

BỘ Y TẾ

NGOẠI BỆNH LÝ

TẬP 1

SÁCH ĐÀO TẠO BÁC SĨ ĐA KHOA

Mã số: Đ.01.Z.09

Chủ biên: PGS. TS. PHẠM VĂN LÌNH

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI - 2007

CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN:

Vụ Khoa học và Đào tạo, Bộ Y tế

CHỦ BIÊN:

PGS.TS. Phạm Văn Linh

NHỮNG NGƯỜI BIÊN SOẠN:

1. PGS.TS. Phạm Văn Linh
2. PGS.TS. Bùi Đức Phú
3. PGS.TS. Nguyễn Dung
4. TS. Nguyễn Văn Lượng
5. TS. Lê Mạnh Hà
6. ThS. BS. GVC. Nguyễn Đăng Đợi
7. TS. Phạm Anh Vũ

HIỆU ĐÍNH :

1. TS. Nguyễn Văn Lượng
2. TS. Phạm Anh Vũ
3. ThS.GVC. Nguyễn Khoa Hùng
4. KTV. Ngô Thị Vui

THAM GIA TỔ CHỨC BẢN THẢO:

ThS. Phí Văn Tâm

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo)

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo đại học ngành Y tế. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy – học các môn cơ sở, chuyên môn và cơ bản chuyên ngành theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách *Ngoại bệnh lý* được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục của Trường đại học Y Dược Huế trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các nhà giáo lâu năm và tâm huyết với công tác đào tạo biên soạn theo phương châm: Kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học; cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam. Sách trang bị cho sinh viên các kiến thức cơ bản của ngoại khoa như cách khám bệnh nhân nhằm phát hiện triệu chứng, các xét nghiệm cận lâm sàng, chỉ định và các giá trị của chúng trong thăm khám bệnh nhân cũng như những phương pháp điều trị mới trong lĩnh vực ngoại khoa.

Sách *Ngoại bệnh lý* đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy – học của Bộ Y tế thẩm định vào năm 2006. Bộ Y tế ban hành làm tài liệu dạy – học chính thức của ngành Y tế. Trong thời gian từ 3 đến 5 năm, sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn PGS.TS. Phạm Văn Linh và các nhà giáo của Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Huế đã dành nhiều công sức hoàn thành cuốn sách này, cảm ơn GS.TS. Nguyễn Đình Hối, GS.TS. Đỗ Đức Vân đã đọc, phản biện để cuốn sách được hoàn chỉnh kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Vì lần đầu xuất bản nên còn khiếm khuyết, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau được hoàn thiện hơn.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

LỜI NÓI ĐẦU

Sách *Ngoại bệnh lý 1* và *Ngoại bệnh lý 2* do Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Huế biên soạn là tài liệu chính thức để dạy – học cho sinh viên từ năm thứ 4 đến năm thứ 6, đào tạo bác sĩ đa khoa theo chương trình khung được Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo ban hành năm 2001.

Sách có 52 bài được chia làm 2 phần: Ngoại bệnh lý 1 bao gồm các kiến thức cơ bản ngoại khoa về tiêu hoá, gan mật, nhi khoa...; Ngoại bệnh lý 2 bao gồm các kiến thức cơ bản về ngoại khoa tiết niệu, chấn thương chỉnh hình, thần kinh sọ não, tim mạch, lồng ngực... Các bài giảng được biên soạn theo số tiết đã quy định trong chương trình đào tạo. Cuối mỗi bài có phần câu hỏi lượng giá dưới hình thức trắc nghiệm và có đáp án ở phần cuối của sách.

Sách do tập thể cán bộ giảng dạy Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Huế biên soạn, trong quá trình biên soạn chúng tôi đã cố gắng sử dụng nhiều tài liệu cập nhật, phù hợp. Do nhu cầu kiến thức về ngoại khoa rất lớn, trong khuôn khổ quy định, cuốn sách này chỉ biên soạn những kiến thức cơ bản nhất nên chắc chắn còn có những thiếu sót, mong nhận được sự góp ý, bổ sung của quý độc giả, các đồng nghiệp để tái bản lần sau được hoàn thiện hơn.

Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Dược Huế chân thành cảm ơn Hội đồng thẩm định sách giáo khoa, Vụ Khoa học và Đào tạo, Bộ Y tế đã cho phép xuất bản cuốn sách này.

Huế, tháng 9 năm 2007

Thay mặt tập thể biên soạn

Trưởng Bộ môn Ngoại

PGS.TS. Phạm Văn Linh

MỤC LỤC

<i>Lời giới thiệu</i>	3
<i>Lời nói đầu</i>	5
1. Ung thư thực quản	9
2. Thủng dạ dày – tá tràng	20
3. Hẹp môn vị	27
4. Ung thư dạ dày	35
5. Sỏi ống mật chủ	45
6. Áp xe gan amíp	57
7. Ung thư gan	67
8. Xuất huyết tiêu hoá	75
9. Chấn thương bụng kín - vết thương thấu bụng	85
10. Ruột thừa viêm cấp	96
11. Tắc ruột	109
12. Thoát vị bẹn- thoát vị đùi	122
13. Ung thư đại - trực tràng	136
14. Teo thực quản	254
15. Thoát vị cơ hoành bẩm sinh	163
16. Hẹp phì đại môn vị	173
17. Teo đường mật bẩm sinh	181
18. Lòng ruột cấp ở trẻ bú mẹ	191
19. Tắc ruột sơ sinh	201
20. Phình đại tràng bẩm sinh (Bệnh Hirschsprung)	210
21. Dị dạng bẩm sinh vùng rốn	220
22. Bệnh lý ống phúc tinh mạc	228
23. Dị dạng hậu môn - trực tràng	234
Đáp án	244
Tài liệu tham khảo	247

Bài 1

UNG THƯ THỰC QUẢN

MỤC TIÊU

1. *Mô tả được giải phẫu bệnh lý của ung thư thực quản.*
2. *Chẩn đoán được ung thư thực quản.*
3. *Trình bày được nguyên tắc điều trị ung thư thực quản.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư thực quản là loại ung thư hay gặp và nằm trong danh sách 10 loại ung thư hàng đầu ở Việt Nam, bệnh tiến triển ban đầu rất thầm lặng. Tần suất mắc bệnh thay đổi tùy theo vùng địa dư, có thể do yếu tố môi trường và dinh dưỡng. Hiện nay, mặc dù có nhiều tiến bộ trong ngoại khoa và các phương pháp điều trị phối hợp nhưng tỷ lệ bệnh nhân sống sau 5 năm chỉ dưới 20%.

2. CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI

- Nguy cơ ung thư thực quản gia tăng theo tuổi. Ung thư thực quản gặp chủ yếu ở nam giới, tỷ lệ nam: nữ là 9:1.
- Chế độ ăn và thói quen sinh hoạt: rượu và thuốc lá được chứng minh có liên quan mật thiết đến gia tăng tần suất ung thư thực quản, trong khi ở những người theo chế độ ăn nhiều trái cây và rau, tần suất ung thư thực quản thấp rõ rệt.
- Chế độ ăn thiếu các chất như vitamin C, vitamin A hay riboflavin có thể làm tăng tần suất mắc ung thư thực quản, như các nghiên cứu ở Trung Quốc hay Iran cho thấy.
- Các bệnh lý ở thực quản: trào ngược dạ dày-thực quản, viêm thực quản mạn tính do trào ngược, loét Barrett thực quản, phình thực quản, sẹo thực quản do bỏng hóa chất... đều có thể dẫn đến ung thư thực quản.

Vì vậy, ở những người có các yếu tố thuận lợi hay mắc các bệnh lý trên, thầy thuốc cần theo dõi sát và tiến hành nội soi kịp thời để phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm.

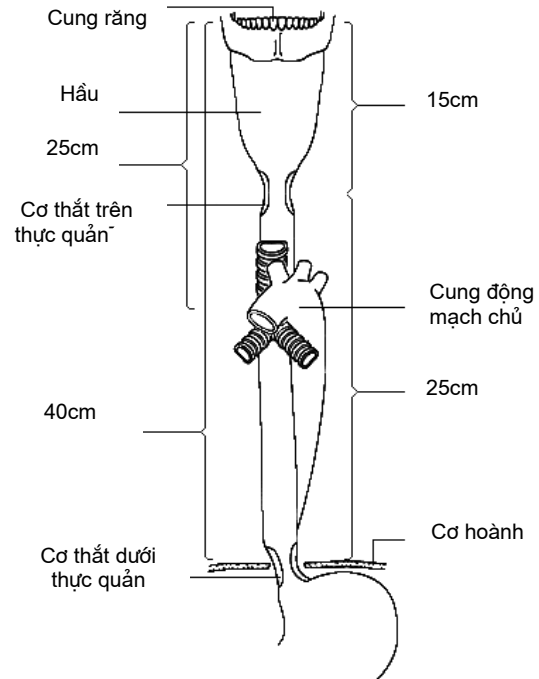
3. SƠ LƯỢC GIẢI PHẪU

Thực quản là một ống cơ bắt đầu từ chỗ tiếp theo hầu, tương ứng với bờ dưới của sụn nhẫn hay bờ dưới đốt sống cổ VII trên phim chụp cắt lớp, từ đó thực quản đi qua trung thất, cơ hoành và tận cùng của tâm vị của dạ dày. Thực quản dài khoảng 25cm, đệt do các thành áp sát vào nhau, khi có khối thức ăn đang nuốt thì thực quản có hình ống. Thực quản dính chặt đầu trên của nó với sụn nhẫn và đầu dưới cơ hoành.

Cách phân chia thực quản

Về mặt phẫu thuật thực quản được chia làm 3 đoạn:

- 1/3 trên bắt đầu từ miệng thực quản (cách cung răng trên 14-15cm) cho tới bờ trên quai động mạch chủ (cách cung răng trên 25cm) đoạn này chỉ dài chừng 10cm.
- 1/3 giữa: bắt đầu từ bờ trên quai động mạch chủ cho tới bờ dưới tĩnh mạch phổi dưới (cách cung răng trên 33cm), đoạn này dài chừng 8cm liên quan tới các mạch máu lớn của tim.
- 1/3 dưới: bắt đầu từ bờ dưới tĩnh mạch phổi cho tới tâm vị (cách cung răng trên 40cm), đoạn này dài chừng 7cm.



Hình 1.1: Phân đoạn thực quản

Cấu tạo

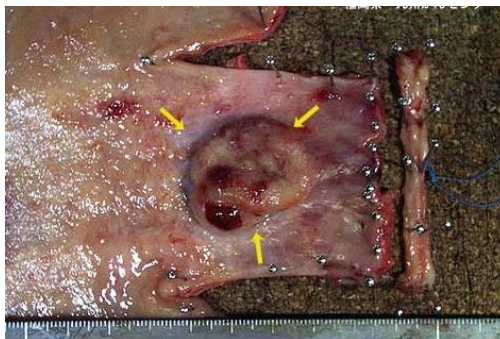
Thực quản được cấu tạo bởi 3 lớp: trong cùng là lớp niêm mạc bao gồm những tế bào biểu mô đáy (ở phần lớn đoạn trên thực quản) và biểu mô trụ (ở đoạn cuối thực quản), kế tiếp theo là lớp dưới niêm mạc chứa những tế bào tuyến nhầy, ngoài cùng là lớp cơ, với những dải cơ dọc ở ngoài và những sợi cơ vòng ở trong. 1/3 trên thực quản là cơ vân, còn 2/3 dưới là cơ trơn.

4. GIẢI PHẪU BỆNH

4.1. Đại thể

Cũng như ở mọi đoạn khác của đường tiêu hóa, về mặt đại thể của ung thư thực quản có những thể sau:

- Thể sùi: một vùng niêm mạc thực quản dài 1-2cm, có khi 7-8cm sùi lên những nụ trông giống như hình hoa súp-lơ không đều, cứng, trên bề mặt có những nụ sùi có những chỗ hoại tử, mủn nát, rớm máu, có khi tạo thành những ổ loét.
- Thể thâm nhiễm: ung thư thể thâm nhiễm chủ yếu phát triển ở lớp niêm mạc xâm lấn vào lớp dưới niêm mạc rồi vào lớp cơ, phát triển theo hình vòng nhẫn, do đó làm ống thực quản bị chít hẹp.
- Thể loét: ung thư thể loét là hay gặp nhất, kích thước có thể lớn nhỏ khác nhau, có bờ rõ, chung quanh ổ loét thành thực quản bị nhiễm cứng. Có loét chiếm hết chu vi của lòng thực quản.



Hình 1.2. Đại thể ung thư thực quản sau mổ

Ba hình thái trên ít gặp đơn độc mà thường kết hợp với nhau để tạo thành các thể trung gian. Ngoài ra kết hợp với khối u thường thấy giãn thực quản bên trên khối u kèm hiện tượng viêm nhiễm.

4.2. Vi thể

Phần lớn là ung thư biểu bì hay còn gọi là ung thư biểu mô tế bào gai, chiếm 90%, thường là tế bào biệt hóa có sừng hoặc không có sừng. Ung thư biểu mô dạng tuyến chỉ gặp khoảng 5-10%, ở phần dưới của thực quản và tâm vị. Loại ung thư này khó phân biệt được là từ thực quản hay từ dạ dày phát triển ra, hay gặp ở thực quản Barrett.

Sarcoma thực quản rất hiếm gặp, có tỷ lệ khoảng 0,1-1,5% trong tất cả các khối u của thực quản. Loại này thường định vị ở đoạn thực quản ngực hoặc cổ.

4.3. Lan tràn

Ung thư 1/3 giữa nằm trong phần hẹp của trung thất nên dễ xâm lấn sang các tổ chức chung quanh như khí phế quản, quai động mạch chủ, màng phổi, dây thần kinh quặt ngược, ống ngực. Ung thư 1/3 dưới thực quản nằm ở vùng rộng của trung thất, có mô mỡ lỏng lẻo bao bọc, vì vậy chậm xâm lấn ra chung quanh; ở đây khối u xâm nhập vào cột sống, màng tim, màng phổi phải và có thể vào cơ hoành, cột sống, động mạch chủ dưới.

Đường di căn của ung thư thực quản là đường bạch mạch và đường máu. Theo đường bạch mạch, ung thư thực quản di căn xuống vùng tâm vị, mạch vành phân bụng, di căn lên trên vào dây thần kinh quặt ngược vào hố trên đòn và cổ, khối hạch giữa thanh quản và khí quản. Theo đường máu, tổ chức ung thư di căn vào gan, xương và phổi.

5. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

5.1. Triệu chứng cơ năng

5.1.1 Nuốt nghẹn

Lúc bệnh mới bắt đầu, tổ chức ung thư còn khu trú, biểu hiện bởi những rối loạn khi nuốt, nhất là với thức ăn đặc. Nghẹn có khi tăng lên, có khi giảm xuống đôi chút nhưng bao giờ cũng có, vì ngoài thương tổn thực thể do khối u, bệnh thường có kèm theo yếu tố viêm nhiễm, phù nề tại chỗ. Sau khoảng 2 tháng, triệu chứng nuốt nghẹn sẽ tăng lên dần và kéo dài, mới đầu chỉ thấy nuốt nghẹn với thức ăn đặc, về sau nghẹn cả với thức ăn lỏng như cháo, nước.

Nuốt nghẹn thường hiện diện muộn trong tiền sử bệnh vì thực quản không có lớp thanh mạc nên cơ trơn giãn ra một cách dễ dàng. Kết quả là khi dấu hiệu nuốt nghẹn đã rõ để bệnh nhân đi khám bệnh thì có trên 60% số trường hợp đã bị ung thư giai đoạn muộn.

Một vài trường hợp ung thư thực quản không có triệu chứng nuốt nghẹn bởi vì khối u tiên phát chỉ xâm lấn vào những cấu trúc lân cận mà không xâm lấn vào lòng thực quản. Khi khối u xâm lấn vào khí-phế quản bệnh nhân có thể thay đổi giọng nói và ho dữ dội.

5.1.2. Nôn

Thường thấy ở giai đoạn muộn, khi khối u tăng kích thước làm chít hẹp lòng thực quản. Nôn xuất hiện khi biểu hiện nuốt nghẹn đã rõ rệt. Nôn có thể xảy ra trong bữa ăn ngay sau khi ăn. Chất nôn là thức ăn vừa mới ăn vào còn nguyên cả hạt cơm, hạt cháo không có lẫn dịch vị. Có thể có vài tia máu nhỏ trong chất nôn.

5.1.3. Tiết nhiều nước bọt

Khi bệnh nhân nuốt nghẹn nhiều thì nước bọt hầu như không xuống được dạ dày. Vì nước bọt tiết nhiều mà không nuốt được nên bệnh nhân luôn phải nhổ nước bọt.

Ngoài những triệu chứng trên, những bệnh nhân ung thư thực quản đến muộn người ta cũng ghi nhận một số triệu chứng cơ năng khác như: ho nhiều, cơn nấc, đau tức ngực, đau sau xương ức (thể hiện xâm lấn của khối u vào vùng cột sống), hơi thở có mùi hôi thối hoặc các triệu chứng của biến chứng như sặc, khàn tiếng...

5.2. Triệu chứng thực thể

Khi bệnh nhân đến tương đối sớm thì thăm khám thực thể thường không phát hiện gì. Nhưng khi đến muộn, lúc đã có di căn thì có thể sờ thấy hạch thượng đòn, hạch vùng trên rốn, gan lớn nhón, di căn xương...

5.3. Triệu chứng toàn thân

Trong khi triệu chứng thực thể rất nghèo nàn thì triệu chứng toàn thân lại rất rõ rệt: người bệnh sút cân nhanh chóng, trong vòng vài ba tháng có thể sút tới 10-15kg cân nặng. Bệnh nhân hốc hác, mất nước, da khô và nhăn nheo trông rất dễ nhận biết. Đôi khi có tràn dịch màng phổi, nổi hạch cổ, gan to, bụng báng, hội chứng Horner (đồng tử co nhỏ, sụp mi mắt và giảm tiết mồ hôi). Lý do của gầy sút ngoài do ung thư còn do không ăn uống được.

6. CẬN LÂM SÀNG

6.1. X quang

Trên hình ảnh X quang chiếu hoặc chụp, cần phải xác định rõ vị trí của thương tổn, mức độ phát triển của khối u theo chiều dọc của thực quản, tình trạng của thực quản trên chỗ có tổn thương, các tổ chức chung quanh thực quản.

- Chiếu sau khi cho uống baryt thấy thành thực quản nham nhở, những chỗ có ung thư không có nhu động và cứng đờ.
- Chụp thực quản có baryt ở các tư thế thẳng, nghiêng, chếch lấy toàn bộ thực quản, ta có thể thấy những hình ảnh sau:
 - + Một hình khuyết có đường bờ nham nhở, ngoằn ngoèo, thấy trong ung thư thể sùi.
 - + Lòng thực quản ở một đoạn nào đó hẹp nhỏ lại, cứng gập trong ung thư thể thâm nhiễm.
 - + Một ổ đọng thuốc hình tròn, hình bầu dục hay hình thấu kính tương ứng với ung thư thể loét.

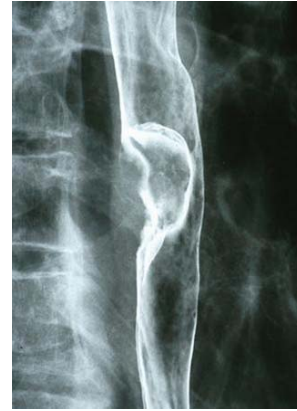
Các biểu hiện trên là biểu hiện của các thương tổn lớn khi bệnh nhân đến trễ. Trong giai đoạn sớm của bệnh, khi thương tổn còn nhỏ, với phương pháp chụp X quang thông thường không phát hiện được, lúc đó cần phải dùng các phương pháp X quang khác.

- Chụp đối quang kép: cho thấy hình dạng các lớp niêm mạc bị thay đổi. Đây là triệu chứng sớm nhất của ung thư thực quản.
- Quay phim X quang cho thấy một đoạn thực quản khi co bóp không còn mềm mại bình thường.

Tóm lại, X quang giúp chẩn đoán xác định bệnh, chẩn đoán vị trí ung thư và chẩn đoán độ lớn của thương tổn. Bên cạnh chụp thực quản, người ta còn chụp phim phổi thẳng, nghiêng để xác định tình trạng nhu mô phổi, tình trạng màng phổi và bóng tim.



A.



B.

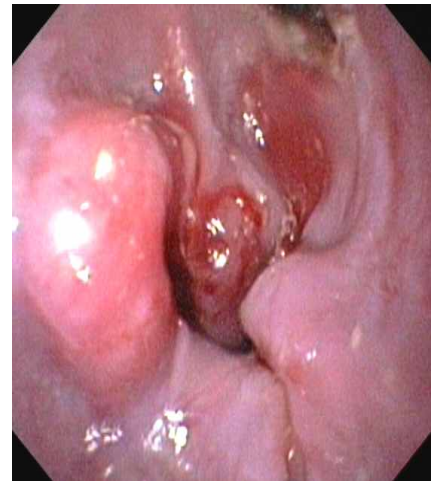
Hình 1.3. Chụp thực quản cản quang

A. Cản quang thường

B. Đối quang kếp

6.2. Nội soi và sinh thiết

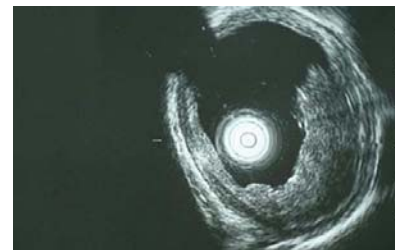
Soi thực quản bằng ống soi mềm cho phép quan sát trực tiếp thương tổn và xác định được đó là loại u sùi, loét hay phối hợp, cách cung răng bao nhiêu, từ đó ta xác định được vị trí khối u. Những thương tổn ở giai đoạn sớm, hình ảnh thấy được là niêm mạc mất nếp, phẳng ra. Giai đoạn sau, niêm mạc thực quản vùng có thương tổn ung thư sùi lên những nụ lồi vào lòng thực quản. Trên thương tổn sùi có những đám hoại tử loét, nên thường thấy 2 thương tổn sùi và loét đi kèm nhau, khi chạm vào thương tổn rất dễ chảy máu. Khi thương tổn đã quá lớn thì lòng thực quản hẹp hẳn lại và ngay trên chỗ hẹp có ứ đọng thức ăn.



Hình 1.4. Nội soi ung thư thực quản

6.3. Siêu âm nội soi

Phương pháp này rất hữu hiệu trong việc đánh giá độ xâm lấn của ung thư ra ngoài thực quản và phát hiện các hạch di căn. Kỹ thuật này giúp các phẫu thuật viên không phải mổ ngực vô ích khi khối u đã tiến triển xa. Siêu âm qua nội soi đánh giá mức độ xâm lấn tại chỗ chính xác hơn CT scan. Hiện nay, ở các nước phát triển và các trung tâm lớn, siêu âm qua nội soi được xem là

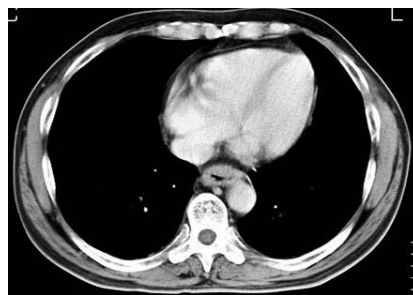


Hình 1.5. Siêu âm nội soi ung thư thực quản

phương tiện chẩn đoán hình ảnh dùng để phân giai đoạn T của ung thư thực quản cũng như thâm nhiễm hạch vùng chính xác nhất.

6.4. Các xét nghiệm cao cấp khác

Hiện nay, tùy theo điều kiện ở một số nơi người ta sử dụng một số xét nghiệm cao cấp như CT scan ngực, CT scan bụng hay thậm chí PET-scan để lượng giá mức độ lan rộng của khối ung thư, hạch lympho và các nốt di căn ở gan, cung mạch vành vị và để xem bệnh nhân còn khả năng phẫu thuật điều trị triệt để không.



Hình 1.6. Chụp cắt lớp vi tính ung thư thực quản

7. CHẨN ĐOÁN VÀ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Trong những năm gần đây, mặc dù có nhiều tiến bộ về mặt kỹ thuật thăm dò nhưng tỷ lệ ung thư thực quản được phát hiện sớm không nhiều (10%) vì khó thấy thương tổn sớm của ung thư thực quản trên phim chụp thực quản.

Chẩn đoán ung thư ở giai đoạn muộn thường dễ dàng vì bệnh nhân đến viện với cảm giác nuốt vướng hay đã có nghẹn, có khi bị nghẹn đã nhiều tháng. Có trường hợp vào viện đã hoàn toàn nghẹn không thể ăn uống được, ngay cả với thức ăn lỏng cũng không nuốt được. Thường xuyên ứ đọng nước bọt, đờm dãi, hơi thở hôi... Tình trạng toàn thân xấu, gầy sút nhiều, có khi chỉ còn da bọc xương.

Tùy theo giai đoạn có thể kết hợp với X quang, nội soi thực quản, sinh thiết, siêu âm nội soi để chẩn đoán.

Chẩn đoán phân biệt

Trong giai đoạn muộn của ung thư thực quản, chẩn đoán dễ, nhưng khi đến sớm cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau:

- Co thắt tâm vị là bệnh cũng thường gặp, nhưng tiến triển bệnh khá dài và không thường xuyên khó nuốt như trong ung thư thực quản.
- Hẹp thực quản do viêm. Nguyên nhân là do hiện tượng trào ngược dạ dày- thực quản. Có tiền sử trào ngược trong nhiều năm, triệu chứng nghẹn tăng từ từ và thường có kèm theo đau, tình trạng toàn thân ít thay đổi.
- Túi thừa thực quản: phát triển chậm, không có gầy sút cân, trên X quang có chuẩn bị thấy thành thực quản lồi.
- Thương tổn thực quản do chấn thương: bệnh nhân nuốt khó, nuốt đau bởi những vết sứt, vết loét do dị vật gây nên. Chẩn đoán được nhờ chụp X quang hoặc soi thực quản.

8. PHÂN CHIA GIAI ĐOẠN TRONG UNG THƯ THỰC QUẢN

Vấn đề đặt ra đầu tiên đối với một bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư thực quản đó là bệnh nhân có thể điều trị phẫu thuật triệt để, điều trị phẫu thuật tạm thời hay chỉ điều trị triệu chứng không phẫu thuật. Đây là một vấn đề thực sự khó khăn bởi vì đánh giá giai đoạn của ung thư thực quản trước phẫu thuật ít chính xác. Sau phẫu thuật ta có thể phân chia giai đoạn theo TNM được AJCC và UICC đưa ra năm 1988.

Bảng 1.1. Phân chia giai đoạn ung thư thực quản theo ATCC và UICC năm 1988

U nguyên phát	
Tx	U nguyên phát không đánh giá được
To	Không thấy u nguyên phát
Tis	U tại chỗ
T1	U tới lớp dưới niêm mạc
T2	U xâm lấn lớp cơ niêm
T3	U lan ra lớp mô quanh thực quản
T4	U lan ra cơ quan kề bên
Hạch bạch huyết	
Nx	Hạch vùng không đánh giá được
No	Hạch vùng không bị xâm lấn
N1	Có hạch vùng
Di căn xa	
Mx	Không đánh giá di căn xa được
Mo	Không có di căn xa
M1	Có di căn xa
Giai đoạn	Giải phẫu bệnh
So	Tis, No, Mo
S1	T1, No, Mo
SIIA	T2 hay T3, No, Mo
SIIB	T1 hay T2, N1, Mo
SIII	T3, N1, Mo hay T4, mọi N, Mo
SIV	Mọi T, mọi N, M1

9. ĐIỀU TRỊ

Có 3 phương pháp điều trị cơ bản đối với ung thư thực quản đó là phẫu thuật, xạ trị liệu và điều trị hóa chất. Từng phương pháp riêng thì không đảm bảo đưa lại kết quả khả quan. Tốt nhất là kết hợp 3 phương pháp này với nhau. Hiện nay có rất nhiều nhóm hóa trị liệu, mỗi nhóm theo một công thức điều trị định sẵn.

9.1. Phẫu thuật

9.1.1. Phẫu thuật triệt để

Phẫu thuật triệt để được thực hiện với cắt thực quản mang theo khối u và tái lập lưu thông tiêu hóa. Phẫu thuật có thể qua đường mổ bụng-ngực, bụng đơn thuần, bụng-ngực-cổ hay quan đường nội soi bụng-ngực. Lưu thông tiêu hóa được tái lập bằng vật dạ dày cuộn ống, quai ruột non hay đại tràng.

Tóm lại, hiện nay đối với ung thư thực quản có 5 loại phẫu thuật và mỗi loại có đặc điểm riêng:

- Phẫu thuật Sweet (mở ngực-bụng). Đây là đường mổ tốt cho thương tổn 1/3 dưới thực quản. Nhược điểm là không bóc tách và nạo hạch lên cao được.
- Phẫu thuật Lewis-Santy (mở ngực phải-bụng) áp dụng chủ yếu cho u ở 1/3 giữa thực quản. Ưu điểm là đánh giá được tình trạng bụng và hạch quanh thực quản ngực. Nếu có phương tiện nối bằng máy sẽ giúp đơn giản hóa phẫu thuật.
- Cắt thực quản toàn bộ (mở thực quản cổ-bụng-ngực). Đây là phẫu thuật ưa chuộng khi tổn thương 1/3 giữa.
- Cắt thực quản không mở ngực, chỉ mở bụng, cổ, tách thực quản (phương pháp Orringer). Nhược điểm là không lấy rộng mô quanh thực quản, chỉ áp dụng cho những trường hợp u nhỏ, mới khu trú ở 1/3 trên và dưới. Ưu điểm là ít đau sau mổ.
- Cắt thực quản qua nội soi lồng ngực: hiện nay được áp dụng ngày càng nhiều.

9.1.2. Phẫu thuật tạm thời

Những bệnh nhân đến muộn khi thương tổn quá lớn hoặc đã có di căn hoặc tình trạng toàn thân xấu không cho phép tiến hành phẫu thuật điều trị triệt để, như những bệnh nhân lớn tuổi, nuốt nghẹn độ IV trở lên, khối u đã xâm lấn sang khí quản, động mạch chủ, tim..., phẫu thuật nhằm mục đích để cho bệnh nhân có thể nuốt được.

- Đặt ống nong trong lòng thực quản: ống này cho phép nuôi dưỡng bệnh nhân bằng các chất lỏng và các thức ăn đặc đã được nghiền nhỏ.
- Phẫu thuật bắc cầu (Pontage): trong phẫu thuật này, thương tổn được giữ nguyên. Dùng một đoạn ống tiêu hóa (một quai ruột non, một đoạn) cắt hai đầu, giữ nguyên mạc treo, bắt cầu từ thực quản cổ tới dạ dày. Đoạn ghép này nằm trước hoặc sau xương ức. Phẫu thuật không cần mở lồng ngực.
- Nhiều tác giả chủ trương mở thông dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân. Dạ dày được mở thông bằng phương pháp Fontan hoặc Witzel. Tuy nhiên, mở thông dạ dày không được bệnh nhân ưa thích vì không được ăn bằng miệng và một số trường hợp bệnh nhân bị nhiễm khuẩn lan vào ổ bụng làm tử vong nhanh.

9.2. Xạ trị

Xạ trị đơn thuần hiện nay ít được sử dụng để điều trị ung thư thực quản vì hiệu quả thấp hơn hẳn hóa trị liệu. Tuy nhiên, xạ trị được sử dụng phối hợp với phẫu thuật và hóa trị cho thấy hiệu quả trong cải thiện triệu chứng cũng như kiểm soát khối u tại chỗ.

Tuy nhiên, xạ trị phối hợp chưa cho thấy hiệu quả trên kéo dài thời gian sống thêm.

9.3. Hóa trị

Điều trị hóa chất có thể được sử dụng trước hay sau phẫu thuật. Hóa trị liệu trước phẫu thuật không làm tăng khả năng phẫu thuật triệt để cũng như tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, hóa trị liệu cho thấy có thể kéo dài thời gian sống thêm sau 5 năm.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Ung thư thực quản ở giai đoạn muộn có các triệu chứng (chọn câu đúng nhất):

- A. Hạch thượng đòn
- B. Di căn gan
- C. Liệt dây thần kinh quặt ngược
- D. Gây do không nuốt được, mặc dù vẫn muốn ăn
- E. Tất cả đều đúng

2. Ung thư thực quản có những nguy cơ cao:

- A. Tiến triển thâm lạng
- B. Gặp nhiều ở người uống rượu
- C. Gặp nhiều ở người ăn và uống nóng
- D. Ăn nhiều thức ăn chứa nitrosamin
- E. Tất cả đều đúng

3. Những yếu tố nào sau đây trên phim X quang thực quản có thuốc cản quang gợi ý khối u thực quản cần phẫu thuật cắt bỏ được:

- A. Hình vụn vẹo của trục thực quản trên nơi có khối u
- B. Trục thực quản ở đoạn trên và dưới khối u lệch nhau
- C. Thực quản bụng mềm mại và thẳng trục

- D. Trục thực quản bị gấp góc ở nơi có khối u
 - E. Đoạn có khối u bị kéo lệch ra xa khỏi trục giữa cột sống
4. Trong phẫu thuật ung thư thực quản có các loại phương pháp sau:
- A. Tối thiểu tạm thời
 - B. Nối tắt tạm thời
 - C. Cắt bỏ khối u
 - D. A và B đúng
 - E. A, B, C đúng
5. Ung thư thực quản: triệu chứng cơ năng nào sau đây có giá trị gợi ý chẩn đoán quan trọng nhất:
- A. Nuốt nghẹn
 - B. Ợ trào ngược các thức ăn nuốt khỏi miệng
 - C. Cơn nấc hoặc quặn đau sau xương ức
 - D. Ợ nhiều nước dãi
 - E. Hơi thở có mùi hôi
6. Chẩn đoán lâm sàng ung thư thực quản:
- A. Gầy nhanh
 - B. Nuốt nghẹn
 - C. Liệt dây thần kinh quặt ngược
 - D. Hạch thượng đòn
 - E. Tất cả đều đúng
7. Cách phát hiện ung thư thực quản sớm:
- A. Dựa vào các yếu tố có nguy cơ cao + nuốt nghẹn
 - B. Chụp thực quản - dạ dày - tá tràng
 - C. Quét niêm mạc thực quản hàng loạt để làm xét nghiệm tế bào học.
 - D. Nội soi thực quản kết hợp sinh thiết
 - E. A và D đúng
8. Điều trị tốt nhất cho ung thư quản đoạn bụng
- A. Phẫu thuật cắt bỏ u
 - B. Phẫu thuật cắt bỏ u + hoá trị
 - C. Phẫu thuật cắt bỏ khối u + hoá trị + xạ trị
 - D. Phẫu thuật cắt bỏ khối u + xạ trị
 - E. Tất cả đều đúng

Bài 2

THÙNG DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân và giải phẫu bệnh của thủng ổ loét dạ dày - tá tràng.
2. Chẩn đoán được thủng ổ loét dạ dày - tá tràng.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị của thủng ổ loét dạ dày - tá tràng.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Chẩn đoán thường dễ vì trong đa số trường hợp các triệu chứng khá điển hình, rõ rệt. Điều trị đơn giản và đưa lại kết quả rất tốt nếu được phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Giới

Thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ: nam 90% và nữ 10%.

2.2. Tuổi

Thường từ 20 - 40. Nhưng cũng có những thủng dạ dày ở bệnh nhân trên 80 - 85 tuổi. Loét ít gặp ở trẻ em nên ít thấy thủng nhưng không phải là không có.

2.3. Điều kiện thuận lợi

- Thời tiết: thủng dạ dày- tá tràng thường xảy ra vào mùa rét hơn là vào mùa nóng hoặc khi thời tiết thay đổi từ nóng chuyển sang lạnh hay từ lạnh chuyển sang nóng. Biến chứng này thường xảy ra vào các tháng 1, 2, 3, 4 hơn là vào các tháng 5, 6, 7, 8, 9.
- Bữa ăn: thủng có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong ngày nhưng một số lớn bệnh nhân bị thủng sau bữa ăn.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Lỗ thủng

- Thường chỉ một lỗ, rất ít khi 2 hay nhiều lỗ. Có thể thủng ở một ổ loét non hay ở một ổ loét chai cứng. Có thể ở một ổ loét đã được khâu lần trước hay một ổ loét ở miệng nối.
- Vị trí ổ loét thường ở mặt trước tá tràng hay dạ dày. Theo thống kê gặp nhiều ở lỗ thủng ở tá tràng hơn ở dạ dày.

3.2. Tình trạng ổ bụng

Sạch hay bẩn tùy theo bệnh nhân đến sớm hay muộn, xa hay gần bữa ăn, lỗ thủng to hay nhỏ, tùy theo vị trí lỗ thủng và tùy theo môn vị có hẹp hay không

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Triệu chứng toàn thân

Sốc có thể gặp trong khoảng 30% trường hợp. Sốc là do đau nhất là lúc mới thủng. Sốc có thể thoáng qua hoặc kéo dài đến một giờ, sau đó mạch, huyết áp sẽ trở lại bình thường.

4.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau đột ngột, dữ dội là dấu hiệu chủ yếu.
- Nôn: không phải là dấu hiệu thường gặp.
- Bí trung đại tiện: không có trong những giờ đầu.

4.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn: bụng cứng, ít hoặc không di động.
- Bụng cứng như gỗ, co cứng thành bụng là một triệu chứng bao giờ cũng có (nhưng mức độ khác nhau) và có giá trị bậc nhất trong chẩn đoán.
- Gõ: vùng đục trước gan mất; gõ đục vùng thấp hai bên mạn sườn và hố chậu.
- Thăm trực tràng: đau túi cùng Douglas.



Hình 2.1. Liếm hơi dưới cơ hoành

4.4. Tiền sử dạ dày

- Có ý nghĩa để chẩn đoán thủng (80-90%).
- Một số ít không có thể rõ ràng, có bệnh nhân thủng là dấu hiệu đầu tiên của loét.

4.5. X quang bụng đứng không chuẩn bị

Có thể thấy hình ảnh “liềm hơi dưới cơ hoành” một bên hay cả hai bên. Có thể gặp trong khoảng 80% trường hợp.

4.6. Siêu âm

Hình ảnh hơi tự do và dịch trong ổ phúc mạc

5. DIỄN BIẾN

Nếu không được điều trị, có thể đưa đến tình trạng viêm phúc mạc toàn thể, viêm phúc mạc khu trú hoặc hình thành các ổ áp xe trong ổ bụng.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán

- Đau đột ngột, dữ dội vùng thượng vị.
- Bụng co cứng như gỗ.
- Tiền sử đau loét dạ dày- tá tràng: khoảng 80-90% bệnh nhân thủng dạ dày- tá tràng có tiền sử bệnh loét hay được điều trị bệnh loét dạ dày- tá tràng
- X quang bụng đứng không chuẩn bị: 80% bệnh nhân có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

Khi triệu chứng của thủng dạ dày không rõ ràng cần phân biệt một số trường hợp đau bụng ở vùng trên rốn có thể đưa đến nhầm lẫn thủng dạ dày tá tràng:

- Viêm túi mật, sỏi ống mật chủ, viêm gan, áp xe gan trái, cơn đau do loét dạ dày - tá tràng.
- Viêm tụy cấp do giun hoặc chảy máu: đau bụng lẫn lộn, nôn nhiều và bệnh nhân vùng vẫy chứ không chịu nằm yên. Bụng trướng là chính. Dấu co cứng thành bụng không rõ ràng. Các men tụy tăng cao trong máu. X quang không có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.
- Áp xe gan vỡ hoặc ung gan vỡ gây co cứng thành bụng: bệnh nhân có bệnh sử trước đó với sốt, nhiễm trùng, đau vùng gan sau đó lan ra toàn bụng. Siêu âm bụng giúp ích nhiều cho chẩn đoán.
- Viêm phúc mạc do thủng ruột thừa: bệnh nhân đau đầu tiên ở hố chậu phải sau lan ra toàn bụng. Triệu chứng nhiễm trùng thường rõ ràng.
- Thủng một tạng khác: thủng ruột do thương hàn, viêm túi thừa Meckel. Thường mổ ra mới chẩn đoán được.

- Tắc ruột: bệnh nhân đau bụng từng cơn, nôn nhiều. Khám thấy dấu rắn bò, quai ruột nổi và tăng âm ruột. X quang có hình ảnh các mức hơi- dịch.
- Bệnh phổi cấp tính khu trú ở đáy phổi...

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Phương pháp hút liên tục không mổ

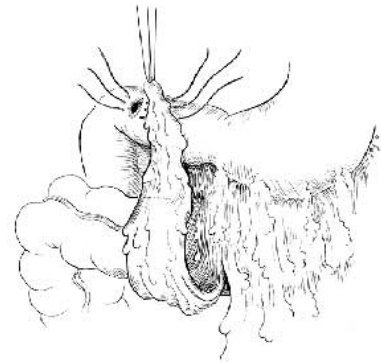
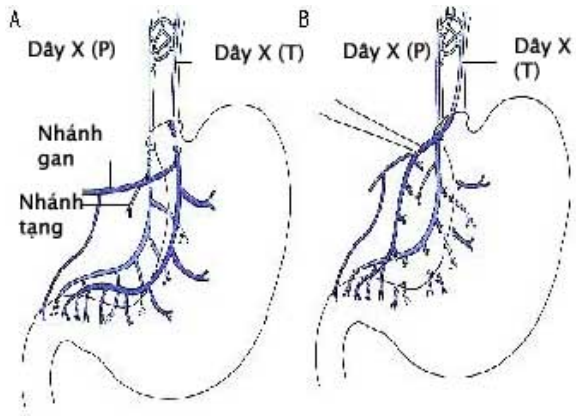
Năm 1935 Wangensteen và Turner công bố những kết quả đầu tiên. Năm 1946 Taylor mở rộng các chỉ định dùng cho các trường hợp đến sớm: hút sạch dạ dày, để lỗ thủng tự bít, dùng kháng sinh chống nhiễm trùng, chỉ định:

- Chắc chắn có thủng
- Bệnh nhân đến sớm
- Thủng xa bữa ăn, bụng ít hơi, ít dịch.
- Theo dõi chu đáo.

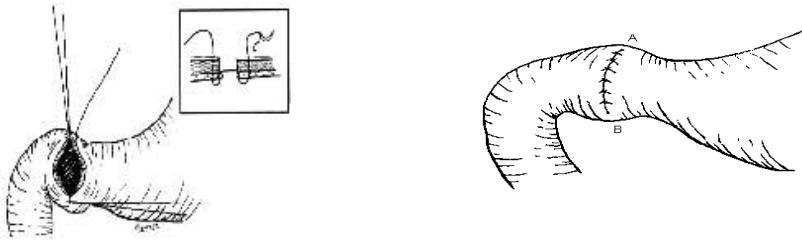
Đây là phương pháp đơn giản nhưng có nhiều nhược điểm nên chỉ định rất giới hạn.

7.2. Các phương pháp phẫu thuật

- Khâu lỗ thủng: người đầu tiên khâu lỗ thủng trong cấp cứu là Mikulicz (1897), hoặc chỉ định: ổ loét nhỏ, ổ loét non, bệnh nhân trẻ, thủng đến muộn. Đây là một phẫu thuật tương đối phổ biến. Tuy nhiên nó khó khỏi hoàn toàn, nguyên nhân gây loét còn tồn tại.
- Cắt dạ dày cấp cứu: là phương pháp điều trị triệt để vì cùng lúc giải quyết ổ loét và lỗ thủng. Chỉ định:
 - + Ổ loét xơ chai, khâu khó khăn
 - + Ổ loét thủng lần hai, hay có chảy máu hoặc hẹp môn vị.
 - + Bệnh nhân đến sớm trước 12 giờ, ổ bụng sạch, chưa có viêm phúc mạc.
 - + Toàn trạng tốt.
- Khâu lỗ thủng + cắt dây thần kinh X
 - + Dùng cho thủng tá tràng
 - + Ổ bụng sạch
 - + Làm các phẫu thuật dẫn lưu phối hợp như nối vị tràng hoặc mở rộng môn vị.
- Dẫn lưu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng theo phương pháp Newmann: được chỉ định trong các trường hợp bệnh nhân đến muộn, tổng trạng bệnh nhân kém, ổ loét xơ chai không thể khâu kín được ổ loét.



Hình 2.2. Khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng



Hình 2.3. Cắt thần kinh X, tạo hình môn vị

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Thủng dạ dày thường gặp ở:
 - A. Nữ giới nhiều hơn nam giới
 - B. Nữ giới chiếm 50%
 - C. Những người lớn tuổi
 - D. Nam giới chiếm 90%
 - E. Trước bữa ăn
2. Về giải phẫu bệnh của lỗ thủng ổ loét dạ dày tá tràng, thường có:
 - A. Hai hay nhiều lỗ thủng
 - B. Ở mặt sau dạ dày
 - C. Ở mặt sau tá tràng
 - D. Ở mặt trước dạ dày, tá tràng
 - E. Thủng ở dạ dày nhiều hơn ở tá tràng

3. Ngay sau khi thủng ổ loét dạ dày tá tràng triệu chứng sốc thường gặp là:
- A. Mạch tăng, huyết áp hạ
 - B. Nhiệt độ tăng, mạch, huyết áp đều tăng
 - C. Mạch, nhiệt độ, huyết áp đều giảm.
 - D. Mạch, nhiệt huyết áp trở lại bình thường
 - E. Huyết áp hạ, mạch tăng, nhiệt độ bình thường
4. Triệu chứng cơ năng chủ yếu trong thủng ổ loét dạ dày là:
- A. Nôn dữ dội
 - B. Bí trung đại tiện.
 - C. Đau thường xuyên dữ dội.
 - D. Đau đột ngột, dữ dội vùng thượng vị
 - E. Đau đột ngột vùng thượng vị nhưng thành cơn
5. Triệu chứng thực thể chủ yếu và sớm trong thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là:
- A. Bụng cứng như gỗ
 - B. Gõ mất vùng đục trước gan
 - C. Gõ đục vùng thấp
 - D. Gõ đục hai mạn sườn và hố chậu
 - E. Thăm trực tràng: đau túi cùng Douglas
6. Liềm hơi trong ổ bụng khi bị thủng dạ dày chiếm:
- A. 100%
 - B. 80%
 - C. 20%
 - D. 30%
 - E. 50%
7. Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng thường gặp ở lứa tuổi nam giới:
- A. 20 - 40 tuổi
 - B. 60 - 80 tuổi
 - C. Dưới 20 tuổi
 - D. A và C đúng
 - E. B và C đúng
8. Thủng ổ loét dạ dày tá - tràng gặp ở :
- A. Mùa nóng nhiều hơn mùa lạnh
 - B. Thường xảy ra ở các tháng 5, 6, 7, 8
 - C. Mùa rét nhiều hơn mùa nóng

- D. Ít xảy ra ở các tháng 1, 2, 3, 5
 - E. C và D đúng
9. Thủng dạ dày - tá tràng có thể là:
- A. Thủng ở một ổ loét non hay một ổ loét chai cứng
 - B. Thủng chỉ gặp ở loét non
 - C. Thủng chỉ gặp ở một ổ loét chai cứng
 - D. Thủng chỉ gặp ở ổ loét ung thư hoá
 - E. C và D đúng
10. Trong thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, co cứng thành bụng là dấu hiệu:
- A. Khi có khi không
 - B. Không có giá trị chẩn đoán
 - C. Ít gặp
 - D. Khó xác định
 - E. Bao giờ cũng có nhưng ở mức độ khác nhau

Bài 3

HỆP MÔN VỊ

MỤC TIÊU

1. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của các giai đoạn hẹp môn vị.
2. Trình bày được nguyên tắc điều trị hẹp môn vị tùy theo nguyên nhân.

1. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp môn vị là một biến chứng của nhiều bệnh, nhưng hay gặp hơn cả là do loét và ung thư.

Về lâm sàng, hẹp môn vị ở giai đoạn muộn thường có những triệu chứng khá rõ ràng, dễ dàng cho chẩn đoán. Ngày nay, nhờ X quang và nội soi đã có thể phát hiện những hẹp môn vị sớm, chưa có biểu hiện lâm sàng.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Loét dạ dày-tá tràng

Loét dạ dày-tá tràng là nguyên nhân hay gặp nhất. Tất cả mọi vị trí của ổ loét ở dạ dày hay tá tràng, ở gần hay xa môn vị, đều có thể gây nên hẹp môn vị tạm thời hay vĩnh viễn.

2.1.1. Cơ chế gây hẹp

- Ổ loét ở môn vị, gần môn vị có thể gây nên hẹp tại chỗ.
- Co thắt: thường phối hợp và làm hẹp nhiều hơn.
- Viêm nhiễm: phù nề vùng hang vị.

Co thắt và viêm nhiễm chỉ là tạm thời và có thể khỏi hẳn sau một thời gian ngắn điều trị nội khoa.



Hình 3.1. Khối u sùi gây hẹp môn vị

2.1.2. Lâm sàng

- Cách tiến triển: bệnh tiến triển từ từ, chậm chạp. Lúc mới bắt đầu xuất hiện từng đợt, vì có hiện tượng co thắt và viêm nhiễm phổi hợp. Có khi viêm, phù nề chiếm ưu thế với đặc điểm là xuất hiện từng đợt rất đột ngột, nhưng cũng giảm hoặc mất đi nhanh chóng dưới tác dụng của điều trị nội khoa. Về sau hẹp trở thành thực thể, xuất hiện thường xuyên, mỗi ngày một nặng thêm.
- Tiền sử: thường bệnh nhân đã có thời gian đau trước đó một vài năm hoặc lâu hơn. Đau theo mùa, nhịp theo bữa ăn, mỗi cơn đau kéo dài một vài tuần.

2.2. Ung thư

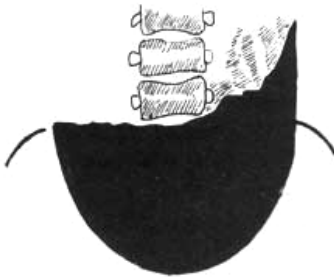
Là những ung thư vùng hang-môn vị, thường là ung thư nguyên phát. Nguyên nhân này đứng hàng thứ hai sau loét. Hẹp thường diễn biến nhanh chóng nhưng cũng có thể diễn biến từ từ, chậm chạp.

2.2.1. Lâm sàng

Thường là một vài tháng nay bệnh nhân thấy ăn uống không ngon, có cảm giác nặng nề, chướng chướng ở vùng trên rốn. Đau nhẹ, người mệt mỏi, sút cân... Những triệu chứng này không có gì đặc hiệu nên rất dễ bỏ qua. Hay bệnh nhân đến viện là vì một khối u ở vùng trên rốn, khối u còn hay đã mất tính di động.

2.2.2. X quang và nội soi

- X quang giúp ích nhiều cho chẩn đoán. Có nhiều hình ảnh khác nhau:
 - + Ống môn vị chít hẹp lại thành một đường nhỏ, khúc khuỷu, bờ không đều.
 - + Vùng hang vị có hình khuyết rõ rệt.



Hình 3.2. Dạ dày giãn hình đáy chậu dày có baryt



Hình 3.3. Dạ dày giãn hình mỏ chim trên phim chụp dạ dày có baryt (khí quay ngược phim)

- Nội soi: nội soi dạ dày - tá tràng bằng ống soi mềm thấy thức ăn còn đọng lại ở dạ dày, không thể đưa được ống xuống tá tràng, sinh thiết xác định chính xác nguyên nhân.

2.3. Các nguyên nhân khác

2.3.1. Tại dạ dày

- Hạch trong bệnh lympho hạt
- U lành tính
- U lao
- Bỏng: do nhâm lẫn hay cố tình, bệnh nhân uống phải các chất toan hay kiềm có tính chất ăn mòn mạnh.

2.3.2. Ngoài dạ dày

- Sỏi túi mật
- Tụy:
 - + Viêm tụy mạn tính thể phì đại
 - + Ung thư đầu tụy.

3. HỘI CHỨNG HẸP

3.1. Giai đoạn bắt đầu

3.1.1. Lâm sàng

- Đau: thường là đau sau bữa ăn; tính chất đau không có gì đặc biệt; không đau nhiều lần.
- Nôn: khi có khi không; thường có cảm giác đầy, hay buồn nôn.

3.1.2. Hút dịch vị

Hút vào buổi sáng, trước giờ ăn sáng thường lệ hàng ngày để tránh những phản xạ tiết dịch. Bình thường hút được chừng 40-60 ml. Ở đây thường là trên 100ml. Trong đó có thể lẫn những cặn thức ăn còn sót lại. Những mẫu thức ăn này có khi nhìn thấy rõ ràng, nhưng thường thì phải chú ý thật cẩn thận mới khẳng định được. Dịch vị nhiều chứng tỏ có hiện tượng ứ đọng, nhưng có thể một phần là do đa tiết.

3.1.3. X quang

Có ứ đọng nhẹ, cũng có khi thấy môn vị vẫn mở thuốc xuống tá tràng bình thường do những co bóp cố gắng của dạ dày. Hình ảnh cơ bản và sớm nhất trong giai đoạn này là tăng nhu động, dạ dày co bóp nhiều hơn, mạnh hơn. Hình ảnh này phải nhìn trên màn ảnh mới thấy, chụp không có giá trị. Hiện tượng tăng sóng nhu động này xuất hiện từng đợt, xen kẽ, có lúc dạ dày nghỉ ngơi.

3.1.4. Nội soi

Dạ dày ứ dịch ít và hình ảnh hẹp môn vị.

3.2. Giai đoạn sau

3.2.1. Lâm sàng

- Đau: đau muộn, 2-3 giờ sau khi ăn, có khi muộn hơn nữa. Đau từng cơn, các cơn đau liên tiếp nhau. Vì đau nhiều nên có khi bệnh nhân không dám ăn mặc dù rất đói.
- Nôn: là triệu chứng bao giờ cũng có và có tính chất đặc hiệu của nó. Nôn ra nước ứ đọng của dạ dày, trong có thức ăn của bữa ăn mới lẫn với thức của bữa ăn cũ. Các tính chất của nôn trong hẹp môn vị:
 - + Nôn muộn sau ăn
 - + Nôn ra nước xanh đen, không bao giờ có dịch mật
 - + Nôn được thì hết đau, cho nên có khi vì đau quá bệnh nhân phải móc họng cho nôn.
- Toàn thân: xanh, gầy, da khô, mất nước, uể oải; tiểu ít và táo bón.
- Khám thực thể:
 - + Óc ách lúc đói: buổi sáng, khi bệnh nhân chưa ăn uống, nếu lắc bụng sẽ nghe rõ óc ách. Triệu chứng này rất có giá trị và gặp thường xuyên.
 - + Sóng nhu động: xuất hiện tự nhiên hay sau khi kích thích bằng cách búng nhẹ lên thành bụng.
 - + Dấu hiệu Bouveret: nếu đặt tay lên vùng trên rốn, thấy căng lên từng lúc.
 - + Bụng lõm lõng thuyên: bụng trên rốn thì trướng, bụng dưới rốn thì lại lép kẹp tạo nên dấu hiệu bụng lõm lõng thuyên.

3.2.2. Hút dịch vị

Lấy được nhiều nước ứ đọng.

3.2.3. X quang dạ dày có chuẩn bị

- Hình ảnh tuyệt rời.
- Dạ dày giãn to.
- Sóng nhu động: xen kẽ với các đợt co bóp mạnh, dạ dày ì ra không co bóp.
- Ứ đọng ở dạ dày: sau 6 giờ, nếu chiếu hoặc chụp lại sẽ thấy thuốc còn lại ở dạ dày.

3.2.4. Nội soi

Xác định nguyên nhân gây hẹp môn vị.

3.3. Giai đoạn cuối

3.3.1. Lâm sàng

- Đau liên tục nhưng nhẹ hơn giai đoạn trên.
- Nôn: ít nôn hơn, nhưng mỗi lần nôn thì ra rất nhiều nước ứ đọng và thức ăn của những bữa ăn trước, có khi 2-3 ngày trước. Bệnh nhân thường phải móc họng cho nôn.
- Toàn thân: tình trạng toàn thân suy sụp rõ rệt. Bệnh cảnh của một bệnh nhân mất nước: toàn thân gầy còm, mắt hốc hác, mắt lõm sâu, da khô dẹt, nhăn nheo. Bệnh nhân ở trong tình trạng nhiễm độc kinh niên, có khi lơ mơ vì ure máu cao hay co giật vì calci máu hạ thấp.
- Khám thực thể: dạ dày dẫn rất to, xuống quá mào chậu, có khi chiếm gần hết ổ bụng, trường không chỉ riêng ở thượng vị mà toàn bụng. Lắc nghe óc ách.

3.3.2. 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 rất yếu ớt và vô hiệu. Sau 12-24 giờ hay hơn nữa, baryt vẫn còn đọng lại ở dạ dày khá nhiều, có khi vẫn còn nguyên.

Sau khi chụp X quang, nên rửa dạ dày để lấy hết baryt ra để phòng thủng.

3.3.3. Nội soi

Xác định nguyên nhân và mức độ hẹp môn vị.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

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

- Triệu chứng cơ năng: đau, nôn, phải móc họng cho nôn.
- Triệu chứng thực thể: lắc óc ách khi đói; dấu hiệu Bouveret.
- Triệu chứng X quang: hình ảnh tuyết rơi, dạ dày hình chậu, sau 6 giờ dạ dày còn baryt.
- Nội soi: xác định nguyên nhân hẹp môn vị.

Trong những trường hợp hẹp nhẹ, chẩn đoán thường dựa vào X quang và nội soi.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh giãn to thực quản.
- Hẹp giữa dạ dày.

- Hẹp tá tràng.
- Liệt dạ dày do nguyên nhân thần kinh.

4.3. Chẩn đoán nguyên nhân

Phân biệt hẹp môn vị do loét và hẹp môn vị do ung thư dựa vào:

- Tiền sử.
- Triệu chứng lâm sàng.
- Hình ảnh nội soi hay X quang.
- Nội soi sinh thiết.

5. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

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

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

Điều trị nội khoa: chủ yếu là bù dịch - điện giải, nâng cao thể trạng cho bệnh nhân. Ngoài ra, có thể kèm theo sử dụng các thuốc kháng tiết hay thuốc điều trị bệnh loét nếu như hẹp do loét và ở giai đoạn sớm.

Điều trị phẫu thuật: có hai phương pháp chính là nối vị tràng và cắt dạ dày.

- + Đối với hẹp do ung thư: phải cắt bỏ dạ dày. Trừ những trường hợp đặc biệt: hoặc toàn thân quá yếu, hoặc tổn thương lan rộng hay có di căn, mới làm phẫu thuật nối vị tràng tạm thời.
- + Đối với hẹp do loét: tốt nhất cũng là phẫu thuật cắt đoạn dạ dày. Nếu bệnh nhân yếu, tình trạng chung không cho phép, ổ loét ở vị trí cắt bỏ, thì nên dùng phẫu thuật nối vị tràng đơn giản.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hẹp môn vị là một biến chứng của nhiều bệnh, nhưng nguyên nhân hay gặp nhất là:

- A. Loét dạ dày - tá tràng
- B. Do ung thư vùng hang môn vị
- C. Khối u vùng tụy

- D. Viêm tụy mạn tính thể phì đại
 - E. Sỏi túi mật
2. Giai đoạn đầu của hẹp môn vị thường đau
- A. Trước bữa ăn
 - B. Sau bữa ăn
 - C. Đau rất đặc hiệu
 - D. Đau rất nhiều
 - E. Không đau
3. Hình ảnh X quang cơ bản của hẹp môn vị giai đoạn đầu là:
- A. Tăng sáng nhu động
 - B. Ứ đọng nhiều thuốc cản quang
 - C. Dạ dày không co bóp
 - D. Ống môn vị chít hẹp
 - E. Có nhiều mẫu thức ăn trong dạ dày
4. Giai đoạn cuối của hẹp môn vị so sánh với giai đoạn đầu thường thấy:
- A. Nôn rất nhiều
 - B. Đau liên tục và đau nặng hơn
 - C. Dạ dày tăng sáng nhu động
 - D. Đau liên tục nhưng nhẹ hơn
 - E. Không đau
5. Trong điều trị hẹp môn vị thực thể cần phải:
- A. Phẫu thuật ngay
 - B. Cần bồi phụ nước và điện giải trước mổ
 - C. Không cần phẫu thuật
 - D. Dùng các thuốc chống co thắt và theo dõi
 - E. Phối hợp nhiều loại kháng sinh
6. Cơ chế gây hẹp môn vị có thể do:
- A. Ổ loét ở môn vị
 - B. Viêm nhiễm
 - C. Co thắt
 - D. A, B, C đúng
 - E. A, B, C sai

7. Hẹp môn vị là một bệnh tiến triển nhanh và lúc đầu có thể xuất hiện từng đợt:

A. Đúng

B. Sai

8. Trong hẹp môn vị giai đoạn muộn khám toàn thân thấy:

A. Xanh, gầy, da khô

B. Táo bón

C. Phù toàn thân

D. Đái ít

E. Tất cả đều đúng

9. Dấu óc ách lúc đói của hẹp môn vị:

A. Thỉnh thoảng mới gặp

B. Thường xuyên

C. Rất hiếm gặp

D. Khi bệnh nhân ăn no

E. A và D đúng

10. Chẩn đoán phân biệt hẹp môn vị với:

A. Bệnh giãn to thực quản

B. Hẹp giữa dạ dày

C. Hẹp tá tràng

D. Liệt dạ dày do nguyên nhân thần kinh

E. Chỉ có A và B đúng

Bài 4

UNG THƯ DẠ DÀY

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các yếu tố nguy cơ của ung thư dạ dày.
2. Chẩn đoán được ung thư dạ dày.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị ngoại khoa trong ung thư dạ dày

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dạ dày là một trong những ung thư ổng tiêu hóa thường gặp, trong thực tế tiên lượng vẫn không thay đổi nhiều từ nhiều năm nay. Thời gian sống đến 5 năm của ung thư dạ dày khoảng 15% và thời gian sống 5 năm sau phẫu thuật triệt căn khoảng 30%. Kết quả này là do chẩn đoán muộn mặc dù có nội soi chẩn đoán và do ít tiến bộ trong điều trị ngoại khoa.

2. DỊCH TỄ HỌC

- Ung thư dạ dày phân bố không đồng đều ở mọi vùng trên thế giới.
- Chiếm tỷ lệ cao ở Nhật Bản và Nam Mỹ. Tỷ lệ thấp ở Bắc Mỹ và Úc.
- Ở Pháp, ung thư dạ dày đứng hàng thứ tư sau ung thư đại tràng 14%, ung thư vú 12%, ung thư phổi 11%.
- Ung thư dạ dày hiếm gặp < 50 tuổi, tần suất này tăng lên theo tuổi.
- Tại Hà Nội, theo thống kê thì tỷ lệ ung thư dạ dày cùng ung thư phổi chiếm 30% các loại ung thư. Tại Thành phố Hồ Chí Minh, ung thư dạ dày chiếm hàng thứ ba trong các loại ung thư ở nam giới và đứng hàng thứ tư trong các loại ung thư ở nữ giới.
- Ung thư dạ dày có liên quan đến yếu tố di truyền, yếu tố môi trường và chế độ ăn uống - dinh dưỡng.

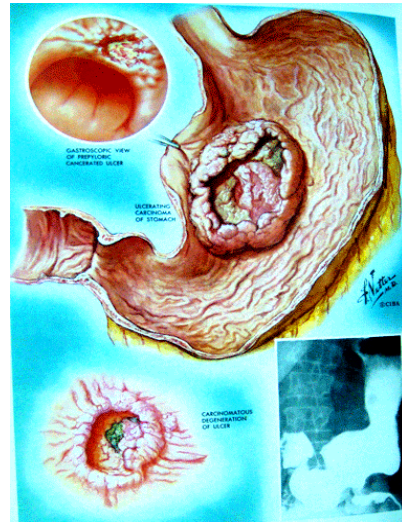
3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Đại thể

- Có 3 loại theo Borrmann và Kajitani
- Khu trú: dạng loét hoặc loét sùi.
- Thâm nhiễm
- Thể trung gian

3.2. Vị trí

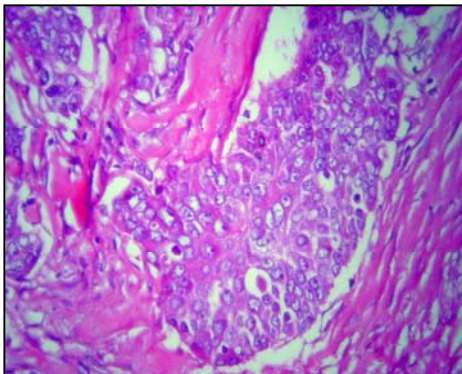
- Gặp nhiều ở vùng hang, môn vị 60%
- Kích thước của khối u cũng có giá trị tốt cho việc tiên lượng. U < 2cm: thời gian sống đến 5 năm khoảng 80%.
- Xâm lấn các hạch lân cận thường gặp khoảng 50%
- Xâm lấn các chuỗi hạch xa là một yếu tố xấu cho tiên lượng của bệnh.



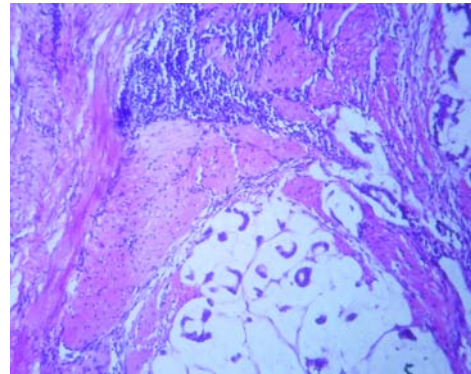
Hình 4.1. Ung thư dạng loét sùi bờ cong nhỏ

3.2.1. Về tế bào học

- Phân loại của Lauren 1965: loại biệt hóa tốt (ung thư biểu mô tuyến thể ruột- Adenocarcinoma tít intestinal) và loại không biệt hóa (tít diffuse).
- Khoảng 50% ung thư dạ dày là loại biệt hoá tốt, 30% loại không biệt hoá và 15% không xác định được
- Tiên lượng tốt đối với ung thư loại biệt hoá tốt.



Hình 4.2. Ung thư biểu mô tuyến xâm nhập lớp cơ dạng biệt hoá vừa



Hình 4.3. Ung thư biểu mô tuyến tế bào nhẵn dạng kém biệt hoá

3.2.2. Những bệnh có nguy cơ cao

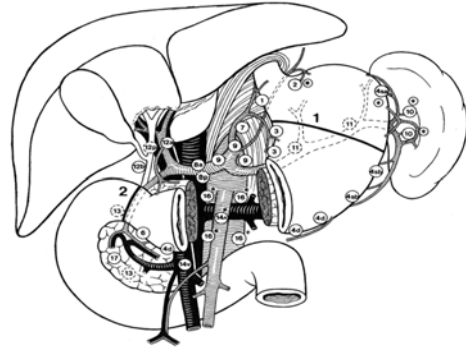
- Loét dạ dày, polyp dạ dày, thiếu máu Biermer.
- Bệnh Ménétrier, tiền sử cắt 2/3 dạ dày hơn 15 năm.
- Viêm dạ dày xơ teo, mạn tính.

3.3. Phân chia các nhóm hạch dạ dày

- Phân chia làm 3 loại (Hautefeuille,1982).

	N0	=	Không có sự xâm lấn hạch
Hạch	N + 0	=	Xâm lấn hạch quanh khối u
	N1	=	Xâm lấn hạch ở các cuốn mạch
Di căn	M0	=	Không có di căn
	M1	=	Di căn

- Phân loại của các tác giả Nhật Bản: chia 16 nhóm hạch: N1 nhóm hạch gần, N2 nhóm hạch xa, N3 di căn xa. Thương tổn thay đổi tùy theo vị trí của ung thư dạ dày.



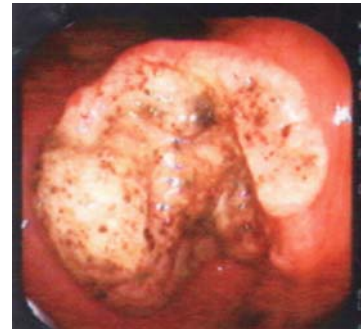
Hình 4.4. Phân loại cách nhóm hạch của Nhật Bản (1981)

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của ung thư dạ dày thường không điển hình, đặc biệt ở giai đoạn sớm:

- Chán ăn kèm sút cân là dấu hiệu hay gặp nhất của ung thư dạ dày, gặp trong 95% các trường hợp được chẩn đoán ung thư dạ dày.
- Hội chứng hẹp môn vị.
- Nôn ra máu đại thể gặp < 5% các trường hợp, mặc dù thiếu máu và có máu ẩn trong phân rất hay gặp. Thiếu máu dạng nhược sắc.
- Nuốt khó là triệu chứng nổi bật khi ung thư nằm ở tâm vị dạ dày. Nôn và buồn nôn có thể xảy ra khi tổn thương ở xa làm hẹp môn vị.
- Đau thượng vị xuất hiện muộn và hiếm gặp, đau lâm râm không điển hình, không có chu kỳ.



Hình 4.5. Hình ảnh ung thư dạ dày qua nội soi

- Trướng bụng là dấu hiệu rất hiếm gặp nhưng có thể sờ thấy khối u trong 50% các trường hợp. Có thể có gan lớn, dấu hiệu này gợi ý di căn gan. Di căn phúc mạc có thể gây bụng báng nhiều, hoặc di căn buồng trứng (u Krukenberg) hoặc di căn túi cùng Douglas. Các biểu hiện muộn này có thể gây đau ở tiểu khung và táo bón. Có thể sờ thấy hạch ở hố thượng đòn trái, đây là những dấu hiệu lâm sàng kinh điển chứng tỏ ung thư dạ dày đang tiến triển.
- Bệnh nhân có thể không có triệu chứng cho đến khi u xâm lấn vào toàn bộ thành dạ dày và các cơ quan kế cận hoặc di căn rộng.

