều trị có rất nhiều ưu điểm.

4.2. Các nguyên nhân nội khoa

4.2.1. Viêm phổi

Viêm thùy đáy phổi phải có thể gây đau bụng bên phải kèm theo sốt, dễ nhầm với viêm ruột thừa nhất là đối với trẻ em. Cần lưu ý khi thấy trẻ có dấu hiệu khó thở, cánh mũi phập phồng. Nên chụp X quang phổi một cách hệ thống cho những trường hợp nghi ngờ là viêm ruột thừa ở trẻ em.

4.2.2. Sốt phát ban

Trong các trường hợp sốt phát ban, có thể có đau hố chậu phải và sốt cao khi có các dấu hiệu phát ban ở da từ 24 - 48 giờ nên dễ bị nhầm với viêm ruột thừa cấp.

4.2.3. Viêm gan siêu vi trùng

Khi viêm gan siêu vi trùng, có thể thấy đau ở dưới sườn phải hoặc hố chậu phải, kèm sốt nhẹ trong giai đoạn chưa có vàng da nên dễ nhầm với viêm ruột thừa. Làm các xét nghiệm tìm kháng nguyên HBsAg, định lượng men gan (SGPT, SGOT), bilirubin trong máu giúp ích cho chẩn đoán.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị viêm ruột thừa cấp

Khi đã chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp thì chỉ có một phương pháp điều trị duy nhất là mổ. Mổ cắt ruột thừa kịp thời thì diễn biến sau mổ rất thuận lợi, nếu không mổ hoặc mổ muộn sẽ dẫn đến các biến chứng nặng, nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. Không được điều trị kháng sinh vì kháng sinh không làm khỏi viêm ruột thừa mà chỉ làm thay đổi biểu hiện lâm sàng, bệnh vẫn tiến triển thành viêm phúc mạc, áp xe tồn dư trong ổ bụng, làm bệnh nhân suy kiệt dần. Kháng sinh chỉ được sử dụng nhằm mục đích dự phòng trước mổ. Một số nghiên cứu cho thấy kháng sinh dự phòng trước mổ đã làm giảm được tỷ lệ áp xe thành bụng sau mổ.

Có nhiều đường mổ cắt ruột thừa khác nhau, trong đó đường mổ Mc Burney là thường được sử dụng nhất. Đường mổ này có ưu điểm là không cắt ngang các thớ cơ của thành bụng nên sẹo mổ chắc, ít nguy cơ sa lồi thành bụng sau mổ nhưng có nhược điểm là dễ nhiễm trùng, áp xe vết mổ, khó mở rộng khi cần thiết. Đường mổ giữa dưới rốn hoặc đường bờ ngoài cơ thẳng to bên phải được sử dụng khi chẩn đoán trước mổ không chắc chắn hoặc nghi ngờ viêm ruột thừa đã vỡ. Các đường mổ này có thể xử lý được các tổn thương khác trong ổ bụng do chẩn đoán nhầm và dễ lau rửa sạch ổ bụng khi có viêm phúc mạc. Cho dù chọn đường mổ nào thì cũng phải đủ rộng để có thể cắt ruột thừa dễ dàng, tránh làm tổn thương thanh mạc ruột, nguyên nhân gây tắc ruột sau mổ. Gần đây, đường mổ cắt ruột thừa qua nội soi ổ bụng cũng đã được phổ cập. Ngoài vấn đề thẩm mỹ, giảm đau sau mổ, tránh được nhiễm trùng vết mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, mổ cắt ruột thừa nội soi có ưu điểm nổi bật trong các trường hợp viêm ruột thừa khó chẩn đoán, viêm ruột thừa ở vị trí bất thường.

Tìm và cắt ruột thừa sát gốc, tránh để lại gốc ruột thừa quá dài vì có nguy cơ viêm ruột thừa tái phát, rất khó chẩn đoán. Có thể khâu vùi hoặc không vùi gốc ruột thừa. Khi đáy manh tràng viêm đầy, cứng thì không nên vùi gốc ruột thừa. Nếu đáy manh tràng mủ nát, khâu có nguy cơ bục thì nên mổ thông manh tràng.

Khi thấy không phù hợp giữa tình trạng ổ bụng với tổn thương đại thể của ruột thừa (ruột thừa bình thường, ruột thừa xung huyết trong khi ổ bụng nhiều mủ, dịch tiêu hoá) thì cần phải thăm dò toàn diện để tìm nguyên nhân thực sự. Phải kiểm tra đoạn cuối hồi tràng một cách hệ thống để tìm túi thừa Meckel. Khi mổ viêm ruột thừa ở người già, cần kiểm tra manh tràng và đại tràng phải cận thận để phát hiện các khối u manh tràng và đại tràng kèm theo. Nếu bỏ sót rất có nguy cơ bục mủ ruột thừa, gây viêm phúc mạc hoặc rò manh tràng sau mổ.

5.2. Điều trị biến chứng của viêm ruột thừa

5.2.1. Điều trị viêm phúc mạc ruột thừa

Cần phải mổ cấp cứu càng sớm càng tốt. Có thể sử dụng đường mổ bờ ngoài cơ thẳng to phải hoặc đường trắng giữa dưới rốn. Lấy dịch mủ để cấy vi khuẩn và



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

làm kháng sinh đồ. Cắt ruột thừa, nếu gốc ruột thừa mủn nát, đáy manh tràng viêm dây, mủn thì nên mở thông manh tràng để tránh bực gốc ruột thừa. Lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu ở túi cùng Douglas. Khâu đóng thành bụng một lớp, để da hở hoàn toàn với chỉ không tiêu, cắt chỉ muộn sau 2-3 tuần hoặc khâu bằng chỉ tiêu chậm (Vycryl, hoặc PDS). Hồi sức tích cực; điều trị kháng sinh trước, trong và sau mổ tùy theo tiến triển của tình trạng nhiễm khuẩn.

5.2.2. Điều trị áp xe ruột thừa

Với các ổ áp xe mà thành của ổ áp xe đã dính vào thành bụng thì dẫn lưu ổ áp xe ngoài phúc mạc, tức là đường mổ dẫn lưu mủ đi trực tiếp ra ngoài mà không qua ổ bụng tự do hoặc dẫn lưu áp xe qua da dưới sự hướng dẫn của siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính. Đối với ổ áp xe ở hố chậu phải, đường rạch song song với cung đùi, trong gai chậu trước trên 1cm. Đường rạch dẫn lưu ở trên mào chậu và gai chậu trước trên 2 cm khi áp xe sau manh tràng. Dẫn lưu qua thành trước trực tràng nếu áp xe ở túi cùng Douglas. Ruột thừa sẽ được mổ cắt sau 3-6 tháng sau. Điều trị phẫu thuật 2 thì có ưu điểm là giải quyết ngay ổ nhiễm khuẩn và tránh nhiễm khuẩn lan tràn vào ổ bụng tự do, giảm được rò ruột sau mổ.

Đối với cá ổ áp xe nằm ở giữa mạc treo ruột, không dính với thành bụng thì mổ vào ổ bụng để dẫn lưu áp xe và cắt ruột thừa một thì. Cần phải lưu ý chèn gạc cẩn thận xung quanh ổ áp xe trước khi vào ổ áp xe, dẫn lưu mủ và cắt ruột thừa để tránh mủ tràn vào ổ bụng tự do.

5.2.3. Điều trị đám quánh ruột thừa

Đám quánh ruột thừa là trường hợp duy nhất không phải mổ ngay vì mổ sẽ làm phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên, chống nhiễm khuẩn lan rộng vào ổ bụng, và vì khi mổ rất khó bóc tách để tìm được ruột thừa, dễ có nguy cơ gây thủng ruột và rò ruột sau mổ gây viêm phúc mạc. Cho bệnh nhân vào viện điều trị kháng sinh cho đến khi hết triệu chứng nhiễm khuẩn, hẹn bệnh nhân sau 3-6 tháng đến viện để mổ cắt ruột thừa.

5.3. Biến chứng sau mổ

Phẫu thuật cắt ruột thừa được coi là một phẫu thuật lành tính. Tuy vậy, vẫn có một số biến chứng sau mổ, tỷ lệ biến chứng sau mổ tăng lên khi mổ viêm ruột thừa ở giai đoạn đã vỡ hoặc áp xe ruột thừa. Các biến chứng thường gặp nhất là biến chứng nhiễm trùng.

Chảy máu sau mổ: Chảy máu trong ổ bụng thường là do tuột chỉ buộc động mạch mạc treo ruột thừa, cần phát hiện và mổ lại sớm. Chảy máu thành bụng do tổn thương các mạch máu thành bụng gây tụ máu thành bụng ít nguy hiểm hơn.

Áp xe thành bụng: là biến chứng thường gặp nhất. Tỷ lệ áp xe thành bụng tăng dần lên theo giai đoạn bệnh (5% đối với viêm ruột thừa xuất tiết, tăng lên tới 35% - 80% với viêm ruột thừa thủng). Việc sử dụng kháng sinh dự phòng đã làm giảm tỷ lệ áp xe thành bụng.

Viêm phúc mạc sau mổ: là một biến chứng nặng, nguyên nhân là mủ ruột thừa. Bục mủ ruột thừa ít khi do tuột chỉ buộc mà chủ yếu là a trình hoại tử do nhiễm khuẩn từ ruột thừa lan sang đáy manh tràng. Khâu hay không vùi mủ ruột không làm thay đổi tỷ lệ bục mủ ruột thừa. Để đề phòng biến chứng này, nên mở thông manh tràng khi đáy manh tràng và gốc ruột thừa mủ nát. Chẩn đoán thường khó và muộn. Cần phải mổ lại sớm và hồi sức tích cực sau mổ.

Viêm phúc mạc khu trú (áp xe trong ổ bụng): nguyên nhân là do bục gốc ruột thừa hoặc do lau mủ ổ bụng chưa sạch đối với viêm phúc mạc ruột thừa. Biểu hiện lâm sàng là hội chứng nhiễm trùng, sốt cao dao động sau mổ kèm theo các triệu chứng phúc mạc khác nhau tùy vị trí ổ áp xe ở hố chậu phải, giữa các quai ruột, dưới cơ hoành hay ở túi cụt Douglas. Chẩn đoán xác định vị trí áp xe dựa vào siêu âm, chụp cắt lớp vi tính. Tùy vị trí ổ áp xe mà có các đường mổ dẫn lưu áp xe khác nhau.

Rò manh tràng: sau mổ ít ngày dịch và phân rò qua vết mổ hoặc qua chỗ đặt ống dẫn lưu. Chụp cản quang đường rò để khẳng định chẩn đoán. Rò manh tràng thường tự khỏi, nếu rò không tự khỏi cần chụp khung đại tràng cản quang và soi đại tràng xem có u đại tràng không. Nếu rò không tự khỏi thì phải mổ lại.

Hội chứng ngày thứ 5 sau mổ: bệnh nhân đau hố chậu phải kèm theo sốt và phản ứng nhẹ ở hố chậu phải thường xuất hiện vào ngày thứ 5 sau mổ. Trên phim chụp bụng không chuẩn bị có thể thấy quai ruột non giãn do liệt ruột phản xạ. Nguyên nhân là nhiễm khuẩn phúc mạc do mủ ruột thừa, mặc dù là mủ ruột thừa không bục. Nên mổ lại sớm vì chỉ một số trường hợp tự khỏi, đa số diễn biến dẫn tới viêm phúc mạc.

Tắc ruột sau mổ: tắc ruột có thể xuất hiện sớm sau mổ hoặc xa nhiều năm sau mổ. Tắc ruột sớm thường liên quan đến các ổ nhiễm khuẩn trong ổ bụng, tắc ruột xa sau mổ là do dây chằng hoặc dính ruột hình thành sau mổ.

2. CHẢY MÁU DO LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

1. MỞ ĐẦU

Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng (CMDLDDTT) là một cấp cứu thường gặp trong Nội khoa và Ngoại khoa, chiếm 40-45% tổng số chảy máu đường tiêu hoá trên. Chảy máu là thể hiện tiến triển của ổ loét và là một trong những biến chứng nhiều nhất của loét dạ dày - tá tràng. Có khoảng 20-30% các ổ loét có biến chứng chảy máu, biến chứng này có thể xảy ra trong quá trình diễn biến của ổ loét, mặc dầu gần đây có nhiều loại thuốc điều trị hiệu quả loét dạ dày - tá tràng.

Đặc điểm của chảy máu do loét dạ dày - tá tràng là hay gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi, có tiền sử loét dạ dày nhiều năm, chảy máu nhiều lần, thường xảy ra sau khi uống các loại thuốc giảm viêm không phải steroid như aspirin, voltaren... hay sau khi dùng cortison.

Chẩn đoán CMDLDDTT dựa vào lâm sàng, X quang nhưng chủ yếu dựa vào nội soi. Chỉ có 50% các trường hợp chẩn đoán bằng lâm sàng. Những tổn thương ở vị trí nào, hình thái chảy máu, lâm sàng không thể xác định được. Chẩn đoán lâm sàng chỉ dựa vào những trường hợp đã có chụp phim từ trước. Chụp X quang cấp cứu hiện nay không còn thực hiện nữa mà chủ yếu là nội soi cấp cứu. Đây là một trong những phương tiện có hiệu quả cao, không những chẩn đoán chính xác tổn thương, xác định rõ mức độ tổn thương, đánh giá được tình trạng chảy máu để có chỉ định điều trị ngoại khoa hay điều trị nội khoa mà còn có khả năng cầm máu trực tiếp bằng các phương pháp như tiêm xơ, đốt điện, lazer...

Nhờ có sự tiến bộ trong cấp cứu hồi sức cũng như có nhiều loại thuốc có tác dụng điều trị tốt đối với các ổ loét dạ dày - tá tràng nên đã làm thay đổi chiến lược điều trị: trước đây điều trị phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nay chủ yếu là điều trị nội khoa. Điều trị ngoại khoa chỉ còn chỉ định cho một số trường hợp nhất định. Tỷ lệ tử vong chung của CMDLDDTT khoảng 3-10%.

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

2.1. Ổ loét

2.1.1. Vị trí

- *Loét tá tràng:* Chảy máu ổ loét tá tràng thường gặp hơn loét dạ dày. Có 1/4 trường hợp loét tá tràng chảy máu (27.9%). Chảy máu có thể xuất hiện trong suốt quá trình tiến triển của loét. Thường gặp nhất là những trường hợp ngoài 50 tuổi.

Ổ loét thường ở mặt sau, loét xơ chai, đáy sâu, ăn mòn vào thành tá tràng thủng vào các mạch máu. Nếu loét ở mặt trước thường chảy máu ít và dễ tự cầm máu hơn.

- **Loét dạ dày:** khoảng 15 - 16% loét dạ dày có nhiều biến chứng chảy máu. Các ổ loét thường ở các vị trí như: loét bờ cong nhỏ, loét mặt sau dạ dày, loét vùng tâm vị. Các ổ loét xơ chai, đáy sâu, ăn thủng vào tổ chức xung quanh, vào các mạch máu ở thành dạ dày hay những mạch máu như động mạch lách, động mạch môn vị. Chảy máu ổ loét bờ cong nhỏ hay gặp ở người già, tiến triển âm thầm hay chảy máu dữ dội ở loét bờ cong nhỏ thường chảy máu kéo dài, hay tái phát và ít tự cầm. Nếu có nhiều ổ loét, ngay sau khi uống thuốc kháng viêm hay uống rượu có thể cũng chảy máu.

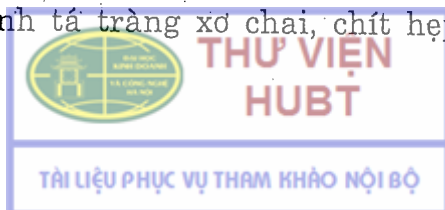
2.1.2. Thương tổn chảy máu

Các ổ loét có thể xơ chai, loét vừa hoặc non đang tiến triển cấp tính đều có thể chảy máu. Khi chảy máu có thể trong những tình trạng sau đây:

- Ổ loét ăn thủng vào mạch máu. Đó là những ổ loét ở bờ cong nhỏ, mặt sau dạ dày gần các động mạch vành vị, môn vị, động mạch lách... những ổ loét ở bờ trên, bờ dưới và mặt sau hành tá tràng gần động mạch vị hành tá tràng... Những trường hợp này thường chảy máu dữ dội, có khi phun thành tia, nhất là những bệnh nhân già, không còn khả năng co mạch. Nội soi cấp cứu sẽ thấy mạch máu phun theo nhịp đập hay máu đùn dữ dội từ đáy ổ loét, có khi không thể hút kịp. Khi phẫu thuật, những ổ loét thường to, xơ chai, thủng, co rút các tổ chức xung quanh. Đáy ổ loét ăn mòn vào các thành mạch máu lớn, máu cục đầy lòng dạ dày, ruột non hay đại tràng.
- Chảy máu từ các mạch máu ở đáy ổ loét: do ổ loét tiến triển, ăn dần vào các mạch máu ở thành tá tràng hay dạ dày. Mức độ chảy máu không dữ dội nhưng cũng ồ ạt nếu có nhiều mạch máu bị thủng. Những trường hợp này thường chảy máu tái phát nhiều lần. Sau những đợt điều trị tích cực sẽ ngừng chảy, một thời gian sau lại tiếp tục chảy máu. Nếu nội soi khi ổ loét đã ngừng chảy máu sẽ thấy đầu của một mạch máu lồi lên hay có những mạch máu sẫm màu rải rác. Khi phẫu thuật, nếu thăm dò tổn thương sẽ thấy một đầu mạch máu chồi lên ở nền ổ loét, trong lòng được bít một đoạn máu cục sẫm màu.
- Chảy máu ở mép ổ loét: do tổn thương tiến triển, niêm mạc ở mép ổ loét viêm nề, rỉ rỉ chảy máu. Những trường hợp này thường chảy máu ít, dai dẳng và có thể tự cầm, chảy máu chỉ một vài điểm ở ổ loét. Khi nội soi sẽ thấy bờ ổ loét sưng nề, đỏ sẫm và đang rỉ rỉ chảy máu.
- Chảy máu từ niêm mạc xung quanh ổ loét: Có những trường hợp không chảy máu ở ngay ổ loét mà chảy máu ở xung quanh ổ loét. Đó là do viêm cấp tính, hoặc sau khi uống các loại thuốc kháng viêm không phải steroid như aspirin, voltaren hay corticoid gây loét chợt (Erosion) ở vùng hang vị, hay toàn bộ niêm mạc dạ dày.

2.2. Tổn thương phối hợp

- Loét dạ dày kèm theo tá tràng. Thường gặp ở bệnh nhân có tiền sử nhiều năm. Ổ loét hành tá tràng xơ chai, chít hẹp môn vị, gây ứ đọng hình



thành nhiều ổ loét ở dạ dày và chảy máu. Thông thường chỉ chảy máu ở một ổ loét, ít khi chảy từ 2 ổ loét.

- Loét hành tá tràng phát hiện trong 6-10% bệnh nhân xơ gan, có thể tổn thương loét hoặc là những tổn thương viêm, xước rách niêm mạc. Có thể chảy máu từ ổ loét, nhưng cũng có thể chảy máu từ vỡ các búi tĩnh mạch, từ các vết rách xước niêm mạc (Mallory-Weiss).
- Giãn tĩnh mạch thực quản: là hậu quả của tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Bệnh nhân cấp cứu do vỡ các búi tĩnh mạch nên chảy máu dữ dội tuy nhiên có trường hợp kèm theo loét dạ dày - tá tràng. Chảy máu có thể do các búi tĩnh mạch vỡ hoặc có thể từ ổ loét. Rất ít trường hợp chảy máu từ cả 2 tổn thương.

3. LÂM SÀNG

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Tiền sử

Tiền sử loét dạ dày - tá tràng: bệnh nhân thường có tiền sử loét dạ dày - tá tràng nhiều năm. Thông thường từ 15 - 20 năm. Có các đợt đau kéo dài sau đó xuất hiện chảy máu tiêu hoá (78,9%). Có thể có những bệnh nhân đã xác định là có tổn thương loét bằng X-quang nhưng không có dấu hiệu báo trước (16%). cần phải khai thác kỹ bệnh nhân.

Tiền sử chảy máu: Bệnh nhân có thể có nhiều lần chảy máu tiêu hoá được xác định là chảy máu do loét dạ dày - tá tràng, đã điều trị nội khoa hoặc tự cầm và ổn định. Khi xuất hiện chảy máu có thể chẩn đoán được ngay bằng lâm sàng.

Không có tiền sử loét dạ dày - tá tràng: Một số bệnh nhân không có các dấu hiệu loét dạ dày - tá tràng, (33%). Đó là những trường hợp loét do bờ cong nhỏ, ổ loét mặt sau, xơ chai, tiến triển âm thầm hay gặp ở người già. Hoặc là những trường hợp loét cấp tính, hoàn toàn không có tiền sử, chảy máu là dấu hiệu đầu tiên của thương tổn.

3.1.2. Hoàn cảnh chảy máu

Bệnh nhân có các đợt đau kéo dài vài ngày hay một vài tuần. Được điều trị hoặc không điều trị thuốc dạ dày. Xuất hiện nôn ra máu và đi ngoài phân đen. Có thể dữ dội ngay từ đầu nhưng cũng có khi chảy máu ít và dần dần tăng lên. 16% loét hành tá tràng và 33% loét bờ cong nhỏ không có dấu hiệu báo trước. Các dấu hiệu nôn ra máu và đi ngoài phân đen xuất hiện đồng thời một số trường hợp chảy máu sau làm việc căng thẳng, sau những chấn thương tinh thần, sau thời gian điều trị phẫu thuật (stress)...

3.1.3. Các triệu chứng lâm sàng

a. Dấu hiệu cơ năng

Buồn nôn và nôn ra máu: Bệnh nhân có cảm giác đầy bụng, khó chịu, buồn nôn và sau đó nôn ra máu. Máu đỏ sẫm, lẫn máu cục và thức ăn. Có trường hợp



THƯ VIỆN
HUY

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

nôn ra máu tươi dữ dội, nhất là những trường hợp loét nằm ở trên cao, loét to ở bờ cong nhỏ hoặc thân vị hay gặp ở người già. Nếu nôn ra máu sẫm hay nước máu đen loãng thường là những ổ loét hành tá tràng.

Đau bụng: ít khi đau dữ dội. Có thể chảy máu trong đợt đau âm ỉ. Cảm giác đau, nóng rát ở vùng trên rốn. Có khi đau bụng xuất hiện trước khi chảy máu vài ngày.

Đi ngoài phân đen: xuất hiện sau khi nôn ra máu hoặc là xuất hiện đầu tiên. Bệnh nhân thường đi ngoài nhiều lần, phân đen như bã cà phê hoặc như hắc ín, mùi thối khắm.

b. Dấu hiệu toàn thân

Tuỳ theo mất máu nhiều hay ít mà có các biểu hiện như sau:

Cảm giác hoa mắt, chóng mặt hoặc ngất sau khi nôn máu hay đi ngoài phân đen. Da xanh tái, nhợt, vã mồ hôi.

Huyết động thay đổi: Mạch nhanh > 90 lần/phút, huyết áp động mạch giảm, có thể tụt dưới 80mmHg.

Trường hợp chảy máu, từ từ, sẽ không thấy biểu hiện sốc mất máu

c. Dấu hiệu thực thể

Không có dấu hiệu gì rõ rệt. Có thể bệnh nhân có dấu hiệu đau tức trên rốn. Các điểm đau dạ dày - tá tràng ít khi đặc hiệu. Có các dấu hiệu âm tính khác như:

Không sờ thấy u

Không thấy gan to.

Không có tuần hoàn bàng hệ, lách không to.

Gan không to, không vàng da, vàng mắt.

Thăm trực tràng: Có phân đen, không có máu tươi theo tay, không có u, polyp.

4. CẬN LÂM SÀNG

4.1. Nội soi

Nội soi là phương tiện quan trọng nhất trong chẩn đoán thương tổn chảy máu. Có thể tiến hành soi thực quản - dạ dày - tá tràng (STQ-DD-TT) trong thời gian 24 - 72 giờ đầu.

- **Chỉ định:** chảy máu đường tiêu hoá trên

Huyết động ổn định: mạch < 120/phút, huyết áp > 90mmHg, sau khi ăn trên 6 giờ.

Có thể tiến hành soi tại phòng nội soi, phòng mổ, trên giường bệnh nếu tình trạng bệnh nhân nặng.

- **Kỹ thuật:** - ống soi mềm dạ dày - tá tràng (Gastro - Duodénoscope) có kính nhìn thẳng (Vision axiale).

Kim tiêm xơ, pince đốt điện...

Gây tê hõng hầu hoặc dùng thuốc an thần, giảm đau, chống co thắt...

Trường hợp chảy máu nặng cần phải gây mê đặt nội khí quản.

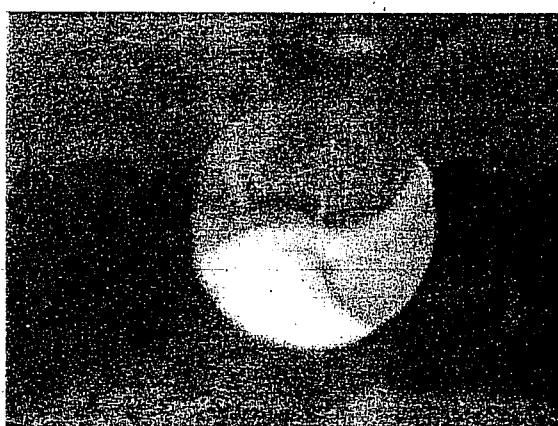
Xác định tổn thương

Sau khi hút sạch nước máu, máu cục, chú ý tránh tai biến trào ngược. Kiểm tra từ thực quản, dạ dày đến tá tràng để xác định vị trí ổ loét, các dạng loét, tình trạng chảy máu và các tổn thương chảy máu khác. Tình trạng chảy máu theo phân loại của Forrest (1977) cũng như của Hiệp hội Nội soi tiêu hoá như sau:

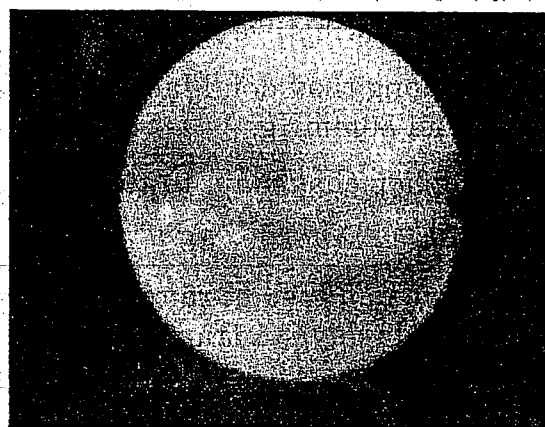
F1. Loét đang chảy máu:

Mạch máu đang phun thành tia. (Hình 4.1)

Máu chảy ào ạt (hình 4.2)



Hình 4.1. Mạch máu đang phun thành tia



Hình 4.2. Máu chảy ào ạt

F2. Ổ loét đã cầm máu:

Đầu mạch máu nhô lên giữa nền ổ loét trong lòng có một đoạn cục máu đông đen bầm (hình 4.3)

Đáy ổ loét có những chấm đen của máu cục bầm (hình 4.4).



Hình 4.3. Trong lòng ruột có một đoạn cục máu đông đen bầm



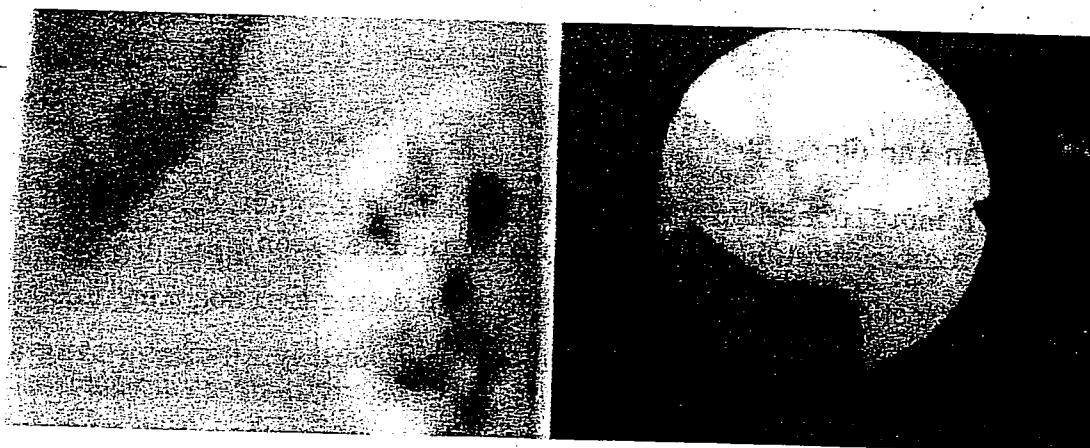
Hình 4.4. Đáy ổ loét có những chấm đen của máu cục bầm



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

F3. Ổ loét ngừng chảy máu: Trong dạ dày - tá tràng không còn máu, ổ loét nhìn thấy rõ, đáy trắng, xung quanh viền trắng (4.5)



Hình 4.5. Ổ loét ngừng chảy máu

Sau khi xác định được tổn thương, và tình trạng chảy máu, tìm các thương tổn phối hợp. Xử lý cầm máu bằng tiêm xơ hoặc đốt điện...

Nội soi cấp cứu có những hạn chế: vì không nhìn thấy rõ do máu cục hoặc nhận định sai thương tổn. Tỷ lệ xác định được thương tổn là khoảng 85-95%.

4.2. X quang

Do có nhiều hạn chế, và chỉ xác định được 60-70% tổn thương chảy máu, nên từ những năm 70-80 của thế kỷ trước không chụp cấp cứu nữa.

Giá trị chẩn đoán của X quang hiện nay dựa vào những yếu tố sau đây:

Phim chụp dạ dày - tá tràng cũ xác định rõ thương tổn là loét.

Chụp dạ dày - tá tràng cấp cứu trì hoãn: Khi bệnh nhân đã ổn định, ngừng chảy máu, huyết động đã bình thường có thể chụp dạ dày - tá tràng với các hình ảnh: ổn định thuốc, hình lõm, hình lõm, hay hình biến dạng... Và ngay cả khi có nội soi, nếu có thể cũng chụp thêm phim dạ dày - tá tràng.

4.3. Xét nghiệm

Xét nghiệm cơ bản để đánh giá mức độ mất máu như:

Số lượng hồng cầu, bạch cầu, tỷ lệ huyết sắc tố, Hématocrit.

Ngoài ra trong trường hợp cần thiết cần phải làm thêm một số xét nghiệm về đông máu:

Tỷ lệ prothombin, tiểu cầu...

4.4. Siêu âm

Trong những trường hợp CMDLDDTT kèm theo một số bệnh lý khác như xơ gan, viêm gan, vàng da tắc mật, sỏi mật, u gan... cần phải tiến hành siêu âm gan

mật để xác định. Những trường hợp còn nghi ngờ chảy máu là do các thương tổn ở dạ dày - tá tràng cũng nên kiểm tra bằng siêu âm gan mật, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch lách... để loại trừ chắc chắn tổn thương khác.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định

Xác định một trường hợp CMDLDDTT sẽ không khó nếu căn cứ vào các dấu hiệu sau đây. Lâm sàng: Có dấu hiệu chảy máu tiêu hoá trên.

Có tiền sử loét dạ dày - tá tràng hay chảy máu đường tiêu hoá trên nhiều lần.

Thăm khám có các dấu hiệu âm tính của các bệnh lý khác như tăng áp lực tĩnh mạch cửa, sỏi mật...

- Nội soi: Nội soi cấp cứu xác định chảy máu từ ổ loét, không có tổn thương chảy máu khác.
- X-quang: khi có phim chụp dạ dày - tá tràng cũ với các hình ảnh loét điển hình, có thể chụp dạ dày - tá tràng sau khi bệnh nhân đã ổn định.

Trong trường hợp không có nội soi và X quang có thể dựa vào lâm sàng với các triệu chứng điển hình của loét DD-TT, tiền sử bệnh lý và sau khi đã loại trừ hết các thương tổn chảy máu thường gặp khác.

5.2. Chẩn đoán tình trạng chảy máu

Đánh giá mức độ mất máu có thể dựa vào các yếu tố như sau:

- *Dựa vào khối lượng mất máu:*

Chảy máu nhẹ: dưới 500 ml

Chảy máu trung bình: 500 - 1000ml

Chảy máu nặng: trên 1000ml

Tuy nhiên việc xác định khối lượng máu mất không chính xác, mà chỉ là tương đối.

- *Dựa vào dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm*

Chảy máu nhẹ:

Tình trạng toàn thân chưa thay đổi. Không có dấu hiệu mất máu rõ rệt. Huyết động có thay đổi ít, mạch < 90/phút, HA > 100 mmHg, không còn tình trạng chảy máu, xét nghiệm: hồng cầu 3 triệu - 3,5 triệu, hematocrit 30 - 35%, hemoglobin > 10g/100ml, không cần phải hồi sức, truyền máu

- Chảy máu trung bình:

Có các dấu hiệu ban đầu của sốc mất máu, mạch 100-120/phút, huyết áp 80-100mmHg, hồng cầu 2,5-3 triệu, hematocrit 30 - 35%, hemoglobin 9-10g/100ml. Có thể cần hồi sức, truyền máu.

- Chảy máu nặng:

Sốc mất máu rõ rệt, tình trạng toàn thân thay đổi, da xanh, niêm mạc nhợt, vật vã, vã mồ hôi, mạch > 120/phút, HA. < 80mmg, xét nghiệm: HC < 2,5 triệu, hematocrit < 8g/100ml. Cần hồi sức ngay truyền từ 1000-1500ml máu.

Chú ý diễn biến của chảy máu: lúc đầu bệnh nhân chảy máu nhẹ, sau đó tiếp tục chảy máu và chuyển thành chảy máu nặng...

5.3. Chẩn đoán tổn thương

Dựa vào nội soi để xác định tình trạng vết loét:

- Loét mãn tính: loét xơ chai, ổ loét to, đáy sâu và rộng, gây biến dạng hoặc chít hẹp, khoảng 50% ổ loét chảy máu là loét mạn tính.
- Loét tiến triển: có khoảng 20% chảy máu là biểu hiện đầu tiên của ổ loét, loét vừa phải, bờ còn mềm mại, đáy nông, ăn mòn vào các mạch máu vào thành dạ dày..
- Loét cấp tính: những ổ loét mềm mại xuất hiện sau những chấn thương tinh thần (Stress ulcer), sau bỏng nặng (Curling's ulcer), sau phẫu thuật, nhiễm trùng, suy thận... là những ổ loét nông, bờ tròn đều thường chảy máu ít.

5.4. Chẩn đoán phân biệt

5.4.1. Các bệnh chảy máu tiêu hoá trên

a. Viêm dạ dày

Chảy máu do viêm dạ dày thường gặp trong cấp cứu (15-20%). Có 3 loại viêm dạ dày:

- Viêm loét (Erosion Gastritis) là những vết loét loét nông, kích thước to nhỏ khác nhau, đường kính thông thường dưới 5 mm.
- Viêm do các loại thuốc kháng viêm không phải steroid như aspirin, Voltaren, Profenid... hoặc corticoid... (corosion gastritis).
- Viêm dạ dày chảy máu (hemorrhagic gastritis), trong đó có một loại tổn thương đặc biệt là viêm toàn bộ dạ dày chảy máu (exulcération simplex de Dieulafoi).

Khi thăm khám có thể có hai hoàn cảnh:

- Chảy máu sau khi uống: tổn thương có thể là viêm nhưng cũng có thể là chảy máu từ ổ loét dạ dày - tá tràng.
- Chảy máu sau chấn thương tinh thần, sau uống rượu, sau loại phẫu thuật, sau khi bỏng.

Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng. Thương tổn là các vết loét loét, nông, to nhỏ không đều rải rác ở toàn bộ niêm mạc dạ dày hay khu trú ở hang vị tá tràng. Có khi thấy toàn bộ niêm mạc dạ dày

viêm, các nếp niêm mạc thô, có nhiều đám xuất huyết rải rác. Tuy nhiên, có những trường hợp nội soi sau: 48 - 72% giờ không xác định được tổn thương, vì lúc này các vết loét đã liền sẹo.

b. Vỡ các búi tĩnh mạch thực quản và dạ dày

Khoảng 10- 15% chảy máu do vỡ búi tĩnh mạch thực quản lâm sàng với các dấu hiệu điển hình của chảy máu tiêu hoá: bệnh nhân nôn ra máu dữ dội, máu đỏ tươi, ỉa phân đen nhiều lần, tình trạng toàn thân có biểu hiện sốc mất máu nặng. Lâm sàng có các triệu chứng của tăng áp lực tĩnh mạch cửa như cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ, lách to... Trong cả trường hợp này đều phải nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng để xác định tổn thương. Hình ảnh chảy máu do vỡ các búi tĩnh mạch là máu có thể phun thành tia hay chảy ào ạt, có trường hợp không xác định được đâu là tổn thương. Tổn thương vỡ các búi ở 1/3 giữa, 1/3 dưới thực quản, nhưng nếu vỡ các búi ở phình vị lớn dạ dày thì rất khó xác định được vỡ ở búi nào vì có nhiều máu cục ứ đọng trong dạ dày. Ngoài ra cần phải soi kiểm tra từ dạ dày đến tá tràng để tìm những thương tổn phối hợp như: loét, vết xước (Mallory - Weiss) polyp...

c. Chảy máu do ung thư dạ dày

Có thể gặp trong cấp cứu (3-5%). Tổn thương là những khối u sần sùi, ở giữa có loét hoại tử lớn và chảy máu. Thường chảy máu ít, chủ yếu là đi ngoài phân đen kéo dài. Tình trạng toàn thân gầy yếu, thiếu máu, u to ở vùng trên rốn, cứng chắc, sần sùi, di động ít, không đau. Nội soi xác định dễ dàng tổn thương: một khối u, nằm ở hang vị hay bờ cong nhỏ lồi vào trong lòng dạ dày, ở giữa có ổ loét lớn, đáy có nhiều máu cục sẫm màu hoặc là những vết máu do bám rải rác trên bề mặt tổ chức loét, ngoài ra có thể tổn thương ở ổ loét to, bờ cứng, sần sùi, đáy nhám nhỏ, các nếp niêm mạc mất và dễ chảy máu. Qua nội soi có thể sinh thiết xác định giải phẫu bệnh lý của tổn thương.

d. Các thương tổn ít gặp

- *Viêm thực quản*: là những trường hợp viêm xước ở vùng 1/3 dưới và tâm vị. Hay gặp ở những người trẻ, sau khi uống nhiều rượu. Thường có tính chất cấp tính. Nôn máu đỏ dữ dội nhưng không kéo dài. Nội soi cấp cứu có thể thấy vùng thực quản đỏ rực, có những vết chợt nông rớm máu.
- *Mallory - Weiss*: tổn thương chảy máu do vết rách niêm mạc ở tâm phình vị. Thường là do nôn nhiều hoặc gặp ở những bệnh nhân có hội chứng trào ngược, niêm mạc trượt ở dạ dày thực quản, tâm vị co thắt làm niêm mạc nghẹt và rách. Thương tổn là những vết xước dài 1-3cm, chạy dọc, có thể nông hoặc sâu. Lúc đầu chảy máu có thể dữ dội sau đó cầm máu. Nội soi thấy rõ những vết rách đã ngừng chảy, có vết máu đông sẫm màu hoặc đang còn rớm máu.
- *Thoái vị hoành*: ít gặp, xác định bằng nội soi. Tổn thương là những vết trượt nông, rải rác ở vùng tâm vị.
- *Các loại u lành*: U thần kinh (Schwannome) u cơ trơn (Leiomyome). Là những khối u thường nằm ở tâm phình vị, kích thước u to, lồi vào trong

lòng dạ dày, có ổ loét hoại tử ở giữa và chảy máu. Nội soi nhìn thấy rất rõ ràng.

e. *Chảy máu đường mật*: chiếm tỉ lệ khoảng 2-3% trong chảy máu đường tiêu hoá trên. Bệnh cảnh lâm sàng là tình trạng nhiễm trùng đường mật, sỏi mật, abscess đường mật... Biểu hiện lâm sàng là đau nhiều ở dưới sườn phải, đau kéo dài. Kèm theo sốt rét run, sốt giao động, đồng thời có vàng da từng đợt. Xuất hiện nôn ra máu nâu đen, có thể nôn ra máu cục đóng thành khuôn như thỏi bút chì. Đi ngoài phân đen nhiều lần. Đặc điểm chú ý là trước khi chảy máu, bệnh nhân đau dữ dội ở vùng gan. Siêu âm gan, mật để xác định sỏi, giun chui ống mật... Nếu tổn thương không rõ ràng nên nội soi thực quản dạ dày - tá tràng để loại trừ ngay các tổn thương khác.

5.4.2. Các bệnh gây chảy máu tiêu hoá

Là những bệnh nhân mạn tính như:

- Nhiễm trùng huyết: vì nhiễm trùng toàn thân, dẫn đến rối loạn đông máu, rối loạn vận mạch nên bệnh nhân nôn máu, đi ngoài phân đen đồng thời có thể kèm theo chảy máu nhiều cơ quan khác.
- Bệnh cao huyết áp.
- Các bệnh về máu: Hemophilie, Hemogénie có thể biểu hiện chảy máu đường tiêu hoá.

6. DIỄN BIẾN

Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng có thể diễn biến như:

6.1. Ngừng chảy máu

Chỉ kéo dài trong thời gian 3-5 ngày, mức độ chảy máu giảm dần, không còn nôn ra máu và đi ngoài phân đen. Toàn thân hồi phục, huyết động ổn định.

6.2. Chảy máu nặng

Mức độ chảy máu ngày càng tăng. Nôn máu và đi ngoài phân đen nhiều lần, khối lượng lớn. Tình trạng huyết động không ổn định, các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm thiếu máu rõ, nếu không được hồi sức sẽ dẫn đến sốc không hồi phục.

6.3. Chảy máu tái diễn

Chảy máu kéo dài 2-5 ngày và ngừng chảy. Bệnh nhân tiếp tục chảy máu lại trong những ngày sau. Mức độ chảy máu ít có thể chảy máu dai dẳng, kéo dài.

6.4. Chảy máu kèm theo biến chứng thủng và hẹp môn vị

Tình trạng bệnh nhân rất nặng: ngoài các dấu hiệu mất máu, mất nước và điện giải, kèm theo là các dấu hiệu của thủng dạ dày hay hẹp môn vị. Những trường hợp này cần phải có chỉ định điều trị phẫu thuật kịp thời.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Nguyên tắc chung

Thực hiện theo thứ tự:

- *Xác định tình trạng chảy máu:* bằng mạch, huyết áp và xét nghiệm (hématocrit, Hb, HC).
- *Các thủ thuật cần làm:* đặt ống thông dạ dày
 - Đặt 1 hoặc 2 catheter tĩnh mạch để truyền dịch và truyền máu. Theo dõi huyết áp tĩnh mạch trung ương.
 - Đặt một ống thông đái để theo dõi lượng nước tiểu nếu trong trường hợp sốc mất máu nặng, cần phải hồi sức tích cực.
- *Hồi sức:*

Dựa vào tình trạng toàn thân, khối lượng máu mất, diễn biến chảy máu mà hồi sức. Trong trường hợp chảy máu nặng, chảy máu trung bình cần phải:

- Khôi phục lại khối lượng tuần hoàn: truyền máu hoặc dịch thay thế. Nguyên tắc là mất bao nhiêu truyền bấy nhiêu.
- Theo dõi thêm huyết áp tĩnh mạch trung ương, lượng nước tiểu, dịch dạ dày...

Thở oxy nếu có suy hô hấp.

Thuốc chống trụy tim mạch.

Các loại thuốc cầm máu: Transamin, Hémocaprol

Các loại thuốc điều trị loét: Cimetidin, Omeprazol, Azantac...

7.2. Phương pháp điều trị

7.2.1. Nội soi

Bằng nội soi ngoài xác định thương tổn chảy máu còn cầm máu cho các trường hợp sau:

Ổ loét đang còn chảy máu (F1).

Ổ loét cầm máu nhưng cục máu bầm có khả năng bong ra và tiếp tục chảy máu.

Bệnh nhân già yếu, có các bệnh lý khác kèm theo, bệnh nhân có thai...

Kỹ thuật: tiêm xơ bằng Polydocanol 1-3% Adrenalin 1/10.000, cồn tuyệt đối... xung quanh ổ loét hay cạnh mạch máu.

Đốt điện, laser...

7.2.2. Điều trị nội khoa

Chỉ định: Tất cả các trường hợp chảy máu do loét chưa có biến chứng.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Chảy máu lần đầu, chảy máu nhẹ và trung bình.
- Tổn thương xác định bằng nội soi là những ổ loét non, vừa, chưa gây hẹp và chưa có dấu hiệu thoái hoá ác tính.
- Có các bệnh lý khác hoặc phụ nữ có thai...
- *Cách thức tiến hành:*
 - Rửa dạ dày với nước lạnh.
 - Truyền dịch
 - Truyền thuốc tĩnh mạch: Cimetidin 400-800mmg, hoặc Ranitidin 150mg, Omeprazon 20-40mg/ngày.
 - Thuốc uống: Maalox socralfate, Gastropulzit.
 - Thuốc chống co thắt: Atropin, Baralgine.

Kết quả 80% trường hợp có thể ngừng chảy máu và tiếp tục điều trị nội khoa.

7.2.3. Điều trị ngoại khoa

Do có nhiều loại thuốc điều trị loét có kết quả cao, nên trong thời gian gần đây điều trị ngoại khoa loét dạ dày - tá tràng có chỉ định hạn chế. Tuy nhiên trong cấp cứu CMDLDDTT vẫn còn có nhiều trường hợp cần phải điều trị ngoại khoa.

- *Chỉ định:*
 - Chảy máu nặng, chảy máu kéo dài, chảy máu tái phát mà xác định tổn thương đang tiếp tục chảy máu (F1) ở loét xơ chai.
 - Chảy máu trên bệnh nhân có biến chứng như hẹp môn vị, thủng hay ổ loét xác định có khả năng thoái hoá ác tính.
 - Tuổi > 50 có tiền sử loét dạ dày nhiều năm, đã điều trị nội khoa nhưng không khỏi hoặc không có điều kiện để điều trị nội khoa.

Phẫu thuật: cần thực hiện theo nguyên tắc sau:

- *Thăm dò đánh giá tổn thương:* kiểm tra trong dạ dày, ruột non, đại tràng có nhiều máu không? loét nằm vị trí nào, có thể dựa vào kết quả nội soi để xác định vị trí của ổ loét. Nếu không thấy được ổ loét, cần phải mổ dạ dày để quan sát và xác định. Đường mổ có thể từ hang vị kéo dọc qua môn vị xuống đến D1. Nếu không xác định được tổn thương chảy máu ở dạ dày - tá tràng cần thăm dò các thương tổn khác như xơ gan, chảy máu đường mật.

Cần xác định mục đích của phẫu thuật cấp cứu là làm thế nào cầm máu nhanh, triệt để, không nên quá lạm dụng kỹ thuật mà tiến hành các phương pháp phẫu thuật quá mức khi tình trạng của bệnh nhân và điều kiện phẫu thuật không cho phép.

- Các phương pháp phẫu thuật: tùy theo vị trí của ổ loét mà chỉ định các phương pháp phẫu thuật khác nhau. Phẫu thuật điều trị CMDLDDTT nhằm loại bỏ tổn thương chảy máu đồng thời điều trị triệt để bệnh lý loét.

7.2.3.1. Cắt dạ dày

- Cắt tính toán 1/3 dạ dày.

- Kiểu Billroth I: Nối phần dạ dày còn lại với tá tràng bằng 2 kỹ thuật:
- Kiểu Péan: khâu mỏm dạ dày còn lại hẹp bớt trước khi nối với mỏm tá tràng.
- Kiểu Von Haberer: để nguyên mỏm dạ dày còn lại và nối với mỏm tá tràng.

Ưu điểm: hợp với sinh lý, thức ăn vẫn đi vào tá tràng theo đường tiêu hoá bình thường. Biến chứng sau mổ ít hơn, tuy nhiên trong cấp cứu ít khi sử dụng kiểu nối này.

- Kiểu Billroth II: đóng kín mỏm tá tràng và sau đó nối phần dạ dày còn lại với quai hồi tràng đầu tiên, qua mạc treo đại tràng ngang hoặc trước đại tràng ngang. Có 2 cách khâu nối sau:

- + Polya: để nguyên mỏm dạ dày rồi nối với quai hồi tràng đầu tiên.
- + Finsterer: khâu hẹp bớt mỏm dạ dày rồi nối với quai hồi tràng đầu tiên.

- Ưu điểm: áp dụng được trong cả trường hợp ổ loét dạ dày hoặc tá tràng chảy máu, kỹ thuật thực hiện dễ hơn.

- Nhược điểm: thức ăn xuống dạ dày nhanh hơn, lưu thông dạ dày - ruột không giống sinh lý bình thường, hội chứng Dumping nhiều hơn.

- Cắt cực trên dạ dày: nếu ổ loét nằm ở sát tâm-phình vị chảy máu cắt cực trên. Sau đó nối kiểu Sweet hoặc kiểu Double tract. Tuy nhiên đây là những phẫu thuật khó tiến hành trong cấp cứu, rất ít khi thực hiện.

- Cắt toàn bộ dạ dày: chỉ định khi ổ loét lan rộng, khó xác định tổn thương ung thư hay là loét lành tính chảy máu, rất hiếm thực hiện.

- Khâu cầm máu ổ loét: trong trường hợp chảy máu nặng, thể trạng bệnh nhân yếu, thời gian phẫu thuật đòi hỏi ngắn, có thể khâu cầm máu.

Có 2 kiểu khâu:

- Khâu ổ loét từ trong lòng dạ dày - tá tràng.
- Khâu cầm máu ổ loét từ ngoài thanh mạc.

Khi các ổ loét ở sâu chảy máu (ổ loét nằm ở D1, DII...), không thể cắt dạ dày được, nên khâu cầm máu ổ loét rồi chuyển tuyến trên tiếp tục điều trị.

Khoét bỏ ổ loét, tạo hình môn vị hay loại bỏ ổ loét ra khỏi đường tiêu hoá là những thủ thuật có thể thực hiện được trong cấp cứu.

7.2.3.2. Cắt dây thần kinh X

Trong trường hợp CMDLDDTT mà không thể cắt dạ dày và lấy ổ loét được, thì khâu cầm máu ổ loét hay khoét bỏ ổ loét, tạo hình môn vị nối vị tràng, có thể cắt dây thần kinh X kèm theo để điều trị triệt để hơn.

- Mục đích: loại trừ cơ chế tiết dịch do thần kinh.

- Các kiểu kỹ thuật: Cắt dây thần kinh X toàn bộ.

Cắt dây X chọn lọc.

Cắt dây X chọn lọc cao (siêu chọn lọc).

- Cắt dây thần kinh X toàn bộ + nối vị tràng (phẫu thuật Drasptedt) bao gồm:
 - Cắt trên chỗ phân chia nhánh gan của dây X trước (dây X trái).
 - Cắt trên chỗ phân chia nhánh tạng đối với dây X sau (dây X phải).
 - Nối vị tràng.
- Cắt dây X + tạo hình môn vị:
 - Ưu điểm của phương pháp cắt dây X là tử vong và biến chứng ít hơn so với cắt dạ dày.
 - Nhược điểm: tỉ lệ loét miệng nối cao hơn, khoảng 10%.
 - Chỉ định: loét hành tá tràng chảy máu ở sâu lấy khó.

Loét tá tràng chảy máu + bệnh phối hợp (xơ gan, lao, bệnh tim).

- Khâu cầm máu ổ loét + cắt thần kinh X.
- Khâu cầm máu ổ loét + cắt thần kinh X kèm theo tạo hình môn vị hay nối vị tràng.
- Cắt thần kinh X kèm theo cắt hang vị (Weinberrg).

Tùy theo tình trạng bệnh nhân, khả năng gây mê - hồi sức để tiến hành các phẫu thuật thích hợp nhằm vừa có thể cầm máu, vừa có thể điều trị triệt để.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Grimaldi. Ch, Delmint J.D.
Les hemorragies digestives.
Encyc. Med. Chir. 9006. A 10-1986
2. Henry D.A, Johnston a, dobson. A, Duggan J.
Fatal peptic ulcer complication and the use of non-steroid anti inflammatory drug, aspirin, and corticosteroid.
Br. Med-J-1987. 259-122701987
3. Liguory. C, sanhel. J.
Endoscopie digestive pratique.
4. Ringleton. S.K.
Recognition and management of upper gastrointestinal hemorrhage.
Arn. J. Med. 1987. 83. 88.
5. Villet. R, Valeur. D, Hautefeuillt.
Intervention chirurgicale sur l'estomac.
Gastro. Enterologie. Flammarion Tome 1.1986.

3. THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Thủng là một trong những biến chứng thường gặp của ổ loét dạ dày - tá tràng. Tuy có giảm hơn những năm trước kia nhưng vẫn chiếm tỷ lệ 15-22% các ổ loét dạ dày - tá tràng. Trong 5 năm (1995 - 1999) tại 3 bệnh viện lớn của Hà Nội (Việt Đức, Bạch Mai, Saint Paul) có 621 trường hợp được điều trị phẫu thuật, trung bình có 120 trường hợp mỗi năm. Những năm gần đây, nhờ sự hiểu biết sâu về bệnh sinh của ổ loét với vai trò của *Helicobacter Pylori*, khả năng chẩn đoán sớm, có nhiều loại thuốc điều trị tốt nên ít gặp hơn. Chẩn đoán thường dễ vì trong đa số các trường hợp các triệu chứng khá điển hình, rõ rệt. Điều trị phẫu thuật kết quả rất tốt nhờ phát hiện sớm và xử trí kịp thời cũng như chỉ định hợp lý các phương pháp phẫu thuật như khâu lỗ thủng, cắt đoạn dạ dày, cắt thần kinh X... Hiện nay phẫu thuật nội soi ổ bụng đã được tiến hành tại bệnh viện Việt-Đức và một số nơi khác để khâu thủng ổ loét dạ dày - tá tràng. Đây là một tiến bộ và đã có những kết quả bước đầu.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC

Giới: Nam nhiều hơn nữ, các thống kê có khác nhau nhưng đa số thấy rằng tỷ lệ khoảng 90% cho nam giới và 10% cho nữ giới.

Tuổi: Thường từ 35 đến 65 và nhiều nhất là ở loại tuổi từ 30 đến 40 với tỷ lệ khoảng 40%. Nhưng cũng có những thủng dạ dày ở bệnh nhân trên 80-85 tuổi. Loét ít gặp ở trẻ em nên cũng ít thấy thủng.

Điều kiện thuận lợi:

Thời tiết: Mùa rét thường gặp nhiều hơn mùa đông và cũng gặp nhiều khi thời tiết thay đổi từ nóng chuyển sang lạnh hay từ lạnh chuyển sang nóng. Gặp nhiều vào các tháng 1,2,3,4 và ít vào các tháng 5,6,7,8,9.

Bữa ăn: Thủng có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong ngày nhưng một số khá lớn bệnh nhân bị thủng chứng một vài giờ sau bữa ăn, thủng càng gần bữa ăn thì ổ bụng càng bần và càng chóng đưa đến tình trạng viêm màng bụng.

Chấn thương tinh thần: Có bệnh nhân bị thủng trong khi bị một chấn thương tinh thần mạnh như phẫu thuật, bỏng... hay đau khớp kéo dài phải dùng các loại giảm viêm không steroid, cortison...

1. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

1.1. Ổ loét thủng

Vị trí ổ loét thủng: Thường thì ở tá tràng nhiều hơn là ở dạ dày. Điều này cũng phù hợp vì loét tá tràng chiếm đa số. Thường là ở những ổ loét ở mặt trước tá



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

tràng hay ở bờ cong nhỏ, ít khi gặp ở các nơi khác. Tuy nhiên khi ổ loét thủng gây ra phù nề, co kéo và viêm dính làm thay đổi giải phẫu, làm biến dạng nên nhận định vị trí khó khăn và không xác định được chính xác, nhất là những ổ loét gần môn vị. Các ổ loét ở mặt sau dạ dày, tá tràng khi tiến triển thường dính vào các tạng lân cận. Do vậy không nên quên rằng những ổ loét mặt sau có thể thủng vào các khoang sau, khi thăm dò nếu không thấy lỗ thủng mặt trước, phải mổ mạc nối dạ dày - tá tràng đi vào hậu cung mạc nối để tìm lỗ thủng ở mặt sau.

Thường chỉ có một ổ loét thủng, rất ít khi có hai hay nhiều. Lỗ thủng có thể ở một loét non hay đã bờ chai cứng do quá trình tiến triển lâu dài. Có thể là ở một ổ loét đã được khâu lần trước hay có khi ở một ổ loét miệng nối sau thủ thuật nối dạ dày - ruột non hoặc cắt đoạn dạ dày.

Lỗ thủng có thể rộng và có khi một phần được các giả mạc bít lại, phải lau và lấy sạch mới nhìn rõ lỗ thủng. Cũng có những ổ loét thủng và dính vào gan, túi mật hay được mạc nối lớn đến bịt kín. Lỗ thủng ở tá tràng thường ít khi rộng, chỉ bằng hạt đậu hay nhỏ hơn; trái lại, ở bờ cong nhỏ thường to hơn, từ 1-3cm.

Bờ lỗ thủng thường chắc, xơ cứng. Tổ chức chung quanh ổ loét thay đổi rất khác nhau: khi thì mềm mại gần như bình thường và khâu lại rất dễ dàng, khi thì dày cộm lên do viêm, phù nề; mủn, khâu khó khăn; khi khâu dễ bục, sợi chỉ khâu sẽ cắt đứt tổ chức.

Lỗ thủng có thể do một quá trình hoại tử cấp tính hay là một quá trình bào mòn dần đáy ổ loét, rất ít có phản ứng ổ tổ chức xung quanh; khi thì lại là một biến chứng của một quá trình viêm nhiễm, phản ứng phù nề thâm nhiễm rất mạnh.

1.2. Tình trạng ổ bụng: ổ bụng sạch bản khác nhau tùy theo bệnh nhân đến sớm hay muộn, thủng xa hay gần bữa ăn, lỗ thủng nhỏ hay to và tùy theo vị trí lỗ thủng.

Đa số bệnh nhân bị thủng có hơi và dịch trong ổ bụng. Trên lâm sàng, hơi này thể hiện bằng tiếng gõ vang ở vùng trước gan trong tư thế đứng hoặc nửa ngồi và trên Xquang là hình ảnh liềm hơi. Khi mổ, ngay sau khi màng bụng bị rách thủng, chúng ta sẽ nghe tiếng xì của hơi phì ra.

Dịch trong ổ bụng khi mới thủng còn sạch, chưa nhiễm trùng thì dùng đục, xam xam hay vàng nhạt khi có lẫn dịch mật ở tá tràng. Không có mùi hay hơi chua chua. Thường là loãng nhưng cũng có khi lầy nhầy, sánh sánh. Thường có lẫn thức ăn nát vụn hay còn nguyên từng mảnh. Có khi thấy cả những hạt cơm, một miếng mỡ hay một mẫu hành, một cọng rau chưa được tiêu hoá, nhất là những thủng xảy ra sau bữa ăn.

Ở những bệnh nhân hẹp môn vị bị thủng, thấy trong ổ bụng rất nhiều dịch nâu đen, bầy, lẫn với nhiều thứ cặn của bữa cơm trước hay có khi của ngày hôm trước chưa được tiêu hoá. Những bệnh nhân này tiên lượng thường xấu.

Lúc đầu, dịch ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang, nằm dưới gan. Rồi theo rãnh thành đại tràng bên phải xuống chậu hông, khu trú ở đó để tạo thành những ổ mủ nếu không được xử trí. Đối với những ổ loét và mặt sau dạ dày thì trước tiên dịch chảy dần vào hậu cung mạc nối, khu trú ở đây và rồi qua khe Winslow để chảy dần vào bụng. Nếu chỉ có ít dịch, khi mổ bụng có thể không thấy mà phải đi vào hậu cung mạc nối mới thấy dịch ứ đọng.

Khi mới thủng, dịch đó vô trùng và có độ toan như là dịch vị khi lấy bằng ống hút qua đường mũi. Nhưng chỉ sau một thời gian ngắn chừng 18-24 giờ dịch đó đã thực sự nhiễm trùng và thành mủ. Nếu bệnh nhân đến muộn, trong bụng có nhiều giả mạc rải rác dính vào các tạng, các quai ruột, nhiều nhất là chung quanh lỗ thủng.

2. LÂM SÀNG

Triệu chứng của thủng ổ loét dạ dày - tá tràng thường rất rõ ràng. Nếu biết nó và chú ý đến nó thì đa số các trường hợp chúng ta có thể chẩn đoán được ngay trong những phút đầu khi mới gặp bệnh nhân mà không cần phải theo dõi, bỏ lỡ mất thời gian quý báu.

Trước hết chúng ta mô tả thể điển hình có đầy đủ triệu chứng và các triệu chứng đó lại rõ ràng.

2.1. Triệu chứng toàn thân

Đến sớm:

Tình trạng toàn thân chưa thay đổi, nét mặt nhăn nhó, hay tay ôm bụng.

Mạch và huyết áp ổn định.

– Khoảng 30% bệnh nhân có thể xuất hiện tình trạng sốc vì đau:

Mặt mày xanh xám, nhợt nhạt, lo âu, sợ hãi, toát mồ hôi. Mũi và đầu chi lạnh. Thân nhiệt hạ thấp dưới 30°C , mạch nhỏ, nhanh, có khi không đếm được.

Sốc chỉ thoáng qua chừng vài ba phút đến 1 giờ.

Đến muộn:

Tình trạng nhiễm trùng xuất hiện. Bụng trướng, đau nếu nặng sẽ biểu hiện viêm phúc mạc.

2.2. Triệu chứng cơ năng

– Đau bụng dữ dội, đột ngột:

Bệnh nhân đang khoẻ mạnh, làm việc và sinh hoạt bình thường thì bỗng nhiên đau dữ dội vùng trên rốn, đau như dao đâm.

Khi thì kêu la rầm rĩ khi thì nhăn nhó rên rỉ, nét mặt lo âu sợ sệt.

Nếu ổ loét dạ dày thì đầu tiên đau vùng trên rốn, chính giữa bụng hay hơi chệch sang trái và lan tràn nhanh ra toàn ổ bụng. Nếu ổ loét ở hành tá tràng thì thường là đau ở dưới sườn phải, mạng sườn phải hay có khi ở hố chậu phải. Bệnh nhân phải gập người lại cúi lom khom, không dám nằm hay đứng thẳng vì vậy các cơ thành bụng sẽ căng ra làm đau thêm. Đau mỗi ngày một tăng lan ra khắp bụng, xuyên ra lưng, lên vai, lên ngực.

Đau là một triệu chứng cơ năng rất có giá trị.

- Nôn:

Bệnh nhân có thể có nôn hoặc buồn nôn.

Nôn ra dịch nâu đen nếu hẹp môn vị

Hiếm khi có nôn ra máu nhưng nếu có thì là một trường hợp rất nặng, tiên lượng xấu, cần phải xử trí kịp thời, đúng lúc và phải hồi sức thật tốt.

- Bí trung, đại tiện:

Là dấu hiệu muộn, thường là biểu hiện của viêm màng bụng toàn thể làm liệt ruột, ruột mất nhu động.

2.3. Triệu chứng thực thể

• **Nhìn:** Hai cơ thẳng to nổi rõ, được các vách cân ngang cắt thành từng múi. Hai bên bụng là những sợi chéo của hai cơ chéo hơn, thõng nông. Bụng dẹt, nằm im không di động theo nhịp thở và bệnh nhân hoàn toàn thở bằng lồng ngực. Có khi bụng hơi trướng.

• **Nắn:** Khám thì thấy rõ ràng hơn. Bằng cách nắn rất nhẹ nhàng, nắn từ từ, từ nông đến sâu, cũng không thể nào làm mất co cứng được, ngược lại chỉ làm cò cứng và bệnh nhân đau hơn. Khi sờ nắn, có cảm giác như là sờ vào một mảnh gỗ. Co cứng liên tục khác với phản ứng thành bụng do thăm khám thô bạo và vùng vể gây nên. Co cứng trong bụng dạ dày là co cứng thực sự, do nước trong ổ bụng kích thích màng bụng gây ra. Xảy ra rất sớm, cùng với lúc xuất hiện cơn đau.

Có thể lúc mới bắt đầu, toàn thể bụng đã co cứng, nhưng cũng có thể chỉ mới ở vùng trên rốn, hai hố chậu còn tương đối mềm, nhưng dần dần co cứng sẽ lan ra khắp toàn bụng. Thăm khám nhẹ nhàng, tỉ mỉ đi dần từng chỗ, có thể tìm thấy chỗ đau trội nhất. Chỗ đau trội nhất này thường cũng là chỗ đau khởi đầu. Khi có co cứng là chắc chắn có viêm màng bụng và nếu chỗ đau nhất nằm ở trên rốn thì trước hết chúng ta phải nghĩ đến một nguyên nhân ở tạng trên mạc treo đại tràng ngang.

Co cứng thành bụng là một triệu chứng bao giờ cũng có (nhưng mức độ khác nhau) và có giá trị bậc nhất trong chẩn đoán.

• **Gõ:** Để bệnh nhân ở tư thế nửa ngồi nửa nằm và gõ vùng gan thấy mất tiếng đục bình thường vì trong những trường hợp có hơi trong ổ bụng, với tư thế đó, hơi sẽ lách lên cao vào nằm dưới cơ hoành. Tiếng gõ trong trước gan xác định có hơi trong ổ bụng nhưng không được lầm lẫn với hơi của quai ruột giãn chèn vào nằm trước gan, nhất là ở những bệnh nhân đến muộn. Khi triệu chứng của viêm màng bụng đã rõ ràng, toàn bộ ruột đã trướng lên... Ngược lại, có những trường hợp hơi rất ít nên khi gõ không thể phát hiện được.

Trong những trường hợp dạ dày chứa nhiều nước và qua một lỗ thủng to chảy xuống thấp, gõ sẽ thấy đục ở hai mạng sườn và hố chậu. Có tác giả cho rằng đó một phần là nước rỉ viêm của màng bụng nhưng người ta đã nhận thấy có những bệnh nhân được mổ rất sớm trong giờ đầu mà bụng đã có nhiều nước có mùi như nước dạ dày.

Có tác giả đã cho rằng triệu chứng này là một trong các triệu chứng chủ yếu, có giá trị rất tốt để chẩn đoán. Nhưng trên thực tế tìm tiếng gõ đục ở vùng thấp khó hơn là tìm tiếng gõ vang ở vùng trước gan.

- Thăm trực tràng: Túi cùng Douglas phồng và đau chói khi ấn tay vào.
- Tiền sử loét dạ dày: Đối với những bệnh nhân bị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, việc khai thác tiền sử có khi gặp khó khăn vì quá đau bệnh nhân không muốn trả lời hay trả lời không được rành mạch rõ ràng. Chú trọng tới những triệu chứng chủ yếu của bệnh loét, có thể thấy đến 9/10 có tiền sử, nhiều khi là một bệnh sử điển hình kéo dài trong nhiều năm, có thể hàng mấy chục năm. Chính bệnh nhân cũng biết chắc là mình đang mang một ổ loét và được xác minh bằng chụp X quang hay nội soi. Chúng tôi cũng gặp một số bệnh nhân bị thủng ổ loét khi đang nằm chờ mổ. Có bệnh nhân không biết là mình có bệnh, nhưng khi khai thác thì rõ ràng có hội chứng loét dạ dày - tá tràng và tất nhiên là chưa được điều trị gì hay điều trị linh tinh. Nhưng cũng có nhiều bệnh nhân đã từ lâu có rối loạn tiêu hoá, triệu chứng không điển hình, không đặc hiệu. Ở những bệnh nhân này, không cho phép chúng ta rút ra kết luận gì. Ở 1/10 số bệnh nhân còn lại, thủng dạ dày là triệu chứng đầu tiên, báo hiệu một ổ loét tiến triển ngấm ngấm không có biểu hiện lâm sàng.

Ngoài tiền sử bệnh, nên hỏi xem trong những ngày trước khi thủng, bệnh nhân có những triệu chứng khác thường gì không. Có thể thấy: đau âm ỉ, sốt, buồn nôn. Có khi nôn ra máu, táo bón. Các triệu chứng này cũng thất thường, nhiều trường hợp thủng mà chẳng có một dấu hiệu báo trước nào cả.

3. CẬN LÂM SÀNG

3.1. X quang

3.1.1. Soi trên màn ảnh X quang

Cơ hoành di động kém. Nhưng hình ảnh chủ yếu là xuất hiện những bóng sáng.

Trong tư thế đứng thẳng, ở bên phải là một đường sáng hình liềm nằm giữa mặt lõm của cơ hoành ở trên và mặt lồi của gan ở dưới. Bên trái thì nằm giữa túi hơi dạ dày và cơ hoành.

3.1.2. Chụp X quang

Chụp bụng không chuẩn bị với tư thế đứng, lấy một phần ngực sẽ thấy có liềm hơi ở bên phải, có khi ở cả hai bên, ít khi thấy riêng ở bên trái. Nếu ở tư thế đứng không thấy hay toàn trạng bệnh nhân kém không thể để bệnh nhân đứng được thì ở tư thế nằm ngửa hay nằm nghiêng trái, đặt bóng ngang và chụp nghiêng sẽ thấy hình hơi nằm giữa gan và thành bụng hay thành ngực.

Liềm hơi có khi lớn, chiều cao vài ba centimét hay hơn, mới nhìn đã dễ dàng nhận thấy. Nhưng cũng có khi rất bé, mỏng, chỉ một vài milimét, trên màn ảnh khó lòng mà phát hiện được, nhất là khi chỉ có ở bên trái. Những trường hợp không rõ cần phải chụp lại mới xác định được chắc chắn.

Triệu chứng này có phải thường xuyên không ? Đa số thống kê cho biết tỉ lệ vào khoảng 8%.

3.2. Siêu âm

Siêu âm là một thăm dò thường quy trong cấp cứu bụng. Những trường hợp các dấu hiệu lâm sàng và Xquang đã rõ cũng có thể làm thêm để xác định mức độ dịch trong ổ bụng, loại trừ thêm những bệnh lý kèm theo như sỏi mật...

- Đối với những trường hợp chưa xác định được chẩn đoán, siêu âm cho biết có dịch ở dưới gan, khoang Morison, rãnh phải đại tràng và dịch đọng ở hố chậu phải. Ngoài ra siêu âm còn loại trừ những bệnh lý dễ nhầm với thủng DDTT như Viêm tụy cấp, giun chui ống mật, viêm túi mật...

4. DIỄN BIẾN

4.1. Viêm phúc mạc toàn thể

Hầu hết các trường hợp trong vòng 12-24 giờ tiến triển thành một viêm màng bụng toàn thể nhanh hay chậm là tùy theo thủng gần hay xa bữa ăn, khi dạ dày đầy hay rỗng, lỗ thủng to hay bé. Khi đến bệnh viện, bệnh nhân có thể đỡ đau hơn so với lúc bắt đầu, nhưng người mệt mỏi, lơ đãng, trạng thái nhiễm trùng, mất nước rõ rệt: mặt hốc hác, mắt lõm, môi khô, lưỡi bẩn, nhiệt độ cao $39-40^{\circ}\text{C}$ hay là thấp dưới 37°C khi bệnh nhân đã kiệt sức. Mạch nhanh nhỏ, khó đếm, huyết áp thấp có khi không đo được. Thăm khám thấy bụng chướng căng, ấn chỗ nào cũng đau, bệnh nhân nhăn nhó, gặt tay. Có cảm ứng phúc mạc rõ rệt. Bí trung tiện, đại tiện, nôn. Bệnh cảnh lâm sàng như một tắc ruột cộng thêm các triệu chứng của viêm màng bụng, cho nên có khi người ta chẩn đoán nhầm lẫn giữa viêm phúc mạc do thủng dạ dày và tắc ruột cơ học. Tiên lượng rất nặng. Nếu có xử trí, bệnh nhân cũng thường chết sau 4-5 ngày vì nhiễm độc nặng. Nhưng cũng có thể chết rất chóng trong tình trạng truy tìm mạch.

4.2. Viêm phúc mạc khu trú

Hiếm gặp hơn. Đây là những bệnh nhân đến bệnh viện ngày thứ 4, thứ 5, sau một cơn đau dữ dội và đột ngột. Các triệu chứng toàn thân, cơ năng cũng như thực thể, giảm dần. Bệnh nhân ngủ được, bớt sốt, đỡ đau có trung tiện. Bụng mềm hơn nhưng vẫn còn đau và phản ứng ở dưới bờ sườn, hai hố chậu. Sau đó bệnh nhân tiếp tục đau sốt cao $38^{\circ}\text{C}-39^{\circ}\text{C}$, mạch nhanh 110-120, mặt hốc hác lưỡi bẩn, mất ngủ kéo dài.

4.3. Áp xe

Ổ áp xe thường thành hình một hay hai tuần sau khi thủng nhưng cũng có khi sớm hơn. Tiến triển có thể rầm rộ nhưng thường thì âm thầm, các triệu chứng không rõ rệt. Bệnh nhân cảm thấy ăn mất ngon, mất ngủ, mệt mỏi, ngày ngày sốt. Nhiệt độ cao, dao động là một triệu chứng để lưu ý. Xét nghiệm công thức máu thấy bạch cầu cao. Có thể có một hay nhiều ổ áp xe khu trú ở xung quanh dạ dày, hố chậu hay tiểu khung, nhưng thường gặp hơn cả là áp xe dưới cơ hoành.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Áp xe dưới cơ hoành: Khi thăm khám thấy bờ sườn dô lên, phù nề, các tĩnh mạch nổi rõ. Nắn tử mủ có cảm giác một khối ở sâu, rất đau, giới hạn rộng. Thường là những áp xe có mủ và hơi, khi ấn có cảm giác lũng nhùng. Nếu bệnh nhân nằm, gõ thấy trong; nếu ngồi, gõ đục ở vùng thấp và trong ở trên.

Nghe phổi thấy tiếng thở mất hay có tiếng ran ở đáy. Có thể kèm theo các triệu chứng của một kích thích cơ hoành (nấc, đau theo thần kinh, đau chỗ bám cơ). Triệu chứng toàn thân rất nặng: sốt, gầy, gầy mòn, suy nhược. áp xe có thể vỡ qua cơ hoành vào màng phổi hay phổi, vỡ vào ruột hay theo đường máu gây áp xe gan, lách, khớp, tĩnh mạch v.v... Nhưng thường nhất là vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể.

Trước kia loại áp xe dưới cơ hoành này rất hay gặp, nhưng dần dần ít đi vì ngày nay các ổ loét dạ dày - tá tràng thủng đã được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

5. THỂ LÂM SÀNG

Ở trên, chúng tôi tả rất kỹ thể điển hình. Nhưng trên thực tế có thể thiếu triệu chứng này hoặc thiếu triệu chứng khác hay có khi thiếu nhiều triệu chứng một lúc, nên chẩn đoán khó khăn, nếu không chú ý sẽ có thể bỏ qua, gây nên những tác hại rất đáng tiếc.

5.1. Thể thủng bít

Ngay sau khi thủng, lỗ thủng có thể được bít lại. Bệnh nhân cũng đau đột ngột dữ dội như trong thể điển hình nhưng rồi tình trạng toàn thân trở lại bình thường. Bệnh nhân hết sốt, đỡ đau, cảm thấy dễ chịu. Chỉ còn có cảm giác nặng nề, tức tức và khi sờ nắn thì có phản ứng nhẹ. Giới hạn một vùng rõ rệt ở nửa bụng trên. Nếu Xquang thấy có liềm hơi thì chẩn đoán là chắc chắn, nhưng nếu không có thì cần phải theo dõi thật chu đáo. Trường hợp này chẩn đoán dễ nhầm với một cơn đau bụng có phản ứng thành bụng ở một bệnh nhân có tiền sử dạ dày.

Khi đã chẩn đoán được thủng dạ dày được bít cần xử trí cấp cứu như những trường hợp khác, vì nếu không, có thể tiến triển thành viêm màng bụng. Khi mổ những lỗ thủng được bít, nếu không có tình trạng của viêm màng bụng, ổ bụng khô, sạch, chung quanh lỗ thủng có thể có một ít nước đục và màng giả.

Lỗ thủng đã được mạc nối lớn hay các bộ phận lân cận như gan, túi mật, có khi là thành bụng che lấp kín lại. Có nhiều bệnh nhân khỏi mà không có xử trí. Mãi về sau khi bệnh nhân vẫn tiến triển, người ta mới để điều trị ổ loét mới thấy ổ loét đã thủng từ lâu. Vì vậy đó là cơ sở của phương pháp điều trị bằng cách hút liên tục (Phương pháp Taylor).

5.2. Thủng ổ loét ở mặt sau

Do những liên quan về giải phẫu, dịch vị chảy ở mặt sau dạ dày vào hậu cung mạc nối, và rất sớm, các chỗ dính thành hình dễ dàng. Chẩn đoán có khó hơn và nhiều khi rất khó với các triệu chứng sau đây: đau và co cứng giới hạn ở vùng trên rốn và đặc biệt là vùng này trướng phình lên, có khi bụng trái chướng nhiều hơn. Nếu có tràn khí dưới da thì nên nghĩ và đi tìm ổ loét thủng ở đoạn tá tràng

nằm sau màng bụng. Những ổ loét thủng ở mặt sau chẩn đoán lâm sàng khó và ngay cả khi phẫu thuật cũng tìm kiếm khó khăn mới thấy. Cho nên khi có một viêm màng bụng mà tìm không thấy nguyên nhân, phải mổ mạc nối vị đại tràng, đi vào mặt sau dạ dày để tìm lỗ thủng.

Cũng nên biết rằng tuy hiếm nhưng cũng có những ổ loét ở mặt trước thủng mà nước qua khe Wislow vào hậu cung và khu trú lại ở đó.

5.3. Một số thể bệnh khác

- Thủng là dấu hiệu đầu tiên của ổ loét. Trong tiền sử bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng gì và cũng có thể sau khi khâu, bệnh sẽ khỏi hoàn toàn.
- Thể bán cấp tính: các triệu chứng không rõ ràng, diễn biến chậm chạp.
- Thể tối cấp tính: Bệnh nhân chết trong vòng 6-12 giờ sau khi thủng.
- Thể giống như đau ngực: bệnh nhân vẻ mặt lo âu, khó thở, tím tái, đau ở vai, là do những ổ loét ở cao.
- Thể giống như viêm ruột thừa do những lỗ thủng nhỏ của ổ loét ở tá tràng. Dịch tiêu hoá chảy ít và đọng lại ở hố chậu phải.
- Thủng kèm theo chảy máu: Triệu chứng thủng ổ loét kèm theo nôn ra máu hay ỉa phân đen.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày - tá tràng thường dễ vì các triệu chứng thường rất rõ. Cần phải chẩn đoán sớm, càng sớm càng tốt.

- Bệnh nhân nam giới, tuổi trung niên. Có tiền sử loét DD-TT
- Đau đột ngột, đau dữ dội, đau như xé ruột, như dao đâm.
- Bụng co cứng toàn bộ, cứng như gỗ.
- Nếu Xquang lại có liềm hơi nữa là chẩn đoán đã rất chắc chắn.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

6.2.1. Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa

Cơn đau viêm ruột thừa thường bắt đầu âm ỉ rồi dần dần tăng lên.

Vị trí đau thường là ở hố chậu phải.

Nếu đến muộn, có thể đau toàn bụng nhưng sờ nắn nhẹ nhàng, cẩn thận thì vẫn thấy đau ở hố chậu phải nhiều hơn.

Có trường hợp thủng ổ loét HTT dịch từ tạng trên ổ bụng theo rãnh thành đại tràng chảy xuống và khu trú ở hố chậu phải, lúc này cũng thấy hố chậu phải đau hơn, nhưng hỏi lại thì thấy bắt đầu đau ở vùng trên rốn.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bệnh nhân sốt 38-38^o5C. Mạch nhanh 100-110. Nếu thủng dạ dày đến sớm, khi chưa có hiện tượng nhiễm trùng màng bụng, thì mạch và nhiệt độ vẫn bình thường.

Dù là viêm ruột thừa hay là thủng dạ dày đều có chỉ định mổ cấp cứu, nhưng đường rạch có khác. Nếu là viêm ruột thừa, sẽ mở đường hố chậu phải; nhưng nếu là thủng dạ dày, đường rạch sẽ là đường giữa trên rốn. Nếu có nghi ngờ trong chẩn đoán thì nên đi ổ hố chậu phải trước để tìm ruột thừa. Trong trường hợp tổn thương ruột thừa không cắt nghĩa được hiện tượng viêm màng bụng, trong ổ bụng không có mủ thối, ruột thừa không thủng chỉ viêm tấy ở mặt ngoài, nhất là khi thấy những mẩu thức ăn lẫn trong nước xám xám, hăng hăng thì sau khi cắt ruột thừa phải mở ngay đường giữa trên rốn tìm lỗ thủng dạ dày. Nếu không nhận định đúng, chỉ cắt ruột thừa và đóng bụng lại thì chắc chắn bệnh nhân sẽ chết.

6.2.2. Viêm phúc mạc do mật

Bệnh nhân cũng đau dữ dội, đau liên tục nhất là nửa bụng bên phải.

Tiền sử, đã có nhiều lần đau kèm theo sốt và vàng da, vàng mắt, có khi vàng rất đậm. Thử máu thấy bilirubin cao.

Nếu sỏi ống mật chủ thì bệnh nhân cũng có thể rất đau, đau lẫn lộn nhưng bụng mềm, chỉ có phản ứng ở vùng dưới sườn phải, có khi sờ thấy túi mật to.

Cần phải siêu âm để xác định sỏi, tình trạng đường mật và nhu mô gan.

6.2.3. Viêm tụy cấp

Đau rất dữ dội, bệnh nhân kêu la, vật vã, lặn lộn, chống hông, gập người chứ không nằm im như trong thủng dạ dày. Đặc biệt là tình trạng toàn thân rất nặng, có tình trạng sốc rõ rệt.

Khám bụng có thể có co cứng nhưng không rõ rệt như ở thủng dạ dày, có cứng bên phải nhiều hơn bên trái, trên rốn nhiều hơn dưới rốn. Đặc biệt là ấn điểm sườn-thắt lưng bên trái rất đau.

Xét nghiệm cấp cứu thấy Amylaza máu và nước tiểu cao.

Siêu âm chỉ thấy có dịch trong ổ bụng, ít khi xác định được tụy do chướng hơi. Ngoài ra siêu âm chẩn đoán những nguyên nhân như sỏi mật, giùn chiu ống mật... Nếu cần thiết để xác định kỹ hơn nên chụp CT scanner mới thấy rõ tổn thương tụy.

6.2.4. Thủng một nội tạng khác

Như thủng ruột non do thương hàn, thủng túi Meckel, thủng do ung thư dạ dày. Thủng dạ dày do ung thư cũng có đầy đủ các triệu chứng, và mức độ các triệu chứng đó cũng giống như trong thủng do loét nhưng thường xảy ra ở người đứng tuổi không có tiền sử dạ dày.

6.2.5. Các bệnh lý khác

- **Tắc ruột:** dễ nhầm, khi thủng dạ dày đến muộn đã có hiện tượng viêm màng bụng gây liệt ruột, với một xoắn ruột, một huyết khối mạch máu mạc treo ruột, thoát vị bên trong, một cơn đau do loét dạ dày.

- Áp xe gan vỡ: Biểu hiện viêm phúc mạc trên bệnh nhân đau sốt, vàng da, siêu âm có dịch ổ bụng và ổ áp xe gan.

Nếu là bệnh nhân nữ cần chẩn đoán phân biệt với:

- *Chửa ngoài dạ con vỡ*: ở một người đang độ sinh nở, có thai vào ba tháng, đến bệnh viện với tình trạng chảy máu trong nặng, sờ bụng có cảm ứng phúc mạc, ít khi co cứng. Thăm âm đạo có máu theo tay, túi cùng Douglas phồng, rất đau.
- *U nang buồng trứng xoắn*

7. ĐIỀU TRỊ

Kết quả tốt hay xấu, tỷ lệ tử vong thấp hay cao phụ thuộc vào việc điều trị sớm hay muộn. Những bệnh nhân được xử trí trong vòng 6 giờ đầu thì kết quả rất tốt, tỷ lệ tử vong rất thấp. Nếu quá 48 giờ, khi đã có nhiễm trùng màng bụng thì hoặc bệnh nhân đã chết hay dù có điều trị thật tích cực đi nữa tiên lượng cũng rất xấu, tỷ lệ tử vong rất cao. Bệnh nhân sẽ chết trong tình trạng nhiễm độc, viêm thận cấp gây urê huyết cao. Cho nên phải chẩn đoán được thật sớm, và đã chẩn đoán được là phải điều trị ngay. Điều trị bằng phẫu thuật.

7.1. Phẫu thuật

7.1.1. Chuẩn bị trước mổ

Qua đường mũi đặt ống hút dạ dày, hút bớt nước còn ứ đọng lại để dễ dàng cho việc mổ xẻ và cũng để tránh những tai biến trong gây mê.

Nên cho kháng sinh và truyền nhỏ giọt tĩnh mạch nước, điện giải để phục hồi một phần mổ và sẽ tiếp tục cho trong và sau mổ.

7.1.2. Phương pháp phẫu thuật

Mổ mở theo kinh điển vẫn được sử dụng thường xuyên trong các cơ sở phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi có những ưu điểm, tuy nhiên cần được trang bị phương tiện, máy móc và kỹ thuật cho phẫu thuật viên.

Rạch đường giữa trên rốn. Ngay sau khi phúc mạc bị rạch thủng, hơi phì ra hút hết dịch trong ổ bụng, có thể thấy ngay lỗ thủng nằm ở mặt trước tá tràng hay BCN dạ dày. Nhưng cũng có khi phải tìm kiếm khó khăn. Khi ổ loét đã được bộc lộ rõ ràng, chọn một trong các phương pháp.

Thăm dò: Thăm dò tổn thương, ổ bụng, đánh giá khả năng phẫu thuật.

7.2. Các phương pháp phẫu thuật

- *Khâu lỗ thủng*: Nếu lỗ thủng nhỏ chỉ cần khâu theo hình chữ X hoặc có thể khâu gấp theo trục của dạ dày bằng các mũi chỉ có thể đắp thêm mạc nối lớn lên trên.

Nếu ổ loét ở vùng môn vị đã làm hẹp môn vị hay vì khâu mà làm hẹp môn vị thì bắt buộc phải làm thêm phẫu thuật nối dạ dày hỗng tràng hay tạo hình môn vị.

Phương pháp khâu có ưu điểm là đơn giản, dễ làm, cần ít thời gian và ít nguy hiểm. Vì vậy phương pháp này là chỉ điều trị biến chứng chứ không điều trị căn nguyên, ổ loét vẫn tồn tại, bệnh nhân vẫn còn rất nhiều khả năng đau lại và phải mổ để cắt đoạn dạ dày. Tuy nhiên trong nhiều năm gần đây, sau khi khâu thủng, bệnh nhân được điều trị theo phác đồ với công thức:

Kháng sinh diệt *Helicobacter Pylori* + Omeprasol 20mg + Thuốc bọc niêm mạc đã có tới 80% bệnh nhân khỏi hẳn.

• **Cắt đoạn dạ dày cấp cứu:** Chỉ nên cắt đoạn trong những trường hợp:

- Ổ loét xơ chai, khó khâu, khâu dễ bục.
- Ổ loét thủng lần thứ hai nay đã có nhiều lần chảy máu hoặc có hẹp vị môn.
- Bệnh nhân đến sớm trước 12 giờ, khi chưa có viêm màng bụng.
- Tình trạng sức khỏe tốt.
- Cuối cùng là trang bị kỹ thuật tốt và phẫu thuật viên có kinh nghiệm với phẫu thuật này. Phương pháp này tốt hơn phương pháp khâu là cùng một lúc vừa điều trị biến chứng là vừa điều trị căn nguyên của biến chứng. Nhưng cắt đoạn dạ dày là một phẫu thuật lớn: trong điều kiện cấp cứu, có thể gặp nhiều trở ngại khó khăn, hơn nữa, có cần thiết phải cắt đoạn không? Đứng trước một bệnh nhân có một lỗ thủng, phải suy tính cân nhắc, khâu hay cắt đoạn.

