

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI

CẤP CỨU NGOẠI KHOA

TIÊU HOÁ



THƯ VIỆN
Y HỌC

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THĂM KHẢO NỘI BỘ
NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI

CẤP CỨU NGOẠI KHOA

TIÊU HOÁ



THƯ VIỆN
Y HỌC

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2010

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

CHỦ BIÊN

Đặng Hanh Đệ

Giáo sư, nguyên Phó Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Hà Nội. Nguyên Chủ nhiệm Khoa Phẫu thuật Tim mạch Lồng ngực Bệnh viện Việt Đức. Chủ nhiệm Khoa ngoại Bệnh viện Hữu Nghị

THAM GIA BIÊN SOẠN

Nguyễn Ngọc Bích

PGS.TS. Chủ nhiệm Khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai, Phó Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại – Trường Đại học Y Hà Nội.

Trần Hiếu Học

Thạc sĩ, Phẫu thuật viên Khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai

Phạm Đức Huân

Tiến sĩ, Phó Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại, Phó Chủ nhiệm Khoa Tiêu hoá Bệnh viện Việt Đức

Nguyễn Xuân Hùng

Tiến sĩ, Phẫu thuật viên Khoa Tiêu hoá Bệnh viện Việt Đức

Hà Văn Quyết

PGS.TS. Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội, Phó Giám đốc Bệnh viện Việt Đức.

Trịnh Văn Tuấn

Thạc sĩ, Phẫu thuật viên Khoa Cấp cứu Bệnh viện Việt Đức.

Đoàn Thanh Tùng

Tiến sĩ, Chủ nhiệm Khoa Phẫu thuật Gan mật Bệnh viện Việt Đức.



**THƯ VIỆN
HUYẾT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

LỜI NÓI ĐẦU

Cấp cứu ngoại khoa luôn là vấn đề thời sự, cấp thiết không những của phẫu thuật viên mà còn là của tất cả những người làm công tác y tế.

Những năm trước đây của thế kỷ trước, Nhà xuất bản Y học đã ấn hành quyển **Cấp cứu ngoại khoa**, nhưng trải qua thời gian dài với những tiến bộ trong y học nội dung cũng như sự phát triển của ngành ngoại khoa nước ta nói riêng, chúng tôi biên soạn lại quyển **Cấp cứu ngoại khoa** với sự tham gia của nhiều phẫu thuật viên chuyên khoa có kinh nghiệm.

Quyển sách sẽ được xuất bản làm nhiều tập, mỗi tập tương ứng với một chuyên khoa như: Nhi khoa, Thần kinh, Tim mạch lồng ngực, Tiêu hoá, Tiết niệu, Chấn thương.

Chúng tôi hy vọng với lần xuất bản này, quyển sách sẽ đáp ứng tốt hơn với lòng mong đợi của các bạn đồng nghiệp.

Đặng Hanh Đệ



MỤC LỤC

1. Thủng thực quản	Phạm Đức Huấn	5
2. Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng	Hà Văn Quyết	15
3. Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng	Hà Văn Quyết	23
4. Hẹp môn vị	Hà Văn Quyết	33
5. Chấn thương tá tràng	Trịnh Văn Tuấn	41
6. Tắc ruột	Phạm Đức Huấn	50
7. Thoát vị nghẹt	Hà Văn Quyết	60
8. Xoắn ruột	Nguyễn Ngọc Bích	70
9. Chấn thương bụng và vết thương bụng	Hà Văn Quyết	80
10. Viêm ruột thừa	Phạm Đức Huấn	91
11. Viêm túi thừa Meckel	Nguyễn Ngọc Bích	102
12. Viêm phúc mạc và các ổ áp xe trong ổ bụng	Nguyễn Ngọc Bích	108
13. Thoát vị cơ hoành	Nguyễn Ngọc Bích	119
14. Chảy máu trong ổ bụng không do chấn thương	Nguyễn Ngọc Bích	127
15. Vết thương hậu môn - trực tràng	Hà Văn Quyết	135
16. Áp xe gan do amip	Trần Hiếu Học	140
17. Sỏi mật và biến chứng cấp cứu	Đoàn Thanh Tùng	148
18. Viêm túi mật	Đoàn Thanh Tùng	158
19. Viêm tụy cấp	Trần Hiếu Học	165
20. Chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa	Trần Hiếu Học	178
21. Những cấp cứu thường gặp vùng hậu môn trực tràng	Nguyễn Xuân Hùng	191



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

THÙNG THỰC QUẢN

Thùng thực quản là tập hợp các tổn thương tất cả các lớp của thành thực quản lâm thông lòng thực quản với bên ngoài do các nguyên nhân khác nhau như vết thương, chấn thương và thùng thực quản tự phát hoặc do thầy thuốc gây ra. Dù do nguyên nhân nào thì thùng thực quản cũng có những điểm chung là bệnh cảnh lâm sàng giống nhau, đều có nguy cơ viêm trung thất, nguyên tắc và các phương pháp điều trị giống nhau.

Thùng thực quản là một tổn thương ít gặp trong ngoại khoa nhưng lại là tổn thương thùng có tiên lượng nặng nhất trong các loại tổn thương thùng của ống tiêu hoá vì chẩn đoán thường muộn, điều trị còn khó khăn và tỷ lệ tử vong rất cao (20-30%) mặc dù hồi sức và điều trị phẫu thuật đã có rất nhiều tiến bộ.

1. NGUYÊN NHÂN

Có rất nhiều nguyên nhân gây thùng thực quản với các cơ chế gây thùng khác nhau như do vết thương, chấn thương từ ngoài vào (vết thương do bạch khí, hoả khí, tai biến phẫu thuật), hoặc từ trong ra (nội soi, dị vật), hoặc là vỡ thực quản tự phát do tăng áp lực đột ngột trong lòng làm xé rách thực quản hoặc là do các bệnh lý thực quản (ung thư thực quản).

1.1. Thùng thực quản do tai biến của phẫu thuật, thủ thuật

1.1.1. Tai biến của nội soi

Thùng thực quản do nội soi là nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm trên 50% trong tất cả các nguyên nhân gây thùng thực quản. Tỷ lệ thùng thực quản trong nội soi chẩn đoán ước tính khoảng 0,13-0,4%. Trong nội soi chẩn đoán, thùng thực quản có thể gặp khi có thoát vị hoành, dùng ống soi cứng, đặt ống soi mò mẫm, không kiểm soát bằng mắt. Trong nội soi điều trị, nong thực quản điều trị các nguyên nhân hẹp ở thực quản (seô hẹp thực quản sau bỏng, điều trị co thắt tâm vị...) là nguyên nhân gây thùng thực quản hay gặp nhất, sau đó là các tai biến trong các điều trị tạm thời hẹp thực quản do ung thư (đặt nong thực quản, laser), tiêm xơ cầm máu.

1.1.2. Tai biến phẫu thuật

Các phẫu thuật ở vùng cổ, ngực và bụng trên đều có thể gây ra vết thương thực quản do cắt phải thực quản, do các tổn thương của tạng lân cận xâm lấn vào thành thực quản hoặc do các dụng cụ phẫu thuật đặt tại chỗ tỳ đè vào thực quản lâu ngày gây thùng. Các phẫu thuật ở vùng cổ có thể làm thùng thực quản là cắt tuyến giáp do ung thư, hoặc tuyến giáp quá to, các hẹp, vít cột sống cổ tỳ đè vào

thực quản, mở khí quản không đúng kỹ thuật. Các phẫu thuật ở lồng ngực như cắt phổi, soi trung thất có thể gây tổn thương thực quản ngực. Ở bụng, các phẫu thuật có thể gây thủng thực quản là mổ cơ thực quản ngoài niêm mạc (phẫu thuật Heller), cắt thần kinh X, các phẫu thuật điều trị thoát vị hoành.

1.1.3. Các nguyên nhân khác

Tai biến của đặt bóng Blakemore, bóng Linton để cầm máu trong chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch của vị thành thực quản rất dễ tổn thương do thiếu máu, tỷ ép kéo dài của bóng. Thủng thực quản do ống nội khí quản và thở máy kéo dài rất ít gặp.

1.2. Vết thương và chấn thương thực quản

Vết thương thực quản do bạch khí và hoả khí ít gặp ở cổ, vết thương thực quản thường phối hợp với các vết thương mạch máu lớn vùng cổ hoặc khí phế quản với biểu hiện lâm sàng là chảy máu lớn hoặc tràn khí lớn dưới da cổ hoặc trung thất.

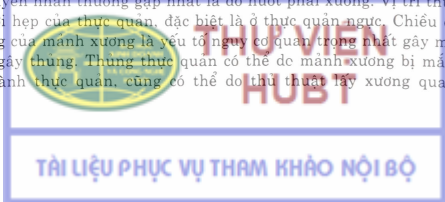
Vỡ thực quản do chấn thương bụng hoặc chấn thương ngực kín rất hiếm gặp và chủ yếu thấy ở những bệnh nhân đa chấn thương. Sự tăng áp lực đột ngột trong lồng thực quản thường gây vỡ thực quản ngực. Ở đoạn thực quản 1/3 trên, đường vỡ ở mặt trước và thường kèm theo vỡ phần màng khí quản. Một số trường hợp vỡ thực quản do hút vào ống hơi có áp lực cao, đường vỡ thực quản thường rất lớn.

1.3. Vỡ thực quản tự phát

Vỡ thực quản tự phát là vỡ thực quản sau nôn mạnh và nhiều, bao gồm hội chứng Boerhaave, hội chứng Mallory - Weiss và máu tụ tự phát thành thực quản. Hội chứng Boerhaave được định nghĩa là tổn thương vỡ hoàn toàn các lớp của thực quản ngực không do chấn thương. Cơ chế vỡ thực quản là do nôn mạnh gây tăng áp lực đột ngột trong lồng thực quản trong khi cơ nhẫn hầu đóng kín. Trong các trường hợp vỡ thực quản tự phát, thường thấy có các tổn thương thực quản, thần kinh phối hợp như viêm thực quản, tăng trương lực cơ thắt dưới của thực quản, túi thừa thực quản ngực... Hội chứng Mallory - Weiss có cơ chế chấn thương tương tự như hội chứng Boerhaave, nhưng tổn thương là rách dọc niêm mạc tâm vị, lớp cơ không bị tổn thương.

1.4. Thủng thực quản do dị vật

Nguyên nhân thường gặp nhất là do nuốt phải xương. Vị trí thủng thường ở những nơi hẹp của thực quản, đặc biệt là ở thực quản ngực. Chiều dài xương và hình dáng của mảnh xương là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất gây mắc lại ở thực quản và gây thủng. Thủng thực quản có thể do mảnh xương bị mắc lại và chọc thủng thành thực quản, cũng có thể do thủ thuật lấy xương qua nội soi gây



thũng. Cần hết sức chú ý tìm dấu hiệu thũng thực quản trước, trong và sau soi thực quản lấy xương mắc.

1.5. Một số nguyên nhân khác

- Thũng các khối u của thực quản hoặc các khối u của trung thất, u phổi vỡ vào thực quản.
- Các tổn thương viêm lao, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải.
- Uống phải các chất ăn mòn (acid, kiềm mạnh).

2. SINH BỆNH HỌC

Trừ các cơ chế thũng thực quản do tai biến của phẫu thuật, nội soi, cơ chế của vỡ thực quản tự phát là do tăng áp lực đột ngột trong lòng thực quản do nôn hoặc nấc mạnh khi cơ thắt trên của thực quản đóng kín. Vỡ hoặc thũng thực quản làm lòng thực quản thông với các khoang tế bào ở phía trên là khoang sau hầu, sau thực quản cổ và phía dưới là khoang tế bào của trung thất sau. Hơi nuốt vào, thậm chí là do bơm hơi khi soi thực quản làm tách các khoang tế bào lỏng lẻo, gây ra hiện tượng tràn khí dưới da cổ và tràn khí trung thất. Nước bọt, thức ăn chảy vào các khoang tế bào nhanh chóng dẫn tới tình trạng viêm trung thất nhiễm khuẩn nặng. Viêm trung thất nhiễm khuẩn thường xuất hiện sau thũng 12 giờ. Dịch acid của dạ dày tràn vào trung thất trong các trường hợp vỡ thực quản thấp, trào ngược dịch dạ dày lên thực quản vào trung thất có thể làm nặng thêm tình trạng nhiễm khuẩn trung thất. Viêm trung thất còn gây ra phản ứng tăng tiết của khí phế quản, nhiễm trùng phổi. Ngược lại, nhiễm trùng ở phổi bị nặng thêm do vỡ thực quản thông với màng phổi hoặc thứ phát do các ổ áp xe trung thất vỡ vào màng phổi gây lên.

Diễn biến tự nhiên của quá trình viêm trung thất là rất nặng do nhiễm trùng, nhiễm độc và do các biến chứng hô hấp nặng. Nguy cơ này có thể nhẹ hơn trong các trường hợp trung thất đã xơ hoá như trong các trường hợp viêm thực quản trào ngược hoặc sau các viêm chít hẹp thực quản sau bỏng thực quản.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

- Thũng thực quản do thủ thuật nội soi: tổn thương thũng thực quản thường là các lỗ thủng nhỏ, bờ sắc gọn, nhỏ, dài, chéo từ trên xuống, lỗ trong và lỗ ngoài lệch nhau hoặc là tổn thương xé rách thành thực quản tương ứng với chỗ thành thực quản bệnh lý.
- Vỡ thực quản do chấn thương: thường gặp ở 1/3 trên của thực quản ngực do các chấn thương mạnh vào lồng ngực. Tổn thương ở thực quản thường kèm theo tổn thương màng sau của khí phế quản và các tạng trong lồng ngực.
- Vết thương thực quản: ít gặp và ít khi là tổn thương thực quản đơn độc. Ở cổ, vết thương thực quản thường kèm theo tổn thương các mạch máu lớn ở cổ và khí quản nên triệu chứng lâm sàng thường bị che lấp bởi hội chứng chảy máu hoặc khó thở.

- Thũng thực quản tự phát: tổn thương là những đường vô dục, thường nằm ở bờ trái của thành thực quản ngực trên cơ hoành. Kích thước của đường vô từ 3-4cm, đôi khi tới 10cm. Đường vô thường làm rách tất cả các lớp của thành thực quản, đôi khi là đường vô không hoàn toàn, không tổn thương hết các lớp của thành thực quản, sau đó do các nhiệm trùng tại chỗ gây hoại tử hoàn toàn thành thực quản. Một điểm cần lưu ý là tổn thương lớp niêm mạc bao giờ cũng rộng hơn lớp cơ nên cần phải mở rộng lớp cơ trước khi khâu vết thương để tránh bỏ sót đường vô dưới niêm mạc. Ngoài ra, có thể gặp các tổn thương phối hợp đã có từ trước như viêm thực quản, túi thừa thực quản, co thắt tâm vị...

- Thũng thực quản do dị vật: thường gặp nhất là do nuốt phải xương. Chiều dài xương và hình dáng sắc nhọn, góc cạnh của mảnh xương là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất gây mắc lại và gây thủng. Thũng thực quản có thể do mảnh xương chọc thủng thành thực quản, cũng có thể do thủ thuật lấy xương qua nội soi gây thủng. Do vậy, tổn thương thủng có thể nhỏ nhưng có khi rất phức tạp.

- Vị trí của lỗ thủng: vị trí của lỗ thủng có thể ở mọi vị trí của thực quản. Tuy nhiên, trong thủng thực quản tự phát, vị trí lỗ thủng thường gặp nhất là thực quản 1/3 dưới, bờ trái của thực quản, trong khi vết thương thực quản và dị vật thực quản lại hay gặp ở đoạn thực quản cổ. Vị trí thủng thực quản hay gặp nhất trong các thủ thuật nội soi là thực quản ngực và thực quản cổ, ngay dưới miệng thực quản. Thủng thực quản do chấn thương thường gặp ở thực quản ngực 1/3 trên.

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán thủng thực quản thường khó và muộn vì các triệu chứng đặc trưng thường ít gặp hoặc xuất hiện muộn. Trong chấn thương và vết thương thực quản, các triệu chứng thường bị che lấp bởi bệnh cảnh của đa chấn thương hoặc hội chứng chảy máu, khó thở do tổn thương các mạch máu lớn hoặc tổn thương khí phế quản.

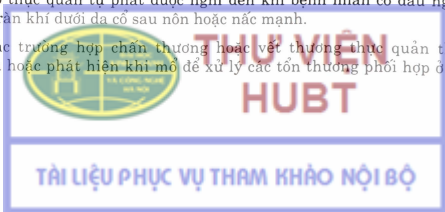
- Thủng thực quản thường được phát hiện và chẩn đoán trong các hoàn cảnh sau:

- Trong khi làm nội soi với gây tê tại chỗ, bệnh nhân thấy đau đột ngột dữ dội, đặc biệt là xuất hiện sau một cử động bất thường hoặc sau khi bệnh nhân nấc mạnh. Khi nội soi với gây mê toàn thân, không thấy được dấu hiệu đau nhưng khi rút ống nội soi từ từ và kiểm soát bằng mắt có thể phát hiện được tổn thương thực quản.

- Khi nuốt phải dị vật, bệnh nhân thấy đau đột ngột, khu trú, liên tục ở một vùng.

- Vô thực quản tự phát được nghĩ đến khi bệnh nhân có đau ngực, khó thở đột ngột, trăn khí dưới da cổ sau đòn hoặc nấc mạnh.

- Các trường hợp chấn thương hoặc vết thương thực quản thường phát hiện muộn hoặc phát hiện khi mổ để xử lý các tổn thương phối hợp ở cổ và trong lồng ngực.



4.1. Triệu chứng lâm sàng

Đau: đau là triệu chứng chính, đau dữ dội và liên tục. Đau sau xương ức hoặc trên rốn trong các trường hợp thủng thực quản tự phát, đau cao ở vùng cổ đối với thủng thực quản cổ. Đau tăng khi nuốt nên bệnh nhân không dám nuốt và thường phải nhổ nước bọt.

- Khó thở: rất thường gặp nhất là trong các thủng thực quản ngực vào màng phổi. Khó thở kèm theo đau, có thể kèm theo thay đổi giọng nói.

- Tình trạng sốc có thể xuất hiện rất sớm với các dấu hiệu mạch nhanh, nhỏ và huyết áp tụt.

- Nôn máu là dấu hiệu có giá trị nhưng rất ít gặp.

- Trần khí dưới da vùng cổ xuất hiện sớm: cổ phồng to lên, sờ thấy mềm và có dấu hiệu lép bẹp của khí dưới da.

- Trong trường hợp thủng thực quản cổ, bệnh nhân cảm thấy rất đau khi người thầy thuốc cầm vào sụn giáp và lắc nhẹ sang hai bên. Trong các tổn thương thực quản bụng, có dấu hiệu co cứng hoặc phản ứng thành bụng trên rốn.

- Trong trường hợp thủng thực quản 1/3 trên kèm theo có rách màng sau của khí quản, bệnh nhân có dấu hiệu ho, sặc khi nuốt do đường vỡ làm thông thực quản với khí quản.

Khi thấy có sự phối hợp của 3 triệu chứng (đau khi nuốt, khó thở và tràn khí dưới da cổ), cần nghĩ tới tổn thương thủng thực quản và phải ngừng cho ăn qua miệng, làm các thăm khám cận lâm sàng để khẳng định chẩn đoán và điều trị sớm.

Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm, sau vài giờ sẽ dẫn tới tình trạng viêm trung thất nhiễm khuẩn rất nặng. Bệnh nhân sốt cao 39-40⁰, vẻ mặt hốc hác, tăng tiết mồ hôi, khó thở, tím tái.

4.2. Triệu chứng cận lâm sàng

4.2.1. Chụp X quang lồng ngực

Chụp ngực thẳng, nghiêng, lấy cả vùng cổ thường thấy có hình ảnh tràn khí dưới da vùng cổ. Hình ảnh tràn khí trung thất có từ 75-80% các trường hợp, có khi thấy hình ảnh hơi hình chữ V trên cơ hoành (dấu hiệu Nacle - Rio). Nếu để muộn, có thể thấy dấu hiệu trung thất giãn rộng do tụ dịch, áp xe trung thất, tràn dịch và tràn khí màng phổi do thủng vào màng phổi hoặc là tràn dịch do phản ứng của màng phổi. Trên phim chụp nghiêng vùng cổ có thể thấy dấu hiệu hơi sau thực quản (dấu hiệu Minigerode) khoang sau thực quản rộng ra, đẩy thực quản và khí quản ra trước.

4.2.2. Chụp bụng không chuẩn bị

Chụp bụng không chuẩn bị có thể thấy hơi tự do trong ổ bụng (dấu hiệu liềm hơi dưới hoành trên phim chụp đứng) hoặc có thể thấy có hơi sau phúc mạc trong các trường hợp thủng thực quản bụng sau phúc mạc.

4.2.3. Chụp cản quang thực quản

Chụp thực quản với thuốc cản quang hoà tan trong nước có thể xác định được 80% các trường hợp thủng thực quản, ngoài ra còn giúp xác định vị trí tổn thương và bên thành thực quản bị tổn thương để chọn đường mổ phù hợp. Trên phim chụp thực quản cản quang, thủng thực quản được khẳng định khi có các hình ảnh sau:

- Hình khác ở thực quản trong trường hợp tổn thương mới chỉ có ở thành thực quản.
- Hình đám thuốc cản quang trên cơ hoành trái trong trường hợp vỡ thực quản tự phát.
- Đường rò thuốc cản quang ra ngoài thực quản vào trung thất, màng phổi trong các tổn thương làm thủng hoàn toàn thành thực quản ngực hoặc cổ thấp.

4.2.4. Chọc màng phổi

Trong các trường hợp có tràn dịch màng phổi, chọc màng phổi thấy dịch màng phổi có màu xanh nhạt của dịch dạ dày. Xét nghiệm dịch có pH < 6. Dịch chọc màng phổi có màu xanh sau khi cho bệnh nhân uống xanh Methylen chứng tỏ là có thông thương giữa ống tiêu hoá và màng phổi.

4.2.5. Chụp cắt lớp vi tính

Dấu hiệu thủng thực quản trên phim chụp cắt lớp vi tính có uống thuốc cản quang dạng nước là hình ảnh rò thuốc cản quang ra ngoài thực quản vào trung thất, dấu hiệu tràn khí trung thất và tổ chức phần mềm ở cổ. Dấu hiệu tràn khí trung thất và tổ chức phần mềm thấy rất rõ trên phim chụp cắt lớp. Áp xe trung thất thể hiện dưới dạng ổ dịch có hơi ở giữa. Chụp cắt lớp có hai lợi ích căn bản là chẩn đoán và đánh giá chính xác, toàn diện các ổ nhiễm khuẩn, áp xe trung thất trong các trường hợp thủng muộn, giúp lựa chọn đường dẫn lưu ổ áp xe qua da. Hơn nữa, chụp cắt lớp là phương tiện tốt nhất để chẩn đoán tổn thương tự máu thành thực quản.

4.2.6. Nội soi

Lợi ích của nội soi trong chẩn đoán thủng thực quản còn đang được thảo luận. Một số tác giả cho rằng, nội soi thực quản với ống soi mềm có bơm hơi có thể làm lan tràn nhiễm khuẩn vào trung thất. Do vậy, chụp thực quản cản quang không khẳng định được chẩn đoán và nội soi phải thực hiện trong phòng mổ ngay trước khi mổ. Một số tác giả lại cho rằng nội soi rất có giá trị để chẩn đoán nhất là trong các trường hợp thủng thực quản do dị vật. Một số nghiên cứu cho thấy nội soi có độ nhạy tới 100% và độ đặc hiệu trên 80% trong chẩn đoán thủng thực quản.

5. ĐIỀU TRỊ

Khi đã chẩn đoán là thủng thực quản, phải cho bệnh nhân ngừng ăn uống qua miệng ngay và chuyển sớm về cơ sở điều trị ngoại khoa. Thái độ xử trí thủng thực quản phụ thuộc vào loại tổn thương, thời gian phát hiện bệnh sớm hay muộn, tình trạng toàn thân, tình trạng nhiễm khuẩn trung thất, thủng trên thực quản lành hay bệnh lý...

Cho dù thủng thực quản do nguyên nhân nào thì cũng cần phải hồi sức tích cực trước, trong và sau mổ, bao gồm:

- Điều trị dự phòng và chống sốc.
- Đảm bảo chức năng hô hấp tốt bằng cách hút đờm rãi, hút khí phế quản, thở oxy, hô hấp hỗ trợ nếu cần thiết, dẫn lưu tràn dịch màng phổi nếu có.
- Đảm bảo nuôi dưỡng đầy đủ (2500 - 3000 calo/ngày) bằng đường tĩnh mạch, tốt nhất là qua mổ thông hồng tràng. Nuôi ăn qua mổ thông dạ dày hoặc qua ống thông dạ dày đặt qua mũi có thể có hại do trào ngược dịch dạ dày lên thực quản vào trung thất.
- Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh: kháng sinh mạnh, phổ rộng, phối hợp kháng sinh có hiệu quả đối với vi khuẩn Gr (-) và Gr (+). Tốt nhất là sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ sau khi có kết quả cấy mẫu dịch màng phổi hoặc ổ áp xe.

Thái độ xử trí đối với tổn thương ở thực quản phụ thuộc vào 3 yếu tố chính:

- Tình trạng của thực quản (thủng trên thực quản lành hay trên thực quản bệnh lý): nếu thủng trên thực quản lành, nên áp dụng các phương pháp phẫu thuật bảo tồn thực quản, đảm bảo khỏi nhanh nhất và ít nguy cơ nhất. Đối với các trường hợp thủng trên thực quản bệnh lý, cần tính toán giữa việc bảo tồn chức năng thực quản và tiên lượng chung của bệnh nhân và bệnh có trước ở thực quản.
- Thời gian từ khi thủng đến khi được chẩn đoán đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Thủng sau 12 - 18 giờ, do có nhiễm khuẩn trung thất nên lỗ thủng thực quản rất khó có thể khâu chắc chắn, nguy cơ rò rất cao. Trong những trường hợp phát hiện muộn, sau nhiều ngày, tình trạng toàn thân rất nặng hoặc đã hình thành ổ áp xe trung thất thực sự thì điều trị bằng phương pháp không mổ hoặc dẫn lưu qua da có thể được áp dụng.
- Nguyên nhân, hoàn cảnh tổn thương thực quản và tình trạng của trung thất bình thường hay đã có viêm dính từ trước cũng được tính đến. Thủng thực quản khi trung thất bình thường thì nguy cơ nhiễm khuẩn trung thất xảy ra rất sớm và lan rộng, cần phải mổ cấp cứu để xử trí tổn thương. Ngược lại, thủng thực quản nhỏ do soi, được phát hiện ngay trên một trung thất đã có viêm dính từ trước do di chứng của sẹo bỏng thực quản, hay viêm thực quản trào ngược thì có thể điều trị trị bảo tồn, không mổ.

5.1. Điều trị phẫu thuật

5.1.1. Đường mổ: trong điều trị thủng thực quản, có rất nhiều đường mổ khác nhau tùy thuộc vào vị trí tổn thương. Đường mổ bờ trước cơ ức đòn chũm trái

thường được sử dụng đối với các tổn thương thực quản cổ, đường mổ sau bên phải qua khoang liên sườn IV hoặc V với thủng thực quản 1/3 trên và 1/3 giữa, đường mổ ngực trái trước bên, khoang liên sườn VI, VII cho các thủng thực quản 1/3 dưới và đường mổ giữa trên rốn cho các thủng thực quản bụng.

5.1.2. Các phương pháp phẫu thuật

a) Khâu thủng:

Đối với các trường hợp thủng thực quản được phát hiện sớm trước 12 giờ, khâu thủng là phương pháp lý tưởng, thường được sử dụng nhất vì đơn giản và khả năng liền vết thương rất cao, bảo tồn được thực quản. Khi phát hiện muộn sau 24 giờ, tỷ lệ rò, bực đường khâu tăng lên đáng kể.

Kỹ thuật khâu thủng thực quản đóng vai trò rất quan trọng cho liền vết thương, trước khi khâu bao giờ cũng phải cắt lọc tổ chức dập nát, hoại tử, mở rộng lớp cơ để thấy rõ hết đường vỡ niêm mạc vì đường vỡ niêm mạc thường lớn hơn đường vỡ của lớp cơ nhất là trong thủng thực quản tự phát để tránh bỏ sót khi khâu. Lỗ thủng được khâu 2 lớp, mũi rời, lớp trong khâu niêm mạc, lớp ngoài khâu lớp cơ với chỉ tiêu chậm.

Trong các trường hợp thủng thực quản đến muộn, sau 24 giờ cần tăng cường cho đường khâu bằng cách khâu áp các vật cân cơ lên đường khâu thực quản. Đối với vết thương thực quản cổ có thể dùng vật cơ có cuống như cơ vai móng, cơ ức đòn chũm khâu áp vào đường khâu thực quản hoặc chèn giữa hai đường khâu thực quản và khí quản nếu có tổn thương phối hợp. Đối với thủng thực quản ngực, có thể sử dụng vật cân màng phổi (Grillo: 1975), vật cơ liên sườn có cuống (Dooling: 1967), vật cơ hoành (Jara: 1979), trong đó vật liên sườn là có hiệu quả nhất và thường được sử dụng. Đối với thủng thực quản bụng, có thể sử dụng phình vị lớn dạ dày và mạc nối lớn để khâu áp vào đường khâu thực quản (Thal: 1964).

b) Loại trừ thực quản:

Để bảo vệ đường khâu khỏi sự trào ngược dạ dày và nước bọt để thực quản được nghỉ ngơi, nhiều phương pháp loại trừ thực quản đã được áp dụng. Johnson (1956) đã cắt đôi thực quản tâm vị, khâu kín 2 đầu lại và đưa thực quản cổ ra da. Urschel (1974) cải tiến bằng cách buộc tâm vị bằng một dải Teflon, mở thông dạ dày và mở thực quản bên ra da ở cổ. Ladin (1989) sử dụng dụng cụ khâu bằng ghim kim loại, Bardini (1992) sử dụng dụng cụ khâu bằng ghim tự tiêu để khâu kín tâm vị, sau 2- 3 tuần thực quản có thể lưu thông trở lại.

Nhìn chung, các phương pháp loại trừ thực quản có nhược điểm là phải làm phẫu thuật thay thế thực quản sau này trong các kỹ thuật loại trừ vĩnh viễn hoặc thực quản thông trở lại quá sớm, có thể gây rò đường khâu trong các phương pháp loại trừ tạm thời. Do vậy, phương pháp loại trừ thực quản chỉ áp dụng trong những trường hợp thủng thực quản đến quá muộn, sau nhiều ngày, việc khâu thực quản không chắc chắn hoặc không thực hiện được.

c) Tạo đường rò chỉ huy:

Brewer (1986) tạo đường rò chỉ huy bằng cách đặt hệ thống ống dẫn lưu cạnh lỗ thủng, tưới rửa và hút liên tục. Phương pháp này ít được áp dụng vì tỷ lệ tử vong cao do viêm trung thất vẫn tiếp tục tiến triển nặng và thực quản dễ lại thường bị hoại tử.

Abbott (1970) tạo đường rò chỉ huy bằng cách đặt một ống Kehr to, ngành dọc đưa vào thực quản xuống dạ dày, ngành ngang đưa ra ngoài thành ngực, khâu lỗ thủng quang ống Kehr, khâu cố định ống thông vào cơ hoành. Hút liên tục ống dẫn lưu với áp lực thấp. Ống Kehr sẽ được rút sau 3 tuần và đường rò sẽ tự liền. Kết quả của phương pháp này xấu do tử vong, rò thực quản và áp xe tồn dư ở trung thất còn cao nên cũng chỉ áp dụng cho các thủng thực quản đến muộn.

d) Đặt Stent nông thực quản:

Có nhiều loại stent đặt vào nông thực quản nhằm mục đích điều trị tạm thời cho các trường hợp thủng thực quản do ung thư hoặc trong một số trường hợp thủng thực quản ngực do dụng cụ, thủng thực quản tự phát trên thể trạng bệnh nhân quá già yếu hoặc quá nặng không thể mở ngực để xử lý lỗ thủng. Trong các trường hợp này, dẫn lưu trung thất và màng phổi được đặt qua đường mổ bụng.

e) Cắt thực quản:

Cắt thực quản chỉ áp dụng cho các trường hợp thủng thực quản do bệnh lý như ung thư thực quản, hẹp thực quản không sửa chữa được, chấn thương dập nát rộng thực quản, hoại tử rộng thực quản do đến quá muộn không thể điều trị được bằng các phương pháp khác hoặc điều trị bằng các phương pháp khác thất bại.

Cắt thực quản có thể thực hiện qua đường mổ ngực hoặc đường mổ bụng - cổ trái (cắt thực quản không mổ ngực). Tái tạo thực quản sẽ được thực hiện sau 3-6 tháng tùy thuộc tình trạng nhiễm trùng tại chỗ và tình trạng toàn thân của người bệnh.

Trong mọi trường hợp, ngoài các phương pháp xử trí tổn thương ở thực quản, còn phải lau rửa sạch màng phổi, trung thất, cắt lọc các tổ chức hoại tử, lấy bỏ giả mạc, phá bỏ hết các ổ áp xe, bóc màng phổi nếu cần và làm nở phổi. Để làm nở phổi, nếu cần có thể cho thở máy với áp lực dương để xóa bỏ các khoảng chết của trung thất, màng phổi, tạo thuận lợi gây dinh, liền cho đường khâu.

5.2. Điều trị không phẫu thuật

Điều trị bảo tồn, không mổ có thể áp dụng cho các trường hợp thủng thực quản khi có các điều kiện sau:

- Thủng thực quản được phát hiện sớm hoặc thủng muộn nhưng không có dấu hiệu nhiễm trùng lan tỏa.
- Đường rò vào trung thất nhỏ trên phim chụp cản quang thực quản và được dẫn lưu tốt vào nông thực quản, không có rò vào màng phổi.

- Bệnh nhân không ăn kể từ lúc bị thủng tới lúc chẩn đoán.
- Vị trí thủng không nằm ở thực quản bụng, thực quản không có u hoặc hẹp phía dưới.

- Hội chứng nhiễm trùng nhẹ.

Những chỉ định điều trị bảo tồn, không mổ bao gồm:

- Thủng thực quản do dụng cụ làm thủ thuật, trước hết là vị trí thủng ở cổ, thủng trong các trường hợp lấy dị vật thực quản.
- Thủng thực quản nhỏ trong lồng ngực sau nong thực quản để điều trị hẹp do viêm thực quản trào ngược, nong điều trị co thắt tâm vị, hẹp do bỏng thực quản cũ. Trong các trường hợp này, hy vọng là sự xơ hoá của trung thất sẽ làm hạn chế sự lan toả của nhiễm khuẩn vào trung thất.
- Trường hợp đến muộn, ổ mủ đã khu trú, dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân nhẹ và ổ mủ có thể dẫn lưu qua da dưới sự hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính.

Điều trị bảo tồn, không mổ bao gồm đặt bệnh nhân nằm đầu cao, nhịn ăn tuyệt đối, nuôi dưỡng tốt và hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch, điều trị kháng sinh toàn thân mạnh và hiệu quả với các vi khuẩn Gr (+) và Gr (-). Dẫn lưu ổ áp xe qua da nếu có. Đặt ống thông thực quản qua mũi vào cạnh lỗ thủng để tưới rửa liên tục với huyết thanh mặn đẳng trương, có thể pha thêm kháng sinh vào dung dịch rửa. Theo dõi liên tục để đánh giá hiệu quả của điều trị. Nếu điều trị bảo tồn thất bại cần chuyển sang điều trị phẫu thuật sớm trước 24 giờ.

KẾT LUẬN

Thủng thực quản là loại bệnh lý hiếm gặp, do rất nhiều nguyên nhân gây ra, tiên lượng rất nặng, tỷ lệ tử vong còn cao. Chẩn đoán còn muộn do triệu chứng thường không điển hình và biểu hiện rất đa dạng. Chụp cản quang thực quản có vai trò quan trọng trong chẩn đoán. Chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng không những để chẩn đoán bệnh mà còn giúp cho việc lựa chọn phương pháp điều trị và theo dõi sau mổ. Điều trị phẫu thuật phối hợp với hồi sức tích cực là phương pháp điều trị cơ bản nhất cho dù trong một số thể nhiễm khuẩn khu trú có thể điều trị bằng dẫn lưu qua da nhưng chỉ định phải được lựa chọn cẩn thận và được theo dõi chặt chẽ để chuyển điều trị phẫu thuật sớm nếu điều trị bảo tồn thất bại.



THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Thùng là một trong những biến chứng thường gặp của ổ loét dạ dày - tá tràng chiếm tỷ lệ 15 - 22%. 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 chỉ định hợp lý các phương pháp phẫu thuật như khâu lỗ thùng, cắt đoạn dạ dày, cắt thần kinh X...

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 - 40 với tỷ lệ khoảng 40%. Nhưng cũng có những thùng dạ dày ở bệnh nhân trên 80 - 85 tuổi.

Loét ít gặp ở trẻ em nên cũng không thấy thùng.

Điều kiện thuận lợi

Thời tiết: mùa rét thường gặp nhiều hơn và khi thời tiết thay đổi. Gặp nhiều vào các tháng 1,2,3,4, và ít vào các tháng 5,6,7,8,9.

Bữa ăn: thùng có thể xảy ra bất cứ lúc nào, thùng càng gần bữa ăn thì ổ bụng càng bần và càng chóng đưa đến tình trạng viêm màng bụng.

Chấn thương tinh thần: thùng 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

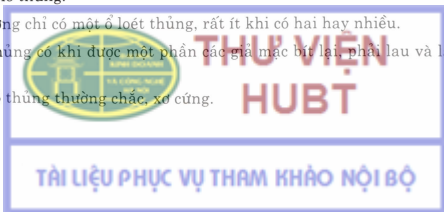
1.1. Ổ loét thùng

Vị trí ổ loét thùng thường ở tá tràng, điều này cũng phù hợp vì loét tá tràng chiếm đa số (ổ loét ở mặt trước tá tràng hay bờ cong nhỏ). Không nên quên những ổ loét mặt sau có thể thùng, phải mở mạc nối dạ dày - đại tràng đi vào hậu cung mạc nối để tìm lỗ thùng.

Thường chỉ có một ổ loét thùng, rất ít khi có hai hay nhiều.

Lỗ thùng có khi được một phần các giả mạc bịt lại, phải lau và lấy sạch mới nhìn rõ.

Bờ lỗ thùng thường chắc, xơ cứng.



1.2. Tình trạng ổ bụng

Khác nhau tùy theo bệnh nhân đến sớm hay muộn, thủng xa hay gần bữa ăn, lỗ thủng nhỏ hay to tùy theo vị trí lỗ thủng.

Dịch trong ổ bụng khi mới thủng còn sạch, chưa nhiễm trùng thì đục, xám xám 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.

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

Lúc đầu, dịch ổ tăng trên mạc treo đại tràng ngang rồi theo rãnh đại tràng phải xuống chậu hông, khu trú ở đó để tạo thành những ổ mủ nếu không được xử trí. Đối với những ổ loét ở mặt sau dạ dày thì trước tiên dịch chảy dần vào hậu cung mạc nối, khu trú ở đấy và rồi qua khe Winslow để chảy dần vào bụng.

Khi mới thủng dịch đó vô trùng và có độ toan như là dịch vị nhưng chỉ sau một thời gian ngắn chừng 18 - 24 giờ dịch đó đã 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

2.1. Triệu chứng toàn thân

- *Đến sớm:*

Tình trạng toàn thân chưa thay đổi, nét mặt nhợt nhạt, hai tay ôm bụng. Mạch và huyết áp ổn định.

Khoảng 80% 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 36°C, mạch nhỏ, nhanh có khi không đếm được.

Sốc chỉ thoát qua vài ba phút đến 1 giờ.

- *Đến muộn:*

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

2.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng dữ dội đột ngột:

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

Đau là một triệu chứng cơ năng rất có giá trị

– Nôn:

Có thể chỉ 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 và phải hồi sức thật tốt.

– Bí trung đại tiện.

2.3. Triệu chứng thực thể

– Nhìn: bụng dẹt, nằm im không di động theo nhịp thở và bệnh nhân hoàn toàn thờ bằng lồng ngực. Có khi bụng hơi trướng.

– Nắn: có cảm giác như sờ vào một mảnh gỗ, co cứng liên tục.

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.

Co cứng thành bụng là một triệu chứng bao giờ cũng có và có giá trị bậc nhất trong chẩn đoán.

– Gõ: gõ vùng gan thấy mất tiếng đục bình thường.

Trong những trường hợp dạ dày chứa nhiều nước và qua một lỗ thủng to chảy xuống thấp, gõ sẽ thấy đục ở 2 mạng sườn và hố chậu.

– Thăm trực tràng: túi cùng Douglas phồng và đau chói khi ấn tay vào.

– Tiền sử loét dạ dày.

3. CẬN LÂM SÀNG

3.1. X quang

3.1.1. Soi trên màn ảnh X quang

Cơ hoành di động kém, hình liềm hơi bên phải 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.

3.2. Siêu âm

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 dạ dày – tá tràng như viêm tụy cấp, giãn chui ống mật, viêm túi mật.

4. DIỄN BIẾN

4.1. Viêm phúc mạc toàn thể

Mặt hốc hác, mắt lõm, môi khô, lưỡi bẩn, nhiệt độ 39 - 40°C hay là 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 trương căng, ấn chỗ nào cũng đau. 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.

4.2. Viêm phúc mạc khu trú

Hiếm gặp hơn, 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 - 39°C, mạch nhanh 110 - 120, mặt hốc hác lưỡi bẩn, mắt ngù kéo dài.

4.3. Áp xe

Ở áp xe thường thành hình một hay hai tuần sau khi thủng.

Áp xe dưới cơ hoành: thấy bờ sườn dô lên, phù nề, các tĩnh mạch nổi rõ, có cảm giác một khối ở sâu, rất đau giới hạn rộng.

Triệu chứng toàn thân rất nặng: sốt, 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... Nhưng thường nhất là vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể.

5. THỂ LÂM SÀNG

5.1. Thể thủng bít

Bệnh nhân cũng đau đột ngột dữ dội như trong thể diễn hình nhưng rối tình trạng toàn thân trở lại bình thường hết sốt, đỡ đau, cảm thấy dễ chịu, chỉ còn có cảm giác nặng nề, tức tức và khi sờ nắn có phản ứng nhẹ. Nếu X quang thấy có liềm hơi thì chẩn đoán là chướng, nhưng nếu không có thì cần phải theo dõi thật chu đáo.

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.

5.2. Thủng ổ loét mặt sau

Dịch vị chảy ở mặt sau dạ dày vào hậu cung mạc nối và rất sớm. Chẩn đoán khó các triệu chứng sau đây: đau và cơ cứng giới hạn ở vùng trên rốn, có khi bụng trái trương 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.

5.3. Một số thể bệnh khác

- Thủng là dấu hiệu đầu tiên của ổ loét
- 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 vẽ mặt lo âu, khó thở, tím tái, đau ở vai, là do những ổ loét ở cao.
- Thể giống như viêm ruột thừa: do lỗ thủng nhỏ của ổ loét 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:

- Bệnh nhân nam giới, tuổi trung niên. Có tiền sử loét dạ dày - tá tràng.
- Đau đột ngột, đau dữ dội, đau như xé ruột, như dao đâm.
- Bụng co cứng toàn bộ, cứng như gỗ.
- Nếu X quang 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 hố chậu phải.

Nếu đến muộn, có thể đau toàn bụng nhưng đau ở hố chậu phải nhiều hơn.

Có trường hợp thủng ổ loét hành tá tràng dịch từ táng 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.

Bệnh nhân sốt 38-38^o5C. 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 mổ khác. Trong trường hợp tổn thương ruột thừa không cần cắt nghĩa được hiện tượng viêm màng bụng, trong màng bụng không có mủ thối, ruột thừa không thủng chỉ viêm tấy ở mặt ngoài, nhất là khi thấy những mẫu thức ăn lẫn trong

nước xám xám, hăng hăng thì sau khi cắt ruột thừa phải mổ ngay đường giữa trên rốn tìm lỗ thủng dạ dày.

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 rất 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 lăn 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, lăn lộn, 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. Đặc biệt là ấn điểm sườn thất lưng bên trái rất đau.

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

Siêu âm chỉ thấy dịch trong ổ bụng, ít khi xác định được tụy do trương hơi, ngoài ra siêu âm chẩn đoán những nguyên nhân như sỏi mật, giun chui 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 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:

- Chứa ngoài dạ con vỡ: ở một người đang độ sinh nở, có thai vài 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 cung Douglas phồng, rất đau.

- U nang buồng trứng xoắn.

7. ĐIỀU TRỊ

Những bệnh nhân được xử trí trong vòng 6 giờ đầu thì kết quả rất tốt, tỷ lệ tử vong thấp. Nếu quá 48 giờ khi đã có nhiễm trùng màng bụng thì tỷ lệ tử vong rất cao. Bệnh nhân sẽ chết trong tình trạng nhiễm độc, viêm thận cấp gây urê huyết cao.

7.1. Phẫu thuật

7.1.1. Chuẩn bị trước mổ

Đặt ống hút dạ dày, kháng sinh và truyền tĩnh mạch nước, điện giải.

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.

7.2. Các phương pháp phẫu thuật

– Khâu lỗ thủng: nếu lỗ thủng nhỏ chỉ cần khâu chữ X hoặc có thể khâu gấp theo trục của dạ dày, 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 hồi 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. Sau khi khâu thủng, bệnh nhân được điều trị theo phác đồ với công thức:

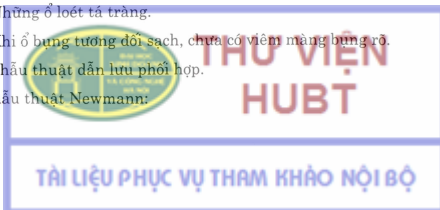
Kháng sinh diệt *Helicobacter Pylori* + Omeprazol 20mg + thuốc bọc niêm mạc.

– 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 môn vị.
- + Bệnh nhân đến sớm trước 12 giờ, khi chưa có viêm màng bụng.
- + Tình trạng sức khỏe tốt.
- Khâu lỗ thủng và cắt dây X.

Cắt dây X được áp dụng để điều trị các ổ loét tá tràng, chỉ định trong các trường hợp sau:

- + Những ổ loét tá tràng.
- + Khi ổ bụng tương đối sạch, chưa có viêm màng bụng rõ.
- + Phẫu thuật dẫn lưu phổi hợp.
- Phẫu thuật Newmann:



Lỗ thủng quá to, tổ chức xung quang 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 quang và dính vào thành bụng. Phương pháp này là vạn bất đắc dĩ.

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 chu đáo.

Cách thức tiến hành:

Phải tiến hành tại cơ sở ngoại khoa:

- Cho thuốc giảm đau (Morphin, Dolargan...) 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 phải mổ ngay.

Phương pháp hút liên tục chỉ dùng để chuẩn bị mổ hoặc là giải pháp tình thế trong lúc chờ đợi phẫu thuật hay chuyển viện.

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.
Mangot's abdominal operations. Tenth edition; 981 - 997.
3. Howard M. Spiro (1977).
Complication of peptic ulcer.
Clinical Gastroenterology. Second edition; 307 - 340.

CHẢY MÁU DO LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng (CMDLDDTT) là một cấp cứu thường gặp trong nội khoa và ngoại khoa, chiếm 40 - 50% 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, 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. 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 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. Tỷ lệ tử vong chung của chảy máu do loét dạ dày - tá tràng khoảng 3 - 10%.

1. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

1.1. Ổ loét

1.1.1. Vị trí

a. *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%).

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.

b. *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 quang, vào các mạch máu ở thành dạ dày hay những mạch máu như động mạch lách, động mạch môn vị.

1.1.2. 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: thường chảy máu dữ dội, có khi phun thành tia, nhất là những bệnh nhân già, không còn khả năng co mạch.
- 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.
- 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 từ niêm mạc xung quang ổ loét: do viêm cấp tính, hoặc sau khi uống các loại thuốc kháng viêm không phải steroid.

1.1.3. 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, chảy máu dữ dội, tuy nhiên có trường hợp kèm theo loét dạ dày - tá tràng.

2. LÂM SÀNG

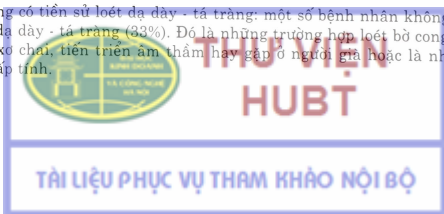
2.1. Đặc điểm lâm sàng

2.1.1. Tiền sử

Tiền sử loét dạ dày - tá tràng: thường có tiền sử nhiều năm, thông thường từ 15 - 20 năm.

Tiền sử chảy máu: có thể có nhiều lần chảy máu tiêu hoá được xác định là chảy máu do loét dạ dày - tá tràng.

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 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.



2.1.2. Các triệu chứng lâm sàng

a) Dấu hiệu cơ năng:

Buồn nôn và nôn ra máu: máu đỏ sẫm, lẫn máu cục và thức ăn. Có trường hợp nôn ra máu tươi dữ dội. Nếu nôn ra máu đen sẫm hay nước màu đen loãng thường là những ổ loét hành tá tràng.

