

SỞ Y TẾ NGHỆ AN



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ NGOẠI KHOA



Lưu hành nội bộ

Phát hành lần thứ nhất

NGHỆ AN - 2020

SỞ Y TẾ NGHỆ AN



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ NGOẠI KHOA

Lưu hành nội bộ

Phát hành lần thứ nhất

NGHỆ AN - 2020

LỜI MỞ ĐẦU

Nâng cao chất lượng điều trị bệnh được xem là nhiệm vụ then chốt, đòi hỏi các bệnh viện phải triển khai nhiều hoạt động một cách đồng bộ, trong đó việc xây dựng quy trình chuyên môn kỹ thuật, phác đồ điều trị là một trong những thành tố không thể thiếu được. Để phác đồ điều trị thật sự là cơ sở khoa học, cơ sở pháp lý cho mọi hoạt động khám bệnh, chữa bệnh; yêu cầu mỗi phác đồ điều trị phải đảm bảo tính khoa học, tính cập nhật, độ bao phủ và tính khả thi. Trên tinh thần đó, Sở Y tế Nghệ An đã thành lập Hội đồng khoa học kỹ thuật gồm các Phó giáo sư, Tiến sĩ, Thạc sĩ, Bác sĩ Ngoại khoa có chuyên môn sâu để biên soạn cuốn sách “Phác đồ điều trị bệnh lý Ngoại khoa”.

Cuốn sách này có sử dụng tài liệu tham khảo trong nước và ngoài nước, cùng sự chia sẻ thực tế của đồng nghiệp chuyên ngành Ngoại khoa. Mỗi bài viết được biên soạn đảm bảo nguyên tắc thông tin chính xác, hữu ích, cập nhật, ngắn gọn, đầy đủ, theo một thể thức thống nhất và được thẩm định bởi Hội đồng khoa học của Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa, Hội đồng thẩm định ngành Y tế Nghệ An. Các phác đồ điều trị sẽ được cập nhật, chỉnh sửa và bổ sung hàng năm.

Các bài viết trong Phác đồ điều trị này là cơ sở pháp lý để thực hiện, thống nhất việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý Ngoại khoa tại các cơ sở khám, chữa bệnh của tỉnh Nghệ An.

Sở Y tế Nghệ An trân trọng cảm ơn các Phó giáo sư, Tiến sĩ, Thạc sĩ, Bác sĩ chuyên khoa, chuyên ngành là tác giả hoặc là thành viên của Hội đồng biên soạn, Hội đồng nghiệm thu và các nhà chuyên môn đã tham gia góp ý giúp chúng tôi hoàn thiện cuốn sách này. Cảm ơn Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội và Hệ thống tiêm chủng vắc xin VNVC đã hỗ trợ in ấn bộ sách này.

Tuy đã hết sức cố gắng nhưng quá trình biên soạn vẫn khó tránh khỏi sai sót, vì vậy chúng tôi rất mong nhận được sự thông cảm của quý đồng nghiệp. Sở Y tế Nghệ An xin chân thành đón nhận mọi ý kiến đóng góp xây dựng để lần tái bản tiếp theo các phác đồ điều trị sẽ được hoàn thiện hơn. Mọi ý kiến xin gửi về: Phòng Nghiệp vụ Y - Sở Y tế Nghệ An - 18 Trường Thi, thành phố Vinh, Nghệ An.

Trân trọng.

Nghệ An, ngày 15 tháng 12 năm 2020

GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ



PGS.TS. Dương Đình Chính

UBND TỈNH NGHỆ AN
SỞ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc



Số: 1646 /QĐ-SYT

Nghệ An, ngày 11 tháng 12 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành "Phác đồ điều trị bệnh lý Ngoại khoa"

GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ NGHỆ AN

Căn cứ Quyết định số 30/2017/QĐ-UBND ngày 23/02/2017 của UBND tỉnh Nghệ An về việc ban hành Quy định phân công, phân cấp quản lý tổ chức bộ máy và cán bộ công chức, viên chức tỉnh Nghệ An;

Căn cứ Quyết định số 46/2016/QĐ-UBND ngày 17/11/2016 của UBND tỉnh Nghệ An về việc ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế tỉnh Nghệ An;

*Căn cứ kết quả thẩm định Hội đồng thẩm định phác đồ Ngành Y tế Nghệ An;
Theo đề nghị Trưởng phòng Nghiệp vụ Y, Sở Y tế.*

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn "Phác đồ điều trị bệnh lý Ngoại khoa".

Điều 2. Phác đồ điều trị bệnh lý Ngoại khoa là tài liệu tham khảo chính của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn tỉnh Nghệ An trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Sở Y tế, Chánh thanh tra Sở Y tế, Trưởng các phòng/ban thuộc Sở Y tế, Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn tỉnh Nghệ An chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như điều 4;
- Lãnh đạo SYT (để báo cáo);
- BHXH tỉnh (để P/H);
- Cổng thông tin điện tử SYT;
- Lưu: VT, NVY.

GIÁM ĐỐC

Dương Đình Chính

Chủ biên	PGS.ST Dương Đình Chính	Giám đốc SYT
Đồng chủ biên	TS.BS CKII. Đậu Huy Hoàn DSCKII. Trần Minh Tuệ BSCKII Nguyễn Hữu Lê PGS.TS. Đoàn Quốc Hưng PGS.TS Nguyễn Văn Hương	Phó Giám đốc Sở Y tế Phó Giám đốc Sở Y tế Phó Giám đốc Sở Y tế Q. Hiệu trưởng Trường Đại học Y Hà Nội- Trưởng bộ môn Ngoại Giám đốc Bệnh viện HNĐK Nghệ An
Ban biên soạn	PGS.TS. Nguyễn Quang Trung TS. Trần Tất Thắng BSCKII. Nguyễn Hồng Trường ThS.BSCKII. Lương Từ Hải Thanh BSCKII. Luyện Văn Trinh PGS.TS. Cao Trường Sinh BS.CKII Hoàng Hoa Thám ThS Nguyễn Đức Vương ThS. Lê Anh Xuân ThS. Lê Ngọc Bằng ThS. Tăng Huy Cường ThS. Phạm Văn Anh ThS. Phạm Văn Chung	Giám đốc Bệnh viện Ung bướu Phó Giám đốc bệnh viện HNĐK Nghệ An Giám đốc BVĐK thành phố Vinh Giám đốc Bệnh viện Quốc tế Vinh TP. Nghiệp vụ Y,Sở Y tế Phó Hiệu trưởng Trường Đại học Y Khoa Vinh Bệnh viện HNĐK Nghệ An Bệnh viện HNĐK Nghệ An Bệnh viện HNĐK Nghệ An Bệnh viện HNĐK Nghệ An Bệnh viện HNĐK Nghệ An Bệnh viện HNĐK Nghệ An Bệnh viện HNĐK Nghệ An
Ban thư ký	BSCKI. Nguyễn Thanh Ngọc BSCKII. Nguyễn Hữu Hồng ThS. Phạm Văn Anh	Phó TP.Nghiệp vụ Y,Sở Y tế Bệnh viện ĐKKV Tây Bắc Bệnh viện HNĐK Nghệ An

MỤC LỤC

CHƯƠNG 1: NGOẠI TIÊU HOÁ		
1	Bệnh trĩ	11
2	Nứt kẽ hậu môn	18
3	Rò hậu môn	22
4	Sa trực tràng (IDC: K62.3)	28
5	Viêm ruột thừa (IDC: K35)	31
6	Ung thư dạ dày (C16)	35
7	Thủng dạ dày - tá tràng	39
8	Tắc ruột	43
9	Thoát vị đùi	46
10	Xuất huyết tiêu hóa cao	49
11	Ung thư đại tràng	57
12	Ung thư trực tràng	72
13	Viêm túi thừa đại tràng	82
14	Chấn thương bụng – S36	86
15	Ung thư thực quản – D00.1	92
16	Vết thương thấu bụng – S31	97
17	Áp xe trung thất	100
18	Phác đồ chẩn đoán và điều trị bướu giáp	103
CHƯƠNG 2: NGOẠI TỔNG HỢP		
1	Ung thư tế bào gan nguyên phát (IDC 10: C22.0)	109
2	Áp xe gan (IDC K75.0)	115
3	Viêm túi mật (IDC K81)	118
4	Sỏi mật chung (IDC K80)	123
5	Viêm tụy cấp (IDC K85)	127
6	Ung thư tụy (IDC: C24)	132
7	Nang gan (IDC: Q44.6)	138
8	Nang tụy (IDC 10: K 86.2)	142
9	Nang giả tụy (IDC: K86.3)	145
10	Chấn thương gan (IDC: S36.1)	150
11	Chấn thương lách (IDC: S36.0)	154

12	Chấn thương tụy (IDC: S36.2)	158
13	Ung thư tế bào gan nguyên phát (IDC 10: C22.0)	165
14	Sỏi mật chung (IDC K80)	171
15	Viêm túi mật (IDC K81)	175
16	Viêm tụy cấp (IDC K85)	180
CHƯƠNG 3: TIM MẠCH LÒNG NGỰC		
1	Chẩn đoán và điều trị áp xe phổi	185
2	Chẩn đoán và điều trị chấn thương ngực kín	189
3	Chẩn đoán và điều trị chấn thương tim	191
4.	Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa hẹp van hai lá	194
5	Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa hẹp van động mạch chủ	198
6	Phác đồ chẩn đoán và điều trị ngoại khoa hở van động mạch chủ	202
7	Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa hở van hai lá	207
8	Chẩn đoán và điều trị ổ cận màng phổi	211
9	Chẩn đoán và điều trị phình động mạch chủ bụng	214
10	Chẩn đoán và điều trị suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới	217
11	Chẩn đoán và điều trị tăng tiết mồ hôi tay	220
12	Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa thông liên nhĩ	222
13	Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa thông liên thất	226
14	Chẩn đoán và điều trị tràn dịch màng phổi	231
15	Chẩn đoán và điều trị tràn khí màng phổi	235
16	Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa u nhầy nhĩ trái	237
17	Chẩn đoán và điều trị u trung thất	239
18	Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa ung thư phổi nguyên phát	242
19	Chẩn đoán và điều trị vết thương ngực hở	245
20	Chẩn đoán và điều trị vết thương tim	248
21	Chẩn đoán và điều trị viêm tắc động mạch chi dưới	251
CHƯƠNG 4: CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH		
1	Gãy đầu dưới hai xương cẳng tay (S52.6)	255
2	Phác đồ điều trị bong nơi bám dây chằng chéo khớp gối S83.5	258
3	Phác đồ điều trị bong IDC10: G56.4	263
4	Phác đồ điều trị gãy cổ xương đùi - Mã IDC 10: S72.0	267
5	Phác đồ điều trị gãy đầu dưới xương chày (gãy pilon) Mã IDC 10 S82.3	271

6	Phác đồ điều trị gãy đầu dưới xương đùi - Mã IDC 10 S72.4	274
7	Phác đồ điều trị gãy đầu dưới xương quay - Mã IDC 10: S52.8	277
8	Phác đồ điều trị gãy đầu trên xương cánh tay - Mã IDC 10: S42.2	281
9	Phác đồ điều trị gãy hai xương cẳng tay - Mã IDC 10 IDC 10: S52	284
10	Phác đồ điều trị gãy hở hai xương cẳng chân - Mã IDC 10: S82	287
11	Phác đồ điều trị gãy mâm chày - IDC 10: S82.1 – Tibial plateau fracture	291
12	Phác đồ điều trị gãy mỏm khuỷu - Mã IDC 10	295
13	Phác đồ điều trị gãy thân xương cánh tay - Mã IDC 10: S42.	298
14	Phác đồ điều trị gãy thân xương chày - Mã IDC 10: S82.2	301
15	Phác đồ điều trị gãy thân xương đùi - IDC 10: S72.3 – Femur shaft fracture	304
16	Phác đồ điều trị gãy trên lồi cầu xương cánh tay - Mã IDC 10: S42.4	308
17	Phác đồ điều trị gãy xương bàn tay - Mã IDC 10 S62	312
18	Phác đồ điều trị gãy xương bánh chè - Mã IDC 10 S82.0	316
19	Phác đồ điều trị gãy xương đòn - Mã IDC 10: S42.	319
20	Phác đồ điều trị gãy xương vùng liên mấu chuyển xương đùi - S72.8	322
21	Phác đồ điều trị gãy xương quay - Mã IDC 10 – S52.5	325
22	Phác đồ điều trị gãy xương trụ - Mã IDC 10 - S52.2	328
23	Phác đồ điều trị hội chứng ống cổ tay - Mã IDC 10 G56.0	331
24	Phác đồ điều trị hội chứng ống guyon - Mã IDC 10 S64.0	334
25	Phác đồ điều trị phác đồ điều trị gãy xương chày - Mã IDC 10 S32.3	337
26	Phác đồ điều trị phẫu thuật đứt gân duỗi bàn tay - Mã IDC 10 S62.2	341
27	Phác đồ điều trị phẫu thuật đứt gân gấp bàn tay - Mã IDC 10 S66.1	345
28	Phác đồ điều trị rách chóp xoay	351
29	Phác đồ điều trị thoái hóa khớp gối - Mã IDC 10 M17	355
30	Phác đồ điều trị thoái hóa khớp háng - Mã IDC 10 M16	361
31	Phác đồ điều trị tổn thương dây chằng chéo sau - Mã IDC 10 S83.5	365
32	Phác đồ điều trị tổn thương dây chằng chéo trước - Mã IDC 10 S83.5	368
33	Phác đồ điều trị tổn thương sụn chêm khớp gối - Mã IDC 10 S83.2	373
34	Phác đồ điều trị trật khớp cùng đòn - Mã IDC 10 s42.0	376
35	Phác đồ điều trị trật khớp vai - Mã IDC10: s43.0	379
36	Phác đồ điều trị vết thương dập nát bàn tay - Mã IDC 10 s67	383
CHƯƠNG 5: NGOẠI THẬN TIẾT NIỆU		
1	Sỏi thận và sỏi niệu quản. (N20)	387

2	Sỏi bàng quang (n21 .0)	391
3	Sỏi niệu đạo (N21.1)	393
4	Chấn thương thận	395
5	Vỡ bàng quang	400
6	Chấn thương và vết thương niệu đạo	403
7	Ung thư tế bào thận (C64)	406
8	Phác đồ chẩn đoán và điều trị - u phì đại lành tính tuyến tiền liệt (IDC 10- N40.0)	412
9	Phác đồ chẩn đoán và điều trị ung thư tuyến tiền liệt (IDC: D07)	416
10	Ung thư dương vật (IDC10: C60)	424
11	U tuyến thượng thận (IDC10 : D44.1)	426
12	Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (IDC10: N39.0)	428
13	Phác đồ chẩn đoán và điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh - IDC 10: I86.1	432
14	Phác đồ chẩn đoán và điều trị tinh hoàn lạc chỗ (IDC 10: Q53.9)	435
15	Phác đồ chẩn đoán và điều trị xoắn tinh hoàn - IDC10: N44.0	438
16	Tràn dịch màng tinh hoàn (IDC: N43)	440
17	Viêm tinh hoàn (IDC: N45)	442
18	Hội chứng fournier (IDC: A48)	444
19	Bệnh thận đa nang	446
20	Nang đơn thận	448
21	Viêm áp xe tiền liệt tuyến	451
CHƯƠNG 6: PHẪU THUẬT THẬN KINH CỘT SỐNG		
1	Phác đồ chẩn đoán và điều trị chấn thương cột sống lưng, thắt lưng	453
2	Phác đồ chẩn đoán và điều trị chấn thương cột sống ngực	456
3	Phác đồ chẩn đoán và điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ	459
4.	Phác đồ chẩn đoán và điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng	461
5	Phác đồ chẩn đoán và điều trị u não - IDC D33; D43; C71	464
6	Phác đồ chẩn đoán và điều trị chấn thương cột sống và tủy sống cổ	467
7	Phác đồ điều trị chấn thương sọ não - Mã IDC: S06 (S06.0-S06.9)	470
CHƯƠNG 7: HỒI SỨC TÍCH CỰC - NGOẠI KHOA		
1	Các biến chứng sau mổ và cách xử trí	475
2	Chăm sóc bệnh nhân sau mổ	486

CHƯƠNG 1 : NGOẠI TIÊU HOÁ

I. BỆNH TRĩ

1. ĐỊNH NGHĨA

Trĩ là những cấu trúc bình thường ở ống hậu môn. Bệnh trĩ là một tập hợp các biểu hiện bệnh lý có liên quan đến những thay đổi của mạng mạch trĩ và các tổ chức tiếp xúc với mạng mạch này.

Bệnh trĩ đứng đầu trong các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng. Đây là bệnh lý lành tính, không gây tử vong nhưng lại ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Theo các tác giả nước ngoài, khoảng 20 – 30% dân số và ở người trên 50 tuổi là 50% có mắc bệnh trĩ. Nguyễn Mạnh Nhâm, nghiên cứu bệnh trĩ tại các tỉnh phía bắc Việt Nam cho biết tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng là 55%.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Ba triệu chứng thường gặp nhất của bệnh trĩ là đại tiện ra máu tươi, khối sa HM và đau vùng HM. Ngoài ra có thể gặp một số triệu chứng như ngứa HM, chảy dịch khó chịu HM,...

Thăm trực tràng là động tác thăm khám bắt buộc đối với thầy thuốc khi khám BN trĩ, ngoài xác định mức độ tổn thương của búi trĩ, các bệnh đi kèm với bệnh trĩ như áp xe, rò, nứt kẽ còn phát hiện các thương tổn nguyên nhân mà trĩ chỉ là triệu chứng như ung thư HMTT.

- Tiền sử: bệnh nội khoa, ngoại khoa, tiền sử điều trị trước đây (nội khoa, thủ thuật, ngoại khoa), yếu tố thuận lợi (nghề, táo bón, xơ gan, đứng lâu, ngồi nhiều, thai nghén, tăng huyết áp...).

- Triệu chứng cơ năng: chảy máu (mức độ, tính chất...), sa khối hậu môn (vị trí, tính chất thay đổi...), đi ngoài đau hậu môn (từng đợt, liên tục, có phải dùng thuốc giảm đau...).

- Triệu chứng toàn thân: mệt mỏi, thiếu máu, hạch ngoại vi...

- Triệu chứng tại chỗ: nhìn thấy búi trĩ sa xuống tự nhiên hoặc khi bảo bệnh nhân rặn, búi trĩ chảy máu hoặc tím.

- Triệu chứng khi biến chứng (tắc mạch, hoại tử...): đau, khối tím cạnh hậu môn.

- Khám hậu môn trực tràng và soi trực tràng ống mềm (mô tả vị trí, mức độ, tổn thương, phối hợp...). Tư thế nằm sấp, hoặc nghiêng, hoặc ngửa. Vị trí tổn thương đánh dấu theo chiều kim đồng hồ (Quy định tư thế nằm ngửa).

- Khám phát hiện các triệu chứng bệnh phối hợp.

+ Áp xe hậu môn: đau; sốt; khối sưng, nóng, đỏ, đau; có khi vỡ chảy mủ cạnh hậu môn.

+ Nứt kẽ hậu môn: Đau, vết nứt thường dưới đường lược vị trí 6h, cơ thắt co bóp chặt.

Các bệnh khác: sa niêm mạc trực tràng, K ống hậu môn, Crohn,...

* Phân loại trĩ, phân độ trĩ.

Trĩ nội và trĩ hỗn hợp được phân độ theo mức độ sa trĩ, phân độ trĩ có ý nghĩa trong việc đánh giá tổn thương và nghiên cứu chỉ định điều trị. Phân độ trĩ được chia theo mức độ tổn thương về lâm sàng và giải phẫu; theo hệ thống phân loại của Goligher (1984), chia trĩ sa làm 4 độ

- Trĩ nội: Xuất phát trên đường lược. Được phân thành 4 độ:
 - + Độ 1: Mới hình thành, chảy máu là triệu chứng chính.
 - + Độ 2: Búi trĩ sa xuống khi rặn, tự lên được.
 - + Độ 3: Búi trĩ sa ra ngoài, phải đẩy mạnh mới lên được.
 - + Độ 4: Búi trĩ sa thường xuyên, có thể nghẹt dẫn đến hoại tử.
- Trĩ ngoại: Xuất phát dưới đường lược.
- Trĩ hỗn hợp: Trĩ nội và trĩ ngoại cùng có ở một búi trĩ hoặc nhiều búi.
- Trĩ có biến chứng:
 - + Chảy máu: cấp hoặc mãn tính.
 - + Tắc mạch: Đau, búi trĩ tím, có thể một nơi hay nhiều nơi.
 - + Sa, nghẹt trĩ: búi trĩ sa ra ngoài không thể đẩy lên hoặc đẩy lên lại xuống ngay kèm theo phù nề, đau có thể nhiễm trùng, loét; thường có kết hợp tắc mạch.

2.2. Cận lâm sàng

- Nội soi trực tràng ống mềm: phát hiện các bệnh lý vùng TT, có thể gây cho bệnh nhân đại tiện ra máu đỏ tươi (viêm loét TT, polyp TT, Ung thư TT....).
- Công thức máu, đông máu, Nhóm máu, Rh: đánh giá tình trạng thiếu máu, tình trạng nhiễm trùng, khả năng cầm máu của tiểu cầu.
- Sinh hóa máu: XN ure hoặc creatinin. đường huyết. ALT, AST. Albumin hoặc proteinTP, Điện giải đồ (Ca, Na, Cl, K)
- Siêu âm ổ bụng: phát hiện bệnh lý phối hợp, đánh giá kích thước TTL ở nam, tử cung phần phụ ở nữ.
- Điện tâm đồ
- HIV, HbSAg
- Chụp XQ lồng ngực
- Nội soi đại trực tràng : khi nghi ngờ bệnh lý của đại tràng
- Nước tiểu
- Các xét nghiệm khác để phục vụ chẩn đoán các bệnh lý phối hợp, phục vụ quá trình điều trị và tiên lượng bệnh

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- U ống hậu môn, U đại trực tràng: thăm trực tràng, nội soi đại trực tràng ống mềm, hóa mô miễn dịch, giải phẫu bệnh, Tumor marker, CT scanner, ...
- Nứt kẽ ống hậu môn: Đau hậu môn, Vết loét, Cơ thắt co bóp chặt.
- Các bệnh lý khác: Viêm ống hậu môn; sa trực tràng; u nhú vùng hậu môn, polyp trực tràng, ống hậu môn; bệnh Crohn...

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc, mục tiêu điều trị

Khỏi bệnh và bảo tồn được chức năng sinh lý đại tiện của hậu môn.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

- Chỉ định điều trị nội khoa: là điều trị khởi đầu cho những trường hợp nhẹ (trĩ độ 1, 2), phối hợp với điều trị thủ thuật, phẫu thuật cho những trường hợp trung bình và nặng (độ 3, độ 4).

- Điều trị nội khoa bao gồm:

+ Vệ sinh hậu môn bằng nước ấm; ngâm hậu môn.

+ Chế độ ăn uống nhiều chất xơ, ít gia vị cay nóng, kiêng rượu;

+ Sử dụng các loại thuốc uống có tác dụng toàn thân hay thuốc đặt tại chỗ: các loại thuốc điều hoà lưu thông ruột, thuốc làm bền vững thành mạch, thuốc bôi và đặt tại chỗ có tác dụng làm bôi trơn, giảm đau, chống viêm, thuốc nhuận tràng, chống tắc mạch và nhiễm trùng.

+ Kháng sinh: khi trĩ sa kẹt nhiễm trùng, trĩ chảy máu, trĩ kèm nhiễm khuẩn quanh hậu môn: kháng sinh nhóm cephalosporin, imidazol, quinolon. Điều trị riêng rẽ hay phối hợp kháng sinh tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng của bệnh nhân.

+ Giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau mà chỉ định thuốc giảm đau hợp lý.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa.

- Điều trị bệnh trĩ bằng thủ thuật và các liệu pháp vật lý

Điều trị bệnh trĩ bằng can thiệp thủ thuật chủ yếu áp dụng cho trĩ độ 1, độ 2 và độ 3 có búi riêng rẽ (nhỏ), thao tác dễ, nhanh, không đau hay đau rất ít, kết quả tốt 70 – 90%. Nhược điểm là không điều trị được trĩ ngoại, trĩ mức độ nặng (độ 3, độ 4) và tỷ lệ tái phát cao hơn PT.

Mục đích của điều trị bệnh trĩ bằng thủ thuật và các liệu pháp vật lý là nhằm giải quyết búi trĩ bằng cách tấn công vào cuống mạch cấp máu cho búi trĩ và giải quyết sa búi trĩ bằng cách tạo nên tổ chức xơ cố định lớp niêm mạc OHM.

Một số phương pháp thường dùng gồm tiêm xơ búi trĩ, thắt búi trĩ bằng vòng cao su, nong HM (phương pháp Lord), liệu pháp lạnh, đốt tia hồng ngoại, liệu pháp đốt điện, chiếu tia laser Nd – YAG hoặc laser CO2 và dòng điện cao tần.

- Điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật

Phẫu thuật (PT) điều trị bệnh trĩ có từ rất sớm, đây là phương pháp điều trị triệt để nhất, có tỷ lệ tái phát thấp. Những phương pháp thắt, cắt và đốt nhiệt đã được Hyppocrate – Galen mô tả trong y văn Thế Giới. Các kỹ thuật này được các phẫu thuật viên thực hiện cho đến thời trung cổ và những năm đầu của thế kỷ XIX. Trước thế kỷ XIX, theo Parks chỉ có hai phương pháp PT, cách xưa nhất là cuống búi trĩ được thắt bằng dây từ thời trung cổ, cách thứ hai là chỉ cắt trĩ mà không cầm máu. Từ đó đến nay, các phương pháp PT trĩ luôn được cải tiến.

Phân chia các PT điều trị bệnh trĩ ra làm hai loại dựa trên mức giải phẫu là đường lược, đó là các PT trĩ tầng thấp và các PT trĩ tầng cao. Các phẫu thuật trĩ tầng thấp còn được gọi là PT trĩ thường qui, đến nay vẫn còn được sử dụng rộng rãi (PT Milligan – Morgan, PT Ferguson,...) với nguyên tắc là can thiệp trực tiếp vào các búi trĩ bao gồm cả vùng da nhẵn OHM, do đó vấn đề thời sự vẫn là đau sau PT, dễ chảy máu, hẹp HM... Trở ngại lớn nhất của các phương pháp này là đau, nhất là ở những lần đại tiện đầu tiên sau PT, một số tác giả mô tả “đau như sát muối ớt, đau như có những mảnh thủy tinh vỡ đi qua”. Đã có nhiều nghiên cứu và nhiều cải biên đề xuất nhằm làm giảm đau sau PT nhưng vẫn chưa thỏa đáng, cho đến khi các phương pháp PT trĩ trên đường lược ra đời. Để tránh hay giảm đau sau PT, một số tác giả đã đưa phẫu trường lên trên đường lược, đây là các phẫu thuật trĩ tầng cao, điển hình là PT Longo và các cải biên,

+ Các phẫu thuật trĩ tạm thời

Các PT trĩ tạm thời là các kỹ thuật đơn giản, điều trị các biến chứng của trĩ, giúp BN tạm ổn định nhưng không điều trị triệt căn. Hai kỹ thuật hay được thực hiện gồm lấy huyết khối trĩ ngoại và thắt hay cắt búi trĩ riêng rẽ.

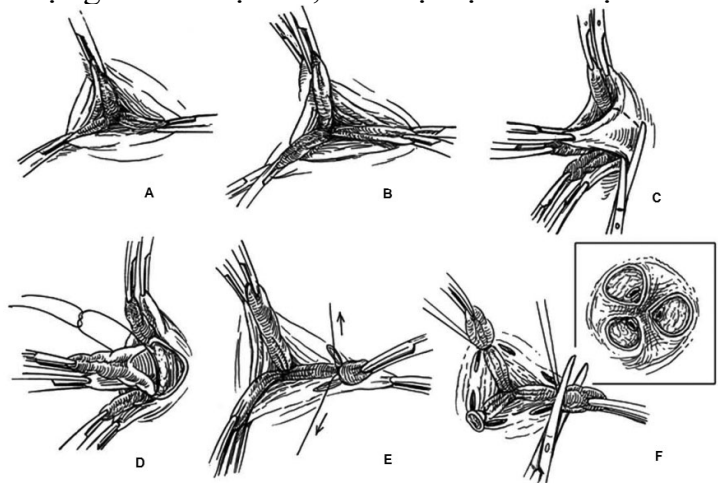
Phẫu thuật lấy huyết khối trĩ ngoại (lấy máu tụ): tiến hành gây tê và rạch ngay trên búi trĩ, nặn lấy đi cục máu đông. Phương pháp này áp dụng cho trĩ ngoại tắc mạch gặp sau 48 giờ.

Thắt hay cắt búi trĩ riêng rẽ: đây là kỹ thuật thắt hay cắt 1 hoặc 2 búi trĩ kèm theo bóc tách phần trĩ dưới da. Phương pháp này áp dụng cho các búi trĩ nội độ 3, độ 4 và trĩ hỗn hợp.

+ Các phẫu thuật trĩ triệt để

* Phẫu thuật cắt trĩ theo từng búi riêng rẽ:

Phẫu thuật Milligan – Morgan (1937): PT này được các tác giả Milligan, Morgan và Jones thực hiện vào năm 1937 tại bệnh viện Saint Marks ở Anh. PT Milligan – Morgan cắt bỏ một cách hệ thống 3 búi trĩ chính ở 3 – 5 giờ, 7 giờ và 11 giờ. Phẫu tích bắt đầu từ da rìa HM, lên trên và vào trong phía trong cơ thắt trong cho tới cuống mạch trĩ, cuống này sẽ được thắt và cắt bỏ cùng với các búi trĩ; vết thương không được đóng kín. Điều cơ bản trong PT này là để lại các cầu da – niêm mạc giữa các diện cắt, sẽ tái tạo lại niêm mạc OHM sau này. Chỉ định cho trĩ độ 3, độ 4 có hoặc không chảy máu, có hoặc không có tắc mạch với các búi trĩ chính ở 3 giờ, 7 giờ và 11 giờ. Năm 1970, Giáo sư Tôn Thất Tùng quyết định bỏ hết các phương pháp PT trĩ cũ và chỉ dùng phương pháp mới này sau khi đọc báo cáo của Arnous (bệnh viện Léopold Bellan – Paris) qua trên 3000 trường hợp.

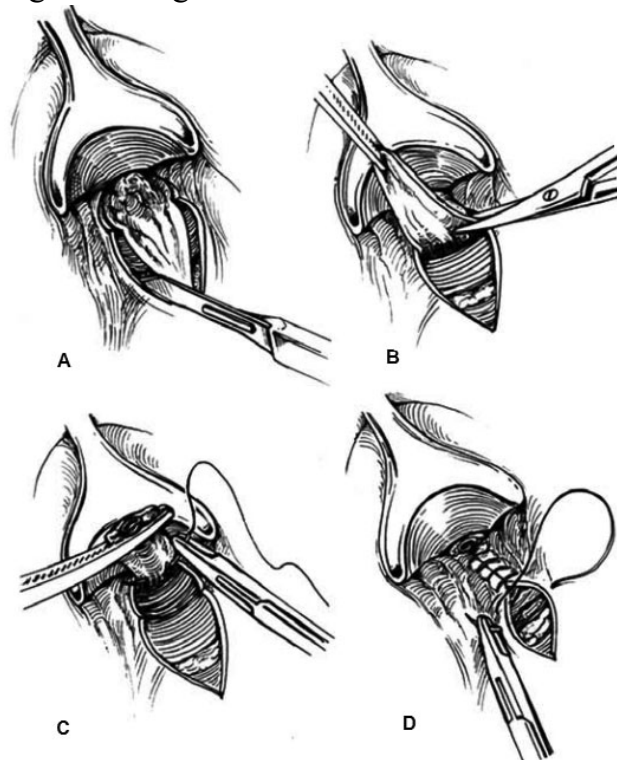


Hình 1. Phẫu thuật Milligan – Morgan

Phẫu thuật Shackelford (1955): khâu buộc trên cuống búi trĩ trước, cắt búi trĩ từ bên trong ra ngoài, vừa cắt vừa khâu vắt liên tục cho đến khi cắt hết búi trĩ thì để lại một đoạn ngoài da để dẫn lưu dịch tiết.

Phẫu thuật Parks (1956): Parks trình bày kỹ thuật cắt trĩ dưới niêm mạc với mục đích giảm đau sau PT vào năm 1956, điểm chính của kỹ thuật này là rạch niêm mạc OHM từ trong ra ngoài theo hình chữ Y lộn ngược, phẫu tích cắt bỏ búi trĩ sau đó khâu phủ lại niêm mạc trong OHM.

Phẫu thuật Ferguson (1959): Ferguson và Heaton đề xuất PT này năm 1959, rất được thịnh hành ở Mỹ và những nước chịu ảnh hưởng Mỹ. Đây là PT cắt trĩ kiểu búi rời nhưng sau đó khâu kín toàn bộ vết rạch nên còn được gọi là cắt trĩ kín; sau khi cắt bỏ các búi trĩ như phương pháp Milligan – Morgan thì khâu kín lại niêm mạc ở OHM.



Hình 2: Phẫu thuật Ferguson

Phẫu thuật Arnous – Parnaud – Denis: (bệnh viện Léopold Bellan, Paris – 1989): về cơ bản cũng như phương pháp Milligan – Morgan nhưng có thể cắt thêm các búi trĩ khác ngoài 3 búi trĩ cơ bản nhưng bao giờ cũng kèm theo cắt bán phần cơ thắt và tạo hình HM ở phía sau (vị trí 6 giờ).

* Phẫu thuật cắt bỏ vòng niêm mạc ống hậu môn:

Phẫu thuật Whitehead (1882): áp dụng cho các trường hợp trĩ vòng, PT bao gồm lấy bỏ toàn bộ búi trĩ và niêm mạc OHM bằng 4 đường rạch dọc theo trục HM, sau đó dính niêm mạc phần TT lành với da HM. PT này tuy cắt được toàn bộ vòng trĩ nhưng lại cũng cắt bỏ luôn toàn bộ vùng niêm mạc – da HM, phá hủy nhiều cấu trúc thần kinh – cơ OHM do đó gây ra các biến chứng, di chứng nặng nề sau PT như mất nhiều máu, nhiễm trùng nặng, mất chức năng tự chủ HM, biến dạng HM, lộn niêm mạc TT, liệt cơ thắt HM, đau bồng

buốt thần kinh chậu và thần kinh chi dưới, suy nhược thần kinh. Các biến chứng, di chứng đó được gọi chung là bệnh Whitehead và được nhiều người thừa nhận, trong y văn người ta nói đến PT này như để làm minh chứng cho các biến chứng, di chứng sau PT bệnh trĩ

Phẫu thuật Buie (1932): rạch da hai bên như cắt búi trĩ thường, sau đó rạch vòng theo đường lược đến vị trí 6 giờ và 12 giờ. Bên đối diện cũng tương tự, hai đường rạch này không được liên tục nhau. Từ hai bên, bóc tách niêm mạc ra khỏi cơ thắt và lên cao đến khi hết trĩ, sau đó khâu niêm mạc phía trên vào đường lược. Ở vị trí 6 giờ và 12 giờ phải giữ lại một vùng da – niêm tối thiểu 6mm, hai vạt da ở vị trí 3 giờ và 9 giờ để hở nhằm dẫn lưu dịch tiết sau PT.

Phẫu thuật Toupet (1969): dựa trên nguyên lý của PT Whitehead, Toupet đã đề xuất PT cải tiến để cắt bỏ toàn bộ trĩ vòng. Điểm cơ bản của PT này là đường rạch cắt niêm mạc OHM ngay sát trên đường lược; phẫu tích cắt bỏ được toàn bộ vòng trĩ, bảo tồn được niêm mạc – da nhạy cảm ở hai bên OHM, tránh phá hủy nhiều cấu trúc thần kinh – cơ OHM.

* Phẫu thuật khâu triệt mạch trĩ:

Khâu triệt mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm: phương pháp này được gọi là HAL (Haemorrhoidal Artery Ligation) hoặc DG-HAL (Doppler Guide Haemorrhoidal Artery Ligation) do tác giả Morinaga (Nhật Bản) nêu ra từ năm 1995, dựa trên nguyên lý xác định các ĐM trĩ bằng siêu âm doppler và được khâu thắt lại trên đường lược 2 – 3cm, do đó làm giảm hoặc mất dòng máu chảy về búi trĩ nên búi trĩ tự co nhỏ lại và trở về vị trí bình thường. Năm 2002, sau nhiều cải tiến của Monte cùng với Tagariello (Italy) phương pháp mới được gọi là THD (Transanal Haemorrhoidal Deartrialisation) hay DGHAL-RAR (Doppler Guide Haemorrhoidal Artery Ligation and Recto Anal Repair).

Khâu treo trĩ bằng tay (khâu gấp khoanh niêm mạc): đây là phương pháp cải biên của PT Longo ở các nước đang phát triển do giá thành cao của PT Longo. Phương pháp này cũng dựa trên nguyên tắc của PT Longo là làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ để thu nhỏ thể tích khối trĩ và treo búi trĩ lên OHM bằng các mũi khâu tay khâu xếp nếp niêm mạc trên đường lược 2 – 3 cm.

Phẫu thuật cắt bỏ một khoanh niêm mạc trên đường lược:

Phẫu thuật Longo (1998): tháng 6/1998 tại Hội nghị PT nội soi quốc tế lần thứ 6 ở Rome (Italy), Antonio Longo đã trình bày tổng kết một phương pháp PT để điều trị bệnh trĩ. Nội dung cơ bản của phương pháp này là cắt một vòng niêm mạc, dưới niêm mạc TT trên đường lược khoảng 3 cm bằng kỹ thuật khâu nối máy, nhằm kéo búi trĩ và niêm mạc TT sa trở về vị trí cũ đồng thời loại bỏ nguồn máu tới các búi trĩ. PT Longo chỉ định cho trĩ độ 3, độ 4; trĩ kèm theo những bệnh vùng HM khác cần PT (nứt kẽ, da thừa, rò, u nhú, tắc mạch, sa niêm mạc TT,...); trĩ độ 2 nhưng có những búi sa có thể tự lên được; trĩ đã được điều trị bằng những phương pháp khác nhưng thất bại. Chống chỉ định trong các trường hợp áp xe HM, hoại thư (Fournier), hẹp HM, sa toàn bộ trực tràng.

Hiện nay, PT Longo trở nên phổ biến với những kết quả ngắn và trung hạn rất khả quan, được hầu hết các trung tâm PT tại các nước có nền kinh tế phát triển trên Thế giới

áp dụng. Kỹ thuật này được các phẫu thuật viên đánh giá là an toàn, hiệu quả, đặc biệt là ít đau sau PT và nhanh chóng đưa BN trở về sinh hoạt bình thường.

3.3. Điều trị dự phòng

3.3.1 Khi bệnh nhân ra viện:

- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, không chảy máu hậu môn
- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa
- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:
 - + Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).

+ Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 3 lít nước

Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.

3.3.2. Hẹn tái khám:

- Tái khám sớm nhất sau 7 ngày ra viện tại phòng khám ngoại tiêu hóa
- Khai thác các triệu chứng: điều chỉnh thuốc cho phù hợp
- Thăm hậu môn: phát hiện sớm hẹp hậu môn, để hướng dẫn cho bệnh nhân nong hậu môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trung Học (2009), *So sánh kết quả điều trị phẫu thuật bệnh trĩ theo hai phương pháp Longo và Milligan-Morgan tại bệnh viện Việt Đức năm 2008-2009*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, ĐH Y Hà Nội.
2. Nguyễn Đình Hối (2002), *Hậu môn trực tràng học*, Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh, p. 73-104.
3. Nguyễn Xuân Hùng, Mark Helbraun, Phạm Đức Huân và cộng sự (2010), “Phẫu thuật Ferguson điều trị trĩ”, *Tạp chí đại trực tràng học (Hội HMTT học Việt Nam)*, 5, p. 9-13.
4. Lê Quang Nghĩa (2002), *Bệnh trĩ*, Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh.
5. Nguyễn Mạnh Nhâm (1997), *Hậu môn học (Proctology)*, Viện Y học cổ truyền Việt Nam (TTNC bệnh lý hậu môn), Hà Nội, 1, p. 1-15.
6. Trịnh Hồng Sơn (2005), “Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ”, *Tạp chí Y học thực hành*, 12, p. 49-54.
7. Trịnh Hồng Sơn (2011), “Phẫu thuật Milligan-Morgan, phẫu thuật Longo, phẫu thuật triệt mạch trĩ có sử dụng Doppler (THD) trong điều trị trĩ”, *Một số kiến thức liên quan đến bệnh lý ngoại khoa tiêu hóa*, Nxb Y học, Hà Nội, p. 87-107.
8. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Hoàng Diệu, Nguyễn Minh Trọng (2007), “Phẫu thuật Longo điều trị trĩ tắc mạch”, *Tạp chí Y học thực hành*, 2(564), p. 58-60.
9. Trịnh Hồng Sơn (2014), *Giải phẫu sinh lý vùng hậu môn trực tràng, phẫu thuật Longo điều trị bệnh trĩ*, 1 nhà xuất bản Y học, Hà nội, 11-26.
10. Phan Công Lương, Nguyễn Công Hóa, Đỗ Mạnh Toàn “ Nhận xét kết quả phẫu thuật Longo trong điều trị bệnh trĩ tại tỉnh Thái Bình” *Y học Việt Nam*, 11, p212
11. Nguyễn Xuân Hùng (2017), “Điều trị bệnh trĩ, các tai biến, biến chứng và di chứng kết quả điều trị và can thiệp” *Tạp chí đại trực tràng học*, (10),15

II. NÚT KẼ HẬU MÔN

1. ĐỊNH NGHĨA

Nứt kẽ hậu môn (nứt hậu môn) là một vết rách nhỏ nằm ở ống hậu môn và gây đau, chảy máu khi đại tiện. Và thường bị nhầm lẫn với các bệnh khác ở vùng hậu môn, như bệnh trĩ.

Nứt kẽ hậu môn là bệnh lý không phải ít gặp ở vùng hậu môn, một vùng rất nhạy cảm trên cơ thể vì tập trung nhiều đầu mút thần kinh. Cùng với bệnh trĩ tắc mạch, áp xe cạnh hậu môn, nứt kẽ hậu môn thể cấp tính thuộc bệnh lý cần giải quyết cấp cứu vì bệnh nhân rất đau.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

* Cơ năng

Chẩn đoán bệnh nứt kẽ hậu môn dựa vào 3 dấu hiệu chính: đau hậu môn, cơ thắt hậu môn co bóp chặt và vết nứt ở ống hậu môn.

- Đau hậu môn bác sĩ khám có thể phân biệt với bệnh trĩ tắc mạch, áp xe cạnh hậu môn.
- Bệnh thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới và người trẻ tuổi.
- Đau vùng hậu môn là triệu chứng nổi bật. Con đau điển hình có tính chất cấp tính, đột ngột làm bệnh nhân rất lo lắng. Đau thường xuất hiện khi đi ngoài, có những bệnh nhân đau lắng người trong nhà xí, mỗi lần đi ngoài là một nỗi lo sợ. Sau khi đi ngoài cơn đau có thể còn kéo dài hàng giờ.

- Cơn đau dữ dội vùng hậu môn với tính chất nêu trên là lý do bệnh nhân tới khám bệnh.

- Những bệnh nhân chịu đựng đau tốt, không muốn đi khám bệnh hoặc đi khám bác sĩ không chẩn đoán ra, cho đơn điều trị thuốc giảm đau, kháng sinh hoặc thuốc chữa trĩ... bệnh nhân có thể giảm cơn đau và bệnh chuyển thành mãn tính. Tính chất mãn tính ở đây có thể hiểu là bản thân bệnh nhân chịu đựng được cơn đau vùng hậu môn với thời gian kéo dài. Sự chịu đựng cơn đau âm thầm gây bệnh nhân khó chịu, lo lắng, cáu gắt, chất lượng cuộc sống sẽ giảm.

- Kèm theo đau có thể thấy phân dính máu tươi hoặc máu tươi nhỏ giọt sau khi phân ra, hoặc máu tươi thấm vào giấy vệ sinh.

Thực thể:

- Dấu hiệu cơ thắt hậu môn co bóp chặt cũng dễ dàng phát hiện vì khi thăm hậu môn, bác sĩ không thể đưa ngón tay vào ống hậu môn như thăm trực tràng thông thường do cơ thắt hậu môn luôn co chặt và bệnh nhân đau không chịu được.

- Vết nứt ở ống hậu môn. Thăm khám nhẹ nhàng (bằng cách banh hậu môn với 2

ngón tay cái của người thầy thuốc) sẽ thấy một vết loét hình vệt thường ở vị trí 6 giờ (bệnh nhân nằm ngửa, vị trí được đánh theo chiều kim đồng hồ, vị trí 6 giờ cùng phía xương cùng cụt) từ rìa hậu môn tới đường lược dài khoảng hơn 1 cm, chiều sâu khoảng độ 2 đến 3 mm, có thể nhìn thấy các thớ cơ trơn hậu môn ngay dưới đáy vết nứt. Đa số bệnh nhân có cột báo hiệu: là một nếp da gồ lên trước vết nứt.

Một số trường hợp nứt kẽ có kèm theo rò hậu môn và trĩ

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, Nhóm máu, Rh: đánh giá tình trạng thiếu máu, tình trạng nhiễm trùng, khả năng cầm máu của tiểu cầu.

- Sinh hóa máu: XN ure hoặc creatinin. đường huyết. ALT, AST. Albumin hoặc proteinTP, Điện giải đồ (Ca, Na, Cl, K)

- Nước tiểu

- Đông máu

- Siêu âm ổ bụng: phát hiện bệnh lý phối hợp, đánh giá kích thước TTL ở nam, tử cung phân phụ ở nữ.

- Điện tâm đồ

- HIV, HbSAg

- Chụp XQ lồng ngực

- Nội soi trực tràng ống mềm: phát hiện các bệnh lý vùng TT, có thể gây cho bệnh nhân đại tiện ra máu đỏ tươi (viêm loét TT, polyp TT, Ung thư TT....).

- Nội soi đại trực tràng: khi nghi ngờ bệnh lý của đại tràng

- Các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh lý phối hợp, phục vụ công tác chẩn đoán và tiên lượng

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nếp da thừa hậu môn: không đau hậu môn khi đại tiện

- Trĩ tắc mạch: có khối sưng đau cạnh hậu môn, màu tím

- Polyp ống hậu môn, u ống hậu môn, u đại trực tràng: không có vết nứt,

- Apxe cạnh hậu môn: có khối sưng nóng đỏ đau cạnh hậu môn.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc, mục tiêu điều trị

- Có nhiều phương pháp điều trị nứt kẽ hậu môn, phương pháp nào cũng đều dựa trên nguyên tắc là làm cơ thắt nghỉ ngơi (nong hậu môn, cắt bán phần cơ thắt, tiêm thuốc trực tiếp vào cơ tròn hậu môn...), vết nứt được cấp máu tốt và nhanh liền sẹo.

- Bệnh nhân có nứt kẽ hậu môn nên tới cơ sở y tế có gây tê, gây mê để chữa bệnh.

- Những bệnh nhân có biểu hiện đau cấp tính thường được điều trị cấp cứu cũng như bệnh lý apxe cạnh hậu môn và trĩ tắc mạch.

- Mục tiêu điều trị: Khỏi bệnh và bảo tồn được chức năng sinh lý đại tiện cho bệnh nhân

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

Là điều trị khởi đầu cho những trường hợp nứt kẽ hậu môn cấp tính. Điều trị nội khoa bao gồm:

- + Vệ sinh HM bằng nước ấm; ngâm hậu môn.
- + Chế độ ăn uống nhiều chất xơ, ít gia vị cay nóng, kiêng rượu;
- + Sử dụng các loại thuốc uống có tác dụng toàn thân hay thuốc đặt tại chỗ: các loại thuốc điều hoà lưu thông ruột, thuốc nhuận tràng, thuốc bôi và đặt tại chỗ có tác dụng làm bôi trơn, giảm đau, chống viêm, chống viêm và nhiễm trùng.
- + Kháng sinh: khi nứt kẽ hậu môn nhiễm trùng, trĩ chảy máu, nứt kẽ hậu môn kèm nhiễm khuẩn quanh hậu môn: kháng sinh nhóm cephalosporin, imidazol, quinolon. Điều trị riêng rẽ hay phối hợp kháng sinh tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng của bệnh nhân.
- + Giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau mà chỉ định thuốc giảm đau hợp lý.

3.2.2. Điều trị thủ thuật

Phương pháp nong hậu môn bằng tay và dụng cụ:

Tốt nhất bệnh nhân được gây mê nội khí quản, nhưng cũng có thể gây tê tại chỗ, gây tê tuỷ sống hoặc gây mê tĩnh mạch.

Phương pháp này được chỉ định áp dụng đối với thể cấp tính, vết loét mới và nông, không phối hợp với bệnh trĩ và rò hậu môn.

Một số tác giả không còn sử dụng phương pháp này với lý do không triệt để, dễ tái phát và nong với tính chất “mù” có thể gây tổn hại tới cơ thắt. Trong hoàn cảnh Việt Nam hiện nay, phương pháp này có thể thực hiện bởi mọi phẫu thuật viên ở các tuyến cơ sở. Tuy nhiên khi thực hiện phải lưu ý tới phản xạ hậu môn tim và làm tổn thương cơ thắt quá mức trong khi nong.

3.2.3. Điều trị phẫu thuật

+ Phương pháp cắt cơ thắt phía bên: các tác giả nước ngoài hay áp dụng phương pháp này. Nhược điểm của phương pháp này là không lấy đi vết nứt ở những trường hợp vết nứt mãn tính xơ chai.

+ Phương pháp lấy bỏ vết nứt kẽ, cắt bán phần cơ thắt phía sau và tạo hình hậu môn: đây là phương pháp cho kết quả rất tốt. Phương pháp này có lợi điểm là có thể kết hợp điều trị đồng thời nếu có bệnh trĩ phối hợp và rò đơn giản vùng gần vị trí nứt kẽ.

Thường không có tái phát, ít để lại di chứng như rối loạn chức năng cơ tròn hậu môn. Bệnh nhân hết đau, trở lại sinh hoạt và làm việc bình thường.

+ Phương pháp tiêm thuốc vào cơ tròn hậu môn

Gần đây, một số tác giả Châu Âu có gây tê tại chỗ và tiêm một loại thuốc có tên Botulinum toxin (làm giãn cơ trơn) vào cơ tròn trong để điều trị nứt kẽ hậu môn.

Kết quả cho thấy tiêm Botulinum toxin cho tỷ lệ liền sẹo thấp hơn so với cắt cơ tròn trong. Tuy nhiên lợi điểm của phương pháp này là: ít gây rối loạn chức năng cơ tròn, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn (có thể ra viện ngay), dễ áp dụng kỹ thuật.

Nên chọn phương pháp tiêm Botulinum toxin ở những bệnh nhân có nguy cơ cao khi tiến hành phẫu thuật hoặc nguy cơ rối loạn cơ tròn trong.

3.3. Điều trị dự phòng

3.3.1. Ra viện

- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, không chảy máu hậu môn
- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa
- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:
 - + Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).
 - + Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 3 lít nước
 - + Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.

3.3.2. Hẹn tái khám:

- Tái khám sớm nhất sau 7 ngày ra viện tùy thuộc tình trạng bệnh nhân tại phòng khám ngoại tiêu hóa
- Khai thác các triệu chứng: điều chỉnh thuốc cho phù hợp
- Thăm hậu môn: phát hiện sớm hẹp hậu môn, để hướng dẫn cho bệnh nhân nong hậu môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Phạm Quang Cử (2010), Bệnh các cơ quan tiêu hóa, Nxb Y học, Hà Nội, p. 58.*
2. *Nguyễn Đình Hối (2002), Hậu môn trực tràng học, Nxb Y học, TP Hồ Chí Minh.*
3. *Trịnh Văn Minh (2007), “Ruột già”, Giải phẫu người, Nxb Hà Nội.*
4. *Nguyễn Mạnh Nhâm (1995), Những bệnh cần biết ở vùng hậu môn, Nxb Y học, Hà Nội.*
5. *Nguyễn Mạnh Nhâm (1997), Hậu môn học (Proctology), Viện Y học cổ truyền Việt Nam (TTNC bệnh lý hậu môn), Hà Nội.*
6. *Nguyễn Mạnh Nhâm, Nguyễn Duy Thức (2004), Điều trị một số bệnh thông thường vùng hậu môn bằng thủ thuật - phẫu thuật, Nxb Y học, Hà Nội.*
7. *Trịnh Hồng Sơn (2005), “Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật nứt kẽ hậu môn”, Tạp chí Y học thực hành, 12, p. 49-54.*
8. *Đỗ Đức I Vân (2006), “Bệnh nứt kẽ hậu môn”, Bệnh học ngoại khoa, Nxb Y học, Hà Nội*

III. RÒ HẬU MÔN

1. ĐỊNH NGHĨA

Rò hậu môn là một đường hầm, thành được lót bởi mô hạt, đầu (lỗ) trong nằm ở ống hậu môn, đầu (lỗ) ngoài nằm ở phần da quanh ống hậu môn.

95% rò hậu môn có nguồn gốc từ viêm ống tuyến hậu môn. Ống tuyến hậu môn bị viêm dẫn đến hình thành một ổ nang mủ (áp-xe) cạnh hậu môn. Áp-xe cạnh hậu môn, khi tìm đường thoát mủ ra ngoài hay vào lòng trực tràng, sẽ tạo thành đường rò.

Trong 5% các trường hợp còn lại, rò hậu môn có nguồn gốc từ: Chấn thương, Ung thư. Các bệnh lý viêm nhiễm mãn tính vùng trực tràng hậu môn: lao, Crohn, viêm túi thừa, nhiễm Chlamydia, actinomycoses...Nứt hậu môn (gây áp-xe và rò dưới da).

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Chẩn đoán lâm sàng: bệnh nhân bị chảy dịch hoặc mủ kéo dài vùng hậu môn.

- Khám: cạnh hậu môn có một nốt sần, giữa có lỗ, ấn nốt sần dịch vàng đục trào qua lỗ. Sờ nắn phần da giữa nốt sần và hậu môn có cảm giác một dây cứng. Thăm trực tràng có thể sờ được lỗ trong, nằm trên đường lược.

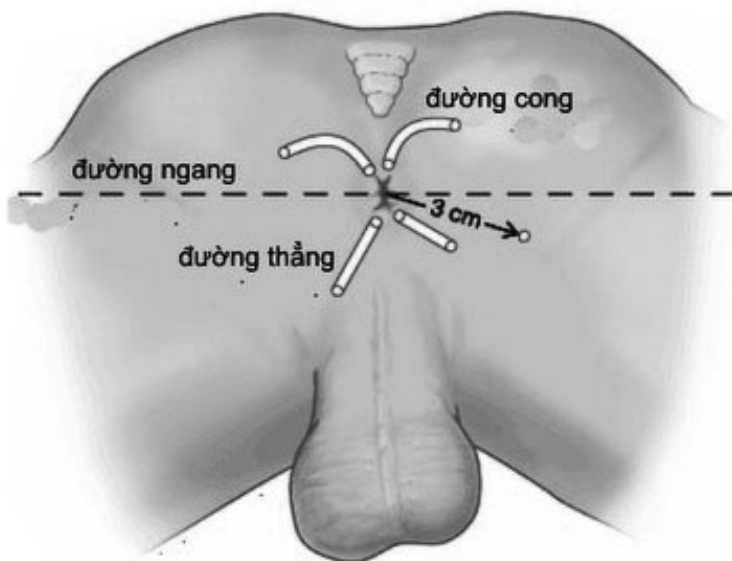
Phân loại rò hậu môn:

- Theo tính chất đơn giản hay phức tạp:

+ Rò đơn giản:

Có một lỗ trong, một lỗ ngoài và một đường rò nguyên phát nối hai lỗ.

Định luật Goodsall (hình 2): BN nằm xấp, nếu lỗ ngoài nằm ở $\frac{1}{2}$ trên đường ngang qua ống hậu môn, lỗ trong sẽ nằm trên đường giữa. Nếu lỗ ngoài nằm ở $\frac{1}{2}$ dưới, lỗ trong sẽ nằm trên đường hướng tâm (đặc điểm này sẽ thay đổi nếu lỗ ngoài nằm cách rìa hậu môn 2-3 cm).



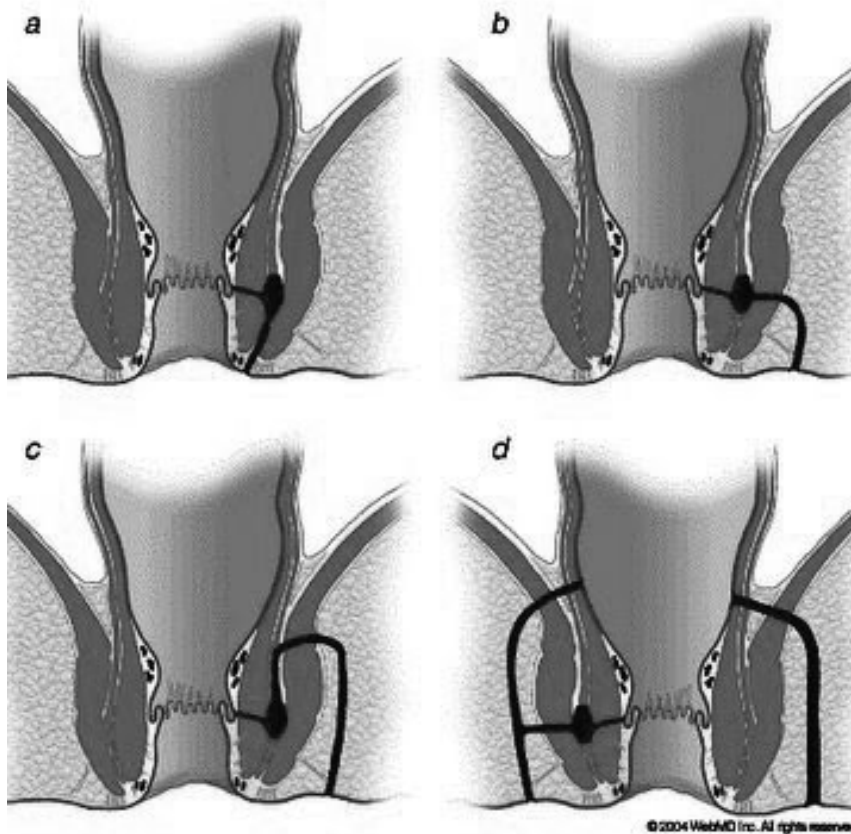
Hình 1- Mối liên quan giữa lỗ trong và lỗ ngoài của một đường rò hậu môn theo định luật Goodsall

+ Rò phức tạp:

Có một lỗ trong, một đường rò nguyên phát và một hay nhiều đường thứ phát, mỗi đường rò có một lỗ ngoài.

Rò móng ngựa: lỗ trong nằm ở phần sau hậu môn, đường rò nguyên và thứ phát đi vòng ra hai bên, trong hố ngồi-trực tràng.

Theo phân cơ thắt có liên quan (hình 2):



Hình 2- Các kiểu rò hậu môn: a-Rò gian cơ thắt, b-Rò ngang cơ thắt, c-Rò trên cơ thắt, d-Rò ngoài cơ thắt.

Được ứng dụng nhiều trên lâm sàng vì có liên quan đến việc chọn lựa phương pháp điều trị.

Tuỳ theo khối lượng của phần cơ thắt có liên quan (phần cơ thắt nằm giữa đường rò và bề mặt biểu mô của ống hậu môn), rò hậu môn được phân thành 4 loại chính: Rò gian cơ thắt (70%), Rò ngang cơ thắt (24%) bao gồm rò ngang cơ thắt thấp và rò ngang cơ thắt cao. Rò trên cơ thắt (5%). Rò ngoài cơ thắt (1%).

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, Nhóm máu, Rh: đánh giá tình trạng thiếu máu, tình trạng nhiễm trùng, khả năng cầm máu của tiểu cầu.

- Sinh hóa máu: XN ure hoặc creatinin. đường huyết. ALT, AST. Albumin hoặc proteinTP, Điện giải đồ (Ca, Na, Cl, K)

- Nước tiểu

- Đông máu
- Siêu âm ổ bụng: phát hiện bệnh lý phối hợp, đánh giá kích thước TTL ở nam, tử cung phần phụ ở nữ.

- Siêu âm qua ngã hậu môn-trực tràng: được chỉ định khi không tìm thấy lỗ trong hay nghi ngờ đường rò đi cao (trên cơ thắt, ngoài cơ thắt). Việc bơm oxy già vào lỗ ngoài sẽ làm tăng độ nhạy của chẩn đoán.

- Siêu âm nội soi

- Điện tâm đồ

- HIV, HbSAg

- Chụp XQ lồng ngực

- Nội soi trực tràng ống mềm: phát hiện các bệnh lý vùng TT: viêm loét TT, polyp TT, Ung thư TT.....

- Nội soi đại trực tràng: khi nghi ngờ bệnh lý của đại tràng

- X-quang đường rò: bơm thuốc cản quang vào lỗ trong, chụp nhiều tư thế (trước sau, nghiêng, chéo).

- Đo áp lực cơ thắt: được chỉ định trong trường hợp rò tái phát sau mổ, rò trên cơ thắt, hay BN có bệnh lý làm giảm trương lực cơ thắt (người già yếu, sang chấn sản khoa...)

- MRI: Có giá trị cao trong chẩn đoán và điều trị xác định vị trí, hình thái, phân loại đường rò

- Các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh lý phối hợp, phục vụ công tác chẩn đoán và tiên lượng

2.1.3. Chẩn đoán phân biệt

Rò xoang lông

Nhọt cạnh hậu môn

Viêm nhiễm quanh hậu môn

Rò do các nguyên nhân khác: lao, Crohn, ung thư: dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm: giải phẫu bệnh, Turmor macker, Test chẩn đoán lao, nội soi đại trực tràng, nội soi dạ dày, ...

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc, mục tiêu điều trị

Khỏi bệnh và bảo tồn được chức năng sinh lý của hậu môn

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

Chỉ định điều trị nội khoa: phối hợp với điều trị thủ thuật

Điều trị nội khoa bao gồm:

- + Vệ sinh HM bằng nước ấm; ngâm hậu môn.

- + Chế độ ăn uống nhiều chất xơ, ít gia vị cay nóng, kiêng rượu;

- + Sử dụng các loại thuốc uống có tác dụng toàn thân :các loại thuốc điều hoà lưu thông ruột,thuốc nhuận tràng,thuốc giảm đau, chống viêm và nhiễm trùng, thuốc xổ ruột chuẩn bị trước mổ.

+ Kháng sinh: kháng sinh nhóm cephalosporin, imidazol, quinolon. Điều trị riêng rẽ hay phối hợp kháng sinh tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng của bệnh nhân.

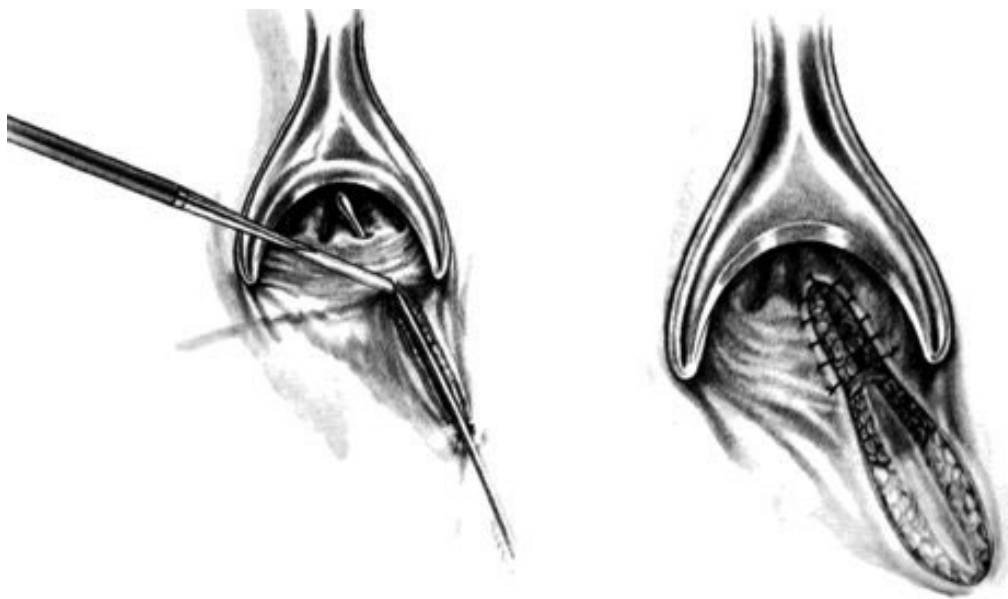
+ Giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau mà chỉ định thuốc giảm đau hợp lý.

3.2.2. Điều trị phẫu thuật

Cắt mở đường rò (fistulostomy):

Nguyên tắc: cắt đường rò từ lỗ trong ra lỗ ngoài, mở đường rò ra bề mặt (biến “đường hầm” thành “đường hào”). Đường rò sẽ lành từ đáy lên bề mặt. Phương pháp này cũng cắt phần cơ thắt có liên quan. Nếu phần cơ thắt bị cắt nhiều, BN sẽ không kiểm soát vấn đề giữ phân (són phân hay tiêu không tự chủ)

Chỉ định: Rò gian cơ thắt, Rò xuyên cơ thắt thấp (trừ đường rò ở 1/2 trước hậu môn ở BN nữ)



Hình 3- Kỹ thuật cắt mở đường rò trong điều trị rò hậu môn

Chăm sóc hậu phẫu:

Điều trị phối hợp sau phẫu thuật : nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, truyền máu khi thiếu máu, thuốc nhuận tràng, chống phù nề,

Tiếp tục dùng kháng sinh theo tình trạng nhiễm trùng sau mổ.

Ngâm hậu môn ngày 2 lần. Khi ngâm, dùng ngón tay miết vào vết thương để cho vết thương lành từ đáy lên trên, từ trong ra ngoài, đồng thời hạn chế nguy cơ hẹp hậu môn.

Thời gian lành hẳn vết thương trung bình 6 tuần, hiếm khi quá 12 tuần.

Đặt seton:

Nguyên tắc: cắt đường rò “dần dần”, để đường rò lành mà vẫn bảo tồn được chức năng cơ thắt.

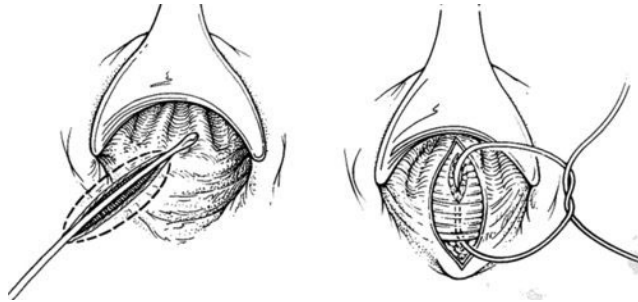
Chỉ định: BN nữ có đường rò ở 1/2 trước hậu môn. Rò tái phát. Rò phức tạp. Rò xuyên cơ thắt cao, trên hay ngoài cơ thắt. Rò hậu môn ở BN có trương lực cơ thắt thấp

Nội dung điều trị:

Các bước đầu tương tự như cắt mở đường rò

Không cắt cơ thắt. Luồn một sợi chỉ silk to hay dải cao su (Penrose) từ lỗ ngoài vào lỗ trong, buộc quanh phần cơ thắt có liên quan (hình 6).

Sau mổ, xiết dần seton mỗi khi BN tái khám, cho tới khi seton cắt xuyên qua phần cơ thắt và rút ra ngoài. Hoặc hẹn bệnh nhân phẫu thuật thì 2 cắt cơ thắt sau 16 tuần.



Hình 4- So sánh cắt mở đường rò (hình trái) và đặt seton trong điều trị rò hậu môn.

Bít đường rò bằng keo fibrin:

Các bước chính của phương pháp bít đường rò bằng keo fibrin trong điều trị rò hậu môn:

Nạo sạch mô hạt thành đường rò

Khâu kín lỗ trong

Bơm keo fibrin vào đường rò

Phương pháp này cho tỉ lệ lành đường rò thấp.

Chuyển vạt nội trực tràng (endorectal advancement flap):

Nguyên tắc: tách một mảnh niêm mạc thành trực tràng, chuyển xuống và khâu che lên lỗ rò trong. Có thể kết hợp với bơm keo fibrin vào đường rò.

Đây là phương pháp lý tưởng để điều trị các đường rò cao.

3.3. Biến chứng sau mổ:

- Chảy máu: Xét nghiệm công thức máu, đông máu, bilan nhiễm khuẩn

- Són phân: do một phần đáng kể cơ thắt hậu môn bị cắt đứt, hay cắt mở đường rò ở BN có trương lực cơ thắt thấp.

- Hẹp hậu môn: có thể xảy ra, nếu sau cắt đường rò mô sợi xơ phát triển quá mức.

3.4. Điều trị dự phòng

3.4.1 Ra viện:

- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, đại tiện được và không chảy máu hậu môn.

- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa

- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:

+ Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).

+ Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 3 lít nước

- Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.

- Ngâm hậu môn bằng nước ấm ngày 2 lần sáng tối: mỗi lần 15 phút

3.4.2. Hẹn tái khám:

- Tái khám sau 7 ngày ra viện tại phòng khám ngoại tiêu hóa
- Khai thác các triệu chứng: điều chỉnh thuốc cho phù hợp
- Thăm hậu môn: phát hiện sớm hẹp hậu môn, để hướng dẫn cho bệnh nhân nông hậu môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mạnh Nhâm, *Một số nhận xét về điều trị áp xe hậu môn trong 2 năm (1992-1993) tại bệnh viện Việt Đức.*
2. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Đỗ Đức Vân, *Thái độ xử lý rò kép trong bệnh lý rò hậu môn, Y học thực hành, 1996, 3: 3- 5.*
3. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Đỗ Đức Vân, *Chẩn đoán và điều trị rò hậu môn hình móng ngựa, Y học thực hành, 1999, 2: 22- 26.*
4. Trịnh Hồng Sơn, *Góp phần nghiên cứu điều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật, Luận văn thạc sĩ khoa học y dược, Hà nội, 1995.*
5. Nguyễn Trung Tín (2011), “ *Kết quả phẫu thuật LIFT trong điều trị rò hậu môn*”; *Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 15 (1), tr.147-151*
6. Lê Thị Diễm (2010), “*Bước đầu khảo sát giá trị hình ảnh cộng hưởng từ của rò hậu môn*”, *Y học Tp Hồ Chí Minh, tập 14(1), Tr.87-91.*
7. Eisenhammer S, *The final evaluation and classification of surgical treatment of the primary anorectal cryptoglandular intermuscular (intersphincteric) fistulous abscess and fistular.Dis. Col. Rect, 1978, 21: 237- 254.*
8. William H. Isbister, Nasser Al Sanea, *The cutting seton. An experience at King faisal specialist hospital, Dis. Colon. Rectum, 2001, 44: 722- 727.*

IV. SA TRỰC TRÀNG (ICD: K62.3)

1. ĐỊNH NGHĨA

Sa trực tràng là bệnh lý do sự tổn thương và suy yếu của cấu trúc cân cơ và dây chằng nâng đỡ sàn chậu, có hai loại:

- Sa toàn bộ thành trực tràng: toàn bộ thành trực tràng sa ra bên ngoài hậu môn
- Sa niêm mạc trực tràng: chỉ có niêm mạc sa ra ngoài, các lớp cơ thành trực tràng

vẫn đúng vị trí

2. CHẨN ĐOÁN.

2.1. Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào bệnh sử và thăm khám lâm sàng

2.1.1. Lâm sàng

- Đau hậu môn, chảy máu, tiết chất nhầy ở hậu môn, táo bón, hoặc đại tiện không tự chủ
- Khám hậu môn thấy một khối sa ra ngoài hậu môn, các khối niêm mạc của khối sa

ra ngoài là những vòng tròn đồng tâm

- Nếu bệnh sử nghi ngờ, mà thăm khám không thấy khối sa, xác định bằng cách cho bệnh nhân rặn và ở tư thế ngồi xổm để đánh giá. Có thể thăm khám lúc bệnh nhân đi đại tiện sẽ thấy khối sa ra ngoài

- Hậu môn có một khối phồng lên như quả cà chua (không có vách ngăn giữa khối lòi với rìa hậu môn, các nếp niêm mạc tập trung lại ở một lỗ giữa, như núm quả cà chua): sa niêm mạc trực tràng không hoàn toàn.

- Hậu môn có một đoạn dài, đỏ lòi ra như một cái đuôi, có thể dài tới 6cm, màu hồng xẫm, có một lỗ giữa hoặc đỉnh của đoạn lòi ra hướng về phía sau, có nhiều vòng lớp niêm mạc đồng tâm, có một rãnh giữa khối lòi của đoạn trực tràng sa với rìa hậu môn (trừ trường hợp sa cả ống hậu môn ra ngoài): sa trực tràng hoàn toàn

2.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi đại tràng hoặc chụp đại tràng cản quang: Để loại trừ bệnh lý ác tính đi kèm.

- Chụp MRI động: Khảo sát toàn bộ cấu trúc sàn chậu cùng các tạng chậu kèm động học tổng phân.

- Các xét nghiệm thường quy :

- + Công thức máu

- + CRP

- + Đông máu,

- + Nhóm máu

- + Sinh hóa: glucose máu, SGOT, SGPT, creatinin máu, điện giải đồ (Na, K, Cl, Ca)...

- + Điện tim

- + Xét nghiệm nước tiểu

- + XQ ngực thẳng

- + Test nhanh HIV, HbsAg trong trường hợp bệnh nhân đồng ý thanh toán
 - + Các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh lý phối hợp, phục vụ công tác chẩn đoán và tiên lượng
- 2.2. Chẩn đoán phân biệt: Sa trực tràng khác với:

- Sa trực tràng kiểu nhô (Rectal procidence, Procidence rectale) là chỉ có một chỗ của thành trực tràng nhô vào trong lòng trực tràng
- Sa trực tràng kiểu túi (Rectocele, Rectocele hay Proctoceles, Proctoceles) khi chỉ có một chỗ của thành trực tràng sa lồi vào ổ bụng tạo thành một túi. Túi này thường chứa phân.
- Sa trĩ (Hemorrhoidal prolapse, Prolapsus hemorrhoidaire) là do các búi trĩ nội nằm trên đường lược dẫn ra quá mức sa ra ngoài. Thành phần sa ra ngoài là các búi tĩnh mạch, phủ lên các búi tĩnh mạch là niêm mạc. Khối sa của trực tràng và khối sa của trĩ khác nhau. Khi khối sa trực tràng dài thì rất dễ phân biệt. Nhưng khi khối sa của trực tràng ngắn thì có thể lẫn với trĩ vòng sa. Khối sa của trực tràng tròn đều, không có ngấn, có những vòng tròn niêm mạc đồng tâm, niêm mạc màu hồng tươi. Khối sa của trĩ chỗ to chỗ nhỏ tạo thành những búi, cách nhau giữa các búi là các ngấn, niêm mạc màu tím đỏ

3. ĐIỀU TRỊ.

3.1. Nguyên tắc mục tiêu điều trị

- Điều trị nội khoa kết hợp ngoại khoa
- Phục hồi chức năng sinh lý đại tiện của hậu môn

3.1.1. Điều trị nội khoa: :

- + Vệ sinh HM bằng nước ấm; ngâm hậu môn.
- + Chế độ ăn uống nhiều chất xơ, ít gia vị cay nóng, kiêng rượu
- + Thay đổi thói quen, sinh hoạt phù hợp. Thực hiện chế độ ăn dễ tiêu,
- + Tập vật lý trị liệu phục hồi sàn chậu.
- + Sử dụng các loại thuốc uống có tác dụng toàn thân :các loại thuốc điều hoà lưu thông ruột,thuốc nhuận tràng,thuốc giảm đau, chống viêm và nhiễm trùng, thuốc xổ ruột chuẩn bị trước mổ.

+ Kháng sinh: kháng sinh nhóm cephalosporin, imidazol, quinolon. Điều trị riêng rẽ hay phối hợp kháng sinh tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng của bệnh nhân.

- + Giảm đau: tùy thuộc vào mức độ đau mà chỉ định thuốc giảm đau hợp lý

3.1.2. Điều trị ngoại khoa.

- Phẫu thuật Delorme: sa niêm mạc trực tràng hay sa toàn bộ thành trực tràng nhưng khối sa ít. Phẫu thuật cắt nếp vòng niêm mạc sa, lớp cơ được khâu xếp lên nhau.

- Cắt trực tràng đại tràng xích ma qua ngã hậu môn (phẫu thuật Altemeier): bệnh nhân sa toàn bộ thành trực tràng nhưng có nguy cơ cao về phẫu thuật

- Phẫu thuật nội soi ngã bụng: treo trực tràng ụ nhô

3.2. Điều trị dự phòng

3.2.1. Ra viện

- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, đại tiểu tiện tốt, không sa trực tràng
- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa

- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:
 - Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).
 - Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 2 lít nước
 - Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.
- 3.2.2. Hẹn tái khám:
- Tái khám sau sớm nhất 7 ngày ra viện hoặc khi có triệu chứng bất thường

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Anh Tuấn (2007), “Vai trò của phẫu thuật nội soi treo trực tràng trong điều trị sa trực tràng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 11(4), tr. 174- 178.
2. Đỗ Đình Công (2007), “Sa trực tràng”, *Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa*, Nhà xuất bản Y học, thành phố Hồ Chí Minh, tr. 301- 312.
3. Nguyễn Minh Hải, Trần Phước Hồng, Lâm Việt Trung, và cộng sự (2008), “Vai trò của phẫu thuật nội soi treo trực tràng sử dụng Mesh trong điều trị sa toàn bộ trực tràng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 12 (4), tr. 175- 180.
4. Nguyễn Đình Hối (2002). “Đại tiện không tự chủ”. *Hậu môn trực tràng học*. NXB Y học, TPHCM, tr. 195-205.
5. Nguyễn Thị Thùy Linh, Võ Tấn Đức, Đỗ Đình Công (2011). “Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ động sán chậu trên bệnh nhân nữ rối loạn tổng phân tuổi từ 30-60”. *Tạp chí Y học TPHCM*, tập 15, tr. 87-93.
6. Nguyễn Trung Vinh (2010). “Nhận xét bước đầu phẫu thuật phục hồi bản sau cơ nâng hậu môn trong điều trị hội chứng sa sán chậu”. *Tạp chí Y học T TPHCM*, tập 14(2), tr. 263-268.

V. VIÊM RUỘT THỪA (ICD: K35)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm ruột thừa cấp (VRTC) là một cấp cứu ngoại khoa bụng thường gặp. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nam cũng như nữ. Bệnh cảnh lâm sàng của VRT đa dạng phong phú, biến chứng không lường trước được. Mổ càng muộn biến chứng càng nhiều và tỷ lệ tử vong càng cao.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

* Cơ năng

- Đau bụng hố chậu phải, đau thường bắt đầu xuất hiện ở hố chậu phải, cũng có trường hợp bắt đầu đau ở thượng vị, quanh rốn sau đó mới khu trú ở hố chậu phải.

Đau âm ỉ, đau liên tục và tăng dần. Ít khi đau thành cơn, nếu có giữa các cơn vẫn đau.

- Nôn và buồn nôn, triệu chứng này có trường hợp có hoặc không.

- Bí trung đại tiện.

* Thực thể.

- Sốt, thông thường không sốt cao, nếu sốt cao 39-40 độ chú ý có biến chứng.

- Phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải: triệu chứng có giá trị, phải thăm khám theo dõi nhiều lần, so sánh hai bên. Chú ý ở những bệnh nhân già, béo, chữa đẻ nhiều lần dấu hiệu này yếu ớt.

- Điểm đau khu trú:

+ Điểm Mac-Burney.

+ Điểm Clado.

+ Điểm Lanz.

Một số dấu hiệu:

- Schotkin-Blumberg (+).

- Rowsing (+) (dồn hơi từ đại tràng trái và đau hố chậu phải).

- Sitkovski (+) (nằm nghiêng bên trái, gây đau hố chậu phải).

- Obrasov (+) gặp trong viêm ruột thừa sau manh tràng.

2.1.2. Cận lâm sàng:

* Công thức máu: Bạch cầu trong máu tăng, nhất là bạch cầu đa nhân trung tính, công thức bạch cầu chuyển trái. Thời kì đầu bạch cầu tăng vừa phải, khi có biến chứng tăng cao.

* Siêu âm: Hình ảnh viêm ruột thừa.

* Cắt lớp vi tính: Để chẩn đoán trong những trường hợp khó (nhiều bệnh lý đi kèm, viêm ruột thừa lạc chỗ...)

* Các xét nghiệm thường quy để phẫu thuật

- Công thức máu
- CRP
- Đông máu,
- Nhóm máu
- Sinh hóa: glucose máu, SGOT, SGPT, creatinin máu
- Điện tim
- Xét nghiệm nước tiểu
- XQ ngực thẳng
- Test nhanh HIV, HbsAg trong trường hợp bệnh nhân đồng ý thanh toán
- Các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh lý phối hợp, phục vụ công tác chẩn đoán và tiên lượng

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Con đau quặn thận phải:
 - + Đau bụng lan xuống bẹn, sinh dục.
 - + Có rối loạn tiểu tiện: đái buốt, đái dắt.
 - + Nước tiểu có hồng cầu và bạch cầu.
 - + Siêu âm, XQ có hình ảnh sỏi.
- Viêm phần phụ ở nữ:
 - + Thường đau cả hai hố chậu.
 - + Có khí hư.
- Nang buồng trứng xoắn bên phải:
 - + Đau đột ngột, dữ dội.
 - + Khám thấy khối u rất đau.
- Chửa ngoài dạ con bên phải vỡ:
 - + Chậm kinh, có biểu hiện thai nghén.
 - + Có biểu hiện chảy máu trong.
 - + Test Beta HCG
 - + Thăm âm đạo: Cứng đồ Douglas phòng, đau, có máu theo tay.
- Lòng ruột hồi manh tràng:
 - + Đau từng cơn HCP hoặc cao hơn.
 - + Rối loạn đại tiện, phân có thể có máu.
 - + Cơ bụng vẫn mềm, hố chậu rỗng và nhiều khi thấy búi lông.

3. ĐIỀU TRỊ.

3.1. Nguyên tắc điều trị: Điều trị ngoại khoa kết hợp với nội khoa

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

- Bù dịch đường tĩnh mạch (Lactat Ringer hay NaCl 0,9%) kết hợp điều trị triệu chứng (chống nôn, giảm đau...).
- Kháng sinh:

+ Kháng sinh dự phòng thường được sử dụng trong viêm ruột thừa chưa vỡ để ngừa nhiễm trùng vết mổ và nhiễm trùng ổ bụng sau mổ.

+ Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí: 5-nitro imidazol...

+ Cephlosporin thế hệ 2, 3 (Cefotetan, Cefoxitin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ceftazidim) có thể được lựa chọn.

+ Các Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng thường được sử dụng đơn trị.

+ Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.

+ Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí là cần thiết, nhất là khi VRT có biến chứng áp xe hay viêm phúc mạc ruột thừa.

+ Trong trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ để chọn kháng sinh thích hợp.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

* Viêm ruột thừa chưa có biến chứng.

- Mổ nội soi cắt ruột thừa: Cắt ruột thừa nội soi là phương pháp an toàn và hiệu quả trong viêm ruột thừa không biến chứng và có thể thay thế phẫu thuật tiêu chuẩn cắt ruột thừa hở

- Mổ mở theo đường Mac-Burney: Chỉ định trong các trường hợp chống chỉ định mổ nội soi

* Viêm phúc mạc toàn bộ.

- Mổ nội soi cắt ruột thừa lau rửa ổ bụng

- Mổ bụng theo đường trắng giữa trên dưới rốn cắt ruột thừa lau rửa ổ bụng

* Xét nghiệm trong lúc mổ: Soi cấy kháng sinh đồ, sinh hóa dịch ổ bụng, giải phẫu bệnh khi cần.

* Theo dõi biến chứng sau mổ: nhiễm trùng, rò tiêu hóa, chảy máu sau mổ, ... Làm thêm các xét nghiệm: công thức máu, sinh hóa máu, đông máu, điện giải đồ, CT scanner,...

3.3. Điều trị dự phòng

3.3.1 Ra viện

- Vận động sớm sau mổ.

- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, đại tiện được, vết mổ khô.

- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa

- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:

+ Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).

+ Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 3 lít nước

- Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.

3.3.2. Hẹn tái khám

- Tái khám khi có dấu hiệu bất thường hoặc tái khám định kỳ sau 1 tháng.

- Khai thác các triệu chứng: điều chỉnh thuốc cho phù hợp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bệnh học ngoại khoa sau đại học NXBQĐND - HN 2002 tập 1, 2*
2. *Ngoại khoa sách – bổ túc sau đại học ĐHYHN 1984*
3. *Chuyên khoa ngoại – NXBYH – HN 1985*
4. *Tai biến và biến chứng phẫu thuật HVQY 1988*
5. *Bệnh học ngoại khoa NXBYH – HN 1985 tập 1, 2 phần bụng. 1986 phần tụy lách 1991*
6. *Bách khoa thư bệnh học NXBYH – HN 2003 tập 1, 2, 3*
7. *Bệnh học ngoại khoa bụng NXBQĐND - HN 1997*
8. Ninh Việt Khải, Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Thanh Long (2011), “Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa vỡ”, *Y học thực hành*, 751 (2); 61-68.
9. Nguyễn Thanh Phong (2012), “ Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa với một vết mổ”, *Y học thực hành*, 13(1); tr 1-9.
10. Maingot's Abdominal operations. T1, T2 – Appleton & Lange, A. Simon & Schuster company, Printed in the United State of America 1997
11. David Sabiston; Textbook of Surgery, the biological basis of modern surgical practice, T1, T2 Saunders Company, Printed in the United State of America 1997

VI. UNG THƯ DẠ DÀY (C16)

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh hay gặp nhất trong số các loại ung thư của đường tiêu hoá và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba do ung thư.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định dựa vào

2.1.1. Lâm sàng

Giai đoạn sớm:

- Ăn uống kém, chán ăn
- Khó chịu hoặc đau bụng âm ỉ vùng thượng vị
- Chướng hơi dạ dày sau khi ăn
- Buồn nôn, hoặc nôn
- Toàn thân người mệt mỏi, da xanh niêm mạc nhợt, gầy sút cân

Giai đoạn muộn:

- Đau bụng
- Nôn và buồn nôn
- Khối u ổ bụng
- Dịch cổ chướng
- Di căn hạch lympho: là biểu hiện di căn xa thường gặp của UTDD

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm ổ bụng: là xét nghiệm đầu tay giúp định hướng tới u dạ dày, có thể đánh giá vị trí, kích thước, liên quan của khối u, tình trạng dịch trong ổ bụng.

- Nội soi dạ dày: Nội soi cho phép xác định vị trí, kích thước, hình ảnh đại thể của tổn thương và sinh thiết u để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh xác định bản chất mô học. Nội soi dạ dày nhuộm màu, nội soi có dải ánh sáng hẹp (narrow-band imaging – NBI): cho phép quan sát được cấu trúc vi mạch của niêm mạc và bề mặt tổn thương, rất hữu ích để phát hiện UTDD giai đoạn sớm. Nội soi có dải ánh sáng hẹp (NBI) kết hợp với nội soi phóng đại (M-NBI): cho phép kiểm tra hệ thống vi mạch và bề mặt vi mô của niêm mạc dạ dày. Phương pháp này có độ đặc hiệu cao (97,5%) để chẩn đoán UTDD sớm.

- Siêu âm nội soi dạ dày: Rất có giá trị trong chẩn đoán xác định giai đoạn ung thư dạ dày và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp.

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có thuốc cản quang: Đánh giá vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn thành dạ dày và xâm lấn các tạng xung quanh (T), hạch ổ bụng (N) và di căn (M) của ung thư dạ dày từ đó giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI): cho phép xác định tổn thương, phát hiện di căn hạch hạch và di căn xa của ung thư dạ dày.

- Chụp cắt lớp phát xạ (PET/CT): hữu ích trong việc phát hiện tình trạng di căn kín đáo dễ bị bỏ sót qua CLVT, tỷ lệ này có thể lên tới 10%.

- Định lượng CEA, CA72-4, CA 19-9: Cho các trường hợp nghi u dạ dày và các trường hợp sau mổ ung thư dạ dày để tiên lượng.

- Xét nghiệm để đánh giá tổng trạng người bệnh trước điều trị phẫu thuật: Xét nghiệm công thức máu, đông máu, nhóm máu, HIV, HBsAg. Xét nghiệm chức năng gan thận tụy (SGOT, SGPT, Bilirubine, Creatinin, Glucose). Xét nghiệm điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Ca²⁺, CL⁻). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần). Xét nghiệm nước tiểu...

Xét nghiệm đánh giá chức năng tim mạch, phổi: Điện tâm đồ, Xquang tim phổi thẳng. Siêu âm tim (đánh giá các bệnh về val tim, cơ tim, mạch vành ...). Siêu âm hệ mạch cảnh và Siêu âm hệ mạch chi (đánh giá tình trạng xơ vữa động mạch, huyết khối tĩnh mạch ...).

- Xét nghiệm mô bệnh học: xét nghiệm bệnh phẩm sinh thiết qua nội soi dạ dày, sinh thiết tức thì hạch và u dạ dày trong mổ, xét nghiệm bệnh phẩm u dạ dày sau mổ, diện cắt trên, diện cắt dưới và các nhóm hạch.

2.1.3. Chẩn đoán giai đoạn

Phân giai đoạn theo TNM của Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản – 2011 (JGCA):

	N0	N1	N2	N3
T1a, T1b	IA	IB	IIA	IIB
T2	IB	IIA	IIB	IIIA
T3	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T4a	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4b	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC
M1 (bất kì T và N)	IV			

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm dạ dày tá tràng cấp
- Viêm tụy cấp
- Viêm túi mật, sỏi túi mật và đường mật trong ngoài gan, viêm gan, áp xe gan
- Đau thắt ngực trái trong các bệnh lý mạch vành
- Xuất huyết tiêu hóa do các bệnh lý đường tiêu hóa khác

3. ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật là phương pháp điều trị UTDD hiệu quả nhất hiện nay, có thể được tiến hành bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn hoặc phẫu thuật nội soi hỗ trợ và mổ mở. Ngoài ra, còn phối hợp điều trị đa phương thức như hóa xạ trị tiền phẫu hoặc hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật, điều trị đích ...

3.1. Nguyên tắc phẫu thuật ung thư dạ dày

Nguyên tắc chung của phẫu thuật điều trị UTDD là:

- Phẫu thuật cắt dạ dày (bán phần hay toàn bộ) nạo vét hạch D2 chuẩn.
- Diện cắt trên phải cách bờ thương tối thiểu 6cm, cắt tá tràng dưới môn vị 1,5 - 2cm, cắt thực quản trên tâm vị 2 - 3cm.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa trước mổ: Nâng cao thể trạng đường miệng hoặc tĩnh mạch, bù dịch điện giải, kháng tiết dịch vị. Điều trị các bệnh phối hợp trước mổ.

3.2.2. Phẫu thuật: có 2 loại là Phẫu thuật triệt căn và Phẫu thuật tạm thời.

Phẫu thuật triệt căn (Radical operation):

+ Cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2: phía dưới cắt dưới môn vị 1,5-2cm, phía trên cắt trên bờ tổn thương 6cm. Nạo vét hạch D2 là nạo vét hạch nhóm 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p và 12a. Cắt đóng tá tràng bằng stapler thẳng (Linear stapler) và nối lưu thông tiêu hóa theo kiểu Billroth I, Billroth II và Roux End Y với miệng nối kiểu Functional hoặc Overlap bằng Linear stapler hoặc máy cắt nối tròn (Circular stapler) hoặc khâu tay.

+ Cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2: Là cắt lấy bỏ hết toàn bộ dạ dày, đường cắt trên ở thực quản và đường cắt dưới ở tá tràng. Nạo vét hạch D2 là nạo vét hạch từ nhóm 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p, 11d, 12a. Cắt tá tràng bằng Linear stapler. Nối lưu thông tiêu hóa theo kiểu Roux End Y với miệng nối kiểu Functional, Overlap và Oville bằng Linear stapler hoặc Circular stapler. Ngoài ra có thể nạo vét hạch D1, D1+, D2+...

+ Cắt bán phần trên dạ dày: phía trên cắt ngang thực quản trên tâm vị 1-2cm, phía dưới cắt ngang thân vị. Nối lưu thông tiêu hóa dạ dày còn lại với thực quản, miệng nối kiểu Oville bằng Circular stapler hoặc nối chèn quai hồng tràng với miệng nối kiểu Functional, Overlap và Oville bằng Linear stapler hoặc Circular stapler.

Phẫu thuật tạm thời: (Palliative operation)

Là những trường hợp mổ không lấy được hoặc không thể lấy hết được tổn thương ung thư, chỉ nhằm giải quyết tạm thời các biến chứng do ung thư gây nên như hẹp môn vị, chảy máu, thủng ... có các loại phẫu thuật sau:

- Cắt bán phần hay toàn bộ dạ dày tạm thời
- Nối vị tràng
- Mở thông dạ dày
- Phẫu thuật Newman

3.2.3. Điều trị sau mổ

- Hồi sức 24 giờ đầu sau mổ:

+ Truyền dịch, điện giải, đảm bảo nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch
+ Giảm đau sau mổ (paracetamol hoặc morphin)
+ Kháng sinh phối hợp (nhóm Imidazol và Cephalosporin hoặc Quinolon)
+ Xét nghiệm công thức máu, đông máu. Xét nghiệm chức năng gan thận tụy (SGOT, SGPT, Creatinin, Glucose). Xét nghiệm điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Ca²⁺, CL⁻). + Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần).

- + Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu).
- Điều trị những ngày tiếp theo:
 - + Truyền dịch, điện giải, đạm nuôi dưỡng đường tĩnh mạch
 - + Giảm đau sau mổ (paracetamol hoặc morphin)
 - + Kháng sinh phối hợp (nhóm Imidazol và Cephalosporin hoặc Quinolon)
 - + Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu) và làm lại các xét nghiệm để theo dõi
 - + Nuôi dưỡng đường tiêu hóa (ăn đường miệng hoặc qua mỗ thông hồng tràng) khi có trung tiện

3.3. Điều trị hóa trị bổ trợ sau mổ và theo dõi sau mổ

- Điều trị hóa trị bổ trợ sau mổ theo phác đồ XELLOX, EOX, FOLFOX ...
- Theo dõi điều trị sau mổ: Bệnh nhân được tái khám định kỳ 1, 3, 6 tháng, 1 năm, 1,5 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm và 5 năm. Làm các xét nghiệm công thức máu, đông máu. Xét nghiệm chức năng gan thận tụy (SGOT, SGPT, Bilirubine, Creatinin, Glucose). Xét nghiệm điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Ca²⁺, CL⁻). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần). Định lượng CEA, CA72-4, CA 19-9, siêu âm bụng tổng quát, nội soi thực quản dạ dày, chụp xquang phổi và chụp xquang baryte miệng nối, chụp cắt lớp vi tính khi nghi ngờ tái phát, di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2001). “Ung thư dạ dày”, Bài giảng ung thư học, NXB Y học: 184-187.
2. Nguyễn Đình Hối (2013). “Ung thư dạ dày”, Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học: 261-270.
3. Đoàn Hữu Nghị (2012), Ung thư dạ dày, “Cập nhật các bệnh thường gặp trong lâm sàng bệnh viện”, Nhà xuất bản Y học, 212, tr.230-237.
4. Nguyễn Văn Hiếu (2010), Ung thư dạ dày, “Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư”, 2010, tr 256-268
5. Japanese Gastric Cancer Association (2011). “Japanese classification of gastric carcinoma – 3rd english edition”. Gastric Cancer, 14, pp.101–112.
6. Japanese Gastric Cancer Association (2016). “Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4)”. Gastric Cancer, 14, pp.1–19.
7. Japanese Gastric Cancer Association (2020). “Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition)”, Gastric Cancer (<https://doi.org/10.1007/s10120-020-01042-y>).

VII. THÚNG DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Thủng dạ dày - tá tràng là khi ổ loét ăn thủng các lớp ở thành dạ dày - tá tràng từ niêm mạc cho tới thanh mạc. Là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, là biến chứng nặng nề và trầm trọng của bệnh loét. Nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời biến chứng này sẽ đe dọa tính mạng bệnh nhân.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử viêm loét dạ dày - tá tràng, điều trị các bệnh lý như viêm khớp, viêm da, vẩy nến, COPD, ung thư ...

- Cơ năng:

+ Đau bụng: vùng thượng vị đột ngột, dữ dội như dao đâm

+ Nôn không phải triệu chứng đặc hiệu

+ Bí trung đại tiện

- Thực thể:

+ Bụng co cứng như gỗ, có phản ứng thành bụng,

+ Gõ mất vùng đục trước gan, gõ đục vùng thấp

+ Cảm ứng phúc mạc

+ Thăm trực tràng túi cùng Douglas căng phồng, đau

- Toàn thân

+ Sốt có khi có sốt cao 39-40 độ , vẻ mặt nhiễm trùng: Môi khô, lưỡi bẩn

+ Trong trường hợp nặng: sốc nhiễm khuẩn bệnh nhân kích thích, vật vã, da tím tái, lạnh, ẩm; mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.

2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Bạch cầu trong máu tăng cao, nhất là bạch cầu đa nhân trung tính, công thức bạch cầu chuyển trái, bạch cầu giảm trong trường hợp nặng.

- Siêu âm: Hình ảnh khí và dịch ổ bụng, tổn thương phổi hợp

- Xquang bụng không chuẩn bị: Liềm hơi dưới vòm hoành một bên hoặc hai bên

- Chụp cắt lớp vi tính: đánh giá được tình trạng hơi, dịch tự do ổ bụng, nguyên nhân và tổn thương phổi hợp hoặc những trường hợp khó, nhiều bệnh lý đi kèm,...

- Các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, điều trị:

+ Xét nghiệm công thức máu, đông máu, nhóm máu, HIV, HBsAg.

+ Xét nghiệm sinh hóa máu: chức năng gan thận tụy (SGOT, SGPT, Bilirubin, Creatinin, Glucose). Xét nghiệm điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Ca²⁺, CL⁻),..

+ Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần).

+ Xét nghiệm đánh giá chức năng tim mạch, phổi: Điện tâm đồ, Xquang tim phổi thẳng. Siêu âm tim (đánh giá các bệnh về val tim, cơ tim, mạch vành ...).

+ Các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh lý phối hợp, phục vụ công tác chẩn đoán và tiên lượng

2.3. Chẩn đoán phân biệt

+ Viêm dạ dày cấp:

+ Viêm túi mật hoại tử:

+ Nhiễm trùng đường mật do sỏi đường mật trong và ngoài gan:

+ Absces gan, đường mật

+ Viêm tụy cấp

+ Viêm phúc mạc ruột thừa

+ Tắc ruột

+ Thủng ruột do thương hàn

+ Chửa ngoài tử cung vỡ

+ U nang buồng trứng xoắn

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Thủng dạ dày tá tràng là bệnh cấp cứu ngoại khoa nên phải hồi sức, bù dịch điện giải, giảm đau, kháng sinh và phẫu thuật hoặc điều trị bảo tồn bằng hút liên tục qua thông dạ dày.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

- Trong trường hợp nặng: hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật

- Bù dịch đường tĩnh mạch kết hợp điều trị triệu chứng (chống nôn, giảm đau...); đặt sonde dạ dày, sonde tiểu;...

- Kháng sinh:

+ Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí: 5-nitro imidazol...

+ Cephalosporin thế hệ 2, 3 (Cefotetan, Cefoxitin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ceftazidim) có thể được lựa chọn.

+ Các Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng thường được sử dụng đơn trị.

+ Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.

+ Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí

+ Trong trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ để chọn kháng sinh thích hợp.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

- Điều trị bảo tồn theo phương pháp Taylor

+ Chỉ định: chẩn đoán chính xác 100% thủng bít, bệnh nhân đến sớm, xa bữa ăn, ổ bụng ít dịch, được theo dõi tốt

+ Hồi sức, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

- + Giảm đau

- + Đặt sonde dạ dày và hút liên tục, 15-30 phút/1 lần. Bệnh nhân đỡ đau dần, tiếp tục hút cho đến khi nhu động ruột trở lại, thường sau 3-4 ngày, theo dõi 7 - 10 ngày. Nếu các triệu chứng không đỡ hoặc tăng lên thì phải mổ ngay

- Phẫu thuật (Phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở)

Các phương pháp mổ

- + Khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng đơn thuần

- + Khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng và nối vị tràng

- + Cắt đoạn dạ dày hoặc cắt toàn bộ dạ dày

- + Khâu lỗ thủng và cắt dây thần kinh X

- + Khâu lỗ thủng, cắt dây thần kinh X và nối vị tràng

- + Phẫu thuật Newmann và mở thông hồng tràng nuôi dưỡng

3.2.3. Điều trị sau mổ

- Hồi sức 24 giờ đầu sau mổ:

- + Truyền dịch, điện giải, đạm nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch

- + Giảm đau sau mổ (paracetamol hoặc morphin)

- + Kháng sinh phối hợp (nhóm Imidazol và Cephalosporin hoặc Quinolon)

- + Kháng tiết (trừ trường hợp cắt dạ dày)

- + Xét nghiệm công thức máu, đông máu. Xét nghiệm chức năng gan thận tụy (SGOT, SGPT, Creatinin, Glucose). Xét nghiệm điện giải đồ (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , CL^-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần).

- + Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu).

- Điều trị những ngày tiếp theo:

- + Truyền dịch, điện giải, đạm nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

- + Giảm đau sau mổ (paracetamol hoặc morphin)

- + Kháng sinh phối hợp (nhóm Imidazol và Cephalosporin hoặc Quinolon)

- + Kháng tiết (trừ trường hợp cắt dạ dày)

- + Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu) và làm lại các xét nghiệm để theo dõi

- + Nuôi dưỡng đường tiêu hóa (ăn đường miệng hoặc qua mở thông hồng tràng) khi có trung tiện

3.3. Điều trị dự phòng

3.3.1 Ra viện

- Vận động sớm sau mổ.

- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, đại tiện được, vết mổ khô.

- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: Kháng tiết (PPI) dùng trong 4 – 8 tuần, bảo vệ niêm mạc, Kháng sinh

- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân:

- + Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).

- + Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 2 lít nước
- Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.

3.3.2. Hẹn tái khám

- Tái khám khi có dấu hiệu bất thường hoặc tái khám định kỳ sau 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Tích Tộ (1961), “Đặt ống Newmann điều trị thủng dạ dày tại bệnh viện Hà Đông”. *Tập san hội nghị ngoại khoa toàn miền Bắc lần thứ 2*, tr:51 – 54.
2. Đỗ Đức Vân (1985), “Áp dụng phương pháp Taylor điều trị thủng ổ loét DD – TT”. *Báo cáo hội nghị ngoại khoa 1984*.
3. Hà Văn Quyết (2001), “Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng”, *Bệnh học Ngoại - Nhà xuất bản Y học*, tập 1, tr:70-78.
4. Trần Thiện Trung (2005), “Kết quả phẫu thuật khâu lỗ thủng loét dạ dày - tá tràng kết hợp điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori*”. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 12, tr:101-104
5. Nguyễn Văn Hương, Đinh Văn Chiến (2013), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng”. *Tạp chí Y học thực hành*, số 896, tr:50-53.

VIII. TẮC RUỘT

1. ĐỊNH NGHĨA

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

Tắc ruột cơ học là một cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp trong cấp cứu ổ bụng, gặp ở mọi lứa tuổi, không phân biệt giới tính.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- + Đau bụng từng cơn
- + Nôn và buồn nôn
- + Bí trung, đại tiện
- + Bụng chướng, mềm, trừ khi có biến chứng hoại tử, thủng, viêm phúc mạc.
- + Dấu hiệu quai ruột nổi
- + Dấu hiệu rắn bò
- + Thăm trực tràng: bóng trực tràng rỗng, kết hợp thăm trực tràng và sờ nắn bụng có thể thấy một số nguyên nhân như u trực tràng, khối lồng ruột.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Chụp X-quang bụng không chuẩn bị: hình ảnh mức nước hơi
- Siêu âm ổ bụng: hình ảnh ruột giãn hơi, dịch và nguyên nhân gây tắc.
- Chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) và chụp cộng hưởng từ (MRI): Giúp xác định nguyên nhân, đánh giá vị trí, kích thước, mức độ tổn thương và bệnh lý phối hợp từ đó giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.
- Các thăm dò để đánh giá tổng trạng người bệnh trước điều trị phẫu thuật và vấn đề hồi sức: Điện tim, X-quang ngực.
- Xét nghiệm để đánh giá tổng trạng người bệnh trước điều trị phẫu thuật và vấn đề hồi sức: Công thức máu, Đông máu, Nhóm máu, Rh, HIV, HBsAg. Xét nghiệm chức năng gan - thận - tụy (Định lượng SGOT, SGPT, Urê, Creatinin, Glucose, Bilirubine, Amylase). Xét nghiệm điện giải đồ (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , CL^-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (Albumin máu, Protein máu toàn phần). Xét nghiệm nước tiểu, phân.
- Trường hợp nặng: Khí máu động mạch (pH , HCO_3^- , pO_2 , PCO_2), CRP
- Định lượng CEA, CA72-4, CA 19-9: trong trường hợp nghi u đại - trực tràng gây tắc ruột.
- Xét nghiệm mô bệnh học: sinh thiết tức thì hạch và u trong mổ, xét nghiệm bệnh phẩm sau mổ, diện cắt trên, diện cắt dưới và các nhóm hạch.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh nội khoa:

- + Con đau quặn thận.
- + Nhồi máu cơ tim thể biểu hiện ở bụng.
- + Con đau quặn gan.
- + Viêm dạ dày cấp.
- + Các bệnh lý nội khoa ít gặp khác: cường tuyến cận giáp, nhiễm độc chì, hạ K⁺ máu, ...

Các bệnh ngoại khoa:

+ Các bệnh ngoại khoa có sốt của ổ bụng: Viêm ruột thừa, viêm phúc mạc, nhiễm trùng đường mật.

- + Thoát vị inguinal
- + Viêm tụy cấp
- + Bệnh lý ở phụ nữ: U nang buồng trứng xoắn, Chửa ngoài tử cung vỡ.
- + Bệnh lý ít gặp khác: Nhồi máu mạc treo ruột, vỡ phồng động mạch chủ sau phúc mạc, tắc mật do sỏi, ...

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị phẫu thuật kết hợp với hồi sức ngoại khoa trước, trong, sau mổ và loại trừ nguyên nhân gây tắc, phục hồi lưu thông ruột.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị hồi sức

- Hút dịch dạ dày phải làm ngay: đặt sonde dạ dày để hút dịch ở trên chỗ tắc.
- Điều chỉnh tình trạng mất nước và các chất điện giải theo mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung tâm, lượng nước tiểu /giờ (qua sonde tiểu) và theo điện giải đồ.
- Kháng sinh dự phòng, phổ rộng, phối hợp kháng sinh (nhóm cephalosporin với Imidazol hoặc Quinolon)

- Giảm đau
- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch
- Thở oxy nếu cần.

3.2.2 Điều trị nội khoa

- Tắc ruột sớm sau mổ: đa số đạt kết quả, mổ khi điều trị nội khoa thất bại hoặc có dấu hiệu nghẹt ruột.

Tắc ruột do liệt ruột: dùng thuốc tăng cường co bóp cơ trơn để tăng nhu động ruột.

3.2.3. Điều trị ngoại khoa

- Nhằm giải quyết nguyên nhân gây tắc và phục hồi lưu thông ruột.
- Tùy nguyên nhân và tình trạng (tại chỗ và toàn thân) của bệnh nhân mà có phương pháp phẫu thuật thích hợp, phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở.

3.2.4. Điều trị sau mổ

- Hồi sức 24 giờ đầu sau mổ:

- + Điều chỉnh tình trạng mất nước và các chất điện giải theo mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung tâm, lượng nước tiểu /giờ (qua sonde tiểu) và theo điện giải đồ.
- + Nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch (đường, đạm, béo).
- + Kháng sinh phối hợp (Cephalosporin và nhóm imidazol hoặc nhóm Aminosit hoặc nhóm Quinolon).
- + Giảm đau sau mổ: Paracetamol hoặc Morphin.
- + Giảm nề: Alpha Chymotrypsin, ...
- + Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu).
- + Xét nghiệm công thức máu, đông máu, chức năng gan - thận – tụy (định lượng SGOT, SGPT, Urê, Creatinin, glucose), điện giải đồ (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , CL^-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần). Siêu âm hoặc CT-scan ổ bụng đánh giá kết quả điều trị.
- Điều trị những ngày tiếp theo:
 - + Truyền dịch, điện giải. Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, có thể kết hợp với nuôi dưỡng đường tiêu hóa (ăn đường miệng hoặc qua mở thông hồng tràng).
 - + Kháng sinh phối hợp (Cephalosporin và nhóm imidazol hoặc nhóm Aminosit hoặc nhóm Quinolon).
 - + Giảm đau sau mổ: Paracetamol hoặc Morphin.
 - + Giảm nề: Alpha Chymotrypsin, ...
 - + Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu) và làm lại các xét nghiệm để theo dõi.
 - + Chống táo bón.
 - + Thay băng, đánh giá vết mổ hàng ngày
 - Tùỵ tình hình thực tế và bệnh kèm theo mà sẽ có chỉ định xét nghiệm và điều trị khác phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Cấp cứu ngoại khoa (2012), “Tắc ruột”, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tập 2, tr:69-78.*
2. *Chẩn đoán và điều trị các bệnh ngoại khoa (2013), “Bụng cấp tính”, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tập 1, tr:318-320.*
3. *Bài giảng bệnh học ngoại khoa (2006), “Tắc ruột”, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tập 1, tr:45-63*
4. *Đỗ Đình Công (2011), Tắc ruột cơ học, Bệnh học Ngoại Khoa Tiêu Hóa, Nhà xuất bản Y học, tr:195-205*
5. *Dương Trọng Hiền (2014), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột sau mổ, trường Đại Học Y Hà Nội.*
6. *Phạm Đức Huấn (2010), Tắc ruột, Cấp cứu Ngoại Khoa, Nhà xuất bản giáo dục, Hà Nội, tr:69-78.*

IX. THOÁT VỊ ĐÙI

1. ĐỊNH NGHĨA

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 đùi hiếm gặp (khoảng 6% trong các loại thoát vị), thường gặp ở nữ giới..

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- + Đau tức vùng bẹn đùi
- + Nhìn thấy khối phồng ở góc trên trong của tam giác Scarpa
- + Sờ khối tròn đều, ấn đau.
- + Hội chứng tắc ruột nếu là ruột chui xuống

2.1.2. Cận lâm sàng

+ Siêu âm bẹn bìu: dùng để chẩn đoán xác định thoát vị đùi. Siêu âm cho thấy hình ảnh của tạng thoát vị.

+ CT scan, MRI: có thể thấy khối thoát vị rõ hơn, thường áp dụng trong trường hợp khó phát hiện trên siêu âm.

+ Xét nghiệm để đánh giá tổng trạng người bệnh trước phẫu thuật và gây mê hồi sức: Công thức máu, Đông máu, Nhóm máu, Rh, HIV, HBsAg, chức năng gan thận tụy (Định lượng SGOT, SGPT, Creatinin, Glucose, Bilirubine, Amylase), Điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Ca²⁺, CL⁻), Xét nghiệm nước tiểu, Siêu âm ổ bụng, Điện tim, X-quang ngực.

+ Chụp X-quang bụng không chuẩn bị: phát hiện có dấu hiệu tắc ruột trong trường hợp thoát vị đùi nghẹt (quai ruột giãn, mức nước - hơi, ổ bụng mờ, ...).

+ Tùy thuộc vào tình trạng thực tế và bệnh kèm theo mà sẽ chỉ định xét nghiệm khác phù hợp như xquang ngực, điện tim ...

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- + Thoát vị bẹn
- + Viêm hạch đùi
- + U mỡ đùi
- + Áp xe lạnh
- + Khối phồng tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch hiển trong
- + Tinh hoàn lạc chỗ, viêm tinh hoàn cấp, xoắn tinh hoàn, viêm mào tinh, ...
- + U máu, nang bã, viêm hạch bẹn, áp xe cơ psoas, ung thư di căn, ... Xét nghiệm giải phẫu bệnh, Cyto tế bào,..

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả nhất, tùy thuộc tình trạng bệnh nhân mà có chỉ định can thiệp phù hợp. Nếu thoát vị bẹn nghẹt thì phải mổ cấp cứu.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

Dùng băng treo bìu có thể áp dụng cho người quá già yếu, hay bệnh lý nội khoa nặng nề, bệnh nhân không đồng ý mổ hoặc khi có chống chỉ định mổ tuyệt đối. Phương pháp này chống chỉ định khi cổ túi thoát vị nhỏ và đôi khi có thể làm cho một trường hợp thoát vị không nghẹt nhưng cảm tù trở nên nghẹt.

Điều trị nội khoa kết hợp trước và sau phẫu thuật.

Trường hợp thoát vị bẹn nghẹt đến muộn cần hồi sức: bù nước – điện giải, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, đặt sonde dạ dày, sonde tiểu, sử dụng kháng sinh phối hợp, thở oxy, thuốc trợ sức, corticoid, giảm đau, ...

3.2.2. Điều trị ngoại khoa (Phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở)

Các phương pháp mổ:

+ Kỹ thuật dùng mô tự thân: kỹ thuật Bassini, Shouldice, Mc Vay, ...

+ Kỹ thuật dùng mảnh ghép nhân tạo:

- Kỹ thuật Lichtenstein.

- Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép trong ổ bụng.

- Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc qua ngả bụng.

- Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc.

3.2.3. Điều trị sau mổ

+ Điều chỉnh tình trạng mất nước và các chất điện giải

+ Nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm hoặc kết hợp với nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (đường, đạm, béo) để đảm bảo cung cấp đủ năng lượng

+ Kháng sinh nhóm Cephalosporin, Imidazole, Quinolon hoặc phối hợp

+ Giảm đau sau mổ: Paracetamol hoặc Morphin.

+ Giảm nề: Alpha Chymotrypsin, ...

+ Truyền máu, huyết tương (nếu thiếu).

+ Chống táo bón.

+ Thay băng, đánh giá vết mổ, phát hiện thải ghép lưới

+ Xét nghiệm công thức máu, đông máu, chức năng gan - thận – tụy (SGOT, SGPT, Creatinin, Glucose), điện giải đồ (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , Cl^-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (albumin máu, protein máu toàn phần). Siêu âm hoặc CT-scan đánh giá kết quả điều trị.

+ Tùy thuộc vào tình trạng thực tế và bệnh kèm theo mà sẽ có chỉ định thêm xét nghiệm và điều trị khác phù hợp.

3.3. Điều trị dự phòng

3.3.1 Ra viện

- Vận động sớm sau mổ.
- Tiêu chuẩn ra viện: đau ít, ăn uống được, tiểu được, đại tiện được, vết mổ khô.
- Đơn thuốc uống 7 – 10 ngày: như phần điều trị nội khoa
- Hướng dẫn chế độ ăn tránh táo bón cho bệnh nhân
- + Ăn cân bằng chất xơ (rau xanh, củ và hoa quả chín), tránh ăn thực phẩm có nhiều chất xơ thô (măng).
- + Uống nhiều nước: ngày uống nhiều hơn 2 lít nước
- Lao động, vận động nhẹ nhàng, tránh ở một tư thế kéo dài.

3.3.2. Hẹn tái khám:

- Tái khám khi có dấu hiệu bất thường hoặc tái khám định kỳ sau 1 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Cấp cứu ngoại khoa (2012), “Thoát vị nghẹt”, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tập 2, tr:79-87.*
2. *Chẩn đoán và điều trị các bệnh ngoại khoa (2013), “Thoát vị và các thương tổn khác ở thành bụng”, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tập 1, tr:499-507.*
3. *Bài giảng bệnh học ngoại khoa (2006), “Thoát vị bẹn đùi”, Nhà xuất bản Y học, tập 2, tr:60-66.*
4. *Vương Thừa Đức, Nguyễn Phúc Minh (2011), “Đánh giá kết quả lâu dài của kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn”, Nghiên cứu Y học Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, tr.108 – 114.*
5. *Sakarya, Ayded H, Erhan MY, et al. Laparoscopic repair of acquired lumbar hernia. SurgEndosc 2003; 17:1494.*

X. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO

1. ĐỊNH NGHĨA

- XHTH trên là tình trạng chảy máu có nguồn từ thực quản đến góc Treitz
- Nguyên nhân thường gặp:
 - + Thực quản
- HC Mallory-Weiss
- Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản - Tĩnh mạch phình vị
- Loét thực quản
- + Dạ dày tá tràng
- Loét dạ dày-tá tràng.
- Viêm xuất huyết dạ dày
- Ung thư dạ dày/ Polyp dạ dày tá tràng
- Sang thương mạch máu: Dieulafoy, Hemangioma, loạn sản mạch máu
- + Chảy máu đường mật

2.CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

- Buồn nôn và nôn ra máu: Bệnh nhân có cảm giác tanh lợm ở trong miệng, đầy bụng, khó chịu, buồn nôn sau đó nôn ra máu tươi, máu cục thẫm có lẫn thức ăn, thông thường là nôn ra máu tươi ngay dữ dội là loét dạ dày, chảy máu do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản, nôn ra máu đen thẫm hay máu đen loăng là loét hành tá tràng .

- Đi ngoài phân đen: Xuất hiện ngay sau khi nôn ra máu, hoặc xuất hiện ngay từ đầu tiên, phân sền sệt, đen bóng như hắc ín, hay như bã cà phê, mùi thối khắm, lượng phân khá nhiều.

- Đau bụng: Ít khi đau bụng dữ dội, cảm giác đau nóng rát ở vùng trên rốn, có khi đau bụng xuất hiện trước khi chảy máu vài ngày. Có thể đau vùng dưới sườn phải, trên rốn. Đau thường giảm đi sau khi chảy máu trong chảy máu đường mật

- Tuần hoàn bàng hệ, cổ chướng: ở bệnh nhân xơ gan

Triệu chứng toàn thân

- Bệnh nhân có cảm giác hoa mắt chóng mặt, hoặc ngất xỉu sau khi nôn ra máu, có khi bị sốc do mất máu. Da xanh nhợt, vã mồ hôi, cảm giác ừ và ong ong trong lỗ tai, khát nước .

- Huyết động thay đổi: Mạch nhanh > 90 lần/ phút.
- Huyết áp động mạch giảm, có thể tụt xuống dưới 80 mmHg.
- Trường hợp chảy máu ít, từ từ, sẽ không thấy biểu hiện sốc mất máu.
- Hội chứng nhiễm trùng: môi khô lưỡi bẩn , thở hôi
- Hội chứng tắc mật : Chảy máu đường mật

- Da, củng mắt vàng trong xơ gan

Triệu chứng thực thể:

- Không có dấu hiệu gì rõ rệt, có thể có dấu hiệu đau tức vùng trên rốn, các dấu hiệu của dạ dày tá tràng ít khi đặc hiệu.

- Không sờ thấy u cục, Có thể có tuần hoàn bàng hệ, Gan, lách to.
- Thăm trực tràng có phân đen theo tay, không có máu tươi, không có u cục.

2.1.2. Cận lâm sàng

Thăm dò chức năng:

- Nội soi
- + Là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán
- + Can thiệp cầm máu qua nội soi
- + Chỉ định nội soi cấp cứu, tiến hành trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện
- + Phân độ Rockall lâm sàng nguy cơ cao => Nội soi sớm trong 6-8 giờ đầu sau nhập viện.

- Chụp CT Scan:

- + Chụp CLVT ổ bụng có thuốc cản quang trong trường hợp chảy máu do U
- + Chụp CLVT có dựng hình mạch trong chẩn đoán dị dạng mạch
- + Chụp CLVT hệ thống tĩnh mạch cửa trong nghi ngờ giãn vỡ TMTQ

- Siêu âm:

Để phát hiện các bệnh phối hợp như viêm gan xơ gan, xơ gan, vàng da tắc mật, chảy máu đường mật, trong một số trường hợp chưa rõ chảy máu do loét dạ dày – tá tràng thì siêu âm có mục đích để chẩn đoán phân biệt.

Xét nghiệm:

Công thức máu: Thiếu máu ở các mức độ tùy vào tình trạng xuất huyết tiêu hóa kéo dài hay không. Hct thường giảm. Bạch cầu tăng. Tiểu cầu giảm ở bệnh nhân xơ gan

+ Xét nghiệm sinh hoá: Rối loạn điện giải, Men gan tăng, albumin giảm trong bệnh nhân xơ gan. Billirubin tăng ở bệnh nhân tắc mật.

+ Đông máu: Chẩn đoán phân biệt với các bệnh xuất huyết tiêu hóa do nguyên nhân rối loạn đông máu khác. Ở bệnh nhân xơ gan hoặc tắc mật kéo dài có biểu hiện rối loạn đông máu.

+ Nhóm máu : khi bệnh nhân có thiếu máu, xem xét truyền máu

- Tùy thuộc mức độ bệnh lý , và các bệnh lý kèm theo mà có thể làm thêm các xét nghiệm khác để phục vụ chẩn đoán và điều trị

- Một số xét nghiệm và cận lâm sàng phục vụ cho mục đích chẩn đoán, tiên lượng và điều trị: Glucose máu, Albumin, Protein...

+ Đối với bệnh nhân cần phẫu thuật: Bổ sung xét nghiệm: xquang tim phổi, điện tim, HIV, HbsAg, xét nghiệm nước tiểu.

+ Các xét nghiệm và chỉ định cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh lý phối hợp.

2.1.3. Yếu tố nguy cơ tiên lượng nặng

- XHTH khởi phát lúc nằm viện

- Tuổi > 60
- Có bệnh nội khoa kèm theo: suy tim, bệnh mạch vành, suy thận mạn, viêm gan cấp, xơ gan
- Tiền sử : dẫn vỡ TMTQ
- Shock lúc nhập viện
- Nôn máu tươi hay sonde dạ dày ra máu tươi, đi cầu máu đỏ tươi.
- Ure và Creatinin tăng , men gan tăng.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Chảy máu cam , chảy máu chân răng (Nội soi tai mũi họng kiểm tra)
- Ho ra máu (Nội soi dạ dày tá tràng , lâm sàng có ho ra máu)
- Phân đen sau khi dùng chất sắt , bismuth , cam thảo , hoặc phân đỏ sau dùng

Rifampicin: làm xét nghiệm tìm máu trong phân

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Cần rất khẩn trương, nhất là trong các trường hợp xuất huyết tiêu hóa nặng.

Kết hợp các biện pháp hồi sức với các biện pháp cầm máu và điều trị nguyên nhân: điều trị nội khoa, nội soi can thiệp, phẫu thuật

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Cấp cứu thì đầu

- Thở oxy mũi 2-6l/p. Đặt NKQ khi có nguy cơ trào vào phổi, hoặc có suy hô hấp hoặc có rối loạn ý thức

- Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch chắc chắn, đủ lớn. Đặt catheter TMTT, Đo CVP
- Đặt sonde tiểu theo dõi lượng nước tiểu
- Đặt sonde dạ dày
- Làm các xét nghiệm cơ bản: CTM, Nhóm máu, Đông máu cơ bản
- Ghi điện tim đồ ở người già, người có tiền sử bệnh mạch vành, THA

3.2.2. Điều trị hồi sức thì đầu

- Hồi phục thể tích và chống sốc

- Ưu tiên hàng đầu trong cấp cứu là bù lại lượng dịch mất và tái hồi lại tình trạng huyết động

- Truyền dịch: NaCl 0,9% hoặc Ringer lactat, ở đa số bệnh nhân truyền 1 – 2 lít dịch muối đẳng trương sẽ điều chỉnh được thể tích dịch bị mất

- Truyền dung dịch keo khi đã truyền dung dịch muối đẳng trương tới tổng liều 50ml/kg mà bệnh nhân vẫn còn sốc

- Số lượng và tốc độ truyền phụ thuộc mức độ mất máu, tình trạng tim mạch của bệnh nhân
- Mục đích: bệnh nhân thoát sốc (da ấm, HATĐ > 90, nước tiểu > 30ml/giờ, hết kích thích)
- Lưu ý đối với bệnh nhân XHTH do giãn vỡ TMTQ không nên nâng huyết áp quá cao (HATĐ > 110mmHg) vì có nguy cơ chảy máu tái phát do tăng áp lực tĩnh mạch cửa

- Theo dõi sát mạch, huyết áp, nghe phổi, CVP, ĐTĐ (nếu có) đặc biệt bệnh nhân có bệnh tim mạch

Truyền hồng cầu khối cùng nhóm khi:

- BN đang chảy máu (Nôn máu đỏ tươi, Sonde dạ dày ra máu đỏ tươi).
- Chưa đạt Hemoglobine mục tiêu: Trước hoặc sau khi đã truyền máu

+ Mục tiêu bắt buộc: Hb > 7g/dl

+ Mục tiêu lý tưởng: Hb 10 d/dl : đối với BN có nguy cơ cao + Hb 8,8g/dl đối với BN có nguy cơ thấp.

+ XHTH tiếp tục diễn tiến

3.2.3 Điều trị nội khoa

Do loét dạ dày tá tràng

- Dùng thuốc: PPI : Omeprazole 40mg, Pantoprazole 40mg, Esomeprazole 40mg :

- Liều đầu 80mg TM

- Liều duy trì : 8mg/ giờ Truyền tĩnh mạch qua bơm tiêm điện trong 3 ngày

- Có thể kết hợp truyền TM somatostatin (bolus TM 0,25mg, sau đó truyền TM 6mg/24 giờ) nếu có kèm viêm dạ dày tá tràng cấp chảy máu.

Do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản

Lựa chọn một trong các loại thuốc sau:

- Somatostatin (bolus TM 0,25mg, sau đó truyền TM 6mg/24 giờ) hoặc octreotid (bolus TM 100 µg sau đó truyền TM 25 – 50µg/giờ) hoặc

- Terlipressin tiêm TMC 1mg mỗi 4h

+ Duy trì liên tục trong 48h – 5 ngày, Ngừng khi phân vàng hoặc còn chảy máu sau 5 ngày

- Kháng sinh dự phòng nhiễm trùng dịch báng: trong 07 ngày Ưu tiên 1: Ceftriaxone 1g 02 lọ/ngày IV; Ưu tiên 2: Noriloxacin 400mg / Ciprofloxacin 500mg: 01v uống/ ngày

- Truyền tiểu cầu khi < 50 T/L

- Truyền huyết tương tươi đông lạnh khi: Có rối loạn đông máu

+ TQ> 20 giây (INR> 1,5)

+ Khi đã truyền 04 đơn vị HC lắng.

- Tiêm Vitamin K khi:

+ BN xơ gan (1 ống TB)

+ Bn đang sử dụng Warfarin (1 ống vitamine K1 tiêm tĩnh mạch chậm)

- Ngừng tất cả thuốc có thể gây rối loạn đông máu: các thuốc chống đông (Heparin, Warfarin, nsaiD).

3.2.4. Điều trị can thiệp thủ thuật

Can thiệp qua nội soi thực quản dạ dày tá tràng:

- Do viêm loét dạ dày tá tràng:

+ Tiêm cầm máu với Adrenaline 1/10.000, Alcol tuyệt đối

+ Kẹp clip

+ Đốt điện cầm máu bằng đầu dò nhiệt

+ Cầm máu bằng phun chất bột (Hemospray)

- Giãn vỡ tĩnh mạch thực quản:

- + Cột thắt TMTQ, Tiêm xơ với Polidocanol 1%, Tiêm keo Histoacryl TM phình vị
- + Chèn Sonde Biakemore: khi tình trạng ói máu ồ ạt không thể can thiệp bằng nội soi

3.2.5 Điều trị ngoại khoa

*XHTH loét dạ dày tá tràng

- Chỉ định phẫu thuật khi:

+ Chảy máu nặng, chảy máu kéo dài, chảy máu tái phát, mà phát hiện bằng nội soi thấy ổ loét vẫn tiếp tục chảy máu .

+ Chảy máu trên bệnh nhân có biến chứng hẹp môn vị, thủng, hoặc ổ loét xác định có khả năng thoái hoá ác tính

+ Chảy máu dai dẳng(cần truyền trên 8 đv máu) hoặc tái phát chảy máu và Hb tụt 2 g/dl

+ Chảy máu ổ loét, khối U, K khó cầm máu bằng can thiệp nội soi hoặc can thiệp thất bại

+ Khó khăn trong tìm máu truyền, nhất ở các bệnh nhân lớn tuổi.

+ Tuổi trên 50 có tiền sử loét dạ dày - tá tràng nhiều năm, điều trị nội khoa nhiều lần không khỏi

- Phương pháp phẫu thuật:

+ Cắt đoạn dạ dày kèm ổ loét chảy máu

+ Cắt hang vị lấy cả ổ loét kèm dây X

+ Mở môn vị khâu cầm máu ổ loét (Có thể thắt động mạch vành vị) rồi tạo hình theo kiểu Mikulicz hoặc Finney kèm theo cắt dây X

+ Khâu cầm máu ổ loét khi tình trạng bệnh nhân nặng không cho phép cắt đoạn dạ dày.

*Xuất huyết tiêu hoá do giãn TMTQ

Khi chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản mà điều trị nội khoa không kết quả thì có thể áp dụng các phẫu thuật sau:

- Các phẫu thuật làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa

+ Các phẫu thuật dẫn lưu máu từ hệ thống cửa sang hệ thống chủ:

- Nối tĩnh mạch cửa với tĩnh mạch chủ: Có thể nối bên - bên, tận - tận, hay tận - bên.

- Nối tĩnh mạch lách với tĩnh mạch thận kiểu ngoại vi hoặc kiểu trung tâm.

- Nối tĩnh mạch mạc treo tràng với tĩnh mạch chủ.

Chỉ định:

- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa rõ rệt.

- Có tiền sử chảy máu tiêu hoá, tái phát nhiều lần do tăng áp lực hệ thống cửa

- Có giãn tĩnh mạch thực quản và chức năng gan còn tốt.

+ Các phẫu thuật tạo dính giữa cơ quan của hệ thống cửa và chủ:

- Phẫu thuật Talma: Làm mạc nối lớn dính vào phúc mạc hay ổ thận nhằm tạo ra các nhánh nối giữa các tĩnh mạch mạc nối lớn với tĩnh mạch thượng vị trên.

- Phẫu thuật Nylander và Turunen: Chuyển lách lên cơ hoành qua một đường rạch ở cơ hoành trái.

- Phẫu thuật Halman: Đưa lách vào trong thành bụng.

Chỉ định:

- Không có khả năng nối mạch máu do nguyên nhân về kỹ thuật (sự chuyển chỗ của các mạch máu khó khăn, các mạch máu bị huyết khối hay nhỏ quá...).

- Không có chỉ định nối mạch máu: áp lực tĩnh mạch không cao lắm, không có giãn tĩnh mạch thực quản và dạ dày, không có tiền sử chảy máu...

- Trong những trường hợp chống chỉ định nối mạch máu như rối loạn chức năng gan...

- + Các phẫu thuật làm giảm dòng máu đến tĩnh mạch cửa:

- Cắt lách

- Thắt động mạch lách

- Thắt động mạch gan

- Phẫu thuật Peter – Womack

- Phẫu thuật triệt mạch

- + Các phẫu thuật can thiệp trực tiếp lên tĩnh mạch thực quản bị giãn

- Phẫu thuật Crile: mở dọc thực quản, khâu cầm máu các tĩnh mạch bị giãn

- Phẫu thuật Boerama: khâu thắt 2 đầu tĩnh mạch bị giãn và tiêm Glucoza 60%

- + Các phẫu thuật ngăn cản luồng máu nối tiếp cửa - chủ đi qua thực quản

- Phẫu thuật Tanner: cắt ngang dạ dày, sau đó khâu nối lại. Wangenstein cải tiến cắt đi một phần đáy dạ dày.

- Phẫu thuật Phémister -Humphreys: Cắt 1/3 dưới thực quản và một phần dạ dày dưới tâm vị sau đó đưa ruột lên nối lại.

- Phẫu thuật Moredino: cắt một phần thực quản trên tâm vị và dưới tâm vị rồi ghép một đoạn ruột non có cuống mạch nuôi.

- Phẫu thuật Wosshulte: thắt ngang thực quản trên tâm vị dùng một dụng cụ đặc biệt gọi là van Wosshulte hoặc ống cải tiến của Nguyễn Khánh Dư.

- * Chảy máu đường mật

- Mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu kehr

- Thắt động mạch gan chung hoặc riêng

- Cắt túi mật

- Nút mạch

- Thuyên tắc lỗ rò trên động mạch và đường mật

3.3. Điều trị dự phòng

3.3.1. Chế độ ăn uống, sinh hoạt

- Bổ sung các loại thực phẩm giàu chất xơ cùng với rau củ quả tươi vào khẩu phần ăn hàng ngày.

- Tăng cường bổ sung lượng nước cho cơ thể từ 2 – 2,5 lít nhằm giúp cho hệ tiêu hóa hoạt động tốt hơn

- Tuyệt đối không sử dụng các thức uống có chứa chất kích thích như rượu bia, cà phê, trà đặc. Đồng thời hạn chế dùng nạp các loại thức ăn nhanh, thức ăn chứa nhiều dầu mỡ, thực phẩm chế biến sẵn,...

- Duy trì thói quen ăn uống đúng giờ, đủ bữa. Có thể chia nhỏ thức ăn ra 5 – 6 bữa để

làm giảm áp lực cho cơ quan tiêu hóa.

- Duy trì lối sống lành mạnh bằng cách ngủ đúng giờ, đủ giấc, cân bằng giữa thời gian làm việc và nghỉ ngơi. Đồng thời rèn luyện thể dục thể thao đều đặn mỗi ngày để nâng cao sức đề kháng cho cơ thể.

3.3.2. XHTH do giãn vỡ TMTQ

- Kết hợp điều trị giảm ALTMC bằng chẹn beta giao cảm không chọn lọc (propranolol, nadolol, carvediol)

+ Propranolol dùng khởi đầu 20mg mỗi 12h, liều trung bình 40mg uống 2 lần trong ngày, xơ gan bụng cổ chướng liều tối đa 160mg/ngày, xơ gan không có cổ chướng liều tối đa 320mg/ ngày

+ Nadolol liều 10mg, ngày uống 1 lần

+ Carvediol liều khởi đầu 6.25mg 1 lần/ngày. Liều tối đa 12.5mg/ngày

- Nội soi thắt tĩnh mạch thực quản lại sau 14 - 21 ngày dự phòng nguy cơ chảy máu tái phát cho tới khi không còn khả năng thắt được, sau đó kiểm tra lại sau 3 - 6 tháng

- Bổ sung yếu tố tạo máu: acid folic, vitamin B12, sắt (khi XHTH ổn định)

3.3.3. XHTH do loét dạ dày tá tràng

- Thuốc ức chế tiết acid

Ưu tiên sử dụng ức chế bơm proton (PPI) đường tĩnh mạch liều cao:

+ Liều dùng: 80mg tiêm TM chậm + 8mg/giờ truyền liên tục trong 72 giờ, sau đó chuyển sang dạng uống với liều 40mg/ngày tối thiểu 28 ngày tiếp theo (esomeprazol, pantoprazol, omeprazol).

+ Rabeprazol dùng liều 40mg tiêm TM chậm + 4mg/giờ truyền liên tục trong 72 giờ, sau đó chuyển sang đường uống liều 40mg/ngày tối thiểu 28 ngày tiếp theo.

- Điều trị diệt H.pylori

+ Phác đồ 3 thuốc: Thời gian từ 10 – 14 ngày

- Clarithromycin (500mg/ 2 viên/ ngày) + PPI (chất ức chế bơm proton) (2 lần/ngày)

+ Amoxicillin (2g/ngày)

- Amoxicillin (2g/ngày)+ PPI (chất ức chế bơm proton) (2 lần/ngày) + Metronidazol (500mg/2 viên/ngày)

+ Phác đồ điều trị 4 thuốc: Thời gian từ 10 – 14 ngày

- Tinidazole hay Metronidazole 250mg/4 viên/ngày + Bismuth 120mg/4 viên/ngày + Ranitidin 150mg/2 lần/ ngày hoặc PPI dùng 2 lần/ngày.

- Amoxicillin (2g/ngày) + PPI (2 lần/ ngày) + Metronidazole (500mg/ 2 viên/ ngày)

+ Clarithromycin (500mg/ 2 viên/ ngày).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Gastrointestinal bleeding. Section 2, Gastrointestinal disorders. The Merck Manual, page 89- 94.*

2. *Alan Bakun, MD ; Marc Bardou, MD. Consensus recommendations for managing*

patients with Inonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med, 2003. 139: 843-857.

3. Dennis M. Jensen MD *Management of severe ulcer rebleeding N Engl J Med, 1999. Voll 340: 799-801.*

4. Ala l. Shahala, MD. *Gastroesophageal vericeal hemorrhage. N Engl J Med, 2001. Vol 345, No 9.*

5. Eric D. Cibbi, MD *Omeprazole to prevent reccurent bleeding after endoscopic treatment of ulcers. N Engl J Mec, 2000. Vol 346: 358-359.*

6. Vũ Văn Đính, Nguyễn Thị Dụ, “*Xuất huyết tiêu hóa*”, *Xử trí cấp cứu nội khoa, Nhà xuất bản Y học, 1998*

7. Nhóm chuyên gia về xuất huyết tiêu hoá, “*Khuyến cáo xử trí xuất huyết tiêu hoá trên cấp tính không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa*”, *Tạp chí khoa học tiêu hoá Việt Nam, 2009, tập IV, số 17*

8. *Khuyến cáo xử trí xuất huyết tiêu hóa trên cấp tính không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa*”. *Tạp chí khoa học Tiêu Hóa Việt Nam. Tập IV, số 17, 2009 trang 1178-1192.*

9. Đào Văn Long (2012), “*Xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày tá tràng*”, *bệnh học nội khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*

XI. UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

1. ĐỊNH NGHĨA:

Ung thư đại trực tràng là sự phát triển các tế bào ác tính xuất phát từ thành đại trực tràng. Ung thư đại trực tràng là một bệnh khá phổ biến ở các nước trên thế giới, chiếm hàng đầu trong ung thư đường tiêu hóa tại các nước Mỹ và Pháp. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ hai trong ung thư đường tiêu hóa sau ung thư dạ dày.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Rối loạn lưu thông ruột, táo bón hoặc ỉa chảy.

- Đi ngoài ra nhầy máu là triệu chứng hay gặp nhất.

- Đau bụng: u đại tràng phải đau kiểu Koernig, u đại tràng trái đau kiểu tắc ruột, u đại tràng sigma đau hạ vị kèm đi ngoài nhiều lần.

- Biến chứng của u như bán tắc, tắc ruột, thủng u gây viêm phúc mạc: đau bụng, buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện, sốt...