• **Khâu lỗ thủng và cắt dây X**

Phẫu thuật cắt dây X được áp dụng để điều trị các ổ loét tá tràng và nhiều phẫu thuật viên có thể thực hiện được để điều trị các ổ loét tá tràng thủng.

Khi phẫu thuật cần chú ý:

- Chỉ dùng cho những ổ loét tá tràng, không dùng cho các ổ loét dạ dày thủng...
- Chỉ nên áp dụng khi ổ bụng tương đối sạch, chưa có viêm màng bụng rõ vì khi tiến hành cắt dây X, phải bóc tách vùng thực quản, nếu ổ bụng bẩn sẽ làm nhiễm trùng vùng này.
- Đã cắt dây X thì phải có phẫu thuật dẫn lưu phổi hợp.

Như vậy có thể:

- Khâu lỗ thủng, cắt dây X và nối vị tràng.

Nhưng tốt hơn và có nhiều khả năng thực hiện được là:

- Cắt dây X kèm với mở rộng môn vị với loét bờ ổ loét thủng.

• **Phẫu thuật Newmann:**

Lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh xơ cứng, khâu dễ nát mủn, dễ bục chỉ, viêm phúc mạc và tình trạng bệnh nhân yếu, không cho phép cắt đoạn dạ dày ngay. Khi mổ đặt qua lỗ thủng một ống cao su to quấn mạc nối xung quanh và dính vào thành bụng. Phương pháp này là vạn bất đắc dĩ.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

7.3. Phương pháp hút liên tục

Phương pháp Taylor được sử dụng như sau:

Điều kiện

- Chẩn đoán chính xác 100%
- Bệnh nhân đến sớm.
- Thủng xa bữa ăn, ổ bụng ít nước.
- Theo dõi phẫu thuật chu đáo.

Cách thức tiến hành:

Phải tiến hành tại cơ sở ngoại khoa:

- Cho thuốc giảm đau (Morphin, Dolacgan...) hồi sức bằng cách nhỏ giọt liên tục các loại dung dịch điện giải.
- Đặt ống thông dạ dày to để lấy các mảnh thức ăn to. Sau đó đặt qua mũi một ống hút nhỏ để hút liên tục. Lúc đầu cứ 15 phút, về sau 30 phút một lần. Nếu có kết quả, sau vài giờ bệnh nhân đỡ đau, hiện tượng co cứng thành bụng giảm, hơi trong bụng, nước trong dạ dày bớt đi. Tiếp tục hút cho đến khi nhu động ruột trở lại, thường là 3-4 ngày sau. Theo dõi một tuần đến 10 ngày. Nếu sau vài giờ các triệu chứng không đỡ hoặc tăng lên thì phải mổ ngay.

Phương pháp hút liên tục có nhiều phiền phức mà kết quả lại không chắc chắn, nên phần lớn người ta không dùng nó để điều trị mà chỉ dùng để chuẩn bị mổ hoặc là giải pháp tình thế trong lúc chờ đợi phẫu thuật hay chuyển viện. Trong mấy năm gần đây, chúng tôi không dùng phương pháp này để điều trị nữa.

8. KẾT LUẬN

Thủng dạ dày là một biến chứng của ổ loét dạ dày tá tràng gặp hàng ngày, cần phải biết và chẩn đoán được. Chẩn đoán càng sớm thì tỉ lệ tử vong càng thấp.

Khi đã chẩn đoán được phải gửi ngay đến nơi phẫu thuật, không giữ lại theo dõi, tuyệt đối không cho giảm đau khi chưa có quyết định điều trị. Chỉ định điều trị phải phù hợp với tình trạng ổ bụng, thể trạng bệnh nhân và điều kiện phẫu thuật nhằm hạn chế tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asley-SW; Evoy-D; Daly-JM. (1999)
Stomach. Principles of surgery.
Seventh edition. Mc Graw-Hill; 1181-1215.
2. Debas-HT; Mulvihill-SJ. (1997).
Complication of peptic ulcer.
Maingot's abdominal operations. Tenth edition; 981-997.
3. Howard M.Spiro (1977)
Complication of peptic ulcer.
Clinical Gastroenterology. Second edition; 307-340.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. HEP MÔN VỊ

Hẹp môn vị là một trong những biến chứng của loét dạ dày - tá tràng. Ngoài ra còn một số nguyên nhân khác gây hẹp môn vị như ung thư dạ dày, u tá tràng, u bóng Vater, xâm lấn của u tụy... Đối với trẻ em còn có một bệnh lý gọi là hẹp phì đại môn vị, có đặc điểm lâm sàng và phương pháp điều trị riêng.

Hẹp môn vị đã được biết từ khá lâu và là một trong những bệnh lý kinh điển của bệnh học ngoại khoa. Ngay từ năm 1672, Hildanus và 1789, Bleuland, đến cuối thế kỷ XIX, các tác giả Bouveret, Duplay, Kusmaul, Cruveiler đã nghiên cứu kỹ càng và miêu tả đầy đủ. Những năm đầu của thế kỷ 19 với những tiến bộ về Xquang, một số tác giả đặc biệt là Gutmann đã tả những triệu chứng để có thể chẩn đoán sớm và đặt những chỉ định điều trị tốt cho từng loại hẹp môn vị.

Trong thời gian gần đây, có nhiều loại thuốc điều trị khỏi loét DD-TT nên tỷ lệ hẹp môn vị giảm nhiều so với trước kia. Hẹp môn vị hay gặp ở nam giới và ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở người già.

Hẹp môn vị thường có những triệu chứng lâm sàng và X quang điển hình, dễ dàng cho chẩn đoán nhưng đó thường là giai đoạn muộn. Tuy nhiên có thể phát hiện biến chứng hẹp môn vị sớm ở những bệnh nhân bị bệnh loét DD-TT lâu năm, mạn tính, không được điều trị một cách đầy đủ.

Điều trị hẹp môn vị chủ yếu là phẫu thuật. Có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị triệt để cũng như điều trị tạm thời. Các phương pháp này trở nên thường nhật, ít sự thay đổi kỹ thuật trong nhiều năm.

1. GIẢI PHẪU BỆNH

Tất cả mọi vị trí của ổ loét dạ dày hay tá tràng, ở gần hay xa môn vị đều có thể gây nên một hẹp môn vị tạm thời hay vĩnh viễn.

- Ổ loét ở môn vị, gần môn vị, có thể gây nên hẹp tại chỗ. Có những trường hợp đặc biệt là ổ loét nằm ngay ở lỗ môn vị sẽ thể hiện Hội chứng Reichmann.
- Loét tá tràng: Thường là những ổ loét xơ chai ở hành tá tràng gây biến dạng và tạo thành tổn thương chít hẹp, hay tạo thành những túi cùng những ổ loét sau thành tá tràng. (Post bulbaire), ổ loét D1 cũng có thể dẫn đến hẹp môn vị.
- Co thắt: có thể đơn thuần, nhưng thường phối hợp và nặng thêm thương tổn thực thể có thể thương tổn không gây chít hẹp hoàn toàn mà do co thắt gây hẹp môn vị tạm thời.
- Viêm nhiễm góp phần quan trọng: Có những ổ loét sâu, nhiều tổ chức hoại tử, tình trạng viêm cấp tính do *Helicobacter Pylori* có thể xảy ra đột



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

ngột làm phù nề vùng hang và môn vị, cản trở sự lưu thông làm cho thức ăn qua đây khó khăn. Co thắt và viêm nhiễm chỉ tạm thời, thường gặp ở những trường hợp ổ loét tiến triển, niêm mạc xung quanh ổ loét phù nề và có thể khỏi hẳn sau một thời gian ngắn điều trị nội khoa.

2. LÂM SÀNG

2.1. Tiền sử

Gần như tất cả các trường hợp đều có triệu chứng của loét DD-TT từ nhiều năm. Tất cả đều được điều trị nội khoa nhưng không hoàn toàn khỏi bệnh. Các đợt đau tăng lên không đáp ứng với các loại thuốc điều trị. Xen lẫn các dấu hiệu hẹp môn vị như đầy bụng, ợ hơi, buồn nôn.

Cũng có một ít trường hợp biểu hiện hẹp môn vị cấp tính như trong hội chứng Reichmann với các triệu chứng: Đau sớm, đau dữ dội, đau tăng nhanh. Nôn sớm, nôn nhiều kèm theo chảy nước bọt nhiều, có khi bệnh nhân phải dùng khăn lau liên tục hoặc dùng bát để hứng.

2.2. Giai đoạn đầu

2.2.1. Lâm sàng

- *Đau*: thường là đau sau bữa ăn, tính chất đau không có gì đặc biệt, không đau nhiều lắm. Đau thường về đêm và đau tăng dần.
- *Nôn*: khi có khi không. Thường là có cảm giác đầy bụng hay buồn nôn.

Các triệu chứng này sẽ giảm khi được điều trị, nhưng sẽ sớm biểu hiện lại nếu điều trị nội khoa không triệt để. Những trường hợp bệnh nhân loét vừa, không biến dạng hành tá tràng... hẹp môn vị do co thắt hay do viêm nhiễm, phù nề khi được điều trị sẽ giảm hẳn các dấu hiệu lâm sàng. Với các triệu chứng này, khó mà chẩn đoán được vì không có gì đặc hiệu cả. Chẩn đoán phải dựa vào chụp dạ dày nội soi.

2.2.2. X quang

Chụp dạ dày sẽ có các dấu hiệu trên những phim toàn thể và hàng loạt như: ứ đọng nhẹ, thuốc vẫn qua môn vị được và cũng có phim thấy môn vị vẫn mở cho thuốc xuống tá tràng bình thường do những co bóp cố gắng của dạ dày. Cho nên hình ảnh cơ bản và sớm nhất trong giai đoạn này là tăng sóng nhu động, dạ dày co bóp nhiều hơn, mạnh hơn. Hình ảnh này phải nhìn trên màn ảnh mới thấy rõ hơn..

Hiện tượng tăng sóng nhu động này xuất hiện từng đợt, xen kẽ là hình ảnh dạ dày giãn dần ra ở vùng hang, trước môn vị.

2.2.3. Nội soi

Soi DD-TT phải được chuẩn bị dạ dày sạch để xác định rõ ổ loét, các biến dạng, co thắt môn vị, phù nề chít hẹp môn vị hay tá tràng. Giai đoạn này thường

thấy dạ dày ứ đọng nhẹ, vùng môn vị phù nề, lỗ môn vị co thắt, đưa ống soi hơi khó nhưng vẫn qua được. Hình ảnh ổ loét tiến triển với bờ gồ cao, đáy ổ loét khoét sâu, các lớp niêm mạc nề đỏ.

2.3. Giai đoạn tiến triển

2.3.1. Lâm sàng

2.3.1.1. Dấu hiệu cơ năng

- **Đau:** Đau muộn, 2-3 giờ khi ăn, có khi muộn hơn nữa. Đau từng cơn, đau cuộn bụng, các cơn đau liên tiếp nhau. Vì đau nhiều, nên có khi bệnh nhân không dám ăn, mặc dù rất đói.
- **Nôn:** càng ngày nôn càng nhiều. Nôn ra nước ứ đọng của dạ dày màu xanh đen, trong có thức ăn của bữa cơm mới ăn lẫn với thức ăn của bữa cơm trước khi chưa được tiêu hoá. Nôn được thì hết đau, cho nên khi vì đau quá bệnh nhân phải được móc họng cho nôn.

2.3.1.2. Toàn thân

Da xanh, người gầy, da khô, mất nước, mệt mỏi. Do nôn nhiều, ăn uống ít nên thể trạng bệnh nhân gầy sút nhanh, đại ít và táo bón.

2.3.1.3. Thực thể

- **Óc ách lúc đói:** Buổi sáng sớm, khi bệnh nhân chưa ăn uống, nếu lắc bụng sẽ nghe rõ tiếng óc ách. Triệu chứng này rất có giá trị và gặp thường xuyên, trừ khi dạ dày quá đầy nước hay đang co bóp mạnh. Tiếng óc ách này biểu hiện có nước ứ đọng ở dạ dày.
- **Sóng nhu động:** Những sóng nhu động xuất hiện tự nhiên hay sau khi kích thích bằng cách búng nhẹ lên thành bụng. Sóng bắt đầu từ dưới sườn trái chuyển dần về phía phải, vùng môn vị, đôi khi chú ý có thể nghe thấy tiếng ục ục kết thúc một sóng nhu động. Các sóng này xuất hiện từng đợt, nhìn thấy rõ dưới một lớp thành bụng mỏng, da nhăn nheo.
- **Dấu hiệu Bouveret:** nếu đặt tay lên ở vùng trên rốn sẽ thấy căng lên từng lúc. Trái lại, bụng dưới lép kẹp, qua lớp thành bụng mỏng có thể sờ thấy cột sống, làm cho bụng có hình lõm lõng thuyền. Sau bữa ăn thấy căng rõ hơn.

2.3.2. X quang

Khi soi có uống thuốc cản quang sẽ có nhiều hình ảnh rõ ràng, đặc hiệu sau:

- **Hình ảnh tuyết rơi:** Do những ngậm baryt đầu tiên rơi từ từ qua lớp nước ứ đọng trong dạ dày.
- **Dạ dày giãn lớn:** Đáy sa thấp, giảm nhu động, tạo thành hình chậu khá rõ. Có 3 mức: dưới là baryt, giữa là nước ứ đọng có thể nhiều hay ít, và trên cùng là túi hơi dạ dày.
- **Sóng nhu động:** Nếu có nhiều và mạnh, chứng tỏ các lớp cơ dạ dày còn tốt. Xen kẽ các đợt co bóp dạ dày ỉ ra không có sóng nhu động. Thuốc không xuống tá tràng hay xuống được rất ít.

- **Ứ đọng ở dạ dày:** Sau 6-12 giờ, nếu chiếu hoặc chụp lại, sẽ thấy thuốc cản quang nằm đọng lại khá nhiều ở dạ dày, hình dạ dày giãn to, thuốc cản quang không qua môn vị. Hành tá tràng và tá tràng không hiện lên trên các phim hàng loạt.

Nếu ở giai đoạn này không được điều trị, bệnh sẽ diễn biến nhanh chóng hơn và dẫn tới giai đoạn cuối.

2.3.3. Nội soi

Dạ dày ứ đọng, nhiều dịch nâu có cặn thức ăn. Dạ dày giãn, vùng hang môn vị phù nề, lỗ môn vị thất nhỏ. Đưa ống soi khó qua, phải bơm căng và cố đẩy mới xuống đến tá tràng. Hình ảnh ổ loét vẫn có thể nhìn thấy ở trước môn vị, ngay môn vị hay hành tá tràng. Nhưng môn vị, tá tràng chít hẹp, các lớp niêm mạc viêm nề đỏ. Nếu ổ loét sau hành tá tràng hay ở D2 thì ống soi qua lỗ môn vị mở rộng, hành tá tràng giãn mới đến chỗ chít hẹp.

2.4. Giai đoạn cuối

Chẩn đoán hẹp môn vị ở giai đoạn này rất dễ dàng với các triệu chứng điển hình.

2.4.1. Lâm sàng

2.4.1.1. Cơ năng

- **Đau:** Đau liên tục nhưng nhẹ hơn giai đoạn trên. Cũng có khi không đau hay chỉ đau rất ít.
- **Nôn:** ít nôn hơn, nhưng mỗi lần thì ra rất nhiều ước ứ đọng và thức ăn của những bữa ăn trước, có khi 2-3 ngày trước. Chất nôn có mùi thối. Bệnh nhân thường phải móc họng cho nôn.

2.4.1.2. Toàn thân

Tình trạng toàn thân suy sụp rõ rệt. Bệnh cảnh của một bệnh nhân mất nước: toàn thân gầy còm, mặt hốc hác, mắt lõm sâu, da khoết nhăn nheo. Bệnh nhân ở trong tình nhiễm độc kinh niên, có khi lơ mơ vì urê huyết cao hay co giật vì calci trong máu hạ thấp.

Vì thế, trong giai đoạn này cần phải xác định sự thiếu hụt của nước và điện giải để hồi phục lại cho thích hợp.

2.4.1.3. Dấu hiệu thực thể

Dạ dày dân to, xuống quá mào chậu, có khi chiếm gần hết ổ bụng, bụng chướng không chỉ riêng ở thượng vị mà toàn bụng.

Lắc nghe rõ óc ách lúc đói.

Dạ dày mất hết trương lực, không còn co bóp, mặc dù kích thích cũng không có một dấu hiệu phản ứng nào nữa.

2.4.2. X quang

Các hình ảnh tuyết rơi, dạ dày hình châu lại càng rõ rệt. Dạ dày không còn sóng nhu động, hay nếu có thì chỉ rất yếu ớt và vô hiệu. Sau 12-24 giờ hay hơn nữa baryt vẫn còn đọng ở dạ dày khá nhiều, có khi vẫn còn nguyên.

Cần chú ý những trường hợp hẹp môn vị muộn sau khi chụp X quang, nên rửa dạ dày để tránh biến chứng thủng.

2.4.3. Nội soi

Nội soi DD-TT ở giai đoạn này dễ dàng xác định hẹp môn vị với các dấu hiệu: Dạ dày giãn to, ứ đọng nhiều dịch nâu, khi hút sạch dạ dày xuất tiết nhiều, niêm mạc viêm đỏ do ứ đọng, môn vị chít hẹp hoàn toàn, chỉ thấy một lỗ nhỏ, không thể đưa ống soi qua được. Những trường hợp này khi soi rất khó tìm thấy môn vị vì dạ dày giãn, ống soi phải đẩy sâu gần hết và gấp cong đầu ống soi lên trên để vào hang môn vị nên vị trí lỗ môn vị thay đổi.

Ở trên, chúng tôi vừa mô tả các triệu chứng lâm sàng, x quang và nội soi của ba giai đoạn bệnh. Với những hiểu biết và điều kiện hiện nay nên đã chẩn đoán bệnh được sớm do vậy càng ngày càng ít gặp hẹp môn vị ở giai đoạn cuối. Bệnh nhân thường được điều trị nội khoa có kết quả ngay từ đầu với các loại thuốc. Khi không khỏi được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật sớm.

3. NHỮNG RỐI LOẠN VỀ THỂ DỊCH

Những năm gần đây, người ta nói tới nhiều và coi đây là một vấn đề quan trọng để đánh giá tiên lượng bệnh. Kết quả phẫu thuật xấu hay tốt, một phần lớn là do những rối loạn này nhiều hay ít, nặng hay nhẹ và phương pháp điều trị trước khi mổ có thích hợp và khẩn trương không.

Trong hẹp môn vị cơ năng cũng có thể có những rối loạn nặng, ngược lại nếu một hẹp thực thể mà diễn biến từ từ chậm chạp, có thể không có biểu hiện.

3.1. Biểu hiện

3.1.1. Máu

Vì ăn uống kém, không hấp thụ được nên bình thường là bị thiếu máu nhưng có thể số hồng cầu vẫn cao, vì ở đây có hiện tượng máu cô. Hématocrit thường tăng. Protit trong huyết tương hơi tăng.

3.1.2. Điện giải

Đây là vấn đề chủ yếu, các điện giải mất không đều nhau. Trong nước dạ dày nôn ra chiếm một tỷ lệ khá cao Clo, còn đậm độ natri thấp. Cho nên trong máu:

- Clo hạ nhiều.
- Natri có hạ nhưng ít hơn clo.
- Kali giảm ít. Kali chính là ở các tế bào, cho nên phản ứng của máu không được chính xác.

- Dự trữ kiềm tăng về mất acid (kiềm chuyển hoá).
- Azot trong máu tăng, có khi tăng rất nhiều là do: tỷ lệ Clo trong máu hạ thấp; đôi; thận bị tổn thương, vì tình trạng kiềm làm giảm chức năng thận. Các thương tổn này có thể hoàn toàn được phục hồi.

3.1.3. Nước

Nước mất do nôn, phần lớn được thay thế bằng nước trong khu vực nội tế bào, cho nên khối lượng nước ngoài tế bào hầu như bình thường. Một phần Clo và Kali cũng từ khu vực nội tế bào chuyển qua. Nếu tế bào mất nước nhiều hơn điện giải dẫn đến tình trạng ưu trương tế bào.

3.1.4. Nước tiểu

Bệnh nhân đái ít hơn, trong nước đái tỉ lệ Clo, Natri hạ thấp.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

4.1.1. Trong những hẹp môn vị nhẹ

Lúc mới bắt đầu: Cơn đau bụng vùng trên rốn tăng lên dần, đau liên tục không đau theo chu kỳ như thời gian trước xuất hiện từng đợt vì có hiện tượng co thắt và viêm nhiễm hỗn hợp. Có khi viêm phù nề chiếm ưu thế, đặc điểm là xuất hiện từng đợt rất đột ngột, nhưng cũng biến đi rất đột ngột dưới tác dụng của điều trị nội khoa.

Về sau: hẹp trở thành thực thể, xuất hiện thường xuyên, mỗi ngày một nặng thêm. Các dấu hiệu lâm sàng thể hiện theo các giai đoạn tiến triển của bệnh.

Bệnh nhân đã có một thời gian đau chùng vài ba, bốn năm năm có khi hơn. Đau theo mùa, nhịp theo mỗi bữa ăn, mỗi cơn đau kéo dài một tuần lễ. Đau ở vùng trên rốn, khi đau uống thuốc muối thấy đỡ ngay (không nên dùng). Xét nghiệm sinh hoá, thấy độ toan dịch vị cao, X quang và nội soi có thể xác định bệnh một cách rõ ràng...

Đối với một bệnh nhân mang một ổ loét ở dạ dày hay tá tràng, trong khi theo dõi điều trị nội khoa, thấy xuất hiện hội chứng hẹp môn vị thì phải sớm giải quyết ngoại khoa, không chờ đến lúc tình trạng chung kém không đủ sức chịu đựng phẫu thuật.

Mặt khác, một ổ loét phần ngang bờ cong nhỏ có khả năng gây hẹp thì có khả năng thoái hoá thành ung thư.

4.1.2. Trong những hẹp môn vị nặng

Các triệu chứng khá rõ ràng và đặc hiệu nên chẩn đoán thường là dễ dàng, ít nhầm lẫn, căn cứ vào:

- Triệu chứng cơ năng: đau, nôn.

- Triệu chứng thực thể: lác óc ách khi đói; dấu hiệu Bouveret.
- Triệu chứng X quang: hình ảnh tuyết rơi, dạ dày hình chậu, sau 6 giờ dạ dày còn baryt.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

4.2.1. Viêm teo vùng hang vị

Thường có kèm theo một ổ loét bờ cong nhỏ. Teo là do viêm mạn tính vùng này, rất khó điều trị nội khoa khỏi triệt để. Chẩn đoán phải dựa vào nội soi: Vùng hang vị xơ teo, co nhỏ. Có thể có những vết viêm chợt nông (Erosion) và dấu hiệu X quang: hình ảnh hang vị co nhỏ, gấp khúc như ngoán tay đi găng.

Loại teo đơn thuần không kèm theo ổ loét có thể gặp nhưng rất hiếm, khi soi dạ dày niêm mạc lốm đốm mảng trắng hay bọt màu.

4.2.2. Hẹp phì đại cơ môn vị

Xuất hiện ở trẻ nhỏ mới đẻ. Sau vài tuần bình thường xuất hiện nôn. Nôn nhiều, ngày càng tăng dần đến rối loạn toàn thân. Trên phim X quang, môn vị bị kéo dài như sợi chỉ, phía trên là dạ dày giãn to.

4.2.3. Ung thư

Ung thư gây hẹp môn vị chiếm tỉ lệ thứ hai, sau ổ loét. Thường là những ung thư vùng hang và môn vị.

Khi ung thư phát triển tạo thành những khối u lớn dần gây chít hẹp, cản trở lưu thông dạ dày xuống tá tràng.

Hẹp có thể diễn biến từ từ, chậm chạp, nhưng thường thì rất nhanh. Ung thư thường là nguyên phát, nhưng cũng có thể là thứ phát từ một nơi khác đến.

Về các tính chất của hẹp thì ung thư và loét không có gì để phân biệt rõ rệt. Muốn chẩn đoán nguyên nhân, phải căn cứ vào triệu chứng của bệnh.

a. Triệu chứng lâm sàng

Thường là một bệnh nhân 40-60 tuổi.

Một vài tháng nay ăn uống không thấy ngon, chán ăn, có cảm giác nặng nề, trương trướng ở vùng trên rốn. Đau nhẹ nhẹ. Người mệt mỏi, sút cân... Những triệu chứng này không có gì đặc biệt nên rất dễ bỏ qua.

Hay bệnh nhân đến là vì một khối u ở vùng trên rốn, khối u còn hay đã mất tính di động.

Thành dạ dày bị ung thư thâm nhiễm, cứng, không thể giãn to được. Nhưng nếu khối u ở thấp, tiến triển chậm, tổ chức dạ dày phía trên còn tốt có thể giãn to.

b. X quang

X quang giúp ích nhiều cho chẩn đoán. Có nhiều hình ảnh khác nhau:

- Ống môn vị chít hẹp lại thành một đường nhỏ, khúc khuỷu, nham nhỏ, bờ không đều.
- Vùng hang vị có hình khuyết rõ rệt. Môn vị bị kéo lên cao.
- Bờ cong nhỏ cứng, có khi là một đường thẳng.

c. Nội soi

Xác định nhanh chóng tổn thương là khối u sùi choán toàn bộ vùng hang vị, niêm mạc xung quanh cứng, mất nếp. Hoặc là ổ loét lớn ở bờ cong nhỏ, bờ cứng, đáy sâu có nhiều tổ chức hoại tử, lan rộng đến môn vị gây chít hẹp hoàn toàn, không đưa ống soi xuống tá tràng được. Sinh thiết có kết quả giải phẫu bệnh lý là ung thư.

4.2.4. Bệnh co thắt tâm vị

Dấu hiệu đầu tiên là nuốt nghẹn. Nuốt nghẹn từng lúc, tăng dần và nghẹn liên tục. Nghẹn thường bắt đầu là chất lỏng sau đó dần dần thức ăn đặc. Trong hay sau khi ăn, bệnh nhân ọ ọ rất nhiều giống như nôn.

X quang thấy thực quản giãn to, ở dưới chít hẹp lại, mềm mại, thành hình củ cải, không có túi hơi dạ dày.

Nội soi thấy ứ đọng thức ăn trong thực quản. Thực quản giãn to, tâm vị chít hẹp, co thắt liên tục nhưng niêm mạc mềm mại. Khi soi phải chờ cơ tâm vị mở ra mới đưa ống soi xuống dạ dày được.

4.2.5. Hẹp tá tràng

Có thể do loét, u hay do túi tá tràng. Tùy theo vị trí của tổn thương gây hẹp mà có các biểu hiện khác nhau:

- Trên bóng Vater giống như một hẹp môn vị, không thể nào phân biệt được.
- Dưới bóng Vater:
 - + Nôn ra nước vàng (mật - dịch tụy)
 - + Nôn rất nhiều.
 - + Toàn thân suy sụp rất nhanh.
 - + X quang xác định được chỗ hẹp, trên đó là hành tá tràng giãn rộng.
 - + Nội soi xác định rõ vị trí của hẹp và tổn thương gây hẹp. Sinh thiết có thể xác định loại thương tổn.

4.2.6. Tắc ruột cao

Thường gặp trong tắc ruột cao do bã thức ăn, do dây chằng Ladd... Các triệu chứng lâm sàng khó phân biệt. Cần phải chụp bụng để xác định mức nước-hơi ở quai ruột cao. Nếu khó chẩn đoán có thể nội soi dạ dày - tá tràng.

4.2.7. Nguyên nhân thần kinh

Liệt dạ dày do thần kinh: dạ dày không co bóp, ỉ ra. Các triệu chứng xuất hiện không thường xuyên và bệnh nhân có thể hoàn toàn được hồi phục.

Tăng áp lực nội sọ: Do nhiều nguyên nhân gây tăng áp lực nội sọ thể hiện bệnh nhân nôn nhiều, nôn liên tục. Kèm theo có các triệu chứng khác như đau đầu, mắt mờ...

4.2.8. Túi mật

Khi túi mật viêm do sỏi, túi mật căng to do tắc mật. Các cơn đau tăng lên đồng thời nôn nhiều, nôn tăng dần. Cơ chế gây nôn có thể:

Do co thắt cơ môn vị.

Do tổn thương thực thể (ít gặp hơn): Do các cơ chế sau:

- Sỏi túi mật đè lên môn vị.
- Viêm nhiễm chung quanh vùng túi mật khi túi mật viêm có mủ.
- Viêm vùng môn vị, tá tràng: thành dạ dày và tá tràng dày lên, cản trở sự lưu thông.

Các triệu chứng của hẹp môn vị mà nguyên nhân ở túi mật không có gì khác, cho nên chỉ chẩn đoán được nguyên nhân khi có kèm theo các triệu chứng của gan mật, nhưng thực tế cũng rất khó.

Tiền sử: đau vùng gan, rối loạn tiêu hoá kiểu túi mật.

Thực thể: thử nghiệm Murphy dương tính, có khi sờ thấy túi mật to.

X quang rất cần cho chẩn đoán: chụp dạ dày hàng loạt, tìm tổn thương ở dạ dày - tá tràng; chụp đường mật không chuẩn bị và có chuẩn bị bằng các thuốc cản quang.

Nội soi; Không thấy thương tổn ở DD-TT.

4.2.9. Tụy

- Viêm tụy mạn tính thể phì đại.
- Ung thư đầu tụy.

Các biểu hiện lâm sàng với các triệu chứng của hẹp môn vị, đồng thời có các biểu hiện tắc mật, tắc Wirsung.

5. ĐIỀU TRỊ

Trước hết phải phân biệt là hẹp cơ năng hay thực thể. Hẹp môn vị cơ năng không có chỉ định điều trị ngoại khoa. Chỉ cần một thời gian điều trị nội bằng thuốc kháng sinh diệt vi khuẩn *Helicobacter*, các thuốc chống co thắt, bệnh sẽ khỏi hẳn. Ngược lại hẹp môn vị thực thể là một chỉ định điều trị ngoại khoa tuyệt đối.

Nên nhớ rằng một hẹp môn vị thực thể dù ở mức độ nặng cũng không cần phẫu thuật ngay, mà phải kịp thời bồi phụ lại sự thiếu hụt về nước, điện giải và năng lượng cho bệnh nhân.

5.1. Hồi sức

Bằng đường tĩnh mạch, đưa lại nước, điện giải, năng lượng, protit. Cho bao nhiêu phải căn cứ vào lâm sàng và các xét nghiệm sinh hoá mà bồi phụ. Tính chính xác tỉ lệ Clo, Natri, Kali trong máu.

Các dung dịch thường được dùng: các loại dung dịch mặn đẳng trương như Lactat Ringer, dung dịch ngọt, cung cấp thêm nước và điện giải, năng lượng.

Ngoài ra nuôi dưỡng thêm bằng các dung dịch đậm để bổ sung Kali, Clorua, protit, các loại vitamin...

Công việc bồi phụ nước và điện giải tiến hành trước và cả sau mổ.

5.2. Chuẩn bị bệnh nhân

Hàng ngày rửa dạ dày thật sạch bằng nước ấm. Phải dùng ống cao su to (Faucher). Có thể sau vài lần rửa, bệnh nhân đỡ nôn, ăn uống được toàn thân tốt hơn.

Nếu bệnh nhân còn ăn được, cho ăn các chất dễ tiêu, nhiều chất bổ.

Có thể phối hợp thêm với các thuốc chống viêm mạc dạ dày như kháng sinh, Collargol; các chất chống co thắt như Buscopan...

5.3. Điều trị phẫu thuật

Tốt nhất là phẫu thuật cắt đoạn dạ dày, vừa giải quyết được biến chứng hẹp môn vị, vừa giải quyết nguyên nhân của bệnh loét... Cho nên nếu một bệnh nhân đến bệnh viện sớm, trong lúc tình trạng còn tốt, còn có thể chịu đựng được phẫu thuật lớn thì nên chuẩn bị tốt và cắt đoạn dạ dày. Nếu bệnh nhân yếu, tình trạng chung không cho phép, urê huyết cao, ổ loét khó, thì nên nối vị tràng.

5.3.1. Các phương pháp phẫu thuật

5.3.1.1. Cắt 2/3 dạ dày: (xem phần này trong bài Chảy máu ổ loét dạ dày - tá tràng)

Là phẫu thuật thường tiến hành nhiều nhất. Nó bao gồm cắt toàn bộ hang vị, môn vị cộng với một phần thân vị nhằm lấy bỏ các ổ loét đồng thời giảm bớt tổ chức tiết bài tiết dịch vị, loại trừ vùng hang vị bài tiết ra gastrin, kích thích bài tiết dịch vị... Sau đó lập lại sự lưu thông dạ dày-ruột theo kiểu Billroth I hoặc Billroth II.

- *Kiểu Billroth 1*: Nối phần dạ dày còn lại với tá tràng bằng hai kỹ thuật nối.
- *PEAN*: Đóng mỏm dạ dày còn lại hẹp bớt trước khi nối với mỏm tá tràng.
- *VON Haberer*: Để nguyên mỏm dạ dày còn lại và nối với mỏm tá tràng.

– *Ưu điểm*: Lấy bỏ tổn thương loét gây hẹp môn vị ở các vị trí như bờ cong nhỏ, hang - môn vị, tá tràng... Hợp với sinh lý, thức ăn vẫn chứa trong dạ

dày, đi vào tá tràng theo đường tiêu hoá bình thường. Quá trình tiêu hoá thức ăn và hấp thụ dinh dưỡng gần như cũ. Hoạt động kích thích các loại men tiêu hoá không thay đổi nhiều. Biến chứng sau mổ ít hơn.

- *Điều kiện:* Mỏm tá tràng phải còn dài và mềm mại

• *Kiểu Billroth II:*

Đóng kín mỏm tá tràng và sau đó nối phần dạ dày còn lại với quai hồng tràng đầu tiên. Có thể nối qua mạc treo đại tràng ngang hoặc trước đại tràng ngang. Có 2 cách khâu nối sau:

- Polya: Để nguyên mỏm dạ dày rồi nối với quai hồng tràng đầu tiên.
- Finsterer: Khâu bớt mỏm dạ dày rồi nối với quai hồng tràng đầu tiên.
- + Ưu điểm: áp dụng được trong cả trường hợp ổ loét dạ dày hoặc tá tràng chảy máu. Kỹ thuật dễ thực hiện hơn.
- + Nhược điểm: thức ăn xuống dạ dày nhanh hơn, lưu thông dạ dày - ruột không giống như sinh lý bình thường, hội chứng Dumping nhiều hơn.

5.3.1.2. *Phẫu thuật nối vị tràng*

Chỉ định cho những trường hợp sau:

- Hẹp môn vị giai đoạn muộn. Người già và tình trạng suy kiệt.
- Loét tá tràng ở sâu mà không có khả năng cắt dạ dày được.

Phẫu thuật giải quyết được hẹp, ổ loét vẫn còn, nguyên nhân gây nên loét là viêm mạc dạ dày vẫn còn. Hơn nữa về sau lại có thể xuất hiện loét miệng nối, mà đa số phải điều trị bằng phẫu thuật.

5.3.1.3. *Cắt dây thần kinh X*

- Trong trường hợp hẹp do loét tá tràng nằm ở sâu, không thể cắt dạ dày và lấy bỏ ổ loét.
 - Phối hợp với tạo hình môn vị và nối vị tràng có thể cắt dây thần kinh X kèm theo để điều trị triệt để hơn.
 - Mục đích: loại trừ cơ chế tiết dịch do thần kinh.
 - Ưu điểm của các phương pháp cắt dây X là tử vong và biến chứng ít hơn so với cắt dạ dày.
 - Nhược điểm: tỉ lệ loét miệng nối cao hơn, khoảng 10%
- Các kiểu kỹ thuật: Cắt dây thần kinh X toàn bộ
- Cắt dây X chọn lọc kinh điển
- Cắt dây X chọn lọc cao (siêu chọn lọc)
- Cắt dây X toàn bộ + nối vị tràng (phẫu thuật Draysteadt).
 - Cắt 2 thân dây thần kinh X khi chui qua lỗ hoành xuống bụng.

- + Nối vị tràng.
- Cắt dây X toàn bộ + tạo hình môn vị (Phẫu thuật Weinberg).
- Cắt dây X chọn lọc cao (cắt dây X siêu chọn lọc) + Nối vị tràng.

Theo phương pháp kinh điển hay cải tiến theo phương pháp Taylor như sau:

- + Cắt trên chỗ phân chia nhánh gan của dây X trước (dây X trái)
- + Cắt trên chỗ phân chia nhánh tạng đối với dây X sau (dây X phải)
- + Nối vị tràng.
- Cắt hang vị + cắt dây X

Mục đích: vừa loại trừ cơ chế tiết dịch thể dịch (vì cắt mất vùng tiết Gastrin) vừa loại trừ cơ chế tiết dịch thần kinh (cắt dây thần kinh X)

Ưu điểm là dạ dày mất ít hơn.

6. KẾT LUẬN

Biến chứng hẹp môn vị do loét tuy giảm nhiều so với thời gian trước kia nhưng vẫn thường gặp. Cần phát hiện và chẩn đoán sớm để có chỉ định điều trị thích hợp. Điều trị nội khoa, hồi sức bồi phụ nước và điện giải cần được chú ý cả trước, trong và sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asley-SW; Evoy-D; Daly-JM. (1999)

Stomach. Principle of surgery.

Seventh edition. Mc Graw-Hill; 1181-1215.

2. Debas-HT; Mulvihill-SJ. (1997).

Complications of peptic ulcer.

Maingot's abdominal operations. Tenth edition; 981-997.

3. Howard M.Spiro (1977)

Complication of peptic ulcer.

Clinical Gastroenterology. Second edition; 307-340.

5. UNG THƯ DẠ DÀY

Ung thư dạ dày đứng hàng đầu trong số các ung thư đường tiêu hoá, trên 90% xuất phát từ các biểu mô tuyến của dạ dày (ung thư biểu mô tuyến: adenocarcinoma). Đa số trường hợp ung thư dạ dày hiện nay khi được phát hiện là đã ở giai đoạn muộn: khối u đã xâm lấn hết bề dày của thành dạ dày, các hạch vùng lân cận hoặc các tạng xung quanh, gọi đó là những "ung thư dạ dày tiến triển". Tiên lượng của loại ung thư này rất kém, dù có mổ cắt được khối u.

Từ khi sử dụng kỹ thuật nội soi dạ dày ống mềm và sinh thiết, đã có khả năng phát hiện được ung thư dạ dày ở giai đoạn sớm: tổn thương ung thư còn khu trú ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, chưa xâm lấn qua lớp cơ niêm. Đó được gọi là "ung thư dạ dày sớm" hay "ung thư nông". Tiên lượng của loại này rất tốt, nếu được mổ cắt bỏ ung thư, tỷ lệ sống thêm sau 5 năm > 90%, kể cả khi ung thư đã có di căn đến hạch lân cận.

1. UNG THƯ DẠ DÀY TIẾN TRIỂN

1. 1. Phân loại

Theo tính chất tổn thương đại thể, có các loại:

- Ung thư thể loét: nhìn mắt thường rất khó phân biệt giữa một loét lành tính và loét ung thư, tuy nhiên đối với những ung thư tiến triển thì dễ nhận diện hơn: loét sâu xâm lấn hết thành dạ dày, bờ cao gồ ghề, thành ổ loét đứng thẳng, đáy nhăm nhở dễ chảy máu, xung quanh ổ loét có vùng thâm nhiễm cứng rộng.
- Ung thư thể sùi: tổn thương ban đầu là một khối sùi vào trong lòng dạ dày, khi phát triển to lên thì phần trung tâm khối u thiếu máu nuôi dưỡng, hoại tử rụng đi vào tạo thành một loét trung tâm khối u. Còn gọi là thể sùi loét.
- Ung thư thể thâm nhiễm cứng: ung thư phát triển chủ yếu ở lớp dưới niêm mạc, rất rộng, biến dạ dày thành một ống cứng, các nếp niêm mạc phía trên bị căng ra, mất các nếp cuộn nhưng không có loét, không có u. Thể ung thư này phát triển nhanh, tiên lượng xấu.

1.2. Triệu chứng và dấu hiệu

Cơ năng và toàn thân: không có tính đặc hiệu, bao gồm nhiều triệu chứng như mệt mỏi, chán ăn, đầy bụng, ậm ạch khó tiêu. Đôi khi có triệu chứng đau nhưng cũng không điển hình, thường là cảm giác tức nặng khó chịu ở thượng vị. Nôn khi khối u vùng hang môn vị gây hẹp. Nuốt nghẹn khi ung thư ở tâm vị.

- Tình trạng giảm sút cân không rõ nguyên nhân hoặc tình trạng thiếu máu cũng là những triệu chứng thường gặp. Tình trạng thiếu máu được cắt nghĩa là do chảy máu rỉ rả, ít một nhưng liên tục từ ổ loét ung thư, kéo dài nhiều ngày mà phân vẫn giữ màu vàng.
- Dấu hiệu thực thể: sờ thấy khối u vùng thượng vị trong 20% các trường hợp. U này thường di động, chắc, không đau. Có thể thấy biểu hiện di căn xa của ung thư dạ dày như gan to lớn nhón, lách to, hạch thượng đòn trái (hạch Troisier), u buồng trứng ở phụ nữ (hội chứng Krukenberg).

1.3. Xét nghiệm

- Thiếu máu gặp trong khoảng 40% các trường hợp
- CEA (kháng nguyên bào thai sinh ung thư): tăng trong khoảng 65% các trường hợp và là dấu hiệu báo hiệu ung thư đã lan rộng.

1.4. X quang

Chụp dạ dày có barit (chụp phim hàng loạt), có 3 loại hình ảnh X quang phù hợp với 3 loại tổn thương giải phẫu bệnh:

- Hình ổ đọng thuốc: tương ứng với tổn thương thể loét. Điển hình là loét hình thấu kính. Rất khó phân biệt giữa loét lành tính và loét ung thư, phải làm nội soi và sinh thiết mới khẳng định được.
- Hình khuyết: nếu tổn thương là thể u sùi: hình khuyết nham nhở, hình quả táo gập, hình bánh đường, hình cắt cụt... là những hình ảnh khác nhau của hình khuyết do ung thư dạ dày.
- Hình thâm nhiễm cứng: toàn bộ dạ dày trông như hình một ống nước, không thấy các nhu động mềm mại của dạ dày như bình thường loại hình ảnh này tương ứng với thể thâm nhiễm cứng (linita plastica).

1.5. Nội soi và sinh thiết

Đa số những ung thư dạ dày lớn, muộn chỉ nhìn qua nội soi là có thể nhận biết được ngay: u sùi, loét nham nhở, dễ chảy máu... bao giờ cũng nên làm sinh thiết để khẳng định. Vị trí lấy sinh thiết tốt nhất là nơi ranh giới giữa tổ chức niêm mạc có vẻ lành và chỗ có loét hay khối u. Không nên lấy ở trung tâm ổ loét hay u vì thường chỉ thấy tổ chức hoại tử. Khi sinh thiết, lấy ít nhất là 6 mảnh. Nếu tổn thương là loét nghi ung thư mà sinh thiết lại không thấy tế bào ung thư thì phải làm sinh thiết lại, không được vội cho đây là loét lành tính để điều trị nội.

2. UNG THƯ DẠ DÀY SỚM

Còn gọi là "ung thư nông". Đó là một ung thư còn giới hạn ở niêm mạc (ung thư trong niêm mạc hoặc giai đoạn I); cũng có thể xâm lấn tới lớp dưới niêm mạc (ung thư nông giai đoạn II). Cả 2 loại này đều có thể đã có xâm lấn tới hạch.

Đây là loại ung thư dạ dày có tiên lượng khá tốt vì tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ có thể đạt tới > 90% (so với ung thư dạ dày tiến triển, tỷ lệ này chỉ nằm trong khoảng 1,7%-15%).

Tỷ lệ ung thư nông được phát hiện nhiều nhất là ở Nhật Bản (35%-60% trong tổng số các loại ung thư dạ dày được chẩn đoán). Ở Tây Âu và Mỹ, tỷ lệ ung thư nông được chẩn đoán ít hơn nhiều (1,7%-15%). Một câu hỏi được đặt ra là: ung thư dạ dày nông là giai đoạn sớm của ung thư tiến triển hay là một hình thái đặc biệt của ung thư dạ dày? Rất khó trả lời câu hỏi này, ý kiến coi đây là loại ung thư đặc biệt thì dựa trên nhận xét: 70% các trường hợp ung thư nông có các triệu chứng đã xuất hiện và kéo dài > 1 năm. Còn ý kiến nghiêng về khả năng thứ nhất (là giai đoạn sớm của ung thư dạ dày tiến triển) lại dựa trên nhận xét tuổi mắc bệnh ở nhóm ung thư sớm thấp hơn (trung bình trẻ hơn 10 tuổi), nam nhiều hơn nữ... Dù là khả năng nào thì điều quan trọng là phải chẩn đoán được ung thư dạ dày nông ngay từ khi làm nội soi lần đầu vì một triệu chứng nghi ngờ nào đó.

2.1. Phân loại

Các tác giả Nhật Bản xếp ung thư nông vào "loại 0" (type 0) tức là u nông, dẹt, có hoặc không có hiện tượng niêm mạc nhô lên hoặc lõm xuống. Căn cứ vào đặc điểm này, ung thư nông lại được chia ra thành các nhóm nhỏ hơn:

- Type 0 I: u đột niêm mạc lên cao
- Type 0 IIa: u đột niêm mạc chỉ hơi nhô lên
- Type 0 IIb: u phẳng dẹt
- Type 0 IIc: u kéo niêm mạc hơi lõm xuống
- Type 0 III: u lõm xuống sâu

Phân loại trên đây có thể đơn giản hoá thành 3 loại (types):

- Type I: ung thư lồi lên cao (polype ung thư hoá)
- Type II: ung thư loét trợt niêm mạc (muco-erosif)
- Type III: ung thư loét điển hình

2.2. Triệu chứng và dấu hiệu

Các triệu chứng lâm sàng của ung thư dạ dày nông hoặc không có, hoặc không rõ ràng. Có thể gặp các triệu chứng đau (70-90% các trường hợp), gây sút cân (50-60%). Rất ít khi thấy dấu hiệu chảy máu. Tình trạng toàn thân hầu như không thay đổi hoặc thay đổi không rõ rệt. Khám thực thể không phát hiện được gì đặc biệt.

2.3. X quang

Rất khó phát hiện tổn thương, ngay cả với phương pháp chụp đối quang kép. Các dấu hiệu X quang mà Gutmann mô tả như hình ảnh cao nguyên, hình ảnh "tám ván bập bênh"... trên thực tế rất ít khi thấy.

2.4. Nội soi

Nội soi ống mềm là phương tiện duy nhất có hiệu quả để phát hiện các tổn thương ung thư dạ dày nông. người làm nội soi cần nắm vững các phân loại ung thư dạ dày nông vừa nêu trên để nhận dạng và phát hiện. Ví dụ loại ung thư loét

trợt-niêm mạc (muco-erosif) rất dễ nhận biết: nằm nông trên mặt niêm mạc, trông như một vết trợt có đáy màu hồng, bờ không đều, xung quanh có các nếp niêm mạc quy tụ, hơi gồ lên cao nhưng vẫn mềm mại. Tính chất mềm mại này có thể cảm nhận được bằng cách dùng đầu kim sinh thiết chạm nhẹ vào. Làm sinh thiết ở đây không khó, và phải bấm đúng vào trung tâm vết chợt chứ không phải ở ranh giới rìa vết trợt.

Loại "loét-ung thư" (ulcerocancer) hoặc type III rất dễ nhầm với loét lành tính. Chính đây là trường hợp phải kiểm tra sinh thiết nhiều lần cho đến khi phân định được rõ ràng ung thư hay loét. Trường hợp này khi sinh thiết phải bấm vào vùng rìa giữa chỗ có màu trắng (hoại tử) và chỗ hồng (niêm mạc lành). Lấy nhiều mảnh tương tự quanh ổ loét nghi ngờ.

3. ĐIỀU TRỊ VÀ TIỀN LƯỢNG

Điều trị ung thư dạ dày chủ yếu là bằng phẫu thuật, cắt bỏ rộng rãi phần dạ dày có tổn thương. Các biện pháp điều trị khác chỉ được coi như những điều trị hỗ trợ như hoá chất, miễn dịch trị liệu, tác dụng thực tế cũng còn chưa được khẳng định. Điều trị ung thư dạ dày không phải là một cấp cứu, bao giờ cũng có đủ thời gian để suy nghĩ kỹ về những việc sẽ làm và chọn giải pháp tối ưu cho người bệnh.

3.1. Các kỹ thuật mổ

- Cắt dạ dày bán phần: cắt 3/4 hoặc 4/5 dạ dày, phẫu thuật này dành cho những khối u nằm ở hang môn vị, chưa vượt quá góc bờ cong nhỏ dạ dày. Cắt dạ dày bán phần cực trên (phẫu thuật Sweet) được chỉ định cho một số trường hợp ung thư tâm vị trong đó thực quản bị xâm lấn, không thể cắt toàn bộ dạ dày được. Phẫu thuật Sweet hiện nay ít còn được sử dụng. Miệng nối thực quản-dạ dày có thể thực hiện hoặc qua đường ngực, hoặc qua đường bụng.
- Cắt dạ dày toàn bộ: chỉ định cho những ung thư ở thân vị, ở hang vị lan lên thân vị, ung thư tâm vị hoặc ung thư thể thâm nhiễm cứng (linita plastica).
- Cắt dạ dày mở rộng: ngoài cắt dạ dày (bán phần hoặc toàn bộ), còn cắt thêm một hoặc nhiều tạng khác lân cận do ung thư xâm lấn tới: cắt lách, tuy, đại tràng ngang hoặc cắt phân thủy gan (hay gập là cắt gan trái).

Trong mổ ung thư dạ dày, bao giờ cũng lấy hết mạc nối lớn, cặp cắt các cuống mạch ở tận gốc và nạo vét hạch kỹ.

- Phẫu thuật tạm thời: khi khối u quá lớn, không có khả năng cắt bỏ, có thể thực hiện các biện pháp tạm thời như nối vị tràng, mở thông hồng tràng, chủ yếu là lấy đường nuôi dưỡng.

3.2. Tiên lượng

Tiên lượng sau mổ ung thư dạ dày dựa vào phân loại giai đoạn của ung thư (TNM) và tính chất biệt hoá của tế bào ung thư. Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma) biệt hoá càng mạnh, tiên lượng càng tốt. Ung thư nông có tiên lượng tốt nhất: tỷ lệ sống 5 năm sau mổ > 90%.

6. THOÁT VỊ NGHỆT

Thoát vị nghệt là một biến chứng nặng và thường gặp của tất cả các loại thoát vị, bao gồm thoát vị bẹn, thoát vị rốn, thoát vị đùi, thoát vị bịt, thoát vị đường trắng, trong đó chủ yếu là thoát vị bẹn và thoát vị đùi. Thoát vị nghệt cần chẩn đoán thật sớm và xử trí ngay vì nếu để muộn chỉ sau 6-12 giờ tạng thoát vị sẽ bị hoại tử dẫn đến tình trạng viêm phúc mạc, tắc ruột... và những rối loạn toàn thân.

1. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC

Giới: thoát vị bẹn nghệt gặp nhiều ở nam giới hơn nữ. Một phần do tỷ lệ thoát vị bẹn ở nam nhiều hơn nữ. Hơn nữa lỗ bẹn sâu ở nam rộng hơn, các tạng dễ xuống khi áp lực trong ổ bụng tăng lên, ở nữ hay gặp thoát vị đùi nghệt.

Tuổi: thường gặp ở người đứng tuổi và người già vì thành bụng yếu, nhưng cũng gặp ở thanh niên và trẻ em. Ở trẻ em vì các gân cơ còn mềm mại, vòng cổ túi không chắc lăm nên các tạng chui qua lỗ bẹn thường bị thất nhẹ khi bị nghệt dễ biểu hiện trên lâm sàng hơn.

Điều kiện thuận lợi:

- Thoát vị bẹn nghệt thường xảy ra sau một động tác gắng sức như đẩy xe lên dốc, ho mạnh... làm tăng áp lực ổ bụng lên đột ngột, cho nên hay gặp ở người thường phải lao động chân tay và những người hay đi lại nhiều.

Vị trí thoát vị nghệt: Bất cứ loại thoát vị nào cũng có thể bị nghệt nhưng thoát vị đùi dễ bị nghệt nhất vì cổ túi là một vòng xơ nhỏ và chắc. Thoát vị bẹn nghệt thường ở hố bẹn giữa, nơi yếu nhất của vùng bẹn hoặc hố bẹn ngoài. Thoát vị bẹn gặp nhiều hơn so với các loại thoát vị khác với tỷ lệ trên 70% nên thoát vị bẹn nghệt chiếm đa số.

- Tiền sử thoát vị: những bệnh nhân thoát vị nghệt thường có bệnh lý này từ trước, hoặc đã có một vai lần bị nghệt nhưng sau đó trở lại bình thường. Cũng có thể xảy ra ở một người mà từ trước không có thoát vị hoặc là có nhưng vì khối thoát vị nhỏ hay nằm ở sâu nên không biết. Thường thì chính bệnh nhân cũng đã tự chẩn đoán được mình bị thoát vị, có khi đã nhiều năm trước.
- Khối thoát vị: Khối thoát vị bé dễ bị nghệt hơn khối thoát vị lớn vì cổ túi bé, vòng xơ lỗ thoát vị chắc, dễ thất nghệt tạng xuống. Ngược lại túi thoát vị lớn, cổ túi rộng, vòng xơ cổ túi nhẽo nên ít bị nghệt hơn. Thời gian gần đây do phát hiện được sớm nên các trường hợp khối thoát vị lớn thường ít gặp hơn.

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

2.1. Giải phẫu học vùng bẹn-đùi

Thoát vị bẹn-đùi gặp nhiều và cùng có những đặc điểm chung, cùng nằm ở khu vực trước dưới của thành bụng trước bên, ranh giới giữa bụng và đùi.

Ống bẹn và ống đùi đều là thành phần của lỗ cơ lược được giới hạn giải phẫu bởi: phía trên là cơ chéo trong và cơ ngang bụng, phía ngoài là cơ thắt lưng chậu, phía trong là cơ thẳng bụng và phía dưới là vòng lược của xương chậu. Khu vực này được dây chằng bẹn chia ra làm hai phần: phần trên là vùng bẹn có thừng tinh chạy qua, phần dưới là vùng đùi có bó mạch đùi chạy qua. Thoát vị vùng bẹn-đùi thực chất là thoát vị lỗ cơ lược, trong đó tùy theo túi thoát vị chui ra bên trên hoặc dưới dây chằng bẹn mà ta gọi là thoát vị bẹn hay thoát vị đùi.

2.2. Các loại thoát vị bẹn

Theo thiết đồ giải phẫu cắt ngang vùng bẹn (Hình 1) có thể chia thoát vị bẹn thành 3 loại. Các quai ruột chui qua các lỗ bẹn, bị nghẹt có những đặc điểm khác nhau.

2.2.1. Thoát vị bẹn chéo ngoài

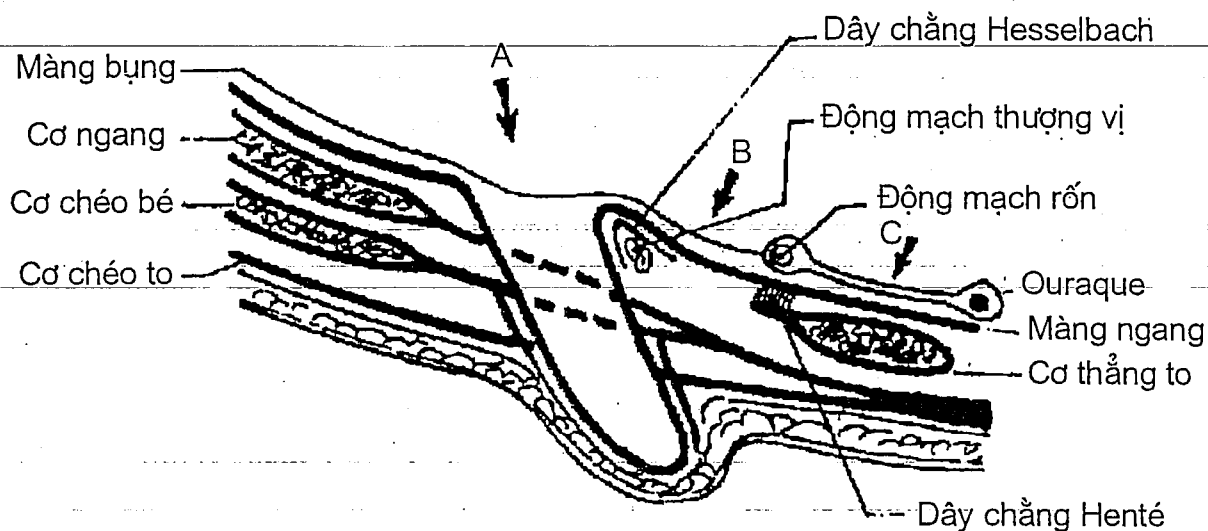
Khi tạng chui qua hố bẹn ngoài, ở động mạch thượng vị theo hướng chéo từ ngoài vào trong. Túi thoát vị nằm trong bao xơ của thừng tinh và theo thừng tinh tiến dần xuống bìu. Loại thoát vị này thường bị nghẹt.

2.2.2. Thoát vị bẹn trực tiếp

Hố bẹn giữa là điểm yếu của thành bụng. Phía ngoài là động mạch thượng vị, phía trong là động mạch rốn. Tạng chui qua hố bẹn giữa nằm ngay dưới da. Thường khối thoát vị nhỏ và ít khi bị nghẹt.

2.2.3. Thoát vị bẹn chéo trong

Tạng chui qua hố bẹn trong, phía trong động mạch rốn. Loại này ít gặp và cũng ít khi bị nghẹt do thành bụng vùng này dày và chắc.



Hình 6.1. Thiết đồ ngang qua ống bẹn

A. Thoát vị chéo ngoài, B. Thoát trực tiếp; C. Thoát vị chéo trong

2.3. Đặc điểm thoát vị đùi

Túi thoát vị đùi đi từ ngoài dải chậu mu ở trước, dây chằng Cooper ở sau và đi dưới cung đùi để vào ống đùi.

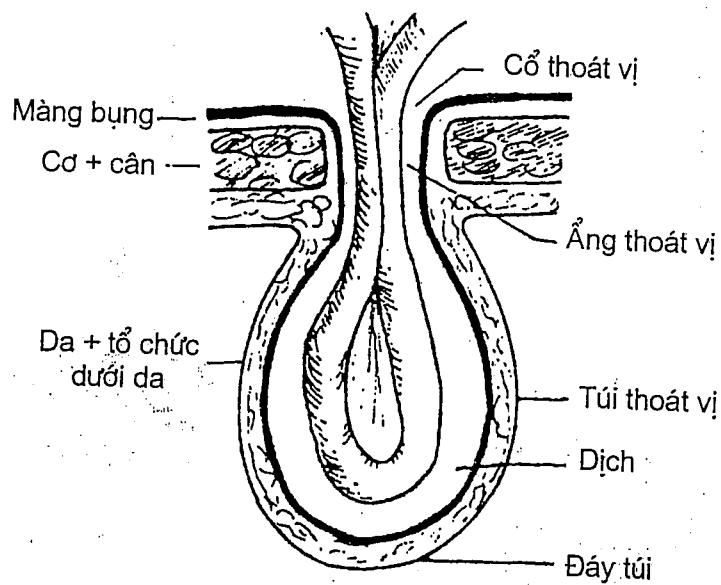
Lỗ thoát vị đùi - chính là vòng đùi, là một vòng xơ nhỏ rất chắc do dây chằng Gimbernati, dây chằng Cooper và cung đùi tạo nên dễ nghẹt hơn thoát vị bẹn. Thoát vị đùi có thể kèm với thoát vị bẹn trực tiếp, cùng xuất phát từ tam giác Scarpa, chỉ khác nhau là túi thoát vị nằm trên hay dưới cung đùi.

2.4. Đặc điểm túi thoát vị

Túi thoát vị được hình thành khi tạng chui qua lỗ thoát vị. Lỗ thoát vị có vai trò chủ yếu trong nguyên nhân gây nghẹt. Lỗ thoát vị do các cơ, gân và dây chằng của thành bụng trước tạo nên... Lỗ thoát vị bé, chắc và dễ gây nghẹt hơn lỗ to, rộng.

Khi mổ qua da và các lớp nông ở trên, tới một túi phồng, có thể to hoặc nhỏ nhưng rất căng. Màu sắc thay đổi tùy theo thương tổn của các thành phần trong túi. Có thể là đỏ hồng hoặc đỏ sẫm hoặc tím đen. Thành túi có khi mỏng, có khi dày lên do viêm nhiễm.

Trong túi thường có dịch ít hoặc nhiều. Nếu được xử trí sớm, dịch có màu vàng chanh, cổ túi thắt nghẹt gây ứ trệ lưu thông gây xuất tiết dịch (Hình 6.2). Lúc đầu dịch màu trong, nếu muộn thì có màu hồng, khi ruột đã hoại tử trở thành màu đen, thối.



Hình 6.2. Các thành phần của thoát vị

Cũng có khi trong túi có rất ít hoặc không có nước, thành túi dính với tạng thoát vị nên khi rạch túi phải cẩn thận vì trong trường hợp này rất dễ làm thương tổn tạng trong túi.

2.5. Tạng thoát vị

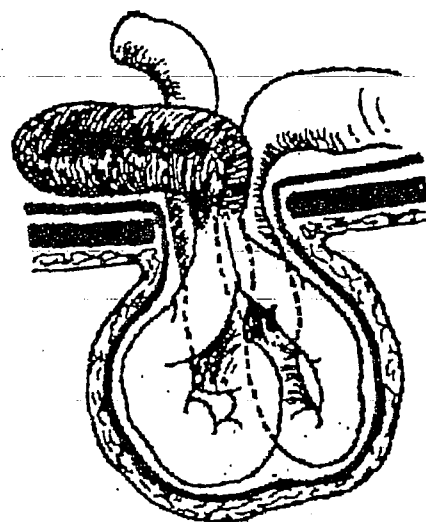
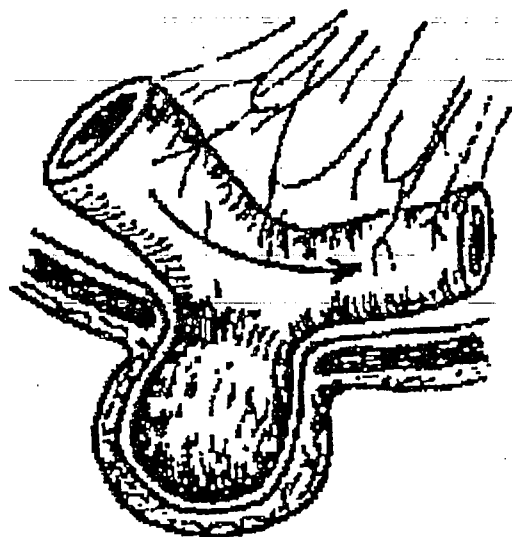
Nội dung trong bao thoát vị: hầu hết các trường hợp là một ruột non. Quai ruột có thể dài hay ngắn tùy theo khối thoát vị to hay bé.

Thương tổn là do ngừng trệ tuần hoàn. Lúc đầu là máu tĩnh mạch không về được rồi máu động mạch cũng không đến được. Thương tổn nặng hay nhẹ phụ thuộc vào bệnh nhân đến muộn hay đến sớm, lỗ thoát vị hẹp hay rộng. Đến càng muộn thì thương tổn càng nặng. Lỗ thoát vị càng hẹp, xơ vòng càng chắc, thương tổn diễn biến càng nhanh. Thương tổn nặng nhất là ở cổ túi.

Diễn biến của quai ruột nghẹt: ứ máu và phù nề, ruột có màu hồng tím, thành dày. Sau khi cắt cổ túi hoặc sau khi đắp huyết thanh nóng và phong bế novocain vào mạc treo màu sắc trở lại như cũ và co bóp bình thường. Lúc đầu quai ruột mất vẻ trắng bóng bình thường, thành mỏng, màu xám rõ nét nhất là ở nơi cổ túi.

Muộn hơn, quai ruột bị hoại tử từng điểm hay từng đám lớn gây viêm màng bụng toàn thể hay tạo thành một ổ nhiễm trùng lan rộng ở vùng thoát vị. Mạc treo của quai ruột nghẹt cũng bị phù nề, có khi bị nghẽn mạch gây nên những thương tổn ruột không phục hồi, cho nên khi đánh giá thương tổn phải chú ý cả mạc treo ruột.

Có khi thương tổn không phải hoàn toàn cả một quai ruột mà chỉ ở một phần của thành ruột. Thương tổn chỉ khu trú một chỗ nhưng lại chóng đưa đến hoại tử. Lưu thông ruột vẫn bình thường (H 6.3a). Cũng gặp vài trường hợp ruột bị nghẹt theo hình chữ W (Hình 6.3b) có một quai bị nghẹt nằm trong ổ bụng. Nếu bệnh nhân đến muộn khi ruột đã hoại tử thì chắc chắn là viêm màng bụng toàn thể.



Hình 6 3

a. Thoát vị khiểu Richtes

b. Thoát vị hình chữ W

Tình trạng ruột trên chỗ nghẹt: nếu bệnh nhân đến sớm, ruột chưa thay đổi thấy, nếu đến muộn thì ruột trương do ứ hơi và nước; muộn nữa thì có thể hoại tử, vỡ.

Ít gặp hơn là những trường hợp tạng nghẹt là một đoạn ruột già, vòi trứng, một phần bàng quang hoặc mạc nối lớn. Diễn biến chậm hơn và thương tổn cũng nhẹ.

3. THOÁT VỊ BỆNH NGHỆT

3.1. Lâm sàng

Triệu chứng thường gặp của một thoát vị bẹn nghẹt là một quai ruột non chui qua lỗ bẹn xuống bìu và không lên được như thường ngày, mặc dầu bệnh nhân nằm nghỉ hay tự xoa nhẹ và đẩy lên. Triệu chứng khác nhau tùy theo bệnh nhân đến sớm hay đến muộn.

3.1.1. Triệu chứng khi đến sớm

3.1.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau: Đau xuất hiện đột ngột khi bệnh nhân đang làm một động tác mạnh. Đau rất chói ở vùng bẹn lan xuống bìu, đau liên tục, bệnh nhân kêu la. Có khi cơn đau bụng đi kèm nếu bắt đầu có dấu hiệu nghẹt ruột...

- Có thể đi kèm nôn hoặc có cảm giác buồn nôn.

2.1.1.2. Triệu chứng thực thể

Thăm khám vùng bẹn bìu phải rất tỉ mỉ, cẩn thận vì nhiều khi khối thoát vị bé nằm sâu có thể bị bỏ qua. Thăm khám ở vùng đầu thấy:

- Một khối phồng tròn, kích thước to nhỏ tùy trường hợp.
- Nằm ở trên nếp bẹn hay chạy dài xuống bìu
- Sờ có cảm giác căng chắc, ấn rất đau nhất là ở phía cổ túi.
- Đẩy không lên, nắn không thấy tiếng óc ách. Ho không làm to thêm.
- Gõ đục

2.1.1.3. Triệu chứng toàn thân

Nét mặt nhợt nhạt, nhưng thể trạng vẫn tốt. Mạch đều rõ, có thể hơi tăng một chút. Huyết áp giữ nguyên.

3.1.2. Triệu chứng khi đến muộn

Tùy từng trường hợp, tùy theo từng loại thoát vị mà diễn biến có thể nhanh hay chậm nhưng thường chỉ sau 6 đến 12 giờ nếu không được xử lý các triệu chứng đã thay đổi rõ rệt. Ngoài các triệu chứng ở phần trên còn thêm triệu chứng của các biến chứng tắc ruột, hoại tử hoặc viêm phúc mạc:

- Đau bụng từng cơn, đau càng ngày càng tăng.
- Nôn rất nhiều, nôn liên tục. Chất nôn nâu đen.
- Bí trung đại tiện.
- Vùng bẹn bìu đau chói, đau căng tức làm bệnh nhân không cho sờ vào.
- Bụng chướng, căng, gõ vang, các quai ruột nổi, có thể nhu động kiểu rắn bò
- Triệu chứng toàn thân thay đổi rõ rệt: Mặt hốc hác, mắt trũng, môi khô, lưỡi bẩn. Mạch nhanh nhỏ khó bắt. Không sốt hoặc sốt nhẹ, đái ít.

Tóm lại nếu bệnh nhân đến sớm, đau tại chỗ và khối phồng thoát vị là những triệu chứng chủ yếu; nếu đến muộn thì có thêm các triệu chứng tắc ruột, hoại tử ruột hay viêm phúc mạc.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xét nghiệm

Một số xét nghiệm cơ bản: Công thức máu, nhóm máu, hematocrit, urê huyết để đánh giá cho tất cả các trường hợp thoát vị bẹn nghẹt.

Đối với những trường hợp đến muộn, có biến chứng cần làm thêm các xét nghiệm urê niệu, điện giải đồ, yếu tố đông máu... để đánh giá tiên lượng và căn cứ vào đây mà hồi sức cho thích hợp. Thường thấy có hiện tượng máu cô đặc do mất nước, điện giải thấp và urê huyết cao.

3.2.2. Chụp X quang

Chụp bụng không chuẩn bị đối với những trường hợp thoát vị bẹn nghẹt có dấu hiệu tắc ruột như: Quai ruột giãn, mức nước-hơi, ổ bụng mờ...

3.3. Thể lâm sàng

3.3.1. Theo diễn biến

3.3.1.1. Thể nghẹt không hoàn toàn

Thường gặp ở những bệnh nhân có khối thoát vị lớn. Thỉnh thoảng xuất hiện các triệu chứng nghẹt, nhưng nếu nằm nghỉ hoặc ngâm nóng lại khỏi. Bệnh nhân đến sớm trước 6 giờ. Khối thoát vị căng đau tức, nằm nghỉ và dùng thuốc giảm đau, chống co thắt có thể tạng thoát vị sẽ lên. Nhưng rồi ít lâu sau lại thấy xuất hiện trở lại.

3.3.1.2. Thể nghẹt hoàn toàn

Hay gặp ở những khối thoát vị bẹn nhỏ. Bệnh nhân thường đến muộn sau 6-12 giờ. Đau chói, đau dữ dội ở vùng bẹn búi và toàn bụng. Các triệu chứng toàn thân và cơ năng diễn biến rất nhanh chóng. Biểu hiện bằng nôn mửa liên tiếp, ỉa chảy liên tục và bệnh nhân trở nên rất nặng.

3.3.1.3. Thể nghẹt có biến chứng

Ngoài dấu hiệu thoát vị bẹn nghẹt hoàn toàn, đến muộn còn có các biểu hiện của tắc ruột như: Đau bụng từng cơn dữ dội, nôn nhiều ra dịch tiêu hoá, bí trung đại tiện. Bụng trướng, có quai ruột nổi... Thể này nhiều trường hợp chẩn đoán tắc ruột mà bỏ sót do không thăm khám bẹn búi chỉ khi chuẩn bị mổ hoặc trong mổ mới phát hiện được. Nếu hoại tử sẽ biểu hiện vùng bẹn búi sưng nề, viêm tấy lan toả hoặc viêm phúc mạc.

3.3.2. Theo tạng thoát vị

3.3.2.1. Một quai ruột non

Quai ruột non chui xuống và bị nghẹt. Vòng thắt là ở cổ túi thoát vị. Lỗ bẹn càng bé càng dễ nghẹt và nhanh chóng hoại tử. Nếu lỗ thoát vị rộng, có nhiều quai ruột xuống và bị nghẹt, hoại tử không chỉ các quai ở bẹn búi mà có thể quai ruột nằm trong ổ bụng (thoát vị hình W (Hình 6.3b). Có loại nghẹt chỉ một phần thành ruột nơi bờ tự do (thoát vị kiểu Richter Hình 6.3a).

3.3.2.2. Các tạng khác

- Mạc nối lớn: thường không có triệu chứng tắc ruột. Diễn biến chậm
- Manh tràng, đại tràng xích ma: triệu chứng tắc ruột không rõ ràng, xuất hiện muộn. Thương tổn tại chỗ cũng giống như thể thoát vị của quai ruột non.
- Ruột thừa: Chui xuống, dính vào túi thoát vị. Đau chói nhiều ở khối thoát vị, kèm theo có sốt nếu có viêm.

Bàng quang: Phần bàng quang có khi chui và nằm trong túi thoát vị, dính và nghẹt, kèm theo có triệu chứng về tiết niệu.

3.4. Diễn biến

3.4.1. Thể nghẹt không hoàn toàn

Gọi là nghẹt có nghĩa là tạng xuống và không lên được. Tuy nhiên có những trường hợp thoát vị bẹn nghẹt chưa xử trí gì tự nó đã lên, hoặc bệnh nhân đến sớm nghỉ ngơi và dùng thuốc giảm cơ thắt, đẩy nhẹ tạng sẽ lên. Nhưng đó chỉ là sự may mắn mà người thầy thuốc không thể biết trước được. Hơn nữa những bệnh nhân này có rất nhiều khả năng lại bị nghẹt tái phát. Tuy nhiên sau khi đẩy lên được, cần phải theo dõi trong 6 giờ có thể lại tái phát, hoặc quai ruột nghẹt tiếp tục hoại tử.

3.4.2. Thể nghẹt hoàn toàn và nghẹt có biến chứng

Tình trạng bệnh nhân biểu hiện đầy đủ các triệu chứng của thoát vị bẹn nghẹt, sau đó có các dấu hiệu của tắc ruột hay hoại tử. Thường thì bệnh nhân chết vì các rối loạn của tắc ruột, viêm màng bụng toàn thể do quai ruột bị hoại tử và tụt lên ổ bụng.

3.5. Chẩn đoán

3.5.1. Chẩn đoán xác định

Trong đa số trường hợp chẩn đoán dễ, dựa vào tính chất đau và khối thoát vị; lại càng dễ nếu bệnh nhân có tiền sử nhiều lần thoát vị.

Chẩn đoán loại thoát vị nghẹt: Khó xác định trước mổ. Căn cứ vào vị trí của khối thoát vị nghẹt khi phẫu thuật.

3.5.2. Chẩn đoán phân biệt

3.5.2.1. Bệnh nhân đến sớm

Cần phân biệt khối thoát vị đùi với hạch Cloquet hoặc quai tĩnh mạch hiển trong bì viêm; khối thoát vị bẹn nghẹt với nước màng tinh hoàn, viêm tinh hoàn.

3.5.2.2. Bệnh nhân đến muộn

Có khi bệnh cảnh lâm sàng nổi bật lại là một tắc ruột, cho nên trước một bệnh nhân tắc ruột bao giờ cũng phải thăm khám các vùng thoát vị. Nếu không chú ý có thể bỏ qua các loại thoát vị bé, nằm sâu nhất là những người béo, lớp mỡ dưới da dày.

3.6. Điều trị

Tất cả các loại thoát vị bẹn nghẹt khi đã chẩn đoán được là phải điều trị ngay, càng sớm càng tốt.

3.6.1. Điều trị bảo tồn

Đối với bệnh nhân đến sớm trước 6 giờ: Đau ít, chưa có biến chứng, cho nằm yên, dùng thuốc giảm đau, giảm co thắt, đẩy nhẹ nếu tạng lên để theo dõi và có thể băng cố định, mặc quần chun, mang Prothese để tránh tái phát sớm. Sau đó có thể phẫu thuật theo kế hoạch.

3.6.2. Điều trị phẫu thuật

3.6.2.1. Nguyên tắc

Trường hợp nghẹt hoàn toàn chưa hoặc có biến chứng cần phải mổ sớm, tốt nhất là mổ trong vòng 6 giờ đầu.

Chủ yếu là giải phóng tạng bị nghẹt, đánh giá thương tổn tạng và xử lý các biến chứng hoặc các tổn thương tạng.

Phục hồi thành bụng theo các kỹ thuật thích hợp.

3.6.2.2. Kỹ thuật

- Vô cảm gây tê tuỷ sống là tốt nhất. Đối với người già thì nên gây tê tránh được các biến chứng. Đối với trẻ em nên dùng gây mê để nằm yên mới tiến hành phẫu thuật được. Những trường hợp đến muộn, nghẹt có biến chứng nên gây mê nội khí quản để dễ dàng xử lý các tổn thương tạng.
- Đường rạch: đường phân giác giữa nếp bẹn và bờ ngoài cơ thẳng to, bắt đầu từ lỗ bẹn ngoài kéo lên trên dài độ 8-12cm. Mổ theo từng lớp giải phẫu để đi vào bao thoát vị.

Đối với trẻ em có thể rạch theo đường ngang trên lỗ bẹn ngoài dài 3-4cm bóc lộ các lớp cân cơ như bình thường.

- Bộc lộ và rạch túi thoát vị: Phải thận trọng và từ từ; từ nông đến sâu, tránh làm thương tổn các tạng ở trong. Khi đã vào túi thoát vị, mở rộng túi về phía cổ và cắt đứt cổ túi. Khi cổ túi được cắt đứt thì tạng thoát vị được giải phóng.
- Xử trí tạng thoát vị: kéo thêm quai ruột xuống để đánh giá được đầy đủ, xử trí khác nhau tùy theo thương tổn.

Chỗ ruột bị thắt, nơi cổ túi và quai ruột ở dưới vẫn đỏ hồng, bóng, co bóp bình thường, các mạch máu mạc treo đập tốt thì không cần xử trí gì.

Quai ruột có một vài nốt nghi ngờ hoại tử, các nơi khác tốt: có thể khâu vùi các nơi đó lại.

Ruột bị hoại tử thì phải cắt cổ túi, cặp ngay chỗ thắt nghẹt sau đó cắt bỏ rộng rãi và nối lại ngay bằng miệng nối bên-bên hoặc tận - tận. Chỉ ở những bệnh nhân quá già yếu hoặc tạng thoát vị là một đoạn đại tràng cần phải cắt và đưa hai đầu ra ngoài ổ bụng và đóng lại sau.

Đối với những trường hợp nghi ngờ: trước hết nên đắp gạc có huyết thanh nóng và phong bế novocain vào mạc treo và chờ. Khi phong bế phải hết sức chú ý

không chọc vào mạch máu vì dễ gây tụ máu. Nếu thương tổn không phục hồi thì cách xử trí tốt nhất là cắt ruột.

Nếu ruột thừa bị nghẹt nên cắt và vùi gốc. Các mạc nối nghẹt cần phải cắt đi.

- Phục hồi thành bụng để tránh tái phát. Phương pháp phẫu thuật thay đổi tùy từng loại thoát vị và theo kinh nghiệm.

Các phương pháp thường làm:

- Phương pháp Bassini: Khâu 2 bình diện nông và sâu để thường tinh nằm giữa gờ cung đùi và gân kết hợp là lớp sâu. Cân cơ chéo lớn là lớp sâu bằng chỉ không tiêu, khâu mũi rời.
- Phương pháp Forgue.

Khâu hai lớp nông và sâu, thường tinh nằm sau bằng chỉ không tiêu, khâu mũi rời...

- Phương pháp Halstedt.

Khâu hai lớp nông và sâu, thường tinh nằm trước bằng chỉ không tiêu, khâu mũi rời...

- Phương pháp Shouldice.

Phục hồi theo ba lớp: Khâu phục hồi mạc ngang, lớp nông và sâu bằng đường khâu vắt khâu đi và khâu lại. Là kỹ thuật đảm bảo phục hồi có tỷ lệ tái phát thấp. Được nhiều phẫu thuật viên ưa dùng.

- + Các trường hợp tắc ruột muộn hoặc viêm phúc mạc do hoại tử ruột nên mổ bụng đường giữa trên dưới rốn để đánh giá đầy đủ thương tổn và xử lý triệt để. Phục hồi thành bụng có thể từ bên trong hoặc rạch thêm đường mổ thoát vị bẹn.

3.6.3. Điều trị nội khoa phối hợp

- Nếu bệnh nhân đến sớm, toàn thân chưa có gì thay đổi mấy: điều trị nội khoa đơn giản. Nhưng nếu bệnh nhân đến muộn, toàn thân đã có những biến đổi rõ rệt, đó là những rối loạn sinh lý của tắc ruột. Điều trị gồm:

Bù đắp nước, điện giải

Hút dạ dày liên tục

Sử dụng kháng sinh

Điều trị nội khoa phải tiến hành trước, trong và sau mổ, nó quyết định tiên lượng của bệnh.

- Trường hợp khối thoát vị đã được đẩy lên, nên theo dõi tại viện để đề phòng các biến chứng muộn.

Kết quả điều trị phụ thuộc chủ yếu vào thời gian can thiệp. Gây mê, hồi sức, kỹ thuật mổ xẻ, kháng sinh liệu pháp. Điều quan trọng nhất là không được để nhiễm trùng vết mổ vì nếu có nhiễm trùng thì sẽ thoát vị tái phát.

4. THOÁT VỊ ĐÙI NGHỆT

4.1. Lâm sàng

Là thoát vị lỗ cơ lược, trong đó túi thoát vị chui qua ống đùi dưới cùng đùi. Do ống đùi thường hẹp nên thoát vị đùi rất dễ bị nghẹt với khoảng 60% trường hợp. Thoát vị đùi thường gặp nhiều ở nữ hơn ở nam.

Thoát vị đùi nghẹt thường ít khi biểu hiện rõ rệt. Ngay cả khi bị nghẹt hay tắc ruột, bệnh nhân có thể vẫn có cảm giác khó chịu ở vùng bụng hơn là vùng đùi.

Các dấu hiệu cơ năng và toàn thân không rõ ràng. Khối thoát vị nhỏ và đau ít. Khám thực thể, có thể phát hiện một trong các tình huống sau:

- Nếu thoát vị nhỏ và không nghẹt nó thường là một khối nhỏ ở vùng trên mé trong đùi dưới nếp bẹn (đường Malgaine, tương ứng với cung đùi bên trong), có thể ấn xẹp được.
- Nếu có biến chứng nghẹt sẽ sờ thấy một khối căng phồng nằm dưới nếp bẹn hoặc phần trên tam giác Scarpa, ấn đau chói. Ngoài ra, bệnh nhân có thể có triệu chứng đau từng cơn ở vùng bụng, bụng trướng nhẹ và nhu động ruột tăng do tắc ruột. Thăm khám vùng bẹn-đùi phải rất tỉ mỉ, cẩn thận vì nhiều khi khối thoát vị bé nằm sâu có thể bị bỏ qua.

4.2. Chẩn đoán

4.2.1. Chẩn đoán xác định

a. Trường hợp đến sớm

- Đau: Đau xuất hiện đột ngột ở vùng bẹn-đùi. Có khi cơn đau bụng đi kèm nếu bắt đầu có dấu hiệu nghẹt ruột...
- Có thể đi kèm nôn hoặc có cảm giác buồn nôn.
- Khối phồng tròn, kích thước to nhỏ tùy trường hợp, nằm dưới nếp bẹn hay chạy dài xuống đùi.
- Sờ có cảm giác căng chắc, ấn rất đau nhất là ở phía cổ túi. Đẩy không lên, nắn không thấy tiếng óc ách. Ho không làm to thêm.

b. Trường hợp đến muộn: Các dấu hiệu tại khối thoát vị rất điển hình. Kèm theo có các biểu hiện của tắc ruột: Đau bụng tăng lên, nôn, bụng trướng và đau. Toàn thân dần dần thay đổi.

4.2.2. Chẩn đoán phân biệt

Thoát vị đùi cần phân biệt với các trường hợp sau:

- Thoát vị bẹn: khối thoát vị nằm trên nếp bẹn.
- Hạch bẹn viêm: vùng bẹn viêm tấy, hạch to đau chói.
- Giãn tĩnh mạch hiển trong: sờ thấy rung miu khi bệnh nhân ho và khối phồng biến mất tự nhiên khi bệnh nhân nằm.

4.3. Điều trị

4.3.1. Nguyên tắc

Điều trị thoát vị đùi nghẹt chỉ có phẫu thuật, không dùng băng giữ như thoát vị bẹn.

- Cắt bỏ thoát vị ở cao: vòng đùi ở trong sâu, trong một lớp mỡ, dây cung đùi cản trở ở chỗ cổ thoát vị. Muốn cắt bỏ túi thoát vị, phải cắt cung đùi hoặc đi từ phía trên ổ bụng xuống mới cắt được, do đó có thể dùng đường rạch thấp ở đùi hoặc dùng đường rạch cao ở bẹn.
- Phục hồi lại thành bụng: khâu dây chằng Cooper dính ở mào lược với các cơ chéo nhỏ, cơ ngang và cân của cơ chéo lớn.

4.3.2. Phương pháp phẫu thuật

- Rạch da: Kinh điển hay dùng đường vuông góc qua cung đùi ngay trên khối phồng thoát vị.

Có thể dùng đường rạch da ngang ngay trên nếp bẹn ta sẽ thấy cùng đùi ở dưới và cân cơ chéo lớn ở trên.

- Bóc tách túi thoát vị: túi thoát vị nằm dưới các lớp xơ và mỡ, bóc tách cho đến cổ
- Cắt cung đùi: cung đùi phía trước cổ thoát vị. Cắt cung đùi, cổ thoát vị sẽ lộ ra rõ.
- Sử lý tạng thoát vị: mở túi thoát vị để kiểm tra tạng bị nghẹt, nếu chưa hoại tử có thể đẩy tạng vào ổ bụng. Dùng kim xuyên qua và bộc cổ túi lại. Cắt túi ở dưới chỗ buộc và dính vào thành bụng.

Quai ruột có một vài nốt nghi ngờ hoại tử cần đánh giá và khâu vùi...

Nếu ruột phải cắt vì hoại tử, nên kéo ruột ra kiểm tra. Nếu quai ruột ở dưới vẩn đỏ hồng, bóng, co bóp bình thường, các mạch máu mạc treo đập tốt thì không cần xử trí gì.

- Phục hồi thành bụng: là thì quan trọng nhất. Khâu dây chằng Cooper với cơ ngang, cơ chéo bé và cân cơ chéo lớn bằng chỉ không tiêu để bịt kín vòng đùi lại. Khi khâu cần chú ý, không chạm vào các mạch máu ở cạnh như động tĩnh mạch đùi, động mạch thượng vị, động mạch nối động mạch thượng vị và động mạch bịt. Khâu bít lỗ đùi (phương pháp cổ điển), hoặc bít cả lỗ bẹn lẫn lỗ đùi (phương pháp Mac Vay)
- Khâu da và lớp mỡ dưới da.

5. KẾT LUẬN

- Thoát vị nghẹt là một cấp cứu ngoại khoa mà bất cứ người thầy thuốc nào cũng phải biết và chẩn đoán được dựa vào vị trí, tính chất đau và khối phồng thoát vị.

- Khi đã chẩn đoán được phải gửi ngay đến cơ sở phẫu thuật. Phải cố gắng chẩn đoán sớm và xử trí càng sớm càng tốt nhất là trước 6 giờ. Tiên lượng bệnh phụ thuộc vào thời gian can thiệp. Nếu đến sớm thì điều trị đơn giản, kết quả tốt, nếu đến muộn thì điều trị phức tạp, tiên lượng xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bendavid. R (1992)

L'operation de Shouldice.

Encycl. Med. Chir. (Paris, France).

Techniques Chirurgicales. Appareil Digestif, 40112.4.11.12,5 p.

2. Deveney K.E. (1994).

Hernias and Other lesions of the Abdominal Wall.

Current Surgical Diagnosis and Treatment, Ed. 9:700.

3. Glassow F. (1973).

The surgical repair of inguinal and femoral hernias.

Can. Med. Assoc.J. 108, 208-313.

7. TẮC RUỘT

Tắc ruột là một hội chứng do ngừng lưu thông của hơi và dịch tiêu hoá trong lòng ruột gây ra. Tắc ruột do các cản trở cơ học nằm từ góc Treitz đến hậu môn là tắc ruột cơ học, tắc ruột do ngừng của nhu động ruột là tắc ruột cơ năng hay tắc ruột do liệt ruột.

