BỘ Y TẾ

CẤP CỨU NGOẠI KHOA

TẬP 1

(DÙNG CHO BÁC SĨ VÀ HỌC VIÊN SAU ĐẠI HỌC)

Chủ biên: GS. ĐẶNG HANH ĐỆ



THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

BỘ Y TẾ

CẤP CỨU NGOẠI KHOA

TẬP 1

(DÙNG CHO BÁC SĨ VÀ HỌC VIÊN SAU ĐẠI HỌC)

MÃ SỐ: Đ01.Z9.W

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chỉ đạo biên soạn:

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ

Chủ biên:

GS. ĐẶNG HANH ĐỆ

Tham gia tổ chức bản thảo:

ThS. PHÍ VĂN THÂM

TS. NGUYỄN MẠNH PHA

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

1054 – 2010/CXB/17 – 1758/GD

Mã số: 7K874Y0 – DAI

Ảnh ngoài bìa: Phẫu thuật thay van 2 lá
Trần Hồng (1996)

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chủ biên:

GS. ĐẶNG HANH ĐỆ

Nguyên Phó Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại. Trường Đại học Y Hà Nội.
Nguyên Chủ nhiệm Khoa Phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực
BV. Việt Đức. Chủ nhiệm khoa Ngoại BV. Hữu Nghị

Tham gia biên soạn:

NGUYỄN NGỌC BÍCH	PGS.TS. Phó Trưởng Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Hà Nội. Trưởng khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai
TRẦN NGỌC BÍCH	PGS.TS. Trưởng khoa Phẫu thuật Nhi BV. Việt Đức
ĐẶNG HANH ĐỆ	GS. Nguyên Phó Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại. Trường Đại học Y Hà Nội. Nguyên Chủ nhiệm Khoa Phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực BV. Việt Đức. Chủ nhiệm khoa Ngoại BV. Hữu Nghị
ĐỒNG VĂN HỆ	TS. Phẫu thuật viên Khoa Phẫu thuật Thần kinh BV. Việt Đức
DƯƠNG ĐẠI HÀ	TS. Phẫu thuật viên Khoa Phẫu thuật Thần kinh BV. Việt Đức
DƯƠNG ĐỨC HÙNG	TS. Phó Trưởng khoa Phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực BV. Việt Đức
DOÀN QUỐC HƯNG	TS. Phẫu thuật viên Khoa Phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực BV. Việt Đức
TRẦN HIẾU HỌC	TS. Phó Trưởng khoa Ngoại BV. Bạch Mai
PHÙNG NGỌC HOÀ	ThS. Phẫu thuật viên Khoa Chấn thương – Chỉnh hình BV. Việt Đức
KIỀU ĐÌNH HÙNG	TS. Phẫu thuật viên BV. Đại học Y Hà Nội
PHẠM ĐỨC HUẤN	PGS.TS. Phó Trưởng Bộ môn Ngoại trường Đại học Y Hà Nội, Trưởng khoa Phẫu thuật Tiêu hoá BV. Việt Đức
NGUYỄN XUÂN HÙNG	PGS.TS. Trưởng phòng Khám cấp cứu BV. Việt Đức
HOÀNG LONG	TS. Phẫu thuật viên Khoa Tiết niệu BV. Việt Đức
NGUYỄN VĂN MÃO	ThS. Giám đốc BV. Tim Hà Nội
TRẦN BẢO LONG	PGS.TS. Phẫu thuật viên Khoa Gan – Mật. BV. Việt Đức
LÊ HỒNG NHÂN	TS. Phó Trưởng khoa Phẫu thuật Thần kinh BV. Việt Đức
NGUYỄN ĐỨC PHÚC	PGS. Phẫu thuật viên Khoa Chấn thương – Chỉnh hình BV. Việt Đức
NGUYỄN QUANG	TS. Phẫu thuật viên Khoa Nam học BV. Việt Đức

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

HÀ VĂN QUYẾT	GS.TS. Trưởng Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Hà Nội. Phó Giám đốc BV. Việt Đức
ĐẶNG HẠNH SƠN	TS. Phẫu thuật viên BV. Tim Hà Nội
ĐỖ TRƯỜNG SƠN	TS. Phẫu thuật viên Khoa phẫu thuật tiêu hoá BV. Việt Đức
HOÀNG NGỌC SƠN	TS. Phẫu thuật viên Khoa phẫu thuật Chấn thương – Chỉnh hình BV. Việt Đức
NGUYỄN CÔNG TÔ	PGS.TS. Phó Trưởng Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Hà Nội. Phó Giám đốc BV. Việt Đức
ĐỖ TRƯỜNG THÀNH	TS. Phó Trưởng khoa Phẫu thuật Tiết niệu BV. Việt Đức
LÊ NGỌC THÀNH	PGS.TS. Giám đốc Trung tâm Tim mạch BV. E
HÀ KIM TRUNG	TS. Phó Trưởng khoa Phẫu thuật Thần kinh BV. Việt Đức
TRỊNH VĂN TUẤN	TS. Phẫu thuật viên Khoa Cấp cứu Tiêu hoá BV. Việt Đức
DOÃN THANH TÙNG	PGS.TS. Trưởng khoa Phẫu thuật Gan – Mật. BV. Việt Đức
NGUYỄN HỮU ƯỚC	PGS.TS. Phó Trưởng Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Hà Nội. Phó Trưởng khoa Tim mạch – Lồng ngực BV. Việt Đức

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

LỜI GIỚI THIỆU

Đào tạo nguồn nhân lực cán bộ chất lượng cao là một trong những mối quan tâm hàng đầu của ngành Y tế. Song song với việc đầu tư cơ sở vật chất cho các cơ sở đào tạo, Bộ Y tế chú trọng tăng cường các phương tiện dạy và học, trong đó việc biên soạn tài liệu dạy-học đặc biệt ưu tiên.

Sách **Cấp cứu ngoại khoa** được biên soạn nhằm phục vụ cho việc đào tạo sau đại học của trường Đại học Y Hà Nội, nhưng cũng là tài liệu tốt để tham khảo cho việc dào tạo đại học và cho các bác sĩ ngoại khoa. Sách được biên soạn với phương châm: Kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học, cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Cuốn sách này được biên soạn bởi các nhà giáo, các nhà khoa học giàu kinh nghiệm trong lĩnh vực Ngoại khoa. Sách đã được Hội đồng chuyên môn thành lập theo quyết định số: 1683/QĐ-BYT ngày 20 tháng 5 năm 2010 của Bộ Y tế thẩm định. Sách được ban hành làm tài liệu sử dụng chính thức phục vụ đào tạo đại học và sau đại học của ngành Y tế trong giai đoạn hiện nay, đồng thời cũng sẽ là tài liệu hữu ích cho các bác sĩ tham khảo hàng ngày.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn GS. Nguyễn Bửu Triều, Chủ tịch Hội đồng thẩm định, GS. Đỗ Đức Vân và GS. Hà Văn Quyết Ủy viên phản biện và các ủy viên Hội đồng đã đọc, đóng góp nhiều ý kiến quý báu để cuốn sách được hoàn thiện.

Chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp và các độc giả để sách dược hoàn chỉnh hơn cho những lần xuất bản tiếp sau.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO - BỘ Y TẾ

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

LỜI NÓI ĐẦU

Cấp cứu ngoại khoa luôn là một vấn đề thời sự không những của các phẫu thuật viên mà còn của tất cả những ai làm công tác lâm sàng.

Trong thế kỷ trước Nhà xuất bản Y học đã xuất bản cuốn **Cấp cứu Ngoại khoa**, nhưng trải qua nhiều năm với những tiến bộ nhanh chóng của y học nói chung cũng như sự phát triển của ngành Ngoại khoa nói riêng, cuốn sách đó không còn cập nhật nữa.

Chúng tôi biên soạn lại lần này nhằm trước hết phục vụ cho công tác đào tạo (đại học và sau đại học trong các trường Đại học Y) và sau đó là các đồng nghiệp ở các tuyến y tế trong cả nước. Những người tham gia biên soạn đều là các cán bộ giảng dạy trong Bộ môn Ngoại trường Đại học Y Hà Nội với nhiều năm giảng dạy và phẫu thuật tại các bệnh viện lớn (Việt Đức, Bạch Mai, Saint Paul), thuộc đúng chuyên khoa của mình. Vì thế chúng tôi hy vọng cuốn sách sẽ đáp ứng được yêu cầu của các đồng nghiệp.

Nội dung cuốn sách chỉ thu gọn trong những cấp cứu ngoại khoa thông thường, rất hy vọng trong tương lai có thể biên soạn cuốn **Ngoại khoa toàn tập** (Textbook of Surgery), một công trình lớn đòi hỏi sự tham gia của nhiều người, trong nhiều chuyên ngành khác nhau. Sách được biên soạn thành 2 tập:

– Tập 1 gồm các chuyên khoa: Thần kinh, Lồng ngực và Tim mạch, Nhi.

– Tập 2 gồm các chuyên khoa: Tiêu hoá, Tiết niệu, Chấn thương.

Dù đã rất cố gắng nhưng vẫn không thể tránh được những thiếu sót do những tiến bộ không ngừng và nhanh chóng trong ngành Y nói chung, việc cập nhật kiến thức không thể bắt kịp.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn ông Phí Văn Thâm, chuyên viên cao cấp Vụ Khoa học và Đào tạo Bộ Y tế đã khuyến khích và tạo mọi điều kiện thuận lợi để cuốn sách được xuất bản. Cám ơn bà Nguyễn Thị Thanh Bình, Thư ký Bộ môn Ngoại đã góp phần biên soạn cuốn sách.

Chủ biên

ĐẶNG HANH ĐỆ

THƯ VIỆN HUBT

MỤC LỤC

Lời giới thiệu 5
Lời nói đầu 7

Phần 1. THẦN KINH

1. Tổn thương da đầu do chấn thương 11
(Nguyễn Công Tô)
2. Vỡ xương sọ 18
(Kiều Đình Hùng)
3. Vết thương sọ não 24
(Nguyễn Công Tô)
4. Máu tụ ngoài màng cứng cấp tính 30
(Lê Hồng Nhân)
5. Máu tụ dưới màng cứng cấp tính 38
(Lê Hồng Nhân)
6. Giập não chảy máu – máu tụ trong não 45
(Lê Hồng Nhân)
7. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính 51
(Kiều Đình Hùng)
8. Máu tụ trong não tiên phát 59
(Kiều Đình Hùng)
9. Chấn thương sọ não nặng 65
(Đồng Văn Hệ)
10. Phù não 73
(Kiều Đình Hùng)
11. Hội chứng tăng áp lực nội sọ 78
(Kiều Đình Hùng)
12. Áp xe não 89
(Đồng Văn Hệ)
13. Não úng thuỷ trẻ em 97
(Nguyễn Công Tô)
14. Máu tụ trong não do dị dạng mạch não 101
(Lê Hồng Nhân)
15. Chấn thương cột sống cổ cao 107
(Hà Kim Trung)

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

16. Chấn thương cột sống cổ thấp 116
(Hà Kim Trung)
17. Chấn thương cột sống lưng – thắt lưng có thương tổn thần kinh 123
(Hà Kim Trung)
18. Vết thương tuỷ 132
(Hà Kim Trung)
19. Hội chứng chèn ép tuỷ 137
(Kiều Đình Hùng)
20. Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng 144
(Hà Kim Trung)
21. Tổn thương thần kinh ngoại vi 152
(Nguyễn Công Tô)
22. Hội chứng đuôi ngựa 159
(Dương Đại Hà)

Phần 2. LỒNG NGỰC – TIM MẠCH
1. Thái độ xử trí trong chấn thương lồng ngực 167
(Đặng Hanh Đệ)
2. Vỡ khí – phế quản 181
(Đặng Hanh Đệ)
3. Thoát vị hoành 186
(Lê Ngọc Thành)
4. Tràn khí màng phổi tự phát 193
(Đặng Hanh Đệ)
5. Các đường mở ngực trong cấp cứu 196
(Nguyễn Hữu Ước)
6. Những điều cần biết khi phẫu thuật mạch máu 209
(Đặng Hanh Đệ)
7. Chèn ép tim 214
(Lê Ngọc Thành – Đặng Hanh Sơn)
8. Vết thương tim 220
(Lê Ngọc Thành)
9. Chấn thương tim 228
(Lê Ngọc Thành)
10. Vết thương mạch máu ngoại vi 234
(Đoàn Quốc Hưng)
11. Vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ 246
(Lê Ngọc Thành)
12. Vết thương mạch máu chủ ngực – bụng 256
(Dương Đức Hùng)

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

13. Thương tổn mạch máu trong gãy xương 264
(Dương Đức Hùng)
14. Vỡ eo động mạch chủ 275
(Nguyễn Văn Mão)
15. Tắc động mạch cấp tính 284
(Đặng Hanh Đệ)
16. Tổn thương mạch máu do thầy thuốc gây nên 293
(Đặng Hanh Đệ)
17. Phồng động mạch chủ bụng vỡ 298
(Lê Ngọc Thành)
18. Tắc chạc ba chủ chậu cấp tính 306
(Nguyễn Hữu Ước)
19. Hội chứng tĩnh mạch chủ trên và vai trò của phẫu thuật 312
(Dương Đức Hùng)
20. Bệnh huyết khối tĩnh mạch 319
(Nguyễn Hữu Ước)

Phần 3. NHI KHOA

1. Teo thực quản – Rò khí thực quản 331
(Trần Ngọc Bích)
2. Thoát vị hoành 348
(Trần Ngọc Bích)
3. Tắc môn vị và hang vị 362
(Trần Ngọc Bích)
4. Tắc ruột sơ sinh 367
(Trần Ngọc Bích)
5. Dị tật hậu môn – trực tràng 381
(Trần Ngọc Bích)
6. Thoát vị trong dây rốn và khe hở thành bụng 398
(Trần Ngọc Bích)
7. Teo đường mật 406
(Trần Ngọc Bích)
8. Hẹp phì đại môn vị 416
(Trần Ngọc Bích)
9. Lồng ruột ở trẻ bú mẹ và trẻ em 425
(Trần Ngọc Bích)
10. Tắc ruột ở trẻ em 439
(Trần Ngọc Bích)
11. Viêm phúc mạc phân xu 451
(Trần Ngọc Bích)

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

12. Viêm ruột hoại tử ở sơ sinh 456
(Trần Ngọc Bích)
13. Viêm phúc mạc ở trẻ em 464
(Trần Ngọc Bích)
14. Viêm hoại tử ruột non ở trẻ em 476
(Trần Ngọc Bích)
15. Viêm ruột thừa ở trẻ em 486
(Trần Ngọc Bích)
16. Giun chui ống mật 497
(Trần Ngọc Bích)
17. Bàng quang lộ ngoài 506
(Trần Ngọc Bích)
18. Xoắn tinh hoàn ở trẻ em 512
(Trần Ngọc Bích)
19. Teo ruột non bẩm sinh 516
(Trần Ngọc Bích)
20. Tắc tá tràng 531
(Trần Ngọc Bích)
21. Tắc ruột do ruột quay và cố định bất thường 543
(Trần Ngọc Bích)
22. Ống tiêu hoá đôi ở trẻ em 557
(Trần Ngọc Bích)

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

PHẦN 1

THẦN KINH

1. TỔN THƯƠNG DA ĐẦU DO CHẤN THƯƠNG

Chấn thương vùng đầu mặt gồm nhiều thương tổn khác nhau, từ thương tổn nhẹ tới thương tổn gây chết người. Một trong các thương tổn cần cấp cứu kịp thời, đó là các thương tổn da đầu. Thương tổn da đầu đơn thuần hoặc phối hợp với các thương tổn sọ não. Trong bài này, chỉ khu trú các thương tổn da đầu không kèm với chấn thương sọ não kín hoặc vết thương sọ não. Da đầu có cấu tạo gồm 5 lớp: da, tổ chức dưới da, cân Galia, tổ chức liên kết lỏng, màng xương sọ.

Da đầu được cung cấp máu bởi hệ thống mạch cảnh (từ động mạch cảnh ngoài), chủ yếu là 3 động mạch chính: động mạch chẩm, động mạch thái dương và động mạch tai sau. Tổ chức da đầu được nuôi dưỡng tốt nhờ các vòng nối giầu mạch máu. Tổn thương da đầu chủ yếu là mất máu và nếu thiếu da là mất tổ chức bảo vệ hộp sọ.

Da đầu là tổ chức duy nhất bảo vệ hộp sọ, chứa não bộ ở trong. Mất tổ chức da đầu có nghĩa là mất tổ chức bảo vệ xương sọ, mất vẻ đẹp thẩm mỹ nếu mất da ở phần có tóc. Vì vậy, cấp cứu các tổn thương da đầu, ngoài vấn đề điều trị còn chú ý tới thẩm mỹ.

Việc điều trị tổn thương da đầu có từ hơn 3000 năm trước công nguyên. Ở Ai Cập, người ta nhận thấy việc không che phủ và bảo vệ hộp sọ sẽ đe doạ sự sống. Năm 1776, bác sĩ Patrick Vance đã điều trị các thiếu hụt da đầu bằng cách khoan sọ, các lỗ khoan sọ cách nhau 1 inch và hy vọng rằng điều trị này thành công trong hai năm nhờ vào sự biểu mô hoá. Năm 1869, Reverdin đã tìm ra cách chuyển vạt da, gần đây với kỹ thuật vi phẫu thuật và phẫu thuật tạo hình đã ghép vi mạch nên việc điều trị các trường hợp mất da đầu tốt hơn trước.

Ngày nay, da đầu còn là nguồn cung cấp da để vá da cho các thương tổn da ở vùng khác của cơ thể.

Trong bài này chúng tôi xếp tổn thương da đầu thành 3 nhóm dựa trên các tổn thương thực thể do chấn thương gây nên.

1. TỤ MÁU DƯỚI DA ĐẦU

Đó là các tổn thương một vùng da đầu nhưng không có vết thương rách da gồm có:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Đụng giập da đầu: thường do vật tù va chạm gây nên, da đầu bị đụng giập mà không có vết thương.

– Tụ máu dưới da: máu chảy dưới da đầu thường nằm ngay ở tổ chức dưới da, đóng bánh, nếu tổn thương sâu hơn thì tụ máu dưới lớp cân Galia. Các tụ máu này nếu nhỏ thường tự tiêu.