Đau bụng: ít khi đau dữ dội.

Đi ngoài phân đen: xuất hiện sau khi nôn ra máu hoặc là xuất hiện đầu tiên.

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 80 mmHg.

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.

3. CẬN LÂM SÀNG

3.1. Nội soi

Nội soi là phương tiện quan trọng nhất trong chẩn đoán có thể soi thực quản - dạ dày - tá tràng (STQ - DD- TT) trong thời gian 24 - 72 giờ đầu.

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

– Dùng ống soi mềm, có kính nhìn thẳng, kim tiêm xơ, pince đốt điện...

Gây tê hệ hô hấp 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:

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.

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.

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

F3. Ổ loét ngưng chảy máu: trong dạ dày - tá tràng không còn máu, ổ loét nhìn thấy rõ, đáy trắng, xung quang viền hang.

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

Tỷ lệ xác định được thương tổn là khoảng 85 - 95%.

3.2. 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.

3.3. 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 phải làm thêm một số xét nghiệm về đông máu.

Tỷ lệ prothombin, tiểu cầu...

3.4. 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 làm siêu âm gan mật để xác định.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

Xác định một trường hợp CMDLDDTT sẽ không khó nếu có các dấu hiệu sau đây:



- 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.
- Có các dấu hiệu âm tính của các bệnh lý khác như tăng áp lực tĩnh mạch cửa, sỏi mật...
- Nội soi 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.

4.2. 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 500ml.
 - + Chảy máu trung bình: 500-1000ml.
 - + Chảy máu nặng: trên 1000ml.

Tuy nhiên việc xác định khối lượng mất máu 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 > 100mmHg, 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 < 80mmHg, xét nghiệm: HC < 2,5 triệu, Hematocrit < 8g/100ml. Cần hồi sức ngay truyền từ 1000 - 1500ml máu.

4.3. Chẩn đoán tổn thương

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

- Loét mạn 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: 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.

4.4. Chẩn đoán phân biệt

4.4.1. Các bệnh chảy máu tiêu hoá trên

a) Viêm dạ dày:

Có 3 loại viêm dạ dày:

- Viêm trợt (Erosion Gastritis) là những vết loét trợt nông, kích thước to nhỏ khác nhau, đường kính thông thường dưới 5mm.

- 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 (exulceration simplex de Dieulafoi).

Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng.

b) Vỡ các búi tĩnh mạch thực quản và dạ dày:

Khoảng 10 - 15% chảy máu do vỡ búi tĩnh mạch thực quản: nôn ra máu dữ dội máu đỏ tươi, ỉa phân đen nhiều lần, tình trạng toàn thân có biểu hiện sốc mất máu nặng. Các triệu chứng của tăng áp lực tĩnh mạch cửa như cổ trướng tuần hoàn bàng hệ, lách to... cần phải nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng để xác định tổn thương. 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:

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.

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. Thương tổn là những vết xước dài 1-3cm, chạy dọc.

- Thoái vị hoành: ít gặp, xác định bằng nội soi. Tổn thương là những vết trợt nông, rải rác ở vùng tâm vị.

- Các loại u lành: U thần kinh (Schwannome), u cơ trơn (Léiomyome). 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.

e) *Chảy máu đường mật*: chiếm tỷ lệ khoảng 2-3% trong chảy máu đường tiêu hoá trên. Bệnh cảnh lâm sàng là tình trạng nhiễm trùng đường mật, sỏi mật, áp-xe đường mật... 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.

4.4.2. Các bệnh gây chảy máu tiêu hoá

Là những bệnh mãn tính như:

- Nhiễm trùng huyết.
- Bệnh cao huyết áp.
- Các bệnh về máu: Hemophilie, Hemogénie có thể biểu hiện chảy máu đường tiêu hoá.

5. DIỄN BIẾN

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

5.1. 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.

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. 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.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Nguyên tắc chung

- 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 dài để theo dõi lượng nước tiểu nếu trong trường hợp sốc mất máu nặng, cần phải hồi sức tích cực.

– Hồi sức:

– Khôi phục lại khối lượng tuần hoàn: truyền máu hoặc dịch thay thế.

– Theo dõi thêm huyết áp tĩnh mạch trung ương, lượng nước tiểu, dịch dạ dày...

– Thở oxy.

Các loại thuốc cầm máu: Transamin, Hémocaprol.

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

6.2. Phương pháp điều trị

6.2.1. 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 bám 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...

6.2.2. Điều trị nội khoa

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

– 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 - 800mg, hoặc Ranitidin 150mg, Omeprazol 20-40mg/ ngày.



– Thuốc uống: Maalox socralfate, Gastropulgit.

– Thuốc chống co thắt: Atropin, Baralgin.

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

6.2.3. Điều trị ngoại khoa

a) 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.

b) Phẫu thuật: cần thực hiện theo nguyên tắc sau:

• Thăm dò đánh giá tổn thương:

Nếu không thấy được ổ loét, cần phải mở dạ dày để quan sát và xác định. Đường mở 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.

• 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.

– Cắt dạ dày

+ Cắt 2/3 dạ dày.

+ 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.

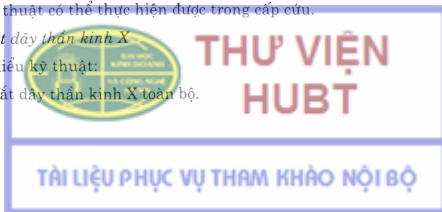
Khi các ổ loét ở sâu chảy máu (ổ loét nằm ở D1, DII...), không thể cắt dạ dày được, nên khâu cầm máu ổ loét rồi chuyển tuyến trên tiếp tục điều trị.

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.

– Cắt dây thần kinh X

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.
- + Cắt dây X + tạo hình môn vị.
- + Khâu cầm máu ổ loét + cắt thần kinh X.
- + Khâu bỏ 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 (Weinberg).

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Grimaldi. Ch, Delmont 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, Hautefeuilt.
Intervention chirurgicale sur l' estomac.
Gastro. Enterologie. Flammarion Tome 1.1986.



HẸP 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 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 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 loét dạ dày – tá tràng 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.

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 hành tá tràng (Post bulbaire), ổ loét D1 cũng có thể dẫn đến hẹp môn vị.

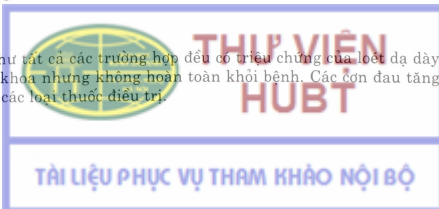
- Co thắt: có thể đơn thuần, nhưng thường phối hợp và nặng thêm thương tổn thực thể, có thể tổn thương không gây chít hẹp hoàn toàn mà do co thắt gây hẹp môn vị tạm thời.

- 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 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 dạ dày – tá tràng điều trị nội khoa nhưng không hoàn toàn khỏi bệnh. Các cơn đau tăng lên không đáp ứng với các loại thuốc điều trị.



Cũng có một số 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, đau thường về đêm.

Nôn: khi có khi không. Thường là có cảm giác đầy bụng hay buồn nôn.

2.2.2. Xquang

Chụp dạ dày sẽ có các dấu hiệu: 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 cổ găng của dạ dày, hình ảnh cơ bản và sớm nhất trong giai đoạn này là tăng sóng nhu động, dạ dày co bóp nhiều hơn, mạnh hơn.

2.2.3. Nội soi

Soi dạ dày – tá tràng để xác định 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

a) Dấu hiệu cơ năng

– Đau: đau muộn 2-3 giờ sau khi ăn, đau từng cơn, 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 càng nhiều. Nôn ra nước ứ đọng màu xanh đen, có thức ăn của bữa cơm mới trộn lẫn với thức ăn bữa cơm trước. Nôn được thì hết đau, cho nên khi vì đau quá bệnh nhân phải được móc họng cho nôn.

b) Toàn thân

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

c) Thực thể

– Ốc ách lúc đói: buổi sáng sớm, khi bệnh nhân chưa ăn uống, nếu lắc bụng sẽ nghe rõ tiếng ốc ách.



- 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.

- Dấu hiệu Bouveret: nếu đặt tay lên vùng trên rốn sẽ thấy căng lên từng lúc.

2.3.2. X quang

Khi soi có uống thuốc cản quang sẽ thấy:

- 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 và trên cùng là túi hơi dạ dày.

- Sóng nhu động: nhiều và mạnh, chứng tỏ các lớp cơ dạ dày còn tốt. Xen kẽ có đợt dạ dày ỉ ra không có sóng nhu động. Thuốc không xuống tá tràng hay xuống rất ít.

- Ứ đọng dày dày: sau 6-12 giờ, nếu chiếu hoặc chụp lại, sẽ thấy thuốc cản quang nằm ứ đọng lại khá nhiều ở dạ dày.

2.3.3. Nội soi

Dạ dày ứ đọng, nhiều dịch màu nâu có cạnh thức ăn. Dạ dày giãn, vùng hang môn vị phù nề, lỗ môn vị thắt nhỏ. Đưa ống soi khó qua, phải bơm căng và cố đẩy mới xuống đến tá tràng.

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

a) 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 nước ứ đọng và thức ăn của những bữa ăn trước. Chất nôn có mùi thối. Bệnh nhân thường phải móc họng cho nôn.

b) Toàn thân

Tình trạng toàn thân suy sụp rõ rệt. Bệnh cảnh của một bệnh nhân mất nước: toàn thân gầy gò, mắt hốc hác, mắt lõm sâu, da khô nứt nẻ nhăn nheo.



c) Dấu hiệu thực thể

Dạ dày dân to, xuống quá mào chậu, có khi chiếm gần hết ổ bụng, bụng trương 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.

2.4.2. X quang

Các hình ảnh tuyết rơi, dạ dày hình chậu 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.

2.4.3. Nội soi

Dạ dày dân to, ứ đọng nhiều dịch nâu, niêm mạc viêm đỏ do ứ đọng, môn vị chít hẹp hoàn toàn, không thể đưa ống soi qua được.

3. NHỮNG RỐI LOẠN VỀ THỂ DỊCH

3.1. Biểu hiện

3.1.1. Máu

Có hiện tượng máu cô: Hematocrit thường tăng. Protid trong huyết tương hơi tăng.

3.1.2. Điện giải

- Clo hạ nhiều
- Natri có hạ nhưng ít hơn Clo.
- Kali giảm ít.
- Dự trữ kiềm tăng vì 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.

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.

3.1.4. Nước tiểu

Bệnh nhân đại ít hơn, trong nước đại tỷ lệ Clo, Natri hạ thấp.



4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng (cơ năng, thực thể và toàn thân), X quang (soi và chụp dạ dày) nội soi dạ dày và xét nghiệm để chẩn đoán xác định và mức độ nặng nhẹ của hẹp môn vị.

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 mãn tính vùng này, rất khó điều trị nội khoa khỏi triệt để. Chẩn đoán phải dựa vào nội soi. Vùng hang bị xơ teo, co nhỏ. Có thể có những vết viêm chợt nông và dấu hiệu X quang hình ảnh hang vị co nhỏ, gấp khúc như ngón 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 dẫn 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 tỷ lệ thứ hai sau ổ loét. Thường là những ung thư vùng hang vị và môn vị.

Hẹp có thể diễn biến từ từ, chậm chạp, nhưng thường thì rất nhanh.

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

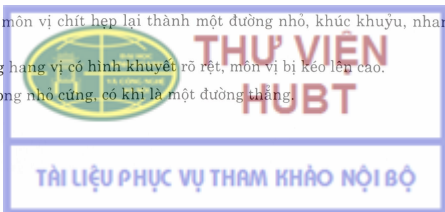
Thường là một bệnh nhân 40-60 tuổi.

Một vài tháng nay ăn uống không thấy ngon, chán ăn có cảm giác nặng nề, trướng ở vùng trên rốn. Đau nhè nhẹ, sút cân... hoặc bệnh nhân đến vì một khối u ở vùng trên rốn, khối u còn hay đã mất tính di động.

b) X quang

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

Tổn thương là khối u sùi choán toàn bộ vùng hang vị, niêm mạc xung quang cứng, mấp mép. 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.

4.2.4. Bệnh co thắt tâm vị

Nuốt nghẹn, 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 ợ 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 thừa 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 vị).

- + 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.

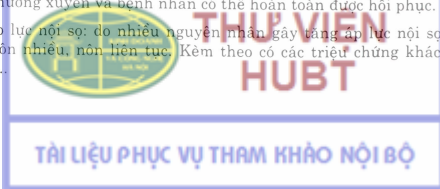
4.2.6. Tắc ruột cao

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, mất mớ...



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 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 mũ.
- 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 khi 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 dạ dày - tá tràng.

Siêu âm: xác định sỏi mật, tình trạng túi mật.

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 có chỉ định điều trị nội khoa. Chỉ cần một thời gian điều trị nội bằng thuốc kháng sinh diệt 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.

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

Đưa lại nước, điện giải, năng lượng, protid căn cứ vào lâm sàng và các xét nghiệm sinh hoá.

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. Dùng ống cao su to (Faucher).

Có thể sau vài lần rửa, bệnh nhân đỡ nôn, ăn uống được, toàn thân tốt hơn.

Có thể phối hợp với các thuốc chống viêm 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 được nguyên nhân của bệnh loét... Nếu bệnh nhân yếu, tình trạng chung không cho phép, urê huyết cao, ổ loét khó, thì nên nối vị tràng.

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 - 007.



CHẤN THƯƠNG TÁ TRÀNG

Tá tràng là tạng nằm trong phúc mạc nhưng về mặt phẫu thuật, tá tràng được coi là tạng nằm sau phúc mạc vì nó dính vào thành bụng sau. Những tổn thương ở mặt sau tá tràng liên quan trực tiếp tới khoang sau phúc mạc.

Tá tràng là nơi luân chuyển một lượng dịch rất lớn của đường tiêu hoá trên (khoảng 10 lít dịch đi qua tá tràng trong 24 giờ, không kể đến lượng dịch và thức ăn đưa vào hàng ngày, chủ yếu là dịch dạ dày, dịch tụy, dịch mật ...). Mặt khác, tá tràng là nơi khởi đầu của quá trình tiêu hoá thức ăn do sự có mặt của men tụy hoạt hoá do đó thương tổn của tá tràng rất khó liền vì có sự cản trở lành vết thương của các yếu tố nói trên nên dễ rò hoặc bục miệng nối sau mổ.

Vỡ tá tràng ở mặt sau gây nhiễm trùng nặng khoang sau phúc mạc. Trên lâm sàng rất khó phát hiện sớm vì thể tỷ lệ tử vong cao.

Chấn thương tá tràng thường gặp trong bối cảnh đa chấn thương, cùng lúc có thể gặp vỡ gan, vỡ lách, chấn thương ngực, sọ não ... và nhất là vỡ tụy phối hợp.

1. SƠ LƯỢC VỀ GIẢI PHẪU

1.1. Hình thể ngoài

Tá tràng được hình thành từ đoạn cuối ruột đầu và đoạn đầu ruột giữa thời kỳ phôi thai. Ở người trưởng thành, tá tràng dài khoảng 25cm, bắt đầu từ môn vị tới góc tá tràng. Tá tràng là khúc ruột non duy nhất có vị trí giải phẫu sâu nhất, cố định vào thành bụng sau và có các ống tiết của tụy và gan đổ vào. Hình dáng của tá tràng tương đối thay đổi, nhưng thường có dạng chữ "C", chiều lõm quay sang bên trái, ôm lấy đầu tụy. Tá tràng được chia thành 4 đoạn:

- Đoạn I tá tràng (phần trên): từ môn vị chạy sang phải và ra sau, hơi chếch lên trên; từ mặt trước thân đốt sống thắt lưng I sang bờ phải của cột sống và tĩnh mạch chủ dưới. Phần đầu tiên của đoạn này là phần di động vì nó không dính vào thành bụng sau và phình to nên được gọi là hành tá tràng. Ranh giới để phân biệt đoạn di động và đoạn cố định là động mạch vị tá tràng.

- Đoạn II tá tràng (phần xuống): chạy xuống dọc bờ phải của cột sống thắt lưng, từ cổ túi mật qua bờ phải của các thân đốt thắt lưng II và III, qua rốn thận và đoạn đầu của niệu quản phải. Đoạn này dài khoảng 8 cm, có rё mạc treo đại tràng ngang chạy qua phía trước.

- Đoạn III tá tràng (đoạn ngang): chạy sang bên trái, phía sau là cơ thắt lưng phải, tĩnh mạch chủ dưới, cột sống thắt lưng, động mạch chủ và cơ thắt lưng trái; phía trước có rё mạc treo ruột non, các quai ruột và thân động mạch mạc treo tràng trên.

- Đoạn IV tá tràng (đoạn lên): từ bờ trái của động mạch chủ bụng đi lên, rẽ ngoặt ra trước tạo thành góc tá hồng tràng. Góc này cao gần tương đương với đoạn I tá tràng. Các cơ trơn và sợi chun đi lên từ mặt sau tá tràng (trừ đoạn I) tới cột trụ phải tạo thành cơ treo tá tràng (cơ Treitz).

Chỗ ngoặt từ đoạn I sang đoạn II gọi là gối trên, chỗ ngoặt từ đoạn II sang đoạn III gọi là gối dưới.

1.2. Cấu tạo và hình thể bên trong

Thành tá tràng gồm 4 lớp.

- Thanh mạc: đoạn di động của tá tràng có phúc mạc phủ ở cả hai mặt. Hai lá phúc mạc này ở bờ trên liên tiếp với hai lá của nội mạc nhỏ, bờ dưới liên tiếp với hai lá của mạc nối lớn. Ngược lại với đoạn di động, đoạn cố định chỉ có phúc mạc phủ ở phía trước, ở phía sau tá tràng dính với các tạng sau phúc mạc bởi mạc dính Treitz.

- Lớp cơ: gồm hai thớ cơ: thớ dọc ở nông, thớ vòng ở sâu.

- Lớp dưới niêm mạc: là tổ chức liên kết mỏng và nhão chứa nhiều mạch máu và thần kinh.

- Lớp niêm mạc: màu hồng, mịn như nhung, bao gồm:

+ Nhung mao: trông mịn như nhung, ở giữa các lông có các mao mạch và bạch mạch. Chính các mạch này hấp thụ các chất dinh dưỡng vào cơ thể.

+ Van ruột: là các nếp vòng ngang ở niêm mạc. Van ruột làm cho diện hấp thụ của niêm mạc ruột tăng lên.

+ Các tuyến và nang: có hai loại tuyến: tuyến ruột (Iiebekuhn) và tuyến tá tràng (Brunner) chỉ có ở phần trên núm ruột to tiết ra dịch tá tràng.

+ Núm ruột to: nằm ở trong đoạn II tá tràng chỗ nối 2/3 trên với 1/3 dưới. Núm ruột to rỗng ở giữa tạo thành bóng Vater. Đổ vào trong bóng có ống mật chủ và ống tụy chính.

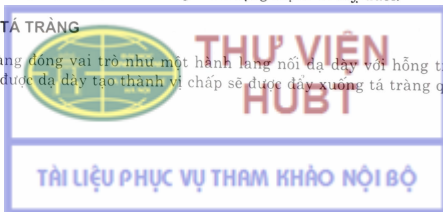
+ Núm ruột bé: ở trên núm ruột to khoảng 3cm. Đỉnh của núm có ống tụy phụ (Santorini) đổ vào tá tràng. Đôi khi không có núm mà chỉ có lỗ của ống tụy phụ.

1.3. Mạch nuôi dưỡng: mạch máu nuôi dưỡng tá tràng từ 2 nguồn:

- Từ động mạch thân tạng: động mạch tá tụy phải trên và dưới.
- Từ động mạch mạc treo tràng trên: động mạch tá tụy dưới.

2. SINH LÝ TÁ TRÀNG

Tá tràng đóng vai trò như một hành lang nối dạ dày với hồng tràng. Thức ăn sau khi được dạ dày tạo thành vị chấp sẽ được đẩy xuống tá tràng qua môn vị.



Tại tá tràng, quá trình chủ yếu của sự tiêu hoá và hấp thu bắt đầu được khởi động nhờ dịch mật và dịch tụy. 24 giờ trong ngày có khoảng 10 lít dịch của đường tiêu hoá trên đi qua tá tràng, không kể đến lượng dịch và thức ăn đưa vào hàng ngày, bao gồm: 1500 - 2000ml nước bọt, 2500 - 3000ml dịch dạ dày, 500 - 800ml dịch mật và từ 1500 - 2500 ml dịch tụy. Men tụy được hoạt hoá là thành phần chủ yếu của dung tích tá tràng và nó là lý do chính cản trở sự lành vết thương, gây nên những biến chứng trầm trọng trong chấn thương tá tràng.

3. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Vỡ tá tràng trong phúc mạc

Vỡ tá tràng trong phúc mạc làm tràn ngập dịch tiêu hoá, dịch mật trong ổ bụng. Thương tổn thường có bờ nhám nhỏ, tổ chức đặc nát xung quanh thường lớn hơn tổn thương nhìn thấy trên thành tá tràng. Có thể thấy máu tụ lớn dưới thanh mạc xung quanh tổn thương và lan sang các tạng lân cận, nhất là đầu tụy.

3.2. Vỡ tá tràng sau phúc mạc

Do tá tràng vỡ ở mặt sau nên ổ bụng thường có ít dịch vàng trong do phản ứng của phúc mạc. Thường thấy khối máu tụ lớn sau phúc mạc, có khi lan tới hố chậu phải. Trong khối thấy có dịch tiêu hoá và đôi khi có hơi. Rễ mạc treo đại tràng ngang có những vết xanh do ứ đọng dịch mật, là dấu hiệu tốt để phát hiện vỡ tá tràng khi mổ.

3.3. Thương tổn phối hợp

Có thể thấy vỡ gan, thận nhất là vỡ tụy phối hợp.

3.4. Phân loại giải phẫu bệnh

Có nhiều cách phân loại giải phẫu bệnh chấn thương tá tràng. Nhìn chung, các phân loại này đều dựa vào mức độ tổn thương của tá tràng (có vỡ hoặc không) và tụy (tổn thương Wirsung hoặc không) quan sát thấy trong khi mổ. Phân loại được sử dụng nhiều nhất hiện nay là phân loại của AAST năm 1990.

Độ	Tổn thương
I	Rách thanh mạc, tụ máu hoặc đọng giập, không thủng.
II	Rách hoàn toàn tá tràng, tụy không tổn thương.
III	Có bất cứ 2 độ trên, kết hợp với chấn thương tối thiểu ở tụy: đọng giập, tụ máu, rách nhưng ống tụy không tổn thương.
IV	Tổn thương nặng đầu tụy và tá tràng kết hợp.

Ngoài thương tổn ở tá tràng, còn có thể thấy các thương tổn phối hợp khác như vỡ gan, vỡ lách, vỡ ruột non, đại tràng, chấn thương sọ não, chấn thương ngực, gãy xương... làm trầm trọng thêm bệnh cảnh lâm sàng.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Xác định cơ chế

- Do chấn thương mạnh trực tiếp vào bụng trên rốn, tá tràng bị ép vào cột sống.
- Thường kèm theo chấn thương các tạng vùng lân cận nhất là gan, lách, thận và các cuống mạch gây sốc mất máu.

4.2. Lâm sàng

4.2.1. Trường hợp vỡ tá tràng trong phúc mạc: thực chất là chẩn đoán viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng:

a) Cơ năng:

- Đau bụng sau chấn thương
- Bí trung đại tiện
- Khó thở

b) Toàn thân:

Trong những giờ đầu không sốt, toàn thân ít thay đổi. Nếu đến muộn người bệnh trong tình trạng nhiễm trùng rõ: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, sốt cao $39 - 40^{\circ}$.

c) Thực thể:

- Thành bụng bầm tím, xây xát vùng trên rốn.
- Bụng co cứng như gỗ giống như trong thủng dạ dày.
- Cảm ứng phúc mạc: ấn đau khắp bụng.
- Thăm trực tràng túi cùng Douglas phồng, đau.

d) Xét nghiệm:

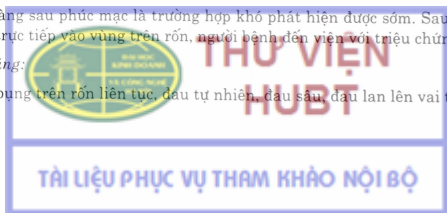
- Bạch cầu tăng > 10000 , đa nhân trung tính tăng.
- Chụp bụng không chuẩn bị có liềm hơi. Nếu không có liềm hơi cũng không loại trừ được tạng rỗng.
- Siêu âm bụng có dịch
- Chọc rửa ổ bụng có dịch tiêu hoá hoặc nếu không rõ thử bạch cầu $> 500BC/mm^3$

4.2.2. Trường hợp vỡ tá tràng sau phúc mạc

Vỡ tá tràng sau phúc mạc là trường hợp khó phát hiện được sớm. Sau tai nạn chấn thương trực tiếp vào vùng trên rốn, người bệnh đến viện với triệu chứng:

a) Cơ năng:

- Đau bụng trên rốn liên tục, đau tự nhiên, đau sâu, đau lan lên vai trái.



- Vẫn trung đại tiện được.

b) Toàn thân:

Nếu đến sớm toàn thân chưa thay đổi. Nếu đến muộn dấu hiệu nhiễm trùng rõ.

c) Thực thể:

- Vết xây xát bầm tím trên rốn
- Đến sớm bụng mềm, xẹp, vùng trên rốn ấn đau, không rõ phản ứng. Đến muộn bụng trương (hội chứng sau phúc mạc), ấn có phản ứng vùng trên rốn.

d) Xét nghiệm:

- Hồng cầu, bạch cầu ít giúp cho chẩn đoán sớm. Bạch cầu cao trong trường hợp đến viện muộn.

- Amylase máu tăng sớm sau chấn thương.

- Chụp bụng không chuẩn bị có thể thấy hơi quanh thận phải, một dấu hiệu đặc trưng của vỡ tá tràng sau phúc mạc.

- Trong trường hợp nghi ngờ vỡ tá tràng sau phúc mạc có thể chụp lưu thông dạ dày ruột với uống thuốc cản quang (loại tan trong nước) có thể thấy thuốc trào ra khoang sau phúc mạc.

- Siêu âm thường ít đặc hiệu do bụng trương hơi. Tuy nhiên có thể thấy hơi quanh thận phải.

- Chọc rửa ổ bụng thường nước rửa trong. Cần phải thử amylase dịch rửa ổ bụng.

- Chụp Scanner có thể giúp chẩn đoán sớm vỡ tá tràng, nhất là khi có thương tổn tụy phối hợp.

Tóm lại vỡ tá tràng sau phúc mạc triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thường nghèo nàn, ít đặc hiệu vì thế thường phát hiện muộn: bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm khuẩn, nhiễm độc rõ, tình trạng suy kiệt, urê huyết cao, suy đa dạng. Tỷ lệ tử vong rất cao.

5. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc

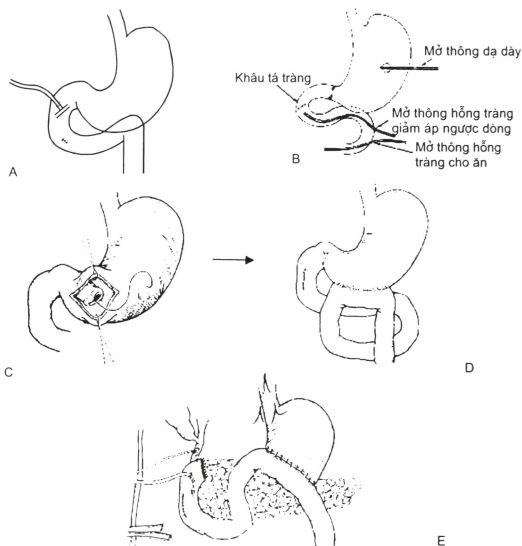
- Chỉ định mổ cấp cứu: mê nội khí quản kết hợp thuốc giãn cơ
- Dùng kháng sinh toàn thân ngay khi khởi mê
- Đường rạch giữa trên - dưới rốn rộng rãi
- Thăm dò tổn thương với nguyên tắc:
 - + Toàn bộ các tạng trong ổ bụng
 - + Theo trình tự nhất định

+ Đánh dấu mỗi khi tìm thấy tổn thương, tiếp tục tìm cho đến khi xem hết các tạng

+ Đánh giá tổng thể mức độ tổn thương rồi chọn cách xử lý tối ưu nhất với nguyên tắc:

- Ưu tiên cứu sống bệnh nhân
- Thương tổn càng phức tạp, bệnh nhân càng nặng cách xử lý càng nhẹ nhàng, đơn giản. Chữa di chứng về sau nếu bệnh nhân sống

5.2. Điều trị thực thụ



Hình 4.1. Các phương pháp điều trị bảo tồn tá tràng

A: Mở thông giảm áp bằng Kehr

C,D: Phương pháp loại trừ môn vị

B: Phương pháp 3 ống thông

E: Túi thừa hoá tá tràng

- Bộc lộ tá tràng để đánh giá tổn thương
- + Hạ góc đại tràng phải
- + Bộc khung tá tràng khỏi thành bụng sau (thủ thuật Kocher)
- Phân loại tổn thương tá tràng trong mổ

Sử dụng phân loại của AAST năm 1990

- Các phương pháp điều trị

Do đặc điểm sinh lý của tá tràng là nơi luân chuyển một lượng dịch rất lớn của đường tiêu hoá và là nơi bắt đầu của quá trình tiêu hoá thức ăn với sự có mặt của men tụy hoạt động, nhất là men tiêu đạm, nên những thương tổn võ tá tràng ở vùng này rất khó liền, nguy cơ bội và rò chỗ khâu vết thương rất cao. Vì thế, nguyên tắc điều trị võ tá tràng là làm giảm tối thiểu lượng dịch và thức ăn đi qua tá tràng, loại bỏ tạm thời hay vĩnh viễn nó ra khỏi đường tiêu hoá, giúp cho vết thương mau liền, hạn chế biến chứng rò và bội chỗ khâu, có như thế mới giảm được tỷ lệ tử vong.

Có hai phương pháp điều trị phẫu thuật tá tràng: điều trị bảo tồn và điều trị cắt bỏ.

5.3. Điều trị bảo tồn

Đối với những trường hợp chấn thương chỉ gây tụ máu dưới thanh mạc, tụ máu dưới niêm mạc hoặc rách thanh mạc tá tràng, chưa gây thủng thì xử trí tương đối đơn giản: chỉ cần khâu thanh mạc bị rách hoặc lấy bỏ máu tụ nhưng không được làm thủng tá tràng.

Đối với các tổn thương độ II, độ III (AAST), có thể chọn các phương pháp phẫu thuật sau:

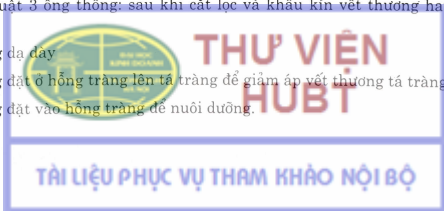
5.3.1. Khâu vết thương đơn thuần: chỉ có thể làm được khi vết thương sắc gọn, không dập nát lớn và mất nhiều tổ chức. Nên dẫn lưu túi mật để giảm áp.

5.3.2. Khâu vết thương kết hợp với phẫu thuật bảo vệ

a. *Mở thông giảm áp:* chỉ định cho những tổn thương rách, võ tá tràng không quá lớn, đến trước 12 giờ sau chấn thương:

- Giảm áp bằng đặt một ống thông chữ T vào tá tràng phía trên chỗ khâu vết thương.
- Kỹ thuật 3 ống thông: sau khi cắt lọc và khâu kín vết thương hai lớp thì thực hiện:

- + 1 ống dạ dày
- + 1 ống đặt ở hồng tràng lên tá tràng để giảm áp vết thương tá tràng
- + 1 ống đặt vào hồng tràng để nuôi dưỡng.



b. Túi thừa hoá tá tràng (PT Berne): kỹ thuật này bao gồm việc khâu vết thương tá tràng, cắt hang vị, cắt thân thân kinh X, nối vị tràng, dẫn lưu tá tràng, dẫn lưu đường mật, mở thông hồng tràng. Mục đích của kỹ thuật này là loại bỏ hoàn toàn tá tràng khỏi đường tiêu hoá. Chỉ định trong những trường hợp vỡ tá tràng nặng.

c. Loại trừ môn vị (PT Jordan): kỹ thuật này thực hiện sau khi đã cắt lọc và khâu thương tổn ở tá tràng bằng việc nối vị tràng, qua đường mở dạ dày dùng chỉ tiêu chậm khâu tịt niêm mạc môn vị. Chỗ khâu này sẽ lưu thông trở lại vào khoảng tháng đầu sau mổ. Đích của phẫu thuật thu được giống như phẫu thuật túi thừa hoá tràng nhưng không cần cắt hang vị và thân kinh X. Phương pháp này cũng được chỉ định trong những trường hợp vỡ tá tràng nặng.

5.3.3. Nối một quai ruột vào vết thương (Patch - độ IV - AAST): khi vết thương ở tá tràng rộng, mất nhiều tổ chức, nếu khâu có thể gây hẹp hoặc những thương tổn lộ bóng Vater rộng thì có thể đưa một quai hồng tràng lên nối vào vết thương (kiểu chữ Y) sau khi đã cắt lọc sạch tổ chức dập nát.

5.3.4. Đối với những vết thương ở D4: có thể cắt bỏ góc tá - hồng tràng và làm miệng nối tá - hồng tràng tới tổ chức lành.

5.4. Phương pháp cắt bỏ

Phương pháp này chỉ định cho những tổn thương độ IV - độ V có gặp nát nặng đầu tụy - tá tràng, thương tổn kết hợp ống Wirsung hoặc Choledoque, bao gồm:

- Cắt đầu tụy - tá tràng (Duodéno – pancréatectomie - céphalique) hoặc
- Cắt khối tá tụy toàn bộ.

5.5. Theo dõi sau mổ

Đối với thương tổn tá tràng được xử trí sớm, kể cả thương tổn sau phúc mạc, sau phẫu thuật thường tiến triển thuận lợi. Ngược lại, với những thương tổn vỡ tá tràng sau phúc mạc xử trí muộn, nhất là khi có viêm nhiễm nặng khoang sau phúc mạc thì hậu phẫu rất nặng nề, tỷ lệ rò, bục chỗ khâu tá tràng dẫn đến tử vong rất cao.

Rò hoặc bục chỗ khâu vết thương tá tràng thường xảy ra vào ngày thứ 3 - 5 sau mổ.

Lâm sàng biểu hiện: đau bụng, sốt cao 39 - 40°, dẫn lưu dưới gan ra dịch mật, ấn đau khu trú dưới sườn phải hoặc đau và có cảm ứng phúc mạc khắp bụng.

Đối với trường hợp rò khu trú phải tách vết mổ, đặt thêm dẫn lưu qua chỗ tách vào ổ dịch để hút liên tục; sử dụng kháng sinh toàn thân hoạt phổ rộng, bồi phụ đủ nước và điện giải và nuôi dưỡng qua ống mở thông hồng tràng. Điều trị rò thường kéo dài ngày nằm viện và gây nhiều biến chứng do nằm lâu, suy kiệt vì mất dịch. Trong trường hợp dịch mật nhiều phải lấy lại để bơm qua ống mở thông hồng tràng hoặc ống thông dạ dày để giảm nguy cơ mất dịch và điện giải. Phải làm bilan xuất nhập dịch hàng ngày để bồi phụ đủ nước và điện giải và nặng lượng cần thiết.

Đối với trường hợp viêm phúc mạc toàn thể phải tiến hành mổ lại để khâu lại chỗ bục và dẫn lưu tá tràng, lau rửa và dẫn lưu ổ bụng. Những trường hợp này thường nặng, tỷ lệ tử vong rất cao do nhiễm trùng, nhiễm độc, suy đa tạng.

6. KẾT LUẬN

Vỡ tá tràng là thương tổn hiếm gặp nhưng là thương tổn nặng vì nó thường xảy ra trong bệnh cảnh đa chấn thương do vị trí giải phẫu đặc biệt của nó.

Điều trị phẫu thuật chấn thương tá tràng tương đối phức tạp, thay đổi theo mức độ thương tổn tại tá tràng, thương tổn phối hợp - nhất là khi có thương tổn tụy đi cùng và thời gian xử trí sớm hay muộn sau chấn thương. Không có một phẫu thuật nào có thể áp dụng được cho tất cả các trường hợp vỡ tá tràng. Do vậy chỉ có chính phẫu thuật viên mới là người hiểu và chọn cách điều trị nào là thích hợp nhất, tốt nhất cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Văn Tuấn: Chấn thương tá tụy. Luận văn tốt nghiệp Cao học 2000, ĐHYHN.
2. Berne C.J., Donovan A.J., White E.J., White E.J., Eellin A.E.: Duodenal "Diverticulization" for duodenal and pancreatic injury. Ann. J. Surg. 1974, 127, 503 - 507
3. Lucas C.E.: Diagnostic and treatment of pancreatic and duodenal injury. Surg. Clin. North Am., 1977, 57, 49 - 65.
4. Feliciano D.V., Tomas D.M., Pamela A.C., Joseph M.G., Jon M.B., Kenneth L.M., Carmel G.B., Jordan G.L.: Management of combined pancreatoduodenal Injuries. Ann. Surg., June 1987, 673 - 680.
5. Périssat J., Collet D., arnoux R., Salloum J., Bikandou G.: Traumatismes du duodéno-pancréas - Principes de technique et de tactique chirurgicale. EMC, Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 40898, 1991.



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 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 khác nhau. Triệu chứng, các rối loạn toàn thân, tại chỗ và mức độ cấp tính thay đổi phụ thuộc vào cơ chế tắc (do thắt nghẹt hay bít tắc), vị trí tắc (tắc ở đại tràng hay ruột non).

Trong vài chục năm trở lại đây, với những tiến bộ của gây mê - hồi sức và 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 dính kết 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 sim ...) 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 ruột có thể là khối u phân.

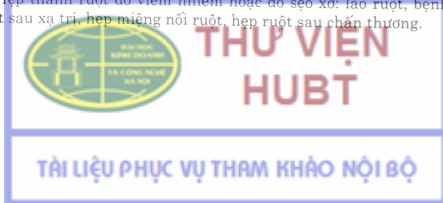
b) Nguyên nhân ở thành ruột:

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

– Các khối ung thư của ruột non và đại tràng, trong đó ung thư đại tràng trái gay gặp nhất.

– Các khối u lành của thành ruột 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:** Lồng cấp tính thường gặp ở trẻ còn bú, ở người lớn ít gặp và thường phối hợp với các nguyên nhân như khối u, túi thừa ...

c) Nguyên nhân ở ngoài thành ruột:

- Dây chằng và dính các quai ruột là nguyên nhân chiếm tỉ lệ cao nhất.

- 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...).

- Xoắn ruột là trường hợp nặng nhất trong các tắc ruột do nghẹt. Ở ruột non, xoắn ruột thường là do hậu quả của tắc ruột ở phía trên, ở đại tràng, xoắn ruột thường do đoạn đại tràng Sigma dài, hai chân gần nhau, xoắn của manh tràng do đại tràng 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 quản, trong chấn thương cột sống, vỡ xương chậu do máu tụ sau phúc mạc, các nguyên nhân viêm phúc mạc.

- Thiếu máu cấp và huyết khối tĩnh mạch mạc treo cũng làm liệt nhu động ở đoạn ruột tương ứng.

- Ngoài ra còn 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 khu trú đám rối thần kinh ngoài ruột (bệnh giãn đại tràng bẩm sinh), tổn thương thần kinh lan toả 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 tắc do thắt nghẹt.

- Vị trí tắc: tắc ở ruột non hay tắc đại tràng



- Tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn.
- Tắc ruột cơ học hay tắc ruột cơ năng.

1.2.1. Tắc ruột do bất tắc

Trong tắc 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 mạnh, về sau các sóng nhu động giảm dần và mất khi thành ruột bị tổn thương.

Ruột trên chỗ tắc trương giãn 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 ứ dịch trên chỗ tắc có thể giảm bớt phần nào 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 thấy có hiện tượng giảm khối lượng tuần hoàn: máu cô đặc với hematocrit, protid máu tăng cao.

Rối loạn điện giải: Na^+ , K^+ , Cl^- máu giảm. K^+ máu tăng trong giai đoạn muộn khi các tế bào của thành ruột bị hoại tử, giải phóng K^+ . Urê, creatinin máu thường cao do có hiện tượng suy thận cơ năng.

Rối loạn thăng bằng kiềm - toan: thường có hiện tượng kiềm chuyển hoá do nôn dịch dạ dày chứa nhiều HCl và di chuyển gốc CHO_3^- từ trong tế bào ra ngoài tế bào, ít khi có toan chuyển hoá với K^+ máu cao. Cuối cùng, bụng trương, 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. Nếu van Bauhin mở ra khi áp lực trong đại tràng cao, dịch trào lên ruột non và hậu quả xảy ra cũng như trong tắc ruột non. Nếu van này đóng kín, phân và hơi của đại tràng không trào lên ruột non được, đại tràng giãn rất to, áp lực trong lòng đại tràng rất lớn và có nguy cơ vỡ đại tràng. 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. Ứ trệ tĩnh mạch ở quai ruột xoắn làm thoát huyết tương và máu vào trong quai ruột 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 ruột bị loại trừ do ứ trệ trong lòng ruột làm cho nội độc tố của vi khuẩn có thể thoát vào ổ phúc mạc, 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 lòng 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 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 trường rất sớm và nhiều, trường 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 tái hấp thu của ruột được bảo tồn lâu hơn. Do vậy, các hậu quả toàn thân và tại chỗ nhẹ và muộn.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.2.1. 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 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: là triệu chứng khởi phát của bệnh. Đau điển hình trong tắc ruột là đau thành cơn.

+ 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 vào 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

dại tiện do đào thải các chất bã và phân dưới chỗ tắc. Nhưng dù có đại tiện cũng không làm giảm cơn đau bụng.

b) Triệu chứng toàn thân

Tình trạng toàn thân phụ thuộc 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.

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. Trong tắc hồng tràng cao, sát góc Treitz, bụng không trướng, thậm chí là bụng xẹp. Bụng trướng đều trong tắc ruột ruột do bít tắc, bụng trướng lệch trong xoắn ruột.

d) Dấu hiệu quai ruột nổi:

+ Dấu hiệu rắn bò: 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 bò trong chẩn đoán tắc ruột cơ học.

Ngoài ra, thăm khám bụng và các lỗ thoát vị có thể thấy một số nguyên nhân tắc ruột: khối u đại tràng, u ruột non, 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 có thể thấy một số nguyên nhân tắc ruột như ung thư trực tràng, dấu khối lồng ruột muộn, khối u đại tràng Sigma

2.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

a) Chụp X quang bụng không chuẩn bị:

Không những để chẩn đoán tắc ruột mà còn giúp xác định vị trí tắc và cơ chế tắc. Chụp bụng với các tư thế đứng, nằm, nằm nghiêng nếu tình trạng bệnh nhân, không cho phép đứng.

b) 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 dạng 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. Nhiều khi rất khó phân biệt là tắc đại tràng hay tắc ruột non. Trong tắc ruột do liệt, cả ruột non và đại tràng đều giãn, ít khi có mức nước - hơi.

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

c) 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 nham nhở. Trong lồng ruột, có hình đầy chén, hình cang cua.

d) 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 1 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 các quai ruột non giãn trên chỗ tắc nhưng không xác định chắc chắn được vị trí tắc và nguyên nhân tắc.

e) Siêu âm ổ bụng:

Siêu âm ổ bụng thấy có hình ảnh ruột giãn hơi và chứa nhiều dịch do tắc ruột.

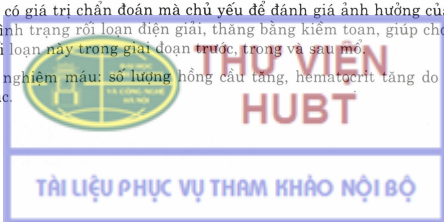
f) Chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ hạt nhân:

Chụp cắt lớp vi tính (CCLVT) và chụp cộng hưởng từ hạt nhân cũng đã được áp dụng trong chẩn đoán tắc ruột. Hình ảnh ruột giãn, ứ hơi và dịch trong lòng ruột trên chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ hạt nhân 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, tình trạng tổn thương nặng của thành ruột và một số nguyên nhân tắc ruột do bít tắc như các khối u đường tiêu hoá, khối bã thức ăn, búi giun ...

2.2.3. 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 kiềm 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.
 - + Urê, creatinin: bình thường hoặc tăng nhẹ trong giai đoạn sớm, tăng nhiều trong tất muộn.

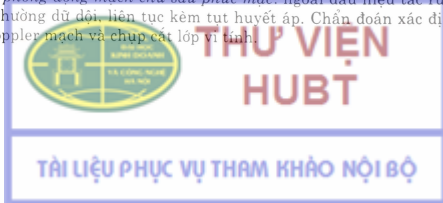
2.3. Chẩn đoán phân biệt

2.3.1. Các bệnh nội khoa

- **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.
- **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.
- **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.
- **Các bệnh nội khoa ít gặp khác:** như cường tuyến cận giáp, rối loạn chuyển hóa porphyrin, nhiễm độc chì, giãn dạ dày cấp tính, một số thuốc gây liệt ruột, hạ K^+ máu.

2.3.2. 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.
- 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 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. 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 bò và nghe bụng thấy im lặng. Tình trạng toàn thân ít thay đổi.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Hút dạ dày: nhằm làm bụng đỡ trướng, 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, 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: 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 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 metronidasol.

3.2. Điều trị phẫu thuật

3.2.1. Nguyên tắc điều trị phẫu thuật

Đường mổ: đường mổ giữa trên và dưới rốn, 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 ghệt ...

- Thăm dò tìm nguyên nhân tắc: tìm góc hồi manh tràng, nếu góc hồi manh tràng xẹp thì nguyên nhân tắc ở ruột non, nếu phồng nguyên nhân tắc ở đại tràng. Khi ruột quá trướng, 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 nhiều nguy cơ bục chỗ khâu ruột.

3.2.2. 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.

a) Các nguyên nhân tắc ruột non

- 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.

- Xoắn ruột:

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 Xylocain vào gốc mạc treo, đắp gạc huyết thanh ẩm nhiều lần và chờ đợi 15 - 20 phút để đánh giá sự hồi phục của ruột. Nếu ruột hồi phục 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.

- Dính ruột:

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.

- Thoát vị nghẹt:

Mở 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 mở thêm đường trắng để xử lý.

Đối với các thoát vị nội 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 sọt tổng hợp tùy trường hợp. Tùy tình trạng ruột mà cắt hoặc bảo tồn.

- Lồng ruột cấp:

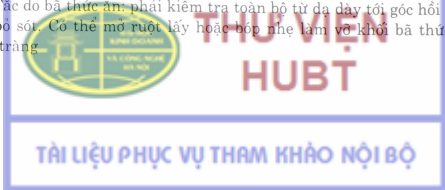
Ở trẻ còn bú chỉ định tháo lồng bằng hơi, thực baryt hoặc thực nước, trên 90% có kết quả. Mổ cấp cứu nếu đến muộn, bụng trương nhiều, tháo lồng không kết quả. Mổ tháo lồng nếu ruột còn tốt, cắt nửa đại tràng nếu ruột đã hoại tử.

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.

- 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 góc hồi manh tràng để tránh bỏ sót. Có thể mở ruột lấy hoặc bóp nhẹ làm vỡ khối bã thức ăn và đẩy xuống đại tràng.



- Tắc do u ruột non:

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

b) Các nguyên nhân tắc ở đại tràng

- 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.

- 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.

- 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.

- Tắc ruột 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duron JJ. Pathologie occlusive postopératoire, J. Chir, 140, No6, 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, Rouleau Ph, Occlusions intestinales aiguës de l'adulte, EMC, paris, estomac, 1980, 9044A10 và 9044 C 10.
5. Tired. E, Quelle est la conduite à tenir en situation d'urgence devant un cancer du colon? Conférence de consensus: prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon, Gastroenterol. Clin. Biol, 1998, 22 (3Bis): 102 - 107.



**THƯ VIỆN
HUY**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

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 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 hơn nữ, một phần do tỷ lệ thoát vị bẹn ở nam nhiều hơn nữ, 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 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.

- Tiền sử thoát vị: những bệnh nhân thoát vị nghệt thường có bệnh lý này từ trước, hoặc đã có một vài lần bị nghệt nhưng sau đó trở lại bình thường. Thường thì chính bệnh nhân cũng đã tự chẩn đoán được mình bị thoát vị, có khi đã nhiều năm trước.

- Khối lượng 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.

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

2.1. Giải phẫu học vùng bẹn - đùi

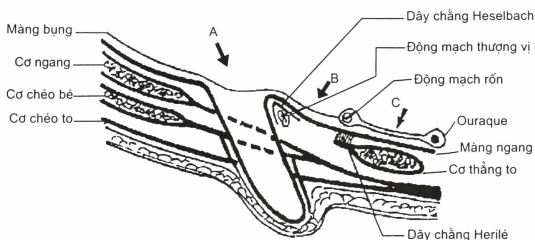
Thoát vị bẹn - đùi gặp nhiều và cùng có những đặc điểm chung, cùng nằm ở khu vực trước dưới của thành bụng trước bên, ranh giới giữa bụng và đùi.