Tắc ruột là một cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp trong cấp cứu ổ bụng, chỉ đứng sau viêm ruột thừa. Có rất nhiều nguyên nhân gây tắc ruột thay đổi phụ thuộc vào cơ chế tắc (do thắt nghẹt hay bít tắc), vị trí tắc (tắc ở đại tràng hay ruột non). Chẩn đoán nhiều khi còn khó khăn mặc dù đã có nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại đã được áp dụng.

Trong vài ba chục năm trở lại đây, với những tiến bộ của gây mê-hồi sức và tiến bộ của phẫu thuật, tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ tắc ruột đã cải thiện rất rõ rệt.

1. SINH LÝ BỆNH

1.1. Nguyên nhân và cơ chế tắc

1.1.1. Tắc ruột cơ học

a. Nguyên nhân ở trong lòng ruột

Ở ruột non:

- Giun đũa ngưng tụ lại gây tắc ruột là nguyên nhân thường gặp ở trẻ em và cả người lớn ở những vùng nông thôn trồng rau, ăn uống mất vệ sinh.
- Tắc do khối bã thức ăn (măng, xơ mít, quả xim...) gặp ở người già, rụng răng, suy tụy hoặc đã bị cắt dạ dày.
- Sỏi túi mật gây viêm, thủng vào tá tràng và di chuyển xuống ruột gây tắc, rất hiếm gặp ở Việt Nam.

Ở đại tràng, nguyên nhân gây tắc có thể là khối u phân, ở người già bị táo bón kéo dài.

b. Nguyên nhân ở thành ruột

Ở cả ruột non và đại tràng, nguyên nhân tắc ruột có thể là:

- Các khối ung thư của ruột non và của đại tràng, trong đó ung thư đại tràng trái hay gặp nhất.
- Các khối u lành của thành ruột với kích thước lớn có thể gây tắc ruột nhưng ít gặp.

- Hẹp thành ruột do viêm nhiễm hoặc do sẹo xơ: lao ruột, bệnh Crohn ruột, viêm ruột sau xạ trị, hẹp miệng nối ruột, hẹp ruột sau chấn thương.
- Lồng ruột: là do đoạn ruột phía trên chui vào đoạn ruột phía dưới, có nhiều kiểu lồng khác nhau như lồng hồi - hồi tràng, lồng hồi - đại tràng, lồng - đại tràng. Lồng cấp tính thường gặp ở trẻ còn bú, ở người lớn ít gặp và thường phối hợp với các nguyên nhân tắc ở thành ruột như khối u, túi thừa...

c. Nguyên nhân ở ngoài thành ruột

- Dây chằng và dính các quai ruột là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong đó, trên 80% có nguồn gốc do phẫu thuật ổ bụng, số còn lại có nguồn gốc viêm nhiễm, chấn thương và bẩm sinh. Các dây chằng hoặc xơ dính gấp hai quai ruột hoặc dính một quai ruột với vùng bị mất thanh mạc ở thành bụng, tạo ra các khe và một hoặc nhiều quai ruột chui vào, bị nghẹt ở chân quai ruột cùng với phần mạc treo tương ứng gây thiếu máu, hoại tử như trong thoát vị nghẹt.
- Các thoát vị bao gồm các thoát vị thành bụng (thoát vị bẹn, thoát vị đùi, thoát vị rốn...) và các thoát vị nội (thoát vị bịt, thoát vị khe Winslow, thoát vị Treitz...) có thể gây nghẹt khi ruột chui vào các khe, lỗ này.
- Xoắn ruột là trường hợp nặng nhất trong các tắc ruột do nghẹt. Xoắn ruột được định nghĩa là quai ruột bị xoắn trên trục mạc treo của nó. Ở ruột non, xoắn ruột thường là do hậu quả của tắc ruột ở phía trên do dây chằng dính vào đỉnh hoặc chân của quai ruột đó. Ở đại tràng, xoắn ruột thường tự phát do đoạn đại tràng Sigma dài, hai chân gần nhau, bị lộn xoay xuống (xoắn đại tràng Sigma), xoắn của manh tràng do đại tràng phải không dính bẩm sinh, ít gặp.

Như vậy, các nguyên nhân tắc ruột cơ giới có thể xếp làm hai nhóm theo cơ chế tắc là các nguyên nhân gây tắc ruột do bít tắc và các nguyên nhân gây tắc ruột do thắt nghẹt ruột cùng với mạch máu của đoạn mạc treo tương ứng làm đoạn ruột này nhanh chóng thiếu máu, hoại tử.

1.1.2. Tắc ruột do liệt ruột

Tắc ruột do liệt ruột, còn gọi là tắc ruột cơ năng chiếm khoảng 5% - 10% các trường hợp, cũng có rất nhiều nguyên nhân khác nhau:

- Liệt ruột phản xạ có thể gặp trong sỏi niệu, quẩn, trước hết là trong chấn thương cột sống, vỡ xương chậu do máu tụ sau phúc mạc. Các nguyên nhân viêm phúc mạc, dịch thủng dạ dày, dịch tụy cũng gây liệt ruột.
- Thiếu máu cấp và huyết khối tĩnh mạch mạc treo cũng làm liệt nhu động ở đoạn ruột tương ứng.
- Ngoài ra còn rất nhiều các nguyên nhân khác làm tổn thương thần kinh - cơ của ruột và gây ra một tình trạng giả tắc ruột, bao gồm:
 - + Rối loạn chuyển hoá: Kali máu thấp, tăng calci máu, toan chuyển hoá.

- + Một số thuốc: dẫn chất của thuốc phiện, kháng cholinergic...
- + Tổn thương ruột khu trú đám rối thần kinh thành ruột (bệnh giãn đại tràng bẩm sinh), tổn thương thần kinh lan tỏa hơn, các tổn thương cơ có thể gây ra các rối loạn vận động của ruột và được gọi chung là giả tắc ruột không rõ nguyên nhân mãn tính. Hội chứng Ogilvie là một thể đặc biệt, đặc trưng bởi giãn đại tràng cấp không do tắc và có thể phục hồi.

1.2. Hậu quả của tắc ruột

Các rối loạn toàn thân và tại chỗ do tắc ruột gây nên rất khác nhau, phụ thuộc vào:

- Cơ chế gây tắc: tắc do bít tắc hay do thắt nghẹt.
- Vị trí tắc: tắc ở ruột non hay tắc đại đại tràng.
- Tắc hoàn toàn hay tắc không hoàn toàn.
- Tắc ruột cơ học hay tắc ruột cơ năng.

1.2.1. Tắc ruột do bít tắc

Trong tắc ở ruột non, ảnh hưởng lên đoạn ruột trên chỗ tắc xảy ra rất nhanh chóng và nặng nề. Lúc đầu do cơ chế thần kinh, các sóng nhu động ruột tăng rất mạnh ở đoạn ruột trên chỗ tắc nhằm thắng sự cản trở, các sóng nhu động đó gây ra các cơn đau và dấu hiệu rặn bò trên thành bụng. Về sau các sóng nhu động giảm dần và mất khi thành ruột bị tổn thương.

Ruột trên chỗ tắc chướng giãn dần lên do chứa hơi và dịch. Trên 70% hơi trong ống tiêu hoá là do nuốt vào, phần còn lại là do vi khuẩn phân huỷ thức ăn, lên men và sinh hơi. Dịch là do bài tiết của đường tiêu hoá, ruột bài tiết trung bình 6 lít/24 giờ. Sự tăng áp lực trong lòng ruột gây ứ trệ tĩnh mạch, giảm tưới máu mao mạch ở thành ruột làm cho niêm mạc ruột bị tổn thương, phù nề, xung huyết, dẫn tới giảm dần, hoặc mất hẳn quá trình hấp thu dịch tiêu hoá, gây ứ đọng dịch trong lòng ruột.

Nôn và phản xạ trào dịch lên cao trên chỗ tắc có thể giảm bớt phần nào sự tăng áp lực trong lòng ruột. Nhưng nôn nhiều, đặc biệt là trong các tắc ruột cao đã làm nặng thêm tình trạng mất nước, rối loạn các chất điện giải và thăng bằng kiềm toan.

Các xét nghiệm sinh hoá, huyết học cho thấy có hiện tượng giảm khối lượng tuần hoàn, máu cô đặc với hematocrit, protit máu tăng cao.

Rối loạn điện giải: Na^+ máu giảm do dịch ứ đọng trong ruột chứa nhiều Na^+ .

K^+ , Cl^- máu thường giảm do trong dịch nôn chứa nhiều K^+ , Cl^- . K^+ máu tăng trong giai đoạn muộn khi các tế bào của thành ruột bị hoại tử, giải phóng K^+ . Ure, creatinin máu thường cao do có hiện tượng suy thận cơ năng và nhanh chóng hồi phục nếu được hồi sức tốt.

Rối loạn tăng bằng kiềm - toan: thường có hiện tượng kiềm chuyển hoá do nôn dịch dạ dày chứa nhiều HCL và di chuyển gốc HCO_3 từ trong tế bào ra ngoài tế bào, ít khi có toan chuyển hóa với K^+ máu cao. Cuối cùng, bụng chướng, cơ hoành bị đẩy lên cao làm giảm thông khí, làm ảnh hưởng tới cơ chế bù.

Ở dưới chỗ tắc, trong những giờ đầu, nhu động ruột đẩy phân và hơi xuống dưới làm ruột xẹp xuống và không có hơi.

Tắc ở đại tràng, các hậu quả tại chỗ và toàn thân cũng xảy ra như trong tắc ruột non nhưng chậm và muộn hơn. Hiện tượng tăng sóng nhu động trên chỗ tắc ít gặp, ruột giãn to, chứa nhiều khí hơn dịch do có hiện tượng lên men của vi khuẩn ở đại tràng. Nếu van Bauhin mở ra khi áp lực trong đại tràng cao do ứ đọng dịch và hơi trên chỗ tắc, dịch trào lên ruột non và hậu quả xảy ra cũng như trong tắc ruột non. Nếu van này tự chủ, đóng kín, phân và hơi của đại tràng không tràn lên ruột non được, đại tràng giãn rất to, áp lực trong lòng đại tràng rất lớn và có nguy cơ vỡ đại tràng do căng giãn. Áp lực cao nhất là ở manh tràng vì manh tràng có kích thước lớn nhất (định luật Laplace). Do vậy, trong tắc đại tràng, vị trí bị thủng, vỡ nhiều nhất là ở manh tràng.

1.2.2. Tắc ruột do thắt nghẹt

Xoắn ruột là hình thái điển hình nhất và hậu quả cũng xảy ra nhanh chóng và nặng nề nhất trong các loại tắc ruột do cơ chế thắt nghẹt. Các rối loạn toàn thân và tại chỗ một phần do ảnh hưởng của ruột trên chỗ tắc gây ra như trong tắc ruột do bít tắc nhưng chủ yếu là do quai ruột và mạch máu mạc treo tương ứng bị nghẹt gây ra.

Quai ruột bị xoắn, nghẹt giãn to, chứa dịch là chủ yếu, hơi rất ít, trừ xoắn đại tràng, trong quai ruột xoắn có nhiều hơi là do vi khuẩn lên men. Sự ứ trệ tĩnh mạch ở quai ruột xoắn làm thoát huyết tương và máu vào trong quai ruột bị xoắn và vào trong ổ bụng. Ruột bị tổn thương làm cho hàng rào bảo vệ của niêm mạc ruột bị phá hủy, sự tăng sinh của vi khuẩn trong quai có thể thoát vào ổ phúc mạc. Ở đây, nội độc tố của vi khuẩn được tái hấp thu. Do đó, cơ chế sốc trong tắc ruột do thắt nghẹt là sốc nhiễm độc, nhiễm khuẩn phối hợp với sốc do giảm khối lượng tuần hoàn. Trong loại tắc ruột này, động mạch mạc treo tương ứng cũng bị nghẹt làm cho quai ruột này thiếu máu và cuối cùng bị hoại tử, vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc.

Trong trường hợp lồng ruột cấp tính, cổ của khối lồng làm nghẹt đoạn ruột lồng cùng với mạc treo và dẫn tới hậu quả tại chỗ là chảy máu trong lòng ruột, hoại tử khối lồng và các hậu quả toàn thân như trong xoắn ruột.

1.2.3. Tắc ruột do liệt ruột

Trong tắc ruột cơ năng do liệt ruột mà các nguyên nhân là các bệnh cấp tính ở ổ bụng, hậu quả tại chỗ và toàn thân thay đổi tùy theo từng nguyên nhân đó. Trong liệt ruột cơ năng do phản xạ, hậu quả của tắc ruột tới toàn thân và tại chỗ diễn ra từ từ và rất muộn. Ruột chướng rất sớm và nhiều, trướng hơi là chính. Ít khi có nôn vì ruột không có nhu động. Lượng dịch ứ đọng trong lòng ruột không

nhiều, tổn thương ở thành ruột xảy ra rất muộn và cơ chế tới hấp thu của ruột được bảo tồn lâu hơn. Do vậy, các hậu quả toàn thân và tại chỗ nhẹ và xảy ra muộn.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Chẩn đoán lâm sàng

Hỏi và thăm khám kỹ càng, cẩn thận thường đủ để chẩn đoán hội chứng tắc ruột. Các thăm khám cận lâm sàng, đặc biệt là X quang chủ yếu để khẳng định thêm và có thể xác định được vị trí tắc ruột, đôi khi là cơ chế tắc và nguyên nhân tắc.

a. Triệu chứng cơ năng: có 3 triệu chứng cơ năng chính

- **Đau bụng:** đau bụng bao giờ cũng là triệu chứng khởi phát của bệnh. Tính chất đau điển hình trong tắc ruột là đau bụng thành cơn. Cơn đau có thể khởi phát từ từ hoặc đột ngột, dữ dội, bắt đầu ở vùng rốn hoặc mạng sườn và nhanh chóng lan toả khắp ổ bụng. Hỏi kỹ tính chất đau có thể giúp hướng tới căn nguyên gây tắc. Trong tắc ruột do bít tắc, đau bụng thường thành cơn điển hình, ngoài cơn thấy không đau hoặc đau nhẹ. Trong xoắn ruột, đau bụng khởi phát đột ngột, dữ dội như xoắn vặn, đau liên tục, không thành cơn, lan ra sau lưng hoặc vùng thắt lưng. Người bệnh tìm đủ mọi tư thế để giảm đau nhưng không có hiệu quả.
- **Nôn:** nôn xuất hiện đồng thời với cơn đau nhưng không làm cho cơn đau giảm đi. Lúc đầu, nôn ra thức ăn, sau nôn dịch mật, muộn hơn chất nôn có thể giống như phân. Tính chất nôn phụ thuộc chủ yếu vị trí tắc, nôn nhiều và sớm trong tắc ruột cao, nôn muộn hoặc chỉ buồn nôn trong tắc ruột thấp.
- **Bí trung, đại tiện:** bí trung tiện có thể có ngay sau khi bệnh khởi phát vài giờ. Bí đại tiện nhiều khi không rõ ràng, trong trường hợp tắc cao có thể thấy còn đại tiện do đào thải các chất bã và phân dưới chỗ tắc. Nhưng dù có đại tiện nhưng không làm hết đau hay giảm cơ đau bụng.

b. Triệu chứng toàn thân

Tình trạng toàn thân phụ thuộc trước hết vào cơ chế tắc ruột, vị trí tắc và thời gian tắc. Nếu đến sớm dấu hiệu mất nước và rối loạn các chất điện giải thường không rõ. Nếu đến càng muộn và tắc càng cao thì dấu hiệu mất nước càng rõ rệt với các triệu chứng khát nước, mắt trũng, môi khô, da nhăn, nước tiểu ít, thậm chí là có dấu hiệu sốc do giảm khối lượng tuần hoàn.

Trong xoắn ruột, sốc có thể xuất hiện ngay trong những giờ đầu của bệnh do nhiễm độc.

c. Triệu chứng thực thể

Bụng trướng, mềm: bụng không trướng ngay từ đầu và cũng rất thay đổi. Lúc đầu chỉ trướng ở giữa bụng hoặc ở mạng sườn sau đó bụng trướng dần lên. Trong tắc hồng tràng cao, sát góc Treitz, bụng không trướng, thậm chí là bụng xẹp. Bụng trướng nhiều trong tắc ruột muộn, trướng dọc khung đại tràng trong

tắc đại - trực tràng thấp. Trướng đều trong tắc ruột do bí tắc, trướng lệch trong xoắn nghẹt ruột.

Dấu hiệu quai ruột nổi: nhìn có thể thấy khối phồng trên thành bụng, sờ nắn có cảm giác căng, bờ rõ, gõ vang. Khi sờ thấy một quai ruột rất căng và đau, không di động (dấu hiệu Von Wahl) là dấu hiệu rất có giá trị để chẩn đoán là tắc do xoắn, nghẹt ruột.

Dấu hiệu rắn bờ: trong cơn đau thấy quai ruột nổi gồ và di chuyển trên thành bụng. Đây là dấu hiệu đặc trưng nhất của tắc ruột cơ học. Nhưng khi không có dấu hiệu này cũng không loại trừ được tắc ruột.

Dấu hiệu tiếng réo di chuyển của hơi và dịch trong lòng ruột cũng là dấu hiệu có giá trị tương đương dấu hiệu rắn bờ trong chẩn đoán tắc ruột cơ học.

Bụng trướng, nhưng mềm, đôi khi có phản ứng thành bụng khu trú trên quai ruột bị xoắn nghẹt, gõ vang ở giữa bụng do trướng hơi, có thể có dấu hiệu gõ đục vùng thấp do có dịch trong ổ bụng.

Ngoài ra, thăm khám tử mĩ bụng và các lỗ thoát vị ở thành bụng có thể thấy một số nguyên nhân tắc ruột: khối u đại tràng, u ruột non, khối lượng ruột, búi giun, các thoát vị ở thành bụng nghẹt như thoát vị bẹn-đùi, thoát vị rốn nghẹt...

Thăm trực tràng: bóng trực tràng rỗng, kết hợp thăm trực tràng và sờ nắn bụng hoặc thăm âm đạo ở phụ nữ có thể thấy một số nguyên nhân tắc ruột như ung thư trực tràng, đầu khối lồng ruột muộn, khối u đại tràng sigma sa xuống tiểu khung.

2.1.2. Chẩn đoán hình ảnh

a. Chụp X quang bụng không chuẩn bị

Chụp bụng không chuẩn bị là phương pháp chẩn đoán hình ảnh quan trọng nhất không những để chẩn đoán tắc ruột mà còn giúp xác định vị trí tắc và cơ chế tắc. Chụp bụng không chuẩn bị được thực hiện với các tư thế đứng thẳng, nằm thẳng, nằm nghiêng nếu tình trạng bệnh nhân nặng, không cho phép chụp đứng.

Các dấu hiệu tắc ruột:

- Dấu hiệu ruột giãn trên chỗ tắc, giãn hơi trên phim chụp nằm và mức nước - hơi trên phim chụp đứng hoặc nằm nghiêng.
- Ruột không có hơi ở dưới chỗ tắc, dấu hiệu rất gợi ý là không thấy hơi ở đại tràng, bình thường thì trong đại tràng có hơi sinh lý.
- Dựa vào vị trí, số lượng và hình dáng của mức nước - hơi có thể xác định được vị trí tắc ở ruột non hay đại tràng: tắc ruột non có nhiều mức nước-hơi, tập trung ở giữa bụng, kích thước nhỏ, vòm thấp, chân rộng, thành mỏng, có hình các nếp niêm mạc ngang. Tắc đại tràng có ít mức nước-hơi, kích thước lớn, vòm cao, chân hẹp, chứa nhiều hơi hơn dịch, nằm ở rìa của ổ bụng, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột. Nhiều khi rất khó phân biệt là tắc đại tràng hay tắc ruột non vì khi xoắn ruột non, không còn các van của ruột non và trong tắc đại tràng thường kéo theo giãn của ruột

non. Trong tắc ruột do liệt ruột, cả ruột non và đại tràng đều giãn, giãn hơi là chủ yếu, ít khi có mức nước - hơi.

- Dấu hiệu âm tính quan trọng là không có hơi tự do trong ổ bụng.

b. Chụp đại tràng cản quang

Chụp khung đại tràng cản quang chỉ định trong các trường hợp lâm sàng nghi ngờ là tắc ở đại tràng. Trong trường hợp manh tràng giãn to hoặc tắc đại tràng có sốt, tốt nhất là chụp khung đại tràng với thuốc cản quang hoà tan trong nước được pha loãng như Gastrografine. Chống chỉ định khi có thủng ruột hoặc nghi có thủng ruột.

Chụp khung đại tràng cản quang trước hết để xác định chính xác vị trí tắc và có thể xác định được nguyên nhân tắc. Trong xoắn đại tràng Sigma, thuốc cản quang dừng lại ở trực tràng và có hình mỏ chim. Trong tắc đại tràng do u, thuốc cản quang dừng lại ở vị trí u và có hình cắt cụt nhám nhỏ. Trong lồng ruột, có hình đáy chén, hình còng cua.

c. Chụp lưu thông ruột non:

Chụp lưu thông ruột non bằng cách cho bệnh nhân uống thuốc cản quang hoặc đặt ống thông xuống tá tràng và bơm 40 – 100ml thuốc cản quang hoà tan trong nước, theo dõi sự lưu thông của thuốc cản quang trong vòng 4-24 giờ và cứ 30 phút chụp một phim. Trong tắc ruột cấp tính, chống chỉ định chụp lưu thông ruột non trừ trường hợp tắc ruột sau mổ tái diễn nhiều lần và tắc ruột không hoàn toàn, sau khi đã loại trừ nguyên nhân tắc ở đại tràng. Chụp lưu thông ruột non có thể thấy được quai ruột non giãn trên chỗ tắc nhưng không xác định chắc chắn được vị trí tắc và nguyên nhân tắc.

d. Siêu âm ổ bụng:

Siêu âm ổ bụng thấy có hình ảnh ruột giãn hơi và chứa nhiều dịch do tắc ruột. Một số nghiên cứu còn cho thấy siêu âm ổ bụng có thể xác định được vị trí tắc và tắc do nguyên nhân xoắn, nghẹt ruột. Trong giai đoạn đầu, khi ruột chưa giãn, siêu âm có thể phát hiện được một số nguyên nhân tắc như lồng ruột (hình vòng bìa, hình chiếc bánh Sandwich), khối u, các ổ áp xe trong ổ bụng.

e. Chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ hạt nhân:

Trong những năm gần đây, chụp cắt lớp vi tính (CCLVT) và chụp cộng hưởng từ hạt nhân (CCHT) cũng đã được áp dụng trong chẩn đoán tắc ruột. Hình ảnh ruột giãn, ứ hơi và dịch trong lòng ruột trên CCLVT và CCHT thấy được sớm và đặc hiệu hơn trong chụp X quang bụng không chuẩn bị. Ngoài ra, còn có thể thấy được vị trí tắc (vị trí đoạn ruột giãn và đoạn ruột xẹp), tình trạng tổn thương nặng của thành ruột (thành ruột dày > 3mm hoặc mỏng < 1mm) và có thể thấy được một số nguyên nhân tắc ruột do bít tắc như các khối u đường tiêu hoá, khối bã thức ăn, búi giun...

2.1.3. Các xét nghiệm máu và sinh hoá

Các xét nghiệm máu và sinh hoá không có giá trị chẩn đoán mà chủ yếu để đánh giá ảnh hưởng của tắc ruột, đặc biệt là tình trạng rối loạn điện giải, thăng

bằng kiểm toan, giúp cho việc điều chỉnh các rối loạn này trong giai đoạn trước, trong và sau mổ.

- *Xét nghiệm máu:* số lượng hồng cầu tăng, hematocrit tăng do mất nước, máu bị cô đặc.

- *Xét nghiệm sinh hoá:*

- Na^+ : bình thường hoặc giảm nhẹ, giảm nhiều trong giai đoạn muộn.
- K^+ : giảm trong giai đoạn sớm, tăng trong giai đoạn muộn.
- CL^- : giảm.
- pH: tăng trong giai đoạn sớm và giảm trong giai đoạn muộn.
- HCO_3^- : tăng trong giai đoạn sớm và giảm trong giai đoạn muộn.
- Ure, creatinin: bình thường hoặc tăng nhẹ trong giai đoạn sớm, tăng nhiều trong tắc ruột.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Đứng trước hội chứng tắc ruột cần thăm khám kỹ lưỡng và có hệ thống để phân biệt tắc ruột cơ học với tắc ruột cơ năng do phản xạ và trước hết là loại trừ các bệnh nội khoa, không phải mổ.

2.2.1. Các bệnh nội khoa

a. *Cơn đau quặn thận:* Cơn đau quặn thận do sỏi thường gây ra phản xạ liệt ruột. Đặc điểm của cơn đau quặn thận là đau ở vùng thắt lưng lan xuống vùng bẹn. Siêu âm và chụp niệu đồ tĩnh mạch giúp chẩn đoán xác định.

b. *Nhồi máu cơ tim, thể biểu hiện ở bụng:* chẩn đoán xác định dựa vào điện tim và sự tăng cao của các men đặc hiệu.

c. *Cơn đau quặn gan:* đau dưới sườn phải lan ra sau lưng và vai phải, ít khi có dấu hiệu tắc ruột cơ năng kèm theo.

d. *Các bệnh nội khoa ít gặp khác:* như cường tuyến cận giáp, rối loạn chuyển hoá porphyrin, nhiễm độc chì, giãn dạ dày cấp tính, một số thuốc gây liệt ruột, hạ K^+ máu. Cần gắn kết các triệu chứng đặc trưng của bệnh với thể trạng của bệnh nhân, làm các thăm khám cận lâm sàng phù hợp để chẩn đoán xác định.

2.2.2. Các bệnh ngoại khoa

a. *Các bệnh ngoại khoa có sốt của ổ bụng:* như viêm ruột thừa, viêm phúc mạc toàn thể, viêm phúc mạc khu trú có thể có biểu hiện tắc ruột do phản xạ gây liệt ruột, nhưng thường dễ dàng chẩn đoán (dựa vào bệnh cảnh nhiễm trùng và các triệu chứng về thành bụng đặc trưng của từng bệnh).

b. *Viêm tụy cấp:* biểu hiện lâm sàng của viêm tụy cấp là đau dữ dội, liên tục vùng trên rốn, nôn, bụng trướng nhiều và phản ứng thành bụng trên rốn. Dấu hiệu sốc xuất hiện sớm và nặng. Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm amylase

máu và nước tiểu, lipase máu và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ.

c. *Nhồi máu mạc treo ruột*: thường xuất hiện trên những bệnh nhân có các bệnh lý tim mạch. Biểu hiện lâm sàng là hội chứng tắc ruột cơ năng với triệu chứng đau khắp bụng liên tục, dữ dội, phản ứng thành bụng và sốc nặng. Siêu âm Doppler mạch máu, chụp cắt lớp ổ bụng giúp chẩn đoán xác định bệnh.

d. *Vỡ phồng động mạch chủ sau phúc mạc*: ngoài dấu hiệu tắc ruột cơ năng, đau bụng thường dữ dội, liên tục kèm tụt huyết áp, nghe bụng có tiếng thổi tâm thu. Chẩn đoán xác định dựa vào siêu âm Doppler mạch và chụp cắt lớp vi tính.

e. *Tắc ruột do liệt ruột*: bụng không đau nhưng trướng nhiều, không có dấu hiệu rắn bờ và nghe bụng thấy im lặng. Tình trạng toàn thân ít thay đổi. Ruột giãn hơi toàn bộ cả ruột non và đại tràng, không có mức nước-hơi trên phim chụp bụng không chuẩn bị. Điều trị nội khoa, không mổ.

3. CÁC THỂ LÂM SÀNG

3.1. Thể lâm sàng theo cơ chế tắc

3.1.1. Tắc ruột do bí tắc

a. *Lâm sàng*

- Bệnh khởi phát từ từ, đau thành cơn điển hình nhưng không dữ dội, nôn ít.
- Không có sốc, không sốt, toàn trạng ít bị ảnh hưởng.
- Bụng trướng đều, thường có dấu hiệu rắn vò và tiếng ùng ục của hơi và dịch tiêu hoá di chuyển trong lòng ruột trong cơn đau.

b. *X quang*:

Trong tắc do bí tắc thường có nhiều mức nước - hơi, xếp thành tầng, tùy vị trí tắc ở đại tràng hay ruột non mà có hình ảnh và cách sắp xếp khác nhau. Tắc ruột non có nhiều mức nước - hơi, tập trung ở giữa bụng, kích thước nhỏ, vòm thấp, chậm rộng, thành mỏng, sắp xếp từ dưới sườn trái xuống hố chậu phải, có hình các nếp niêm mạc ngang của ruột non. Tắc đại tràng có ít mức nước - hơi, kích thước lớn, vòm cao, chân hẹp, chứa nhiều hơi hơn dịch, nằm ở rìa của ổ bụng, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột.

3.1.2. Tắc ruột do thắt nghẹt

a. *Lâm sàng*: bệnh thường khởi phát đột ngột, dữ dội, với cơn đau đầu tiên rất dữ dội.

- Đau bụng dữ dội, liên tục, không có cơn, đau lan ra sau lưng, trước cột sống hoặc xuống vùng xương cùng cụt, đau làm bệnh nhân vật vã, lo sợ.
- Nôn nhiều.

- Tình trạng sốc xuất hiện sớm ngay sau những giờ đầu, sốc ngày càng nặng thêm. Thân nhiệt tăng nhẹ, có phân ly giữa mạch và nhiệt độ.
- Bụng chướng lệch, có thể sờ thấy quai ruột bị nghẹt căng như quả bóng, căng, không di động và rất đau (dấu hiệu Von Wahl).
- Không có dấu hiệu rắn bò và bụng im lặng khi nghe
- Thăm trực tràng: dấu hiệu Douglas đầy và đau do có dịch máu trong phúc mạc.

b. X quang

Trên phim chụp bụng không chuẩn bị, hình ảnh tắc ruột do xoắn, nghẹt xuất hiện sớm và đặc trưng bởi một quai ruột duy nhất, giãn to, chứa nhiều dịch, ít hơi, dịch và hơi được ngăn cách bởi một mức ngang, có hình móng ngựa, hai chân của quai ruột không bằng nhau và chụm lại ở một điểm. Tùy vị trí tắc ở đại tràng hay ruột non mà hình ảnh và ảnh hưởng tới đoạn ruột phía trên và dưới có khác nhau.

Ở ruột non, lúc đầu chỉ có một quai ruột giãn duy nhất, cố định trên nhiều phim chụp khác nhau, thành nhẵn, mất các nếp niêm mạc ngang do phù nề và chảy máu ở thành. Muộn hơn, quai ruột có hình ảnh giả u do chứa dịch, không có hơi. Trên chỗ tắc, lúc đầu chỉ có một vài mức nước - hơi nhỏ, muộn hơn, có nhiều mức nước - hơi, nhất là khi tắc ruột non thấp. Dưới chỗ tắc, khung đại tràng bình thường, tạo ra một khung bao quanh ruột non bị giãn.

Ở đại tràng, tùy đoạn ruột bị xoắn mà có hình ảnh khác nhau. Trong xoắn đại tràng Sigma, trên phim chụp bụng không chuẩn bị thấy một quai ruột đơn độc, giãn to, hình chữ U lộn ngược, chứa nhiều hơi hơn dịch, hai chân chụm lại, đi chéo từ hố chậu trái lên mạng sườn phải, có thể có hai mức nước và hơi trong quai ruột. Chụp cản quang đại tràng, thuốc cản quang dừng lại ở đoạn nối trực tràng và đại tràng Sigma, có hình mỏ chim. Trong xoắn manh tràng, trên phim X quang bụng không chuẩn bị, có hình một quai ruột giãn to, duy nhất chứa hơi, có trục nằm ngang hoặc chéo nằm trước cột sống. Ruột trên chỗ tắc giãn hơi có thể lên tới ruột non. Ruột dưới chỗ tắc xẹp, không có hơi. Chụp cản quang đại tràng cho phép xác định chắc vị trí tắc.

3.2. Thăm lâm sàng theo vị trí tắc

3.2.1. Tắc ruột non

a. Lâm sàng

Tính chất khởi phát và tính chất đau bụng phụ thuộc chủ yếu nguyên nhân, cơ chế tắc nhưng nôn thường nhiều và xuất hiện sớm. Bí-trung, đại tiện không rõ trong những giờ đầu, có thể có đại tiện do còn phân dưới cổ tắc. Bụng chướng quanh rốn, không chướng hoặc xẹp nếu tắc cao sát góc Treitz. Tình trạng mất nước và điện giải xuất hiện và nặng.

b. X quang

Trên phim X quang chụp bụng không chuẩn bị, có nhiều mức nước - hơi, tập trung ở giữa bụng, kích thước nhỏ, vòm thấp, chân rộng, thành mỏng, sắp xếp từ

dưới sườn trái xuống hố chậu phải, có hình các nếp niêm mạc ngang của ruột non. Trong trường hợp tắc cao sát góc Treitz, chỉ thấy có một mức nước - hơi duy nhất nằm ở dưới sườn trái hoặc trước cột sống.

3.2.2. Tắc đại tràng

a. Lâm sàng:

Bệnh khởi phát thường từ từ, cơn đau nhẹ và thưa hơn. Nôn muộn, có khi chỉ buồn nôn. Bí trung đại tiện xuất hiện sớm. Bụng trướng nhiều, dọc khung đại tràng, trướng toàn bộ nếu tắc muộn. Bụng trướng lệch nếu là xoắn đại tràng. Dấu hiệu mất nước và điện giải thường nhẹ và xuất hiện muộn.

b. X quang:

Trên phim chụp bụng không chuẩn bị, có ít mức nước - hơi, kích thước lớn, vòm cao, chân hẹp, chứa nhiều hơi hơn dịch, nằm ở rìa của ổ bụng, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột. Trong xoắn đại tràng Sigma, thấy một quai ruột giãn rất to, có hình chữ U lộn ngược, chân chụm ở hố chậu trái. Chụp cản quang đại tràng cho phép xác định chính xác vị trí và nguyên nhân tắc.

3.3. Thể lâm sàng theo nguyên nhân

Chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột trước mổ là rất quan trọng để tiên lượng và lựa chọn chiến thuật điều trị phù hợp, nhưng thường khó khăn và chủ yếu là chẩn đoán trong mổ trừ một số thể bệnh điển hình.

3.3.1. Nguyên nhân tắc ở ruột non

a. Xoắn nghẹt ruột non:

Ít khi tự phát, thường do dây chằng hoặc các khe, lỗ xuất hiện sau mổ bụng. Bệnh khởi phát đột ngột, dữ dội với tính chất đau bụng điển hình là đau đột ngột, dữ dội như xoắn vặn, liên tục, không thành cơn, khu trú ở một vùng và lan ra sau lưng. Bụng chướng lệch, có phản ứng thành bụng khu trú. Sờ nắn có thể thấy một quai ruột căng, cố định và rất đau. Không có dấu hiệu rắn bò, bụng im lặng khi nghe. Thường có sốt nhẹ và tình trạng sốc xuất hiện ngay những giờ đầu. Các dấu hiệu X quang rất kín đáo, hoặc không có trong những trường hợp nghẹt ruột do các nội thoát vị. Cần chú ý rằng không có dấu hiệu lâm sàng và X quang nào có giá trị tuyệt đối để phân biệt giữa tắc ruột non do thắt nghẹt và tắc ruột do bít tắc.

b. Thoát vị thành bụng nghẹt

Đứng trước một trường hợp tắc ruột tiên phát, cần khám một cách hệ thống tất cả các lỗ thoát vị thành bụng như lỗ thoát vị bẹn, đùi, rốn, đường trắng giữa để xác định xem có phải là thoát vị thành bụng nghẹt không, đặc biệt là các thể thoát vị nằm ở thành, thoát vị đùi ở phụ nữ béo rất dễ bị bỏ sót. Chẩn đoán thoát vị nghẹt thường dễ khi thấy khối thoát vị xuống, không tự lên được, rất đau đặc biệt khi sờ nắn vào cổ bao thoát vị.

c. Lồng ruột cấp:

Lồng ruột cấp thường gặp ở trẻ còn bú mẹ, bú bình. Khởi bệnh đột ngột với các triệu chứng trẻ khóc thét từng cơn, bỏ bú, nôn và ỉa máu. Khám bụng thường thấy khối lồng nằm ở dưới sườn phải, trên rốn hoặc dưới sườn trái. Thăm trực tràng có máu. Siêu âm thấy có hình ảnh vòng bia và chiếc bánh Sandwich. Chụp cản quang đại tràng có hình còng cua, đáy chén.

d. Tắc ruột do giun đũa:

Thường gặp ở trẻ em, các dấu hiệu lâm sàng và X quang điển hình là tắc ruột non do bít tắc. Sờ nắn bụng bao giờ cũng thấy búi giun như bó đũa, chắc, cong theo quai ruột, đau nhẹ. Trên phim chụp X quang thấy hình búi giun tạo ra các vết dài hoặc lỗ chỗ khi cắt ngang búi giun. Về diễn biến, trong nhiều trường hợp, búi giun lỏng dần ra, bệnh nhân đại tiện được và hết tắc ruột. Do vậy, trong những trường hợp cơn đau nhẹ, bụng chướng ít và búi giun lỏng, cần theo dõi cẩn thận để có quyết định đúng đắn.

e. Tắc ruột do khối bã thức ăn:

Thường gặp ở người già, rụng hết răng, ở những người suy tụy ngoại tiết hoặc đã bị cắt dạ dày. Trước đó có ăn thức ăn nhiều xơ (măng, xơ mít) hoặc quả chát (sim, ổi xanh). Dấu hiệu tắc ruột non không điển hình, bụng chướng nhiều hay ít phụ thuộc vị trí tắc, có thể vẫn có trung tiện, bệnh có thể tăng giảm từng đợt. Trên phim X quang bụng có nhiều mức nước - hơi ở ruột non nhưng có thể vẫn có hơi ở đại tràng.

f. Tắc do u ruột non:

Bệnh tiến triển từ từ, đôi khi là tắc không hoàn toàn và trước đó thường có dấu hiệu Koenig. Có thể sờ thấy khối u chắc nằm ở quanh rốn. Trong các trường hợp tắc không hoàn toàn, chụp lưu thông ruột non có thể có giá trị chẩn đoán.

3.3.2. Nguyên nhân tắc ở đại tràng

a. Tắc ruột do ung thư đại - trực tràng:

Hay gặp nhất là tắc ruột do ung thư đại tràng trái, đặc biệt là đoạn đại tràng Sigma, có thể có hoặc không có tiền sử đại tiện nhầy máu và hội chứng bán tắc (hội chứng Duval). Cơn đau bụng thường nhẹ, nôn muộn hoặc chỉ buồn nôn, bụng chướng dọc khung đại tràng và ít khi sờ thấy u. Đối với tắc ruột do ung thư đại tràng phải, bệnh cảnh lâm sàng có dáng vẻ của tắc ruột non thấp và thường sờ thấy khối u ở hố chậu phải hoặc mạng sườn phải. Chụp cản quang khung đại tràng thấy có hình cắt cụt nhăm nhở ở đại tràng có u. Tắc ruột do ung thư trực tràng có biểu hiện lâm sàng giống tắc do ung thư đại tràng trái, nhưng tiền sử thường có hội chứng trực tràng và đại tiện nhầy máu. Thăm trực tràng có thể sờ thấy các khối u cách rìa hậu môn từ 10 cm trở xuống.

b. Xoắn đại tràng Sigma

Gặp ở người trung tuổi trở lên, có tiền sử táo bón và những cơn đau bụng kiểu bán tắc nhưng tự khỏi. Dấu hiệu lâm sàng quan trọng nhất là bụng rất

chướng và chướng lệch, quai ruột giãn căng từ hố chậu trái lên dưới sườn phải, không di động, gõ vang (tam chứng Von Wahl). Chụp bụng không chuẩn bị thấy có một quai ruột giãn to, hình chữ U lộn ngược, chân chụp lại ở hố chậu trái. Chụp cản quang đại tràng có hình mỏ chim.

c. Xoắn manh tràng

Nguyên nhân là do đại tràng phải không dính vào thành bụng sau. Thường gặp ở người trẻ, trong tiền sử đã có những cơn đau ở mạng sườn phải và tự khỏi. Cơn đau dữ dội và đột ngột vùng cạnh rốn phải, nôn sớm và nhiều, bí trung đại tiện. Bụng trướng lệch ở vùng phía trên bên trái, hình tròn hoặc hình bầu dục. Chụp X quang bụng không chuẩn bị có hình một quai ruột giãn rất to, có mức nước - hơi nằm ở dưới sườn trái, ít khi nằm ở giữa bụng.

3.3.3. Tắc ruột sớm sau mổ

Tắc ruột sớm sau mổ là những trường hợp tắc ruột xảy ra trong 4-6 tuần đầu sau các phẫu thuật ổ bụng. Chẩn đoán tắc ruột sớm sau mổ thường gặp khó khăn và cần phải phân biệt ba loại tắc ruột.

a. Tắc ruột cơ học:

Sau phẫu thuật, bệnh nhân đã có trung tiện trở lại. Sau đó các dấu hiệu tắc ruột đột ngột xuất hiện trở lại, nhưng không sốt. Trong trường hợp này, nguyên nhân tắc ruột thường là cơ học do dây chằng hoặc các nội thoát vị hình thành sau mổ.

b. Tắc ruột do liệt ruột sau mổ:

Sau mổ 4-5 ngày, bệnh nhân chưa có trung tiện trở lại, bụng trướng nhiều nhưng không đau hoặc đau ít khi sờ nắn, nôn ít hoặc chỉ buồn nôn, không có dấu hiệu rắn bò và bụng im lặng khi nghe bụng, không có dấu hiệu nhiễm trùng. Chụp X quang bụng không chuẩn bị thấy ruột giãn toàn bộ (ruột non và cả đại tràng).

c. Tắc ruột do các ổ viêm nhiễm trong ổ bụng:

Sau mổ, bệnh nhân chậm hoặc không có trung tiện trở lại, sốt cao, bụng trướng và đau, cần phải nghĩ đến các biến chứng nhiễm trùng trong ổ bụng như viêm phúc mạc, áp xe trong ổ bụng do bọc, xì rò miệng nối ruột.

4. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

Tiến triển và tiên lượng của tắc ruột phụ thuộc trước hết vào cơ chế tắc, sau đó là vị trí tắc (tắc cao hay tắc thấp) và được can thiệp sớm hay muộn.

Tiên lượng trong tắc ruột do thắt nghẹt ruột phụ thuộc trước hết vào tình trạng thiếu máu của quai ruột bị nghẹt. Trong xoắn ruột non và xoắn đại tràng phải, tổn thương ruột không hồi phục xảy ra sớm, sau 6-12 giờ với các dấu hiệu lâm sàng là sốc và phản ứng thành bụng lan toả. Điều đó giải thích cho thái độ mổ cấp cứu hết sức khẩn trương mỗi khi nghi ngờ là xoắn ruột. Tiến triển của thiếu máu trong xoắn đại tràng sigma cũng xảy ra tương tự nhưng chậm hơn vì xoắn đại tràng sigma xảy ra từ từ, nhiều khi là xoắn không hoàn toàn và có thể tự tháo xoắn.

Đối với tắc ruột non do bí tắc, diễn biến và tiên lượng phụ thuộc vào hội chứng trên chỗ tắc. Nếu để muộn bệnh cảnh lâm sàng sẽ thay đổi dần: cơn đau giảm dần, nôn nhiều và chất nôn như phân, mạch nhanh dần, khó thở, sốt dần lên, vẻ mặt hốc hác. Bụng xuất hiện dấu hiệu phản ứng và co cứng bụng, không còn tiếng động dịch chuyển của hơi và dịch trong lòng ruột. Sau 24-36 giờ, có thể có dấu hiệu suy thận, suy tuần hoàn, các biến chứng phổi do hít phải dịch nôn.

Tại ruột, trong quá trình tiến triển của bệnh có thể xảy ra các biến chứng sau:

- Gây ra xoắn, nghẹt ruột.
- Gây thủng ruột.

Tiên lượng của tắc đại tràng thấp do ung thư phụ thuộc vào tính chất tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn, có phối hợp với áp xe quanh u không, van Bauhin có tự chủ không. Trong trường hợp tắc hoàn toàn, van Bauhin đóng kín, phân và hơi trong đại tràng không trào lên hồi tràng được, đại tràng giãn rất to, áp lực trong đại tràng rất cao và có thể gây vỡ đại tràng. Khi đường kính của đại tràng trên 9cm thì nguy cơ vỡ đại tràng là rất cao. Nếu van Bauhin mở ra được, phân và hơi ở đại tràng trào lên hồi tràng làm áp lực của đại tràng giảm xuống và nguy cơ vỡ đại tràng ít và muộn hơn. Trong trường hợp này, những ảnh hưởng tại chỗ và nguy cơ biến chứng vỡ vào ổ bụng cao hơn là những ảnh hưởng đến toàn thân. Trong tắc đại tràng không hoàn toàn, dưới tác dụng của điều trị nội khoa có thể hết tình trạng tắc ruột, vậy có thời gian để chuẩn bị (đại tràng và toàn thân) để mổ cắt đại tràng có kế hoạch.

5. ĐIỀU TRỊ

Khi đã chẩn đoán xác định tắc ruột cơ học hoặc nghi ngờ tắc ruột, cần phải cho bệnh nhân nhập viện để theo dõi, xác định chẩn đoán, làm bilan đánh giá các ảnh hưởng tại chỗ và toàn thân, hồi sức tích cực và mổ cấp cứu để tránh hoại tử ruột.

5.1. Chuẩn bị bệnh nhân

Hút dạ dày: đặt ống thông dạ dày hút nhằm mục đích làm bụng đỡ chướng, làm xẹp dạ dày và ruột trên chỗ tắc, tránh dịch ứ đọng trào ngược vào đường hô hấp, nhất là lúc khởi mê, thuận lợi cho thao tác lúc mổ. Thường thì đặt ống thông dạ dày để hút, một số trường hợp có thể đặt ống thông dài (kiểu Miller - Abott) hoặc đặt ống thông xuống hồng tràng qua nội soi để hút dịch ứ đọng trên chỗ tắc.

Điều chỉnh tình trạng mất nước và các chất điện giải: đặt một vài đường truyền tĩnh mạch lớn để có thể truyền nhanh, trong vài ba giờ đầu phải bù được một nửa lượng dịch thiếu hụt do tắc ruột gây ra. Dịch truyền thường là các loại dung dịch đẳng trương và các chất điện giải, albumin nếu có sốc. Số lượng dịch truyền phụ thuộc vào mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương và lượng nước tiểu/giờ. Điều chỉnh sự thiếu hụt các chất điện giải phải dựa vào điện giải đồ.

Sử dụng kháng sinh dự phòng, phổ rộng và phối hợp kháng sinh. Công thức thường áp dụng là phối hợp nhóm cephalosporin và metronidazol.

Thời gian hồi sức phụ thuộc vào cơ chế tắc và tình trạng bệnh nhân. Trong các tắc ruột cấp tính, chỉ định mổ cấp cứu là tuyệt đối thì thời gian hồi sức trung bình là vài ba giờ. Trong các tắc ruột non nghi do nghẹt, điều quan trọng là cần phải mổ trước 6 giờ kể từ khi bệnh khởi phát để tránh hoại tử ruột. Các trường hợp tắc ruột do bít tắc thời gian hồi sức có thể dài hơn.

5.2. Điều trị phẫu thuật

5.2.1. Nguyên tắc điều trị phẫu thuật

Đường mổ: thường sử dụng đường mổ giữa trên và dưới rốn, có thể mở rộng lên trên hoặc xuống dưới khi cần thiết. Trong một số trường hợp đặc biệt có thể sử dụng các đường mổ nhỏ, riêng biệt như chỉ cần làm hậu môn nhân tạo trên u trong tắc ruột do u đại tràng, thoát vị bẹn nghẹt...

Thăm dò tìm nguyên nhân tắc: tìm gốc hồi manh tràng, nếu góc hồi manh tràng xẹp thì nguyên nhân tắc sẽ nằm ở ruột non, nếu thì nguyên phồng nhân tắc nằm ở đại tràng. Khi ruột quá chướng, rất khó thăm dò để tìm nguyên nhân, không nên đưa ruột ra ngoài ổ bụng, nên nhẹ nhàng dẫn dịch và hơi lên dạ dày để hút. Vị trí và nguyên nhân gây tắc nằm ở chỗ nối giữa đoạn ruột phồng và đoạn xẹp.

Xử trí nguyên nhân tắc: tùy nguyên nhân tắc mà có cách xử trí khác nhau, nếu ruột đã hoại tử thì cắt đoạn ruột đó và nối ngay nếu là ruột non, đưa hai đầu ruột ra thành bụng nếu tắc ở đại tràng hoặc đã có tình trạng viêm phúc mạc.

Làm xẹp ruột: làm xẹp ruột trước khi khâu bụng là rất cần thiết để hậu phẫu có diễn biến thuận lợi, nếu có cắt ruột thì làm xẹp ruột qua chỗ cắt ruột, nếu không thì dẫn lên dạ dày để hút, không nên mở ruột để làm xẹp ruột vì có nguy cơ bục chỗ khâu ruột.

5.2.2. Chiến thuật và các phương pháp phẫu thuật

Lý tưởng là điều trị tắc ruột và xử trí nguyên nhân tắc trong cùng thì mổ, nhưng không phải trường hợp nào cũng thực hiện được mà còn phụ thuộc tình trạng tại chỗ (vị trí tắc, nguyên nhân tắc và mức độ tổn thương của ruột) và tình trạng toàn thân của bệnh nhân.

5.2.2.1. Các nguyên nhân tắc ruột non

a. Do dây chằng:

Cắt dây chằng, nếu dây chằng hình thành do ruột thừa hoặc do túi thừa Meckel thì có thể cắt ruột thừa hoặc túi thừa Meckel kèm theo. Cần đánh giá tình trạng của ruột, đặc biệt là chỗ dây chằng đè ép vào để bảo tồn hay cắt ruột kèm theo.

b. Xoắn ruột:

Xoắn ruột thường do dây chằng, có cơ chế như là nội garô làm cho ruột hoại tử nhanh chóng. Do vậy, chiến thuật điều trị phụ thuộc vào tình trạng đoạn ruột

xoắn. Nếu ruột đã hoại tử đen thì cắt ruột đến chỗ lành (không tháo xoắn), khâu nối ruột ngay. Nếu sau tháo xoắn, ruột hồng trở lại, có nhu động và mạch mạc treo tương ứng đập tốt thì bảo tồn. Trong những trường hợp còn nghi ngờ sau khi tháo xoắn, phong bế novocain vào gốc mạc treo, đắp gạc huyết thanh ấm nhiều lần và chờ đợi 15-20 phút để đánh giá sự hồi phục của ruột. nếu ruột hồi phục trở lại thì bảo tồn, nếu vẫn còn nghi ngờ thì tốt nhất là cắt ruột và nối lại. Gần đây, việc áp dụng Doppler, laser- Doppler để đánh giá tình trạng của ruột đã làm tăng khả năng bảo tồn ruột trong các trường hợp nghi ngờ.

c. Dính ruột:

Trong trường hợp dính ít, xu hướng là gỡ dính toàn bộ. Trong trường hợp dính nhiều, sau khi gỡ dính có thể xếp thứ tự các quai ruột và khâu các quai ruột với nhau (phẫu thuật Noble) hoặc khâu gấp nếp, cố định mạc treo ruột (phẫu thuật Childs - Phillips). Nếu ruột dính nhiều, gỡ dính khó khăn, nguy cơ thủng ruột cao, có thể chỉ xử lý những chỗ ruột bị tắc, hoặc mở thông ruột trên chỗ tắc.

d. Thoát vị nghẹt:

Đối với các thoát vị ở thành bụng nghẹt, cần chẩn đoán và mổ trước khi có dấu hiệu tắc ruột. Đường mổ thường đi trực tiếp vào khối thoát vị, mở cổ bao thoát vị để đánh giá tình trạng ruột. Nếu ruột tốt thì đẩy vào ổ bụng và khâu phục hồi thành bụng, nếu ruột hoại tử, đường mổ tại chỗ không đủ rộng để xử lý cắt ruột thì mổ thêm đường trắng giữa để xử lý.

Đối với các nội thoát vị nghẹt, chỉ có thể chẩn đoán được trong mổ. Phương pháp mổ cũng bao gồm mở rộng lỗ thoát vị để giải phóng ruột bị nghẹt và làm kín lỗ thoát vị bằng khâu trực tiếp hoặc bằng tấm sợi tổng hợp. Tùy tình trạng ruột mà cắt hoặc bảo tồn.

e. Lồng ruột cấp:

Đối với lồng ruột cấp ở trẻ còn bú, đến sớm, chỉ định tháo lồng bằng bơm hơi, thực baryt hoặc thực nước, trên 90% có kết quả. Mổ cấp cứu nếu đến muộn, bụng trướng nhiều, tháo lồng không kết quả. Mổ tháo lồng nếu ruột còn tốt, cắt nửa đại tràng nếu ruột đã hoại tử.

Lồng ruột ở người lớn ít gặp và thường do u đại tràng và thể bán cấp. Mổ cấp cứu nếu tắc ruột cấp và xử trí như tắc do u đại tràng.

f. Tắc do dị vật:

- Tắc do giun đũa: mổ ruột để lấy giun và khâu ruột theo chiều ngang.
- Tắc do bã thức ăn: phải kiểm tra toàn bộ từ dạ dày tới gốc hồi mạch tràng để tránh bỏ sót. Có thể mổ ruột lấy hoặc bóp nhẹ làm vỡ khối bã thức ăn và đẩy xuống đại tràng.

m. Tắc do u ruột non:

Cắt rộng đoạn ruột và mạc treo tương ứng đoạn ruột có u và nối ruột ngay. Nếu không cắt được thì nối tắt.

5.2.2.2. Các nguyên nhân tắc ở đại tràng

a. Tắc ở đại tràng phải (u đại tràng, xoắn đại tràng phải):

Mổ một thì: cắt đại tràng phải và nối hồi - đại tràng ngang ngay, nếu điều kiện tại chỗ và toàn thân cho phép.

b. Tắc do ung thư đại tràng trái:

Mổ hai thì: làm hậu môn nhân tạo phía trên u, cắt đại tràng sau 10-15 ngày. Thái độ này gần như đã được thống nhất. Cắt đại tràng và đưa hai đầu ruột làm hậu môn nhân tạo hoặc phẫu thuật Hartmann (u ở đại tràng sigma), mổ nối lại đại tràng sau 3-4 tháng, ít được áp dụng. Cắt đại tràng toàn bộ hoặc gần toàn bộ hoặc cắt và rửa đại tràng để nối ngay còn đang được nghiên cứu.

c. Xoắn đại tràng Sigma:

Nếu đến sớm, đặt ống thông trực tràng để thủ tháo xoắn. Nếu tháo xoắn thất bại hoặc bệnh nhân đến muộn, ruột đã hoại tử thì mổ cắt đại tràng theo phẫu thuật Hartmann, nối ruột thì hai.

d. Tắc ruột sau mổ:

Đối với tắc ruột sớm sau mổ: điều trị nội khoa là chủ yếu, đa số đạt kết quả, mổ khi điều trị nội thất bại hoặc có dấu hiệu nghẹt ruột.

Đối với tắc ruột xa sau mổ: mổ cấp cứu nếu tắc ruột muộn hoặc có các dấu hiệu nghi xoắn nghẹt ruột như đau dữ dội, sốc, phản ứng thành bụng, sốt, bạch cầu cao. Nếu bệnh nhân không có các dấu hiệu nặng như trên, có thể bắt đầu bằng điều trị nội khoa và theo dõi chặt chẽ, trong quá trình theo dõi nếu các dấu hiệu diễn biến nặng lên thì chuyển mổ cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duron JJ. Pathologie occlusive postopératoire, J. Chir, 2003, 140, N°6, 235-332.
2. Duron JJ. Occlusions intestinales aiguës, Rev. Prat, 2001, 5: 1670-1674.
3. Gignoux. M, Occlusions intestinales, Pathologie chirurgicale, Tome II, Masson, 1991: 220-231.
4. Murat J, Bernard J. L, Vaur J. L, Rouleau Ph, Occlusions intestinales aiguës de l'adulte, EMC, Estomac, 1980, 9044A10 à 9044C 10.
5. Tired. E, Quelle est la conduite à tenir en situation d'urgence devant un cancer du colon? Conférence de consensus: prévention, dépitage et prise en charge des cancers du colon, Gastroenterol. Clin. Biol, 1998, 22 (3Bis dépitage): 102-107.

8. UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

1. MỘT SỐ VẤN ĐỀ CHUNG

Trong số các ung thư đường tiêu hoá, ung thư đại tràng trực tràng đứng hàng thứ hai sau ung thư dạ dày. Ung thư đại tràng trái nhiều hơn đại tràng phải, tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng tăng theo tuổi. Từ tuổi 20 đã thấy xuất hiện ung thư, tăng lên rõ rệt từ sau tuổi 45. Có thể gặp nhiều ung thư cùng một lúc ở đại tràng (2 hoặc hơn), số này chiếm khoảng 5%. Có thể xuất hiện ung thư thứ 2 sau khi ung thư thứ nhất đã được cắt bỏ một thời gian (2%). 95% ung thư đại tràng là loại ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma).

Có thể có yếu tố gen bẩm sinh đối với ung thư đại trực tràng, điều này được thấy rõ ở những người bệnh mà trong gia đình có nhiều người bị bệnh đa polypes. Thêm vào nhận xét này, người ta đã xác định được ít nhất 2 loại ung thư đại trực tràng mang tính di truyền (không nằm trong nhóm người có bệnh đa polype): (1) hội chứng ung thư gia đình (hội chứng Lynch II). Đặc điểm: bệnh xuất hiện sớm (20-30 tuổi), ở đoạn đầu của đại tràng (đại tràng phải), có kèm thêm các adenocarcinoma khác ngoài đại tràng, hay gặp là ung thư nội mạc tử cung. (2) ung thư mang tính di truyền đặc biệt chỉ gặp ở đại tràng (hội chứng Lynch I). Đặc điểm: như loại trên, chỉ khác là không kèm ung thư nào khác ngoài đại tràng. Ngoài các hội chứng này ra, còn một nhận xét khác: nếu một người đã được xác định là có ung thư đại trực tràng thì những người có quan hệ huyết thống trực tiếp (bố mẹ-con cái) sẽ có nguy cơ bị ung thư cao gấp 2-3 lần hơn bình thường.

Một số yếu tố thuận lợi của ung thư đại tràng trực tràng: viêm loét đại tràng, bệnh Crohn đại tràng, viêm đại tràng do Schistosoma, tiếp xúc với phóng xạ, polype đại-trực tràng.

Quần thể dân cư với mức sống thịnh vượng có tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng cao. Nhận xét này có ý nhấn mạnh đến yếu tố môi trường trong cơ chế bệnh sinh của loại ung thư này, đặc biệt là chế độ dinh dưỡng.

Một số chế độ dinh dưỡng tỏ ra có ảnh hưởng tới nguyên nhân sinh bệnh của ung thư đại trực tràng: ăn nhiều mỡ, nhiều calorie quá, ít calci, thức ăn ít chất sợi có thể lên men. Ăn nhiều mỡ sẽ làm cho gan phải tổng hợp nhiều cholesterol và acid mật, các chole sterol này sẽ tăng lên trong đại tràng. Các vi khuẩn kỵ khí ở đại tràng sẽ chuyển các hợp chất này thành acid mật thứ cấp, chính chất này là động lực khởi phát quá trình sinh ung thư. Gọi là các "sợi lên men được" vì các sợi này vốn dĩ là sợi thảo mộc tự nhiên, dưới tác động của vi khuẩn trong ruột, sẽ chuyển hoá thành loại "sợi thảo mộc của người". Chất này có thể bảo vệ chống ung thư nhưng cơ chế cụ thể thì chưa rõ. Calci ngăn cản sự sinh trưởng của tế bào biểu mô đại tràng. Nếu tất cả các giải thuyết này là đúng thì có thể giảm nguy cơ

ung thư đại trực tràng bằng cách ăn giảm lượng mỡ, giảm calo và tăng calci, tăng chất sợi.

Ung thư đại trực tràng lan tràn theo nhiều đường:

1.1. Đường trực tiếp; tại chỗ, ung thư phát triển theo mấy hướng sau đây

- Theo hình vòng cung, dần dần ôm hết chu vi lòng đại tràng, hay gặp ở bên đại tràng trái. Phải mất độ 1 năm để khối u ôm được 3/4 chu vi lòng ruột.
- Theo chiều dọc: lên trên và xuống dưới, hiện tượng phát triển này chủ yếu xảy ra ở lớp dưới niêm mạc, đồng thời xâm lấn vào mạng bạch mạch nằm ở trong thành đại tràng nhưng ít khi vượt quá 2cm cách rìa u, trừ khi nó xâm lấn đồng thời tới các hạch bạch huyết.
- Theo chiều ngược hướng tâm (chiều nan hoa bánh xe): đi dần từ niêm mạc ra lớp thanh mạc thành đại tràng, rồi tiếp tục xâm lấn trực tiếp tới các tạng lân cận: gan, bờ cong lớn dạ dày, tá tràng, ruột non, tụy, lách, bàng quang, âm đạo, thận và niệu quản, và thành bụng. Ung thư trực tràng có thể xâm lấn tới thành âm đạo, bàng quang, tiền liệt tuyến hoặc xương cùng và có thể phát triển dọc theo cơ nâng.

1.2. Đường máu

U xâm lấn các tĩnh mạch đại tràng rồi theo đường tĩnh mạch của vena gan, tại đây sinh ra các nhân ung thư di căn. U cũng đi theo các tĩnh mạch đốt sống về phổi và các nơi khác. Ung thư trực tràng lan tràn qua ngã 3 của các tĩnh mạch hạ vị. Di căn tới buồng trứng hầu hết là qua đường máu. Sự xâm lấn qua đường tĩnh mạch chiếm khoảng 15-50% các trường hợp, mặc dầu vậy nó không thường xuyên gây di căn xa. Lời khuyên không nên bóp khối u nhiều trong khi mổ, chính là vì sợ ung thư lan đi xa theo đường tĩnh mạch.

1.3. Đường bạch mạch

Là hình thái lan tràn thường gặp nhất, đi dọc theo các bạch mạch nằm ngoài thành đại tràng. ung thư trực tràng phát triển theo chiều ngược hướng tâm, theo các bạch mạch tới thành bên của chậu hông, các hạch của lỗ bịt có thể bị xâm lấn. Trong phẫu thuật triệt căn, phải lấy bỏ hết hệ thống bạch mạch của ung thư. Mức độ xâm lấn hạch ít liên quan đến kích thước khối u, nhưng lại phụ thuộc nhiều vào mức độ biệt hoá của ung thư.

1.4. Đường màng bụng (phức mạc)

Khi u xâm lấn tới thanh mạc thì các tế bào ung thư có thể rơi vào trong khoang màng bụng và văng ra khắp nơi theo nhịp di động của khoang bụng. Hiện tượng đó giống như "reo hạt" (seeding). Các tế bào ung thư cắm vào phúc mạc (lá thành và lá tạng), phát triển thành các u to nhỏ khác nhau, rải rác khắp nơi, trông như những hạt kê. Hiện tượng này được gọi là "di căn phúc mạc" (carcinose péritonéale). Túi cùng trực tràng-bàng quang hoặc trực tràng-tử cung thường bị

xâm lấn bởi các u di căn kiểu này. Ngón tay khám qua thành âm đạo hay thành trực tràng có cảm giác cứng ráp, lồi nhô.

1.5. Di căn theo lòng đại tràng

Các tế bào ung thư rụng khỏi bề mặt khối u có thể di chuyển lẫn theo dòng phân. Hiếm khi các tế bào này tự dừng lại và cắm vào bề mặt của niêm mạc lành ở cách xa khối u để tạo ra một u mới, có chăng chỉ một số tế bào nào đó sau khi tróc ra mà còn đủ điều kiện sinh tồn và lại vướng vào đường khâu của miệng nối thì mới có khả năng phát triển thành một u mới. Thế nhưng, đa số các ung thư tái phát tại miệng nối thì lại không phải bằng cơ chế này mà người ta cho rằng nó từ các tế bào ung thư ở ngoài thành đại tràng đi tới (theo đường bạch mạch nằm trong mạc treo đại tràng).

2. LÂM SÀNG

2.1. Triệu chứng và dấu hiệu

Các adenocarcinoma của đại tràng và trực tràng có thời gian nhân đôi (thời gian cần cho khối u tăng gấp đôi khối lượng) trung bình là 130 ngày, điều đó nói lên rằng ít nhất trong 5 năm - thường là 10-15 năm - khối u phát triển thầm lặng trước khi nó đạt tới khối lượng cần thiết để ta sờ thấy hoặc có biểu hiện triệu chứng. Trong giai đoạn không có biểu hiện triệu chứng, chẩn đoán dựa vào các xét nghiệm thường qui. Hy vọng sống của bệnh nhân sẽ tốt hơn nhiều nếu được chẩn đoán xác định bệnh ở giai đoạn chưa có triệu chứng.

Làm thế nào để phát hiện được bệnh (ung thư đại trực tràng) ở giai đoạn này?

- Tiến hành xét nghiệm hàng loạt mang tính sàng lọc chẩn đoán (screening) đối với quần thể dân cư không có yếu tố nguy cơ cao (không có biểu hiện triệu chứng nào). Cách làm này tốn kém và khó có thể áp dụng rộng rãi.
- Tìm ung thư ở mọi bệnh nhân đến khám thầy thuốc vì bất kỳ lý do nào: làm xét nghiệm tìm máu trong phân cho mọi đối tượng đến khám bệnh (làm một cách hệ thống). Nếu xét nghiệm dương tính (có máu), tiến hành tiếp các thăm dò khác (thăm trực tràng, soi đại tràng, trực tràng...).
- Hội ung thư Mỹ đặc biệt khuyến cáo biện pháp sau đây: đối với mọi bệnh nhân đến phòng khám (vì bất kỳ lý do nào), thăm hậu môn trực tràng bằng ngón tay nếu bệnh nhân ở độ tuổi 40; làm xét nghiệm tìm máu trong phân nếu tuổi 50; soi đại tràng sigma ở tuổi 50 rồi 51, sau đó cứ 3-5 năm một lần lại soi lại nếu 2 lần đầu không tìm thấy ung thư. Đối với các thành viên trong gia đình có tiền sử bệnh đa polyp (nhiều người thuộc các thế hệ kế tiếp nhau bị bệnh này), nên tiến hành khám và xét nghiệm có tính sàng lọc (screening) khi bước vào tuổi dậy thì.

Khi ung thư đại trực tràng đã có triệu chứng thì biểu hiện sẽ phụ thuộc vào vị trí giải phẫu của tổn thương, vào mức độ xâm lấn, có hay không có biến chứng (thủng, tắc, chảy máu).

2.2. Đại tràng phải có đường kính lòng ruột rộng và thành mỏng, phân ở đoạn này còn lỏng. Vì thế ung thư đại tràng ở phần này thường phải đạt đến một mức tương đối lớn mới được phát hiện. Các triệu chứng và dấu hiệu có thể gặp là: mệt mỏi, suy nhược vì có tình trạng thiếu máu nặng. Thấy tình trạng thiếu máu nhược sắc tế bào nhỏ bao giờ cũng phải nghĩ đến ung thư đại tràng lên. Không phải khi nào cũng nhìn thấy máu bằng mắt thường mà phải làm xét nghiệm phân mới thấy. Các triệu chứng khác: cảm giác đau bụng khó chịu, mơ hồ ở phía bụng bên phải, dễ tưởng lầm là viêm túi mật hoặc loét dạ dày tá tràng. Thay đổi thói quen đi đồng (táo bón, ỉa lỏng) không đặc hiệu ở ung thư đại tràng phải và tắc ruột không thường gặp. Khoảng 10% số trường hợp, dấu hiệu rõ đầu tiên được bệnh nhân hoặc thầy thuốc phát hiện ra, đó là khối u bụng.

2.3. Đại tràng trái có khẩu kính lòng ruột nhỏ hơn đại tràng phải và phân ở dạng nửa đặc. Khối u đại tràng trái từng bước dẫn đến tắc ruột, gây ra những thay đổi trong thói quen đi đồng, táo bón rồi ỉa lỏng xen kẽ nhau. Số lần đi đồng trong ngày tăng (không phải là ỉa chảy thực sự). Tắc ruột không hoàn toàn hay hoàn toàn có thể là bệnh cảnh lâm sàng mở đầu của ung thư đại tràng trái. Chảy máu là dấu hiệu thường gặp nhưng ít khi là dạng chảy máu ồ ạt. Phân có các xọc máu bao quanh hoặc trộn lẫn với máu đỏ tươi hoặc máu đen thẫm; chất nhầy và máu cục nhỏ thường đi kèm theo.

- *Khám thực thể rất quan trọng:*

Đánh giá mức độ lan rộng tại chỗ của ung thư, phát hiện các di căn xa, tìm các bệnh phối hợp của các cơ quan bộ phận khác có thể ảnh hưởng đến công việc điều trị. Khám tìm hạch bẹn và hạch thượng đòn, nếu hạch to, chắc nên làm sinh thiết. Sờ khám bụng có thể phát hiện thấy khối u, thấy gan to, acid hoặc tĩnh mạch thành bụng giãn nếu có tắc tĩnh mạch cửa. U di động hay cố định có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá mức độ phát triển và xâm lấn của ung thư.

3. XÉT NGHIỆM

- Xét nghiệm phân tích nước tiểu, số lượng bạch cầu, huyết sắc tố. Định lượng protein huyết thanh, calci, bilirubin, photphatase kiềm và creatinine.

- Kháng nguyên sinh ung thư bào thai (CEA) là một glycoprotein tìm thấy trong màng tế bào của nhiều mô, kể cả mô ung thư của đại tràng và trực tràng. Một số kháng nguyên lưu hành trong máu tuần hoàn và được phát hiện bằng xét nghiệm miễn dịch phóng xạ (radioimmunoassay) của huyết thanh; CEA cũng được tìm thấy trong nhiều dịch khác của cơ thể, dịch tiết, nước tiểu và phân.

CEA huyết thanh tăng không đặc hiệu cho ung thư trực tràng; Mức tăng cao bất bình thường của CEA còn tìm thấy trong huyết thanh của những bệnh nhân bị ung thư đường tiêu hoá khác, những ung thư không thuộc ống tiêu hoá và khá nhiều bệnh lành tính khác nhau. 70% số bệnh nhân ung thư đại tràng có mức CEA cao, nhưng chỉ dưới nửa số bệnh nhân ung thư sớm (Dukes A) là có CEA dương tính (cao hơn bình thường). Như vậy, không thể sử dụng CEA để làm xét nghiệm phát hiện hàng loạt tại cộng đồng (screening), và cũng không được coi là một nghiệm pháp (test) chẩn đoán chính xác đối với ung thư đại tràng ở giai đoạn sớm.

Mức CEA trước mổ có liên quan với tỷ lệ tái phát ung thư sau mổ, và sau khi mổ cắt u nếu CEA không giảm xuống mức bình thường thì đó là một yếu tố tiên lượng xấu. CEA có ích trong việc phát hiện tái phát sau mổ cắt u triệt căn; nếu CEA trở về bình thường sau mổ, rồi lại từ từ tăng dần trong thời gian theo dõi, thì đó là dấu hiệu gần như chắc chắn để nói rằng ung thư tái phát. Thực ra CEA mới là một trong nhiều chất chỉ điểm khối u (tumor markers) được giả định cho là có khả năng phát hiện ung thư đại trực tràng. Trong tương lai, việc xét nghiệm hàng loạt (screening) dựa vào việc tìm các sản phẩm trung gian do ung thư sản sinh ra trong nước tiểu, trong huyết thanh hoàn toàn có triển vọng thực tế đối với ung thư đại trực tràng. Hiện tại, một phương pháp chẩn đoán mới đang được tập trung nghiên cứu, đó là "chụp nhấp nháy đồ miễn dịch phóng xạ" (dùng kháng thể đơn dòng có đánh dấu phóng xạ tiêm vào mạch máu, các kháng thể đánh dấu này gắn vào các kháng nguyên cùng tên do u sinh ra; dùng máy quét tia gamma (gamma scintiscanning) để phát hiện.

- Chẩn đoán hình ảnh: chụp phổi nhất loạt tìm di căn. Chụp khung đại tràng có baryt là phương tiện chẩn đoán quan trọng. Soi đại tràng ống mềm đang dần dần có xu hướng thay thế phim chụp khung đại tràng. Hình ảnh X quang trên phim chụp khung đại tràng của ung thư đại tràng trái thường là một hình khuyết, dài độ 2-6cm, hình nham nhở "lõi táo". Tổn thương của đại tràng phải có thể là một hình chít hẹp hoặc hình khối trong lòng đại tràng. Thành ruột tại nơi có tổn thương cũng mất vẻ mềm mại vốn có và mất các nếp niêm mạc. Tất cả những hình ảnh này là biểu hiện của một ung thư đã xâm lấn nhiều tại chỗ (muộn). Ở giai đoạn sớm hơn, các hình khuyết không thật điển hình, đòi hỏi phải soi đại tràng ống mềm để xác định. Có những hình ảnh "giả thật" rất giống ung thư (phân, co thắt). Khi đã có những dấu hiệu rõ là ung thư đại tràng, không nên chụp ruột sau khi cho uống barit, nhất là đối với ung thư đại tràng trái, vì có thể gây ra tắc ruột cấp tính. X quang không đáng tin cậy trong việc phát hiện ung thư trực tràng. Dùng ngón tay thăm trực tiếp và soi trực tràng chính xác hơn.

- Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) không phải là chủ yếu đối với bệnh nhân ung thư đại tràng, nhưng lại rất hữu ích trong việc đánh giá mức độ lan tràn ngoài thành ruột đối với ung thư trực tràng. Với mục đích này, MRI có lẽ còn chính xác hơn. Tìm nhân di căn ung thư ở gan bằng CT hoặc siêu âm thường. Siêu âm nội soi cung cấp các thông tin rất chính xác về mức độ xâm lấn của khối u trên thành đại tràng và vùng sát kế khối u. Nó cũng cho thấy các hạch bạch huyết to ở quanh trực tràng, nhưng không thể phân biệt được đó là hạch bị ung thư xâm lấn hay chỉ là hạch phản ứng.

- Các thăm khám đặc biệt:

- Soi hậu môn trực tràng: Từ 50-65% các ung thư đại trực tràng là nằm trong tầm phát hiện của ống soi mềm sigma có chiều dài 60cm. Nếu chiều dài ống soi là 30cm, thì chỉ phát hiện được chừng 30% các khối u. Và nếu lại là ống soi cứng thì con số này còn thấp hơn, xuống 20%. Hình ảnh nội soi điển hình là một u sùi loét gồ cao, màu đỏ thẫm, giữa có loét và dễ chảy máu khi chạm vào. Có thể dùng đầu ống soi để xem u còn di động hay đã bị cố định. Ghi kích thước lòng ruột bị khối u làm hẹp, nếu

có thể được thì đẩy ống soi lên trên khối u để quan sát đoạn ruột phía trên. Sinh thiết khối u.

- Soi đại tràng: chỉ định nội soi toàn bộ đại tràng cho tất cả mọi bệnh nhân nghi ngờ hoặc đã chắc chắn có ung thư đại trực tràng (nhất là khi muốn mổ điều trị triệt căn). Nên soi trước mổ, trừ trường hợp ung thư gây tắc hoặc vì những lý do khác không cho phép. Hiện nay ngày càng có xu hướng chỉ định soi đại tràng toàn bộ ngay mỗi khi thấy xuất hiện triệu chứng ỉa máu tươi (chảy máu trực tràng). Thấy tổn thương, làm sinh thiết ngay. Nếu kết quả giải phẫu bệnh chắc chắn là ung thư, mổ mà không cần chụp khung đại tràng có barit. Nếu chụp phim đại tràng đã có trước rồi, vẫn cần soi đại tràng toàn bộ để khẳng định các dấu hiệu hình ảnh là ung thư và đặc biệt là để phát hiện xem có nhiều ung thư hay polypes cùng một lúc không. Phim chụp khung đại tràng có barit bỏ qua khoảng 20% các tổn thương ung thư có đường kính lớn hơn 5mm mà khi nội soi đại tràng thì thấy. Soi đại tràng cũng có thể bỏ sót tổn thương - tổn thương nằm lấp dưới một cuộn niêm mạc hoặc một chỗ gấp góc - và không phải bệnh nhân nào cũng đẩy được ống soi tới tận manh tràng. Như vậy chụp khung đại tràng vẫn có tác dụng khi soi không đạt được toàn bộ khung đại tràng, hoặc kết quả soi không cắt nghĩa được hết các triệu chứng.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

25% số bệnh nhân bị ung thư đại tràng đi khám bệnh lần đầu đã không được chẩn đoán đúng, thường nhầm tưởng là sỏi mật hay loét dạ dày tá tràng. Tình trạng thiếu máu mạn tính thường bị coi là rối loạn của cơ quan tạo máu nếu không làm xét nghiệm tìm máu tiềm ẩn trong phân. Đau bụng hố chậu phải lại nghĩ là viêm ruột thừa cấp. Thậm chí nhiều khi bệnh nhân được mổ với chẩn đoán của một bệnh lành tính như trĩ, rò hậu môn mà không phát hiện được bệnh chính là ung thư. Phải có phản xạ nghĩ và tìm ung thư đại trực tràng mỗi khi một chảy máu trực tràng mới xuất hiện, ngay cả khi tìm thấy trĩ rõ ràng.

Có thể khó phân biệt giữa ung thư và bệnh túi thừa đại tràng, lúc này phải dựa vào nội soi. Những bệnh khác của đại tràng cũng có thể nhầm với ung thư đại trực tràng là: viêm loét đại tràng, bệnh Crohn đại tràng, viêm đại tràng thể bản huyết, và bệnh amip đại tràng. Chẩn đoán phân biệt thường dựa vào soi và chụp đại tràng. Chỉ được chẩn đoán là "hội chứng viêm ruột kích thích" sau khi đã có cơ sở chắc chắn loại trừ ung thư đại trực tràng.

5. GIẢI PHẪU BỆNH HỌC

5.1. Đại thể

- Vị trí ung thư: Bên phải, gặp nhiều nhất ở manh tràng và đại tràng góc gan. Bên trái, gặp nhiều ở đại tràng sigma và ranh giới giữa đại tràng sigma-trực tràng.
- Số lượng và kích thước: Đa số chỉ có 1 vị trí tổn thương. ung thư nhiều ổ ít gặp (polypes ung thư hoá). Kích thước u trung bình 50mm, u < 10mm hiếm gặp.

- Hình thái đại thể:

- Ung thư thể loét: Loét sùi, bờ cao gồ ghề, thành sâu thẳng đứng, đáy sùi cứng gồ ghề dễ chảy máu. Loét phát triển theo chiều vòng cung, 2 bờ ổ loét chạm nhau dẫn đến chít hẹp lòng đại tràng, đại tràng phải lòng ruột rộng vì thế quá trình này xảy ra chậm hơn bên ĐT trái...
- Ung thư thể sùi: U sùi hình "xúp lơ" lồi vào trong lòng đại tràng, loại này gặp nhiều ở ĐT phải. Vì thế UT ĐT phải thường sờ thấy u và có dấu hiệu Koenig đi kèm.
- Ung thư thể thâm nhiễm cứng (dạng mô cau): Thâm nhiễm chủ yếu ở lớp dưới niêm mạc, thâm nhiễm kiểu vòng nhẫn dễ gây chít hẹp và tắc ruột cấp, hay gặp ở đoạn đại tràng lên sát gân góc gan và đặc biệt gặp nhiều ở đại tràng trái...

- Số lượng và kích thước: Đa số chỉ có 1 vị trí tổn thương. Ung thư nhiều ổ ít gặp (polypes ung thư hoá). Kích thước u trung bình 50mm, u < 10mm hiếm gặp.

5.2. Vi thể

- > 90% ung thư đại tràng là loại ung thư biểu mô tuyến (UTBMT = adenocarcinome). Phân loại bệnh theo OMS, có các loại:

UTBMT biệt hoá mạnh, UTBMT biệt hoá vừa hoặc không biệt hoá (còn gọi là UT tuyến Lieberkuhn).

UTBMT chế nhậy, bao gồm các tế bào trong chứa nhiều chất keo sáng, đứng riêng rẽ hoặc xếp thành hàng, cột. Loại này chiếm khoảng 5-10%.

- Các loại ung thư ít gặp: các loại sarcome (myosarcome, fibrosarcome, lymphome malin...).

5.3. Di căn

- Theo đường máu: Qua hệ TM cửa vể gan, vì thế hay gặp di căn gan, di căn hạch thượng đòn...
- Theo đường bạch mạch.
- Phân loại theo Dukes: Dukes A = UT chưa xâm lấn tới lớp cơ thành đại tràng, chưa có di căn hạch. Dukes B = Đã xâm lấn đến lớp cơ và cũng chưa có di căn hạch. Dukes C = Đã có di căn hạch. Phân loại cải tiến của Asler-Coller được áp dụng rộng rãi hơn: Dukes A, B1 B2, C1 C2, D (đã có di căn xa). Còn cách phân loại theo OMS: Theo các yếu tố TNM (T=xâm lấn tại chỗ của u, có T1-T4.. N=xâm lấn hạch, có N0 N1. M=di căn xa, có M0 M1).

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Nguyên tắc chung

Cũng như mọi ung thư khác, ung thư đại tràng cần được mổ cắt bỏ rộng rãi tổn thương và hạch bạch huyết thuộc vùng tương ứng, sau khi đại tràng được

chuẩn bị sạch. U vẫn có thể được cắt bỏ ngay cả khi đã có di căn xa, mục đích là để ngăn ngừa tắc ruột và chảy máu, đó được coi là một phẫu thuật tạm thời.

Những việc làm khi mổ bụng: thăm dò khả năng cắt bỏ u, có một ung thư duy nhất hay nhiều ung thư trên cùng một đại tràng, tìm di căn xa, các bệnh khác phối hợp (loét dạ dày tá tràng, xơ gan, lách to...). Không nên sờ nắn nhiều vào khối u khi không cần thiết, tránh nguy cơ tế bào ung thư "chạy" đi xa. Nên dùng 2 dải băng mềm buộc thắt kín lòng đại tràng ở 2 phía trước và sau khối u, không có các tế bào ung thư từ khối u rụng ra chạy đi xa trong lòng ruột. Giải phóng phần đại tràng mang khối u và cắt bỏ phần ruột này. Một số người có thói quen bơm rửa 2 đầu đại tràng trước khi nối vào nhau bằng dung dịch nước muối, povidone-iodine, dung dịch bichloride thủy ngân 1: 500 hoặc một số dịch khác, với hy vọng các tế bào ung thư trong lòng ruột sẽ được quét bỏ đi hoặc bị tiêu diệt.

Di căn ung thư qua đường máu tới buồng trứng là 4% đối với bệnh nhân ung thư đại trực tràng là phụ nữ.

6.2. Phẫu thuật

Phẫu thuật kết hợp hoá trị và miễn dịch trị liệu (Immunochemosurgery).

- *Mổ theo kế hoạch (có chuẩn bị):*

- Đối với ung thư đại tràng phải:

- Cắt 1/2 ĐT phải: Lấy toàn bộ manh tràng + ĐT lên, góc gan và phần nửa bên phải ĐT ngang. Lấy mạc treo ĐT phải và mạch treo ĐT ngang sát tận gốc + Nạo vét hạch. Đặc biệt: Thắt TM và ĐM nuôi ĐT phải sát gốc điểm xuất phát từ bờ phải của TM và ĐM mạc treo tràng trên). Nối Hồi tràng với ĐT ngang còn lại (nối bên-bên hoặc tận-tận...)

- *Trường hợp không cắt được u: Nối tắt hồi tràng vào ĐT ngang.*

- Đối với ung thư đại tràng trái:

- + Cắt 1/2 ĐT trái: Lấy 1/2 ĐT ngang phía trái và toàn bộ phần ĐT trái còn lại với trực tràng. Lấy mạc treo ĐT trái sát tận gốc + Nạo vét hạch. Đặc biệt: Thắt TM và ĐM mạc treo tràng dưới sát gốc (bờ dưới tụy).

- + Cắt đoạn ĐT sigma khi u nằm ở đoạn nối giữa ĐT sigma và trực tràng.

- + Trường hợp không cắt được u: Làm hậu môn nhân tạo phía trên u.

- *Mổ cấp cứu (không chuẩn bị):*

Do: Tắc ruột (u gây hẹp tắc ruột), viêm phúc mạc (ung thư thủng) hoặc chảy máu (ít gặp).

Các cách xử lý:

- Đối với ung thư đại tràng phải:

- + Cắt 1/2 ĐT phải, nối ngay. Trường hợp ổ bụng bẩn (do VPM), sau khi cắt đưa 2 đầu ruột ra ngoài, mổ lại để nối sau 4-6 tuần.

- + Nếu u đã xâm lấn rộng không có khả năng cắt bỏ: Nối hồi tràng với ĐT ngang (áp dụng UT ĐT phải gây tắc ruột).

- Đối với ung thư đại tràng trái:
 - + Làm HMNT tạm thời sát trên u (chỗ gây tắc). Sau 1-2 tuần mổ lại sớm để cắt u như trên theo kế hoạch.
 - + Cắt 1/2 ĐT ngay, không nối ngay mà: đầu dưới đóng kín lại, đầu trên đưa ra ngoài thành bụng phía bên trái làm HMNT (PT Hart mann). Nối lại sau 3-6 tháng. Nhược điểm: Không lấy được hạch kỹ lưỡng, áp dụng khi u bị thủng hoặc chảy máu.

6.3. Điều trị phối hợp sau mổ

- Hoá trị liệu: 5FU+Folinate Acid (FUFA), tổng cộng 6 đợt, cách nhau 25 ngày (mỗi đợt truyền 5 ngày).
- Miễn dịch trị liệu: ASLEM 0,3mg x 2 ống/ngày, tiêm bắp, trong 30 ngày liên. Sau đó tiếp tục kéo dài: mỗi tuần tiêm 2 lần, mỗi lần 2 ống.

7. TIỀN LƯỢNG

Kết quả điều trị phẫu thuật của ung thư đại tràng khả quan hơn ung thư trực tràng. Ung thư trực tràng đoạn cao tiên lượng tốt hơn đoạn thấp. Giai đoạn của ung thư là yếu tố quan trọng nhất quyết định tỷ lệ sống thêm sau mổ cắt u. Có nhiều kiểu phân loại giai đoạn, phổ biến nhất vẫn là hệ thống phân loại của Dukes. Tỷ lệ sống 5 năm sau mổ theo phân loại của Dukes đối với ung thư đại tràng và trực tràng là như sau: Dukes A, 80%; Dukes B, 60%;

Dukes C, 30% và Dukes D, 5%.

Khoảng 10% các tổn thương không cắt bỏ được lúc mổ, và khoảng 20% có di căn gan hoặc di căn xa khác kèm theo, vì thế tỷ lệ điều trị cắt bỏ được u chỉ độ 70%. Tỷ lệ tử vong do mổ khoảng 2-6%. Tỷ lệ sống thêm sau mổ của những bệnh nhân được mổ triệt căn khoảng 55%; tỷ lệ sống thêm sau mổ tính gộp chung cho mọi giai đoạn là 35%.

Tiên lượng chịu ảnh hưởng rất nhiều vào các biến chứng của ung thư như tắc ruột, thủng. Hình thái mô học (vi thể) cũng góp phần quyết định tiên lượng, kể cả mức độ biệt hoá của tế bào u, sự hiện diện của tế bào u trong lòng mạch, quanh các sợi thần kinh. Việc phân tích các DNA từ khối u bằng các kỹ thuật hiện đại cũng giúp ích nhiều trong tiên lượng bệnh, các u thể lệch bội lẻ (aneuploid) thường "ác tính" hơn các ung thư thể lưỡng bội (diploid). Người trẻ tuổi bị ung thư đại trực tràng tiên lượng xấu hơn người nhiều tuổi. Có ý kiến cho rằng việc phải truyền máu trước, trong hoặc sau khi mổ đối với ung thư đại trực tràng là một yếu tố tiên lượng xấu, tuy nhiên mối liên quan này chưa được chứng minh.