4.2. Cận lâm sàng

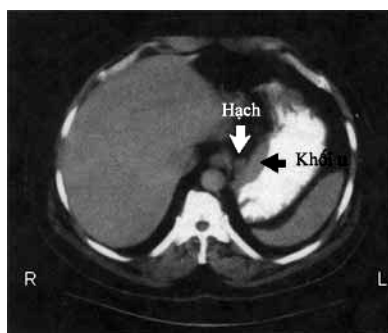
4.2.1. Nội soi

Nội soi cho phép xác định chẩn đoán về mặt đại thể (thể loét, thể sùi hay thể thâm nhiễm), vị trí, hình ảnh tổn thương. Nội soi còn giúp sinh thiết tổn thương để xác định tính chất mô bệnh học. Hạn chế của nội soi: khi tổn thương ở đáy vị, tổn thương ung thư nông dạng viêm xước niêm mạc hoặc ung thư ở nhiều vị trí. Trong trường hợp ung thư dạng loét cần phải sinh thiết nhiều vị trí, tối thiểu 15 vị trí ở bờ ổ loét. Trong trường hợp ung thư thâm nhiễm hoặc thể teo loét hoặc sinh thiết quá nông thì kết quả có thể âm tính.

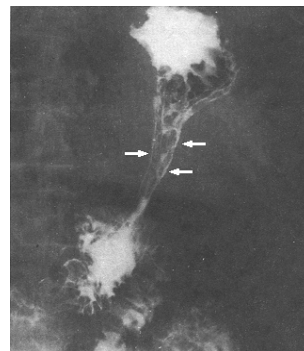
Nội soi còn giúp sàng lọc ung thư dạ dày trong cộng đồng. Thường tiến hành nội soi ở những bệnh nhân có nguy cơ cao, trên 40 tuổi.

4.2.2. Chụp thực quản - dạ dày - tá tràng cản quang (TOGD)

Đây chỉ là xét nghiệm hỗ trợ. Trong ung thư dạ dày thường thấy hình ảnh khối u nhô vào trong lòng dạ dày, đánh giá tình trạng hẹp môn vị. Tuy nhiên X quang không nhạy khi thương tổn chỉ ở lớp niêm mạc. Gần đây để tăng độ nhạy người ta áp dụng kỹ thuật đối quang kép (double contrast) và ép vào dạ dày khi chụp. Chụp dạ dày cản quang không được chỉ định trong trường hợp nghi ngờ thủng ung thư dạ dày.



Hình 4.6. Hình ảnh ung thư dạ dày trên CT scan



Hình 4.7. Ung thư dạ dày trên phim chụp dạ dày cản quang

4.2.3. Chụp cắt lớp vi tính (CT scan)

Chụp cắt lớp vi tính ở tầng trên ổ bụng có cản quang (đường tĩnh mạch và đường uống) rất có ích để phân chia giai đoạn ung thư dạ dày trước khi phẫu thuật. Chụp cắt lớp vi tính còn giúp phát hiện các tổn thương di căn trong ổ bụng (di căn gan, di căn phúc mạc...).

4.2.4. Siêu âm qua nội soi

Kỹ thuật này cung cấp thông tin chính xác về độ sâu của sự xâm lấn qua thành dạ dày. Tuy nhiên kỹ thuật này đòi hỏi trang thiết bị đắt tiền và người thực hiện có chuyên môn cao.

4.2.5. Soi ổ bụng

Soi ổ bụng ngày càng được sử dụng nhiều hơn và được xem như là công cụ giúp phân độ ung thư đồng thời xác định sự hiện diện của di căn nhỏ trong ổ phúc mạc hoặc ổ gan mà không thể phát hiện được trên CT scan.

4.3.5. Các chất chỉ điểm ung thư

Cho đến nay, có nhiều chất chỉ điểm hay còn được gọi là chất đánh dấu ung thư khác nhau được sử dụng trong chẩn đoán, theo dõi và tiên lượng các u ác tính ở bụng và ở ống tiêu hoá.

Đối với ung thư dạ dày, có một số chất được sử dụng như CEA hay CA19-9, tuy nhiên, giá trị của chúng trong chẩn đoán còn rất thấp. Vì vậy, các chất đánh dấu ung thư này được sử dụng chủ yếu trong theo dõi tái phát tại chỗ hay di căn xa sau phẫu thuật ung thư dạ dày.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán

Do triệu chứng lâm sàng thường mơ hồ và xuất hiện muộn, do đó đứng trước trường hợp có tiền sử bệnh với những triệu chứng không điển hình của đường tiêu hoá (chán ăn, sụt cân, đau thượng vị...), người thầy thuốc phải luôn nghĩ đến chẩn đoán ung thư dạ dày.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào cận lâm sàng, trong đó quan trọng nhất là nội soi dạ dày bằng ống soi mềm. Chụp dạ dày cản quang chỉ có tác dụng hỗ trợ.

5.2. Chẩn đoán giai đoạn

5.2.1. Phân chia giai đoạn theo TNM

T: Khối u (Tumor)

Tis: U giới hạn ở niêm mạc, không đi qua màng đáy.

T1: U giới hạn ở lớp niêm mạc hay dưới niêm mạc.

T2: U xâm lấn vào lớp cơ niêm và có thể lan rộng nhưng không vượt quá lớp thanh mạc.

T3: U xuyên qua lớp thanh mạc nhưng không xâm lấn vào cơ quan kế cận.

T4: U xâm lấn vào các cơ quan kế cận.

N: Hạch (Nodes)

N0: Không có xâm lấn hạch bạch huyết vùng.

N1: Xâm lấn hạch bạch huyết quanh dạ dày trong vòng 3cm quanh khối u nguyên phát và chạy dọc theo bờ cong nhỏ hoặc bờ cong lớn.

N2: Xâm lấn hạch bạch huyết vùng trên 3cm so với khối u nguyên phát, kể cả những hạch nằm dọc theo động mạch vị trái, động mạch lách, động mạch thân tạng và động mạch gan chung.

N3: Xâm lấn các hạch bạch huyết khác trong ổ bụng như hạch cạnh động mạch chủ, hạch rốn gan tá tràng, hạch sau tụy và các hạch mạc treo.

M: Di căn

M0: Không có di căn xa

M1: Có di căn xa

5.2.2. Phân chia giai đoạn ung thư dạ dày theo CT scan

Giai đoạn 1: Khối u trong lòng dạ dày, không có dày thành dạ dày.

Giai đoạn 2: Dày thành dạ dày > 1cm tại vị trí u.

Giai đoạn 3: U xâm lấn trực tiếp vào các cấu trúc kế cận.

Giai đoạn 4: Di căn xa.

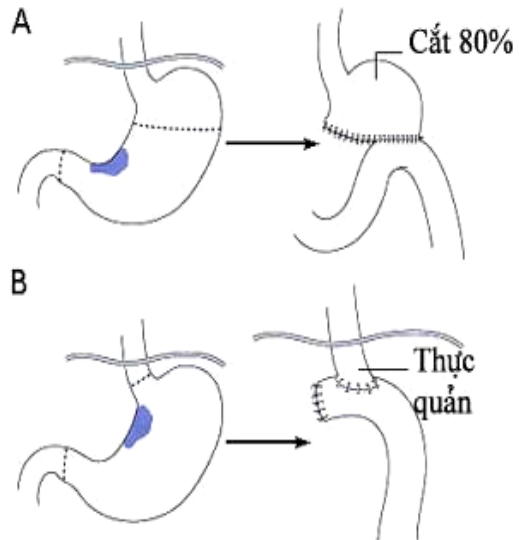
6. ĐIỀU TRỊ

Can thiệp ngoại khoa là chủ yếu.

- Khả năng mổ được khoảng 80% trong đó có thể cắt được 60-70%.
- Tỷ lệ điều trị triệt căn khoảng 50%.

Điều trị ung thư dạ dày cần thiết phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa phẫu thuật viên với nhà giải phẫu bệnh.

Các tác giả phương Tây và Nhật Bản đã đưa ra nhiều phân loại ung thư dựa trên những thương tổn đại thể trong lúc mổ và sự xâm lấn



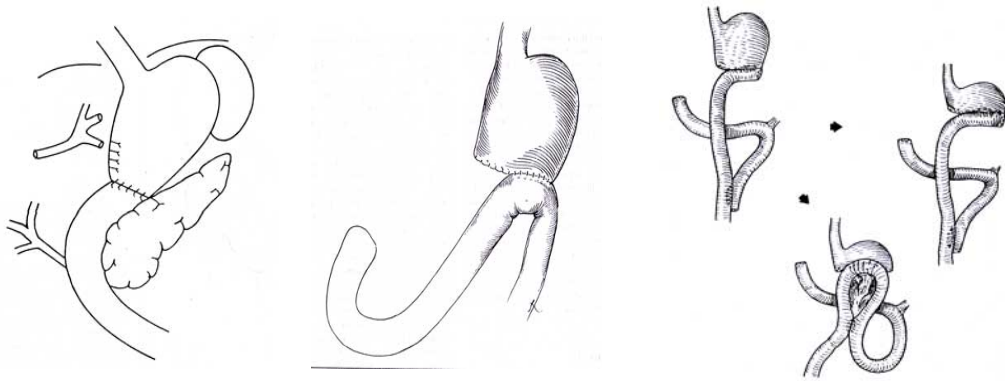
Hình 4.8. Cắt dạ dày bán phần (A) và cắt dạ dày toàn phần (B)

ra thành dạ dày, hạch và trên tiêu bản cắt u... nhằm mục đích đưa ra tiên lượng thích hợp và đồng thời phân tích kết quả sau khi mổ.

Cho dù phân loại nào đi nữa thì mục đích điều trị ung thư dạ dày là điều trị triệt để cắt từ 2-5 cm trên khối u tùy theo kích thước khối u, lấy tế bào làm sinh thiết tức thời trong mổ, cắt bỏ mạc nối lớn.

6.1. Cắt dạ dày bán phần hay toàn bộ

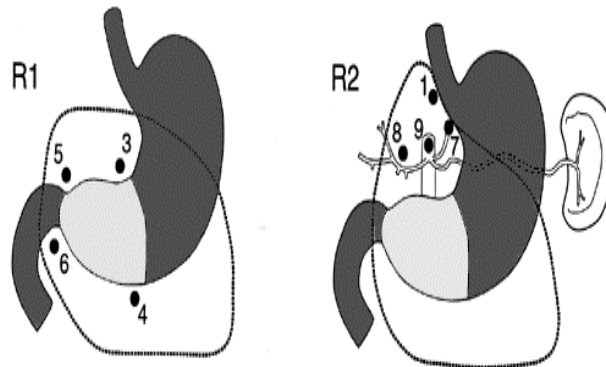
- Cắt dạ dày bán phần hoặc cắt 3/4 được áp dụng cho những ung thư dạ dày ở vùng hang vị hay 1/3 phần xa của dạ dày (60% trường hợp).
- Cắt dạ dày toàn bộ theo yêu cầu được áp dụng cho những ung thư dạ dày ở 1/3 giữa hoặc 1/3 trên hoặc những ung thư lớn xâm lấn toàn bộ dạ dày, sau đó tái lập lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối Y.
- Cắt dạ dày toàn bộ theo nguyên tắc cho những ung thư vùng hang vị dạng xâm lấn hoặc lan tỏa, ung thư dạ dày nhiều chỗ hoặc ung thư tái phát ở mỏm cắt dạ dày còn lại.



Hình 4.9. Các phương pháp tái lập lưu thông tiêu hoá: A. Billroth I, B. Billroth II, C - Roux - en-y

6.2. Nạo lấy hạch bị xâm lấn

Đây là một kỹ thuật bắt buộc, có giá trị đánh giá tiên lượng của bệnh.



Hình 4.10. Phân bố các nhóm hạch dạ dày (R1: Cắt dạ dày nạo hạch mức 1, R2: Cắt dạ dày nạo hạch mức 2)

Kết quả: tử vong phẫu thuật từ 20% theo các phẫu thuật viên Nhật Bản và 10% theo các phẫu thuật viên phương Tây. Kết quả phụ thuộc vào cách phẫu thuật, vị trí, tính chất xâm lấn của ung thư.

6.3. Các phương pháp điều trị khác

- Hóa trị liệu, áp dụng cho những bệnh nhân không có chỉ định mổ hoặc mổ mà không cắt dạ dày được. Hiện nay người ta sử dụng đa hóa trị liệu.

Phác đồ F.A.M (5FU + Adriamycin + Mytomicin), hoặc FAMe (5 Fu + Adriamycin + Methyl CCNV) đôi lúc cũng không cải thiện được tiên lượng.

+ 5FU (tiêm tĩnh mạch): 600mg/m² cơ thể/ngày (vào các ngày 1-8-29-36).

+ Adriamycin (tiêm tĩnh mạch): 30mg/m²/ngày (1-29 ngày).

+ Mytomicin (tiêm tĩnh mạch): 10mg/m²/ngày 1. Chu kỳ 56 ngày.

Hóa trị liệu hỗ trợ sau phẫu thuật tỏ ra cũng cần thiết, tuy nhiên vấn đề cải thiện tiên lượng cũng chưa rõ ràng.

- Xạ trị liệu: có thể áp dụng khi ung thư tái phát, ung thư dạ dày di căn phổi, hạch thượng đòn.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Các tổn thương sau được cho là tổn thương tiền ung thư trong ung thư dạ dày:

- A. Viêm teo niêm mạc dạ dày
- B. Dạ dày vô toan
- C. Loét dạ dày đoạn bờ cong vị lớn
- D. A và B đúng
- E. B và C đúng

2. Ba hình thái đại thể thường gặp của ung thư dạ dày là:

- A. Thể sùi, thể loét và thể chai dẹt
- B. Thể loét, thể sùi và thể thâm nhiễm
- C. Thể chai dẹt, thể sùi và thể thâm nhiễm
- D. A và B đúng
- E. A và C đúng

3. Tổn thương vi thể của ung thư dạ dày bao gồm:

- A. Ung thư biểu mô tuyến
- B. Ung thư mô liên kết

- C. Carcinoid
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
4. Ung thư dạ dày lan rộng theo đường:
- A. Bạch huyết
 - B. Theo bề rộng
 - C. Theo bề sâu
 - D. A, C đúng, B sai
 - E. Tất cả đều đúng
5. Bệnh nhân bị ung thư dạ dày ở nước ta khi vào viện có đặc điểm:
- A. Phần lớn vào viện khi đã có biến chứng
 - B. Phần lớn vào viện ở giai đoạn muộn quá khả năng phẫu thuật
 - C. Phần lớn đã được chẩn đoán và điều trị trước đó vì một bệnh lý khác và thường là bệnh loét
 - D. A và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
6. Các biến chứng của ung thư dạ dày bao gồm:
- A. Thủng
 - B. Chảy máu
 - C. Hẹp môn vị
 - D. Di căn đến các tạng khác
 - E. Tất cả đều đúng
7. Các di căn thường gặp trong ung thư dạ dày:
- A. Gan
 - B. Phổi
 - C. Não
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
8. Điều trị ung thư dạ dày chủ yếu là:
- A. Phẫu thuật
 - B. Nội khoa
 - C. Hoá trị liệu
 - D. Xạ trị liệu
 - E. C và D đúng

9. Các phương pháp phẫu thuật thường được áp dụng trong điều trị ung thư dạ dày có hẹp môn vị bao gồm:

- A. Cắt phần xa dạ dày + vét hạch
- B. Cắt bán phần dạ dày cực trên
- C. Cắt toàn bộ dạ dày
- D. A và C đúng
- E. B và C đúng

10. Các phương pháp điều trị hỗ trợ trong ung thư dạ dày là:

- A. Hoá trị liệu
- B. Xạ trị liệu
- C. Miễn dịch
- D. A và B đúng
- E. A và C đúng

Bài 5

SỎI ỐNG MẬT CHỦ

MỤC TIÊU

1. Chẩn đoán được một bệnh nhân bị sỏi ống mật chủ.
2. Trình bày được nguyên tắc điều trị ngoại khoa sỏi ống mật chủ.

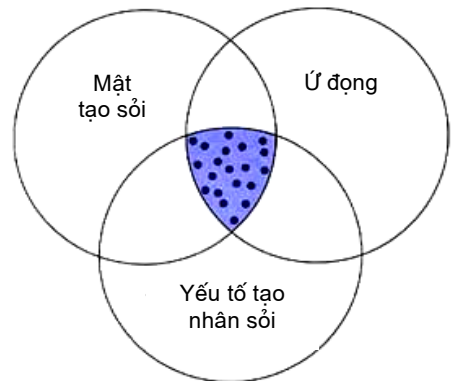
1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi ống mật chủ là bệnh hay gặp và có thể gây nhiều biến chứng; biến chứng tại chỗ như gây thủng mật phúc mạc, viêm phúc mạc mật; chảy máu đường mật... Hoặc biến chứng toàn thân như sốc nhiễm trùng, suy thận cấp, viêm tụy cấp và có thể dẫn đến tử vong.

Trong cấp cứu ngoại khoa hàng ngày số bệnh nhân cần được mổ cấp cứu ngày càng giảm dần nhờ các phương tiện chẩn đoán, bên cạnh nền kinh tế ngày một nâng cao, bệnh nhân thường khám bác sĩ sớm hơn so với trước (mổ cấp cứu từ 95% những năm trước 1990 nay giảm xuống chỉ mổ cấp cứu khoảng 20% tại Bệnh viện Trung ương Huế và tỷ lệ tử vong cũng giảm rõ rệt từ 15% (năm 1986) xuống còn dưới 2% trong những năm gần đây.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ

Ngày nay nguyên nhân tạo sỏi đường mật còn chưa được công bố trên các y văn thế giới cũng như ở Việt Nam. Các nước Âu Mỹ, Nhật Bản gặp sỏi lắng đọng cholesterol là chủ yếu, ở nước ta sỏi cholesterol là phối hợp với sắc tố mật, calci gặp ít. Theo các nghiên cứu trong nước thì sỏi lắng đọng sắc tố mật là chủ yếu trên cơ sở của nhân viên sỏi là trứng hoặc mảnh xác giun đũa. Theo Đỗ Kim Sơn tóm tắt các thuyết tạo sỏi như sau:



Hình 5.1. Các yếu tố hình thành sỏi ống mật chủ

2.1. Thuyết nhiễm trùng

Do vi khuẩn tấn công gây tổn thương thành đường mật, làm đảo lộn cấu trúc mật và các tế bào viêm loét bong vào dịch mật, các muối calci cùng các tổ chức hoại tử và sắc tố mật kết tủa và hình thành sỏi.

2.2. Thuyết nhiễm ký sinh trùng

Ký sinh trùng đường ruột (chủ yếu là giun đũa). Khi giun chui lên ống mật (GCOM) mang theo cả trứng giun đũa, hoặc bản thân con giun mắc kẹt chết ngay trong đường mật để lại các mảnh vỏ xác, tạo nòng cốt cho sắc tố mật lắng đọng bám vào ngày càng nhiều dần dần thành viên sỏi, nghiên cứu khi cắt ngang viên sỏi đã tìm thấy nòng cốt là trứng giun đũa hoặc mảnh xác giun đũa).

2.3. Thuyết chuyển hóa và tăng cholesterol máu

Gặp ở những bệnh nhân béo phì, đái tháo đường, thiếu năng giáp trạng, phụ nữ mang thai... lượng cholesterol trong mật tăng cao, và hình thành sỏi mật (cắt ngang viên sỏi thấy các tinh thể cholesterol xếp theo hình đồng tâm).

Như vậy ở Việt Nam nguyên nhân tạo sỏi phải kể đến nhiễm trùng đường mật và nhiễm ký sinh trùng (giun đũa) (liên quan đến vấn đề phòng bệnh).

3. LÂM SÀNG

Bệnh sỏi mật và đặc biệt là sỏi ống mật chủ, tam chứng Charcot là mô hình chẩn đoán lâm sàng thường xuyên phải đề cập đến là: đau bụng vùng hạ sườn phải, sốt cao và vàng da. Ngoài ba triệu chứng trên nếu bị tái diễn từ 2 lần trở lên thì chẩn đoán sỏi ống mật chủ thường chắc chắn.

3.1. Đau bụng

Vùng hạ sườn phải thường xuất hiện đột ngột và dữ dội sau bữa ăn 1-2 giờ; một số người xuất hiện cơn đau bất kỳ thời điểm nào trong ngày. Đau lan lên ngực, lan ra sau lưng. Đau thường liên tục, đôi khi cũng thành cơn đau như cơn đau giun chui ống mật.

3.2. Sốt

Sốt thường xảy ra sau cơn đau vài giờ, ít trường hợp xảy ra đồng thời với đau bụng; thường sốt cao 39 - 40°C. Kèm theo run lạnh sau đó vã mồ hôi.

3.3. Vàng da

Xuất hiện muộn hơn 2 triệu chứng đau và sốt, vàng da thường xuất hiện sau 24-48 giờ, vàng da chỉ thấy ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ có tắc mật rõ.

Cơ chế triệu chứng:

- Đau bụng do 3 lý do:
 - + Viêm sỏi di chuyển.
 - + Tăng nhu động túi mật và co bóp ống mật.
 - + Tăng áp lực đường mật (bình thường áp lực đường mật 10-15cm nước), khi tăng gấp 1,5 lần sẽ xuất hiện đau.
- Sốt: do ứ trệ dịch mật, vi khuẩn phát triển nhanh tiết ra nội độc tố, xâm nhập vào máu, rét run trong khi sốt cao 39 - 40°C là do nội độc tố của vi khuẩn.
- Vàng da: khi tắc mật, dịch mật không xuống tá tràng mà ứ đọng trong gan. Sắc tố mật, muối mật vào máu, bilirubin máu tăng cao, do sắc tố mật có màu vàng nên da, giác mạc mắt có màu vàng.

Ngoài ra, triệu chứng nôn ít được quan tâm tới. Nước tiểu màu vàng do thải ra sắc tố mật. Phân bạc màu (ít quan tâm) do không có sắc tố mật. Ngứa do nhiễm độc muối mật.



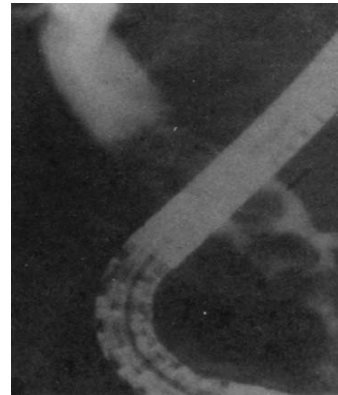
Hình 5.2. Sơ đồ mô tả cơn đau trong sỏi ống mật chủ

3.4. Khám thực thể

Toàn trạng: vẻ mặt nhiễm trùng, hốc hác, lơ òe, môi khô, lưỡi bẩn, vã mồ hôi, sốt cao, mạch nhanh, vàng da vàng mắt.

Khám bụng:

- Nhìn: thấy gồ lên hình tròn, bầu dục vùng hạ sườn phải trong trường hợp có túi mật căng to.
- Sờ:
 - + Sờ thấy túi mật căng to
 - + Làm nghiệm pháp Murphy (+) nếu không sờ thấy túi mật.
 - + Gan mấp mé hạ sườn phải (do ứ mật)
 - + Phản ứng nhẹ hạ sườn phải.



Hình 5.3. Sỏi ống mật chủ trên phim chụp ERCP

3.5. Triệu chứng cận lâm sàng

3.5.1. Xét nghiệm máu

- Bilirubin tăng cao (bình thường 10mg/l).

- Men phosphatase kiềm tăng cao (bình thường 10 đơn vị King-Amstrong).
- Thời gian Quick tăng.
- Tỷ lệ prothrombin giảm do giảm hấp thu vitamin K.

3.5.2. Xét nghiệm nước tiểu

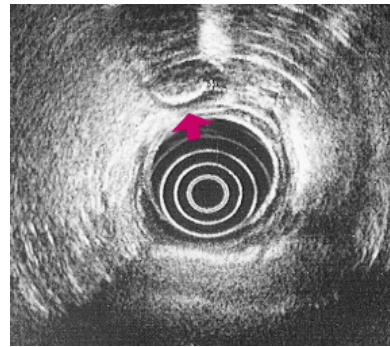
Sắc tố mật, muối mật dương tính (bình thường không có trong nước tiểu)

3.5.3. Xét nghiệm hình ảnh

- Chụp đường mật cản quang ngày nay ít còn ứng dụng vì ít chính xác, phiền phức và nhiều tai biến. Ngày nay nhờ kỹ thuật nội soi bằng ống soi mềm, nên kỹ thuật chụp đường ngược dòng được áp dụng rộng rãi và cho kết quả khá chính xác. Chụp đường mật ngược dòng qua nội soi (ERCP) còn giúp điều trị trong một số trường hợp nhất định.



Hình 5.4. Sở ống mật chủ trên siêu âm



Hình 5.5. Sở ống mật chủ trên siêu âm qua nội soi

- Siêu âm bụng: là phương pháp phổ biến, dễ áp dụng, không gây đau cho bệnh nhân, có thể làm lại nhiều lần, tỷ lệ chẩn đoán đúng trên 95%. Siêu âm xác định có sỏi hay không, kích thước và vị trí của sỏi, tình trạng đường mật và tình trạng ổ bụng.
- Siêu âm qua nội soi: cho phép xác định được những viên sỏi rất nhỏ, tuy nhiên cần trang thiết bị đắt tiền và người thực hiện có chuyên môn cao.
- Ngoài ra, một số xét nghiệm khác như CT scan, chụp cộng hưởng từ hạt nhân..., tuy nhiên ít có giá trị thực tiễn.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào tam chứng Charcot: đau bụng + sốt + vàng da, xuất hiện theo một trình tự nhất định, kèm theo nếu tam chứng này bị tái diễn lại thì chẩn đoán càng rõ ràng hơn.

- Dựa vào siêu âm và các thăm dò khác kết luận có sỏi ống mật chủ.
- Dựa vào các xét nghiệm máu:
 - + Tăng bilirubin
 - + Tăng men phosphatase kiềm
- Dựa vào các xét nghiệm nước tiểu: có sắc tố mật, muối mật.

4.2. Chẩn đoán gián tiếp

- Thể vàng da:
 - + Cần phân biệt với khối u đầu tụy hoặc ung thư bóng Vater. Trong trường hợp này không có tam chứng Charcot. Thường khi thấy vàng da rõ rồi mới có triệu chứng đau bụng, ít sốt, chỉ sốt nhẹ khi có bội nhiễm.
 - + Viêm gan virus (lưu ý khi thấy bilirubin gián tiếp cao hơn là nghĩ đến viêm gan virus). Xét nghiệm thêm transaminase (SGPT cao).
- Thể không vàng da:
 - + Loét hành tá tràng (cần chụp dạ dày cản quang hoặc nội soi dạ dày - tá tràng) để chẩn đoán.
 - + Sỏi túi mật: thường không có vàng da, ngoại trừ sỏi túi mật phối hợp sỏi ống mật chủ.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị không phẫu thuật

- Điều trị nội khoa tạm thời trong tắc mật nhiễm trùng trong tắc mật cấp tính bao giờ cũng kèm theo nhiễm trùng hoặc là tắc mật gây ứ đọng mật làm cho vi khuẩn hoạt động và phát triển; hoặc là có nhiễm trùng đường mật bị phù nề và ôm sát hòn sỏi cản trở sự lưu thông dịch mật; điều trị chủ yếu là các loại kháng sinh chống vi khuẩn Gram (-), thuốc dẫn cơ trơn. Phương pháp này tạm thời điều trị triệu chứng để hạn chế biến chứng do sỏi gây nên.



Hình 5.6. Cấu cơ vòng Oddi qua nội soi để lấy sỏi

- Dùng các hoá chất làm tan sỏi mật như:
 - + Sử dụng các hóa chất làm tan sỏi như cho uống chenodeoxycholic và ursodeoxycholic.
 - + Hỗn hợp MTBE (Methyl - Tertiary - Butyl - Ether) bơm vào đường mật qua nội soi.
- Nội soi qua tá tràng, cắt cơ vòng Oddi lấy sỏi.
- Tán sỏi qua da, tán sỏi qua nội soi đường mật.
- Tán sỏi ngoài cơ thể : hiện nay nhiều nước trên thế giới áp dụng tán sỏi OMC ngoài cơ thể, kết quả thành công khá cao.

5.2. Điều trị phẫu thuật

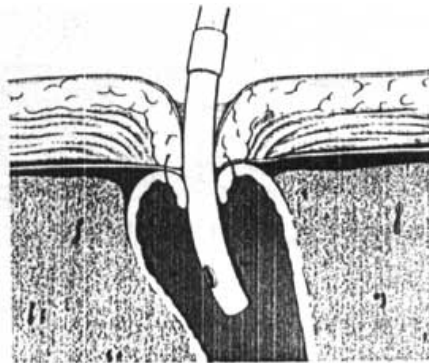
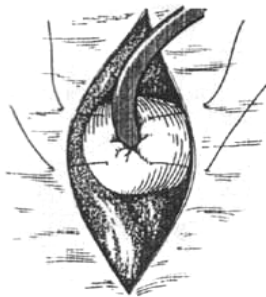
5.2.1. Phẫu thuật kinh điển (mổ hở)

Mở ống mật chủ lấy sỏi dẫn lưu Kehr: phương pháp này trước đây đang được sử dụng thường quy để điều trị ngoại khoa sỏi ống mật chủ.

Từ xa xưa cho đến nay vấn đề chủ yếu vẫn là phương pháp điều trị phẫu thuật, mổ bụng và tiến hành các thao tác trên đường mật tùy theo các tổn thương bệnh lý của nó.

• Chỉ định

- Mổ cấp cứu: thường chỉ định trên bệnh nhân có biến chứng của sỏi đường mật: như thủng mật phúc mạc, viêm phúc mạc mật do hoại tử túi mật, hoại tử đường mật ngoài gan...



Hình 5.7. Dẫn lưu túi mật

- Mổ cấp cứu trì hoãn: chỉ định trong các trường hợp sỏi đường mật kèm theo sốc nhiễm trùng cần phải hồi sức nội một thời gian ngắn, khi tình trạng bệnh tạm ổn định, thực hiện phẫu thuật.
- Mổ theo kế hoạch: được chỉ định ở các bệnh nhân có sỏi mật chưa có biến chứng.

5.2.2. Các phương pháp phẫu thuật

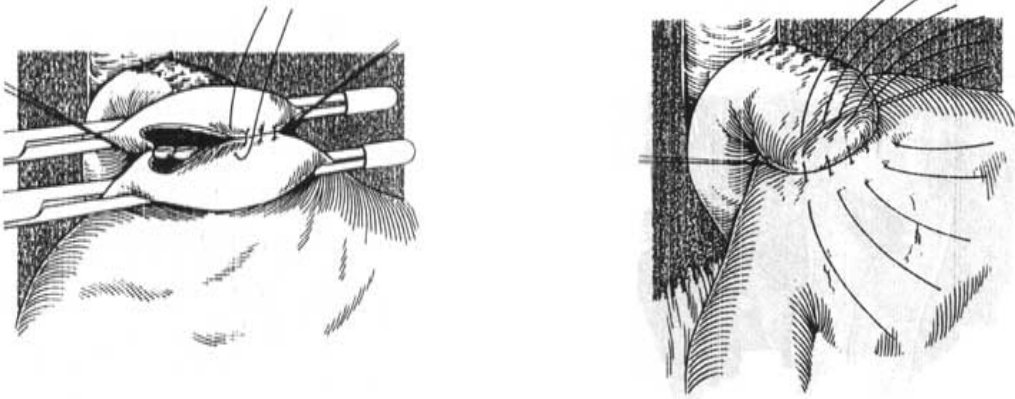
Mục đích của phẫu thuật là lấy sỏi và dị vật đường mật, tạo sự lưu thông mật - ruột, dẫn lưu đường mật hoặc mổ nhẹ thì đầu cấp cứu để chuẩn bị cho lần mổ tiếp theo triệt để hơn.

Vấn đề sỏi ống mật chủ đơn thuần và sỏi túi mật đơn thuần cho đến nay ít có bất đồng về chỉ định và phương pháp phẫu thuật; việc lấy sỏi thường ít gặp khó khăn. Tuy nhiên đối với những viên sỏi cứng và phần thấp của ống mật chủ, việc lấy sỏi cần được lưu ý hơn để tránh tổn thương cơ Oddi và tụy tạng.

Đối với sỏi đường mật trong gan dễ bị bỏ sót trong khi mổ hoặc không phát hiện hết khi thăm dò hoặc không thể lấy hết sỏi ra được. Hiện nay ở Việt Nam lấy sỏi chủ yếu vẫn là nhờ dụng cụ Mériszi hoặc Desjardin có các cỡ số độ cong thích hợp để xoay sỏi trong việc lấy sỏi. Dùng ống sonde Nelaton cho sâu vào trong gan rồi dùng nước ấm bơm súc rửa để lấy sỏi nhỏ và dị vật nhỏ.

Đối với sỏi nằm sâu trên cao hoặc trong các ống gan hạ phân thùy, việc lấy sỏi cần có soi đường mật trong mổ hoặc dùng các sonde như Dormia hoặc Fogarty để lấy sỏi dễ dàng hơn các dụng cụ cứng.

Đối với sỏi gan trái: nhờ nhu mô gan mỏng sờ thấy sỏi mà không thể lấy qua đường ống mật chủ, một số tác giả có khuynh hướng mổ nhu mô gan lấy sỏi, nhưng thường bị rò mật, có khi gây viêm phúc mạc sau mổ cũng rất nguy hiểm, do vậy đối với trường hợp đường mật bị nhiễm trùng thì không có chỉ định này.



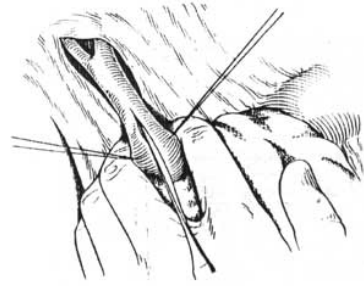
Hình 5.8. Phẫu thuật nối túi mật - tá tràng

Sau khi giải quyết lấy sỏi và dị vật đường mật phải khâu ống mật chủ, để đảm bảo an toàn cho đường khâu ống mật chủ ta thường dẫn lưu dịch mật bằng sonde Kehr. Mục đích chính là làm giảm áp lực đường mật, theo dõi diễn biến đường mật sau mổ và lợi dụng sonde Kehr để chụp kiểm tra đường mật trong hoàn cảnh mổ sỏi mật ở Việt Nam.

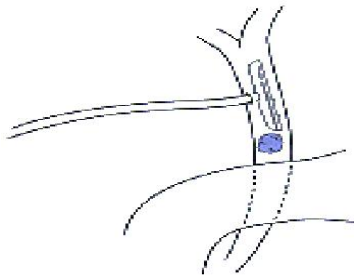
Phương pháp dẫn lưu dịch mật trong cơ thể bằng cách nối mật ruột với nhiều kỹ thuật. Phương pháp này được chỉ định trong trường hợp có hẹp cơ

Oddi, chít hẹp đường mật, sỏi mật kèm theo nang ống mật chủ. Ngoài ra sỏi mật trong gan rải rác nhiều nơi, nhiều sỏi hoặc sỏi mật đã phải mổ đi mổ lại nhiều lần.

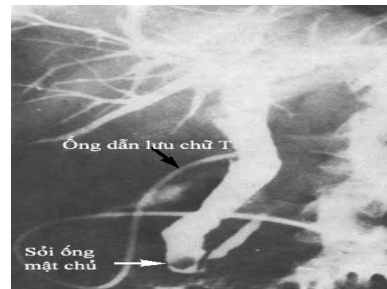
Có nhiều phương pháp nối mật-tiêu hoá khác nhau, việc lựa chọn phương pháp này tùy thuộc vào bệnh lý cũng như thói quen của phẫu thuật viên. Phương pháp đơn giản nhất là nối ống mật chủ-tá tràng, tuy nhiên đã có nhiều nhược điểm: để lại túi bịt ống mật chủ phía dưới là nguyên nhân của lắng đọng sỏi và ung thư hoá, nhiễm trùng ngược dòng. Xu hướng hiện nay là nối ống mật chủ-hỗng tràng theo phương pháp Roux-en-Y với nhiều ưu điểm: tránh được nhiễm trùng ngược dòng, không có túi bịt ống mật chủ.



Hình 5.9. Mở ống mật chủ lấy sỏi

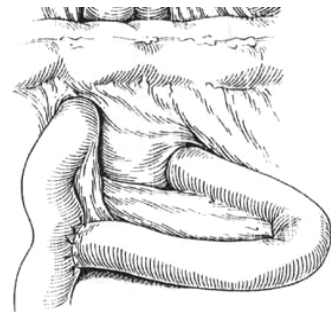


Hình 5.10. Dùng dụng cụ lấy sỏi còn sót qua ống chữ T



Hình 5.11. Chụp đường mật kiểm tra qua ống chữ T

- Phương pháp mở rộng cơ Oddi qua đường tá tràng (còn được gọi là nối ống mật chủ - tá tràng bên trong).
- Phương pháp nối ống mật chủ tá tràng kiểu miệng nối bên bên: dễ làm, ít biến chứng nhưng có nguy cơ nhiễm trùng ngược dòng do các vi khuẩn đường ruột, giun, thức ăn trào lên đường mật.
- Phương pháp nối ống mật chủ - hỗng tràng kiểu Ronal-Smith: được áp dụng trong trường hợp ống mật chủ bị chèn ép và u đầu tụy gây hẹp tá tràng.
- Phương pháp nối ống mật chủ – hỗng tràng kiểu Roux en Y: có ưu điểm hạn chế tỷ lệ nhiễm trùng đường mật ngược dòng do trào ngược.
- Phẫu thuật cắt phân thùy + hạ phân thùy gan trong điều trị sỏi gan.



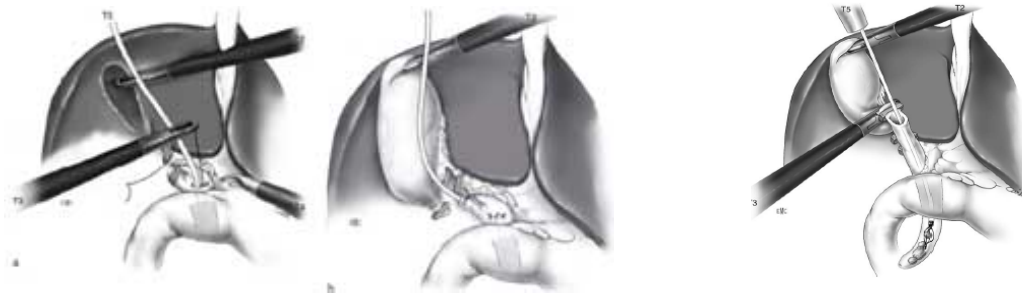
Hình 12. Nối mật ruột Roux-en-Y

Cắt cơ vòng Oddi qua nội soi

Ngày nay nhiều tác giả nước ngoài dùng phương pháp lấy sỏi qua đường nội soi tá tràng-cắt cơ vòng Oddi (ERCP). Hiện nay Việt Nam đã áp dụng phương pháp này, tuy nhiên chỉ mới tiến hành ở một số bệnh viện thuộc tuyến Trung ương. Chỉ định tốt trong những trường hợp sỏi nhỏ thường là một viên và ở những bệnh nhân đã được mổ bụng trước đó. Tuy nhiên chỉ định cần cân nhắc trong trường hợp bệnh nhân nhi.

Phẫu thuật bằng phương pháp nội soi ổ bụng

Để cắt bỏ túi mật hoặc mổ ống mật chủ lấy sỏi ở Việt Nam bước đầu đã áp dụng nhưng chưa được phổ biến rộng rãi.



Hình 5.13. Phẫu tích túi mật trong phẫu thuật nội soi ổ bụng

Với sự phát triển của phẫu thuật nội soi ổ bụng, ngày nay ngoài mổ ống mật chủ lấy sỏi bằng đường mổ bụng xu hướng mới là mổ ống mật chủ lấy sỏi bằng nội soi ổ bụng. Tuy nhiên, mổ ống mật chủ lấy sỏi bằng đường nội soi ổ bụng có những chỉ định cụ thể. Chỉ định chủ yếu trong trường hợp sỏi đơn giản và mổ lần đầu.

6. PHÒNG BỆNH

Nhiễm trùng, nhiễm ký sinh trùng đường ruột gây viêm nhiễm lên đường mật là nguyên nhân gây sỏi mật khá phổ biến ở nước ta. Vậy phòng bệnh là phải áp dụng thực hiện chế độ ăn uống sạch. Tăng cường vận động thân thể; có chế độ tẩy giun định kỳ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tìm triệu chứng quan trọng nhất để chẩn đoán thối mật phúc mạc do sỏi ống mật chủ:

- A. Đau bụng hạ sườn phải
- B. Sốt cao có rét run

- C. Vàng da
 - D. Túi mật căng to đau
 - E. Hạ sườn phải đề kháng
2. Triệu chứng quan trọng nhất để chẩn đoán viêm phúc mạc mật là:
- A. Đau bụng hạ sườn phải
 - B. Sốt và rét run
 - C. Vàng da vàng mắt
 - D. Túi mật không căng, không đau
 - E. Khám bụng có đề kháng toàn bộ
3. Câu nào sau đây đúng nhất:
- A. Định luật Courvoisier cho rằng vàng da tắc mật kèm túi mật lớn là do sỏi mật
 - B. Định luật Courvoisier cho rằng vàng da tắc mật kèm túi mật lớn là do u chèn ép đường mật
 - C. Định luật Courvoisier chỉ đúng ở châu Âu
 - D. A và C đúng
 - E. B và C đúng
4. Đau bụng hạ sườn phải trong sỏi ống mật chủ là do:
- A. Viêm sỏi di chuyển
 - B. Viêm loét niêm mạc đường mật
 - C. Tăng áp lực đường mật cấp tính
 - D. Tăng co bóp túi mật
 - E. Gan ứ mật
5. Trên lâm sàng chẩn đoán chắc chắn có sỏi ống mật chủ dựa vào:
- A. Tam chứng Charcot
 - B. Chụp đường mật bằng đường tiêm thuốc tĩn mạch
 - C. Xét nghiệm bilirubin máu tăng cao
 - D. Khám siêu âm đường mật kết luận có sỏi
 - E. X quang có hình ảnh cản quang của sỏi
6. Trong bệnh sỏi đường mật chính, khi khám túi mật lớn thì có nghĩa là:
- A. Bệnh nhân có viêm túi mật cấp do sỏi
 - B. Bệnh nhân bị viêm phúc mạc mật
 - C. Bệnh nhân bị thủng mật phúc mạc

- D. Vị trí tắc là ở ống mật chủ
- E. Tất cả đều sai
7. Các xét nghiệm sau, xét nghiệm nào đặc biệt để nói tắc mật:
- A. Công thức bạch cầu tăng
- B. Bilirubin máu tăng
- C. Men phosphatase kiềm tăng cao trong máu
- D. Tỷ lệ prothrombin máu giảm nhiều
- E. Có sắc tố mật, muối mật trong nước tiểu
8. Trong 5 biến chứng do sỏi mật gây ra sau đây, biến chứng nào có tỷ lệ cao nhất (hay gặp nhất):
- A. Chảy máu đường mật
- B. Áp xe gan đường mật
- C. Viêm phúc mạc mật
- D. Thấm mật phúc mạc
- E. Viêm tụy cấp
9. Hình ảnh siêu âm trực tiếp của sỏi mật bao gồm:
- A. Hình ảnh tăng hồi âm của sỏi
- B. Hiệu ứng “bóng lưng”
- C. Hình ảnh dẫn đường mật bên trên chỗ tắc
- D. Hình ảnh thấm mật phúc mạc và viêm phúc mạc mật
- E. Hình ảnh viêm nhiễm đường mật
10. Siêu âm là xét nghiệm hình ảnh ưu tiên trong bệnh lý gan mật là do:
- A. Rẻ tiền và không xâm nhập
- B. Có thể lặp lại nhiều lần
- C. Có thể làm tại giường
- D. A và B đúng
- E. Tất cả đều đúng
11. Làm nghiệm pháp Murphy dương tính khi:
- A. Viêm túi mật hoại tử gây viêm phúc mạc
- B. Viêm túi mật gây đám quánh túi mật
- C. Sỏi túi mật gây viêm mũ túi mật

- D. Viêm túi mật nhưng túi mật không căng to
- E. Tắc túi mật do sỏi ống túi mật

12. Nguyên nhân nào sau đây gây ra sỏi mật chủ yếu ở vùng nhiệt đới trong đó có Việt Nam:

- A. Nhiễm ký sinh trùng (giun đũa)
- B. Nhiễm trùng đường mật
- C. Chuyển hóa và tăng cao cholesterol máu
- D. Ứ đọng do viêm hẹp cơ Oddi
- E. Phối hợp vừa nhiễm vi trùng và ký sinh trùng

13. Nguyên nhân tạo sỏi đường mật phổ biến nhất ở nước ta là:

- A. Sỏi lắng đọng cholesterol
- B. Sỏi lắng đọng sắc tố mật
- C. Nhân của sỏi chủ yếu là xác giun đũa hay trứng giun
- D. U đầu tụy
- E. B và C đúng

Bài 6

ÁP XE GAN AMÍP

MỤC TIÊU

1. Chẩn đoán được bệnh áp xe gan do amíp.
2. Trình bày được nguyên tắc điều trị áp xe gan do amíp.

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe gan là loại bệnh đã được nghiên cứu từ hơn một thế kỷ nay. Triệu chứng thường điển hình với sốt, gan to, đau. Áp xe gan do amíp thường chỉ có một ổ. Mủ màu nâu, không mùi và thường là vô trùng, rất ít khi tìm được amíp trong mủ (5-15%). Đối với áp xe gan amíp, có thuốc điều trị đặc hiệu, nên về mặt diễn biến và tiên lượng tương đối tốt. Ngoài ra, hiện nay kỹ thuật chọc hút áp xe qua siêu âm được ứng dụng rộng rãi, nên phẫu thuật điều trị áp xe gan hầu như không còn áp dụng.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do các thể amíp gây ra, trong đó hay gặp nhất là thể *Entamoeba histolytica*.
- Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ.
- Lứa tuổi thường mắc nhất từ 30-50, người già và trẻ em ít gặp hơn.

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Kén amíp vào ruột gặp điều kiện thuận lợi phát triển thành thể hoạt động và gây bệnh. Amíp gây loét ở ruột và thường là vùng manh tràng, sau đó đi tới gan. Amíp đi tới gan bằng đường nào? Có nhiều giả thuyết: có tác giả cho là bằng đường trực tiếp. Sau khi gây loét ở ruột, amíp lách qua các cơ, thành mạc, vào ổ bụng rồi trực tiếp tới gan. Có người cho amíp tới gan bằng đường bạch huyết. Nhưng cho đến nay thuyết cho rằng amíp đến gan bằng đường tĩnh mạch cửa vững hơn cả vì trong mô tử thi người ta đã xác định được có amíp trong đoạn tĩnh mạch bị nghẽn.

Amíp gây loét sâu vào thành ruột làm thương tổn thành mạch, qua đó theo vào tĩnh mạch treo rồi đổ vào hệ thống tĩnh mạch cửa, lên gan. Người ta cho rằng khi đổ vào gan, máu vẫn chảy riêng thành hai luồng: một bên do tĩnh mạch mạc treo tràng trên xuất phát từ tĩnh mạch ruột non, manh và đại tràng phải đổ vào gan phải; bên kia từ tĩnh mạch lách và đại tràng trái đổ vào gan trái. Vì vậy áp xe gan do amíp thấy ở vùng gan phải nhiều hơn. Đến gan, amíp làm tắc các tĩnh mạch nhỏ gây nhồi huyết và độc tố của amíp gây hoại tử các tế bào gan.

4. GIẢI PHẪU BỆNH

4.1. Đại thể

Thời kỳ viêm gan lan rộng: gan to, ú máu, màu tím sẫm.

Khi đã thành mủ, mủ khu trú trong mọi ổ rõ rệt và thường là một ổ độc nhất. Nhưng cũng có nhiều trường hợp có nhiều ổ áp xe nhỏ. Ổ áp xe có thể rất lớn, chiếm cả thùy gan phải hoặc trái, trong chứa hàng lít mủ; có thể nhỏ hơn, bằng nắm tay, bằng quả chanh hoặc nhỏ hơn nữa. Áp xe thường gặp ở thùy phải nhiều hơn (80-90%). Thành áp xe mới đầu góc ngách không đều vì do nhiều nốt nhỏ hợp lại. Lúc này, thành mềm và mủn. Sau đó, một lớp vỏ rõ rệt được tạo nên và gồm hai lớp; trong là tổ chức nhu mô gan bị hủy hoại, ngoài là tổ chức sợi do xơ hóa các tổ chức liên kết của gan.

Chất chứa đựng trong áp xe mới đầu đặc quánh, màu nâu do máu và tổ chức hủy hoại của gan trộn lẫn với nhau, sau lỏng dần ra, màu giống màu cà phê sữa, không mùi. Nếu một ổ áp xe hình thành đã lâu mà không được điều trị thì mủ có màu vàng nhạt.

4.2. Vi thể

Lúc đầu amíp làm tắc những mạch nhỏ của tĩnh mạch cửa và sau đó thoát khỏi chỗ mạch bị thương tổn để gây nên hủy hoại tế bào gan kề bên tạo nên một tình trạng thoái hóa hạt, lúc đó xung quanh vỏ có một lớp bạch cầu bao bọc. Chất chứa đựng của áp xe lúc này không phải là mủ thật, mà là một hỗn hợp không thuần nhất, gồm những tế bào gan ít nhiều bị thoái hóa, hồng cầu, bạch cầu (với tỉ lệ đa nhân nhiều hơn ở trong máu bình thường); đại thực bào... Khi áp xe tiến triển, trong mủ xuất hiện những tinh thể acid béo và chậm hơn nữa sẽ trở thành “mủ chết”. Lúc này chỉ còn thấy những bạch cầu thoái hóa, những hạt mỡ và tinh thể acid béo.

Giai đoạn đầu, trong tổ chức hoại tử đây amíp. Nhưng khi áp xe tiến triển, các chất này biến thành mủ chết và amíp chỉ còn có thể thấy trong thành áp xe nhất là ở sâu, chỗ giáp giới với tổ chức gan lành.

5. TRIỆU CHỨNG

5.1. Triệu chứng cơ năng

Hai triệu chứng thường thấy và tương đối cố định là:

- Sốt có thể rất cao: thường là nhiệt độ tăng đột ngột 39-40°C, có thể kèm theo rét run, sau đó vã mồ hôi. Nhưng có thể chỉ tăng dần dần và với mức độ vừa phải.
- Đau là triệu chứng có nhiều giá trị. Bệnh nhân có cảm giác như bị ép ở vùng gan. Vị trí đau thông thường nhất là ở vùng đáy ngực phải và có cảm giác lan rộng trong toàn bộ gan. Hướng lan thường lên ngực và vai phải, làm cho bệnh nhân khó chịu. Đau có thể âm ỉ, liên tục, hoặc thành những cơn nhức buốt và thường tăng lên khi ho, cử động mạnh, nằm nghiêng bên phải, hoặc hít vào sâu; vì vậy trong mọi động tác bệnh nhân phải cố gắng nhẹ nhàng cả khi thở. Đau liên tục, kể cả trong lúc nghỉ, nên bệnh nhân thường mất ngủ.

5.2. Triệu chứng toàn thân

Người gầy yếu, da sạm, lưỡi bẩn, môi khô... không thường xuyên và có ít giá trị trong chẩn đoán xác định.

5.3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng nổi bật nhất là gan to và đau.

5.3.1. Gan to

Khi áp xe thùy phải, bờ dưới của gan có thể vượt khỏi bờ sườn khoảng 2-3 khoát ngón tay, bờ đều, mặt nhẵn, mật độ chắc, gõ đục và ấn rất đau. Đôi khi nắn có cảm giác lũng nhùng nếu áp xe to và nông. Nếu áp xe thùy trái thì thấy khối u nằm chắn ngang trên rốn và liên với gan.

Trong những trường hợp gan to về phía trên, gõ sẽ phát hiện vùng đục của gan lên cao, vượt quá khoảng liên sườn 5, nghe mất rung thanh phía sau nên ngực phải. Áp xe ở đỉnh hay gây phản ứng màng phổi, nên khi gõ vùng đục có thể cao hơn thương tổn thực thể. Khi áp xe đã được thành lập rõ rệt, đôi khi có thể thấy các khoảng liên sườn ở phía dưới giãn rộng, đáy ngực nhô cao hơn so với bên đối diện, đi đôi với phù thành ngực tại chỗ.

5.3.2. Khám lâm sàng vùng gan

- Tìm điểm đau: dùng ngón tay ấn ở các khoảng liên sườn VII, VIII, IX trên đường nách giữa, bệnh nhân sẽ đau nhói. Triệu chứng này xuất hiện rất sớm, ngay trong giai đoạn viêm gan toàn thể.
- Dấu hiệu rung gan: đây là triệu chứng có giá trị hơn cả. Để bệnh nhân nằm ngửa, bàn tay trái xòe, các ngón tay dọc theo các khoảng liên sườn phía trước vùng gan, dùng tay phải chặt lên tay trái, bệnh nhân sẽ ngừng thở đột ngột vì rất đau.

5.4. Triệu chứng cận lâm sàng

5.4.1. X quang không chuẩn bị

- Cơ hoành bị đẩy lên cao, thường là ở bên phải.
- Bờ dưới của bóng gan thường thấp hơn
- Mờ đáy phổi phải do phản ứng mạnh của màng phổi, thể hiện bằng góc sườn hoành bị lấp đầy hay mờ.
- Khi chiếu ta có thể thấy thêm một dấu hiệu là cơ hoành phải kém di động.

5.4.2. Siêu âm

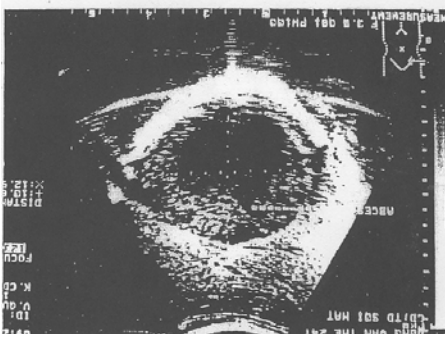
Cho hình ảnh ổ áp xe, vị trí, kích thước và tính chất của áp xe.

5.4.3. Chụp cắt lớp vi tính

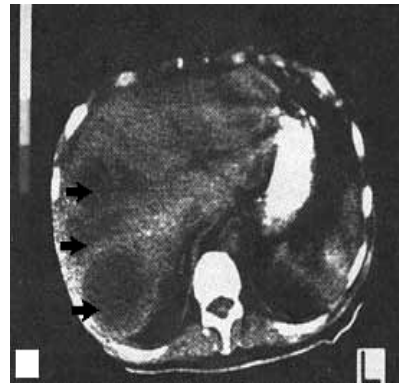
Chụp cắt lớp vi tính giúp xác định hình ảnh, vị trí ổ áp xe. Ngoài ra CT scan còn xác định tình trạng của khoang màng phổi phải.

5.4.4. Các xét nghiệm khác

- Phân: cấy hoặc soi tươi tìm amíp và kén amíp rất ít khi thấy.
- Máu: bạch cầu thường tăng cao trung bình lên tới 10.000, có khi lên tới 20.000mm³ với 75-80% bạch cầu đa nhân trung tính.



Hình 6.1. Hình áp xe gan trên siêu âm



Hình 6.2. Ổ áp xe gan trên CT scan

Trong các xét nghiệm, có giá trị và trung thành nhất là tốc độ lắng máu. Thường tăng rất rõ, sau giờ thứ hai từ khoảng 75-125mm (phương pháp Westergreen) nó biểu thị quá trình hủy hoại của tế bào gan. Ngoài giá trị chẩn đoán, tốc độ lắng máu còn là một tiêu chuẩn để đánh giá và theo dõi kết quả điều trị. Khi viêm gan giảm thì tốc độ lắng máu xuống dần và trở lại bình thường khi khỏi bệnh.

Trong những năm gần đây, để xác định nguyên nhân người ta tìm phản ứng miễn dịch đặc hiệu của cơ thể đối với amíp. Nguyên tắc dùng kháng nguyên là loại amíp gây bệnh đã được xác định và giữ lại trong môi trường nuôi cấy. Cho kết hợp với kháng thể lấy từ huyết thanh bệnh nhân và dùng một chất phát quang để có thể thấy được phản ứng khi soi trên kính hiển vi. Vì vậy nó còn được gọi là “phản ứng miễn dịch huỳnh quang”.

Hiện nay nhiều phản ứng miễn dịch như Elisa test, Latex test được thực hiện và góp phần vào chẩn đoán dương tính áp xe gan amíp. Một số các xét nghiệm khác như Gros, Mac-Lacgan, điện di, transaminase thường không có thay đổi rõ rệt.

6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Khi viêm gan amíp được phát hiện sớm và điều trị đúng, bệnh có thể khỏi. Emetin đã làm thay đổi toàn diện. Tuy nhiên vẫn còn có một số trường hợp mặc dầu được điều trị đúng và tích cực mà bệnh vẫn tiến triển. Trong những trường hợp không được điều trị, một số có thể tự khỏi, nhưng đó là việc hãn hữu, thường thì bệnh tiến tới giai đoạn áp xe khu trú. Nếu trong thời kỳ này áp xe không được dẫn lưu thì bệnh nhân sẽ chết do suy nhược trong vòng từ 3-6 tháng, hoặc chết do các biến chứng.

6.1. Vỡ vào các ổ thanh mạc

- Vỡ màng phổi
- Vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể
- Vỡ vào ổ phúc mạc khu trú do các tạng xung quanh gây dính trước khi áp xe vỡ, gặp nhiều hơn.

6.2. Vỡ vào các tạng trong ổ bụng: ít gặp

- Vỡ vào dạ dày, ruột
- Vỡ vào túi mật hay đường dẫn mật làm thông giữa đường mật và áp xe.

6.3. Vỡ ra thành bụng

Áp xe có thể vỡ qua phúc mạc ra sau vào ổ thận làm nhầm với viêm tấy quanh thận, do nguyên nhân khác.

6.4. Những biến chứng khác

Ngoài các biến chứng nói trên, một số các biến chứng khác có thể gặp nhưng hiếm hơn:

- Chảy máu trong ổ áp xe.
- Bội nhiễm, làm áp xe nặng hơn.

7. CÁC THỂ LÂM SÀNG

7.1. Theo vị trí

- Áp xe thùy phải thường gặp nhất có triệu chứng điển hình như đã mô tả ở trên.
- Áp xe ở đỉnh với triệu chứng ồn ào của lồng ngực: khó thở. X quang: cơ hoành phải bị đẩy lên cao, có nước màng phổi.
- Áp xe phía sau thùy phải gây đau khu trú ở vùng thắt lưng.
- Áp xe mặt dưới có thể làm ta tưởng là u thận hoặc u đại tràng.
- Áp xe thùy trái biểu hiện bởi một khối u nằm trong vùng trên rốn nhưng liền với gan.

7.2. Theo triệu chứng

- Thể áp xe amíp lạnh: nhiệt độ không tăng, tự nhiên không đau, bạch cầu tăng ít, khoảng 10.000, nhưng có thay đổi của tình trạng toàn thân rõ rệt, gầy nhanh do đó rất dễ nhầm với ung thư gan.
- Thể giả viêm phúc mạc: bệnh bắt đầu đột ngột với co cứng thành bụng gây nên một bệnh cảnh giống như thủng dạ dày.
- Thể hô hấp: bệnh nhân tới với triệu chứng của viêm màng phổi hoặc viêm phổi. Có thể triệu chứng dẫn bệnh nhân tới bệnh viện là khạc ra mủ.

7.3. Theo tiến triển

- Thể tối cấp rất hiếm gặp, thường xảy ra ở người già, kém sức đề kháng. Tiến triển của thể này rất nặng. Thường dẫn tới tử vong khoảng từ 1-6 tuần. Bệnh nhân gầy nhanh, có thể có cổ trướng, phù chi dưới, đôi khi do một biến chứng như vỡ vào phúc mạc, chảy máu làm tử vong.
- Thể mạn tính, khởi phát có thể âm thầm hoặc rầm rộ như các trường hợp viêm gan thông thường khác, nhưng sau đó qua đi và tiến triển một cách thâm lặng. Các triệu chứng khác về cận lâm sàng cũng thường không rõ rệt trừ chiếu hoặc chụp cho ta thấy gan to. Chọc dò sẽ cho phép xác định chẩn đoán.

8. CHẨN ĐOÁN

8.1. Chẩn đoán xác định

Đứng trước một bệnh nhân bị kiết lỵ, bao giờ cũng phải tìm triệu chứng của viêm gan, và trước một bệnh nhân có sốt, đau và gan to, bao giờ cũng phải nghĩ tới áp xe gan. Việc hỏi tiền sử cũng góp phần trong chẩn đoán song không quan trọng lắm.

Các xét nghiệm: bạch cầu tăng, tốc độ lắng máu tăng, chụp không chuẩn bị hay có chuẩn bị bằng bơm hơi đại tràng hoặc uống chất cản quang sẽ cho thấy gan to, cơ hoành phải kém di động, góc sườn hoành mờ.

Ngoài vấn đề xác định là một trường hợp áp xe, siêu âm còn cho phép ta biết được gan hiện còn đang ở trong giai đoạn viêm lan rộng hay đã thành áp xe khu trú. Chọc dò xác định là chắc chắn nhất, nếu có mủ. Ngoài ra, chọc dò còn có giá trị trong chẩn đoán nguyên nhân, hoặc đôi khi là một phương tiện điều trị.

8.2. Chẩn đoán phân biệt

8.2.1. Giai đoạn viêm gan

Cần phân biệt với một số bệnh như viêm túi mật, sốt rét... Vấn đề căn bản để phân biệt ở đây là nghĩ tới nó, tìm phản ứng miễn dịch đặc hiệu với amíp.

8.2.2. Chẩn đoán phân biệt

Khi áp xe thành hình, có một số bệnh thường phải phân biệt như sau:

- Ung thư gan, nhất là với thể áp xe gan trường diễn không gây nên các triệu chứng chức năng ồn ào, không sốt nhưng tình trạng toàn thân suy sụp dần và gan to, đôi khi có cổ trướng và phù chân trong trường hợp tới muộn.
- Nang nước của gan.
- Ngoài ra, còn một số bệnh khác như: thương hàn hoặc nhiễm trùng huyết trong áp xe tối cấp, sốt rét, lao, bệnh do Brucella... là những trường hợp rất hiếm và trong việc chẩn đoán phân biệt gặp nhiều khó khăn.

8.3. Chẩn đoán nguyên nhân

Cần phân biệt áp xe gan amíp với áp xe đường mật do sỏi hoặc giun trong trường hợp triệu chứng tắc mật không rõ, và với những áp xe do những nguyên nhân nhiễm trùng khác. Trong trường hợp này; làm thêm một số xét nghiệm khác như cấy máu, thử phản ứng miễn dịch đặc hiệu đối với amíp sẽ giúp xác định được nguyên nhân.

9. TIÊN LƯỢNG

Áp xe gan vẫn là biến chứng tương đối nặng của các bệnh amíp đường ruột. Tuy nhiên, về mặt tiên lượng, có thay đổi khá nhiều từ khi metronidazol ra đời. Trừ một số rất hiếm hữu có thể tự khỏi, còn thì tiên lượng phụ thuộc vào điều trị và kết quả đạt được sẽ tùy theo sự phát hiện sớm hay muộn, điều trị có đúng hay không.

Có những trường hợp sau một thời gian lại tái phát cấp diễn, bán cấp hoặc trường diễn, vì vậy mặc dù các triệu chứng viêm gan đã hết, vẫn phải tiếp tục điều trị duy trì.

Nói như vậy không phải bao giờ tiến triển cũng tốt, mà có những trường hợp mặc dầu được điều trị đầy đủ vẫn tiến triển đến thành mủ. Khi áp xe thành hình, chọc hút, hoặc mổ dẫn lưu phối hợp với điều trị bằng Metronidazole và kháng sinh thường là khỏi.

10. ĐIỀU TRỊ

Ta đã biết rằng áp xe gan là một giai đoạn tiếp diễn của một quá trình viêm gan lan rộng không được điều trị tốt mà trên các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cũng khó biết được chắc chắn rằng bao giờ còn ở giai đoạn viêm gan và lúc nào đã thành mủ. Mục đích điều trị có hai phần: diệt amíp, dẫn lưu ổ mủ.

10.1. Điều trị nội khoa

Quá trình điều trị bằng thuốc của áp xe gan amíp có thể chia làm ba thời kỳ: tấn công, duy trì và củng cố. Giai đoạn đặc biệt dành cho amíp khu trú ở gan; còn hai giai đoạn sau chỉ làm vững bền kết quả đạt được của giai đoạn đầu và mục đích là để diệt các thể khác của amíp ở ruột, là nguồn gốc gây áp xe mới sau này.

Thực tế ở nước ta thường chỉ cần tiến hành một đợt điều trị tấn công là đủ, nên trong phần này chỉ trình bày phần điều trị tấn công.

Cho tới nay đối với amíp thuốc tốt nhất vẫn là metronidazol.

10.2. Điều trị ngoại khoa

Các phương pháp điều trị và chỉ định:

10.2.1. Đối với áp xe chưa gây biến chứng

- Chọc hút mủ: từ 1908, Rogers đã đặt ra chọc dò và hút mủ là một phương pháp điều trị áp xe gan amíp. Kỹ thuật: gây tê tại chỗ, dùng kim to có đường kính 10/10 dài 10-12 cm. Nơi chọc dò là chỗ tới ổ mủ gần nhất nghĩa là ở chỗ đau và phồng nhất. Lấy mủ tìm amíp và vi trùng.
- Chọc hút mủ dưới sự hướng dẫn của siêu âm là một phương pháp điều trị đơn giản, đưa lại kết quả tốt.

10.2.2. Đối với các biến chứng

- Vỡ vào ổ bụng khu trú gây áp xe dưới cơ hoành: chích dẫn lưu áp xe dưới hoành hoặc chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm.
- Vỡ vào ổ bụng tự do: mổ lau ổ bụng, dẫn lưu áp xe và dẫn lưu ổ bụng khi cần thiết.
- Vỡ vào màng phổi: điều trị nội khoa: metronidazol, kháng sinh, và dẫn lưu màng phổi.

- Vỡ vào màng phổi: dẫn lưu như với mọi trường hợp viêm mủ màng phổi khác.
- Vỡ vào màng tim: rất hiếm gặp, nếu có phải dẫn lưu ngay màng ngoài tim.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Áp xe gan amíp thường gặp ở:
 - A. Trẻ em.
 - B. Người già.
 - C. Nam giới.
 - D. Nữ giới
 - E. A và B đúng
2. Áp xe gan amíp thường có đặc điểm:
 - A. Nhiều ổ
 - B. Gan ứ máu.
 - C. Mủ có mùi hôi
 - D. Mủ màu cà phê sữa
 - E. Mủ màu trắng đục
3. Triệu chứng điển hình của áp xe gan amíp là:
 - A. Sốt
 - B. Gan to.
 - C. Đau.
 - D. B, C đúng.
 - E. A, B, C đúng
4. Nếu không điều trị, áp xe gan dễ vỡ nhất vào:
 - A. Vỡ vào màng phổi
 - B. Vỡ vào ổ bụng
 - C. Vỡ vào các tạng lân cận
 - D. Vỡ ra da
 - E. Vỡ vào dạ dày

5. Các phương pháp điều trị áp xe gan thông dụng hiện nay:
- A. Mổ tối thiểu dẫn lưu áp xe
 - B. Mổ bụng hút hết mủ
 - C. Chọc hút áp xe
 - D. Điều trị nội khoa
 - E. C, D đúng
6. Áp xe gan do amíp thường gặp ở gan trái nhiều hơn ở gan phải:
- A. Đúng
 - B. Sai
7. Amíp làm tắc các động mạch nhỏ gây nhồi huyết và độc tố của amíp gây hoại tử các tế bào gan:
- A. Đúng
 - B. Sai
8. Siêu âm có thể cho hình ảnh của ổ áp xe gan với:
- A. Vị trí
 - B. Kích thước
 - C. Tính chất
 - D. A và B đúng
 - E. Câu A, B, C đúng
9. Tốc độ lắng máu chỉ có thể dùng chẩn đoán áp xe gan không cần thiết để làm tiêu chuẩn để đánh giá và theo dõi kết quả điều trị:
- A. Đúng
 - B. Sai
10. Một ổ áp xe gan có đường kính > 6cm sát bao nên được chọc hút cấp cứu:
- A. Đúng
 - B. Sai

Bài 7

UNG THƯ GAN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các yếu tố thuận lợi gây ung thư gan.
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại ung thư gan.
3. Chẩn đoán được ung thư gan.
4. Nêu được các phương pháp điều trị ung thư gan nguyên phát hiện nay.

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư gan nguyên phát là ung thư xuất phát từ tế bào gan hoặc là liên bào ống mật hoặc phối hợp, trong đó ung thư tế bào ung thư gan chiếm 80 - 90%.

Ung thư gan nguyên phát ở các nước Âu - Mỹ rất hiếm gặp chiếm khoảng 1-2% các loại ung thư. Trong khi châu Á, Phi rất hay gặp. Đây là loại ung thư tiến triển rất nhanh và điều trị đang còn gặp nhiều khó khăn.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI

Cho đến nay vẫn chưa xác định chắc chắn về nguyên nhân, nhưng người ta thấy có một số yếu tố thuận lợi liên quan sau:

2.1. Giới và tuổi

Gặp nhiều ở nam hơn nữ (nam 80%, nữ 20%). Lứa tuổi trung bình ở Việt Nam: 45 tuổi; các nước Âu, Mỹ thường ở những bệnh nhân lớn tuổi hơn, ngoài ra cũng gặp ở trẻ em.

2.2. Các bệnh gan có trước

- Xơ gan: khoảng 65-85% ung thư gan xảy ra trên bệnh nhân có xơ gan.
- Một số bệnh mạn tính khác do rượu, do chuyển hóa hoặc nhiễm sắc tố sắt.
- Viêm gan siêu vi: đặc điểm là virus viêm gan B. Người ta tìm thấy tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B mạn tính ở bệnh nhân ung thư gan cao hơn người bình thường.

2.3. Vai trò của nấm mốc đặc biệt

Aflatoxin được tiết từ nấm *Aspergillus flavus* có nhiều trong lạc, mè... bị lên mốc.

2.4. Yếu tố nội tiết

Sự xuất hiện ung thư ở nam nhiều hơn nữ cũng gợi ý vai trò của nội tiết sinh dục. Ngoài ra người ta cũng còn thấy xuất hiện ung thư gan ở những người được điều trị dài ngày với androgen hoặc ở những phụ nữ dùng thuốc tránh thai.

2.5. Chất độc hóa học

Ở Việt Nam người ta tìm thấy mối liên quan giữa ung thư gan và chất hóa học diệt cỏ (chất độc màu da cam: Dioxin).