Ổng bẹn và ổng 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.

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 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 7.1) có thể chia thoát vị bẹn thành 3 loại. Các quai ruột chui qua lỗ bẹn, bị nghẹt có những đặc điểm khác nhau.



Hình 7.1. Thiết đồ ngang qua ống bẹn

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

2.1.1. Thoát vị bẹn chéo ngoài

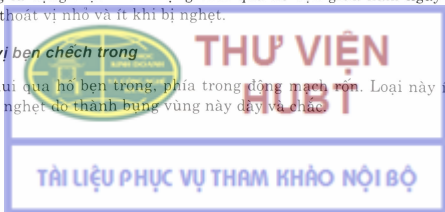
Khi tạng chui qua hố bẹn ngoài, ở ngoài động mạch thượng vị theo hướng chéo từ ngoài vào trong. Túi thoát vị, nằm trong bao xơ của thừng tinh và theo thừng tinh tiến dần xuống bìu. Loại thoát vị này thường bị nghẹt.

2.1.2. 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.

2.1.3. 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.



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 Gimbernath, dây chằng Cooper và cung đùi tạo nên để 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.

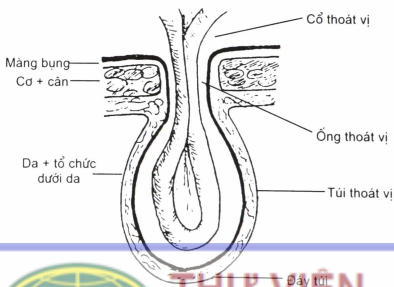
2.4. Đặc điểm túi thoát vị

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 7.2). Lúc đầu dịch màu trong, nếu muộn thì có màu hồng, khi ruột đã hoại tử trở thành màu đen, thối.

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



Hình 7.2. Các thành phần của thoát vị

2.5. Tạng thoát vị

Nội dung trong bao thoát vị: hầu hết các trường hợp là một ruột non.

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. Thương tổn nặng nhất là ở cổ túi.

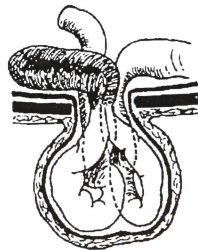
Diễn biến của quai ruột nghẹt: ứ máu và phù nề, ruột có màu hồng tím, thành dày. Sau khi cắt cổ túi hoặc sau khi đắp huyết thanh nóng và phong bế novocain vào mạc treo màu sắc trở lại như cũ và co bóp bình thường. Sau đó quai ruột mất vẻ trắng bóng bình thường, thành mỏng, màu xám rõ nét nhất là ở nơi 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 chống đưa đến hoại tử. Lưu thông ruột vẫn bình thường. Cũng gặp vài trường hợp ruột bị nghẹt theo hình chữ W (hình 7. 3), 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.

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

Ít gặp hơn có 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.

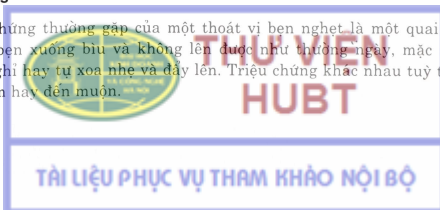


Hình 7.3. Thoát vị hình W.

3. THOÁT VỊ BỆNH NGHỆT

3.1. Lâm sàng

Triệu chứng thường gặp của một thoát vị ben nghẹt là một quai ruột non chui qua lỗ ben 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

a. 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.
- Có thể nôn hoặc buồn nôn.

b. Triệu chứng thực thể:

- Một khối phồng tròn vùng bẹn.
- 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.

c. Triệu chứng toàn thân:

Nét mặt nhân nhó, nhưng thể trạng vẫn tốt. Huyết áp bình thường.

3.1.2. Triệu chứng khi đến muộn

Thường chỉ sau 6 đến 12 giờ nếu không được xử lý các triệu chứng đã thay đổi rõ rệt: biến chứng tắc ruột, hoại tử hoặc viêm phúc mạc:

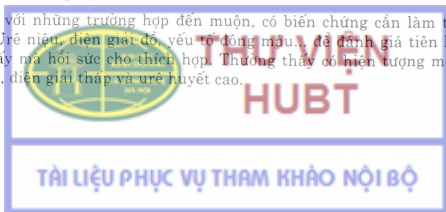
- Đau bụng từng cơn, đau càng ngày càng tăng.
- Nôn rất nhiều, nôn liên tục. Chất nôn nâu đen.
- Bí trung đại tiện.
- Vùng bẹn bìu đau chói, đau căng tức làm bệnh nhân không cho sờ vào.
- Bụng trướng, căng, gõ vang, các quai ruột nổi, có thể nhu động kiểu rắn bò.
- Triệu chứng toàn thân thay đổi rõ rệt: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

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xét nghiệm

Một số xét nghiệm cơ bản

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 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

a. 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.

b. Thể nghẹt hoàn toàn:

Hay gặp ở những khối thoát vị ben nhỏ. Bệnh nhân thường đến muộn sau 6 - 12 giờ. Đau chói, đau dữ dội ở vùng ben biau 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.

c. Thể nghẹt có biến chứng:

Ngoài dấu hiệu thoát vị ben nghẹt hoàn toàn, đến muộn còn có các biểu hiện của tắc ruột như nhiều trường hợp chẩn đoán tắc ruột mà bỏ sót do không thăm khám ben biau chỉ khi chuẩn bị mổ hoặc trong mổ mới phát hiện được. Nếu hoại tử sẽ biểu hiện vùng ben biau sưng, viêm tấy lan toả hoặc viêm phúc mạc.

3.3.2. Theo tạng thoát vị

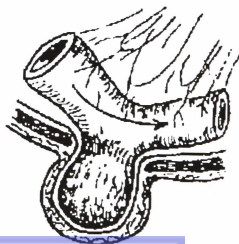
a. Một quai ruột non:

Quai ruột non chui xuống và bị nghẹt. Vòng thắt là ổ cổ túi thoát vị. Lỗ ben càng bé càng dễ nghẹt và nhanh chóng hoại tử, hoại tử không chỉ các quai ở ben biau mà có thể quai ruột nằm trong ổ bụng (thoát vị hình W) (hình 7.3). Có loại nghẹt chỉ một phần thành ruột nơi bờ tự do (thoát vị kiểu Richter) (Hình 7.4)

b. Các tạng khác:

– Mạc nối lớn: thường không có triệu chứng tắc ruột. Diễn biến chậm

– Manh tràng, đại tràng Sigma: triệu chứng tắc ruột không rõ ràng, xuất hiện muộn. Thương tổn tại chỗ cũng giống như thể thoát vị của quai ruột non.



Hình 7.4. Thoát vị kiểu Richter

– Ruột thừa: 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

Thoát vị nghẹt chưa có xử trí gì tự nó đã lên hoặc có thể nghỉ ngơi và dùng thuốc giảm co thắt, đẩy nhẹ tụt lên. Sau khi lên cần theo dõi trong 6 giờ có thể tái phát, hoặc quai ruột nghẹt hoại tử.

3.4.2. Thể nghẹt hoàn toàn

Biểu hiện đầy đủ các triệu chứng của thoát vị bẹn nghẹt, sau đó sẽ xuất hiện các dấu hiệu của tắc ruột hay hoại tử, thường bệnh nhân sẽ chết vì các rối loạn của tắc ruột, viêm màng bụng toàn thể.

3.5. Chẩn đoán

3.5.1. Chẩn đoán xác định

Trong đa số trường hợp chẩn đoán dễ, bệnh nhân có tiền sử nhiều lần thoát vị.

Chẩn đoán loại thoát vị nghẹt: Khó xác định trước mổ.

3.5.2. Chẩn đoán phân biệt

a. Bệnh nhân đến sớm:

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

b. Bệnh nhân đến muộn:

Bệnh cảnh lâm sàng nổi bật là một tắc ruột. Cho nên trước một bệnh nhân tắc ruột bao giờ cũng phải thăm khám các vùng thoát vị nhất là những người béo.

3.6. Điều trị

Tất cả các loại thoát vị bẹn nghẹt khi đã chẩn đoán được phải điều trị ngay.

3.6.1. Điều trị bảo tồn

Đối với bệnh nhân đến sớm trước 6 giờ: đau ít, chưa có biến chứng, nằm yên, dùng thuốc giảm đau, giảm co thắt, đẩy nhẹ, nếu tụt lên, theo dõi sau đó phẫu thuật theo kế hoạch.



3.6.2. Điều trị phẫu thuật

a. Nguyên tắc:

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.

b. Kỹ thuật:

– *Vô cảm*: gây tê tuỷ sống là tốt nhất. Người già có thể gây tê tại chỗ tránh được các biến chứng. Đối với trẻ em gây mê để mổ. Những trường hợp đến muộn, có biến chứng nên gây mê nội khí quản.

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

– *Xử trí tạng thoát vị*: kéo thêm quai ruột xuống để đánh giá được đầy đủ 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.

Nếu có một vài nốt nghi ngờ hoại tử, các nơi khác tốt: có thể khâu vào.

Ruột hoại tử thì phải cắt cổ túi, cặp ngay chỗ thắt nghẹt sau đó cắt bỏ rộng rãi và nối lại. Chỉ ở những bệnh nhân quá già yếu mới đưa hai đầu ra ngoài ổ bụng và đóng lại sau.

Đối với những trường hợp nghi ngờ: đắp gạc có huyết thanh nóng và phong bế Xylocain vào mạch treo và chờ. Khi phong bế phải hết sức chú ý không chọc vào mạch 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 theo các phương pháp sau:*

+ *Phương pháp Bassini*: Khâu 2 bình diện nông và sâu, thường tình nằm giữa, cung đùi và gân kết hợp là lớp sâu, cân cơ chéo lớn là lớp nông.

+ *Phương pháp Forgue*: Khâu hai lớp nông và sâu, thường tình nằm sau.

+ *Phương pháp Halstedt*: Khâu hai lớp nông và sâu, thường tình nằm trước.

+ *Phương pháp Shouldice*: Phục hồi theo ba lớp: mạc ngang, lớp nông và sâu bằng đường khâu vắt đi về. Phương pháp này là kỹ thuật 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 chỉ nằm yên.
- Khi đến muộn: Bù nước, điện giải, hút dạ dày liên tục, sử dụng kháng sinh.

4. THOÁT VỊ DÙI NGHỆT

4.1. Lâm sàng

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

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

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 nghệt nó thường là một khối nhỏ vùng trên mé trong dùi dưới nếp bẹn (đường Malgaigne, tương ứng với cung dùi bên trong), có thể ấn xẹp được.
- Nếu có biến chứng nghệt sẽ sờ thấy một khối căng phồng nằm dưới nếp bẹn hoặc trong 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 - dùi phải cẩn thận vì nhiều khi có thể bị bỏ qua.

4.2. Chẩn đoán

4.2.1. Chẩn đoán xác định

a) Trường hợp đến sớm:

- Đau: xuất hiện đột ngột ở vùng bẹn - dùi, có khi cơn đau bụng đi kèm nếu bắt đầu có dấu hiệu nghệt ruột.
- Nôn hoặc buồn nôn.
- Khối phồng tròn, nằm dưới nếp bẹn.
- Sờ có cảm giác căng chắc, ấn rất đau nhất 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. Toàn thân thay đổi.

4.2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị dùi 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 muốn cắt bỏ túi thoát vị phải cắt cung đùi. Đi từ phía trên ổ bụng xuống, hoặc đường rạch thấp ở đùi.
- Phục hồi 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

Phục hồi thành bụng: 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 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)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bendavid . R (1992)

L'opération 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 Lesion 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.



**THƯ VIỆN
HUYẾT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

XOĂN RUỘT

Là một loại tắc ruột do nguyên nhân gây nghẹt ruột, nhưng là dạng tắc ruột đặc biệt vì tổn thương gồm 2 phần: thành ruột và các mạch máu mạc treo ruột.

Do nguyên nhân nào đấy mà một hay nhiều quai ruột xoắn theo trục của mạc treo ruột có thể thuận hay ngược chiều kim đồng hồ, hậu quả của sự xoắn này được thể hiện trên lâm sàng với các dấu hiệu rất rầm rộ khiến người bệnh nhanh chóng rơi vào tình trạng sốc do đau và nhiễm độc.

Các yếu tố thuận lợi hay gặp:

- Tại các quai ruột:

Các quai ruột bị thay đổi nhu động do nguyên nhân cơ học như ứ trệ: do giun đũa hay bã thức ăn, tổn thương thành ruột do u hay tăng nhu động ruột, do một số bệnh nhân dùng các thuốc thần kinh tâm thần (bệnh Parkinson, Alzheimer, tâm thần phân liệt...).

- Mạc treo ruột bất thường do không được cố định hay quay chưa hoàn toàn đây là các tổn thương bẩm sinh trong thời kỳ bào thai: các quai ruột không được cố định hay mạc treo ruột dài.

- Bên ngoài ruột hay mạc treo: dây chằng, dính sau ổ bụng, ruột thừa dài khi viêm dính vào các quai ruột hay gốc mạc treo, túi Meckel dính vào rốn... là các điểm khởi phát tạo thuận lợi cho xoắn ruột.

1. RỐI LOẠN SINH LÝ BỆNH CỦA XOĂN RUỘT

Quá trình này xảy ra rất nhanh chóng và gây các rối loạn sâu sắc toàn thân là do:

- Ứ trệ dịch hơi trong các quai ruột xoắn như tắc ruột thông thường nhưng có đặc điểm do có tổn thương các mạch máu mạc treo ruột nhất là hệ tĩnh mạch nên có sự cản trở máu trở về hệ tuần hoàn cùng với dịch của cơ thể tập trung nhiều vào vùng ruột xoắn gây shock do giảm khối lượng tuần hoàn.

- Shock trong xoắn ruột còn được gây ra vì quá đau.

- Các quai ruột bị xoắn do bị tổn thương mạch máu mạc treo cả đường động và tĩnh mạch rất nhanh chóng dẫn đến tình trạng hoại tử, thủng gây viêm phúc mạc, là một biến chứng rất nặng và thường xuyên của xoắn ruột.

2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

2.1. Cơ năng

- Đau bụng: thường được chú ý nhiều nhất bằng khởi đầu đột ngột và cường độ cao, người bệnh có khi ngất xỉu, trẻ nhỏ thường la hét... Với tính chất



đau liên tục có những cơn trội lên rõ rệt nhất là khi thay đổi tư thế, khiến người bệnh có thể vã mồ hôi, tái mặt trong các cơn đau bụng.

Vị trí đau bụng tương ứng với chân của vùng mạc treo ruột bị xoắn, có thể giữa bụng, hay lệch bên trái trong xoắn đại tràng xích ma hay bên phải do xoắn manh tràng hay thượng vị do xoắn dạ dày...

Cũng có một số ít các trường hợp cường độ đau có thể nhẹ hơn phụ thuộc vào tình trạng nghẹt của mạc treo chưa chặt. Trong xoắn dạ dày biểu hiện đau ít rầm rộ hơn xoắn ruột non hay đại tràng xích ma.

– Nôn: dấu hiệu này cũng nhanh chóng xuất hiện, thường nôn nhiều, khi hết dịch ứ đọng phía trên chỗ ruột xoắn người bệnh lại nôn khan gây cho bệnh nhân rất khó chịu.

Nôn trong xoắn ruột ngoài do tình trạng ứ trệ còn do phản xạ của các quai ruột bị xoắn gây liệt ruột trên và dưới chỗ tắc. Những trường hợp mạn tính nôn nhiều gây rối loạn nước điện giải trầm trọng có biểu hiện suy thận nhất là các trường hợp xoắn tá tràng hay toàn bộ ruột non trong trường hợp mạc treo chung.

– Bí rắm ỉa: xuất hiện hay sau đau bụng, quá trình xoắn ruột xảy ra nhanh nên dấu hiệu này trong những giờ đầu không được lưu ý nhưng những trường hợp diễn biến chậm thì rõ ràng.

2.2. Toàn trạng

Tình trạng sốc hay trụy mạch xảy ra sớm: mạch nhanh, nhỏ có trường hợp không bắt được.

Huyết áp thấp cả tối đa và tối thiểu.

Về mặt xanh tái, trán vã mồ hôi, có cảm giác sợ hãi do đau.

2.3. Tại chỗ

– Bụng trường:

Bụng người bệnh trường sớm, tính chất đặc biệt là trường lệch, có thể bụng trường lệch về một bên phải hay trái, phía trên hay dưới. Dấu hiệu này không rõ ràng ở các bệnh nhân có sẹo mổ bụng cũ.

– Dấu hiệu quai ruột nổi:

Thường thấy các quai ruột nổi rõ nhưng khi kích thích trên thành bụng (xoa, búng...) các quai ruột này ít khi di chuyển được như các trường hợp tắc ruột thông thường (dấu hiệu rắn bò) do ruột bị liệt. Khi kích thích nhất là khi nắn bụng thấy đau ở các quai ruột dần hay vị trí tương ứng với vùng mạc treo ruột bị xoắn. Các quai ruột nổi trên thành bụng thường ít và tương ứng với các quai ruột bị xoắn: 2 hay 3 quai. Trường hợp xoắn đại tràng xích ma khám thấy chỉ có 1 quai to chiếm gần hết cả ổ bụng.

- Nghe bụng: mất tiếng réo của ruột gọi là cái bụng "im lìm" của Von Wahl mô tả cho các trường hợp xoắn ruột điển hình.

- Thăm trực tràng: bóng trực tràng thấy rỗng trong trường hợp xoắn đại tràng xích ma, có thể thấy đau khi đưa ngón tay lên cao nhưng dấu hiệu này không chính xác và không có giá trị, nhưng có thể có máu màu nâu theo tay trong các trường hợp ruột có hoại tử.

- Các lỗ thoát vị: cần khám các lỗ thoát vị như đùi bẹn.

3. HÌNH ẢNH

3.1. Chụp bụng không chuẩn bị

Có các dấu hiệu của tắc ruột nhưng với tính chất đặc biệt:

Số các mức nước hơi thường ít, tương đương với vị trí của vùng ruột bị xoắn. Nếu xoắn ruột non thường có 2,3, mức nước hơi giữa bụng. Xoắn đại tràng xích ma: là một mức hơi lớn được mô tả như chữ U lộn ngược, bên trái hay chiếm cả ổ bụng. Trường hợp xoắn manh tràng thường thấy mức nước hơi to vùng hố chậu phải, xoắn ruột do mạc treo chung thấy các mức nước hơi của ruột non ở bên phải còn các mức nước hơi của đại tràng ở bên trái...

3.2. Chụp lưu thông ruột

Chỉ được làm trong các trường hợp bệnh tiến triển không điển hình ít rõ rệt.

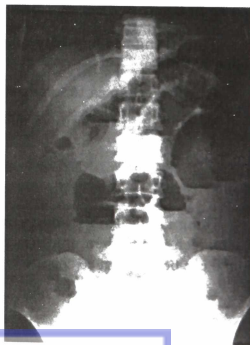
Chụp khung đại tràng: trong các trường hợp xoắn đại tràng xích ma thuốc từ trực tràng lên sẽ bị dừng lại chỗ đại tràng xích ma bị xoắn tạo thành một hình ảnh điển hình: dấu hiệu mỏ chim.

Chụp dạ dày có thuốc Baryt sẽ thấy hình xoắn: dạ dày hình 2 túi.

3.3. Nội soi

Có thể áp dụng cho các trường hợp xoắn đại tràng xích ma vừa chẩn đoán và điều trị.

3.4. Siêu âm và CT Scanner ổ bụng: ít khi được áp dụng trong các trường hợp cấp vì đã rõ trên lâm sàng và X quang.



Hình 8.1. Xoắn ruột non chỉ có 2,3, mức nước hơi ở giữa bụng.



**BỆNH VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.5. Các xét nghiệm

– Máu:

Công thức máu: bạch cầu thường cao do ứ trệ và nhiễm khuẩn, bạch cầu cao nhiều khi có viêm phúc mạc do hoại tử ruột (trên 15 - 20.000/ml).

– Sinh hoá: rối loạn nước và điện giải nặng do nôn, không ăn được và ứ trệ dịch trong các quai ruột bị xoắn.

U rê máu cao, suy thận...

4. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN HAY CÁC DẠNG LÂM SÀNG

4.1. Xoắn ruột non

4.1.1. Xoắn ruột non do giun đũa: thường gặp ở trẻ em, do các búi giun tuy chưa gây tắc ruột, nhưng gây nặng các quai ruột và ứ trệ thay đổi nhu động ruột dễ dẫn tới xoắn.

– Lâm sàng: đau bụng là dấu hiệu chính, có thể đau âm ỉ vài ngày trước đấy sau đó đau tăng lên với tính chất rất dữ dội, trẻ la hét hay nằm im do quá đau. Nôn xuất hiện sớm, có thể nôn ra giun.

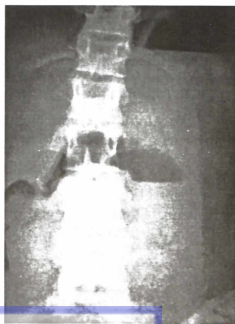
Thể trạng chung nhanh chóng bị suy giảm và rơi vào tình trạng nặng với các dấu hiệu trụy mạch và nhiễm độc.

– Khám bụng: bụng trương ít, có thể sờ thấy quai ruột có búi giun bị xoắn. Phần bụng còn lại cũng có cảm giác là các búi giun nhưng không chặt.

– X quang: chụp bụng không chuẩn bị sẽ thấy các mức nước hơi của các quai ruột bị xoắn, với đặc điểm không rõ ranh giới hơi và nước, số lượng các quai ruột thường ít. Nếu chất lượng phim tốt có thể nhìn thấy phần còn lại của ổ bụng các quai ruột có nhiều búi giun.

4.1.2. Xoắn ruột sau mổ: xuất hiện ban đầu bằng biểu hiện của tắc ruột do dính sau mổ với các dấu hiệu đau bụng từng cơn, nôn và bí rắm ỉa. Cũng có khi xuất hiện ngay với các dấu hiệu đau bụng dữ dội và người bệnh rơi vào tình trạng trụy mạch.

Thăm khám sẽ thấy bụng trương trên bụng có sẹo mổ cũ nên dấu hiệu trường lệch không được lưu ý. Thông thường trên các bệnh nhân có các dấu hiệu của tắc ruột sau



Hình 8.2. Xoắn ruột do giun, trên phim chỉ có 1 mức nước hơi, bên cạnh là những hình của giun trong ruột

mổ đã được đặt ống thông dạ dày, truyền dịch... và đau tăng, trụy mạch phải cần lưu ý ngay bị xoắn ruột.

Nguyên nhân do có các dây chằng là khởi điểm cho các quai ruột xoắn.

4.1.3. Xoắn ruột do mạc treo chung: đây là một bệnh không hiếm gặp, có đặc điểm lâm sàng thường dưới hai dạng cấp tính và mãn tính.

Để hiểu rõ về loại xoắn ruột này xin được nhắc lại phôi thai học của sự phát triển ống tiêu hoá:

Quá trình phát triển của ống tiêu hoá có thể được hiểu như sau: trong thời kỳ bào thai ống tiêu hoá nguyên thủy phát triển xuống đường giữa của phổi, kéo dài và chui ra ngoài khoang cơ thể theo dây rốn (thoát vị sinh lý) và sau này lại chui vào khoang cơ thể hay khoang bụng. ống tiêu hoá được chia làm 3 phần theo sự cấp máu: đoạn ruột đầu (foregut) sau này hình thành hầu họng, thực quản và dạ dày được nuôi dưỡng bằng động mạch thân tạng. Đoạn ruột giữa (midgut) hình thành ruột non và phần đại tràng, được nuôi dưỡng bằng động mạch mạc treo tràng trên. Đoạn ruột cuối (hindgut) hình thành hậu môn trực tràng và phần đại tràng xuống, được nuôi dưỡng bằng động mạch mạc treo tràng dưới.

- **Giai đoạn 1:** vào tuần lễ thứ 4 - 10 đoạn ruột giữa phát triển nhanh nên khoang thân (Coelomic Cavity - giữa lá phổi ngoài và giữa) không có khả năng chứa nên chúng chui ra ngoài theo dây rốn.

- **Giai đoạn 2:** Sau khi chui ra khỏi khoang thân vào tuần lễ thứ 4 - 10, đoạn ruột giữa chui lại vào khoang thân hay khoang bụng, trong ổ phúc mạc nhưng chủ yếu là ruột non chui vào trước và chiếm toàn phần bên trái của ổ bụng. Phần đại tràng chui vào sau và nằm góc trên trái của ổ bụng. Khung đại tràng nhanh chóng quay 270 độ ngược theo chiều kim đồng hồ để góc hồi manh tràng nằm ở góc hố chậu phải. Khung tá tràng cũng xoay 270 độ ngược chiều kim đồng hồ và ra phía sau động mạch mạc treo tràng trên (vào tuần lễ 10 - 12).

- **Giai đoạn 3:** là giai đoạn cuối, chủ yếu là sự phát triển của các quai ruột non như các quai ruột, mạc treo.

* Trong giai đoạn 2 do một lý do nào đó mà có các bất thường:

- Ruột không quay: sau khi trở lại ổ bụng thì phần lớn đại tràng nằm bên trái, ruột non bên phải và manh tràng ở giữa bụng như vậy không có sự quay và cố định của đại tràng và tá tràng.

- Ruột quay không hoàn toàn: đại tràng chỉ quay khoảng 180 độ và dừng lại khiến manh tràng ở dưới gan, hạ sườn phải. Trường hợp này thường có 1 dải phúc mạc thành bụng chạy ngang qua đoạn II tá tràng gọi là dây chằng Ladd. Toàn bộ ruột giữa (midgut) được treo bởi bó mạch mạc treo tràng trên bằng một cuống rất hẹp và rất dễ dàng bị xoắn do không được cố định.

- Ruột quay ngược: thường đại tràng quay 180 độ theo chiều kim đồng hồ kết quả đại tràng nằm sau tá tràng và bó mạch mạc treo tràng trên (hiếm gặp). Ruột quay thái quá (hyperrotation) đại tràng quay ngược chiều kim đồng hồ 360 hay 450 độ (hiếm gặp).

- Tạo vỏ (Encapsulated): túi vô mạch của dây rốn chui theo vào ổ bụng và bọc lấy toàn bộ ruột.

- Các quai ruột quay bình thường nhưng thiếu hụt về cố định: manh tràng và đại tràng lên quá di động nên dễ bị xoắn sau này.

+ Xoắn ruột non cấp tính do mạc treo chung: các dấu hiệu thường rất rõ rệt thường là hết và ngắt xiu, rơi vào tình trạng trụy mạch và viêm phúc mạc do hoại tử ruột.

Với thanh thiếu niên và người lớn: các dấu hiệu tắc ruột xuất hiện cũng rất rõ rệt và nặng: đau bụng dữ dội, nôn nhiều, trụy mạch.

Khám bụng: bụng trương, có nhiều quai ruột, bụng đau, nghe không thấy tiếng réo của ruột (bụng im lìm).

Chụp X quang bụng không chuẩn bị:

Có nhiều mức nước hơi của ruột non bên phải và các mức hơi của đại tràng bên trái (dấu hiệu gợi ý).

Nhiều trường hợp mổ bụng ra thấy toàn bộ ruột non bị hoại tử do xoắn để muộn.

4.1.4. Xoắn ruột non mạn tính do mạc treo chung

Thường gặp trên lâm sàng với các dấu hiệu:

- Đau bụng từng cơn, nôn nhiều, ít có rầm ỉa.

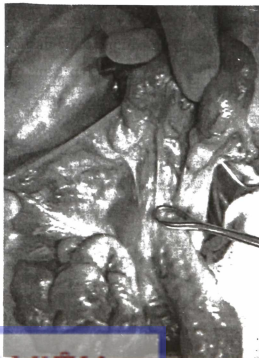
- Thăm khám bụng thấy bụng trương trong các cơn đau.

Trường hợp tắc tá tràng có thể thấy bụng trên lõm dễ nhầm với hẹp môn vị. Tắc toàn bộ ruột non có thể cả trương bụng. Có thể có quai ruột nổi và dấu hiệu rắn bò do tình trạng mạc treo ruột chưa bị xoắn chặt gây nghẹt hoàn toàn. Những trường hợp xoắn ruột non mạn tính, nôn là dấu hiệu dễ gây nhầm lẫn rối loạn nước và điện giải trầm trọng nhiều trường hợp được chẩn đoán nhầm là suy thận.

X quang:

Chụp bụng không chuẩn bị:

Trường hợp xoắn gây tắc tá tràng ngoài mức hơi lớn của dạ dày sẽ thấy một mức nước hơi lớn dưới gan. Nếu xoắn tắc thấp hơn sẽ có nhiều mức nước hơi giữa bụng.



Hình 3.3. Xoắn toàn bộ ruột non mạn tính do mạc treo chung. Toàn bộ ruột non bên phải, đại tràng, manh tràng gốc trái ổ bụng.

Vì diễn biến mạn tính có thể người bệnh được chụp lưu thông ruột sẽ thấy ứ trệ thuốc cản quang từ dạ dày tới các quai ruột non bị xoắn tắc.

4.2. Xoắn đại tràng

4.2.1. Xoắn đại tràng Sigma: là một loại xoắn ruột hay gặp ở nam giới, người có tuổi. Trên các cơ địa:

- Đại tràng Sigma quá di động do mạc treo dài.
- Ở những người táo bón.
- Những người có chế độ ăn nhiều xơ.
- Những người già, có rối loạn thần kinh tâm thần.
- Bệnh phình to đại tràng.

Biểu hiện lâm sàng: thường được nhận thấy dưới 2 dạng cấp tính và bán cấp.

- Dạng cấp tính hay gặp ở người trẻ với các dấu hiệu rầm rộ và nhanh chóng có dấu hiệu hoại tử do thủng. Còn ở người già diễn biến chậm hơn và hay tái diễn.

Đau bụng: xuất hiện từng cơn vùng hạ vị, đau quặn và âm ỉ, tăng khi người bệnh đi lại. Các triệu chứng thường rầm rộ như xoắn ruột non ở người trẻ (đau liên tục) nhiều người già lại biết mình bị xoắn đại tràng Sigma vì bệnh tái diễn nhiều lần (đau từng cơn).

Nôn: xuất hiện sớm ở dạng cấp tính và muộn ở dạng mạn tính.

Bí rầm ỉa: thể hiện sớm, có một số trường hợp có thể vẫn còn ỉa được phần phân dưới chỗ tắc.

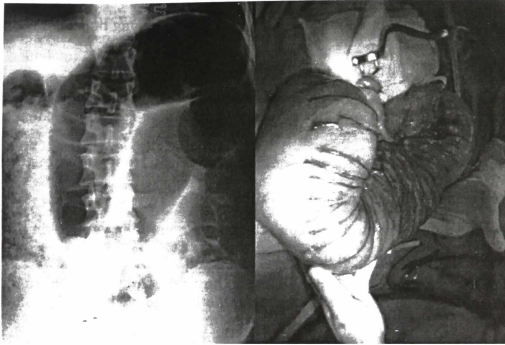
Khám bụng: bụng trương lệch phải, trái hay trương toàn bộ ổ bụng tùy theo mức độ dân của quai ruột bị xoắn.

Nắn bụng thấy bụng trương hơi (quai ruột) không thấy quai ruột di chuyển. Gõ thấy quai ruột dân vang.

Thăm trực tràng: có thể có máu tươi hay nâu theo tay.

X quang: chụp bụng không chuẩn bị: hình ảnh điển hình của xoắn đại tràng Sigma đó là một quai ruột trương hơi rất to chiếm toàn bộ ổ bụng, như một chữ U lộn ngược mà vòm của quai ruột này có thể sát cơ hoành. Trong những giờ đầu chưa rõ có mức nước ở phía thấp nhưng sau đó hai chân của quai ruột sẽ có dịch rõ ràng. Cũng trong giờ đầu phần đại tràng phải bình thường, nhưng những giờ tiếp theo đại tràng bên phải cũng dân hơi và các quai hồi tràng cũng ứ trệ có biểu hiện tắc ruột. Chỉ cần chụp phim bụng không chuẩn bị cũng đủ để chẩn đoán bệnh. Tuy nhiên trong các dạng bán cấp có thể chụp đại tràng có Baryt sẽ thấy thuốc vào trực tràng rồi không qua được chỗ xoắn tạo nên hình mỏ chim.

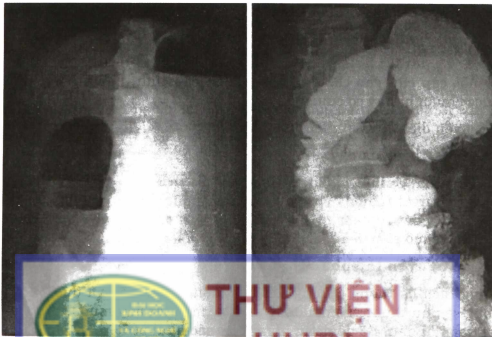
Trên X quang cần lưu ý phân biệt với xoắn manh tràng, tắc đại tràng do u trực tràng và bệnh phình to đại tràng bẩm sinh.



Hình 8.4. Xoắn đại tràng Sigma trên phim chụp bụng không chuẩn bị và quai đại tràng Sigma bị xoắn khi mổ bụng.

Hiện nay với nội soi ống mềm có thể giúp cho chẩn đoán và điều trị xoắn đại tràng Sigma.

4.2.2. Xoắn manh tràng



Hình 8.5. Xoắn manh tràng trên phim chụp bụng không chuẩn bị. Xoắn dạ dày, hình dạ dày 2 túi khi uống Baryt.

Biểu hiện lâm sàng với các dấu hiệu như những trường hợp xoắn ruột nhưng có đặc điểm:

- Bụng trương lệch bên phải, phần thấp.
- Chụp bụng không chuẩn bị có mức nước hơi rất lớn vùng hố chậu phải ban đầu được mô tả như một hạt đậu hay quả thận về sau có thể thêm một vài mức nước hơi của ruột non kèm theo.

Cần lưu ý với các trường hợp diễn biến nhanh chóng cấp trong hội chứng Ogilvie.

4.2.3. Xoắn dạ dày: hay gặp ở người có tuổi.

Thường biểu hiện đau bụng vùng thượng vị, nôn nhiều và nôn khan.

Thăm khám không có gì đặc biệt.

Xoắn dạ dày thường dưới dạng bán cấp hay mãn tính, ít có hoại tử dạ dày vì dinh dưỡng của dạ dày rất phong phú. Các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán xoắn dạ dày mang tính kinh điển:

- Đau bụng vùng thượng vị dữ dội và trương bụng.
- Nôn sau đau và nôn khan.
- Không đặt được ống thông dạ dày.

Chụp bụng không chuẩn bị: thấy dạ dày giãn, túi hơi lớn thường được chẩn đoán dẫn dạ dày cấp.

Chụp dạ dày có uống Baryt: dạ dày bị xoắn có 2 túi có thể thấy 2 túi hơi phần trên là phình vị và phía dưới là hang vị.

Soi dạ dày sẽ thấy rõ thương tổn.

5. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

Là một cấp cứu cho các dạng biểu hiện cấp tính, người bệnh phải nhanh chóng được chuẩn bị hay sơ cứu:

- Truyền dịch.
- Đặt ống thông dạ dày.
- Dùng kháng sinh.
- Giảm đau.
- Chuyển mổ sớm.
- Các nguyên tắc phẫu thuật:

Đường rạch da thông thường phải là đường giữa trên và dưới rốn, rộng rãi. Tổn thương sẽ phụ thuộc vào người bệnh được mổ sớm hay muộn, thường thấy các quai ruột xoắn bị giãn. Sẽ dễ dàng nhận biết các quai ruột xoắn khi bệnh chưa bị mổ bụng bao giờ trong các trường hợp như xoắn ruột non do giun, có dây chằng do ruột thừa hay túi Meckel. Cần xác định số lượng quai ruột bị xoắn, màu sắc của

các quai ruột có dấu hiệu bình thường, tím, có giả mạc, có lạnh hay không? Sau đó đánh giả mạc treo ruột xoắn như thế nào có thể xoắn hơn 90 độ hay 180 độ hay 360 độ hoặc hơn...

Tiến hành tháo xoắn các quai ruột: chỉ tháo xoắn khi biết chắc chắn các quai ruột chưa bị hoại tử: màu sắc còn chưa tím, chưa có giả mạc hay các đám đen hoại tử. Phải cắt các dây chằng trước khi tháo xoắn.

Trong các trường hợp này có thể giải quyết các tổn thương hay nguyên nhân gây xoắn ruột như mở ruột lấy giun, cắt đoạn ruột có túi Meckel, cắt dây chằng hay u ruột non...

Không tháo xoắn khi thấy các quai ruột có dấu hiệu tím đen, thủng hay thành các ruột đã xám lạnh. Trường hợp này phải cắt đoạn ruột và phải cắt mạc treo trước để phòng các chất hoại tử tràn vào máu. Nếu xoắn ruột non đơn thuần sau khi cắt đoạn ruột xoắn có thể nối ruột ngay. Trường hợp xoắn nhiều ruột non mà phải cắt bỏ rộng rãi, phần còn lại của ruột ngắn sẽ có nhiều rối loạn hấp thu sau mổ. Để hạn chế rối loạn hấp thu có thể phải xoay một đoạn ruột còn lại trước khi nối hay tạo các nếp niêm mạc so le nhau trên quai ruột đó để làm chậm lưu thông tăng khả năng hấp thu cho ruột sau này.

Các trường hợp xoắn manh tràng, đại tràng Sigma khi phải cắt ruột thường phải đưa đầu trên ra ngoài (dẫn lưu hồi tràng hay hậu môn nhân tạo, đóng đầu dưới và lập lại lưu thông ruột sau một thời gian).

Các trường hợp đặc biệt:

– Xoắn dạ dày:

Sau khi tháo xoắn phải cố định dạ dày vào dây chằng tròn, thành bụng ở các vị trí: phình vị lớn, mặt trước dạ dày lưu ý nếu có thoát vị phải khâu các lỗ thoát vị hay làm hẹp khe hoành...

Hẹp, xoắn tá tràng do xoắn ruột non do mạc treo chung:

– Cố định tá tràng sau khi xoay lại tá tràng, cố định tá tràng...

Xoắn manh tràng: phải cố định manh tràng vào thành bụng và các quai cuối hồi tràng lại với nhau dạng Noble. Trong trường hợp dẫn đoạn manh tràng và đại tràng lên (Hội chứng Ogilvie) lưu ý phải dẫn lưu manh tràng.

– Đại tràng Sigma:

Khi chưa có dấu hiệu hoại tử: kết hợp với người phụ đặt 1 ống thông trực tràng, đưa qua chỗ xoắn cho phân, hơi thoát hết để cho đại tràng xẹp sau đó để tránh tái phát phải tạo các nếp ruột 2,3 quai ruột và cố định vào thành bụng bên. Có tác giả chủ trương cắt bớt đoạn đại tràng dài và quá di động này.

Nếu có dấu hiệu hoại tử phải cắt đoạn đại tràng xoắn, không tháo xoắn. Sau đó đưa đầu trên ra ngoài làm hậu môn nhân tạo, đóng đầu dưới chờ lập lại lưu thông sau 6-8 tuần.

Hiện nay với ống nội soi mềm người ta có thể soi trực tràng đưa qua chỗ xoắn giải thoát các chất ứ trệ trong quai đại tràng Sigma xoắn và sau đó xoắn được tháo, tuy nhiên sau này xoắn dễ tái phát nếu không được cố định.

CHẤN THƯƠNG BỤNG 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 hỏa 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

Hai hội chứng chính: viêm phúc mạc và chảy máu trong.

1.1.1. Hội chứng chảy máu trong

a. Cơ năng

Đau bụng

- Sau tai nạn ở vị trí tạng tổn thương, sau đó lan ra khắp bụng.
- Đau vùng dưới sườn trái lan lên vai trái trong vỏ lách (dấu hiệu Kehr).
- Đau tăng 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).

b. Thực thể

Cảm ứng phúc mạc là dấu hiệu giá trị nhất.

- Co cứng thành bụng.
- Phản ứng thành bụng.
- Bụng trướng dần trong các trường hợp chảy máu ít. Gõ đặc nhất là vùng thấp.
- Khi chẩn thương thận có thể thấy 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.

c. 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

a. Cơ năng

- Đau khắp bụng. Bệnh nhân nằm im không dám thay đổi tư thế.
- Nôn và bí trung đại tiện.

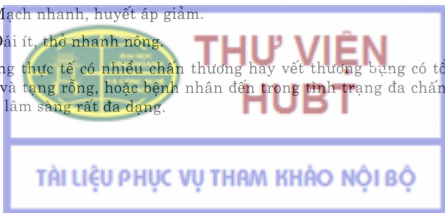
b. Thực thể

- 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 đau.

c. Toàn thân

- Dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc (hốc hác, sốt 38 - 39⁰, 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: hematocrit 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, urê, 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 hai 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 đầy (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 đẩy sang phải, vòm hoành trái nâng cao, góc đại tràng bị đẩy xuống dưới.

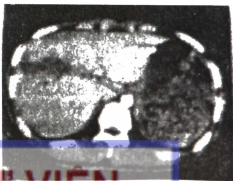
Chụp bụng - ngực không chuẩn bị còn cho phép phát hiện được tổn thương khác như vỡ cơ hoành, tổn thương cột sống, tràn máu, tràn khí màng phổi.

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 trường bụng. Siêu âm không phát hiện được tổn thương tạng rỗng và khó xác định tổn thương trên lồng ngực.

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 9.1) ngoài ra khi vỡ cơ hoành có thể thấy rõ các tạng trên lồng ngực.



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 khoảng ổ bụng: dưới sườn và hai hố chậu hoặc chọc vào mạng sườn. Hút ra máu không đông.

Hình 9.1. Hình ảnh vỡ gan

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

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 $< 50.000/\text{mm}^3$, bạch cầu $< 100/\text{mm}^3$.

Trong trường hợp dịch rửa có màu hồng mà lượng hồng cầu ở giữa 50000 và $100.000/\text{mm}^3$ và lượng bạch cầu ở giữa 100 và $500/\text{mm}^3$ thì lưu catheter và tiến hành rửa lại sau 2 giờ.

Chọc rửa ổ bụng có hiệu quả chẩn đoán chính xác cao, nên cần 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.

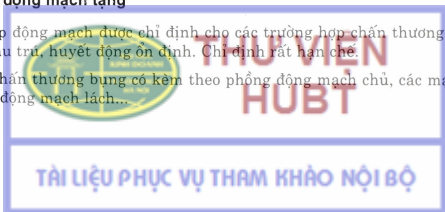
Chỉ định soi ổ bụng:

- Siêu âm nghi ngờ có tổn thương tạng.
- Có máu trong ổ bụng nhưng huyết động ổn định.

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 phỏng động mạch chủ, các mạch máu lớn 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 UIV.

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 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, 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. Thẩm 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 Toldt 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 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 vỡ vào phúc mạc biểu hiện là hội chứng viêm phúc mạc toàn thể.

Tá tràng 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, luồn 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 phúc mạc, gấp 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.

3.2.3. 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 hổng 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 gấp nát đến chỗ tưới máu tốt.

- Cắt đoạn ruột: nếu nhiều vết thương gần nhau, tổn thương rộng hoặc mất mạc treo, nối bên hay tận tận.

– Cắt ruột đưa ra ngoài kiểu nòng súng: khi tổn thương quá nặng hay viêm phúc mạc muộn, khâu nối không đảm bảo.

3.2.4. Đại tràng

Đại tràng có thể vỡ, thủng, đứt gãy. 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 liền 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 liền, ruột được đưa vào trong ổ bụng, nếu đường khâu không liền 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 đứt gãy không bảo tồn được.

3.2.5. 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.

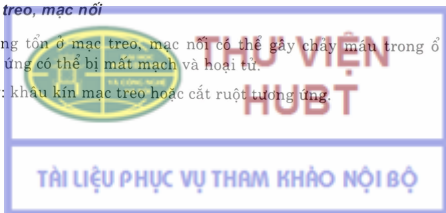
Xử lý:

- Với thương tổn ở bàng quang: sau khi khâu kín bàng chỉ tự tiêu phải đặt ống thông niệu đạo hoặc mở bàng quang.
- Với những tổn thương vùng cổ bàng quang: khi khâu phải thận trọng vì có thể làm hẹp lỗ niệu quản và niệu đạo.

3.2.6. 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.



3.2.7. 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 vắt hoặc mũi rời. Phải làm sạch khoang màng phổi trước khi dẫn lưu.

3.2.8. Gan

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 - 3 cm 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, khâu cầm máu các mép, bờ của vết rách. Chú ý không khâu ép 2 mặt gan vì sẽ tạo khe rỗng trong nhu mô gan, dễ dàng tụ máu dẫn đến áp xe.

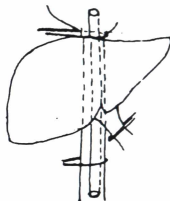
- Nhu mô gan bị vỡ nhưng bao Glisson có thể không rách gây tụ máu dưới bao gan, khối máu tụ này có thể nhiễm trùng tạo thành áp xe gan, vỡ thì hai hoặc gây chảy máu đường mật. Với những tổn thương phức tạp, nên dẫn lưu đường mật để tránh tai biến dò mật sau mổ.

- 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 dụng giáp lớn, vết thương xuyên thủy hoặc liên thủy, tổn thương mạch máu lớn và đường mật không thể bảo tồn gan, thương tổn độ IV, độ V đều có chỉ định cắt gan.

Những thương tổn tĩnh mạch trên gan, tĩnh mạch chủ dưới, trường hợp vỡ gan khó xử trí cắt gan, luồng 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 9.2).

Chèn gạc theo kiểu Mickulicz rồi chuyển đến cơ sở có đủ điều kiện.



Hình 9.2. Thắt tĩnh mạch chủ dưới trên và dưới gan

3.2.9. Lách

Vỡ 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 thuy 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 trẻ em.

+ Bọc lách vô băng lưới tự tiêu (Vicryl...)

Trong trường hợp này có thể lấy những mảnh rời cấy vào mạch nối lớn. Cần dẫn lưu tốt hố lách và theo dõi sau mổ.

3.2.10. Tụy

Tổn thương đuôi tụy thường kèm theo vỡ lách, vỡ đầu tụy thường kèm theo vỡ tá tràng.

Vỡ tụy: phân loại mức độ tổn thương theo Hervé và Arrighi như sau:

- Độ I: Tụy bị giập, rỉ máu nhưng bao tụy không tổn thương.
- Độ II: Rách nhu mô không hoàn toàn, ống tụy không tổn thương.
- Độ III: Rách nhu mô hoàn toàn kèm theo tổn thương ống tụy.
- Độ IV: Tổn thương phức tạp, tụy giập nát lan rộng.

Xử lý:

- Khâu tụy: có thể khâu với những tổn thương ở thân và đuôi tụy, vết thương gọn, đứt chưa rời, không đứt ống Wirsung hoặc tổn thương độ I, II.

- Cắt bỏ thân và đuôi tụy: khi tổn thương đứt rời hoặc gần rời đuôi tụy, thận tụy.

- Tổn thương đứt rời đầu và đuôi tụy, đưa quai ruột non lên nối vào diện vỡ tụy sau khi cắt lọc và cầm máu.

- Tổn thương tụ máu ở quanh tụy: cắt lọc, lấy máu tụ, dẫn lưu hậu cung mạc nối. Mở thông túi mật, mở thông hồng tràng. Tổn thương ở đầu tụy rất phức tạp, thường phối hợp với tá tràng, nếu giập nát nhiều phải cắt bỏ khối tá tụy. Tụy nhiên trong cấp cứu không nên tiến hành thủ thuật quá nặng nề.

3.2.11. 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 hai 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.



THƯ VIỆN
Y HỌC
QUỐC GIA

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.

3.1.12. 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.



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 những đám hoại tử đen. Ruột thừa hoại tử là do tắc mạch tiên phát hoặc thứ phát sau viêm mủ ở ruột thừa. Vì thế 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 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 sỏi 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, tương đương với thể giải phẫu bệnh viêm ruột thừa mủ. Nếu quá trình viêm nhiễm khuẩn tiếp tục phát triển sẽ dẫn tới tắc mạch mạc treo 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 âm ỉ, đôi khi đột ngột và thành cơn. Có thể thấy đầy bụng, khó tiêu và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý ở dạ dày.

Nôn: có khi chỉ là buồn nôn.

Rối loạn đại tiện: 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^o5C, thường có vẻ mặt nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, mạch nhanh.

c. Triệu chứng thực thể

Thăm khám bụng: để tìm 3 dấu hiệu thực thể: đau khi ấn vùng hố chậu phải, tăng cảm giác 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 hố chậu phải ít khi thấy và cũng ít có giá trị chẩn đoán.

Đau 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. 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: 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 đôi khi thấy đau ở túi cùng bên phải, nhưng thường thì không 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 có giá trị.

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.

d. Nội soi ổ bụng

Nội soi ổ bụng được sử dụng để chẩn đoán trong những trường hợp khó 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.

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, trong trường hợp này cần chẩn đoán phân biệt với viêm cơ đại chậu. Đôi khi phải phân biệt với 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 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 trí 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 chảy, 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 căng và rất đau ở túi cùng Douglas khi để muộn đã thành áp xe.

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 giá thiết này.

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.