- Một số triệu chứng do di căn xa: tự sờ thấy hạch thượng đòn, chướng bụng.

- Thiếu máu: khi bệnh giai đoạn muộn hoặc tình trạng mất máu kéo dài, biểu hiện các dấu hiệu như: hoa mắt chóng mặt, mệt mỏi, gầy sút cân

Triệu chứng thực thể

- Khám bụng: có thể sờ thấy u qua thành bụng hoặc qua thăm khám trực tràng nếu u ở trực tràng, ống hậu môn. Bệnh nhân có thể tự sờ thấy u.

- Khi có biến chứng tắc ruột hoặc viêm phúc mạc do thủng u có thể có các triệu chứng sau: Bụng chướng, quai ruột nổi, dấu hiệu rắn bò, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc...

- Khám toàn thân để phát hiện di căn gan, hạch ngoại vi, dịch cổ trướng, di căn buồng trứng ở phụ nữ, giúp đánh giá mức độ tiến triển bệnh.

Triệu chứng toàn thân

- Hạch thượng đòn (thường gặp bên trái)

- Thiếu máu

- Gầy sút: người bệnh có thể gầy sút 5-10kg trong vòng 2-4 tháng.

- Suy nhược: bệnh tiến triển lâu làm suy mòn.

- Khi u đại tràng có biến chứng: tắc ruột hoặc viêm phúc mạc có triệu chứng nhiễm trùng: môi khô lưỡi bẩn thở hôi. Khi U đại tràng vỡ, thủng gây viêm phúc mạc để muộn gây tình trạng nhiễm độc và sốc, biểu hiện toàn thân là: môi khô lưỡi bẩn, da lạnh ẩm, có vân tím giai đoạn muộn, tinh thần kích thích hốt hoảng hoặc chậm chạp

2.1.2. Cận lâm sàng

Nội soi: Soi đại trực tràng ống mềm là phương pháp quan trọng để chẩn đoán ung thư đại trực tràng, cho biết vị trí, đặc điểm khối u và bẩm sinh thiết.

Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp X-quang chụp bụng không chuẩn bị: được chỉ định trong cấp cứu hoặc khi có biến chứng tắc ruột hoặc thủng ruột.

- Chụp cắt lớp vi tính: đánh giá tổn thương u đại trực tràng và di căn xa. Vai trò tương tự như siêu âm nhưng độ nhạy cao hơn.

- Chụp cộng hưởng từ: có thể áp dụng trong chẩn đoán di căn gan và đánh giá tổn thương tại chỗ.

- Siêu âm: được sử dụng đánh giá tổn thương tại gan và toàn bộ ổ bụng, tuy nhiên độ nhạy không bằng chụp cắt lớp vi tính. Siêu âm qua nội trực tràng: là một phương pháp có giá trị để đánh giá mức xâm lấn ung thư trực tràng và di căn hạch mạc treo trực tràng.

Y học hạt nhân

- Chụp hình phóng xạ khối u đặc hiệu (chụp hình miễn dịch phóng xạ-Radioimmunoscintigraphy: RIS). Sử dụng các kháng thể đơn dòng đánh dấu phóng xạ chụp SPECT giúp phát hiện u nguyên phát và tổn thương di căn.

- Chụp hình khối u theo nguyên tắc chuyển hóa (PET, PET/CT, PET/MRI) với F18-FDG phát hiện u nguyên phát, di căn hạch, di căn xa, giúp đánh giá chính xác giai đoạn bệnh, mô phỏng lập kế hoạch xạ trị (với ung thư trực tràng).

- Chụp xạ hình, SPECT xương với Tc99m-MDP giúp phát hiện tổn thương di căn xương

- Chụp xạ hình, SPECT gan với Tc99m-SC giúp phát hiện tổn thương di căn gan.

Xét nghiệm sinh hóa - huyết học

- Xét nghiệm CEA, CA 19-9, phối hợp với các phương pháp khác để theo dõi và chẩn đoán ung thư tái phát, di căn sau điều trị.

- Xét nghiệm huyết học và hóa sinh máu

- + Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng cao, lactate máu, nồng độ D-Dimer cũng tăng và máu có xu hướng nhiễm toan chuyển hóa khi các quai ruột bị hoại tử.

- + Xét nghiệm sinh hóa: Rối loạn điện giải, Men gan, Ure, creatinin tăng khi u đại tràng biến chứng gây suy gan, suy thận. Bệnh nhân giai đoạn muộn suy mòn có biểu hiện giảm Albumin máu

- + Đông máu: Rối loạn đông máu khi bệnh giai đoạn muộn

- + Tùy thuộc mức độ bệnh lý, và các bệnh lý kèm theo mà có thể làm thêm các xét nghiệm khác để phục vụ chẩn đoán và điều trị

Mô bệnh học

Ung thư đại tràng được phẫu thuật triệt căn, đánh giá giai đoạn mô bệnh học bao gồm:

- Độ mô học

- Giai đoạn T

- Số lượng hạch vét được và số hạch dương tính

- Diện cắt trên, diện cắt dưới và diện cắt xung quanh u
- Sự xâm lấn thần kinh mạch máu
- Sự xâm lấn mạch bạch huyết
- Nhân ung thư mạc treo ngoài hạch
- Đánh giá di căn hạch
- Số lượng hạch vét được tối thiểu 12 hạch để đảm bảo xếp loại giai đoạn chính xác.
- Sinh thiết hạch cửa nhằm phát hiện di căn hạch chính xác hơn nhờ kỹ thuật hóa mô miễn dịch được cân nhắc.

- Đối với bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II để quyết định điều trị hỗ trợ ở giai đoạn này hay không cần xét nghiệm MSI (PCR) hoặc MMR (phương pháp hóa mô miễn dịch). Với những bệnh nhân này nếu dMMR hoặc MSI-H có tiên lượng tốt và không được hưởng lợi khi hóa trị hỗ trợ với 5-FU.

Đại thể: Ung thư đại trực tràng có thể có dạng sùi, thâm nhiễm và loét. Về mặt đại thể tùy thuộc vào 3 tính chất: khối u, u sùi, u sùi loét, vòng nhẫn.

Vì 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.

- Sự xâm lấn của khối u thông thường là theo chiều sâu của thành đại tràng rồi di căn 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 theo Tổ chức Y tế thế giới và American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Mức độ biệt hóa của tế bào ung thư trong ung thư đại trực tràng được phân thành grade 1-4.

- Grade 1: biệt hóa tốt
- Grade 2: biệt hóa trung bình
- Grade 3: biệt hóa kém
- Grade 4: không biệt hóa

Phân tích gene: Đối với ung thư đại tràng di căn, nên được xét nghiệm đột biến gen KRAS, NRAS, MSI và BRAF nhằm mục đích tiên lượng và sử dụng điều trị đích.

- Một số xét nghiệm và cận lâm sàng phục vụ cho mục đích chẩn đoán, tiên lượng và điều trị: Glucose máu, Albumin, Protein...

+ Đối với bệnh nhân cần phẫu thuật: Bổ sung xét nghiệm: xquang tim phổi, HIV, HbsAg, xét nghiệm nhóm máu, xét nghiệm đông máu, xét nghiệm nước tiểu.

+ Các xét nghiệm và chỉ định cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh lý phối hợp.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh Crohn: Nội soi: tổn thương thường sâu đến tận lớp cơ, có thể từ miệng tới dạ dày, ruột non, đại tràng và hậu môn, loét không liên tục, loét sâu nhám nhở như hình bản

đồ xen kẽ niêm mạc lành.

Tổn thương hậu môn có vai trò quan trọng để phân biệt: tổn thương da, hậu môn, ống hậu môn và rò hậu môn.

- Viêm loét đại trực tràng: mô bệnh học là tiêu chuẩn chẩn đoán quan trọng.

Tổn thương chỉ ở lớp niêm mạc, dưới niêm mạc, không tổn thương đến lớp cơ. Biểu mô phủ bong tróc, mất bằng phẳng. Cấu trúc khe tuyến bất thường: ngắn lại, mất song song, chia nhánh, giảm số lượng tế bào hình đài cận kiệt chất nhày. Tương bào thâm nhập xuống lớp mô đệm. Áp xe khe hốc. Xuất huyết niêm mạc, các mạch máu sung huyết.

- Lao manh tràng: Test lao dương tính, mô bệnh học là tổn thương Lao

- U lympho biểu hiện ở đại trực tràng

- GIST đại trực tràng.

- Một số ung thư khác xâm lấn đại tràng.

- Các khối u lành của đại tràng.

- Ung thư ống hậu môn.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị ung thư đại trực tràng là điều trị đa mô thức. trong đó điều trị ngoại khoa là chủ yếu và quyết định nhất tiên lượng sống của bệnh nhân. Ngoài điều trị ngoại khoa còn kết hợp hoá trị liệu, xạ trị liệu và miễn dịch liệu pháp. Điều trị nội khoa kết hợp trước và sau phẫu thuật, đối với các trường hợp bệnh nặng phải tiến hành hồi sức cho bệnh nhân.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa trước và sau mổ

- Bù nước và điện giải :

- Đặt sonde dạ dày, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch: truyền đạm, Albumin, Huyết tương

- Truyền máu khi có thiếu máu.

- Kháng sinh: Có thể dùng đơn độc hay kết hợp, dùng từ 5-7 ngày nếu không có biến chứng. Nếu có biến chứng có thể phải dùng kéo dài.

- Chuẩn bị đại tràng trước mổ: thụt tháo hoặc dùng thuốc xổ ruột (thuốc nhuận tràng) : Fortrans hay Fleet phosphosoda...

- Điều trị các bệnh lý phối hợp

- Giảm đau sau mổ : Có thể dùng các nhóm Paracetamol, NSAID hoặc Opioid

- Kiểm tra , theo dõi phát hiện các tai biến và biến chứng sau phẫu thuật: chảy máu, rò tiêu hóa, áp xe tồn dư, tắc ruột...

- Tùy tình trạng cụ thể mà cho các xét nghiệm, chỉ định cận lâm sàng và các phương pháp điều trị phù hợp.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

Nguyên tắc phẫu thuật triệt căn

- Đảm bảo lấy hết tổ chức ung thư: bao gồm lấy rộng u nguyên phát và vét hạch vùng.

- Lập lại lưu thông tiêu hóa

Phẫu thuật polyp ung thư hóa: phụ thuộc vào giai đoạn của ung thư

- Cắt polyp ung thư nội soi đơn thuần: đối với ung thư giai đoạn sớm 0 (TisN0 M0) hoặc 1 (T1N0M0). Tỷ lệ di căn hạch của ung thư giai đoạn T1 từ 0-20%.

- Trong trường hợp độ mô học thấp (G1, G2), không xâm lấn mạch bạch huyết (nguy cơ thấp), nguy cơ di căn hạch < 4%, phẫu thuật cắt rộng rãi sau cắt polyp R0 là không cần thiết.

- Trong các trường hợp nguy cơ cao (độ mô học >G2, xâm lấn tới lớp hạ niêm mạc, xâm lấn tĩnh mạch và mạch bạch huyết, diện cắt < 1mm hoặc các polyp không cuống xâm lấn, phẫu thuật cắt rộng cổ điển được chỉ định thậm chí sau diện cắt tại chỗ âm tính.

- Các khối u giai đoạn > T1N0 cần phẫu thuật cắt đại tràng và vét hạch.

- Các polyp có cuống ung thư hóa xâm nhập giới hạn ở đầu polyp và không có thêm bất cứ yếu tố nguy cơ cao nào có nguy cơ tối thiểu tái phát và do đó cho phép cắt polyp qua nội soi.

Phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng theo giai đoạn

a) Giai đoạn sớm - giai đoạn 0 (TisN0M0), giai đoạn I (T1N0M0) không xâm nhập mạch máu, bạch huyết thần kinh

- Cắt polyp đơn thuần (như trên) hoặc cắt niêm mạc nội soi (Mucosectomy) nếu sm1/2, G1,2; hoặc cắt hình chêm lấy rộng tổn thương.

- Cắt đoạn đại tràng nối ngay nếu cắt rộng tổn thương không chắc chắn đã lấy hết tổn thương hoặc diện cắt (+).

b) Giai đoạn I (T1-2 N0M0) (Dukes A hoặc Dukes cải biên A & 1B): Phẫu thuật cắt đại tràng vét hạch điển hình tùy theo vị trí u nguyên phát (kỹ thuật như UT đại tràng giai đoạn II, III dưới đây).

c) Giai đoạn IIA,B (T3N0M0; T4a-bN0M0), III (bất kỳ T, N1-2M0): Phẫu thuật cắt đại tràng theo vị trí u nguyên phát (u đại tràng phải, đại tràng góc gan, đại tràng ngang, đại tràng trái (xuống), đại tràng sigma):

- Cắt đại tràng phải: Cắt đại tràng phải khi u ở đại tràng lên (chỉ thắt, cắt nhánh phải của động mạch đại tràng phải trên) hoặc cắt đại tràng phải mở rộng khi u ở đại tràng góc gan (thắt, cắt động mạch đại tràng phải trên); thắt cắt động tĩnh mạch cùng tên mạch “hồi manh đại tràng phải, đại tràng phải” sát thân động tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Lấy tổ chức mỡ và phúc mạc thành cùng thân các động tĩnh mạch kề trên với đoạn đại tràng cắt bỏ cùng một khối (monoblock). Trước khi giải phóng đại tràng nên thắt đại tràng ngang ở dưới mức định cắt bỏ để phòng tế bào ung thư di chuyển xuống. Lập lại lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối hồi đại tràng tận-tận hoặc tận-bên bằng tay hoặc bằng máy.

- Cắt đại tràng ngang: thắt, cắt động mạch đại tràng phải và trái trên sát nguyên ủy từ động mạch mạc treo tràng trên và dưới. Vét hạch cùng tổ chức mỡ và phúc mạc xung quanh, lấy chúng đi cùng với đại tràng ngang thành một khối.

Phục hồi hoặc tạo hình phúc mạc thành sau. Dẫn lưu chờ miệng nối.

Phẫu thuật không chạm u “no touch” không mang lại ưu thế hơn về sống còn toàn bộ và sống bệnh không tiến triển.

- Cắt đại tràng trái (xuống): thắt, cắt động mạch đại tràng trái giữa và nhánh trái của động mạch đại tràng trái trên. Vết hạch và mỡ xung quanh cùng phúc mạc lấy đi cùng một khối với đại tràng xuống (đại tràng trái).

- Cắt đại tràng sigma: cắt thắt động mạch mạc treo tràng dưới ngay sau chỗ cho nhánh động mạch đại tràng trái trên. Vết mỡ và hạch dọc theo động mạch mạc treo tràng dưới cho đến sát chỗ chia động mạch trực tràng trên (cuống trực tràng trên), lấy cùng đại tràng sigma thành một khối.

- Khoảng cách từ rìa u đến diện cắt 5cm với UT đại tràng thường không có vấn đề nhưng những vị trí đại tràng cố định khi u xâm lấn ra ngoài thành đại tràng khi đó đánh giá Ro là rất cần trọng. Số hạch vét được trong khi mổ quy định tối thiểu phải là 12 nếu không đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ sẽ không chính xác.

d) Giai đoạn IV (T bất kỳ, N bất kỳ, M1).

- Ung thư đại tràng di căn gan

+ Cắt gan là một lựa chọn đối khối di căn có khả năng cắt được

+ Quyết định phẫu thuật cắt nhân di căn cần căn cứ vào vị trí giải phẫu, kích thước nhân di căn cũng như chức năng gan.

+ Chỉ cắt nhân di căn gan khi khối u nguyên phát có thể phẫu thuật triệt căn và không có di căn cơ quan khác. Có thể thực hiện cắt đại tràng, vét hạch và cắt nhân di căn gan cùng thì hoặc thì hai tùy thuộc vào mức độ phức tạp, bệnh kèm theo cũng như khả năng của phẫu thuật viên

+ Trong trường hợp di căn gan mà phần thể tích gan lành còn lại không đảm bảo, có thể cân nhắc nút nhánh tĩnh mạch cửa, gây phì đại phần gan lành để chuẩn bị cho việc cắt tổn thương di căn gan thì 2.

+ Trong một số trường hợp nhân di căn ở vị trí giải phẫu khó, có thể cân nhắc các biện pháp điều trị áp sát: tiêm cồn, áp lạnh, đốt sóng cao tần.

+ Tắc ruột không cắt được u: làm hậu môn nhân tạo hoặc nối tắt.

- Ung thư đại tràng di căn phổi

+ Quyết định phẫu thuật cắt tổn thương di căn cần căn cứ vào vị trí giải phẫu, kích thước tổn thương di căn cũng như chức năng thông khí phổi.

+ Chỉ cắt tổn thương di căn phổi khi khối u nguyên phát có thể phẫu thuật triệt căn và không có di căn cơ quan khác.

+ Trong một số trường hợp nhân di căn ở vị trí giải phẫu khó, có thể cân nhắc các biện pháp điều trị áp sát.

- Ung thư đại tràng di căn phổi/gan sau hóa trị

+ Đánh giá khả năng cắt bỏ đối với những người bệnh ung thư đại tràng di căn gan hoặc phổi mà ban đầu không có khả năng cắt khối di căn sau 2 tháng hóa trị. Nếu có khả năng phẫu thuật thì tiến hành như trên.

+ Đối với những trường hợp có khả năng cao phẫu thuật được sau hóa trị, khuyến cáo nên lựa chọn các phác đồ có tỷ lệ đáp ứng cao.

e) Phẫu thuật ung thư đại tràng có biến chứng

- Tắc ruột do ung thư đại tràng

+ Cắt đại tràng triệt căn nối ngay một thì như mổ có chuẩn bị nếu tắc ruột do u đại tràng phải, u đại tràng góc gan (còn chỉ định phẫu thuật triệt căn) đến sớm.

+ Cắt đại tràng triệt căn như mổ có chuẩn bị nhưng theo kỹ thuật Hartmann nếu tắc ruột do ung thư đại tràng trái (kể cả đại tràng xuống và đại tràng sigma). Nhiều tác giả chủ trương mổ 2 thì: Thì 1 mổ tắc ruột bằng hậu môn nhân tạo kép (kiểu Mickulicz) và thăm dò ổ bụng chuẩn bị cho phẫu thuật thì 2. Thì 2, sau mổ tắc ruột 2 tuần tiến hành mổ ung thư đại tràng trái như mổ có chuẩn bị.

+ Cắt đại tràng làm hậu môn nhân tạo nếu ung thư đại tràng thùng gây viêm phúc mạc toàn thể. Có thể cắt đại tràng vét hạch đồng thời (nếu viêm phúc mạc sớm và toàn thân cho phép) làm hậu môn nhân tạo kép hoặc cắt và vét hạch thì 2 cùng với lập lại lưu thông tiêu hóa (nếu cho phép). Nếu ung thư đại tràng gây thùng chỉ gây áp xe quanh u có thể mổ như ung thư gây tắc ruột (tùy theo vị trí u).

- Ung thư vỡ gây chảy máu: hiếm gặp.

+ Nếu toàn trạng cho phép đồng thời phẫu thuật ung thư đại tràng (như trên) cắt đại tràng cầm máu và vét hạch.

+ Nếu toàn trạng không cho phép mổ cắt u cầm máu có thể làm tắc mạch bằng can thiệp mạch hoặc làm hậu môn nhân tạo và vấn đề cắt u và vét hạch phục hồi lưu thông tiêu hóa có thể làm thì 2.

f) Phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng di căn tái phát

- Di căn gan một ổ (sau điều trị cơ bản) ở các vị trí mà phẫu thuật có thể lấy rộng nhưng phải đảm bảo các cơ quan khác không có di căn.

- Di căn phổi một nhân đơn độc và không có di căn ở các cơ quan khác có thể mổ cắt phổi hình chêm, cắt hạ phân thùy hoặc phân thùy phổi.

3.2.3. Xạ trị ung thư đại tràng

- Xạ trị ít đặt ra đối với ung thư đại tràng

- Xạ trị trong một số trường hợp tổn thương di căn, xạ trị triệu chứng

a) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn gan:

- Xạ trị trong chọn lọc bằng hạt vi cầu phóng xạ (Selective Internal Radiation Therapy: SIRT): bơm hạt vi cầu ResinY-90 chọn lọc vào nhánh động mạch nuôi u. Liều Y-90 $1,25 \pm 0,38$ (GBq); liều hấp thụ trung bình tại u là $264,4 \pm 200,2$ Gy. Chỉ định trong trường hợp ung thư đại trực tràng đã hoặc chưa phẫu thuật di căn gan không quá 3 ổ, mỗi ổ không quá 3 cm, chức năng gan còn bù, $PS \leq 2$, không có di căn khác ngoài gan, Shunt máu gan-phổi $< 20\%$ với xạ hình Tc99m-MAA.

- Xạ trị định vị thân (SBRT: Stereotactic Body Radiation Therapy): trường hợp u kích thước ≤ 3 cm: Liều xạ 14-18Gy/1 lần, chiếu 2 hoặc 3 lần trong 1 tuần.

b) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn phổi: Chỉ định khi di căn ít ổ (1 ổ), không thể mổ được. Liều xạ 45-54Gy với kỹ thuật 3D conformal, IMRT hoặc 14- 18Gy/1 lần, chiếu 2 hoặc 3 lần trong 1 tuần với kỹ thuật SBRT.

c) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn xương:

- Mục đích điều trị: chống đau.

- Phương pháp:

Xạ trị chuyển hóa: dùng thuốc phóng xạ Phospho 32 (P-32) liều 1-1,5mCi/10kg cân nặng cơ thể/ 1 lần/đường uống hoặc Samarium 153 (Sr-153) liều 0,6-1,0 mCi/kg cân nặng cơ thể/ truyền tĩnh mạch. Có thể dùng lặp lại sau 3-6 tháng. Chống chỉ định khi suy chức năng thận, giảm sinh tủy tạo máu.

Trường hợp di căn xương ít ổ, ở các vị trí xương có thể chiếu xạ được có thể xạ ngoài chống đau, liều 17Gy chia 4,25Gy/1 lần chiếu x 4 lần.

d) Xạ trị ung thư đại trực tràng di căn não:

- Xạ phẫu bằng Gamma Knife, Cyber Knife: Chỉ định khi di căn não không quá 3 ổ, mỗi ổ không quá 3 cm. Nếu di căn 1 ổ thì đường kính không quá 5 cm.

- Liều (50%): 16-18Gy.

- Xạ trị 3D conformal toàn não: Chỉ định trong trường hợp di căn não nhiều ổ nhỏ; Liều 30Gy chia 10 lần, mỗi lần 3 Gy hoặc 40 Gy chia 20 lần, mỗi lần 2 Gy.

Chú ý: xạ trị di căn não cần phối hợp dùng thuốc chống phù não và corticoid.

3.2.4. Điều trị toàn thân ung thư đại tràng

Hóa trị hỗ trợ

a) Chỉ định

- Cân nhắc hóa trị hỗ trợ cho giai đoạn II (T3N0M0) không có yếu tố nguy cơ cao nếu MSI-L hoặc MSS.

- Chỉ định hóa trị hỗ trợ từ giai đoạn II (có các yếu tố nguy cơ cao), III. Các yếu tố nguy cơ cao bao gồm

+ Nhập viện do u gây tắc hoặc thủng

+ Số hạch lấy được < 12 hạch

+ Diện cắt dương tính

+ Ung thư kém biệt hóa

+ U xâm lấn mạch máu, bạch huyết hoặc thần kinh ngoại biên, mô bệnh học là loại ung thư kém biệt hóa.

b) Phác đồ

- Phác đồ FOLFOX có kết quả tốt hơn so với 5Fu/leucovorin đối với bệnh giai đoạn III.

- Phác đồ hóa trị thường sử dụng là một trong các phác đồ sau đây:

+ FUFA (Mayor Clinic)

+ Capecitabin

+ FOLFOX4

+ FOLFOX6

+ FOLFOX7

+ mFOLFOX6

+ CapeOX

FOLFOX và CapeOX là các phác đồ được ưa chuộng

Nếu thể trạng bệnh nhân rất yếu có thể dùng phác đồ Capecitabine đơn thuần.

d) Thời điểm và liệu trình

- Hóa trị bổ trợ nên được bắt đầu càng sớm càng tốt, từ tuần thứ 3 đến tuần 12 sau mổ. Nếu điều trị bị trì hoãn trên 12 tuần, việc điều trị nên căn cứ dựa trên cá thể với ước lượng tương đối lợi ích thu được so với độc tính khi điều trị.

- Bệnh nhân phẫu thuật nội soi, điều trị bổ trợ thậm chí có thể tiến hành sớm hơn.

- Hóa trị bổ trợ nên được duy trì trong vòng 6 tháng.

Hóa trị kết hợp điều trị đích

a) Chỉ định: cho ung thư đại tràng di căn có hoặc không có khả năng cắt bỏ triệt căn, cho thấy cải thiện thời gian sống thêm khi phối hợp với hóa trị

b) Phác đồ thường sử dụng:

- FOLFIRI hoặc FOLFOX hoặc CapeOX $\pm$ Bevacizumab

- FOLFIRI hoặc FOLFOX $\pm$ Panitumumab hoặc Cetuximab

c) Các thuốc điều trị đích:

- Bevacizumab.

- Cetuximab: chỉ định với ung thư đại tràng có KRAS, NRAS không đột biến.

- Panitumumab: tương tự cetuximab với đích là EGFR.

Hóa trị và điều trị đích giai đoạn tái phát, di căn:

- Tham khảo lược đồ điều trị toàn thân ung thư đại trực tràng di căn bảng số 3.

- Định hướng lựa chọn phác đồ hóa trị giai đoạn di căn phụ thuộc thể trạng bệnh nhân, xét nghiệm đột biến gen KRAS, NRAS, BRAF, điều kiện kinh tế.

- Xét nghiệm đột biến gen: Nếu xét nghiệm đột biến gen KRAS không đột biến thì xét nghiệm thêm đột biến gen NRAS. Xét nghiệm đột biến gen BRAF có giá trị tiên lượng, nếu BRAF (+): tiên lượng xấu hơn, cần lựa chọn phác đồ hóa trị mạnh hơn (ví dụ FOLFOXIRI).

a) Khuyến cáo về thứ tự điều trị trong ung thư đại trực tràng di căn.

Điều trị bước 1: được khuyến cáo nên kết hợp hóa trị và điều trị đích (tác nhân sinh học) tương ứng, trong đó, các điều trị đích kết hợp bao gồm:

- Thuốc ức chế sinh mạch VEGF (bevacizumab).

+ Có thể sử dụng kết hợp với FOLFOX, CAPOX, FOLFIRI.

+ Kết hợp với phác đồ FOLFOXIRI được sử dụng trong một số trường hợp cần đạt được mục tiêu co nhỏ khối u. Phác đồ này cũng được chứng minh có lợi ích trên nhóm bệnh nhân BRAF đột biến.

+ Trên bệnh nhân khó có thể điều trị tích cực, có thể sử dụng fluoro- pyrimidine (FP) kết hợp bevacizumab.

- Liệu pháp kháng thể kháng EGFR nên được sử dụng:

+ Kết hợp với FOLFIRI/FOLFOX trên bệnh nhân có RAS hoang dã và có tổn thương ung thư ở vị trí bên trái.

+ Liệu pháp kháng EGFR không được sử dụng kết hợp với phác đồ nền tảng Capecitabine hoặc 5-FU dạng viên vì chưa có đủ dữ liệu.

+ Trên bệnh nhân có RAS hoang dã, sử dụng bước 1 với kháng EGFR được chứng minh là đạt được tỷ lệ đáp ứng tốt hơn so với thuốc ức chế sinh mạch thông qua thử nghiệm pha III (CALGB 80405). Tùy vào mục tiêu điều trị, nếu cần đạt co nhỏ khối u thì cetuximab là một lựa chọn thích hợp hơn trong điều trị bước 1 so với bevacizumab. Cải thiện lợi ích sống còn OS giữa hai nhóm tác nhân sinh học trên cho kết quả khác nhau giữa 2 thử nghiệm FIRE-3 và CALGB.

Điều trị duy trì:

- Bệnh nhân được sử dụng FOLFOX/CAPOX hoặc FOLFIRI bước 1 (có thể kết hợp bevacizumab), được cân nhắc sử dụng điều trị duy trì sau 6 chu kì CAPOX hoặc 8 chu kì FOLFOX.

- Điều trị duy trì tối ưu nhất là kết hợp fluoropyrimidine với bevacizumab. Bevacizumab không được khuyến cáo dùng đơn trị trong điều trị duy trì.

- Bệnh nhân sử dụng bước 1 với FOLFOXIRI (có thể cùng với bevacizumab) cân nhắc sử dụng điều trị duy trì bằng phác đồ fluoro-pyrimidine + bevacizumab.

- Bệnh nhân sử dụng đơn trị liệu với fluoropyrimidine (kết hợp bevacizumab) trong bước 1 có thể tiếp tục sử dụng phác đồ này trong điều trị duy trì. Cần thảo luận kĩ với bệnh nhân trước khi điều trị.

Bước 2:

- Bệnh nhân đã sử dụng phác đồ có oxaliplatin ở bước 1, bước 2 nên sử dụng phác đồ có Irinotecan và ngược lại.

- Bệnh nhân trước đó chưa sử dụng bevacizumab, có thể cân nhắc sử dụng bước 2 với thuốc kháng sinh mạch (bevacizumab hoặc aflibercept).

- Aflibercept chỉ được sử dụng kết hợp với FOLFIRI trong bước 2 trên bệnh nhân thất bại với điều trị bước 1 bằng phác đồ oxaliplatin

- Bệnh nhân tiến triển nhanh với bước 1 bằng liệu pháp có kết hợp bevacizumab, cân nhắc sử dụng bước 2 tiếp tục với phác đồ kết hợp bevacizumab, aflibercept hoặc ramucirumab (chỉ kết hợp FOLFIRI).

- Bệnh nhân RAS hoang dã, trước đó chưa sử dụng kháng EGFR (cetuximab), sử dụng bước 2 bằng phác đồ hóa trị kết hợp với kháng EGFR được ưu tiên lựa chọn

- Bệnh nhân trước đó đã sử dụng phác đồ FOLFOXIRI ± bevacizumab ở bước 1, có thể sử dụng Regorafenib hoặc Trifluridine/tipiracil trong bước 2.

Bước 3:

- Trên bệnh nhân RAS hoang dã, nếu trước đó chưa sử dụng kháng EGFR (cetuximab hoặc panitumumab), bước 3 có thể được điều trị với kháng EGFR.

+ Kháng EGFR có thể sử dụng đơn trị liệu.

+ Kết hợp kháng EGFR với Irinotecan có hiệu quả hơn sử dụng kháng EGFR đơn trị liệu (trên bệnh nhân đã thất bại với Irinotecan trước đó)

+ Không có bằng chứng rõ ràng về lợi ích của việc sử dụng lại kháng EGFR cũng như dùng thay phiên các loại thuốc kháng EGFR sau khi đã thất bại với một loại thuốc kháng EGFR trước đó.

- Regorafenib hoặc Trifluridine/tipiracil là một lựa chọn trong bước 3 trên bệnh nhân đã được điều trị trước đó hoặc không phù hợp với phác đồ fluoropyrimidine, oxaliplatin, irinotecan, bevacizumab và cetuximab (trên bệnh nhân RAS hoang dã).

+ Regorafenib và Trifluridine/tipiracil được khuyến cáo sử dụng trên bệnh nhân bất kể tình trạng RAS, BRAF.

+ Trifluridine/tipiracil có thể được sử dụng sau Regorafenib vì có dữ liệu trong thử nghiệm RECURSE trên bệnh nhân thất bại với Regorafenib có lợi ích với Trifluridine/tipiracil.

+ Regorafenib được chứng minh có lợi ích kéo dài sống còn không phụ thuộc tình trạng RAS, giảm nguy cơ tử vong ngay cả trên nhóm bệnh nhân chưa được dùng điều trị đích trước đó.

- Liệu pháp miễn dịch với Pembrolizumab hoặc Nivolumab chỉ được sử dụng trên bệnh nhân có MSI-H hoặc dMMR

Bước 4:

- Regorafenib hoặc Trifluridine/tipiracil được chỉ định cho bệnh nhân trước đó đã điều trị với fluoropyrimidines, oxaliplatin, irinotecan, bevacizumab, cetuximab, panitumumab.

b) Điều trị phối hợp:

- Điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu: dùng thuốc chống đông heparin trọng lượng phân tử thấp Enoxaparin 40 mg/ngày/ tiêm dưới da, duy trì bằng thuốc kháng vitamin K (Acenocoumarol) uống 1 mg/ngày, bảo đảm chỉ số INR nằm trong giới hạn 2-3, điều trị kéo dài có thể suốt đời.

- Di căn xương: điều trị phối hợp các thuốc chống hủy xương (pamidronate 90mg hoặc acid zoledronic 4mg, truyền tĩnh mạch 21-28 ngày/lần) hoặc xạ trị giảm đau (xem phần xạ trị)

- Di căn não: tùy vào kích thước, số lượng, vị trí tổn thương di căn não mà có thể phối hợp thêm với phẫu thuật hoặc xạ trị (xem phần xạ trị)

- Di căn gan: tùy vào kích thước, số lượng, vị trí tổn thương di căn gan mà có thể phối hợp thêm với phẫu thuật, nút mạch hóa chất (TACE), đốt sóng cao tần (RFA), (MWA) vi sóng, xạ trị trong chọn lọc với hạt vi cầu phóng xạ Y-90 (SIRT), tiêm cồn, đốt u bằng vi sóng, xạ trị định vị thân (SBRT).

- Di căn phổi: tùy vào kích thước, số lượng, vị trí tổn thương di căn phổi mà có thể phối hợp thêm với phẫu thuật, đốt u bằng vi sóng, xạ trị định vị thân (SBRT).

- Tràn dịch màng phổi, màng bụng: có thể phối hợp với chọc tháo dịch màng phổi, màng bụng, bơm hóa chất vào khoang màng phổi, màng bụng (5FU hoặc Cisplatin)

- Điều trị giảm đau, tâm lý liệu pháp hỗ trợ

c) Một số phác đồ hóa trị ung thư đại trực tràng:

- Phác đồ FOLFOX4:

- + Oxaliplatin: 85 mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1
 - + Leucovorin: 200 mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1, 2
 - + 5 FU: 400 mg/m², tiêm tĩnh mạch, ngày 1, 2
 - + 5 FU: 600 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 22 giờ, ngày 1,2
- Nhắc lại sau mỗi 2 tuần.

- Phác đồ FOLFOX6:

- + Oxaliplatin: 100 mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1
 - + Leucovorin: 200mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1,2
 - + 5 FU: 400mg/m², tiêm tĩnh mạch, ngày 1, 2
 - + 5 FU: 600 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 22 giờ, ngày 1, 2
- Nhắc lại sau mỗi 2 tuần.

- Phác đồ mFOLFOX6:

- + Oxaliplatin: 85 mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1
- + Leucovorin: 350mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1
- + 5 FU: 400mg/m², tiêm tĩnh mạch ngày 1, sau đó 5 FU: 2,4g/m² truyền tĩnh mạch

trong 46 giờ liên tục.

Nhắc lại sau mỗi 2 tuần.

- Phác đồ FOLFOX7

- + Oxaliplatin: 130 mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1
- + Leucovorin: 400mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1
- + 5 FU: 2,4g/m², truyền tĩnh mạch trong 46 giờ liên tục.

Nhắc lại sau mỗi 2 tuần.

- Phác đồ FOLFIRI:

- + Irinotecan: 180 mg/ m², truyền tĩnh mạch, ngày 1
- + Leucovorin: 200 mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1, 2
- + 5 FU: 400 mg/m², tiêm tĩnh mạch chậm, ngày 1,2
- + 5 FU: 600 mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1, 2

Nhắc lại sau mỗi 2 tuần.

- Phác đồ FOLFOXIRI:

- + Irinotecan: 165 mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1
- + Oxaliplatin: 85 mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1
- + Leucovorin 200 mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1
- + 5 FU: 3200mg/m², truyền tĩnh mạch trong 48 giờ

Lặp lại sau mỗi 02 tuần.

- Phác đồ XELOX:

- + Oxaliplatin: 130 mg/m², truyền tĩnh mạch, ngày 1
- + Capecitabine: 1000mg/m² uống, 2 lần/ngày x 14 ngày.

Chu kỳ 3 tuần.

- Phác đồ XELIRI:

+ Irinotecan: 240-250 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 90 phút, ngày 1

+ Capecitabine: 1000mg/m² uống, 2 lần/ngày x 14 ngày.

Chu kỳ 3 tuần

Hoặc

+ Irinotecan: 175 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 30 phút, ngày 1

+ Capecitabine: 1000mg/m² uống, 2 lần/ngày x 7 ngày.

Chu kỳ 2 tuần

- Phác đồ Capecitabine: Capecitabine: 1250mg/m² uống, 2 lần/ngày x 14 ngày.

Chu kỳ 3 tuần.

- Phác đồ TS 1 đơn thuần: TS 1 60-80 mg/m², uống ngày 1-14, chu kỳ 3 tuần (21 ngày) hoặc TS 1: 60-80 mg/m², uống ngày 1-28, chu kỳ 6 tuần (42 ngày).

- Phác đồ UFT:

UFT (Tegafur+Uracil): 100 mg /m², uống/lần x 3 lần/ngày, ngày 1-28

Folinic acid: 30 mg/m², uống/lần x 3 lần/ngày, ngày 1-28

Chu kỳ 5 tuần.

Hoặc: UFT (Tegafur+Uracil): 100-125 mg /m², uống/lần x 3 lần/ngày, ngày 1- 14, chu kỳ 21 ngày.

- Phác đồ FuFa của Mayo Clinic:

Leucovorin: 20 mg/m²/ngày, truyền tĩnh mạch, ngày 1-5

5 FU: 425 mg/m²/ngày, truyền tĩnh mạch, ngày 1-5.

- Phác đồ ILF:

Irinotecan: 125 mg/ m², truyền tĩnh mạch ngày 1

Leucovorin: 20 mg/m², truyền tĩnh mạch ngày 1

5 FU: 500 mg/m², truyền tĩnh mạch ngày 1

Dùng hàng tuần x 4 tuần, nghỉ 2 tuần sau đó nhắc lại.

- Phác đồ Irinotecan đơn thuần:

Irinotecan: 350 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 30 phút, ngày 1. Chu kỳ 21 ngày.

Hoặc

Irinotecan: 125 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 90 phút, hàng tuần, trong 4 tuần, chu kỳ 6 tuần.

- Phác đồ Oxaliplatin đơn thuần:

Oxaliplatin: 130 mg/m² truyền tĩnh mạch trong 2 giờ, ngày 1. Chu kỳ 21 ngày.

- Phác đồ 5 FU đơn thuần:

5 FU: 3500 mg/m² truyền tĩnh mạch trong 48 giờ, hàng tuần (ngày 1, 8, 15, 22...).

- Phác đồ IRINOX:

Irinotecan: 180 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 90 phút, ngày 1.

Oxaliplatin: 85 mg/m² truyền tĩnh mạch trong 2 giờ, ngày 1.

Chu kỳ 14 ngày.

- Trifluridine/tipiracil: 35mg/m², tối đa 80mg/lần, uống 2 lần/ngày, ngày 1-5, 8- 12, chu kỳ 28 ngày.

d) Các thuốc điều trị đích trong ung thư đại tràng - trực tràng:

- Bevacizumab:

+ Bevacizumab được chỉ định cho ung thư đại trực tràng di căn hoặc điều trị duy trì ung thư đại trực tràng di căn sau khi đạt ổn định bệnh.

+ Liều dùng thông thường 5-15 mg/kg, truyền tĩnh mạch từng đợt, phối hợp với các phác đồ hóa trị 14-21 ngày/lần.

- Cetuximab:

+ Cetuximab chỉ định dùng cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn không có đột biến KRAS, NRAS [RAS (-)].

+ Liều dùng 400mg/m² ngày 1 sau đó 250 mg/m² hàng tuần, truyền tĩnh mạch hoặc 500/m², mỗi 2 tuần, phối hợp với các phác đồ hóa trị.

- Panitumumab:

+ Panitumumab được chỉ định cho các bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn không có đột biến gen KRAS, NRAS [RAS (-)].

+ Liều dùng: 6mg/kg, truyền tĩnh mạch trong 60-90 phút, mỗi hai tuần hoặc 2,5mg/kg, truyền tĩnh mạch hàng tuần, phối hợp với các phác đồ hóa trị

- Regorafenib:

+ Chỉ định sau khi bệnh nhân đã thất bại với phác đồ fluoropyrimidin, Oxaliplatin, Irinotecan, Bevacizumab hoặc Cetuximab (RAS không đột biến)

+ Liều dùng: regorafenib 40mg x 4 viên /ngày, uống một lần/ngày, uống từ ngày 1-21, chu kỳ 28 ngày, có thể điều chỉnh liều tùy thuộc bệnh nhân.

- Ziv-aflibercept

+ Chỉ định Ziv-aflibercept trong điều trị kết hợp với hóa trị phác đồ FOLFIRI cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn kháng hoặc đã tiến triển với các phác đồ có chứa oxaliplatin.

+ Liều lượng: 4mg/kg truyền tĩnh mạch > 1 giờ mỗi 2 tuần.

- Ramucicimab:

+ Chỉ định trong UTĐTT di căn đã thất bại với hóa trị có bevacizumab, oxaliplatin, fluorouracil. Ramucicimab chỉ định dùng phối hợp với hóa trị phác đồ FOLFIRI.

+ Liều lượng 8mg/kg truyền tĩnh mạch > 1 giờ mỗi 2 tuần.

e) Điều trị miễn dịch: Hai thuốc đã được đưa vào NCCN guideline của Mỹ trong bệnh ung thư đại trực tràng là Pembrolizumab, Nivolumab chỉ được sử dụng trong trường hợp ung thư đại trực tràng di căn đã thất bại với hóa trị trước đó có chỉ số mất ổn định vi vệ tinh cao (high MSI-microsatellite instability) hoặc thay đổi 1 trong các gen sửa chữa bất cặp sai (dMMR- mismatch repair deficient). Pembrolizumab và Nivolumab là hai thuốc nhắm đích PD-1 (Programmed cell death protein 1 receptor) trên bề mặt tế bào u. Nivolumab B khóa thụ thể PD-1 (blocking PD-1), Pembrolizumab ngăn chặn PD1 gắn với PDL1, PDL2 các thuốc này giúp kích hoạt hệ thống miễn dịch cơ thể chống lại tế bào ung thư từ đó khối u thu nhỏ hoặc phát triển chậm lại. Tuy nhiên các nghiên cứu điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn mới ở thử nghiệm lâm sàng pha II với số lượng bệnh nhân còn ít.

- Pembrolizumab 200 mg hoặc 2mg/kg truyền tĩnh mạch >30 phút mỗi 3 tuần cho đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính không chấp nhận được.

- Nivolumab 240 mg hoặc 3mg/kg truyền tĩnh mạch > 60 phút mỗi 2 tuần cho đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính không chấp nhận được. TLTK số 1

3.3. Phòng bệnh

- Kiểm tra đại trực tràng thường xuyên:

- Duy trì thói quen ăn uống lành mạnh:

+ Tránh ăn nhiều thịt, dầu mỡ, thức ăn chiên nướng

+ Hạn chế thức uống có cồn, thuốc lá

+ Ăn nhiều chất xơ (rau xanh, trái cây)

- Thường xuyên tập thể dục

- Theo dõi, tái khám

+ Khám lâm sàng 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3 năm tiếp theo.

+ Xét nghiệm CEA 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3-5 năm.

+ CT ngực/bụng/tiêu khung 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6-12 tháng/lần đến 5 năm.

+ Chụp PET/CT: khi nghi ngờ tái phát hoặc di căn với CEA tăng mà các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh không phát hiện tổn thương.

+ Nội soi đại trực tràng trong năm đầu nếu chưa được thực hiện ở lần thăm khám ban đầu để chẩn đoán (VD do có tắc ruột), sau đó 3- 5 năm/lần cho đến năm 75 tuổi.

+ Nội soi đại trực tràng sau 1 năm:

Nếu u tuyến tiến triển, lặp lại sau 1 năm

Nếu u tuyến không tiến triển, lặp lại sau 3 năm, sau đó 5 năm/lần

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Bệnh học ngoại khoa sau đại học NXBQĐND - HN 2002 tập 1, 2*

2. *Bách khoa thư bệnh học NXBYH – HN 2003 tập 1, 2, 3*

3. *Bệnh học ngoại khoa bụng NXBQĐND - HN 1997*

4. *Quyết định 2549/QĐ-BYT ngày 19/4/2018 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng.*

5. *Bài giảng Bệnh học ngoại khoa NXBYH – HN 2013.*

6. *Cấp cứu ngoại khoa NXB Giáo dục Việt Nam tập 2.*

XII. UNG THƯ TRỰC TRÀNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư đại trực tràng là sự phát triển các tế bào ác tính xuất phát từ thành đại trực tràng. Ung thư đại trực tràng là một bệnh khá phổ biến ở các nước trên thế giới, chiếm hàng đầu trong ung thư đường tiêu hóa tại các nước Mỹ và Pháp. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ hai trong ung thư đường tiêu hóa sau ung thư dạ dày.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Rối loạn lưu thông ruột, táo bón hoặc ỉa chảy.

- Đi ngoài ra nhầy máu là triệu chứng hay gặp nhất.

- Đau bụng: đau tức vùng hạ vị và hậu môn, nhất là khi đi đại tiện.

- Biến chứng của u như bán tắc, tắc ruột, thủng u gây viêm phúc mạc: đau bụng, buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện, sốt...

- Một số triệu chứng do di căn xa: tự sờ thấy hạch thượng đòn, chướng bụng.

- Thiếu máu: khi bệnh giai đoạn muộn hoặc tình trạng mất máu kéo dài, biểu hiện các dấu hiệu như: hoa mắt chóng mặt, mệt mỏi, gầy sút cân

Triệu chứng thực thể

- Khám bụng: có thể sờ thấy u qua thành bụng hoặc qua thăm khám trực tràng nếu u ở trực tràng, ống hậu môn. Bệnh nhân có thể tự sờ thấy u.

- Khi có biến chứng tắc ruột hoặc viêm phúc mạc do thủng u có thể có các triệu chứng sau: Bụng chướng, quai ruột nổi, dấu hiệu rắn bò, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc...

- Khám toàn thân để phát hiện di căn gan, hạch ngoại vi, dịch cổ trướng, di căn buồng trứng ở phụ nữ, giúp đánh giá mức độ tiến triển bệnh.

- Thăm trực tràng có thể sờ thấy u trực tràng thấp và u trực tràng giữa

Triệu chứng toàn thân

- Hạch thượng đòn (thường gặp bên trái)

- Thiếu máu

- Gầy sút: người bệnh có thể gầy sút 5-10kg trong vòng 2-4 tháng.

- Suy nhược: bệnh tiến triển lâu làm suy mòn.

- Khi u đại tràng có biến chứng: tắc ruột hoặc viêm phúc mạc có triệu chứng nhiễm trùng: môi khô lưỡi bẩn thở hôi. Khi U đại tràng vỡ, thủng gây viêm phúc mạc để muộn gây tình trạng nhiễm độc và sốc, biểu hiện toàn thân là: môi khô lưỡi bẩn, da lạnh ẩm, có vân tím giai đoạn muộn, tinh thần kích thích hốt hoảng hoặc chậm chạp

2.1.2. Cận lâm sàng

Nội soi: Soi đại trực tràng ống mềm là phương pháp quan trọng để chẩn đoán ung thư đại trực tràng, cho biết vị trí, đặc điểm khối u và bẩm sinh thiết.

Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp X-quang chụp bụng không chuẩn bị: được chỉ định trong cấp cứu hoặc khi có biến chứng tắc ruột hoặc thủng ruột.

- Chụp cắt lớp vi tính: đánh giá tổn thương u trực tràng và di căn xa. Vai trò tương tự như siêu âm nhưng độ nhạy cao hơn.

- Chụp cộng hưởng từ: có thể áp dụng đánh giá tổn thương tại chỗ, mức độ xâm lấn các tạng xung quanh cũng như di căn hạch và di căn xa.

- Siêu âm: được sử dụng đánh giá tổn thương tại gan và toàn bộ ổ bụng, tuy nhiên độ nhạy không bằng chụp cắt lớp vi tính. Siêu âm qua nội trực tràng: là một phương pháp có giá trị để đánh giá mức xâm lấn ung thư trực tràng và di căn hạch mạc treo trực tràng.

Y học hạt nhân

- Chụp hình phóng xạ khối u đặc hiệu (chụp hình miễn dịch phóng xạ-Radioimmunoscintigraphy: RIS). Sử dụng các kháng thể đơn dòng đánh dấu phóng xạ chụp SPECT giúp phát hiện u nguyên phát và tổn thương di căn.

- Chụp hình khối u theo nguyên tắc chuyển hóa (PET, PET/CT, PET/MRI) với F18-FDG phát hiện u nguyên phát, di căn hạch, di căn xa, giúp đánh giá chính xác giai đoạn bệnh, mô phỏng lập kế hoạch xạ trị (với ung thư trực tràng).

- Chụp xạ hình, SPECT xương với Tc99m-MDP giúp phát hiện tổn thương di căn xương

- Chụp xạ hình, SPECT gan với Tc99m-SC giúp phát hiện tổn thương di căn gan.

Xét nghiệm sinh hóa - huyết học

- Xét nghiệm CEA, CA 19-9, phối hợp với các phương pháp khác để theo dõi và chẩn đoán ung thư tái phát, di căn sau điều trị.

- Xét nghiệm huyết học và hóa sinh máu

- + Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng cao, lactate máu, nồng độ D-Dimer cũng tăng và máu có xu hướng nhiễm toan chuyển hóa khi các quai ruột bị hoại tử.

- + Xét nghiệm sinh hóa: Rối loạn điện giải, Men gan, Ure, creatinin tăng khi u đại tràng biến chứng gây suy gan, suy thận. Bệnh nhân giai đoạn muộn suy mòn có biểu hiện giảm Albumin máu

- + Đông máu: Rối loạn đông máu khi bệnh giai đoạn muộn

- + Tùy thuộc mức độ bệnh lý, và các bệnh lý kèm theo mà có thể làm thêm các xét nghiệm khác để phục vụ chẩn đoán và điều trị

Mô bệnh học

Ung thư đại tràng được phẫu thuật triệt căn, đánh giá giai đoạn mô bệnh học bao gồm:

- Độ mô học

- Giai đoạn T

- Số lượng hạch vét được và số hạch dương tính

- Diện cắt trên, diện cắt dưới và diện cắt xung quanh u
- Sự xâm lấn thần kinh mạch máu
- Sự xâm lấn mạch bạch huyết
- Nhân ung thư mạc treo ngoài hạch
- Đánh giá di căn hạch
- Số lượng hạch vét được tối thiểu 12 hạch để đảm bảo xếp loại giai đoạn chính xác.
- Sinh thiết hạch cửa nhằm phát hiện di căn hạch chính xác hơn nhờ kỹ thuật hóa mô

miễn dịch được cân nhắc.

- Đối với bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II để quyết định điều trị hỗ trợ ở giai đoạn này hay không cần xét nghiệm MSI (PCR) hoặc MMR (phương pháp hóa mô miễn dịch). Với những bệnh nhân này nếu dMMR hoặc MSI-H có tiên lượng tốt và không được hưởng lợi khi hóa trị hỗ trợ với 5-FU.

Đại thể: Ung thư đại trực tràng có thể có dạng sùi, thâm nhiễm và loét. Về mặt đại thể tùy thuộc vào 3 tính chất: khối u, u sùi, u sùi loét, vòng nhẫn.

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 Liberkhunner, 10-20% là u dạng nhầy.

- Sự xâm lấn của khối u thông thường là theo chiều sâu của thành đại tràng rồi di căn 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 theo Tổ chức Y tế thế giới và American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Mức độ biệt hóa của tế bào ung thư trong ung thư đại trực tràng được phân thành grade 1-4.

- Grade 1: biệt hóa tốt
- Grade 2: biệt hóa trung bình
- Grade 3: biệt hóa kém
- Grade 4: không biệt hóa

Phân tích gene: Đối với ung thư đại tràng di căn, nên được xét nghiệm đột biến gen KRAS, NRAS, MSI và BRAF nhằm mục đích tiên lượng và sử dụng điều trị đích.

- Một số xét nghiệm và cận lâm sàng phục vụ cho mục đích chẩn đoán, tiên lượng và điều trị: Glucose máu, Albumin, Protein...

+ Đối với bệnh nhân cần phẫu thuật: Bổ sung xét nghiệm: xquang tim phổi, HIV, HbsAg, xét nghiệm nhóm máu, xét nghiệm đông máu, xét nghiệm nước tiểu.

+ Các xét nghiệm và chỉ định cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh lý phối hợp.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh Crohn: Nội soi: tổn thương thường sâu đến tận lớp cơ, có thể từ miệng tới dạ dày, ruột non, đại tràng và hậu môn, loét không liên tục, loét sâu nhám nhờ như hình bản đồ xen kẽ niêm mạc lành.

Tổn thương hậu môn có vai trò quan trọng để phân biệt: tổn thương da, hậu môn, ống hậu môn và rò hậu môn.

- Viêm loét đại trực tràng: mô bệnh học là tiêu chuẩn chẩn đoán quan trọng.

Tổn thương chỉ ở lớp niêm mạc, dưới niêm mạc, không tổn thương đến lớp cơ. Biểu mô phủ bong tróc, mất bằng phẳng. Cấu trúc khe tuyến bất thường: ngắn lại, mất song song, chia nhánh, giảm số lượng tế bào hình đài cận kiệt chất nhày. Tương bào thâm nhập xuống lớp mô đệm. Áp xe khe hốc. Xuất huyết niêm mạc, các mạch máu sung huyết.

- Tổn thương lao : Test lao dương tính, mô bệnh học là tổn thương Lao

- U lympho biểu hiện ở đại trực tràng

- GIST đại trực tràng.

- Một số ung thư khác xâm lấn đại tràng.

- Các khối u lành của đại tràng.

- Ung thư ống hậu môn.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị ung thư đại trực tràng là điều trị đa mô thức. trong đó điều trị ngoại khoa là chủ yếu và quyết định nhất tiên lượng sống của bệnh nhân. Ngoài điều trị ngoại khoa còn kết hợp hoá trị liệu, xạ trị liệu và miễn dịch liệu pháp. Điều trị nội khoa kết hợp trước và sau phẫu thuật, đối với các trường hợp bệnh nặng phải tiến hành hồi sức cho bệnh nhân.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa trước và sau mổ

- Bù nước và điện giải :

- Đặt sonde dạ dày, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch: truyền đạm, Albumin, Huyết tương

- Truyền máu khi có thiếu máu.

- Kháng sinh: Có thể dùng đơn độc hay kết hợp, dùng từ 5-7 ngày nếu không có biến chứng. Nếu có biến chứng có thể phải dùng kéo dài.

- Chuẩn bị đại tràng trước mổ: thụt tháo hoặc dùng thuốc xổ ruột (thuốc nhuận tràng)
: Fortrans hay Fleet phosphosoda...

- Điều trị các bệnh lý phối hợp

- Giảm đau sau mổ : Có thể dùng các nhóm Paracetamol, NSAID hoặc Opioid

- Kiểm tra , theo dõi phát hiện các tai biến và biến chứng sau phẫu thuật: chảy máu, rò tiêu hóa, áp xe tồn dư, tắc ruột...

- Tùy tình trạng cụ thể mà cho các xét nghiệm, chỉ định cận lâm sàng và các phương pháp điều trị phù hợp.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

Nguyên tắc phẫu thuật triệt căn

- Đảm bảo lấy hết tổ chức ung thư: bao gồm lấy rộng u nguyên phát và vét hạch vùng.

- Lập lại lưu thông tiêu hóa

Kỹ thuật

Trong phẫu thuật ung thư trực tràng, chọn lựa phương pháp mổ phụ thuộc vào mức độ lan rộng và vị trí của khối u.

- U ở giai đoạn rất sớm (cT1sm1/2) nên được cắt rộng tại chỗ qua lớp cơ niêm thông qua nội soi đường hậu môn.

- Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) chỉ định khi u ở trực tràng giữa và thấp.

- Cắt một phần mạc treo trực tràng là đủ khi phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng cao.

- Cắt cụt trực tràng qua đường bụng - tầng sinh môn (phẫu thuật Miles) chỉ định khi khối u xâm lấn cơ thắt hoặc ở vị trí rất thấp không thể bảo tồn được cơ thắt.

- Phẫu thuật nội soi cho kết quả tương đương về ung thư học so với phẫu thuật mổ mở một số trung tâm phẫu thuật nội soi có kinh nghiệm.

Thời điểm phẫu thuật

- Với xạ trị ngắn ngày, phẫu thuật nên được tiến hành sau xạ 2-4 ngày

- Với hóa xạ tiền phẫu, phẫu thuật nên được tiến hành sau 4-8 tuần.

- Với người bệnh trên 80 tuổi hoặc PS 3-4, phẫu thuật trì hoãn sau xạ ngắn ngày 8 tuần.

Mức độ phẫu thuật rộng rãi trong trường hợp đáp ứng toàn bộ sau xạ hoặc hóa xạ trị tiền phẫu, TME là kỹ thuật chuẩn mực.

Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt

- Mục tiêu của phẫu thuật trực tràng là cố gắng bảo tồn cơ thắt tối đa. Với diện cắt dưới cách u 1cm, cơ thắt thường được bảo tồn. Hóa xạ tiền phẫu hoặc xạ trị tiền phẫu với thời gian dài có thể giúp giảm kích thước u, nhưng đối với u kích thước lớn, sau điều trị tiền phẫu, u đáp ứng tốt, có nên phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hay không vẫn là câu hỏi chưa được trả lời thỏa đáng. Phương pháp phẫu thuật này chỉ được tiến hành ở một số trung tâm phẫu thuật có kinh nghiệm.

- Phẫu thuật có vai trò quan trọng trong điều trị ung thư ở cả giai đoạn sớm và giai đoạn muộn. Ở giai đoạn rất sớm, sớm phẫu thuật có vai trò đơn trị liệu (cT1N0M0, pT1,2N0M0) ở những giai đoạn muộn hơn phẫu thuật là thành tố quan trọng trong các mô thức phối hợp đa mô thức điều trị ung thư trực tràng.

Phẫu thuật theo các giai đoạn trên lâm sàng

- Phẫu thuật ung thư trực tràng giai đoạn rất sớm: Cắt u qua hậu môn (TEM): ung thư trực tràng giai đoạn rất sớm (cT1N0M0 hay cT1sm1/2) với G1,2. Người bệnh có nguy cơ phẫu thuật cao, nguy cơ gây mê hồi sức cao có thể làm TEM hoặc xạ áp sát khi G3,4 hay cT1sm2.

- Phẫu thuật ung thư trực tràng sớm; cắt đoạn trực tràng vét hạch (TME với ung thư trực tràng thấp và trung bình) chỉ định cho: cT1N0M0 (với sm2 hoặc G3,4; có xâm lấn mạch máu, bạch huyết, thần kinh); cT2N0M0.

- Phẫu thuật ung thư trực tràng M0

- + cT3N0M0 ung thư trực tràng thấp và trung bình sau hóa xạ trị đồng thời hoặc xạ trị ngắn ngày (5x5Gy).

- + cT4N0M0 ung thư ở trực tràng cao có chỉ định phẫu thuật ngay hoặc sau hóa xạ

trị đồng thời/xạ trị ngăn ngày như với cT3N0M0. U ở trực tràng cao chỉ cần cắt một phần mạc treo trực tràng.

Diện cắt cực dưới phải cách cực dưới khối u >2cm. TME phải đảm bảo thanh mạc trực tràng phần trong phúc mạc không bị rách, vỏ bọc mạc treo trực tràng thành bên và mặt sau phải nguyên vẹn. Số hạch cạnh trực tràng và trong mạc treo đếm được tối thiểu 12 hạch. Trong mọi trường hợp (pN+), diện cắt (+) đều phải được hóa-xạ bổ trợ. Trong khi mổ, nghi ngờ diện cắt nên làm sinh thiết tức thì nếu diện cắt (+) nên cắt tiếp cho đến khi (-) để đạt R0.

Cắt cụt trực tràng đường bụng và tăng sinh môn (phẫu thuật Miles): T3,4N(bất kỳ)M0, T(bất kỳ)N(+)M0 với ung thư trực tràng thấp, khi rìa khối u chỉ cách mép hậu môn < 4cm. TME cố gắng bảo tồn thần kinh sinh dục và lấy rộng tổ chức phần mềm đáy chậu quanh khối u, có thể xạ trị tiền phẫu để đảm bảo R0.

- Phẫu thuật ung thư trực tràng M1

+ Nếu có khả năng phẫu thuật ngay: tiến hành phẫu thuật (điều trị tùy vị trí tổn thương u tái phát và mức độ xâm lấn. Nếu tái phát tại chỗ: có thể phẫu thuật cắt đoạn đại tràng, trực tràng hoặc phối hợp với hóa trị, xạ trị trước mổ.

+ Cắt trực tràng vét hạch (TME) cắt nhân di căn nếu mổ được ngay: T1,2N0M1 (phổi/gan) sau đó hóa xạ trị bổ trợ; T3,4N(+)M1 (gan/phổi) có thể mổ được, hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật cắt trực tràng +TME sau đó hóa xạ trị bổ trợ. + Nếu không có khả năng phẫu thuật ngay nhưng có tiềm năng phẫu thuật sau hóa trị: tiến hành hóa trị, sau 3 đợt đánh giá lại và xét phẫu thuật.

+ Nếu không còn khả năng phẫu thuật (di căn nhiều ổ, nhiều tạng): tiến hành hóa trị. Những bệnh nhân UTĐTT giai đoạn muộn, không còn chỉ định điều trị triệt căn, sử dụng hóa trị để điều trị triệu chứng chống đau, chống chèn ép nhằm cải thiện thêm chất lượng sống cho người bệnh. Trong một số trường hợp khối u lan rộng gây thủng, vỡ, tắc ruột... cần phẫu thuật để điều trị triệu chứng như nối tắt, làm hậu môn nhân tạo...

Phẫu thuật triệu chứng ung thư trực tràng

- Khi khối u xâm lấn rộng vùng tiểu khung, đáy chậu xâm lấn các bộ phận trong tiểu khung như bàng quang, niệu quản, âm đạo, tiền liệt tuyến hoặc di căn nhiều cơ quan, vị trí vị trí khi chẩn đoán phẫu thuật được chỉ như một biện chăm sóc giảm nhẹ tích cực. Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo kiểu Mickulizc đại tràng sigma và các phẫu thuật chăm sóc giảm nhẹ khác.

3.2.3. Xạ trị ung thư trực tràng

Xạ trị tiền phẫu:

- Liều và phương thức xạ trị: có thể áp dụng 1 trong 2 cách

+ Xạ trị trong thời gian ngắn (SCPRT: short course preoperative radiotherapy): Xạ 25Gy chia 5 lần trong 1 tuần, mỗi lần 5Gy sau đó phẫu thuật trong vòng 1-2 tuần. Xạ trị ngăn ngày như trên thường chỉ áp dụng cho xạ trị trước mô với ung thư trực tràng trung bình T3b hoặc ung thư trực tràng thấp T2.

+ Xạ dài ngày, trải liều (Long course): Xạ 45Gy chia 25 lần, 5 lần trong 1 tuần, mỗi lần 1,8Gy phẫu thuật sau 4-8 tuần. Sau xạ 12 tuần tổ chức bị xơ hóa sẽ gây khó khăn cho phẫu thuật.

- Thể tích xạ trị:

+ Thể tích xạ trị bao gồm u nguyên phát, mạc treo trực tràng, vùng trước xương cùng và hạch lân cận (hạch mạc treo trực tràng, hạch trước xương cùng, hạch chậu trong và hạch chậu ngoài khi u T4 xâm lấn bàng quang hoặc cơ quan sinh dục).

+ Trường chiếu: giới hạn trên ngang mức L5/S1; giới hạn dưới cách bờ dưới u 3-5cm với ung thư trực tràng thấp, trung bình mặt bên: 1 cm ngoài xương chậu; mặt trước: 2 cm trước mỏm nhô xương cùng bao gồm cả thành trước âm đạo; mặt sau: 1 cm sau xương cùng.

Xạ trị hậu phẫu (Xạ trị bổ trợ):

- Liều và phương thức xạ trị kết hợp:

Áp dụng phương thức hóa xạ trị trải liều dài ngày.

Liều xạ: Tổng liều 45-54 Gy

Pha 1: 45 Gy chia 25 lần / mỗi lần 1,8Gy/ trong 5 tuần/mỗi tuần tia 5 lần

Pha 2 (cân nhắc): tia thêm 5,4-9,0 Gy chia 3-5 lần/ mỗi lần 1,8 Gy.

Chú ý: sau phẫu thuật ruột non xuống thấp trong tiểu khung, cần lưu ý tránh biến chứng viêm, hoại tử ruột do tia xạ. Liều tối đa với ruột non là 45 Gy.

- Thể tích xạ trị: Nền u, hạch vùng, vùng trước xương cùng và bất kỳ tổ chức u tồn dư nào sau mổ:

- Trường chiếu: Giới hạn trên ngang mức L5/S1; giới hạn dưới: dưới lỗ bịt 3cm hoặc thấp hơn nếu có thể để bảo đảm diện cắt nằm trong trường chiếu; mặt bên: 1 cm ngoài xương chậu; mặt trước: 2 cm trước mỏm nhô xương cùng bao gồm cả thành trước âm đạo ở nữ; mặt sau 1 cm sau xương cùng.

- Ưu điểm chính của điều trị bổ trợ sau mổ so với điều trị trước mổ là người bệnh được chẩn đoán giai đoạn chính xác, từ đó lựa chọn người bệnh điều trị bổ trợ rất chính xác. Tuy nhiên, nhược điểm là tăng tác dụng phụ của xạ trị trên ruột non, đầy chậu sau phẫu thuật Miles và hiệu quả của xạ trị giảm hơn do có nhiều vùng sau mổ xơ hóa không được tưới máu tốt.

- Do hóa xạ tiền phẫu hiệu quả hơn và ít độc tính cấp và lâu dài nên hóa xạ sau mổ (sử dụng 5-FU) thay vì hóa xạ tiền phẫu không còn được chỉ định rộng rãi.

- Bệnh nhân không được điều trị hóa xạ tiền phẫu thì sau phẫu thuật Miles nên được xạ trị sớm giúp kéo dài DFS tốt hơn.

- Đối với u pT1 có yếu tố tiên lượng xấu (diện cắt dương tính, ung thư kém biệt hóa hoặc xâm lấn bạch huyết) hoặc u pT2 mà chỉ cắt rộng u có nguy cơ tái phát tại chỗ cao, sau đó không thể thực hiện phẫu thuật triệt căn, hóa xạ bổ trợ được xem xét chỉ định.

Xạ trị tổn thương di căn:

Tham khảo phần xạ trị tổn thương di căn ung thư đại tràng trang 16,17.

Xạ trị tạm thời, giảm nhẹ ung thư trực tràng:

- Chỉ định: Ung thư trực tràng không mổ được hoặc tái phát tại chỗ.

- Liều và phương thức xạ trị:

Áp dụng phương thức hóa xạ trị trải liều dài ngày.

Liều xạ: tổng liều cần cao hơn 54 Gy nếu kỹ thuật cho phép.

Pha 1: 45 Gy chia 25 lần / mỗi lần 1,8Gy/ trong 5 tuần/mỗi tuần tia 5 lần

Pha 2 (cân nhắc): tia thêm 5,4-14,4 Gy chia 3-8 lần / mỗi lần 1,8 Gy.

- Thử tích xạ trị:

U trực tràng hoặc nền u, hạch vùng, tổ chức vùng trước xương cùng và u tái phát tại chỗ sau mổ.

Trường chiếu có thể thu nhỏ hơn xạ trị trước mổ nhằm tránh tối đa các tác dụng không mong muốn.

3.2.4. Điều trị toàn thân ung thư trực tràng

Hóa xạ trị

- Hóa xạ trị phối hợp được chỉ định trước phẫu thuật ở những bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn T3, T4, có hoặc không có di căn hạch (N-/+).

- Xạ trị tiền phẫu: Tham khảo mục Xạ trị 3.2.1 phần ung thư trực tràng

- Hóa trị tiền phẫu:

+ Các phác đồ hay sử dụng đều có 5 FU để làm tăng tính nhạy cảm của tế bào ung thư với xạ trị. Các phác đồ điều trị hóa trị trước mổ đang được áp dụng trên thế giới:

• 5FU 325-350mg/m² + Leucovorin 20mg/m² truyền tĩnh mạch nhanh ngày 1-5, tuần 1 và tuần 5

• 5FU 400mg/m² + Leucovorin 100mg/m² truyền tĩnh mạch nhanh ngày 1,2,11,12,21,22

• 5FU 1000mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1-5, tuần 1 và tuần 5

• 5FU 250mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1-14 và 22-35 và Oxaliplatin 50mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1, 8, 22, 29

• 5FU 225mg/m² truyền tĩnh mạch 5 ngày/tuần vào các ngày xạ trị

• Capecitabine 800-825mg/m² uống 2 lần/ngày, 5 đến 7 ngày/tuần, kết hợp với xạ trị

• UFT (300-350mg/m²/ngày) và Leucovorin 22,5-90mg/ngày uống, 5 đến 7 ngày/tuần, kết hợp với xạ trị.

+ Capecitabine có thể được lựa chọn thay thế 5FU bởi sự tiện lợi và hiệu quả được chứng minh tương đương.

+ Phác đồ hóa xạ trị được áp dụng tại một số bệnh viện: Xạ trị 45Gy + capecitabine 850mg/m² da / uống 2 lần /ngày, mỗi tuần uống 5 ngày x 5 tuần

Hóa xạ trị bổ trợ - sau phẫu thuật

- Bệnh nhân có chỉ định hóa xạ tiền phẫu mà không được điều trị trước phẫu thuật nên được điều trị hóa xạ bổ trợ và hóa trị trong trường hợp.

+ Diện cắt dương tính

+ Biến chứng thủng đại tràng

- + Nguy cơ tái phát tại chỗ cao ($\geq$ pT3b và/hoặc N+)
- Điều trị bổ trợ nên kéo dài 6 tháng với phác đồ có capecitabine/5-FU kết hợp với xạ trị. Xạ đơn thuần bổ trợ sau mổ không được áp dụng.

- Xạ trị hậu phẫu: Tham khảo phần xạ trị hậu phẫu (mục 4.2.3.2. Xạ trị hậu phẫu, phần 4.2. Điều trị ung thư trực tràng).

- Hóa trị bổ trợ

- + Trái ngược với ung thư đại tràng, dữ liệu từ các thử nghiệm lâm sàng trong ung thư trực tràng chứng minh vai trò hóa trị bổ trợ sau xạ trị tiền phẫu hoặc hóa xạ tiền phẫu và phẫu thuật còn hạn chế do số lượng người bệnh chưa đủ lớn và kết quả còn nhiều tranh cãi

- + Hóa trị bổ trợ được chỉ định cho UTĐTT giai đoạn II, III có yếu tố nguy cơ cao: tắc ruột, thủng, vỡ u, số lượng hạch vét được < 12 hạch, diện cắt dương tính, u xâm lấn mạch máu, bạch huyết hoặc thần kinh ngoại biên, mô bệnh học là loại ung thư kém biệt hóa.

- + Phác đồ điều trị bổ trợ: phác đồ FOLFOX4 12 chu kỳ (14 ngày) hoặc 6 chu kỳ (28 ngày) hoặc phác đồ XELOX 6 chu kỳ, nếu thể trạng bệnh nhân rất yếu có thể dùng phác đồ Capecitabine đơn thuần.

- + Nhóm người bệnh sau không cần điều trị bổ trợ:

Giai đoạn II có yếu tố nguy cơ thấp (UTTT cao pT3N0 sau phẫu thuật TME vét được trên 12 hạch và diện cắt hoàn toàn âm tính).

Nhóm người bệnh không đáp ứng với hóa xạ tiền phẫu.

- + Với người bệnh cao tuổi: người bệnh cao tuổi hoặc thể trạng kém, nên cân nhắc giảm liều

Thời điểm cần hóa trị bổ trợ (khi nào cần hóa trị): Hóa trị bổ trợ nên được điều trị càng sớm càng tốt, sau mổ từ 4 tới 8 tuần. Không nên hóa trị khi chưa hồi phục sau phẫu thuật hoặc đang có biến chứng hậu phẫu.

Thời gian hóa trị: Tổng thời gian điều trị nên kéo dài từ 5,5 - 6 tháng bao gồm cả điều trị tiền phẫu, phẫu thuật, bổ trợ. Nếu người bệnh đã được điều trị hóa xạ tiền phẫu, hóa trị bổ trợ nên kéo dài từ 4 - 4,5 tháng. Nếu người bệnh chưa điều trị tiền phẫu, điều trị bổ trợ nên kéo dài từ 5,5 - 6 tháng.

Hóa trị và điều trị đích giai đoạn tái phát di căn: Tham khảo “Lược đồ điều trị ung thư đại - trực tràng di căn không còn chỉ định phẫu thuật” - Sơ đồ số 3 trang 10, 11 và phần “Hóa trị và điều trị đích giai đoạn tái phát, di căn” trang 17 đến 24 của điều trị ung thư đại tràng trong tài liệu này

3.3. Phòng bệnh

- Kiểm tra đại trực tràng thường xuyên:

- Duy trì thói quen ăn uống lành mạnh:

- + Tránh ăn nhiều thịt, dầu mỡ, thức ăn chiên nướng

- + Hạn chế thức uống có cồn, thuốc lá

- + Ăn nhiều chất xơ (rau xanh, trái cây)

- Thường xuyên tập thể dục

- Theo dõi, tái khám
- + Khám lâm sàng 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3 năm tiếp theo.
- + Xét nghiệm CEA 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3-5 năm.
- + CT ngực/bụng/tiểu khung 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6-12 tháng/lần đến 5 năm.
- + Chụp PET/CT: khi nghi ngờ tái phát hoặc di căn với CEA tăng mà các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh không phát hiện tổn thương.
- + Nội soi đại trực tràng trong năm đầu nếu chưa được thực hiện ở lần thăm khám ban đầu để chẩn đoán (VD do có tắc ruột), sau đó 3- 5 năm/lần cho đến năm 75 tuổi.
- + Nội soi đại trực tràng sau 1 năm:
- Nếu u tuyến tiến triển, lặp lại sau 1 năm
- Nếu u tuyến không tiến triển, lặp lại sau 3 năm, sau đó 5 năm/lần

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Bệnh học ngoại khoa sau đại học NXBQĐND - HN 2002 tập 1, 2*
2. *Bách khoa thư bệnh học NXBYH – HN 2003 tập 1, 2, 3*
3. *Bệnh học ngoại khoa bụng NXBQĐND - HN 1997*
4. *Quyết định 2549/QĐ-BYT ngày 19/4/2018 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng.*
5. *Bài giảng Bệnh học ngoại khoa NXBYH – HN 2013.*
6. *Cấp cứu ngoại khoa NXB Giáo dục Việt Nam tập 2.*

XIII. VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

1. ĐỊNH NGHĨA

-Túi thừa đại tràng là sự nhô ra dạng túi, là hậu quả của sự thoát vị của niêm mạc và lớp dưới niêm mạc qua điểm yếu của lớp cơ đại tràng

-Yếu tố nguy cơ:

+ Aspirin, Corticoid, kháng viêm không steroid làm tăng nguy cơ viêm túi thừa

+ Các yếu tố khác: Béo phì, lười vận động, hút thuốc lá, rượu bia, lớn tuổi

Nguyên nhân: Sự thay đổi trương lực của thành đại tràng, nhu động của thành đại tràng, chế độ ăn ít chất xơ gây tăng áp lực trong lòng đại tràng và làm yếu cơ đại tràng

2.CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Toàn thân

- Đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng tỉnh táo, da, niêm mạc hồng, không có bất thường mạch, huyết áp, bệnh nhân có thể sốt nhẹ

- Một số trường hợp bệnh nhân vào viện trong tình trạng nhiễm trùng nặng khi túi thừa thủng gây viêm phúc mạc toàn thể, bệnh nhân mệt, có hội chứng nhiễm trùng rõ (môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi), bệnh nhân có thể sốc nhiễm trùng nhiễm độc (Mạch nhanh, thở nhanh nông, Mạch nhanh, HA hạ ...)

Cơ năng

- Đau đột ngột ở vùng bụng dưới bên trái, đau bụng có thể nhẹ lúc đầu và diễn tiến nặng hơn trong vài ngày

- Bí trung đại tiện khi có viêm phúc mạc toàn thể

- Thay đổi thói quen đi đại tiện, thường đi ngoài phân lỏng hoặc táo bón

- Chán ăn, buồn nôn và nôn ói

- Sốt, thậm chí sốt cao, rét run

- Trướng bụng, đầy hơi

- Chảy máu từ trực tràng (ít gặp)

- Đau rát khi đi tiểu

- Khí hư bất thường

Thực thể

- Khám bụng:

+ Bụng có thể chướng nhẹ, vừa, chướng căng khi bệnh nhân đến muộn

+ Phản ứng thành bụng đôi khi khu trú tại vùng tổn thương túi thừa, có thể khắp bụng khi viêm phúc mạc toàn thể

+ Có thể có cảm ứng phúc mạc

- Thăm trực tràng: Có thể có máu trường hợp chảy máu túi thừa

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm ổ bụng: Xác định có dịch, khí tự do ổ bụng, tình trạng dày thành đại tràng, viêm nhiễm, áp xe quanh đại tràng, các bệnh lý đi kèm
- Xquang bụng KCB: Có thể thấy hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành
- Chụp CLVT ổ bụng: Có thể thấy được hình ảnh túi thừa, hình ảnh túi thừa viêm hay các ổ áp xe, viêm phúc mạc do biến chứng thủng túi thừa, Xác định ung thư đường tiêu hóa
- Chụp MRI ổ bụng: Hữu dụng trong xác định viêm túi thừa đại tràng phải, các bệnh nhân trẻ tuổi hoặc mang thai
- Xét nghiệm sinh hóa - huyết học
Xét nghiệm huyết học và hóa sinh máu
- + Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng cao,
- + Xét nghiệm sinh hoá: Rối loạn điện giải, Men gan, U re, creatinin tăng khi viêm túi thừa biến chứng thủng gây viêm phúc mạc nhiễm độc gây suy gan, suy thận. Bệnh nhân giai đoạn muộn suy mòn có biểu hiện giảm Albumin máu
- + Đông máu: Rối loạn đông máu khi bệnh giai đoạn muộn
- + Tùy thuộc mức độ bệnh lý , và các bệnh lý kèm theo mà có thể làm thêm các xét nghiệm khác để phục vụ chẩn đoán và điều trị

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng ruột kích thích
- Viêm dạ dày ruột
- Viêm túi mật cấp
- Tắc ruột
- Viêm ruột thừa cấp
- Ung thư đại tràng
- Bệnh lý tiết niệu và phụ khoa ...

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Chủ yếu điều trị nội khoa: Nhịn ăn, truyền dịch, kháng sinh

Điều trị ngoại khoa: Khi điều trị nội thất bại hoặc có biến chứng viêm phúc mạc, tắc ruột, rò tiêu hóa

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

Điều trị ngoại trú

- Chỉ định: Có miễn dịch tốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân, không có biến chứng, không có bệnh lý nền kèm theo

- Điều trị: Có thể dùng hoặc không kháng sinh đường uống (7 ngày)

Điều trị nội trú

- Chỉ định:

- + Viêm túi thừa không có biến chứng
- + Không cải thiện/ có triệu chứng xấu khi điều trị ngoại trú
- + Không thể uống, nôn ói nhiều
- + Có kèm suy giảm miễn dịch
- + Có các triệu chứng nặng
 - Viêm túi thừa không có biến chứng tái phát
 - Viêm túi thừa có biến chứng (Áp xe, mưng mủ, VRM, rò tiêu hóa, chíp hẹp lòng ruột)

Điều trị

- Điều trị nội khoa trong 24-48h
- Bệnh nhân nhịn ăn, nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch
- Sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch
- Có thể sử dụng thuốc giảm đau, thuốc ngủ, không sử dụng thuốc nhóm Morphin vì có thể làm tăng co thắt cơ vòng và giảm nhu động ruột.
- Đánh giá điều trị sau 24-48h, nếu bệnh nhân giảm đau bụng, giảm sốt, Dấu hiệu nhiễm trùng giảm. chuyển sử dụng kháng sinh đường uống liều tương đương và chế độ ăn từ lỏng đến đặc. Nếu bệnh nhân tình trạng nhiễm trùng không giảm hoặc tăng lên, lâm sàng bệnh nhân đau nhiều, khám bụng có phản ứng có thể đổi kháng sinh, cân nhắc phẫu thuật cấp cứu (Theo dõi sát).

Lựa chọn kháng sinh trong viêm túi thừa đại tràng

- Kháng sinh đường uống
- + Metronidazol kết hợp Fluroquinolon Hoặc Trimethoprim – Sufamethoxazole
- + Amoxicillin – Clavulanate
- Kháng sinh đường tĩnh mạch
- + Metronidazol hoặc Clindamycin kết hợp với Aminoglycoside hoặc Fluroquinolon hoặc Cefalosporin thế hệ III
- + Cefalosporin thế hệ II
- + Betalactam +Ức chế betalactamase

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định mổ cấp cứu:

- Điều trị nội khoa thất bại (Sau 3 ngày)
- Viêm phúc mạc

Chỉ định mổ kế hoạch:

- Viêm túi thừa kèm suy giảm miễn dịch hoặc tái phát > 2 lần
- Viêm túi thừa gây biến chứng hẹp lòng ruột, rò tiêu hóa

Phương pháp:

Mổ cấp cứu cắt nối đại tràng có hay không hậu môn nhân tạo, hay phẫu thuật Hartmann tùy theo tình trạng lâm sàng của bệnh nhân và các bệnh kèm theo.

Phẫu thuật Hartmann khi có viêm phúc mạc toàn thể ở BN nặng, nhiều bệnh kèm

Ở bệnh nhân lâm sàng ổn định, không có bệnh kèm thì vẫn có thể thực hiện cắt nối thì đầu có hay không hậu môn nhân tạo bảo vệ

3.3. Điều trị dự phòng

Chế độ ăn uống, sinh hoạt: Ăn nhiều chất xơ, ngưng hút thuốc và ngưng uống rượu bia, uống nhiều nước, tập thể dục, giảm cân, sử dụng mesalamin và lactobacillus casei giảm nguy cơ tái phát viêm túi thừa đại tràng.

Theo dõi :

- + Soi đại tràng toàn bộ sau điều trị nội khoa 4-6 tuần
- + Bệnh nhân trên 50 tuổi nên tầm soát ung thư đại trực tràng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lý Minh Tùng (2011), “Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả phẫu thuật viêm túi thừa đại tràng”, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Tp HCM.
2. *The American Journal of Gastroenterology practice guidelines: diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults 1999.*
3. *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Diverticular Disease 2007.*
4. H.Nail, Feza Rezi (2010) *Colonic Diverticular Disease.*
5. Thaid Wilkin, MD, Katherine Embry, MD, and Ruth Geogrem MD, *Geogia Regents University, Augusta, Geogia (2013 May) Diagnosis and Management of Acute Diverticulitis.*

XIV. CHẤN THƯƠNG BỤNG – S36

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương bụng kín hay gọi là chấn 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. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

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.

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 mất 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 co 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.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc

- Chống shock tích cực trong đó truyền máu là chính để bồi phụ lượng máu mất.
- Nhanh chóng phẫu thuật để cầm máu khi có chảy máu trong.
- Xử trí viêm phúc mạc khi thủng tạng rỗng.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1 .Điều trị nội khoa: 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

3.2.2. 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 mỷ, 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.

a. Tổn thương gan mật

- Vỡ gan, đường vỡ nông đơn giản hoặc nhiều đường vỡ sâu phức tạp
- Vỡ + dập nát gan các mức độ khác nhau
- Tụ máu dưới vỏ Glisson hoặc tụ máu trung tâm. Loại này dễ dẫn tới vỡ gan thì hại

nhất là trẻ em

- Vỡ túi mật
- Đứt đường mật ngoài gan
- Chảy máu đường mật do chấn thương
- Rách tĩnh mạch trên gan

Thái độ xử trí:

Đối với gan phải bảo tồn tối đa, chỉ cắt lọc hoặc cắt một phần gan khi bị dập nát nhiều ít có khả năng hồi phục. Xử trí tổn thương gan trước hết là cầm máu. Có một số biện pháp sau:

- Tìm buộc các mạch máu và mật quản bị đứt
- Khâu cầm máu bằng chỉ Catgut và kim tròn vòng lớn, thường khâu kiểu chữ U hoặc móc xích - Khâu + nhét mạc nối lớn tăng cường
- Khâu + dùng chất liệu đặt tại chỗ để cầm máu: Spongen, Surgical
- Mạng lưới chất dẻo bọc toàn bộ diện tổn thương. Quá trình thực hiện cầm máu ở gan có lúc phải tạm thời thắt cuống gan (không quá 12 phút); có lúc phải cắt dây chằng tròn, dây chằng liên để hạ thấp gan nhưng chú ý không kéo gan thô bạo.
- Nhét gạc vào vùng chảy máu và khâu ép gan vào cơ hoành cũng là một biện pháp song chỉ là giải pháp tình thế.

Tổn thương đường mật:

- Vỡ túi mật: cắt bỏ hoặc khâu phục hồi có dẫn lưu túi mật.
- Vỡ đường mật ngoài gan: khâu phục hồi lưu thông và dẫn lưu Kèhr

b. Tổn thương lách

Vỡ lách là tổn thương hay gặp nhất.

Phân loại vỡ lách:

- Vỡ hoàn toàn: có thể 1 hay nhiều đường
- Vỡ trong bao: đó là những khối máu tụ trong bao một thời gian sau sẽ vỡ thì
- Đứt rời lách (rất nặng)

Hướng xử trí:

- Cắt lách: đây là phương pháp thông dụng
- Khâu bao bảo tồn lách: Chỉ thực hiện khi tổn thương nhỏ ở vị trí khâu thuận lợi như: vỡ cực dưới, bờ lách. Trong vết thương lách tỷ lệ khâu bảo tồn có cao hơn trong vỡ chấn thương.

- Cắt một phần lách: Những thập kỷ gần đây, cắt một phần lách được các tác giả trong và ngoài nước chú ý vì nhận biết lách có nhiều chức năng quan trọng trong cơ thể nhất là vai trò miễn dịch. Cũng chính vì vậy trong những trường hợp phải cắt lách, nhiều phẫu thuật viên thực hiện cắt lách với hy vọng vẫn giữ được một phần chức năng của nó. Tuy vậy, vấn đề an toàn tính mạng nạn nhân là trên hết.

Do vậy:

- Chỉ thực hiện khi tổn thương không lớn lắm ở cực dưới
- Khâu cầm máu tốt
- Bọc mặt cắt bằng mạc nối lớn có cuống (như chiếc khăn trùm lên mặt cắt)

Gần đây một số tác giả đã dùng lưới chất dẻo hoặc màng lưới albumin bọc gói lách để cầm máu.

c. Tổn thương tụy

* Chiếm từ 1-3% trong chấn thương và vết thương bụng. Đây là tổn thương rất nặng vì:

- Tụy ở sâu, lực chấn thương rất mạnh mới gây được thương tổn cho tụy
- Hoại tử lan rộng do dịch tụy chảy ra vùng tổn thương ngày một nhiều
- Tắc mạch máu tụy

* Trong phẫu thuật chấn thương tụy tùy theo mức độ và vị trí tổn thương, ta có thể áp dụng các phương pháp sau:

- Cầm máu và khâu phục hồi chỗ tổn thương (tổn thương nhẹ)

- Cắt đuôi và thân tụy. Phải chú ý:

+ Cầm máu tốt

+ Khâu buộc chắc ống tụy

+ Cố gắng bọc mặt cắt tụy bằng mạc nối lớn

- Cắt lá tụy: đây là phẫu thuật rất lớn, phức tạp nhưng buộc phẫu thuật viên thực hiện vì dập nát đầu tụy, vỡ cả lá tràng thậm chí đứt rời cả ống mật chủ.

- Đề hạn chế các biến chứng phức tạp sau mổ như: viêm phúc mạc lan tràn, viêm tụy cấp, rò tụy..., chúng ta cần phải:

+ Đặt dẫn lưu tốt, quần mạc nối lớn quanh ống dẫn lưu, có lúc phải chèn cả Mèche và rút hết ở ngày thứ 10 sau mổ.

+ Phong bế Novocaine + kháng sinh quanh tụy

+ Cho thuốc giảm tiết dịch tụy: Tracilol, Sandostasine, Stinlamine

+ Các biện pháp hồi sức, chống shock chống nhiễm độc sau mổ

e. Vỡ tá tràng

Là tổn thương rất nặng, khó chẩn đoán trước mổ, dễ bỏ sót trong mổ và tỷ lệ tử vong cao.

Xử lý khi tá tràng vỡ: Có nhiều khó khăn vì chỉ khâu đơn thuần không bảo đảm, do vậy cần khâu phục hồi tá tràng kèm theo một thủ thuật để giảm áp lực hạn chế xì bục đường khâu. Một số phương pháp được lựa chọn:

- Khâu + nối vị tràng

- Khâu + dẫn lưu dạ dày

- Khâu + cắt dạ dày

Các phẫu thuật trên có tác giả còn kết hợp dẫn lưu túi mật.

f. Mạch máu mạc treo ruột :

Khâu nối phục hồi lưu thông.

Cắt đoạn ruột hoại tử tương ứng mạch máu bị tổn thương.

g. Bàng quang:

Khâu phục hồi và dẫn lưu.

h. Tạng rỗng:

i. Dạ dày: Khâu kín tổn thương.

k. Ruột non: Khâu lỗ thủng, cắt xén và khâu lỗ thủng, cắt đoạn ruột non và nối ruột phục hồi lưu thông tiêu hóa.

l. 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.

m. Trực tràng: Tổn thương trong phúc mạc ít gặp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bệnh học ngoại khoa sau đại học nhà xuất bản quân đội nhân dân – Hà nội 2002 tập 1,*
2. *Ngoại khoa sách – bổ túc sau đại học Đại học y Hà nội 1984*
3. *Chuyên khoa ngoại – Nhà xuất bản y học – Hà nội 1985*
4. *Tai biến và biến chứng phẫu thuật Học viện quân y 1988*
5. *Bệnh học ngoại khoa Nhà xuất bản Y học – Hà nội 1985 tập 1, 2 phần bụng. 1986 phần*
6. *tụy lách 1991*
7. *Bách khoa thư bệnh học Nhà xuất bản Y học – Hà nội 2003 tập 1, 2, 3*
8. *Bệnh học ngoại khoa tập I Nhà xuất bản Y học – Hà nội*
9. *Maingot sAbdominal operations. T1, T2 – Appleton & Lange, A. Simon&*
10. *Schuter company, Printed in the United State of America 1997*
11. *David Sabiton; Textbbook of Su rgery, the bilogical basis of mordem sugical practice, T1, T2 Sauders Company, Printed in the United State of America 199*

XV.UNG THU' THỰC QUẢN – D00.1

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư thực quản là khối u ác tính xuất phát từ các tế bào biểu mô của thực quản. Ung thư thực quản 1/3 trên và 1/3 giữa hầu hết là ung thư biểu mô vảy nhạy cảm với tia xạ, hoá chất. Ung thư thực quản 1/3 dưới hay gặp ung thư biểu mô tuyến ít nhạy cảm với tia xạ, hoá chất.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định bệnh

2.1.1. Lâm sàng

- Cơ năng:

+ Nuốt nghẹn là triệu chứng thường gặp, nhưng không đặc hiệu thường giai đoạn muộn. Nuốt nghẹn tiến triển theo mức độ tăng dần.

+ Trào ngược thực quản kéo dài gây viêm phế quản

+ Sụt cân

+ Đau sau xương ức

- Thực thể: các triệu chứng nghèo nàn, khám đôi khi thấy hạch thượng đòn

- Toàn thân: Gầy sút cân, da niêm mạc nhợt, phù suy dinh dưỡng trong giai đoạn muộn,...

2.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng có sinh thiết: ghi nhận có tổn thương thực quản kèm sinh thiết.

- Giải phẫu bệnh: carcinom tế bào gai, carcinoma tế bào tuyến...

- Chụp Xquang thực quản – dạ dày có uống thuốc cản quang

- Siêu âm ổ bụng: phát hiện tổn thương di căn vào các tạng hoặc các bệnh lý liên quan

- Siêu âm nội soi

- Chụp CT Scanner ngực 64 dãy có tiêm thuốc cản quang

- Chụp CT Scanner bụng tiểu khung 64 dãy có tiêm thuốc cản quang

- Nội soi khí - phế quản ống mềm không sinh thiết [gây tê]: đánh giá sự xâm lấn U thực quản vào khí phế quản, xác định di căn,...

- Đo chức năng hô hấp

- Điện tâm đồ

- Siêu âm doppler tim

- Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm

- Các xét nghiệm cận lâm sàng phục vụ cho phẫu thuật

+ Công thức máu

+ CRP

+ Đông máu,

- + Nhóm máu
- + Sinh hóa: glucose máu, SGOT, SGPT, creatinin máu, Điện giải đồ
- + Điện tim
- + Xét nghiệm nước tiểu
- + XQ ngực thẳng
- + Test nhanh HIV, HbsAg trong trường hợp bệnh nhân đồng ý thanh toán
- Các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh lý phối hợp, phục vụ công tác chẩn đoán điều

trị và tiên lượng

2.1.3. Chẩn đoán giai đoạn bệnh

Dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như CT-Scan ngực-bụng, MRI ngực-bụng, PET, EUS, EMR

T (Tumor):

Tx Không thể xác định được khối U nguyên phát

To U nguyên phát không có triệu chứng

Tis Nghịch sản nặng

T1 U đã xâm nhiễm vào lớp dưới niêm mạc nhưng chưa vượt quá lớp này

T1a Xâm nhiễm lớp cơ niêm

T1b Xâm nhiễm lớp dưới niêm.

T2 U xâm nhiễm vào lớp cơ

T3 U xâm nhiễm tới lớp bao ngoài thực quản

T4 U xâm nhiễm vào các cơ quan xung quanh

T4a U xâm nhiễm màng phổi, màng ngoài tim hoặc cơ hoành có thể cắt được.

T4b U xâm nhiễm động mạch chủ bụng, thân đốt sống, khí quản... không thể cắt được.

N (Node)

Nx Không thể xác định được hạch khu vực

No Không di căn hạch khu vực

N1 1-2 hạch di căn khu vực

N2 3-6 hạch di căn khu vực

N3 Nhiều hơn 7 hạch di căn khu vực.

M (Metastasis)

Mx Không thể xác định được có di căn xa.

Mo Chưa có di căn xa.

M1 Có di căn xa.

2.1.4. Chẩn đoán phân biệt

- U trung thất: chẩn đoán phân biệt dựa vào CT Scanner ngực 64 dãy

- U phế quản: chẩn đoán phân biệt dựa vào CT Scanner ngực 64 dãy, Nội soi khí phế quản

- Co thắt tâm vị thực quản: chẩn đoán phân biệt dựa vào Nội soi thực quản dạ dày,

chụp Xquang thực quản dạ dày có thuốc cản quang

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Kết hợp các biện pháp điều trị: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và nâng đỡ cơ thể.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

- Bù dịch đường tĩnh mạch kết hợp điều trị triệu chứng (chống nôn, giảm đau...); đặt sonde dạ dày

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

3.2.2.1. Nguyên tắc phẫu thuật triệt để

Cắt được hết u và lập lại lưu thông tiêu hóa bằng đường miệng + nạo hạch.

3.2.2.2. Chỉ định chung:

- Phẫu thuật triệt để:

+ Bệnh nhân < 70 tuổi

+ ASA I – II

+ Khối u T3 trở xuống

+ Chưa có di căn xa

- Phẫu thuật tạm thời:

+ Bệnh nhân > 70 tuổi

+ ASA III– IV

+ Khối u T4

+ Rò qua khí phế quản

+ Liệt dây thần kinh quặt ngược

+ Có di căn xa

- Không thể phẫu thuật (các biện pháp hỗ trợ không mở)

+ Bệnh nhân > 70 tuổi

+ ASA III – IV

+ Bệnh lý toàn thân nặng (tim mạch, tiểu đường, suy hô hấp...)

* K 1/3 dưới thực quản: Phẫu thuật + hóa trị sau mổ (không cần xạ trị)

- Phẫu thuật cắt thực quản không mở ngực: Cắt toàn bộ thực quản không mở ngực, tạo hình thực quản với dạ dày nối ở cổ trái (Phẫu thuật Orringer).

+ Không có chống chỉ định mở ngực

- Phẫu thuật nội soi cắt thực quản

+ Không có chống chỉ định mở ngực

+ Phẫu thuật viên có khả năng phẫu thuật qua nội soi.

* .K 1/3 giữa thực quản: Phẫu thuật + hóa trị sau mổ

- Cắt toàn bộ thực quản qua 3 đường: ngực phải, cổ trái, bụng.tạo hình thực quản với dạ dày nối ở cổ trái (Phẫu thuật Akiyama).

+ Không có chống chỉ định mở ngực

- Phẫu thuật nội soi cắt thực quản

- + Không có chống chỉ định mở ngực
- + Phẫu thuật viên có khả năng phẫu thuật qua nội soi.

c.K 1/3 trên thực quản: Phẫu thuật + hóa trị sau mổ

- Cắt toàn bộ thực quản qua 3 đường: ngực phải, cổ trái, bụng. tạo hình thực quản với dạ dày hoặc đại tràng nối ở cổ trái (Phẫu thuật Akiyama).

- + Không có chống chỉ định mở ngực
- Phẫu thuật nội soi cắt thực quản
- + Không có chống chỉ định mở ngực
- + Phẫu thuật viên có khả năng phẫu thuật qua nội soi.

d.K 1/3 thực quản cổ:

Phẫu thuật triệt để: (Chưa thực hiện)

- Phẫu thuật tạm thời:
- Mở thông dạ dày hoặc hồng tràng nuôi ăn(mổ mở hoặc nội soi ổ bụng),
- + Có chống chỉ định mở ngực
- + Không sử dụng đại tràng để thay thế được
- Đặt stent qua u.
- + Khối u chưa hẹp hoàn toàn lòng thực quản
- + Cơ sở y tế có khả năng thực hiện thủ thuật

2.3. Theo dõi điều trị

- Toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu màng phổi, dẫn lưu cổ.
- Kháng sinh điều trị dựa vào tình trạng lâm sàng
- Bồi phụ nước điện giải, dinh dưỡng.

2.4. Xử lý tai biến

- Thủng thực quản: Khâu lại.
- Rách phế quản: Khâu phục hồi lại.
- Tổn thương các mạch máu lớn: Có thể phải mổ mở để xử lý.
- Chảy máu sau mổ: truyền máu hoặc mổ lại.
- Suy hô hấp: thở oxy hỗ trợ, tìm nguyên nhân gây suy hô hấp.
- Rò miệng nối: nhịn ăn, truyền dịch, hút liên tục miệng nối cổ.
- Rò dưỡng chấp: nhịn ăn, truyền dịch. Can thiệp bạch mạch khi có chỉ định.

3. Điều trị hỗ trợ

Xạ trị chủ lực: liều cao 50 – 65 Gy

Chỉ định: - Các trường hợp không thể phẫu thuật

- Ung thư giai đoạn II B trở lên

Xạ trị hỗ trợ:

- Điều trị hỗ trợ các trường hợp làm phẫu thuật
- Ung thư giai đoạn II trở lên

Hóa trị

Chỉ định: - Carcinom tế bào tuyến

- Điều trị hỗ trợ cho các trường hợp phẫu thuật và không phẫu thuật
- Các ung thư từ giai đoạn II trở lên

Công thức thường dùng:

Farmorubicin 50mg/m² da/ ngày x ngày 1

Cisplatin 75 – 100mg/m² da/ ngày x ngày 1

5FU 1000mg/m² da x 5 ngày

Dùng 5 đợt, mỗi đợt cách nhau 3 tuần.

3.3. Điều trị dự phòng

- Duy trì thói quen ăn uống lành mạnh:

+Tránh ăn nhiều thịt, dầu mỡ, thức ăn chiên nướng

+Hạn chế thức uống có cồn, thuốc lá

+Ăn nhiều chất xơ (rau xanh, trái cây)

- Thường xuyên tập thể dục

- Theo dõi, tái khám

+ Khám lâm sàng 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3 năm tiếp theo.

+ Xét nghiệm Tumor marker 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6 tháng/lần trong 3-5 năm.

+ CT ngực/bụng/tiêu khung 3-6 tháng/lần trong 2 năm đầu, 6-12 tháng/lần đến 5 năm.

+ Chụp PET/CT: khi nghi ngờ tái phát hoặc di căn

+ Nội soi thực quản – dạ dày nếu chưa được thực hiện ở lần thăm khám tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Đức Huân: “ Ung thư thực quản” Bệnh học ngoại . Tập I. Nhà xuất bản Y học 2006. Tr 13-24.

2. Ermanno Ancona, Volker Budach, Gemma Gatta et al (2016) “ Esophageal cancer-2016”. START Oncology in Europe, 7th Edition. PP 1-2

3. Phạm Đức Huân (2003) “ Nghiên cứu điều trị phẫu thuật ung thư thực quản ngực” Luận án tiến sỹ y học. Đại học y Hà Nội 2003

4. Nguyễn Văn Hương, Đoàn Phong Lê, Đinh Văn Chiến và cộng sự (2013), Kết quả bước đầu điều trị ung thư thực quản, Tạp chí ung thư học Việt Nam, tập 8, tr 89-92.

5. Lê Quang Nghĩa (2001) “ ung thư thực quản” Nhà xuất bản Y học chi nhánh TP Hồ Chí Minh 2001.

6. Phác đồ điều trị 2013- Bệnh viện Chợ Rẫy “ Ung thư thực quản” Nhà xuất bản Y học chi nhánh TP Hồ Chí Minh 2013.

7. Quyết định số 7708/QĐ-BYT ngày 30/12/2016 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình Phẫu thuật Nội soi

XVI. VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG – S31

1. ĐỊNH NGHĨA

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 tạng 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.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. 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 mạng sườn phải (nghĩ đến thương tổn đại tràng lên).

Vết thương mạng sườn 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 tới muộn hơn: Cần chú ý 2 hội chứng:

- Hội chứng mất máu cấp tính

Toàn thân: Bệnh nhân bị sốc, rối loạn huyết động học.

Xét nghiệm: Số lượng hồng cầu giảm.

- Hội chứng viêm phúc mạc

Toàn thân: tổng trạng nhiễm trùng, nhiễm độc, sốt, mạch nhanh, vẻ mặt nhiễm trùng, khám bụng trưởng 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.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. 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.

3.2. Điều trị 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 dập 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.

- 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

- 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Bệnh học ngoại khoa sau đại học nhà xuất bản quân đội nhân dân – Hà nội 2002 tập 1,2*
2. *Tai biến và biến chứng phẫu thuật Học viện quân y 1988*
3. *Bệnh học ngoại khoa Nhà xuất bản Y học – Hà nội 1985 tập 1, 2 phần bụng. 1986 phần tụy lách 1991*
4. *Bách khoa thư bệnh học Nhà xuất bản Y học – Hà nội 2003 tập 1, 2, 3*
5. *Bệnh học ngoại khoa sau đại học tập I Nhà xuất bản Y học – Hà nội 2006*
6. *Maingot sAbdominal operations. T1, T2 – Appleton & Lange, A. Simon & Schuter company, Printed in the United State of America 1997*
7. *David Sabiton; Textbbook of Surgery, the bilogical basis of mordem sugical practice, T1, T2 Sauders Company, Printed in the United State of America 1997*

XVII. ÁP XE TRUNG THẤT

1. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe trung thất là thuật ngữ dùng để mô tả tất cả tình trạng viêm xảy ra ở mô liên kết của các cấu trúc trong trung thất và liên quan đến màng phổi. Do vai trò quan trọng của khu vực này, tình trạng viêm xảy ra tại đây có liên quan đáng kể đến nhiều bệnh nghiêm trọng, có thể gây tử vong. Hầu hết trường hợp viêm trung thất đều phải nhập viện và điều trị trong khoa hồi sức tích cực (ICU).

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng

Hầu hết người sẽ trải qua các triệu chứng trong một vài ngày trước khi nhập viện cấp cứu. Đôi khi, người bệnh có đợt bùng phát đột ngột và các triệu chứng chỉ kéo dài trong một vài giờ.

Các triệu chứng thường gặp ở người bị viêm trung thất gồm:

- Sốt, rét run
- Viêm màng phổi, đau ở phía sau ngực lan lên cổ hoặc đau vùng liên sườn
- Thở nông
- Ho
- Đau họng
- Sung ở cổ
- Đau khi nuốt
- Không tỉnh táo

2.1.2 Nguyên nhân

Áp xe trung thất bắt nguồn từ các cấu trúc bên trong trung thất

- Thủng thực quản là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra tình trạng này. Lý do dẫn đến thủng thực quản có thể là đặt nội khí quản, nội soi phế quản, phẫu thuật tim, nội soi đường tiêu hóa trên. Do nuốt dị vật

- Chấn thương kín vùng ngực, ổ bụng cũng là một nguyên nhân gây viêm tại đây.
- Tình trạng viêm có thể lan rộng đến trung thất do nhiễm trùng phổi, viêm tủy xương ở khớp nối xương ức.

- Bệnh u hạt (bao gồm bệnh lao) trong các hạch bạch huyết ở trung thất.

Áp xe trung thất hoại tử lan xuống (descending necrotising mediastinitis)

- Viêm họng
- Viêm amidan, áp xe quanh amidan và áp xe dưới họng
- Viêm tai giữa
- Viêm xoang

- Áp xe răng
- Viêm tuyến nước bọt
- Nhiễm trùng sau phẫu thuật đầu và cổ

2.1.3 Cận lâm sàng

- Công thức máu, Nhóm máu, Rh: đánh giá tình trạng thiếu máu, tình trạng nhiễm trùng, khả năng cầm máu của tiểu cầu.

- XN procalcitonin: đánh giá mức độ nhiễm trùng
- XN Pro BNP

- Sinh hóa máu: XN ure hoặc creatinin. đường huyết. ALT, AST. Albumin hoặc proteinTP, Điện giải đồ (Ca, Na, Cl, K)

- Nước tiểu

- Đông máu

- Siêu âm ổ bụng: phát hiện bệnh lý phối hợp, đánh giá kích thước TTL ở nam, tử cung phần phụ ở nữ.

- Điện tâm đồ

- HIV, HbSAg

- Chụp XQ lồng ngực

- Nội soi thực quản dạ dày tá tràng

- chụp CT ngực

Chẩn đoán phân biệt:

- U trung thất

- Tràn khí trung thất

- Hạch to trung thất

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc, mục tiêu điều trị

Áp xe trung thất là một cấp cứu ngoại khoa, phải nhanh chóng đánh giá tình trạng bệnh nhân. Kiểm soát hô hấp và huyết động. Dùng ngay kháng sinh mạnh liều cao, tiến hành phẫu thuật cấp cứu dẫn lưu trung thất.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1 Cấp cứu thì đầu: phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân lúc vào viện, nhanh chóng kiểm soát hô hấp và huyết động

3.2.2 Điều trị nội khoa

- Sử dụng thuốc kháng sinh: Thuốc kháng sinh được chỉ định để điều trị nhiễm trùng. Các kháng sinh phổ rộng được chỉ định. Phối hợp các nhóm kháng sinh, Kháng sinh nên được bắt đầu dùng bằng đường tiêm tĩnh mạch ở liều cao càng sớm càng tốt.

- Hạ sốt, giảm đau: tùy tình trạng bệnh nhân

3.2.3. Điều trị phẫu thuật: Chỉ định tuyệt đối cho những trường hợp áp xe trung thất

Các bước tiến hành:

- Đường rạch da chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm trái

- Cắt cơ vai móng, thắt và cắt TM giáp dưới, đi qua khe giữa thùy trái tuyến giáp ở trong và bó mạch cảnh ở ngoài để phẫu tích vào bờ trái của thực quản.

- Dùng tampon để tách dọc theo mặt trước thực quản xuống trung thất trên, hoàn toàn dùng ngón tay và tampon để phẫu tích.

- Mở thông dạ dày để nuôi ăn.

- Dẫn lưu màng phổi một bên hoặc hai bên khi áp xe gây tràn dịch màng phổi.

- Trong trường hợp áp xe trung thất dưới không thể dẫn lưu được qua đường cổ, ta phải mở ngực để dẫn lưu ổ áp xe.

3.2.4. Theo dõi các tai biến , biến chứng và nguyên tắc xử trí

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bực miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi

- Cho người bệnh ăn qua mở thông dạ dày lại khi có trung tiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asamura H, *Thoracoscopic procedures for intrathoracic diseases: The present status, Respirology, 1999. Volume 4, Issue 1, P8-9*

2. Cirino LMI, *Diagnosis and Treatment of Mediastinal Tumors by Thoracoscopy, Chest 2000;117;1787-1792*

3. Demmy TL, Krasna MJ., Detterbeck FC, *Multicenter VATS Experience With Mediastinal tumors, Ann Thorac Surg 1998; 66: 187-192, 1998 by The Society of Thoracic Surgeons*

4. Demmy TL., *Video-assisted thoracic surgery, Overview and General Considerations for Video-Assisted Thoracic Surgery, 2018, Landes Bioscience*

5. Garcha IS.: *Thoracoscopy for pleural diseases, Mastery of endoscopic and laparoscopic surgery, 484:485, 2010.*

6. Hammoud ZT., Anderson RC., Meyers BF., Guthrie TJ., Roper CL., Cooper JD., Patterson A, *The current role of mediastinoscopy in the evaluation of the thoracic disease, J Thorac Cardiovasc Surg 2015, 118: 894-899*

7. Howington J.A., *The role of VATS for staging and diagnosis in patients with non small cell lung cancer, Semin Thorac Cardiovasc Surg., 2017, Fall, 19(3):212-216.*

XVIII. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BƯỚU GIÁP

1. ĐỊNH NGHĨA

Là sự phì đại tổ chức tuyến giáp có tính chất lành tính hoặc ác tính từng phần hay toàn bộ tuyến giáp

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

* Về lâm sàng

Cơ năng:

Đa số các bướu nhân tuyến giáp không có triệu chứng, và nhiều trường hợp được phát hiện tình cờ bởi người thân trong gia đình hoặc thầy thuốc khi đi khám các bệnh khác hay khám kiểm tra sức khỏe. Nhiều bệnh nhân (BN) ung thư tuyến giáp có những đặc điểm giống như bướu lành tính, nhất là khi nhân nhỏ.

Các triệu chứng cần hỏi khác là u tuyến giáp to nhanh, nói khàn, nuốt khó, đau hoặc bị chèn ép vùng cổ; các triệu chứng của cường giáp hoặc suy giáp. Dấu hiệu chèn ép thường chỉ xuất hiện ở những BN lứa tuổi trung niên hoặc người già có bướu đa nhân trong thời gian dài, còn ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (nhú, nang) lại hiếm khi gây triệu chứng chèn ép.

Thực thể:

Khám có thể thấy nhân tuyến giáp mềm hoặc cứng, nhỏ (khư trú) hoặc to (lan tỏa), di động hoặc cố định, và đau hoặc không đau. Nếu sờ thấy nhân cứng, mới xuất hiện thì có thể là nang tuyến giáp chảy máu hoặc viêm tuyến giáp bán cấp. Kết quả khám lâm sàng có thể không chính xác vì phụ thuộc kỹ năng người khám và vị trí nhân giáp. Các nhân có đường kính < 1cm rất khó sờ thấy trừ khi nó nằm ở phía trước, các nhân lớn thì dễ sờ thấy trừ khi nó nằm sâu trong tuyến. Tính chung thì trên 50% các nhân không sờ thấy trên lâm sàng [6]. Khám lâm sàng cần lưu ý các dấu hiệu gợi ý ung thư như có hạch cổ, nhân cứng,

Bảng 1: Các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán ung thư tuyến giáp ở BN có bướu nhân

Nghi ngờ cao	Nghi ngờ trung bình
Tiền sử gia đình bị ung thư tuyến giáp thể tủy hoặc MEN	Tuổi < 20 hoặc > 70
Nhân rất rắn hoặc cứng	Nam giới
Nhân dính vào tổ chức xung quanh, ít di động	Tiền sử bị tia xạ vùng đầu, cổ
Liệt dây thanh	Nhân có đường kính > 4cm hoặc một phần là nang.
Có hạch cổ	Có triệu chứng chèn ép, gây khó nuốt, nói khàn, khó thở và ho
Có dấu hiệu di căn xa	

ít di động, nhân to > 4cm hoặc nhân to nhanh, các dấu hiệu xâm lấn tại chỗ (nuốt khó, khàn tiếng, đau vùng cổ). Hội tuyến giáp Mỹ (ATA) nhận định nguy cơ bị ung thư tuyến giáp của các nhân < 1cm cũng cao như các nhân lớn và bướu đa nhân cũng có nguy cơ bị ung thư ngang bằng với bướu đơn nhân. Bảng 1 liệt kê các dấu hiệu gợi ý ung thư tuyến giáp.

*** Cận lâm sàng**

Vì khám lâm sàng khó xác định chính xác các đặc tính của nhân tuyến giáp, đồng thời cũng có sự khác biệt giữa các thầy thuốc về kỹ năng thăm khám và chẩn đoán lâm sàng nên ngày càng nhiều người chỉ định các thăm dò, nhất là chẩn đoán hình ảnh như một xét nghiệm thường quy.

- Xét nghiệm sinh hóa

Đo nồng độ TSH và FT4, tính chung chỉ có dưới 1% BN có TSH bất thường. Nếu TSH tăng thì làm thêm xét nghiệm kháng thể antithyroperoxidase (Anti-TPO) để xác định viêm tuyến giáp Hashimoto. Trong trường hợp này vẫn cần chọc hút tế bào kim nhỏ để loại trừ BN có cả ung thư tuyến giáp, bao gồm u lympho (chiếm 5% ung thư tuyến giáp nhưng rất hay đi kèm viêm tuyến giáp Hashimoto). Tuy nhiên cần nhớ là đa số các BN ung thư tuyến giáp là bình giáp.

Nếu BN có tiền sử gia đình bị ung thư tuyến giáp thể tủy, hoặc đa u tuyến nội tiết tít 2 (MEN 2) thì cần đo thêm nồng độ calcitonin, nếu tăng > 100 pg/ml thì gợi ý ung thư thể tủy [6]. Ngoài ra trước khi phẫu thuật còn cần thăm dò bệnh lý cường cận giáp tiên phát và/hoặc pheochromocytoma. Không nên đo calcitonin thường quy vì tỷ lệ ung thư tuyến giáp thể tủy chỉ là 1/250 trường hợp bướu nhân tuyến giáp.

- Siêu âm tuyến giáp và vùng cổ

Siêu âm độ phân giải cao có giá trị phát hiện chính xác các nhân không sờ được trên lâm sàng, xác định là bướu đơn nhân (đa số) hay đa nhân, đo kích thước các nhân và thể tích bướu giáp, phân biệt các nang đơn thuần có nguy cơ bị ung thư rất thấp với các nhân đặc và nhân hỗn hợp có nguy cơ bị ung thư tuyến giáp cao hơn. Siêu âm còn có tác dụng hỗ trợ chẩn đoán (hướng dẫn chọc hút tế bào) cũng như điều trị (hút dịch, tiêm cồn hoặc điều trị laser), theo dõi hiệu quả điều trị. Sử dụng siêu âm có thể làm giảm tỷ lệ kết quả chọc hút tế bào không xác định từ 15% xuống dưới 4%.

Siêu âm có giá trị lớn trong phát hiện các đặc điểm của ung thư giáp như nhân giảm âm, calci hóa nhỏ (microcalcification), bờ không đều, nhân hình tròn đều hoặc cao, tăng sinh mạch máu trong nhân, đặc biệt là các bằng chứng xâm lấn của khối u hoặc hạch lympho vùng cổ. Tuy nhiên siêu âm không thực sự tin cậy trong chẩn đoán phân biệt tổn thương lành tính với tổn thương ác tính. Vì thế siêu âm được chỉ định cho tất cả các BN có bướu nhân tuyến giáp nhưng không nên sử dụng như là một xét nghiệm sàng lọc cho cộng đồng.

- Xạ hình tuyến giáp

Thường được chỉ định khi BN có TSH thấp. Xạ hình có thể bằng I-123, I-131 hoặc Tc-99m, trong đó Iode phóng xạ được bắt và hữu cơ hóa nên được ưa dùng hơn vì có khoảng 3-8% nhân giáp là bắt Tc-99m nhưng lại không bắt Iode và một số nhân này là ác tính. Lưu ý là xạ hình không cho phép đánh giá chính xác kích thước nhân. Kết quả xạ hình có thể là 1 trong 3 dạng: nhân nóng (tăng bắt chất phóng xạ, gặp ở 10% bướu nhân đặc), hầu hết là lành tính; nhân lạnh (giảm bắt chất

phóng xạ) có nguy cơ ác tính cao (5-15%) do các tế bào ung thư bắt Iode kém hơn các tế bào bình thường, và nhân ấm (bắt tương đương mô xung quanh). Do đó với những BN có TSH thấp, xạ hình là nhân nóng thì có thể không cần chọc hút tế bào nữa.

Xạ hình cũng được chỉ định để xác định liệu bướu đơn nhân trên lâm sàng có thực sự là bướu đơn nhân hay là đa nhân, và chẩn đoán trường hợp bướu sau xương ức. Ở những vùng bị thiếu Iode, thăm dò xạ hình tuyến giáp được chỉ định cho cả những trường hợp TSH bình thường vì có thể có nhân tự chủ nhưng tốc độ tổng hợp hormone giáp bị giảm do thiếu Iode. Không nên làm xạ hình sau khi chụp CT có tiêm thuốc cản quang có chứa Iode vì khi đó tuyến giáp thường giảm bắt Iode phóng xạ.

- Các thăm dò khác

Chụp CT scanner và cộng hưởng từ (MRI) : chụp để đánh giá chính xác mức độ lan tỏa cũng như mức độ chèn ép khí quản.

Kỹ thuật PET đánh giá chuyển hóa glucose sử dụng fludeoxyglucose (Fluorodeoxyglucose) F18 có thể phân biệt được nhân lành với nhân ác tính nhưng nó bị hạn chế bởi kỹ thuật và giá thành, và nó cũng không thể thay thế được chọc hút tế bào.

- Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ

Đây là kỹ thuật đơn giản, nhưng rất giá trị vì nó có thể cung cấp các thông tin trực tiếp và đặc hiệu về một nhân tuyến giáp. Theo hướng dẫn của Hội các thầy thuốc nội tiết lâm sàng Mỹ (AACE) thì đây là phương pháp “được tin tưởng là hiệu quả nhất hiện nay trong phân biệt các nhân giáp lành tính và ác tính” với độ chính xác lên tới 95%, nếu người chọc có kinh nghiệm và người đọc có trình độ. Tuy nhiên Việt Nam, xét nghiệm này không được làm thường quy nên dẫn tới tình trạng hoặc là bỏ sót ung thư hoặc lạm dụng điều trị phẫu thuật do người bệnh quá lo sợ. Theo các nghiên cứu, kỹ thuật này có tỷ lệ âm tính giả là 1-11%, tỷ lệ dương tính giả là 1-8%, độ nhạy là 68-98%, và độ đặc hiệu là 72-100%. Rất hiếm khi xảy ra các biến chứng và nếu có thì chỉ là cảm giác khó chịu tại chỗ chọc.

Chọc hút bằng kim nhỏ, sử dụng kim cỡ 25 hoặc 27 gắn với bơm tiêm 10 hoặc 20ml, thông thường chọc hút 2-4 lần, chỉ hút khi đầu kim đã nằm ở trong nhân. Tỷ lệ thành công cao hơn nếu được trợ giúp bởi siêu âm, đặc biệt là với các nhân to > 4cm, hoặc nhỏ < 1cm, nhân nằm ở phía sau, nhân hỗn hợp (nang chiếm hơn 50%) cần lấy được tổn thương ở phần đặc vì nguy cơ ác tính của các nhân này là tương đương với nhân đặc. Nếu BN có hạch cổ thì cần phải chọc hút tế bào hạch luôn. Mức độ chính xác phụ thuộc vào việc có chọc được vào vùng nghi ngờ hay không.

Kết quả: có 4 dạng

+ Ác tính (dương tính): Chiếm khoảng 4-5%. Có 4 thể là ung thư thể nhú, ung thư thể nang, ung thư thể tủy và ung thư thể không biệt hóa.

+ Lành tính (âm tính): Chiếm khoảng 69-74% với các dạng như bướu keo, viêm tuyến giáp Hashimoto, viêm tuyến giáp bán cấp, nang tuyến giáp.

+ Nghi ngờ (không xác định): Quá sản nang, quá sản tế bào Hurthle, và các kết quả khác nghi ngờ (nhưng không khẳng định) ung thư.

+ Không xác định: Hoặc chỉ thấy tế bào bọt (Foam cell), hoặc chỉ thấy dịch nang, hoặc có

quá ít tế bào, hoặc quá nhiều hồng cầu hoặc làm khô quá mạnh. Những trường hợp này nên chọc hút tế bào lại dưới hướng dẫn của siêu âm.

Trường hợp bướu đa nhân, siêu âm giúp xác định nhân nào cần được chọc hút, ví dụ nhân đặc giảm âm, có calci hóa nhỏ và tăng sinh mạch máu trong nhân. Nếu không thì nên chọc hút nhân to nhất. Các trường hợp bướu hỗn hợp thường là lành tính nhưng vẫn cần xét nghiệm tế bào vì một số rất ít trường hợp ung thư thể nhú có thể là dạng nang.

Ngoại trừ nhuộm miễn dịch (huỳnh quang) calcitonin trong ung thư tuyến giáp thể vảy thì không có xét nghiệm hóa mô miễn dịch hoặc phân tử nào có thể phân biệt được nhân lành tính với nhân ác tính.

- Xét nghiệm để đánh giá tổng trạng người bệnh trước điều trị phẫu thuật và vấn đề hồi sức: Công thức máu, Đông máu, Nhóm máu, Rh, HIV, HBsAg. Xét nghiệm chức năng gan - thận - tụy (Định lượng SGOT, SGPT, Urê, Creatinin, Glucose, Bilirubine, Amylase). Xét nghiệm điện giải đồ (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , CL^-). Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước và sau mổ (Albumin máu, Protein máu toàn phần). Xét nghiệm nước tiểu, phân.

- Các xét nghiệm và cận lâm sàng phục vụ chẩn đoán và điều trị bệnh lý kèm theo, cũng như theo dõi trước, trong và sau phẫu thuật.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

-Viêm tuyến giáp bán cấp.

-Viêm tuyến giáp cấp, áp xe vùng tuyến giáp.

3. ĐIỀU TRỊ BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội khoa khi : các bướu giáp lành tính, không có nguy cơ ung thư, chưa có các biểu hiện chèn ép do khối u, chưa gây bất tiện, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

- Điều trị ngoại khoa khi: bướu lành tính gây ra các phiền toái, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống, tính thẩm mỹ của bệnh nhân, bướu có nguy cơ ác tính cao, bướu ác tính

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

* Điều trị nội bằng Thyroxine

Chỉ định điều trị ức chế bằng Thyroxine : có thể chỉ định cho các BN sống ở vùng thiếu iode, BN trẻ có nhân tuyến giáp nhỏ, BN được chẩn đoán bướu keo (trên tế bào học) với điều kiện không phải là nhân tự chủ và đã loại trừ ác tính, những BN sau mổ nhân giáp và có tiền sử bị chiếu xạ điều trị trứng cá hoặc tuyến ức to lúc còn nhỏ. Trong nhóm này, tỷ lệ tái phát nhân giáp thấp hơn 5 lần nếu được điều trị thyroxin sau mổ.

Nhiều tác giả gợi ý nên điều trị thyroxine với liều đủ để đưa TSH xuống thấp $< 0,3 \text{ mU/l}$ trong thời gian từ 6-12 tháng nhằm ngăn ngừa sự phát triển của các nhân lành tính, và nếu sau 12 tháng có giảm kích thước nhân trên siêu âm thì có thể kéo dài thời gian dùng thuốc.

Điều trị ức chế Thyroxine có nguy cơ gây rung nhĩ, và giảm mật độ xương. Một nguy cơ khác là nhân phát triển trở lại sau khi ngừng điều trị. Thyroxine không có tác dụng lên sự tái phát của các nang tuyến giáp sau khi chọc hút. Chống chỉ định điều trị thyroxine cho BN bướu nhân

trên 60 tuổi, có bệnh mạch vành, rối loạn nhịp tim, TSH thấp, BN có bướu nhân to hoặc bướu nhân đã được chẩn đoán từ lâu.

* Điều trị Iode phóng xạ

Điều trị Iode phóng xạ được lựa chọn cho những BN có bướu nhân hoạt động, kèm hoặc không kèm theo cường giáp. Chống chỉ định ở BN là phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

Kết quả: Với liều I-131 là 100Gy, tỷ lệ khỏi bệnh (xạ hình tuyến giáp và TSH về bình thường) là 75% các trường hợp, còn thể tích tuyến giáp giảm trung bình 40%, kết quả này không phụ thuộc chức năng tuyến giáp trước điều trị. Các trường hợp bướu nhân tự chủ có tính đề kháng nên liều xạ thường cao hơn so với bướu lan toả. Tác dụng phụ chủ yếu là suy giáp, gặp ở khoảng 10% BN trong vòng 5 năm sau điều trị, tỷ lệ này tăng lên theo thời gian. Nguy cơ bị suy giáp không liên quan đến liều điều trị nhưng cao hơn ở BN có kháng thể peroxidase. Đa phần các nhân không biến mất sau điều trị Iode phóng xạ nhưng có thể trở nên rắn chắc hơn và cho kết quả tế bào học bất thường do chịu ảnh hưởng của Iode phóng xạ. Cần kiểm tra chức năng tuyến giáp thường xuyên trong những năm sau điều trị để phát hiện sớm suy giáp. Nếu thấy các nhân phát triển to lên sau điều trị Iode phóng xạ thì phải chọc hút tế bào ngay.

* Tiêm cồn qua da

Một số nghiên cứu nêu tác dụng của tiêm cồn qua da dưới hướng dẫn của siêu âm để điều trị các bướu nhân đặc hoặc u hỗn hợp hoặc u nang (hiệu quả hơn). Cơ chế tác dụng có thể do gây hoại tử coagulative và gây tắc các mạch máu nhỏ. Nhìn chung thì hiệu quả của phương pháp này tốt hơn so với điều trị ức chế bằng Thyroxine. Điều kiện là kết quả tế bào lạnh tính, không phải là nhân tự chủ, và thầy thuốc có kinh nghiệm và kỹ năng tốt. Tác dụng phụ chính là đau.

Với các u nang, tỷ lệ tái phát sau chọc hút là khá cao. Tiêm cồn sau chọc hút dịch có thể ngăn ngừa tái phát dịch và làm giảm trên 50% thể tích nhân ở khoảng 90% số BN, trong đó hiệu quả thường lớn nhất với mũi tiêm đầu tiên. Kết quả kém hơn với trường hợp bướu đa nhân.

* Điều trị quang đông bằng laser

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định chính là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư tuyến giáp trên lâm sàng hoặc kết quả tế bào học. Chỉ định khác là bướu nhân gây ra các triệu chứng chèn ép hoặc ảnh hưởng đến thẩm mỹ; bướu nhân nóng kèm theo các triệu chứng cường giáp cũng có thể cần phẫu thuật.

- Trường hợp bướu giáp lạnh tính: bóc bướu tuyến giáp đơn thuần, cắt bán phần thùy tuyến giáp, cắt một thùy tuyến giáp, cắt một thùy kèm lấy nhân tuyến còn lại, cắt toàn bộ tuyến giáp

- Ung thư tuyến giáp: có thể lựa chọn các phương pháp: cắt toàn bộ 1 thùy tuyến giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp kèm theo nạo vét hạch cổ 1 bên, cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch cổ 2 bên,

Nếu kết quả tế bào học là không xác định thì cũng nên phẫu thuật, đặc biệt khi xạ hình cho kết quả là nhân lạnh.

- Điều trị nội khoa sau mổ kết hợp:

Nhịn ăn, truyền dịch, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Kháng sinh, giảm đau, chống viêm. Điều chỉnh các rối loạn khác.

- Xử trí cấp cứu:

Chảy máu sau mổ	theo dõi, mổ cấp cứu
Khó thở, suy hô hấp	theo dõi, hồi sức, mở khí quản...
Dò bạch huyết	theo dõi, chuyển mổ đóng dò bạch huyết
Hạ can xi máu	bổ sung can xi, theo dõi
Nhiễm trùng	kháng sinh
các triệu chứng khác...	xử trí phù hợp tình hình thực tế

- Điều kiện xuất viện: bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn, các triệu chứng theo dõi sau mổ ổn định hoàn toàn

3.3. Điều trị dự phòng

Tái khám sau 1 tháng phẫu thuật. hay khi có bất kỳ triệu chứng bất thường khác: khó thở, sốt, đau tức vùng cổ, đau vết mổ, tiết dịch nhiều, khàn tiếng, tê tay chân và chọc hút tế bào kim nhỏ nếu thấy nhân to lên hoặc có các dấu hiệu nghi ngờ khác).

Nhân giáp lành tính

Thường phát triển chậm, có thể tiến triển thành bướu đa nhân.

Theo dõi tốc độ phát triển: siêu âm lại mỗi 3 -6 tháng, chọc hút lại nếu to nhanh hay nghi ngờ trên siêu âm. Nếu siêu âm ổn định xét giãn nhịp theo dõi, chọc tế bào kim nhỏ lại sau 12 tháng.

Theo dõi tái phát sau phẫu thuật.

Theo dõi phát hiện dấu hiệu cường hoặc suy giáp để chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Nhân giáp ở trẻ em và phụ nữ có thai: theo dõi tại tuyến chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BS Bạch Minh (2007), *Bệnh bướu cổ và các bệnh liên quan đến tuyến giáp trạng*, Nhà xuất bản Y học.

2. Trần Viết Thắng(2014), *Tiếp cận và chẩn đoán bướu giáp nhân*. Tạp chí Thời sự Y học 8/2014, 19-22.

3. Quyết định số 5204/QĐ-BYT ngày 18/12/2004 của Bộ trưởng Bộ Y tế Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh bằng Y học hạt nhân”.

4. Ylagan LR, Farkas T, Dehner LP (2004). Fine needle aspiration of the thyroid: a cytohistologic correlation and study of discrepant cases. *Thyroid* 14:35–41.

5. McCoy KL, Jabbour N, Ogilvie JB, Otori NP, Carty SE, Yim JH (2007). The incidence of cancer and rate of false-negative cytology in thyroid nodules greater than or equal to 4 cm in size. *Surgery* 142:837–844.

6. Bennedbaek FN, Hegedüs L. Treatment of recurrent thyroid cysts with ethanol: a randomized double-blind controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(12):5773.

7. Frates MC, Benson CB, Charboneau JW và cs. (2005) Management of thyroid nodules detected at US: society of radiologists in ultrasound consensus conference statement. *Radiology* 237:794–800

CHƯƠNG 2: NGOẠI TỔNG HỢP

I. UNG THƯ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT (ICD 10: C22.0)

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư tế bào gan nguyên phát (ung thư gan nguyên phát - HCC) là ung thư xuất phát từ tế bào gan. Ung thư gan nguyên phát là loại tổn thương hay gặp nhất trong các loại u gan, nằm trong sáu loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới và nằm trong ba loại ung thư phổ biến nhất Việt Nam. Ung thư gan nguyên phát đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân gây tử vong liên quan đến ung thư trên toàn thế giới.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

2.1.1. Tiền sử: có các yếu tố nguy cơ như viêm gan B, viêm gan C, xơ gan, uống nhiều rượu bia, nhiễm độc tố aflatoxin, dioxin, ...

2.1.2. Triệu chứng lâm sàng: mơ hồ, rất ít triệu chứng đặc hiệu, tùy giai đoạn bệnh

- Mệt mỏi, chán ăn, gầy sút cân, có thể có sốt nhẹ.

- Cảm giác tức nặng, đau nhẹ vùng HSP, thượng vị.

- Hội chứng u – cận u: cơn hạ đường huyết, tăng hồng cầu (da đỏ tím, nhiều tia máu củng mạc), ...

- Khám lâm sàng có thể phát hiện gan to.

- Các triệu chứng xơ gan:

- + Hội chứng suy tế bào gan: vàng da, sạm da, sao mạch, lòng bàn tay son, xuất huyết dưới da – niêm mạc, rối loạn nội tiết.

- + Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa: cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ, lách to, giãn vỡ tĩnh mạch thực quản gây xuất huyết tiêu hoá.

- Các triệu chứng di căn:

- + Di căn phổi: đau tức ngực, ho máu.

- + Di căn xương: đau nhức các ống xương, cột sống.

- + Di căn mạch máu: huyết khối TMC.

2.2 Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

- + Công thức máu, chức năng đông máu toàn bộ, đường huyết.

- + Sinh hóa máu: ALT, AST, Bilirubin TP, TT, Albumin, Ure, Creatinin máu, điện giải đồ, Ca²⁺.

- + Các xét nghiệm miễn dịch về virus viêm gan B, C: HBsAg, AntiHCV

- + Chỉ dấu sinh học của UTBMTBG: AFP, AFP-L3, PIVKA II (DCP).

- + Các chỉ dấu ung thư khác (nếu cần): CEA, CA 19.9, PSA, CA 12.5, ...

- + X quang phổi thẳng, Nội soi dạ dày, đại tràng.

- + Siêu âm Doppler mạch máu gan.

- + CT scan bụng có cản quang (và MRI bụng có tương phản từ nếu cần)

- Các xét nghiệm khác

+ Xạ hình xương bằng máy SPECT, SPECT/CT với ^{99m}Tc -MDP để đánh giá tổn thương di căn xương, chẩn đoán giai đoạn bệnh trước điều trị, theo dõi đáp ứng điều trị, đánh giá tái phát và di căn.

+ Xạ hình thận chức năng bằng máy SPECT, SPECT/CT với ^{99m}Tc -DTPA để đánh giá chức năng thận trước điều trị và sau điều trị.

+ Xạ hình - SPECT gan với ^{99m}Tc -Sulfure Colloid: hình ảnh khối choán chỗ trong gan, áp dụng trong một số trường hợp.

+ Xạ hình gan mật trong một số trường hợp.

2.3 Chẩn đoán xác định

Khi tổn thương ở gan có một trong ba tiêu chuẩn sau:

- Hình ảnh điển hình* của UTBMTBG trên CT scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ + AFP ≥ 400 ng/ml.

- Hình ảnh điển hình* của UTBMTBG trên CT scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ + AFP tăng cao hơn bình thường (nhưng chưa đến 400 ng/ml) + có nhiễm HBV và/hoặc HCV. Có thể làm sinh thiết gan để chẩn đoán xác định nếu bác sĩ lâm sàng thấy cần thiết.

Các trường hợp không đủ các tiêu chuẩn nói trên đều phải làm sinh thiết khối u gan (có thể phải làm nhiều lần) để chẩn đoán xác định. Nếu sinh thiết lại vẫn âm tính thì có thể theo dõi và làm lại các xét nghiệm hình ảnh học và chỉ dấu sinh học mỗi 2 tháng.

- Có bằng chứng giải phẫu bệnh lý là UTBMTBG.

* Hình ảnh điển hình trên CT scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ: (các) khối u bắt thuốc trên thì động mạch gan và thải thuốc (wash-out) trên thì tĩnh mạch cửa hay thì chậm. Nên chụp MRI với chất tương phản từ gan - mật gadoxetate disodium (Gd-EOB-DTPA - gadolinium ethoxybenzyl diethylenetriamine pentaacetic acid) để tăng khả năng chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan.

2.3.1 Chẩn đoán phân biệt

- U máu trong gan

- Các u lành ở gan (adenoma, tăng sinh thể nốt, xơ gan thể nốt, áp xe gan, sán lá gan, vôi hoá nhu mô, ...).

- Ung thư đường mật trong gan.

- Di căn các ung thư khác (dạ dày, đại tràng, phổi, vú, ...)

2.3.2 Chẩn đoán giai đoạn

Giai đoạn	PS(*)	Tình trạng u	Chức năng gan (Child-Pugh)
0 (rất sớm)	0	01 u đơn độc < 2cm	A
A (sớm)	0	01 u đơn độc < 5cm hoặc 03 u, mỗi u < 3cm	A-B
B (trung gian)	0	U lớn, nhiều u	A-B
C (tiến triển)	1-2	U mọi kích thước, huyết khối TMC hoặc di căn ngoài gan	A-B
D (cuối)	3-4	Bất kỳ	C

* PS (performance status): chỉ số toàn trạng theo ECOG/WHO

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị

- Điều trị (các) khối UTBMTBG ở giai đoạn còn khả năng điều trị.
- Điều trị bệnh lý nền tảng hay yếu tố nguy cơ (viêm gan siêu vi B hoặc C, xơ gan...).
- Điều trị nội khoa kết hợp chăm sóc giảm nhẹ ở giai đoạn muộn.

3.2 Điều trị đặc hiệu

3.2.1 Phẫu thuật cắt bỏ phần gan mang khối u, chỉ định khi

- Phần gan có khối u dự kiến cắt bỏ được (theo giải phẫu hay không theo giải phẫu).
- Thê tích gan dự kiến còn lại phù hợp với bệnh nhân. Nên đo thê tích gan để góp phần ra chỉ định cắt gan đối với các trường hợp dự kiến cắt $\geq 50\%$ thê tích gan.

- Chức năng gan là Child-Pugh A đến B. Có thể đánh giá chức năng gan dựa trên xét nghiệm thanh lọc Indocyanin green (ICG test) để quyết định mức độ cắt gan.

- Nên xem xét phẫu thuật cắt gan cho các trường hợp có huyết khối tĩnh mạch cửa cùng bên với phần gan định cắt, cũng như các trường hợp có tổn thương di căn ngoài gan (hạch cuống gan, tuyến thượng thận, di căn tại mạc nối lớn, ...) có thể lấy bỏ được khi phẫu thuật cắt gan.

- Điểm hoạt động cơ thể (Performance Status - PS) 0-2, không có di căn xa.

3.2.2 Phẫu thuật ghép gan, chỉ định khi:

- Chỉ có 01 u, kích thước khối u $\leq 5\text{cm}$.
- Số lượng u ≤ 3 , mỗi u $\leq 3\text{cm}$.

3.2.3 Phá hủy khối u tại chỗ, chỉ định khi:

- Phá hủy khối u tại chỗ (đốt u) nên thực hiện cho các trường hợp UTBMTBG có số lượng u ≤ 3 với kích thước u $\leq 3\text{cm}$, hoặc có 1 u với kích thước u $\leq 5\text{cm}$, nhất là khi các trường hợp này không phù hợp để phẫu thuật cắt gan (do vị trí u, do tình trạng bệnh nhân). Phá hủy khối u tại chỗ (đốt u) cũng được coi là biện pháp thay thế cho phẫu thuật cắt gan trong trường hợp u có kích thước nhỏ $\leq 3\text{cm}$.