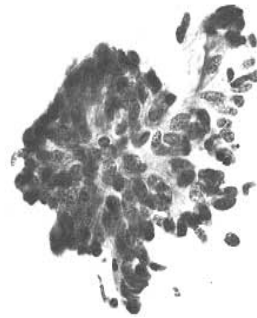
3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Đại thể

Ung thư có thể xuất hiện ở bất cứ vị trí nào, có thể là một khối u khu trú, nhưng cũng có thể gặp nhiều nhân rải rác khắp gan và tiến triển rất nhanh. U thường là khối trắng bóng, kích thước nhỏ hoặc to, có khi chiếm cả một thùy gan. Bề mặt của u lồi nhô không đều. Có khi khối u nằm sâu, trên bề mặt không thấy, phải sờ nắn mới phát hiện được. Khi u đã phát triển thì thường thấy hiện tượng tăng sinh mạch máu. Có khi toàn bộ gan sần sùi đen thẫm và chắc: 20% trường hợp có huyết khối tĩnh mạch cửa.



Hình 7.1. Hình ảnh đại thể ung thư gan



Hình 7.2. Hình ảnh vi thể ung thư gan

3.2. Vi thể

3.2.1. Ung thư liên bào: 2 loại chính:

- Ung thư liên bào gan: loại này chiếm đa số (80-90%) các tế bào xếp thành nang, bè hoặc là không theo một trật tự nào cả.
- Ung thư liên bào ống mật chiếm khoảng 5-10% trường hợp.

3.2.2. Ung thư liên kết

Chiếm tỷ lệ rất ít khoảng 1%.

3.2.3. Di căn

Theo máu thường là di căn lên phổi, não, cột sống hoặc thâm nhiễm các tạng lân cận như dạ dày, đại tràng, cơ hoành, tĩnh mạch chủ dưới hoặc lan vào phúc mạc.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Giai đoạn đầu triệu chứng lâm sàng nghèo nàn. Bệnh nhân đến khám khi bệnh đã tiến triển nhanh và đã có khối u ở hạ sườn phải.

4.1. Cơ năng

Nghèo nàn, thường thấy chán ăn, thường có đau tức hạ sườn phải và sụt cân.

4.2. Thực thể

- Giai đoạn sớm: chủ yếu là gan to, khám khối u gan rắn chắc, lổn nhổn không đều, ấn không đau, nghe trên khối u có thể có tiếng thổi do tăng sinh mạch máu. Có khi u bị hoại tử bội nhiễm hoặc áp xe hóa trở nên mềm và ấn đau (dễ nhầm với áp xe gan).
- Giai đoạn muộn: vàng da, bụng báng, chân phù, tuần hoàn bàng hệ, u lan tỏa mất tính chất di động và có thể có lách to.

(Vàng da ở đây là do hủy hoại tế bào gan + chèn ép đường mật + ung thư liên bào ống mật).

4.3. Toàn thân

Giai đoạn đầu chưa có biến đổi nhiều, về sau gây sút và suy kiệt nhanh chóng: phù, vàng da, bụng báng, đau liên tục và bệnh nhân sốt.

5. CẬN LÂM SÀNG

5.1. Xét nghiệm

Alfa foetoprotein gặp trong thời kỳ bào thai trong huyết thanh với số lượng cao. Sau sinh khoảng 2 – 4 tuần còn lại rất ít, loại globulin này tăng cao trong ung thư tế bào gan. Dùng phương pháp Ouchterlony định tính tỷ lệ (+) từ 50-70%. Phương pháp này (+) khi mà hệ số alfa-FP rất cao nên rất đặc hiệu và lưu ý (nếu âm tính) vẫn chưa thể loại trừ ung thư gan. Hiện nay nhiều cơ sở y tế dùng phương pháp ELISA (định lượng) alfa FP > 300 mg/ml có thể chẩn đoán xác định ung thư gan, phương pháp này còn có giá trị theo dõi và tiên lượng.

5.2. Xét nghiệm arginase của tổ chức gan

Phải sinh thiết để làm xét nghiệm

Bình thường: 120UI, trong ung thư gan < 30UI

5.3. Xét nghiệm LDH

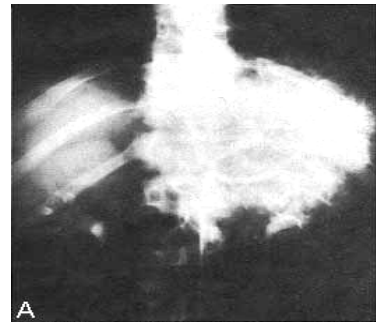
Tỷ lệ LDH1 > 1

5.4. Siêu âm bụng

Qua siêu âm bụng ta có thể phát hiện khối u ở gan, vị trí của u, tình trạng xâm lấn các cơ quan lân cận, và tình trạng của ổ bụng. Siêu âm gan còn giúp hướng dẫn chọc khối u làm giải phẫu bệnh lý.



Hình 7.3. Khối ung thư gan trên siêu âm



Hình 7.4. Khối u gan trái trên hình ảnh chụp động mạch gan

5.5. X quang

- Chụp bóng gan xa: thấy bóng gan lớn hoặc hình ảnh bờ cong nhỏ của dạ dày hoặc cơ hoành bị đẩy (hình ảnh mặt trời mọc ở cơ hoành).
- Chụp có chuẩn bị (có thuốc cản quang):
 - + Chụp động mạch gan chọn lọc: thấy vùng khối u tăng sinh mạch máu, ít áp dụng để chẩn đoán ung thư gan. Chỉ làm phương pháp này nhằm để xét về khả năng phẫu thuật.
 - + Chụp tĩnh mạch



Hình 7.5. Hình ảnh khối u gan trên CTScan (dấu mũi tên)

5.6. Soi ổ bụng: ít làm

5.7. Chọc dò sinh thiết

Thường dùng kim Menghini gắn vào bơm tiêm nhỏ, kín. Chọc và hút một mảnh tổ chức gan để xét nghiệm. Phương pháp này dễ có biến chứng chảy máu. Thường dùng khi nghi ngờ giữa ung thư và áp xe gan hoặc khi nghi ngờ xét nghiệm α FP (-).

5.8. Chụp nhấp nháy bằng đồng vị phóng xạ

Kết quả thấy được hình khuyết do tổ chức khối u không gắn chất phóng xạ.

5.9. Chụp cắt lớp vi tính (CT scan)

Chụp cắt lớp cho thấy các khối u có đường kính dưới 2cm. Ngoài ra chụp CT scan còn đánh giá sự xâm lấn của u.

5.10. Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (IRM)

5.11. Các xét nghiệm khác

Ngoài ra sau khi đã chẩn đoán được ung thư gan cần làm một số xét nghiệm khác: có tác dụng tiên lượng và chỉ định mổ.

- Bilirubin toàn phần: mổ được khi $< 15\text{mg}\%$.
- Men gan
- Tỷ lệ prothrombin phải trên 50%.
- BSP: chức năng gan còn trên 40%.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định

Thường không khó vì bệnh nhân thường đến muộn khi u phát triển. Khi nghi ngờ ung thư gan phải làm xét nghiệm tổ chức học hay tế bào học, cho kết quả chẩn đoán chính xác. Có thể làm xét nghiệm α FP nếu (+): chắc chắn, còn nếu α FP (-) thì không loại được ung thư gan, khi đó mới làm các thăm dò khác. Khi đã có chẩn đoán dương tính thì cần đánh giá khả năng phẫu thuật như: vị trí, kích thước, mức độ di động, sự xâm lấn vào các tạng lân cận hoặc đã có di căn xa hoặc chưa.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

Áp xe gan, xơ gan phì đại, ung thư gan thứ phát.

7. THỂ LÂM SÀNG

- Thể tăng áp tĩnh mạch cửa.
- Thể hạ đường huyết: có nhiều giả thuyết khác nhau, nhưng được chấp thuận nhiều nhất là giả thuyết cho rằng tế bào ung thư tiết ra một chất tương tự insulin làm hạ đường huyết.

- Thường do vỡ khối u dễ gây chẩn đoán nhầm.

8. DIỄN BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Hầu hết bệnh nhân chết trong vòng 3-6 tháng do xuất huyết dạ dày-ruột (tăng áp tĩnh mạch cửa) do suy kiệt, suy gan hoặc do di căn xa. Trong quá trình tiến triển khối u có thể gây vỡ chảy máu ổ bụng.

9. ĐIỀU TRỊ

9.1. Phẫu thuật

Cho đến nay, phẫu thuật cắt gan được xem là phương pháp điều trị duy nhất có tính chất triệt căn. Tuy nhiên, thường chỉ có một số bệnh nhân ung thư gan có thể cắt gan được, do phần lớn bệnh nhân ung thư gan vào viện muộn khi đã xơ gan, tăng áp cửa nhiều hay đã di căn xa.

Chỉ định cắt gan khi thể trạng bệnh nhân còn cho phép, ung thư còn khu trú và chưa có di căn xa.

Các khối u kích thước nhỏ có thể chữa triệt căn khi cắt gan với giới hạn an toàn về mặt ung thư học tốt. Phẫu thuật cắt gan cho phép những bệnh nhân ung thư gan kéo dài thời gian sống thêm sau 5 năm khoảng 25%.

Tuy nhiên, phần lớn bệnh nhân ung thư gan tái phát u sau đó. Trong những trường hợp này, phẫu thuật cắt gan lại là giải pháp được chọn lựa đầu tiên tuy nhiên thường thì không thể được.

9.2. Điều trị hóa chất

Đối với ung thư gan lan tỏa có thể dùng 5.F.U adriamycin vincristin methotrexat... Nói chung ít kết quả, có thể mổ để thất động mạch gan nhằm mục đích giảm nguồn nuôi dưỡng làm cho khối u chậm phát triển hoặc thoái triển, thường là thất động mạch gan riêng. Ngoài ra còn kết hợp điều trị tăng cường miễn dịch không đặc hiệu: BCG, Levamisol LH1 (Lạc hồng 1-Aslem) ở nước ngoài đối với khối u rất nhỏ có thể tiêm cồn vào u hoặc mạch máu nuôi khối u (gây hủy hoại u).

9.3. Xạ trị

Xạ trị liệu trong ung thư gan nguyên phát cũng như thứ phát có nhiều hạn chế do nguy cơ suy gan sau xạ trị. Một số nghiên cứu cho thấy xạ trị phần nào giúp bệnh nhân cải thiện triệu chứng khi sử dụng liều thấp.

Một số nghiên cứu trong 5 năm trở lại đây về vai trò của dao gamma đối với ung thư gan cho thấy kết quả tốt.

9.4. Ghép gan

Trong những năm gần đây, vai trò của ghép gan thì đầu đối với ung thư gan nguyên phát được nghiên cứu nhiều và bước đầu cho kết quả khả quan.

Ghép gan thì đầu được chỉ định cho những bệnh nhân ung thư gan đã xơ gan, ung thư gan cả hai thùy làm cho phẫu thuật cắt gan không thực hiện được. Kết quả cho thấy ghép gan đối với ung thư gan nguyên phát ở người lớn và trẻ em đã mang lại những kết quả khả quan.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Ung thư gan nguyên phát
 - A. Có thể là ung thư xuất phát từ tế bào gan
 - B. Có thể là ung thư xuất phát từ liên bào ống mật
 - C. Là loại ung thư tiến triển nhanh
 - D. Điều trị còn khó khăn
 - E. Tất cả đều đúng
2. Yếu tố thuận lợi cho ung thư gan là:
 - A. Hay gặp ở nam giới
 - B. Các bệnh gan có trước như: xơ gan, nghiện rượu, viêm gan virus B
 - C. Nội tiết đóng vai trò quan trọng
 - D. Chất độc hoá học
 - E. Tất cả đều đúng
3. Xét nghiệm nào sau đây có ý nghĩa chuẩn đoán ung thư Gan
 - A. Chụp phim bụng không chuẩn bị
 - B. Nồng độ foetoprotein trong máu
 - C. Nội soi tiêu hoá
 - D. Công thức máu có tiểu cầu tăng
 - E. Transaminase tăng
4. Có thể chuẩn đoán ung thư gan ở giai đoạn sớm:
 - A. Chán ăn, đau hạ sườn phải, sụt cân
 - B. Suy kiệt nhiều + vàng da
 - C. Phù, vàng da, báng, đau liên tục và kèm sốt
 - D. Gan lớn lồi nhô và cứng
 - E. Tất cả đều đúng
5. Các thể lâm sàng của ung thư gan:
 - A. Thể tăng áp tĩnh mạch cửa
 - B. Thể hạ đường huyết

- C. Thể chảy máu trong ổ bụng
 - D. A và C đúng
 - E. A, B, C đúng
6. Điều trị ung thư gan:
- A. Phẫu thuật cắt phần gan kèm u
 - B. Điều trị hoá chất
 - C. Tia xạ bất buộc
 - D. A và B đúng
 - E. A, B, C đúng
7. Ung thư gan nguyên phát:
- A. Thường là một khối
 - B. Thường nằm ở gan phải
 - C. Thường xuất phát từ tế bào gan
 - D. Dễ bị huyết khối tĩnh mạch
 - E. Tất cả đều đúng
8. Ở Việt Nam nguyên nhân ung thư gan nguyên phát hay gặp nhất là:
- A. Viêm gan virus B
 - B. Độc tố aflatoxin
 - C. Chất độc digoxin
 - D. Hút thốc lá, uống rượu
 - E. Tất cả đều đúng
9. Hình ảnh siêu âm có giá trị để chẩn đoán ung thư gan là:
- A. Khối u bờ không đều
 - B. Hình ảnh hồi âm không đồng nhất
 - C. Xô đẩy mạch máu
 - D. Huyết khối tĩnh mạch
 - E. Tất cả đều đúng.
10. Điều trị ung thư gan:
- A. Phẫu thuật
 - B. Phẫu thuật kết hợp với hóa trị liệu và đốt nhiệt cao tần.
 - C. Quang tuyến trị liệu
 - D. Hóa trị liệu
 - E. Phẫu thuật + hóa trị liệu

XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ

MỤC TIÊU

1. Kể được các nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa thường gặp.
2. Trình bày được mức độ nặng của xuất huyết tiêu hóa cao.
3. Mô tả được nguyên tắc xử trí xuất huyết tiêu hóa.

1. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết tiêu hoá (XHTH) được định nghĩa là sự đào thải qua đường miệng và hay là qua đường hậu môn một số lượng máu từ các thương tổn của đường tiêu hoá. Xuất huyết tiêu hoá có thể do nhiều nguyên nhân, đại thể hoặc vi thể. Đứng trước một trường hợp XHTH cao hoặc thấp thì thái độ cấp cứu đầu tiên rất quan trọng, bao gồm đánh giá mức độ nặng của xuất huyết, xác định nguyên nhân và có kế hoạch theo dõi và thái độ xử trí.

2. PHÂN LOẠI

Người ta chia XHTH ra làm hai loại:

2.1. Xuất huyết tiêu hoá cao

Nôn ra máu tươi và đại tiện phân đen. Nguyên nhân thường nằm ở đường tiêu hoá bên trên góc Treitz. Trong trường hợp này cần phân biệt với nôn ra máu và ho ra máu.

Các nguyên nhân hay gặp của XHTH cao bao gồm: loét dạ dày - tá tràng, viêm dạ dày - tá tràng cấp, vỡ tĩnh mạch thực quản giãn do tăng áp tĩnh mạch cửa.

2.2. Xuất huyết tiêu hoá thấp

XHTH thấp được định nghĩa là sự đào thải máu qua hậu môn. Gần 20% trường hợp chảy máu tiêu hoá thấp vẫn không giải thích được, nghĩa là rất khó chẩn đoán. Nguồn chảy máu nằm ở dưới góc Treitz. Các nguyên nhân hay gặp của XHTH thấp là trĩ, viêm túi thừa, loét đại tràng, u đại - trực tràng...

3. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

3.1. Xuất huyết tiêu hoá cao

- Nôn ra máu: bệnh nhân có cảm giác tanh lợm mùi máu trong miệng, sau đó buồn nôn và nôn ra máu tươi có thể lẫn máu cục và thức ăn. Máu không có bọt khí.
- Đại tiện phân đen: phân sệt, đen màu hắc ín, mùi thối khắm.
- Trong những trường hợp này phải khám hầu họng để loại trừ chảy máu từ mũi, họng. Khám hệ hô hấp để loại trừ ho ra máu.
- Đặt sonde dạ dày hút thường có máu tươi hoặc lẫn máu cục và thức ăn.
- Đánh giá mức độ mất máu trên lâm sàng rất khó, có thể dựa vào tình trạng huyết động và khối lượng máu nôn ra ngoài và hoặc đại tiện phân đen, nhưng các yếu tố này chỉ có tính cách tương đối.
- Toàn thân: tùy theo tình trạng mất máu, lượng máu mất mà tình trạng toàn thân có thay đổi hay không. Trong trường hợp chảy máu cấp tính lượng nhiều, bệnh nhân có thể rơi vào tình trạng sốc do mất máu: thay đổi mạch, huyết áp, tri giác...
- Cần tiến hành các thăm dò cần thiết để xác định nguyên nhân: nội soi đường tiêu hoá trên rất có giá trị cho chẩn đoán và điều trị. Nội soi xác định được vị trí chảy máu, có thể phối hợp tiêm xơ trong một số trường hợp. Ngoài ra, cần làm các xét nghiệm cấp cứu như nhóm máu, công thức máu, hematocrit, hemoglobin...
- Chụp đường tiêu hoá có cản quang không có giá trị trong những trường hợp này.

3.2. Xuất huyết tiêu hoá thấp

- Đại tiện phân máu hoặc ỉa máu hoặc phân đen. Nếu đen là do máu ứ đọng trong ống tiêu hoá, mùi đặc biệt thối khắm và thường có nguồn gốc ở cao. Máu đỏ tươi thường là do mới chảy và có nguồn gốc ở thấp (trĩ, u trực tràng ...).
- Tình trạng toàn thân thường ít thay đổi và tùy thuộc vào mức độ chảy máu. Người ta chia XHTH thấp thành 2 loại: chảy máu nặng (đòi hỏi phải truyền máu cấp cứu) và chảy máu vừa hoặc nhẹ (không cần thiết phải truyền máu).
- Thăm khám trực tràng thường có máu đen dính găng. Đôi khi sờ được khối u trực tràng thấp hoặc phát hiện được các búi trĩ đang chảy máu.
- Nội soi đại trực tràng bằng ống soi mềm có thể phát hiện được nguyên nhân chảy máu: khối u đại trực tràng, viêm loét đại tràng, túi thừa đại tràng chảy máu, nứt kẽ hậu môn...

- Trong những trường hợp chảy máu ít, đôi khi phân không có màu đen mà phải xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân. Trong những trường hợp này thường do bệnh lý u lành tính đại trực tràng (polyp, bệnh polyp đại tràng, bệnh Crohn...).
- Chụp đại tràng cản quang có thể phát hiện được các nguyên nhân gây chảy máu: khối u, túi thừa... Chụp đại tràng cản quang chống chỉ định trong trường hợp XHTH thấp kèm tắc ruột hoặc nghi ngờ thủng vào ổ phúc mạc.

4. ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG CỦA XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Đánh giá mức độ nặng của XHTH dựa vào khối lượng máu mất (qua phân, qua chất nôn), tình trạng huyết động (mạch, huyết áp) và các xét nghiệm huyết học (hồng cầu, Hct).

Người ta phân thành 3 mức độ mất máu: nhẹ, vừa và nặng. Trong đó, XHTH được gọi là nặng khi:

- Huyết áp tâm thu dưới 90mmHg.
- Mạch nhanh trên 120 lần/phút.
- Lượng máu mất ước tính từ 1500-2000ml (tuy nhiên khó xác định chính xác).
- Hồng cầu dưới 2 triệu.
- Hematocrit dưới 30%.
- Hemoglobin dưới 10g/dl.
- Trên lâm sàng cần phải truyền ít nhất 3 đơn vị máu để duy trì huyết áp động mạch.

5. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

5.1. Những biện pháp cần làm ngay khi chẩn đoán

- Đánh giá mức độ nặng của xuất huyết (như trên).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.
- Xác định nhóm máu, hồng cầu, hematocrit, hemoglobin.
- Đặt tĩnh mạch trung ương để bồi phụ thể tích tuần hoàn và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.
- Đặt sonde tiểu để theo dõi lượng nước tiểu hàng giờ.
- Đặt sonde dạ dày, nhất là trong trường hợp XHTH cao. Có thể phối hợp súc rửa dạ dày bằng dung dịch lạnh và bơm các thuốc băng niêm mạc.
- Lập bảng theo dõi tình trạng huyết động, các xét nghiệm huyết học.

5.2. Điều trị triệu chứng

Bồi phụ thể tích tuần hoàn:

Truyền máu đồng nhóm, truyền dung dịch cao phân tử. Tốc độ và thể tích truyền phụ thuộc vào mức độ mất máu và được theo dõi bằng áp lực tĩnh mạch trung tâm.

5.3. Theo dõi diễn tiến chảy máu

- Theo dõi tình trạng huyết động.
- Theo dõi dịch hút từ ống sonde dạ dày, tình trạng nôn ra máu, đại tiện phân đen.
- Theo dõi các xét nghiệm huyết học, có 2 khả năng xảy ra:
 - + Máu ngừng chảy: tình trạng huyết động ổn định dần, hết nôn ra máu, dịch qua sonde dạ dày nhạt dần rồi trong hẳn, các chỉ số huyết học dần dần trở về bình thường.
 - + Máu tiếp tục chảy hoặc chảy lại sau khi tạm ngừng: tình trạng huyết động xấu dần hoặc không ổn định, tiếp tục nôn ra máu; hồng cầu và hematocrit giảm nhiều, truyền dịch hoặc máu nhưng vẫn không duy trì được huyết động.

5.4. Chẩn đoán nguyên nhân

Sau khi chẩn đoán XHTH, xác định mức độ nặng của xuất huyết và tiến hành các bước điều trị ban đầu, ta cần xác định nguyên nhân để có biện pháp điều trị tiếp theo. Để xác định nguyên nhân, ngoài những dấu hiệu lâm sàng của XHTH cao hoặc thấp như đã nói trên, cần tiến hành soi dạ dày - tá tràng và hoặc soi đại tràng cấp cứu hay trì hoãn. Tùy theo nguyên nhân mà có kế hoạch điều trị cụ thể.

6. CÁC NGUYÊN NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA HAY GẶP

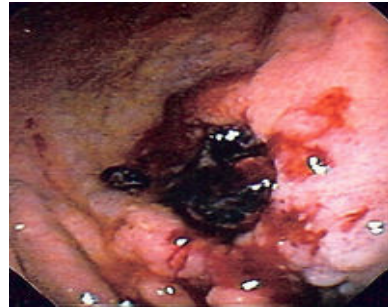
6.1. Xuất huyết tiêu hóa cao cao

6.1.1. Loét dạ dày - tá tràng

- XHTH là biến chứng rất thường gặp và rất nặng nề của loét dạ dày - tá tràng.
- Hỏi bệnh nhân: chẩn đoán tương đối dễ nếu bệnh nhân có tiền sử loét điển hình đã biết trước đã được điều trị và đã được chẩn đoán xác định bởi nội soi hoặc X quang chuẩn bị.
- Chẩn đoán vẫn còn nghi ngờ khi bệnh nhân đã dùng những thuốc gọi là độc hại cho dạ dày chẳng hạn như corticoid và nhất là những thuốc chống viêm không steroid, ví dụ aspirin và những chất dẫn xuất của nó,

đồng thời những loại thuốc chống đông máu làm thuận lợi cho sự chảy máu ở những thương tổn có từ trước. Sau cùng trong 1/3 đến 2/3 trường hợp chảy máu tiêu hoá là khởi đầu của bệnh loét dạ dày - tá tràng.

- Nội soi bằng ống soi mềm để phát hiện ra ổ loét. Kích thước, tính chất ổ loét, một ổ hay nhiều ổ. Những vị trí của ổ loét dạ dày - tá tràng mà còn định vị ổ loét so với những mạch máu lớn. Ví dụ mặt sau thì gần với động mạch vị tá tràng do loét hành tá tràng hay ổ loét ở bờ cong nhỏ thì gần với động mạch vành vị.



Hình 8.1. Nội soi: chảy máu ổ loét dạ dày-tá tràng

- Tiến triển: tùy thuộc vào các yếu tố nguy cơ chung của XHTH, nguyên nhân gây loét, vị trí và tình trạng ổ loét. Trong 70-80% trường hợp, XHTH tự cầm sau một thời gian điều trị nội khoa. 20-30% trường hợp cần phải can thiệp phẫu thuật để tránh sự tái phát hay XHTH dữ dội đe dọa tính mạng bệnh nhân.
- Về điều trị: có 3 nguyên tắc điều trị cơ bản được đề cập cho loét dạ dày - tá tràng chảy máu, bao gồm: điều trị nội khoa cơ bản, tiêm xơ qua nội soi, và phẫu thuật.

6.1.2. Viêm dạ dày - tá tràng xuất huyết

Khám lâm sàng có thể gợi nhớ đến hai hoàn cảnh xuất hiện:

- Dùng thuốc độc hại đến dạ dày - tá tràng là nguyên nhân thường gặp dẫn đến viêm dạ dày - tá tràng, ngoài ra nó có thể làm thuận lợi cho những trường hợp loét chảy máu thậm chí thủng ổ loét. Ngoài những trường hợp ngộ độc rượu có thể đưa đến viêm dạ dày cấp chảy máu.
- Trong hoàn cảnh bị stress tương ứng trong những trường hợp suy yếu những phủ tạng trầm trọng cấp tính hoặc mạn tính.
- Trường hợp suy yếu não bộ: hôn mê cho dù là những nguyên nhân nào nhất là sau những chấn thương sọ não (Cushing ulcer), viêm màng não hay xuất huyết màng não và u não.
- Suy hô hấp cấp tính hay mạn tính thậm chí trong những trường hợp mất bù trừ hô hấp ngay cả khi bệnh nhân được thông khí hỗ trợ.

- Suy thận cấp hay mạn tính với thiếu niệu-vô niệu thậm chí ở những bệnh nhân đang thẩm tách phúc mạc.
- Suy gan cấp tính hoặc trong những mất bù của suy gan mạn tính (xơ gan)
- Nhiễm trùng sâu, thông thường với nhiễm trùng máu chẳng hạn như những ổ áp xe sâu, những ổ hoại tử (viêm tụy hoại tử), nhiễm trùng dạ dày - ruột cấp tính và nhiễm trùng tiết niệu.
- Truy tìm mạch cho dù là những nguyên nhân gì.
- Biến chứng hậu phẫu.
- Sau bỏng nặng.

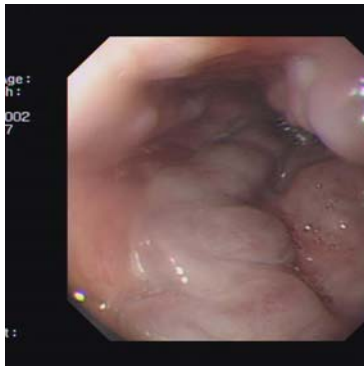
Dùng nội soi để xác định chẩn đoán, thông thường là chỉ ra viêm dạ dày - tá tràng có nhiều tổn thương xuất huyết, chảy máu từng chỗ, viêm đỏ niêm mạc.

Trong một vài trường hợp thương tổn có thể khu trú vùng dưới tâm vị hoặc vùng hang vị.

Về điều trị: chủ yếu là điều trị triệu chứng và bệnh nguyên.

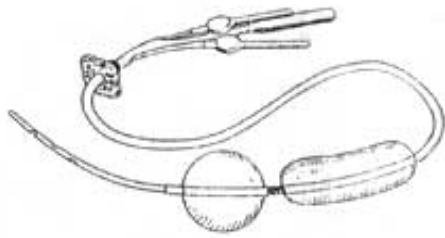
6.1.3. Võ tĩnh mạch thực quản giãn do tăng áp lực tĩnh mạch cửa

- Nguyên nhân của tăng áp của thông thường do xơ gan, nghiện rượu. Vấn đề chẩn đoán dựa vào khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng. Mức độ suy gan tùy thuộc vào phân loại của CHILD hay của PUGH để cho phép có thái độ trị liệu thích hợp và có tiên lượng trước mắt và lâu dài.
- Chẩn đoán: dựa vào lâm sàng. Chẩn đoán xác định chủ yếu bằng nội soi. Trong 5% trường hợp chảy máu có thể ở tĩnh mạch giãn của dạ dày trong vùng tâm vị hoặc hình vị lớn.

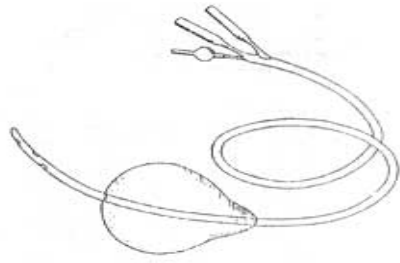


Hình 8.2. Nội soi giãn tĩnh mạch thực quản

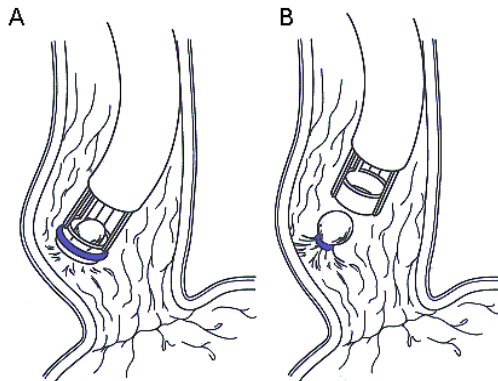
- Điều trị: bao gồm điều trị cấp cứu chảy máu bằng sonde Blakemore và điều trị dự phòng nếu tái phát bằng phẫu thuật. Ngoài ra người ta còn dùng phương pháp tiêm xơ bằng somatostatin.



Hình 8.3. Sonde Blackemore



Hình 8.4. Sonde Linton



Hình 8.5. Thất giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi

6.1.4. Trào ngược dạ dày - thực quản-thoát vị thực quản

Đây là nguyên nhân thứ tư gây XHTH cao.

- Hội chứng Mallory-Weiss: là do rách niêm mạc dạ dày ở chỗ nối tâm vị do cố sức để nôn ở những bệnh nhân có thoát vị khe hoành bởi sự trượt ở lỗ tâm hoành hay bất thường về vị trí của vùng tâm vị và phình vị lớn. Vấn đề chẩn đoán: dựa vào lâm sàng, hỏi bệnh và dùng nội soi. Điều trị có thể bằng tiêm xơ qua nội soi, khâu chỗ rách, phẫu thuật chống trào ngược.
- Viêm thực quản: những viêm thực quản hoại tử với dạng loét nông, phục hồi rất tốt với điều trị nội khoa
- Loét thực quản Barrett: là do định vị lạc chỗ của niêm mạc dạ dày ở vùng dưới thực quản bị loét do trào ngược. Ít tác dụng với điều trị nội khoa, do đó phải can thiệp phẫu thuật, thông thường cắt bỏ đoạn loét và nối thực quản với dạ dày.

6.2. Xuất huyết tiêu hoá thấp

6.2.1. Xuất huyết nặng

Thường có các nguyên nhân sau:

- Loét do nhiệt (ulcération thermométrique): ở những bệnh nhân kẹp nhiệt độ hậu môn hằng ngày, điều trị là khâu lại chỗ loét bằng soi hậu môn và gây tê.
- Viêm đại tràng chảy máu.
- Vỡ búi trĩ: phải loại trừ nguyên nhân khác, nhất là ung thư đại - trực tràng tiềm tàng.
- Xuất huyết túi thừa của đại tràng sigma. Vấn đề chẩn đoán nhờ chụp động mạch mạc treo tràng hoặc soi đại tràng. Điều trị ngoại khoa cấp cứu hoặc trì hoãn.
- Viêm túi thừa Meckel chảy máu.

6.2.2. Xuất huyết tiêu hóa vừa hoặc nhẹ

Nó có thể tự cầm máu hoặc nhờ điều trị nội khoa, nguyên nhân có thể do:

- Bệnh lý của trực tràng, đại tràng
 - + U lành tính
 - + Ung thư
 - + Bệnh Crohn
 - + Loét trực tràng hậu môn, nứt kẽ hậu môn chảy máu.
- Bệnh lý ruột non: u lành tính hay ác tính ruột non và loét ruột non do loét

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Xuất huyết tiêu hoá là tình trạng:
 - A. Máu chảy trong ổ phúc mạc
 - B. Máu trong ống tiêu hoá
 - C. Máu chảy có nguồn gốc từ ống tiêu hoá cũng như nguồn gốc gan-mật-tụy
 - D. B và C đúng
 - E. Tất cả đều sai
2. Xuất huyết tiêu hoá cao có đặc điểm:
 - A. Là tình trạng chảy máu có nguồn gốc từ góc tá-hỗng tràng trở lên đến tâm vị - thực quản và thường được biểu hiện ra ngoài bởi nôn ra máu
 - B. Là tình trạng chảy máu có nguồn gốc từ dạ dày - tá tràng cho đến xoang miệng và thường được biểu hiện ra ngoài bởi nôn ra máu

- C. Bao gồm cả những trường hợp chảy máu có nguồn gốc từ gan mật - tụy
 D. A và C đúng
 E. B và C đúng
3. Các nguyên nhân thường gặp của xuất huyết tiêu hoá cao là:
 A. Loét dạ dày-tá tràng
 B. Chảy máu đường mật
 C. Võ giãn tĩnh mạch thực quản
 D. A và C đúng
 E. A, B, C đúng
4. Các nguyên nhân thường gặp của xuất huyết tiêu hoá thấp là:
 A. Chảy máu đường mật-tụy
 B. Viêm túi thừa Meckel chảy máu
 C. Polyp đại-trực tràng
 D. Ung thư đại - trực tràng
 E. A sai, C, D đúng
5. Phân biệt đại tiện phân đen trong xuất huyết tiêu hoá với:
 A. Uống thuốc có carbon
 B. Uống các thuốc có nhiều sắt
 C. Phân đen do táo bón
 D. A và B đúng
 E. Tất cả đều đúng
6. Các xét nghiệm cận lâm sàng ưu tiên làm trước hết trong cấp cứu xuất huyết tiêu hoá là:
 A. Công thức máu và nhóm máu
 B. Nội soi tiêu hoá
 C. Siêu âm bụng
 D. Chụp X quang bụng đứng không chuẩn bị
 E. A và B đúng
7. Trong xuất huyết tiêu hoá cao, nội soi tiêu hoá có ý nghĩa:
 A. Giúp chẩn đoán xác định xuất huyết tiêu hoá
 B. Giúp xác định vị trí và nguồn gốc của chảy máu

- C. Can thiệp cầm máu qua đường nội soi nếu cần
 - D. B và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
8. Đúng trước một bệnh nhân vào viện do xuất huyết tiêu hoá, các công việc cần làm ngay là:
- A. Làm ngay các xét nghiệm đánh giá mức độ nặng của xuất huyết tiêu hoá cũng như nhóm máu
 - B. Lấy ngay các đường truyền tĩnh mạch, nếu được nên có một đường truyền trung ương
 - C. Nội soi tiêu hoá nhanh nhất có thể ngay khi có gợi ý vị trí của nguồn gốc chảy máu
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
9. Các yếu tố góp phần tiên lượng nặng của xuất huyết tiêu hoá là:
- A. Lớn tuổi (trên 60tuổi)
 - B. Chảy máu tái diễn trong vòng 4-8 ngày kể từ lần xuất huyết cuối cùng
 - C. Bệnh lý nội khoa nặng kèm theo khác như dẫn phế quản, suy tim
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
10. Trong xuất huyết tiêu hoá nặng do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, điều trị cấp cứu bao gồm:
- A. Truyền dịch và máu để duy trì huyết động + sonde Blackmore
 - B. Đặt sonde dạ dày theo dõi tình trạng chảy máu tiếp tục
 - C. Phẫu thuật cấp cứu tạo cầu nối cửa-chủ
 - D. Nội soi thực quản - dạ dày để chẩn đoán và can thiệp
 - E. A và C đúng

Bài 9

CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN - VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các định nghĩa về chấn thương bụng kín và vết thương thấu bụng
2. Trình bày được các cơ chế gây chấn thương bụng kín và các nguyên nhân của vết thương thấu bụng.
3. Chẩn đoán được chấn thương bụng kín và vết thương thấu bụng.
4. Trình bày được thái độ xử trí một bệnh nhân bị chấn thương bụng kín và vết thương thấu bụng.

A. CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương bụng kín hay gọi là **chạm thương bụng** bao gồm cả những tổn thương về bụng, tổn thương có thể chỉ ở ngoài thành bụng nhưng có thể tổn thương các tạng đặc trong ổ bụng (như gan, lách, tụy...) hoặc tạng rỗng (dạ dày, ruột, bàng quang hoặc các thương tổn phối hợp khác).

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Tổn thương thành bụng

Là thương tổn bên ngoài mà không gây tổn thương tạng trong ổ bụng.

Thương tổn bầm máu, phù nề dưới da, có khi là khối máu tụ do đứt động mạch thương vị; đứt giáp nát cân cơ thành bụng, lóc da.

2.2. Tổn thương tạng bên trong

Thương tổn một tạng hoặc nhiều tạng phối hợp kể cả tạng đặc và tạng rỗng, chẩn đoán trước mổ khó chính xác, vấn đề là khi mổ bụng, phẫu thuật viên phải thăm dò kỹ lưỡng và có phương pháp để không bỏ sót tạng bị thương tổn.

3. LÂM SÀNG

3.1. Hỏi bệnh

Nếu nạn nhân còn tỉnh táo trả lời chính xác các câu hỏi và gợi ý của thầy thuốc thì có thuận lợi cho việc thăm khám thực thể.

Nếu nạn nhân bị hôn mê thì hỏi người nhà hoặc người đưa bệnh nhân vào viện:

- Hoàn cảnh bị tai nạn:
 - + Giờ bị tai nạn.
 - + Cơ chế gây chấn thương: cơ chế trực tiếp hay gián tiếp.
- Các triệu chứng xảy ra sau khi bị tai nạn:
 - + Đau bụng: là triệu chứng thường xuyên gặp, vị trí đau nhiều nhất.
 - + Nôn: tính chất của chất nôn (có máu hay không).
 - + Tiểu tiện: đái máu hay nước tiểu trong.

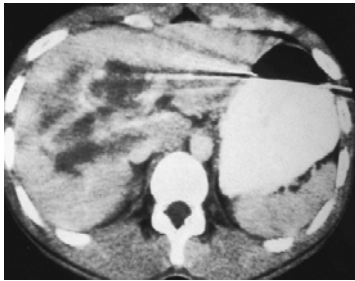
3.2. Khám thực thể

- Khám toàn thân:
 - + Tình trạng sốc mất máu: khi bị tổn thương tạng đặc hoặc mạch máu lớn trong ổ phúc mạc sẽ gây hội chứng chảy máu trong cấp tính, lượng máu mất thường nhiều và ảnh hưởng đến toàn thân sớm: da xanh nhợt, niêm mạc mắt trắng nhợt, hốt hoảng, vã mồ hôi, đầu chi lạnh, sống mũi lạnh, cánh mũi phập phồng và bệnh nhân kêu khát nước.
- Khám thực thể: phải khám toàn diện (bao gồm khám toàn thân và khám tại chỗ):
 - + Nhìn: tìm vị trí thương tổn do chấn thương gây nên như xây xát, tụ máu, bầm dập cơ, rách da và cơ... nhịp thở bụng.
 - + Sờ nắn: tìm điểm đau khu trú vùng chấn thương hay bị đau khắp bụng, tìm dấu hiệu phản ứng thành bụng hoặc cơ cứng tự nhiên của thành bụng.
 - + Gõ: gõ vùng gan để tìm dấu hiệu có tiếng vang bất thường (mất vùng đục trước gan). Gõ hai hố chậu để tìm dấu hiệu động dịch tự do vùng thấp của bụng (gõ nghe tiếng đục).
 - + Thăm khám trực tràng, âm đạo: tìm dấu hiệu của túi cùng Douglas, túi cùng căng phồng đau.
 - + Khám phối hợp các tạng khác: là động tác vô cùng quan trọng không được bỏ sót một cơ quan nào.
 - Khám lồng ngực-hô hấp: tìm tổn thương thành ngực có gãy xương sườn hay không. Tìm dấu hiệu của tràn máu, tràn khí khoang màng phổi: nếu có tổn thương phối hợp mà phát hiện chậm bệnh nhân sẽ nhanh chóng bị tử vong.
 - Khám cơ quan khác: khám cơ quan sinh dục, tiết niệu, khám sọ não và tứ chi để tìm các thương tổn phối hợp.

- Thủ thuật thăm dò: chọc ổ bụng để hút ra máu bầm khi có các triệu chứng lâm sàng gợi ý có chảy máu trong, để hút và máu không đông, đây là thủ thuật nên làm sớm và đúng kỹ thuật sẽ cho ta chẩn đoán sớm nhất. Trong trường hợp chọc hút ổ bụng không ra dịch, không ra máu; nếu bệnh nhân không bị sốc, huyết động ít dao động thì nên làm thủ thuật chọc rửa ổ bụng để giúp chẩn đoán.

3.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu:
 - + Số lượng hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrit.
 - + Số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính.
 - + Nhóm máu (A, B, O)
- Siêu âm bụng: là xét nghiệm tương đối tin tưởng nhưng chỉ nên áp dụng cho những bệnh nhân nghi ngờ mà toàn thân không bị choáng. Trong trường hợp bệnh nhân choáng thì có thể siêu âm tại chỗ để phát hiện các thương tổn nhất là tạng đặc (gan, lách, lỵng dịch trong ổ phúc mạc, hơi tự do...).
- X quang bụng đứng không chuẩn bị: tìm hơi tự do, dịch tự do trong ổ bụng (tìm liềm hơi dưới cơ hoành; tìm hình ảnh mờ vùng thấp trên phim X quang), xác định bóng gan-bóng lách mục đích chẩn đoán thương tổn dưới bao gan, bao lách.
- Chụp cắt lớp vi tính: là phương tiện chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị trong chẩn đoán tạng thương tổn, đặc biệt là trong thương tổn tạng đặc.



A



B

Hình 9.1. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính vỡ gan cả 2 thùy (A) và vỡ cắt ngang gan trái (B)

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Theo dõi

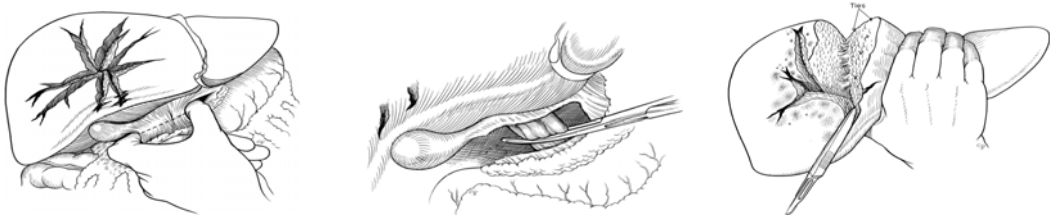
Chỉ định theo dõi đối với nạn nhân không bị choáng, không có hội chứng mất máu cấp; không có dấu hiệu vỡ tạng rỗng (tức là nạn nhân chưa có chỉ định mổ tức thì).

- Theo dõi toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ, tâm - thần kinh (quan trọng nhất là mạch).
- Theo dõi bụng: tình trạng bụng (mềm hay phản ứng), đau toàn bụng.
- Thăm trực tràng.
- Theo dõi cận lâm sàng:
 - + Công thức máu, hematocrit, huyết sắc tố, bạch cầu, hồng cầu.
 - + Chụp X quang bụng đứng nhiều lần hoặc chụp X quang bụng tư thế nằm nghiêng (Mondor).
 - + Siêu âm nhiều lần và so sánh lần sau với lần trước

4.2. Điều trị phẫu thuật

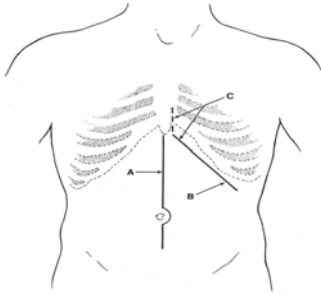
Chỉ định phẫu thuật trong trường hợp vỡ tạng đặc (tràn máu ổ bụng lượng nhiều), vỡ tạng rỗng, vỡ tạng đặc điều trị bảo tồn không có kết quả.

- Phương pháp vô cảm: gây mê toàn thân.
- Chọn đường mổ: đường trắng giữa trên dưới rốn.
- Thăm dò tổn thương: tỷ mỉ, nhiều lần tránh bỏ sót tổn thương.
- Xử trí tổn thương:
 - + Trường hợp trong ổ bụng có máu đỏ tươi phẫu thuật viên phải dùng tay thăm dò gan-lách để cầm máu tạm thời giảm lượng máu chảy ra giúp cho hồi sức có hiệu quả nhanh hơn. Sau đó lấy máu trong ổ bụng ra để có thể cho phép truyền trả lại cho nạn nhân sau khi thăm dò kỹ lưỡng không bị tổn thương tạng rỗng và đường mật lớn.
 - Tổn thương gan:
 - + Khâu cầm máu
 - + Khâu cầm máu-thắt động mạch gan chung hoặc gan riêng
 - + Cắt phần gan không điển hình.

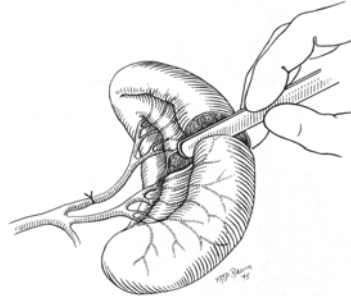


Hình 9.2. Nghiệm pháp Pringle và cắt gan không điển hình trong vỡ gan nặng

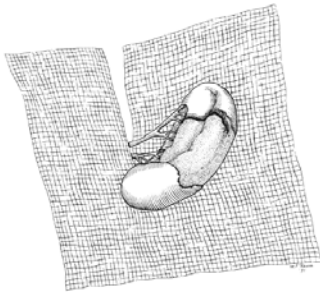
- Tổn thương lách:
 - + Cắt lách toàn phần hoặc bán phần.
 - + Khâu cầm máu lách bảo tồn.
- Tổn thương tụy:
 - + Nhét mèche cầm máu.
 - + Cắt phần tụy (vùng thận, vùng đuôi tụy).
 - + Nối phục hồi ống tụy chính.



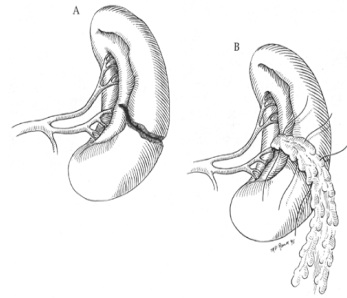
Hình 9.3. Đường mở bụng trong vỡ lách



Hình 9.4. Cắt lách bán phần do chấn thương



Hình 9.5. Bọc lách bằng màng collagen



Hình 9.6. Khâu cầm máu lách có chèn mạc nối

- Tổn thương thận:
 - + Cắt thận toàn phần.
 - + Cắt thận bán phần.
- Mạch máu mạc treo ruột :
 - + Khâu nối phục hồi lưu thông.
 - + Cắt đoạn ruột hoại tử tương ứng mạch máu bị tổn thương.
- Bàng quang: khâu phục hồi và dẫn lưu.
- Tạng rỗng:
 - + Dạ dày: khâu kín tổn thương.

- + Ruột non: khâu lỗ thủng, cắt xén và khâu lỗ thủng, cắt đoạn ruột non và nối ruột phục hồi lưu thông tiêu hóa.
- + Ruột già: đưa tổn thương ra ngoài làm hậu môn nhân tạo. Khâu kín tổn thương và làm hậu môn nhân tạo đoạn đại tràng phía trên tổn thương.
- + Trực tràng: tổn thương trong phúc mạc ít gặp. Đặc biệt tá tràng tổn thương có nhiều phương pháp xử trí thực thụ (nên mời phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc tạm thời khâu kín và chuyển tuyến trên xử trí lại).

B. VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương thấu bụng là thương tổn hoặc trực tiếp vào thành bụng xuyên thấu từ ngoài da đến thủng lớp phúc mạc, hoặc gián tiếp đi từ các vùng khác như vết thương ngực - bụng (thủng cơ hoành); vết thương chọc thủng tầng sinh môn xuyên thấu vào phúc mạc, thậm chí vết thương từ phía lưng xuyên ra trước gây thủng phúc mạc... Các tạng bên trong hoặc là bị thương tổn hoặc là không bị thương tổn.
- Vết thương thấu bụng cần được chẩn đoán và xử trí sớm vì tổn thương tạng tiêu hóa bên trong có thể gây nên nguy hiểm đến tính mạng người bệnh đặc biệt là các tổn thương tạng đặc-mạch máu lớn gây mất máu cấp tính dễ đưa đến tử vong nhanh.
- Cơ chế gây ra vết thương bụng: có thể do bạch khí (dao, sừng trâu bò...) hoặc do mảnh đạn, mảnh bom mìn... Vết thương chột (do bom bi).

2. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU

2.1. Vết thương không gây thủng phúc mạc

- Thực tế khi có vết thương trực tiếp vào thành bụng mà không xuất hiện hội chứng mất máu cấp tính hoặc hội chứng viêm phúc mạc, chúng ta chỉ cần mở rộng thăm dò tổn thương thành bụng.
- Nếu không gây thủng rách lớp phúc mạc thành thì đó là vết thương thành bụng, mà không lo lắng có tổn thương nội tạng bên trong.
- Vấn đề các thương tổn từ nơi khác như vết thương ngực-bụng, vết thương tầng sinh môn, vết thương sau bên. Việc thăm dò vết thương là rất phức tạp.

2.2. Vết thương gây thủng phúc mạc

Có tạng tiêu hóa lòi qua vết thương (ruột non, mạc nối lớn) thậm chí lộ rõ để hở nội tạng ra ngoài. Việc chẩn đoán đã rõ ràng, vấn đề quan trọng là thái độ xử trí.

2.2.1. Vết thương thấu bụng đơn thuần

Nếu vết thương có thủng rách phúc mạc mà không gây tổn thương nội tạng, thì quyết định phương pháp xử trí cần phải thận trọng, nên theo dõi sát tình trạng toàn thân và tình trạng bụng bệnh nhân.

2.2.2. Vết thương thấu bụng có tổn thương tạng

Tổn thương tạng đặc, mạch máu lớn trong ổ bụng: hội chứng mất máu cấp tính. Có thể thấy máu tươi đỏ chảy qua lỗ vết thương ra ngoài liên tục, khối lượng nhiều.

3. LÂM SÀNG

- Bệnh nhân xanh tái, vã mồ hôi, vật vã, bất an, đầu chi và sống mũi lạnh, dấu bấm móng tay (-), mạch nhanh nhỏ 140 lần/phút. Huyết áp động mạch tụt.
- Quan sát và định hướng vết thương nhằm đoán trước tổn thương thuộc vùng liên quan đến các tạng như:
 - + Vết thương hạ sườn phải (nghĩ đến tổn thương gan).
 - + Vết thương hạ sườn trái (nghĩ đến tổn thương lách).
 - + Vết thương hông phải (nghĩ đến thương tổn đại tràng lên).
 - + Vết thương hông trái (nghĩ đến thương tổn đại tràng xuống).
 - + Vết thương hạ vị (thương tổn bàng quang, tử cung).

Tuy nhiên trên đây là các ví dụ đối với vết thương thẳng trực cơ thể, ngoài ra các vết thương xuyên chéo thương tổn bên trong ổ bụng thường là nhiều tạng.

- Xác định kích thước vết thương, số lượng vết thương.
- Khám bụng tìm dấu hiệu phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng tự nhiên.
- Các triệu chứng khác: nôn ra máu, ỉa ra máu, đái máu giúp chúng ta nghĩ đến các tạng tương ứng bị tổn thương.

Trường hợp bệnh nhân tối muộn hơn: cần chú ý 2 hội chứng:

3.1. Hội chứng mất máu cấp tính

- Toàn thân: bệnh nhân bị sốc, rối loạn huyết động học.
- Xét nghiệm: số lượng hồng cầu giảm.

3.2. Hội chứng viêm phúc mạc

- Toàn thân: tổng trạng nhiễm trùng, nhiễm độc, sốt, mạch nhanh, vẻ mặt nhiễm trùng, khám bụng trống có phản ứng phúc mạc, thăm trực tràng - túi cùng đau.
- Xét nghiệm: số lượng bạch cầu tăng cao, tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng rõ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Các nguyên tắc chung

Vấn đề đánh giá và thăm dò vết thương là bước đầu giúp cho thầy thuốc có phương pháp xử lý đúng đắn.

- Chọn thời gian mổ: phải mổ sớm, càng sớm càng tốt, đối với bệnh nhân bị sốc mất máu vừa tiến hành hồi sức vừa phẫu thuật. Mục đích chính là cầm máu, khi thương tổn chảy máu được loại trừ sẽ giúp cho hồi sức đáp ứng nhanh và hiệu quả.
- Tuyệt đối không do dự, chờ hồi sức khá lên mới đem mổ thì sẽ bị thất bại, bệnh nhân sẽ không phục hồi mà sốc ngày càng nặng thêm.
- + Đối với bệnh nhân được chẩn đoán thương tổn tạng rỗng có thể mổ chậm lại, tuy vậy phải mổ trước 6 giờ kể từ khi bị tai nạn, nếu để chậm quá tình trạng viêm phúc mạc nặng lên sẽ gây nhiễm độc, việc hồi sức sau mổ sẽ gặp khó khăn hơn.
- + Chọn đường mổ: phải chọn đường mổ thích hợp, rộng rãi để thăm dò hết các tổn thương bên trong.

Ví dụ:

- Lỗ vào ở ngực thấp: chọn đường rạch ngực-bụng.
- Lỗ vào ngực cao hay ở phía sau lồng ngực: chọn 2 đường mổ riêng biệt (đường mổ ngực, một đường mổ bụng).

4.2. Điều trị thương tổn cụ thể

- Lách: tùy theo thương tổn cụ thể để chọn cách xử trí:
 - + Giập nát, đứt cuống lách: cắt lách.
 - + Rách cạn, gọn: khâu cầm máu bảo tồn lách.
- Gan: tùy theo thương tổn cụ thể để chọn cách xử trí.
 - + Các đường rách gọn độ I, II, III có thể khâu cầm máu 2 mép thương tổn.
 - + Các đường rách phức tạp hay giập nhu mô một phần thì cắt gan không điển hình.
- Tụy:
 - + Nhét gạc cầm máu.
 - + Cắt một phần tụy.
 - + Nếu đứt ống tụy chính (Wirsung) phải khâu phục hồi.
 - + Khâu phục hồi lưu thông máu động mạch mạc treo.
 - + Cắt bỏ phần ruột tương ứng bị thiếu máu.

- Dạ dày: khâu vết thương.
- Ruột non: tùy tổn thương cụ thể để xử trí
 - + Khâu lỗ thủng
 - + Cắt xén và khâu lỗ thủng.
 - + Cắt đoạn ruột non, khâu nối phục hồi lưu thông tiêu hóa.

Nguyên tắc là đưa đoạn đại tràng có vết thương ra ngoài làm hậu môn nhân tạo; ngoài ra còn thay đổi kỹ thuật tùy vào phẫu thuật viên nhưng phải bảo đảm nguyên tắc.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tổn thương tạng đặc thường gặp nhất trong chấn thương bụng kín theo thứ tự lần lượt là:

- A. Thận, gan, lách, tụy
- B. Lách, gan, thận, tụy
- C. Lách, thận, gan, tụy
- D. Gan, tụy, thận, lách
- E. Gan, tụy, lách, thận

2. Tổn thương tạng rỗng thường gặp nhất trong chấn thương bụng kín là:

- A. Ruột già và dạ dày
- B. Ruột non và dạ dày
- C. Ruột non và bàng quang
- D. Ruột và đường mật
- E. Tất cả đều sai

3. Phần ruột non hay bị tổn thương nhất trong chấn thương bụng kín là:

- A. Hồng tràng đoạn cuối và hồi tràng đoạn đầu
- B. Hồng tràng đoạn đầu và hồi tràng đoạn cuối
- C. Hồi tràng đoạn cuối và hồng tràng đoạn cuối
- D. Đoạn đầu của hồng tràng và hồi tràng
- E. Tất cả đều sai

4. Trong chấn thương bụng kín do cơ chế giảm tốc đột ngột, bệnh nhân thường vào viện với:

- A. Tổn thương thường là chỉ một tạng nào đó
- B. Tổn thương thường phức tạp và đa tạng
- C. Bệnh cảnh nặng nề và đe dọa tử vong nếu như không kịp thời hồi sức và can thiệp phẫu thuật kịp thời
- D. Bệnh cảnh lâm sàng bụng trướng, huyết động ổn định
- E. B và C đúng

5. Triệu chứng lâm sàng của hội chứng chảy máu trong do vỡ tạng đặc trong chấn thương bụng kín bao gồm:

- A. Dấu chứng mất máu cấp tính.
- B. Dấu chứng ổ bụng với dịch tự do trong ổ phúc mạc, đề kháng thành bụng..
- C. Chọc dò ổ phúc mạc ra máu không đông
- D. Bụng trướng gõ đục vùng thấp
- E. Tất cả đều đúng

6. Chọc dò ổ bụng hay chọc rửa ổ bụng trong chấn thương bụng kín được gọi là dương tính khi hút ra dịch về mặt đại thể ghi nhận có:

- A. Máu không đông
- B. Dịch tiêu hoá
- C. Dịch dưỡng trấp trắng đục như sữa
- D. Nước tiểu trong ổ phúc mạc
- E. Tất cả đều đúng

7. Vị trí chọc dò ổ bụng được sử dụng tốt nhất để hút máu không đông trong ổ phúc mạc là:

- A. Điểm Mac Burney
- B. Đối xứng với điểm MB qua bên trái
- C. Vị trí nghi ngờ có máu đọng nhất
- D. A và B đúng, C sai
- E. Tất cả đều sai

8. Trong hội chứng chảy máu trong, chọc rửa ổ bụng được gọi là dương tính khi tìm thấy trong dịch hút ra có:

- A. Hồng cầu (HC) $> 100.000/mm^3$
- B. HC > 1 triệu/ mm^3
- C. Bạch cầu (BC) $> 500/mm^3$

- D. A và C đúng
E. B và C đúng
9. Trong hội chứng chảy máu trong, chỉ định mổ bụng là:
- A. Khi chẩn đoán chắc chắn có chảy máu trong ổ phúc mạc
 - B. Ngay khi chọc dò ổ phúc mạc có máu không đông
 - C. Khi chọc dò có máu không đông trong ổ phúc mạc và siêu âm ghi nhận có tổn thương gan hay lách
 - D. Khi chọc dò có máu không đông trong ổ phúc mạc và bệnh nhân có triệu chứng choáng mất máu mà không thể giải thích được từ các phần khác của cơ thể
 - E. Tất cả đều đúng
10. Chỉ định điều trị phẫu thuật trong chấn thương bụng kín bao gồm:
- A. Bệnh nhân có triệu chứng của tràn máu ổ phúc mạc kèm choáng mất máu
 - B. Bệnh nhân có biểu hiện viêm phúc mạc sau chấn thương bụng kín
 - C. Bệnh nhân có hội chứng chảy máu trong và không đáp ứng điều trị bảo tồn tích cực dù chưa có ghi nhận tạng thương tổn trên siêu âm bụng
 - D. A và B đúng, C sai
 - E. A, B, C đúng
11. Các phương pháp phẫu thuật trong trường hợp vỡ lách do chấn thương bụng kín:
- A. Cắt lách
 - B. Khâu lách cầm máu
 - C. Cắt bán phần lách cầm máu
 - D. A và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
12. Sự khác nhau giữa vết thương thấu bụng (VTTB) do hoả khí và do bạch khí là:
- A. VTTB do hoả khí thường phức tạp hơn
 - B. VTTB do bạch khí thường đơn giản hơn nên xử trí chủ yếu là cắt lọc vết thương thành bụng tại chỗ là đủ
 - C. VTTB do hoả khí luôn luôn gây nên thương tổn tạng là số chẵn (2,4,6..)
 - D. A và C đúng
 - E. B và C đúng

RUỘT THỪA VIÊM CẤP

MỤC TIÊU

1. Chẩn đoán được một trường hợp ruột thừa viêm cấp thể điển hình.
2. Trình bày được các thể lâm sàng của ruột thừa viêm cấp.
3. Trình bày được các biến chứng hay gặp của ruột thừa viêm cấp.
4. Nêu các phương pháp phẫu thuật bệnh viêm ruột thừa cấp.

1. ĐẠI CƯƠNG

Ruột thừa viêm (RTV) cấp là một trong những bệnh lý cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất. Tần suất RTV cấp song hành với tần suất của quá trình phát triển của mô bạch huyết, với tỷ lệ cao nhất ở giai đoạn đầu của thập niên. RTV thường xảy ra ở nam giới, đặc biệt vào tuổi dậy thì. Tỷ lệ nam/nữ khoảng 1,3:1.

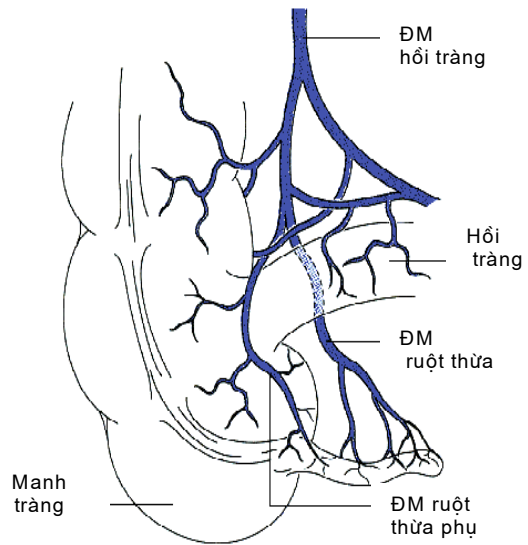
Trong giai đoạn nghiên cứu từ 1975-1991, tỷ lệ giảm từ 100 trường hợp/100.000 xuống 52 trường hợp/100.000 dân. Sự thay đổi này dường như không giải thích dựa vào công tác chẩn đoán đã được cải thiện, và lời giải thích cho hiện tượng này vẫn còn chưa rõ ràng. Hiện nay 84% trường hợp cắt ruột thừa (RT) được tiến hành vì một bệnh lý cấp. Tỷ lệ cắt bỏ RT bình thường trung bình là 16%.

2. GIẢI PHẪU VÀ CHỨC NĂNG RUỘT THỪA

RT lần đầu tiên nhìn thấy được trong quá trình phát triển của phôi thai là vào tuần lễ thứ 8 của thai kỳ, có hình ảnh như một chỗ nhô lên ở phần cuối của manh tràng (MT). Trong cả giai đoạn phát triển trước và sau sinh, tốc độ phát triển của MT vượt xa tốc độ phát triển của RT, nó làm di lệch vị trí của RT đi vào trong và xuống dưới van hồi MT. Mối liên hệ giữa gốc RT và MT vẫn hằng định, trong khi đó có thể thấy đầu của RT ở sau MT, tiểu khung, dưới MT, trước hồi tràng, hoặc ở quanh đại tràng (ĐT) phải.

Trong nhiều năm, RT được xem như là một cơ quan vết tích không có chức năng. Hiện nay người ta đã nhận thấy rằng RT là một cơ quan miễn dịch, nó tham gia tích cực vào sự chế tiết globulin miễn dịch (Ig), đặc biệt là IgA.

Mặc dù RT là một thành phần phối hợp giữa ruột với hệ thống tổ chức bạch huyết, nhưng chức năng của nó không quan trọng và cắt RT không đi kèm theo bất kỳ yếu tố nào làm thuận lợi cho quá trình nhiễm khuẩn hay bất kỳ biểu hiện nào về suy giảm miễn dịch. Tổ chức bạch huyết lần đầu tiên hiện diện ở RT là vào tuần lễ thứ hai sau sinh. Số lượng tổ chức gia tăng trong suốt giai đoạn dậy thì, vẫn còn duy trì như vậy trong thập kỷ kế tiếp và sau đó bắt đầu giảm đều đặn theo tuổi. Sau 60 tuổi, thực sự không còn tổ chức bạch huyết trong RT, và thường có tắc hoàn toàn lòng RT.



Hình 10.1. Giải phẫu và mạch máu ruột thừa

3. NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH CỦA RUỘT THỪA VIÊM CẤP

Tắc nghẽn lòng RT là yếu tố gây bệnh nổi bật nhất trong RTV cấp. Sỏi phân là nguyên nhân gây tắc RT hay gặp. Ít gặp hơn là do phì đại mô bạch huyết; có thể do chất baryt bị cô đặc lại khi chụp X quang trước đây; do rau và quả hạt; do giun đũa.

Một chuỗi sự kiện xảy ra sau khi tắc lòng RT như sau: vật tắc nghẽn ở gốc sẽ tạo ra sự tắc nghẽn một quai kín trong khi sự bài tiết của niêm mạc RT vẫn tiếp tục làm cho RT căng ra. Thể tích lòng RT bình thường chỉ khoảng 0,1ml. Nó không có một lòng ống thực sự. Sự tiết của niêm mạc RT chỉ khoảng 0,5ml có thể làm cho áp lực lòng RT tăng đến khoảng 60cm H₂O. Sự căng to của RT kích thích lên đầu mút thần kinh hướng tâm mang cảm giác đau tạng, nó gây triệu chứng đau mơ hồ, âm ỉ, lan toả ở giữa bụng hoặc phía dưới của vùng thượng vị. Nhu động ruột cũng bị kích thích do sự căng giãn đột ngột đôi khi có thể tạo ra cơn co thắt.

Niêm mạc đường tiêu hoá (kể cả RT) rất nhạy với sự thiếu máu. Do vậy nó mất đi tính toàn vẹn của niêm mạc ngay trong giai đoạn đầu của quá trình này. Điều đó tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập vào lớp sâu hơn. Sự căng giãn tiếp diễn sẽ ảnh hưởng đến áp lực của tiểu ĐM, vùng mà có nguồn cung cấp máu kém nhất sẽ bị ảnh hưởng nhiều nhất: diện nhồi máu có hình bầu dục xuất hiện ở bờ tự do. Khi căng giãn vi khuẩn xâm nhập, suy giảm cung cấp máu và sự nhồi máu tiếp diễn sẽ gây thủng RT. Thường là đi qua một trong những vùng bị nhồi máu ở bờ tự do của RT.

Vi khuẩn học trong RTV: người ta đã tìm thấy nhiều vi khuẩn kỵ khí, ái khí hay tùy ý từ dịch thu được trong ổ phúc mạc, dịch áp xe và tổ chức RT ở những bệnh nhân bị RTV hoại thư hay thủng. Trung bình có khoảng 10 chủng vi khuẩn khác nhau được phát hiện trên một mẫu nghiệm. Trong hầu hết mẫu nghiệm, người ta đã phân lập được *Bacteroides fragilis* và *E. coli*. Chủng vi khuẩn hay gặp khác là Streptococcus (80%), Pseudomonas (40%), *Bacteroides splanchnicus* (40%) và Lactobacillus (30%). Nghiên cứu vi khuẩn học ở thành RT của trẻ em cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa khuẩn chí của RT bình thường và RT bị viêm cấp. *Bacteroides fragilis* và *E. coli* và Streptococcus là những vi khuẩn được phân lập phổ biến nhất. Người ta đã ghi nhận được RTV phối hợp với Cytomegalovirus ở những bệnh nhân bị AIDS.

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

4.1. Cơ năng

- Đau bụng: đây là triệu chứng đầu tiên của RTV cấp. Về kinh điển thì đau bụng bắt đầu lan toả ở vùng thượng vị và vùng rốn. Đau vừa phải, không thay đổi, đôi khi có những cơn co thắt trội lên. Sau một thời gian từ 1-12 giờ (thường trong vòng 4-6 giờ), cơn đau sẽ khu trú ở hố chậu phải (HCP). Ở một số bệnh nhân, đau của RTV bắt đầu ở HCP và vẫn duy trì ở đó. Sự thay đổi về vị trí giải phẫu của RT đã giải thích cho những thay đổi về vị trí của cơn đau kiểu tạng. Sự quay bất thường của ruột cũng làm cho triệu chứng đau phức tạp hơn. Phần thần kinh tạng ở vị trí bình thường, nhưng phần thần kinh bản thể nhận cảm giác ở vùng bụng-nơi manh tràng bị giữ lại trong khi xoay.
- Chán ăn: hầu như luôn đi kèm theo RTV. Nó hằng định đến mức khi bệnh nhân không có chán ăn thì cần phải xem lại chẩn đoán.
- Nôn mửa: xảy ra trong khoảng 75% bệnh nhân, nhưng không nổi bật và kéo dài, hầu hết bệnh nhân chỉ nôn 1-2 lần.
- Chuỗi xuất hiện triệu chứng có ý nghĩa rất lớn để chẩn đoán phân biệt. Trên 95% bệnh nhân RTV cấp thì chán ăn là triệu chứng đầu tiên, sau đó là đau bụng, đến lượt nôn mửa (nếu có xảy ra). Nếu nôn mửa xảy ra trước khi có triệu chứng đau thì cần xem lại chẩn đoán.

4.2. Dấu hiệu thực thể

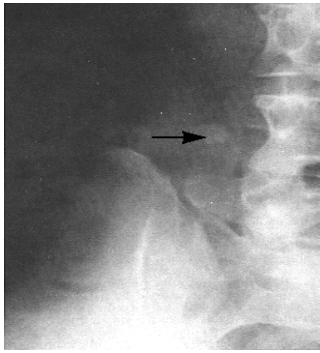
- Dấu hiệu sống không thay đổi nhiều đối với RTV nếu như chưa có biến chứng. Nhiệt độ ít khi tăng quá 39°C, mạch bình thường hay hơi tăng. Những thay đổi quá mức thường gợi ý là đã có biến chứng hoặc nên xem xét đến một chẩn đoán khác.
- Bệnh nhân RTV thường thích nằm ngửa, với hai đùi (đặc biệt là đùi phải) thường kéo gập lên - bởi vì bất kỳ cử động nào cũng làm đau gia tăng. Nếu như yêu cầu cử động, bệnh nhân cũng chỉ làm chậm chạp và thận trọng.