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 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. Dấu hiệu ỉa chảy cũng thường gặp. Dấu hiệu nhiễm trùng thường rõ, sốt cao tới 39°C, toàn trạng suy sụp nhanh chóng, dấu hiệu mất nước rõ. 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. 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 mửa, ỉa phân đen và những chấm hay 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, 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. 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.

Về tiên lượng, khi có viêm phúc mạc, tỷ lệ đẻ non và tử vong của thai nhi tăng lên rất cao.

3.2.3. Thể lâm sàng theo biến chứng

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. 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 quanh 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, 1-2 ngày sau đau lan khắp ổ bụng, nôn, bí trung đại tiện và bụng trướng dần lên do liệt ruột cơ năng. Thường sau khoảng gần một ngày, các dấu hiệu cơ năng giảm làm cho cả bệnh nhân và thấy thuốc bị đánh lừa tưởng là khỏi. Khi đau lại có nghĩa là ruột thừa đã vỡ.

– 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 ấn 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.

– Chụp bụng không chuẩn bị: có dấu hiệu của tắc ruột cơ năng, ruột giãn hơi toàn bộ (cả ruột non và đại tràng), thành ruột dày do có dịch, mù trong bụng và thường không có liềm hơi.

– Siêu âm: có dịch tự do trong ổ bụng, đặc biệt là hố chậu phải và túi cùng Douglas.

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 mù vỡ được mào nối lớn và các quai ruột bao bọc lại thành một ổ mù, 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 (viêm phúc mạc hai thì).

- *Áp xe ruột thừa ở hố chậu phải*

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

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, các vùng còn lại mềm và không đau. Thăm trực tràng có thể sờ thấy cực dưới của khối và 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 39°C - 40°C , môi khô lưỡi bẩn, mặt hốc hác, mạch nhanh. Thăm khám bụng thấy một khối, nằm cạnh rốn, ranh giới rõ, rất đau, không di động.

Chụp 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, được 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, 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 mở to, cơ thắt hậu môn nhão, niêm mạc hậu môn - trực tràng phù nề và sờ thấy một khối cứng 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, điều trị kháng sinh và theo dõi. Diễn biến của đám quánh ruột thừa có thể khỏi hoàn toàn, 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

Cần phân biệt với viêm ruột thừa sau manh tràng. 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.

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. 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 khung đại tràng cản quang thấy hình khuyết không đều ở manh tràng. Soi đại tràng bằng ống 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 bần tắc ruột.

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. Cơ 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.

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. Phân biệt nhờ siêu âm thấy túi mật căng, thành dày, có dịch quanh túi mật, có thể thấy hình ảnh sỏi túi mật.

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 nang (nang De Graff, nang hoàng thể), chứa ngoài dạ con vỡ, xoắn u nang buồng trứng, viêm mù vòi trứng: 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 phổi một cách hệ thống cho những trường hợp nghi ngờ là viêm ruột thừa ở trẻ em.

4.2.2. Sốt phát ban

Có thể có đau hố chậu phải và sốt cao trước 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 virus

Khi viêm gan virus, 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. Kháng sinh chỉ được sử dụng nhằm mục đích dự phòng trước mổ.

Có nhiều đường mổ cắt ruột thừa khác nhau, trong đó đường mổ Mc Burney là thường được sử dụng nhất. Đường mổ giữa rốn hoặc đường bên phải cơ thẳng to 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. 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.

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 cố nguy cơ bục thì nên mở thông manh tràng.

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 làm kháng sinh đồ. Cắt ruột thừa, nếu gốc ruột thừa mủ nát, đáy manh tràng viêm đầy, mủ thì nên mở thông manh tràng để tránh bục 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 (Vicryl, hoặc PDS).

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, 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 2cm 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.

Đối với các 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.

5.2.3. Điều trị đám quánh ruột thừa

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

Chảy máu sau mổ: chảy máu trong ổ bụng thường là do tuột chỉ buộc động mạch mạc treo ruột thừa. Chảy máu thành bụng do tổn thương các mạch máu thành bụng.

5.3.1. Áp xe thành bụng: là biến chứng thường gặp nhất.

Viêm phúc mạc sau mổ: là một biến chứng nặng, nguyên nhân là do bục mủ ruột thừa, chủ yếu là do quá trình hoại tử nhiễm khuẩn từ ruột thừa lan sang đáy manh tràng. Để đề phòng biến chứng này, nên mở thông manh tràng khi đáy manh tràng và gốc ruột thừa mủ nát.

Viêm phúc mạc khu trú (áp xe trong ổ bụng): nguyên nhân là do bọc gốc ruột thừa hoặc do lau rửa ổ bụng chưa sạch đối với viêm phúc mạc ruột thừa. 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.

5.3.2. 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.

5.3.3. 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 quai ruột non giãn do liệt ruột phản xạ. Nguyên nhân là nhiễm khuẩn phúc mạc do mổ ruột thừa, mặc dù là mổ ruột thừa không bọc. Nên mổ lại sớm vì chỉ có một số trường hợp tự khỏi, đa số diễn biến dẫn tới viêm phúc mạc.

5.3.4. 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.



VIÊM TÚI THỪA MECKEL

1. NHẮC LẠI BÀO THAI VÀ TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU

Trong những tuần đầu của thai nhi người, trung tràng (Mid Gut) thông với túi noãn hoàng (Yolk Sac) bằng ống rốn tràng (Omphalomesenteric Duct) hay còn được gọi là ống Vitellin. Vào tuần lễ thứ 8-10 ống rốn tràng sẽ tắc lại dần dần và không để lại di tích khi trẻ ra đời. Còn ống rốn - tràng là một dị tật bẩm sinh hay gặp nhất của đường tiêu hóa chiếm khoảng 2-4% tùy theo các thống kê (Meckel năm 1808)

Tồn tại của ống rốn tràng dưới các dạng sau:

- Dạng ống hoàn toàn: thông thường giữa ruột và rốn gọi là rò rốn ruột (Ombilico-Enteric Fistulas). Hậu quả trẻ ra đời dễ bị sa ruột.

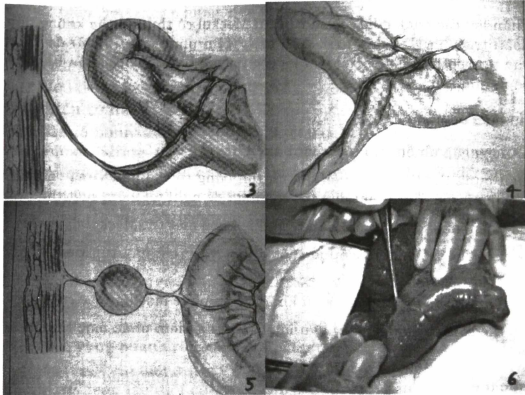
- Ống rốn tràng tắc ở phía ngoài nhưng thông vào ruột dưới 2 dạng: còn 1 dải xơ giữa ống với rốn (25 %) và không còn dải xơ. Nếu không còn dải xơ đây là hình ảnh của túi Meckel điển hình. Túi này thường nằm ở bờ tự do của ruột và có mạch máu riêng nuôi dưỡng, cách van Bauhin chừng 60-90cm. Túi có kích thước tùy thuộc, thông thường dài chừng 3-6cm có khẩu kính thường bé hơn ruột và có hình phễu.

- Ống không còn dính với ruột nhưng lại mở ra ngoài dưới dạng nang rốn.

- Chỉ là một dải xơ nối rốn với ruột. Trường hợp này dễ gây xoắn ruột quanh một dải xơ (các ảnh dưới).

Cấu trúc của túi Meckel có 3 lớp như ruột non nhưng có điểm khác là niêm mạc của túi thường là niêm mạc dạ dày, tá tràng hoặc tụy hay đại tràng. Niêm mạc thường lan xuống phần ruột xung quanh có khi chiếm hết cả chu vi của đoạn ruột tương ứng.





Hình 11.1: Các dạng của ống rốn tràng:

1. Còn ống hoàn toàn: Rò ống rốn- tràng
2. Dạng dây xơ bên trong nhưng còn lỗ rò ra ngoài rốn.
3. Mở vào ruột nhưng còn dây xơ với rốn
4. Túi Meckel thực sự
5. Dạng nang.
6. Túi Meckel viêm to trong lúc mổ

Các tổn thương hay gặp của túi thừa Meckel: Một thống kê 1044 trường hợp túi meckel trên Y văn có biến chứng gần đây người ta thấy các dạng sau:

- Tắc ruột (31%)
- Chảy máu (23%)
- Lở loét ruột (14%)
- Viêm cấp tính (14%)
- Viêm thủng -Viêm phúc mạc (10%)
- U hay rò (8%).

Các biểu hiện lâm sàng của túi Meckel biến chứng:



2. VIÊM TÚI MECKEL CẤP TÍNH

Phần lớn các trường hợp viêm cấp túi Meckel có thủng hoặc không đều được chẩn đoán trước mổ là viêm ruột thừa cấp, viêm phúc mạc (VPM) do viêm ruột thừa hay tắc ruột trước mổ. Hồi cứu lại các trường hợp thấy các dấu hiệu để chẩn đoán bệnh như sau:

2.1. Dấu hiệu cơ năng

Thường gặp nhiều ở tuổi vị thành niên hay trẻ tuổi

Đau bụng thường xuất hiện quanh rốn cũng có thể đau vùng thượng vị rồi khu trú quanh rốn. Tính chất đau thường âm ỉ dễ nghĩ tới viêm ruột thừa cấp.

Sau một vài giờ đau khắp bụng dấu hiệu cho biết túi Meckel đã thủng.

Nôn có thể xuất hiện sớm do ruột bị liệt và ứ trệ hay túi Meckel gây dính gây tắc ruột.

Bí rắm ỉa: thường không rõ trừ khi có viêm phúc mạc hay tắc ruột.

Có thể có sốt cao ngay khi đau bụng. Khi đã viêm phúc mạc thường sốt cao liên tục.

2.2. Thực thể

Bụng thường trướng nhẹ, chưa có vết mổ trên thành bụng.

Nắn đau vùng quanh rốn hay hố chậu phải lệch vào trong.

Nếu có viêm phúc mạc thì dấu hiệu do cứng hay Blumberg dương tính.

Nếu dưới dạng tắc ruột có thể thấy các quai ruột giãn

Thăm trực tràng, âm đạo: túi cùng phồng đau chói trong các trường hợp viêm phúc mạc.

Tình trạng nhiễm khuẩn: hơi thở hôi, lưỡi bẩn.

Nhiệt độ 39-40 độ.

2.3. Các xét nghiệm

Công thức máu: Bạch cầu cao, tăng chủ yếu là đa nhân trung tính.

2.4. Chụp bụng không chuẩn bị

- Tình trạng liệt ruột với dấu hiệu các quai ruột giãn.



Hình 44.2: Chụp bụng không chuẩn bị trong viêm túi Meckel: 1 quai hồng tràng giãn giữa ổ bụng.

Trong dạng viêm hay đã thủng túi thừa thường có các dấu hiệu của viêm phúc mạc: Liễm hơi trong ổ bụng, đục vùng thấp.

Lưu ý khi mới có các biểu hiện của viêm túi Meckel có thể có 1 dấu hiệu đặc biệt: một quai ruột liệt ngang rốn (Sentinel loop).

Trong trường hợp tắc ruột cấp có thể thấy nhiều quai ruột dân và có nhiều mức nước-hơi trong ổ bụng.

2.5. Siêu âm ổ bụng: kết quả thường thấy ruột thừa bình thường. Đọc kết quả siêu âm với túi Meckel bị viêm chỉ đạt được 44-60% và thường phụ thuộc vào người đọc. Tỷ lệ dương tính giả tương đối cao.

2.6. Chụp đồng vị phóng xạ với ^{99m}Tc : (Technetium) rất chính xác và có độ nhạy cao dựa trên nguyên tắc niêm mạc túi Meckel là niêm mạc dạ dày tá tràng nên tiêm chất đồng vị phóng xạ trên và dùng thuốc ức chế cảm thụ H_2 trước đó. Trên màn đo đồng vị thì thấy các điểm sáng vùng dạ dày tá tràng và túi Meckel quanh rốn.

2.7. CT Scanner: rất có giá trị nhất là các hình sau khi tiêm thuốc.

2.8. Nội soi ổ bụng chẩn đoán và điều trị

Đây là biện pháp chẩn đoán và điều trị rất tốt: đưa ống kính vào một lỗ dưới rốn, bơm CO_2 với áp lực 10-12mmHg sẽ nhìn rõ túi Meckel tổn thương, có thể cắt bỏ túi này qua nội soi.

Trong các trường hợp đau bụng cấp mà chưa chẩn đoán chính xác thương tổn nào nhất là phụ nữ hay người trẻ tuổi thì nội soi đang có ưu thế mạnh hiện nay.

2.9. Các biểu hiện lâm sàng khác

2.9.1. Chảy máu

Thường chảy máu đường tiêu hóa thấp dưới 2 dạng:



Hình 11.3: Túi Meckel chảy máu.



THƯ VIỆN
HUBT

Cấp tính: do viêm cấp chảy máu niêm mạc và dưới cơ niêm do loét. Người bệnh đi ngoài có máu màu nâu, nhưng khi chảy ồ ạt có thể máu đỏ. Biểu hiện toàn thân với tình trạng mất máu cấp. Cũng có dạng máu chảy trong túi rồi được khu trú tạo thành 1 nang máu lớn. Trường hợp này trước mổ người bệnh thường được chẩn đoán 1 u bụng hay u ruột non.

Thể chảy máu mãn tính: thường chảy máu không nhiều, dễ nhầm với một Polyp ruột non chảy máu.

2.9.2. Lồng ruột

Dưới dạng một lồng ruột mãn tính. Biểu hiện lâm sàng với dấu hiệu đau bụng từng cơn, có thể có nôn, bí rắm ỉa. Sau khi đánh hơi được thì các dấu hiệu trên mất hoàn toàn.

Thăm khám bụng lúc đang đau thấy bụng trương, hố chậu phải rỗng có thể ấn sờ thấy khối lồng ở dưới gan.

Chụp khung đại tràng cấp cứu có thể thấy hình ảnh lồng ruột.

2.9.3. Dạng u

Xuất hiện một u bụng ngang rốn, có thể có đau bụng với dấu hiệu bán tắc ruột hay lồng ruột. Ung thư túi Meckel cũng được thông báo nhưng ít gặp.

2.10. Các biện pháp giúp chẩn đoán viêm túi Meckel

2.10.1. Chụp lưu thông ruột non

Thường được áp dụng trong các trường hợp chảy máu mãn tính. Khi thuốc tới vùng hồi tràng có thể nhìn rõ thuốc vào một túi. Không thể thực hiện phương pháp này khi có viêm cấp hay túi đã thủng vì Baryte sẽ chảy vào ổ bụng gây nguy hiểm.

2.10.2. Chụp động mạch mạc treo tràng trên chọn lọc

Là phương pháp chẩn đoán tương đối tốt và chính xác. Khi bơm thuốc vào động mạch mạc treo tràng trên theo dõi trên thì động mạch sẽ thấy rõ mạch máu riêng của túi Meckel. Thì mao mạc và tĩnh mạch nhìn rõ hình dáng của túi này.

Chỉ định chỉ nên làm khi chưa có viêm phúc mạc, rất có giá trị trong các trường hợp chảy máu cấp hay mãn và dạng u.

2.10.3. Đồng vị phóng xạ

Áp dụng trong tất cả các trường hợp nghi ngờ có túi Meckel, rất chính xác nhưng khó khăn về phương tiện.

2.10.4. Siêu âm: Còn phụ thuộc vào người đọc nhưng có nhiều khả năng do siêu âm đang trở nên phổ cập rộng rãi. Cần được làm thường quy cho tất cả các trường hợp bụng ngoại khoa.



2.10.5. Chụp CT Scanner: Có giá trị và chính xác.

10.6. Nội soi ổ bụng: Đang được áp dụng rộng rãi ở các trung tâm. Đặc biệt các trường hợp nghi ngờ nên có chỉ định nội soi ổ bụng sớm để chẩn đoán xác định và điều trị các tổn thương như viêm ruột thừa, viêm túi Meckel, chữa ngoài dạ con.

2.11. Phẫu thuật túi thừa Meckel

2.11.1. Khi nào phải cắt túi thừa Meckel?

- Cho tất cả các trường hợp túi Meckel viêm hay có biến chứng
- Các trường hợp túi này không viêm, hiện nay có 2 quan điểm.

Quan điểm thứ 1: nên cắt tất cả các trường hợp khi mổ bụng thấy túi Meckel. Vì người ta cho rằng: Túi Meckel có cấu trúc niêm mạc lạc chỗ nên khi viêm thường diễn biến nhanh gây viêm phúc mạc ngay. Vị trí của túi này không cố định nên chẩn đoán trước mổ khó chính xác và phải dùng nhiều các biện pháp hỗ trợ. Lý do thứ 3 cần cắt túi này để hạn chế các biến chứng trong đó có ung thư hóa.

Quan điểm thứ 2 cho rằng không nên cắt túi này khi không có viêm nhất là trẻ em và trong tình trạng viêm phúc mạc do các nguyên nhân khác trong ổ bụng.

2.11.2. Kỹ thuật cắt túi Meckel

- Vùi túi Meckel: trong các trường hợp túi nhỏ, dài chừng 1cm, trẻ em, không viêm hay chưa thủng. Chỉ nên khâu một túi vùi chân rộng, lộn túi thừa vào trong lòng ruột là đủ. Phương pháp này hiện nay ít được dùng.

- Cắt túi Meckel hình nêm: do niêm mạc của túi rộng xuống ruột do vậy phải cắt như hình nêm thì mới lấy hết niêm mạc. Lưu ý tách và thắt động mạch riêng của túi nếu có. Khâu lại ruột có thể 1 hay 2 lớp.

- Cắt đoạn ruột và túi Meckel: thường áp dụng trong các trường hợp túi to, viêm hay thủng rộng. Nối ruột tận- tận.

- Cắt túi Meckel qua nội soi: Cắt đoạn ruột có túi thừa bằng GIA, sau đó nối ruột ngoài ổ bụng.



VIÊM PHÚC MẠC VÀ CÁC Ổ ÁP XE TRONG Ổ BỤNG

1. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU SINH LÝ Ổ PHÚC MẠC

1.1. Phức mạc

– Lá phức mạc là lớp thanh mạc bao phủ toàn bộ mặt ngoài các tạng và mặt trong thành bụng, phức mạc che phủ các tạng gọi là lá tạng và che phủ thành bụng gọi là lá thành..

– Nếp phức mạc là lá phức mạc gấp lên (2 lớp), treo các tạng vào thành bụng gọi là mạc treo (Mạc treo đại tràng hay ruột non...) hay mạc chằng (mạc chằng liềm...). Nếp phức mạc nối giữa các tạng với nhau gọi là mạc nối: mạc nối lớn, mạc nối nhỏ.

1.2. Phân chia ổ phức mạc

Khoang phức mạc được chia làm 2 tầng bằng mạc treo đại tràng ngang: tầng trên và dưới đại tràng ngang.

– Tầng trên mạc treo đại tràng ngang được giới hạn giữa vòm hoành và mạc treo đại tràng ngang, khu này lại được chia làm 2 bên phải và trái bởi các dây chằng treo gan và dây chằng tròn. Ở khu bên phải thùy phải của gan cùng các dây chằng tam giác và dây chằng vành lại chia làm 2 khu nhỏ nữa: vùng dưới hoành phải và dưới gan. Vùng dưới gan là vị trí thấp nhất khi nằm và được gọi là rãnh Morisson. Khu bên trái cũng được chia làm 2: vùng dưới hoành trái và dưới gan trái 2 vùng này thông thương tự do với nhau quanh gan trái, mạc nối nhỏ và dạ dày, mặt dưới gan trái tạo thành hậu cung mạc nối. Hậu cung mạc nối thông với bên phải bằng khe Winslow.

– Tầng dưới mạc treo đại tràng ngang hay phần chính của ổ bụng ở vùng này đáng chú ý nhất là túi cùng Douglas, túi này thông thương với rãnh thành đại tràng hai bên và vùng giữa bụng với các ngách giữa các mạc treo và các quai ruột non.

Lưu thông trong ổ phức mạc có 2 điểm đáng lưu ý:

– Khi có một lượng dịch từ tầng trên mạc treo đại tràng ngang trong khu vực dưới gan (rãnh Morisson) có thể di chuyển khắp nơi trong ổ bụng.

– Rãnh thành đại tràng trái chỉ thông với tiểu khung mà không thông thương được với tầng trên vì có dây chằng hoành đại tràng.

Sinh lý ổ phức mạc: Nhìn chung lá phức mạc được che phủ liên tục bởi các tế bào trung biểu mô det. Trong điều kiện bình thường ổ phức mạc có chừng 30ml

dịch màu vàng có tỷ trọng 1,016 và lượng protein dưới 30 g/l dưới 300 bạch cầu/ml chủ yếu là các đại thực bào, độ điện giải giống như huyết tương, lượng dịch này giúp cho các tạng di chuyển dễ dàng.

Khi có tác nhân xâm nhập vào ổ phúc mạc (Vi khuẩn hay hoá học) phúc mạc sẽ phản ứng lại dưới 3 dạng;

- Phản ứng của các đại thực bào tiêu diệt tác nhân tại chỗ.
- Hệ tĩnh mạch của chuyển tác nhân tới các tế bào Kuffer ở gan.
- Hệ bạch mạch.

2. VIÊM PHÚC MẠC

2.1. Định nghĩa

Viêm phúc mạc (VPM) là một phản ứng viêm cấp tính của lá phúc mạc với tác nhân vi khuẩn gây bệnh hay hoá học. Phản ứng này có thể khu trú được tác nhân gây bệnh, tiêu diệt được mà không để lại thương tổn cho phúc mạc hoặc ngược lại (không khu trú và tiêu diệt được tác nhân gây bệnh) mà tạo ra quá trình viêm cấp dưới 2 dạng toàn thể hay khu trú.

2.2. Phân loại

2.2.1. Viêm phúc mạc tiên phát: Tác nhân gây VPM (vi khuẩn) thường xâm nhập vào ổ phúc mạc bằng đường máu, bạch huyết, vòi trứng hay đường tiêu hoá nhưng không có tổn thương nhìn thấy được bằng mắt thường. Vi khuẩn gây bệnh thường là 1 loại như phế cầu khuẩn, lậu cầu, lao (có thể điều trị nội khoa)

2.2.2. Viêm phúc mạc thứ phát: Vi khuẩn xâm nhập vào trong ổ phúc mạc thường qua 1 đường mà có tổn thương nhìn thấy bằng mắt thường như thủng ống tiêu hoá bệnh lý hay chấn thương. Vi khuẩn gây bệnh thường là nhiều chủng phối hợp cả ái lẩn yếm khí có mặt trong ổ bụng đồng thời (phải điều trị ngoại khoa).

2.3. Ảnh hưởng của viêm phúc mạc tới toàn thân

2.3.1. Tại chỗ

Phản ứng viêm của phúc mạc tại chỗ sẽ dẫn tới: tăng cường bài xuất dịch vào trong ổ bụng, dịch này gồm nhiều chất điện giải và protein. Viêm phúc mạc toàn thể được coi như một bông độ II với diện tích 50% da cơ thể hô hấp. Khi VPM sẽ có liệt ruột do phản xạ hậu quả của liệt ruột sẽ dẫn tới ứ trệ dịch trong ống tiêu hóa, cùng với người bệnh không uống được và nôn nên khối lượng tuần hoàn của người bệnh càng giảm nghiêm trọng. Kết hợp với vi khuẩn xâm nhập vào máu tác động lên cơ thể người bệnh bằng các độc tố của chúng dẫn đến các tổn thương trầm trọng các hệ thống của cơ thể.

2.3.2. Viêm phúc mạc tác động tới các cơ quan

– Hệ tuần hoàn: giảm khối lượng tuần hoàn do mất dịch và áp lực ổ bụng cao nên hạn chế đường máu trở về qua hệ tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ dưới. Kết hợp với các yếu tố dẫn mạch, độc tố của vi khuẩn với cơ tim... Suy tuần hoàn với nhịp tim nhanh nhỏ, loạn nhịp, độ bão hòa Oxy máu giảm...

– Hô hấp: do bụng chướng nên cơ hoành bị đẩy lên cao, hạn chế thở sâu, giảm thông khí. Kết hợp với tổn thương của màng trong (surfactant) và phù phổi do độc lực của vi khuẩn càng làm hạn chế hô hấp, chưa kể đến do dạ dày trướng dịch gây trào ngược...

– Thận: trong những ngày đầu do giảm khối lượng tuần hoàn và độc tố của vi khuẩn suy thận cơ năng xuất hiện với biểu hiện đại ít urê máu cao, nhưng sau đó tổn thương thực sự của thận sẽ xuất hiện.

– Tổn thương gan: do giảm khối lượng tuần hoàn, thiếu oxy trong máu, tan máu do độc tố của vi khuẩn... Suy tế bào gan sẽ xuất hiện với biểu hiện tăng các men gan trong máu, hạ đường máu và rối loạn đông máu.

– Các biểu hiện khác: chảy máu đường tiêu hóa hay các rối loạn thần kinh tâm thần do các yếu tố chuyển hóa dở dang vào hệ thống tuần hoàn do chức năng gan giảm...

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN VIÊM PHÚC MẠC TOÀN THỂ THỨ PHÁT

3.1. Cơ năng

– Đau bụng là dấu hiệu chính bao giờ cũng có, thường xuất hiện tại vị trí tương ứng với tạng bị thương tổn. Tính chất đau rất dữ dội, liên tục và lan khắp ổ bụng. Đau bụng khiến người bệnh không thở được sâu.

– Nôn hay buồn nôn do tình trạng liệt ruột cơ năng.

– Bí rắm ỉa hoặc có khi ỉa lỏng.

3.2. Toàn thân

Trong những giờ đầu thể trạng người bệnh còn tốt và ổn định. Nhưng sau vài giờ sẽ xuất hiện các dấu hiệu của nhiễm khuẩn nhiễm độc:

– Sốt cao liên tục 39-40°C với các cơn sốt nóng và rét.

– Hơi thở hôi, lưỡi bẩn.

– Vết mặt xanh tái và mẩn đỏ trên nét mặt nhăn nhó bởi các cơn đau.

Có thể có các dấu hiệu của shock nhiễm khuẩn nhiễm độc.

– Mạch nhanh, huyết áp tụt

– Toàn thân vật vã hay li bì.

– Đại ít.



3.3. Khám bụng

- Bụng trướng: thường trướng đều
- Co cứng thành bụng: nhất là các vị trí tương ứng với các tạng bị thương tổn, ví dụ vùng hố chậu phải thường gặp trong viêm phúc mạc ruột thừa hay hạ sườn phải trong viêm túi mật hoại tử, vùng thượng vị trong thủng dạ dày..
- Cảm ứng phúc mạc: thăm khám bụng chỗ nào cũng đau, dấu hiệu Blumberg dương tính.
- Gõ đục vùng thấp: thường muộn hay gặp trong thủng dạ dày hay ruột non.
- Mất vùng đục trước gan trong các trường hợp thủng tạng rỗng (đặc biệt là thủng dạ dày).
- Thăm trực tràng và âm đạo: Túi cùng Douglas phồng và đau chói.

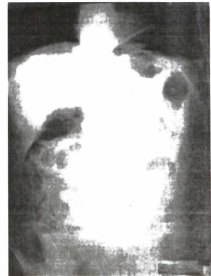
3.4. Máu, sinh hoá

- Tình trạng nhiễm khuẩn: bạch cầu máu cao 15-20000 mml, tăng đa nhân trung tính.
- Tình trạng suy thận: urê máu cao, creatinin cao, rối loạn điện giải máu và thăng bằng toan-kiềm. Độ bão hòa oxy trong máu động mạch thấp.

3.5. X quang

Chụp phim bụng không chuẩn bị tư thế đứng với: người khỏe và nằm với các bệnh nhân yếu cho thấy: Các dấu hiệu viêm phúc mạc:

- Liềm hơi trong các trường hợp thủng tạng rỗng.
- Mờ vùng thấp (có dịch trong ổ bụng)
- Liệt ruột: các quai ruột giãn, thành các quai ruột dày
- Dây nếp phúc mạc thành bụng bên.



Hình 12.1: Viêm phúc mạc do thủng ruột non: hơi dưới vòm hoành, quai ruột giãn.

3.6. Chọc dò ổ bụng: hút ra dịch đục, có mùi chua hay thối, nhuộm, soi tìm thấy vi khuẩn gây bệnh.

3.7. Chọc rửa ổ bụng: Chỉ áp dụng để chẩn đoán trong các trường hợp khó và nghi ngờ. Kỹ thuật được tiến hành bằng cách đưa vào túi cùng Douglas qua thành bụng cạnh rốn một Catheter, qua đó truyền vào ổ bụng 500ml dịch NaCl 0,9%. Lấy lại dịch đã đưa vào ổ bụng và đánh giá: Nếu dịch đục hoặc soi có trên 500 bạch cầu/ml được chẩn đoán là viêm phúc mạc.

3.8. Siêu âm

Xác định có dịch, hơi trong ổ bụng, các quai ruột chướng hơi thành ruột đầy... Hoặc có thể siêu âm phát hiện ra các thương tổn gây VPM như ổ áp xe gan vỡ, viêm ruột thừa vỡ...

3.9. CT Scanner ổ bụng: thường ít được dùng vì thăm khám lâm sàng và siêu âm đã đủ để chẩn đoán. Tuy nhiên trong một số trường hợp CT Scanner rất có giá trị với các nguyên nhân gây viêm phúc mạc khu trú ở sâu trên bệnh nhân to béo, thành bụng dày.

4. CHẨN ĐOÁN VIÊM PHÚC MẠC

4.1. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng: Đau bụng liên tục khắp bụng, nôn, bí rắm ỉa.

Khám bụng: trướng, co cứng, cảm ứng phúc mạc, gõ đục vùng thấp.

Thăm trực tràng, âm đạo: túi cùng Douglas phồng đau chói

Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng cao.

Chụp X quang bụng không chuẩn bị: Liệt ruột, mờ vùng thấp, có thể có liềm hơi.

4.2. Chẩn đoán nguyên nhân hay các thể lâm sàng

4.3. Viêm phúc mạc tiên phát

Nguyên nhân thường gặp: do phế cầu, lao, lậu cầu, bội nhiễm nước ascite người xơ gan, thận hư... Chẩn đoán nguyên nhân trước một viêm phúc mạc tiên phát thường phải thăm khám tỷ mỉ và nghĩ tới nó.

Nhìn chung là bệnh cảnh của một viêm phúc mạc nhưng có thể khai thác kỹ tiền sử và bệnh sử sẽ có hướng xác định.

Chọc ổ bụng lấy dịch nhuộm Gram thường là 1 chủng vi khuẩn như phế cầu khuẩn hay lậu cầu.

Trong trường hợp nhiễm khuẩn nước ascite có nhiều bạch cầu, dịch vàng đục. Khám kỹ có thể thấy các dấu hiệu của xơ gan như tuần hoàn phụ và lách to.

VPM do lao: thường dịch nhiều trong bụng đau ít, đặc biệt khám thấy dấu hiệu bàn cờ trên thành bụng.

Nguyên tắc chung trước đây nếu chẩn đoán được VPM tiên phát thì điều trị nội khoa không cần phẫu thuật nhưng trên thực tế rất khó ra quyết định trên và các viêm phúc mạc này vẫn nên phẫu thuật nhằm lấy hết dịch nhiễm khuẩn, rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu thì kết quả sau mổ tốt hơn.

4.4. Viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày tá tràng

- Đau bụng vùng thượng vị dữ dội, đột ngột với tính chất đau như dao đâm trên người có tiền sử đau thượng vị.

- Khám thấy bụng co cứng như gỗ, gõ mất vùng đục trước gan (80% các trường hợp).
- Chụp bụng không chuẩn bị có liềm hơi (80%).
- Thể trạng chung trong những giờ đầu còn tốt, dấu hiệu nhiễm khuẩn sau 6-10 giờ sẽ rõ.

4.5. Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa vỡ

- Thể thông thường:
 - + Đau bụng vùng hố chậu phải, thể trạng nhiễm khuẩn vừa sốt 37°5-38°C.
 - + Sau 24-48 giờ đau bụng tăng và lan khắp ổ bụng.
 - + Khám có đầy đủ các dấu hiệu viêm phúc mạc.
 - + Cũng có thể đau hố chậu phải và có ngay các dấu hiệu của VPM (viêm phúc mạc thì 1) hoặc có dấu hiệu của viêm ruột thừa, sau đó người bệnh cảm thấy hết đau sau một thời gian (thời gian đối trá 8-12 giờ) sau đó đau bụng xuất hiện lại và đau khắp bụng. Thăm khám sẽ thấy có đầy đủ các dấu hiệu của VPM (VPM thì 2). Hoặc người bệnh có dấu hiệu của áp xe ruột thừa sau đau hố chậu phải 4-5 ngày, tiếp đó đau bụng dữ dội khắp ổ bụng, khám có các dấu hiệu VPM toàn thể do vỡ ổ áp xe (VPM thì 3).

4.6. Viêm phúc mạc do sỏi mật

Người bệnh có đau bụng vùng hạ sườn phải, sốt vàng da tái diễn nay đau tăng và khắp ổ bụng. Có thể có nôn và bí rắm ỉa.

Thăm khám có biểu hiện tắc mật: da, niêm mạc vàng, gan to, túi mật to và dấu hiệu bụng co cứng hay cảm ứng phúc mạc thăm túi cùng Douglas phồng đau.

Chụp bụng không chuẩn bị: liệt ruột, bóng gan to.

Xét nghiệm có 2 biểu hiện: tắc mật như bilirubin cao và nhiễm khuẩn.

Siêu âm gan mật thấy tình trạng tắc mật và sỏi đường mật có thể thấy hình ảnh viêm túi mật hoại tử cùng với các dấu hiệu của VPM như dịch trong ổ bụng, các quai ruột giãn.

4.7. Viêm phúc mạc do ung thư đại tràng vỡ

Bệnh nhân có thể có dấu hiệu bán tắc ruột (hội chứng Koenig) hay rối loạn phân như ỉa máu, mủ nhầy, mót dãn...Toàn trạng giảm sút, ăn kém...

Đột nhiên đau bụng dữ dội, có thể có các dấu hiệu của tắc ruột.

Toàn trạng nhiễm khuẩn.

Khám bụng có dấu hiệu VPM. Có thể thấy khối u bên phải hay giữa bụng.

4.8. Viêm phúc mạc do áp xe gan vỡ

Bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm khuẩn, đau vùng hạ sườn phải trước đó vài ngày. Đột ngột đau vùng gan tăng lên rồi lan khắp ổ bụng. Thường có trụ mạch thoáng qua kéo dài chừng 20-30 phút.

Thăm khám ngoài các dấu hiệu của VPM có thể thấy gan to; túi mật không to. Da, niêm mạc nhợt, chân phù.

Chụp bụng không chuẩn bị: ngoài các dấu hiệu của VPM còn thấy bóng gan to, phản ứng góc sườn hoành màng phổi phải.

4.9. Viêm phúc mạc do viêm phần phụ

- Thường gặp ở phụ nữ tuổi sinh nở, sốt cao.
- Đau hạ vị và hai hố chậu
- Khai thác tiền sử có nhiều khí hư.
- Thăm khám: Bụng có cảm ứng phúc mạc.
- Thăm trực tràng âm đạo: túi cùng đau, nhiều khí hư. Chọc dò qua túi cùng sau ra nhiều mủ.
- Siêu âm có thể giúp cho chẩn đoán chính xác.

4.10. Viêm phúc mạc do viêm túi Meckel

Khó chẩn đoán chính xác nguyên nhân trước mổ vì bệnh không được nghĩ tới.

Lâm sàng có biểu hiện đau quanh rốn sau đó lan khắp ổ bụng ngay.

Chụp bụng không chuẩn bị có thể thấy một quai ruột non quanh rốn bị liệt (sentinel loop) giai đoạn sớm, nhưng sau đó là các dấu hiệu chung của VPM.

4.11. Viêm phúc mạc sau mổ

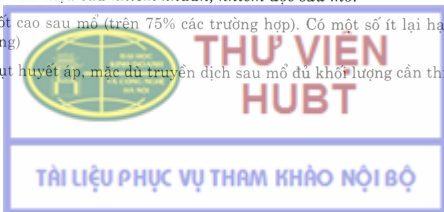
Thường là các biến chứng sau các phẫu thuật đường tiêu hoá (có cắt, tạo các miệng nối).

Khó chẩn đoán vì thăm khám và phát hiện các dấu hiệu trên người bệnh vừa được phẫu thuật bụng một vài ngày.

Tâm lý của các phẫu thuật viên.

• Lâm sàng: Tập hợp của các trường hợp VPM sau mổ người ta thấy các nhóm dấu hiệu sau:

- Các dấu hiệu của nhiễm khuẩn, nhiễm độc sau mổ:
 - + Sốt cao sau mổ (trên 75% các trường hợp). Có một số ít lại hạ thân nhiệt (thường nặng)
 - + Tụt huyết áp, mặc dù truyền dịch sau mổ đủ khối lượng cần thiết.



- + Thiếu niệu hay vô niệu
- + Bạch cầu máu cao
- + Suy hô hấp: người bệnh thường khó thở, hỗn hển.
- + Có thể chảy máu đường tiêu hoá trên: ống thông dạ dày có máu.
- + Rối loạn thần kinh tâm thần: vật vã, lẩn hay mất ý thức
- *Tại chỗ:*
 - + Rối loạn tiêu hoá: người bệnh thường có ỉa chảy sau mổ (25-30%).
 - + Bụng trướng khi thăm khám.
 - + Dịch tiêu hoá chảy qua sonde dạ dày nhiều (30-40%), bình thường không quá 1 lít/24 giờ.
 - + Vết mổ tấy có thể chảy dịch, mủ ngày thứ 4-5 (25%).
 - + Chảy dịch, mủ bất thường qua ống dẫn lưu (30-40%).
 - + Phản ứng thành bụng ngày thứ 6-7 (30%).
 - + Túi cùng Douglas phồng đau.
- *Những dấu hiệu khác:*
 - + Chụp bụng không chuẩn bị: liệt ruột, mờ vùng thấp, liềm hơi dưới vòm hoành (đã mổ bụng).
 - + Siêu âm khó đọc vì bụng trướng nhưng cho thấy có dịch, hơi trong ổ bụng.
 - + Uống thuốc cản quang loại hoà tan trong nước có thể thấy thuốc chảy vào ổ bụng.
 - + Chụp CT Scanner ổ bụng: có dịch trong ổ bụng, các quai ruột trướng...

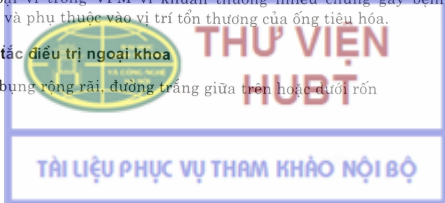
5. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC TOÀN THỂ

5.1. Phải hồi sức trước mổ

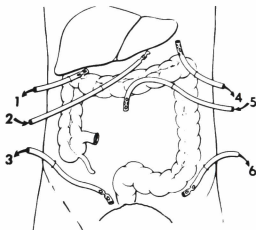
- Tuần hoàn: Bồi phụ lại lượng dịch đã mất do người bệnh nôn và không ăn uống được.
- Điều chỉnh các rối loạn nước và điện giải.
- Ống thông dạ dày hút cho bụng bớt trướng, thở oxy tăng hô hấp.
- Dùng kháng sinh trước mổ: thường dùng kháng sinh có phổ rộng, hay kết hợp nhiều loại vì trong VPM vi khuẩn thường nhiều chủng gây bệnh cùng có trong ổ bụng và phụ thuộc vào vị trí tổn thương của ống tiêu hóa.

5.2. Nguyên tắc điều trị ngoại khoa

- Mở bụng rộng rãi, đường trắng giữa trên hoặc dưới rốn



- Tìm và giải quyết nguyên nhân gây VPM càng đơn giản càng tốt
- Lau rửa ổ bụng bẩn, lấy dịch ổ bụng nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Đặt ống dẫn lưu hay hệ thống rửa ổ bụng.
- Kháng sinh sau mổ
- Vấn đề đóng vết mổ: theo nguyên tắc đóng 1 lớp hoặc lớp cân cơ riêng còn da khâu thưa hay để hở.



Hình 12. 2: Đặt các ống dẫn lưu để rửa ổ bụng trong viêm phúc mạc.

6. NHỮNG Ổ ÁP XE TRONG Ổ BỤNG HAY VIÊM PHÚC MẠC KHU TRÚ

6.1. Nguyên nhân và phân loại

Nguyên nhân thường do:

- Bục các miệng nối đường tiêu hoá sau mổ
- Khu trú của dịch bẩn trong các phẫu thuật viêm phúc mạc mà lau ổ bụng không hết hay đặt dẫn lưu không tốt.
- Tổn thương các tạng nhưng được khu trú lại như áp xe gan vỡ, viêm ruột thừa vỡ mủ...

Được chia làm 3 loại thông thường:

- Áp xe dưới cơ hoành: những ổ áp xe trong giới hạn vòm hoành và tăng trên mạc treo đại tràng ngang.
- Áp xe trong gốc rễ mạc treo ruột.
- Áp xe túi cùng Douglas.

Ngoài ra tùy vị trí mà có cách gọi tên các ổ áp xe trong ổ bụng khác nữa như: áp xe thành rãnh đại tràng phải, trái, hố chậu phải, trái...

6.2. Lâm sàng và chẩn đoán

- Những dấu hiệu nhiễm khuẩn, nhiễm độc:
 - + Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt cao 39-40°C có kèm theo rét run.
 - + Thể trạng chung của người bệnh suy kiệt nhanh: vẻ mặt hốc hác nhợt nhạt vì đau, chán ăn, da nhợt mẩn, xanh tái.
 - + Đái ít, urê máu cao.
 - + Bạch cầu máu cao 15-20000/mm³ chủ yếu là đa nhân trung tính.
- Những dấu hiệu tại chỗ
 - + Áp xe dưới cơ hoành: Đau vùng đáy ngực khi thở, khiến người bệnh không dám thở sâu, khó thở, có thể có các dấu hiệu kích thích vòm hoành: nấc.
Vùng thành ngực hay bụng ngực có thể nề, ấn có điểm đau chói.
 - + Áp xe trong gốc mạc treo ruột: Có thể ỉa lỏng, đau bụng nếu ổ áp xe to sẽ có các dấu hiệu chèn ép như bán tắc ruột. Khám bụng thấy một khối gianh giới rõ, mềm và đau.
 - + Áp xe túi cùng Douglas: Có dấu hiệu kích thích hệ tiết niệu như đái khó hay đái buốt, rất và có khi bí đái. Đặc biệt kích thích vùng hậu môn trực tràng: giai đoạn đầu thường khó và đau khi ỉa, giai đoạn sau mót dãn và đi ngoài liên tục, phân lẫn mũi nhầy như hội chứng lỵ. Thăm trực tràng có 2 dấu hiệu đặc biệt: cơ thắt hậu môn nhão và túi cùng Douglas phồng đau chói.

- X quang:

- + Chụp bụng không chuẩn bị trong áp xe dưới cơ hoành thường thấy vòm hoành lên cao, mờ và có mức nước hơi tương ứng với ổ áp xe khi có dấu hiệu này cần chụp phim nghiêng để biết xem vị trí của ổ áp xe ở trước hay sau. Trường hợp ổ áp xe ở bên trái dễ lẫn với túi hơi dạ dày nên cho người bệnh uống một ngụm thuốc cản quang để dễ phân biệt.

Hình 12. 3: Chụp bụng không chuẩn bị: mức hơi lớn vùng trên gan (áp xe dưới cơ hoành phải) sau mổ thủng dạ dày ngày thứ 7.



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Siêu âm ổ bụng: có giá trị chẩn đoán cho tất cả các ổ áp xe trong ổ bụng và túi cùng Douglas. Thương tổn thường là một ổ dịch được khu trú vào một vị trí nào đó.

– CT Scanner: Thấy rất rõ thương tổn, rất có giá trị trong các trường hợp khó và ở sâu. Cũng như siêu âm dựa vào CT Scanner người ta có thể xác định được đường để chọc và dẫn lưu các ổ áp xe.

– Chọc dò: thường được tiến hành trong giai đoạn cuối để xác định chẩn đoán và mở đầu cho việc điều trị. Có sự hướng dẫn của siêu âm và CT scanner là tốt nhất. Thường chọc ở vị trí gần nhất và đi ngoài ổ phúc mạc hút ra mủ và hơi thối, nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.

6.3. Nguyên tắc điều trị

– Người bệnh bao giờ cũng được chuẩn bị chu đáo như hồi sức trước mổ: truyền dịch, kể cả máu nếu cần thiết.

– Phải dùng kháng sinh toàn thân phổ rộng.

– Dựa trên nguyên tắc dẫn lưu ổ áp xe ngoài phúc mạc. Trước khi dẫn lưu phải được chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT scanner. Một số trường hợp phải mổ bụng để dẫn lưu khi chọc hút thất bại hoặc những ổ áp xe ở sâu không thành hóa nhưng phải hạn chế lấy bẩn ra ổ bụng.

• Áp xe dưới cơ hoành tùy theo vị trí trước sau hay bên mà có đường chọc và dẫn lưu thích hợp:

– Áp xe dưới cơ hoành phải trên gan phía trước: Rạch da dưới sườn phải đến phúc mạc không rạch nữa đẩy phúc mạc xuống thấp chọc dò hướng lên phía trên hút ra mủ, hơi thối đặt dẫn lưu.

– Áp xe dưới cơ hoành bên trái thì cách làm tương tự như bên phải phía trước

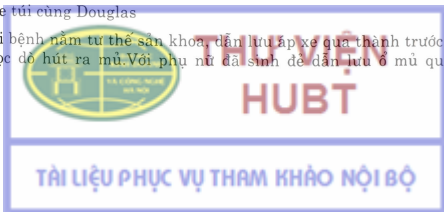
– Áp xe dưới cơ hoành bên phải phía sau thường khó giải quyết hơn sau khi rạch da, rạch lớp cơ lưng to, rạch lớp cơ răng, cắt xương sườn 12 rồi vào ổ áp xe. Thường đặt dẫn lưu có đường kính lớn để dẫn lưu và rửa ổ mủ. Với các ổ áp xe do bực miệng nối sau mổ để có rõ đường tiêu hoá qua dẫn lưu sau này.

• Áp xe trong gốc rễ mạc treo

Nếu đã thành hoá phía trước thì xử lý dễ dàng dẫn lưu ngoài phúc mạc, tương đối khó khi ổ mủ chưa thành hoá với thành bụng bên hay trước, phải mổ bụng để dẫn lưu những ổ áp xe ở sâu. Chú ý phải cách ly ổ áp xe với phần bụng sạch, tránh lấy bẩn và phải đặt dẫn lưu.

• Áp xe túi cùng Douglas

Người bệnh nằm tư thế sản khoa, dẫn lưu áp xe qua thành trước trực tràng sau khi chọc dò hút ra mủ. Với phụ nữ đã sinh đẻ dẫn lưu ổ mủ qua túi cùng âm đạo.



THOÁT VỊ CƠ HOÀNH

1. CƠ HOÀNH

Lồng ngực và ổ bụng được ngăn cách bởi cơ hoành. Các tạng trong ổ bụng có thể di chuyển lên ngực qua một lỗ của cơ hoành bẩm sinh hay mắc phải gọi là thoát vị hoành.

2. PHÂN LOẠI THOÁT VỊ HOÀNH

2.1. Thoát vị bẩm sinh thường ở các vị trí của cơ hoành như sau:

- Phía trước: ở đường giữa, do cơ hoành không dính với xương ức, gọi là thoát vị sau xương ức hay lỗ Morgagny
- Phía sau bên (phải, trái) khe phúc mạc màng phổi, thường gặp bên trái gọi là lỗ: Bochdalek
- Phía sau: qua khe thực quản (gồm thoát vị trượt - sliding hay dạng cuộn - rolling).
- Sau khe động mạch chủ (rất hiếm).

2.2. Thoát vị mắc phải

- Trong loại này có thể không do chấn thương
- Thoát vị cơ hoành sau chấn thương, thường do tổn thương vòm hoành.

Trong phần này chúng tôi xin giới thiệu chủ yếu thoát vị hoành sau chấn thương.

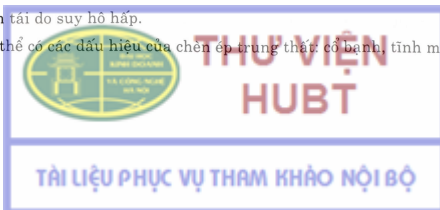
3. CÁC THỂ THOÁT VỊ HOÀNH DO CHẤN THƯƠNG

3.1. Vết thương cơ hoành

Thường gặp trong bối cảnh của một nạn nhân bị dao đâm hay đạn bắn xuyên bụng ngực hay các vết thương lớn, hay gặp bên trái (90%)

Lâm sàng: các dấu hiệu của thoát vị hay vết thương cơ hoành bị che lấp bởi các dấu hiệu mất máu. Nhưng nếu thăm khám kỹ sẽ thấy:

- Khó thở với biểu hiện nhịp thở nhanh, nông không thể hít sâu được vì đau ngực.
- Tim tái do suy hô hấp.
- Có thể có các dấu hiệu của chèn ép trung thất: cổ bạnh, tĩnh mạch cổ nổi.