- Phá hủy khối u tại chỗ (đốt u) nên thực hiện cho các khối u dễ tiếp cận dưới hướng dẫn của hình ảnh học (siêu âm, CT scan, MRI). Những trường hợp chỉ định phá hủy khối u kích thước $> 5\text{cm}$ cần được hội chẩn.

+ Các phương pháp: đốt sóng cao tần - RFA, microwave - MWA, tiêm cồn vào khối u – PEI

3.2.4 Tắc mạch nuôi u kết hợp diệt tế bào ung thư bằng hoá chất tại chỗ (TACE), chỉ định khi:

- Nút mạch hóa chất thường quy (conventional TransArterial Chemo-Embolization - cTACE). Nút mạch sử dụng hạt nhúng hóa chất (Drug-eluting bead TACE - DEB-TACE)

- TACE được chỉ định cho các trường hợp UTBMTBG mà khối u không cắt được, hoặc có nhiều u ở cả hai thùy, chưa có xâm nhập mạch máu và chưa có di căn ngoài gan, trên bệnh nhân có PS 0-2, chức năng gan là Child Pugh A,B. TACE nên được thực hiện chọn lọc hay siêu chọn lọc để tăng hiệu quả, giảm biến chứng và giảm ảnh hưởng đến phần gan lành quanh u.

- TACE chọn lọc cũng được chỉ định cho các trường hợp u nhỏ nhưng không thể thực hiện đốt u được do vị trí khó hay do có các bệnh lý đi kèm làm tăng nguy cơ biến chứng.

- Trong một số trường hợp có u đã vỡ hoặc có nguy cơ vỡ mà tình trạng chức năng gan hoặc tình trạng cơ thể không cho phép làm TACE thì có thể làm nút mạch đơn thuần (TransArterial Embolization - TAE) để điều trị tạm thời.

- Đánh giá hiệu quả của TACE cần dựa vào hình ảnh học và sự thay đổi của các chỉ dấu sinh học cũng như của chức năng gan sau TACE.

3.2.5 Xạ trị trong chọn lọc (Selective Internal Radiation Therapy - SIRT)

UTBMTBG không còn khả năng phẫu thuật, hoặc có chống chỉ định phẫu thuật hay bệnh nhân từ chối phẫu thuật.

+ Tổng trạng còn tốt ECOG ≤ 1 , chức năng gan còn bù (Child-Pugh A, B)

+ Shunt lưu thông hoạt tính phóng xạ lên phổi $< 20\%$ trên xạ hình Tc-99m MAA

+ Chưa từng xạ trị trước đó vào gan

- Chống chỉ định:

+ Có luồng thông động mạch gan-phổi (shunt gan-phổi) lớn ($> 20\%$)

+ Xơ gan mất bù, bệnh não gan

+ Thể trạng quá yếu, dự kiến thời gian sống thêm dưới 3 tháng

3.3 Điều trị làm chậm sự phát triển khối u

- Phương pháp: hoá trị toàn thân, điều trị đích (sorafenib, Levatinib, Regorafenib...).

- Chỉ định:

+ Khối u mọi kích thước, đã quá khả năng điều trị đặc hiệu.

+ PS 1-2, chức năng gan Child-Pugh A-B.

3.4 Điều trị triệu chứng

- Khối u mọi kích thước, đã quá khả năng điều trị đặc hiệu.

- PS > 2 , chức năng gan Child-Pugh C.

3.5 Điều trị hỗ trợ

- Điều trị bệnh lý nền tảng, hỗ trợ chức năng gan, dùng thuốc kháng virus viêm gan khi có chỉ định.

- Điều trị giảm đau, nâng cao thể trạng.

3.6 Theo dõi và tái khám

Tuỳ phương pháp điều trị, hiệu quả điều trị, diễn biến bệnh mà hẹn tái khám hàng tháng, mỗi hai tháng, mỗi ba tháng hay mỗi sáu tháng.

3.7 Phòng bệnh

- Tiêm phòng đầy đủ Vaccine phòng bệnh viêm gan B

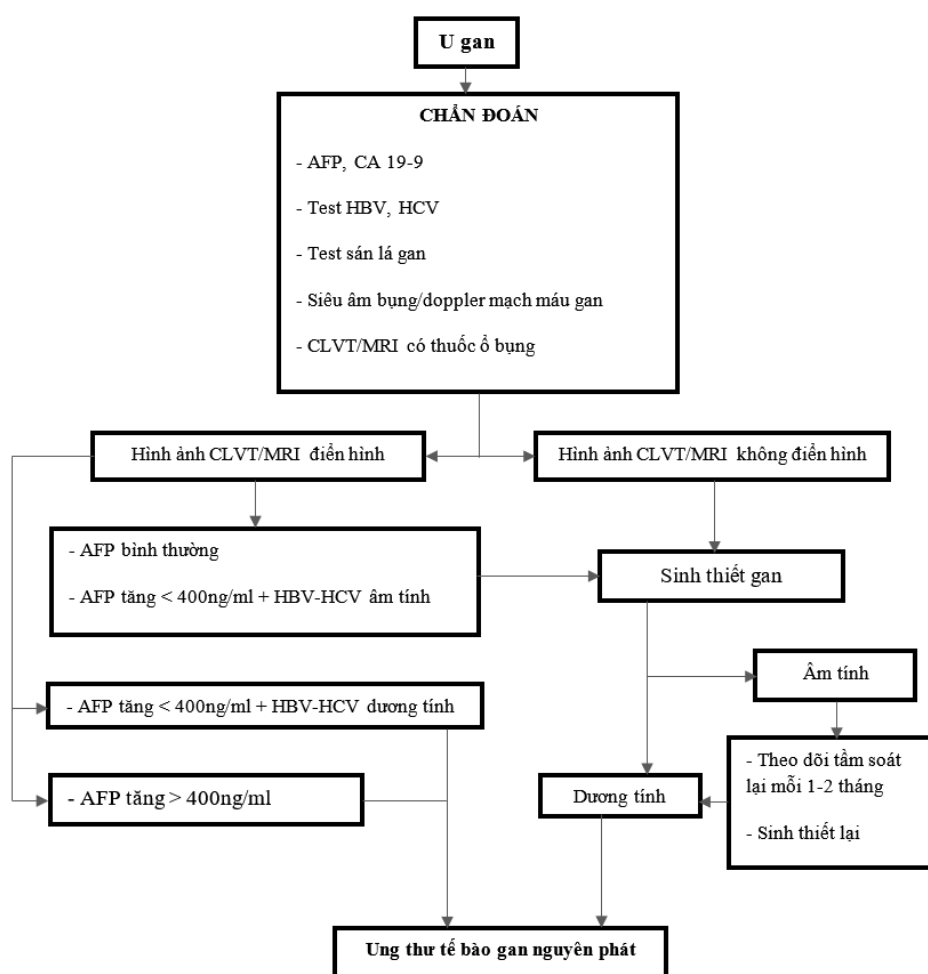
- Sàng lọc ung thư tế bào gan định kỳ mỗi 03-06 tháng ở các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ: xơ gan, nhiễm viêm gan B/C.

- Tuyên truyền, giáo dục cộng đồng phòng tránh lây nhiễm viêm gan B/C.

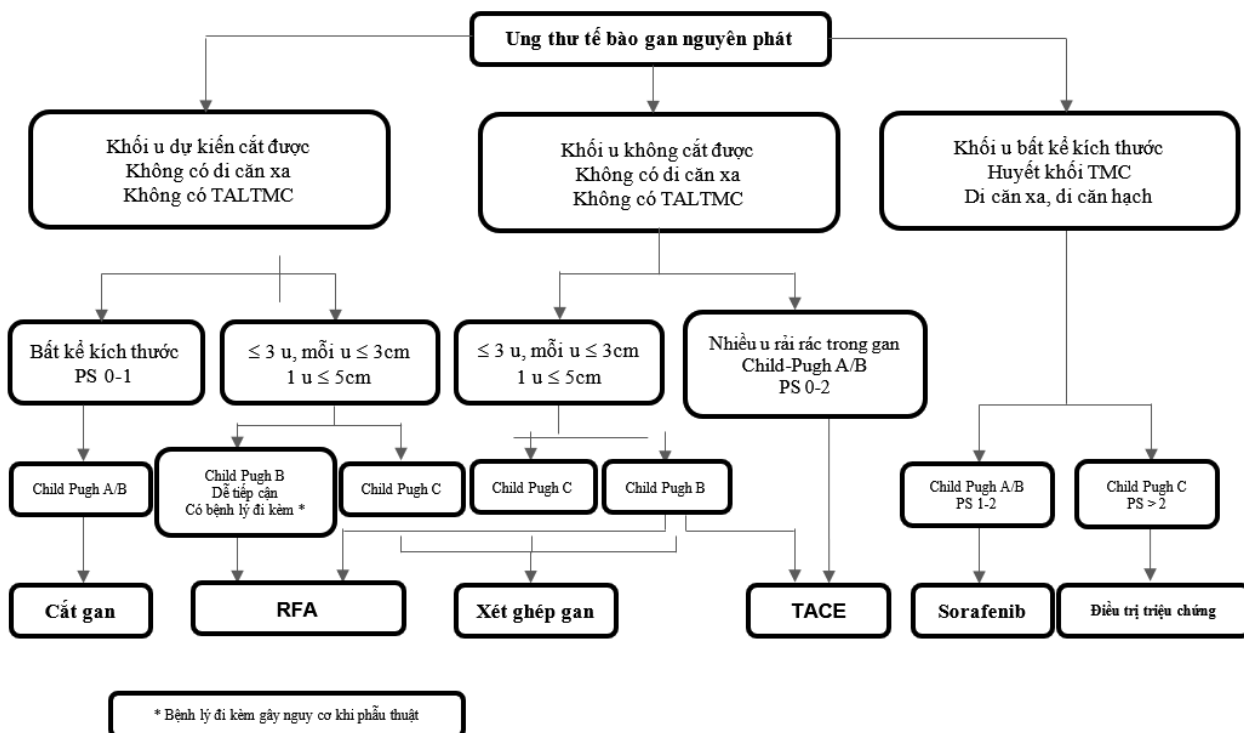
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. QĐ 3129/QĐ-BYT ngày 17/07/2020 của BHYT, ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát
2. QĐ 4420/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 của BHYT, ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành gan mật.
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa – bệnh viện Bạch Mai
4. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
5. Eddie K Abdalla, Keith E Stuart, Overview of treatment approaches for hepatocellular carcinoma, <https://www.uptodate.com>- Update Apr 14, 2020.

PHỤ LỤC 4: QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN U GAN



PHỤ LỤC 5: ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT



II. ÁP XE GAN (ICD K75.0)

1. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe gan là bệnh lý hình thành ổ mủ trong nhu mô gan do nhiễm vi khuẩn, nấm hoặc ký sinh trùng. Ở Việt Nam thường gặp áp xe gan do amip. Nhiễm trùng có thể vào gan qua đường mật, tĩnh mạch gan hoặc tĩnh mạch cửa, do một nhiễm trùng liên kề lan rộng hoặc do chấn thương. Có thể có một hoặc nhiều ổ áp xe.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng:

- Tam chứng Fontan: sốt, đau hạ sườn phải, gan to và đau
- Khó thở, đau tức ngực
- Phù toàn thân

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: biểu hiện tình trạng nhiễm trùng BC tăng, Pro-calcitonin tăng nhạy hơn bạch cầu, CRP tăng, máu lắng tăng.

- Xét nghiệm sinh hóa máu: SGOT, SGPT có thể tăng do hủy hoại một phần tế bào gan; Bilirubin toàn phần và bilirubin trực tiếp tăng trong trường hợp áp xe gan đường mật; Albumin, Protein TP giảm do tình trạng suy kiệt; Glucose máu có thể tăng do tình trạng nhiễm trùng toàn thân; Ure, Creatinin tăng trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng, nhiễm khuẩn huyết; Amylase có thể tăng do tình trạng nhiễm trùng; điện giải đồ, calci rối loạn trong trường hợp nhiễm trùng nặng, bệnh nhân ăn uống kém.

- Cây máu 2 vị trí: cần được tiến hành sớm, có thể ngay khi bệnh nhân nhập viện, nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết.

- Siêu âm ổ bụng.
- Chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang/MRI có đối quang từ
- Xquang ngực: cơ hoành bị đẩy lên cao, di động kém, thường gặp hình ảnh tràn dịch màng phổi phải, viêm phổi phải.
- Xét nghiệm phân, cấy phân tìm ấu trùng amip.
- Chọc hút mủ ổ áp xe: Dựa vào màu sắc, tính chất, làm một số test vi sinh có thể chẩn đoán nguyên nhân của ổ áp xe

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư gan, ung thư đường mật: Dựa vào hình ảnh trên phim chụp CLVT/ MRI ổ bụng. Ung thư biểu mô tế bào gan thường có AFP tăng, xét nghiệm test viêm gan: HBsAg, anti HCV dương tính. Ung thư đường mật thường có CA 199 tăng. Chẩn đoán xác định dựa vào sinh thiết gan dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CLVT.

- Viêm túi mật: hình ảnh trên siêu âm, CLVT/MRI: túi mật căng to hoặc teo, thành túi mật dày, có thể thấy sỏi túi mật.

- Nhiễm trùng đường mật: bệnh nhân có bệnh sỏi đường mật phối hợp hoặc có can thiệp đường mật từ trước, nay đau bụng hạ sườn phải, sốt; trên chẩn đoán hình ảnh thấy khí trong đường mật.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Test amip
- Test sán lá gan, Toxocara, giun lươn, sán chó mèo.
- Cây mủ ổ áp xe: qua chọc hút hoặc dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm/CLVT ổ bụng.

3. ĐIỀU TRỊ

Chủ yếu là điều trị nội khoa: dùng thuốc kết hợp với chọc hút mủ dưới sự hướng dẫn của siêu âm. Điều trị ngoại khoa chỉ trong trường hợp đặc biệt khi có biến chứng.

3.1. Điều trị nội khoa

- Truyền dịch, truyền dinh dưỡng nâng cao thể trạng bệnh nhân
- Điều chỉnh rối loạn điện giải
- Truyền albumin khi albumin máu giảm, truyền huyết tương tươi đông lạnh khi bệnh nhân có suy kiệt, tràn dịch đa màng.
- Kháng sinh: Thường dùng kháng sinh phổ rộng, phối hợp nhiều nhóm kháng sinh, điều trị ít nhất 2 tuần. Có thể xem xét đổi nhóm kháng sinh nếu tình trạng bệnh nhân không cải thiện sau điều trị.
- Giảm đau, hạ sốt: có thể phối hợp nhiều nhóm khác nhau.
- Thuốc ức chế bơm Proton: dự phòng loét dạ dày, tá tràng do stress.
- Điều trị nguyên nhân: Thuốc diệt amip, thuốc diệt sán, Kháng sinh theo kháng sinh đồ cấy máu và cấy mủ ổ áp xe gan.
- Chọc, hút, dẫn lưu mủ ổ áp xe gan dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc chụp CLVT ổ bụng. Lấy dịch ổ áp xe làm xét nghiệm nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

3.2. Điều trị ngoại khoa

3.2.1. Chỉ định

- Ổ áp xe vỡ vào ổ bụng, khoang màng phổi, màng ngoài tim
- Kết hợp đồng thời các bệnh lý trong ổ bụng cần can thiệp ngoại khoa.

3.2.2. Phẫu thuật

- Mở bụng dẫn lưu ổ áp xe, lau rửa, dẫn lưu ổ bụng
- Cắt thùy/ phân thùy gan tổn thương
- Kết hợp dẫn lưu khoang màng phổi, màng ngoài tim, trung thất.

3.2.3. Điều trị sau phẫu thuật

- Tiếp tục điều trị như phần điều trị nội khoa
- Theo dõi vết mổ, dẫn lưu. Có thể xét nghiệm nuôi cấy mủ vết mổ nếu nhiễm trùng vết mổ, xét nghiệm nuôi cấy, tế bào học dịch dẫn lưu nếu cần.

3.3. Dự phòng

- Tẩy giun, sán định kỳ mỗi 06 tháng

- Ăn chín uống sôi
- Hướng dẫn kiểm tra test sàng lọc cho người nhà

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*” – Bệnh viện Bạch Mai
2. “*Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng*”, Nhà xuất bản Y học, 2013.
3. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.
4. QĐ 4420/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 của BYT, ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành gan mật.
5. Kasper DL, Zaleznik DF. Intraabdominal infections and abscesses. In: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine (16th ed)*. Nueva York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2005: 749-754
6. Fazili T, Sharngoe C, Endy T, Kiska D, Javaid W, Polhemus M. *Klebsiella pneumoniae Liver Abscess: An Emerging Disease. Am J Med Sci.* 2016;351:297–304

III.VIÊM TÚI MẬT (ICD K81)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm túi mật cấp là tình trạng viêm cấp tính ở túi mật, thường là do sỏi túi mật, ngoài ra còn có nguyên nhân khác (thiếu máu, rối loạn vận động, tổn thương trực tiếp hóa chất, vi trùng, động vật đơn bào, ký sinh trùng, bệnh collagen, và phản ứng dị ứng).

Yếu tố thuận lợi cho sự hình thành sỏi túi mật:

- Giới nữ
- Sinh đẻ nhiều lần
- Tình trạng béo phì
- Tuổi từ 40 trở lên
- Ngoài ra còn có các yếu tố khác như: thuốc tránh thai có chứa Estrogen, người bị bệnh Crohn, bị cắt mất nhiều hồi tràng, khiếm khuyết bẩm sinh về chuyển hóa mỡ...

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

Chỉ 30% bệnh nhân sỏi túi mật có triệu chứng đau, 70% còn lại không có triệu chứng gì (sỏi câm).

Triệu chứng lâm sàng trong viêm túi mật do sỏi có thể bao gồm:

- Giai đoạn 1 (Túi mật căng to)
 - + Đau bụng vùng thượng vị quặn từng cơn
 - + Nôn (không bớt đau)
- Giai đoạn 2 (Viêm túi mật mũ)
 - + Đau bụng khu trú HSP (đau liên tục), có thể đau sau lưng hoặc đau ở vai P.
 - + Toàn thân: sốt, tăng bạch cầu
 - + Khám: Murphy (+)
- Giai đoạn 3 (Túi mật hoại tử)
 - + Toàn thân: dấu hiệu nhiễm độc, sốt cao, tăng bạch cầu
 - + Có phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng, phản ứng dội
- Giai đoạn 4 (Thủng túi mật)
 - + Trung bình thời gian thủng túi mật 48-72h, sớm hơn với bệnh nhân ĐTĐ, bệnh tạo keo, viêm tắc động mạch v.v...

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1 Xét nghiệm:

- Bạch cầu tăng, CRP tăng
- Amylase máu tăng ít
- Bilirubin huyết thanh có thể tăng < 60mmol/l do hội chứng Mirrizzi, >60mmol/l thường do sỏi ống mật chủ.

- Xét nghiệm Albumin, protein, điện giải đồ, canxi huyết thanh đánh giá tình trạng của bệnh nhân.

- Xét nghiệm Ure, Creatinin máu đánh giá chức năng thận trước phẫu thuật.
- Xét nghiệm đông máu đánh giá tình trạng rối loạn đông máu nếu có.
- Cấy máu: dương tính nếu có nhiễm khuẩn huyết

2.2.2 Chẩn đoán hình ảnh:

- Siêu âm: độ nảy sỏi mật ngoài gan 95.9%, thành túi mật dày > 3mm, đường kính ngang túi mật > 4cm, đường kính dọc > 8cm.

- X Quang bụng không chuẩn bị: 10 – 15% thấy sỏi (phân biệt sỏi thận). Có thể thấy mực nước hơi trong túi mật.

- CT Scan: là một chẩn đoán có giá trị cao, nhưng không phải XN đầu tay

- MRI: giá trị chẩn đoán cao, xác định vị trí giải phẫu, mật độ, cấu trúc sỏi, độ nảy 96.5%, độ đặc hiệu 97.7%

- Chụp nhấp nháy: HIDA scan - sử dụng HIDA (acid HydroxyImino Diacetic) có gắn đồng vị phóng xạ. Ngoài ra HIDA scan còn đánh giá vận động của túi mật, hẹp đường mật bẩm sinh, rò mật, ung thư đường mật, thải ghép sau ghép gan.

2.2.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán

(Tokyo Guidelines 2006)

1. Dấu hiệu viêm túi mật khu trú: Đau $\frac{1}{4}$ bụng trên P, Murphy (+)
2. Dấu hiệu toàn thân: Sốt, tăng CRP, tăng bạch cầu.
3. Hình ảnh học của viêm túi mật
4. Chẩn đoán: 01 dấu hiệu A, và dấu hiệu B (dấu hiệu tích cực)
5. Hình ảnh học của viêm túi mật khẳng định chẩn đoán khi lâm sàng nghi ngờ.

2.2.4 Phân loại theo cấp độ (Theo TOKYO guideline 2013)

* Cấp I (VTM NHẸ)

- Tình trạng viêm túi mật cấp tính nhưng không có thay đổi chức năng các cơ quan.
- Không có các triệu chứng của viêm túi mật cấp II, cấp III

* Cấp II (VTM TRUNG BÌNH) (Viêm túi mật cấp tính kèm với bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây).

- Thời gian xuất hiện triệu chứng > 72h
- Sờ được khối mass ở $\frac{1}{4}$ bụng trên bên P
- Viêm phúc mạc khu trú do túi mật hoại tử, apxe túi mật - Bạch cầu tăng > 18.000/ml

* Cấp III (VTM NẶNG) (Viêm túi mật cấp tính kèm với bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây).

- Rối loạn chức năng tim mạch (hạ HA cần điều trị với dopamine ≥ 5 mcg/kg/phút hoặc liều bất kỳ Dobutamine

- Rối loạn chức năng thần kinh (giảm mức độ ý thức)

- Rối loạn chức năng hô hấp (tỷ lệ PaO₂/FiO₂ < 300)

- Rối loạn chức năng thận (thiếu niệu, creatinin > 2mg/dl) - Rối loạn chức năng gan (PT INR > 1.5)

- Rối loạn huyết học (tiểu cầu giảm $< 100.000/mm^3$)

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm loét dạ dày tá tràng
- Bệnh động mạch vành
- Viêm tụy cấp
- Viêm ruột thừa
- Con đau quặn thận Phải
- Viêm phần phụ

2.4. Biểu chứng

2.4.1 Viêm túi mật cấp

Hoại tử túi mật:

- Đám quánh túi mật
- Thâm mật phúc mạc
- Viêm phúc mạc mật

Viêm đường mật:

Do sỏi túi mật rơi vào ống mật chủ (OMC) hoặc chèn ép OMC (hội chứng Mirizzi) gây tắc nghẽn và nhiễm trùng đường mật chính

2.4.2 Viêm túi mật mạn

- Viêm tụy cấp do sỏi túi mật

Tỉ lệ thay đổi từ 5-57%

- Rò túi mật – tá tràng

Có thể gây tắc ruột do sỏi túi mật qua lỗ rò rơi xuống ruột non

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Phẫu thuật cắt bỏ túi mật sớm ưu tiên phẫu thuật cắt túi mật nội soi khi đạt đủ điều kiện
- Phẫu thuật theo đúng quy trình kỹ thuật, phẫu thuật điều trị tối ưu cho từng loại mức

độ nghiêm trọng của viêm túi mật cấp tính được yêu cầu

- Điều trị các bệnh lý phối hợp
- Dùng thuốc theo phác đồ.
- Kiểm soát dự phòng tai biến

3.2. Điều trị đặc hiệu

3.2.1 Nội khoa

* Mức độ nhẹ và mức độ vừa:

- Nhịn ăn, đặt sonde mũi – dạ dày
- Truyền dịch đường tĩnh mạch
- Dùng thuốc ức chế phó giao cảm (như Atropin, Propanthelin) để ức chế thần kinh

X (giảm tiết acid, giảm co thắt cơ vòng Oddi và co bóp túi mật).

- Theo dõi công thức máu mỗi 6 giờ, theo dõi nhiệt độ mỗi 2 giờ, theo dõi khám bụng mỗi 2 -3 giờ.

- Nếu bệnh nhân qua cơn đau cũng nên sắp xếp mổ chương trình sớm.

* Mức độ vừa không đáp ứng và mức độ nặng:

- Mức độ nhẹ và mức độ vừa đáp ứng.

- Bổ sung các xét nghiệm để đánh giá các bệnh lý đi kèm.

- Dùng kháng sinh phổ rộng bằng đường toàn thân để hạn chế nhiễm trùng nhất là các bệnh nhân già trên 70 tuổi, bệnh nhân có tiểu đường...(Cephalosporin thế hệ 3, Beta-lactam + Metronidazol).

* Uống thuốc tan sỏi

Sử dụng UDCA (ursodeoxycholic acid) và CDCA (chenodeoxycholic acid) là các acid mật, áp dụng cho sỏi cholesterol

3.2.2 Ngoại khoa

3.2.2.1 Nguyên tắc điều trị phẫu thuật

- + Nếu bệnh nhân già yếu, suy kiệt nặng, đến muộn, nhiễm độc nặng, có bệnh mạn tính như tiểu đường, lao phổi, bệnh tim mạch...và nếu túi mật không viêm nặng lắm thì dẫn lưu túi mật.

- + Nếu bệnh nhân trẻ, thể trạng tốt, mổ sớm trước 48 giờ và túi mật viêm nặng (nung mủ hay hoại tử) thì nên cắt túi mật.

- Thời gian để chuyển mổ nội soi sang mổ hở cắt túi mật:

- + Khi phẫu thuật nội soi gặp khó khăn (tùy theo khả năng của phẫu thuật viên nội soi), bác sĩ phẫu thuật không ngần ngại chuyển sang mổ mở. (Không phải là bất lợi cho bệnh nhân mà là ngăn chặn tai biến và biến chứng khi phẫu thuật nội soi cắt túi mật khó khăn).

- Thời gian để mổ cắt túi mật sau mổ dẫn lưu túi mật ra da:

- + Thực hiện vài ngày sau khi dẫn lưu túi mật ra da

- + Tình trạng bệnh nhân cải thiện sau dẫn lưu

- + Không có biến chứng của dẫn lưu: tụ máu, áp xe, viêm phúc mạc mật, tràn dịch màng phổi ...

3.2.2.2 Cắt túi mật nội soi

- Chỉ định:

- + Sỏi túi mật đơn thuần có hoặc không có triệu chứng lâm sàng

- + BN không có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi

- Kỹ thuật:

Cắt túi mật nội soi xuôi dòng hay ngược dòng

3.2.2.3 Mổ mở cắt túi mật

Chỉ định:

- BN chống chỉ định với phẫu thuật nội soi

- Phối hợp các tổn thương khác

3.2.3 Tai biến

- Tổn thương đường mật

- Chít hẹp đường mật

- Chảy máu
- Chuyển mô mỡ
- Sỏi túi mật rơi vãi trong ổ bụng
- Nhiễm trùng lỗ trocar
- Sốt sỏi OMC không triệu chứng
- Ung thư túi mật

3.3 Phòng bệnh

- Ăn chín uống sôi, giảm thiểu thức ăn béo
- Tẩy giun định kỳ 6 tháng
- Hoạt động thể chất đều đặn
- Không giảm cân quá nhanh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.
2. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
3. Sách “Ngoại khoa lâm sàng Bệnh viện nhân dân Gia Định”
4. Sách “Sỏi đường mật” Nguyễn Đình Hối Nguyễn Mậu Anh, nhà xuất bản Y học 2012
5. Sách “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học năm 2013.
6. Yamashita Y, Takada T, Kawarada Y, et al. Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2007;14(1):91-97
7. Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences,*

DANH MỤC VIẾT TẮT

BN: bệnh nhân

VTM: viêm túi mật

OMC: ống mật chủ

PT: phẫu thuật

XN: xét nghiệm

CT (Computed Tomography Scan – CT Scan): chụp cắt lớp vi tính

MRI (Magnetic Resonance Imaging): chụp cộng hưởng từ

IV. SỎI MẬT CHUNG (ICD K80)

1. ĐỊNH NGHĨA

Sỏi mật bao gồm sỏi túi mật, sỏi ống mật chủ, sỏi đường mật trong gan (sỏi trong gan)

- Phân loại theo vị trí:

+ Sỏi túi mật

+ Sỏi ống mật chủ (sỏi hiện diện trong ống mật chủ, bên dưới ngã ba ống gan)

+ Sỏi trong gan (sỏi hiện diện bên trên ngã ba ống gan)

+ Sỏi kết hợp (BN có cả sỏi trong gan, sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ)

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Triệu chứng lâm sàng

Trường hợp sỏi nhỏ: có thể không có triệu chứng điển hình.

2.1.1. Bệnh sử

- Đau bụng: điển hình là cơn đau quặn gan. Đau hạ sườn phải xuyên ra sau lưng và lên vai phải. Cơn đau khởi phát và kết thúc thường đột ngột.

- Sốt: Khi nhiễm trùng đường mật sẽ sốt cao, rét run. Nhiễm khuẩn nặng với viêm mũ đường mật rất dễ dàng dẫn đến nhiễm khuẩn huyết.

- Vàng da: khi sỏi ống mật chủ gây cản trở lưu thông mật

Các triệu chứng đau, sốt, vàng da (Tam chứng Charcot) thường tái diễn từng đợt.

- Ngứa; nước tiểu vàng, sẫm màu do có sắc tố mật

- Các triệu chứng khác: mệt mỏi, chán ăn, gầy sút cân, ...

2.1.2. Khám lâm sàng

- Da, niêm mạc vàng

- Gan to do ứ mật

- Túi mật to do ứ mật

- Triệu chứng khác: vết trầy xước da do gãi ngứa, mạch chậm do tăng acid mật trong máu kích thích nhân của dậu thần kinh X.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao; bilirubin toàn phần và trực tiếp tăng; ALT, AST, GGT, CRP, BUN, Creatinin, cholesterol và các thành phần của lipid máu có thể tăng.

Xét nghiệm nước tiểu thấy Ure, muối mật và sắc tố mật tăng

- Siêu âm ổ bụng: dấu hiệu trực tiếp của sỏi mật như hình ảnh sỏi với bóng lưng cản âm, vị trí, kích thước, số lượng sỏi. Dấu hiệu gián tiếp của tắc mật do sỏi như kích thước ống mật chủ, túi mật, thành túi mật, gan, ...

- X-quang bụng không chuẩn bị: có thể thấy hình cản quang của sỏi mật vôi hoá.

- Chụp đường mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP)

- Chụp cắt lớp vi tính (CT-scan): Thấy được sỏi và kích thước của ống mật chủ. Có giá trị trong chẩn đoán và đánh giá được các tạng lân cận và liên quan, đặc biệt là tụy.

- Chụp cộng hưởng từ đường mật (MRCP): có thể khảo sát dòng chảy. Có thể dựng lại hình ảnh toàn thể đường mật.

- Chụp đường mật qua da (PTC)

- Nội soi đường mật qua da

2.3. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da), nước tiểu vàng.

- Cận lâm sàng: bilirubin máu tăng (trực tiếp > gián tiếp), siêu âm và CT-scan bụng thấy đường mật giãn, có hình ảnh sỏi trong đường mật.

2.4. Chẩn đoán phân biệt: nguyên nhân của hội chứng vàng da tắc mật không do sỏi, vàng da tại gan, vàng da trước gan.

2.5. Chẩn đoán biến chứng

- Thấm mật phúc mạc;

- Viêm phúc mạc mật;

- Viêm mũ đường mật và abscess đường mật;

- Chảy máu đường mật;

- Abscess túi mật, đám quánh túi mật;

- Viêm tụy cấp;

- Hội chứng gan thận, viêm thận cấp;

- Sỏi mật gây tắc mật, tái diễn nhiều lần, diễn biến đến xơ gan

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị nội khoa

- Hồi sức, truyền dịch, giảm tiết, nâng cao thể trạng

- Kháng sinh: phối hợp nhóm cephalosporin thế hệ II,III và nhóm Imidazol . Trường hợp nặng có thể dùng imipenem và quinolon.

- Vitamin K đối với những trường hợp có tắc mật.

- Giảm đau, giãn cơ, kháng histamin

3.2. Phẫu thuật

- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), mở cơ vòng lấy sỏi.

- Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, với nhiều kỹ thuật dẫn lưu: dẫn lưu ống chữ T (dẫn lưu Kehr), dẫn lưu kiểu Vol-kehr (dẫn lưu ống mật chủ qua cơ Oddi và thành tá tràng), dẫn lưu ống mật hạ phân thủy trong gan qua nhu mô gan ra da, dẫn lưu trong qua miệng nối mật- ruột (nối ống mật chủ với đường tiêu hoá).

- Tán sỏi nội soi trong mổ đối với những trường hợp có sỏi trong gan kết hợp nhằm tăng khả năng lấy hết sỏi.

- Tán sỏi nội soi qua đường hầm Kehr với những trường hợp còn sót sỏi đường mật sau mổ.

3.3. Dự phòng

- Ăn chín uống sôi

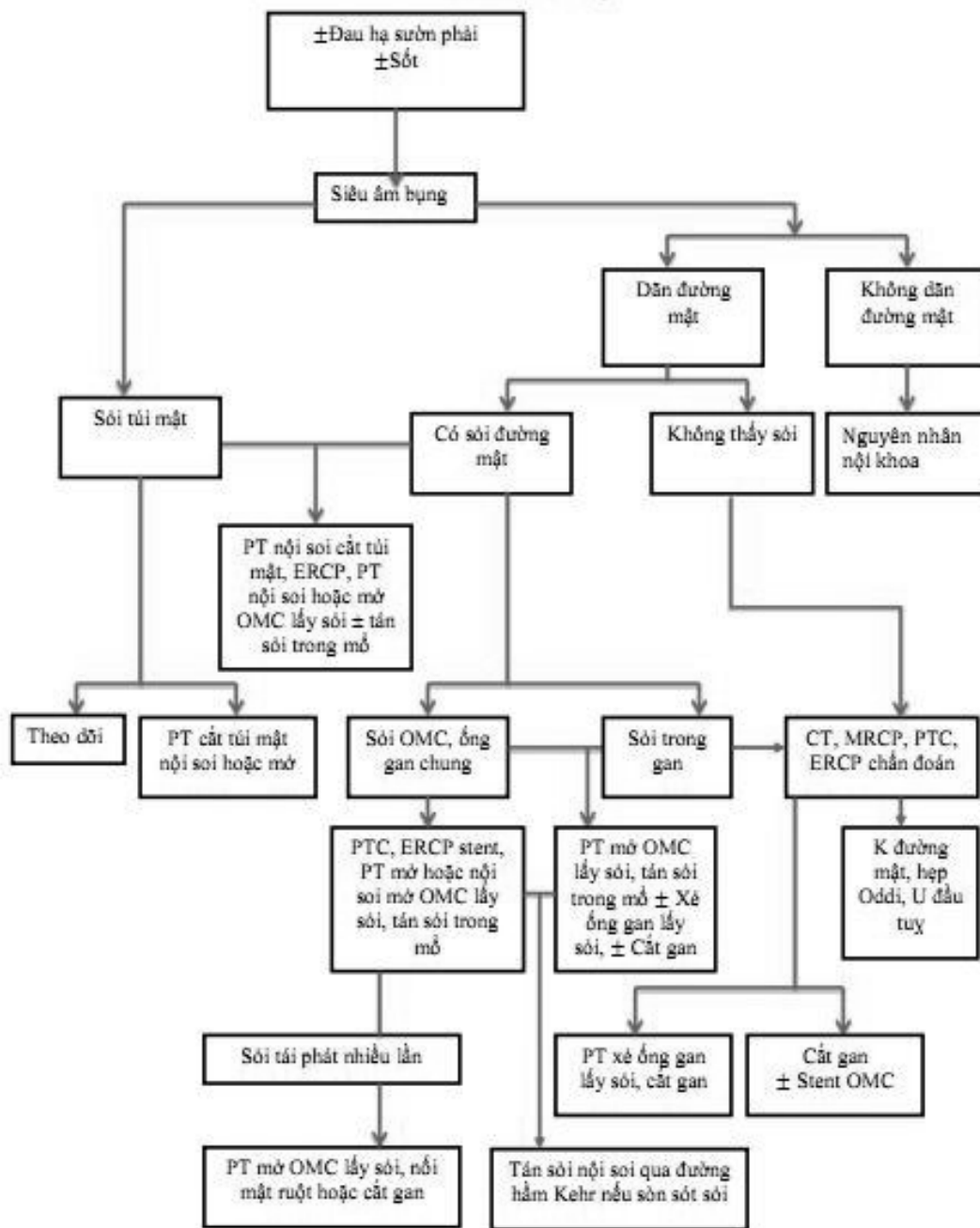
- Tẩy giun định kỳ 6 tháng

- Hoạt động thể chất đều đặn

- Không giảm cân quá nhanh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Lưu đồ xử trí sỏi mật



1. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.
2. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
3. “Ngoại khoa lâm sàng”, Bệnh viện nhân dân Gia Định
4. “Sỏi đường mật”, Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh, nhà xuất bản Y học 2012
5. “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học 2013
6. Takada T, Kawarada Y, et al. Background: Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2007;14(1):1-10

7. Alemi, Farzad; Seiser, Natalie; Ayloo, Subhashini (2019). Gallstone Disease. *Surgical Clinics of North America*, 99(2), 231–244
8. Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*,

DANH MỤC VIẾT TẮT

BN: bệnh nhân

OMC: ống mật chủ

PT: phẫu thuật

CT (Computed Tomography Scan – CT Scan): chụp cắt lớp vi tính

MRI (Magnetic Resonance Imaging): chụp cộng hưởng từ

ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography): nội soi mật tụy ngược dòng

MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography): cộng hưởng từ mật tụy

PTC (Percutaneous hepatic cholangiogram) chụp đường mật qua da xuyên gan

V. VIÊM TỤY CẤP (ICD K85)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tụy cấp (VTC) là 1 quá trình viêm cấp tính của tụy, bệnh cảnh lâm sàng khá đa dạng, biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau : mức độ nhẹ chỉ cần nằm viện ngắn ngày, ít biến chứng, mức độ nặng, diễn biến phức tạp, nhiều biến chứng, tỉ lệ tử vong cao 20-50% trong bệnh cảnh suy đa tạng, nhiễm trùng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Cơ năng : đau bụng trên rốn lan ra sau lưng, đau có thể xuất hiện đột ngột sau bữa ăn thịnh soạn, buồn nôn, nôn, ỉa lỏng, bí trung đại tiện...

- Toàn thân: có thể có triệu chứng sốc do giảm khối lượng tuần hoàn trong viêm tụy cấp thể nặng; biểu hiện nhiễm khuẩn trong viêm tụy cấp bội nhiễm.

- Thực thể : bụng trướng, điểm sườn lưng đau, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, cổ trướng, bầm tím dưới da, khối căng tức rốn, tràn dịch màng phổi, vàng da, tăng áp lực ổ bụng...

2.2. Cận lâm sàng

- Amylase máu tăng > 3 lần bình thường (tăng sau 1-2 giờ đau, tăng cao sau 24h và bình thường sau 2-3 ngày)

- Lipase tăng có giá trị chẩn đoán hơn là tăng amylase máu

- LDH tăng có ý nghĩa tiên lượng

- Glucose máu tăng, Bilirubin toàn phần và trực tiếp có thể tăng, Ure, creatinin có thể tăng, SGOT, SGPT tăng, albumin, protein TP giảm, Canxi máu giảm, rối loạn điện giải trong trường hợp nặng.

- Triglycerid, cholesterol tăng là một trong những nguyên nhân gây viêm tụy cấp.

- Công thức máu: BC tăng, trung tính tăng, Hct tăng do máu cô đặc, giảm khi có xuất huyết.

- Rối loạn đông máu ở những bệnh nhân nặng

- Xquang ổ bụng : bụng nhiều hơi, các quai ruột gần tụy giãn, tràn dịch màng phổi

- Siêu âm ổ bụng : thể phù, thể hoại tử, thăm dò tắc nghẽn đường mật, ống tụy

- Siêu âm khoang màng phổi: có thể có tràn dịch màng phổi.

- Chụp cắt lớp vi tính/ cộng hưởng từ ổ bụng : đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán

- ERCP (chụp mật tụy ngược dòng)

- Siêu âm nội soi (EUS)phát hiện VTC do sỏi

2.3. Chẩn đoán mức độ nặng

Dựa vào 1 trong các thang điểm sau :

2.3.1. Thang điểm APACHE II ≥ 8 điểm là nặng

2.3.2. Theo thang điểm Ranson : > 3 yếu tố là nặng

Khi mới nhập viện	Trong vòng 48h
Tuổi > 55	HCT giảm $> 10\%$
BC > 16000	Ure $> 1,8\text{mmol/l}$
LDH $> 350\text{U/l}$	Calci $< 1,9\text{mmol/l}$
AST $> 250\text{U/l}$	PaO ₂ $< 60\text{mmHg}$
Glucose $> 11\text{mmol/l}$	Mất nước $> 6000\text{ml}$
	ALT/MTT giảm trên 4mmHg

2.3.3. Theo IMRIE

Dựa vào những đánh giá khi vào viện gồm 8 yếu tố :

- BC > 15000
- Calci máu $< 2\text{mmol/l}$
- Glucose máu $> 10\text{mmol/l}$
- Albumin $< 32\text{g/l}$
- PaO₂ $< 60\text{mmHg}$
- ATs/ALT $> 200\text{U/l}$

Nếu có $> 3/8$ yếu tố là nặng

2.3.4. Dựa vào chẩn đoán hình ảnh Balthazar Score (CT Score)

Mức độ viêm tụy :

- | | |
|---------------------------|---|
| A. Tụy bình thường | 0 |
| B. VTC thể phù | 1 |
| C. Viêm quanh tụy | 2 |
| D. 1 ổ dịch quanh tụy | 3 |
| E. > 2 ổ dịch quanh tụy | 4 |

Tổng số điểm = điểm do viêm + điểm do hoại tử

1-2 điểm : không có biến chứng nặng

Mức độ hoại tử :

- | | |
|------------------|---|
| Không hoại tử | 0 |
| Hoại tử 1/3 tụy | 2 |
| Hoại tử 1/3- 1/2 | 4 |
| Hoại tử $> 1/2$ | 6 |

3-6 biến chứng không rõ

$> 7-10$ nặng, tử vong cao

2.4. Chẩn đoán biến chứng

- Tại chỗ:

+ Ổ tụ dịch, hoại tử và nhiễm khuẩn tụy .

+ Nang giả tụy : 4 tuần sau VTC.

- + áp xe tụy, rò ống tụy vào trong ổ bụng.
- + Tổn thương mạch máu, chảy máu.
 - Toàn thân:
- + Suy hô hấp, suy thận, trụy tim mạch.
- + Xuất huyết tiêu hóa.
- + ADS.
- + CIVD

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị chung

- Nhịn ăn : bệnh nhân không ăn uống cho tới khi triệu chứng giảm đau giảm, có trung tiện trở lại.

- Đặt ống thông dạ dày hút dịch, lưu sonde cho đến khi bệnh nhân đỡ nôn, giảm trướng bụng.

- Chăm sóc theo dõi chặt các chỉ số sống, độ bão hòa oxy...
- Nuôi dưỡng theo đường tĩnh mạch
- Giảm đau có thể dùng cả Morphin và phối hợp nhiều nhóm giảm đau
- Kiểm soát các rối loạn chuyển hóa: Glucose máu, calci máu, mỡ máu...
- Kháng sinh : VTC nhẹ không có chỉ định dùng kháng sinh, tuy nhiên VTC nặng phải dùng kháng sinh.

- Các thuốc làm giảm tiết acid dịch vị

- CT, MRI, EUS xác định nguyên nhân do sỏi mật, biến chứng tại chỗ để có thể tiến hành làm ERCP giải quyết nguyên nhân gây VTC cấp cứu.

3.2. Điều trị viêm tụy cấp thể nặng

3.2.1. Các biện pháp hồi sức tích cực

3.2.1.1. Hồi sức hô hấp

- Chỉ định khi bệnh nhân có suy hô hấp trên lâm sàng và xét nghiệm khí máu, Xquang phổi.

- Phương thức : thở oxy kính, mặt nạ, thở không xâm nhập, nếu nặng có tổn thương phổi, ARDS thì thở máy theo ARDS Net

3.2.1.2. Hồi sức tuần hoàn

- Bệnh nhân được đặt ống thông TMTT

- Bù dịch muối đẳng trương, dịch cao phân tử, albumin human, plasma tươi đảm bảo ALTTMTT 10-15cm nước

- Thuốc vận mạch, trợ tim khi đã bù đủ dịch: noradrenalin, dopamine, dobutamin

3.2.1.3. Bồi phụ điện giải, thăng bằng toan kiềm

3.2.1.4. Giảm tiết dịch tụy: Stilamin, Sandostatin

- Giảm tiết acid dịch vị.

3.2.1.5. Giảm đau: NSAID, Opiat

3.2.1.6. Kháng sinh

- Cấy máu, cấy nước tiểu, dịch màng phổi, dịch ổ bụng và tổ chức tụy hoại tử

- Kháng sinh theo phác đồ khuyến cáo : cephalosporin thế hệ III hoặc Imipenem + flouro quinolon và hoặc kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn kỵ khí (metronidazol, clindamyicin)

3.2.1.7. Nuôi dưỡng

Đường tĩnh mạch giai đoạn đầu (glucid, lipid, acid amin) đảm bảo 40-60 calo/kg cân nặng, cho ăn đường miệng sớm ngay sau khi giảm đau và không có triệu chứng tắc ruột và số lượng tăng dần.

3.2.1.8. Các biện pháp làm giảm áp lực ổ bụng thông thường

Hút dịch dạ dày, thụt hậu môn

3.2.1.9. Dẫn lưu dịch ổ bụng, ổ dịch quanh tụy

Dẫn lưu bằng ống thông nhỏ kích thước 12-16F dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT.

3.2.2. Lọc máu liên tục (CVVH)

- Chỉ định

Chỉ định sớm ngay sau khi nhập viện được đánh giá là VTC nặng với mục đích loại bỏ các cytokine và kết hợp điều trị triệu chứng.

- Chống chỉ định

+ Suy tim nặng, HA tụt (HATT $\leq$ 60mmHg) không khắc phục được

+ Chảy máu nặng – chống chỉ định mang tính chất tương đối.

3.2.3. Theo dõi

- Lâm sàng

- Áp lực ổ bụng mỗi 8h

- Diễn biến suy tạng theo thang điểm SOFA

- Các biến chứng của VTC

- Các biến chứng của lọc máu liên tục

3.3. Chỉ định điều trị ngoại khoa

Viêm tụy cấp do sỏi mật, sỏi ống tụy, áp xe tụy, ổ hoại tử nhiễm trùng, nang giả tụy > 6cm và kéo dài > 6 tuần hoặc có triệu chứng chèn ép tạng lân cận.

3.3.1. Điều trị viêm tụy cấp hoại tử nhiễm khuẩn

- Chọc hút ổ hoại tử dưới sự hướng dẫn của siêu âm hoặc CT: lấy bệnh phẩm nhuộm Gram và nuôi cấy. Sau khi có kết quả định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ, điều chỉnh kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.

- Xử trí ổ hoại tử nhiễm khuẩn : phẫu thuật lấy ổ hoại tử + dẫn lưu hoặc đặt dẫn lưu ổ hoại tử qua da dưới sự hướng dẫn của siêu âm, cắt lớp vi tính ổ bụng.

3.3.2. Điều trị viêm tụy cấp có ổ hoại tử vô khuẩn

- Thời điểm 2- 3 tuần đầu.

- Các biện pháp: phẫu thuật, dẫn lưu qua da, dẫn lưu qua nội soi, nếu trường hợp có dò ống tụy cần phẫu thuật hoặc qua nội soi can thiệp.

3.3.3. Điều trị theo nguyên nhân

- Định hướng được nguyên nhân viêm tụy cấp giúp cho bác sĩ có 1 phác đồ điều trị tốt và phòng tránh được tái phát.

- Viêm tụy cấp do sỏi, giun ống mật chủ: ERCP tiến hành sớm mở cơ oddi, lấy sỏi, phẫu thuật nếu ERCP thất bại.

- Trường hợp nghi ngờ viêm tụy cấp do giun chui ống mật chủ cho bệnh nhân tẩy giun sớm bằng thuốc Fugacar, Zentel... kết hợp nội soi dạ dày tá tràng can thiệp gấp giun.

3.4 Dự phòng

- Hạn chế uống rượu, bia.
- Phát hiện và điều trị sỏi mật, sỏi tụy.
- Người bệnh tăng triglyceride cần điều trị thường xuyên và kiểm soát chế độ ăn hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.
2. QĐ 5250/QĐ-BYT ngày 28/12/2012 của BYT, ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm tụy cấp
3. QĐ 4420/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 của BYT, ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành gan mật.
4. “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa” – bệnh viện Bạch Mai
5. “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học, 2013.
6. Balthazar EJ. Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and CT evaluation. *Radiology*. 2002;223(3):603–13
7. Casillas J, Sleeman D, Ahualli J, Ruiz-Cordero R, Echenique A. Acute Pancreatitis (AP). *Multidisciplinary Teaching Atlas of the Pancreas*. 2015;681-749.
8. Takada T, Kowarada Y, Hirata K, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: cutting-edge information. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2006;13:2–6
9. Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015
10. Garg, Rajat; Rustagi, Tarun (2018). Management of Hypertriglyceridemia Induced Acute Pancreatitis. *BioMed Research International*, 2018(), 1–12.
11. James, Theodore W.; Crockett, Seth D. (2018). Management of acute pancreatitis in the first 72 hours. *Current Opinion in Gastroenterology*, 2018 ; 34(5): 330–335

DANH MỤC VIẾT TẮT

BN: bệnh nhân

VTC: viêm tụy cấp

OMC: ống mật chủ

TMTT: tĩnh mạch trung tâm

TALTM: tăng áp lực tĩnh mạch cửa

CT (Computed Tomography Scan – CT Scan): chụp cắt lớp vi tính

MRI (Magnetic Resonance Imaging): chụp cộng hưởng từ

ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography): nội soi mật tụy ngược dòng

TMTT: tĩnh mạch trung tâm

TALTM: tăng áp lực tĩnh mạch cửa

VI. UNG THƯ TUY (ICD: C24)

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư tụy là khối u ác tính xuất phát từ các tế bào biểu mô tuyến, tế bào đảo Langerhan và tế bào mô liên kết của tụy. Trong đó khoảng 90% là ung thư biểu mô của tuyến tụy ngoại tiết, còn lại là của tuyến tụy nội tiết. Ung thư liên kết của tụy rất hiếm gặp.

Theo nghiên cứu Globocan năm 2018, có 458.918 trường hợp ung thư tụy mới mắc và 432.241 ca tử vong mỗi năm, là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 7 ở cả hai giới.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định: Khi có các tiêu chuẩn sau:

- Triệu chứng lâm sàng: đau tức bụng trên rốn lan ra sau lưng, gầy sút cân, vàng da
- Xét nghiệm marker ung thư: CA19-9 tăng cao.
- Siêu âm nội soi/ CLVT ổ bụng có cản quang/ MRI có đối quang từ: hình ảnh đặc hiệu
- GPB qua chọc sinh thiết bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm hoặc CLVT

2.1.1. Lâm sàng

- Hầu hết bệnh nhân (BN) đi khám khi bệnh đã có những dấu hiệu rõ và ở giai đoạn tiến triển.

- Mệt mỏi thường là triệu chứng đầu tiên của bệnh. BN thường ăn uống kém, chán ăn do chức năng tuyến tụy suy giảm.

- Đau bụng là triệu chứng rất hay gặp.

- Sút cân: được gọi là sút cân khi giảm từ 5% trọng lượng cơ thể trở lên trong vòng 6 tháng qua.

- Vàng da, vàng mắt

- Sờ thấy khối u bụng trên lâm sàng thường là triệu chứng xuất hiện trong giai đoạn rất muộn, khi u có kích thước lớn hoặc đã xâm lấn các tổ chức xung quanh.

2.1.2. Cận lâm sàng

Trong hầu hết các trường hợp, triệu chứng lâm sàng chỉ có tính chất gợi ý chẩn đoán, cần tiến hành làm các xét nghiệm và thăm dò hình ảnh để xác định chẩn đoán ung thư tụy như: xét nghiệm chất chỉ điểm khối u CA19-9 trong máu, siêu âm ổ bụng, siêu âm nội soi, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ ổ bụng, xét nghiệm chẩn đoán mô bệnh học và tế bào học.

Xét nghiệm

- Thiếu máu, thường là thiếu máu nhược sắc. Tăng amylase, lipase máu. Đường huyết thử lúc đói thấy tăng trong nhiều trường hợp. Định lượng các men SGOT, SGPT để loại trừ viêm gan.

- Bilirubin máu tăng là dấu hiệu của tắc mật do ung thư chèn ép OMC. Cả bilirubin trực tiếp lẫn gián tiếp đều tăng.

- Men phosphatase kiềm tăng

- Xét nghiệm phân thủy máu gặp khoảng 90% số BN ung thư tụy và các ung thư quanh bóng Vater.

- Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu thấy bilirubin trong nước tiểu tăng trong trường hợp có tắc mật, glucose trong nước tiểu tăng trong trường hợp BN có đái tháo đường.

- Xét nghiệm Albumin, protein, điện giải đồ, canxi huyết thanh đánh giá tình trạng của bệnh nhân.

- Xét nghiệm Ure, Creatinin máu đánh giá chức năng thận trước phẫu thuật.

- Xét nghiệm đông máu đánh giá tình trạng rối loạn đông máu nếu có.

- Xét nghiệm HbsAg, HCV để loại trừ tắc mật do viêm gan virus.

- Chất chỉ điểm khối u CA 19-9, CEA dịch nang nếu cần

Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm ổ bụng

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CT)

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng

- Siêu âm nội soi (EUS).

Chẩn đoán mô bệnh học và tế bào học

Xét nghiệm tế bào học đối với ung thư tụy có độ đặc hiệu rất cao, nên khi xét nghiệm này cho kết quả dương tính thì đó chính là cơ sở để bác sỹ lâm sàng có thể đưa ra những quyết định điều trị phù hợp nhất. Bệnh phẩm để làm xét nghiệm tế bào học có thể được lấy từ thủ thuật chọc dò bằng kim nhỏ trước mổ hoặc trong khi mổ, hoặc cũng có thể là dịch hút được từ trong ống tụy khi chụp mật tụy ngược dòng hay dịch tá tràng khi làm nội soi.

Các thăm khám cận lâm sàng cần thiết khác:

- Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng: đánh giá hình thái, các thương tổn ở thực quản, dạ dày, tá tràng phối hợp nếu có, phục vụ quan trọng cho phẫu thuật. Bên cạnh đó, nội soi xuống D2 tá tràng quan sát cơ Oddi cho phép chẩn đoán tắc mật do u đầu tụy hay tổn thương ở Vater.

- Điện tâm đồ: Rất cần thiết khi bệnh nhân có chỉ định ngoại khoa, đảm bảo an toàn cho cuộc phẫu thuật.

- Chụp Xquang phổi: Đánh giá tình trạng di căn phổi nếu có, và hơn nữa phục vụ cho gây mê trong cuộc phẫu thuật.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Các tổn thương lành tính ở tụy: tổn thương của sỏi cholelith, sỏi lá gan, giun đũa cholelith, giun lươn: dựa vào triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm miễn dịch xác định bị nhiễm ký sinh trùng.

- Viêm tụy mạn: dựa vào triệu chứng lâm sàng, tiền sử đái tháo đường, lạm dụng rượu, xét nghiệm CA 19-9 và chẩn đoán hình ảnh.

- Tắc mật do U Vater, u phần thấp OMC, U tá tràng: dựa vào triệu chứng lâm sàng, nội soi dạ dày tá tràng và chẩn đoán hình ảnh.

2.3. Chẩn đoán giai đoạn

Phân loại giai đoạn ung thư tùy theo hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (AJCC 8) 2017

Tiêu chuẩn phân loại TNM

T: U nguyên phát

Tx: Không xác định được u nguyên phát

T0: Không có bằng chứng của u nguyên phát

Tis: Ung thư tại chỗ

T1: U có kích thước < 2cm

T1a: U có kích thước < 0,5cm

T1b: U có kích thước từ 0,5 đến dưới 1cm

T1c: U có kích thước $\geq$ 1cm đến dưới 2cm

T2: U có kích thước từ 2 – 4cm

T3: U có kích thước > 4cm

T4: U với mọi kích thước nhưng xâm lấn ĐM thân tạng, ĐM mạc treo tràng trên và/

hoặc ĐM gan chung

N: Hạch vùng

Nx: Không đánh giá được hạch vùng

N0: Không di căn hạch vùng

N1: Di căn từ 1 – 3 hạch vùng

N2: Di căn $\geq$ 4 hạch vùng

M: Di căn xa

M0: Không có di căn xa

M1: Có di căn xa

T	N	M	Giai đoạn
Tis	N0	M0	0
T1	N0	M0	IA
T2	N0	M0	IB
T3	N0	M0	IIA
T1,2,3	N1	M0	IIB
T1,2,3	N2	M0	III
T4	Mọi N	M0	III
Mọi T	Mọi N	M1	IV

Xếp loại giai đoạn ung thư tùy theo AJCC 8 (2017)

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tùy thuộc giai đoạn bệnh

- Phẫu thuật theo đúng quy trình kỹ thuật
- Dùng thuốc theo phác đồ

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa hỗ trợ trước phẫu thuật (nếu có chỉ định phẫu thuật):

- Truyền dịch, truyền dinh dưỡng
- Bồi phụ điện giải
- Kháng sinh nếu có nhiễm trùng hoặc kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật.
- Vitamin K nếu có tắc mật
- Thuốc ức chế bơm Proton (PPI).
- Sandostatin ít nhất 2 ngày trước phẫu thuật
- Truyền khối hồng cầu cùng nhóm nếu thiếu máu; truyền huyết tương tươi đông lạnh nếu có rối loạn đông máu, suy kiệt; truyền khối tiểu cầu nếu số lượng tiểu cầu giảm
- Chống đông Lovenox nếu điểm Caprini trên 5
- Điều trị can thiệp đặt stent ống mật chủ, dẫn lưu đường mật qua da trước phẫu thuật nhằm điều chỉnh các rối loạn, nâng cao thể trạng bệnh nhân.
- Điều trị các bệnh phổi hợp nếu có.

3.2.2. Điều trị hóa chất và/hoặc xạ trị: nếu hiện tại không còn chỉ định phẫu thuật.

3.2.3. Điều trị giảm nhẹ

Đối với giai đoạn cuối, thể trạng bệnh nhân suy kiệt: truyền dịch, truyền dinh dưỡng, truyền máu và chế phẩm máu, bồi phụ điện giải, giảm đau, điều trị bệnh phổi hợp nếu có.

3.2.4. Điều trị phẫu thuật

- Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.
- Phương pháp phẫu thuật: tùy thuộc vào vị trí u, giai đoạn bệnh, thể trạng bệnh nhân, điều kiện gây mê hồi sức mà có phương pháp phẫu thuật phù hợp:

- + Cắt khối tá tụy
- + Cắt tụy trung tâm
- + Cắt thân đuôi tụy kèm/bảo tồn lách
- + Cắt tụy toàn bộ
- + Nôi tắt: Nôi ống tụy- hồng tràng, nối ống mật chủ- hồng tràng, nối vị tràng
- + Thăm dò, sinh thiết
- Nạo vét hạch hệ thống.

- Sinh thiết tức thì trong mổ: tổ chức u tụy, các diện cắt, các hạch nghi ngờ có di căn, các tổ chức nghi ngờ u xâm lấn để có quyết định nhanh chóng, kịp thời trong phẫu thuật; cố gắng đạt được phẫu thuật triệt để về mặt ung thư học (R0).

- Xét nghiệm mô bệnh học thường quy: tổ chức u tụy, các diện cắt, các hạch được vét bỏ, các tổ chức nghi ngờ u xâm lấn và các cơ quan khác cắt ra khỏi cơ thể bệnh nhân.

- Truyền khối hồng cầu cùng nhóm, huyết tương tươi đông lạnh, khối tiểu cầu hoặc huyết tương giàu tiểu cầu nếu có chỉ định.

- Siêu âm hoặc phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác phối hợp trong mổ.

3.2.5. Điều trị sau phẫu thuật

- Truyền dịch, truyền dinh dưỡng, bồi phụ điện giải
- Kháng sinh phổ rộng, phối hợp nhiều nhóm: ít nhất 7 ngày sau mổ hoặc lâu hơn, đổi loại kháng sinh khác nếu có biến chứng.
- Thuốc ức chế bơm Proton (PPI).
- Sandostatin ít nhất 7 ngày sau mổ, hoặc lâu hơn nếu có biến chứng rò tụy, rò bạch huyết, xuất huyết tiêu hóa.
- Giảm đau: áp dụng nhiều phương pháp giảm đau, nhiều loại thuốc giảm đau để đạt được hiệu quả giảm đau tốt nhất.
- Truyền khối hồng cầu cùng nhóm nếu thiếu máu; truyền huyết tương tươi đông lạnh nếu có rối loạn đông máu, suy kiệt; truyền khối tiểu cầu nếu số lượng tiểu cầu giảm
- Chống đông Lovenox nếu điểm Caprini trên 5 cho đến khi bệnh nhân ra viện.
- Điều trị các bệnh phối hợp nếu có.

3.3. Điều trị dự phòng

3.3.1. Theo dõi và tái khám

Tuỳ phương pháp điều trị, hiệu quả điều trị, diễn biến bệnh mà hẹn tái khám hàng tháng, mỗi hai tháng, mỗi ba tháng hay mỗi sáu tháng.

Kiểm tra tình trạng khối u, chức năng tụy, toàn trạng

- Tổng phân tích các tế bào máu.
- Xét nghiệm đông máu toàn bộ.
- Sinh hoá máu: Glucose, Ure, Creatinin, Albumin, Protein TP, Bilirubin TP, Bilirubin TT, GPT, GOT, điện giải đồ, canxi, Amylase.

- Xét nghiệm CA 19-9

- Siêu âm ổ bụng.

- Chụp CLVT/MRI ổ bụng có tiêm thuốc mỗi ba tháng hay sớm hơn thiết khi cần.

Tầm soát tiến triển bệnh, di căn xa (khi có triệu chứng hay nghi ngờ):

- Xquang ngực, Xquang cột sống thắt lưng.

- Nội soi dạ dày, nội soi đại trực tràng.

- Chụp CLVT/MRI sọ não, cột sống, ...

3.3.2. Phòng bệnh

- Đảm bảo ăn uống, sinh hoạt hợp lý, an toàn
- Tăng cường khám quản lý sức khỏe ban đầu nhằm phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa – bệnh viện Bạch Mai
2. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
3. Sách “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học, 2013.

4. *PDQ Adult Treatment Editorial Board. Pancreatic Cancer Treatment (PDQ®): Health Professional Version. November 12, 2019.*
5. [Guideline] *National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Pancreatic Adenocarcinoma. J Natl Compr Canc Netw, 2017 Aug; 15(8):1028-1061.*
6. *Conroy T, Desseigne F, Ychou M, et al. FOLFIRINOX versus gemcitabine for metastatic pancreatic cancer. N Engl J Med. 2011 May 12.*
7. *Von Hoff DD, Arena FP, Chiorean EG, Infante JR, Moore MJ, Seay TE, et al. Randomized phase III study of weekly nab-paclitaxel plus gemcitabine versus gemcitabine alone in patients with metastatic adenocarcinoma of the pancreas (MPACT).*
8. *Mulcahy N. FDA Approves Nab-Paclitaxel for Pancreatic Cancer.*
9. *Singh, Ritu Raj; Reilly, Eileen M. (2020). New Treatment Strategies for Metastatic Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. Drugs, 80(7), 647–669.*

VII. NANG GAN (ICD: Q44.6)

1. ĐỊNH NGHĨA

Nang gan (bao gồm đơn nang và đa nang) là hiện tượng hình thành ổ trống chứa dịch trong gan. Đây là một tổn thương bẩm sinh, lành tính và khá phổ biến. Tỷ lệ phát hiện nang gan trên siêu âm là 3-5% dân số và từ 15-18% dân số trên cắt lớp vi tính. Nang gan có thể được phát hiện tình cờ khi siêu âm, chụp CT/MRI, nội soi ổ bụng hay phẫu thuật mở.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định: Chủ yếu dựa trên siêu âm, CT/ MRI.

- Lâm sàng: Nang gan có thể “im lặng” suốt đời, thông thường được chẩn đoán tình cờ khi làm siêu âm, chụp CT/MRI, cũng có thể được phát hiện gây ra các triệu chứng và biến chứng.

- Cảm giác đau tức hay ậm ạch vùng thượng vị, hạ sườn phải. Nếu nang đủ lớn, có thể sờ được gan to mềm hay thậm chí có thể sờ được trực tiếp nang gan qua khám bụng.

- Dấu hiệu chèn ép: vàng da (nang gan chèn ép vào đường mật) và tăng áp tĩnh mạch cửa (nang gan chèn vào tĩnh mạch cửa).

- Nang có thể vỡ hay chảy máu. Vỡ nang có thể tự phát hay sau một chấn thương vào vùng gan. Vỡ nang, chảy máu trong nang thường làm cho bệnh nhân nhập viện trong bệnh cảnh bụng cấp (đau bụng dữ dội vùng HSP, thượng vị hoặc lan ra khắp bụng trong trường hợp vỡ; tình trạng thiếu máu phụ thuộc vào mức độ chảy máu)

- Nang gan bội nhiễm gây bệnh cảnh áp-xe gan: đau bụng vùng gan, toàn thân biểu hiện tình trạng nhiễm trùng, khám thực thể có thể thấy gan to – đau.

2.1.1. Cận lâm sàng

• Xét nghiệm máu

- Xét nghiệm công thức máu: Hồng cầu, Hb giảm nếu có xuất huyết, vỡ nang; bạch cầu tăng nếu có nhiễm trùng.

- Xét nghiệm đông máu cơ bản đánh giá tình trạng rối loạn đông máu (APTT, PT%, fibrinogen) và chức năng gan.

- Xét nghiệm nhóm máu ABO-RhD (chuẩn bị trước truyền máu nếu có, hoặc phẫu thuật)

- Xét nghiệm sinh hóa máu:

+ Chức năng gan, chức năng thận (có thể suy giảm đặc biệt gặp trong hội chứng gan thận đa nang hoặc trường hợp có biến chứng); Bilirubin toàn phần và bilirubin trực tiếp tăng cũng gặp trong trường hợp nang chèn ép đường mật.

+ Xét nghiệm Glucose, albumin, protein, điện giải đồ, canxi huyết thanh đánh giá tình trạng của bệnh nhân.

+ Procalcitonin, CRP: Đánh giá tình trạng, mức độ viêm, nhiễm trùng

- HIV, HbsAg, HCV: chuẩn bị trước can thiệp ngoại khoa nếu có hoặc khi cần chẩn đoán phân biệt với các tổn thương gan ở gan.

- Cây máu 2 vị trí: khi nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết ở các trường hợp có biến chứng bội nhiễm.

- Các xét nghiệm khác trong trường hợp phân biệt các tổn thương gan-đường mật khác: AlphaFP, CA 19-9, test sản lá gan lớn/nhỏ, ...

- Chẩn đoán hình ảnh

- Xquang bụng không chuẩn bị

- Siêu âm ổ bụng:

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CT)/cộng hưởng từ ổ bụng (MRI)

- Các thăm dò khác

- Chọc hút dịch nang gan hiện nay không được khuyến cáo với lý do làm tăng khả năng bội nhiễm, đồng thời các điều trị phối hợp trong chọc hút (tiêm cồn, tiêm xơ) cho tỷ lệ tái phát cao.

- Trong các trường hợp được chỉ định chọc hút với mục đích chẩn đoán phân biệt hay định hướng can thiệp, dịch chọc hút có thể được xét nghiệm tế bào học, CA 19-9, bilirubin, amylase, rivalta hoặc nhuộm soi-nuôi cấy vi khuẩn.

- Chẩn đoán mô bệnh học và tế bào học

- Bệnh phẩm vỏ nang, dịch nang hoặc tổ chức gan chứa nang được lấy trong phẫu thuật.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- U máu trong gan.

- Các u lành ở gan (adenoma, tăng sinh thể nốt, xơ gan thể nốt, áp xe gan, sản lá gan, vôi hoá nhu mô,

- Nang đường mật.

- Ung thư đường mật trong gan.

- Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC).

- Di căn các ung thư khác (dạ dày, đại tràng, phổi, vú, ...)

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Nang gan không có triệu chứng và được phát hiện ngẫu nhiên không cần theo dõi và điều trị.

- Nang gan có triệu chứng hoặc có các biến chứng như chảy máu, vỡ, nhiễm trùng hay tăng trưởng nhanh cần can thiệp điều trị.

- Có thể can thiệp dự phòng ở những nang có nguy cơ cao: kích thước lớn (>8cm), nằm sát ngoại vi bao gan.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1 Điều trị phẫu thuật

Đây là phương pháp được lựa chọn đầu tiên ở những trường hợp nang gan có chỉ định điều trị với các lý do sau:

- Là phương pháp điều trị triệt để nhất, tỷ lệ tái phát thấp nhất

- Có nhiều phương án điều trị được lựa chọn linh hoạt trong mổ nhằm đưa lại hiệu quả tốt nhất: cắt chỏm nang, cắt nang, cắt phần gan chứa nang, nổi nang gan – ruột, ...

- Có thể lấy mảnh tổ chức nang làm xét nghiệm tế bào học khẳng định chắc chắn chẩn đoán.

3.2.1.1. Điều trị nội khoa hỗ trợ trước phẫu thuật

- Truyền dịch, truyền dinh dưỡng, bồi phụ điện giải
- Kháng sinh nếu có nhiễm trùng hoặc kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật.
- Vitamin K nếu có tắc mật

- Truyền khối hồng cầu cùng nhóm nếu thiếu máu (trong nang gan vỡ, xuất huyết, bệnh lý phổi hợp); truyền huyết tương tươi đông lạnh nếu có rối loạn đông máu (trong tắc mật do nang chèn ép, bệnh lý phổi hợp); truyền khối tiểu cầu nếu số lượng tiểu cầu giảm.

- Chống đông Lovenox nếu điểm Caprini trên 5
- Điều trị các bệnh phổi hợp nếu có.

3.2.1.2. Các phương pháp điều trị phẫu thuật

- Cắt chỏm nang gan (nội soi hoặc mổ mở)
- Cắt gan
- Các phẫu thuật khác

+ Nối nang ruột khi nang có sự thông thương với đường mật, hay nang đường mật.

+ Ghép gan: khi gan đa nang chiếm toàn bộ nhu mô gan, gây hậu quả suy gan (thường gặp trong hội chứng gan thận đa nang).

3.2.1.3. Điều trị sau phẫu thuật

- Trong 24h đầu: thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hóa máu: chức năng gan, thận, điện giải ngày thức nhất sau mổ và những ngày sau nếu có bất thường.

- Truyền dịch, truyền dinh dưỡng, bồi phụ điện giải.

- Kháng sinh phổ rộng, phối hợp nhiều nhóm: ít nhất 7 ngày sau mổ hoặc lâu hơn, đổi loại kháng sinh khác nếu có biến chứng hoặc có bằng chứng vi sinh.

- Thuốc ức chế bơm Proton (PPI).

- Giảm đau: áp dụng nhiều phương pháp giảm đau, nhiều loại thuốc giảm đau để đạt được hiệu quả giảm đau tốt nhất.

- Truyền khối hồng cầu cùng nhóm nếu thiếu máu; truyền huyết tương tươi đông lạnh nếu có rối loạn đông máu, suy kiệt; truyền khối tiểu cầu nếu số lượng tiểu cầu giảm.

- Chống đông Lovenox nếu điểm Caprini trên 5 cho đến khi bệnh nhân ra viện.
- Điều trị các bệnh phổi hợp nếu có.

3.2.1.4. Xử trí biến chứng

- Chảy máu:

- Truyền máu, cầm máu, hồi sức tích cực
- Can thiệp mạch nút mạch hoặc mổ lại cầm máu

- Áp xe, ổ dịch tồn dư:

- Điều trị kháng sinh liều cao
- Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

- Rò mật: (hiếm gặp)

- Rò từ các đường mật tận ở ngoại vi. Cần lưu dẫn lưu lâu ngày

- Thuốc: octreotide. Nội soi cắt cơ thắt hoặc đặt stent để giảm áp đường mật

- Mổ lại nếu rò mật > 6 tuần không hết

- Viêm phúc mạc mật:

- Kháng sinh liều cao

- Mô lại lau rửa, xử lý chỗ rò mật, dẫn lưu rộng rãi

3.2.2. Chọc hút dịch nang kết hợp tiêm chất gây xơ hóa

- Phương pháp này có thể được lựa chọn ở những trường hợp nang gan có chỉ định điều trị nhưng không đồng ý phương án phẫu thuật

- Chọc hút nang gan đơn thuần không được khuyến cáo do tỷ lệ tái phát cao và làm tăng nguy cơ bội nhiễm

- Việc chọc hút dịch nang kết hợp với tiêm các chất gây xơ hóa cũng cho kết quả hạn chế, tỷ lệ tái phát cao. Chất gây xơ hóa chỉ phát huy tác dụng khi nang gan xẹp và vách nang áp lại với nhau, mà điều này hiếm khi xảy ra khi nang gan đạt kích thước đáng kể.

3.2.3. Tiêu chuẩn ra viện

- Dấu hiệu sinh tồn ổn định

- Bụng mềm xẹp, không có phản ứng.

- Vết mổ khô

- Kiểm soát được tình trạng đau

- Không có các biến chứng hoặc rối loạn khác kèm theo

- Các kết quả cận lâm sàng không có rối loạn

3.3 Theo dõi và tái khám

Tuỳ phương pháp điều trị, hiệu quả điều trị, diễn biến bệnh mà hẹn tái khám sau 2 tuần hay hàng tháng, mỗi hai tháng, mỗi ba tháng hay mỗi sáu tháng. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, sự lành vết thương, hay các biến chứng sau phẫu thuật để có hướng xử trí thích hợp.

- Tổng phân tích các tế bào máu.

- Xét nghiệm đông máu toàn bộ.

- Sinh hoá máu: Glucose, Ure, Creatinin, Albumin, Protein TP, Bilirubin TP, Bilirubin TT, GPT, GOT, điện giải đồ, Canxi, Amylase, Lypase.

- Siêu âm ổ bụng.

- Chụp CLVT/MRI ổ bụng có tiêm thuốc khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa – bệnh viện Bạch Mai*

2. *Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy*

3. *Sách “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học năm 2013.*

4. *ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Focal Liver Lesions (2014).*

5. *“Polycystic liver diseases”. Onori P, Franchitto A, Mancinelli R, Carpino G, Alvaro D, Francis H, et al. Dig Liver Dis. 2010 Apr; 42 (4):261-71*

6. *Mavilia MG, Pakala T, Molina M, Wu GY. Differentiating Cystic Liver Lesions: A Review of Imaging Modalities, Diagnosis and Management. J Clin Transl Hepatol. 2018 Jun 28;6(2):208-216.*

7. *Recinos A, Zahouani T, Guillen J, Rajegowda B. Congenital Hepatic Cyst. Clin Med Insights Pediatr. 2017;*

VIII. NANG TỤY (ICD 10: K 86.2)

1. ĐỊNH NGHĨA

Nang tụy hay u nang tuyến tụy là cấu trúc bất thường của túi nang giống như chất lỏng trên hoặc bên trong tuyến tụy. U nang tuyến tụy có thể là ung thư (ví dụ: u nhú nội ống) hoặc không phải ung thư. Việc phân loại chính xác u nang là rất quan trọng, vì u nang không phải ung thư chỉ cần điều trị nếu có triệu chứng, trong khi một số u nang tuyến tụy có tiềm năng ác tính đáng kể và cần được cắt bỏ.

Có 4 loại chính:

- U thanh dịch (SCT)(16%)
- U nang nhầy (MCN)(23%)
- U nhầy trong ống tụy hay u nhầy nhú nội ống (IPMN) (38%)
- U đặc giả nhú (SPN)(3%)

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Triệu chứng thường mơ hồ, nang tụy được phát hiện tình cờ. Khi dấu hiệu hoặc triệu chứng xảy ra, chúng thường bao gồm:

- Liên tục đau bụng, có thể lan tới lưng.
- Buồn nôn và ói mửa.
- Sờ thấy khối ở vùng bụng tương ứng với vị trí tuyến tụy.

2.1.2. Cận lâm sàng

2.1.2.1. Xét nghiệm

- Công thức máu, Đông máu toàn bộ.
- Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu.
- Xét nghiệm Bilirubin TP, TT, SGOT, SGPT, ALP, Albumin, protein, điện giải đồ, Canxi
- Xét nghiệm Ure, Creatinin máu đánh giá chức năng thận trước phẫu thuật.
- Xét nghiệm HBsAg, HCV để loại trừ tắc mật do viêm gan virus.

2.1.2.2. Chất chỉ điểm khối u CA 19-9, CEA

CA 19-9 huyết thanh là chất chỉ điểm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, cho phép tiên lượng tình trạng di căn, khả năng sống thêm cũng như đánh giá đáp ứng điều trị và theo dõi sau mổ.

CEA dịch nang là chất chỉ điểm khối u được nghiên cứu tốt nhất và chính xác nhất để chẩn đoán nang tụy dạng nhầy. Kết quả > 105 ng/ml có giá trị chẩn đoán.

2.1.2.3. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm
- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CT)

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng

- Siêu âm nội soi (EUS)

- Siêu âm nội soi với chọc hút kim nhỏ (EUS-FNA).

- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP): ERCP cho hình ảnh điển hình của IPMN bao gồm ống tụy bị giãn lan tỏa hoặc phân đoạn. Các nhánh bên cũng có thể bị giãn ra. Một ưu điểm của ERCP là khả năng lấy tế bào học bằng cách hút các chất trong ống tụy.

2.1.2.4. Chẩn đoán mô bệnh học và tế bào học

- Xét nghiệm tế bào học đối với ung thư tụy có độ đặc hiệu rất cao.

- Các dấu ấn phân tử chẩn đoán (KRAS , GNAS , VHL , CTNNB1) và các dấu ấn phân tử tiên lượng (TP53 , PIK3CA , PTEN).

2.1.2.5. Các thăm khám cận lâm sàng cần thiết khác

- Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng: nội soi xuống D2 tá tràng quan sát cơ Oddi cho phép chẩn đoán tắc mật do u đầu tụy hay tổn thương ở Vater.

- Điện tâm đồ, Xquang phổi: đánh giá gây mê phẫu thuật

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nang giả tụy

- U tuyến tụy ngoại tiết.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị theo dõi nội khoa

Nhiều nang tụy có thể được theo dõi bằng phương tiện chẩn đoán hình ảnh sẽ phụ thuộc vào các yếu tố khác nhau liên quan đến bệnh nhân (tuổi, bệnh đi kèm, lựa chọn cá nhân) và các đặc điểm liên quan đến u nang (kích thước, vị trí, xét nghiệm dịch).

Bệnh nhân có nang tụy <3 cm không có thành phần đặc hoặc ống tụy bị giãn phải chụp cộng hưởng từ để theo dõi trong một năm và sau đó hai năm một lần trong tổng số năm năm.

Đối với các u nang có kích thước từ 2 đến 3 cm, nên chụp MRI hoặc EUS sau mỗi 6 đến 12 tháng trong ba năm để theo dõi. Nếu ổn định, thì nên chụp MRI hàng năm thêm 4 năm, sau đó kéo dài khoảng thời gian nếu u nang ổn định.

3.2. Điều trị ngoại khoa

3.2.1. Chỉ định

- U nang có tế bào học ác tính hoặc bệnh ác tính tiến triển hoặc có các đặc điểm liên quan đến bệnh ác tính.

- U nang gây ra các biến chứng (ví dụ, viêm tụy, chảy máu...)

- U nang có tiềm năng ác tính đáng kể, bao gồm u nang nhầy (MCN), u nhầy nhú nội ống tụy (IPMN) và u đặc giả nhú (SPN)

- Kết hợp đồng thời các bệnh lý trong ổ bụng cần can thiệp ngoại khoa.

3.2.2. Phẫu thuật

- Phẫu thuật cắt bỏ khối u nang tụy bằng phẫu thuật nội soi hoặc mở bụng theo vị trí, kích thước và tính chất của khối u nang.

3.2.3. Điều trị sau phẫu thuật

- Đối với những bệnh nhân phẫu thuật cắt u nang, việc theo dõi phụ thuộc vào kết quả bệnh lý. Nếu có bằng chứng của ung thư xâm lấn hoặc loạn sản cấp độ cao, nên thực hiện giám sát hình ảnh cộng hưởng từ của tuyến tụy còn lại hai năm một lần. Nếu không có loạn sản cấp độ cao hoặc bệnh ác tính, không cần giám sát đối với những bệnh nhân không có u nhầy nhú nội ống (IPMN) hoặc tiền sử gia đình mắc bệnh ung thư tuyến tụy.

- Đối với những bệnh nhân u nhầy nhú nội ống (IPMN), liệu pháp hỗ trợ sau cắt bỏ giúp cải thiện khả năng sống sót.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa – bệnh viện Bạch Mai*
2. *Sách “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học, 2013.*
3. *Kromrey ML, Bülow R, Hübner J, et al. Prospective study on the incidence, prevalence and 5-year pancreatic-related mortality of pancreatic cysts in a population-based study. Gut 2018; 67:138.*
4. *Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut 2013; 62:102.*
5. *Gill AJ, Klimstra DS, Lam AK, et al.. Tumours of the pancreas. In: World Health Organization Classification of Tumours, 5, WHO Classification of Tumours Editorial Board (Ed), IARC Press, Lyon 2019. p.296.*

IX. NANG GIẢ TUY (ICD: K86.3)

1. ĐỊNH NGHĨA

Nang giả tụy là ổ tụ dịch giàu amylase và các men tụy, tập trung khu trú trong mô tụy hay quanh tụy, trong ổ bụng, có thành không biểu mô (bao gồm mô xơ và mô hạt) Hầu hết các nang giả tụy xảy ra do hậu quả của viêm tụy cấp. Tuy nhiên, chúng cũng có thể xảy ra trong trường hợp viêm tụy mãn tính, sau phẫu thuật hoặc sau chấn thương tụy.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Nang giả tụy không có triệu chứng đặc hiệu nào, cần xem xét khả năng có nang giả tụy khi bệnh nhân có biểu hiện đau bụng dai dẳng, chán ăn hoặc có khối ở bụng sau một đợt viêm tụy.

Các triệu chứng hay dấu hiệu gợi ý trên lâm sàng:

- Đau bụng dai dẳng, chán ăn hoặc cảm giác đầy bụng sau viêm tụy
- Khám thực thể thấy bụng mềm, có thể sờ thấy khối ở bụng
- Các biểu hiện của biến chứng:

+ Vàng da: nang tụy chèn ép vào đường mật, một số trường hợp là do xơ hoá đầu tụy trong viêm tụy mạn.

+ Tắc ruột, bán tắc ruột do nang tụy chèn vào ống tiêu hoá

+ Tăng áp lực tĩnh mạch cửa do nang chèn ép vào tĩnh mạch cửa.

+ Tình trạng nhiễm trùng: nang tụy bội nhiễm

+ Cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng: khi nang giả tụy bị vỡ hay nhiễm trùng

- Triệu chứng khác: tràn dịch màng phổi là dấu hiệu kết hợp khá phổ biến, nhất là các trường hợp phát hiện nang sớm sau viêm tụy.

2.1.2. Cận lâm sàng

* Xét nghiệm máu

- Công thức máu

+ Hồng cầu, hematocrit, hemoglobin giảm trong các trường hợp nang biến chứng chảy máu

+ Bạch cầu tăng khi có bội nhiễm nang

- Sinh hoá máu:

+ Amylase/lipase: có thể tăng cao

+ Bilirubin TP/TT tăng trong các trường hợp có biến chứng chèn ép

+ Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và thể trạng bệnh nhân: glucose, protein, albumin, ure, creatinin, GOT, GPT, điện giải đồ, calci.

- Xét nghiệm nhóm máu, đông máu toàn bộ, test nhanh (HBV, HIV) trong các trường hợp có biến chứng hay cần điều trị can thiệp/phẫu thuật.

* Xét nghiệm dịch nang

Dịch nang có thể được lấy qua chọc hút, dẫn lưu hay trong quá trình phẫu thuật. Dịch thường có màu nâu đỏ, trong có lẫn các tổ chức hoại tử, có thể có máu/mủ trong các trường hợp biến chứng. Xét nghiệm dịch nang có thể giúp chẩn đoán phân biệt nang giả tụy với các khối u nang tụy, đặc biệt đối với các bệnh nhân không có tiền sử viêm tụy rõ ràng, các xét nghiệm này bao gồm:

- CEA, CA 12-5: thấp trong nang giả tụy và tăng cao trong một số khối u.

Đặc biệt mức CEA > 400 ng/ml gợi ý nguy cơ ác tính rất cao.

- Amylase thường cao trong nang giả tụy và thấp trong khối u

- Xét nghiệm tế bào học: có giá trị chẩn đoán xác định khi dương tính, nhưng các trường hợp âm tính không có giá trị loại trừ.

- Làm các xét nghiệm nhuộm soi, nuôi cấy vi khuẩn nếu có biểu hiện nhiễm trùng.

* Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm bụng

- Siêu âm nội soi

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng

- Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi

- Chụp cộng hưởng từ

* Xét nghiệm mô bệnh học

Có giá trị quan trọng trong khẳng định chẩn đoán. Tổ chức thành nang lấy được (sinh thiết, trong phẫu thuật) được gửi làm mô bệnh học.

2.2 Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với một số u nang tụy (nang thật tụy) thường gặp:

- U nhú nội ống chế nhầy (IPMN)

- + Hay gặp ở nam giới, 60-70 tuổi, có thể có các triệu chứng không đặc hiệu (đau bụng, buồn nôn, vàng da, ...), phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh:

- + ERCP: hình chất nhầy tổng qua nhú Vater (hình miệng cá) là hình ảnh chẩn đoán chắc chắn.

- + CLVT: ống tụy chính dẫn > 5mm, thì tiêm thuốc xác định liên quan của nang với nhu mô.

- + MRI: xác định vị trí, kích thước, số lượng IPMN, tình trạng ống tụy, sự thông thương của u với ống tụy

- + Siêu âm nội soi, chọc hút bằng kim nhỏ: được khuyến cáo cho các khối u từ 1-2cm để tìm các dấu hiệu ác tính (u nhú trên thành nang, dẫn ống tụy, tế bào ác tính), CEA dịch chọc hút cao.

- U nang nhầy

- + Hay gặp ở nữ giới tiền mãn kinh (40-50 tuổi), vị trí ở thân đuôi tụy, triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu.

- + CLVT: hình ảnh u nang nằm trong nhu mô tụy, kích thước khác nhau, không thông

với ống tụy, vách mỏng ngấm thuốc, có thể có các dấu hiệu ác tính (calci hoá ngoại vi, thành nang dày, tổn thương sùi trên thành), lòng nang chứa dịch nhầy, có thể u nang đơn độc hay nhiều nang.

- + Siêu âm nội soi kết hợp FNA nếu CLVT không rõ ràng.

- U nang thanh dịch

- + Gặp ở nữ > nam (3/1), tuổi trung bình 61 và cũng có các triệu chứng không đặc hiệu.

- + CLVT: tổn thương u nang hình như tổ ong có sẹo xơ trung tâm, thành nang mỏng và không có tăng sinh mạch, 30% calci hoá ở trung tâm. Tổn thương hay gặp ở đầu tụy.

- + Siêu âm nội soi, FNA: với các trường hợp khó.

- U đặc giả nhú

- + Ít gặp, thường ở nữ trẻ tuổi (20-38 tuổi), đa số đến khi có triệu chứng và không đặc hiệu.

- + Siêu âm, CLVT, MRI cho hình ảnh khối đặc chưa vùng nang, có vỏ dày và rõ, 30% có tổn thương calci hoá hình bàn nguyệt, không có vách.

- + Siêu âm nội soi kết hợp FNA giúp chẩn đoán xác định.

2.3 Các chẩn đoán phân biệt khác

- Viêm tụy cấp tính

- Viêm tụy mãn tính

- Ung thư tuyến tụy

- Hoại tử tuyến tụy và áp xe tuyến tụy

- Phình mạch giả tuyến tụy

- Bệnh von Hippel-Lindau

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị

- Không có thuốc đặc trị nang giả tụy.

- Kháng sinh được sử dụng phối hợp trong dẫn lưu các nang tụy nhiễm trùng

- Sandostatin: được khuyến cáo sử dụng với các nang tụy được dẫn lưu bằng catheter.

- Chỉ định dẫn lưu hay cắt bỏ nang tụy khi:

- + Có triệu chứng

- + Có biến chứng

- + Lo ngại về nguy cơ ác tính.

3.2 Điều trị cụ thể

3.2.1 Điều trị nội khoa

- Hồi sức, nâng cao thể trạng

- Với các trường hợp biến chứng:

- + Dùng kháng sinh phổ rộng, phối hợp nếu có nhiễm trùng

- + Truyền máu nếu có thiếu máu

- + Dùng vitamin K nếu có tắc mật

- Chế độ ăn hạn chế chất béo, nếu ăn uống gây đau bụng cần nhắc đặt ống thông hồng tràng qua da hoặc nội soi để cho ăn.

3.2.2 Điều trị can thiệp

- Chọc hút qua da (dưới hướng dẫn siêu âm)

+ Dùng để chẩn đoán hoặc điều trị tạm thời, tỷ lệ thất bại 54% và tái phát tới 63%.

+ Gây nguy cơ bội nhiễm nang giả tụy

- Dẫn lưu qua da bằng catheter (dưới hướng dẫn siêu âm)

+ Chỉ định: nang giả tụy nhiễm trùng, có thể tiếp cận được dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Chống chỉ định

• Nang không thể tiếp cận qua da

• Bệnh nhân tuân thủ kém, không thể quản lý catheter tại nhà

• Có dấu hiệu tắc ống tụy chính

• Nang có nhiều tổ chức đặc.

+ Qua catheter có thể lấy dịch xét nghiệm, bơm rửa điều trị. Đây được coi là một biện pháp điều trị tạm thời tốt, nhanh chóng, mặc dù có tỉ lệ tái phát và thất bại không nhỏ.

- Dẫn lưu trong qua nội soi (qua ERCP hoặc xuyên thành)

+ Chỉ định

• Nang giả tụy có tiếp xúc với dạ dày – tá tràng, đoạn đầu ruột non

• Nang ở giai đoạn ổn định, dính tốt vào thành dạ dày, tá tràng.

+ Chống chỉ định: nang giả tụy có biến chứng viêm cấp hay chảy máu

+ Biến chứng: chảy máu, rò dịch vào khoang phúc mạc, xử trí tùy mức độ biến chứng, có thể là nút mạch, chọc hút, dẫn lưu hút liên tục hoặc mổ giải quyết biến chứng.

- Phẫu thuật dẫn lưu trong

+ Đây là phương pháp điều trị ngoại khoa tiêu chuẩn, tốt nhất cho các nang tụy đã ổn định, hoặc khi các phương pháp điều trị khác không có hiệu quả.

+ Tùy vào vị trí nang, tình trạng nang trong mổ và với kinh nghiệm, phẫu thuật viên có thể lựa chọn nối nang giả tụy với dạ dày, ruột non với các phương pháp Roux-En-Y hoặc Omega Braun.

+ Một số trường hợp không thể tiến hành nối (tổ chức thành nang viêm mủn, hoại tử, vị trí nang không thuận lợi, tình trạng ổ bụng viêm nhiễm, ...) có thể thực hiện dẫn lưu ra ngoài.

- Cắt bỏ nang kèm tụy ngoại vi

Nang giả thân và đuôi tụy có liên quan với lách, không dính vào đại tràng góc lách có chỉ định cắt tụy ngoại vi, tuy nhiên cần thận trọng biến chứng rò tụy trong các trường hợp Oddi lưu thông kém.

3.2.3 Điều trị dự phòng

- Kiêng rượu, bia, chất kích thích

- Ăn uống điều độ, tập luyện cơ thể, nâng cao sức khỏe

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bệnh học ngoại khoa sau đại học NXBQĐND - HN 2002 tập 1, 2.*
2. *Chuyên khoa ngoại – NXBYH – HN 1985.*
3. *Tai biến và biến chứng phẫu thuật HVQY 1988.*
4. *Bệnh học ngoại khoa NXBYH – HN 1985 tập 1, 2 phần bụng. 1986 phần tụy lách 1991.*
5. *Bách khoa thư bệnh học NXBYH – HN 2003 tập 1, 2, 3.*
6. *Pan G., Wan M.H., Xie K.-L., et al. (2015). Classification and Management of Pancreatic Pseudocysts. Medicine (Baltimore)*
7. *Louis R Lambiase, et al (2017), Pancreatic Pseudocysts, <<https://emedicine.medscape.com/article/184237-overview>>*
8. *Maingot's Abdominal operations. T1, T2 – Appleton & Lange, A. Simon & Schuster company, Printed in the United State of America 1997.*
9. *David Sabiton; Textbook of Surgery, the biological basis of modern surgical practice, T1, T2 Saunders Company, Printed in the United State of America 1997.*
10. *Encyclopédie Médico – Chirurgicale, Techniques chirurgicales, Appareil digestif, T1, T2, T3, Printed in France, 75015 Paris.*

X. CHẤN THƯƠNG GAN (ICD: S36.1)

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương gan là hình thái lâm sàng thường gặp trong chấn thương bụng kín ở nước ta cũng như trên thế giới và chỉ đứng hàng thứ 2 sau chấn thương lách với tỉ lệ 15-20%.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

2.1.1.1. Triệu chứng cơ năng

Bệnh nhân kêu đau bụng, chướng bụng hoặc thờ ơ thấy đau tức bụng.

2.1.1.2. Triệu chứng thực thể

- Toàn thân: hội chứng mất máu cấp (mạch nhanh, huyết áp tụt, da niêm nhợt, vật vã ...).
- Bụng chướng, bí trung đại tiện, sờ có cảm ứng phúc mạc hoặc phản ứng thành bụng.
- Gõ đục vùng thấp, túi cùng Douglas căng đau.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu (có thể làm nhiều lần), nhóm máu, đông máu toàn bộ, xét nghiệm sinh hóa máu (chức năng gan, thận, amylase, ...).

- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm bụng (có thể làm nhiều lần), Xquang bụng không chuẩn bị, CTscanner bụng có cản quang.

Phân độ chấn thương gan: (Phân độ tổn thương theo AAST)

Độ	Tổn thương		
	Tụ máu	Đường vỡ, nhu mô	Mạch máu
I	Dưới bao: < 10% diện tích bề mặt.	Sâu < 1cm.	
II	Dưới bao: 10 – 50% diện tích bề mặt. Trong nhu mô: kích thước <10cm.	Sâu: 1 – 3cm. Dài: < 10cm.	
III	Dưới bao: > 50% diện tích bề mặt. Trong nhu mô: kích thước >10cm. Vỡ khối tụ máu.	Sâu: > 3cm.	
IV		Vỡ 25 – 75% thùy, hay vỡ 1 – 3 hạ phân thùy.	
V		Vỡ > 75% thùy, hay vỡ > 3 hạ phân thùy.	Tổn thương tĩnh mạch chủ sau gan hoặc tĩnh mạch trên gan.
VI	Đứt cuống gan.		

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Thái độ xử trí ban đầu

3.1.1. Hồi sức

- Bất động.
- Giảm đau.
- Lấy đường truyền: truyền ngay Natriclorid 0,9% ± khối hồng cầu và huyết tương tươi.

3.1.2. Xác định mức độ chảy máu

- Mất máu tối cấp: dựa vào khám lâm sàng và các yếu tố tiên lượng
- + Huyết động thay đổi kèm theo rối loạn các cơ quan khác: da, niêm mạc nhợt nhiều; mạch nhanh nhỏ, khó bắt, huyết áp không đo được; bệnh nhân kích thích vật vã hoặc hôn mê.
- + Bụng nhiều dịch máu: dựa vào khám lâm sàng và siêu âm tại giường.
- + Không có các tổn thương chảy máu nhiều bên ngoài.
- + Yếu tố tiên lượng: thời gian chấn thương dẫn đến thay đổi huyết động càng ngắn

-> càng nặng

Xử trí: chỉ định mổ cấp cứu ngay kết hợp hồi sức tích cực.

- Tình trạng mất máu cấp:

Đánh giá tình trạng huyết động trong quá trình hồi sức

Độ	Tình trạng huyết động
1	Không giảm huyết áp
2	Huyết áp giảm nhưng đáp ứng tốt với truyền $\leq 2000\text{ml}$ Natriclorid 0,9%
3	Huyết áp giảm nhưng đáp ứng tốt với dịch truyền $> 2000\text{ml}$ Natriclorid 0,9% + 500ml KHC
4	Huyết áp giảm không đáp ứng với truyền dịch và máu

Dựa vào mức độ thay đổi huyết động kết hợp với các kết quả cận lâm sàng (CTScanner, siêu âm, công thức máu, ...) nếu có để đưa ra chỉ định điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật.

3.2. Điều trị bảo tồn không mổ

3.2.1. Tiêu chuẩn: Khi đảm bảo toàn bộ các tiêu chuẩn sau:

- Tổn thương gan độ I-II-III-IV
- Huyết động ổn định từ đầu hoặc sau hồi phục thể tích tuần hoàn.
- Khối lượng máu truyền (nếu có) ít hơn 4 đơn vị/24h.
- Không có tổn thương phối hợp khác trong ổ bụng cần phải phẫu thuật.

3.2.2. Chấn thương gan độ I-II: có thể theo dõi tại bệnh phòng

- Lâm sàng:

+ Huyết động: 24h đầu: lấy mạch, huyết áp 60 phút/lần, những ngày sau khoảng cách đo phụ thuộc lâm sàng (ghi phiếu theo dõi)

- + Tình trạng bụng: diễn biến đau, chướng bụng, dấu hiệu thành bụng
- + Nhiệt độ: thường quy
- + Vàng da, niêm mạc
- + Diễn biến của các tổn thương phối hợp

- Cận lâm sàng:

- + Công thức máu: khi vào, những lần sau phụ thuộc lâm sàng

- + Sinh hóa máu: chức năng gan – thận khi vào và sau đó 2 ngày/lần hoặc nhiều hơn tùy thuộc chế độ điều trị, diễn biến lâm sàng.

- + Siêu âm, CLVT: khi vào, những lần sau phụ thuộc diễn biến lâm sàng

- Điều trị:

- + Kháng sinh dự phòng, acid tranexamic

- + Truyền hồng cầu khối, huyết tương tươi cùng nhóm khi có tình trạng mất máu cấp dựa vào lâm sàng và thay đổi của xét nghiệm công thức máu.

- + Bồi phụ dịch, điện giải, dinh dưỡng tĩnh mạch, hỗ trợ chức năng gan.

- + Giảm đau: morphine, paracetamol, NSAID,...

- + Bất động tuyệt đối tối thiểu 2 ngày, nghỉ tại giường 3 – 5 ngày

- + Thời gian nằm viện: từ 5 - 7 ngày, thay đổi phụ thuộc lâm sàng.

3.2.3. Chấn thương độ III trở lên: theo dõi sát tại phòng hồi sức, phòng cấp cứu 24-72h: huyết động mỗi 30 phút/lần, xét nghiệm kiểm tra hồng cầu, hematocrit khi vào, sau hồi sức ban đầu, sau truyền máu, khi lâm sàng có dấu hiệu thiếu máu, điều trị tương tự độ I-II

Khi ổn định, có thể theo dõi tại bệnh phòng tương tự độ I-II

3.3. Điều trị ngoại khoa

3.3.1. Chỉ định: Khi có một trong những tiêu chuẩn sau:

- Hội chứng tràn máu phúc mạc tối cấp (thường gặp vỡ gan độ V-VI).

- Điều trị bảo tồn thất bại:

- + Huyết động không ổn định (mạch > 100 lần/phút, huyết áp tụt-kẹt < 90/60 mmHg) mặc dù đã được hồi sức tích cực (truyền máu ≤ 4 đơn vị hồng cầu khối/24h).

- + Viêm phúc mạc mật.

- Tổn thương gan kèm tổn thương tạng khác cần phẫu thuật.

3.3.2. Phương pháp: chèn gạc cầm máu, khâu gan, hoặc cắt gan theo thương tổn...

3.3.3. Điều trị phối hợp: hồi sức tích cực, truyền khối hồng cầu, huyết tương tươi đông lạnh trước/trong/sau mổ, dinh dưỡng tĩnh mạch, bù dịch và điện giải, kháng sinh phổ rộng, giảm đau,...

3.4. Điều trị bằng can thiệp nội mạch

Đối với những bệnh nhân chấn thương gan có hình ảnh CT Scanner có hình ảnh thoát thuốc cản quang ở thì động mạch có thể can thiệp nội mạch cấp cứu.

3.5. Tiêu chuẩn ra viện

3.5.1. Điều trị bảo tồn/can thiệp nội mạch:

- Lâm sàng: đỡ đau, không sốt, không vàng da vàng mắt, huyết động ổn định, ăn uống được, bụng mềm xẹp

- Cận lâm sàng:

- + Xét nghiệm công thức máu bình thường; men gan, bilirubin trở về bình thường

- + Siêu âm: tổn thương tiến triển tốt, dịch hóa

- + CLVT: với những trường hợp CT nặng – có thoát thuốc cản quang đã được nút mạch: tổn thương tiến triển tốt, dịch hóa, không còn thoát thuốc.

3.5.2. Điều trị phẫu thuật

- Lâm sàng: đỡ đau, không sốt, không vàng da vàng mắt, huyết động ổn định, ăn uống được, bụng mềm xẹp, vết mổ khô.

- Không có hoặc đã được điều trị ổn định các biến chứng sau mổ (suy gan, chảy máu, rò mật, nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn dư, ...)

- Cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm: công thức máu bình thường; men gan, bilirubin trở về bình thường.

+ Siêu âm, CLVT: gan sau mổ và tổn thương tiến triển tốt, không có các biến chứng tụ dịch, áp xe tồn dư, ...

* Theo dõi sau ra viện

- Nghỉ học, làm việc 2 tuần.

- Không chơi thể thao, lao động nặng 3 tháng

- Khám lại sau: lần 1 sau 1 tháng, lần 2 sau 3 tháng

- Khám lại ngay nếu có biểu hiện biến chứng: đau, sốt, vàng da, ...

3.6. Tái khám

- Nhóm bệnh nhân điều trị bảo tồn: tái khám sau 2 tuần – 1 tháng kiểm tra lại công thức máu, sinh hoá máu chức năng gan, thận..., siêu âm bụng, chụp phim CT Scanner để phát hiện sớm áp xe gan sau chấn thương, dò mật, chít hẹp đường mật, ...

- Nhóm bệnh nhân điều trị phẫu thuật: Tái khám sau 1 tháng kiểm tra lại công thức máu, sinh hoá máu chức năng gan, thận..., siêu âm bụng, chụp phim CT Scanner nhằm phát hiện áp xe dưới hoành hoặc tụ máu, tụ mật trong khoang bụng, chít hẹp đường mật, ... tái khám lần 2 sau 3 tháng..

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị phần nội khoa – bệnh viện Chợ Rẫy

2. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy

3. Sách “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học năm 2013.

4. “Chẩn đoán và xử trí chấn thương bụng kín” – *Diagnosis and management of blunt abdominal trauma* – của J.J.Davis và cs.

5. “WSES classification and guidelines for liver trauma”. Cocolini, F., Catena, F., Moore, E.E. et al. *World J Emerg Surg* 11, 50 (2016)

XI. CHẤN THƯƠNG LÁCH (ICD: S36.0)

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương lách là hình thái tổn thương gặp nhiều nhất trong chấn thương bụng kín ở nước ta cũng như trên thế giới. Vai trò miễn dịch của lách đã được chứng minh trên thực nghiệm, do đó điều trị bảo tồn nhu mô lách trong chấn thương là một yêu cầu quan trọng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

2.1.1.1. Triệu chứng cơ năng

Bệnh nhân kêu đau bụng, chướng bụng hoặc thờ mạnh thấy đau tức bụng.

2.1.1.2. Triệu chứng thực thể

- Toàn thân: hội chứng mất máu cấp (mạch nhanh, huyết áp tụt, da niêm nhợt, vật vã ...).
- Bụng chướng, bí trung đại tiện, sờ có cảm ứng phúc mạc hoặc phản ứng thành bụng.
- Gõ đục vùng thấp, túi cùng Douglas căng đau.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu (có thể làm nhiều lần), nhóm máu, đông máu toàn bộ, xét nghiệm sinh hóa máu (chức năng gan, thận, amylase, ...), HIV, HBsAg.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm bụng (có thể làm nhiều lần), Xquang bụng không chuẩn bị, CTscanner bụng có cản quang.

Phân độ chấn thương lách: (Phân độ tổn thương theo AAST)

PHÂN ĐỘ	TỖN THƯƠNG
I	- Tụ máu dưới vỏ không lớn hơn 10% diện tích bề mặt. - Vết rách vỏ và nhu mô nhỏ hơn 1 cm chiều sâu.
II	- Tụ máu dưới vỏ 10-50% diện tích bề mặt. - Có tụ máu trong nhu mô lách, kích thước. - Vết rách nhu mô sâu 1-3 cm.
III	- Tụ máu dưới vỏ trên 50% diện tích bề mặt, hoặc là khối máu tụ dưới vỏ hay máu tụ nhu mô vỡ và đang lan tỏa. - Tụ máu trong nhu mô lách kích thước ≥ 5 cm hoặc đang lan tỏa. - Vết rách sâu hơn 3 cm vào nhu mô.
IV	- Bất kỳ tổn thương nào trong trường hợp chấn thương một mạch máu lách hoặc chảy máu tích cực giới hạn trong vỏ lách. - Vết rách gây tổn thương các mạch máu phân thùy hoặc rốn lách, 25% lách bị thiếu máu nuôi.
V	- Vỡ nát lách hoàn toàn. - Bất kỳ tổn thương nào trong trường hợp chấn thương mạch máu lách với chảy máu tích cực ra ngoài lách vào phúc mạc

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Thái độ xử trí ban đầu

3.1.1. Hồi sức

- Bất động.
- Giảm đau.
- Lấy đường truyền: truyền ngay Natriclorid 0,9% ± khối hồng cầu và huyết tương tươi.

3.1.2. Xác định mức độ chảy máu

- Mất máu tối cấp: dựa vào khám lâm sàng và các yếu tố tiên lượng
 - + Huyết động thay đổi kèm theo rối loạn các cơ quan khác: da, niêm mạc nhợt nhiều; mạch nhanh nhỏ, khó bắt, huyết áp không đo được; bệnh nhân kích thích vật vã hoặc hôn mê.
 - + Bụng nhiều dịch máu: dựa vào khám lâm sàng và siêu âm tại giường.
 - + Không có các tổn thương chảy máu nhiều bên ngoài.
 - + Yếu tố tiên lượng: thời gian chấn thương dẫn đến thay đổi huyết động càng ngắn
- > càng nặng

Xử trí: chỉ định mổ cấp cứu ngay kết hợp hồi sức tích cực.

- Tình trạng mất máu cấp:

Đánh giá tình trạng huyết động trong quá trình hồi sức

Độ	Tình trạng huyết động
1	Không giảm huyết áp
2	Huyết áp giảm nhưng đáp ứng tốt với truyền $\leq 2000\text{ml}$ Natriclorid 0,9%
3	Huyết áp giảm nhưng đáp ứng tốt với dịch truyền $> 2000\text{ml}$ Natriclorid 0,9% + 500ml khối hồng cầu
4	Huyết áp giảm không đáp ứng với truyền dịch và máu

Dựa vào mức độ thay đổi huyết động kết hợp với các kết quả cận lâm sàng (CTScanner, siêu âm, công thức máu, ...) nếu có để đưa ra chỉ định điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật.

3.2. Điều trị bảo tồn không mổ

3.2.1. Tiêu chuẩn

Khi đảm bảo toàn bộ các tiêu chuẩn sau:

- Không phải lách bệnh lý.
- Tổn thương lách độ I-II-III-IV.
- Huyết động ổn định từ đầu hoặc sau hồi phục thể tích tuần hoàn.
- Khối lượng máu truyền (nếu có) ít hơn 4 đơn vị/24h, trẻ em $< 20\text{ml/kg/48}$.
- Không có tổn thương phối hợp khác trong ổ bụng cần phải phẫu thuật.

3.2.2. Chấn thương lách độ I-II: có thể theo dõi tại bệnh phòng

- Lâm sàng:
 - + Huyết động: 24h đầu: lấy mạch, huyết áp 60 phút/lần, những ngày sau khoảng cách đo phụ thuộc lâm sàng (ghi phiếu theo dõi)
 - + Tình trạng bụng: diễn biến đau, chướng bụng, dấu hiệu thành bụng

- + Nhiệt độ: thường quy
- + Diễn biến của các tổn thương phối hợp
- Cận lâm sàng:
 - + Công thức máu: khi vào, những lần sau phụ thuộc lâm sàng
 - + Sinh hóa máu: chức năng gan – thận khi vào và sau đó 2 ngày/lần hoặc nhiều hơn tùy thuộc chế độ điều trị, diễn biến lâm sàng.
- + Siêu âm, CLVT: khi vào, những lần sau phụ thuộc diễn biến lâm sàng
- Điều trị:
 - + Kháng sinh dự phòng, transamine
 - + Truyền hồng cầu khối, huyết tương tươi cùng nhóm khi có tình trạng mất máu cấp dựa vào lâm sàng và thay đổi của xét nghiệm công thức máu.
 - + Bồi phụ dịch, điện giải, dinh dưỡng tĩnh mạch.
 - + Giảm đau: morphine, paracetamol, NSAID
 - + Bất động tuyệt đối tối thiểu 2 ngày, nghỉ tại giường 3 – 5 ngày
 - + Thời gian nằm viện: từ 5 - 7 ngày, thay đổi phụ thuộc lâm sàng.

3.2.3. Chấn thương độ III trở lên

Theo dõi sát tại phòng hồi sức, phòng cấp cứu 24-72h: huyết động mỗi 30 phút/lần, xét nghiệm kiểm tra hồng cầu, hematocrit khi vào, sau hồi sức ban đầu, sau truyền máu, khi lâm sàng có dấu hiệu thiếu máu, điều trị tương tự độ I-II

Khi ổn định, có thể theo dõi tại bệnh phòng tương tự độ I-II

3.3. Điều trị ngoại khoa

3.3.1. Chỉ định: Khi có một trong những tiêu chuẩn sau:

- Hội chứng tràn máu phúc mạc tối cấp (thường gặp vỡ lách độ IV-V).
- Điều trị bảo tồn thất bại: huyết động không ổn định (mạch > 100 lần/phút, huyết áp tụt-kẹt < 90/60 mmHg) mặc dù đã được hồi sức tích cực (thường gặp trong vỡ lách độ IV), hoặc do chảy máu thứ phát thì 2.

- Tổn thương lách kèm tổn thương tạng khác cần phẫu thuật.

3.3.2. Phương pháp: cầm máu nhu mô lách (khâu/đốt điện), cắt lách bán phần, cắt lách toàn bộ, đặt túi lưới, ghép lách tự thân, ...

3.3.3. Điều trị phối hợp: hồi sức tích cực, truyền khối hồng cầu, huyết tương tươi đông lạnh trước/trong/sau mổ, dinh dưỡng tĩnh mạch, bù dịch và điện giải, kháng sinh phổ rộng, giảm đau,...

3.4. Điều trị bằng can thiệp nội mạch

Đối với những bệnh nhân chấn thương lách có hình ảnh CT Scanner có hình ảnh thoát thuốc cản quang ở thì động mạch có thể can thiệp nội mạch cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị phần nội khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
2. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy

3. Sách “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học năm 2013.

4. “Chẩn đoán và xử trí chấn thương bụng kín” – *Diagnosis and management of blunt abdominal trauma* – của J.J.Davis và cs.

5. “Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients”. Coccolini, F., Montori, G., Catena, F. et al. *World J Emerg Surg* 12, 40 (2017)

XII. CHẤN THƯƠNG TỤY (ICD: S36.2)

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương tụy hiếm khi xảy ra, chỉ chiếm khoảng 1-5% chấn thương bụng kín. Điều trị các tổn thương tụy điều quan trọng là xác định xem ống tụy chính có bị tổn thương hay không, vị trí và mức độ nghiêm trọng của nó, cũng như chấn thương bụng khác kèm theo. Việc đánh giá thương tổn tụy là việc làm khó nhất trong tất cả các tạng trong ổ bụng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Nguyên nhân: Tai nạn giao thông, xung đột, tai nạn lao động, sinh hoạt như khi té ngã đập bụng và vật cứng... hoặc bơm nổ áp lực lớn...

2.2. Chẩn đoán xác định

2.2.1. Lâm sàng

2.2.1.1. Giai đoạn cấp

- Đau bụng trên rốn sau chấn thương, khó thở.
- Hội chứng mất máu cấp (mạch nhanh, huyết áp tụt, da xanh, niêm mạc nhợt, vật vã, vã mồ hôi hoặc li bì...).

- Có vết trầy xước, bầm tím vùng bụng (thượng vị, quanh rốn).

- Cảm ứng phúc mạc hoặc phản ứng thành bụng.

- Thăm trực tràng túi cùng không đau.

2.2.1.2. Giai đoạn biến chứng

- Đau bụng trên rốn liên tục, lan lên vai trái

- Bí trung đại tiện, đại ít

- Mất nước, điện giải, có dấu hiệu nhiễm trùng

- Bụng chướng do liệt ruột

- Gõ đục vùng thấp

- Thăm trực tràng túi cùng Douglas phồng, đau

2.2.2. Cận lâm sàng

* Xét nghiệm máu:

- Xét nghiệm công thức máu

- Xét nghiệm đông máu cơ bản đánh giá tình trạng rối loạn đông máu nếu có (APTT, thời gian prothombin, fibrinogen)

- Xét nghiệm nhóm máu, định nhóm Rh(D) (chuẩn bị trước truyền máu nếu có, hoặc mổ cấp cứu)

- Xét nghiệm sinh hóa máu:

- + Chức năng gan, chức năng thận (GOT, GPT, Ure, Creatinin, Amylase/Lypase, Glucose máu,...)

- + Pro-calcitonin, CRP: Đánh giá tình trạng, mức độ viêm, nhiễm trùng. Đặc biệt trong giai đoạn muộn có biến chứng, hoặc có viêm phúc mạc.

- HIV, HBsAg: Chuẩn bị trước can thiệp ngoại khoa nếu có

- Xét nghiệm sinh hóa nước tiểu

* Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm bụng (có thể làm nhiều lần), X quang bụng không chuẩn bị, CTscanner bụng có cản quang.

- Xquang

- Siêu âm ổ bụng

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CT-Scanner)

Hình ảnh chấn thương tụy trên chụp cắt lớp vi tính được chia làm 3 loại:

+ Thương tổn tụy điển hình: tụy to phì đại, rách tụy (đường giảm tỷ trọng mảnh), vỡ tụy một hoặc nhiều mảnh, tăng sáng không đồng nhất.

+ Thương tổn không điển hình: đường viền mờ quanh tụy, ứ đọng dịch quanh tụy, có thể thông thương với chỗ rách; dịch giữa tĩnh mạch lách và tụy; chảy máu; thương tổn phối hợp với các tạng xung quanh.

+ Hình ảnh biến chứng: rò tụy; áp xe tụy; viêm tụy cấp; nang giả tụy; nang tụy...

- Chụp cộng hưởng từ ổ bụng (MRI)

Đây là phương pháp chẩn đoán hình ảnh giúp phát hiện tình trạng tổn thương ống tụy chính hiệu quả hơn CT-Scanner giúp quyết định hướng điều trị. Ngoài ra, còn có thể cho thấy những bất thường của tụy như rò rỉ dịch từ những nhánh ống tụy, tổn thương nhu mô tụy, dị dạng ống tụy...

- Chụp ống tụy ngược dòng (ERP)

Chỉ định ERP được đặt ra trong những trường hợp nghi ngờ có đứt ống tụy chính mà không phát hiện được trên các phương tiện chẩn đoán khác. Không làm thăm dò này khi có tổn thương dạ dày, tá tràng phối hợp; các trường hợp huyết động không ổn định hoặc có tổn thương phối hợp khác.

* **Các thăm dò khác:**

- Chọc rửa ổ bụng.

Phân độ chấn thương tụy trên phim CLVT: (Phân độ tổn thương theo AAST 2018)

3. ĐIỀU TRỊ

PHÂN ĐỘ	TỔN THƯƠNG
I	Tụ máu, đụng dập nhỏ nhu mô tụy, hoặc rách nông không tổn thương ống tụy chính.
II	Tụ máu lớn, hoặc rách sâu nhưng không tổn thương ống tụy chính hoặc mất tổ chức tụy.
III	Rách, đứt ngang thân đuôi hoặc giập nát nhu mô có tổn thương ống tụy chính.
IV	Rách, đứt ngang hoặc giập nát nhu mô đầu tụy có tổn thương ống tụy chính vùng bóng Vater.
V	Rách, giập vỡ nặng ở đầu tụy.

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị thương tổn ở tụy và thương tổn phối hợp nếu có
- Điều trị chấn thương tụy điều quan trọng là xác định xem ống tụy chính có bị tổn thương hay không

- Mục tiêu: cầm máu, bảo tồn chức năng tạng, ngăn ngừa biến chứng muộn.

3.2. Thái độ xử trí ban đầu

3.2.1. Hồi sức

- Bất động.
- Giảm đau.
- Đặt đường truyền: Natriclorid 0.9% +/- Chế phẩm máu cùng nhóm.

3.2.2. Xác định mức độ chảy máu:

- Mất máu tối cấp: dựa vào khám lâm sàng và các yếu tố tiên lượng
- + Huyết động thay đổi kèm theo rối loạn các cơ quan khác: da, niêm mạc nhợt nhiều; mạch nhanh nhỏ, khó bắt, HA không đo được; BN kích thích vật vã hoặc hôn mê.
- + Bụng nhiều dịch máu: dựa vào khám lâm sàng và siêu âm tại giường.
- + Không có các tổn thương chảy máu nhiều bên ngoài.
- + Yếu tố tiên lượng: thời gian chấn thương dẫn đến thay đổi huyết động càng ngắn à càng nặng.

Xử trí: chỉ định mổ cấp cứu ngay kết hợp hồi sức tích cực.

- **Tình trạng mất máu cấp:**

Đánh giá tình trạng huyết động trong quá trình hồi sức

Dựa vào mức độ thay đổi huyết động kết hợp với các kết quả cận lâm sàng (CTscanner,

Độ	Tình trạng huyết động
1	Không giảm huyết áp
2	Huyết áp giảm nhưng đáp ứng tốt với truyền $\leq 2000\text{ml}$ Natriclorid 0,9%
3	Huyết áp giảm nhưng đáp ứng tốt với dịch truyền $> 2000\text{ml}$ Natriclorid 0,9% + 500ml KHC
4	Huyết áp giảm không đáp ứng với truyền dịch và máu

siêu âm, công thức máu, ...) nếu có để đưa ra chỉ định điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật.

3.3. Điều trị bảo tồn không mổ

3.3.1. Tiêu chuẩn: Khi đảm bảo toàn bộ các tiêu chuẩn sau:

- Tổn thương tụy độ I-II (không có tổn thương ống tụy chính)
- Huyết động ổn định từ đầu hoặc sau hồi phục thể tích tuần hoàn.
- Khối lượng máu truyền (nếu có) ít hơn 4 đơn vị/24h, trẻ em $< 20\text{ml/kg/48}$.
- Không có tổn thương phối hợp khác trong ổ bụng cần phải phẫu thuật.

* Lâm sàng

- Huyết động: 24h đầu: lấy mạch, huyết áp 60 phút/lần, những ngày sau khoảng cách đo phụ thuộc lâm sàng (ghi phiếu theo dõi)

- Tình trạng bụng: diễn biến đau, chướng bụng, dấu hiệu thành bụng
- Nhịp thở, nhiệt độ, nước tiểu, dịch dạ dày: thường quy
- Diễn biến của các tổn thương phối hợp

* Cận lâm sàng

- Công thức máu: khi vào, những lần sau phụ thuộc lâm sàng
- Sinh hóa máu: amylase, lipase máu và nước tiểu hàng ngày; chức năng gan – thận khi vào và sau đó 2 ngày/lần hoặc nhiều hơn tùy thuộc chế độ điều trị, diễn biến lâm sàng.
- Siêu âm, CLVT: khi vào, những lần sau phụ thuộc diễn biến lâm sàng

* Điều trị

- Kháng sinh, tranesamine, thuốc giảm tiết dịch vị (kháng histamin, ức chế bơm proton...), thuốc ức chế bài men tụy (Sandostatin)
- Truyền hồng cầu khối, huyết tương tươi cùng nhóm khi có tình trạng mất máu cấp dựa vào lâm sàng và thay đổi của xét nghiệm công thức máu.
- Bồi phụ dịch, điện giải, nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hóa
- Giảm đau: morphine, paracetamol, NSAID
- Thời gian nằm viện: thay đổi phụ thuộc lâm sàng.

3.4. Điều trị phẫu thuật

* Chỉ định: khi có một trong những tiêu chuẩn sau:

- Có tổn thương đứt ống tụy
- Hội chứng mất máu tối cấp.
- Điều trị bảo tồn thất bại: huyết động không ổn định (mạch > 100l/p, huyết áp tụt-kẹt < 90/60 mmHg) mặc dù đã được hồi sức tích cực, hoặc do chảy máu thứ phát thì 2.
- Tổn thương tụy kèm tổn thương tạng khác cần phẫu thuật.
- Viêm phúc mạc

* Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

* Thăm dò tổn thương với nguyên tắc:

- Toàn bộ các tạng trong ổ bụng
- Theo trình tự nhất định
- Đánh dấu mỗi khi tìm thấy tổn thương, tiếp tục tìm cho đến khi xem hết các tạng
- Đánh giá tổng thể mức độ tổn thương rồi chọn cách xử trí tối ưu nhất với nguyên tắc:
+ Ưu tiên cứu sống bệnh nhân
+ Thương tổn càng phức tạp, bệnh nhân càng nặng thì cách xử trí càng nhẹ nhàng, đơn giản, chữa di chứng về sau nếu bệnh nhân sống.

* Phương pháp phẫu thuật: có 2 nhóm chính là phẫu thuật bảo tồn và phẫu thuật cắt bỏ một phần tụy.

3.4.1. Phẫu thuật bảo tồn

- Nếu thương tổn chỉ đụng giập nhu mô, rách nông, không mất nhiều tổ chức và không có thương tổn ống tụy chính thì chỉ cần lấy máu tụ và tổ chức giập nát, khâu cầm máu, dẫn lưu hậu cung mạc nối, mở thông túi mật, cắt cơ Oddi... mở bao tụy để giảm bớt phù nề và tránh hình thành nang giả tụy.

- Nếu tổn thương đứt ngang thân tụy có kèm đứt ống tụy chính (AAST độ III, IV) mà phần đứt rời có thể bảo tồn được thì đưa 1 quai hồng tràng lên nối với diện cắt ở thân tụy sau khi đã cắt lọc lấy đi tổ chức tụy dập nát hoặc nối tụy với mặt sau dạ dày.

3.4.2. Phẫu thuật cắt bỏ một phần tụy:

- Thương tổn dập nát nặng tổ chức tụy ở bên trái tĩnh mạch mạc treo tràng trên, không thể bảo tồn được thì được chỉ định cắt bỏ đuôi tụy hoặc thân đuôi tụy có hoặc không kèm cắt lách.

- Cắt bỏ đầu tụy, bảo tồn tá tràng là phẫu thuật được đề xuất bởi Beger và CS 1985, tuy nhiên phẫu thuật này hiếm khi được sử dụng trong cấp cứu chấn thương tụy

- Phẫu thuật cắt bỏ đầu tụy và tá tràng (Cephalic Pancreato- Duodenectomy CPD), được chỉ định với thương tổn ở đầu tụy độ IV, V có thể kèm các thương tổn ở tá tràng (phẫu thuật Whipple).

- Tổn thương vùng eo tụy đơn thuần có chỉ định phẫu thuật: Cắt tụy trung tâm

- Truyền khối hồng cầu cùng nhóm, huyết tương tươi đông lạnh, khối tiểu cầu hoặc huyết tương giàu tiểu cầu nếu có chỉ định.

3.4.3. Điều trị chấn thương tụy giai đoạn biến chứng

- Viêm tụy cấp hay viêm tụy hoại tử do chấn thương không có chỉ định can thiệp ngoại khoa trừ khi có dấu hiệu viêm phúc mạc. Phối hợp điều trị: chọc dẫn lưu dịch ổ bụng dưới hướng dẫn của siêu âm; kết hợp dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa, bù dịch, bù điện giải, thuốc giảm tiết dịch vị, giảm tiết dịch tụy, giảm đau, kháng sinh.

- Áp xe tụy được chỉ định dẫn lưu dưới siêu âm, kết hợp với kháng sinh phổ rộng và các thuốc giảm tiết dịch tụy, dịch vị. Cấy dịch dẫn lưu làm kháng sinh đồ.

- Nang giả tụy, rò tụy: chọc dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn siêu âm; chỉ can thiệp ngoại khoa khi hình thành lớp vỏ dày, thường khoảng 6 tuần sau tổn thương.

3.5. Điều trị sau phẫu thuật

- Truyền dịch, truyền dinh dưỡng.

- Bồi phụ điện giải

- Kháng sinh phổ rộng, phối hợp nhiều nhóm: ít nhất 7 ngày sau mổ hoặc lâu hơn, đổi loại kháng sinh khác nếu có biến chứng, hoặc theo kết quả kháng sinh đồ (nếu có)

- Thuốc ức chế bơm Proton (PPI).

- Sandostatin ít nhất 7 ngày sau mổ, hoặc lâu hơn nếu có biến chứng rò tụy, rò bạch huyết, xuất huyết tiêu hóa.

- Giảm đau: áp dụng nhiều phương pháp giảm đau, nhiều loại thuốc giảm đau (morphine, paracetamol, NSAID, ...) để đạt được hiệu quả giảm đau tốt nhất.

- Truyền khối hồng cầu cùng nhóm nếu thiếu máu; truyền huyết tương tươi đông lạnh nếu có rối loạn đông máu, suy kiệt; truyền khối tiểu cầu nếu số lượng tiểu cầu giảm

- Chống đông Lovenox nếu điểm Cappini trên 5 cho đến khi bệnh nhân ra viện.

- Điều trị các bệnh phối hợp nếu có.

3.6. Theo dõi sau phẫu thuật:

- Đối với chấn thương tụy, nếu được chẩn đoán đúng và xử lý kịp thời thì hậu phẫu thường tiến triển thuận lợi, ngược lại tỉ lệ tử vong sẽ rất cao.

- Biến chứng sớm sau mổ có thể gặp như chảy máu, viêm phúc mạc do bọc miệng nối tụy ruột, rò tụy, rò mật, viêm tụy cấp sau mổ, áp xe tồn lưu, tràn dịch màng phổi..., biến chứng tăng đường máu có thể xảy ra khi cắt quá 80% mô tuyến nhất là ở những người còn trẻ tuổi.

- Sử dụng kháng sinh quang phổ rộng, thuốc giảm tiết dịch vị, thuốc giảm tiết dịch tụy, nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hóa tránh cho tụy phải làm việc sớm để giảm nguy cơ rò tụy và các biến chứng nhiễm trùng sau mổ.

3.7. Tiêu chuẩn ra viện

3.7.1. Điều trị bảo tồn không mổ:

- Lâm sàng: đỡ đau, không sốt, không vàng da vàng mắt, huyết động ổn định, ăn uống được, bụng mềm xẹp.

- Các kết quả cận lâm sàng không có rối loạn.

3.7.2. Điều trị phẫu thuật

- Dấu hiệu sinh tồn ổn định

- Bụng mềm xẹp, không có phản ứng.

- Vết mổ khô

- Kiểm soát được tình trạng đau

- Không có các biến chứng hoặc rối loạn khác kèm theo

- Các kết quả cận lâm sàng không có rối loạn

3.8 Theo dõi và tái khám

Tuỳ phương pháp điều trị, hiệu quả điều trị, diễn biến bệnh mà hẹn tái khám sau 2 tuần hay hàng tháng, mỗi hai tháng, mỗi ba tháng hay mỗi sáu tháng. Để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, sự lành vết thương, hay các biến chứng sau chấn thương tụy cũng như sau phẫu thuật để có hướng xử trí thích hợp.

- Tổng phân tích các tế bào máu.

- Xét nghiệm đông máu toàn bộ.

- Sinh hoá máu: Glucose, Ure, Creatinin, Albumin, Protein TP, Bilirubin TP, Bilirubin - TT, GPT, GOT, điện giải đồ, canxi, Amylase, Lypase.

- Sinh hóa nước tiểu: Amylase, Lypase.

- Siêu âm ổ bụng.

- Chụp CLVT/MRI ổ bụng có tiêm thuốc khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.

2. QĐ 4420/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 của BYT, ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành gan mật.

3. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy

4. Sách “Chấn thương bụng”, Trần Bình Giang, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, 2014

5. Sách “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”,
Nhà xuất bản Y học, 2013

6. “Conservative and surgical management of pancreatic trauma in adult patients.”
Menahem, Benjamin et al. *Hepatobiliary surgery and nutrition* vol. 5,6 (2016): 470-477.

XIII. UNG THƯ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT (ICD 10: C22.0)

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư tế bào gan nguyên phát (ung thư gan nguyên phát - HCC) là ung thư xuất phát từ tế bào gan. Ung thư gan nguyên phát là loại tổn thương hay gặp nhất trong các loại u gan, nằm trong sáu loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới và nằm trong ba loại ung thư phổ biến nhất Việt Nam. Ung thư gan nguyên phát đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân gây tử vong liên quan đến ung thư trên toàn thế giới.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

2.1.1. Tiền sử: có các yếu tố nguy cơ như viêm gan B, viêm gan C, xơ gan, uống nhiều rượu bia, nhiễm độc tố aflatoxin, dioxin, ...

2.1.2. Triệu chứng lâm sàng: mờ hồ, rất ít triệu chứng đặc hiệu, tùy giai đoạn bệnh

- Mệt mỏi, chán ăn, gầy sút cân, có thể có sốt nhẹ.

- Cảm giác tức nặng, đau nhẹ vùng HSP, thượng vị.

- Hội chứng u – cận u: cơn hạ đường huyết, tăng hồng cầu (da đỏ tím, nhiều tia máu cùng mạc), ...

- Khám lâm sàng có thể phát hiện gan to.

- Các triệu chứng xơ gan:

+ Hội chứng suy tế bào gan: vàng da, sạm da, sao mạch, lòng bàn tay son, xuất huyết dưới da – niêm mạc, rối loạn nội tiết.

+ Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa: cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ, lách to, giãn vỡ tĩnh mạch thực quản gây xuất huyết tiêu hoá.

- Các triệu chứng di căn:

+ Di căn phổi: đau tức ngực, ho máu.

+ Di căn xương: đau nhức các ống xương, cột sống.

+ Di căn mạch máu: huyết khối TMC.

2.2 Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

+ Công thức máu, chức năng đông máu toàn bộ, đường huyết.

+ Sinh hóa máu: ALT, AST, Bilirubin TP, TT, Albumin, Ure, Creatinin máu, điện giải đồ, Ca²⁺.

+ Các xét nghiệm miễn dịch về virus viêm gan B, C: HBsAg, AntiHCV

+ Chỉ dấu sinh học của UTBM TBG: AFP, AFP-L3, PIVKA II (DCP).

+ Các chỉ dấu ung thư khác (nếu cần): CEA, CA 19.9, PSA, CA 12.5, ...

+ X quang phổi thẳng, Nội soi dạ dày, đại tràng.

+ Siêu âm Doppler mạch máu gan.

+ CT scan bụng có cản quang (và MRI bụng có tương phản từ nếu cần)

- Các xét nghiệm khác

+ Xạ hình xương bằng máy SPECT, SPECT/CT với ^{99m}Tc-MDP để đánh giá tổn

thương di căn xương, chẩn đoán giai đoạn bệnh trước điều trị, theo dõi đáp ứng điều trị, đánh giá tái phát và di căn.

+ Xạ hình thận chức năng bằng máy SPECT, SPECT/CT với ^{99m}Tc -DTPA để đánh giá chức năng thận trước điều trị và sau điều trị.

+ Xạ hình - SPECT gan với ^{99m}Tc -Sulfure Colloid: hình ảnh khối choán chỗ trong gan, áp dụng trong một số trường hợp.

+ Xạ hình gan mật trong một số trường hợp.

2.3 Chẩn đoán xác định

Khi tổn thương ở gan có một trong ba tiêu chuẩn sau:

- Hình ảnh điển hình* của UTBMTBG trên CT scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ + AFP ≥ 400 ng/ml.

- Hình ảnh điển hình* của UTBMTBG trên CT scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ + AFP tăng cao hơn bình thường (nhưng chưa đến 400 ng/ml) + có nhiễm HBV và/hoặc HCV. Có thể làm sinh thiết gan để chẩn đoán xác định nếu bác sĩ lâm sàng thấy cần thiết.

Các trường hợp không đủ các tiêu chuẩn nói trên đều phải làm sinh thiết khối u gan (có thể phải làm nhiều lần) để chẩn đoán xác định. Nếu sinh thiết lại vẫn âm tính thì có thể theo dõi và làm lại các xét nghiệm hình ảnh học và chỉ dấu sinh học mỗi 2 tháng.

- Có bằng chứng giải phẫu bệnh lý là UTBMTBG.

* Hình ảnh điển hình trên CT scan bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ: (các) khối u bắt thuốc trên thì động mạch gan và thải thuốc (wash-out) trên thì tĩnh mạch cửa hay thì chậm. Nên chụp MRI với chất tương phản từ gan - mật gadoxetate disodium (Gd-EOB-DTPA - gadolinium ethoxybenzyl diethylenetriamine pentaacetic acid) để tăng khả năng chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan.

2.3.1 Chẩn đoán phân biệt

- U máu trong gan

- Các u lành ở gan (adenoma, tăng sinh thể nốt, xơ gan thể nốt, áp xe gan, sán lá gan, vôi hoá nhu mô, ...).

- Ung thư đường mật trong gan.

- Di căn các ung thư khác (dạ dày, đại tràng, phổi, vú, ...)

2.3.2 Chẩn đoán giai đoạn

Giai đoạn	PS(*)	Tình trạng u	Chức năng gan (Child-Pugh)
0 (rất sớm)	0	01 u đơn độc < 2cm	A
A (sớm)	0	01 u đơn độc < 5cm hoặc 03 u, mỗi u < 3cm	A-B
B (trung gian)	0	U lớn, nhiều u	A-B
C (tiến triển)	1-2	U mọi kích thước, huyết khối TMC hoặc di căn ngoài gan	A-B
D (cuối)	3-4	Bất kỳ	C

* PS (performance status): chỉ số toàn trạng theo ECOG/WHO

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị

- Điều trị (các) khối UTBMTBG ở giai đoạn còn khả năng điều trị.
- Điều trị bệnh lý nền tảng hay yếu tố nguy cơ (viêm gan siêu vi B hoặc C, xơ gan...).
- Điều trị nội khoa kết hợp chăm sóc giảm nhẹ ở giai đoạn muộn.

3.2 Điều trị đặc hiệu

3.2.1 Phẫu thuật cắt bỏ phần gan mang khối u, chỉ định khi

- Phần gan có khối u dự kiến cắt bỏ được (theo giải phẫu hay không theo giải phẫu).
- Thê tích gan dự kiến còn lại phù hợp với bệnh nhân. Nên đo thể tích gan để góp phần ra chỉ định cắt gan đối với các trường hợp dự kiến cắt $\geq 50\%$ thể tích gan.

- Chức năng gan là Child-Pugh A đến B. Có thể đánh giá chức năng gan dựa trên xét nghiệm thanh lọc Indocyanin green (ICG test) để quyết định mức độ cắt gan.

- Nên xem xét phẫu thuật cắt gan cho các trường hợp có huyết khối tĩnh mạch cửa cùng bên với phần gan định cắt, cũng như các trường hợp có tổn thương di căn ngoài gan (hạch cuống gan, tuyến thượng thận, di căn tại mạc nối lớn, ...) có thể lấy bỏ được khi phẫu thuật cắt gan.

- Điểm hoạt động cơ thể (Performance Status - PS) 0-2, không có di căn xa.

3.2.2 Phẫu thuật ghép gan, chỉ định khi:

- Chỉ có 01 u, kích thước khối u $\leq 5\text{cm}$.
- Số lượng u ≤ 3 , mỗi u $\leq 3\text{cm}$.

3.2.3 Phá hủy khối u tại chỗ, chỉ định khi:

- Phá hủy khối u tại chỗ (đốt u) nên thực hiện cho các trường hợp UTBMTBG có số lượng u ≤ 3 với kích thước u $\leq 3\text{cm}$, hoặc có 1 u với kích thước u $\leq 5\text{cm}$, nhất là khi các trường hợp này không phù hợp để phẫu thuật cắt gan (do vị trí u, do tình trạng bệnh nhân). Phá hủy khối u tại chỗ (đốt u) cũng được coi là biện pháp thay thế cho phẫu thuật cắt gan trong trường hợp u có kích thước nhỏ $\leq 3\text{cm}$.

- Phá hủy khối u tại chỗ (đốt u) nên thực hiện cho các khối u dễ tiếp cận dưới hướng dẫn của hình ảnh học (siêu âm, CT scan, MRI). Những trường hợp chỉ định phá hủy khối u kích thước $> 5\text{cm}$ cần được hội chẩn.

+ Các phương pháp: đốt sóng cao tần - RFA, microwave - MWA, tiêm cồn vào khối u – PEI

3.2.4 Tắc mạch nuôi u kết hợp diệt tế bào ung thư bằng hoá chất tại chỗ (TACE), chỉ định khi:

- Nút mạch hóa chất thường quy (conventional TransArterial Chemo-Embolization - cTACE). Nút mạch sử dụng hạt nhúng hóa chất (Drug-eluting bead TACE - DEB-TACE)

- TACE được chỉ định cho các trường hợp UTBMTBG mà khối u không cắt được, hoặc có nhiều u ở cả hai thùy, chưa có xâm nhập mạch máu và chưa có di căn ngoài gan, trên bệnh nhân có PS 0-2, chức năng gan là Child Pugh A,B. TACE nên được thực hiện chọn lọc hay siêu chọn lọc để tăng hiệu quả, giảm biến chứng và giảm ảnh hưởng đến phần gan lành quanh u.

- TACE chọn lọc cũng được chỉ định cho các trường hợp u nhỏ nhưng không thể thực hiện đốt u được do vị trí khó hay do có các bệnh lý đi kèm làm tăng nguy cơ biến chứng.