- Dấu hiệu đau thực thể kinh điển ở HCP chỉ có khi RT bị viêm nằm ở vị trí phía trước. Cảm giác đau thường nhiều nhất ngay ở điểm đau Mac Burney hoặc gần với điểm Mac Burney.
- Dấu giảm áp (dấu Blumberg) thường gặp và dấu hiệu này rõ nhất ở HCP, điều đó cho thấy có sự kích thích phúc mạc.
- Dấu Rovsing (đau ở hố chậu phải khi đè vào hố chậu trái) cũng chỉ cho thấy vị trí của sự kích thích phúc mạc.
- Quá cảm da ở trong vùng do dây thần kinh tuỷ T10, T11, T12 bên phải chi phối cũng hay gặp, nhưng trong một số trường hợp sớm, thì nó có thể là dấu hiệu dương tính đầu tiên. Khám triệu chứng này bằng kim châm hoặc tốt hơn là kẹp nhẹ da giữa hai ngón tay cái và trỏ. Thông thường nghiệm pháp này hay gây đau cho bệnh nhân.
- Đề kháng thành bụng thường song song với độ trầm trọng của quá trình viêm. Trong giai đoạn đầu của bệnh, sự đề kháng (nếu có) chủ yếu là do sự phòng vệ cố ý. Khi có sự kích thích phúc mạc, sự co thắt cơ gia tăng và trở nên không cố ý - đây là phản xạ thực sự trái ngược với sự phòng vệ cố ý.
- Những thay đổi về vị trí của RTV tạo nên những thay đổi về dấu hiệu thực thể khác với thông thường. Với RTV sau MT, dấu hiệu ở bụng trước ít nổi bật và nhạy cảm đau có thể nổi trội nhất ở vùng mạn sườn hay trên gai chậu sau trên. Khi RTV thể tiểu khung, triệu chứng ở bụng thường nhẹ nhàng và có thể chẩn đoán nhầm trừ khi có thăm trực tràng. Khi dùng ngón tay khám ép vào phúc mạc của túi cùng Douglas, bệnh nhân đau vùng trên xương mu cũng như tại chỗ. Dấu hiệu kích thích cơ khu trú cũng có thể gặp. Dấu hiệu cơ thắt lưng chỉ cho thấy điểm kích thích nằm gần cơ này. Dấu hiệu cơ bịt gây đau ở hạ vị khi cho kéo căng cơ bịt trong cho thấy có kích thích nằm ở vị trí đó.

4.3. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Bạch cầu tăng nhẹ (từ 10.000-18.000/mm³) thường gặp ở những bệnh nhân RTV cấp không có biến chứng và thường kèm theo tăng bạch cầu đa nhân vừa phải. Nếu công thức bạch cầu bình thường và không có tăng bạch cầu đa nhân, thì nên xem xét lại chẩn đoán RTV cấp.
- Chụp phim bụng thẳng: ít khi giúp ích cho chẩn đoán RTV cấp. Dấu đôi khi có giúp cho loại trừ bệnh lý phụ khác, ở bệnh nhân RTV cấp, người ta thường nhận thấy có hình ảnh ruột. Trường hơi bất thường, nhưng không đặc hiệu. Hiếm khi có thể thấy được hình ảnh sỏi phân trên phim.
- Siêu âm bụng: là một cách chính xác để xác định chẩn đoán RTV. Xác định RT với hình ảnh một quai ruột không có nhu động, một đầu cụt và xuất phát từ MT. Khi ép đầu dò tối đa, đo đường kính của RT theo kích thước trước sau. Người ta cho lát cắt là dương tính khi kích thước >6mm

theo đường kính ngang nếu như không thể ép RT được nữa theo chiều trước sau. Có sỏi ở RT sẽ là chẩn đoán xác định. Hình ảnh siêu âm RT bình thường đó là dễ dàng ép được một cấu trúc ống có đầu cụt mà đo được < 5mm. Hình ảnh siêu âm được xem như là âm tính nếu như không nhìn thấy RT và không có dịch hoặc một hình khối ở quanh MT.



Hình 10.2. X quang trong RTV (sỏi phân) **Hình 10.3.** Ruột thừa hình bia bắn trên siêu âm

Chẩn đoán xác định RTV cấp bằng siêu âm có độ nhạy từ 78-96% và độ đặc hiệu từ 85-98%.

- Kỹ thuật X quang hỗ trợ bao gồm chụp cắt lớp vi tính, chụp đại tràng có baryt ít áp dụng và giá thành đắt hơn nhiều.
- Soi ổ bụng có thể xem là thủ thuật vừa giúp chẩn đoán vừa để điều trị bệnh nhân bị đau bụng cấp và nghi ngờ RTV cấp. Soi ổ bụng có lẽ hữu ích nhất nhằm đánh giá trong trường hợp phụ nữ có đau bụng dưới, bởi vì cát RT khi RT bình thường chiếm đến 30-40% trường hợp này. Phân biệt bệnh phụ khoa cấp tính với RTV cấp dễ dàng thực hiện được khi sử dụng soi ổ bụng.

4.4. Viêm ruột thừa vỡ mũ

Từ lâu cát RTV được xem như là biện pháp điều trị RTV cấp (do diễn tiến dẫn đến vỡ RT như ta đã biết). Không có biện pháp chính xác để xác định xem khi nào RT sẽ vỡ và RT có vỡ trước khi làm giảm quá trình viêm hay không. Mặc dù người ta đã gợi ý rằng chỉ theo dõi và điều trị kháng sinh có thể là một biện pháp điều trị thích hợp đối với RTV cấp, nhưng điều trị không phẫu thuật có nguy cơ rất cao và làm gia tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong do vỡ RT.

Vỡ RT thường xảy ra ở chỗ tắc nghẽn trong lòng RT và dọc theo bờ tự do của RT. Nếu nghi ngờ RT bị vỡ khi có sốt > 39°C, và công thức bạch cầu > 18.000/mm³. Trong đa số trường hợp quá trình vỡ được vây chặn lại và bệnh nhân có triệu chứng đau dội khu trú. Trong 2-6% trường hợp khi thăm khám thực thể có thể phát hiện một khối không rõ ràng. Khối này có thể biểu hiện một sự viêm tấy - đó là một quai ruột bện lại, dính với RT bị viêm ở kế cận hoặc là một ổ áp xe quanh RT. Bệnh nhân có biểu hiện như vậy thì thời gian

xuất hiện triệu chứng kéo dài hơn, thường ít nhất 5-7 ngày. Khả năng phân biệt RTV cấp không có biến chứng với RT bị thủng thường khó khăn, nhưng một điều hết sức quan trọng là phải phân biệt được bởi vì thái độ điều trị của chúng khác nhau.

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Chẩn đoán phân biệt RTV cấp là chẩn đoán rất cần thiết trong trường hợp đau bụng cấp. Cần như vậy bởi vì biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu cho một bệnh lý nào đó, nhưng nó đặc hiệu cho một rối loạn về một hoặc nhiều chức năng sinh lý học. Tính chính xác của chẩn đoán trước mổ chỉ đạt khoảng 85%.

Chẩn đoán phân biệt RTV phụ thuộc vào 3 yếu tố:

- Vị trí giải phẫu của RT bị viêm.
- Giai đoạn viêm: viêm đơn thuần hay đã vỡ.
- Tuổi và giới của bệnh nhân.

5.1. Viêm hạch mạc treo cấp tính

Đây là một bệnh lý thường nhầm lẫn với ruột thừa viêm cấp ở trẻ em. Hầu như không đổi, hiện đang có một nhiễm trùng hô hấp dưới hoặc quá trình nhiễm trùng mới giảm bớt đi. Đau thường ít lan toả hơn, và cảm giác đau không khu trú rõ ràng như trong ruột thừa viêm. Đôi khi có sự phòng vệ cố ý, nhưng hiếm khi có thực sự. Có thể ghi nhận có bệnh lý hạch bạch huyết.. xét nghiệm cận lâm sàng ít giúp ích cho chẩn đoán chính xác, mặc dù khi có tăng lympho bào tương đối thì có thể gợi ý viêm hạch mạc treo. Cần theo dõi trong vài giờ nếu như nghi nhiều đến viêm hạch mạc treo, bởi vì viêm hạch mạc treo là một bệnh lý tự giới hạn; nhưng nếu chẩn đoán gián biệt vẫn còn nghi ngờ, thì phẫu thuật ngay tức khắc là biện pháp an toàn duy nhất.

5.2. Viêm dạ dày- ruột cấp

Rất hay gặp ở trẻ em, nhưng thường dễ dàng phân biệt được với RTV. Viêm dạ dày ruột do virus, một nhiễm trùng cấp tự giới hạn do nhiều nguyên nhân khác nhau đặc trưng bởi tiêu chảy nhiều nước, buồn nôn và nôn. Cơ co thắt ở bụng do tăng nhu động ruột xuất hiện trước khi đại tiện phân nước. Bụng giãn mềm giữa cơ co thắt, và không có dấu hiệu khu trú. xét nghiệm cận lâm sàng đều bình thường.

5.3. Bệnh lý của nam giới

Phải xem đến bệnh lý của nam giới trong chẩn đoán phân biệt với RTV, bao gồm xoắn tinh hoàn và viêm mào tinh hoàn cấp tính, bởi vì đau ở vùng thượng vị có thể làm lu mờ triệu chứng tại chỗ xuất hiện sớm trong bệnh lý này. Viêm túi tinh cũng có thể giống như RTV nhưng có thể chẩn đoán được khi thấy túi tinh lớn, tăng cảm giác đau thăm khám trực tràng.

5.4. Viêm túi thừa Meckel

Bệnh này gây ra hình ảnh lâm sàng rất giống với bệnh cảnh của RTV cấp. Chẩn đoán phân biệt trước mổ chỉ có tính chất lý thuyết suông và không cần thiết, bởi vì viêm túi thừa Meckel phối hợp với biến chứng giống như trong RTV và đòi hỏi điều trị giống nhau - đó là can thiệp phẫu thuật tức khắc.

5.5. Lòng ruột

Trái với viêm túi thừa Meckel, điều hết sức quan trọng là chẩn đoán phân biệt lòng ruột (LR) với RTV cấp, bởi vì thái độ điều trị hoàn toàn khác nhau. Tuổi của bệnh nhân rất quan trọng: RTV cấp ít gặp ở trẻ < 2 tuổi, trái lại hầu như tất cả trường hợp lòng ruột tự phát xảy ra dưới 2 tuổi. LR xảy ra điển hình ở trẻ được nuôi dưỡng tốt - những trẻ này ưỡn người người đột ngột do cơn đau bụng rõ rệt. Giữa cơn đau, trẻ hình như hoàn toàn bình thường sau vài giờ, bệnh nhân thường đại tiện phân có nhầy máu, có thể sờ thấy một khối có hình khúc dồi ở hố chậu phải. Khi LR tiến triển xa hơn, hố chậu phải cảm giác như bị rỗng một cách bất thường.

5.6. Loét dạ dày-tá tràng bị thủng

Loét dạ dày tá tràng bị thủng gần giống với RTV nếu như chất trong dạ dày tá tràng theo trọng lượng đi xuống rãnh kết tràng với MT và nếu như chỗ thủng sớm được bịt lại, do đó dấu hiệu ở bụng trên rất ít.

5.7. Các thương tổn khác

Viêm túi thừa hoặc ung thư MT hoặc ung thư phần ĐT sigma nằm về bên phải bụng bị thủng thì không thể phân biệt được với RTV. Cần chẩn đoán tích cực để đưa ra một chẩn đoán phân biệt trước mổ.

5.8. Viêm túi thừa mạc nối đại tràng

Viêm túi thừa mạc nối là do túi thừa mạc nối xoắn gây nhồi máu. Triệu chứng rất ít hoặc có thể có đau bụng liên tục ở vùng tương ứng với khung đại tràng, nó kéo dài trong nhiều ngày. Đau thay đổi thất thường và không có một chuỗi triệu chứng để chẩn đoán. Bệnh nhân nhìn như là không có bệnh, buồn nôn và nôn rất hay gặp và thường rõ rệt khi thôi ấn tay nhưng không có co cứng bụng. Trong 25% trường hợp ghi nhận, đau dai dẳng hoặc tái diễn cho đến khi cắt bỏ phần mạc nối bị nhồi máu.

5.9. Nhiễm trùng đường tiết niệu

Viêm thận-bể thận cấp (đặc biệt ở bên phải) rất giống RTV cấp sau hồi tràng. Lạnh run, nhạy cảm đau ở gốc sống-sườn phải, có tế bào mủ và đặc biệt là có vi khuẩn trong nước tiểu thường là đủ phân biệt giữa hai bệnh lý này.

5.10. Viêm hoặc áp xe cơ thắt lưng chậu bên phải

Viêm và áp xe cơ thắt lưng chậu bên phải, điểm đau thường ở ngay trên gai chậu trước trên bên phải, điển hình nhất là chân phải không duỗi thẳng được, khi duỗi thẳng bệnh nhân rất đau.

5.11. Sỏi niệu quản

Nếu như sỏi nằm ở đoạn gần RT nó có thể giống hệt như RTV sau MT. Đau lan xuống môi lớn, bìu hay dương vật, đái máu và hoặc có sốt hoặc tăng bạch cầu sẽ gợi ý đến sỏi. Chụp bể thận sẽ được xác định chẩn đoán.

5.12. Viêm phúc mạc nguyên phát

Viêm phúc mạc nguyên phát ít khi giống với RTV cấp đơn thuần, nhưng nó biểu hiện tương tự như viêm phúc mạc lan toả do RT vỡ. Chẩn đoán dựa vào chọc ổ phúc mạc.

5.13. Bệnh do vi khuẩn giống Yersinia gây ra

Viêm hạch mạc treo, viêm hồi tràng, viêm ĐT và RTV cấp. Khoảng 6% trường hợp viêm hạch mạc treo và 5% trường hợp RTV cấp là do Yersinia gây ra.

5.14. Viêm phân phụ và vỡ nang De Graaf

5.15. Các bệnh khác ít gặp

Thủng ruột do dị vật; tắc ruột; tắc mạch máu mạc treo; viêm màng phổi phải; viêm túi mật cấp; viêm tụy cấp; tụ máu thành bụng.

6. MỘT SỐ THỂ RUỘT THỪA VIÊM CẤP ĐẶC BIỆT

6.1. Bệnh ruột thừa viêm ở trẻ em

Chẩn đoán RTV cấp ở trẻ nhỏ khó hơn ở người trưởng thành. Tất cả yếu tố góp phần làm khó chẩn đoán hơn là do trẻ em không thể cho ta tiền sử chính xác, do bố mẹ và thầy thuốc làm chậm trễ chẩn đoán, thường hay bị rối loạn về đường tiêu hoá. Quá trình diễn tiến rất nhanh và bị vỡ và mạc nối lớn chưa phát triển đầy đủ sẽ không có khả năng bọc lại RT vỡ làm cho bệnh rất nặng ở trẻ em.

6.2 . Ruột thừa viêm ở người già

Mặc dù tần suất RTV ở người già thấp hơn ở bệnh nhân trẻ tuổi, nhưng tỷ lệ bệnh tật và tử vong tăng đáng kể ở nhóm bệnh nhân này. Nếu chẩn đoán muộn thì nhanh chóng dẫn đến thủng. Chẩn đoán RTV rất tế nhị và ít điển hình hơn so với người trẻ, và cần phải duy trì “chỉ số nghi ngờ cao” ở những bệnh nhân > 80 tuổi, người ta đã ghi nhận tỷ lệ RT viêm thủng là 49% và tỷ lệ tử vong là 21%.

6.3. Ruột thừa viêm trong thai kỳ

RTV là bệnh từ bên ngoài tử cung hay gặp nhiều nhất mà cần phải điều trị ngoại khoa trong thai kỳ. Tần suất xấp xỉ 1/2000 người mang thai. RTV cấp có thể xảy ra ở bất cứ lúc nào trong thai kỳ, nhưng thường gặp nhất trong hai quý đầu. Khi thai nhi phát triển, chẩn đoán RTV ngày càng trở nên khó khăn hơn do RT bị di lệch lên trên và ra ngoài.

Phẫu thuật trong khi mang thai sẽ có nguy cơ đẻ non từ 10-15%, và nguy cơ này giống nhau ở cả hai trường hợp mở bụng âm tính (RT bình thường) và trường hợp cắt RT viêm đơn thuần. Yếu tố quan trọng nhất phối hợp với tử vong cho mẹ và thai nhi đó là thủng RT. Tỷ lệ tử vong của thai trong RTV sớm là 3-5%, nó tăng lên đến 20% khi RT viêm bị thủng. Nên chẩn đoán nhanh và can thiệp phẫu thuật khi nghi ngờ RTV trong thai kỳ.

6.4. Ruột thừa viêm ở bệnh nhân nhiễm HIV hoặc AIDS

Nguyên nhân RTV ở bệnh nhân HIV (+) và bệnh nhân bị AIDS tương tự như nguyên nhân RTV ở trong cộng đồng nói chung. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, nhiễm trùng cơ hội (thường thứ phát do Cytomegalovirus hoặc sarcoma Kaposi) có thể chịu trách nhiệm cho sự phát triển của quá trình RTV. Mặc dù biểu hiện lâm sàng của RTV ở BN bị AIDS hoặc HIV (+) không khác nhau nhiều so với bệnh nhân không bị AIDS hay HIV (-), nhưng có thể không có tăng bạch cầu trong RTV cấp. Viêm ruột do u lympho ở đoạn cuối hồi tràng có thể giống hệt như RTV. Soi ổ bụng chẩn đoán có thể giúp ích được, qua đó ta có thể chỉ định cắt RT qua nội soi khi thấy RT bị viêm. Nếu cắt RT trước khi RT bị thủng, thì tỷ lệ bệnh tật và tử vong không tăng.

7. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG CỦA RUỘT THỪA VIÊM CẤP

- Tự khỏi, rất ít gặp
- Tiến triển
 - + Tạo đám quánh RT
 - + Vỡ mũ hình thành áp xe RT
 - + Vỡ mũ hay hoại tử gây viêm phúc mạc toàn thể
 - + Hình thành áp xe RT sau đó áp xe RT vỡ gây viêm phúc mạc.
 - + Ruột thừa viêm mạn.

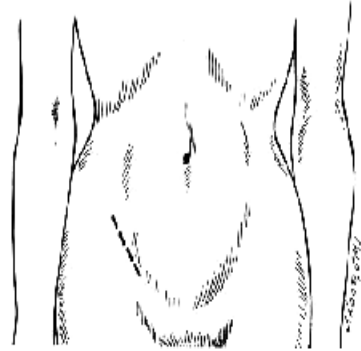
8. ĐIỀU TRỊ

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, nhưng không nên làm giảm tầm quan trọng của việc can thiệp phẫu thuật sớm. Một khi đã có quyết định phẫu thuật vì RTV cấp thì nên chuẩn bị bệnh nhân tốt, đảm bảo bồi phụ nước-điện giải đầy đủ, và bệnh lý tim phổi-thận.

Nhiều thử nghiệm đã cho thấy tính hiệu quả của kháng sinh trước mổ trong việc làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ. Nếu RTV đã thủng hay hoại thư, nên kéo dài sử dụng kháng sinh cho đến khi bệnh nhân hết sốt và có công thức bạch cầu bình thường.

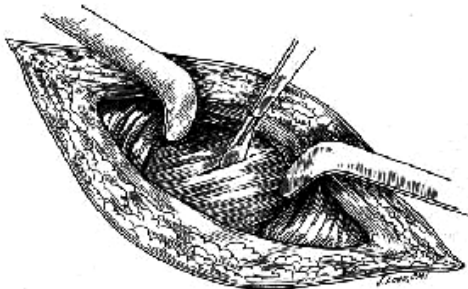
8.1. Cắt ruột thừa hở

Hầu hết phẫu thuật viên đều sử dụng hoặc đường Mac Burney (chéo) hoặc đường Rocky-Davis (ngang) ở hố chậu phải khi nghi ngờ RTV. Trung tâm của đường rạch nằm trên điểm đau nhất hoặc ngay trên một khối có thể sờ được. Nếu nghi ngờ có ổ áp xe, bắt buộc phải rạch ở phía bên ngoài để tránh vấy nhiễm toàn bộ ổ phúc mạc. Nếu chẩn đoán còn nghi ngờ, người ta khuyên mổ đường giữa thấp để kiểm tra toàn bộ ổ phúc mạc. Mổ RT có thể chỉ thất đơn thuần hoặc thất và vùi. Khi gốc RT còn nguyên mà MT không bị viêm thì có thể thất mổ RT bằng sợi chỉ không tiêu. Rửa ổ phúc mạc và đóng vết mổ theo từng lớp. Nếu RT đã thủng hay hoại thư nên để hở tổ chức da, dưới da và đóng da thì 2 hay khâu muộn sau 4-5 ngày sau lần khâu đầu.

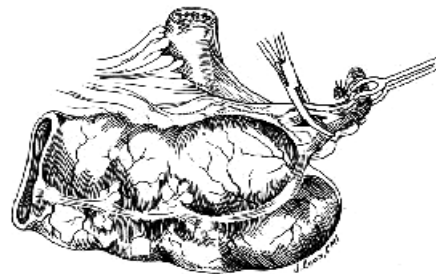


Hình 10.5. Đường Mc Burney

Ở trẻ em, mỡ dưới da ít, đóng vết mổ thì đầu không làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết mổ. Nếu ruột thừa không viêm, cần tìm một cách hệ thống để có chẩn đoán khác. Đầu tiên nên thăm sát manh tràng và mạc treo, kế đó, kiểm tra ruột non ngược từ van Bauhin lên. Riêng ở nữ, cần chú ý đến cơ quan trong tiểu khung, cần kiểm tra cơ quan ở tầng trên ổ bụng. Nên gửi dịch ổ phúc mạc đi nhuộm Gram và cấy vi khuẩn. Nếu thấy có dịch mủ thì xác định nguồn gốc của nó. Có thể kéo dài đường mổ vào trong và cắt lá trước và sau của bao cơ thẳng bụng nếu có chỉ định đánh giá ổ vùng bụng thấp. Nếu gặp bệnh lý của tầng trên ổ bụng thì đóng đường mổ ở hố chậu phải lại và mổ bụng đường giữa trên rốn.



Hình 10.6. Mở lớp da, cân cơ chéo lớn, kẹp gốc ruột thừa



Hình 10.7. Kẹp cắt mạc treo ruột thừa, cân cơ chéo bé

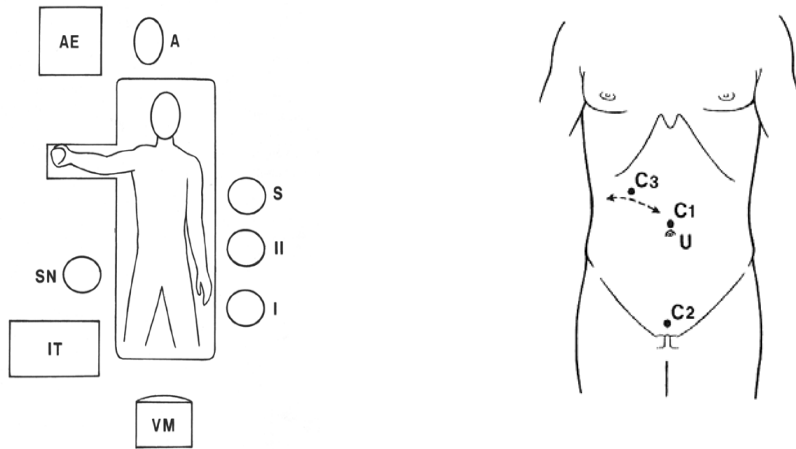
8.2. Cắt ruột thừa viêm qua nội soi ổ bụng

Soi ổ bụng đã xuất hiện như một kỹ thuật mới cả về chẩn đoán cũng như điều trị RTV cấp.

Cắt RTV qua nội soi được ưa chuộng ở những người béo phì, hoặc ở những bệnh nhân đặc biệt quan tâm đến vấn đề thẩm mỹ.

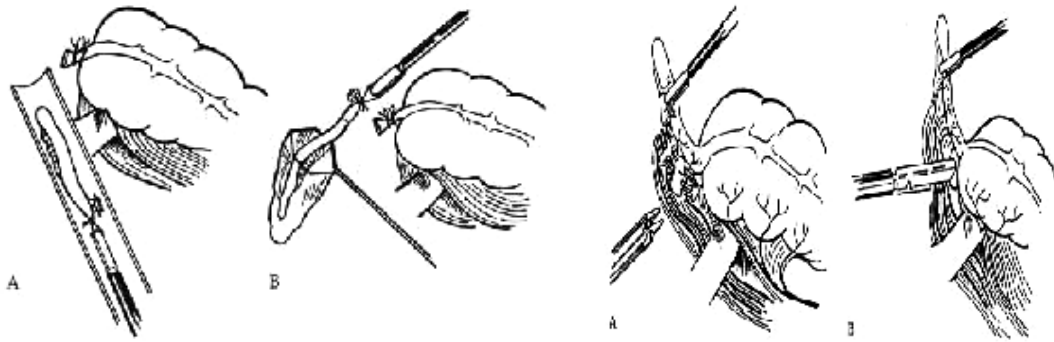
Về mặt lý thuyết phương pháp nội soi có nhiều ưu điểm so với phương pháp mổ hở truyền thống hơn 100 năm qua. Ưu điểm này bao gồm:

- Giúp chẩn đoán chính xác trong những trường hợp khó, đặc biệt là ở trẻ em và phụ nữ.
- Giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết thương.
- Bệnh nhân ít đau.
- Rút ngắn thời gian nằm viện và trở lại làm việc nhanh



Hình 10.8. Tư thế bệnh nhân trong mổ nội soi (bên trái) và vị trí đặt trocar (bên phải)

A: Bác sỹ gây mê; AE: máy gây mê; SN và IT: màn hình và máy nội soi; S: phẫu thuật viên; I và II: người phụ; VM: bàn dụng cụ; C1: trocar 10mm; C2 và C3: trocar 5mm



Hình 10.9. Tìm ruột thừa, cắt mạc treo ruột thừa, cắt ruột thừa và chuẩn bị đưa ruột thừa ra ngoài ổ bụng trong phẫu thuật nội soi.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Triệu chứng cơ năng chủ yếu trong viêm ruột thừa là:
 - A. Đau từng cơn ở hố chậu phải
 - B. Đau âm ỉ không thành cơn ở hố chậu phải
 - C. Đau dữ dội ở hố chậu phải
 - D. Buồn nôn hoặc nôn
 - E. Bí trung - đại tiện
2. Điểm đau ở giữa đường nối gai chậu trước trên và rốn:
 - A. Điểm Mac-Burney
 - B. Điểm Clado
 - C. Điểm Lanz
 - D. Điểm Rockey
 - E. Điểm David
3. Chẩn đoán ruột thừa viêm dựa vào:
 - A. Hội chứng nhiễm trùng
 - B. Có rối loạn tiêu hóa: buồn nôn, bí trung - đại tiện
 - C. Đau hố chậu phải và phản ứng thành bụng
 - D. Thăm trực tràng và âm đạo: vùng bên phải đau
 - E. Kết hợp tất cả các câu trên.
4. Tăng cảm giác da là một dấu hiệu luôn luôn có trong viêm ruột thừa cấp
 - A. Đúng
 - B. Sai
5. Nơi gặp nhau của đường liên gai chậu trước trên và bờ ngoài cơ thẳng to phải là điểm đau:
 - A. Điểm Mac Burney
 - B. Điểm Lanz
 - C. Điểm Clado
 - D. Điểm niệu quản phải
 - E. Không có điểm nào được xác định

6. Chỗ nối phân ba ngoài và phân ba giữa của đường nối gai chậu trước trên phải và rốn là điểm đau:

- A. Điểm Mac Burney
- B. Không có điểm nào được xác định
- C. Điểm Clado
- D. Điểm niệu quản phải
- E. Điểm Lanz

7. Ở phụ nữ có thai lớn, khi khám ruột thừa viêm:

- A. Ấn tay vào hố chậu phải
- B. Bệnh nhân nằm nghiêng trái rồi khám vào hố chậu phải
- C. Bệnh nhân nằm ngửa dùng tay đẩy tử cung sang phải
- D. B và C đúng
- E. A và B đúng

8. Áp xe ruột thừa là áp xe không có vỏ bọc:

- A. Đúng
- B. Sai

9. Áp xe ruột thừa do:

- A. Viêm ruột thừa tiến triển thành
- B. Đám quánh áp xe hoá
- C. Do túi thừa Meckel tạo thành
- D. A và B đều sai
- E. A và B đều đúng

10. Chẩn đoán lâm sàng sàng ruột thừa viêm trong tiểu khung dựa vào:

- A. Các dấu chứng đái khó, mót đái
- B. Ấn đau vùng hạ vị
- C. Thăm trực tràng đau chói túi cùng Douglas
- D. Hội chứng giả lỵ
- E. Tất cả đều đúng.

–

nam giới lứa tuổi

20.000/mm³

metronidazol và kháng sinh thường là khỏi.

adriamycin vincristin

thương

biểu

kỹ

cholinergic,

dưới

dưới

phổi

phổi

dưới

rò

rò

phát).

đại

cắt

Typ II

Typ IIIa

Typ IIIb

Baryt (A-B-C-D)

trình mạc

rò

rò

- Dẫn lưu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng theo phương pháp Newmann: được chỉ định trong các trường hợp bệnh nhân đến muộn, tổng trạng bệnh nhân kém, ổ loét xơ chai không thể khâu kín được ổ loét.

Bài 11

TẮC RUỘT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được sinh lý bệnh của tắc ruột cơ học.
2. Khám và chẩn đoán được các thể lâm sàng của tắc ruột.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị tắc ruột.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột là một hội chứng chứ không phải là một bệnh, nó được định nghĩa bởi sự ngưng trệ lưu thông của chất rắn, hơi, dịch trong lòng ruột do sự tắc nghẽn từ góc tá hồng tràng cho đến hậu môn (tắc ruột cơ học) hoặc do tình trạng mất nhu động ruột (tắc ruột cơ năng, tắc ruột do liệt ruột). Có rất nhiều nguyên nhân gây tắc ruột. Triệu chứng lâm sàng, hậu quả và triệu chứng cấp cứu của tình trạng tắc ruột rất khác nhau ở mỗi bệnh nhân tùy thuộc vào cơ chế và vị trí chỗ tắc.

Vấn đề chẩn đoán và phương thức điều trị là những vấn đề khó khăn nhất trong các trường hợp cấp cứu ngoại khoa.

2. DỊCH TỄ HỌC

Tắc ruột đứng hàng thứ hai sau viêm ruột thừa cấp trong các trường hợp cấp cứu ngoại khoa ở người lớn. Tuy nhiên cũng cần để ý đến một số nguyên nhân hay gặp nhưng dễ chẩn đoán mà gây nên tình trạng tắc ruột là thoát vị hoặc sỏi thành bụng sau mổ. Ngoại trừ các bệnh cảnh trên, tắc ruột chiếm 8-10% các trường hợp cấp cứu bụng ngoại khoa.

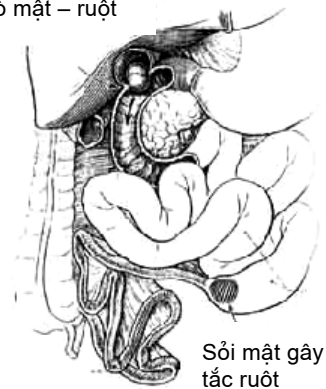
3. NGUYÊN NHÂN

3.1. Tắc ruột cơ học

3.1.1. Tại bên trong lòng ruột

- Ở ruột non:

Rò mật – ruột



Hình 11.1. Tắc ruột do sỏi mật

- + Tắc ruột do sỏi mật: sỏi từ túi mật rơi vào ruột non gây nên tình trạng tắc ruột ở những mức độ khác nhau.
- + Tắc ruột vật thể lạ: bã thức ăn, búi giun.
- Ở đại tràng: nhất là đại tràng trái, tắc ruột hay gặp là do u phân.

3.1.2. Ngay tại thành ruột

- Ung thư đại tràng, ruột non.
- Hẹp lòng ruột do tình trạng viêm nhiễm hoặc do sẹo gập trong các trường hợp: bệnh Crohn, túi thừa đại tràng sigma, viêm ruột do lao, hẹp ruột sau chấn thương, hẹp sau khâu nối ruột...
- Khối máu tụ tại thành ruột trên bệnh nhân dùng thuốc chống đông.
- Lòng ruột: lòng hồi-hồi tràng, lòng hồi-đại tràng hoặc lòng đại-đại tràng.

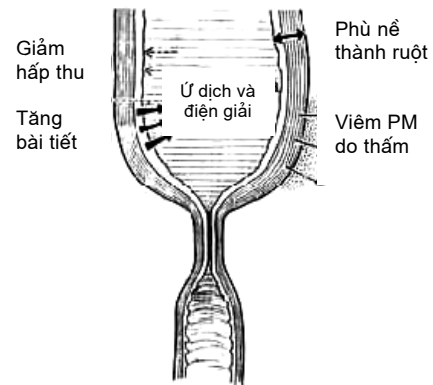
3.1.3. Ở ngoài thành ruột

- Ung thư phúc mạc hoặc các khối u trong ổ phúc mạc (như u buồng trứng) hoặc áp xe ở phúc mạc (áp xe ruột thừa, áp xe hố chậu...).
- Do dây chằng hoặc do dính ruột: gặp trong 80% trường hợp có tiền sử phẫu thuật, còn lại là do tình trạng viêm nhiễm, chấn thương hoặc bẩm sinh. Các nguyên nhân trên thường hình thành các dải xơ kết dính hai quai ruột lại với nhau hoặc một quai ruột hoặc mạc nối lớn với chỗ không có phúc mạc bao phủ do tổn thương (sẹo phẫu thuật, vùng đáy tử cung, vùng phúc mạc thành...), gây gập góc một quai ruột hoặc gây xoắn ruột hay cầm tù một đoạn ruột. Trong trường hợp đó ruột lại cầm tù thì sẽ có một hoặc nhiều quai ruột lại thắt nghẽn tại gốc mạc treo (giống trong trường hợp thoát vị).
- Thoát vị nội (thoát vị khe Winslow, thoát vị góc Treitz ...) cũng có thể dẫn đến tình trạng cầm tù các quai ruột.
- Xoắn ruột: là một trường hợp tắc ruột nghiêm trọng do tắc nghẽn hoặc xoắn một quai ruột ngay tại gốc mạc treo ở ruột non, xoắn ruột gần như là một hệ quả của tình trạng tắc quai đến do di chứng sau mổ. Ở ruột già, xoắn ruột hay gặp trong bệnh cảnh đại tràng sigma dài hoặc hiếm hơn là xoắn chỗ nối hồi-manh tràng (gọi là xoắn manh tràng).

3.2. Tắc ruột cơ năng

- Loại tắc ruột này chiếm 5-10% hội chứng tắc ruột.
- Tắc ruột do liệt ruột gặp trong các trường hợp: sỏi tiết niệu, chấn thương cột sống hoặc khung chậu (tụ máu sau phúc mạc), viêm phúc mạc, viêm phúc mạc mật, tràn dịch tiêu hóa hoặc dịch tụy trong ổ phúc mạc...
- Nhồi máu mạc treo ruột cấp tính, huyết khối tĩnh mạch có thể dẫn đến liệt ruột hay nhiễm trùng nhiễm độc...

- Ngoài ra, liệt ruột do thần kinh cơ cũng được đề cập đến gọi là giả liệt thường do rối loạn chuyển hóa: giảm kali máu, tăng calci máu; hoặc do dùng thuốc: thuốc kháng cholinergic, an thần. Giả liệt ruột cũng gặp trong một số trường hợp có bệnh cảnh toàn thân: đái tháo đường, suy giáp, rối loạn chuyển hóa porphyrin, bệnh xơ cứng bì, nhiễm độc chì, bệnh Hirschprung, hội chứng Oglivie (bệnh đại tràng dẫn cấp tính không tắc nghẽn, có thể hồi phục) hoặc trong trường hợp đại tràng trơ hay gặp ở người già, do dùng thuốc gây mê.



Hình 11.2. Các cơ chế sinh lý bệnh của tắc ruột

4. SINH LÝ BỆNH CỦA TẮC RUỘT

- Tại ruột non hẹp ruột ngang chỗ tắc xảy ra nhanh và nặng nề. Nhu động ruột sẽ tăng nhằm đưa thức ăn qua khỏi chỗ hẹp. Tình trạng này sẽ giảm dần khi xuất hiện triệu chứng đau bụng. Quai đến trướng căng, đầy hơi và dịch (lưu lượng dịch tiêu hóa tiết ra tại góc Treitz là khoảng 6lít/24 giờ).
- Sự gia tăng áp lực thành ruột gây nên tình trạng phù và ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch. Một khi áp lực trong lòng ruột tăng cao sẽ dẫn đến tình trạng trào ngược dịch tiêu hóa, nôn dẫn đến mất nước điện giải, xét nghiệm sinh hóa sẽ giảm thể tích máu, hematocrit tăng và protid máu tăng, giảm natri máu, tăng kali máu. Suy thận với tăng ure, creatinin máu. Cuối cùng, các quai ruột trướng căng sẽ chèn ép cơ hoành làm giảm chức năng hô hấp và phá bỏ cơ chế bù trừ.
- Ở quai đi, trong những giờ đầu nhu động ruột có thể còn và bệnh nhân có thể trung đại tiện.
- Ở ruột già, hậu quả cũng xảy ra tương tự nhưng chậm hơn. Nhu động ruột giảm hoặc mất. Triệu chứng trướng bụng là nổi bật nhất, chủ yếu là hơi nhiều hơn dịch (lượng dịch bài xuất qua van Bauhain: 700-1200ml/ngày). Nếu tình trạng quai ruột trướng căng cứ tiếp tục thì các quai đại tràng dẫn to có thể khám phát hiện được. Khi dùng tay đè ép lên thành bụng thì sẽ làm gia tăng kích thước đại tràng ban đầu lên rất nhiều - định luật Laplace. Khi thành đại tràng dẫn căng, mỏng có thể dẫn đến hậu quả thủng hay gặp nhất là thủng ở manh tràng.

5. CHẨN ĐOÁN

Hỏi và khám lâm sàng là đủ để chẩn đoán tắc ruột. Chụp X quang chỉ mang tính bổ sung giả thuyết đặt ra, giúp xác định vị trí tắc hoặc đôi khi giúp xác định cơ chế tắc; còn nếu để xác định phương thức điều trị chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng.

5.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau: đau đột ngột hoặc âm ỉ vùng quanh rốn hoặc mạn sườn, không lan. Đôi khi đau co thắt dữ dội như chuột rút với tư thế giảm đau.
- Nôn mửa: nôn có thể xuất hiện cùng lúc với đau, nhưng nôn xong vẫn không làm giảm đau. Đầu tiên là nôn thức ăn, sau nôn dịch mật xanh, mật vàng và về sau nữa sẽ nôn bất cứ thức ăn gì đưa vào.
- Bí trung - đại tiện: triệu chứng này có thể đi cùng với hai triệu chứng trên. Ban đầu bệnh nhân có thể trung đại tiện được nhưng rất ít và không đem lại cảm giác đỡ đau, dễ chịu nào.

5.2. Triệu chứng toàn thân

Nhiệt độ có thể bình thường hoặc cao khoảng 38°C. Không có biểu hiện sốc trong những giờ đầu và tình trạng toàn thân không thay đổi nhiều.

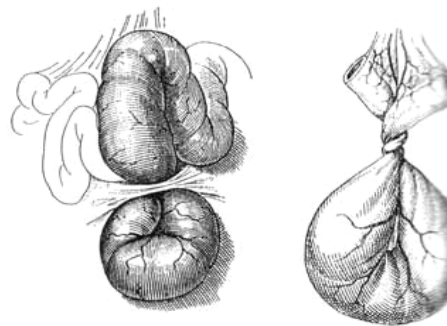
5.3. Triệu chứng thực thể

(Phải thăm khám lâm sàng trước khi cho thuốc giảm đau)

- Bụng trưởng căng không phải xuất hiện ngay tức khắc mà tiến triển từ từ, bắt đầu nổi gồ lên ở đường giữa rốn sang hai bên mạn sườn, nhìn bụng thấy các gợn sóng nhu động trong những giờ đầu. Triệu chứng này phụ thuộc vào vị trí và cơ chế tắc ruột.
- Khi khám bằng tay đè lên thành bụng thấy có một cảm giác đàn hồi nhưng không có phản ứng thành bụng và không đau.

5.4. Nghẽn ruột - Tắc kín một quai ruột

Là hậu quả của tình trạng xoắn ruột hoặc do dây chằng. Các triệu chứng trên chỗ tổn thương được miêu tả như trên. Triệu chứng tại chỗ thương tổn là đề cập đến các thương tổn mạch máu kết hợp tính tiên lượng bệnh. Quai ruột lại thắt nghẽn không chứa nhiều hơi ngoại trừ xoắn ở đại tràng. Ứ trệ tĩnh mạch sẽ dẫn đến tình trạng thoát dịch huyết tương và hồng cầu vào quai ruột đang bị xoắn và vào trong ổ phúc mạc.



Hình 11.3. Tắc ruột do dây chằng và do xoắn ruột

Lớp niêm mạc thành ruột bị phá hủy và tăng sinh vi khuẩn tại quai ruột bị thắt và phóng thích nội độc tố vào khoang phúc mạc gây tình trạng sốc nhiễm trùng (bên cạnh tình trạng sốc do giảm thể tích tuần hoàn). Nhồi máu động mạch làm hoại thư ruột đưa đến thủng ruột và viêm phúc mạc toàn thể.

5.5. Tắc ruột cơ năng (tắc ruột do liệt ruột)

Ngoại trừ một số bệnh cảnh như: nhồi máu, thoát vị bên trong ổ phúc mạc thì tắc ruột cơ năng thường gây nên một số hậu quả có tính điển tiến chậm hơn. Trướng bụng là triệu chứng quan trọng xuất hiện đầu tiên, chủ yếu là trướng hơi. Nôn ít xảy ra do tình trạng liệt ruột. Thể tích dịch ứ đọng thường là nhiều nhưng ít gây tình trạng thoát dịch và cơ chế hấp thu dịch này thường kéo dài một thời gian khá lâu. Tuy nhiên, đại tràng dẫn, tưới máu kém có thể làm xuất hiện một vài cùng hoại tử làm thủng và viêm phúc mạc nghiêm trọng:

- Gõ bụng nghe vang
- Không có âm ruột
- Thăm trực tràng: trực tràng rỗng

5.6. Chẩn đoán vị trí tắc

- Trướng bụng nhiều, gặp trong xoắn đại tràng; tắc đoạn hồng tràng thấp thì có triệu chứng này; tắc đoạn hồi tràng thấp thì có triệu chứng bụng ở trung tâm; tắc đại tràng thì bụng trướng nhiều.
- Bệnh sử có thể gợi ý tình trạng tắc ruột non (hội chứng Koenig: đau bụng từng cơn dữ dội trong vài phút rồi đỡ dần và biến mất với tiếng sôi bụng. Cơn đau kèm nổi quai ruột như rắn bò, tái diễn nhiều lần sau bữa ăn hoặc tắc đại tràng (cơn đau Duval hoặc tình trạng bán tắc ruột kéo dài 2-3 ngày có kèm đại tiện).

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

6.1. Bệnh nội khoa

- Cơn đau quặn thận: đau lan tỏa ra hai bên thắt lưng và lan xuống dưới, bụng không trướng, chụp UIV cấp cứu.
- Cơn đau quặn gan.
- Hôn mê đái tháo đường.
- Tràn dịch màng phổi.
- Nhồi máu cơ tim.

6.2. Bệnh ngoại khoa

- Thoát vị nghẹt do không thăm khám kỹ, đây là một sai sót hay gặp trên lâm sàng khi không thăm khám ổ bẹn nông trong trường hợp bệnh nhân đau bụng cấp nhằm tìm kiếm một khối cứng nhỏ ẩn nấp dưới dây chằng bẹn có kèm đau ở cổ thoát vị, thoát vị đùi.

- Trường hợp bụng ngoại khoa có kèm sốt như ruột thừa viêm cấp, nhiễm trùng đường mật, viêm túi thừa sigma, viêm phúc mạc toàn thể... có thể biểu hiện dưới dạng một tình trạng tắc ruột, tuy nhiên để chẩn đoán xác định dựa vào tình trạng nhiễm trùng và triệu chứng lâm sàng tại chỗ.
- Viêm tụy cấp: đau liên tục, dữ dội có thể có biểu hiện sốc và dấu tắc ruột. Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm sinh hóa và chẩn đoán hình ảnh.
- Nhồi máu mạc treo ruột thường diễn ra trong bệnh cảnh của bệnh mạch máu: dấu tắc ruột là thứ phát sau một cơn đau lan tỏa, liên tục, đề kháng và toàn thân biểu hiện trạng thái sốc.
- Tắc ruột do liệt không điển hình: không đau, trướng toàn bụng, không có âm ruột. Chẩn đoán xác định bằng cách hỏi bệnh sử và chụp X quang.

7. CẬN LÂM SÀNG

7.1. X quang bụng đứng không chuẩn bị

- Quai đến trướng căng trên chỗ tắc mức hơi vị trí nằm nghiêng và mức hơi dịch ở vị trí đứng thẳng.
- Không thấy mức hơi dịch ở phần dưới chỗ tắc.
- Vị trí, hình dạng mức hơi dịch giúp xác định vị trí tắc.
 - + Ruột non: mức hơi dịch nằm ở trung tâm, đáy rộng, vòm thấp, thành ruột mỏng, ít giãn. Hoặc bóng khí đơn độc hoặc hình ảnh hơi nước có vòm thấp hoặc hạ sườn phải hoặc trước cột sống.
 - + Đại tràng: hình mức hơi nước có thể tích lớn, vòm cao, đáy hẹp, quai ruột giãn đầy hơi, ít dịch, ở vị trí ngoại vi. Thành ruột dày. Tuy nhiên đôi khi khó phân biệt rõ ràng tắc ruột non hay đại tràng một cách rõ ràng.
 - + Tắc ruột do liệt: dẫn toàn bộ ruột non, đại tràng có một ít mức hơi dịch.
 - + Dấu hiệu âm tính trên X quang: không có hơi tự do trong ổ phúc mạc, không có tràn dịch ổ phúc mạc.

7.2. Siêu âm bụng

Trướng hơi, quai ruột dẫn, tăng nhu động.

7.3. Xét nghiệm

Công thức máu, điện giải đồ, ure máu, protid máu.

7. CHẨN ĐOÁN THỂ LÂM SÀNG TẮC RUỘT

7.1. Tắc một quai ruột non khép kín

- Sẹo thành bụng.
- Đau đột ngột, liên tục, khu trú, thỉnh thoảng đau cơn mạnh lên kết hợp có phản ứng thành bụng, tăng nhiệt độ (50% trường hợp).

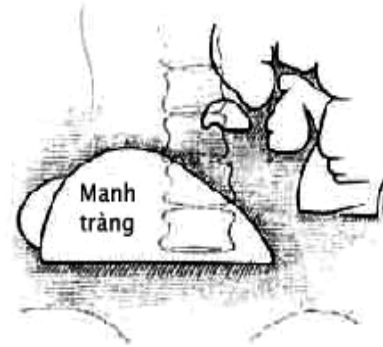
7.2. Tắc ruột non do u hoặc hẹp ruột

Tiến triển theo thời gian, đôi khi không điển hình hoặc trước đó có cơn đau Koenig (khi hồi bệnh sử). Bụng gồ lên trường hợp tắc ruột không hoàn toàn, quai ruột trưởng vừa, lưu thông ruột còn nên có thể có ích cho chỉ định.

7.3. Xoắn đại tràng

7.3.1. Xoắn đại tràng trái: hay gặp nhất

- Gặp ở lứa tuổi trung niên.
- Tiền sử táo bón, đau âm ỉ bụng bên trái.
- Bụng trưởng mất cân đối.
- ASP: hình ảnh nòng súng với 4 trụ.
- Chụp đại tràng chuẩn bị có hình ảnh mỏ chim ở chỗ nối trực tràng và đại tràng sigma (hình 11.4).
- Toàn thân tốt.



Hình 11.4. Hình ảnh X quang của xoắn manh tràng

7.3.2. Xoắn manh tràng

- Khởi phát đột ngột.
- Nôn.
- Bụng trưởng lệch.
- Đau bụng phản ứng khu trú hố chậu phải.

7.3.3. Xoắn đại tràng ngang và đại tràng góc lách

7.4. Tắc ruột ở người già

7.4.1. Tắc đại tràng (do ung thư)

- Hay gặp đại tràng trái và chỗ nối trực tràng và đại tràng sigma.
- Có hay không có cơn đau Duval (đau trực tràng).
- Trực tràng dẫn và đau, bụng trưởng dọc khung đại tràng hợp với các mức hơi nước ở ruột non.
- Trên phim có cản quang, có hình ảnh tắc đột ngột với hình ảnh hẹp lòng ĐT. (nếu tắc ở đại tràng phải có thể khám phát hiện được khối u).
- Nên soi đại tràng: phát hiện nhanh chóng khối u đại tràng.

7.4.2. Tắc ruột non (tắc ruột do sỏi mật)

- Hay gặp ở những phụ nữ có tuổi hay không có tiền sử nhiễm trùng đường mật, có sốt ở giai đoạn khởi bệnh.
- Tiến triển tắc ruột tương ứng với sự di chuyển của sỏi.
- Hạ sườn phải và vùng trung tâm có thể thấy bóng tròn của viên sỏi.
- Tại vùng gan có dấu hiệu đường mật có hơi ở ống mật chủ.

7.4.3. Giả tắc ruột (do u phân đại tràng)

Hay gặp ở người già, tiền sử thường có rối loạn tiêu hoá. Chẩn đoán dựa vào thăm khám lâm sàng, ASP và chụp khung đại tràng có cản quang. Hội chứng Ogillvie thường diễn ra trong bệnh cảnh của một rối loạn chuyển hoá. Khung đại tràng đầy hơi.

9. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

9.1. Đối với tắc ruột do nghẽn một quai ruột

- Tổn thương sẽ không hồi phục sau 6-12 giờ trong nghẽn ruột non và xoắn đại tràng phải với các biểu hiện: sốc, bụng đề kháng toàn bộ, cần chỉ định can thiệp phẫu thuật.
- Xoắn đại tràng trái thường biểu hiện các triệu chứng giống như một tình trạng nhồi máu mạc treo nhưng chậm hơn.

9.2. Đối với tắc ruột non đơn thuần

- Tắc ruột cao với hẹp hồi tràng, giai đoạn đầu thường ít đau, nhưng nôn sớm, mạch nhanh, thở nhanh nông, nhiệt độ tăng, mết mồi.
- Nếu không can thiệp gì sau 24-36 giờ thì dễ dẫn đến suy thận, suy tuần hoàn, suy hô hấp.
- Tiến triển phức tạp hơn: nghẽn ruột (thắt ruột), thủng ruột.

9.3. Đối với tắc đại tràng thấp (ung thư hoặc viêm đại tràng sigma).

- Tắc hoàn toàn hoặc không.
- Kết hợp với một áp xe trong ổ phúc mạc.
- Chèn ép van Bauhin: nếu không có dẫn ruột non thì nguy cơ thủng đại tràng rất cao cần phải cản trọng khi kích thước đại tràng lên đến 9cm, trương căng dần theo thời gian không biểu hiện triệu chứng tắc, phát hiện rõ bằng nội soi đại tràng.

9.3.1. Tắc ruột có kèm sốt: có rất nhiều nguyên nhân

- Viêm phúc mạc khu trú: chỉ định mổ sớm dựa vào triệu chứng lâm sàng và nguyên nhân sẽ được xác định rõ sau khi mổ bụng. Nguyên nhân hay gặp nhất là áp xe ruột thừa.
- Túi thừa đại tràng sigma: biểu hiện các triệu chứng của tắc đại tràng, nhưng đôi khi cũng có những biểu hiện tắc ruột non trong trường hợp viêm quanh đại tràng với các dấu chứng ở vùng hố chậu trái. Chụp khung đại tràng có cản quang là một chỉ định thận trọng và nội soi đại tràng là một chống chỉ định có tính bất buộc.
- Bệnh Crohn, bệnh viêm đoạn cuối hồi tràng.

9.3.2. Tắc ruột sớm sau mổ

Tiền sử có phẫu thuật về bụng, chẩn đoán không đơn giản.

- Nếu bệnh nhân còn trung tiện, không sốt thường nghĩ nhiều nhất đến một bệnh cảnh tắc ruột cơ học (dây chằng hoặc thoát vị nội).
- Nếu bí trung tiện thì có thể là một tình trạng tắc ruột do liệt nhưng nếu có tăng thân nhiệt thì cần phải để ý đến triệu chứng nhiễm trùng bên trong ổ phúc mạc (bục chỉ...), cần đặt ra vấn đề can thiệp phẫu thuật trở lại.

9.3.3. Tắc cao đại tràng (*U van Bauhin, xoắn manh tràng*)

Nguyên tắc điều trị là cắt bỏ và nối hồi - đại tràng ngang.

9.3.4. Tắc đại tràng đoạn thấp do ung thư

- Làm hậu môn nhân tạo và cắt bỏ đại tràng + u sau này.
- Cắt đại tràng toàn bộ hoặc bán phần ngay lập tức. Chẩn đoán này là sự chọn lựa ưu tiên trong trường hợp có thủng đại tràng hoặc có tình trạng đại tràng dẫn lớn trước khi thủng.

9.3.5. Tắc ruột do các biến chứng: áp xe, viêm phúc mạc.

- Súc rửa ổ phúc mạc và đặt dẫn lưu.
- Chống chỉ định cắt bỏ và nối ruột cấp cứu.

9.3.6. Lông ruột

- Hút dạ dày.
- Điều chỉnh các rối loạn chuyển hoá.
- Trường hợp đau bụng nhiều (hội chứng Ogillvie) thì cần phải giảm áp bằng đường nội soi đại tràng, nếu thất bại thì can thiệp phẫu thuật (mổ đại tràng giảm áp).

9.3.7. Tác ruột sau mổ

- Tác sớm: điều trị nội khoa và phát hiện các biến chứng nhiễm trùng xảy ra bên trong ổ phúc mạc.
- Tác muộn, chậm: phẫu thuật khi điều trị nội thất bại.

10. ĐIỀU TRỊ TÁC RUỘT CƠ HỌC

Chủ yếu là điều trị phẫu thuật. Trước khi phẫu thuật cần chuẩn bị các bước sau:

10.1. Đánh giá bilan huyết động

- Điện giải đồ.
- Sonde tiểu.
- Catheter tĩnh mạch trung tâm.
- Điện tâm đồ.
- X quang phổi.
- Chức năng đông máu.

10.2. Điều trị nội khoa

- Hút dạ dày nhằm giảm áp và hạn chế nguy cơ tràn dịch vào đường khí quản.
- Bồi phụ nước - điện giải: sự bồi phụ nước - điện giải này kéo dài ít nhất là 6 giờ; trong thời gian đó phải theo dõi mạch, huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch trung tâm và lượng nước tiểu.
- Kháng sinh phổ rộng.

10.3. Nguyên tắc phẫu thuật

- Mở bụng đường giữa.
- Tìm chỗ tắc, trình bày đoạn ruột tổn thương.
- Xử trí thương tổn ruột nếu có (cắt đoạn ruột tổn thương và nối lại nếu tình trạng ruột cho phép).
- Đặt sonde giảm áp bảo vệ miệng nối nếu cần.

10.4. Một số trường hợp đặc biệt

- Xoắn đại tràng sigma: trước hết là đặt một sonde trực tràng để tháo xoắn. Nếu thất bại thì phẫu thuật, cắt bỏ đoạn xoắn; nếu hoại tử và tái lập lưu thông tiêu hoá.

- Hội chứng Ogillvie: hội chứng tắc đại tràng mà không có cản trở cơ học, có thể do tổn thương thần kinh thực vật, hoặc do bản thân hội chứng có tính thứ phát sau một tổn thương ở sau phúc mạc, hoặc do u hoặc không có u.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Các nguyên nhân nào sau đây là tắc ruột cơ học:
 - A. Tắc ruột do dính sau mổ
 - B. Tắc ruột do phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ em
 - C. Tắc ruột do viêm phúc mạc
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
2. Các nguyên nhân nào sau gây bệnh cảnh tắc ruột cơ năng
 - A. Tắc ruột do thoát vị bẹn nghẹt
 - B. Liệt ruột sau mổ
 - C. Tắc ruột do phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ em
 - D. A và B đúng
 - E. B và C đúng
3. Đau bụng trong tắc ruột cơ học có đặc điểm:
 - A. Đau nhiều và liên tục không thành cơn
 - B. Đau giảm khi bệnh nhân nôn hay trung tiện được
 - C. Đau tăng khi bệnh nhân uống nước hay ăn
 - D. A và B đúng
 - E. B và C đúng
4. Các điểm khác nhau giữa tắc ruột cao và tắc ruột thấp là:
 - A. Bệnh nhân tắc ruột cao thường nôn sớm hơn và nhiều hơn
 - B. Bệnh nhân tắc ruột càng cao, bụng càng trướng
 - C. Mức hơi-dịch trong tắc ruột cao dạng đáy hẹp và vòm cao
 - D. A và C đúng
 - E. B và C đúng

5. Đặc điểm của hình ảnh X quang bụng đứng không chuẩn bị trong tắc ruột cơ học cao là:

- A. Mức hơi-dịch dạng đáy hẹp và vòm cao
- B. Mức hơi-dịch dạng đáy rộng và vòm thấp
- C. Tập trung đóng khung ổ bụng
- D. Tắc càng cao, mức hơi-dịch càng nhiều
- E. Tất cả đều sai

6. Đặc điểm của hình ảnh X quang bụng đứng không chuẩn bị trong tắc ruột cơ học ở đại tràng là:

- A. Mức hơi-dịch dạng đáy hẹp và vòm cao
- B. Mức hơi-dịch dạng đáy rộng và vòm thấp
- C. Tập trung đóng khung ổ bụng
- D. A và B đúng
- E. A và C đúng

7. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần ưu tiên được làm trong tắc ruột là:

- A. Công thức máu, hematocrit.
- B. X quang bụng không chuẩn bị
- C. Điện giải đồ
- D. A và B đúng
- E. Tất cả đều đúng

8. Siêu âm trong tắc ruột có thể thấy:

- A. Nguyên nhân gây tắc ruột và vị trí tắc
- B. Hình ảnh tăng nhu động ruột trong tắc ruột cơ học
- C. Mức hơi-dịch tương tự như trong X quang bụng không chuẩn bị
- D. A và B đúng
- E. Tất cả đều đúng

9. Các nguyên nhân thường gây tắc ruột cơ học ở trẻ độ tuổi đi học là:

- A. Búi giun đũa
- B. Bã thức ăn
- C. Lòng ruột
- D. A và C đúng
- E. A và B đúng

10. Các nguyên nhân thường gây tắc ruột cơ học ở người trưởng thành là:
- A. Lòng ruột
 - B. Tắc do dính sau mổ
 - C. Thoát vị nghẹt
 - D. Tất cả đều đúng
 - E. B và C đúng
11. Các nguyên nhân thường gây tắc ruột cơ học ở người già là:
- A. Lòng ruột
 - B. Ung thư đại tràng
 - C. U phân hay bã thức ăn
 - D. Tất cả đều đúng
 - E. Chỉ B và C đúng
12. Tam chứng xoắn ruột là:
- A. Trướng khu trú, sờ không có nhu động và ấn đau
 - B. Trướng khu trú, ấn đau và phản ứng thành bụng
 - C. Phản ứng thành bụng, đau từng cơn và không nôn
 - D. A và C đúng
 - E. B và C đúng
13. Nguyên tắc điều trị tắc ruột là:
- A. Giải quyết tình trạng tắc ruột
 - B. Giải quyết nguyên nhân gây nên tắc ruột
 - C. Ngăn ngừa tắc ruột tái phát
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng

THOÁT VỊ BỤNG - THOÁT VỊ ĐÙI

A. THOÁT VỊ BỤNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các khái niệm thoát vị thành bụng và thoát vị bẹn.
2. Khám và chẩn đoán được một bệnh nhân thoát vị bẹn.
3. Trình bày được thái độ xử trí một bệnh nhân thoát vị bẹn và một bệnh nhân thoát vị đùi

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ THOÁT VỊ VÀ THOÁT VỊ BỤNG

1.1. Định nghĩa

Thoát vị (TV) là tình trạng các tạng bên trong ổ phúc mạc đi ra ngoài ổ phúc mạc trong một túi thừa phúc mạc gọi là “túi thoát vị”, qua các điểm yếu tự nhiên của thành bụng. Các điểm yếu này có thể là bẩm sinh hay mắc phải. Định nghĩa này cho phép loại đi bệnh cảnh thường được gọi trước đây là “thoát vị đường mổ” mà thực chất chỉ là tình trạng ổ thành bụng (eventration).

Thoát vị bẹn (TVB) là tình trạng các tạng bên trong ổ phúc mạc đi ra ngoài qua điểm yếu ở thành sau của ống bẹn.

Thoát vị nói chung gặp trong khoảng 5% dân số thế giới. Trong đó TVB chiếm khoảng 80% trong tổng số các loại thoát vị. Trong TVB, nam giới bị gấp 7-8 lần nữ giới.

1.2. Phân loại

Có nhiều cách phân loại thoát vị và nhiều thuật ngữ khác nhau:

- Theo định khu: TVB, thoát vị đùi, thoát vị rốn, TV qua tam giác thất lưng.
- Theo nguyên nhân: TV bẩm sinh, TV mắc phải.
- Theo tính chất: TV ngẹt, TV đẩy lên được, TV cầm tù.

- TV nội: tạng TV chui qua điểm yếu bên trong ổ phúc mạc và không nhìn thấy từ bên ngoài được, như TV qua khe Winslow, qua lỗ bịt, qua lỗ cơ hoành, qua khe thực quản.

1.3. Giải phẫu bệnh

Có 3 yếu tố giải phẫu tạo nên tất cả các loại TV

1.3.1. Đường đi

Các tạng TV luôn luôn đi qua điểm yếu của thành bụng, có thể chỉ là một lỗ đơn thuần (TV rốn), hay một ống thật sự như trong TVB gián tiếp.

1.3.2. Túi thoát vị

Là một túi thừa phúc mạc, bên ngoài được bao phủ bởi các tổ chức như cân cơ, mỡ, mô dưới da. Túi bao gồm một cuống hay còn gọi là cổ túi TV, một thân và một đáy. Tuy nhiên tùy loại TV mà các thành phần này có rõ ràng hay không.

1.3.3. Tạng thoát vị

Thường là các tạng trong ổ phúc mạc như ruột, mạc nối lớn, phần phụ. Hiếm khi có thể thấy các tạng ngoài phúc mạc như bàng quang, mỡ.

2. GIẢI PHẪU VÙNG BỆN

Vùng bẹn được quy ước là khu vực gồm phần thấp của hố chậu và hạ vị mỗi bên, nằm trên nếp lằn bẹn.

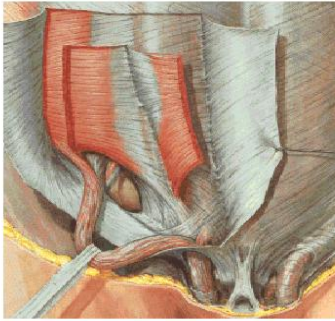
Bệnh lý của vùng bẹn chủ yếu là thoát vị bẹn, không những thể hiện triệu chứng ở vùng bẹn mà còn ở bộ phận sinh dục ngoài (biu hay môi lớn) và cả ở đùi. Vì vậy mà biu, môi lớn được xem như một liên quan mở rộng của vùng bẹn.

Cấu trúc giải phẫu chủ yếu ở vùng bẹn là ống bẹn. Ống bẹn gồm 4 thành và 2 lỗ:

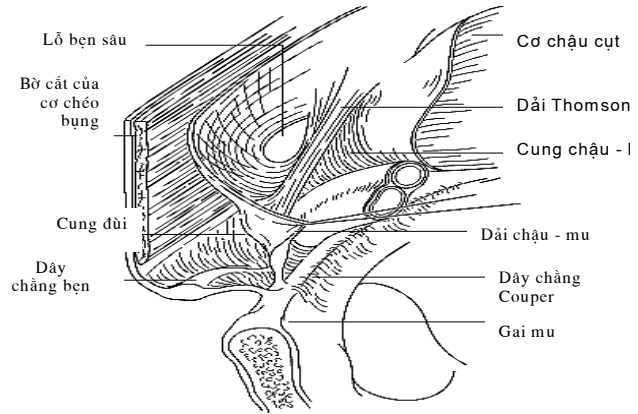
- Thành trước: là tận cùng của cân cơ chéo bụng ngoài với các cột trụ ngoài và trong.
- Thành sau: phúc tạp, gồm có các phần ở sau cân cơ của thành bụng, trong đó đáng chú ý là mạc ngang.
- Thành trên: gồm các thớ cơ thấp nhất của cơ chéo bụng trong và cơ ngang, xuống thấp tạo thành liềm bẹn hay gân kết hợp.
- Thành dưới: là cung đùi gồm các thớ cân của cơ chéo bụng ngoài cuốn chung quanh dây bẹn ngoài Hence từ trước ra sau và từ ngoài vào trong làm thành một cấu trúc hình máng hướng lên trên.

Dây chằng bẹn phân chia ống bẹn ở trên và vòng đùi ở phía dưới.

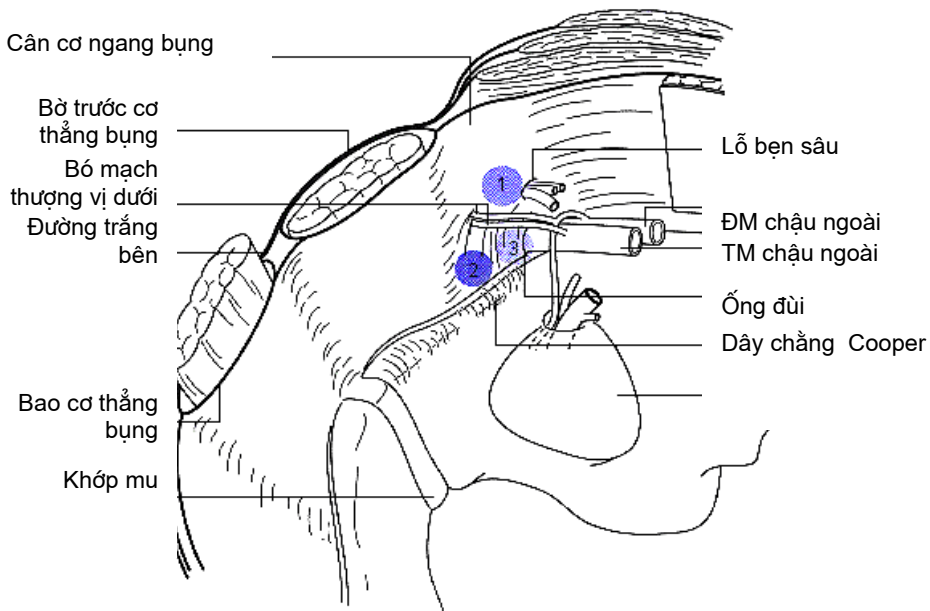
- Lỗ bẹn nông: ở mức gai mu, nằm giữa cột trụ ngoài và cột trụ trong.
- Lỗ bẹn sâu: nằm ở phía trên trung điểm của nếp bẹn khoảng 1,5-2cm.



Hình 12.1. Giải phẫu vùng bẹn



Hình 12.2. Các cấu trúc vùng bẹn (nhìn từ trong ra ngoài)



Hình 12.3. Giải phẫu ống bẹn

Ở nam, ống bẹn là đường đi của tinh hoàn từ ổ bụng xuống bìu trong thời kỳ phôi thai vào tuần thứ 12 cuối thai kỳ. Tinh hoàn xuống bìu kéo theo phúc mạc tạo thành ống phúc tinh mạc. Sau khi tinh hoàn đã xuống bìu, ống bẹn sẽ chứa thừng tinh, còn ống phúc tinh mạc sẽ bít lại tạo thành dây chằng Cloquet. Còn ở nữ, ống bẹn chứa dây chằng tròn.

Mặt trong của vùng bẹn có động mạch thượng vị dưới, thường động mạch rốn và dây treo bàng quang đội vào phúc mạc tạo nên các nếp nhô và chia vùng bẹn ra thành 3 hố bẹn:

- Hố bẹn ngoài: nằm ngoài động mạch thượng vị dưới, là nơi xảy ra TVB chéo ngoài gián tiếp.
- Hố bẹn giữa: nằm giữa động mạch thượng vị dưới và thường động mạch rốn, là nơi xảy ra TVB trực tiếp.
- Hố bẹn trong: nằm giữa thường động mạch rốn và dây treo bàng quang, là nơi xảy ra TVB chéo trong, rất hiếm gặp.

3. NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

Cho đến nay, nguyên nhân tại sao chỉ có một số người bị TVB, đối với TVB thể trực tiếp, vẫn chưa được biết rõ. Riêng đối với TVB thể gián tiếp, tồn tại tại ống phúc tinh mạc được xem là nguyên nhân chủ đạo. Mặc dù, trong một số không ít trường hợp, không có TVB dù tồn tại ống phúc tinh mạc (PTM). Nhiều nghiên cứu đã cố gắng tìm hiểu đáp ứng của vòng bẹn trong đối với sự gia tăng áp lực trong ổ phúc mạc. Các nghiên cứu này đã chỉ ra rằng, lỗ bẹn sâu có tác dụng như một cấu trúc dạng van, có vai trò ngăn cản không cho các tạng chui qua lỗ bẹn sâu khi có tăng áp lực đột ngột như khi ho, rặn ... Trong TVB gián tiếp, chức năng này bị suy yếu hay hầu như mất hẳn.

Đối với TVB trực tiếp, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra các biến loạn về chuyển hóa và sinh hóa đóng vai trò quan trọng trong hình thành mà đặc biệt là khả năng tái phát. Trong đó nổi bật là vai trò của các sợi collagen. Ở các bệnh nhân bị TVB trực tiếp, người ta ghi nhận sự giảm tạo collagen, giảm hàm lượng collagen và giảm trọng lượng các sợi collagen. Tuy nhiên bản chất của quá trình này vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ.