Tất cả mọi bệnh nhân ung thư đại trực tràng sau mổ với ý định triệt căn phải được theo dõi. Mục đích là để phát hiện sớm các tái phát, di căn hoặc các tổn thương ung thư mới xuất hiện trên phần đại tràng còn lại. Nội dung kiểm tra,

ngoài việc khám lâm sàng, phải định lượng CEA huyết thanh 2 tháng 1 lần (đối với Dukes B hoặc C). 6-12 tháng một lần xét nghiệm phân tìm máu. Sau mổ 1 năm kiểm tra nội soi đại tràng bắt buộc. Nếu không phát hiện điều gì nghi ngờ trong khi soi, có thể yên tâm đợi 2-3 năm sau sẽ soi lại. Nói chung không sử dụng chụp đại tràng có barit như một qui định thường qui trong chương trình theo dõi.

Nếu phát hiện thấy tái phát hoặc di căn ung thư, bệnh nhân sẽ được đánh giá cụ thể để xem có khả năng mổ lại hay không (second look). Di căn gan, phổi kèm theo tái phát tại chỗ không phải là chống chỉ định tuyệt đối của mổ lại. Trong khi mổ lại, nếu có điều kiện có thể tia kết hợp ngay trong mổ. Nếu nghi ngờ tái phát tại chỗ chỉ dựa đơn thuần trên sự kiện CEA huyết thanh đột biến tăng cao trở lại, không phát hiện được tổn thương tái phát một cách chắc chắn, có thể mổ lại để thăm dò (second look). Tác dụng của quyết định này đối với việc kéo dài thêm thời gian sống thêm sau mổ thì chưa rõ, nhưng khả năng cắt bỏ được ung thư thì vào khoảng 30-60%.

9. CHẢY MÁU DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

1. ĐẠI CƯƠNG

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTCM) là tình trạng áp lực máu trong hệ tĩnh mạch cửa tăng cao hơn mức bình thường. Ở người bình thường lúc nghỉ ngơi trong tư thế nằm và khi nhin đối thì áp lực tĩnh mạch cửa (TMC) trong khoảng 7-12mmHg và chênh lệch áp lực giữa TMC và tĩnh mạch chủ từ 1 đến 4mmHg. Gọi là TALTCM khi áp lực TMC trên 12 mmHg hoặc khi chênh lệch cửa-chủ từ 5mmHg trở lên

Đây là một hội chứng của nhiều nguyên nhân trong đó nguyên nhân quan trọng và thường gặp là do tăng sức cản dòng máu qua gan (thường gặp nhất là xơ gan)

Hội chứng TALTCM có thể gây nhiều biến chứng mà biến chứng chính, nguy hiểm và gây tử vong cao là chảy máu do vỡ các búi tĩnh mạch thực quản-tâm-phình vị.

Nhờ những tiến bộ của nội soi tiêu hoá và nội soi can thiệp việc chẩn đoán và xử trí biến chứng chảy máu này đã có rất nhiều tiến bộ. Tuy nhiên việc điều trị có tính triệt để đối với hội chứng TALTCM vẫn còn gặp nhiều khó khăn.

2. GIẢI PHẪU HỆ TĨNH MẠCH CỬA (TMC)

Hệ tĩnh mạch cửa dẫn máu từ các tạng trong ổ bụng (tụy, lách, dạ dày, ruột non, ruột già) qua gan trở về hệ tĩnh mạch chủ dưới, do đó ngoài chức năng chuyên chở các chất phân giải của quá trình hô hấp và chuyển hoá của tổ chức còn có chức năng quan trọng khác là đưa các chất hấp thụ từ ống tiêu hoá đến gan để chuyển hoá và dự trữ. Đây là hệ tĩnh mạch đặc biệt với 2 lưới vì quản ở hai đầu (nguyên uỷ và tận cùng); trong lòng tĩnh mạch không có van.

Đặc điểm cấu trúc quan trọng của hệ TMC là có thành dày, độ chun dãn cao và trong lòng không có van như hệ chủ. Điều đó có ý nghĩa trong thực tế lâm sàng: để đo áp lực hệ cửa có thể đo ở bất kỳ vị trí nào; trong điều trị nối cửa-chủ thì nối thân hay nhánh của hệ cửa đều có tác dụng giảm áp lực TMC.

- Tĩnh mạch cửa gồm 3 nhánh chính tạo nên:
 - Tĩnh mạch lách: đường kính 8mm, nhận máu của lách, một phần tụy và dạ dày.
 - Tĩnh mạch mạc treo tràng trên: đường kính 10mm, nhận máu của ruột non và đại tràng phải.
 - Tĩnh mạch mạc treo tràng dưới: đường kính 6mm, nhận máu đại tràng trái và trực tràng.

Thân TMC gồm 2 phần: phần trong gan và phần ngoài gan. Phần ngoài gan có 2 đoạn: đoạn thân chính dài khoảng 10cm, đường kính 12mm và 2 nhánh TMC của phải và trái. Thân TMC hợp với cột sống một góc $45-55^{\circ}$, góc này hẹp lại trong trường hợp gan xơ teo.

- Có 3 nhánh phụ đổ vào tĩnh mạch cửa:

- Tĩnh mạch vành vị: là nhánh phụ lớn nhất và quan trọng nhất, nhận máu của phình vị lớn và phần ba dưới thực quản.
- Tĩnh mạch môn vị: dẫn máu của vùng dưới bờ cong nhỏ dạ dày và môn vị.
- Tĩnh mạch vị mạc nối phải: nhận máu vùng bờ cong lớn dạ dày, nối với tĩnh mạch lách ở cuống lách.

- Các vòng nối của chủ tự nhiên:

- Vòng nối quanh thực quản: nối giữa tĩnh mạch vành vị và phình vị lớn của hệ cửa với tĩnh mạch Azygos của hệ chủ. Trong trường hợp TALTCMC hệ tĩnh mạch này giãn to có nguy cơ vỡ sẽ gây chảy máu tiêu hoá.
- Vòng nối quanh trực tràng: nối giữa tĩnh mạch trực tràng trên của hệ cửa với tĩnh mạch trực tràng giữa và dưới của hệ chủ.
- Vòng nối ở màng bụng: nối giữa tĩnh mạch mạc treo tràng trên và dưới với tĩnh mạch lá thành của màng bụng.
- Vòng nối quanh rốn: nối giữa tĩnh mạch rốn của hệ cửa với tĩnh mạch thượng vị và tĩnh mạch vú trong của hệ chủ.

Đó là những vòng nối ở nhánh. Ngoài ra còn 2 chỗ nối cửa-chủ ở thân là ống Arantius nối tĩnh mạch gan trái với tĩnh mạch chủ và tĩnh mạch rốn nhưng cả hai nhánh nối này đều tắc lại sau khi đẻ.

- Cấu trúc xoang

Đơn vị cấu tạo của gan là các múi gan. Trong múi gan có các bè Remak gồm nhiều tế bào gan xếp theo hình đồng tâm, trung tâm có tĩnh mạch giữa múi. Các nhánh tận cùng của hệ tĩnh mạch cửa và các nhánh tận cùng của động mạch gan cùng đổ chung vào một khoang máu nằm giữa các lá tế bào gan trước khi đổ về tĩnh mạch trên gan, khoang máu đó gọi là xoang gan. Xoang gan dải rộng từ chỗ tận cùng của các nhánh mao tĩnh mạch cửa đến chỗ của tĩnh mạch giữa múi, xoang cũng nhận máu của mao động mạch xuất phát từ động mạch gan.

3. VÀI ĐIỂM VỀ SINH LÝ HỆ TĨNH MẠCH CỬA

Lưu lượng máu qua gan bình thường khoảng 1,5 lít/phút (thay đổi từ 1 đến 2 lít) chiếm 24-28% cung lượng tim tức bình quân là 1ml/phút/1 gam gan. Lưu lượng này không thay đổi khi áp lực động mạch duy trì trên 80mmHg và sẽ giảm nhanh nếu huyết áp hạ dưới 80mmHg. Bình thường 1/3 lưu lượng máu của gan là từ động mạch gan, còn 2/3 được cung cấp bởi tĩnh mạch cửa. Khi huyết áp hạ dưới 30mmHg thì lưu lượng máu động mạch gan hầu như không còn nữa.

Tốc độ tuần hoàn: đo bằng đồng vị phóng xạ hoặc bơm thuốc cản quang và chụp phim hàng loạt cho thấy tốc độ tuần hoàn trong hệ cửa là 10cm/giây.

4. NGUYÊN NHÂN TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA (TALTMIC)

Các nguyên nhân khác nhau của TALTMIC được phân loại theo vị trí và bản chất của sự cản trở hay tắc dòng máu tĩnh mạch cửa. Nếu lấy gan làm mốc thì có tắc trước gan, tắc trong gan, tắc sau gan. Dựa vào vị trí xoang người ta chia ra: tắc trước xoang, tắc tại xoang và tắc sau xoang.

4.1. Tắc trước gan

- Teo tĩnh mạch cửa: nhiều nhất trong TALTMIC ở trẻ em
- Huyết khối tĩnh mạch cửa
- Chèn ép tĩnh mạch cửa

4.2. Tắc trong gan

- Trước xoang
 - + Bệnh sán máng gan (schistosomiasis)
 - + Xơ hoá gan (fibrose)
 - + Xơ hoá gan-khoảng cửa
- Tại xoang: TALTMIC không do tắc hay còn gọi TALTMIC không có xơ gan
- Sau xoang: chủ yếu là các loại xơ gan (95%) do nhiều nguyên nhân khác nhau như do rượu, sau viêm gan virus, do thiếu dinh dưỡng, do ứ mật...

4.3. Tắc sau gan: hội chứng Budd-Chiari

- Tắc tĩnh mạch trên gan do huyết khối, do dị dạng teo hẹp hay màng ngăn ở gần ngã ba chỗ tĩnh mạch trên gan đổ vào tĩnh mạch chủ.
- Tắc tĩnh mạch chủ dưới trên gan

Nếu lấy vị trí xoang gan làm mốc thì TALTMIC được chia làm hai loại với sự khác nhau về áp lực máu hệ cửa:

- + Tắc trước xoang (gồm tắc trước gan, tắc trong gan trước xoang và tại xoang) với đặc điểm áp lực tĩnh mạch cửa cao, áp lực xoang bình thường, có chênh lệch áp lực lách và áp lực xoang cao (gradient lách - gan)
- + Tắc sau xoang (gồm tắc trong gan sau xoang và tắc sau gan) có áp lực tĩnh mạch cửa và áp lực xoang đều cao, áp lực sau xoang bình thường hoặc cao nhẹ, không có chênh lệch đáng kể áp lực giữa lách và gan.

5. TÍNH CHẤT CHẢY MÁU DO TALTMIC

Chảy máu do TALTMIC là một biến chứng nguy hiểm và quan trọng nhất nếu không nói là biến chứng chính, nguyên nhân gây tử vong chính của hội chứng

này. Tỷ lệ tử vong của chảy máu do TALTMC là từ 22-63%. Biến chứng này gặp trong những bệnh nhân xơ gan và cả những bệnh nhân TALTMC không có xơ gan.

Chảy máu do TALTMC chỉ chiếm khoảng 4% tổng số chảy máu đường tiêu hoá trên nhưng tỷ lệ tử vong của nó thì lại cao nhất. Áp lực hệ cửa cảng cao thì nguy cơ chảy máu càng nhiều, tuy nhiên không có mối liên quan tỷ lệ thuận giữa mức độ chảy máu và mức độ TALTMC.

Tổn thương gây chảy máu chủ yếu do vỡ các búi tĩnh mạch thực quản tâm phình vị dẫn vì tăng áp lực (60-70%). Nếu các búi tĩnh mạch dẫn càng to thì mức độ chảy máu càng nặng. Ngoài ra chảy máu có thể do những tổn thương khác như: các loét chợt dạ dày, loét cấp tính thực quản-tâm vị, viêm dạ dày-tá tràng cấp tính (20-25%), loét dạ dày-tá tràng 5-10%, tổn thương kiểu Mallory - Weiss 2%.

Ở những bệnh nhân xơ gan có khoảng 50% trường hợp có giãn tĩnh mạch thực quản tâm phình vị và tổn thương vỡ tập trung chủ yếu ở phần ba dưới thực quản.

Mức độ chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản và tính chất tái phát cũng rất khác nhau ở từng trường hợp. Chảy máu lần đầu thường rất nặng với tỷ lệ tử vong 30-60% và cao lên nhiều nếu tái phát ở ngay tuần lễ đầu.

Cơ chế của chảy máu chưa thực sự rõ ràng. Trong nhiều năm người ta cho rằng hiện tượng vỡ các tĩnh mạch thực quản dẫn là do dịch vị trào ngược làm loét và ăn mòn hoặc do thức ăn thô cọ sát gây ra. Tuy nhiên những trường hợp chảy máu lan toả ở niêm mạc do viêm cấp, loét chợt không thể giải thích được bằng hiện tượng trên. Hơn nữa không thể không kể đến tình trạng rối loạn đông máu ở những bệnh nhân TALTMC do xơ gan có vai trò quan trọng trong biến chứng chảy máu tiêu hoá.

6. CHẨN ĐOÁN CHẢY MÁU DO TALTMC

Chảy máu là biến chứng của TALTMC mà nguyên nhân chính là do xơ gan vì vậy vấn đề đặt ra là xác định tình trạng chảy máu tiêu hoá trên cơ địa bệnh nhân bị hội chứng TALTMC có hay không có xơ gan.

6.1. Lâm sàng

- Nôn máu: với đặc điểm nôn máu đột ngột, dữ dội, ô ạt, máu đỏ tươi có thể có máu cục và thường không lẫn thức ăn.
- Ỉa phân đen: thường xuất hiện sau đợt nôn máu, tuy nhiên nếu chảy máu không nhiều thì cũng có trường hợp chỉ có ỉa phân đen đơn thuần.
- Dấu hiệu choáng mất máu: tình trạng toàn thân nặng hay nhẹ tùy thuộc vào mức độ chảy máu. Những trường hợp chảy máu nặng sẽ có biểu hiện sốc mất máu: bệnh nhân hốt hoảng, lo âu hoặc trong trạng thái kích thích vật vã, da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, đầu chi lạnh, khó thở, mạch nhanh, huyết áp hạ.
- Lách to: thường lách to đều toàn diện, căng và thuần nhất, mức độ to nhiều ít tùy trường hợp. Khi có biến chứng chảy máu thì thường lách co nhỏ lại và khi điều trị ổn định, lách to trở lại như trước.

- **Cổ trướng (Ascite):** xảy ra chủ yếu ở nhóm tắc sau xoang, còn với loại tắc trước xoang ít thấy hơn nhưng có thể xuất hiện khi TALTMC có biến chứng đặc biệt là biến chứng chảy máu tiêu hoá. Mức độ cổ trướng nhiều ít khác nhau tùy thuộc tình trạng bệnh và mức độ xơ gan, ở mức độ nặng, cổ trướng nhiều, bụng căng và đẩy cơ hoành lên cao gây cản trở hô hấp.
 - **Tuần hoàn bàng hệ (THBH):** phát triển chủ yếu ở các vùng có vòng nối tự nhiên giữa hệ thống cửa (áp lực cao) và hệ thống chủ (áp lực thấp). Trên lâm sàng thường dễ dàng phát hiện tuần hoàn bàng hệ ở vùng rốn (THBH dưới da bụng) hoặc vùng hậu môn trực tràng (các búi trĩ), còn các búi giãn tĩnh mạch thực quản được phát hiện bằng các biện pháp cận lâm sàng.
 - **Vỡ các búi tĩnh mạch thực quản** biểu hiện bằng chảy máu đường tiêu hoá, còn vỡ các búi tĩnh mạch trĩ, búi tĩnh mạch rốn, dưới da, hay trong ổ bụng thường ít khi xảy ra.
- Ở bệnh nhân đã mổ thì THBH thường phát triển ở các chỗ dính.
- **Vàng da:** thường ở mức độ nhẹ và cũng chỉ xuất hiện ở 50% các trường hợp trừ khi là có xơ gan ứ mật
 - **Hội chứng não-cửa chủ:** đây là biến chứng nặng trong hội chứng TALTMC, xuất hiện không chỉ do suy giảm chức năng gan mà chủ yếu do các độc tố trong máu không được lọc qua gan trước khi về tuần hoàn mà đi thẳng qua các vòng nối cửa-chủ. Biểu hiện lâm sàng là bệnh nhân lơ mơ, mất tri giác thoáng qua, rối loạn thần kinh và tâm thần.
 - **Tiền sử:** bệnh nhân có thể có nghiện rượu, viêm gan virus hay sốt rét...

6.2. Cận lâm sàng

6.2.1. Thăm dò phát hiện dẫn tĩnh mạch thực quản

6.2.1.1. Chụp thực quản

Chụp phim sau khi cho bệnh nhân uống một ngụm baryte có pha lòng trắng trứng sẽ thấy tĩnh mạch giãn nổi như hình giun dưa nằm dọc thực quản, tuy nhiên nhược điểm của phương pháp này là khó xác định vị trí chảy máu. Hơn nữa, trong tình trạng chảy máu việc chụp thực quản có thể có nguy hiểm gây chảy máu nặng thêm, gây sốc cho bệnh nhân.

6.2.1.2. Nội soi thực quản

Với ống soi mềm thì soi thực quản là biện pháp rất hữu hiệu xác định chính xác có dẫn tĩnh mạch thực quản tâm phình vì đồng thời còn xác định được chính xác vị trí tổn thương gây chảy máu.

Nội soi có thể được tiến hành ngay trong vòng 24 giờ đầu (nội soi cấp cứu) hay trong khoảng 24-72 giờ (nội soi cấp cứu trì hoãn)

Nội soi ống mềm ít nguy hiểm mà giá trị chẩn đoán xác định cao từ 85-96% đồng thời lại có thể kết hợp cầm máu một cách khá hữu hiệu.

Để đánh giá mức độ giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi người ta chia làm 3 độ (có khác nhau về cách đánh giá giữa các trường phái tác giả khác nhau).

- Theo phân loại của hội tiêu hoá Pháp:

Độ 1: các tĩnh mạch có kích thước nhỏ, biến mất khi bơm hơi căng.

Độ 2: các tĩnh mạch có kích thước trung bình, không mất khi bơm hơi và vẫn còn các niêm mạc bình thường giữa các búi tĩnh mạch này.

Độ 3: các tĩnh mạch có kích thước lớn, không mất khi bơm hơi và không còn niêm mạc bình thường giữa các búi tĩnh mạch.

- Theo phân loại của hội nội soi Nhật Bản, hình ảnh giãn tĩnh mạch thực quản được mô tả kỹ về 4 đặc điểm: màu sắc; các dấu hiệu trên thành tĩnh mạch như vằn đỏ, vệt đỏ thẫm, ổ tụ máu hay dấu đỏ lan toả; vị trí trên, giữa hoặc dưới so với chỗ phân nhánh của chạc ba khí phế quản; các tổn thương phối hợp ở đường Z như chợt loét, viêm do trào ngược và về kích thước cũng chia 3 độ.

Độ 1: tĩnh mạch có kích thước nhỏ, thẳng, biến mất khi bơm hơi căng.

Độ 2: tĩnh mạch có kích thước trung bình, ngoằn ngoèo và chiếm dưới 1/3 khẩu kính của thực quản.

Độ 3: tĩnh mạch có kích thước lớn và chiếm trên 1/3 khẩu kính của thực quản.

Soi dạ dày thực quản ở bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản và có chảy máu tiêu hoá có thể gặp 4 tình huống sau:

- Có dấu hiệu rõ rệt của vỡ tĩnh mạch thực quản.
- Không nhìn thấy dấu hiệu vỡ của tĩnh mạch thực quản nhưng có tổn thương khác ở dạ dày đang gây chảy máu.
- Không nhìn thấy dấu hiệu vỡ của tĩnh mạch thực quản và không có tổn thương khác ở dạ dày...
- Không nhìn thấy dấu hiệu vỡ của tĩnh mạch thực quản và có một hoặc nhiều tổn thương khác ở dạ dày (không thấy chảy máu khi soi)

Như vậy để xác định chảy máu tiêu hoá có phải do vỡ tĩnh mạch thực quản hay không các tác giả đề ra 3 khả năng sau:

- Chắc chắn có vỡ tĩnh mạch thực quản: có tia máu phụt từ tĩnh mạch thực quản hoặc có điểm rỉ máu trên thành tĩnh mạch thực quản
- Có khả năng vỡ tĩnh mạch thực quản: có nút tiểu cầu trên thành mạch (cục máu đông đã chuyển màu trắng ngà) hoặc cục máu đông mới trên thành tĩnh mạch, không bong khi bơm rửa.
- Có thể có vỡ tĩnh mạch thực quản: các búi tĩnh mạch thực quản lớn và có máu trong dạ dày nhưng không thấy tổn thương khác ở dạ dày tá tràng hoặc tĩnh mạch thực quản dễ dàng rỉ máu khi bơm rửa nhẹ nhàng.

Chống chỉ định nội soi khi bệnh nhân trong tình trạng sốc nặng, hôn mê gan hay có bệnh phối hợp khác.

Tai biến, biến chứng của nội soi nói chung rất thấp (0,1%) như co thắt khí quản, trào ngược máu hay dịch vào khí quản, thủng thực quản.

6.2.2. Đo áp lực tĩnh mạch cửa

Thông thường để xác định áp lực hệ cửa người ta đo áp lực tĩnh mạch lách bằng cách chọc kim qua nhu mô lách và đo bằng áp kế Claude. Đây là phương pháp thăm dò có chảy máu, có nguy cơ chảy máu trong ổ bụng, chống chỉ định khi chức năng đông máu giảm và khi có cổ trướng.

Trong khi mổ có thể đo qua lách hay chọc kim trực tiếp vào thân TMC hoặc nhánh của nó.

Đo áp lực tĩnh mạch trên gan: bằng cách thông tĩnh mạch trên gan từ một tĩnh mạch ngoại biên người ta đo áp lực tĩnh mạch trên gan bít (áp lực xoang) và áp lực trên gan tự do (áp lực sau xoang).

Dựa vào sự chênh lệch áp lực trong lách, áp lực xoang và sau xoang ta có thể biết được mức độ TALTMC, tình trạng huyết động và vị trí tắc

6.2.3. Siêu âm và siêu âm Doppler

Siêu âm cho thấy tình trạng nhu mô và kích thước gan, tình trạng kích thước tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch lách, có thể thấy hình ảnh huyết khối trong lòng tĩnh mạch, tình trạng ổ bụng có dịch, lách to.

Siêu âm Doppler nhất là Doppler màu có khả năng phát hiện các hình ảnh giải phẫu của tĩnh mạch cửa, động mạch gan, các chỗ nối tắt (shunt) cửa-chủ và cả hệ thống tĩnh mạch trong gan. Doppler còn đo được luồng máu của TMC, tính được lưu lượng máu, áp lực và sức cản của TMC.

6.2.4. Chụp hệ tĩnh mạch cửa (TMC)

Để chụp được hệ TMC phải có hệ thống chụp nhiều phim liên tục và với thuốc cản quang tan trong nước. Các phương pháp chụp TMC khác nhau tùy theo cách đưa thuốc vào hệ cửa:

- Chụp trực tiếp qua chọc dò nhu mô lách thường tiến hành ngay sau khi đo áp lực, song dễ có biến chứng chảy máu nên ngày nay ít sử dụng.
- Chụp TMC gián tiếp bằng cách lấy thì tĩnh mạch cửa chụp động mạch thân tạng. Phương pháp này có nguy cơ biến chứng thấp hơn, hiện được dùng nhiều hơn.
- Chụp TMC qua nhu mô gan, qua tĩnh mạch rốn được nong thông lại: ít dùng. Hình ảnh chụp hệ thống cửa cho thấy trong TALTMC có thể có các dấu hiệu:
 - Tĩnh mạch cửa giãn to
 - Có dấu hiệu tắc nghẽn ở trục tĩnh mạch lách-cửa (teo tĩnh mạch, huyết khối...)

- Các nhánh tuần hoàn phụ phát triển và dần to nhất là tĩnh mạch vành vi.
- Góc cửa-cột sống hẹp lại (gan xơ teo)
- Các nhánh tĩnh mạch cửa trong gan thưa và mảnh (xơ gan).

Tuy nhiên trong những trường hợp chảy máu tiêu hoá do TALTMC việc chụp hệ TMC thường không được chỉ định rộng rãi.

6.2.5. Xét nghiệm máu

- Huyết học: các dòng tế bào máu giảm nhất là tiểu cầu tùy theo mức độ cường lách. Hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrit giảm nhiều hay ít tùy mức độ mất máu.
- Chức năng đông máu thường có rối loạn: prothrombine giảm.
- Sinh hoá: chức năng gan thay đổi theo tình trạng tiến triển của xơ gan, biểu hiện trên một số xét nghiệm như: bilirubine, transaminase (SGOT và SGPT), albumine huyết thanh và tỷ lệ A/G, amoniac máu.

Để đánh giá tiên lượng trong TALTMC do xơ gan, người ta dựa vào phân loại của Child

Phân loại	A	B	C
Bilirubin máu (mg/l)	<20	20-30	>30
Albumin huyết thanh (g/l)	> 35	30-35	<30
Cổ trướng	-	+	+++
Rối loạn thần kinh	-	Nhẹ	Hôn mê
Dinh dưỡng	Rất tốt	Tốt	Kém

Trong trường hợp chảy máu tiêu hoá do TALTMC kết hợp mức độ mất máu và xếp loại theo Child sẽ cho thấy mức độ nặng nhẹ của bệnh nhân và qua đó đánh giá khả năng điều trị.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Điều trị bảo tồn

7.1.1. Hối sức

Thái độ xử trí lúc đầu tùy thuộc mức độ mất máu, trong những trường hợp không nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân thì không nên truyền máu vì nó có thể tái lập tình trạng khối lượng tuần hoàn tăng trong TALTMC, dễ gây chảy máu tái phát. Những trường hợp chảy máu nặng ảnh hưởng tới toàn trạng bệnh nhân thì việc truyền máu là cần thiết và nên dùng máu tươi vì nó mang lại các yếu tố đông máu cho người bệnh thường đang bị giảm chức năng gan.

Việc đầu tiên cần làm là đặt đường truyền tĩnh mạch trung ương để xác định và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương, đánh giá lượng máu cần bù để duy trì

huyết động ở mức hợp lý, đồng thời theo dõi nước tiểu hàng giờ và nếu có thể đo áp lực TMC để tránh hiện tượng truyền quá nhiều.

Đặt ống thông dạ dày để theo dõi chảy máu và có thể rửa dạ dày bằng nước lạnh phần nào có tác dụng cầm máu.

Cho bệnh nhân thở oxy qua mũi kết hợp duy trì thông khí tốt sẽ đảm bảo cung cấp oxy cho tổ chức.

7.1.2. Thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa

Nhiều loại thuốc khác nhau được sử dụng nhằm làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa và sẽ có tác dụng làm ngừng chảy máu. Cơ chế tác dụng của các loại thuốc này là làm co mạch tạng, lưu lượng máu đến các tạng giảm dẫn đến giảm áp lực hệ thống cửa.

Vasopressine thường dùng ngay 20 đơn vị pha trong 200ml Glucose 5% truyền nhanh trong 15-20 phút, hoặc có thể truyền liên tục với tốc độ 0,4 đơn vị/phút trong 2 giờ và có thể dùng nhắc lại sau 24 giờ. Thuốc này cũng có thể dùng qua đường động mạch hay trực tiếp vào tĩnh mạch cửa tuy nhiên hiệu quả cũng tương tự như đường tĩnh mạch. Khả năng cầm máu vào khoảng 50% (dao động) song tỷ lệ tái phát từ 21-62%. Tuy nhiên Vasopressine có tác dụng phụ làm co mạch vành, mạch mạc treo nên có tác giả kết hợp dùng thêm Nitroglycerine.

Glypressine (Terlepressine hay Triglycyl-lysine vasopressine) có tác dụng chậm do được phóng thích từ từ, dung nạp tốt hơn, ít tác dụng phụ hơn. Hiệu quả tương tự như dùng phối hợp Vasopressine-Nitroglycerine. Liều lượng: dưới 50kg dùng 1,5mg; trên 70kg dùng 2mg tiêm tĩnh mạch 4 giờ một lần.

Somatostatine cũng có cơ chế tác dụng tương tự, ít tác dụng phụ, thời gian tác dụng ngắn nhưng không ảnh hưởng đến tim và hiệu quả cũng xấp xỉ như Vasopressine. Liều dùng là 250mg/h truyền liên tục 24 giờ.

7.1.3. Bóng ép: bóng chèn có tác dụng như một băng ép với hiệu quả cầm máu khá cao. Có hai loại bóng thường dùng:

- Ống thông Sengstaken-Blakemore là loại thường dùng nhất. Ống có 2 bóng: một bóng tròn thể tích 150ml nằm trong dạ dày và một bóng hình trụ 40-60ml để chèn thực quản. Khi đặt ống vào dạ dày qua đường mũi, bóng tròn được bơm căng lên rồi kéo ngược ống ra cho bóng tỳ vào vùng tâm vị, cố định ống sau đó bơm bóng hình trụ cho đến khi bệnh nhân có cảm giác tức ngực nhẹ để ép vào thực quản (áp lực khoảng 50mmHg). Khoảng 4-6 giờ xả bóng thực quản một lần trong 15 phút rồi bơm lại, thời gian lưu ống 24-36 giờ sau đó để thêm 24 giờ không bơm để theo dõi dịch dạ dày có còn chảy máu không. Nhược điểm của loại ống này là chỉ hút và rửa được dạ dày mà không rửa được ở thực quản. Kết quả cầm máu đạt khoảng 42-94%, tỷ lệ chảy máu tái phát 40-60%, tử vong 11-50% và có thể có biến chứng viêm phổi, vỡ thực quản hoặc hẹp thực quản về sau.
- Ống thông Linton-Nachlas: loại ống này có 1 bóng hình nón với thể tích 500ml, sau khi đặt vào dạ dày và bơm căng, ống được kéo liên tục với trọng lượng khoảng 1kg. Bóng có tác dụng chèn ép vùng tâm phình vị,

không chèn trực tiếp vào thực quản mà chỉ chặn lỏng máu từ tĩnh mạch vành vị về vùng thực quản và làm ngừng chảy máu. Ông có một đường rửa dạ dày và một đường rửa thực quản riêng đồng thời theo dõi được tình trạng chảy máu, ống cũng được lưu khoảng 24 giờ. Do kéo ống ép vào vùng tâm phình vị, nên có nguy cơ gây loét và hoại tử vùng này vì thiếu máu. Hiệu quả của ống Linton cũng tương tự ống Blakemore nhưng vì gây khó chịu cho bệnh nhân nên chỉ dùng khi chảy máu vùng tâm phình vị mà ống Blakemore thất bại.

7.1.4. Cầm máu qua nội soi

Nội soi thường được làm trong cấp cứu để xác định chẩn đoán nguyên nhân chảy máu đồng thời qua đó có thể tiến hành các biện pháp cầm máu.

- Tiêm xơ: cơ chế của phương pháp là tiêm các chất gây xơ làm xơ hoá các tĩnh mạch dẫn hoặc tiêm vào lòng mạch làm tắc mạch rồi sau đó hoại tử và phát triển thành các sẹo xơ.

Chất gây xơ được dùng rộng rãi nhất là Polidocanol 1%, các loại khác được sử dụng ít hơn như: Oleate d'ethanolamine 5%, Chlohydrate de quinin-urée, Morrhuate de sodium, Tetradecyl sulfate 1,5%, cồn tuyệt đối.

Phương thức tiêm: có thể tiêm trực tiếp vào trong lòng mạch mỗi mũi 5ml (2-10ml), mỗi lần tiêm 20-60ml; hoặc tiêm dưới niêm mạc cạnh búi tĩnh mạch mỗi mũi 0,5-3ml, mỗi lần tiêm 15-30ml; hoặc tốt hơn là tiêm hỗn hợp vừa xung quanh vừa tiêm vào trong lòng tĩnh mạch.

Chống chỉ định tiêm xơ khi nội soi thấy có phối hợp dẫn tĩnh mạch vùng phình vị hay thân vị, những bệnh nhân trong tình trạng sốc nặng, suy hô hấp nặng mà các phương pháp hồi sức không đảm bảo.

Kết quả cầm máu đạt 84-100%. Những biến chứng có thể gặp như loét hoại tử thực quản, thủng thực quản gây áp xe trung thất, hẹp thực quản, viêm phổi và tràn dịch màng phổi thậm chí nhiễm khuẩn huyết.

- Thất búi tĩnh mạch: là phương pháp dùng các vòng cao su thắt vào các búi tĩnh mạch gây thiếu máu hoại tử rồi xơ hoá thành tĩnh mạch. Dụng cụ cần thiết là súng bắn vòng cao su: loại bắn 1 phát tức là sau khi thất một nút lại phải lồng vòng cao su khác vào và loại bắn nhiều phát được lồng sẵn 5-6 vòng để có thể thắt liên tục 5-6 búi. Súng bắn được đưa qua máy soi, tiến hành soi thực quản dạ dày, đặt đầu ống soi sát búi tĩnh mạch cần thắt rồi hút từ từ để búi tĩnh mạch chui vào vòng nhựa của súng bắn, điều khiển phía ngoài để đẩy vòng cao su ra thắt búi tĩnh mạch. Chỉ áp dụng thắt cho búi tĩnh mạch thực quản hoặc tâm vị mà không áp dụng cho tĩnh mạch dẫn ở dạ dày. Hiệu quả tương tự phương pháp tiêm xơ.

- Gây tắc tĩnh mạch thực quản-dạ dày

Dùng dung dịch keo dán sinh học N-Buryl 2-Cyanoacrylate trộn với Lipiodol tiêm qua nội soi tiêm vào trong búi tĩnh mạch. Thuốc sẽ đông cứng lại sau vài phút trong môi trường lỏng gây thiếu máu, hoại tử và xơ hoá. Thường tiêm 2-3 mũi mỗi lần và tiêm 2-3 đợt gần nhau để gây tắc hoàn toàn. Phương pháp này áp dụng được cả với các dẫn tĩnh mạch ở dạ dày.

7.1.5. Gây tắc các tĩnh mạch thực quản dẫn

Tiêm chất gây tắc vào tĩnh mạch dẫn bằng cách thông TMC vào tới tĩnh mạch vành vị qua nhu mô gan, một biện pháp kết hợp của điện quang can thiệp. Tuy nhiên phương pháp này có nguy cơ chảy máu trong ổ bụng và tắc tĩnh mạch cửa và có chống chỉ định nếu bệnh nhân có cổ trướng, rối loạn đông máu, gan xơ teo.

7.2. Điều trị phẫu thuật

Cho đến nay có rất nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng để điều trị TALTCM nói chung và xử trí biến chứng chảy máu nói riêng. Phẫu thuật hoặc can thiệp trực tiếp vào vùng chảy máu hay ngăn chặn dòng máu đến nơi bị chảy máu hoặc can thiệp gián tiếp bằng cách làm giảm áp lực hệ thống cửa để làm ngừng chảy máu.

7.2.1. Những phẫu thuật can thiệp trực tiếp vùng tĩnh mạch dẫn chảy máu

- Khâu thắt tĩnh mạch thực quản (Crile): Qua đường mổ ngực trái liên sườn 8, phần ba dưới thực quản được bộc lộ, mổ dọc khoảng 7-8cm, các búi tĩnh mạch nhìn thấy rõ được khâu vắt toàn bộ. Phẫu thuật này sẽ thất bại nếu vỡ tĩnh mạch ở phình vị lớn.
- Cắt cực trên dạ dày và 1/3 dưới thực quản (Pheumster): phương pháp này loại bỏ được vùng gây chảy máu nhưng là một phẫu thuật lớn (thường phải mổ ngực-bụng) đối với bệnh nhân nặng.

7.2.2. Những phẫu thuật ngăn cản luồng máu tới vùng thực quản-tâm-phình vị

- Ép tĩnh mạch thực quản vỡ bằng dụng cụ Woschulte: Đó là một ống kim loại gồm 3 hay 5 mảnh ghép lại. Mở phúc mạc mặt trước thực quản để luồn vòng quanh thực quản ngay mức tâm vị hai sợi chỉ catgut. Mở phần cao dạ dày, kéo ống thông đặt từ trên thực quản xuống và đưa ống kim loại bằng một kim chuyên dụng vào thực quản nơi đã sẵn sợi chỉ. Thắt chỉ để ép thực quản đồng thời giữ chặt ống kim loại sẽ ngăn cản dòng máu từ tĩnh mạch vành vị đến vùng tâm-phình vị và làm ngừng chảy máu. Sau khoảng 1 tuần chỉ catgut tiêu đi, ống dạ dày rút bỏ thì các mảnh kim loại tự rời ra và bị loại ra ngoài theo phân.
- Cắt ngang dạ dày rồi nối lại (Tanner): Phần cao dạ dày và thực quản bụng được giải phóng, cắt ngang dạ dày dưới mức tâm vị khoảng 5cm và sau đó nối lại dạ dày tận-tận. Phẫu thuật này phải kèm theo cắt thân kinh X và tạo hình môn vị. Vì tỷ lệ chảy máu tái phát cao (trên 60%) nên phương pháp này ít được áp dụng.
- Cắt ngang thực quản khâu tĩnh mạch rồi nối lại (Walker): Sau khi đã bộc lộ, phần ba dưới thực quản được mổ dọc, ống niêm mạc được tách rời khỏi lớp cơ và sau đó được cắt ngang toàn bộ.
- Cắt nối thực quản bằng dụng cụ nối tự động EEA lên thực quản và tiến hành cắt-nối theo quy trình.

- Cắt thực quản, thắt các nhánh nối dạ dày-thực quản, phần đứng dạ dày kèm cắt lách (Sugiura): đây là phương pháp khó và mất nhiều thời gian, nặng nề đối với bệnh nhân.

7.2.3. Những phẫu thuật giảm áp lực hệ cửa bằng cách giảm dòng máu đến

- Thắt động mạch lách hay thắt động mạch gan và lách nhằm làm giảm lưu lượng máu tới hệ thống cửa có thể làm ngừng chảy máu tuy nhiên tỷ lệ tái phát cao.
- Cắt lách, thắt động mạch lách, vành vị nơi nguyên uỷ, cắt bờ cong lớn dạ dày (Peter Vomack) vừa có tác dụng giảm lượng máu đến hệ cửa vừa giảm một phần luồng máu tới thực quản.

7.2.4. Những phẫu thuật tạo lưu thông cửa-chủ: nhìn chung các phẫu thuật này nhằm mục đích tạo các luồng máu từ hệ tĩnh mạch cửa trực tiếp đổ về hệ tĩnh mạch chủ, do đó sẽ làm giảm áp lực hệ cửa chống chảy máu.

7.2.4.1. Tạo dính kích thích các nhánh nối cửa-chủ

- Đưa mạc nối lớn ra hố thận (Talma): bóc tách thận và dùng mạc nối lớn bọc vào thận, tuần hoàn cửa-chủ sẽ được thiết lập tự nhiên sau một thời gian.
- Đưa lách lên trên cơ hoành (Nylader và Turunen): Đưa lách qua cơ hoành lên trên ngực trái, tuần hoàn phụ phát triển sẽ đưa máu từ tĩnh mạch lách về tĩnh mạch liên sườn trái trở về tĩnh mạch chủ trên.

7.2.4.2. Nối mạch làm giảm áp lực toàn bộ

- Nối cửa-chủ tận-bên hoặc bên-bên:

Trong phương pháp nối cửa-chủ tận-bên, tĩnh mạch cửa được cắt đôi, thắt đầu trung tâm lại, đầu ngoại vi nối với tĩnh mạch chủ. Như vậy toàn bộ máu hệ cửa qua miệng nối về hệ chủ, áp lực tĩnh mạch cửa giảm mạnh nên phòng chống chảy máu rất tốt, song lưu lượng máu qua gan giảm rất nhiều, chức năng gan bị ảnh hưởng nghiêm trọng, dễ gây ra hội chứng não-cửa chủ (15-30%) và suy gan.

- Nối cửa-chủ bên-bên có ưu điểm hơn nối tận bên là vẫn còn một phần dòng máu tĩnh mạch cửa qua gan nên giảm được tỷ lệ suy gan và não cửa-chủ.

Miệng nối cửa-chủ có kích thước khá lớn và lưu lượng máu qua nhiều nên nguy cơ tắc miệng nối thấp.

- Nối lách-thận trung tâm hoặc ngoại vi:

Trong phương pháp nối lách-thận ngoại vi, sau khi cắt lách tĩnh mạch lách ở cuống lách được phẫu tích một đoạn khoảng 7cm và đưa nối với tĩnh mạch thận trái tận-bên. Phẫu thuật này thường gặp nhiều khó khăn về kỹ thuật, hơn nữa khẩu kính tĩnh mạch nhỏ nên áp lực giảm không nhiều và dễ tắc miệng nối.

Với phẫu thuật nối lách-thận trung tâm, tĩnh mạch lách được phẫu tích ở bờ dưới tuy phần trung tâm gần với tĩnh mạch thận hơn do đó dễ nối đồng thời ít

nhánh bên nên dễ phẫu tích. Khẩu kính tĩnh mạch cũng lớn hơn đoạn ngoại vi nên miệng nối ít tắc hơn.

So với nối cửa-chủ thì nối lách-thận làm giảm áp kém hơn nhưng tỷ lệ nguy cơ não cửa-chủ và suy gan thấp hơn.

- Nối tĩnh mạch mạc treo tràng-chủ: Tĩnh mạch chủ được phẫu tích tới đoạn phân nhánh tĩnh mạch chậu thì cắt đôi, thắt đầu ngoại vi, nối đầu trung tâm với tĩnh mạch mạc treo tràng trên tân-bên, hoặc có thể nối từ tĩnh mạch mạc treo tràng trên sang tĩnh mạch chủ dưới bằng một cầu nối. Phương pháp này thường hay áp dụng cho teo TMC ở trẻ em hoặc những trường hợp tắc TMC tới hợp lưu tĩnh mạch mạc treo tràng trên với thân tĩnh mạch lách mạc treo.

7.2.4.3. Nối mạch làm giảm áp lực chọn lọc

- Nối lách-thận đầu xa kiểu Warren: Tĩnh mạch lách được phẫu tích giống như trong nối lách-thận trung tâm nhưng đầu trung tâm thắt lại, đầu ngoài đưa nối với tĩnh mạch thận trái và vẫn bảo tồn lách, kèm theo thắt tĩnh mạch vị mạc nối phải và môn vị. Phẫu thuật này chia hệ TMC làm 2 vùng: vùng cần giảm áp lực là quanh thực quản-tâm-phình vị, máu sẽ qua tĩnh mạch dạ dày ngấn qua lách rồi qua miệng nối về hệ chủ; vùng các tĩnh mạch mạc treo vẫn duy trì áp lực dòng máu về gan để nuôi dưỡng gan và đưa các chất hấp thu từ ruột qua gan để chuyển hoá. Như vậy phẫu thuật này đảm bảo phòng chống chảy máu tốt đồng thời tránh được hội chứng não cửa-chủ và suy gan.
- Nối vành vị-chủ (phẫu thuật Inokuchi): tĩnh mạch vành vị được phẫu tích tới tận chỗ đổ vào TMC một cách tử mĩ và cẩn thận vì nó rất mảnh và dễ rách, thắt đầu trung tâm, nối đầu ngoại vi với tĩnh mạch chủ tân-bên qua bắt cầu bằng tĩnh mạch tự thân thường là tĩnh mạch hiển. Về lý thuyết hiệu quả của phương pháp này tương tự như phẫu thuật Warren.

7.2.4.4. Nối cửa-chủ kèm động mạch hoá tĩnh mạch cửa trong gan

Trên cơ sở nghiên cứu thấy phẫu thuật nối cửa-chủ làm giảm áp lực hệ cửa tốt nhưng có nhiều biến chứng não cửa-chủ và suy gan do giảm dòng máu về gan nên năm 1972 Maillard đã tiến hành nối một nhánh động mạch (động mạch lách hay cầu nối từ động mạch chủ) vào đầu trung tâm của TMC đã thắt. Phẫu thuật này đã làm giảm được tỷ lệ biến chứng não cửa-chủ và suy gan, song kỹ thuật khá phức tạp, diễn biến nặng nề đối với bệnh nhân đang có chảy máu và rối loạn chức năng gan.

Cũng phải nói thêm rằng trong TALTMC chảy máu tiêu hoá còn có thể do tổn thương khác như loét chột, viêm hoặc loét dạ dày-tá tràng, vì vậy trong điều trị tùy thuộc tổn thương mà có thái độ xử trí phù hợp.

8. KẾT LUẬN

Chảy máu tiêu hoá do TALTMC là biến chứng chủ yếu, nguyên nhân gây tử vong chính của hội chứng này. Trong chẩn đoán, bên cạnh việc xác định mức độ mất máu để có biện pháp hồi sức kịp thời thì nội soi dạ dày thực quản tìm nguyên nhân, vị trí tổn thương là động tác có tính quyết định.

Mục đích điều trị là làm ngừng chảy máu càng sớm càng tốt bằng biện pháp hiệu quả, ít tác dụng phụ, ít tai biến và biến chứng, nguy cơ chảy máu tái phát thấp, do đó nội soi vừa để chẩn đoán vừa có thể cầm máu qua nội soi bằng tiêm xơ là phương pháp được đánh giá cao. Chỉ định phẫu thuật cấp cứu cần được cân nhắc, đánh giá dựa vào tình trạng bệnh nhân cũng như điều kiện, cơ sở trang thiết bị và trình độ phẫu thuật viên. Tùy theo loại tổn thương gây chảy máu, toàn trạng bệnh nhân và mức độ rối loạn chức năng gan mà chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp cho từng trường hợp cụ thể.

10. LỒNG RUỘT CẤP TÍNH Ở TRẺ CÒN BÚ

Lồng ruột là hiện tượng đoạn ruột phía trên chui vào lòng của đoạn ruột phía dưới theo chiều nhu động hoặc ngược lại. Tùy theo diễn biến chia làm 3 loại: Lồng ruột cấp tính gặp ở lứa tuổi còn bú (dưới 24 tháng tuổi), lồng ruột bán cấp ở trẻ lớn và lồng ruột mãn tính ở người lớn.

Lồng ruột cấp tính ở trẻ còn bú là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất ở lứa tuổi này, cần được phát hiện và xử trí sớm, tránh hoại tử ruột gây tử vong.

Những năm gần đây, nhờ được chẩn đoán và điều trị sớm hơn, nhờ những tiến bộ về gây mê hồi sức trẻ em, đặc biệt ở nước ta nhờ áp dụng rộng rãi phương pháp tháo lồng bằng bơm hơi vào đại tràng, tỉ lệ tử vong của lồng ruột cấp đã giảm đi rõ rệt. Tại khoa phẫu thuật trẻ em Bệnh viện Việt - Đức, tỉ lệ tử vong do lồng ruột cấp tính ở trẻ em là 25,4% (1957-1967) đã giảm xuống còn 1,71% (1980-1984) và 5 năm gần đây (1999-2003) không có tử vong.

1. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

Lồng ruột cấp tính có thể do nhiều nguyên nhân gây ra.

1.1. Nguyên nhân thực thể

Chỉ có 2-8% lồng ruột cấp tính tìm thấy được nguyên nhân trong lúc mổ:

- Manh tràng và đại tràng lên di động, không dính hoặc chỉ dính lỏng lẻo vào thành bụng sau.
- Một số trường hợp lồng ruột cấp tính có khởi điểm là túi thừa Meckel, polyp, u ruột đôi hoặc búi giun....

1.2. Nguyên nhân không rõ ràng

Phần lớn lồng ruột cấp tính không thấy có nguyên nhân rõ ràng. Có nhiều cách giải thích khác nhau để cắt nghĩa cơ chế lồng ruột. Có thể tóm tắt thành 2 giả thuyết chính như sau:

1.2.1. Thuyết virus

Các tác giả theo thuyết này cho rằng do một nhóm virus gây viêm hạch mạc treo, đã kích thích và gây rối loạn các phản xạ thần kinh thực vật, làm thay đổi nhu động ruột gây nên lồng ruột. Trên thực tế:

Lồng ruột cấp tính thường gặp vào mùa virus phát triển.

Đa số các trường hợp lồng ruột cấp tính khi mổ ra thấy hạch mạc treo viêm rõ.

Đã tìm thấy bằng chứng cho thấy viêm hạch mạc treo liên quan với nhiễm virus.

1.2.2. Thuyết giải phẫu

Một số tác giả nhận xét thấy ở trẻ em từ 4-12 tháng tuổi manh tràng phát triển to nhanh hơn nhiều so với hồi tràng, do đó có sự khác nhau về nhu động giữa hồi tràng và manh tràng gây nên lồng ruột. Giả thuyết này đã giải thích được vì sao lồng ruột cấp tính hay gặp ở lứa tuổi này và thường xảy ra ở vùng hồi-manh tràng.

2. YẾU TỐ THUẬN LỢI

Lồng ruột cấp tính thường ít thấy nguyên nhân cụ thể, nhưng người ta thấy có một số yếu tố thuận lợi gây bệnh:

- Tuổi: Gặp nhiều nhất 4-8 tháng.
- Giới: Nam bị bệnh nhiều hơn nữ. Tỷ lệ nam/nữ = 3/2 → 2/1.
- Thể trạng và chế độ ăn: hay gặp ở trẻ khoẻ mạnh, bú bầm và bú sữa mẹ. Rất hiếm thấy lồng ruột ở trẻ gầy còm, suy dinh dưỡng.
- Thời tiết: Bệnh phụ thuộc rõ theo mùa: ở Việt Nam gặp nhiều vào mùa đông - xuân (từ tháng 11 đến tháng 4 dương lịch).
- Yếu tố bệnh lý: Một số trường hợp lồng ruột cấp tính xảy ra sau viêm ruột ỉa chảy, viêm nhiễm đường hô hấp.

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

3.1. Khối lồng

Cắt dọc một khối lồng đơn giản thấy:

- Ba lớp: Lớp ngoài, lớp giữa, lớp trong.
- Một đầu khối lồng: Là nơi tiếp giáp giữa 2 lớp giữa và trong và là khởi điểm của khối lồng.
- Một cổ khối lồng: Là nơi tiếp giáp giữa 2 lớp giữa và lớp ngoài.
- Mạc treo nuôi dưỡng: Kẹt giữa lớp giữa và lớp trong. Cổ khối lồng càng hẹp, mạch máu nuôi dưỡng đoạn ruột lồng càng bị cản trở, ruột càng nhanh bị hoại tử.

Hiếm gặp: 1 khối lồng phức tạp có 2 đầu, 2 cổ và 5 lớp.

3.2. Chiều lồng

Đa số đoạn ruột trên chui vào đoạn ruột dưới theo chiều nhu động.

Hiếm gặp lồng ruột giật lùi do giun đũa: Đoạn ruột trên do nhu động quá mạnh ôm phủ đoạn ruột dưới.

3.3. Thương tổn giải phẫu bệnh lý

Các thương tổn giải phẫu bệnh lý của lồng ruột do 2 yếu tố gây ra: Cản trở lưu thông ruột do khối lồng làm tắc lòng ruột và cản trở tuần hoàn mạch máu

nuôi dưỡng đoạn ruột lồng. Mức độ thương tổn tùy thuộc vào thời gian điều trị bệnh sớm hay muộn và cổ khối lồng rộng hay hẹp.

Khi mổ có thể thấy:

- Ổ bụng: Có dịch trong hoặc đục.
- Ruột trên chỗ lồng: Giãn chứa hơi, dịch ứ đọng.
- Mạc treo ruột: Nhiều hạch viêm, phù dày hay lấm chấm xuất huyết.
- Khối lồng: Khi tháo ra đoạn ruột lồng có thể chỉ phù nề hơi tím, hồng lại nhanh. Có trường hợp khối lồng chặt không tháo ra hết được hoặc khi tháo ra đoạn ruột lồng đã hoại tử, thủng.

3.4. Xếp loại lồng ruột

Dựa vào vị trí lồng chia làm 3 loại:

- Lồng ruột non: Chỉ có ruột non lồng vào ruột non (lồng hồi-hồi tràng hồng-hồng tràng). Loại này hiếm gặp và khó chẩn đoán.
- Lồng đại tràng: Chỉ có đại tràng lồng vào đại tràng (lồng manh-dại tràng, đại-dại tràng). Loại này cũng ít gặp.
- Lồng ruột non vào đại tràng: Loại này hay gặp nhất, chiếm 90-95% (lồng hồi -manh tràng, hồi - đại tràng).

Trên thực tế hay gặp 3 loại theo thứ tự:

- Lồng ruột hồi - manh tràng: Đầu khối lồng là van Bauhin, cổ khối lồng là manh tràng rộng nên dễ tháo.
- Lồng ruột hồi - đại tràng: Đầu khối lồng là hồi tràng, cổ khối lồng là van Bauhin là nơi hẹp nhất nên nhanh dẫn tới hoại tử ruột và rất khó tháo.
- Lồng ruột manh-dại tràng: Đầu khối lồng là đáy manh tràng, cổ khối lồng là đại tràng nên cũng rộng và dễ tháo.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Triệu chứng cơ năng

Thường gặp ở trẻ bụ bẫm, đang ăn đang chơi bình thường đột nhiên:

- *Khóc thét từng cơn*: Là biểu hiện sớm và nổi bật nhất. Cơn khóc xuất hiện đột ngột, dữ dội, trẻ ưỡn người, bỏ bú, mỗi cơn khóc kéo dài vào phút sau đó trẻ mệt thiếp đi, tỉnh dậy có thể bú lại, nhưng chỉ một lát sau cơn khóc khác lại tiếp diễn...
- *Nôn*: Thường xuất hiện ngay sau cơn khóc đầu tiên, đôi khi nôn là triệu chứng khởi đầu. Lúc đầu nôn ra sữa hoặc thức ăn mới ăn vào, sau nôn ra dịch mật.
- *Ỉa máu*: Thường xảy ra trung bình 6-8 giờ sau cơn khóc đầu tiên, thời gian ỉa máu càng sớm khối lồng càng chặt càng khó tháo. Có thể máu

hồng lẫn chất nhầy, máu đỏ tươi hoặc nâu có khi có cả cục máu đông. Ở máu thường là dấu hiệu muộn, nhưng nhiều khi mới làm bố mẹ chú ý tới và đưa trẻ đi khám.

4.2. Triệu chứng toàn thân

Giai đoạn sớm ít thay đổi. Giai đoạn muộn có dấu hiệu mất nước, nhiễm trùng, nhiễm độc: Trẻ lơ đãng, hốc hác, da xanh tái, có khi sốt cao 39-40 độ. ..

4.3. Triệu chứng thực thể

- *Khối lồng*: Khi trẻ đến sớm bụng không trướng, sờ nắn ngoài cơn đau có thể thấy khối lồng hình thoi, chắc, mặt nhẵn, ấn đau, nằm theo khung đại tràng.

Trong những giờ đầu khối lồng thường nằm ở dưới sườn phải ngay dưới gan. Trường hợp trẻ đến muộn, khối lồng xuống thấp, nhưng bụng trướng hơn nên khó sờ thấy khối lồng. Đây là dấu hiệu đặc hiệu nhất để chẩn đoán lồng ruột.

- *Hố chậu phải rỗng*: Do manh tràng di chuyển lên trên, nhưng chỉ thấy khi đến rất sớm (vì ruột non ứ đọng hơi và nước sẽ nhanh chóng tới lấp đầy nên hố chậu phải không còn rỗng nữa). Dấu hiệu này ít có giá trị.
- *Thăm trực tràng*: Thăm trực tràng bằng ngón tay út có máu theo tay. Chú ý bệnh nhân đến sớm có thể chưa có máu, đến muộn đôi khi sờ thấy đầu khối lồng.

5. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

5.1. X quang bụng không chuẩn bị

Chụp bụng không chuẩn bị ít có giá trị chẩn đoán, có thể thấy một số dấu hiệu gợi ý:

- Hình một khối mờ ở vùng dưới sườn phải hoặc trên rốn (tương ứng với vị trí khối lồng).
- Không có hơi ở hố chậu phải: do manh tràng di chuyển lên trên.
- Mức nước-hơi ở ruột non: do tắc ruột.
- Liềm hơi: do ruột đã bị hoại tử thủng. Chống chỉ định bơm hơi hoặc thụt barit vào đại tràng

5.2. X quang có bơm hơi hoặc thụt barit vào đại tràng

Chụp X quang có bơm hơi hoặc thụt barit vào đại tràng cho những hình ảnh đặc hiệu của lồng ruột. Các hình ảnh thường gặp:

- Hình đáy chén.
- Hình còng cua.
- Hình vòng bia.

Bơm hơi hay thụt barit nhằm hai mục đích: Vừa chẩn đoán vừa điều trị (tháo lồng). Chống chỉ định tuyệt đối khi đã có dấu hiệu viêm phúc mạc.

5.3. Siêu âm ổ bụng

Hiện nay siêu âm được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán lồng ruột và có thể thay thế cho X quang. Đây là phương tiện chẩn đoán vô hại, dễ thực hiện, tuy nhiên độ chính xác còn phụ thuộc nhiều vào người làm siêu âm.

Siêu âm có thể thấy được:

- Hình ảnh khối lồng:

Cắt ngang: Hình khối lồng là một vòng tròn đường kính > 3cm, vùng trung tâm tăng âm, vùng ngoài giảm âm (hình vòng bia).

Cắt dọc: Hình khối lồng là một khối đậm âm ở giữa, được viền quanh bởi một vành ít âm (hình bánh sandwich).

- Vị trí khối lồng: Đặc hiệu khối lồng nằm ngoài khung đại tràng (lồng ruột non), không thấy được trên phim chụp đại tràng.

Siêu âm ổ bụng ngoài mục đích chẩn đoán, còn được sử dụng để theo dõi trong và sau tháo lồng.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào dấu hiệu lâm sàng:

Khóc cơn.

Ỉa máu.

Nôn.

Sờ thấy khối lồng.

- Trường hợp không sờ thấy khối lồng:

Dựa vào X quang hoặc siêu âm

Chẩn đoán xác định: Khi thấy hình ảnh khối lồng.

- Trường hợp đến muộn:

Triệu chứng tắc ruột hoặc VPM + ỉa máu = lồng ruột.

Nếu còn nghi ngờ: Chụp bụng không chuẩn bị tìm hình ảnh tắc ruột (mức nước-hơi), hoặc siêu âm ổ bụng tìm khối lồng. Không được bơm hơi hoặc thụt barit vào đại tràng trong trường hợp này.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

Lồng ruột cấp tính ở trẻ còn bú cần được phân biệt với một số bệnh có:

- Ỉa máu:

Phân biệt với: Ly, polyp ruột, viêm túi thừa Meckel, viêm dạ dày - ruột non. Các bệnh này trẻ không quấy khóc thành cơn dữ dội và ít nôn... Song, trước một

trường hợp ỉa máu ở trẻ còn bú chỉ được nghĩ tới các bệnh khác sau khi đã loại trừ lồng ruột cấp.

- **Nôn:**

Phân biệt với: Viêm màng não, viêm nhiễm đường hô hấp. Cần khám kỹ về nội khoa, chụp X quang phổi... để xác định bệnh.

- **Khối lồng:**

Khi sờ nắn thấy khối lồng cần phân biệt với búi giun. Búi giun thường nằm quanh rốn, sờ thấy các rãnh của giun. Nếu cầu, siêu âm ổ bụng hoặc chụp đại tràng có bơm hơi để chẩn đoán.

7. DIỄN BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Sau khi hình thành khối lồng, dưới ảnh hưởng của các sóng nhu động ruột, đoạn ruột lồng ngày càng chui sâu vào đoạn ruột phía dưới.

Cùng với lồng ngày càng chui sâu vào đoạn ruột phía dưới.

Cùng với đoạn ruột lồng, mạc treo nuôi dưỡng cũng bị kéo theo vào và ngày càng bị kéo căng, gấp gộc và bị cổ khối lồng thắt nghẹt.

Do vậy lồng ruột cấp tính không tự tháo được. Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ dẫn đến hoại tử ruột gây viêm phúc mạc, bệnh nhân có thể tử vong.

8. ĐIỀU TRỊ

Lồng ruột cấp tính ở trẻ còn bú khi đã chẩn đoán xác định, cần được điều trị càng sớm càng tốt. Có hai phương pháp điều trị:

8.1. Tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi hay thụt barit vào đại tràng

Tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi vào đại tràng được áp dụng ở Việt Nam lần đầu tiên năm 1964 và ngày càng được hoàn thiện, thay thế cho tháo lồng bằng thụt barit. Hiện nay ở nước ta tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi đã được sử dụng rộng rãi đến tận tuyến cơ sở và tỏ ra có nhiều ưu điểm: Đơn giản dễ thực hiện, cho kết quả tốt và ít tổn kém.

8.1.1. Chỉ định tháo lồng

- Bệnh nhân đến sớm trước 48h.
- Chưa có dấu hiệu viêm phúc mạc.

8.1.2. Kỹ thuật tháo lồng

- Tiêm mê bằng Atropin + Aminazin hoặc gây mê tĩnh mạch.
- Bơm hơi với áp lực $P < 10\text{cmHg}$ (hoặc thụt barit) vào đại tràng.
- Theo dõi trên lâm sàng, dưới màn huỳnh quang hoặc siêu âm.

8.1.3. (Tiêu chuẩn tháo lồng)

- Dựa vào lâm sàng:
Áp lực bơm hơi đột ngột tụt xuống (do hơi sang ruột non).
Bụng trướng đều.
Không còn sờ thấy khối lồng.

Chưa chắc chắn: Chụp X quang bụng thấy hình ảnh hơi sang ruột non lộ chỗ như tổ ong ở giữa bụng, hoặc siêu âm bụng kiểm tra thấy mất hình ảnh khối lồng nếu lồng ruột đã được tháo.

- Theo dõi dưới màn huỳnh quang hoặc siêu âm:
Manh tràng ngấm đầy hơi hoặc barit.
Mất hình ảnh khối lồng.
Hơi hoặc barit đột ngột tràn sang ruột non.

8.1.4. Theo dõi sau tháo lồng

Bình thường: Sau tháo lồng trẻ ngủ yên, tỉnh dậy chơi ngoan, bú tốt, không nôn, sau 6-8 giờ ỉa phân vàng.

Phát hiện các biến chứng:

- Sốt cao sau tháo lồng: chỉ cần điều trị bằng thuốc hạ sốt, chườm lạnh.
- Tháo chưa hết: Đặc biệt trong trường hợp lồng kép hồi-hồi đại tràng mặc dù hơi hoặc barit đã sang ruột non nhưng vẫn có thể còn sót lồng hồi-hồi tràng.
- Vỡ ruột: Do bơm áp lực quá cao (hỏng van an toàn, phân làm tắc các ống dẫn...), bơm hơi hoặc thụt barit khi bệnh nhân đến quá muộn...

8.2. Phẫu thuật

Đa số các nước mổ tất cả các trường hợp lồng ruột với ưu điểm: Thấy rõ tận mắt thương tổn để xử lý, nếu có nguyên nhân thực thể gây lồng ruột thì giải quyết được ngay. Trong điều kiện nước ta, chỉ mổ trong một số trường hợp có chỉ định.

8.2.1. Chỉ định mổ

- Tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi (hay thụt barit) không có kết quả.
- Bệnh nhân đến muộn > 48 giờ.
- Có dấu hiệu viêm phúc mạc.

8.2.2. Kỹ thuật mổ

- Mê NKQ, đặt ống thông dạ dày.
- Mở bụng đường giữa trên rốn hoặc đường bờ ngoài cơ thẳng to bên phải.

- Kiểm tra thương tổn.
- Tháo lồng bằng tay: Dùng tay nắn nhẹ nhàng từ dưới lên trên ngược với chiều lồng để đẩy khối lồng ra. Tuyệt đối không được kéo đoạn ruột chui vào khối lồng.

Nếu ruột tím, đắp huyết thanh ấm và phong bế mạc treo bằng novocain và chờ đợi, nếu ruột hồng trở lại thì bảo tồn.

Việc cắt ruột thừa cố định manh tràng đối với lồng ruột cấp tính là không cần thiết.

Tìm và giải quyết nguyên nhân nếu có: Manh tràng di động, túi thừa Meckel. ..

- Cắt đoạn ruột khi khối lồng đã hoại tử: Tùy theo tình trạng bệnh nhân, kinh nghiệm phẫu thuật viên, và khả năng gây mê hồi sức, sau khi cắt đoạn ruột có thể:

Nối ngay hai đầu ruột tận-tận bằng chỉ liên kim 4,0-5,0.

Đưa hai đầu ruột ra ngoài kiểu Mickulicz.

8.2.3. Chăm sóc sau mổ

- Ống thông dạ dày, kháng sinh, bù nước điện giải.
- Phát hiện các biến chứng sau mổ: Sốt cao co giật, viêm phổi, hoại tử ruột, bục miệng nối, biến chứng của hậu môn nhân tạo...

11. SỎI ỔNG MẬT CHỦ VÀ CÁC BIẾN CHỨNG CẤP TÍNH

1. SỎI ỔNG MẬT CHỦ (OMC)

Bao gồm sỏi trong đường mật tính từ dưới hợp lưu 2 ống gan tới bóng Vater không kể đến túi mật.

Bệnh thường gặp ở lứa tuổi trưởng thành và tăng theo tuổi, không có sự khác nhau nhiều giữa nam và nữ.

Những đặc điểm cơ bản của sỏi OMC:

- Nguyên nhân tạo sỏi do ứ trệ và nhiễm khuẩn đường mật, đặc biệt là vai trò của giun đũa. Phần lớn các bệnh nhân có sỏi OMC đều có tiền sử những lần đau bụng kiểu giun chui ống mật và nghiên cứu cấu trúc sỏi người ta thấy lõi của sỏi có xác và trứng giun đũa. Giả thuyết cho rằng giun chui lên đường mật mang theo vi khuẩn đường ruột gây ứ trệ và viêm đường mật do vi khuẩn đã tạo điều kiện hình thành sỏi. Ngoài ra vi khuẩn (E.Coli) tiết ra men Beta-glucoronidase phân huỷ glucoronide một dạng của bilirubin kết hợp để tạo thành muối calci bilirubinate. Vi khuẩn đường mật, cũng giải phóng ra phospholipase men này biến lecithin trong mật thành isolecithen và một số chất nữa tạo điều kiện thuận lợi cho chúng kết hợp với calci để tạo thành các muối mật thành phần của sỏi mật.
- Thành phần của sỏi mật ở nước ta chủ yếu là muối mật (Calcium-Bilirubinate). Trong khi đó thành phần sỏi mật ở các nước phương Tây hay Bắc Mỹ chủ yếu là cholesterol.
- Sỏi OMC có thể hình thành tại chỗ hay trên gan hoặc túi mật rơi xuống, sỏi OMC đơn thuần thường ít, thường có sỏi trong gan phối hợp tới trên 70% các trường hợp. Sốt sỏi sau mổ và sỏi mật tái phát ở nước ta còn rất cao do nhiều yếu tố như nhiễm trùng đường mật tái diễn, hẹp đường mật, sỏi trong gan... và thiếu áp dụng các phương tiện phát hiện sỏi trong lúc mổ.

1.1. Triệu chứng lâm sàng

Khi sỏi được hình thành trong OMC, ngày càng phát triển về kích thước có thể im lặng không gây ra các triệu chứng lâm sàng rõ ràng (20%) nếu sỏi không gây tắc mật hay không di chuyển xuống phần thấp của OMC.

Trong các đợt cấp hay thể điển hình có các dấu hiệu sau:

1.1.1. Cơ năng

- Tam chứng Charcot:

- Đau bụng: thường đau vùng gan, kiểu giun chui ống mật, mức độ thường rất dữ dội do sỏi gây tắc hoàn toàn hay bán phần đường mật làm cho áp lực đường mật tăng cao đột ngột. Đau bụng vùng hạ sườn phải xuyên ra sau lưng hay lên vai phải, cũng có khi đau vùng thượng vị nên dễ nhầm với cơn đau do ổ loét dạ dày tá tràng. Trong lúc đau nếu người bệnh ăn hay uống đau sẽ tăng lên do đường mật bị kích thích.
- Sốt: xuất hiện sau các cơn đau vài giờ (6-12 giờ) do nhiễm khuẩn đường mật, với các cơn sốt rét run và vã mồ hôi sau đó nhiệt độ có thể trở lại bình thường hoặc hơi tăng.
- Vàng da: sau đau bụng và sốt tắc mật có thể rất rõ hay kín đáo.

Các triệu chứng trên thường xuất hiện trong thời gian từ 5-7 ngày rồi người bệnh lại hoàn toàn bình thường hoặc tiến triển nặng hơn nữa.

- Trong các đợt tắc mật có thể thấy người bệnh đái ít nước tiểu sẫm màu như nước vối và ngữa. Cũng có thể có các dấu hiệu của rối loạn tiêu hoá như chán ăn, nôn hay buồn nôn và đặc biệt đau bụng tăng lên sau khi ăn.

1.1.2. Thực thể

Da niêm mạc vàng thường dễ phát hiện trong các trường hợp rõ ràng, những trường hợp không rõ phải thăm khám củng mạc mắt, lòng bàn tay...

- Gan to thường đều và cả 2 thùy, mật độ mềm, rung gan đau.
- Túi mật to có thể rất rõ, di động theo nhịp thở đôi khi xuống gần hố chậu phải, tắc mật lâu ngày và sau các đợt viêm đường túi mật có thể bị viêm teo nhỏ lại, nên khi thăm khám không thấy túi mật to lúc đó nghiệm pháp Murphy sẽ dương tính.

1.1.3. Toàn thân

Tình trạng nhiễm khuẩn: hơi thở hôi, sốt 38-39°C. Có thể xuất hiện các dấu hiệu của suy thận như đái ít hay vô niệu trong các đợt viêm đường mật nặng. Đặc biệt có các dấu hiệu của rối loạn chức năng đông máu của gan như chảy máu dưới da, củng mạc do tắc mật.

1.1.4. Các dấu hiệu máu và sinh hoá

- Tình trạng nhiễm khuẩn: số lượng bạch cầu tăng trên 10-15.000/ml máu, chủ yếu tăng bạch cầu đa nhân trung tính.
- Tắc mật: Bilirubin máu tăng cao, tăng loại bilirubin trực tiếp (BT 17μmol/l)

Men phosphat kiềm tăng (bình thường không hơn 10đv KA).

Trong các đợt viêm đường mật nặng có thể có các dấu hiệu của:

- Suy thận: urê máu, creatinin máu cao.

- Rối loạn chức năng gan về đông máu: Tỷ lệ prothombin giảm, kéo dài thời gian đông máu. Ở giai đoạn nặng có thể thấy các dấu hiệu của đông máu rải rác trong lòng mạch (CIVD).

1.1.5. X quang

Sỏi OMC không cản quang nhưng chụp gan có thể cho thấy hình ảnh gan to, bóng túi mật to.

1.1.6. Siêu âm gan mật

Các hình ảnh thường là gan to, nhu mô không đều, đường mật trong và ngoài gan giãn, túi mật to, sỏi trong OMC là các đám đậm âm kèm bóng cản. Sỏi OMC có thể không phát hiện được trên siêu âm khi sỏi nhỏ kẹt phần thấp và do tá tràng giãn. Lưu ý các thương tổn khác phối hợp như sỏi trong gan, sỏi túi mật, hay giun đường mật. Nếu có điều kiện có thể siêu âm trong lúc mổ để phát hiện sỏi phối hợp trong gan hay kiểm tra đã lấy hết sỏi chưa.

1.1.7. Chụp đường mật

- Qua đường nội soi chụp mật tụy ngược dòng (ERCP) thấy đường mật giãn và sỏi trong đường mật (vị trí và số lượng sỏi).
- Chụp đường mật trong lúc mổ.
- Chọc qua nhu mô gan; có giá trị cao nhưng ngày càng ít được dùng vì có biến chứng và có các biện pháp chẩn đoán khác thay thế tốt hơn.
- Bằng đường uống hay tĩnh mạch ít được sử dụng hiện nay.

1.1.8. CT scanner gan mật

Hình ảnh giãn đường mật, thấy sỏi ở phần thấp đường mật

1.1.9. Nội soi đường mật: sau mổ cơ thắt Oddi qua nội soi hay trong lúc mổ để chẩn đoán và lấy sỏi hay làm tan sỏi trong đường mật.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: Cơ năng: tam chứng Charcot
Thực thể: vàng da, túi mật to trong các đợt cấp
- Sinh hoá: Nhiễm khuẩn và tắc mật trong đợt cấp
- Siêu âm: Đường mật trong và ngoài gan giãn, sỏi trong OMC
- Chụp đường mật qua ERCP hay qua da: Đường mật giãn, sỏi là các vùng khuyết.

2.2. Phân biệt

2.2.1. Với các bệnh vàng da không có tắc mật

- Thiếu máu do tan máu từng đợt.
- Viêm gan do virus.
- Xoắn khuẩn.

2.2.2. Với các bệnh tắc mật khác

- U đầu tụy
- U bóng Vater.
- U nang đường mật.
- Ung thư đường mật.

3. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ SỎI OMC

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Điều chỉnh lại các rối loạn về chức năng gan đặc biệt chức năng đông máu: Phải tiêm vitamin K và kiểm tra tỷ lệ prothrombine trước mổ.
- Dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn đường mật.
- Nâng cao thể trạng người bệnh có thể phải truyền đạm, máu trước mổ.

3.2. Các phương pháp điều trị

3.2.1. Lấy sỏi mật qua đường nội soi sau khi chụp mật tụy ngược dòng (ERCP) và mở cơ thắt qua nội soi (ES) được áp dụng trong những năm gần đây.

Qua nội soi tá tràng, chụp đường mật tụy ngược dòng, xác định chẩn đoán và vị trí cũng như kích thước và số lượng sỏi OMC. Mở cơ thắt Oddi qua đường nội soi, qua chỗ mở cơ thắt đưa vào đường mật ống thông lấy sỏi Dormia hay Fogarty kéo sỏi xuống tá tràng.

Chỉ định trong các trường hợp sỏi nhỏ, có đường kính khoảng 1cm, người bệnh có bệnh phối hợp hoặc sau mổ... không làm được khi đã cắt dạ dày.

3.2.2. Mở OMC lấy sỏi và đặt ống dẫn lưu Kehr: là phương pháp điều trị kinh điển vẫn được áp dụng chủ yếu ở nước ta. Người bệnh chịu phẫu thuật nặng nề nhất là trong cấp cứu, do vậy phải hạn chế mổ nhiều lần do còn bỏ sót sỏi hoặc không lấy được do sỏi kết hợp ở trong gan, để hạn chế sót sỏi sau mổ nên có chụp đường mật, nội soi đường mật hoặc siêu âm gan mật trong lúc mổ.

Trong một số ít trường hợp khi đường mật tương đối sạch, đảm bảo lấy hết sỏi có thể khâu kín đường mật không cần đặt dẫn lưu Kehr (mở đường mật lý tưởng).

Những thủ thuật kết hợp với mở OMC lấy sỏi dẫn lưu Kehr:

- Dẫn lưu Volhker (dẫn lưu OMC qua tá tràng) nếu như có chít hẹp cơ Oddi có thể sau khi mở đường mật lấy sỏi rồi kiểm tra thấy có viêm chít cơ Oddi thì mở dọc đoạn 2 tá tràng, kết hợp qua nơi mở OMC đưa vào OMC 1 ống thông thăm dò về phía cơ Oddi, đầu ống thăm dò làm mềm, dùng dao điện mở dọc chỗ 12 giờ chừng 1cm, đưa được ống thăm dò xuống tá tràng. Qua tá tràng và nơi mở cơ thắt đưa vào OMC dẫn lưu, khâu OMC và tá tràng. Thủ thuật này ít được làm vì rò và hẹp tá tràng sau mổ.
- Mở cơ thắt Oddi qua tá tràng.
- Nối đường mật với đường tiêu hoá được làm khi:
 - Thương tổn phần thấp của đường mật mà không giải quyết được bằng mở cơ thắt Oddi như chít hẹp phần thấp OMC, bệnh đường mật phối hợp (nang đường mật), sỏi tái phát nhiều lần hay sỏi trong gan phối hợp...
 - Có 2 loại nối đường mật với ống tiêu hoá: Trực tiếp và gián tiếp.
 - + Kiểu nối trực tiếp là nối đường mật (túi mật, OMC, hay đường mật trong gan) với tá tràng có ưu điểm tiến hành nhanh thuận tiện nhưng có nhược điểm viêm đường mật ngược dòng sau mổ và khó thực hiện khi tá tràng viêm dính.
 - + Kiểu nối gián tiếp là nối đường mật (Túi mật, OMC, đường mật trong gan) với hỗng tràng trên 1 quai ruột biệt lập kiểu Omega hay Roux en Y (có tạo van hoặc không). Kiểu nối gián tiếp có những ưu điểm: hạn chế viêm đường mật ngược dòng sau mổ, nối được mọi vị trí của đường mật nhưng khó về kỹ thuật và đặc biệt có những rối loạn sau này do mật không qua tá tràng. Để khắc phục cho 2 kiểu nối trên người ta tiến hành nối đường mật với tá tràng trên một quai hỗng tràng biệt lập.
- Kiểu nối mật-ruột "Roux en Y" có mở quai Y ra da cũng được tiến hành để lấy sỏi trong gan kết hợp.
 - Cắt túi mật khi túi mật bị thương tổn không có khả năng hồi phục như viêm hoại tử, viêm mũ hay viêm teo, có sỏi, nghi ngờ ung thư hoặc trong những trường hợp chảy máu đường mật. Lưu ý trong sỏi đường mật nên hạn chế cắt túi mật khi không có chỉ định.
 - Mở nhu mô gan lấy sỏi khi có sỏi trong gan kết hợp và sỏi đã găm chặt vào đường mật và ở những vị trí không thể lấy qua đường mật, có thể mở nhu mô để lấy sỏi tuy nhiên dễ gây chảy máu và rò mật sau mổ, có thể dẫn lưu OMC qua nhu mô gan sau khi mở nhu mô lấy sỏi để rửa đường mật sau mổ (sỏi mật trong gan kết hợp).
 - Cắt gan + Nhiều sỏi hoặc nhiều ổ mũ khu trú ở vị trí nào đó nhất là gan trái
 - + Chảy máu đường mật mà khu trú được vị trí chảy máu ở phân thùy nào...

3.2.3. Lấy sỏi OMC qua mổ nội soi: thường sau cắt túi mật qua nội soi người ta nong ống cổ túi mật ống này hoặc mở dọc OMC theo ống túi mật rồi đưa vào OMC ống thông Dormia lấy sỏi, đặt dẫn lưu Kehr. Chỉ định khi sỏi có kích thước nhỏ và cần trang bị cũng như thành thạo của ekip mổ.

3.2.4. Tán sỏi bằng sóng: nguyên tắc như trong điều trị sỏi đường tiết niệu

3.2.5. Tán sỏi bằng thủy điện lực: Nội soi đường mật qua đường hầm Kehr hay xuyên gan, làm tan sỏi khi để đầu dò phát sóng điện vào sỏi.

2. CÁC BIẾN CHỨNG CẤP TÍNH CỦA SỎI OMC

2.1. Viêm đường mật cấp

2.1.1. Giải phẫu bệnh

Đường mật ứ trệ dẫn do sỏi gây tắc không hoàn toàn, vi khuẩn phát triển trong đường mật gây viêm đường mật. Trong nước mật có các vi khuẩn đường ruột thường là E Coli, Klebsiella, Enterobacter, Enterococcus nhiều khi có cả vi khuẩn kỵ khí như Clostridium và Bacteroides Fragilis. Nước mật có các tế bào đường mật hoại tử. Bạch cầu đa nhân thoái hoá nặng hơn nữa là mủ và áp xe đường mật. Từ đường mật vi khuẩn sẽ xâm nhập vào máu.

2.1.2. Các biểu hiện lâm sàng

- Cơ năng:

Người bệnh có biểu hiện nhiễm khuẩn với các cơn sốt nóng, rét nhiệt độ thường cao 30-40°C, vàng da ngày càng đậm cùng với các cơn đau bụng vùng gan nhưng không dữ dội lắm người bệnh có thể có những dấu hiệu rối loạn tiêu hoá như nôn hay buồn nôn.

- Thực thể:

Thăm khám bụng thấy tình trạng tắc mật có thể thấy gan to mật độ mềm, túi mật to vừa không căng lắm, vùng hạ sườn phải có phản ứng.

- Toàn thân:

Người bệnh mệt mỏi, chán ăn, da và niêm mạc vàng đậm, nước tiểu ít và sẫm màu. Có thể có các dấu hiệu rối loạn thần kinh tâm thần.

- X quang

Chụp gan thấy bóng gan to, bóng túi mật, có khi thấy hơi trong đường mật.

- Các xét nghiệm:

Số lượng bạch cầu tăng tăng bạch cầu đa nhân trung tính. Tăng bilirubin trong máu chủ yếu là bilirubin trực tiếp, nem phốt phát kiềm tăng cao, có thể amylase trong máu cũng tăng. Urê, creatinin máu tăng. Các xét nghiệm chức năng gan như tỷ lệ prothombin giảm và có biểu hiện rối loạn đông máu ở giai đoạn nặng. Cấy máu và dịch mật thường tìm thấy cùng một chủng vi khuẩn gây bệnh.

- **Siêu âm gan mật:** gan to, nhu mô không đều, đường mật trong và ngoài gan giãn có thể có hơi trong đường mật. Nguyên nhân gây tắc mật là sỏi có thể có giun kèm theo.

Nếu không được điều trị viêm đường mật sẽ tiến triển sang thể nặng hơn (thể urê máu cao, hội chứng gan thận hay viêm mủ và áp xe đường mật).

2.1.3. Nguyên tắc điều trị

- Dùng kháng sinh có phổ tác dụng rộng với các chủng vi khuẩn đường ruột cả ái lãn yếm khí, kháng sinh có khả năng ngấm tốt vào đường mật và có sự kết hợp giữa các nhóm. Thông thường dùng: nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 3 (Cefobis) với nhóm Aminoglycoside (Gentamycine) và Metronidazole. Nếu dùng theo kết quả của kháng sinh đồ là tốt nhất.
- Điều chỉnh những rối loạn nước và điện giải, đặc biệt là những rối loạn chức năng gan và thận.
- Giải phóng đường mật tạm thời như chọc mật qua da hay mổ cơ thắt Oddi qua nội soi.

Điều trị thực thụ: mổ đường mật, lấy sỏi, rửa đường mật và đặt ống dẫn lưu Kehr.

2.2. Viêm mủ và áp xe đường mật

Xuất hiện mủ trong đường mật và đặc biệt các ổ áp xe nhỏ ở tận các đường mật nhỏ trong gan, những ổ áp xe này có đường kính chừng 1-2cm, dày đặc trên khắp nhu mô gan do vậy mà chức năng của gan bị huỷ hoại trầm trọng. Nhiều ổ áp xe có thể tập trung lại nhất là bên trái gây áp xe gan trái và các biến chứng nặng nề của áp xe gan đường mật. Thường áp xe đường mật là hậu quả của viêm đường mật không được điều trị.

Bệnh cảnh lâm sàng bao gồm: Viêm đường mật cấp thể nặng có suy gan thận và những ổ áp xe gan.

2.2.1. Các triệu chứng

Cơ năng: Người bệnh có những dấu hiệu: nhiễm khuẩn nặng như sốt cao liên tục, cùng với da vàng đậm nhưng đau có thể giảm.

Thực thể: Gan to cả 2 thùy có thể sờ thấy các ổ áp xe nhỏ lổn nhổn trên mặt gan dễ nhầm với ung thư đặc biệt là gan trái. Dấu hiệu rung gan dương tính, ấn kế liên sườn 9 trên đường nách giữa bên phải rất đau. Túi mật có thể to hay bình thường. Có thể có nước trong ổ bụng.

Toàn thân: Suy kiệt nặng phù 2 chi dưới và các dấu hiệu suy thận: đái ít và urê máu cao.

Các xét nghiệm

- Tình trạng tắc mật
- Tình trạng nhiễm khuẩn nặng, bạch cầu thường rất cao.
- Rối loại chức năng gan.
- Suy thận cấp.

X quang; chụp gan thấy bóng gan rất to có thể thấy phản ứng màng phổi hay hình ảnh của áp xe gan vỡ tạo thành ổ áp xe dưới cơ hoành.

Siêu âm gan mật: gan to, nhiều ổ loãng âm nhỏ khắp gan, đường mật trong và ngoài gan giãn, có thể thấy nguyên nhân gây tắc mật như sỏi và giun

Những biến chứng: không được xử lý kịp thời sẽ có các biến chứng do ổ áp xe vỡ gây nên:

- Vỡ vào ổ phúc mạc tự do gây viêm phúc mạc toàn thể hoặc được khu trú thành ổ áp xe dưới cơ hoành.
- Vỡ vào màng phổi gây tràn mủ màng phổi
- Vỡ vào phế quản gây rò mật
- Đặc biệt ổ áp xe bên trái vỡ vào màng tim gây chèn ép tim cấp thường rất nặng.

2.2.2. Điều trị

Rất khó khăn với các trường hợp áp xe đường mật mặc dù đã có kháng sinh mạnh và hồi sức tốt nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao.

- Kháng sinh toàn thân.
- Hồi sức tốt
- Mổ cấp cứu: giải quyết tắc mật: mở đường mật lấy sỏi, giun, rửa đường mật.

Xử lý các ổ áp xe: khi các ổ áp xe đã vỡ: hút sạch vì các ổ này dễ rò mật về sau. Với các ổ áp xe chưa vỡ và ở sâu nên dẫn lưu bằng cách phá các ổ đó qua đường mật rửa và dẫn lưu các ổ áp xe qua ống Kehr. Nếu các ổ áp xe khu trú có thể phải cắt gan nhất là bên gan trái.

2.3. Tắc mật cấp (sỏi kẹt Oddi)

Là tình trạng tắc đường mật cấp và hoàn toàn do di chuyển của sỏi nhất là sỏi nhỏ nằm vào vùng tương ứng với cơ thắt Oddi hay nhiều sỏi lấp chặt phần thấp của OMC. Toàn bộ đường mật trong và ngoài gan kể cả túi mật bị giãn cấp tính. Áp lực đường mật tăng cao và nước mật ngấm qua thành đường mật, túi mật và mật gan vào trong ổ bụng (Choléperitoine).

2.3.1. Triệu chứng

Cơ năng: - Người bệnh đau bụng vùng gan dữ dội - Con đau bụng gan điển hình.
- Có thể có nôn và bí rắm ỉa.

Thực thể - Bụng trương ít, nhưng có phản ứng vùng dưới sườn phải hoặc co cứng nửa bụng phải, gan to, túi mật rất to và đau.

- Toàn thân có một số trường hợp có truy mạch vì đau.
- Biểu hiện nhiễm khuẩn trong những giờ đầu có thể chưa rõ ràng.
- Có tình trạng tắc mật: những giờ đầu có thể da và niêm mạc chưa vàng

X quang: Chụp bụng không chuẩn bị hay gan thấy gan to, đặc biệt bóng túi mật rất to.

Siêu âm gan to, túi mật to, đường mật trong và ngoài gan dân có thể thấy sỏi ở phần thấp của OMC, có dịch dưới gan ở khoang Morrison trong những giờ đầu và sau đó có nhiều dịch trong khắp ổ bụng. Các quai ruột giãn.

Máu và sinh hoá: – Tăng bilirubin và men phosphat kiềm

– Bạch cầu có thể cao

– Amylase máu có thể cao.

– Urê máu có thể bình thường trong thời gian đầu.

2.3.2. Thái độ xử trí

- Phải mổ cấp cứu để giải phóng đường mật nếu thể trạng người bệnh cho phép và khả năng của phẫu thuật viên có thể mổ OMC lấy sỏi và đặt dẫn lưu Kehr hoặc dẫn lưu đường mật đơn thuần.
- Mổ cơ thắt Oddi qua nội soi nếu có điều kiện và khi bệnh đến sớm.
- Trong một số trường hợp có thể chọc mật qua da để giảm áp lực đường mật rồi mổ sau.

2.4. Chảy máu đường mật

Máu chảy vào trong đường mật do sự thông thương bất thường giữa các hệ thống mạch máu trong hay ngoài gan (động mạch gan hay tĩnh mạch cửa) với đường mật và thường là trong gan. Trong quá trình tắc mật có viêm đường mật đặc biệt là có các áp xe đường mật, các ổ áp xe này sẽ gây thông thương một nhánh động mạch nhỏ với đường mật máu chảy vào trong đường mật tạo thành cục máu đông xuống tá tràng ngược lên dạ dày khiến người nôn ra máu hay xuống ruột đi ngoài phân đen. Chảy máu đường mật còn có thể xuất hiện do viêm túi mật hay toàn bộ đường mật chảy máu hay sau khi đặt ống dẫn lưu Kehr. Chảy máu đường mật do sỏi mật có nhiễm khuẩn là hình ảnh bệnh lý đặc biệt của khu vực Đông-Nam-Á còn được gọi là chảy máu đường mật nhiệt đới.