Thăm khám tại chỗ:

- Tình trạng vết thương bụng hay ngực.
- Đau bụng do vết thương, có thể có dấu hiệu co cứng bụng.
- Gõ ngực có thể đục do chảy máu kết hợp trong khoang màng phổi
- Nghe: không còn rì rào phế nang mà thay vào đó là tiếng lọc xọc do nhu động ruột, dạ dày, hay không nghe thấy gì.

Chụp ngực bụng tư thế thẳng: Mỡ bên ngực bị tổn thương hay gấp bên trái, có thể thấy hơi của quai ruột hay dạ dày. Mất vòm hoành, tim bị lệch sang bên đối diện...

Chỉ định phẫu thuật thường được đặt ra sớm vì vết thương bụng.

Thường được mổ bụng.



Hình 13.1: Thoát vị hoành trái sau chấn thương bụng ngực: cả lồng ngực trái là các quai ruột và mỡ vì có máu trong màng phổi kết hợp.

3.2. Chấn thương kín ổ bụng và ngực

Thường gặp trên bệnh nhân sau ngã cao, hay chấn thương mạnh vào bụng hay bị đè vào vùng bụng với áp lực lớn. Áp lực trong ổ bụng tăng đột ngột dồn lên phía cơ hoành, làm vỡ cơ hoành các tạng dồn lên lồng ngực. Trong các trường hợp này hay gặp bên trái vì bên phải có gan che chắn.

3.2.1. Biểu hiện lâm sàng

- Cơ năng:
 - + Đau vùng đáy ngực trái, khiến nạn nhân không thở sâu được, khó thở nhịp thở nhanh, nông, tím tái
 - + Có thể có nôn.
 - + Bí rầm ỉa do liệt ruột.
 - + Người bệnh cảm giác trống ngực đánh nhanh và mạnh.
- Khám:
 - + Tình trạng khó thở: thở nhanh nông, đau khi hít vào vùng ngực bên trái
 - + Sờ nắn bụng: thường có co cứng vùng thượng vị, bụng không theo nhịp thở đều đặn.
 - + Nghe ngực: rì rào phế nang mất, có tiếng lọc xọc của nhu động ruột.
 - + Gõ ngực vang, có thể đục khi có chảy máu kết hợp.

- Toàn thân:

+ Trụy mạch vì suy hô hấp, hay mất máu phổi hợp

+ Có thể có các tổn thương khác phổi hợp như gãy chi, gãy xương sườn, vỡ xương chậu hay các tạng đặc.

3.2.2. X quang

- Chụp bụng- ngực không chuẩn bị:

Trên phim chụp bụng ngực thẳng nghiêng sẽ có các dấu hiệu:

+ Các bóng hơi lớn (quai ruột) trên cơ hoành, tùy mức độ có thể chiếm hết cả một bên phổi trái.

+ Đặc biệt có thể thấy ống thông dạ dày trên cơ hoành trái

+ Mờ ngực trái phổi hợp do có chảy máu

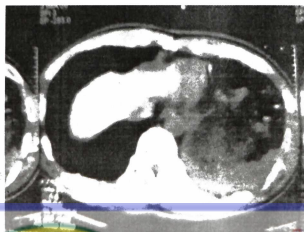
+ Tim bị lệch sang bên đối diện

Trong các trường hợp các dấu hiệu không rõ, thể trạng người bệnh ổn định, có thể làm thêm các biện pháp chẩn đoán khác:

- Chụp dạ dày thực quản có baryt: có thể thấy dạ dày trong ngực

- Chụp lưu thông ruột hay thụt đại tràng: tương tự như chụp dạ dày nhằm phát hiện các quai ruột trong ngực-

- Chụp CT Scanner bụng ngực: cho phép xác định được tổn thương của cơ hoành, các tạng trong lồng ngực hay các tổn thương khác phổi hợp.



Hình 13.2: Chụp CT ngực thấy dạ dày và các quai ruột ở lồng ngực trái, do thoát vị cơ hoành sau chấn thương.

3.3. Thể sau chấn thương

3.3.1. Thể mạn tính

- Lâm sàng:

Người bệnh có tiền sử chấn thương hay sau phẫu thuật hoặc không nhớ rõ hoàn cảnh chấn thương nhưng có các biểu hiện:

+ Thiếu năng hô hấp: đau vùng đáy ngực mơ hồ, không thở được sâu được, trống ngực đánh khi gắng sức. Cảm giác có tiếng sôi lục sục trên ngực.

- + Rối loạn tiêu hóa:

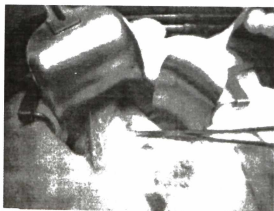
Đau vùng thượng vị, có thể nôn sau ăn, nôn máu, ợ chua nhiều, đi ngoài có thể có máu màu nâu. Ăn uống kém, đặc biệt có táo bón.



a



b



c



d

Hình 13.3: a. Chụp bụng không chuẩn bị mức hơi bên ngực phải.
b. Chụp dạ dày có baryt thuốc lên trên ngực đường giữa
c. Trong mổ thoát vị Morgagny, dạ dày trong khối thoát vị
d. Lỗ thoát vị sau khi đã kéo dạ dày ra.

Thể trạng chung kém nếu là trẻ nhỏ chậm phát triển thể lực so với trẻ cùng tuổi. Nếu là người trưởng thành thường gầy, yếu do kém hấp thu do rối loạn tiêu hóa và suy hô hấp.

+ Thăm khám tại bụng ngực:

Khám bụng không có gì đặc biệt

Khám ngực:

Nghe: rì rào phế nang giảm

Có tiếng lọc xọc của ruột

Gõ: vang vùng thấp của ngực hay đục do các tạng đặc (gan, lách)

+ Chụp X quang: Phần lớn các trường hợp này thường do chụp phim ngực bụng mà phát hiện được thoát vị cơ hoành vì các dấu hiệu lâm sàng không rõ ràng và ít được để ý tới.

Chụp bụng ngực thẳng nghiêng:

Vòm hoành lên cao

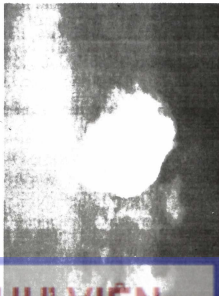
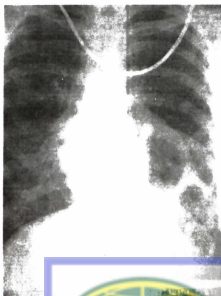
Bóng hơi trên cơ hoành

Lưu ý phân biệt với mức hơi trong áp xe hay các kén khí phổi.

Chụp dạ dày, lưu thông ruột hay đại tràng sẽ giúp ích nhiều cho chẩn đoán

Hình ảnh giống như phần thoát vị cơ hoành sau chấn thương.

+ Chụp CT Scanner ngực bụng: cho các hình ảnh các quai ruột trên lồng ngực.



Hình 13.4: a. Chụp bụng không chuẩn bị: các bóng hơi trên cơ hoành trái, tim lệch phải
b. Chụp dạ dày có baryt: dạ dày trên lồng ngực trái.

3.3.2. **Thể cấp tính:** Thoát vị nghẹt

a) **Lâm sàng:** Thoát vị bẩm sinh hay mắc phải đều có khả năng nghẹt do thay đổi áp lực trong ổ bụng do gắng sức hay sang chấn nhẹ... nhiều quai ruột hay các tạng như lách gan sẽ chui lên qua lỗ thoát vị. Tình trạng nghẹt ruột xuất hiện.

- Cơ năng:
 - + Đau bụng vùng đáy ngực, tùy mức độ ban đầu có thể nhẹ sau tăng dần.
 - + Nôn và buồn nôn: biểu hiện của tắc ruột.
 - + Bí rắm ỉa

Rối loạn hô hấp: khó thở với nhịp thở nhanh nông, tím tái, trướng ngực đánh mạnh và nhanh.

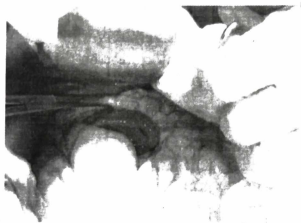
- Thực thể:
 - + Khám bụng có phản ứng, trướng ít.
 - + Ngực:
 - + Gõ vang

+ Nghe có tiếng sôi lục súc của ruột trong giai đoạn đầu nhưng khi nghẹt đã muộn không nghe thấy nhu động ruột nữa. Có thể ruột bị hoại tử với bệnh cảnh nhiễm độc nặng.

b) **X quang**

- Chụp bụng ngực không chuẩn bị: các quai ruột trên ngực, tim bị lệch sang bên đối diện.
- Có thể thấy ống thông nằm trong dạ dày trên ngực.
- Ổ bụng có thể có mức nước hơi do tắc ruột.
- Chụp dạ dày có bơm chất cản quang hòa tan trong nước (không nên chụp bằng Baryt) thấy dạ dày trong ngực.
- CT scanner ngực bụng rất có giá trị: có các quai ruột dạ dày hay lách, gan trong ngực





c



d

- Hình 13.5:**
- a. Chụp ngực: túi hơi to của dạ dày trong ngực trái, tim lệch phải.
 - b. Bơm thuốc cản quang qua ống thông dạ dày thấy dạ dày trong ngực trái
 - c. Trong lúc mổ thấy cả dạ dày, lách, đại tràng cùng chui lên ngực.
 - d. Lỗ thoát vị bên trái phía sau bên rất to.

Các xét nghiệm khác: như trong tắc ruột

4. PHẪU THUẬT VỚI THOÁT VỊ CƠ HOÀN

Đường vào:

Trong các trường hợp chấn thương hay vết thương ngực bụng, để tiện cho thăm dò các thương tổn khác có thể phải mổ cả bụng và ngực kết hợp.

Các trường hợp thoát vị dạng mãn tính hay nghẹt ruột thường nên mổ bụng đơn thuần. Đường bụng được nhiều người chấp nhận vì các lý do:

- Rộng rãi, có thể kiểm tra các tổn thương khác trong bụng.
- Đường ngực có nhiều di chứng mổ ngực sau này.
- Ngày nay có thể mổ nội soi cả ổ bụng hay ngực để khâu lại các lỗ thoát vị.

4.1. Đường mổ bụng

- Thường đường giữa hay dưới hạ sườn trái hoặc phải.
- Thăm dò ổ bụng và xác định vị trí, nội dung của thoát vị.
- Đưa các tạng xuống ổ bụng, chú ý các trường hợp thoát vị lâu ngày, có dính của dạ dày, đại tràng, lách hay gan trái với màng phổi sẽ khó khăn khi đưa các tạng này về vị trí cũ.

Trong các trường hợp thoát vị nghẹt thường phải mổ rộng thêm lỗ thoát vị để đưa các tạng trở lại ổ bụng. Lưu ý đánh giá khả năng phục hồi của các tạng. Kiểm tra xem có túi thoát vị hay không đặc biệt là các trường hợp thoát vị sau xương ức hay thoát vị khe hoành.

Những trường hợp thoát vị mắc phải lâu ngày do tổ chức trên lồng ngực dính che phủ các tạng thành một mảng xơ, gây khó khăn khi đưa các tạng về vị trí cũ trong ổ bụng.

Phục hồi lại cơ hoành hay khâu kín lại các lỗ thoát vị.

Thường khâu bằng chỉ không tiêu hay tiêu chậm số 1 hay 2.

Khâu thường bằng các mũi rời.

Nếu có thể khâu tăng cường kiểu vạt áo.

Lưu ý thoát vị hoành thể sau bên có thể mất hết chỗ bám của cơ hoành vào thành ngực trên 1 đoạn dài ở bên trái, thậm chí có thể lên trên ngực. Trong trường hợp này phải tìm được cân cơ thành ngực, muốn vậy phải hạ thận xuống, tìm được thành ngực bụng thực sự, phải cố định lại chỗ bám của cơ hoành (thường lấy cao hơn 1 chút).

Những mũi khâu cuối cùng cần kết hợp với gây mê bóp phổi cho nở hết rồi thắt chỉ để cho màng phổi kín và có thể không cần dẫn lưu màng phổi.

Trong các trường hợp chấn thương mới hay vết thương cơ hoành phải chú ý đánh giá đúng các thương tổn khác trong ngực và bụng, tránh bỏ sót thương tổn.

Nếu thoát vị hoành bên trái lưu ý phải kiểm tra cả hoành bên phải.

Chú ý loại thoát vị hoành ít gặp ở nước ta là thoát vị khe hoành dạng trượt (Sliding hernia) hay cuộn (rolling hernia). Nếu có sau giải quyết các lỗ thoát vị rồi (cố định các trụ cơ hoành), phải làm thủ thuật Nissen, hay tạo lại góc His rồi cố định dây vào thành bụng trước, vòm hoành hay dây chằng tròn.

Một số trường hợp mổ ra không thấy lỗ thoát vị hay tổn thương cơ hoành chỉ là nhào cơ hoành (Eventration). Thường gặp cả vòm hoành lên hết cả phổi trái hay phải. Trong trường hợp này phải khâu cơ hoành bằng nhiều nếp cho vòm hoành thấp xuống.

4.2. Đường ngực

Tùy theo vị trí phải trái mà có đường mở ngực thích hợp

Bên phải: khoang liên sườn 5,6, bên trái thấp hơn: khoang liên sườn 7,8.

Sau khi vào lồng ngực đẩy các tạng xuống bụng và khâu phục hồi lại cơ hoành, dẫn lưu màng phổi sau mổ.

Nhìn chung khuynh hướng mở đường ngực ngày càng ít được làm.

4.3. Phẫu thuật nội soi

Có thể đi 2 đường bụng và ngực. Người ta thường vào bằng đường ngực để phục hồi cơ hoành dễ hơn đường bụng vì đường bụng sau khi bơm CO₂ cơ hoành bị đẩy lên cao, áp lực ổ bụng lớn khó kéo các tạng xuống.

CHẢY MÁU TRONG Ổ BỤNG KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG

Chảy máu trong ổ bụng không do chấn thương là một biến chứng thường gặp của các bệnh lý của một tạng nào đó trong ổ bụng dưới các dạng cấp tính và bán cấp. Những trường hợp cấp tính thường dễ chẩn đoán và có các quyết định kịp thời; nguyên nhân của chảy máu nhiều khi mở bụng ra mới rõ, nhưng các trường hợp bán cấp khai thác bệnh sử cũng như thăm khám lâm sàng và áp dụng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm... đóng một vai trò rất quan trọng để xác định nguyên nhân. Cần biết một số nguyên nhân thường gặp để có thái độ chẩn đoán đúng và kịp thời.

1. NGUYÊN NHÂN

Do vỡ các tổn thương mạch máu trong ổ bụng, hay gặp do phình mạch máu như động mạch chủ bụng, các mạch máu mạc treo ruột, động mạch lách, gan hay vỡ tĩnh mạch chủ dưới tự nhiên.

Tổn thương các tạng bệnh lý ác tính: ung thư gan vỡ, các u ác thành ống tiêu hoá như ung thư ruột non, đại tràng.

Các bệnh lý lành tính nhưng ở các vị trí và tiến triển bất thường: chữa ngoài tử cung vỡ, vỡ nang tuy, nang buồng trứng (Graff) u thần kinh, u mạch của ống tiêu hoá...

2. DẤU HIỆU LÂM SÀNG

2.1. Hội chứng mất máu cấp

2.1.1. Dấu hiệu cơ năng

– Đau bụng: thường xuất hiện tại vị trí tương ứng với các tạng bị tổn thương như vùng gan (ung thư gan), hố chậu phải hay tiểu khung (chửa ngoài tử cung vỡ, vỡ nang buồng trứng...) giữa bụng (phình động mạch chủ). Đau bụng có thể âm ỉ trước đó rồi đột ngột đau tăng lên và kéo dài liên tục, nhưng có nhiều trường hợp dấu hiệu này xuất hiện rất đột ngột trên một người có thể biểu hiện tương đối khoẻ mạnh, nên được mô tả như "tiếng sét giữa trời xanh".

– Nôn: dấu hiệu này xuất hiện thường muộn, có khi chỉ buồn nôn hay ọe, không đặc hiệu, vì tình trạng liệt các quai ruột do lỵ máu trong ổ phúc mạc.

– Bí rắm ỉa: cũng xuất hiện muộn và thường được lưu ý tới chỉ rõ ràng trong các trường hợp chảy máu bán cấp hay dạng nhẹ.

2.1.2. Toàn thân: các trường hợp cấp tính hay nặng, người bệnh có biểu hiện của tình trạng mất máu rõ như da xanh cùng mặt nhợt, vã mồ hôi trán, chân tay lạnh và khát nước, lo sợ thờ hờn hển, khó thở nhẹ, ngất xỉu hay vật vã, hoảng sợ.

2.1.3. Các dấu hiệu sinh tồn

Mạch: thường nhanh trên 100 - 120 lần/phút, nhỏ và trụy mạch.

Huyết áp: giảm cả tối đa và tối thiểu, có khi không đo được.

2.1.4. Khám bụng

Nhìn: bụng trương đều, không tham gia với nhịp thở, có thể nhìn thấy gồ lên bất thường vùng sườn phải, trái trong những trường hợp gan hay lách quá to. Có thể thấy dấu hiệu tuần hoàn phụ: các tĩnh mạch nổi dưới da bụng.

Nắn bụng: thấy có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc khắp ổ bụng, phản ứng thành bụng và co cứng thành bụng tùy theo các nguyên nhân và ở các mức độ khác nhau. Ví như dấu hiệu co cứng thành bụng hoặc phản ứng rất mạnh tại vùng hạ vị trong chửa ngoài tử cung vỡ dưới gan trong ung thư gan vỡ.

Gõ bụng sẽ thấy dấu hiệu đục vùng thấp: ở 2 bên mạng sườn và 2 hố chậu. Nếu thăm trực tràng hay túi cùng âm đạo sẽ thấy túi cùng phồng và đau chói.

Chọc dò qua thành bụng hay túi cùng âm đạo, trực tràng: thường hút ra máu không đông.

Chọc rửa ổ bụng chỉ tiến hành khi các trường hợp mất máu nhẹ, trên lâm sàng biểu hiện các dấu hiệu mất máu kín đáo khó xác định.

Siêu âm thấy dịch (máu) trong ổ bụng có thể còn biết được các tạng bị tổn thương: u gan, lách, phình động mạch chủ bụng, chửa ngoài tử cung vỡ...

Chụp CT Scanner ổ bụng rất hữu ích cho chẩn đoán tuy nhiên chỉ nên tiến hành với các trường hợp khó, biểu hiện mất máu nhẹ toàn trạng người bệnh đã được ổn định.

2.1.5. Xét nghiệm máu

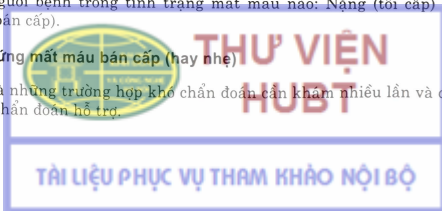
Tình trạng mất máu:

- Số lượng hồng cầu thường giảm có khi rất thấp dưới 2 tr/ml hay thấp hơn nữa phụ thuộc vào mức độ chảy máu vào trong ổ phúc mạc.
- Huyết sắc tố: giảm.
- Hematocrit: giảm.
- Công thức bạch cầu: thường không có thay đổi đáng kể. Có thể số lượng bạch cầu tăng do bù trừ hay trên bệnh nhiễm khuẩn gây chảy máu...

Qua thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm phải nhanh chóng phân loại, xác định người bệnh trong tình trạng mất máu nào: Nhẹ (tối cấp) trung bình (cấp) nhẹ (bản cấp).

2.2. Hội chứng mất máu bản cấp (hay nhẹ)

Đây là những trường hợp khó chẩn đoán cần khám nhiều lần và cần đến các biện pháp chẩn đoán hỗ trợ.



2.2.1. Lâm sàng

– Cơ năng:

+ Đau bụng: thường không rõ, mơ hồ hay âm ỉ tại một vùng nào đó: vùng gan, hố chậu phải... nhưng thỉnh thoảng lại trội lên một cơn và ngày càng tăng dần. Có trường hợp hoàn toàn hết đau một thời gian 12 - 24 giờ sau đó đau lại xuất hiện rồi tăng lên.

+ Nôn: có hay buồn nôn.

+ Bí rắm ỉa: không rõ ràng và không đặc hiệu.

– Toàn thân:

+ Thể trạng chung có thể bình thường, các dấu hiệu mất máu kín đáo: da xanh, củng mắt nhợt ít.

+ Mạch: nhanh 80-90 lần/phút, đều.

+ Huyết áp: tối đa và tối thiểu giảm ít 100/60mmHg.

+ Khám bụng:

+ Bụng không trướng rõ.

+ Nắn bụng thấy đau tương ứng với vùng tổn thương.

+ Gõ: khó khăn phát hiện ra dấu hiệu đục vùng thấp.

+ Thăm trực tràng hay âm đạo: túi cùng phồng ít và đau không rõ.

+ Chọc ổ bụng có khi hút được máu không đông hoặc không, nên khó quyết định chẩn đoán. Trong những trường hợp này chọc rửa ổ bụng, siêu âm hay chụp CT Scanner là rất có giá trị.

2.2.2. Xét nghiệm máu: biểu hiện thiếu máu ở mức độ nhẹ hay trung bình.

Số lượng hồng cầu khoảng 3,5 - 4 tr/ml.

Huyết sắc tố 12 - 14 g/l.

Tỷ lệ Hematocrit 25-35%.

Công thức bạch cầu không có gì đặc biệt.

2.3. Chẩn đoán các thể bệnh hay gặp và thái độ xử trí

2.3.1. Chảy máu do chứa ngoài dạ con vỡ

Thường gặp trên những phụ nữ đang tuổi sinh đẻ, các yếu tố thường gặp:

- Có viêm tắc vòi trứng đã được biết đang điều trị hay không rõ.
- Dùng thuốc tránh thai hay các biện pháp tránh thai bằng dụng cụ.

Biểu hiện lâm sàng: thường xuất hiện trong những tuần lễ đầu của thai sản có rối loạn kinh nguyệt kèm theo (chậm kinh, rong kinh) với biểu hiện dưới hai dạng cấp và bán cấp.

a. Cấp tính:

- Đau bụng đột ngột vùng hạ vị có thể hố chậu phải hay trái với cường độ mạnh rồi lan khắp ổ bụng.

Dấu hiệu nôn và bí rắm ỉa không rõ.

Toàn thân: dấu hiệu mất máu rõ ràng: da niêm mạc trắng bệch, đầu chi lạnh người bệnh có thể xỉu hay vật vã, khát nước.

Mạch nhanh nhỏ trên 100 lần/phút hoặc truy mạch, huyết áp thấp hoặc không đo được.

Khám bụng: co cứng bụng nhất là vùng hạ vị.

Thăm trực tràng: tử cung phồng và đau.

Thăm âm đạo: có máu âm đạo, cổ tử cung mềm, thân tử cung to, tử cung sau phồng và đau chói (tiếng kêu Douglas).

Chọc tử cung hay ổ bụng: có máu không đông.

Nếu thể trạng được ổn định tiến hành siêu âm ổ bụng sẽ thấy dịch trong ổ bụng. Trường hợp chảy máu ít có thể nhìn thấy tổn thương khối chứa cạnh tử cung.

Xét nghiệm máu: tình trạng mất máu tùy mức độ.

b. Thể bán cấp

Đau bụng âm ỉ, chảy máu âm đạo, máu đen, trên một phụ nữ chậm kinh.

Với toàn trạng không thay đổi nhiều.

Mạch: nhanh trên 80-90 lần/phút, huyết áp có thể thấp nhưng không rõ.

Công thức máu: số lượng hồng cầu thấp, HST, Hematorit giảm ít.

c. Chẩn đoán:

- Xác định chảy máu trong ổ bụng bằng chọc dò, hút được máu không đông. Trong trường hợp không hút được máu có thể phải tiến hành chọc rửa ổ bụng để xác định.

- Siêu âm sẽ thấy máu trong tiểu khung, khối thai cạnh tử cung với khối lượng tử cung lớn hơn bình thường.

Chẩn đoán chảy máu do chứa ngoài tử cung vỡ hay huyết tụ thành nang:

- Xác định có thai bằng cách tìm các dấu hiệu thay đổi sắc tố trên núm vú và làm nghiệm pháp xác định tăng β HCG (Quick test).

Những năm gần đây những trường hợp nghi ngờ chưa rõ các bệnh giữa chứa ngoài tử cung vỡ hay viêm ruột thừa, vỡ nang buồng trứng... có thể dùng nội soi ổ bụng vừa chẩn đoán và điều trị rất có giá trị.

2.3.2. Chảy máu do ung thư gan vỡ

Trường hợp điển hình

Ung thư gan (Hepatocellular Carcinoma - HCC) là một bệnh thường gặp ở người trung niên nhưng cũng không hiếm ở người trẻ tuổi, bệnh hay gặp ở vùng Đông Nam Á, Châu Phi, Trung Mỹ...

Chảy máu do vỡ các nhân ung thư là biến chứng thường gặp với biểu hiện cấp tính hay bán cấp, với các dấu hiệu sau:

Đau bụng xuất hiện đột ngột hay âm ỉ rồi tăng lên liên tục trên người có thể đang có biểu hiện khỏe mạnh.

Diễn biến của chảy máu thường nhanh chóng người bệnh có thể rơi vào tình trạng shock do mất máu và có khi hạ đường máu đồng thời.

Trong tình trạng này người bệnh có thể có nôn, buồn nôn hay bí rắm ỉa nhưng không được chú ý tới vì bị che lấp bởi dấu hiệu mất máu cấp và diễn biến nhanh chóng.

Nếu đếm mạch sẽ thấy mạch nhanh nhỏ trên 100 lần/phút có khi truy mạch những trường hợp nặng.

Đo huyết áp: giảm cả tối đa và tối thiểu có khi không đo được.

- Khám tại chỗ:

- Bụng trướng, có thể thấy gồ vùng gan, gan to, lớn nhón chắc. Cũng có khi không thấy dấu hiệu này khi các ổ ung thư phía sau.

- Khám bụng sẽ thấy dấu hiệu cảm ứng phúc mạc và phản ứng khắp ổ bụng, đặc biệt dấu hiệu co cứng thường không rõ mà chỉ thể hiện ở nửa bụng bên phải. Khi gõ bụng sẽ có dấu hiệu đục vùng thấp, nhất là những trường hợp lụm máu trong ổ bụng dấu hiệu này rất rõ ràng.

Thăm trực tràng và túi cùng âm đạo thường thấy túi cùng luôn phồng và đau.

Những trường hợp này tiến hành chọc dò ổ bụng vùng hai hố chậu hay quanh rốn sẽ hút ra máu không đông.

- Xét nghiệm máu:

- Số lượng hồng cầu thấp.

- Hemoglobin máu giảm.

- Hematocrit giảm.

- X quang ổ bụng: nếu thể trạng còn ổn định sau khi truyền máu hay dịch có thể chụp bụng không chuẩn bị thấy các dấu hiệu sau:

- Vòm hoành bên phải cao, không đều.

- Ổ bụng mờ.

- Các quai ruột non giãn.



THƯ VIỆN
HUYẾT

- Siêu âm: có máu trong ổ bụng, gan to có các đám giảm âm là các khối ung thư và vị trí khối ung thư gan vỡ.

Cũng có thể bệnh diễn biến rất rõ ràng dưới dạng: một người đã được xác định ung thư gan đang được theo dõi và điều trị xuất hiện đau bụng vùng gan dữ dội và có truy mạch chứng tỏ nhân ung thư đã vỡ gây chảy máu.

2.3.3. Chảy máu do phồng động mạch chủ bụng vỡ

Là một biến chứng thường gặp của phồng động mạch chủ bụng. Thông thường phồng động mạch chủ bụng có đường kính càng lớn nguy cơ vỡ càng cao nhưng trên 4cm đường kính là đã có nhiều nguy cơ vỡ.

Bệnh phình động mạch chủ bụng thường gặp trên những người có tuổi (trên 55) nam nhiều gấp 3 lần nữ trên các cơ địa hút thuốc lá, tắc nghẽn mạn tính đường hô hấp (COPD), đái đường, xơ vữa động mạch và yếu tố gia đình.

Hầu hết các bệnh nhân có các phình động mạch chủ bụng không có biểu hiện lâm sàng, có nhiều trường hợp chẩn đoán được bệnh do vô tình phát hiện ra do chụp bụng không chuẩn bị hay siêu âm ổ bụng.

Phần nhiều người bệnh có phình động mạch chủ bụng vỡ tử vong trước khi đưa được đến bệnh viện do chảy máu ổ ạt, tối cấp (khoảng 3/4).

Tuy nhiên diễn biến các trường hợp điển hình thường được ghi nhận như sau:

- Đau bụng âm ỉ giữa bụng, lan sau lưng hay hố chậu một vài ngày hay hằng tuần rồi đau tăng lên liên tục và khắp ổ bụng. Vì phình động mạch chủ bụng thường vỡ do đoạn hay lóc, máu chảy ra ngoài động mạch ngấm ra khoang sau phúc mạc thường ở bên trái, khối máu này chèn ép nên có một số dấu hiệu báo trước như: đau lan xuống đùi, dấu hiệu tắc tá tràng, đau lưng, thất lưng...

- Tình trạng mất máu cấp tính:

Da, niêm mạc của người bệnh nhợt nhạt, đầu chi lạnh và người bệnh có thể trong trạng thái ngất xỉu hay mê man.

- + Đếm mạch: mạch nhanh nhỏ có khi không thấy. Đo huyết áp thấp cả tối đa và tối thiểu.

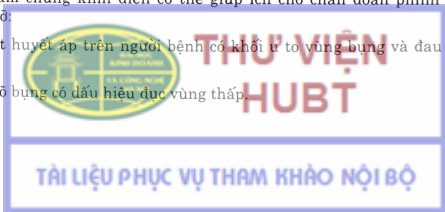
- + Khám bụng: bụng trương do máu chảy vào trong ổ bụng với khối lượng lớn và liệt ruột. Có thể nhìn thấy mảng tím chạy dưới nếp bẹn bên trái.

Nắn bụng có cảm giác một khối to, đập, phần còn lại có thể có cảm ứng phúc mạc và phản ứng thành bụng nhất là vùng tương ứng với thương tổn.

Với tam chứng kinh điển có thể giúp ích cho chẩn đoán phình động mạch chủ bụng vỡ:

- Tụt huyết áp trên người bệnh có khối u to vùng bụng và đau vùng lưng, thất lưng.

- + Gõ bụng có dấu hiệu đục vùng thấp.



+ Thăm trực tràng: túi cùng phồng và đau.

+ Chọc dò ổ bụng có máu.

Những trường hợp nặng không cần các thăm khám hỗ trợ như chẩn đoán hình ảnh mà phải nhanh chóng thiết lập các đường truyền máu, dịch và đưa người bệnh vào phòng mổ để mổ cấp cứu.

Trong các trường hợp bán cấp có thể xác định được tổn thương bằng các biện pháp thăm dò khác như:

– Chụp X quang ổ bụng không chuẩn bị: có thể nhìn thấy bóng phồng động mạch chủ bụng to và có các đám vôi hoá tại thành mạch (trên 50% các trường hợp) và các dấu hiệu của có dịch (máu) trong ổ bụng.

– Siêu âm ổ bụng: xác định có máu trong ổ bụng và phình động mạch chủ bụng, vị trí và kích thước của thương tổn. Đặc biệt siêu âm Doppler cho biết rõ tổn thương và dòng chảy của máu qua vị trí phình.

– Chụp CT Scanner ổ bụng: chẩn đoán chính xác kích thước, vị trí và tình trạng của phình động mạch chủ bụng.

Một số bệnh gây chảy máu trong ổ bụng khác:

– Phình động mạch gan, lách, mạc treo ruột võ.

– Các u thành ống tiêu hoá như u thần kinh, cơ của dạ dày, ruột non.

– Các u ác tính của ống tiêu hoá.

2.4. Thái độ điều trị với chảy máu trong ổ bụng

• Tất cả các trường hợp đều phải phẫu thuật nhằm:

– Cầm máu nơi tổn thương.

– Loại bỏ thương tổn chảy máu.

– Làm sạch máu trong ổ bụng.

• Nhưng trước hết phải nhanh chóng:

– Thiết lập các đường truyền tại nơi cấp cứu để truyền dịch, khôi phục nhanh chóng khối lượng tuần hoàn.

– Xác định nhóm máu để truyền máu và vừa mổ cầm máu và hồi sức.

– Kết hợp hồi sức hô hấp, có trường hợp phải đặt ống nội khí quản để bóp bóng hỗ trợ.

– Đường mổ bụng rộng rãi thường là đường giữa trên hoặc dưới rốn tùy theo nguyên nhân gây chảy máu.

– Thăm dò tìm nguyên nhân chảy máu trong các trường hợp mổ khi chưa xác định được nguyên nhân chính xác phải theo nguyên tắc:

– Hút nhanh máu trong ổ bụng để tìm thương tổn.

- Tìm thương tổn theo thứ tự các tạng đặc trước, tạng rỗng sau, từ trên xuống dưới, ngoài vào trong.

- Cầm máu tạm thời bằng chèn gạc hay bóp bằng các ngón tay trong khi hút sạch máu để nhìn rõ thương tổn sau đó tiến hành cầm máu.

- Chứa ngoài tử cung vỡ: thường vỡ từ phần eo trở ra tùy vị trí phải cắt bỏ vòi trứng bên đã vỡ, lấy khối thai, lau rửa ổ bụng và đặt dẫn lưu túi cùng Douglas.

- Vỡ buồng trứng (vỡ nang Graff): khâu buồng trứng vùng nang đã vỡ sau khi khoét bỏ phần chảy máu nhăm nhở hay đã được cầm máu.

- Ung thư gan vỡ:

- Cầm máu tại chỗ bằng khâu vùng chảy máu, tuy nhiên việc này khó vì tổ chức ung thư thường mềm, mủn, có khi sau khi khâu phải chèn gạc.

- Kết hợp với khâu phần gan ung thư chảy máu có khi thất thêm động mạch gan (động mạch gan riêng).

- Cắt gan: có thể cắt gan theo giải phẫu nếu ung thư khu trú tại phần nào đó (hạ phân thủy). Tuy nhiên đây là phẫu thuật nặng nề cho người bệnh vì diễn biến hậu phẫu phức tạp và tử vong cao do có nhiều biến chứng.

- Phồng động mạch chủ vỡ:

Đây là một cấp cứu bụng khó khăn cho các phẫu thuật viên không chuyên khoa mạch máu.

- Phồng động mạch gan vỡ: ở bất kỳ vị trí nào cũng có thể thất động mạch gan được.

- Phồng động mạch lách vỡ: cắt lách và khâu hay cắt cả phần thành mạch.

- Phồng mạch mạc treo ruột vỡ: khâu hay cắt bỏ đoạn mạch phồng vỡ nhưng phải kiểm tra dinh dưỡng của đoạn ruột tương ứng với phần mạch đã bị cắt bỏ. Nếu có dấu hiệu thiếu máu thì phải cắt đoạn ruột tương ứng và phục hồi lưu thông ruột.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

VẾT THƯƠNG HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG

Vết thương hậu môn trực tràng (HMTT) là một cấp cứu ngoại khoa có thương tổn rách, thủng, dập nát của vùng hậu môn, trực tràng hoặc cả hậu môn và trực tràng.

Thương tổn HMTT có hình thái lâm sàng rất đa dạng, do nhiều nguyên nhân khác nhau như tai nạn giao thông, vết thương do bị vật nhọn đâm trực tiếp vào vùng tầng sinh môn, những tai nạn lao động như đá gỗ dề... Chính vì vậy, ngoài thương tổn ở HMTT thường hay gặp thương tổn phối hợp ở các cơ quan lân cận như tiết niệu, sinh dục. Việc chẩn đoán vết thương hậu môn trực tràng gặp nhiều khó khăn đặc biệt là trong đa chấn thương, nhiều khi bị bỏ sót thương tổn.

Vùng hậu môn, trực tràng là nơi chứa nhiều vi khuẩn kỵ khí, cấu tạo giải phẫu nhiều mô lỏng lẻo nên các vết thương ở vùng này rất dễ bị nhiễm trùng đặc biệt là viêm tấy lan toả, khó xử lý. Hơn nữa, vết thương hậu môn trực tràng hay gặp trong bệnh cảnh đa chấn thương nên thái độ xử trí ban đầu là rất quan trọng. Nếu không thì bệnh nhân có thể bị nguy hiểm đến tính mạng hoặc phải chịu những di chứng nặng nề làm ảnh hưởng đến cuộc sống sau này.

1. CÁC HÌNH THÁI THƯƠNG TỔN

Tổn thương hậu môn trực tràng tùy thuộc vào nguyên nhân và cơ chế như do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt khi vật nhọn đâm vào vùng tầng sinh môn ở tư thế ngã ngồi, ở nước ta còn thấy nhiều trường hợp bị trâu húc, đá dề... Ngoài ra các thao tác y tế cũng có thể gây ra vết thương HMTT như soi trực tràng, đại tràng hoặc trong tai biến sản khoa.

Vết thương HMTT thường hay có thương tổn phối hợp đi kèm do 2 nguyên nhân chủ yếu là hiện tượng đâm xuyên và tai nạn giao thông đa chấn thương. Các thương tổn hay gặp nhất là khung chậu và các tạng nằm trong khung chậu, nhiều khi vỡ xương chậu lại chính là cơ chế làm thủng trực tràng.

Một số thương tổn thường gặp:

Vết thương mà ta có thể gặp các thương tổn như sau:

- Đối với những vết thương do vật nhọn đâm trực tiếp vào vùng HMTT ta thường gặp 2 loại thương tổn chính là:
- Vết thương HMTT đơn thuần là những vết thương của ống hậu môn hoặc của trực tràng. Trong vết thương trực tràng đơn thuần, ta không gặp thương tổn ống hậu môn và cơ thắt.

- Các vết thương HMTT phức tạp: bao gồm:
 - + Vết thương phần mềm đáy chậu: cân cơ, khoang tế bào, có tụ máu lan rộng.
 - + Vết thương thủng rách trực tràng, ống hậu môn và cơ thắt.
 - + Vết thương phối hợp với cơ quan lân cận tạo thành vết thương hỗn hợp như trực tràng - âm đạo, trực tràng - niệu đạo, đẹn dập búi, âm hộ, tuyến tiền liệt...
 - + Có thể có thương tổn cao trong phúc mạc như đại tràng, ruột non, bàng quang, mạch máu...

Đối với vết thương HMTT do tai nạn giao thông vỡ xương chậu, do hoá khí, do tai nạn lao động như đất đá đè thì thông thường bệnh nhân vào viện trong bệnh cảnh đa chấn thương với những thương tổn ở khung chậu, ngực bụng, sọ não kèm theo. Trong trường hợp này vết thương hậu môn trực tràng được coi là nguy hiểm vì dễ bị bỏ sót. Loại thương tổn này có nhiều mức độ phức tạp khác nhau, có thể chia ra làm 4 loại chính: [4]

- + Vết thương hậu môn: gồm vết thương của ống hậu môn và cơ thắt.
- + Vết thương trực tràng ngoài phúc mạc.
- + Vết thương trực tràng trong phúc mạc.
- + Vết thương hậu môn trực tràng phối hợp với thương tổn của cơ quan khác như hệ niệu dục, ruột, gan, mạch máu, thần kinh...

2. LÂM SÀNG

Trong vết thương HMTT đa phần các bệnh nhân đều đau và chảy máu tại vết thương của vùng tầng sinh môn. Thăm khám tại chỗ vết thương có thể thấy được các thương tổn cụ thể tùy theo cơ chế của chấn thương.

Nhiều trường hợp có biểu hiện sốc thường là trong các trường hợp đa chấn thương. Nếu có chấn thương sọ não kèm theo thì việc xác định các thương tổn sẽ rất khó khăn, nhiều khi bỏ sót thương tổn.

Vấn đề quan trọng trong chẩn đoán là phát hiện vết thương trong hay ngoài phúc mạc, có tổn thương cơ thắt không, có các thương tổn phối hợp không. Chính vì vậy, việc thăm khám toàn diện rất là cần thiết.

2.1. Vết thương vào từ đường dưới

Bệnh nhân bị vết thương do vật nhọn đâm trực tiếp vào vùng HMTT.

Xác định nguyên nhân và cơ chế gây tổn thương: do ngồi bị cọc nhọn, que cây chọc vào hay do bị đâm.

Thăm khám: quan sát kỹ vết thương. Đánh giá vị trí, độ dài, độ sâu hướng đi.

Thăm trực tràng: dùng tay di ngón bệnh hậu môn trực tràng có thể thấy các mảnh dị vật nằm trong vết thương hoặc vết thương toác rộng.

Đánh giá sơ bộ về tình trạng của HMTT và các thương tổn ở cơ quan lân cận như tiết niệu sinh dục.

- Vết thương hậu môn đơn thuần: rách da, rìa hoặc mép ống hậu môn.

- Vết thương trực tràng đơn thuần: thủng hoặc rách trực tràng không thương tổn cơ thắt.

- Vết thương HMTT phức tạp:

- + Vết thương da, phần mềm đáy chậu: cân cơ, khoang tế bào, có tụ máu lan rộng.

- + Vết thương thủng rách trực tràng, ống hậu môn và cơ thắt.

- + Vết thương sâu, rộng và phối hợp với cơ quan lân cận tạo thành vết thương hỗn hợp như trực tràng - âm đạo, trực tràng - niệu đạo, đẹn giáp búi, âm hộ, tuyến tiền liệt...

- + Thương tổn cao xuyên vào trong ổ bụng, thủng vào đại tràng, ruột non, bàng quang, mạch máu...



Hình 15.1

Động tác khám và thăm dò rất quan trọng trong việc phát hiện vết thương HMTT đặc biệt là đối với những vết thương nhỏ. Qua thăm trực tràng có thể đánh giá sơ bộ tình trạng của cơ thắt hậu môn và tìm thấy những chỗ rách của thành trực tràng ở phần thấp. Dấu hiệu máu ra theo găng khi thăm trực tràng rất có giá trị trong việc hướng tới chẩn đoán vết thương HMTT, nếu không tìm thấy thương tổn ở ống hậu môn hay trực tràng phần thấp phải nghĩ đến vết thương ở trên cao. Nếu bệnh nhân trong tình trạng ổn định có thể soi trực tràng để tìm thương tổn trực tràng cao.

2.2. Vết thương vào qua đường bụng hoặc da chấn thương

Đối với vết thương vào qua đường bụng, vết thương của trực tràng thường hay bị bỏ sót do không nghĩ tới. Nhưng một điều may mắn là đa số các bệnh nhân này đều được mổ cấp cứu thăm dò và tất nhiên vết thương hậu môn trực tràng được phát hiện trong mổ. Điều đáng lưu ý là trong vết thương thấu bụng, khi thăm trực tràng thấy có máu phải nghĩ ngay tới vết thương trực tràng.

Trong da chấn thương cần chú ý tới vết thương trực tràng vì dễ bỏ sót thương tổn ở vùng ranh giới giữa trong và ngoài phúc mạc. Việc xác định có vết thương HMTT hay không phải được thực hiện sau khi phát hiện và xử trí tình trạng sốc. Cần phải thăm khám một cách toàn diện để phát hiện các thương tổn phối hợp như xương chậu, hệ tiết niệu - sinh dục và các cơ quan khác. Việc thăm trực tràng vẫn là động tác quan trọng trong phát hiện vết thương trực tràng.

3. CẬN LÂM SÀNG

- Chụp bụng không chuẩn bị: khi nghi đến vết thương trực tràng xuyên phúc mạc hay chấn thương bụng kèm theo. Xác định hơi trong ổ bụng hay dịch và máu thể hiện mức nước - hơi, vùng tiểu khung mờ, quai ruột giãn.

- Chụp khung chậu: để xác định vỡ xương chậu trong da chấn thương...

- Siêu âm ổ bụng để xác định thêm có dịch, máu trong ổ bụng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị tại chỗ

Cắt lọc sạch vết thương nếu tổn thương gọn, ít có những tổn thương phức tạp ở cơ thắt, thành trực tràng, chỉ cần cắt lọc, cầm máu, khâu lại trực tràng - hậu môn để hở da.

- Khâu tạo hình cơ thắt

+ Nếu vết thương phức tạp nên cố gắng cắt lọc khâu cầm máu để cứu sống bệnh nhân, việc tạo hình lại vùng HM - TT sẽ tiến hành thi tiếp theo.

+ Nếu vết thương cơ thắt gọn, sạch, đứt hoàn toàn hay một phần: khâu cơ thắt bằng chỉ tiêu chậm hay không tiêu.

+ Nếu vết thương cơ thắt mất đoạn, rách nát, bản không nên khâu ngay mà cắt lọc sạch, cố định 2 đầu để tạo hình thì 2 sau khi vết thương đã sạch.

- Hậu môn nhân tạo:

Chỉ định làm hậu môn nhân tạo cho các trường hợp tổn thương phức tạp:

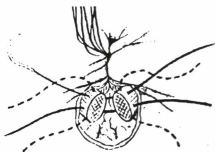
+ Các trường hợp vết thương đơn thuần nhưng vết thương rộng, cần điều trị lâu ngày.

+ Vết thương trực tràng trong ổ bụng cần phải mổ bụng xử lý tổn thương cắt lọc khâu, làm hậu môn nhân tạo phía trên. Đối với thương tổn lớn và dập nát, nhiều khi phải cắt đoạn trực tràng.

Làm hậu môn nhân tạo để phân hoàn toàn không xuống trực tràng là một biện pháp không thể thiếu trong vết thương HMTT, có như vậy mới đảm bảo cho vết thương được sạch, chóng liền và để tránh nhiễm trùng.

4.2. Điều trị toàn thân

Do phần lớn vết thương HMTT đến viện vì đã chấn thương nên nhiều bệnh nhân đến viện trong tình trạng sốc với các biểu hiện trụy mạch tụt huyết áp. Việc hồi sức chống sốc là tối cần thiết nhằm cứu sống bệnh nhân bao gồm đảm bảo thông khí, khối lượng tuần hoàn và giảm đau.



Hình 15.2

Mặt khác tổn thương của vùng HMTT là rất bản do sự có mặt của phân gây nhiễm vi khuẩn đường ruột như *E. Coli*, *Enterococci* và *Bacteroid* cũng như những vi khuẩn kỵ khí khác, do đó phải dùng ngay kháng sinh cùng lúc với xử trí ngoại khoa. Sử dụng kháng sinh trong điều trị vết thương HMTT là một khâu không thể thiếu, hỗ trợ phòng chống nhiễm khuẩn cho người bệnh. Những cũng phải nói rằng, kháng sinh không thể chống nhiễm khuẩn một cách hữu hiệu nếu không có các biện pháp khác trong điều trị. Kháng sinh sẽ không có ý nghĩa khi vết thương không được làm sạch cũng như việc chăm sóc sau mổ không được tốt. Ngoài việc chống nhiễm khuẩn tại vết thương và vết mổ, kháng sinh còn phòng chống những viêm nhiễm toàn thân như viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu...

4.3. Xử trí tổn thương phối hợp

Các tổn thương khác kèm theo vết thương HMTT cần phải xử trí kịp thời, thích hợp tùy theo tình trạng của bệnh nhân. Đối với thương tổn ở những cơ quan quan trọng trong chức năng sống của bệnh nhân cần phải được giải quyết càng sớm càng tốt như cầm máu các vết thương có chảy máu nặng, giải quyết chấn thương sọ não, chấn thương bụng vỡ tạng, vết thương mạch máu. Đối với tổn thương ít nghiêm trọng hơn thì tùy theo tính chất của thương tổn và đặc điểm bệnh lý của từng chuyên khoa mà ta có thái độ xử trí thích hợp như các thương tổn của hệ tiết niệu, hệ sinh dục, xương...

5. KẾT LUẬN

Vết thương HMTT có xu hướng gặp nhiều trong cấp cứu ngoại khoa. Việc chẩn đoán, đánh giá và xử trí hợp lý thương tổn trong cấp cứu là những yêu cầu được đặt ra cho các phẫu thuật viên ngoại chung. Xử trí đúng sẽ tránh được các biến chứng và di chứng về sau cho người bệnh.



ÁP XE GAN DO AMIP

Gan là một trong những tạng đặc trong ổ bụng có liên quan mật thiết với ống tiêu hoá. Gan nhận toàn bộ máu của ống tiêu hoá thông qua hệ tĩnh mạch cửa, có mối liên quan bạch huyết kháng khuẩn với các cơ quan này, đặc biệt có quan hệ trực tiếp với ruột qua hệ thống đường mật nên gan dễ bị vi khuẩn và ký sinh trùng xâm nhập để gây bệnh.

Áp xe gan là hiện tượng có ổ mủ trong tổ chức gan. Cần phân biệt áp xe gan (các ổ mủ nguyên phát do nhiễm trùng, nhiễm KST như amip, giun sán...) với các ổ mủ thứ phát của gan như ung thư gan bội nhiễm, nang gan bội nhiễm...