4. PHÂN LOẠI THOÁT VỊ BỆNH

4.1. Theo vị trí giải phẫu

- TVB chéo ngoài: đa số là TV bẩm sinh, tạng chui ra ngoài qua hố bẹn ngoài, vào ống PTM để xuống bìu. Túi TV nằm trong bao xơ thường tinh.
- TVB trực tiếp: đa số là TV mắc phải, tạng chui ra ngoài đi qua hố bẹn giữa. Túi TV nằm ngoài bao xơ thường tinh.
- TVB chéo trong: tạng chui ra ở hố bẹn trong, rất hiếm gặp.

4.2. Theo nguyên nhân

- TV bẩm sinh: do tồn tại ống phúc tinh mạc, là TV chéo ngoài và thường gặp ở trẻ em.

- TV mắc phải: do yếu cân cơ thành bụng, thường gặp ở người già, tạng chui ra ở hố bẹn giữa.

4.3. Theo tiến triển

- TV chỏm: tạng mới vừa chui qua khỏi lỗ bẹn sâu.
- TV kê: tạng chui ra khỏi lỗ bẹn sâu và nằm trong ống bẹn.
- TV bẹn-mu: tạng chui ra nằm ở gốc dương vật.
- TV bẹn-bìu: tạng TV xuống đến bìu.

5. TRIỆU CHỨNG

5.1. Cơ năng

- Hỏi lý do vào viện: thường có 2 lý do chính khiến bệnh nhân vào viện, đau tức ở vùng bẹn bìu hoặc khối phồng ở vùng bẹn bìu.
- Hỏi hoàn cảnh xuất hiện của triệu chứng vừa hỏi được: từ sau sinh, mới xuất hiện trong thời gian gần đây, sau khi khuân vác nặng hay chạy nhảy nhiều.
- Triệu chứng khác kèm theo như táo bón, tiểu khó, đại tiện ra máu (trĩ).

5.2. Thực thể

5.2.1. Nhìn

- Triệu chứng tìm thấy chủ yếu là khối phồng với các tính chất của nó như nằm trên nếp lằn bẹn, chạy dọc theo chiều của ống bẹn từ trước ra sau và từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong. Khối phồng thay đổi kích thước theo tư thế và khi làm các nghiệm pháp tăng áp lực ổ bụng như ho, rặn....
- Nếu là TV bẹn-bìu thì thấy bìu lớn bất thường.

5.2.2. Sờ

Là động tác quan trọng nhất trong khám TVB

- Khối phồng vùng bẹn: cổ nằm trên nếp lằn bẹn, không đau nếu chưa có biến chứng, tăng kích thước khi tăng áp lực ổ bụng. Nếu tạng TV là quai ruột thì sờ có cảm giác lọc xọc, sờ cảm giác chắc nếu tạng TV là mạc nối.
- Lỗ bẹn nông rộng
- Một số nghiệm pháp thường dùng trong chẩn đoán thoát vị bẹn:
 - + “Chạm ngón”: dùng ngón tay đội da bìu đi ngược lên vào lỗ bẹn nông, ước lượng khẩu kính của nó. Tiếp đó quay áp mặt múp của ngón vào thành sau ống bẹn rồi bảo bệnh nhân ho mạnh. Đón nhận cảm giác

chạm túi thoát vị vào ngón tay, nếu ở đầu ngón là TVB thể gián tiếp, nếu ở mặt múp ngón là TVB trực tiếp.

- + “Thủ thuật Zieman”: dùng 3 ngón tay để xác định loại thoát vị. Khám bên nào thì dùng bàn tay bên đó: ngón trở ở nếp bụng-mu thấp, ngón giữa theo nếp bẹn còn ngón nhẫn ở hõm bầu dục ở đáy tam giác Scarpa. Rồi bảo bệnh nhân ho mạnh: nếu cảm giác chạm ở ngón trở là TVB trực tiếp, nếu ở ngón giữa là TVB gián tiếp còn nếu ở ngón nhẫn là TV đùi.
- + Ngoài ra còn có một số nghiệm pháp khác như nghiệm pháp lăn thùng tinh của Ladd (rolling test), dấu hiệu cọ xát của lựa...

5.2.3. Soi đèn

Soi bằng đèn bấm, trong phòng tối. Soi từng bên bìu và so sánh với bên đối diện. Trong trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn, tràn dịch ống Nuck hay nang nước thùng tinh, nang ống Nuck thì có hiện tượng thấu sáng. Trong trường hợp TVB thì giảm sáng so với bên đối diện.

5.3. Siêu âm

Nhiều nghiên cứu cho thấy vai trò của siêu âm trong chẩn đoán TV. Siêu âm cho thấy hình ảnh của các quai ruột hay mạc nối bên trong khối phồng. Đôi khi siêu âm còn cho phép đo được đường kính lỗ bẹn sâu.

5.4. Nội soi ổ bụng

Cho phép thấy được lỗ bẹn sâu rộng, tạng TV chui qua lỗ bẹn sâu.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào

- Lâm sàng.
- Siêu âm.
- Nội soi ổ bụng.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

6.2.1. Tràn dịch màng tinh hoàn

- Da bìu căng.
- Lỗ bẹn nông không rộng.
- Không sờ được tạng trong túi TV.
- Soi đèn.
- Siêu âm.

6.2.2. Nang nước thường tinh

- Lỗ bẹn nông.
- Siêu âm.

6.2.3. Dẫn tinh mạch thường tinh

- Lỗ bẹn nông.
- Sờ cảm giác như búi giun.
- Siêu âm.

6.2.4. Phân biệt thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp

- Tuổi
- Tiền sử, bệnh sử
- Nghiệm pháp “chạm ngón”

6.2.5. Phân biệt thoát vị bẹn nghẹt với xoắn tinh hoàn

Nếu là xoắn tinh hoàn thì:

- Tiền sử không có TVB.
- Da bìu có thể nề đỏ.
- Tinh hoàn bên bị xoắn lên cao hơn bình thường.
- Các nghiệm pháp.
- Siêu âm, Doppler.

7. TIẾN TRIỂN

Nếu không được điều trị kịp thời thì TV ngày càng to và thành bụng ngày càng yếu, khả năng phục hồi thành bụng càng khó và dễ tái phát.

Một số biến chứng thường gặp:

- Nghẹt: triệu chứng sớm nhất là đau ở cổ túi TV. Nếu tạng TV là quai ruột thì bệnh nhân có các triệu chứng của tắc ruột. Trường hợp chỉ nghẹt một thành của quai ruột, bệnh nhân không có các triệu chứng của tắc ruột nhưng rất dễ gây thủng ruột và viêm phúc mạc, được gọi là TV của Rickter.
- Viêm dính tạng TV với bao TV.
- Chấn thương khối TV làm thương tổn tạng bên trong.

8. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc là điều trị ngoại khoa. Tuy nhiên, tùy thuộc vào tuổi và tình trạng toàn thân của bệnh nhân mà có chỉ định can thiệp ngoại khoa hay không và nếu có thì nên can thiệp ngoại khoa khi nào.

8.1. Trẻ em

8.1.1. Vấn đề băng treo bìu

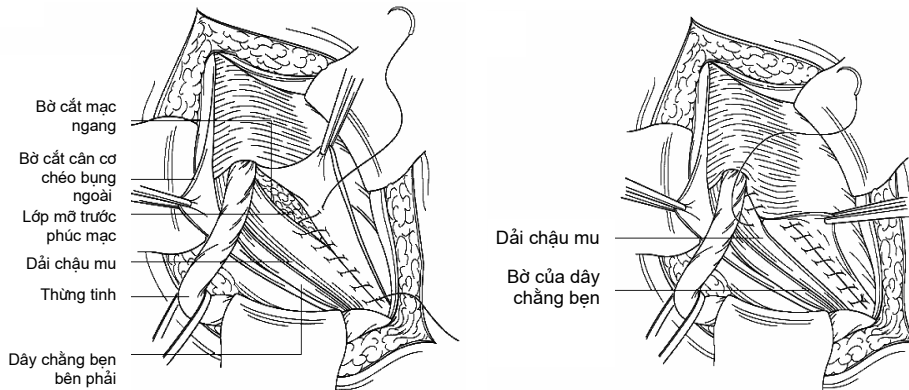
Không có chỉ định trong điều trị TVB ở trẻ em. Nếu như chưa can thiệp phẫu thuật vì một lý do gì đó (tuổi, bệnh lý kèm theo.. ..) thì chỉ nên theo dõi. Việc băng treo bìu hay băng ép vùng bẹn sẽ ảnh hưởng đến sự trưởng thành cũng như chức năng của tinh hoàn sau này.

8.1.2. Phẫu thuật

- Trẻ nhỏ dưới 1 tuổi: theo dõi cho đến 1 tuổi, nếu không tự khỏi thì mổ, ngoại trừ khi có biến chứng.
- Trẻ trên 1 tuổi: mổ thất cao túi TV (ống phúc tinh mạc), không cần tái tạo thành bụng.

8.2. Người trưởng thành

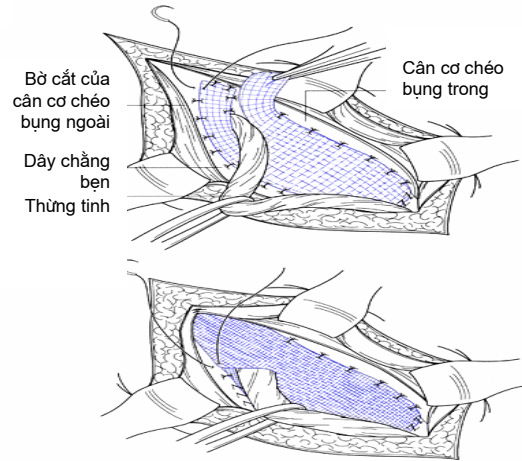
Vấn đề băng treo bìu có thể áp dụng cho những người quá già yếu, hay bệnh lý nội khoa nặng nề, không có chỉ định phẫu thuật. Phương pháp này chống chỉ định khi cổ túi TV nhỏ và đôi khi nó có thể làm cho một trường hợp TV không nghẹt nhưng “câm tù” trở nên nghẹt.



Hình 12.4. Phẫu thuật Shouldice trong thoát vị bẹn

- Phẫu thuật: nhằm 2 mục đích
- Khâu cổ túi và cắt bỏ túi TV
- Tái tạo thành bụng.

- + Các phương pháp phục hồi thành bụng trước thừng tinh: ít dùng.
- + Các phương pháp phục hồi thành bụng sau thừng tinh: Bassini, Shouldice.
- + Đặt tấm nhân tạo (Prothèse).
- + Mổ nội soi trước phúc mạc hay trong phúc mạc.



Hình 12.5. Phẫu thuật tái tạo thành ống bẹn bằng tấm nhân tạo

B. THOÁT VỊ ĐÙI

MỤC TIÊU

1. *Mô tả được giải phẫu vùng đùi.*
2. *Chẩn đoán được một bệnh nhân thoát vị đùi.*
3. *Trình bày được thái độ xử trí một bệnh nhân thoát vị đùi.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị đùi là tình trạng các tạng trong ổ bụng chui qua lỗ cơ lược ở bên dưới dây chằng bẹn, đây là chỗ yếu của đáy tam giác Scarpa xuống mặt trước xương đùi. Thoát vị rất hiếm gặp (khoảng 6% trong các loại TV), thường gặp ở nữ. Rất hiếm gặp ở trẻ em.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Túi thoát vị

Túi này được tạo nên bởi lá phúc mạc thành và cũng bao gồm: cổ túi, thân và đáy túi.

2.2. Tạng thoát vị

Thường là ruột non, mạc nối lớn, rất hiếm gặp manh tràng và các tạng khác.

2.3. Vị trí thoát vị

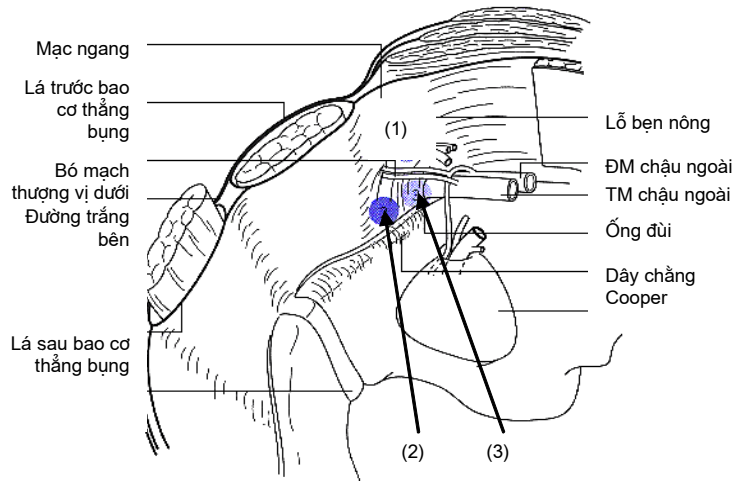
2.3.1 Thường gặp nhất là thoát vị ở khoang trong của vòng đùi

Khoang này giới hạn bởi:

- Phía sau là mào lược và dây chằng Cooper.
- Phía trước là cung đùi.
- Phía ngoài là tĩnh mạch đùi.
- Phía trong là dây chằng Gimbernat.

Khi lỗ thoát vị đùi ở vị trí này phải chú ý: phía ngoài cổ túi có tĩnh mạch đùi và phía trên cổ túi có động mạch thượng vị và nhánh nối động mạch thượng vị với mạch bịt.

Hình 12.5. Sơ lược giải phẫu vùng bẹn-đùi và các loại thoát vị:
 (1). TVB gián tiếp
 (2). TVB trực tiếp
 (3). Thoát vị đùi



2.3.2. Các vị trí khác rất hiếm gặp

2.4. Phân loại thoát vị

Tùy theo mức độ thoát vị người ta chia làm hai loại:

- Thoát vị không hoàn toàn: tạng chui ra trước đùi nhưng đang nằm dưới cân sàng.
- Thoát vị hoàn toàn: tạng đã chui qua lỗ bầu dục và nằm trước cân sàng.

2.3. Nguyên nhân bệnh sinh

Thoát vị đùi chủ yếu gặp ở nữ, nhất là người chữa đẻ nhiều lần. Nhiều người cho rằng cơ thành bụng bị yếu do mang thai nhiều lần, mặt khác khi đẻ khung chậu co giãn chút ít. Đó là 2 yếu tố chính làm cho các cân, dây chằng vùng đáy tam giác Scarpa bị yếu dễ gây thoát vị. Vậy thoát vị đùi là do mắc phải không có thoát vị bẩm sinh.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Cơ năng

- Thấy khối phồng ở góc đùi, khối này lúc có lúc không và thường xuất hiện khi đi lại.
- Có khi thấy phù một chân về chiều.
- Các biểu hiện khác như tức nhẹ, khó chịu vùng bẹn, đùi ít được chú ý hơn.

4.2. Triệu chứng thực thể

Nhìn thấy khối phồng nhỏ ở góc trên trong của tam giác Scarpa với đặc điểm:

- Tròn hoặc bầu dục không to lắm và ở dưới nếp lằn bẹn.
- Khối u mềm, không đau.
- Có thể nắn nhỏ lại được hoặc làm khối mất đi, nhưng không dễ dàng như TV bẹn.

- Gõ vang hoặc nghe tiếng óch ách nếu là ruột chui xuống.
- Bất mạch: động mạch bẹn ở phía ngoài khối phồng.

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

5.1. Thoát vị bẹn

- Thoát vị đùi chủ yếu ở phụ nữ.
- Khối phồng của thoát vị đùi ở dưới nếp lằn bẹn (dưới cung đùi). Khối phồng của thoát vị bẹn ở trên nếp lằn bẹn.

5.2. Viêm hạch bẹn

- Sốt, sưng, nóng, đỏ, đau tại chỗ.
- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng.

5.3. Áp xe lạnh

- Khối phồng là chất dịch tụ lại.
- Khối phồng ở phía ngoài động mạch đùi vì dịch lao từ cột sống theo cơ thắt lưng chậu xuống đùi.

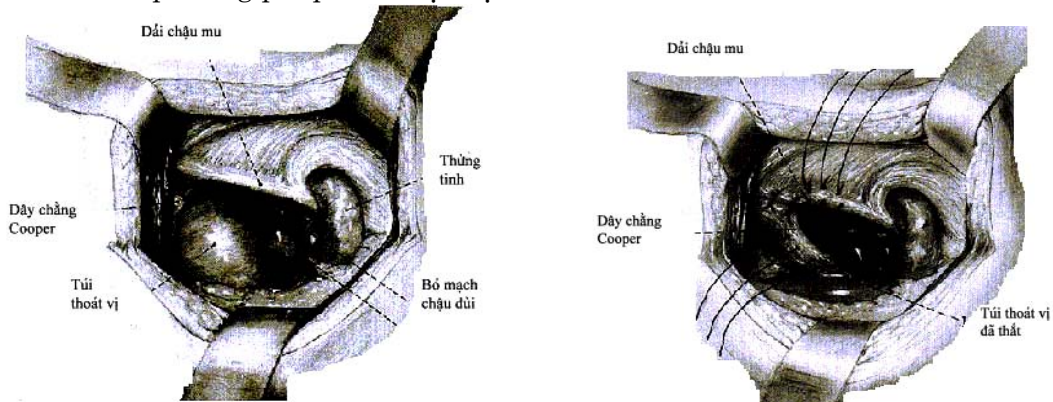
5.4. Khối phồng tĩnh mạch

Khối phồng cũng to lên khi rặn, khi ho hoặc khi đi lại, ấn cũng mất đi xong có đặc điểm:

- Kèm theo giãn tĩnh chi dưới.
- Khối phồng mềm ấn nhỏ lại nhưng khi bỏ tay khối phồng lại xuất hiện nhanh.
- Dùng một ngón tay đè phía dưới chỗ phồng thì khối phồng nhỏ lại nhưng nếu đè ngón tay ở phía trên thì khối phồng lại to dần ra.

6. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Mổ là phương pháp điều trị triệt để.



Hình 12.6. Phẫu tích túi thoát vị- tái tạo thành bụng

- Đường mổ có thể tam giác Scarpa dọc theo mặt trước khối phồng và lên trên cung đùi.
- Có thể mổ theo đường thoát vị bẹn từ phía trong cung đùi. Tìm túi thoát vị, khâu cổ túi và cắt túi thoát vị rồi tái tạo thành bụng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Thoát vị bẹn chéo ngoài ở trẻ em là do:
 - A. Mở lại ống phúc tinh mạc ở trẻ nam
 - B. Mở lại ống Nuck ở trẻ gái
 - C. Bẩm sinh
 - D. A và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
2. Thoát vị bẹn bẩm sinh là:
 - A. Thoát vị chéo ngoài
 - B. Thoát vị trực tiếp
 - C. Thoát vị chéo trong
 - D. Thoát vị tái phát sau mổ
 - E. Thoát vị ở người già
3. Thoát vị bìu có thể nhầm chẩn đoán với:
 - A. U nang thừng tinh
 - B. Xoắn tinh hoàn
 - C. Nước màng tinh hoàn
 - D. Tinh hoàn lạc chỗ
 - E. Tụ máu bìu do sang chấn
4. Bản chất của bao (túi thoát vị): chọn câu đúng nhất:
 - A. Là một tổ chức xơ
 - B. Là màng mỏng tân tạo
 - C. Là túi phúc mạc
 - D. Là bao xơ chung
 - E. Là lớp cân ngang bụng
5. Các yếu tố cấu thành thoát vị bao gồm:
 - A. Tạng thoát vị
 - B. Túi thoát vị

- C. Đường đi của tạng thoát vị
 - D. A và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
6. Phân chia thoát vị bẹn thành chéo ngoài hay chéo trong là dựa vào:
- A. Động mạch bẹn
 - B. Dây treo bàng quang
 - C. Động mạch thượng vị dưới
 - D. Dây chằng tròn
 - E. Lỗ bẹn nông
7. Nguyên tắc mổ thoát vị bẹn bao gồm:
- A. Thắt cao cổ túi thoát vị
 - B. Tái tạo thành bụng ở người lớn.
 - C. Tái tạo thành bụng ở trẻ em
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
8. Chỉ định mổ cấp cứu thoát vị bẹn khi: (chọn triệu chứng nhất)
- A. Tạng thoát vị nằm trong bìu quá lớn
 - B. Tạng thoát vị đau nhiều
 - C. Tạng thoát vị không tự lên được
 - D. Tạng thoát vị là ruột bị nghẹt gây tắc ruột
 - E. Tạng thoát vị đã lên nhưng bệnh nhân thấy đau bụng
9. Bệnh nhân bị thoát vị bẹn khi có triệu chứng tắc ruột (chọn một chỉ định hợp lý nhất):
- A. Cố gắng nắn đẩy tạng thoát vị về ổ bụng
 - B. Tiên mê và đẩy tạng vào ổ bụng
 - C. Giữ khối thoát vị và mổ cấp cứu ngay
 - D. Chờ đợi hy vọng tạng thoát vị tự lên
 - E. Xét nghiệm và mổ trì hoãn ngày hôm sau
10. Tạng thoát vị được gọi là nghẹt khi (chọn một triệu chứng chứng minh chắc chắn nghẹt):
- A. Thầy thuốc cố đẩy không lên được
 - B. Bệnh nhân đau đớn nhiều
 - C. Bệnh nhân sốt
 - D. Bệnh nhân có hội chứng tắc ruột
 - E. Màu sắc da bìu thay đổi và căng mọng

UNG THƯ ĐẠI - TRỰC TRÀNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các hình thái giải phẫu bệnh của ung thư đại - trực tràng và phân độ ung thư đại - trực tràng theo Dukes..
2. Trình bày được các đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán ung thư đại-trực tràng.
3. Trình bày được các nguyên tắc điều trị và các yếu tố giúp theo dõi trong ung thư đại-trực tràng.

A. UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư đại tràng (UTĐT) là loại ung thư hay gặp đứng hàng thứ hai trong các loại ung thư đường tiêu hoá và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư nói chung. Tiên lượng ung thư đại tràng khá tốt nếu được chẩn đoán và phẫu thuật ở giai đoạn sớm. Do đó việc nhận biết các yếu tố nguy cơ, phát hiện sớm UTĐT trong cộng đồng là một trong những yếu tố quan trọng giúp mang lại kết quả tốt trong công tác điều trị UTĐT.

2. YẾU TỐ THUẬN LỢI - NGUY CƠ CAO

Những yếu tố gây UTĐT:

- Yếu tố di truyền: một số bệnh lý di truyền có liên quan mật thiết đến ung thư đại - trực tràng như : polyp đại – trực tràng, hội chứng Gardner, hội chứng Lynch, yếu tố gia đình chiếm 5% trong ung thư đại - trực tràng.

Ngày nay, với sự tiến bộ của y học, cơ chế sinh bệnh ung thư đại - trực tràng đang dần dần sáng tỏ qua cơ chế gen sinh ung thư, các nhà nghiên cứu đã tìm được gen APC nằm ở nhiễm sắc thể 5 và gen p53 ở nhiễm sắc thể 17 khi bị đột biến sẽ sinh ra ung thư.

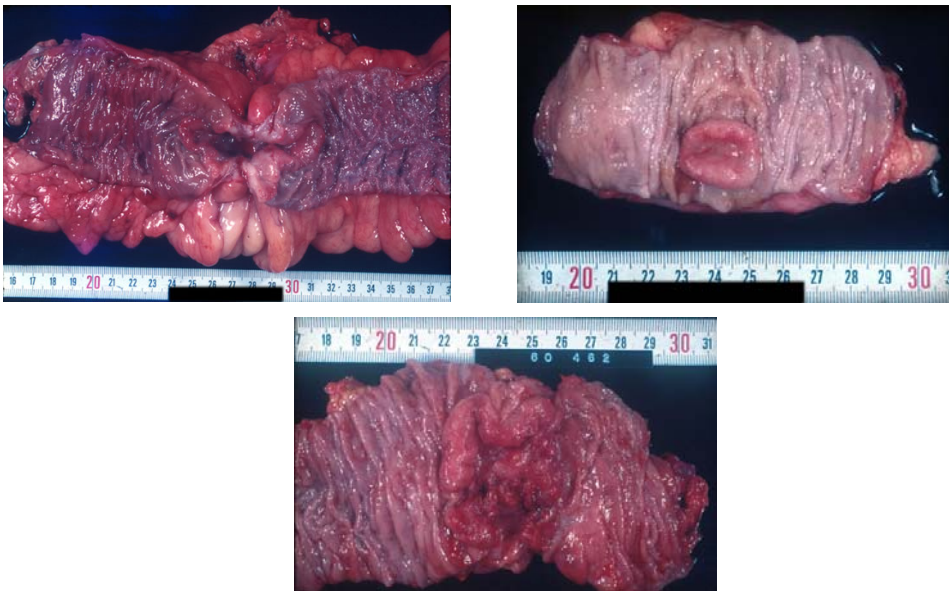
- Yếu tố môi trường đặc biệt là thực phẩm có vai trò rất quan trọng. Những khảo cứu thực nghiệm cho thấy nổi bật là sử dụng thái quá mỡ động vật và thiếu những thức ăn sợi.

- Sự thoái biến những steroid mật và mỡ ở trong phân biến vi khuẩn kỵ khí ở ruột thành acide mật đóng vai trò quan trọng là tác nhân gây ung thư.
- Những sợi thực phẩm đóng vai trò bảo vệ đối với UTĐT bởi vì nó luôn gia tăng thể tích của phân và làm tăng nhanh sự lưu thông trong lòng ruột, làm giảm thời gian tiếp xúc của những tác nhân gây ung thư đối với niêm mạc đại tràng.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Đại thể

UTĐT có thể có dạng sùi, thâm nhiễm và loét. Về mặt đại thể tùy thuộc vào 3 tính chất: khối u sùi, vòng thắt, dạng loét

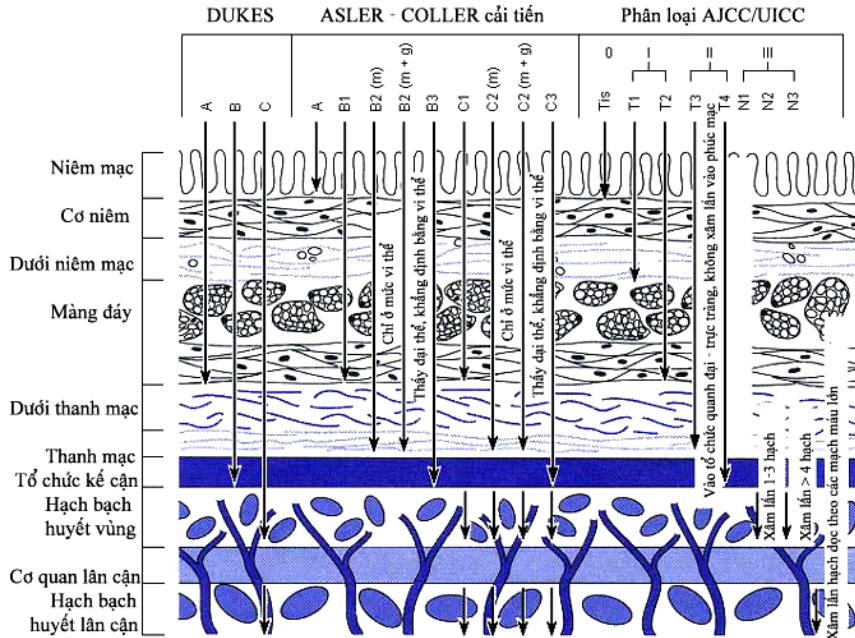


Hình 13.1. Đại thể các loại ung thư đại tràng

3.2. Vi thể

Những ung thư không phải biểu mô (u lympho không Hodgkin, u carcinoid, ung thư mô liên kết) chiếm khoảng 5% các ung thư mô đại tràng.

Về mặt mô học 80% trường hợp là ung thư biểu mô tuyến typ Liberkhunier, 10-20% là u dạng nhầy.



Hình 13.2. Các cách phân độ trong ung thư đại – trực tràng

Sự xâm lấn của khối u thông thường là theo chiều sâu của thành đại tràng (ĐT) rồi đến các chuỗi hạch bạch huyết và sau cùng là các cơ quan lân cận, chủ yếu là gan.

Phân độ trong ung thư đại - trực tràng chủ yếu dựa vào phân độ DUKES.

4. LÂM SÀNG

- UTĐT thường được phát hiện khi bệnh ở giai đoạn 1, lúc các triệu chứng đã rõ ràng hoặc khi bệnh đã có biến chứng. Ở giai đoạn sớm, tỷ lệ phát hiện bệnh còn thấp do các triệu chứng không điển hình và do sự chủ quan của thầy thuốc lẫn bệnh nhân.
- Ở giai đoạn sớm, tùy theo thương tổn và vị trí định khu mà ung thư đại - trực tràng có những biểu hiện lâm sàng khác nhau như: sụt cân, thiếu máu. Tuy nhiên, có một số dấu hiệu báo động sớm mà ta không nên bỏ qua như đại tiện phân đen, có máu, rối loạn tiêu hóa (có những đợt táo bón và tiêu chảy xen kẽ). Lúc đó cần phải thăm khám một cách hệ thống nhằm phát hiện sớm ung thư.

Về lâm sàng, ung thư ở đại tràng phải thường có tình trạng thiếu máu mạn tính do chảy máu vi thể (thiếu máu nhược sắc). Bệnh nhân có các đợt táo bón xen kẽ tiêu chảy, phân đen. Thường có biểu hiện của hội chứng bán tắc ruột, thăm khám lâm sàng có thể phát hiện khối u bất thường ở vùng hố chậu phải hoặc vùng hạ sườn phải.

Đối với ung thư đại tràng trái, biểu hiện lâm sàng thường gặp là: đại tiện ra máu, hội chứng tắc ruột, ít khi sờ được khối u.

- Ở giai đoạn muộn, ung thư đại - trực tràng thường được phát hiện dựa vào các biến chứng: bụng trướng, gan to, tắc ruột, thủng ruột, chảy máu chỗ thương tổn, áp xe quanh u. Thăm khám lâm sàng ở giai đoạn này có thể phát hiện khối u tương đối rõ.

5. CẬN LÂM SÀNG

Chẩn đoán UTĐT chủ yếu dựa vào cận lâm sàng

5.1. Chụp khung đại tràng cản quang

Chụp khung đại tràng có cản quang có thể phát hiện hình ảnh cắt cụt, hình ảnh khuyết. Để phát hiện chính xác hơn, người ta áp dụng phương pháp đối quang kép.

5.2. Soi đại tràng

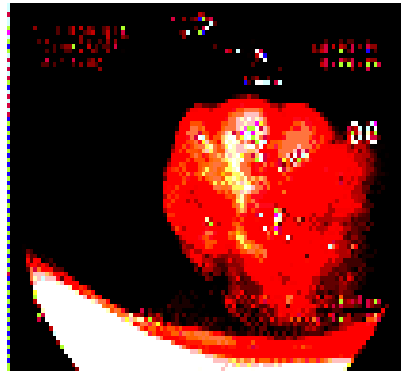
Đây là một thăm dò giúp xác định chẩn đoán. Nội soi cho phép xác định vị trí, hình ảnh đại thể của tổn thương. Nội soi còn cho phép sinh thiết tổ chức u để xác định bản chất mô học. Nội soi còn giúp tìm kiếm một cách hệ thống các polyp hoặc những thương tổn ung thư nằm rải rác (gặp trong 2-5% trường hợp). Ngoài ra, trong tất cả các trường hợp có hình ảnh X quang nghi ngờ thì cũng cần phải tiến hành nội soi đại tràng.

5.3. Siêu âm

Là hình ảnh có giá trị xác định được vị trí, kích thước, liên quan của khối u, tình trạng dịch trong ổ bụng và di căn của ung thư đến các tạng khác trong ổ bụng trên phim chụp đại tràng cản quang



Hình 13.3. Khối u đại tràng



Hình 13.4. Khối u đại tràng trên nội soi

5.4. CT scan, chụp cộng hưởng từ (MRI)

Xác định vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của ung thư. Phát hiện những khối u nhỏ ở gan mà trên siêu âm không phát hiện được để có hướng điều trị.

5.4. Định lượng kháng nguyên ung thư bào thai (ACE)

Không có giá trị chẩn đoán, tuy nhiên rất hữu ích trong việc theo dõi sau mổ. Không có một chất chỉ điểm lý tưởng nào để chẩn đoán ung thư. Định lượng nhiều lần các chất chỉ điểm này trong việc theo dõi sau mổ có thể cho phép chẩn đoán sớm ung thư tái phát.

- Kháng nguyên ung thư bào thai (ACE): là một chất chỉ điểm đã được sử dụng từ lâu trong bệnh lý đại trực tràng. Đó là một glucoprotein được tiết ra bởi biểu mô tuyến, đặc biệt là niêm mạc ống tiêu hoá. Chất này được định lượng bằng phương pháp miễn dịch phóng xạ. Giá trị bình thường khoảng 2,5 ng/ml. Sự tăng cao của nó có thể gặp trong các bệnh tân sinh khối u. Trong ung thư tuyến của ĐT, xét nghiệm này có độ nhạy là 67% và độ đặc hiệu là 79%. Tuy nhiên, ACE ít đặc hiệu hơn CA 19-9.

Sau cắt bỏ UTĐT hoặc trực tràng giá trị này giảm xuống nhanh chóng và tất cả mọi sự gia tăng về sau đều báo động ung thư tái phát hoặc là di căn. Theo biểu đồ theo dõi định lượng mỗi tháng trong 2 năm đầu và mỗi 6 tháng cho đến 5 năm sau mổ.

- CA 19-9: đây là kháng nguyên ung thư bào thai có trong đại đa số ung thư tuyến dạ dày và đối với các UTĐT, độ đặc hiệu của xét nghiệm này là 95%. Tuy nhiên, nó có thể tăng cao trong trường hợp tắc mật, nhiễm trùng cấp tính của hệ thống gan mật và viêm tụy cấp tính (gặp trong 1/4 các trường hợp). Hiện nay nó là chất chỉ điểm tốt nhất trong UTĐT (độ đặc hiệu là 75% và độ nhạy là 91%).
- CA 50: đây cũng là một kháng nguyên ung thư bào thai mới được sử dụng. Nó cũng có liên hệ trong các ung thư về tiêu hoá, tuy nhiên chưa được sử dụng rộng rãi.

6. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

6.1. Phẫu thuật triệt để

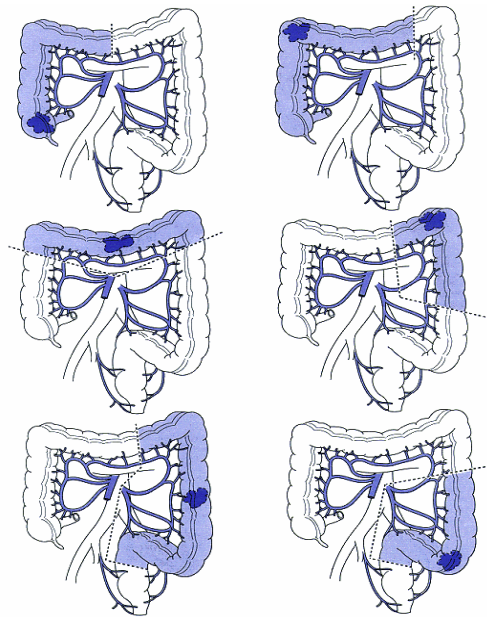
6.1.1. Nguyên tắc điều trị

Chủ yếu là điều trị phẫu thuật: cắt bỏ đại tràng phải hoặc đại tràng trái tùy theo vị trí khối u cùng với nạo hạch và tái lập lưu thông đường tiêu hoá.

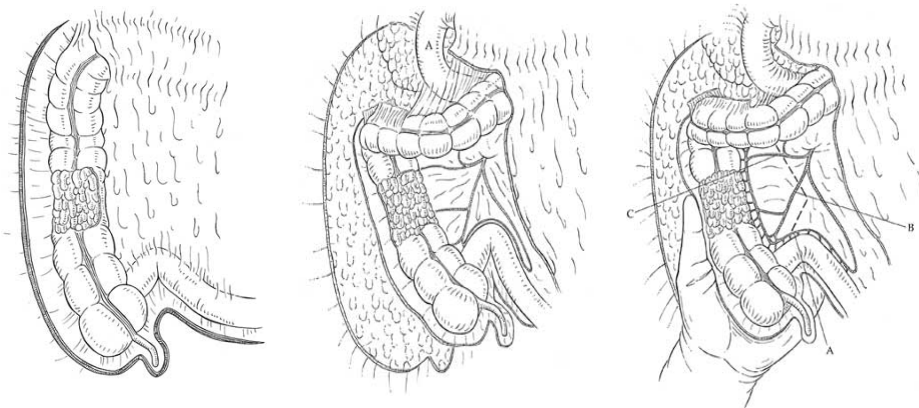
6.1.2. Điều trị ung thư đại tràng chưa có biến chứng

- Chuẩn bị bệnh nhân tốt về thể chất và tinh thần.
- Thăm dò kỹ và đánh giá thương tổn, di căn, thâm nhiễm bằng cách khám lâm sàng và các phương tiện cận lâm sàng.

- Ung thư đại tràng phải: cắt nửa ĐT phải nếu u nằm ở ĐT lên. Trường hợp ung thư manh tràng, có thể cắt nửa ĐT phải, tuy nhiên hiện nay xu hướng chung là chỉ cần cắt đoạn ĐT lên mang theo u. Kết quả của 2 phương pháp phẫu thuật này là như nhau.
- Trong trường hợp u ĐT góc gan thì phẫu thuật cắt nửa ĐT phải mở rộng.
- Ung thư đại tràng ngang: phẫu thuật cắt ĐT ngang.
- Ung thư đại tràng xuống: cắt đoạn ĐT như hình vẽ nếu là u nằm ở góc lách.
- Trường hợp u nằm ở ĐT xuống thì cắt nửa ĐT trái.
- Ung thư đại tràng sigma: cắt đoạn đại tràng.



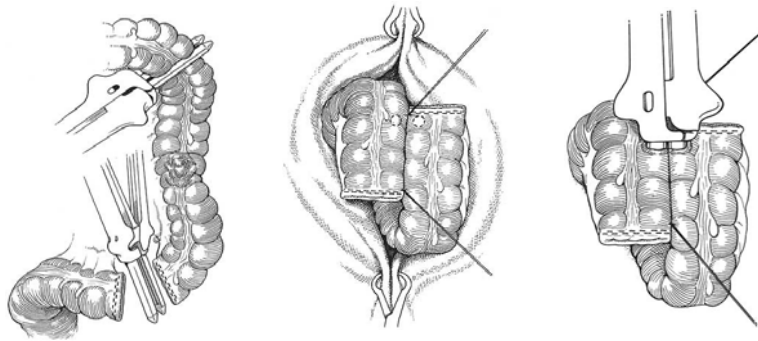
Hình 13. 5. Các giới hạn cắt đại tràng



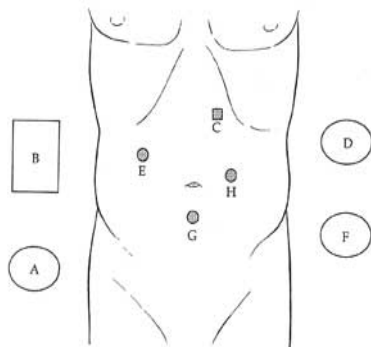
Hình 13.6. Phẫu thuật hở: phẫu tích trong cắt 1/2 đại tràng phải

- A. Động mạch hồi tràng
- B. Động mạch hồi đại tràng
- C. Nhánh phải của động mạch ĐT giữa

- Hiện nay, người ta còn áp dụng kỹ thuật mổ nội soi trong cắt đoạn ĐT do ung thư.



Hình 13.7. Phẫu thuật hở: cắt - khâu nối đại tràng bằng dụng cụ (GIA)

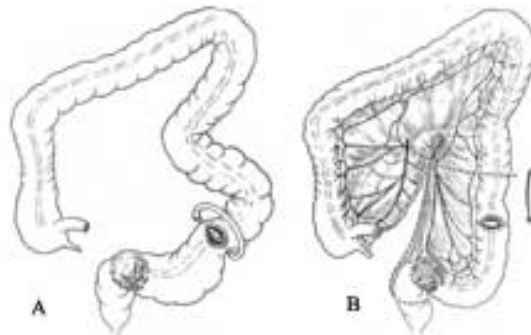


Hình 13.8. Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng

- A. Dụng cụ viên
- B. Màn hình ti vi
- C. Camera
- D. Người phụ thứ nhất (giữ camera C và dụng cụ phẫu tích E)
- E và G. Dụng cụ phẫu tích.
- F. Phẫu thuật viên

6.1.3. Điều trị ung thư đại tràng có biến chứng

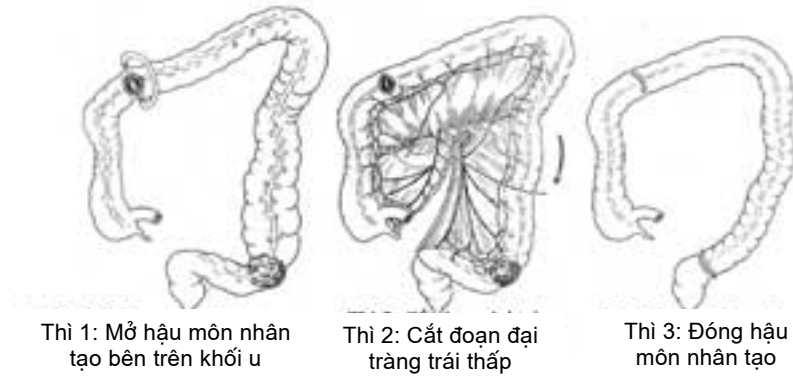
Trong trường hợp có biến chứng như ĐT gây tắc ruột đối với ĐT phải sau khi bồi phụ nước, điện giải, chuẩn bị tốt bệnh nhân để mổ cấp cứu. Có thể cắt nửa ĐT phải nối lại lưu thông tiêu hoá bằng hồi tràng ĐT ngang. Nếu khối u xâm lấn rộng không thể cắt bỏ được thì nối hồi tràng - ĐT ngang. Nếu ung thư ĐT trái gây tắc, có thể cắt bỏ ĐT trái kèm khối u; tốt nhất đưa hai đầu ruột ra ngoài và làm hậu môn nhân tạo.



- A: Thi 1: Mở hậu môn nhân tạo đại tràng sigma trên chỗ tắc
- B: Thi 2: Cắt đoạn đại tràng trái thấp kèm khối u và hậu môn nhân tạo

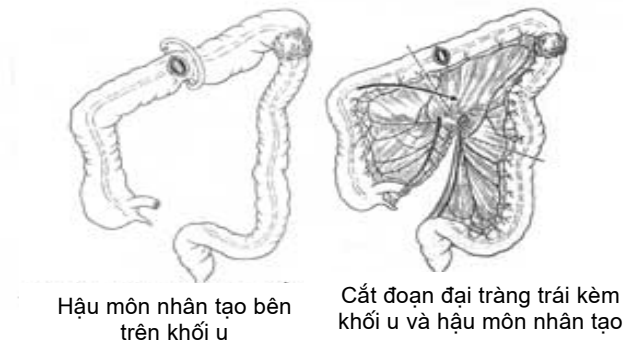
Hình 13.9. Phẫu thuật 2 thi trong trường hợp ung thư ĐT trái thấp gây tắc ruột

Có thể tái lập lưu thông tiêu hoá tức thì nhưng tỷ lệ biến chứng dò phân và bực miệng nối rất cao nên ít thực hiện. Có thể thực hiện kỹ thuật này bằng cách súc rửa đại tràng trong khi mổ.

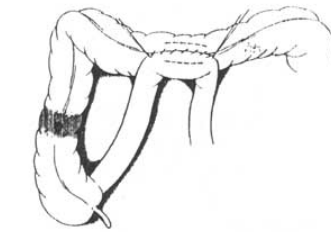


Hình 13.10. Phẫu thuật 3 thì trong ung thư ĐT trái gây tắc ruột

Nếu khối u ở ĐT trái gây tắc ruột nên không thể cắt bỏ được thì chỉ định làm hậu môn nhân tạo ở ĐT ngang.



Hình 13.11. Hậu môn nhân tạo tạm thời ở ĐT ngang trong tắc ruột do ung thư ĐT trái



Hình 13.12. Nối tắt hồi tràng-đại tràng ngang trong trường hợp tắc ruột do ung thư ĐT phải

6.2. Phẫu thuật tạm thời

- Phẫu thuật nối tắt bên trong: được chỉ định trong trường hợp u gây tắc hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn lòng ĐT nhưng không thể thực hiện được các phẫu thuật triệt để do nhiều lý do như bệnh nhân quá già yếu, mắc bệnh nội khoa nặng mạn tính khác kèm theo, đã di căn đa tạng..
- Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo tạm thời hay vĩnh viễn: được chỉ định trong trường hợp như trên hoặc trường hợp bệnh nhân bị ung thư ĐT biến chứng thủng hoại tử u gây viêm phúc mạc.

6.3. Điều trị hỗ trợ sau mổ

Nhằm mục đích kéo dài thời gian sống sau mổ. Vấn đề này đang được bàn cãi.

- Được chỉ định trong những trường hợp ung thư ĐT giai đoạn Dukes B và C vì ở giai đoạn này nguy cơ tái phát rất cao.
- Điều trị đa hoá trị: thông thường người ta hay sử dụng loại 5FU với acid folic hoặc 5FU với levamisol.
- Xạ trị không có tác dụng trong điều trị ung thư ĐT.
- Nâng cao thể trạng
- Miễn dịch trị liệu.
- Định lượng ACE hoặc CA 19.9. Nếu những chất chỉ điểm này gia tăng sau mổ thì nguy cơ tái phát rất cao. Trong trường hợp này phải cho soi ĐT.

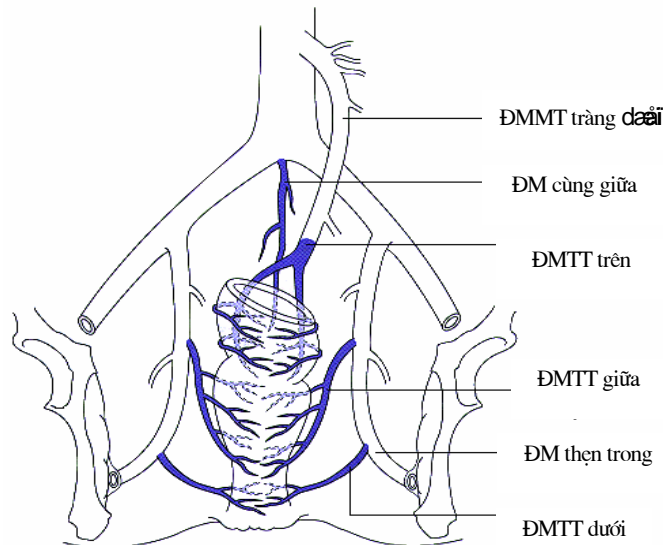
7. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng UTĐT ít được cải thiện từ nhiều năm nay do các tổn thương thường phát hiện muộn. Tỷ lệ sống 5 năm sau phẫu thuật khoảng 20%. Ngược lại nếu chẩn đoán ở giai đoạn A, di căn xa ít (khoảng 4%) thì tỷ lệ sống sau 5 năm gần 90%.

B. UNG THƯ TRỰC TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư trực tràng (UTTT) là một bệnh thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Khoảng 8000 trường hợp UTTT ở Pháp mỗi năm. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5. Bệnh ít gặp trước 40 tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ mắc bệnh càng nhiều. UTTT chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến.



Hình 13.13. Sơ lược giải phẫu vùng trực tràng

Quan điểm về điều trị UTTT đã thay đổi rất nhiều trong hai thập niên gần đây. Mục đích là để giữ lại cơ vòng hậu môn nên giới hạn an toàn ở dưới khối u là từ 2-3cm thay vì 5cm như quan niệm cũ.

2. SƠ LƯỢC GIẢI PHẪU

Trực tràng (TT) là đoạn cuối của ống tiêu hoá đi từ chỗ nối đại tràng sigma cho đến đường lược, dài khoảng 15 cm. TT được chia làm 3 phần: TT trên cách đường rìa hậu môn từ 12-18 cm, TT giữa cách rìa hậu môn từ 6-12 cm và TT dưới cách rìa hậu môn dưới 6 cm .

TT được cung cấp máu bởi động mạch trực tràng trên, động mạch trực tràng giữa và trực tràng dưới.

TT là tạng phần lớn nằm ngoài phúc mạc, gồm có 2 phần: TT chậu (bóng TT) và TT tầng sinh môn.

3. SƠ LƯỢC GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Ung thư biểu mô tuyến

Đa số UTTT là ung thư biểu mô tuyến biệt hoá tốt, vừa hay kém.

Những loại giải phẫu bệnh khác rất ít gặp: ung thư biểu mô tuyến nhầy, ung thư biểu mô tế bào khác, ung thư biểu mô tế bào lát tầng, ung thư biểu mô tuyến - cơ trơn, ung thư biểu mô tế bào nhỏ, ung thư biểu mô không biệt hoá.

3.2. Phân loại giải phẫu bệnh

Theo Dukes: gồm có 4 giai đoạn (xem hình 13.2), theo TMN. Ngoài ra người ta còn sử dụng phân loại của Astler-Coller trong việc đánh giá mức độ tổn thương mô học.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Rối loạn đại tiện nhẹ

Có nhầy hoặc có máu tươi trong phân, khuôn phân (lép, nhỏ như sợi bún) biến dạng, táo bón nặng lên trong thời gian ngắn, cảm giác mót rặn và nặng ở TT là những dấu hiệu gợi ý của UTTT.

4.2. Thăm trực tràng

Là thăm dò có giá trị đối với các tổn thương TT, tuy nhiên cần thực hiện phối hợp với các thăm dò khác.

Đánh giá mức độ lan rộng của ung thư, khám lâm sàng có thể tin cậy được với những ung thư có kích thước nhỏ. Về mặt lâm sàng có thể phân biệt được khối u còn khu trú ở thành TT hay là đã lan rộng trong hơn 80% trường hợp.

4.3. Chụp trực tràng có cản quang

Nhằm mục đích thăm dò toàn bộ TT, đôi khi chụp với kỹ thuật đối quang kép. Có thể phát hiện từ 55-85% cho những ung thư giai đoạn Duckes A và Duckes B.

4.4. Soi trực tràng

Soi trực tràng kèm sinh thiết làm tổ chức học cho chẩn đoán chính xác nhất.

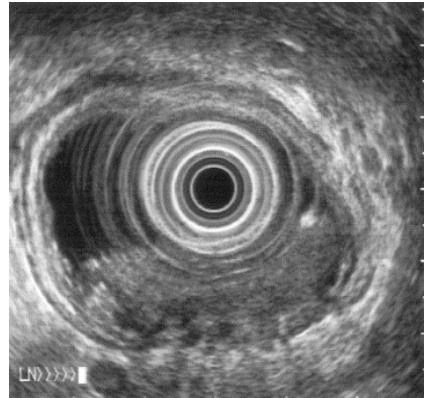
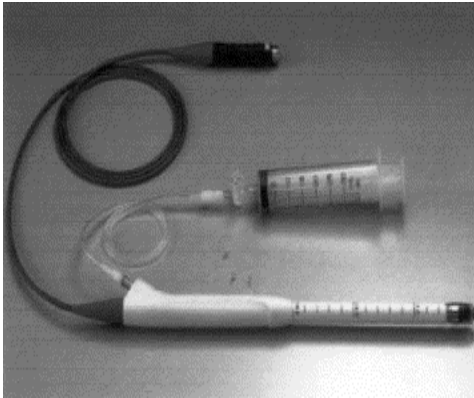
4.5. Chụp cắt lớp vi tính (CT scan)

Xác định vị trí, kích thước xâm lấn và di căn của ung thư trực tràng để chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

4.6. Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân: Chỉ có tác dụng sàng lọc và phát hiện sớm ung thư

4.7. Siêu âm

Có thể siêu âm đường bụng, tốt nhất là siêu âm qua tầng sinh môn hoặc siêu âm với đầu dò qua trực tràng xác định rõ được ung thư trực tràng.



Hình 13.14. Siêu âm nội soi ung thư trực tràng

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Phẫu thuật triệt căn

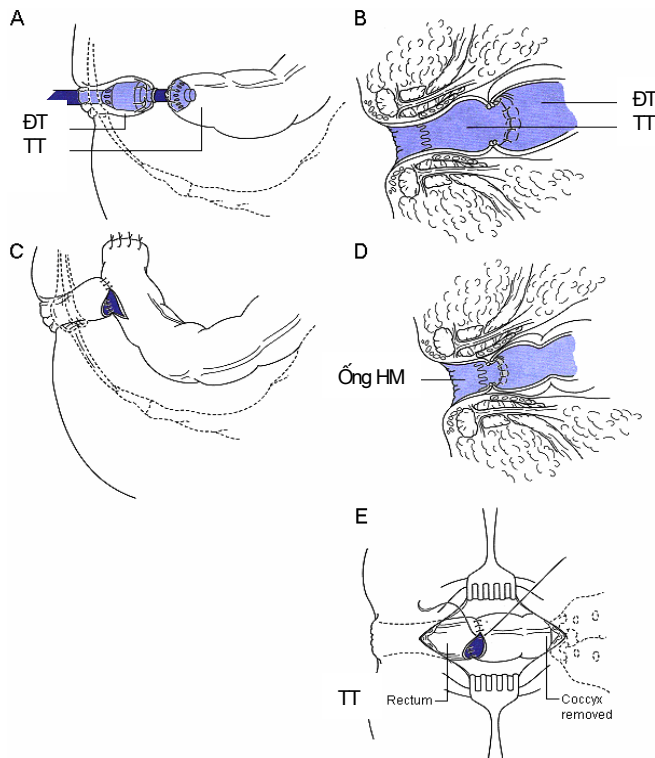
5.1.1. Nguyên tắc chung

- Cắt bỏ TT kèm khối u vượt quá bờ dưới ít nhất 2-3cm, phía trên thường cắt bỏ rộng rãi hơn so với yêu cầu.
- Lấy bỏ rộng rãi tế bào và lớp mỡ trước xương cùng cụt, cắt bỏ mạc treo TT (làm giảm đáng kể tỷ lệ tái phát).

- Nạo vét hạch bạch huyết rộng rãi, bao gồm các nhóm sau TT, dọc động mạch TT trên, có khi lên tới gốc động mạch mạc treo tràng dưới.

5.1.2. Các phương pháp phẫu thuật

- Cắt bỏ TT qua đường bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles): cắt bỏ toàn bộ TT, hậu môn, đại tràng sigma, cơ thắt, tổ chức xung quanh và nạo vét hạch làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn. Chỉ định cho ung thư TT mà bờ dưới u cách rìa hậu môn dưới 6cm.



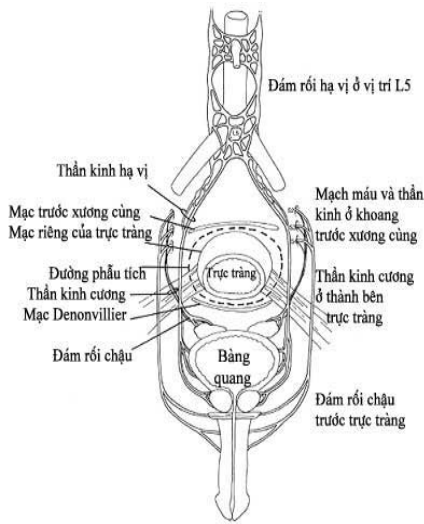
Hình 13.15. Các kỹ thuật cắt bỏ trực tràng bị ung thư

- A. Cắt bỏ bằng EEA B. Khâu nối tận tận 1 lớp
C. Miệng nối tận-bên D. Kỹ thuật Pull-through E. Cắt TT qua xương cụt

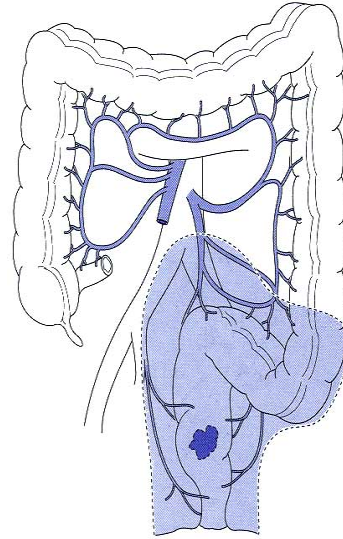
- Cắt đoạn TT: đối với ung thư TT mà bờ dưới khối u cách rìa hậu môn trên 6cm:
 - + Với khối u cách rìa hậu môn trên 10cm: cắt đoạn TT kèm khối u, cắt đại tràng sigma, lấy tổ chức tế bào xung quanh, nạo vét hạch và khâu nối đại tràng xuống với TT thấp tức thì.
 - + Với khối u cách rìa hậu môn 6-10cm: cắt đoạn TT có khối u, bảo tồn cơ thắt, cắt đại tràng sigma, nạo vét hạch và khâu nối đại tràng với TT

thấp hoặc đại tràng với ống hậu môn (phẫu thuật Pull-through). Có thể nối bằng tay hoặc bằng dụng cụ.

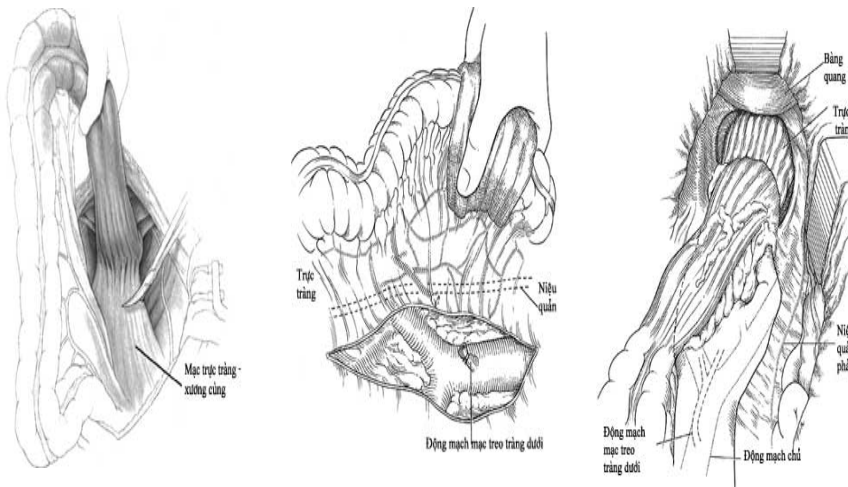
Cả hai cách này đều có thể làm hậu môn nhân tạo để bảo vệ miệng nối, sau đó đóng hậu môn nhân tạo sau 2 tháng nếu miệng nối không bị hẹp.



Hình 13.16. Các mốc giải phẫu cần biết khi phẫu tích trực tràng

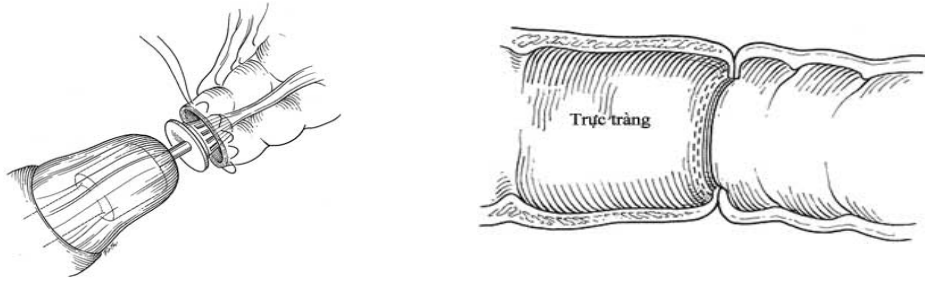


Hình 13.17. Giới hạn cắt bỏ trực tràng



Hình 13.18. Phẫu tích trực tràng

- Phẫu thuật Hartmann: Cắt bỏ đoạn TT kèm khối u, đầu dưới TT đóng kín, đưa đại tràng sigma ra làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn. Chỉ định trong mổ cấp cứu tắc ruột do u vùng TT trên bệnh nhân già yếu.



Hình 13.19. Kỹ thuật khâu nối đại - trực tràng bằng EEA

5.2. Phẫu thuật tạm thời

- Làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng sigma: với ung thư TT không còn khả năng cắt bỏ hoặc ung thư TT đã xâm lấn rộng vùng tiểu khung.
- Cắt đoạn TT để điều trị tạm thời hoặc phẫu thuật Hartmann: đối với ung thư TT di căn nhiều nơi nhưng khối u còn khả năng cắt bỏ.
- Phẫu thuật nội soi: có thể dùng trong phẫu thuật cắt bỏ TT, là phẫu thuật nhẹ nhàng nhưng tiên lượng bệnh không thay đổi với phẫu thuật hở.

5.3. Điều trị hỗ trợ

Sau phẫu thuật triệt căn, điều trị hỗ trợ là cần thiết làm giảm tỷ lệ tái phát và có thể kéo dài thời gian sống (đang còn bàn cãi).

- Xạ trị: điều trị tia xạ trước mổ không làm giảm tỷ lệ tái phát mà chỉ làm hạn chế sự phát triển của khối u để chuẩn bị cho phẫu thuật được tốt. Xạ trị sau mổ kết hợp với hoá trị liệu cho thấy làm giảm tái phát tại chỗ và cải thiện tiên lượng ở những bệnh nhân ung thư TT có di căn hay xâm lấn mô quanh TT. Liều tia xạ là 40-60Gy/1 lần.
- Hoá trị: phối hợp với tia xạ thường dùng là 5FU với acid Folid hoặc 5FU với levamisol, hoặc 5FU với CCNU (methyl chloroethyl cycloxy nitrosourea) làm giảm tái phát tại chỗ và cải thiện đời sống sau mổ 5 năm ở giai đoạn.

Cắt bỏ tại chỗ bằng đường hậu môn chỉ đối với các khối u nhỏ hơn 3 cm, di động khi thăm TT.

5.4. Điều trị tại chỗ

- Nhằm mục đích điều trị triệt căn cho những khối u có đường kính < 3cm, chưa vượt quá thành TT, chưa có di căn hạch, rất biệt hoá về vi thể và cách rìa hậu môn < 10cm.
- Mục đích điều trị tạm thời cho những ung thư TT không còn khả năng cắt bỏ đã di căn xa nhiều nơi hoặc bệnh nhân già yếu, khối u cách rìa hậu môn < 10cm nhằm tránh phải làm hậu môn nhân tạo.

- Phương pháp:
 - + Phá hủy khối u bằng đốt điện, laser, tia xạ tiếp xúc.
 - + Mổ cắt u: cắt u qua đường hậu môn hoặc TT.

5.5. Điều trị biến chứng

Làm hậu môn nhân tạo tùy vị trí đối với viêm phúc mạc, tắc ruột, rò. Nếu tình trạng cho phép có thể cắt u theo phẫu thuật Hartmann, khâu nối lại ở thì hai khi đại tràng đã được chuẩn bị tốt.

5.6. Theo dõi sau mổ

Theo dõi sau mổ rất quan trọng vì để phát hiện sớm di căn và tái phát:

- Phải thăm khám toàn diện 3 tháng/1 lần
- Định lượng CEA, CA 19.9 cứ 3 tháng/1 lần trong năm đầu và 6 tháng cho 2 năm tiếp theo. Sau đó hằng năm.
- Soi TT (ống soi mềm) 3 tháng/1 lần trong năm đầu, sau đó 6 tháng/1 lần trong năm thứ hai và sau 1 năm/1 lần.
- Siêu âm bụng, chụp X quang phổi

6. TIÊN LƯỢNG

- Tiên lượng phụ thuộc vào giai đoạn tiến triển của ung thư, mức độ xâm lấn và mức độ biệt hoá của tế bào ung thư và tùy theo vào can thiệp phẫu thuật đúng quy cách và đúng chỉ định.
- Tiên lượng tốt nếu phát hiện sớm ung thư và điều trị đúng cách, cho nên việc phát hiện sớm ung thư đại trực tràng trong cộng đồng phải có biện pháp tuyên truyền rộng rãi, khi có các triệu chứng gợi ý (đau bụng lâm râm, phân có nhầy máu, sút cân...) thì đến khám tại các cơ sở y tế để phát hiện bệnh

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Các yếu tố nguy cơ trong ung thư đại-trực tràng là:
 - A. Chế độ ăn nhiều thịt nhiều mỡ và ít xơ
 - B. Chế độ ăn nhiều xơ nhưng ít thịt và ít mỡ
 - C. Mắc các bệnh được xem là tiền ung thư như polyp đại-trực tràng, viêm loét đại-trực tràng mạn tính

- D. A và C đúng
 - E. B và C đúng
2. Các tổn thương tiền ung thư trong ung thư đại-trực tràng là:
- A. U nhú (Papilloma) đại-trực tràng
 - B. Polyp đại-trực tràng
 - C. Viêm loét đại-trực tràng chảy máu
 - D. A và C đúng
 - E. A, B và C đúng
3. Về mặt vi thể, ung thư đại-trực tràng thường gặp nhất là loại:
- A. Ung thư biểu mô tuyến
 - B. Ung thư tổ chức liên kết
 - C. Carcinoid
 - D. Ung thư có nguồn gốc tổ chức cơ trơn thành đại tràng
 - E. Tất cả đều sai
4. Triệu chứng chủ yếu của ung thư đại tràng phải là:
- A. Tắc ruột
 - B. Bán tắc ruột
 - C. Rối loạn tiêu hoá
 - D. A và C đúng
 - E. B và C đúng
5. Triệu chứng chủ yếu của ung thư đại tràng trái là:
- A. Tắc ruột
 - B. Bán tắc ruột
 - C. Rối loạn tiêu hoá
 - D. A và C đúng
 - E. A và B đúng
6. Định lượng kháng nguyên ACE rất có ý nghĩa trong:
- A. Chẩn đoán ung thư đại tràng
 - B. Tiên lượng ung thư đại tràng nếu nồng độ trong huyết thanh cao
 - C. Theo dõi tái phát ung thư đại-trực tràng

- D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
7. Các biến chứng của ung thư đại-trực tràng là:
- A. Tác ruột
 - B. Túi gẫy viêm phúc mạc
 - C. Vỡ đại tràng theo định luật La Place
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
8. Chẩn đoán chắc chắn ung thư đại-trực tràng dựa vào:
- A. Lâm sàng
 - B. Lâm sàng và X quang
 - C. Lâm sàng và nội soi đại tràng
 - D. Nội soi đại-trực tràng
 - E. Sinh thiết và giải phẫu bệnh tổn thương
9. Phân độ ung thư đại-trực tràng theo Dukes có đặc điểm:
- A. Dựa vào giải phẫu bệnh
 - B. Có ý nghĩa tiên lượng quan trọng
 - C. Là phân độ trước mổ
 - D. A và C đúng
 - E. A và B đúng
10. Phương pháp điều trị chính trong ung thư đại-trực tràng là:
- A. Phẫu thuật
 - B. Hoá trị liệu
 - C. Xạ trị liệu
 - D. A và B
 - E. A, B và C đúng
11. Phương pháp phẫu thuật phù hợp trong ung thư đại tràng lên là:
- A. Cắt u
 - B. Cắt đoạn đại tràng lên
 - C. Cắt 1/2 đại tràng phải
 - D. Tất cả đều đúng
 - E. B và C đúng

12. Nghi ngờ ung thư trực tràng có thể dựa vào:

- A. Siêu âm bụng
- B. X quang đại-trực tràng cản quang
- C. Siêu âm nội soi
- D. Triệu chứng lâm sàng + thăm trực tràng
- E. Tất cả đều đúng

13. Các hình thức phẫu thuật chính trong điều trị ung thư trực tràng bao gồm:

- A. Cắt đoạn trực tràng + cơ thắt
- B. Cắt đoạn đại - trực tràng
- C. Cắt đoạn trực tràng bao gồm cơ thắt
- D. A và B đúng
- E. Tất cả đều đúng

TEO THỰC QUẢN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các thể giải phẫu bệnh của teo thực quản
2. Chẩn đoán được bệnh teo thực quản
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị bệnh teo thực quản

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh teo thực quản là hậu quả của rối loạn trong quá trình tạo phôi giữa tuần thứ 4 và tuần thứ 6, điều này giải thích cho hiện tượng teo thực quản thường kèm theo nhiều dị tật phối hợp khác. Chẩn đoán thường dựa vào lâm sàng và X quang ngay sau sinh.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Các thể giải phẫu bệnh

Ở đây, chúng ta mô tả theo bản phân loại kinh điển của Ladd và Gross đưa ra năm 1953, chia teo thực quản thành 5 thể:

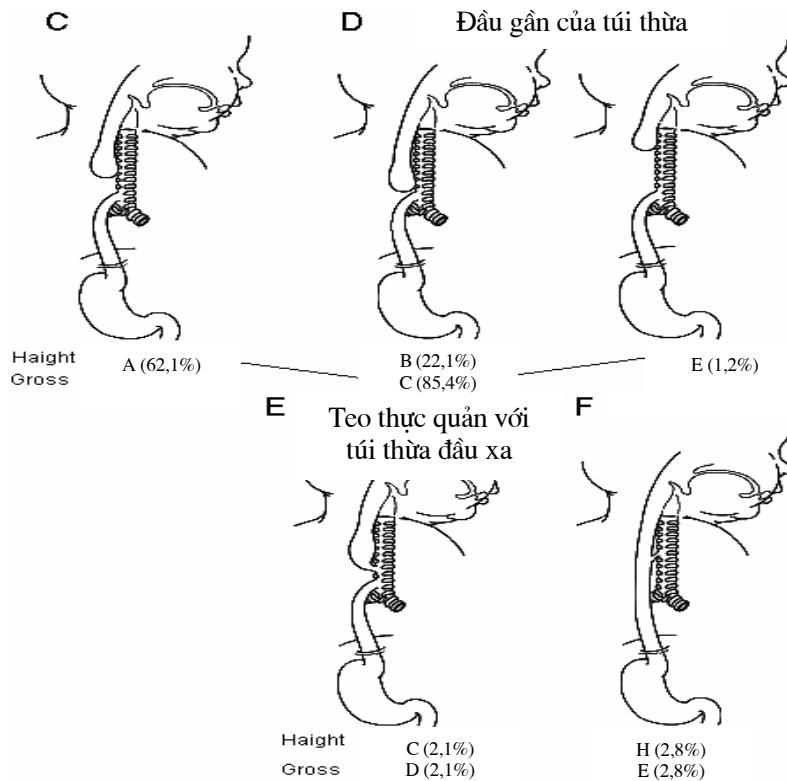
2.1.1. Typ I

Theo phần lớn tác giả, thể này chỉ gặp trong chưa đến 10% tổng số trường hợp teo thực quản.