- Trong một số trường hợp có u đã vỡ hoặc có nguy cơ vỡ mà tình trạng chức năng gan hoặc tình trạng cơ thể không cho phép làm TACE thì có thể làm nút mạch đơn thuần (TransArterial Embolization - TAE) để điều trị tạm thời.

- Đánh giá hiệu quả của TACE cần dựa vào hình ảnh học và sự thay đổi của các chỉ dấu sinh học cũng như của chức năng gan sau TACE.

3.2.5 Xạ trị trong chọn lọc (Selective Internal Radiation Therapy - SIRT)

UTBMTBG không còn khả năng phẫu thuật, hoặc có chống chỉ định phẫu thuật hay bệnh nhân từ chối phẫu thuật.

+ Tổng trạng còn tốt ECOG ≤ 1 , chức năng gan còn bù (Child-Pugh A, B)

+ Shunt lưu thông hoạt tính phóng xạ lên phổi $< 20\%$ trên xạ hình Tc-99m MAA

+ Chưa từng xạ trị trước đó vào gan

- Chống chỉ định:

+ Có luồng thông động mạch gan-phổi (shunt gan-phổi) lớn ($> 20\%$)

+ Xơ gan mất bù, bệnh não gan

+ Thể trạng quá yếu, dự kiến thời gian sống thêm dưới 3 tháng

3.3 Điều trị làm chậm sự phát triển khối u

- Phương pháp: hoá trị toàn thân, điều trị đích (sorafenib, Levatinib, Regorafenib...).

- Chỉ định:

+ Khối u mọi kích thước, đã quá khả năng điều trị đặc hiệu.

+ PS 1-2, chức năng gan Child-Pugh A-B.

3.4 Điều trị triệu chứng

- Khối u mọi kích thước, đã quá khả năng điều trị đặc hiệu.

- PS > 2 , chức năng gan Child-Pugh C.

3.5 Điều trị hỗ trợ

- Điều trị bệnh lý nền tảng, hỗ trợ chức năng gan, dùng thuốc kháng virus viêm gan khi có chỉ định.

- Điều trị giảm đau, nâng cao thể trạng.

3.6 Theo dõi và tái khám

Tuỳ phương pháp điều trị, hiệu quả điều trị, diễn biến bệnh mà hẹn tái khám hàng tháng, mỗi hai tháng, mỗi ba tháng hay mỗi sáu tháng.

3.7 Phòng bệnh

- Tiêm phòng đầy đủ Vaccine phòng bệnh viêm gan B

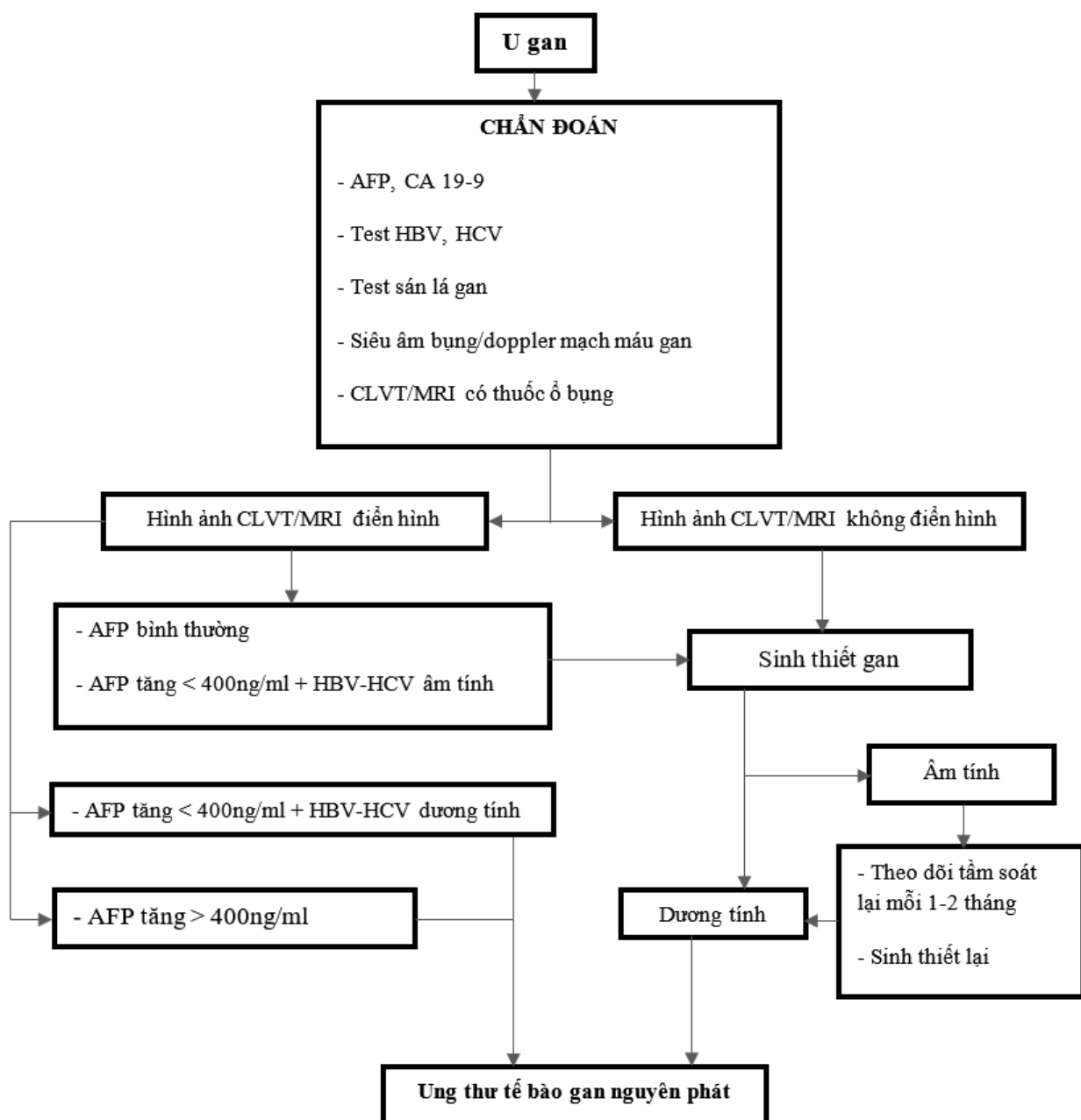
- Sàng lọc ung thư tế bào gan định kỳ mỗi 03-06 tháng ở các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ: xơ gan, nhiễm viêm gan B/C.

- Tuyên truyền, giáo dục cộng đồng phòng tránh lây nhiễm viêm gan B/C.

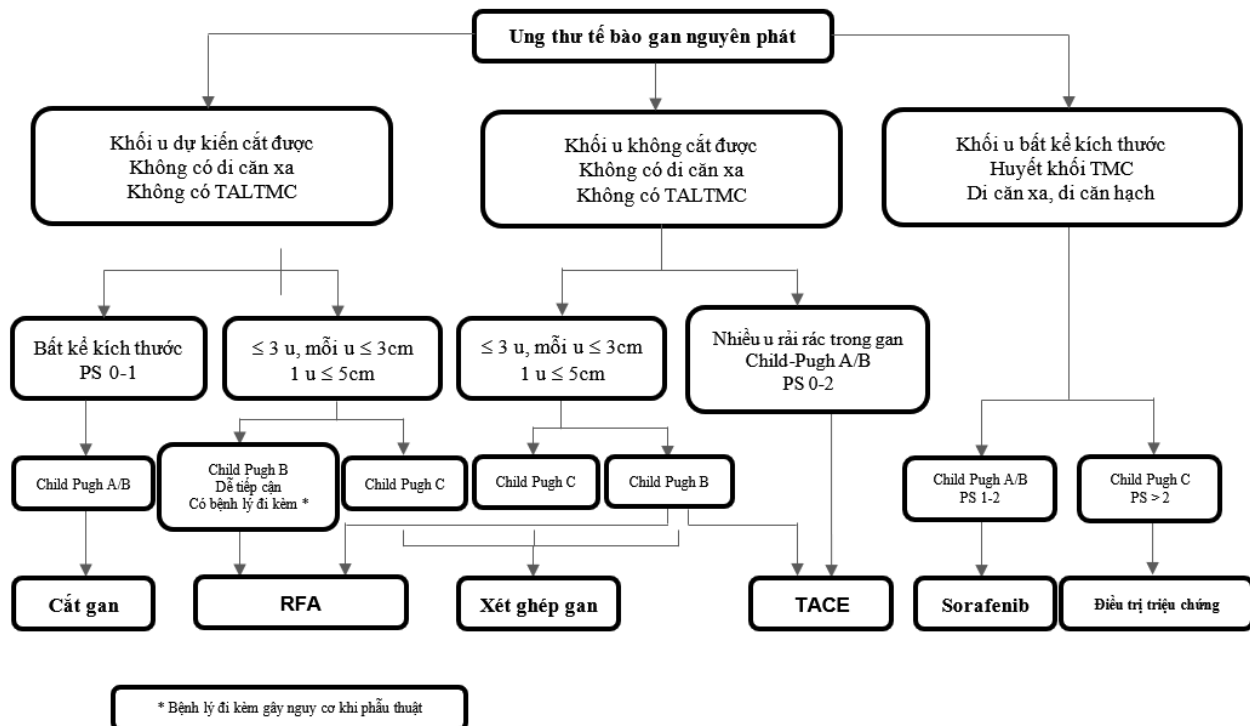
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. QĐ 3129/QĐ-BYT ngày 17/07/2020 của BYT, ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát
2. QĐ 4420/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 của BYT, ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành gan mật.
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa – bệnh viện Bạch Mai
4. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
5. Eddie K Abdalla, Keith E Stuart, Overview of treatment approaches for hepatocellular carcinoma, <https://www.uptodate.com>- Update Apr 14, 2020.

PHỤ LỤC 4: QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN U GAN



PHỤ LỤC 5: ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT



XIV. SỎI MẬT CHUNG (ICD K80)

1. ĐỊNH NGHĨA

Sỏi mật bao gồm sỏi túi mật, sỏi ống mật chủ, sỏi đường mật trong gan (sỏi trong gan)

- Phân loại theo vị trí:

+ Sỏi túi mật

+ Sỏi ống mật chủ (sỏi hiện diện trong ống mật chủ, bên dưới ngã ba ống gan)

+ Sỏi trong gan (sỏi hiện diện bên trên ngã ba ống gan)

+ Sỏi kết hợp (BN có cả sỏi trong gan, sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ)

2. CHẨN ĐOÁN

1.1 Triệu chứng lâm sàng

Trường hợp sỏi nhỏ: có thể không có triệu chứng điển hình.

1.1.1. Bệnh sử

- Đau bụng: điển hình là cơn đau quặn gan. Đau hạ sườn phải xuyên ra sau lưng và lên vai phải. Cơn đau khởi phát và kết thúc thường đột ngột.

- Sốt: Khi nhiễm trùng đường mật sẽ sốt cao, rét run. Nhiễm khuẩn nặng với viêm mủ đường mật rất dễ dàng dẫn đến nhiễm khuẩn huyết.

- Vàng da: khi sỏi ống mật chủ gây cản trở lưu thông mật

Các triệu chứng đau, sốt, vàng da (Tam chứng Charcot) thường tái diễn từng đợt.

- Ngứa; nước tiểu vàng, sẫm màu do có sắc tố mật

- Các triệu chứng khác: mệt mỏi, chán ăn, gây sút cân, ...

1.1.2. Khám lâm sàng

- Da, niêm mạc vàng

- Gan to do ứ mật

- Túi mật to do ứ mật

- Triệu chứng khác: vết trầy xước da do gãi ngứa, mạch chậm do tăng acid mật trong máu kích thích nhân của dậu thần kinh X.

1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao; bilirubin toàn phần và trực tiếp tăng; ALT, AST, GGT, CRP, BUN, Creatinin, cholesterol và các thành phần của lipid máu có thể tăng.

Xét nghiệm nước tiểu thấy Ure, muối mật và sắc tố mật tăng

- Siêu âm ổ bụng: dấu hiệu trực tiếp của sỏi mật như hình ảnh sỏi với bóng lưng cản âm, vị trí, kích thước, số lượng sỏi. Dấu hiệu gián tiếp của tắc mật do sỏi như kích thước ống mật chủ, túi mật, thành túi mật, gan, ...

- X-quang bụng không chuẩn bị: có thể thấy hình cản quang của sỏi mật vôi hoá.

- Chụp đường mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP)

- Chụp cắt lớp vi tính (CT-scan): Thấy được sỏi và kích thước của ống mật chủ. Có giá trị trong chẩn đoán và đánh giá được các tạng lân cận và liên quan, đặc biệt là tụy.

- Chụp cộng hưởng từ đường mật (MRCP): có thể khảo sát dòng chảy. Có thể dựng lại hình ảnh toàn thể đường mật.

- Chụp đường mật qua da (PTC)

- Nội soi đường mật qua da

2.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da), nước tiểu vàng.

- Cận lâm sàng: bilirubin máu tăng (trực tiếp > gián tiếp), siêu âm và CT-scan bụng thấy đường mật giãn, có hình ảnh sỏi trong đường mật.

2.2. Chẩn đoán phân biệt: nguyên nhân của hội chứng vàng da tắc mật không do sỏi, vàng da tại gan, vàng da trước gan.

2.3. Chẩn đoán biến chứng

- Thâm mật phúc mạc;

- Viêm phúc mạc mật;

- Viêm mũ đường mật và abscess đường mật;

- Chảy máu đường mật;

- Abscess túi mật, đám quánh túi mật;

- Viêm tụy cấp;

- Hội chứng gan thận, viêm thận cấp;

- Sỏi mật gây tắc mật, tái diễn nhiều lần, diễn biến đến xơ gan

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị nội khoa

- Hồi sức, truyền dịch, giảm tiết, nâng cao thể trạng

- Kháng sinh: phối hợp nhóm cephalosporin thế hệ II,III và nhóm Imidazol . Trường hợp nặng có thể dùng imipenem và quinolon.

- Vitamin K đối với những trường hợp có tắc mật.

- Giảm đau, giãn cơ, kháng histamin

3.2. Phẫu thuật

- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), mở cơ vòng lấy sỏi.

- Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, với nhiều kỹ thuật dẫn lưu: dẫn lưu ống chữ T (dẫn lưu Kehr), dẫn lưu kiểu Vol-kehr (dẫn lưu ống mật chủ qua cơ Oddi và thành tá tràng), dẫn lưu ống mật hạ phân thủy trong gan qua nhu mô gan ra da, dẫn lưu trong qua miệng nối mật- ruột (nối ống mật chủ với đường tiêu hoá).

- Tán sỏi nội soi trong mổ đối với những trường hợp có sỏi trong gan kết hợp nhằm tăng khả năng lấy hết sỏi.

- Tán sỏi nội soi qua đường hầm Kehr với những trường hợp còn sót sỏi đường mật sau mổ.

2. 3. Dự phòng

- Ăn chín uống sôi

- Tẩy giun định kỳ 6 tháng
- Hoạt động thể chất đều đặn
- Không giảm cân quá nhanh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.
2. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
3. “Ngoại khoa lâm sàng”, Bệnh viện nhân dân Gia Định
4. “Sỏi đường mật”, Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh, nhà xuất bản Y học 2012
5. “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học 2013
6. Takada T, Kawarada Y, et al. Background: Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2007;14(1):1-10

DANH MỤC VIẾT TẮT

BN: bệnh nhân

OMC: ống mật chủ

PT: phẫu thuật

CT (Computed Tomography Scan – CT Scan): chụp cắt lớp vi tính

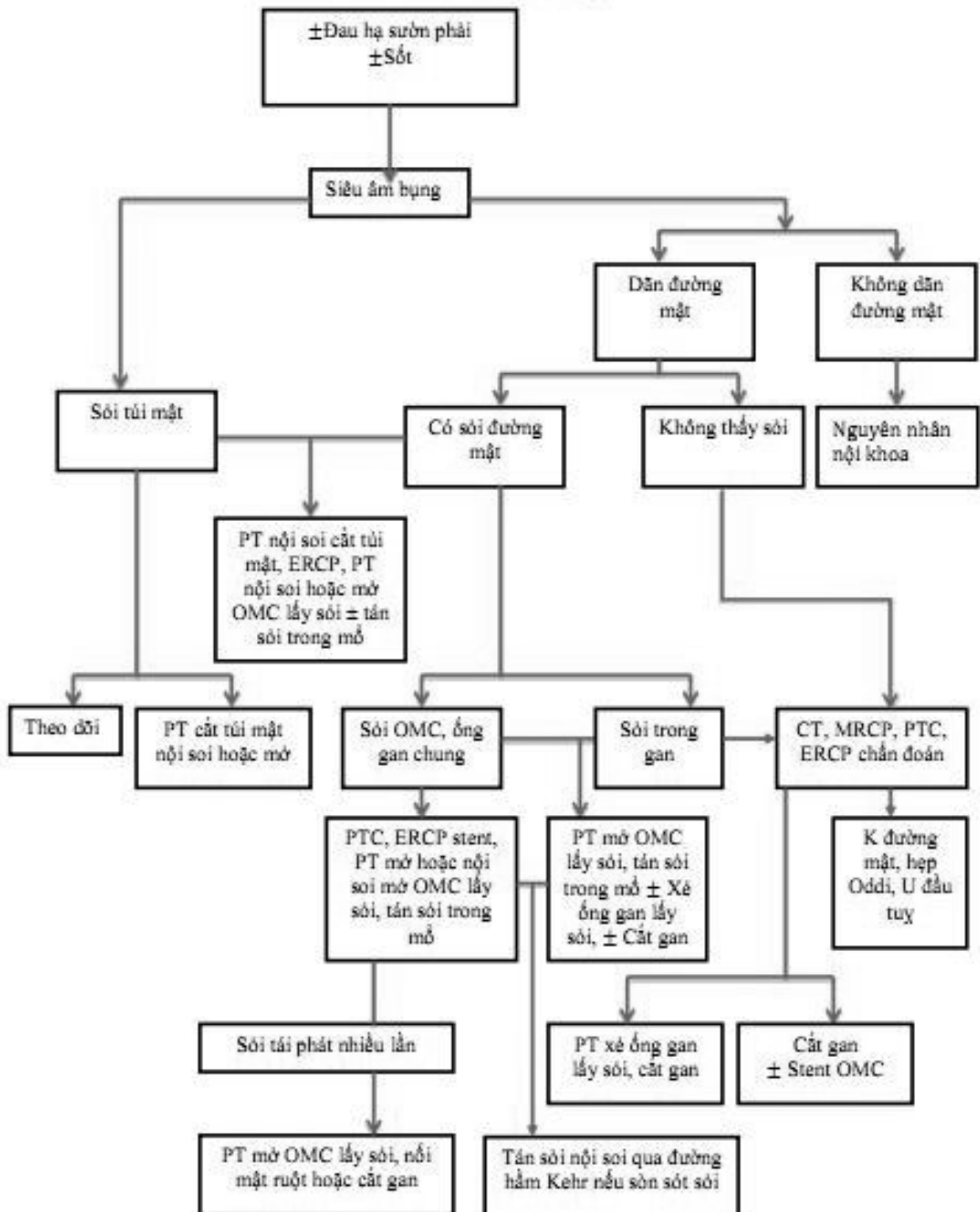
MRI (Magnetic Resonance Imaging): chụp cộng hưởng từ

ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography): nội soi mật tụy ngược dòng

MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography): cộng hưởng từ mật tụy

PTC (Percutaneous hepatic cholangiogram) chụp đường mật qua da xuyên gan

Lưu đồ xử trí sỏi mật



XV. VIÊM TÚI MẬT (ICD K81)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm túi mật cấp là tình trạng viêm cấp tính ở túi mật, thường là do sỏi túi mật, ngoài ra còn có nguyên nhân khác (thiếu máu, rối loạn vận động, tổn thương trực tiếp hóa chất, vi trùng, động vật đơn bào, ký sinh trùng, bệnh collagen, và phản ứng dị ứng).

Yếu tố thuận lợi cho sự hình thành sỏi túi mật:

- Giới nữ
- Sinh đẻ nhiều lần
- Tình trạng béo phì
- Tuổi từ 40 trở lên
- Ngoài ra còn có các yếu tố khác như: thuốc tránh thai có chứa Estrogen, người bị bệnh Crohn, bị cắt mất nhiều hồi tràng, khiếm khuyết bẩm sinh về chuyển hóa mỡ...

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

Chỉ 30% bệnh nhân sỏi túi mật có triệu chứng đau, 70% còn lại không có triệu chứng gì (sỏi câm).

Triệu chứng lâm sàng trong viêm túi mật do sỏi có thể bao gồm:

- Giai đoạn 1 (Túi mật căng to)
 - + Đau bụng vùng thượng vị quặn từng cơn
 - + Nôn (không bớt đau)
- Giai đoạn 2 (Viêm túi mật mủ)
 - + Đau bụng khu trú HSP (đau liên tục), có thể đau sau lưng hoặc đau ở vai P.
 - + Toàn thân: sốt, tăng bạch cầu
 - + Khám: Murphy (+)
- Giai đoạn 3 (Túi mật hoại tử)
 - + Toàn thân: dấu hiệu nhiễm độc, sốt cao, tăng bạch cầu
 - + Có phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng, phản ứng dội
- Giai đoạn 4 (Thủng túi mật)
 - + Trung bình thời gian thủng túi mật 48-72h, sớm hơn với bệnh nhân ĐTĐ, bệnh tạo keo, viêm tắc động mạch v.v...

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1 Xét nghiệm:

- Bạch cầu tăng, CRP tăng
- Amylase máu tăng ít
- Bilirubin huyết thanh có thể tăng < 60mmol/l do hội chứng Mirrizzi, >60mmol/l thường do sỏi ống mật chủ.

- Xét nghiệm Albumin, protein, điện giải đồ, canxi huyết thanh đánh giá tình trạng của bệnh nhân.

- Xét nghiệm Ure, Creatinin máu đánh giá chức năng thận trước phẫu thuật.

- Xét nghiệm đông máu đánh giá tình trạng rối loạn đông máu nếu có.

- Cấy máu: dương tính nếu có nhiễm khuẩn huyết

2.2.2 Chẩn đoán hình ảnh:

- Siêu âm: độ nhạy sỏi mật ngoài gan 95.9%, thành túi mật dày > 3mm, đường kính ngang túi mật > 4cm, đường kính dọc > 8cm.

- X Quang bụng không chuẩn bị: 10 – 15% thấy sỏi (phân biệt sỏi thận). Có thể thấy mực nước hơi trong túi mật.

- CT Scan: là một chẩn đoán có giá trị cao, nhưng không phải XN đầu tay

- MRI: giá trị chẩn đoán cao, xác định vị trí giải phẫu, mật độ, cấu trúc sỏi, độ nhạy 96.5%, độ đặc hiệu 97.7%

- Chụp nhập nháy: HIDA scan - sử dụng HIDA (acid HydroxyImino Diacetic) có gắn đồng vị phóng xạ. Ngoài ra HIDA scan còn đánh giá vận động của túi mật, hẹp đường mật bẩm sinh, rò mật, ung thư đường mật, thải ghép sau ghép gan.

2.2.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán

(Tokyo Guidelines 2006)

1. Dấu hiệu viêm túi mật khu trú: Đau ¼ bụng trên P, Murphy (+)

2. Dấu hiệu toàn thân: Sốt, tăng CRP, tăng bạch cầu.

3. Hình ảnh học của viêm túi mật

4. Chẩn đoán: 01 dấu hiệu A, và dấu hiệu B (dấu hiệu tích cực)

5. Hình ảnh học của viêm túi mật khẳng định chẩn đoán khi lâm sàng nghi ngờ.

2.2.4 Phân loại theo cấp độ (Theo TOKYO guideline 2013)

* Cấp I (VTM NHẸ)

- Tình trạng viêm túi mật cấp tính nhưng không có thay đổi chức năng các cơ quan.

- Không có các triệu chứng của viêm túi mật cấp II, cấp III

* Cấp II (VTM TRUNG BÌNH) (Viêm túi mật cấp tính kèm với bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây).

- Thời gian xuất hiện triệu chứng > 72h

- Sờ được khối mass ở ¼ bụng trên bên P

- Viêm phúc mạc khu trú do túi mật hoại tử, apxe túi mật - Bạch cầu tăng > 18.000/ml

* Cấp III (VTM NẶNG) (Viêm túi mật cấp tính kèm với bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây).

- Rối loạn chức năng tim mạch (hạ HA cần điều trị với dopamine $\geq 5\text{mcg/kg/phút}$ hoặc liều bất kỳ Dobutamine

- Rối loạn chức năng thần kinh (giảm mức độ ý thức)

- Rối loạn chức năng hô hấp (tỷ lệ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$)

- Rối loạn chức năng thận (thiếu niệu, creatinin > 2mg/dl) - Rối loạn chức năng gan (PT INR > 1.5)

- Rối loạn huyết học (tiểu cầu giảm $< 100.000/mm^3$)

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm loét dạ dày tá tràng
- Bệnh động mạch vành
- Viêm tụy cấp
- Viêm ruột thừa
- Con đau quặn thận Phải
- Viêm phần phụ

2.4. Biểu chứng

2.4.1 Viêm túi mật cấp

Hoại tử túi mật:

- Đám quánh túi mật
- Thâm mật phúc mạc
- Viêm phúc mạc mật

Viêm đường mật:

Do sỏi túi mật rơi vào ống mật chủ (OMC) hoặc chèn ép OMC (hội chứng Mirizzi) gây tắc nghẽn và nhiễm trùng đường mật chính

2.4.2 Viêm túi mật mạn

- Viêm tụy cấp do sỏi túi mật

Tỉ lệ thay đổi từ 5-57%

- Rò túi mật – tá tràng

Có thể gây tắc ruột do sỏi túi mật qua lỗ rò rơi xuống ruột non

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Phẫu thuật cắt bỏ túi mật sớm ưu tiên phẫu thuật cắt túi mật nội soi khi đạt đủ điều kiện
- Phẫu thuật theo đúng quy trình kỹ thuật, phẫu thuật điều trị tối ưu cho từng loại mức

độ nghiêm trọng của viêm túi mật cấp tính được yêu cầu

- Điều trị các bệnh lý phối hợp
- Dùng thuốc theo phác đồ.
- Kiểm soát dự phòng tai biến

3.2. Điều trị đặc hiệu

3.2.1 Nội khoa

* Mức độ nhẹ và mức độ vừa:

- Nhịn ăn, đặt sonde mũi – dạ dày
- Truyền dịch đường tĩnh mạch
- Dùng thuốc ức chế phó giao cảm (như Atropin, Propanthelin) để ức chế thần kinh

X (giảm tiết acid, giảm co thắt cơ vòng Oddi và co bóp túi mật).

- Theo dõi công thức máu mỗi 6 giờ, theo dõi nhiệt độ mỗi 2 giờ, theo dõi khám bụng mỗi 2 -3 giờ.

- Nếu bệnh nhân qua cơn đau cũng nên sắp xếp mổ chương trình sớm.

- * Mức độ vừa không đáp ứng và mức độ nặng:

- Mức độ nhẹ và mức độ vừa đáp ứng.

- Bổ sung các xét nghiệm để đánh giá các bệnh lý đi kèm.

- Dùng kháng sinh phổ rộng bằng đường toàn thân để hạn chế nhiễm trùng nhất là các bệnh nhân già trên 70 tuổi, bệnh nhân có tiểu đường...(Cephalosporin thế hệ 3, Beta-lactam + Metronidazol).

- * Uống thuốc tan sỏi

Sử dụng UDCA (ursodeoxycholic acid) và CDCA (chenodeoxycholic acid) là các acid mật, áp dụng cho sỏi cholesterol

3.2.2 Ngoại khoa

3.2.2.1 Nguyên tắc điều trị phẫu thuật

- + Nếu bệnh nhân già yếu, suy kiệt nặng, đến muộn, nhiễm độc nặng, có bệnh mạn tính như tiểu đường, lao phổi, bệnh tim mạch...và nếu túi mật không viêm nặng lắm thì dẫn lưu túi mật.

- + Nếu bệnh nhân trẻ, thể trạng tốt, mổ sớm trước 48 giờ và túi mật viêm nặng (nung mủ hay hoại tử) thì nên cắt túi mật.

- Thời gian để chuyển mổ nội soi sang mổ hở cắt túi mật:

- + Khi phẫu thuật nội soi gặp khó khăn (tùy theo khả năng của phẫu thuật viên nội soi), bác sĩ phẫu thuật không ngần ngại chuyển sang mổ mở. (Không phải là bất lợi cho bệnh nhân mà là ngăn chặn tai biến và biến chứng khi phẫu thuật nội soi cắt túi mật khó khăn).

- Thời gian để mổ cắt túi mật sau mổ dẫn lưu túi mật ra da:

- + Thực hiện vài ngày sau khi dẫn lưu túi mật ra da

- + Tình trạng bệnh nhân cải thiện sau dẫn lưu

- + Không có biến chứng của dẫn lưu: tụ máu, áp xe, viêm phúc mạc mật, tràn dịch màng phổi ...

3.2.2.2 Cắt túi mật nội soi

- Chỉ định:

- + Sỏi túi mật đơn thuần có hoặc không có triệu chứng lâm sàng

- + BN không có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi

- Kỹ thuật:

Cắt túi mật nội soi xuôi dòng hay ngược dòng

3.2.2.3 Mổ mở cắt túi mật

- Chỉ định:

- BN chống chỉ định với phẫu thuật nội soi

- Phối hợp các tổn thương khác

3.2.3 Tai biến

- Tổn thương đường mật

- Chít hẹp đường mật

- Chảy máu
- Chuyển mô mỡ
- Sỏi túi mật rơi vãi trong ổ bụng
- Nhiễm trùng lỗ trocar
- Sốt sỏi OMC không triệu chứng
- Ung thư túi mật

3.3 Phòng bệnh

- Ăn chín uống sôi, giảm thiểu thức ăn béo
- Tẩy giun định kỳ 6 tháng
- Hoạt động thể chất đều đặn
- Không giảm cân quá nhanh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.
2. Phác đồ điều trị phần ngoại khoa – bệnh viện Chợ Rẫy
3. Sách “Ngoại khoa lâm sàng Bệnh viện nhân dân Gia Định”
4. Sách “Sỏi đường mật” Nguyễn Đình Hối Nguyễn Mậu Anh, nhà xuất bản Y học 2012
5. Sách “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học năm 2013.
6. Yamashita Y, Takada T, Kawarada Y, et al. Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2007;14(1):91-97.

DANH MỤC VIẾT TẮT

BN: bệnh nhân

VTM: viêm túi mật

OMC: ống mật chủ

PT: phẫu thuật

XN: xét nghiệm

CT (Computed Tomography Scan – CT Scan): chụp cắt lớp vi tính

MRI (Magnetic Resonance Imaging): chụp cộng hưởng từ

XVI. VIÊM TỤY CẤP (ICD K85)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tụy cấp (VTC) là 1 quá trình viêm cấp tính của tụy, bệnh cảnh lâm sàng khá đa dạng. biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau : mức độ nhẹ chỉ cần nằm viện ngắn ngày, ít biến chứng, mức độ nặng, diễn biến phức tạp, nhiều biến chứng, tỉ lệ tử vong cao 20-50% trong bệnh cảnh suy đa tạng, nhiễm trùng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Cơ năng : đau bụng trên rốn lan ra sau lưng, đau có thể xuất hiện đột ngột sau bữa ăn thịnh soạn, buồn nôn, nôn, ỉa lỏng, bí trung đại tiện...

- Toàn thân: có thể có triệu chứng sốc do giảm khối lượng tuần hoàn trong viêm tụy cấp thể nặng; biểu hiện nhiễm khuẩn trong viêm tụy cấp bội nhiễm.

- Thực thể : bụng trướng, điểm sườn lưng đau, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, cổ trướng, bầm tím dưới da, khối căng tức rốn, tràn dịch màng phổi, vàng da, tăng áp lực ổ bụng...

2.2. Cận lâm sàng

- Amylase máu tăng > 3 lần bình thường (tăng sau 1-2 giờ đau, tăng cao sau 24h và bình thường sau 2-3 ngày)

- Lipase tăng có giá trị chẩn đoán hơn là tăng amylase máu

- LDH tăng có ý nghĩa tiên lượng

- Glucose máu tăng, Bilirubin toàn phần và trực tiếp có thể tăng, Ure, creatinin có thể tăng, SGOT, SGPT tăng, albumin, protein TP giảm, Canxi máu giảm, rối loạn điện giải trong trường hợp nặng.

- Triglycerid, cholesterol tăng là một trong những nguyên nhân gây viêm tụy cấp.

- Công thức máu: BC tăng, trung tính tăng, Hct tăng do máu cô đặc, giảm khi có xuất huyết.

- Rối loạn đông máu ở những bệnh nhân nặng

- Xquang ổ bụng : bụng nhiều hơi, các quai ruột gần tụy giãn, tràn dịch màng phổi

- Siêu âm ổ bụng : thể phù, thể hoại tử, thăm dò tắc nghẽn đường mật, ống tụy

- Siêu âm khoang màng phổi: có thể có tràn dịch màng phổi.

- Chụp cắt lớp vi tính/ cộng hưởng từ ổ bụng : đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán

- ERCP (chụp mật tụy ngược dòng)

- Siêu âm nội soi (EUS)phát hiện VTC do sỏi

2.3. Chẩn đoán mức độ nặng

Dựa vào 1 trong các thang điểm sau :

2.3.1. Thang điểm APACHE II ≥ 8 điểm là nặng

2.3.2. Theo thang điểm Ranson : > 3 yếu tố là nặng

Khi mới nhập viện

Trong vòng 48h

Tuổi > 55

HCT giảm > 10%

BC > 16000

Ure > 1,8mmol/l

LDH > 350U/l

Calci < 1,9mmol/l

AST >250U/l

PaO₂ < 60mmHg

Glucose > 11mmol/l

Mất nước > 6000ml

ALT/MTT giảm trên 4mmHg

2.3.3. Theo IMRIE

Dựa vào những đánh giá khi vào viện gồm 8 yếu tố :

- BC > 15000
- Calci máu < 2mmol/l
- Glucose máu > 10mmol/l
- Albumin < 32g/l
- PaO₂ < 60mmHg
- ATS/ALT > 200U/l

Nếu có > 3/8 yếu tố là nặng

2.3.4. Dựa vào chẩn đoán hình ảnh Balthazar Score (CT Score)

Mức độ viêm tụy :

- | | |
|-------------------------|---|
| A. Tụy bình thường | 0 |
| B. VTC thể phù | 1 |
| C. Viêm quanh tụy | 2 |
| D. 1 ổ dịch quanh tụy | 3 |
| E. > 2 ổ dịch quanh tụy | 4 |

Tổng số điểm = điểm do viêm + điểm do hoại tử

1-2 điểm : không có biến chứng nặng

Mức độ hoại tử :

- | | |
|------------------|---|
| Không hoại tử | 0 |
| Hoại tử 1/3 tụy | 2 |
| Hoại tử 1/3- 1/2 | 4 |
| Hoại tử > 1/2 | 6 |

3-6 biến chứng không rõ

> 7-10 nặng, tử vong cao

2.4. Chẩn đoán biến chứng

- Tại chỗ:

- + Ổ tụ dịch, hoại tử và nhiễm khuẩn tụy .
- + Nang giả tụy : 4 tuần sau VTC.
- + áp xe tụy, rò ống tụy vào trong ổ bụng.
- + Tổn thương mạch máu, chảy máu.

- Toàn thân:

- + Suy hô hấp, suy thận, trụy tim mạch.
- + Xuất huyết tiêu hóa.
- + ADS.
- + CIVD

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị chung

- Nhịn ăn : bệnh nhân không ăn uống cho tới khi triệu chứng giảm đau giảm, có trung tiện trở lại.

- Đặt ống thông dạ dày hút dịch, lưu sonde cho đến khi bệnh nhân đỡ nôn, giảm trướng bụng.

- Chăm sóc theo dõi chặt các chỉ số sống, độ bão hòa oxy...
- Nuôi dưỡng theo đường tĩnh mạch
- Giảm đau có thể dùng cả Morphine và phối hợp nhiều nhóm giảm đau
- Kiểm soát các rối loạn chuyển hóa: Glucose máu, calci máu, mỡ máu...
- Kháng sinh : VTC nhẹ không có chỉ định dùng kháng sinh, tuy nhiên VTC nặng phải dùng kháng sinh.

- Các thuốc làm giảm tiết acid dịch vị

- CT, MRI, EUS xác định nguyên nhân do sỏi mật, biến chứng tại chỗ để có thể tiến hành làm ERCP giải quyết nguyên nhân gây VTC cấp cứu.

3.2. Điều trị viêm tụy cấp thể nặng

3.2.1. Các biện pháp hồi sức tích cực

3.2.1.1. Hồi sức hô hấp

- Chỉ định khi bệnh nhân có suy hô hấp trên lâm sàng và xét nghiệm khí máu, Xquang phổi.
- Phương thức : thở oxy kính, mặt nạ, thở không xâm nhập, nếu nặng có tổn thương phổi, ARDS thì thở máy theo ARDS Net

3.2.1.2. Hồi sức tuần hoàn

- Bệnh nhân được đặt ống thông TMTT
- Bù dịch muối đẳng trương, dịch cao phân tử, albumin human, plasma tươi đảm bảo ALTTMTT 10-15cm nước

- Thuốc vận mạch, trợ tim khi đã bù đủ dịch: noradrenalin, dopamine, dobutamine

3.2.1.3. Bồi phụ điện giải, thăng bằng toan kiềm

3.2.1.4. Giảm tiết dịch tụy: Stilamin, Sandostatin

- Giảm tiết acid dịch vị.

3.2.1.5. Giảm đau: NSAID, Opiat

3.2.1.6. Kháng sinh

- Cấy máu, cấy nước tiểu, dịch màng phổi, dịch ổ bụng và tổ chức tụy hoại tử
- Kháng sinh theo phác đồ khuyến cáo : cephalosporin thế hệ III hoặc Imipenem + fluoroquinolon và hoặc kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn kỵ khí (metronidazol, clindamycin)

3.2.1.7. Nuôi dưỡng

Đường tĩnh mạch giai đoạn đầu (glucid, lipid, acid amin) đảm bảo 40-60 calo/kg cân nặng, cho ăn đường miệng sớm ngay sau khi giảm đau và không có triệu chứng tắc ruột và số lượng tăng dần.

3.2.1.8. Các biện pháp làm giảm áp lực ổ bụng thông thường

Hút dịch dạ dày, thụt hậu môn

3.2.1.9. Dẫn lưu dịch ổ bụng, ổ dịch quanh tụy

Dẫn lưu bằng ống thông nhỏ kích thước 12-16F dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT.

3.2.2. Lọc máu liên tục (CVVH)

- Chỉ định

Chỉ định sớm ngay sau khi nhập viện được đánh giá là VTC nặng với mục đích loại bỏ các cytokine và kết hợp điều trị triệu chứng.

- Chống chỉ định

+ Suy tim nặng, HA tụt (HATT $\leq$ 60mmHg) không khắc phục được

+ Chảy máu nặng – chống chỉ định mang tính chất tương đối.

3.2.3. Theo dõi

- Lâm sàng
- Áp lực ổ bụng mỗi 8h
- Diễn biến suy tạng theo thang điểm SOFA
- Các biến chứng của VTC
- Các biến chứng của lọc máu liên tục

3.3. Chỉ định điều trị ngoại khoa

Viêm tụy cấp do sỏi mật, sỏi ống tụy, áp xe tụy, ổ hoại tử nhiễm trùng, nang giả tụy > 6cm và kéo dài > 6 tuần hoặc có triệu chứng chèn ép tạng lân cận.

3.3.1. Điều trị viêm tụy cấp hoại tử nhiễm khuẩn

- Chọc hút ổ hoại tử dưới sự hướng dẫn của siêu âm hoặc CT: lấy bệnh phẩm nhuộm Gram và nuôi cấy. Sau khi có kết quả định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ, điều chỉnh kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.

- Xử trí ổ hoại tử nhiễm khuẩn : phẫu thuật lấy ổ hoại tử + dẫn lưu hoặc đặt dẫn lưu ổ hoại tử qua da dưới sự hướng dẫn của siêu âm, cắt lớp vi tính ổ bụng.

3.3.2. Điều trị viêm tụy cấp có ổ hoại tử vô khuẩn

- Thời điểm 2- 3 tuần đầu.

- Các biện pháp: phẫu thuật, dẫn lưu qua da, dẫn lưu qua nội soi, nếu trường hợp có dò ống tụy cần phẫu thuật hoặc qua nội soi can thiệp.

3.3.3. Điều trị theo nguyên nhân

- Định hướng được nguyên nhân viêm tụy cấp giúp cho bác sĩ có 1 phác đồ điều trị tốt và phòng tránh được tái phát.

- Viêm tụy cấp do sỏi, giun ống mật chủ: ERCP tiến hành sớm mở cơ oddi, lấy sỏi, phẫu thuật nếu ERCP thất bại.

- Trường hợp nghi ngờ viêm tụy cấp do giun chui ống mật chủ cho bệnh nhân tẩy giun sớm bằng thuốc Fugacar, Zentel... kết hợp nội soi dạ dày tá tràng can thiệp gấp giun.

3.4 Dự phòng

- Hạn chế uống rượu, bia.
- Phát hiện và điều trị sỏi mật, sỏi tụy.
- Người bệnh tăng triglyceride cần điều trị thường xuyên và kiểm soát chế độ ăn hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.

2. QĐ 5250/QĐ-BYT ngày 28/12/2012 của BYT, ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm tụy cấp

3. QĐ 4420/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 của BYT, ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa, chuyên ngành gan mật.

4. “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa” – bệnh viện Bạch Mai

5. “Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học, 2013.

6. Balthazar EJ. Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and CT evaluation. Radiology. 2002;223(3):603–13

7. Casillas J, Sleeman D, Ahualli J, Ruiz-Cordero R, Echenique A. *Acute Pancreatitis (AP). Multidisciplinary Teaching Atlas of the Pancreas*. 2015;681-749.
8. Takada T, Kawarada Y, Hirata K, et al. *JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: cutting-edge information. J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2006;13:2–6
9. *Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015*

DANH MỤC VIẾT TẮT

BN: bệnh nhân

VTC: viêm tụy cấp

OMC: ống mật chủ

TMTT: tĩnh mạch trung tâm

TALTC: tăng áp lực tĩnh mạch cửa

CT (Computed Tomography Scan – CT Scan): chụp cắt lớp vi tính

MRI (Magnetic Resonance Imaging): chụp cộng hưởng từ

ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography): nội soi mật tụy ngược dòng

TMTT: tĩnh mạch trung tâm

TALTC: tăng áp lực tĩnh mạch cửa

CHƯƠNG 3: TIM MẠCH LÒNG NGỰC

I. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ÁP XE PHỔI

1. ĐỊNH NGHĨA:

Áp xe phổi là ổ mủ trong nhu mô phổi do viêm nhiễm hoại tử cấp tính không phải lao, sau khi ổ mủ tạo thành hang. Áp xe phổi có thể có một hoặc nhiều ổ. Khi điều trị nội khoa quá 6 tuần thất bại thì gọi là áp xe phổi mạn tính.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng

- Sốt: 38.5°C-39°C hoặc cao hơn, có thể kèm rét run hoặc không.
- Đau ngực: bên tổn thương, có thể có đau bụng ở những bệnh nhân áp xe phổi thùy dưới.
- Ho: khạc đàm mủ, đàm thường có mùi hôi hoặc thối, có thể khạc đàm mủ số lượng nhiều (ộc mủ), đôi khi có thể khạc đàm mủ lẫn máu hoặc thậm chí ho máu nhiều, nhưng có khi chỉ ho khan.

- Khó thở: có thể có biểu hiện suy hô hấp, thở nhanh, tím môi, đầu chi, PaO₂ giảm, SaO₂ giảm.

- Khám phổi: có thể nghe ran ngáy, ran nổ, ran ẩm, có khi có hội chứng hang hội chứng đông đặc.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: thường thấy số lượng bạch cầu tăng > 10.000/mm³.
- Đông máu.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ có thể có rối loạn.
- Tốc độ máu lắng tăng.
- Nước tiểu.
- Cấy máu tìm vi khuẩn: trong trường hợp sốt > 38.5°C và làm kháng sinh đồ.
- Nhuộm soi trực tiếp và nuôi cấy vi khuẩn từ đàm, dịch rửa phế quản hoặc mủ ổ áp xe. Làm kháng sinh đồ nếu thấy vi khuẩn mọc.
- Giải phẫu bệnh: Chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán phân biệt tổn thương.
- X-quang lồng ngực: hình hang thường có thành tương đối đều với mức khí dịch. Có thể có một hay nhiều ổ áp xe, một bên hoặc hai bên. Cần chụp phim X-quang lồng ngực nghiêng, có khi phải chụp CT scanner lồng ngực để xác định chính xác vị trí ổ áp xe giúp chọn lựa phương pháp dẫn lưu phù hợp.
- Siêu âm màng phổi: Giúp chẩn đoán và phát hiện tràn dịch trong khoang màng phổi.
- Siêu âm ổ bụng: Đánh giá các cơ quan, tìm phát hiện các ổ áp xe nguyên phát.

- Chụp CT Scan ngực có tiêm thuốc cản quang: Giúp xác định và chẩn đoán tổn thương.
- Nội soi phế quản: để hút mủ ở phế quản dẫn lưu ổ áp xe. Giúp phát hiện các tổn thương gây tắc nghẽn phế quản và gắp bỏ dị vật phế quản nếu có.

- Điện tim.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

2.2.1. Ung thư phổi áp xe hóa.

- Bệnh nhân thường > 45 tuổi, tiền sử nghiện thuốc lá, thuốc Lào.
- Bên cạnh triệu chứng áp xe phổi, có thể thấy các triệu chứng khác như nuốt nghẹn, khàn tiếng, ngón tay dùi trống, phù áo khoát, đau các khớp,
- X-quang lồng ngực thấy hang có thành dày, thường lệch tâm, xung quanh có các tua gai, ít khi có hình ảnh mức khí dịch.

- Soi phế quản và sinh thiết có thể chẩn đoán xác định được.

2.2.2. Kén khí bội nhiễm.

- Biểu hiện lâm sàng giống áp xe phổi.
- X-quang lồng ngực: hình hang thành mỏng < 1mm, có mức khí dịch và sau khi điều trị như một áp xe phổi thì kén khí vẫn còn tồn tại.

2.2.3. Giãn phế quản hình túi cục bộ.

- Tiền sử ho, khạc đàm hoặc có khi ho máu kéo dài nhiều năm.
- Nghe phổi: có ran ẩm, ran nổ tồn tại lâu.
- X-quang lồng ngực: có nhiều ổ sáng xen kẽ với vùng mờ không đều.
- CT scanner lồng ngực lớp mỏng, độ phân giải cao (HRCT) không bơm cản quang giúp chẩn đoán xác định.

2.2.4. Lao phổi tạo hang.

- Lao phổi thường tiến triển từ từ với tổng trạng gầy sút, suy sụp, sốt chiều, ho khạc đàm hoặc máu.
- Có tiếp xúc với người mắc lao.
- Tìm thấy trực khuẩn kháng cồn, kháng acid (AFB) trong đàm (lấy 3 mẫu đàm liên tục trong 3 buổi sáng).

- Phản ứng Mantoux với Tuberculin trong nhiều trường hợp dương tính mạnh.
- Tốc độ máu lắng tăng.
- X-quang lồng ngực: trên nền tổn thương thâm nhiễm hoặc xơ hóa có một hoặc nhiều hang, thường khu trú ở đỉnh phổi.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1..Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

- Giải quyết tình trạng nhiễm khuẩn.
- Điều trị triệt để áp xe.
- Dự phòng suy kiệt, suy dinh dưỡng.

3.2. Điều trị cụ thể:

Điều trị nội khoa

* Điều trị kháng sinh:

- Nguyên tắc dùng kháng sinh:

+ Dùng kháng sinh sớm, theo kháng sinh đồ.

+ Phối hợp từ 2 kháng sinh, theo đường tĩnh mạch hoặc tiêm bắp, nếu đàm có mùi thối dùng kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí: Metronidazol 500 mg x 2 lần/ngày truyền tĩnh mạch chia sáng, tối.

+ Liều cao ngay từ đầu.

+ Sử dụng thuốc ngay sau khi lấy được bệnh phẩm chẩn đoán vi sinh.

+ Thay đổi kháng sinh dựa theo diễn tiến lâm sàng và kháng sinh đồ nếu có.

+ Thời gian dùng kháng sinh ít nhất 4 tuần (có thể kéo dài đến 6 tuần tùy theo lâm sàng và X-quang phổi).

- Các loại kháng sinh có thể dùng như sau:

+ Penicillin G 10-50 triệu đơn vị tùy theo tình trạng và cân nặng của bệnh nhân, pha truyền tĩnh mạch chia 3-4 lần/ngày, kết hợp với 1 kháng sinh nhóm Aminoglycoside.

+ Gentamycin 3-5 mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần.

+ Amikacin 15 mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần hoặc pha truyền tĩnh mạch trong 250 mL dung dịch NaCl 0.9%.

+ Nếu nghi vi khuẩn tiết Betalactamase thì thay Penicillin G bằng Amoxicillin-Acid Clavulanic hoặc Ampicillin-Sulbactam liều dùng 3-6 gr/ngày.

+ Nếu nghi ngờ áp xe phổi do vi khuẩn Gram âm thì dùng Cephalosporin thế hệ 3 như Cefotaxim 3-6 gr/ngày, Ceftazidim 3-6 gr/ngày, kết hợp với kháng sinh nhóm Aminoglycoside với liều tương tự như đã nêu ở trên.

+ Nếu nghi ngờ áp xe phổi do vi khuẩn yếm khí thì kết hợp nhóm Betalactam-Clavulanic với Metronidazol liều 1-1.5 gr/ngày, truyền tĩnh mạch 2-3 lần/ngày hoặc Penicillin G 10-50 triệu đơn vị kết hợp với Metronidazol liều 1-1.5 gr/ngày, truyền tĩnh mạch 2-3 lần/ngày hoặc Penicillin G 10-50 triệu đơn vị kết hợp với Clindamycin 1.8 gr/ngày truyền tĩnh mạch.

+ Nếu nghi ngờ áp xe phổi do tụ cầu: Oxacillin 6-12 gr/ngày hoặc Vancomycin 1-2 gr/ngày, kết hợp với Amikacin nếu nghi do tụ cầu kháng thuốc.

+ Nếu áp xe phổi do amíp thì dùng Metronidazol 1.5 gr/ngày, truyền tĩnh mạch 3 lần/ngày kết hợp với kháng sinh khác.

+ Chú ý xét nghiệm Créatinin máu 2 lần trong một tuần đối với bệnh nhân có sử dụng thuốc nhóm Aminoglycoside.

Điều trị can thiệp: Thủ thuật.

- Dẫn lưu tư thế, vỗ rung lồng ngực: dựa vào phim chụp X-quang lồng ngực thẳng và nghiêng hoặc chụp CT scanner lồng ngực, chọn tư thế bệnh nhân sao cho ổ áp xe được dẫn lưu tốt nhất, lúc đầu trong thời gian ngắn vài phút, sau kéo dài thời gian tùy thuộc vào khả năng chịu đựng của bệnh nhân có thể đến 15-20 phút/lần. Vỗ rung dẫn lưu tư thế mỗi ngày 2-3 lần.

- Có thể dùng nội soi phế quản ống mềm để hút mủ ở phế quản dẫn lưu ổ áp xe. Soi phế quản ống mềm còn giúp phát hiện các tổn thương gây tắc nghẽn phế quản và gắp bỏ dị vật phế quản nếu có.

- Chọc dẫn lưu mủ qua thành ngực áp dụng đối với những ổ áp xe phổi ở ngoại vi, ổ áp xe thông với phế quản, ổ áp xe ở sát thành ngực hoặc dính với màng phổi. Sử dụng ống thông 7-14F, đặt vào ổ áp xe để hút dẫn lưu mủ qua hệ thống hút liên tục.

Các điều trị khác:

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân.
- Đảm bảo bồi hoàn đủ nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan.
- Giảm đau, hạ sốt.

Điều trị ngoại khoa

- Mở cắt phân thùy phổi hoặc thùy phổi hoặc cả một bên phổi tùy theo mức độ lan rộng với tổng trạng bệnh nhân và chức năng hô hấp trong giới hạn cho phép ($FEV1 > 1$ lít so với giá trị lý thuyết).

- Ổ áp xe lớn > 10 cm.
- Áp xe phổi mạn tính, điều trị nội khoa không hiệu quả.
- Ho ra máu tái phát hoặc ho máu nặng đe dọa tính mạng.
- Áp xe phổi kết hợp với giãn phế quản nặng.
- Có biến chứng dò phế quản - khoang màng phổi.

3.2. Điều trị dự phòng:

- Vệ sinh răng miệng, mũi, họng.
- Điều trị tốt các nhiễm khuẩn răng, hàm, mặt, tai mũi họng. Thận trọng khi tiến hành các thủ thuật ở các vùng này để tránh các mảnh tổ chức rơi vào khí quản.
- Khi cho bệnh nhân ăn bằng ống thông dạ dày phải theo dõi chặt chẽ, tránh không để sặc thức ăn.
- Phòng ngừa các dị vật rơi vào đường thở

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. PGS.TS.Ngô Quý Châu “Bệnh hô hấp, “ nhà xuất bản giáo dục việt nam”, năm 2012.
2. Rebecca M. Baron, John G. Bartlett : *Bronchiectasis and Lung Abscess, Harrisons Principles of Internal Medicine 18th Edition, 2012*
3. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 của Bộ Y tế

II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

1. ĐỊNH NGHĨA

Là chấn thương của thành ngực hoặc các tạng trong lồng ngực mà không có sự thông thương của khoang màng phổi với môi trường bên ngoài.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- + Đau ngực, khó thở, ho máu...
- + Hội chứng suy hô hấp: thở nhanh nông, da tím tái, SpO₂ giảm...
- + Hội chứng shock mất máu: mạch nhanh, huyết áp tụt.
- + Hội chứng chèn ép tim cấp: Huyết áp tụt kẹt.
- + Tràn khí dưới da, lồng ngực di động bất thường.
- + Hội chứng tràn dịch màng phổi.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- + Xquang ngực: có hình ảnh tràn máu, tràn khí màng phổi, gãy xương, dập phổi, trung thất rộng...
- + Siêu âm màng phổi, màng tim: tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng ngoài tim...
- + Siêu âm ổ bụng: đánh giá tổn thương ổ bụng kèm theo.
- + Siêu âm Doppler tim khi nghi ngờ có tổn thương cấu trúc trong tim.
- + CT Scan ngực : Khi siêu âm nghi ngờ tổn thương tim, tổn thương mạch máu lớn, Xquang nghi thoát vị hoành, đụng dập nhu mô phổi nhiều....
- + CT Scan ổ bụng: khi siêu âm ổ bụng có nghi ngờ.
- + Nội soi khí phế quản: khi nghi ngờ tổn thương khí phế quản hoặc đông đặc phổi do dị vật, máu cục...
- + Chụp thực quản cản quang: khi nghi ngờ tổn thương thực quản.
- + Điện tim đồ.
- + Khí máu.
- + Công thức máu: Thiếu máu.
- + Đông máu.
- + Nhóm máu ABO, Rh
- + Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAG
- + Sinh hóa máu: glucose, GOT, GPT, creatinin, điện giải đồ, CK, CKMB...

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị: cần đánh giá toàn diện, khẩn trương tránh bỏ sót đa chấn thương để

có thái độ cấp cứu kịp thời.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1 Sơ cứu ban đầu: theo nguyên tắc ABCD.

3.2.2. Hồi sức ban đầu:

- Thở oxy hoặc đặt nội khí quản khi có suy hô hấp, hôn mê.
- Truyền dịch, máu khi có hội chứng sốt mất máu...

3.2.3. Điều trị nội khoa:

- + Giảm đau, cố định bằng đai.
- + Đảm bảo thông khí thích hợp: thở oxy, thở máy.

3.2.4. Điều trị can thiệp: Chỉ định dẫn lưu màng phổi:

- + Tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi lượng trung bình – nhiều.
- + Tràn khí màng phổi áp lực.
- + Tràn khí màng phổi cần thở máy.

3.2.5. Chỉ định ngoại khoa:

- + Chỉ định mở ngực cấp cứu:

- Dẫn lưu ngực ra máu nhiều hơn 1.500 ml hoặc dẫn lưu ra máu > 200 - 300 ml/giờ/

3h liên tiếp.

- Dẫn lưu ra máu > 1500 ml/ 24h.
- Sốc mất máu (không kể trường hợp đa thương).
- Chèn ép tim.
- Tổn thương khí phế quản, thực quản.
- Vỡ cơ hoành.
- + Chỉ định mở ngực trì hoãn: sau 24 h.
- Tổn thương khí phế quản bị bỏ sót.
- Tổn thương trong tim.
- Máu đông màng phổi.
- Mủ màng phổi sau chấn thương.

3.3. Điều trị dự phòng:

- Sau mổ cần chụp Xquang phổi, công thức máu sớm trong 24h. Rút dẫn lưu sớm sau 48 – 72h tránh nhiễm trùng khoang màng phổi.

- Những trường hợp chấn thương ngực kín đơn thuần do ngã cao, tai nạn giao thông chưa có biến chứng cần theo dõi khoảng 5 – 7 ngày, chụp lại Xquang 2 ngày/ lần hoặc chụp lại ngay khi lâm sàng có bất thường hoặc và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực khi nghi ngờ.

- Những trường hợp đã có dẫn lưu màng phổi cần tái khám sau khoảng 2 tuần để tránh bị tái phát hoặc tiến triển thành ổ cặn màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy – 2018.
2. Phạm Thọ Tuấn Anh (2005), “ Chẩn đoán và điều trị chấn thương ngực”.
3. Nguyễn Hữu Ước, (2009), Bài giảng sau đại học, Đại học Y Hà Nội, bài (Chấn thương lồng ngực).
4. Nguyễn Công Minh (2005), “ Chấn thương khí phế quản”, Chấn thương ngực, Giáo trình đại học. NXB Y học.
5. Nguyễn Công Minh(2005), “ Lượng giá mức độ nặng của nạn nhân bằng các chỉ số chấn thương” , Chấn thương ngực. NXB Y học.

III. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG TIM

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương tim là chấn thương ngực gây đụng dập cơ tim, buồng tim, rách van tim. Đôi khi một chấn thương vào thành ngực trước gây ngừng tim mà không có tổn thương cấu trúc (commotio cordis).. Do đa số ở thể nhẹ (tụ máu, đụng dập cơ tim) – khó phát hiện do không có biểu hiện lâm sàng nặng và đặc trưng; còn một số thể nặng (vỡ tim thực sự) thì hầu hết đều tử vong sau khi bị thương; chỉ có loại thương tổn vỡ nhỏ ở 1 buồng tim gây chèn ép tim cấp tính mới còn có thể sống và đến bệnh viện.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định.

2.1.1. Lâm sàng:

Giống với chẩn đoán vết thương tim thể chèn ép tim cấp

- Vùng xây sát da, tụ máu trước xương ức.
- Mặt tím, tĩnh mạch cổ nổi, gan to và phản hồi gan-tĩnh mạch cổ (+).
- Có thể có biểu hiện của chấn thương ngực kín thể tràn máu-tràn khí khoang màng phổi, song thường ít và không tương xứng với mức độ đau ngực và khó thở dữ dội của nạn nhân.
- Áp lực ở khoang màng tim ngày càng tăng do máu chảy từ buồng tim vào, gây cản trở trong thì tâm trương: tim không hút máu từ tĩnh mạch được, do đó máu bơm từ thất cũng giảm, bệnh nhân sẽ có những dấu hiệu: vật vã, mặt tím, khó thở, tĩnh mạch cổ nổi rõ. Huyết áp động mạch giảm, khoảng cách tối đa - tối thiểu hẹp lại, mạch nhanh nhỏ. Huyết áp tĩnh mạch tăng cao. Dấu hiệu mạch đảo ngược. Nghe tim thường thấy gì đặc biệt, có thể thấy tiếng tim nhỏ.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu
- Đông máu: Thời gian Prothrombin (PT), thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT), Định lượng Fibrinogen (Định lượng yếu tố I)
- Định nhóm máu hệ ABO, Rh
- Sinh hóa máu: Creatinin, Glucose (đối với bệnh nhân trên 55 tuổi hoặc bệnh nhân bệnh lý ĐTĐ), chức năng gan (GOT, GPT), điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Cl⁻),.
- Miễn dịch: HIV, HbsAg
- Loại gây chèn ép tim cấp
- X quang ngực thẳng: bóng tim to, mất các cung tim, bờ tim sắc nét, có thể thấy hình tràn máu-tràn khí khoang màng phổi, gãy xương sườn.
- Điện tim: đoạn ST chênh lên. Điện thế tim không giảm.
- Siêu âm tim: là biện pháp hỗ trợ chẩn đoán rất quan trọng, thấy có dịch khoang màng tim. Khi tình trạng huyết động cho phép, có thể thăm dò thêm được chức năng tim và tình trạng tổn thương các van tim.

- Chọc dò khoang màng tim: Mục đích để tìm máu không đông trong khoang màng tim. Hiện nay chỉ định rất hạn chế nhờ sự phát triển của siêu âm tim và nguy cơ biến chứng của thủ thuật. Có thể sử dụng với mục đích sơ cứu để hút bớt máu trong khoang màng tim trước khi chuyển tuyến đối với thể ép tim cấp nặng (lượng máu khoang màng tim > 300ml, áp lực tĩnh mạch trung ương > 25cmH₂O ...), nguy cơ tử vong trên đường vận chuyển. Thường chọc qua đường Marfan.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Chấn thương ngực kín đơn thuần, tràn dịch màng ngoài tim.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1 Nguyên tắc điều trị

Tùy vào thể lâm sàng của chấn thương tim để lựa chọn phương pháp điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật cấp cứu cho từng trường hợp. Trong đó chấn thương tim với thể bệnh vỡ tim là một cấp cứu tối cấp, cần tiến hành nhanh chóng và đúng kỹ thuật để cứu sống người bệnh và giảm thiểu biến cố.

3.2 Điều trị cụ thể

- Cấp cứu thì đầu:

Chọc hút máu màng tim với những thể có hội chứng chèn ép tim. Đây chỉ là biện pháp tạm thời để cứu sống bệnh nhân quá nặng trong lúc chờ chuyển lên tuyến trên hay chờ mổ, thường dùng đường Marfan dưới hướng dẫn của siêu âm.

- Điều trị nội khoa:

Đối với thể bệnh chấn thương tim đụng dập cơ tim: chủ yếu nghỉ ngơi tại giường, đảm bảo thông khí oxy, bù đủ khối lượng tuần hoàn. Điều trị suy tim và loạn nhịp tim nếu có, sử dụng thuốc tăng co bóp cơ tim khi có chỉ định.

Đối với thể bệnh chấn thương van tim: Giai đoạn sớm chủ yếu điều trị nội khoa chống suy tim, phẫu thuật sửa hoặc thay van tim đặt ra đối với các thể hở van nặng, vào thời điểm ≥ 1 tháng sau chấn thương.

- Điều trị ngoại khoa:

Lựa chọn loại phẫu thuật: nên dùng phẫu thuật có tim phổi máy hỗ trợ (phẫu thuật tim hở), với đường mổ dọc giữa xương ức, cho phép điều trị tốt mọi dạng thương tổn.

Dẫn lưu màng phổi trước gây mê nội khí quản nếu có tràn máu-tràn khí khoang màng phổi.

Xử trí thương tổn: Sau khi mở màng tim (mở dọc), nhanh chóng cầm máu vết thương tim. Chuẩn bị hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể và mọi phương tiện cầm máu (kim chỉ, kẹp mạch máu...) trước khi mở màng tim, phòng mất máu cấp. + Mở dọc màng tim, lấy bỏ huyết khối và nước máu. Thăm dò tổn thương

Nếu thương tổn đơn giản thì xử lý tiếp như vết thương tim. Nếu vỡ tim ở các mỏm tiểu nhĩ thì có thể buộc tiểu nhĩ cầm máu.

Nếu thành cơ tim bị thủng, cần nhanh chóng khâu kín bằng kim chỉ nhỏ (chỉ prolene)

Nếu cơ tim mủn, bị xé khi buộc thì có thể dùng chỉ độn pledzet, khâu chữ U.

Lấy bỏ dị vật ở thành tim (nếu có)

Nếu thương tổn phức tạp, thì cầm máu tạm thời và lấp đặt tuần hoàn ngoài cơ thể để thăm dò kỹ và xử lý tổn thương.

Nếu đứt mạch vành lớn, phải làm cầu nối ngay (tốt nhất có tuần hoàn ngoài cơ thể). Phức tạp, tử vong cao.

Rửa sạch, đóng không hoàn toàn màng tim, rửa ngực, xử lý thương tổn phổi hợp, dẫn lưu màng phổi, đóng ngực.

- Điều trị và theo dõi sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật cần theo dõi chặt chẽ người bệnh tại buồng chăm sóc sau phẫu thuật tăng cường về các thông số tuần hoàn (mạch, điện tim, huyết áp động mạch tối đa, tối thiểu, trung bình, huyết áp tĩnh mạch trung tâm, nhiệt độ), các ống dẫn lưu, số lượng nước tiểu, các thông số máy thở, tình trạng tinh thần cả người bệnh 1 giờ 1 lần trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.

Chụp Xquang tại giường.

Xét nghiệm thời gian quy định: Khí trong máu, điện giải đồ, tổng phân tích tế bào máu.

Siêu âm tim sau phẫu thuật đánh giá chức năng tim.

Chảy máu: Theo dõi dẫn lưu nếu dẫn lưu ra nhiều >100ml/h trong 3 giờ. Khả năng bỏ sót tổn thương (đặt biệt vết thương gần vùng mỏm gây tổn thương hai mặt). Cần mổ lại xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Minh(2005), “ Chấn thương ngực”. Chấn thương ngực. Nxb y học, tr 1-22, 47-60, 147-165.

2. Quyết định số 4423/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực

3. Malcolm V.B(2005), ‘ Penetrating thoracic trauma’, Surgery of the Chest, Sabiston & Spencer, Elsevier Saunder, 7th edition, p 91-101.

4. Leite L, Gonçalves L, Nuno Vieira D (2017). Cardiac injuries caused by trauma: Review and case reports. J Forensic Leg Med. 2017 Nov; 52:30-34.

5. Peter L(2007), ‘ Emergency thoracic surgery for penetrating, non-mediastinal trauma’, ANZ J. Surg. 77: 142-145.

IV. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA HẸP VAN HAI LÁ

1. ĐỊNH NGHĨA

Hẹp van hai lá (HHL) là tình trạng van 2 lá bị tổn thương không thể mở hoàn toàn. Điều này làm cho tâm nhĩ trái khó bơm máu vào tâm thất trái, máu sẽ ứ đọng ở tuần hoàn phổi và tim phải, dẫn đến suy tim sung huyết

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1. 1 Triệu chứng lâm sàng

2.1.1.1 Triệu chứng cơ năng

- Nhiều trường hợp không có triệu chứng, âm thầm phát triển trong nhiều năm.
- Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất: Khó thở khi gắng sức, có cơn khó thở kịch phát về đêm, sau đó khó thở liên tục. Cơn hen tim và phù phổi cấp hay gặp trong HHL – biểu hiện suy tim trái mà bản chất là suy tim phải.

- Ho ra máu.

- Khàn tiếng.

- Hồi hộp đánh trống ngực.

- Một nhiều do cung lượng tim thấp.

- Đau ngực gần giống cơn đau thắt ngực.

- Tắc mạch đại tuần hoàn do huyết khối hình thành trong buồng nhĩ trái gần nhất là khi có kèm rung nhĩ.

2.1.1.2 Triệu chứng thực thể

- Chậm phát triển thể chất nếu hẹp hai lá có từ nhỏ: dấu hiệu “lùn hai lá”, biến dạng lồng ngực bên trái nếu HHL từ nhỏ.

- Ứ trệ tuần hoàn ngoại biên khi có suy tim: gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phù chân hoặc toàn thân, tràn dịch các màng...

- Các dấu hiệu của kém tưới máu ngoại vi: da, đầu chi xanh tím

- Sờ có thể thấy rung miu tâm trương.

- Gõ diện đục của tim thường không to

- Nghe tim:

- + Tam chứng chẩn đoán HHL: T1 đánh, rung tâm trương ở mỏm, tiếng clắc mở van hai lá .

- + Ngoài ra có thể có các tiếng thổi tiền tâm thu, TTT ở van ba lá khi có kèm HbL.

- + Một số trường hợp khi tăng áp động mạch phổi nhiều có thể thấy tiếng T2 mạnh và tách đôi ở cạnh ức trái...

2.1.2 Cận lâm sàng

2.1.2.1. Cận lâm sàng thường quy

- Điện tâm đồ: Dấu hiệu dày nhĩ trái(P hai lá) nếu BN còn nhịp xoang, trực điện tim

chuyển phải. Dày thất phải xuất hiện khi có tăng áp lực động mạch phổi. Rung nhĩ hay gặp ở bệnh nhân HHL.

- Xquang ngực: Phim thẳng có hình ảnh bờ tim bên trái có 4 cung điển hình, bờ tim bên phải: Hình ảnh 2 cung do nhĩ trái ứ máu nhiều.

- Siêu âm tim: Có giá trị chẩn đoán xác định, sử dụng thang điểm Wilkins trên siêu âm đánh giá van hai lá

- Siêu âm tim qua thực quản: Chỉ định phương thức điều trị can thiệp van 2 lá. Siêu âm qua thực quản nên được chỉ định thường quy trước khi quyết định nong van 2 lá nếu có điều kiện. Tuy nhiên, với các trường hợp nhịp xoang và khi hình ảnh khá rõ trên siêu âm qua thành ngực thì cũng đủ để đánh giá cho chỉ định nong van 2 lá

- Thông tim: Thông tim thăm dò huyết động chỉ được chỉ định ở BN HHL khi có sự khác biệt quá mức giữa các thông số huyết động đo trên siêu âm Doppler tim (chênh áp trung bình qua van 2 lá, diện tích lỗ van 2 lá, áp lực động mạch phổi) với tình trạng lâm sàng và các triệu chứng cơ năng của BN. Đồng thời thông tim phải-trái còn cho phép chụp buồng thất trái để đánh giá mức độ hở van 2 lá phối hợp (nếu có) và chụp chọn lọc hệ ĐMV để đánh giá tổn thương ĐMV ở nhóm BN có nguy cơ cao trước can thiệp (mổ thay/sửa van 2 lá...).

2.1.2.2. Cận lâm sàng khi có triệu chứng suy tim đi kèm:

- Huyết học: Công thức máu, Xét nghiệm đông máu (PT/aPTT, Fibrinogen)

- Sinh hóa máu: Ure, Creatinin, Cholesterol, Triglyceride, LDL-C, HDL-C, Điện giải đồ, Glucose máu, Men Gan, Acid Uric máu, GOT/GPT

- Miễn dịch: pro-BNP: tăng cao khi có suy tim nặng, Troponin I/T

- Xét nghiệm nước tiểu: Tổng phân tích nước tiểu

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Chỉ định can thiệp ngoại khoa trong trường hợp Hẹp van hai lá nhiều ($S \text{ lỗ van} \leq 1 \text{ cm}^2$):

- Điều trị nội khoa là bắt buộc khi đang chờ can thiệp hoặc phẫu thuật

- Nong van hai lá bằng bóng qua da nếu có chỉ định:

- HHL khít (diện tích lỗ van trên siêu âm $< 1,5 \text{ cm}^2$) và có triệu chứng cơ năng trên lâm sàng (NYHA # 2);

- Hình thái van trên siêu âm tốt cho NVHL - dựa theo thang điểm của Wilkins: Bệnh nhân có tổng số điểm ≤ 9 có kết quả tốt nhất;

- Không có huyết khối trong nhĩ trái trên siêu âm qua thành ngực (hoặc tốt hơn là trên siêu âm qua thực quản);

- Van 2 lá/hoặc van động mạch chủ không hở nhiều kèm theo ($< 2/4$) và chưa ảnh hưởng đến chức năng thất trái.

- Phẫu thuật thay van hoặc sửa van nếu không có chỉ định nong van.:

- + Khi HHL nhiều hoặc có triệu chứng nặng.

- + Khi có chống chỉ định nong van HL.

- + Khi BN không có điều kiện kinh phí để nong van hai lá

3.2. Điều trị trước phẫu thuật

- Ăn nhạt, nghỉ ngơi hợp lý, tránh các thói quen có hại như hút thuốc lá, uống rượu, các chất kích thích khác.

- Điều trị suy tim:

+ Lợi tiểu: nhóm thiazid, lợi tiểu quai, lợi tiểu giữ kali, chú ý bù kali khi dùng lợi tiểu, theo dõi bằng xét nghiệm điện giải đồ

+ Giảm tiền gánh bằng nitrate

+ Nếu hẹp hai lá đơn thuần chống chỉ định dùng thuốc giãn động mạch, nếu HHL đi kèm giãn buồng tim trái và/ hoặc HoHL vừa - nhiều, HoC vừa - nhiều, chức năng TTTT giảm thì phối hợp thêm các thuốc giãn mạch: ức chế men chuyển, ức chế thụ thể AT1.

+ Chẹn beta giao cảm liều thấp khi không có chống chỉ định và không có triệu chứng suy tim ứ huyết.

+ Dopamin hoặc dobutamin: Dùng trong trường hợp suy tim có giảm phân số tổng máu EF < 50% và HA thấp. Truyền qua bơm tiêm điện, liều lượng 2-5 mcg/kg/ph.

+ Thuốc điều trị rối loạn nhịp: Chẹn beta giao cảm, chẹn kênh calci, sốc điện, RF, amiodaron, ibravadin

+ Thuốc trợ tim: Digitalis dùng trong trường hợp rung nhĩ nhanh > 80 ck/ph, với liều lượng: 0.125 mg – 0.375 mg/ 24 giờ.

- Điều trị rung nhĩ đi kèm như sau:

+ Không chế đáp ứng thất: Digoxin, chẹn Bate giao cảm nếu không có chống chỉ định

+ Chuyển nhịp: sốc điện và duy trì bằng thuốc nếu BN chỉ HHL vừa hoặc tình trạng HHL nặng đã được giải quyết bằng nong van hoặc phẫu thuật van.

+ Chống đông đường uống: Kháng vitamin K.

3.3. Điều trị bằng can thiệp ngoại khoa

Gồm 2 biện pháp chính: Phẫu thuật nong van hai lá bằng bóng qua da và phẫu thuật thay hoặc sửa van hai lá

3.3.1. Phẫu thuật nong van hai lá bằng bóng qua da:

Có thể đưa dụng cụ bóng nong van vào lỗ van hai lá qua các đường như:

- Qua đường động mạch: đưa qua một động mạch ngoại vi (thường là động mạch đùi) vào động mạch chủ, qua van động mạch chủ, vào thất trái và lên lỗ van hai lá.

- Qua đường tĩnh mạch: đưa qua một tĩnh mạch ngoại vi (có thể là tĩnh mạch đùi) vào tĩnh mạch chủ, tới nhĩ nhĩ phải, cho xuyên qua vách liên nhĩ để sang nhĩ trái và vào lỗ van hai lá.

Tuy là phương pháp ít gây tổn thương cho bệnh nhân, nhưng vẫn có một tỉ lệ nhất định các tai biến và biến chứng như: tắc động mạch, hở van hai lá cấp, thủng tim...

3.3.2. Phẫu thuật thay hoặc sửa van hai lá:

- Phải tiến hành bằng phương pháp mổ tim mở (có máy tim phổi nhân tạo), hoặc có nội soi hỗ trợ

- Sau khi mở tim ra để khám xét và đánh giá tổn thương, tiến hành cắt bỏ van hai lá, chỉ để lại vòng xơ của nó. Thay van hai lá đã bị cắt bỏ bằng một van cơ học hay van sinh học

- Có thể phẫu thuật ít xâm lấn hoặc nội soi hoàn toàn

3.4. Chăm sóc - theo dõi sau phẫu thuật hoặc nong van HL:

- Đánh giá kết quả bằng lâm sàng, siêu âm tim.

- Duy trì chế độ điều trị nội khoa cơ bản, chống đông, phòng thấp

- Bệnh nhân sau thay van HL cơ học phải điều trị thuốc chống đông thường xuyên, theo dõi INR từ 2.5-3.5, nếu có suy tim thì quản lý như bệnh nhân suy tim mạn tính

3.5. Điều trị dự phòng:

- Tái khám sau mổ sớm trong khoảng 7-10 ngày: Siêu âm tim đánh giá lại chức năng tim, hình thái các buồng, van tim, công thức máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu...

- Khám theo dõi định kỳ hàng tháng nếu thay van cơ học cần dùng thuốc chống đông suốt đời

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 2510/QĐ-BYT ngày 15/07/2013 của BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch”.

2. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của BYT về ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh.

3. Các xét nghiệm thường quy áp dụng trong thực hành lâm sàng – Nhà xuất bản Y học – 2013.

4. Guideline 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure.

5. Khuyến cáo của hội Tim mạch quốc gia Việt Nam về chẩn đoán và điều trị suy tim mạn –2018.

6. Thực hành bệnh tim mạch. GS. TS Nguyễn Lâm Việt. NXB Y học 2014.

7. Bài giảng bệnh học ngoại khoa sau đại học, Tập I, NXBQĐND, HVQY, 2002.

V. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA HẸP VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

1. ĐỊNH NGHĨA

Hẹp van động mạch chủ (HC) là sự tắc nghẽn đường ra từ tâm thất trái đến động mạch chủ tại vị trí van động mạch chủ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau ngực do tăng tiêu thụ ôxy cơ tim hoặc do xơ vữa mạch vành
- Choáng váng, ngất: do tắc nghẽn cố định đường tổng máu thất trái
- Biểu hiện của suy tim: do rối loạn chức năng tâm thu hoặc chức năng tâm trương.

Theo tiến triển của bệnh, xơ hoá cơ tim sẽ dẫn tới giảm co bóp. Cơ chế bù trừ nhằm làm tăng thể tích trong lòng mạch sẽ làm tăng áp lực thất trái cuối tâm trương, tăng áp lực mao mạch phổi bắt gây ứ huyết phổi. Các tình trạng gây rối loạn đổ đầy thất trái như rung nhĩ hoặc tim nhanh đơn thuần gây suy tim

2.1.2. Triệu chứng thực thể:

- Bắt mạch: mạch cảnh nảy yếu và trễ là dấu hiệu tốt nhất cho phép ước lượng mức độ HC tại giường. Đôi khi sờ thấy rung miu tâm thu dọc theo động mạch cảnh, KLS II Phải ở bệnh nhân HC khít

- Sờ: thấy mỏm tim đập rộng, lan tỏa nếu thất trái phì đại nhưng chưa lớn hẳn. Đối với một số trường hợp, sờ thấy mỏm tim đập đúp

- Nghe tim:

- + Thổi tâm thu tổng máu ở phía trên bên phải xương ức, lan lên cổ, đạt cường độ cao nhất vào đầu-giữa tâm thu. Mức độ HC càng nặng, tiếng thổi càng dài

- + Tiếng T1: âm sắc T1 giảm do hiện tượng đóng sớm và giảm lực tác động đóng van hai lá.

- + Tiếng T2: A2 giảm đi khi HC khít, T2 trở nên nhẹ và gọn (đơn độc) do chỉ nghe thấy P2 của tiếng T2. Một số có tiếng T2 nghịch thường.

- + Ngoài ra có thể nghe tiếng thổi hở van ĐMC do hẹp thường đi kèm hở.

- + Hiện tượng Gallevardin một số trường hợp hẹp van ĐMC nặng, vôi hoá: thành phần âm sắc cao của tiếng thổi lại lan xuống mỏm tim.

- + Nhịp tim nhanh lúc nghỉ ở bệnh nhân HC nặng.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Điện tâm đồ:

- Thường có dày nhĩ trái (80%) và phì đại thất trái (85%).

- Rối loạn nhịp ít khi xảy ra, chủ yếu ở giai đoạn cuối và đa số là rung nhĩ

- Bloc nhĩ thất có thể gặp khi có áp xe vòng van biến chứng của VNTMNK

2.2.2. XQ tim phổi:

Bóng tim giống hình chiếc ủng nếu phì đại thất trái đồng tâm. Hình tim thường to nếu đã có rối loạn chức năng thất trái hoặc có HOC phổi hợp. Có thể bắt gặp là hình ảnh vôi hoá van ĐMC ở người lớn tuổi (phim nghiêng) hoặc giãn đoạn ĐMC lên sau hẹp

2.2.3. Siêu âm Doppler tim:

- Đánh giá về tình trạng van, nguyên nhân gây hẹp van và ảnh hưởng đến các buồng tim:

+ Các lá van dày, mở dạng vòm thời kỳ tâm thu

+ Số lượng mép van, đường đóng van và hình dạng lỗ van cho phép chẩn đoán các loại HC bẩm sinh

+ Phì đại và giãn thất trái, giãn nhĩ trái

- Đánh giá về huyết động:

+ Chênh áp qua van ĐMC: thường đo bằng Doppler liên tục sử dụng mặt cắt năm buồng. Mức độ HC được phân loại dựa vào chênh áp:

+ HC nhẹ: chênh áp tối đa < 40 hoặc chênh áp trung bình < 20 mmHg.

+ HC vừa: chênh áp tối đa: 40-70 hoặc chênh áp trung bình: 20-40 mmHg

+ HC nặng: chênh áp tối đa > 70 hoặc chênh áp trung bình > 40 mmHg.

Một số yếu tố làm tăng giả tạo chênh áp qua van: có kèm hở van ĐMC, màng ngăn dưới van ĐMC, tình trạng tăng cung lượng tim, đo sau nhát ngoại tâm thu, lấy nhát bóp không đại diện (khi rung nhĩ) hoặc lẫn với phổ của hở van hai lá

- Diện tích lỗ van ĐMC: đo theo nguyên lý của phương trình liên tục:

Luồng máu = Diện tích * Vận tốc. Mức độ hẹp van ĐMC được phân loại dựa vào diện tích lỗ van như sau:

+ HC nhẹ: diện tích lỗ van > 1,5 cm²

+ HC vừa: diện tích lỗ van từ 1-1,5 cm²

+ HC nặng: diện tích lỗ van < 1 cm² (< 0,5 cm²/m² là hẹp rất khít)

- Chỉ số VTI TT/VTI ĐMC: khi < 0,3 tương ứng với hẹp van ĐMC nặng, khi < 0,25 tương ứng với HC khít.

2.2.4. Siêu âm tim qua thực quản: có thể đo trực tiếp diện tích lỗ van (2D)

2.2.5. Thông tim: trước đây thông tim là tiêu chuẩn vàng, tuy nhiên ngày nay, siêu âm tim dần dần đã được chấp nhận rộng rãi và thay thế

2.2.6. Chụp động mạch vành: đối với các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ bệnh lý động mạch vành

2.2.7. Bilan đánh giá trước phẫu thuật:

- Huyết học: Công thức máu, Xét nghiệm đông máu (PT/aPTT, Fibrinogen)

- Sinh hóa máu: Ure, Creatinin, Cholesterol, Triglyceride, LDL-C, HDL-C, Điện giải đồ, Glucose máu, Men Gan, Acid Uric máu, GOT/GPT

- Miễn dịch: pro-BNP: tăng cao khi có suy tim nặng, Troponin I/T

- Xét nghiệm nước tiểu: Tổng phân tích nước tiểu

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Cốt lõi của điều trị hẹp van ĐMC nặng là phẫu thuật thay van ĐMC. Nói chung phẫu thuật ưu tiên cho những bệnh nhân đã có triệu chứng cơ năng, do thay van ĐMC có nguy cơ biến chứng khá cao và tỷ lệ sống còn chỉ thực sự cải thiện rõ rệt khi bệnh nhân đã bộc lộ triệu chứng cơ năng. .

Chỉ định phẫu thuật thay van:

- Hẹp van động mạch chủ có triệu chứng(khai thác được trong bệnh sử hoặc khi làm siêu âm tim gắng sức), bao gồm:

- + Siêu âm tim: hẹp van nặng
- + Suy tim, ngất, khó thở khi gắng sức, thoáng ngất
- Hẹp van động mạch chủ không triệu chứng với
- + Siêu âm tim: hẹp van nặng và LVEF < 50%
- Hẹp van động mạch chủ nặng khi có chỉ định phẫu thuật tim khác

3.2. Điều trị trước phẫu thuật

3.2.1. Bắt buộc điều trị kháng sinh dự phòng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn

3.2.3. Điều trị suy tim:

Nhằm kiểm soát cân bằng dịch để giảm ứ huyết phổi, thường bằng lợi tiểu. Tuy nhiên, cung lượng tim ở bệnh nhân HC nặng phụ thuộc nhiều vào tiền gánh, nên cần rất thận trọng khi dùng lợi tiểu để tránh dùng liều quá cao, gây tụt huyết áp (do giảm cung lượng tim) giảm tưới máu ngoại vi.

- Digoxin thường chỉ được chỉ định khi HC có suy tim nhất là khi rung nhĩ
- Điều trị HC có suy tim bằng thuốc có thể cải thiện triệu chứng nhưng không hề cải thiện tiên lượng sống lâu dài của bệnh nhân.

- Tránh dùng các thuốc giãn mạch cho bệnh nhân hẹp chủ đơn thuần

3.3. Điều trị phẫu thuật

- Phải tiến hành bằng phương pháp mổ tim mở (có máy tim phổi nhân tạo).hoặc ít xâm lấn nội soi hỗ trợ

- Sau khi mở tim ra để khám xét và đánh giá tổn thương, tiến hành cắt bỏ van động mạch chủ, chỉ để lại vòng xơ của nó. Thay van động mạch chủ đã bị cắt bỏ bằng một van cơ học hay van sinh học

3.3. Sau phẫu thuật:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn(monitor), Bilan dịch vào - ra
- Siêu âm tim đánh giá chức năng tim, hình thái các buồng tim sau mổ
- Xét nghiệm: Công thức máu, sinh hóa máu, chức năng đông máu, khí máu động mạch
- Thuốc: kháng sinh, giảm đau, thuốc trợ tim(Dobutamin, Adrenalin, Noradrenalin dựa vào tình trạng huyết động sau mổ), Chống rối loạn nhịp tim(Digoxin..), Chống đông

3.4. Dự phòng:

- Tái khám sau mổ sớm trong khoảng 7-10 ngày: Siêu âm tim đánh giá lại chức năng tim, hình thái các buồng, van tim, công thức máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu..
- Khám theo dõi định kỳ hàng tháng nếu thay van cơ học cần dùng thuốc chống đông suốt đời

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Quyết định 2510/QĐ-BYT ngày 15/07/2013 của BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch”.*

2. *Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của BYT về ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh*

3. *Các xét nghiệm thường quy áp dụng trong thực hành lâm sàng – Nhà xuất bản Y học – 2013*

4. *2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. Circulation. 2017.*

5. *GS.TS Nguyễn Lâm Việt. Thực hành bệnh tim mạch 2014.*

6. *Carabello BA, Crawford FA. Valvular heart disease*

7. *2014 AHA Guideline for the Management of Patients with Valvular Heart Disease.*

VI. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

1. ĐỊNH NGHĨA

- Hở van động mạch chủ (HoC) là sự đóng không kín van sigma động mạch chủ gây trào ngược máu từ động mạch chủ vào thất trái thời kỳ tâm trương.

- HoC mạn thường do van đóng không kín vì bờ của lá van bị dày lên và cuộn lại, do giãn vòng van-gốc động mạch chủ (ĐMC) hoặc cả hai

- HoC cấp thường do chấn thương ngực, viêm nội tâm mạc, tách thành động mạch chủ gây thủng, sa lá van hoặc giãn cấp tính vòng van và gần như luôn phải mổ cấp cứu

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng:

*Triệu chứng cơ năng:

- Nếu HoC cấp do viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, mức độ hở ban đầu có thể không lớn, song có thể tiến triển rất nhanh chóng về mức độ HoC và suy tim

- HoC mạn tính: Triệu chứng cơ năng khi xuất hiện thường liên quan đến ứ huyết phổi như khó thở khi gắng sức, sau đó dần dần xuất hiện khó thở khi nằm cuối cùng là các dấu hiệu của suy tim toàn bộ

Đau thắt ngực xuất hiện ở những bệnh nhân HoC nặng (do giảm tưới máu mạch vành trong thời kỳ tâm trương và giảm chênh áp qua lưới mạch vành)

*Triệu chứng thực thể:

- HoC cấp mức độ nặng thường có bệnh cảnh cấp tính. Cần nghĩ tới tách thành động mạch chủ ở bệnh nhân HoC cấp có kèm đau ngực. Cũng cần xác định bệnh sử và các yếu tố nguy cơ của viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Triệu chứng suy tim ứ huyết báo hiệu tiên lượng xấu trong bệnh HoC cấp.

- HoC mạn tính thường không biểu hiện triệu chứng gì trong nhiều năm. Cần tìm biểu hiện HoC ở những bệnh nhân có hội chứng Marfan hoặc phình giãn động mạch chủ lên

- Kiểu hình Marfan: người trẻ, có dị tật nhiều cơ quan: nốt ruồi son, bàn chân - tay và các ngón dài như chân tay nhện, ngực hình phễu...

- Có thể kèm triệu chứng của viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn

- Nhìn thấy vùng đập rộng trước tim hoặc mỏm tim lệch trái do thất trái giãn

- Số đo huyết áp vẫn bình thường nếu HoC nhẹ.

- Khi HoC nặng, buồng thất trái giãn, con số huyết áp tâm thu tăng cao, huyết áp tâm trương giảm nhiều, tạo ra chênh lệch về số đo huyết áp lớn. Tình trạng tăng động tuần hoàn này có thể gây ra một loạt các dấu hiệu như

+ Dấu hiệu Musset, Hill, mạch Corrigan

- Sờ: mỏm tim thường đập mạnh, tăng động, lệch trái, KLSV ngoài đường giữa đòn. Thường có rung miu tâm trương ở khoang liên sườn II trái, đôi khi có cả rung miu tâm thu. Độ nảy và thời gian khi bắt mạch quay, mạch đùi có thể xác định được mức độ HoC. Kinh điển là mạch Corrigan. Có thể gặp mạch hai đỉnh nảy trong trường hợp hẹp phổi hẹp hở van động mạch chủ

- Nghe:

+Tiếng timcó thể dùng để xác định mức độ HoC.

Tiếng T1 mờ khi HoC nặng và rối loạn chức năng thất trái do hiện tượng đóng sớm van hai lá cũng như giảm lực gây đóng van.

Thành phần chủ của tiếng T2 thường mờ, T2 tách đôi sát nhau hoặctách đôi

+ Thở tâm trươngkiểu phụt ngược

+ Thở tâm thu ở đáy tim lan lên các động mạch cảnh

+ Rung tâm trương Austin Flint:

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu

- Đông máu: Thời gian Prothrombin (PT), thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT), Định lượng Fibrinogen (Định lượng yếu tố I)

- Định nhóm máu hệ ABO, Rh

- Sinh hóa máu: Creatinin, Glucose (đối với bệnh nhân trên 55 tuổi hoặc bệnh nhân bệnh lý ĐTĐ), chức năng gan (GOT, GPT), điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Cl⁻), Cholesterol, Triglyceride, LDL-C, HDL-C

- Tổng phân tích nước tiểu

- Miễn dịch: HIV, HbsAg, HCV, Pro-BNP

- Điện tâm đồ (ĐTĐ)

*Điện tâm đồ:

- Hình ảnh điển hình là dày thất trái, T cao và rối loạn nhịp

- Rung nhĩ, nhất là khi có bệnh van hai lá phổi hợp.

- Bloc dẫn truyền các mức độ có thể gặp khi áp xe vòng van

*Xquang tim phổi: Có hình ảnh tim to. Có thể gặp hình ảnh giãn nhĩ trái hoặc giãn động mạch chủ lên

*Siêu âm tim: Cần ít nhất 2 bản thực hiện bởi 2 bác sỹ siêu âm khác nhau

Đánh giá tình trạng van động mạch chủ: độ dày, vôi hóa các lá, di động,

Đánh giá dòng phụt ngược

*Siêu âm tim qua thực quản:

Rất có giá trị ở bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn để phát hiện cục sùi hoặc áp xe vòng van ĐMC. Nếu HoC đơn thuần, sùi điển hình thường ở mặt nhìn về phía tâm thất của lá van. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn dễ làm tổn thương cả lá van (thủng) và các cấu trúc của gốc ĐMC gây tình trạng HoC cấp, tiến triển nhanh. Siêu âm qua thực quản cũng cho phép đánh giá nguyên nhân gây HoC, xác định các tổn thương bẩm sinh và loại trừ phình tách ĐMC

2.2 Chẩn đoán phân biệt

Hở van ĐM phổi, hẹp 2 lá

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Phẫu thuật là điều trị tất yếu cho bệnh nhân HoC nặng cho dù nguyên nhân gì, nhất là khi đã suy tim

3.2. Điều trị cụ thể

*Điều trị phẫu thuật:

Chỉ định phẫu thuật:

- Hở van động mạch chủ nặng, cấp tính.
- Bệnh ĐMC: khi đường kính gốc ĐMC >50 mm dù hở van ở mức độ nào.
- Hở van động mạch chủ mạn tính có kèm theo:
- Triệu chứng suy tim ứ huyết (NYHA 2) hoặc có đau ngực.
- Phân số tổng máu thất trái EF < 55%.
- Đường kính thất trái cuối tâm thu >55 mm.
- Đường kính thất trái cuối tâm trương >75mm.
- Phân số tổng máu giảm khi gắng sức

Thời điểm để phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố bao gồm triệu chứng cơ năng, kích thước và chức năng thất trái. Đa số các trường hợp phải thay van.

Với hở van động mạch chủ cấp, phẫu thuật vẫn có lợi cho dù chức năng thất trái ra sao.

Hở van động mạch chủ không có triệu chứng:

Bệnh nhân không có triệu chứng nhưng rối loạn chức năng thất trái khi nghỉ sẽ dễ có nguy cơ cao xuất hiện các triệu chứng suy tim trong vòng 2-3 năm, do đó nên được mổ có chuẩn bị.

Bệnh nhân không có triệu chứng, chức năng thất trái bình thường, khả năng dung nạp gắng sức bình thường thì chỉ nên theo dõi sát và có thể dùng các thuốc giãn mạch.

Bệnh nhân không có triệu chứng và bất thường dung nạp gắng sức hoặc tăng đường kính cuối tâm thu thất trái (> 55mm) sẽ nhanh chóng có rối loạn chức năng thất trái, do đó nên được xét mổ có chuẩn bị.

* Chuẩn bị trước phẫu thuật:

- Xét nghiệm: Tổng phân tích tế bào máu, sinh hóa máu (Creatinin, GOT, GPT, điện giải đồ, Glucose với bệnh nhân trên 55 tuổi), đông cầm máu, định nhóm máu, tổng phân tích nước tiểu, Xquang phổi, siêu âm ổ bụng, tiết niệu, điện tim đồ, siêu âm tim – 2 bản, miễn dịch (HIV, HCV, HbsAg), khám tai mũi họng, răng hàm mặt, chụp động mạch vành đối với Nữ ≥45, với Nam ≥50

- Chuẩn bị mổ: Cần chuẩn bị cho người bệnh theo đúng quy trình chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật: vệ sinh cá nhân, ăn uống, thuốc, dự trữ máu trước mổ.

- Giải thích cho người bệnh/ gia đình người bệnh: Kiến thức về bệnh; tại sao phải phẫu thuật, những rủi ro, cũng như cần dặn sau khi phẫu thuật cần tuân thủ những điều gì. Gia đình người bệnh ký cam kết phẫu thuật.

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, gây tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường...trước khi can thiệp phẫu thuật (Trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu.

- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ hoặc không.

*Kỹ thuật mổ

- Mở ngực theo đường dọc giữa xương ức, mở màng tim.

- Cho heparin toàn thân, làm túi và đặt các ống vào động mạch chủ và nhĩ phải (hoặc 2 tĩnh mạch chủ). Luồn dây quanh các tĩnh mạch chủ. Đặt kim gốc động mạch chủ và hệ thống bơm dung dịch làm liệt tim, đặt dẫn lưu tim trái.

- Chạy máy tim phổi nhân tạo, có thể hạ hoặc không hạ nhiệt độ cơ thể (Thường xuống 28°C).

- Biệt lập tim khỏi hệ tuần hoàn: Cắt động mạch chủ. Ngừng máy thở.

- Bơm dung dịch bảo vệ cơ tim đảm bảo tim ngừng tuần hoàn. Cần bơm nhắc lại sau mỗi 15-20 phút trong khi phẫu thuật với dung dịch liệt tim máu ấm, 90-120 phút với dung dịch tinh thể lạnh (hoặc bơm dung dịch bảo vệ cơ tim sau khi mở gốc ĐMC với những trường hợp hở van ĐMC vừa – nhiều).

- Mở ngang gốc ĐMC trên vòng van 2-3 cm.

- Cắt bỏ van ĐMC gồm lá van và các mảnh dị cộm viêm (vôi, mảng sùi...). Đo van nhân tạo.

- Chọn van thích hợp và khâu van nhân tạo vào vòng van ĐMC. Kiểm tra độ kín của van và hoạt động của cánh van.

- Đóng gốc ĐMC. Nâng nhiệt độ cơ thể. Đuổi khí, lắp máy thở trở lại.

- Thả cắt động mạch chủ cho tim đập trở lại. Nếu nhịp tim chậm thì hỗ trợ bằng máy tạo nhịp.

- Chạy máy hỗ trợ, giảm dần lưu lượng máy tim phổi và ngừng máy nếu huyết động tốt.

- Rút các ống khỏi động mạch chủ và tĩnh mạch chủ, rút dẫn lưu tim trái. Trung hòa heparin bằng protamin sulfat.

- Cầm máu, đặt các điện cực, dẫn lưu. Đóng màng tim và đóng ngực.

* Theo dõi sau phẫu thuật

- Xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về buồng hồi sức được 15 – 30 phút. Chụp Xquang tại giường.

- Huyết động, hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút – 1 giờ/ lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy vào tình trạng huyết động.

- Cho kháng sinh điều trị dự phòng nhiễm khuẩn, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau, truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạnghuyết động và các thông số xét nghiệm.

- Cho thuốc chống đông (heparin) ngay sau 6- 8 giờ đầu sau phẫu thuật, nếu hết nguy cơ chảy máu. Phối hợp heparin + kháng vitamin K trong 1-3 ngày sau phẫu thuật. Sau đó duy trì bằng kháng vitamin K. Kiểm tra xét nghiệm đông máu hàng ngày (APTT, TP, INR), liều lượng thuốc chống đông đảm bảo duy trì APTT= 40- 50 giây, TP= 25- 35%, INR= 2,5- 3,5.

- Liều pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau phẫu thuật.

3.3. Điều trị dự phòng

Cần phát hiện và giải quyết các bệnh có thể gây hở van động mạch chủ trước khi hở van xuất hiện hoặc trong giai đoạn đầu của bệnh, chẳng hạn như các bệnh nhiễm khuẩn thông thường có thể gây thấp khớp (viêm họng, viêm amidan, nhiễm trùng răng...); huyết áp cao...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 2510/QĐ-BYT ngày 15/07/2013 của BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch”.
2. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của BYT về ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh
3. Các xét nghiệm thường quy áp dụng trong thực hành lâm sàng – Nhà xuất bản Y học – 2013
4. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. Circulation. 2017.
5. GS.TS Nguyễn Lâm Việt. Thực hành bệnh tim mạch 2014.
6. Carabello BA, Crawford FA. Valvular heart disease.

VII. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA HỞ VAN HAI LÁ

1. ĐỊNH NGHĨA

Hở van hai lá (HoHL) là tình trạng van hai lá đóng không kín nên có dòng máu phụt ngược từ thất trái về nhĩ trái trong thì tâm thu.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Khó thở khi gắng sức, bệnh nặng hơn có khó thở thường xuyên, liên tục, hồi hộp, đánh trống ngực, có thể có khạc bọt hồng nếu suy tim trái cấp.

- Triệu chứng thực thể: Mỏm tim đập mạnh, lệch trái khi có giãn thất trái, tiếng thổi tâm thu ở mỏm lan ra nách, T1 mờ, T2 tách đôi, tiếng T3 khi tăng dòng chảy tâm trương, đôi khi nghe tiếng T4 nhất là trong HoHL cấp, khi có suy tim: Gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phù, phổi có ran ẩm, cổ trướng.

2.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

2.1.2.1. Cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

- Điện tâm đồ:
- Dày nhĩ trái, dày thất trái, ngoại tâm thu, rung nhĩ đều có thể gặp ở bất kỳ giai đoạn nào của HoHL.

- .XQ tim phổi thẳng: Giãn thất trái và nhĩ trái, ứ máu phổi, phù phổi...

- Siêu âm tim: Rất có giá trị chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ HoHL.

- Chẩn đoán mức độ HoHL:

+ Đánh giá độ lan rộng của dòng HoHL vào trong nhĩ trái:

Độ 1: Ngay sau VHL, không vượt quá vòng van

Độ 2: Dòng HoHL lan tới giữa nhĩ trái

Độ 3: Dòng HoHL không vượt qua 2/3 nhĩ trái

Độ 4: Dòng HoHL lan tới trần nhĩ trái

+ Đo chiều dài dòng phụt ngược lên nhĩ trái:

Độ 1: > 1.5 cm;

Độ 2: 1.5 – 3 cm;

Độ 3: 3 – 4.5 cm;

Độ 4: > 4.5 cm

+ Đo diện tích dòng máu phụt ngược lên nhĩ trái:

HoHL nhẹ: < 4 cm²;

HoHL vừa: 4-8 cm²

HoHL nặng: > 8 cm²

- Chẩn đoán cơ chế gây HoHL:

Theo phân loại của Capenter (Phân loại cơ chế HoHL dựa vào vận động các lá van):

- + Typ 1: Vận động các lá van bình thường (HoHL do giãn vòng van hoặc thủng van);
- + Typ 2: sa lá van (HoHL do giãn/ đứt cột cơ, dây chằng);
- + Typ 3: Vận động các lá van bị hạn chế (dính mép, co rút dây chằng, cột cơ...)

- . Thông tim:

Chụp buồng thất trái cho phép đánh giá mức độ HoHL, chức năng thất trái, áp lực ĐMP, chỉ định thông tim khi siêu âm không phù hợp với lâm sàng hoặc cần chụp ĐMV.

Các xét nghiệm được phép làm thêm: Công thức máu, PT/aPTT, ure/ creatinin máu, GOT/GPT, điện giải đồ (Na^+ , K^+ , Cl^-), glucose máu, bộ mỡ máu (Cholesterol TP, LDL-C, HDL-C, Triglycerid), acid Uric máu, troponin I/T, Pro – BNP hoặc BNP nếu có tình trạng suy thận đi kèm, định lượng Digoxin máu, tổng phân tích nước tiểu.

2.1.2.2. Các xét nghiệm cần làm trước phẫu thuật

- Chụp động mạch vành: đối với các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ bất thường hệ động mạch vành

- Bilan đánh giá trước phẫu thuật:

+ Huyết học: Công thức máu, Xét nghiệm đông máu (PT/aPTT, Fibrinogen)
+ Sinh hóa máu: Ure, Creatinin, Cholesterol, Triglyceride, LDL-C, HDL-C, Điện giải đồ, Glucose máu, Men Gan, Acid Uric máu, GOT/GPT

+ Miễn dịch: pro-BNP: tăng cao khi có suy tim nặng, Troponin I/T

+ Xét nghiệm nước tiểu: Tổng phân tích nước tiểu

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thông liên thất: Dựa vào hình ảnh trên siêu âm tim

- Bệnh lý mạch vành: Chụp động mạch vành đánh giá trước phẫu thuật

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Chỉ định phẫu thuật khi:

+ Nhóm I: Cần chỉ định mổ cho các BN HoHL nhiều có các đặc điểm sau:
+ HoHL cấp, có triệu chứng.
+ HoHL nhiều, mạn tính, mà: NYHA II-IV, chức năng tâm thu thất trái vẫn bình thường ($\text{EF} > 60\%$) và $\text{Ds} < 40\text{mm}$.

+ Có hoặc không có triệu chứng nhưng chức năng thất trái giảm ($\text{EF} 30-60\%$) và Ds tăng $40-50\text{mm}$.

+ Nhóm IIa: Nên chỉ định mổ cho các BN HoHL nhiều, mạn tính sau đây:

+ Không triệu chứng, CNTT còn bù, nhưng có rung nhĩ và/hoặc tăng áp lực động mạch phổi ($>50\text{mmHg}$ khi nghỉ hoặc $>60\text{mmHg}$ khi gắng sức).

+ Không triệu chứng, nhưng EF giảm nhẹ ($50-60\%$) còn Ds chưa tăng nhiều hoặc Ds đã tăng $>40\text{mm}$, nhưng EF vẫn $>60\%$.

+ Nhóm IIb: Cần cân nhắc kỹ khi chỉ định cho các bệnh nhân HoHL nhiều, mạn tính mà EF giảm nhiều ($<30\%$) và/ hoặc Ds tăng nhiều ($>50\text{mm}$).

- Điều trị nội khoa là bắt buộc khi đang chờ can thiệp hoặc phẫu thuật

3.2. Điều trị trước phẫu thuật

3.2.1. Điều trị không thuốc:

- Nghỉ ngơi, ăn nhạt, đủ dinh dưỡng và dễ tiêu hóa.
- Thở oxy.
- Không dùng chất kích thích như: Rượu bia, cà phê, thuốc lá...

3.2.2. Điều trị thuốc

- Giãn mạch: Ức chế men chuyển, chẹn thụ thể AT1, chẹn beta giao cảm, nitrate, hydralazine.

- Lợi tiểu: Khi bệnh nhân có khó thở và lượng nước tiểu 24 giờ < 800 ml; Các thuốc: Thiazid, lợi tiểu quai, lợi tiểu giữ kali.

- Thuốc trợ tim: Digitalis dùng trong trường hợp rung nhĩ nhanh > 80 ck/ph, với liều lượng: 0.125 mg – 0.375 mg/ 24 giờ.

- Dopamin hoặc dobutamin: Dùng trong trường hợp suy tim có giảm phân số tổng máu EF < 50% và huyết áp thấp. Truyền qua bơm tiêm điện, liều lượng 2-5 mcg/kg/ph.

- Thuốc điều trị rối loạn nhịp: Chẹn beta giao cảm, chẹn kênh calci, sốc điện, RF, amiodaron, ibravadin

- Thuốc chống đông: Dùng cho bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ như rung nhĩ, tim to, chức năng thất trái giảm, thường dùng kháng vitamin K, duy trì INR trong khoảng 2-3 (Chú ý chỉ định và chống chỉ định).

- Điều trị bằng dụng cụ: ICD, CRT, ...

3.3. Điều trị phẫu thuật:

- Phẫu thuật sửa hoặc thay van hai lá.

- Thời điểm phẫu thuật phụ thuộc vào: Mức độ hở van, mức độ triệu chứng, suy thất trái, tham khảo ý kiến bệnh nhân, khả năng sửa được van.

- Phương pháp phẫu thuật:

- + Phải tiến hành bằng phương pháp mổ tim mở (có máy tim phổi nhân tạo) hoặc nội soi
- + Sau khi mở tim ra để khám xét và đánh giá tổn thương, tiến hành sửa hoặc thay van hai lá

3.4. Điều trị sau phẫu thuật:

- Đánh giá kết quả bằng lâm sàng, siêu âm tim.

- Duy trì chế độ điều trị nội khoa cơ bản, chống đông.

- Bệnh nhân sau thay van HL cơ học phải điều trị thuốc chống đông thường xuyên, theo dõi INR từ 2.5-3.5, nếu có suy tim thì quản lý như bệnh nhân suy tim mạn tính

3.5. Điều trị dự phòng

- Tái khám sau mổ sớm trong khoảng 7-10 ngày: Siêu âm tim đánh giá lại chức năng tim, hình thái các buồng, van tim, công thức máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu..

- Khám theo dõi định kỳ hàng tháng nếu thay van cơ học cần dùng thuốc chống đông suốt đời

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 2510/QĐ-BYT ngày 15/07/2013 của BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch”.
2. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của BYT về ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh
3. Các xét nghiệm thường quy áp dụng trong thực hành lâm sàng – Nhà xuất bản Y học – 2013
4. Guideline 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. Circulation. 2017
5. Khuyến cáo của hội Tim mạch quốc gia Việt Nam về chẩn đoán và điều trị suy tim mạn - 2018.

VIII. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ Ổ CẶN MÀNG PHỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ổ cặn màng phổi là hậu quả của viêm mủ màng phổi, máu đông màng phổi không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.

- Khi được chẩn đoán ổ cặn màng phổi cần được điều trị sớm tránh để lại những di chứng nặng nề cho người bệnh.

2. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

2.1. Lâm sàng:

- Đau ngực
- Khó thở
- Sốt nếu có bội nhiễm.
- Thông khí phổi giảm ở đáy phổi.
- Chọc dịch dưới hướng dẫn siêu âm: dịch đặc, khó hút.

2.2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: số lượng bạch cầu tăng bội nhiễm
- Đông máu.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ có thể có rối loạn.
- Nước tiểu.
- Cây máu tìm vi khuẩn: trong trường hợp sốt > 38.5°C và làm kháng sinh đồ.
- Nhuộm soi trực tiếp và nuôi cấy vi khuẩn từ đàm, dịch rửa phế quản hoặc mủ ổ cặn.

Làm kháng sinh đồ nếu thấy vi khuẩn mọc.

- Giải phẫu bệnh: Bóc ổ cặn màng phổi làm giải phẫu bệnh giúp chẩn đoán nguyên nhân.

- Siêu âm màng phổi: tràn dịch màng phổi, dịch có nhiều fibrin. Đánh dấu vị trí chọc dịch để đánh giá tính chất dịch, xét nghiệm vi khuẩn trước mổ.

- Siêu âm ổ bụng: Đánh giá tổn thương phổi hợp nếu có
- Xquang: Mờ đáy phổi hoặc toàn bộ trường phổi.

- CT ngực không cản quang: đánh giá mức độ nhiều hay ít, khu trú hay lan rộng; tỷ trọng dịch: ổ cặn màng phổi thường có vỏ ngoài tăng tỷ trọng, có thể vôi hóa khối dịch tỷ trọng thấp hơn nằm ở trong.

- Nội soi phế quản: Giúp phát hiện các tổn thương gây tắc nghẽn phế quản và gắp bỏ dị vật phế quản nếu có.

- Điện tim.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc và mục đích:

- Mục tiêu: bóc hết vỏ và tổ chức dịch, phổi nở phục hồi tốt.
- Nguyên tắc: bóc tối đa vỏ ổ cận màng phổi, giảm đau và vật lý trị liệu sớm để phổi nở tối đa.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc kháng sinh phổ rộng trước mổ khi có tình trạng nhiễm trùng.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:

- Mổ mở để bóc ổ cận màng phổi dưới gây mê carlen.
- Đặt dẫn lưu 2 ống to để hạn chế tắc do máu đông, vỏ ổ cận.
- Đặt thêm hệ thống tưới rửa màng phổi liên tục nếu dịch mủ nhiều: dịch rửa pha betadin và kháng sinh tùy theo kháng sinh đồ.

3.3. Theo dõi

- Xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15 – 30 phút.
- Chụp X. quang ngực sớm trong vòng 24h.
- Huyết động, hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ / 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.
- Cho kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc phổi hợp 2 nhóm phổ rộng khi chưa có kháng sinh đồ.
- Thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Lí liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.
- Rút dẫn lưu khi thông khí phổi tốt, Xquang ngực phổi nở tốt; dẫn lưu màng phổi ra dưới 100 ml/ 24h.

- Xuất viện khi huyết động, hô hấp ổn định, vết mổ khô.

- Tái khám sau 2 tuần.

3.4. Xử trí tai biến, biến chứng

- Chảy máu sau mổ: Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy > 100 ml/giờ+ rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liên.

- Xẹp phổi sau mổ: do người bệnh không thở tốt và bí tắc đờm rãi sau mổ.

Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh toàn thân, người bệnh cần ngồi dậy sớm, vỗ rung và ho khạc đờm rãi. Nếu cần có thể soi hút phế quản.

- Rò thành ngực: khi dẫn lưu kéo dài do mủ màng phổi có thể gây rò thành ngực. Ưu tiên điều trị kháng sinh trung bình khoảng 4 tuần bằng kháng sinh tiêm; khi toàn trạng ổn định thì mổ cắt đường rò.

- Ổ cặn tái phát: nguyên nhân chủ yếu là do vi khuẩn còn tồn tại trong khoang màng phổi và hoặc do vật lý trị liệu không tốt nên phổi không nở tối đa được nên tạo khoang trống sẽ tiết dịch tái phát. Ưu tiên điều trị kháng sinh trung bình khoảng 4 tuần; khi toàn trạng ổn định thì mổ lại./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Phác đồ điều trị ổ cặn màng phổi Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.*
- 2. Phác đồ điều trị ổ cặn màng phổi Bệnh viện Bạch Mai.*

IX. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Phình động mạch chủ bụng là khi đường kính động mạch chủ lớn hơn 1,5 lần đường kính động mạch chủ phía trên nó được coi là lành. Phình động mạch chủ (ĐMC) bụng là đoạn ĐMC dưới cơ hoành (trong ổ bụng) bị phình.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Không triệu chứng hoặc phát hiện tình cờ
- Đau bụng hoặc thắt lưng. Đau chân. Nôn ra máu hoặc đi ngoài phân đen...
- Khối giữa bụng đập theo nhịp tim, giãn nở, nghe có thể có tiếng thổi tâm thu

2.1.2. Cận lâm sàng:

- + X-quang ngực thẳng
- + ECG, siêu âm tim đánh giá thiếu máu cơ tim
- + Chức năng hô hấp
- + Nhóm máu
- + Công thức máu toàn bộ
- + Chức năng đông máu cầm máu toàn bộ
- + HbsAg, HIV
- + Xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận
- + Điện giải đồ
- + Xét nghiệm rối loạn mỡ máu
- + Xét nghiệm nước tiểu
- + Siêu âm mạch máu ổ bụng
- + Siêu âm mạch cảnh và mạch chi dưới hai bên
- + CLVT (cắt lớp vi tính) đa dãy động mạch chủ - chậu
- + CLVT đa dãy mạch vành hoặc chụp DSA mạch vành (bệnh nhân trên 60 tuổi hoặc nếu nghi ngờ có bệnh lý mạch vành)

2.2. Chẩn Đoán Phân Biệt: MSCT Động mạch chủ bụng.

2.3. Biện Chứng:

- Doạ vỡ, vỡ phình
- Tắc mạch: tắc động mạch thận, động mạch mạc treo, động mạch chậu, động mạch đùi, động mạch khoeo.
- Dò vào đường tiêu hóa: nôn hoặc đi ngoài ra máu lượng nhiều.
- Nhiễm trùng khối phình: đau bụng, sốt, Bạch Cầu tăng. Siêu âm, Cắt lớp vi tính có dịch bao quanh túi phình, giữa thành mạch.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu điều trị

- Ổn định túi phình, phòng ngừa vỡ và phát hiện sớm các biến chứng kèm theo
- Nguyên tắc: tùy theo kích thước khối phình sẽ có chế độ điều trị thích hợp, theo dõi định kỳ hoặc phẫu thuật, can thiệp.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Nội khoa: khối phình nhỏ ($\text{đk} < 4,5\text{cm}$).

- Aspirin 80 – 100 mg/ngày + Doxycillin 100 mg/ngày.
- Điều trị cao Huyết áp, rối loạn chuyển hoá lipid nếu có.
- Theo dõi (Siêu âm) mỗi 6 tháng.

3.2.2. Điều trị can thiệp: Can thiệp nội mạch, đặt stent Graft vào khối phình

3.2.2. Ngoại khoa

- Chỉ định:

- + Đường kính túi phình $> 4.5\text{cm}$, và hoặc trong túi phình có huyết khối bám thành, bóc tách thành động mạch.

+ Phình hình túi.

- + Phình có biến chứng: dọa vỡ, vỡ, chèn ép tạng lân cận, kèm tắc mạch ngoại vi

– Chống chỉ định tương đối:

- + Nhồi máu cơ tim < 6 tháng, suy tim nặng, đau thắt ngực nặng.
- + Suy thận nặng, suy hô hấp nặng (COPD nặng...).
- + Suy giảm trí tuệ nặng.
- + Triển vọng sống < 2 năm (ung thư...).
- + Nhiều bệnh phổi hợp: tiểu đường, loạn nhịp tim, lao phổi, viêm gan, xơ gan ...
- + Quá yếu.

- Kỹ thuật mổ:

- + Mục đích; loại bỏ khối phình và các biến chứng của nó, sửa chữa thương tổn phổi hợp và tái lập tuần hoàn động mạch chủ.

+ Chuẩn bị trước mổ: Công Thức Máu toàn bộ, nhóm máu, đông máu, máu đông, máu chảy, nước tiểu, HbsAg, HIV, chức năng gan, thận, điện giải đồ, bilant mỡ máu (cholesterol, triglycerit, LDL-C, HDL-C, đường máu, XQ ngực thẳng, điện tâm đồ), VDRL (< 50 tuổi, phình dạng túi). Siêu âm Doppler tim và mạch cảnh, mạch chi dưới, MSCTA dựng hình ĐMC bụng và 2 chân. MSCTA dựng hình ĐM vành (Bệnh nhân > 60 tuổi, nghi ngờ có bệnh mạch vành) ... hoặc chụp DSA mạch vành. Chuẩn bị ổ bụng như mổ tiêu hoá (vệ sinh, ăn nhẹ, an thần hôm trước, nhịn ăn, thụt tháo ngày trước mổ). Kháng sinh dự phòng.

+ Đường mổ: trong phúc mạc, mở bụng trên dưới rốn, không chế hai đầu trên dưới khối phình, mở dọc túi phình, lấy huyết khối, khâu các động mạch thắt lưng, ghép mạch nhân tạo, đóng lại vỏ túi phình.

- Biến chứng sớm sau mổ:

- + Chảy máu: mổ lại cầm máu
- + Tắc mạch: mổ lấy huyết khối hoặc làm lại cầu nối
- + Suy thận, tim, hô hấp: phối hợp điều trị nội khoa
- + Nhiễm trùng mạch ghép: mổ lại lấy bỏ mạch ghép + cầu nối ngoài giải phẫu.
- Điều trị và theo dõi sau mổ:

Chăm sóc bệnh nhân như phẫu thuật ổ bụng, kháng sinh, giảm đau, chống đông.

3.3. Điều trị dự phòng

Tái khám sau ra viện 1 tháng, 3 tháng và mỗi 6 tháng: khám lâm sàng mạch máu, siêu âm Doppler mạch chủ bụng nhân tạo + mạch máu chi dưới, MSCT động mạch chủ bụng sau mổ 6 tháng.

Sơ đồ chẩn đoán và điều trị phình Động mạch chủ bụng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật tim mạch – lồng ngực, Bộ y tế 2018
2. Phác đồ điều trị bệnh viện Bình dân
3. Courtney M. Townsend, JR., MD (2012): Section XII Vascular, Chapter 62 The Aorta, Abdominal aortic aneurysm - Sabiston Textbook Of Surgery -19th Ed. P.1697-1710.
4. Henry Haimovici (2004): Part VII Aortic and Peripheral Aneurysms, Chapter 59 Abdominal aortic aneurysm - Vascular Surgery. P.703-736.
5. Rutherford (2008): Abdominal aortic aneurysm - Vascular Surgery. P.294-310.
6. Văn Tàn và CS (2012); Biến chứng tử vong và theo dõi sau mổ phình động mạch chủ bụng tại Bệnh viện Bình dân; Tạp chí Ngoại Khoa số 1-2-2/2012; Tổng hội Y Học Việt Nam; Tr 204-212.

X. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY GIÃN TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI

1. ĐỊNH NGHĨA

Suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới mạn tính là tình trạng tĩnh mạch nông giãn, chạy quanh co, thấy rõ dưới da của chi dưới và có dòng chảy trào ngược.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Cơ năng

- Đau tức 1 hoặc 2 chân, nhất là bắp chân, giảm khi kê cao chân
- Chuột rút về đêm
- Nặng và mỏi chân thường xuất hiện về cuối ngày, nhiều khi sau đứng lâu, giảm hoặc mất đi sau một đêm ngủ dậy

- Tê bì hoặc dị cảm giống kiến bò

Thực thể

- Xuất hiện ngay dưới da nhiều Tĩnh mạch nhỏ, có khi tập trung lại tạo thành mạng lưới rải rác ở vùng đùi và cẳng chân
- Chi dưới nổi các búi tĩnh mạch giãn to, chạy ngoằn ngoèo nhìn thấy rõ dưới da, thường thấy ở mặt trong gối, trong và sau cẳng chân
- Vết loét trên da đã lành hoặc đang tiến triển
- Phù mắt cá trong, đôi khi phù cẳng bàn chân, phù nhiều về chiều và giảm hoặc mất sau khi ngủ dậy

- Sờ các tĩnh mạch thấy tĩnh mạch xơ cứng.

Phân độ: Theo C.E.A.P (Clinique-Etiologie-Anatomie-Physiopathologie)

- + Độ 0: chỉ có triệu chứng cơ năng
- + Độ 1: Dẫn mao mạch, tĩnh mạch dạng lưới
- + Độ 2: Dẫn rõ các tĩnh mạch dưới da (tĩnh mạch giãn)
- + Độ 3: Phù nhưng không thay đổi màu sắc da
- + Độ 4: Da xám, chàm, xơ mỡ bì.
- + Độ 5: Như độ 4 kèm loét đã lành.
- + Độ 6: Như độ 4 kèm loét đang tiến triển

2.1.2. Cận lâm sàng

- + X-quang ngực thẳng
- + ECG(điện tim), siêu âm tim ở bệnh nhân trên 60 tuổi, nghi ngờ mắc bệnh lý van tim
- + Xét nghiệm nhóm máu
- + Công thức máu toàn bộ
- + Chức năng đông máu cầm máu toàn bộ

- + HbsAg, HIV
- + Xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận, đường máu
- + Điện giải đồ
- + Xét nghiệm nước tiểu
- + Siêu âm Doppler mạch máu chi dưới đánh giá: Dòng phụt ngược ở tĩnh mạch hiển, tĩnh mạch sâu hay tĩnh mạch xuyên, tình trạng van, huyết khối. Đo đường kính tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch hiển để chẩn đoán

2.2. Chẩn đoán phân biệt

+ Với nguyên nhân bẩm sinh: bệnh xuất hiện ngay từ lúc mới sinh. Dẫn Tĩnh mạch tập trung ở đầu chi, rồi theo thời gian lan dần lên gốc chi.

+ Giai đoạn có phù:

- Phù do suy Tĩnh mạch ít khi phù nhiều, thường là phù mắt cá chân trong, xuất hiện vào cuối ngày và mất đi sau 1 đêm ngủ dậy.

- Phù do thiếu dưỡng, suy tim, suy thận...: thường phù nhiều, có khi thường kèm phù ở những nơi khác như mi mắt, mặt, chi trên, bẹn ở nam và môi lớn ở nữ. Ngoài ra, còn những biểu hiện của bệnh nguyên nhân: suy tim, suy thận...

- Chân to do phù mỡ, phù chân voi do nhiễm giun, phù do huyết khối Tĩnh mạch sâu.

+ Chẩn đoán phân biệt với thay đổi da trong viêm mạch tự miễn: bệnh gặp ở giới trẻ, những vết sạm da quanh các nút động mạch rải rác khắp chi.

+ Với giai đoạn có loét:

- Loét trong viêm tắc Động mạch mạn tính do xơ vữa hoặc tiểu đường thường ở đầu chi, loét do suy TM thường ở mặt trong cẳng chân.

- Loét trong dò động - tĩnh mạch thường ở bất kì vị trí nào có tổn thương da dưới chỗ dò.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị

- Điều trị dòng máu phụt ngược trong lòng tĩnh mạch sâu, tĩnh mạch nông và tĩnh mạch xuyên.

- Điều trị búi tĩnh mạch giãn tại chỗ.

- Điều trị chăm sóc bệnh nhân loét tĩnh mạch.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa và bảo tồn

Chỉ định: Phân độ C0, C1, C2

- Thay đổi lối sống: hoạt động thể chất, giảm béo phì. Tránh bó chặt ở bắp chân, nằm ngủ kê cao chân. Tập đi bộ để tăng cường hồi lưu tĩnh mạch từ hệ nông vào sâu, xoa bóp cơ bắp chân...

- Băng ép chân bằng băng thun hoặc mang tất đàn hồi.

- Thuốc: dùng các thuốc trợ tĩnh mạch như Daflon, Routin C, Veinamitol,... sử dụng để làm giảm phù chân và cải thiện một số triệu chứng như loét, nặng tức..., thường dùng liệu trình khoảng 3 tháng và lập lại khi tái xuất hiện triệu chứng.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định: Từ C2 trở lên, điều trị nội khoa không kết quả

- Phẫu thuật stripping chỉ định cho mọi trường hợp cần bỏ đi tĩnh mạch hiển lớn hoặc tĩnh mạch hiển bé.

- Phẫu thuật stripping rút bỏ tĩnh mạch hiển lớn từ vị trí đổ vào tĩnh mạch đùi cho tới mắt cá trong cổ chân. Thắt các nhánh bên gần chỗ đổ vào tĩnh mạch đùi để giảm tái phát.

- Phẫu thuật Muller: Cắt bỏ các búi tĩnh mạch giãn tại những vị trí mà phẫu thuật stripping không lấy hết (Phlébectomie).

- Băng ép sau mổ để giảm biến chứng tụ máu vết mổ.

- Biến chứng thường gặp: chảy máu, tụ máu vết mổ, huyết khối tĩnh mạch sâu, nhiễm trùng vết mổ, tổn thương thần kinh hiển.

3.2.3. Điều trị can thiệp

- Điều trị nhiệt nội tĩnh mạch (Laser, tần số radio) là điều trị lựa chọn cho suy tĩnh mạch hiển và các nhánh. Chống chỉ định điều trị nhiệt nội tĩnh mạch: không sờ thấy mạch ở bàn chân, bệnh nhân bất động, tình trạng sức khỏe chung kém, huyết khối tĩnh mạch sâu, có thai, tĩnh mạch hiển xoắn vặn không thể đưa catheter vào nội tĩnh mạch.

3.3. . Tái khám và theo dõi

- Tái khám sau 1 tháng can thiệp hay phẫu thuật

- Điều trị thuốc trợ tĩnh mạch ít nhất 6 tháng.

- Hướng dẫn tập vận động, tránh tư thế xấu ảnh hưởng đến tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật tim mạch – lồng ngực, Bộ y tế 2018

2. Chẩn đoán và điều trị suy tĩnh mạch chi dưới, Cập nhật phác đồ điều trị, phác đồ 69 – 2019, Ban biên soạn phác đồ điều trị viện tim TP. HCM

3. Rutherford RB, et al. Revision of CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg* 2004; 40: 1248-52.

4. Almeida JJ. RFA versus laser versus chemical sclerotherapy for endoablation of the saphenous vein. *Vasc* 2005; 13: S16.

5. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *Journal of Vascular Surgery* 2011.

6. American College of Phlebology Guidelines for The Treatment of Superficial Venous Disease of The Lower Leg 2017.

XI. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY

1. ĐỊNH NGHĨA:

Tăng tiết mồ hôi tay là tình trạng đổ mồ hôi nhiều hơn so với sinh lý cơ thể trong điều kiện nhiệt độ bình thường. Có khoảng 1% dân số bị tăng tiết mồ hôi tay.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1 Chẩn đoán xác định:

Lâm sàng:

Ra mồ hôi ở bàn tay làm ảnh hưởng đến công việc và sinh hoạt hằng ngày.

Bảng 1: Phân độ tăng tiết mồ hôi

Cận lâm sàng

- Công thức máu.
- Đông máu.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ.
- Nước tiểu.
- X-quang lồng ngực: Phát hiện bất thường chống chỉ định phẫu thuật.
- Siêu âm ổ bụng: Đánh giá các cơ quan, tìm phát hiện các ổ áp xe nguyên phát.
- Điện tim.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

- Làm giảm, hết tăng tiết mồ hôi ở hai tay.
- Tăng chất lượng cuộc sống.

3.2. Điều trị cụ thể:

- Điều trị nội khoa

+ Ức chế anticholinergic, propanolol, thuốc ức chế thụ thể alpha 2, nhóm mở kênh Clo, ức chế kênh Calci, NSAIDS.

- Điều trị tại chỗ: sử dụng muối nhôm, liệu pháp ion hóa. Nhược điểm phương pháp này là kích thích da thái quá, khiến da khô và tróc. Không sử dụng được trong điều trị tăng tiết mồ hôi nách.

- Điều trị can thiệp (thủ thuật)

+ Tiêm Botulinum toxic A xuyên da, tại chỗ tiếp giáp “thần kinh cơ”: giúp giảm tăng tiết trong 6-8 tháng, nhưng phải tiêm 2-3 lần mỗi năm, nhiều tai biến, đắt tiền và đau nhức nên ngày nay người ta chọn phẫu thuật nội soi, hiệu quả và ít biến chứng hơn

+ Thủ thuật tiêm nước sôi, huyết thanh nóng, còn 90 độ cho kết quả không cao, nhiều tai biến

- Điều trị ngoại khoa

+ Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt hạch giao cảm N3 là phương pháp đang được ứng dụng hiện nay. Thời gian cho phẫu thuật này tương đối nhanh và khả năng phục hồi sau mổ ngắn. Người bệnh có thể xuất viện sau khoảng 2 ngày điều trị.

+ Chỉ định phẫu thuật: từ độ 1 trở lên, triệu chứng xảy ra trong vòng 6 tháng và có kèm các yếu tố:

Xảy ra nhiều hơn hai lần trong ngày

Ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, gây tâm lý lo lắng

Có yếu tố gia đình kèm theo

Không xảy ra khi ngủ

Bệnh nhân >16 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Ngọc Bích (2008): *Kết Quả Điều Trị Bệnh Ra Mô Hôi Tay, Nách, Mặt Bằng Nội Soi Lồng Ngực*. *Tạp Chí Y Học TPHCM*. Trang 45-51.

2. Văn Tần (2005): *Tiến Bộ Trong Phẫu Thuật Điều Trị Bàn Tay Uớt Do Mô Hôi Qua NSLN*. *Tạp Chí Y Học TPHCM*. Trang 10-16.

3. Huỳnh Quang Khánh, Nguyễn Văn Khôi (2016), “ *Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tăng tiết mồ hôi tay*”, *Phẫu thuật nội soi lồng ngực*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.155-166.

4. Nguyễn Công Minh (2014), “ *Phẫu thuật nội soi cắt hạch giao cảm ngực trong điều trị bệnh tăng tiết mồ hôi tay và nách*”, *Cập nhật điều trị các bệnh lồng ngực trung thất mạch máu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.314-331

5. Gossot D (2009): *Early Complications Of Thoracic Endoscopic Sympathectomy*. P 34-36.

6. Herbst F (2010): *Endoscopic Thoracic Sympathectomy For PH Of Upper Limb*. P.11-15.

7. Sabiston & Spencer(2010): *Plate 70 Hyperhidrosis - Surgical Of The Chest - 8th Ed*. P101-104.

XII. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA THÔNG LIÊN NHĨ

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Thông liên nhĩ (TLN) là một dạng bệnh tim bẩm sinh làm cho máu chảy giữa hai buồng tim được gọi là nhĩ trái và nhĩ phải. Bình thường nhĩ trái và nhĩ phải tách biệt nhau bởi một vách được gọi là vách liên nhĩ. Nếu vách này bị khiếm khuyết hoặc không có, máu giàu oxy có thể chảy trực tiếp từ bên trái của tim để trộn với máu kém oxy ở bên phải của tim và ngược lại. Điều này có thể dẫn đến máu động mạch cung cấp cho não, các cơ quan và các mô có nồng độ oxy thấp hơn bình thường.

- Đại đa số các bệnh nhân TLN không có triệu chứng cơ năng mà chỉ có các triệu chứng lâm sàng rất kín đáo do đó thường bị bỏ sót chẩn đoán cho đến tuổi trưởng thành.

- Có bốn dạng thông liên nhĩ thông thường: TLN kiểu lỗ thứ hai, TLN kiểu lỗ thứ nhất, TLN kiểu xoang tĩnh mạch và TLN thể xoang vành.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Thường kín đáo, đôi khi BN đến khám vì khó thở khi gắng sức, viêm phế quản phổi nhiều lần hoặc chậm lớn. Một số ít các trường hợp với lỗ TLN lớn có thể dẫn đến shunt trái - phải nhiều và trẻ có dấu hiệu cơ năng rất sớm khoảng từ 6 - 12 tháng, còn lại đại đa số các trường hợp bệnh thường phát hiện muộn nhờ thăm khám thường kì. Các trường hợp bệnh diễn biến lâu dài có thể có các biểu hiện của rối loạn nhịp rung nhĩ hay cuồng nhĩ, tăng áp động mạch phổi nặng và suy tim sung huyết.

Khám lâm sàng

Nghe tim có tiếng thổi tâm thu cường độ nhỏ ở ổ van động mạch phổi (ĐMP) do tăng lưu lượng máu qua van ĐMP. Ngoài ra, còn nghe thấy tiếng T2 tách đôi do sự đóng muộn của ba lá van ĐMP; tiếng T1 mạnh và rung tâm trương do tăng lưu lượng ở ổ van ba lá có thể gặp trong các trường hợp dòng shunt lớn làm tăng nhiều sự đổ đầy về thất phải.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu

- Đông máu: Thời gian Prothrombin (PT), thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT), Định lượng Fibrinogen (Định lượng yếu tố I)

- Định nhóm máu hệ ABO, Rh

- Sinh hóa máu: Creatinin, Glucose (đối với bệnh nhân trên 55 tuổi hoặc bệnh nhân bệnh lý ĐTĐ), chức năng gan (GOT, GPT), điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Cl⁻),

- Tổng phân tích nước tiểu

- Miễn dịch: HIV, HbsAg, HCV

- Điện tâm đồ (ĐTĐ)

+ TLN lỗ thứ hai: Điện tâm đồ thường có dạng: RSR hay rSR ở V1; QRS lớn hơn 0,11 giây; Trục phải; Đôi khi có thể kèm theo PR kéo dài (khoảng 20% các trường hợp, hay gặp ở các bệnh nhân TLN mang tính chất gia đình); Dày nhĩ phải trong khoảng 50% các trường hợp.

+ TLN lỗ thứ nhất: Điện tâm đồ có dạng: RSR ở V1; Trục trái; Bloc nhĩ thất cấp I; Có thể thấy dày cả hai thất.

-Chụp Xquang tim phổi

Tim to vừa phải với giãn cung ĐMP. Đôi khi thấy dấu hiệu giãn bờ dưới phải của tim do giãn buồng nhĩ phải. Tăng tới máu phổi hay gặp.

-Siêu âm tim

Đây là phương pháp chủ yếu và chính xác nhất để chẩn đoán TLN. Đối với các BN nhỏ tuổi có thể chỉ cần dùng siêu âm qua thành ngực còn đối với các BN lớn tuổi, thành ngực dày, đôi khi cần làm siêu âm qua thực quản.

-Thông tim

Mục đích của thông tim:

- Chẩn đoán xác định TLN chủ yếu dựa vào siêu âm tim (siêu âm 2D, Doppler, siêu âm cản âm, siêu âm qua thực quản). Thông tim có thể giúp ích cho việc đánh giá mức độ shunt, ngoài ra còn xác định chính xác áp lực ĐMP, đo cung lượng ĐMP, cung lượng động mạch chủ...

- Ở Việt Nam do có rất nhiều các trường hợp đến muộn nên việc thông tim xác chính xác mức độ shunt, áp lực ĐMP, tỉ lệ cung lượng Qp/Qs và đặc biệt là sức cản mạch phổi có vai trò xác định xem bệnh nhân có cần chỉ định phẫu thuật hay không. Với các biện pháp thở oxy, thuốc giãn ĐMP giảm áp ĐMP sẽ là những nghiệm pháp cuối cùng quyết định chẩn đoán bệnh nhân có tăng áp lực ĐMP cố định (hội chứng Eisenmenger) hay không.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Thông liên thất, hẹp động mạch phổi, hở van 2 lá

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Đóng lỗ thông

3.2. Điều trị cụ thể:

Điều trị ngoại khoa:

Mổ vá lỗ TLN dưới trợ giúp của máy tim phổi nhân tạo.

* Chỉ định:

Lỗ bầu dục (PFO) hoặc thông liên nhĩ lỗ nhỏ chỉ cần theo dõi định kỳ. Đa phần các lỗ thông liên nhĩ đơn thuần nhỏ (<6mm) có thể tự đóng ở năm 2 tuổi.

- Chỉ định đóng thông liên nhĩ khi luồng shunt có ý nghĩa: tỷ lệ Qp:Qs lớn hơn 2:1 (Qp: Lưu lượng máu đến phổi; Qs: lưu lượng máu đại tuần hoàn); suy thất phải.

- Những trường hợp tăng áp lực động mạch phổi còn bảo tồn có thể cân nhắc đóng lỗ

thông: Sức cản phổi (PVR) > 5 đơn vị Wood nhưng nhỏ hơn 2/3 sức cản hệ thống (SVR) hay áp lực động mạch phổi (PAP) < 2/3 áp lực hệ thống (đã điều trị giãn mạch phổi hay các nghiệm pháp giãn mạch phổi) mà Qp:Qs > 1.5

- Chỉ định đóng thông liên nhĩ trong mọi trường hợp kể cả lỗ thông nhỏ nếu có tắc mạch nghịch thường (paradoxical embolism).

- Lớn tuổi không phải là chống chỉ định phẫu thuật.

- Thông liên nhĩ lỗ lớn, gờ của lỗ thông nhỏ không thích hợp cho bít lỗ thông bằng dù.

- * Chống chỉ định

- Thông liên nhĩ mà có biểu hiện hội chứng Eisenmenger

- * Chuẩn bị trước phẫu thuật:

- Xét nghiệm: Tổng phân tích tế bào máu, sinh hóa máu (Creatinin, GOT, GPT, điện giải đồ, Glucose với bệnh nhân trên 55 tuổi), đông cầm máu, định nhóm máu, tổng phân tích nước tiểu, Xquang phổi, siêu âm ổ bụng, tiết niệu, điện tim đồ, siêu âm tim – 2 bản, miễn dịch (HIV, HCV, HbsAg), khám tai mũi họng, răng hàm mặt, chụp động mạch vành đối với Nữ ≥ 45 , với Nam ≥ 50

- Chuẩn bị mổ: Cần chuẩn bị cho người bệnh theo đúng quy trình chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật: vệ sinh cá nhân, ăn uống, thuốc, dự trữ máu trước mổ.

- Giải thích cho người bệnh/gia đình người bệnh: Kiến thức về bệnh; tại sao phải phẫu thuật, những rủi ro, cũng như căn dặn sau khi phẫu thuật cần tuân theo những điều gì. Gia đình người bệnh ký giấy cam đoan phẫu thuật.