Áp xe gan amip được biết đến và mô tả từ lâu, là một bệnh khá phổ biến ở các nước vùng nhiệt đới và luôn là thứ phát sau amip ở ruột. Nguyên nhân gây bệnh là *Entamoeba histolytica*. Bệnh có tính chất địa phương: vùng nhiệt đới mắc nhiều tuy nhiên bệnh phụ thuộc nhiều vào yếu tố vệ sinh (phân) hơn là yếu tố khí hậu.

Bệnh thường gặp nhiều ở nam hơn ở nữ (80-90% nam) và chủ yếu ở người lớn, rất hiếm thấy ở trẻ em.

Bệnh lý này có thuốc điều trị đặc hiệu nên khả năng chữa khỏi bệnh tốt, nhất là ở giai đoạn sớm. Vì vậy trong thời gian gần đây việc điều trị chủ yếu là nội khoa, xu hướng mổ ngày càng giảm.

1. BỆNH NGUYÊN, BỆNH SINH

Amip gây bệnh áp xe gan là *Entamoeba histolytica* thể hoạt động được tìm thấy và mô tả đầu tiên bởi Losch ở bệnh viện Peterburg năm 1873. Amip có nơi cư trú chính là ở thành đại tràng (manh tràng, đại tràng xích ma và trực tràng), gây tổn thương loét ở thành ruột (bệnh kiết lý) rồi từ đó theo đường máu tĩnh mạch của ổ loét gan. Nếu cư trú ở gan amip gây áp xe gan, nếu chúng vào hệ tuần hoàn chung và đi đến các cơ quan bộ phận khác có thể gây nên áp xe não, phổi....

Quá trình hình thành áp xe gan có thể rất nhanh chỉ sau 3-4 ngày phát bệnh bởi hoại tử tế bào gan do độc tố của amip đồng thời với quá trình viêm tắc các tĩnh mạch của ổ trung tâm tiểu thùy. Nhưng đa phần ổ áp xe hình thành từ từ. Amip xuất hiện ở các tiểu tĩnh mạch của gan hay các xoang tĩnh mạch của gan gây viêm cương tụ, xung huyết và hoại tử tế bào gan và thường các điểm hoại tử nằm sát nhau (không rõ tại sao) tạo nên ổ áp xe. Hiếm khi có nhiều ổ áp xe nhỏ rải rác mà thường là một ổ to, hay gặp ở gan phải.

Thành ổ áp xe là tổ chức xơ. Khi không bị bội nhiễm thì là mủ vô khuẩn.

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

- Giai đoạn cương tụ, viêm: gan to, đỏ và căng mọng. Khi cắt lách thấy có chảy máu dưới bao gan. Vì thế thấy có những vùng thâm nhiễm hồng cầu, những ổ bạch cầu và có thể thấy amip nằm giữa những mao mạch cương tụ.

- Giai đoạn hoại tử: Các nhánh nhỏ tĩnh mạch của gan bị huyết khối dẫn tới nhồi máu và hoại tử nhu mô gan.

- Giai đoạn làm mủ: các ổ hoại tử kết hợp nhau thành ổ áp xe

Thành ổ áp xe là tổ chức gan xơ hoá, thường có amip ở đây.

Chất mủ màu đỏ nâu, không thối, quánh đặc, không có vi khuẩn, chỉ gồm tế bào gan thoái hoá, bạch cầu đa nhân và đại thực bào.

Thường hay gặp áp xe ở gan phải, hiếm khi khu trú ở gan trái và đa số là một ổ áp xe to, nhiều góc ngách, ít khi gặp áp xe gan amip nhiều ổ.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Giai đoạn viêm gan cấp

- Toàn thân nổi bật tình trạng nhiễm trùng: sốt 39-40° sốt nóng và rét run.

- Cơ năng: đau dưới sườn phải và nửa dưới ngực phải, lan lên vai phải hoặc cũng có khi lan lên cả hai bả vai, đau tăng khi ho, khi thở sâu làm bệnh nhân không dám thở mạnh.

- Thực thể: Sờ ấn thấy gan to dưới bờ sườn, mặt nhẵn, mặt độ chắc, ấn đau. Gõ có thể thấy gan to cả lên trên đầy vòm hoành phải lên cao:

+ Phản ứng dưới sườn phải

+ Nghiệm pháp rung gan (+)

- Xét nghiệm máu cho thấy bạch cầu tăng rất cao chủ yếu loại đa nhân trung tính, tốc độ lắng tăng cao.

- Xquang: chiếu diện thấy cơ hoành phải di động kém, chụp phim thấy bóng gan to, đường kính hoành-đỉnh và hoành-cột sống lớn hơn bình thường, có phản ứng của màng phổi biểu thị bởi hình ảnh mờ góc sườn hoành.

- Phản ứng miễn dịch huỳnh quang với kháng nguyên của Entamoeba histolitica dương tính với hiệu giá cao, thường có giá trị chẩn đoán xác định khi hiệu giá từ 1/400 đến 1/3200 và nghi ngờ khi hiệu giá khoảng 1/50-1/200.

- Chọc dò ở giai đoạn này không có mủ mà chỉ hút ra máu, đôi khi làm chẩn đoán nhầm với ung thư giai đoạn tiến triển.

3.2. Giai đoạn làm mủ: giống giai đoạn trên về dấu hiệu cơ năng và toàn thân, nhưng có một vài điểm khác. Dấu hiệu điển hình ở giai đoạn này như sau:

3.2.1. Toàn thân

- Thể trạng bệnh nhân thường suy sụp nhanh chóng, gầy sút, hốc hác đôi khi khiến thấy thuốc nghĩ tới một bệnh ung thư.
- Sốt thường vẫn tồn tại, có thể sốt cao dao động.

3.2.2. Cơ năng

- Đau vùng dưới sườn phải nhiều hơn, cảm giác nhức nhối làm bệnh nhân không dám thở mạnh, không dám ho mặc dầu nhiều trường hợp bệnh nhân bị ho do màng phổi bị kích thích. Nhưng khi ổ áp xe đã khu trú và nhất là đã có điều trị thì nhiều khi bệnh nhân chỉ cảm thấy tức nặng vùng gan.
- Một số ít bệnh nhân có biểu hiện vàng da, vàng mắt và nước tiểu vàng đậm hoặc do tế bào gan bị hủy hoại hoặc do khối áp xe lớn chèn ép đường mật.

3.2.3. Thực thể

- Gan to: thông thường gan to xuống dưới bờ sườn, mật độ mềm, bờ tù, ấn đau. Nếu ổ áp xe ở vòm gan thì gan to nhiều lên trên, gõ thấy diện đục của gan lên cao trên ngực.
- Ấn kê liên sườn 9-10 bệnh nhân đau chói, nhất là điểm trên đường nách giữa (thường ổ mũ nằm ở vòm gan phải).
- Làm nghiệm pháp rung gan thường gây đau nhiều cho bệnh nhân nên khi khám cần chú ý động tác phải nhẹ nhàng.
- Có thể sờ thấy khối lồi nhùng dưới bờ sườn phải khi gan to và nếu ổ áp xe nằm ở mặt trước dưới gan.
- Hội chứng 3 giảm đáy ngực phải.

3.2.4. Cận lâm sàng

- Xquang: chụp gan xa sẽ thấy bóng gan to, cơ hoành phải bị đẩy lên cao, không di động, góc sườn hoành phải tù hoặc hình ảnh tràn dịch màng phổi phải. Chẩn đoán Xquang thấy cơ hoành phải mất di động.
- Siêu âm: là một trong những biện pháp thăm dò cận lâm sàng thuận tiện, dễ làm, ít nguy hiểm, giá trị và độ tin cậy cao. Hơn nữa siêu âm còn giúp xác định chính xác vị trí ổ áp xe tạo thuận lợi cho phẫu thuật viên chọn lựa đường mổ hoặc hỗ trợ cho việc điều trị chọc hút mũ, rửa và dẫn lưu ổ áp xe có kết quả tốt.

Hình ảnh trên siêu âm là ổ trống hay giảm âm nằm trong nhu mô gan, có vách rõ.

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu vẫn tăng với tỷ lệ đa nhân trung tính cao. Máu lắng tăng cao là một yếu tố giúp chẩn đoán đồng thời để theo dõi tiến triển của bệnh.
- Chọc dò: phải dùng kim có độ dài và kích thước lớn (dài 10-12cm, đường kính 8/10 mm) để chọc hút vì mũ thường đặc quánh. Mủ chọc hút ra có màu sôcôla,

không mùi, nuôi cấy không có vi trùng, soi tươi có thể thấy amip di động nhưng với tỷ lệ rất thấp chỉ khoảng 10-30%. Thông thường với hướng dẫn của siêu âm hoặc CT-Scanner thì việc chọc dò sẽ thuận lợi và chính xác hơn. Trường hợp không có siêu âm và CT-Scanner thì qua kim chọc dò có thể bơm thuốc cản quang vào trong ổ áp xe và chụp Xquang tư thế thẳng và nghiêng để xác định vị trí ổ áp xe nhằm hướng dẫn cho thầy thuốc chọn lựa đường dẫn lưu mủ.

- CT-Scanner là biện pháp lý tưởng để chẩn đoán áp xe gan nhưng lại là một thăm khám đắt tiền và chưa được phổ cập ở mọi bệnh viện. Phương pháp này cho biết vị trí chính xác của ổ áp xe kể cả những ổ nhỏ. Hình ảnh cho thấy là những ổ giảm tỷ trọng so với nhu mô gan có vỏ và ranh giới rõ.

- Đồng vị phóng xạ: trên xạ hình gan, ổ áp xe là một nhân lạnh.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Tại chỗ: tổ chức hoại tử có thể làm loét thủng vào mạch máu trong gan, hình thành tụ máu dưới bao, có thể vỡ gây chảy máu, thậm chí tử vong đột ngột.

4.2. Vỡ vào các tạng lân cận

- Vỡ vào ổ phúc mạc gây viêm phúc mạc, gặp từ 4-7% các trường hợp, thường từ các ổ áp xe mật dưới gan. Biểu hiện lâm sàng là đột nhiên xuất hiện sốt và dấu hiệu viêm phúc mạc ở một bệnh nhân đang theo dõi điều trị áp xe gan.

- Vỡ vào màng phổi gây tràn mủ màng phổi, gặp với tỷ lệ khoảng 5-7%, thường ở các ổ áp xe hạ phân thùy VII vỡ qua cơ hoành lên màng phổi. Bệnh nhân đột ngột đau ngực, khó thở, khám có hội chứng ba giảm bên phổi phải, chọc dò màng phổi hút ra mủ màu sôcôla.

- Vỡ vào màng tim gây tràn mủ màng tim, ít gặp hơn (0,4%) thường từ áp xe gan trái, đây là biến chứng nặng dễ gây tử vong do chèn ép tim cấp.

- Vỡ vào phế quản thường từ ổ áp xe ở hạ phân thùy VIII, gặp trong khoảng 7-8%. Đáy phổi tương ứng vùng này dính vào cơ hoành nên ổ áp xe phá dần qua cơ hoành, nhu mô phổi và thông vào phế quản. Biểu hiện lâm sàng bằng khạc ra mủ màu sôcôla, không thối.

- Vỡ ra ngoài thành bụng gây loét hoại tử thành bụng, thành ngực lan rộng, là một biến chứng nặng thường gây tử vong.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định

5.1.1. Giai đoạn sớm: Trên lâm sàng dựa vào tam chứng Fontan: đau + sốt + gan to, kết hợp với các dấu hiệu cận lâm sàng biểu hiện hội chứng nhiễm khuẩn (bạch cầu và máu lắng tăng), Xquang có tràn dịch màng phổi phải và cơ hoành kém di động. Động tác điều trị thử bằng emetin hoặc metronidazol hay dẫn xuất sẽ khỏi nhanh các dấu hiệu trên cũng là một yếu tố để chẩn đoán bệnh.

5.1.2. Giai đoạn làm mũ (giai đoạn áp xe thực thụ): phối hợp với kết quả của chọc dò, của siêu âm hay CT-Scanner sẽ giúp chẩn đoán bệnh một cách chính xác.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

5.2.1. Giai đoạn sớm

- Ung thư gan tiên phát tiến triển: kết hợp các dấu hiệu lâm sàng với các xét nghiệm, đặc biệt α FP tăng cao và dựa vào điều trị thử có tiến triển tốt để phân biệt.
- Gan tim: Trường hợp bệnh nhân có suy tim phải cấp làm cho gan bị ứ máu nhiều, đột ngột gây nên gan to và đau. Bệnh nhân không sốt, có khó thở, cần tìm các dấu hiệu thực thể như tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan-tĩnh mạch cổ, rales ứ đọng ở phổi, nghe có tiếng tim bệnh lý.
- Viêm túi mật cấp: bệnh nhân thường có sốt và đau hạ sườn phải, khám thấy phản ứng và co cứng dưới sườn phải nên khó xác định tình trạng gan và túi mật trên lâm sàng. Siêu âm giúp ích nhiều cho chẩn đoán.

5.2.2. Giai đoạn làm mũ

- U gan: Những áp xe điều trị dễ dàng có vỏ xơ dày, ít mũ đặc sệt và bệnh nhân không đau, không sốt dễ nhầm với u gan. Để phân biệt thường phải dựa vào chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm α FP, chọc hút làm tế bào học và thậm chí có thể mổ thăm dò để khẳng định.
- Nang gan bội nhiễm: thường rất khó phân biệt trừ khi tiền sử bệnh nhân biết có nang gan, nay có các dấu hiệu bội nhiễm thì có thể chẩn đoán được. Chọc dò để xét nghiệm mũ trong trường hợp này có giá trị phân biệt.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Nội khoa: Với các thuốc kháng amip đặc hiệu phần lớn bệnh nhân bị áp xe gan amip có thể được điều trị khỏi, nhất là ở giai đoạn sớm.

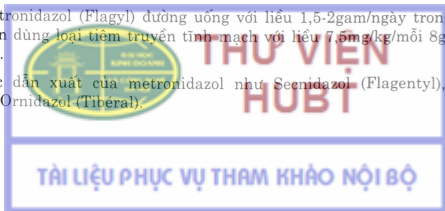
- *Emetine clohydrate*: với liều lượng 1mg/1kg/ngày trong 10 ngày, tiêm bắp sâu. Tổng liều không vượt quá 10mg cho một cân nặng cơ thể. Vì thuốc có tác dụng phụ gây nhức cơ, mệt mỏi nên thường dùng kết hợp với Strychnin và Vitamin B1. Ngoài ra vì thuốc có ảnh hưởng về tim mạch do vậy phải được theo dõi kỹ trong thời gian điều trị.

DehydroEmetin là Emetin tổng hợp, tác dụng tương tự nhưng ít tác dụng phụ hơn. Liều dùng 1,5-2 mg/kg/ngày, tổng liều 1,2g.

- *Metronidazol và các dẫn xuất*

- Metronidazol (Flagyl) đường uống với liều 1,5-2gam/ngày trong 5-7 ngày hoặc tốt hơn dùng loại tiêm truyền tĩnh mạch với liều 7,5mg/kg/mỗi 8giờ (khoảng 1gam/ngày).

- Các dẫn xuất của metronidazol như Secnidazol (Flagentyl), Tinidazol (Fasigyne), Ornidazol (Tibéral).



Liều lượng thông thường theo đường uống: 1,5g/ngày $\times$ 5 ngày.

Với những áp xe có đường kính < 5cm thì chỉ cần điều trị nội khoa đơn thuần mà không cần hút hay dẫn lưu mủ.

Những trường hợp nghi ngờ có bội nhiễm nên dùng phối hợp với kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng, ưu thế mạnh đối với vi khuẩn Gram âm.

6.2. Chọc hút mủ

Với hướng dẫn của siêu âm việc chọc hút sẽ chính xác hơn và có thể hút mủ triệt để hơn. Đồng thời sau hút mủ có thể bơm rửa sạch ổ áp xe thì thời gian điều trị sẽ được rút ngắn.

Đối với những áp xe ở sâu trong nhu mô hoặc áp xe nông nhưng đã thành hoá thì sau khi chọc hút bằng kim nhỏ có thể rút kim, còn theo nguyên tắc kinh điển thì phải lưu kim 48 giờ để tạo dính tránh chảy máu, mủ vào ổ phúc mạc.

Thường áp dụng chọc hút cho những ổ áp xe không quá lớn.

6.3. Dẫn lưu qua da bằng catheter

Tùy theo loại catheter mà ta có cách đặt dẫn lưu khác nhau, theo kiểu Seldinger với guide dẫn đường, hoặc với catheter có vỏ kim loại hay kim nhựa có nòng bằng kim loại thì chọc dò trực tiếp vào ổ áp xe rồi rút vỏ hay nòng kim loại để lại catheter.

Dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT-Scanner thì kết quả sẽ tốt hơn.

Sân sóc hàng ngày có thể rửa 4 - 6 lần hoặc bơm rửa liên tục nếu đặt 2 catheter hoặc dùng loại catheter 2 nòng. Dẫn lưu này thường để lưu 5 - 15 ngày tùy theo kết quả điều trị.

6.4. Chích dẫn lưu

Trên cơ sở chọc dò ổ áp xe và lưu kim để tạo dính gan với thành bụng, chích một vết nhỏ qua đó đặt một ống dẫn lưu vào ổ áp xe. Thường là đối với những ổ áp xe không quá lớn và gần với bề mặt gan.

6.5. Phẫu thuật

6.5.1. Đường mổ

Tùy theo vị trí ổ áp xe mà chọn lựa đường mổ cho hợp lý

- Đường giữa trên rốn nếu áp xe gan trái hay những áp xe mặt trước hoặc nhất là những trường hợp cần thăm dò với các áp xe có biến chứng trong ổ bụng.

- Đường dưới bờ sườn phải là đường vào tốt đối với các áp xe cả ở gan phải và gan trái và trong trường hợp cần thiết có thể mở rộng thành đường dưới sườn hai bên.

– Đường ngực phải qua màng phổi và cơ hoành chỉ dành cho áp xe sau trên phải đơn độc chưa có biến chứng. Bệnh nhân nằm nghiêng trái, rạch qua khe liên sườn 8, 9 hoặc 10, khâu dính cơ hoành với cơ gian sườn nơi túi cùng màng phổi để biệt lập khoang màng phổi trước khi đặt dẫn lưu.

– Đường sau, ngoài phúc mạc, ngoài màng phổi sau khi cắt xương sườn 12 đối với áp xe sau dưới phải.

Nói chung với những áp xe phải điều trị phẫu thuật nên chọn đường qua phúc mạc để có thể thăm dò toàn diện hơn.

6.5.2. Thăm dò

– Gan: mặc dù đã có chẩn đoán bằng siêu âm trước mổ vẫn cần thăm dò bằng mắt và chủ yếu bằng tay sờ một cách cẩn thận để xác định ổ áp xe, nhất là những trường hợp có nhiều ổ. Nếu có siêu âm trong mổ thì việc thăm dò sẽ thuận lợi và chính xác hơn.

– Ổ phúc mạc: để xác định ổ áp xe đã gây biến chứng chưa chẳng hạn như vỡ gây viêm phúc mạc, vỡ vào các tạng lân cận...

– Lấy mẫu để làm xét nghiệm tế bào và vi trùng học

6.5.3. Dẫn lưu

– Mổ gan tối thiểu áp dụng cho cả áp xe gan ở nông cũng như các áp xe ở sâu trong nhu mô. Mổ một lỗ ở vị trí nhu mô mỏng nhất qua đó hút mủ và đặt một ống dẫn lưu to vào ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài. Cần thiết phải cố định diện gan xung quanh ống dẫn lưu vào thành bụng để biệt lập ổ áp xe với ổ phúc mạc bằng cách khâu nhu mô gan với thành bụng hoặc dùng mẽche chèn để tạo dính.

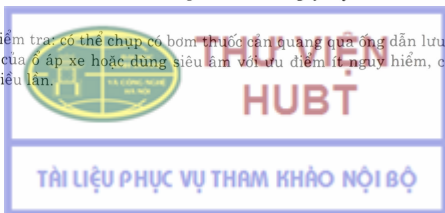
– Mở rộng ổ áp xe, cắt chỏm áp xe đối với những áp xe ở nông, thành ổ áp xe phía bề mặt gan hầu như không còn nhu mô gan nên việc cắt phần chỏm này ít chảy máu. Sau khi cắt chỏm áp xe thì hút sạch mủ, lấy hết tổ chức hoại tử rồi đặt cạnh miệng áp xe một ống dẫn lưu to, mềm, nhiều lỗ để dẫn lưu với lỗ ra qua thành bụng thấp, xa vết mổ.

6.5.4. Sát sóc

– Thông thường để dẫn lưu tự chảy nhưng cũng có thể hút liên tục dưới áp lực nhẹ.

– Thời gian để dẫn lưu thường từ 7 đến 15 ngày tùy theo diễn biến toàn thân và tại chỗ.

– Kiểm tra: có thể chụp có bơm thuốc cản quang qua ống dẫn lưu để đánh giá tiến triển của ổ áp xe hoặc dùng siêu âm với ưu điểm ít nguy hiểm, có thể làm đi làm lại nhiều lần.



6.6. Điều trị biến chứng

- Viêm phúc mạc do áp xe gan vỡ: phẫu thuật để lau rửa ổ bụng đồng thời dẫn lưu áp xe như trên
- Áp xe vỡ vào màng phổi: dẫn lưu màng phổi tối thiểu là điều trị chính. Dẫn lưu ổ áp xe có thể làm hoặc không tùy theo tình trạng bệnh nhân tiến triển có tốt hay không sau khi dẫn lưu màng phổi tối thiểu.
- Áp xe vỡ vào màng tim: cũng tương tự như trên với dẫn lưu màng tim là chính.
- Áp xe vỡ vào phế quản thường áp dụng phương pháp dẫn lưu bằng tư thế đầu dốc để bệnh nhân ho khạc ra mủ mà không cần dẫn lưu áp xe.
- Chảy máu: thường phải áp dụng biện pháp cắt gan

KẾT LUẬN

Áp xe gan amip là bệnh lý thường gặp ở những nước vùng nhiệt đới, do *Entamoeba histolitica* gây ra, thứ phát sau nhiễm amip ở ruột. Chẩn đoán bệnh thường không khó với các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, chủ yếu là siêu âm. Nhờ có thuốc đặc hiệu nên điều trị nội khoa thường tiến triển tốt, chỉ trong một số ít trường hợp phẫu thuật mới được đặt ra.



SỎI MẬT VÀ BIẾN CHỨNG CẤP CỨU

Trong cấp cứu ngoại khoa về bụng, cấp cứu về gan mật đứng hàng thứ hai, chủ yếu là các biến chứng của sỏi mật. Biến chứng cấp cứu của sỏi mật được coi là một loại rất khó, nhất là về xử trí, với rất nhiều rối loạn phức tạp do sỏi mật gây ra.

Sỏi mật ở Việt Nam nói riêng hay ở vùng Đông Nam Á nói chung là một bệnh lý khác hẳn với sỏi mật của các nước châu Âu, châu Mỹ. Sỏi ở các nước kinh tế phát triển là sỏi túi mật, thành phần hoá học của sỏi là Cholesterol, còn sỏi đường mật chính thường là thứ phát do sỏi từ túi mật di chuyển xuống và sỏi trong gan chiếm tỷ lệ rất thấp. Sỏi mật ở nước ta cũng như ở Trung Quốc, Nhật Bản, Nam Triều Tiên, Campuchia là sỏi đường mật chính, kết hợp với sỏi trong gan và túi mật, thành phần chủ yếu của sỏi là sắc tố mật, thường có nhân và xác trứng giun dừa, nhiễm trùng đường mật lâu ngày làm đường mật xơ cứng, chít hẹp và gây thương tổn ở gan thận, xử trí chủ yếu là mổ đường mật lấy sỏi và dẫn lưu.

Trong vòng 10 năm gần đây, một số phương tiện chẩn đoán hiện đại được ứng dụng nên chẩn đoán xác định sỏi mật, vị trí sỏi cùng tình trạng đường mật không còn khó khăn như trước đây, nhưng điều trị sỏi đường mật trong gan vẫn là một vấn đề phức tạp.

1. LÂM SÀNG

1.1. Triệu chứng cơ năng

Tam chứng Charcot gồm:

– Đau: đau là triệu chứng xuất hiện đầu tiên, đau vùng gan, lan lên vai phải và ra sau lưng. Thường đau lẫn lộn, phải chống hông, vật vờ hay gập người lại, đau kéo dài khác với đau của thủng dạ dày và xoắn ruột bệnh nhân phải nằm im, kèm với đau thường có nôn, nôn ra thức ăn có khi nôn ra giun dừa.

– Sốt: sốt thường xuất hiện sau đau kèm theo rét run.

– Vàng da: thường xuất hiện chậm sau đau và sốt, mức độ vàng da tùy thuộc vào tình trạng tắc mật.

Ba triệu chứng này xuất hiện và mất đi theo trình tự trên.

Ngoài ra:

- Nước tiểu vàng đôi khi như nước vôi.
- Ngứa: là triệu chứng ít gặp trong tắc mật do sỏi mà thường gặp trong tắc mật do u.
- Phân bạc màu: ít gặp.

1.2. Triệu chứng toàn thân: biểu hiện bằng hai hội chứng:

Hội chứng nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, nhiệt độ cao.

Hội chứng vàng da: củng mạc mắt vàng, da vàng.

1.3. Triệu chứng thực thể: khi sỏi ở hệ thống đường mật không gây tắc mật các triệu chứng thực thể thường nghèo nàn. Khi tắc mật thấy những dấu hiệu sau:

- Gan to: rung gan và ấn kế sườn đau tùy theo gan có áp xe đường mật không.
- Túi mật căng to: khi sỏi nằm ở ống mật chủ. Túi mật to và đau là một dấu hiệu thực thể có giá trị để chẩn đoán và chỉ định can thiệp cấp cứu.

Khi sỏi mật gây xơ gan ngoài các triệu chứng trên còn gặp tuần hoàn hệ của chủ, cổ trướng và lách to.

2. CẬN LÂM SÀNG

2.1. Các xét nghiệm

- Hội chứng nhiễm trùng
 - + Số lượng bạch cầu tăng cao.
 - + Tốc độ máu lắng cao.
- Hội chứng tắc mật:
 - + Bilirubin toàn phần trong máu tăng cao và chủ yếu là Bilirubin trực tiếp.
 - + Phosphatase kiềm trong máu tăng cao.
 - + Có sắc tố mật và muối mật trong nước tiểu.

2.2. Chẩn đoán hình ảnh

2.2.1. Chụp gan: bóng gan to, bóng túi mật.

2.2.2. Siêu âm

- Dấu hiệu trực tiếp: sỏi là hình đậm âm trong lòng đường mật có kèm bóng cản (hình 17.1), hoặc không kèm bóng cản trong trường hợp sỏi bùn.
- Dấu hiệu gián tiếp: là hình ảnh đường mật giãn (hình 17.2).
- Sỏi đường mật ngoài gan nhất là sỏi bùn cần phân biệt với u đường mật ngoài gan, u vùng đầu tụy chèn ép, máu cục, mũ trong đường mật.
- Sỏi trong gan cần phân biệt với:
 - + Hôi trong đường mật.
 - + Những nốt vôi hoá trong nhu mô gan.





Hình 17.1. Sỏi đường mật trong gan (gan phải)



Hình 17.2. Giãn đường mật trên sỏi

Siêu âm còn hạn chế với phát hiện sỏi nhỏ nằm ở phần thấp ống mật chủ, những áp xe kê đường mật do sỏi và sỏi gây ung thư hoá đường mật. Trong những trường hợp như vậy nên chỉ định chụp cắt lớp vi tính để xác định.

2.2.3. Chụp cắt lớp vi tính

Chụp cắt lớp vi tính là phương pháp chẩn đoán sỏi mật có giá trị cao. Độ nhạy trong phát hiện sỏi túi mật là 80%, sỏi đường mật ngoài gan là 70%. Độ nhạy thấp hơn siêu âm, nhưng chụp cắt lớp có khả năng đánh giá tốt tình trạng gan, tụy, ổ dịch khu trú và có ưu điểm phát hiện sỏi đoạn thấp ống mật chủ nhất là sỏi vùng Oddi do hơi ở đường tiêu hoá cản trở.

2.2.4. Chụp đường mật - tụy ngược dòng qua nội soi đường tiêu hoá: (Cholangio - pancreatographie retrograde endoscopique - CPRE)

CPRE không những có tác dụng chẩn đoán xác định sỏi mật mà còn có tác dụng trong chẩn đoán phân biệt giai đoạn đầu của u tụy, u bóng Vater, u đường mật qua hình ảnh nội soi và kết quả giải phẫu bệnh lý qua sinh thiết lúc soi. Ngoài tác dụng chẩn đoán, nội soi mật - tụy ngược dòng còn có tác dụng điều trị.

Lấy sỏi ống mật chủ, có hoặc không có cắt cơ tròn Oddi tùy theo kích thước sỏi.

Lấy giun lên đường mật, đường tụy.

Dẫn lưu đường mật tạm thời bằng ống thông mũi - mật nhằm giảm áp đường mật để chuẩn bị tốt cho phẫu thuật.

Chẩn đoán hẹp đường mật sau mổ nếu có kết hợp điều trị bằng nong đường mật và đặt Stent trong đường mật qua chỗ hẹp.

2.2.5. Chụp đường mật qua da

Kỹ thuật này dễ thực hiện nhất là dưới sự hướng dẫn của siêu âm, tuy nhiên tỷ lệ biến chứng từ 4 - 11% (chảy máu, chảy mật qua chỗ chọc kim vào ổ bụng và nhiễm khuẩn huyết do dịch mật tràn vào máu).

2.2.6. Chụp cộng hưởng từ hạt nhân

MRI cho phép thăm dò không những sỏi đường mật, tình trạng đường mật mà còn thăm dò những khối u ở gan, gan nhiễm mỡ, hình ảnh tĩnh mạch cửa.

2.3. Các phương pháp chẩn đoán trong mổ

- Chụp đường mật trong mổ: ngoài tác dụng chẩn đoán xác định và vị trí sỏi trong đường mật ra nó còn giúp phẫu thuật viên biết được sỏi sót và tình trạng đường mật để quyết định thái độ xử trí. Chụp đường mật trong mổ được tiến hành ở 2 thời điểm: chụp đường mật trước khi mở ống mật chủ bằng cách bơm thuốc cản quang qua ống túi mật hoặc qua kim chọc trực tiếp vào ống mật chủ. Chụp đường mật sau khi đã lấy sỏi để đánh giá tình trạng sỏi sót.

- Siêu âm trong mổ: siêu âm phát hiện sỏi sót cao hơn vì chụp đường mật ít khi thuốc vào hết các nhánh nhỏ trong gan.

- Nội soi đường mật trong mổ: cho phép chẩn đoán chính xác nguyên nhân tắc mật, vị trí sỏi trong đường mật. Nhờ có soi đường mật trong mổ mà tỷ lệ hết sỏi ở đường mật ngoài gan đạt tới 85%, sỏi trong gan thì hiệu quả thấp hơn, nhưng mất khác thời gian phẫu thuật kéo dài hơn.

3. DIỄN BIẾN CỦA SỎI ĐƯỜNG MẬT

Theo hai cách: khởi tạm thời và diễn biến cấp tính gây biến chứng.

Khởi tạm thời: sỏi đường mật ngoài thời kỳ tắc mật cấp tính có thể ổn định tạm thời mặc dù sỏi vẫn tồn tại trong hệ thống đường mật. Thời gian ổn định dài hay ngắn tùy theo sự di chuyển của sỏi, vị trí, kích thước sỏi và tình trạng đường mật.

Khi các biện pháp điều trị nội khoa không mang lại kết quả, sỏi thường gây tắc mật cấp tính và các biến chứng sau:

3.1. Thấm mật phúc mạc: ứ đọng dịch mật do sỏi gây nên làm tăng áp lực đường mật, mật thấm ra ngoài qua hệ thống dẫn mật, thường gặp ở những bệnh nhân còn túi mật và chưa mổ lần nào hoặc đã có tiền sử mổ mật nhưng ổ bụng ít dính. Khi ổ bụng dính nhiều do các lần mổ trước đó gây nên thường mật thấm ra ngấm vào tổ chức dính vùng cuống gan và mặt dưới gan làm cho tổ chức này phù vàng mọng như bị phồng bể nước mật hoặc dịch mật đọng lại mặt trên gan và dưới cơ hoành.

Siêu âm ổ bụng thấy dịch ở khoang Morisson, vùng cuống gan hoặc khắp ổ bụng. Trên phim chụp bụng không chuẩn bị thấy ruột giãn, thành ruột dày. Khi mổ bụng, ổ bụng có dịch mật trong nhưng không có giả mạc và không tìm thấy sự thông thương giữa túi mật, đường mật ngoài gan với ổ bụng. Thấm mật phúc mạc do sỏi đòi hỏi mổ cấp cứu.

3.2. Viêm phúc mạc mật: phúc mạc bị viêm do mật chảy vào trong ổ bụng qua chỗ hoại tử túi mật, áp xe đường mật vỡ hoặc hoại tử đường mật ngoài gan.

Biểu hiện lâm sàng bằng:

- Hội chứng vàng da tắc mật.
- Hội chứng nhiễm trùng nếu bệnh nhân đến sớm hay hội chứng nhiễm độc khi bệnh nhân đến muộn.
- Khám bụng thấy bụng trương, cảm ứng phúc mạc toàn ổ bụng nhưng đau nhất là vùng dưới sườn phải.

3.3. Viêm tụy cấp do sỏi mật: thường xảy ra ở những trường hợp sỏi nằm ở phần thấp của ống mật chủ, sỏi kẹt trong cơ thắt Oddi. Biểu hiện lâm sàng bằng cơn đau quặn gan, điểm sườn sau lưng đau, thường gặp điểm sườn lưng trái.

Kết quả xét nghiệm Amylase trong máu và nước tiểu tăng cao. Hình ảnh của tụy to hơn bình thường, có dịch quanh tụy với viêm tụy cấp thể phù và có hình ảnh những ổ giảm âm ở tụy với viêm tụy cấp thể hoại tử qua siêu âm.

3.4. Chèn ép tim cấp: do áp xe gan đường mật vỡ qua cơ hoành lên màng tim thường xảy ra khi áp xe ở thùy gan trái. Biểu hiện lâm sàng bằng hội chứng chèn ép tim cấp xảy ra trên bệnh nhân tắc mật do sỏi, đặc biệt khi sỏi ở hệ thống đường mật gan trái với các triệu chứng sau:

- Khó thở: tần số thở tăng, cánh mũi phập phồng, cơ kéo cơ trên đòn, môi tím.
- Tĩnh mạch cổ nổi, áp lực tĩnh mạch trung ương cao hơn bình thường.
- Nghe tim: thấy tiếng tim mờ.
- Gõ diện đục của tim lớn hơn bình thường.
- Giảm điện thế trên điện tâm đồ.
- Trên phim chụp ngực thấy bóng tim to ra, có hình ảnh hai bờ.
- Siêu âm có dịch trong màng tim.

3.5. Suy hô hấp do áp xe gan đường mật vỡ lên màng phổi: thường xảy ra khi áp xe ở thùy gan phải. Biểu hiện lâm sàng bằng hội chứng suy hô hấp do tràn dịch màng phổi với các triệu chứng sau:

- Khó thở: tần số thở tăng, cánh mũi phập phồng, cơ kéo cơ trên đòn và cơ gian sườn, môi tím.
- Nghe phổi: rì rào phế nang giảm.
- Gõ đục.
- Trên phim chụp ngực: có hiện tượng đẩy: khoang gian sườn bên phải giãn rộng, trung thất đẩy sang bên trái với hình ảnh tràn dịch màng phổi phải.
- Chọc hút màng phổi ra dịch mật mủ.

Khi tình trạng suy hô hấp đòi hỏi dẫn lưu màng phổi ngay rồi giải quyết nguyên nhân tắc mật thì 2, hoặc có điều kiện giải quyết nguyên nhân cùng một thì.

3.6. Chảy máu đường mật: được Owen mô tả năm 1848 và sau 100 năm được Sandblom đặt tên. Để phân loại chảy máu đường mật người ta chia hai loại theo nguyên nhân: nguyên nhân cơ học và nguyên nhân nhiễm trùng, nguyên nhân nhiễm trùng chủ yếu là do giun và sỏi ở trong đường mật gây nên. Máu chảy vào đường mật có thể từ động mạch hay tĩnh mạch cửa.

Chảy máu đường mật là một cấp cứu ngoại khoa gây khó khăn cho phẫu thuật viên về cả 3 phương diện:

- Chẩn đoán: vì chẩn đoán lần đầu thường dễ nhầm với chảy máu dạ dày.
- Xử trí: vì phải mổ nhiều lần và có nhiều kỹ thuật khác nhau.
- Tiên lượng: chảy máu lại nhiều lần và có khi bất ngờ, tỷ lệ tử vong cao.
- Biểu hiện lâm sàng bằng tam chứng Whitmann:
 - + Chảy máu đường tiêu hoá kèm sốt.
 - + Đau vùng dưới sườn phải.
 - + Vàng da.

Chảy máu đường tiêu hoá: chảy máu là dấu hiệu đầu tiên làm bệnh nhân lo lắng và tới viện với tính chất dai dẳng kéo dài, không nguy kịch lắm để phẫu thuật viên phải can thiệp ngay, nhưng kéo dài hàng tuần lễ, ngừng độ một đến hai tuần lại bắt đầu một đợt chảy tiếp. Có thể bệnh nhân suy sụp dần và thiếu máu nặng.

Sốt: trước mỗi đợt chảy máu, bệnh nhân có sốt cao 39-40°C kèm theo rét run. Sốt và rét run trước khi nôn ra máu không gặp trong chảy máu dạ dày, điều đó hướng ta đi tìm thêm những triệu chứng của tắc mật: đau vùng dưới sườn phải và vàng da.

Đau: thường đau vùng dưới sườn phải, trên rốn. Đau thường giảm đi sau khi chảy máu.

Vàng da: biểu hiện vàng da rõ hay kín đáo tuỳ thuộc tình trạng tắc mật, vàng da thường giảm đi sau khi nôn ra máu hoặc ỉa phân đen.

Xét nghiệm: kết quả xét nghiệm sinh hoá và huyết học phản ánh các biểu hiện của 3 hội chứng.

- Hội chứng nhiễm trùng:
 - + Số lượng bạch cầu trong máu tăng cao.
 - + Tốc độ máu lắng tăng.
- Hội chứng tắc mật:
 - + Bilirubin toàn phần trong máu tăng cao.
 - + Phosphatase kiềm tăng.
 - + Xuất hiện sắc tố mật và muối mật trong nước tiểu.
- Hội chứng mất máu:

- + Số lượng hồng cầu giảm.
- + Tỷ lệ Hematocrit giảm.
- + Lượng huyết sắc tố giảm

Soi dạ dày tá tràng: nhờ soi dạ dày tá tràng không chỉ loại trừ được chảy máu đường tiêu hoá trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa và loại trừ được chảy máu do loét dạ dày tá tràng mà còn xác định được chảy máu đường mật khi ống soi ở 2/3 trên và 1/3 dưới đoạn D1 tá tràng thấy dịch mật lẫn máu chảy xuống tá tràng qua papille.

Siêu âm: hình ảnh siêu âm trong chảy máu đường mật gồm các hình ảnh sau: sỏi trong đường mật, áp xe gan đường mật, máu cục trong đường mật, giùn trong đường mật.

Chụp động mạch gan chọn lọc: thấy sự thông thương giữa nhánh động mạch với nhánh ống mật trong gan. Chụp động mạch gan chọn lọc không những nhằm mục đích chẩn đoán mà còn là phương pháp điều trị bằng cách gây tắc mạch.

Chụp tĩnh mạch cửa: chụp hệ thống tĩnh mạch cửa để phát hiện sự thông thương giữa nhánh tĩnh mạch và ống mật trong gan bằng 2 đường:

- Chụp hệ thống tĩnh mạch cửa bằng bơm thuốc cản quang qua lách.
- Chụp tĩnh mạch cửa qua tĩnh mạch rốn sau khi nong dây chằng tròn.

3.7. Viêm thận cấp do sỏi mật: là một biến chứng hay gặp. Có nhiều cách gọi khác nhau như: viêm gan - thận, viêm đường mật urê máu cao hay viêm đường mật vàng da urê máu cao do sỏi.

Biểu hiện lâm sàng bằng thiếu niệu hay vô niệu, urê và Creatinin máu tăng, K⁺ trong máu tăng.

Những rối loạn cơ năng của thận ban đầu có thể dẫn tới tổn thương thực thể ở thận, thoái hoá các tế bào ống lượn, nhiều hạt sắc tố mật làm tắc các ống thận huỷ hoại dần tổ chức ống thận, urê máu tăng dần, vô niệu và bệnh nhân tử vong.

Những trường hợp tắc mật, mặc dù urê máu cao nhưng chức năng thận tốt (urê cao ngoài thận) điều trị thường mang lại kết quả tốt, nhưng nếu urê máu cao do viêm thận gây suy thận thì điều trị nội hay mổ tiên lượng cũng rất xấu kể cả chạy thận nhân tạo. Vì vậy viêm thận cấp do sỏi mật là một cấp cứu tri hoãn.

3.8. Sỏi mật có sốc nhiễm trùng: nguyên nhân gây nhiễm trùng máu là ở đường mật, biểu hiện lâm sàng bằng các hội chứng sau:

- Hội chứng sốc: mạch nhanh, huyết áp động mạch tụt, huyết áp tĩnh mạch trung ương hạ.
- Hội chứng nhiễm trùng.
- Hội chứng tắc mật.
- Cấy máu (có vi khuẩn mọc).



Nếu bệnh nhân có hội chứng cấp tính về bụng, thì sau khi nâng huyết áp lên phải mổ ngay. Nhưng nếu bệnh nhân không có triệu chứng cấp tính về bụng, thì còn có những ý kiến khác nhau: chúng tôi cho rằng trước một bệnh nhân bị sốc nhiễm trùng, phải điều trị nội khoa tích cực sau đó:

Nếu bệnh nhân chịu được phẫu thuật tối thiểu thì nên chỉ định mổ lấy sỏi và dẫn lưu đường mật hoặc dẫn lưu túi mật bằng gậy tẻ.

Nếu bệnh nhân quá nặng rối loạn chức năng của nhiều cơ quan không có khả năng chịu đựng phẫu thuật tối thiểu thì nên dẫn lưu túi mật qua nội soi can thiệp hoặc dẫn lưu đường mật qua da.

3.9. Suy đa tạng do sỏi mật: biểu hiện lâm sàng bằng rối loạn tâm thần hay lơ mơ hoặc hôn mê, suy hô hấp, suy thận, suy gan rối loạn đông máu. Bệnh nhân thường bị tử vong mặc dù hồi sức và điều trị tích cực.

4. ĐIỀU TRỊ

Đường mổ: có thể chọn một trong các đường mổ sau:

- Bờ ngoài cơ thẳng to bên phải.
- Dưới bờ sườn phải.
- Đường trắng giữa trên rốn.
- Mổ ống mật chủ lấy sỏi dẫn lưu Kehr.
- Mổ ống mật chủ lý tưởng: chỉ thực hiện với điều kiện sau:
 - + Sỏi đường mật ngoài gan.
 - + Lấy hết sỏi (chụp mật và nội soi trong mổ).
 - + Không có sự cản trở tốc độ dòng chảy của dịch mật xuống tá tràng (viêm tuy mãn, hẹp phần thấp ống mật chủ, xơ chít Oddi).
- Mổ thông túi mật: chỉ định khi bệnh nhân già quá yếu có nhiều bệnh kèm theo, không cho phép phẫu thuật triệt để hoặc điều kiện gây mê không cho phép, phẫu thuật viên không có khả năng giải quyết triệt để.

Ngoài các phẫu thuật cơ bản trên còn các phẫu thuật khác tùy tình trạng sỏi, tình trạng đường mật và biến chứng do sỏi gây ra:

- Mổ ống mật chủ, mở nhu mô gan lấy sỏi kết hợp với dẫn lưu qua gan.
- Mổ ống mật chủ lấy sỏi kết hợp tạo hình cơ thắt Oddi.
- Nối mật - ruột.
- Nối ống mật chủ - tá tràng.
- Nối đường mật - hồng tràng →

Trên quai Omega (hình 17.3)

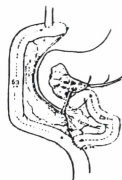
Quai Y (hình 17.4)

Nối kiểu Trung quốc (hình 17.5)

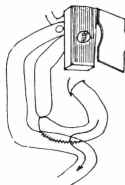
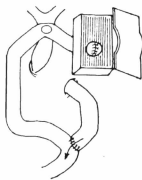




Hình 17.3. Nối đường mật - hồng tràng trên quai Omega (Ω)



Hình 17.4. Nối đường mật - hồng tràng trên quai Y



Hình 17.5. Nối mật – ruột kiểu Fagkan - ChouTsoung

5. DIỄN BIẾN VÀ SẴN SÓC SAU MỔ

5.1. Biến chứng

5.1.1. Chảy máu: máu có thể chảy ở thành bụng, chảy qua ống dẫn lưu dưới gan, chảy qua ống Kehr, có khi nôn ra máu hoặc ỉa phân đen.

– Chảy máu trong vòng 48 giờ đầu: nếu chảy máu qua ống dẫn lưu, chảy ra thành bụng, chảy vào trong ổ bụng... phải nghĩ đến nguyên nhân do phẫu thuật gây ra.

– Chảy máu sau 48 giờ: biểu hiện là nôn máu, ỉa phân đen, máu chảy qua Kehr.

5.1.2. Rò mật

Những nguyên nhân rò mật thường là do:

- Chỗ khâu đường mật nơi đặt dẫn lưu Kehr không kín.
- Cắt phải những nhánh mật phụ bất thường mà không biết.
- Tuột chỉ chỗ thắt ống túi mật.

- Thùng tá tràng khi bóc tách mà không biết hoặc đã khâu nhưng bọc chỉ.
- Do Kehr bật ra khỏi OMC.

5.1.3. Các biến chứng khác

Ngoài hai biến chứng nêu trên, còn một số biến chứng khác có thể xảy ra sau mổ: rò tá tràng, rò dạ dày, rò đại tràng...

- Rút dẫn lưu Kehr: rút dẫn lưu Kehr phải có hai điều kiện:

Phim chụp kiểm tra đường mật bình thường, không còn dị vật thuốc qua cơ Oddi xuống tá tràng bình thường.

Thể trạng bệnh nhân tốt (không sốt, ăn uống bình thường, dịch mật qua Kehr trong). Rút Kehr ít nhất sau một tuần.

6. ĐIỀU TRỊ SỎI SÓT SAU MỔ

Có nhiều phương pháp điều trị sỏi sỏi sau mổ theo đường mật mở hay đường mật đóng.

6.1. Đối với đường mật đóng (đường mật đóng nghĩa là không có sự thông thương của đường mật ra ngoài da)

- Lấy sỏi qua nội soi.
- Lấy sỏi qua da.

6.2. Đối với đường mật mở

- Bơm rửa đường mật qua dẫn lưu Kehr.
- Dẫn lưu đường mật qua nhu mô gan để lấy sỏi trong gan.
- Lấy sỏi qua một đầu ruột ở dưới da sau nối chữ Y.
- Lấy sỏi qua một đầu ruột sau nối kiểu Trung Quốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hồi (2000). "Bệnh sỏi mật ở Việt Nam và những vấn đề đang đặt ra". Ngoại khoa tập 40, số 2, tr. 1-14.
2. Đoàn Thanh Tùng, "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nối mật – ruột theo phương pháp Roux – en – Y với đường mật dưới da kiểu FagKan – ChouTsoung cải tiến để điều trị sỏi sỏi tái phát sau mổ". Luận án Tiến sĩ Y học, Hà nội 2002.
3. Tôn Thất Tùng, Nguyễn Đình Hồi, Đỗ Đức Văn, et coll (1985), "La lithiase intrahépatique au Vietnam", Revue médicale, 13, p.26-28.
4. Tôn Thất Tùng (1972), "Hémobilie tropicale". Chirurgie (Paris), 98, p.43-49.

VIÊM TÚI MẬT

Viêm túi mật là một cấp cứu ngoại khoa đứng hàng đầu trong cấp cứu bụng ở các nước phát triển, ở Việt Nam trong những năm gần đây ngày càng gặp nhiều. Bệnh thường gặp ở nữ nhiều hơn nam, thường xảy ra ở độ tuổi trung niên và tuổi già. Chúng ta có thể gặp viêm túi mật dưới 3 dạng:

- Viêm túi mật cấp tính do sỏi.
- Viêm túi mật cấp tính không do sỏi.
- Viêm túi mật kèm theo sỏi ở đường mật chính và đường mật trong gan, túi mật có thể có sỏi hay không có sỏi.

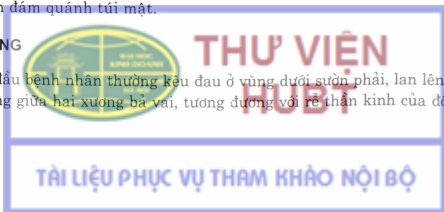
Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng, đặc biệt là hình ảnh của túi mật qua siêu âm. Điều trị chủ yếu cho đến nay vẫn là cắt bỏ túi mật bằng phẫu thuật kinh điểm hoặc bằng phẫu thuật nội soi.