Trong teo thực quản typ I, 2 túi bọt thực quản ở 2 đầu nằm cách xa nhau, thường khoảng cách giữa 2 túi bọt này dài trên 4 đốt sống, làm cho việc thực hiện miệng nối một thì rất khó khăn. Trong typ này, cũng không có dò khí-thực quản.

2.1.2. Typ II

Hiếm, chỉ chiếm chưa đến 1% số trường hợp. Về mặt giải phẫu bệnh, typ này bao gồm túi bọt thực quản ở cả 2 đầu nhưng có thêm đường rò khí-thực quản ở đầu trên.



Hình 14.1. Các thể giải phẫu bệnh của teo thực quản

2.1.3. Typ III và typ IV

Teo thực quản typ III là thể thường gặp nhất, nó chiếm khoảng 75% trường hợp teo thực quản. Về mặt giải phẫu bệnh học, thể này được đặc trưng bởi túi bịt thực quản ở đầu trên, và đường rò khí-thực quản ở đầu dưới. Đường rò này có thể giữa thực quản và khí quản, nhưng cũng có thể giữa thực quản và nhánh phế quản gốc bên trái.

Khi tổn thương tương tự như mô tả bên trên, nhưng rò nằm giữa thực quản và phế quản gốc phải, Ladd phân nó thành teo thực quản typ IV.

Teo thực quản typ III được xem là thuận lợi về mặt phẫu thuật, bởi vì thông thường, khoảng cách giữa các túi bịt thực quản không dài quá 3 đốt sống.

2.1.4. Typ V

Thể này được xem là ngoại lệ vì nó chiếm chưa đến 0,5% tổng số các trường hợp teo thực quản. Về mặt giải phẫu bệnh, nó được đặc trưng bởi 2 đường rò với khí quản, một của túi bịt trên và một của túi bịt thực quản dưới. Và thường thì 2 túi bịt này nằm sát nhau.

2.2. Các dị tật kèm theo

Theo phần lớn các nghiên cứu, tỷ lệ dị tật kèm theo trong teo thực quản là hơn 30%, có nghĩa là gần 1/3 số trường hợp. Điều này được giải thích do sự bất thường xảy ra trong thời kỳ rất sớm của bào thai như đã nói trong phần bào thai học.

Nếu tính theo thứ tự thường gặp của các dị tật kèm theo, đứng đầu là dị tật tim bẩm sinh, dị tật cột sống, tiêu hoá, thận và các chi.

2.2.1. Dị tật tim mạch

Tần suất có thể lên đến gần 20% tổng số trẻ sinh ra bị teo thực quản. Thường gặp nhất theo thứ tự các dị tật tim mạch là: thông liên thất, tứ chứng Fallot, thiếu sản thất trái. Các dị tật khác ít gặp.

2.2.2. Dị tật đốt sống

Thường gặp nhất là các dị tật dạng đốt sống đôi (chẽ đôi) và dị tật thừa đốt sống. Tần suất dị tật đốt sống gặp trong teo thực quản khoảng 4-8%, tuy nhiên tần suất này có thể lên đến trên 10% trong một số nghiên cứu gần đây.

2.2.3. Dị tật tiêu hoá

Tương đối ít gặp hơn các dị tật trên, chiếm khoảng 4-6%. Dạng dị tật thường gặp nhất là hẹp tá tràng và teo tá tràng.

Dị tật hậu môn-trực tràng gặp trong khoảng 4% trường hợp.

2.2.4. Dị tật tiết niệu

Có thể gặp tất cả các thể dị tật, tuy nhiên dường như loại dị tật thường gặp nhất là thận-niệu quản ú nước do hẹp bẩm sinh đoạn niệu quản cắm vào bàng quang.

2.2.5. Hiệp chứng Vacterl

Bao gồm:

- V: đốt sống (Vertebres)
- A: HM-TT (Anus-Rectum)
- C: tim mạch (Coeur)
- T: khí quản (Trachée)
- E: thực quản (Esophage)
- R: xương quay (Radius)
- R: thận-tiết niệu (Rein)

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán trước sinh

Việc chẩn đoán trước sinh chủ yếu dựa vào hình ảnh siêu âm học, tuy nhiên hình ảnh trực tiếp gần như không có. Việc gợi ý chẩn đoán chủ yếu dựa vào hình ảnh gián tiếp, bao gồm:

- Mẹ đa ối.
- Không thấy được hình ảnh dạ dày.
- Phát hiện dị tật bẩm sinh khác kèm theo.

3.2. Chẩn đoán sau sinh

3.2.1. Lâm sàng

Sau sinh, trẻ có thể bình thường. Diễn hình, ngay khi cho trẻ bú lần đầu tiên trong đời, trẻ ho sặc thậm chí tím tái. Khi trẻ nằm yên hay ngủ, có hình ảnh đặc biệt là nước bọt trào ra xung quanh miệng, liên tục, mà y vẫn nước ta dùng chữ “sùi bọt cua” để mô tả hình ảnh này. Ngoài ra, nếu trẻ đến muộn, trẻ có thể ở trong tình trạng viêm phổi do sặc hay suy hô hấp. Đứng trước bệnh cảnh lâm sàng như vậy phải ngay lập tức nghĩ đến teo thực quản bẩm sinh, đồng thời tiến hành động tác thăm khám đầu tiên là kiểm tra sự thông thương của thực quản bằng cách sử dụng một xông chất dẻo, không quá cứng nhưng cũng không được quá mềm để đưa vào dạ dày.

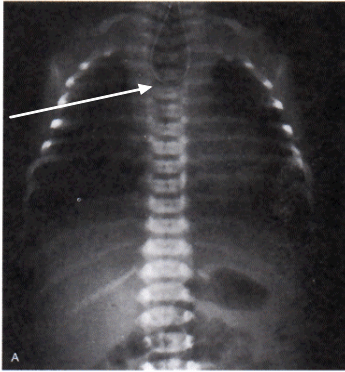
Nếu có cảm giác xông bị vấp khi đang đưa vào thì đo khoảng cách từ cung răng cho đến nơi xông bị vấp. Sau đó, chụp phim để xác định chẩn đoán.

3.2.2. Hình ảnh

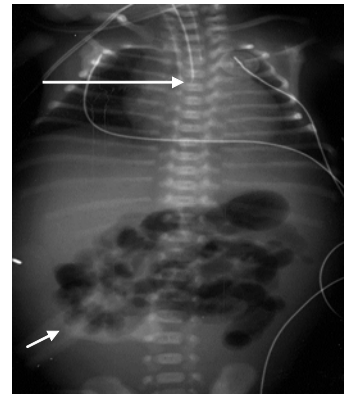
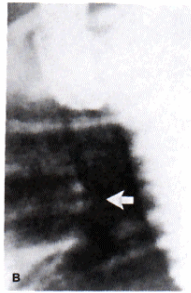
- Phim ngực-bụng thường quy: nhằm mục đích trước hết là xem xông đưa vào bị vấp ở đâu, tương ứng với đốt sống thứ bao nhiêu và giúp tiên lượng cuộc mổ. Trường hợp còn nghi ngờ, có thể bơm một ít hơi qua ống xông vào túi bọt trên để đánh giá tốt hơn. Nó còn giúp đánh giá thể giải phẫu bằng cách dựa vào hình ảnh có hơi trong ống tiêu hoá bên dưới hay không. Nếu có hơi trong ống tiêu hoá, bệnh nhi có thể bị teo thực quản dạng có kèm theo rò thực quản-khí quản như typ III, IV hay V. Ngược lại, nếu ống tiêu hoá bên dưới hoàn toàn không có hơi thì đó là typ I hoặc II.

Phim ngực thẳng còn giúp đánh giá được dị tật đốt sống kèm theo.

- Phim thực quản có thuốc cản quang: tương tự như X quang thường quy, nhưng nó cho chúng ta có được các hình ảnh khách quan và rõ ràng hơn. Tuy nhiên, một số tác giả cho rằng việc sử dụng thuốc cản quang để chụp đầu trên cần hạn chế tối đa do trẻ có thể hít, sặc và gây nên viêm phổi cũng như suy hô hấp.



Hình 14.2. Teo thực quản trên phim X quang ngực-bụng thẳng



Hình 14.3. Hình ảnh đầu xông ngừng trong teo thực quản và hơi dưới ruột trong teo typ III, IV và V

- Siêu âm: chủ yếu phục vụ cho việc phát hiện các dị tật kèm theo, đặc biệt là dị tật tim mạch và thận-tiết niệu.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Vận chuyển bệnh nhân và sẵn sàng trước mổ

- Trẻ được đặt xông dạ dày (có nghĩa là đặt xông vào túi bịt thực quản trên) hút ngắt quãng, nếu cần có thể hút liên tục với áp lực nhẹ.
- Trẻ được truyền dịch, điện giải và đường để nuôi dưỡng. Cho kháng sinh để điều trị cũng như dự phòng viêm phổi do hít, sặc.
- Vận chuyển trẻ ở tư thế đầu cao (nửa nằm) hay cũng có thể cho trẻ nằm nhưng với đầu nghiêng trái và hơi thấp so với thân.

4.2. Phẫu thuật

4.2.1. Chỉ định phẫu thuật

Typ I và II

- Phần lớn tác giả đồng ý là chỉ nên làm mở thông thực quản cổ và mở thông dạ dày nuôi dưỡng trong giai đoạn sơ sinh. Sau 4-12 tháng, tạo hình thay thế thực quản.
- Một số tác giả mổ nối ngay thì đầu, tuy nhiên, tỷ lệ thất bại cũng như biến chứng cao.

Typ III và IV

- Xu hướng hiện nay: phẫu thuật đóng đường rò và nối một thì
- Trường hợp trẻ quá thiếu cân (< 2000g) và/hoặc tình trạng toàn thân hay hô hấp xấu, có thể chỉ mở thông dạ dày nuôi dưỡng và hút đầu trên liên

tục trong lúc chờ phẫu thuật triệt để khi tình trạng trẻ cho phép. Tuy nhiên, chỉ định này ngày càng trở nên hiếm.

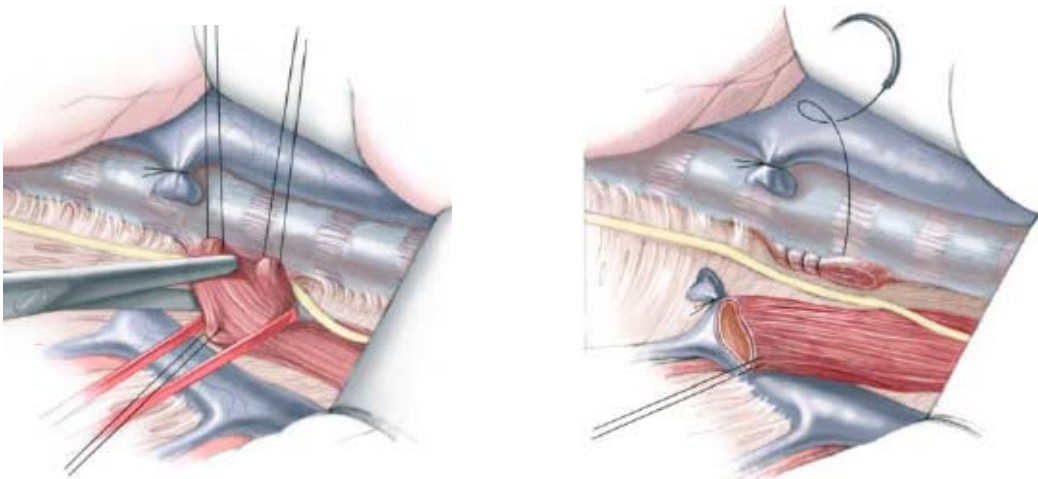
4.2.2. Phương pháp phẫu thuật

Typ I và II

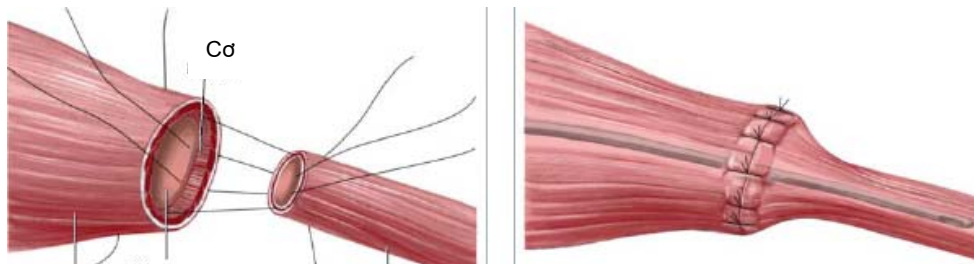
- Mở thông thực quản cổ có thể được làm bên trái hay bên phải. Thông thường, nó được làm bên trái, bờ trước của cơ ức-đòn-chũm.
- Mở thông dạ dày nuôi dưỡng

Typ III và IV

- Đóng đường rò khí-thực quản: cần cẩn thận, đóng ngay sát khí quản, mục đích là giảm thiểu nguy cơ mở rò trở lại sau mổ và di chứng mềm khí quản về sau. Nối thực quản-thực quản



Hình 14.4. Đóng đường rò khí - thực quản



Hình 14.5. Nối thực quản tận-tận

5. CHĂM SÓC SAU MỔ VÀ BIẾN CHỨNG SAU MỔ

5.1. Hậu phẫu bình thường

- Xông dẫn lưu ngực thường được rút vào ngày thứ 2-3 sau mổ.
- Chụp kiểm tra miệng nối vào ngày thứ 5-7 sau mổ. Cho bú được thực hiện ngay sau đó nếu kết quả kiểm tra miệng nối tốt.

5.2. Biến chứng

- Các biến chứng liên quan đến cơ địa trẻ: đẻ non, nhiễm trùng mẹ-con, bệnh màng trong, dị tật nặng kèm theo.
- Các biến chứng liên quan đến phẫu thuật: bục-rò miệng nối, mở lại đường rò.
- Biến chứng muộn: trào ngược dạ dày-thực quản, yếu khí quản, hẹp miệng nối.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Teo thực quản là dị tật:
 - A. Liên quan đến rối loạn phôi thai học của ruột đầu
 - B. Liên quan đến rối loạn phôi thai học của ruột giữa
 - C. Liên quan đến rối loạn phôi thai học của ruột sau
 - D. A và C đúng
 - E. A và B đúng
2. Các thể giải phẫu trong teo thực quản bao gồm:
 - A. Tắc đầu trên và rò đầu dưới vào khí quản
 - B. Tắc đầu dưới và rò đầu trên vào khí quản
 - C. Dò đầu trên và rò đầu dưới vào khí quản
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
3. Các thể giải phẫu trong teo thực quản bao gồm:
 - A. Tắc đầu trên và rò đầu dưới vào khí quản
 - B. Tắc đầu trên và tắc đầu dưới
 - C. Dò đầu trên và đầu dưới vào khí quản

- D. A và B đúng
 - E. A và C đúng.
4. Các thể giải phẫu trong teo thực quản bao gồm:
- A. Rò đầu trên và đầu dưới vào khí quản
 - B. Tắc đầu trên và rò đầu dưới vào khí quản
 - C. Tắc đầu trên và đầu dưới
 - D. A và C đúng
 - E. B và C đúng
5. Lâm sàng teo thực quản có đặc điểm:
- A. Bệnh nhi nôn dịch vàng
 - B. Sặc khi bú và tím tái
 - C. Sùi bọt cua
 - D. A và B đúng
 - E. B và C đúng
6. X quang ngực- bụng không chuẩn bị trong teo thực quản có đặc điểm:
- A. Luôn có hơi trong ruột
 - B. Chỉ có hơi trong ruột trong trường hợp có rò đầu trên với khí quản
 - C. Chỉ có hơi trong ruột trong trường hợp có rò đầu dưới với khí quản
 - D. Không bao giờ có hơi trong ruột
 - E. Luôn có hình ảnh hơi trên ngực
7. X quang ngực- bụng không chuẩn bị trong teo thực quản có đặc điểm:
- A. Chỉ có hơi trong ruột trong trường hợp có rò đầu trên với khí quản
 - B. Chỉ có hơi trong ruột trong trường hợp có rò đầu dưới với khí quản
 - C. Không bao giờ có hơi trong ruột trong trường hợp không có rò đầu trên
 - D. Luôn có hình ảnh hơi trên ngực
 - E. Tất cả đều sai
8. Trong teo thực quản, dị tật kèm theo có đặc điểm:
- A. Hay gặp nhất trong các dị tật nhiễm sắc thể
 - B. Hay gặp nhất là các dị tật hậu môn- trực tràng
 - C. Hay gặp nhất là dị tật tim mạch

- D. Hợp chứng Vacterl gặp với tần suất 35-40%
- E. Tất cả đều sai
9. Trong teo thực quản, hợp chứng Vacterl bao gồm:
- A. Xương quay, thận, thần kinh, tim và đốt sống
- B. Xương quay, thận, hậu môn trực tràng và teo thực quản
- C. Thận, xương quay, thần kinh, nhiễm sắc thể và đốt sống
- D. Tất cả đều đúng
- E. Tất cả đều sai
10. Các phương pháp phẫu thuật teo thực quản thể mất đoạn > 3 đốt sống bao gồm:
- A. Tạo hình thực quản bằng đại tràng
- B. Tạo hình thực quản bằng ruột non
- C. Tạo hình thực quản bằng dạ dày
- D. A và C đúng
- E. Tất cả đều đúng
11. Các phương pháp điều trị phẫu thuật teo thực quản thể mất đoạn > 3 đốt sống bao gồm:
- A. Tạo hình thực quản bằng đại tràng
- B. Kéo dài thực quản ngoài cơ thể
- C. Tạo hình thực quản bằng dạ dày
- D. Câu A và C đúng
- E. Tất cả đều đúng

THOÁT VỊ CƠ HOÀNH BẨM SINH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các thể giải phẫu bệnh của thoát vị cơ hoành bẩm sinh.
2. Chẩn đoán được thoát vị cơ hoành bẩm sinh.
3. Trình bày được các nguyên tắc điều trị thoát vị cơ hoành bẩm sinh.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị cơ hoành là tình trạng các tạng trong ổ phúc mạc đi vào trong lồng ngực qua một lỗ khiếm khuyết của cơ hoành.

Tần suất mắc bệnh, theo phần lớn tác giả, trong khoảng 1/2.000-1/5.000 trẻ sơ sinh sống. Thoát vị hoành bẩm sinh thường gặp ở bên trái, chiếm khoảng 80%. Thoát vị hoành bẩm sinh cả hai bên rất hiếm. Mặc dù một số trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh trong gia đình đã được thông báo, quan niệm chung vẫn thống nhất rằng đây chỉ là ngoại lệ.

2. NHẮC LẠI PHÔI THAI HỌC CƠ HOÀNH

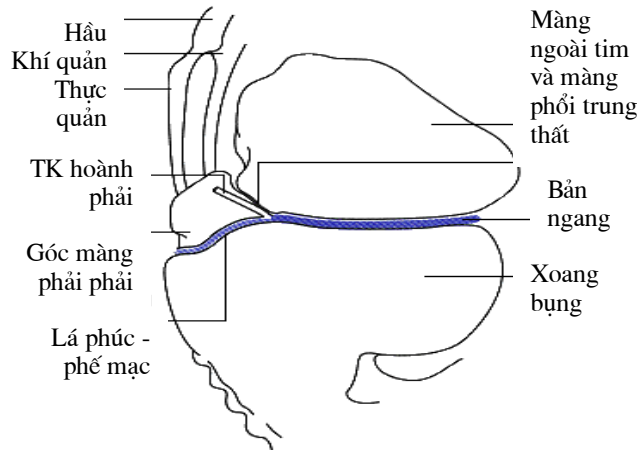
Phôi thai học của cơ hoành cho đến nay vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn và bao gồm nhiều giai đoạn phức tạp. Để có thể hiểu đơn giản, người ta phân quá trình hình thành và phát triển cơ hoành thành 4 phần riêng biệt:

- Bản ngang.
- Hai cặp lá phúc-phế mạc mỗi bên.
- Phần chủ mô phát triển từ cấu trúc gọi là “mạc treo thực quản”.
- Phần cơ phát triển từ cơ thành ngực-bụng.

Bản ngang được tìm thấy đầu tiên vào tuần thứ 3 của thai kỳ (phôi 2mm) như là phần dày và nhô lên của ngoại tâm mạc. Vào thời điểm này, tim phát triển bên ngoài và phía trước của phôi. Với sự phát triển dần dần của khoang bụng-ngực, tim dần đi vào nằm ở vị trí trong lồng ngực. Bản ngang là thành phần chính yếu trong việc tạo nên cấu trúc màng ngăn cách hai khoang bụng và ngực, tuy nhiên nó không bao giờ đi đến được thành bụng-ngực.

Hai cặp lá phước-phế mạc phát triển từ thành bên của cơ thể. Nó được thấy lần đầu tiên ở phôi 5mm. Theo sự phát triển của phôi, 2 lá phước-phế mạc này trở thành các cấu trúc màng hình tam giác mà đáy nằm dọc theo thành bên của cơ thể.

Sự phân chia khoang phước mạc và khoang phế mạc được hoàn tất vào khoảng tuần thứ 8 của thai kỳ (phôi 19-21mm). Lúc đó, bản ngang, 2 lá phước-phế mạc nhập lại nhau, phần hoà nhập sau cùng nhất của bản ngang và 2 lá phước-phế mạc nằm ở phía sau bên và tạo thành một cấu trúc được gọi là “lỗ” mà thực chất là ống phước-phế mạc. Chính sự tồn tại và mở lại của cấu trúc này mà hình thành nên thoát vị hoành bẩm sinh kiểu sau-bên thường gặp.



Hình 15.1. Sự phân chia khoang phước -phế mạc

3. GIẢI PHẪU BỆNH VÀ SINH LÝ BỆNH CỦA THOÁT VỊ CƠ HOÀNH THỂ SAU - BÊN

3.1. Giải phẫu bệnh

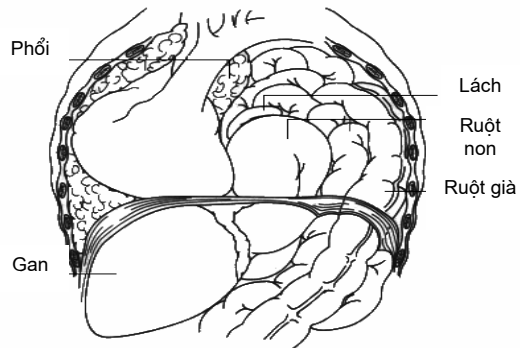
Thoát vị hoành bẩm sinh thể sau-bên có thể thay đổi từ kích thước rất nhỏ đến rất lớn. Nó có thể nằm bên trái (80%) hay bên phải. Dựa vào quá trình phát triển trong bào thai của cơ hoành có thể giải thích điều này dễ dàng. Khiếm khuyết có thể đơn giản từ một lỗ khuyết nhỏ cho đến không có hoàn toàn cơ hoành một bên, được giải thích bởi sự bất sản hoàn toàn 4 cấu trúc nêu trên.

Quan sát bằng siêu âm thai ở những bệnh nhi bị thoát vị hoành bẩm sinh, người ta nhận thấy tình trạng thoát vị các tạng lên ngực không phải là hằng định, có nghĩa là có nhiều lúc người ta không ghi nhận thấy điều gì bất thường trên ngực. Tuy nhiên, trẻ sau sinh mới xuất hiện triệu chứng, hay cũng có thể xuất hiện muộn hơn nhiều về sau.

Thiếu sản phổi xuất hiện khi sự phát triển của phổi bị chèn ép bởi hiện tượng khối choán chỗ do tình trạng thoát vị ruột lên trong ngực. Thiếu sản phổi trong thoát vị hoành bẩm sinh được đặc trưng bởi tình trạng giảm số lượng các nhánh phế quản cũng như số lượng phế nang toàn bộ. Mạch máu phổi cũng bị ảnh hưởng trong thiếu sản phổi do thoát vị hoành bẩm sinh, mao

mạch phổi tỷ lệ thuận với số lượng tiểu phế quản, vì vậy nó cũng giảm khi thiếu sản phổi.

Tăng áp phổi là hậu quả của tình trạng thiếu sản phổi. Cơ chế là do tình trạng giảm số lượng mạch máu phổi và giường mao mạch, cũng như sự gia tăng sự cản thành mạch do sự dày lên bất thường của thành mạch.



Hình 15.2. Thoát vị cơ hoành bên trái

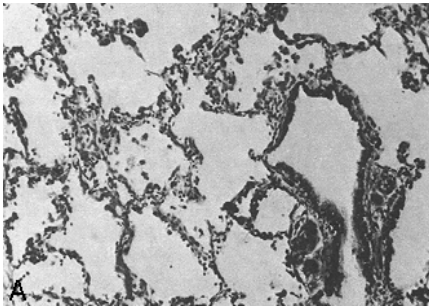
3.2. Sinh lý bệnh

Sau sinh, do phổi bên bị thoát vị hoành bẩm sinh bị chèn ép kèm với teo, trung thất bị đẩy sang bên đối diện, nên trẻ hô hấp rất khó khăn. Áp lực hít vào trở nên âm tính lại làm cho tạng càng thêm thoát vị lên ngực.

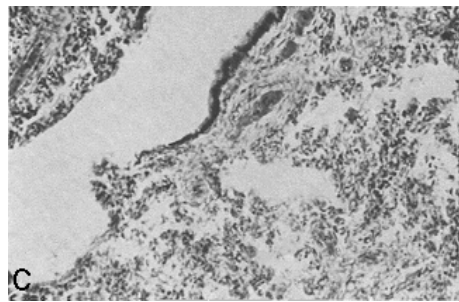
Mặt khác, do phải gắng sức nên trẻ nuốt vào nhiều không khí hơn bình thường, làm cho bụng trướng và chèn ép hô hấp ngực.

Ngay cả khi phổi phát triển tương đối bình thường, bản thân thoát vị hoành đã làm cho hô hấp bị chèn ép và suy hô hấp, trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh, thường phổi có tình trạng thiếu sản cho nên lại càng làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu oxy cũng như giảm thải CO₂.

Do số lượng mao mạch phổi giảm, nên tâm thất phải gia tăng áp lực tổng máu đến giường mao mạch nhỏ hơn bình thường, mà hậu quả là làm tăng áp phổi và tăng áp thất phải.



Hình 15.3. Nhu mô phổi ở trẻ bình thường



Hình 15.4. Nhu mô phổi ở trẻ thoát vị hoành bẩm sinh

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán trước sinh

Cùng với sự phát triển ngày càng mạnh của siêu âm bào thai, đặc biệt là siêu âm 3 chiều, ngày càng có nhiều trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh được chẩn đoán trong thời kỳ bào thai.

Việc chẩn đoán trước sinh dựa vào:

- Mẹ đa ối.
- Thấy được hình ảnh dạ dày hay các quai ruột trong ngực, thường là ngực trái.
- Hiếm khi, có thể phát hiện được khiếm khuyết cơ hoành, nhất là những trường hợp thoát vị lỗ lớn.
- Sau khi thai nhi được chẩn đoán là thoát vị hoành bẩm sinh, cần tiếp tục tìm kiếm các dị tật bẩm sinh khác kèm theo. Ngoài ra, cần làm thêm phân tích nước ối để nhận dạng các bất thường về nhiễm sắc thể.

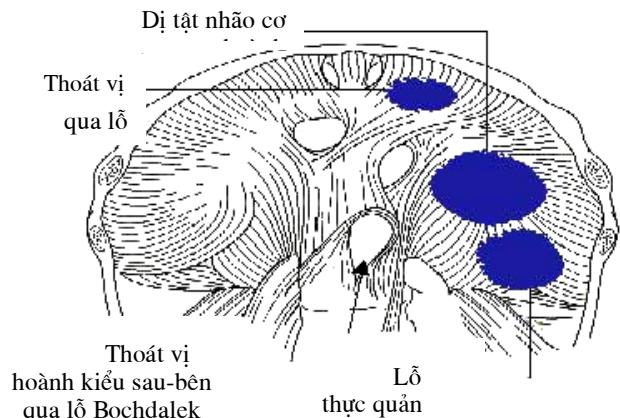
4.2. Chẩn đoán sau sinh

4.2.1. Thể sơ sinh

Sau khi được sinh ra, ngay khi trẻ cất tiếng khóc chào đời, do tình trạng ruột thoát vị lên trong lồng ngực, trẻ có biểu hiện thở gắng sức, tím tái và suy hô hấp.

Khám trẻ phát hiện các triệu chứng đặc thù:

- Bụng phẳng bất thường: do phần lớn ống tiêu hoá lên trên ngực.
- Tim lệch sang phải.
- Nghe phổi phát hiện âm phế bào bên nghi thoát vị giảm hay mất và nghe được âm ruột cùng bên.
- Chụp phim phổi thẳng-nghiêng: phát hiện hình ảnh các quai ruột nằm trong ngực, khí quản bị đẩy sang bên đối diện.
- Siêu âm và chụp cắt lớp có thể giúp chẩn đoán chính xác, đôi khi nó giúp xác định được lỗ thoát vị cũng như đo được đường kính của nó.
- Tuy nhiên, trong thể khởi phát tối cấp tính như thể này, 60-65% trẻ bị thoát vị hoành bẩm sinh tử vong do suy hô hấp.



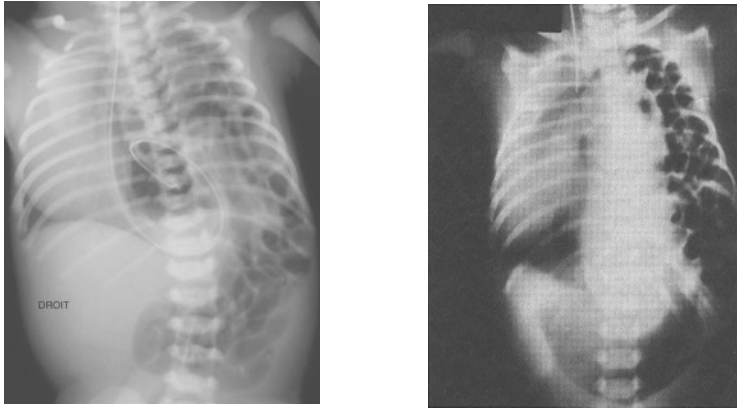
Hình 15.5. Các vị trí thoát vị cơ hoành

4.2.2. Thể muộn

Tùy theo nghiên cứu, 5-25% trường hợp bệnh nhi bị thoát vị hoành bẩm sinh xuất hiện triệu chứng ngoài thời kỳ sơ sinh.

Thông thường, trẻ vào viện vì lý do viêm phổi tái diễn nhiều lần và phát hiện khi cho trẻ chụp phim phổi. Một số ít trẻ vào viện do triệu chứng của tắc ruột do thoát vị nội nghẹt.

Một số trường hợp, bệnh nhi hoàn toàn không có triệu chứng, và chỉ được phát hiện tình cờ lúc đã trưởng thành.



Hình 15.6. Hình ảnh X quang thoát vị cơ hoành bẩm sinh bên (T)

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị ban đầu

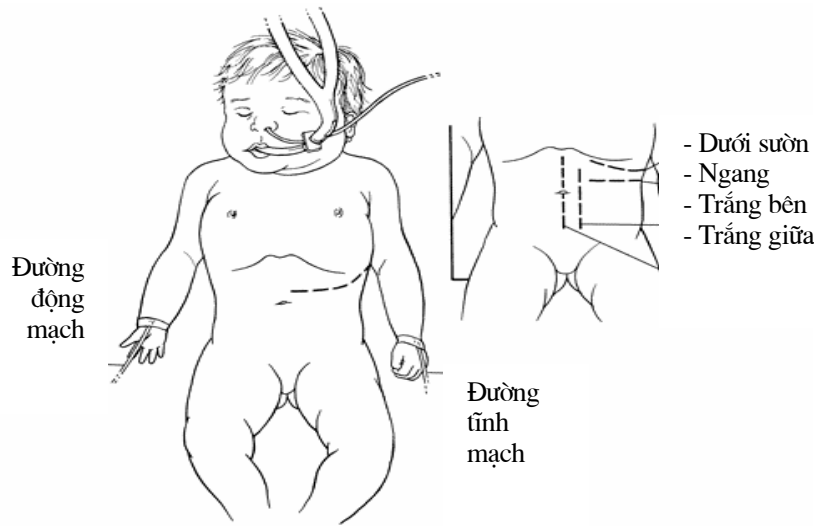
- Ngay khi có chẩn đoán, trẻ phải được đặt nội khí quản càng sớm càng tốt để hỗ trợ hô hấp.
- Tránh không được hỗ trợ hô hấp bằng cách chụp mặt nạ và bóp bóng, vì điều này sẽ làm tăng đưa hơi vào trong dạ dày - ruột của trẻ và làm cho tình trạng trướng bụng ngày càng tăng.
- Trẻ được cho giãn cơ và thở máy áp lực không nên quá 45mmHg vì phổi trong trường hợp này đã thiếu sẵn sẵn và rất dễ vỡ.
- Luân catheter động mạch rốn và nhĩ phải để điều trị và theo dõi, đặc biệt là các thông số về áp lực oxy, CO₂.
- Vai trò của hệ thống trao đổi oxy qua màng (ECMO: Extracorporeal Membrane Oxygenation): hiệu quả trong việc làm giảm tỷ lệ tử vong chưa được các tác giả thống nhất.

5.2. Điều trị phẫu thuật

5.2.1. Vô cảm và đường mổ

- Mê toàn thân và giãn cơ.

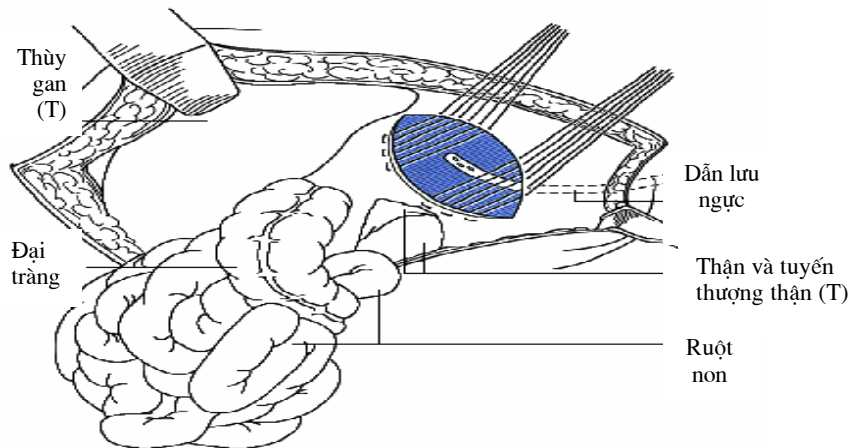
- Đường mổ: thường dùng là đường ngang trên rốn bên trái, cũng có thể sử dụng đường giữa trên rốn, đường cạnh giữa, hay đường dưới sườn.



Hình 15.7. Vị trí các đường mổ sửa chữa thoát vị cơ hoành bẩm sinh

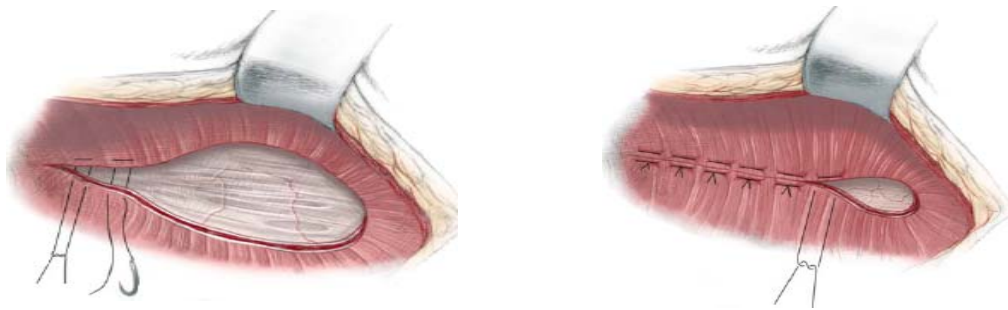
5.2.2. Kỹ thuật mổ (thoát vị hoành bẩm sinh qua Bochdalek)

- Đưa trả toàn bộ tạng thoát vị về lại ổ bụng, cần chú ý cẩn thận khi đưa lách xuống vì rất dễ tổn thương cuống lách.
- Nếu có túi thoát vị, nên cắt bỏ túi. Gặp trong 20% trường hợp.



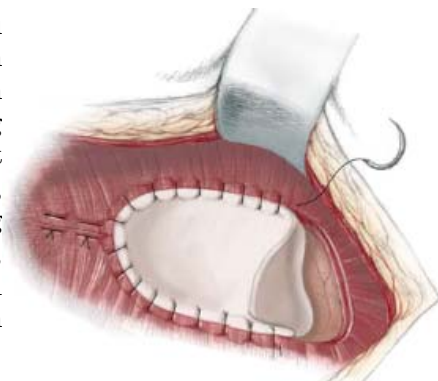
Hình 15.8. Kỹ thuật đưa tạng trở lại ổ bụng

- Xử lý lỗ thoát vị:
 - + Nếu lỗ nhỏ, dùng chỉ không tiêu 2/0 hay 3/0 khâu đóng lại.



Hình 15.9. Kỹ thuật khâu đóng lỗ thoát vị cơ hoành

+ Nếu lỗ lớn, cần cân nhắc giữa khâu một thì hay dùng miếng vá nhân tạo. Thông thường, do phần lớn tạng thoát vị lên ngực trong trường hợp lỗ lớn nên ổ bụng của trẻ rất kém phát triển. Nếu đóng một thì, trẻ rất dễ bị suy hô hấp do bụng quá căng trướng sau mổ. Vì vậy, nếu được, nên khâu vá lỗ thoát vị lớn bằng tấm nhân tạo như Teflon mesh hay tốt hơn như Goretex.



Hình 15.10. Kỹ thuật dùng miếng vá nhân tạo cho lỗ thoát vị lớn

- Đóng đường mổ bụng: Đóng bụng là một thì khó khăn trong phẫu thuật thoát vị hoành bẩm sinh và thoát vị cuống rốn bẩm sinh (omphalocele). Đối với những trường hợp thoát vị lỗ lớn, đóng bụng thường đòi hỏi phải tạo hình bụng trước đó, thậm chí phải sử dụng mảnh ghép nhân tạo để che tạng. Sau đó, mỗi 1-2 ngày khâu hẹp mảnh ghép rồi đóng bụng muộn vào ngày thứ 7-10 sau mổ như kỹ thuật Schutter trong mổ thoát vị cuống rốn bẩm sinh.
- Đặt dẫn lưu ngực nếu cần. Quan niệm còn khác nhau giữa các tác giả. Phần lớn các phẫu thuật viên Nhi không đặt dẫn lưu ngực mà chỉ dùng kỹ thuật hút đui khí trước khi hoàn tất thì khâu lỗ thoát vị.

5.3. Chăm sóc sau mổ

- Dẫn lưu ngực được nối với béc nước và để dẫn lưu tự do chứ không nên hút áp lực vì nguy cơ vỡ phổi hay lác lư trung thất.
- Theo dõi sát tình trạng biến đổi khí máu sau mổ. Thông thường sau mổ, phổi bên bình thường sẽ nở lại trước tiên và sau đó lác sang bên thoát vị, thậm chí lác hẳn. Sau đó vài ngày thậm chí vài tuần, khi phổi bên thoát vị nở được thì mới phần nào cân bằng. Tuy nhiên, phổi bên thoát vị hiếm khi nở tốt mà chỉ một phần.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Thoát vị cơ hoành bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Chỉ gặp ở bên trái
 - B. Chỉ gặp ở trẻ em
 - C. Hay gặp nhất là thoát vị qua lỗ sau bên trái
 - D. A và C đúng
 - E. B và C đúng.
2. Thoát vị cơ hoành bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Do sự không hoàn chỉnh trong quá trình phát triển của phôi thai
 - B. Do sự không hoàn chỉnh trong quá trình phát triển của trẻ
 - C. Liên quan đến sự không hoà nhập của hai lá phúc-phế mạc
 - D. A và B đúng
 - E. Câu A và C đúng
3. Thoát vị hoành bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Thường gặp nhất là thoát vị qua lỗ sau bên trái
 - B. Một số trường hợp không triệu chứng phát triển ở tuổi trưởng thành
 - C. Thường có triệu chứng ở tuổi sơ sinh
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
4. Chẩn đoán trước sinh thoát vị cơ hoành bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Chủ yếu dựa vào siêu âm thai
 - B. Đánh giá tiên lượng sống dựa vào chụp cộng hưởng từ
 - C. Thường thấy được hình ảnh khuyết cơ hoành
 - D. Câu A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
5. Chẩn đoán trước sinh thoát vị cơ hoành bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Tiên lượng sống của thai dựa vào kích thước phổi trên chụp cộng hưởng từ
 - B. Tiên lượng sống của thai dựa vào kích thước phổi trên siêu âm
 - C. Giúp cho quyết định đình chỉ thai nghén hay không
 - D. A và C đúng
 - E. A, B và C đúng

6. Triệu chứng lâm sàng của thoát vị cơ hoành bẩm sinh ở trẻ sơ sinh có đặc điểm:

- A. Trẻ tím tái và suy hô hấp sau sinh ra
- B. Trẻ nôn
- C. Trẻ sùi bọt cưa
- D. A và B đúng
- E. A, và C đúng

7. Tiên lượng sống của bệnh nhi thoát vị cơ hoành bẩm sinh phụ thuộc vào:

- A. Tình trạng thiếu sản phổi bên thoát vị
- B. Tình trạng chèn ép phổi bên đối diện
- C. Dị tật tim bẩm sinh kèm theo
- D. A và C đúng
- E. Tất cả đều đúng

8. Hình ảnh X quang ngực - bụng không chuẩn bị trong thoát vị cơ hoành bẩm sinh có đặc điểm:

- A. Hình ảnh mức hơi-dịch trên ngực
- B. Hình ảnh trung thất bị đẩy sang bên đối diện
- C. Hình ảnh khuyết cơ hoành bên thoát vị
- D. A và B đúng
- E. Tất cả đều đúng

9. Hình ảnh X quang ngực - bụng không chuẩn bị trong thoát vị cơ hoành bẩm sinh có đặc điểm:

- A. Hình ảnh trung thất bị đẩy sang bên đối diện
- B. Hình ảnh các quai ruột trên ngực
- C. Hình ảnh lách ở trên ngực phía thoát vị
- D. A và B đúng
- E. Tất cả đều đúng

10. Siêu âm bụng trong thoát vị cơ hoành bẩm sinh có đặc điểm:

- A. Thấy được hình ảnh các quai ruột trên ngực
- B. Thấy được hình ảnh thiếu sản phổi bên thoát vị
- C. Thấy được hình ảnh khuyết cơ hoành bên thoát vị
- D. A và B đúng
- E. A và C đúng

11. Các bệnh lý hay dị tật cần phân biệt với thoát vị cơ hoành bẩm sinh là:

- A. Tật nhĩ cơ hoành
- B. Kén phổi bẩm sinh
- C. Viêm xẹp phổi
- D. A và B đúng
- E. Tất cả đều đúng

12. Các bệnh lý hay dị tật cần phân biệt với thoát vị cơ hoành bẩm sinh là:

- A. Kén phổi bẩm sinh
- B. Tràn khí màng phổi tự phát
- C. Tật nhĩ cơ hoành
- D. A và B đúng
- E. A và C đúng

Bài 16

HỆP PHÌ ĐẠI MÔN VỊ

MỤC TIÊU

1. Chẩn đoán được một trường hợp hẹp phì đại môn vị.
2. Trình bày được nguyên tắc điều trị hẹp phì đại môn vị.

1. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp phì đại môn vị là một bệnh ngoại khoa thường gặp ở giữa độ tuổi sơ sinh và bú mẹ (3 tuần-6 tháng). Bệnh có biểu hiện lâm sàng bằng hội chứng nôn do hẹp lòng môn vị bởi sự phì đại thái quá của lớp cơ vùng môn vị.

Hẹp phì đại môn vị nếu chẩn đoán muộn và điều trị không đúng sẽ đưa đến tình trạng mất nước, sút cân nhanh chóng, suy kiệt nặng và khó hồi phục. Sự tiến bộ của kỹ thuật mổ và gây mê hồi sức trong thời gian gần đây đã đem lại cho bệnh nhi những kết quả rất khả quan.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

Thương tổn giải phẫu trên đại thể dưới dạng u cơ môn vị hình bầu dục, đường kính ngang khoảng 2cm, dài 3-4cm. Phân tích bên trong cho thấy lớp thanh mạc vẫn bình thường, lớp cơ chủ yếu là cơ vòng bị phì đại làm hẹp lòng của môn vị.

3. NGUYÊN NHÂN BỆNH SINH

Cho đến nay chưa có một nguyên nhân nào được xác định chính xác. Một số tác giả cho là bệnh có liên quan đến gia đình, di truyền, chủng tộc. Một số khác lại đưa ra thuyết vô hạch, thuyết thần kinh - thể dịch.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Trẻ sau sinh có một thời gian hoàn toàn bình thường khoảng 2-4 tuần, sau đó mới xuất hiện các triệu chứng lâm sàng.

4.1. Triệu chứng cơ năng

4.1.1. Nôn

Đây là dấu hiệu rất đặc thù và gợi ý trên lâm sàng bằng các đặc điểm:

- Bắt đầu bằng hiện tượng trở rồi dần về sau mới nôn dữ dội.
- Số lần nôn tăng dần, lúc đầu chỉ nôn vài lần trong ngày, về sau cứ mỗi lần bú là một lần nôn.
- Nôn có khoảng trống tức là xảy ra chậm sau khi bú.
- Nôn có vôi và ra toàn dịch trắng (sữa bú vào), không bao giờ có sự hiện diện của dịch mật (vàng hoặc xanh).
- Sau nôn đứa trẻ trở nên đói và đòi bú ngay.

4.1.2. Táo bón

Số lượng phân đi ít và có màu xanh như dạng phân su.

4.1.3. Tiểu ít

Nước tiểu vàng đậm do hậu quả của sự mất nước.

4.2. Triệu chứng toàn thân

Đứa trẻ trong trạng thái mất nước nặng, nếu đến muộn cân nặng sụt so với lúc sinh, da nhăn, mắt sâu hoắm, suy dinh dưỡng - nhìn vào như mặt một ông (bà) già.

4.3. Triệu chứng thực thể

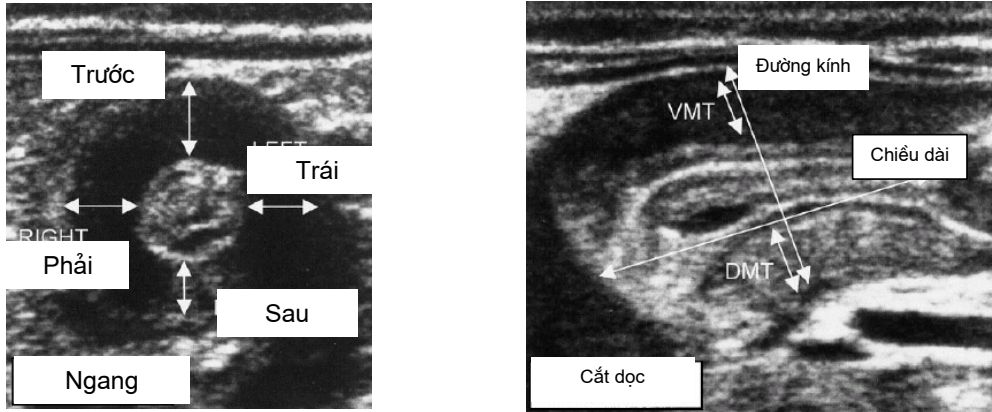
- Bụng mềm, xẹp.
- Vùng thượng vị có thể có những làn sóng nhu động của dạ dày đi từ vùng dưới sườn trái đến vùng trên rốn và lan sang vùng hạ sườn phải.
- Sờ ở vùng trên rốn sát ngay bên phải của đường giữa có thể sờ thấy một u nhỏ tròn như hình hạt mít (oliu) lăn ở dưới tay. Đây là dấu hiệu rất quan trọng và đóng vai trò quyết định cho chẩn đoán lâm sàng. Tỷ lệ sờ được u cơ môn vị thay đổi theo từng tác giả. Nhìn chung nếu khám kỹ, kiên nhẫn và khám đi khám lại nhiều đợt thì tỷ lệ sờ thấy có thể lên đến 80-95%.

5. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

5.1. Siêu âm bụng

Cho phép nhận dạng và đo được đường kính của u cơ môn vị: hình ảnh Echo giàu bao bọc quanh ống môn vị. Đây là dấu hiệu có giá trị để chẩn đoán bệnh.

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán hẹp phì đại môn vị trên siêu âm là: bề dày của thành môn vị tối thiểu là 3mm. Ngoài ra, các tiêu chuẩn khác rất có ích nếu có như chiều dài môn vị tối thiểu là 16mm, đường kính ngang môn vị tối thiểu là 14mm.

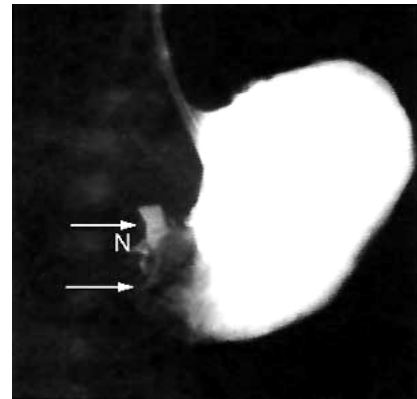


Hình 16.1. Siêu âm hẹp phì đại môn vị

5.2. Chụp dạ dày cản quang

- Cho hình ảnh gián tiếp của dạ dày giãn to và ứ đọng thuốc.
- Thuốc qua đại tràng chậm hoặc rất ít.
- Trường hợp điển hình có thể thấy hình mỏ chim của môn vị hoặc hình ống môn vị kéo dài và thu nhỏ như hình sợi chỉ.

Chụp cản quang dạ dày ngoài việc giúp chẩn đoán hẹp môn vị còn giúp xác định vị trí tâm vị; chẩn đoán được các trường hợp lạc chỗ tâm vị, phình vị lớn dạ dày hoặc thoát vị kẽ kèm theo.



Hình 16.2. Hẹp phì đại môn vị trên phim chụp dạ dày cản quang
N: Hẹp khít môn vị. Dấu mũi tên: kéo dài môn vị

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

6.1. Nôn có nguồn gốc các bệnh não (chảy máu)

Thường xuất hiện ngay sau sinh. Chọc dò nước não tủy giúp chẩn đoán loại trừ.

6.2. Nôn có nguồn gốc thức ăn

Thường do chế độ ăn của trẻ, hoặc do dị ứng với protein trong sữa. Trẻ thường có bệnh cảnh của viêm dạ dày - ruột cấp.

6.3. Nôn có nguồn gốc nhiễm trùng

Thường kèm bệnh cảnh nhiễm trùng như nhiễm trùng đường tiểu, viêm phổi, viêm màng não.

6.4. Các loại tắc ruột sơ sinh

- Các loại tắc tá tràng dưới bóng Vater thường có nôn ra dịch mật (vàng hoặc xanh)
- Đối với tắc tá tràng trên bóng Vater hoặc teo môn vị thường không sờ thấy u môn vị và hình ảnh X quang hoặc siêu âm cho phép chẩn đoán loại trừ.

6.5. Trào ngược dạ dày - thực quản hoặc lặc chỗ tâm vị thực quản

Bệnh nhi thường nôn sau sinh, nôn giảm trong thế đứng và tăng lên trong tư thế nằm. Điều trị bằng chế độ ăn kết hợp tư thế sẽ cho kết quả bệnh thuyên giảm. X quang cho chẩn đoán đặc thù của bệnh.

6.6. Co thắt môn vị

Trong co thắt môn vị, đứa trẻ thường:

- Nôn từ sau khi sinh.
- Nôn không liên quan đến bữa ăn của trẻ.
- Có giai đoạn nôn tự thuyên giảm.
- Điều trị chống co thắt bệnh khá dần và có thể khỏi.
- Sờ không có u cơ môn vị.
- Siêu âm bụng giúp chẩn đoán loại trừ.

7. ĐIỀU TRỊ

Chủ yếu là điều trị ngoại khoa.

7.1. Điều trị nội khoa

Trước đây đã được một số tác giả ở châu Âu áp dụng cần đòi hỏi một sự theo dõi lâu dài trong bệnh viện nhưng tỷ lệ biến chứng và tử vong vẫn còn cao nên ít được phổ biến. Các tác giả thường xem điều trị nội khoa chủ yếu là để hỗ trợ và chuẩn bị tốt cho phẫu thuật, nhất là khi trẻ nhập viện muộn trong tình trạng mất nước, suy kiệt và rối loạn điện giải nặng.

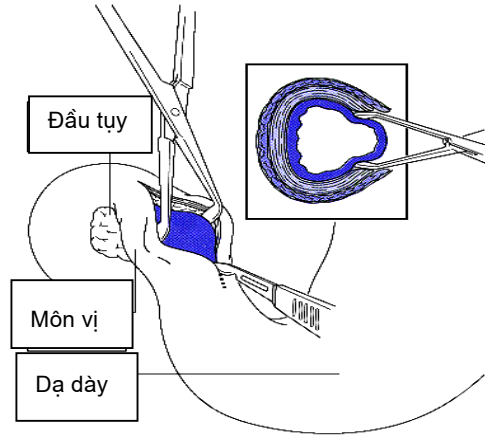
7.2. Chuẩn bị trước mổ

- Bù dịch và điện giải.
- Thăng bằng kiềm – toan.
- Kháng sinh chống bội nhiễm.
- Truyền máu hoặc truyền đạm và plasma.

7.3. Thủ thuật mở môn vị ngoài niêm mạc theo Fredet-Ramstedt

Đây là một thủ thuật đơn giản, nhanh, thực hiện bằng một đường mổ nhỏ ở dưới bờ sườn phải, đường giữa hoặc đường vòng quanh rốn.

Sau khi vào ổ bụng, vén gan lên sẽ thấy u cơ môn vị trồi lên ngay vết mổ. Kẹp chặt u cơ giữa ngón trỏ và ngón cái tay trái, dùng dao nhỏ rạch ở mặt trước theo chiều dài của u cơ trên đường vô mạch rạch đứt lớp thanh mạc, lớp cơ cho đến khi thấy niêm mạc phồng lên giữa hai mép của đường rạch. Về phía tá tràng khi bóc tách để nối rộng đường rạch cần thận trọng vì có thể làm thủng túi cùng của niêm mạc tá tràng. Về phía dạ dày, đường rạch có thể kéo dài quá môn vị đến vùng hang vị vì lớp cơ của thành dạ dày ở đây vẫn còn khá dày nên không sợ tai biến thủng như phía tá tràng.



Hình 16.3. Kỹ thuật Fredet - Ramste

- Đường rạch nếu không đủ độ dài và độ sâu thì sẽ là nguyên nhân làm đứa trẻ nôn tái phát về sau.
- Khi bóc tách nếu phát hiện thủng niêm mạc thì có thể khâu lại đường rạch đó và chọn một đường rạch khác.
- Kiểm tra cầm máu và đóng bụng

7.4. Chăm sóc - Theo dõi sau mổ

Sau mổ 6 giờ có thể bắt đầu cho bệnh nhi uống ngay và theo dõi. Nếu trẻ còn nôn thì phải trì hoãn việc cho uống.

Thông thường chế độ ăn như sau:

- 3-4 thìa dung dịch glucose 10% (2 giờ/1 lần).
- Sau 24 giờ cho uống sữa mẹ pha loãng với nước 5-6 thìa mỗi 2 giờ.
- Ngày thứ ba cho bú sữa mẹ số lượng ít 3 giờ/1 lần.
- Ngày thứ tư cho bú mẹ như bình thường.
- Trường hợp trẻ nôn ít vẫn tiếp tục duy trì chế độ ăn như trên.

7.5. Kết quả

Kết quả sau khi mổ thường rất tốt. Trẻ bú tốt, không nôn và lên cân rõ rệt.

Những trường hợp nôn vẫn còn tồn tại sau mổ có thể do nguyên nhân:

- Đường mổ cơ môn vị không đủ cả chiều dài và chiều sâu cần thiết. Trường hợp này chỉ cần điều trị nội khoa và theo dõi một thời gian nôn sẽ giảm dần ít khi phải mổ lại.
 - Tồn tại trào ngược dạ dày - thực quản kết hợp cần điều trị nội khoa kết hợp thay đổi tư thế thường có kết quả.
- Nhìn chung kết quả phẫu thuật rất khả quan, ít biến chứng và tỷ lệ tử vong không đáng kể.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân của hẹp phì đại môn vị là:
 - A. Không rõ
 - B. Hiện tượng phì đại cơ môn vị
 - C. Như trong teo hẹp ruột bẩm sinh
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
2. Các nguyên nhân gây nên tắc hẹp môn vị bẩm sinh là:
 - A. Hẹp bẩm sinh hay teo bẩm sinh môn vị
 - B. Phì đại cơ môn vị
 - C. Màng ngăn bẩm sinh môn vị
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
3. Triệu chứng của hẹp phì đại môn vị thường xuất hiện vào thời gian:
 - A. Trong tháng đầu tiên của trẻ sơ sinh
 - B. Từ tuần thứ 3 đến tuần thứ 6
 - C. Trong tuần đầu tiên của trẻ sơ sinh
 - D. A và B đúng
 - E. B và C đúng
4. Lâm sàng của hẹp phì đại môn vị bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Thường xuất hiện sớm trong tuần đầu hay tuần thứ hai của trẻ sơ sinh
 - B. Nôn sữa mới uống hay sữa cũ
 - C. Nôn sữa có lẫn mật vàng

- D. A và B đúng
E. A và C đúng
5. Lâm sàng của hẹp phì đại môn vị bẩm sinh có đặc điểm:
A. Triệu chứng thường xuất hiện muộn từ tuần thứ 3-4 trở đi
B. Nôn sữa có lẫn mật vàng
C. Sờ được u cơ môn vị là đủ để chẩn đoán
D. A và B đúng
E. A và C đúng
6. Nôn trong hẹp phì đại môn vị có đặc điểm:
A. Thường nôn sớm từ tuần thứ 2 của trẻ sơ sinh
B. Nôn xong trẻ lại bú tiếp ngay
C. Nôn ra sữa không lẫn mật vàng
D. A và B đúng
E. B và C đúng
7. Các tiêu chuẩn siêu âm trong chẩn đoán hẹp phì đại môn vị là:
A. Thành môn vị dày tối thiểu là 3mm
B. Chiều dài của môn vị tối thiểu là 14mm
C. Đường kính của môn vị tối thiểu là 16mm
D. A và B đúng
E. A và C đúng
8. Các tiêu chuẩn siêu âm trong chẩn đoán hẹp phì đại môn vị là:
A. Thành môn vị dày tối thiểu là 5mm
B. Chiều dài của môn vị tối thiểu là 16mm
C. Đường kính của môn vị tối thiểu là 14mm
D. A và B đúng
E. B và C đúng
9. Các tiêu chuẩn siêu âm trong chẩn đoán hẹp phì đại môn vị là:
A. Thành môn vị dày tối thiểu là 3mm
B. Chiều dài của môn vị tối thiểu là 12mm
C. Đường kính của môn vị tối thiểu là 14mm
D. A và B đúng
E. A và C đúng

10. Hình ảnh X quang dạ dày cản quang trong hẹp phì đại môn vị có đặc điểm:
- A. Dạ dày dẫn lớn và ứ đọng thuốc
 - B. Ống môn vị kéo dài
 - C. Hình ảnh đội vào trong lòng hang vị của cơ môn vị
 - D. A và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
11. Chẩn đoán phân biệt hẹp phì đại môn vị với các dị tật:
- A. Màng ngăn hay hẹp môn vị bẩm sinh không do phì đại cơ
 - B. Bán tắc tá tràng bẩm sinh do màng ngăn có lỗ
 - C. Tắc tá tràng bẩm sinh do teo tá tràng
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
12. Phẫu thuật trong hẹp phì đại môn vị có đặc điểm:
- A. Nguyên lý là mở cơ môn vị và tạo hình môn vị
 - B. Nguyên lý là mở cơ môn vị cho đến khi gây thoát vị niêm mạc môn vị
 - C. Nếu thủng niêm mạc có thể khâu lỗ thủng niêm mạc lại là đủ
 - D. A và C đúng
 - E. B và C đúng

TEO ĐƯỜNG MẬT BẨM SINH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các thể giải phẫu bệnh lý của teo đường mật bẩm sinh.
2. Chẩn đoán được bệnh teo đường mật bẩm sinh.
3. Trình bày được các nguyên tắc điều trị bệnh teo đường mật bẩm sinh.

1. ĐẠI CƯƠNG

Teo đường mật bẩm sinh rất hiếm gặp. Tại Nhật Bản và các nước châu Á, tỷ lệ bệnh khoảng 1/10.000 trẻ sơ sinh sống. Tỷ lệ nữ/nam = 1:0,64. Vấn đề chẩn đoán và điều trị rất phức tạp, điều trị tùy thuộc vào từng trường hợp giải phẫu bệnh lý cụ thể.

2. PHÂN THỂ GIẢI PHẪU

Có nhiều cách phân thể teo đường mật bẩm sinh. Về mặt đại thể và chụp đường mật cản quang, có thể phân thành 3 thể chính:

- Typ I: teo ở ống mật chủ (ÔMC) 10%.
- Typ II: teo lên đến ống gan chung (ÔGC) 2%.
- Typ III: teo đến rốn gan 88%.

Người ta còn phân teo đường mật thành các dưới-thể tương ứng hoặc là với sự thông thương hay không của đầu xa đường mật (ÔMC) hay với đầu gần (rốn gan).

Các dưới-thể tùy theo sự thông thương của đầu xa:

- ÔMC còn, chỉ teo đoạn cuối khi đổ vào tá tràng.
- ÔMC xơ teo hoàn toàn.
- Bất sản ÔMC.
- Khác.

Các dưới-thể tùy theo sự thông thương của đầu gần:

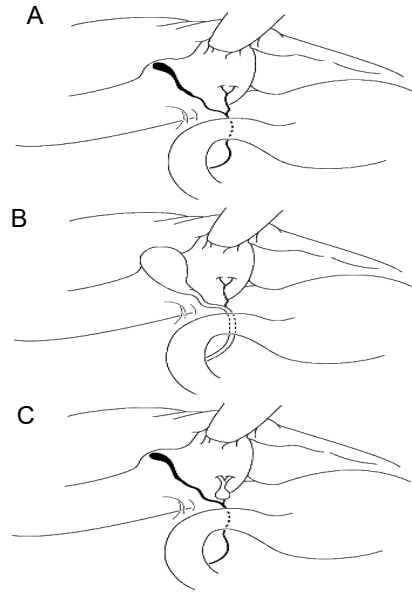
- Các ống gan giãn.
- Thiếu sản các ống gan.
- Dị dạng kiểu tạo "hồ mật" ở rốn gan.
- Xơ hoá các ống gan.
- Toàn bộ đường mật ngoài gan xơ hoá thành mảng.
- Bất sản các ống gan.

3. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

Teo đường mật được xem như là hậu quả của quá trình phát triển tạo ống của đường mật **trong thời kỳ tạo phôi**.

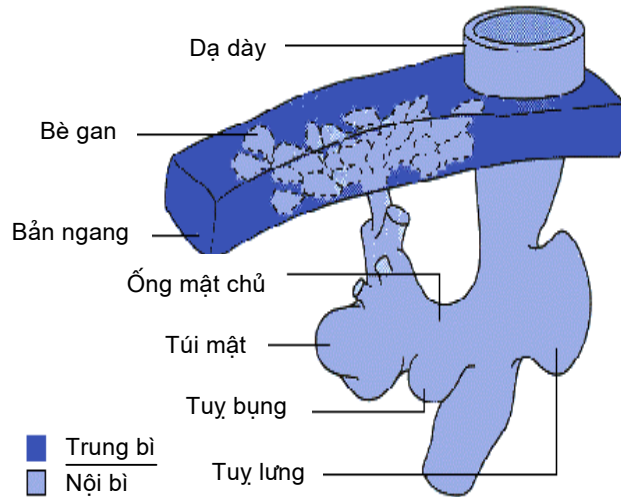
Hệ thống đường mật được tạo nên từ túi thừa gan của ruột trước vào tuần thứ 4 của phôi và biệt hoá thành 2 thành phần đầu và đuôi. Túi mật, ống túi mật và ÔMC được tạo nên từ phần đầu. Còn đường mật trong gan cũng như phần đường mật ngoài gan còn lại được tạo nên từ phần đuôi.

Ngoài ra, một số yếu tố cũng được xem như là có liên quan đến nguyên nhân của teo đường mật như nhiễm virus, thiếu tưới máu, bất thường về chuyển hoá mật và tồn tại kênh mật-tụy chung bất thường.



Hình 17.1. Các thể giải phẫu của teo đường mật bẩm sinh

Hình 17.2. Phôi thai học đường mật - tụy



4. GIẢI PHẪU BỆNH

- Nhiều nghiên cứu về mô bệnh học cho thấy có hình ảnh viêm lan toả, dẫn đến xơ và biến mất cấu trúc ống của đường mật.
- Tuy nhiên tình trạng xơ đường mật này thay đổi theo từng bệnh nhân cụ thể. Chính đây là yếu tố để giải thích cho sự thành công của phẫu thuật Kasai ở chỉ một số bệnh nhân.
- Ứ mật, vãn xoắn bè gan, hoại tử tế bào gan dạng ổ và xơ hoá trung tâm là những hình ảnh đặc trưng của teo mật bẩm sinh.

5. TRIỆU CHỨNG CHẨN ĐOÁN

5.1. Lâm sàng

- Lâm sàng chủ yếu biểu hiện bởi tam chứng kinh điển là vàng da, phân bạc màu và gan lớn. Vàng da có thể xuất hiện ngay từ thời kỳ sau sinh, tiếp liền sau giai đoạn vàng da sinh lý. Tuy nhiên ở một số trẻ, vàng da xuất hiện muộn hơn về sau. Triệu chứng phân bạc màu xuất hiện muộn. Ở phần lớn trẻ, phân su có màu sắc bình thường. Người ta nhận thấy, ở hơn một nửa số bệnh nhi, phân su có màu vàng hay vàng nhạt. Nước tiểu trở nên đậm màu.
- Gan lớn là do hiện tượng ứ mật. Vì vậy, gan lớn tăng dần kích thước theo tuổi trẻ.
- Một điểm đáng lưu ý nữa là phần lớn trẻ bị teo đường mật bẩm sinh có sự phát triển cân nặng và thể chất hoàn toàn bình thường trong những tháng đầu, thậm chí cho đến lúc phẫu thuật. Tuy nhiên, vẫn có một số ít trẻ có tình trạng suy dinh dưỡng, thiếu máu hay chậm phát triển.
- Triệu chứng kèm theo: các triệu chứng của giảm tỷ lệ prothrombin do tình trạng kém hấp thu vitamin K, như chảy máu nội sọ, chảy máu ngoài da...

5.2. Cận lâm sàng

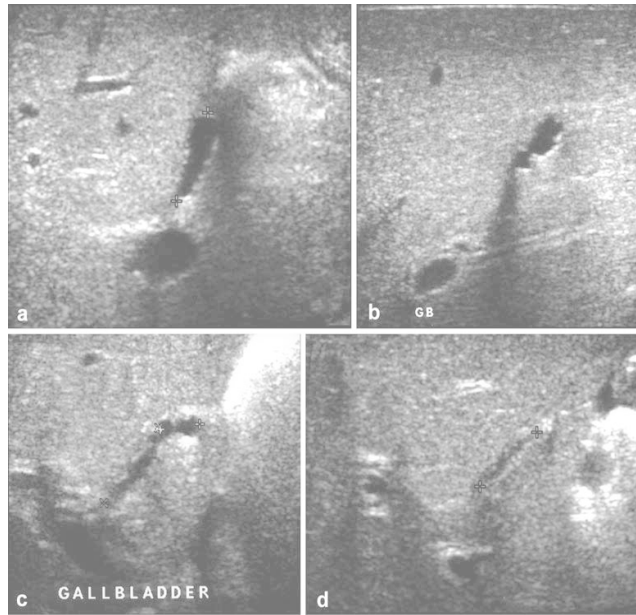
5.2.1. Sinh hoá

- Bilirubin máu tăng, chủ yếu là bilirubin trực tiếp.
- Nồng độ acid mật trong máu tăng.
- Nồng độ lipo-protein X (Lp-X) trong máu tăng.
- Nồng độ gamma-glutamyl transpetidase trong máu tăng.

5.2.2. Hình ảnh

Siêu âm:

Cho đến nay, siêu âm gan mật vẫn được xem là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được sử dụng đầu tiên ở một bệnh nhi được nghi ngờ teo đường mật bẩm sinh. Trên siêu âm gan mật, dấu tiên người ta tìm kiếm hình ảnh hiện hữu của túi mật. Siêu âm cần được làm ở hai thời điểm, lúc trẻ đói và sau khi trẻ bú. Mục đích của siêu âm ở hai thời điểm là nếu có túi mật và không teo đường mật thì sau khi trẻ bú, túi mật sẽ tăng co bóp theo đáp ứng sinh lý bình thường. Ngoài ra, một điểm quan trọng trong chẩn đoán teo đường mật thể có kèm theo tạo nang ở rốn gan thì siêu âm rất hữu ích trong việc phát hiện nang.



Hình 17.3. Siêu âm teo đường mật bẩm sinh - Dấu hiệu "thừng tam giác"

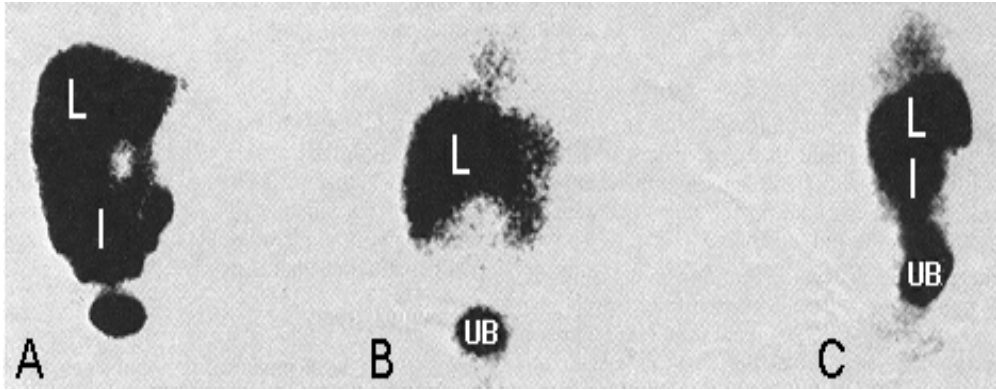
Ngoài ra, gần đây, theo một số tác giả, có một hình ảnh rất đặc trưng cho teo đường mật bẩm sinh ngoài gan. Đó là hình ảnh được gọi là dấu hiệu thừng hình tam giác (triangular cord sign). Với dấu chứng này, siêu âm cho phép chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh với độ nhạy là 84% và độ đặc hiệu là 98%.