2.4.1. Biểu hiện lâm sàng

- Người bệnh có biểu hiện chảy máu đường tiêu hoá trên: nôn máu và ỉa phân đen.

Tính chất chảy máu:

- Thường xuất hiện sau các cơn đau bụng vùng gan.
- Chảy máu mang tính dai dẳng không theo quy luật nào.
- Nôn ra máu có tính đặc biệt: dạng thối bứt chì, sau nôn ra máu đỡ đau bụng hơn
- Dấu hiệu kín đáo của nhiễm khuẩn và tắc mật.

2.4.2. Thăm khám

Có biểu hiện tình trạng mất máu tùy mức độ (mạch, huyết áp, số lượng hồng cầu). Chia làm 3 độ: nặng, vừa và nhẹ

Các dấu hiệu tắc mật: vàng da, gan to, túi mật to.

Tìm các dấu hiệu nhiễm khuẩn: nhiệt độ, hơi thở, lưỡi bẩn

2.4.3. Các xét nghiệm

3 biểu hiện trên:

- Mức độ mất máu: số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit.
- Dấu hiệu tắc mật: bilirubin máu, men phosphat kiềm.
- Dấu hiệu nhiễm khuẩn: số lượng và công thức bạch cầu

2.4.4. Các phương tiện giúp xác định nguyên nhân

- Nội soi tiêu hoá xác định máu chảy từ bóng Vater ra và loại trừ chảy máu từ thực quản hay dạ dày tá tràng.
- Chụp động mạch gan chọn lọc thấy ổ động thuốc và thuốc sang đường mật ở thì muộn.
- Siêu âm gan mật thấy tắc mật và ổ áp xe gan nhỏ (có thể là nơi thông thương giữa mạch máu và đường mật).

2.4.5. Cần chẩn đoán phân biệt với

Chảy máu do ổ loét dạ dày tá tràng và chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Chủ yếu dựa vào: - Tính chất nôn máu.

- Dấu hiệu toàn thân

- Các xét nghiệm đặc biệt

- Nội soi. Siêu âm

2.4.6. Điều trị

- Truyền máu hồi phục khối lượng tuần hoàn đã mất.
- Kháng sinh đường mật.
- Thụt tháo
- Phải mổ nếu tình trạng chảy máu không cầm.
- Mổ OMC giải quyết tình trạng tắc mật.
- Cắt cùng gan có nguồn gốc chảy máu là tốt nhất hoặc thắt động mạch gan.
- Đặt ống dẫn lưu Kehr.
- Cắt túi mật trong chảy máu đường mật: nếu nguyên nhân là từ túi mật.

2.5. Viêm phúc mạc mật

2.5.1. Nguyên nhân: Thường do:

- Viêm túi mật hoại tử
- Áp xe gan vỡ
- Tổn thương đường mật (hoại tử OMC...) sau tắc mật cấp và viêm đường mật.

2.5.2. Biểu hiện lâm sàng: Gồm 2 hội chứng:

- Viêm phúc mạc
- Tắc mật.

Cơ năng: - Đau bụng từng cơn vùng mạng sườn phải sau đó lan khắp ổ bụng và đau liên tục

- Nôn hay buồn nôn,
- Bí rầm ỉa

Toàn thân: - Các dấu hiệu nhiễm khuẩn: sốt cao 39-40°C, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi. Có thể có tình trạng đái ít hay vô niệu hoặc shock do nhiễm khuẩn, nhiễm độc

Thực thể:

- Da, niêm mạc vàng
- Bụng trướng, có cảm ứng phúc mạc, co cứng hay phản ứng khắp ổ bụng nhất là nửa bụng bên phải. Gõ đục vùng thấp thăm trực tràng hay âm đạo: túi cùng Douglas phồng và đau. Có thể thấy các dấu hiệu tắc mật như túi mật căng to, gan to, những dấu hiệu này đôi khi khó khám vì bị che lấp bởi các dấu hiệu viêm phúc mạc

Xét nghiệm:

- Các biểu hiện nhiễm khuẩn: Bạch cầu cao trên 15-20000/ml chủ yếu là tăng da nhân trung tính.
- Tình trạng tắc mật: tăng biliurubin và men phosphat kiềm trong máu.
- Các biểu hiện của suy thận: urê, creatinin máu cao, rối loạn nước điện giải.
- Các dấu hiệu suy chức năng gan: rối loạn đông máu.

X quang: Chụp bụng không chuẩn bị cho thấy hình ảnh của liệt ruột cơ năng, có dịch trong ổ bụng, có thể thấy bóng gan to và bóng túi mật to.

Siêu âm: Đôi khi không cần thiết trong các trường hợp viêm phúc mạc rõ và tình trạng người bệnh nặng. Nhưng đặc biệt có ích trước mổ ở những bệnh nhân có dấu hiệu tắc mật không rõ trên lâm sàng.

Điều trị: Phải mổ cấp cứu

Xử lý như một viêm phúc mạc có nghĩa là phải chuẩn bị bệnh nhân thật tốt như truyền dịch, dùng kháng sinh trước mổ, đặt sonde dạ dày...

Mổ bụng giải quyết tình trạng tắc mật: mổ OMC lấy sỏi đặt dẫn lưu Kehr cắt túi mật nếu túi mật có thương tổn và giải quyết tình tạng viêm phúc mạc như lau rửa và đặt ống dẫn lưu ổ bụng.

2.6. Viêm tụy cấp do sỏi đường mật

Thường gặp trong các trường hợp sỏi đường mật có kích thước nhỏ vài mm đặc biệt là sỏi túi mật di chuyển xuống phần thấp của OMC. Cơ chế được nhiều người chấp nhận là tại phần thấp của OMC có phần đổ chung với ống Wirsung khi sỏi kẹt vào đây sẽ tạo điều kiện cho dịch mật trào ngược vào ống tụy và dịch mật hoạt hoá trypsinogen thành trypsin ngay trong lòng tuyến tụy, đáng lẽ men này chỉ được hoạt hoá bởi enterokinase ở tá tràng và men này tự tiêu huỷ tụy gây nên viêm tụy cấp. Trong viêm tụy cấp do sỏi đường mật thường là viêm tụy cấp thể phù nề nhưng cũng gặp thể hoại tử. Chẩn đoán viêm tụy cấp do sỏi đường mật thường gặp trong 2 bối cảnh: hoặc bệnh nhân được chẩn đoán là tắc mật thứ: Amylase máu cao hay người bệnh đang được điều trị viêm tụy cấp phát hiện ra sỏi đường mật.

2.6.1. Biểu hiện lâm sàng

Cơ năng: Người bệnh có những cơn đau bụng dữ dội vùng thượng vị xuyên sau lưng liên tục và kéo dài hàng giờ.

Những dấu hiệu khác kèm theo như nôn, bí rắm ỉa nhưng không đặc hiệu.

Toàn thân:

- Dấu hiệu tắc mật thường kín đáo
- Dấu hiệu nhiễm khuẩn trong thời gian đầu cũng ít thấy
- Có thể có truy mạch.

Thăm khám tại chỗ:

Bụng trướng

Phản ứng hay co cứng vùng thượng vị

Điểm sườn lưng trái đau

Dấu hiệu tắc mật có khi không rõ: túi mật to hay gan to không có. Những dấu hiệu tắc mật thường xuất hiện muộn sau vài ngày hay hàng tuần.

Có thể có dấu hiệu có dịch trong ổ bụng.

Xét nghiệm;

- Bạch cầu máu cao, có khi không tăng trong những giờ hay những ngày đầu
- Amylase máu tăng cao gấp 4-5 lần bình thường sau 24 giờ.

- Nếu ở thể nhẹ hay trung bình các xét nghiệm khác không có gì thay đổi lớn nhưng ở thể nặng thì có sự thay đổi sâu sắc như các men GOT, GPT, ure máu, điện giải đồ, calci.
- Tăng bilirubin máu và men phốt phát kiềm.

Siêu âm: Có thể thấy nguyên nhân tắc mật: sỏi OMC, sỏi túi mật, đường mật dẫn.

- Đặc biệt cho thấy hình ảnh tổn thương của tụy như tụy tăng kích thước, đậm độ âm giảm, có dịch quanh tụy hay có các ổ chảy máu và dịch ổ bụng. Tuy nhiên khó xác định thương tổn của tụy trong các trường hợp vì bụng trướng, vì các quai ruột dẫn hơi sau 2-3 ngày khỏi bệnh.

CT Scanner

Là biện pháp chẩn đoán tốt cho phép xác định thương tổn của tụy cũng như theo dõi tiến triển của tụy trong quá trình điều trị.

Các hình ảnh thường là: Tụy tăng kích thước, có dịch quanh tụy, các ổ chảy máu hay các biến chứng của viêm tụy cấp như nang hay áp xe tụy. Ngoài ra có thể thấy các hình ảnh của sỏi đường mật.

2.6.2. Điều trị

Nếu chẩn đoán được viêm tụy cấp do sỏi đường mật thì nên mổ sớm: Giải quyết tình trạng tắc mật như mổ đường mật lấy sỏi kẹt, đặt ống dẫn lưu Kehr hay cắt túi mật.

Đối với thương tổn của tụy thì tùy thuộc nếu là viêm tụy cấp phù nề thì dẫn lưu hậu cung mạc nối sau khi mổ bao tụy còn như viêm tụy cấp chảy máu thì phải lấy hết phần tụy này đặt dẫn lưu, tùy theo vị trí tổn thương mà có tác giả đặt vấn đề cắt tụy. Phải mở thông hồng tràng để cho bệnh nhân ăn những ngày sau mổ.

Những năm gần đây người ta có thể mổ cơ thắt Oddi trong những ngày đầu khi thể trạng người bệnh ổn định qua nội soi tá tràng. Qua nội soi mổ cơ thắt có thể lấy sỏi có kết quả điều trị tốt.

12. CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG BỤNG

Chấn thương bụng (CTB) và vết thương bụng (VTB) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm 10-13% tổng số mổ cấp cứu do nguyên nhân chấn thương và vết thương nói chung. Thương tổn này ngày càng tăng do tai nạn giao thông, lao động và sinh hoạt. Một số trường hợp có tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng: chấn thương sọ não, chấn thương ngực...

Chẩn đoán CTB và VTB chủ yếu dựa vào các biểu hiện lâm sàng và các thăm dò cận lâm sàng. Do đặc điểm lâm sàng rất đa dạng, phức tạp nên chẩn đoán và xử trí các tổn thương trong ổ bụng hiện còn rất nhiều khó khăn. Tỷ lệ tử vong trung bình là 10%. Đối với bệnh nhân đa chấn thương, tỷ lệ này có thể lên tới 25%.

1. LÂM SÀNG

Cần hỏi kỹ nguyên nhân, hoàn cảnh thời gian xảy ra tai nạn

Cần xác định tình trạng:

- Shock mất máu: huyết động không ổn định, đầu chi lạnh, nhợt nhạt
- Những thương tổn phối hợp: khó thở, tri giác, cử động các chi

Đối với vết thương thấu bụng, cần thăm khám kỹ càng để xác định:

- Tính chất vết thương: do vật sắc đâm thủng (gọn, sạch) hay do hoá khí (bẩn, phức tạp).
- Hướng đi của tác nhân (từ bụng xuyên đi nơi khác hay ngược lại) để dự đoán thương tổn cũng như tránh bỏ sót (nhất là khi vết thương từ mông lên hay từ ngực xuống)

1.1. Khám bụng

Khám bụng là khâu cơ bản để xác định có tổn thương trong bụng không, có hai hội chứng chính: viêm phúc mạc và chảy máu trong.

1.1.1. Hội chứng chảy máu trong

1.1.1.1. Cơ năng

Đau bụng

- Sau tai nạn đau ở vị trí tạng tổn thương, sau đó lan ra khắp bụng
- Đau vùng dưới sườn trái lan lên vai trái trong võ lách (dấu hiệu Kehr)
- Đau dội lên khi thở mạnh, thay đổi tư thế

- Liệt ruột cơ năng
- + Bụng trướng
- + Nôn hoặc buồn nôn
- + Bí trung, đại tiện (không thường thấy)

1.1.1.2. Thực thể

Cảm ứng phúc mạc là dấu hiệu giá trị nhất

- Co cứng thành bụng: Là dấu hiệu rõ nhất trong chảy máu trong ổ bụng
- Phản ứng thành bụng ở vùng tương ứng với tạng tổn thương
- Bụng trướng dần trong các trường hợp chảy máu ít. Gõ đặc nhất là vùng thấp
- Khi chấn thương thận có thể một khối căng đau ở mạng sườn, to dần kèm theo tình trạng sốc mất máu, nước tiểu có máu.
- Thăm trực tràng hay âm đạo thấy túi cùng Douglas phồng và đau

1.1.1.3. Toàn thân

- Sốc mất máu: Mạch nhanh > 120/phút. HA < 90mmHg, huyết áp tĩnh mạch trung ương thấp (bình thường 8-10cm nước). Nước tiểu ít. Bệnh nhân vật vã, nhợt nhạt hoặc nằm yên, lơ đãng... thở nhanh nông.

1.1.2. Hội chứng thủng tạng rỗng

1.1.2.1. Cơ năng

- Đau khắp bụng. Bệnh nhân nằm im không dám thay đổi tư thế
- Nôn và bí trung đại tiện

1.1.2.2. Thực thể

- Bụng trướng, gõ đục ở thấp, vùng đục trước gan mất
- Bụng co cứng hoặc cảm ứng phúc mạc rõ
- Thăm trực tràng hoặc âm đạo: Douglas phồng và rất đau

1.1.2.3. Toàn thân

- Dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc rõ (hốc hác, sốt 38-39 độ, vã mồ hôi, lưỡi bẩn, thở hôi) nếu đến muộn.
- Mạch nhanh, huyết áp giảm
- Đái ít. Thở nhanh nông

Trong thực tế có nhiều chấn thương hay vết thương bụng có tổn thương cả tạng đặc và tạng rỗng, hoặc bệnh nhân đến trong tình trạng đa chấn thương nên biểu hiện lâm sàng rất đa dạng.

2. CẬN LÂM SÀNG

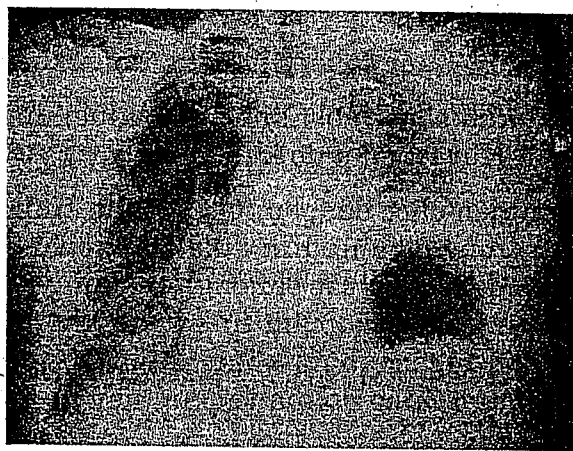
2.1. Xét nghiệm

- Nếu vỡ tạng đặc: Hématocrite giảm, hồng cầu giảm
- Nếu thủng tạng rỗng thì bạch cầu tăng, bilirubin, SGOT, SGPT máu tăng khi có tổn thương gan.
- Amylase trong máu và nước tiểu tăng khi có tổn thương tụy
- Creatinin, Ure, hồng cầu trong nước tiểu tăng trong chấn thương thận.

2.2. Chụp X quang

- Thủng tạng rỗng: 80% có liềm hơi dưới vòm hoành bên phải hoặc 2 bên. Trong trường hợp vỡ tá tràng sau phúc mạc có thể thấy hơi ở sau phúc mạc, hơi viền xung quanh thận.
- Vỡ tạng đặc: Có dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng: ổ bụng mờ, các đường giữa các quai ruột dày (Dấu hiệu Laurel). Các quai ruột giãn hơi. Khi vỡ lách có thể thấy: vùng mờ của lách rộng, dạ dày giãn hơi nổi rõ và bị đẩy sang phải, vòm hoành trái nâng cao, góc đại tràng bị đẩy xuống dưới.

Chụp bụng - ngực không chuẩn bị còn cho phép phát hiện được tổn thương khác như vỡ cơ hoành (hình 12.1), tổn thương cột sống, tràn máu, tràn khí màng phổi.



Hình 12.1. Thoát vị do vỡ cơ hoành

2.3. Siêu âm

- Siêu âm xác định có máu hoặc dịch trong ổ bụng, nhưng khó xác định tổn thương khi có tràn khí dưới da hoặc trướng bụng. Siêu âm không phát hiện được tổn thương tạng rỗng và khó xác định tổn thương tụy.

2.4. Chụp cắt lớp ổ bụng

CT Scanner có thể xác định chính xác tổn thương nhu mô, các đường vỡ tạng đặc, khối tụ máu, hình ảnh chèn ép và có dịch trong bụng (hình 12.2) ngoài ra khi vỡ cơ hoành có thể thấy rõ các tạng trên lồng ngực.



Hình 12.2. Hình ảnh vỡ gan

2.5. Chọc dò ổ bụng

Chọc dò ổ bụng là một phương pháp xác định nhanh chảy máu trong ổ bụng.

Dùng kim chọc vào 4 khoang ổ bụng: dưới sườn và hai hố chậu hoặc chọc vào mạng sườn. Hút ra máu đỏ không đông.

Tuy nhiên chọc dò ổ bụng có độ âm tính giả cao, độ chính xác phụ thuộc vào lượng máu trong ổ bụng. Khi dưới 500ml thì chọc dò ổ bụng khó phát hiện. Vì vậy không chẩn đoán sớm các thương tổn trong ổ bụng đặc biệt là trong vỡ tạng rỗng. Hơn nữa sau khi chọc dò âm tính cũng không thể loại trừ có tổn thương tạng hay không và khi đó việc thăm khám lâm sàng rất khó khăn vì không phân biệt được phản ứng thành bụng do tổn thương hay do chọc dò.

2.6. Chọc rửa ổ bụng

Dụng cụ chọc rửa gồm có 1 trocar nhỏ, đầu nhọn, có đường kính nông 1,5mm và 1 catheter có kích thước lớn hơn đủ để luồn trocar, trên đầu catheter có nhiều lỗ bên nhỏ và trên thân có những vạch đánh dấu chiều dài. Những bệnh nhân có nhiều máu trong ổ bụng sẽ hút được máu qua catheter và xác định ngay là vỡ tạng.

Nếu không hút được thì truyền qua catheter vào trong ổ bụng dung dịch huyết thanh mặn đẳng trương khoảng 1000ml. Nắn nhẹ nhàng trên bụng bệnh nhân để dịch lưu thông đều trong ổ bụng sau đó đặt chai truyền xuống đất, dịch tự chảy ra và nhận định kết quả:

- Chọc rửa dương tính khi:
 - + Hút được dịch máu hoặc dịch tiêu hoá qua Catheter
 - + Định lượng thấy hồng cầu $>100.000/\text{mm}^3$, bạch cầu $>500/\text{mm}^3$
- Chọc rửa âm tính khi:
 - + Dịch rửa trong
 - + Dịch rửa có màu hồng, nhưng định lượng thấy hồng cầu $<50000/\text{mm}^3$, bạch cầu $<100/\text{mm}^3$.
- Trường hợp dịch rửa có màu hồng mà lượng hồng cầu ở giữa 50000 và 100000/ mm^3 và lượng bạch cầu ở giữa 100 và 500/ mm^3 thì lưu catheter và tiến hành rửa lại sau 2 giờ.

Chọc rửa ổ bụng có hiệu quả chẩn đoán tổn thương tạng với độ chính xác cao, nên cần được phổ biến và thực hiện rộng rãi trong cấp cứu chấn thương bụng nhất là đa chấn thương.

2.7. Soi ổ bụng

Soi ổ bụng là một thủ thuật để chẩn đoán và điều trị

Chỉ định soi ổ bụng

- Siêu âm nghi ngờ có tổn thương tạng
- Có máu trong ổ bụng nhưng huyết động ổn định

Tiến hành như một phẫu thuật: phải gây mê NKQ, khi đưa ống soi vào quan sát nếu có nhiều mạch máu, dịch phải hút sạch, nhận định tổn thương để quyết định bảo tồn hay phẫu thuật, có thể cầm máu bằng đốt điện hay khâu...

2.8. Chụp động mạch tạng

Chụp động mạch được chỉ định cho các trường hợp chấn thương tạng có tổn thương khu trú, huyết động ổn định. Chỉ định rất hạn chế:

- Chấn thương bụng có kèm theo phồng động mạch chủ, các mạch máu lớn ch mạc treo, động mạch lách...
- Trong chấn thương gan: để đánh giá mức độ tổn thương trước mổ, đặc biệt trong trường hợp rò động - tĩnh mạch cửa, chảy máu đường mật.
- Trong chấn thương động mạch thận để phát hiện tổn thương mạch máu ở cuống thận, các mạch máu ở nhu mô thận mà chụp cắt lớp không thấy tổn thương nhu mô hoặc thận cầm trên phim UIF.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung

Chấn thương và vết thương bụng là một cấp cứu trong ngoại khoa cần đồng thời hồi sức, xác định tổn thương và điều trị phẫu thuật.

3.1.1. Hồi sức cấp cứu

- Đặt một hoặc nhiều đường truyền để truyền máu và các chất thay thế máu dựa theo huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương.
- Cho bệnh nhân thở oxy hoặc đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ, nhưng phải dẫn lưu màng phổi trước, nếu xác định là có tràn máu hay khí màng phổi.
- Đặt ống thông dạ dày
- Đặt thông đài theo dõi màu sắc, số lượng nước tiểu
- Cho kháng sinh dự phòng

3.1.2. Đường mổ

Đường mổ giữa trên và dưới rốn cho phép thăm dò toàn diện ổ bụng và khi cần có thể mở ngang.

Trong trường hợp xác định chắc chắn tổn thương trước mổ có thể sử dụng đường mổ dưới sườn phải, như trong vỡ gan.

3.1.3. Thăm dò ổ bụng

Ngay khi vào ổ bụng cần xác định số lượng máu trong ổ bụng và vị trí chảy máu. Nếu chắc chắn chỉ có tổn thương gây chảy máu, không có tổn thương tạng rỗng thì có thể lấy máu truyền lại.

Cầm máu tạm thời bằng cách cặp các cuống mạch hoặc chèn gạc.

Xác định ngay các tổn thương chính, các thương tổn phối hợp, vị trí, hướng đi của tác nhân gây tổn thương.

Phải thăm dò toàn diện để đánh giá đầy đủ tổn thương trước khi xử trí. Trong trường hợp nghi ngờ có máu tụ sau phúc mạc, có hơi hoặc dịch mật xanh sau phúc mạc, phải bóc tách khối tá tụy hoặc mạc. Told để phát hiện các tổn thương ở thành sau của tá tràng, đại tràng.

Chú ý các thương tổn ít gặp như vỡ cơ hoành, vỡ bàng quang ngoài phúc mạc. ...

3.2. Xử trí các tổn thương

3.2.1. Dạ dày

Vết thương dạ dày có thể thủng mặt trước và mặt sau, thủng mặt sau dạ dày dễ bỏ sót nhất là ở vùng tâm phình vị.

Trong chấn thương dạ dày có thể bị vỡ khi dạ dày chứa đầy thức ăn, bệnh nhân trong tình trạng sốc, có hội chứng viêm phúc mạc, nôn ra máu hoặc hút ống thông dạ dày ra dịch lẫn máu.

Xử lý:

- Sau khi lấy hết thức ăn rửa sạch dạ dày, rồi khâu
- Cắt dạ dày: khi tổn thương nặng, không bảo tồn được

3.2.2. Tá tràng

Tá tràng có thể bị vỡ vào phúc mạc biểu hiện là hội chứng viêm phúc mạc toàn thể.

Tá tràng có thể vỡ sau phúc mạc gây tràn khí và dịch mật ra khoang này khi phẫu thuật thấy có máu tụ, hơi hoặc mật xanh ở vùng sau tá tràng.

Tổn thương tá tràng thường phối hợp với tổn thương tụy và thận phải

Xử lý: Khâu kín, khi thương tổn gọn, nhỏ, ổ bụng sạch luôn ống thông qua dạ dày xuống tá tràng để hút liên tục.

- Phẫu thuật Jordan: khâu kín vết thương, khâu kín môn vị bằng chỉ tiêu và nối vị tràng cho những trường hợp vết thương rộng, khâu kín không đảm bảo.
- Cắt hang vị, khâu kín vết thương và dẫn lưu mỏm tá tràng: với những tổn thương phức tạp, dập nát.
- Đưa quai ruột lên nối vào chỗ vỡ: trong trường hợp tổn thương rộng, lộ bóng Water không thể khâu kín.
- Cắt khối tá tụy: vỡ tá tràng và vỡ đầu tụy không thể bảo tồn

3.2.4. Ruột non

Các tổn thương có thể ở một hoặc nhiều vị trí khác nhau, nhưng hay gặp là ở chỗ nối giữa đoạn di động và cố định (quai đầu hồi tràng và quai cuối hồi tràng).

Xử lý:

- Khâu ruột non: có thể khâu kín cho mọi tổn thương thủng ruột, phải cắt lọc tổ chức dập nát đến chỗ tưới máu tốt. Khâu theo chiều ngang để tránh làm hẹp ruột. Nên khâu 2 lớp, lớp trong khâu mũi rời, lấy tất cả các lớp của thành ruột, lớp ngoài khâu vắt, chỉ lấy thanh cơ.
- Cắt đoạn ruột: nếu nhiều vết thương gần nhau, tổn thương rộng hoặc mất mạc treo, nối bên bên hay tận tận.
- Cắt ruột và đưa ra ngoài kiểu nông súng: khi tổn thương quá nặng hay viêm phúc mạc muộn, khâu nối không đảm bảo.

3.2.5. Đại tràng

Đại tràng có thể vỡ, thủng, đụng giập. Tổn thương đại tràng dẫn đến tình trạng viêm phúc mạc nặng, khi tổn thương đại tràng sau phúc mạc (đại tràng lên, đại tràng xuống, trực tràng) sẽ gây ra viêm tấy lan toả.

Xử lý: Nguyên tắc là làm hậu môn nhân tạo để đảm bảo an toàn

Tuy nhiên tùy theo thương tổn và trình độ người mổ có thể chọn một trong kỹ thuật sau:

- Khâu kín vết thương: khi vết thương gọn, nhỏ, đến sớm, ổ bụng còn sạch...
- Khâu vết thương và dính đường khâu vào vết mổ: khi vết thương rộng, ổ bụng không sạch.
- Khâu kín đưa ra ngoài ổ bụng đoạn đại tràng đó từ 5 đến 7 ngày, nếu đường khâu liên tốt thì bóc tách và đẩy quai ruột vào trong ổ bụng. Ưu điểm của kỹ thuật này là rất an toàn: nếu đường khâu liên, ruột được đưa vào trong ổ bụng, nếu đường khâu không liên sẽ chuyển thành hậu môn nhân tạo.

Làm hậu môn nhân tạo tại vết thương hoặc ở đoạn đại tràng trên vết thương (trong trường hợp tổn thương đoạn đại tràng cố định, không thể đưa ra ngoài được như ở trực tràng).

- Cắt đoạn đại tràng và đưa 2 đầu ra ngoài: khi tổn thương nặng dập không bảo tồn được.

3.2.6. Bàng quang

Trong chấn thương bụng: bàng quang cũng có thể bị vỡ do tăng áp lực đột ngột, vùng vỡ là ở vòm. Khi vỡ xương chậu cổ bàng quang bị xé rách hoặc các mảnh xương đâm thủng gây vỡ ngoài phúc mạc.

Xử lý:

- Với thương tổn ở bàng quang: sau khi khâu kín bàng quang chỉ tự tiêu phải đặt ống thông niệu đạo hoặc mổ thông bàng quang.
- Với những thương tổn vùng cổ bàng quang: khi khâu phải thận trọng vì có thể làm hẹp lỗ niệu quản và niệu đạo.

3.2.7. Mạc treo, mạc nối

Thương tổn ở mạc treo, mạc nối có thể: gây chảy máu trong ổ bụng, đoạn ruột tương ứng có thể bị mất mạch và hoại tử.

Xử lý: khâu kín mạc treo hoặc cắt ruột tương ứng

3.2.8. Cơ hoành

Cơ hoành bị tổn thương do 2 cơ chế

- Tăng áp lực đột ngột và mạnh trong ổ bụng: cơ hoành vỡ rộng ở trung tâm
- Các xương sườn gãy đâm thủng hoặc vết thương xuyên cơ hoành

Vỡ cơ hoành làm cho các tạng trong ổ bụng hút lên lồng ngực và có thể bị nghẹt. Bên phải có gan che nên ít khi gặp thoát vị, trong khi bên trái dạ dày, lách và ruột thường chui lên lồng ngực.

Xử lý:

- Đường mổ: đường trắng giữa trên và dưới rốn là đường thường được sử dụng, có thể dùng đường dưới bờ sườn hoặc đường ngực.
- Khâu: sau khi cầm máu, khâu kín cơ hoành bằng chỉ không tiêu, khâu vết hoặc mũi rời. Phải làm sạch khoang màng phổi trước khi dẫn lưu.

3.2.9. Gan

- Các thương tổn có thể gặp là rách bao Glisson, vỡ nhu mô, tổn thương đường mật hoặc các cuống mạch lớn như tĩnh mạch trên gan, tĩnh mạch cửa. Phân loại tổn thương dựa theo Moore như sau:

Độ I: Rách bao Glisson, nhu mô gan dưới 1cm. Có thể đang chảy máu hoặc không còn chảy máu

Độ II: Rách nhu mô sâu từ 1-3cm hoặc tụ máu dưới bao gan dưới 10cm²

Độ III: Rách nhu mô sâu trên 3cm, tụ máu dưới bao gan trên 10cm²

Độ IV: Tổn thương liên thủy tụ máu trung tâm lan rộng

Độ V: Vỡ rộng 2. thủy, rách tĩnh mạch trên gan, tĩnh mạch chủ dưới

Xử lý: Khâu cầm máu

- Rách nhu mô Độ I, II và độ II, khâu cầm máu các mép, bờ của vết rách, dùng chỉ catgut kim tròn. Chú ý khâu cầm máu kỹ không khâu ép 2 mặt gan vì sẽ tạo khe rỗng trong nhu mô gan, dễ dàng tụ máu dẫn đến áp xe.

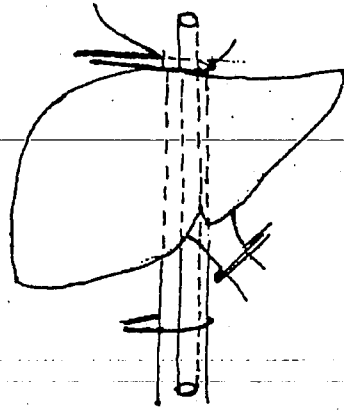
- Nhu mô gan bị vỡ nhưng bao Glisson có thể không rách gây tụ máu dưới bao gan, khối máu tụ này có thể nhiễm trùng tạo thành áp xe gan, vỡ thì hai hoặc gây chảy máu đường mật. Với những tổn thương phức tạp, nên dẫn lưu đường mật để tránh tai biến dò mật sau mổ.

- Thất động mạch gan: trong trường hợp khâu gan không kết quả, thương tổn lớn và không có khả năng cắt gan. Chỉ định khi tổn thương độ III hoặc độ IV.

- Cắt gan: Thương tổn đụng giáp lớn, vết thương xuyên thủy hoặc liên thủy, tổn thương mạch máu lớn và đường mật không có thể bảo tồn gan, thương tổn độ IV, độ V đều có chỉ định cắt gan.

Những tổn thương tĩnh mạch trên gan, tĩnh mạch chủ dưới, trường hợp vỡ gan khó xử trí cắt gan, luôn ống thông từ tĩnh mạch chủ dưới lên tâm nhĩ phải, thắt tĩnh mạch này trên và dưới gan để cầm máu tạm thời khi xử trí (hình 12.3)

- Chèn gạc theo kiểu Mickulicz: Trường hợp vết rách lớn, đụng giáp nhu mô chảy máu nhiều mà khâu cầm máu không kết quả có thể chèn gạc, mèches theo kiểu Mickulicz rồi chuyển đến cơ sở có đủ điều kiện phẫu thuật.



Hình 12.3. Thất tĩnh mạch trên và dưới gan

3.2.10. Lách

Tổn thương ở lách cũng giống như ở gan như tụ máu dưới bao, rách nhu mô lách hoặc tổn thương các mạch máu

- Võ lách có thể kèm theo vỡ thận trái và đuôi tụy

Phân loại tổn thương trong mổ như sau:

Độ I: Tụ máu dưới bao dưới 10% diện tích và không lan rộng thêm

Rách bao và rách nhu mô dưới 1cm không còn chảy máu

Độ II: Tụ máu dưới bao chiếm 10-15% diện tích hoặc tụ máu trong nhu mô dưới 2cm² không lan rộng thêm.

Rách bao, rách nhu mô sâu 1-3cm, không có tổn thương mạch

Độ III: Tụ máu dưới bao trên 50% diện tích hoặc đang lan rộng, vỡ tụ máu dưới bao đang chảy máu, máu tụ trong nhu mô trên 2cm² hoặc đang to lên.

Độ IV: Vỡ tụ máu trong nhu mô đang chảy máu

Rách các mạch máu ở rốn hoặc thùy lách tạo thành các vùng thiếu máu lớn hơn 25% lách

Độ V: Vỡ nát lách

Tổn thương cuống lách làm mất mạch nuôi

Xử lý:

- Cắt lách: chỉ định cắt lách khi không có khả năng bảo tồn như tổn thương độ III, IV và độ V.
- Bảo tồn lách:
 - + Cắt bán phần: tổn thương cực dưới, cực trên chỉ cần cắt bán phần
 - + Khâu: khâu bảo tồn lách bằng kim chỉ không chấn thương khi thương tổn độ I, II nên cố gắng bảo tồn, đặc biệt là ở trẻ em.
 - + Bọc lách vỡ bằng lưới tự tiêu (Vicryl...)

Trong trường hợp này có thể lấy những mảnh lách rời cấy vào mạc nối lớn. Cần dẫn lưu tốt hố lách và theo dõi sát sau mổ.

3.2.11. Tuy

Tổn thương đuôi tuy thường kèm theo vỡ lách, vỡ đầu tuy thường kèm theo vỡ tá tràng.

– Vỡ tuy:

Phân loại mức độ tổn thương tuy theo Hervé và Arrighi như sau:

Độ I: Tuy bị dập, rỉ máu nhưng bao tuy không tổn thương

Độ II: Rách nhu mô không hoàn toàn, ống tuy không tổn thương

Độ III: Rách nhu mô hoàn toàn kèm theo tổn thương ống tuy

Độ IV: Tổn thương phức tạp, tuy dập nát lan rộng

Xử lý:

- Khâu tuy: Có thể khâu với những tổn thương ở thân và đuôi tuy, vết thương gọn, đứt chưa rời, không đứt ống Wirsung hoặc tổn thương độ I, II
- Cắt bỏ thân và đuôi tuy: Khi tổn thương đứt rời hoặc gần rời đuôi tuy, thận tuy.
- Tổn thương đứt rời đầu và đuôi tuy, đưa quai ruột non lên nối vào diện vỡ tuy sau khi cắt lọc và cầm máu
- Tổn thương tụ máu ở quanh tuy: Cắt lọc, lấy máu tụ, dẫn lưu hậu cung mạc nối. Mở thông túi mật, mổ thông hồng tràng. Tổn thương ở đầu tuy rất phức tạp, thường phối hợp với vỡ tá tràng, nếu dập nát nhiều phải cắt bỏ khối tá tuy. Tuy nhiên trong cấp cứu không nên tiến hành thủ thuật quá nặng này.

3.2.12. Thận

Tổn thương thận có thể có các mức độ sau:

Độ I: Đụng giập thận (renal contusion): giập nhu mô thận dưới bao, không vỡ bao thận, có thể tụ máu.

Độ II: giập thận (renal laceration): giập nhu mô vùng vỏ kèm rách bao thận, giập có thể lan tới tuỷ thận, thông với đài bể thận gây đái máu, tụ máu quanh thận

Độ III: vỡ thận (fracture kidney) thận vỡ thành 2 hay nhiều mảnh, tụ máu lớn quanh thận.

Độ IV: Đứt một phần hay toàn bộ cuống thận

Xử lý:

Nguyên tắc điều trị chấn thương thận là bảo tồn không mổ. Nếu mổ thì cũng cố bảo tồn nhu mô thận

Có các loại phẫu thuật sau:

- Khâu thận: rách nhu mô thận
- Cắt bán phần: nếu khu trú ở một cực thận
- Khâu lại cuống thận (động mạch, tĩnh mạch, niệu quản) khi đến sớm
- Cắt bỏ thận: chỉ được thực hiện khi tổn thương không thể bảo tồn và chức năng thận bên đối diện còn tốt.

3.2.13. Tử cung

Tử cung thường chỉ bị vỡ khi có thai to

Xử lý:

- Hồi sức đảm bảo cứu mẹ trước
- Khâu: bảo tồn tử cung nếu thương tổn cho phép
- Cắt tử cung bán phần hay toàn bộ: nếu thương tổn nặng, chảy máu nhiều.

13. GÃY XƯƠNG HỎ

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương hở là gãy xương có rách da và phần mềm làm ổ gãy thông với môi trường bên ngoài.

Thương tổn ở phần mềm có nhiều mức độ:

- Da bị sâu sát nặng. Khi lớp tế bào đáy bị tổn thương, hàng rào bảo vệ của da bị thủng, cần theo dõi viêm nhiễm bên trong
- Thương tổn da và phần mềm ở ngón chi, cần theo dõi xem ổ gãy có bị bội nhiễm.

Mối đe dọa chính khi bị gãy hở là tình trạng nhiễm khuẩn. Nếu đối với gãy xương kín, tình trạng xương là quan trọng thì khi bị gãy xương hở, tình trạng xương trở nên ít quan trọng. Quan trọng nhất là thương tổn da và phần mềm quanh xương gãy. Khi có khối lượng lớn phần mềm mất sức sống, tình trạng viêm nhiễm trở nên nặng, dễ gây viêm xương.

Gãy hở nặng mà bị viêm xương thì các thầy thuốc Mỹ cho rằng: "cuối đường hầm chưa thấy ánh sáng", các thầy thuốc Nga tính trung bình phải điều trị 2000 ngày trong suốt cả đời người, rất tốn kém.

Nếu thương tổn phần mềm ít, có thể xem như gãy kín, trái lại, bị quá nặng, bị mạch máu thần kinh, dễ phải cắt cụt chi.

2. PHÂN LOẠI

Phân loại theo Gustilo và Anderson: gãy xương hở có 3 độ:

- Độ I: vết thương rách da dưới 1cm, thường do đầu xương nhọn chọc từ trong ra ngoài, vết thương do năng lượng thấp, thương tổn cơ ít.

Phải hỏi kỹ chứ không phải gãy độ I là nhẹ vì có vết thương rách da dưới 1cm song nặng, không thể xem thường như bị nhiễm bẩn nặng, như khi bị gãy do năng lượng lớn, bên trong bị giập nát nhiều...

- Độ II: vết thương rách da từ 1-10cm, thương tổn bên trong mức độ trung bình, do năng lượng lớn.
- Độ III: vết thương rách da trên 10cm, cơ giập nát nhiều, nhiều phần tổ chức bị mất sức sống.
 - + Độ IIIa: thương tổn rộng song xương còn được phần mềm che phủ.
 - + Độ IIIb: xương lộ, chuyển vật để che phủ xương
 - + Độ IIIc: kèm thương tổn mạch máu, thần kinh lớn

Cần xem là độ III khi xương bị gãy do vật nổ có tốc độ cao, gãy có nhiều mảnh di lệch, gãy mất đoạn thân xương, bị gãy ở đồng ruộng, bắn nhiều, bị nghiền nát do xe cộ.

3. LỊCH SỬ

Hippocrate cho rằng gãy hở không khỏi nhờ thép (con dao) mà nhờ lửa (đốt điện) và phải để hở vết thương. Như vậy việc để hở được nêu từ bấy giờ, đến nay vẫn là rất quan trọng. Galen đã biết vấn đề viêm mủ là quan trọng nhất trong quá trình phục hồi. Vào thế kỷ 18 Desault đã nêu: khi thăm dò vết thương cần rạch rộng và sâu lấy tổ chức chết và dẫn lưu. Desault là người đưa ra từ débridement (cắt lọc rạch rộng). Larey, học trò của Desault và là người phẫu thuật viên của Napoleon nêu vấn đề thời gian: cắt lọc càng sớm kết quả càng tốt.

Mathysen nêu việc bó bột để điều trị. Ở đại chiến I việc cắt lọc vết thương chiến tranh lại được quan tâm. Sau đó ở nội chiến Tây Ban Nha, Trueta nêu cắt lọc và bó bột. Ở đại chiến II bắt đầu dùng sulfamid và các dung dịch sát khuẩn cho vào vết thương. Trong chiến tranh Triều Tiên dùng kháng sinh.

4. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ

4.1. Gãy xương hở do tai nạn xe cộ

Hay gặp xe cộ va phải người đi bộ, xương chày dễ bị gãy hở nhất; có khi va vào phía sau, ở bắp chân, cơ đụng giập nhiều, thậm chí bị đứt ngang đầu gãy chọc ra phía trước làm rách da, thành gãy hở. Loại va vào phía sau nặng vì phần mềm bị giập nát rộng.

4.2. Gãy xương hở do hoá khí

Động năng, $K = 1/2 m V^2$ nên khối lượng viên đạn ít quan trọng, quan trọng nhất là tốc độ (bình phương). Khi viên đạn hay mảnh kim khí đi qua cơ thể, điều khác hẳn nhau là đi qua chất hơi hay đi qua chất lỏng.

Đi qua chất hơi, ví dụ đạn xuyên qua phổi gặp không khí có sức cản thấp, động năng giải thoát ít, phá huỷ tổ chức ít, chỉ bị hồng tổ chức trên đường đạn đi nên thương tổn thường nhẹ, lỗ vào và lỗ ra xấp xỉ nhau. Chỉ bị nặng khi đường đi viên đạn phạm phải phế quản hay mạch máu lớn.

Đi qua chất lỏng như cơ có nhiều nước, thậm chí qua xương thì nước không nén lại được như không khí, sức cản rất lớn, tốc độ viên đạn bị cản đột ngột, động năng giải thoát ra lớn theo công thức tương tự: $K = 1/2 (V_1 - V_2)^2$.

V_1 là tốc độ trước và V_2 tốc độ sau khi qua cơ thể của viên đạn hay mảnh đạn.

Vì vậy tổ chức xương bị phá huỷ nhiều do hiện tượng "lỗ hồng tạm thời". Hiện tượng này quan sát rõ trên thực nghiệm. Với tốc độ cao (ví dụ trên 8000m/sec) viên đạn vào cơ thể tạo ra trong thời gian rất ngắn (một phần nhỏ của giây) một lỗ hồng rất lớn trong chi thể. Lỗ hồng có đặc điểm chính như sau:

- Kích thước rất lớn, ví như quả bóng rổ, khi mảnh nổ xuyên qua đùi chẳng hạn (do vậy lỗ ra thường to).
- Áp lực âm tính (hút bụi bắn vào lòng vết thương)
- Kích thích to nhỏ dao động trong mấy nhịp rồi nhỏ dần

Trong phạm vi lỗ hồng, xương bị vỡ nát, mạch máu thần kinh bị đứt rời. Nằm gần cạnh lỗ hồng thần kinh vẫn có thể bị liệt, cơ bị giập nửa sống nửa chết. Khi mổ chỉ thấy một đường phá huỷ nhỏ song thương tổn rộng.

Do vậy, thấy rõ phải rạch rộng, để hở vết thương.

5. KHÁM LÂM SÀNG

Ở người bị nhiều thương tích trước hết phải khám để xử trí các cấp cứu đe dọa tính mạng như tình trạng tắc thở, tình trạng sốc nặng. Khám tri giác theo bảng Glasgow, khám thần kinh sọ não, yêu cầu chụp cắt lớp vi tính ở sọ não.

Ở bệnh nhân bị va nặng vào đầu, lưu ý hay có thương tổn cột sống cổ, nhất là gãy các đốt sống cổ cao, tránh bỏ sót khi bệnh nhân hôn mê.

Khám vết thương, ví dụ gãy hở xương đùi hay có các thương tổn khác kèm theo: ở trên kèm trật khớp háng, gãy cổ xương đùi, ở dưới kèm thương tổn xương bánh chè, thương tổn các dây chằng gối.

Khám mạch máu: tình trạng tưới máu ở ngoại vi như tưới máu ở nền móng; nghi ngờ thương tổn mạch máu, yêu cầu thăm dò Doppler, chụp động mạch...

Thường không quên tiêm phòng uốn ván.

6. XỬ TRÍ KỲ ĐẦU

Bảng sơ cứu, băng cá nhân của người lính là quan trọng để giảm bớt bội nhiễm tại ổ gãy xương hở.

Tránh các thao tác làm vết thương bị bội nhiễm và mắc "bệnh của bệnh viện"

6.1. Cắt lọc, rạch rộng

Danh từ débridement (rạch rộng, cắt lọc) ban đầu được dùng để mô tả việc rạch tháo mủ cho một vết thương bị nhiễm khuẩn. Dần dần được hiểu làm sạch vết thương, lấy bỏ tổ chức hoại tử mất sức sống trong vết thương và lấy bỏ dị vật, nhất là các dị vật hữu cơ để ngăn ngừa viêm nhiễm yếm khí. Sau khi mổ cắt lọc, rạch rộng, từ một vết thương lòng bùng, bị bịt miệng biến thành một vết thương rộng miệng, có bề mặt tổ chức sống, thoát dịch tốt, có khả năng chống đỡ với nhiễm bẩn và vi khuẩn còn lại.

Chỉ có các vết thương nhỏ, nông, vết thương rách da đơn thuần thì có thể hót bỏ hình quả trám rồi khâu lại. Còn lại, cần rạch rộng, rạch dọc, mở rộng vết thương.

Cắt lọc: thì cần làm trước, sau đó làm thì sạch là rạch rộng. Để sẵn garô hơi. Đường rạch rộng da thường bằng đường kính đoạn chi, khi có sưng nề to quá

cân rạch dài hơn nữa. Tổ chức dưới da bản thì cắt lọc thêm, song không bóc tách nhiều, giúp cho da được sống. Cân cần mổ rộng, rộng hơn là đường mổ da. Cân dày thì rạch thêm đường chữ thập.

Cơ do chứa nhiều nước nên bị thương tổn sóng đập (shock wave), ví dụ do đạn có tốc độ cao, có năng lượng lớn. Mổ rộng vết thương cơ theo thớ cơ với đầu ngón tay. Cần quan sát màu sắc cơ, độ chắc, độ co cơ, tình trạng chảy máu khi cắt.

Về màu sắc, tránh nhìn nhầm một lớp mỏng màu đen dính trên bề mặt cơ, có khi lấy bỏ lớp này, cơ vẫn đỏ bình thường màu cơ ít có giá trị nhất để chẩn đoán.

Về độ chắc: cơ càng chắc càng sống

Về độ co cơ: nếu các thớ cơ chạm phải, cắt phải có rung giật, co cơ là còn sống. Độ co cơ có giá trị song không phải mọi cơ không co đều là cơ chết.

Về tình trạng chảy máu: nếu bệnh nhân bị sốc, máu sẽ chảy ít. Máu rỉ đốt điện, máu phun nhỏ nên buộc hay khâu buộc. Bơm garô khi cần

Nhờ mổ rộng vết thương theo thớ cơ, vết thương đã có miệng rộng. Đánh giá cơ có khi khó. Brav nêu phương châm "nếu nghi ngờ, lấy nó đi" nhất là khi có hồng mạch máu lớn. Nên kiểm tra lại vết thương sau 1-2 ngày (second look) nhất là đối với vết thương giáp nát lớn. Khi đó, sẽ cắt lọc thêm khi cần.

Đối với xương gãy: tổ chức cơ đề kháng tốt với nhiễm khuẩn, còn xương thì đề kháng kém.

Biết cơ có sống không đã khó, còn xương lại càng khó

Nói chung, các mảnh xương nhỏ, rời cần lấy bỏ. Mảnh to còn dính phần mềm nên làm sạch, đặt lại. Đối với mảnh to tách rời, đặt lại sẽ như miếng xương ghép. Nên đặt lại hay lấy bỏ? Đặt lại thì đỡ khuyết xương song ngại bị nhiễm khuẩn, thực ra đặt lại mảnh xương cũng không có vấn đề gì lớn đối với nhiễm khuẩn cấp tính. Nó có lợi cho liền xương và nếu cần thì lấy bỏ sau. Lấy bỏ thì liền vết thương tốt hơn, song hay bị chậm liền, không liền.

Nếu người mổ ít kinh nghiệm nên lấy bỏ, chịu khớp giả, vì có một cái khó hơn khớp giả là khớp giả nhiễm trùng.

Xương lộ trần (ví dụ xương chày) thì sẽ che phủ bằng gạc tẩm dầu, mỡ (xương sống được 2 tuần), không nên chuyển vật che xương trong cấp cứu, dễ bị hỏng cả vật. Xương có màng xương nếu giữ ẩm không đáng ngại.

Dị vật, nhất là dị vật hữu cơ cần lấy bỏ

Bị thương tổn mạch máu: nên đặt sẵn garô hơi ở gốc chi, khi cần mới bơm hơi. Bị đứt động mạch, tĩnh mạch nên phục hồi lưu thông cả hai, đôi khi chỉ được động mạch. Khi cần khâu phục hồi mạch máu lớn, theo phương pháp cũ, cần kết hợp xương bên trong trước. Hiện nay, kỹ thuật khâu phục hồi mạch máu rất tốt, miệng nối chịu được sức kéo đến 18kg, cho nên có thể khâu phục hồi mạch máu, còn chi gãy đặt nẹp, bó bột hay kéo liên tục đều được.

Sau khâu mạch máu nên rạch rộng các cân giải thoát các khoang cơ. Ở cẳng tay, rạch mở hai khoang chính ở phía trước và phía sau (xa nhau 180°). Ở cẳng chân, hay rạch rộng cân cơ dép. Có thể rạch cân bằng những đường rạch da nhỏ, luồn kéo cắt ngầm dưới da.

Tưới rửa vết thương: Gustilo thấy tưới rửa dưới 10 lít nước, bị nhiễm khuẩn nhiều so với tưới rửa trên 10 lít. Peter Bowis làm việc cho Tổ chức y tế thế giới, nêu tưới hàng chục lít nước, dùng nước thiên nhiên sạch (ở Châu Phi). Nhờ tưới, vết máu được rửa sạch, dễ lấy bỏ dị vật, tổ chức phần mềm sống chết dễ phân biệt để lấy bỏ, tưới làm giảm nhiễm khuẩn.

Để hở hay đóng kín: đối với gãy xương hở để hở hay đóng kín

Đóng kín, chỉ khâu kín da, làm được cho một số ít trường hợp với chỉ định chặt chẽ vì nó có nhiều nguy hiểm. Từ năm 1944, Brenn đã nêu: "Mũi khâu không cần thiết để cứu thương binh song đã đủ để giết chết họ". Cái lợi của nó là ngăn ngừa bội nhiễm (bệnh của bệnh viện), song cái hại của nó thì nhiều. Do vậy thường chọn cách để hở.

Những điều kiện để đóng kín là:

1. Đã lấy bỏ hết tổ chức hoại tử, dị vật. Điều này khó xác định
2. Tuần hoàn chi bình thường, không dễ chẩn đoán
3. Thần kinh chi không bị tổn thương
4. Điều kiện toàn thân tốt, không dễ xác định
5. Vết thương có thể khâu kín, không căng
6. Khâu không để lại khoảng chết
7. Bệnh nhân không có thương tổn ở nơi khác

Không đủ 7 điều kiện trên hay còn nghi ngờ điều gì nên để hở vết thương

Che phủ da: da cần che phủ những tổ chức không thể để lộ ra khí trời như:

- Xương lộ trần, không có màng xương
- Gân lộ, bị mất bao gân
- Sụn khớp bị lộ
- Một số dây chằng, thần kinh, mạch máu bị lộ

Rạch đối chiếu để khâu da khỏi căng và có thể dẫn lưu tốt hơn. Cần rạch đủ dài để khâu vết thương không căng. Thường dài bằng vết thương. Khi rạch đối chiếu phải tính cho cuống da giữa vết thương và vết rạch còn đủ rộng để vật da được nuôi, tránh bị hoại tử sau này. Nếu vết thương quá rộng chỉ nên chuyển vật xoay lân cận để che vết thương lại. Chỉ nên rạch đối chiếu nơi có nhiều cơ như ở đùi, ở phần cao của cẳng chân, cổ chân, cổ tay.

Chuyển vật cơ che: khi bị mất da và tổ chức dưới da rộng, để lộ xương.

Xương lộ không có màng xương sẽ bị chết, nên che phủ ngay phần mềm. Còn màng xương và luôn luôn giữ ẩm thì xương sống. Ví dụ sau gãy hở nặng ở cẳng chân, hay dùng vật cơ dẹt hay cơ gấp sâu ở cẳng chân chuyển sang bên để che xương. Sau đó vá da mỏng che cơ.

Qua giai đoạn cấp tính, xương bị lộ nhỏ không có màng xương che phủ có thể cứu nhờ khoan qua vỏ xương nhiều lỗ nhỏ để tạo tổ chức hạt từ tổ chức ống tuỷ rồi

vá da sau. Cách này rất tốt, nhất là đối với trẻ em. Thông thường chuyển vạt da có cuống mạch nối vì phẫu hay chuyển vạt xoay lân cận thường làm sau 7 ngày, khi khâu vết thương kỳ hai.

Băng sinh vật: khi bị lộ khớp, lộ gân có thể che với miếng da đồng loại hay khác loại. Điều này giúp cho gân sống và tổ chức hạt mọc. Sau đó vá da tự thân hay chuyển vạt, ghép vạt.

Để vết thương hở: đối với vết thương phần mềm lớn, để hở hoàn toàn.

Gác cao chi cho đỡ sưng nề, cho kháng sinh. Việc dùng kháng sinh không giúp đỡ gì khi cắt lọc không đúng. Cho kháng sinh 36-48 giờ sau mổ. Sau đó cố định chi gãy bằng các cách sau đây:

1. Cố định xương ngay
2. Cố định bên ngoài
3. Kéo liên tục
4. Bó bột

6.1.1. Cố định xương ngay

Được chỉ định chặt chẽ như sau: có thể cố định xương ngay khi:

- Gãy hở độ I và II
- Đến sớm trước 8 giờ
- Có người và phương tiện mổ thuận lợi

Ví dụ gãy ngang xương chày có thương tổn da ít, đến sớm

Kết hợp xương mà diện gãy không tiếp xúc tốt và ổ gãy không vững khi xấu hơn là không kết hợp xương.

Nếu có kết hợp xương thì đầu chỗ gãy xương hở thường không khâu da, không khâu phần mềm. Nên chỉ khâu khếp cơ không căng để che ổ gãy và che dụng cụ kết hợp xương song da và cân sâu luôn luôn để hở.

Lưu ý khi kết hợp xương với nẹp vít sau gãy hở thân xương hay bị chậm liền, nên ghép xương xốp tự thân (mào chậu) ngay.

6.1.2. Cố định bên ngoài

Với các phương tiện như Hoffmann FESSA, Ilizarov, Orthofix... cố định bên ngoài là phương tiện tốt nhất để xử trí gãy hở nặng (độ III...) đến muộn. Nó tốt vì:

- Cố định được xương song tại ổ gãy không có dị vật (kim loại...)
- Đạt được vị trí giải phẫu tốt nhờ áp giữ đầu gãy đúng vị trí trước khi cố định. Song nó có nhược điểm là các cọc chốt ngang giữ không cho các đầu xương áp sát nhau (khi có hiện tượng tiêu xương sinh lý tại ổ gãy). Các mẫu khung tốt thì làm được việc áp sát các đầu gãy với nhau; hoặc chừng 2-3 tháng sau thì lấy bỏ khung cố định ngoài và bó bột ngắn rồi cho tỳ, cho đi.

Nên tránh các xu hướng sai lầm như khi chi bị gãy hở nặng, cố cứu chi, cố tránh cắt cụt, cố nối lại chi đứt rồi bằng vi phẫu.

Thủ thuật phổ biến chỉ nên cố định ngoài. Bệnh nhân già, bị nặng nên cắt cụt cứu tính mạng.

6.1.3. Kéo liên tục

Kéo liên tục tốt chỉ kém cố định ngoài. Nhờ kéo, chi được bất động, chóng giảm sưng nề, xương gãy trở lại vị trí giải phẫu khá. Thời gian kéo thường 4-6 tuần, chỗ ổ gãy tương đối vững rồi chuyển sang bó bột thêm.

Gãy cẳng chân kéo trên khung Braun. Khi kéo chỉ có mặt sau chi bị che lấp, còn 3 mặt thì hở để theo dõi vết thương. Nếu gãy hở nặng ở đùi, gãy hở cao đùi, với các vết thương rộng ở háng, mông, nếu có vết thương phía sau có thể kéo treo tư thế 90-90 (háng, gối gấp 90°) và xoay ngoài nhẹ.

Vài điểm về kỹ thuật xuyên đinh, kéo tạ như sau:

- Dùng đinh Steinmann xuyên qua trên lõi cầu xương đùi, đinh đủ to để kéo không cong.
- Đinh đủ to không cửa đứt xương xóp
- Khi khoan đinh, dùng tốc độ chậm cho đỡ nóng đinh, bỏng xương
- Khi đinh qua khỏi xương dùng tiếp khoan tay cho đỡ xoắn sợi cơ. Khoan từ trong ra, tránh phạm mạch máu
- Chân đinh cần chích rạch da nhỏ cho khỏi căng

Ở chi trên, kéo qua móm khuỷu vẫn theo nguyên tắc 90-90. Lúc bó bột, khi cần cho vùi đinh trong bột.

6.1.4. Bó bột

Sau xử trí vết thương, bó bột làm được ở nhiều nơi. Đây là cách phổ biến nhất. Phương pháp đơn giản, kết quả, song thường vị trí giải phẫu của xương gãy kém.

Bó bột cho đến khi liền được Trueta nêu từ nội chiến Tây Ban Nha năm 1939 và được Brown Urban nêu ở chiến tranh Việt Nam. Bột thấm máu, hôi song vết thương tốt bất ngờ. Ở gãy chi dưới, nếu bột tròn, có thể tỳ sớm sau 2 tuần.

Vết thương được theo dõi với cửa sổ bột. Lưu ý, chỗ mỡ cửa sổ thường bị phù nề và vết thương dễ bị bột cửa vào thịt, cần có nắp bột dầy và băng giữ.

Đối với các mảnh xương vỡ rộng, khi cắt lọc có thể sắp xếp mảnh gãy và ghim đinh Kirschner cố định. Đinh Kirschner được chấp nhận dùng cho gãy hở, không sợ nó như là dị vật, sau đó bó bột ngoài. Mảnh to, ghim một đinh để xoay, nên ghim hai đinh. Quan trọng để giữ những mảnh to khớp khớp. Mảnh vỡ nhiều dễ bị ngấn chi còn ghim hai đinh trên dưới ổ gãy và kéo nắn, bó bột ôm vùi đinh.

7. XỬ TRÍ CÁC THƯƠNG TỔN KÈM THEO

7.1. Bị bong lóc da rộng

Khác hẳn với chuyển vật da lúc mổ, bong lóc da do tai nạn, da bị đụng giập, mạch nuôi da bị hỏng nên thường lóc đầu, da sẽ bị hoại tử đấy.

Để xem da có được tưới máu nuôi không, có thể tiêm tĩnh mạch một ống fluorescein và dùng ánh sáng đèn Wood để soi.

Có thể đặt garô một thời gian ngắn rồi tháo garô xem tình trạng máu tưới ở các mạch máu nhỏ. Những phần vật da bị lóc thường trở da với các vết rạch nhỏ hình ô quân cờ rồi băng ép cho thoát dịch. Vật da dự kiến không sống nên lạng mỏng rồi đặt lại như kiểu đặt miếng da ghép tự thân. Nếu dưới đó, nền cơ không giập nát, lồi lõm thì phần da này có thể sống. Cần băng ép nhẹ và bất động.

7.2. Bị thương tổn mạch máu

Khi có kèm thương tổn mạch máu thì:

- Nếu xử trí sớm, nên kết hợp xương trước cho vững rồi xử trí mạch máu sau
- Nếu xử trí muộn hơn, nên phục hồi lưu thông mạch máu trước để cứu chi rồi kết hợp xương sau, lúc này kết hợp xương phải nhẹ nhàng cho khỏi hỏng chỗ khâu vá mạch máu.

7.3. Khi có nhiều thương tổn

Thường cần sự phối hợp giữa phẫu thuật viên chỉnh hình, phẫu thuật viên chung và gây mê.

Bị gãy đùi hở trên bệnh nhân đa chấn thương nên cắt lọc vết thương, rạch rộng vết thương và kéo nắn bó bột. Có thể bó bột vùi đinh ở đầu trên xương chày vào bột. Sau mổ có thể sớm dùng xe lăn nên phối sẽ tốt hơn. Nếu phải nằm thì cho kéo liên tục, sau 7 ngày mới kết hợp xương và đóng vết thương.

Kết hợp xương ngay ở đùi dễ bị nhiễm khuẩn, vì khi xương đùi bị gãy, lớp cơ dày quanh đó đã bị tai nạn giập nát nhiều. Kết hợp xương ngay phải có chỉ định chặt chẽ.

Mổ nẹp vít mà bị nhiễm trùng thì tốt hơn là mổ đinh nội tuỷ vì viêm nhiễm lan rộng theo đinh trong ống tuỷ.

Ở gãy hở xương đùi, cố định ngoài kém hơn nơi khác

Ở chi trên, cố định bên trong hay dùng hơn cố định bên ngoài vì nhiễm khuẩn ít hơn và các đinh của khung cố định cản trở việc tập luyện ở bàn tay.

7.4. Đối với người già

Người già nằm lâu sợ viêm phổi, nên kết hợp xương rồi cho dậy sớm thì hơn

Nếu bị nhiều thương tổn nặng ở chi trên nên cắt cụt để cứu tính mạng.

7.5. Xử trí một số thương tích khác

7.5.1. Gãy hở bàn tay, bàn chân

Ở người trẻ bị gãy hở bàn tay, bàn chân, nơi gãy được cấp máu nuôi tốt nên nhiễm khuẩn không phải là vấn đề lớn. Có thể kết hợp xương ngay như đối với gãy kín. Thường dùng đinh Kirschner vì ít phải bóc tách phần mềm. Với nẹp vít bị dính nhiều hơn. Kết hợp xương cho phép cử động được ngay, rất quan trọng trong việc phục hồi chức năng bàn tay. Đối với vỡ hở xương gót cũng vậy, ghim đinh Kirschner chấp nhận được. Gãy cổ xương sên thường đặt lại và kết hợp xương ngay, liền không khó và ít bị hoại tử vô khuẩn.

7.5.2. Gãy trật cổ chân

Gãy hở độ I nên kết hợp xương ngay, không có tai biến lớn so với gãy kín. Gãy hở độ III đến sớm nên kết hợp xương tối thiểu, cần cho xử trí phần mềm, đến muộn nên để lại.

Điều rất quan trọng là cần cử động sớm khớp cổ chân. Nếu kéo qua gót vẫn vừa kéo vừa tập cử động được.

7.5.3. Gãy hở thân xương chày

Gãy hở độ I và II, cho bất động với bột có đế gót để đi, kết quả tốt.

Gãy ở độ III nên cố định ngoài, ví dụ khung Hoffmann. Chỉ để phương tiện cố định ngoài 4-6 tuần rồi lấy bỏ phương tiện cố định, chuyển sang bó bột đi.

Gãy hở xương chày được kết hợp xương bên trong chỉ chừng 5%

Ngắn chi ở cẳng chân không nên quá 1cm vì các cơ cẳng chân thích nghi kém.

Kết hợp xương ở cẳng chân thì dùng nẹp vít tốt hơn là dùng đinh nội tuỷ vì khi mổ nẹp vít, tình trạng mất máu nuôi xương là ít và nếu bị nhiễm khuẩn thì dễ xử trí hơn so với nhiễm khuẩn có đinh nội tuỷ. Nẹp hay đặt ở ngoài xương chày, bị thương tổn nặng nên để nẹp ở mặt sau xương chày. Để nẹp ở mặt trong, ở dưới da, biến chứng nhiều.

7.5.4. Gãy hở các xương dài ở chi trên

Ở gãy chi trên được che phủ phần mềm tốt, thường do năng lượng yếu, biến chứng ít.

Gãy hở độ I nên kết hợp xương ngay. Gãy hở độ II và III ở cánh tay nên làm nẹp bột. Nếu gãy xương có cả thương tổn thần kinh mạch máu, nên kết hợp xương với nẹp vít thì đỡ ngại viêm ống tuỷ và tránh được thương tổn đại vai khi mổ đinh nội tuỷ.

Gãy nội khớp xương cánh tay nên kết hợp xương ngay

Đa số gãy hở hai xương cẳng tay nên kết hợp xương ngay, dùng nẹp vít thì hơn là đinh nội tuỷ.

Mọi gãy hở thân xương đã cố định bên trong nên ghép xương xốp tự thân.

14. GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CÁNH TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đầu dưới cánh tay có nhiều dạng, hay gặp như sau:

1.1. Gãy lồi cầu ngoài: Loại này thường thấy ở trẻ em ít tuổi, thường trẻ chưa đi học, khi ngã chống tay, lực đẩy theo xương quay, thúc lên lồi cầu, làm lồi cầu ngoài gãy rời ra. Đây cơ có kéo làm lồi cầu xoay 180° , diện gãy quay ra ngoài, đây là loại gãy phải mổ phổ biến nhất, dù là tuổi mẫu giáo.

1.2. Gãy trên lồi cầu: Đây là loại gãy phổ biến ở trẻ em, đường gãy ngoại khớp, chỗ xương bị yếu, toàn là gãy duỗi, do ngã chống tay, thường điều trị không mổ.

1.3. Gãy liên lồi cầu: Chữ T, chữ Y. Đây là gãy nội khớp di lệch nhiều ở người lớn, thân xương gãy có đầu nhọn thúc xuống dưới, làm bửa rời 2 khối lồi cầu ngoài và lồi cầu trong ra xa nhau (ròng rọc)

2. GÃY TRÊN LỒI CẦU Ở TRẺ EM

Ở tuổi đang đi học, đây là loại gãy phổ biến nhất ở trẻ em, thường là gãy duỗi, do ngã chống tay, đầu dưới lệch ra sau.

Nơi gãy là một vùng xương yếu, xương bị bè rộng, mỏng, có hố móm khuỷu, và hố móm vẹt làm xương càng bị mỏng và yếu.

Ngoài bị lệch ra sau, đầu dưới còn bị lệch vào trong và vẹo nghiêng. Đầu trên nhọn chọc ra phía trước tại nếp khuỷu, có thể chọc vào động mạch cánh tay và thần kinh giữa.

2.1. Triệu chứng

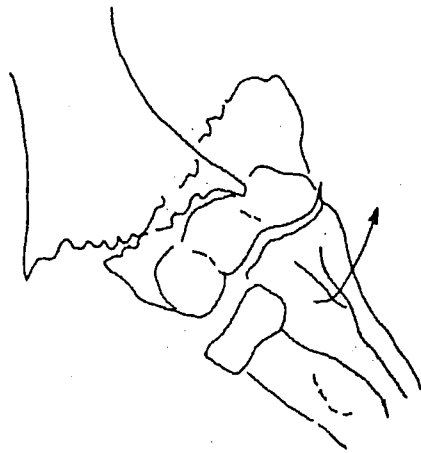
Vùng trên khuỷu chóng bị sưng nề to, với các nốt phồng do rối loạn dinh dưỡng. Khám thấy đầu dưới lệch ra sau, ba mốc xương: móm khuỷu móm trên lồi cầu và móm trên ròng rọc vẫn cân đối, tạo nên tam giác cân. Sờ ở nếp khuỷu phía trước thấy đầu xương nhọn của đầu trên chọc xuống dưới da, phía sau thấy gân cơ tam đầu không căng.

Khám mạch: có khi mạch bị chèn, bị rách với mạch ngoại vi yếu. Đôi khi thấy khoang trước cẳng tay căng cứng.

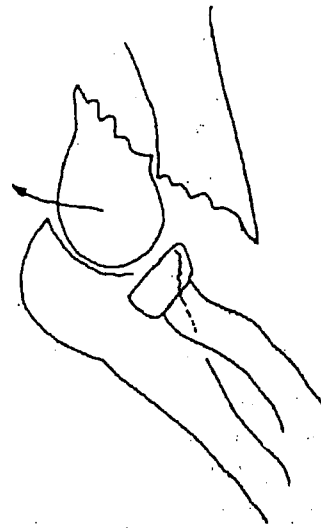
Khám thần kinh: dây thần kinh giữa và dây thần kinh quay.

X quang phim thẳng chú ý đầu dưới lệch vào trong và vẹo nghiêng

Phim nghiêng đôi khi không di lệch (độ I), di lệch ít (độ II) gấp góc nhẹ, nhiều khi di lệch hoàn toàn (độ III), hay 2 đầu gãy rời xa nhau (độ IV).



Đầu dưới lệch vào trong lên trên
gây khuỷu vẹo vào



Đầu dưới di lệch ra sau độ III

Hình 14.1 . Gãy trên lồi cầu

2.2. Các cách điều trị

2.2.1. Nắn bó bột: gãy ở trẻ em thường cho nhin 6 giờ để gãy mê. Trẻ lớn hơn có thể gãy tê đám rối nách, lấp đai vai kéo ngược lên ở nách.

Thì 1: Người phụ nắm cổ tay kéo duỗi thẳng khuỷu, kéo xuôi xuống. Nếu có bị kẹt mạch máu thần kinh thì khi kéo thẳng sẽ tự gỡ ra. Thậm chí kéo khuỷu hơi duỗi quá mức, để gỡ các đầu gãy khỏi gài nhau.

Chữa gấp góc vẹo vào ở khuỷu, rất hay bị, bằng cách giữ cánh tay, đưa cẳng tay ra ngoài 20° cho khuỷu vẹo ra ít.

Thì 2: Đưa dần khuỷu ra trước, gấp khuỷu dần đến vuông. Người nắn ôm lấy đầu dưới xương cánh tay kéo ra sau, ngón cái đẩy móm khuỷu ra trước. Người phụ đối chỗ lên phía đầu bệnh nhân kéo cẳng tay về phía đầu bệnh nhân. Nắn vào thì gấp khuỷu nhiều hơn, không vướng. Nhìn nghiêng: móm khuỷu đứng trực cánh tay. Sưng nề nhiều không để khuỷu 90° mà bớt đi 10°, bình thường để khuỷu gấp 110°, tư thế này ở gãy vững, song kiểm tra mạch quay yếu lại phải bớt gấp, để 90° thôi.

Bó bột cánh cẳng tay rạch dọc. Cần theo dõi mạch máu, chỉ để nẹp bột. Góc tay cao 3-4 hôm, cẳng tay để sấp hay ngửa? Đang kéo nắn để cẳng tay ngửa.

Kéo nắn xong để sấp dần lại, ít ra là để tư thế trung bình 0° (ngón cái dạng chỉ vào vai) tư thế này quan trọng để đỡ bị cẳng tay vẹo vào trong (cubitus varus).

Bohler nhấn mạnh phải để sấp cẳng tay cho khỏi bị vẹo vào trong.

Nếu đầu dưới xương cánh tay lệch vào trong (phổ biến) và vẹo nghiêng vào, màng xương trong của ổ gãy lành, thì cẳng tay để sấp.

Nếu đầu dưới cánh tay lệch ra ngoài, và vẹo nghiêng ra, màng xương ngoài lành thì căng tay để ngửa.

Ambrosia mổ xác thấy căng tay để sấp thì ổ gãy vững hơn.

Cần chụp kiểm tra X quang ngay. Nắn chưa đạt, gây mê thêm và nắn lại ngay.

Không sưng nề quá, nên bó bột gấp khuỷu 110° , cổ tay treo gần trước cổ, X quang kiểm tra sau nắn 3 và 7 ngày. Bọt để 4-6 tuần.

Sưng nề quá nhiều, không nắn, cho gác tay cao 3-4 hôm nay xuyên đinh kéo mỏm khuỷu rồi nắn sau.

2.2.2. Kéo qua mỏm khuỷu: chỉ định

- Sưng nề to quá, không thể nắn chỉnh được
- Nắn được song không vững, khi để gấp khuỷu 110° thì chèn mạch máu. Sưng nề to gây chèn tuần hoàn, có dấu hiệu thiếu máu nuôi Volkmann (đầu chi lạnh, ngón hơi co, mạch yếu thụ động duỗi đầu ngón đau buốt). Phải kéo lên trời, căng tay nên để sấp, tập gấp khuỷu dễ vì có trọng lực, kéo không bị căng tay vẹo vào trong.

2.2.3. Mổ đặt lại

Gãy trên lồi cầu là gãy ngoại khớp. Thường điều trị không mổ. Một số ít ca, ví dụ gãy di lệch ở diện khớp, nắn không đạt phải mổ.

Đã chỉ định nên mổ sớm. Mổ muộn vì lương lự, vì thử điều trị nội, nắn không đạt. Thời gian tốt nhất cho mổ mất đi, khó đặt lại, thậm chí bị co rút phần mềm, viêm cơ cốt hoá.

Mổ sớm, nắn cố định vững và tập sớm thì tốt. Có các trường hợp không mổ sớm được: bị sâu sát da nhiều, bị thương tổn phần mềm, bị vết thương hở, bị thêm nhiều thương tổn khác, toàn trạng kém.

Có 2 cách mổ:

- Nắn kín dưới màn tăng sáng, ghim đinh Kirschner qua da, chéo qua ổ gãy. Được Muller làm từ 1939
- Mổ cố định bên trong, trẻ bé cố định với các đinh chéo, đinh Kirschner hay Steinmann nhỏ, nẹp ép. Trẻ lớn, người lớn cố định với 2 nẹp vít 2 bên cột xương.

2.3. Di chứng

2.3.1. Can lệch

- Lệch ngang ở trẻ em, khả năng tự thích nghi với di lệch ngang rất khá. Dù di lệch nhiều song không vẹo nghiêng, khả năng tự sửa chữa rất tốt.
- Lệch nhiều, can còn non: nên mổ phá can, đặt lại, cố định với ghim đinh Kirschner.
- Lệch nhiều, can chắc, không nên phá can đặt lại

Khi bị chồi xương, cản trở gấp khuỷu, đục bỏ xương chồi

Khi bị vẹo khuỷu vào trong, đục xương sửa trục

- Trẻ bé: ghim đinh Kirschner cố định hay bó bột giữ trục tốt, khuỷu để thẳng.
- Trẻ lớn, người lớn: Cố định vững chắc với nẹp vít, tập cử động sớm

2.3.2. Co rút gân Volkmann: được mô tả năm 1991. Cơ gấp ngón bị thiếu máu nuôi, xơ hoá, co rút.

- Còn sớm, bị nhẹ: nẹp bột chỉnh duỗi dần
- Co quắp nặng: chuyên khoa mổ tách rời hạ thấp nguyên uỷ cơ gấp ngón, mổ kéo dài gân, mổ làm ngắn xương.

3. GỠY LIÊN LỐI CẦU CHỮ T CHỮ Y

Đây là gãy nội khớp thường ở người lớn. Chữ T: gãy ngang trên lồi cầu và gãy dọc tách rời 2 lồi cầu đầu dưới (lồi cầu rỗng rọc). Chữ V, hai đường chéo, đầu trên nhọn thúc xuống, bửa rộng hai lồi cầu.

3.1. Chẩn đoán: Sờ thấy các lồi cầu bị bửa rộng, xác định với X quang, có điều kiện nên chụp CT.

3.2. Phân loại: Riseborough nêu 4 kiểu:

Gãy chữ T không lệch

Gãy lệch song lồi cầu, rỗng rọc không xoay

Lồi cầu rỗng rọc rời xa nhau và xoay

Gãy vụn nhiều mảnh diện khớp

3.3. Điều trị

Đối với người trẻ phải cố định lại giải phẫu, cố định vững để tập được sớm. Người già bị loãng xương gãy vụn nhiều, cố định bên trong kém, chỉ nên điều trị với nắn bó, chờ xương dính cho tập sớm. Cho tập sớm quan trọng hơn là phục hồi giải phẫu.

Dù là cách điều trị gì mà bất động lâu đều sẽ bị cứng khớp

Kết quả nắn trên X quang không song song với kết quả cơ năng gấp duỗi khuỷu. Có khi nắn vào, giải phẫu tốt song cứng đờ khuỷu. Xét kết quả điều trị cần xét cả hai mặt: X quang, và cơ năng gấp duỗi trên lâm sàng.

Trước đây, điều trị bảo tồn nhiều, khi điều trị bảo tồn, cần cố cho gấp khuỷu vì khi bị co cứng ở tư thế gấp khuỷu thì cơ năng tốt hơn (cho tay vào mồm được) song nhìn xấu hơn.

Gần đây, điều trị mổ nhiều, nhằm cho cử động sớm.

3.3.1. Cách điều trị không mổ

- **Bất động bằng bột hay nẹp bột:** Khi kéo áp hai bên lồi cầu với nhau. Đặt khuỷu vuông 90° và bó bột cánh cẳng bàn tay, rạch dọc, gác tay cho máu từ ổ gãy xuôi về tim, cho đỡ sưng. Khi đỡ sưng, áp thêm hai bên khuỷu, cho bó tròn.

Chỉ định bó bột tốt cho gãy không lệch. Sau 2-3 tuần, bó bột treo tay và khăn quàng cổ tập.

- **Kéo liên tục**

Áp dụng khi có phản chỉ định mổ như sưng nề nhiều quá, da bị đung giập nhiều, toàn trạng kém.

Xuyên đinh vào móm khuỷu, kéo tạ cánh tay thẳng lên trời. Rồi chờ mổ

Hoặc gãy vụn quá, mổ kết hợp xương sẽ không vững, cho kéo tạ điều trị đến khi xương dính (6 tuần)

– Chỉ định chính:

- + Gãy vụn nhiều mảnh đầu dưới xương cánh tay chỉ cần kéo, giữ cho thẳng trục và tập sớm cử động khuỷu
- + Gãy có vết thương hở bẩn

- **Kỹ thuật treo cổ tay vào cổ**

– Chỉ định chính: Cho gãy đầu dưới xương cánh tay ở người già, cần ngoại trú sớm. Không cần bệnh nhân cộng tác nhiều.

Cho gấp khuỷu, cổ tay buộc treo vào gân cổ, càng gấp khuỷu càng tốt. Khuỷu để tự do. Tập ngay bàn ngón tay, sau 7 ngày, tập đung đưa vai. Sau gãy hai tuần, tập duỗi dần khuỷu, khi tập mảnh gãy tự nắn vào. Sau 6 tuần xương dính, bỏ khăn treo cổ, tập thêm 3-4 tháng.

3.3.2. Cách điều trị mổ: có 4 cách chính:

Ghim đinh rồi bó bột

Mổ nắn, cố định bên trong

Tạo hình khớp (cắt đoạn đầu dưới xương cánh tay)

Thay đầu dưới xương cánh tay bằng kim loại

3.3.2.1. Ghim đinh rồi bó bột: Do Muller làm lần đầu. Xuyên đinh qua móm khuỷu kéo tạ, hai bàn tay ốp hai bên cho lồi cầu ròng rọc áp vào với nhau. Xong ghim đinh Kirschner qua da, chéo ổ gãy để cố định, xuyên chéo qua đầu trên. Xong vùi 3 đinh này trong bột. Đây là cách Bohler hay làm. Không cử động được sớm khuỷu và có nguy cơ nhiễm khuẩn theo chân đinh.

3.3.2.2. Mổ nắn cố định bên trong: Có 2 cách

- Mổ nhỏ, cốt gá hai lồi cầu với nhau, lập lại quan hệ diện khớp. Sau mổ bó bột hay kéo liên tục. Cách này ít làm.

- Mổ lớn: Tách rời chỗ bám tận gân cơ tam đầu, lật lên trên, bảo vệ thần kinh trụ, đặt lại các đầu gãy, cố định chắc lồi cầu với ròng rọc bằng một vít xương xóp nằm ngang, đôi khi thêm một đinh Kirschner song song nằm ngang cho khỏi xoay. Hai bên cột xương, cố định với 2 nẹp vít hình chữ A, cỡ nhỏ. Nhờ cố định vững chắc, sau mổ tập được sớm.

Chỉ định chính: Bệnh nhân trẻ, chất lượng xương tốt, mảnh vỡ đủ to để kết hợp xương.

Nếu mổ không vững, sau mổ xuyên đinh mỏ khuỷu kéo tạ và tập sớm

3.3.2.3. Mổ tạo hình khớp khuỷu: Trước đây, mổ kiểu này khi gãy hở nặng đầu dưới xương cánh tay. Mổ lấy bỏ các lồi cầu đã bị vỡ rời nhau. Rồi bất động tạm, xong cho cử động khớp sớm. Sợ rằng khớp lỏng lẻo, thực tế khớp khá vững, gãy vụn nhiều nên làm kiểu này. Nghi ngại gây lỏng khớp, nên chỉ định mổ thì 2.

3.3.2.4. Thay khớp nhân tạo: Thay thế đầu dưới xương cánh tay với Vitallium. Gần đây thay thế toàn bộ khớp khuỷu cho viêm khớp nặng sau chấn thương. Biến chứng nhiều, kết quả xa đang theo dõi, chưa kết luận được.

Sau mổ: khi mổ cần kết hợp xương vững để cử động được sớm. Treo tay cho xuôi máu về tim, đỡ phù nề và cho cử động ngay, cho cử động chủ động, không nên làm cử động thụ động.

3.4. Biến chứng

Thần kinh, mạch máu

Không liền xương: hiếm gặp

Hoại tử vô mạch: rất hiếm

Cứng khuỷu, mất cử động khuỷu

Đây là biến chứng chủ yếu: lý do

- Do chèn ép cơ học: đầu xương chồi, cản trở gấp khuỷu, các lồi cầu biến dạng, diện khớp hỏng.
- Do các hố mỏ khuỷu, mỏ vẹt bị đầy vì can sùi, tổ chức xơ lấp đầy, gây lồi cầu di lệch
- Do xơ hoá cạnh khớp sau chấn thương, do kỹ thuật mổ nẹp vít kém
- Do nhiễm khuẩn
- Do thao tác mạnh khi đang liền xương, làm rách các chỗ dính, gây cứng khớp.
- Do bất động lâu quá

4. GÃY LỒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy ở trẻ ít tuổi, chưa đi học. Do ngã chống tay, lồi cầu ngoài bị gãy rời, mảnh gãy có cả phần trên lồi cầu, ngoài khớp và cả má ngoài ròng rọc.

Cơ co kéo, mảnh gãy xoay 180° , diện gãy quay ra ngoài. Đây là loại gãy phải mổ ở trẻ em ít tuổi.

Phim X quang: chú ý điểm cốt hoá đầu dưới xương cánh tay

Lồi cầu ngoài có nhân cốt hoá sớm nhất, vào 1 năm tuổi

Mỏm trên lồi cầu trong, cốt hoá 4-6 tuổi

Lồi cầu trong cốt hoá 9-10 tuổi

Mỏm trên lồi cầu ngoài cốt hoá vào 12 tuổi. Nhân xương nhỏ song mảnh vỡ có sụn thường to

- Xử trí

Gãy không lệch, nẹp bột khuỷu vuông, cẳng tay sắp để 2-3 tuần, tập

Gãy lệch nhiều 180° , mổ đặt lại cố định với vít xương xóp cỡ nhỏ hay 2 đinh Kirschner. Sau 10-14 ngày, tập. Bất động lâu dễ bị cứng khớp. Trẻ bé chạy nhảy hồi phục tự nhiên.

15. GỠ THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Chỉ đề cập gãy thân hai xương cẳng tay ở người lớn, đây là gãy ở vùng màng liên cốt dưới lồi củ nhị đầu 2cm và trên khớp quay cổ tay 4cm.

Hai xương cẳng tay có một chức năng quan trọng là sắp ngửa 180° bao gồm sắp 90° và ngửa 90°. Chức năng này rất cần thiết cho nhiều động tác chính xác trong đời sống như rót nước vào cốc, vào chai; nâng một thìa đầy lên miệng, mở một cái khoá... và nhiều động tác nghề nghiệp khác. Giữa sắp và ngửa thì sắp quan trọng nhất, phần lớn tư thế sinh hoạt và nghề nghiệp của ta là sắp. Chữa gãy cẳng tay mà ngửa được, không sắp được thì như Bohler nói, chẳng làm được việc gì khác ngoài việc ngửa tay xin ăn.

Ở trẻ em rất hay gặp: gãy cẳng tay ở người lớn 1-2 ca, thì ở trẻ em 10 ca.

Không điều trị thật tốt thì mất nhiều chức năng khác nữa, vì hai xương cẳng tay có nhiều quan hệ khớp bên trên: quay cánh tay, trụ cánh tay, bên dưới: quay cổ tay, giữa 2 xương, quay trụ trên, quay trụ dưới, màng liên cốt phải rộng, nếu hẹp dễ mất chức năng.

2. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU

Xương quay, xương trụ và màng liên cốt tạo nên một khung sắp ngửa, quay quanh trục là chỏm quay, mỏm châm trụ.

- Ở 1/4 trên xương quay có độ cong ra, gọi là độ cong ngửa mà đỉnh là lồi củ nhị đầu. Tại lồi củ này có chỗ bám tận của gân cơ nhị đầu, ở mặt trước có cơ ngửa ngấn bám. Hai cơ này làm ngửa cẳng tay. Cơ nhị đầu làm gấp khuỷu.
- Ở 3/4 dưới xương quay có độ cong sắp, ở giữa là chỗ bám tận cơ sắp tròn, ở dưới có cơ sắp vuông, hai cơ này làm sắp cẳng tay.

2.1. Muốn quay sắp ngửa tốt, cần

- Đầu dưới xương quay có độ dài tương đối hơn xương trụ chừng 6mm
- Độ cong sắp tốt, màng liên cốt rộng
- Chỗ gãy không xoay, di lệch này không thấy trên X quang

2.2. Về nơi gãy

- Gãy cả 2 xương chiếm trên 2/3 tổng số
- Gãy riêng xương quay 1/4 - 1/5 tổng số
- Gãy riêng xương trụ 1/20 tổng số

2.3. Về di lệch các đầu gãy

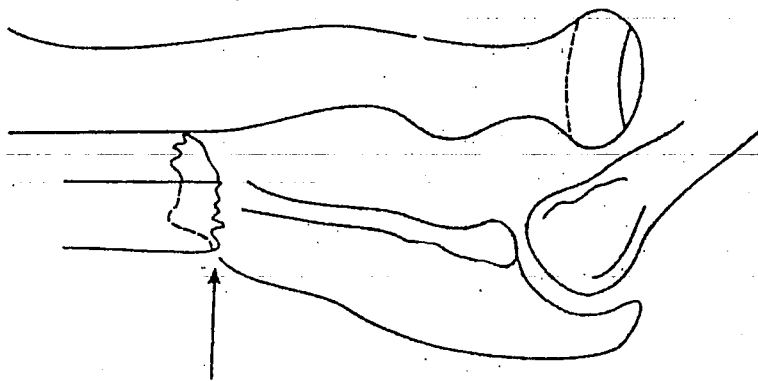
Ví dụ: Khi bị gãy cao xương quay

Cơ ngửa ngán và cơ nhị đầu kéo đầu trên ngửa ra ngoài. Cơ sấp tròn và cơ sấp vuông kéo đầu dưới sấp vào trong, nên di lệch nhiều; chỉ có gãy thấp xương quay 2 nhóm cơ này "trung hoà" nhau, di lệch ít hơn.