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ hoặc không.

- * Kỹ thuật mổ:

Với đường mổ xương ức thông thường

- Heparin 3mg/kg

- Nối máy tim phổi nhân tạo vào người bệnh: Canule động mạch chủ lên, 2 canule tĩnh mạch chủ trên-chủ dưới có lắc vải để cô lập nhĩ phải.

- Chạy máy khi ACT > 400.

- Bảo vệ cơ tim: Liệt tim bằng máu ấm hoặc custodiol xuôi dòng qua gốc động mạch chủ hoặc có thể để tim rung hoặc tim đập cùng việc bơm CO₂ vào trong trường mổ, luôn để nhĩ trái đầy để tránh tắc mạch do khí.

- Khâu kín lỗ thông liên nhĩ: Thường dùng một miếng vá hoặc màng tim để vá lỗ thông tránh cho vách liên nhĩ căng, dễ bục. Hiếm khi khâu trực tiếp.

- Đóng nhĩ phải, đẩy tim đui qua hút tim trái, kim gốc động mạch chủ, để tim đập lại. Hỗ trợ, ngừng máy, rút canule, cầm máu.

- Đóng màng tim, đặt dẫn lưu, điện cực, đóng xương ức, vết mổ.

Với đường mổ ngực phải

- Thiết lập hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể qua mạch đùi: ĐM đùi, TM đùi; tĩnh mạch cảnh trong ở cổ hoặc đặt trực tiếp vào tĩnh mạch chủ trên qua vết mổ.

- Mở ngực trước bên qua khoang liên sườn IV.

- Các bước khác tương tự như đường mổ xương ức thông thường.

* Theo dõi sau phẫu thuật đóng Thông liên nhĩ:

Sau phẫu thuật cần theo dõi chặt chẽ người bệnh tại buồng chăm sóc sau phẫu thuật tăng cường về các thông số tuần hoàn (mạch, điện tim, huyết áp động mạch tối đa, tối thiểu, trung bình, huyết áp tĩnh mạch trung tâm, nhiệt độ), các ống dẫn lưu, số lượng nước tiểu, các thông số máy thở, tình trạng tinh thần của người bệnh 1 giờ 1 lần trong 24 giờ sau phẫu thuật.

- Chụp Xquang tại giường.

- Xét nghiệm vào thời gian quy định: khí trong máu, điện giải đồ, tổng phân tích tế bào máu.

- Siêu âm tim sau phẫu thuật đánh giá chức năng tim, luồng thông tồn lưu

- Khám định kỳ sau khi ra viện bằng lâm sàng và siêu âm (khoảng 6 tháng/1 lần).

Qua 3 năm nếu không có gì bất thường coi như khỏi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Guideline for the Management of Adults with Congenital Heart Disease - AHA/ACC 2018.*

2. *Khuyến cáo 2010 của Hội Tim mạch Việt Nam về xử trí bệnh tim bẩm sinh ở người lớn.*

3. *Quyết định 2510/QĐ-BYT ngày 15/07/2013 của BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch”.*

4. *Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.*

5. *Thông tư 35/2016/TT-BYT ngày 28/9/2016 của BYT, ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT.*

6. *Quyết định số 4423/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên khoa Phẫu thuật Tim Mạch – Lồng Ngực.*

XIII. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA THÔNG LIÊN THẤT

1. ĐỊNH NGHĨA:

Thông liên thất (TLT) là bệnh tim bẩm sinh hay gặp nhất, nó chiếm khoảng 25% các bệnh tim bẩm sinh. Do các triệu chứng lâm sàng đặc hiệu (tiếng thổi tâm thu to ở vùng giữa tim) và các biến chứng sớm của nó nên thông liên thất hay được chẩn đoán sớm từ khi bệnh nhân còn nhỏ.

TLT lỗ nhỏ rất hay gặp và thường dung nạp rất tốt. Do đó nó có thể gặp ở người trưởng thành và có khả năng tự đóng. Tỷ lệ tự đóng lại của các trường hợp TLT lỗ nhỏ ở trẻ em lên đến 75%.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng:

*** Triệu chứng cơ năng**

Các triệu chứng thường liên quan đến mức độ của luồng thông trái phải, áp lực và sức cản của ĐM phổi, hay gặp nhất là khó thở, mất khả năng gắng sức

*** Triệu chứng thực thể**

Khám tim: diện tim lớn hay bình thường. Sờ có thể có rung miu tâm thu, nghe tim là dấu hiệu chủ yếu để chẩn đoán. Thường nghe thấy tiếng thổi toàn tâm thu, cường độ mạnh ở cạnh ức trái, tương đối thấp và lan ra xung quanh, khám tim các dấu hiệu suy tim, khám tim dấu hiệu viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn nếu bệnh nhân có sốt kéo dài, khám phổi để phát hiện nhiễm trùng phổi đi kèm, tím khi có đảo shunt.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu

- Đông máu: Thời gian Prothrombin (PT), thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT), Định lượng Fibrinogen (Định lượng yếu tố I)

- Định nhóm máu hệ ABO, Rh

- Sinh hóa máu: Creatinin, Glucose (đối với bệnh nhân trên 55 tuổi hoặc bệnh nhân bệnh lý ĐTĐ), chức năng gan (GOT, GPT), điện giải đồ (Na^+ , K^+ , Cl^-),.

- Tổng phân tích nước tiểu

- Miễn dịch: HIV, HbsAg, HCV

* Điện tâm đồ (ĐTĐ): Thấy hình ảnh tăng gánh buồng tim trái với dày thất trái, dày nhĩ trái. Trục trái hay gặp trong các trường hợp TLT phần buồng nhận hoặc ống nhĩ thất chung. Dày thất phải và trục phải gặp trong các trường hợp tăng gánh buồng tim phải với tăng áp động mạch phổi.

*** Chụp Xquang tim phổi:**

* Siêu âm tim: Cần được chỉ định cho mọi bệnh nhân để chẩn đoán và theo dõi tiến triển bệnh. Trong đa số bệnh nhân, siêu âm tim chất lượng tốt là đủ để chỉ định điều trị.

Đánh giá thể thông liên thất

Đánh giá mức độ của luồng thông (shunt)

- Shunt trái - phải lớn: Giãn buồng nhĩ trái, thất trái; kích thước lỗ thông liên thất lớn ($> 5\text{mm}$); $Q_p/Q_s > 1,5$ và áp lực ĐMP tăng cao.

- Trong trường hợp áp lực ĐMP tăng cố định: Thành thất phải dày, buồng thất phải có thể giãn, ngược lại buồng thất trái nhỏ dần đi, dòng chảy qua lỗ TLT yếu hoặc hai chiều, chênh áp giữa thất trái - thất phải qua lỗ thông thấp ($< 30\text{mmHg}$), áp lực ĐMP tăng nhiều gần bằng hay vượt áp lực đại tuần hoàn.

Siêu âm Dopplertim còn cần phải loại trừ các tổn thương phối hợp như thông liên nhĩ, còn ống động mạch, hở chủ, cản trở đường ra thất phải và thất trái.

Cần ít nhất 2 bản siêu âm thực hiện bởi 2 bác sỹ khác nhau

* Thông tim

Chỉ định:

- Các trường hợp TLT với các dấu hiệu quá tải của thất trái (tim to, thoi tâm trương ở mỏm tim, suy tim ứ huyết) hoặc tăng áp ĐMP mà cần phải có các bằng chứng khẳng định mức độ luồng shunt, áp lực ĐMP, và sức cản ĐMP để quyết định hướng điều trị.

- Các trường hợp TLT với nghi ngờ có các tổn thương khác phối hợp như hở chủ, hẹp đường ra thất phải, hẹp dưới van ĐMC... cũng là các trường hợp có thể chỉ định thông tim.

- Thông tim để đóng lỗ TLT bằng dụng cụ (Amplatzer, Coil...).

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Hẹp van động mạch chủ

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Nhiều trẻ sinh ra với thông liên thất nhỏ sẽ không bao giờ cần phải phẫu thuật đóng lại. Sau khi sinh, bác sĩ có thể quan sát các em bé và điều trị bất kỳ triệu chứng trong khi chờ đợi để xem các khiếm khuyết sẽ tự đóng.

Trẻ em và người lớn có thông liên thất lớn hay gây ra các triệu chứng quan trọng thường cần phải phẫu thuật để đóng khuyết tật. Nếu em bé có khiếm khuyết vách liên thất cần sửa chữa phẫu thuật, thủ tục có thể sẽ được dự kiến trong năm đầu tiên của cuộc sống.

3. 2. Điều trị cụ thể:

* Điều trị ngoại khoa

- Đóng lỗ TLT có thể thực hiện bằng phẫu thuật tim hở với tuần hoàn ngoài cơ thể (đường mổ dọc xương ức), cần lưu ý có một tỉ lệ khá lớn lỗ TLT có thể tự đóng lại.

- Đối với các lỗ thông bé, shunt nhỏ, áp lực ĐMP bình thường cần theo dõi định kỳ thường xuyên hàng năm, phòng chống viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Nguy cơ gặp ở nhóm này là Osler, hở chủ (TLT phần phễu) và hẹp phần phễu MP (TLT phần quanh màng).

- Khi lỗ thông liên thất lớn sẽ ảnh hưởng rõ đến toàn trạng ở trẻ dưới 6 tháng: Điều trị nội khoa với lợi tiểu, trợ tim, ức chế men chuyển. Nếu không áp ứng với điều trị nội thì cần đóng lỗ TLT

- Khi lỗ TLT lớn, ảnh hưởng rõ đến toàn trạng ở trẻ trên 6 tháng thì cần PT đóng lỗ TLT.
- Khi lỗ thông lớn, có tăng áp ĐMP >50mmHg ở trẻ hơn 6 tháng: PT đóng lỗ TLT.
- Khi lỗ TLT phối hợp với hở van ĐMC vừa hoặc hẹp đáng kể đường ra thất phải thì cần phẫu thuật đóng lỗ TLT và sửa van ĐMC.

- Nếu TLT có nhiều lỗ, có ảnh hưởng đến toàn trạng thì cần làm phẫu thuật siết khẩu kính (banding) ĐMP ở các trẻ nhỏ dưới 6 tháng và sau đó phẫu thuật sửa chữa toàn bộ.

***Chống chỉ định:** trường hợp TLT có tăng áp ĐMP cố định

- Nếu đã tăng cố định thì không còn chỉ định phẫu thuật. Với những trường hợp này thường diễn biến và có thể nặng lên bằng các dấu hiệu suy tim phải, hạn chế gắng sức, đa hồng cầu với biểu hiện tím ở da, niêm mạc. Các biến chứng có thể gặp là chảy máu phổi, áp xe não và đột tử.

- Điều trị bằng thuốc giãn mạch phổi (Sildenafil, bosentan...) bệnh nhân TLT người lớn có tăng áp ĐMP nặng và tiến triển.

Giải pháp điều trị chủ động duy nhất trong trường hợp này là phẫu thuật ghép tim và phổi cho người bệnh.

*** Chuẩn bị trước phẫu thuật:**

- Xét nghiệm: Tổng phân tích tế bào máu, sinh hóa máu (Creatinin, GOT, GPT, điện giải đồ, Glucose với bệnh nhân trên 55 tuổi), đông cầm máu, định nhóm máu, tổng phân tích nước tiểu, Xquang phổi, siêu âm ổ bụng, tiết niệu, điện tim đồ, siêu âm tim – 2 bản, miễn dịch (HIV, HCV, HbsAg), khám tai mũi họng, răng hàm mặt, chụp động mạch vành đối với Nữ ≥ 45 , với Nam ≥ 50

- Chuẩn bị mổ: Cần chuẩn bị cho người bệnh theo đúng quy trình chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật: vệ sinh cá nhân, ăn uống, thuốc, an thần, dự trữ máu trước mổ.

- Giải thích cho người bệnh/gia đình người bệnh: Kiến thức về bệnh; tại sao phải phẫu thuật, những rủi ro, cũng như cần dặn sau khi phẫu thuật cần tuân theo những điều gì. Gia đình người bệnh ký cam đoan phẫu thuật

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường, ... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ hoặc không.

Kỹ thuật mổ:

- Mở đường dọc giữa xương ức, bộc lộ tim.

- Heparin 3mg/kg

- Thiết lập hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể: Canule động mạch chủ lên, tĩnh mạch chủ trên, chủ dưới; hút tim trái qua tĩnh mạch phổi trên trái hoặc PFO; kim gốc động mạch chủ.

- Chạy máy khi Act > 400s

- Bảo vệ cơ tim: bơm máu ấm hoặc Custodiol xuôi dòng qua gốc động mạch chủ; trong trường hợp hở chủ nhiều có thể bơm trực tiếp dung dịch bảo vệ vào lỗ vành hoặc xoang tĩnh mạch vành.

- Đường mở tim phụ thuộc vào vị trí lỗ thông: mở nhĩ phải cho các trường hợp lỗ thông ở vùng buồng nhận và quanh màng; mở động mạch phổi với lỗ thông vùng phổi; mở phổi thất phải trong trường hợp lỗ thông dưới 2 van; hoặc có thể vá lỗ thông qua đường mở động mạch chủ. Ngoài ra có thể phối hợp các đường mở tim trong trường hợp lỗ thông rộng, vị trí khó; có thể xẻ lá vách van baló để bộc lộ lỗ thông rõ ràng hơn.

- Sửa chữa các thương tổn phối hợp: Hở van ba lá, hở chủ, hẹp đường rathất trái, thất phải.

- Đóng tim, đẩy tim đuổi khí qua hút tim trái, kim gốc động mạch chủ, để tim đập lại.

Hỗ trợ, ngừng máy, rút canule, cầm máu.

- Đóng màng tim, đặt dẫn lưu, điện cực, đóng xương ức, vết mổ.

* Điều trị và theo dõi sau phẫu thuật:

Sau phẫu thuật cần theo dõi chặt chẽ người bệnh tại buồng chăm sóc sau phẫu thuật tăng cường về các thông số tuần hoàn (mạch, điện tim, huyết áp động mạch tối đa, tối thiểu, trung bình, huyết áp tĩnh mạch trung tâm, nhiệt độ), các ống dẫn lưu, số lượng nước tiểu, các thông số máy thở, tình trạng tinh thần của người bệnh 1 giờ 1 lần trong 24 giờ sau phẫu thuật.

- Chụp Xquang tại giường.

- Xét nghiệm vào thời gian quy định: khí trong máu, điện giải đồ, tổng phân tích tế bào máu.

- Siêu âm tim sau phẫu thuật đánh giá chức năng tim, luồng thông tồn lưu

- Khám định kỳ sau khi ra viện bằng lâm sàng và siêu âm (khoảng 6 tháng/1 lần). Qua 3 năm nếu không có gì bất thường coi như khỏi.

- Cần theo dõi điều trị để phòng viêm nội tâm mạc khi còn dòng máu qua lỗ thông.

- Đối với áp lực phổi cao, cần theo dõi định kì (lâm sàng, siêu âm).

- Theo dõi siêu âm sau 3 tháng, 6 tháng và mỗi năm. Chú ý còn dòng chảy thông tồn lưu hoặc tăng áp ĐMP, hở van ĐMC hoặc nghẽn đường ra thất phải hoặc nghẽn đường ra thất trái.

3.3. Điều trị dự phòng

Thông liên thất chiếm tỉ lệ cao trong bệnh tim bẩm sinh, sàng lọc và phát hiện sớm để điều trị nội, ngoại khoa kịp thời mang lại kết quả tốt và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Guideline for the Management of Adults with Congenital Heart Disease - AHA/ACC 2018.*

2. Khuyến cáo 2010 của Hội Tim mạch Việt Nam về xử trí bệnh tim bẩm sinh ở người lớn.

3. Quyết định 2510/QĐ-BYT ngày 15/07/2013 của BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch”.

4. Quyết định 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của BYT, ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh.

5. Thông tư 35/2016/TT-BYT ngày 28/9/2016 của BYT, ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT.

6. Quyết định số 4423/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên khoa Phẫu thuật Tim Mạch – Lồng Ngực.

XIV. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

1. ĐỊNH NGHĨA:

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là tình trạng xuất hiện dịch trong khoang màng phổi nhiều hơn mức bình thường (khoảng 10 ml).

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng

- Khó thở.
- Đau ngực (đau nhói, tăng khi hít sâu).
- Hội chứng 3 giảm (Âm phế bào giảm, rung thanh giảm, gõ đục).

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu.; Đông máu.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ có thể có rối loạn.
- Nước tiểu.
- Nhuộm soi trực tiếp và nuôi cấy vi khuẩn từ dịch màng phổi. Làm kháng sinh đồ nếu thấy vi khuẩn mọc.
- Xét nghiệm sinh hoá, miễn dịch dịch màng phổi: PCR lao, Protein C, Protein, Glucose, Clo.
- Xét nghiệm tìm tế bào dịch màng phổi.
- Giải phẫu bệnh màng phổi: Chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán phân biệt tổn thương.
- Hình ảnh phim X-quang phổi: TDMP số lượng ít chỉ thấy góc sườn hoành tù, sớm nhất là góc sườn hoành phía sau trên phim nghiêng. TDMP trung bình thấy hình mờ đậm, đồng đều, ở 1/3 dưới phế trường, có thể thấy đường cong mà phía lõm quay lên trên (đường cong Damoiseau). TDMP nhiều: mờ đều quá 1/2 phổi, đẩy tim sang bên đối diện.
- Siêu âm màng phổi: Giúp chẩn đoán và phát hiện tràn dịch, vị trí tràn dịch trong khoang màng phổi.
- Siêu âm ổ bụng: Đánh giá dịch ổ bụng trong tràn dịch đa màng.
- Chụp CT Scan ngực: Giúp xác định và chẩn đoán tổn thương.
- Nội soi phế quản: Giúp phát hiện các tổn thương gây tắc nghẽn phế quản và gắp bỏ dị vật phế quản nếu có.
- Chọc dò màng phổi có dịch: là tiêu chuẩn vàng.
- Điện tim.

Bảng: Phân biệt tràn dịch màng phổi dịch thấm và dịch tiết

Lưu ý: bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi dịch tiết khi có ít nhất 1 tiêu chuẩn phù hợp với dịch tiết.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

*Dịch thấm:

- Hội chứng thận hư, suy thận mạn.
- Xơ gan cổ trướng.
- Suy tim trái không hồi phục.
- Thấm phân phúc mạc.
- Suy giáp.
- Hội chứng Demon-Meigs.
- Suy dinh dưỡng.

*Dịch tiết:

- Do lao.
- Do ung thư.
- Do nhiễm trùng phổi và màng phổi (vi khuẩn, nấm, vi rút ký sinh trùng như a míp, sán lá phổi, sán lá gan lớn).
- Do nghẽn tắc động mạch phổi.
- Do các bệnh hệ thống (lupus, viêm khớp dạng thấp...).

* Tràn dịch màng phổi dịch màu máu: dịch có màu đỏ máu, Hemoglobin dịch màng phổi/hemoglobin máu $< 0,5$.

Ung thư màng phổi, ung thư di căn tới màng phổi.

Lao màng phổi.

Tràn máu màng phổi: tỷ lệ hemoglobin dịch màng phổi/ hemoglobin máu $> 0,5$.

- Do chấn thương lồng ngực.
- Ung thư màng phổi, ung thư di căn tới màng phổi.
- Tai biến của các thủ thuật thăm dò màng phổi: chọc dò màng phổi, sinh thiết màng phổi,...
- Võ phình tách động mạch chủ ngực.
- Bệnh Rendu Osler.

* Tràn dưỡng chấp màng phổi: Dịch màng phổi trắng như sữa, tái phát rất nhanh. Soi vi thể thấy những giọt mỡ. Mỡ toàn phần của dịch màng phổi 1-4 g/100 ml. Triglycerid dịch màng phổi > 110 mg%.

- Do chấn thương lồng ngực.
- Phẫu thuật lồng ngực gây lỗ dò ống ngực - màng phổi.
- Viêm bạch mạch do lao, giun chỉ.
- Do ung thư hệ lympho hoặc ung thư phế quản di căn.

* Các nguyên nhân TDMP thường gặp trên lâm sàng bao gồm:

- Lao màng phổi.
- Viêm phổi màng phổi.
- Suy tim sung huyết.
- Ung thư.
- Xơ gan.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

- Lấy hết dịch khoang màng phổi trả lại chức năng hô hấp cho bệnh nhân.
- Giải quyết nguyên nhân.

3.2. Điều trị cụ thể:

- Điều trị nội khoa
- Điều trị TDMP dịch thấm:

Điều trị bệnh nguyên phát. Chọc tháo dịch màng phổi trong trường hợp TDMP quá nhiều gây khó thở.

- Điều trị TDMP dịch tiết: Điều trị triệu chứng. TDMP nhiều có suy hô hấp:
 - + Thở ôxy.
 - + Chọc tháo dần chia làm nhiều lần, mỗi lần ≤ 1 lít.
 - + Phục hồi chức năng hô hấp sớm và kéo dài.
- TDMP nhiều, tái phát nhanh do ung thư:
 - + Gây dính màng phổi bằng bột talc, povidon iod...

(Không gây dính khi tràn dịch mà phổi không nở được hoàn toàn (như trong xẹp phổi), hay có kèm theo tràn dịch màng ngoài tim.)

* Điều trị căn nguyên:

- Tràn dịch màng phổi do nhiễm khuẩn phổi màng phổi (đọc thêm bài hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tràn mủ màng phổi):

Chọc tháo, mở màng phổi dẫn lưu sớm, kết hợp bơm rửa hàng ngày với natriclorua 0,9%.

Trường hợp tràn mủ màng phổi khu trú, đã vách hóa: cần tiến hành mở màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm màng phổi hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực.

Kháng sinh: dùng trong 4 - 6 tuần.

Đường tiêm tĩnh mạch, liều cao, thích hợp với các vi khuẩn gây bệnh trong các trường hợp viêm màng phổi do vi khuẩn, dùng ít nhất 2 kháng sinh.

Lúc đầu khi chưa có kháng sinh đồ nên dùng kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn kỵ khí, phế cầu và các trực khuẩn Gram (-): Amoxicilin -Acid Clavulanic 3-6 g/ngày hoặc Cephalosporin thế hệ 3: 3-6 g/ngày; dùng kết hợp với Gentamycin 3-5 mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần hoặc Amikacin 15 mg/kg/ngày tiêm bắp 1 lần.

Nếu không có điều kiện có thể dùng Penicilin liều cao (20-50 triệu đơn vị/ngày tùy theo cân nặng).

Nếu dị ứng với Penicilin thì dùng Clindamycin.

Thay đổi thuốc theo diễn biến lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ.

Điều trị các bệnh toàn thân, các ổ nhiễm trùng nguyên phát.

- Điều trị tràn dịch màng phổi do lao:

(Theo phác đồ điều trị lao màng phổi)

- Phục hồi chức năng: Tập thở, thổi bóng, tập các động tác làm giãn nở lồng ngực bên bị bệnh sớm và kéo dài.

- Điều trị TDMP do các căn nguyên khác: Tuỳ theo căn nguyên.
- + Trong tràn dưỡng chấp màng phổi: ngoài trường hợp can thiệp ngoại khoa được thì việc điều trị chủ yếu là chế độ ăn hạn chế lipid.
- Điều trị ngoại khoa
- Nội soi khoang màng phổi để phá bỏ các vách ngăn bóc dính màng phổi.
- Phẫu thuật bóc màng phổi, ổ căn màng phổi trong trường hợp viêm dày màng phổi sau một tháng điều trị nội khoa tích cực không giải quyết được.
- Cắt bỏ u nang buồng trứng trong hội chứng Demon-Meigs.
- Lấy dị vật như mảnh đạn nằm cạnh màng phổi.
- Thắt ống ngực trong trường hợp tràn dưỡng chấp màng phổi do vỡ, tắc ống ngực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bordow, Ries et al: *Manual of clinicalproblem inpulmonary medicine* 2001, 72-74
2. Fraser and Pore 's *Diagnosis of diseases of the chest* 1999 Vol 1 382-385.
3. Jacque Wallach *Interpretation of diagnostic test* 128- 142
4. Bộ Y Tế (2015), *hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp*.

XV. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

1. ĐỊNH NGHĨA:

Là sự hiện diện của khí trong khoang màng phổi.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Đau ngực,
- Khó thở,
- Tam chứng Galliard 2 giảm 1 tăng: giảm âm phế bào, giảm rung thanh, gõ vang.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang phổi thẳng, nghiêng : Khoảng tăng sáng vô mạch.
- CT ngực: có tràn khí màng phổi, đồng thời có kén khí cùng bên và sàng lọc kén khí đối bên.
- Công thức máu: có thiếu máu khi chảy máu do đứt dây chằng đỉnh phổi, Bạch cầu tăng khi có viêm phổi, hoặc nhiễm trùng khoang màng phổi.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Đông máu.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ.
- Điện tim đồ: khi có đau ngực, khó thở.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Chỉ định phẫu thuật dẫn lưu màng phổi tối thiểu là chủ yếu.

3.2. Điều trị cụ thể:

+ Cấp cứu ban đầu:

- Thở oxy khi có khó thở nhiều.
- Mở màng phổi tối thiểu tại chỗ khi có chẩn đoán tràn khí màng phổi áp lực gây suy hô hấp cấp.

+ Điều trị hồi sức thì đầu: nếu có suy hô hấp mà nghi ngờ tràn khí màng phổi áp lực thì cần mở dẫn lưu màng phổi áp lực tại chỗ trước khi đặt nội khí quản.

+ Điều trị nội khoa:

- Bảo tồn theo dõi khi tràn khí màng phổi lượng ít và khi có triệu chứng lâm sàng mức độ nhẹ.
- Thở oxy liệu pháp.
- Kháng sinh.
- Giảm đau.

+ Điều trị can thiệp: Đặt catheter dẫn lưu màng phổi khi tràn khí màng phổi lượng ít và lâm sàng khó thở mức độ nhẹ.

+ Điều trị ngoại khoa:

- Dẫn lưu màng phổi hút liên tục khi tràn khí màng phổi lượng trung bình trở lên, kèm lâm sàng khó thở mức độ vừa trở lên.

- Mổ khâu lỗ thủng nhu mô, phế quản, cắt kén khí với trường hợp tràn khí màng phổi tái phát và hoặc trên CT có kén khí phổi.

3.3. Điều trị dự phòng:

- Gây dính màng phổi hạn chế nguy cơ tái phát.

- Điều trị phổi hợp: Kháng sinh (dùng nhóm Cephalosporin thế hệ 3, Quinolon...), giảm đau, Oxy, các thuốc phổi hợp bệnh lý khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1. *Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2018.*
2. PGS. TS Nguyễn Hoài Nam(2015) “Điều trị tràn khí màng phổi bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực”. Nhà xuất bản Y học.
3. Nguyễn Công Minh(2010) “ Điều trị ngoại khoa bệnh lý phổi – màng phổi”. Nhà xuất bản Y học.
4. PGS.TS.Ngô Quý Châu (2012, Bệnh hô hấp, “ Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam”
5. Nguyễn Thế Hiệp (2002), Bài giảng bệnh học và điều trị ngoại khoa, nhà xuất bản Y học.

XVI. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA U NHẦY NHĨ TRÁI

1. ĐỊNH NGHĨA

U nhầy nhĩ trái là một dạng u nguyên phát lành tính trong tim . Chiếm khoảng 74%-85% các u trong tim . U có cuống bám vào vách liên nhĩ hay trần nhĩ trái. U thường có dạng chùm nho hoặc nhiều thùy và không có vỏ bao rõ rệt, mật độ mềm dễ vỡ, có thể có xuất huyết bên trong.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Bệnh phát hiện tình cờ do khám bệnh định kỳ.
- Các triệu chứng có thể:
 - + Khó thở khi gắng sức hay khi nằm đầu thấp đôi khi có ho ra máu, đau ngực, ngất, phù phổi cấp, tắc mạch ngoại vi, hay tai biến mạch máu não .
 - + Nghe tim có thể có thể có tiếng thổi tâm thu, rò tâm trương, T1 đanh, T2 tách đôi

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Điện tâm đồ và X- quang: có thể có dấu dẫn nhĩ trái .
- Siêu âm tim chẩn đoán xác định u trong nhĩ trái . Xác định vị trí cuống bám, độ dài cuống và mức độ di động của bướu . Cần xác định thêm mức độ hở van hai lá và ba lá đi kèm .
- Với BN lớn tuổi có bệnh lý nền hoặc nguy cơ tim mạch kèm theo cần khảo sát hệ mạch vành trước mổ (chụp mạch vành chọn lọc hoặc MSCT)
- Huyết học: Công thức máu, Xét nghiệm đông máu: hầu như không thay đổi đáng kể, Nhóm máu
- Sinh hóa máu: Ure, Creatinin, Cholesterol, Triglyceride, LDL-C, HDL-C, Điện giải đồ, Men Gan

- Miễn dịch: pro-BNP: tăng cao khi có suy tim nặng
- Xét nghiệm nước tiểu
- Vi sinh: HBsAg, HIVAb, HCVAAb
- Giải phẫu bệnh: tổ chức U nhầy lành tính

2.2. Chẩn đoán phân biệt :

- Huyết khối trong buồng nhĩ trái
- U thứ phát di căn từ ung thư ống tiêu hóa, hệ niệu- dục: dựa vào giải phẫu bệnh

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- U nhầy nhĩ trái được chỉ định phẫu thuật bán khẩn
- Với u đã vỡ cần phẫu thuật khẩn nhằm tránh thuyên tắc do mô u vỡ .

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Trước phẫu thuật:

- Chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu
- Kháng sinh dự phòng trước mổ
- Chống đông: nếu có rung nhĩ

3.2.2. Trong phẫu thuật

- Bệnh nhân cần được gây mê toàn thân, mở xương ức, thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể.
- Liệt tim bằng dung dịch cardioplegia
- Mở nhĩ phải, mở vách liên nhĩ, dò tìm cuống u cắt trọn cuống và nhẹ nhàng lấy hết u.

Tránh làm vỡ u, kiểm tra không để sót mô u trong nhĩ trái, tĩnh mạch phổi, thất trái. Tái tạo lại vách liên nhĩ bằng miếng màng ngoài tim đã xử lý bằng dung dịch glutaraldehyde 0,625%.

Với u có kích thước lớn cần mở rộng đường mổ về phía tĩnh mạch phổi hoặc nhĩ trái

- Kiểm tra van hai lá nếu có hở cần phải sửa van hai lá.

3.2.3. Sau phẫu thuật:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn(monitor), Bilan dịch vào - ra
- Siêu âm tim đánh giá chức năng tim, hình thái các buồng tim sau mổ
- Xét nghiệm: Công thức máu, sinh hóa máu, chức năng đông máu, khí máu động mạch
- Thuốc: kháng sinh, giảm đau, thuốc trợ tim(Dobutamin, Adrenalin, Noradrenalin dựa vào tình trạng huyết động sau mổ), Chống rối loạn nhịp tim(Digoxin..), Chống đông(sử dụng khi có sửa van 2 lá kèm vòng van)

3.3. Dự phòng

- Tái khám sau mổ sớm trong khoảng 10-14 ngày: Siêu âm tim đánh giá lại chức năng tim, hình thái các buồng tim, công thức máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu
- Khám theo dõi định kỳ hàng tháng nếu có dùng thuốc chống đông
- Siêu âm tim 3 tháng/ lần, đánh giá tái phát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reynen K, *Frequency of primary tumors of the heart. Am J Cardiol* 1996 ; 77(1):107.
2. Ioannis A. Paraskevaidis, Constantinos H. Papadopoulos, and Maria Anastasiou-Nana .*Cardiac tumors. Oncology* 2011 : 208929. Published online 2011May 26.
3. William H Gaasch, *Cardiac Tumors. Up to Date* 2013
4. Leonard M Shapiro *Cardiac Tumors: Diagnosis and management. Heart* 2001: 85: 218-222
5. Dung L.H, *Kết quả phẫu thuật U nhầy nhĩ trái tại Viện Tim Tp Hồ Chí Minh. Luận Văn Thạc Sĩ Y học, ĐHYD Tp HCM* 2002
6. JW Kirklin and BB Boves, *Cardiac Surgery, 3rd Ed. 2003, Churchill Livingston Inc, p.1680 - 1690*

XVII. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U TRUNG THẤT

1. ĐỊNH NGHĨA.

U trung thất bao gồm tất cả các khối u bẩm sinh và mắc phải, các khối u tiên phát và thứ phát xuất hiện trong trung thất.

2. CHẨN ĐOÁN.

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- + Khó thở, ho, thở ngáy, ho ra máu, đau ngực, sút cân...
- Hc chèn ép TM chủ trên : dẫn TM cổ, phù áo khoác.
- Hc chèn ép tim : đánh trống ngực, mệt mỏi, suy nhược.
- Liệt dây TK hồi quy : khàn tiếng, sặc.
- Chèn ép thực quản: khó nuốt
- Hạch ở cổ hoặc ở nách, giảm phản xạ ...
- + Vài loại u nguyên phát trung thất sản sinh ra nội tiết tố hoặc kháng thể gây ra các biểu hiện toàn thân đặc biệt như:
 - Cơ chế miễn dịch trong bệnh nhược cơ và u tuyến hưng, với TC bất sản hồng cầu, giảm gammaglobulin máu, đau nhức khớp.
 - Bướu carcinoid với Hc Cushing.
 - Triệu chứng cường giáp hoặc suy giáp trong u giáp thòng trong trung thất.
 - Hội chứng tăng calci máu trong u tuyến cận giáp thòng trong trung thất và bệnh Hodgkin.
 - Chứng nữ hóa tuyến vú (gynecomasty) của ung thư tế bào mầm không phải tinh hoàn (nonseminomatous germ cell)
 - Con tăng HA ác tính, kịch phát gặp trong u sắc tố (pheochromocytoma). Cao HA gặp trong 1 số u TK ở trẻ em.
 - Hạ đường huyết bất thường gặp trong u trung mô to (như mesothelioma và fibrosarcoma) tiết ra chất giống như insulin hoặc chất insulin.

2.1.2. Cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm máu:

- Công thức máu: có thể có thiếu máu. Hoặc BC tăng khi có bội nhiễm trong u.
- Đông máu.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ.

+XQuang phổi thẳng, nghiêng: phát hiện bất thường ở trung thất.

+Vai trò của CT Scan ngực có tiêm thuốc cản quang: định vị, đặc điểm khối u.

+Đo chức năng hô hấp.

- + MRI phát hiện xâm lấn cột sống.
- + Nội Soi khí-phế quản trong chèn ép hoặc xâm lấn khí phế quản.
- + Nội Soi thực quản , chụp X quang thực quản có tiêm thuốc cản quang, phát hiện chèn ép hoặc xâm lấn thực quản.
- + Siêu âm Doppler tim phát hiện xâm lấn màng tim, tĩnh mạch chủ hoặc di căn tim.
- + Chọc sinh thiết u dưới hướng dẫn CTScan và làm mô bệnh học thường quy.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- U phổi: sinh thiết u dưới hướng dẫn CT scan và mô bệnh học. Hoặc nội soi khí phế quản và sinh thiết u xuyên thành phế quản làm mô bệnh học.

- Phình ĐMC ngực : chụp CLVT lồng ngực 64 dãy có tiêm thuốc cản quang.

- U thực quản: nội soi thực quản.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1 Nguyên tắc điều trị: Chỉ định phẫu thuật là chính.

Chẩn đoán và điều trị 1 u trung thất cần trả lời:

- U nguyên phát hoặc di căn
- TC toàn thân (để tránh các biến chứng chu phẫu).
- Mức độ chèn ép của u (trên khí-phế quản, mạch máu, tim, cột sống): khả năng cắt lấy u.
- Biết được các phương thức điều trị nội kết hợp (hóa trị, xạ trị, nội tiết).

3.2.. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

Tùy thuộc vào loại u trung thất mà có chỉ định phẫu, xạ, hóa trị hoặc kết hợp chẳng hạn:

- Vì đa số K tuyến hung nhạy với xạ, do đó, với sang thương không thể cắt bỏ được xạ trị sẽ giúp khu trú thương tổn, ngăn ngừa lan rộng. Nên sử dụng hóa trị (Cisplatin) kết hợp, trước và sau khi cắt lấy u.

- Lymphoma không phải Hodgkin hoặc Hodgkin đều phải hóa trị.

- U ác tế bào mầm tinh hoàn (seminoma germ cell) rất nhạy với xạ, tuy nhiên nếu mô cắt lấy trọn thì chỉ cần theo dõi. Nhưng nếu đã xâm lấn, mà không thể cắt bỏ thì phải xạ trị, hoặc nếu có di căn xa thì phải hóa trị hỗ trợ....

Nếu chọc dò sinh thiết không thể mang lại KQ tế bào học thỏa đáng hoặc chưa thể sinh thiết được, thì nên tiến hành xạ trị, corticoid liệu pháp và hóa trị kết hợp trước, dựa trên chẩn đoán ước định. Có đến 40% các trường hợp dù chỉ nghi là ác tính, vẫn phải điều trị như ác tính trong khi chưa có chẩn đoán mô học

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:

Phẫu thuật lấy toàn bộ u hay một phần khối u để tiến hành làm giải phẫu bệnh xác định bản chất khối u, vừa mang ý nghĩa điều trị vừa mang ý nghĩa chẩn đoán bệnh lý trung thất.

- Phẫu thuật mở ngực qua ngã chẻ xương ức hoặc đường ngực bên.

- Phẫu thuật nội soi:

+ U đặc có kích thước $\leq 6\text{cm}$ + U nang

+ Kết hợp với mổ ngực tối thiểu: u đặc có đường kính > 6cm không có xâm lấn nhiều vào các cơ quan xung quanh.

+ Sinh thiết u để làm chẩn đoán GPB trong những trường hợp u xâm lấn không có khả năng cắt trọn u.

- Nội soi trung thất:

+ U xâm lấn, dưới carina, hạch quanh phế quản gốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2018, U trung thất.

2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Bình Dân 2017, U trung thất.

3. Nguyễn Hữu Ước, (2020), Bài giảng sau đại học, Đại học Y Hà Nội, bài (U TRUNG THẤT).

4. Phạm Hữu Lư, Ngô Gia Khánh, Nguyễn Hữu Ước, và cộng sự (2014). Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị bệnh lý u tuyến ức tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam.

5. Nguyễn Công Minh(2014), “ U trung thất”, Cập nhật điều trị các bệnh lý lồng ngực, trung thất mạch máu, Nhà xuất bản Y học.

XVIII. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA UNG THƯ PHỔI NGUYÊN PHÁT

1. ĐỊNH NGHĨA:

Ung thư phổi nguyên phát là kết quả của sự phân chia và phát triển bất thường của những tế bào trong mô phổi, hoặc trong đường hô hấp dẫn đến phổi. Quá trình tế bào phân chia nhanh chóng, tuy nhiên, không chết đi, dẫn tới sự tích tụ của khối u.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

+ Triệu chứng tại phổi:

- Ho, ho ra máu.
- Nhiễm trùng hô hấp.
- Đau ngực, khó thở.

+ Triệu chứng lan tỏa, di căn:

- Khàn giọng, hội chứng chép tĩnh mạch chủ trên, khó thở do tràn dịch màng phổi, màng tim ; khó nuốt, hội chứng Horner.

+ Triệu chứng của di căn ngoài ngực: gan, não, thượng thận, xương, thận...

2.2.2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: có thể có thiếu máu. Hoặc BC tăng khi có bội nhiễm trong u.
- Đông máu.
- Nhóm máu ABO, Rh.
- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAg.
- Sinh hóa máu: creatinin, GOT, GPT, Điện giải đồ.
- Xquang phổi thẳng và nghiêng: Cho biết vị trí u, xâm lấn màng phổi, tràn dịch màng phổi, liệt hoành, xẹp phổi, đông đặc phổi, hủy xương đòn, hạch lớn trung thất.
- Điện tim đồ: cần thiết vì bệnh nhân thường có đau ngực kèm theo.
- Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner) có tiêm thuốc cản quang : cho biết đặc điểm u, liên quan và xâm lấn cấu trúc xung quanh, di căn hạch.
- CT scanner sọ não và ổ bụng... giúp tìm các tổn thương di căn xa...
- Chụp MRI: có giá trị trong u phổi xâm lấn cột sống, ống sống...
- PET (positron emission tomography): đánh giá di căn toàn thân.
- Xạ hình xương: đánh giá di căn xương.
- Sinh thiết u qua thành ngực dưới hướng dẫn của CT scanner và xét nghiệm mô bệnh học thường quy.
- Nội soi phế quản: chẩn đoán, phân giai đoạn bệnh. Kết hợp sinh thiết u xuyên phế quản khi có chỉ định, kèm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn, AFB, tế bào học, vi nấm nhuộm soi...

- Sinh thiết hạch thượng đòn: sinh thiết bằng kim nhỏ và mổ bóc lấy trọn hạch.
- Nội soi lồng ngực: Chẩn đoán và cắt nốt phổi đơn độc có làm sinh thiết lạnh tức thì; đánh giá hạch trung thất, tràn dịch màng phổi.
- Mổ ngực chẩn đoán: mổ ngực làm sinh thiết tức thì làm chẩn đoán, phân giai đoạn bệnh và điều trị.
- Chất chỉ thị ung thư (Tumor Marker): CYFRA 21.1, CEA...

PHÂN GIAI ĐOẠN TNM

- Giai đoạn 0: Tis N0 M0
- Giai đoạn IA: T1N0M0
- Giai đoạn IB: T2N0M0
- Giai đoạn IIA: T1N1M0
- Giai đoạn IIB: T2N1M0, T3N0M0
- Giai đoạn IIIA: T3N1M0, T1-3N2M0
- Giai đoạn IIIB: T4N0-2M0; bất kỳ T, N3M0.
- Giai đoạn IV : bất kỳ T, N, M1.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Chỉ định điều trị tùy thuộc tùy theo type tế bào học và giai đoạn TNM. Trong đó phẫu thuật cắt thùy phổi được chỉ định cho u phổi nguyên phát không tế bào nhỏ ở giai đoạn I đến IIIA.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1 .Chỉ định phẫu thuật:

- Phẫu thuật cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch. Hóa trị bổ xung sau mổ với giai đoạn I, II, IIIA.
- Giai đoạn IIIB: xạ hay hóa trị. Chỉ định mổ trong một số trường hợp sau:
 - + Tổn thương carina: Phẫu thuật cắt lá phổi, tạo hình khí quản, nối với phế quản đối bên.
 - + Nhiều u trên 1 thùy phổi: Phẫu thuật cắt thùy phổi.
 - +Xâm lấn các cơ quan lân cận: phẫu thuật trong một số trường hợp chọn lọc.
- M1: u di căn đơn độc:
 - +Não: phẫu thuật cả u não và phổi nếu u có thể cắt được.
 - +Tuyến thượng thận: phẫu thuật cắt 2 u nếu được.
 - + Các vị trí khác: nếu u di căn cắt được và tổng trạng bệnh nhân cho phép thì nên phẫu thuật.

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Hóa chất, xạ trị với typ ung thư phổi tế bào nhỏ.
- Điều trị triệu chứng với ung thư phổi giai đoạn III B, IV và hoặc thể trạng già yếu không cho phép phẫu thuật, hóa trị, xạ trị.

3.3. Điều trị dự phòng:

- Với các khối u kích thước dưới 3 cm, có thể phẫu thuật nội soi cắt u làm xét nghiệm tức thì. Nếu u ác thì chuyển cắt thùy.
- Sau mổ bệnh nhân được theo dõi mỗi tháng trong 6 tháng đầu, sau đó 3 tháng/ lần trong 2 năm; sau đó mỗi 1 năm: đánh giá lâm sàng, hình ảnh học và các chất chỉ thị ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 4825/ QĐ – BYT, ngày 6/8/2018 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ”.
2. Phác đồ điều trị ung thư phổi – Bệnh viện Chợ Rẫy 2018.
3. PGS.TS.Ngô Quý Châu “Ung thư phổi“ nhà xuất bản Y học”, năm 2008.
4. Nguyễn Công Minh(2010) “ Điều trị ngoại khoa bệnh lý phổi – màng phổi”. Nhà xuất bản Y học.
5. Nguyễn Công Minh(2008), “ Kết hợp điều trị đa mô thức trong điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ tại bệnh viện Chợ Rẫy”.

XIX. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG NGỰC HỞ

1. ĐỊNH NGHĨA:

Vết thương ngực là các tổn thương lồng ngực trong đó có mất sự liên tục của da và thành ngực.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Cơ năng: đau ngực, khó thở, ho ra máu...

- Thực thể:

+ Vết thương ngực kín: Miệng vết thương thường nhỏ, có thể sờ thấy dấu hiệu “lép lép” do tràn khí dưới da quanh vết thương và vùng ngực, cổ.

+ Vết thương ngực mở: Tại chỗ vết thương thấy có tiếng phì phò và sùi bọt máu theo nhịp thở của bệnh nhân.

+ Vết thương ngực van: Tại chỗ vết thương có thể thấy tiếng rít của khí trời lọt vào khoang màng phổi trong thì thở vào gây khó thở nặng, vật vã, tím tái, huyết áp hạ, nhịp tim nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, tràn khí dưới da...

+ Vết thương tim-màng tim: Thường tương ứng với vùng đục của tim, có hội chứng mất máu cấp hoặc hội chứng chèn ép tim cấp (tam chứng Beck).

+ Vết thương ngực-bụng: Vị trí vết thương thường từ dưới liên sườn V trở xuống. Lâm sàng: đau bụng, xuất huyết trong ổ bụng, viêm phúc mạc, thoát vị tạng ở bụng lên ngực gây rối loạn hô hấp và tuần hoàn nặng.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Chụp X.quang lồngngực thẳng: tràn máu, tràn khí màng phổi, trung thất bị đẩy lệch, tràn khí trung thất....

- Siêu âm màng tim, màng phổi.

- Siêu âm Doppler tim khi nghi ngờ vết thương tim.

- Điện tim đồ.

- Khí máu.

- Công thức máu.

- Đông máu.

- Nhóm máu ABO, Rh

- Xét nghiệm miễn dịch: HIV, HbsAG

- Sinh hóa máu: glucose, GOT, GPT, creatinin, điện giải đồ, CK, CKMB...

- Chụp CLVT lồng ngực khi Xquang, siêu âm chẩn đoán chưa chắc chắn tình trạng tràn máu, tràn khí màng phổi hay khi nghi ngờ vết thương tim.

2.2 . Chẩn đoán phân biệt:

- Siêu âm ổ bụng, chụp CLVT ổ bụng khi nghi ngờ vết thương ngực bụng.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Phải nhanh chóng khám xác định các triệu chứng quan trọng để đánh giá ngay mức độ sốc, suy tuần hoàn và suy hô hấp cấp để có thái độ xử trí kịp thời.

3.2. Điều trị cụ thể:

- Cấp cứu ban đầu:

+Cấp cứu tại chỗ: Bằng mọi cách (dùng ngón tay, đệm gạc... hay các vật dụng tại chỗ khác) bịt kín ngay lỗ vết thương thành ngực để biến vết thương ngực mở thành vết thương ngực kín.

+ Nếu bệnh nhân có suy hô hấp do tràn khí màng phổi có van qua vết thương: Phải giảm áp ngay khoang màng phổi bằng cắm một kim to (tốt nhất là kim có van thoát khí ra theo một chiều) vào khoang màng phổi qua khe liên sườn 2 trên đường giữa đòn. Đồng thời nếu là tràn khí do van ngoài thì phải tìm cách bịt kín ngay lỗ van đó lại để biến nó thành vết thương ngực kín.

+ Giảm đau: Toàn thân và tại chỗ.

- Điều trị hồi sức thì đầu:

+ Cấp cứu chống sốc, chống suy hô hấp và suy tuần hoàn nếu có: tụt huyết áp, chỉ số sốc > 1.

- Điều trị nội khoa:

+ Kháng sinh, nâng đỡ toàn trạng...dự phòng các biến chứng viêm phổi-phế quản và đặc biệt là biến chứng viêm mũ màng phổi.

- Điều trị thủ thuật:

+ Vết thương thành ngực nhỏ: Thường chỉ cần sát trùng tốt, băng vô khuẩn, không cần phải cắt lọc.

+ Vết thương rộng, có nhiều tổ chức giập nát: Phải mổ cắt lọc vết thương (tránh làm rách màng phổi khi cắt lọc), cầm máu, lấy hết dị vật nếu có, khâu lại phần mềm (không nên khâu kín da).

- Điều trị ngoại khoa:

+ Phẫu thuật dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi: xquang, siêu âm, CLVT có tràn dịch, tràn khí khoang màng phổi đơn thuần.

+Chỉ định mở ngực:

+ Tràn máu màng phổi tái diễn nhanh do tổn thương mạch máu của phổi hay thành ngực không tự cầm lại được. Mở ngực để cầm máu.

+ Máu màng phổi đông: Chỉ định mổ cấp cứu có chuẩn bị. Mở ngực để lấy máu màng phổi đông nhằm tránh biến chứng mũ màng phổi.

-Hiện nay phẫu thuật nội soi lồng ngực được chỉ định cho các trường hợp này.

- Những tình huống khác:

+ Vết thương tim: Hồi sức chống sốc, truyền máu, dịch tích cực. Chọc hút màng tim : khi có triệu chứng chèn ép tim.Mở ngực khâu vết thương tim: Chỉ định khi vết thương tim có chảy máu trong nặng.

+ Vết thương ngực-bụng: Thường chỉ định mổ ổ bụng để xử trí cơ bản các tổn thương

cơ quan ổ bụng, đồng thời khâu lại lỗ thủng cơ hoành. Nếu các tổn thương các cơ quan trong lồng ngực nặng thì mới có chỉ định mở ngực xử trí kết hợp.

3.3. Điều trị dự phòng:

- Sau mổ cần chụp Xquang phổi, công thức máu sớm trong 24h. Rút dẫn lưu màng phổi trong vòng 48 – 72 h tránh nhiễm trùng khoang màng phổi.

- Những trường hợp vết thương thành ngực chưa có biến chứng tràn máu, khí màng phổi cần theo dõi khoảng 5 – 7 ngày, chụp lại Xquang 2 ngày/ lần hoặc chụp lại ngay khi lâm sàng có bất thường hoặc và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực khi nghi ngờ.

- Những trường hợp đã có dẫn lưu màng phổi cần tái khám sau khoảng 2 tuần để tránh bị tái phát hoặc tiến triển thành ổ cận màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1. *Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2018.*
2. *Nguyễn Hữu Ước, (2020), Bài giảng sau đại học, Đại học Y Hà Nội, Chấn thương lồng ngực.*
3. *Trần Minh Đức, (2015), Giáo trình sau đại học, Học viện Quân Y 103, Chấn thương ngực và vết thương ngực.*
4. *Phan Thanh Lương (2012), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán và điều trị chấn thương ngực, Luận án tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y.*
5. *Nguyễn Ngọc Bích và cs (2010), Kết quả áp dụng phẫu thuật nội soi trong chấn thương ngực tại bệnh viện Bạch Mai, Y học lâm sàng.*

XX. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG TIM

1. ĐỊNH NGHĨA

Vết thương tim là vết thương gây tổn thương các cấu trúc giải phẫu của tim bao gồm: rách màng ngoài tim đơn thuần, rách cơ tim, xuyên thủng buồng tim với các cấu trúc bên trong (van tim, dây chằng, cột cơ) hay gốc các mạch lớn đi ra từ tim.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định.

2.1.1. Lâm sàng:

Về bệnh cảnh lâm sàng có thể chia làm hai loại chính: loại gây chảy máu với dấu hiệu chính là sốc mất máu, và loại gây chèn ép tim cấp tính.

Loại gây chảy máu:

- Bệnh nhân vào viện với những dấu hiệu của sốc mất máu: người nhợt nhạt, nằm yên, mạch nhanh, nhỏ, huyết áp hạ. Máu có thể chảy ra ngoài qua vết thương ngoài da, nhưng cũng có thể chỉ chảy vào màng phổi gây tràn máu màng phổi.

Bệnh nhân thường thuộc loại có vết thương ngực hở (do vật nhọn đâm vào hay do hoá khí): màng tim bị thủng, máu chảy từ buồng tim vào màng tim, rồi từ màng tim qua lỗ thủng vào màng phổi hay ra ngoài qua vết thương thành ngực. Trong trường hợp máu chảy vào màng phổi thì biểu hiện lâm sàng là loại tràn máu màng phổi không cầm được, điều trị bảo tồn (dẫn lưu, hút liên tục) thường không đem lại kết quả, khi mổ ngực cấp cứu sẽ phát hiện có vết thương tim. Đôi khi máu từ trong màng tim chảy thẳng ra ngoài qua vết thương thành ngực mà không qua màng phổi, sờ dĩ như vậy vì vết thương nằm ở vùng không có khoang màng phổi (phía trước ngực sát xương ức bên trái).

- Vị trí vết thương có một giá trị lớn để nghi ngờ là vết thương tim: vùng tam giác giới hạn bởi xương ức và núm vú trái.

Loại gây chèn ép tim cấp

- Máu chảy vào màng tim không thoát ra ngoài (vào màng phổi hay ra ngoài da) sẽ gây hội chứng chèn ép tim cấp. Hội chứng này xảy ra dị vật gây thương tích có kích thước nhỏ dưới 1 cm, lỗ rách màng tim nhỏ, có thể có máu cục bịt lại lỗ rách màng tim.

- Áp lực ở khoang màng tim ngày càng tăng do máu chảy từ buồng tim vào, gây cản trở trong thì tâm trương: tim không hút máu từ tĩnh mạch được, do đó máu bơm từ thất cũng giảm, bệnh nhân sẽ có những dấu hiệu: vật vã, mặt tím, khó thở, tĩnh mạch cổ nổi rõ. Huyết áp động mạch giảm, khoảng cách tối đa - tối thiểu hẹp lại, mạch nhanh nhỏ. Huyết áp tĩnh mạch tăng cao. Dấu hiệu mạch đảo ngược. Nghe tim thường thấy gì đặc biệt, có thể thấy tiếng tim nhỏ.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu

- Đông máu: Thời gian Prothrombin (PT), thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT), Định lượng Fibrinogen (Định lượng yếu tố I)

- Định nhóm máu hệ ABO, Rh
- Sinh hóa máu: Creatinin, Glucose (đối với bệnh nhân trên 55 tuổi hoặc bệnh nhân bệnh lý ĐTĐ), chức năng gan (GOT, GPT), điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Cl⁻),
- Miễn dịch: HIV, HbsAg

Loại gây chảy máu:

- Chụp Xquang: nếu có điều kiện nên chụp tư thế đứng: khi thấy có hơi trong màng tim là điều chắc chắn. Dấu hiệu hai bóng lồng vào nhau khó thấy. Hình tim thường không to. Khi chụp ở tư thế nằm thì việc đọc phim phải thận trọng hơn.

- Điện tim: dấu hiệu hay gặp nhất là đoạn ST chênh lên ở các chuyển đạo
- Siêu âm: có dấu hiệu tràn dịch màng tim.

Loại gây chèn ép tim cấp

- X quang ngực thẳng: bóng tim hơi to, các cung tim không bình thường, bờ tim sắc nét, có thể thấy hình tràn máu-tràn khí khoang màng phổi.

- Điện tim: đoạn ST chênh lên. Điện thế tim không giảm.
- Siêu âm tim: là biện pháp hỗ trợ chẩn đoán rất quan trọng, thấy có dịch khoang màng tim. Khi tình trạng huyết động cho phép, có thể thăm dò thêm được chức năng tim và tình trạng tổn thương các van tim.

- Chọc dò khoang màng tim: Mục đích để tìm máu không đông trong khoang màng tim. Hiện nay chỉ định rất hạn chế nhờ sự phát triển của siêu âm tim và nguy cơ biến chứng của thủ thuật. Có thể sử dụng với mục đích sơ cứu để hút bớt máu trong khoang màng tim trước khi chuyển tuyến đối với thể ép tim cấp nặng (lượng máu khoang màng tim > 300ml, áp lực tĩnh mạch trung ương > 25cmH₂O ...), nguy cơ tử vong trên đường vận chuyển. Thường chọc qua đường Marfan.

2.2 Chẩn đoán phân biệt

Vết thương thành ngực có tổn thương các mạch máu thành ngực

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị

Vết thương tim là một cấp cứu tối cấp, cần tiến hành nhanh chóng và đúng kỹ thuật để cứu sống người bệnh và giảm thiểu biến cố.

3.2 Điều trị cụ thể

- Cấp cứu thì đầu:

Chọc hút máu màng tim với những thể có hội chứng chèn ép tim. Đây chỉ là biện pháp tạm thời để cứu sống bệnh nhân quá nặng trong lúc chờ chuyển lên tuyến trên hay chờ mổ, thường dùng đường Marfan dưới hướng dẫn của siêu âm.

- Điều trị ngoại khoa:

Với vết thương tim có mất máu hay có chèn ép tim thì đều chỉ định mổ cấp cứu ngay sau khi có thể.

Dẫn lưu màng phổi trước gây mê nếu có tràn máu màng phổi. Nếu quá nặng thì gây mê, đặt ống nội khí quản ngay.

Đường mổ: Thường dùng đường mổ ngực khoang liên sườn 5 trái (nếu vết thương bên trái hoặc mũi ức) hay phải (nếu vết thương bên phải). Nếu cần có thể mổ ngang qua xương ức. Mổ dọc xương ức là đường mổ tốt, song phải có phương tiện và hết sức vô khuẩn.

Xử trí thương tổn: Sau khi mở màng tim (mở dọc) phải nhanh chóng cầm máu vết thương tim. Phải chuẩn bị mọi phương tiện cầm máu (kim chỉ, kẹp mạch máu...) trước khi mở màng tim, phòng mất máu cấp.

Nếu thành cơ tim bị thủng, cần nhanh chóng khâu kín bằng kim chỉ nhỏ (chỉ prolene)

Nếu vết thương ở tiểu nhĩ có thể kẹp lại bằng kẹp mạch máu để cầm máu tạm thời rồi khâu vết thương. Hết sức lưu ý không làm tổn thương các mạch vành lớn và không kéo chỉ mạnh làm xé cơ tim.

Nếu cơ tim mủn, bị xé khi buộc thì có thể dùng chỉ độn pledget, khâu chữ U.

Lấy bỏ dị vật ở thành tim (nếu có)

Nếu có dị vật trong tim, thủng vách liên thất - nhĩ, rách van tim thì cần phải phẫu thuật với tuần hoàn ngoài cơ thể cấp cứu, rất phức tạp và tử vong rất cao, nên nếu huyết động cho phép → để lại các thương tổn đó sau khi khâu vết thương tim, chuẩn bị và mổ cấp cứu trì hoãn sau.

Nếu đứt mạch vành lớn, phải làm cầu nối ngay (tốt nhất có tuần hoàn ngoài cơ thể). Phức tạp, tử vong cao.

Rửa sạch, đóng không hoàn toàn màng tim, rửa ngực, xử lý thương tổn phổi hợp, dẫn lưu màng phổi, đóng ngực.

- Điều trị và theo dõi sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật cần theo dõi chặt chẽ người bệnh tại buồng chăm sóc sau phẫu thuật tăng cường về các thông số tuần hoàn (mạch, điện tim, huyết áp động mạch tối đa, tối thiểu, trung bình, huyết áp tĩnh mạch trung tâm, nhiệt độ), các ống dẫn lưu, số lượng nước tiểu, các thông số máy thở, tình trạng tinh thần của người bệnh 1 giờ 1 lần trong 24 giờ sau phẫu thuật.

Chụp Xquang tại giường.

Xét nghiệm vào thời gian quy định: khí trong máu, điện giải đồ, tổng phân tích tế bào máu.

Siêu âm tim sau phẫu thuật đánh giá chức năng tim

Chảy máu: Theo dõi dẫn lưu nếu dẫn lưu ra nhiều >100ml/h trong 3 giờ. Khả năng bỏ sót tổn thương (đặt biệt vết thương gần vùng mỏm gây tổn thương hai mặt). Cần mổ lại xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Minh(2005), “ Chấn thương ngực”. Chấn thương ngực. Nxb y học, tr 1-22, 47-60, 147-165.
2. Quyết định số 4423/QĐ-BYT ngày 17/8/2016 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực
3. Malcolm V.B(2005), ‘ Penetrating thoracic trauma’, *Surgery of the Chest*, Sabiston & Spencer, Elsevier Saunder, 7th edition, p 91-101.
4. Leite L, Gonçalves L, Nuno Vieira D (2017). Cardiac injuries caused by trauma: Review and case reports. *J Forensic Leg Med.* 2017 Nov; 52:30-34.
5. Peter L(2007), ‘ Emergency thoracic surgery for penetrating, non-mediastinal trauma’, *ANZ J. Surg.* 77: 142-145.

XXI. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM TẮC ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính là tình trạng bệnh lý của động mạch chủ và các động mạch chi dưới trong đó lòng động mạch bị hẹp gây giảm tưới máu cơ và các bộ phận liên quan (da, thần kinh) phía hạ lưu. Thiếu máu cơ sẽ dẫn đến chuyển hóa yếm khí, tăng acid lactic gây ra đau, lúc đầu xuất hiện khi gắng sức, về sau, đau cả khi nghỉ ngơi, kèm theo là các biểu hiện thiếu máu cục bộ như loạn dưỡng, loét, hoại tử. Nguyên nhân chính do xơ vữa động mạch.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Cơ năng

+ Đau cách hồi chi dưới

Là cảm giác đau rút cơ, xuất hiện khi gắng sức, sau khi đi được một quãng đường nhất định, giảm và hết đau khi dừng lại, và tái xuất hiện trở lại với cùng một mức gắng sức, ở cùng một khoảng cách đi.

+ Đau chi dưới khi nằm

+ Thiếu máu cấp chi dưới: Nguyên nhân do huyết khối gây tắc đột ngột một động mạch chi dưới bệnh lý, có thể là biến chứng bong, lóc tách hay thuyên tắc của mảng xơ vữa, hoặc do phình động mạch chủ gây ra thuyên tắc...

+ Tình trạng loạn dưỡng: Teo cơ, rụng lông, móng dày, loét, hoại tử đầu chi.

- Thực thể

+ Nhìn: Giai đoạn đầu thấy da xanh tái, về sau xuất hiện loạn dưỡng da như da khô, có thể có các ổ loét, thậm chí hoại tử các ngón chân

+ Sờ: Bắt động mạch chi dưới, so sánh cả hai bên.

+ Nghe dọc đường đi động mạch

- Đo áp lực động mạch ở đầu chi: ABI (ankle – brachial index), là tỉ lệ giữa huyết áp tâm thu đo được ở cổ chân, và huyết áp tâm thu cánh tay.

- Giá trị Ý nghĩa

> 1,3 Động mạch cứng, vôi hóa

0,9 - 1,3 Bình thường

0,75 - 0,9: Bệnh động mạch chi dưới mức độ nhẹ (không triệu chứng)

0,4 - 0,75: Bệnh động mạch chi dưới mức độ vừa (đau cách hồi)

< 0,4 Bệnh động mạch chi dưới mức độ nặng

- Đánh giá mức độ thiếu máu: Phân loại của Leriche và Fontaine

Dựa vào triệu chứng lâm sàng, bệnh chia làm 4 giai đoạn:

+ Giai đoạn I: Trên lâm sàng có mất mạch của một hoặc một số động mạch chi dưới, nhưng chưa có dấu hiệu cơ năng

- + Giai đoạn II: Đau cách hồi khi gắng sức:
 - IIA: đau xuất hiện với khoảng cách đi trên 150m
 - IIB: đau xuất hiện khi đi được dưới 150m.
- + Giai đoạn III: Đau liên tục kể cả khi nằm, buộc phải ngồi thông chân.
- + Giai đoạn IV: Có rối loạn dinh dưỡng trên da, hoại tử đầu chi.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công Thức Máu toàn bộ, Đông máu toàn bộ, Nhóm máu
- HbsAg, HIV
- Sinh Hóa Máu: Glucose, creatinin, Ure, điện giải đồ, AST, ALT, bilan Lipid máu (Cholesterol, triglycerit, LDL-C, HDL-C)
- XQ tim phổi, điện tâm đồ
- Siêu âm doppler mạch máu chi dưới, Siêu âm doppler mạch cảnh, Siêu âm Doppler tim
- Chụp MSCT động mạch chi dưới
- Chụp MRI động mạch chi dưới khi bệnh nhân có suy thận nặng, chống chỉ định chụp MSCT mạch máu
- Chụp mạch vành khi có nghi ngờ thiếu máu cơ tim, hoặc có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Đau cách hồi nguyên nhân thần kinh
- Đau cách hồi do viêm tủy, hội chứng đuôi ngựa, xơ tủy rải rác: bệnh nhân thường bị yếu, hoặc cứng chi dưới khi đi lại. Mạch chi dưới bình thường.
- Đau trong hội chứng ống tủy hẹp: đau xuất hiện khi đi, nhưng triệu chứng rõ hơn là dị cảm kiểu kiến bò ở hai chân kèm theo giảm phản xạ gân xương. Bệnh nhân thấy đỡ khi ngồi, người cúi ra phía trước.
- Đau cách hồi của thần kinh hông lớn
- Đau cách hồi nguyên nhân xương, khớp - Gặp trong thoái hóa khớp, viêm khớp, ... Đau xuất hiện ngay khi bắt đầu đi, bệnh nhân phải đi khập khiễng.
- Đau cách hồi nguyên nhân mạch máu khác
- Đau cách hồi nguyên nhân tĩnh mạch, sau khi bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (hội chứng hậu huyết khối).

- Hiện tượng “ăn cắp máu” động mạch trong rò động – tĩnh mạch chi dưới.
- Hội chứng “ổ”; xơ hóa động mạch chậu ngoài ở vận động viên xe đạp, ...

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Dự phòng các biến cố tim mạch và tai biến mạch máu do thuyên tắc.
- Làm chậm tiến triển và ổn định tình trạng bệnh.
- Cải thiện triệu chứng cơ năng để nâng cao chất lượng cuộc sống.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

Kiểm soát các yếu tố nguy cơ

- Thuốc lá: bỏ thuốc lá là chỉ định bắt buộc.

- Điều trị tăng huyết áp nếu có: chú ý là chẹn beta giao cảm chỉ chống chỉ định trong trường hợp bệnh ở giai đoạn III, IV (theo phân loại Leriche - Fontain).

- Điều trị đái tháo đường nếu có, kiểm soát tốt đường huyết.

- Điều trị rối loạn lipid máu nếu có.

- Dự phòng biến chứng loét và các tổn thương do chấn thương hay lạnh:

+ Sử dụng tất chân.

+ Điều trị sớm và tích cực các tổn thương, phòng nhiễm khuẩn.

+ Tránh môi trường lạnh.

+ Tránh dùng thuốc gây co mạch.

Chế độ luyện tập

Bệnh nhân được khuyến cáo đi bộ từ 2-3km/ngày, tối thiểu 30 phút/ngày nhằm làm tăng hiệu quả hoạt động của cơ (tăng tưới máu), và tăng khả năng tạo thành các mạch máu bàng hệ.

Thuốc điều trị

- Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu: là điều trị cơ bản.

+ Aspirin 75mg/ngày hoặc + Plavix (clopidogrel) 75mg/ngày nếu có chống chỉ định với aspirin.

- Thuốc chống đông nhóm heparin trọng lượng phân tử thấp và heparin thường: chỉ được chỉ định trong trường hợp ngay sau điều trị tái lưu thông mạch máu (phẫu thuật hoặc can thiệp), trong thời gian ngắn.

- Thuốc cải thiện tuần hoàn động mạch: chỉ dùng trong thời gian nhất định, giúp cải thiện triệu chứng:

+ Naftidrofuryl (Praxilene): 300-400mg/ngày hoặc

+ Pentoxifyllin (Torental): 400-1200mg/ngày hoặc

+ Cilostazol (Pletaal): 200 mg/ngày, chống chỉ định trong suy tim nặng.

3.2.2. Can thiệp động mạch qua da

- Chỉ định: hẹp khít động mạch chậu, động mạch đùi, thậm chí động mạch khoeo.

Nhưng kết quả tốt nhất là những tổn thương tại vị trí động mạch chậu.

3.2.3. Điều trị ngoại khoa

- Phẫu thuật lấy bỏ mảng xơ vữa trong lòng động mạch, sau đó có thể dùng một miếng vá tĩnh mạch hoặc mạch nhân tạo mở rộng lòng động mạch tại vị trí bóc bỏ mảng xơ vữa.

- Phẫu thuật bắc cầu nối động mạch: sử dụng cầu nối bằng tĩnh mạch hiển hoặc đoạn mạch nhân tạo.

- Cắt cụt chi: chỉ định trong bệnh lý động mạch chi dưới giai đoạn nặng có hoại tử đầu chi, hoặc kết quả can thiệp và/hoặc phẫu thuật thất bại.

3.3. Điều trị dự phòng

- Đo chỉ số Huyết áp tâm thu tối đa cẳng chân – cánh tay (chỉ số ABI): 1 lần/năm.

- Siêu âm Doppler động mạch chi dưới: 1 – 2 lần/năm.

- Bilan tim mạch: điện tâm đồ, siêu âm Doppler tim được thực hiện khi bắt đầu điều trị. Theo dõi định kỳ theo chỉ định chuyên khoa.

- Theo dõi hàng năm: đường máu, lipid máu, protein niệu, độ thanh thải creatinin, microalbumin niệu, HbA1C ở bệnh nhân đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch*, Nhà xuất bản y học 2017
2. *Quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật tim mạch – lồng ngực*, Bộ y tế 2018
3. *Cập nhật khuyến cáo 2015 của Hội Tim Mạch Việt Nam về chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch chi dưới*
4. Creager M.A. libby P. *Peripheral Artery Disease*. In Bonow GO et al: *Braunwald's heart disease-A Textbook of cardiovascular medicine*, 9th, 2012,1338-1358
5. Mohler. ER: *Clinical features, diagnosis, and natural history of lower extremity peripheral artery disease*. Uptodate 9-2013
6. Gornik.HL: *Medical Treatment of Peripheral Artery Disease*. In Creager M.A et al: *Vascular Medicine- A Companion to Braunwald's Heart Disease*. 2nd. 2013: 242- 258.

CHƯƠNG 4: CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

I. GÃY ĐẦU DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG TAY (S52.6)

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy đầu dưới hai xương cẳng tay sự mất liên tục được tính từ điểm nối giữa hành xương và thân xương đầu xa xương quay (khoảng 4cm từ mỏm trâm quay trở lên). Đầu dưới xương trụ tính từ cổ đầu xa xương trụ trở xuống

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1 Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Đau, sưng, bầm tím vùng cổ tay
- Biến dạng cổ tay
- Hạn chế sấp ngửa cẳng tay
- Đau chói vùng xương gãy
- Lạo xạo xương gãy

2.1.2. Cận lâm sàng:

- XQ cổ tay thẳng nghiêng
- Chụp CT dựng hình 3D nếu gãy có phạm khớp
- Chụp X quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Creatinin
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy Poutocolle
- Gãy Galayzi
- Gãy trật khối xương cổ tay

Dựa vào chụp X – quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1 Nguyên tắc điều trị:

- Phục hồi giải phẫu và chức năng cẳng bàn tay hoàn chỉnh
- Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.
- Tập vận động chủ động + vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ.
- Theo dõi và phòng ngừa, điều trị các biến chứng

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu :

- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .
- Nẹp cố định cẳng bàn tay (dùng 2 nẹp: một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay. Treo tay ở tư thế cơ năng (riêng với gãy mỏm khuỷu nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế duỗi).

3.2.2. Điều trị nội khoa

- Chỉ định:

- + Bệnh nhân gãy ít hoặc không di lệch:
- + Bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa,...
- + Phương pháp: bó bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay

- Thuốc sử dụng

- + Acetaminophen
- + Kháng viêm Alphachymotrypsin:
- + Canxi, Vitamin D

- Theo dõi

Sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay

- Điều trị can thiệp (thủ thuật)

Bệnh nhân gãy ít di lệch hoặc không di lệch, lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa bằng bó bột cánh bàn tay khuỷu 90° trong 6-8 tuần

3.2.3. Điều trị ngoại khoa Phẫu thuật:

- Chỉ định

- + Gãy hở
- + Gãy có biến chứng mạch máu thần kinh
- + Gãy xương người trưởng thành di lệch nhiều
- + Chậm liền xương, khớp giả
- + Điều trị bảo tồn thất bại
- Chống chỉ định: Đang giai đoạn bệnh mạn tính chưa ổn định

- Phẫu thuật

- + Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay
- + Nẹp vít AO hoặc nẹp khoá đầu dưới xương quay các cỡ, đinh Kirschner các loại, đinh răng, chỉ thép...

- Theo dõi

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Sưng, đau sau mổ
- Chảy máu vết mổ
- Vận động các ngón tay
- Bắt mạch quay, dầu bấm móng, màu sắc da vùng mổ và đoạn xa
- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

- + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...
- + Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...
- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

- + Canxi, Vitamine C, D3, ...
- + Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - Metronidazole 500mg/100ml,...

Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Chế độ sinh hoạt:

- + Những việc nên làm: Nằm nghỉ ngơi, kê cao chi phẫu thuật
- + Những việc không nên làm: Nâng vật nặng; tránh hút thuốc lá, uống rượu, bia.
- + Sau ba tháng, các hoạt động sinh hoạt cá nhân có thể trở về như bình thường.
- Chế độ dinh dưỡng:
 - + Ăn thức ăn nhẹ, nhiều rau và trái cây hoặc uống sữa, tránh ăn thức ăn quá cứng và dai.
 - + Không ăn các chất gây kích thích trong tháng đầu sau phẫu thuật.

- Tái khám:

- + Tái khám theo định kỳ: 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau mổ.
- + Tái khám ngay nếu có dấu hiệu:
 - Đau mà không đỡ sau khi dùng thuốc.
 - Sưng nề vết mổ.
 - Chảy dịch vết mổ.

- Tháo dụng cụ: đinh sau 1 năm, nẹp vít sau 2 năm.

3.3. Điều trị dự phòng:

- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.

- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương

- Thăm khám các dấu hiệu của bàn tay: mạch và cảm giác các đầu ngón tay

- Đặt nẹp cứng bàn tay sau chấn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.
2. Trần Đình Chiến (2006), “Gãy xương cẳng tay”, Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 59
3. Nguyễn Đức Phúc, Gãy xương cẳng tay, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 268
4. QTCM chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh Gãy kín 1.3 giữa hai xương cẳng tay ở người lớn (2016), Hướng dẫn Biên soạn Quy trình chuyên môn và Quy trình chuyên môn của 26 bệnh thường gặp, Ban hành kèm theo Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế
5. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
6. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
7. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

II. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BONG NƠI BÁM DÂY CHẴNG CHÉO KHỚP GỐI S83.5

1. ĐỊNH NGHĨA:

Dây chằng chéo khớp gối gồm có dây chằng chéo trước (DCCT) và dây chằng chéo sau (DCCS), đầu trên bám vào gian lồi cầu đầu dưới xương đùi, đầu dưới bám vào vùng gai chày của đầu trên xương chày.

Bong nơi bám DCCT hoặc DCCS vùng lồi cầu đùi được điều trị theo phác đồ tái tạo DCCT hoặc DCCS, bong nơi bám cùng gai chày được gọi là bong nơi bám DCCT hoặc DCCS, có mã ICD: S82.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng

- Giai đoạn cấp tính

+ Đau khớp gối: đau ngay sau bị chấn thương, đau tăng lên khi khớp gối vận động, không thể chống chân chịu sức nặng được

+ Giới hạn tầm vận động khớp gối: thường do đau gây nên

+ Sưng nề và tụ máu trong khớp:

+ Khớp gối bên bị chấn thương sưng to hơn bên lành

+ Dấu hiệu bập bênh xương bánh chè

+ Sờ thấy bao khớp căng phồng

+ Chọc hút dịch khớp ra máu

+ Có thể bị bầm tím bên trong hoặc bên ngoài nếu kèm tổn thương dây chằng bên

- Giai đoạn muộn

+ Teo cơ đùi

+ Lỏng khớp gối (thăm khám test ngăn kéo, test Lachmann)

+ Hạn chế duỗi gối do kẹt mảnh gãy

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang thường quy: chụp hai tư thế thẳng và nghiêng

- Xquang động khớp gối: chụp tư thế nghiêng gối gập 90°, chụp một lần lúc khớp gối trung tính và chụp một lần trong khi làm dấu ngăn kéo trước, sau đó đo và đánh giá sự trượt ra trước của mâm chày, qua đó đánh giá độ lỏng ra trước của khớp gối. Phương pháp chụp Xquang này còn thực hiện sau mổ để đánh giá sự hồi phục của khớp gối.

- Chụp CT Scan: phát hiện những trường hợp gãy mảnh nhỏ hoặc gãy độ I mà Xquang thường khó thấy được.

- Chụp MRI: rất cần thiết trong chấn thương khớp gối, ngoài việc phát hiện mảnh gãy,

MRI còn phát hiện những tổn thương phần mềm kết hợp như: đứt DCCT, đứt DCCS, rách sụn chêm, tổn thương dây chằng bên,...

- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Đứt dây chằng chéo gối
- Tổn thương mâm chày

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Phục hồi giải phẫu và chức năng khớp gối
- Cố định vững chắc để bệnh nhân tập vận động sớm

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1 Sơ cứu:

Đặt nẹp ôm gối để cố định tạm thời

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định

- + Gãy độ I ít di lệch
- + Bệnh nội khoa đi kèm chống chỉ định phẫu thuật
- + Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật

- Phương pháp:

- + Bó bột đùi bàn chân, bột đùi cổ chân (bột ống)
- + Nẹp/giày chức năng đùi – bàn chân
- + Thuốc giảm đau, NSAIDs

- Tập vật lý trị liệu sau mổ:

- + 6 tuần đầu sau mổ: giữ bột, tập đi nạng, chống chân đau.

+ 6-12 tuần: bỏ bột, chuyển sang dùng nẹp/giày chức năng cứng – bàn chân. Tập vận động khớp gối, tập đi nạng chống chân đau.

- + Sau 12 tuần: bỏ nẹp, bỏ nạng, tập vận động tăng dần.

- Thuốc sử dụng

- + Thuốc giảm đau:

- Acetaminophen (Panadol, Efferalgan,...)500mg
- Acetaminophen 500mg + Codein Phosphate 30mg (Efferalgan Codein)
- Acetaminophen 325mg + Tramadol 27.5mg (Ultracet)

- + Thuốc NSAIDs:

- Diclofenac: viên nén 25-50-75mg, ống tiêm 75mg/2ml, gel để xoa ngoài 10mg/g

- Meloxicam (Mobic) 7.5mg
- + Piroxicam (Brexin) 20mg
- Celecoxib: 100-200mg (Celebrex 200mg)
- Etoricoxib (Arcoxia) 60-90-120mg
- + Nabumetone 500mg
- Loxoprofen 60mg, uống ngày 2-3 lần
- + Thuốc giảm sung:
 - Chymotrypsin (Alpha Choay)
 - Aescin 40mg
- + Thuốc giãn cơ:
 - Merphenesin (Decontractyl 500mg)
 - Methrocarbamol (Maxophine 750mg)
- + Thuốc hỗ trợ dạ dày:
 - PPI 20mg (Omeprazole,...), uống 1 viên*1-2 lần/ngày
 - Anti H2 (Ranitidine,...), uống 1 viên*1-2 lần/ngày
- + Thuốc nâng đỡ tổng trạng:
 - Calci D0.6g, 1 viên *2 lần/ngày
 - Calcitriol 0.25mcg, 1 viên *2 lần/ngày
 - Vitamin C 0.5g, 1 viên*2 lần/ngày
 - Alendronat 70mg 1 viên/tuần

- Theo dõi

Dấu hiệu cần theo dõi

- + Đau sưng lạnh vết thương
- + Tầm vận động của khớp gối
- + Sưng lạnh xương

Thời gian theo dõi từ 6-12 tháng

- Tái khám

- + Thời điểm tái khám: mỗi 1-4 tuần tùy tình trạng bệnh nhân

+ Cận lâm sàng

- Xét nghiệm hình ảnh học (Xquang, MRI, CT Scan,...)
- Xét nghiệm sinh hóa

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định

Gãy độ II, III, IV

Thất bại với điều trị bảo tồn

- Phương pháp điều trị
- Nội soi cố định mảnh gãy

+ Trước mổ: kháng sinh dự phòng tiêu TM: Cephalosporin thế hệ 2,3,4; Amoxicillin

Trihydrate + Clavulanate Potassium; Ampicillin + Sulbactam; Clindamycin,...

- + Trong mô:
 - + Dàn máy nội soi
 - + 2, 3 đinh Kirschner 2.4
 - + Mũi khoan 2.5, 3.2
 - + Lưỡi bào nội soi (Shaver)
 - + Dụng cụ cắt tia dưới nội soi: Punch, kéo,...
 - + 1,2 vít xóp 4.0 hoặc vít vỏ 4.5 (có thể kèm lông đèn)
 - + Chỉ Vicryl số 1, số 0, 1.0 hoặc chỉ PDS số 0 (2-5)
 - + Chỉ Nylon 2.0, 3.0
 - + 10 gạc nhỏ, 5 gạc lớn
 - + Lưỡi dao mổ, dao đốt điện, dây hút + máy hút dịch + Bình dẫn lưu kín
 - Thuốc sau phẫu thuật
 - + Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....
 - + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...
 - + Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...
 - + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...
 - + Canxi, Vitamine C, D3, ...
 - *Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - Metronidazole 500mg/100ml,...
 - *Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
 - Theo dõi
 - Dấu hiệu cần theo dõi
 - + Sinh hiệu
 - + Đau
 - + Diễn tiến vết mổ
 - + Hình ảnh Xquang sau mổ
 - + Tình trạng của bột, nẹp/giày chức năng
 - Tập vật lý trị liệu:
 - + Kê cao chân đau trong 5 ngày đầu sau mổ.
 - + Giữ bột/nẹp, tập đi nặng, không chống chân đau vào ngày hậu phẫu thứ 2-3.
 - + Thời gian theo dõi: 3-7 ngày
 - Tái khám:
 - Thời điểm tái khám: 7-14 ngày sau khi xuất viện.
- 3.2. Điều trị dự phòng:
- Hạn chế va chạm tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, hay tai nạn giao thông
 - Thường xuyên vận động tránh thoái hóa khớp gối sớm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Chương, Trương Trí Hữu (2008), “Nội soi đỉnh lại nơi bám chày dây chằng chéo trước”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 66-73.
2. Daren L. Johnson, MD., Thomas C. Durbin, MD. (2018), “Physical – Sparing Tibial Eminence Fracture Fixation with Headless Compression Screws”, *Journal of Orthopedic*, volume 35, pp. 604-608.
3. David Christopher Kieser, David Gwynne-Jone, Stephen Dreyer (2011), “Displaced tibial intercondylar eminence fracture”, *The Journal of Orthopedic Surgery*, pp.292-296.
4. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
5. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
6. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
7. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

III. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỎNG ICD10: G56.4

1. ĐẠI CƯƠNG:

Bỏng là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Trong đó, 80% là bỏng nhẹ (diện tích dưới 20%) chỉ cần chăm sóc tại chỗ và chống bội nhiễm, 20% là bỏng nặng tỷ lệ tử vong cao hoặc để lại di chứng nặng nề.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Tác nhân gây bỏng:

- Bỏng do nhiệt
 - + Nhiệt lạnh
 - + Nhiệt nóng
 - + Nhiệt khô
 - + Nhiệt ướt
- Bỏng do hoá chất
 - + Do Base
 - + Do acide
- Bỏng điện
- Bỏng do bức xạ

2.2. Vị trí bị bỏng:

Lưu ý các vị trí đặc biệt như đầu- mặt - cổ, lồng ngực, bàn tay, tăng sinh môn...

2.3. Diện tích vết bỏng:

Trẻ lớn hoặc người lớn tính theo quy tắc 1,3,6,9 của Lê Thế Trung hoặc theo công thức “con số 9” của Wallace.

Trẻ em tính theo bảng tính diện tích các vùng theo tuổi của Luckmann J. và Sorensen K.

2.4. Độ sâu tổn thương bỏng:

Tổn thương bỏng được chia làm 5 độ theo Lê Thế Trung.

- Độ I: Tổn thương lớp nông biểu bì. Da ửng đỏ
- Độ II: Tổn thương hết lớp thượng bì, chạm vào lớp trung bì. Trên da có nhiều phỏng nước. Khi phỏng nước vỡ hoặc trợt da để lại nền màu hồng
- Độ III: Tổn thương đến lớp trung bì, ngoài các nang lông là độ III nông, trong các nang lông là độ III sâu. Hoại tử không hoàn toàn. Khô hoặc ướt
- Độ IV: Tổn thương bỏng toàn bộ lớp da, các tổ chức của da đều bị hủy hoại
- Độ V: Tổn thương toàn bộ lớp da và các bộ phận khác dưới da như gân, cơ, xương khớp, mạch máu, thần kinh và nội tạng.

2.5. Giai đoạn:

Một trường bỏng từ mức độ trung bình thường trở lên thường trải qua 4 giai đoạn bệnh lý.

- Sốc bỏng
- Nhiễm trùng, nhiễm độc .
- Suy mòn và biến chứng
- Hồi phục

2.6. Phân loại:

- Bỏng nặng:

+ > 20% độ II hay > 10% độ III hay > 5% độ IV hay bỏng độ V ;

+ Tất cả các trường hợp Bỏng ở sơ sinh (dù diện tích bao nhiêu);

+ Bỏng ở trẻ nhũ nhi > 5%,

+ Bỏng có biến chứng nặng (sốc, nhiễm trùng huyết, XHTH...)

+ Bỏng đường hô hấp hay có ngộ độc khí từ đám cháy.

- Bỏng trung bình:

+ 10 - 20% độ II hay 5 - 10% độ III hay 2 - 5% độ IV;

+ Các trường hợp bỏng có nguy cơ để lại sẹo xấu, ảnh hưởng thẩm mỹ, chức năng (tùy vị trí bỏng).

- Bỏng nhẹ: chỉ có nguy cơ nhiễm trùng nhẹ (< 10% độ II hoặc < 2% độ III).

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Sơ cứu:

- Loại trừ ngay tác nhân gây bỏng

- Dùng các loại dịch, thuốc để rửa, trung hoà tại vết bỏng như: Dùng nước muối sinh lý, hoặc dung dịch Natri bicarbonat để rửa bỏng axit...

- Cho uống nước, tốt nhất là oresol (ORS)

- Dùng thuốc giảm đau

- Cắt lọc băng bỏng thì đầu

3.2. Điều trị thực thụ:

3.2.1. Bỏng nhẹ:

- Dùng thuốc giảm đau

- Cắt lọc, băng bỏng

- Uống ORS,

- Dùng kháng sinh dự phòng nhiễm trùng.

- Dùng huyết thanh kháng uốn ván

3.2.2. Bỏng trung bình và nặng: Hồi sức tích cực chống sốc bỏng

- Hồi sức: tùy theo tình trạng BN: thở oxy mũi, đặt NKQ, dịch truyền chống sốc theo công thức Evans ($1\text{ml điện giải} \times \text{cân nặng} \times \%S \text{ bỏng} + 1\text{ml dịch keo} \times \text{cân nặng} \times \%S \text{ bỏng} + 2000\text{ml Glucose } 5\%$), sưởi đèn, đặt CVP, đặt thông tiểu để theo dõi. 24h tiếp theo, dịch keo và điện giải bằng 1/2 ngày thứ nhất. Chú ý: Diện tích bỏng trên 50% chỉ tính bằng 50%, tổng lượng dịch không quá 10 lít.

Đối với các trường hợp bỏng trung bình và không có biểu hiện sốc bỏng, áp dụng công thức bù dịch 24h đầu theo Parkland ($4\text{ml điện giải} \times \text{cân nặng} \times \%S \text{ bỏng}$), 24h tiếp theo Ringerlactat: $2\text{ml} \times \text{kg} \times \%S \text{ bỏng}$, dịch keo: $1\text{ml} \times \text{kg} \times \%S \text{ bỏng}$, đảm bảo bài niệu 0,5 – 1ml/kg/h.

- Kháng sinh:

+ Bỏng trung bình: Có thể dùng Bactrim uống hay một Cephalosporin thế hệ thứ I (50 - 100 mg/kg/ngày).

+ Bỏng nặng: Kết hợp một Cephalosporin thế hệ thứ III (100 -200 mg/kg/ngày) với Vancomycin.

- Giảm đau: Các trường hợp trung bình dùng Paracetamol (60-75 mg/kg/ngày). Trong các trường hợp bỏng nặng, Morphin (sulfate) được sử dụng với liều 0,1 - 0,15 mg/kg/liều với 4 - 6 liều/24 giờ.

- Phòng ngừa uốn ván: Trong tình hình hiện nay, tất cả các bệnh nhân bị bỏng đều được chích SAT (1500 đơn vị, TDD), dù trước đó đã có chích ngừa hay chưa.

- Phòng ngừa XHTH: Trong các trường hợp bỏng nặng, có chỉ định dùng kháng Histamin H2 như Ranitidin (4-5 mg/kg/ngày, chia làm 3 cử, nhỏ giọt TM chậm), hay Cimetidin (20 mg/kg/ngày, tiêm TM chậm). Thông dạ dày được đặt để theo dõi và để nuôi ăn qua thông khi có chỉ định.

- Làm các XN CLS để theo dõi:

+ Máu: Hct, CTM, điện giải đồ, sinh hóa - Albumin-creatinin- protid, men gan

+ Chức năng đông máu, khí máu, Hb, HbCO...

+ Nước tiểu: thành phần trong nước tiểu, nếu cần thì thêm tỷ trọng nước tiểu, Na⁺, K⁺, protein, đường, Hb, myoglobin.

+ Cấy dịch vết bỏng trong trường hợp vết phỏng nhiễm, cấy máu khi BN đã điều trị tại nơi khác, nay nhập viện với biểu hiện NTH.

- Xử lý vết bỏng: vết bỏng cần được thay băng, rửa sạch sẽ (khi tổng trạng cho phép), bôi Sulfadiazin bạc và băng kín. Tranh thủ khám và ghi nhận tổn thương của bỏng khi thay băng.

+ Rạch da can thiệp các mảng da cứng cản trở hô hấp, tuần hoàn; mời các chuyên khoa khác khám các tổn thương (mắt, TMH, ngoại TK).

+ Thay băng bỏng: Thay băng hàng ngày, tùy thuộc vào tình trạng nhiễm trùng tại chỗ mà ta có thể dùng: pommade betadin (khi nghi ngờ nhiễm trùng do tụ cầu), hoặc creme Biafine (Trolamine - khi tổn thương mất chất nhiều) hoặc sử dụng màng sinh học collagene (khi tổn thương sạch, không nhiễm trùng, không nhiều dịch tiết) để che phủ vết bỏng.

+ Phẫu thuật cắt lọc hoại tử - ghép da (đối với các bỏng sâu): Thực hiện từ ngày thứ 3 sau bỏng.

3.3. Điều trị biến chứng:

- Nhiễm trùng

Nhiễm trùng huyết: khi đã có kết quả cấy vi trùng, điều trị theo kháng sinh đồ. Nếu tình trạng nhiễm trùng tăng lên thì tùy vào lâm sàng: nếu nghi do Staphylocoque (đốm da beo, khuyết phỏng, hình ảnh X-quang phổi.) ta dùng thêm Vancomycin hay Rifamycin; nếu nghi do Gr(-), ta dùng một Cephalosporin III (Cefotaxim 200 mg/kg, hay Ceftriaxon, Ceftazidim...) với một Aminoglycosid (Neltimycine, Amikline...). Nếu nặng hơn, có thể dùng Quinolon thế hệ II (Cipro hay Pefloxacin TM) hay Imiprenem.

- Xuất huyết tiêu hoá:

BN được truyền máu hoặc các chế phẩm của máu tùy vào tình trạng xuất huyết và chức năng đông máu. Các biện pháp có thể được áp dụng sau đó như trong một trường hợp XHTH do loét dạ dày - tá tràng: đặt thông dạ dày, rửa dạ dày, nội soi tiêu hóa trên và chích cầm máu, mổ khâu cầm máu. Trong mọi trường hợp đều phải xem lại hiệu quả của việc giảm đau và chống nhiễm trùng. Nhịn ăn đường miệng hoàn toàn cho đến khi dịch dạ dày trong trở lại.

- Cao HA:

Dùng thuốc hạ áp (giảm đau tốt cũng làm hạ áp một phần)

- Suy dinh dưỡng (suy mòn)

Giảm thể trọng, thiếu máu: Truyền máu khi Hct < 25%. Trong XHTH, truyền khi Hct < 30%. Kết hợp với một chế độ dinh dưỡng tốt để tạo máu: Nuôi dưỡng theo chế độ cao đạm, đủ thành phần dinh dưỡng, kết hợp nuôi dưỡng đường miệng và đường tĩnh mạch, bằng cách mời chuyên gia dinh dưỡng hội chẩn phối hợp để có phác đồ nuôi dưỡng hợp lý.

- Sẹo xấu, mất thẩm mỹ, mất chức năng: phẫu thuật phối hợp với vật lý trị liệu can thiệp (sau tai nạn ít nhất 6 tháng hoặc 1 năm).

3.4. Điều trị hỗ trợ:

- Dinh dưỡng: Trong bỏng có hiện tượng tăng chuyển hóa, đòi hỏi phải được nuôi ăn sớm với chế độ ăn giàu dinh dưỡng - Mời CK Dinh Dưỡng phối hợp.

- Vật lý trị liệu

- Phục hồi chức năng: được quan tâm ngay từ ngày đầu (dù có thể BN có sốc) để tránh các biến chứng viêm phổi, teo cơ, cứng khớp do nằm lâu và tránh biến chứng sẹo bỏng xấu, gây mất chức năng.

3.5. Săn sóc và theo dõi:

3.5.1 Giai đoạn cấp (sốc) :

• Thử Hct mỗi 8 giờ đối với BN bỏng nặng.

• Theo dõi tri giác, M, HA, nhịp thở, SaO₂, thông dạ dày (nếu có XHTH), lượng nước tiểu/giờ. Công thức bù dịch chỉ có giá trị hướng dẫn, chính sinh hiệu BN có giá trị quyết định lượng và tốc độ dịch truyền.

• Sau 24 giờ, kiểm tra lại các chỉ số sinh hóa (ion đồ, dự trữ kiềm).

3.5.2. Giai đoạn II và giai đoạn suy mòn:

Sinh hiệu, tình trạng vết bỏng, tình trạng nhiễm trùng, tình trạng thiếu máu, tình trạng dinh dưỡng... được theo dõi mỗi ngày.

• Cân nặng, xét nghiệm CTM, diện giải đồ, protid máu, albumin máu tuần 01 lần.

• Chăm sóc và thay cathéter TM, thông dạ dày, thông tiểu theo hạn.

• Cấy mũ kiểm tra khi kháng sinh không đáp ứng.

3.5.3. Sau khi xuất viện:

Tái khám sau 1-2 tuần và 6 tháng - 1 năm sau, cùng với vật lý trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Giáo trình bỏng. Bộ môn Bỏng – HVQY, 2006*
2. *Bỏng (chuyên khảo sau đại học), Lê Thế Trung. 1991*
3. *Bỏng những kiến thức chuyên ngành, Lê Thế Trung. Nhà xuất bản y học. 2003*
4. *Total Burn Care, Herndon, W.B Saunder, 2002*
5. *Burn Surgery, Achauer and Sood, W.B Saunder, 2006*
6. *Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017*
7. *Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017*
8. *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018*

IV. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI Mã ICD 10: S72.0

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Gãy cổ xương đùi là loại gãy nằm ở giữa chỏm và khối máu động
- + Gãy dưới chỏm và xuyên cổ : hoàn toàn nằm trong bao khớp
- + Gãy cổ máu chuyển (nền cổ) : một phần nằm ở ngoài bao khớp
- Đây là loại gãy trong bao khớp.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Hạn chế vận động khớp háng.
- Đau vùng bẹn, đau tam giác Scarpa
- Chi ngắn, bàn chân xoay ngoài, máu chuyển lớn di chuyển lên cao so với đường

Nelaton – Roser

- Gõ dồn gót đau khớp hng bên gãy
- Đo chiều dài tương đối ngắn, chiều dài tuyệt đối bình thường

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang: hai bình diện trước – sau,
- X-Quang tim phổi
- CT tái tạo 3 chiều.
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Creatinin
- Đo độ loãng xương BN > 60 tuổi

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy liên mấu chuyển xương đùi
- Gãy đầu trên xương đùi
- Trật khớp háng
- Gãy khung chậu

Chụp phim X-quang để chẩn đoán xác định

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc:

- Tùy theo tuổi, tình trạng toàn thân, tại chỗ, mức độ di lệch... có chỉ định điều trị cho phù hợp với từng giai đoạn bệnh.

- Phục hồi về giải phẫu và chức năng.
- Tập vận động sớm.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Bất động: Chúng ta có thể thực hiện 1 trong các phương pháp bất động như; Bó bột chống xoay, nẹp vải chống xoay với chân đang 150, gối gấp 100. Nẹp gỗ với tư thế 3 thanh.
- Giảm đau toàn thân.
- Bù dịch, khối lượng tuần hoàn, chống Shock cho người bệnh (nếu có)

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định
 - + Gãy cổ xương đùi mức độ I, II theo Garden, mức I theo Pauwels.
 - + Bệnh nhân đang giai đoạn Shock.
 - + Có vết thương phần mềm vùng phẫu thuật.
 - + Có các bệnh lý mạn tính toàn thân (tiểu đường, huyết áp, nhiễm khuẩn...) giai đoạn chưa ổn định.

- + Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật

- Phương pháp

+ Nội khoa

- Thuốc giảm đau, truyền dịch, chống phù nề.
- Thuốc nâng cao thể trạng, chống loãng xương, kích thích liền xương.
- Thuốc chống thuyên tắc mạch (nếu cần)
- Khi có bệnh nội khoa phối hợp thì điều trị các thuốc phù hợp với từng bệnh: Tăng huyết áp, tiểu đường...

+ Thủ thuật

- Bó bột hoặc đeo nẹp chống xoay.
- Xuyên đinh kéo liên tục

3.2.3. Điều trị phẫu thuật:

- Phẫu thuật kết xương

+ Chỉ định

- Gãy cổ xương đùi mức độ II, theo phân độ của Garden, mức độ II, III theo Pauwels.
- Tuổi < 60

+ Chống chỉ định

* Tuyệt đối

- Gãy cổ xương đùi mức độ IV theo phân độ của Garden, mức độ III theo Pauwels
- Khớp giả, tiêu chỏm sau gãy xương

* Trì hoãn

- Mắc bệnh nội khoa giai đoạn chưa ổn định
- Bệnh nhân trong giai đoạn Shock chấn thương.
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật

+ Phương pháp

- Gãy cổ xương đùi mới, người trẻ :
- Kết hợp xương ngoài bao khớp, dưới màn tăng sáng (C.Arm) .
- Đặt 2- 3 vít xóp rộng.
- Phẫu thuật thay khớp háng

+ Chỉ định

- Gãy cổ xương đùi mức độ III, IV theo phân độ của Garden, mức độ II, III theo Pauwels.
- Chậm liền xương, khớp giả, tiêu cổ xương đùi.
- Gãy cổ xương đùi người lớn tuổi.

+ Chống chỉ định

- Gãy mới cổ xương đùi mức độ I,II theo phân độ của Garden, mức độ III theo Pauwels.

+ Chống chỉ định tương đối

- Giai đoạn Shock chấn thương.
- Đang mắc các bệnh nội khoa giai đoạn chưa ổn định
- Đang có vết thương phần mềm vùng phẫu thuật

+ Phương pháp

+ Tùy theo tuổi, chất lượng xương, tình trạng toàn thân của bệnh nhân mà quyết định thay khớp toàn phần hay bán phần.

- Thay khớp háng bán phần có xi măng, hoặc không xi măng với bệnh nhân tuổi cao.
- Người có chất lượng xương tốt thay khớp háng bán phần không xi măng.
- Người bệnh có loãng xương: Thay khớp háng bán phần có xi măng.
- Người trẻ chất lượng xương tốt thay khớp háng toàn phần không xi măng
- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

- Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
- Metronidazole 500mg/100ml,...

* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

3.2.4. Chế độ dinh dưỡng và điều trị phục hồi chức năng:

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng phù hợp, chế độ ăn đảm bảo năng lượng, giàu chất xơ, dễ tiêu hóa. Đối với BN có kèm theo bệnh nội khoa cần có chế độ ăn riêng cần có sự tư vấn của chuyên khoa dinh dưỡng.

- Tập vận động sớm chống biến chứng có thể xảy ra: loét, thuyên tắc mạch, cứng khớp...
- Kiểm tra thường xuyên bằng chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm cần thiết.

3.3. Điều trị dự phòng:

- Theo dõi lành vết mổ. tái khám 2 tuần, 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần sau mổ.
- Thời gian lành xương 6-10 tháng.
- Xương gãy dễ di lệch thứ phát: cần tái khám đều đặn.
- Xương lành có thể hoại tử chỏm sau đó vài năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa trường ĐH Y Hà Nội. Nhà xuất bản y học 2006, tr 104-109
2. Trần Đình Chiến – Nguyễn Ngọc Thảo, “Gãy cổ xương đùi”, Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 94
3. Nguyễn Đức Phúc. Gãy cổ xương đùi , Giáo trình ngoại đại cương , Phần Chấn thương chỉnh hình. Nhà xuất bản Y học 2000, Tập 3, tr 60-70
4. Christopher Tzioupis, Peter V.Zannoudis and David A. MacDonald. Intracapsular fracture of hip. Practical procedure in Orthopaedic Trauma Surgery. Cambridge University Press, 2006, pp. Tr 167- 176
5. Edward Rainier G.Santos and Marc Swiontkowski. Femoral neck fracture: open reduction and internal fixation. Master Technique in Orthopaedic Surgery: Fracture, 2nd. Lippincott William and Wilkins, 2006, pp. 207-232.
6. Marc Swiontkowski (2008). Femoral neck fracture. Skeleton trauma 4nd edition, pp.150-165.
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

V. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY (GỠY Pilon) Mã ICD 10 S82.3

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy Pilon (*) là một chấn thương nghiêm trọng liên quan đến xương lớn ở chi dưới (xương chày), mà đường gãy sẽ đi vào diện khớp cổ chân. Tình trạng này thường xảy ra sau khi chịu lực va đập mạnh, như rơi từ độ cao xuống hoặc bị tai nạn giao thông.

(*) Pilon là từ tiếng Pháp có nghĩa là chày, một dụng cụ dùng để nghiền hoặc giã

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Các biến dạng, dị dạng dễ nhận thấy.
- Tình trạng da (rách hay lành)
- Mức độ xương nhô ra ngoài (nếu có).
- Đánh giá độ sưng và bầm tím.
- Cảm giác bất ổn, đau.
- Đánh giá sức mạnh cơ bắp.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Chụp MRI tùy cổ nếu nghi ngờ tổn thương chèn ép rễ tủy cổ
- Điện cơ chi trên
- Chụp đầu dưới xương quay nếu có gãy cương quay củ
- Chụp X – quang tim phổi nếu bệnh nhân > 60 tuổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

Khảo sát X-quang không chuẩn bị thường được sử dụng để chẩn đoán tổn thương. Phương pháp này giúp xác định các vị trí gãy xương ở chi dưới kéo dài đến cổ chân. Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) cũng thường được chỉ định bổ sung để giúp hiển thị chính xác kiểu gãy xương đồng thời giúp bác sĩ phẫu thuật biết rõ về tính chất của chỗ gãy xương, thường rất khác nhau giữa bệnh nhân này và bệnh nhân khác.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy thân 2 xương cẳng chân
- Gãy đầu trên xương chày

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc, mục tiêu điều trị:

- Nắn chỉnh lại giải phẫu của xương
- Phục hồi lại chức năng vận động của chân

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở...), tại chỗ tiến hành sơ cứu;

- Chống Shock chấn thương;
- + Giảm đau toàn thân.
- + Bồi phụ khối lượng tuần hoàn
- + Bất động tạm thời

- Giảm đau toàn thân; Dùng các thuốc giảm đau thông thương như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol...

- Truyền dịch: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu

3.2.2. Điều trị nội khoa:

Thỉnh thoảng, bệnh nhân có thể được điều trị không phẫu thuật do chỗ gãy không di lệch hoặc do chống chỉ định phẫu thuật (nguy cơ cao). Phương pháp điều trị này đòi hỏi bệnh nhân không đi lại trong một thời gian dài (10 đến 12 tuần) để giúp liền xương. Bệnh nhân thường phải mang nẹp, bó bột và sử dụng nạng trong suốt thời gian này.

3.2.2 Điều trị ngoại khoa:

Hầu hết bệnh nhân bị gãy Pilon đều được điều trị bằng phẫu thuật. Phẫu thuật thường được thực hiện khi đã giảm sưng tấy. Điều này có nghĩa là phẫu thuật sẽ được thực hiện trong vài ngày hoặc thậm chí là vài tuần sau chấn thương ban đầu. Trong thời gian này, cần nâng cao bàn chân và đôi khi sẽ dùng khung cố định ngoài để giúp cố định các mô mềm, đây là phần cơ thể thường bị tổn thương đáng kể sau loại chấn thương này.

Phẫu thuật có thể khá phức tạp. Về cơ bản, phẫu thuật sẽ bao gồm cố định lại các mảnh xương đã gãy về đúng vị trí. Điều đặc biệt quan trọng là xương tạo nên phần trên cùng của khớp cổ chân (trên chày) phải được đưa về càng gần vị trí (cấu trúc) bình thường càng tốt.

Phẫu thuật này được thực hiện qua một số vết rạch da. Chỗ gãy xương sẽ được cố định chắc chắn bằng nẹp và vít sau khi cố định tạm thời bằng dây dẫn. Thỉnh thoảng, các xương nhỏ nằm trong khớp cổ chân (xương mác), cũng bị gãy và cần cố định lại.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được yêu cầu không đi lại cho đến khi liền xương, thường từ 10 đến 12 tuần hoặc có thể lâu hơn. Trong thời gian này, bệnh nhân sẽ sử dụng nạng, xe đẩy hỗ trợ đầu gối (knee walker), xe lăn để di chuyển.

- Thuốc sau phẫu thuật

- + Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,....
- + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...
- + Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...
- + Canxi, Vitamine C, D3, ...
- * Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - Metronidazole 500mg/100ml,...
- * Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Chăm sóc, theo dõi sau phẫu thuật
- + Sau mổ bệnh nhân nằm gác chân cao.
- + Thay băng thì đầu 24 giờ sau mổ.
- + Rút dẫn lưu trong 48 giờ.
- + Cắt chỉ sau phẫu thuật > 10 ngày
- + Thường xuyên theo dõi xương bằng XQ và các xét nghiệm CLS cần thiết khác.
- + Tập vận động thụ động và vận động sớm các khớp tránh teo cơ.
- + Tùy theo vị trí gãy, phương tiện kết xương, độ vững của kết xương cho bệnh nhân

tỳ sớm hay muộn:

- Chế độ dinh dưỡng
- + Ăn đảm bảo đủ chất theo chế độ ăn bệnh lý.

3.3. Điều trị dự phòng

Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy 2 xương cẳng chân.

Nắn chỉnh tạm thời đặt nẹp bột cẳng bàn chân để tránh di lệch ổ gãy, tránh tổn thương mạch máu thần kinh và sốc chấn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phùng Ngọc Hòa. Gãy hai xương cẳng chân. Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập 1. Nhà xuất bản y học, 2016.
2. Nguyễn Đức Phúc. Gãy hai xương cẳng chân. Chấn thương chỉnh hình. Nhà xuất bản y học.
3. Phác đồ điều trị Bộ y tế 2016. Quy trình chuyên môn phẫu thuật gãy 1/3 giữa 2 xương cẳng chân ở người lớn.
4. Elsevier Saunders. Tibial Fractures. Skeletal trauma. Volume 1.
5. Up to date. Overview of tibial fractures in adults.
6. <https://www.orthobullets.com/trauma/1045/tibial-shaft-fractures>
7. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
8. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020

VI. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI

Mã ICD 10 S72.4

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Đầu dưới xương đùi được tính từ điểm trên lồi cầu đùi 5 cm đến hết khớp liên lồi cầu đùi

- Bao gồm các loại gãy sau: Gãy trên lồi cầu, gãy lồi cầu trong hay ngoài, gãy liên lồi cầu. Là loại gãy dễ có biến chứng mạch máu thần kinh.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Sau một chấn thương do tai nạn (TNGT, TNSH, TNLD...)
- Triệu chứng toàn thân có thể có dấu hiệu Shock
- Đau xương đùi tương ứng vị trí gãy. Điểm đau chói vùng khớp gối và hai lồi cầu
- Sưng và biến dạng vùng gối và vùng trên xương bành chè.
- Mất cơ năng khớp gối.
- Dồn từ xa lên đau vùng gối
- Xem mạch mu chân và chày sau, biến chứng hay gặp của gãy liên lồi cầu đùi là tổn thương động mạch khoeo nên hết sức chú ý theo dõi vận động và cảm giác cẳng bàn chân, bắt mạch mu chân và chày sau.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang thẳng nghiêng
- X-Quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Creatinin
- Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý đánh giá được tổng thể gãy xương và đưa ra được chỉ định điều trị.
- Siêu âm mạch máu: Đánh giá có tổn thương mạch không
- Chụp DSA: Khi nghi ngờ tổn thương mạch máu mà siêu âm không phát hiện được.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Phục hồi về giải phẫu và chức năng.
- Tập vận động sớm tránh các biến chứng teo cơ cứng khớp

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Sơ cứu:

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở...), tại chỗ tiến hành sơ cứu:

Chống Shock chấn thương: giảm đau toàn thân, bồi phụ khối lượng tuần hoàn, bất động tạm thời:

- + Giảm đau toàn thân: Dùng các thuốc giảm đau thông thường như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol...

- + Nẹp cố định tạm thời Ngực-chậu-lưng chân bằng 3 nẹp gỗ; Nẹp phía ngoài và phía sau từ dưới nách đến bàn chân, nẹp mặt trong từ nếp năn bẹn đến bàn chân.

- + Truyền dịch: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu...

- + Làm các xét nghiệm và chụp chiếu X quang.

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định

Tùy theo vị trí, hình thái, mức độ gãy, thể trạng bệnh nhân.

- + Gãy vững

- + Trẻ em dưới 6 tuổi.

- + Trẻ em dưới 15 tuổi có thể điều trị bảo tồn được.

- + Người có bệnh mạn tính, già yếu không thể phẫu thuật được.

- Chống chỉ định

- + Gãy hở đầu dưới xương đùi

- + Gãy xương có biến chứng mạch máu, thần kinh

- + Gãy mất vững xương đùi ở trẻ lớn và người lớn.

- + Gãy đầu dưới xương đùi thẩu khớp có di lệch

- Phương pháp

- + Bó bột hoặc đeo nẹp

- + Xuyên đinh kéo liên tục.

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định:

- + Gãy mất vững

- + Gãy thẩu khớp

- + Gãy hở.

- + Gãy xương có kèm theo biến chứng.

- + Điều trị bảo tồn thất bại.

- + Thể trạng và các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng đủ điều kiện thực hiện cuộc phẫu thuật.

- Chống chỉ định:

- + Trẻ em < 6 tuổi.

- + Thể trạng không chịu được phẫu thuật.

- + Gãy kín trên bệnh nhân có viêm xương đùi, viêm mủ khớp gối...

- Phương pháp phẫu thuật

- + Kết xương bên trong

- + Gãy đầu dưới xương đùi: Phẫu thuật Nẹp vít, Đinh nội tủy có trốt, nẹp khóa, nẹp ốp lõi cầu đùi, nẹp DCS, Găm đinh Kirschner

- Kết xương bằng khung cố định ngoại vi

Chỉ định:

+ Gãy hở độ III

+ Gãy hở do hỏa khí.

+ Gãy hở độ I,II đến muộn.

+ Gãy kín thân xương đùi trên bệnh nhân có viêm xương đùi.

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml,...

* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.3. Điều trị dự phòng:

- Tuyên truyền giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và an toàn lao động.

- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương và choáng.

- Đối với tuyến cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy thân xương đùi.

- Giáo dục bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.

2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình, Nhi đồng 1, Nhi đồng 2.

3. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế

4. McQueen MM, Gaston P, Court-Brown CM: Hội chứng khoang cấp tính Những ai có nguy cơ? *J Bone Joint Surg Br* 82 (2):200–203, 2000.

5. Vaidya R, Anderson B, Elbanna A, et al: CT scanogram for limb length discrepancy in comminuted femoral shaft fractures following IM nailing. *Injury* 43 (7):1176–1181, 2012. doi: 10.1016/j.injury.2012.03.022. . McQueen MM, Gaston P, Court-Brown CM: Hội chứng khoang cấp tính Những ai có nguy cơ? *J Bone Joint Surg Br* 82 (2):200–203, 2000.

6. Vaidya R, Anderson B, Elbanna A, et al: CT scanogram for limb length discrepancy in comminuted femoral shaft fractures following IM nailing. *Injury* 43 (7):1176–1181, 2012. doi: 10.1016/j.injury.2012.03.022.

7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

VII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

Mã ICD 10: S52.8

1. ĐỊNH NGHĨA:

Đầu dưới xương quay được mô tả là gãy phần tận cùng của xương quay, tính từ phần hành xương đến mặt khớp (khoảng 2 – 2,5 cm), thường ảnh hưởng đến khớp quay - cổ tay và quay - trụ dưới.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Triệu chứng thay đổi tùy theo mức độ chấn thương, độ di lệch, thời gian từ khi bị chấn thương.

- Cơ năng: Bệnh nhân đến với tình trạng đau, hạn chế hoặc mất cơ năng cổ tay.

- Thực Thể:

+ Nhìn:

• Cổ tay có thể sưng nề, biến dạng rất đa dạng tùy theo mức độ và kiểu di lệch có thể có vết bầm tím.

• Đối với gãy Poute - Colles cổ tay biến dạng gấp góc ra sau, ngoài, điển hình như hình “lưỡi lê” hoặc “lưng đĩa”, gãy Barton biến dạng gấp gập ra sau, gãy Smith thì gấp góc ra trước.

• Nhìn nghiêng: Bàn tay lệch gò ra sau, đầu trung tâm gò ra trước tạo nên hình lưng đĩa ở trên khớp cổ tay.

+ Sờ:

• Có thể thấy điểm đau chói hoặc có dấu hiệu lạo xạo xương.

• Vận động thụ động bệnh nhân đau tăng.

• Sờ mỏm trâm quay và mỏm trâm trụ so sánh thấy mỏm trâm quay cao hơn hoặc bằng mỏm trâm trụ (bình thường mỏm trâm quay ở thấp hơn mỏm trâm trụ 1 -1,5 cm).

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X- quang cổ tay thẳng nghiêng

- Chụp X-quang tim phổi

- Xét nghiệm CTM – Đông máu

- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường

- SGOT - SGPT

- Điện giải đồ

- Creatinin

- Điện tim

- Chụp CT – scanner nếu có nghi ngờ gãy phạm khớp

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy đầu dưới xương trụ.
- Trật khớp quay trụ dưới.
- Gãy xương khối trụ cốt cổ tay
- Gãy xương thuyền.

Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc:

Đối với gãy đầu dưới xương quay cần đảm bảo các yếu tố:

- Nắn chỉnh phục hồi giải phẫu
- Bất động tốt
- Đạt được liền xương
- Phục hồi chức năng cổ bàn tay

Lựa chọn phương pháp điều trị dựa vào các yếu tố:

- Toàn thân: bệnh toàn thân, tuổi, nghề nghiệp, tay thuận hay không thuận.
- Tại chỗ: loại gãy, mức độ di lệch, chất lượng xương, mức độ tổn thương phần mềm.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân.
- Nẹp cố định cẳng bàn tay (dùng 2 nẹp :một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay. Treo tay ở tư thế cơ năng(riêng với gãy mỏm khuỷu nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế duỗi).

3.2.2. Điều trị nội khoa: Bó bột

- Chỉ định:
 - + Gãy ngoài khớp với di lệch ngắn xương quay < 5cm, gấp góc , 5 độ theo chiều trước sau trên phim nghiêng.
 - + Người già loãng xương nặng, hoặc có bệnh lý phối hợp không có khả năng phẫu thuật.
 - + Gãy đầu dưới xương quay trên tay mất chức năng như liệt thần kinh...
 - + Gãy bong sụn tiếp ở trẻ em.
- Phương pháp:
 - + Bệnh nhân được vô cảm
 - + Kéo nắn chỉnh kín ổ gãy tốt nhất dưới màng tăng sáng, cần đảm bảo chiều dài xương quay và lực nắn phía mặt trước hoặc sau xương quay để chỉnh di lệch.
 - + Bó bột cẳng bàn tay, trong những ngày đầu tay còn nề nên rạch dọc bột. Sau 10 ngày, tay hết sưng nề nên thay bột tròn và nắn chỉnh thêm nếu cần. Thời gian để bột là 4 tuần.
- Theo dõi và chăm sóc sau bột
 - + Trong thời gian bó bột bệnh nhân cần tập vận động chủ động hoặc thụ động ngón tay và khuỷu cũng như vai, treo tay cao để hạn chế cứng khớp, teo cơ và phù nề.
 - + Sau khi tháo bột có thể tập tăng cường biên độ các khớp và sức mạnh cơ.

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Phương pháp nắn kín, cố định kim qua da dưới màn tăng sáng

+ Chỉ định: Gãy ngoài khớp với phần vỏ xương phía sau gãy vững

+ Kỹ thuật:

• Nắn chỉnh ổ gãy xương quay.

• Theo Lambotte: Dùng 2 -3 kim cố định từ mỏm trâm quay chéo qua ổ gãy qua thành xương bên đối diện, vận động sau mổ và chụp kiểm tra đánh giá đảm bảo ổ gãy cố định vững.

• Theo Kapaji: xuyên 2 hoặc 3 kim Kirschner qua ổ gãy sau khi mở đường nhỏ bóc tách bảo vệ thần kinh và mạch máu. Các kim Kirschner tạo thành các chốt chặn ngăn di lệch thứ phát.

- Mổ kết hợp xương cổ tay

+ Chỉ định:

• Nắn chỉnh kín không đạt hoặc di lệch tiến triển

• Gãy di lệch gấp góc trước sau > 5 độ

• Gãy di lệch diện khớp > 2mm

• Ngắn xương quay > 5mm

• Kèm theo gãy xương trụ (trụ mỏm trâm trụ).

• Gãy can lệch

+ Phẫu thuật kết hợp xương

• Nẹp vít AO hoặc nẹp khoá đầu dưới xương quay các cỡ, đinh Kirschner các loại,

• Cố định ngoại vi qua khớp cổ tay

• Đối với trường hợp gãy vụn đầu dưới xương quay nhiều mảnh không thể cố định bằng kim hay nẹp vít, cân nhắc việc sử dụng khung cố định ngoài.

• Sau khi đã nắn chỉnh tương đối về chiều dài và tư thế giải phẫu của xương quay, sử dụng khung cố định ngoài với 2 đinh cố định ở xương đốt ngón 2 và 2 đinh ở xương quay, việc cố định này giúp cổ tay được bất động ở tư thế cơ năng.

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml,...

*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.3. Điều trị dự phòng:

- Theo dõi vận động và cảm giác các ngón tay sau bó bột hay phẫu thuật.

- Bệnh nhân tái khám ngay khi ra viện 1 tuần, sau 4-5 tuần ổ gãy mới có can xơ sụn nên chữa vững, phải sau 3-4 tháng can xương vững mới cho bệnh nhân tập chịu lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Trung Dũng (2020). *Chẩn đoán và điều trị gãy xương trật khớp chi trên*. Nhà xuất bản y học.
2. Quynh L.N, H.C. Hùng, và V.T. Trức (2011): *khảo sát các chỉ số của đầu dưới xương quay và khớp quay trụ dưới trên X quang*. Kỷ yếu Hội nghị khoa học lần X Hội phẫu thuật bàn tay TPHCM.
3. Trần Đình Chiến (2006), “Gãy xương cẳng tay”, *Bệnh học chấn thương chỉnh hình*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 64
4. Nguyễn Đức Phúc, *Gãy đầu dưới xương quay*, *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học*, 286
5. Hoppenfeld, P. Deboer, R. Buckey (2008). *Surgical Exposures In Orthopaedic: The Anatomic Approach*, Lippincott Williams & Wilkin.
6. Duncan, S.F.M. and A.J. Weiland (2004). *Hand Surgery, 1e*, Lippincott Williams & Wilkin.
7. *Kỷ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017*
8. *Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình*

VIII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY

Mã ICD 10: S42.2

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy đầu trên xương cánh tay là bao gồm gãy chỏm, gãy cổ giải phẫu, gãy cổ phẫu thuật gãy liên mấu động của xương cánh tay

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1 Lâm sàng:

Lâm sàng khó chẩn đoán chính xác loại gãy vì các dấu hiệu gãy xương có thể giống nhau:

- Bệnh nhân đến viện trong tư thế chi trên áp sát thành ngực, tay lạnh nâng đỡ tay đau.

Vùng vai đau, sưng nề

- Dấu bầm tím mặt trong cánh tay và thành ngực, lan xuống vùng hông lưng (bầm tím Hennequin).

- Đau khi vận động

- Có thể sờ thấy tiếng lạo xạo xương

Cần đánh giá cẩn thận tỉ mỉ tình trạng mạch máu, thần kinh. Tồn thương thần kinh nách dễ bị bỏ qua do:

- Đau làm lu mờ triệu chứng tê, mất cảm giác vùng cơ delta .

- Đau làm bệnh nhân từ chối co cơ delta (tét vận động)

- Di lệch xương gãy làm cơ delta mất trương lực

- Với mỗi thể gãy có đặc điểm khác nhau

2.1.2. Cận lâm sàng

- X- Quang vai tư thế thẳng (AP view), tư thế bên (Lateral), tư thế nách (Aixillary View)

- X - Quang phổi thẳng (gãy xương sườn, TDMP...)

- CT Scanner vai tái tạo 3 chiều (Nếu có nghi ngờ tổn thương ổ chảo)

- Xét nghiệm công thức máu – Đông máu

- Glucose với bệnh nhân > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường

- Sinh hóa máu (GOT/GPT, Creatinin, Điện giải đồ)

- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Trật khớp vai:

- + Dấu hiệu nhát rìu vùng vai

- + Cánh tay không khép

- + Dấu hiệu lò xo

- Vỡ xương bả vai:

Cần chụp X-Quang để phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị:

Phục hồi giải phẫu đầu trên xương cánh tay và chức năng của khớp vai và cánh tay

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Sơ cứu:

- Giảm đau, băng bó bất động, di chuyển nhẹ nhàng.
- Chống shock chấn thương

3.2.2: Điều trị nội khoa:

- Chỉ định:

- + Gãy cài gấn không hoặc ít di lệch:
- + Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật
- + Bệnh nhân đang mắc bệnh nội khoa chưa ổn định
- + Dựa theo phân loại của Neer:

- Gập góc cổ thân xương cánh tay <450

- Di lệch các mảnh gãy <1cm

- Phương pháp điều trị:

- + Bất động 1-3 tuần bằng đai vai CT, đai Desault, tập vận động ngón tay, cổ tay, gập khuỷu
- + Tập vận động khớp vai sau 3,4 tuần
- + Tập vận động có kháng lực sau 3 tháng

3.2.3 Phẫu thuật:

- Chỉ định:

- + Gãy di lệch góc cổ thân xương cánh tay >450, di lệch mảnh gãy >1cm
- + Gãy mất động lớn di lệch >5cm
- + Gãy di lệch lớn, nắn chỉnh không đạt kết quả, đe dọa tổn thương mạch máu thần kinh.
- + Gãy có phức tạp, có mảnh rời.
- + Gãy hở
- + Gãy xương kết hợp với sai khớp vai.

- Phương pháp:

- + Kết xương nẹp vít : nẹp AO, nẹp khoá
- + Bít vít xoắn.
- + Xuyên đinh Kirschner, nẹp ép.

- + Thay khớp vai

- Thuốc sau phẫu thuật

- + Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....
- + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...
- + Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...
- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Serine protease...
- + Canxi, Vitamine C, D3, ...

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

- Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
- Metronidazole 500mg/100ml,...

* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.3. Điều trị dự phòng:

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình tập 1 TP Hồ Chí Minh
2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình học viện quân y
3. Nguyễn Vĩnh Thống (2014), “Điều trị phẫu thuật gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khoá”, Hội nghị khoa học thường niên Hội Chấn thương Chỉnh hình lần thứ XXI
4. Nguyễn Anh Dương (2017), “đánh giá kết quả điều trị gãy kín cổ phẫu thuật xương cánh tay bằng nẹp khoá”. Luận văn thạc sĩ Y học Học viện Quân y.
5. Campbell's Operative Orthopaedics 2007
6. Rockwood and Green's Fracture in Adult, 6th Edition
7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

IX. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY HAI XƯƠNG CẰNG TAY

Mã ICD 10 ICD 10: S52

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy hai xương cẳng tay là tình trạng mất sự liên tục của hai xương ở cẳng tay. Thân xương quay được tính từ cổ chỏm quay tới ranh giới giữa hành xương và thân xương. Thân xương trụ được tính từ mỏm vẹt tới cổ đầu xa xương trụ

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Toàn thân: bệnh nhân tay lành đờ lấy tay đau, thường không có Shock xảy ra.
- Cơ năng: đau tại vị trí gãy, cẳng tay sưng nề, biến dạng rõ, bệnh nhân rất đau và không sấp- ngửa được cẳng tay, sờ có điểm đau chói.
- Thực thể: Cẳng tay như một ống tròn, bầm tím lan rộng tới khuỷu, có thể thấy cử động bất thường, dấu hiệu lạo xạo xương gãy.
- Gãy cành tươi ở trẻ em hoặc gãy ít di lệch ở người lớn
- Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn.
- Tại vùng gãy đau chói sưng nề, có bầm tím tới muôn.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-quang cẳng tay thẳng nghiêng
- X-quang ngực thẳng
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Creatinin
- Điện tim
- Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy xương quay
- Gãy xương trụ
- Gãy Monteggia
- Gãy Galeazzi
- Gãy Pouteau – colle

Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc:

- Nắn chỉnh phục hồi hoàn chỉnh giải phẫu và chức năng cẳng tay

- Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.
- Tập vận động chủ động + vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ.
- Theo dõi và phòng ngừa, điều trị các biến chứng.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .
- Nẹp cố định cẳng bàn tay (dùng 2 nẹp :một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay. Treo tay ở tư thế cơ năng (riêng với gãy mỏm khuỷu nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế duỗi).

3.2.2. Điều trị nội khoa (bó bột):

- Chỉ định:
 - + Gãy 1 hoặc 2 xương cẳng tay vững, di lệch ít.
 - + Gãy xương ở trẻ nhỏ.
 - + Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện phẫu thuật.
 - + Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.
- Thuốc sử dụng: sau bó bột cho giảm nề, giảm đau và thuốc điều trị tổn thương phổi hợp (nếu có)
 - + Thuốc giảm đau chứa Paracetamol. Các loại thuốc chứa thành phần Paracetamol giúp xoa dịu nhanh các cơn đau. ...
 - + Thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid. Uống thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid như Indomethacin, Naproxen hay Piroxicam cũng giảm nhẹ cơn đau xương khớp...

- + Kháng viêm Alphachymotripsin

3.2.4. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định
 - + Gãy hở
 - + Gãy có biến chứng mạch máu thần kinh
 - + Gãy xương người trưởng thành di lệch nhiều
 - + Chạm liền xương, khớp giả
 - + Điều trị bảo tồn thất bại
- Chống chỉ định.
 - Đang giai đoạn bệnh mạn tính chưa ổn định
- Phương tiện:
 - + Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay
 - + Nẹp + vít AO, nẹp khóa các loại cho cẳng tay, đinh Kirschner các loại, chỉ thép, khung cố định ngoại vi,...
- Thuốc sau phẫu thuật
 - + Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....
 - + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

- + Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...
 - + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...
 - + Canxi, Vitamine C, D3, ...
 - Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - Metronidazole 500mg/100ml,...
 - Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- 3.3. Điều trị dự phòng:

- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng
- Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy 2 xương cẳng tay gây ra như hội chứng Volkmann, hạn chế vận động cẳng tay.
- Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1 . *Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.*
- 2 . *Trần Đình Chiến (2006), “Gãy xương cẳng tay”, Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 59*
- 3 . *Nguyễn Đức Phúc, Gãy xương cẳng tay, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 268*
- 4 . <https://www.dieutri.vn/benhhocngoai/benh-hoc-ngoai-gay-hai-xuong-cang-tay>
- 5 . *kcb.vn. QTCM chẩn đoán điều trị gãy hai xương cẳng tay*
- 6 . <http://benhviendktinhquangninh.vn/phac-do-dieu-tri-chan-thuong/gay-xuong-vung-cang-tay.1585.html>
- 7 . *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018*
- 8 . *Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017*

X. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY HỞ HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

Mã ICD 10: S82

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy hở hai xương cẳng chân là một trường hợp của gãy hai xương cẳng chân mà vị trí gãy nằm trong khoảng từ mắt cá tới mâm chày có ổ gãy thông với môi trường bên ngoài.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1: Chẩn đoán xác định:

2.1.1: Lâm sàng:

Để chẩn đoán là gãy xương hở, cần tìm các dấu hiệu để chứng minh 2 sự việc sau:

- Có gãy xương và có vết thương.
- Vết thương thông vào ổ gãy.
- Dựa vào các dấu hiệu: Nhìn thấy xương gãy.
- Chẩn đoán xác định gãy xương hở dựa vào tổn thương phần mềm, ổ gãy thông với

môi trường bên ngoài.

- Chẩn đoán độ gãy xương hở theo Gustilo:

- + Độ I: Chấn động nhẹ, vết thương nhỏ hơn 1 cm
- + Độ II: Vết thương lớn hơn 1 cm với tổn thương mô nhẹ đến vừa
- + Độ III: Vết thương lớn hơn 1 cm với tổn thương phần mềm nặng
- Độ IIIA: Tổn thương phần mềm tương xứng với vùng xương gãy
- Độ IIIB: Tổn thương phần mềm không tương xứng
- Độ IIIC: Có tổn thương động mạch

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng -
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.

- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Chụp CT: Xác định mức độ trong tổn thương xương phức tạp

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy hở thân xương chày
- Chấn thương hở phần mềm cẳng chân
- Gãy hở xương mác.

Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc:

Xử trí gãy xương hở 2 xương cẳng chân theo đúng phát đồ điều trị dựa vào các nguyên tắc chính:

- + Cắt lọc vết thương để loại bỏ mô dập nát và các dị vật.
- + Nắn và bất động xương gãy.
- + Dùng kháng sinh hỗ trợ cơ thể chống lại vi trùng.
- + Gãy hở độ I: Điều trị như gãy kín.
- + Gãy hở độ II,III: Mở cấp cứu xử lý vết thương phần mềm, cố định xương, tốt nhất bằng khung cố định ngoài.

+ Riêng gãy hở IIIC: Ngoài xử lý tốt vết thương phần mềm, quan trọng hơn là xử lý nhanh, sớm tổn thương mạch máu, thần kinh kèm theo.

- + Ngăn ngừa nhiễm trùng.
- + Đạt được sự liền xương.
- + Phục hồi chức năng sớm.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Đánh giá sinh hiệu và khám tổng quát.
- Săn sóc vết thương:
 - Nhanh chóng băng vết thương bằng gạc vô trùng có tẩm dung dịch povidone-iodine (Betadin). Nếu vết thương có dính dị vật lớn, có thể dùng kèm vô trùng lấy ra trước khi băng.
 - + Lưu ý nếu bệnh nhân chưa được mổ ngay thì cứ mỗi 2 giờ, vết thương cần được tưới rửa bằng nước muối sinh lý (1-2l), sau đó băng lại bằng gạc vô trùng có tẩm Betadine mới.
 - + Giữ ẩm vết thương hở giúp tăng độ ẩm bề mặt là một yếu tố quan trọng để lành vết thương sau này.
- Đặt nẹp bất động chi bị gãy:
 - + Nguyên tắc : Bất động ổ gãy qua 2 khớp và giữ thẳng trục chi bị gãy.
 - + Có một số trường hợp gãy trật hay trật khớp như cổ chân, gối, khuỷu cần được nắn ngay lập tức tại phòng cấp cứu.
- Tiêm ngừa uốn ván SAT 1500UI(TDD) (Không cần tiêm nếu BN được tiêm VAT ≥ 3 lần trong 10 năm gần đây).
- Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch: Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch càng sớm càng tốt. Nếu trì hoãn tiêm kháng sinh sau 3 giờ thì nguy cơ nhiễm trùng tăng cao.
 - + Gãy hở độ I, II : Thường dùng kháng sinh phổ rộng như Cephalosprine III 1 -2 g, sau đó thêm 1g mỗi 8 giờ.
 - + Đối với vết thương bẩn, có dính đất cát, có nguy cơ nhiễm vi khuẩn kỵ khí như Clostridium, dùng 4-5 triệu UI penicillin mỗi 6 giờ
 - + Gãy hở độ III: Dùng thêm Aminoglycoside 3-5mg/kg/ngày chia mỗi 8giờ (thường bắt đầu với Gentamycin)

3.2.2 Điều trị nội khoa:

Gãy hở độ I, vết thương sạch, bệnh nhân đến sớm và gãy xương vững.

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Cắt lọc vết thương:

- + Mở rộng vết thương vừa đủ để tưới rửa và cắt lọc.
- + Lấy bỏ các dị vật.
- + Cắt lọc mép da (cắt tiết kiệm để có thể đóng vết thương).
- + Cắt lọc mô mỡ và mô dưới da bị dập.
- + Cắt mở rộng cân giải phóng khoang bên dưới vết thương trong gãy hở độ II trở lên.
- + Cắt bỏ các cơ bị dập nát hay chết(Dựa vào : Màu sắc, còn chảy máu? Còn đáp ứng kích thích?).

- + Bộc lộ và rửa sạch gân và xương.

- Bất động xương gãy:

- + Bó bột và nẹp bột: Một số ít trường hợp gãy hở độ I và độ II. Nên chỉ định hạn chế vì khó chăm sóc vết thương

+ Bất động ngoài : Thường chỉ định trong gãy hở độ III hay trong các trường hợp vết thương dơ, có nguy cơ nhiễm trùng cao

+ Kết hợp xương bên trong: (Gồm đóng đinh nội tủy, nẹp vít, hay xuyên kim) thường chỉ định trong gãy hở độ I, II và một số trường hợp gãy hở độ III mà vết thương tương đối sạch.

- Đóng vết thương:

- + Che phủ mô quý (xương, mạch máu, thần kinh, gân) bằng cơ, cân, mô dưới da
- + Gãy hở độ I hay II, vết thương sạch có thể đóng da ngay thì đầu nhưng cần lưu ý nguy cơ nhiễm trùng nếu đóng vết thương kín
- + Có thể cắt lọc lại sau 36-48g nếu vết thương phức tạp, dập nát nhiều
- + Gãy hở độ III có thể để hở da hay dùng vật da che phủ mô quý, khâu da thì hai hay ghép da sau 5 ngày nếu vết thương sạch

- Cắt cụt chi:

- + Cắt cụt chi trong cấp cứu thường được chỉ định trong các trường hợp sau:
- + Gãy hở mức độ tổn thương phần mềm nặng, có kèm tổn thương mạch máu cần sửa chữa (độ IIIC) mà không thể phục hồi hay thời gian thiếu máu nóng >8g
- + Chi dập nát nặng mà khả năng phục hồi tưới máu kém
- + Đa chấn thương cần cắt cụt chi khẩn cấp để cầm máu, cứu sống bệnh nhân
- + Chi bị tổn thương nặng có thể đe dọa tính mạng ở bệnh nhân có bệnh lý nội khoa mãn tính nặng như tiểu đường...

+ Chỉ số MESS (Mangle Extremity Severity Score): chỉ định cắt cụt khi ≥ 7 đ

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

- Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

- Metronidazole 500mg/100ml,...

* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.3. Điều trị dự phòng:

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.

- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

- Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy 2 xương cẳng chân.

- Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phùng Ngọc Hoà. Gãy hai xương cẳng chân. Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập 1. Nhà xuất bản y học, 2006, tr. 116-121

2. Bài giảng bệnh học ngoại khoa trường ĐHY Hà Nội. Nhà xuất bản y học 2013

3. Phác đồ điều trị Bộ y tế 2016. Quy trình chuyên môn phẫu thuật gãy 1/3 giữa 2 xương cẳng chân ở người lớn.

4. Chales M. Coury-Brown. Fracture of tibial shaft – practical procedure in Orthopaedic Trauma Surgery. Cambridge University Press, 2006,pp, 231-244.

5. Terry Canale and Jame H. Beaty. Fracture of tibia and fibular Campbells Orthopaedic, Chapter 52, vol 3, 11th edition. Lippincott William and Wilkin, 2008.

6. Michael A. Chapman. Fracture of tibia and fibular. Operative Orthopaedic, 2nd edition. Lippincott William and wilkins, 1991.

7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020

8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

XI. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY MÂM CHÀY

ICD 10: S82.1 – TIBIAL PLATEAU FRACTURE

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy mâm chày là gãy vùng hành xương của đầu trên xương chày phạm khớp.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Sau chấn thương người bệnh đau, mất vận động gối.
- Biến dạng gối: Gấp góc, vẹo trong hoặc vẹo ngoài.
- Sưng nề, bầm tím vùng gối, tràn dịch khớp gối. Nếu đến muộn có thể có nốt phỏng nước ở cẳng chân.

- Cần tìm các biến chứng:

+ Tổn thương mạch máu: Mạch mu chân và chày sau mất hoặc yếu, màu sắc và nhiệt độ bàn ngón chân, tuần hoàn mao mạch đầu chi kém.

+ Hội chứng khoang: bắp chân nề căng, đau tăng dần kể cả đã bất động, rối loạn cảm giác bàn ngón chân: tê bì, mất cảm giác (dấu hiệu muộn), vận động các ngón kém, đau nhiều khi làm căng cơ (duỗi hoặc gấp ngón thụ động).

+ Tổn thương thần kinh: liệt thần kinh mác chung: mất duỗi chủ động các ngón chân và bàn chân, mất xoay bàn chân ra ngoài.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang quy ước: tư thế thẳng trước sau, tư thế nghiêng vùng gối cho chẩn đoán gãy mâm chày.

- Chụp gối tư thế xoay trong hay ngoài giúp thấy rõ hơn tổn thương sụn ở mặt trước hay mặt sau của mỗi mâm chày.

- Chụp CT: thấy rõ mức độ gãy nát, gãy lún thường không thấy rõ trên X-quang thường quy. Hình ảnh tái tạo không gian ba chiều càng giúp nhìn thấy rõ hình ảnh giải phẫu đại thể xương gãy.

- Chụp cộng hưởng từ MRI: hình ảnh MRI giúp thấy rõ tổn thương phần mềm: sụn chêm, dây chằng.

- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.