– Lóc da đầu: là hiện tượng tụ máu lớn và rộng dưới lớp da đầu, làm cho lớp da không bám vào lớp cân sọ được do ở giữa nó là bánh máu đông. Nếu chảy máu nhiều, toàn bộ diện tích da phủ xương sọ bị tách khỏi lớp màng xương, các trường hợp này có dấu hiệu mất máu.

1.1. Lâm sàng

– Tại chỗ: vùng da đầu có biểu hiện đụng giập như dấu hiệu bầm tím, nổi u cục với tính chất u chắc hoặc mềm, không di động, không đập theo nhịp mạch, nghe không có tiếng thổi, ấn bệnh nhân thường không đau nhiều mà chỉ có cảm giác tức.

– Toàn thân: không có biểu hiện đặc biệt.

– Diễn biến: khối máu tụ thường không to lên, mềm hơn trước, ấn lõm và đôi khi nhầm với có lún xương sọ do xung quanh ổ máu tụ tan máu chậm hơn.

1.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm cơ bản chủ yếu là nhóm máu và công thức máu. Với trẻ em còn bú rất có giá trị để đánh giá mất máu. Xquang thường quy để phát hiện lún, vỡ xương sọ kèm theo.

1.3. Thái độ xử trí

Theo dõi diễn biến tri giác từ 48 đến 72 giờ. Nếu bệnh nhân tỉnh chỉ cho thuốc giảm đau khi cần. Với các trường hợp máu tụ to dần lên, có kèm theo vỡ xương thì theo dõi ở chuyên khoa thần kinh nhằm phát hiện máu tụ trong sọ về sau.

– Máu tụ to nhưng không kèm vỡ xương sọ: chọc hút qua da và băng ép: dùng kim to (cỡ 16; 18) để chọc hút máu tụ, không lưu kim và băng ép da đầu bằng băng gạc thông thường (tránh dùng băng chun giãn vì nếu băng chặt quá sẽ gây thiếu máu da đầu). Nên hạn chế chọc hút và băng ép nếu được.

– Lóc da đầu: vùng tụ lan rộng, khối máu tụ lớn dần theo thời gian. Thái độ xử trí là trích rạch da đầu để lấy máu cục và máu tụ, cầm máu, băng ép sau mổ.

2. VẾT THƯƠNG DA ĐẦU

Là vết thương đi từ lớp da tới màng xương sọ mà không kèm thương tổn xương.

Đặc điểm của vết thương da đầu là chảy máu nhiều, vì vậy cần phải được sơ cứu và cấp cứu kịp thời.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tuỳ theo nguyên nhân gây chấn thương mà vết thương da đầu rất đa dạng, từ vết thương sắc gọn tới vết thương dập nát, từ vết thương đơn giản đến phức tạp thậm chí vết thương da đầu kèm với mất một phần da đầu.

2.1. Lâm sàng

– Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.

– Khám vết thương: cần có nguồn ánh sáng tốt để banh vết thương xem mức độ nông sâu của vết thương, cần xác định ngay vết thương da đầu hay vết thương sọ não; (nếu là vết thương sọ não thì phải có tổn thương xương sọ, kèm có dịch não tuỷ hay tổ chức não ngay dưới vết thương).

– Khi thăm khám nếu thấy có máu phun thành tia, cầm máu tạm thời ngay, loại bỏ dị vật dễ lấy. Cần phân biệt vết thương da đầu đến sớm: vết thương đang còn chảy máu với vết thương đến muộn: bờ mép vết thương màu xám, không còn chảy máu, có thể có dịch đục hoặc mủ chảy ra.

– Vết thương mất một phần da đầu: thăm khám phát hiện như trên, xác định được diện tích mất da, mất da toàn bộ hay mất cả màng xương sọ.

2.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm cơ bản

– Xquang quy ước tìm thương tổn xương sọ.

2.3. Thái độ xử trí

– Sơ cứu: cầm máu tạm thời: ấn tay hai bên mép vết thương, băng ép, khâu ép hai mép vết thương.

– Cấp cứu: các vết thương da đầu dù sạch hay bẩn đều được cắt lọc và khâu da.

– Kỹ thuật khâu da đầu: một lớp bằng chỉ không tiêu, khâu đủ cầm máu nhưng không gây hoại tử mép da do thiểu dưỡng.

3. LỘT DA ĐẦU

3.1. Khái niệm

Lột da là toàn bộ da đầu bị tách khỏi vị trí bao phủ tự nhiên, hậu quả là lộ xương sọ, mất máu do chảy máu toàn bộ da đầu bị lột khỏi xương sọ, không còn cuống nuôi thường gặp trong tai nạn lao động như dây cu-roa cuốn vào tóc dài hoặc còn một phần cuống dính vào cơ thể nạn nhân.

3.2. Lâm sàng

– Toàn thân: bệnh nhân trong tình trạng choáng: mạch nhanh, huyết áp tụt, áp lực tĩnh mạch trung ương thấp. Da xanh, niêm mạc nhợt, đầu chi lạnh.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Tại chỗ: bệnh nhân đến có thể mất toàn bộ da đầu để lộ xương sọ hoặc da đầu bị lột toàn bộ chỉ còn một phần (cuống) dính vào đầu (thường phần cuống da ở vùng gáy). Nếu đến sớm thì mép da còn đang chảy máu, đến muộn hơn thấy mép da đầu còn lại tái thâm, dịch tiết đục v.v...

– Khám thực thể: da đầu mất toàn bộ, thường để lại màng xương sọ. Mảnh da rời có tóc và dị vật như dầu mỡ, đất cát v.v... Cần kiểm tra xương sọ phía dưới xem có vỡ, lún. Khám và theo dõi tri giác theo thang điểm Glasgow để phát hiện tổn thương trong hộp sọ kèm theo, nếu diễn biến tri giác xấu đi hoặc có khoảng tỉnh, xuất hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú, cần chụp cắt lớp vi tính sọ não để có chẩn đoán xác định. Khám đầy đủ các bộ phận như ngực, bụng, tứ chi, cột sống v.v... để tìm thương tổn phối hợp.

3.3. Cận lâm sàng

– Xét nghiệm nhóm máu và công thức máu cấp cứu, nếu bệnh nhân đến muộn thì phải làm các xét nghiệm cơ bản đầy đủ.

– Chụp phim sọ quy ước (sọ não, lồng ngực v.v...) chụp cắt lớp vi tính sọ não để tìm thương tổn phối hợp.

4. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

4.1. Các trường hợp đến sớm và còn da đầu

4.1.1. Sơ cứu

– Tách bệnh nhân ra khỏi nguyên nhân gây chấn thương.

– Chuyển bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất (nếu da đầu đứt rời, cần mang theo, nên để mảnh da rời trong dung dịch nước muối sinh lý).

4.1.2. Cấp cứu

– Chống sốc cho bệnh nhân: nằm chỗ thoáng, hô hấp hỗ trợ, lập đường truyền tĩnh mạch, cầm máu tạm thời da đầu.

– Mảnh da đầu rời được bảo quản trong dung dịch nước muối đẳng trương 0,9%.

– Tiêm huyết thanh và vắcxin chống uốn ván.

– Kháng sinh.

– Xét nghiệm cơ bản.

– Chuẩn bị mổ cấp cứu.

4.1.3. Mổ cấp cứu

– Gây mê.

– Xử trí vết thương da đầu: rửa sạch đầu bằng dung dịch muối đẳng trương trước khi sát khuẩn vùng mổ. Cắt lọc tiết kiệm da đầu và cầm máu kỹ.

– Xử trí mảnh da đầu: cắt sạch tóc, rửa miếng da sạch bằng nước muối sinh lý.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Sát khuẩn mảnh da. Cắt lọc da đầu: cắt bỏ toàn bộ lớp mỡ dưới da tới lớp hạ bì (chú ý trên lâm sàng tới chân nang lông).

– Khâu các mép da đầu với nhau (chú ý các điểm mốc để phần da đầu vùng trán, lông mày không bị lệch).

– Rạch da kiểu "quân cờ".

– Băng ép nhẹ đầu theo kiểu "mũ phi công".

4.1.4. Săn sóc sau mổ: thay băng, kháng sinh v.v...

4.2. Các trường hợp đến muộn

4.2.1. Triệu chứng

– Tại chỗ: da đầu thường mất, tại chỗ đã có biểu hiện nhiễm khuẩn (mép da thâm, không chảy máu), muộn hơn, chỗ lột da có lớp giả mạc hoặc có mủ.

– Toàn thân: da xanh tái, sốt cao (nhiễm khuẩn, nhiễm độc).

4.2.2. Thái độ xử trí

– Sơ cứu: rửa sạch vùng da đầu và băng sạch, kháng sinh, chuyển đến cơ sở điều trị.

– Điều trị: hồi sức chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc bằng kháng sinh phối hợp, làm các xét nghiệm cơ bản. Thay băng tại chỗ thương tổn, cắt lọc tổ chức hoại tử. Khi tình trạng bệnh nhân ổn định, tiến hành khoan xương sọ để tạo điều kiện cho tổ chức hạt mọc, vá da sau khi tình trạng toàn thân tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gönül E, Baysefer A, Kahraman S, Cklatekerlioğlu O, Gezen F, Yayla O, Seber N, (1997) "Causes of infections and management results in penetrating craniocerebral injuries", Neurosurgical Review 20:3, 177 – 181.
2. Greenes DS, Schutzman SA, (2001), "Clinical significance of scalp abnormalities in asymptomatic head – injured infants", *Pediatr Emerg Care*, 17(2): 88 – 92.
3. Jacobs GB, Berg, RA, (1970) "Tangential Wounds of the Head" Journal of Neurosurgery 32:6, 642 – 646.
4. Margulies SS, Thibault KL, (2000), "Infant skull and suture properties: measurements and implications for mechanisms of pediatric brain injury", *J Biomech Eng*, 122(4): 364 – 71.
5. Stone JL, Lichtor T, Fitzgerald LF. (1995) "Gunshot Wounds to the Head in Civilian practice", Neurosurgery 37: 6, 1104 – 1112.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. VỠ XƯƠNG SỌ

1. MỞ ĐẦU

Vỡ xương sọ là tổn thương hay gặp trong chấn thương sọ não. Xương sọ gồm ba lớp: bản ngoài, lớp xương xốp và bản trong. Bản ngoài được màng xương và da đầu bao bọc. Bản trong được lót bởi màng cứng. Ở người trẻ màng cứng dễ bóc tách nên hay bị máu tụ ngoài màng cứng (NMC) hơn ở người già do màng cứng dính chặt vào xương sọ. Động mạch màng não giữa ăn thành rãnh trong xương vùng thái dương, bởi vậy khi bị vỡ xương vùng này dễ làm tổn thương mạch màng cứng gây nên máu tụ NMC. Xương xốp chứa nhiều máu. Lớp này phát triển theo tuổi, vì vậy vỡ xương sọ ở người lớn chảy máu ở xương nhiều hơn ở trẻ em.

Hộp sọ được chia thành hai phần, vòm sọ và nền sọ. Nền sọ phía trước tiếp giáp với hàm mặt, vì vậy khi vỡ nền sọ tầng trước hay phối hợp với chấn thương hàm mặt như gãy Lefort gãy xương hàm dưới, vỡ xương gò má v.v...

Chẩn đoán vỡ vòm sọ chủ yếu dựa vào chụp Xquang, nhưng vỡ nền sọ có thể dựa vào lâm sàng.

Vỡ xương sọ đơn thuần không cần phải can thiệp, sẽ tự liền sau 6 tháng với trẻ em còn người lớn thì lâu hơn. Nhưng vỡ xương sọ rất hay kèm theo các biến chứng và các tổn thương phối hợp phức tạp, vì vậy việc xử trí phải tuỳ vào các tổn thương cụ thể trên lâm sàng.

2. CÁC TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU VÀ CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

2.1. Vỡ vòm sọ

Vỡ vòm sọ kín: thường biểu hiện lâm sàng bằng máu tụ dưới da đầu mà cụ thể là máu tụ dưới màng xương. Khối máu tụ khu trú ở một xương hoặc hai xương do đường vỡ đi qua khe khớp khác với máu tụ dưới cân Galea thường lan rộng. Đối với trẻ em khi đường vỡ rộng trên 4mm có nguy cơ vỡ sọ tiến triển cần phải theo dõi lâu dài. Biểu hiện lâm sàng vỡ sọ tiến triển bằng một khối u dưới da đầu to dần lên, chắn, đập theo nhịp. Với người lớn đặc biệt chú ý đường vỡ vùng thái dương dễ gây ra máu tụ ngoài màng cứng do tổn thương động mạch màng não giữa.

Vỡ hở xương sọ là vỡ xương sọ kèm theo vết thương, phải chú ý xem có nước não tuỷ chảy ra không. Nếu có nước não tuỷ chảy ra tức là vết thương sọ não hở.

Vỡ xương sọ qua xoang tĩnh mạch dễ tổn thương xoang gây máu tụ NMC hai bên hoặc trên và dưới lều tiểu não nếu tổn thương xoang bên.

Vỡ xương sọ qua xoang hơi trán biểu hiện lâm sàng bằng máu tụ da đầu vùng trán và chảy máu mũi, nếu vỡ thành sau dễ gây rò nước não tuỷ qua mũi. Nguy cơ nhiễm trùng rất cao.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Lún sọ ở trẻ em do da đầu mỏng dễ dàng nhìn thấy, hay gặp lún sọ kiểu quả bóng bàn. Đối với người lớn khối máu tụ dưới da đầu kèm theo nên không sờ được mảnh lún, chỉ xác định được bằng Xquang. Khi có lún xương cần phải xác định mảnh xương lún có chèn ép não không. Đối với người trẻ khi lún quá một nửa chiều dày của bản xương là có chèn ép, nhưng người già do não teo nên lún nhiều hơn mới cần phải can thiệp.

2.2. Vỡ nền sọ

– Tầng trước: rất hay gặp, biểu hiện lâm sàng bằng tụ máu hai hố mắt kiểu đeo kính râm, nếu máu tụ trong hố mắt nhiều sẽ đẩy lồi mắt, chảy máu qua lỗ mũi. Nhiều khi kèm theo dịch não tuỷ. Trường hợp nặng có khi tổ chức não lòi ra qua mũi.

– Chấn thương tầng này hay kèm theo tổn thương hàm mặt. Đặc biệt là gãy xương hàm trên kiểu Lefort, nặng nhất là Lefort IV làm tách rời tầng sọ và mặt.

– Vỡ tầng giữa: biểu hiện lâm sàng bằng chảy máu tai, có khi cả dịch não tuỷ qua lỗ tai, tụ máu vùng xương chũm xuất hiện muộn hơn (dấu hiệu Battle).

Ngoài ra dễ gây tổn thương dây thần kinh VIII làm điếc tai, thần kinh VII gây liệt mặt ngoại biên, có khi dây VII bị phù nề sau chấn thương, biểu hiện lâm sàng liệt xuất hiện muộn hơn vài ngày sau chấn thương. Nếu đường vỡ xương đi qua mê đạo thì tổn thương dây VII khoảng 40 – 50% các trường hợp. Nếu vỡ phía ngoài mê đạo thì tổn thương khoảng 10 – 20%.

– Vỡ nền sọ tầng sau: gặp trong chấn thương vùng cổ chẩm, biểu hiện lâm sàng tụ máu vùng gáy. Vỡ xương vùng này có thể làm tổn thương động mạch đốt sống, hoặc tổn thương của tiểu não.

– Vỡ rãnh trượt: hiếm gặp và rất nặng thường kèm theo tổn thương thân não.

3. CÁC BIẾN CHỨNG VÀ TỔN THƯƠNG PHỐI HỢP

3.1. Máu tụ dưới da đầu

Khi có vỡ xuống xương sọ máu chảy ra ngoài tạo thành máu tụ dưới da đầu, chảy vào trong hộp sọ thành máu tụ NMC. Vì vậy, không nên chọc hút khối máu tụ dưới da đầu trước 72 giờ vì chọc hút và băng ép máu có thể chảy vào trong tạo thành máu tụ ngoài màng cứng chèn ép não.

3.2. Máu tụ ngoài màng cứng

Là biến chứng rất hay gặp của vỡ xương sọ, gặp chủ yếu ở người trẻ, người già ít hơn do màng não dính chặt vào xương sọ. Nguyên nhân do chảy máu từ lớp xương xốp, tổn thương mạch màng não đặc biệt động mạch màng não giữa và rách xoang tĩnh mạch.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Lâm sàng có khoảng tỉnh điển hình, liệt nửa người bên đối diện và giãn đồng tử cùng bên khối máu tụ nếu để muộn.

3.3. Tổn thương não

Hay gặp giập não ở nền sọ, vùng tiếp xúc nhiều với xương sọ như thuỳ trán và thuỳ thái dương nên nhiều khi do các mảnh xương vỡ cắm vào gây giập não chảy máu. Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào tính chất và mức độ tổn thương não, bệnh nhân ở trong trạng thái kích động vật vã và hôn mê.

3.4. Tổn thương các dây thần kinh sọ

– Dây khứu giác (dây I) rất hay bị tổn thương nhất là khi vỡ lá sàng. Biểu hiện lâm sàng là ngửi kém và mất ngửi chủ yếu là một bên, thường phát hiện muộn do bệnh nhân kém tỉnh táo hoặc chảy máu mũi nên không thăm khám được.

– Dây thần kinh thị giác (dây II) là tổn thương hay gặp trong vỡ nền sọ tầng trước, biểu hiện lâm sàng là mù, giãn đồng tử và mất phản xạ ánh sáng. Cơ chế tổn thương do nhiều nguyên nhân khác nhau như vỡ ống thị giác chèn ép dây II, hoặc máu tụ sau nhãn cầu chèn ép phối hợp với vỡ thành bên và trên của hố mắt, máu tụ chèn ép tĩnh mạch làm tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc gây thiếu máu.

– Tổn thương dây III và VI do vỡ xương vùng khe bướm.

– Tổn thương dây VII và dây VIII do vỡ xương đá. Biểu hiện lâm sàng là giảm thính lực nhiều khi điếc hoàn toàn. Tổn thương dây VII biểu hiện bằng liệt mặt ngoại biên.