Thái độ xử trí: ở người lớn, gãy kín 2 xương, có thể nắn bó xong phân nhiều kết quả xấu, mổ nắn cố định trong được chấp nhận rộng rãi.

3. CHẨN ĐOÁN

Thường chẩn đoán dễ khi gãy hai xương. Gãy một xương cần X quang, gãy riêng xương trụ ở cao, khi có gấp góc, thường kèm trật chỏm quay (gãy trật Monteggia), gãy riêng xương quay ở dưới, dễ kèm trật mỏm châm trụ (gãy trật Galeazzi). ít bị biến chứng thần kinh song khi căng tay phía trước bị căng cứng, ngón tay giảm cử động, đau quá mức, phải nghĩ tới hội chứng khoang để giải thoát cân, khỏi bị di chứng co rút gân gấp Volkman do thiếu máu nuôi.



Hình 15.1. Gãy trật Monteggia

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị không mổ

Trước đây, gãy kín thân hai xương cẳng tay ở người lớn, điều trị không mổ nhiều. Theo dõi thấy kết quả kém 71-92% cho nên ngày nay, đây là loại gãy mổ. Cách nắn bó như sau:

Bệnh nhân nằm ngửa, gáy kê hay kê đệm rối. Lấp đai kéo ngược ở 1/3 dưới cánh tay, có miếng gỗ chèn giữa hai vành đai cho đỡ ép vào cánh tay. Người nắn phụ kéo vào ngón tay cái theo trục xương quay, lực kéo này là chính; tay kia nắm 3 ngón tay hay cổ tay kéo thêm. Người nắn chính bóp vào giữa cẳng tay, ngng màng liên cốt, tách 2 xương. Đặt hai nẹp bột cánh cẳng tay ở mặt trước và sau cẳng tay. Trên hai nẹp bột đặt hai đũa gỗ to 1cm, dài chừng 10cm, đặt tương ứng màng liên cốt, khi bóp ép hai đũa gỗ vào gần nhau, hy vọng màng liên cốt được rộng ra. Ngoài quấn thêm bột tròn, rồi rạch dọc

4.2. Điều trị mổ

Có hai cách mổ chính là: Đính nội tuỷ và nẹp vít

Mỗi cách mổ đều có ưu nhược điểm riêng. Nói chung với đa số, cả hai đều được, và chọn cách nào tuỳ kinh nghiệm của người mổ.

4.2.1. Đính nội tuỷ

Nói chung, đính nội tuỷ không bằng nẹp vít. Một thông báo tập hợp 555 ca mổ cẳng tay với đính nội tuỷ không liền 20%.

Đính nội tuỷ phải đủ to, đủ khoẻ, để khỏi di lệch bên, gấp góc và xoay. Sau mổ phải bó thêm bột 8-10 tuần.

Gần đây, đóng đinh kín có chốt ngang. Nói chung, không dùng đính nội tuỷ cho 1/3 dưới xương quay vì ống tuỷ rộng và chú ý ghép xương xóp.

– Đính nội tuỷ chỉ được chỉ định cho các trường hợp sau:

- + Gãy 2 tầng
- + Tình trạng da kém (bỏng...)
- + Đã dùng nẹp bị hỏng, không liền
- + Có thêm nhiều thương tổn khác
- + Gãy thân xương ở bệnh nhân nghèo chất xương
- + Gãy kèm mất phần mềm nhiều

– Chống chỉ định:

- + Tình trạng viêm
- + Ống tuỷ quá hẹp
- + Sụn đầu xương chưa kín

– Ưu điểm của đính nội tuỷ so với nẹp vít:

- + Không hay ít bóc tách màng xương
- + Sẹo mổ nhỏ
- + Mổ kín không ghép xương
- + Can vững, lấy đinh không sợ gãy lại
- + Do đính nội tuỷ cố định không vững chắc bằng nẹp vít, còn ít di động nên can to hơn. Nhờ đó, can vững chắc hơn, không sợ gãy lại.

4.2.2. Nẹp vít

Hiện nay dùng phổ biến nẹp ép động (DCP) to cỡ 3,5cm. Nẹp này dùng cho gãy hai xương cẳng tay, nẹp này tốt, thường không cần bất động thêm.

Những vị trí gãy để đặt nẹp này tốt là 1/3 dưới xương quay, 1/4 trên xương quay và 1/3 trên xương trụ. Đặt nẹp trên xương, chỉ bộc lộ ít.

Có hai cách đặt nẹp:

- Đặt lên màng xương, không tách màng xương ra khỏi xương
- Đặt dưới màng xương.

Đối với mảnh rời to, hoặc cố định với 1-2 vít ngoài nẹp, hoặc đặt mảnh rời dưới nẹp rồi bắt vít luôn.

Mảnh rời quá 1/3 thân xương nên ghép xương tự thân ngay.

5. GÂY HỖ XƯƠNG CẰNG TAY

Tỷ lệ cẳng tay bị gãy hở là cao, chỉ sau gãy hở cẳng chân, vì xương trụ nằm lộ ngay dưới da.

5.1. Đối với gãy hở độ I

Xương chọc từ trong ra, nên cắt lọc, khâu kín. Khi vết thương lành vào ngày 10-21 thì mổ cố định bên trong.

5.2. Gãy hở nặng, đến muện

Gãy hở độ III đến muện quá 8 giờ là nặng. Hiện nay hay gặp do tai nạn giao thông với tốc độ lớn.

Trong các cách điều trị thì tốt nhất là cố định ngoài. Có thể cố định ngoài bằng: Khung Hoffmann, khung FFSSA, khung Orthofix, khung Ilizarov.

Phương tiện cố định ngoài có 2 ưu điểm:

- Cố định với cọc ở xa ổ gãy, ổ gãy không có dị vật
- Đặt vị trí giải phẫu xương tốt. Phần lớn có bộ phận điều chỉnh khi khe gãy há ra thì ép khít ổ gãy.

Chỉ định chính của khung cố định ngoài là:

- Gãy hở nặng, thương tổn da và phần mềm rộng
- Gãy hở thẩu khớp, trật khớp, mất phần mềm
- Khớp giả, nhiễm trùng

5.3. Chọn cách mổ

Kết hợp xương trong hay cố định ngoài

Ở cẳng tay, cố định ngoài khó làm. Đối với gãy hở nặng hai xương, chọn một xương nào gãy nhẹ nhất, ví dụ chỉ bị gãy ngang, kết hợp xương ngay với đinh nội tuỷ bằng đinh Rush, đinh 3 cánh Sage... Còn xương kia, bị nặng, chờ phần mềm lành, sẽ xử trí sau.

Khi xử trí cần tuổi nhiều để rửa ổ gãy hở. Tuổi với nhiều lít huyết thanh rửa, cắt lọc kỹ, rất quan trọng, cho kháng sinh, ngừa uốn ván. Bất động bột. Trường hợp giập nát rộng, mất phần mềm: cắt lọc, để hở, vá da, chuyển vật, khi vết thương lành, mổ sau. Mổ sau 2-7 ngày.

Nếu diễn biến xấu, nhiễm khuẩn nặng, mô lấy xương chết, tưới hút. Trường hợp bị nhiễm khuẩn nhiều, xơ hoá phần mềm, nhất là bị hỏng mạch máu, thần kinh, xén cắt cụt chi.

6. CÁC BIẾN CHỨNG

6.1. Can lệch, không liền: Hay bị biến chứng này khi gãy cẳng tay bị nhiễm khuẩn, do nắn không tốt, cố định không tốt.

6.2. Nhiễm khuẩn: tình trạng sau gãy hở, sau mổ gãy kín bị nhiễm khuẩn. Số lượng này không nhiều.

- Cho mở rộng vết thương.
- Bất động bột
- Nếu ổ gãy đã được cố định bằng kết hợp xương, khi bị nhiễm khuẩn: Mở thật rộng vết thương phần mềm song không được lấy bỏ phương tiện cố định. Dầu có nhiễm trùng, cho bó bột, số lớn vẫn liền xương. Khi xương gãy liền rồi mới rút kim loại hay lấy bỏ. Tình trạng nhiễm khuẩn còn lại thì tưới hút. Tưới hút thì tốt cho viêm xương đường máu, ở đây cũng khá.
- Khi tình trạng viêm nhiễm hết, vết thương khô được trên 6 tháng, mổ phục hồi.

6.3. Thương tổn thần kinh: ít bị, hay bị khi có vết thương lớn do đạn, khi cắt lọc kiểm tra thần kinh đứt, đánh dấu rồi khâu sau.

6.4. Thương tổn mạch máu: vì tuần hoàn bên của cẳng tay tốt nên khi còn một động mạch chính (quay hay trụ) thì cẳng tay không việc gì, chỉ bị đứt một động mạch, còn động mạch kia, thì buộc được. ít khi bị cả hai động mạch, trừ khi bị giập nát quá nặng.

Ở tay kia bị mất bó mạch thần kinh thì số phần tay bị đe dọa. Do vậy, dùng vi phẫu nối, ghép mạch máu thần kinh để cứu tay.

6.5. Hội chứng khoang: ở cẳng tay khi có một khối căng cứng ở mặt trước, phải nghĩ tới hội chứng khoang.

Dấu hiệu lâm sàng; khối cơ nâng cứng, chức năng cử động co gấp ngón tay kém hay mất, bệnh nhân kêu đau sâu dữ dội, đau kiểu chuột rút.

Mạch ngoại vi mất không nhiều, khoảng 1/4 số ca. Bắt mạch quay còn vẫn không loại trừ hội chứng khoang. Mạch chính thì máu vẫn lưu thông song tuần hoàn vi quản vào cơ, vào thần kinh bị mất, vẫn gây hoại tử tổ chức, xơ hoá, co rút, gân cơ.

Cần chẩn đoán xác định bằng đo áp lực thuỷ tĩnh của khoang, trên 30mmHg thì rạch rộng cân từ khuỷu đến cổ tay. Cơ thường bị lòi phần bụng cơ qua vết thương, sau 2 tuần vá da che lại.

Còn gặp hội chứng khoang sau mổ do cầm máu kém, do đóng cân sâu. Trước khi đóng vết thương cần tháo ga rô cầm máu kỹ. Lớp cân sâu ở cẳng tay dày, chắc, không khô. Chỉ khâu lớp dưới da và da.

6.6. Dính quay trụ: hiếm gặp dưới 3% ca mổ nẹp vít, do thương tổn đụng giáp cũ. Nếu cơ căng cẳng tay khá, không nên làm gì

- Nếu cơ năng cẳng tay kém, cho đục xương sửa trục, cho sấp cẳng tay
- Đục bỏ chỗ dính thường bị dính lại.

16. GỖY CỔ XƯƠNG ĐÙI

1. ĐẠI CƯƠNG

Gỗy cổ xương ðúi là một gổy nội khớp xảy ra ở nhiều lứa tuổi từ thiếu niên người lao ðộng, người già, sau ngã nghiêng và va vào vùng máu chuyển. Loại gổy này chỉ ðơn giản với người ít tuổi. Trái lại với tuổi già ðây là loại gổy rất nặng, ngày càng phổ biến và chưa có cách giải quyết. Gổy xương làm hỏng các mạch máu nuôi xương gổy nên tiêu cổ xương ðúi, ổ gổy không liền hoặc tiêu chỏm làm chỏm bị méo, bị chết, ở tuổi già chỉ có cách là thay chỏm bằng chỏm kim loại.

Với tuổi thọ cao, sẽ gặp nhiều loại gổy này.

2. GIẢI PHẪU SINH LÝ

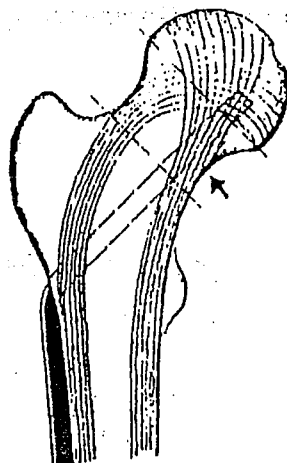
2.1. Cấu tạo ðầu trên xương ðúi

Các bè xương

Năm 1838 Ward lần ðầu mô tả hệ thống bè xương ở ðầu trên xương ðúi. Có hai hệ thống:

- Các bè xương hình quạt
- Các bè xương hình vòm

Các bè xương hình quạt là bè chịu lực, hướng đi phù hợp theo hướng của lực nén. Lực này tạo góc 26° so với đường thẳng ðứng. Bè này đi từ bờ dưới cổ xương ðúi gọi là cung Adams hay Calcar toả lên chỏm xương ðúi theo hình quạt (hình 16.1). Ở cung Adams vùng cán quạt, chất xương ðậm ðặc rất vững.



Hình 16.1. Cấu tạo ðầu trên xương ðúi.

Khi bước đi, trên chân trụ đất chịu một lực tỷ là 2,5 lần thân trọng. Khi chạy, tại chân chạm đất lực tỷ là 5 lần thân trọng. Chỉ khi đứng trên hai chân thì mỗi háng chịu lực tỷ là 1/2 thân trọng.

Khi mổ kết hợp xương, người mổ tỷ định kim loại lên cung Adams cho vững. Bè xương hình vòm: nằm ở mấu chuyển lớn. Các bè phía ngoài của vòm sẽ liên tục lên chỏm xương đùi, với các bè vuông góc với các bè của hệ quạt. Như vậy ở tâm chỏm, nơi các bè đan chéo nhau, cũng là một điểm tựa vững chắc cho kim loại khi kết hợp xương

Giữa hai bè này (bè hình vòm và bè hình quạt) có điểm yếu xương, dễ bị gãy

2.2. Chất xương

Nếu xương vững chắc thì ít bị gãy cổ xương đùi (như người trẻ tuổi, người già da đen, xương ít bị loãng). Trái lại, ở người già xương bị loãng, loãng nhiều nhất ở bè phía trong của hệ vòm. Có quan niệm cho rằng gãy cổ xương đùi là gãy bệnh lý thứ phát sau nhuyễn xương và loãng xương. Ở người già, chấn thương thường là nhẹ (ngã nghiêng), do loãng xương, chất xương không vững, vỏ xương sau cổ bị vụn nhiều nên kết hợp xương vững thường hỏng.

2.3. Các mạch máu

Cổ xương đùi có vị trí giải phẫu nằm trong khớp, bao khớp là một cấu trúc xơ khoẻ bao bọc hết chỏm và gần hết cổ. Ở phía trước bao khớp bám vào đường liên mấu chuyển song ở phía sau, nửa ngoài của xương đùi nằm ngoài khớp. Khi bị gãy, phần cổ xương đùi nằm nội khớp không tạo được can ngoại vi trong khi liền xương, liền xương chỉ còn nhờ màng trong xương. Nước hoạt dịch làm tiêu máu tụ và phá huỷ các quá trình liền xương thứ phát vì nó không cho các tế bào hình thành, không cho mạch máu xâm nhập vào chỏm. Nếu gãy di lệch, chỏm sẽ bị thiếu máu nuôi nhiều. Vẫn có thể liền xương dù rằng có một đầu xương bị thiếu máu nuôi, tuy nhiên tỷ lệ không liền là cao.

Dù điều trị hoàn hảo song vẫn không tránh được tình trạng hoại tử xương vô khuẩn do thiếu máu nuôi, làm chỏm bị tiêu, vệt đi, thậm chí chỏm bị chết và ổ gãy bị tiêu xương.

Ở nền cổ, phần ngoài bao khớp có vòng động mạch mũ đùi trong và mũ đùi ngoài bắt nguồn từ động mạch đùi sâu. Từ vòng động mạch mũ, có các nhánh đi vào xương.

Như vậy chỏm xương đùi có 3 nguồn nuôi:

- Các mạch máu trong xương ở cổ
- Động mạch dây chằng tròn
- Các mạch máu thành mạng lưới bắt nguồn từ vòng động mạch mũ ngoài bao khớp, đây là nguồn chính. Động mạch dây chằng tròn nuôi chỏm ít và có tài liệu cho biết trên 8 tuổi là tắc.

Như vậy sau gãy cổ xương đùi hay thấy hai hiện tượng:

- ở chỏm vào giai đoạn sớm hay thấy hoại tử ở chỏm, trên X quang thấy độ đậm vôi của chỏm tăng lên, vào giai đoạn muộn chỏm bị tiêu mòn vệt đi.
- ở cổ bị tiêu cổ, mất chất xương do thiếu máu nuôi.

2.4. Hình thể giải phẫu

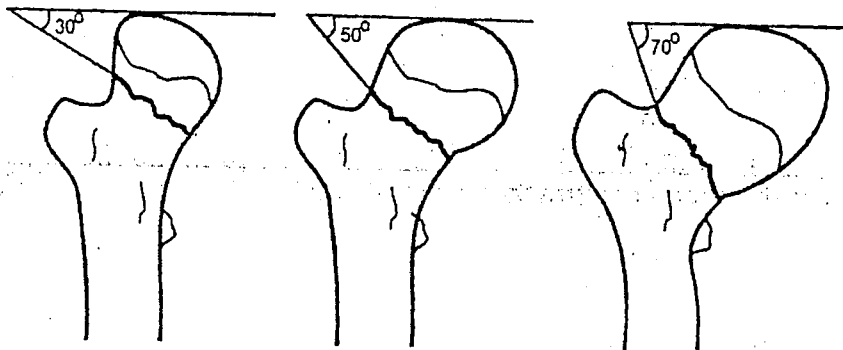
Gãy cổ xương đùi có 2 loại:

- Gãy trong khớp:
 - Gãy xuyên cổ hay gãy cổ chính danh, nơi nhỏ nhất
 - Gãy dưới chỏm
- Gãy ngoại khớp:
 - Gãy cổ mấu chuyển
 - Gãy liên mấu chuyển

3. PHÂN LOẠI

3.1. Theo hướng của đường gãy: theo Pauwels có 3 kiểu:

- Kiểu I của Pauwels: hướng của đường gãy so với đường chân trời tạo góc dưới 30° , ít gặp song tiên lượng tốt.
- Kiểu II của Pauwels: góc tạo nên do hướng gãy và đường chân trời là $30-70^{\circ}$, tiên lượng dè dặt.
- Kiểu III của Pauwels: hướng đường gãy gần như đứng dọc, tạo góc với đường chân trời trên 70° , rất khó liền (Hình 16.3)



Hình 16.3. Phân loại gãy cổ xương đùi theo Pauwels: I: 30° , II: 50° , III: 70°

3.2. Theo sự di lệch của ổ gãy

Phân loại theo Garden dựa vào phim chụp trước khi nắn

Garden I: gãy không hoàn toàn, gãy gài nhau. Các bề xương phía dưới của ổ còn nguyên vẹn. Đây là gãy dạng gài nhau.

Garden II: là gãy hoàn toàn, không di lệch. X quang cho thấy một đường gãy đi qua ổ xương đùi với các bề xương chịu lực tỷ bị gãy.

Garden III: gãy hoàn toàn với di lệch một phần. Thường bị ngấn chi và đầu ngoài vì xoay ngoài.

Garden IV: là gãy hoàn toàn và di lệch hoàn toàn

Trong các cách phân loại nêu trên, ở ta hay theo phân loại của Pauwels

4. CHẨN ĐOÁN

Đa số bệnh nhân bị gãy cổ xương đùi thường là người già, nhất là nữ. Tiên lượng nặng vì khi bị gãy xương, người bệnh thường có các bệnh nội khoa khác: 90% bị tim mạch, 20% kèm bệnh phổi, 22% bị đái đường... Tuổi trung bình 55,7.

Sau trượt chân, ngã nghiêng đập vùng mấu chuyển xuống nền cứng, bị gãy cổ xương đùi, tai nạn xem ra không lớn song bệnh nhân đã bước vào một bước ngoặt của cuộc đời, dẫn tới tử vong. Cách đây gần 2 thế kỷ, Asley Cooper đã biết được sự khác nhau về nhiều mặt, nhất là về tiên lượng của gãy nội khớp cổ xương đùi (rất nặng) so với ngoại khớp vùng mấu chuyển (nhẹ hơn nhiều). Đôi khi bị gãy do xoắn vặn: tai nạn xảy ra khi chân bị kẹt cố định dưới đất còn thân mình bị xoay, làm đùi xoay ngoài mạnh.

Khám lâm sàng: sau khi bị ngã, bệnh nhân kêu đau ở vùng háng bên thương tổn. Đôi khi còn đứng dậy bước được mấy bước (loại gãy dạng, gài nhau) sau đó ngã lại không đi được nữa (chỗ gãy rời ra, thành gãy khập). Phần lớn do gãy bị mất cơ năng hoàn toàn.

Để bệnh nhân nằm ngay ngắn, khám thấy các dấu hiệu không đặc trưng sau đây:

- Chi bên gãy ngấn lại, mắt cá trong bên gãy cao hơn mắt cá trong bên lành. Đo độ dài từ gai chậu trước trên đến mắt cá trong sẽ thấy rõ.
- Sờ nắn: thấy mấu chuyển to lên cao trên đường Roser-Nelaton, ấn vào trên cung đùi, vùng mạch máu bệnh nhân kêu đau chói ở ổ gãy. Dấu hiệu ấn đau quan trọng vì nhờ đó mà phát hiện gãy gài nhau (Garden I, II) mà trên phim chụp có khi không rõ. Khi chân duỗi, ta đấm vào gót chân, dồn lên thì bệnh nhân kêu đau ở khớp háng.

Bệnh nhân mất cơ năng, nhất là không thể duỗi thẳng gối mà nhấc gót lên khỏi mặt giường.

Riêng đối với dạng gãy gài nhau thì dấu hiệu mờ: không thấy xoay ngoài, không rõ ngấn chi. Vẫn còn một số động tác, bước được mấy bước. Gọi là không đặc trưng vì các dấu hiệu trên cũng thấy ở gãy vùng liên mấu chuyển ngoại khớp.

Có các dấu hiệu đặc trưng sau đây:

- Bàn chân xoay ngoài. Bàn chân lành xoay ngoài ít chừng 30°, bàn chân bên gãy cổ xương đùi thì xoay ngoài chừng 60°, bờ ngoài bàn chân còn hở nhiều so với mặt giường. Không xoay ngoài hơn vì bao khớp phía trước còn lành, giữ lại (so sánh với gãy liên mấu chuyển ngoại khớp thì bàn chân xoay ngoài 90°, bờ ngoài bàn chân nằm sát giường).

- Gốc chi không sưng nề, không máu tụ bầm tím, đôi khi có nề nhẹ vùng tam giác Scarpa, đó là do ổ gãy nằm nội khớp. So sánh với gãy ngoại khớp vùng liên mấu chuyển thì trái lại gốc chi sưng nề to, máu tụ bầm tím lan toả.

X quang: muốn hiện rõ đường gãy phải có tư thế đúng. Đó là kéo nhẹ chân xuống dưới và giữ xoay vào trong chừng 20^0 . Phim thẳng chụp tốt sẽ hiện rõ xương đùi và đường gãy, còn mấu chuyển bé chỉ lộ ra một tý móm xương còn gốc thì lấp sau thân xương.

Phim nghiêng cho thấy độ di lệch rõ hơn, có thể chụp tư thế Lauens với đùi gấp 90^0 và dạng.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Gãy gài nhau, không lệch Garden I và II

Cần kết hợp xương, nếu không sẽ bị di lệch

- Điều trị không mổ: bó bột chậu lưng chân cao hay bột Whitmann đến vú, cho đi nặng không tỳ. Để bột 3 tháng. Khả năng chỗ gài bật ra, thành gãy di lệch là 8-20%. Bị hoại tử vô khuẩn 13-44%.
- Mổ cố định bên trong: nên dùng nhiều đinh nhỏ cố định bên trong. Gãy tẻ, so với màng tăng sáng, đóng kín qua da với chùm đinh nhỏ. Chùm đinh thường vẫn yếu, có thể dùng các phương tiện khoẻ hơn như DHS, CHS có thể thêm một đinh gài bên trên cho khỏi xoay. Bị hoại tử vô khuẩn 18%. Dùng đinh to dễ bị toác chỗ gãy.

5.2. Gãy di lệch

• Điều trị không mổ

- Một số bệnh nhân lú lẫn, suy tim mất bù, đái đường nặng, mới bị nhồi máu cơ tim, liệt... hoặc quá già yếu thì cho dậy, cử động sớm rồi đi nặng, không để ý đến ổ gãy, xương không bao giờ liền.
- Nắn bó bột. Chỉ định cho người trẻ tuổi, khoẻ mạnh. Có thể liền xương đến 40% song ngày nay ít làm vì bột để lâu khó chịu, hay bị khớp giả, Coxa vara, loét...

Cách làm: vô cảm bằng gây tê 20ml novocain 2% chọc vào ổ gãy ngoài động mạch đùi, chọc sâu 4-5cm. Nắn trên bàn chỉnh hình, dùng đai vải kéo đầu trên xương đùi sang bên ngoài, kéo dọc chi rồi xoay trong bàn chân tối đa, giảm sức kéo, bó bột Whitmann. Để 4-5 tháng. Tập đi với bột. Kiểu bột Whitmann có từ 1925.

• Điều trị mổ

Nên mổ càng sớm càng tốt vì mổ sớm đỡ bị hoại tử vô khuẩn:

- Mổ kết hợp xương cho người trẻ
- Mổ thay chỏm kim loại cho người già

Năm 1940, Moore thay chỏm kim loại lần đầu tiên cho bệnh nhân bị u tế bào khổng lồ đầu trên xương đùi. Đó là chỏm mang tên Austin Moore. Judet có chỏm nhựa có cán ngắn, đã bỏ.

Ngày nay, thay chỏm Moore được chỉ định chủ yếu cho gãy cổ xương đùi không liền và tiêu vô khuẩn. Loại này chiếm 1/2 chỉ định. Lợi ích của kỹ thuật này là:

- Bệnh nhân dậy được sớm và đi tỳ được ngay, đỡ biến chứng do bất động lâu
- Không có các biến chứng hoại tử vô khuẩn, không liền xương như đối với kết hợp xương.

Tuy nhiên ở người trẻ, tuổi trung niên bị đau khi đi, phải mổ lại

Nhược điểm:

- Chức phận chỏm kim loại không như chỏm xương. Dùng lâu, chỏm bị mòn chỏm khớp, lồi vào khung chậu.
- Người còn lao động nặng, đau, hỏng
- Biến chứng muộn
 - + Đau là biến chứng chính
 - + Lở: X quang có vùng sáng quanh kim loại
 - + Chỏm lồi vào thẳng háng khớp, cần mổ lại thay toàn bộ khớp. Vì hay bị đau khi xoay, khi tỳ.
 - + Cốt hoá bất thường cạnh khớp

Chỉ định

- Gãy mới cổ xương đùi ở người già trên 70 tuổi, khả năng sống thêm khoảng 5 năm. Nếu khả năng sống lâu hơn, nhất là người làm việc nặng nên kết hợp xương.
- Khi toàn trạng kém, không phải mổ lại lần hai để lấy kim loại
- Bệnh Parkinson, bệnh liệt cứng 1/2 thân, bệnh thần kinh, tâm thần. Bệnh Paget, bệnh loãng xương.
- Gãy bệnh lý cổ xương đùi do ung thư di căn
- Càng vận động sớm, ra viện sớm ví dụ bệnh nhân mù

Chống chỉ định

- Có nhiễm khuẩn từ trước
- Bệnh nhân trẻ, đang tuổi hoạt động
- Có bệnh viêm: viêm xương khớp, viêm khớp do thấp khớp

17. GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

ĐẠI CƯƠNG

Xương đùi gãy khi bị lực va mạnh trừ gãy xương bệnh lý. Do mất nhiều máu (2,5 lít) nên phải hồi sức tốt và bất động tốt khi vận chuyển.

Từ lâu điều trị toàn bó nẹp gỗ, tre, bao da, nhựa cứng, sau đó dùng bột. Từ 1970 điều trị bằng kéo tạ với đinh Steinmann và lắp máng nhựa kéo, nẹp Thomas có lực kéo.

Từ đầu thế kỷ XX đã mổ đóng đinh nội tuỷ song nhiều biến chứng như nhiễm khuẩn đinh lỏng. Năm 1939 Kuntscher lần đầu dùng đinh nội tuỷ chữ V song ban đầu chưa được công nhận, cuối đại chiến II mổ cho các nạn nhân bị gãy đùi để chuyển nhanh về tuyến sau, thấy kết quả rất tốt ở châu Âu, sau chiến tranh được phổ biến ở Bắc Mỹ.

Đinh Kuntscher chỉ tốt cho gãy ở 1/3 giữa, ở trên và ở dưới đó ống tuỷ rộng, nh lỏng. Kuntscher nói: "Đinh Kuntschner là cách tốt nhất để gãy khớp giả đùi nếu đóng lỏng", ở những nơi này cần mổ nẹp vít AO, nẹp có sức ép CP...

Gần đây phổ biến cách đóng đinh nội tuỷ có chốt ngang, đóng kín với màn ng sáng.

PHÂN LOẠI

Theo Winquist (1984) có 4 kiểu:

Kiểu 1: gãy ngang hay gãy chéo ít có mảnh rời

Kiểu 2: gãy ngang kèm mảnh rời to dưới 50% bề ngang

Kiểu 3: gãy ngang kèm mảnh rời to từ 50-100% bề ngang

Kiểu 4: gãy nhiều mảnh, hai đầu xương chính ở xa nhau

LÂM SÀNG VÀ X QUANG

Khi khám chú ý các dấu hiệu của sốc mất máu. Về thương tổn xương khớp không quên khám vùng háng, các dấu hiệu gãy xương ở đầu trên xương đùi, tìm dấu hiệu trật khớp háng kèm theo. Khám các dây chằng khớp gối vì hay kèm eo. Tuy ít gặp nhưng vẫn phải kiểm tra xem có bị thương tổn mạch máu kèm eo, nhất là gãy ở 1/3 dưới. Khi chụp phim xương yêu cầu chụp phim ngực để chẩn bị mổ. Người già cần làm điện tim. Phim chụp xương cần làm tốt để hiện rõ các đường nứt xương, để xem có phải gãy bệnh lý hay không.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Kéo tạ

Cách điều trị bằng kéo tạ đã phổ biến một thời nay chỉ còn kéo cho gãy đùi ở trẻ em, ở người lớn kéo tạ xuyên đỉnh qua mào chày để chuẩn bị mổ (mềm cơ, đỡ nề...). Khi có kèm thương tổn dây chằng khớp, không kéo mào chày mà kéo dưới đùi. Kéo có lợi cho mổ song về lý thuyết có nhiễm khuẩn chân đỉnh và ảnh hưởng cơ rộng trong, cơ rộng ngoài. Về lâm sàng thấy sau liền xương cứng gối nhiều hơn.

Khi xuyên đỉnh kéo tạ nên xuyên đỉnh gì ?

- Đỉnh Kirscher to cổ định vững nhất là ở những bệnh nhân bị loãng xương
- Đỉnh Kirschner dễ di động, dễ cắt xương ở bệnh nhân loãng xương

Trước đây kéo trên khung Braun-Bohler, nay kéo trên ròng rọc.

4.2. Bột nẹp: 20 năm nay đã bỏ

4.3. Cố định bên ngoài nay còn dùng cho gãy hở độ III, không làm cho gãy kín nữa.

4.4. Mổ kết hợp xương

4.4.1. Đỉnh nội tuỷ

Được dùng từ 50 năm nay, hiện nay có cải tiến ít song cơ bản vẫn như cũ.

Ở ta hay dùng đỉnh Kuntscher. Mổ lần đầu năm 1939, mổ theo phương pháp kín 1954, đỉnh có chốt ngang từ 1964. Ngày nay phổ biến nhất cách đóng đỉnh dưới màn tăng sáng với đỉnh có các chốt ngang.

Ở 1/3 giữa thân xương đùi có các cấu trúc ống tuỷ hẹp và rộng đều phù hợp cho đỉnh nội tuỷ. Có 2 cách mổ đóng đỉnh nội tuỷ: cách hở có mổ ổ gãy và cách kín có màn tăng sáng.

• Đóng đỉnh hở

- Đóng đỉnh hở có ưu điểm:
 - + Phương tiện mổ rẻ tiền, không cần có bàn mổ riêng, không cần máy tăng sáng
 - + Nắn xương về giải phẫu dễ hơn phương pháp kín
 - + Nhìn trực tiếp các đầu xương, thấy rõ chỗ nứt xương, vỡ mảnh không di lệch mà X quang không thấy.
 - + Lắp đúng răng ở các diện gãy, đỡ bị xoay, vững hơn
 - + Ổ gãy 2 tầng có đoạn giữa có thể cố định không cho xoắn vặn lúc khoan ống tuỷ.
 - + Trường hợp ổ gãy không liền, lấy bỏ được tổ chức xơ, ghép được xương.
- Nhược điểm so với đóng kín
 - + Để lại sẹo da

- + Tăng mất máu
- + Lấy bỏ mất máu tụ và các tổ chức khác ở ổ gãy cần cho liền xương (như mặt của xương khi khoan ống tuỷ).
- + Tăng nhiễm khuẩn
- + Giảm tỉ lệ liền xương

Ở ta đóng hở bị nhiễm khuẩn 2-5%, ở các nơi tốt, đóng hở bị nhiễm khuẩn 0,1%.

- Chống chỉ định cho đinh nội tuỷ:

- + Gãy nhiều mảnh kiểu 3,4
- + Gãy hở độ III đến muộn
- + Da và các phần mềm quanh ổ gãy bị thương tổn
- + Điều kiện gãy mê kém
- + Gãy 1/3 trên, gãy 1/3 dưới
- + Có biến dạng đùi cong từ trước

• *Đóng đinh kín*

Phương pháp này phổ biến ở nhiều nơi có điều kiện tốt, có đủ các thiết bị

- Ưu điểm chính của phương pháp kín là giữ được sự tươi máu nuôi nguyên vẹn của màng xương và tỉ lệ nhiễm khuẩn thấp. Ngoài ra nó ít gây sẹo ở cơ tứ đầu. Các vụn xương ở quanh ổ gãy kích thích liền xương.

Muốn đóng kín cần có kinh nghiệm. Nhìn rộng ra, cần nhắc kỹ đã có kết luận đáng tin cậy là đóng kín và đóng hở là như nhau.

Khi đóng đinh cần khoan ống tuỷ để dùng đinh to. Đinh cỡ 8mm chỉ khoẻ 1/10-3/10 so với xương, đinh 10mm chỉ khoẻ hơn đinh 9mm là 30%. Khi buộc phải dùng đinh nhỏ 8-9mm thì cần xem đinh là phương tiện định hình. Chỉ có đinh to 12-13mm mới khoẻ hơn xương.

4.4.2. *Nẹp vít*

Được làm nhiều thời kỳ 1960-1970. Nẹp vít dùng chủ yếu cho nơi ống tuỷ rộng ở 1/3 trên, 1/3 dưới thân xương. Những mẫu nẹp cũ có lỗ vít tròn, có dụng cụ gây ép dùng trong khi mổ. Sau đó là mẫu nẹp có lỗ bầu dục, bắt vít lệch tâm để gây sức ép khi xiết ốc (nẹp DCP) rồi mẫu nẹp có diện tiếp xúc xương giảm (nẹp LC-DCP) để can xương thêm chắc.

• *Nẹp vít có các ưu điểm:*

- Cố định nhờ sức ép ở diện gãy
- Tập phục hồi chức năng sớm dù gãy ở gần khớp và khớp gối thường mềm
- Nằm viện ngắn, dậy sớm đỡ biến chứng

- Tuy vậy nẹp vít có các nhược điểm:

- Nguy cơ nhiễm khuẩn tỉ lệ 0-11%
- Cố định không vững 5-10% quá 6 tháng còn đau là không liên
- Cố định quá vững chắc nên can yếu phải để nẹp qua 18 tháng mới được lấy bỏ.
- Gãy nẹp tại các lỗ vít do tỳ quá sớm

4.4.3. Đinh chốt ngang

Đinh chốt ngang là đinh nội tuỷ đóng kín với màn huỳnh quang tăng sáng thường có 4 lỗ bên, lỗ trên cùng một chốt nằm chếch trên xuống chéo vào trong, thêm 3 chốt ngang.

Đinh chốt ngang bảo đảm xương đủ dài và không xoay, không làm chết tổ chức như khi mổ bóc tách, không bị sẹo cơ tứ đầu không bị mất máu, không nhiễm khuẩn cao như mổ nẹp vít. Ưu điểm lớn nhất của đinh chốt ngang là đối với gãy nhiều mảnh ở phần giữa. Chỉ định cho cả ổ gãy ở thấp hơn, chỗ nối thân xương với hành xương, kể cả gãy liên lồi cầu. Ở nhiều nơi hiện nay đinh chốt ngang áp dụng 97-100% gãy đùi. Nhờ đinh to, chịu lực tỳ đến 300% so với xương nên tỳ được sớm. Hiện nay tỉ lệ liền xương với gãy kín xương đùi đạt đến 98-99%, bị nhiễm khuẩn dưới 1%.

5. CÁC THỂ LÂM SÀNG

5.1. Gãy hở xương đùi

Tuỳ chỉ định và điều kiện, có các cách điều trị sau:

5.1.1. Mổ kết hợp xương ngay

Chỉ định chọn lọc cho một số ít trường hợp

- Gãy hở độ I, độ II
- Mổ sớm trước 8 giờ
- Có phương tiện và người có kinh nghiệm

Gãy hở đùi quanh cổ gãy cơ giáp nát nhiều dễ bị nhiễm khuẩn phải thận trọng. Các thương tổn sau có thể hở nhỏ nhưng rất kém, không nên kết hợp xương: do vật nổ, do súng đạn, hở ở nơi bẩn quá. Đường mổ thì đóng còn vết thương hở thì để hở.

5.1.2. Cố định ngoài

Tuy có vài nhược điểm như nhiễm khuẩn chân đinh và hay bị giảm cử động gối, song đây là cách điều trị tốt nhất đối với gãy hở nặng đến muện

- Vết thương được để hở

- Các đầu xương vào đúng vị trí
- Ổ gãy không có dị vật

Có nhiều mẫu, mẫu tốt có thể tạo được sức ép ở đầu gãy. Mẫu khung cố định ngoài không tạo được sức ép ở đầu gãy cần lấy bỏ cho tỳ đè để tạo điều kiện chóng liền xương.

5.1.3. Kéo liên tục

Sau cắt lọc, rạch rộng, được xuyên đinh kéo tạ

Ổ gãy được theo dõi, săn sóc, sưng nề giảm, vị trí xương vào khá. Sau 7-10 ngày có thể đóng kín da. Sau đó xem xét mổ nếu cần

5.1.4. Cắt lọc rạch rộng để hở

Cách này dễ thực hiện ở mọi nơi và an toàn. Sau khi cắt lọc rộng vết thương và ổ gãy được xối rửa với lượng nước lớn áp lực cao sau đó để hở bất động bột.

Nên biết ý kiến của một hội chỉnh hình lớn:

- Mọi gãy hở đều để hở
- Sau 7 ngày nếu cần thì kết hợp xương, xong lại để hở
- Sau 14 ngày đóng kín vết thương

Để hở vết thương lâu trong bệnh viện, vết thương cần được bảo vệ thật kỹ. Nếu không có điều kiện ấy có thể đóng vết thương sau 7 ngày.

5.2. Gãy bệnh lý xảy ra sau lực nhẹ. Người già gặp ở tình trạng loãng xương. Người trẻ thường do di căn do u xương lúc mổ cần sinh thiết. Thường đóng đinh nội tuỷ, ống tuỷ rộng thêm xi măng xương.

5.3. Gãy do đạn

Thời bình, thường bị đạn kích thước nhỏ tốc độ thấp. Thường điều trị như gãy kín không cần cắt lọc. Nếu bị đạn tốc độ cao phải cắt lọc rạch rộng như đối với gãy hở độ III, sau đó cố định ngoài hoặc kéo liên tục.

5.4. Thương tổn thần kinh mạch máu

Thương tổn thần kinh ít gặp, thương tổn động mạch đùi nông dưới 2%. Nếu có thương tổn mạch máu ở nơi cần kết hợp xương thì kết hợp xương trước, khâu mạch máu sau. ở nơi gãy không cần thiết kết hợp xương thì khâu mạch máu trước và kéo liên tục ở mào chày. Các thực nghiệm mới đây cho biết kỹ thuật khâu mạch máu hiện nay cho phép chịu được sức kéo 18kg, nên kéo an toàn.

6. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

6.1. Nhiễm khuẩn sau mổ

Nhiễm khuẩn sau mổ ổ gãy là 1,7-6,0%. Nhiễm khuẩn sau mổ kín là 0,9%, hiện nay phổ biến chừng 0,1%.

Nhiễm khuẩn sau mổ kết hợp xương với nẹp vít dễ nguy hiểm hơn sau mổ đóng đinh Kuntscher vì khuẩn theo đinh lan rộng và ổ tuỷ ở đầu gãy dưới không thoát dịch.

Khi bị nhiễm khuẩn mà đóng đinh to chắc thì dễ yên đinh mở rộng vết thương lấy xương chết cho kháng sinh. Nếu đinh đóng lỏng, đinh cỡ nhỏ thì rút đinh, để hở rộng vết thương. Nếu xương chết to quá, lấy đinh để hở cố định ngoài.

6.2. Chậm liền, không liền

Sau mổ quá 6 tháng chưa liền là chậm liền. Tình trạng này xếp thứ hai trong các loại chậm liền. Hay thể ở ổ gãy thấp thân xương đùi, nơi ống tuỷ rộng đinh nội tuỷ không chắc.

Chụp X quang nhất là chụp cắt lớp cho thấy:

- Can phi đại đầu xương bẻ ra kiểu chân voi
- Một khe sáng uốn lượn giữa các đầu xương
- Hình ảnh xương bị xơ sẹo ở các đầu gãy

Nếu là đinh nội tuỷ cố định không vững cần thay đinh to hơn, ghép xương tự thân bó bột thêm

Nếu là nẹp bị lỏng, gãy thì mổ lại thay nẹp và ghép xương tự thân.

6.3. Can lệch

Can lệch thường gặp sau điều trị chỉnh hình với kéo hay bó bột

Khi xét tình trạng can lệch cần lưu ý

- Lệch gấp góc ra trước được bù trừ tốt nhất nhờ háng và gối, tốt hơn là vẹo sang bên và ra sau.
- Lệch gối nhau với ngắn chỉ 1-1,5cm có chức năng tốt bù bằng đế giày
- Di lệch xoay dễ phát hiện với khám lâm sàng, phim X quang khó xác định. Bị xoay nhiều cần mổ sửa lại.

Khám lâm sàng bệnh nhân đi thọt với chân dài, chân ngắn, đôi khi viêm đau khớp gối.

Cách điều trị bằng đục xương, kết hợp xương. Hiện nay có kỹ thuật đục xương phương pháp kín với lưỡi của nội tuỷ, cắt xương dưới X quang.

6.4. Gãy lại

Có thể bị gãy lại với thời gian 3-4 tuần đầu, khi can còn non, bệnh nhân bị ngã, cong gấp đinh

Đôi khi bị gãy do bệnh nhân bị cứng khớp gối, động tác tập quá thô bạo. Khi ổ gãy đã quá 4 tháng, khó bị gãy lại.

Cần lưu ý sau mổ kết hợp xương đùi với nẹp vít, sự bất động quá tốt của nẹp vít tạo nên một sự liền xương "kỳ đầu" trên phim X quang không thấy can xương do vậy ổ gãy có liền song yếu về chịu lực cơ học không được lấy bỏ nẹp sớm. Sau mổ nẹp vít phải quá 18 tháng mới được lấy bỏ, ổ gãy liền can hơi to sùì, ví dụ sau đóng đinh nội tuỷ, do ổ gãy được bất động không hoàn toàn, to sùì lại vững về cơ học hơn.

Số gãy lại sau mổ thân xương đùi cao đến 13%. Nếu ổ gãy bị khuyết vỏ xương cứng nên ghép xương vào chỗ khuyết.

Gãy lại hay thấy khi dùng đinh nhỏ 8-9mm. Khi mới bị gãy cần uốn thẳng lại và rút ra ngay không chờ liền xương, sẽ không rút được nữa. Nên dùng đinh to 12-14mm khó bị cong gãy.

6.5. Cứng gối

Sau điều trị gãy thân xương đùi, cứng gối là một di chứng nặng. Có nhiều nguyên nhân:

- Do lỗi của điều trị: do xuyên đinh ở lỗi cầu gây viêm khớp, do tập gối chậm quá, do không tập di động xương bánh chè, không tập co cơ tứ đầu, do các đường rạch trước trong, trước ngoài, làm dính cơ tứ đầu vào can xương, vào da.
- Do loại gãy: gãy nhiều mảnh, can xương to sùì dính vào cơ tứ đầu. Gãy thấp đầu gãy chọc vào cơ làm thương tổn túi cùng hoạt dịch dưới của cơ tứ đầu. Tỷ lệ bị cứng gối đến 30%.

7. GÃY XƯƠNG ĐÙI Ở TRẺ EM

- Gãy xương đùi ở trẻ sơ sinh
 - + Chỉ cần giữ cho trục xương thẳng với bó các loại nẹp
- Gãy đùi ở trẻ dưới 3 tuổi
 - + Hoặc bó bột ếch hoặc kéo băng dính với chân thẳng lên trời, hở mông 1-2cm
- Gãy đùi ở trẻ 4-12 tuổi

Nếu là gãy chéo bó bột chậu lưng chân. Nếu là gãy ngang thường có chỉ định mổ đóng đinh Rush từ dưới mấu chuyển tránh các sụn phát triển ở đầu trên xương đùi. Gãy ngang ở trẻ em thường chỉ định mổ và tuổi mổ hạ thấp thậm chí đến 2 tuổi song chưa phổ biến. Nhờ khả năng tự sửa chữa lớn nên sau khi điều trị chỉnh hình đôi khi can dính với các đầu xương gối nhau song 2-3 năm sau chỗ gãy cũ trông như không gãy, ống tuỷ thông trở lại.

Các ngón chi dưới 2cm khi lớn lên sẽ tự bù

Khi mổ tránh buộc vòng vì vòng chỉ thép hay bị vùi trong can xương không lấy được. Cần cắt đứt vòng tránh vòng làm yếu xương dễ gãy.

Các gấp góc lớn có thể tự sửa chữa song nên chỉnh bằng phẫu thuật

8. GÃY XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI GIÀ

Thường chỉ định mổ định nội tuỷ cho dậy sớm. Ống tuỷ đôi khi quá rộng, có thể nhồi xi măng xương vào khe hở.

- Nếu có tràn dịch, máu ở khớp gối thì chọc hút và băng ép nhẹ. Tập cử động gối nên rất nhẹ. Phải lo cho liền xương hơn là lo cứng gối.
- Mổ kết hợp xương: khi có điều kiện tốt và điều trị chỉnh hình thất bại
 - + Định Rush nội tuỷ: đóng hai đinh cong từ dưới lên, qua các lỗ cầu xương đùi, mỗi đinh có 3 điểm tựa (ở đầu, ở cuối đỉnh và ở đoạn giữa) tạo dáng chữ A, hình tháp Eiffel. Cách này không thật vững, thường bó bột tăng cường.
 - + Nẹp vít: đây là cách kết hợp xương vững chắc.
- Nếu mảnh gãy di lệch, có thể bó bột dài ở đùi, để bột 4-5 tuần

18. GÃY THÂN XƯƠNG CẰNG CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương chày hay bị gãy nhất trong các thân xương dài, chiếm 18% các loại gãy xương. Phần lớn do tai nạn giao thông

Gãy xương cẳng chân có nhiều khó khăn:

- Dễ bị gãy hở, gãy nhiều mảnh với thương tổn phần mềm lớn
- Gãy cao hay có các biến chứng mạch máu đe dọa mất chi
- Dễ di lệch thứ phát khi hết sưng nề, nhất là đối với gãy chéo xoắn
- Sau khi bỏ bột hay bị rối loạn dinh dưỡng, gãy thấp thiếu máu nuôi hay bị chậm liền, khớp giả...

Cẳng chân gãy được chỉnh hình là chính. Với Bohler là những bột đùi dài. Thời kỳ 1960-1970 có những bột cơ năng ngắn của Sarmiento, giải phóng khớp gối. Do yêu cầu rất cao của chỉnh hình, những độ lệch chỉ cho phép gấp góc 5-10°, do vậy chỉ định mổ gần đây mở rộng với đinh nội tuỷ nẹp vít có ép và đinh có chốt ngang, kết quả khá song còn chờ thử thách của thời gian.

2. LÂM SÀNG

2.1. Nguyên nhân

Có hai nhóm khác nhau:

- Sau chấn thương gián tiếp: ví dụ chạy sa chân xuống hố. Hay gãy chéo xoắn nơi xương bị yếu (chỗ nối 1/3 giữa - 1/3 dưới) xương mác bị gãy cao, xương nhon có thể chọc thủng da nhưng sạch, sau nắn dễ bị di lệch thứ phát, thường cần nằm viện để kéo tạ chừng 3 tuần.
- Sau chấn thương trực tiếp: ví dụ do tai nạn xe cộ: đường gãy thường ngang ở nơi bị va chạm, hai xương gãy ngang mức nhau, bị hở và bầm, tuy vậy ít di lệch thứ phát, phần nhiều chỉ cần điều trị ngoại trú.

2.2. Thăm khám

Ở gãy cao 1/3 trên hay kèm thương tổn mạch máu với hội chứng chèn ép khoang, cần xử trí cấp cứu. Thấy bắp chân căng cần khám mạch mu chân, mạch chày sau và yêu cầu chụp động mạch hoặc Doppler.

Khi gãy hở phân loại theo Gustilo:

Độ I: rách da dưới 1cm

Độ II: rách da 1-10cm kèm thương tổn phần mềm vừa

Độ IIIA: rách da trên 10cm kèm thương tổn phần mềm lớn song không lộ xương

Độ IIIB: thương tổn phần mềm lớn và lộ xương phải chuyển vạt che xương

Độ IIIC: gãy xương kèm đứt mạch máu lớn phải mổ hồi phục mạch máu

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị chỉnh hình

3.1.1. Nắn, bó bột: đặt chân trên khung chữ nhật Bohler, gậy kê, kéo bó bột từ ngón chân đến dưới gối, lưu ý việc nắn:

- Đẩy cẳng chân nhẹ từ trong ra, giữ cho trục hơi cong chữ O
- Đẩy cẳng chân tại ổ gãy từ dưới lên không cho trục sa gấp góc tại ổ gãy.

Sau đó bỏ khung tiếp lên gốc đùi giữ cho gối gấp nhẹ 10° , rạch dọc bột.

Nếu không có khung Bohler để bệnh nhân nằm thẳng chân cuối bàn, kéo xương ở cổ và bàn chân, khi nắn lưu ý hai điểm đã nêu trên, xong quần giấy lót ở cẳng bàn chân, đệm êm ở gót, mắt cá, cổ xương mác (nơi có thần kinh hông khoeo ngoài). Bó bột từ ngón chân đến dưới gối, bột gần khô bó lên $1/3$ trên đùi, gối gấp $5-10^\circ$. In khuôn tốt ở lồi cầu xương đùi, mâm chày. Rạch dọc bột. Bột khô, đi hai nạng tỳ nhẹ.

Sau 6 tuần nếu ổ gãy ở giữa hay thấp, có thể cắt bỏ phần bột trên đùi, thành bột ôm gối kiểu chân giả cho ngồi, tập gối. Bột để đủ 3-4 tháng

3.1.2. Bột di Delbet

Đây là bột không cố định hai khớp lân cận. Bột kiểu Delbet gồm hai nẹp bột hai bên cẳng chân và bốn vòng tròn bột ở cẳng chân. Hoặc bột tròn chỉ ở cẳng chân. Hiện nay ít làm, chủ yếu làm cho ổ gãy gần liền để tập đi cho mềm khớp.

3.1.3. Bột vùi đinh

Thường áp dụng cho gãy nhiều mảnh không vững. Khi nắn xong xuyên hai đinh ngang: đinh trên dưới lồi củ xương chày, đinh dưới ở dưới ổ gãy 3-4cm, xong bó bột trùm 2 đinh, rạch dọc để bột và đinh 4-6 tuần.

3.1.4. Kéo tạ

Xuyên đinh qua xương gót hay qua phần thấp xương chày. Tạ nặng 4-5kg rồi giảm tạ còn 3kg, sau 3-4 tuần bó bột tròn cho tỳ. Chỉ định chủ yếu gãy chéo vát không vững và một số gãy xương hở.

3.1.5. Cố định ngoài

Với các mẫu khung FESSA, Orthofix, Hoffmann, Ilizarov khoan các đinh cọc 4-6mm vào xương với tốc độ chậm cho đỡ hoại tử xương. Giữ tạm đầu xương đúng vị trí giải phẫu trước khi khoan đinh. Chỉ định chủ yếu là gãy xương hở nặng đến muện, dễ sần sóc, vết thương cử động được các khớp.

3.2. Điều trị mổ

Khoảng 20-30% gãy kín xương cẳng chân được điều trị mổ

3.2.1. Mổ đóng đinh nội tuỷ

Thường dùng đinh Kuntscher loại cong, đóng từ trên xuống, nên đóng kín với màn tăng sáng, có khi không dễ hoặc không thật vững, thường có các chỉ định sau:

- Gãy ngang 1/3 giữa, gãy chéo ngắn
- Gãy 2 tầng

Thường mổ sớm, nếu đã có can dính, gãy cao hay thấp quá, diện gãy xoắn rộng, không có chỉ định

Khoảng 1/2 số ca mổ không thật vững nên bó bột thêm

Gần đây đóng kín đinh nội tuỷ có 4 chốt ngang, kết quả đang theo dõi. Có thể tốt cho gãy cao, gãy thấp, gãy nhiều mảnh.

3.2.2. Mổ nẹp vít

Mổ nẹp vít chỉ định rộng: gãy cao, gãy thấp, gãy vát ngắn, gãy có mảnh lớn. Riêng gãy chéo dài thì chỉnh hình có thể tốt hơn. Khi mổ lưu ý không tách rời phần mềm, không làm hỏng màng xương.

Mổ nẹp vít thường vững không cần bột, tập sớm được các khớp. Nẹp vít cố định rất vững song còn yếu, để lâu 18 tháng mới lấy bỏ.

3.2.3. Ưu điểm của mổ

- Đặt lại vị trí giải phẫu, hy vọng sẽ có cơ năng tốt nhất
- Cố định vững tập sớm, đỡ cứng khớp, teo cơ

3.2.4. Nhược điểm của mổ

- Nhiễm khuẩn
- Tai biến gây mê
- Chạm liền
- Phải mổ lại lấy bỏ kim loại

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Gãy hở

Xương chày hay bị gãy hở

Cần băng ngay vết thương. Băng đầu tiên quan trọng vì ngăn ngừa bội nhiễm vết thương, băng này thường có:

- Vài lớp gạc không cho dính lông vào vết thương

- Một lớp bông thấm nước hút máu và dịch
- Một lớp dây bông không thấm nước để giữ êm và không cho bội nhiễm
- Băng ép đều tay ngoài cùng để hãm máu thêm và bất động một phần

Tại phòng khám bệnh viện không nên mở băng này để ngừa "bệnh của bệnh viện". Chỉ băng chặt thêm khi cần. Cho kháng sinh và ngừa uốn ván

Tại nơi chuẩn bị mổ, cắt móng chân, cạo lông, lau rửa phần ngoài băng

Trong phòng mổ, cắt băng sơ cứu, làm sạch da phần dưới băng

Sau vô cảm, thường là tê tuỷ sống

- Mổ thì bẩn: cắt lọc da tối thiểu và cắt lọc lớp bản ở nông, thay dụng cụ
- Mổ thì sạch: rạch rộng da cân tuỷ độ sưng nề, mở rộng vết thương, làm sạch xương gãy, dội rửa vết thương với nhiều nước sạch (có khi dùng hàng chục lít nước sạch thiên nhiên), sau đó xử trí một trong các cách sau:
 - + Kết hợp xương ngay, điều kiện: đến sớm trước 8 giờ, hở độ I hay II, có người mổ và đồ mổ chuyên khoa.
 - + Cố định bên ngoài với các loại khung FESSA, Orthofix, Hoffmann, Ilizarov... cho gãy hở đến muộn, độ III...
 - + Kéo tạ với xuyên đinh xương gót
 - + Để hở bó bột

Khi bị gãy hở ngắn ngừa viêm nhiễm là quan trọng nhất, tình trạng xương là thứ hai sau bó bột 7 ngày, nếu xét cần kết hợp xương thì làm song chỉ khâu thưa, thông thường không mổ, chịu xương lệch, sẹo xấu miễn là không viêm xương.

4.2. Hội chứng khoang

- Khoang sau: bắp chân căng cứng. Đây là biến chứng nặng, gặp ở gãy 1/3 trên xương chày. Biểu hiện bắp chân căng cứng, ngón chân cử động yếu, thụ động, duỗi, ngón đau. Đo áp lực thuỷ tĩnh ở khoang nếu trên 30mmHg nên rạch cân (nhất là cân cơ ép) ở sau trong xương chày, kiểm tra động mạch chày.
- Khoang trước: thường gặp sau gãy kín nhẹ, màng liên cốt không rách, máu tụ và phù nề chèn động mạch chày trước, gây thiếu máu nuôi cơ, thường xuất hiện 24 giờ sau gãy, khi đã bó bột xong.

Biểu hiện: dù xương gãy đã nắn, đã bó mà đau ở cẳng chân tăng lên. Mở bột kiểm tra không phải căng ở chỗ gãy mà căng ở các cơ khoang trước. Mạch mu chân ban đầu có thể bình thường, muộn về sau mạch mất, rồi có dấu hiệu thần kinh: mất cảm giác ở mu chân nhất là khe ngón 1-2, các cơ duỗi ngón chân yếu rồi liệt. Không nên để cơ thiếu máu nuôi từ 6-8 giờ. Cần rạch cân dài ở khoang trước, ổ gãy được cố định bên ngoài hay kéo liên tục. Tránh để bàn chân đỏ.

4.3. Mất da

Da bị lóc do tai nạn thường được cắt bỏ, rạch theo ô quân cờ, dính lại, băng hơi ép. Da lóc này thường bị hoại tử. Nếu mất da, lộ xương thì trong cấp cứu chỉ nên phủ gạc mố lên xương lộ, sau đó thầy thuốc chuyên khoa sẽ chuyển vạt che xương. ở bệnh nhân trẻ em khi lộ xương rộng, nên khoan thủng vỏ xương nhiều lỗ, tổ chức hạt từ tuỷ sẽ mọc lên, lấp đầy rồi vá da mỏng.

Có nhiều cách chuyển vạt: chuyển vạt lân cận, vạt từ chân kia, hiện nay làm vạt da cơ rời, nối mạch vi phẫu.

5. DI CHỨNG

5.1. Khớp giả nhiễm trùng

Là di chứng rất nặng. Trước hết phải lo cho liền xương, sau đó lo tiếp việc chống viêm.

- Nếu trục xương xấu:
 - + Đặt lại vị trí giải phẫu
 - + Cố định bên ngoài
 - + Sau này ghép xương xối sau ngoài
- Nếu mất đoạn xương
 - + Làm dính chày mác
 - + Chuyển xương mác sang chày
 - + Chuyển xương mác có mạch nuôi, nối vi phẫu
 - + Trong khi chờ liền, cố định bên ngoài

5.2. Can lệch

Góc độ lệch quá 5° thì tất cả hướng đều không thể chấp nhận nhất là đối với bệnh nhân đang độ tuổi lao động.

- Khi ổ gãy chưa liền, sửa bột nắn thêm
- Khi ổ gãy đã liền thì phải xét theo kết quả cơ năng và thẩm mỹ, ảnh hưởng chức năng phải xét trước, hình thức xét sau.

Mổ sửa can lệch: đục xương, đặt lại cố định với nẹp vít có ép hay đinh và ghép thêm xương xối.

5.3. Chậm liền khớp giả

Sau gãy quá 4 tháng là chậm liền. Tỷ lệ bị chậm liền 1-17%. Đa số sẽ liền với thời gian, không phải mổ.

- *Cách mổ*
 - Nếu xương mác không gãy, cắt đoạn xương mác 2cm
 - Sau 5 tháng còn khe sáng ở giữa các đầu xương: ghép xương xối

Qua 6 tháng không liền là khớp giả

- *Về lâm sàng:* có loại khớp giả chặt và khớp giả lỏng lẻo. Khám thấy ổ gãy không vững, đau khi tỳ, cơ năng.
- *Nguyên nhân:* do xương di lệch nhiều quá, nắn quá nhiều lần, gãy hở bị mất da, gãy vụn nhiều mảnh, cố định ngắn quá, kỹ thuật kém.
- *Cách điều trị*
 - Đục gãy xương mức
 - Cố định vững thẳng trục với đinh nội tuỷ hoặc nẹp vít và ghép xương xốp

5.4. Loãn dưỡng Sudeck

Hay gặp ở bệnh nhân bột lâu quá, không chịu tỳ khi tập đi, bị gãy nặng, bị giập nát phần mềm rộng. Đây là một biểu hiện của rối loạn thần kinh giao cảm với biểu hiện sưng nề và đau, nhiều nốt phỏng, da đổi màu tím, dày lên.

X quang: mất vôi rộng ở cẳng và bàn chân

Điều rất quan trọng là cần khuyến khích bệnh nhân tỳ dần, quần băng chun định kỳ, gác cao chân, tập cơ chủ động.

6. KẾT QUẢ

Gãy xương cẳng chân điều trị chỉnh hình kết quả tốt. Tỷ lệ lệch trục phải mổ chỉ 2-3%. Tuy nhiên, do các tiến bộ về kỹ thuật mổ, hiện nay chỉ định chỉnh hình bị rút hẹp, mở rộng chỉ định mổ với nẹp vít có ép DCP (dynamic compression plate), đóng kín đinh nội tuỷ có chốt ngang (interlocking nail), do có nhiều tiến bộ về vô khuẩn, đã hạ được tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ xương xuống 0,1%.

19. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Chấn thương sọ não (CTSN) là những thương tích ở hộp sọ do nhiều nguyên nhân khác nhau như tai nạn giao thông (TNGT), tai nạn sinh hoạt (TNSH) và tai nạn lao động (TNLD). Trong hoàn cảnh của ta hiện nay thì chủ yếu do TNGT đường bộ chiếm 72% (BV Việt Đức 2003)

Đối với người thầy thuốc thực hành cần phân biệt 2 loại: chấn thương sọ não kín và vết thương sọ não (VTSN) để có hướng chẩn đoán và thái độ xử trí đúng.

Chấn thương sọ não kín là những thương tích trong hộp sọ, nhiều khi không có biểu hiện ở bên ngoài, có khi da đầu bị rách, xương sọ vỡ, nhưng không có thông thương trực tiếp giữa dịch não tủy (DNT) và mô não với môi trường bên ngoài.

Tỷ lệ tử vong cao để lại di chứng nặng nề cho gia đình và xã hội

Kết quả điều trị chấn thương sọ não phụ thuộc phần lớn vào thái độ xử trí cấp cứu ban đầu, nhất là đối với chấn thương sọ não nặng.

Trong các loại thương tổn do chấn thương sọ não thì máu tụ ngoài màng cứng (NMC) là loại tổn thương có tiên lượng tốt, nếu được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

1. SINH BỆNH HỌC TRONG TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ DO CHẤN THƯƠNG

Theo định nghĩa tăng áp lực nội sọ (TALNS) là khi áp lực trung bình đo được trong dịch não tủy (DNT) ở tư thế nằm nghiêng trên 20mmHg. Bình thường áp lực trong sọ là 10mmHg.

1.1. Nhắc lại đặc điểm giải phẫu sinh lý

Hộp sọ được coi như một khoang kín không giãn nở. Mọi hiện tượng làm thay đổi các thành phần chứa đựng trong hộp sọ đều gây nên tình trạng TALNS.

Não bộ được phân ra 3 khu vực

- Khu vực nhu mô não: 1300-1500ml (khối lượng 1200-1300gr, chiếm 80% thể tích trong sọ).
- Khu vực dịch não tủy: 100-150ml (chiếm 10% thể tích trong sọ)
- Khu vực mạch máu: 100-150ml (chiếm 10% thể tích trong sọ)

Việc duy trì được áp lực nội sọ bình thường dựa vào công thức sau:

Khối lượng máu + khối lượng DNT + khối lượng não = hằng số

Nếu tăng thể tích một trong các khu vực trên sẽ ảnh hưởng đến các khu vực khác. Nhu mô não là một tổ chức mềm và đàn hồi, có thể biến dạng, nhưng không nén ép được. Chỉ có khu vực DNT và mạch máu có thể bị dè dặt như DNT có thể dịch chuyển xuống tuỷ sống, khu vực tĩnh mạch xếp lại...)

Người ta cho rằng máu và DNT là hệ thống giám sát cho phép trong một thời gian nhất định, việc tăng thể tích một trong ba khu vực trên như sự phát triển của một khối choán chỗ (như máu tụ...) không gây tăng áp lực nội sọ, đó là giai đoạn bù trừ. Nếu sự bù trừ này mất đi sẽ dẫn tới hiện tượng tăng áp lực nội sọ. Đó là thuyết Monro-Kellie.

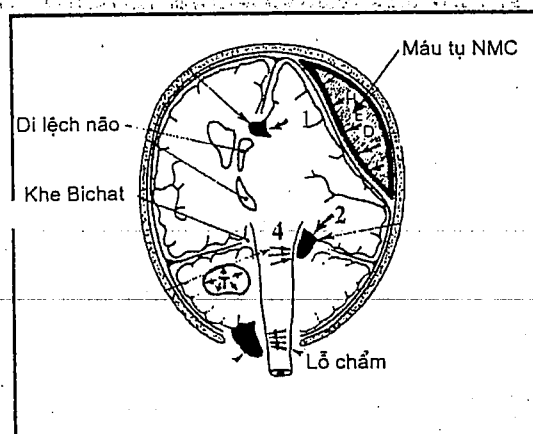
Trong CTSN, tăng áp lực nội sọ là một biến chứng nguy hiểm, đe dọa tính mạng người bệnh, mà nguyên nhân thường gặp là máu tụ trong sọ do chấn thương sọ não.

1.2. Hậu quả của tăng áp lực nội sọ

TALNS làm giảm hoặc ngừng dòng máu tới não, lưu lượng dòng máu não bằng 15% lưu lượng tim (50ml/100g não/phút). Sự thiếu máu não sẽ gây ra phản xạ đề kháng (phản xạ Cushing): Đó là sự bài tiết cathécholamine làm tăng huyết áp động mạch và tái lập trong thời gian ngắn lưu lượng máu não, nhưng trong một mạng lưới mạch máu đã mất khả năng tự điều hoà sự tăng lưu lượng máu này sẽ gây tăng thể tích máu não với mức cao hơn áp lực trong sọ. Mặt khác tình trạng toàn hoá do thiếu máu não gây giãn mạch và tăng tính thấm thành mạch lại làm tăng áp lực nội sọ.

Do tính chất đàn hồi của tổ chức não khi có sự chênh lệch áp lực trong sọ, các cuộn não có thể di chuyển gây hiện tượng tụt kẹt vào các khe trong hộp sọ. Có 4 loại tụt kẹt:

- Hồi thể trai tụt dưới bờ tự do của liềm não
- Hồi hải mã tụt vào khe Bichat
- Hạch nhân tiểu não vào lỗ chằm
- Tụt kẹt trung tâm do não giữa bị đẩy xuống thấp



Hình 19.1. Hiện tượng tụt kẹt do TALNS

2. CÁC THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU

2.1. Các thương tổn bên ngoài

- Da đầu: tụ máu, rách da đầu, lóc da...
- Vỡ, lún xương sọ

2.2. Các thương tổn trong hộp sọ

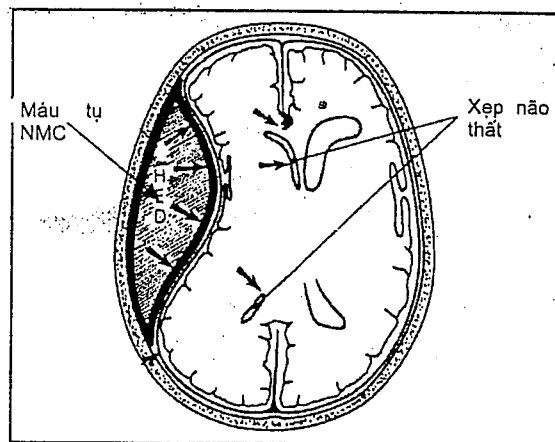
2.2.1. Thương tổn tiên phát

- Chấn động não là mất tri giác tạm thời thường chỉ trong 1 thời gian ngắn khi đầu bị một lực tác động vào. Trước đây người ta cho là không có thương tổn thực thể của mô não, nhưng gần đây nhờ những thành tựu về sinh bệnh học thần kinh cho biết đó là những tổn thương ở tế bào của cấu trúc lưới ở não giữa. Thái độ xử trí là theo dõi và điều trị bảo tồn
- Dập não: Có thể ở ngay dưới hay đối diện với vị trí va đập, nhưng thường ở vùng trán và thái dương. Dập não thường nhiều ổ, có khi hai bên. Bản thân dập não không làm tri giác xấu đi, chỉ khi chảy máu gây chèn ép và phù não kèm theo. Là loại tổn thương nặng gồm hai hiện tượng: hoại tử các tế bào não, dập nát thành mạch, gây huyết khối thường khu trú ở đáy thùy trán và thùy thái dương.
- Chảy máu màng mềm, đôi khi kèm chảy máu não thất. Chảy máu ở khoang giữa màng nhện và màng nuôi. Chảy máu màng mềm gây co thắt mạch máu não, hậu quả là thiếu máu não và phù não.

2.2.2. Tương tổn thứ phát: Các thương tổn thứ phát có thể xảy ra ở bất cứ giai đoạn nào sau tai nạn

Các loại máu tụ:

- Ngoài màng cứng (NMC): Máu chảy từ đường vỡ xương, làm rách các nhánh của động mạch màng não giữa. Máu tụ NMC hay gặp ở vùng thái dương và thái dương đỉnh. Đôi khi máu tụ chảy từ lớp xương xốp hay từ các tĩnh mạch cạnh xoang hay từ xoang tĩnh mạch.



Hình 19.1. Máu tụ NMC gây chèn ép nhu mô não, đè đẩy đường giữa

- Dưới màng cứng (DMC): Do rách các tĩnh mạch cầu ở vỏ não gây máu tụ DMC đơn thuần
- Máu tụ DMC và máu tụ trong não: xuất phát từ các ổ não dập, thường hay kèm phù não
- Máu tụ trong não: Có thể khu trú hoặc lan toả
 - + Phù não: là hậu quả của nhiều loại thương tổn nguyên phát và thứ phát, do nhiều cơ chế khác nhau.

Có hai loại phù não

- Phù vận mạch: là phù ngoài tế bào
- Phù nhiễm độc tế bào: là phù trong tế bào có thể lan rộng toàn bộ não. Muốn khắc phục tình trạng phù não phải chuyển nước tích tụ quá nhiều ở bên trong tế bào để đưa ra ngoài khoảng kẽ rồi vào trong các mao mạch, từ đó đào thải ra ngoài cơ thể.

3. KHÁM VÀ THEO DÕI BỆNH NHÂN CTSN

3.1. Hỏi bệnh

- Ngày giờ xảy ra tai nạn
- Loại tác nhân gây chấn thương (TNGT hay các loại khác)
- Tư thế bệnh nhân lúc bị tai nạn để biết đầu cố định hay đầu di động
- Quan trọng nhất là khai thác diễn biến tri giác bệnh nhân từ khi bị tai nạn cho tới lúc khám bệnh để biết có khoảng tỉnh hay không

3.2. Khám bệnh

- Các dấu hiệu sinh tồn hay thần kinh thực vật: Tình trạng hô hấp và tuần hoàn cần được kiểm tra đầu tiên vì liên quan đến tính mạng người bệnh, nếu không được điều chỉnh ngay sẽ làm nặng thêm các tổn thương não.
 - + Mạch, huyết áp
 - + Nhịp thở, kiểu thở
 - + Khai thông đường hô hấp nếu có tắc nghẽn do đàm dãi hoặc máu
 - + Kiểm tra đường hô hấp: Tràn máu, tràn khí màng phổi
- Khám tri giác

Đánh giá tri giác theo thang điểm Glasgow (Glasgow Coma Scale)

Đáp ứng bằng mắt: Tối đa 4 điểm

- + Mở mắt tự nhiên: 4đ
- + Gọi mở: 3đ

- + Cấu mở: 2đ
- + Không mở: 1đ

Đáp ứng bằng lời: Tối đa 5 điểm

- + Trả lời đúng: 5đ
- + Trả lời không đúng: 4đ
- + Không rõ nói gì: 3đ
- + Kêu rên: 2đ
- + Không nói: 1đ

Đáp ứng bằng vận động: Tối đa 6 điểm

- + Bảo làm đúng: 6đ
- + Cấu gặt đúng: 5đ
- + Cấu gặt không đúng: 4đ
- + Gấp cứng 2 chi trên: 3đ
- + Duỗi cứng 4 chi: 2đ
- + Không đáp ứng: 1đ
- Điểm Glasgow hạ từ 2 điểm trở lên thì coi là tri giác xấu đi
- Thang điểm Glasgow không áp dụng ở người say rượu, rối loạn tâm thần, dùng thuốc an thần và trẻ em < 5 tuổi.
- Mục đích khám và theo dõi tri giác là phát hiện khoảng tỉnh. Bệnh nhân được coi là có khoảng tỉnh khi: sau tai nạn bệnh nhân vẫn tỉnh hoặc mất tri giác ban đầu (độ 15-20 phút) sau đó tỉnh lại, nhưng sau một thời gian theo dõi bệnh nhân mê đi. Do đó nếu có khoảng tỉnh là phải nghĩ đến có máu tụ trong sọ, thường là máu tụ. Do đó nếu có khoảng tỉnh là phải nghĩ đến có máu tụ trong sọ, thường là máu tụ NMC. Khi phát hiện bệnh nhân có khoảng tỉnh là có chỉ định mổ. Khoảng tỉnh dài hay ngắn tùy mức độ chảy máu nhiều hay ít. Khoảng tỉnh càng dài thì tiên lượng càng tốt, khoảng tỉnh càng ngắn thì tiên lượng càng xấu.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú
 - + Liệt nửa người bên đối diện
 - + Dẫn đồng tử cùng bên có thương tổn
 - + Hai dấu hiệu này xuất hiện từ từ thì mới có giá trị
 - + Ngoài ra còn một số dấu hiệu thần kinh sọ khác như liệt dây VII ngoại vi (vỡ xương đá), mất khứu giác (liệt dây I), lác, mất vận nhãn (liệt dây IV, VI...)
- Các thương tích ở đầu: Các vết rách da, tụ máu da đầu để xác định điểm va đập
- Dấu hiệu vỡ nền sọ: thường có 3 loại triệu chứng

Tụ máu quanh mắt, sau tai

Chảy dịch não tủy qua mũi, tai

Tổn thương các dây thần kinh sọ

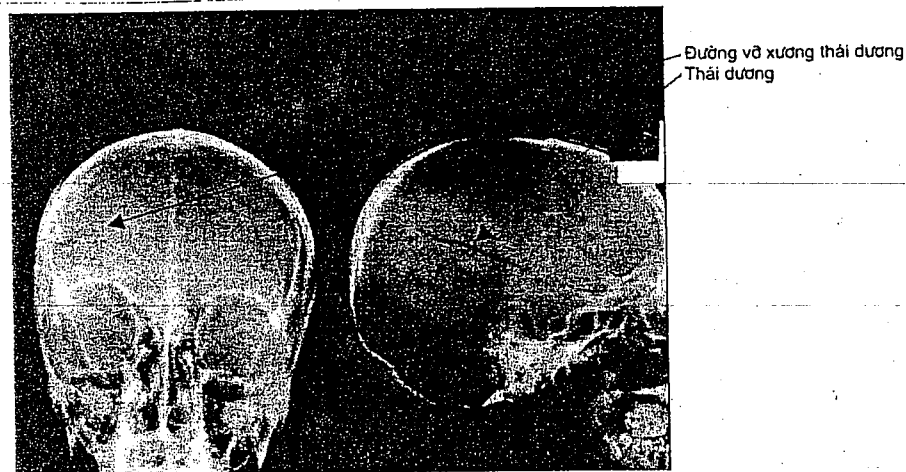
– Các thương tổn phối hợp

+ Khám cột sống, đặc biệt cột sống cổ dễ bị bỏ sót: như võ mồm nha, trật võ C1, C2...

+ Khám ngực, bụng, tứ chi

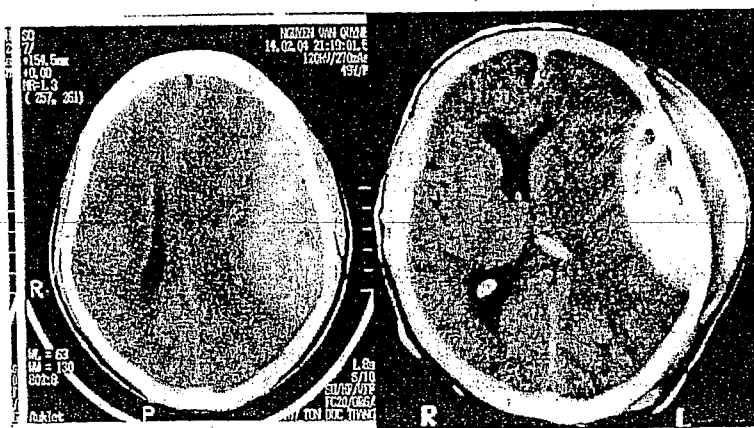
4. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN KHÁC

4.1. X quang quy ước: Tìm đường vỡ xương thường ở vùng thái dương, cần chụp đủ 4 tư thế: thẳng, trước, sau (Worms-Bretton) để tìm đường vỡ xương ở mai chẩm để phát hiện máu tụ hố sau, nghiêng: trái, phải.



Hình 19.3. Đường vỡ xương trên phim X quang sọ thường thẳng-nghiêng

4.2. Chụp cắt lớp vi tính: Giúp chẩn đoán chính xác thương tổn các khối máu tụ, vị trí các thương tổn não phối hợp.



Hình 19.4. Máu tụ NMC vùng thái dương

4.3. Đo áp lực trong sọ: Có thể đo ở ngoài màng cứng, dưới màng cứng, trong não thất. Chính xác nhất là đo áp lực trong não thất, cho phép theo dõi diễn biến của áp lực nội sọ để có chỉ định điều trị (mổ, không mổ)

5. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ BAN ĐẦU Ở TUYẾN TỈNH HOẶC KHU VỰC

Nếu xử trí ban đầu tốt sẽ giúp hạn chế được các thương tổn thứ phát của não và làm giảm nguy cơ tử vong. Mục đích chính của điều trị là phòng thiếu máu não.

- Tư thế đầu cao 30 độ
- Tăng thông khí và hô hấp hỗ trợ: Hút đờm dãi, thở oxy. Nếu điểm Glasgow ≤ 8 cần đặt ống NKQ hoặc mở khí quản. Tốt nhất là hô hấp hỗ trợ bằng thở máy.

Mục đích là đạt được $\text{PaCO}_2 = 35\text{mmHg}$, $\text{PaO}_2 = 100\text{mmHg}$. Tình trạng hạ CO_2 trong máu cho phép làm giảm lưu lượng máu não dẫn tới giảm thể tích và áp lực trong sọ.

- Xử trí cầm máu các thương tích da đầu
- Duy trì huyết động ổn định, dưới sự kiểm soát của áp lực tĩnh mạch trung ương và áp lực động mạch (110-140mmHg).
- Lợi tiểu: Mannitol 20% liều dùng: 1gr/kg/24h. Chia nhỏ liều trong ngày, cách 6 giờ 1 lần cho 100ml. Lợi tiểu chỉ dùng khi huyết động ổn định và có tăng áp lực trong sọ cùng với thiếu máu não.
- An thần: Mục đích làm giảm tiêu thụ oxy não tương ứng với lưu lượng máu não mà vẫn duy trì áp lực tưới máu não tốt nhất nhằm tránh thiếu máu não. Việc giảm đồng thời lưu lượng máu não cho phép giảm thể tích máu não và áp lực trong sọ.
- Dẫn lưu não thất: Khi có dẫn não thất cấp tính và có tăng áp lực trong sọ, qua đó có thể theo dõi áp lực trong sọ.
- Giảm đau, hạ sốt
- Đặt ống thông dạ dày, ống thông nước tiểu

6. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA CÁC LOẠI MÁU TỤ TRONG SỌ

6.1. Máu tụ ngoài màng cứng (NMC): Quan trọng đối với bác sĩ ngoại khoa chung

Là loại máu tụ tối cấp (thường từ 6-12 giờ sau chấn thương), khối máu tụ nằm giữa lớp xương sọ và màng não. Tiên lượng tốt nếu mổ sớm, xử lý kịp thời.

6.1.1. Nguyên nhân

- Chủ yếu là do đường vỡ xương sọ hoặc lún xương làm đứt các nhánh của động mạch màng não giữa đi sát vào mặt trong xương sọ; thường hay gặp ở vùng thái dương (60%)

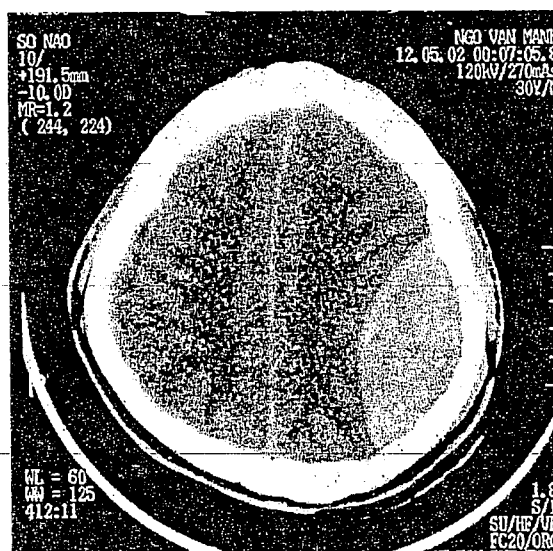
- Do chảy máu từ lớp xương xốp hoặc thương tổn xoang tĩnh mạch do mảnh xương vỡ hoặc lún cắm vào, có thể gây máu tụ cả hai bên.

6.1.2. Chỉ định ngoại khoa máu tụ ngoài màng cứng

- Có khoảng trống
- X quang quy ước có đường vỡ xương ở vùng thái dương hoặc chụp CLVT có máu tụ hình thấu kính hai mặt lồi.
- Nếu xuất hiện giãn đồng tử 1 bên và liệt nửa người bên đối diện là giai đoạn muộn, tiên lượng nặng

Cần chú ý:

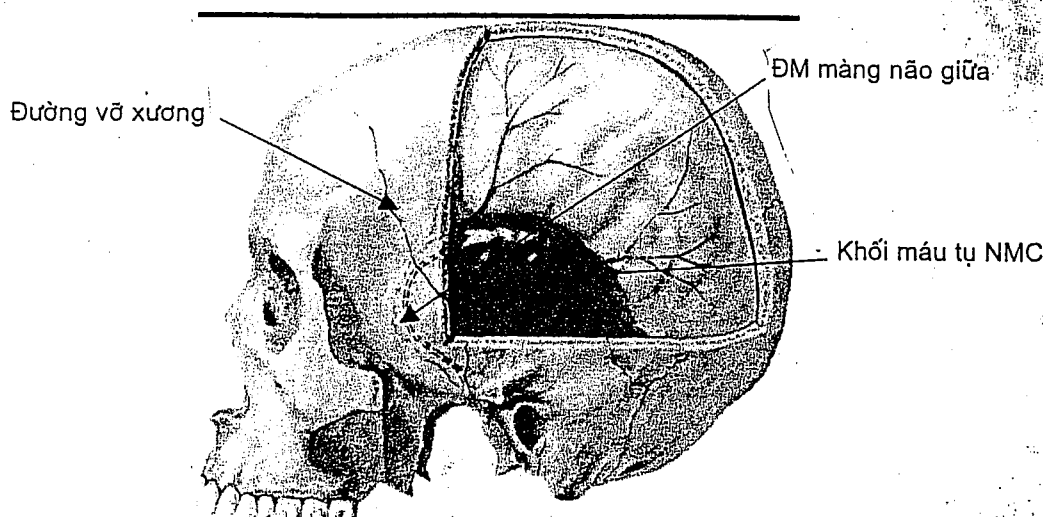
- + Nếu GCS > 8 điểm có thể chuyển về tuyến trung ương, nếu vận chuyển không quá 3 tiếng đồng hồ.
- + Nếu GCS < 8 điểm, vận chuyển sẽ nguy hiểm, nên cân nhắc, nếu cần mổ tại địa phương.



Hình 19.5. Máu tụ NMC vùng thái dương đỉnh trái

6.1.3. Những nguyên tắc chính mổ máu tụ ngoài màng cứng

- Mở hộp sọ nếu có chụp cắt lớp hoặc khoan thăm dò nếu chẩn đoán chỉ dựa vào lâm sàng và X quang quy ước (trong hoàn cảnh ở địa phương)
- Lấy máu tụ NMC
- Cầm máu nguồn chảy máu và khâu treo màng cứng
- Kiểm tra dưới màng cứng xem có máu tụ hoặc dập não ở dưới
- Dẫn lưu NMC
- Đặt lại xương sọ và đóng vết mổ 2 lớp: lớp galéa, lớp da đầu



Hình 19.6. Máu tụ NMC vùng thái dương do tổn thương ĐM màng não giữa

6.1.4. Theo dõi sau mổ

- Theo dõi dẫn lưu và rút sau 24-48 giờ
- Theo dõi tri giác và các dấu hiệu thần kinh khu trú (giãn đồng tử cùng bên, liệt nửa người bên đối diện...) để phát hiện máu tụ tái phát.
- Theo dõi các biến chứng nhiễm khuẩn

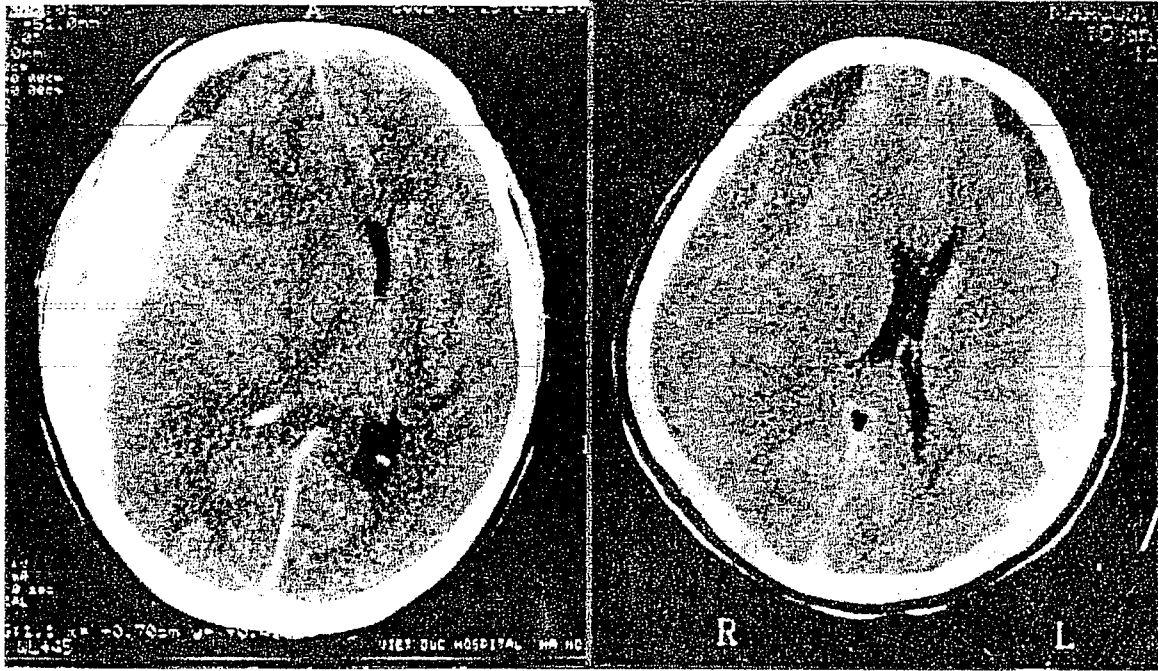
6.1.5. Đánh giá kết quả sau mổ: Dựa theo bảng GOC (Glasgow Outcome Scale) gồm 5 điểm như sau

- Kết quả tốt: Trở lại cuộc sống gia đình và xã hội
- Trung bình: Tự chủ trong cuộc sống, thay đổi nghề khác (hoặc bỏ nghề)
- Kết quả xấu: Sống phụ thuộc vào người khác
- Đời sống thực vật
- Tử vong

6.2. Máu tụ dưới màng cứng

Là loại máu tụ ở dưới màng cứng và vỏ não, thường kèm theo dập não, phù não. Về lâm sàng phân ra như sau:

- Máu tụ dưới màng cứng cấp tính xuất hiện trong 72 giờ đầu
- Máu tụ dưới màng cứng bán cấp: từ 3 đến 21 ngày
- Máu tụ dưới màng cứng mạn tính: xuất hiện từ tuần lễ thứ 3 trở đi sau một sang chấn nhẹ (có khi người bệnh không nhớ rõ).