Tuy nhiên, siêu âm chỉ cho phép nghi ngờ chứ không thể khẳng định chẩn đoán. Độ nhạy cũng như độ đặc hiệu của siêu âm trong chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh không cao, theo phần lớn nghiên cứu chỉ trong khoảng 80-85% mà thôi. Ngoài ra, trong những trường hợp thấy có túi mật, cũng không thể phân biệt được giữa một bệnh nhi teo đoạn cuối ống mật chủ và viêm gan sơ sinh.

Chụp nháp nháy gan-mật:

Sử dụng đồng vị phóng xạ Tc99 được sử dụng rộng rãi ở các nước châu Âu. Sự có mặt của đồng vị phóng xạ ở ruột non sau khi sử dụng thuốc cho phép loại trừ được bệnh teo đường mật bẩm sinh. Tuy nhiên, trong những trường hợp hội chứng mật đặc hay trong trường hợp thiếu sản đường mật, xét nghiệm hình ảnh này ít giúp được chẩn đoán phân biệt.

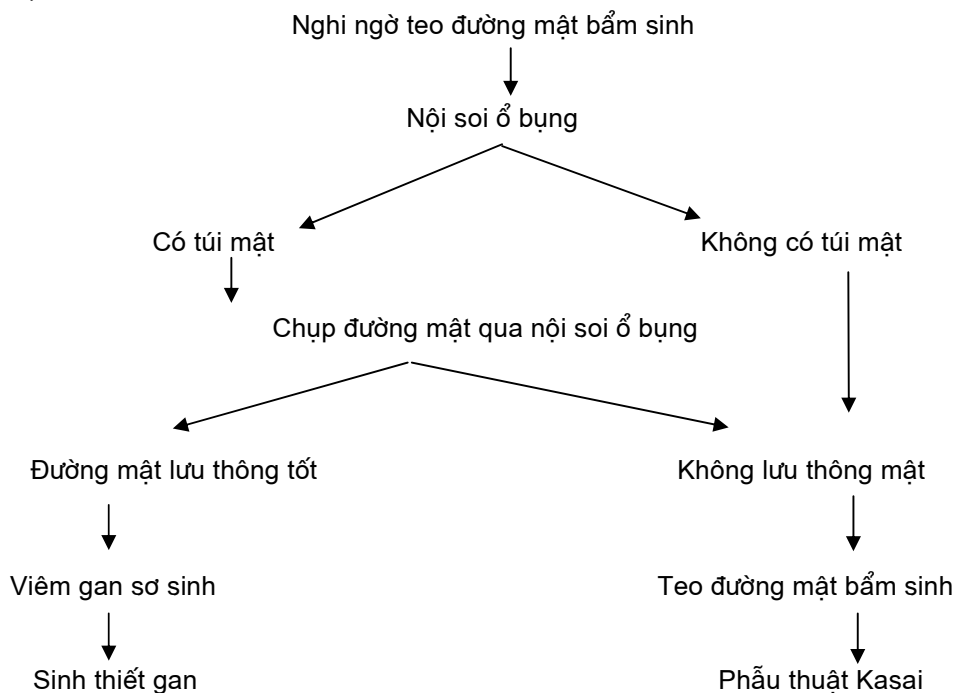
Chụp mật-tụy ngược dòng qua đường nội soi (ERCP): với sự ra đời của các dụng cụ nội soi kích thước phù hợp với độ tuổi trẻ sơ sinh, qua đường nội soi ngược dòng, người ta có thể bơm thuốc cản quang lên đường mật để chẩn đoán có teo đường mật hay không. Theo nhiều nghiên cứu, với sự ra đời của các phương tiện hiện đại với kích thước phù hợp hiện nay, ERCP cho phép chẩn đoán chính xác trong 86% trường hợp.



Hình 17.4. Hình ảnh chụp nhấp nháy gan - mật:

- A: Chụp nhấp nháy trẻ đường mật bình thường; B: Chụp nhấp nháy trẻ teo đường mật,
 C: Chụp nhấp nháy trẻ vàng da không do teo mật (L: Liver- gan, I: Intestin-ruột, UB:
 Urinary bladder- bàng quang)

Vai trò của nội soi ổ bụng trong chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh:
 Ngày nay, với sự phát triển ngày càng nhanh của nội soi ổ bụng, nhiều nghiên cứu đã bắt đầu áp dụng nội soi ổ bụng trong chẩn đoán teo đường mật ngoài gan, tuy nhiên mới chỉ trên một số lượng bệnh nhi còn hạn chế. Nội soi nhằm mục đích xác định có túi mật hay không và phối hợp với chụp đường mật trong mổ, cho phép chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh ngoài gan trong đến hơn 90% trường hợp. Có thể tóm tắt phác đồ sử dụng nội soi ổ bụng trong chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh như sau:



5.2.3. Sinh thiết

Sinh thiết vẫn được xem là yếu tố quyết định trong chẩn đoán những trường hợp teo đường mật bẩm sinh khó. Sinh thiết thường được chỉ định trong những trường hợp bệnh nhi có túi mật. Việc sinh thiết được tiến hành qua đường mổ thường, qua đường nội soi ổ bụng hay thậm chí qua da.

Các đặc điểm giải phẫu bệnh của teo đường mật bẩm sinh bao gồm:

- Đại thể: gan ú mật xanh thẫm, bề mặt sần sùi, thô ráp.
- Vi thể: hình ảnh ú mật, xơ hoá quanh khoảng cửa, vặn xoắn các bè gan.

5.3. Chẩn đoán

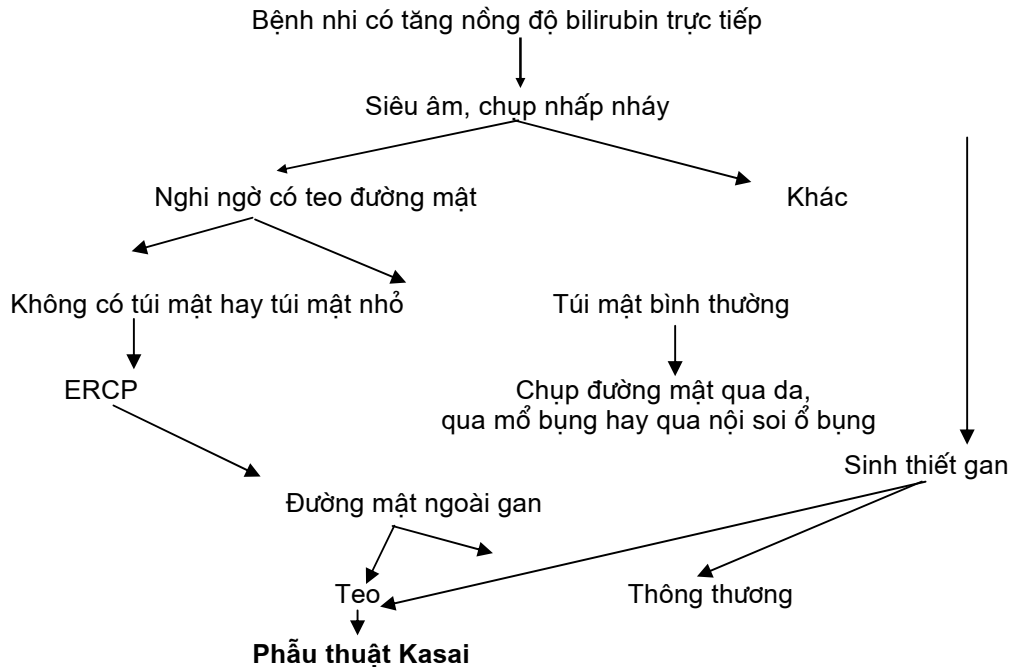
5.3.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào:

- Lâm sàng: vàng da sơ sinh kéo dài + phân bạc màu + gan lớn, sinh hoá: tăng nồng độ bilirubin máu và Lp-X máu.
- Hình ảnh: siêu âm, chụp nhấp nháy gan mật, nội soi ổ bụng kết hợp chụp đường mật trong mổ.
- Sinh thiết gan: hình ảnh ú mật, xơ hoá quanh khoảng cửa.

5.3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm gan sơ sinh.
- Hội chứng mật đặc hay thiếu sản đường mật bẩm sinh.
- Các nguyên nhân gây vàng da nội khoa khác.

Phác đồ chẩn đoán teo đường mật hiện nay ở các trung tâm phẫu thuật nhi lớn trên thế giới có thể được xây dựng như sau:



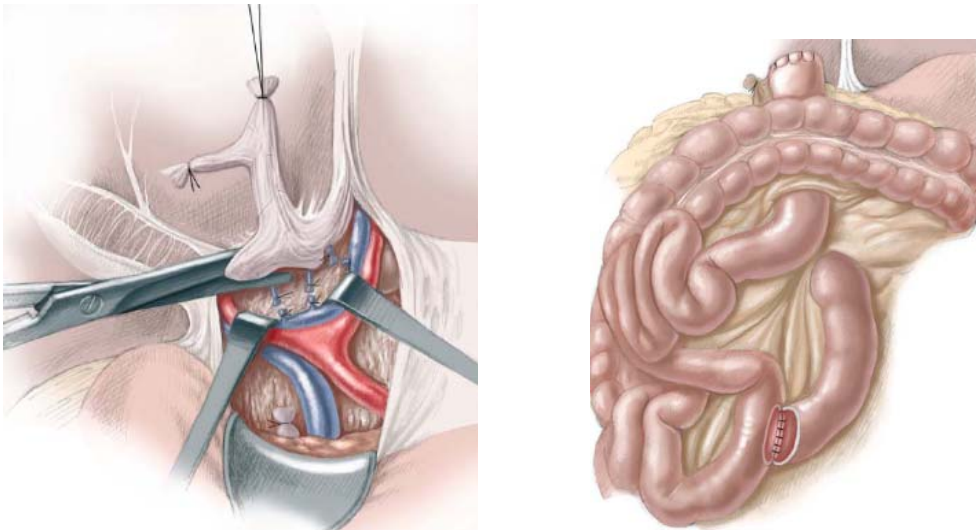
6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Chuẩn bị bệnh nhi trước mổ

- Vitamin K được cho qua đường toàn thân với liều 1-2mg/kg/ngày trong những ngày đầu chờ mổ.
- Nhịn ăn 24 giờ trước mổ.
- Điều chỉnh các rối loạn về dinh dưỡng và xét nghiệm.

6.2. Phẫu thuật

Chỉ định: trước đây, phần lớn tác giả cho rằng phẫu thuật chỉ có thể thành công ở những bệnh nhi được phẫu thuật trước tháng thứ 4, có nghĩa là mổ trước 90 ngày tuổi. Tuy nhiên, gần đây, một số nghiên cứu lại cho thấy tỷ lệ thành công vẫn còn cao ở những bệnh nhi được phẫu thuật muộn hơn, thậm chí cho đến 120 ngày tuổi. Chính vì vậy, phẫu thuật vẫn được chỉ định ở những bệnh nhi được chẩn đoán muộn, đặc biệt là ở những bệnh nhi được chẩn đoán trong khoảng từ 90-120 ngày tuổi.



Hình 17.5. Phẫu thuật Kasai

Phẫu thuật nối ống gan chung - hồng tràng: được áp dụng cho những thể được gọi là có thể chữa được. Phẫu tích vào rốn gan có thể tìm thấy một cấu trúc dạng nang mà khi cắt ngang thì cho thấy có chảy mật ra ngoài. Nang này không được cắt bỏ mà phải được sử dụng để nối với ruột.

Phẫu thuật Kasai: còn gọi là phương pháp nối rốn gan - hồng tràng (porto-jejunostomy). Phẫu thuật theo phương pháp Kasai được áp dụng cho những thể được gọi là không thể chữa khỏi được của teo đường mật bẩm sinh.

Nguyên lý của phẫu thuật theo phương pháp Kasai là cắt bỏ thành một khối toàn bộ di tích đường mật ngoài gan, theo sau bởi tạo sự thông thương mật - tiêu hoá bằng cách sử dụng một quai ruột non đến nối với rốn gan, trong đó sự thông thương này được đảm bảo bởi sự tồn tại của các cấu trúc đường mật ở dạng vi thể được tìm thấy ở diện cắt của rốn gan.

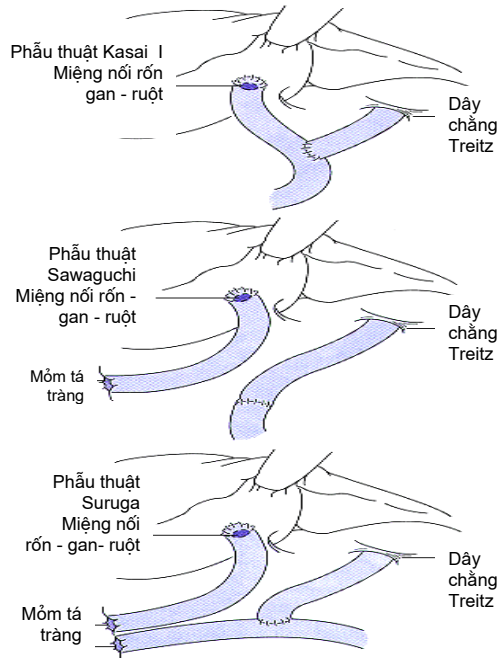
6.3. Biến chứng và chăm sóc sau mổ

6.3.1. Chăm sóc sau mổ

- Kháng sinh
- Corticoid: nhằm mục đích hạn chế phản ứng viêm cũng như làm tăng lưu lượng dòng chảy dịch mật, tuy nhiên quan điểm vẫn chưa hoàn toàn thống nhất giữa các tác giả.
- Thuốc lợi mật: cũng như việc sử dụng corticoid, quan điểm vẫn còn chưa được thống nhất.

6.3.2. Biến chứng sau mổ

- Viêm và nhiễm trùng đường mật: tỷ lệ thay đổi tùy theo nghiên cứu và dao động trong khoảng 40-60%. Nguồn gốc có thể từ nhiễm trùng ngược dòng sau phẫu thuật nối mật-ruột. Lâm sàng biểu hiện dưới dạng bệnh nhi sốt, giảm lưu lượng mật chảy ra, và nồng độ bilirubin trong máu tăng. Những bệnh nhi này phải được điều trị với dịch truyền và kháng sinh. Thông thường, sau 6-9 tháng sau mổ, khi mà tình trạng dòng chảy cũng như lưu lượng mật tiết ra đã đạt mức bình thường, nhiễm trùng cũng như viêm đường mật sẽ giảm thiểu.
- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (ALTMC): vào thời điểm phẫu thuật, dù ít hay nhiều, tất cả bệnh nhi đều có xơ gan với một mức độ nào đó. Tăng ALTMC xuất hiện sau mổ với tần suất khoảng 34-76%. Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản có thể gặp trong 20-60% bệnh nhi sau mổ.



Hình 17.6. Một số phẫu thuật có cùng nguyên tắc với Kasai

- Các biến chứng khác:
 - + Rối loạn chuyển hoá.
 - + Giảm chức năng gan.
 - + Suy dưỡng.

7. VẤN ĐỀ GHÉP GAN

Từ khi ghép gan được chỉ định cho những bệnh nhi teo đường mật, tỷ lệ bệnh nhi sống sau 10 năm lên đến hơn 90%. Vấn đề lớn hiện nay là thiếu mảnh ghép, đặc biệt là đối với những bệnh nhi còn quá nhỏ tuổi. Chính vì vậy, ghép gan trong gia đình, hay nói một cách dễ hiểu là ghép gan cho trẻ bằng cách lấy một nửa gan của bố hay của mẹ để ghép cho trẻ trở nên phù hợp trong điều kiện khan hiếm mảnh ghép hiện nay.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Dị dạng bẩm sinh đường mật bao gồm:
 - A. Teo đường mật bẩm sinh
 - B. Dẫn đường mật bẩm sinh
 - C. Sỏi mật bẩm sinh
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
2. Các thể giải phẫu trong teo đường mật bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Tùy thuộc vào rối loạn ở thành phần nào của lá phổi
 - B. Được phân thành 3 thể chính
 - C. Chủ yếu là thể teo ống mật chủ đơn thuần
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
3. Lâm sàng của teo đường mật bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Triệu chứng của tắc mật điển hình với phân bạc màu và vàng da vàng mắt
 - B. Thường có biểu hiện rõ từ ngay sau sinh
 - C. Rất giống với triệu chứng của viêm gan sơ sinh
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
4. Chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh dựa vào:
 - A. Lâm sàng vàng da tắc mật
 - B. Siêu âm không thấy túi mật

- C. Sonde tá tràng không có mật
 - D. Câu A và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
5. Chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh dựa vào:
- A. Lâm sàng vàng da tắc mật
 - B. Mổ thăm dò và chụp đường mật
 - C. Sinh thiết gan
 - D. Câu A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
6. Phẫu thuật teo đường mật bẩm sinh có đặc điểm:
- A. Phẫu thuật có kết quả tốt nhất trước 3 tháng tuổi
 - B. Phẫu thuật theo phương pháp mang tên Duhamel
 - C. Phẫu thuật nhằm tái lập lưu thông mật-ruột bằng nối rốn gan với ruột
 - D. A và C đúng
 - E. A và B đúng
7. Trong dị tật teo đường mật bẩm sinh, tiên lượng xa phụ thuộc vào:
- A. Tuổi trẻ lúc phẫu thuật
 - B. Tình trạng xơ gan
 - C. Thể giải phẫu
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
8. Thuyết của Babbitt về bệnh sinh của dẫn đường mật bẩm sinh là:
- A. Bệnh do sự trào ngược dịch tụy vào đường mật
 - B. Bệnh do sự trào ngược dịch mật vào đường tụy
 - C. Kèm theo hẹp đoạn cuối ống mật chủ
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
9. Các phương pháp phẫu thuật bệnh dẫn đường mật bẩm sinh là:
- A. Nối phần đường mật ngoài gan dẫn với ống tiêu hoá
 - B. Cắt bỏ phần đường mật ngoài gan dẫn đối với thể dẫn toàn bộ đường mật
 - C. Ghép gan đối với thể dẫn toàn bộ đường mật dạng nang
 - D. Tất cả đều đúng
 - E. Tất cả đều sai

LỒNG RUỘT CẤP Ở TRẺ BÚ MẸ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các hình thái giải phẫu và nguyên nhân bệnh sinh của bệnh.
2. Chẩn đoán được các thể lâm sàng của lồng ruột.
3. Trình bày được cách chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

1. NGUYÊN NHÂN BỆNH SINH

Lồng ruột thường xảy ra ở bé trai nhiều hơn ở bé gái (2/1) trong độ tuổi bú mẹ cao nhất là từ 4 - 8 tháng. Tỷ lệ gặp thấp hơn sau 1 - 2 tuổi và hiếm gặp ở trẻ lớn.

Người ta phân biệt 3 loại lồng ruột:

1.1. Theo nguyên nhân

1.1.1. Lồng ruột nguyên phát

Gặp ở trẻ bú mẹ. Có liên quan đến bệnh lý của đường hô hấp trên do loại Adenovirus. Loại virus này gây ra viêm hạch mạc treo ruột chủ yếu là đoạn hồi tràng và viêm hạch sẽ làm gia tăng nhu động ruột tạo điều kiện thuận lợi cho lồng ruột thường xảy ra ở đoạn hồi - manh tràng. Điều này giải thích được lồng ruột thường xảy ra cao điểm tùy theo mùa dịch của virus.

1.1.2. Lồng ruột thứ phát

Xảy ra trong khoảng 10% trường hợp. Ở đây người ta tìm thấy một vài thương tổn thực thể gây ra lồng ruột như các loại u lành tính hoặc ác tính của ruột, các dị dạng ruột (ruột đôi, túi thừa Meckel...).

1.1.3. Lồng ruột sau mổ

Đây là một biến chứng sau phẫu thuật bụng ở trẻ em nhất là sau những phẫu thuật của cơ hoành hoặc những phẫu thuật thoát vị cơ hoành.

1.2. Theo tiến triển

Lồng ruột được chia thành 3 loại

1.2.1. Lồng ruột cấp tính

Xảy ra chủ yếu ở trẻ bú mẹ. Bệnh có diễn tiến nhanh và đưa đến nhiều biến chứng nguy hiểm như tắc ruột, hoại tử ruột, viêm phúc mạc, nhiễm độc. Đây cũng là một trong những cấp cứu bụng thường gặp ở lứa tuổi bú mẹ.

1.2.2. Lồng ruột bán cấp

Xảy ra ở lứa tuổi trẻ lớn (3-15 tuổi). Diễn tiến chậm, ít khi gây ra các biến chứng tắc ruột và hoại tử ruột.

1.2.3. Lồng ruột mạn

Xảy ra ở người lớn hoặc người già. Tiến triển chậm, có khả năng tự khỏi và tái phát nhiều lần, thường do nguyên nhân các khối u của đại tràng. Ít có nguy cơ hoại tử ruột.

Trong phạm vi bài này tập trung chủ yếu vào các loại lồng ruột cấp tính ở trẻ bú mẹ.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Cấu tạo giải phẫu bệnh

Tất cả các khối lồng ruột đều được cấu tạo bởi 3 thành phần chính:

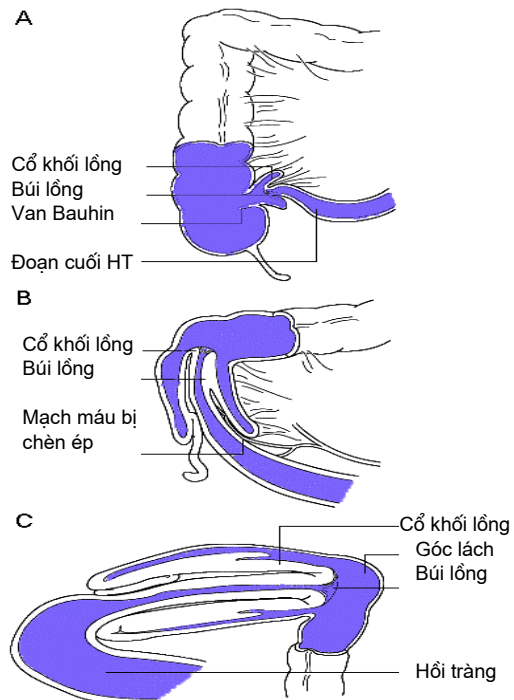
2.1.1. Búi lồng

Còn gọi là đầu lồng bao, gồm đoạn ruột bị lồng vào kết hợp với phần ruột bị lộn ngược, búi lồng thường sờ được dễ dàng trên lâm sàng cũng như trên bàn mổ.

2.1.2. Vị trí và hình thái

Lồng ruột chủ yếu xảy ra ở vùng hồi manh tràng (chiếm 90% các trường hợp) giữa đoạn ruột di động (hồi tràng) và đoạn ruột cố định (manh tràng và đại tràng lên).

Các loại lồng ruột đơn giản thường chỉ có kết hợp 3 lớp vỏ, những trường hợp phức tạp hơn khối lồng có thể đến 5 - 7 lớp áo. Các lớp này biểu hiện trên siêu âm bằng hình ảnh của nhiều vòng đồng tâm.



Hình 18.1. Các loại búi lồng và cấu tạo giải phẫu bệnh

- Thể lồng hồi - manh tràng và van Bauhin hiện diện dưới dạng đầu lồng là loại lồng ruột thường gặp nhất. Ruột thừa và manh tràng bị cuốn vào trong khối lồng.
- Thể lồng hồi - đại tràng ít gặp hơn. Thể này nguy cơ hoại tử rất cao vì cổ lồng và van Bauhin trở thành một vòng thắt rất chặt.
- Thể hồi - hồi manh tràng do đầu lồng nằm ở hồi tràng phía trên và cũng là một thể lồng có tỷ lệ hoại tử ruột cao.
- Các thể lồng đơn thuần giữa ruột non với ruột non hoặc đại tràng với đại tràng thường là thứ phát sau thương tổn của thành ruột tương ứng.

3. TIẾN TRIỂN

Lồng ruột không được phát hiện và xử lý sẽ tiến triển nặng dần lên. Do ruột và mạc treo không cố định nên khối lồng tiếp tục tiến sâu vào dọc theo khung đại tràng. Trong các thể cổ điển khối lồng sẽ dừng lại ở phần giữa của đại tràng ngang. Hạn hữu có trường hợp qua đến đại tràng trái hoặc vào trong sigma - trực tràng. Sự thắt nghẹt của mạc treo ở vùng cổ lồng gây ra một sự thiếu máu đoạn ruột tương ứng. Lúc đầu là xuất huyết niêm mạc do ứ trệ tĩnh mạch giải thích hiện tượng đại tiện ra máu. Sau đó sự thiếu máu do tắc nghẽn động mạch sẽ đưa đến hoại tử và thủng ruột, viêm phúc mạc nhiễm độc với tỷ lệ tử vong cao.

4. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

4.1. Thể điển hình ở trẻ bú mẹ 6 tháng

- Trẻ đang chơi đùa thì đột ngột lên cơn khóc thét nôn và bỏ vú. Sau vài phút cơn đau dịu đi trẻ yên tĩnh trở lại nằm thiếp đi rồi tiếp đến cơn đau thứ hai. Các cơn đau nối tiếp nhau là dấu hiệu gợi ý cho chẩn đoán.
- Sau 6 - 8 giờ kể từ cơn đau đầu tiên trẻ xuất hiện đại tiện ra máu tươi.
- Khám bụng thấy hố chậu phải rỗng và sờ được búi lồng nằm dọc theo khung đại tràng hình quả chuối di động và đau.
- Thăm trực tràng: bóng trực tràng thường rỗng và có máu dính găng.
- Chụp bụng không chuẩn bị: ít có giá trị chẩn đoán, thường để so sánh và đối chiếu với phim chụp sau tháo lồng bằng hơi.
- Chụp đại tràng cản quang: hình còng cua, đáy chén hoặc hình cắt cụt đại tràng. Người ta thường kết hợp chụp đại tràng để chẩn đoán và điều trị tháo lồng nếu bệnh nhân đến sớm.

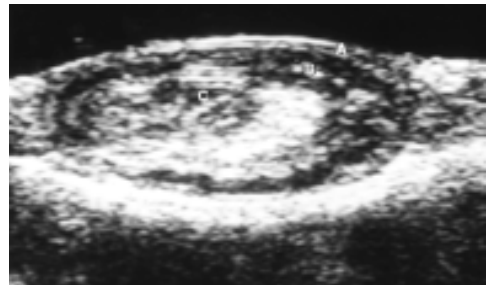


Hình 18.2. Hình ảnh búi lồng trên X quang: hình ảnh choán chỗ (trái)
Hình cắt cụt hay đáy chén (phải)

- Siêu âm bụng: cắt ngang khối lồng cho hình ảnh các vòng đồng tâm. Đây là xét nghiệm có giá trị để chẩn đoán nhất là ở những thể lồng ruột không điển hình.

4.2. Các thể lâm sàng khác

Tóm lại ở thể điển hình chẩn đoán thường đơn giản chủ yếu dựa vào lâm sàng. Trước đây trong kinh điển hai tác giả Fèvre và Ombrédance đã đưa ra các phương trình chẩn đoán lồng ruột cấp đến sớm và đến muộn.



Hình 12.3. Hình ảnh búi lồng trên siêu âm

- Nếu đến sớm dùng phương trình Fèvre:
 - Đau bụng khốc thét + số được búi lồng = Lồng ruột
 - Đau bụng khốc thét + đại tiện ra máu = Lồng ruột
 - Đau bụng khốc thét + hình ảnh X quang = Lồng ruột
- Nếu đến muộn dùng phương trình Ombrédance:
 - Hội chứng tắc ruột + đại tiện ra máu = Lồng ruột đến muộn

Tuy nhiên không phải bao giờ bệnh nhi cũng có đầy đủ các triệu chứng như trên. Trong một số trường hợp chẩn đoán sẽ rất khó khăn do thiếu các triệu chứng lâm sàng cơ bản. Cần thiết phải có sự trợ giúp của các phương tiện xét nghiệm cận lâm sàng như X quang đặc biệt là siêu âm.

4.2.1. Thể bán cấp ở trẻ lớn (2-3 tuổi)

Biểu hiện bệnh ít rầm rộ hơn, cơn đau lâm râm dễ nhầm lẫn với viêm ruột thừa hoặc viêm hạch mạc treo. Biến chứng tắc ruột và hoại tử ruột ít khi

xảy ra do búi lông thường lỏng lẻo. Siêu âm và chụp đại tràng cản quang thường giúp cho chẩn đoán xác định.

4.2.2. Lông hồi - hồi tràng

Xuất hiện dưới dạng một tắc ruột cấp tính và rất khó chẩn đoán được nguyên nhân trước mổ. Thường nhầm lẫn với xoắn ruột hoặc túi thừa Meckel. Chẩn đoán chỉ xác định được ngay trên bàn mổ.

4.2.3. Lông ruột sau mổ

Thường gặp ở đoạn hồi - hồi tràng. Các triệu chứng thường bị lu mờ do bệnh cảnh liệt ruột sinh lý sau mổ. Triệu chứng được gợi ý khoảng ngày thứ 3 hoặc thứ 4. Không có nhu động hoặc đã có rồi mất nhu động trở lại đồng thời xuất hiện nôn. X quang hình ảnh tắc ruột điển hình. Phần lớn đều được mổ với chẩn đoán “tắc ruột sớm” sau mổ.

5. ĐIỀU TRỊ

Có hai phương pháp điều trị chính:

5.1. Tháo lông bằng thủ thuật (không mổ)

5.1.1. Tháo lông bằng thủ thuật bơm không khí

- Chỉ định
 - + Tất cả lông ruột cấp đến sớm trước 24 giờ.
 - + Hạn chế đối với những trường hợp đến trong khoảng 24 - 48 giờ chưa có dấu tắc ruột và chưa có dấu hiệu nhiễm độc.
- Kỹ thuật
 - + Dùng dụng cụ bơm hơi kín có theo dõi áp lực (mmHg). Có thể dùng phương pháp điều chỉnh bằng tay hoặc phương pháp điều chỉnh tự động (bằng máy tháo lông).
 - + Áp lực bơm tối đa là 100mmHg. Trên áp lực này tai biến vỡ ruột dễ xảy ra.
 - + Trẻ phải được tiền mê tốt hoặc gây mê tĩnh mạch trong suốt quá trình tháo để tránh tai biến áp lực tăng đột ngột do trẻ vùng vẫy và rặn.
 - + Sau 3 đợt bơm đến áp lực tối đa nếu không thành công thì nên ngừng thủ thuật mà chuyển sang phẫu thuật.
- Đánh giá kết quả: nếu tháo thành công thì:

+ Ngay trên bàn tháo:

- Áp lực đồng hồ tụt đột ngột.
- Bụng bệnh nhi căng tròn đều
- Bơm tiếp áp lực không lên hoặc lên rất chậm.
- Xả hơi ra bụng bệnh nhi không xẹp lại.
- Sờ bụng không còn thấy búi lông.

Để kiểm tra ngay trên bàn tháo có thể đặt 1 sonde dạ dày và đầu sonde nhúng vào ly nước. Khi tháo được lồng hơi đi ngược lên đến dạ dày và sủi bọt ra ở ly.

+ Sau khi tháo lồng:

- Chụp X quang hơi qua đều ở ruột non hình tổ ong.
- Siêu âm bụng không còn hình ảnh búi lông.
- Cho uống than hoặc trẻ đại tiện phân đen sau 12 giờ.
- Trẻ hết đau, chơi đùa lại, bú không nôn, đại tiện bình thường.

– Các biến chứng do tháo lồng bằng không khí

+ Vỡ ruột: Do áp lực vượt cao trên mức an toàn, trẻ xuất hiện tím tái, suy hô hấp, ngừng thở do cơ hoành bị chèn ép.

Xử trí: hô hấp hỗ trợ, tháo hơi nhanh ra khỏi phúc mạc (chọc kim lớn hoặc rạch thủng phúc mạc) chuyển mổ để xử trí thương tổn.

+ Khó thở và trào ngược dạ dày + viêm phổi do hít:

Đề phòng: hô hấp hỗ trợ, thở oxy. Đặt sonde dạ dày hút sạch thức ăn trong dạ dày trước khi tiến hành thủ thuật.

5.1.2. Tháo lồng bằng thụt tháo đại tràng (áp lực thủy tĩnh)

Phương pháp này rất thông dụng ở các nước phát triển, thường được tiến hành tại phòng X quang. Dung dịch để tháo trước đây là dung dịch baryt, tuy nhiên gần đây do có nhiều tai biến nên được thay bằng các dung dịch hoà tan dạng gastrographin.

Trong phương pháp này thời gian tháo lồng sẽ kéo dài tốn kém bệnh nhân, ăn tia nhiều và tỷ lệ thành công thấp do không kiểm soát được áp lực.



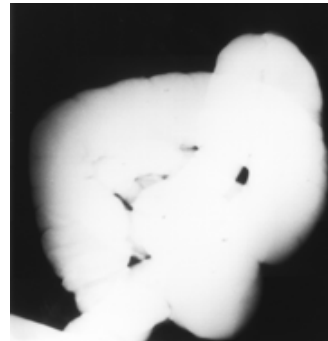
A



B



C

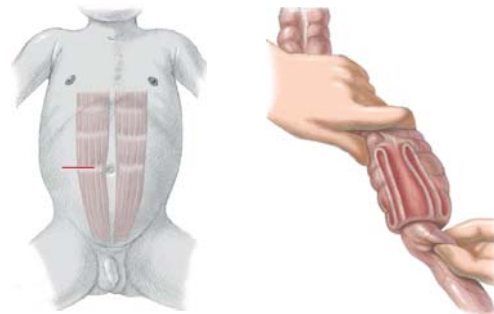


D

Hình 18.4. Tiến triển của tháo lồng bằng Baryte (A-B-C-D)

5.2. Tháo lồng bằng phẫu thuật

Chỉ định: ở những trẻ lồng ruột đến muộn sau 48 giờ, những trường hợp tắc ruột, có dấu nhiễm độc hoặc những trường hợp tháo lồng bằng hơi thất bại hoặc có biến chứng. Tùy theo thương tổn mà tháo lồng bảo tồn hoặc phải cắt nối ruột.



Hình 18.5. Phẫu thuật tháo lồng

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Lòng ruột cấp tính có đặc điểm là:
 - A. Chủ yếu gặp ở trẻ em
 - B. Có thể gặp ở người trưởng thành
 - C. Có thể gặp ở bất cứ mùa nào trong năm
 - D. A và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
2. Lòng ruột là một trong những nguyên nhân của:
 - A. Tắc ruột cơ học
 - B. Tắc ruột cơ năng
 - C. Xoắn ruột
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
3. Đặc điểm lâm sàng của lòng ruột cấp ở trẻ nữ nhi là:
 - A. Thường xảy ra đột ngột hay có tiền sử viêm long hô hấp trên trước đó
 - B. Trẻ khóc ưỡn người và nôn sau bú
 - C. Thường nôn dịch mật vàng
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
4. Các yếu tố tiên lượng thành công trong tháo lồng bằng hơi:
 - A. Áp lực giảm đột ngột
 - B. Bụng tròn đều
 - C. Không còn sờ thấy khối lồng
 - D. Tất cả đều đúng
 - E. Tất cả đều sai
5. Kỹ thuật tháo lồng ruột bằng hơi có nhược điểm là:
 - A. Không thấy được tiến triển của khối lồng được tháo
 - B. Phơi nhiễm bởi tia X
 - C. Không có dấu hiệu khách quan về tháo lồng
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng

6. Đánh giá tốt nhất lồng ruột được tháo bằng hơi thành công dựa vào:
- A. Không còn sờ thấy khối lồng
 - B. Bụng bệnh nhi tròn đều
 - C. Hơi ra ở xông dạ dày
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
7. Chống chỉ định tuyệt đối tháo lồng bằng hơi:
- A. Bệnh nhi có biểu hiện mất nước rõ nhiễm trùng, nhiễm độc
 - B. Bệnh nhi đại tiện phân máu
 - C. Bệnh nhi đến muộn sau 24 giờ
 - D. A và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
8. Chỉ định tuyệt đối tháo lồng phẫu thuật là:
- A. Bệnh nhi có biểu hiện viêm phúc mạc
 - B. Bệnh nhi đến muộn sau 24 giờ
 - C. Khối lồng nằm bên trái ổ bụng
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
9. Chỉ định mổ trong lồng ruột ở trẻ em là:
- A. Lồng ruột có nguyên nhân thực thể rõ ràng
 - B. Lồng ruột tái phát nhiều lần
 - C. Lồng ruột ở trẻ lớn
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
10. Nguyên tắc chung phẫu thuật trong tháo lồng cấp tính ở trẻ nữ nhi là:
- A. Tháo lồng ruột và giải quyết nguyên nhân
 - B. Cắt ruột thừa
 - C. Cố định hồi manh tràng
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng

11. Kết quả khách quan nhất được ghi nhận ngay sau khi tháo lồng bằng hơi thành công trong điều trị lồng ruột cấp là:

- A. Bụng bệnh nhi tròn đều
- B. Áp lực đồng hồ tháo trực đột ngột
- C. Xả hơi ra bụng không xẹp
- D. Sờ không được búi lồng
- E. Có hình tổ ong trên phim X quang bụng không chuẩn bị

12. Trong các dữ kiện sau đây, dữ kiện nào là cơ sở chính yếu để chỉ định phẫu thuật tháo lồng:

- A. Bệnh nhân đến muộn sau 24 giờ
- B. Bệnh nhân có biểu hiện viêm phúc mạc
- C. Siêu âm bụng búi lồng lớn và nằm ở cao
- D. X quang bụng có các mức hơi nước
- E. Khám trực tràng có nhiều máu dính găng

TẮC RUỘT SƠ SINH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chẩn đoán của hội chứng tắc ruột sơ sinh và chẩn đoán nguyên nhân.
2. Mô tả được biểu hiện lâm sàng của từng nguyên nhân gây tắc ruột sơ sinh.
3. Trình bày được cách chọn lựa các phương pháp điều trị thích hợp.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột sơ sinh là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong lĩnh vực ngoại nhi. Bệnh thường xảy ra trong 15 ngày đầu của đời sống. Bệnh liên quan mật thiết đến các ngành sản khoa và nhi khoa là nơi trẻ được phát hiện bệnh trước khi được chuyển đến tay phẫu thuật viên. Sự tiến bộ trong lĩnh vực gây mê và hồi sức nhi cùng với chẩn đoán và xử trí sớm đã làm giảm tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán trước khi sinh

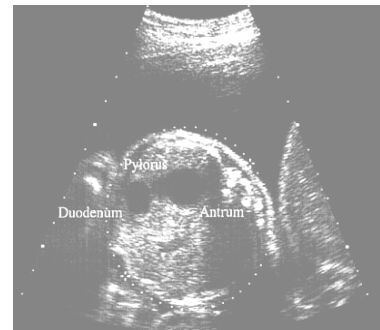
Với sự tiến bộ trong lĩnh vực siêu âm bào thai, người ta có thể chẩn đoán được nhiều loại dị tật bẩm sinh trước mổ. Hai dấu hiệu gợi ý của tắc ruột qua siêu âm bào thai là:

- Sự giãn nở bất thường của các quai ruột của bào thai.
- Sự giãn nở của khoang ối (dấu hiệu đa ối).

2.2. Chẩn đoán sau khi sinh

2.2.1. Hai dấu hiệu báo động

- Nôn mửa: thường xảy ra trong những giờ đầu của đời sống. Trong chất nôn thường có lẫn dịch mật vàng hoặc xanh, có khi nôn ra cả dịch ruột (dịch như màu phân).



Hình 19.1. Hình ảnh siêu âm bào thai

- Chậm đào thải phân su: bình thường phân su xuất hiện trong vòng 12 - 24 giờ mà không thấy phân su ở hậu môn là dấu hiệu chậm.

2.2.2. Bụng trướng

Là dấu hiệu muộn, dấu hiệu này còn tùy thuộc vào vị trí tắc, nếu tắc cao thì thường bụng không trướng mà đôi khi lại xẹp.

2.2.3. Thăm khám trực tràng

Dùng một sonde Nélaton nhỏ có bôi dầu nhờn đút vào hậu môn. Tùy theo loại bệnh mà đầu sonde sẽ có dính nhiều, ít hoặc không có phân su. Đây cũng là cách khám bắt buộc để hướng tới nguyên nhân gây bệnh.

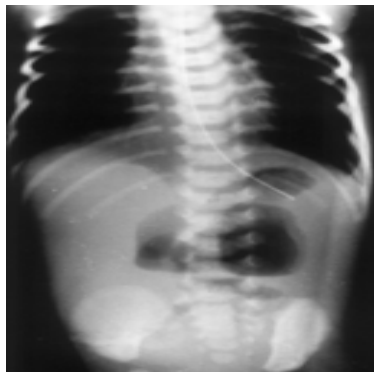
2.2.4. Bệnh cảnh lâm sàng

Sẽ được gợi ý hơn trước một trẻ đẻ non và có tiền sử đa ối cấp trong trong những tháng đầu của thai kỳ. Dấu hiệu đa ối rất thường gặp ở những trường hợp bệnh nhi tắc đường tiêu hóa ở cao (thực quản, môn vị, tá tràng, hồi tràng).

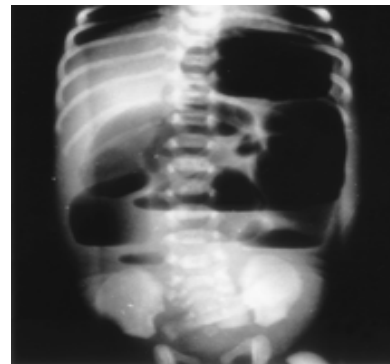
Dấu hiệu đa ối trong tắc ruột bào thai được các tác giả giải thích như sau: bình thường nước ối được hấp thu qua đường tiêu hoá của bào thai (do thai nhi nuốt nước ối qua đường miệng). Nếu đường tiêu hoá không có cản trở thì nước ối sẽ được hấp thu đầy đủ và trở lại về hệ tuần của nhau thai và mẹ. Trong trường hợp tắc ruột nhất là tắc ở cao thì số lượng nước ối hấp thu sẽ giảm đi và ứ đọng lại ngày một nhiều tạo thành đa ối.

2.2.5. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp bụng không chuẩn bị: giúp đánh giá nguyên nhân, vị trí của chỗ tắc dựa vào hình ảnh và số lượng của mức hơi nước, đám vôi hóa, hơi tự do trong ổ bụng. Hình ảnh X quang sẽ đặc thù cho từng loại tắc ruột sơ sinh.



(A)



(B)

Hình 19.2. X quang tắc ruột sơ sinh do teo hồi tràng (A) và teo hồng tràng (B)

- Chụp cản quang đường tiêu hoá: giúp chẩn đoán nguyên nhân các bệnh như megacolon, ruột ngừng quay, tắc tá tràng...
- Siêu âm giúp phát hiện các dị tật khác kèm theo, nhất là những dị tật ở đường tiết niệu và gan mật.

3. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

Chia thành 3 nhóm:

3.1. Nguyên nhân nội tại

Nguyên nhân gây tắc ruột có từ bên trong lòng ruột bao gồm: teo ruột và tắc ruột phân su.

3.2. Nguyên nhân ngoại lai

Nguyên nhân gây tắc ruột từ bên ngoài chèn vào:

- Tắc ruột do dây chằng hoặc dính.
- Viêm phúc mạc bào thai.

3.3. Nguyên nhân cơ năng

- Phình đại tràng bẩm sinh (bệnh Hirschsprung).
- Hội chứng nút phân su.

Ngoài ra trên cùng một bệnh nhân có thể cùng một lúc kết hợp nhiều nguyên nhân. Ví dụ: viêm phúc mạc bào thai kết hợp với teo ruột.

4. MỘT SỐ THỂ TẮC RUỘT SƠ SINH HAY GẶP

4.1. Teo ruột

- Có thể gặp bất cứ vị trí nào trên đoạn ruột, có thể teo một chỗ hoặc nhiều chỗ. Thường hay gặp nhất là teo ở đoạn cuối hồi tràng.
- Có 3 thể giải phẫu thường gặp: teo gián đoạn cả ruột và mạc treo (IIIa + IIIb), teo gián đoạn có dây xơ (II).
- Triệu chứng lâm sàng: bệnh cảnh tắc ruột sơ sinh, thăm trực tràng không có phân su mà chỉ có các kết thể nhầy màu trắng.
- Chụp phim bụng không chuẩn bị: hình ảnh tắc ruột điển hình với nhiều mức hơi nước. Số lượng của mức hơi nước tùy thuộc vào vị trí teo ở cao hoặc ở thấp.
- Chụp đại tràng cản quang: cho thấy hình ảnh đại tràng bé cơ năng.
- Điều trị: chủ yếu là phẫu thuật, cắt bỏ đoạn ruột teo và một phần đoạn phình ở trên rồi tái lập lưu thông tiêu hóa theo kiểu bên - bên, tận - chéo hoặc tận - bên có dẫn lưu (Bishop-Koop).



Hình 19.3. Minh họa một số thể giải phẫu teo ruột

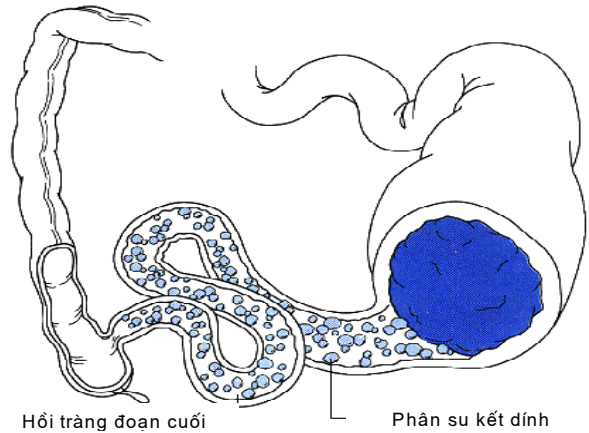
4.2. Tắc ruột phân su

Do phân su bị kết dính vào niêm mạc của toàn bộ đoạn cuối hồi tràng gây tắc ruột. Trên đại thể toàn bộ hồi tràng teo nhỏ trong lòng đầy các kết thể phân su cứng, phần hồi tràng ở trên giãn to trong lòng đầy phân su lỏng.

Sự kết dính của phân su là do sự hiện diện của chất nhầy (mucoprotéine), chất này còn hiện diện trong một số các tuyến ngoại tiết khác của cơ thể như ở gan, tụy, phế quản, tuyến mồ hôi. Do đó người ta xem tắc ruột phân su như là một biểu hiện sớm của căn bệnh hệ thống có tên là bệnh xơ nang tụy.

Chẩn đoán dựa vào tam chứng tắc ruột sơ sinh. Thăm trực tràng không có phân su mà chỉ có ít kết thể phân su trắng.

X quang bụng cho hình ảnh tắc ruột không điển hình và mức hơi dịch, đặc biệt ở vùng hố chậu phải có hình lấm tấm xen kẽ giữa các bọt hơi và phân su như hình “bọt xà phòng”.



Hình 19.4. Hình ảnh kết thể phân su

Điều trị: thực tháo đại tràng bằng dung dịch gastrografin với hy vọng dung dịch này sẽ thẩm thấu qua van Bauhin và hòa loãng các kết thể phân su để tống được ra ngoài. Theo dõi kết quả từ 6-12 giờ nếu thất bại thì chuyển mổ. Phẫu thuật lấy sạch kết thể phân su ở hồi tràng. Cắt bỏ đoạn ruột bị giãn và tái lập lưu thông tiêu hóa theo kiểu Bishop-Koop.

4.3. Tắc ruột do dây chằng hoặc dính

Do hậu quả của viêm dính từ thời kỳ bào thai và tạo thành các dây chằng hoặc các đoạn ruột dính gây tắc ruột.

Chẩn đoán dựa vào bệnh cảnh tắc ruột sơ sinh. Thăm trực tràng đầu xông có dính một ít phân su đen. X quang hình ảnh tắc ruột điển hình với các mức hơi nước.

Điều trị chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ dây chằng gỡ dính và giải phóng ruột.

4.4. Viêm phúc mạc bào thai

Thường do thủng ruột thời kỳ bào thai, dịch phân su theo lỗ thủng đổ ra ngoài ổ bụng. Do đọng dịch lâu ngày, ổ phúc mạc có thể hình thành các màng ngăn giả, ngăn kén chứa đầy dịch phân su, còn ruột bị chèn ép và co cụm lại sát với cột sống.

Bệnh cảnh lâm sàng: tắc ruột sơ sinh với đặc điểm bụng trướng căng, có tuần hoàn bàng hệ. Ở bé trai có thể thấy thêm dấu hiệu tràn dịch màng tinh hoàn hai bên do dịch phân su tràn xuống theo ống phúc tinh mạc.

X quang bụng mờ hoàn toàn, ruột non bị ép sát vào cột sống, có thể thấy liềm hơi dưới cơ hoành.

Điều trị chủ yếu là phẫu thuật hút sạch dịch phân su trong ổ bụng, phá bỏ các ngăn, các kén, màng giả, giải phóng ruột và tìm lỗ thủng. Lỗ thủng thường hay gặp ở đoạn hồi tràng. Đặt một xông Kehr để dẫn lưu lỗ thủng đưa ra ngoài. Sonde được rút vào ngày 7-10 và lỗ dò sẽ tự bít. Đôi khi có thể phát hiện và xử lý các thương tổn khác kèm theo như: teo ruột, tắc ruột phân su...

4.5. Phình đại tràng bẩm sinh (bệnh Hirschsprung)

Tham khảo bài phình đại tràng bẩm sinh

4.6. Hội chứng nút phân su

Thường do thiếu năng tạm thời của tụy gây tình trạng táo bón và ứ đọng phân su ở trực tràng. Đây là một thể tắc ruột sơ sinh đơn giản nhất mà trong điều trị chỉ cần thụt tháo đại tràng là có thể tổng được nút phân su ở trực tràng.

Chẩn đoán dựa vào hội chứng tắc ruột sơ sinh kết hợp với thăm trực tràng có hội chứng tháo cống. Tiếp tục thụt tháo thủ trong những ngày sau trẻ đi ngoài bình thường trở lại. Do có bệnh này người ta khuyên nên thụt tháo đại tràng thủ cho tất cả bệnh nhi tắc ruột sơ sinh để tránh phải can thiệp phẫu thuật sai lầm trên hội chứng nút phân su.

Phác đồ chẩn đoán tắc ruột sơ sinh



CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân thường gặp nhất của tắc ruột sơ sinh là:
 - A. Xoắn ruột
 - B. Teo ruột
 - C. Phình đại tràng bẩm sinh
 - D. A và B đúng
 - E. B và C đúng
2. Tắc ruột sơ sinh được định nghĩa là:
 - A. Tắc ruột xảy ra trong thời kỳ trẻ bú mẹ
 - B. Tắc ruột xảy ra trong thời kỳ trẻ dưới 4 tuần tuổi
 - C. Tất cả nguyên nhân gây nên tắc ruột ở trẻ em
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
3. Tam chứng tắc ruột sơ sinh là:
 - A. Đau bụng, nôn mửa, bí trung + đại tiện
 - B. Đau bụng, nôn mửa, chậm đi phân su
 - C. Đau bụng khóc thét, nôn mửa, phân máu
 - D. Nôn mửa, bụng trướng, chậm đi phân su
 - E. Nôn mửa, bụng trướng và bí trung tiện
4. Thăm trực tràng trong tắc ruột sơ sinh nhằm mục đích:
 - A. Xem có phân su không
 - B. Xem có máu không
 - C. Phân biệt tắc ruột cơ năng và tắc ruột cơ học
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
5. Hình ảnh X quang bụng trong teo ruột bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Hình ảnh các mức hơi-dịch điển hình
 - B. Hình ảnh dẫn các quai ruột non
 - C. Hình ảnh hai bóng hơi trong tắc tá tràng
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng

6. Hình ảnh X quang bụng trong tắc tá tràng bẩm sinh có đặc điểm:
- A. Hình ảnh hai bóng hơi
 - B. Hình ảnh các mức hơi dịch điển hình xếp theo hình bậc thang
 - C. Phim có thuốc cho hình ảnh dạ dày tá tràng dẫn và không qua thuốc
 - D. A và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
7. Các nguyên nhân tắc ruột cơ học gây nên tắc ruột sơ sinh là:
- A. Hội chứng nút phân su
 - B. Phình đại tràng bẩm sinh
 - C. Tắc ruột phân su
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
8. Chẩn đoán xác định tắc ruột sơ sinh phải dựa vào:
- A. Tam chứng tắc ruột sơ sinh
 - B. X quang có hình ảnh mức hơi dịch điển hình
 - C. Siêu âm có hình ảnh tắc ruột
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
9. Đặc điểm siêu âm chẩn đoán trước sinh teo ruột bẩm sinh là:
- A. Dạ dày và các quai ruột non dẫn
 - B. Đa ối
 - C. Đôi lúc thấy được nguyên nhân của tắc ruột
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
10. X quang đại tràng cản quang được chỉ định trong trường hợp nào sau đây của tắc ruột sơ sinh:
- A. Nghi ngờ phình đại tràng bẩm sinh
 - B. Nghi ngờ hội chứng nút phân su
 - C. Nghi ngờ tắc ruột phân su
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng

11. Điều trị nội khoa tắc ruột phân su bao gồm:

- A. Bồi phụ nước điện giải và ủ ấm
- B. Sử dụng thuốc có tác dụng kéo nước vào lòng ruột bằng đường miệng
- C. Sử dụng thuốc có tác dụng kéo nước vào lòng ruột bằng đường súc rửa
- D. A và B đúng
- E. A và C đúng

12. Điều trị ngoại khoa teo ruột bao gồm:

- A. Cắt bỏ đoạn ruột teo và tái lập lưu thông tiêu hoá
- B. Đưa hai đầu ruột ra ngoài theo kiểu hai nòng súng
- C. Nối ruột theo phương pháp Quenu
- D. A và B đúng
- E. Tất cả đều đúng

PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH (BỆNH HIRSCHSPRUNG)

MỤC TIÊU

1. *Xác định được các hình thái giải phẫu bệnh của bệnh phình đại tràng bẩm sinh.*
2. *Chẩn đoán được bệnh phình đại tràng bẩm sinh.*
3. *Trình bày được các phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh Hirschsprung là một bệnh khá phổ biến ở trẻ em. Hàng năm ở Mỹ có khoảng 700 trẻ sơ sinh mắc bệnh này. Ở châu Âu tỷ lệ bệnh là 1/5000 trẻ mới sinh.

Theo thống kê của Viện Nhi trung ương Hà Nội cho thấy bệnh Hirschsprung chiếm tỷ lệ 10,5% trong tổng số các bệnh cần can thiệp ngoại khoa.

Bệnh Hirschsprung có thể có biểu hiện lâm sàng rất sớm ở trẻ sơ sinh bằng bệnh cảnh tắc ruột cấp tính dễ đưa đến tử vong nếu không can thiệp kịp thời hoặc có biểu hiện bán cấp tính và mạn tính ở trẻ nhũ nhi và trẻ lớn với bệnh cảnh táo bón và tiêu chảy kéo dài thường diễn đưa đến tình trạng suy dinh dưỡng, trướng bụng, chậm phát triển về thể chất cũng như tinh thần.

2. NGUYÊN NHÂN BỆNH SINH

Cơ chế của sự tháo phân là một quá trình sinh lý phức tạp, nó được chi phối bởi nhu động của đại tràng phối hợp với hoạt động của cơ thắt hậu môn, khi những kích thích phó giao cảm đi từ các nhánh hạch của S2 S3 S4 thuộc đám rối thần kinh hạ vị dưới. Các nhánh này truyền kích thích tới các vùng thần kinh có ruột Anerbach và Meissner làm tăng cường sự co bóp cơ ruột, nhất là sự co cơ vòng và tạo thành nhu động độc lập của đại tràng. Trong bệnh Hirschsprung, do bệnh nhân thiếu các hạch phó giao cảm nên luồng thần kinh kích thích của phó giao cảm bị cắt đứt và đưa đến hậu quả là đoạn đại tràng

bệnh lý (đoạn vô hạch) bị mất nhu động và ngày càng teo nhỏ lại (vì không hoạt động) còn đại tràng bên trên do hậu quả tắc ở bên dưới sẽ cố gắng co bóp và ngày càng giãn to ra, những trường hợp bệnh nhi đến muộn đại tràng sẽ giãn gần như toàn bộ tạo thành bệnh lý mégacolon thường gặp ở trên lâm sàng.

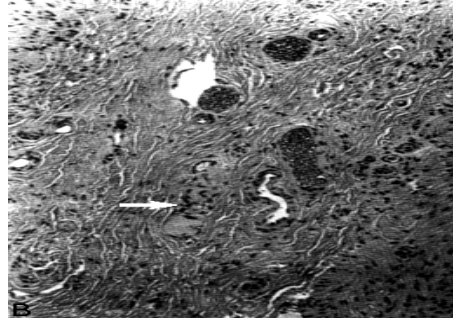
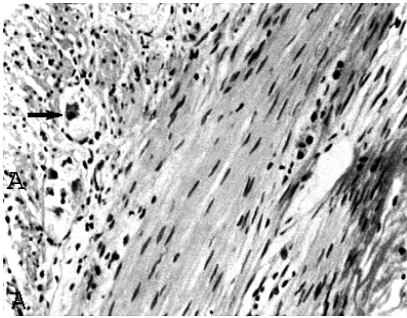
3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Đại thể

- Đại tràng sigma giãn rất to, đường kính gấp 4-5 lần bình thường, thành đại tràng dày có sự phì đại các lớp cơ, đại tràng thường dài hơn thường lệ, trong lòng có u phân, niêm mạc phù nề do viêm loét mạn tính.
- Đại tràng bên trên cũng giãn to, chủ yếu do trướng hơi, thành ruột không dày vì càng lên cao dần thì kích thước trở lại bình thường
- Đại tràng bên dưới càng đi xuống càng teo nhỏ giống như hình cái phễu. Đoạn đại tràng hẹp là đoạn vô hạch, chiều dài trung bình của đoạn vô hạch là 6-10cm. Chiều dài này có liên quan đến các biểu hiện lâm sàng của bệnh.
- Niệu quản và bàng quang: khoảng 2-3% bệnh Hirschsprung có giãn niệu quản và bàng quang kèm theo.

3.2. Vi thể

Tế bào hạch vắng mặt hoàn toàn ở đoạn ruột hẹp. Đám rối thần kinh Meissner-Auerbach chỉ còn là các sợi thần kinh. 90% bệnh Hirschsprung có đoạn vô hạch tập trung ở vùng sigma-trực tràng, 10% còn lại vô hạch có thể rải rác hoặc chiếm toàn bộ đại tràng.



A

B

Hình 20.1. Hình ảnh vi thể: đại tràng bình thường (A), đại tràng vô hạch (B)

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán lâm sàng

4.1.1. *Thể cấp tính*

Gặp ở giai đoạn tuổi sơ sinh tương ứng với giải phẫu bệnh là đoạn vô hạch dài 15-20cm. Các dấu hiệu để chẩn đoán bao gồm:

- Chậm đi phân su sau 24 giờ.
- Nôn mửa: ra sữa hoặc dịch mật và dịch ruột.
- Bụng trương căng có tuần hoàn bàng hệ và da bụng bóng láng.
- Thăm trực tràng bằng sonde Nélaton (hoặc bằng ngón tay út), khi rút sonde ra có “hội chứng tháo cống” nghĩa là phân, dịch và hơi đùn ra nhiều ở hậu môn và bụng xẹp hẳn đi. Với các dấu hiệu này cho phép chẩn đoán lâm sàng và cần xác định thêm bằng chụp đại tràng hoặc sinh thiết trực tràng.

4.1.2. *Thể bán cấp tính*

Xảy ra ở độ tuổi bú mẹ tương ứng với chiều dài của đoạn vô hạch trung bình (6-10cm).

- Bệnh nhi vào viện chủ yếu vì táo bón và tiêu chảy xen kẽ với nhau từng đợt và kéo dài dai dẳng.
- Bụng trương quai ruột nổi, có u phân ở hố chậu trái.
- Trẻ chậm lớn, thiếu máu, suy dinh dưỡng.
- Bụng có từng đợt bán tắc ruột tái diễn.
- Thăm trực tràng có u phân do ứ đọng.

Sinh thiết trực tràng và chụp đại tràng cho chẩn đoán xác định.

4.1.3. *Thể mạn tính*

Xảy ra ở trẻ lớn tương ứng với chiều dài đoạn vô hạch ngắn (< 6cm).

Đứa trẻ nhập viện với bệnh cảnh:

- Bán tắc ruột kéo dài trường diễn.
- Suy dinh dưỡng, chậm phát triển thể chất và tinh thần.
- Bụng trương to, khối u phân (Fécalome) rất lớn do ứ đọng.
- Tiền sử táo bón kéo dài từ lúc sinh.

X quang và sinh thiết cho chẩn đoán xác định bệnh.

4.2. Chẩn đoán X quang

- Trên phim không chuẩn bị có hình ảnh tắc ruột thấp, đại tràng giãn nhiều hơi, ở trẻ lớn có hình ảnh u phân lấm tấm ở hố chậu.
- Chụp đại tràng có cản quang bằng baryt cho hình ảnh đại tràng sigma giãn to, trực tràng teo nhỏ, giữa là đại tràng trung gian giống như hình cái phễu hoặc hình đuôi lợn.
- Ngoài ra còn có các hình ảnh phụ khác như đại tràng dài ra, thuốc ngấm không đều ở đoạn vô hạch, thuốc lưu lại trong đại tràng trên 24 giờ.



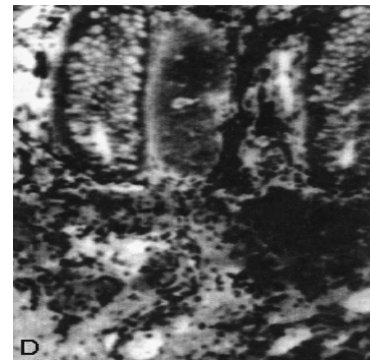
ư

Hình 20.2. Hình ảnh X quang trong bệnh hình đại tràng bẩm sinh: X quang không chuẩn bị (trái), và có bơm baryt (phải)

Chụp đại tràng có cản quang là xét nghiệm cơ bản giúp chẩn đoán xác định bệnh Hirschsprung với tỷ lệ chính xác là 85%. Xét nghiệm này không có giá trị chẩn đoán trong trường hợp vô hạch toàn bộ đại tràng, vô hạch cực ngắn hoặc trên những bệnh nhi đã được làm hậu môn nhân tạo.

4.3. Chẩn đoán giải phẫu bệnh

Sinh thiết trực tràng qua đường hậu môn, hút sinh thiết cho kết quả vắng mặt các tế bào hạch phó giao cảm ở đám rối thần kinh Meissner Auerbach. Xét nghiệm giải phẫu bệnh cho tỷ lệ chính xác 95-100%.



Hình 20.3. Hình ảnh vô hạch bằng nhuộm acetylcholin esterase

4.4. Đo áp lực bóng trực tràng - hậu môn

Cho kết quả không thấy có hiện tượng chun giãn của cơ thắt trong, xét nghiệm này thường chỉ áp dụng được ở trẻ sơ sinh từ ngày thứ 12 trở đi. Độ chính xác của phương pháp này khá cao từ 85-100%.

5. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

Điều trị triệt để bệnh Hirschsprung chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ đoạn vô hạch và tái lập lưu thông tiêu hoá trên cơ sở tôn trọng cấu trúc giải phẫu để bảo đảm chức năng đại tiện, tiểu tiện và chức năng sinh dục về sau.

5.1. Điều trị nội khoa

Chủ yếu là hỗ trợ cho ngoại khoa hoặc chờ đợi cho đến một độ tuổi thích hợp để mổ bao gồm:

5.1.1. Điều trị hồi sức

Đối với những trường hợp tắc ruột cấp tính ở trẻ sơ sinh và nữ nhi.

5.1.2. Điều trị đặc hiệu

Đối với những trường hợp bệnh nhi có biến chứng viêm ruột cấp tính với kháng sinh, bù dịch - điện giải, hồi sức chống choáng.

5.1.3. Điều trị thụt tháo

Để làm giảm áp và chống ứ đọng trong lòng đại tràng. Thụt tháo có thể tạm thời đối với những thể cấp tính hoặc thụt tháo kéo dài trong nhiều tháng đối với những bệnh nhi có đoạn vô hạch ngắn và trung bình để chờ đợi phẫu thuật triệt để khi điều kiện cho phép.

5.1.4. Điều trị hỗ trợ

Nuôi dưỡng, chế độ ăn, chống táo bón, chống suy dinh dưỡng, chống bội nhiễm ở đường tiêu hoá và đường hô hấp.

5.2. Điều trị ngoại khoa tạm thời

Mở thông đại tràng với mục đích giảm áp, giải quyết tình trạng tắc ruột và ứ đọng đã được thực hiện thường quy trong phần lớn các trường hợp Hirschsprung. Vị trí yêu cầu là phải thiết lập chỗ mở thông đại tràng ngay trên đoạn đại tràng lạnh và phải thoát phân triệt để.

- Vị trí lý tưởng theo Swenson là ở đoạn đại tràng lạnh ngay trên đoạn vô hạch với sự hướng dẫn của sinh thiết hạch. Vị trí này rất thích hợp để tiến hành phẫu thuật 2 thì (thì 1 mở thông đại tràng và thì 2 phẫu thuật Swenson).
- Nếu không có điều kiện sinh thiết hạch các phẫu thuật viên sẽ chọn vị trí đại tràng ngang và áp dụng phẫu thuật 3 thì (thì 1 mở thông đại tràng, thì 2 phẫu thuật cắt đoạn vô hạch, thì 3 đóng chỗ mở thông đại tràng).
- Trường hợp đoạn vô hạch dài hoặc chiếm toàn bộ đại tràng thì vị trí mở thông sẽ ở hồi tràng hoặc manh tràng.

5.3. Điều trị ngoại khoa triệt để

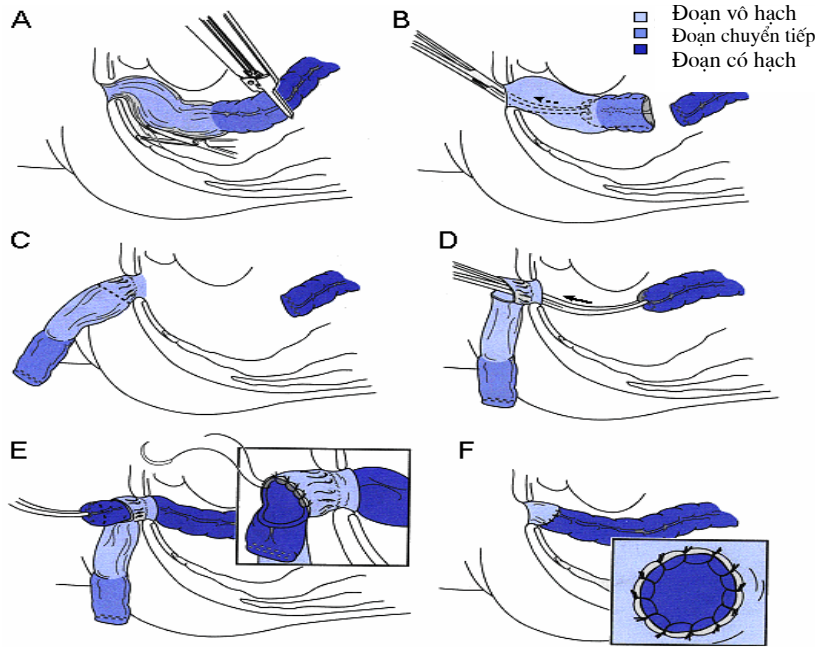
5.3.1. Chọn lựa tuổi phẫu thuật

Kinh điển các tác giả chọn độ tuổi trên 1 tuổi hoặc cân nặng từ 10kg trở lên. Với sự tiến bộ trong lĩnh vực gây mê hồi sức và phẫu thuật nhi, tuổi mổ đã hạ thấp dưới 6 tháng hay sớm hơn.

5.3.2. Các phương pháp phẫu thuật

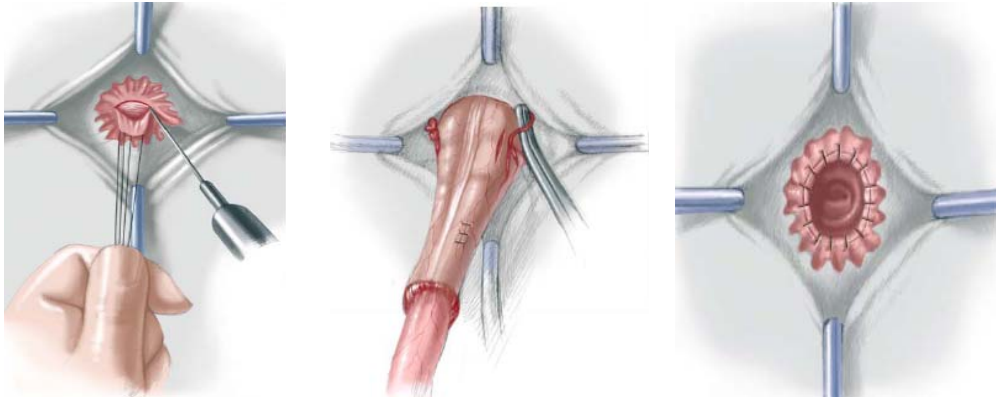
Có 4 phương pháp thông dụng:

- Phương pháp Swenson: cắt bỏ toàn bộ đoạn vô hạch. Nối đại tràng lành với ống hậu môn ở vị trí cách rìa hậu môn từ 0,5-2cm (Hình 20.4).