3.5. Tổn thương mạch máu

– Tổn thương động mạch cảnh ngoài do vỡ xương ở lỗ tròn bé làm máu chảy dữ dội hình thành máu tụ ngoài màng cứng hố thái dương, tiến triển rất nhanh, khoảng tỉnh ngắn chỉ tính bằng phút, bệnh nhân tử vong rất nhanh chóng nếu không cấp cứu kịp thời.

– Tổn thương động mạch cảnh trong do xé rách màng cứng ở đoạn động mạch này đi qua làm chảy máu ồ ạt động mạch cảnh, kèm theo thiếu máu của gần nửa bán cầu, bệnh nhân nhanh chóng đi vào hôn mê và tử vong. Ngoài ra, có thể tổn thương động mạch cảnh trong đoạn xoang hang làm rò động mạch cảnh xoang hang. Biểu hiện lâm sàng bằng ù tai liên tục, lồi mắt một bên và các mạch máu nhất là tĩnh mạch mắt cương tụ, nghe thấy tiếng thổi liên tục. Khi ép vào động mạch cảnh vùng cổ bệnh nhân hết ù tai và hết tiếng thổi. Cần chụp động mạch cảnh trong để chẩn đoán xác định.

– Vỡ tầng sau có thể làm tổn thương động mạch đốt sống, biểu hiện lâm sàng chóng mặt, ngất khi quay cổ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.6. Tổn thương màng cứng

Khi tổn thương màng cứng sẽ gây rò nước não tuỷ vào dưới da đầu, qua mũi, qua họng, hoặc lỗ tai nếu không điều trị kịp thời sẽ gây viêm màng não.

Khi vỡ vòm sọ tổn thương màng cứng gây rò nước não tuỷ dưới da đầu, khám thấy một khối căng dưới da đầu dễ nhầm với khối máu tụ. Chọc hút ra dịch trong. Với trẻ nhỏ vỡ xương kèm theo rách màng cứng dễ gây nên vỡ xương sọ tiến triển. Do dịch não tuỷ và tổ chức não chui vào đường vỡ, đẩy dần hai mép xương vỡ tách nhau ra ngày càng rộng, làm não thoát ra ngoài, nằm dưới da đầu. Vỡ nền sọ tầng trước, ở vùng xoang trán nếu có tổn thương thành sau xoang và màng cứng sẽ gây rò nước não tuỷ qua mũi và khí sẽ đi theo chiều ngược lại vào khoang dưới màng cứng.

Rò qua xoang sàng ít gặp hơn, biểu hiện rò nước não tuỷ vào họng.

Vỡ nền sọ tầng giữa gây rò nước não tuỷ qua lỗ tai, việc điều trị khó khăn hơn nhiều.

4. CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ CẬN LÂM SÀNG

4.1. Chụp Xquang sọ quy ước

Dễ dàng thấy tổn thương vỡ xương sọ, nhưng cần phân biệt với các đường mạch máu ăn lõm vào xương, các khe khớp.

Khi có lún sọ cần chụp tiếp tuyến.

Vỡ nền sọ khó xác định được trên Xquang, thường do khối xương mặt che lấp. Ngoài ra chụp Xquang còn thấy hình ảnh khí trong sọ, động mạch cảnh hoặc trong não thất khi rò thông với não thất.

4.2. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT)

Xác định được tổn thương của xương sọ. Khi nghi ngờ tổn thương dây II cần phải cắt dày 2mm vùng đỉnh hốc mắt để tìm tổn thương ống thị giác. Khi có biểu hiện vỡ xương đá nên chụp CLVT xương đá.

Trên phim CLVT còn xác định được các biến chứng như máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng, giập não, khí trong sọ, phù não và thiếu máu v.v...

4.3. Chụp động mạch não

Khi nghi ngờ tổn thương mạch máu như động mạch đốt sống, rò động mạch cảnh xoang hang, cần chụp mạch não để xác định. Trong rò động mạch cảnh xoang hang sẽ thấy được lỗ rò, giãn tĩnh mạch mắt và thuốc lên động mạch não trước và giữa nghèo nàn.

4.4. Xét nghiệm dịch não tuỷ

Chọc rò tuỷ sống làm xét nghiệm sinh hoá, tế bào, cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ khi rò nước não tuỷ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. ĐIỀU TRỊ

Tất cả các trường hợp vỡ xương sọ cần phải theo dõi sát những biến chứng của nó đặc biệt là máu tụ ngoài màng cứng.

5.1. Vỡ vòm sọ

Vỡ xương sọ đơn thuần: cho thuốc giảm đau và theo dõi sát tri giác, các dấu hiệu thần kinh khu trú để phát hiện sớm máu tụ ngoài màng cứng.

Vỡ xương sọ có vết thương phải cắt lọc kiểm tra, lấy bỏ các mảnh xương vỡ.

Lún sọ khi quá một nửa chiều dày bản xương, ở người trẻ cần mổ nhấc mảnh lún tránh chèn ép não, gây động kinh về sau. Tuy nhiên, nếu lún sọ vào xoang tĩnh mạch chỉ phải can thiệp khi có dấu hiệu chèn ép xoang tĩnh mạch.

Vỡ xoang hơi trán, cần mổ làm sạch xoang hơi, lấy bỏ phần niêm mạc xoang bị dập nát và cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

Vỡ sọ tiến triển: nên mổ sớm vá màng cứng, tạo hình hộp sọ bằng xương sườn, xương chậu.

5.2. Vỡ nền sọ

5.2.1. Rò nước não tuỷ

Khi tổn thương màng cứng rò nước não tuỷ ở nền sọ, tuỳ theo tính chất, mức độ và tổn thương xương sọ mà thái độ xử trí khác nhau.

Cho kháng sinh toàn thân, liều cao thường sử dụng phối hợp cephalosphorine thế hệ 3 với metronidazol chống nhiễm khuẩn.

Nếu rò qua mũi, trên hình ảnh chụp cắt lớp thấy vỡ thành sau xoang trán có mảnh vỡ lún vào trong sọ nên mổ sớm. Mở cửa sổ xương trán hai bên, vá lỗ rò bằng cân, màng xương và tốt nhất là sử dụng phối hợp với cồn sinh học, đồng thời bịt lỗ thông từ xoang trán xuống mũi bằng cơ hoặc sáp ong tẩm betadin.

Nếu rò qua xoang bướm, qua lỗ tai, xoang trán mà không thấy vỡ lún thành sau, nên điều trị nội trong vòng 3 tuần bằng kháng sinh, lợi niệu như lasix, furosemid, diamox 250mg x 4 viên/ngày để giảm tiết dịch não tuỷ, nằm đầu cao. Nếu vẫn tiếp tục rò, chọc dò tuỷ sống hàng ngày mỗi lần rút từ 30 – 40ml nước não tuỷ: tốt nhất là dẫn lưu nước não tuỷ vùng thắt lưng bằng catheter, hạ thấp dần hệ thống dẫn lưu cho đến khi hết rò và khi hết rò khoảng 5 ngày mới nên rút dẫn lưu. Chú ý là hệ thống dẫn lưu phải tuyệt đối vô khuẩn vì rất dễ viêm màng não. Nếu không có kết quả hoặc rò tái phát cần phải can thiệp bằng phẫu thuật, đối với rò qua mũi, họng cần mở nắp sọ trán hai bên, tìm lỗ rò, vá và tăng cường bằng cồn sinh học. Với lỗ rò qua tai cần bịt hòm nhĩ bằng mỡ bụng và bịt lỗ vòi nhĩ bằng cân cơ thái dương.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.2.2. Tổn thương thần kinh

Dây khứu giác hay gặp đoạn tiếp giáp với não nên phẫu thuật ít mang lại kết quả hơn nữa tổn thương thường một bên mũi nên đa số các tác giả khuyên nên điều trị nội khoa.

Dây thị giác: cần can thiệp phẫu thuật lấy máu tụ hố mắt khi có lồi nhiều. Vỡ ống thị giác có mảnh xương chèn ép cần mổ ngay, mở rộng lỗ thị giác giải phóng dây II.

Tổn thương dây III, VI ở khe bướm không có chỉ định phẫu thuật.

Dây VII nếu liệt xuất hiện muộn sau chấn thương là do phù nề, chỉ cần điều trị thuốc chống phù nề thường hồi phục sau 3 tháng. Khi tổn thương liệt ngay từ đầu nên mổ qua đường mê nhĩ để nối lại dây thần kinh bằng vi phẫu thuật.

5.2.3. Tổn thương mạch máu

Với các tổn thương động mạch cảnh ngoài gây máu tụ ngoài màng cứng mổ lấy máu tụ và cầm máu bằng dao điện hoặc bít lỗ tròn bé bằng cơ hoặc Spongel.

Rò động mạch cảnh xoang hang trước đây dùng thủ thuật Brooks, thả miếng cơ từ động mạch cảnh gốc hoặc cảnh trong để bít lỗ rò, là phương pháp đơn giản nhưng tỷ lệ thành công không cao hơn nữa đôi khi gặp các biến chứng như tắc động mạch cảnh trong, động mạch não giữa gây thiếu máu não, nguy cơ tử vong rất cao. Vì vậy, hiện nay đa số tác giả dùng điện quang can thiệp, dùng bóng để bịt lỗ rò mang lại kết quả rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neurochirurgie Université Francophone 1995.
2. Interprétation des troubles neurologiques Groupe liaison A.S năm 2000
3. Module de Neurologie et de Neurochirurgie Université Louis Pasteur. Faculté de médecine de Strasbuorg 1999.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

.Vết thương sọ não (VTSN) là thương tổn có sự thông thương của khoang dưới nhện với môi trường bên ngoài. Thương tổn từ ngoài vào gồm có: da đầu, xương sọ, màng não, tổ chức não giập, tạo thành ổ não giập hình nón mà đáy là ở phía ngoài (với vết thương sọ não chột). Hậu quả bệnh nhân chết do tổn thương tổ chức não nhiều, phù não hoặc do các biến chứng.

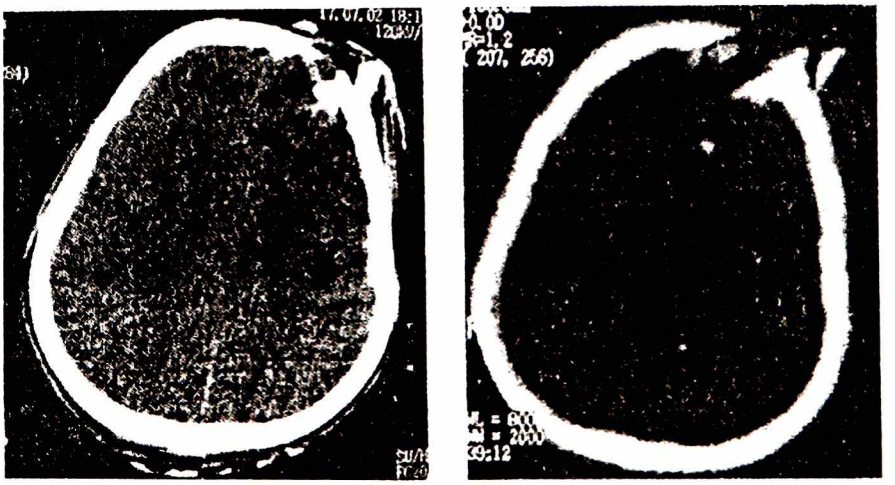
– Vết thương sọ não cần được chẩn đoán sớm và xử trí đúng sẽ cứu sống người bệnh, hạn chế biến chứng.

– Chẩn đoán thường dựa vào lâm sàng với những thể điển hình, các phẫu thuật viên nói chung đều có thể xử trí vết thương sọ não khi cơ sở y tế đó có máy hút và dao điện.

– Vết thương sọ não gặp cả trong thời kỳ chiến tranh và thời bình, tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu, do vậy cần thiết phòng ngừa tai nạn sẽ hạn chế vết thương sọ não.

1. GIẢI PHẪU BỆNH

Vết thương sọ não do nguyên nhân có lực gia tốc mạnh (đạn bắn v.v...) hoặc không mạnh (dao chém v.v...). Lấy vết thương sọ não chột điển hình để mô tả.



Hình 1.1. Vết thương sọ não ở vùng trán

Trên phim chụp CLVT: đường vỡ là hình khuyết xương sọ ở vùng trán, mảnh xương cắm sâu vào tổ chức não, mất đường viền cong của bản trong xương sọ, tổ chức não bị giập ít.

– Da đầu: vết rách nham nhở hay gọn là do tác nhân gây nên, vết thương đến

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

sớm đang còn chảy máu, đến muộn có thể có dịch đục hoặc mủ, một vài trường hợp kèm theo lóc, lột da đầu gây nên mất máu.

– Xương sọ: do xương cứng, chống lại lực cản lớn nên đường vỡ xương thường lớn hơn tổn thương da đầu, vỡ xương có thể hình chân chim, vỡ xương gây lún, mảnh xương chui vào phía trong nên có thể gây chèn ép và rách màng cứng.

– Màng não: màng nhện mỏng dính liền với màng cứng, rách màng cứng thường nham nhở, dính với xương vụn vỡ, đôi khi có tổ chức não lẫn vào.

– Tổ chức não: thương tổn là một hình nón mà đáy nón quay ra phía ngoài, chóp nón ở phía trong, trong lòng nón có tổ chức não giập, máu cục và nhất là dị vật (xương, tóc, kim loại v.v...).

– Hậu quả của loại thương tổn này gây dập nát não nên hoại tử và phù não, nếu kèm nhiễm khuẩn thì phù não nhiều hơn, cơ thể suy yếu do nhiễm khuẩn, nhiễm độc để lại nhiều di chứng nặng và tử vong.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Vết thương sọ não đến sớm: trước 6 giờ

a) Hỏi bệnh: tìm nguyên nhân cơ chế gây thương tổn

b) Khám bệnh

– Với vết thương sọ não điển hình thì dễ xác định khi thấy tổ chức não hoặc nước não tuỷ lẫn máu chảy ra (banh vết thương và quan sát).

– Dấu hiệu thần kinh.

+ Tri giác: khám và theo dõi theo thang điểm Glasgow.

Thường bệnh nhân tỉnh, nhưng nếu kèm theo máu tụ (vết thương sọ não nhỏ), giập não nhiều, sốc (mất máu, đa chấn thương) thì bệnh nhân có rối loạn tri giác.

Mở mắt		Trả lời		Vận động	
Tự nhiên	4	Đúng	5	Làm theo lệnh	6
Gọi mở	3	Lẫn lộn	4	Gạt đúng	5
Cấu mở	2	Từ không rõ	3	Gạt không đúng	4
Không mở	1	Rên	2	Gấp cứng chi trên	3
		Không trả lời	1	Duỗi cứng tứ chi	2
				Không đáp ứng	1

Tổng số điểm: Cao nhất: 15; Thấp nhất: 3

Theo dõi nếu thấy giảm 2 điểm: có hiện tượng chèn ép não (máu tụ, phù não).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Dấu hiệu thần kinh khu trú: biểu hiện liệt nửa người, giãn đồng tử, rối loạn ngôn ngữ v.v... do thương tổn ban đầu vào các khu vực não phụ trách các chức năng trên, nếu xuất hiện từ từ là biểu hiện có chèn ép trong sọ.

+ Dấu hiệu thần kinh thực vật: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ đều ở chỉ số bình thường, trừ trường hợp vết thương sọ não lớn kèm rối loạn tri giác.

– Toàn thân: ít thay đổi trừ trường hợp có sốc (mất máu, đa chấn thương).

– Các thương tổn phối hợp: chấn thương lồng ngực, đa chấn thương, vỡ tạng đặc, hoặc bệnh nhân say rượu làm nặng thêm, cần phát hiện sớm vết thương sọ não với các thương tổn phối hợp để có thái độ xử trí kịp thời.

2.1.2. Vết thương sọ não đến muộn

a) Dấu hiệu thần kinh

– Dựa vào thang điểm Glasgow để đánh giá tình trạng tri giác: bệnh nhân tỉnh hay không phụ thuộc thương tổn lớn hay nhỏ, tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc sẽ gây phù não và làm cho tri giác xấu đi.

– Dấu hiệu thần kinh khu trú: xuất hiện ngay từ đầu (giập não) hoặc từ từ do chèn ép não (máu tụ).

– Dấu hiệu thần kinh thực vật: nhiệt độ cao, rối loạn hô hấp, mạch và huyết áp cũng thay đổi do tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

b) Khám tại chỗ: có dịch đục, mủ chảy qua vết thương. Nấm não lòi ra ngoài biểu hiện là một khối mềm, có tổ chức não hoại tử và dị vật, lộ qua vết thương, được phủ bởi lớp giả mạc vàng xám.

c) Dấu hiệu viêm màng não mủ: sốt cao, cứng gáy, Kernig dương tính, chọc dò nước não tuỷ thấy albumin tăng, bạch cầu tăng (đa nhân trung tính), nuôi cấy có thể thấy vi trùng gây bệnh.

d) Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: phù não trên bệnh nhân có nhiễm trùng (ít khi do chèn ép vì máu tụ). Khám thấy có ba dấu hiệu kinh điển: đau đầu, nôn vọt, phù gai thị, có biểu hiện nhiễm trùng, phải nghĩ đến áp xe não.

e) Toàn thân: biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc, thể trạng suy kiệt.

g) Các cơ quan khác: phát hiện các thương tổn kèm theo như chấn thương ngực, bụng, gãy chi, cột sống v.v...

2.2. Cận lâm sàng

– Chụp phim Xquang thường quy: trên phim thẳng, nghiêng, tiếp tuyến, thấy được tổng thể diện vỡ, lún xương, các mảnh xương vụn cài phía trong hay nằm sâu vào tổ chức não, dị vật (kim loại v.v...).

– Chụp cắt lớp vi tính (CLVT): trên phim thấy được thương tổn não, xương, dị vật và tìm thương tổn phối hợp trong sọ như máu tụ, phù não.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.3. Các thể lâm sàng

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng để có chẩn đoán xác định.

– VTSN thể điển hình: như mô tả trên.

– Thể tiếp tuyến.

– Thể VTSN qua xoang tĩnh mạch.

– Thể VTSN qua xoang hơi (xoang trán, xoang sàng, xoang bướm).

– Vết thương sọ não do hoả khí (vết thương chột, vết thương xuyên).

– Vết thương sọ: rách da đầu, vỡ lún xương nhưng chưa rách màng cứng.