Hình 19.7. Các hình thái máu tụ DMC cấp tính, bán cấp và mạn tính

6.2.1. Nguyên nhân

Do sang chấn làm đứt các tĩnh mạch cầu nối từ vỏ não đến màng não hoặc đụng giập làm chảy máu các tĩnh mạch vỏ não thường kèm theo các ổ giập não khu trú hoặc lan toả.

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính do máu lắng đọng thành dịch màu nâu sẫm được bọc trong một lớp vỏ gây chèn ép não từ từ, giai đoạn đầu thường không có biểu hiện lâm sàng.

6.2.2. Chỉ định ngoại khoa máu tụ dưới màng cứng

- Tri giác xấu dần (thường khoảng tỉnh không rõ)
- Chụp CLVT có hình ảnh khối máu tụ hình liềm lan toả cả bán cầu, giảm tỷ trọng

6.2.3. Nguyên tắc mổ máu tụ DMC cấp tính có một số điểm khác với máu tụ NMC

- Nên mở hộp sọ (Volet) để giải toả não và tiến hành xử trí triệt để thương tổn dưới màng cứng như lấy máu tụ, cầm máu, hút não dập.
- Nếu phù nhẹ, não đặt tốt có thể đóng màng não, đặt lại mảnh xương sọ.
- Nếu phù nặng, não đập yếu, không nên đóng màng não (nếu cần chỉ khâu dính hoặc có điều kiện thì tạo hình màng não), để mảnh xương dưới da bụng (hố chậu trái) hoặc gửi bảo quản ở ngân hàng mô.

6.2.4. Tiên lượng

- Thường nặng do phù não, nên thở máy và hồi sức tích cực
- Nếu tri giác kém nên chụp CLVT kiểm tra để có thái độ xử trí

6.2.5. Đối với máu tụ dưới màng cứng mãn tính

Gây tê tại chỗ bằng Xilocaine 1%, khoan một lỗ vùng thái dương đỉnh (bướu đỉnh) bên bán cầu não có máu tụ, mở màng não, hút nước máu màu sẫm có khi đặc quánh. Đặt một ống thông cao su (Nélaton) bơm rửa bằng huyết thanh sinh lý, rút dẫn lưu sau 48 giờ.

Tiền lượng tốt, người bệnh trở lại sinh hoạt bình thường

6.3. Máu tụ trong não

6.3.1. Nguyên nhân

Do các ổ dập não gây chảy máu ở nhu mô não, thường ở vùng bao trong, có khi ăn thông với não thất gây chảy máu não thất

6.3.2. Lâm sàng

Bệnh nhân mê ngay sau tai nạn, các triệu chứng về huyết động, về hô hấp thường nặng. Trước tiên phải xử trí rối loạn hô hấp như đặt NKQ hút đờm dãi, nếu cần phải mở khí quản

6.3.3. Chẩn đoán hình ảnh

Chụp CLVT cho thấy hình ảnh não dập, tỷ trọng không đều, có máu tụ trong nhu mô não, ở nhiều vị trí khác nhau như thái dương trán, thái dương nền, vùng bao trong, vùng nhân xám trung ương v.v..



Hình 19.8. Máu tụ trong não

6.3.4. Điều trị

Tiền lượng nặng nên xu hướng thường điều trị bảo tồn. Tuy nhiên cần theo dõi về tri giác và chụp cắt lớp kiểm tra, nếu tri giác xấu đi, chụp cắt lớp thấy thương tổn tiến triển cần mổ sớm dẫn lưu máu tụ, giải toả chèn ép não.

7. BIẾN CHỨNG SAU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

7.1. Não úng thủy: có khi xuất hiện sớm trong vòng một tháng sau CTSN, có khi muộn. Do cản trở lưu thông từ dịch não tủy đến các hạt Pachioni: ở hai bên xoang tĩnh mạch dọc trên nên dịch não tủy tụ lại quá nhiều ở các não thất.

Để điều trị có thể dẫn lưu não thất ổ bụng, hoặc dẫn lưu ra ngoài

7.2. Động kinh: có thể xảy ra sớm trong tuần lễ đầu, muộn thì từ 3 tháng trở đi. Cần dùng các thuốc chống động kinh đặc hiệu (Tégrétol, Dépakine...)

7.3. Thông động mạch cảnh-xoang hang. Động mạch cảnh trong bị rách ở đoạn siphon nên máu động mạch chảy vào xoang hang cùng với các tĩnh mạch đổ vào.

Triệu chứng chú ý là lồi nhãn cầu một bên, về lâm sàng có thể dùng ống nghe, đặt lên nhãn cầu bên lồi nghe thấy tiếng thổi liên tục, tăng mạnh ở thì tâm thu, khám mắt thấy các mạch máu ở kết mạc cương tụ.

Điều trị ngoại khoa theo phương pháp Brooks. Hiện nay dùng phương pháp nút mạch, không cần mổ

7.4. Các di chứng về thần kinh sau chấn thương sọ não

Thường để lại các di chứng như liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ, nghe kém, mất khứu giác, nhìn kém v.v..

Ngoài ra người bệnh còn bị sa sút trí tuệ, chậm chạp, giảm trí nhớ, giao tiếp kém...

20. VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương sọ não (VTSN) là vết thương làm dịch não tủy (DNT) và mô não thông với môi trường bên ngoài qua các thương tích của màng não, xương sọ và da đầu...

Nguyên nhân chính là do các vật sắc nhọn và chạm mạnh, hoặc do các tai nạn giao thông (TNGT) tai nạn lao động (TNLD) và tai nạn sinh hoạt (TNSH). Ngoài ra còn do các vết thương hoả khí như đạn bắn, mảnh bom mìn (như VT trong thời chiến).

Vỡ nền sọ làm dịch não tủy (DNT) chảy ra tai hay ra mũi cũng có thể coi như một VTSN, tuy da đầu không có tổn thương, hoặc trên phim X quang chỉ thấy một đường vỡ xương đơn giản.

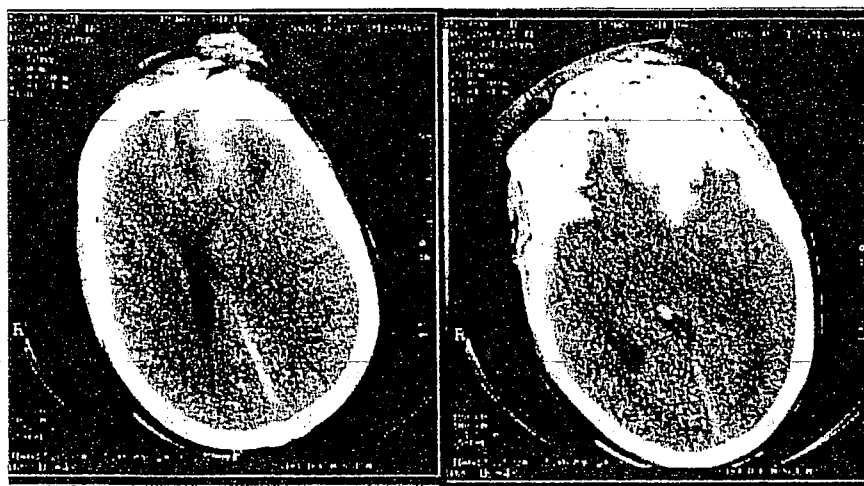
VTSN có nguy cơ nhiễm khuẩn do vi khuẩn xâm nhập vào DNT và nhu mô não khác với chấn thương sọ não kín (CTSN kín) nguy cơ chính là chèn ép não do máu tụ.

VTSN hiện nay chiếm 26,5% so với máu tụ trong sọ do chấn thương sọ não kín. Tỷ lệ này càng cao khi tai nạn giao thông ngày càng gia tăng.

2. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU

Lấy VTSN ở bán cầu não làm ví dụ sẽ thấy những thương tổn từ ngoài trong.

- Da đầu: rách, gọn sạch hay dập nát, bầm, các mép vết thương không toác rộng vì dưới da đầu không có cơ.
- Xương sọ có thể bị lún (lún sọ) hoặc có nhiều đường vỡ lan rộng theo các hướng như rạn chân chim, hoặc có nhiều mảnh vỡ cắm sâu làm rách màng não, dập não phía dưới, diện vỡ xương thường rộng hơn da đầu bị rách.
- Màng não: rách nhỏ hoặc rách rộng tùy theo tác nhân gây ra. Màng não rách nhỏ hơn đường vỡ xương sọ, thường gây dập não nặng ở dưới.
- Nhu mô não: Dập não tùy mức độ, thường giảm dần về phía trong não, kiểu thương tổn hình phễu mà đáy ở phía ngoài (nhất là thương tổn do mảnh hoả khí). Não dập thường kèm theo tóc, đất cát, các dị vật như quần áo, mảnh tre nứa, lá cây... là nguyên nhân thuận lợi cho nhiễm khuẩn sau này.
- Nếu vết thương do mảnh hoả khí có thể tạo một đường hầm từ ngoài vào trong theo đường đi của mảnh đạn



Hình 20.1. VT sọ não kèm thương tổn phối hợp giáp não chảy máu.

- Mạch máu: Thường bị thương tổn nơi va đập, nếu là mạch máu lớn hay xoang tĩnh mạch thì có thể gây máu tụ kèm theo
- Não thất: Nếu thương tổn ở sâu có thể thông với não thất gây chảy máu não thất, thường tiên lượng nặng.

2.1. Chẩn đoán

Một VTSN chẩn đoán không khó, nếu ta nghĩ đến khi gặp một vết thương đang chảy máu kèm theo dịch não tủy và chất não trắng lộ ra ngoài. Nếu chỉ có vết thương da đầu, dù rộng hay hẹp, dù chảy máu hay không chảy máu vẫn phải nghĩ đến VTSN, để tránh bỏ sót thương tổn ở bên trong trước khi khâu cầm máu da đầu.

Cần xác định VTSN giờ thứ mấy, vết thương gọn sạch hay dập nát, ở vùng nào, ở bán cầu (trán, đỉnh, chẩm...) hay hố sau.

2.1.1. Lâm sàng

2.1.1.1. Nếu đến sớm (trước 6 giờ)

- Toàn trạng tỉnh táo, tri giác đánh giá theo thang điểm Glasgow, có thể hốt hoảng, lo sợ hoặc trong tình trạng choáng khi vết thương rộng, chảy máu nhiều hoặc da chấn thương.
- Tại chỗ: xác định vết thương ở vùng nào (bán cầu não hay hố sau)
- Vết thương gọn sạch, không dập nát, còn đang chảy máu hay đã ngừng
- Có thể thấy dịch não tủy và tổ chức não lộ ra ngoài vết thương

2.1.1.2. Đến muộn (24 giờ đến 48 giờ) thường có biểu hiện nhiễm khuẩn tùy mức độ:

Toàn thân: chủ yếu là hội chứng nhiễm khuẩn (viêm màng não): sốt cao > 38°5, tình trạng tri giác kém (theo thang điểm Glasgow) cổ cứng, dấu hiệu Kernig (+)

Tại chỗ: vết thương bản, mùi hôi, có dịch đục hoặc tổ chức não đùn ra ngoài, nếu đến muộn 3-5 ngày có thể não lòi ra vết thương có giả mạc phủ bên ngoài (nấm não).

Triệu chứng thần kinh: Tùy vị trí tổn thương (vùng trán đỉnh, chẩm, thái dương...) dẫn đến liệt 1/2 người (nếu chèn vào bó tháp) tìm phản xạ gân xương, dấu hiệu Babinski, rối loạn ngôn ngữ (vùng Broca, Wernick).

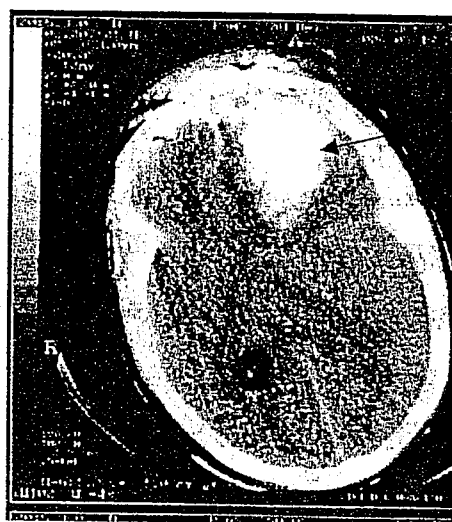
Rối loạn tâm thần

Động kinh (cục bộ, toàn thể)

2.2.2. Cận lâm sàng

- Các XN máu, sinh hoá, số lượng bạch cầu, tốc độ lắng máu...
- Chọc dịch não tủy: đánh giá tình trạng viêm màng não, nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ...
- Chẩn đoán hình ảnh
 - + Chụp X quang quy ước (ở tư thế thẳng, nghiêng, và tiếp tuyến) để tìm thương tổn xương, các dị vật kèm theo... (nhất là các mảnh kim loại)
 - + Chụp cắt lớp vi tính sọ (CT Scanner)

Rất cần thiết để đánh giá các thương tổn trong sọ như kèm theo máu tụ, dập não ở các vùng chức năng, mức độ chèn ép não để tiến hành phẫu thuật, tránh bỏ sót thương tổn...



Tổ chức não giập ở dưới VTSN

Hình 20.2. VT sọ não kèm giập não trán T

2.2. Các hình thái lâm sàng vết thương sọ não (VTSN)

- VTSN xoang hơi trán: thường VTSN ở vùng trán trước, phía trong hai cung lông mày, cần chú ý liên quan đến trần hố mắt và những thương tổn nhãn cầu và sau nhãn cầu (vỡ nhãn cầu, tụ máu sau nhãn cầu)

- VT xoang tĩnh mạch dọc trên: VT trên đường đi của xoang tĩnh mạch từ góc trán - mũi ở phía trước đến ụ chằm ngoài ở phía sau. Cần xác định để có thái độ xử trí đúng khi mổ.
- VT vùng hội lưu Hérophile: ở ụ chằm ngoài, rất nặng, tỷ lệ tử vong cao.
- VTSN do hoả khí: thường VT chột hay VT có lỗ vào và lỗ ra (có những tính chất như VTSN thời chiến)
- VTSN do trâu húc, ngựa đá: Một đặc điểm của vết thương sọ não ở nông thôn Việt Nam thường đến muộn (3-5 ngày), có nắm não lòi ra ngoài, viêm màng não nặng. Cần điều trị viêm màng não ổn định sau mới mổ. Nếu mổ cần mổ triệt để (vá màng não, che kín da đầu nếu thiếu da...)

2.3. Nguyên tắc điều trị ngoại khoa vết thương sọ não

- Nền mổ sớm, coi như cấp cứu trì hoãn, không như máu tụ trong chấn thương sọ não kín
- Rạch rộng vết thương da đầu, chú ý cắt lọc tiết kiệm, lấy xương vỡ nhất là các mảnh rời, nếu cần găm rộng xương đến phần xương lành
- Màng não rách: cắt lọc màng não tiết kiệm
- Tại vết thương chủ yếu hút não dập, lấy máu tụ và dị vật (xương vụn, da, tóc...). Đối với mảnh hoá khí ở nông nếu không phải tìm kiếm khó khăn thì lấy bỏ.
- Không đóng kín màng não (trừ cơ sở chuyển khoa phẫu thuật thần kinh) đảm bảo lấy hết dị vật và tổ chức não dập.
- Đặt một ống dẫn lưu dưới da đầu 48 giờ
- Khâu kín da đầu hai lớp: lớp galéa, và da đầu, nếu không kín vết thương thì phải rạch đối xứng hoặc quay vạt da che kín vết thương.

2.4. Biến chứng và di chứng vết thương sọ não

2.4.1. Biến chứng

- Viêm màng não thường ngày thứ 3 đến 5 sau mổ
- Viêm xương sọ gây dò mủ qua vết mổ kéo dài, hoặc có mảnh xương chết.
- Áp xe não: thường xuất hiện muộn 3 đến 6 tháng với hội chứng tăng áp lực nội sọ

2.4.2. Di chứng

- Động kinh do sẹo mổ (cục bộ hoặc toàn thể)
- Di chứng thần kinh như liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ
- Rối loạn tâm thần
- Suy nhược thần kinh: đau đầu mất ngủ, ảnh hưởng trí nhớ

21. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TRONG CHẤN THƯƠNG LỒNG NGỰC

Về mặt nguyên tắc, xử trí một chấn thương lồng ngực kín cũng giống như một vết thương ngực hở, do đó trong bài này chỉ những đặc điểm về thương tổn giải phẫu bệnh lý và lâm sàng mới trình bày riêng, còn thái độ xử trí sẽ trình bày chung.

Chấn thương lồng ngực và vết thương lồng ngực là 2 thương tổn thường gặp trong cấp cứu hàng ngày. Nguyên nhân gây ra bao gồm: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn trong sinh hoạt, dao đâm. Còn trong chiến tranh thì phần lớn là do đạn, hoặc mảnh bom.

Là một thương tổn nặng do ảnh hưởng trực tiếp đến 2 cơ quan sinh tồn của cơ thể: phổi và tim nên bệnh nhân rất dễ tử vong mà những tử vong này phần lớn là ngay sau khi bị thương.

Việc sơ cứu ban đầu đóng vai trò hết sức quan trọng nhằm cứu bệnh nhân khỏi những rối loạn nặng nề về sinh lý tuần hoàn và hô hấp, tạo điều kiện để đủ thời gian chuyển bệnh về tuyến điều trị thực thụ.

Nguyên tắc điều trị nhằm phục hồi thăng bằng sinh lý về tuần hoàn và hô hấp, những thương tổn giải phẫu đứng hàng thứ yếu, trừ khi những thương tổn này là quá nặng không sao phục hồi được thăng bằng sinh lý, lúc đó mới bắt buộc phải can thiệp phẫu thuật, nghĩa là có chỉ định mở ngực cấp cứu. Như vậy phần lớn chấn thương lồng ngực và vết thương lồng ngực không cần phải mở ngực cấp cứu để sửa chữa các thương tổn bên trong.

1. NHẮC LẠI NHỮNG ĐIỂM CƠ BẢN VỀ THĂNG BẰNG SINH LÝ VÀ HÔ HẤP

Thăng bằng sinh lý-hô hấp dựa trên 3 yếu tố chính:

Thành ngực

Bao gồm khung xương, các cơ hô hấp, cơ hoành và màng phổi lá thành. Thành ngực này vừa vững chắc lại vừa di động trong khi thở.

Cơ hoành đóng vai trò hết sức quan trọng trong hô hấp nhất là ở trẻ em, một khi bị chèn ép (bụng chướng) sẽ dễ gây suy hô hấp.

• Đường hô hấp

Từ mũi, mồm qua khí phế quản vào đến phế nang. Đường hô hấp phải thông thoáng để đảm bảo trao đổi khí được tốt.

Trong chấn thương lồng ngực đường hô hấp này rất dễ bị cản trở do dịch tiết tăng lên, máu chảy vào hoặc do dị vật, nhưng một điều quan trọng hơn là do đau mà bệnh nhân không ho khạc để tống ra ngoài.

- **Khoang màng phổi**

Khoang màng phổi là khoang giữa 2 màng phổi lá thành và lá tạng. Bình thường do 2 lá sát vào nhau nên thực tế khoang màng phổi là một khoang ảo. Áp lực khoang này thấp hơn áp lực khí quyển, thay đổi theo thì thở vào hay thở ra (-10 đến -5cm H₂O), khi ho áp lực thay đổi hơn nhiều.

Khoang màng phổi là một khoang kín, khi bị thủng (vết thương ngực hở) áp lực âm sẽ mất, phổi không còn nở lên được nữa (tràn khí màng phổi). Khoang màng phổi thông thương với không khí bên ngoài gây nên những rối loạn nghiêm trọng khi thở.

Ba yếu tố liên quan trực tiếp với nhau

Trong hoàn cảnh bình thường, không có những rối loạn về hô hấp và tuần hoàn sẽ có những hằng số sinh lý sau:

pH	7,40-7,42
pO ₂	80-100mmHg
pCO ₂	35-45mmHg
BE	± 2
SB	24mEq

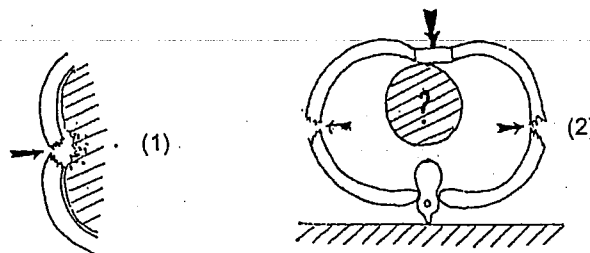
Trong chấn thương lồng ngực, nguyên tắc xử trí là lập lại thăng bằng sinh lý hô hấp do đó cần phải nắm vững những yếu tố trên để đạt được hiệu quả trong điều trị

2. NHỮNG THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU - CÁCH XỬ TRÍ

2.1. Gãy xương sườn

Xương sườn bị gãy là một thương tổn thường gặp trong chấn thương lồng ngực. Có 2 cơ chế gãy

- Gãy trực tiếp: tác nhân gây chấn thương ở đâu thì xương sườn gãy ở đó. Đây là loại gãy từ ngoài vào, do đó tạng nào nằm ngay sát ổ gãy dễ bị thương tổn nhất (thường là phổi).
- Gãy gián tiếp: tác nhân gây chấn thương ép từ phía trước ngực, còn phía sau lưng là một vật cản cố định, lồng ngực bị ép dẹt lại theo chiều trước sau, cung bên của xương sườn sẽ bị gãy. Đây là loại gãy từ trong ra ngoài. Tạng nằm giữa trung thất là tạng dễ bị thương tổn (tim, mạch máu lớn) (Hình 21.1)



Hình 21.1. Cơ chế gãy xương sườn: (1) gãy trực tiếp, (2) gãy gián tiếp

- Bản thân gãy xương sườn là một thương tổn lành, nhẹ, thường không để lại di chứng gì dù không điều trị, chủ yếu là những thương tổn kèm theo mới là thương tổn nặng và dễ gây biến chứng. Tìm cơ chế gãy làm cho dễ chẩn đoán thương tổn kèm theo.

- Tuy nhiên những trường hợp gãy xương sườn sau đây cần chú ý:

- Gãy xương sườn 1-2: 2 xương sườn này được che phủ phía trước bởi xương đòn, phía sau là xương bả vai do đó rất hiếm khi bị gãy. Trèo qua bờ trên xương sườn 1 từ trong ngực ra là động mạch dưới đòn, đi kèm là tĩnh mạch dưới đòn từ ngoài vào và bó dây thần kinh đám rối cánh tay. Phải một chấn thương rất mạnh mới làm gãy xương sườn này được do đó bó mạch thần kinh rất dễ bị thương tổn.
- Gãy xương sườn 8-9: thương tổn kèm theo là gan hoặc lách, nghĩa là những thương tổn ở bụng
- Gãy xương sườn ở người già: người già xương giòn, dễ gãy, nhưng do gãy gây đau, người bệnh không dám ho, đờm rãi tiết ra không được khạc ra ngoài dễ ứ đọng gây tắc phế quản làm xẹp phổi.
- Gãy xương sườn ở trẻ em: trẻ em xương sườn còn mềm, rất khó gãy, khi xương sườn bị gãy có nghĩa là tác nhân chấn thương rất mạnh do đó thương tổn kèm theo là nghiêm trọng.

Từ những ý trên, khi khám bệnh không nên chỉ dừng lại ở xương sườn gãy mà cần phải tìm những thương tổn kèm theo, chính những thương tổn này quyết định diễn biến của chấn thương.

2.2. Cách thức xử trí

Mặc dù đây là một gãy xương nhưng do tính chất của lồng ngực là phải di động cho nên không nên cố định xương sườn gãy (bằng băng dính dán quanh ngực) mà điều chủ yếu là giảm đau.

Có 2 cách giảm đau: dùng các thuốc loại Paracetamol nhưng tốt hơn là giảm đau tại chỗ bằng phong bế dây thần kinh liên sườn với các thuốc tê (Xylocaine, Marcaine) hoặc gây tê vùng (gây tê ngoài màng cứng với Morphin).

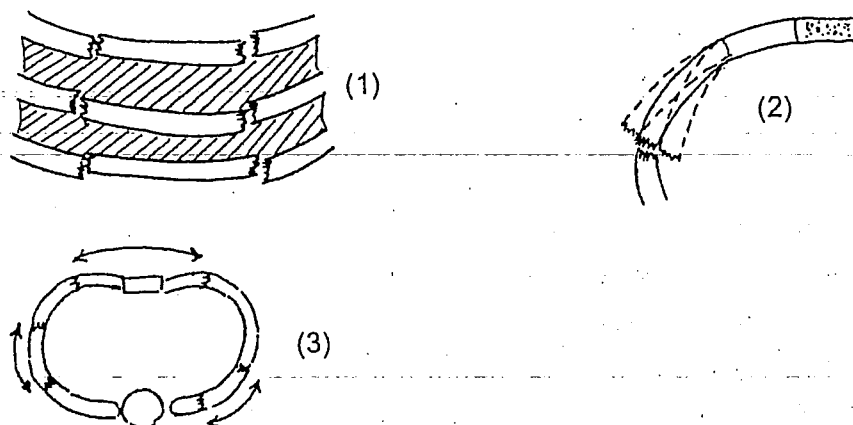
Nếu phong bế dây thần kinh liên sườn thì có thể tiêm ngay vào ổ gãy nhưng tốt hơn là gây tê gốc dây thần kinh (4 khoát ngón tay từ đường giữa lưng).

2.3. Mảng sườn

2.3.1. Mảng sườn có nhiều loại

- Mảng sườn trước hay còn gọi mảng ức sườn: bao gồm xương ức và các sụn sườn. Đây là loại mảng sườn gây rối loạn nghiêm trọng về hô hấp và tuần hoàn vì cơ hoành co kéo khi hô hấp.
- Mảng sườn bên là loại mảng sườn hay gặp nhất, không di động, nhiều như mảng ức sườn.

- Màng sườn sau là màng sườn ít di động nhất vì khi nằm màng sườn đã bị hạn chế di động rồi, không cần cố định
- Nửa màng sườn: xương sườn chỉ gãy một nơi, màng sườn di động kiểu cánh cửa với bản lề là sụn sườn, xảy ra ở người trẻ tuổi (hình 21.2)



Hình 21.2. Các loại màng sườn: (1) màng sườn kinh điển: mỗi xương sườn gãy 2 nơi, ít nhất 3 xương liền nhau bị gãy. (2) Nửa màng sườn: xương sườn chỉ gãy một nơi, màng sườn di động kiểu cánh cửa, bản lề là sụn sườn. (3) T: màng sườn trước, B: màng sườn bên, S: màng sườn sau

2.3.2. Diễn biến

Sau khi hình thành màng sườn, tùy theo tính chất di động mà chia thành:

- Màng sườn di động: gây nên 2 hội chứng hô hấp đảo ngược và trung thất di động.
- Màng sườn cố định: do có đầu xương gãy cài vào nhau, tuy cố định nhưng màng sườn này có thể di động thứ phát do thay đổi áp lực đột ngột trong khoang màng phổi (ho), thường xảy ra trong khoảng 2-3 ngày đầu. Nếu như không di động thì do áp lực âm tính trong khoang màng phổi sẽ hút màng sườn này thụt vào trong mỗi ngày một sâu hơn, để lại di chứng hạn chế hô hấp.

Một điều cần nhớ là khi nhiều xương sườn gãy thì nhu mô phổi bên trong thường là bị thương tổn, gây nên tràn máu và tràn khí, xẹp phổi. Nhiều khi do những thương tổn này mà bắt buộc phải mổ để điều trị.

2.3.3. Cách xử trí

- Sơ cứu: ngay sau khi chẩn đoán có màng sườn di động, phải sơ cứu rồi mới được chuyển bệnh nhân về trung tâm điều trị. Mục đích sơ cứu là nhằm không cho màng sườn này di động: dùng 1 cuộn băng đặt vào vùng màng sườn, rồi lấy băng khác cuốn vòng quanh ngực làm cho màng sườn luôn luôn ở tư thế thụt vào mà không phồng lên được. Như vậy sẽ tránh được những rối loạn tuần hoàn và hô hấp nhưng tất nhiên là hạn chế hô hấp.

- Điều trị thực thụ: có 2 cách điều trị:

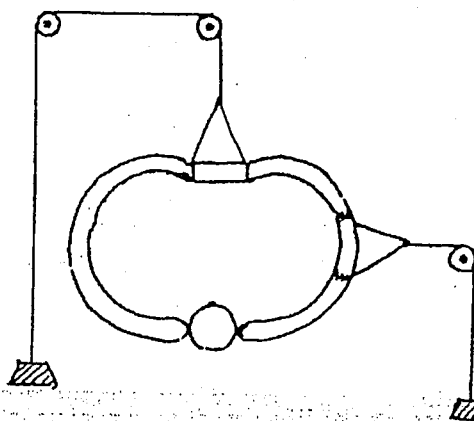
Cố định bên ngoài hay gọi là cố định giải phẫu, có thể thực hiện bằng nhiều cách:

- Dùng nẹp Judet: cần chọn cỡ nẹp sao cho thích hợp với xương sườn: nẹp rộng thì lỏng, nẹp bé thì phải bóp nhiều để thoát hoá xương sườn (h 21.3)
- Xuyên đinh Kirschner qua ổ gãy để giữ 2 đầu.



Hình 21.3. Nẹp Judet

- Kéo liên tục: dùng chỉ perlon to vòng quanh xương sườn thuộc mảng sườn, có thể dùng loại kẹp cặp vải mổ, tất cả những sợi chỉ này (hay kẹp) buộc thành một túm rồi qua hệ ròng rọc, quả tạ để kéo liên tục (H 21.4). Trọng lượng kéo phụ thuộc từng bệnh nhân, miễn làm sao mảng sườn bị kéo ra ngoài mà không thụt vào trong được khi thở để như vậy ít nhất trong khoảng một tuần rồi giảm trọng lượng tạ xem mảng sườn có di động không để rồi dần dần bỏ hẳn.



Hình 21.4. Kéo liên tục mảng sườn trước và mảng sườn bên

- Cố định bên trong hay còn gọi là cố định sinh lý: bệnh nhân được đặt nội khí quản (nếu phải đặt lâu dài quá một tuần thì nên mở khí quản), dùng thuốc dẫn cơ, rồi cho thở máy. Vì bệnh nhân không còn tự thở nữa nên áp lực âm tính trong khoang màng phổi không thay đổi do đó mảng sườn sẽ không di động. Sau khoảng một tuần rồi tập cái máy từ từ. Cố định bên trong thoát nhìn thì tưởng là đơn giản, dễ thực hiện nhưng thực tế rất phức tạp vì những sẵn sóc trong khi thở máy (tắc đờm rãi, tràn khí màng phổi, dinh dưỡng, vệ sinh cá nhân...) thường sau một thời gian người bệnh sẽ bị nhiễm trùng đường hô hấp, rất khó cai máy.
- Nói chung thái độ xử trí đối với mảng sườn như sau: đối với mảng sườn cố định phải theo dõi để phòng di động thứ phát; đối với mảng sườn di

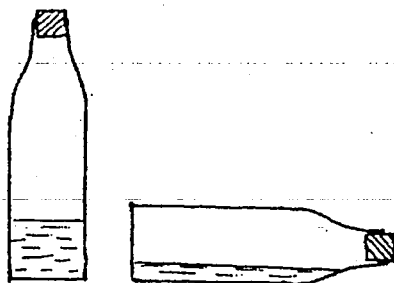
động thì kéo liên tục đối với mảng sườn trước và bên, nẹp Judet cho mảng sườn bên; mảng sườn sau không cần cố định. Mổ để xuyên đinh khi có những thương tổn trong ngực cần giải quyết đồng thời. Dùng máy thở khi có đội ngũ y tá tốt, thành thạo để chăm sóc.

Cần nhớ trong mảng sườn lượng máu mất từ các ổ gãy là đáng kể.

3.3. Trần máu màng phổi

Trần máu màng phổi là một biến chứng rất hay gặp trong chấn thương lồng ngực và vết thương lồng ngực. Máu chảy vào màng phổi từ 3 nguồn sau: phổi, thành ngực, mạch máu trung thất (theo trình tự hay gặp)

- **Về mặt chẩn đoán:** cần đặc biệt chú ý khi chụp X quang ngực: vì bệnh nhân không đứng được nên phải chụp nằm, hình tràn máu sẽ không còn điển hình nữa, rất dễ bỏ sót hoặc chẩn đoán sai (H 21.5)



Hình 21.5. Khi chụp nằm, máu sẽ lắng đều từ đáy đến đỉnh phổi, không như khi chụp đứng

- **Diễn biến:** máu vào trong khoang màng phổi có thể tiến triển theo những hướng sau: Nếu ít máu có thể tự tiêu mà không để lại di chứng gì. Nếu nhiều ngoài khả năng phải mổ cấp cứu, nếu không còn chảy tiếp, có thể sẽ gây dính dính màng phổi. Khi nhiễm trùng sẽ thành mủ màng phổi. Đôi khi máu đông thành cục không sao dẫn lưu ra được mà phải mổ.

- **Cách xử trí:**

Trên nguyên tắc, ngay sau khi chẩn đoán là tràn máu màng phổi, phải hút hết. Khi hút phải hút triệt để và không được gây bội nhiễm. Hút triệt để là hút hết và hút liên tục, do đó tốt nhất là đặt ống dẫn lưu màng phổi rồi lắp vào hệ thống hút liên tục. Chỉ khi không có điều kiện (phương tiện và người theo dõi) thì mới chọn chọc hút màng phổi bằng kim.

Do hút triệt để mà khoang màng phổi được lập lại như sinh lý bình thường, nghĩa là khoang trở thành ảo, áp lực âm. Phổi nở lên, áp sát màng phổi lá tạng vào lá thành, nơi nhu mô phổi bị tổn thương sẽ dính với lá thành, bịt kín mà không chảy máu nữa. Sau khi đã đặt ống dẫn lưu và hút cần phải theo dõi số lượng máu chảy ra và phổi có nở lên không. Nếu máu ngày càng giảm, phổi nở lên như vậy điều trị bảo tồn sẽ thành công. Trong trường hợp ngược lại thì phải mổ ngực cấp cứu (xem phần chỉ định mổ ngực cấp cứu).

3.4. Trần khí màng phổi

Khí tràn vào khoang màng phổi là từ 2 nguồn: một là do vết thương ngực hở, hai là không khí từ nhu mô phổi xì vào.

- Ngoài những dấu hiệu thông thường của tràn khí màng phổi, cần chú ý tới tràn khí màng phổi dưới áp lực: không khí tràn vào màng phổi ngày một nhiều sau mỗi lần thở, áp lực khoang màng phổi ngày một tăng, đẩy lệch trung thất sang bên đối diện, ép phổi bên lành, làm cho bệnh nhân khó thở dữ dội dẫn đến ngừng thở. Nếu như không sơ cứu kịp thời thì thường là bệnh nhân sẽ chết.

Trong tràn khí màng phổi, dấu hiệu X quang là dấu hiệu đẩy (xem phần xẹp phổi)

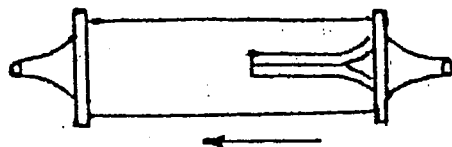
- Cách xử trí

Giống như tràn máu màng phổi, tràn khí màng phổi cũng phải được hút triệt để. Hút làm sao cho hết không khí trong khoang, nghĩa là lưu lượng hút ra phải lớn hơn lưu lượng không khí xì vào khoang màng phổi. Nếu như hút không đạt được như trên thì đương nhiên phổi không nở và 2 lá màng phổi không dán vào nhau để bịt chỗ không khí xì từ nhu mô phổi.

Phổi nở lên còn phụ thuộc vào đường thở có thông không: nếu bị tắc do đàm rãi thì phổi vẫn xẹp dù đã tăng áp lực hút.

Trong trường hợp phổi không nở lên được, bắt buộc phải mổ để xử trí chỗ không khí xì (thường là nhu mô phổi bị dập nát nhiều hoặc khí phế quản bị vỡ).

Trong tràn khí màng phổi dưới áp lực, lúc vận chuyển cần đặt van Heimlick, hoặc dùng một kim tiêm to có buộc đầu găng cao su đã cắt một đường, chọc vào khoang liên sườn 2-3 đường giữa xương đòn (hình 21.6).



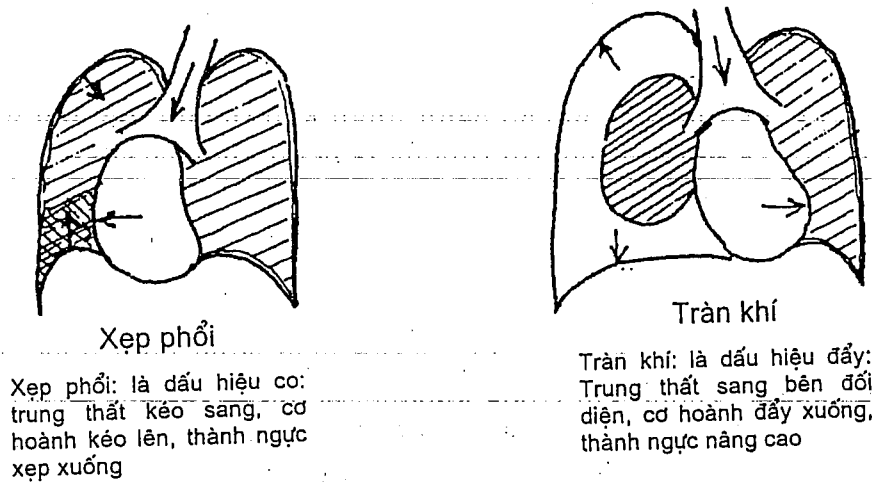
Hình 21.6. Van Heimlick

3.5. Xẹp phổi

Xẹp phổi là một biến chứng rất hay gặp sau chấn thương. Nguyên nhân là do tiết đàm rãi tăng, máu và dị vật nằm trong đường hô hấp, nhưng chủ yếu là do phản xạ ho của bệnh nhân giảm vì đau quá. Chính vì thế giảm đau có vai trò rất quan trọng để đề phòng xẹp phổi.

Cần phân biệt chính xác với tràn khí màng phổi. Xẹp phổi là do đường phế quản tương ứng bị tắc. Dấu hiệu X quang là dấu hiệu "co" nghĩa là: trung thất bị kéo sang (trên phim xác định bằng bóng khí quản so với cột sống), cơ hoành bị kéo lên, các khoang liên sườn nhỏ lại xương sườn xuôi hơn. Còn trong tràn khí màng phổi dấu hiệu ngược lại nghĩa là "đẩy": trung thất sang bên đối diện, cơ hoành bị đẩy xuống, lồng ngực rộng hơn (các khoang liên sườn dãn ra). Nhu mô phổi ở đây

vì mất áp lực âm tính khoang màng phổi mà không nở lên được (chứ không phải là xẹp phổi) thu nhỏ, vì thế mà nhìn rõ đường ranh giới trong khoang màng phổi (hình 21.7)



Hình 21.7

• Cách xử trí

Giảm đau sau chấn thương là chủ yếu để đề phòng biến chứng này. Cần kích thích bệnh nhân ho và thở sâu.

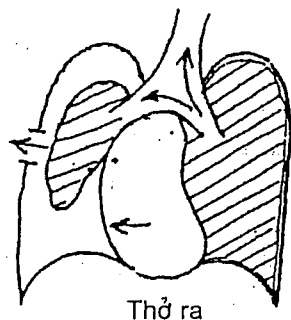
Khi đã xảy ra xẹp phổi, phải tìm cách kích thích ho để dễ tống đờm rãi ra ngoài: thuốc long đờm, thể dục liệu pháp, kích thích ho, nếu không đỡ mới bắt buộc phải soi hút phế quản.

3.6. Vết thương ngực hở

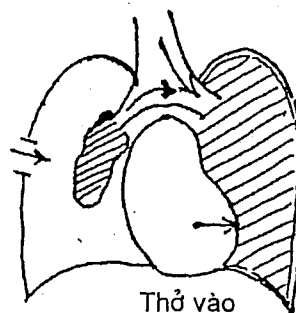
- Một vết thương (bất kỳ ở đâu, không nhất thiết phải ở thành ngực) làm thủng màng phổi lá thành, khoang màng phổi thông với không khí bên ngoài thì gọi là vết thương ngực hở

Vị trí vết thương, ngoài thành ngực cần phải chú ý đến những vết thương khác như từ bụng lên, từ cổ xuống

- Sau khi có vết thương, lỗ thủng có thể được bịt lại (do sơ cứu hoặc do tự vết thương được bịt lại) khoang màng phổi không thông với không khí bên ngoài, chỉ còn tràn khí hoặc/và tràn máu màng phổi. Nếu vết thương vẫn còn hở, sẽ gây 2 hội chứng: hô hấp đảo ngược và trung thất di động: khi thở ra không khí một phần ra ngoài 1 phần sang bên phổi bị thương, trung thất sang bên bị thương làm cho không khí từ trong khoang màng phổi qua vết thương ra ngoài. Lúc thở vào hiện tượng ngược lại (hình 21.8). Hai hội chứng này gây tình trạng thiếu oxy nghiêm trọng vì: không khí hít vào lại có một phần là không khí cặn của lần thở ra trước từ phổi bên bị thương sang, phổi đáng lẽ phải nở lên thì do trung thất bị hút sang làm cho nở kém, quả tim lắc lư làm cho máu từ 2 tĩnh mạch chủ khó trở về tim. Do thiếu oxy mà bệnh nhân thở nhanh hơn, càng nhanh thì rối loạn càng nhiều. Vì thế nếu không sơ cứu kịp thời, bệnh nhân rất dễ chết.



Thở ra



Thở vào

Hình 21.8. Hô hấp đảo ngược và trung thất di động trong vết thương ngực hở

• Cách xử trí

Nếu vết thương còn đang hở, phải nhanh chóng bịt kín lại. Khi đã được bịt kín, khoang màng phổi còn lại tràn khí và tràn máu. Cách thức xử trí như hai phần trên đã nói.

3.7. Vỡ phế quản

Nguyên nhân thường là do tai nạn xe cộ với tốc độ cao, chấn thương kín vào vùng ngực và thanh quản lại đóng kín. Phần lớn các trường hợp là vỡ ở gần chỗ phân chia khí phế quản, thương tổn có thể là vỡ một phần (thường là phần màng) hoặc đứt hoàn toàn phế quản.

Khoảng 30% các trường hợp là chết trước khi vào viện. Việc chẩn đoán thương tổn này cũng rất khó do đó ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị vì đã để lại vùng hẹp phế quản với xẹp phổi tương ứng.

Những dấu hiệu sau đây cần nghĩ đến vỡ phế quản:

- Chấn thương kín, mạnh vào vùng trên của ngực
- Gãy các xương sườn từ 1-3
- Khó thở nhiều, ho ra máu và tràn khí dưới da
- Tràn khí màng phổi dưới áp lực hoặc tràn khí cả 2 bên, tràn khí trung thất
- Phổi không nở lên được dù đã tăng rất nhiều áp lực hút
- Khó thở nhiều khi hút ống dẫn lưu màng phổi

Soi phế quản là một thăm khám rất quan trọng để xác định chẩn đoán xác định vị trí cũng như mức độ thương tổn từ đó để ra cách xử trí. Trong lúc cấp cứu không nên chụp phế quản, khi đã ổn định thì có thể chụp.

• Cách thức xử trí

Đối với những trường hợp rách nhỏ phế quản, điều trị bảo tồn, soi phế quản để theo dõi sự liền. Mở khí quản thường không có tác dụng

Mổ khâu phế quản rách là một phẫu thuật khó. Ngay từ lúc gây mê đặt nội khí quản đã phải rất chú ý nếu không sẽ gây suy hô hấp cấp. Phải phẫu tích kỹ càng, cắt bỏ những mô dập nát rồi mới khâu nối. Nên dùng chỉ Vicryl 3/0 hoặc 4/0. Phải hút sạch phế quản phía dưới chỗ vỡ trước khi khâu kín.

3.8. Võ động mạch chủ do chấn thương kín

Không phải là một thương tổn hiếm gặp, thường là do tai nạn xe cộ (chiếm tới 20% các trường hợp mổ xác): tốc độ dừng đột ngột, đoạn động mạch chủ xuống được các động mạch liên sườn giữ lại, còn đoạn quai động mạch chủ theo quán tính văng ra phía trước, do đó vùng võ động mạch chủ thường là nơi tiếp giáp của 2 đoạn này (phía chân động mạch dưới đòn trái). Khoảng 80% là chết do chảy máu dữ dội vào khoang màng phổi, chỉ những trường hợp lớp vỏ ngoài của động mạch chủ và màng phổi trung thất ngăn không cho chảy máu ào ạt mới sống sót.

Không kể tới những trường hợp chết do chảy máu dữ dội, những bệnh nhân còn sống đến viện trong tình trạng ổn định, phải nghĩ đến thương tổn này khi có những dấu hiệu sau:

- Tai nạn xe cộ với tốc độ nhanh
- Liệt hay giảm cảm giác 2 chân dù thoáng qua trên một bệnh nhân không có chấn thương cột sống
- Chênh lệch áp lực động mạch giữa tay và chân
- Tiếng thổi tâm thu trước ngực hoặc sau lưng giữa 2 xương bả vai
- Mất hay giảm mạch ở cổ hay ở tay (khi võ vùng quai động mạch chủ)
- Chụp ngực không chuẩn bị: trung thất rộng hơn 8cm mất hình quai động mạch chủ, khí quản đẩy lệch kể cả phế quản trái, thực quản bị đẩy.

Chụp cản quang động mạch chủ

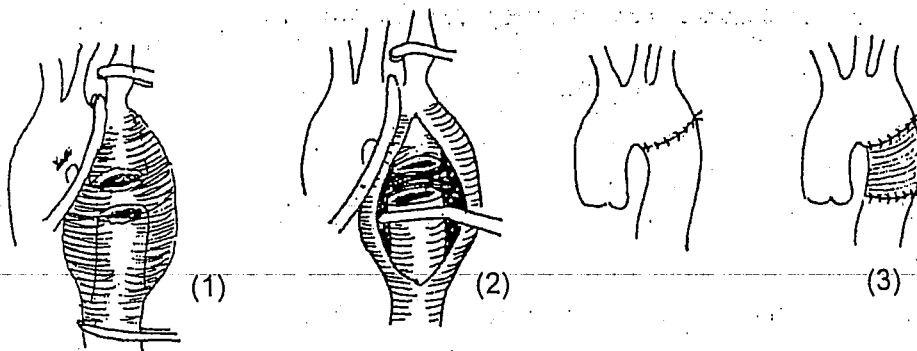
Chụp cắt lớp ngực

• Cách xử trí

Mổ cấp cứu là một thủ thuật đòi hỏi phải hết sức khẩn trương cả về phẫu thuật lẫn hồi sức

Mổ trì hoãn hoặc mổ vào giai đoạn đã thành một túi phồng động mạch chủ: có thì giờ chuẩn bị và có thể dùng máy tim phổi hỗ trợ trong khi cấp động mạch chủ.

Khâu nối trực tiếp hoặc qua một đoạn ghép (21.9)



Hình 21.9. Võ động mạch chủ ngực do chấn thương

- 1: Khối máu quanh đoạn vỡ được bọc bởi màng phổi trung thất
- 2: Mở khối máu tụ sau khi đã cắt 2 phía
- 3: Khâu nối trực tiếp hay qua 1 đoạn ghép

3.9. Vết thương ngực bụng

Vết thương ngực bụng thường dùng để chỉ những vết thương xuyên từ ngực xuống bụng qua cơ hoành theo chiều ngược lại. Ở đây không bao gồm loại có 2 vết thương ngực và bụng riêng biệt (nghĩa là cơ hoành không bị thủng).

Vì cơ hoành bị thủng nên 2 ổ ngực và bụng thông với nhau, áp lực âm trong khoang màng phổi hút lên (máu dịch trong lòng đường tiêu hoá, hay cả các tạng trong bụng).

- Về mặt chẩn đoán, cần phải chú ý để khỏi bỏ sót thương tổn ở ổ bên kia (đối với vết thương bụng xuyên lên ngực, dễ sót tổn thương trong ngực và ngược lại). Ngoài việc định hướng đâm xuyên, vị trí vết thương, một số dấu hiệu sau đây cần phải nghĩ đến:

Vết thương vào ngực nhưng bụng có dấu hiệu chảy máu hoặc viêm phúc mạc (đôi khi 2 dấu hiệu này rất khó khám vì máu hoặc dịch tiêu hoá bị hút lên phổi, hoặc chỉ có vết thương ngực mà làm nửa bụng co cứng).

Vết thương ngực nhưng phim chụp lại thấy có liềm hơi trong bụng

Vết thương bụng nhưng lại khó thở và trên phim X quang có tràn khí hay tràn dịch

Vết thương bụng hoặc vết thương ngực nhưng có dấu hiệu thoát vị ở bên ngực.

- Cách xử trí

Mấy điều chủ yếu cần phải nhớ:

- Bao giờ cũng dẫn lưu màng phổi rồi mới quyết định xử trí ở đâu trước: sau khi dẫn lưu màng phổi nếu tổn thương trong ngực là không có chỉ định mổ cấp cứu, thì mổ bụng trước.
- Bao giờ cũng phải tìm lỗ thủng ở cơ hoành để khâu kín lại
- Nếu không có chỉ định mổ ngực (chỉ dẫn lưu màng phổi) thì trước khi khâu kín cơ hoành cần hút sạch khoang màng phổi qua đường bụng, nhất là sau khi ăn no mà dạ dày bị thủng.
- Các ống dẫn lưu (ngực và bụng) đều phải hút và kín, không được để ống dẫn lưu bụng hở, không khí qua đó sẽ lên khoang màng phổi.

3. CÁC CHỈ ĐỊNH MỔ NGỰC CẤP CỨU

Phần lớn các chấn thương ngực và vết thương ngực đều điều trị bảo tồn mà không cần mổ ngực cấp cứu. Những hoàn cảnh sau đây mới phải mổ:

3.1. Tràn máu màng phổi không cầm

Sau khi dẫn lưu màng phổi, lượng máu chảy ra với lưu lượng 300ml/1h trong 3 giờ liên. Tuy nhiên không thể máy móc dựa vào con số này mà quyết định. Thí dụ: do máu cục làm tắc dẫn lưu, ở trẻ nhỏ... Cần phải căn cứ thêm vào tình trạng toàn thân, hình chụp X quang ngực.

3.2. Tràn khí màng phổi không cầm

Dù đã tăng áp lực hút mà phổi vẫn không nở lên, lượng khí xì qua ống dẫn lưu lại tăng lên, đôi khi tăng áp lực hút lại làm cho bệnh nhân khó thở hơn.

Thường trong những trường hợp này là vỡ phế quản hoặc nhu mô phổi dập nát nhiều.

3.3. Vết thương thực quản

Rất hiếm gặp

Soi thực quản sẽ xác định chẩn đoán

Mở ngực khâu thực quản cần phải kèm với mổ thông dạ dày hay hồng tràng để nuôi dưỡng.

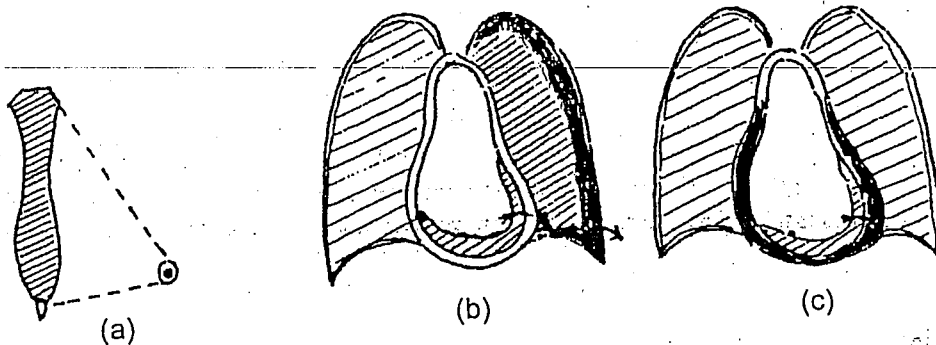
3.4. Chấn thương tim (vỡ tim hoặc vết thương tim)

Khi có tổn thương tim (do vết thương hay do chấn thương kín) sẽ thể hiện bằng 2 hội chứng: Hội chứng mất máu và hội chứng chèn ép tim cấp tính.

Đối với vết thương tim: dấu hiệu gợi ý là vị trí vết thương ở vào tam giác tim (Hình 21.10a)

Đối với chấn thương kín: dấu hiệu gợi ý là gãy xương ức (hình 21.10b)

	Choáng mất máu	Chèn ép tim cấp
Toàn thân	Nhịp yếu Nhợt	Dây dựa Tím
HA động mạch	Tụt	Kẹp
HA tĩnh mạch	Tụt	Cao



Hình 21.10. (a): Tam giác giới hạn bởi xương ức và núm vú trái

(b): Buồng tim bị thủng, máu chảy vào màng phổi và qua thành ngực ra ngoài gây choáng mất máu

(c): Buồng tim bị thủng, máu chảy vào màng tim, ứ lại bên trong gây chèn ép tim cấp tính

4. DẪN LƯU MÀNG PHỔI

Dẫn lưu màng phổi là một thủ thuật rất thường làm trong chấn thương cũng như vết thương ngực. Đây là một thủ thuật cơ bản trong điều trị. Cần phải thực hiện đúng những nguyên tắc nếu không tai biến đem lại còn tác hại hơn là không làm. Trong thực tế thường thấy những dẫn lưu màng phổi làm sai quy cách.

4.1. Ống dẫn lưu

Là một ống nhựa, không cứng quá nhưng cũng không mềm quá sẽ bị bẹp, phía trong được tráng Silicon để tránh máu cục hình thành.

Cỡ ống là từ 28-32Fr đối với người lớn, trẻ em dùng cỡ nhỏ hơn ($3\text{Fr}=1\text{mm}$).

Ống dài khoảng 40cm, có một vài lỗ bên không đối xứng ở phần đặt trong màng phổi, đầu ngoài hơi loe ra để dễ lắp ống nối.

Nếu tốt hơn ống có một đường chỉ cản quang để khi chụp ngực có thể biết đầu ống ở đâu.

4.2. Vị trí

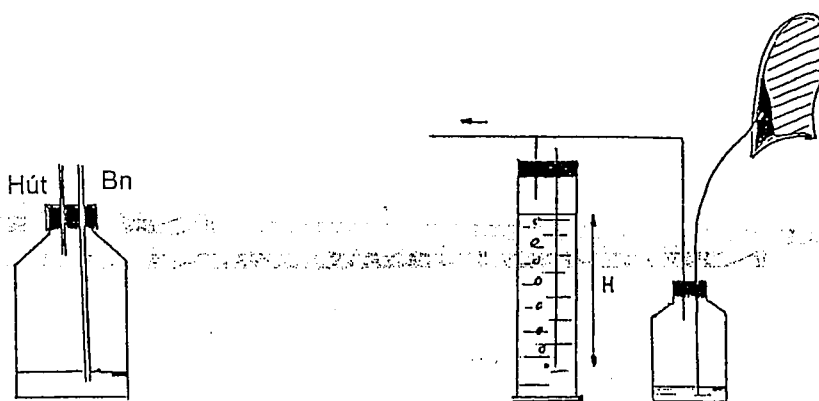
Đối với dẫn lưu máu: đặt ống dẫn lưu qua khoang liên sườn 5-6 đường nách giữa, đối với dẫn lưu khí, đặt qua khoang liên sườn 2-3 đường vú (có thể chỉ đặt 1 ống dẫn lưu máu cho cả khí cũng được). Khoang liên sườn 5-6 là điểm giữa của đường nối giữa nách và bờ dưới sườn.

4.3. Hút liên tục

Sau khi đặt cần hút ống dẫn lưu ngay. Hút phải có tiêu chuẩn: hút liên tục 24/24 và áp lực điều khiển ở khoảng -20cm H₂O

Cần có bình điều chỉnh áp lực giữa máy hút và ống dẫn lưu ngực để đảm bảo chắc chắn là đạt được áp lực theo ý muốn

Toàn bộ hệ thống hút phải kín (H 21.11)



Hình 21.11. Hệ thống hút

Sau khi đặt cần theo dõi ống dẫn lưu

- Lưu lượng máu chảy ra hàng giờ
- Lượng khí phì ra
- Chụp X quang ngực xem còn ứ đọng trong khoang màng phổi không, phổi nở lên không.

Cần luôn luôn vuốt ống để tránh máu cục làm tắc. Nếu ống dẫn lưu tắc cần phát hiện ngay để thông lại hoặc thay ống.

Dấu hiệu tắc là: mức nước trong ống không còn lên xuống khi thở (cần tháo ra khỏi máy hút để quan sát)

Khi đã giải phóng hết khoang màng phổi khỏi máu và khí, phổi đã nở lên hoàn toàn thì phải rút ngay dẫn lưu, không nên để lâu sẽ bội nhiễm khoang màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Textbook of surgery. Sabiston
2. Pathologie chirurgicale (Thorax)
3. Ngoại khoa Bệnh học phần ngực

22. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TRONG VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

Vết thương mạch máu là một cấp cứu thường gặp nhưng việc chẩn đoán và xử trí còn có nhiều sai sót đáng tiếc, chủ yếu là do không được đào tạo đầy đủ nhất là vấn đề chẩn đoán, vì vậy mà kết quả điều trị không được tốt.

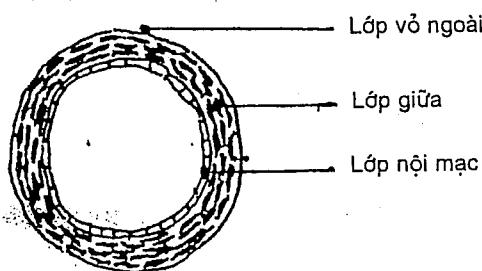
Trước đây phần lớn các thương tổn mạch máu đều là thất, chỉ từ cuộc chiến tranh ở Việt Nam, tuyệt đại đa số là khâu phục hồi lưu thông mạch máu (99%) dù đây là những vết thương do hỏa khí và trong hoàn cảnh chiến tranh.

Tỷ lệ vết thương mạch máu trong thời chiến vào khoảng 1-2% tổng số thương tích.

Kết quả điều trị phụ thuộc trước hết vào thời gian can thiệp (trong cuộc chiến tranh ở Việt Nam, tính tổng số vết thương mạch máu của lính Mỹ, thời gian trung bình từ khi bị thương đến khi mổ là 1 giờ 30 phút), sau đó là việc hồi sức ngay sau khi bị thương, cuối cùng mới đến kỹ thuật.

1. NHỮNG THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

- Mạch máu (động mạch và tĩnh mạch) bao gồm 3 lớp (H 22.1)
 - Lớp nội mạc: trong cùng, bao gồm các liên bào lát, có tác dụng ngăn các tiểu cầu bám vào thành mạch. Vì các liên bào lát nên rất dễ nát và bong ra khỏi lớp giữa.
 - Lớp giữa: là lớp cơ nhẵn, cơ này co theo hai hướng: hướng chu vi và hướng theo trục.
 - Lớp vỏ ngoài: là lớp mô liên kết, có giây thần kinh giao cảm. Lớp này dai, khó bị thương tổn hơn.



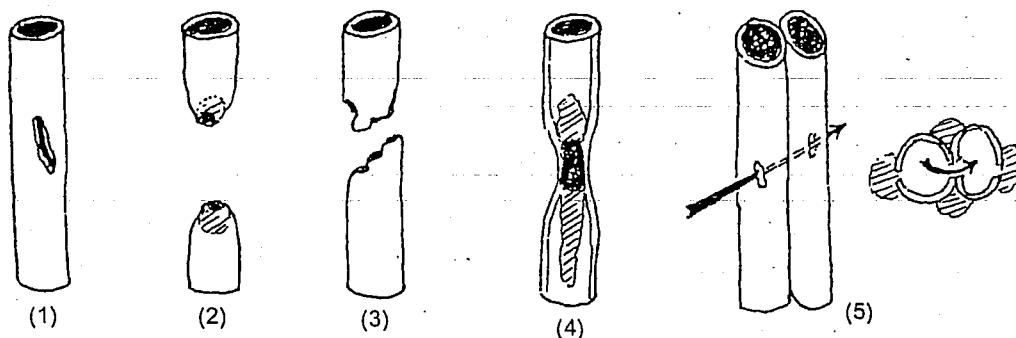
Hình 22.1. Cấu tạo mạch máu

- Khi có thương tổn mạch máu, có thể gặp những trạng thái sau đây:

Thời bình: phần lớn những thương tổn là do vật sắc nhọn đâm, do đó thương tổn là gọn, khu trú. Ngoài ra còn do gãy xương chọc vào, đụng giập, thương tổn lúc này dập nát rộng hơn.

Thời chiến: chủ yếu do hoả khí (đạn, mảnh) có 2 loại: loại có tốc độ thấp (dưới 1000m/sec) như kiểu súng săn, và loại có tốc độ cao (trên 1000m/sec) như M 16 hay AK 47. Loại tốc độ cao gây thương tổn rộng hơn ta tưởng do hiện tượng lỗ hổng ngay sau viên đạn xuyên qua (cavitation).

- Vết thương đứt đôi và mất đoạn: cả chu vi mạch bị đứt, 2 đầu co lại theo hai chiều: đầu lòng mạch co lại làm cho máu cục dễ hình thành, tự cầm máu dễ dàng hơn, và 2 đầu mạch đứt xa nhau hơn, khó tìm thấy khi mổ.
- Vết thương bên hoặc xuyên qua: vì chu vi mạch không bị đứt hoàn toàn, lớp cơ co lại theo chiều chu vi làm cho miệng vết thương toác rộng, khó tự cầm máu.
- Thương tổn lớp nội mạc: thường thấy trong chấn thương kín, chỉ lớp nội mạch bị dập nát hoặc bong ra, gây máu cục bít kín lòng mạch. Khối máu cục này ngày càng dài ra theo dòng máu, có thể đứt đoạn, trôi xuống dưới gây tắc ở xa.
- Co thắt mạch: chỉ xảy ra trong thời gian ngắn và hiếm gặp (Hình 22.2)



(1) Vết thương bên, (2) vết thương đứt đôi, gọn (kể cả mất đoạn), (3) vết thương dập nát. Hai loại này 2 đầu cách xa nhau và lòng mạch co lại, (4) dập nát lớp nội mạc gây co thắt mạch và máu cục trong lòng mạch, (5) vết thương xuyên qua động mạch và tĩnh mạch, tạo máu tụ quanh vết thương mạch máu.

Hình 22.2. Các loại tổn thương mạch máu

2. CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG

Sau khi mạch máu bị thương tổn, có thể gặp các hình thái lâm sàng sau đây:

2.1. Vết thương chảy máu thành tia

Đây là loại vết thương mà nhiều người vẫn quan niệm, nhưng trên thực tế không phải là hay gặp. Việc chẩn đoán gần như không cần đặt ra vì đã quá rõ, chủ yếu là sơ cứu để cầm máu lại. Vết thương chảy máu thành tia phụ thuộc vào mạch máu có nằm ngay dưới da hay không (mạch cảnh, mạch đùi), thường chỉ gặp trong vết thương do vật nhọn hay sắc đâm vào.

2.2. Vết thương dầm thấm máu

Do các mô xung quanh dày, dập nát nên máu không thể chảy thành tia được, thấm dầm ra quần áo, cũng có thể do tĩnh mạch bị thương tổn.

2.3. Vết thương không còn chảy máu

Do máu cục hình thành, do các mô xung quanh ngăn lại và do sơ cứu mà vết thương mạch máu đã được cầm lại. Có thể gặp 2 hoàn cảnh sau:

- *Khối máu tụ dưới da*: khối này có thể đập và dần nở, to nhanh chóng, thường ít khi gặp. Loại thường thấy hơn là một khối máu tụ căng cứng, do lớp cân xung quanh bọc lại, gây chèn ép cả tĩnh mạch làm cho chi phía bên ngoài tím lại.
- *Vết thương khô*: nhìn bên ngoài chỉ là vết thương phần mềm, không có một biểu hiện nào khác, rất dễ bỏ sót. Nếu khám sẽ thấy hội chứng thiếu máu ngoại biên biểu hiện bằng: mạch mất hoặc giảm biên độ, lạnh, nhợt, vận động và cảm giác giảm. Đây là một hội chứng rất có giá trị để chẩn đoán có vết thương hay chấn thương mạch máu hay không. Một khi phát hiện, cần phải nghĩ ngay đến tổn thương mạch máu và tìm mọi cách xử trí ngay.
- *Chấn thương kín*:

Do đụng giập hoặc do gãy xương, các đầu xương chọc vào. Tất nhiên bên ngoài không có vết thương, cần phải phát hiện hội chứng thiếu máu phía ngoại biên.

Ngoài những nguyên nhân và hình thái lâm sàng trên, cần chú ý tới một loại thương tổn mạch máu khác do thầy thuốc gây nên: ngày càng phát triển loại thủ thuật điện quang can thiệp và các thủ thuật đặt các ống thông mạch máu để gây mê và hồi sức thì các tai biến mạch máu càng gặp thường xuyên hơn.

Vì nguyên tắc điều trị trong vết thương mạch máu là phải xử trí sớm ngay sau khi phát hiện, do đó trong trường hợp nghi ngờ, cần tìm mọi cách để xác định: siêu âm Doppler, chụp mạch, kể cả mổ thăm dò.

3. CẬN LÂM SÀNG

Thông thường lâm sàng đã đủ để chẩn đoán xác định có tổn thương mạch máu hay không, trong trường hợp nghi ngờ, nếu có điều kiện, trước khi mổ thăm dò, cần làm các khám nghiệm sau:

- *Siêu âm Doppler*: dùng đầu dò siêu âm để phát hiện những thay đổi về cường độ các dòng chảy, có thể định vị được nơi tổn thương
- *Chụp động mạch*: chọc kim trực tiếp hoặc luồn kim từ xa để đưa ống thông nằm phía trên thương tổn, bơm thuốc cản quang sẽ thấy các hình ảnh X quang sau đây: thuốc cản quang tràn ra ngoài lòng mạch, hình cắt cụt, hình nham nhở trong lòng mạch, lòng mạch thu nhỏ lại cùng với xuất hiện các nhánh bên, hình thuốc sang ngay bên tĩnh mạch.

4. DIỄN BIẾN CỦA THƯƠNG TỔN MẠCH MÁU

4.1. Tình trạng nặng của thương tổn mạch máu phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố:

- *Thương tổn phối hợp*: thường không bao giờ lại chỉ có thương tổn đơn độc về mạch máu, những thương tổn phối hợp này thuộc 2 loại: tại chỗ (tĩnh

mạch, thần kinh, xương, phần mềm) và toàn thân (những thương tổn ở nơi khác).

- *Khối lượng máu mất*: phụ thuộc trước hết vào kích thước mạch máu, vị trí mạch máu (ở nông hay ở sâu bên trong) sơ cứu cầm máu và hồi sức.
- *Thời gian xử trí*: đóng vai trò hết sức quan trọng tới kết quả điều trị cũng như tính mạng người bệnh. Can thiệp càng sớm, chi bị thương càng dễ được bảo tồn, để muộn thì nhiều khi không những không cứu được chi mà còn mất cả tính mạng.

4.2. Những nguyên nhân gây tử vong

- Choáng do mất máu: những mạch máu có kích thước lớn hoặc sơ cứu không kịp thời
- Nhiễm trùng: do nhiễm trùng huyết hoặc do hoại thư sinh hơi
- Những tai biến sau khi phục hồi dòng máu:

Thả ga rô

Thả Clamp mạch sau khi khâu nối mạch

Cả 2 tai biến này gây ra do nhiều nguyên nhân: tụt đột ngột khối lượng tuần hoàn do máu chảy xuống vùng dưới chỗ thương tổn, vùng này coi như rỗng trong suốt thời gian trước khi phục hồi, mặt khác các mạch vùng này lại dẫn nở do thiếu oxy, giải phóng một lượng lớn các sản phẩm chuyển hoá yếm khí vào hệ tuần hoàn gây ngộ độc và trụy tim mạch, mất máu do chảy máu từ chỗ khâu hoặc từ các mô dập nát. Suy thận cấp có thể gây vô niệu do thiếu oxy thận và do các sản phẩm chuyển hoá yếm khí gây nên. Cũng chính vì vậy mà cần cân nhắc giữa bảo tồn và cắt cụt chi khi đã thiếu máu trong một thời gian dài.

4.3. Những thương tổn tại chỗ

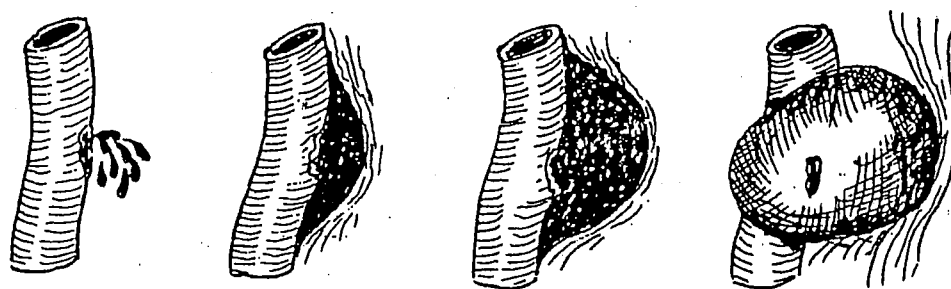
Sau khi có tổn thương mạch máu, chi tương ứng có thể có những hậu quả nghiêm trọng từ hoại tử, mất cơ năng cho đến những di chứng của tổn thương.

• *Hoại tử chi*: do thiếu máu mà chi hoại tử phải cắt cụt. Có nhiều yếu tố tác động

- Cấu tạo giải phẫu: vùng nguy hiểm: động mạch khoeo có tỉ lệ cắt cụt lớn gấp 5 lần so với các động mạch khác
- Thương tổn tại chỗ phối hợp nghiêm trọng: ngoài thương tổn động mạch còn có những thương tổn khác như: tĩnh mạch, thần kinh, xương, phần mềm (cơ da). Những thương tổn này nhiều khi quyết định chi bảo tồn còn có khả năng nữa hay không.
- Thời gian can thiệp: càng lâu từ sau khi bị tổn thương cho đến khi xử trí, tỷ lệ bảo tồn chi càng thấp.
- Tình trạng nhiễm trùng: vết thương do hoá khí có kết quả kém hơn vết thương do dao đâm.

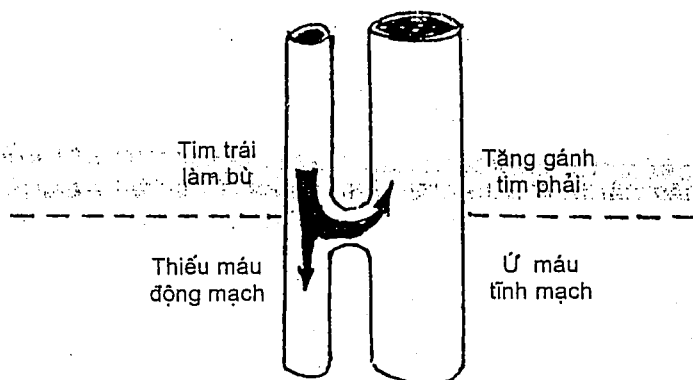
- Hồi sức trong thời gian từ sau khi bị tổn thương: vết thương mạch máu, càng làm tăng tình trạng thiếu máu, thiếu oxy ở phần chi tương ứng.
- Mất cơ năng của chi: do động mạch tổn thương bị tắc hoặc hẹp, chi không hoại tử nhưng cơ năng giảm sút do thiếu máu. Phía tĩnh mạch có thể bị cản trở gây ứ trệ, làm cho chi bị phù, rối loạn dinh dưỡng.
- Di chứng của vết thương mạch máu: hai di chứng chính là: phồng động mạch và thông động tĩnh mạch.

Lúc đầu là khối máu tụ thông với động mạch rồi dần dần hình thành một túi phồng (Hình 22.3). Đây là phồng giả vì lót túi phồng không phải là lớp nội mạc và lớp cơ của động mạch.



Hình 22.3. Quá trình hình thành phồng động mạch

Thông động tĩnh mạch có thể hình thành ngay kỳ đầu do vết thương đâm xuyên, cũng có thể do túi phồng động mạch vỡ vào tĩnh mạch, tạo thành một giồng máu chảy từ động mạch sang tĩnh mạch, gây nên những rối loạn dinh dưỡng phía ngoại vi đồng thời gây tăng gánh tim phải. Tim trái làm bù do mất máu sang phải vì lỗ thông (Hình 22.4).



Hình 22.4. Rối loạn trung tâm và ngoại biên do dòng máu chảy tắt

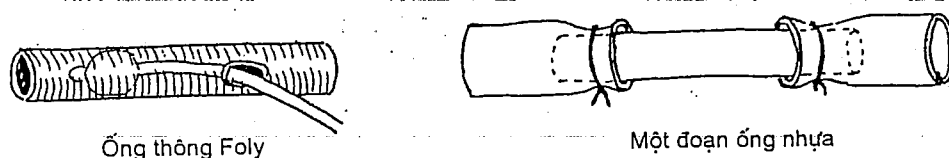
5. CÁCH THỨC XỬ TRÍ

5.1. Sơ cứu

Mục đích chính là cầm máu tạm thời: thường là dùng băng ép băng vòng quanh chi. Có thể dùng một meche nhét vào sâu trong vết thương để cầm máu nhưng cần nhớ khi nhét meche, sẽ làm tăng tỉ lệ nhiễm trùng. Thời gian đặt càng

ngăn càng tốt nghĩa là sớm chuyển bệnh nhân đi để điều trị thực thụ chỉ khi dùng biện pháp trên mà không cầm được máu hãy đặt garô ngay kỳ đầu trong những chỉ định sau đây:

- Mỏm cụt
- Chi đã giập nát không còn khả năng bảo tồn
- Thời gian điều trị thực thụ sau khi đặt không quá 2 giờ
- Chờ mổ
- Nếu có điều kiện, có thể thực hiện cầm máu tạm thời bằng cách đút 1 ống thông Foley vào lòng mạch bơm căng quả bóng. Nếu tốt hơn dùng một đoạn ống nhựa làm nòng, nối giữa đầu trên và đầu dưới, như vậy vẫn đảm bảo nuôi dưỡng phía chi bên ngoài trong khi chờ điều trị thực thụ (Hình 22.5)



Hình 22.5. Cầm máu tạm thời

Trong khi vận chuyển hoặc chờ mổ, tốt nhất là hồi sức để giữ huyết áp, kháng sinh để chống nhiễm trùng, heparin để không cho khối máu cục hình thành tiếp tục.

5.2. Điều trị thực thụ

Điều trị thực thụ nhằm những mục đích sau:

- Cầm máu và phục hồi lưu thông dòng máu

Cho đến nay rất ít vết thương mạch máu lại được chỉ định thắt, chỉ khi không có điều kiện (khả năng chuyên môn và phương tiện) mới đành phải thắt động mạch. Sau khi thắt, đương nhiên sẽ có nguy cơ hoại tử do thiếu máu nuôi dưỡng.

Phục hồi lưu thông dòng máu là mục đích tối đa có nhiều cách thực hiện:

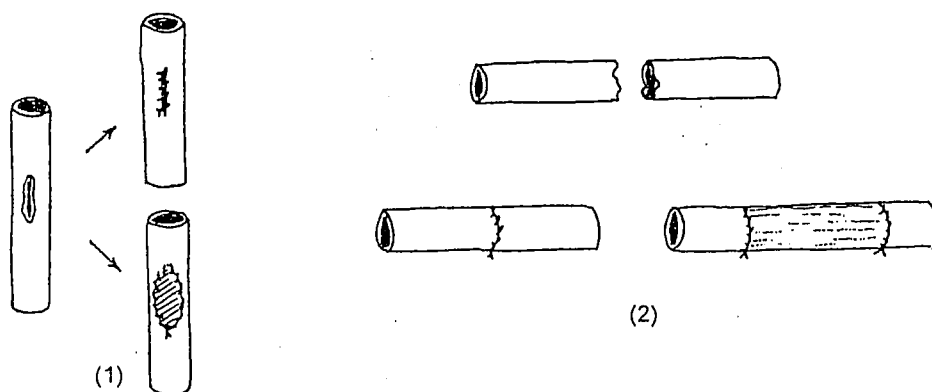
Khâu nối 2 đầu trực tiếp sau khi cắt lọc

Khâu nối 2 đầu có đoạn ghép ở giữa

Vá vết thương bên hoặc khâu vết thương bên (Hình 22.6)

Trong vết thương mạch máu rất ít khi dùng đoạn mạch nhân tạo mà chỉ dùng tĩnh mạch tự thân để ghép.

- Hồi sức: tốt nhất vẫn là truyền máu, khi không có điều kiện mới dùng các dịch thay thế máu - giữ được huyết áp sẽ bảo vệ được tốt hơn đoạn chi tổn thương.

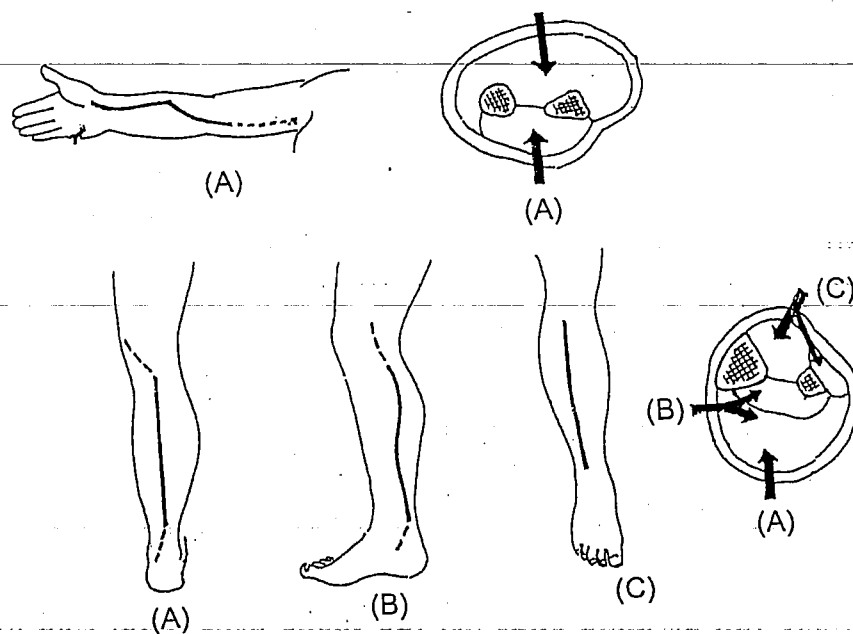


Hình 22.6. Khâu phục hồi lưu thông dòng máu

(1): Khâu trực tiếp hay vá 1 vết thương bên

(2): Khâu nối tận tận trực tiếp hoặc qua 1 đoạn ghép

- Chống nhiễm trùng: trước hết là cắt lọc sạch vết thương. Phải cắt lọc cho tốt (rồi mới đặt vấn đề khâu phục hồi lưu thông dòng máu. Nếu không thì chắc chắn sẽ thất bại. Kháng sinh không phải là giải pháp duy nhất.
- Xử trí các thương tổn phối hợp: các thương tổn phối hợp sẽ làm phức tạp và nặng nề cho vết thương mạch máu. Nhiều khi chính những vết thương này nặng mà bắt buộc phải cắt bỏ chi. Đối với gãy xương, nên dùng nẹp và đinh bất động bên ngoài ổ gãy để tránh dị vật ở vùng vết thương. Đối với thần kinh nên khâu nối sau một vài tháng nếu không có điều kiện kỹ thuật. Đối với vết thương tĩnh mạch lớn (khoeo đùi, cánh tay, dưới đòn) cần phải khâu phục hồi lưu thông mới đảm bảo miệng nối động mạch được tốt).
- Mở cân (aponévrotomie): mở rộng bằng cách rạch dọc các cân là một thủ thuật cần thiết để giảm tình trạng thiếu ôxy phía chi tổn thương. Chỉ định mở cân ngay kỳ đầu trong những trường hợp sau:
 - + Bệnh nhân đến muộn
 - + Chi đã phù nề nên nhất là thấy các cơ cứng
 - + Thương tổn tĩnh mạch nặng nề
 - + Dập nát phần mềm nhiều
 - + Động mạch đã được thắt
 - + Choáng hay hạ huyết áp kéo dài
 - + Vết thương vùng khoeo: cần mở cân một cách hệ thống (Hình 22.7)



Hình 22.7. Đường mở cân ở cẳng tay và cẳng chân

5.3. Chỉ định cắt cụt kỳ đầu

Cần phải nhận định cho đúng trước khi quyết định khâu phục hồi lưu thông dòng máu, nếu không sẽ làm nghiêm trọng hơn đến tính mạng bệnh nhân hoặc cuối cùng vẫn là cắt cụt chi.

Trong những trường hợp sau đây cần quyết định cắt cụt kỳ đầu ngay:

- Choáng nặng dễ dẫn đến không hồi phục nếu kéo dài cuộc mổ
- Vết thương phối hợp nặng: sọ não, ngực, bụng...
- Garô đã quá 5 giờ: thông thường để garô đã quá 2 giờ cũng đã để lại những di chứng cho chi
- Vết thương tại chỗ nặng: vết thương tĩnh mạch, thần kinh, xương, phần mềm (cơ dập nát nhiều) mất da lớn
- Dấu hiệu thiếu máu không hồi phục: nổi nốt phỏng ở da, các cơ căng cứng, đau, mất hoàn toàn cảm giác.

6. THEO DÕI SAU MỔ

Sau khi khâu phục hồi lưu thông dòng máu, cần theo dõi những biến chứng sau đây:

- Chảy máu: có thể có 2 thời gian khác nhau
 - Chảy máu trong khoảng 24 - 48 giờ: do sai sót về mặt kỹ thuật: miệng nối căng quá, cố định xương không tốt, chảy máu ở miệng nối.
 - Chảy máu thứ phát: khoảng sau hơn 1 tuần. Nguyên nhân chủ yếu là do nhiễm trùng gây bục chỗ khâu.

- Thiếu máu: do miệng nối bị tắc hoàn toàn hay một phần: thường là máu cục hình thành ngay miệng nối. Nguyên nhân do không cắt bỏ hết thương tổn thành mạch trước khi khâu nối, ngoài ra là do kỹ thuật khâu nối không tốt.

Cần phát hiện sớm, tránh biến chứng hoại tử

- Phù: sau khi khâu phục hồi lưu thông, chi bị phù. Có 2 yếu tố gây ra:

Thương tổn tĩnh mạch kèm theo mà không xử trí (thắt) hoặc khâu nối lại nhưng tắc

Thời gian can thiệp muộn, tình trạng thiếu ôxy nặng choáng kéo dài

Cần phải mổ sớm ngay sau mổ hoặc khi thấy dấu hiệu phù. Nếu can thiệp muộn, sẽ có nguy cơ đe dọa miệng nối động mạch và cắt cụt.

7. KẾT QUẢ

Nếu như trước đây trong Đại chiến thế giới thứ II, phần lớn vết thương mạch máu là thất tỷ lệ cắt cụt tới 50% (DeBakey), trong cuộc chiến tranh Triều Tiên tỷ lệ này tụt xuống còn 13% (Hughes) thì chiến tranh Việt Nam, tỷ lệ cắt cụt chỉ còn 8% (Heaton, Rich)

Những yếu tố gì đã góp phần nâng cao kết quả của xử trí vết thương mạch máu? Có nhiều yếu tố, nhưng có thể nêu lên 5 yếu tố chính:

- Kỹ thuật mổ đã thay đổi nhiều, phương tiện khâu nối đã tốt hơn hẳn
- Chống nhiễm trùng bằng các kháng sinh phổ rộng ngay sau khi sơ cứu nạn nhân
- Truyền máu sớm để hồi sức: truyền máu ngay khi đang vận chuyển
- Người mổ đã được huấn luyện tốt ngay cả khâu chọn lọc bệnh nhân để sớm đưa về các trung tâm có khả năng phẫu thuật mạch máu
- Vận chuyển nhanh nạn nhân để sớm có điều trị thực thụ kịp thời.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Textbook of surgery. Sabiston
2. Pathologie chirurgicale
3. Traumatisme artérielle. Congres de Chirurgie vasculaire 1995 Paris
4. Phẫu thuật mạch máu: những nguyên tắc cơ bản - 1998. Nhà xuất bản Y học

23. U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt (UPĐLTTL) là một u lành tính xuất hiện ở nam giới khi tuổi bắt đầu cao. Bệnh có xu hướng tăng lên song song với tuổi thọ và trở thành u lành tính hay gặp nhất ở nam giới. Bệnh thường gây ra nhiều biến chứng từ nhẹ đến nặng. Dựa trên những hiểu biết mới về sinh lý bệnh, các nhà nội khoa đã giải quyết được việc xử trí các biến chứng thông thường, trong khi việc điều trị ngoại khoa, đặc biệt là cắt nội soi đem lại kết quả khả quan khi bệnh đã có những biến chứng nặng. Tuy nhiên các nhà khoa học cũng đề xuất một số biện pháp điều trị vật lý ít sang chấn đối với bệnh này. Để có hướng sử dụng các phương pháp điều trị trên đây, năm 1992, Hội Tiết niệu Hoa Kỳ đã giới thiệu thang điểm các triệu chứng của u phì đại tuyến tiền liệt, mà Tổ chức Y tế thế giới đã công nhận (International Prostate symptom score I.P.S.S)

1. DỊCH TỄ HỌC

Công trình nghiên cứu của Berry (1984) trên giải phẫu tử thi cho thấy tần suất bệnh này khá phổ biến: 20% ở lứa tuổi 41, 50% ở lứa tuổi 51-60 và 90% trên 80 tuổi. Các triệu chứng lâm sàng cũng tăng song song với tuổi thọ: Nếu 25% nam giới ở tuổi 55 có rối loạn tiểu tiện, thì lúc 75 tuổi, tỷ lệ này là 50%. Theo Glynn (1985), khi một nam giới 40 tuổi sống đến 80 tuổi, xác suất phải phẫu thuật do u phì đại tuyến tiền liệt là 29%. Sự phân bố của bệnh trên thế giới không đồng đều, Rotkin (1976) nhận xét tỷ lệ biến chứng và tử vong liên quan đến u phì đại tuyến tiền liệt là cao nhất ở châu Âu, thấp nhất ở châu Á. Yếu tố môi trường sống ảnh hưởng đến tuổi thọ và điều kiện kinh tế. Điều này có thể nhận thấy trong các nhóm người châu Á nhập cư sang nước giàu có hơn. Jin B (1999) nhận xét là người Trung Quốc sau nhiều năm sống ở châu Úc có tần số mắc bệnh u phì đại tuyến tiền liệt gần giống như người dân ở đây.