Hình 20.4. Phương pháp Swenson

- Phương pháp Duhamel: chữa lại bóng trực tràng vô hạch. Nối đại tràng lành với ống hậu môn ở thành sau trên đường lược.
- Phương pháp Soave: chữa lại một phần bóng trực tràng vô hạch, bóc toàn bộ niêm mạc chỉ chữa lại ống thanh cơ trực tràng. Hạ đại tràng lành luôn qua ống thanh cơ và nối với ống hậu môn trên vị trí đường lược.
- Phương pháp Rehbein và State: áp dụng như trong các phẫu thuật cắt thành trước (Resection antérieure) miệng nối đại tràng lành và trực tràng cách rìa hậu môn khoảng 5cm.



Hình 20.5. Phẫu thuật Soave đường hậu môn

Gần đây cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, phần lớn các bệnh viện đã triển khai và áp dụng trong điều trị bệnh Hirschsprung với kết quả rất tốt.

5.3.3. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sớm

- Rò miệng nối Swenson: tạo áp xe ở hố ngồi trực tràng hoặc áp xe quanh trực tràng. Thường chỉ cần rạch tháo mủ theo đường trực tràng, tuy nhiên hậu quả rò miệng nối sẽ đưa đến xơ hẹp miệng nối về sau.
- Rối loạn tiết niệu và sinh dục: biến chứng này chủ yếu gặp trong phẫu thuật Swenson do bóc tách thái quá làm thương tổn thần kinh bàng quang và sinh dục.

Biến chứng muộn

- Sốt đoạn vô hạch: gặp từ 9-14%. Sốt đoạn vô hạch có thể gặp ở đoạn đại tràng bên trên do không đánh giá được trong khi mổ hoặc xảy ra ở phần dưới do chừa lại móm trực tràng quá dài. Sốt đoạn vô hạch sẽ biểu hiện trên lâm sàng bằng hội chứng táo bón kéo dài sau mổ. Tùy theo mức độ để có thái độ xử lý thích hợp.
 - + Đối với thể nhẹ: chỉ cần nong hậu môn và theo dõi nếu tình trạng không đỡ thì cắt cơ tròn trong.
 - + Đối với thể trung bình và nặng: cần xác minh lại bằng sinh thiết hoặc chụp đại tràng và có kế hoạch mổ lại.
- Biến chứng hẹp miệng nối: thường do hậu quả của bực, rò hoặc sau mổ không được nong hậu môn đều đặn. Tùy mức độ để có thái độ xử trí nong hậu môn, cắt vòng xơ hẹp hoặc phẫu thuật làm lại miệng nối.
- Biến chứng són phân: biến chứng này thường xảy ra sau mổ nhưng thường cải thiện dần từ 6 tháng đến 3 năm, nguyên nhân có thể do sự giãn rộng

quá mức của hậu môn, do căng đầy đại tràng, do phân lỏng hoặc do kích thích và thương tổn thần kinh vùng chậu. Tùy theo mức độ tổn thương bệnh nhi sẽ được điều trị nội khoa, tập luyện dần phản xạ hoặc tạo hình lại cơ vòng hậu môn.

- Sự tuân thủ các nguyên tắc về kỹ thuật mổ sẽ giúp tránh và giảm được biến chứng này.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Bệnh Hirschsprung có đặc điểm:
 - A. Là bệnh di truyền trên nhiễm sắc thể thường
 - B. Gây nên bệnh táo bón trường diễn hay tắc ruột ở trẻ em
 - C. Có thể gặp ở bất cứ lứa tuổi nào
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
2. Bệnh Hirschsprung được đặc trưng bởi:
 - A. Hiện tượng không có tế bào hạch thần kinh ở các đám rối dưới niêm mạc và lớp cơ
 - B. Di truyền trên nhiễm sắc thể thường
 - C. Tình trạng táo bón trường diễn ở trẻ em
 - D. A và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
3. Các đám rối thần kinh tự chủ ở ruột có đặc điểm:
 - A. Chi phối vận động tự chủ của ruột
 - B. Ít dần về phía thực quản và hậu môn
 - C. Khi quá phát triển hay quá ít thì gây nên tình trạng rối loạn tiêu hoá dạng táo bón hay đại tiện quá nhiều lần trong ngày
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
4. Lâm sàng của bệnh Hirschsprung thể đại tràng sigma điển hình là:
 - A. Triệu chứng thường xuất hiện thời kỳ sơ sinh dạng tắc ruột
 - B. Triệu chứng thường xuất hiện khi trẻ đã lớn dưới dạng táo bón mạn tính
 - C. Có dấu hiệu tháo cống điển hình

- D. A và B đúng
E. A và C đúng
5. Tần suất các thể giải phẫu của bệnh Hirschsprung có đặc điểm là:
A. Hay gặp nhất là thể hậu môn-trực tràng, khoảng 70%.
B. Hay gặp nhất là thể trực tràng-đại tràng sigma, khoảng 75-80%.
C. Ít gặp nhất là thể đại tràng trái.
D. A và C đúng.
E. B và C đúng.
6. Đặc điểm X quang đại tràng cản quang của bệnh Hirschsprung là:
A. Thường có hình phễu điển hình ở thể trẻ sơ sinh.
B. Thường có hình phễu điển hình ở thể trẻ lớn.
C. Hình ảnh này rõ nhất trên phim chụp thẳng.
D. A và C đúng.
E. B và C đúng.
7. Chẩn đoán bệnh Hirschsprung có thể chỉ dựa vào:
A. Lâm sàng và X quang.
B. Lâm sàng và giải phẫu bệnh.
C. Siêu âm và nội soi tiêu hoá.
D. A và B đúng.
E. A và C đúng.
8. Yếu tố chắc chắn nhất để chẩn đoán bệnh Hirschsprung là:
A. X quang đại tràng cản quang.
B. Sinh thiết trước mổ.
C. Giải phẫu bệnh trong và sau mổ.
D. Nội soi tiêu hoá.
E. Tất cả đều sai.
9. Chẩn đoán phân biệt bệnh Hirschsprung với các bệnh:
A. Hội chứng nút nhầy phân su ở giai đoạn sơ sinh.
B. Tắc ruột phân su ở giai đoạn sơ sinh.
C. Táo bón có nguồn gốc nội khoa ở trẻ lớn.
D. A và C đúng.
E. Tất cả đều đúng.

10. Nguyên tắc phẫu thuật bệnh Hirschsprung là:

- A. Cắt bỏ đoạn đại- trực tràng vô hạch.
- B. Nối bắt cầu từ đoạn bình thường bên trên với ống hậu môn.
- C. Hạ bóng trực tràng.
- D. A và C đúng.
- E. Tất cả đều sai.

11. Phẫu thuật bệnh Hirschsprung theo 3 thì có nghĩa là:

- A. Thì 1 làm hậu môn trực tràng, thì 2 hạ bóng trực tràng và thì 3 đóng hậu môn trực tràng.
- B. Thì 1 làm hậu môn trực tràng và hạ bóng trực tràng, thì 2 đóng hậu môn trực tràng và thì 3 làm lại miệng nối.
- C. Thì 1 phẫu thuật Pull-through, thì 2 mở hậu môn trực tràng và thì 3 đóng hậu môn trực tràng.
- D. A và B sai.
- E. Tất cả đều sai.

DI DẠNG BẨM SINH VÙNG RỖN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được phôi thai học của thoát vị rốn.
2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của thoát vị rốn.
3. Trình bày được thái độ xử trí của thoát vị rốn.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị cuống rốn là một dị dạng bẩm sinh trong đó một số tạng bụng trôi ra ngoài ổ bụng qua lỗ hổng của vành đai rốn tạo thành một khối phình được bọc kín bởi lớp phúc mạc nguyên thủy và lớp màng ối ở vùng rốn.

Dị dạng được gọi bằng nhiều tên khác nhau và cũng chưa thống nhất với nhau về tên gọi nên trong phần lớn y văn đều được dùng chung dưới một danh từ là Omphalocèle.

Đây là một dị tật tương đối ít gặp với tần suất khoảng 1/5.000 - 1/10.000 trường hợp sinh. Ngày nay với sự tiến bộ trong phẫu thuật và gây mê hồi sức nhi, nhiều trường hợp bệnh nặng đã được cứu sống ngay cả đối với những thể thoát vị cuống rốn khổng lồ.

2. PHÔI THAI HỌC

Ruột nguyên thủy bắt đầu quay từ tuần thứ 5 đến tuần thứ 10 của thai kỳ: do ruột giữa phát triển nhanh trong lúc khoang bụng lại phát triển chậm nên không đủ chỗ để chứa, lúc đó các quai ruột sẽ thoát vị qua vòng đai rốn để ra ngoài tạo thành hiện tượng thoát vị sinh lý. Từ tuần lễ thứ 11 đến 12 trở đi, ruột tiếp tục quay và đi dần vào lại, khoang bụng lúc này phát triển rộng hơn và vòng đai rốn từ từ khép lại chỉ còn lại dây rốn đi qua. Nếu vì một lý do nào đó mà thành bụng ngừng phát triển và vòng đai rốn không khép lại, ruột sẽ ngừng lại bên ngoài ổ bụng cho đến ngày sinh mà không được da che phủ, trường hợp này được gọi là thoát vị cuống rốn.

Như vậy có thể nói rằng thoát vị cuống rốn là sự tồn tại sau sinh của thoát vị sinh lý từ thời kỳ bào thai.

3. BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

3.1. Chẩn đoán trước sinh

Chủ yếu dựa vào siêu âm bào thai. Siêu âm có thể cho hình ảnh chính xác của khối thoát vị do được đường kính của khối để có tiên lượng ban đầu cho hướng xử trí về sau và đồng thời cũng phát hiện được các dị tật phối hợp.

3.2. Chẩn đoán sau sinh

3.2.1. Chẩn đoán

Chẩn đoán dễ dàng sau sinh bằng sự xuất hiện một khối bất thường vùng rốn với các đặc điểm:

- Khối bất thường nằm ngay vùng giữa rốn đường kính thay đổi từ vài cm cho đến lớn bằng đầu của đứa bé.
- Thành bụng phát triển ngừng lại quanh chân của khối, chỉ còn lại một lớp màng túi mỏng phủ lên khối, qua lớp màng này có thể thấy các quai ruột hoặc gan ở bên dưới.
- Da ngừng phát triển quanh chân khối và tạo thành một đường viền tròn theo chu vi của chân cuống rốn.
- Cuống rốn nằm ở giữa khối ngay trên đỉnh hoặc cực dưới của khối.

3.2.2. Khám lâm sàng

Sờ nắn khối phình để kiểm tra các tạng ở bên dưới như gan, lách hoặc các quai ruột. Kiểm tra tình trạng dính của các tạng vào màng túi, đồng thời ấn thử khối vào bên trong để tiên lượng sự tương hợp giữa thể tích của khối thoát vị và thể tích ổ bụng.



A



B

Hình 21.1. Các dị dạng bẩm sinh vùng rốn thường gặp

A. Omphalocele (thoát vị cuống rốn) B. Khe hở thành bụng (ổ tạng bẩm sinh)

3.2.3. X quang và siêu âm

Giúp đánh giá tình trạng các tạng trong ổ phúc mạc, phát hiện các dị tật khác kèm theo như tắc ruột sơ sinh, tắc tá tràng ...

3.3. Các dị tật phổi hợp

Khoảng 50 - 70% dị tật thoát vị cuống rốn có kèm theo các dị tật khác phổi hợp. Trong đa số các dị tật này không đòi hỏi phải can thiệp cấp cứu như sút môi, hở hàm ếch, lộ bàng quang... Tuy nhiên, cũng có trường hợp phải can thiệp cấp cứu như : teo thực quản, teo ruột... Thường chính các dị tật phổi hợp này sẽ làm cho tiên lượng của bệnh càng nặng nề hơn nhất là bệnh thường hay xảy ra trên cơ địa của những trẻ đẻ non, thiếu tháng, thiếu cân...

4. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

4.1. Điều trị tổng quát

- Băng ẩm màng túi thoát vị với dung dịch nước muối sinh lý. Dưới sự bảo vệ của băng ẩm, màng túi sẽ được bảo vệ chống nhiễm trùng, chống va chạm gây tổn thương và chống mất dịch, mất nhiệt ở trẻ sơ sinh.
- Đặt sonde dạ dày để ngăn ngừa tình trạng trướng dạ dày và ruột, làm giảm thể tích của ruột ở trong khối thoát vị và trong ổ bụng.
- Kích thích hoặc thụt đại tràng qua đường hậu môn để tháo phân su. Với động tác này sẽ đào thải một lượng phân su khoảng từ 150 - 180ml.
- Kháng sinh được dùng từ đầu với loại có kháng khuẩn phổ rộng để chống và ngăn ngừa nhiễm trùng.
- Cung cấp năng lượng và dịch điện giải với số lượng khoảng 140 - 160ml/kg/24 giờ bằng đường tĩnh mạch
- Cho thêm vitamin K và truyền máu trong mổ nếu cần thiết.

4.2. Điều trị phẫu thuật

4.2.1. Chỉ định

Tùy thuộc vào thời gian vào viện, kích thước của khối thoát vị và biến chứng vỡ màng túi thoát vị.

- *Thời gian:* nên phẫu thuật càng sớm càng tốt vì lý do màng túi chỉ bảo vệ khối thoát vị trong vòng 12 - 24 giờ đầu sau sinh, sau thời gian này biến chứng hoại tử, nhiễm trùng và thủng màng túi thoát vị dễ xảy ra và đưa lại kết quả xấu cho phẫu thuật.
- *Kích thước của khối thoát vị:* dựa vào khả năng phục hồi thành bụng người ta chia thoát vị cuống rốn thành 3 nhóm chính:
 - Nhóm I: khối thoát vị có đường kính < 5 cm.
 - Nhóm II: khối thoát vị có đường kính từ 5 - 8 cm.
 - Nhóm III: khối thoát vị có đường kính > 8cm.

- Ở các trẻ sơ sinh thuộc nhóm I: thành bụng và khoang bụng đã phát triển tương đối hoàn chỉnh, khá đủ chỗ cho khối thoát vị do đó có thể đưa khối vào ổ bụng mà không gây chèn ép và có thể phục hồi thành bụng một thì.
- Ở các trẻ sơ sinh thuộc nhóm II: cũng có chỉ định phẫu thuật phục hồi thành bụng một thì, tuy nhiên do tình trạng ổ bụng chưa phát triển đầy đủ nên khi đưa khối thoát vị vào ổ bụng phải theo dõi sát các biến chứng do chèn ép. Nếu có xuất hiện dấu hiệu thiếu năng tuần hoàn và hô hấp sau phục hồi thành bụng một thì thì phải chuyển ngay qua phương pháp phục hồi thành bụng 2 thì.
- Ở trẻ sơ sinh nhóm III: phẫu thuật thường gặp nhiều khó khăn do ổ bụng chưa phát triển đầy đủ trong lúc thể tích khối thoát vị lại quá to, do đó nếu cố gắng làm thì sẽ xảy ra tai biến do chèn ép như:
 - + Rối loạn hô hấp do chèn ép cơ hoành và các tạng trong trung thất
 - + Chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây cản trở tuần hoàn trở về.
 - + Nghẹt ruột và các tạng tiêu hoá
 Những tai biến này cuối cùng dẫn đến tử vong sau phẫu thuật. Do đó, đối với nhóm này các phẫu thuật viên thường chọn phương pháp phục hồi thành bụng hai thì hoặc các phương pháp bảo tồn khác.
- Biến chứng vỡ màng túi thoát vị hoặc nhiễm trùng phúc mạc: cần phải mổ cấp cứu khẩn để giải quyết tình trạng viêm phúc mạc và phục hồi thành bụng. Ở đây tiên lượng thường khá nặng nề và tử vong cao do tình trạng viêm phúc mạc kết hợp với tình trạng thất bại trong phục hồi thành bụng do nhiễm trùng.

4.2.2. Kỹ thuật mổ

- *Phương pháp phục hồi thành bụng một thì:* được áp dụng trong nhóm 1 và một số trường hợp của nhóm 2. Kỹ thuật mổ thường đơn giản bao gồm bóc tách lớp da, cơ ngay chân của túi thoát vị sau khi đã thắt động mạch và tĩnh mạch rốn. Mở màng túi, giải phóng ruột nếu có dính, kiểm tra các dị tật khác của tiêu hoá, đưa ruột vào ổ bụng nhẹ nhàng và đóng thành bụng.
- *Phương pháp phục hồi thành bụng 2 thì:* mục đích để ngăn ngừa các tai biến do chèn ép khi phục hồi thành bụng.
- *Phương pháp Gross:* rạch quanh khối thoát vị bóc tách lớp cơ và da đủ rộng để phủ lên khối thoát vị chỉ chừa lại lớp cân và màng túi. Phương pháp này có các ưu điểm sau:
 - + Do có màng túi che chở nên ổ bụng chống đỡ được tình trạng nhiễm trùng và dính ruột sau mổ.
 - + Nội tạng không bị chèn ép nên tránh được các tai biến về hô hấp và tuần hoàn. Sau khi mổ xong đứa trẻ sẽ có một khối xơ thành bụng ở vùng rốn, tuy nhiên vẫn thích nghi được.

+ Thì 2 của phẫu thuật phục hồi thành bụng sẽ tiến hành sau một năm khi ổ bụng đã tăng thể tích và phát triển bình thường. Bên cạnh ưu điểm phương pháp này cũng có một số hạn chế như:

- Do để lại lớp màng túi nên một số trường hợp nhiễm trùng từ màng túi lan ra gây nhiễm trùng và bục lại vết mổ nhất là ở những bệnh nhi đến muộn sau 24 giờ.
- Do kéo da quá căng nên xảy ra tình trạng thiếu dưỡng và hoại tử da. Để tránh biến chứng này Bairov khuyên nên xẻ thêm vài đường rạch phụ trên vật da để vừa giảm căng và giúp thoát dịch ứ đọng.



Hình 21.2. Phẫu thuật đóng da đơn thuần để che tạng của Gross

– *Phương pháp dùng mảnh ghép (silo):* phương pháp này được Schuster giới thiệu từ năm 1947. Lúc đầu người ta dùng mảnh ghép chất dẻo bằng teflon, sau này thay thế bằng chất dẻo silon hay silastic silo. Hai mảnh silon được khâu vào hai bờ cơ quanh chân khối thoát vị rồi khâu chập dính ở hai bờ trên. Sau 5-10 ngày khối phồng tụ thấp dần làm hai mảnh silon trở nên lỏng lẻo. Người ta khâu tiếp đường khâu thứ hai để thắt chặt túi và cắt bỏ phần ở trên, cứ tiếp tục cho đến khi khối thoát vị vào hẳn trong ổ bụng người ta mới tiến hành phục hồi thành bụng. Với phương pháp này có thể rút ngắn được thời gian so với kỹ thuật mổ hai thì.



A



B

Hình 21.3. Phương pháp silo: kính điển (A), sử dụng túi chế sẵn (B)

– *Phương pháp băng ép áp lực từ bên ngoài:* với phương pháp này, Barlow và cộng sự đã áp dụng được cho những khối thoát vị có đường kính > 10cm.

Đứa trẻ được xông dạ dày hút liên tục để làm giảm trương bụng do hơi dịch trong dạ dày và ruột kết hợp với việc giúp đào thải phân su ứ đọng ở trong đại tràng. Khối thoát vị được băng ép bằng loại băng đàn hồi và đỉnh của khối được treo để giữ cho toàn bộ khối cố định ngay trên vòng rốn của bệnh nhi. Theo chiều của trọng lực khối sẽ vào ổ bụng dần làm cho dây treo và băng lỏng đi trong ngày hôm sau và người ta sẽ tiến hành băng ép lại hàng ngày. Trong vòng 5-7 ngày khối sẽ vào hẳn trong ổ bụng và lúc đó người ta sẽ tiến hành phục hồi thành bụng một thì.

Phương pháp này có nhiều ưu điểm hơn phương pháp silo. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện cần phải theo dõi áp lực ổ bụng liên tục để tránh biến chứng chèn ép và đồng thời phải thực hiện dưới gây mê toàn thân và thở máy nên chỉ được thực hiện ở các trung tâm lớn có điều kiện về phẫu thuật sơ sinh.

4.3. Các phương pháp điều trị bảo tồn

Đối với các khối thoát vị quá lớn hoặc nếu ở những trung tâm không có điều kiện để phẫu thuật người ta có thể áp dụng phương pháp điều trị nội khoa bảo tồn sau:

4.3.1. Phương pháp Grob

Nguyên tắc của phương pháp này là giữ ẩm màng túi thoát vị và chống nhiễm khuẩn bằng cách chăm sóc và bôi thuốc đỏ 2% và băng vô khuẩn hàng ngày và chờ đợi cho tổ chức hạt và da phủ kín toàn bộ khối thoát vị. Vấn đề phục hồi thành bụng sẽ được thực hiện về sau tùy theo từng trường hợp.

Nhược điểm của phương pháp này là thời gian điều trị kéo rất dài, phải nằm bệnh viện để theo dõi sát diễn biến và can thiệp khi có tai biến xảy ra.

4.3.2. Che phủ khối thoát vị bằng màng sinh học

Màng ôi được chọn lựa làm màng sinh học để phủ lên khối thoát vị giúp che phủ chống nhiễm khuẩn và kích thích tổ chức hạt phát triển nhanh.

4.3. Che phủ bằng màng tổng hợp (polymer)

Màng Opsite thường được chọn để che phủ và tái tạo lại màng túi thoát vị như các màng sinh học.

5. KẾT QUẢ VÀ TIÊN LƯỢNG

Trước khi các phương pháp điều trị bảo tồn được áp dụng thì tỷ lệ tử vong chung của các thoát vị cuộn rốn rất cao khoảng 30-70%. Tiên lượng rất xấu đối với thoát vị to, đến muộn và có biến chứng. Ngày nay, nhờ sự tiến bộ trong gây mê và phẫu thuật ở trẻ sơ sinh nên đã làm giảm đáng kể các tai biến và biến chứng của phẫu thuật, góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong của phẫu thuật xuống dưới 20%.

Kết quả của các phương pháp điều trị bảo tồn cho phép các tác giả mở rộng chỉ định và thành công trong các trường hợp mà trước đây phẫu thuật thường cho những kết quả không chắc chắn đã mang lại một triển vọng tốt đẹp cho việc điều trị thoát vị cuộn rốn bẩm sinh ở trẻ em.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Số tạng bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Gần như luôn luôn ở bên trái của rốn
 - B. Gần như luôn luôn ở bên phải của rốn
 - C. Khe hở ngay ở trung tâm rốn
 - D. Chủ yếu xảy ra ở các bà mẹ lớn tuổi
 - E. Tất cả đều sai
2. Số thành bụng bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Gần như luôn luôn ở bên trái rốn
 - B. Khiếm khuyết ở ngay trung tâm rốn
 - C. Chủ yếu xảy ra ở các bà mẹ dưới 20 tuổi
 - D. Tiên lượng sống của trẻ thường tốt
 - E. Tất cả đều sai
3. Trong số tạng bẩm sinh, rất thường có dị tật khác kèm theo là:
 - A. Nhiễm sắc thể
 - B. Tim bẩm sinh
 - C. Ruột quay không hoàn toàn
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
4. Chẩn đoán trước sinh khiếm khuyết thành bụng bẩm sinh có đặc điểm:
 - A. Chẩn đoán thường dựa vào siêu âm thai
 - B. Thường thấy được hình ảnh trực tiếp của tạng số ra hay của khối số thành bụng
 - C. Giúp cho thầy thuốc có thái độ xử trí và lời khuyên đối với sản phụ về thai nhi
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
5. Săn sóc trước mổ bệnh nhi số tạng bẩm sinh bao gồm:
 - A. Hồi sức và ủ ấm
 - B. Bù dịch mất và bổ sung vitamin K
 - C. Đánh giá các dị tật bẩm sinh kèm theo
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng

6. Tiên lượng sống của bệnh nhi dị tật khuyết thành bụng bẩm sinh phụ thuộc:
- A. Các dị tật kèm theo nặng khác
 - B. Cân nặng và tuổi thai khi sinh
 - C. Tuổi và tình trạng sức khoẻ của mẹ khi sinh
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
7. Tiên lượng sống của bệnh nhi dị tật khuyết thành bụng bẩm sinh phụ thuộc:
- A. Săn sóc và hồi sức bệnh nhi trước và sau mổ
 - B. Dị tật bẩm sinh khác kèm theo
 - C. Tuổi thai khi sinh
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
8. Điều trị phẫu thuật dị tật ổ thành bụng bẩm sinh bao gồm:
- A. Đóng bụng một thì
 - B. Đóng bụng dần theo nguyên lý silo
 - C. Thoa thuốc gây sùng hoá
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
9. Điều trị dị tật ổ tạng bẩm sinh bao gồm:
- A. Đóng bụng một thì
 - B. Thoa thuốc gây sùng hoá
 - C. Đóng bụng dần theo nguyên lý silo
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
10. Điều trị dị tật ổ thành bụng bẩm sinh bao gồm:
- A. Đóng bụng một thì
 - B. Đóng bụng dần theo nguyên lý silo
 - C. Thoa thuốc gây sùng hoá
 - D. A và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng

BỆNH LÝ ỚNG PHÚC TINH MẠC

MỤC TIÊU

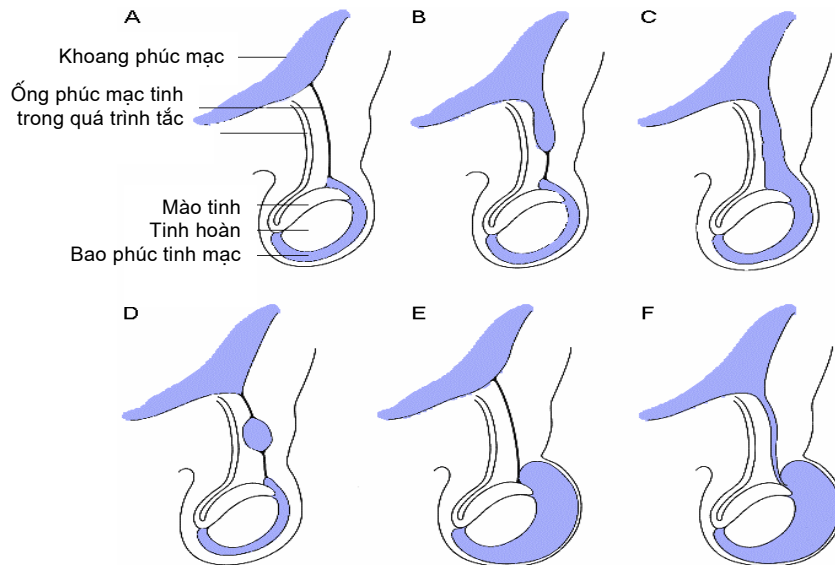
1. Trình bày được nguồn gốc bào thai học của bệnh lý ống phúc tinh mạc
2. Chẩn đoán được các bệnh lý ống phúc tinh mạc hay gặp.

1. ĐẠI CƯƠNG

Sự tồn tại của ống phúc tinh mạc là một loại bệnh lý rất thường gặp ở trẻ em mà bệnh cảnh lâm sàng thường biểu hiện bằng hai hình thái:

- Hình thái cấp tính đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật như thoát vị bẹn.
- Hình thái mạn tính mà sự phát hiện thường là tình cờ qua thăm khám tổng quát như u nang thờng tinh.

2. BÀO THAI



Hình 22.1. Nguồn gốc bào thai học của bệnh lý ống phúc tinh mạc

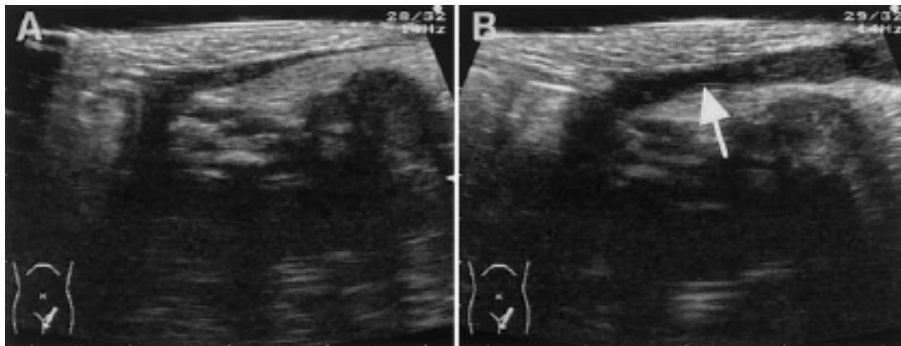
- Sự kéo dài của túi thừa phúc mạc ngang qua ống bẹn và đi ra ở lỗ bẹn ngoài đã tạo thành ống phúc tinh mạc. Ở bé trai ống phúc tinh mạc kéo dài cho đến bìu dái và tinh hoàn; ở bé gái ống tận cùng ở môi lớn và tạo thành ống Nuck.
- Các thành phần dính ở mặt sau của ống phúc tinh mạc khác nhau giữa nam và nữ. Ở nam là ống dẫn tinh và bó mạch máu thường tinh; ở nữ là dây chằng tròn.
- Bình thường ở cuối thời kỳ bào thai ống phúc tinh mạc sẽ tự bít lại, riêng ở bé trai phần dưới sẽ tạo thành tinh mạc. Nếu vì lý do nào đó ống không bít được thì sẽ tạo ra các dạng bệnh lý sau đây:
 - + Nếu lỗ thông rộng, ruột và các tạng trong bụng có thể chạy xuống vùng bẹn - bìu và gây ra bệnh lý thoát vị bẹn ở trẻ em.
 - + Một sự bít không hoàn toàn từng nấc sẽ tạo thành bệnh lý tràn dịch khu trú hay u nang thường tinh ở bé trai và u nang ống Nuck ở bé gái.
 - + Một sự tụ dịch từ phúc mạc xuống màng tinh hoàn tạo thành bệnh lý tràn dịch màng tinh hoàn bẩm sinh.

3. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Thoát vị bẹn ở bé trai

3.1.1. Tuổi phát hiện bệnh thường rất thay đổi

- Có thể là ngay sau sinh nhất là ở trẻ đẻ non.
- Có thể là sau vài tháng hoặc vài năm.
- Có thể xảy ra sau một đợt trẻ ho nhiều hoặc rặn nhiều (táo bón).
- Siêu âm có thể giúp chẩn đoán nếu cần trong những trường hợp mới xuất hiện và triệu chứng lâm sàng còn chưa rõ ràng.



Hình 22.2. Siêu âm tổn tại ống phúc mạc tinh

A. Lúc áp lực ổ bụng bình thường

B. Lúc tăng áp lực ổ bụng

3.1.2. Vị trí thoát vị

Thoát vị có thể một bên hoặc cả hai bên, phát hiện dưới dạng một khối u mềm nằm trên nếp bẹn, u thay đổi thể tích, thu nhỏ khi trẻ nằm và phình to khi khóc hoặc chạy nhảy. Thăm khám thường đẩy khối thoát vị lên dễ dàng. Kiểm tra lỗ thoát vị rộng so với phía đối diện.



Hình 22.3. Thoát vị bẹn (P) ở bé trai

3.1.3. Tiến triển

Ống phúc tinh mạc có thể tự bít trong những tháng đầu của đời sống. Sau 3 tháng tỷ lệ bít sẽ thấp dần cho đến 1 năm tuổi.

3.1.4. Biến chứng

Nghẹt cũng thường xảy ra vì ống phúc tinh mạc trong quá trình hình thành không phải là một ống thẳng mà có 3 chỗ hẹp tự nhiên: ở lỗ bẹn sâu, ở lỗ bẹn nông và ở chỗ vòng lên của ống để tạo thành tinh mạc.

Triệu chứng để phát hiện là khối thoát vị trở nên đau và không đẩy lên được nếu đến muộn hơn là bệnh cảnh của tắc ruột.

3.1.5. Thái độ xử trí

Trường hợp không nghẹt

- Trước 1 tuổi:
 - + Băng ép vùng bẹn với hy vọng ống phúc tinh mạc sẽ tự bít được. Biện pháp này trên thực tế rất khó thực hiện.
 - + Điều trị các nguyên nhân gây tăng áp lực ổ bụng như: ho, táo bón kéo dài, lỵ mót rặn nhiều, hẹp bao quy đầu gây tiểu khó....
- Sau 1 tuổi: phẫu thuật thắt ống phúc tinh mạc sát lỗ bẹn sâu sau khi đã giải phóng tạng thoát vị. Vấn đề mổ kiểm tra ống phúc tinh mạc bên kia trong cùng một lần mổ cũng được các tác giả đặt ra để tránh bỏ sót thương tổn phối hợp.

Trường hợp nghẹt

- Trước 1 tuổi:
 - + Nếu bệnh nhi đến sớm chưa có biểu hiện tắc ruột thì tiên mê, đẩy thoát vị lên và băng ép.
 - + Nếu đến muộn có dấu tắc ruột: phẫu thuật.
- Sau 1 tuổi: chỉ định phẫu thuật giải phóng tạng thoát vị và thắt ống phúc tinh mạc sát lỗ bẹn sâu không nên cố gắng bóc túi thoát vị như người lớn vì dễ gây thương tổn ống dẫn tinh và mạch máu thừng tinh; hơn nữa phần dưới ống phúc tinh mạc sẽ tiếp tục phát triển để thành tinh mạc về sau.

3.2. Thoát vị bẹn ở bé gái

- Tỷ lệ gặp thường ít hơn so với bé trai nhưng lại đặt ra một vấn đề cần thảo luận trong điều trị đó là thoát vị buồng trứng kết hợp. Sau khi đẩy ruột lên có thể sờ thấy buồng trứng hiện diện dưới một khối tròn lăn ở dưới tay và không đẩy lên được. Trong trường hợp này cần có chỉ định phẫu thuật sớm vì các lý do sau:
 - + Buồng trứng đã xuống không mấy khi tự lên được, dễ phù nề và thiếu máu vì cuống bị kéo dài và căng làm cho buồng trứng ngày càng biến dạng và to mọng ra.
 - + Loạ vôi thường xuống và dính với phúc mạc của túi.
 - + Giai đoạn phù nề chuyển nhanh sang hoại tử vì buồng trứng bị xoắn ở cuống.
- Đối với thoát vị ống Nuck, cổ túi có thể thắt chung với dây chằng tròn đã được cắt bỏ, lỗ bẹn được khâu kín hoàn toàn nên tỷ lệ tái phát hầu như không xảy ra.

3.3. Trần dịch màng tinh hoàn bẩm sinh

- Có thể xuất hiện ngay sau sinh hoặc sau một thời gian.
- Bìu dái căng vừa không đau vì không sờ được tinh hoàn. Rọi ánh sáng xuyên thấu thể tích của bìu có thể thay đổi trong ngày; to lên khi đi lại chạy nhảy nhiều lần và thu nhỏ hơn khi nằm ngủ.
- Sự thoái hồi tự nhiên của bệnh có thể xảy ra trong những tháng đầu của đời sống.
- Chỉ định phẫu thuật của trẻ sau 2 tuổi, hút sạch dịch, thắt lỗ thông của ống phúc tinh mạc hoặc mở cửa sổ màng tinh hoàn.



Hình 22.4. Nghiệm pháp soi đèn trong tràn dịch màng tinh hoàn

3.4. U nang thừng tinh

- Đó là một khối tròn hoặc bầu dục, thể tích thay đổi, nằm trên đường đi của thừng tinh. Khối thường trơn láng, không đau, sờ không nhỏ lại vì chiếu ánh sáng xuyên thấu. Tinh hoàn sờ thấy rõ ở bên dưới của khối.

- Sự thoái hồi của bệnh cũng được ghi nhận.
- Sự kết hợp giữa u nang thừng tinh, thoát vị bẹn rất thường gặp.
- Chỉ định phẫu thuật ở trẻ lớn - bóc bỏ u nang thừng đơn giản.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Về mặt phôi thai học, ống phúc tinh mạc có đặc điểm:
 - A. Liên quan đến sự di chuyển của tinh hoàn trong thời kỳ phôi thai
 - B. Thường bít lại sau khi sinh, cho dù trẻ đẻ non tháng hay đủ tháng
 - C. Còn có tên gọi là ống Nuck
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
2. Về mặt phôi thai học, ống phúc tinh mạc có đặc điểm:
 - A. Còn được gọi là dây chằng Cloquet sau khi bị bít hoàn toàn sau sinh
 - B. Thường còn thông thương ở trẻ đẻ non tháng
 - C. Liên quan đến các bệnh lý như thoát vị bẹn hay xoắn tinh hoàn
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
3. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh lý của ống phúc tinh mạc là:
 - A. Có đặc điểm chung là liên quan đến sự đóng hay còn mở của ống
 - B. Liên quan đến tuổi thai khi được sinh ra
 - C. Liên quan đến mọi bệnh lý thường gặp ở trẻ em là xoắn tinh hoàn
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
4. Tràn dịch màng tinh hoàn bẩm sinh ở trẻ em có đặc điểm:
 - A. Rất thường gặp ở trẻ đẻ thiếu tháng
 - B. Có thể dưới dạng thông thương hay không thông thương của ống phúc tinh mạc
 - C. Có thể tự lành cho đến trưởng thành
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
5. Lâm sàng của tràn dịch màng tinh hoàn và thoát vị bẹn ở bé trai có đặc điểm:
 - A. Thường gặp ở bên phải
 - B. Có thể tự lành cho đến 2 tuổi
 - C. Soi đèn không thể giúp phân biệt được 2 bệnh lý này
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng

6. Trên lâm sàng, phân biệt giữa tràn dịch màng tinh hoàn và thoát vị bẹn dựa vào:

- A. Sờ được tinh hoàn hay không
- B. Lỗ bẹn nông rộng hay không
- C. Soi đèn bùi cho thấu quang hay không
- D. A và C đúng
- E. Tất cả đều đúng

7. Lâm sàng của thoát vị bẹn ở bé gái có đặc điểm:

- A. Rất hiếm gặp
- B. Còn được gọi là thoát vị ống Nuck
- C. Còn được gọi là thoát vị môi lớn
- D. A và C đúng
- E. Tất cả đều đúng

8. Chẩn đoán phân biệt tràn dịch màng tinh hoàn với thoát vị bẹn ở bé trai dựa vào:

- A. Không sờ được tinh hoàn bên có tràn dịch
- B. Lỗ bẹn nông bên tràn dịch không rộng
- C. Soi đèn bùi bên tràn dịch cho ánh sáng qua dễ dàng
- D. A và C đúng
- E. Tất cả đều đúng

9. Chẩn đoán phân biệt giữa thoát vị bẹn trái ở bé trai với:

- A. Tràn dịch màng tinh hoàn
- B. Hạch bẹn phì đại
- C. Dẫn tĩnh mạch thừng tinh
- D. A và B đúng
- E. Tất cả đều đúng

10. Điều trị tràn dịch màng tinh hoàn bẩm sinh ở bé trai là:

- A. Theo dõi không phẫu thuật nếu bé trai dưới 2 tuổi
- B. Phẫu thuật ngay khi có chẩn đoán
- C. Mở cửa sổ màng tinh hoàn
- D. A và B đúng
- E. Tất cả đều đúng

11. Đặc điểm điều trị thoát vị bẹn ở bé trai là:

- A. Theo dõi không phẫu thuật nếu bé trai dưới 2 tuổi
- B. Thắt cao cổ túi thoát vị
- C. Tái tạo thành bụng là bắt buộc
- D. A và C đúng
- E. Tất cả đều đúng

DỊ DẠNG HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG

MỤC TIÊU

1. Xác định được các phân loại dị dạng và bảng phân loại giải phẫu lâm sàng.
2. Chẩn đoán được các thể dị dạng hậu môn - trực tràng.
3. Trình bày được cách chọn lựa các phương pháp điều trị dị dạng hậu môn - trực tràng thích hợp.

1. ĐẠI CƯƠNG

Từ xưa người ta đã biết đến dị tật hậu môn - trực tràng dưới một tên thông dụng là "không có hậu môn". Mãi cho đến thế kỷ thứ VII Paulus là người đầu tiên đã áp dụng một phẫu thuật khoan thăm dò từ tầng sinh môn. Cách làm này tuy mù quáng nhưng đã được thịnh hành trong rất nhiều thế kỷ. Cho mãi đến 1710 Littré đưa ra phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo ở những trẻ khoan thăm dò không có kết quả.

Rhoads (1948) đã dùng phương pháp mổ kết hợp đường bụng và đường tầng sinh môn. Năm 1953 Stephens đã nêu lên vai trò của cơ mu trực tràng và cần thiết phải bảo tồn cơ này trong phẫu thuật. Năm 1970 hội nghị quốc tế chuyên đề "Dị dạng hậu môn - trực tràng" được tổ chức tại Melbourne (Australia) đã đưa ra một bảng phân loại và đã được áp dụng rộng rãi trên nhiều nước.

2. TƯƠNG QUAN SINH LÝ - GIẢI PHẪU

Hệ thống cơ vòng bình thường được cấu tạo bởi 3 nhóm cơ:

2.1. Cơ tròn ngoài

Cơ vân, điều khiển theo ý muốn, nằm quanh rìa hậu môn, có vai trò trong vấn đề đại tiện nhất là đối với phân lỏng hoặc hơi.

2.2. Cơ tròn trong

Là sự dày lên của lớp cơ vòng thành trực tràng. Đây là cơ trơn nên không chịu sự điều khiển theo ý muốn. Cơ trơn trong không hiện diện trong các dị dạng thể cao.

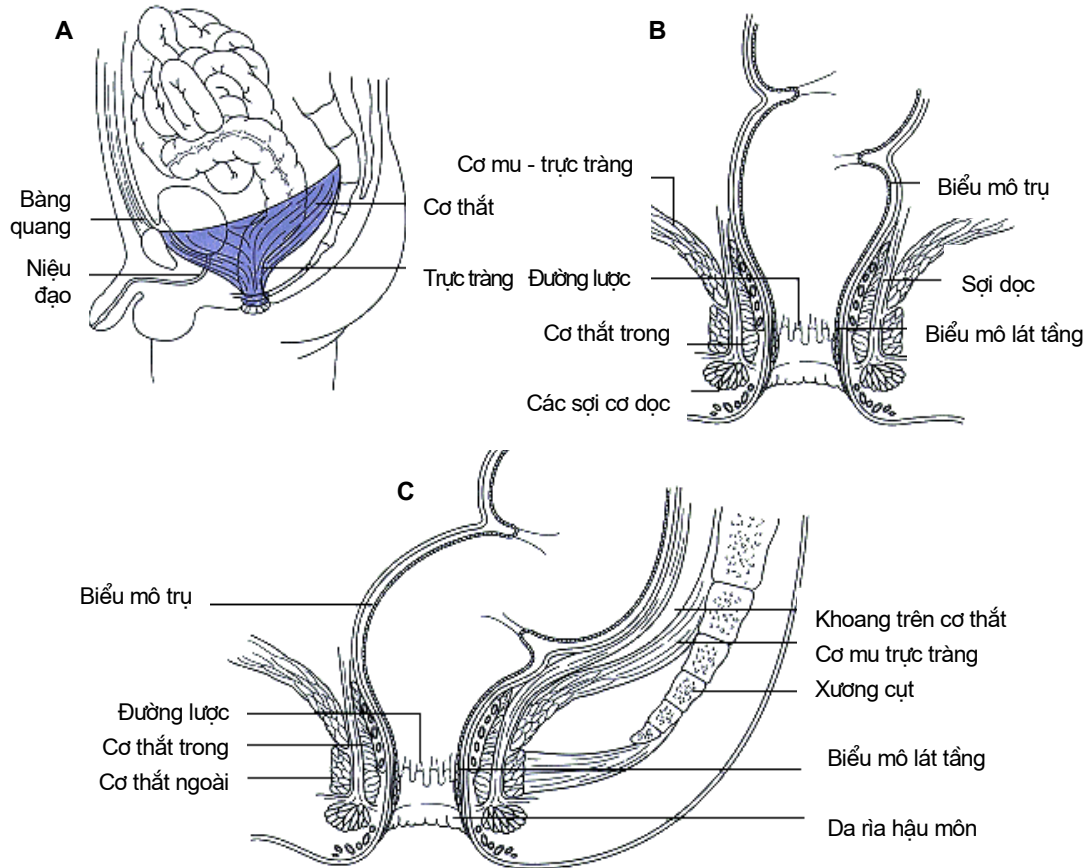
2.3. Cơ mu trực tràng

Cơ vân, là một phần của cơ nâng hậu môn. Cơ bám vào xương mu phía trước và bọc quanh trực tràng và bám vào xương cụt ở phía sau. Cơ tạo thành sự gấp góc giữa trực của trực tràng và ống hậu môn. Cơ đóng vai trò quan trọng điều khiển vấn đề đại tiện và đều có hiện diện trong tất cả các thể của dị dạng hậu môn - trực tràng.

3. CÁCH PHÂN LOẠI DỊ DẠNG

3.1. Mốc giải phẫu

Các tác giả đều nhất trí chọn cơ mu trực tràng làm mốc giải phẫu chính để phân biệt 3 thể dị dạng:

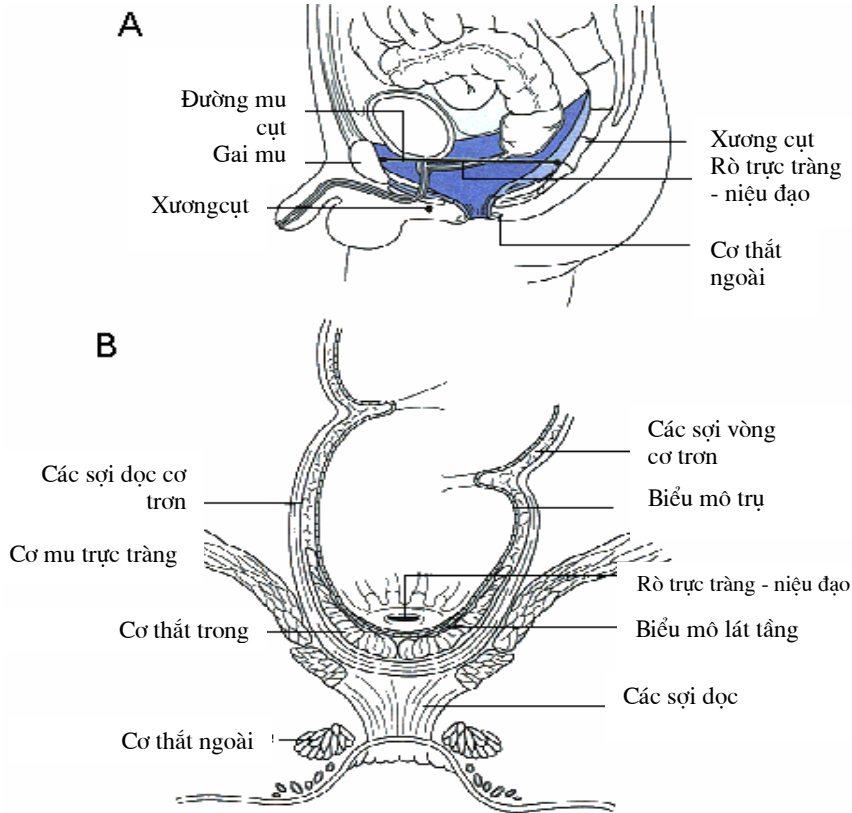


Hình 23.1. Giải phẫu vùng hậu môn - trực tràng

- Nếu $d < 2\text{cm}$: thể thấp
- Nếu $d > 2,5\text{cm}$: thể cao
- Nếu $2 < d < 2,5\text{cm}$: thể trung gian

Khoảng cách (d) thiếu chính xác vì phụ thuộc vào tư thế chụp phim của bệnh nhi và thời gian dốc ngược đầu và thời gian khí đi từ dạ dày đến trực tràng.

Để khắc phục người ta phải chụp phim từ 12-24 giờ sau sinh và thời gian ngược đầu từ 3-5 phút.



Hình 23.2. Tổn thương phối hợp trong dị tật hậu môn - trực tràng

3.2. Mốc X quang

Năm 1970 Stephens đã dùng đường mu-cụt (P-C) (Puhococcygeal-line) để đánh giá các dị dạng thay vì dùng vật cản quang. Đường P-C là đường nối từ đỉnh của xương cụt với phần giữa của xương mu. Đường này trên thực tế sẽ trùng với mặt phẳng của cơ mu trực tràng. Do đó nếu:

- Túi bịt nằm trên đường PC: thể cao.
- Túi bịt nằm ngang đường PC: thể trung gian.
- Túi bịt nằm dưới đường PC: thể thấp.



Hình 23.3. Hình ảnh X quang phim chúc ngược đầu

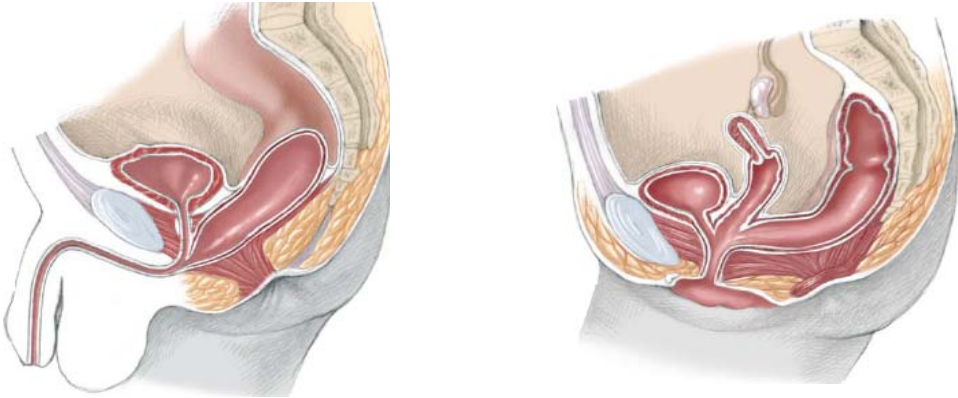
Tuy nhiên có nhiều trường hợp xương cụt chưa cốt hóa nên Creamin cải biến tư thế chụp ngược đầu bằng cách cho gập 2 chân để đùi thẳng góc với bụng. Hai điểm cốt hóa của ụ ngồi sẽ trùng với đường PC của Stephens tức là trùng với mặt phẳng của mu-trực tràng.

3.3. Bảng phân loại giải phẫu-lâm sàng

3.3.1. Loại trên cơ nâng hậu môn (cao)

- Bất sản hậu môn trực tràng gồm: không có ống hậu môn và túi bịt trực tràng đứng lại trên đường PC.
- Bất sản trực tràng: ống hậu môn bình thường và túi bịt trực tràng dừng lại trên đường PC.

Loại trên cơ nâng hậu môn thường kèm theo các đường rò vào bàng quang hay niệu đạo khoảng 70% ở bé trai và rò vào âm đạo ở túi cùng sau khoảng 90% ở bé gái.



Hình 23.4. Minh họa các thể cao dị dạng hậu môn - trực tràng

A. Thể cao + dò trực tràng - niệu đạo

B. Thể cao, niệu đạo, âm đạo và trực tràng đổ chung một thân

3.3.2. Loại trung gian

- Bất sản hậu môn: gồm không có ống hậu môn và túi bịt trực tràng đã xuống sát đường PC.

Loại trung gian cũng có rò vào tiết niệu ở bé trai và âm đạo thấp ở bé gái, tỷ lệ chiếm khoảng 10%.

- Hẹp hậu môn trực tràng: hậu môn và trực tràng bình thường nhưng đoạn nối hậu môn trực tràng bít hẹp ngang đường PC.



Hình 23.5. Dị dạng hậu môn - trực tràng thể thấp

- Hậu môn tiền đình âm hộ

3.4. Loại dưới cơ nâng hậu môn

3.4.1. Hậu môn màng

Trực tràng và ống hậu môn đều bình thường nhưng lỗ hậu môn bị bít kín bởi một lớp màng trắng mỏng, qua màng có thể thấy phân su bên dưới.

3.4.2. Hậu môn nắp

- Thể nắp kín: hậu môn được bít kín bởi một nắp da dày, không có chỗ rò phân.
- Thể nắp hở: có các lỗ rò phân. Tùy theo vị trí của lỗ rò ta có các loại dị dạng:
 - + Dị dạng hậu môn - trực tràng tầng sinh môn trước: Rò ở tầng sinh môn trước.
 - + Dị dạng hậu môn bìu: lỗ rò nằm ở góc bìu dái.
 - + Dị dạng hậu môn-âm hộ: lỗ rò nằm ở âm hộ (môi lớn, môi bé hoặc tiền đình).

Lỗ hậu môn nhỏ hơn bình thường đôi lúc chỉ nhỏ như chân tăm xe đạp.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán dị dạng hậu môn trực tràng

Đơn giản dựa vào sự thăm khám có hệ thống vùng tầng sinh môn của tất cả các trẻ sơ sinh. Hai dấu hiệu chính là:

- Không thấy sự hiện diện của lỗ hậu môn ở vị trí bình thường.
- Hoặc đặt một sonde không vào được trực tràng.



Hình 23.6. Không thấy lỗ hậu môn ở bé sơ sinh trai

4.2. Ngoài ra cần phải

Xác định các lỗ rò phân ở tầng sinh môn trước, góc bìu dái hoặc ở âm hộ trong trường hợp thể thấp.

4.3. Quan sát nước tiểu

Để phát hiện dấu hiệu có phân su + hơi trong nước tiểu ở trường hợp có rò trực tràng-tiết niệu ở bé trai và phân ra âm đạo ở bé gái.

4.4. Khám toàn diện

Để phát hiện các dị tật khác kèm theo (lông ngực, tim mạch, cột sống...)



Hình 23.7. Hình ảnh X quang chực ngược đầu không hậu môn thể thấp

4.5. Chẩn đoán thể giải phẫu

Dựa vào hình ảnh X quang tư thế ngược đầu. Có thể chụp đường rò có cản quang để xác định túi bịt trực tràng hoặc chọc dò vùng tầng sinh môn dưới sự hướng dẫn của siêu âm để bơm thuốc cản quang vào túi bịt trực tràng. Phương pháp này cho phép xác định chính xác giới hạn của túi bịt trực tràng so với tầng sinh môn.

Thời gian gần đây siêu âm có một vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán xác định thể dị dạng (dựa vào đo khoảng cách từ tầng sinh môn đến túi bịt trực tràng), xác định các đường rò phân qua bàng quang, niệu đạo ở bé trai và âm đạo ở bé gái, xác định các dị tật kết hợp.

Ngoài ra để khắc phục các nhược điểm do phương pháp chụp ngược dòng (invertogram) người ta có thể cho trẻ nằm sấp và kê mông lên thật cao (tư thế chống mông). Với tư thế này trẻ có thể nằm một thời gian rất lâu để chờ hơi xuống đến đại tràng và đồng thời do bụng vùng hạ vị bị ép nên dần hơi lên túi bịt rất rõ ràng.

5. ĐIỀU TRỊ

Mỗi loại dị dạng đều có một chỉ định điều trị tương ứng

5.1. Dị dạng dưới cơ nâng hậu môn (thấp)

5.1.1. Hậu môn màng: cắt bỏ màng

5.1.2. Hậu môn nắp kín

Cắt bỏ nắp và tạo hình lỗ hậu môn mới. Dùng đường mổ tầng sinh môn, bộc lộ túi bịt trực tràng, đưa xuống tầng sinh môn dính niêm mạc và da theo kiểu loa kèn.

5.1.3. Hậu môn nắp hở

(Hậu môn âm hộ, hậu môn tầng sinh môn trước, hậu môn bìu). Áp dụng phẫu thuật "cut back" cắt bỏ đường rò vào tạo hình lỗ hậu môn mới. Sau khi xẻ đường rò để hở hoàn toàn vết mổ. Thời gian sau tầng sinh môn đưa trẻ sẽ tự đẩy lên trở lại.

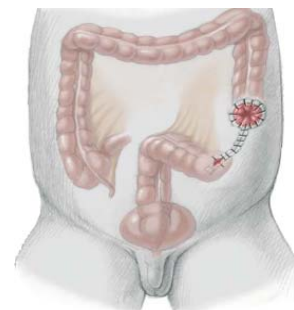
5.1.4. Hẹp hậu môn

Chỉ cần nong hậu môn bằng tay hoặc bằng dụng cụ (Bougie de Hégar).

5.2. Dị dạng thể cao (trên cơ nâng)

Áp dụng phẫu thuật 3 thì:

5.2.1. Thì 1: làm hậu môn nhân tạo



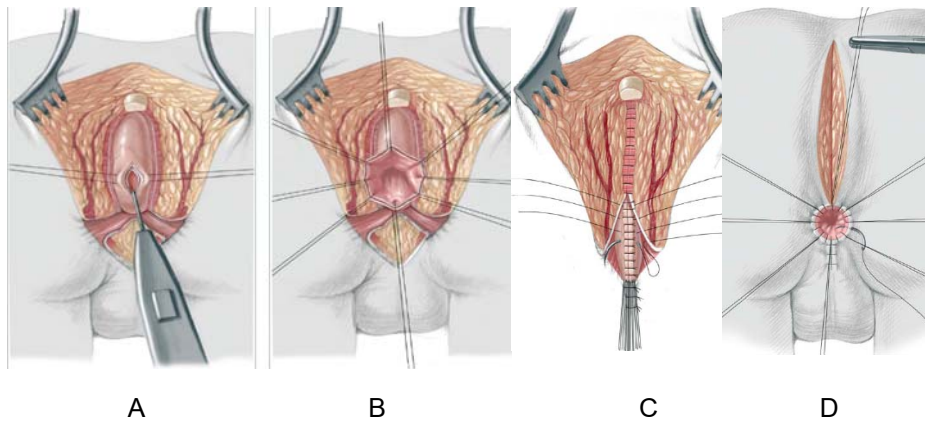
Hình 23.8. Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo trong dị dạng hậu môn-trực tràng

Thường làm cấp cứu để giải quyết tình trạng tắc ruột và tình tạng ứ đọng phân. Ngoài ra hậu môn nhân tạo còn làm giảm các triệu chứng nhiễm trùng trong trường hợp có rò giữa trực tràng và bàng quang, âm đạo.

5.2.2. Thì 2: hạ bóng trực tràng, thắt các đường rò phân, tạo hình lỗ hậu môn mới.

Các phương pháp thường được áp dụng thì 2 là:

- Phẫu thuật Rhoads: hạ bóng trực tràng bằng đường bụng kết hợp đường tầng sinh môn.
- Phẫu thuật Kieseewetter: hạ bóng trực tràng qua ống thành cơ trực tràng bằng đường bụng kết hợp đường cùng và đường tầng sinh môn.
- Phẫu thuật Péna: hạ bóng trực tràng bằng đường cùng, áp dụng ở các thể dị dạng trung gian. Hiện nay, đây là phương pháp phẫu thuật được hầu hết phẫu thuật viên nhi trên thế giới sử dụng.



Hình 23.9. Nguyên lý phẫu thuật Péna

5.2.3. Thì 3: đóng hậu môn nhân tạo

Thông thường thì 1 làm ở tuổi sơ sinh. Thì 2 khi trẻ > 1 tuổi, cân nặng > 10kg. Thì 3 sau thì 2 từ 3-6 tháng.

5.3. Dị dạng thể trung gian

- Ở thể hẹp hậu môn trực tràng: nong bằng tay hoặc dụng cụ
- Ở trẻ có rò ra da ở tầng sinh môn có thể áp dụng phẫu thuật cut back.
- Các thể còn lại đều áp dụng phẫu thuật 3 thì như trong thể cao. Nhưng trong thì 2 của phẫu thuật có thể áp dụng phương pháp Péna hạ bóng trực tràng bằng đường cùng và tầng sinh môn không cần phải mổ bụng.

Thời gian gần đây với sự tiến bộ trong phẫu thuật cũng như trong gây mê hồi sức, các phẫu thuật viên nhi đã có thể giảm lứa tuổi mổ triệt để sớm hơn (6 tháng) và áp dụng phẫu thuật 2 thì. Ngoài ra ở một số bệnh viện phẫu thuật nội soi cũng đã được áp dụng kết hợp để điều trị các thể dị dạng ở cao.

6. THEO DÕI - ĐÁNH GIÁ SAU MỔ

Sau phẫu thuật tạo hình hậu môn trực tràng, ngoài các biến chứng thông thường như các phẫu thuật khác ở đường tiêu hoá như nhiễm trùng, chảy máu, dính ruột... thì có 2 biến chứng rất đặc thù của bệnh cần phải được đánh giá lâu dài là:

6.1. Hẹp hậu môn

Do hậu môn sau khi tạo hình không được nong thường xuyên nên hình thành các lớp xơ làm hẹp hậu môn thậm chí có nhiều trường hợp bít lại hoàn toàn do đó để đề phòng biến chứng này cần tạo hình hậu môn có thừa một ít niêm mạc lộn ra ngoài để tránh dính 2 mép hậu môn về sau và đồng thời phải có kế hoạch nong hậu môn định kỳ và đều đặn sau mổ (thì 2 và thì 3). Tốt nhất là huấn luyện cho bà mẹ tự nong cho con của mình bằng tay (có đeo găng).

6.2. Són phân

Do tổn thương hệ cơ vòng của hậu môn.

- Nếu ở mức độ nhẹ có thể điều trị nội khoa (chế độ ăn, sinh hoạt, tập luyện phân xạ có điều kiện).
- Nếu mức độ nặng ảnh hưởng sinh hoạt bệnh nhân cần đặt vấn đề phẫu thuật tạo hình lại hệ cơ vòng hậu môn.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Dị dạng hậu môn - trực tràng có nguồn gốc phôi thai học từ:
 - A. Ổ nhớt
 - B. Bản ngang
 - C. Xoang niệu dục
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
2. Các cơ quan thường bị dị tật kèm theo trong dị dạng hậu môn - trực tràng là:
 - A. Hệ niệu dục
 - B. Tim bẩm sinh
 - C. Cột sống
 - D. A và B đúng
 - E. Tất cả đều đúng
3. Dị tật hay gặp nhất trong dị dạng hậu môn - trực tràng là:
 - A. Hệ niệu dục
 - B. Cột sống

- C. Tim
 - D. Thực quản
 - E. Rối loạn nhiễm sắc thể
4. Về mặt giải phẫu học, dị dạng hậu môn - trực tràng được phân loại cao hoặc thấp dựa vào:
- A. Đường mu- cụt
 - B. Cơ nâng hậu môn- trực tràng
 - C. Có rò với hệ niệu dục hay không
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
5. Về mặt X quang, dị dạng hậu môn - trực tràng được phân loại cao hoặc thấp dựa vào:
- A. Đường mu- cụt
 - B. Cơ nâng hậu môn- trực tràng
 - C. Có rò với hệ niệu dục hay không
 - D. A và B đúng
 - E. A và C đúng
6. Đặc điểm X quang của dị dạng hậu môn - trực tràng là:
- A. Phải chụp ở tư thế chốc đầu mới có chẩn đoán thể chính xác được
 - B. Cần đợi sau sinh tối thiểu 12-24 giờ để hơi lên đến tận cùng túi bịt
 - C. Có thể dựa vào đường nối mu-cụt để chẩn đoán thể
 - D. A và C đúng
 - E. B và C đúng
7. Bilan dị tật kèm theo trong dị dạng hậu môn - trực tràng bao gồm:
- A. X quang và siêu âm hệ niệu dục
 - B. Siêu âm tim
 - C. Nhiễm sắc thể
 - D. B và C đúng
 - E. Tất cả đều đúng
8. Các thể giải phẫu nào sau đây trong dị dạng hậu môn - trực tràng có thể có rò vào hệ tiết niệu:
- A. Hậu môn - tiền đình âm hộ
 - B. Hậu môn lạc chỗ tầng sinh môn trước
 - C. Hậu môn nắp
 - D. A và B sai
 - E. Tất cả đều sai

9. Các thể giải phẫu nào sau đây trong dị dạng hậu môn - trực tràng có thể có rò vào hệ tiết niệu:

- A. Hậu môn - tiền đình âm hộ
- B. Tồn tại ổ nhóp
- C. Bất sản hậu môn- trực tràng
- D. A và B đúng
- E. B và C đúng

10. Các thể giải phẫu nào sau đây trong dị dạng hậu môn - trực tràng có rò vào hệ tiết niệu:

- A. Rò hậu môn - âm đạo ở bé gái
- B. Hậu môn tầng sinh môn trước
- C. Hậu môn tiền đình âm hộ
- D. A và C đúng
- E. Tất cả không đúng

11. Dị dạng hậu môn - trực tràng thể hậu môn tiền đình âm hộ có đặc điểm:

- A. Không bao giờ có rò vào hệ tiết niệu
- B. Luôn luôn là thể trung gian hay cao
- C. Luôn luôn là thể thấp
- D. A và B đúng
- E. A và C đúng

12. Dị dạng hậu môn - trực tràng với 2 lỗ ở tầng sinh môn bao gồm các thể:

- A. Hậu môn - tiền đình âm hộ ở bé gái
- B. Tồn tại ổ nhóp
- C. Thể dị dạng có rò hậu môn - trực tràng với âm đạo ở bé gái
- D. A và C đúng
- E. B và C đúng

13. Dị dạng hậu môn - trực tràng với 1 lỗ ở tầng sinh môn bao gồm các thể:

- A. Tồn tại ổ nhóp
- B. Bất sản hậu môn hay hậu môn- trực tràng ở bé trai
- C. Dị dạng thể rò trực tràng-âm đạo ở bé gái
- D. A và C đúng
- E. A và B đúng

ĐÁP ÁN

CÁC CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ NGOẠI BỆNH LÝ I

Bài 1:

Câu 1: E câu 2: E câu 3: C câu 4: E câu 5: A câu 6: B
Câu 7: E câu 8: E

Bài 2:

Câu 1: D câu 2: D câu 3: E câu 4: D câu 5: A câu 6: B
Câu 7: A câu 8: E câu 9: A câu 10: E

Bài 3:

Câu 1: A câu 2: B câu 3: B câu 4: D câu 5: B câu 6: D
Câu 7: B câu 8: E câu 9: E câu 10: E

Bài 4:

Câu 1: D câu 2: A câu 3: E câu 4: E câu 5: E câu 6: E
Câu 7: D câu 8: A câu 9: D câu 10: D

Bài 5:

Câu 1: E câu 2: E câu 3: E câu 4: C câu 5: A câu 6: D
Câu 7: C câu 8: B câu 9: A câu 10: E câu 11: D câu 12: E
Câu 13: E

Bài 6:

Câu 1: E câu 2: D câu 3: E câu 4: B câu 5: E câu 6: B
Câu 7: B câu 8: E câu 9: B câu 10: A

Bài 7:

Câu 1: E câu 2: B câu 3: B câu 4: E câu 5: E câu 6: D
Câu 7: E câu 8: A câu 9: E câu 10: B

Bài 8:

Câu 1: D câu 2: D câu 3: D câu 4: E câu 5: E câu 6: E
Câu 7: E câu 8: E câu 9: E câu 10: A

Bài 9:

Câu 1: B câu 2: C câu 3: B câu 4: E câu 5: E câu 6: E
Câu 7: C câu 8: D câu 9: D câu 10: E câu 11: E câu 12: A

Bài 10:

Câu 1: B câu 2: A câu 3: E câu 4: B câu 5: B câu 6: A
Câu 7: D câu 8: B câu 9: E câu 10: E

Bài 11:

Câu 1: A câu 2: E câu 3: E câu 4: D câu 5: B câu 6: E
Câu 7: E câu 8: D câu 9: E câu 10: E câu 11: E câu 12: A
Câu 13: E

Bài 12:

Câu 1: E câu 2: A câu 3: C câu 4: C câu 5: E câu 6: C
Câu 7: D câu 8: B câu 9: C câu 10: D

Bài 13:

Câu 1: D câu 2: E câu 3: A câu 4: C câu 5: E câu 6: E
Câu 7: E câu 8: E câu 9: E câu 10: A câu 11: C câu 12: E
Câu 13: E

Bài 14:

Câu 1: A câu 2: E câu 3: D câu 4: E câu 5: E câu 6: C
Câu 7: B câu 8: C câu 9: B câu 10: E câu 11: E

Bài 15:

Câu 1: C câu 2: E câu 3: E câu 4: D câu 5: E câu 6: E
Câu 7: D câu 8: D câu 9: D câu 10: D câu 11: E câu 12: E

Bài 16:

Câu 1: D câu 2: E câu 3: D câu 4: B câu 5: A câu 6: D
Câu 7: D câu 8: B câu 9: A câu 10: E câu 11: E câu 12: D

Bài 17:

Câu 1: D câu 2: A câu 3: A câu 4: E câu 5: E câu 6: D
Câu 7: E câu 8: D câu 9: A

Bài 18:

Câu 1: D câu 2: A câu 3: D câu 4: D câu 5: E câu 6: B
Câu 7: A câu 8: A câu 9: E câu 10: D câu 11: B câu 12: B

Bài 19:

Câu 1: B câu 2: B câu 3: D câu 4: E câu 5: E câu 6: D
Câu 7: E câu 8: A câu 9: E câu 10: E câu 11: D câu 12: E

Bài 20:

Câu 1: D câu 2: A câu 3: E câu 4: C câu 5: E câu 6: E
Câu 7: A câu 8: C câu 9: E câu 10: D câu 11: E

Bài 21:

Câu 1: B câu 2: B câu 3: E câu 4: E câu 5: E câu 6: D
Câu 7: E câu 8: E câu 9: E câu 10: D

Bài 22:

Câu 1: A câu 2: D câu 3: D câu 4: D câu 5: D câu 6: E
Câu 7: E câu 8: E câu 9: E câu 10: A câu 11: B

Bài 23:

Câu 1: A câu 2: E câu 3: A câu 4: B câu 5: E câu 6: E
Câu 7: E câu 8: E câu 9: E câu 10: E câu 11: E câu 12: C
Câu 13: E

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập V, ĐHYD thành phố Hồ Chí Minh, 1989.
2. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập I, ĐHY Hà Nội, 1990.
3. Triệu chứng học ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học, 1984.
4. Nguyễn Thanh Liêm, Phẫu thuật tiêu hoá trẻ em, Nhà xuất bản Y học, 2000.

TIẾNG NƯỚC NGOÀI

1. Hepato-gastro-enterologie clinique, Fourth Edition, Simep, 1992.
2. Mastery of surgery, Fifth Edition, Lippincott Raven, 1998.
3. Pathologie chirurgicale, Tome 2, +Masson 1991.
4. Pediatric Surgery, Fifth Edition, Mosby, 1998.
5. Pediatric Surgery, Third Edition, WB Saunder, 2000.
6. Principles of Surgery- Mc Graw – Hill, Seventh Edition.
7. Surgery: Scientific principles and practice, Fifth Edition, Lippincott Raven, 1998.