– Vết thương sọ não do trâu húc: thương tổn não trong sọ rộng không tương xứng với vết thương bên ngoài, nguy cơ nhiễm trùng cao.

3. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc: mổ cấp cứu

3.2. Sơ cứu

3.2.1. Những việc cần làm

– Đảm bảo thông khí: thông đường hô hấp, chỗ nằm yên tĩnh và thoáng, hô hấp hỗ trợ.

– Cạo đầu, cầm máu, rửa sạch vết thương bằng nước muối sinh lý, băng kiểu mũ phi công.

– Kháng sinh và phòng chống uốn ván.

– Chống sốc nếu có.

– Tổ chức vận chuyển sớm tới nơi mổ.

3.2.2. Những việc không nên làm

– Không thăm khám vết thương bằng dụng cụ.

– Không lấy tổ chức não.

– Không dùng thuốc sát khuẩn và kháng sinh bôi lên vết thương.

– Không cố lấy dị vật.

3.2.3. Tổ chức vận chuyển và tuyến chuyên khoa

– Đảm bảo bệnh nhân không còn trong tình trạng sốc. Nếu có các tổn thương phối hợp đe doạ tính mạng cần xử trí tại chỗ. Chuyển bệnh nhân phải đảm bảo thông khí tốt (nếu điểm Glasgow ≥ 9, đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản, có hô hấp hỗ trợ).

3.3. Điều trị thực thụ

3.3.1. Vết thương sọ não đến sớm

a) Nguyên tắc: mổ cấp cứu

b) Mổ

– Gây mê hoặc gây tê.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Rạch da hình chữ S, cắt lọc da đầu tiết kiệm.

– Gặm rộng xương tới màng não lành, cầm máu xương bằng sáp ong.

– Màng não: cắt lọc màng não tiết kiệm.

– Hút hoặc bơm rửa tổ chức não giập, lấy hết máu cục và dị vật trong não. Nếu là dị vật kim loại nhỏ, khó tìm thì không nhất thiết phải lấy bỏ.

– Cầm máu kỹ vỏ não bằng dao điện, clíp bạc, nước oxy già v.v...

– Đóng kín màng cứng nếu điều kiện cho phép, trong mọi trường hợp phải khâu treo màng cứng.

– Đóng da đầu: nếu để hở màng cứng, nhất thiết phải khâu da đầu hai lớp: cân Galia bằng chỉ không tiêu và da đầu.

c) Sau mổ

– Theo dõi sau mổ: tri giác theo thang điểm Glasgow, các dấu hiệu thần kinh khu trú, dấu hiệu thần kinh thực vật, dẫn lưu, vết mổ.

– Điều trị chống phù não.

+ Đảm bảo thông khí.

+ Đầu cao từ 15^0 đến 30^0 và thẳng.

+ Hạn chế tình trạng kích thích: Buộc chân tay từng bên, cách 3 giờ thay bên đối diện nhằm tránh loét. Thuốc an thần: Phenobacbital liều 1 – 1,5mg/kg trọng lượng hoặc đông miên. Nếu có tình trạng suy hô hấp nên cho thở máy kết hợp.

+ Ổn định huyết động học: Tốt nhất là thiếu máu thì bù máu, nếu không có máu thì dùng dung dịch thay thế máu, dùng huyết thanh mặn đẳng trương từ 1000ml – 1500ml/ngày.

+ Đảm bảo thăng bằng kiềm toan: Bù nước và điện giải, theo dõi dựa vào kết quả các xét nghiệm.

+ Các thuốc chống phù não: Dùng trong 48 giờ đầu: Manitol, liều 1 – 1,5g/kg/24 giờ hoặc các thuốc lợi tiểu như Lasix.

– Kháng sinh: dùng kháng sinh phối hợp.

– Nuôi dưỡng: sau mổ, đặt ống thông dạ dày và nuôi dưỡng qua ống thông đó.

– Săn sóc để phòng biến chứng do nằm lâu: phòng các biến chứng như loét tỳ, nhiễm khuẩn hệ thống hô hấp hoặc tiết niệu.

d) Phục hồi chức năng sau mổ

– Vận động.

– Ngôn ngữ.

– Các chức năng khác.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.3.2. Vết thương sọ não đến muộn

Hồi sức, điều trị nội khoa cho đến khi tình trạng bệnh nhân ổn định thì chỉ định mổ, kỹ thuật mổ như vết thương sọ não đến sớm.

3.3.3. Xử trí các thương tổn

a) Khâu da đầu: (xem bài thương tổn da đầu)

b) Vết thương sọ: Chỉ định và xử trí như vết thương sọ não đến sớm. Chỉ can thiệp hết phần xương sọ kể cả dị vật mà không can thiệp tới não. Nếu mất xương rộng (đường kính trên 2cm, khâu treo màng cứng vào cân sọ), có thể tạo hình sọ khuyết một thì hay can thiệp về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aarabi B. (1990), "Surgical outcome in 435 patients who sustained missile head wounds during the Iran – Iraq War", *Neurosurgery*, 27(5): 692 – 5.
2. Berjano R, Vinas FC, Dujovny M, (1999), "A review of dural substitutes used in neurosurgery", *Crit Rev Neurosurg*, 9(4): 217–222.
3. Cosar, Gonul E, Kurt E, et al, (2005), "Craniocerebral gunshot wounds: results of less aggressive surgery and complications", Miniinvasive Neurosurg, 48(2): 113 – 8.
4. Izci Y, Kayali H, Daneyemez M, et al, (2003), "The clinical, radiological and surgical characteristics of supratentorial penetrating craniocerebral injuries: a retrospective clinical study", *Tohoku J Exp Med*, 201(1): 39 – 46.
5. Kaufman HH, Schwab K, Salazar AM, (1991), "A national survey of neurosurgical care for penetrating head injury", *Surg Neurlo*, 36(5):370–7.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH

Máu tụ ngoài màng cứng (MTNMC) là khối máu nằm giữa bản trong xương sọ và màng cứng. Gặp trong 4 – 7% sau chấn thương sọ não (CTSN). Nguồn gốc chảy máu có thể là do tổn thương của động mạch màng não giữa, các tĩnh mạch lớn, các xoang tĩnh mạch hoặc từ xương sọ. Trong một số trường hợp (10%) nguồn chảy máu không được xác định rõ. Sự ra đời của máy chụp cắt lớp vi tính (CLVT) trong những năm gần đây (1975) đã tạo điều kiện thuận lợi cho chẩn đoán và đồng thời đóng vai trò quan trọng trong việc theo dõi điều trị bệnh này. CLVT cho phép xác định chính xác vị trí của MTNMC đồng thời còn cho biết các tổn thương phối hợp trong não giúp cho các phẫu thuật viên có thái độ điều trị chính xác và kịp thời.

Trong thực tế lâm sàng MTNMC luôn được coi là một cấp cứu ngoại khoa hàng đầu. Những thống kê gần đây cho thấy nếu mổ MTNMC ở giai đoạn bệnh nhân còn tỉnh thì tỷ lệ tử vong là 0%, nếu để muộn khi Glasgow 3 điểm thì tỷ lệ cứu sống là 10%, tỷ lệ tử vong là 50% còn lại là các bệnh nhân để lại di chứng nặng nề.

1. LÂM SÀNG

1.1. Những đánh giá lâm sàng bước đầu

Tình trạng tri giác của bệnh nhân là biểu hiện quan trọng nhất cần được đánh giá. Tuy nhiên cần phải chú ý rằng việc đánh giá tình trạng tri giác chỉ chính xác khi huyết động của bệnh nhân ổn định đồng thời không có các rối loạn về hô hấp.

1.1.1. Hỏi bệnh

Hoàn cảnh xảy ra tai nạn đồng thời cơ chế của tai nạn cho phép xác định được mức độ nặng nhẹ của tai nạn.

– Giờ xảy ra tai nạn

– Những biểu hiện sau khi xảy ra tai nạn như tình trạng tri giác ngay sau tai nạn có thể là hôn mê hoặc tỉnh rồi sau đó đi vào hôn mê hoặc sau tai nạn bệnh nhân mất tri giác một giai đoạn ngắn sau đó tỉnh lại.

– Bệnh nhân có nôn hay không nôn. Có biểu hiện bị trào ngược hay không.

– Có co giật hay không.

– Diễn biến của tình trạng tri giác xấu đi hay tốt lên so với ngay sau khi tai nạn.

– Hỏi về tiền sử của bệnh nhân cũng đóng vai trò rất quan trọng nhất là đối với những bệnh nhân có tiền sử sử dụng các thuốc chống động kinh, chống đông máu v.v... hoặc các bệnh khác kèm theo của bệnh nhân.

1.1.2. Đánh giá tình trạng tri giác

Thang điểm Glasgow: ngày nay đã được áp dụng một cách rộng rãi. Thang điểm này cho phép đánh giá một cách chính xác 93% tình trạng hôn mê của bệnh

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

nhân. Tuy nhiên, thang điểm Glasgow không cho phép xác định được mức độ tổn thương theo trục của não. Để bổ sung vào khiếm khuyết này của thang điểm Glasgow, Plum và Posner bằng cách dựa vào các phản ứng của bệnh nhân đối với đau, các phản xạ của thân não như: phản xạ ánh sáng, phản xạ mắt đầu dọc, mắt đầu ngang, phản xạ trán cơ vòng mi, phản xạ tim mắt để xác định mức độ tổn thương trục của não qua đó có được tiên lượng chính xác hơn về hôn mê.

Bảng 1.1. Thang điểm Glasgow dành cho người lớn

Mở mắt		Trả lời		Vận động	
Tự nhiên	4	Đúng nhanh	5	Theo lệnh	6
Gọi mở	3	Lẫn lộn	4	Gạt đúng	5
Cấu mở	2	Không phù hợp	3	Không đúng	4
Không mở	1	Kêu lên	2	Co cứng	3
		Không đáp ứng	1	Duỗi cứng	2
				Không đáp ứng	1

Bảng 1.2. Một số biến đổi theo tuổi trong thang điểm Glasgow

Tuổi	Trả lời	Đáp ứng vận động tối đa
< 6 tháng	Cười hoặc khóc	Gấp
6 – 12 tháng	Cười hoặc khóc	Gạt đúng
1 – 2 năm	Kêu khóc hoặc có trả lời	Gạt đúng
2 – 5 năm	Trả lời thành câu	Làm theo lệnh

Bảng 1.3. Tổn thương theo trục

1. Tổn thương não trung gian
- Co cứng mất vỏ
- Đồng tử co nhỏ
- Phản xạ ánh sáng (+)
- Thở Cheynes Stockes

2. Tổn thương não giữa và phần cao của cầu não
- Duỗi cứng mất não
- Đồng tử giãn trung bình
- Phản xạ ánh sáng (–)
- Rối loạn phản xạ mắt tiền đình
- Rối loạn hô hấp: thở nhanh nông
- Tăng thân nhiệt

3. Tổn thương phần thấp cầu não và phần cao hành não
- Duỗi cứng mất não hoặc không đáp ứng
- Đồng tử giãn
- Mất phản xạ ánh sáng
- Mất phản xạ tiền đình
- Thở không đều
- Rối loạn thân nhiệt, rối loạn nhịp tim, rối loạn vận động

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.2. Đặc điểm lâm sàng của máu tụ ngoài màng cứng

1.2.1. Các biểu hiện về rối loạn tri giác

– Mất tri giác sau chấn thương (75%) thường tình trạng này được hồi phục. Bệnh nhân quên sự việc xảy ra. Thời gian của mất tri giác phụ thuộc vào từng bệnh nhân.

– Rối loạn tri giác: tình trạng rối loạn tri giác được phát hiện và đánh giá theo thang điểm Glasgow. Trong MTNMC nhất là MTNMC đơn thuần bệnh nhân sau chấn thương thường tỉnh táo hoặc mất tri giác trong giai đoạn ngắn sau đó hồi phục. Tuy nhiên trong một số trường hợp khi tốc độ chảy máu cao bệnh nhân có thể hôn mê ngay từ đầu.

– Khoảng tỉnh: đó là khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân tỉnh sau CTSN cho tới lúc bệnh nhân mê đi. Thường khoảng tỉnh chỉ gặp trong 60 – 70% các trường hợp MTNMC. Thời gian của khoảng tỉnh cho phép đánh giá được mức độ tiến triển của bệnh. Nếu khoảng tỉnh ngắn chứng tỏ tốc độ chảy máu cao, tiên lượng bệnh nhân nặng.

1.2.2. Các dấu hiệu thần kinh khu trú

Giãn đồng tử một bên tiến triển: đó là biểu hiện của tình trạng tụt thuỳ thái dương V qua khe Bichat gây chèn ép vào thần kinh III cùng bên. Trong một số trường hợp nếu giãn đồng tử ngay từ đầu sau chấn thương có thể là do tình trạng đụng giập trực tiếp vào nhãn cầu, trong những trường hợp này dấu hiệu giãn đồng tử không có giá trị chẩn đoán định khu.

– Liệt hoặc yếu 1/2 người tiến triển: thường ngay sau chấn thương bệnh nhân không có biểu hiện liệt hoặc yếu 1/2 người. Sự xuất hiện của liệt hoặc yếu 1/2 người trong quá trình theo dõi có giá trị để chẩn đoán bệnh, đồng thời để chẩn đoán định khu. Vùng máu tụ bao giờ cũng ở bên đối diện với bên liệt, mức độ liệt bao giờ cũng phụ thuộc vào vị trí của khối máu tụ. Cũng cần phải lưu ý rằng, trong trường hợp khối máu tụ ở hai bên bán cầu vùng trán lên, bệnh nhân có thể xuất hiện liệt tứ chi nhưng đây không phải là liệt tứ chi do chấn thương cột sống cổ.

1.2.3. Các biểu hiện thần kinh khu trú ít gặp khác

– Rung giật nhãn cầu: xuất hiện trên bệnh nhân có MTNMC ở hố sau, thường phát hiện trên những bệnh nhân có diễn biến mang tính chất bán cấp hoặc mạn tính. Rung giật nhãn cầu không có giá trị để chẩn đoán bên nào có tổn thương.

– Bán manh đồng danh: hay gặp trong MTNMC chẩm.

– Rối loạn chức năng hệ thống thần kinh cao cấp: biểu hiện bằng mất trí nhớ, rối loạn hành vi thường gặp trong máu tụ ngoài màng cứng vùng trán.

1.2.4. Các dấu hiệu sinh tồn

Rối loạn thần kinh thực vật là những biểu hiện nặng của MTNMC, nó chứng tỏ tình trạng chèn ép do máu tụ hoặc phù não gây ra. Dấu hiệu này thường xuất

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

hiện trong giai đoạn cuối của bệnh, biểu hiện bằng mạch chậm, huyết áp tăng rối loạn nhịp thở, rối loạn thân nhiệt, rối loạn nhịp tim v.v...

2. CẬN LÂM SÀNG

2.1. Chẩn đoán hình ảnh

2.1.1. Chụp sọ không chuẩn bị

– Phải được thực hiện ở 4 tư thế (thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái, Worms – Bretton).

– Chụp sọ cho phép xác định được đường vỡ xương là dấu hiệu định hướng vì thường MTNMC hay xuất hiện gần đường vỡ xương này.

2.1.2. Chụp CLVT

– Chụp CLVT cho biết được chính xác số lượng, vị trí của khối máu tụ, đồng thời còn cho biết các thương tổn phối hợp khác như các ổ giập não cùng bên hoặc bên đối diện. Chụp CLVT còn cho biết được mối liên quan giữa khối máu tụ và tổ chức não xung quanh, đó là tình trạng chèn ép, đè đẩy vào tổ chức não xung quanh hoặc cấu trúc đường giữa như não thất, liềm não v.v... hậu quả của tình trạng này là các loại thoát vị như qua khe Bichat, thoát vị qua liềm não, thoát vị qua lỗ chẩm.

– Chỉ định của chụp CLVT.

+ Bệnh nhân có rối loạn tri giác sau chấn thương sọ não, nhất là có khoảng tỉnh.

+ Bệnh nhân có biểu hiện thần kinh khu trú như liệt tăng dần hoặc giãn đồng tử tiến triển.

+ Bệnh nhân có vỡ xương sọ.

+ Bệnh nhi sau chấn thương sọ não biểu hiện tình trạng thiếu máu không giải thích được do các nguyên nhân khác.

+ Theo dõi MTNMC không có triệu chứng lâm sàng.

– Hình ảnh MTNMC và mối liên quan với tổ chức não xung quanh:

Máu tụ ngoài màng cứng là một thấu kính lồi hai mặt nằm sát xương sọ, tăng tỷ trọng một cách thuần nhất, khối máu tụ đè đẩy vào tổ chức não xung quanh và đường giữa như liềm não, hệ thống não thất. Có thể thấy khối MTNMC ở mọi nơi như tầng trên hoặc tầng dưới lều tiểu não. Vùng hay gặp nhất của MTNMC là hố thái dương nơi có động mạch màng não giữa và có khoang dễ bóc tách của màng cứng. Có thể gặp MTNMC ở hai bên của bán cầu hoặc MTNMC phối hợp với các tổn thương phối hợp khác như giập não.

2.1.3. Chụp động mạch cảnh qua da

Là một phương pháp đơn giản được áp dụng từ lâu nhất là tại các tuyến chưa có chụp cắt lớp vi tính. Hình ảnh chụp mạch cảnh là một khoang vô mạch hình thấu kính lồi nằm sát xương sọ. Dựa vào sự đè đẩy của khối máu tụ lên cây động

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

mạch cho phép xác định một cách tương đối chính xác vị trí của khối máu tụ. Tuy nhiên chụp động mạch cảnh qua da là một phương pháp thăm dò có chảy máu, cần phải chỉ định chặt chẽ và theo dõi sát sau khi làm thủ thuật.

– Chỉ định chụp động mạch cảnh qua da:

+ Bệnh nhân có khoảng tỉnh.

+ Bệnh nhân mê kèm theo có dấu hiệu thần kinh khu trú như liệt 1/2 người, giãn đồng tử một bên.

– Ví trí chụp động mạch cảnh.

+ Chụp bên có giãn đồng tử tiến triển.

+ Chụp bên đối diện với bên liệt.

+ Chụp bên có đường vỡ xương.

– Chống chỉ định:

+ Bệnh nhân có chấn thương cột sống cổ kèm theo hoặc có các tổn thương phần mềm lớn ở vùng cổ.