1. SINH LÝ BỆNH

Sỏi hiện diện trên hơn 90% các trường hợp viêm túi mật cấp. Khi sỏi kẹt vào phễu Hartmann hoặc ống túi mật dẫn đến ứ đọng trong túi mật, hậu quả của ứ đọng là viêm và nhiễm trùng làm tổn thương niêm mạc túi mật, tổn thương này còn có thể do sự trà sát cơ học của sỏi hoặc tổn thương hoá học do đậm độ acid mật quá cao. Ba phần tư dịch trong túi mật được nuôi cấy có vi khuẩn mọc. Các chủng vi khuẩn thường gặp: *Streptococcus*, *Faecalis*, *Staphylococci*, *Escherichia Coli*, *Enterococci*, *Klebsiella*, *Bacteroides* và *Protéus*. Hình ảnh đại thể của viêm túi mật cấp là hình ảnh của một túi mật to hơn bình thường, có khi to gấp 2 đến 3 lần, thành túi mật căng, dày, màu đỏ hoặc phù mọng. Hình ảnh vi thể biểu hiện bằng hình ảnh viêm không đặc hiệu xen lẫn tổ chức phù, thâm nhiễm bạch cầu đa nhân trung tính và hệ thống mạch máu bị cương tụ, ở giai đoạn muộn hơn, túi mật thường được mạc nối lớn bọc lại, thành túi mật có những chấm hoại tử màu lá úa hoặc tím đen. Muộn hơn nữa những chấm hoại tử ở thành túi mật sẽ thủng gây viêm phúc mạc toàn thể hay áp xe túi mật. Viêm túi mật cấp nếu được điều trị kịp thời bằng kháng sinh và bồi phụ nước điện giải, bệnh có thể qua khỏi hoặc hình thành đám quánh túi mật.

2. LÂM SÀNG

Mỗi đầu bệnh nhân thường kêu đau ở vùng dưới sườn phải, lan lên bờ vai phải hoặc khoảng giữa hai xương bả vai, tương đương với rễ thần kinh của đốt sống lưng



thứ 8. Đó là dấu hiệu giúp cho chẩn đoán phân biệt với các bệnh cấp cứu khác thường gặp trong ổ bụng như thủng ổ loét dạ dày, tá tràng, cơn đau quặn thận, viêm tụy cấp... Bệnh nhân sốt, nôn, bí trung đại tiện, đôi khi có ỉa chảy.

Toàn thân biểu hiện bằng hội chứng nhiễm trùng ở giai đoạn đầu hoặc bằng hội chứng nhiễm độc ở bệnh nhân túi mật đã hoại tử. Thường không có hội chứng vàng da tắc mật ở viêm túi mật không do sỏi hoặc viêm túi mật do sỏi túi mật. Hội chứng vàng da tắc mật thường gặp ở những bệnh nhân có hoặc không có sỏi túi mật nhưng có sỏi ở đường mật ngoài gan. Sỏi túi mật có thể có hội chứng vàng da tắc mật khi sỏi ở vị trí ở phần phễu Hartmann chèn vào ống gan phải hoặc ở ống túi mật chèn vào ống gan chung (Hội chứng Mirrizzi).

Thăm khám bụng có thể sờ nắn thấy một u dài, hình quả cà tím, đau, di động theo nhịp thở, có khi u nằm dài xuống tận hố chậu phải, ở những người già và gầy, có thể nhìn thấy u nổi hẳn lên dưới da bụng vùng dưới sườn phải, đó là túi mật căng to. Trường hợp túi mật không căng to (túi mật viêm mãn tính) thì có thể chẩn đoán bằng nghiệm pháp Murphy dương tính. Nếu để muộn hơn ta có thể thấy phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng dưới sườn phải hoặc cảm ứng phúc mạc.

3. CẬN LÂM SÀNG

3.1. Chẩn đoán hình ảnh

3.1.1. Siêu âm: giúp chẩn đoán xác định, nguyên nhân viêm túi mật và mức độ viêm túi mật:

– Chẩn đoán xác định:

Dựa vào các hình ảnh sau:

+ Kích thước túi mật lớn hơn bình thường (túi mật bình thường có chiều dọc trung bình 8cm, chiều ngang 3cm).

+ Thành túi mật dày hơn bình thường.

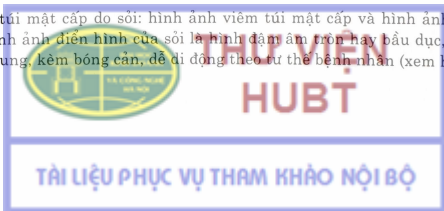
+ Hình ảnh hai bờ của thành túi mật.

+ Có hoặc không có dịch ở khoang Morisson.

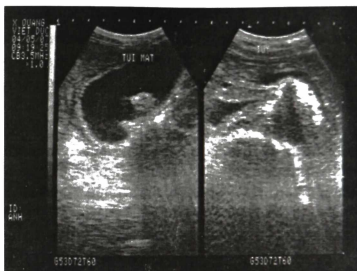
– Chẩn đoán nguyên nhân:

Viêm túi mật cấp không do sỏi: hình ảnh siêu âm như nêu ở trên.

Viêm túi mật cấp do sỏi: hình ảnh viêm túi mật cấp và hình ảnh sỏi trong túi mật. Hình ảnh điển hình của sỏi là hình đám âm tròn hay bầu dục, đôi khi có hình vòng cung, kèm bóng cản, dễ di động theo tư thế bệnh nhân (xem hình 18.1)



Hình 18.1. Sỏi túi mật hình tròn kèm bóng cản



Hình ảnh không điển hình: sỏi không có bóng cản trong trường hợp sỏi nhỏ hơn 3mm. Trường hợp sỏi chắt đáy trong túi mật và túi mật co nhỏ lại tạo nên hai hình vòng cung, một vòng cung của thành túi mật, một vòng cung của sỏi có kèm bóng cản, hoặc chỉ tạo thành một vòng cung có kèm bóng cản (xem hình 18.2)

Hình 18.2. Sỏi túi mật hình vòng cung kèm bóng cản



Bùn mật trong túi mật có thể chiếm một phần hay toàn bộ túi mật. Đôi khi trong bùn mật có nhiều sỏi nhỏ không kèm bóng cản.

Viêm túi mật cấp do sỏi ống mật chủ kết hợp với sỏi túi mật hoặc không kết hợp với sỏi túi mật hình ảnh sỏi ống mật chủ biểu hiện bằng hai dấu hiệu: dấu hiệu trực tiếp của sỏi là hình đậm âm trong lòng đường mật có kèm bóng cản (thường gặp), hoặc không thấy hình bóng cản kèm theo trong trường hợp sỏi bùn. Đôi khi sỏi được hình thành trên cơ sở xác giun. Trên siêu âm xác giun có hình đường ray và hình tăng âm của sỏi bao quanh. Dấu hiệu gián tiếp là hình ảnh đường mật phía trên sỏi giãn, đây là dấu hiệu không đặc hiệu và mức độ giãn đường mật không tương ứng với số lượng và kích thước sỏi (xem hình 18.3).

Hình 18.3. Sỏi ống mật chủ



– Chẩn đoán mức độ:

+ Viêm túi mật cấp: hình ảnh túi mật như phần chẩn đoán xác định.

+ Viêm túi mật cấp hoại tử: thường xuất hiện ở những bệnh nhân già yếu, giảm chức năng đề kháng. Thành túi mật dày, giảm âm không đều, thấy nhiều ổ áp xe nhỏ và hơi trong thành túi mật. Bệnh tiến triển nhanh túi mật hoại tử gây viêm phúc mạc toàn thể hoặc viêm phúc mạc khu trú (áp xe túi mật).

+ Đám quánh túi mật: hình ảnh siêu âm biểu hiện bằng thành túi mật dày, các lớp của thành túi mật còn nguyên vẹn, túi mật được mạc nổi lớn và các tạng lân cận bọc lại, dịch mật trong túi mật trong.

3.1.2. Chụp bụng không chuẩn bị: để phát hiện sỏi túi mật cản quang. Hình ảnh sỏi túi mật cản quang là những hình ảnh cản quang nằm ở vị trí túi mật, có dạng hình tròn, bầu dục hay tam giác, điển hình là hình nhiều vòng đồng tâm. Trêm phim chụp nghiêng thấy những hình cản quang này nằm trước cột sống.

Chụp X quang bụng không chuẩn bị thường không chẩn đoán được sỏi đường mật trong và ngoài gan vì rất hiếm gặp sỏi đường mật cản quang. Chụp bụng không chuẩn bị nhằm chẩn đoán phân biệt với các bệnh cấp cứu thường gặp ở ổ bụng như: thủng dạ dày - tá tràng, tắc ruột, cơn đau quặn thận do sỏi tiết niệu.

3.2. Xét nghiệm huyết học và sinh hoá: thường biểu hiện bằng hội chứng nhiễm trùng:

– Số lượng bạch cầu tăng cao: trên 10.000/ml.

– Tốc độ máu lắng cao.

Khi có hội chứng tắc mật:

– Phosphatase kiềm tăng.

– Bilirubin toàn phần trong máu tăng và tăng chủ yếu là Bilirubin trực tiếp thường gặp khi có hội chứng tắc mật.

– Amylase trong máu và nước tiểu tăng cao biểu hiện sỏi túi mật hay sỏi ống mật chủ đã gây biến chứng viêm túi mật.

4. TIẾN TRIỂN

4.1. Viêm túi mật cấp không do sỏi: hay gặp ở người già, thể trạng yếu hoặc phụ nữ có thai. Mổ hay không là vấn đề được thảo luận cân nhắc giữa các thầy thuốc nội khoa - ngoại khoa và chủ yếu là tùy vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng để quyết định. Điều trị nội khoa có thể khỏi hoặc tạo thành đám quánh túi mật và có thể không thuyên giảm đưa đến các biến chứng:

- Áp xe túi mật
- Viêm phúc mạc do hoại tử túi mật.

4.2. Viêm túi mật cấp do sỏi túi mật: thường gặp ở phụ nữ 40-50 tuổi, thể trạng béo, thường có cảm giác tức dưới sườn phải, đau thường xảy ra 2 đến 3 giờ sau khi ăn nhất là sau bữa ăn nhiều mỡ, kèm theo những rối loạn về tiêu hoá, đầy bụng, bụng trướng, đau bụng rất như đau dạ dày nhưng không có chu kỳ. Điều trị bằng các thuốc giãn đường mật có thể khỏi tạm thời có thể tái đi tái lại nhiều lần làm cho túi mật xơ teo thành túi mật dày dính sát vào sỏi và tiến triển theo các hướng sau:

Rò mật ra ngoài da khi túi mật bị viêm dính vào thành bụng, tạo nên một ổ mũ vỡ ra ngoài da, mũ mật và những viên sỏi nhỏ chảy ra theo lỗ dò.

Cũng có thể túi mật viêm dính và thủng vào ống tiêu hoá, tạo nên lỗ rò trong, thường lỗ rò nằm ở đáy túi mật và rò vào D₁ tá tràng, ít khi rò vào môn vị và dạ dày. Triệu chứng lâm sàng thường ít khi giúp cho việc chẩn đoán trước khi mổ mà thường nhờ vào hình ảnh hơi trong đường mật qua hình ảnh siêu âm hoặc hơi vẽ lên hình đường mật trên phim chụp bụng. Qua lỗ rò sỏi nhỏ trong túi mật được đào thải theo đường tiêu hoá. Đôi khi những sỏi to cũng rơi vào trong đường tiêu hoá gây nên tắc ruột. Có hai hình thái thường gặp:

Hội chứng Bouveret (tắc tá tràng do sỏi mật): triệu chứng lâm sàng biểu hiện bằng hội chứng hẹp môn vị, nhưng trên phim chụp bụng không chuẩn bị có hơi vẽ lên hình đường mật và không có mức nước mức hơi. Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi dạ dày tá tràng. Khi sỏi vượt qua tá tràng xuống hỗng hời tràng thường mắc lại ở hời tràng trước van Bauhin gây nên triệu chứng tắc ruột do sỏi mật biểu hiện bằng hình ảnh tắc ruột non và hơi vẽ lên hình đường mật trên phim chụp bụng không chuẩn bị.

Khi sỏi ở phần phễu túi mật chèn vào ống gan phải hoặc sỏi ở ống túi mật chèn vào ống gan chung gây nên giãn đường mật ở gan phải hoặc giãn đường mật trong gan (hội chứng Mirrizzi). Hội chứng Mirrizzi được gọi ý về mật lâm sàng khi sỏi túi mật có hội chứng vàng da tắc mật và hình ảnh siêu âm như mô tả trên. Nhưng chẩn đoán quyết định dựa vào chụp đường mật - tuy ngược dòng qua nội soi đường tiêu hoá mới có thể phân định được: Mirrizzi loại I khi không có rò giữa túi mật và đường mật ngoài gan hay trong gan. Mirrizzi loại II khi có rò giữa túi mật và đường mật trong hay ngoài gan.

Sỏi túi mật lâu ngày là nguy cơ hàng đầu gây ung thư túi mật. Trước năm 1990 các tác giả châu Âu khuyến nên cắt túi mật một cách hệ thống khi phát hiện

sỏi túi mật mặc dù không có triệu chứng lâm sàng. Sau năm 1990 chỉ mổ cắt túi mật khi sỏi mật có triệu chứng lâm sàng, trừ trường hợp viêm túi mật thể hóa xử vì theo thống kê của các tác giả châu Âu viêm túi mật thể hoá xử có nguy cơ ung thư cao nhất.

Viêm túi mật kèm theo sỏi ở ống mật chủ (túi mật có thể có sỏi hoặc không có sỏi): xin đọc ở phần sỏi ống mật chủ và các biến chứng.

5. XỬ TRÍ

Viêm túi mật cấp đòi hỏi xử trí cấp cứu, tùy theo dạng viêm túi mật mà cách xử trí khác nhau. Đối với viêm túi mật cấp tính do sỏi hay không do sỏi nguyên tắc là cắt bỏ túi mật. Đối với viêm túi mật cấp kèm theo sỏi ở ống mật chủ (túi mật có thể có sỏi hoặc không có sỏi) thì cắt túi mật chỉ là một phần của xử trí ngoại khoa còn phần chính là giải quyết sỏi ở ống mật chủ. Nhưng nguyên tắc đó còn tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân, điều kiện gây mê hồi sức và trình độ của phẫu thuật viên mà quyết định xử trí tạm thời hay triệt để.

Có hai cách cắt túi mật: phẫu thuật mở bụng và phẫu thuật nội soi. Phẫu thuật cắt túi mật nội soi được Philippe Mouret thực hiện lần đầu tiên năm 1987 tại Lyon – Pháp. Với những ưu điểm của nó, phẫu thuật này được phổ biến rất nhanh ở tất cả các nước.

Phẫu thuật lấy sỏi và dẫn lưu túi mật chỉ dành cho những bệnh nhân quá yếu có nhiều bệnh khác kèm theo không đủ sức chịu đựng phẫu thuật cắt túi mật.

5.1. Mổ cắt túi mật kinh điển

Mổ cắt túi mật kinh điển được tiến hành theo hai cách:

- Cắt túi mật xuôi dòng (cắt từ đáy túi mật dẫn về ống túi mật).
- Cắt túi mật ngược dòng (cắt từ ống túi mật đến đáy túi mật).

5.1.1. Tai biến phẫu thuật cắt túi mật

- Tổn thương dạ dày, tá tràng do giải phóng túi mật khỏi các tạng này.
- Tổn thương đại tràng: tùy theo tính chất tổn thương mà quyết định, khâu lại đại tràng dính ra vết mổ hoặc đưa đại tràng có lỗ thủng ra ngoài.
- Tổn thương nhu mô gan do dụng cụ nâng gan hay khi giải phóng giường túi mật.
- Chảy máu do tuột động mạch túi mật.
- Tổn thương đường mật chính:
 - + Hẹp một phần đường mật chính do cấp và buộc ống túi mật.
 - + Vết thương bên đường mật chính.
 - + Cắt ngang OMC.
- Tổn thương tĩnh mạch cửa.

5.1.2. Biến chứng sau mổ

- Viêm phúc mạc mật: do tuột chỉ buộc ống túi mật hay vết thương đường mật.
- Chảy máu: do tuột chỉ động mạch túi mật hay tại giường túi mật.
- Rò mật sau mổ do tuột chỉ ống túi mật hay vết thương đường mật.

5.2. Mổ cắt túi mật nội soi

Trước đây viêm túi mật cấp là một chống chỉ định của cắt túi mật qua nội soi. Do phẫu thuật viên ngày càng quen với kỹ thuật nên càng ngày các tổn thương do viêm túi mật không còn là một chống chỉ định nữa.

5.2.1. Tai biến trong mổ

- Chảy máu.
- Tổn thương đường mật chính.
- Rơi sỏi vào ổ bụng.

5.2.2. Biến chứng sau mổ

- Chảy máu.
- Rò mật sau mổ.
- Tắc mật sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hối. Bệnh sỏi đường mật ở Việt Nam những vấn đề đang đặt ra. Ngoại khoa: 2000, tập XL, số 2, trang 1-14.
2. Sohn Mouson, Graeme Duthic, Kevin Osmalley. Acute biliary Emergencies Surgical Emergencies. Blackwoll Science, 1999 p 122 - 153.



VIÊM TỤY CẤP

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh lý cấp tính thường gặp ở Việt Nam cũng như ở nhiều nước trên thế giới. Bệnh này đã được biết đến từ lâu, được Nicolas Kuple phát hiện và mô tả từ năm 1685 qua mổ tử thi, nhưng trong suốt một thời gian dài do chưa hiểu rõ bản chất của bệnh, bệnh nguyên, bệnh sinh nên việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn, kết quả hạn chế, tỷ lệ tử vong cao.

Hiện nay do có những hiểu biết nhất định về bản chất tổn thương bệnh lý và nhờ những tiến bộ trong chẩn đoán nhất là chẩn đoán hình ảnh cũng như trong hồi sức nên kết quả điều trị đã thay đổi nhiều.

Viêm tụy cấp là tình trạng men tụy được hoạt hoá bất thường ngay trong lòng tuyến tụy làm men tụy bị hoạt hoá dây chuyền dẫn tới hiện tượng tự tiêu tuyến tụy và gây nên tổn thương không chỉ tại tuyến tụy mà ở hầu hết các cơ quan. Tuy nhiên cho đến nay vẫn còn nhiều vấn đề về nguyên nhân, cơ chế sinh bệnh vẫn chưa được sáng tỏ.

Bệnh cảnh lâm sàng thường biểu hiện bởi những cơn đau bụng dữ dội, mọi lứa tuổi đều có thể bị bệnh nhưng thường hay gặp ở tuổi trung niên. Chẩn đoán bệnh bên cạnh các dấu hiệu triệu chứng lâm sàng luôn phải dựa vào các dấu hiệu cận lâm sàng.

Không có điều trị đặc hiệu đối với VTC mà chỉ có điều trị triệu chứng dựa trên những hiểu biết về sinh lý bệnh học của bệnh lý này.

1. BỆNH NGUYÊN, BỆNH SINH

Tỷ lệ mắc bệnh ở một số nước Âu Mỹ vào khoảng 4,7-11/100.000 dân/năm, ở nước ta chưa có những thống kê dịch tễ về bệnh này. Tuổi thường hay mắc bệnh là từ 30-70.

Có nhiều yếu tố được coi là nguyên nhân dẫn tới viêm tụy cấp nhưng bệnh lý đường mật và rượu là hai nguyên nhân được nói đến nhiều nhất, ngoài ra là các yếu tố khác như sau phẫu thuật, chấn thương, chẹn mật tụy ngược dòng qua nội soi, do thuốc và nhiễm độc, bất thường về hình thái học của tụy, bệnh mạn tính của tụy, nhiễm trùng... thậm chí nhiều trường hợp không rõ nguyên nhân. Ở Việt Nam các bệnh lý đường mật như sỏi đường mật, sỏi túi mật hay giun chui ống mật, ống tụy là những nguyên nhân khá thường gặp của VTC.

- Bệnh sinh

Bình thường tụy tiết ra các men dưới dạng chưa hoạt động (tiền men) trong đó đáng chú ý là trypsinogene, chymotrypsinogene, proelastase, phospholipase A. Khi xuống đến tá tràng, đầu tiên trypsinogene được hoạt hoá bởi enterokinase trở thành trypsin và chính men này sẽ hoạt hoá tất cả các tiền men khác.

Trong trường hợp bệnh viêm tụy cấp các yếu tố khác nhau được coi là nguyên nhân đã làm cho các men tụy được hoạt hoá dây chuyền ngay trong lòng tuyến tụy. Các men tiêu đạm đặc biệt là trypsin không chỉ tiêu huỷ tổ chức tụy và xung quanh tụy mà còn hoạt hoá elastase và phospholipase A, gây tiêu huỷ màng tế bào, tiêu đạm, phù nề và xung huyết kẽ, tổn thương các mạch máu, hoại tử đông, hoại tử mỡ và hoại tử tế bào nhu mô. Thêm vào đó các chất như histamin được giải phóng sẽ làm giãn mạch gây tăng thẩm thấu và phù nề.

- Một số thuyết cắt nghĩa sinh bệnh học của VTC:

+ Thuyết tắc nghẽn ống dẫn tụy và sự tăng tiết:

Sự tắc nghẽn ống tụy ở vị trí cơ Oddi (sỏi kẹt, phù nề sau mổ cơ thắt) hay trong ống tụy (sỏi tụy) hoặc sự tăng tiết dịch tụy do bữa ăn nhiều mỡ và đạm (bữa ăn thịnh soạn) có thể gây nên VTC. Song áp lực trong ống tụy phải tăng tới mức nhất định (>40cm nước) khả năng VTC mới có thể xảy ra. Tuy nhiên, thắt ống tụy đơn thuần trên thực nghiệm chỉ gây phù tụy và hết nhanh sau khoảng 1 tuần, nếu thất kêm theo kích thích bằng cholecystokinin mới đủ gây VTC.

+ Thuyết ống dẫn chung:

Do ống mật và ống tụy đổ chung vào bóng Vater nên khi có trào ngược dịch mật và dịch ruột (có enterokinase) vào ống tụy có thể gây VTC. Hiện tượng trào ngược là do tăng áp lực ở tá tràng, rối loạn cơ vòng Oddi, tăng áp lực ở đường mật, giun chui lên hay sỏi kẹt ở bóng Vater. Nhưng muối mật bình thường không độc hại đối với tụy, trong thực nghiệm cũng như trong thực tế chụp đường mật có trào ngược vào ống tụy mà không xảy ra VTC.

+ Thuyết thần kinh vận mạch:

Rối loạn vận mạch của tụy (co thắt, viêm tắc), tắc hệ bạch huyết... có thể tạo nên phù nề rồi dẫn tới hoại tử nhu mô, hoại tử mỡ, hình ảnh tổn thương của viêm tụy cấp.

Ngoài ra còn có một số giả thuyết khác giải thích cơ chế sinh bệnh của VTC như thuyết dị ứng, tự miễn, chấn thương...

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

Tổn thương giải phẫu bệnh lý của VTC đa dạng. tổn thương cơ bản gồm: phù nề, chảy máu, hoại tử tuyến, hoại tử mỡ trong hoặc quanh tụy hoặc ở xa. Hiện tượng chảy máu và hoại tử không phải có ở tất cả mọi bệnh nhân do đó người ta chia ra hai loại VTC: thể phù và thể hoại tử chảy máu.

2.1. Thể phù: tụy sưng, phù nề, cương tụ, láng bóng và khá mềm. Diện cắt cho thấy tổ chức tụy mủn, các tiểu thụỷ đường như bị tách rời nhau, có thể có hoại tử mỡ nhưng không có chảy máu và hoại tử nhu mô. Phù nề lan rộng ra mạc treo và phúc mạc.

Vì thể phù nề tổ chức kẽ giữa các tiểu thụỷ, xâm nhập tế bào viêm chủ yếu bạch cầu đa nhân. Tổn thương mạch máu hạn chế: xung huyết, giãn mao mạch,

không có huyết khối, mạch bạch huyết dân căng, đôi khi có hoại tử mô và micro-áp xe ở vách liên thùy.

Tiến triển thường khỏi và không để lại di chứng.

2.2. Thể hoại tử chảy máu

– Phản ứng của phúc mạc và hoại tử mô: Các tạng xung huyết và tiết nhiều dịch, trong ổ phúc mạc ít nhiều có máu.

Hoại tử mô dưới dạng các mảng dày đặc, gồ cao, màu trắng nhạt hay vàng nhạt, rải rác khắp ổ phúc mạc. Hiện tượng hoại tử mô thậm chí có thể thấy ở màng phổi, trung thất, tổ chức dưới da, tuỷ xương. Đây là dấu hiệu đặc trưng nhưng không phải chỉ có trong VTC hoại tử (có thể thấy trong VTC phù, thủng hành tá tràng, sau vết thương chấn thương tổ chức mô)

– Tổn thương tụy:

Đại thể: hoại tử toàn bộ tụy hay một phần; lan toả dưới dạng nhiều điểm nhỏ hay giới hạn khu trú rõ.

Vì thể: các ổ hoại tử ở ngoại vi tuyến, phù nề phá huỷ dọc các khoảng liên thùy, xâm nhập nhiều tế bào viêm đơn nhân và đại thực bào mỡ. Các tiểu thùy bị xâm lấn bởi hiện tượng viêm và hoại tử. Hoại tử viêm lan tới cả thành mạch và bạch huyết dẫn tới tắc mạch và xuất tiết mạnh. Ống tụy cũng bị tổn thương, hệ thống ống tụy dẫn do bất tắc (sỏi, giun, viêm chít Oddi...).

Các đảo Langerhans ít bị tổn thương trừ khi hoại tử toàn bộ tụy.

– Tổn thương ngoài tụy: hoại tử mô xảy ra quanh tụy, sau phúc mạc. Hiện tượng hoại tử thậm chí lan tới gan, đường mật, lách, dạ dày, đại tràng.

Các mẫu hoại tử, máu, dịch tụy rỉ ra từ tụy gây nên phản ứng viêm dữ dội có thể khu trú khoang sau mạc nối và mạc treo đại tràng ngang hay lan toàn ổ phúc mạc, dịch thậm chí qua cơ hoành tạo nên viêm màng phổi.

– Tiến triển:

+ Ổ hoại tử tan đi tạo nên các sẹo xơ.

+ Bội nhiễm gây nên áp xe bên ngoài, xung quanh hay trong tụy, chứa máu, mủ hoại tử, dịch tụy.

+ Rò vào các tạng rỗng.

Sự phân biệt hai thể rất khó, ranh giới không rõ ràng cả về lâm sàng, cận lâm sàng, thậm chí cả khi mổ. Có tác giả cho rằng đây chỉ là các giai đoạn tiến triển của bệnh.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

– Đau bụng: là triệu chứng cơ năng quan trọng, chủ yếu của VTC, gặp ở hầu hết mọi trường hợp. Đau có thể âm ỉ nhưng thường đau đột ngột, dữ dội vùng

thượng vị, hạ sườn trái hay quanh rốn, đau lan lên ngực và vai trái và nhất là lan ra sau lưng vùng sườn thất lưng trái. Hãn hữu có trường hợp bệnh nhân không đau. Cơn đau có thể đôi lúc dịu đi thường sau 24-48 giờ hay nhiều ngày sau.

- Buồn nôn và nôn: gặp trong 50-80% các trường hợp. Chất nôn là thức ăn, dịch mật hay dịch tiêu hoá với mức độ nhiều ít khác nhau, nếu nôn nhiều có thể làm mất nước, điện giải.
- Bí trung đại tiện thường gặp và không hoàn toàn nhưng có khi có tắc ruột cơ năng thực sự.
- Khó thở và thở nhanh trên 30 lần/phút gặp ở khoảng 50% số bệnh nhân.

3.2. Triệu chứng toàn thân

- Bệnh nhân trong tình trạng kích thích, lo âu và trường hợp nặng thì ý thức lẫn lộn.
- Trường hợp viêm tụy cấp hoại tử chảy máu bệnh nhân có tình trạng sốc, mất nước, nhịp tim nhanh, huyết áp thấp. Nguyên nhân của sốc là đau, là giảm khối lượng tuần hoàn do hiện tượng thấm dịch viêm, thoát dịch do giãn mạch và tăng tính thấm thành mạch, do giảm sức co bóp của tim do độc chất từ sự phân hủy các chất.
- Sốt khi có khi không.

3.3. Triệu chứng thực thể

- Bụng trướng trong 65-80% các trường hợp do giảm nhu động ruột hay liệt dạ dày - ruột, nhưng bệnh nhân vẫn còn thở bụng.
- Co cứng thành bụng thường khu trú trên rốn. Cũng có thể thấy phản ứng thành bụng khu trú trên rốn và hạ sườn phải hay lan toả khắp bụng.
- Dấu hiệu cảm ứng phúc mạc có thể gặp trong khá nhiều trường hợp.
- Điểm sườn lưng trái đau (dấu hiệu Mayo-Robson), nhưng cũng có bệnh nhân đau điểm sườn lưng phải hay cả hai bên.
- Xuất hiện một vùng xanh tím hay xanh nhạt quanh rốn (dấu hiệu Cullen) hoặc ở mạng sườn. Dấu hiệu này không đặc hiệu cho VTC nhưng nếu có thường biểu hiện mức độ bệnh trầm trọng.
- Nghe thấy giảm hoặc mất nhu động ruột.
- Vàng da thường ít gặp.
- Khám phổi có khi thấy dấu hiệu tràn dịch màng phổi trái.

4. CẬN LÂM SÀNG

4.1. Các xét nghiệm sinh hoá

- Amylase máu: tăng 2,5 lần trong 6 giờ đầu, và thường đạt cao nhất trong 24 - 48 giờ và kéo dài nhiều ngày sau đó (4 - 7 ngày) rồi trở về bình thường khoảng

6 - 10 ngày. Amylase máu trở về bình thường sớm là dấu hiệu bệnh thuyên giảm nhanh, nếu còn cao sau ngày thứ 10 có thể là đã có biến chứng như nang giả, áp xe. Tuy nhiên Amylase cao không khẳng định và cao ít hay bình thường không loại trừ VTC vì có một số bệnh lý khác cũng có Amylase cao như: bông, sốc chấn thương, viêm phổi, bệnh tuyến tiền liệt, và các bệnh lý cấp tính của ổ bụng: bệnh đường mật, thủng dạ dày, tắc ruột, nhồi máu mạc treo, chữa ngoài tử cung vỡ, phồng lóc động mạch chủ...

- Amylase nước tiểu: có độ tin cậy cao hơn Amylase máu, bắt đầu tăng sau 24 giờ với tỷ lệ cao hơn và tồn tại lâu hơn.

- Tỷ số thanh thải Amylase/thanh thải Créatinine (tỷ số thanh thải A/C): Độ thanh thải Amylase tăng trong VTC, tỷ số thanh thải A/C được dùng làm test chẩn đoán VTC. Song nhiều công trình cho rằng test này không đặc hiệu và nó cũng tăng trong nhiều bệnh lý khác: phẫu thuật bụng, bông, suy thận, hơn nữa nhiều bệnh nhân VTC rõ ràng nhưng tỷ số này bình thường.

- Lipase máu: tăng trong VTC (bình thường có rất ít trong máu). Có tác giả cho rằng men này có độ tin cậy cao hơn Amylase nhưng không hoàn toàn như vậy vì nó có thể tăng trong một số bệnh lý khác: thủng ổ loét dạ dày-tá tràng, tắc ruột non, viêm phúc mạc, suy thận, bệnh đường mật...

- Calci máu: thường giảm trong thể VTC nặng (do kết hợp với acid béo tạo thành các vết nền, hoại tử mô), nếu $<2\text{mmol/l}$ trong 48 giờ đầu là tiên lượng rất nặng.

- Đường máu: tăng trong khoảng 30-60% trường hợp, có thể tăng nhất thời ở mức độ vừa và sẽ có giá trị chẩn đoán khi kết hợp với tăng Amylase máu.

- Amylase trong dịch màng phổi và màng bụng: VTC thường gây tràn dịch màng phổi với lượng Amylase rất cao. Amylase cao trong dịch màng bụng không đặc trưng cho VTC vì có thể thấy trong nhiều bệnh cấp tính của ổ bụng.

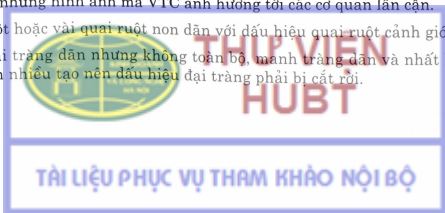
- Transaminase (SGOT, SGPT), Lactico - deshydrogénase, Bilirubine, phosphatase kiềm cũng có thể tăng.

4.2. Các xét nghiệm huyết học

- Bạch cầu tăng có thể tới 15-20 nghìn/ mm^3 .
- Hồng cầu và huyết sắc tố giảm, hematocrit lại có thể tăng vì thoát dịch.

4.3. Các biện pháp chẩn đoán hình ảnh

- Chụp bụng không chuẩn bị:
- Trên phim chụp tư thế đứng cần tìm hai dấu hiệu âm tính quan trọng là không có liềm hơi và không có hình ảnh mức nước-hơi của tắc ruột cơ giới, đồng thời phát hiện những hình ảnh mà VTC ảnh hưởng tới các cơ quan lân cận.
- + Một hoặc vài quai ruột non giãn với dấu hiệu quai ruột cảnh giới.
- + Đại tràng giãn nhưng không toàn bộ, manh tràng giãn và nhất là đại tràng ngang giãn nhiều tạo nên dấu hiệu đại tràng phải bị cắt rời.



+ Có thể thấy hình cản quang của lắng đọng calci ở tuyến tụy (viêm tụy mãn) hoặc hình cản quang của sỏi túi mật.

+ Dạ dày giãn và đầy hơi.

+ Cũng có thể thấy tá tràng giãn thậm chí có hình mức nước-hơi ở tá tràng.

- Chụp phổi có thể thấy hình ảnh tràn dịch màng phổi trái.

- Siêu âm: Là một thăm dò hàng đầu và rất thông dụng trong bệnh lý tụy. Trong giai đoạn cấp thấy kích thước tụy to ra một phần hay toàn bộ, ít đậm, giảm âm hoặc đồng âm (VTC thể phù), nhu mô tụy có cấu trúc âm không đều với các vùng tăng giảm âm xen kẽ (VTC thể hoại tử chảy máu), bờ tụy mờ và không đều, có lớp dịch quanh tụy.

Ở giai đoạn tiến triển sẽ thấy các biến chứng của VTC: nang giả tụy (ổ giảm âm) hay các vùng hoại tử (cấu trúc âm không đều), các ổ áp xe tụy.

Một điểm quan trọng nữa là siêu âm có thể phát hiện sỏi túi mật, đường mật, dịch trong ổ phúc mạc, dịch màng phổi... Tuy nhiên do bụng trương mà làm hạn chế giá trị của siêu âm.

- Siêu âm nội soi: sẽ rất có giá trị bởi vì nó không bị cản trở do trương hơi trong dạ dày ruột, đầu dò siêu âm có tần số cao hơn, tiếp cận tốt hơn nên cho thấy hình ảnh nét hơn và có thể phát hiện được những tổn thương nhỏ hơn.

- CT-Scanner: bên cạnh vai trò chẩn đoán bệnh vì cho thấy tình trạng tụy, sự lan rộng của tổn thương thì chụp cắt lớp còn giúp theo dõi diễn biến của VTC.

Hình ảnh trên phim cho kết quả tương tự siêu âm: tụy to ra về kích thước, bờ tụy không đều, nhu mô tụy không đồng nhất, có lớp dịch quanh tụy và trong ổ phúc mạc và có thể thấy được hiện tượng thoái hoá hoại tử mỡ quanh tụy, nhiễm mỡ nhu mô tụy đồng thời có thể thấy nguyên nhân của VTC như sỏi túi mật, đường mật....

Giai đoạn muộn sẽ thấy hình ảnh các nang giả, hình hoại tử nhu mô hay các áp xe tụy.

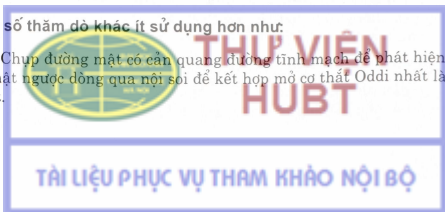
Siêu âm và chụp cắt lớp là hai biện pháp hỗ trợ bổ sung cho nhau trong chẩn đoán VTC.

- Chụp cộng hưởng từ: giá trị chẩn đoán tốt hơn chụp cắt lớp vì tính nhờ có độ phân giải cao hơn và có hình ảnh không gian ba chiều.

4.4. Chọc dò và chọc rửa ổ bụng: Những trường hợp tình trạng bụng phản ứng ngày càng tăng khó đánh giá có thể chọc dò hay chọc rửa ổ bụng sẽ thấy nhiều dịch hồng loãng hoặc đỏ thẫm, xét nghiệm lượng Amylase rất cao.

4.5. Một số thăm dò khác ít sử dụng hơn như:

- Chụp đường mật có cản quang đường tĩnh mạch để phát hiện sỏi mật, chụp đường mật ngược dòng qua nội soi để kết hợp mổ cơ thắt Oddi nhất là khi có sỏi kẹt ở cơ thắt.



- Chụp đường tiêu hoá có cản quang thường áp dụng ở giai đoạn có nang giả hay áp xe để tìm sự chèn ép, đề dầy dạ dày hay góc Treitz hoặc phát hiện biến chứng thông giữa nang giả, áp xe với ống tiêu hoá.

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Do đặc điểm lâm sàng của VTC không có dấu hiệu đặc trưng nên một số bệnh lý chủ yếu là những cấp cứu bụng có dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng tương tự dễ làm chẩn đoán nhầm với bệnh lý này. Để chẩn đoán phân biệt các bệnh lý đó với VTC người ta thường phải kết hợp các triệu chứng lâm sàng với những xét nghiệm máu và nhất là các biện pháp chẩn đoán hình ảnh. Dưới đây là một số bệnh thường phải chú ý phân biệt với viêm tụy cấp:

- Thủng dạ dày: bệnh nhân đau dữ dội vùng thượng vị đột ngột xuyên ra sau lưng, khám thấy bụng có cứng toàn bộ và liên tục, có thể có tiền sử loét dạ dày tá tràng. Xét nghiệm huyết học và sinh hoá ít có giá trị phân biệt trừ khi Amylase máu tăng rất cao. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp phân biệt bệnh.

- Viêm túi mật cấp và cơn đau quặn mật: Đau thường hay kèm hội chứng nhiễm trùng với sốt rét run. Siêu âm rất có giá trị để xác định bệnh.

- Tắc ruột, xoắn ruột: Thường kết hợp các triệu chứng thực thể như quai ruột nổi, dấu hiệu rắn bò, nghe có biểu hiện tăng nhu động ruột và chụp bụng không chuẩn bị có mức nước hơi.

- Nhồi máu mạc treo ruột: Dấu hiệu ỉa máu và những bệnh lý nội khoa như bệnh van tim chẳng hạn có thể gợi ý cho chẩn đoán.

- Nhồi máu cơ tim: điện tim sẽ gợi ý để tìm các triệu chứng khác của nhồi máu cơ tim.

- Vô phospho động mạch chủ bụng.

6. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG, BIẾN CHỨNG

6.1. Các yếu tố tiên lượng

Có nhiều cách đánh giá khác nhau được đề nghị và áp dụng. Ranson (1974) đã dựa vào tuổi và các xét nghiệm sinh học được làm khi mới vào viện và làm lại sau 48 giờ, mỗi xét nghiệm là một yếu tố tiên lượng và được tính một điểm, tổng cộng có 5 điểm khi mới vào viện và 6 điểm sau 48 giờ. Nếu bệnh nhân có từ 3 điểm trở lên được coi là viêm tụy cấp nặng, trên 7 điểm thì tỷ lệ tử vong gần như 100%.

- Lúc mới vào viện

+ Tuổi >55

+ Bạch cầu >16000/mm³

+ Đường huyết >11mmol/l (với điều kiện bệnh nhân không có đái tháo đường)



- + LDH > 350UI/l (gấp 1,5 lần bình thường)
- + SGOT > 250UI/l (gấp 6 lần bình thường)
- Sau 48 giờ
- + Giảm Hematocrit > 10%.
- + Urê máu > 8,3 mmol/l (tăng trên 1,8mmol/l).
- + Calci máu < 2 mmol/l.
- + PaO₂ < 60mm Hg.
- + Giảm Bicarbonate > 4mEq/l.
- + Dịch tụy động ước tính > 6 lít.

Imrie và cộng sự (1978) đã giản lược bớt các tiêu chuẩn của Ranson chỉ còn lại 8 yếu tố, tính ở thời điểm sau 48 giờ, tiện cho việc đánh giá hồi cứu:

- + Tuổi > 55.
- + Bạch cầu > 15000/mm³.
- + Đường huyết > 10 mmol/l.
- + Urê máu > 16mmol/l.
- + PaO₂ < 60mmHg.
- + Calci máu < 2 mmol/l.
- + LDH > 600UI/l.
- + SGOT và SGPT > 100UI/l.

Các thăm khám hình thái học như siêu âm và chụp cắt lớp vi tính cung cấp các thông tin trong việc chẩn đoán tổn thương hoại tử, đồng thời cũng là những yếu tố có giá trị tiên lượng tốt. Trong VTC, siêu âm thường khó đánh giá tổn thương tụy vì vướng hơi trong dạ dày ruột nhưng nó giúp xác định tình trạng đường mật và sỏi trong đường mật. Chụp cắt lớp vi tính rất có giá trị trong chẩn đoán hoại tử tụy và quanh tụy và trong quá trình diễn biến nếu chụp lại nhiều lần có thể theo dõi phát hiện các ổ hoại tử. Dựa vào chụp cắt lớp vi tính Balthazar và Ranson đã đưa ra một phân loại trong đó cho thấy mối liên quan giữa hình ảnh chụp cắt lớp và tiên lượng bệnh:

Giai đoạn	Hình ảnh CT-Scanner
A	Tụy bình thường
B	Tụy tăng khối lượng, kích thước, đường viền quanh tụy mờ
C	Tụy không đồng nhất và mờ giới hạn lớp mỡ quanh tụy
D	Khối dịch động trong hay quanh tụy
E	Hai hay nhiều khối dịch và/hoặc có khí trong một khối

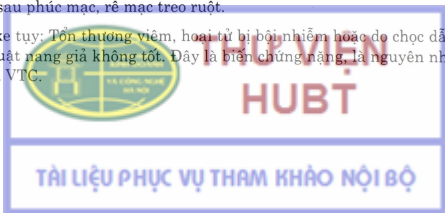
6.2. Biến chứng

6.2.1. Những biến chứng ngoài tụy

- Sốc: Là nguyên nhân tử vong của khoảng 10-20% các trường hợp VTC do giảm khối lượng tuần hoàn, giảm protid huyết tương, rối loạn nước điện giải, mất máu, nhiễm độc và các suy sụp chức năng nhiều cơ quan.
- Hô hấp:
 - + Trần dịch màng phổi bên trái hoặc cả hai bên, dịch có lượng amylase rất cao do viêm phản ứng của màng phổi hoặc rò từ tụy lên do vỡ nang giả hay vỡ ống tụy. Giai đoạn muộn có thể là một viêm màng phổi mủ.
 - + Suy hô hấp: xét nghiệm khí máu thấy giảm oxy máu, thậm chí dưới 60mmHg. Nhiều cơ chế giải thích hiện tượng này: bụng trương và co cứng, cơ hoành bị đẩy cao, tuần hoàn phổi bị tắc nghẽn do đông máu, phù nề, mất surfactant do sự hoạt hoá men phospholipase A... Đây là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong của VTC.
- Suy thận: biểu hiện nhẹ với protein niệu, đái máu kín đáo, thoáng qua nhưng cũng có khi là suy thận cấp với thiếu niệu, vô niệu, tăng urê và creatinin máu.
- Hệ tim mạch: chủ yếu là tình trạng hạ huyết áp, giảm khối lượng tuần hoàn, có thể xuất hiện nhồi máu cơ tim, đôi khi có tràn dịch màng ngoài tim.
- Rối loạn đông máu: đông máu rải rác trong lòng mạch có thể xảy ra và đóng vai trò quan trọng đối với các biến chứng khác như suy thận, suy hô hấp...
- Hệ tiêu hoá: xuất hiện các loét cấp, viêm cấp đường tiêu hoá thậm chí gây chảy máu đường tiêu hoá.
- Hệ thần kinh trung ương: có thể xuất hiện các dấu hiệu loạn thần như hoang tưởng, lú lẫn, rối loạn định hướng, ảo giác...
- Chảy máu trong ổ bụng do hiện tượng hoại tử làm tổn thương mạch máu, vỡ nang giả; đôi khi có trường hợp bị tràn máu màng phổi, màng tim hay tụ máu quanh thận.
- Chuyển hoá: rối loạn chuyển hoá đường biểu hiện đường máu tăng, có đường niệu thường thoáng qua, ít khi dẫn tới tình trạng đái tháo đường thực sự. Calci máu giảm do kết hợp với acid béo trong các đám hoại tử mỡ hoặc có thể do tăng glucagon và calcitonin, giảm các hormon tuyến cận giáp.
- Cổ trướng tụy: thường gặp do dập vỡ ống tụy chính hay rò qua nang giả vỡ.

6.2.2. Những biến chứng tại tụy

- Viêm lan toả (phlegmon): thường xuất hiện từ vùng hoại tử tổn thương viêm lan ra sau phúc mạc, rẽ mạc treo ruột.
- Áp xe tụy: Tổn thương viêm, hoại tử bị bội nhiễm hoặc do chọc dẫn lưu hay sau phẫu thuật nang giả không tốt. Đây là biến chứng nặng, là nguyên nhân gây tử vong cao của VTC.



- Nang giả tụy: Là một ổ đọng dịch, mảnh vụn của hoại tử, men tụy và máu thường xuất hiện sau VTC từ một đến 4 tuần lễ. Nang giả tụy không có biểu mô phủ ở vách nang như nang thật, khu trú nhiều ở thân và đuôi tụy (80-85%). Nang to lên có thể chèn ép đường mật, đường tiêu hóa, có nguy cơ chảy máu trong nang, vỡ gây chảy máu trong ổ bụng hay vỡ vào tạng lân cận. Trừ một số ít nang nhỏ có thể tự tiêu, đa số phải dẫn lưu qua chọc hút hay phẫu thuật.

- Vỡ và rò: từ tổn thương tụy có thể vỡ vào các tạng lân cận như dạ dày, tá tràng, ruột non, đại tràng hay đường mật thậm chí lên phổi tạo nên các rò trong.

7. ĐIỀU TRỊ

Đối với viêm tụy cấp không có điều trị đặc hiệu mà chỉ là điều trị triệu chứng phối hợp với xử lý bệnh nguyên. Thái độ điều trị tùy thuộc vào thể bệnh (thể phù hay thể hoại tử chảy máu), vào từng bệnh nhân cụ thể. Mục đích điều trị là hồi sức, chống viêm và hiện tượng tự tiêu, phòng và điều trị các biến chứng, phát hiện và xử lý nguyên nhân gây VTC nếu có.

Phần lớn các trường hợp (85-90%) qua điều trị bảo tồn thì tổn thương tụy được khu trú và thuyên giảm trong vòng khoảng một tuần.

7.1. Điều trị bảo tồn

- Hồi sức chống sốc:

Đây là mục đích chính của điều trị nội khoa. Dựa vào các chỉ số đánh giá tiên lượng bệnh để quyết định việc hồi sức cho bệnh nhân. Mục đích là duy trì sự ổn định huyết động và thăng bằng nước điện giải.

Khối lượng tuần hoàn có thể giảm tới 40% trong 24 giờ đầu do thoát huyết tương ra quanh tụy và khoang sau phúc mạc, do ứ đọng dịch ở đường tiêu hóa và tăng tính thấm thành mạch do hiện tượng giải phóng các chất liên quan đến vận mạch.

Đánh giá khối lượng tuần hoàn dựa vào huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương, lượng nước tiểu kết hợp với lâm sàng.

Cần truyền cho bệnh nhân các loại dịch, plasma, các dung dịch keo và máu nếu giảm hematocrit. Lượng dịch truyền trong ngày đầu khoảng 5 lít, giảm dần từ ngày thứ 4, thứ 5. Chú ý sau 48 giờ có thể có sự tái hấp thu nước quan trọng của hiện tượng phù nề quanh tụy, cần để phòng thừa dịch dẫn tới phù phổi hay suy tim.

Cần bằng rối loạn nước điện giải, chống hiện tượng toan máu bằng dung dịch bicarbonat, chống giảm calci và magnesi máu dựa vào điện giải đồ được làm thường xuyên.

Vai trò của corticoid trong việc điều trị chống sốc được đánh giá rất khác nhau bởi các tác giả và hiệu quả của nó chưa thực sự được chứng minh.

- Hút dạ dày: qua ống thông mũi nhằm giảm tiết dịch tụy, giảm áp ống tiêu hóa làm giảm đau, chống liệt ruột.

– Giảm đau: thường dùng các loại giảm đau không có morphin để tránh hiện tượng co thắt cơ Oddi. Có thể dùng procain truyền tĩnh mạch liều không quá 2g/24giờ.