- Xét nghiệm CTM – Đông máu

- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường

- SGOT - SGPT

- Creatinin

- Điện giải đồ

- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Vỡ xương bánh chè
- Vỡ lồi cầu đùi

Dựa vào X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Phục hồi giải phẫu và chức năng khớp gối
- Kết hợp xương vững chắc để tập Phục hồi chức năng sớm tránh teo cơ cứng khớp

3.2 Điều trị cụ thể:

3.2.1. Sơ cứu:

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở...), tại chỗ tiến hành sơ cứu;

- Chống Shock chấn thương:

+ Giảm đau toàn thân: Dùng các thuốc giảm đau thông thường như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol...

+ Bồi phụ khối lượng tuần hoàn: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu...

+ Bất động tạm thời

3.2.2. Điều trị nội khoa

- Điều trị bảo tồn:

+ Chỉ định với những trường hợp gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít. Tuy có nhiều quan điểm khác nhau về điều trị bảo tồn gãy mâm chày song nhiều tác giả đồng ý với chỉ định điều trị bảo tồn khi di lệch và lún dưới 5mm, lún từ 5-8mm thì tùy thuộc vào tuổi, yêu cầu về hoạt động của gối mà quyết định thái độ điều trị.

+ Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật khó khăn có thể điều trị bảo tồn.

+ Những trường hợp sưng nề, nốt phồng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót) chờ khi chân hết nề sẽ bó bột.

+ Gây tê tại chỗ hoặc gây mê. Hút máu tụ trong khớp gối.

+ Kéo nắn thẳng trục, bất động bột đùi cẳng bàn chân rạch dọc.

+ Để phát hiện sớm các biến chứng như: chèn ép bột, hội chứng khoang... cần kê chân cao, theo dõi sát cảm giác đau của người bệnh, vận động và cảm giác cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân.

+ Chụp X-Quang kiểm tra lại sau 1 tuần, nếu tốt thay bột sau 02 tuần. Hướng dẫn tập cơ tứ đầu đùi, vận động các ngón chân. Từ tuần thứ 4 cho tập tỳ đè nhẹ (chịu trọng lượng một phần).

+ Thời gian bất động bột: 8-10 tuần.

+ Sau khi tháo bột: tập vận động gối, cổ chân, cơ tứ đầu đùi và tập chịu trọng lực tăng dần.

+ Với những trường hợp gãy từ độ IV trở đi thì thời gian chịu tỳ đè phải muộn hơn và

thời gian bất động gối lâu hơn, thường thay ống bột sau 6-8 tuần cho tập vận động cổ chân và tập đi dần tăng dần. Thời gian bất động bột 10-12 tuần.

- + Tái khám hàng tuần ít nhất trong 2 tuần đầu tiên: phát hiện tắc mạch khoeo muện.
- + Thuốc kháng viêm, giảm đau, chống phù nề, bổ sung calci, vitamin.

3.2.3 Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định:

- + Gãy hở.
- + Chèn ép khoang, tổn thương mạch máu thần kinh.
- + Gãy di lệch mặt khớp >5mm.
- + Trục xương di lệch >5 độ, hoặc có di lệch xoay.

- Chống chỉ định: Bệnh nhân đang Shock

- Phương pháp phẫu thuật:

- + Kết xương bên trong: Nẹp AO, nẹp khoá, vít xoắn, đinh Kirschner
- + Kết xương bên ngoài: Khung ngoại vi, đinh Kirschner (Nhiễm trùng, Gãy hở III B,C)

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

- Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
- Metronidazole 500mg/100ml,...

* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.3. Điều trị dự phòng;

- + Sau mổ bệnh nhân nằm gác chân cao.
- + Thay băng thì đầu 24 giờ sau mổ.
- + Rút dẫn lưu trong 48 giờ.
- + Cắt chỉ sau phẫu thuật > 10 ngày
- + Thường xuyên theo dõi xương bằng XQ và các xét nghiệm CLS cần thiết khác.
- + Tập vận động thụ động và vận động sớm các khớp tránh teo cơ.
- + Tù theo vị trí gãy, phương tiện kết xương, độ vững của kết xương cho bệnh nhân

tự sớm hay muộn:

Chế độ dinh dưỡng

- + Ăn đảm bảo đủ chất theo chế độ ăn bệnh lý.
- + Tăng cường chất xơ

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tài liệu chấn thương chỉnh hình của nhà xuất bản y học 2015
2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh
3. Phạm Đăng Ninh – Vũ Nhất Định, Gãy xương cẳng chân, Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 131
4. Nguyễn Đức Phúc, Gãy mâm chày, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 526
5. Nguyễn Quang Long, 2005, “Chấn thương vùng gối”, Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và phục hồi chức năng, trang 106-114
6. Trần Trung Dũng, 2014, http://www.dungbacsy.com/kien-thuc-chuyennganh/www.dungbacsy.com//kien-thuc-chuyen-nganh/phan-loai-vo-mam-chaytheo-schatzker_1-ci164
7. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
8. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020

XII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY MỠM KHUYU

Mã ICD 10

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy mỗm khuyú là gãy xương nội khớp, thường do chấn thương trực tiếp. Thường gây di lệch nhiều do tác động có kéo mạnh của cơ tam đầu cánh tay.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Hạn chế động tác duỗi khớp khuyú, không duỗi được cẳng tay hoàn toàn.
- Đau chói mỗm khuyú.
- Giảm cách giữa 2 đầu gãy.
- Di động đoạn trung tâm.
- Đường Hunter thay đổi.
- Tam giác Hunter thay đổi(đảo ngược).

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Chụp X-Quang: Thường chụp tư thế thẳng và nghiêng; xác định được đường gãy, độ di lệch, mảnh rời...

- Đo điện cơ (nếu có tổn thương thần kinh)
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Creatinin
- Điện tim
- CT scanner dựng hình trong trường hợp tổn thương phức tạp hoặc hình ảnh x quang không rõ ràng.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy trên lồi cầu xương cánh tay
 - Gãy đài quay
 - Trật khớp khuyú
 - Gãy lồi cầu trong xương cánh tay
 - Gãy liên lồi cầu xương cánh tay
- Chụp X- quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Phục hồi giải phẫu và mặt khớp
- Cố định xương vững để tập phục hồi chức năng sớm tránh biến chứng cứng khớp khuyú.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .
- Nẹp cố định nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế cơ năng

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định:

Gãy mỏm khuỷu ít di lệch, giãn cách < 2mm.

- Phương pháp:

Bó bột cánh cẳng tay-bàn tay, khuỷu duỗi và để bột 6-8 tuần

- Thuốc sau bó bột

- + Giảm đau:

• Thuốc giảm đau chứa Paracetamol. Các loại thuốc chứa thành phần Paracetamol giúp xoa dịu nhanh các cơn đau. ...

• Thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid. Uống thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid như Indomethacin, Naproxen hay Piroxicam cũng giảm nhẹ cơn đau xương khớp.

- + Giảm phù nề:

- Alpha choay, chống phù nề trong các trường hợp chấn thương phù nề, sau phẫu thuật...
- Chú ý: theo dõi tránh chèn ép bột, thay bột theo hẹn

3.2.3. Phẫu thuật:

- Phương pháp:

- + Kết xương bằng nẹp ép số 8
- + Kết hợp xương bằng nẹp khóa, nẹp mắt xích...
- + Bết vít xóp

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

- + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

- + Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

- + Canxi, Vitamine C, D3, ...

- Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

- Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

- Metronidazole 500mg/100ml,...

- Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.3. Điều trị dự phòng:

- + Kháng sinh,

- + Giảm đau

- + Giảm phù nề

- + Đeo nẹp hỗ trợ (nẹp bột, nẹp OBBE...)
- + Khám lại theo hẹn
- + Tập phục hồi chức năng sớm
- + Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Đình Chiến (2006), “Gãy xương cẳng tay”, *Bệnh học chấn thương chỉnh hình*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 57-59.
2. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
3. Sách chấn thương chỉnh hình của nhà xuất bản y học
4. Bài giảng chấn thương chỉnh hình, Bộ môn chấn thương chỉnh hình Đại học y dược TP Hồ Chí Minh
5. Nguyễn Đức Phúc, *Chấn thương khuỷu, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học*, 262
6. Horne G, Sim P (1985), “Nonunion of the radial head”, *J Trauma*, 25 (5), pp. 452-3.
7. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

XIII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

Mã ICD 10: S42.

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy thân xương cánh tay là gãy đoạn từ dưới chỗ bám cơ ngực to đến đoạn trên lồi cầu xương cánh tay (4 khoát ngón tay trên khe khớp khuỷu).

2 CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Sưng, đau, biến dạng cánh tay
- Điểm đau chói cố định tương ứng với vị trí gãy.
- Dấu hiệu lạo xạo xương.
- Cử động bất thường tại ổ gãy.
- Bất lực vận động: Không nâng và giàng cánh tay được (khi gãy hoàn toàn), có thể vận động cánh tay chút ít (gãy không hoàn toàn).
- Mất cơ năng khớp vai khớp và khớp khuỷu
- Chú ý các tổn thương kèm theo, đặc biệt gãy xương cẳng tay ở trẻ em
- Khám đánh giá tổn thương thần kinh quay: bàn tay rủ, không duỗi được cổ tay và các ngón tay, không dạng được ngón cái, mất cảm giác mu tay của ngón 1,2 và ô mô cái.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Chụp X-Quang Thường chụp tư thế thẳng và nghiêng; xác định được đường gãy, độ di lệch, mảnh rời...
- Đo điện cơ (nếu có tổn thương thần kinh)
- CT Scan trong trường hợp có tổn thương sụn khớp khớp đầu trên hoặc dưới xương cánh tay
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Creatinin
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy cổ phẫu thuật xương cẳng tay.
- Gãy trên lồi cầu xương cánh tay

Chẩn đoán dựa vào hình ảnh X-quang

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị:

- Phục hồi giải phẫu và chức năng xương cánh tay
- Cố định vững chắc để tập phục hồi chức năng sớm

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .
- Nẹp cố định nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế cơ năng

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định:
 - + Gãy kín ít di lệch hoặc không di lệch,
 - + Gãy xương ở trẻ em nắn chỉnh bó bột.
 - + Gãy xương người già thể trạng không cho phép phẫu thuật
- Chống chỉ định
 - + Gãy hở
 - + Biến chứng mạch máu thần kinh.

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định
 - + Gãy hở
 - + Gãy có biến chứng mạch máu thần kinh
 - + Gãy xương người trưởng thành di lệch nhiều
 - + Chậm liền xương, khớp giả
 - + Điều trị bảo tồn thất bại
- Chống chỉ định
 - + Gãy kín xương trẻ em <15 tuổi đến sớm.
 - + Đang giai đoạn bệnh mạn tính chưa ổn định
- Phương pháp phẫu thuật
 - + Kết xương nẹp vít AO hoặc nẹp khoá
 - + Kết xương định nội tủy.
 - + Kết hợp xương khung ngoại vi trong gãy hở độ III, gãy xương có nhiễm trùng.
- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

- + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...
- + Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...
- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...
- + Canxi, Vitamine C, D3, ...

+ Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

- Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
- Metronidazole 500mg/100ml,...

Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.3. Điều trị dự phòng:

- Kháng sinh phổ rộng, kháng viêm, giảm đau, chống phù nề

- Chụp X-Quang kiểm tra
- Bất động sau mổ: đai vai CT, Desault, ... 1-3 tuần
- Tập vận động khớp vai có trợ giúp sau 3 tuần
- Tập có kháng lực

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.
2. Trần Đình Chiến, Nguyễn Ngọc Thảo, Gãy xương cánh tay, Bệnh học Chấn thương chỉnh hình - Học viện Quân y, 41
3. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình tập 1 TP Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Đức Phúc, Gãy thân xương cánh tay, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 253
5. Campbell's Operative Orthopaedics 2012
6. Rockwood and Green's Fracture in Adults, 6th Edition
7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

XIV. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG CHÀY

Mã ICD 10: S82.2

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy thân xương chày xảy ra ở phần xương nằm ở dưới khớp gối và trên khớp cổ chân.

Gãy thân xương chày có thể đi kèm với các tổn thương khác.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

Các triệu chứng thường gặp nhất của gãy thân xương chày bao gồm:

- Đau bất lực vận động , có điểm đau chói
- Không đi đứng được
- Biến dạng chân
- Đầu xương gãy nhô lên dưới da hoặc có thể chọc thủng da
- Đôi khi có thể bị mất cảm giác ở bàn chân
- Sưng nề .Bầm tím
- Cử động bất thường tại vị trí gãy

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X- Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng -
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.

- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy thân 2 xương cẳng chân
- Gãy đầu trên xương chày
- Gãy đầu dưới xương chày
- Chấn thương phần mềm cẳng chân

Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Phục hồi tối đa giải phẫu và chức năng
- Tập vận động sớm

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1 Cấp cứu thì đầu:

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở...), tại chỗ tiến hành sơ cứu;

- Chống Shock chấn thương:

+ Giảm đau toàn thân: Dùng các thuốc giảm đau thông thường như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol...

+ Bồi phụ khối lượng tuần hoàn: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu...

+ Bất động tạm thời

3.2.2. Điều trị nội khoa:

Bỏ bột được chỉ định khi:

+ Tình trạng sức khỏe chung không cho phép phẫu thuật.

+ Ít hoạt động, do đó có thể chấp nhận di lệch gấp góc và ngắn chi.

+ Gãy kín ít di lệch.

+ Giảm đau, giảm sưng nề

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định

+ Gãy hở

+ Gãy không vững, gãy di lệch nhiều, gãy nát nhiều mảnh.

+ Điều trị không phẫu thuật thất bại.

- Phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tủy

Là quy trình phẫu thuật nắn kín xương gãy dưới màn hình tăng sáng, sau đó đóng đinh xuôi dòng từ lõi củ chày, chốt vít đầu xa và đầu gần xương gãy. Nếu nắn kín thất bại, rạch da mở ổ gãy, nắn và đóng đinh tương tự như nắn kín.

- Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít:

+ Chỉ định:

• Gãy nhiều mảnh rời,

• Gãy chéo xoắn.

+ Phương tiện kết xương

• Nẹp AO.

• Nẹp khoá

• Đinh nội tủy

- Phẫu thuật kết hợp xương cố định ngoài:

Chỉ định:

+ Gãy hở nặng.

+ Gãy hở nhiễm trùng.

* Điều trị sau phẫu thuật

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin

thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml,...

* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.3. Điều trị dự phòng:

- Giáo dục cộng đồng trong tham gia giao thông tránh xảy ra tai nạn dẫn tới chấn thương

- Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy xương gây ra

- Bệnh nhân sau phẫu thuật nên tái khám theo đúng hẹn để đánh giá mức độ liền xương

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phùng Ngọc Hòa. Gãy hai xương cẳng chân. Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập 1. Nhà xuất bản y học, 2016.

2. Nguyễn Đức Phúc, Gãy thân xương chày, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học, 530

3. Phạm Đăng Ninh – Vũ Nhất Định, Gãy xương cẳng chân, Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 135

4. Phác đồ điều trị Bộ y tế 2016. Quy trình chuyên môn phẫu thuật gãy 1/3 giữa 2 xương cẳng chân ở người lớn.

5. Elsevier Saunders. Tibial Fractures. Skeletal trauma. Volume 1.

6. Up to date. Overview of tibial fractures in adults.

7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức 2018.

8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

XV. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY THÂN XƯƠNG ĐÙI

ICD 10: S72.3 – FEMUR SHAFT FRACTURE

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy thân xương đùi là gãy đoạn giới hạn ở dưới khối máu chuyển đến trên khối lồi cầu xương đùi

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Toàn thân: Có thể có Shock do đau và mất máu. Biểu hiện mặt nhợt nhạt, da xanh tái, vã mồ hôi lạnh, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, thở nhanh

- Cơ năng:

+ Bất lực vận động chủ động: không nhấc được gót chân lên khỏi mặt giường, không gập được khớp gối.

+ Đau chói vùng đùi bên bị gãy

- Thực thể

+ Nhìn biến dạng chi, sưng nề bầm tím

+ Sờ có điểm đau chói

+ Chiều dài chân gãy ngắn hơn so với bên lành

+ Lạo xạo xương và cử động bất thường

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang: Chụp bình diện thẳng- bên xương đùi, tìm các tổn thương kèm theo ở vùng háng và gối, phải luôn chụp đầu trên và dưới xương đùi; chụp khung chậu

- Siêu âm mạch nếu nghi ngờ tổn thương mạch máu

- Xét nghiệm CTM- Đông máu

- Glucose với BN > 50 tuổi. BMI >25 và tiền sử đái tháo đường

- SGOT-SGPT

- Creatinin

- Điện giải đồ

- Điện tim

- Đo độ loãng xương BN > 60 tuổi

2.1.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy liên mấu chuyển xương đùi

- Gãy lồi cầu và liên lồi cầu xương đùi

- Chạm thương phần mềm ở đùi: đùi sưng to, nề chân vẫn cử động được, x-quang không có gãy xương

Dựa vào hình ảnh X- Quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Phục hồi về giải phẫu và chức năng.
- Tập vận động sớm tránh teo cơ cứng khớp

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Sơ cứu:

- Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở...), tại chỗ tiến hành sơ cứu;
- Chống Shock chấn thương;
- + Giảm đau toàn thân.
- + Bồi phụ khối lượng tuần hoàn
- + Giảm đau toàn thân; Dùng các thuốc giảm đau thông thường như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol...
- + Nẹp cố định tạm thời Ngực-chậu-lưng chân bằng 3 nẹp gỗ; Nẹp phía ngoài và phía sau từ dưới nách đến bàn chân, nẹp mặt trong từ nếp nắn bẹn đến bàn chân.
- + Truyền dịch: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu...

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định

Tùy theo vị trí, hình thái, mức độ gãy, thể trạng bệnh nhân.

- + Gãy vững
- + Trẻ em dưới 6 tuổi.
- + Người có bệnh mạn tính, già yếu không thể phẫu thuật được.
- Chống chỉ định
- + Gãy hở xương đùi
- + Gãy xương có biến chứng mạch máu, thần kinh
- + Gãy mất vững xương đùi ở trẻ lớn và người lớn.

- Phương pháp:

- + Bó bột hoặc đeo nẹp
- + Xuyên đinh kéo liên tục.

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định:

- + Gãy mất vững
- + Gãy hở.
- + Gãy xương có kèm theo biến chứng.
- + Điều trị bảo tồn thất bại.
- + Thể trạng và các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng đủ điều kiện thực hiện cuộc phẫu thuật.

- Chống chỉ định:

- + Trẻ em < 6 tuổi.
- + Thể trạng không chịu được phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật

- Kết xương bên trong

+ Chỉ định: Trong trường hợp gãy kín xương đùi, gãy hở độ I, II đến sớm, khớp giả xương đùi.

+ Chống chỉ định:

- Gãy hở đến muôn
- Gãy kín trên bệnh nhân có viêm xương đùi
- Gãy 1/3 dưới thân xương đùi: Phẫu thuật Nẹp vít AO, Đinh nội tủy có trốt, nẹp khóa.

- Kết xương bằng khung cố định ngoài vi

+ Chỉ định:

- Gãy hở độ III
- Gãy hở do hỏa khí.
- Gãy hở độ I,II đến muôn.
- Gãy kín thân xương đùi trên bệnh nhân có viêm xương đùi.

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml,...

* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

+ Truyền dịch; bù nước điện giải, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.

+ Truyền máu, Huyết tương, dung dịch thay thế máu.

+ Các loại thuốc chống phù nề, giúp nhanh liền xương.

+ Thuốc điều trị các bệnh phối hợp theo chuyên khoa (nếu có)

- Chế độ chăm sóc.

+ Sau mổ bệnh nhân nằm gác chân cao, nẹp bất động.

+ Thay băng thì đầu 24 giờ sau mổ.

+ Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

+ Cắt chỉ sau phẫu thuật > 10 ngày

+ Thường xuyên theo dõi xương bằng XQ và các xét nghiệm CLS cần thiết khác.

+ Tập vận động thụ động và vận động sớm các khớp tránh teo cơ.

+ Tùy theo vị trí gãy, phương tiện kết xương, độ vững của kết xương cho bệnh nhân tỳ sớm hay muộn:

- Với thân xương tập tỳ sớm sau mổ khoảng 5 tuần.

- Với các gãy đầu xương tập tỳ sau 8 tuần
- Chế độ dinh dưỡng
- + Ăn đảm bảo đủ chất theo chế độ ăn bệnh lý.
- + Tăng cường chất xơ

3.3. Điều trị dự phòng:

- Tuyên truyền giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và an toàn lao động.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương và choáng.
- Đối với tuyến cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy thân xương đùi.
- Giáo dục bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Phác đồ điều trị bệnh viện Chấn thương chỉnh hình nhi đồng 1,2*
2. *Gãy thân xương đùi, tài liệu trung tâm chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh*
3. *Trần Đình Chiến 2002: " Quá trình liền xương và các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lành xương" Bệnh học ngoại khoa sau đại học, tập 2 Học viện quân y Hà Nội*
4. *Gãy thân xương đùi, và gãy xương chân chi dưới" tài liệu trung tâm chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh, số 5*
5. *Nguyễn Văn Quang " Gãy thân xương đùi: bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và phục hồi chức năng*
6. *Salminen ST, Pihlajamäki HK, Avikainen VJ, Böstman OM. Population based epidemiologic and morphologic study of femoral shaft fractures. Clin. Orthop. Relat. Res. 2000 Mar*
7. *Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017*
8. *Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017*

XVI. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY - Mã ICD 10: S42.4

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy vào khoảng 5cm trên nếp gấp khuỷu, dưới chỗ bám cơ ngửa dài. Đường gãy đi qua hố khuỷu, hố vẹt.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Sau một chấn thương ngã chống tay bệnh nhân đau nhiều vùng khuỷu, giảm vận động.
- Khuỷu tay sưng nề, biến dạng.
- Có thể thấy bầm tím ở mặt trước khuỷu.
- Sờ ba mốc giải phẫu: mỏm khuỷu, mỏm trên lồi cầu trong và mỏm trên lồi cầu ngoài ở vị trí bình thường, vận động thụ động của khuỷu bình thường

- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gãy trên lồi cầu xương cánh tay. Nếu nghi ngờ tổn thương mạch phải cho nắn xương sớm, đặt nẹp bột tạm thời, cho làm siêu âm Doppler mạch kiểm tra, nếu có tổn thương chuyển mổ cấp cứu kết hợp xương, xử lý mạch máu theo thương tổn.

- Khám xem có dấu hiệu liệt thần kinh quay không, nếu có tổn thương biểu hiện bằng mất duỗi chủ động cổ tay và các ngón tay (dấu hiệu tay rũ cổ cò).

- Khám thần kinh giữa: nếu tổn thương thì mất các động tác khép các ngón tay, mất động tác đối chiếu.

- Khám mạch, thần kinh trụ, thần kinh quay: có khi mạch bị chèn, bị rách với mạch
- Ngoại vi yếu, đôi khi thấy khoang trước cẳng tay căng cứng.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Dựa trên X-quang thẳng và nghiêng để chẩn đoán xác định và độ gãy

- Chụp X-quang ngược nếu có tổn thương ngược.

- Xét nghiệm CTM.

- Nhóm máu.

- Đông máu.

- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường.

- SGOT - SGPT

- Creatinin.

- Điện giải đồ.

- Điện tim.

- Siêu âm Doppler mạch cánh tay, cẳng tay nếu trên lâm sàng có các dấu hiệu nghi ngờ: Giảm đoạn dòng chảy phía dưới tổn thương.

2.2 Chẩn đoán phân biệt .

- Trật khớp khuỷu: Có cử động lò xo, ba mốc giải phẫu ở khuỷu tay thay đổi: mỏm khuỷu di lệch lên cao.

- Các gãy lồi cầu, liên lồi cầu nội khớp: Ba mốc giải phẫu thay đổi vị trí tương ứng.

- Đặc biệt cần phân biệt với gãy ở khuỷu hay gấp như gãy bật mỏm trên lồi cầu tròn, gãy cổ xương quay.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1 Nguyên tắc điều trị:

- Nắn chỉnh hai đầu xương gãy đúng trục giải phẫu, giảm di lệch

- Cố định xương gãy để đảm bảo sự lành xương

- Phòng và điều trị các biến chứng

- Phục hồi khả năng vận động, sinh hoạt.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

Sơ cứu ban đầu: nẹp cố định cánh cẳng bàn tay

3.2.2. Điều trị nội khoa (bảo tồn)

- Gãy độ 1: Làm nẹp bột cánh- cẳng -bàn tay, khuỷu gấp 90 độ, để 3 tuần

- Gãy độ 2: Nắn chỉnh nhẹ nhàng, khuỷu gấp 90 độ, để bột 4 tuần

- Gãy độ 3 và 4 : Gãy mê toàn thân để nắn, nắn chỉnh 4 thì:

+ Thì 1: Bệnh nhân nằm, để cẳng tay ngửa, khuỷu duỗi, kéo theo chiều dọc chi. Đai vải luồn vào nách kéo ngược lên.

+ Thì 2: Nắn hết di lệch bên và đưa cẳng tay ra ngoài 15-20 độ.

+ Thì 3: Người phụ tiếp tục kéo và cho gấp khuỷu dần lại. người nắn chỉnh dùng 2 bàn tay ôm vào đầu dưới cánh tay bệnh nhân, kéo đầu trên xương gãy ra sau, đồng thời dùng 2 ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu và đầu dưới ra trước, khuỷu cho gấp dần 120 độ.

+ Thì 4: Kiểm tra lại mỏm khuỷu nằm trên trục xương cánh tay, khuỷu có thể gấp nhẹ nhàng mà không vướng.

+ Làm bột cánh cẳng bàn tay rạch dọc, khuỷu gấp 90 độ, cẳng tay hơi sấp.

+ Chụp kiểm tra sau bó bột.

- Nếu có màn hình huỳnh quang tăng sáng, sau khi nắn xuyên 2 kim Kirstchner chéo qua da, qua ổ gãy, treo tay vào cổ. Sau 03 tuần có thể tập gấp duỗi khuỷu sớm để tránh cứng khớp teo cơ.

Chỉ định: Bệnh nhi gãy kín trên hai lồi cầu xương cánh tay kiểu duỗi loại II, III theo phân loại của Wilkins – Gartland

- Chăm sóc :

+ Mang nẹp cánh bàn tay bất động, giảm đau; nẹp được tháo sau 1 – 3 tuần.

+ Chăm sóc chân kim

+ Bệnh nhân có thể xuất viện sau 1 – 2 ngày.

+ Kim được rút sau 3 tuần khi có hình ảnh liền xương trên phim X quang

3.2.3. Điều trị phẫu thuật:

- Chỉ định:

- + Gãy hở
- + Gãy có biến chứng mạch máu, thần kinh.
- + Gãy xương đến muôn (>3 tuần)
- + Di chứng gãy xương
- Chống chỉ định: Có nhiễm khuẩn vùng khuỷu
- Phương pháp
- + Nắn kín dưới màn tăng sáng, găm đinh
- + Găm kim Kistchner
- + Nẹp vít
- + Vẹo khuỷu: Đục hình chữ V sửa trục kết xương rồi bó bột tư thế duỗi, mở góc

khuỷu ra ngoài 15-20 độ

- Thuốc sau phẫu thuật

- + Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....
- + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...
- + Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...
- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...
- + Canxi, Vitamine C, D3, ...

*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

- Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
- Metronidazole 500mg/100ml,...

*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.3. Điều trị dự phòng:

- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.

- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

- Phải nắn chỉnh tạm thời cố định bằng nẹp cánh cẳng bàn tay, để tránh di lệch ổ gãy và tổn thương mạch máu thần kinh sau chấn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Xuân Thành. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Hà Nội, 2013
2. Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Trung Sinh, Nguyễn Xuân Thủy, Ngô Văn Toàn. Chấn thương Chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học, 2013
3. Trần Văn Phong, Kết quả điều trị gãy trên lồi cầu hai xương cánh tay của trẻ em bằng phương pháp xuyên đinh qua da dưới C-arm tại bệnh viện Bà Rịa.
4. Jeffrey R. Sawyer and James H. Beaty (2015), Supracondylar fracture of the humerus - Emergency Departmen, , "Lateral Condylar Fractures", In: Rockwood and Wilkins' Fracturesin

5. GREGORY A. MENCIO (2015), “Fractures and Dislocations about the Elbow”,
In: Green’s Skeletal Trauma
6. S.Terry Canale and James H. Beaty (2017), “Fracture and dislocations in children”,
In: Campbell’s Operative
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh
hình 2017

XVII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG BÀN TAY

Mã ICD 10 S62

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Là gãy 1 hay nhiều xương các xương bàn tay từ 1 đến 5
- Phân loại theo giải phẫu: gãy chỏm, thân, nền xương bàn

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Cơ chế chấn thương trực tiếp (lực đè, đập vào bàn tay) hoặc gián tiếp (lực dọc trực các xương bàn tay)

- Triệu chứng: đau chói, sưng nề, bầm tím, biến dạng (gò xương mu tay, ngắn xương, lệch trục ngón tay), sờ có thể thấy lạo xạo xương, cử động bất thường ở ổ gãy

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-quang thường quy bàn tay tư thế thẳng nghiêng, có thể chụp thêm tư thế chếch 45°, tư thế nửa sấp hoặc nửa ngửa

- Chụp CT dựng hình nếu gãy phức tạp phạm khớp
- Chụp X-quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Dập nát bàn tay

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

Nắn chỉnh phục hồi giải phẫu tốt , đạt được liền xương, bất động tốt

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Giảm đau toàn thân.
- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn
- Bất động tạm thời
- Đặt nẹp cố định cẳng bàn tay

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định

+ Các trường hợp gãy kín đều có chỉ định điều trị bảo tồn đầu tiên nếu X-quang kiểm tra sau bó bột chấp nhận được

+ Các trường hợp bệnh nhân có tổng trạng kém, có các bệnh lý nội khoa không cho phép phẫu thuật và các trường hợp bệnh nhân từ chối nhập viện để phẫu thuật

- Phương pháp điều trị

+ Nắn chỉnh các di lệch, bó bột căng bàn tay ôm ngón 1 (nếu gãy xương bàn 1) hoặc bột căng bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có xương gãy. Chú ý giữ ngón 1 ở tư thế dạng + đối, các ngón tay dài ở tư thế gấp khớp bàn ngón 60-70°, cổ tay tư thế duỗi 15-20°. Thời gian bó bột trung bình 4 tuần

+ Trường hợp sưng nề nhiều hoặc có tổn thương da cần chăm sóc vết thương thì làm nẹp bất động (nẹp bột hoặc nẹp vải), khi các triệu chứng trên ổn định sẽ bó bột sau (thường sau 1 tuần)

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac, ...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml, ...

*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Theo dõi

+ Các dấu hiệu cần theo dõi tại nhà: sưng nề, căng, bầm tím, đau tăng lên, các ngón tay lạnh, tím, tê, mất cảm giác → cần trở lại bệnh viện ngay

+ Thời gian theo dõi tại nhà: tái khám sau 7 ngày, 2 tuần, 3-4 tuần nếu không có triệu chứng bất thường

- Tái khám

+ Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần, 3-4 tuần, 6 tuần

+ X – quang kiểm tra sau 1 tuần (nếu có di lệch thứ phát cần nắn lại hoặc chuyển qua điều trị phẫu thuật), 2 tuần, 4 tuần (tháo bột)

+ Trong thời gian còn đang bó bột: chỉnh sửa lại bột (nếu cần), hướng dẫn bệnh nhân kê cao tay, vận động các ngón tay tự do

+ Sau khi tháo bột: hướng dẫn bệnh nhân tập vật lý trị liệu cổ tay và các ngón tay để phục hồi tầm vận động và sức nắm của bàn tay

+ Thuốc: Khi bớt đau, bớt sưng thì dùng Can xi, Vitamine D3

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định:

+ Các trường hợp gãy kín nhưng có dấu hiệu đe dọa chèn ép khoang hoặc có các tổn thương khác kèm theo cần theo dõi tại bệnh viện → làm nẹp bột căng bàn tay (có thể ôm

ngón 1 hoặc nẹp nhôm Iselin tùy xương gãy) + điều trị nội trú kháng viêm + chống phù nề. Khi tình trạng ổn định → nắn, bó bột, điều trị ngoại trú. Nếu chèn ép hoang tăng nặng → phẫu thuật giải ép khoang +/- cố định xương gãy.

+ Các trường hợp gãy hở → nhập viện để phẫu thuật cắt lọc làm sạch vết thương + cố định xương gãy

+ Các trường hợp gãy kín được điều trị bảo tồn thất bại (ngón 1: gập góc >20-30°, cấp kênh mặt khớp >1mm, xoay, các ngón dài: gập góc >20°, chỏm xương bàn >45°, di lệch >1/2 thân xương, xoay, cấp kênh mặt khớp >1mm) → nhập viện phẫu thuật kết hợp xương.

- Phương pháp phẫu thuật: tùy từng trường hợp có thể sử dụng

+ Nắn chỉnh các di lệch + xuyên kim Kirschner qua da dưới màn hình tăng sáng, nẹp bột cẳng bàn tay ôm ngón 1 (nếu gãy xương bàn 1) hoặc bột cẳng bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có gãy xương. Chú ý giữ ngón 1 ở tư thế dạng + đối, các ngón tay dài ở tư thế gập khớp bàn đốt 60-70°, cổ tay duỗi 15-20°

+ Mổ nắn + kết hợp xương bằng kim Kirschner, chỉ thép, vít, nẹp vít hoặc khung bất động ngoài.

+ Nẹp bột hoặc nẹp vải nâng đỡ sau mổ trong 3-4 tuần

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alaphachymotrypsin, Serine protease...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml,...

*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Theo dõi

+ Các dấu hiệu: sưng nề, căng vết mổ → kê cao tay, cắt bột mới chỉ thoát lưu máu tụ

+ Thời gian theo dõi tại bệnh viện: tùy tình trạng vết mổ, thường từ 1-3 ngày

- Tái khám:

+ Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần (cắt chỉ), 4 tuần (X-quang), 6 tuần, 8 tuần (X-quang) 3-6 tháng (X-quang), 1 năm (X-quang)

+ Sau 3-4 tuần → bỏ nẹp bột, tập vật lý trị liệu

+ Thời điểm lấy dụng cụ: khi có can xương, thường sau mổ 3-6 tháng, không nên để lâu hơn 1 năm

+ Thuốc: như trên, khi bớt đau, bớt sưng thì dùng Canxi, Vitamine D3

3.3.Điều trị dự phòng:

- Nẹp cố định cẳng bàn tay(dùng 2 nẹp :một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay.Treo tay ở tư thế cơ năng(riêng với gãy mỏm khuỷu nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế duỗi).
- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Phẫu thuật bàn tay GS. Đặng Kim Châu - NXB Y học 1982 - Trang 110-191*
2. *Bài giảng chấn thương chỉnh hình. Bộ môn chấn thương chỉnh hình viện Quân Y (2006).*
3. *Bài giảng về vết thương bàn tay dành cho lớp Cao học chấn thương chỉnh hình của GS.TSKH Nguyễn Văn Nhân (1994)*
4. *Peter J. Stern, chap 8: Fractures of the metacarpals and phalanges; Green's Operative Hand Surgery; 5th ed; Vol 1, Elsevier Churchill Livingstone, 2005*
5. *Swanson TV, Szabo RM, Anderson DD. Open hand Fractures; Prognosis and classification, J Hand Surg Am, 1991 Jan; 16(1): 101-7.*
6. *Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020*
7. *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018*
8. *Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017*

XVIII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG BÁNH CHÈ

Mã ICD 10 S82.0

1. ĐỊNH NGHĨA:

Là sự mất liên tục của xương bánh chè sau một chấn thương vùng gối, hay gặp nhất là gãy xương bánh chè do một lực tác động trực tiếp vào trước gối thường là gãy hở. Do lực tác động gián tiếp ít gặp hơn, là do gối co đột ngột chống lại nhóm cơ tứ đầu đùi đang co, thường là gãy kín.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Đau chói vị trí khớp gối.
- Không nâng chân lên được khỏi mặt ngang nhưng vẫn gấp gối và đi lại được khi chân duỗi thẳng.

- Biến dạng sưng nề gối
- Ấn có điểm đau chói.
- Lạo xạo xương.
- Dấu hiệu giãn cách xương bánh chè (cử động bất thường).
- Tràn dịch khớp gối.
- Sờ hai cực xương bánh chè xa nhau

2.1.2. Cận lâm sàng

- X-quang thẳng nghiêng
- X-quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Creatinin
- Điện tim
- Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý
- MRI chẩn đoán tổn thương phối hợp

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Bong gân khớp gối: Vẫn nhấc gót chân lên được khỏi mặt giường.
- Tổn thương sụn chêm:
 - + Vẫn đi lại được.
 - + Có hiện tượng kẹt khớp tái diễn (đang đi tự nhiên khớp gối bị mắc cứng lại, không gấp duỗi được, phải ngồi nghỉ 2-3 phút, xoa tại chỗ rồi sau đó đi lại bình thường).
- Nghiệm pháp Steimann (+).

- + Nghiệm pháp Mc Murray(+).
- + Há khớp đầu.
- Đứt dây chằng chéo:
- + Đau vùng khớp gối.
- + Lỏng khớp gối.
- + Biến dạng khớp gối.
- + Dấu hiệu ngăn kéo (+).
- + Dấu hiệu Lachmann (+).

* Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào lâm sàng. Chụp Xquang cho phép xác định vị trí, tính chất gãy, mức độ di lệch và các tổn thương xương lân cận.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị:

- Trả lại diện giải phẫu của khớp (mặt trong xương bánh chè)
- Giúp bệnh nhân vận động sớm tránh teo cơ, cứng khớp khớp

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Sơ cứu:

- Khi gãy xương bánh chè cần sơ cứu theo các bước sau đây:
- Giảm đau: tiêm các thuốc giảm đau toàn thân như Promedol 0,02 ... Cũng có thể dùng thuốc uống như: Efferangall Codein 0,5 uống 1 viên...
- Cố định tạm thời từ 1/3 giữa đùi đến bàn chân trên nẹp ê ke gỗ, nẹp Crame trong tư thế duỗi gối hoàn toàn.

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định: Gãy xương bánh chè có di lệch giãn cách < 3 mm và chênh diện khớp ở mặt sau xương bánh chè < 1mm, gãy rạn xương bánh chè.

- Phương pháp:

- + Chọc hút hết máu tụ trong khớp (kim 16/18).
- + Bó bột 1/3 đùi– cổ chân trong tư thế gối duỗi hoàn toàn trong 8 -10 tuần (kiểu bột Tutto)
- + Tập vận động.

3.2.3. Phẫu thuật:

- Chỉ định:

- + Gãy hở, gãy có di lệch giãn cách trên 3mm và chênh mặt gãy 1mm
- + Gãy có tổn thương dây chằng

- Phương pháp:

- + Tốt nhất là kết xương bằng cách xuyên 2 đinh Kirschner song song và buộc néo ép số 8 dựa trên nguyên lý cột trụ của Pauwels.

+ Ưu điểm: đơn giản, cố định vững chắc ổ gãy, tập vận động được sớm, càng tập càng nhanh liền xương (thường tập vận động sau 2 tuần).

- + Khâu cố định xương bánh chè bằng chỉ thép.

+ Buộc vòng thép quanh chu vi xương của Berger: Dùng cho gãy xương bánh chè nhiều mảnh.

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

+ Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml,...

Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Chăm sóc sau mổ

+ Sau mổ bệnh nhân nằm gác chân cao.

+ Thay băng thì đầu 24 giờ sau mổ.

+ Rút dẫn lưu trong 48 giờ.

+ Cắt chỉ sau phẫu thuật > 10 ngày

+ Thường xuyên theo dõi xương bằng XQ và các xét nghiệm CLS cần thiết khác.

+ Tập vận động thụ động và vận động sớm các khớp tránh teo cơ.

+ Tùy theo vị trí gãy, phương tiện kết xương, độ vững của kết xương cho bệnh nhân tỳ sớm hay muộn:

- Chế độ dinh dưỡng

+ Ăn đảm bảo đủ chất theo chế độ ăn bệnh lý.

+ Tăng cường chất xơ

3.3. Điều trị dự phòng

- Đặt nẹp bột đùi cẳng chân sớm sau chấn thương để tránh biến chứng sớm xảy ra

- Tránh chấn thương vùng gối khi ngã

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Đăng Ninh - Trần Đình Chiến (2006), *Chấn thương vùng gối, Bệnh học chấn thương chỉnh hình*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr: 117

2. Nguyễn Đức Phúc, *Vỡ xương bánh chè và đứt bộ phận dưới gối, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học*, 512

3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.

4. GUSTILO, R.B: *Management of Open Fractures and Their Complications*. Phila-delphia, WB. Samders 1982

5. SIMON, R.R: *Fracture of the Tibial and Fibular Shaft. Emergency Orthopedies The Extremities*, 2001. 27:483-487

6. SKINNER, B.H: *Tibia and Fibula Injuries. Current Diagnosis and Treatment in Orthopedies*. 2000.103-106.

7. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

8. *Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017*

XIX. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÒN

Mã ICD 10: S42.

1. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy xương đòn là sự mất liên tục của xương đòn sau chấn thương do đập trực tiếp hoặc gián tiếp vào vùng vai.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Sưng đau mất cơ năng khớp vai (không giơ tay lên đầu được).
- Vai xệ, tay lạnh đỡ tay đau.
- Sờ thấy xương gãy gồ lên dưới da (biến dạng kiểu bậc thang).
- Ấn đau chói và có tiếng lạo xạo.
- Đo chiều dài mỏm cùng – xương ức ngắn hơn xương lành.

2.1.2. Cận lâm sàng:

X-Quang xác định loại gãy và đường gãy, nhất là gãy ở đầu ngoài và đầu trong xương đòn. Để thấy rõ đường gãy trong nhiều trường hợp khó, cần chụp xương sườn đòn ở tư thế chiếu chéo 400, hình ảnh xương đòn không chồng lên các xương sườn..

- Chụp X-Quang ngực nếu có tổn thương ngực.
- Xét nghiệm CTM.
- Nhóm máu.
- Đông máu.
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường.
- SGOT - SGPT
- Creatinin.
- Điện giải đồ.
- Điện tim.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy xương sườn.
- Gãy xương bả vai.
- Sai khớp cùng đòn
- Chụp X-Quang để chẩn đoán phân biệt.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc:

Phục hồi giải phẫu và hồi phục chức năng vai sớm.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .

- Nẹp cổ định nẹp cánh cẳng bàn tay tư thế cơ năng (mặc áo Dezault)

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định:

+ Gãy kín xương đòn không di lệch hay ít di lệch ít, có tổn thương phối hợp như gãy xương sườn, gãy xương bả vai, hoặc có vấn đề hô hấp, tim mạch cần theo dõi

+ Gãy xương bả vai, hoặc có vấn đề hô hấp tim mạch cần theo dõi

+ Gãy xương đòn trên bệnh nhân có bệnh mạn tính kiểm soát không tốt như THA, ĐTĐ không thể phẫu thuật được

+ Dán băng keo thun (băng thun dính): để hạn chế bớt sự di động của xương đòn nên không gây đau. Một số người bị dị ứng với băng keo gây ngứa lở, cần tháo bỏ và dùng phương pháp khác.

- Chống chỉ định:

+ Gãy hở.

+ Có tổn thương mạch máu thần kinh.

3.2.3. Phẫu thuật:

- Chỉ định:

+ Khớp giả, không liền xương.

+ Tổn thương thần kinh, mạch máu, nên mổ sớm và kết hợp xương ngay.

+ Gãy đầu ngoài xương đòn.

+ Hai đầu gãy xa nhau do chèn phần mềm, đầu gãy nhọn chọc vào cơ Delta, cơ thang, nên không được có nguy cơ chọc thủng da.

+ Vai bập bênh: Gãy 2 nơi xương đòn và cổ phẫu thuật xương bả vai làm chỗ gãy không vững.

+ Gãy hở

- Chống chỉ định:

+ Shock chấn thương.

+ Trẻ em

+ Mắc bệnh nội khoa chưa ổn định

+ Gãy xương kèm theo nhiễm khuẩn

+ Tổn thương kèm theo: CT cột sống cổ, dập phổi, tràn khí, dịch màng phổi.

- Chuẩn bị:

Phương tiện

+ Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

+ Nẹp vít thường, nẹp khóa, vít xóp, đinh Kirschner, chỉ thép, ...

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac, ...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...
- + Canxi, Vitamine C, D3, ...
- + Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - Metronidazole 500mg/100ml,...

Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Theo dõi tái khám:

+ Hướng dẫn bệnh nhân tập vận động chủ động,...

+ Tái khám sau 1 tuần, 3 tuần, 6 tuần, 12 tuần.

3.3. Điều trị dự phòng:

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.

- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.

- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình tập 1, Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình TP Hồ Chí Minh*
2. *Trần Đình Chiến, Nguyễn Ngọc Thảo, gãy xương bả vai, xương đòn, Bệnh học Chấn thương chỉnh hình - Học viện Quân y, 37-40.*
3. *Nguyễn Đức Phúc, Gãy xương đòn, Kỹ thuật mổ Chấn thương chỉnh hình – NXB Y học , 240*
4. *Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Chấn thương Chỉnh hình.*
5. *Van der Meijden OA, Gaskill TR, Millett PJ. Treatment of clavicle fractures: current concepts review. J Shoulder Elbow Surg. 2011 Nov 5.*
6. *Toogood P, Horst P, Samagh S, Feeley BT. Clavicle fractures: a review of the literature and update on treatment. Phys Sportsmed. 2011 Oct.*
7. *Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020*
8. *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018*

XX. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG VÙNG LIÊN MẮU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI - S72.8

1. ĐỊNH NGHĨA:

Vùng liên mấu chuyển (LMC) xương đùi là vùng giữa hai mấu chuyển lớn và nhỏ, hoàn toàn là xương xốp. Phần đông các tác giả đồng ý nói rộng vùng LMC xuống 2,5cm dưới mấu chuyển nhỏ và 5cm dưới mấu chuyển lớn. Tất cả đường gãy xương nằm trong vùng này được gọi là gãy liên mấu chuyển xương đùi.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Đau và mất cơ năng là điểm đặc trưng thường gặp
- Ấn đau chói vùng mấu chuyển lớn
- Chân ngắn và xoay ngoài hoặc xoay trong nếu gãy có di lệch.
- Vùng gốc đùi sưng lớn, có vết bầm tím và đau chói.
- Có thể gây sốc do đau và mất máu.

2.1.2. Cận lâm sàng;

- X-Quang Khung chậu, Xương đùi thẳng nghiêng
- X-Quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Creatinin
- Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy cổ xương đùi
- Gãy đầu trên xương đùi
- Trật khớp hông
- Gãy khung chậu

Dựa vào hình ảnh X- Quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc:

- Tùy theo tuổi, tình trạng toàn thân, tại chỗ, mức độ di lệch... có chỉ định điều trị cho phù hợp với từng giai đoạn bệnh.
- Phục hồi về giải phẫu và chức năng.

- Tập vận động sớm, tránh biến chứng loét tì đè, viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu.

3.2. Điều trị củ thể:

3.2.1.Sơ cứu:

- Bất động: Chúng ta có thể thực hiện 1 trong các phương pháp bất động như; Bó bột chống xoay, nẹp vải chống xoay với chân dạng 15°, gối gấp 10°. Nẹp gỗ với tư thế 3 thanh.
- Giảm đau toàn thân.
- Bù dịch, khối lượng tuần hoàn, chống Shock cho người bệnh (nếu có)

3.2.2. Điều trị nội khoa:

Áp dụng cho tất cả các bệnh nhân gãy vùng máu chuyển xương đùi không có chỉ định phẫu thuật, bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật trong giai đoạn đợi phẫu thuật.

- Chỉ định
 - + Bệnh nhân đang giai đoạn shock.
 - + Có vết thương phần mềm vùng phẫu thuật.
 - + Có các bệnh lý mạn tính toàn thân (tiểu đường, huyết áp, nhiễm khuẩn...) giai đoạn chưa ổn định.
 - + Bệnh nhân không đồng ý can thiệp thủ thuật
- Thuốc điều trị
 - + Thuốc giảm đau, truyền dịch, trông phù nề.
 - + Thuốc nâng cao thể trạng, chống loãng xương, kích thích liền xương.
 - + Thuốc chống thuyên tắc mạch (nếu cần)
 - + Khi có bệnh nội khoa phối hợp thì điều trị các thuốc phù hợp với từng bệnh: Tăng huyết áp, tiểu đường...

- Phương pháp điều trị

- + Bó bột hoặc đeo nẹp chống xoay
- + Xuyên đinh kéo liên tục

3.2.3. Điều trị phẫu thuật:

*Phương pháp kết hợp xương

- Chỉ định
 - + Gãy liên máu chuyển xương đùi:
- Chống chỉ định
 - + Mắc bệnh nội khoa giai đoạn chưa ổn định
 - + Bệnh nhân trong giai đoạn Shock chấn thương.
 - + Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật

- Phương pháp

- + Gãy liên máu chuyển xương đùi mới, người trẻ :
- + Kết hợp xương bằng vít xóp dưới màn tăng sáng (C.Arm) .
- + Đặt 2- 3 vít xóp rộng.
- + Nẹp AO, nẹp khoá , đinh Ender

* Phẫu thuật thay khớp háng

- Thuốc sau phẫu thuật
 - + Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,....
 - + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...
 - + Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...
 - + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...
 - + Canxi, Vitamine C, D3, ...
 - * Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - Metronidazole 500mg/100ml,...
 - * Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- 3.3. Điều trị dự phòng:
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng phù hợp, chế độ ăn đảm bảo năng lượng, giàu chất xơ, dễ tiêu hóa. Đối với BN có kèm theo bệnh nội khoa cần có chế độ ăn riêng phải có sự tư vấn của chuyên khoa dinh dưỡng.
 - Tập vận động sớm chống biến chứng có thể xảy ra: loét, thuyên tắc mạch, cứng khớp...
 - Kiểm tra thường xuyên bằng chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Đình Chiến, Nguyễn Ngọc Thảo (2006), “Gãy cổ xương đùi”, *Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Học viện Quân Y*, tr. 94-103.
2. Phí Mạnh Công (2009), *Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người trên 70 tuổi bằng kết xương nẹp vít động tại Bệnh viện Xanh Pôn và Bệnh viện 198, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.*
3. Nguyễn Năng Giới, Nguyễn Văn Lượng (2014), “Đánh giá kết quả phẫu thuật kết xương liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi bằng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu”, *Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, (Số đặc biệt), tr.144-148.*
4. Lưu Hồng Hải (2002), *Nghiên cứu phản ứng tại chỗ của cơ thể trên thực nghiệm và lâm sàng khi sử dụng nẹp vít sản xuất từ thép không gỉ ngoại khoa Việt Nam, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.*
5. Trần Như Bửu Hoa (2009), *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng dụng cụ DHS người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Bình Định, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.*
6. Đỗ Xuân Hợp (1976), *Giải phẫu và thực dụng ngoại khoa chi trên – chi dưới, NXB Y học, tr. 315 – 319.*
7. *Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020*
8. *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018*

XXI. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG QUAY

Mã ICD 10 – S52.5

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Gãy xương quay là tình trạng mất sự liên tục của thân xương quay tính từ dưới đài quay đến trên diện khớp quay 2-2,5 cm

- Có thể chia ra gãy 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới xương quay

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Toàn thân: bệnh nhân tay lạnh đỡ lấy tay đau, thường không có Shock xảy ra.
- Cơ năng: đau tại vị trí gãy, căng tay sưng nề, biến dạng rõ, bệnh nhân rất đau và không sấp- ngửa được cẳng tay.

- Thực thể: Cẳng tay như một ống tròn, bầm tím lan rộng tới khuỷu, có thể thấy cử động bất thường, hiệu lạo sạo xương. Có thể có vết thương gãy xương hở.

- Gãy cành tươi ở trẻ em hoặc gãy ít di lệch ở người lớn:

- Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn.
- Tại vùng gãy đau chói sưng nề, có bầm tím tới muôn.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-quang cẳng tay thẳng nghiêng
- X-quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Creatinin
- Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy xương trụ
- Gãy hai xương cẳng tay
- Gãy Monteggia
- Gãy Galatz
- Gãy Pott

Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Nắn chỉnh phục hồi hoàn chỉnh giải phẫu và chức năng cẳng tay

- Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.
- Tập vận động chủ động + vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ.
- Theo dõi và phòng ngừa, điều trị các biến chứng

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Sơ cứu:

- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân .
- Nẹp cố định cẳng bàn tay dùng 2 nẹp: một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay. Treo tay ở tư thế cơ năng

3.2.2. Điều trị nội khoa: (Bó bột)

- Chỉ định:

- + Gãy xương quay vững, di lệch ít.
- + Gãy xương ở trẻ nhỏ.
- + Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện phẫu thuật
- + Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.
- Thuốc: sau bó bột cho giảm nề, giảm đau và thuốc điều trị tổn thương phổi hợp (nếu có).

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định

- + Gãy mất vững di lệch.
- + Sau bó bột không đạt kết quả, liên lạc, khớp giả.
- + Gãy xương có biến chứng: mạch, thần kinh, hội chứng khoang...vv.
- + Phẫu thuật theo yêu cầu.
- Chuẩn bị phẫu thuật: bệnh nhân gãy xương ở cẳng tay tùy tình huống cụ thể có thể chỉ định mổ cấp cứu hoặc mổ có chuẩn bị mà có chuẩn bị mổ cấp cứu hay chuẩn bị mổ phiên như thường lệ.

- Phương pháp phẫu thuật

- + Đối với gãy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới xương quay ở cẳng tay kết hợp xương bằng nẹp vis hoặc đinh nội tủy .

- + Thường dùng nẹp AO, nẹp mất sích, nẹp khóa.

- + Kết hợp xương khung ngoại vi đối với gãy hở độ III trở lên hoặc nhiễm trùng ổ gãy

- Thuốc sau phẫu thuật

- + Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

- + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

- + Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...

- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

- + Canxi, Vitamine C, D3, ...

- Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

- Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
- Metronidazole 500mg/100ml,...

- Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Thay băng thì đầu sau 24h.
- Rút sonde dẫn lưu sau 24h đến 48h.
- Đeo nẹp cố định tư thế cơ năng, tập thụ động theo sự hướng dẫn của phẫu thuật viên.
- Cắt chỉ sau 10 ngày.
- Khám lại sau khi ra viện theo lời dặn PTV.
- Chế độ ăn theo chế độ phẫu thuật

3.3. Điều trị dự phòng:

- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng
- Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy xương gây ra
- Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1 . Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.
- 2 . Trần Đình Chiến (2006), “Gãy xương cẳng tay”, *Bệnh học chấn thương chỉnh hình*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 59
- 3 . Nguyễn Đức Phúc, *Gãy xương cẳng tay, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình – NXB Y học*, 268
- 4 . Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
- 5 . Nguyễn Quang Long, *Đại cương về gãy xương, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập*
6. *Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020*
7. *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018*
8. *Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017*
- 9 . *Musculoskeletal system, chapter 4, Mosby's Manual of Clinical Nursing, second Edition, the C, V, Mosby Company, 1986, 375 – 474.*

XXII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG TRỤ

Mã ICD 10 - S52.2

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Gãy xương trụ là tình trạng mất sự liên tục của cấu trúc thân xương trụ tính từ dưới mỏm vẹt đến trên mỏm trâm trụ.

- Có thể chia ra gãy 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới xương quay

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Gãy xương trụ di lệch nhiều
+ Toàn thân: bệnh nhân tay lạnh đỡ lấy tay đau, thường không có shock xảy ra.
+ Cơ năng: đau tại vị trí gãy, căng tay sưng nề, biến dạng rõ, bệnh nhân rất đau và không sấp- ngửa được cẳng tay.

+ Thực thể: Cẳng tay như một ống tròn, bầm tím lan rộng tới khuỷu, có thể thấy cử động bất thường, hiệu lạo sạo xương. Có thể có vết thương gãy xương hở.

- Gãy lành tươi ở trẻ em hoặc gãy ít di lệch ở người lớn

+ Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn.

+ Tại vùng gãy đau chói sưng nề, có bầm tím tới muôn.

2.1.2. Cận lâm sàng:

+ X-Quang cẳng tay thẳng nghiêng

+ X-quang tim phổi

+ Xét nghiệm CTM – Đông máu

+ Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường

+ SGOT - SGPT

+ Điện giải đồ

+ Creatinin

+ Điện tim

+ Chụp CT Scanner dựng hình với gãy đầu xương, gãy phức tạp, gãy xương bệnh lý

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy xương quay

- Gãy Monteggia

- Gãy Galeazzi

Chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Nắn chỉnh phục hồi hoàn chỉnh giải phẫu và chức năng cẳng tay

- Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.

- Tập vận động chủ động + vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ.
- Theo dõi và phòng ngừa, điều trị các biến chứng

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân.
- Nẹp cố định cẳng bàn tay (dùng 2 nẹp :một ở phía trước cẳng tay, một ở phía sau cẳng tay. Treo tay ở tư thế cơ năng

3.2.2. Điều trị bảo tồn (bó bột)

- Chỉ định:
 - + Gãy xương trụ vững, di lệch ít.
 - + Gãy xương ở trẻ nhỏ.
 - + Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân không đủ điều kiện phẫu thuật
 - + Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.
- Thuốc: sau bó bột cho giảm nề, giảm đau và thuốc điều trị tổn thương phổi hợp (nếu có)

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định
 - + Gãy mất vững di lệch.
 - + Sau bó bột không đạt kết quả, liền lặc, khớp giả.
 - + Gãy xương có biến chứng: mạch, thần kinh, hội chứng khoang...vv.
- Chuẩn bị phẫu thuật:

Bệnh nhân gãy xương ở cẳng tay tùy tình huống cụ thể có thể chỉ định mổ cấp cứu hoặc mổ có chuẩn bị mà có chuẩn bị mổ cấp cứu hay chuẩn bị mổ phiên như thường lệ.

- Phương pháp phẫu thuật

+ Đối với gãy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới xương trụ ở cẳng tay kết hợp xương bằng nẹp vis hoặc đinh nội tủy .

+ Thường dùng nẹp AO, nẹp mắt xích, nẹp khóa, nẹp lòng máng, đinh kirschner, đinh Rush, khung ngoại vi...

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac, ...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml, ...

* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.3. Điều trị dự phòng:

- Tập PHCN sớm.
- Gác cao tay
- Thay băng thì đầu sau 24h.
- Rút sonde dẫn lưu sau 24h đến 48h.
- Đeo nẹp cố định tư thế cơ năng, tập thụ động theo sự hướng dẫn của phẫu thuật viên.
- Cắt chỉ sau 10 ngày- 14 ngày
- Khám lại sau khi ra viện theo hẹn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Sách chấn thương chỉnh hình của nhà xuất bản y học*
2. *Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh*
3. *Nguyễn Quang Long, Đại cương về gãy xương, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 5, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn ngoại tổng quát, 1988, 46.*
4. *Chỉnh hình và chấn thương học, tổ chức Y tế Thế giới, đề án đào tạo 03 – SIDA, Hà Nội, 1993.*
5. *Nguyễn Văn Quang, Nguyên tắc chấn thương chỉnh hình, Hội Y Dược học thành phố Hồ Chí Minh, 1987, 104.*
6. *Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình*
7. *Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020*
8. *Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017*

XXIII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY

Mã ICD 10 G56.0

1. ĐỊNH NGHĨA:

Hội chứng ống cổ tay lần đầu tiên được mô tả bởi Paget năm 1954 là tình trạng chèn ép thần kinh ngoại biên thường gặp nhất ở chi trên, là hậu quả của việc thần kinh giữa bị chèn ép trong ống cổ tay.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Dị cảm vùng phân bố cảm giác của thần kinh giữa ngón I, II, III và ½ ngoài ngón IV.
- Thường làm bệnh nhân giật mình thức giấc bởi cảm giác tê hay bỏng rát, bệnh nhân có cơ mô cái teo so với bên đối diện.

- Dấu Tinel dương tính khi gập cổ tay 900 trong khoảng thời gian 60 giây.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Chụp MRI tủy cổ nếu nghi ngờ tổn thương chèn ép rễ tủy cổ
- Điện cơ chi trên
- Chụp đầu dưới xương quay nếu có gãy xương quay cũ
- Chụp X – quang tim phổi nếu bệnh nhân > 60 tuổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Hội chứng Guyon

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, thoái hoá cột sống cổ

Phân biệt bằng đo điện cơ, chụp MRI cột sống cổ

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

- Mở thông ống cổ tay hoặc chống viêm
- Phục hồi cảm giác vận động của bàn tay

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định, phương pháp điều trị
- + Khi bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, không ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống và sinh hoạt, không có teo cơ mô cái.

- + Đeo nẹp vải căng bàn tay về đêm
- + Tránh hoạt động lặp đi lặp lại của cổ tay, cầm nắm mạnh
- Thuốc sử dụng
 - + NSAIDs.
 - + Vitamin B6
 - + Steroid.
- Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi tại nhà)
- Tái khám

Sau 2 đến 4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định, phương pháp phẫu thuật
 - + Phẫu thuật: khi teo cơ mô cái, khi triệu chứng tê, đau thường trực, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống

- + Rạch da bắt đầu ở đường giữa ở phía trên nếp gấp xa cổ tay, kéo dài khoảng 3cm hướng về phía bờ trụ ngón III.

- + Bộc lộ dây chằng ngang và sau đó dùng kéo Metzenbaum cắt liền trên 2cm đoạn xa của mạc căng tay trước

- + Nếu thần kinh giữa dính vào mặt dưới của dây chằng ngang, có thể tiến hành bóc vỏ bao thần kinh.

- + Đóng vết mổ từng lớp và băng ép.
- Thuốc sử dụng, vật tư tiêu hao
 - + Kháng sinh dự phòng trước mổ
 - + Thuốc giảm đau, kháng viêm
 - + Thuốc tê
 - + Chỉ Nylon 3.0 hay 4.0, chỉ Viryl 2.0 hay 3.0 chỉ Chromie Catgut 3.0
 - + Dao 15 hay 10
- Theo dõi

Theo dõi tụ máu, chảy máu sau mổ trong ngày đầu sau phẫu thuật

- Tái khám

Sau 1 tuần

3.3. Điều trị dự phòng:

- Điều trị sớm khi phát hiện bệnh tránh tổn thương thần kinh giữa
- Tập vận động các ngón bàn tay sớm sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình học viện quân y.
3. Phẫu thuật bàn tay GS. Đặng Kim Châu - NXB Y học 1982
4. <http://radiology.casereports.net/index.php/rcr/article/viewArticle/195/517>

5. <http://www.healthcare.siemens.com/magnetic-resonance-imaging/magnetom-world/clinical-corner/clinical-speciality/neurography/carpaltunnel>
6. <http://www.bvngoaitankinhqt.org.vn/modulesphp?name=News&op=viewst&sid=34>
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

XXIV. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỐNG GUYON

Mã ICD 10 S64.0

1. ĐỊNH NGHĨA:

Hội chứng ống Guyon là hậu quả của chèn ép thần kinh trụ trong cấu trúc sợi hình ống tam giác dài khoảng 1,5cm ở cổ tay. Thành của ống này gồm dây chằng ngang cổ tay nông ở phía trước, dây chằng ngang cổ tay sâu ở phía sau, xương chấu và dây chằng đậu – móc ở phía trong.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Giảm cảm vùng phân bố cảm giác của thần kinh trụ: ngón 5 và ½ trong ngón 4.
- Bệnh nhân có teo cơ gian cốt mu tay hoặc có dấu vuốt trụ
- Dấu Tinel của thần kinh trụ ở cổ tay dương tính
- Test Froment dương tính ở tay tổn thương

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Điện cơ thường được dùng để chẩn đoán hội chứng chèn ép thần kinh trụ ở ống Guyon và các bệnh lý chèn ép thần kinh ngoại biên khác tuy nhiên độ đặc hiệu không cao.

- X-quang thường quy
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng ống cổ tay
- Liệt thần kinh trụ
- Thoái hóa cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, dựa vào MRI để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

Phẫu thuật sớm , giải phóng thần kinh trụ.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định, phương pháp điều trị

+ Khi bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, thoáng qua, không ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống và sinh hoạt, không có teo cơ gian cốt.

- + Đeo nẹp vài căng bàn tay ở tư thế trung bình
- + Tránh hoạt động lặp đi lặp lại của cổ tay, cầm nắm mạnh, sử dụng dụng cụ rung lắc nhiều (máy khoan)

- + Thư giãn cổ tay khi dùng máy vì tính lâu
- Thuốc sử dụng
 - + NSAIDs: giúp giảm kích thích thần kinh
 - + Vitamin B6 có thể dùng trong 6-12 tuần.
 - + Steroid
- Theo dõi

Theo dõi nếu dấu hiệu tê tăng nặng khi nghỉ làm việc

- Tái khám

Sau 2-4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định

Phẫu thuật khi teo cơ gian cốt, khi triệu chứng tê, đau thường trực, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

- Phương pháp phẫu thuật
- Đánh dấu vị trí xương đậu và mỏm xương móc (1cm lên trên và ra ngoài so với xương đậu)
 - Rạch da cong nhẹ bắt đầu từ khoảng giữa xương đậu và mỏm xương móc.
 - Đường rạch mở rộng lên trên hướng cổ tay đi về phía quay của gân gấp cổ tay
 - Khi đường rạch da qua cổ tay nên zig zag để tránh sẹo co rút.
 - Bộc lộ thần kinh trụ từ đoạn gần đến đoạn xa. Xác định thần kinh trụ ở gần trụ giữ gân gấp và đi theo nó qua ống Guyon bằng cách vén gân gấp cổ tay trụ và dưới chằng đậu – móc. Cắt dây chằng, cơ gân tay gần và mô sợi để giải ép thần kinh trong suốt ống Guyon.

- Thuốc sử dụng, vật tư tiêu hao
 - + Kháng sinh dự phòng trước mổ
 - + Thuốc giảm đau, kháng viêm
 - + Thuốc tê
 - + Chỉ Nylon 3.0 hay 4.0, chỉ Viryl 2.0 hay 3.0 chỉ Chromic Catgut 3.0.
 - + Dao 15 hay 10.
- Theo dõi

Theo dõi tụ máu, chảy máu sau mổ trong ngày đầu sau phẫu thuật.

- Tái khám

Sau 1 tuần

3.3. Điều trị dự phòng:

- Điều trị nội khoa sớm khi có triệu chứng
- Tập vận động các ngón bàn tay sớm sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Anthony Montanez and Angela Wang (2017), “Reconstruction of the Flexor Retinaculum”, *Carpal Tunnel Syndrom and Related Median Neuropathies*, page:237-244.
2. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
3. Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh
4. Bài giảng chấn thương chỉnh hình học viện quân y.
5. Duché R, Trabelsi A.(2010), “The Canaletto®™ implant for reconstructing transverse carpal ligament in carpal tunnel surgery. Surgical technique and cohort prospective study about 400 Canaletto cases versus 400 cases with open carpal tunnel surgery”, *Chir Main*. 2010;29(6):352–9
6. Harada K, Nakashima H, Teramoto K, Nagai T, Hoshino S, Yonemitsu H. (2005) “Trigger digits-associated carpal tunnel syndrome: relationship between carpal tunnel release and trigger digits”, *Hand Surg*. 2005; 10(2–3):205–8.
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức 2018.
8. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình

XXV. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GẦY XƯƠNG CHẬU - Mã ICD 10 S32.3

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy khung chậu có thể chỉ đơn thuần gãy xương hoặc phối hợp với các tổn thương khác nơi vùng chậu như tiết niệu, ống tiêu hóa, thần kinh và mạch máu, và kể cả các tổn thương da rộng.

Các gãy khung chậu mà có tổn thương phối hợp vùng chậu thường là các loại gãy xương mất vững. Thường gây shock chấn thương và có tỷ lệ tử vong cao.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng:

Sau một chấn thương bệnh nhân có triệu chứng sau:

- Đau vùng khung chậu
- Sưng nề tụ máu vùng gãy xương.
- Bất lực vận động: không nâng được chân lên khỏi giường.
- Nhiệm pháp ép, banh khung chậu đau chói tương ứng vị trí gãy.
- Trong một số trường hợp có Shock chấn thương có thể có biểu hiện; bệnh nhân vật vã kích thích, hốt hoảng hoặc thờ ơ với ngoại cảnh, mạch nhanh nhỏ khoa bắt, huyết áp tụt, thở nhanh, vã mồ hôi, da niêm mạc nhợt.

- Có thể có đái máu, bí đái...

2.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Triệu chứng X-quang: Chụp X-quang thẳng nghiêng xác định vị trí gãy, mức độ di lệch: cung trước, cung sau, trật khớp mu, trật khớp cùng –chậu, gãy xương cánh chậu, vỡ ổ cối...

Dựa vào X – quang có thể xác định được các kiểu gãy sau:

Gãy thành chậu (hay rìa chậu): Gồm các thể sau:

- Xương chậu:
 - Gãy gai chậu: Trước trên và trước dưới.
 - Gãy dọc cánh chậu.
 - Gãy ngang cánh chậu kiểu Duverney.
- Xương cùng:
 - Gãy ngang xương cùng.
- Gãy ngành mu-chậu.
- Gãy ụ ngồi.
- Gãy ngành ngồi-chậu.
- Gãy ngang xương cụt.

Gãy ổ cối:

- Gãy rìa trên ổ cối.

- Gãy rìa dưới ổ cối.
- Gãy rìa ổ cối thành mảnh lớn gây bán trật khớp háng nhẹ.
- Gãy đáy ổ cối, chỏm xương đùi : Gọi là Trật khớp háng trung tâm hoàn toàn.

Gãy khung chậu (gãy vòng đai chậu):

- Gãy một cung:
 - Gãy cung trước(gãy ngành mu-chậu và ngồi chậu, gãy một hay cả hai bên).
 - Trật khớp mu.
 - Gãy cung sau (gãy dọc theo các lỗ xương cùng).
 - Trật khớp cùng-chậu.
 - Gãy cánh chậu.
- Gãy cả 2 cung trước và sau:
 - Gãy khung chậu kiểu Malgaigne (gãy ngành mu chậu-ngồi chậu của cung trước và gãy dọc cánh chậu của cung sau).
 - Gãy khung chậu kiểu Voillemier(gãy ngành mu chậu-ngồi chậu / trật khớp mu của cung trước + gãy dọc xương cùng cụt(gãy cung sau)/trật khớp cùng chậu của cung sau).

- Chụp CT-scanner khung chậu

Chụp CT-scanner khung chậu đáng giá được tổn thương xương, bàng quang, tử cung, đại tràng...

Dựa vào kết quả có thể có quyết định can thiệp

- Siêu âm ổ bụng

Xác định được các tổn thương phối hợp

- Các xét nghiệm cận lâm sàng

Xét nghiệm Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu, đông máu, nhóm máu...

2.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng -
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.

- Xét nghiệm CTM – Đông máu

- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường

- SGOT - SGPT

- Creatinin

- Điện giải đồ

- Điện tim

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Đụng dập phần mềm khung chậu.
- Sai khớp háng.
- Gãy cổ xương đùi.
- Chấn thương bụng kín.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Chống Shock chấn thương

- Điều trị tổn thương phổi hợp
- Cố định xương gãy
- Phòng biến chứng

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Chống rối loạn thần kinh.
- + Sử dụng các thuốc giảm đau: Morphin, Dolacgan, Fentanyl... (chú ý nhịp thở - những bệnh nhân có sọ não tổn thương).
- + Giảm đau toàn thân. Cho thuốc mê hoặc thuốc ngủ, khi có điều kiện đặt NKQ, kết hợp giãn cơ - hô hấp nhân tạo.
- + Phong bế giảm đau bằng lidocain tại ổ gãy.
- + Cố định xương gãy, vận chuyển nhẹ nhàng.
- + Sử dụng các thuốc ức chế thần kinh. (Đồng miên). Chống chỉ định các trường hợp . Huyết áp < 90mmHg; Còn chảy máu; Phát hiện chưa hết tổn thương.

- Chống sốc mất máu
- + Làm ngừng chảy máu (băng ép, garô, kẹp mạch máu, mổ cầm máu.
- + Bỏ sung lại lượng máu đã mất - truyền dịch, truyền máu...
- + Ép tim khi có ngừng tim.
- + Phá rung, thất.
- + Dùng thuốc duy trì trương lực mạch máu.
- Điều trị suy hô hấp.
- + Thở ô xy..
- + Hô hấp nhân tạo.
- + Đặt nội khí quản và mở khí quản.
- Điều trị rối loạn, chuyển hoá.
- + Chống toan.
- + Chống toan kali máu tăng.
- + Truyền đạm, chế độ nhiệt độ thích hợp.

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Gãy một cung(trước hoặc sau) ít di lệch, Nằm bất động 5-6 tuần.
- Gãy hai cung hoặc Gãy kiểu Malgaigne ít di lệch thì Nằm bất động trên giường, gác chân trên giá Braun 4-8 tuần.

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Gãy khung chậu di lệch:
- + Nắn chỉnh bằng xuyên đinh Kirschner qua lồi cầu xương đùi kéo liên tục.
- + Chân đặt trên giá Braun kéo trọng lượng =1/7 trọng lượng cơ thể.
- + Thời gian kéo: 10 -14 tuần,kéo liên tục.
- + Kết hợp người bệnh để mông trên vòng vải bắt chéo giúp cho diện gãy ép vào nhau.
- + Tập vận động khi liền xương.
- Gãy cung trước di lệch nhiều như ngành mu-chậu thì kết xương nẹp vít, đinh chữ U.
- Toác khớp mu kết xương bằng buộc vòng chỉ thép, nẹp vít hoặc cố định khung chậu bằng khung cố định ngoài.

- Vỡ gãy thành sau kết xương nẹp vít.
 - Gãy toác dọc cánh chậu kết xương bằng Vít và nẹp vít.
 - * Điều trị sau phẫu thuật
 - Truyền dịch
 - Truyền dịch thay thế máu
 - Truyền dinh dưỡng đường tĩnh mạch
 - Kháng sinh dự phòng
 - Thuốc sau phẫu thuật
 - + Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....
 - + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...
 - + Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...
 - + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...
 - + Canxi, Vitamine C, D3, ...
 - * Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - Metronidazole 500mg/100ml,...
 - * Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- 3.3. Điều trị dự phòng:
- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
 - Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.
 - Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa điều trị sớm để giảm thiểu các biến chứng do gãy 2 xương cẳng chân.
 - Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
2. Nguyễn Vĩnh Thống TS BS : phác đồ Điều trị gãy khung chậu và ổ cối, tạp chí hội chấn thương chỉnh hình Tp Hồ Chí Minh.
3. Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh
4. Judet R, Judet J, Letournel E. Fractures of the acetabulum: classification and surgical approaches for open reduction. preliminary report. J Bone Joint Surg Am. 1964;46:1615-46.
5. Letournel E. Acetabulum fractures: classification and management. Clin Orthop Relat Res. 1980;(151):81-106.
6. Frank H. Netter, MD Chapter: Musculoskeletal Injuries by Anatomic Site: Pelvis Page: 84
7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018
8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

XXVI. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT ĐÚT GÂN DUỖI BÀN TAY - Mã ICD 10 S62.2

1. ĐỊNH NGHĨA:

Là sự mất liên tục của một hay nhiều gân duỗi của các ngón tay do vết thương vùng bàn tay

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1 Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Kiểm tra tình trạng tổn thương mạch máu (màu sắc đầu chi, nhấp nháy móng) và thần kinh cảm giác (cảm giác 2 bên đốt xa ngón tay)

- Tổn thương gân duỗi

+ Vết thương ở mặt lưng bàn tay hoặc ngón tay, ngón tay bị nghi ngờ có tổn thương gân duỗi khi không duỗi chủ động được ngón tay và không giữ được tư thế duỗi của ngón tay khi người khám đã duỗi thụ động ngón tay đó.

+ Khi vết thương ở mặt lưng khớp liên đốt gần ngón tay, bệnh nhân không duỗi được chủ động khớp liên đốt gần nhưng có thể giữ được tư thế duỗi ngón sau khi được duỗi thụ động -> đứt dải trung tâm gân duỗi.

- Phân độ tổn thương gân duỗi: 8 vùng (ngón I: 5 vùng)

+ Vùng I: khớp liên đốt xa: nơi bám tận gân duỗi

+ Vùng II: ngang đốt 2 các ngón dài (đốt 1 ngón I)

+ Vùng III: khớp liên đốt gần các ngón dài: dải trung tâm gân duỗi

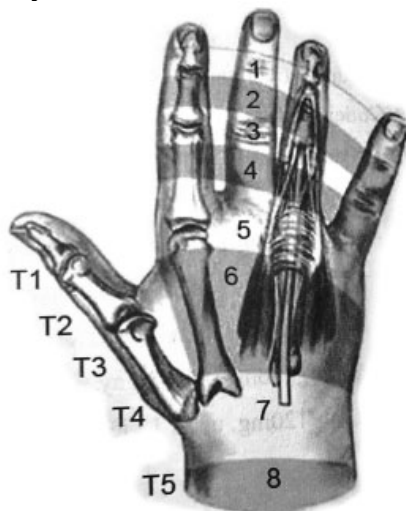
+ Vùng IV: ngang đốt 1 các ngón dài (xương bàn ngón I)

+ Vùng V: ngang khớp bàn đốt các ngón dài

+ Vùng VI: mu bàn tay

+ Vùng VII: cổ tay, trong các khoang của mạc giữ gân duỗi

+ Vùng VIII: cẳng tay



2.1.2. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang đánh giá tổn thương xương kèm theo
- Chụp X – quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Nối gân theo nguyên tắc, mũi nối phải chắc
- Phục hồi chức năng duỗi các ngón tay

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1 Điều trị nội khoa:

3.2.2 Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định

Tất cả các trường hợp vết thương bàn tay có tổn thương gân duỗi đều có chỉ định phẫu thuật cắt lọc vết thương và khâu nối ngay trong cấp cứu

Trong trường hợp vết thương dập nát mất đoạn gân, nguy cơ nhiễm trùng cao thì cắt lọc sạch và khâu vết thương. Dội tình trạng da ổn định sẽ nối gân sau.

Trường hợp có kèm tổn thương gãy xương cần kết hợp xương và nối gân đồng thời

Luôn phải kiểm tra tình trạng mạch máu và thần kinh cảm giác của ngón tay, cố gắng khâu nối tối đa có thể để chức năng của bàn tay có thể phục hồi tốt nhất

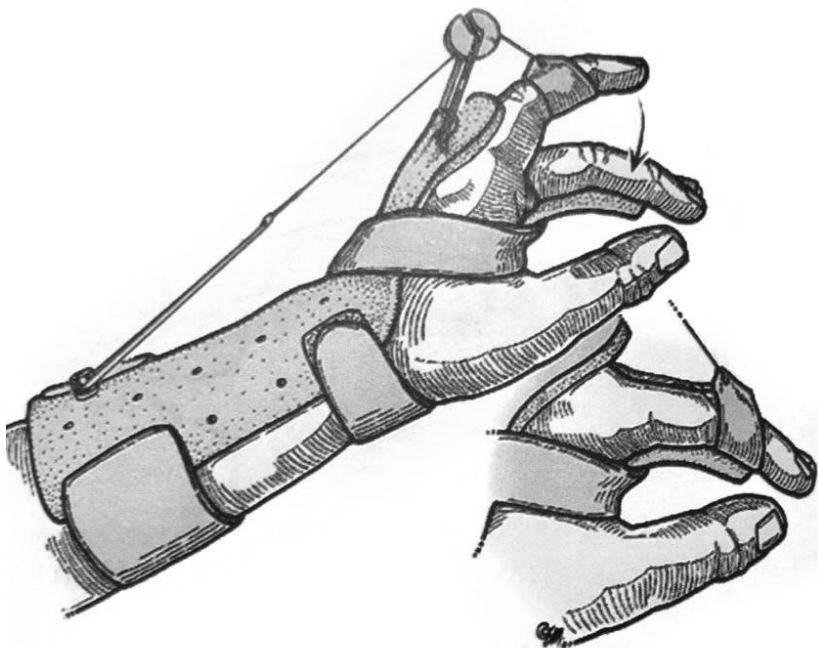
- Chỉ khâu gân

Khâu lõi gân dùng chỉ không tan 3.0 hay 4.0 tùy kích thước gân. Khâu màng gân dùng chỉ không tan 5.0 hay 6.0 tùy kích thước gân

- Cách khâu gân:
- Đính lại nơi bám

gân duỗi

Nẹp bột (như hình)



Thuốc sử dụng

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac, ...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml, ...

*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Theo dõi

+ Sinh hiệu

+ Sưng, đau sau mổ

+ Vận động các ngón tay

+ Dầu bám móng, màu sắc da vùng mổ và đoạn xa

- Vật lý trị liệu

+ Có vai trò rất quan trọng trong phục hồi chức năng

+ Hướng dẫn bệnh nhân tập trong nẹp sớm ngay từ ngày thứ 2 sau mổ

+ Tập vận động thụ động và chủ động có hướng dẫn trong nẹp 6 tuần đầu sau mổ.

Sau đó tập phục hồi sức cơ (tới 3 tháng)

- Tái khám

+ Tái khám sau 1-2 tuần

+ Kiểm tra vận động, cảm giác chi

+ Tập vận động chi

+ Thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau và sưng, ...

- Biện chứng

+ Nhiễm trùng

+ Đứt môi nối

+ Bung rò rỉ

+ Dính gân

3.3. Điều trị dự phòng:

- Phòng ngừa phù nề sau mổ: Sau phẫu thuật cần bắt động tốt phần ngón tay được nối và nâng cao bàn tay nhằm mục đích: giảm phù nề, giảm đau sau mổ, đảm bảo an toàn cho gân bị đứt do giảm sự căng giãn của diện nối gân.

- Phòng teo cơ và biến dạng: Những bài tập phục hồi chức năng như: bài tập thụ động, chủ động có trợ giúp, chủ động có kháng trở phải tùy theo tình trạng bàn tay. Ngay sau khi bệnh nhân rời khỏi phòng mổ cũng đã có chỉ định tập phục hồi chức năng, các động tác được thực hiện tại khoa và được các chuyên khoa phục hồi chức năng hướng dẫn. Tập vận động thụ động sớm để cải thiện đáng kể khả năng vận động của gân, đồng thời sự liên gân vẫn đảm bảo. Kỹ thuật phục hồi chức năng thụ động là kỹ thuật được chỉ định trong các trường hợp không có khả năng tự duỗi tổn thương xương phối hợp, ngón tay có nguy cơ hình móng hoặc hạn chế duỗi và đối tượng trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Những thương tích hở ở bàn tay và ngón tay*
2. *Phẫu thuật bàn tay GS. Đặng Kim Châu - NXB Y học 1982 - Trang 110-191.*
3. *Vết thương bàn tay*
4. *Bùi Văn Đức (2015), Chấn thương chỉnh hình phẫu thuật bàn tay, Nhà xuất bản giao thông vận tải*
5. *Bài giảng chấn thương chỉnh hình. Bộ môn chấn thương chỉnh hình viện Quân Y (2006).*
6. *Bài giảng về vết thương bàn tay dành cho lớp Cao học chấn thương chỉnh hình của GS.TSKH Nguyễn Văn Nhân (1994*
7. *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức 2018.*
8. *Bệnh học chỉnh hình và phục hồi chức năng*

XXVII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT ĐỨT GÂN GẤP BÀN TAY - Mã ICD 10 S66.1

1. ĐỊNH NGHĨA:

Là sự mất liên tục của một hay nhiều gân gấp của các ngón tay do vết thương vùng bàn tay

2. CHẨN ĐOÁN:

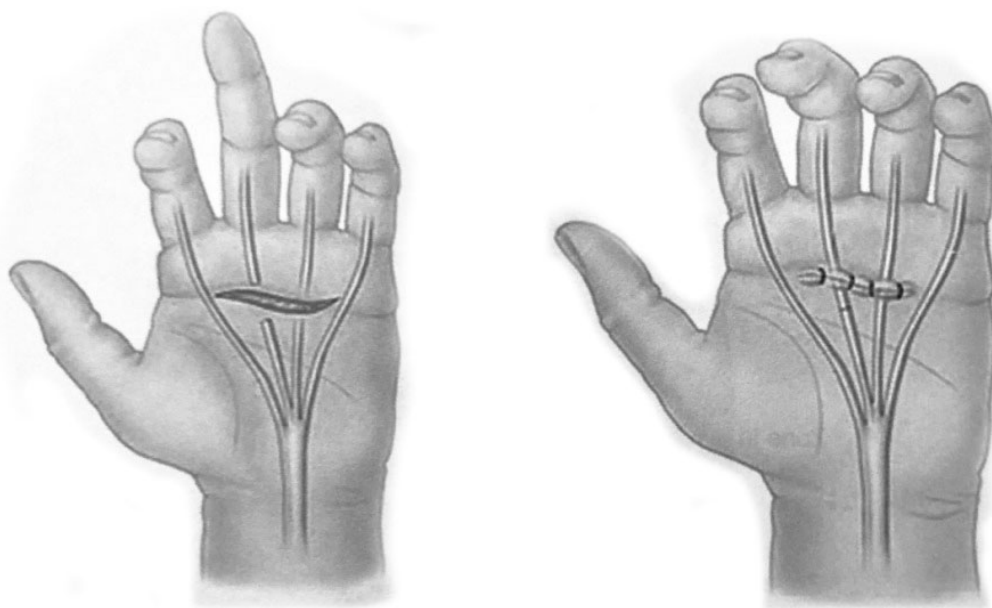
2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Tổn thương gân gấp

+ Vết thương ở mặt lòng bàn tay hoặc ngón tay, ngón tay bị nghi ngờ có tổn thương gân gấp khi không gấp ở tư thế cơ năng trong trạng thái nghỉ của bàn tay.

+ Bệnh nhân không chủ động gấp được cả khớp liên đốt gần và liên đốt xa (khi đứt cả gân gấp nông và gân gấp sâu) hoặc có thể gấp chủ động khớp liên đốt gần nhưng không gấp được khớp liên đốt xa (nếu chỉ đứt gân gấp sâu)



+ Kiểm tra tình trạng tổn thương mạch máu (màu sắc đầu chi, nhấp nháy móng) và thần kinh cảm giác (cảm giác 2 bên đốt xa ngón tay)

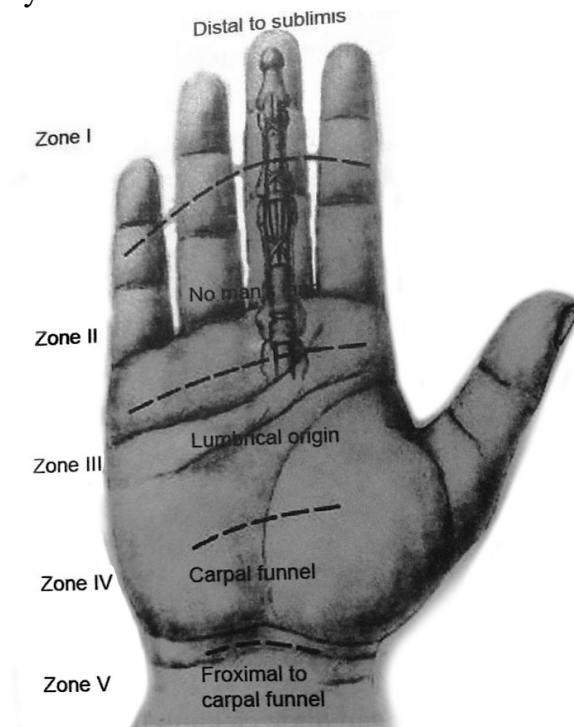
+ Phân độ tổn thương gân gấp: theo 5 vùng (hình vẽ)

- Vùng I: là nơi bám tận của các gân gấp sâu

- Vùng II: là nơi gân gấp sâu và gân gấp nông cùng đi trong ống tạo bởi hệ thống ròng rọc và các xương ngón tay (no man's land). Đây là vùng khó điều trị do ngu cơ dính giữa 2 gân và dính với hệ thống ròng rọc.

- Vùng III: vùng có cơ giun bám vào gân gấp sâu (lòng bàn tay)

- Vùng IV: trong ống cổ tay
- Vùng V: ở cổ tay



2.1.2. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang đánh giá tổn thương xương kèm theo
- Chụp X – quang tim phổi
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2 Chẩn đoán phân biệt:

- Đứt gân duỗi bàn tay
- Gãy xương bàn ngón → chụp Xquang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Phục hồi giải phẫu chức năng gấp ngón tay

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

3.2.2 Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định

Tất cả các trường hợp vết thương bàn tay có tổn thương gân gấp/gân duỗi đều có chỉ định phẫu thuật cắt lọc vết thương và khâu nối ngay trong cấp cứu

Nếu vết thương bàn tay gây tổn thương cả gân gấp nông và sâu vùng II thì ưu tiên nối

gân gấp sâu

Trong trường hợp vết thương dập nát mất đoạn gân, nguy cơ nhiễm trùng cao thì cắt lọc sạch và khâu vết thương. Dội tình trạng da ổn định sẽ ghép gân thì hai.

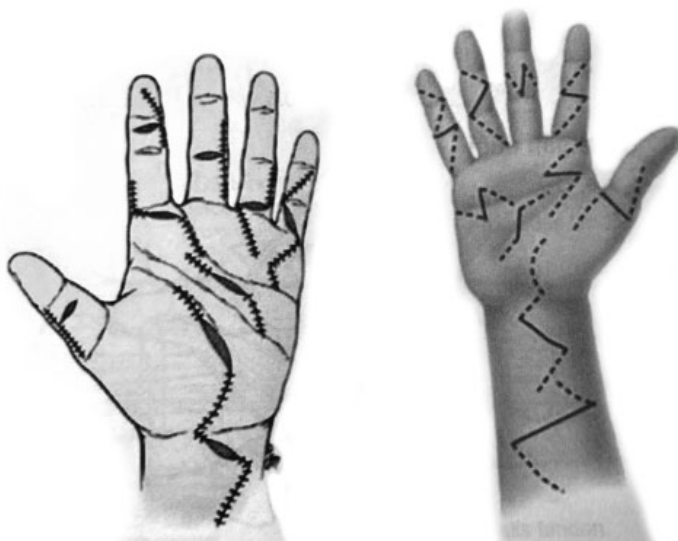
Trường hợp có kèm tổn thương gãy xương cần kết hợp xương và nối gân đồng thời

Luôn phải kiểm tra tình trạng mạch máu và thần kinh cảm giác của ngón tay, cố gắng khâu nối tối đa có thể để chức năng của bàn tay có thể phục hồi tốt nhất

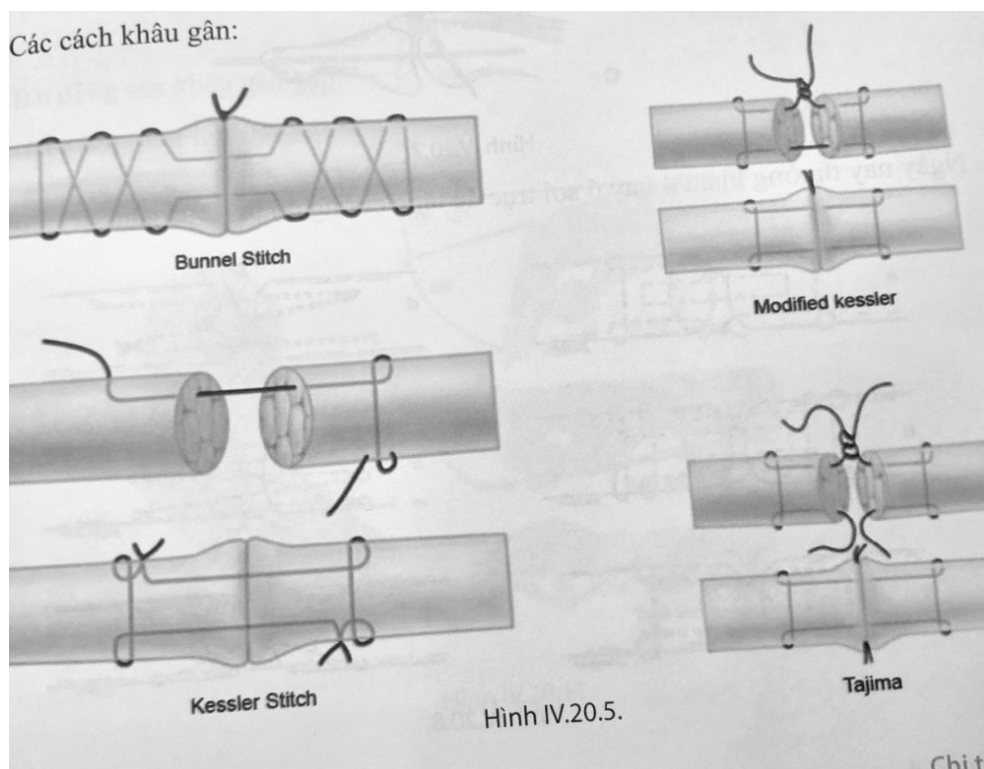
Chỉ khâu gân:

Khâu lõi gân dùng chỉ không tan 3.0 hay 4.0 tùy kích thước gân. Khâu màng gân dùng chỉ không tan 5.0 hay 6.0 tùy kích thước gân

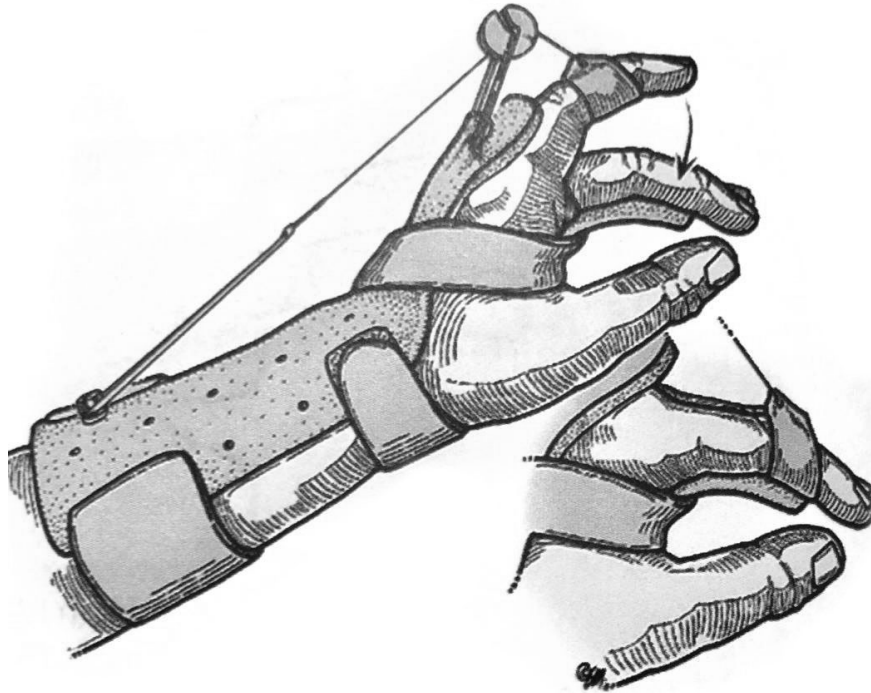
Phương pháp khâu nối gân: đường mổ bộc lộ gân gấp



- Cách khâu gân:



- + Khâu dính nơi bám gân gấp
- + Ngày nay thường khâu 4 hay 6 sợi trục để tăng cường độ bền của gân
- + Khâu màng gân
- + Khâu tái tạoร่อง rọc
- + Bất động sau khâu gân gấp:
- + Nẹp bột (như hình)



Thuốc sử dụng

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml,...

* Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Theo dõi

+ Sưng, đau sau mổ

+ Vận động các ngón tay

+ Dấu bám móng, màu sắc da vùng mổ và đoạn xa

- Vật lý trị liệu
 - + Có vai trò rất quan trọng trong phục hồi chức năng
 - + Hướng dẫn bệnh nhân tập trong nẹp sớm ngay từ ngày thứ 2 sau mổ
 - + Tập vận động thụ động và chủ động có hướng dẫn trong nẹp 6 tuần đầu sau mổ.

Sau đó tập phục hồi sức cơ (tới 3 tháng)

- + Phương pháp điều trị tập vật lý trị liệu sau mổ
 - Tuần 1: chăm sóc vết thương, tập nhẹ trong nẹp động
 - Tuần 2: cắt chỉ, tiếp tục tập thụ động và chủ động trong nẹp
 - Tuần 3-5: tập vận động chủ động trong nẹp
 - Tuần 6: bỏ nẹp tập thụ động và chủ động theo hướng dẫn nhân viên vật lý trị liệu
- Tái khám
 - + Tái khám sau 1-2 tuần
 - + Kiểm tra vận động, cảm giác chi
 - + Tập vận động chi
 - + Thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau và sưng,...

- Biến chứng

- + Nhiễm trùng
- + Đứt mối nối
- + Bung rò rỉ
- + Dính gân

3.3. Điều trị dự phòng:

- Phòng ngừa phù nề sau mổ: Sau phẫu thuật cần bắt động tốt phần ngón tay được nối và nâng cao bàn tay nhằm mục đích: giảm phù nề, giảm đau sau mổ, đảm bảo an toàn cho gân bị đứt do giảm sự căng giãn của diện nối gân.

- Phòng teo cơ và biến dạng: Những bài tập phục hồi chức năng như: bài tập thụ động, chủ động có trợ giúp, chủ động có kháng trở phải tùy theo tình trạng bàn tay. Ngay sau khi bệnh nhân rời khỏi phòng mổ cũng đã có chỉ định tập phục hồi chức năng, các động tác được thực hiện tại khoa và được các chuyên khoa phục hồi chức năng hướng dẫn. Tập vận động thụ động sớm để cải thiện đáng kể khả năng vận động của gân, đồng thời sự liền gân vẫn đảm bảo. Kỹ thuật phục hồi chức năng thụ động là kỹ thuật được chỉ định trong các trường hợp không có khả năng tự gấp, tổn thương xương phối hợp, ngón tay có nguy cơ hình móng hoặc hạn chế duỗi và đối tượng trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Những thương tích hở ở bàn tay và ngón tay
2. Phẫu thuật bàn tay GS. Đặng Kim Châu - NXB Y học 1982 - Trang 110-191.
3. Vết thương bàn tay
4. Bùi Văn Đức (2015), Chấn thương chỉnh hình phẫu thuật bàn tay, Nhà xuất bản giao thông vận tải

5. Bài giảng chấn thương chỉnh hình. Bộ môn chấn thương chỉnh hình viện Quân Y (2006).

6. Bài giảng về vết thương bàn tay dành cho lớp Cao học chấn thương chỉnh hình của GS.TSKH Nguyễn Văn Nhân (1994).

7. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình

8. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020

XXVIII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RÁCH CHÓP XOAY

1. ĐỊNH NGHĨA:

Rách chóp xoay là hiện tượng rách của một hoặc nhiều gân chóp xoay, là nhóm gân bám vào đầu trên xương cánh tay để làm vận động khớp ổ chảo - cánh tay

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Đau: đau mặt ngoài khớp vai, lan xuống cánh tay nhưng thường không quá khuỷu, đau nhiều về đêm, không thể nằm tựa lên vai đau.

- Yếu, mỗi khi vận động, đặc biệt là các động tác gơ tay quá đầu

- Ấn đau lan tỏa vùng mấu động lớn và mấu động bé

- Nghiệm pháp Jobe: cánh tay bệnh nhân dạng và xoay trong kháng lại lực tì của người khám. Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân đau và yếu so với tay đối bên, thường gặp trong rách cơ trên gai.

- Nghiệm pháp Patte: gập khuỷu 90 độ, vai dạng 90 độ, xoay ngoài cánh tay có đôi kháng. Dương tính khi yếu và đau, biểu hiện của rách gân dưới gai hoặc tròn bé

- Nghiệm pháp Gerber: Bệnh nhân ngồi hay đứng, khuỷu gấp 90 độ, bàn tay để sau lưng, kéo tay bệnh nhân ra sau khỏi lưng 5-10cm. Nếu bệnh nhân không giữ tay được và đau vai là nghiệm pháp dương tính, thường gặp trong rách gân dưới vai

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-quang

X-quang thẳng: tay trung tính, xoay trong và xoay ngoài

Thư thể chéo 45 độ (chữ Y)

- MRI

+ Chỉ định MRI dựa vào: thời gian và độ nặng, tuổi và mức độ hoạt động, và nhu cầu của bệnh nhân

+ Chẩn đoán vẫn chưa rõ qua thăm khám và khai thác bệnh sử

+ Không đáp ứng với điều trị bảo tồn và cần đánh giá chính xác tổn thương

+ Lên kế hoạch phẫu thuật.

+ Có thể chụp MRI ngay khi bệnh nhân đến khám nếu có chấn thương và giảm chức năng chi nặng và các bệnh nhân là vận động viên thể thao có đau kéo dài.

- Siêu âm: Khớp vai

- Xét nghiệm CTM – Đông máu

- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường

- SGOT - SGPT

- Creatinin

- Điện giải đồ

- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Thoái hóa khớp vai

- Gãy đầu trên xương cánh tay

Dựa vào Xquang để chẩn đoán phân biệt

- Đứt gân cơ trên vai: dựa vào MRI để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc:

Giảm đau và khôi phục chức năng khớp vai. Có nhiều phương pháp điều trị rách chóp xoay tùy thuộc vào tuổi tác, mức độ.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa

- Chỉ định, phương pháp điều trị

Khi chưa có chỉ định phẫu thuật

- Thuốc sử dụng (ghi cụ thể hàm lượng thời gian dùng)

- + Kháng viêm không phải Steroid: Diclofenac (Voltaren), Meloxicam (Mobic), Piroxicam (Brexin) Celecoxib (Celebrex), Etoricoxib (Arcoxia)

- + Giảm đau: Paracetamol, Tramadol HCl 37.5 + Paracetamol 325 mg (Ultacet), Floctafenine 200mg (Idarac)

- + Giãn cơ: Eserisone Hydrochloride (Myonal), Mephenesin (Decontractyl), Tolperisone Hydrochloride (Mydocalm).

- Thay đổi lối sống

Nghỉ ngơi tránh các yếu tố thúc đẩy bệnh lý.

- Tập vật lý trị liệu

- Theo dõi

Dấu hiệu đau, yếu vai, hạn chế vận động khớp vai

- Tái khám

- + Thời điểm tái khám: mỗi tuần

- + Điều chỉnh tăng giảm liều thuốc tùy tình trạng bệnh nhân

- + Có thể chụp MRI đánh giá lại sau 8 tuần

- + Các cận lâm sàng cần thiết cho mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:

- + Chỉ định

- + Những bệnh nhân có bệnh sử chấn thương và rách chóp xoay được xác định bằng MRI

- + Những bệnh nhân không có tiền căn chấn thương, đau vai tiến triển, có rách chóp xoay được xác định trên MRI, không đáp ứng với điều trị bảo tồn sau 4-6 tháng.

- + Phương pháp phẫu thuật

- + Nội soi thám sát, cắt lọc, mài mỗm cùng, khâu chóp xoay
- + Mổ mở, mini open khâu chóp xoay, tái tạo mỗm cùng.
- + Vật tư tiêu hao
- + Chỉ neo, các ống nhựa, đầu đốt, lưới cắt, lưới mài,... chuyên dụng.
- Thuốc sau phẫu thuật
- + Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....
- + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...
- + Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...
- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...
- + Canxi, Vitamine C, D3, ...
- * Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - Metronidazole 500mg/100ml,...
- * Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Theo dõi
 - + Sau mổ: tổng trạng, đau vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, biến chứng thần kinh mạch máu
 - + Mỗi lần khám: đau, vận động khớp vai, rách lại
- Tái khám
 - + Thời điểm tái khám: tuần 1-2-4-8-12
 - + Các cận lâm sàng cần thiết cho mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám: công thức máu, chức năng gan, chức năng thận, Xquang

3.3. Điều trị dự phòng:

Để phòng ngừa rách chóp xoay khớp vai, cần chú ý những điều sau:

- Khi chơi thể thao: Phải khởi động kỹ khớp vai trước khi chơi, cân bằng giữa tập luyện và nghỉ ngơi, không lặp đi lặp lại quá nhiều những động tác sử dụng cánh tay quá đầu như: chơi bóng chày, golf, cầu lông, quần vợt... Tới khám bác sỹ chuyên khoa khi bị chấn thương khớp vai.
- Nếu có dấu hiệu của bệnh viêm, rách chóp xoay: đau, hạn chế vận động khớp vai... cần đi khám tại cơ sở y tế để được chẩn đoán và điều trị kịp thời, không đắp lá hoặc tiêm khớp vai ở những cơ sở không đủ sự tin cậy .

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tăng Hà Nam Anh (2009), “Điều trị rách một phần và toàn phần chóp xoay qua nội soi. So sánh hai nhóm theo dõi tối thiểu 1 năm”, *Y Dược Học Quân sự*, tập 34, tr. 150-154.
2. Tăng Hà Nam Anh (2012), “Nghiên cứu điều trị rách chóp xoay bằng kỹ thuật khâu gân qua nội soi”, *Đề tài nghiên cứu cấp sở thuộc chương trình Vườn Ươm Sáng Tạo Khoa Học- Công Nghệ Trẻ của Sở Khoa Học Công Nghệ Thành Phố Hồ Chí Minh*, cơ quan chủ trì Trung Tâm Phát Triển Khoa Học Và Công Nghệ Trẻ, nghiệm thu ngày 17/01/2012.

3. Tăng Hà Nam Anh (2012), “Điều trị rách chóp xoay bằng kỹ thuật khâu gân qua nội soi khớp vai”, *Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam*, số đặc biệt, tr. 91-95.
4. Hoàng Mạnh Cường (2009). Đánh giá kết quả sử dụng nội soi và đường mổ nhỏ điều trị rách chóp xoay. *Luận án chuyên khoa cấp II CTCH-Đại Học Y Dược TP.HCM*.
5. Netter F.H [Nguyễn Quang Quyền dịch] (1997). “Chi trên”. In: Netter F.H. *Atlas giải phẫu người*, 2nded, pp. 401. Nhà Xuất Bản Y Học, TP Hồ Chí Minh
6. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
7. *Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020*
8. *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018*

XXIX. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI

Mã ICD 10 M17

1. ĐỊNH NGHĨA:

Thoái hóa khớp là bệnh lý do mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại mô sụn và xương dưới sụn của các khớp hoạt dịch, khớp gối là khớp lớn thường bị ảnh hưởng nhất trong cơ thể. Đặc trưng bởi sự mất tiến triển của sụn khớp (mòn sụn khớp), hình thành chồi xương và xơ xương dưới sụn- gây đau, biến dạng và mất chức năng khớp gối. có thể do nguyên phát (lão hóa) hoặc thứ phát (chấn thương, bệnh lý,...)

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Đau khớp gối là dấu hiệu than phiền chính yếu của bệnh nhân. Đau mặt trước hoặc trong khớp gối, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi, đặc biệt khi chuyển tư thế từ ngồi sang đứng. Giai đoạn đầu đau âm ỉ, không liên tục, xuất hiện khi thực hiện một số động tác đặc biệt như lên xuống bậc thang, ngồi xổm, quỳ gối. Giai đoạn muộn, đau tăng và kéo dài liên tục

- Hạn chế vận động, khó khăn khi thực hiện động tác gập và duỗi gối. Có thể có tiếng “lạo xạo” trong khớp gối khi cử động

- Khớp cứng và khó khởi động sau khi bất động lâu, hoặc vào buổi sáng khi bắt đầu vận động, thường cải thiện nhanh sau khi người bệnh có gắng cử động

- Khớp gối có thể sưng to, có nước nhưng hiếm khi có dấu hiệu viêm nặng. Có thể có khối u vùng khoeo mặt sau khớp gối do thoát vị màng hoạt dịch khớp gối

- Teo cơ ở mặt trước đùi do không vận động

- Biến dạng: chân bị lệch trục, dần dần đưa đến tình trạng mất chức năng vận động

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng

- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch

- Xét nghiệm CTM – Đông máu

- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường

- SGOT - SGPT

- Creatinin

- Điện giải đồ

- Điện tim

- Hình ảnh học:

Xquang quy ước: tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp của Kellgren và Lawrence

+ Giai đoạn 1: gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương

+ Giai đoạn 2: mọc gai xương rõ

- + Giai đoạn 3: hẹp khe khớp vừa
- + Giai đoạn 4: hẹp khe khớp nhiều kèm xơ xương dưới sụn
 - Siêu âm khớp: đánh giá tình trạng hẹp khe khớp, gai xương, tràn dịch khớp, đo độ dày sụn khớp, màng hoạt dịch khớp, phát hiện các mảnh sụn thoái hóa bong vào trong ổ khớp
 - Chụp cộng hưởng từ (MRI): phương pháp này có thể quan sát được hình ảnh khớp một cách đầy đủ trong không gian 3 chiều, phát hiện được các tổn thương sụn khớp, dây chằng, màng hoạt dịch
 - Nội soi khớp: phương pháp nội soi khớp quan sát trực tiếp được các tổn thương thoái hóa của sụn khớp ở các mức độ khác nhau (theo Outbright chia 4 độ), qua nội soi khớp kết hợp sinh thiết màng hoạt dịch để làm xét nghiệm tế bào chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khớp khác

Các xét nghiệm khác

- X-Quang tim phổi
- Xét nghiệm máu và sinh hóa: tốc độ lắng máu bình thường
- Dịch khớp: đếm tế bào dịch khớp <1000 tế bào/mm³
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Đo độ loãng xương BN > 60 tuổi

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Chẩn đoán phân biệt với viêm khớp dạng thấp khi chỉ tổn thương tại khớp gối hoặc khi chỉ biểu hiện tại một khớp: tình trạng viêm tại khớp, có các biểu hiện viêm sinh học (tốc độ máu lắng tăng, CRP tăng,...) và có thể có yếu tố dạng thấp dương tính. Thường được chẩn đoán qua nội soi và sinh thiết màng hoạt dịch

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Giảm đau trong các đợt tiến triển
- Phục hồi chức năng vận động của khớp, hạn chế và ngăn ngừa biến dạng khớp
- Tránh các tác dụng phụ không mong muốn của thuốc, lưu ý tương tác thuốc và các bệnh kết hợp ở người cao tuổi
- Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định:

Thoái hóa khớp giai đoạn sớm, đau vùng gối chưa ảnh hưởng nhiều tới sinh hoạt, tự đi lại được, không giới hạn tầm vận động, Xquang chưa biến dạng thoái hóa khớp nhiều

+ Phương pháp điều trị nội khoa:

Nguyên lý cơ bản: phối hợp nhiều phương thức điều trị, cả không dùng thuốc và dùng thuốc. Khởi đầu:

+ Thông tin, giáo dục cho bệnh nhân: diễn biến tự nhiên của bệnh, ảnh hưởng của hành vi – thói quen sinh hoạt hằng ngày đến bệnh, mục tiêu điều trị,...

+ Giảm cân (nếu thừa cân, BMI ≥ 25): để bảo vệ sụn khớp

+ Tập luyện thể dục thể thao phù hợp: đi bộ dưới nước, tập cơ tứ đầu và biên độ cử động khớp, aerobic,...

- Vật lý trị liệu

Nhiệt điều trị: các phương pháp siêu âm, hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp sóng khoáng, bunn có hiệu quả cao

- Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh: chỉ định khi có đau khớp

+ Thuốc giảm đau:

• Paracetamol: 1-2 g/ngày

• Đôi khi cần chỉ định các thuốc giảm đau bậc 2: Paracetamol phối hợp với Tramadol 1-2 g/ngày

• Nhóm thuốc giảm đau chống viêm NSAIDs : chỉ định giảm đau, kháng viêm tạm thời đối với bệnh nhân. Nếu sử dụng nhóm thuốc này lâu dài phải theo dõi lâm sàng tác dụng phụ như loét dạ dày, tá tràng, và các ảnh hưởng trên chức năng gan, thận,... Cần tiến hành xét nghiệm máu theo dõi chức năng gan, thận định kỳ mỗi 3 tháng. Cần thận khi sử dụng đối với bệnh nhân có tiền sử tim mạch, hen phế quản. Etoricoxib 30-60mg/ngày

• Celecoxib 200mg/ngày

• Meloxicam 7.5-15mg/ngày

• Diclofenac 50-100mg/ngày

• Piroxicam 20mg/ngày...

• Thuốc bôi ngoài da: bôi tại khớp đau 2-3 lần/ngày. Các loại gel như: Diclofenac (Voltaren Emugel),... có tác dụng giảm đau đáng kể và rất ít tác dụng phụ

+ Đường tiêm nội khớp

• Hydrocortisone acetat: mỗi đợt 2-3 mũi tiêm cách nhau 5-7 ngày, không vượt quá 4 mũi tiêm mỗi đợt

• Các chế phẩm chậm: methylprednisolone, betamethasone dipropionate tiêm mỗi mũi cách nhau 6-8 tuần. Không tiêm quá 3 đợt/năm vì thuốc gây tổn thương sụn khớp nếu dùng quá liều

• Acid hyaluronic (AH) dưới dạng Hyaluronate: 1 ống/1 tuần *5 tuần

+ Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm (DMARDs):

Đây là nhóm thuốc điều trị cơ bản có tác dụng chậm (thường sau 2-4 tuần sau khi sử dụng mới có tác dụng) nhưng hiệu quả điều trị được duy trì cả sau khi ngừng điều trị (sau vài tuần đến 2-3 tháng). Tuy nhiên, thường phải dùng kéo dài từ 1-2 tháng hoặc hơn mỗi đợt và cần nhắc lại liệu trình điều trị sau một thời gian nghỉ. Dung nạp thuốc tốt, đường

như ít có tác dụng phụ. Các thuốc thường dùng gồm các loại như Glucosamin Sulfate, Chondroitin Sulfate hoặc dạng phối hợp hai thuốc:

- Acid hyaluronic kết hợp Chondroitin Sulfate : 30ml uống mỗi ngày
- Thuốc ức chế Interleukin 1: Diacerhein 50mg*2 viên/ngày
- Piascledine 300mg*1 viên/ngày

+ Cấy ghép tế bào gốc (Stem cell transplantation):

• Từ huyết tương giàu tiểu cầu (PRP): lấy máu tĩnh mạch, chống đông, ly tâm tách huyết tương sau đó bơm vào khớp gối 6-8ml PRP

• Tế bào gốc chiết xuất từ mô mỡ tự thân (Adipose Derived Stemcell- ADSCs): tách tế bào gốc từ mô mỡ và tách dịch chiết tiểu cầu, thêm dung dịch Adistem và kích hoạt tế bào gốc bằng máy, sau đó tiêm 5ml mô mỡ đã làm sạch và 5ml dung dịch chứa 50-70 triệu tế bào nền vào khớp gối thoái hóa

- Tế bào gốc từ nguồn gốc tủy xương tự thân

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định

Được chỉ định ở các trường hợp bệnh nặng, không đáp ứng với điều trị nội khoa, bệnh nhân đau nhiều làm giảm nhiều chức năng vận động và ảnh hưởng đến sinh hoạt

- Phương pháp phẫu thuật:

+ Phẫu thuật nội soi

- Cắt lọc, bào, rửa khớp
- Khoan kích thích tạo xương (microfracture)
- Cấy ghép tế bào sụn

+ Đục xương sửa trục: ở bệnh nhân trẻ thoái hóa khoang trong gối vẹo trục. Tiến hành cắt xương đùi hoặc mâm chày rồi chỉnh trục

+ Phẫu thuật thay khớp: đối với bệnh nhân lớn tuổi, thoái hóa nặng, đau nhiều, gối vẹo trục, ảnh hưởng tới sinh hoạt. Thường thực hiện thay khớp gối toàn bộ có xi măng loại fix bearing hoặc mobile bearing. Nếu sụn khớp bánh chè mất nhiều có thể tiến hành thay bánh chè

*Sử dụng kháng sinh dự phòng: ca phẫu thuật nội soi, đục xương sửa trục hay thay khớp gối đều mổ chương trình loại mổ sạch còn gọi là loại I- phẫu thuật sạch. Thông thường tiêm trước rạch da từ 30-45 phút tùy phẫu thuật viên duy trì thêm sau mổ từ 5-7 ngày.

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin+Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

* Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

- Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - Metronidazole 500mg/100ml,...
 - * Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ
 - Săn sóc phục hồi chức năng sau phẫu thuật
 - + Giai đoạn sớm (1-2 tuần đầu)
 - Phòng ngừa biến chứng, giảm sưng đau, khôi phục dần tầm vận động khớp, tập vận động nhẹ và an toàn
 - Theo dõi tổng trạng, sinh hiệu, huyết đồ
 - Sử dụng thuốc kháng sinh, giảm đau, kháng đông sau mổ
 - Săn sóc vết mổ, phát hiện sớm tình trạng nhiễm trùng vết mổ nếu có
 - Kiểm tra dẫn lưu, lượng dịch, tính chất dịch, rút ra sau 24-48 giờ từ thời điểm phẫu thuật
 - Chườm lạnh chỗ mổ
 - Tập vận động sớm nhẹ nhàng ngay sau mổ để giảm sưng, giảm nguy cơ huyết khối, chống dính cứng khớp và cải thiện tầm vận động khớp
 - Tập các bài tập làm tăng sức cơ và vận động khớp: tập cơ mông, tập khép và dạng háng, tập cơ tứ đầu, cơ hamstring, duỗi gối tối đa, gập nhẹ gối, tập khớp cổ chân,...
 - Tập chống chân đi lại với nạng hoặc khung đỡ
 - + Giai đoạn từ tuần thứ 3:
 - Tiếp tục tập khôi phục tầm vận động khớp, cải thiện dáng đi, hòa nhập dần với các sinh hoạt ngày thường
 - Tiếp tục các bài tập vận động khớp, khôi phục tầm vận động khớp gối 0-100
 - Bỏ dụng cụ hỗ trợ, tập đi lại chịu lực hoàn toàn bằng chân mới mổ, cải thiện dáng đi
 - Tập các bài tập làm tăng cường sức cơ như trên, ngoài ra có thể tập đạp xe, đi bộ, leo cầu thang,...
 - Tham gia dần dần vào các sinh hoạt thường ngày
 - Biến chứng
 - + Chảy máu vết thương gây mất máu cấp sau mổ
 - + Thuyên tắc phổi gây hội chứng suy hô hấp cấp
 - + Nhiễm trùng cấp
 - + Thuyên tắc tĩnh mạch sâu
 - + Tổn thương động mạch khoeo, thần kinh hông khoeo ngoài
 - + Biến chứng muộn: lỏng khớp, trật khớp, mòn khớp, nhiễm trùng
- ### 3.3. Điều trị dự phòng:
- Trong cuộc sống hàng ngày
- Chống các tư thế xấu trong lao động và sinh hoạt.
 - Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột và sai tư thế khi mang vác, đẩy, xách, nâng...
 - Kiểm tra định kỳ những người làm nghề lao động nặng để bị thoái hóa khớp để phát hiện và điều trị sớm.
 - Chống béo phì bằng chế độ dinh dưỡng thích hợp.

Khám trẻ em, chữa sớm bệnh còi xương, các tật về khớp (vòng kiềng, chân cong). Phát hiện sớm các dị tật của xương, khớp và cột sống để có biện pháp sớm, ngăn ngừa thoái hóa khớp thứ phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Ngọc An. *Bệnh thấp khớp NXB Y học Hà Nội, 1993.*
2. Nguyễn Thị Bay - Nguyễn Thị Ngọc Diệp: *Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc PT 5 trên Thoái hóa khớp – Công trình nghiên cứu khoa học 2000.*
3. Nguyễn Thị Bay và cộng sự: *Nghiên cứu phác đồ điều trị Thoái hóa khớp gối bằng YHCT – Công trình NCKH 2002*
4. Nguyễn Đức Phúc, “Kỹ Thuật mổ thay gối toàn bộ”, *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học, Tr 521-525*
5. Bùi Chí Hiếu. *Dược lý trị liệu thuốc Nam, NXB Đồng Tháp. 1994*
6. Harrison's. *Principles of Internal Medicine 14 th Edition*
7. *Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình*
8. *Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020*

XXX. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP HÁNG

Mã ICD 10 M16

1. ĐỊNH NGHĨA:

Thoái hóa khớp háng là bệnh lý chủ yếu gặp ở người lớn tuổi, là hậu quả của tuổi tác và tình trạng mài mòn khớp kéo dài. Bệnh nhân thoái hóa khớp háng thường bị đau đớn kéo dài, cấu trúc khớp bị biến đổi và thậm chí là tàn phế

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân thường đi lại khó khăn, đi khập khiễng do khớp háng chịu trọng lực cơ thể nhiều nhất.

- Đau:

- Ở giai đoạn sớm: người bệnh bị đau vùng bẹn, sau đó lan xuống đùi, đôi khi có thể xuống khớp gối, ra sau mông hoặc vùng mấu chuyển xương đùi, đau tăng khi cử động hoặc đứng lâu.

- Giai đoạn sau: những cơn đau xuất hiện dồn dập vào buổi sáng khi vừa thức dậy và đau mỗi hơn về chiều tối. Cơn đau xuất hiện khi người bệnh đột ngột chuyển tư thế từ ngồi sang đứng, đau nhiều khi di chuyển.

- Giai đoạn muộn: bệnh nhân đau kể cả khi nghỉ ngơi, đau nhiều vào ban đêm, đặc biệt là khi thời tiết chuyển mùa đột ngột.

- Bệnh nhân thường xuyên cảm thấy mỏi và tê cứng khi vận động hoặc co duỗi khớp háng.

- Giảm biên độ vận động khớp háng, ảnh hưởng đến các động tác sinh hoạt hằng ngày như ngồi xổm, đi vệ sinh, buộc dây giày,...

- Xuất hiện những cơn đau nhói mỗi khi vận động xoay người, gập người hoặc dạng háng, khi nghỉ ngơi hết đau.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng

- X quang tim phổi

- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.

- Xét nghiệm CTM – Đông máu

- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường

- SGOT - SGPT

- Creatinin

- Điện giải đồ

- Điện tim

- Chụp CT scanner hoặc MRI (tùy trường hợp)

Hình ảnh X-quang:

- Hẹp khe khớp: dấu hiệu chứng tỏ mòn sụn khớp
- Mọc gai xương: phát triển ở tất cả các vị trí, ở cả chỏm xương đùi và xương chậu, chính điều này giải thích tại sao các động tác của khớp háng bị hạn chế

- Đặc xương dưới sụn: quan sát được ở vùng chịu lực tỳ đè lớn

- Khuyết xương: cũng thường gặp, đôi khi có kích thước lớn

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy cổ xương đùi

- Gãy liên mấu chuyển xương đùi

Dựa vào X-quang để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

Kiểm soát đau khớp, duy trì khả năng đi lại, giảm thiểu tàn phế, cải thiện chất lượng sống và giáo dục bệnh nhân, đồng thời hạn chế tối đa những độc tính, tác dụng không mong muốn do thuốc gây ra trong điều trị nội khoa.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Các thuốc giảm đau, chống viêm

- Giữ cân nặng cơ thể hợp lý

- Dùng các thiết bị hỗ trợ quá trình di chuyển đồng thời giúp cải thiện chức năng của các khớp như: nạng, xe tập đi, gậy...

- Tập vật lý trị liệu: các bài tập thường có tác dụng giúp tăng cường lưu thông máu, tăng cường sự linh hoạt của các khớp và tăng cường cơ bắp xung quanh hông. Các bài tập được chuyên gia hướng dẫn dành riêng cho bệnh nhân thoái hóa khớp háng bao gồm:

- Bài tập nâng chân cao: Nằm sấp, hai tay chống thẳng lên, hai mũi chân chạm mặt sàn. Người bệnh thoái hóa khớp háng để hai đầu gối chạm xuống đất, từ từ nâng hai chân tạo với mặt sàn một góc 90 độ. Giữ tư thế này trong vòng 10 giây rồi lặp lại trong 10 phút mỗi ngày.

- Bài tập kéo gối: Nằm ngửa, hai đầu gối co lại. Dùng tay kéo đầu gối áp sát vào ngực. Giữ tư thế này trong vòng 10 giây, cần tập hàng ngày để thấy hiệu quả.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:

- Được áp dụng khi các biện pháp nội khoa không có hiệu quả, khả năng vận động bị suy giảm nghiêm trọng với mục đích chính là giảm đau và cải thiện chức năng vận động của khớp háng. Có ba phương pháp đang được áp dụng hiện nay:

- Khoan giảm áp.

- Thay một phần khớp háng được tiến hành khi khớp háng chỉ hư một phần và sụn đã bị bào mòn

- Thay toàn bộ khớp háng được tiến hành để thay khớp háng nhân tạo, có chức năng tương tự như khớp háng tự nhiên. Thường chỉ định trong trường hợp bệnh nhân bị bệnh rất nặng, có triệu chứng đau nhiều và thường là trên 60 tuổi.

Chỉ định thay khớp háng toàn phần:

- Những bệnh lý có thể làm tổn thương khớp háng:
- Viêm xương khớp: làm tổn thương mặt sụn bao bọc đầu xương tại vị trí của khớp
- Viêm khớp dạng thấp: gây ra bởi sự phản ứng quá mức của hệ thống miễn dịch, tổn thương do viêm của bệnh lý này có thể ăn mòn xương và làm biến dạng khớp
- Hoại tử xương: nếu không có đủ máu nuôi đến vùng khớp háng, xương vùng này có thể bị lún và làm biến dạng khớp

- Thoái hóa khớp háng nặng:

- + Kéo dài, không đáp ứng với thuốc giảm đau
- + Đau tăng khi đi lại, ngay cả khi đã chống gậy
- + Đau khiến người bệnh mất ngủ
- + Đau khiến người bệnh gặp khó khăn khi đi lên hoặc xuống cầu thang
- + Đau khiến người bệnh khó đứng dậy được khi đang ngồi

Biến chứng khi thay khớp háng toàn phần:

Biến chứng có thể xảy ra với mọi phẫu thuật là phản ứng không mong muốn với thuốc gây mê, chảy máu nhiều hoặc tạo cục máu đông (huyết khối tĩnh mạch sâu).

Riêng với thay khớp háng toàn phần, người bệnh còn có thể gặp các biến chứng sau:

- Nứt xương đùi
- Tổn thương thần kinh xung quanh khớp háng
- Nhiễm trùng khớp háng
- Lỏng khớp
- Trật khớp
- Chiều dài hai chân chênh lệch

Thay khớp háng là giải pháp “cứu cánh” cho căn bệnh này, khi các biện pháp điều trị khác không phát huy tác dụng. Phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo giúp người bệnh cải thiện chức năng vận động khi bị thoái hóa khớp háng, tạo thuận lợi cho người bệnh tái hòa nhập với cuộc sống thường ngày của gia đình và cộng đồng. Tuy nhiên khi thay khớp háng toàn phần, phần khớp háng nhân tạo không thể hoàn thiện như khớp háng thật của con người, do đó để bảo vệ tốt khớp nhân tạo và phòng ngừa những tai biến có thể xảy ra trước mắt cũng như lâu dài, việc phục hồi chức năng sớm là vô cùng quan trọng và cần thiết.

Sau khi thực hiện thay khớp háng toàn phần, người bệnh có thể về nhà sau 5 đến 10 ngày, dùng nạng hoặc khung tập đi trong vài tuần. Tập luyện đều đặn sẽ giúp người bệnh quay trở lại với các hoạt động bình thường sớm nhất có thể. Hầu hết các trường hợp hồi phục hoàn toàn và đa phần phẫu thuật thay khớp háng toàn phần đều có kết quả tốt.

- Thuốc sau phẫu thuật

- + Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....
- + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...
- + Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...
- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml,...

*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Theo dõi lành vết mổ. tái khám 2 tuần, 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần sau mổ.

- Thời gian lành xương 6-10 tháng.

- Xương gãy dễ di lệch thứ cấp: cần tái khám đều đặn.

- Xương lành có thể hoại tử chỏm sau đó vài năm.

3.3. Điều trị dự phòng:

Trong cuộc sống hàng ngày

- Chống các tư thế xấu trong lao động và sinh hoạt.

- Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột và sai tư thế khi mang vác, đẩy, xách, nâng...

- Kiểm tra định kỳ những người làm nghề lao động nặng để bị thoái hóa khớp để phát hiện và điều trị sớm.

- Chống béo phì bằng chế độ dinh dưỡng thích hợp.

- Khám trẻ em, chữa sớm bệnh còi xương, các tật về khớp (vòng kiềng, chân cong).

Phát hiện sớm các dị tật của xương, khớp và cột sống để có biện pháp sớm, ngăn ngừa thoái hóa khớp thứ phát

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội 2013.

2. Bài giảng chấn thương chỉnh hình học viện quân y.

3. Bệnh học nội khoa tập II. Các Bộ môn nội. 1999. NXB Y học.

4. Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng. Chủ biên Nguyễn Xuân Nghiên. NXB Y học 2002

5. Lê Nghi Thành Nhân (2016), Phẫu thuật can thiệp tối thiểu ứng dụng trong thay khớp hang toàn phần, NXB Đại học Huế

6. Bùi Văn Đức (2008), Hoại tử vô trùng chỏm xương đùi người trưởng thành, Chấn thương chỉnh hình chi dưới, tập II, Tr 179

7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

XXXI. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG CHÉO SAU - Mã ICD 10 S83.5

1. ĐỊNH NGHĨA:

Dây chằng chéo sau là một trong những cấu trúc phần mềm tham gia làm vững khớp gối. Khi dây chằng chéo sau bị đứt nó sẽ làm biến đổi lực tỷ đè và dẫn đến các hậu quả như khớp gối mất vững, rách sụn chêm... và hậu quả cuối cùng là thoái hoá khớp gối.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Đau lòng khớp gối.
- Hạn chế vận động
- Có thể có tràn dịch, tràn máu khớp gối
- Dấu hiệu ngăn kéo sau (+)
- Dấu hiệu Lachman sau (+)
- Dấu hiệu Muller (+)

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng -
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.

- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Chụp cộng hưởng từ

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Đứt dây chằng chéo trước
- Bong chỗ bám dây chằng chéo sau
- Đứt dây chằng bên
- Tổn thương sụn chêm

Dựa vào MRI để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Phục hồi chức năng vận động của khớp gối

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định

+ Đứt bán phần DCCS

+ Đứt DCCS ở bệnh nhân cao tuổi (trên 60) tuổi), trẻ dưới 16 tuổi

- Phương pháp:

+ Chọc hút máu tụ

+ Bất động bằng nẹp gối hoặc bột ống 3 tuần

+ Tập phục hồi chức năng

3.2.2. Điều trị phẫu thuật:

- Chuẩn bị trang bị và dụng cụ:

+ Hệ thống máy nội soi khớp

+ Hệ thống cắt đốt nội soi (arthrocare)

+ Dụng cụ và chỉ chuyên biệt khâu sụn chêm

+ Vít chốt cố định (Endo, XO, Retro,...), vít dây chằng chéo tự tiêu chẹn đường hầm

+ Kim kirschner 2.4 mm dùng để hướng dẫn đường hầm

- Mảnh ghép có thể sử dụng

+ Mảnh ghép tự thân (Autograft): gân cơ thon – bán gân, gân cơ mào dài, gân cơ bánh chè,...

+ Mảnh ghép đồng loại (Allgraft): nếu có

Phương pháp tái tạo dây chằng nội soi: bệnh nhân tuổi từ 16-50, khi sụn tiếp hợp đã hàn, khớp gối chưa thoái hóa

- Chỉ định:

+ Đứt hoàn toàn DCCS kèm mất vững khớp gối dai dẳng

+ Đứt DCCS đơn thuần, kèm rách sụn chêm gây kẹt khớp

- Kỹ thuật tái tạo DCCS 1 bó: bó trước – ngoài

+ Sử dụng 2 vít dây chằng chéo tự tiêu

+ Định hướng khoan đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước – ngoài của DCCS vào mâm chày và mặt ngoài lồi cầu trong xương đùi

+ Luồn mảnh ghép vào đường hầm và cố định bằng 02 vít dây chằng chéo tự tiêu ở cả đùi và chày

+ Sử dụng 01 vít chốt cố định và 01 vít dây chằng chéo tự tiêu

+ Định hướng khoan đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước – ngoài của DCCS vào mâm chày và mặt ngoài lồi cầu trong xương đùi

+ Luồn mảnh ghép vào đường hầm qua vòng treo gân để cố định phía đùi bằng vít chốt cố định

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...
- + Canxi, Vitamine C, D3, ...
- + Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - Metronidazole 500mg/100ml,...

Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.3. Điều trị dự phòng:

- Nẹp Zimmer bảo vệ tư thế gối duỗi
- Chườm lạnh
- Tập gồng cơ, gấp duỗi cổ chân, nâng chân với nẹp
- Đi nạng với nẹp bảo vệ, chịu lực nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Đăng Linh (2015) “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau tại Bệnh viện quân y 103”, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Tr 60 -83.
2. Phùng Văn Tuấn (2014) “Đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau khớp gối bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon qua nội soi” Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Tr 60 – 80.
3. Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh
4. Nguyễn Đức Phúc (2005), “Tổn thương dây chằng khớp gối”, Chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học, Tr 418 – 437
5. Phạm Đăng Ninh – Trần Đình Chiến (2006), Chấn thương vùng gối, Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Học Viện Quân Y, NXB Quân đội Nhân Dân, 117
6. Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế
7. Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình
8. Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017

XXXII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC - Mã ICD 10 S83.5

1. ĐỊNH NGHĨA:

Dây chằng chéo trước là một trong những cấu trúc phần mềm tham gia làm vững khớp gối. Khi dây chằng chéo trước bị đứt nó sẽ làm biến đổi lực tỳ đè và dẫn đến các hậu quả như khớp gối mất vững, rách sụn chêm... và hậu quả cuối cùng là thoái hoá khớp gối.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Đau lòng khớp gối.
- Hạn chế vận động
- Có thể có tràn dịch, tràn máu khớp gối
- Dấu hiệu ngăn kéo trước (+)
- Dấu hiệu Lachman (+)
- Dấu hiệu Pivot shift (+)

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang quy ước: tư thế thẳng tư thế nghiêng -
- Siêu âm mạch máu và động mạch đồ: chỉ định khi có nghi ngờ tổn thương động mạch cần phục hồi.

- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim
- Chụp cộng hưởng từ

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Tổn thương dây chằng chéo sau
- Tổn thương dây chằng bên
- Tổn thương sụn chêm

Dựa vào MRI để chẩn đoán phân biệt

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định
- + Đứt bán phần DCCT

- + Đứt DCCT ở bệnh nhân cao tuổi trên (70 tuổi), trẻ dưới 16 tuổi
- Phương pháp:
 - + Chọc hút máu tụ
 - + Bất động bằng nẹp gối hoặc bột ống 3 tuần
 - + Tập phục hồi chức năng
 - + Kháng sinh dự phòng
 - + Thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid. Uống thuốc giảm đau kháng viêm không chứa Steroid như Indomethacin, Naproxen hay Piroxicam cũng giảm nhẹ cơn đau xương khớp

3.2.2. Điều trị phẫu thuật:

- Chỉ định:
 - + Đứt hoàn toàn DCCT
 - + Đứt bán phần DCCT, kèm rách sụn chêm gây kẹt khớp
- Kỹ thuật tái tạo DCCT 1 bó: bó trước trong
 - Chuẩn bị bệnh nhân:
 - + Giải thích rõ các đường mổ để lấy mảnh ghép
 - + Khám đánh giá lại mức độ lỏng lẻo (chênh vênh) của khớp gối, tầm vận động khớp, mức độ teo cơ: trương lực cơ (đo và ghi hồ sơ so sánh bên lành)
 - + Chỉ số chức năng khớp gối: Lysholm, Turner, IKDC (ghi hồ sơ)
 - Chuẩn bị trang bị và dụng cụ:
 - + Hệ thống máy nội soi khớp
 - + Hệ thống cắt đốt nội soi (arthrocare)
 - + Dụng cụ và chỉ chuyên biệt khâu sụn chêm
 - + Vít chốt cố định (Endo, XO, Retro,...), vít dây chằng chéo tự tiêu chẹn đường hầm
 - + Kim kirschner 2.4 mm dùng để hướng dẫn đường hầm
 - Mảnh ghép có thể sử dụng
 - + Mảnh ghép tự thân (Autograft): gân cơ thon – bán gân, gân cơ mạc dài, gân cơ bánh chè,...
 - + Mảnh ghép đồng loại (Allgraft): nếu có
 - Phương pháp tái tạo dây chằng nội soi: bệnh nhân tuổi từ 16-50, khi sụn tiếp hợp đã hàn, khớp gối chưa thoái hóa, Sử dụng 2 vít dây chằng chéo tự tiêu
 - + Định hướng khoang đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước – trong của DCCT vào mâm chày và mặt trong lồi cầu ngoài xương đùi
 - + Luồn mảnh ghép vào đường hầm rồi cố định phía đùi bằng 01 vít dây chằng chéo tự tiêu, phía chày cũng bằng 01 vít dây chằng chéo tự tiêu
 - + Sử dụng 01 vít chốt cố định và 01 vít dây chằng chéo tự tiêu
 - + Định hướng khoan đường hầm chày và đường hầm đùi theo vị trí bám của bó trước – trong của DCCT vào mâm chày và mặt trong lồi cầu ngoài xương đùi

+ Luồn mảnh ghép vào đường hầm qua vòng treo gân để cố định phía đùi bằng vít chốt cố định

+ Căng và cố định mảnh ghép phía đường hầm chày bằng vít dây chằng chéo tự tiêu, tư thế gối gấp 20-30°

+ Sử dụng 02 vít chốt cố định (kỹ thuật all-inside)

+ Dùng vít chốt cố định ở cả đường hầm đùi và chày, ưu điểm là có thể thiết kế được mảnh ghép có đường kính lớn

- Kỹ thuật tái tạo DCCT 2 bó: bó trước trong và bó sau ngoài

Sử dụng cho mỗi bó 01 vít chốt cố định và 01 vít dây chằng chéo tự tiêu

• Chỉ định phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT 2 bó:

+ Khi trước mổ bệnh nhân có lỏng xoay rỗng (Pivot shift rỗng)

+ Bệnh nhân có khớp gối lớn, dây chằng lớn (có thể thấy rõ qua MRI)

+ Bệnh nhân có mức độ vận động cao, chịu lực xoay nhiều (người chơi thể thao, lao động nặng)

- Sau mổ:

+ Nẹp Zimmer bảo vệ tư thế gối duỗi

+ Rút dẫn lưu sau 24-48 giờ

+ Chườm lạnh

+ Tập gồng cơ, gấp duỗi cổ chân, nâng chân với nẹp

+ Đi nặng với nẹp bảo vệ, chịu lực nhẹ

+ Khi bệnh ổn định thì ra viện, hẹn tái khám và tập vật lý trị liệu theo lịch. Kết thúc điều trị 6-12 tháng, tùy dây chằng tổn thương

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

+ Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml,...

Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

2.4 Theo dõi:

- Các biến chứng sớm

- Kháng sinh toàn thân dùng 5 - 7 ngày

- Rút sonde dẫn lưu sau 48h

- Thay băng 2 ngày/lần

2.5 Tái khám:

Ra viện tái khám theo hẹn

* Biến chứng

- + Tổn thương mạch máu vùng khoeo
- + Liệt do ga rô
- + Tụ máu khớp gối
- + Nhiễm trùng sớm và muộn
- + Dị ứng dụng cụ
- + Tuột mảnh ghép
- + Dẫn mảnh ghép, mảnh ghép bị tiêu hủy

* Tập phục hồi chức năng sau mổ

- Các bài tập trong tuần đầu đến tuần thứ 3 bao gồm

- + Lắc xương bánh chè
- + Gồng cơ tứ đầu đùi
- + Tập duỗi gối thụ động khi ngồi
- + Tập duỗi gối thụ động khi nằm sấp

- + Tập nâng chân

- + Tập co gối

- + Tập dạng háng

- + Tập khép háng

- Tuần lễ thứ 3 - 6

- + Tập đá tạ

- + Tập móc tạ

- + Đá tạ ngồi

- + Đá tạ nằm ngửa

- + Đá tạ nằm sấp

- + Tập đạp xe

- + Đi trên máy tập

- + Tập giậm chân

- + Tập thẳng bằng

- + Bước ngang

- + Bước thẳng

- Tuần lễ thứ 6 trở về sau

- + Phục hồi dáng đi

- + Duy trì việc duỗi gối tối đa, đặc biệt là duỗi háng

- + Bảo vệ mảnh ghép

- + Bắt đầu tập các động tác mang tính chất liên hoàn.

3.3. Điều trị dự phòng:

- Dùng thuốc giảm đau là rất quan trọng ngay sau bị chấn thương khớp gối.

- Các thuốc chủ yếu là nhóm giảm đau Non- steroid.
- Khi có tổn thương hoàn toàn một bên hay cả hai bên dây chằng bên, cần phải được phẫu thuật chỉnh hình tái tạo lại dây chằng bên khớp gối, tùy mức độ nặng nhẹ mà dùng nẹp cố định, bó bột, phẫu thuật...

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế*
2. Nguyễn Văn Quang (1997), “Khám lâm sàng khớp gối”, *Tạp chí y học Tp. Hồ Chí Minh, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.*
3. Nguyễn Đức Phúc (2005), “Tổn thương dây chằng khớp gối”, *Chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học, Tr 418 – 437*
4. Phạm Đăng Ninh – Trần Đình Chiến (2006), *Chấn thương vùng gối, Bệnh học chấn thương chỉnh hình, Học Viện Quân Y, NXB Quân đội Nhân Dân, 117*
5. *Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh*
6. Prentice W E, Voigh ML(2001), *Rehabilitation of the knee, Techniques in musculoskeletal Rehabilitation*
7. *Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017*
8. *Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017*

XXXIII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG SỤN CHÊM KHỚP GỐI - Mã ICD 10 S83.2

1. ĐỊNH NGHĨA:

Khớp gối có hai sụn chêm: sụn chêm trong và sụn chêm ngoài, có tác dụng như 1 tấm đệm giúp giảm lực tải từ lõi cầu đùi xuống mâm chày, ngoài ra còn có tác dụng giữ vững khớp gối.

Khi chấn thương (tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông, chấn thương thể thao,...) làm rách sụn chêm gây đau, hạn chế vận động.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Đau: là dấu hiệu thường gặp. Đau khi đi lại và vận động khớp gối
- Kêu lụp cụp khi vận động khớp gối
- Kẹt khớp: thường do rách kiểu hình quai xách
- Thăm khám: dấu Mc-Murray (+), dấu Apley (+)
- Teo cơ đùi

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang thường quy: chụp hai tư thế thẳng và nghiêng
- MRI khớp gối
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Thoái hoá khớp gối
- Đứt dây chằng chéo khớp gối

Phân biệt dựa vào chụp Phim MRI khớp gối

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc:

Phục hồi tốt chức năng khớp gối

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định:

Bệnh nhân không đồng ý mổ

- Phương pháp điều trị:

+ Mang nẹp trong khoảng 2-4 tuần sau chấn thương, đối với những chấn thương cũ thì không cần mang nẹp

+ Tập vận động khớp gối, tập cơ đùi tránh teo cơ

+ Tập đạp xe đạp, tập bơi

- Thuốc sử dụng:
 - + Thuốc giảm đau:
 - Acetaminophen: Panadol, Efferalgan
 - Acetaminophen 500mg + Codein phosphate 30mg (Efferalgan Codein)
 - Acetaminophen 325mg + Tramadol 27.5mg (Utracet)
 - + Thuốc NSAIDs:
 - Meloxicam (Mobic) 7.5mg
 - Piroxicam (Brexin) 20mg
 - Celecoxib: 100-200mg (Celebrex 200mg)
 - Etoricoxib (Arcoxia) 60mg-90mg-120mg
 - Nabumetone 500mg
 - + Thuốc giảm sưng:
 - Chymotrypsin (Alpha Choay)
 - Aescin 40mg:
 - Liều dùng: uống 2-3 viên/ ngày
 - + Thuốc giãn cơ:
 - Mephenesin (Decontractyl 500mg)
 - Methrocarbazol (Maxophine 750mg)
 - Eperisone Hydrochlorid (Myonal 50mg)
 - + Thuốc hỗ trợ dạ dày:
 - PPI 20mg (Omeprazole,...), uống: 1 viên *1-2 viên/ngày
 - Anti-H2 (Ranitidine,...), uống 1 viên *1-2 viên/ngày
 - Thuốc nâng đỡ tổng trạng
 - Calci D 0,6g, 1 viên *2 lần/ngày
 - Calcitriol 0.25mcg, 1 viên*2 lần/ngày
 - Vitamin C 0.5g, 1 viên *2 lần/ngày
 - Alendronat 70mg 1 viên/tuần
- Theo dõi
 - + Đau
 - + Tầm vận động khớp
 - + Tình trạng teo cơ
- Tái khám
 - + Thời điểm tái khám: mỗi 1-4 tuần tùy tình trạng bệnh nhân
 - + Cận lâm sàng:
 - Xét nghiệm hình ảnh học (MRI, CT scan,...)
 - Xét nghiệm sinh hóa

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định:
 - + Rách sụn chêm gây đau nhiều, hạn chế vận động hoặc gây kẹt khớp
 - + Điều trị bảo tồn thất bại
- Phương pháp điều trị:

Mổ nội soi cắt tạo hình sụn chêm: thường áp dụng cho các trường hợp rách nhỏ vùng trắng (White zone)

Mổ nội soi khâu sụn chêm, phục hồi giải phẫu: thường áp dụng cho những trường hợp rách lớn ở vùng trắng hoặc rách ở vùng đỏ

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

• Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.

• Metronidazole 500mg/100ml,...

*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Theo dõi

Dấu hiệu cần theo dõi:

+ Sinh hiệu

+ Đau

+ Diễn tiến vết mổ

- Tập vật lý trị liệu:

+ Tập vận động khớp ngay sau mổ 1 ngày

+ Giữ nếp, tập đi nặng chống chân đau vào ngày hậu phẫu thứ 2-3

+ Thời gian theo dõi: 3-7 ngày

- Tái khám

Thời điểm tái khám: 7-14 ngày sau khi xuất viện

3.3. Điều trị dự phòng:

- Tránh chấn thương trong trạng thái gấp gối

- Rèn luyện kèm điều trị chống thoái hóa khớp gối

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joseph C. Milne and Richard A. Marder (2001), “Meniscus Tears”, *Chapman’s Orthopaedic Surgery*, page 2299-2309

2. Leigh Ann Curl, “Meniscal Tear: Arthroscopic Outside-in Repair”, *Clinical Orthopaedics*, page 724-731

3. Marc H Rubman, Thomas N. Lindenfeld, “Meniscal Tear: Arthroscopic Inside-out Repair”, *Clinical Orthopaedics*, page 732-740

4. Arthur L. Boland. Stephen R. Southerland, “Arthroscopic Meniscectomy”, *Clinical Orthopaedics*, page 741-749

5. AAOR.org, “Meniscus Tears”.

6. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020

7. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

8. Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình 2017

XXXIV. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN

Mã ICD 10 S42.0

1. ĐỊNH NGHĨA:

Trật khớp cùng đòn (TKCĐ) xảy ra do lực đập trực tiếp lên vai với cánh tay khép hoặc do gián tiếp té ngã trên cánh tay duỗi vì vậy TKCĐ là loại chấn thương thường gặp đặc biệt ở người trẻ do va chạm trong thể thao.

Hiện nay tại Việt Nam do tình hình tai nạn giao thông tăng lên đặc biệt là xe gắn máy 2 bánh gây té đập vai gây ra nhiều tổn thương khớp cùng đòn

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

- Sưng đau vùng khớp cùng đòn, nếu có di lệch nhiều sẽ thấy đầu
- xương đòn nhô cao.
- Dấu hiệu phím đàn dương cầm dương tính.
- Vận động khớp vai đau và hạn chế nhẹ

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang khớp cùng đòn 2 bên
- X-Quang khớp vai tổn thương và không tổn thương tư thế hốc nách
- Chụp MRI vai xác định mức độ tổn thương dây chằng cùng đòn
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy đầu cùng đòn
- Đứt gân cơ trên gai
- tổn thương chóp xoay

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

Việc nắn chỉnh khớp cùng đòn khi bị trật không khó, việc khó là khi nắn về được vị trí bình thường rồi liệu có cố định được hay không. Chính vì vậy việc lựa chọn phương pháp điều trị hoàn toàn phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể, khi đó bác sỹ sẽ đưa ra phương pháp nào mang lại hiệu quả cao nhất

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở...), tại chỗ tiến hành sơ cứu

- Giảm đau toàn thân.
- Bất động tạm thời
- Treo tay gập khuỷu 90 độ

3.2.2. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định:

+ Độ I, II

+ Độ III: nếu bệnh nhân không thuộc nhóm trẻ tuổi hoặc có ngành nghề, thể thao cần vận động vai nhiều

- Phương pháp điều trị:

- + Mang đai treo tay 4-6 tuần
- + Thuốc NSAIDs, Paracetamol
- + Tập vật lý trị liệu
- Theo dõi, tái khám: mỗi 2 tuần

3.2.3. Điều trị phẫu thuật:

- Chỉ định

Độ III: nếu bệnh nhân thuộc nhóm trẻ tuổi hoặc có ngành nghề, thể thao cần vận động vai nhiều

- Phương pháp phẫu thuật

- + Phương pháp phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn 2 bó
- + Dụng cụ phẫu thuật thiếu yếu
- + Dụng cụ lấy gân, dụng cụ đo đường kính và chiều dài gân
- + Micro SutureLasso Needle để giúp luồn mảnh ghép qua các đường hầm xương
- + Khoan điện, mũi khoan 2.5mm, 3.5mm, 4.0mm, 4.5mm và 5.0mm
- + Kim Kirschner 1.8-20mm
- + Dụng cụ chữ T để giúp nắn khớp
- + Chỉ bện không tan số 2

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin +Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

*Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

- Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
- Metronidazole 500mg/100ml,...

*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

Tái khám: vào các thời điểm 1 tuần, 4 tuần, 12 tuần, 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau mổ

3.3. Điều trị dự phòng:

- Hạn chế mang vác nặng, sang chấn do chấn thương vùng vai
- Phải treo tay cố định gấp khuỷu 90 độ

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình của Bộ Y Tế*
2. *Bài giảng chấn thương chỉnh hình của chấn thương chỉnh hình TP Hồ Chí Minh*
3. *Radiopaedia.org: Acromioclavicular injury – Dr Bruno Di Muzio*
4. *Medscape: Acromioclavicular joint injury – update Sep, 06, 2016*
5. *Open AC joint reconstruction – Dr Lenard Funk*
6. *Trật khớp cùng đòn – BSCKI Nguyễn Minh Tú*
7. *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức 2018.*
8. *Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017*

XXXV. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP VAI

Mã ICD10: S43.0

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Trật khớp vai là trật khớp giữa chỏm xương cánh tay và ổ chảo xương bả vai
- Khớp vai có tần số vận động lớn mặt khớp chỏm xương cánh tay lớn gấp 3 lần mặt khớp ổ chảo xương bả vai nên khớp dễ vận động và dễ bị trật khi có chấn thương
- Khớp chỉ di lệch vào trong , gần với trục cơ thể , kết hợp với ra trước ra sau chứ không có di lệch ngoài

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

Sau một chấn thương trực tiếp vào vùng vai.

Đau nhiều vùng vai.

Triệu chứng lâm sàng của kiểu trật khớp vai ra trước điển hình

- Nhìn:

+ Biến dạng điển hình, gù vai, vai vuông, dấu hiệu nhát rìu.

+ Cánh tay dạng khoảng 30 – 40 độ và xoay ra ngoài.

+ Nhìn phía nghiêng rãnh delta ngực không rõ. Chỏm xương cánh tay gồ lên ở phía trước khiến đường kính trước sau vai dày ra.

- Sờ nắn:

Có thể sờ được hõm khớp rỗng, sờ thấy chỏm xương cánh tay di lệch ra trước lồi lên phía rãnh Delta ngực khác hẳn so với bên lành.

- Khám:

+ Mất cơ năng cử động của khớp vai.

+ Khuỷ không thể khép vào thân mình được, khi thử ấn khuỷu khép vào thân mình rồi thả ra, sẽ thấy dấu kháng cự đàn hồi (dấu hiệu lò xo).

- Các thể lâm sàng:

Trong trật khớp vai, dựa vào vị trí của chỏm xương cánh tay so với ổ chảo người ta chia trật khớp vai ra 4 kiểu: ra trước, ra sau, lên trên và xuống dưới.

+ Trong trật khớp vai ra trước có 4 thể:

• Trật khớp dưới mỏm quạ, đây là kiểu hay gặp nhất chiếm khoảng 90% các trường hợp.

• Trật khớp ngoài mỏm quạ hay trật khớp vai trên ổ chảo chiếm khoảng 7% các trường hợp.

• Trật khớp dưới xương đòn.

• Trật khớp trong ngực.

+ Trật khớp cũ >3 tuần

+ Trật khớp vai tái hồi

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang vai thẳng, nghiêng
- CT Scanner có nghi ngờ tổn thương ổ chảo
- Chụp MRI : nếu có nghi ngờ tổn thương dây chằng.
- Xét nghiệm CTM – Đông máu
- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường
- SGOT - SGPT
- Creatinin
- Điện giải đồ
- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Gãy đầu trên xương cánh tay
- Gãy xương bả vai
- Dựa vào hình ảnh X-quang

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Phục hồi tốt chức năng và giải phẫu khớp vai.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

- Giảm đau tại chỗ hoặc toàn thân
- Treo cổ định cánh cẳng bàn tay tư thế cơ năng

3.2.2. Điều trị bảo tồn:

- Chỉ định

+ Trật khớp kín.

+ Trật khớp vai đến sớm (3 tuần trở lại).

+ Trật khớp vai đơn thuần (không có kèm gãy xương vùng vai).

+ Trật khớp vai có kèm gãy xương vùng vai nhưng không di lệch, ít di lệch.

+ Trật khớp vai kèm gãy xương vùng vai di lệch, có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng chưa thể mổ được, hoặc bệnh nhân không đủ điều kiện mổ, không chấp nhận mổ...Trường hợp này cần phải nắn khớp vai vào đã, việc mổ xương tính sau (mổ kết hợp xương có chuẩn bị).

- Chống chỉ định

+ Trật khớp hở chưa xử lý phẫu thuật.

+ Trật khớp vai đến quá muộn (trên 01 tháng).

+ Không phải chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần cân nhắc trong các trường hợp trật khớp vai kèm gãy các xương vùng vai có di lệch (gãy cổ xương cánh tay, gãy máu động lớn, gãy xương bả vai...).

- Phương pháp điều trị

+ Gây tê hoặc gây mê

+ Kéo nắn trật khớp.

+ Bất động khớp vai 3 – 4 tuần.

3.2.3. Điều trị nội:

- Chế độ thuốc

+ Kháng sinh

+ Giảm đau toàn thân

+ Truyền dịch

+ Các thuốc giúp liền xương

- Chế độ dinh dưỡng

+ Nâng cao thể trạng

+ Chế độ ăn bệnh lý đảm bảo dinh dưỡng (trong trường hợp có tiểu đường, cao huyết áp, tim mạch...)

- Chế độ vận động

+ Bất động treo tay 4 - 6 tuần

+ Tập vận động các khớp nhẹ nhàng.

+ Khám lại sau 4 tuần

- Chế độ theo dõi

+ Chụp kiểm tra sau khi nắn bó.

+ Các xét nghiệm cần thiết khác

+ Tập vật lý trị liệu

3.2.3. Điều trị ngoại khoa:

- Chỉ định

+ Trật khớp hở.

+ Trật khớp vai đến muộn (> 3 tuần).

+ Trật khớp vai có kèm gãy xương vùng vai di lệch.

+ Điều trị bảo tồn thất bại.

+ Trật khớp vai tái diễn.

+ Trật khớp vai kèm tổn thương mạch máu thần kinh...

- Chống chỉ định

+ Nhiễm khuẩn vùng vai (trong trật kín).

+ Không phải chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần cân nhắc trong các trường hợp trật khớp vai kèm theo Shock chấn thương hoặc mắc các bệnh nội khoa giai đoạn chưa ổn định.

- Thuốc sau phẫu thuật

+ Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,.....

+ Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac,...

+ Giảm đau: Acetaminophen +/-Codein, Tramadol...

+ Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...

+ Canxi, Vitamine C, D3, ...

+ Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:

- Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
- Metronidazole 500mg/100ml,...

Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

- Biến chứng

+ Tổn thương thần kinh, mạch máu

+ Cứng khớp vai

+ Thoái hóa khớp vai

3.3. Điều trị dự phòng:

Khớp vai là khớp hoạt động rộng rãi nhất cơ thể, cấu tạo giải phẫu có một số điểm yếu nên dễ bị trật khớp. Người đã bị trật khớp vai rất dễ bị lại lần thứ hai, thứ ba... với lực chấn thương ngày một nhẹ hơn lúc ban đầu. Cách dự phòng tốt nhất là rèn luyện thân thể thường xuyên để hệ cơ bắp luôn săn chắc, các khớp hoạt động linh hoạt. Cần tránh những động tác vận động chi thể ở tư thế không thuận lợi vì ở những tư thế đó, chỉ một lực chấn thương nhỏ cũng đủ gây nên hậu quả nặng nề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bùi Văn Đức: Trật khớp vai - Chấn thương chỉnh hình chi trên 2001.
2. Bùi Văn Đức, Trật khớp, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 5, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn ngoại tổng quát, 1998, 342.
3. Trần Văn Bảy, Đại cương về trật khớp, Bài giảng bệnh học chấn thương chỉnh hình và Phục hồi chức năng, lưu hành nội bộ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 59.
4. Trần Đình Chiến – Nguyễn Thanh Dân, Một số sai khớp thường gặp, Bệnh học chấn thương chỉnh hình – Học viện Quân Y, 169-172
5. Neer et al: Shoulder dislocation and Shoulder reconstruction -
6. Philadelphia: WB Saunder 1990 p 299-309.
7. Sách chấn thương chỉnh hình nhà xuất bản y học 2020
8. Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình 2018

XXXVI. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG DẬP NÁT BÀN TAY

Mã ICD 10 S67

1. ĐỊNH NGHĨA:

Vết thương dập nát bàn tay là tổn thương nặng của da, mô mềm và xương của bàn tay, thường do cơ chế dập hoặc do tai nạn giao thông

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng:

Cơ chế chấn thương thường trực tiếp: lực đè, đập vào bàn tay (do máy đập, máy ép máy cuốn, cửa hoặc do tai nạn giao thông với xe đè vào bàn tay, bàn tay chát sát với mặt đường,...)

- Triệu chứng:

+ Vết thương mô mềm dập nát bàn tay, có thể lộ gân xương, cơ,... Chảy máu ít hay nhiều tùy thuộc tổn thương

+ Biến dạng bàn tay, ngón tay: gập góc, lệch trục, đứt gân lìa, đứt lìa,...

+ Tình trạng tưới máu của các ngón tay: màu sắc (hồng, trắng nhợt, tím tái), búp ngón đầy hoặc móp, dấu nhấp nháy móng nhanh (<2 giây) hoặc chậm (>2 giây)

+ Cảm giác đầu ngón tay: bình thường, giảm cảm giác, mất cảm giác.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang thường quy bàn tay tư thế thẳng, nghiêng, có thể chụp thêm tư thế chéo 45° tư thế nửa sấp hoặc nửa ngửa

- Chụp CT – Scanner bàn tay nếu có tổn thương xương phức tạp ở bàn tay

- Chụp tim phổi

- Xét nghiệm CTM – Đông máu

- Glucose với BN > 50 tuổi . BMI > 25 và tiền sử đái tháo đường

- SGOT - SGPT

- Creatinin

- Điện giải đồ

- Điện tim

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Gãy hở xương bàn ngón tay

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Cấp cứu và sơ cứu vết thương bàn tay ngay giờ đầu.. Khi gặp nạn nhân bị vết thương bàn tay ta phải băng ngay bằng băng sạch. Trước khi băng không nên rửa vết thương hay dùng các thuốc sát khuẩn như cồn, thuốc đỏ... mà chỉ lấy bỏ những dị vật ở bên ngoài vết thương mà ta có thể lấy được như đất cát, dầu mỡ, mảnh thép... Sau khi băng ép cầm máu ta nên cố định bàn tay bị thương trên nẹp Crammer hoặc nẹp gỗ cứng bàn tay.

- Tuyệt đối không garo khi sơ cứu các vết thương bàn tay.

- Tiêm thuốc kháng sinh và huyết thanh chống uốn ván càng sớm càng tốt.
- Nếu có điều kiện ta có thể cho bệnh nhân dùng thuốc giảm đau vì nạn nhân bị vết thương bàn tay rất đau và có thể bị choáng. Thông thường có thể cho uống các thuốc giảm đau toàn thân như Morphin. Efferalgan Codein, Feldel, Alaxan..
- Nhanh chóng chuyển bệnh nhân về các trung tâm chấn thương chỉnh hình với hồ sơ ghi chép đầy đủ các thương tổn khám thấy và các thuốc đã dùng...

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Cấp cứu thì đầu:

Sau khi khám, chẩn đoán sơ bộ và đánh giá sơ bộ tình trạng toàn thân (mạch, huyết áp, thở...), tại chỗ tiến hành sơ cứu;

- Chống Shock chấn thương:
 - + Giảm đau toàn thân.
 - + Bồi phụ khối lượng tuần hoàn
 - + Bất động tạm thời
- Giảm đau toàn thân; Dùng các thuốc giảm đau thông thương như Morphin 10mg (Không dùng cho người già > 60 tuổi và trẻ em < 15 tuổi), Paracetamol...
- Truyền dịch: Truyền dịch mặn, Ringer lactac, dịch keo thay thế máu.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:

- Phương pháp điều trị
 - + Phẫu thuật càng sớm càng tốt: rửa sạch + cắt lọc các mô dập nát, hoại tử.
 - + Cố định các xương gãy bằng khung bất động ngoài hoặc xuyên kim Kirschner bên trong. Hạn chế sử dụng nhiều dụng cụ kết hợp xương như nẹp vít khi nguy cơ nhiễm trùng cao. Nếu mất đoạn xương cũng cần cố định chiều dài xương, chờ ổn định sẽ ghép xương thì 2. Chú ý giữ khoảng cách kẽ ngón I-II tư thế dạng để có thể phục hồi chức năng bàn tay dễ dàng hơn.

+ Các tổn thương phần mềm (mạch máu, thần kinh, gân, cơ) phải được thám sát toàn diện, nếu có thể được thì khâu nối ngay thì đầu. Trường hợp dập nát mất đoạn có thể mổ thì 2 sau khi tình trạng vết thương ổn định.

+ Việc đóng da tùy vào độ sạch và mức độ tổn thương mô mềm. Trong trường hợp vết thương thiếu da, cần ưu tiên che phủ các mô quan trọng (mạch máu, thần kinh, xương, gân).

+ Giữ ấm vết thương, khi đánh giá vết thương sạch cần che phủ phần thiếu da bằng các vật da hoặc ghép da (tùy trường hợp).

+ Nếu đánh giá vết thương dơ, nguy cơ nhiễm trùng cao cần cấy dịch thử kháng sinh đồ sớm trước khi sử dụng kháng sinh.

- + Nếu dập nát nhiều + tím tái → Tạo mỗm cụt
- Dụng cụ, vật liệu cần thiết
 - + Khung bất động ngoài dùng cho bàn tay, ngón tay.
 - + Kim Kirschner các loại (có răng 1.0mm, 1.2mm, 1.25mm, kim trơn 1.5mm, 1.6mm, 1.8mm, 2.0mm)
 - + Chỉ thép nhỏ
 - + Các loại chỉ tan chậm, chỉ nylon

- Thuốc sau phẫu thuật
- + Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavulanic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, IV, nhóm Quinolone, Clindamycin, Metronidazole,
- + Kháng viêm giảm đau NSAID: Meloxicam, Diclofenac, ...
- + Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Tramadol...
- + Chống phù nề: Alphachymotrypsin, Senrathiopeptidase...
- + Canxi, Vitamine C, D3, ...
- *Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
 - Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100ml TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
 - Metronidazole 500mg/100ml, ...

*Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

3.2.3 Điều trị nội khoa:

- Chỉ định

Điều trị bệnh nhân hậu phẫu đã xuất viện

- Phương pháp điều trị

- + Tuần 1-2: chăm sóc vết thương, kê cao tay, tập nhẹ trong nẹp
- + 14 ngày: cắt chỉ, tiếp tục tập thụ động và chủ động trong nẹp
- + Tuần 3-6: tập thụ động và chủ động trong nẹp
- + Tuần 6: bỏ nẹp, tập thụ động và chủ động
- + XQ kiểm tra (nếu có tổn thương xương): sau 2 tuần, sau 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần, ...
- + Có thể mổ lấy dụng cụ KHX (nếu có) sau khi có can xương (từ 3-6 tháng)

- Theo dõi

Dấu hiệu cần theo dõi:

- + Đau
- + Sự lành vết mổ
- + Kiểm tra vận động, cảm giác chi
- + Tập vận động chi
- + Thời gian theo dõi: mỗi 1-2 tuần

- Tái khám

Thời điểm tái khám: mỗi 1-2 tuần

3.3. Điều trị dự phòng:

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động gãy xương tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.
- Tiêm thuốc uốn ván trong vòng 12h đầu
- Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đặng Kim Châu (1982), *Phẫu thuật bàn tay*, NXB Y học 1982 - Trang 110-191.
2. *Bài giảng chấn thương chỉnh hình. Bộ môn chấn thương chỉnh hình viện Quân Y (2006).*

3. GS.TSKH Nguyễn Văn Nhân (1994) *Vết thương bàn tay, bài sau đại học chấn thương chỉnh hình, Học viện Quân Y.*
4. *Chấn thương chỉnh hình, nhà xuất bản y học- 2015*
5. *Bộ môn ngoại – ĐHYD TPHCM, Bệnh học và điều trị ngoại khoa, NXB Y học 2002, trg 35- 50.*
6. *Bùi Văn Đức (2015), Chấn thương chỉnh hình phẫu thuật bàn tay, Nhà xuất bản giao thông vận tải*
7. *Một số kỹ thuật cơ bản trong chấn thương chỉnh hình*
8. *Kỹ yếu chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 24 năm 2017*

CHƯƠNG 5: NGOẠI THẬN TIẾT NIỆU

I. SỎI THẬN VÀ SỎI NIỆU QUẢN. (N20)

1. ĐỊNH NGHĨA

Sỏi tiết niệu là bệnh lý liên quan tới hệ tiết niệu, xảy ra khi quá trình bài tiết, các tinh thể kết tinh lâu ngày hình thành sỏi nằm trong hệ tiết niệu gồm đài bể thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Đau vùng mạn sườn thắt lưng : Đây là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm trên 90% số BN, đây cũng là lý do chính BN đi khám bệnh.

Có 2 mức độ

. Đau cấp tính: diễn hình là cơn đau quặn thận, cơn đau xuất hiện đột ngột sau lao động và vận động, vị trí đau xuất phát ở vùng thắt lưng, tính chất đau là đau dữ dội từng cơn đau lan xuống vùng bẹn sinh dục không có tư thế giảm đau. Khi nghỉ ngơi hay dùng thuốc giãn cơ trơn thì đỡ đau.

. Đau mạn tính: bệnh nhân luôn có cảm giác nặng nề, đau tức khó chịu vùng thắt lưng (một bên hoặc hai bên), tính chất đau tăng khi vận động. Loại đau này thường gặp ở bệnh nhân có sỏi thận mà sỏi gây bít tắc không hoàn toàn.

- Đái ra máu Đặc điểm: bình thường đái máu vi thể, sau lao động vận động, xuất hiện đau và đái máu toàn bãi, nước tiểu có màu hồng như màu nước rửa thịt, không có máu cục.

- Đái ra sỏi: đây là triệu chứng ít gặp, nhưng rất có giá trị chẩn đoán.

Một số triệu chứng khác (của biến chứng)

- Đái ra mủ: bệnh nhân đái đục toàn bãi, thường xuất hiện ở những bệnh nhân thận ứ mủ.

- Đái buốt: khi có nhiễm khuẩn niệu.

- Đái rắt: khi có nhiễm khuẩn niệu.

- Sốt: gặp khi bệnh nhân có biến chứng nhiễm khuẩn niệu, thường là sốt cao rét run

- Nhức đầu, nôn và buồn nôn.

- Huyết áp tăng cao.

- Dấu hiệu chàm thận (+), bập bênh thận (+) khi thận giãn to.

- Có thể thấy thận to nổi gồ thành bụng.

- Ấn các điểm niệu quản trên và giữa tương ứng trên thành bụng đau.

- Dấu hiệu rung thận (+): khi thận ứ mủ.

2.1.2. Cận lâm sàng.

Siêu âm:

- Siêu âm xác định được.

- . Kích thước của thận.
- . Độ giãn của đài bể thận.
- . Độ dày mỏng nhu mô thận, tỷ lệ giữa vùng vỏ và tủy của thận.
- . Hình sỏi cản âm trên thận, niệu quản. Kích thước sỏi.

Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị

- Mục đích: Phát hiện hình cản quang trên hệ TN.

- Hình ảnh: . Sỏi thận: Hình cản quang nằm vùng hố thận, chẩn đoán chắc chắn sỏi thận khi có các hình cản quang đặc biệt như hình san hô, hình mỏ vịt.

. Sỏi NQ: Hình thuôn nằm 2 bên CS, theo đường đi NQ.

. Sỏi BQ: Hình tròn đồng tâm nằm trong vùng tiểu khung.

Chụp thận thuốc tĩnh mạch UIV

- Mục đích chụp UIV:

- . Đánh giá chức năng của thận.
- . Đánh giá hình dạng hệ tiết niệu và các hình dị dạng đường tiết niệu.
- . Đánh giá sự lưu thông của hệ tiết niệu.
- . Xác định vị trí của sỏi kể cả sỏi không cản quang

Chụp Cắt lớp vi tính

Xác định các tổn thương như chụp thận thường, UIV nhưng ở mức độ chính xác hơn Ngoài ra đánh giá tình trạng nhu mô thận, giãn đài bể thận.

Chụp bể thận niệu quản ngược dòng

- Chỉ được tiến hành khi UIV chưa xác định rõ vị trí của sỏi.

- Mục đích.

. Xác định lưu thông NQ, vị trí có sỏi nằm trên NQ căn cứ vào hình thuốc hoặc khi dừng lại ở chỗ có sỏi.. Hình dáng NQ.

Chụp MRI :

Trong một số trường hợp chống chỉ định chụp XQ như ở BN có thai thì chụp MRI có giá trị như chụp CT Scanner

Xét nghiệm máu và nước tiểu

- Tìm HC, BC trong nước tiểu
- Tìm các tinh thể như oxalat, phosphat trong nước tiểu
- XN công thức máu:

HC thấp khi: thận mủ, suy thận, đái máu kéo dài, hoặc do suy thận.

BC máu tăng cao gặp khi nhiễm khuẩn niệu nặng như viêm bể thận cấp.

- XN sinh hoá: định lượng urê, creatinin đánh giá tình trạng suy thận.

- Đồng vị phóng xạ.

- Cấy khuẩn niệu: Vi khuẩn (+) khi có nhiễm khuẩn niệu.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán phân biệt khi có cơn đau quặn thận (với các cấp cứu ngoại khoa)

- . Viêm ruột thừa cấp.

- . Đau quặn gan.
- . Tắc ruột cơ học.
- . Thủng dạ dày.
- . U nang buồng trứng xoắn.
- Chẩn đoán phân biệt khi thận to (với các u trong và sau phúc mạc)
- . U Gan to (bên phải), lách to (trái).
- . U đại tràng, u mạc treo, u nang buồng trứng, u nang tụy
- . U quái sau phúc mạc.
- . U thượng thận, u thận.
- Chẩn đoán phân biệt trên X-quang: với sỏi túi mật, hạch vôi hoá, vôi hoá ở mạc treo, vôi hoá buồng trứng.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc, mục tiêu điều trị :

Loại bỏ sỏi ra khỏi đường tiết niệu làm thông đường tiết niệu với mức độ tổn thương hệ tiết niệu ít nhất

Căn cứ để lựa chọn phương pháp điều trị:

- Sỏi: vị trí, hình dáng, kích thước của sỏi.
- Tình trạng thận và hệ TN: chức năng thận, hình dáng đài bể thận niệu quản.
- Các biến chứng do sỏi gây ra.
- Tình trạng toàn thân của bệnh nhân.
- Khi sỏi hai bên mà đều có chỉ định can thiệp, thì căn cứ vào nguyên tắc.
- . Dễ trước, khó sau .
- . Tốt trước, xấu sau.

3.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị cấp cứu thì đầu : Đối với những sỏi gây tắc cấp tính đường bài xuất hệ tiết niệu gây nên cơn đau quặn thận thì điều trị cơn đau bao gồm

Giảm đau nhóm Nonsteroid hoặc nhóm Paracetamol truyền tm

Nếu không đỡ đau, morphin 5mg tiêm tĩnh mạch, nhắc lại sau 10 phút nếu còn đau.

Thuốc chống co thắt cơ trơn : Nospa. Spasfon, Visceralgin

- Điều trị nội khoa tổng xuất sỏi

+ Chỉ định:

- . Trong trường hợp sỏi nhỏ kích thước < 10 mm, nhẵn, thon nhỏ.
- . Chức năng thận còn tốt (trên UIV), lưu thông niệu quản tốt .
- . Sỏi chưa gây biến chứng.
- . Toàn thân bệnh nhân không quá yếu, không có bệnh mãn tính.

+ Phương pháp điều trị: giãn cơ trơn niệu quản, vận động, lợi tiểu uống nhiều nước hoặc truyền dịch nếu cần. Theo dõi sự di chuyển của sỏi , đánh giá kết quả sau 3 – 4 tuần

- Điều trị can thiệp

+ Các phương pháp can thiệp sỏi ít sang chấn:

- * Tán sỏi ngoài cơ thể: (ESWL: Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)
- * Tán sỏi qua nội soi niệu quản (URS) Ureteroscopy:
- *Tán và lấy sỏi qua da: (PCNL: Percutaneous nephrolithotomy)
- * Nội soi sau phúc mạc lấy sỏi (laparoscopy)
- + Phẫu thuật sỏi thận : Các phương pháp phẫu thuật:
 - . Mở bể thận, nhu mô, mở niệu quản lấy sỏi.
 - . Dẫn lưu thận khi: thận ứ mủ, suy thận.
 - . Cắt thận khi: thận mất chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sỏi tiết niệu – hội tiết niệu thận học Việt Nam NXB Y học 2015*
2. *Bài Giảng Bệnh học Nội khoa, 2003. Các Bộ môn Nội- Trường Đại học Y Hà nội, NXB Y học*
3. *Andreassen et al., 1997. Andreassen KH, Dahl C, Andersen JT, et al: Extracorporeal shock wave lithotripsy as first line monotherapy of solitary calyceal calculi. Scand J Urol Nephrol 1997; 31:245-248.*
4. *Deger et al., 2004. Deger S, Tuellmann M, Schoenberger B, et al: Laparoscopic anatomic nephrolithotomy. Scand J Urol Nephrol 2004; 38:263-265.*
5. *Gaur et al., 2002. Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, et al: Laparoscopic ureterolithotomy: Technical considerations and long-term follow-up. BJU Int 2002; 89:339-343.*
6. *Kavoussi et al., 1992. Kavoussi LR, Albala DM, Basler JW, et al: Percutaneous management of urolithiasis during pregnancy. J Urol 1992; 148(pt 2):1069-1071.*
5. *Harmon et al., 1997.*
7. *Harmon WJ, Sershon PD, Blute ML, et al: Ureteroscopy: Current practice and long-term complications. J Urol 1997; 157:28-32.*
8. *David A. Leavitt, MD, Jean J. M. C. H. de la Rosette, MD, PhD, and David M. Hoenig, MD Strategies for Nonmedical Management of Upper Urinary Tract Calculi, Campbell-Walsh Urology eleventh edition 2016 p.1235*
- 9 *Brian R. Matlaga, MD, MPH, Amy E. Krambeck, MD, and James E. Lingeman, MD Surgical Management of Upper Urinary Tract Calculi, Campbell-Walsh Urology eleventh edition 2016 p.1260*

II. SỎI BÀNG QUANG (N21 .0)

1. ĐỊNH NGHĨA :

Sỏi bàng quang là sỏi đường tiết niệu nằm trong lòng bàng quang hoặc trong túi thừa bàng quang nguồn gốc Sỏi từ hệ tiết niệu trên rơi xuống bàng quang. hoặc Sỏi sinh ra tại bàng quang: do các dị vật như chỉ khâu, mảnh đạn, đầu sonde. Do quá trình ứ đọng nước tiểu ở bệnh nhân hẹp niệu đạo, u tuyến tiền liệt, chít hẹp cổ bàng quang, hẹp miệng sáo, túi thừa bàng quang, thương binh cột sống tuỷ sống.

2.CHẨN ĐOÁN .

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng

* Triệu chứng cơ năng

Nổi bật là tình trạng đái ngắt ngừng: bệnh nhân đang đi tiểu đột nhiên tia tiểu tắc lại và đau vùng dương vật. Thay đổi tư thế lại có thể đái được. Ở trẻ em có thể gặp dấu hiệu bàn tay khai.

Đái rắt: đái tăng lần về ban ngày do bệnh nhân đi lại vận động sỏi lăn trong bàng quang gây kích thích đi đái nhiều lần, nghỉ ngơi số lần đi tiểu giảm.

Đái buốt cuối bãi.

Đái đỏ cuối bãi.

*Triệu chứng thực thể

- Thăm trực tràng khi sỏi to lúc bàng quang hết nước tiểu có thể sờ thấy sỏi.

- Thăm khám bằng dụng cụ: làm dấu hiệu chạm sỏi (+). Gõ sỏi bằng Que nong sắt (Bénique) có thấy cảm giác chạm sỏi.

- Soi bàng quang: giúp ta xác định số lượng, hình dáng, kích thước, màu sắc sỏi.

2.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Chụp XQ thận thường

Hình sỏi cản quang hình tròn thường hình tròn, có nhiều vòng đồng tâm trong vùng tiểu khung, trên khớp mu.

- Siêu âm

Hình ảnh sỏi trong bàng quang, thay đổi khi thay đổi tư thế bệnh nhân.

- XN nước tiểu: HC, BC nhiều trong nước tiểu.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- U tuyến tiền liệt.

- U bàng quang.

- Hẹp niệu đạo, chít hẹp cổ bàng quang.

- Bàng quang thần kinh.

- Viêm bàng quang cấp.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị

Loại trừ sỏi ra khỏi bàng quang với tổn thương bàng quang niệu đạo tối thiểu nhất

3.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị nội khoa

Sỏi bàng quang nhỏ mới từ niệu quản rơi xuống có thể điều trị kháng sinh chống viêm, giảm đau giãn cơ trơn để đẩy sỏi ra ngoài.

- Điều trị can thiệp

+ Nội soi.

. Chỉ định: Sỏi bàng quang không đẩy ra được, sỏi kích thước nhỏ < 3 cm.

. Các phương pháp:

Kẹp sỏi cơ học qua nội soi

Tán sỏi bằng siêu âm, Laser ..qua nội soi

+ Tán sỏi qua da: chi phí cao.

+ Tán sỏi ngoài cơ thể: ít áp dụng.

+ Điều trị phẫu thuật

Chỉ định

. Sỏi to >3cm, sỏi rắn, đường niệu đạo không đủ rộng.

. Sỏi bàng quang có kèm theo hẹp niệu đạo, u tuyến tiền liệt, túi thừa bàng quang thì việc phẫu thuật vừa lấy sỏi và giải quyết nguyên nhân chính gây ra sỏi.

Phương pháp phẫu thuật : Mở bàng quang lấy sỏi + dẫn lưu bàng quang trên xương mu. Chỉ đóng kín bàng quang và đặt sonde qua niệu đạo khi nước tiểu trong bàng quang không viêm và sỏi nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sỏi tiết niệu – hội tiết niệu thận học Việt Nam NXB Y học 2015*

2. *Brian M. Benway, MD, and Sam B. Bhayani, MD, MS Lower Urinary Tract Calculi Campbell-Walsh Urology eleventh edition 2016 Pg.1291*

3. *Papatsoris AG, Varkarakis I, Dellis A, et al. Bladder lithiasis: from open surgery to lithotripsy. Urol Res 2006;34:163–7*

III. SỎI NIỆU ĐẠO (N21.1)

1. ĐỊNH NGHĨA

- Sỏi niệu đạo là sỏi tiết niệu nằm trong niệu đạo, nguồn gốc có thể
- Sỏi từ bàng quang ra và mắc lại chỗ hẹp của niệu đạo.
- Sỏi sinh ra tại các túi thừa niệu đạo.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định :

2.1.1. Lâm sàng

- Đái khó
- Đái rắt
- Đái buốt đầu bãi
- BN bí đái cấp tính hoặc đái rỉ, có khi cầu bàng quang (+).
- Sờ dọc niệu đạo từ trong ra ngoài thấy sỏi.
- Thông tiểu bằng thông sắt thấy có chạm sỏi.
- Soi niệu đạo thấy sỏi.
- XN nước tiểu: HC, BC tăng.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Chụp Xquang thận thường: Hình sỏi cản quang nằm ngay khớp mu.
- Siêu âm: hình ảnh sỏi (ít làm).
- Đo niệu động đồ: Cản trở lưu thông nước tiểu (ít làm).

2.2. Chẩn đoán phân biệt.

- U tuyến tiền liệt.
- Hẹp niệu đạo.
- Hẹp cổ bàng quang.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Loại trừ sỏi ra khỏi đường niệu đạo làm cho niệu đạo thông suốt. Căn cứ vào vị trí nằm của sỏi trên niệu đạo để có chỉ định điều trị thích hợp.

3.2 Điều trị cụ thể :

- Điều trị cấp cứu :

Đối với sỏi niệu đạo bít tắc hoàn toàn niệu đạo gây nên bí đái cấp tính thì phải giải quyết cấp cứu thông nước tiểu bằng cách đẩy sỏi vào bàng quang đặt thông niệu đạo hoặc dẫn lưu bàng quang trên xương mu

- Điều trị can thiệp

+ Khi sỏi nằm ở niệu đạo đoạn lỗ sáo hoặc hố thuyền, gấp sỏi qua miệng sáo, có thể mở rộng miệng sáo lấy sỏi.

+ Sỏi nằm ở niệu đạo sau, đẩy ngược viên sỏi vào bàng quang và sau đó giải quyết như sỏi bàng quang.

+ Phẫu thuật trong 2 trường hợp.

. Sỏi mắc kẹt ở niệu đạo không đẩy vào bàng quang được và cũng không lấy theo đường niệu đạo thì phải mở tại chỗ niệu đạo lấy sỏi.

. Sỏi trong túi thừa niệu đạo hay hẹp niệu đạo, phẫu thuật lấy sỏi và giải quyết nguyên nhân tạo hình niệu đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bệnh học ngoại Tiết niệu (Giáo trình giảng dạy – HVQY) 2008*

2. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sỏi tiết niệu – Hội tiết niệu thận học Việt Nam NXB Y học 2015*

3. *Selli C, Barbagli G, Carini M, et al. Treatment of male urethral calculi. J Urol 1984;132:37–42*

IV. CHẤN THƯƠNG THẬN

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương thận bao gồm tất cả các thương tổn của nhu mô thận, đường bài xuất nước tiểu trên và cuống thận do chấn thương

Giới nam thường bị hơn nữ, chiếm 75-80%, do đặc trưng về nguyên nhân của loại chấn thương này (tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt...). Mặt khác nữ giới ít bị chấn thương thận hơn là nhờ có đặc điểm tự nhiên bảo vệ tốt hơn, đó là có tổ chức mỡ quanh thận khá dày che chở cho thận

Tuổi của các nạn nhân thường là trẻ, độ tuổi lao động 46% thuộc lứa tuổi 20-40. Trẻ em ít bị chấn thương hơn nhiều.

Phân Loại

Năm 2000, Hội phẫu thuật chấn thương Mỹ (ASST: American Society for Surgery of Trauma) đưa ra bảng phân loại chấn thương mới gồm 5 độ.

Trên lâm sàng, dựa vào Uroscan (chụp CT Scan có tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch) có thể chẩn đoán chính xác độ chấn thương thận.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng

Sau một chấn thương, nếu có 3 triệu chứng sau đây thì phải nghĩ ngay đến chấn thương thận:

+ Đau vùng thắt lưng: 95% các trường hợp chấn thương thận đều có biểu hiện đau tức và co cứng vùng thắt lưng. Đau tăng theo tiến triển của thương tổn thận (theo sự lớn lên của khối máu tụ, tình trạng tắc đường bài xuất nước tiểu trên do cục máu đọng...), lan lên góc sườn hoành, xuống hố chậu. Thông thường đau giảm dần sau 2 - 3 ngày; nếu đau tăng dần lên là do tiếp tục chảy máu làm khối máu tụ quanh thận to thêm hoặc có tổn thương khác phối hợp. Có thể kèm theo trướng bụng (triệu chứng của tụ máu sau phúc mạc).

+ Đái máu toàn bãi đỏ tươi: Màu sắc của nước tiểu máu cho biết chấn thương thận nhẹ đi hay nặng lên, tiếp tục chảy máu nhu mô hay đã cầm; máu tươi là chảy máu đang tiến triển, máu sẫm màu và nhạt dần là có khả năng cầm máu được. Cần lưu ý rằng không có sự tương xứng giữa mức độ đái máu và thương tổn giải phẫu bệnh của thận, ví dụ trong trường hợp có tổn thương cuống thận (type IV), có thể không có đái máu.

+ Khối máu tụ vùng hố thắt lưng: Khối máu tụ càng lớn càng dễ phát hiện, tổn thương càng nặng. Khám thấy hố thắt lưng đầy hơn bình thường, căng nề và rất đau, co cứng cơ thắt lưng; chứng tỏ vỡ thận có rách bao làm máu chảy ra kèm nước tiểu tụ quanh thận.

Theo dõi khối máu tụ bằng lâm sàng có ý nghĩa quan trọng để đánh giá tiên lượng dập vỡ nhu mô thận.

Ngoài ra, sốc gặp trong 25 - 50% các trường hợp chấn thương thận, do có các tổn thương thận nặng như dập nát thận nhiều, đứt rời một cực thận, đứt cuống thận, đa chấn thương. hoặc trong bệnh cảnh của đa chấn thương phối hợp

Trên thực tế đây chính là dấu hiệu hướng dẫn thái độ điều trị.

Ngay khi bệnh nhân mới nhập viện cần khám để phát hiện các triệu chứng của sốc như: Niêm mạc nhợt nhạt, vã mồ hôi, mạch nhỏ, huyết áp tụt, kẹt... Cần ghi nhận thương xuyên các triệu chứng để theo dõi tiến triển của nó.

Trong trường hợp chấn thương thận đơn thuần có mức độ nhỏ hoặc vừa phải, sốc dễ dàng được khống chế và không tái phát nữa. Ngược lại trước một tình trạng sốc khó kiểm soát, khối máu tụ lớn, cần nghi ngờ chảy máu tái diễn mức độ lớn; nếu dấu hiệu tại chỗ không rõ thì lại phải nghi ngờ có rách phúc mạc làm cho máu chảy từ thận trực tiếp vào ổ phúc mạc; hoặc xa hơn nữa phải nghi ngờ một tổn thương tạng phối hợp.

2.1.2 Cận lâm sàng

- Siêu âm

Có thể thực hiện ở bất cứ giai đoạn nào của chấn thương thận. Trong cấp cứu nó cho thấy mức độ tổn thương của nhu mô thận, có rách bao thận hay không, máu tụ quanh thận sau phúc mạc, giúp phân độ được chấn thương.

Siêu âm làm đi làm lại nhiều lần, trong những ngày sau còn giúp cho việc theo dõi tiến triển sau này.

Về lâu dài siêu âm có thể cho phép phát hiện dễ dàng các hậu quả của chấn thương thận như giãn đài bể thận do đường bài xuất nước tiểu bị bóp nghẹt, teo thận do thiếu máu cục bộ...

- UIV

Không những cho phép đánh giá thận bị tổn thương mà còn biết thận đối diện. Các điều kiện để làm UIV cho một bệnh nhân bị chấn thương thận để có được những hình ảnh tốt:

+ Bệnh nhân đã thoát sốc: (Nếu huyết áp tâm thu thấp hơn 90 mmHg thì phim không đọc được.)

+ Phải tiêm một lượng thuốc cản quang lớn.

+ Phải cố gắng chụp các phim sớm và chậm,

Nếu tôn trọng các điều kiện trên, UIV có thể cho kết quả thương tổn chính xác đến 85%:

- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị : Trên phim chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị phát hiện gãy xương sườn và các máu ngang đốt sống thắt lưng L11 L12, phần mềm (nếu bờ ngoài cơ thắt lưng - psoas - bị xóa mất thì chứng tỏ có khối máu tụ sau phúc mạc). Hạn hữu còn phát hiện ra thận bị chấn thương.

Chụp cắt lớp (Scanner)

Đây là xét nghiệm tốt nhất cho biết chính xác tổn thương thận: Vị trí, mức độ dập nhu mô thận, tụ máu quanh thận, tổn thương đường bài tiết...có thể thực hiện nhanh chóng và không xâm nhập (non-invasif).

- Chụp động mạch thận

Nếu thận bị chấn thương mà cam trên UIV thì phải chụp động mạch thận cấp cứu để xác định có tổn thương động mạch thận hay không. Nếu có thì chỉ có mổ tái lập lưu thông động mạch mới cứu được thận.

Các cận lâm sàng khác trong bệnh cảnh của một đa chấn thương

2.1.3 Các thể lâm sàng

- Thể đa chấn thương

Chấn thương thận thường gặp trong bệnh cảnh của đa chấn thương như : chấn thương sọ não , chấn thương ngực, gan lách, dạ dày ruột ... , chấn thương cột sống chi thể .. vì vậy cần được thăm khám toàn diện tỉ mỉ để phát hiện tổn thương phối hợp xử trí đúng

- Thể chấn thương của thận bệnh lý

Cần biết rằng thận bệnh lý (có sỏi, có u) thì dễ vỡ hơn bình thường do đó nó dễ dàng bị tổn thương ngay cả sau một chấn thương nhẹ. Chỉ định điều trị ngoại khoa đối với chấn thương thận là tùy theo bệnh lý của nó kèm theo, nhớ rằng phải xem xét chức năng của thận đối diện.

- Thể trẻ em

Đa số (75%) chấn thương thận ở trẻ em là thể nhẹ (độ I) và xảy ra trên một tỷ lệ đáng chú ý thận bất thường: thận lạc chỗ, thận xoay không hoàn toàn, thận bất sản, bất thường đoạn nối bể thận - niệu quả, u nguyên bào thận.

2.1.4 Diễn biến và biến chứng

Diễn biến

Ổn định dần

Giảm đau dần, nước tiểu từ màu đá chuyển sang màu nâu rồi vàng. Khối máu tụ không to thêm. Tình trạng toàn thân ổn định. Tổ chức thận bị đụng giập liền sẹo và xơ hóa.

Nặng lên hoặc không ổn định

Đái ra máu tiếp diễn, đái ra máu tươi, máu cục. Khối máu tụ tăng dần lên. Huyết động không ổn định. Phải truyền máu, kháng sinh, bất động tại giường, nếu tình trạng trên không đỡ thì phải mổ.

Có nhiều trường hợp ngay sau chấn thương ổn định dần (như loại A), nhưng đến ngày thứ 7 - 15 lại đái ra máu đá tươi. Đây là do hoại tử tổ chức thận dập nát kết hợp nhiễm trùng. Thường thì phải can thiệp ngoại khoa.

Chấn thương nặng

Vỡ nát thận hay đứt cuống thận: Khối máu tụ tăng lên nhanh; thiếu máu cấp, tổn thương rơi vào sốc nặng. Phải phẫu thuật cấp cứu.

2.1.5 Biến chứng

+ Viêm tấy hố thắt lưng: Sốt cao, đau thắt lưng, sưng nề hố sườn lưng.

Nguyên nhân là do khối máu - nước tiểu tụ sau phúc mạc bị bội nhiễm.

+ Đau lưng kéo dài do viêm xơ thận.

+ Thận ứ nước do viêm xơ quanh niệu quản

+ Cao huyết áp do hẹp động mạch thận.

- + Cao huyết áp do khối máu tụ tổ chức hóa xung quanh bóp nghẹt thận.
- + Thông động - tĩnh mạch thận khi có tổn thương cuống thận
- + Nang nước tiểu nang này thường thông thương với bể thận, nhưng mặt trong không được lót bởi biểu mô đường tiết niệu.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị :

Điều trị phối hợp trong bệnh cảnh chấn thương phối hợp tổn thương các cơ quan khác . đối với chấn thương thận làm ngừng chảy máu , bảo tồn thận tối đa có thể. Điều trị bảo tồn nội khoa hay can thiệp phẫu thuật phải dựa vào các yếu tố sau:

Diễn biến của đái máu.

Tiến triển của khối máu tụ quanh thận.

Kết quả của UIV, siêu âm.

3.2 Điều trị cụ thể

- Điều trị hồi sức cấp cứu thì đầu : Tùy tình trạng bệnh nhân và các tổn thương cơ quan khác phối hợp để quyết định điều trị cụ thể như :

Hồi sức tuần hoàn

Hồi sức hô hấp

Hồi sức sọ não

Chống sốc, truyền dịch giảm đau, truyền máu thở ô xy, cố định các tổn thương xương gãy . v.v

- Điều trị nội khoa bảo tồn

+ Chỉ định cho chấn thương thận độ I, II, III

Tình trạng bệnh nhân ổn định: Mạch, huyết áp, hồng cầu, Hct ít thay đổi.

Đái ra máu giảm dần.

Khối máu tụ không tăng hơn.

UIV: Thận còn tiết thuốc tốt, thuốc cản quang có thể tràn ra quanh thận nhưng không đáng kể.

+ Phương pháp

Bất động bệnh nhân tại giường.

Truyền máu, truyền dịch nếu cần.

Giảm đau.

Kháng sinh.

Sau 7 ngày chụp UIV hay Scanner để đánh giá kết quả điều trị.

- Điều trị can thiệp ngoại khoa

+ Chỉ định

Mô cấp cứu: Mô ngay sau khi các xét nghiệm (UIV, siêu âm) cho thấy có tổn thương nặng nề.

Đứt cuống thận (độ IV).

Dập nát thận nhiều gờ chảy máu ồ ạt ra quanh thận

Có tổn thương các tạng đặc khác phối hợp (gan, lách).

Mổ cấp cứu trì hoãn: 7 - 15 ngày sau các trường hợp điều trị nội khoa không ổn định, diễn biến nặng lên như đái ra máu tăng.

Khối máu tụ to lên.

Toàn thân thay đổi: Sốc mất máu.

X quang (UIV, Scanner): Dập vỡ một cực thận, một phần thận không ngấm thuốc, thuốc cản quang tràn ra xung quanh thận nhiều hơn.

Đái ra máu tái phát dự đó điều trị nội tích cực.

+ Phương pháp

Đường mổ sườn lưng hay qua phúc mạc vào trực tiếp cu ng thận.

Kiểm tra đánh giá thương tổn. Tùy theo thương tổn mà có các thủ thuật thích hợp.

Khâu cầm máu, lấy máu tụ quanh thận.

Cắt thận một phần, một cực thận bị dập nát, đứt rời.

Tái lập lưu thông động mạch thận và các thành phần khác nếu có đứt cu ng thận.

Cắt thận khi vỡ nát thận hoặc đứt cu ng thận tới mu n thận đó hoại tử.

Khi có chỉ định cắt thận thì phải chắc chắn thận đối diện có chức năng.

+ Kết luận

Để có thể bảo tồn tối đa tổ chức thận khi làm phẫu thuật đối với thận chấn thương, phải mổ cấp cứu khi xác định có tổn thương động mạch thận, cố gắng không mổ cấp cứu đối với các tổn thương vừa phải đơn thuần mà nên mổ cấp cứu trì hoãn từ ngày thứ 7-15 trong điều kiện thuận lợi, trường hợp phải mở bụng cấp cứu vỡ tổn thương nội tạng nặng kết hợp, phải chọn lựa một chiến lược phẫu thuật để bảo tồn thận.

Để dự phòng chấn thương thận trong cộng đồng thì trong lao động phải sử dụng các phương tiện bảo hộ lao động cho vùng thắt lưng.

Khi sử dụng ô tô, xe máy thì phải mang đai thắt lưng, nịt an toàn để làm giảm thiểu chấn thương thận có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Chấn Thương Và Vết Thương Thận”, Phác Đồ Điều Trị 2013 Phần Ngoại Khoa Bệnh Viện Chợ Rẫy
2. Emil A.Tanagho, Jack W.McAninch (2012) “Injuries to the Genitourinary Tract”, *Smith’s General Urology 16th Edition, McGraw-Hill, chapter 17, pp 330-349.*
3. Jack W.McAninch (2011) “Genitourinary Trauma”, *Campbell-Walsh Urology, 11th Edition, Saunders, An Imprint of Elsevier, Chapter 83, volume 4, pp: 3707-3744*
4. R.A. Santucci, E.Serafetinidis, L.N.Turkeri, M.Hohenfellner (2012) *Guidelines on Urological Trauma. European Association of Urology(EAU).*

V. VỠ BÀNG QUANG

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng tổn thương thành bàng quang do tác động ngoại lực. Vỡ bàng quang là bệnh lý cấp cứu niệu khoa, cần phải được chẩn đoán sớm và chính xác để điều trị kịp thời.

Các dấu hiệu lâm sàng của vỡ bàng quang tương đối ít nổi bật nên thường được chẩn đoán tương đối muộn

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng

Triệu chứng chung

- Choáng: Là triệu chứng xuất hiện đầu tiên, nhất là trong vòng nửa giờ đầu sau chấn thương khi kèm đa chấn thương, đặc biệt là khi có gãy xương chậu.

- Đau vùng hạ vị: Bệnh nhân thấy đau nhói vùng hạ vị và lan đến hai hố chậu.

Thăm khám sẽ có dấu hiệu phản ứng thành bụng.

- Buồn tiểu nhưng không tiểu được, có trường hợp bệnh nhân tiểu được 20-40ml nước tiểu có lẫn máu.

- Xuất huyết niệu đạo.

- Đặt thông tiểu: Chỉ ra khoảng 20-40ml nước tiểu có lẫn máu. Bơm rửa bàng quang sẽ thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào, trừ trường hợp ống thông chui qua lỗ thủng vào ổ máu tụ hoặc vào phúc mạc.

Triệu chứng đặc hiệu

Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Tiếng kêu Douglas. Gõ đục hai bên hông. Đặt thông tiểu chỉ ra ít nước tiểu lẫn máu. Bơm nước vào bàng quang thấy nước tháo ra ít hơn nước bơm vào. Sau 24 giờ sẽ có dấu hiệu chướng bụng và phản ứng thành bụng lan khắp bụng.

Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Các dấu hiệu của gãy cung trước xương chậu. Phản ứng thành bụng ở vùng hạ vị nhưng không lan đến thượng vị. Thông tiểu thấy ít nước tiểu lẫn máu đỏ hoặc toàn máu đỏ nếu đầu thông vào ổ máu tụ. Sốt cao sau 24 giờ. Sau 72 giờ sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân sốt cao mach nhanh, lơ mơ, bạch cầu tăng cao trên 20.000, vùng hạ vị sẽ có hiện tượng phù nề lan đến lớp tế bào dưới da và có thể xuống bìu.

Sau một vết thương, bệnh nhân có tiểu máu dù bất kỳ mức độ nào cũng phải đánh giá cẩn thận: thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Tổn thương bàng quang được gợi ý bởi quỹ đạo của dao hoặc đạn. Tất cả những bệnh nhân tiểu máu nghi từ bàng quang phải được chụp X quang bàng quang hoặc thám sát trong mổ.

Sau một chấn thương, đau lan bụng vùng hạ vị, phản ứng thành bụng, bầm tím, phải nghĩ đến tổn thương bàng quang. Tuy nhiên những dấu hiệu trên khó phân biệt với nhưng

triệu chứng của gãy xương chậu.

2.1.2 Cận lâm sàng

Sinh hóa

- CTM: xem tình trạng nhiễm trùng và mất máu của bệnh nhân.
- Creatinin máu có thể tăng khi có sự hấp thụ chất này vào màng bụng từ nước tiểu trong ổ bụng.
- TPTNT, cấy nước tiểu làm kháng sinh đồ.

Siêu Âm

Có thể thấy dịch ổ bụng, lòng bàng quang ít dịch. Ngoài ra có thể thấy những tổn thương đi kèm.

X.quang

- Bụng không chuẩn bị: Có thể thấy gãy xương chậu, nước giữa các quai ruột
- Chụp cystography

Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Thấy thuốc cản quang lan toả vào giữa các quai ruột. Tháo hết thuốc cản quang chụp sẽ thấy: Thuốc ứ đọng ở hai hốc chậu. Hoặc thuốc đọng ở túi cùng Douglas.

Vỡ bàng quang dưới phúc mạc: Bàng quang có hình giọt nước. Thuốc cản quang đọng lại ở hai hốc chậu ngoài bàng quang. Thuốc đọng lại ở khớp mu sau khi tháo thuốc ra.

Bơm hơi vào bàng quang sẽ thấy liềm hơi dưới hoành ở những bệnh nhân vỡ bàng quang trong phúc mạc.

CT cystography: dùng để phân biệt các tổn thương hoặc nguyên nhân khác gây đau bụng.

Chẩn đoán phân biệt

Chấn thương thận.

Chấn thương niệu đạo.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị :

Phục hồi lại sự toàn vẹn của thành bàng quang và bảo đảm chức năng của bàng quang

3.2 Điều trị cụ thể

- Xử trí cấp cứu ban đầu

Điều trị sốc chấn thương và mất máu: thuốc giảm đau, an thần, truyền dịch và máu sau khi xét nghiệm máu.

Điều trị nội khoa bảo tồn : theo dõi lâm sàng, dẫn lưu nước tiểu liên tục và kháng sinh dự phòng.

Đây là điều trị tiêu chuẩn cho vỡ bàng quang ngoài phúc mạc không phức tạp do chấn thương kín hoặc sau TURB, hoặc sau các phẫu thuật khác mà không được phát hiện trong lúc mổ).nhưng với điều kiện không có viêm phúc mạc và tắc ruột.

Điều trị can thiệp Ngoại khoa

Phương pháp được sử dụng nhiều là khâu bàng quang 2 lớp bằng chỉ tan (lớp cơ và lớp thanh mạc).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy (1985), *Vết thương bỏng da do hoả khí*, *Niệu học tập I*, Nhà xuất bản y học, Tr 393-401.
2. Trần Lê Linh Phương (2003), *Điều trị chấn thương đường niệu dưới phức tạp trong gãy khung chậu nặng*, *Luận án tiến sĩ y học*.
3. Trần Văn Sáng (1998), *Vỡ bàng quang*, *Bài giảng bệnh học niệu khoa*, Nhà xuất bản Cà Mau, Tr45-61
4. Dương Quang Trí (2002), *Điều Trị Chấn Thương Niệu Sinh Dục*, *Niệu học lâm sàng*, Nhà xuất bản y học, Tr 282 – 292.
5. Lê Ngọc Từ (2003), *Chấn thương bàng quang*, *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, Tr166-171.
6. Allen F. Morey (2012), *Genital and Lower Urinary Tract Trauma*, *Campbell – Wash Urology, 10th Edition*, volume 3, pp: 2507-2520.
7. Jack W.McAnich (2008), *Injuries to the Genitourinary Tract*, *Smith's General rology, 17th Edition*, The McGraw – Hill Compapies, pp: 278-296.
8. EAU guidelines on Urological Trauma 2016.

VI. CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương và vết thương niệu đạo là những tổn thương đụng dập hoặc rách niệu đạo do tác động từ ngoài hoặc tổn thương bên trong sau chấn thương vỡ khung chậu

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng :

Có thể nghi ngờ bệnh nhân có chấn thương/vết thương niệu đạo khi căn cứ vào hoàn cảnh xảy ra chấn thương, kết hợp với những triệu chứng phối hợp của bệnh nhân như sau:

- Chảy máu ở miệng niệu đạo
- Máu ở âm hộ (ở nữ)
- Tiểu máu
- Tiểu đau
- Tiểu khó hoặc bí tiểu
- Phù nề hoặc máu tụ tầng sinh môn
- Thăm trực tràng: tuyến tiền liệt di chuyển lên cao hoặc không sờ thấy (ở nam)

2.1. 2. Cận lâm sàng

- Chụp niệu đạo ngược dòng (RUG): tiêu chuẩn vàng
- Siêu âm: giúp đánh giá các thương tổn phối hợp chấn thương niệu đạo
- CT scan và MRI: không phải là một phần của đánh giá ban đầu
- Nội soi niệu đạo: dùng thay thế chụp niệu đạo ngược dòng ở nữ

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Hồi sức chống sốc, chống nhiễm trùng
- Xác định vị trí chảy máu từ các cơ quan
- Xử trí thương tổn tại niệu đạo, tùy tình huống mà có thái độ xử trí khác nhau.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1 Nguyên tắc điều trị : bảo đảm sự toàn vẹn và sự thông suốt cho niệu đạo giúp bệnh nhân có thể đi tiểu qua niệu đạo

3.2.2 Điều trị cụ thể

a. Niệu đạo trước

- Chấn thương kín
 - + Xử trí cấp cứu: tạo hình niệu đạo cấp cứu hoặc sớm không có chỉ định, tốt nhất là chuyển lưu nước tiểu trên xương mu. Trường hợp rách niệu đạo một phần, có thể chuyển lưu trên xương mu hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng.

+ Điều trị tiếp theo: Sau khi những thương tổn kết hợp phục hồi và tình trạng chấn thương niệu đạo ổn định, tiến hành chụp lại niệu đạo ít nhất sau 3 tháng để đánh giá:

- Đoạn hẹp ngắn và nhẹ: có thể nội soi cắt trong hoặc nong niệu đạo.
- Hẹp nặng, đoạn hẹp < 1cm: phẫu thuật tạo hình có thể nối tận – tận,
- Hẹp nặng, đoạn hẹp ≥ 1cm: tạo hình bằng mảnh ghép hoặc vật da có cuống (nối tận – tận sẽ bị cong dương vật).

- Vết thương

+ Xử trí cấp cứu:

Nam: vết thương niệu đạo thường phối hợp với thương tổn ở dương vật và tinh hoàn, do đó cần thiết phải phẫu thuật thám sát. Trong phẫu thuật, có thể thám sát và nối niệu đạo nếu cần thiết.

Nữ: vết thương niệu đạo thường kết hợp rách âm đạo và bàng quang. Do đó được phẫu thuật kết hợp ngay thời điểm ban đầu.

Bắt buộc sử dụng kháng sinh chu phẫu.

+ Điều trị tiếp theo: Trong trường hợp đoạn vỡ lệch xa 1-1,5cm thì việc nối lại sớm không khả thi. Nên mở 2 đầu đoạn vỡ ra da để chuẩn bị cho tạo hình niệu đạo 2 thì. Phẫu thuật lại sau ít nhất 3 tháng.

b Niệu đạo sau

- Chấn thương

+ Xử trí cấp cứu:

* Vỡ niệu đạo một phần: mở bàng quang ra da hoặc đặt thông niệu đạo vô trùng nhẹ nhàng. Chụp niệu đạo lại sau 2 tuần khi vết thương lành.

* Vỡ niệu đạo hoàn toàn: việc đầu tiên là mở bàng quang ra. Việc điều trị tiếp theo còn phụ thuộc vào bệnh lý và tổn thương phối hợp.

* Sau khi mở bàng quang ra da, có thể lựa chọn những phương pháp điều trị sau:

* Nội soi làm thẳng hàng niệu đạo

* Mở mở làm thẳng hàng niệu đạo trong trường hợp có kèm thương tổn cổ bàng quang và trực tràng

*Lưu ý: Tạo hình niệu đạo sớm không được chỉ định.

+ Điều trị tiếp theo

• Tạo hình niệu đạo trì hoãn sớm (trong vòng 2 tuần sau chấn thương: được chỉ định ở nữ, nhưng thiếu bằng chứng tính hiệu quả ở nam giới)

• Tạo hình niệu đạo trì hoãn là tiêu chuẩn vàng (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)

• Nội soi cắt trong niệu đạo trì hoãn (ít nhất 3 tháng sau chấn thương)

- Vết thương

* Xử trí ban đầu: Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, mở mở nối niệu đạo nên được thực hiện.

• Điều trị trì hoãn: Trường hợp tình trạng bệnh nhân không ổn định hoặc có những thương tổn khác ngoài hệ niệu cần can thiệp cấp cứu thì chỉ mở bàng quang ra da, chỉnh sửa niệu đạo có thể được trì hoãn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ackerman AL, Blaivas J, Anger JT. Female Urethral Reconstruction. *Curr Bladder Dysfunct Rep* 2010; 5:225–232.
2. Goldman SM, Sandler CM, Corriere JN Jr, McGuire EJ. Blunt urethral trauma: a unified anatomical mechanical classification. *J Urol* 1997; 157: 85–89.
3. Martínez-Pinheiro L, Djakovic N, Plas E, Mor Y, Santucci RA, Serafetinidis E, Turkeri LN, Hohenfellner M. EAU guidelines on urological trauma. *EurUrol* 2010; vol 57, pp. 791–803.
4. Summerton DJ, Djakovic N, Kitrey ND, Kuehhas F, Lumen N, Serafetinidis E. Urethral trauma. Guidelines on Urological Trauma. *EAU Guidelines* 2013; 45-65

VII. UNG THƯ TẾ BÀO THẬN (C64)

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư biểu mô tế bào thận là tổn thương rắn phổ biến nhất trong thận và chiếm khoảng 90% của tất cả các khối u ác tính thận. Nó bao gồm các loại ung thư thận (RCC) khác nhau với mô bệnh học cụ thể và đặc tính di truyền . Tỷ lệ người đàn ông so phụ nữ 1.5:1 của, chiếm tỷ lệ cao xuất hiện giữa 60 và 70 tuổi

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Khối u ở thận thường không gây triệu chứng và không có dấu hiệu chạm thận đến khi giai đoạn cuối của bệnh . Gần đây, hơn 50% ung thư thận (RCC) được phát hiện tình cờ bằng hình ảnh học và các triệu chứng phức hợp

Tam chứng cổ điển: đau hông lưng, đái máu và chạm thận bây giờ là hiếm (6-10%)

Hội chứng cận ung thư được tìm thấy trong khoảng 30% bệnh nhân ung thư thận (Bảng1). Một vài triệu chứng có liên quan đến di căn chẳng hạn như đau xương hoặc ho dai dẳng .

Bảng 1: Hội chứng cận ung thư phổ biến nhất

Tăng huyết áp
Xanh xao
Sụt cân
Sốt
Neuromyopathy
Amyloidosis
Tăng hồng cầu
Thiếu máu
Chức năng gan không bình thường
Tăng Ca^{2+}
Polycythaemia

Khám lâm sàng

Khám lâm sàng chỉ có một vai trò hạn chế trong chẩn đoán ung thư thận (RCC). Tuy nhiên, những dấu hiệu sau đây nên bắt đầu tiến hành chẩn đoán hình ảnh học kiểm tra:

Sờ thấy khối u ở bụng;

Sờ thấy hạch cổ;

Dẫn tĩnh mạch tinh không giảm;

Phù 2 bên, cho thấy có sự liên quan của tĩnh mạch.

2.2 Cận lâm sàng

Xét nghiệm

Các thông số xét nghiệm đánh giá phổ biến nhất là , hồng cầu, hemoglobin, creatinine huyết thanh, GFR phosphatase alkaline, LDH và canxi trong huyết thanh

Chẩn đoán hình ảnh

Tất cả các loại U thận cần phải được chẩn đoán bằng siêu âm hay CT scan . Phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp phân định u và nang

Siêu âm hệ tiết niệu : đánh giá khối u vị trí kích thước, kiểm tra mức độ xâm lấn của khối u và mức độ ứ nước thận do u chèn ép. Đánh giá thận 2 bên

CT scan và MRI

CT scan và MRI dùng để đánh giá đặc điểm của u thận. Hình ảnh phải được chụp trước và sau khi tiêm thuốc cản quang để thấy được sự tăng tỷ trọng enhancement. CT scan bụng cho phép chẩn đoán ung thư thận và cung cấp thêm những thông tin sau:

Chức năng và hình thái của thận đối diện

Mức độ xâm lấn của u thận;

Xâm lấn tĩnh mạch;

Khảo sát hạch tại vùng;

Hiện trạng của tuyến thượng thận và gan

Abdominal contrast-enhanced CT angiography (Chụp CT scan có cản quang và dựng hình mạch máu) có ích trong vài trường hợp vì cho thấy hình ảnh hệ mạch của thận . Nếu trong trường hợp hình ảnh CT scan không rõ ràng, MRI có thể giúp ích cung cấp thêm một vài thông tin:

Tăng tỷ trọng của khối u;

Mức độ xâm lấn của khối u ác tại vùng;

Xác định mức độ xâm lấn hay huyết khối trong tĩnh mạch trong trường hợp hình ảnh CT scan không rõ .

MRI còn được chỉ định trong trường hợp bệnh nhân dị ứng với thuốc cản quang, phụ nữ có thai mà không suy thận Đánh giá huyết khối còn có thể sử dụng phương pháp SA Doppler .

Chụp Phổi để phát hiện di căn phổi

Những phương tiện chẩn đoán khác

Chụp động mạch thận và chụp tĩnh mạch chủ dưới có nhiều giới hạn .

Đối với bệnh nhân có dấu hiệu của suy thận, an isotope renogram và đánh giá chức năng thận cần được tiến hành để có hướng điều trị tối ưu, e.g. ta cần bảo tồn chức năng thận .

Sinh thiết thận

Sinh thiết khối u thận đang ngày càng được sử dụng trong chẩn đoán, trong giám sát theo dõi và trong điều trị cắt khối u (ablative therapies). Trong một loạt nghiên cứu, sinh thiết giúp tăng độ chuyên và độ nhạy cảm với u ác tính, mặc dù cần lưu ý rằng 10-20% mẫu sinh thiết không có kết quả.

Sinh thiết cũng được chỉ định ở những bệnh nhân có di căn trước khi bắt đầu điều trị hệ thống .

Chẩn đoán mô học

Việc chẩn đoán mô học trong ung thư thận (RCC) được thành lập sau khi phẫu thuật cắt bỏ khối u thận hoặc sau khi sinh thiết mẫu kiểm tra.

Hệ thống phân loại hạt nhân theo Fuhrman (độ 1, 2, 3 và 4) trong ung thư thận (RCC) được chấp nhận nhiều nhất, và quan trọng là một yếu tố tiên lượng độc lập trong ung thư thận (RCC).

Bảng. Hệ thống phân giai đoạn TNM cho ung thư thận

T: Khối u nguyên phát

Tx	Không thể đánh giá được
T0	Không có bằng chứng của ung thư nguyên phát
T1	Khối u ≤ 7 cm giới hạn ở thận
T2	Khối u > 7 cm giới hạn ở thận
T3a	Khối u xâm lấn tuyến thượng thận hoặc mô quanh thận
T3b	Khối u lan rộng vào tĩnh mạch thận hoặc tĩnh mạch chủ
T3c	Khối u lan rộng vào tĩnh mạch thận hoặc tĩnh mạch chủ, trên cơ hoành
T4	Khối u xâm lấn ra ngoài cân Gerota

N: Hạch bạch huyết vùng

Nx	Không thể đánh giá được
N0	Không có di căn hạch bạch huyết vùng
N1	Di căn một hạch bạch huyết
N2	Di căn nhiều hạch bạch huyết
N3	Di căn hạch bạch huyết > 5 cm

M: Di căn xa

Mx	Không thể đánh giá được
----	-------------------------

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), phần lớn ung thư thận có 3 phân loại mô học chính:

Tế bào sáng (clear cell) (cRCC, 80-90%)

Tế bào nhú (papillary) (pRCC, khoảng 10-15%)

Tế bào ưa chrom (chromophobe) (chRCC, 4-5%)

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị :

Điều trị ngoại khoa phẫu thuật cắt bỏ khối u là chủ yếu , điều trị phối hợp hóa chất và xạ trị là thứ yếu

3.2 Điều trị thực thụ

Phẫu thuật cắt thận bán phần hoặc cắt thận toàn bộ rộng rãi

Cắt thận bán phần

Tiêu chuẩn chỉ định trong phẫu thuật cắt thận bán phần được chia thành các nhóm sau:

Tuyệt đối - thận đơn độc về chức năng và giải phẫu;

Tương đối - chức năng thận đối bên có khả năng giảm (suy thận) trong tương lai;

Lựa chọn – u nằm một bên thận, thận đối bên bình thường.

U thận giai đoạn 1

Cắt thận bán phần đối với ung thư khu trú tại thận có kết quả như thận toàn phần . Tuy nhiên, trong một số bệnh nhân ung thư khu trú tại thận (RCC), cắt thận bán phần không phù hợp vì:

Khối u khu trú tại thận tiến triển;

Cắt bán phần không khả thi khi khối u ở vị trí không thuận lợi

Sức khỏe chung của bệnh nhân suy giảm đáng kể

Trong những tình huống này, cắt thận toàn phần là tiêu chuẩn vàng, trong đó bao gồm việc loại bỏ của khối u trong thận.

Cắt thận toàn bộ rộng rãi khi ung thư thận ở giai đoạn tiến triển

Đối với ung thư thận giai đoạn T2 trở lên

Cắt thận rộng rãi cùng tuyến thượng thận

Cắt thận niệu quản rộng rãi kèm theo nạo vét hạch vùng cuống thận

Phẫu thuật nội soi

Kể từ khi được giới thiệu, Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư thận (RCC) đã được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Cho dù thực hiện phẫu thuật nội soi trong phúc mạc hay phẫu thuật nội soi qua ổ bụng đều phải tuân thủ nguyên tắc như mổ mở trong điều trị ung thư.

Phẫu thuật nội soi cắt toàn phần thận

Phẫu thuật nội soi cắt toàn phần thận là tiêu chuẩn điều trị ung thư thận từ giai đoạn T2 và những khối u thận nhỏ không thể điều trị được bằng phẫu thuật cắt thận bán phần. Kết quả nghiên cứu lâu dài cho thấy phẫu thuật nội soi cắt thận toàn phần có tỉ lệ sống còn tương đương với mổ mở cắt thận toàn phần.

Phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần

Đối với phẫu thuật viên có kinh nghiệm và một số bệnh nhân thích hợp, phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần có thể thay thế mổ mở cắt thận bán phần. Chỉ định cắt thận bán phần ưu thế trong khối u có kích thước nhỏ và peripheral renal tumour.

Trong trường hợp bệnh nhân có thận độc nhất, phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận kéo dài thời gian thiếu máu nóng và tăng tỉ lệ biến chứng. Chạy thận nhân tạo có khả năng là cần thiết.

Cắt thận bán phần với hỗ trợ của robot

Cắt thận bán phần với hỗ trợ của robot là một kỹ thuật lý tưởng mà vẫn còn trải qua đánh giá.

Điều trị thay thế cho phương pháp phẫu thuật

Giám sát

Ở những bệnh nhân có khối u nhỏ thì cần phải được giám sát, có vẻ như là không có tương quan giữa sự tiến triển của khối u tại vùng và tăng nguy cơ di căn. Cả hai kết quả ung thư học ngắn hạn và trung hạn chỉ ra rằng cần một chiến lược thích hợp để theo dõi khối u thận nhỏ, nếu cần thiết can thiệp điều trị khi khối u tiến triển.

Phương pháp tiếp cận qua da

Chỉ định cho các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, trong đó có cắt u bằng sóng vô tuyến qua da (RFA), là:

U nhỏ, tình cờ phát hiện, tổn thương thận ở lớp vỏ ở bệnh nhân cao tuổi;

Bệnh nhân khuynh hướng có yếu tố di truyền với nhiều u đang phát triển;

Bệnh nhân có u ở 2 bên;

Bệnh nhân có thận đơn độc và có nguy cơ cao mất hoàn toàn chức năng thận sau phẫu thuật cắt bỏ u

Chống chỉ định cho các kỹ thuật trên bao gồm:

Thời gian sống còn < 1 năm;

Nhiều di căn;

Khả năng điều trị thành công thấp do kích thước hoặc vị trí của u. Nhìn chung, các u > 3 cm hoặc các u nằm ở rốn, gần niệu quản 1/3 trên hoặc gần hệ thống đài bể thận không được khuyến cáo đối với các kỹ thuật tiếp cận qua da.

Chống chỉ định tuyệt đối bao gồm:

Bệnh máu khó đông;

Sinh hiệu không ổn định, như nhiễm trùng huyết.

Cắt bướu bằng sóng vô tuyến qua da (RFA) và cắt lạnh (cryoablation)

Trong tất cả các kỹ thuật có sẵn, cắt u bằng sóng vô tuyến qua da (RFA) và cryoablation là những phương pháp tiếp cận được nghiên cứu nhiều nhất về cách thức tiến hành, tỉ lệ biến chứng và mức độ an toàn về ung thư học.

Trước khi tiếp cận, sinh thiết trước điều trị để làm rõ mô học của u thận nên được thực hiện. So với cắt u bằng sóng vô tuyến qua da RFA, cắt lạnh (cryoablation) có nhiều khả năng được thực hiện phẫu thuật nội soi. Tiếp cận bằng phẫu thuật nội soi hiệu quả hơn nhưng có tỉ lệ biến chứng cao hơn. Cắt u lặp lại nên tiến hành phương pháp RFA. U tiến triển tại vùng cao hơn đáng kể với RFA. Tỉ lệ sống còn cho phương pháp cắt lạnh và RFA thấp hơn tỉ lệ sống còn trong các phương pháp phẫu thuật.

Liệu pháp bổ trợ

Cắt thận toàn phần cùng với khối u kết hợp với interferon alpha (IFN-alpha) cải thiện sự sống còn của bệnh nhân ung thư thận (RCC) di căn và tình trạng bệnh tốt.

Phẫu thuật loại bỏ các khối di căn

Việc loại bỏ hoàn toàn các tổn thương di căn góp phần cải thiện tiên lượng lâm sàng.

Điều trị miễn dịch, các tổn thương di căn đã được loại bỏ hoàn toàn hoặc tái phát tại một bên tại vùng, không góp vào một sự cải thiện chẩn đoán lâm sàng

Xạ trị cho di căn trong ung thư thận (RCC)

Xạ trị có thể áp dụng cho các bệnh nhân lựa chọn có triệu chứng não không thể cắt bỏ hoặc tổn thương xương không đáp ứng với phương pháp điều trị hệ thống.

ĐIỀU TRỊ HỆ THỐNG ĐỐI VỚI UNG THƯ THẬN DI CĂN

Hóa trị

Ung thư thận (RCCs) phát triển từ ống lượn gần, có mức độ biểu hiện của nhiều loại thuốc kháng protein, P-glycoprotein, và do đó khả năng chống hầu hết các liệu pháp hóa trị. Hóa trị có hiệu quả chỉ khi 5-fluorouracil (5FU) được kết hợp với liệu pháp miễn dịch.

Liệu pháp miễn dịch

Đơn trị liệu interferon-alpha (IFN-alpha) và kết hợp với bevacizumab

Trong các nghiên cứu ngẫu nhiên, IFN-alpha giúp cải thiện sự sống còn trong điều trị nội tiết tố ở những bệnh nhân ung thư thận di căn (mRCC). Một sự kết hợp của bevacizumab+IFN-alpha gần đây đã chứng minh tỷ lệ đáp ứng tăng và thời gian sống còn tăng trong điều trị tuyến đầu đầu tay so với đơn trị liệu IFN- alpha.

Interleukin-2

Interleukin-2 (IL-2) đã được sử dụng để điều trị ung thư thận di căn (mRCC) từ năm 1985 với tỉ lệ đáp ứng khác nhau từ 7-27%.

Thuốc ức chế hình thành mạch (angiogenesis inhibitor)

Tiến bộ gần đây trong sinh học phân tử đã dẫn đến sự phát triển của một số chất lý tưởng trong điều trị ung thư thận di căn (mRCC)(Bảng 9).

Sorafenib (Nexavar ®)

Sunitinib (Sutent ®)

Bevacizumab (Avastin ®) kết hợp với IFN-alpha

Pazopanib (Votrient ®)

Temsirolimus (Torisel ®)

Everolimus (Afinitor ®).

Một số thuốc mới nhằm trúng mục tiêu tăng sinh mạch máu đang được nghiên cứu, cũng như sự kết hợp của các loại thuốc mới với nhau hoặc với các cytokine.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. *Malignant Renal Tumors*, Steven C. Campbell, MD, PhD, and Brian R. Lane, MD, PhD

2. *Laparoscopic and Robotic Surgery of the Kidney*, Michael J. Schwartz, MD, FACS, Soroush Rais-Bahrami, MD, and Louis R. Kavoussi, MD, MBA

3. *Nonsurgical Focal Therapy for Renal Tumors*, Chad R. Tracy, MD, and Jeffrey A. Cadeddu, MD

4. *Treatment of Advanced Renal Cell Carcinoma*, Ramaprasad Srinivasan, MD, PhD, and W. Marston Linehan, MD

VIII. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ - U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT (ICD 10- N40.0)

1. ĐỊNH NGHĨA

U phì đại lành tính tuyến tiền liệt (UPĐLTTL) là một U lành tính xuất hiện ở nam giới khi tuổi bắt đầu cao. Bệnh hay gặp ở những người đàn ông cao tuổi, khoảng 20% người đàn ông ≥ 60 tuổi mắc bệnh UPĐLTTL. Ở tuổi ngoài 80 thì số người mắc bệnh lên tới 80%.

U PĐLTTL có nhiều tên gọi khác nhau: u lành tính tuyến tiền liệt, u tuyến tuyến tiền liệt (Adenomeprostate), u xơ tuyến tiền liệt (Fibroê prostate), u tuyến quanh niệu đạo, u xơ tuyến tuyến tiền liệt. Hiện nay tên của bệnh lý này được nhiều người gọi là: u phì đại lành tính tuyến tiền liệt (Benign Prostatic Hyperplasia - BPH).

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.2.1. Lâm sàng

- Có rối loạn tiểu tiện: biểu hiện 2 hội chứng:

+ Hội chứng kích thích: đái tăng lần về đêm, mỗi đêm đi đái 4 - 5 lần hoặc hơn (lúc đầu) về sau có thể đái tăng lần cả đêm lẫn ngày.

+ Hội chứng tắc nghẽn:

Đái khó: phải rặn lâu mới ra được giọt nước tiểu đầu tiên, mỗi bãi đái kéo dài 5 - 10 phút hoặc hơn.

Tia tiểu yếu: đái nhỏ giọt ngay dưới mũi bàn chân, ướt mũi giày.

- Thăm trực tràng: thấy tuyến tiền liệt to, ranh giới rõ, mật độ chắc, bề mặt nhẵn, mờ hoặc mất rãnh liên thùy, ấn hơi tức.

2.2.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm sinh hóa: Xét nghiệm urê, creatinin máu và XN vi khuẩn, kháng sinh đồ nước tiểu.

- Xét nghiệm nước tiểu: đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn niệu.

- Xét nghiệm PSA (prostate specific antigen). Thường 1 gram mô U phì đại TLT tiết 0,3 ng/ml PSA. Đối với tất cả BN có nồng độ PSA > 10 ng/ml, nên làm sinh thiết dưới sự hướng dẫn của siêu âm để xác định chẩn đoán.

- Siêu âm: siêu âm có đầu dò trong trực tràng hay siêu âm đường bụng cần làm trước khi phẫu thuật, đánh giá chính xác khối lượng u tuyến tiền liệt.

Vallencien (1990) đưa ra công thức tính thể tích tuyến tiền liệt:

$$L \times E \times H$$

$$V (cm^3) = \text{-----}$$

Trong đó:

V: thể tích tuyến tiền liệt (cm³) $\approx$ 1g tuyến tiền liệt

L: đường kính ngang (cm); E: đường kính trước sau (cm); H: đường kính dọc (cm).

- Sinh thiết u tuyến tiền liệt: làm xét nghiệm tế bào xác định rõ tính chất của u.

- Chụp cắt lớp vi tính: Chụp CLVT xác định khối lượng TTL, đánh giá các bệnh lý kết hợp như ung thư bàng quang, xác định một số biến chứng của bệnh TSLTTTL như giãn thận và niệu quản, sỏi bàng quang, bí đái...Xác định khối bất thường trong tuyến khi mà vỏ bao tuyến vẫn còn nguyên vẹn, đánh giá sự phát triển lan rộng của tuyến trong trường hợp ung thư.

- Chụp UIV(niệu đồ tĩnh mạch): hiện nay được thay thế bằng siêu âm, và chỉ hay dùng khi cần xác định u, sỏi đường niệu.

- Chụp niệu đạo ngược dòng: để kiểm tra khi có nghi hẹp niệu đạo.

- Soi bàng quang: khi cần xác định u bàng quang, u niệu đạo, dị vật (chỉ sót).

- Thăm khám niệu động học: để đánh giá lưu lượng dòng nước tiểu lưu thông, thường lưu lượng nước tiểu tối đa ở nam giới là 15-20 ml/s.

Hiện nay các thầy thuốc còn lượng hóa triệu chứng: năm 1993, Hội Tiết niệu Mỹ dựng thang điểm, sau đó được Tổ chức Y tế Thế giới công nhận gọi là thang điểm IPSS (International Prostate Symptom Score). Thang điểm dựa trên 7 triệu chứng, mỗi triệu chứng có từ 0 - 5 điểm, tổng điểm của 7 triệu chứng từ 0 - 35 điểm:

Mức độ nhẹ < 7 điểm.

Mức độ vừa 8 - 19 điểm.

Mức độ nặng > 20 điểm.

Ngoài ra các thầy thuốc cũng đánh giá chất lượng sống theo chỉ số QOL đánh giá ảnh hưởng của BPH đến cuộc sống, người ta sử dụng thang điểm QOL do Hội nghị Tiết niệu quốc tế năm 1991 khuyến cáo (QOL: Quality of life). Nếu:

L: 1 - 2 là nhẹ.

L: 3 - 4 là trung bình.

L: 5 - 6 là nặng.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán phân biệt với các bệnh tại tuyến tiền liệt: viêm tuyến tiền liệt, sỏi tuyến tiền liệt và ung thư tuyến tiền liệt. Bệnh nhân ung thư TTL thì kháng nguyên đặc hiệu TTL (Prostate Specific Antigen - PSA) tăng rất cao (PSA bình thường ở người trẻ tuổi là 0 - 4ng/ml).

- Chẩn đoán với các bệnh khác: hẹp niệu đạo, hẹp cổ bàng quang.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu điều trị

Phòng tránh, làm giảm và khắc phục tối đa các triệu chứng chèn ép và tắc nghẽn đường tiểu dưới, đem lại chất lượng đi tiểu tối đa.

3.2. Điều trị cụ thể

Có nhiều phương pháp điều trị áp dụng cho từng trường hợp cụ thể: nội khoa, các phương pháp vật lý (áp nhiệt u tuyến tiền liệt, áp lạnh u tuyến tiền liệt, làm bốc hơi u tuyến tiền liệt bằng siêu âm; laser...), hoặc phẫu thuật (nội soi hay mổ mở).

Chỉ định điều trị theo giai đoạn:

- Giai đoạn 1: thường áp dụng điều trị nội khoa, tuy nhiên ngày nay người ta có thể mở rộng chỉ định phẫu thuật cắt đốt nội soi ở giai đoạn này.

- Giai đoạn 2: đây là giai đoạn phẫu thuật u phì đại lành tính tuyến tiền liệt có thể phẫu thuật cắt đốt nội soi hoặc mổ mở.

- Giai đoạn 3: điều trị chống suy thận; khi ổn định sẽ giải quyết u triệt để.

3.2.1. Điều trị nội khoa

- Các thuốc nguồn gốc thảo mộc:

Tadenan viên 25mg, 50mg liều 100 mg/ngày chia 2 lần x 6 tháng.

Permixon viên 80mg, 160mg liều 320 mg/ngày chia 2 lần x 6 tháng.

Các loại thuốc nam như: cao Ban long, bông mã đề, nhục quế, rễ cỏ tranh.

- Thuốc tác dụng trên thụ cảm thể α_1 - adrenergic:

Xatral 5 mg x 2 viên/ngày chia 2 lần từ 3 - 6 tháng.

Hytrin viên 1 mg, 2 mg ngày 1 viên từ 3 - 6 tháng.

Carduran 2 mg, 1 viên/ngày từ 3 - 6 tháng.

- Thuốc tác dụng trên men 5 α - reductase:

Ức chế quá trình chuyển đổi từ testosterone thành DHT (Finasteril). Thuốc này rất đắt, trên thị trường Việt Nam hiện nay ít dùng.

- Thuốc kháng sinh chống viêm:

Có thể dùng nhiều loại kháng sinh khác nhau. Nhưng hiện nay thường dùng các thuốc nhóm quinolon thế hệ 3.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

Hiện nay, điều trị ngoại khoa đem lại kết quả rõ ràng hơn cả.

3.2.2.1. Chỉ định điều trị ngoại khoa trong các trường hợp:

- Bí đái hoàn toàn và ngay sau khi rút ống thông bệnh nhân vẫn không đái được.

- Bí đái không hoàn toàn, với mức độ ứ đọng trong bàng quang trên 100ml nước tiểu.

- Nhiễm khuẩn niệu.

- Sỏi tiết niệu, túi thừa bàng quang.

- Đái ra máu.

- Suy thận do u phì đại tuyến tiền liệt.

3.2.2.2. Phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo:

Chỉ định cho U dưới 80gr (Theo VUNA -2019). Đây là phương pháp hay được áp dụng nhất, vì nó đơn giản, rẻ tiền và dễ áp dụng ở nhiều bệnh viện trên toàn quốc Việt Nam. Tuy nhiên có 2 biến chứng hay gặp là chảy máu và hội chứng nội soi sau mổ. Vì vậy PTV phải được đào tạo và có kỹ thuật thành thạo.

3.2.2.3. Phẫu thuật mở: Chỉ định U trên 80 gr. Có 2 phương pháp hay làm:

- Phẫu thuật theo phương pháp Hrynstchak.

- Phẫu thuật theo phương pháp Milin.

3.2.2.4. Các phương pháp điều trị vật lý:

Với mục đích hạn chế 1 số biến chứng của các phương pháp ngoại khoa kể trên, các phương pháp này đòi hỏi máy, trang thiết bị hiện đại đắt tiền, chỉ định những U có kích thước vừa phải (dưới 80 gr- VUNA -2019), nên chỉ được áp dụng ở 1 số BV và trung tâm tiết niệu lớn trên toàn quốc. Gồm các phương pháp sau:

- Áp nhiệt UPĐLTTTL.
- Áp lạnh UPĐLTTTL.
- Làm bốc hơi UPĐLTTTL bằng siêu âm, laser, súng ngắn.

3.3. Điều trị dự phòng

Do căn nguyên chưa rõ ràng nên việc phòng bệnh chủ yếu là dự phòng các biến chứng. Các thầy thuốc khuyên:

- Ăn uống điều độ.
- Không rượu bia, chất kích thích.
- Chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý.
- Tập luyện thể dục, thể thao (tăng cường sức cơ thành bụng và cơ tầng sinh môn).
- Tránh viêm nhiễm, ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
- Bệnh nhân cần chú ý điều trị các bệnh toàn thân khác: đái đường, trĩ, táo bón...

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Bệnh học niệu khoa, NXB Y học, 2010.*
2. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. Hội tiết niệu – Thận Học Việt Nam (VUNA) 2019.*
3. *Các khối u đường tiết niệu (2013), Vũ Lê Chuyên, NXB Y học.*
4. *Cambell's Urology 2012.*
5. *Catherine E. DuBeau (2009). "Benign Prostate Disorders", Geriatric Medicine and Gerontology. Pp607-617.*

IX. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT (ICD: D07)

1. ĐỊNH NGHĨA

Là một dạng của ung thư phát triển trong tuyến tiền liệt, một tuyến trong hệ sinh dục nam. Ung thư tuyến tiền liệt phát triển chậm, tuy nhiên, có những trường hợp ung thư di căn. Các tế bào ung thư có thể di căn (lan) từ tuyến tiền liệt sang các bộ phận khác của cơ thể, đặc biệt là vào xương và các hạch bạch huyết. Ung thư tuyến tiền liệt có thể gây đau đớn và khó khăn trong việc đi tiểu, quan hệ tình dục gặp vấn đề, hoặc rối loạn chức năng cương dương. Các triệu chứng khác có khả năng phát triển trong giai đoạn sau của bệnh.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

UTTTL là loại ung thư (UT) duy nhất tồn tại dưới 2 thể:

- Thể ẩn (Cancer occulte).
- Thể có biểu hiện lâm sàng.

Thể ẩn không có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng, thường được phát hiện khi làm sinh thiết hạch hay sinh thiết xương trên bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng, 30-40% UT ở thể ẩn (occulte) chỉ có thể phát hiện ra khi làm giải phẫu bệnh tử thi do các nguyên nhân khác nhau.

- Hoàn cảnh lâm sàng phát hiện ra bệnh:

Có 2 lý do làm cho người bệnh phải đi khám bệnh:

- + Rối loạn tiểu tiện.
- + Các dấu hiệu về u lan toả hoặc đã có di căn.

Các yếu tố chính tạo nên hình ảnh lâm sàng về tiết niệu thường gặp của bệnh lý UTTTL:

- + Sự phát triển khối UT ở các mức độ khác nhau trong tuyến làm tắc nghẽn lưu thông nước tiểu.

- + Sự tắc nghẽn của bàng quang.

- + Các triệu chứng kích thích ở đường tiết niệu dưới.

- Các dấu hiệu về tiết niệu:

- + Đái khó, tia đái nhỏ.

- + Đái nhiều lần, mức độ khác nhau, tùy theo sự kích thích, cảm giác đái không hết do có nước tiểu dư trong BQ.

- + Đái vội.

- + Đái tràn, đái không tự chủ.

- + Bí đái cấp.

- Các dấu hiệu lan toả:

Các dấu hiệu lan toả thường gặp là:

- + Đau xương:
- + Đau tầng sinh môn:
- + Phù nề chi dưới:
- + Xuất tinh ra máu
- Các dấu hiệu toàn thân khác:

BN có thể đến viện trong tình trạng suy thận, với các biểu hiện gầy sút, phù nề, xanh nhợt, thiếu máu. Các di căn khác ở phổi, gan ít khi là dấu hiệu đầu tiên, di căn não, mắt cũng hiếm gặp. Khi các dấu hiệu trên xuất hiện làm người bệnh mất phương hướng, vì vậy thường đi khám tại các chuyên khoa khác.

- Thăm khám trực tràng bằng ngón tay:

Thăm khám trực tràng bằng ngón tay là biện pháp được sử dụng để phát hiện bệnh, đây là một phương pháp khám đơn giản, nhanh chóng, chi phí thấp, tuy vậy có nhiều nguyên nhân làm cho độ nhạy chẩn đoán không cao. Bằng việc phối hợp với nồng độ PSA, thăm khám TTL qua trực tràng đã góp phần chẩn đoán đa số các UTTL.

2.1.2. Cận lâm sàng

- XN sinh hóa máu: Ure, creatinin đánh giá chức năng thận
- Nồng độ PSA: Hiện nay nồng độ PSA để chẩn đoán UTTL vẫn đang còn được bàn cãi. Tuy nhiên người ta thấy rằng nồng độ PSA càng cao thì khả năng tồn tại UTTL càng lớn. Tuy nhiên, ngay cả khi nồng độ PSA < 4 ng/mL cũng có một tỷ lệ nhất định mắc UTTL. Mặc dù vậy, để tránh chỉ định sinh thiết quá mức, Hội Nội khoa và thận học Việt Nam (VUNA) khuyến nghị lấy mức PSA bất thường là >4ng/mL.

Tỉ lệ PSA tự do/toàn phần là thông số được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng để phân biệt giữa tăng sinh lành tính và UTTL. Tỉ lệ này được sử dụng trong trường hợp nồng độ PSA từ 4 đến 10 ng/mL và thăm khám trực tràng không có dấu hiệu nghi ngờ UTTL. Thông thường lấy mức PSA tự do/ PSA toàn phần có ý nghĩa là < 0,1. Nhằm mục đích tăng độ nhạy và độ chuyên biệt của xét nghiệm PSA, các xét nghiệm chuyên sâu như đo vận tốc PSA, tỷ trọng PSA, PSA theo tuổi.

- Siêu âm:

Siêu âm qua trực tràng: Không phải lúc nào cũng có thể thấy được hình ảnh kinh điển của một vùng giảm âm ở ngoại vi của tuyến tiền liệt qua siêu âm. Siêu âm qua trực tràng không thể phát hiện vùng UTTL với độ tin cậy đầy đủ. Do đó, sinh thiết các vùng nghi ngờ không thể sử dụng như là một phương pháp thường quy để chẩn đoán. Tuy nhiên, có thể có ích khi sinh thiết thêm các khu vực nghi ngờ.

Siêu âm ổ bụng: có giá trị định hướng chẩn đoán, đánh giá di căn trong ổ bụng

- Chụp cộng hưởng từ (CHT) tiểu khung:

Chụp CHT tiểu khung có giá trị góp phần vào chẩn đoán, định hướng cho việc sinh thiết TTL. Ngoài ra còn giúp cho chẩn đoán mức độ xâm lấn của khối u vào tổ chức xung quanh và hạch vùng.

- Chụp cắt lớp vi tính:

Chụp cắt lớp vi tính vừa cho phép chẩn đoán mức độ xâm lấn tại chỗ của khối u (T), đồng thời cho phép chẩn đoán di căn, đặc biệt là di căn hạch chậu. Giá trị chẩn đoán của chụp cắt lớp vi tính ngày càng được nâng cao nhờ vào các kỹ thuật chụp mới.

- Chụp xạ hình xương và chụp PET/CT:

Chụp xạ hình xương với MDP-Tc99m: Phát hiện những tổn thương di căn vào xương: Xương cột sống, xương sườn, xương cánh chậu, xương sọ...

Chụp PET/CT: Với F18-FDG ít có giá trị phát hiện u nguyên phát, nhưng giúp phát hiện chính xác di căn, tái phát, đánh giá hiệu quả các phương pháp điều trị, mô phỏng lập kế hoạch xạ trị. Có thể chụp PET/CT với C11-Acetate cho hình ảnh u nguyên phát rõ nét hơn.

- Sinh thiết tuyến tiền liệt

- + Sinh thiết lần đầu

Chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt dựa trên cơ sở nồng độ PSA và/hoặc có nghi ngờ khi thăm khám trực tràng. Cũng cần phải xem xét đến các yếu tố tuổi, bệnh kèm theo và hậu quả điều trị nếu chẩn đoán quá mức.

Sinh thiết qua trực tràng là phương pháp được đề nghị trong hầu hết các trường hợp nghi ngờ UTTTL. Số mẫu sinh thiết lý tưởng là 10-12 mẫu.

- + Sinh thiết lặp lại

Chỉ định cho sinh thiết lặp lại là: (1) PSA tăng và/hoặc cao liên tục, (2) Thăm khám tuyến tiền liệt có nghi ngờ; (3) tăng sinh dạng nang nhỏ không điển hình (atypical small acinar proliferation), và (4) tân sinh trong biểu mô tuyến lan tỏa (extensive prostatic intraepithelial neoplasia - PIN).

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Trước khi thăm trực tràng: Cần loại trừ hẹp niệu đạo, u phì đại tuyến tiền liệt.

- Sau khi thăm trực tràng: Cần loại trừ viêm tuyến tiền liệt do viêm, do lao, sỏi tuyến tiền liệt.

- PSA cao: cần loại trừ các trường hợp PSA cao: U phì đại tuyến tiền liệt, viêm tuyến tiền liệt.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Điều trị UTTTL cần dựa trên những yếu tố sau:

- Chẩn đoán, đánh giá giai đoạn bệnh trước điều trị
- Ước tính thời gian sống thêm
- Phân nhóm nguy cơ
- Xác định mục tiêu, kế hoạch điều trị

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị phẫu thuật.

- Cắt tuyến tiền liệt triệt căn. Phẫu thuật này có nhiều loại và tên gọi: theo mổ mở hay mổ nội soi; theo đường tiếp cận tuyến tiền liệt qua phúc mạc, sau phúc mạc hay qua đường đáy chậu

- Cắt đốt nội soi qua niệu đạo.

Được chỉ định cho các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt không còn chỉ định phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn, có các rối loạn tiểu tiện nặng đặc biệt là đái khó và bí đái.

Kỹ thuật cắt nội soi tương tự như kỹ thuật cắt nội soi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

Đây không phải là phẫu thuật điều trị ung thư, vì vậy kỹ thuật cần được kết hợp với các phương pháp điều trị ung thư khác : cắt 2 tinh hoàn, nội tiết trị liệu, xạ trị hay hoá trị liệu.

3.2.2. Xạ trị.

- Xạ trị ngoài:

Xạ trị liều cao 70 - 80Gy vào tuyến tiền liệt với loại có nguy cơ thấp; liều 75 - 80Gy với loại ung thư có nguy cơ trung bình. Với ung thư có nguy cơ cao, cần xạ trị thêm hệ thống hạch vùng và có thể kết hợp điều trị nội tiết.

- Xạ trị áp sát:

Chỉ định:

- + Điều trị đơn thuần cho ung thư tiền liệt tuyến có nguy cơ thấp.

+ Phối hợp với xạ trị ngoài, kết hợp điều trị nội tiết trong trường hợp ung thư có nguy cơ trung bình.

Liều điều trị: Điều trị đơn thuần: 145Gy với I125 hoặc 125Gy với Palladium 103.

Điều trị phối hợp (với xạ ngoài 40 - 50Gy): 110 với I125 hoặc 100Gy với Palladium 103

3.2.3. Điều trị bằng nội tiết.

Điều trị bằng nội tiết có mục đích loại bỏ androgen, là yếu tố kích thích sự phát triển ung thư tiền liệt tuyến.

Các phương pháp bao gồm:

- Cắt hai tinh hoàn bằng phẫu thuật

- Dùng thuốc cạnh tranh LHRH:

- Các thuốc kháng Androgen:

- Các Estrogen. Hiện ít dùng vì tác dụng phụ nhiều và hiệu quả kháng androgen không tốt hơn.

3.2.4. Điều trị bằng hoá chất.

Chỉ định cho các trường hợp thất bại của điều trị nội tiết. Phác đồ thường dùng là Docetaxel phối hợp Mitoxatrone và Prednisolone. Thời gian sống thêm trung bình của phác đồ này là 18 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai (2010). Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học.

2. Nguyễn Chấn Hùng (2004). Ung bướu học nội khoa. Nhà xuất bản Y học.

3. Vũ Lê Chuyên và cs (2019). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tuyến tiền liệt; Hội tiết niệu thận học Việt Nam (VUNA).

4. Lương Ngọc Khuê, Mai Trọng Khoa - Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị một số bệnh Ung bướu 2020 - Nhà xuất bản Y học.

5. Mai Trọng Khoa (2014). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu*. Nhà xuất bản Y học.
6. Trần Văn Thuấn, Lê Văn Quảng, Nguyễn Tiến Quang (2019). *Hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh ung thư thường gặp*. Nhà xuất bản Y học.
7. Bùi Diệu và cs (2016). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh ung thư thường gặp*. Nhà xuất bản Y học.
7. Nguyễn Văn Hiếu (2010). *Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư*. Nhà xuất bản Y học.
8. Mai Trọng Khoa (2016). *Kháng thể đơn dòng và phân tử nhỏ trong điều trị ung thư*. Nhà xuất bản Y học.
9. Hội tiết niệu-Thận học Việt Nam (2013). *Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tuyến tiền liệt*.
10. National Comprehensive Cancer Network (2020). *Prostate Cancer. Version 1.2020. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology*.

X. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG (ICD: C67)

1. ĐỊNH NGHĨA

Ung thư bàng quang là sự xuất hiện các khối u ác tính tại bàng quang

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Đái máu, đái nhiều lần, đái khó.
- Đái buốt, có dấu hiệu tắc nghẽn đường niệu.
- Giai đoạn muộn khi đã có di căn, trên lâm sàng có các triệu chứng của di căn tùy theo vị trí, giai đoạn bệnh.
- Biểu hiện toàn thân: sốt, sút cân, thiếu máu...

2.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi bàng quang: cho hình ảnh trực tiếp khối u sùi loét chảy máu... Nội soi giúp sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học.
- Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa, Xquang... giúp đánh giá chung.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT, MRI giúp xác định khối u, vị trí, kích thước, đánh giá tình trạng tổ chức u thâm nhiễm xung quang, hạch, di căn tiểu khung ổ bụng.
- Xét nghiệm chất chỉ điểm khối u (tumor marker): CEA, CA 19-9, BTA (bladder tumor antigen); NMP 22 (nuclear matrix protein 22), TPA (tissue polypeptide antigen), Cyfra 21-1 tăng cao trong một số trường hợp. Có giá trị theo dõi đáp ứng điều trị, phát hiện bệnh tái phát, di căn xa.
- Chụp thận tiết niệu có cản quang tĩnh mạch UIV đánh giá hình thể và chức năng thận, niệu quản.
- Xạ hình xương bằng máy SPECT, SPECT/CT với ^{99m}Tc-MDP để đánh giá tổn thương di căn xương, chẩn đoán giai đoạn bệnh trước điều trị, theo dõi đáp ứng điều trị, đánh giá tái phát và di căn.
- Xạ hình thận chức năng bằng máy SPECT, SPECT/CT với ^{99m}Tc-DTPA để đánh giá chức năng thận trước điều trị và sau điều trị.
- Chụp UIV: đánh giá tổn thương tại bàng quang và hệ tiết niệu.
- Nội soi bàng quang: đánh giá tổn thương và sinh thiết u làm chẩn đoán xác định.
- Chụp PET/CT với ¹⁸F-FDG trước điều trị để chẩn đoán u nguyên phát, chẩn đoán giai đoạn bệnh; chụp sau điều trị để theo dõi đáp ứng điều trị, đánh giá tái phát và di căn; mô phỏng lập kế hoạch xạ trị.
- Xét nghiệm nước tiểu: tìm hồng cầu (đái máu vi thể), tìm tế bào ung thư.
- Sinh thiết u xét nghiệm mô bệnh học là tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định. Đa số là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp đường niệu.
- Xét nghiệm sinh học phân tử: giải trình tự nhiều gen.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm bàng quang
- U nhú bàng quang
- U cơ bàng quang
- Lao bàng quang.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị theo giai đoạn bệnh và phối hợp đa mô thức.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Phẫu thuật

Cắt u (qua nội soi, hoặc mổ mở), cắt bàng quang triệt để vét hạch, cắt toàn bộ bàng quang, phẫu thuật tạo hình bàng quang. Giai đoạn muộn phẫu thuật mở thông bàng quang, dẫn lưu niệu quản.

3.2.2. Hóa trị

- Hóa chất nội bàng quang hoặc toàn thân nhằm điều trị hỗ trợ hoặc điều trị triệu chứng.

- Hóa chất nội bàng quang nên tiến hành sớm trong vòng 24 giờ, tốt nhất 2 giờ sau phẫu thuật. Các thuốc thường được sử dụng bao gồm BCG, mytomicin C, doxorubicin, epirubicin, cisplatin, gemcitabine...

3.2.3. Xạ trị

- Xạ trị chiếu ngoài:

Xạ trị tiền phẫu: cho các trường hợp khối u xâm lấn lan rộng ra các tạng xung quanh, liều 45Gy, phân liều 1,8-2Gy/ngày.

Xạ trị hậu phẫu: 50-64Gy phân liều 1,8-2Gy/ngày, tùy tổn thương có còn lại sau phẫu thuật không.

Xạ trị triệu chứng: giúp cầm máu, giảm đau 30Gy chia 3Gy x 10 buổi hoặc 40Gy chia 20Gy/ngày x 20 buổi.

Có thể dùng các kỹ thuật thường quy 3D, hoặc các kỹ thuật xạ trị tiên tiến giúp tăng hiệu quả, độ chính xác và giảm thiểu tác dụng phụ như xạ trị điều biến liều (Intensity Modulated Radiation Therapy: IMRT), xạ trị điều biến thể tích (Volumetric Modulated Arc Therapy: VMAT), xạ trị hạt nặng (Proton therapy, heavy ion).

- Xạ phẫu:

Xạ phẫu được chỉ định cho các trường hợp di căn một vài ổ (Oligometastasis) đặc biệt các trường hợp di căn não. Nhìn chung, ung thư bàng quang rất ít khi di căn não.

3.3. Điều trị dự phòng

Tránh tiếp xúc các tác nhân gây ung thư, sinh hoạt điều độ, không hút thuốc ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai (2010). *Điều trị nội khoa bệnh ung thư*. Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Chấn Hùng (2004). *Ung bướu học nội khoa*. Nhà xuất bản Y học.
3. Mai Trọng Khoa (2014). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu*. Nhà xuất bản Y học.
4. Trần Văn Thuấn, Lê Văn Quảng, Nguyễn Tiến Quang (2019). *Hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh ung thư thường gặp*. Nhà xuất bản Y học.
5. Bùi Diệu và cs (2016). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh ung thư thường gặp*. Nhà xuất bản Y học.
6. Nguyễn Văn Hiếu (2010). *Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư*. Nhà xuất bản Y học.
7. Mai Trọng Khoa, Nguyễn Xuân Kử (2012). *Một số tiến bộ về kỹ thuật xạ trị ung thư và ứng dụng trong lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học.
8. Mai Trọng Khoa (2016). *Kháng thể đơn dòng và phân tử nhỏ trong điều trị ung thư*. Nhà xuất bản Y học.
9. Hansen Eric K, Roach III Mack (2010). *Bladder Cancer. Handbook of evidence-based radiation oncology*. Springer. 410-421.
10. National Comprehensive Cancer Network (2019). *Bladder Cancer, version 2.2019. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology*.

XI. UNG THƯ DƯƠNG VẬT (ICD10: C60)

1. ĐỊNH NGHĨA:

Ung thư dương vật thường là ung thư phát triển từ lớp biểu mô của niêm mạc quy đầu, bao quy đầu. Các ung thư xuất phát từ tế bào liên kết của dương vật rất ít gặp.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định:

2.1.1 Lâm sàng: phụ thuộc vào giai đoạn bệnh

- Ung thư dương vật giai đoạn đầu:

+ Thay đổi màu sắc da ở dương vật

+ Đau dương vật âm ỉ hoặc đau nhói, đặc biệt khi cương cứng hoặc va chạm

+ Rỉ máu, dịch mùi hôi ở đầu dương vật (hay gặp sau giao hợp).

+ Bao quy đầu khó di động

+ Xuất hiện các nốt, các sẩn, mụn cóc hoặc loét ở bao quy đầu.

- Ung thư dương vật giai đoạn tiến triển:

+ Các nốt và loét to lên, lan rộng xung quanh bao quy đầu.

+ Bao quy đầu mỏng căng, sáng hơn bình thường

+ Nếu không phát hiện và điều trị khối u vỡ, gây hoại tử vùng da dương vật.

+ Đầu dương vật tiết dịch mủ, mùi hôi.

+ Nổi hạch vùng bẹn, hạch to, rắn chắc, có thể vỡ ra da. Hạch có thể xâm lấn tĩnh mạch gây phù 1 hoặc 2 chân.

- Ung thư dương vật giai đoạn cuối:

+ Bệnh nhân mệt mỏi, gầy sút không rõ nguyên nhân.

+ Ung thư lan rộng khắp dương vật, lan cả ra da bìu, da mu.

+ U có thể gây tắc mạch trong vật hang làm dương vật cương cứng từ ngọn đến gốc.

+ U có thể xâm lấn tới tuyến tiền liệt và cổ bàng quang, có thể có các triệu chứng của di căn xa (phổi, xương..)

2.1.2 Cận lâm sàng:

- Siêu âm: xác định vị trí, kích thước và sự xâm lấn của khối u nguyên phát và hạch vùng hoặc hạch di căn.

- Chụp CT, MRI: Khi siêu âm không rõ ràng, đặc biệt trong trường hợp khối u xâm lấn dạng xóp dương vật. Giúp kiểm tra vùng háng, vùng xương chậu, độ sâu và xâm lấn của khối u.

- Sinh thiết tế bào: Sinh thiết khối u và sinh thiết hạch cho kết quả chẩn đoán bệnh chính xác.

3. ĐIỀU TRỊ:

- Phẫu thuật là biện pháp chủ yếu điều trị triệt căn ung thư dương vật, bao gồm cắt

u và vết hạch khu vực. Tùy vào giai đoạn của bệnh mà bảo tồn hay cắt cụt dương vật, vét hạch bẹn 1 hay 2 bên.

- Hóa chất có thể được sử dụng trước phẫu thuật giúp thu nhỏ khối u và hạch. Hóa chất cũng có thể sử dụng sau phẫu thuật chống tái phát và di căn.

- Xạ trị được chỉ định bổ trợ sau phẫu thuật hoặc xạ trị điều trị triệu chứng (giảm đau, ung thư dương vật di căn xương...)

- Hóa xạ trị đồng thời trong trường hợp khối u lan rộng không phẫu thuật được, làm giảm đau, cải thiện thời gian sống.

- Điều trị dự phòng:

+ Vệ sinh cá nhân đặc biệt là bộ phận sinh dục

+ Phát hiện sớm hẹp bao quy đầu ở trẻ nhỏ để có biện pháp can thiệp kịp thời

+ Quan hệ tình dục an toàn

+ Điều trị triệt để các tổn thương lành tính tiền ung thư

+ Tiêm vắc xin HPV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đoàn Hữu Nghị (2001). *Ung thư dương vật. Bài giảng ung thư dương vật. Bộ môn Ung thư Trường Đại học Y Hà Nội*, 200 – 205.

2. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai (2010). *Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học*.

3. Nguyễn Chấn Hùng (2004). *Ung bướu học nội khoa. Nhà xuất bản Y học*.

4. Nguyễn Đại Bình (2007). *Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư. Ung thư dương vật. Nhà xuất bản Y học. Tr: 269-281*.

5. Van Poppel, N. A. Watkin, S. Osanto, L. Moonen, A. Horwich, V. Kataja (2018). *Penile Carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol; 24 (Suppl 6): vi115-vi124*.

6. National Comprehensive Cancer Network. (2019). *Penile Cancer, version 2.2019. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology*.

XII. U TUYẾN THƯỢNG THẬN (ICD10 : D44.1)

1. ĐỊNH NGHĨA

U tuyến thượng thận là các khối u được tìm thấy ở tuyến thượng thận có thể nguyên phát hoặc thứ phát. Khối U tuyến thượng thận có thể bắt nguồn từ vỏ tuyến hoặc tủy thượng thận.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

2.1.1 U vỏ thượng thận tiết cortisol

Bình thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới, tuổi từ 20 đến 40. Khối u có thể lành tính hoặc ác tính.

Biểu hiện hội chứng Cushing, thay đổi hình thể diễn ra từ từ;

- Tung con, béo vùng trung tâm, tổ chức mỡ tập trung chủ yếu ở vùng mặt, cổ, ngực, bụng.
- Mặt tròn như mặt trăng, đỏ.
- Teo cơ, yếu cơ.
- Da mỏng, đỏ, giãn mạch dưới da, dễ xuất huyết, bầm tím.
- Rạn da tím, thường gặp ở mông, đùi, bụng dưới.
- Rậm lông, mọc nhiều tóc mai, lông tơ ở mặt, ria mép, thậm chí có thể ở cả cổ ngực và tay chân. Tuyến bã nhờn tăng tiết, nhiều trứng cá

- Nữ giới rối loạn kinh nguyệt, nam giới yếu sinh lý

- Rối loạn tâm thần, trầm cảm

- Huyết áp tăng

- Rối loạn dung nạp đường, có thể đái tháo đường, rối loạn lipid máu, loãng xương...

2.1.2 U vỏ thượng thận tăng tiết aldosterol

- Bình thường gặp ở lứa tuổi từ 30 đến 60, nữ giới nhiều gấp 2 lần so với nam giới

- Biểu hiện hội chứng CHROM

- Tăng huyết áp: huyết áp cao thường xuyên, có thể tăng từ từ, tăng huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu, có khi kháng trị với điều trị thông thường.

- Có thể có các biến chứng ở mắt, tim, thận, nước do tăng huyết áp gây nên.

- Hạ kali máu: Dị cảm đau chi, mỏi cơ chuột rút, liệt hai chi dưới chu kỳ, có thể uống nhiều, đái nhiều về đêm. Một số bệnh nhân không bị hạ kali.

2.1.3 U tủy thượng thận:

- Con tăng huyết áp kịch phát: là triệu chứng đặc hiệu nhưng không thường xuyên, có thể xảy ra tự phát hoặc sau những yếu tố thuận lợi như: xúc động, gắng sức, sờ nắn vùng có khối u khu trú .

- Những triệu chứng phối hợp trong cơn: Đau đầu, nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, hồi hộp, ra mồ hôi chân tay, nhợt nhạt. Sau cơn bệnh nhân mệt lả, huyết áp tụt, có cơn tiểu nhiều, có thể có trụy mạch. Huyết áp có thể tăng từ từ, liên tục.

- Có thể có triệu chứng giống triệu chứng cường giáp (nhưng chức năng tuyến giáp bình thường), có thể có tăng đường huyết (do tác dụng chuyển hóa của catecholamin)

2.2 Cận lâm sàng:

- Siêu âm ổ bụng.
- Chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ ổ bụng
- Định lượng cortisol máu và cortisol niệu, Aldosteron máu
- Định lượng catecholamin máu và nước tiểu

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Điều trị ngoại khoa:

Cắt bỏ u hoặc tuyến thượng thận được chỉ định trong hầu hết các trường hợp

3.2 Điều trị nội khoa:

Áp dụng trong trường hợp chuẩn bị phẫu thuật, không thể phẫu thuật hoặc phẫu thuật thất bại, khi đang chờ hiệu quả xạ trị

3.2.1 U vỏ thượng thận tiết cortisol

- Điều trị ức chế tổng hợp corticoid: áp dụng trong trường hợp chuẩn bị phẫu thuật, không thể phẫu thuật hoặc phẫu thuật thất bại, khi đang chờ hiệu quả xạ trị.

- Ketoconazole: 600-1200mg/ngày, uống Aminoglutethimide: 1-2g/ngày, uống, chia nhiều lần

- Mitotane: 2-6g/ngày, uống, chia làm 3-4 lần. Tối đa 16g/ngày

- Metyrapone: 750mg-6g/ngày, uống, chia 3 lần

- Thuốc đối kháng với glucocorticoid

Mifepristone (Mifegyne) hay RU 486: tới 20 mg/kg/ngày

3.2.2 U vỏ thượng thận tăng tiết aldosteron

- Kháng aldosteron (Spironolacton): liều 200-400mg/ngày.

- Amiloride, Triamterene: Các lợi tiểu giữ kali

3.2.3 U tủy thượng thận

- Thuốc ức chế alpha-adrenergic: hạ huyết áp và ngăn chặn cơn kịch phát.

- Thuốc ức chế beta-adrenergic: chỉ được phép dùng sau khi có ức chế alpha.

- Metirosine: dùng điều trị nội khoa cho những ca mạn tính hoặc không mổ được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. [Guideline] Grumbach MM, Biller BM, Braunstein GD, Campbell KK, Carney JA, Godley PA, et al. Management of the clinically inapparent adrenal mass ("incidentaloma"). *Ann Intern Med.* Mar 4 2003;138(5):424-9. [Medline].

2. Albala DM. Laparoscopic adrenalectomy. In: Marshall FF, ed. *Textbook of Operative Urology*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co;1996:193.

3. Bloom LS, Libertino JA. Surgical management of Cushing's syndrome. *Urol Clin North Am.* Aug 1989;16(3):547-65. [Medline].

4. Caplan RH, Strutt PJ, Wickus GG. Subclinical hormone secretion by incidentally discovered adrenal masses. *Arch Surg.* Mar 1994;129(3):291-6. [Medline].

XIII. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU (ICD10: N39.0)

1. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) là tình trạng nhiễm trùng các phần của đường tiết niệu, đặc trưng bởi sự hiện diện của vi khuẩn trong nước tiểu hoặc các triệu chứng biểu hiện sự xâm nhập của vi khuẩn ở một hoặc nhiều phần của đường tiết niệu. Tùy theo vị trí giải phẫu bị nhiễm trùng mà có tên gọi riêng. Các nhiễm khuẩn đường tiết niệu có thể chia thành 2 nhóm theo vị trí giải phẫu

– Nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên: Nhiễm khuẩn từ thận cho tới lỗ niệu quản trong thành bàng quang, mà chủ yếu là tổn thương tại thận (viêm thận- bể thận).

– Nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới: Từ bàng quang tới miệng sáo niệu đạo, kể cả cơ quan sinh dục nam.

Nhiễm khuẩn ở các vị trí này có thể xảy ra đồng thời hoặc độc lập với nhau, và có thể không có triệu chứng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là một danh từ chung, tuy vậy bệnh có thể xảy ra ở bất cứ cơ quan nào của đường tiết niệu, do đó triệu chứng lâm sàng rất đa dạng, tùy thuộc vào vị trí tổn thương, diễn biến cấp hoặc mạn tính và vào tuổi mắc bệnh.

2.1.1 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên

Là trạng thái nhiễm khuẩn của thận cho tới miệng niệu quản, mà chủ yếu là ở nhu mô thận và thành của đài bể thận, tạo nên một bệnh lý đặc thù là viêm đài-bể thận cấp với các triệu chứng điển hình như sau:

- Sốt cao 39 – 40 0C, rét run, mạch nhanh.
- Đau thắt lưng một bên (hiếm khi đau hai bên).
- Tiểu đục, đái máu, đái buốt, đái rắt.
- Khi nhiễm khuẩn xảy ra trên một đường tiết niệu bị tắc nghẽn (do sỏi, chít hẹp niệu quản...) thì trước đó bệnh nhân có cơn đau quặn thận.
- Khám lâm sàng có thể thấy đau nhiều vùng hố thắt lưng, phản ứng cơ thắt lưng (+), có thể sờ thấy thận lớn đau.

- Toàn trạng thay đổi: Buồn nôn, nôn, gầy sút, mất ngủ.

2.1.2 Nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới

Là tình trạng nhiễm khuẩn của bàng quang niệu đạo kể cả bộ phận sinh dục của nam giới (tiền liệt tuyến, tinh hoàn). Có thể gặp các hình thái sau: viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm tiền liệt tuyến, viêm tinh hoàn cấp, viêm mào tinh cấp...

- Viêm bàng quang cấp tính thường không có sốt. Ngược lại viêm tiền liệt tuyến và tinh hoàn thì thường có sốt, 390C.

- Toàn trạng ít thay đổi.

- Nổi bật là các triệu chứng kích thích bàng quang: Đái buốt, đái rắt, đau tức hạ vị.

Nước tiểu đục, có mủ hoặc có máu.

- Viêm mào tinh-tinh hoàn cấp thì đau ở bìu dữ dội, cấp tính. Nhiều trường hợp nhầm lẫn với xoắn thừng tinh.

- Khám lâm sàng thấy đau ở hạ vị khi ấn, có khi phát hiện thấy cầu bàng quang mạn tính (ứ đọng nước tiểu trong bàng quang mạn tính), thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to đau (viêm tiền liệt tuyến cấp); tinh hoàn một bên sưng nóng đỏ (viêm tinh hoàn mào tinh cấp).

Ngoài hai thể bệnh trên, có nhiều trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu không có biểu hiện lâm sàng, chỉ phát hiện được khi cấy nước tiểu có vi khuẩn.

2.2 Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích nước tiểu

- Cấy khuẩn nước tiểu: định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ

- Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu, tốc độ máu lắng (VSS), CRP, Sinh hóa máu (ure, creatinin)

- Siêu âm hệ tiết niệu

- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị

- Chụp hệ tiết niệu qua tĩnh mạch (UIV)

- Chụp niệu quản-bể thận ngược dòng

- Chụp niệu đạo-bàng quang ngược dòng

- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan)

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị :

- Điều trị NKĐTN với mục tiêu sau cùng là phải thải trừ vi khuẩn phát triển trong đường tiết niệu. Việc chọn lựa kháng sinh trong NKĐTN và thời gian điều trị kháng sinh phải xét đến các yếu tố sau:

- Hoạt phổ của kháng sinh kháng lại vi khuẩn đã biết hoặc vi sinh vật có khả năng lây bệnh nhất.

- NKĐTN đơn thuần hoặc phức tạp.

- Tiềm năng, các biến cố bất lợi của thuốc và chi phí.

- Thuốc kháng sinh tác động lên hệ vi khuẩn của ruột và âm đạo và sinh thái vi khuẩn bệnh viện. Độ nhạy cảm của vi sinh vật sẽ rất thay đổi ở những bệnh nhân đã tiếp xúc với các kháng sinh kể cả bệnh nhân nội trú và ngoại trú. Vì vậy, bác sĩ lâm sàng cần nắm bắt kịp thời những thay đổi về ảnh hưởng của việc dùng kháng sinh trên hệ sinh thái vi khuẩn và mức độ nhạy cảm của vi khuẩn đối với kháng sinh theo thời gian.

3.2 Một số nguyên tắc về điều trị kháng sinh trong nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) :

- NKĐTN có thể được trị khỏi với những thuốc đạt nồng độ điều trị chỉ trong nước

tiểu. Điều trị khỏi NKĐTN phụ thuộc vào nồng độ kháng sinh trong nước tiểu hơn là trong huyết thanh. Có sự tương quan chặt chẽ giữa mức độ nhạy cảm của vi sinh vật với nồng độ kháng sinh đạt được trong nước tiểu. Khi có nhiễm khuẩn huyết đồng thời xảy ra với NKĐTN, nồng độ kháng sinh đạt được trong máu rất quan trọng và cần điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch.

- Bệnh nhân NKĐTN có sốt cao, lạnh run và tăng bạch cầu máu cần điều trị kháng sinh khởi đầu bằng đường tĩnh mạch.

- Bệnh nhân NKĐTN trên cần điều trị kháng sinh từ 10 ngày đến 2 tuần.

- Ở những bệnh nhân NKĐTN trên đơn thuần, kháng sinh trị liệu có thể được chuyển từ đường tĩnh mạch sang đường uống sau khi hết sốt vài ngày. Nhóm kháng sinh fluoroquinolones có thể dùng mở rộng trong trường hợp này. Những bệnh nhân chọn lọc không nhiễm độc, giảm miễn dịch, có thai hoặc nôn mửa có thể điều trị ban đầu bằng đường uống.

- Vi khuẩn phải được thanh lọc khỏi nước tiểu trong vòng 24 đến 48 giờ sau điều trị, nếu vẫn còn vi khuẩn trong nước tiểu, kháng sinh trị liệu nên được thay đổi dựa trên kết quả nhạy cảm của kháng sinh đồ.

- Bệnh nhân nhiễm khuẩn mắc phải từ cộng đồng của đường tiết niệu trên có kết quả nhuộm gram với vi khuẩn gram âm cần được điều trị bằng kháng sinh phổ rộng. Những kháng sinh phổ rộng được khuyến cáo có thể là cephalosporins thế hệ 3, aztreonam, và aminopenicillins.

- Bệnh nhân vẫn còn sốt hoặc nhiễm độc mặc dù đã trị liệu với kháng sinh thích hợp, nên tìm những ổ áp xe quanh thận hoặc áp xe của vỏ thận.

- Ở những bệnh nhân viêm thận-bể thận do nhiễm khuẩn mắc phải từ bệnh viện, có bệnh sử nhiễm khuẩn tái đi tái lại hoặc nhiễm khuẩn lần đầu với vi khuẩn kháng thuốc, điều trị kháng sinh ban đầu phải là một kháng sinh phổ rộng kháng được vi khuẩn *Pseudomonas*. Khi đã có kết quả vi khuẩn học và kháng sinh đồ, có thể điều chỉnh kháng sinh điều trị.

- Nhiễm nấm candida đường tiết niệu cũng thường gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bệnh nhân đái tháo đường hoặc bệnh nhân đã có điều trị kháng sinh trước đó.

- NKĐTN với đa vi khuẩn có thể gặp ở bệnh nhân có sỏi thận, áp xe thận mạn, đặt ống thông niệu đạo-bàng quang, hoặc bệnh nhân có lỗ rò bàng quang với ruột hoặc rò bàng quang-âm đạo.

- Ở những bệnh nhân có suy thận cần phải điều chỉnh liều kháng sinh cho những kháng sinh thải trừ chủ yếu qua thận mà không có cơ chế thải trừ khác. Khi có suy thận, thận có thể không đủ khả năng cô đặc kháng sinh trong nước tiểu, tắc nghẽn đường tiết niệu cũng có thể làm giảm nồng độ kháng sinh trong nước tiểu, như vậy sẽ ảnh hưởng đến việc thải trừ vi khuẩn trong nước tiểu.

- Liệu trình ngắn ngày (3 ngày) cho NKĐTN dưới (viêm bàng quang ở bệnh nhân nữ trẻ) có hiệu quả như liệu trình 7- 14 ngày. Bệnh nhân nam bị viêm bàng quang nói chung được điều trị kháng sinh ít nhất 7 ngày vì có liên quan đến các yếu tố gây biến chứng, đặc

biệt viêm tuyến tiền liệt.

- Viêm bàng quang ở phụ nữ lớn tuổi chưa được nghiên cứu nhiều. Ở phụ nữ lớn tuổi có triệu chứng điển hình của viêm bàng quang có thể được điều trị 3 ngày với fluoroquinolones hoặc Cotrimoxazole. Tái phát sau 3 ngày điều trị nên được xem xét những chứng cứ của NKĐTN trên và hướng dẫn điều trị như đã mô tả ở trên nên được theo dõi.

- Ở phụ nữ có thai có khuẩn niệu không triệu chứng được xem là có nguy cơ xảy ra viêm thận-bể thận sau khi có thai. Một số nghiên cứu đã ghi nhận có sự liên quan giữa khuẩn niệu không triệu chứng trong giai đoạn thai kỳ và sinh non, trẻ sơ sinh thiếu cân, tiền sản giật. Vì vậy sự hiện diện của vi khuẩn trong nước tiểu ở người có thai dù có triệu chứng hay không, phải được điều trị và theo dõi tích cực hơn những trường hợp khác.

- Trong điều trị NKĐTN, không đủ chứng cứ chứng minh kháng sinh diệt khuẩn có hiệu quả hơn kháng sinh kìm khuẩn. Điều trị phối hợp không chọn lọc đồng thời nhiều kháng sinh không cho kết quả tỉ lệ khỏi bệnh cao hơn điều trị từng kháng sinh đơn lẻ có trong phối hợp kháng sinh.

- Kháng sinh dùng trong điều trị NKĐTN bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi pH nước tiểu. Kiểm hóa nước tiểu làm tăng hoạt tính của nhóm kháng sinh aminoglycosides(streptomycin, kanamycin, gentamicin, tobramycin, amikacin), benzylpenicillin, và erythromycin). Toàn hóa nước tiểu tăng hoạt tính của tetracyclines, nitrofurantoin và methenamine mandelate

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA) 2013
2. Grabe M., Bjerkklund – Johansen T.E., H Botto et al. 2012. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. p 33-38.
3. Ksycki MF. 2009. Nosocomial urinary tract infections. Surg Clin North Am. 89(2): p 475-481.
4. Litza JA. Urinary tract infections. 2010. Prim Care; 37 (3): p 491-507
5. Mandell, Douglas, Bennett's. 2010. Presumptive diagnosis of urinary tract infections. Principles & Practice of Infectious Diseases, 7th edition.
6. Neal DE J. 2008. Complicated urinary tract infections. Urol Clin North Am. 35(1):p 13-22.
- Nicolle LE. 2008. Uncomplicated urinary tract infection in adults including uncomplicated pyelonephritis. Urol Clin North Am; 35(1): p. 1-12.

XIV. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH THƯỜNG TINH - ICD 10: I86.1

1. ĐỊNH NGHĨA:

Giãn tĩnh mạch thường tinh là hiện tượng giãn bất thường của tĩnh mạch tinh và đám rối tĩnh mạch tinh (bình thường, tĩnh mạch tinh của đám rối tĩnh mạch tinh có đường kính khoảng từ 2mm trở xuống). Giãn tĩnh mạch tinh là một bệnh lý rất phổ biến và thường gặp ở nam giới. Lý do chủ yếu để người bệnh đi khám là đau tức vùng bẹn bùi hoặc hiếm muộn con cái.

Bệnh hiếm khi xuất hiện trước tuổi dậy thì, ở lứa tuổi thiếu niên tỷ lệ gặp phải từ 8-19% nhưng kể từ lứa tuổi vị thành niên, theo thống kê chung của các tác giả ở khoảng 15% cộng đồng nam giới. Tuy nhiên, trong nhóm vô sinh nam giới, tỷ lệ này cao hơn nhiều. Giãn tĩnh mạch tinh là nguyên nhân gây ra 15-25% các trường hợp vô sinh nam nguyên phát và 75-81% vô sinh nam thứ phát.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Giãn tĩnh mạch thường tinh (Varicocele) thường không có dấu hiệu hay triệu chứng

- Con đau có thể: Khác nhau từ khó chịu, cảm giác nặng nề đến đau rõ nét, tăng với đứng, ngồi hoặc gắng sức, đặc biệt là trong thời gian dài.

- Giảm đau khi nằm ngửa.

- Bệnh nhân tự nhìn thấy hay sờ thấy búi tĩnh mạch giãn to ngoằn ngoèo như búi giun nằm trong bìu khi đứng.

- Bệnh nhân tự sờ thấy tinh hoàn một bên nhỏ hơn bên đối diện và lo lắng đi khám bệnh.

- Vô sinh

- Varicocele thường ở tuổi dậy thì và thường xảy ra ở phía bên trái, rất có thể vì vị trí của các tĩnh mạch tinh hoàn trái. Tuy nhiên, varicocele trong một tinh hoàn có thể ảnh hưởng đến sản xuất tinh trùng trong cả hai tinh hoàn.