+ Bệnh nhân có rối loạn đông máu.

– Hạn chế và biến chứng của chụp.

+ Không cho phép xác định chính xác vùng máu tụ nhất là khi vùng máu tụ ở chẩm và hố sau.

+ Gây khối máu tụ ở cổ chèn ép khí quản dẫn đến rối loạn hô hấp.

+ Gây phù não sau chụp do chèn ép động mạch và tĩnh mạch cảnh.

2.1.4. Chụp cộng hưởng từ hạt nhân

Ít được áp dụng trong cấp cứu.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

– Dựa vào dấu hiệu hình ảnh học của CLVT hoặc của chụp động mạch não. Biểu hiện lâm sàng chỉ mang tính chất tham khảo.

– Thể điển hình của MTNMC: bệnh nhân có khoảng tỉnh cộng với có hình ảnh của MTNMC trên CLVT hoặc trên phim chụp động mạch não.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

– Máu tụ dưới màng cứng cấp tính: trong một số trường hợp tụ máu dưới màng cứng cấp tính có tốc độ hình thành chậm, bệnh nhân cũng có biểu hiện của khoảng tỉnh đồng thời có giãn đồng tử hoặc liệt 1/2 người tiến triển. Chụp CLVT là phương tiện duy nhất cho phép chẩn đoán phân biệt một cách chính xác. Đó là hình ảnh khối máu tụ hình thấu kính lồi mặt sát xương sọ, tăng tỷ trọng đồng nhất.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Tụ nước dưới màng cứng (Hydroma): thường hiếm gặp, chụp CLVT cho thấy hình ảnh khối nước nằm sát xương có hình thấu kính lõm, tỷ trọng của khối nước này ngang với tỷ trọng của nước não tuỷ.

4. THỂ LÂM SÀNG

4.1. MTNMC ở người trưởng thành

– Bệnh nhân có khoảng tỉnh.

– Có các biểu hiện thần kinh khu trú tiến triển như liệt hoặc giãn đồng tử.

– Chụp CLVT hoặc chụp động mạch não có hình ảnh MTNMC.

– Cũng cần lưu ý trong một số trường hợp MTNMC nhỏ không có biểu hiện lâm sàng.

4.2. MTNMC ở trẻ sơ sinh (do sang chấn sản khoa)

– Thường xuất hiện trên những ca đẻ khó do phải can thiệp kéo thai.

– Hay có máu tụ dưới da đầu hoặc đường vỡ xương.

– Bệnh nhi thường có suy thai với điểm Afgar < 5.

– Thóp phồng.

– Chụp CLVT có hình ảnh MTNMC kèm theo với đường vỡ xương. Thường khối MTNMC có sự thông thường với máu tụ dưới da đầu.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Chỉ định điều trị

– Chỉ định mổ khi:

+ MTNMC khoảng tỉnh.

+ MTNMC có dấu hiệu thần kinh khu trú phù hợp.

+ MTNMC có rối loạn tri giác.

+ MTNMC có kích thước tăng dần lên các phim chụp CLVT kiểm tra.

– Chỉ định theo dõi khi: MTNMC nhỏ không có triệu chứng lâm sàng, không có đè đẩy các tổ chức xung quanh. Cần chú ý trong những trường hợp này, bệnh nhân cần được theo dõi tại khoa phẫu thuật thần kinh đồng thời phải được chụp CLVT kiểm tra sau 48 – 72 giờ.

5.2. Kỹ thuật mổ

5.2.1. Khoan thăm dò

Thường được áp dụng tại các tuyến không có chụp CLVT hoặc không có chụp động mạch. Vị trí của các mũi khoan được tiến hành theo một trình tự như sau:

Mũi 1 cạnh đường vỡ xương (nếu có) hoặc bên giãn đồng tử hoặc bên đối diện

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

với bên liệt. Khi không có đường vỡ xương thì các mũi khoan được tiến hành theo một trình tự: vùng thái dương (cách 2cm trước lỗ tai ngoài, trên cung gò má 1cm); vùng trán (trên cung mày 1cm) tiếp theo là các vùng đỉnh, chẩm và hố sau.

5.2.2. Mở cửa sổ xương

Ngày nay được áp dụng nhiều nhờ có chụp CLVT. Mở cửa sổ xương thường được tiến hành thông qua 4 hoặc 5 mũi khoan, miếng xương mở có thể có cuống hoặc không có cuống. Mở cửa sổ xương tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiến hành lấy máu tụ và cầm máu.

5.2.3. Theo dõi và xử trí sau mổ

– Chảy máu lại sau mổ:

+ Thường xuất hiện khoảng 24 – 48 giờ sau mổ, biểu hiện bằng tình trạng bệnh nhân ngày càng tồi đi so với sau mổ hoặc đồng tử lại giãn lại phía bên mổ.

+ Theo dõi qua dẫn lưu ít khi có giá trị vì thường ống dẫn lưu bị tắc do máu cục hoặc do não bị chèn ép.

+ Để chẩn đoán cần phải chụp CLVT lại.

+ Nguyên nhân của máu tụ có thể là: do cầm máu không tốt ở màng cứng, máu vẫn tiếp tục chảy ở đường vỡ xương vùng ngoài chỗ khâu treo màng cứng, do cầm máu không tốt ở da đầu nhất là vùng động mạch thái dương nông.

+ Xử trí: mổ lại lấy máu tụ, tìm nguyên nhân để cầm máu lại.

– Phù não sau mổ:

+ Biểu hiện lâm sàng: gần giống với máu tụ tái phát.

+ Chẩn đoán dựa vào chụp CLVT đó là hình ảnh giảm tỷ trọng của một vùng hoặc cả một bên bán cầu não.

+ Nguyên nhân: do tổn thương của tổ chức não dưới vùng máu tụ không được phát hiện ở lần chụp CLVT đầu tiên hoặc do mất máu trong mổ kéo dài gây tụt huyết áp hoặc do tắc mạch khí trên những bệnh nhân có vết thương xoang tĩnh mạch.

+ Xử trí: điều trị nội khoa và hồi sức là chính, điều trị ngoại khoa mở xương sọ giải ép cho tới nay vẫn chưa được áp dụng.

5.2.4. Điều trị MTNMC ở trẻ sơ sinh

Thường MTNMC ở trẻ sơ sinh do sang chấn sản khoa sẽ được dịch hoá trong khoảng 1 đến 2 tuần. Hơn nữa khối máu tụ này luôn có sự thông thương với khối máu tụ dưới da đầu, vì vậy các tác giả khuyên chỉ nên mổ MTNMC sau 1 tuần bằng cách khoan một lỗ trên xương sọ để hút máu tụ.

6. TIÊN LƯỢNG

MTNMC đơn thuần là một loại tổn thương lành tính mặc dù vậy cho đến nay tỷ lệ tử vong chung của MTNMC vẫn còn cao (5–10%). Nguyên nhân chủ yếu của tình trạng này là do không được chẩn đoán bệnh kịp thời, không được xử trí đúng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Nếu bệnh nhân được mổ sớm trong tình trạng rối loạn nhẹ hoặc không có rối loạn gì về tri giác thì tỷ lệ thành công là 100%, đồng thời bệnh nhân không để lại di chứng gì. Nếu mổ trong giai đoạn bệnh nhân đã có giãn đồng tử một bên phối hợp với liệt bên đối diện kết quả là 80% bệnh nhân được cứu sống trong đó có 20% để lại di chứng nặng nề suốt đời. Nếu mổ trong giai đoạn giãn đồng tử cả hai bên, hôn mê sâu có duỗi cứng mất não thì chỉ cứu được 10% số bệnh nhân, 50% bệnh nhân tử vong. Trong số 10% được cứu sống, 20% hôn mê kéo dài, 20% để lại di chứng nặng nề.

7. KẾT LUẬN

– Mổ cấp cứu MTNMC là một cấp cứu tối khẩn cấp. Cần lưu ý rằng trong cấp cứu ở các tuyến khi có MTNMC bệnh nhân cần phải được mổ ngay, khoan một lỗ để lấy máu tụ giải phóng chèn ép não vì chỉ có thể mới có thể cứu được tình trạng bệnh nhân và làm giảm các di chứng thần kinh sau này.

– Mổ cấp cứu MTNMC không đòi hỏi phải nhiều trang thiết bị chỉ cần nắm được nguyên tắc khoan một lỗ để hút máu tụ, còn cầm máu có thể làm thì 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sichej J. P. Traumatisme cranien grave Elippes 1978
2. Cohadon F, Lapierre. F Traumatisme du crâne et du rachis, Es tem 1992
3. Decq F. Neurochirurgie Elippes Paris 1996
4. Wilkina H. Robent, Rengachary. S. Setti. Neurosurgery Volume II. Mc. Graw Hill 1996.
5. JOHN MEALEY tr. Derek. A. Broce, Rober L. Mclauc Pediatric neurosurgery. Part III, Grone&strattion 1982.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH

Máu tụ dưới màng cứng (MTDMC) cấp tính là một khối máu được hình thành giữa màng cứng và vỏ não. Thường xuất hiện ngay sau chấn thương sọ não nặng (10 – 15%). Nguyên nhân của khối máu tụ là do tổn thương của các tĩnh mạch cầu hoặc các tĩnh mạch nông ở vỏ não hoặc các xoang tĩnh mạch.

MTDMC đơn thuần thường ít gặp, nó thường phối hợp với các ổ giập não. Trong thực tế lâm sàng MTDMC đơn thuần cấp tính hay gặp ở những người có tuổi, có tình trạng teo não từ trước.

Sự ra đời của chụp CLVT cho phép chẩn đoán chính xác vị trí, khối lượng của MTDMC đồng thời cũng cho biết các tổn thương phối hợp khác như giập não, phù não.

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán cũng như trong điều trị MTDMC vẫn còn là một bệnh nặng với tỷ lệ tử vong cao (70%) và để lại những di chứng nặng nề (50%) trên những bệnh nhân sống sót.

1. LÂM SÀNG

1.1. Những đánh giá lâm sàng bước đầu

Tình trạng tri giác của bệnh nhân là biểu hiện quan trọng nhất cần được đánh giá. Tuy nhiên, cần phải chú ý rằng việc đánh giá tình trạng tri giác chỉ chính xác khi huyết động của bệnh nhân ổn định đồng thời không có các rối loạn về hô hấp.

1.1.1. Hỏi bệnh

– Hoàn cảnh xảy ra tai nạn đồng thời cơ chế của tai nạn cho phép xác định được mức độ nặng nhẹ của tai nạn.

– Giờ xảy ra tai nạn.

– Những biểu hiện sau khi xảy ra tai nạn như tình trạng tri giác ngay sau tai nạn, có thể là hôn mê hoặc tỉnh rồi sau đó đi vào hôn mê hoặc sau tai nạn bệnh nhân mất tri giác một giai đoạn ngắn sau đó tỉnh lại.

– Bệnh nhân có nôn hay không nôn. Có biểu hiện bị trào ngược hay không.

– Có co giật hay không co giật.

– Diễn biến của tình trạng tri giác xấu đi hay tốt lên so với ngay sau khi tai nạn.

– Hỏi về tiền sử của bệnh nhân cũng đóng một vai trò rất quan trọng nhất là đối với những bệnh nhân có tiền sử sử dụng các thuốc chống động kinh, chống đông máu v.v... hoặc các bệnh khác kèm theo của bệnh nhân.

1.1.2. Đánh giá tình trạng tri giác *(xem bài Máu tụ ngoài màng cứng)*

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.2. Đặc điểm lâm sàng của MTDMC

1.2.1. Biểu hiện rối loạn tri giác của MTDMC

– Thường bệnh nhân có biểu hiện rối loạn tri giác ngay sau chấn thương sọ não, mức độ rối loạn tri giác phục thuộc vào thời gian hình thành khối máu tụ và khối lượng MTDMC. Trong một số trường hợp, tình trạng rối loạn tri giác của MTDMC là do các tổn thương phối hợp gây nên như giập não, bệnh nhân hôn mê ngay sau chấn thương sọ não với các rối loạn về hô hấp, thân nhiệt v.v...

– Khoảng tỉnh: thường ít gặp trong MTDMC, khoảng tỉnh gặp trong những trường hợp MTDMC đơn thuần có tốc độ hình thành khối máu tụ chậm.

1.2.2. Dấu hiệu thần kinh khu trú

– Liệt 1/2 người bên đối diện tổn thương có thể xuất hiện ngay hoặc sau một khoảng thời gian sau chấn thương.

– Giãn đồng tử một bên cùng với bên tổn thương là biểu hiện hay gặp trong MTDMC cấp tính.

– Một số các biểu hiện định khu khác như rung giật nhãn cầu, bán manh phụ thuộc vào vị trí của tổn thương, tốc độ hình thành máu tụ. Thường những bệnh nhân nặng, hôn mê sâu hoặc không hợp tác.

1.2.3. Các dấu hiệu thần kinh thực vật

Những rối loạn thần kinh thực vật trong MTDMC cấp tính thường biểu hiện sớm diều này chứng tỏ tình trạng nặng của bệnh.

Tóm lại biểu hiện lâm sàng của MTDMC cấp nói chúng gần giống với máu tụ ngoài màng cứng. Trong thực tế lâm sàng để chẩn đoán xác định MTDMC cấp thường không chỉ dựa vào biểu hiện lâm sàng mà cần thiết phải có chụp CLVT hoặc chụp động mạch não để chẩn đoán.

2. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

2.1. Chụp sọ không chuẩn bị

Ít được áp dụng nhất là khi bệnh nhân có rối loạn tri giác, chụp sọ không chuẩn bị làm mất thêm thời gian.

2.2. Chụp CLVT

– Là phương pháp tốt nhất hiện nay để chẩn đoán bệnh cho biết được vị trí máu tụ và các tổn thương liên quan khác như giập não, vỡ xương sọ v.v...

– Hình ảnh MTDMC cấp tính là hình thấu kính một mặt lõm, tăng tỷ trọng, đồng nhất nằm sát xương sọ. Khối máu tụ tuỳ vào khối lượng mà đè đẩy các cấu trúc của não sang bên đối diện như đè đẩy vào liềm não và hệ thống não thất.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Thương tổn phối hợp thường gặp trong MTDMC cấp thường thấy trên chụp CLVT là ổ giập não chảy máu nằm ngay dưới vùng MTDMC. Giập não đôi khi là nguyên nhân của chảy máu do có tổn thương từ các động mạch hoặc tĩnh mạch ở vỏ não.

– Tình trạng phù não trong MTDMC cấp tính nhất là khi có sự phối hợp với giập não thường xuất hiện sớm. Biểu hiện trên CLVT bằng vùng giảm tỷ trọng quanh tổ chức não giập, đè đẩy các tổ chức lân cận như liềm não và não thất đồng thời làm mất hình ảnh các bể nước não tuỷ ở nền sọ (bể nước não tuỷ quanh cầu cuống não, bể nước não tuỷ Sylvius).

2.3. Chụp động mạch cảnh qua da

Hình ảnh khối MTDMC cấp tính là một khoang vô mạch hình thấu kính lõm một mặt nằm sát xương. Kèm theo là hình ảnh đè đẩy vào hệ thống mạch máu não, tuỳ từng vị trí của khối máu tụ và hình ảnh đè đẩy này mà các thầy thuốc có thể chẩn doán dược vị trí của khối máu tụ. Trên thực tế lâm sàng chẩn đoán vị trí MTDMC cấp bằng phương pháp chụp mạch là rất khó khăn đòi hỏi người chụp phải có kinh nghiệm và phải chụp ở thì mao mạch.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

– Dựa vào hình ảnh chụp CLVT hoặc hình ảnh chụp động mạch não qua da.

– Dấu hiệu lâm sàng chỉ mang tính chất gợi ý.

– Thể điển hình của MTDMC cấp tính:

+ Bệnh nhân hôn mê ngay sau chấn thương.

+ Có thể có liệt hoặc giãn đồng tử một bên.

+ Hình ảnh chụp CLVT là khối máu tụ hình thấu kính lõm nằm sát xương, tăng tỷ trọng thuần nhất.

3.2. Chẩn đoán phân liệt

– Máu tụ ngoài màng cứng thể tối cấp (bệnh nhân không có khoảng tỉnh, liệt hoặc giãn đồng tử ngay từ đầu): dựa vào hình ảnh chụp CLVT để chẩn đoán.

– Chảy máu tái phát cấp tính của MTDMC mạn tính có từ trước: bệnh nhân có MTDMC mạn tính không được phát hiện sau chấn thương lại lần 2, bệnh nhân đi vào hôn mê. Chụp CLVT thấy hình ảnh khối máu tụ có hai mức giảm tỷ trọng và tăng tỷ trọng.

– Tụ nước dưới màng cứng (Hydroma): ít gặp, chủ yếu dựa vào chụp CLVT để chẩn đoán. Đó là khối dịch đồng tỷ trọng với nước não tuỷ nằm sát xương sọ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. THỂ LÂM SÀNG

4.1. Thể điển hình ở người trưởng thành

– Sau tai nạn người bệnh hôn mê hoặc rối loạn tri giác ngay.

– Xuất hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú như liệt 1/2 người hoặc giãn đồng tử.

– Chụp CLVT hoặc chụp động mạch não cho thấy hình ảnh khối MTDMC.

– Cần chú ý trong một số trường hợp khi khối máu tụ nhỏ, bệnh nhân không có các tổn thương khác kèm theo như giập não, bệnh nhân tỉnh hoàn toàn không có dấu hiệu thần kinh khu trú.

4.2. MTDMC cấp tính ở trẻ sơ sinh

– Thường xuất hiện trong những trường hợp đẻ khó nhất là khi phải sử dụng giác hút để kéo thai. Đây là một thể nặng đối với trẻ sơ sinh, bệnh nhân thường biểu hiện bằng tình trạng suy thai sau đẻ với chỉ số Afgar < 5 điểm kèm theo có những rối loạn về trương lực cơ hoặc rối loạn về thần kinh thực vật hoặc biểu hiện hội chứng tăng áp lực nội sọ với thóp phồng. Các biểu hiện này thường xuất hiện từ giờ thứ 2 đến giờ thứ 24 sau sinh.

– Thường khối MTDMC cấp nằm ở bán phần sau của sọ, nguyên nhân của khối máu tụ là do đứt các tĩnh mạch từ vỏ não tới lều tiểu não do hộp sọ bị biến dạng khi làm thủ thuật.