– Chống thiếu năng oxy: dựa theo kết quả xét nghiệm khí máu hằng ngày, đánh giá mức độ nặng nhẹ để áp dụng các biện pháp: thở oxy qua ống thông mũi, thông khí áp lực dương qua mặt nạ hay ống nội khí quản, thông khí nhân tạo. Chú ý nếu tràn dịch màng phổi nhiều cần phải chọc hút. Các biến chứng hô hấp là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ hai của VTC sau các tổn thương chính tại tuyến tụy.

– Chống suy thận cấp: ban đầu là suy thận chức năng do giảm khối lượng tuần hoàn và thường nhanh chóng phục hồi khi hồi sức ổn. Nếu suy thận không thuyên giảm sau bồi phụ đủ khối lượng tuần hoàn thì có thể dùng các thuốc lợi niệu và nếu ở thể nặng hoặc có suy thận thực thể thì có thể lọc máu ngoài thận (thảm phân phúc mạc, thận nhân tạo).

– Chống đông máu rải rác trong lòng mạch bằng heparin liều nhỏ. Tuy nhiên sử dụng thuốc chống đông sẽ có nhiều nguy hiểm trong VTC chảy máu nên phải cân nhắc. Cũng có thể phẫu thuật làm sạch ổ hoại tử dưới sự bảo trợ của khối tiểu cầu và huyết tương tươi.

– Phòng ngừa loét cấp đường tiêu hóa do stress: dùng các thuốc kháng H_2 và nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa ngay khi có thể.

– Kháng sinh: Dùng kháng sinh dự phòng là vấn đề còn tranh cãi vì có những nghiên cứu cho thấy kháng sinh dự phòng không làm thay đổi tiến triển bệnh cũng như nguy cơ bội nhiễm các ổ hoại tử và hơn nữa có thể làm tăng khả năng kháng kháng sinh. Nhiều tác giả khuyên nên dùng kháng sinh vào khoảng ngày thứ 5, thứ 6 khi có sốt, rét run và bạch cầu tăng cao. Kháng sinh được sử dụng là loại chống vi khuẩn kỵ khí (métronidazole) hoặc kết hợp với loại chống vi khuẩn đường ruột (aminoside hay cephalosporine) và tốt nhất là theo kháng sinh đồ từ nuôi cấy dịch mủ.

– Điều trị chống các chất độc do tụy viêm và hoại tử giải phóng ra:

Hiện tượng giải phóng các chất độc và các chất có ảnh hưởng tới vận mạch (kinines) từ tổn thương của VTC dẫn tới rối loạn thăng bằng hoạt động của hai loại men protease và antiprotease, hậu quả làm giải phóng các chất prostaglandin, phospholipase A và các gốc tự do khác sinh ra các biểu hiện tại chỗ và toàn thân.

Việc sử dụng thuốc chống các men protease (Aprotinine) hay các thuốc giúp cho tụy được nghỉ ngơi, giảm hoạt động chế tiết (Anticholinergique, Somatostatine) chưa được chứng minh là thực sự có hiệu quả vì các nghiên cứu cho những kết quả trái ngược nhau. Hơn nữa các thuốc anticholinergique lại có một số tác dụng phụ như liệt ruột, tăng nhịp tim, khô miệng, hạ huyết áp...

Thẩm phân phúc mạc để loại trừ trực tiếp các chất độc đã được giải phóng vào ổ phúc mạc. Biện pháp này thường chỉ có hiệu quả nếu thực hiện sớm trong 48 giờ đầu và thực hiện tiếp tục trong 48 giờ tiếp theo, tuy nhiên nó không có tác dụng đối với các biến chứng muộn (nhiễm khuẩn tổ chức hoại tử) và hơn nữa nguy cơ nhiễm khuẩn là vấn đề cần được quan tâm.

Nội soi can thiệp: nội soi để chụp mật tụy ngược dòng đồng thời kết hợp mổ cơ thắt là một biện pháp có thể áp dụng nhất là trong những trường hợp VTC do sỏi mật.

7.2. Điều trị phẫu thuật

7.2.1. Can thiệp phẫu thuật sớm (trong khoảng 10 ngày đầu): nhìn chung là không nên bởi bệnh nhân trong tình trạng nặng, huyết động không ổn định, việc lấy bỏ tổ chức hoại tử rất khó thực hiện vì hiện tượng hoại tử đang viêm, lan tỏa, mủn nát, dễ chảy máu, ranh giới tụy lành và tụy hoại tử không rõ ràng. Nếu có lấy tổ chức hoại tử thì sẽ không triệt để, khả năng phải can thiệp nhiều lần và nguy cơ bội nhiễm là rất lớn.

Chỉ định can thiệp sớm được đặt ra trong các tình huống sau:

- + Khi chẩn đoán không chắc chắn VTC, nghi ngờ một cấp cứu bụng ngoại khác như thủng dạ dày, tắc ruột....

- + Những trường hợp có nguyên nhân cơ giới như VTC do sỏi túi mật, sỏi đường mật, giun chui đường mật, tụy. Mổ giải quyết được nguyên nhân thì việc hồi sức sẽ kết quả hơn và giảm được nguy cơ tái phát.

- + Những VTC hoại tử chảy máu nặng mà hồi sức tích cực 48-72 giờ không đáp ứng, diễn biến nặng lên.

7.2.2. Can thiệp phẫu thuật giai đoạn muộn

Một số người đề nghị mổ lấy bỏ tổ chức hoại tử sau 2-3 tuần nhưng đa số chủ trương chỉ mổ khi có các biến chứng như: áp xe, nang giả bội nhiễm, viêm tấy lan tỏa bội nhiễm, hoại tử đường tiêu hóa, chảy máu do ăn mòn mạch máu.

- Phương pháp phẫu thuật:

Chọc hút hoặc dẫn lưu tối thiểu qua da thường được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT-Scanner.

Mổ theo đường bên hay sau-bên qua khoang sau phúc mạc vào thẳng ổ hoại tử cho phép lấy và dẫn lưu ổ hoại tử dạng lỏng, ít áp dụng vì trường mổ hạn chế.

Mổ đường bụng rộng rãi thường được sử dụng vì cho phép đánh giá đầy đủ các tổn thương và xử lý triệt để hơn.

- Can thiệp đối với tụy

- + Cắt tụy: thực hiện khó khăn vì tổn thương hoại tử lan rộng ra sau phúc mạc, gốc mạc treo đại tràng ngang và mạc treo ruột non, biến chứng rò rỉ tụy rất cao.

+ Cắt bỏ tổ chức hoại tử: chỉ lấy đi phần tụy đã hoại tử, bảo tồn nhu mô còn lành được tưới máu tốt.

– Các động tác phối hợp

+ Dẫn lưu: Cố gắng tránh làm nhiễm bẩn tạng dưới mạc treo đại tràng ngang.

Dẫn lưu với ổ bụng khép kín, có hoặc không làm hệ thống tưới rửa liên tục.

Hoặc dẫn lưu với ổ bụng để hở một phần: đặt hệ thống tưới rửa có một hay nhiều túi Mikulicz có tác dụng dẫn lưu triệt để hơn tổ chức hoại tử tụy.

+ Mở thông hồng tràng nên chỉ định rộng rãi để có thể nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hoá vừa đảm bảo dinh dưỡng vừa tránh được những biến chứng đối với hệ tiêu hoá.

+ Hoại tử quanh tụy vỡ dẫn tới rò vào đường tiêu hoá đòi hỏi can thiệp thêm: dẫn lưu ra ngoài nếu thủng dạ dày hay tá tràng; cắt đoạn rồi đưa hai đầu ruột ra ngoài đối với đại tràng ngang.

+ Nang tụy: thường mổ sau ít nhất 6 tuần, dẫn lưu ra ngoài hoặc dẫn lưu trong bằng cách nối nang với đường tiêu hoá.

+ Đối với đường mật: nếu nguyên nhân là sỏi túi mật hay đường mật cần xử lý cắt túi mật hay lấy sỏi và dẫn lưu đường mật.

KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp là một bệnh lý nặng và phức tạp, ảnh hưởng nhiều cơ quan, nhất là thể viêm tụy hoại tử chảy máu. Chẩn đoán bệnh luôn phải dựa vào các biện pháp chẩn đoán hình ảnh, trong đó chụp cắt lớp là phương pháp rất có giá trị. Điều trị chủ yếu là hồi sức tích cực nhằm duy trì và phục hồi chức năng các cơ quan và nhiều khi phải phối hợp cả nội và ngoại khoa. Chỉ định phẫu thuật đối với bệnh lý này ngày càng giảm, chỉ hạn chế trong những trường hợp có nguyên nhân cơ học, có biến chứng, bội nhiễm.



CHẢY MÁU DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTMC) 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 TALTMC khi áp lực TMC trên 12mmHg 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 TALTMC 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-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 TALTMC vẫn còn gặp nhiều khó khăn.

1. GIẢI PHẪU HỆ TĨNH MẠCH CỬA

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 đàn 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 của 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°, góc này hẹp lại trong trường hợp gan xơ teo.

– Có 3 nhánh phụ đổ vào TMC:

+ 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 TALTCM 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 dài rộng từ chỗ tận cùng của các nhánh mao tĩnh mạch của đến chỗ gốc của tĩnh mạch giữa múi, xoang cũng nhận máu của mao động mạch xuất phát từ động mạch gan.

2. VÀI ĐIỂM VỀ SINH LÝ HỆ TĨNH MẠCH CỦA

Lưu lượng máu qua gan bình thường khoảng 1,5lít/phút (thay đổi từ 1 đến 2 lít) chiếm 24-28% cung lượng tim tức bình quân là 1ml/phút/1gam 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.

3. NGUYÊN NHÂN TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA (TALTMTC)

Các nguyên nhân khác nhau của TALTMTC 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.

3.1. Tắc trước gan

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

3.2. Tắc trong gan

- Trước xoang.
 - + Bệnh sán máng gan (schistosomiasis).
 - + Xơ hoá gan (fibrose):
 - + Xơ hoá gan-khoảng cửa.
- Tại xoang: TALTMTC không do tắc hay còn gọi TALTMTC 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...

3.3. 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 TALTMTC 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.

4. TÍNH CHẤT CHẢY MÁU DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Chảy máu do TALTMTC 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 TALTMTC là từ 22-63%. Biến chứng này gặp trong những bệnh nhân xơ gan và cả những bệnh nhân TALTMTC không có xơ gan.

Chảy máu do TALTCM 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 của càng 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 TALTCM.

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 cao 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 dẫn 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 TALTCM do xơ gan có vai trò quan trọng trong biến chứng chảy máu tiêu hoá.

5. CHẨN ĐOÁN CHẢY MÁU DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Chảy máu là biến chứng của TALTCM 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 TALTCM có hay không có xơ gan.

5.1. Lâm sàng

- Nôn máu: với đặc điểm nôn máu đột ngột, dữ dội, ồ 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, càng 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 TALTCM 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 đầy 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.

– Với các búi tĩnh mạch thực quản biểu hiện bằng chảy máu đường tiêu hoá, còn với 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 TALTCM, 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....

5.2. Cận lâm sàng

5.2.1. Thăm dò phát hiện giãn tĩnh mạch thực quản

a. 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 dũa 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.

b. Nội soi thực quản

Với ống soi mềm thì soi thực quản là biện pháp rất hữu hiệu xác định chính xác có giãn tĩnh mạch thực quản tâm phình vị 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 tức thì) 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 tiến hành cầm máu một cách khá hữu hiệu.

Để đánh giá mức độ dẫn 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 dẫn tĩnh mạch thực quản được mô tả kỹ về 4 đặc điểm: màu sắc; các dấu hiệu trên thành tĩnh mạch như vân đỏ, vết 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 dẫn 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 cơ thất khí quản, trào ngược máu hay dịch vào khí quản, thủng thực quản.

5.2.2. 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 TALTCM, tình trạng huyết động và vị trí tắc

5.2.3. 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 thông (shunt) của 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.

5.2.4. 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 thí tĩnh mạch của chụp động mạch thân tạng. Phương pháp này có nguy cơ biến chứng thấp hơn, hiện được dùng nhiều hơn.
- Chụp tĩnh mạch cửa qua nhu mô gan, qua tĩnh mạch rốn được nong thông lại: ít dùng.
- Hình ảnh chụp hệ thống cửa cho thấy trong TALTCM có thể có các dấu hiệu:
 - + Tĩnh mạch cửa giãn to.
 - + Có dấu hiệu tắc nghẽn ở trực tĩnh mạch lách cửa (teo tĩnh mạch, huyết khối...)
 - + Các nhánh tuần hoàn phụ phát triển và giãn to nhất là tĩnh mạch vành vị.

- + 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.

5.2.5. 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: prothrombin giảm.
- Sinh hoá: chức năng gan thay đổi theo tình trạng tiến triển của xơ gan, biểu hiện trên một số xét nghiệm như: bilirubin, transaminase (SGOT và SGPT), albumin 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.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị bảo tồn

6.1.1. 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 ống thông mũi kết hợp duy trì thông khí tốt sẽ đảm bảo cung cấp oxy cho tổ chức.

6.1.2. Thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa (TMC)

Nhiều loại thuốc khác nhau được sử dụng nhằm làm giảm áp lực TMC 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 của 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 giả kết hợp dùng thêm Nitroglycerin.

- 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 2 mg tiêm tĩnh mạch 4 giờ một lần.

- Somatostatin 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 Vasopressin. Liều dùng là 250mg/h truyền liên tục 24 giờ.

6.1.3. 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 thông 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 thông vào dạ dày qua đường mũi, bóng tròn được bơm căng lên rồi kéo ngược ống thông ra cho bóng tỷ vào vùng tâm vị, cố định ống thông 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 khoảng 15 phút rồi bơm lại, thời gian lưu ống thông 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 thông 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 thông này có 1 bóng hình nón với thể tích 500ml, sau khi đặt vào dạ dày và bơm căng, ống thông 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 luồng máu từ tĩnh mạch vành vị về vùng thực

quần và làm ngừng chảy máu. Ống thông có một đường rửa dạ dày và một đường rửa thực quản riêng đồng thời theo dõi được tình trạng chảy máu. Ống thông cũng được lưu khoảng 24 giờ. Do kéo ống thông ép vào vùng tâm phình vị, nên có nguy cơ gây loét và hoại tử vùng này vì thiếu máu. Hiệu quả của ống thông Linton cũng tương tự ống thông Blakemore nhưng vì gây khó chịu cho bệnh nhân nên chỉ dùng khi chảy máu vùng tâm phình vị dùng ống thông Blakemore thất bại.

6.1.4. Cầm máu qua nội soi

Nội soi thường được tiến hành 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.

- **Thắt 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 thắt một nút lại phải lỏng vòng cao su khác vào và loại bắn nhiều phát được lỏng sẵn 5-6 vòng để có thể thắt liên tục 5-6 búi. Súng bắn được đưa qua kênh hoạt động của 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 tác hoàn toàn. Phương pháp này áp dụng được cả với các dẫn tĩnh mạch ở dạ dày.

6.1.5. 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.

6.2. 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.

6.2.1. 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, mở dọc khoảng 7-8cm, các búi tĩnh mạch nhìn thấy rõ được khâu vát 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 (Phemister): 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.

6.2.2. 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 thông 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 - tâm. Phẫu thuật này phải kèm theo cắt thần 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 mở 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.

6.2.3. Những phẫu thuật giảm áp lực hệ cửa bằng cách giảm dòng máu đến

- Thất động mạch lách hay thất 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, thất 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.

6.2.4. Những phẫu thuật tạo lưu thông cửa-chủ: nhìn chung các phẫu thuật này nhằm mục đích tạo các luồng máu từ hệ TMC trực tiếp đổ về hệ tĩnh mạch chủ, do đó sẽ làm giảm áp lực hệ cửa chống chảy máu.

a. Tạo dinh 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 (Nylander 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.

b. 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, thất 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 TMC 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 TMC 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 tụy 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 lực 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, thất đầu ngoại vi, nối đầu trung tâm với tĩnh mạch mạc treo tràng trên tận - 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.

c. 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 ngắn 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 tỷ mỉ và cẩn thận vì nó rất mảnh và dễ rách, thắt đầu trung tâm, nối đầu ngoài vị với tĩnh mạch chủ tận-bên qua bắc cầu bằng một tĩnh mạch tự thân thường là tĩnh mạch hiển. Về lý thuyết hiệu quả của phương pháp này tương tự như phẫu thuật Warren.

d. 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 của 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 TALTCM 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.

7. KẾT LUẬN

Chảy máu tiêu hoá do TALTCM 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.

NHỮNG CẤP CỨU THƯỜNG GẶP VÙNG HẬU MÔN TRỰC TRĂNG

Cấp cứu vùng hậu môn trực tràng là loại thường gặp. Ba lý do chính khiến bệnh nhân đến khám là đau, đại tiện ra máu hay phát hiện một khối bất thường vùng hậu môn. Các biến chứng này thường ít đe dọa đến tính mạng người bệnh. Song nó gây ra những bất tiện trong sinh hoạt, làm việc đòi hỏi người thầy thuốc phải sớm phát hiện và lựa chọn một can thiệp thích hợp nhất.

Để chẩn đoán chính xác, thăm khám bệnh cần tuân theo đúng các nguyên tắc như hỏi bệnh, khám thực thể và làm các xét nghiệm cần thiết:

- Hỏi bệnh: khi hỏi bệnh cần phải xác định lý do khiến bệnh nhân phải đến khám bệnh là do đau, đại tiện ra máu hay phát hiện một khối gì bất thường vùng hậu môn. Ví dụ: cách khởi phát cơn đau, tiến triển và các dấu hiệu phối hợp như rối loạn đại, tiểu tiện, sốt. Khai thác trong tiền sử bệnh nhân đã bị như vậy bao giờ chưa, đã và đang dùng thuốc gì... Qua hỏi bệnh cũng sẽ xác định được nguyên nhân do chấn thương hay vết thương vùng hậu môn trực tràng.

- Sau khi hỏi và phân tích kỹ các triệu chứng cơ năng đã gợi ý cho người thầy thuốc chẩn đoán được bệnh. Khám tại chỗ vùng hậu môn trực tràng sẽ bổ sung và cho phép khẳng định chẩn đoán. Thăm khám cần tuân thủ các bước: quan sát hậu môn và tăng sinh môn - sờ nắn tại chỗ (vùng da rìa hậu môn, các cơ quan phụ cận và thăm ngón tay ống hậu môn trực tràng để đánh giá tình trạng cơ thắt hậu môn, lòng trực tràng và các khoang xung quanh hậu môn trực tràng).

- Trong đa số các trường hợp, khám lâm sàng đã đủ để chẩn đoán bệnh. Một số trường hợp có thể cần đến những thăm dò hình thái hay sinh học để xác định nguyên nhân như siêu âm vùng hậu môn trực tràng với đầu dò đặt trong lòng trực tràng, đo áp lực cơ thắt hậu môn, chụp cắt lớp, soi đại tràng, xét nghiệm tổ chức học, xét nghiệm vi khuẩn, cấy máu...

Bài viết này trình bày các nguyên nhân hay gặp nhất và thái độ xử trí trong các tình huống cấp cứu này.

1. ĐAU CẤP TÍNH VÙNG HẬU MÔN TRỰC TRĂNG

Các tình huống và các nguyên nhân hay gặp nhất là:

- Trĩ tắc mạch.
- Áp xe hậu môn - trực tràng.
- Nứt kẽ hậu môn
- Hay một số nguyên nhân hiếm gặp hơn như viêm nang lông, dị vật trong lòng hậu môn - trực tràng, sa nhệt trực tràng.



1.1. Trĩ tắc mạch

1.1.1. Đặc điểm bệnh

Khoảng 15% trong các bệnh nhân trĩ có các đợt tắc mạch trĩ cấp, cơ chế của hiện tượng này còn chưa được biết rõ. Có thể có các yếu tố hormon, gia đình.

- Trĩ ngoại tắc mạch: đó là một khối nhỏ, thường đơn độc, màu xanh tím, chắc, nằm dưới da rìa hậu môn.

- Trĩ nội tắc mạch: hiếm gặp hơn, biểu hiện bằng những cơn đau dữ dội trong ống hậu môn. Khám hậu môn trực tràng sẽ thấy một khối nhỏ, hơi rắn, đau. Soi hậu môn thấy khối máu cục màu xanh tím.

- Trĩ vòng sa tắc mạch: bệnh nhân đau dữ dội vùng hậu môn, khám thấy trĩ sa toàn bộ hay nửa vòng, thường kèm hiện tượng viêm phù nề, có những điểm tắc mạch hoại tử. Khó có thể đẩy khối trĩ tắc mạch trở lại trong lòng ống hậu môn.



Hình 21.1. Trĩ ngoại tắc mạch



Hình 21.2. Sa trĩ tắc mạch

1.1.2. Thái độ xử trí

Nếu để tự diễn biến: trĩ tắc mạch có thể tự hấp thụ, đau giảm dần, bó trĩ sa nhỏ lại, bớt phù nề. Di tích để lại là những mảnh da thừa hay u nhú phì đại. Đa số các trường hợp cần được điều trị nội hoặc ngoại khoa.

a. Điều trị nội khoa: bao gồm nghỉ ngơi, chế độ vệ sinh ăn uống và thuốc.

- Chế độ ăn giàu chất xơ, không ăn uống chất cay như hạt tiêu, ớt, rượu...
- Vệ sinh tại chỗ: ngâm rửa sạch hậu môn trong nước ấm 2-3 lần/ngày.

- Sử dụng thuốc: thuốc nhuận tràng (như dầu parafin, Forlax...), thuốc giảm đau (Paracetamol, Visceralgine), dùng kem bôi hay viên thuốc trĩ đặt tại chỗ (Proctolog, Titanoreine, Niffedipine...) kết hợp với một loại thuốc chống viêm, phù nề, giảm tính thấm thành mạch như Daflon, Ginkort fort...

b. Rạch lấy cục máu đông: khi triệu chứng không thuyên giảm, người ta thường chọn phương pháp rạch để lấy đi cục máu đông. Thủ thuật này chủ yếu áp dụng cho các trường hợp trĩ ngoại tắc mạch (trĩ nằm dưới đường lược).

- *Lưu ý:*

+ Không làm thủ thuật này trước ngày thứ 3-4 (kể từ khi có triệu chứng) tránh nguy cơ tái phát và dễ chảy máu. Cũng không nên làm sau ngày thứ 10, khi đó cục máu đã tổ chức hoá và rất ít khi đau.

+ Không làm thủ thuật này trong trường hợp trĩ ngoại tắc mạch có phù nề nhiều tại chỗ, cũng như các trường hợp sa trĩ nội tắc mạch (còn được gọi là sa nghẹt trĩ).

- *Kỹ thuật:*



Hình 21.3. Gây tê tại chỗ với xylocain

Gây tê tại chỗ với Xylocain, dùng dao nhọn rạch ngay trên trĩ tắc mạch lấy đi cục máu đông. Không cần thiết khâu cầm máu.

- *Sân sóc sau thủ thuật:*

Đơn giản, ngâm rửa sạch hậu môn sau đi ngoài, đắp miếng gạc tẩm Betadine tại chỗ, không cần cho kháng sinh, cho giảm đau 1-2 ngày nếu cần thiết. Vết mổ thường liền sau một tuần.

c. Tiêm thuốc điều trị giảm đau, khi trĩ ngoại tắc mạch kèm theo phù nề nhiều tại chỗ

Trong trường hợp trĩ tắc mạch kèm theo phù nề nhiều gây đau, khó chịu cho bệnh nhân, có thể tiêm thuốc ngay tại chỗ. Dung dịch 5ml thuốc bao gồm Xylocain 1% với 1 ống thuốc Hyaluronidase 250 hoặc 500 đơn vị (thuốc có tác

dùng làm tăng tác dụng của các thuốc dùng phối hợp tại chỗ hoặc toàn thân, ví dụ như các thuốc chống đau, giảm viêm...), tiêm một hoặc vài điểm tại nơi trì tắc mạch phù nề.

Hình 21.4. Tiêm một vài điểm tại nơi trì tắc mạch phù nề



d. Phẫu thuật cắt trĩ

– Phẫu thuật cấp cứu trong trĩ tắc mạch chỉ đặt ra trong hai tình huống sau đây:

+ Sa trĩ tắc mạch khiến bệnh nhân đau dữ dội, không thể chịu đựng được mặc dù đã được điều trị nội khoa tại chỗ và toàn thân một cách đầy đủ.

+ Trĩ tắc mạch cả vòng hoặc nửa vòng, sau khi đã được điều trị nội khoa làm giảm bớt tình trạng viêm phù nề. Phẫu thuật và săn sóc hậu phẫu dễ dàng hơn.

Phẫu thuật thường được áp dụng nhất là cắt trĩ từng bó theo phương pháp Milligan - Morgan.

– Săn sóc sau mổ, ngoài các loại thuốc thông thường sau mổ trĩ, chú ý cho thêm các thuốc chống viêm, giảm phù nề, tăng sức bền thành mạch như loại Daflon, mỡ Nifedipine bôi tại chỗ...

1.2. Áp xe hậu môn trực tràng

1.2.1. Đặc điểm bệnh

Áp xe hậu môn trực tràng là các ổ mủ ở các khoang xung quanh hậu môn trực tràng bắt nguồn từ các nhiễm trùng tại các hố hậu môn nằm trên đường lược (nơi có các tuyến Hermann - Desfosses). Nếu không được điều trị, hay xử lý không đúng áp xe sẽ vỡ tạo thành các đường rò ra ngoài da hay vỡ vào lòng trực tràng.

a. Phân loại áp xe hậu môn trực tràng

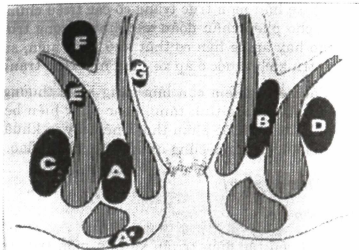


**THƯ VIỆN
HUYỆN**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hình 2.1.5.

- A.** Áp xe quanh hậu môn
- A'.** Áp xe liên cơ thất thấp, ngay dưới da hậu môn.
- B.** Áp xe liên cơ thất cao
- C.** Áp xe hố ngồi – trực tràng thấp, thứ phát do vỡ từ áp xe liên cơ thất thấp.
- D.** Áp xe hố ngồi – trực tràng cao, thứ phát do vỡ từ áp xe liên cơ thất cao.
- E.** Áp xe trên cơ thất.
- F.** Áp xe khoang chậu hông – trực tràng. Thường do sai sót khi mổ.
- G.** Áp xe dưới niêm mạc trực tràng



Khi áp xe đã hình thành, phải can thiệp ngay để dẫn lưu mủ. Nếu ổ mủ không được dẫn lưu hay dẫn lưu không hết sẽ phá ra chung quanh, vỡ ra ngoài da hay vào trong lòng trực tràng tạo nên các hình thái bệnh rò hậu môn trực tràng.

b. Triệu chứng lâm sàng

– Áp xe ở nông: bệnh nhân rất đau ở vùng hậu môn, đau tăng khi ngồi, ho, đi lại hay khi đi ngoài. Nhìn sẽ thấy một khối áp xe với các dấu hiệu viêm tấy đỏ, căng bóng, hơi chắc và khi ấn vào rất đau.

– Những ổ áp xe sâu thường ít đau hơn, nhưng thường biểu hiện nhiễm trùng toàn thân như sốt cao dao động, có khi tới 39-40°C. Thăm trực tràng sờ thấy một khối căng đau, đẩy lồi vào lòng trực tràng.

Áp xe hố ngồi trực tràng, quan sát thấy một vùng da một bên hậu môn sưng căng bóng, ấn vào đau chói. Nếu áp xe hố ngồi trực tràng nằm cả hai phía, gọi là áp xe hình móng ngựa. Ở hình thái này, lỗ nguyên phát thường ở vị trí 6 giờ, nhiễm trùng lan toả ra khoảng sau hậu môn trực tràng tới vùng hố ngồi trực tràng hai bên.



Hình 21.6. Áp xe hậu môn trực tràng

Áp xe hậu môn trực tràng có các triệu chứng rõ rệt. Khám lâm sàng tại chỗ thường cho phép chẩn đoán xác định. Trong trường hợp các ổ áp xe nằm ở sâu, trên cao hay áp xe liên cơ thất khó phát hiện, siêu âm nội soi rất có ích để phát hiện vị trí, kích thước ổ áp xe cũng như tình trạng cơ thất hậu môn.

Các xét nghiệm cận lâm sàng khác thường không có thay đổi nhiều: bạch cầu đa nhân trung tính tăng, hoặc phát hiện bệnh lý đại tháo đường kèm theo. Khi khám bệnh hoặc phẫu thuật nên cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ để dùng kháng sinh cho đúng, cũng như loại trừ bệnh lao.

1.2.2. Thái độ xử trí

a. Nguyên tắc

Nguyên tắc điều trị áp xe hậu môn trực tràng là rạch dẫn lưu mủ, tìm lỗ nguyên phát. Phẫu thuật có thể thực hiện một thì (dẫn lưu áp xe và mở ngỏ đường rò đối với thể rò nông), hoặc hai thì (đối với thể áp xe nằm ở sâu, thể phức tạp nên rạch mở áp xe, đường rò sẽ xử lý ở thì mổ sau). Lấy mủ để nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.

b. Phương pháp vô cầm

Tê tại chỗ, nếu chỉ chích tháo mủ đơn thuần. Tê tuỷ sống hay mê toàn thân, khi phẫu thuật điều trị một thì (dẫn lưu áp xe và mở đường rò), hoặc cần thăm dò thương tổn ở thể phức tạp như áp xe hình móng ngựa hay áp xe liên cơ thất... Thường để bệnh nhân nằm ở tư thế phụ khoa, dễ dàng thăm dò trong mổ và thực hiện các thao tác kỹ thuật.

c. Phương pháp phẫu thuật

– Áp xe nông dưới da, niêm mạc: rạch trên ổ áp xe, nạo tử cung hoại tử, bơm rửa bằng dung dịch oxy già và Betadine.

– Áp xe hố ngồi - trực tràng một phía: chọn đường rạch theo đường vòng song song với các cơ thất, đủ rộng để dẫn lưu mủ tránh miệng vết thương khép lại quá nhanh. Nếu phát hiện lỗ nguyên phát tạo rò xuyên cơ thất phần thấp hoặc trung gian, có thể làm một thì.

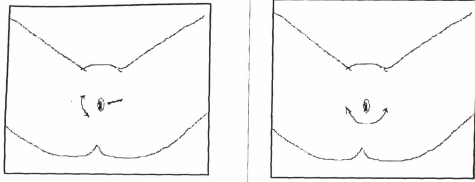
– Áp xe liên cơ thất: mở ngỏ ổ áp xe vào lòng trực tràng, bằng cách mở cơ tròn trong dọc theo chiều cao ổ mủ.

– Áp xe hình móng ngựa: lỗ nguyên phát thường ở vị trí 6 giờ (tư thế phụ khoa) niêm trùng lan sang 2 phía tạo thành các ổ áp xe ở hố ngồi trực tràng bên phải và bên trái hậu môn. Rạch vòng phía sau hậu môn, phá các góc gác ổ áp xe và bơm rửa. Đối với đường rò nên xử trí ở thì sau, bằng cách đặt sợi cao su luôn từ lỗ nguyên phát ở hố hậu môn vị trí 6 giờ thông với đường rạch áp xe ở vị trí tương ứng.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 21.7. Rạch dẫn lưu áp xe hố ngồi trực tràng và áp xe hình móng ngựa

Một số trường hợp áp xe lan rộng, nhiều góc ngách, ở sâu phá rộng vào lòng trực tràng có thể phải đặt vấn đề làm hậu môn nhân tạo phía trên để điều trị thuận tiện.

d. Sân sóc sau mổ

- Vệ sinh tại chỗ: ngâm rửa sạch hậu môn hàng ngày bằng nước ấm pha thuốc sát trùng như loại dung dịch Betadine. Thay băng và theo dõi sao cho vết thương liền đầy từ đáy lên dần miệng, tránh miệng vết thương khép kín quá nhanh để lại khoang đọng dịch bên dưới.
- Ăn chế độ dễ tiêu, nhuận tràng.
- Kháng sinh đường uống như loại Flagyl 1g/ngày trong 5-7 ngày.
- Rạch tháo mũ đúng kỹ thuật, dẫn lưu tốt, sân sóc tốt sau mổ giúp cho thương tổn chóng lành, tránh được những di chứng như sẹo liên xấu, hẹp hậu môn, đại tiện không tự chủ... Sau khi rạch dẫn lưu đơn thuần khoảng 2/3 các trường hợp áp xe tự tiến triển thành đường rò.

1.3. Nút kẽ hậu môn

1.3.1. Đặc điểm bệnh

a. Triệu chứng lâm sàng: nút kẽ hậu môn là một trong 3 nguyên nhân thường gặp nhất gây đau ở vùng hậu môn với tính chất đau diễn biến theo 3 thì: mỗi khi đại tiện bệnh nhân có cảm giác đau như bị xé vùng hậu môn (1), sau đó hết đi trong một vài phút khi phân đi qua ống hậu môn (2) và cảm giác đau co thắt xuất hiện trở lại sau đại tiện, kéo dài vài giờ (3).

Khi thăm khám, thường bệnh nhân rất sợ đau. Nên giải thích rõ cho bệnh nhân hiểu về sự cần thiết phải thăm khám tại chỗ, nói rõ việc thăm khám sẽ được tiến hành nhẹ nhàng và trong một số trường hợp nên gây tê giảm đau (tiêm 2 - 3 ml Xylocain 1% dưới niêm mạc dưới vết loét, hoặc giội vài giọt Xylocain 5% nơi vết loét). Khi thuốc tê có tác dụng mới nên thăm ngón tay và soi hậu môn trực tràng.

Chẩn đoán rõ ràng khi thấy một vết loét hình oval, có dạng như hình chiếc vệt, nằm ở niêm mạc hậu môn tối, đường răng lược. Thường có một mảnh da thừa, còn được gọi là "cột báo hiệu" nằm ở cực ngoài, một u nhú phì đại nằm ở cực trong vết loét. Vết loét thường ở vị trí 6 giờ (tính theo mặt kim đồng hồ, bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa). Đôi khi ở vị trí 12 giờ (thường ở nữ giới), hiếm khi có cả vị trí 6 và 12 giờ.

Phân biệt vết loét cũ hay mới dựa vào một số đặc điểm sau đây:

- Vết loét mới: bờ nét và mảnh, dễ rớm máu, thường có một u nhú phì đại nằm trên đường lược.

- Vết loét cũ: bờ xơ, dễ bong, đáy sâu và lộ các thớ cơ thắt vòng hậu môn.

- Người ta còn phân biệt vết loét nhiễm trùng, nứt kẽ ở trẻ em (hiếm gặp).

Khi phát hiện thấy vết loét cần loại trừ một số bệnh khác như ung thư hậu môn biểu hiện dưới dạng loét, vết loét giang mai, bệnh Crohn. Khi đó cần phải sinh thiết và một số xét nghiệm chẩn đoán đặc hiệu.

b. Về cơ chế bệnh sinh, nhiều giả thiết đã đưa ra:

- Yếu tố cơ học: vết nứt tạo ra do phân cứng hoặc một dị vật.

- Yếu tố mạch: vết nứt nằm ở cực sau ống hậu môn, vùng được tưới máu kém nhất.

- Nhiễm trùng: coi nứt kẽ là một dạng rò đặc biệt.

Thực tế cho thấy nứt kẽ hậu môn thường gặp nhất tại điểm yếu nhất của niêm mạc ống hậu môn và thường liên quan với tình trạng tăng trương lực cơ thắt, chính tình trạng tăng trương lực này duy trì vết loét.



Hình 21. 8. Vết nứt hậu môn

1.3.2. Thái độ xử trí

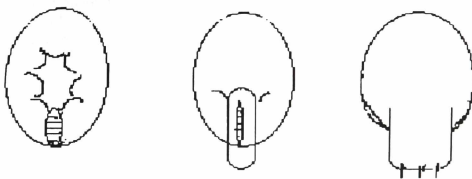
- Nứt kẽ nông, nhỏ, mới thường áp dụng các biện pháp điều

trị nội khoa như chống táo bón, chống co thắt hậu môn hoặc đôi khi dùng thủ thuật cắt mở cơ thắt trong hậu môn phía bên (vị trí 3 giờ, theo kỹ thuật của Parks).



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 21.9. Phương pháp của Parnaud và Arnous

– Các vết nứt kẽ mới, điều trị bằng thuốc không hiệu quả hoặc các vết nứt kẽ cũ tiến triển nên áp dụng biện pháp ngoại khoa: cắt cơ tròn trong hậu môn vị trí 6 giờ kết hợp với tạo hình hậu môn bằng mảnh niêm mạc trực tràng (phương pháp của Parnaud và Arnous: cắt bỏ vết loét, sau đó hạ vật niêm mạc trực tràng thay thế vị trí vết loét - hình 21.9).

– Các vết nứt kẽ nhiễm trùng được xử lý như đối với trường hợp rò hậu môn xuyên cơ thất phần thấp: lấy bỏ toàn bộ vết loét và đường rò, có mổ cơ tròn trong nhưng không tạo hình niêm mạc hậu môn.

2. ĐẠI TIỀN MÁU TƯƠI

Các tình huống thường gặp:

- Bệnh trĩ.
- Một số nguyên nhân khác có thể gặp như bệnh polyp đại trực tràng, u trực tràng, bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu...

Khi bệnh nhân đi ngoài ra máu tươi, thường người bệnh tự cho mình là bị bệnh trĩ và đến khám thầy thuốc. Đây cũng là căn bệnh phổ biến nhất trong các bệnh lý ở hậu môn trực tràng. Sau đây là một số đặc điểm về bệnh và phương pháp xử trí:

2.1. Đặc điểm bệnh

Hỏi bệnh cần khai thác đặc điểm của triệu chứng: ỉa máu tươi do trĩ có thể thành tia, dính phân hay giấy vệ sinh. Thường từng đợt, nặng lên khi ỉa tái hoặc sử dụng gia vị cay (ớt, hạt tiêu), nước uống có chất cafein...

Nếu nguyên nhân do một khối u hay bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu, ỉa máu thường kèm chất nhầy và kèm các rối loạn tiêu hoá khác như đau quặn, mót rặn, còn giả buồn đi ngoài...

Thăm khám hậu môn - trực tràng với dấu hiệu ỉa máu tươi, trĩ là bệnh cảnh thường gặp nhất. Ngoài ra còn có thể có các nguyên nhân khác như polyp, u trực tràng... Vì các lý do này mà yêu cầu đặt ra đối với người thầy thuốc lâm sàng: trước khi đặt vấn đề điều trị bệnh trĩ cần phải loại trừ các nguyên nhân gây đại

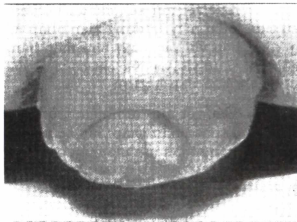
tiện máu tươi khác như polyp, ung thư đại trực tràng... mà cần thiết ngoại khoa cần đặt ra sớm, tránh làm mất thời gian quý báu (bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị đúng bệnh sớm). Khi khám thấy một khối trĩ sa, cần phân biệt với bệnh sa trực tràng (xem hình 21.10, 21.11).

Soi hậu môn trực tràng: là một thăm khám bắt buộc khi trong khám các bệnh lý hậu môn trực tràng. Khi soi phát hiện các thương tổn nghi ngờ phải sinh thiết một cách hệ thống để xét nghiệm tổ chức học.

Soi đại tràng: là một thăm dò cần thiết nếu bệnh nhân đại tiện máu tươi mà soi hậu môn trực tràng không thấy thương tổn. Nhờ đó có thể phát hiện những thương tổn phía trên cao hơn. Ví dụ như khối u, viêm loét, bệnh túi thừa đại tràng... Chụp đại tràng đối quang kép cũng như cho phép phát hiện những polyp, túi thừa đại tràng...



Hình 21.10. Sa trĩ: có những rãnh tạo thành những cánh hồng



Hình 21.11. Sa trực tràng: búi sa có những vòng tròn đồng tâm

2.2. Thái độ xử trí

2.2.1. Điều trị nội khoa

Các nguyên tắc vệ sinh ăn uống (ăn ít gia vị, tránh táo bón), vệ sinh lao động, vệ sinh hậu môn. Điều trị nội có tác dụng chữa bệnh tốt ở các giai đoạn đầu (trĩ độ 1-2).

Thuốc:

- Tại chỗ: dùng các loại thuốc mỡ, viên đạn trĩ có tác dụng chống viêm, giảm đau, giảm tính thấm thành mạch (Proctolog, Titanoreine...).

- Toàn thân: Daflon, Ginkort fort và một số hoạt chất khác có tác dụng rất tốt cho các đợt kịch phát như trĩ chảy máu, tắc mạch cũng như điều trị dự phòng chống tái phát. Trong quá trình điều trị thường dùng kèm với các loại thuốc giảm đau chống viêm, chống co thắt. Trong trường hợp phải can thiệp phẫu thuật (ví dụ sa trĩ tắc mạch): Daflon, Ginkort fort có tác dụng giảm đau, giảm phù nề và chảy máu. Nên sử dụng trước và sau phẫu thuật cắt trĩ.

2.2.2. Điều trị thủ thuật

- Tiêm xơ:

+ Phương pháp được biết đến từ cuối thế kỷ 19. Cơ sở lý luận và thực tiễn của phương pháp bắt nguồn từ việc tiêm xơ để điều trị giãn tĩnh mạch chi dưới.

+ Mục đích và nguyên tắc là làm ngừng hiện tượng chảy máu do mô mạch thiếu oxy hoặc do phản xạ thần kinh vận mạch. Theo dõi diễn biến tổ chức học: dung dịch tiêm xơ có tác dụng kích thích sinh phản ứng viêm ở lớp dưới niêm mạc, nơi có các búi trĩ. Quá trình sinh tổ chức sẹo xơ làm giảm tưới máu và còn có tác dụng cố định niêm mạc hậu môn vào cơ thắt trong. Do đó, tiêm xơ có tác dụng cầm máu và hạn chế hiện tượng sa búi trĩ.

+ Các chế phẩm:

Kinurea 5% (chlohydrate double de quinin et d'uree)

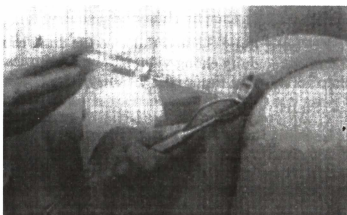
Anusclerol (dầu thực vật + fenol)

Aetoxisclerol (polydocanol)

- Chỉ định: chủ yếu trĩ độ 1-2-3 chảy máu.

- Chống chỉ định: đợt trĩ cấp phát (tắc mạch).

Hình 21.12. Điều trị trĩ bằng thủ thuật tiêm xơ



- Thắt búi trĩ bằng vòng cao su:

+ Nguyên lý:

Luồn một vòng cao su nhỏ vào gốc búi trĩ (trên đường lược). Búi trĩ bị thắt hoại tử vào ngày thứ 2-3, vòng cao su còn nằm lại lâu hơn có tác dụng cầm máu.

+ Chỉ định:

Trĩ độ 2-3, các búi trĩ riêng rẽ, tốt nhất cho một bó sa đơn độc.

+ Chống chỉ định:

Sa trĩ tắc mạch, viêm hậu môn, trĩ kèm nứt kẽ hậu môn (tăng trương lực cơ thắt).

- Dùng đèn hồng ngoại:

Thực chất là sự hiện đại hoá của thủ thuật tiêm xơ. Áp chiếu tia hồng ngoại vào vùng niêm mạc phía trên búi trĩ (khoảng 1 giây) làm đông niêm mạc. Phương pháp cho kết quả tốt với các trường hợp trĩ chảy máu hay sa trĩ vừa phải. Đặc biệt tốt cho viêm hậu môn do mà ít dẫn mạch. Thủ thuật có thể làm nhắc lại 2-3 lần cách nhau 15 ngày.

- Một số biện pháp khác như liệu pháp lạnh, áp lạnh phối hợp thắt vòng cao su, dùng dòng điện cao tần...

2.2.3. Điều trị ngoại khoa

Áp dụng cho các trường hợp điều trị nội khoa hay dùng thủ thuật thất bại.

Hai phẫu thuật thường được áp dụng hiện nay:

- Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Toupet chỉ định cho các trường hợp trĩ vòng.

- Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan - Morgan chỉ định cho các trường hợp trĩ sa thành từng bó.

2.2.4. Chỉ định điều trị bệnh trĩ

- Điều trị trĩ nội không sa, độ 1 hoặc độ 2:

- + Chế độ vệ sinh ăn uống: kiêng ăn chất cay, chua như ớt, hạt tiêu... chống táo bón, ỉa chảy với thức ăn chứa nhiều chất xơ như rau quả...

- + Thuốc: dùng các loại thuốc có tác dụng co mạch và giảm tính thấm thành mạch vừa có tác dụng chống viêm giảm đau như Daflon, Gilkort Fort... có thể dùng phối hợp với một loại thuốc bôi, đặt tại chỗ.

- Sa trĩ:

- + Sa trĩ từng bó đơn độc: thắt vòng cao su.

- + Sa trĩ vòng độ 3-4: ngoại khoa.

- Điều trị ngoại khoa:

Hiếm đặt ra trong cấp cứu. áp dụng cho các trường hợp điều trị nội khoa hay dùng thủ thuật thất bại: sa trĩ thường xuyên, sa trĩ tắc mạch.

Đối với các nguyên nhân gây đại tiện máu tươi khác như bệnh polyp, u, viêm loét đại trực tràng... tùy theo nguyên nhân cụ thể sẽ đặt ra chỉ định và cách thức điều trị phù hợp.

2.3. Phát hiện một khối bất thường vùng hậu môn

Trong thực tế thực hành, các nguyên nhân thường gặp là:

- Trĩ ngoại tắc mạch.
- U, polyp hậu môn, u trực tràng.
- Sa trực tràng.



2.3.1. Đặc điểm bệnh

Thường bệnh nhân đến khám vì phát hiện một khối u bất thường vùng hậu môn xuất hiện từ vài ngày hoặc vài tuần nay. Khám lâm sàng kết hợp với soi hậu môn trực tràng sẽ chẩn đoán xác định bệnh. Đối với các khối u nghi ngờ ác tính phải được sinh thiết xét nghiệm giải phẫu bệnh trước khi đặt vấn đề điều trị.



Hình 21.13. U cơ trơn thành trực tràng

2.3.2. Thái độ xử trí

Tùy thuộc nguyên nhân thấy thuốc sẽ đưa ra chỉ định điều trị thích hợp. Tuy nhiên trong thể loại bệnh này, rất ít khi phẫu thuật cấp cứu được đặt ra.

- Trĩ tắc mạch: xử trí theo nguyên tắc đã nêu trên.
- Đối với các khối u, tùy theo kết quả giải phẫu bệnh sẽ đưa ra chỉ định phẫu thuật thích hợp. Riêng với các polyp vùng hậu môn: cắt qua đường dưới hay nội soi. Bệnh phẩm được gửi xét nghiệm tổ chức học.
- Sa trực tràng: nguyên tắc điều trị là phẫu thuật. Có thể thực hiện qua đường mổ nội soi bụng hay đường dưới (đối với bệnh nhân cao tuổi, kèm những bệnh mãn tính nặng kèm theo, không thể dùng phương pháp gây mê nội khí quản). Các kỹ thuật thường được áp dụng là phương pháp của Orr - Loygue, Delorme, Wells, Ripstein, Sarles...

Trong trường hợp sa nghẹt trực tràng (biến chứng cần phải xử trí cấp cứu): nếu khối trực tràng sa chưa hoại tử, dùng biện pháp ngâm rửa hậu môn trong chậu nước ấm và cố gắng đẩy khối sa vào trong lòng hậu môn trực tràng. Điều trị phẫu thuật sẽ đặt ra khi bệnh nhân đã được đánh giá đầy đủ về bệnh tật cũng như tình trạng toàn thân. Nếu khối sa đã bị hoại tử, cần phải mổ cấp cứu: cắt lọc tổ chức hoại tử, cầm máu và làm hậu môn nhân tạo đại tràng phía trên. Điều trị bệnh bằng phẫu thuật sẽ được đặt ra ở lần mổ sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Hùng. Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa nứt kẽ hậu môn. Ngoại khoa số 1 - 2001: 59 - 62.
2. Nguyễn Xuân Hùng. Phải làm gì trước một bệnh nhân trĩ tắc mạch. Ngoại khoa số 5 - 2001: 58 - 60.
3. Atienaza et E. Parnaud: Hemorroides, EMC 3e ed 1989: 40685.
4. Cope, Les rectorragies - Conduite à tenir. Proctologie N° 17, Ed. Masson 1990.
5. Roland Cope. La douleur en proctologie. Proctologie N°13, Ed. Masson 1990.
6. Proctologie pratique. Hôpital Léopold Bellan - Paris, France.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

CẤP CỨU NGOẠI KHOA TIÊU HÓA

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập:

BS. NGUYỄN THỊ TỐT

Sửa bản in:

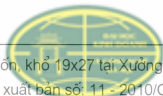
NGUYỄN THỊ TỐT

Trình bày bìa:

CHU HÙNG

Kt vi tinh:

TRẦN THANH TÚ



**THƯ VIỆN
Y HỌC**

In 1000 cuốn, khổ 19x27 tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Giấy phép xuất bản số: 11 - 2010/CXB/340 - 173/YH

In xong và nộp lưu chiểu quý IV năm 2010.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