- Lâm sàng khám nhìn hoặc sờ thấy búi giãn tĩnh mạch như búi giun ở bìu đa số bìu trái

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler màu

Siêu âm là phương pháp được chỉ định đầu tiên để đánh giá tĩnh mạch thường tinh khi lâm sàng có các dấu hiệu gợi ý. Là một công cụ có giá thành rẻ, dễ làm và có độ đặc hiệu cao, đặc biệt giúp chẩn đoán sớm những trường hợp mà lâm sàng khám không rõ ràng. Siêu âm Doppler màu cuốn tĩnh mạch tinh hoàn để đánh giá chính xác mức độ giãn tĩnh mạch tinh. Bình thường khẩu kính tĩnh mạch tinh dưới 2mm. Gọi là giãn tĩnh mạch tinh khi có ít nhất một tĩnh mạch trong đám rối tĩnh mạch có đường kính lớn hơn 2mm, có hồi lưu khiến tĩnh mạch phình to hơn sau khi bệnh nhân đứng dậy hoặc làm nghiệm pháp Valsava.

Trên thăm khám siêu âm: đường kính tĩnh mạch tinh > 2,5mm thì được chẩn đoán là giãn, thường phối hợp nghiệm pháp Valsava để đánh giá những trường hợp kín đáo.

- Siêu âm ổ bụng và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng

Là những xét nghiệm cần thiết khi có giãn tĩnh mạch tinh nhằm loại trừ các trường hợp giãn tĩnh mạch tinh thứ phát do các khối u sau phúc mạc hay ở tiểu khung chèn ép.

- Phân độ giãn tĩnh mạch tinh trên lâm sàng

Độ 0: Giãn tĩnh mạch tinh chưa có biểu hiện lâm sàng. Không phát hiện được khi thăm khám, chỉ phát hiện được khi các thăm dò cận lâm sàng như siêu âm (gọi là giãn tĩnh mạch tinh khi có ít nhất một tĩnh mạch trong đám rối tĩnh mạch có đường kính > 3mm, có hồi lưu khiến phình to hơn sau khi bệnh nhân đứng dậy hoặc cho làm nghiệm pháp gắng sức).

Độ 1: Giãn tĩnh mạch tinh sờ thấy hoặc nhìn thấy khi làm nghiệm pháp gắng sức.

Độ 2: Giãn tĩnh mạch tinh sờ thấy nhưng không nhìn thấy khi đứng thẳng mà không cần làm nghiệm pháp Valsava.

Độ 3: Giãn tĩnh mạch tinh nhìn thấy hiện rõ ở da bìu khi đứng thẳng.

Những trường hợp giãn tĩnh mạch độ 2 và 3 có nhiều nguy cơ gây vô sinh nam giới hơn.

- Tinh dịch đồ

Chỉ định trong những trường hợp vô sinh nhằm đánh giá ảnh hưởng của giãn tĩnh mạch tinh đối với chức năng sinh sản tinh trùng.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị bẹn
- Viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn
- Viêm thừng tinh
- Nang thừng tinh, u thừng tinh
- Tràn dịch màng tinh hoàn
- U tinh hoàn

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Mục đích của điều trị là niêm phong tĩnh mạch bị ảnh hưởng để chuyển hướng lưu lượng máu vào tĩnh mạch bình thường, làm tăng số lượng và chất lượng tinh trùng, tăng tỷ lệ có thai cho vợ chồng người bệnh.

3.2. Điều trị cụ thể

Điều trị nội khoa hầu như không có kết quả với giãn tĩnh mạch tinh. Hiện nay, điều trị giãn tĩnh mạch tinh chủ yếu là điều trị can thiệp ngoại khoa

3.2.1. Chỉ định

- Giãn tĩnh mạch tinh gây triệu chứng đau tức vùng bẹn bìu kéo dài ảnh hưởng tới sinh hoạt và khả năng lao động.

- Giãn tĩnh mạch tinh kết hợp với teo tinh hoàn.
- Giãn tĩnh mạch tinh phát hiện trên một cặp vợ chồng vô sinh.
- Giãn tĩnh mạch tinh kèm theo bất thường về tinh dịch đồ.

3.2.1. Các phương pháp sửa chữa bao gồm:

- Mở mở
- Mở nội soi
- Vi phẫu thuật.

Các kỹ thuật mổ khác nhau nhưng mục đích đều giống nhau là thắt tĩnh mạch tinh nhằm tránh trào ngược máu từ tĩnh mạch thận vào đám rối tĩnh mạch tinh.

Phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng (qua phúc mạc hoặc sau phúc mạc) là phương pháp thay thế cho phẫu thuật mở cổ điển khi bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật với tỷ lệ thành công tương tự.

- Nút mạch chọn lọc dưới hướng dẫn của X-quang

Dưới hướng dẫn của X-quang, luồn ống catheter vào tĩnh mạch đùi bên phải rồi đi lên tới tĩnh mạch chủ dưới, sang tĩnh mạch thận rồi đi xuống tĩnh mạch tinh và nút mạch chọn lọc vào nhánh tĩnh mạch tinh giãn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aqueline A, Megan W, Kimberly C. *Varicose Veins: Diagnosis and Treatment*; *Am Fam Physician*. 2019 Jun 1;99(11):682-688. aafp.org/afp/2019/0601/p682
2. Brittenden J, Cotton SC, Elders A, et al. *A randomized trial comparing treatments for varicose veins*. *N Engl J Med*. 2014;371(13):1218–1227
3. Harlip I, Jarow J, Belker A, Damewood M et al. *AUA Guideline Varicocele Best Practice*. *AUA best Pract policy ASRM Pract Comm*. 2001; 4:2-3.
4. Ferri FF. *Varicocele*. In: *Ferri's Clinical Advisor 2018*. Philadelphia, Pa.: Elsevier; 2018.
5. Wein AJ, et al., eds. *Male infertility*. In: *Campbell-Walsh Urology*. 12th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2020; 1428:1484
6. Johnson D, et al. *Treatment of varicoceles: techniques and outcomes*. *Fertility and Sterility*. 2017; 108:378

XV. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TINH HOÀN LẠC CHỖ (ICD 10: Q53.9)

1. ĐỊNH NGHĨA:

Tinh hoàn lạc chỗ (cryptorchidism) là một tinh hoàn không di chuyển vào vị trí đúng của nó trong bao da treo phía sau dương vật (bìu) trước khi bé trai ra đời. Thông thường chỉ có một tinh hoàn bị ảnh hưởng, nhưng trong một số trường hợp cả hai tinh hoàn có thể lạc chỗ.

Một tinh hoàn lạc chỗ phổ biến hơn ở bé trai sinh non hoặc trước 37 tuần.

Đối với hầu hết các bé trai sinh ra với một hoặc hai tinh hoàn lạc chỗ, vấn đề tự sửa chữa trong vòng vài tháng sau sinh. Nếu trẻ sơ sinh có một tinh hoàn lạc chỗ không tự điều chỉnh, phẫu thuật thường có thể được sử dụng để di chuyển nó vào bìu.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Lâm sàng thường chia thành hai thể của tinh hoàn lạc chỗ là thể sờ thấy và thể không sờ thấy

- Người bệnh có thể tự sờ nhưng không thấy tinh hoàn ở dưới bìu hoặc sờ thấy ở ống bẹn có khối u nổi lên.

- Thăm khám vùng bẹn bìu: Nhìn thấy một bên bìu xẹp hẳn so với bên đối diện, rõ nhất là những trường hợp tinh hoàn không xuống bìu cả hai bên, ta có thể nhìn thấy cả hai bên bìu dái đều xẹp hẳn xuống. Nhìn đôi khi cũng phát hiện được các dị tật kèm theo.

- Trong khoảng 80% trường hợp, bác sĩ có thể sờ thấy tinh hoàn nằm ở trên trong ống bẹn. Tuy nhiên tinh hoàn ẩn thể trong ổ bụng hoặc lỗ bẹn sâu khi khám không sờ thấy tinh hoàn.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: Là một phương tiện chẩn đoán không xâm nhập, rẻ tiền và có thể thực hiện được nhiều lần. Tuy nhiên đối với bệnh lý tinh hoàn ẩn thể không sờ thấy thì vai trò xác định vị trí tinh hoàn của siêu âm rất hạn chế, tỷ lệ âm tính giả và dương tính giả cao.

- Nội soi: Có rất nhiều báo cáo cho thấy nội soi có vai trò rất lớn trong chẩn đoán và điều trị tinh hoàn ẩn thể không sờ thấy. Qua nội soi có thể xác định được vị trí và tính chất của tinh hoàn để đưa ra phương pháp điều trị phù hợp

- Chụp CT Scanner: Có giá trị trong chẩn đoán tinh hoàn thể không sờ thấy

- MRI: có giá trị trong xác định vị trí của tinh hoàn trong trường hợp tinh hoàn ẩn không sờ thấy - Chụp tuyến sinh dục có bơm thuốc cản quang

- Xét nghiệm nhiễm sắc thể: nên được tiến hành một cách hệ thống để phát hiện các trường hợp giới tính không xác định.

- Nghiệm pháp HCG: là một nghiệm pháp được sử dụng để xác định xem tinh hoàn có hay không có trong trường hợp cả hai tinh hoàn đều không sờ thấy.

- Các xét nghiệm nội tiết tố: LH, FSH, prolactin, estradiol và testosterone.
- Các xét nghiệm chỉ điểm khối u: α FP, β -HCG nên làm để phát hiện các trường hợp ác tính

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị mục đích điều trị

- Giảm nguy cơ vô sinh do các biến đổi bất lợi về mô học của tinh hoàn.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho việc thăm khám hoặc bệnh nhân tự thăm khám tinh hoàn để theo dõi và phát hiện sớm ung thư tinh hoàn.

- Xử trí các trường hợp thoát vị bẹn kèm theo.
- Phòng ngừa khả năng xoắn tinh hoàn.
- Cải thiện về mặt tâm lý.

3.2. Điều trị cụ thể:

Trẻ cần phát hiện sớm và điều trị trước 2 tuổi. Nếu có thể sờ thấy tinh hoàn ở ống bẹn, tinh hoàn thường tự di chuyển xuống mà không cần điều trị. Nếu tới lúc trẻ được 6 tháng tuổi mà tinh hoàn vẫn không tự di chuyển xuống, có thể cần một số biện pháp can thiệp.

3.2.1 Điều trị nội tiết

Cơ chế của điều trị nội tiết dựa trên lý luận cho rằng nguyên nhân của tinh hoàn ẩn là do tổn thương trục dưới đồi - tuyến yên - tuyến sinh dục.

Các thuốc nội tiết được dùng là

- HCG: Gonadotropin nhau thai của người. Tác dụng của HCG giống LH của tuyến yên, kích thích tế bào Leydig tiết ra Testosterone và sau đó Testosterone sẽ biến thành Dihydrotestosterone, và chất này sẽ tác dụng trực tiếp lên mào tinh hoàn, dây kéo tinh hoàn và đưa dần tinh hoàn xuống bìu. Liều dùng: Trẻ từ 1-2 tuổi là 300UI/một lần tiêm, 3-7 tuổi là 700UI, trên 7 tuổi là 1500UI. Tiêm bắp ngày một lần, mỗi lần tiêm cách nhau 3 ngày với tổng liều là 9 lần tiêm (tổng liều không nên quá 1500UI). Điều trị lặp lại ít có hiệu quả.

- GNRH: Hormon giải phóng Gonadotropin ngoại sinh, Đồng phân tổng hợp của GNRH là Naferelin hay Buserelin kích thích lên tuyến yên phóng thích LH và FSH dẫn đến tăng tạo Steroid sinh dục.

+ Liều dùng 1,2mg/ngày dưới dạng xịt mũi, liên tục trong 4 tuần.

+ Khi kết hợp GNRH và HCG có thể làm tăng tỉ lệ thành công lên 60%.

+ Đối với tinh hoàn ẩn thể không sờ thấy nằm ở vị trí cao trong ổ bụng thì điều trị nội tiết trước phẫu thuật sẽ làm cho tỉ lệ thành công của phẫu thuật tăng lên do làm tăng kích thích tinh hoàn và làm mạch máu tinh hoàn phát triển to lên và kéo dài ra làm thuận lợi cho phẫu thuật

3.2.2. Phẫu Thuật

Phẫu thuật được chỉ định nếu điều trị nội khoa không hiệu quả

- Thể sờ thấy: mổ mở hạ tinh hoàn xuống bìu

- Thở không sờ thấy: có thể mổ mở với đường mổ cao ngoài phúc mạc hoặc mổ nội soi 1 thì hoặc 2 thì.
- Ghép tinh hoàn tự thân: Đây là một kỹ thuật rất khó và chỉ định rất hạn chế.
- Các động mạch và tĩnh mạch tinh hoàn sau khi cắt rời được nối vào động mạch thượng vị dưới
- Cắt tinh hoàn và đặt tinh hoàn giả: Khi bệnh nhân đến khám muộn sau tuổi dậy thì, nhiều tác giả chủ trương cắt bỏ tinh hoàn trong những trường hợp tinh hoàn trong ổ bụng để tránh nguy cơ ung thư hóa

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Ngọc Từ (2003), “Tinh hoàn ẩn”, *bệnh học tiết niệu*, NXB Y Học, Hà Nội, tr. 647- 653.
2. Nguyễn Thanh Liêm (2002), “Tinh hoàn không xuống bìu”, *Phẫu thuật tiết niệu trẻ em*, NXB Y Học, tr. 213 - 234.
3. Vũ Lê Chuyên, Lê Anh Tuấn, Đặng Quang Tuấn, Nguyễn Thành Như, Nguyễn Văn Ân (2008), “Kinh nghiệm ban đầu trong chẩn đoán và điều trị tinh hoàn ẩn không sờ thấy qua nội soi ổ bụng”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 12(1), tr. 290 - 294
4. Hinman F (2010), “Testis: Repair and Reconstruction” in *Atlas of urologic surgery* (Second edition), W. B. Saunders Company, pp. 303 - 341.
5. Hutson J.M. (2019) Orchidopexy. In: Puri P., Höllwarth M. (eds) *Pediatric Surgery. Springer Surgery Atlas Series*. Springer, Berlin, Heidelberg.
6. Kolon TF, Herndon CDA, Baker L a, et al. AUA Guideline UDT. AUA Clin Guidel. 2014;(April):1-38

XVI. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ XOẼN TINH HOÀN

ICD10: N44.0

1. ĐỊNH NGHĨA:

Xoẻn tinh hoàn là xoẻn các cấu trúc của thừng tinh, ngăn cản nguồn cung cấp máu gây nên hoại tử hoặc teo tinh hoàn - mào tinh. Nguyên nhân xoẻn: do tinh hoàn không được cố định vững chắc. Cơ chế xoẻn chưa rõ, có thể do co kéo của cơ nâng tinh hoàn, cơ Dartos và tăng testosterone. Xoẻn tinh hoàn gồm có: xoẻn ngoài bao tinh mạc (tinh hoàn ẩn) và xoẻn trong bao tinh mạc (tinh hoàn không được cố định). Thương tổn tinh hoàn tùy thuộc mức độ và thời gian xoẻn. Xoẻn nhẹ làm tắc tĩnh mạch dẫn đến phù nề tinh hoàn và gây đau. Xoẻn nặng và kéo dài dẫn đến hoại tử tinh hoàn. Xoẻn tinh hoàn là một cấp cứu ngoại khoa, xử trí muộn thường phải cắt tinh hoàn.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Lý do nhập viện: đau bìu (đau đột ngột, đau dữ dội); bìu sưng tấy đỏ (ở trẻ sơ sinh) có thể kèm đau bụng (20-30%), nôn (20-30%), sốt (16%), tiểuắt nhất (4%).

- Tiền sử: có thể có tinh hoàn ẩn hoặc tinh hoàn di động lò xo

- Khám: Bìu tấy đỏ tím dần, tinh hoàn căng to, chắc, ấn đau tại tinh hoàn và dọc theo thừng tinh, mất phản xạ da bìu. Một khối căng, nóng, đỏ, đau ở vùng bẹn, khám không thấy tinh hoàn ở bìu (tinh hoàn ẩn).

- Tinh hoàn bị kéo lên cao phía lỗ bẹn nông, nắn vào tinh hoàn bệnh nhân đau và đau khi nắn dọc theo ống bẹn. Đây là một triệu chứng quan trọng để chẩn đoán.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu.

- Siêu âm Doppler màu: xác định luồng máu đến tinh hoàn.

- Đồng vị phóng xạ

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị bẹn nghẹt: Thường vẫn nắn thấy tinh hoàn ở ngoài khối thoát vị và nắn không đau.

- Viêm mào tinh hoặc viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn: Thường ít biểu hiện cấp tính, thường có dịch rỉ ra ở niệu đạo và hay gặp ở bệnh nhân bị hẹp niệu đạo sau hoặc trước do các nguyên nhân khác nhau.

- Viêm nhiễm cấp tính, áp xe ở da, tổ chức dưới da ở vùng ống bẹn, bìu: Da viêm tấy đỏ, sốt cao, vẫn nắn thấy tinh hoàn không đau, chọc dò hút ra mủ.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Giải quyết sớm tình trạng xoắn tinh hoàn nhằm ngăn ngừa tinh hoàn bị hoại tử.
- Có chỉ định mổ thám sát khi có nghi ngờ xoắn tinh hoàn.

3.2. Phẫu thuật.

Nguyên tắc: Là một phẫu thuật cấp cứu trong niệu khoa

- Giải quyết thương tổn tinh hoàn bị xoắn.
- Cố định tinh hoàn đối bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Bích (1998): *Xoắn hoại tử tinh hoàn. Nhi khoa, 1: 115-117*
2. Walls RM, et al., eds. *Selected urologic disorder. In: Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier; 2018*
3. Ferri FF. *Testicular torsion. In: Ferri's Clinical Advisor 2018. Philadelphia, Pa.: Elsevier; 2018*
4. Bowlin PR, et al. *Pediatric testicular torsion. Surgical Clinics of North America.*
5. Palmer JS, Palmer LS. *Management of abnormalities of the external genitalia in boys. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, et al., editors. Campbell-Walsh urology. 12th. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 871–903*

XVII. TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN (ICD: N43)

1. ĐỊNH NGHĨA

Tràn dịch màng tinh hoàn là hiện tượng bệnh lý ứ nước: nước trong, vàng chanh hay đục giữa hai lá màng tinh hoàn.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Gặp ở mọi lứa tuổi
- Bìu to tăng dần, căng tức, không đau.
- Khó sờ nắn được tinh hoàn, mào tinh.
- Không kẹp được màng tinh hoàn.
- Soi đèn vào bìu: phần dịch sáng hơn và phân biệt được với tinh hoàn, mào tinh có màu tối.
- Khám ống bẹn, lỗ bẹn bình thường.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm doppler: Tinh hoàn và mào tinh hoàn bình thường, tưới máu đều, được bao quanh là khối dịch đồng nhất, di động
- Siêu âm ổ bụng, hệ tiết niệu giúp loại trừ một số bệnh lý

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị bẹn.
- Nang mào tinh, nang thừng tinh.
- U tinh hoàn, u mào tinh hoàn
- Xoắn thừng tinh, thoát vị bẹn nghẹt, viêm tinh hoàn, ...

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu điều trị

Hết tràn dịch màng tinh hoàn

3.2. Điều trị cụ thể

- Trẻ sơ sinh thì theo dõi, có thể tự khỏi.
- Trẻ em sau 18 - 24 tháng nếu tràn dịch không hết, đa phần do còn ống phúc tinh mạc thì mổ thắt ống phúc tinh mạc
- Phương pháp chọc hút dịch: Hiện nay ít sử dụng do tỷ lệ tái phát cao.
- Phương pháp ngoại khoa là chủ yếu .
- + Cắt lộn màng tinh hoàn.
- + Mở cửa sổ màng tinh hoàn.
- + Cắt bớt lá thành màng tinh hoàn.
- + Lộn xếp lá thành màng tinh hoàn.

+ Trẻ em: Luôn chú ý tới bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc, chính vì vậy khi phẫu thuật cần thắt ống phúc tinh mạc để tránh tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bệnh học Thận – tiết niệu (trang 566-570)*
2. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Tràn dịch màng tinh hoàn. Hội tiết niệu – Thận Học Việt Nam (VUNA) 2015.*
3. *Bài giảng bệnh học ngoại khoa – ĐHY Hà Nội*
4. *Bệnh học Nam khoa – ĐHY Hà Nội*
5. *Cambell's Urology 2012.*

XVIII. VIÊM TINH HOÀN (ICD: N45)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tinh hoàn là hiện tượng viêm xảy ra khu trú tại nhu mô tinh hoàn có thể là do nhiễm khuẩn hoặc không do nhiễm khuẩn. Viêm tinh hoàn được chia thành các loại viêm cấp tính và viêm mãn tính dựa theo thời gian tồn tại các triệu chứng của bệnh.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Viêm tinh hoàn cấp tính có các triệu chứng điển hình là: sốt cao, ớn lạnh, tinh hoàn bị xơ cứng và đau, cảm giác đau có thể lan sang vùng háng, da bìu sưng đỏ, phù nề, mào tinh sưng to, xuất tinh ra máu, đi tiểu ra máu chảy mủ từ dương vật... Viêm tinh hoàn cấp tính thường do tình trạng nhiễm trùng đường tiết niệu và các bệnh lý tuyến tiền liệt.

- Viêm tinh hoàn mạn tính khi điều trị viêm tinh hoàn cấp không triệt để hoặc không điều trị: tinh hoàn sưng lên dần rồi sau đó mới có biểu hiện xơ cứng, thỉnh thoảng có thể xuất hiện cơn đau nhẹ ở tinh hoàn, nhiều trường hợp có thể dẫn tới teo tinh hoàn... Bệnh tiến triển khá chậm và thường sau 1-2 năm mới có biểu hiện bệnh rõ rệt. Nếu không điều trị kịp thời thì khó có thể chữa khỏi bệnh.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler màu cho phép đánh giá mức độ tưới máu và các cấu trúc giải phẫu của tinh hoàn. Trường hợp viêm tinh hoàn mào tinh hoàn tinh hoàn sẽ tăng kích thước, tăng tưới máu tinh hoàn, tốc độ dòng chảy tăng.

- Bạch cầu tăng, đặc biệt là đa nhân trung tính

- Soi tươi và nuôi cấy nước tiểu giữa dòng có thể xác định loại vi khuẩn gây bệnh. Phân tích nước tiểu toàn bộ có thể thấy bạch cầu trong nước tiểu hoặc test phân hủy bạch cầu dương tính, hoặc thể nitrit

- Nhuộm soi và nuôi cấy dịch niệu đạo xác định các nguyên nhân gây viêm niệu đạo.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Xoắn tinh hoàn

- Thoát vị bẹn

- Tràn dịch màng tinh hoàn

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Dựa vào phân loại viêm tinh hoàn mào tinh hoàn để có các biện pháp điều trị thích hợp

- Trường hợp viêm tinh hoàn mào tinh hoàn do nhiễm khuẩn dựa trên kết quả kháng sinh đồ để điều trị

3.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị kháng sinh, thường là nhóm quinolon và cephalosporin
- Điều trị nâng đỡ: Giảm đau nonsteroid, nâng đỡ búi, hạn chế vận động, nghỉ ngơi tại giường, tăng cường dinh dưỡng và vitamine.
- Kết hợp corticoid

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bệnh học tiết niệu – NXB ĐHY Hà Nội*
2. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn. Hội tiết niệu – Thận Học Việt Nam (VUNA) 2015.*
3. *Bệnh học Ngoại khoa – ĐHY Hà Nội*
4. *Bệnh học Nam khoa – ĐHY Hà Nội*
5. *Cambell's Urology 2012.*

XIX. HỘI CHỨNG FOURNIER (ICD: A48)

1. ĐỊNH NGHĨA

Là một hoại tử nhiễm khuẩn dưới da bắt đầu từ búi rồi lan tỏa dần lên tới vùng các lớp cân. Tiên lượng tùy thuộc vào việc chẩn đoán sớm và việc điều trị có tích cực hay không.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Khởi đầu thường dữ dội:

- Biểu hiện nhiễm độc toàn thân và suy kiệt, sốt cao, rét run (đôi khi thân nhiệt hạ quá thấp)

- Đau vùng búi kèm theo hiện tượng phù nề gây căng phồng tại chỗ

- Búi trở nên rắn rất nhanh, đau, sưng đỏ và tiết dịch. Xuất hiện các vết lằn màu nhạt trên da kèm theo những mảng hoại tử thâm đen, lan nhanh xuống dưới búi và lên cao trên bụng.

- Sờ sẽ thấy tiếng lạo xạo của khí ở dưới da

- Khi có những ổ mủ tiết dịch: dịch mủ màu vàng nâu và rất hôi thối.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: tăng bạch cầu, tốc độ lắng máu cao, rối loạn điện giải, suy gan, thận,..

- Siêu âm ổ bụng, bẹn búi hoặc CT scan có tình trạng phù nề thành da búi, tăng sinh mạch máu, có các ổ dịch mủ, và có khí dưới da

- Nuôi cấy vi khuẩn thường bắt gặp cả 02 nhóm vi khuẩn yếm khí và hiếu khí

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mào tinh hoàn, tinh hoàn

- Áp xe búi

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Mục tiêu điều trị

- Chặn đường lây lan, phát triển của vi khuẩn lên phần trên cơ thể

- Thoát shock nhiễm khuẩn

3.2. Điều trị cụ thể

- PT làm dẫn lưu bằng quang, kết hợp làm hậu môn nhân tạo. Mở rộng hoàn toàn vết thương, cắt lọc rộng rãi, để hở hoàn toàn vết thương

- Dùng kháng sinh phổ rộng và mạnh ngay từ đầu

- Hồi sức tích cực, bù điện giải,...

- Thay băng cắt lọc tích cực hằng ngày

- Nâng cao thể trạng, sức đề kháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quán Anh (2003), “ Hoại thư cơ quan sinh dục: Bệnh Fournier”, Bệnh học Tiết niệu. Nxb Y học Hà Nội, tr 377-379

2. Nguyễn Đức Chính, Phạm Hải Bằng. “ Nhiễm trung hoại tử tầng sinh môn Fournier”, *vietduchospital.edu.vn/news_detail.asp?ID=1&IDN=2980*
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Fournier. Hội tiết niệu – Thận Học Việt Nam (VUNA) 2013.
4. Atakan IH et al. A life-threatening infection : Fournier’s gangrene, *Int Urol Nephrol.* 2002; 34(3);387-92
5. P.Cadot; I,Rouquette et al. Les cellulites grave ou gangrene de Fournier de perinee. *J.Chi.*2003, 140, N01.

XX. BỆNH THẬN ĐA NANG

1. ĐỊNH NGHĨA:

Bệnh được đặc trưng bởi xuất hiện nhiều nang ở cả hai thận. Bệnh thận đa nang là bệnh di truyền phần lớn theo gen trội, chỉ có một tỉ lệ nhỏ theo gen lặn..

Bệnh thận đa nang có thể kết hợp với nang gan và các bất thường tim mạch. Bệnh thường dẫn tới suy thận giai đoạn cuối.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1 Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán bệnh thận đa nang dựa vào:

- Tiền sử gia đình
- Siêu âm thấy hai thận to, có nhiều nang kích cỡ khác nhau ở cả vùng vỏ và vùng tủy thận.

- Có nang ở gan
- Chụp cắt lớp thận CTscan
- Kỹ thuật gen xác định bất thường ở đầu xa nhánh gần của nhiễm sắc thể 16.

2.1.1 Lâm sàng

- Ban đầu thường không có triệu chứng, bệnh nhân phát hiện được bệnh thường do khám sức khỏe thường kỳ, hoặc siêu âm ổ bụng vì các lý do ngoài thận. Bệnh thường được phát hiện ở tuổi trung niên.

- Đau bụng hoặc đau hông lưng: thường tăng lên theo tuổi và kích cỡ của nang. Nếu đau cấp tính, có thể là do chảy máu trong nang, nhiễm khuẩn nang, tắc nghẽn đường tiết niệu do cục máu, sỏi.

- Chảy máu trong nang gây tiểu máu đại thể
- Đau dưới hạ sườn phải có thể gặp do nang gan phối hợp.

*Các biểu hiện ngoài thận:

- Biểu hiện bệnh ở gan: Có khoảng 50% bệnh nhân bị bệnh thận đa nang có nang ở gan.
- Phình mạch trong sọ: Chụp động mạch não phát hiện khoảng 10-30% bệnh nhân có phình mạch trong sọ. Tỉ lệ gặp chảy máu trong sọ gặp khoảng 2% số bệnh nhân, do vỡ phình mạch.

- Bất thường van tim: Có thể thấy bất thường ở một hoặc nhiều hơn các van tim ở 18% bệnh nhân. Van tim thấy thoái hóa tổ chức cơ, mạch máu, và collagen. Sa van hai lá, rối loạn nhịp tim, viêm màng trong tim nhiễm khuẩn, huyết khối nhĩ trái.

- Biểu hiện bệnh ở các cơ quan khác: Nang có thể thấy ở tụy và lách, tỉ lệ gặp là 10% và 5%. Đôi khi còn phát hiện nang ở thực quản, ở niệu quản, ở buồng trứng, ở não.

- Chảy máu trong nang gây tiểu máu đại thể

2.1.2 Cận lâm sàng

- Siêu âm là xét nghiệm đơn giản và dễ thực hiện để chẩn đoán xác định, theo dõi

đánh giá tình trạng nang thận và các biến chứng.

- XQ hệ tiết niệu, chụp CT đánh giá các tổn thương, biến chứng của bệnh đa nang
- Xét nghiệm sinh hóa máu, nước tiểu xác định các biến chứng suy thận, nhiễm trùng, tiểu máu.

2.1.3 Chẩn đoán phân biệt

- U thận lành hoặc ác tính
- Khối máu tụ (do chấn thương hoặc không)
- Áp xe thận.
- U nang bào sán
- Bệnh nang thận thứ phát (ở các người bệnh có bệnh thận từ trước và có suy thận).
- Giả nang (u nang nước tiểu).

3 ĐIỀU TRỊ:

- Nguyên tắc chung là điều trị triệu chứng và biến chứng.
- Nhiễm khuẩn thận điều trị bằng kháng sinh phù hợp
- Tăng huyết áp điều trị bằng các nhóm thuốc hạ áp
- Cắt thận nếu nang thận quá to, biến chứng tiểu máu, nhiễm trùng tái phát
- Suy thận, điều trị bảo tồn và thay thế khi suy thận giai đoạn cuối bằng lọc máu và ghép thận.
- Với những trường hợp nang không quá lớn: có thể lọc màng bụng,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hateboer N, van Dijk MA, Bogdanova N et al, 1999. “Comparison of phenotypes of polycystic kidney disease types 1 and 2” , *Lancet*, 353, pp.103- 107
2. E Higashihara, K Nutahara and M Kojima et al, 1998. “Prevalence and renal prognosis of diagnosed autosomal dominant polycystic kidney disease in Japan”, *Nephron* 80, pp. 421–427
3. Amaout MA, 2011. “Cystic kidney diseases”, *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier; chap 128.
4. Porter CC, Avner Ed, 2011. “Anatomic abnormalities associated with hematuria”, *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, chap 515.
5. Torres VE, Grantham JJ, 2007. “Cystic diseases of the kidney”, *Brenner and Rector's the Kidney*. 8th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, chap 41.

XXI. NANG ĐƠN THẬN

1. ĐỊNH NGHĨA

- Nang đơn thận là một khối dịch bất thường tại thận, có thể xuất hiện ở một hoặc hai bên thận. Nang thận thường tròn, dịch trong và không thông với đài bể thận.

- Nang đơn thận khác với các nang thận ở bệnh thận đa nang, nguyên nhân do rối loạn về di truyền. Nang đơn thận không phát triển ở toàn bộ thận, thay thế cấu trúc bình thường của thận, không phải là nguyên nhân làm giảm chức năng thận như ở những người bị thận đa nang.

- Nang đơn thận thường gặp ở người có tuổi. Khoảng 25% người trên 40 tuổi và 50% người trên 50 tuổi có nang đơn thận và tới trên 90 % ở những người trên 70 tuổi.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định:

- Hầu hết các nang đơn thận được phát hiện khi làm siêu âm để chẩn đoán và thăm dò một số nguyên nhân khác. Khi phát hiện nang thận thì cần theo dõi bằng siêu âm để xác định là nang đơn thận hay một bệnh lý khác. Nang thận thường có hình tròn hoặc bầu dục, dịch trong, trống âm và có bờ rõ.

- Khi cần thiết có thể cho người bệnh chụp CT scan hoặc cộng hưởng từ để chẩn đoán phân biệt nang thận với u thận.

2.1.1 Lâm sàng

- Nang đơn thận thường không có triệu chứng hoặc gây ảnh hưởng tới thận.

- Tuy nhiên, trong một số trường hợp có thể có đau vùng sườn hoặc hông nếu nang lớn và đè ép vào các cơ quan khác.

- Khi có nhiễm trùng nang hoặc chảy máu nang sẽ gây sốt, đau và rét run. Con đau có thể dữ dội giống như cơn đau quặn thận sỏi thận hoặc tắc nghẽn đài bể thận.

- Nang đơn thận không gây ảnh hưởng đến chức năng thận, nhưng một nghiên cứu đã cho thấy có sự phối hợp giữa nang thận và giảm chức năng thận ở người dưới 60 tuổi.

- Có thể có tăng huyết áp: nếu có đè ép vào động mạch thận.

2.1.2 Cận lâm sàng:

Cần tiến hành một số xét nghiệm và thăm dò chức năng sau:

- Các xét nghiệm đánh giá chức năng thận: ure, creatinin, acid uric

- Tổng phân tích nước tiểu và tế bào nước tiểu: phát hiện bạch cầu niệu hoặc hồng cầu niệu khi có nhiễm trùng nang thận.

- Protein niệu: không có hoặc rất ít

- Hồng cầu niệu: có thể có tiểu máu vi thể hoặc đại thể do chấn thương, nhiễm trùng nang.

- Siêu âm: Xác định số lượng nang, kích thước và thành nang thận.

+ Nang thận trên siêu âm có hình tròn hoặc bầu dục, bờ đều, dịch trong, là khối trống âm, không có bóng cản phía sau, không thông với đài bể thận.

+ Nang thận có đậm độ echo không đồng nhất hoặc đặc echo báo hiệu có dấu hiệu của tổn thương các tính.

- Chụp thận có thuốc cản quang: Cho thấy sự đè đẩy vào nhu mô thận nếu nguyên nhân do nang thận, phân biệt với nguyên nhân gây ứ nước thận.

2.1.3 Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt nang đơn thận với một số bệnh lý khác sau đây:

- U thận lành hoặc ác tính
- Khối máu tụ (do chấn thương hoặc không)
- Áp xe thận.
- U nang bào sán
- Bệnh nang thận thứ phát (ở các người bệnh có bệnh thận từ trước và có suy thận).
- Giả nang (u nang nước tiểu).

3. ĐIỀU TRỊ:

- Nếu nang thận dưới 3 cm và không có triệu chứng thì không cần điều trị. Cần theo dõi định kỳ nang đơn thận bằng siêu âm, xét nghiệm nước tiểu và chức năng thận định kỳ và tránh các va chạm mạnh .

- Nang đơn thận > 6 cm hoặc gây nên triệu chứng và là nguyên nhân gây chèn ép đài bể thận và niệu quản thì có thể điều trị bằng liệu pháp gây xơ hóa: Nang thận cần được dẫn lưu hết dịch bằng kim chọc qua da dưới hướng dẫn của siêu âm sau đó bơm vào một lượng cồn tuyệt đối gây xơ hóa tổ chức. Không nên chọc hút các nang ở vị trí quanh rốn thận.

- Nếu nang thận lớn: cần phải mổ. Thường áp dụng phương pháp mổ nội soi để dẫn lưu dịch nang thận hoặc cắt bỏ.

- Điều trị biến chứng:

+ Chảy máu:

- Nằm nghỉ
- Thuốc cầm máu (nếu cần)
- Uống đủ nước
- Nếu chảy máu nặng thì truyền máu và xem xét ngoại khoa

+ Nhiễm trùng: dùng kháng sinh (như bài viêm thận bể thận cấp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Anna.M.N.and Ritz.F. “The simplerenal cyst”. *NephrologyDialysis Transplantation*. Vo 15 (10), pp 1702-1704.

2. CangunenO. and all, 2009. “A New Technique for Simple Renal Cyst: Cystoretroperitoneal Shunt”. *Advances in Urology*, Vo 2009, Jan(1).

3. Eknoyan G, 2009. “ A clinical view of simple and complex renal cysts”. *Journal Americal Society Nephrology* ,Sep 20 (9), pp 1874 -1876.

4. Israel, G. M. and Bosniak, M. A, 2005. “An update of the Bosniak renal cyst classification system”. *Urology* ,Vo 66, pp 484-488.

5. Lee CT., Yang YC., Wu JS. and all, 2013. “Multiple and large simple renal cysts are associated with prehypertension and hypertension”. *Kidney International*, May 83(5), pp 924 – 930.

6. Paananen I, Hellström P. and all, Jan 2001. “ Treatment of renal cysts with single-session percutaneous drainage and ethanol sclerotherapy: long-term outcome” .*Urology*. 57(1):30-3.

XXII. VIÊM ÁP XE TIỀN LIỆT TUYẾN

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tuyến tiền liệt cấp tính-áp xe tiền liệt tuyến là một tình trạng nhiễm khuẩn nặng, thường đi kèm với viêm bàng quang cấp tính. Vì vậy triệu chứng lâm sàng cũng giống như viêm bàng quang cấp nhưng thường kèm theo có sốt cao, thậm chí có thể gây nhiễm khuẩn huyết. Vì vậy, viêm tuyến tiền liệt cấp tính cần được điều trị sớm và đúng, đủ liều thuốc và đủ thời gian

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định:

2.2.1 Lâm sàng:

- Các triệu chứng lâm sàng gồm có:

- + Tiểu buốt, tiểu dắt, tiểu khó.
- + Có thể có tiểu máu, tiểu mủ hoặc dịch, mủ niệu đạo.
- + Đau vùng niệu đạo, tầng sinh môn.

- Các triệu chứng khác:

- + Thường có sốt cao, kèm theo gai rét.
- + Tuyến tiền liệt: to và đau vì vậy khi khám nên nhẹ nhàng. Trường hợp áp xe TLT ấn nhẹ có thể thấy mủ chảy qua niệu đạo

2.1.2 Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm nước tiểu

- + Có bạch cầu niệu dương tính.

+ Cây nước tiểu hoặc dịch niệu đạo tìm vi khuẩn gây bệnh, nếu kết quả dương tính thì làm kháng sinh đồ

- Xét nghiệm máu:

- + Bạch cầu máu tăng.
- + Cây máu khi có sốt cao hoặc nghi có nhiễm khuẩn huyết.

-Siêu âm: Có thể phát hiện thành bàng quang dày, tuyến tiền liệt to hơn bình thường. trong trường hợp áp xe TLT có thể thấy một hay nhiều ổ áp xe. Trong trường hợp người bệnh > 40 tuổi có phì đại lành tính tiền liệt tuyến thì khó đánh giá.

2.2 Chẩn đoán phân biệt :

- U phì đại TLT kích thước lớn
- Ung thư TLT
- Áp xe vùng chậu- tiểu khung..
- Viêm tấy lan tỏa tầng sinh môn- HC Fournier

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1 Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị:

Điều trị ngay khi có chẩn đoán viêm tuyến tiền liệt cấp tính.

- Nếu người bệnh có sốt cao nên điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch và phối hợp 2 loại kháng sinh trong những ngày đầu

- Thời gian dùng kháng sinh tối thiểu là 14 ngày, có thể kéo dài trên 3 tuần nếu cần thiết.

- Nếu có nhiễm khuẩn huyết thì đồng thời việc điều trị kháng sinh cần bù đủ dịch, cho thêm thuốc giảm đau non-steroids nếu cần.

- Trường hợp bí đái do áp xe TLT cần phải mổ dẫn lưu ổ áp xe và dẫn lưu bàng quang

3.2 Điều trị cụ thể:

3.2.2 Nội khoa

Ưu tiên nhóm quinolon khi chưa có kết quả cấy vi khuẩn.

- Levofloxacin viên 500 mg, uống 1 viên/lần x 1 lần/ngày 14- 28 ngày,

Hoặc:

Nofloxacin viên 400 mg, uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày trong 14 - 28 ngày

- Ofloxacin viên 200 mg, uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày trong 14 - 28 ngày.

- Nhóm Trimethoprim Sulfamethoxazol vẫn có thể được lựa chọn.

- Nếu cần phối hợp 2 kháng sinh, có thể phối hợp nhóm quinolon với Cephalosporin thế hệ 3 - 4 hoặc Amoxicilline +clavulanate.

Điều trị hỗ trợ:

- Đủ nước để nước tiểu đạt khoảng 2 lít/24h.

- Giảm đau non – steroid nếu cần

- Chú ý khi có bí tiểu bàng quang căng: Không đặt thông tiểu. Nếu thật cần thiết sẽ mở thông bàng quang trên xương mu để tránh khả năng gây nhiễm khuẩn huyết.

3.2.2 Ngoại khoa

- chỉ định trong các trường hợp bí đái do áp xe TLT

- phẫu thuật bao gồm dẫn lưu ổ áp xe TTL và dẫn lưu bàng quang trên xương mu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Bệnh học nội khoa tập 1, 2012. Nhà xuất bản Y học.*

2. *Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam, 2013. Hội thận học Việt Nam.*

3. *Taylor RB, 1997. Manual of Family Practice. First edition. Little, Brown and Company, Boston Massachusetts.*

4. *Massry & Glassock's, 2002. Text book of Nephrology. Fourth edition. Lippincott Williams & Wilkins.*

5. *Therapeutic Guidelines Antibiotic-Version 14, 2010. Therapeutic Guidelines Limited, Melbourne.*

CHƯƠNG 6: PHẪU THUẬT THẦN KINH CỘT SỐNG

I. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG LƯNG, THẮT LƯNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương cột sống thắt lưng là kết quả của chấn thương trực tiếp vào dây thần kinh hoặc một thiệt hại gián tiếp đến xương, mô mềm và các mạch máu quanh tủy sống thắt lưng. Chấn thương có thể gây tổn thương phần xương, đĩa đệm, dây chằng hay gân cơ.

Đoạn cột sống tiếp nối lưng thắt lưng là đoạn gãy hay gặp với các thương tổn bệnh lý giải phẫu đa dạng: Từ loại gãy vững, ít nguy cơ thương tổn thần kinh đến loại gãy không vững với thương tổn thần kinh nặng nề.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm Sàng

- Khám cột sống: Để tìm vị trí tổn thương theo điểm đau, điểm gù.
- Khám thần kinh: Đánh giá tầng thương tổn và mức độ tổn thương thần kinh.
- Tầng thương tổn: Xác định tầng thương tổn chủ yếu bằng khám khoanh cảm giác, dựa theo những mốc cơ thể như sau: lưng 4 ngang núm vú, lưng 6 ngang mấu kiếm xương ức, lưng 8 hạ sườn, lưng 10 ngang rốn, lưng 12 giữa nếp bẹn.
- Mức độ tổn thương tủy: Đánh giá mức độ tổn thương thần kinh cảm giác, vận động theo thang điểm ASIA (American Spinal Injury Association, 1992)

Bảng phân loại của ASIA

2.2. Cận lâm sàng

Loại	ASIA
A. Tổn thương tủy hoàn toàn	Liệt hoàn toàn mất hoàn toàn vận động và cảm giác
B. Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn cảm giác nhưng mất vận động dưới tổn thương (bao gồm đoạn cùng S4 - 5)
C. Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn chức năng vận động dưới tổn thương (Hơn → các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ < 3)
D. Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn chức năng vận động dưới tổn thương (Hơn → các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ ≥ 3)
E. Bình thường	Chức năng vận động và cảm giác bình thường

2.2.1. X Quang: Dựa vào điểm đau chói, gù để chụp phim thẳng nghiêng giúp xác định thương tổn.

2.2.2. Cắt lớp vi tính (CT Scan): Đánh giá rất tốt tổn thương xương đặc biệt trên hình ảnh tái tạo 3 chiều. Theo phân loại của Denis.

2.2.3. Cộng hưởng từ (MRI): Đánh giá tốt tổn thương dây chằng, đĩa đệm đặc biệt là tổn thương tủy.

2.3. Phân loại gãy cột sống (Denis): Có 4 loại gãy

- Gãy lún (compression)
- Gãy lún nhiều mảnh (burst fracture)
- Gãy dây đai (seat belt)
- Gãy trật (fracture-dislocation).

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Nắn lại cột sống.
- Ngăn ngừa sự mất chức năng thần kinh các mô chưa bị tổn thương.
- Tạo điều kiện cho sự phục hồi các mô thần kinh.
- Tái tạo và giữ vững sự ổn định của cột sống.
- Tạo điều kiện phục hồi chức năng sớm.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1 Điều trị nội khoa

3.2.1.1 Sơ cứu

- Tất cả bệnh nhân chấn thương cần được xem như có chấn thương cột sống tủy sống khi có chấn thương đầu, cổ hay lưng; hôn mê hay chưa xác định được thương tổn; có đau lưng, đau cổ; có các biểu hiện của tổn thương cột sống hay tủy sống.

- Bệnh nhân phải được vận chuyển bằng ván cứng, lót túi cát hai bên đầu, nếu có điều kiện cho bệnh nhân mang nẹp cổ hay nẹp lưng. Giữ huyết áp tâm thu trên 90mmHg, cho thở oxy, đặt ống thông dạ dày hay hậu môn nếu có chương bụng liệt ruột. Đặt thông tiểu nếu có bí tiểu.

3.2.1.2. Chống phù tủy

Methylprednisolone khi bệnh nhân nhập viện trong 8 giờ đầu, chích tĩnh mạch liều đầu 30mg/kg giờ đầu, sau đó truyền tĩnh mạch 5,4mg/kg trong 23 giờ tiếp theo.

3.2.1.3. Chăm sóc bệnh nhân

- Chống loét là công việc hết sức cần thiết. Nguyên tắc phải thay đổi các điểm tì đè như xương cùi, lưng, mắt cá, gót và da sau đầu để cho máu lưu thông.

- Tập vật lý trị liệu sớm giúp tránh teo cơ, cứng khớp.

- Những bệnh nhân có thông tiểu phải theo dõi sát sóc đường tiểu, bơm rửa bàng quang thay thông tiểu mỗi tuần, tập đường tiểu bằng cách mở thông vào một giờ cố định.

- Cho bệnh nhân ăn những thức ăn nhuận tràng, nếu cần phải thụt tháo tránh ứ đọng lâu ngày.

3.2.2. Điều trị phẫu thuật

- Việc lựa chọn phẫu thuật lõi trước, lõi sau hay phối hợp dựa vào dạng thương tổn,

tình trạng thần kinh, kinh nghiệm phẫu thuật viên. Mục tiêu của điều trị phẫu thuật giải ép thần kinh đồng thời thiết lập sự cân bằng, bền vững của cột sống; đạt được sự phục hồi thần kinh lý tưởng nhất; cố định, liền xương đoạn cột sống ngắn nhất.

- Phẫu thuật lối sau cắt bỏ đốt sống giải ép tủy, cố định và nắn chỉnh cột sống bằng vít chân cung có ghép xương. Đây là phương pháp thường dùng nhất.

- Phẫu thuật lối trước cắt bỏ đốt sống gãy, ghép xương hay lồng ghép có cố định bằng nẹp vít lối trước, thường áp dụng cho gãy nhiều mảnh.

- Phẫu thuật phối hợp đối với những trường hợp vỡ thân đốt sống nặng có kèm gãy trật.

3.3 Điều trị dự phòng

- Tuyên truyền và giáo dục cộng đồng về luật giao thông.

- Đưa vào chương trình giảng dạy cấp cơ sở luật giao thông

- Thực hiện tốt luật an toàn lao động tại các cơ sở sản xuất và xây dựng.

- Huấn luyện tốt ở tuyến cơ sở trong sơ cứu tại chỗ chấn thương cột sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weidu, Taosu et al, *Robot-assisted treatment of unstable pelvic fractures with a percutaneous iliac lumbar double rod fixation combined with a percutaneous pelvic anterior ring INFIX fixation*

2. Denis F *The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spine injuries. Spine 1983; 8 813-817.*

3. *Hand Book of Spinal Surgery, vol 2, 2019*

4. Greenberg M.S. et al (2019) *Thoracolumbar spine fracture. Hand book of Neurosurgery, pp720-728.*

5. Charmae B. Antonio, (2020) *Vertebra Fracture Classification from 3D CT Lumbar Spine*

II. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương cột sống ngực là kết quả của chấn thương trực tiếp vào dây thần kinh hoặc một thiệt hại gián tiếp đến xương, mô mềm và các mạch máu quanh tủy sống ngực. Chấn thương có thể gây tổn thương phần xương, đĩa đệm, dây chằng hay gân cơ. Vì có các cung sườn cố định chắc nên chấn thương cột sống vùng này ít có di lệch đốt sống. Trong trường hợp đốt sống di lệch nhiều, tổn thương tủy thường nặng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm Sàng:

- Đau: Đau khu trú chủ yếu ở đốt sống bị tổn thương, ấn dọc gai sau sẽ thấy điểm đau chói.
- Hạn chế vận động
- Biến dạng cột sống

- Triệu chứng toàn thân: Tình trạng chung của người bệnh phụ thuộc vào vị trí, mức độ tủy bị tổn thương và các thương tổn kết hợp khác (tổn thương bụng, ngực, sọ não,...).

- Triệu chứng thần kinh: trong giai đoạn sốc tủy biểu hiện lâm sàng của tổn thương tủy là mất vận động với biểu hiện liệt mềm, mất toàn bộ các loại phản xạ, cảm giác từ chỗ tổn thương trở xuống. Rối loạn cơ thắt với biểu hiện bí tiểu và đại tiện. Hết giai đoạn sốc tủy, các chức phận của tủy hồi phục khi đó mới xác định rõ là liệt tủy trung ương hay ngoại vi.

+ Tổn thương cột sống – tủy sống từ D1 đến D10:

• Giai đoạn sốc tủy: Liệt mềm, liệt ngoại vi 2 chân. Mất toàn bộ các loại cảm giác từ chỗ tổn thương trở xuống.

• Giai đoạn sau sốc tủy: liệt trung ương 2 chân; tăng phản xạ gân xương; phản xạ bệnh lý bó tháp và tự động tủy.

+ Tổn thương cột sống – tủy sống từ DXI – L1:

• Giai đoạn sốc tủy: Liệt mềm, liệt ngoại vi 2 chân. Hay gặp hội chứng phúc mạc giả với biểu hiện chướng bụng do liệt ruột cơ năng. Mất cảm giác đau từ ngang nếp bẹn tương ứng đoạn tủy D12-L1

• Giai đoạn sau sốc tủy: Liệt ngoại vi 2 chân, teo cơ nhanh.

Đánh giá tầng tổn thương và mức độ tổn thương tủy:

- Tầng thương tổn: Xác định tầng thương tổn chủ yếu bằng khám khoanh cảm giác, dựa theo những mốc cơ thể như sau: lưng 4: ngang núm vú, lưng 6: ngang mấu kiếm xương ức, lưng 8: hạ sườn, lưng 10: ngang rốn, lưng 12: giữa nếp bẹn.

- Mức độ tổn thương tủy: Đánh giá mức độ tổn thương thần kinh cảm giác, vận động theo thang điểm ASIA (American Spinal Injury Association, 1992) (dựa trên bảng phân loại của Frankel, 1969)

Bảng phân loại của ASIA

Loại	ASIA
A. Tổn thương tủy hoàn toàn	Liệt hoàn toàn: mất hoàn toàn vận động và cảm giác
B. Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn cảm giác nhưng mất vận động dưới tổn thương (bao gồm đoạn cùng S4 - 5)
C. Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn chức năng vận động dưới tổn thương (Hơn → các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ < 3)
D. Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn chức năng vận động dưới tổn thương (Hơn → các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ ≥ 3)
E. Bình thường	Chức năng vận động và cảm giác bình thường

2.1.2. Cận lâm sàng

- X Quang: Dựa vào điểm đau chói, gù để chụp phim thẳng nghiêng giúp xác định thương tổn.

- Cắt lớp vi tính (CT Scan): Đánh giá rất tốt tổn thương xương đặc biệt trên hình ảnh tái tạo 3 chiều. (Theo phân loại của Denis: Có 4 loại gãy: gãy lún (compression); gãy lún nhiều mảnh (burst fracture); gãy dây đai (seat - belt); gãy trật (iracture-dislocation).)

- Cộng hưởng từ (MRI): Đánh giá tốt tổn thương dây chằng, đĩa đệm đặc biệt là tổn thương tủy.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Nắn lại cột sống.
- Ngăn ngừa sự mất chức năng thần kinh các mô chưa bị tổn thương.
- Tạo điều kiện cho sự phục hồi các mô thần kinh.
- Tái tạo và giữ vững sự ổn định của cột sống.
- Tạo điều kiện phục hồi chức năng sớm.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Cấp cứu thì đầu

- Tất cả bệnh nhân chấn thương cần được xem như có chấn thương cột sống tủy sống khi: có chấn thương đầu, cổ hay lưng; hôn mê hay chưa xác định được thương tổn; có đau lưng, đau cổ; có các biểu hiện của tổn thương cột sống hay tủy sống.

- Bệnh nhân phải được vận chuyển bằng ván cứng, lót túi cát hai bên đầu, nếu có điều kiện cho bệnh nhân mang nẹp cổ hay nẹp lưng. Giữ huyết áp tâm thu trên 90mmHg, cho thở oxy, đặt ống thông dạ dày hay hậu môn nếu có chướng bụng liệt ruột. Đặt thông tiểu nếu có bí tiểu.

3.2.2. Điều trị nội khoa

3.2.2.1. Chống phù tủy

Methylprednisolone: khi bệnh nhân nhập viện trong 8 giờ đầu, chích tĩnh mạch liều đầu (bolus) 30mg/kg giờ đầu, sau đó truyền tĩnh mạch 5,4mg/kg trong 23 giờ tiếp theo.

3.2.2.2. Chăm sóc bệnh nhân

- Chống loét là công việc hết sức cần thiết. Nguyên tắc phải thay đổi các điểm tì đè như xương cùng, lưng mắt cá, gót và da sau đầu để cho máu lưu thông.

- Tập vật lý trị liệu sớm giúp tránh teo cơ, cứng khớp.

- Những bệnh nhân có thông tiểu phải theo dõi sát sóc đường tiểu, bơm rửa bàng quang thay thông tiểu mỗi tuần, tập đường tiểu bằng cách mở thông vào một giờ cố định.

- Cho bệnh nhân ăn những thức ăn nhuận trường, nếu cần phải thụt tháo tránh ứ đọng lâu ngày.

3.2.3. Điều trị ngoại khoa

- Việc lựa chọn phẫu thuật lõi trước, lõi sau hay phối hợp dựa vào dạng thương tổn, tình trạng thần kinh, kinh nghiệm phẫu thuật viên. Mục tiêu của điều trị phẫu thuật: giải ép thần kinh đồng thời thiết lập sự cân bằng, bền vững của cột sống; đạt được sự phục hồi thần kinh lý tưởng nhất; cố định, liền xương đoạn cột sống ngắn nhất.

- Phẫu thuật lõi sau: Cắt bản sống giải ép tủy, cố định và nắn chỉnh cột sống bằng vít chân cung có ghép xương. Đây là phương pháp thường dùng nhất.

- Phẫu thuật lõi trước: Cắt bỏ đốt sống gãy, ghép xương hay lồng ghép có cố định bằng nẹp vít lõi trước, thường áp dụng cho gãy nhiều mảnh.

- Phẫu thuật phối hợp: Đối với những trường hợp vỡ than đốt sống nặng có kèm gãy trật.

3.3. Điều trị dự phòng

- Tuyên truyền và giáo dục cộng đồng về luật giao thông.

- Đưa vào chương trình giảng dạy cấp cơ sở luật giao thông

- Thực hiện tốt luật an toàn lao động tại các cơ sở sản xuất: và xây dựng.

- Huấn luyện tốt ở tuyến cơ sở trong sơ cứu tại chỗ chấn thương cột sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benzel EC: *Biomechanic of spine stabilization: Principles and clinical practice.* Newyork: McGraw-Hill; 1995: 55B71.

2. Denis F: *The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spine injuries.* Spine 1983; 8: 813-817.

3. Denis F: *Shear fracture-dislocations of the thoracic and lumbar spine associated with forceful hyperextension.* Spine 1992; 17: 156-161.

4. Greenberg M.S. et al (2018): *Thoracolumbar spine fracture. Hand book of Neurosurgery*, pp720-728. Limb, Shaw DL.: *Neurological injury in tharacolumbar burst fracture. Journal bone joint surg Br:* 1995; 77: 774-777.

5. Vũ Hùng Liên 2006, *Chấn thương cột sống*

6. *Hand Book of Spinal surgery vol 2*, 2019

7. Bizimungu R, Sergio Alvarez *Thoracic Spine Fracture in the Panscan Era.* AU Ann Emerg Med. 2020;76(2):143.

III. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ

1. ĐỊNH NGHĨA

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lý do nhân nhầy đĩa đệm cột sống cổ thoát ra khỏi vị trí bình thường trong vòng sợi chèn ép vào tủy cổ và rễ thần kinh gây ra. Vì vậy bệnh cảnh biểu hiện có thể là bệnh lý tủy, bệnh lý rễ hay phối hợp cả hai.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Hội chứng cột sống cổ

+ Đau cổ cục bộ hoặc lan lên vùng chẩm, vùng vai

+ Đau tăng khi vận động cột sống cổ

+ Có điểm đau tại cột sống cổ hoặc cạnh cột sống cổ

+ Tư thế chống đau đầu nghiêng về một bên, vai bên đau nâng cao hơn bên lành

- Hội chứng chèn ép rễ thần kinh cột sống cổ

+ Đau rễ thần kinh tiến triển từ từ

+ Đau lan ra tay theo chi phối của rễ thần kinh bị chèn ép

+ Rối loạn cảm giác theo chi phối của rễ thần kinh bị chèn ép

+ Nghiệm pháp căng rễ thần kinh cổ dương tính: Gấp cổ cho cảm bệnh nhân chạm xương ức sẽ xuất hiện đau dọc theo rễ bị tổn thương

- Hội chứng chèn ép tủy cổ

+ Tăng phản xạ gân xương

+ Rối loạn thăng bằng, rối loạn tư thế

+ Rối loạn cơ tròn

2.1.2. Cận lâm sàng

2.1.2.1 XQ cột sống cổ thẳng nghiêng

Là phương pháp chẩn đoán hình ảnh thường quy nhằm đánh giá trực sinh lý cột sống cổ, chiều cao khe đĩa đệm, các gai xương thoái hóa. XQ chếch 45 độ cho phép đánh giá có hay không hẹp lỗ liên hợp tại vị trí nghi ngờ chèn ép rễ thần kinh, so sánh với lỗ liên hợp đối bên.

2.1.2.2 Cắt lớp vi tính

Cho phép đánh giá chi tiết về cấu trúc, thành phần xương cột sống cổ, đặc biệt có ích khi khảo sát vùng cột sống cổ C6 C7 không thấy rõ trên XQ thường quy. CLVT cột sống cổ có thể kết hợp với chụp tủy sống đồ, cho phép chẩn đoán thoát vị đĩa đệm chính xác 96%.

- Cộng hưởng từ

Là lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán, chính xác và không xâm lấn, cho phép đánh giá vị trí, mức độ chèn ép rễ thần kinh, các tổn thương phối hợp.

2.2 Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa cột sống cổ
- Chấn thương cột sống cổ
- U tủy cổ
- Dị dạng cổ chẩm
- Đau thần kinh cơ

3. ĐIỀU TRỊ

3.1.1 Mục tiêu điều trị: Phục hồi các chức năng thần kinh, làm giảm hay hết các triệu chứng cơ năng, trả bệnh nhân về với cuộc sống bình thường có chất lượng.

3.1.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị nội khoa
 - + Bất động cột sống cổ
 - + Giảm đau
 - + Kháng viêm
 - + Giãn cơ
 - + Corticoid
- Điều trị ngoại khoa
 - + Phụ thuộc vị trí thoát vị đĩa đệm, số tầng tổn thương và các tổn thương bệnh lý cột sống cổ kèm theo mà lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp.
 - + Phẫu thuật lối trước: Lấy thoát vị đĩa đệm nội soi, ACDF, ACCF
 - + Phẫu thuật lối sau: Phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm nội soi, Foraminotomy và Discectomy, Laminotomy, Laminoplasty.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Norbert Boos, Max Aebi (2012), *Spinal Disoder*
2. Jin-Sung Kim, Jun Ho Lee, Yong Ahn (2020), *Endoscopic Procedures on the Spine*
3. Mark S. Greenberg (2020), *Handbook of Neurosurgery 9th Edition*
4. Remi Nader, Scott C. Berta, Cristian Gragnaniello, Abdulraman J.Sabbagh, Michael M. Levy (2014), *Neurosurgery Tricks of the Trade*
5. Trần Thanh Tuyên (2012), “Nghiên cứu điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp phẫu thuật lối trước đặt dụng cụ Cespace”, *Luận án Tiến sĩ Y học*
6. Mark S. Greenberg, *Handbook of Neurosurgery vol 9 2019*
7. *Hand Book of Spinal Surgery, vol 2, 2019*

IV. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là bệnh lý do nhân nhầy đĩa đệm cột sống cổ thoát ra khỏi vị trí bình thường trong vòng sợi chèn ép vào ống sống và rễ thần kinh gây ra hội chứng thắt lưng hông điển hình.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng

- Hội chứng cột sống thắt lưng

Đau cột sống thắt lưng, co cứng cơ cạnh sống, hạn chế tầm vận động của cột sống, vẹo cột sống.

- Hội chứng chèn ép rễ

+ Hội chứng chèn ép rễ bao gồm Đau dọc theo rễ thần kinh chi phối, dấu hiệu Lasègue dương tính, rối loạn cảm giác, teo cơ vùng chi phối của rễ thần kinh, giảm phản xạ gân xương chi dưới.

+ Đau dọc theo rễ thần kinh đau tăng khi đứng nhiều, mang vác nặng. Đau có thể một bên hoặc 2 bên.

+ Dấu hiệu Lasègue dương tính là một triệu chứng thực thể, biểu hiện tình trạng rễ thần kinh bị kích thích do chèn ép

+ Rối loạn cảm giác giảm hoặc mất cảm giác theo vùng chi phối của rễ thần kinh bị chèn ép, là hậu quả của rễ thần kinh bị chèn ép lâu dài.

+ Rối loạn vận động liệt chân, giảm phản xạ gân xương, teo cơ. Nặng hơn nữa có thể gây ra rối loạn cơ tròn, hội chứng đuôi ngựa.

2.1.2 Cận lâm sàng

2.1.2.1 XQ cột sống thắt lưng thẳng nghiêng

- Là phương pháp chẩn đoán hình ảnh thường quy.

- Dấu hiệu gợi ý theo tam chứng Barr

+ Vẹo cột sống trên phim thẳng

+ Mất đường cong sinh lý trên phim nghiêng

+ Hẹp khe gian đốt sống

- Ngoài ra chụp XQ chệch bên và XQ cột sống thắt lưng gập ưỡn đánh giá thêm về tình trạng có hở eo không, có hay không mất vững cột sống.

2.1.2.2 Cắt lớp vi tính

Cho phép đánh giá chi tiết về cấu trúc, thành phần xương cột sống thắt lưng, các chồi

xương thoái hóa, có hay không tình trạng khối thoát vị đĩa đệm bị calci hóa.

2.1.2.3 Cộng hưởng từ

Là lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán, chính xác và không xâm lấn, cho phép đánh giá vị trí, mức độ chèn ép rễ thần kinh, các tổn thương phối hợp.

2.2 Chẩn đoán phân biệt

- Trượt đốt sống thắt lưng
- Hẹp ống sống thắt lưng
- Thoái hóa cột sống thắt lưng
- Chấn thương cột sống thắt lưng
- U trong ống sống, u rễ thần kinh
- Thoái hóa khớp háng

3 ĐIỀU TRỊ

3.1 Mục tiêu điều trị

Phục hồi các chức năng thần kinh, làm giảm hay hết các triệu chứng cơ năng, trả bệnh nhân về với cuộc sống bình thường có chất lượng.

3.2 Điều trị cụ thể

3.2.1 Điều trị nội khoa

- Bất động cột sống thắt lưng
- Giảm đau
- Kháng viêm
- Giãn cơ
- Corticoid

3.2.2 Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định mổ khi điều trị nội khoa 4-6 tuần không đáp ứng, thoát vị đĩa đệm di trú, thoát vị đĩa đệm gây ra các thiếu hụt thần kinh tăng dần.

- Chỉ định tuyệt đối

+ Thoát vị đĩa đệm gây hội chứng đuôi ngựa

+ Thoát vị đĩa đệm gây đau quá mức không đáp ứng với thuốc giảm đau

- Phụ thuộc vị trí, số tầng thoát vị, các tổn thương bệnh lý kèm theo mà lựa chọn phương pháp phẫu thuật.

- Các phương pháp phẫu thuật:

+ Phẫu thuật nội soi lồi bên hoặc lồi sau

+ Phẫu thuật ít xâm lấn qua ống nong

+ Phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm vi phẫu

+ Phẫu thuật TLIF, PLIF, ALIF, XLIF trong các trường hợp thoát vị đĩa đệm kèm hẹp ống sống hoặc có mất vững cột sống kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Max Aebi (2012), *Spinal Disorders* - Norbert Boos
2. Jin-Sung Kim, Jun Ho Lee, Yong Ahn (2020), *Endoscopic Procedures on the Spine*
3. Nguyễn Lê Bảo Tiến (2013), “Nghiên cứu ứng dụng ống nong trong phẫu thuật thoát vị đĩa đệm đơn tầng cột sống vùng thắt lưng cùng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức”
, Luận án Tiến sĩ Y học
4. Phạm Vô Kỳ (2018), “ Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật ít xâm lấn tối thiểu điều trị trượt đốt sống thắt lưng một tầng” , Luận án Tiến sĩ Y học
5. Mark S. Greenberg (2020), *Handbook of Neurosurgery 9th Edition*
6. Remi Nader, Scott C. Berta, Cristian Gragnaniello, Abdulraman J.Sabbagh, Michael M. Levy (2014), *Neurosurgery Tricks of the Trade*
7. *Hand Book of Spinal Surgery*, vol 2, 2019

V. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U NÃO

ICD D33; D43; C71

1. ĐỊNH NGHĨA

Khối u não là một khối tụ hội hoặc sự tăng trưởng của các tế bào bất thường trong não.

Nhiều loại khối u não khác nhau tồn tại. Một số khối u não là lành tính và một số khối khác là ung thư. Các khối u não có thể bắt đầu trong não, hoặc ung thư có thể bắt đầu ở các bộ phận khác của cơ thể và lan tới não.

Lựa chọn điều trị khối u não phụ thuộc vào loại u não có, cũng như kích thước và vị trí của nó.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm sàng

- Đau đầu tăng dần.
- Buồn nôn hoặc nôn
- Tầm nhìn có vấn đề, chẳng hạn như mất mờ, nhìn đôi hoặc mất thị giác ngoại vi.
- Dần dần mất cảm giác hoặc vận động ở một cánh tay hoặc một chân.
- Nói khó.
- Rối loạn trí nhớ.
- Thay đổi nhân cách hoặc hành vi.
- Động kinh, đặc biệt là ở những người không có tiền sử động kinh.

2.1.2 Cận lâm sàng

- Cắt lớp vi tính sọ não có tiêm thuốc cản quang xác định vị trí số lượng mức độ ngấm thuốc
- Chụp cộng hưởng từ (MRI) có tiêm thuốc đối quang từ giúp xác định vị trí, số lượng, kích thước và mức độ xâm lấn đây được coi như tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán u
- Các xét nghiệm để tìm ung thư ở các bộ phận khác của cơ thể. xét nghiệm Tumors marker, siêu âm ổ bụng, cắt lớp vi tính lồng ngực, ổ bụng.

- Sinh thiết khối u dưới khung định vị hoặc sinh thiết tức thì trong mổ giúp chẩn đoán sớm bản chất khối u và định hướng điều trị

- Giải phẫu bệnh sau mổ để xác định bản chất khối u

2.2 Chẩn đoán phân biệt

- Đột quỵ não
- Absces não
- Máu tụ nội sọ mãn tính (thường gặp tụ máu dưới màng cứng mạn tính)
- Viêm não, màng não
- Động kinh vô căn

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị

Điều trị nội khoa trước mổ, phẫu thuật loại bỏ khối u tối đa mà không tổn thương đến não lành, xạ trị và hoá chất, phục hồi chức năng

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa trước mổ

- Chống phù não (lợi tiểu, corticoid...)
- Giảm đau
- Dự phòng và chống động kinh

3.2.2. Phẫu thuật

- Mục tiêu của việc phẫu thuật là loại bỏ u và không gây tổn thương đến tổ chức não lành. Tuy nhiên mục tiêu đó đạt được hay không còn phụ thuộc vào vị trí u nông hay sâu, u có giới hạn rõ hay không. Liên quan với u, khối lượng u và trình độ chuyên khoa của phẫu thuật viên. Nhờ chụp cắt lớp vi tính và kính hiển vi phẫu thuật người ta có thể lấy bỏ u một cách triệt để hơn. Tuy nhiên không phải loại u nào cũng có thể lấy bỏ triệt để được, u màng não có giới hạn rõ nhưng đôi khi cũng chỉ lấy được một phần.

- U não ở sâu, ở hành não, thân não, ở các mạch máu lớn, ở nền sọ thì việc lấy bỏ u sẽ rất khó khăn vì gần trung khu hô hấp, tim mạch và khó cầm máu.

3.2.3. Xạ trị

- Đối với bệnh nhân được chỉ định xạ trị sẽ giúp tiêu diệt các tế bào u còn sót lại sau phẫu thuật. Hiện nay, phương pháp này thường áp dụng được đối với trẻ từ 4 tuổi trở lên.

- Liều xạ, vị trí xạ phụ thuộc vào bản chất mô bệnh học, vị trí và thể tích khối u còn lại sau phẫu thuật. Xạ phẫu bằng tia gamma (gamma knife) chỉ áp dụng được với u nhỏ (đường kính dưới 3cm) và ở những vị trí thuận lợi.

3.2.4 Điều trị bằng hóa chất

Với điều trị hóa chất áp dụng đối với một số loại nhạy cảm với hóa chất, có thể điều trị sau phẫu thuật, trong và sau tia xạ, trước phẫu thuật (đối với khối u lớn, khó phẫu thuật...).

3.2.4. Phục hồi chức năng

- Vật lý trị liệu có thể giúp lấy lại kỹ năng vận động hay sức mạnh cơ bắp bị mất.
- Lao động trị liệu có thể giúp trở lại sinh hoạt bình thường hàng ngày, kể cả làm việc.

3.3. Điều trị dự phòng

- Cần phát hiện sớm các triệu chứng gợi ý của các bệnh lý ở vùng sọ não Nhức đầu kéo dài, cảm giác ngủ gà ngủ gật, các rối loạn về tâm thần...

- Cán bộ y tế tuyến cơ sở cần tuyên truyền trong cộng đồng biết khi có các dấu hiệu trên thì đến cơ sở y tế để khám bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Quang Tuyến và cộng sự, *Phẫu thuật thần kinh Học viện quân y 2003, U não, trang 85-93*
2. Võ Văn Nho-Võ Tấn Sơn *Phẫu thuật thần kinh, U não, trang 90-110*
3. Lê Xuân Trung và cộng sự *Bệnh học phẫu thuật thần kinh, trang 348-351*

4. *Jacques Clarisse, Nguyễn Thị Hùng, Phạm Ngọc Hoa, Hình ảnh học sọ não, u trong não, trang 119-140*
5. *Mark S. Greenberg, Handbook of Neurosurgery vol 9 2019, Brain Tumors, 420-429*
6. *Thomas A. Woolsey at al, The Brain Atlas, Vol 4*
7. *Hand Book of Brain Tumor Chemotherapy vol 1, 2019*
8. *Neuroanatomy Text and Atlas 5th Ed, 2020*

VI. PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG VÀ TỦY SỐNG CỎ

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương cột sống cổ là kết quả của chấn thương trực tiếp vào dây thần kinh hoặc một thiệt hại gián tiếp đến xương, mô mềm và các mạch máu quanh tủy sống cổ.

Hậu quả của chấn thương tủy sống là mất chức năng, chẳng hạn như di chuyển hoặc cảm xúc. Trong hầu hết những người bị chấn thương cột sống, tủy sống không hoàn toàn bị cắt đứt nhưng có thể bị rách. Chấn thương cột sống không giống như các chấn thương khác, có thể là do dây thần kinh bị chèn ép hay đĩa đệm bị vỡ. Ngay cả khi một người bị chấn thương ở một hoặc nhiều đốt sống, có thể không có bất kỳ tổn thương nào đến cột sống nếu tủy sống không bị ảnh hưởng.

Chấn thương cột sống là một loại chấn thương vật lý cực kỳ nghiêm trọng có thể có tác động lâu dài trên hầu hết các khía cạnh của cuộc sống hàng ngày.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1 Lâm Sàng

- Đau đầu khu trú chủ yếu ở đốt sống bị tổn thương, ấn dọc gai sau sẽ thấy điểm đau chói.
- Hạn chế vận động
- Biến dạng cột sống
- Triệu chứng toàn thân tình trạng chung của người bệnh phụ thuộc vào vị trí, mức độ tủy bị tổn thương và các thương tổn kết hợp khác (tổn thương bụng, ngực, sọ não,...).
 - + Ý thức rối loạn ý thức biểu hiện từ trạng thái choáng váng hoặc mất ý thức ngắn.
 - + Hô hấp: Rối loạn hô hấp do ảnh hưởng trực tiếp tới trung khu hô hấp ở hành tủy và nhân vận động dây thần kinh hoành. Biểu hiện của rối loạn hô hấp là khó thở, nhịp thở chậm 15-20 lần/phút. Trường hợp nặng có thể tử vong ngay sau khi bị chấn thương.
 - + Tim mạch: Trong tổn thương tủy cổ cao có thể ngừng tim ngay sau chấn thương. Mạch thường chậm 50-60 lần/phút và huyết áp giảm 90/60mmHg (do sốc tủy). Tổn thương cột sống – tủy sống cổ cao ở 1-2 ngày đầu sau chấn thương có thể thấy nhiệt độ cơ thể giảm thấp 35-36 độ (do rối loạn trung khu vận mạch, trung khu điều hòa thân nhiệt).
- Triệu chứng thần kinh
 - + Trong giai đoạn sốc tủy biểu hiện lâm sàng của tổn thương tủy là mất vận động với biểu hiện liệt mềm, mất toàn bộ các loại phản xạ, cảm giác từ chỗ tổn thương trở xuống. Rối loạn cơ thắt với biểu hiện bí tiểu và đại tiện.
 - + Hết giai đoạn sốc tủy, các chức phận của tủy hồi phục khi đó mới xác định rõ là liệt tủy trung ương hay ngoại vi.
- Triệu chứng định khu của tổn thương cột sống – tủy sống cổ nhận thấy như sau
- + Tổn thương cột sống – tủy sống cổ cao (C0 – C1 – C2)

Là tổn thương nặng có thể tử vong ngày sau chấn thương hoặc vài ngày sau chấn thương.

- Giai đoạn sốc tủy: Liệt mềm, liệt ngoại vi tứ chi. Rối loạn nghiêm trọng chức phận sống với biểu hiện rối loạn hô hấp và tim mạch nặng. Nhịp tim chậm dưới 50-60 lần/phút. Có thể xuất hiện triệu chứng của hành tủy (do phù tủy) nấc, nói khó, nuốt khó, đồng tử không đều, có trường hợp không hội tụ được nhãn cầu.

- Giai đoạn sau sốc tủy: Liệt trung ương tứ chi tăng phản xạ gân xương, tăng trương lực cơ, phản xạ bệnh lý bó tháp, tự động tủy.

- + Tổn thương đốt sống cổ thấp (C3-C7)

- Giai đoạn sốc tủy: Liệt mềm, liệt ngoại vi tứ chi

- Đa số trường hợp liệt không hoàn toàn 2 tay. Rối loạn hô hấp và tim mạch mức độ nhẹ hơn. Trường hợp có tổn thương nửa tủy sẽ xuất hiện hội chứng Brown – Dequard.

- Giai đoạn sau sốc tủy Liệt ngoại vi 2 tay, liệt trung ương 2 chân, với tăng phản xạ gân xương, phản xạ bệnh lý bó tháp và tự động tủy.

2.2.2. Cận lâm sàng

- X Quang Đầy đủ các tư thế thẳng, nghiêng và C2 há miệng. Một số trường hợp nghi ngờ cần làm thêm tư thế nghiêng cúi và ngửa.

- CT Sau Phát hiện chi tiết tổn thương xương và các cấu trúc liên quan, đặc biệt ở vùng chẩm cổ và cổ ngực. Có thể tái tạo ở mặt phẳng trán và đứng dọc cũng như tái tạo hình ảnh 3D.

- MRI Đòi hỏi trong trường hợp nghi thương tổn tủy. Giúp thấy được những tổn thương phần mềm như dây chằng, đĩa đệm, máu tụ....

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Nắn lại cột sống.
- Ngăn ngừa sự mất chức năng thần kinh các mô chưa bị tổn thương.
- Tạo điều kiện cho sự phục hồi các mô thần kinh.
- Tái tạo và giữ vững sự ổn định của cột sống.
- Tạo điều kiện phục hồi chức năng sớm.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1 Điều trị nội khoa

- Bất động bằng nẹp cổ cứng.
- Duy trì huyết áp tâm thu $\geq 90\text{mmHg}$. Dùng vận mạch với Dopamin nếu cần thiết.
- Thông khí tốt bằng thở O₂, đặt túi khí quản thở máy hỗ trợ nếu cần.
- Đặt thông tiểu, đặt thông dạ dày ngăn ngừa nôn ói, hít sặc, giảm chướng bụng.
- Đánh giá thần kinh chi tiết và phân loại theo bảng phân loại ASIA từng thời điểm.
- Thuốc dùng Methylpredsinolon cho bệnh nhân có tổn thương tủy trong 8 giờ đầu.

Liều 30mg/ kg TM nhanh giờ đầu, duy trì 5,4mg/kg/giờ trong 23 giờ.

- Kéo Nắn Cột Sống Cổ

- + Mục đích nắn trật sớm và/ hoặc bất động cột sống cổ.

+ Chống chỉ định trong trật khớp đội, gãy Hangman's type IIA và III, khuyết sọ vùng đặt đinh kéo, trẻ em ≤ 3 tuổi. Ngày nay thường dùng khung Gardner để kéo vì có nhiều ưu điểm.

3.2.2 Điều trị ngoại khoa

- Thời điểm phẫu thuật còn nhiều bàn cãi. Cần áp dụng tùy trường hợp. Không nên phẫu thuật cấp cứu những bệnh nhân tổn thương tủy hoàn toàn, bệnh nhân không ổn định về nội khoa và một số trường hợp tổn thương tủy trung tâm.

- Mục đích của phẫu thuật nhằm nắn trật, giải ép tủy, cố định vững chắc cột sống gãy và hàn xương nơi gãy. Phẫu thuật giúp bệnh nhân vận động sớm.

3.3 Điều trị dự phòng

- Tuyên truyền và giáo dục cộng đồng về luật giao thông.

- Đưa vào chương trình giảng dạy cấp cơ sở luật giao thông

- Thực hiện tốt luật an toàn lao động tại các cơ sở sản xuất và xây dựng.

- Huấn luyện tốt ở tuyến cơ sở trong sơ cứu tại chỗ chấn thương cột sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. MD. L. Pimentel và L. Diegelmann (2010), "Evaluation and Management of Acute Cervical Spine Trauma", *Emergency Medicine Clinical Neurology* vol.28, pp.719-38.

2. MD. John J. Como và Michael Dunham (2009), "Practice Management Guideline for Identification of Cervical Spine Injuries Following Trauma", *The Journal of Trauma*, vol.67, pp.651-59

3. Greenberg M.s, "Spinal cord Injuries", *Handbook of Neurosurgery*, vol.9, pp 713-16.

4. Greenberg M.S, "Cervical spine Fractures", *Handbook of Neurosurgery*, vol.9, p 717-44.

5. Phác đồ điều trị Ngoại khoa B. Chợ Rẫy (2013), *Chấn thương cột sống và tủy sống cổ*, trang 592-

6. Võ Xuân Sơn. *Chấn thương cột sống tủy sống cổ*.

7. Wellington K Hsu, Abhishek Kannan, Harry T et al. (2017), "Epidemiology and Outcomes of Vertebral Artery Injury in 16 582 Cervical Spine Surgery Patients: An AOSpine North America Multicenter Study", *Global spine journal*, 7(1_suppl), tr. 21S-27S.

8. Robert E Elliott, Omar Tanweer, Michael L Smith et al. (2015), "Impact of starting point and bicortical purchase of C1 lateral mass screws on atlantoaxial fusion: meta-analysis and review of the literature", *Clinical Spine Surgery*, 28(7), tr. 242-253.

9. Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật Harm cải tiến trong điều trị chấn thương mất vững C1-C2, Vũ Văn Cường, *Luận án Tiến sĩ* (2018)

VII. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

MÃ ICD: S06 (S06.0-S06.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương sọ não là một chấn thương mà năng lượng chấn thương truyền tới sọ não vượt quá hạn chịu đựng (bù đắp) của sọ não và cơ thể gây nên rối loạn chức năng sọ não hoặc tổn thương cụ thể ở sọ não

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Chẩn đoán xác định

2.2.1 Lâm sàng

2.2.1.1 Hỏi bệnh sử:

- Loại tai nạn
- Cơ chế và thời gian chấn thương
- Khoảng tỉnh và quên sau chấn thương
- Ói mửa, động kinh sau chấn thương

2.2.1.2 Khám Lâm Sàng:

- Khám toàn thân
 - + Tam chứng Cushing: mạch chậm, huyết áp tăng, rối loạn nhịp thở
 - + Phát hiện đa chấn thương phối hợp: ngực, bụng, chậu...
 - Khám chấn thương sọ não:
 - + Thương tích vùng đầu mặt
 - + Vết bầm, rách da đầu
 - + Sờ thấy nứt sọ, lõm sọ
 - + Dấu vỡ sán sọ
 - + Dấu vỡ xương mặt
 - + Thang điểm glassgow: E4 (mở mắt) V5 (ngôn ngữ) M6 (vận động)
 - Nhẹ: Glassgow 14-15 điểm
 - Trung bình: Glassgow 9-13 điểm
 - Nặng: Glassgow 3-8 điểm
 - + Đồng tử:
 - Kích thước, phản xạ ánh sáng
 - Phát hiện liệt dây III
 - Rung giật nhãn cầu...
 - + Vận động:
 - Tìm yếu liệt chi
 - Yếu 1/2 người đối bên tổn thương
 - + Phản xạ mắt búp bê, phản xạ nôn sặc
- ##### **2.1.2 Cận lâm sàng:**

- Chụp cắt lớp vi tính sọ não(CT sọ não): Là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán chấn thương sọ não

+ Chỉ định:

- Bệnh nhân chấn thương sọ não trung bình, nặng $G \leq 14$ đ

• Đau đầu kéo dài và ói, chóng mặt

• Động kinh

• Nứt sọ, lún sọ

• Vết thương sọ não

• Dầu thần kinh khu trú

• Vỡ sán sọ: Chảy dịch não tủy ra mũi, qua tai

• Rối loạn tâm thần sau chấn thương

• Bệnh nhân gây mê để làm thủ thuật nhưng cần theo dõi CTSN

• Chụp kiểm tra sau mổ

• Chụp theo dõi điều trị bão tồn

• Chụp lại 12 - 24 giờ khi có dấu hiệu dập não máu tụ ở phim đầu

• Chụp lại ngay khi có tăng áp lực nội sọ, dấu hiệu lâm sàng xấu

- Chụp cộng hưởng từ sọ não: khi nghi ngờ có tổn thương sợi trục

- Xét nghiệm có giá trị trong tiên lượng và điều trị:

+ Công thức máu,

+ Sinh hóa máu (glucose, creatinin, got, gpt, điện giải máu...),

+ Nhóm máu,

+ Tổng phân tích nước tiểu,

+ Đông máu cơ bản,

+ HIV, HbsAg, HCV,

+ Điện tim thường,

+ Nồng độ rượu/máu,

+ XQ ngực thẳng,

+ Siêu âm ổ bụng...

2.2 Chẩn đoán phân biệt

- Đột quỵ não

- U não

- Viêm não, màng não

- Động kinh

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc/ mục tiêu điều trị

- Nguyên tắc điều trị chấn thương sọ não là dựa trên mức độ nghiêm trọng của chấn thương.

- Điều trị chấn thương sọ não nhằm đạt tới hai mục tiêu quan trọng:

+ Điều chỉnh áp lực trong sọ (ICP = Intra Cranial Pressure)

+ Điều chỉnh áp lực tưới máu não (CCP = Cerebral Perfusion Pressure)

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Cấp Cứu

- Cố định cột sống cổ nếu chưa loại trừ chấn thương cột sống cổ
- Khai thông đường thở:
- Hút đờm máu: mũi, họng + Lấy dị vật
- Đặt nội khí quản hoặc khai khí quản nếu cần Đảm bảo thông khí tốt:
- Bóp bóng + Thở máy Kiểm soát chảy máu:
- Đảm bảo HA tâm thu > 90mmHg
- Điều trị sốc tích cực
- Chặn đứng nguồn chảy máu bên ngoài
- NaCl 0,9%: 1 -2 lít/ 24 giờ
- Không dùng glucose 5%
- Đặt Sond dạ dày, Sond tiểu nếu cần
- Hội chẩn chuyên khoa phối hợp cấp cứu đa chấn thương.

3.2.2. Điều trị bảo tồn

3.2.2.1 Điều trị chống phù não

- Nằm đầu cao: 30-45°C, giữ đầu luôn thẳng
- Tăng thông khí: nội khí quản, thở máy
- An thần, giảm đau, giãn cơ
- Morphin: 10 mg mỗi 4 giờ
- Propofol: 0,3-3mg/kg/giờ
- Midazolam: 10mg mỗi 4 giờ
- Hạ sốt: Lau mát hoặc dùng thuốc Paracetamol 1 g x3 / 24 giờ
- Mannitol: liều ban đầu: 1 g/ kg tuyền tĩnh mạch nhanh trong 20 phút, duy trì: 0,25-0,5g/kg mỗi 6 giờ
- Furosemid: 10-20mg / mỗi 6 giờ
- Kháng sinh phổ rộng dự phòng nhiễm khuẩn
- Dự phòng uốn ván
- Chống nôn: Metoclopramide 10mg x 2 / 24 giờ
- Dự phòng viêm, loét dạ dày: Esomeprazole 40mg/24 giờ
- Dự phòng động kinh: Phenytoin 100mg x 3/ 24 giờ x 7 ngày
- Dinh dưỡng:
- + NaCl 0,9% 1500ml / 24 giờ
- + Đạm Amigold 500ml / 24 giờ
- + Nuôi ăn qua đường miệng...
- Thuốc dinh dưỡng thần kinh:
- Theo dõi Monitor ICP cho tất cả bệnh nhân:
- + Chấn thương sọ não nặng.

- + Máu tụ dưới màng cứng và Glassgow < 9 điểm
- + Chụp CT sọ não kiểm tra: sau 12-24 giờ, hay khi tình trạng xấu đi, hoặc trước khi cho xuất viện

3.3. Điều trị ngoại khoa

- Mở rộng sọ giải áp
- Loại bỏ máu tụ trong sọ nếu có chỉ định
- Dẫn lưu dịch não tủy ra ngoài
- Làm sạch vết thương sọ não
- Phẫu thuật lún sọ hở hoặc kín

3.4. Điều trị dự phòng

3.4.1 Phòng ngừa bệnh Chấn thương sọ não

- Thắt dây an toàn và trang bị xe có túi khí. Luôn luôn thắt dây an toàn trong xe. Nếu có trẻ nhỏ trong xe, thì trẻ luôn được ở ghế sau của xe và đảm bảo trẻ được ngồi trong ghế dành riêng cho trẻ em hoặc ghế nâng phù hợp với kích thước và trọng lượng của trẻ.

- Không sử dụng rượu và ma túy khi lái xe.
- Không lái xe khi bị ảnh hưởng của thuốc, kể cả thuốc theo toa có thể làm giảm khả năng lái xe.

- Đội mũ bảo hiểm khi đi xe đạp, ván trượt, xe máy, xe trượt tuyết hoặc xe địa hình. Ngoài ra, khi tham gia các môn thể thao cũng nên mặc đồ bảo vệ đầu và các phần của cơ thể như chơi bóng chày, trượt tuyết, trượt băng, trượt tuyết hoặc cưỡi ngựa.

3.4.2 Ngăn ngừa té ngã, những lời khuyên sau đây có thể giúp người cao tuổi tránh ngã như:

- Lắp đặt tay vịn trong phòng tắm
- Đặt tấm thảm không thấm nước trong bồn tắm hoặc dưới vòi hoa sen
- Lắp đặt tay vịn ở hai bên cầu thang
- Đảm bảo ánh sáng trong nhà
- Giữ cầu thang và sàn nhà không lộn xộn hay có các vật gây dễ trượt chân
- Kiểm tra thị lực thường xuyên
- Tập thể dục thường xuyên

3.4.3. Ngăn ngừa chấn thương đầu ở trẻ em, những lời khuyên sau đây có thể giúp trẻ tránh chấn thương đầu:

- Lắp đặt cổng an toàn ở đầu cầu thang, tránh trẻ nhỏ tự ý chạy/bò lên cầu thang
- Dọn dẹp cầu thang, tránh không có các vật gây dễ trượt chân
- Có tấm bảo vệ ở cửa sổ để ngăn ngừa té ngã
- Đặt tấm thảm không thấm nước trong bồn tắm hoặc dưới vòi hoa sen
- Không cho trẻ chơi một mình ở ban công mà không có người lớn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Văn Nho, Võ Tấn Sơn (2002), “*Phẫu thuật thần kinh*”, Chuyên đề ngoại thần kinh, nhà xuất bản y học tp Hồ Chí Minh
2. *Phác đồ điều trị chấn thương sọ não bệnh viện Chợ Rẫy 2013*
3. *Guiding neurosurgery by Evidence-editor B .E*
4. *Handbook of Neurosurgery 9th Edition 2019*
5. Donald W. Marion, *Traumatic Brain injury*, 2020
6. Jeff Victorlof, *Concussion and Traumatic Encephalopathy*, 2020

CHƯƠNG 7: HỒI SỨC TÍCH CỰC - NGOẠI KHOA

I. CÁC BIẾN CHỨNG SAU MÔ VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Bệnh nhân được theo dõi và chăm sóc kỹ, liên tục từ khi khởi mê trong suốt quá trình phẫu thuật đến khi chuyển vào phòng hồi sức sau mổ. Các biến chứng liên quan đến gây mê và phẫu thuật thường xảy ra tức thì ở giai đoạn sau mổ vì vậy cần có một đội ngũ nhân viên được huấn luyện và có kinh nghiệm để tiếp tục theo dõi trong giai đoạn hồi tỉnh. Tuy nhiên, các biến chứng của gây mê và phẫu thuật có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong những ngày đầu sau mổ.

1. Thiếu oxy

Nguy cơ thiếu oxy thường xảy ra trong giai đoạn tỉnh mê, ở những bệnh nhân được gây mê tổng quát do tác dụng của thuốc mê làm ảnh hưởng đến cơ chế hô hấp (ít thấy ở gây tê vùng).

- Một số yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ thiếu oxy như:

- + Tác dụng ứ đọng của thuốc mê.

- + Tăng nhu cầu oxy do quá trình làm ấm lại hoặc do đau.

- Nguy cơ thiếu oxy còn tùy thuộc vào loại phẫu thuật (ngực, bụng) và thể trạng của bệnh nhân cũng góp phần làm nặng thêm nguy cơ này.

- Đôi khi thiếu oxy xảy ra chậm do tác dụng của nhóm Morphin, đặc biệt là Fentanyl, nó có thể quay lại tuần hoàn cho đến giờ thứ 8.

Xử trí:

- Cho thở qua ống nội khí quản (nếu bệnh nhân chưa rút ống nội khí quản), Masque, hoặc dây thở oxy qua mũi, lưu lượng oxy thường là 3 - 10 lít/phút. Cần chú ý là oxy phải được làm ẩm và ấm.

- Báo Bác sĩ và thực hiện y lệnh.

Dự phòng thiếu oxy cần phải:

- Theo dõi sự thiếu oxy bằng Oxymeter de pouls (SpO₂) để phát hiện thiếu oxy.

- Cho bệnh nhân thở oxy sớm và đầy đủ.

2. Những biến chứng về hô hấp:

2.1. Tắc nghẽn đường hô hấp

- Tắc nghẽn đường hô hấp do tụt lưỡi, do máu hay chất tiết ở hầu.

- Tắc nghẽn một phần đường hô hấp đặc trưng bởi thông khí ồn ào. Khi tắc nghẽn tăng lên, kéo khí quản và huy động các cơ hô hấp phụ, co rút hõm trên xương ức, khoảng liên sườn thì hít vào.

- Tắc nghẽn hoàn toàn thì không nghe âm thở và chuyển động nghịch lý ngực bụng.

Xử trí:

- Nhiều trường hợp chỉ cần cách kéo hàm ra trước và ngửa cổ tối đa mới làm thông đường hô hấp.

- Đặt một canuyn miệng hầu, mặc dầu canuyn có thể kích thích phản xạ ho, trớ.
- Đôi khi cần đặt mask thanh quản cho đến khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn, hiếm khi phải đặt lại nội khí quản.

- Máu và chất tiết trong miệng, dịch trào của dạ dày mà bị giữ lại trong hầu nên được hút và bệnh nhân được đặt tư thế hồi tỉnh bằng cách đặt bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng cho phép dẫn lưu tốt dịch trong hầu. Tư thế này nên áp dụng cho tất cả bệnh nhân mất ý thức, bệnh nhân được mổ tai - mũi - họng, phẫu thuật vùng miệng và cho bệnh nhân có nguy cơ hít dịch dạ dày.

- Các dị vật như răng, đặc biệt răng gãy một phần hoặc các miếng gạc có thể gây tắc đường thở.

- Ở bệnh nhân có u ở miệng, hầu, thanh quản chưa tỉnh hẳn khó có thể giữ thông đường hô hấp. Tắc đường hô hấp trên xảy ra trong giai đoạn hồi tỉnh, ngưng thở khi ngủ hay xảy ra ở giai đoạn sau mổ và có thể dẫn đến giảm độ bão hoà oxy của hemoglobine trong máu động mạch (SaO₂). Ngưng thở hay xảy ra nhất 4 giờ sau gây mê, thường gặp và nặng ở bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau họ morphine hơn là các kỹ thuật gây tê vùng.

- Tắc nghẽn đường hô hấp có thể xảy ra do khối máu tụ sau phẫu thuật ở vùng cổ như phẫu thuật tuyến giáp, vết thương vùng cổ. Xử trí nên được mổ cấp cứu để dẫn lưu khối máu tụ, cắt chỉ khâu vết mổ.

- Xẹp khí quản có thể xảy ra sau cắt tuyến giáp do khối bướu giáp lớn chèn làm xẹp các vòng sụn. Trên lâm sàng nghe tiếng rít thì thở vào và có thể tắt hoàn toàn thì thở vào. Xử trí: Đặt nội khí quản ngay lập tức nếu xẹp khí quản hoàn toàn.

2.2. Co thắt thanh quản

- Biểu chứng này tương đối hay gặp sau gây mê toàn thân, co thắt thanh quản có thể bán phần hay toàn phần và thường do kích thích trực tiếp dây thanh âm, kích thích sụn tiểu thiệt do đặt canuyn, do đặt mask thanh quản, do chất tiết hoặc do máu, có thể xảy ra sau khi rút nội khí quản ở bệnh nhân chưa tỉnh hoàn toàn, rất khó phân biệt với tắc nghẽn đường hô hấp trên.

- Nếu vẫn còn tắc nghẽn đường hô hấp trên sau khi làm các biện pháp trên thì nên soi thanh quản để tìm nguyên nhân.

Xử trí:

Hút và lấy bỏ tất cả các dị vật gây co thắt phế thanh quản

- Cho thở oxy 100%.

- Thông khí áp lực dương có thể làm đẩy oxy qua dây thanh để duy trì oxy máu động mạch cho đến khi co thắt giảm đi, nếu tắc nghẽn hoàn toàn. Nhưng có nguy cơ bơm oxy vào dạ dày.

- Cho Suxamethonium và thông khí phổi với oxy cho đến khi co thắt giảm bớt nếu xử trí như trên thất bại.

Khi cung cấp oxy được tốt người ta khuyên nên đặt nội khí quản để giảm nguy cơ trào ngược dịch dạ dày.

2.3. Phù thanh quản

- Thỉnh thoảng xảy ra sau khi đặt nội khí quản và có thể dẫn đến tắc nghẽn nặng đặc biệt ở trẻ em.

- Điều trị phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn. Nếu tắc nghẽn hoàn toàn đòi hỏi đặt nội khí quản ngay lập tức. Nếu tắc nghẽn một phần bệnh nhân được điều trị với khí ẩm nóng, dexamethasone có thể làm giảm phù.

2.4. Co thắt phế quản

- Là hậu quả của kích thích đường hô hấp do các vật hít vào và thường xảy ra ở bệnh nhân hen, bệnh nhân viêm phế quản và bệnh nhân hút thuốc lá. Có thể do hen nội sinh hoặc có thể là triệu chứng của phản ứng phản vệ, một số thuốc sử dụng trên lâm sàng có thể dẫn đến co thắt phế quản do tác dụng giải phóng histamine. Những thuốc này gồm barbiturate, d-Tubocurine, morphine, mivacurium, atracurium ...

- Điều trị gồm loại bỏ các nguyên nhân gây co thắt quản, cung cấp oxy, dùng thuốc giãn phế quản.

2.5. Ức chế trung tâm hô hấp

Có nhiều nguyên nhân ức chế trung tâm hô hấp trong giai đoạn hồi tỉnh:

- Do còn tác dụng của các thuốc mê ức chế trung tâm hô hấp
- Bệnh thần kinh có trước mổ
- Tai biến mạch máu não trong và sau mổ
- Hạ thân nhiệt
- Tăng thông khí như đã nói ở trên.

Bệnh não, khối u, chấn thương, chảy máu có thể ảnh hưởng đến trung tâm hô hấp sau mổ. Thông khí bị giảm khi giảm thân nhiệt mặc dầu nó phù hợp với nhu cầu chuyển hoá của cơ thể, giảm thông khí có thể xảy ra khi nhược thần thường sau giai đoạn tăng thông khí cho đến khi PaCO₂ đạt đến giá trị bình thường và khi có kiềm chuyển hoá tiên phát. Nguyên nhân hay gặp nhất của ức chế trung tâm hô hấp trong giai đoạn hồi tỉnh là do tác dụng còn lại của các thuốc đã sử dụng trong mổ. Tất cả thuốc mê bốc hơi, thuốc mê dùng đường tĩnh mạch ngoại trừ ketamine đều ức chế trung tâm hô hấp. Tất cả các thuốc giảm đau họ morphine ức chế trung tâm hô hấp, mức độ ức chế phụ thuộc liều. Ở đa số bệnh nhân, thuốc họ morphine không gây ra ngưng thở nhưng dẫn đến chậm nhịp thở, gia tăng PaCO₂ và bình ổn ở giá trị cao. Người già rất nhạy cảm với tác dụng ức chế trung tâm hô hấp của thuốc giảm đau họ morphine. Điều trị đau sau mổ bắt đầu ở khu hồi tỉnh thường dùng thuốc phiện đường tĩnh mạch phải theo dõi sát thông khí sau mỗi liều. Thuốc phiện dùng đường tuỷ sống hay ngoài màng cứng đặc biệt các thuốc ít tan trong lipid như morphine có thể gây ức chế hô hấp trong vài giờ sau khi dùng. Ở những bệnh nhân này nên lưu lại phòng hồi tỉnh hoặc đơn vị chăm sóc đặc biệt ít nhất 12 giờ sau liều morphine cuối hoặc ít nhất 3 giờ sau khi dùng fentanyl trừ khi nhân viên ở khu điều trị đã được đào tạo, huấn luyện để theo dõi. Theo dõi bao gồm nhịp thở, biên độ hô hấp, SpO₂, tri giác ... Ức chế trung tâm hô hấp chẩn đoán dễ nếu như tần số hay thể tích lưu thông giảm rõ. Tuy nhiên

giảm thông khí mức độ nhẹ khó phát hiện và dấu hiệu tăng CO₂ trung bình: tăng huyết áp, tăng nhịp tim có thể bị che lấp do tác dụng còn lại của thuốc gây mê hoặc nhầm với đau gây nên. Giảm thông khí mức độ nhẹ có thể chấp nhận được miễn là cung cấp oxy còn đủ. Điều này dễ dàng đạt được nếu như tăng nồng độ oxy hít vào.

Xử trí:

Nếu trung tâm hô hấp bị ức chế nhiều do thuốc phiện dẫn đến tăng PaCO₂ hoặc chậm tỉnh có thể dùng naloxone từng liều nhỏ 1,5 - 3 kg/kg (0,15mg/50 kg) cho mỗi 2 - 3 phút cho đến khi cải thiện. Nếu cho liều lớn của naloxone sẽ làm mất tác dụng giảm đau của thuốc phiện. Liều cao có thể gây tăng huyết áp nặng và có thể gây ngừng tim nhưng hiếm gặp. Tác dụng của naloxone chỉ kéo dài 20 - 30 phút có thể cho liều lặp lại bằng 50 % liều ban đầu.

2.6. Nguyên nhân ngoại biên gây giảm thông khí

Yếu cơ hô hấp

- Tác dụng còn lại của thuốc giãn cơ
- Bệnh thần kinh cơ trước mổ
- Rối loạn nước điện giải

Đau làm bệnh nhân không hít sâu

Bụng trướng

Mập

Mặc áo quần quá chật

Tràn khí, tràn máu màng phổi

Xử trí:

Chủ yếu điều trị nguyên nhân, thông khí nhân tạo nếu ưu thán nặng hoặc diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân không thuận lợi.

- Thiếu Oxy máu do các nguyên nhân
 - + Giảm nồng độ oxy thở vào
 - + Bất thường thông khí tưới máu
 - + Shunt trong phổi
 - + Giảm thông khí
 - + Bất thường khuếch tán màng phế nang do phù phổi hay do suy chức năng thất trái
 - + Tăng tiêu thụ oxy
 - + Hạ oxy do khuếch tán khí (khi sử dụng protoxylate d'azote)
- Thay đổi ở phổi sau phẫu thuật bụng
 - + Sau phẫu thuật bụng trên rốn hay phẫu thuật ngực, sự oxy hoá máu sau mổ bị ảnh hưởng.

Nguyên nhân do giảm thể tích dung tích cặn chức năng có vai trò quan trọng trong việc trao đổi oxy trong thì thở ra và khi ngưng thở.

+ Sau mổ dung tích cặn chức năng bị giảm do đau, co thắt cơ hô hấp, bụng trướng làm giảm sự di động của cơ hoành

- Phương pháp làm giảm các biến chứng phổi

Trước mổ

- + Các biện pháp để giảm các biến chứng phổi nên được thực hiện trước mổ.
- + Điều trị các nhiễm khuẩn đường hô hấp, nhiễm khuẩn răng, xoang.
- + Điều trị các rối loạn phổi mạn tính thường bằng lý liệu pháp.
- + Ngưng thuốc lá, giảm trọng lượng.

Trong mổ

- + Không sử dụng các dụng cụ bị nhiễm khuẩn khi khởi mê
- + Khí mê nên được làm ấm
- + Giải giãn cơ đủ sau mổ

Sau mổ

- + Giảm đau tốt để bệnh nhân thở sâu, ho tốt.
- + Tập lý liệu pháp.

2.7. Hít vào phổi:

Có thể hít vào phổi các chất nôn, máu, mủ gây nên tắc phế quản và nhiễm trùng muộn. Cần phải nhấn mạnh trường hợp hít vào phổi dịch dạ dày, nó có thể là kín đáo xảy ra lúc dẫn mê hay trong mổ, hay lúc rút nội khí quản mà bệnh nhân chưa phục hồi đầy đủ phản xạ ho nuốt.

Xử trí: Dự phòng là chính. Khi có trào ngược, đặt BN tư thế đầu thấp, quay nghiêng đầu, hút sạch đường hô hấp trên.

2.8. Các biến chứng hô hấp khác:

Phù phổi có thể là do nguyên nhân huyết động hay gặp trong suy tim, do truyền quá nhiều dịch (quá tải) hoặc là hậu quả của hít phải chất nôn, thuyên tắc phổi do khí hoặc do mỡ.

Xẹp phổi thường gặp do di chuyển ống nội khí quản trong mổ, thông thường là do kẹp phổi trái, đôi khi kẹp thùy phổi, có gặp trong phẫu thuật lồng ngực hoặc bụng cao.

Thuyên tắc phổi có thể do khí hoặc do mỡ, nhất là sau các phẫu thuật xương dài.

3. Các biến chứng về tim mạch

3.1. Các thông số cần theo dõi

- Đo huyết áp động mạch
- Đếm tần số mạch
- Đo áp lực tĩnh mạch trung ương
- Đo huyết áp động mạch xâm nhập nếu có
- Đánh giá tình trạng da, niêm mạc
- Đánh giá lượng nước tiểu
- Tổng lượng dịch vào ra (bilan)
- Theo dõi điện tim trên máy theo dõi
- Làm các xét nghiệm: hồng cầu, hematocrite, hemoglobin.

3.2. Các biến chứng

- Hạ huyết áp

Nguyên nhân:

+ Còn tác dụng giãn mạch của thuốc mê tĩnh mạch hay thuốc mê bốc hơi nhất là khi bệnh nhân hết kích thích của phẫu thuật và ít đau sau mổ

+ Còn tác dụng phong bế thần kinh sau gây tê tuỷ sống hay ngoài màng cứng

+ Giảm nhiệt độ.

+ Thay đổi đột ngột tư thế.

+ Giảm khối lượng máu lưu hành.

Xử trí:

+ Nên loại trừ các nguyên nhân khác trước khi kết luận hạ huyết áp do còn tác dụng của thuốc mê.

+ Thường thì bệnh nhân dung nạp tốt không cần điều trị với huyết áp 80 - 90 mmHg ngoại trừ bệnh nhân bị bệnh mạch vành hay bị bệnh tim mạch.

+ Nâng chân để tăng tuần hoàn trở về

+ Truyền 7 - 10ml/kg dịch keo thường điều chỉnh được hạ huyết áp, cần thận trọng ở bệnh nhân lớn tuổi và có bệnh tim mạch.

- Giảm thể tích tuần hoàn

Nguyên nhân

+ Bù dịch không đủ hay không thích hợp do mất dịch, máu trước và trong mổ.

+ Chảy máu sau mổ: Chảy máu sau mổ thường phát hiện dễ dàng qua thăm khám vết thương và ống dẫn lưu, nhưng có một số trường hợp rất khó như chảy máu trong ổ bụng, khoang sau phúc mạc, lồng ngực, tắc dẫn lưu. Cầm máu không kỹ khi phẫu thuật là nguyên nhân hay gặp nhất của chảy máu sau mổ, rối loạn đông máu do truyền máu khối lượng lớn, giảm độ tập trung, số lượng tiểu cầu, bệnh máu có từ trước, đông máu rải rác thành mạch, sử dụng thuốc chống đông.

Lâm sàng

+ Hạ huyết áp

+ Các triệu chứng kèm theo da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, giảm tưới máu ngoại vi, da lạnh, mạch nhanh nhỏ, các tĩnh mạch xẹp.

+ Áp lực tĩnh mạch trung ương giảm.

Điều trị

+ Điều trị theo nguyên nhân.

+ Nâng chân, bù dịch theo áp lực tĩnh mạch trung ương, thận trọng ở bệnh nhân lớn tuổi.

+ Bù các yếu tố đông máu, tiểu cầu nếu cần.

+ Mổ lại để cầm máu.

- Tăng huyết áp

Là biến chứng thường gặp của giai đoạn tức thì sau mổ do:

+ Bù dịch quá mức.

+ Sử dụng các thuốc gây mê: Ketamin, Catecholamine.

+ Đau.

+ Có tăng huyết áp từ trước nếu kiểm soát chưa tốt.

- + Thiếu oxy máu.
- + Tăng CO₂ máu.
- + Dùng các thuốc co mạch.
- + Biến chứng của phẫu thuật tim mạch, do u tuyến thượng thận, tiềm ẩn không biết, mà nó sẽ bùng phát sau mổ.

Thường do sự kết hợp tất cả các nguyên nhân trên. Tăng huyết áp có thể dẫn đến tăng công cơ tim, tăng tiêu thụ oxy, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim.

Xử trí:

- + Nên tìm nguyên nhân và điều trị nếu có thể
- + Cho thở oxy
- + Sau khi xử trí các nguyên nhân trên mà vẫn tăng huyết áp có thể dùng các thuốc giãn mạch, các thuốc được dùng phổ biến hiện nay nifedipin, nicardipin, isradipin vì chúng chỉ làm giảm hậu gánh mà không thay đổi tiền gánh, tuy rằng mạch hơi nhanh nhưng có thể chấp nhận được. Cũng có thể dùng urapidil, thuốc ức chế β_1 đầu rằng mạch hơi nhanh. Labetalol, esmolol có chỉ định khi tăng huyết áp ở bệnh nhân có bệnh mạch vành.

Bảng 1. Liều lượng các thuốc điều trị tăng huyết áp

- Loạn nhịp tim

Thuốc	Dùng một liều	Duy trì	Nhận xét
Nicardipin (Loxen)	0,5 - 2mg (5phút)	Nếu cần 2 - 5mg/giờ	
Nifedipin (Adalat)	1 nang (10mg)	1 nang (10mg)	Dưới lưỡi hay qua mũi
Urapidil (Eupressyl)	25mg	60 - 180mg/giờ	Giãn mạch hỗn hợp
Labetalol (Trandate)	0,5 - 1mg/kg (trong 1 phút)	2 - 10mg/kg/ngày	
Esmolol (Breviloc)	500 μ g/kg/phút (trong 2 giờ)	200 - 300 μ g/kg/phút	
Nitroprusside		0,5 - 2 μ g/kg/phút	(tác dụng mạnh nhưng mạch nhanh)

Thường hay gặp trong mổ và giai đoạn ngay sau mổ. Nên tìm nguyên nhân và đánh giá các ảnh hưởng của loạn nhịp lên huyết động. Các nguyên nhân thường gặp là: Tăng CO₂, thiếu oxy, đau, rối loạn nước điện giải, còn tác dụng của thuốc mê, kích thích thần kinh phế vị do còn ống nội khí quản hay do hút chất tiết, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim.

Các biểu hiện:

- + Nhịp nhanh xoang

- + Nhịp chậm xoang
- + Loạn nhịp trên thất
- + Loạn nhịp thất
- Rối loạn dẫn truyền
- Thiếu máu cơ tim
- Nhồi máu cơ tim

- Shock:

- + Shock giảm thể tích: thường gặp do biến chứng chảy máu sớm. Phải mổ lại để cầm máu.
- + Shock nhiễm trùng: có thể gặp trong các phẫu thuật bụng, niệu, xoang, răng hàm mặt.
- + Shock tim: thường gặp ở những bệnh nhân có bệnh tim mạch từ trước.
- + Shock phản vệ: do các thuốc dùng sau mổ.

4. Các biến chứng về nhiệt độ

4.1. Giảm nhiệt độ:

Khi nhiệt độ trung ương $< 36,50^{\circ}\text{C}$. Giảm nhiệt độ hay gặp ở những cuộc mổ kéo dài > 1 giờ hoặc những phẫu thuật bụng, lồng ngực, hoặc những bệnh nhân được truyền một lượng dịch lớn. Khi nhiệt độ giảm từ $33- 35^{\circ}\text{C}$ thì cơ thể gây rối loạn nhịp tim. Để đáp ứng với giảm nhiệt độ, bệnh nhân tự làm ấm bằng cách tăng chuyển hóa và run. Việc tăng chuyển hóa và run này có thể đưa đến thiếu oxy và nó làm nặng lên những bệnh lý tim mạch và hô hấp.

Xử trí: Nếu nhiệt độ trung ương $> 35^{\circ}\text{C}$ (ở bệnh nhân không có bệnh lý tim mạch) thì có thể dùng các biện pháp ngoài như đắp mền ủ ấm, drap, sưởi đèn v.v ... Nếu nhiệt độ trung ương $< 35^{\circ}\text{C}$ hoặc nhiệt độ trung ương $> 35^{\circ}\text{C}$ ở những bệnh nhân có bệnh tim mạch thì phải:

- Dùng an thần để chống run.
- Làm ấm khí thở vào.
- Đặt túi sưởi ấm (túi này không được nóng quá $42- 45^{\circ}\text{C}$).
- Thực hiện thuốc, dịch truyền (Theo y lệnh)

4.2. Tăng nhiệt độ

- Tăng nhiệt độ sớm thường là do nhiễm trùng trước phẫu thuật, hoặc muộn thì thường liên quan đến phẫu thuật: viêm phúc mạc, viêm đường tiết niệu, viêm phổi v.v ...

Xử trí: - Thực hiện thuốc, dịch truyền (Theo y lệnh)

5. Các biến chứng về thần kinh

- Dùng thang điểm Glasgow để theo dõi
- Nhiều bệnh nhân chưa tỉnh khi đến phòng hồi tỉnh do còn tác dụng của thuốc mê.

Thời gian cho đến khi bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn phụ thuộc vào:

+ Thuốc sử dụng: bệnh nhân chậm tỉnh nếu các thuốc sau đây được sử dụng: thuốc mê bốc hơi có chỉ số hoà tan khí máu cao, barbiturates, đặc biệt nếu dùng tổng liều lớn, benzodiazepine, thuốc phenitoin tác dụng dài như dùng liều lớn fentanyl.

+ Thời gian sử dụng thuốc: bệnh nhân hồi tỉnh chậm nếu dùng thuốc mê hay thuốc

giảm đau có tác dụng kéo dài vào cuối cuộc mổ hoặc dùng các thuốc gây mê bốc hơi hoà tan nhiều đến cuối cuộc mổ.

+ Đau: đau làm tăng tốc độ phục hồi trạng thái thức tỉnh, sự phục hồi này có thể bị chậm sau một phẫu thuật nhỏ hoặc nếu giảm đau tác dụng mạnh như họ Morphin hoặc dùng phương pháp gây tê vùng.

+ Hạ glucose máu: thường xảy ra ở những bệnh nhân điều trị với thuốc hạ đường huyết dùng đường uống hoặc dùng insulin và cung cấp glucose không đủ.

+ Tăng đường máu: Tăng đường máu ở bệnh nhân đái tháo đường được chẩn đoán có thể xảy ra như là kết quả của cung cấp insulin không đủ hoặc là truyền glucose quá nhiều. Tuy nhiên, hôn mê ít xảy ra khi tăng đường máu cấp.

Bệnh não:

Giai đoạn thiếu máu não trong phẫu thuật động mạch cảnh, hạ huyết áp kéo dài hoặc thiếu oxy trong quá trình gây mê. Chảy máu trong não, huyết khối, nhồi máu. Các nguyên nhân này có thể xảy ra ngẫu nhiên hoặc kết hợp với tăng huyết áp, loạn nhịp tim trong mổ.

Tổn thương não có từ trước: khối u, chấn thương, kỹ thuật gây mê làm tăng áp lực nội sọ làm ảnh hưởng chức năng của não.

Động kinh, co giật có thể bị che dấu khi gây mê hoặc dùng các thuốc giãn cơ.

Thuốc tê lan lên não sau khi tiêm vào khoang dưới nhện. Có thể do tai biến khi gây tê ngoài màng cứng với biểu hiện mất ý thức kèm theo ngưng thở.

Các nguyên nhân khác:

+ Thiếu oxy máu: nếu tình trạng huyết động ổn định, hôn mê chỉ xảy ra khi thiếu oxy máu nặng kéo dài.

+ Tăng CO₂: Mất ý thức xảy ra khi PaCO₂ vượt quá 9 - 10 kPa + Hạ huyết áp.

+ Hạ thân nhiệt

+ Rối loạn nước điện giải như trong trường hợp cắt tuyến tiền liệt qua nội soi.

+ Suy giáp, suy gan, suy thận.

4.3. Lú lẫn và kích thích

Điều này thỉnh thoảng xảy ra với một cuộc gây mê không quá phức tạp, thường xảy ra ở bệnh nhân lớn tuổi đặc biệt nếu dùng atropine. Atropine qua hàng rào máu não và gây hội chứng anticholinergic trung ương có đặc điểm: khó ngủ, lú lẫn cùng với tác dụng antimuscarinic rõ. Glycopyronium không qua hàng rào máu não và thích được dùng hơn atropine để đối kháng tác dụng muscarinic của neostigmine trong một thời gian dài.

Tất cả các yếu tố nêu trên được xem như là nguyên nhân của chậm tỉnh, có thể dẫn đến lú lẫn và kích thích sau mổ. Đau cũng là nguyên nhân gây kích thích sau mổ mặc dù hiếm khi chịu trách nhiệm một mình. Mê sáng hay xuất hiện khi sử dụng ketamine. Nhiễm khuẩn máu cũng có thể dẫn đến lú lẫn. Giãn bàng quan, giãn dạ dày cũng là nguyên nhân. Ở bệnh nhân tiền mê nhẹ, bệnh nhân tỉnh sau gây mê khi hết tác dụng của thuốc mê nhưng còn tác dụng của thuốc giãn cơ hay khi dùng giải giãn cơ không đủ.

4.4. Co giật

Nguyên nhân có thể do: thiếu oxy tụt huyết áp, ứ nước (mô u tiền liệt tuyến qua ngã nội soi) rối loạn chuyển hóa đường, canxi.

Xử trí:

- Chống co giật
- Đảm bảo cung cấp oxy
- Thực hiện thuốc, dịch truyền (Theo y lệnh)

4.5. Tai biến mạch máu não

Thường gặp lúc tỉnh, nhất là ở những bệnh nhân có cao huyết áp không được điều trị hệ thống.

Dự phòng: Điều trị cao huyết áp trước, trong và sau mổ.

6. Nôn và buồn nôn:

- Tư thế: Nằm mặt nghiêng sang 1 bên để tránh dịch nôn tràn vào đường thở.
- Thuốc: Chống nôn, bù dịch (theo y lệnh).

7. Các biến chứng khác

7.1. Chảy máu vết mổ:

+ Nguyên nhân có thể là do cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu.

+ Xử trí:

- Báo bác sĩ
- Thực hiện y lệnh

7.2. Thiếu niệu -vô niệu:

Có thể gặp trong tụt huyết áp kéo dài shock, suy thận v.v..

7.3. Run:

- + Có thể do mất nhiệt, shock dịch truyền
- + Xử trí: ủ ấm, thực hiện thuốc, ngưng dịch truyền (Theo y lệnh)

7.4. Nhức đầu:

+ Do rách màng cứng làm mất dịch não tủy.

+ Xử trí:

- Nằm bất động tại giường, tránh kích thích.
- Thở oxy 5L/P.
- Thuốc: Giảm đau, bù dịch (theo y lệnh).

7.5. Bí tiểu:

+ Thường do tác phụ của thuốc tê

+ Xử trí:

- Chườm nóng
- Đặt sond tiểu (theo y lệnh)

8. Kết luận

- Giai đoạn sau mổ là giai đoạn hay xảy ra những biến chứng nguy hiểm về hô hấp và tim mạch và chính những biến chứng này là nguyên nhân quan trọng chi phối tỉ lệ tử vong sau mổ.

- Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân sau mổ nhằm đạt được 3 yêu cầu cơ bản sau:
- Duy trì tình trạng cân bằng của cơ thể.
- Ngăn ngừa không để xảy ra các biến chứng, tai biến.
- Chẩn đoán sớm, xử trí kịp thời các suy thoái của các cơ quan quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Xuân Thục (2009), “Điều trị tích cực các bệnh nhân sau mổ”. Bài giảng gây mê hồi sức tập II, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, trang 381-389.
2. Edward E. George and Luca M. Bigatello (2010), “The postanesthesia care unit”. *Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital*. Lippincott Williams & Wilkins, pp.561- 575.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ

Giai đoạn sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý, bao gồm: Các biến chứng về hô hấp, tuần hoàn, kích thích, đau, rối loạn chức năng thận, rối loạn đông máu, hạ nhiệt độ... do gây mê hoặc do phẫu thuật.

I. MỤC TIÊU:

- Chăm sóc người bệnh.
- Kiểm soát tác dụng tồn dư và thải trừ thuốc mê.
- Phát hiện/chăm sóc biến chứng liên quan can thiệp ngoại khoa hoặc vô cảm.

II. QUÁ TRÌNH THEO DÕI:

- Bắt đầu từ cuối mổ.
- Không gián đoạn trong quá trình chuyển bệnh.
- Kết thúc khi bệnh nhân hồi phục 1 số chức năng (hô hấp, tuần hoàn, thần kinh...)

III. PHƯƠNG TIỆN TRANG BỊ

- Thuốc, dịch truyền, VTTH
- Hệ thống cung cấp khí (O₂, khí trời)
- Hệ thống hút chân không (máy hút)
- Phương tiện làm ấm cho BN (mền sưởi, máy làm ấm dịch truyền)
- Phương tiện hỗ trợ hô hấp, phá rung tim
- Theo dõi (có báo động): ECG, SpO₂, huyết áp (xâm lấn hoặc không xâm lấn), nhiệt độ, mức độ dân cơ.

IV. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ

1. Đối với bệnh nhân gây mê

Ngay sau khi nhận bệnh nhân từ phòng mổ:

- Phải kiểm tra ngay đường thở và cung cấp Oxy qua nội khí quản hay qua mặt nạ, liều lượng 3-10 L/P.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhịp thở) cho đến khi bệnh nhân ổn định.

- Theo dõi và điều trị hội chứng nôn ói sau mổ.

- Đánh giá độ giãn cơ tồn lưu.

- Theo dõi lượng dịch nhập và xuất.

- Sau khi bệnh nhân ổn định, người gây mê cần phải cung cấp những thông tin của bệnh nhân cho đơn vị chăm sóc sau mổ:

- + Kiểm tra tên, tuổi, chẩn đoán, phẫu thuật của người bệnh.

- + Tiền sử trước mổ.

- + Diễn biến trong mổ.

- + Những vấn đề, tai biến có thể xảy ra sau mổ.

- + Những y lệnh tiếp tục thực hiện sau mổ và thực hiện y lệnh thuốc.

- a. Những vấn đề cần được theo dõi:

- Theo dõi về ý thức:
- + Dấu hiệu lâm sàng:
 - Mức độ hôn mê, định hướng, cảm giác, vận động, đồng tử, động kinh, rối loạn tâm thần.
 - Bệnh nhân lo sợ khi tỉnh dậy trong môi trường lạ, vật vã, kích thích do đau, thiếu oxy, bí tiểu, duy trì ở một tư thế quá lâu.
- + Chăm sóc:
 - Đánh giá tri giác bệnh nhân qua bảng điểm Glasgow.
 - Trong giai đoạn hồi tỉnh bệnh nhân dễ kích thích, vật vã nên điều dưỡng cần đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.
 - Thực hiện thuốc an thần, thuốc chống động kinh trong trường hợp người bệnh phẫu thuật thần kinh.
 - Khi xoay trở, chăm sóc cần tránh chèn ép chi. Giúp bệnh nhân tư thế thoải mái, phù hợp. Làm công tác tư tưởng cho bệnh nhân nếu bệnh nhân tỉnh
- Theo dõi về hô hấp:
- Đối với bệnh nhân tự thở.
- + Dấu hiệu lâm sàng:
 - Nhận định tình trạng hô hấp: nhịp thở, kiểu thở, tần số thở, thở sâu, độ căng giãn lồng ngực, da niêm, thở có kèm cơ hô hấp phụ như co kéo cơ liên sườn, cánh mũi phập phồng, ... Bệnh nhân tự thở, thở oxy qua canule.
 - Dấu hiệu thiếu oxy: khó thở, khó khè, đờm gỉai, tím tái, vật vã, tri giác lơ mơ, lồng ngực di động kém, chỉ số oxy trên monitor $\text{SaO}_2 > 90\%$, $\text{PaO}_2 < 70\text{mmHg}$.
- + Chăm sóc
 - Nếu nhịp thở nhanh hơn 30 lần/phút hay chậm dưới 15 lần/phút, theo dõi chỉ số oxy trên monitor, khí máu động mạch. Dấu hiệu thiếu oxy trên bệnh nhân, tím tái, thở co kéo, di động của lồng ngực kém, nghe phổi thì báo cáo ngay cho Bác sĩ.
 - Cung cấp đủ oxy: luôn luôn phòng ngừa nguy cơ thiếu oxy cho bệnh nhân. Làm sạch đường thở, hút đàm nhớt và chất nôn ói, hút cần cẩn thận khi bệnh nhân cắt amidan, nghe phổi trước và sau khi hút đờm.
 - Tư thế bệnh nhân: khi bệnh nhân mê cho nằm đầu bằng, mặt nghiêng sang một bên, kê gối sau lưng với cằm duỗi ra, gối gập, kê gối giữa 2 chân. Nếu bệnh nhân tỉnh, cho bệnh nhân nằm tư thế Fowler. Nếu bệnh nhân tỉnh cần hướng dẫn bệnh nhân tham gia vào tập thở, cách hít thở sâu.
- Bệnh nhân được thở máy: Cần được theo dõi máy thở và bệnh nhân
- + Máy thở: Theo dõi hoạt động và các thông số của máy thở (áp lực đường thở, Vt , f , FiO_2 )
- + Bệnh nhân: Diễn biến lâm sàng khi thở máy (có chống máy hay không, các thông số về khí máu, tình trạng trao đổi khí ở phổi, SpO_2).
- Theo dõi về huyết động:
- + Dấu hiệu lâm sàng:
 - Ngay sau mổ, điều dưỡng phải đo mạch, huyết áp và ghi thành biểu đồ để dễ so sánh. Để phát hiện sớm dấu hiệu tụt huyết áp do chảy máu điều dưỡng luôn thăm khám, phát hiện

chảy máu qua vết mổ, qua dẫn lưu, các dấu hiệu biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng như: mạch nhanh, huyết áp giảm, da niêm tái.

- Nhận định tình trạng da niêm: màu sắc, độ ẩm, nhiệt độ da, dấu hiệu đỏ đầy mao mạch. Cân bằng dịch trước và sau mổ cần được theo dõi sát, theo dõi số lượng nước tiểu mỗi giờ. Điều dưỡng cũng cần theo dõi tình trạng rối loạn điện giải biểu hiện trên lâm sàng, trên xét nghiệm

- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm, bình thường 5–12cmH₂O, theo dõi dấu mất nước như da véo da, khát, môi khô, niêm mạc khô; đánh giá thường xuyên để giúp Bác sĩ cân bằng chính xác tình trạng nước xuất nhập nhằm tránh nguy cơ suy thận cấp.

+ Chăm sóc:

- Đặt máy đo điện tim liên tục với bệnh nhân, người có bệnh tim, người già.
- Đo mạch, huyết áp 10 - 15 phút / lần.
- Tình trạng rối loạn nhịp trên ECG.
- Nâng đỡ nhẹ nhàng tránh tụt huyết áp tư thế.
- Thực hiện truyền dịch, truyền máu đúng y lệnh số giọt, thời gian.
- Ghi vào hồ sơ tổng nước xuất nhập mỗi giờ/24 giờ.

- Theo dõi về tiết niệu

+ Dấu hiệu lâm sàng:

- Số lượng, màu sắc nước tiểu, cầu bàng quang, dấu hiệu phù chi, huyết áp, cân nặng, bệnh nhân có thông tiểu không? Nhận định dấu hiệu thiếu nước, rối loạn điện giải, creatinine, Hct.

+ Chăm sóc:

- Theo dõi cân bằng dịch mỗi giờ, tổng cân bằng dịch trong 24 giờ, tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu. Chú ý, số lượng nước tiểu (bình thường 0,5–1ml/kg cân nặng/giờ); nếu số lượng nước tiểu giảm hơn 30ml/giờ điều dưỡng cần báo bác sĩ. Theo dõi kết quả xét nghiệm chức năng thận, creatinine, điện giải, tổng phân tích nước tiểu.

- Thực hiện bù nước và điện giải theo y lệnh. Chăm sóc bệnh nhân phù, kê chi cao. Chăm sóc da sạch sẽ, tránh loét, tránh vết thương trên da vì nguy cơ nhiễm trùng rất cao. Theo dõi huyết áp thường xuyên, cân nặng mỗi ngày.

- Trong trường hợp có thông niệu đạo cần chăm sóc sạch sẽ bộ phận sinh dục và hệ thống thông niệu đạo.

- Theo dõi tác dụng ứ đọng của dẫn cơ:

Tác dụng ứ đọng làm cho rối loạn nuốt, suy hô hấp v.v... Để phát hiện tác dụng ứ đọng của dẫn cơ, trên lâm sàng ta có thể nói bệnh nhân nhấc đầu và giữ 5 giây, nuốt. Nếu bệnh nhân không làm được thì phải xem xét đến việc dùng thuốc hoá giải.

- Nhiệt độ.

+ Dấu hiệu lâm sàng:

- Tăng thân nhiệt: bệnh nhân sau mổ thường sốt nhẹ do mất nước, do tình trạng phản ứng cơ thể sau mổ; thường sau mổ 1–2 ngày nhiệt độ tăng nhẹ 37.5– 38 độ C, nhưng nếu bệnh nhân sốt cao hơn thì điều dưỡng cần theo dõi và phát hiện sớm nguyên nhân của nhiễm trùng.

- Hạ thân nhiệt: do ẩm ướt, người già, suy dinh dưỡng, do nhiệt độ môi trường, do tình trạng suy kiệt...

- + Chăm sóc:

- Điều dưỡng theo dõi nhiệt độ thường xuyên, thực hiện bù nước theo y lệnh. Nếu sau mổ 3 ngày mà người bệnh vẫn còn sốt > 38 độ C thì cần theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiết niệu, viêm phổi, nhiễm trùng từ bệnh lý vừa phẫu thuật.

- Khi nhiệt độ tăng cao cần thực hiện chăm sóc giảm sốt cho bệnh nhân, vì khi nhiệt độ cao cũng làm bệnh nhân thiếu oxy. Và để việc theo dõi dễ dàng, điều dưỡng cần theo dõi nhiệt độ thường xuyên và ghi thành biểu đồ. Đối với người già, bệnh nặng, suy dinh dưỡng, bệnh nhân cần luôn được giữ ấm.

- Theo dõi các vấn đề khác:

- + Vết mổ.

- + Các ống dẫn lưu: số lượng, chất lượng của dịch dẫn lưu.

- + Đau sau mổ.

b. Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Nhiệt độ bình thường, hết tác dụng của thuốc giãn cơ, bệnh nhân tỉnh, gọi hỏi biết, làm được các động tác như nắm chặt tay, há mồm, thè lưỡi, hít sâu, phục hồi các phản xạ bảo vệ đường thở, nhấc đầu lên khỏi mặt giường và giữ trong vòng 10 giây...

- Ổn định huyết động học ($\geq 75\%$ trước mổ)

- Sau rút nội khí quản bệnh nhân được cho thở oxy 2 - 4 lít/phút trong những giờ đầu.

- Riêng trẻ em, có thể rút nội khí quản khi trẻ còn ngủ sâu.

2. Đối với bệnh nhân gây tê

- Kiểm tra tên, tuổi, chẩn đoán, phẫu thuật, tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh.

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn

- Cho bệnh nhân thở oxy 3-10 L/P trong trường hợp gây tê (Tê tủy sống, tê đám rối, tê tại chỗ ...) có sử dụng thuốc an thần hay Opioid hay bệnh nhân có huyết động không ổn định:

- + Dùng mặt nạ cho bệnh nhân chưa tỉnh hoặc bệnh nhân chỉ thở bằng miệng.

- + Dùng xông mũi hay xông mũi hai nồng cho những bệnh nhân khác vì bệnh nhân dễ chịu, có thể nói chuyện được.

- Thực hiện y lệnh thuốc

Các vấn đề cần theo dõi:

- Theo dõi về hô hấp:

- + Tình trạng thiếu oxy máu do sử dụng thuốc tiền mê

- Tụt Huyết áp và mạch chậm:

- + Do tác dụng ức chế giao cảm gây giãn mạch, nếu ức chế vào thần kinh giao cảm chi phối tim sẽ gây nhịp chậm và làm tụt Huyết áp.

- + Theo dõi sát huyết áp và mạch

- Theo dõi về vận động:

- + Theo dõi mức độ liệt vận động và cảm giác cho đến khi phục hồi hoàn toàn.

- + Đối với bệnh nhân gây tê ngoài màng cứng và gây tê dưới màng cứng:

- Theo dõi sát huyết động.

- Nên đặt dẫn lưu nước tiểu khi phẫu thuật kéo dài trên 4 giờ
- Buồn nôn và nôn: Do thay đổi áp lực nội sọ hoặc tác dụng phụ của thuốc tê.
- Nhức đầu: do rách màng cứng làm mất dịch não tủy.
- + Đau đầu thường xuất hiện sau 24-48h
- Bí tiểu: Thường do tác dụng phụ của thuốc tê
- Các biến chứng về thần kinh:
 - + Tổn thương một hay nhiều rễ TK gây hiện tượng loạn cảm hoặc tăng cảm giác đau.
 - + Có thể bị liệt do tổn thương tủy do thuốc tê hoặc do tụ máu chèn ép vào TK.

3. Giảm đau sau mổ

- Dự phòng và điều trị đau sau mổ là một vấn đề lớn trong chăm sóc sau mổ.
- Nhiều kỹ thuật có thể áp dụng tùy theo mức độ đau đánh giá được mà có thể áp dụng riêng lẻ hay phối hợp các kỹ thuật.

+ Cần nhớ rằng thuốc giảm đau nên được cho theo giờ không đợi đến lúc xuất hiện cảm giác đau mới tiêm.

+ Đánh giá mức độ đau là dựa vào lâm sàng, dùng thang điểm đánh giá EVA (Echelle visuelle analogique) hoặc đánh giá định tính (đau ít, đau vừa, đau nhiều, đau không chịu nổi).

+ Các thuốc có thể dùng hiện nay:

- Paracetamol: PerfalganR 1g, dùng liều 15mg/kg/6 giờ không dùng quá 6g/ngày.
- Prodafalgan là tiền chất của paracetamol sau khi tiêm 1g prodafalgan sẽ bị thủy phân trong huyết tương cho 0,5g paracetamol.
- Diclofenac (VoltarenR 75mg) liều lượng 3mg/kg/ngày.
- Morphine được sử dụng sau các phẫu thuật mà mức độ đau nhiều hoặc vẫn còn đau nhiều sau khi dùng các thuốc giảm đau như trên.

4. Truyền dịch sau mổ và nuôi dưỡng bệnh nhân

Đặc biệt các phẫu thuật mà bệnh nhân nhịn ăn, uống trong nhiều ngày. Đánh giá bilan dịch vào ra.

5. Điều hoà thân nhiệt

6. Làm các xét nghiệm bổ sung.

7. Phát hiện và điều trị nhiễm khuẩn sau mổ.

8. Vật lý liệu pháp

Xoa bóp tay chân, tập thở, cho bệnh nhân thay đổi tư thế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Xuân Thực (2009), “Điều trị tích cực các bệnh nhân sau mổ”. Bài giảng gây mê hồi sức tập II, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, trang 381-389.

2. Edward E. George and Luca M. Bigatello (2010), “The postanesthesia care unit”. *Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital*. Lippincott Williams & Wilkins, pp.561- 575.



HỆ THỐNG TRUNG TÂM TIÊM CHỦNG VẮC XIN CHO TRẺ EM & NGƯỜI LỚN

VNVC
Vietnam Vaccine JSC

Tiêm chủng VNVC An toàn - Chất lượng - Chuyên nghiệp - Giá ưu đãi



KHO LẠNH CHUẨN GSP



MIỄN PHÍ KHÁM SÀNG LỌC

GÓI VẮC XIN TRẢ GÓP

LÃI SUẤT



VNVC MANG ĐẾN DỊCH VỤ TIÊM CHỦNG VẮC XIN CAO CẤP

- ★ Luôn có đầy đủ các loại vắc xin dành cho trẻ em và người lớn, kể cả các loại khan hiếm như: 6 trong 1, 5 trong 1, phế cầu, Rota, Prevenar 13, Menactra... với chất lượng tốt, nguồn gốc rõ ràng, được bảo quản bằng hệ thống kho lạnh đạt chuẩn GSP
- ★ Quy trình an toàn tiêm chủng được đảm bảo nghiêm ngặt, 100% khách hàng đều được bác sĩ khám sàng lọc trước tiêm (miễn phí) và chỉ định tiêm chủng phù hợp
- ★ Giá vắc xin bình ổn cả thời điểm khan hiếm, dịch bệnh; hỗ trợ Gói vắc xin trả góp không lãi suất trong 6 tháng
- ★ Miễn phí khám, tư vấn và nhiều tiện ích cao cấp: Nhắc lịch tiêm tự động, lưu giữ lịch sử tiêm chủng trọn đời, wifi, nước uống, bím tã cho bé, đặc biệt có tổng đài hỗ trợ tư vấn chăm sóc sau tiêm chủng
- ★ Cơ sở vật chất "5 sao", dịch vụ chăm sóc khách hàng cao cấp
- ★ Làm việc từ 7h - 17h kể cả thứ 7, chủ nhật và các ngày Lễ, Tết (không nghỉ trưa)

HOTLINE:
028 7300 6595

CÔNG TY CỔ PHẦN VACXIN VIỆT NAM | Hà Nội: 180 Trường Chinh, Q.Đống Đa; TP.HCM: 198 Hoàng Văn Thụ, Q.Phú Nhuận



trungtamtiemchungvnvc



www.vnvc.vn



 **HÀ NỘI**



 **TP.HỒ CHÍ MINH**



- ★ **Đội ngũ chuyên gia đầu ngành, bác sĩ giỏi, nhân viên chuyên nghiệp**
- ★ **Hệ thống thiết bị khám chữa bệnh hiện đại, nhiều thiết bị hàng đầu thế giới**
- ★ **Dịch vụ chăm sóc khách hàng cao cấp, tận tâm**
- ★ **Chi phí hợp lý, nhiều chính sách hỗ trợ tài chính linh hoạt**
- ★ **Không gian sang trọng, nhiều tiện ích cao cấp miễn phí**

 **Hà Nội: 108 Hoàng Như Tiếp, quận Long Biên**  **TP.HCM: 2B Phố Quang, phường 2, quận Tân Bình**

 **Hotline: 1800 6858**  **Website: tamanhhospital.vn**  **Facebook: [benhvientamanh](https://www.facebook.com/benhvientamanh)**