– Người ta chia làm 4 mức độ chảy máu dưới màng cứng cấp tính trên hình ảnh chụp CLVT.

+ Độ 1: MTDMC nằm khu trú tại rãnh liên bán cầu ở bán phần sau (50 – 70%).

+ Độ 2: Máu tụ như ở độ 1 kèm theo có chảy máu lan ra vỏ não (10 – 20%).

+ Độ 3: Như độ 1 kèm theo có máu chảy lan ra hố sau (15 – 30%).

+ Độ 4: Như độ 2 kèm theo có máu tụ trong não nhất là ở bán cầu tiểu não (5 –10%).

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị phẫu thuật

MTDMC cấp cho tới nay chỉ định mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi, tình trạng não, lượng máu tụ, các tổn thương phối hợp, tình trạng tri giác trước mổ.

5.1.1. Chỉ định mổ

Thực tế lâm sàng một số tác giả chia làm 2 loại

– MTDMC đơn thuần: chỉ định mổ của thể này như chỉ định mổ của MTDMC cấp.

– MTDMC phối hợp với giập não: chỉ mổ khi khối giập não chảy máu nhỏ còn khối MTDMC lớn, nhất là trên bệnh nhân có tuổi kèm theo teo não.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.1.2. Kỹ thuật mổ

Mở hộp sọ bằng 4 lỗ khoan trên vùng máu tụ là kỹ thuật được áp dụng rộng rãi. Nó cho phép lấy được máu tụ một cách dễ dàng đồng thời tìm được nguyên nhân chảy máu để tiến hành cầm máu. Trong một số trường hợp khi không tìm thấy được vùng chảy máu chúng ta có thể đặt một dẫn lưu dưới màng cứng để chờ.

Mở hộp sọ bằng 4 hoặc 5 lỗ khoan còn cho phép làm giải toả tình trạng phù não trong trường hợp tổ chức não phù nhiều chúng ta có thể lấy bỏ mảnh xương để làm giải ép.

5.1.3. Theo dõi và săn sóc sau mổ

– Chảy máu sau mổ:

+ Thường xuất hiện vào 24 – 48 giờ sau mổ.

+ Tình trạng tri giác bệnh nhân xấu dần so với sau mổ.

+ Xuất hiện lại các triệu chứng thần kinh khu trú.

+ Chụp CLVT kiểm tra để phát hiện.

+ Mổ lại lấy khối máu tụ lớn và cầm máu.

– Phù não sau mổ:

+ Triệu chứng lâm sàng gần giống chảy máu lại.

+ Chụp CLVT kiểm tra thấy hình ảnh phù não khu trú hoặc lan toả.

+ Mổ lại bỏ xương hoặc tạo hình màng cứng tuỳ trường hợp.

– Động kinh sau mổ:

+ Thường biểu hiện động kinh sau mổ trên bệnh nhân có hôn mê sâu kèm theo có giập não ở vỏ não.

+ Điều trị bằng các loại thuốc chống động kinh.

– Các biến chứng nhiễm khuẩn: Điều trị phòng các biến chứng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh toàn thân trong một số trường hợp nghi ngờ có viêm màng não có thể dùng kháng sinh qua đường nước não tuỷ.

5.2. Điều trị nội khoa

Cũng như mọi chấn thương sọ não với các tổn thương khác như MTDMC, máu tụ trong não, mục đích điều trị nội khoa của MTDMC cấp là phòng ngừa các tổn thương não thứ phát do máu tụ gây ra hoặc do tăng áp lực nội sọi. Công việc điều trị nội khoa phải được tiến hành ngay sau khi bị tai nạn và nó được duy trì ngay trong và sau phẫu thuật. Mức độ điều trị nội khoa tuỳ thuộc vào tình trạng của bệnh nhân.

5.3. Thái độ điều trị đối với MTDMC cấp tính ở trẻ sơ sinh

– Đối với MTDMC cấp ở trẻ sơ sinh, mọi chỉ định điều trị phải dựa vào sự theo dõi thường xuyên áp lực trong sọ của bệnh nhân. Nếu tình trạng áp lực trong sọ

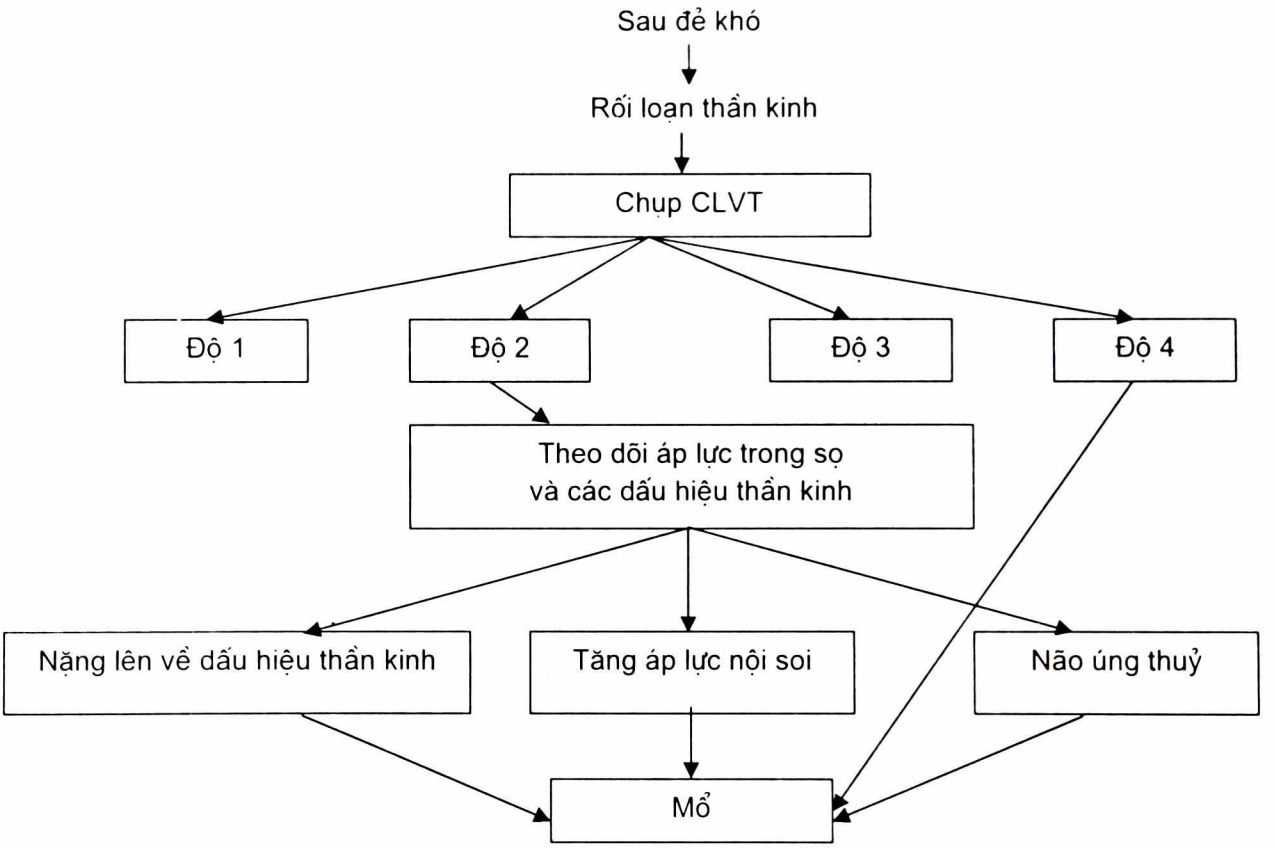
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

ngày càng tăng kèm theo bệnh nhân xuất hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc các rối loạn của hệ thần kinh thực vật thì bắt buộc phải mổ lấy bỏ khối máu tụ, giải phóng chèn ép não.

– Nếu tình trạng lâm sàng cho phép, áp lực trong sọ kiểm soát được thì khối máu tụ ở mức độ 2, 3, 4 được lấy bỏ sau khoảng 1 tuần vì trong giai đoạn này lấy bỏ khối máu tụ được dễ dàng hơn do khối máu tụ đã dịch hoá, chúng ta chỉ cần phải khoan một lỗ ở vùng máu tụ để hút.

– Cần phải lưu ý rằng trong 20% các trường hợp MTDMC cấp ở trẻ sơ sinh thường có não úng thuỷ kèm theo. Trong những trường hợp này cần thiết phải làm dẫn lưu não thất – ổ bụng để điều trị.

Sơ đồ xử trí



– Khác với tụ máu ngoài màng cứng. MTDMC cấp tính có tiên lượng nặng ngay cả khi được điều trị lấy bỏ máu tụ kịp thời. Tình trạng nặng của bệnh nhân thường không phải do máu tụ dưới màng cứng mà do các tổn thương phối hợp khác như giập não, chảy máu nhiều nơi, xuất huyết dưới màng nhện. Theo những thống kê gần đây, tỷ lệ tử vong của MTDMC còn rất cao (75 – 90%) (J.Born) đồng thời còn để lại các di chứng nặng nề cho những bệnh nhân sống sót.

– Trong một số ít các bệnh nhân MTDMC nhỏ, đơn thuần, tình trạng tri giác còn tốt, bệnh nhân được theo dõi sát về tri giác và chụp CLVT. Khối máu tụ này có thể tự tiêu đi không để lại di chứng gì khác.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6. KẾT LUẬN

– MTDMC cấp tính là một biến chứng nặng của chấn thương sọ não, thường phối hợp với các tổn thương giập não kèm theo. Biểu hiện lâm sàng của bệnh rất đa dạng, phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí máu tụ, mức độ tổn thương phối hợp, làm cho người thầy thuốc không thể chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán xác định bệnh mà cần phải có sự phối hợp với các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh khác như chụp CLVT hoặc chụp động mạch não.

– Điều trị ngoại khoa lấy máu tụ dưới màng cứng nhằm mục đích giải toả chèn ép não là một giai đoạn quan trọng cần tiến hành đúng lúc. Cho tới nay, việc chỉ định mổ MTDMC cấp tính còn có nhiều bàn cãi, đòi hỏi người phẫu thuật viên phải theo dõi sát tình trạng bệnh nhân của từng trường hợp.

– Điều trị nội khoa MTDMC cấp tính nhất là đối với trường hợp nặng là hết sức quan trọng phải được tiến hành ngay sau khi bệnh nhân bị tai nạn cũng như trong và sau mổ. Điều trị nội khoa là phương pháp quan trọng nhất được đại bộ phận của các tác giả chấp nhận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sicheg. J. P. Traumatisme cranien grave Elippes 1978.
2. Cohadon F. Lapierre. F. Tramatisme du crane et du rachis, Es tem 1992.
3. Decq F. Neurochirurgie Elippes Paris 1996.
4. Wilkina. H.Robent, Rengachary. S. Setti Neurosurgery. S. Sltti Neurosurgery Volume II. Mc. CRaw. Hill 1996.
5. JOHN MEALEY tr., Derek. A. Broce, Rober. L. Mc Lauc Pediattric Neurosurgery Par + III, Grone & strattion 1982.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6. GIẬP NÃO CHẢY MÁU – MÁU TỤ TRONG NÃO

– Giập não là tổn thương hay gặp nhất, đồng thời nặng nhất trong chấn thương sọ não. Đó là những ổ chảy máu phối hợp với hoại tử tổ chức não ở các mức độ khác nhau. Các tổn thương này có thể sẽ phát triển ngày càng lớn lên gây ra tình trạng tụ máu lớn trong não và phù não lan toả.

– Trong thực tế lâm sàng hiếm khi gặp máu tụ trong não đơn thuần sau chấn thương. Nó thường phối hợp với giập não, đồng thời là hậu quả của giập não (tổn thương các mạch máu kèm theo). Vì vậy những biểu hiện lâm sàng của máu tụ trong não thường xuất hiện muộn sau chấn thương.

– Có nhiều cơ chế hình thành tổn thương giập não chảy máu sau chấn thương. Đó có thể là đụng giập trực tiếp vào tổ chức não do các tác nhân chấn thương hoặc do thay đổi áp lực trong hộp sọ (contrecoup) hoặc do tình trạng tăng nhanh hoặc giảm nhanh gia tốc đột ngột của đầu khi bị va đập. Tất cả các cơ chế này sẽ dẫn tới giập não, chảy máu hoặc lan toả hoặc khu trú, điều này quyết định tới tiên lượng bệnh.

– Hầu hết các bệnh nhân có tổn thương giập não nhất là tổn thương giập não nặng nếu có sống sót đều để lại các di chứng nặng nề. Cũng cần lưu ý rằng nếu giập não chảy máu hoặc máu tụ trong não nhỏ có thể không có biểu hiện lâm sàng và trong trường hợp này bệnh nhân có tiên lượng tốt.

1. LÂM SÀNG

1.1. Những đánh giá lâm sàng bước đầu

Tình trạng tri giác của bệnh nhân là biểu hiện quan trọng nhất cần được đánh giá. Tuy nhiên, cần phải chú ý rằng việc đánh giá tình trạng tri giác chỉ chính xác khi huyết động của bệnh nhân ổn định đồng thời không có các rối loạn về hô hấp.

1.1.1. Hỏi bệnh

– Hoàn cảnh xảy ra tai nạn đồng thời cơ chế của tai nạn cho phép xác định được mức độ nặng nhẹ của tai nạn.

– Giờ xảy ra tai nạn.

– Những biểu hiện sau khi xảy ra tai nạn như tình trạng tri giác ngay sau tai nạn có thể là hôn mê hoặc tỉnh rồi sau đó đi vào hôn mê hoặc sau tai nạn bệnh nhân mất tri giác một giai đoạn ngắn sau đó tỉnh lại.

– Bệnh nhân có nôn hay không nôn. Có biểu hiện bị trào ngược hay không.

– Có co giật hay không.

– Diễn biến của tình trạng tri giác xấu đi hay tốt lên so với ngay sau khi tai nạn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Hỏi về tiền sử của bệnh nhân cũng đóng một vai trò rất quan trọng nhất là đối với những bệnh nhân có tiền sử sử dụng các thuốc chống động kinh, chống đông máu v.v... hoặc các bệnh khác kèm theo của bệnh nhân.

1.1.2. Đánh giá tình trạng tri giác (xem bài Máu tụ ngoài màng cứng)

1.2. Đặc điểm lâm sàng của máu tụ trong não

1.2.1. Rối loạn tri giác

Trong những trường hợp giập não chảy máu lớn, bệnh nhân thường mê ngay sau tai nạn. Tình trạng rối loạn tri giác phụ thuộc nhiều vào mức độ và vị trí tổn thương. Nếu bệnh nhân có tổn thương giập não ở các vùng nhiều chức năng thì bệnh nhân sẽ hôn mê ngay kèm theo các dấu hiệu thần kinh khu trú. Ngược lại, khi ổ giập não nhỏ nằm ở những vùng ít chức năng, bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo.

1.2.2. Dấu hiệu thần kinh khu trú

– Xuất hiện ngay sau chấn thương và tương ứng với vùng giập não hoặc máu tụ. Thí dụ như giập não chảy máu ở vùng bao trong sẽ gây liệt đối bên ngay từ đầu hoặc giập não chảy máu ở vùng thân não sẽ gây nên rối loạn về hô hấp, thân nhiệt hoặc giập não chảy máu ở vùng thái dương bên bán cầu ưu thế gây ra những rối loạn về ngôn ngữ.

– Giãn đồng tử một bên trong giập não chảy máu thường là biểu hiện của thoát vị não do tăng áp lực nội sọ.

– Trong một số trường hợp đặc biệt khi tổn thương lan toả của giập não, chảy máu giữa các vùng chất xám và chất trắng, bệnh nhân thường biểu hiện bằng các rối loạn tri giác nặng nề kèm với các biểu hiện của suy não theo trục.

2. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

2.1. Chụp động mạch não

Ngày nay ít được áp dụng cho các trường hợp giập não chảy máu vì đối với một số các tổn thương giập não chảy máu nhỏ không có biểu hiện đè đẩy hệ thống động mạch nên không thấy được trên phim chụp động mạch não. Trong một số trường hợp khối máu tụ lớn, chụp động mạch não có thể phát hiện được vị trí của khối máu tụ dựa vào tính chất đè đẩy của hệ thống động mạch.

2.1.1. Giập não chảy máu vùng trán

– Hay gặp nhất.

– Trên phim thẳng: động mạch não trước bị đẩy sang phía bên đối diện ở 1/3 trước của động mạch, động mạch có hình vòng cung. Động mạch não giữa bị đẩy ra ngoài sát xương sọ.

– Trên phim nghiêng: động mạch não trước và phần đầu của động mạch thể trai bị đẩy ra sau. Ngã ba giữa động mạch não giữa và động mạch cảnh bị đẩy xẹp xuống dưới.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.1.2. Giập não vùng thái dương nhất là thái dương nền

– Trên phim thẳng: động mạch não giữa đoạn nằm ngang bị đẩy lên trên.

– Trên phim nghiêng: động mạch não giữa bị đẩy lên cao về phía đỉnh, hướng đi của động mạch não giữa không theo hướng đi của cung răng.

2.1.3. Giập não chảy máu thuỳ chẩm

– Hiếm gặp.

– Trên phim thẳng: động mạch não trước ở đoạn 1/3 sau bị đẩy sang bên đối diện.

– Trên phim nghiêng: các nhánh sau của động mạch não giữa bị đẩy ra phía trước đồng thời tách rời xa nhau như hình ảnh "chân vịt".

2.1.4. Máu tụ trong não

– Đó là hình ảnh khối choán chỗ thường nằm cùng vị trí với vùng giập não chảy máu.

– Trên phim chụp động mạch là một vùng vô mạch.

2.2. Chụp cắt lớp vi tính

– Là phương pháp tốt nhất hiện nay để chẩn đoán giập não chảy máu và máu tụ trong sọ.

– Hình ảnh giập não chảy máu là một khối tăng tỷ trọng không đồng nhất nằm ở trong nhu mô não với các kích thước khác nhau xung quanh khối giập não và cấu trúc não đường giữa.