Các nghiên cứu về dịch tễ học không thấy có sự liên quan giữa u phì đại tuyến tiền liệt và hút thuốc lá hay tình trạng béo bệu. Tuy nhiên, Sanda (1994) nhận xét có yếu tố di truyền thể trội trên nhiễm sắc thể thường ở thế hệ thứ nhất trong các gia đình của những bệnh nhân nam có rối loạn tiểu tiện nặng và phải phẫu thuật sớm lúc còn trẻ. Yếu tố nguy cơ tương đối là 4 lần.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

Mc Neal (1978) phân biệt bốn vùng trong tuyến tiền liệt. Các tuyến vùng chuyển tiếp, thường chỉ chiếm 5% toàn bộ tuyến tiền liệt, cùng với các tuyến vùng chung quanh niệu đạo gần u nùi là nơi sản sinh u phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

Về đại thể, u phì đại tuyến tiền liệt là một khối hình tròn hay bầu dục gồm 2 hay 3 thùy áp sát vào nhau ở phía trước và dính chặt về phía sau. Khối lượng từ

30-40 gam nhưng có khi lớn hơn 100gam. U ngày càng phát triển lấn vào ngoại vi, hướng vào lòng bàng quang hay về phía trực tràng, có thể đội cả vùng tam giác bàng quang lên. Randal (1931) phân biệt có 5 hình thái đại thể của u phì đại tuyến tiền liệt, có thể ảnh hưởng đến việc thoát nước tiểu ra khỏi cổ bàng quang. Mô lành tuyến tiền liệt bị đẩy ra ngoại vi tạo thành một vỏ bao quanh u. Vì vậy khối u có thể bóc tách dễ dàng ra khỏi bao xơ.

Với sự phát triển của u phì đại tuyến tiền liệt, niệu đạo tuyến tiền liệt bị kéo dài ra, bị chèn ép bởi 2 thùy bên, đồng thời bị thụt giữa che lấp. Thành bàng quang dày gấp 2-3 lần bình thường do các xơ cơ chóp bàng quang phì đại. Mặt trong thành bàng quang có nhiều hình lõm lõm, mà người ta gọi là hình trụ, hình hốc. Một số hốc có thể biến thành túi thừa. Các "van" niệu quản dễ mất tác dụng tạo điều kiện để nước tiểu trào ngược dòng lên thận. Nhiễm khuẩn ngược dòng và suy thận là hệ quả cuối cùng trong bệnh lý này, nếu không có biện pháp điều trị kịp thời. Về vi thể, quá trình tăng sản của mô tuyến và mô đệm tạo thành những nhân ngày càng phát triển về số lượng và kích thước. Các nhân gồm các thành phần tuyến, chất keo và sợi cơ trơn với tỷ lệ khác nhau. Các sợi cơ trơn có vai trò quan trọng trong biểu hiện bệnh lý của u phì đại tuyến tiền liệt. Thành phần tuyến gồm các chùm nang có chứa các nhú bên trong. Khác với mô tuyến tiền liệt bình thường, có thể tìm thấy ở đây các điểm nhồi máu, dẫn các chùm nang, dị sản tế bào biểu mô. Tỷ lệ giữa mô tuyến và mô đệm là 22-40% và 60-80% (Bostwick). Có thể tìm thấy các hình ảnh tân sản biểu mô tuyến tiền liệt độ 1 và độ 2, độ 2 được coi như tiền ung thư. Sau cùng có thể phát hiện 10% u phì đại tuyến tiền liệt kèm theo các ổ ung thư nhỏ (Moore, 1953).

3. SINH LÝ BỆNH

Sau 40 tuổi, quá trình tăng sản tuyến tiền liệt bắt đầu, dưới ảnh hưởng của 2 yếu tố: tác động của các androgen và tuổi già.

Vai trò của androgen rất cần thiết, vì nếu cắt bỏ tinh hoàn trước tuổi dậy thì sẽ không xuất hiện u phì đại tuyến tiền liệt. Testosteron là sản phẩm của tế bào Leydig trong tinh hoàn và chiếm 95% toàn bộ testosteron trong cơ thể. Nhưng testosteron là một tiền hormon. Vì vậy để có hoạt tính thực sự trên tế bào đích, testosteron phải được chuyển thành dihydrotestosteron (DHT), nhờ men 5 alpha reductase, khu trú ở màng tế bào đích. DHT kết hợp với các thụ thể androgen trong nhân tế bào và thông qua các gen chuyển mệnh lệnh tăng trưởng và biệt hoá tế bào.

Vai trò estrogen cũng rất quan trọng: ở nam giới bình thường estrogen tồn tại trong máu nhờ chuyển hoá ngoại vi hormon 4-androstenedion của tuyến thượng thận và testosteron của tinh hoàn. Trong thời kỳ bào thai, từ tuần thứ 20, estrogen của mẹ và nhau thai đã thúc đẩy quá trình biệt hoá tuyến tiền liệt của thai nhi. Nhiều nghiên cứu cho thấy ở tuổi già, testosteron trong máu giảm, trong khi estrogen tăng. Chính estrogen làm tăng sự nhạy cảm của các thụ thể androgen, do đó tác động của testosteron tự do sẽ càng lớn đối với mô tuyến. Vì vậy, MC Neal (1978) cho rằng quá trình tăng sản của tuyến tiền liệt là sự "thúc tỉnh" quá trình hình thành tự nhiên của tuyến tiền liệt trong thời kỳ bào thai. Thật vậy, ở tuổi già, tuyến tiền liệt càng nhạy với các androgen.

Ngoài vai trò của các hormon các công trình nghiên cứu thực nghiệm cho thấy tác động qua lại giữa mô đệm và biểu mô tuyến, thông qua các yếu tố tăng trưởng hoạt động dưới hình thức cận tiết (paracrin) hay tự tiết (autocrin). Các yếu tố tăng trưởng có tính kích thích gồm có: yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGF), yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi beta (b-GF), yếu tố tăng trưởng giống insulin (IGF). Ngược lại, yếu tố tăng trưởng chuyển đổi beta (TGF- β) có tác dụng kìm hãm sự tăng sản của tuyến tiền liệt (CUNHA, 1983).

Isaacs (1990) và Tenniswood (1986) cũng nêu một sự mất cân bằng khác xảy ra ở tuổi già, giữa khu vực các tế bào đang tăng trưởng và khu vực các tế bào định hướng chết theo chương trình (apoptosis) của mô tuyến, làm cho các "tế bào gốc" phát triển nhanh trong khi quá trình chết theo chương trình của các tế bào biệt hoá bị chậm lại

Sau cùng, dưới ảnh hưởng của nhiều loại kích thích khác nhau như viêm nhiễm, tình dịch trào ngược v.v.. hệ thống miễn dịch dưới tác động của các tế bào lympho T hoạt hoá có thể sản xuất các loại yếu tố tăng trưởng khác gây tăng sản tuyến tiền liệt (Theyer, 1992)

4. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Hỏi tiền sử bệnh nhân về các bệnh có liên quan đến tiết niệu như đái tháo đường, bàng quang thần kinh, hẹp niệu đạo, tiền sử có bí đái, các phẫu thuật (trĩ, thoát vị bẹn, sỏi bàng quang).

Các triệu chứng chức năng bao gồm

- Các triệu chứng kích thích, do sự đáp ứng của bàng quang đối với chướng ngại vật ở cổ bàng quang.
 - Đái nhiều lần, lúc đầu ban đêm, có thể gây mất ngủ và sau là đái nhiều lần ban ngày, cứ hai giờ phải đi đái một lần, làm cản trở sinh hoạt.
 - Đi đái vội, không nhịn được, có khi đái són
- Các triệu chứng do chèn ép gồm:
 - Đái khó, phải rặn đái, đứng lâu mới đái hết
 - Đái có tia nước tiểu yếu và nhỏ, có khi ra hai tia
 - Đái rớt nước tiểu về sau cùng
 - Đái xong vẫn còn cảm giác đái không hết
- Trong giai đoạn có biến chứng, còn có thể gặp
 - Bí đái hoàn toàn hoặc bí đái không hoàn toàn do còn nước tiểu trong bàng quang.
 - Đái đục và đái buốt khi có nhiễm khuẩn
 - Đái ra máu, do sỏi bàng quang hay viêm nhiễm nặng ở bàng quang

Sau đây là thang điểm các triệu chứng gặp trong u phì đại tuyến tiền liệt của Hội tiết niệu Hoa kỳ (1992). Thang điểm này gồm các câu hỏi, để đánh giá mức độ nặng nhẹ của các triệu chứng và đề ra biện pháp điều trị cũng như theo dõi khi được điều trị.

Thang điểm gồm 7 câu hỏi, chia làm 35 điểm. Từ 0-7 điểm: các triệu chứng được coi là nhẹ. Từ 8-19 điểm: các triệu chứng được coi là trung bình. Từ 20-35 điểm: các triệu chứng được coi là nặng.

Ngoài ra còn có câu hỏi về chất lượng cuộc sống, từ 0 đến 6 điểm, tùy theo tốt hay kém.

THANG ĐIỂM QUỐC TẾ (IPSS)

Nhóm tuổi		Hoàn toàn không	Có ít hơn 1/5 lần	Có ít hơn 1/2 lần	Có khoảng 1/2 lần	Có hơn 1/2 lần	Hầu như thường xuyên
40-49	50-59						
60-69	70+						
1. Khoảng 1 tháng qua, bao nhiêu lần ông có cảm giác bàng quang không cạn hết hoàn toàn sau khi tiểu xong?		0	1	2	3	4	5
2. Khoảng 1 tháng qua, sau khi tiểu xong, có bao nhiêu lần ông phải đi tiểu lại trong khoảng thời gian chưa đến 2 giờ		0	1	2	3	4	5
3. Khoảng 1 tháng qua, có nhiều lần ông thấy khi đang tiểu thì bị ngưng và sau đó lại tiểu lại nhiều lần như vậy?		0	1	2	3	4	5
4. Khoảng 1 tháng qua, có bao nhiêu lần ông cảm thấy khó tiểu?		0	1	2	3	4	5
5. Khoảng 1 tháng qua, có bao nhiêu lần ông thấy tiểu yếu?		0	1	2	3	4	5
6. Khoảng 1 tháng qua, có bao nhiêu lần ông phải rặn hoặc cố sức mới có thể bắt đầu tiểu được		0	1	2	3	4	5
		Không	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần
7. Khoảng 1 tháng qua, từ lúc đi ngủ đến lúc thức dậy có bao nhiêu lần ông phải tỉnh dậy để đi tiểu?		0	1	2	3	4	5

ĐIỂM ĐÁNH GIÁ VỀ CHẤT LƯỢNG SỐNG

Câu hỏi: Nếu ông sống với tình hình tiết niệu hiện nay, ông thấy như thế nào	Rất tốt	Tốt	Tạm được	Vừa phải	Không thích thú	Khốn khổ	Không thể chịu được
	0	1	2	3	4	5	6

5. KHÁM LÂM SÀNG

- Thăm khám trực tràng

Là động tác khám cơ bản: để bệnh nhân nằm ngửa, co hai chân, đã đi đại xong, đưa ngón tay đeo găng có dầu nhờn vào trực tràng, trong khi dùng tay kia khám vùng hạ vị. U phì đại tuyến tiền liệt được phát hiện như một khối u tròn đều, nhẵn, đàn hồi, đồng nhất, không đau, còn ranh giữa hay không sờ thấy, mặt độ đồng đều, không có nhân rắn, ranh giới rõ rệt.

- Khám bộ phận sinh dục

Ngoài vùng hạ vị, khám vùng thất lưng hai bên

- Khám toàn thân bệnh nhân về tim mạch phổi, thần kinh, tiêu hoá, vận động.

6. CÁC KHÁM NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm sinh hoá

- Xét nghiệm urê, creatinin máu và xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ nước tiểu.
- Xét nghiệm PSA (prostate specific antigen). Thường 1 gam mô u phì đại tuyến tiền liệt tiết 0.3ng/ml PSA.

- Siêu âm: Cần làm trước khi phẫu thuật hay trong khi theo dõi điều trị ngoại khoa.

Siêu âm có đầu dò trong trực tràng cho phép đo chính xác khối lượng u, phát hiện các điểm giảm âm của ung thư tuyến tiền liệt.

Siêu âm còn kiểm tra được vùng bàng quang, túi thừa, u bàng quang, nước tiểu tồn đọng sau khi đi tiểu.

Siêu âm giúp kiểm tra thận và niệu quản.

- Chụp niệu đồ tĩnh mạch, hiện nay được thay thế bằng siêu âm, và chỉ được dùng khi cần xác định u, sỏi đường niệu
- Chụp niệu đạo ngược dòng để kiểm tra khi có nghi hẹp niệu đạo
- Soi bàng quang khi cần xác định u bàng quang, u niệu đạo, dị vật (chỉ sót)
- Thăm khám niệu động học, để đánh giá lưu lượng dòng nước tiểu thông thường lưu lượng nước tiểu tối đa ở nam giới là 15-20ml/s.

7. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Hai tình huống

7.1. Tuyến tiền liệt to lúc thăm khám trực tràng

Cần phân biệt với:

- Ung thư tuyến tiền liệt: Có nhân rắn, mất ranh giới, cần định lượng PSA, kiểm tra siêu âm (có vùng giảm âm, ranh giới bị phá huỷ, túi tinh bị xâm lấn), chụp X quang vùng xương chậu, thất lưng, chụp nháp nháy, sinh thiết vùng nghi vấn ở tuyến tiền liệt.

- Viêm tuyến tiền liệt mạn tính: Bệnh nhân có tiền sử viêm tuyến tiền liệt, viêm mào tinh hoàn, thăm trực tràng, tuyến tiền liệt to, đau, cổ chỗ rắn

7.2. Tuyến tiền liệt bình thường

Hẹp niệu đạo, xơ cứng cổ bàng quang thăm khám niệu đạo, chụp niệu đạo, chụp niệu đạo ngược dòng, soi bàng quang

Không có chướng ngại vật: cần kiểm tra: bàng quang thần kinh, ung thư bàng quang.

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Phòng bệnh

Có tính ngăn ngừa và phát hiện các giai đoạn tiến triển của bệnh. Cần ăn uống điều độ, tránh rượu và thuốc lá. Có chế độ sinh hoạt, lao động hợp lý. Tránh viêm nhiễm đường tiết niệu. Chú ý điều trị các bệnh về tiêu hoá và bệnh đái tháo đường. Nhiều trường hợp chỉ cần theo dõi và chờ đợi, và chỉ điều trị khi có biến chứng.

8.2. Điều trị nội khoa

Caine (1975) và Iepor (1984) nhận thấy có hai yếu tố gây rối loạn tiểu tiện trong u phì đại tuyến tiền liệt. Một là do bản thân sự phì đại của tuyến tiền liệt (yếu tố tĩnh) và hai là do trương lực các cơ trơn ở cổ bàng quang và tuyến tiền liệt. Các cơ trơn chịu ảnh hưởng của thần kinh giao cảm thông qua các thụ thể alpha 1 adrenergic (yếu tố vận động).

Vì vậy, để tác động trên hai yếu tố đó, người ta dùng các biện pháp sau:

8.2.1. Dùng thuốc kháng alpha 1 adrenergic để làm giảm trương lực cơ trơn, nhờ tác động lên các thụ thể alpha adrenergic ở cổ bàng quang và tuyến tiền liệt. Các thuốc được sử dụng là:

- Prazosin 2mg, 2 lần mỗi ngày (tác dụng ngắn)
- Alfuzosin 5mg, 2 lần mỗi ngày (tác dụng ngắn)
- Terazosin 5-10mg, mỗi ngày
- Doxazosin 4-8mg, mỗi ngày
- Tamsulosin 0,4-0,8mg, mỗi ngày

Các thuốc này có thể làm hạ huyết áp và gây một số tác dụng phụ như chóng mặt, nhức đầu.

8.2.2. Dùng thuốc Finasterid là chất ức chế men 5 alpha reductase, do đó testosterone không chuyển thành dihydrotestosterone được. Thuốc tác động lên mô tuyến, hạn chế và làm nhỏ tuyến tiền liệt sau nhiều tháng. Tác dụng phụ có thể làm giảm cảm hứng tình dục, bất lực. Đặc biệt thuốc làm giảm nồng độ PSA trong máu xuống 50%.

8.2.3. Các thuốc có nguồn gốc thảo mộc cũng được dùng khá rộng rãi và được bào chế từ các loại cây như vỏ cây *Pygeum africanum*, rễ *Echinacea purpurea* và *Hypoxis rooperi* v.v..

8.3. Điều trị ngoại khoa

Hiện nay, điều trị ngoại khoa đem lại kết quả rõ ràng hơn cả

8.3.1. Chỉ định điều trị ngoại khoa trong các trường hợp sau:

- Bí đái hoàn toàn và ngay sau khi rút ống thông bệnh nhân không đái được
- Bí đái không hoàn toàn, với mức độ ứ đọng trong bàng quang trên 100ml.
- Nhiễm khuẩn niệu
- Sỏi tiết niệu, túi thừa bàng quang
- Đái ra máu
- Suy thận do u phì đại tuyến tiền liệt

Nhìn chung chỉ định mổ khi thang điểm IPSS cao, và điều trị bằng nội khoa, vật lý không khỏi.

Áp dụng đối với bệnh nhân bị hen khó rặn đái, thường xuyên mất ngủ do phải đi đái nhiều lần, hoặc ảnh hưởng đến lao động và sinh hoạt thường ngày.

Thầy thuốc cần bàn bạc với bệnh nhân về lợi hại của phẫu thuật và về phương thức phẫu thuật thích hợp. Cần chuẩn bị bệnh nhân kỹ trước khi mổ và thăm khám toàn diện.

Phương pháp gây tê tuỷ sống được sử dụng một cách thông thường. Tuy nhiên có thể bệnh nhân yêu cầu được gây mê nội khí quản.

8.3.2. Phẫu thuật kinh điển bóc u phì đại tuyến tiền liệt

Được thực hiện qua thành bàng quang trên xương mu (Hryntschak) hoặc qua bao tuyến tiền liệt sau xương mu (Millin). Sau khi bóc tuyến tiền liệt, phẫu thuật viên cầm máu kỹ và đóng vết mổ lại, chỉ để một ống thông Foley qua niệu đạo. Các phương pháp này thích hợp cho những trường hợp u tuyến tiền liệt trên 50 gam và không đòi hỏi nhiều trang bị kỹ thuật. Thời gian hậu phẫu trung bình từ 10 đến 12 ngày.

8.3.3. Phẫu thuật cắt nội soi qua đường niệu đạo ít sang chấn hơn

U được cắt nhỏ từng mảnh và hút ra ngoài. Với phương pháp này, ngày nằm viện ngắn hơn (3 hay 4 ngày), nhưng đòi hỏi phải có kỹ thuật thành thạo và trang bị kỹ thuật đặc biệt. Một biến chứng có thể gặp là hội chứng cắt nội soi, do dịch rửa thẩm thấu vào trong hệ tuần hoàn gây tăng thể tích tuần hoàn và hạ natri máu.

Trong một số trường hợp, khi u tuyến tiền liệt không to, chỉ cần rạch u từ cổ bàng quang đến gần ụ núi. Một cải biến khác là không cắt nội soi mà chỉ đốt u.

Các biến chứng có thể gặp trong các phẫu thuật ngoại khoa gồm: chảy máu, nhiễm khuẩn, vô niệu, xuất tinh ngược dòng dễ xảy ra. Với sự chuẩn bị kỹ bệnh nhân và với thao tác cẩn thận, các biến chứng ngày càng giảm đáng kể.

8.4. Các phương pháp điều trị vật lý

Với mục đích là hạn chế một số biến chứng của phương pháp điều trị ngoại khoa kể trên, tránh phẫu thuật và nằm bệnh viện, các nhà khoa học đã đề xuất các phương pháp điều trị vật lý sau đây:

8.4.1. Điều trị bằng Laser Nd: YAG và holmium: YAG

- Laser đốt mô tuyến tiền liệt gây hoại tử (coagulative necrosis) bằng cách đưa một dụng cụ laser qua niệu đạo để đốt và gây hoại tử mô được điều khiển qua siêu âm trực tràng hoặc trực tiếp nhìn qua nội soi
- Laser gây bốc hơi, đầu laser được tiếp xúc trực tiếp với mô tuyến tiền liệt và gây bốc hơi
- Dùng sợi Laser qua máy nội soi để cắm vào nhiều điểm trong mô tuyến tiền liệt gây hoại tử dưới niêm mạc

Các phương pháp dùng Laser không gây chảy máu, bệnh nhân không phải nằm viện nhưng thường có biến chứng kích thích lúc đi tiểu và giá thành cao.

8.4.2. Đốt và gây hoại tử mô tuyến tiền liệt bằng các phương pháp sau:

- Dùng dụng cụ chuyên biệt đặt trong niệu đạo và hoạt động dưới sóng radio cao tần qua 2 kim xuyên vào tuyến tiền liệt
- Dùng dụng cụ có đầu dò đặt trong trực tràng và sóng siêu âm hướng vào mô tuyến tiền liệt để gây hoại tử

8.4.3. Điều trị bằng nhiệt: Dùng máy vi sóng trong niệu đạo để đưa nhiệt độ lên 42-44°C vào tuyến tiền liệt

8.4.4. Dùng giá đỡ và nong niệu đạo bằng bóng: là những phương pháp nhẹ nhàng hơn

9. KẾT LUẬN

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt là u lành tính hay gặp nhất ở nam giới lúc tuổi bắt đầu cao. Điều trị ngoại khoa có chỉ định trong những trường hợp có biến chứng nặng. Công tác phòng bệnh, theo dõi lâm sàng, điều trị nội khoa và điều trị vật lý có khả năng giải quyết những biến chứng trung bình và nhẹ. Trong mọi tình huống, thầy thuốc cần bàn bạc với bệnh nhân về phương pháp điều trị.

24. CHẤN THƯƠNG THẬN

1. MỞ ĐẦU

Chấn thương thận (CTT) trên thế giới cũng như ở Việt Nam do tai nạn giao thông lao động và tai nạn sinh hoạt có xu hướng gia tăng.

Trong y văn trên thế giới nhiều công trình nghiên cứu như Chatelain C 1975, 1981 Mc. Aninch 1989 và Moore 1989 về chấn thương thận, nhờ tiếp cận với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh mà các tác giả đã có sự đánh giá chính xác hơn các thương tổn CTT.

Từ khi có các phương tiện chẩn đoán hình ảnh siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch (NĐTM) nhỏ giọt cấp cứu, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đã cung cấp những hình ảnh cho sự phân loại thương tổn lâm sàng giải phẫu một cách sát thực, cũng như những chỉ định cụ thể hợp lý các trường hợp chấn thương thận có hiệu quả.

1995 Mc Aninch đã quan tâm nhiều khả năng phẫu thuật phục hồi giải phẫu chức năng chấn thương thận với kết quả khả quan.

1996 Nash P, và Carroll PR nêu lên chiến lược điều trị chấn thương thận

1997 Schmidlin điều trị bảo tồn 120 chấn thương thận nặng điều trị tại Cantonal - Thụy Sĩ.

Thái độ điều trị chấn thương thận trên thế giới đã có nhiều quan điểm chung trong đó có phẫu thuật bảo tồn.

2. DỊCH TỄ HỌC

Thận nằm sau phúc mạc, phần lớn được che bởi vòm sườn lưng và khối cơ chung phía sau. Chấn thương thận thường xảy ra trong bệnh cảnh đa chấn thương và chiếm tỷ lệ 10-12% chấn thương bụng.

Những chấn thương trực tiếp vùng thắt lưng (85-90%) (tai nạn giao thông ô tô, xe máy (65-70%), cày xe thô sơ đập vào vùng thắt lưng, ngã từ trên cao, ngã cầu thang vùng thắt lưng đập vào vật cứng) là nguyên nhân gây chấn thương thận.

Nguyên nhân gián tiếp (5-10%) như ngã cao, các động tác thể thao mạnh làm các tạng trong ổ bụng và thận bị dồn mạnh cũng có thể gây chấn thương thận.

Chấn thương thận gặp ở nam nhiều hơn nữ tỷ lệ 3/1, gặp ở mọi lứa tuổi tuy nhiên 16-45 tuổi chiếm tỷ lệ cao 75-80%, trẻ em dưới 16 tuổi 12-14%

3. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU

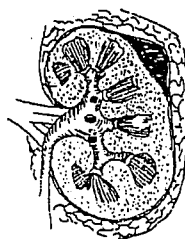
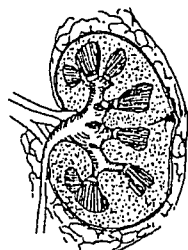
Thận là tạng đặc, giàu mạch máu và tùy lực tác động có thể có các thương tổn mức độ khác nhau.

• Chatelain 1975-1982 đã nhận định tổng quát đưa ra phân loại 4 mức độ chấn thương thận:

- Mức độ I - Đụng giập thận (renal contusion) là mức độ chấn thương thận nhẹ giập nhu mô thận dưới bao, không vỡ bao thận có thể có tụ máu dưới bao, chiếm tỷ lệ 70 - 75% các trường hợp chấn thương thận.
- Mức độ II- Giập thận (renal laceration) là mức độ chấn thương giập nhu mô thận chủ yếu vùng vỏ kèm theo rách bao thận, có thể lan tới vùng tuỷ thận thông với đài bể thận gây tụ máu nhu mô quanh thận, đái máu, chiếm tỷ lệ 15 - 20% chấn thương thận. '
- Mức độ III - Vỡ thận (fractured kidney) Thận vỡ thành 2 hay nhiều mảnh gây chảy máu, tụ máu lớn quanh thận sau phúc mạc. Cực thận vỡ có thể bị tách rời khỏi thận và không còn được tưới máu : 7-10%
- Mức độ IV- Đứt cuống thận một phần hay toàn bộ ngang vùng rốn thận, liên quan đến các mạch máu và bể thận niệu quản : 3-5%. (Hình 24.1)

Chấn thương thận

Tụ máu dưới bao

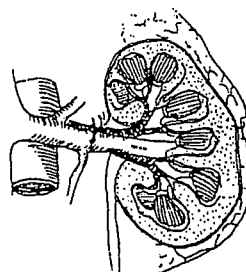
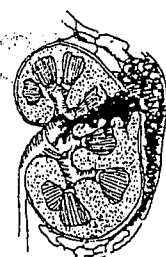


I. Đụng giập thận (70-75%)



II. Giập thận nhẹ 10-15%

III. Giập thận nặng (7-10%)



IV. Vỡ thận (5-7%)

V. Đứt cuống thận (1-3%)

Hình 24.1. Chấn thương thận

- Moore E.E 1989 có cách phân chia đơn giản thực tế 4 mức độ:

– Đụng giập thận

- Giập thận nhẹ
- Giập thận nặng
- Tổn thương mạch máu cuống thận.

- Mc Anich JW, Carroll PR 1989, AASTRIS (American Association for the Surgery of Trauma Renal Injury Scale) 1999 với cách phân chia 5 mức độ được các trung tâm tiết niệu nhiều nước áp dụng để đánh giá chấn thương thận:

- Mức độ I đụng giập thận chấn thương thận gây đụng dập tụ máu nông vùng vỏ dưới bao thận.
- Mức độ II giập thận nhẹ (minor laceration) chấn thương thận dập vùng vỏ chưa đến vùng tuỷ thận .
- Mức độ III giập thận nặng (major laceration) chấn thương thận vùng vỏ lan sâu cả vùng tuỷ thận kèm theo rách dài bề thận
- Mức độ IV vỡ thận (fractured kidney) thương tổn chủ yếu vùng rốn thận: thận vỡ thành 2 hay nhiều mảnh .
- Mức độ V Tổn thương cuống thận các động tĩnh mạch vùng rốn thận.

Nhìn chung các cách phân chia đều giống nhau, riêng mức độ III vỡ thận, Mc Aninch tách thành giập thận nặng (độ III) và vỡ thận (độ IV) có thể chẩn đoán được dựa trên chụp CLVT, MRI) .

- Chấn thương thận 1 bên thường gặp , thương tổn thận phải và thận trái có tỷ lệ gần như nhau, thương tổn hai thận rất hiếm.
- Chấn thương thận có thể gặp trên các thận bệnh lý mắc phải hay bẩm sinh (14-16%) như sỏi thận niệu quản, thân ứ nước do hội chứng khúc nối bể thận niệu quản, nang thận, thận móng ngựa, đặc biệt trên 1 thận duy nhất cũng có tỷ lệ 1-1,5%.

Thương tổn phối hợp trong các trường hợp đa chấn thương : chấn thương thận phối hợp với các chấn thương khác (chấn thương bụng ngực, gãy xương...) 45-60%, trong đó chấn thương bụng: lách gan mạc treo ruột thừa đại tràng ruột non 20-25%.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

4.1. Triệu chứng cơ năng

Đau vùng thắt lưng và trướng bụng: trong đó đa số chấn thương thận đều biểu hiện đau tức và co cứng cơ vùng thắt lưng. Đau tăng theo tiến triển của thương tổn thận, đau lan lên góc sườn hoành, xuống hố chậu. Đau tăng theo tiến triển của thương tổn thận ,đau lan lên góc sườn hoành, xuống hố chậu. Đau tăng lên là do khối máu tụ to nước tiểu thấm ra vùng quanh thận thắt lưng.

Bụng trướng và nôn là dấu hiệu thường gặp trong chấn thương thận, chứng tỏ có giập thận tụ máu hay thấm nước tiểu sau phúc mạc. Bụng chướng còn kéo dài trong tiến triển của chấn thương thận và cũng là triệu chứng làm nhầm lẫn khó khăn cho sự phát hiện thương tổn các tạng trong ổ bụng.

Đái máu sau chấn thương là biểu hiện có thương tổn thận thông với đường bài tiết chiếm tỷ lệ 85-90% số chấn thương thận. Đái máu toàn bài có thể nhẹ hay nặng: nước tiểu hồng đỏ tươi màu máu hay máu cục.

Tuy nhiên đái máu không phải tương xứng với tổn thương vì chảy máu trong chấn thương thận có một khối lượng không ít tụ máu quanh thận sau phúc mạc không đánh giá được hay các trường hợp máu cục bít tắc niệu quản, đứt cuống thận không đái máu.

Một số ít đái máu vi thể khi xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh mới phát hiện có chấn thương thận.

Dù sao với các trường hợp bệnh nhân đái máu theo dõi đái máu và toàn thân cũng cho biết diễn biến của chấn thương thận: nếu đái máu tươi tiếp diễn nặng lên là tiếp tục chảy máu, máu sẫm nâu và vàng dần là có khả năng tự cầm máu được. Đái máu tái phát sau 5-7 ngày hay sau 2 tuần gặp trong các trường hợp nhu mô thận giập nát thiếu máu hoại tử không thể liền khối. Các chẩn đoán hình ảnh có thể xác định sớm các thương tổn này và thường phải can thiệp ngoại khoa.

4.2 Triệu chứng thực thể

Khối máu tụ hố thất lưng: khám (sờ nắn nhìn) vùng thất lưng thấy đầy hơn bình thường, căng nề và rất đau, sờ thấy co cứng cơ vùng thất lưng, chứng tỏ vỡ bao thận chảy máu ra quanh thận.

Theo dõi tiến triển khối máu tụ cũng có ý nghĩa quan trọng để đánh giá tiên lượng giập vỡ nhu mô thận. Khối máu tụ căng nhanh thì bụng trướng tăng và co cứng nửa bụng rõ.

4.3. Toàn thân

Sốc gặp trong 25 - 30% các trường hợp chấn thương thận. Sốc xảy ra trong chấn thương thận với các thương tổn nặng như giập nát thận, đứt cuống thận (12-15%), trong các trường hợp đa chấn thương (15-20%).

Thiếu máu cấp do chấn thương thận chảy máu: da, niêm mạc nhợt nhạt, bệnh nhân toát mồ hôi. mạch nhanh huyết áp hạ. Hồng cầu giảm, huyết cầu tố giảm.

4.4. Cận lâm sàng

XQ có ý nghĩa rất lớn để đánh giá cụ thể thương tổn chấn thương thận. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị thấy bóng thận to hơn bình thường không nhìn rõ bờ cơ đái chậu, các quai ruột giãn đầy hơi.

- Chụp niệu đồ tĩnh mạch cấp cứu rất cần thiết có thể thực hiện theo phương pháp tĩnh mạch nhỏ giọt. Chatelain C, Carol PR, MC ANINCH JW cho rằng: Chụp niệu đồ tĩnh mạch (90-95%) là phương pháp chẩn đoán hình ảnh cơ bản có giá trị cao trong chấn thương thận.

Thận bên đối diện bình thường hay là thận bệnh lý.

Thận bị chấn thương: nếu thương tổn nhẹ, vừa - thấy hình ảnh động thuốc cản quang tại một vùng ở thận, nhưng đường bài tiết vẫn bình thường.

Nếu thương tổn nặng thì có hình một hai đài thận bị tách rời, thuốc cản quang tràn ra xung quanh ổ thận hoặc không thấy thận ngấm thuốc do đài bể thận ứ đầy máu cục, thận bị giập nát hoặc thương tổn động mạch thận.

- Siêu âm cho thấy những hình ảnh tổn thương: hình dáng thận không bình thường thận to, giập nhu mô thận tụ máu trong thận hay quanh thận, mất đường viền liên tục bao thân, đường vỡ thận một phần cục thận bị tách rời tụ máu lớn nước tiểu sau phúc mạc.

Siêu âm chẩn đoán các thương tổn độ I, độ II, độ III rõ với độ tin cậy đặc hiệu 80- 85%, độ IV khó nhận định chính xác các thương tổn mạch máu. Siêu âm Doppler màu có thể phát hiện các thương tổn mạch máu, sự cấp máu hay tình trạng tắc mạch thận.

- Chụp CLVT: nhất là trong trường hợp chụp NĐTM thận không ngấm thuốc, chụp CLVT có thuốc cản quang ghi nhận được hình ảnh các mức độ tổn thương chấn thương thận.

5. CHẨN ĐOÁN

Trong các trường hợp có chấn thương vùng thắt lưng dưới sườn thông thường diễn hình dựa vào các triệu chứng lâm sàng:

- Đái ra máu
- Đau căng tức vùng thắt lưng
- Khối máu tụ vùng thắt lưng.
- Trong bệnh cảnh lâm sàng chấn thương bụng (gan lách) ngực tràn máu, tràn khí màng phổi có chấn thương thận phối hợp, các dấu hiệu trên có thể rõ ràng hay bị che lấp. Khi triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, XQ có ý nghĩa và đánh giá được thương tổn chấn thương thận cụ thể.

Đối chiếu thương tổn giải phẫu theo Chatelain 1982 hay Mc Aninch JW 1986 để chẩn đoán mức độ chấn thương thận, và để có thái độ xử trí kịp thời hợp lý.

- Đánh giá các mức độ:
 - + Chấn thương thận nhẹ - đụng giập thận
 - + Chấn thương thận vừa (trung bình) - giập thận nhẹ
 - + Chấn thương thận nặng - giập thận nặng, vỡ thận
 - + Đứt cuống thận rách hoặc đứt mạch máu rốn thận: tình trạng sốc và mất máu nặng. Tuy nhiên thương tổn nhẹ của động tĩnh mạch cuống thận, tình trạng bệnh nhân ổn định, chẩn đoán hình ảnh mới được phát hiện.

6. DIỄN BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Chấn thương thận có thể diễn biến như sau:

6.1. Ổn định

Khi bớt đau đái ra máu sẫm màu, nâu tối màu vàng. Khối máu tụ không to. Tình trạng toàn thân ổn định. Tổ chức thận bị đụng giập, liên sẹo và xơ hoá.

6.2. Xu hướng không ổn định

Bệnh tiến triển nặng lên. Bệnh nhân đái ra máu tiếp diễn, đái ra máu cục máu tươi, khối máu tụ tăng lên. Nếu được truyền máu kịp thời và kháng sinh, bệnh có thể sẽ ổn định hoặc phải chuyển cấp cứu can thiệp phẫu thuật.

6.3. Chấn thương nặng

Vỡ nát thận hay đứt cuống thận: đái ra máu dữ dội, khối máu tụ tăng lên nhanh, thiếu máu cấp, toàn thân rơi vào sốc nặng, cần phải phẫu thuật ngay.

6.4. Biến chứng

Viêm tấy hố thắt lưng với bệnh cảnh lâm sàng như sốt cao, đau thắt lưng, sưng nề hố thắt lưng

Đau lưng kéo dài do viêm xơ quanh thận

Ứ nước thận do viêm xơ chít quanh niệu quản sau phúc mạc

Xơ teo thận sau chấn thương gây tình trạng huyết áp cao

Những thương tổn động tĩnh mạch có thể gây thông động tĩnh mạch thận.

Trong mọi trường hợp điều trị bảo tồn, cần theo dõi bằng siêu âm niệu đồ tĩnh mạch

7. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

7.1. Điều trị nội khoa

Chủ yếu trong các trường hợp đụng giập thận. giập thận nhẹ

Bệnh nhân nằm bất động tại giường, săn sóc tại giường. truyền dịch và máu nếu cần thiết.

Cho thuốc giảm đau, chườm lạnh vùng thắt lưng

Cho kháng sinh, có thể phối hợp nhóm B lactamin và aminosid

Lợi tiểu nhẹ lasilix 20mg/ 1- 2 ống ngày

Sau 10 ngày nên kiểm tra lại bằng chụp niệu đồ tĩnh mạch để đánh giá kết quả điều trị nội khoa.

7.2. Điều trị ngoại khoa

7.2.1. Chỉ định can thiệp phẫu thuật cấp cứu trong những chấn thương thận nặng như đứt cuống thận, vỡ thận, có thương tổn phối hợp các tạng khác trong ổ bụng

7.2.2. Chỉ định can thiệp sớm: Chấn thương độ III (theo Chatelain) độ III, IV (theo Mc Aninch) :

Các trường hợp điều trị nội khoa không ổn định bệnh diễn biến nặng lên như đái ra máu tăng, khối máu tụ tăng toàn thân thay đổi sốc và mất máu: huyết động không ổn định.

Chẩn đoán hình ảnh giáp và vỡ thận một cực một phần thận không ngấm thuốc, hình ảnh thuốc cản quang tràn ra bao thận.

Các trường hợp đái ra máu tái phát nặng đã truyền dịch máu đầy đủ: mổ cấp cứu trì hoãn 3-7 ngày sau chấn thương

Yêu cầu gây mê hồi sức- phẫu thuật

Gây mê nội khí quản và thuốc giãn cơ

Đường mổ sườn thất lưng theo kinh điển hay đường trắng giữa qua phúc mạc vào trực tiếp cuống thận

Kiểm tra đánh giá ngay thương tổn giáp nát, vỡ hay đứt cuống thận, tùy theo thương tổn mà thực hiện các thủ thuật thích hợp.

Khâu cầm máu lấy máu tụ quanh ổ thận

Cắt thận bán phần, một cực thận bị vỡ đứt

Cắt thận khi vỡ nát thận hay đứt cuống thận, khi chỉ định cắt thận phải đánh giá thận bên đối diện trước và trong mổ.

Phẫu thuật chấn thương thận là để bảo tồn thận và tránh các biến chứng của chấn thương thận. Chỉ định phẫu thuật chấn thương chiếm 30-35%, trong đó phẫu thuật bảo tồn 70 - 80% (88% Mc Aninch), cắt thận bắt buộc trong trường hợp giáp nát thận đứt cuống thận đến muộn sau 6 giờ chỉ chiếm tỷ lệ 13 - 17% (11,9% Mc Aninch).

25. ĐÚT NIỆU ĐẠO

Đút niệu đạo là một cấp cứu ngoại khoa phải được xử lý kịp thời để tránh các tai biến như bí đái, viêm lan tấy nước tiểu tăng sinh môn và tránh các di chứng phức tạp về sau: viêm niệu đạo, hẹp niệu đạo

Về giải phẫu niệu đạo chia làm hai phần: niệu đạo trước và niệu đạo sau

Chấn thương đứt (dập) niệu đạo trước và sau khác nhau về:

Nguyên nhân cơ chế chấn thương

Lâm sàng

Phương pháp điều trị

1. ĐÚT NIỆU ĐẠO TRƯỚC (ĐNĐT)

Niệu đạo trước có vật xóp bao quanh gồm hai phần:

- Phần di động trước xương mu: niệu đạo dương vật ít bị chấn thương chỉ khi cương dương, dương vật bị chấn thương trực tiếp vật hang võ - bẻ gãy, vật xóp ít khi bị chấn thương nên niệu đạo cũng ít khi bị tổn thương trừ khi bị dao cắt.
- Phần cố định: niệu đạo tăng sinh môn (đáy chậu) chấn thương thường bị dập hoặc bị đứt ở đoạn này.

Chẩn đoán xác định mức độ thương tổn của niệu đạo trước được cụ thể do chụp niệu đạo ngược dòng (rất cần thiết)

1910 Marion đã mô tả đứt niệu đạo trước và thực hiện phẫu thuật khâu nối niệu đạo tận - tận trong chấn thương, sau đó Yong Davis (1926), Sabadini (1948), Cukier (1984) tiến hành phẫu thuật khâu nối đứt niệu đạo ngay thì đầu trong cấp cứu kết quả trở thành xu hướng điều trị đứt niệu đạo trước.

Waterhouse (1971), Guilleman Cukier Boccon - Gibod (1980) chủ trương dẫn lưu bàng quang và soi cắt trong hẹp niệu đạo ở thì sau.

1.1. Nguyên nhân cơ chế đứt niệu đạo trước

Do tai nạn bệnh nhân ngã ngồi xoạc chân cưỡi ngựa trên vật cứng đập tăng sinh môn lên vật cứng nên đoạn niệu đạo tăng sinh môn bị thương tổn

Thương tổn đứt niệu đạo trước: chủ yếu là đoạn niệu đạo tăng sinh môn-niệu đạo hành

- Dập niệu đạo: vật xóp bị dập:
 - + Niệu đạo thương tổn tại chỗ bầm dập
 - + Cân Buck-cân Colle còn nguyên vẹn

- Đứt niệu đạo không hoàn toàn:
 - + Vật xóp bị đứt một phần
 - + Niệu đạo bị đứt 1/3-1/2-2/3 chu vi chủ yếu về phía tầng sinh môn
 - + Cân Colle bị vỡ, chảy máu từ vật xóp ra tầng sinh môn tụ dưới da
- Đứt niệu đạo hoàn toàn:
 - + Vật xóp dập nát đứt rời, niệu đạo đứt rời 2 đầu tụt xa nhau 1-2cm.
 - + Cân Colle bị đứt toác rộng
 - + Chảy máu từ vật xóp, từ niệu đạo, chảy ra miệng sáo, và thành máu tụ lớn tầng sinh môn, có khi lan toả rộng tới bìu

1.2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau chói (đau đặng) vùng đáy chậu sau khi ngã vẫn cố gượng đứng dậy được và hai tay ôm lấy bìu
- Chảy máu niệu đạo - chảy máu ra miệng sáo ít nhiều là biểu hiện có đứt niệu đạo thường thấy ngay sau khi ngã. Cường đau càng dễ chảy máu bệnh nhân hoảng sợ bóp chặt lấy dương vật tưởng để cầm máu nhưng buông tay ra, máu cục có thể càng bị đẩy ra nhiều hơn.
- Tụ máu tầng sinh môn (đáy chậu) ít hay nhiều tùy theo thương tổn đứt niệu đạo. Máu tụ lớn dưới da tầng sinh môn lan toả nếp bẹn bìu như hình cánh bướm. Bí tiểu trong những giờ đầu có thể do phản xạ tầng sinh môn hay do đứt niệu đạo.

1.3. Diễn biến

- Bí tiểu: bàng quang căng do ĐNĐ thực sự, bệnh nhân muốn đi tiểu mà không tiểu được, dận tiểu lại chảy máu niệu đạo.
- Rỉ nước tiểu: sau 6-9 giờ do bàng quang căng quá mức, máu và nước tiểu thấm tràn ra, phù nề viêm lan tấy nước tiểu tầng sinh môn: biến chứng rất xấu tại chỗ niệu đạo và toàn trạng bệnh nhân.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ: khi đã bị viêm lan tấy nước tiểu tầng sinh môn dù điều trị kháng sinh vẫn phức tạp, có thể biến chứng áp xe - rò nước tiểu tầng sinh môn.
- Hẹp niệu đạo trước: những trường hợp đứt niệu đạo trước hoàn toàn hay không hoàn toàn chỉ dẫn lưu bàng quang và theo dõi chờ đợi (chưa điều trị đứt niệu đạo) thì sớm muộn niệu đạo đã bị tổn thương sẽ xơ hoá hẹp dẫn lòng niệu đạo.

1.4. Chẩn đoán đứt niệu đạo trước

Căn cứ trên lâm sàng của mức độ chảy máu niệu đạo và tụ máu tầng sinh môn, bí tiểu. Chụp niệu đạo bàng quang có thể chẩn đoán mức độ ĐNĐT.

Đặt một ống thông Foley vào miệng sáo, quả bóng vào đúng hố thuyên bơm 2-3ml nước, sau đó bơm 25ml thuốc cản quang Telebrix 30% vào niệu đạo chụp theo tư thế nghiêng 30-45° thuốc cản quang sẽ tràn ra quanh vật xóp, loãng rộng ra tầng sinh môn không vào bàng quang. Soi niệu đạo nhìn thẳng có thể nhìn trực tiếp thấy niệu đạo bị tổn thương nhưng không phải là động tác chẩn đoán lúc nào cũng tiến hành dễ dàng thuận lợi.

Hiện nay trong chấn thương niệu đạo không còn dùng ống thông để chẩn đoán.

Đó là động tác thăm khám cấp cứu máy móc mù quáng không mang lại thông tin gì chắc chắn, còn gây đau đớn nhiễm khuẩn cho bệnh nhân, đặc biệt có thể gây biến chứng đứt niệu đạo không hoàn toàn thành đứt niệu đạo hoàn toàn.

Chính vì vậy các khuyến cáo qui định loại bỏ hoàn toàn cách thăm khám chấn thương niệu đạo bằng các ống thông Guyon, Nélaton, Foley.

1.5. Nguyên tắc và thái độ xử trí

Dựa vào lâm sàng bệnh nhân tự đi tiểu được nước tiểu trong hay có ít máu, nước tiểu đỏ đầu bãi, không cần thiết gì theo dõi điều trị bảo tồn: chườm lạnh TSM, giảm đau, kháng sinh.

Sau 2 tuần chụp lại niệu đạo ngược dòng để đánh giá kết quả điều trị và theo dõi

1.5.1. Cấp cứu tuyến cơ sở không có chuyên khoa tiết niệu

- Bí đái, bàng quang căng, chảy máu niệu đạo nhiều: mở thông bàng quang (hay cystocatheter)
- Bí đái, bàng quang căng chảy máu niệu đạo tụ máu tầng sinh môn (TSM): mở thông bàng quang, mở TSM lấy máu tụ cầm máu

Sau đó chuyển về các trung tâm có chuyên khoa điều trị phẫu thuật thì 2 sớm (3-7 ngày sau khi chấn thương)

1.5.2. Ở tuyến chuyên khoa

Chấn thương niệu đạo chảy máu niệu đạo (tụ máu TSM): chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng = ĐNĐT hoàn toàn hay không hoàn toàn: dẫn lưu bàng quang hay cystocatheter.

- Nếu không có máu tụ TSM đặt ống thông Foley 2 tuần
 - Nếu có máu tụ TSM mở TSM bóc lột vật xóp cắt lọc các mô dập nát cầm máu, khâu nối niệu đạo ngay thì đầu.
- Điều trị di chứng
 - Áp xe rò nước tiểu TSM: dẫn lưu bàng quang hay cystocatheter, rạch áp xe TSM dẫn lưu, can thiệp niệu đạo thuy sau
 - Hẹp niệu đạo trước: cắt nối niệu đạo tận tận theo phương pháp Marion - Harison hay nội soi cắt xơ niệu đạo.

2. ĐÚT NIỆU ĐẠO SAU

Đút niệu đạo sau là một trong các tai biến của vỡ xương chậu (VXC)-chiếm tỉ lệ 10-15%

Chấn thương VXC thường trong bệnh cảnh đa chấn thương 25-30%. Đút niệu đạo sau bị che lấp trong tình trạng bệnh nhân nặng, nên khó khăn phức tạp cả về chẩn đoán và điều trị.

Nguyên tắc xử trí chủ yếu là hồi sức, phẫu thuật cấp cứu bệnh nhân thoát khỏi tình trạng nguy hiểm và tránh các sai sót biến chứng đút niệu đạo sau.

2.1. Nguyên nhân cơ chế vỡ xương chậu và thương tổn ĐNĐS

2.1.1. Nguyên nhân thương tổn vỡ xương chậu

- Tai nạn giao thông và chạm xe cộ nạn nhân ngã đập vùng mông xương chậu xuống nền đường 70-80%
- Tai nạn lao động ngã cao hoặc bị ép vùng mông xương chậu 15-20%

Vỡ xương chậu: theo phân loại của Pennal và Tile 1980 các loại VXC liên quan nhiều đến đút niệu đạo sau và thương tổn đường tiết niệu dưới là:

- Vỡ toác xương mu cả 2 cung trước ngành chậu mu, ngồi mu di lệch không vững chiếm tỉ lệ 70%
- Toác xương mu
- Vỡ xương mu 1 bên, toác khớp cùng chậu cùng bên hay đối diện
- Vỡ xương mu và gãy xương chậu Malgaigne

Cơ chế: VXC làm rách cân đáy chậu giữa nên niệu đạo sau chủ yếu là niệu đạo màng bị giăng kéo, đứt hay di lệch.

2.1.2. Thương tổn đút niệu đạo sau (ĐNĐS)

Đút niệu đạo màng thực sự là ống niệu đạo 2-2,5cm qua cân đáy chậu giữa có cơ thắt vân bao quanh đứt hoàn toàn hay không hoàn toàn: 80% kèm theo dập nát cơ vân

Vỡ tuyến tiền liệt (do bị ép gây dập nát hay đầu xương gãy chọc thủng) niệu đạo tuyến tiền liệt cũng bị tổn thương 5-10%

Phối hợp đút niệu đạo màng + TTL 10-15%

ĐNĐS + vỡ BQ (ngoài - trong phúc mạc)

Căn cứ chụp niệu đạo ngược dòng phân loại đút niệu đạo sau:

- Loại 1: Niệu đạo sau bị căng giãn chưa bị đứt hoàn toàn chiếm tỉ lệ 17%
- Loại 2: Niệu đạo bị đứt hoàn toàn hay không hoàn toàn nhưng cân đáy chậu giữa còn nguyên vẹn 17%
- Loại 3: Niệu đạo bị đứt rời - cân đáy chậu giữa bị xé rách kèm theo rách tuyến tiền liệt và đầu niệu đạo hành cũng bị tổn thương 66%

Niệu đạo sau bị đứt rời, hai đầu di lệch theo chiều trước sau do xương mù sập xuống, khối bàng quang - tuyến tiền liệt bị đẩy ra sau, và di lệch xa nhau trên 3-4cm hay hơn nữa do khối máu tụ đẩy khối bàng quang tuyến tiền liệt lên cao.

2.1.3. Tụ máu trên cân đáy chậu và trong khung chậu: cũng là những thương tổn khá trầm trọng do động tĩnh mạch thận qua cân đáy chậu bị đứt và các mạch máu trước bàng quang đám rối Satorini, đám rối tiểu khung bị dập đứt gây chảy máu tụ máu trên cân đáy chậu tiểu khung.

Tumer Warwich 1989 nhận định các mức độ chảy máu tụ máu lớn: tụ máu khu trú trên cân đáy chậu, tụ máu lan rộng tiểu khung, tụ máu lớn trên cân đáy chậu ở tuyến tiền liệt sau xương mu sau phúc mạc.

Các thương tổn phối hợp như:

- Chấn thương bụng (thủng đại tràng, ruột non, vỡ gan, lách, dập mạc treo ruột 20-25%). Chấn thương ngực (tràn máu khí màng phổi): gãy xương 10-15%, lóc da rộng, dập nát phần mềm tụ máu vùng mông thất lưng 3-5%.
- VXC đứt niệu đạo trong bệnh cảnh đa chấn thương biểu hiện tình trạng lâm sàng nặng phức tạp.

2.2. Triệu chứng lâm sàng

2.2.1. Bệnh cảnh chấn thương chung

Shoc mất máu: da niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp tụt nhiều, hồng cầu huyết sắc tố Hématocrit giảm chiếm tỉ lệ cao 65-70% đòi hỏi hồi sức cấp cứu kịp thời.

Bụng trướng đau: tụ máu sau phúc mạc (hoặc kèm theo tổn thương tạng trong phúc mạc, khó phân biệt)

Khám bệnh nhân đa chấn thương để làm bilan cho hồi sức và quyết định thái độ xử trí hợp lý

2.2.2. Triệu chứng đứt niệu đạo sau:

- Chảy máu rỉ ra miệng sáo, đau tức vùng bàng quang, bí tiểu
- Chỉ có máu tụ trước quanh rìa hậu môn (không phải là máu tụ hình cánh bướm)
- Thăm trực tràng đau cả vùng niệu đạo tuyến tiền liệt dưới cổ bàng quang, có thể sờ thấy chỗ gãy xương mu
- X quang: chụp bụng không chuẩn bị: hình ảnh bụng trướng hơi, tụ máu sau phúc mạc hoặc hình ảnh có dịch trong ổ bụng của tổn thương tạng trong phúc mạc.
- Chụp khung chậu phát hiện các thể VXC
- Siêu âm để phát hiện các thương tổn tạng trong ổ bụng
- Khi có dịch trong ổ bụng cần phân biệt dịch thấm từ sau phúc mạc hay thương tổn trong ổ bụng, khi tình trạng bệnh nhân ổn định có thể soi ổ bụng để chẩn đoán. Chọc rửa ổ bụng trong VXC không có ý nghĩa

2.3. Chẩn đoán đứt niệu đạo sau (ĐNDS)

Trong trường hợp đa chấn thương có VXC, máu tụ dưới rốn hay sau phúc mạc.

Khi mở bụng đồng thời mở bàng quang chẩn đoán đứt niệu đạo-vỡ bàng quang, dẫn lưu bàng quang

- Bệnh cảnh VXC + bí tiểu + máu rỉ ra lỗ sáo
- Thăm trực tràng dưới tuyến tiền liệt đau chói có thể thấy cảm giác mất liên tục niệu đạo dưới tuyến tiền liệt, có khối máu tụ túi cùng căng phồng rất đau
- Chụp niệu đạo BQ ngược dòng: thuốc cản quang tràn ra ngoài niệu đạo sau bao quanh tuyến tiền liệt hay lan ra đáy chậu.

Phân biệt vỡ bàng quang: VXC đau vùng dưới rốn, mất cảm giác buồn tiểu, không có máu rỉ ra ở lỗ sáo.

Siêu âm có hình ảnh tràn dịch ngoài BQ (trong phúc mạc...) có thể phát hiện đường vỡ bàng quang

Chụp bàng quang thuốc cản quang tràn ra ngoài bàng quang đọng trong tiểu khung hay tràn vào phúc mạc.

Sai lầm trong chẩn đoán dễ sót ĐNDS (hay vỡ BQ) do đặt ống thông niệu đạo lạc đường làm che lấp triệu chứng ĐNĐ.

2.4. Diễn biến biến chứng

- Viêm lan tấy nước tiểu vùng trên cân đáy chậu, khoang Bogros, trước bàng quang sẽ phù nề, thăm xuống bìu căng mọng là biến chứng nặng nhất do bỏ sót chẩn đoán đứt niệu đạo hay xử trí không đúng nguyên tắc. Bệnh nhân tuy được phẫu thuật điều trị các tổn thương khác có thể rơi vào tình trạng sốc không hồi phục nhiễm khuẩn-nặng-urê, creatinin máu tăng đe dọa tính mạng.
- Nhiễm khuẩn áp xe cả vùng hố chậu nhỏ
- Rò niệu đạo nước tiểu phá ra TSM
- Hẹp niệu đạo sau
- Viêm chỗ gãy xương chậu

2.5. Nguyên tắc điều trị: thái độ xử trí cấp cứu

- Chống sốc mất máu truyền các dung dịch máu bồi phụ ngay khối lượng tuần hoàn
- Bilan các thương tổn, xác định ĐNDS
- Phẫu thuật cấp cứu: thương tổn mạch máu, vỡ tạng đặc - rỗng. Trường hợp thủng trực tràng kèm theo có thể khâu thủng và phải làm hậu môn nhân tạo đại tràng sigma

- Kết hợp xác định đánh giá ĐNDS
 - + Khâu cầm máu khoang Retzius vùng hố chậu
 - + Dẫn lưu bàng quang đơn thuần, hoặc dẫn lưu BQ + đặt ống thông niệu đạo
 - + Dẫn lưu khoang Retzius và hố chậu trực tiếp hay qua đáy chậu.
- Điều trị phục hồi chấn thương chung, mổ niệu đạo thì 2 sau 4 tuần - 3 tháng: tạo hình niệu đạo sau hay cắt nội soi niệu đạo.
- Điều trị ĐNDS sớm: VXC - ĐNDS đơn thuần ở cơ sở có chuyên khoa tiết niệu có trang bị, phẫu thuật viên quen mổ niệu đạo: kết hợp cố định VXC mổ sớm nối niệu đạo sau tận tận sau khi đã dẫn lưu bàng quang.

26. BIẾN CHỨNG CHÍNH CỦA SỎI NIỆU QUẢN

Sỏi niệu quản chiếm tỉ lệ 20-25% sỏi tiết niệu nói chung, sỏi niệu quản phần lớn 80% do sỏi thận di chuyển xuống, 20% sỏi niệu quản hình thành trên các dị dạng niệu quản.

Sỏi niệu quản thường gây biến chứng sớm đối với đường tiết niệu trên

Nhiều nghiên cứu thực nghiệm, theo dõi lâm sàng về hội chứng tắc đường tiết niệu trên, trong đó có sỏi niệu quản đã nêu lên đặc điểm bệnh lý này.

1. CẤU TẠO NIỆU QUẢN

Niệu quản là ống dẫn nước tiểu có cấu tạo chính

- Lớp cơ dọc ngoài
- Lớp cơ vòng xoắn trong

Sự co giãn cơ là tác dụng chính của nhu động thuận chiều của niệu quản từ bể thận xuống bàng quang.

Áp lực của niệu quản tăng dần từ 1/3 trên (12mmHg) đến 1/3 dưới (40mmHg) có tác dụng đẩy dòng nước tiểu xuống, chống hiện tượng trào ngược nước tiểu từ bàng quang niệu quản đoạn thấp ngược dòng lên thận.

2. SINH BỆNH LÝ SỎI NIỆU QUẢN

Sỏi niệu quản cản trở đường dẫn lưu dòng nước tiểu dù tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn vẫn gây hiện tượng ứ đọng nước tiểu trên sỏi.

Hinman 1934 theo dõi thí nghiệm thấy:

Gây tắc niệu quản bằng cách buộc niệu quản sau 2 tuần cắt thận bên đối diện tháo gỡ niệu quản, thận hồi phục vật thí nghiệm vẫn sống được.

Tắc niệu quản 2-3 tuần sau khi cắt bỏ thận đối diện, chức năng thận hồi phục 50%.

Tắc niệu quản 4 tuần sau khi cắt bỏ thận, vật thí nghiệm không sống sót. Những thương tổn giải phẫu bệnh tắc niệu quản xuất hiện rất sớm.

- Ứ nước tại thận: 7 ngày tắc niệu quản giãn các ống góp có chỗ hoại tử
- 14 ngày các ống lượn xa, lượn gần đều có phản ứng xơ tăng Collagen
- 28 ngày 50% vùng tuỷ thận bị thoái hoá
- 8 tuần nhu mô thận bị dần mỏng 1cm

Cầu thận 28 ngày quá sản kể từ thận chứa các fibroblast, tế bào đơn nhân đại thực bào. Các mao mạch vùng tuỷ thì co thắt đồng thời các mao mạch cầu thận bị xẹp.

Bể thận và niệu quản trên chỗ tắc phì đại xơ cơ tăng sinh collagen làm rối loạn nhu động bể thận niệu quản

Thương tổn đến lớp cơ sẽ gây chít hẹp niệu quản

Các biến chứng chính của sỏi niệu quản

- Viêm nhiễm: viêm đài bể thận - viêm thận kẽ
- Ứ đọng nước tiểu - nhiễm khuẩn: thận ứ nước, thận ứ mủ
- Thiếu niệu - vô niệu

2.1. Viêm đài bể thận viêm thận kẽ

Sỏi niệu quản làm cản trở lưu thông, ứ đọng nước tiểu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, có thể ngược dòng lên mô thận (mô liên kết kẽ thận - ống thận) cấp hay mạn tính

Viêm đài bể thận (VĐBT) cấp tính với bệnh cảnh lâm sàng rõ ràng ảnh hưởng chức năng bài tiết của thận, nhất là sỏi niệu quản 2 bên hay sỏi niệu quản 1 bên, sỏi thận 1 bên.

Bệnh được phát hiện sớm ngay từ đợt viêm cấp tính đầu tiên, điều trị nguyên nhân kịp thời (lấy sỏi niệu quản) tổn thương viêm đài bể thận sẽ khỏi, chức năng, hình thể thận có thể hồi phục hoàn toàn.

Nếu bệnh diễn biến kéo dài không phát hiện ra nguyên nhân sỏi niệu quản nhiều đợt viêm đài bể thận cấp tính phản ứng viêm xơ tăng lên sẽ trở thành viêm đài bể thận mạn tính, chức năng hình thể thận ít khả năng hồi phục tốt được dù là lấy sỏi niệu quản.

Các vi khuẩn gây bệnh gram (-) như: Coli, Klebsiella, Proteus ngược dòng lan lên thận

Vi khuẩn gram (+) như liên cầu khuẩn, tụ cầu có thể gây viêm ĐBT - T cấp theo đường máu hay kế cận ít gặp hơn.

2.1.1. Giải phẫu viêm đài bể thận-viêm thận cấp: niêm mạc đài bể thận (ĐBT) viêm phù xung huyết dày đỏ rải rác những đám tụ máu có chỗ loét chảy máu. ĐBT dần nhẹ mất trương lực ứ đọng nước tiểu đục (nhiều hồng cầu, bạch cầu, tế bào biểu mô ĐBT, vi khuẩn). Vùng vỏ thận phản ứng viêm phù cấp các gai thận, tháp thận các mô kẽ ống thận, thâm nhiễm nhiều bạch cầu đa nhân trung tính lympho, đại thực bào. Vùng tuỷ thận cũng có thương tổn như vỏ thận.

Thận phù nề sưng to bao thận nguyên vẹn những dễ mủn nát

Giải phẫu bệnh VĐBT-T mạn tính: thận teo nhỏ trắng bệch mất bóng nhẵn hồng căng mà giống như mô tuyến giáp. Phần nhu mô thận xơ hoá chủ yếu từ kẽ thận với sự thâm nhiễm các tế bào lympho bạch cầu đa nhân. VĐBT-T mạn tính

do sỏi niệu quản nổi riêng hay sỏi đường tiết niệu đều có mức độ giãn đài bể thận, niêm mạc ĐBT xơ dày cùng với các gai thận teo mỏng. Các ống thận cũng giãn hay xen kẽ những chỗ thắt hẹp xơ hoá niêm mạc ống thận, trong lòng ống thận chứa các thể cast dạng keo, nhu mô thận mỏng không phân biệt vùng vỏ tủy thận. Xơ hoá có thể tiến triển tới quanh cầu thận và các tiểu động mạch

Viêm thận kẽ mạn tính là hậu quả của quá trình viêm đường tiết niệu do sỏi

2.1.2. Triệu chứng

Cơn đau sỏi niệu quản: đau tức hay đau quặn thắt lưng từng cơn hay từng đợt lan truyền, cũng có thể bệnh nhân chỉ đau ê ẩm vùng thắt lưng... kèm theo những cơn đau bệnh nhân có thể nôn, bụng chướng - ruột đầy hơi.

Sốt cao 38,5-39° âm i không thành cơn và kéo dài trong ngày

Toàn thân suy sút chán ăn mệt mỏi (đau, sốt không dứt)

Tiểu ít giảm khối lượng có khi dưới 1 lít/ngày

Đái máu nước tiểu hồng hay đỏ (ít gặp) có thể đái máu vi thể

Đái đục: nước tiểu xầm màu do các tế bào niêm mạc ĐBT viêm long thải theo nước tiểu, do nhiễm khuẩn

Cận lâm sàng: hồng cầu bình thường, bạch cầu tăng cao, đa nhân trung tính tăng cao

Xét nghiệm nước tiểu: HC (+++), BC (+++), tế bào biểu mô đường tiết niệu (+++), Protein vết (<1g/24giờ)

Vi khuẩn nước tiểu thường gặp: E Coli 60-80%, liên cầu, tụ cầu vàng Proteus các chủng.

Diễn biến của đợt viêm đài bể thận - viêm thận cấp: nếu chọn được kháng sinh nhạy cảm đủ hiệu lực tốt có thể tiến triển 5-7 ngày: hiện tượng viêm phù nề đường tiết niệu giảm, nếu sỏi niệu quản không gây tắc hoàn toàn, niệu quản được lưu thông có mức độ với lưu lượng nước tiểu tăng dần bệnh nhân sẽ giảm đau hạ sốt và sẽ qua đợt viêm nhiễm cấp tính.

Các triệu chứng trên thường hay gặp tái diễn, những lần sau nặng hơn.

2.1.3. Chẩn đoán

X quang hệ tiết niệu sẽ phát hiện sỏi niệu quản trừ các trường hợp sỏi urat, acid uric.

Siêu âm: kích thước thận to hơn bình thường, bao thận dày. Đài bể thận giãn nhẹ, niệu quản trên sỏi giãn, vùng vỏ tủy còn phân biệt rõ và âm đồng đều không chỗ hoại tử. Siêu âm phát hiện sỏi niệu quản là hình tăng âm có bóng cản ngay cả sỏi urat, acid uric, nhưng siêu âm khó phát hiện sỏi niệu quản 1/3 giữa vì hơi các quai ruột và xương chậu.

Chụp niệu đồ tĩnh mạch (NĐTM) khi bệnh hết đợt viêm cấp tính: đánh giá chức năng hình thái đài bể thận, thận, thường thay đổi ít, chức năng thận giảm nhẹ (ngấm thuốc chậm hình đài bể thận không đẹp)

Xét nghiệm sinh hoá: urê, creatinin, các chất điện giải máu cũng ít thay đổi.

Viêm đài bể thận 2 bên: đều do sỏi hay viêm đài bể thận cấp 1 bên và thận đối diện là thận bệnh lý (mổ sỏi tiết niệu cũ, viêm thận, teo thận...) các triệu chứng biểu hiện bằng cơn đau sỏi niệu quản, sốt cao, đồng thời thiếu niệu, vô niệu, urê, creatinin tăng.

Viêm đài bể thận mãn tính 2 bên: do sỏi niệu quản hai bên hay bên viêm nhiễm khuẩn ngược dòng ĐBT bên đối diện có sỏi hay không có sỏi.

Biểu hiện tình trạng viêm đường tiết niệu trên và suy thận mãn tính với mức độ khác nhau.

Toàn trạng chung suy giảm niêm mạc nhợt có thể phù kín đáo hay rõ rệt, mệt mỏi, chán ăn đắng miệng do urê, creatinin tăng.

Đau âm ỉ vùng thắt lưng 2 bên, lượng nước tiểu bình thường hay giảm nhưng tỉ trọng giảm nhiều.

Các xét nghiệm sinh hoá thay đổi nhiều urê, creatinin các chất điện giải máu Na^+ , Kali^+ tăng và toan chuyển hoá. Mức lọc cầu thận giảm, hệ số thanh thải urê, creatinin đều giảm.

Xét nghiệm máu hồng cầu giảm $<3.000.000$ hay thấp hơn nữa thiếu máu nhược sắc, bạch cầu tăng, đa nhân trung tính và lympho tăng.

Xét nghiệm nước tiểu có đầy đủ dấu hiệu của viêm đường tiết niệu.

Tình trạng viêm đài bể thận mạn tính với sỏi niệu quản là hậu quả của bệnh lý sỏi không được điều trị đúng, sự coi nhẹ bệnh nhân có sỏi, khi dịu cơn đau rồi bỏ qua, ngay cả các trường hợp sau khi đã điều trị sỏi niệu quản ở giai đoạn muộn có biến chứng, VĐBT-T mãn tính vẫn có thể những đợt bùng phát cấp tính khi bội nhiễm tăng thêm, làm suy giảm dần chức năng thận và giãn đài bể thận.

2.1.4. Điều trị

Nguyên tắc điều trị là tình trạng viêm đài bể thận cấp do sỏi niệu quản trước và giải phóng sớm niệu quản khỏi bị tắc sỏi.

– Giảm đau: Atropin, Papaverin, Morphin, Dolagran

Kháng sinh: chờ xét nghiệm vi khuẩn và kháng sinh đồ thì mất tính cấp cứu của VĐBT cấp có thể tiến hành điều trị

Với đài bể thận nhẹ và trung bình có thể dùng

- Cephalosporin uống (Cefalexin) 1-1,5g/ngày đơn thuần hay phối hợp fluoroquinolon (Peflacin 400mg x 2v/ngày hay Noroxin 400mg x 2v/ngày)
- Augmentin 1-1,5g/ngày

Với đài bể thận nặng có thể dùng

- Cefotaxim 1-1,5g/IM-IV/ngày đơn thuần hay phối hợp Peflacin IV 400mg x 2/ngày (Ciprofloxacin IV 200mg-400mg).

Điều chỉnh sử dụng kháng sinh sau khi có xét nghiệm vi khuẩn và có kháng sinh đồ.

Đợt điều trị 5-7 ngày phải dứt điểm: cắt cơn đau quặn thận, hết sốt hết nhiễm khuẩn tiết niệu, lượng nước tiểu tăng, toàn trạng ổn định, nếu không dứt điểm, hay ổn định nhưng ngừng kháng sinh để tiến hành các chẩn đoán bổ sung (chụp NĐTM) bệnh cảnh lâm sàng lại tái diễn phải tính đến việc can thiệp phẫu thuật sớm: mổ niệu quản lấy sỏi và đặt thông niệu quản tốt hơn các biện pháp can thiệp khác.

Khi tình trạng VDBT cấp ổn định: Chụp NĐTM để đánh giá sỏi niệu quản, sỏi tiết niệu và ảnh hưởng chức năng thận.

- Sỏi nhỏ < 1cm tròn nhẵn
 - + 1/3 trên, giữa NQ: đặt thông NQ đẩy sỏi lên thận, tán sỏi thận ngoài cơ thể
 - + 1/3 dưới NQ nội soi NQ tán lấy sỏi hay tán sỏi NQ ngoài cơ thể

Nếu cơ sở không có trang bị chuyển bệnh nhân về các trung tâm tiết niệu.

Bệnh nhân không có điều kiện chuyển viện, mổ niệu quản lấy sỏi sớm.

- Sỏi lớn > 1cm xù xì có dạng NQ: nên phẫu thuật lấy sỏi lập lại lưu thông sỏi niệu quản.

Kết quả điều trị VDBT-T cấp là mổ hay can thiệp sớm lấy hết sỏi niệu quản, và đường tiết niệu, các xét nghiệm nước tiểu tế bào HC (-), BC (-).

Điều trị VDBT-T mãn tính đối với 1 thận niệu quản có sỏi: khả năng hồi phục chức năng thận là rất hạn chế, nhưng chức năng thận đối diện sẽ bù trừ hoàn toàn nên thể trạng chung và chất lượng cuộc sống vẫn bảo đảm.

VDBT-T mãn tính 2 bên sau khi can thiệp sỏi niệu quản tiết niệu 2 bên không làm VDBT-T nặng thêm nhưng tình trạng suy thận ít khả năng hồi phục (nhất là các trường hợp giai đoạn III-IV) tiên lượng xấu phải điều trị bằng lọc máu chu kỳ.

Sỏi niệu quản là một cản trở dòng nước tiểu dù tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn gây ứ đọng nước tiểu và viêm nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

Trong quá trình viêm nhiễm các thương tổn viêm-xơ niêm mạc, dưới niêm mạc đến cơ thành niệu quản sẽ gây chít hẹp ngay tại chỗ sỏi niệu quản, thường gặp ở 1/3 giữa ngay sát trên động mạch chậu, 1/3 dưới sát bàng quang.

Khi sỏi tắc không hoàn toàn nước tiểu đục, thận to ít, sỏi tắc hoàn toàn, thận to căng nhu mô thận giãn mỏng có khi như màng nilon thành một bọc chứa đọng nước tiểu (500-3000ml)

Thận ứ nước đơn thuần theo logic, không thể có, nhưng trên lâm sàng các trường hợp "thận ứ nước tiểu trong" xét nghiệm không có vi khuẩn nên danh từ thận ứ nước vẫn có ý nghĩa thực tế, trong điều trị phải quan tâm bảo tồn thận ngay cả ở giai đoạn III-IV.

Thận ứ mủ là tình trạng sỏi niệu quản tắc chít hẹp, nhiễm khuẩn để quá muộn không điều trị

Thận ứ mủ thường to chắc ít khi teo nhỏ. Khi mổ có thể thấy bể đài thận giãn rộng chứa đầy mủ trắng đặc như nước vo gạo, như sữa đôi khi có màu nâu như sữa chocolate do hoại tử chảy máu lẫn mủ. Nhu mô thận bị phá huỷ, các ống thận cũng giãn mỏng thành những hốc chứa đầy mủ cùng với lớp vỏ thận dày xơ hoá bao bọc những ổ mủ to nhỏ khác nhau, và các lớp mỡ xung quanh dính vào vỏ thận. Hoại tử nhu mô thận có thể không hoàn toàn nhưng do ổ áp xe rải rác nên làm hỏng thận, bệnh nhân sống chủ yếu với thận bên đối diện.

2.2. Thận ứ nước

2.2.1. Triệu chứng

Bệnh nhân có bệnh sử sỏi niệu quản, một số ít trường hợp chỉ đau thắt lưng nhẹ do sỏi niệu quản nhỏ trơn, có thể lưu thông nước tiểu từng đợt rồi lại viêm tắc niệu quản, niệu quản thận giãn to dần.

Hội chứng nghẽn tắc đường tiết niệu trên do sỏi niệu quản: đau vùng thắt lưng kèm theo thận to ứ nước có đặc điểm khác với đau do sỏi niệu quản đơn thuần.

- Đau âm ỉ liên tục, đau nhiều về đêm
- Căng tức nhức nhối rất khó chịu, chán ăn, uống nhiều
- Đau làm mất khả năng vận động và lao động

Thận to-khối u vùng thắt lưng có khi bệnh nhân tự sờ thấy, thầy thuốc phát hiện: thận to căng, mềm còn đàn hồi, ấn vào khối thận bệnh nhân đau tức: chạm thận (+), bập bênh thận (+)

- Đôi khi có những trường hợp viêm tắc niệu quản giảm đi sỏi di chuyển được lưu thông, thận lại bé đi
- Đái ra máu mức độ nhẹ: nước tiểu hồng nhạt hay đái máu vi thể

Toàn trạng vẫn bình thường có thể gai sốt $37^{\circ}\text{--}38^{\circ}\text{C}$ do bội nhiễm (thận ứ nước nhiễm khuẩn)

2.2.2. Cận lâm sàng: hồng cầu bình thường, bạch cầu hơi tăng, tốc độ lắng máu tăng nhẹ. Các xét nghiệm sinh hoá ở giới hạn bình thường nếu là sỏi niệu quản một bên thận bên đối diện bù trừ.

Nếu trường hợp thận ứ nước hai bên. Toàn trạng suy sụp hơn, gầy, da khô hay phù, xanh thiếu máu, chán ăn, mệt mỏi, không muốn vận động đi lại vì đau căng tức cả hai bên thắt lưng. Đái ít.

Xét nghiệm sinh hoá có nhiều biến đổi tùy mức độ thận ứ nước hay nước và suy thận urê, creatinin tăng, rối loạn nước điện giải Na^+ , K^+ tăng, toan hoá máu, dự trữ kiềm giảm, pH máu thấp.

2.2.3. Chẩn đoán hình ảnh

Chụp hệ tiết niệu phát hiện sỏi niệu quản một bên hay hai bên (93-95%) trừ trường hợp sỏi urat, acid uric

Khi thận to quá có thể đẩy niệu quản, sỏi về phía đối diện trùng với cột sống khó nhìn thấy sỏi, hoặc nhầm chẩn đoán sỏi niệu quản bên không có thận to.

Chụp niệu quản bể thận ngược dòng sẽ nhìn rõ trong những trường hợp nghi ngờ sỏi niệu quản hay chụp hệ tiết niệu không thấy sỏi.

Siêu âm cũng là phương tiện chẩn đoán tốt sỏi niệu quản ngay cả sỏi urat, acid uric nhưng khó phát hiện sỏi niệu quản 1/3 giữa vì vướng ruột và xương chậu.

Chụp NĐTM rất quan trọng để đánh giá chức năng có sỏi và thận bên đối diện. Khi có sỏi niệu quản một bên thận đối diện sẽ bù trừ nên trong các trường hợp này thận có sỏi niệu quản ngấm thuốc kém hay không ngấm thuốc chưa hẳn là thận mất chức năng, cần theo dõi chụp những phim chậm sau 60-90-120 phút để đánh giá được chức năng và hình thể đài bể thận ứ nước. Các trường hợp sỏi niệu quản hai bên cũng phải chụp niệu đạo tĩnh mạch chậm mỗi đánh giá được đúng chức năng và hình thể thận. Nếu hai thận không ngấm thuốc trong các phim, chụp chậm 120-180 phút sẽ khó khăn cho thái độ xử trí.

Chụp đồng vị phóng xạ với $^{99m}\text{TcDTPA}$ (Diehtylene Triamine Penta Acetic acide); cho phép đánh giá đúng chức năng thận từng bên. Khi NĐTM không ngấm thuốc. Nếu chức năng thận $<5\%$ thì chức năng lọc của thận không còn.

2.2.4. Chẩn đoán mức độ thận ứ nước

Dựa trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh chủ yếu là siêu âm và NĐTM chia 4 mức độ thận ứ nước

- Mức độ 1: thận to hơn bình thường thận giảm tiết thuốc (chậm sau 15 phút) ĐBT giãn rõ hình trụ, nhu mô thận dày hơn 10mm
- Mức độ 2: thận to rõ rệt 12 x 10cm thận giảm tiết thuốc (chậm sau 30 phút) ĐBT mở giãn hình chum nhỏ (đk 2cm) nhu mô thận dưới 10-5mm
- Mức độ 3: thận to rõ rệt 15x12cm, thận giảm nhiều (tiết thuốc chậm sau 45 phút) ĐBT mở hình quả bóng bàn (2cm) nhu mô mỏng 5-3mm.
- Mức độ 4: thận to rõ rệt, chức năng thận giảm nhiều (không tiết thuốc sau 60 phút), không thấy hình ĐBT, nhu mô mỏng dưới 3mm hoặc không đo được.

2.2.5. Nguyên tắc điều trị

Chú ý khả năng bảo tồn, hết sức hạn chế cắt bỏ thận

Phẫu thuật bảo tồn thận: khi chức năng thận chưa bị mất hoàn toàn (bao gồm cả các trường hợp NĐTM thận bài tiết chậm 60'-120'), nhu mô thận còn dày 3-5mm, nước tiểu đục vi khuẩn $N < 10^4/\text{ml}$.

Thận ứ nước độ 1-2: tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi niệu quản, mổ lấy sỏi phục hồi lưu thông niệu quản đơn thuần hay đặt ống thông niệu quản.

Thận ứ nước độ 3-4: mổ lấy sỏi niệu quản, phục hồi lưu thông với ống thông niệu quản hay dẫn lưu thận đảm bảo an toàn cho phẫu thuật.

Trường hợp có chít hẹp niệu quản thực sự (khi phẫu thuật thăm dò NQ ống thông 8Ch không thông) có thể cắt đoạn hẹp NQ nối tận trên ống thông NQ, hay dẫn lưu tạm thời và chuyển bệnh nhân đến các trung tâm ngoại khoa tiết niệu.

Sỏi niệu quản hai bên cần đánh giá toàn trạng, cân nhắc can thiệp cả hai bên trong một lần mổ

Cắt thận được chỉ định trong các trường hợp thận ứ nước độ 4 (20-25%) thận mất hết chức năng chỉ còn là túi chứa nước tiểu, thận bên đối diện bù trừ hoàn toàn.

2.3. Thận ứ mủ

2.3.1. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh nhân có bệnh sử sỏi niệu quản với những cơn đau quặn thắt lưng và nhiễm khuẩn nhiều đợt, khu thận ứ mủ triệu chứng rất nổi bật:

Thể trạng gầy sút, da xanh, thiếu máu sốt cao rét run 39-40°C khó điều trị

Đau thắt lưng trội lên căng tức, không ăn không ngủ được, đái nước tiểu đục như nước vo gạo hay như sữa.

Khám thấy thận to căng, chắc, rất đau ít di động (như một u thận) khác với thận ứ nước (thận căng mềm có thể di động được).

Phản ứng vùng thắt lưng có thể phù nề tấy đỏ do thấm nước tiểu mủ ra quanh thận.

Xét nghiệm nước tiểu: bạch cầu thoái hoá nhiều, hồng cầu +++

Vi khuẩn: E Coli hoặc Proteus... số lượng $N > 10^5/\text{ml}$

Xét nghiệm máu: hồng cầu giảm, bạch cầu tăng chủ yếu là đa nhân trung tính và lympho, tốc độ máu lắng cao.

Urê máu, creatinin máu bình thường hay tăng nhẹ (do thận bên đối diện bù trừ).

2.3.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp X quang hệ tiết niệu cả vùng thắt lưng mờ bóng thận to và sỏi niệu quản
- Siêu âm: niệu quản dài bể thận giãn to, chứa dịch đậm... âm không đồng đều, nhu mô thận mỏng. Phát hiện sỏi niệu quản
- Chụp NDTM đánh giá chức năng thận và bù trừ của thận bên đối diện

2.3.3. Thể lâm sàng

Thể bán cấp hay mạn tính tình trạng không nhiễm khuẩn nặng (như sốt cao) đi tiểu đục từng đợt nhưng toàn thân suy sụp, gầy, da xanh thiếu máu. HC, HST thấp, BC tăng cao, tốc độ lắng máu cao

Khối u vùng thất lưng to chắc đau phân biệt khối ung thư thận

Chụp hệ tiết niệu phát hiện sỏi niệu quản (phân biệt thận ứ mủ do dị dạng bẩm sinh hệ tiết niệu)

Thể suy thận urê huyết cao: thận ứ mủ ứ nước hai bên

2.3.4. Thái độ xử trí

Thận ứ mủ là tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên rất nặng.

Cắt thận được chỉ định, nhưng có khi phải bảo tồn vì thận bên đối diện là thận bệnh lý chỉ lấy sỏi niệu quản và dẫn lưu thận mủ

Các trường hợp thận ứ mủ nhiễm khuẩn cấp hay nhiễm khuẩn huyết, đái tháo đường, thể trạng bệnh nhân suy sụp đe dọa tính mạng trong cấp cứu thì chỉ dẫn lưu thận điều trị nội khoa rồi đánh giá lại tình trạng toàn thân, chức năng hai thận, sẽ can thiệp triệt để sau.

Cắt thận ứ mủ là một phẫu thuật khó, cần chuẩn bị bệnh nhân khi mổ tránh các tai biến làm thương tổn các tạng hay mạch máu.

2.4. Suy thận cấp

Sỏi niệu quản là một trong những nguyên nhân thiếu niệu vô niệu - suy thận cấp sau thận.

Thiếu niệu khi lượng nước tiểu dưới 400ml/24 giờ, vô niệu khi dưới 100ml/24giờ.

Suy thận cấp sau thận do sỏi niệu quản thường gặp sỏi niệu quản hai bên (hay sỏi thận một bên, sỏi niệu quản một bên)

Sỏi niệu quản một bên nếu vô niệu thường là thận đối diện bệnh lý, tuy nhiên sỏi một bên niệu quản gây vô niệu cũng có gặp trong y văn gọi là: vô niệu do phản xạ.

2.4.1. Sinh bệnh học

Sỏi gây viêm tắc niệu quản cấp tính ứ đọng quá mức ở thận, trong tình trạng giãn đài bể thận đã có trước, tạo phản xạ ngừng bài tiết của thận. Thực chất suy thận cấp do sỏi niệu quản (sỏi tiết niệu) là suy thận sau thận nhưng chính tại thận cũng đã bị thương tổn.

- Nhiễm khuẩn tác động lên tính chất bệnh lý của sỏi niệu quản tăng nguy cơ suy thận cấp
- Rối loạn nước điện giải: Na^+ tăng, K^+ tăng
- Rối loạn toan kiềm urê máu, tăng creatinin máu, tăng dự trữ kiềm, giảm pH.

2.4.2. Triệu chứng

Bệnh nhân có bệnh sử sỏi niệu quản (thận) cơn đau thất lưng nhiều lần... nhưng bệnh nhân có diễn biến bất thường: nhiễm khuẩn tiết niệu, hay sau khi đi xa, lao động mệt mỏi suy thận cấp.

Đau vùng thắt lưng dữ dội hơn kèm theo đau bụng, bụng chướng, buồn nôn, nôn nhiều

Thận to, đài ít dẫn đến mức chỉ được 200ml/ngày, hay không có nước tiểu

Toàn thân suy sụp nhanh, mệt mỏi, chán ăn, đắng miệng, bệnh nhân không muốn ăn, sợ uống nước, da khô mất nước, niêm mạc nhợt nhạt thiếu máu.

Các triệu chứng diễn ra rất rầm rộ tiến triển nhanh trong 2-3 ngày: lơ mơ, hôn mê vật vã

Thở nhanh nông

Tuần hoàn rối loạn: nhịp tim tăng, huyết áp cao

Cận lâm sàng

Hồng cầu giảm < 3 triệu, bạch cầu tăng cao, máu lắng tăng

Trong các trường hợp thiếu niệu, vô niệu do sỏi niệu quản thường urê máu đã cao gấp 2-3 lần bình thường > 30mol/l, creatinin máu cao > 270mol/l

Rối loạn nước điện giải nhất là K⁺ tăng > 5mEq và trên điện tâm đồ ST chênh, kèm theo rối loạn toan chuyển hoá.

2.4.3. Chẩn đoán hình ảnh

X quang hệ tiết niệu: sỏi niệu quản một bên hoặc hai bên hoặc một bên sỏi niệu quản một bên sỏi thận

Siêu âm: thận to dài bề thận giãn phát hiện sỏi niệu quản và bất thường của thận bên đối diện.

2.4.4. Tiến triển và tiên lượng

Vô niệu từ 5-7 ngày: điều trị có khả năng hồi phục tuy nhiên phụ thuộc theo tình trạng nhu mô thận dày mỏng, sỏi niệu quản tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn

Ngoài 7-12 ngày: điều trị ít khả năng hồi phục, tỉ lệ tử vong cao, vì nhiễm khuẩn và hoại tử nhu mô thận, xơ hoá tiến triển sau khi đã điều trị lấy sỏi

2.4.5. Nguyên tắc điều trị

Bồi phụ thăng bằng nước điện giải, thăng bằng kiềm toan

Dùng kháng sinh có phổ tác dụng rộng không độc với thận; cephalosporin thế hệ 2-3, metronidazole, fluoroquinolon-peflaxin tiêm tĩnh mạch.

Can thiệp sớm nếu urê, creatinin chưa quá cao, các điện giải máu bình thường.

- Đặt ống thông J kép niệu quản, nếu có nước tiểu, điều trị nội khoa ổn định, can thiệp sỏi niệu quản sau.
- Phẫu thuật: gây tê tại chỗ hoặc gây tê tuỷ sống là tốt nhất. Lấy sỏi dẫn lưu thận là chủ yếu hoặc kết hợp lấy sỏi niệu quản một hoặc cả hai bên chú ý đảm bảo lưu thông niệu quản.

Nếu urê quá cao $> 30\text{mol/l}$, $\text{K}^+ > 5\text{mEq/l}$ bệnh nhân phù: lọc máu cấp cứu và can thiệp sau khi hạ K^+ máu. Urê, creatinin máu

Sau mổ bồi phụ nước điện giải bằng kiểm toan

Theo dõi hội chứng sau mổ lấy sỏi ngày thứ 5-thứ 7: tình trạng mất nước và điện giải nặng, tình trạng nhiễm khuẩn sau mổ: nhu mô thận tiếp tục hoại tử nên chức năng thận không hồi phục.

Bồi phụ khối lượng tuần hoàn nhưng bệnh nhân vẫn đái ít, phù tăng lên sau 2 tuần mới tiên lượng được.

Kết hợp chạy thận nhân tạo trong các trường hợp urê máu tăng 30mol/l , $\text{K}^+ > 5\text{mEq/l}$, phù: 1-2 lần/tuần

Theo dõi các chỉ số để đánh giá kết quả điều trị và tiên lượng: urê, creatinin máu/urê, creatinin nước tiểu, các thông số toan kiềm pH máu, điện giải máu, nước tiểu.