– Hình ảnh máu tụ trong não là một khối choán chỗ đồng tỷ trọng thường nằm ngay cạnh hoặc trong khối não giập.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định (thể điển hình)

– Mê ngay từ đầu, liệt hoặc giãn đồng tử sau chấn thương là những biểu hiện lâm sàng thường gặp trong giập não chảy máu và máu tụ trong não. Trong một số trường hợp các dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc các biểu hiện rối loạn tri giác xuất hiện muộn một hoặc vài ngày sau chấn thương.

– Chụp CLVT cho thấy hình ảnh của khối giập não và máu tụ trong nhu mô não.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

3.2.1. Máu tụ trong não do tăng huyết áp

– Xuất hiện trên những bệnh nhân cao tuổi, có tiền sử tăng huyết áp cũ, chấn thương sọ não là hậu quả của đột quỵ.

– Chụp CLVT sọ: khối máu tụ trong não thường nằm ở sâu ở vùng bao trong hoặc ở vùng các nhân xám trung ương. Không có sự tương đồng giữa mức độ chấn thương và tổn thương máu tụ ở trong não (chấn thương nhẹ, tổn thương lớn).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.2.2. Máu tụ do vỡ dị dạng động và tĩnh mạch não

– Chấn thương sọ não chỉ là hậu quả của đột quỵ do vỡ các khối dị dạng động tĩnh mạch não.

– Xuất hiện trên những bệnh nhân trẻ, có tiền sử động kinh hoặc đau đầu.

– Chụp CLVT sọ: khối máu tụ thường nằm sát vỏ não. Khi chụp CLVT có thuốc cản quang thấy hình ảnh ngấm thuốc mạnh của khối dị dạng mạch hoặc thấy hình ảnh các động mạch nuôi khối dị dạng giãn rộng.

4. ĐIỀU TRỊ

Giập não chảy máu, máu tụ trong sọ sau chấn thương luôn đòi hỏi phải được điều trị nội khoa một cách kịp thời và đúng phương pháp. Điều trị ngoại khoa với mục đích lấy khối máu tụ hoặc não giập làm giảm áp lực nội sọ cho tới nay ít được tiến hành.

4.1. Điều trị nội khoa

4.1.1. Đối với những bệnh nhân tỉnh hoặc có rối loạn tri giác nhẹ có giập não nhỏ

– Bệnh nhân được theo dõi sát về mặt lâm sàng.

– Tránh tình trạng kích động bằng các loại thuốc an thần và giảm đau.

– *Nằm đầu cao 30 độ so với mặt phẳng ngang, trục của đầu thẳng với thân.*

– Chụp CLVT kiểm tra sau 24 – 48 giờ.

4.1.2. Đối với những bệnh nhân hôn mê sâu ngay từ đầu (Glasgow < 8)

– Đòi hỏi phải được điều trị hồi sức nội khoa một cách tích cực.

– Đặt nội khí quản, thở máy, đảm bảo PaO_2 100mmHg và $PaCO_2$ < 30mmHg.

– Giữ cho huyết áp tâm thu từ 100 – 160mmHg hoặc huyết áp trung bình từ 90 – 120mmHg.

– Để đầu cao 30 độ so với mặt phẳng ngang, đầu của bệnh nhân thẳng trục với thân.

– Lượng dịch truyền chủ yếu là dung dịch huyết thanh mặn 0,9%, số lượng dịch truyền tuỳ thuộc vào nhu cầu của từng bệnh nhân sao cho lượng nước tiểu 24 giờ ít nhất là 500ml.

– Dung dịch lợi tiểu chống phù não.

+ Manitol 20%, chỉ dùng cấp cứu trong một giai đoạn ngắn khi bệnh nhân có những biểu hiện của thoát vị não qua khe Bichat (giãn đồng tử) hoặc điều trị chống phù não trong giai đoạn 24 – 48 giờ. Liều điều trị 0,25 – 0,5g/kg cân nặng, chia đều trong mỗi 6 giờ.

+ Các loại lợi tiểu khác như furosemid được sử dụng một cách rộng rãi hơn với điều kiện phải kiểm tra huyết áp trước khi điều trị đồng thời phải theo dõi điện giải đồ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Thuốc bảo vệ tế bào não.

– Nhóm barbiturat hay được sử dụng làm giảm quá trình oxy hoá ở màng tế bào não đồng thời tránh động kinh, làm giảm nhu cầu oxy của tế bào não. Thuốc hay được sử dụng nhất là thiopental, được sử dụng với liều đầu là 10mg/kg cân nặng, truyền trong 30 phút sau đó duy trì bằng liều 2,5mg/kg cân nặng/giờ. Chú ý khi sử dụng thiopental bệnh nhân phải được kiểm soát tình trạng hô hấp.

– Thuốc phòng và điều trị động kinh: ở những bệnh nhân chấn thương sọ não nặng nhất là trên những bệnh nhân có giập não lớn và ở trẻ em hay xuất hiện cơn động kinh sớm. Vì vậy điều trị dự phòng cơn động kinh bằng phenobarbital 1 – 2mg/kg được thực hiện ở mọi bệnh nhân. Trong trường hợp bệnh nhân đã xuất hiện cơn động kinh thì phải sử dụng các thuốc cắt cơn động kinh như hydantoan, seduxen, tegretol.

– Điều trị rối loạn thân nhiệt: sốt cao là biểu hiện thường thấy của chấn thương sọ não nặng hoặc do tình trạng nhiễm khuẩn. Sốt cao làm tăng chuyển hoá đòi hỏi nhu cầu oxy tăng vì vậy gây tình trạng phù não. Thuốc thường được dùng hiện nay là perfalgan được dùng bằng đường tĩnh mạch chia đều trong ngày.

– Phòng chảy máu dạ dày do stress sau chấn thương sọ não nặng: dùng các loại thuốc ức chế proton hoặc các loại bọc niêm mạc dạ dày.

4.2. Điều trị ngoại khoa

4.2.1. Chỉ định mổ

– Cho tới nay chỉ định mổ trong giập não chảy máu, máu tụ trong não sau chấn thương còn nhiều bàn cãi. Một số tác giả chỉ định mổ khi khối giập não chảy máu, máu tụ lớn, khu trú, nằm ở nông hoặc ở các vùng ít chức năng. Một số các tác giả khác khuyên nên mổ ở trong giai đoạn muộn và khi bệnh nhân đã được điều trị nội khoa ổn định bước đầu.

– Không nên mổ khi tình trạng bệnh nhân quá nặng, các tổn thương lan tỏa nằm ở vùng nhiều chức năng, ở sâu.

4.2.2. Kỹ thuật mổ

Mở cửa sổ xương sọ lấy máu tụ là kỹ thuật thường được áp dụng. Trong thực tế lâm sàng mục đích chính của lấy máu tụ là làm giảm áp lực trong sọ, vì vậy trong một số trường hợp phối hợp với lấy máu tụ có thể bỏ mảnh xương sọ. Khi lấy máu tụ lưu ý không nên cố gắng lấy thật hết vì như vậy gây chảy máu sẽ khó khăn cho việc cầm máu trong mổ.

5. TIÊN LƯỢNG

Giập não chảy máu và máu tụ trong não là những biến chứng nặng luôn để lại di chứng cho bệnh nhân nhất là những di chứng về thần kinh. Thường những biểu

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

hiện thần kinh khu trú ít được hồi phục do tổ chức não bị đụng giập và hoại tử. Trong một số ít trường hợp khối máu tụ nhỏ có thể tự tiêu bệnh nhân có tiên lượng tốt không để lại di chứng nặng nề.

6. KẾT LUẬN

– Giập não chảy máu và máu tụ trong não mặc dù được điều trị sớm nhưng vẫn là một biến chứng nặng nề trong chấn thương sọ não nhất là chấn thương sọ não nặng.

– Điều trị nội khoa giập não chảy máu và máu tụ trong não là một phương pháp tốt nhất được đại bộ phận các tác giả thống nhất. Chỉ định mổ lấy máu tụ và tổ chức não giập với mục đích làm giảm áp lực trong sọ ít được tiến hành cho tới nay vẫn còn nhiều bàn cãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sichez J.P. Traumatisme cranien grave Elippes 1978.
2. Cohadon F., Lapierre F. Traumatisme du crâne et du rachis, Estem 1992.
3. Decq F. Neurochirurgie Elippes – Paris 1996.
4. Wilkins H. Robert, Rengachary S. Setti. Neurosurgery Volume II. Mc. Graw – Hill. 1996.
5. John Mealey Tr., Derex A. Broce, Rober L. Mc. Laur. Pediatric Neurosurgery. Part III, Grone & Strattion 1982.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

7. MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Máu tụ dưới màng cứng (DMC) là một tập hợp dịch và máu cũ có vỏ bọc nằm ở khoang DMC tức là ở giữa màng cứng là màng nhện

Năm 1857 Virchow là người đầu tiên mô tả bệnh này, ông coi đó là bệnh lý của màng cứng. Giả thiết này dựa trên sự quan sát khi phẫu thuật thấy bao máu tụ và màng cứng dày lên từ đó ông cho rằng căn nguyên của bệnh là do viêm nhiễm và ông gọi đó là bệnh màng não gây chảy máu nội tại.

Đến những năm của thập kỷ 1960 Wustner, Kraulant và cộng sự nghiên cứu quá trình chảy máu bằng cách đánh dấu hồng cầu (Cr51) phân tích dịch sinh hoá máu tụ, dùng kính hiển vi điện tử xem xét cấu trúc bao máu tụ đã bỏ hoàn toàn giả thuyết của Virchow.

Ngày nay, các tác giả đều thống nhất coi đó là hậu quả của sự chảy máu vào khoang DMC từ một mạch máu nhỏ của vỏ não hoặc tĩnh mạch cầu, từ vỏ não đến màng cứng bị tổn thương mà hầu hết là do chấn thương. Họ đã tìm được sự thông thương giữa mạch máu và khoang máu tụ.

Chảy máu vào khoang DMC được chia thành máu tụ cấp tính, bán cấp và mạn tính.

Máu tụ DMC cấp tính: do nguồn chảy máu lớn nên trong khoảng thời gian ngắn (trước 72 giờ) biểu hiện lâm sàng rầm rộ với các triệu chứng tăng áp nội lực sọ và chèn ép não cấp tính.

Máu tụ DMC bán cấp, chảy máu vào khoang DMC ít hơn, triệu chứng lâm sàng ít rầm rộ thường xuất hiện sau một tuần.

Máu tụ DMC mạn tính: chảy máy ri rỉ, kéo dài, khối máu tụ được giới hạn bởi vỏ bọc xung quanh. Nếu khối máu tụ được cơ thể hấp thụ tốt thì không có hiện tượng hình thành máu tụ DMC mạn tính. Tụ máu DMC mạn tính chỉ xảy ra khi khối máu tụ đó không được hấp thụ và quá trình sinh bệnh lý bắt đầu gây tăng tập hợp dịch. Khi khối máu tụ lớn dần vượt quá khoảng trống DMC chèn ép vào tổ chức não ở phía trước triệu chứng lâm sàng xuất hiện từ tuần thứ 3 trở đi, đó là thời gian hình thành bao máu tụ.

Khác với máu tụ DMC cấp tính tỷ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề thì ngược lại máu tụ DMC mạn tính có tiên lượng rất tốt nếu được chẩn đoán sớm, điều trị đúng và kịp thời.

Chẩn đoán máu tụ DMC mạn tính không phải là khó nhưng đòi hỏi thầy

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thuốc phải nghĩ đến đặc biệt là thầy thuốc không chuyên khoa dễ nhầm với các bệnh cảnh như u não, tai biến mạch máu não, rối loạn tâm thần v.v..., vì bệnh cảnh của máu tụ DMC mạn tính thường không rõ ràng, tiến triển chậm, kéo dài, biểu hiện bằng các triệu chứng mơ hồ, âm thầm, không có triệu chứng đặc hiệu của bệnh.

Trước kia việc chẩn đoán chỉ dựa vào chụp động mạch não, tuy đây là phương pháp chẩn đoán tốt nhưng là thủ thuật có tai biến nhất là với trẻ sơ sinh và người lớn tuổi, lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất. Hiện nay, nhờ chụp cắt lớp vi tính mà việc chẩn đoán trở nên dễ dàng, thuận tiện và chính xác hơn.

Điều trị: có nhiều phương pháp như mở volet bóc toàn bộ bao máu tụ, khoan sọ 2 lỗ, chọc kim bơm rửa, nhưng phương pháp khoan 1 lỗ, bơm rửa và dẫn lưu cho kết quả tốt nhất.

2. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

Có 2 yếu tố ban đầu gây nên máu tụ DMC mạn tính là chảy máu vào khoang DMC và dịch viêm dạng tơ huyết. Chảy máu này do 2 nguyên nhân là chấn thương và chảy máu tiên phát.

2.1. Máu tụ DMC mạn tính do chấn thương

Đây là nguyên nhân chủ yếu chiếm từ 60 – 90%. Hầu hết sự chảy máu xảy ra sau chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp vào hộp sọ này đều làm rách tĩnh mạch đổ vào xoang hoặc các tĩnh mạch cầu chạy từ võ não tới màng cứng. Những tổn thương này gây ra bởi chuyển động không đều hoặc trái ngược nhau của não và màng não. Loại chảy máu thường gặp hơn là do rách vỏ não kèm theo tổn thương màng nhện.

2.2. Máu tụ DMC mạn tính tiên phát

Do vỡ các dị dạng mạch, các túi phồng động mạch ở võ não, do cao huyết áp, những bệnh lý về máu hoặc các trường hợp dùng thuốc chống đông máu. Tuy nhiên 2 nguyên nhân này nhiều khi phối hợp với nhau.

2.3. Các yếu tố thuận lợi

Áp lực trong sọ thấp tạo điều kiện thuận lợi cho chảy máu vào khoang DMC. Thực tế lâm sàng gặp nhiều trường hợp máu tụ dưới màng cứng xảy ra sau khi mổ lấy bỏ khối u lớn, những nang nước, sau mổ đặt dẫn lưu vào não thất mà dẫn lưu chảy quá nhiều hoặc van áp lực thấp hoặc sau chọc dò tuỷ sống. Khi áp lực trong sọ tăng sẽ cản trở sự phát triển của máu tụ, vì vậy điều này giải thích tại sao máu tụ DMC mạn tính thường xảy ra ở người già chấn thương nhẹ, không có phù não.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Khi CTSN nặng, phù não nên sự chảy máu vào khoang DMC dừng lại sớm hoặc biểu hiện cấp tính.

Những yếu tố huyết học thuận lợi cho máu tụ DMC mạn tính đều là bệnh lý về đông máu. Thông thường những yếu tố này tồn tại và gây một ảnh hưởng tiềm tàng trong những người nghiện rượu và người già. Những người nghiện rượu thì tần suất gặp máu tụ DMC mạn tính gấp 20 lần người bình thường, người ta cho rằng những người này áp lực trong sọ giảm và rối loạn đông máu tiềm tàng do suy gan.

Sự phối hợp những yếu tố thuận lợi ở những người nghiện rượu và người già giải thích tại sao họ hay bị máu tụ DMC mạn tính hơn nhiều lần ở người bình thường. Nó cũng giải thích cho quan điểm trước đây là bệnh dày màng não gây chảy máu nội tại thường gặp ở người nghiện rượu hoặc bệnh lý người già.

Máu tụ DMC mạn tính còn hay gặp ở những người có bệnh lý đông máu, ở những bệnh nhân dùng thuốc chống đông máu do các bệnh về mạch như viêm tắc tĩnh mạch hoặc sau mổ các bệnh lý về tim như thay van tim cơ học.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

Hiện tượng cơ học của máu tụ DMC mạn tính là sự hình thành một bọc dịch và máu cũ ở khoang DMC. Bọc này có màng rõ ràng từ tuần thứ 3 trở đi. Mạng này thay đổi từ màu nâu đen tới vàng ngăn cách với màng cứng bởi một màng gọi là bao ngoài, ngăn cách với màng nhện một màng gọi là bao trong, cả hai màng này tiếp giáp với nhau ở góc khối máu tụ. Thành phần bao máu tụ tuỳ thuộc vào tiến triển của bệnh: đầu tiên hình thành lớp fibrin mỏng xung quanh cục máu đông, dần dần tạo thành lớp màng. Khi cục máu đông có khối lượng to vừa phải thì trung tâm sẽ tan lỏng ra trước sau đó dần dần đến phần ngoại vi.

Vòng chuyển tiếp giữa bao ngoài và trong là cuống, thường nằm sát xoang tĩnh mạch dọc trên. Cuống này là vị trí tổn thương ban đầu, nguồn gốc của máu tụ DMC mạn tính.

Thể tích khối máu tụ thay đổi từ 60ml đến 150ml dịch màu đỏ nâu chứa nhiều hồng cầu.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Máu tụ DMC hay gặp ở trẻ sơ sinh và người lớn tuổi. Các triệu chứng bệnh xuất hiện sau 3 tuần đến vài tháng. Khác với máu tụ DMC cấp tính, các triệu chứng rầm rộ và nguy kịch thì máu tụ DMC mạn tính tiến triển kéo dài, não có thời gian thích nghi.

Đau đầu là dấu hiệu hay gặp nhất, là dấu hiệu đầu tiên báo hiệu có máu tụ

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

DMC mạn tính sau một thời gian dài không có triệu chứng từ sau khi bị chấn thương, thường đau liên tục và tăng dần, thuốc giảm đau ít có tác dụng. Đối với trẻ sơ sinh triệu chứng chủ yếu là quấy khóc, trớ, thóp căng và vòng đầu to lên nhanh.

Liệt nửa người chiếm khoảng 60 – 70% thường xuất hiện muộn và liệt kiểu vỏ não, tức là liệt không hoàn toàn, không đồng đều và không thuần nhất. Đây là điểm khác biệt với liệt nửa người của tai biến mạch máu não thường liệt hoàn toàn do tổn thương vùng bao trong.

Nôn: gặp khoảng 50% các trường hợp là dấu hiệu của tăng áp lực nội sọ, tuổi càng trẻ thì dấu hiệu này gặp càng nhiều.

Thay đổi tâm thần thường là dấu hiệu trầm cảm.

Phù gai thị: đây là dấu hiệu của tăng áp lực nội sọ chỉ gặp khoảng 30% các trường hợp và thường xuất hiện muộn nhất là ở người già, vì vậy nếu cố đi tìm nó sẽ chẩn đoán muộn.

Nếu máu tụ DMC mạn tính không được điều trị thì rối loạn ngày càng nặng và đi đến hôn mê, giãn đồng tử gây tử vong.

5. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

5.1. Điện não đồ

Là phương pháp thăm dò có giá trị hướng tới chẩn đoán, hình ảnh của điện não đồ là giảm điện thế bên tổn thương và mất cân xứng hai bán cầu đại não, đôi khi xuất hiện sóng động kinh.

5.2. Chụp động mạch não

Trước khi có máy chụp cắt lớp vi tính thì đây là phương pháp cận lâm sàng chính để chẩn đoán. Có 2 phương pháp để chụp:

– Chọc kim trực tiếp vào động mạch cảnh gốc vùng cổ sau đó bơm khoảng 20ml thuốc cản quang loại tan trong nước để chụp phim ở 2 tư thế thẳng và nghiêng.

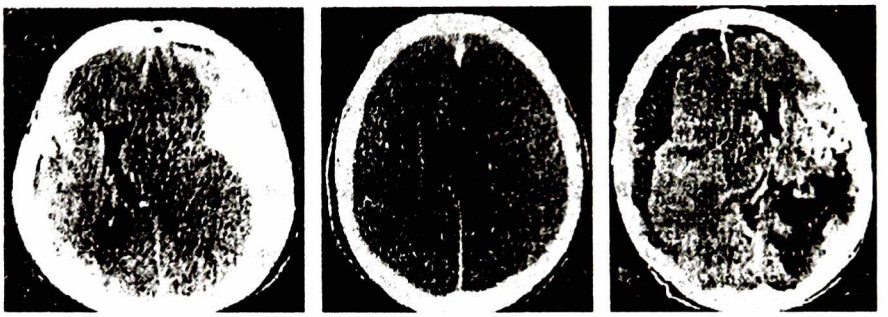
– Chụp động mạch theo phương pháp Seldinger là luồn ống thông từ động mạch đùi lên động mạch cảnh sau đó bơm thuốc cản quang để chụp.

Hình ảnh máu tụ mạn tính trên phim chụp động mạch là 1 vùng vô mạch ở bán cầu đồng thời đè đẩy động mạch não giữa và não trước sang bên đối diện. Nhược điểm của phương pháp này có thể có tai biến như chảy máu, tắc mạch, giả phình động mạch cảnh về sau. Hơn nữa thực chất chỉ biết khối choán chỗ DMC chứ không biết được bản chất là máu tụ DMC hay ngoài màng cứng, bán cấp hay mạn tính. Khi có máu tụ 2 bên dễ bỏ sót nhất là vùng trán.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.3. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT)

Là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán loại bệnh này, hiểu được bản chất của hình ảnh. Chúng ta cần biết rằng: tỷ trọng của máu tụ là do lượng albumin và các thành phần trong máu quyết định, mà chủ yếu là hemoglobin.



Hình 1.2. Máu tụ dưới màng cứng

Khi máu chảy ra khỏi lòng mạch sẽ có hiện tượng cô đặc các thành phần hữu hình và sợi tơ huyết làm tăng nồng độ hemoglobin, tạo ra tình trạng tăng tỷ trọng giảm dần từ tăng đến đồng tỷ trọng và cuối cùng là giảm tỷ trọng.

Hình ảnh chụp CLVT của máu tụ DMC mạn tính là một vùng tăng nhẹ tỷ trọng hoặc giảm tỷ trọng so với tổ chức não, vùng này sát với xương sọ, có hình liềm, bờ lõm và đều, hay gặp nhất là trán – thái dương – đỉnh. Nếu tiêm thuốc cản quang thì thấy rõ bao máu tụ.

Ngoài ra do khối máu tụ lớn nên có dấu hiệu choán chỗ mạnh biểu hiện bằng đường giữa và não thất bị đẩy lệch sang bên đối diện, não thất cùng bên xẹp và đối bên giãn ra do chèn ép vào lỗ Monro gây cản trở lưu thông của nước não tuỷ. Máu tụ có thể một bên hoặc cả hai bên. Ngoài ra nếu trẻ nhỏ còn thấy hộp sọ to hơn bình thường và khớp sọ giãn rộng nhất là khớp trán đỉnh và liên đỉnh.

5.4. Cộng hưởng từ hạt nhân

Là một phương pháp tốt cho chẩn đoán nhưng khá đắt tiền, hình ảnh là một vùng giảm tín hiệu trên T1 và tăng tín hiệu T2, vùng này sát xương sọ và có hình liềm, não thất và đường giữa bị đẩy lệch sang bên đối diện.

6. ĐIỀU TRỊ

Khi chẩn đoán xác định tụ máu DMC mạn tính có biểu hiện lâm sàng thì cần phải can thiệp phẫu thuật và theo nguyên tắc:

– Bơm rửa và dẫn lưu ổ máu tụ.

– Làm cho não nở ra để tránh tái phát.

Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 1.3. Hình ảnh cộng hưởng từ hạt nhân của máu tụ DMC

6.1. Mở rộng hộp sọ cắt bỏ bao máu tụ

Cơ sở của phương pháp này là điều trị triệt để cắt bỏ bao máu tụ và cầm máu. Tuy nhiên nó là phẫu thuật nặng, nhiều biến chứng của gây mê và phẫu thuật đặc biệt là ở bệnh nhân già và thường có rối loạn đông máu tiềm tàng.

6.2. Mở sọ bằng 2 lỗ khoan

Phương pháp này chỉ cần gây tê tại chỗ, thực hiện hai lỗ khoan sọ cách biệt nhau. Với phương pháp này cho phép bơm rửa và hút máu tụ một cách dễ dàng. Tuy nhiên nhiều khi có biến chứng tràn khí khi mổ.

6.3. Phương pháp bơm rửa máu tụ qua 2 kim nhỏ

Phương pháp này chỉ cần rạch da 2 chỗ khoảng 2mm sau đó dùng 2 mũi khoan nhỏ khoan 2 lỗ và dùng kim luồn cho vào 2 lỗ, cố định kim và bơm rửa. Với phương pháp này tránh được tràn khí nhưng nếu có máu cục thì bơm rửa rất khó khăn, hơn nữa không đặt được dẫn lưu nên dễ bị tái phát.

6.4. Phương pháp hút và dẫn lưu máu tụ qua 1 lỗ khoan

Phương pháp này rất đơn giản chỉ cần gây tê tại chỗ, rạch da khoảng 3cm. Khoan sọ 1 lỗ, đốt màng cứng và bao ngoài máu tụ sau đó đặt ống Nelaton và bơm rửa ổ máu tụ, dẫn lưu ổ máu tụ 48 giờ.

Bơm rửa ổ máu tụ nhiều nước đến khi dịch càng trong càng tốt nhằm 2 mục đính là để tránh tắc dẫn lưu do các cặn máu và quan trọng hơn là làm cho ổ máu thành dịch đẳng trương để tự hấp thụ vào mạch máu và các tổ chức lân cận vì cơ chế hình thành ổ máu tụ là do dịch trong bao máu tụ ưu trương hơn nên hút nước từ phía ngoài vào làm tăng thể tích ổ máu tụ.

Làm thế nào để cho não nở ra tránh máu tụ tái phát. Tư thế bệnh nhân trong

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

mổ và sau mổ là đầu thấp hơn so với tim và truyền nhiều dịch để gây phù não. Trước kia có nhiều tác giả bơm nước vào não thất hoặc qua chọc dò tuỷ sống nhưng ngày nay ít được áp dụng vì dễ có biến chứng.

7. CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ

Đa số các biến chứng hay gặp ở những bệnh nhân não xẹp và già yếu.

7.1. Tràn khí dưới màng cứng

Là biến chứng hay gặp, sau khi mổ tri giác không được cải thiện và dẫn lưu không còn ra dịch, mà có khí trong ống dẫn lưu. Để tránh biến chứng này phải đặt bệnh nhân dúng tư thế: chỗ rạch da bao giờ cũng là điểm cao nhất của hộp sọ, sau khi hút máu tụ cần phải bơm nhiều nước, vết mổ phải đóng kín và đầu dẫn lưu hướng ra vùng trán. Khi gặp biến chứng này cho bệnh nhân nằm đầu thấp, kích thích ho, rặn và hút nhẹ qua dẫn lưu. Nếu làm như vậy không có kết quả thì phải mổ lại để duổi khí.

7.2. Máu tụ dưới màng cứng

Máu tụ thường do máu mới chảy, có thể chảy ở chỗ mổ do cầm máu không tốt chủ yếu là chảy ở ngoài khi rạch để vào ổ máu tụ. Chảy ở những nơi khác thường do làm thay đổi áp lực trong sọ đột ngột khi hút máu tụ, đây là biến chứng nguy hiểm cần phải chụp CLVT kiểm tra và mổ lại càng sớm càng tốt.

7.3. Tụ mủ dưới màng cứng

Thường do nhiễm khuẩn trong mổ nhất là nước bơm rửa. Sau mổ bệnh nhân sốt cao dao động, ly bì có thể có cổ cứng nếu làm rách bao máu tụ trong khi mổ sẽ dẫn đến viêm màng não. Cần phải mổ lại bơm rửa và dẫn lưu, có thể cho trực tiếp kháng sinh vào ổ máu tụ nếu không làm rách bao trong của nó. Đồng thời cho kháng sinh toàn thân liều cao, phối hợp kháng sinh, những loại kháng sinh này phải ngấm tốt qua hàng rào máu não.

7.4. Động kinh

Thường do tổn thương não trong khi mổ mà chủ yếu là do ống thông chọc vào não, cần phải xác định bằng điện não đồ, dùng thuốc chống động kinh như tegretol 200mg x 2 viên/ngày. Depakin 500mg x 2 viên/ngày.

7.5. Các biến chứng nhiễm khuẩn khác

Thường xảy ra ở các bệnh nhân đến muộn, trước mổ hôn mê sâu, các biến chứng hay gặp là viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu và loét nằm. Để tránh các biến chứng này cần phải săn sóc tốt bệnh nhân sau mổ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

8. KẾT LUẬN

Máu tụ DMC mạn tính là một bệnh hay gặp, việc chẩn đoán và điều trị cần sớm, đúng và kịp thời, kết quả điều trị tốt từ 80 – 90%. Tỷ lệ tử vong thấp từ 1 – 2% chủ yếu là những trường hợp chẩn đoán muộn khi đã hôn mê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chuyên đề ngoại khoa thần kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính; Luận văn tốt nghiệp nội trú bệnh viện. Hà Kim Trung, 1987.
3. Chẩn đoán và điều trị máu tụ DMC mạn tính do chấn thương sọ não. Luận văn thạc sĩ y học. Kiều Đình Hùng, 1997.
4. Traumatismes du crâne et du Rachis. Universités francophones.
5. Neurochirurgie, Universités francophones.
6. Module de Neurologie et de Neurochirurgie, Université Louis Pasteur. Faculté de Médecine de Strasbourg.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

8. MÁU TỤ TRONG NÃO TIÊN PHÁT

1. MỞ ĐẦU

– Máu tụ trong não tiên phát là những khối máu tụ trong não không kể nguyên nhân do chấn thương, do vỡ phình mạch, dị dạng động tĩnh mạch, hoặc máu tụ do u não chảy máu.

– Tiến triển của máu tụ trong não tiên phát hoàn toàn không dự đoán trước được. Dấu hiệu lâm sàng ban đầu rất phức tạp, phụ thuộc vào kích thước và vị trí của khối máu tụ. Trong một số trường hợp biểu hiện tăng áp lực nội sọ (TALNS) rầm rộ làm bệnh nhân chết nhanh chóng, nhưng cũng nhiều trường hợp chảy máu được giới hạn, nhu mô não có thể chỉ bị chèn ép bởi khối máu tụ, dấu hiệu lâm sàng kín đáo và tiến triển thuận lợi, máu tụ có thể tự tiêu đi. Tuy nhiên một số bệnh nhân xuất hiện các biến chứng muộn dẫn đến tử vong hoặc những di chứng thần kinh. Bởi vậy, một trong những mục đích điều trị là phòng những diễn biến thứ phát.

2. BỆNH SINH

2.1. Nguyên nhân

2.1.1. Máu tụ trong não nguyên phát

Người ta sử dụng từ ngữ máu tụ trong não nguyên phát để chỉ những chảy máu do tăng huyết áp và những máu tụ không có nguyên nhân rõ ràng, ngoài ra không kể đến tình trạng mất bền vững của mạch máu theo tuổi. Theo Furlan tần suất gặp 6,7 người trên 100.000 dân. Nam giới cao gấp 2 lần nữ và tỷ lệ thuận theo tuổi. Có đến 50% gặp ở người tăng huyết áp, sự cải thiện của các phương pháp điều trị thay đổi từ 8 (từ 1945 – 1974) đến 44% (1975 – 1979).

2.1.2. Dùng thuốc chống đông máu

Người ta nhận thấy rằng chảy máu não nguyên phát có liên quan đến việc dùng thuốc chống đông, tỷ lệ này cao hơn nhóm không dùng thuốc chống đông 6 lần ở cùng lứa tuổi. Cơ chế chảy máu thì chưa được biết rõ ràng. Những người dùng thường xuyên aspirin và biểu hiện những rối loạn về đông máu thì cũng có nguy cơ bị máu tụ trong não nguyên phát.

2.1.3. Những nguyên nhân khác

– Bệnh mạch máu nhiễm tinh bột: là một bệnh thường gặp chủ yếu ở người cao tuổi, gần 1/3 bệnh nhân trên 60 tuổi: bệnh này có đặc điểm bởi sự xuất hiện máu

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

tụ trong não nguyên phát dưới vỏ, hay tái phát. Thường không bị ở những vùng nhân xám trung ương, do tổn thương ở các mạch máu màng mềm, vỏ não. Những mạch máu này bị lắng đọng những cặn tinh bột ở lớp áo ngoài và lớp áo giữa, cơ chế chính xác tổn thương các mạch máu này gây chảy máu trong não nguyên phát thì chưa biết rõ ràng, cầm máu thì đặc biệt khó khăn.

– Dị dạng mạch kiểu hốc: nói chung người ta cũng công nhận dị dạng mạch kiểu hốc cũng gây máu tụ trong não nguyên phát, chủ yếu gặp trong chảy máu thuỳ và hậu quả còn chưa được biết rõ.

– Thuốc: ngoài thuốc chống đông còn nhiều thuốc có thể gây máu tụ trong não như:

+ Thuốc tiêu fibrin: streptokinase, urokinase, TPA, gặp 0,7% trường hợp.

+ Thuốc gây nghiện, sử dụng không đúng cũng gây chảy máu trong não như amphetamine, cocaine v.v... trong những trường hợp này chảy máu trong não thường xảy ra sau khi dùng thuốc 1 đến 2 ngày. Có ý kiến cho rằng khi dùng thuốc này làm suy yếu mạch máu mạn tính do đó có nguy cơ chảy máu. Nghiện rượu cũng được coi như một yếu tố nguy cơ, trong trường hợp nhiễm độc vừa phải thì nguy cơ tăng gấp 2 lần, còn khi nhiễm độc nặng thì nguy cơ này tăng gấp ba lần. Cơ chế là do rối loạn đông máu sơ cấp.

2.2. Sinh lý bệnh

2.2.1. Nhồi máu và phù não

Thí nghiệm trên nhiều động vật (như chuột cống, thỏ, mèo, chó và khỉ), trong phần lớn các trường hợp người ta thấy tổn thương nhồi máu trong nhu mô não ở xung quanh khối máu tụ, tổn thương này do sự chèn ép vi mạch bởi chính khối máu tụ và phù não ở người do tình trạng đó gây hoại tử dần dần trong 48 giờ đầu. Trong thí nghiệm này, những tổn thương sẽ được hồi phục khi giải ép rất nhanh, chính vì vậy gợi ý cho can thiệp ngoại khoa sớm (trong 4 giờ đầu). Giải phóng sắt, đồng, kali bởi máu tụ sẽ làm cho hoạt động của gốc tự do hay tác động trực tiếp lên vi mạch gây co mạch. Nó sinh ra hiện tượng làm giảm lưu lượng máu tại chỗ với sự xuất hiện vùng nhồi máu và hoại tử trong nhu mô ở xung quanh máu tụ. Nên mổ sớm lấy máu tụ.

2.2.2. Áp lực nội sọ

Trong khi tạo khối máu tụ, vì chảy máu nhanh hơn lưu thông của dịch não tuỷ trong cơ chế bù trừ, kết quả làm áp lực nội sọ tăng, nguyên nhân này có thể gây tử vong đột ngột hoặc có thể làm ngừng chảy máu do hiện tượng chèn ép, tiếp theo nhờ cơ chế bù trừ (nhất là hiện tượng tái hấp thụ dịch não tuỷ) cho phép cải thiện áp lực nội sọ trở lại bình thường. Những thí nghiệm của Janny, trên 17 bệnh nhân nhận thấy áp lực nội sọ cao trung bình tới 30mmHg ở 48 giờ đầu và 25mmHg ở 6 ngày

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

đầu, rồi hạ dần và trở lại bình thường vào ngày thứ 21. Chính vì vậy đưa ra một quan niệm là nên mổ sớm (từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7) và bất lợi của mổ muộn.

2.2.3. Chảy máu và chảy máu lại

Trong khi hình thành máu tụ nội sọ, máu chảy trực tiếp trong nhu mô não với một áp lực như áp lực động mạch. Áp lực tại chỗ tăng, mao mạch được tái tạo ở xung quanh làm tăng kích thước khối máu tụ. Mạch máu bị chèn ép và đẩy ra xung quanh, sự tăng áp lực tại chỗ có thể làm ngừng chảy máu. Người ta quan sát ở ngoại vi khối máu tụ có những đám tiểu cầu và sợi tơ huyết, nó cũng có tác dụng cầm máu. Trong một số trường hợp áp lực tại chỗ không đủ để ngừng chảy máu thì cầm máu phải nhờ vào hiện tượng chèn ép do tăng áp lực nội sọ. Trước đây cho rằng cầm máu nguyên phát đạt được trong giờ đầu tiên. Với việc sử dụng chụp cắt lớp vi tính trong cấp cứu, Broderick chỉ ra rằng chảy máu có thể tiếp tục trong giờ đầu làm tri giác suy đồi nhanh. Trong nghiên cứu này, không có chảy máu tiếp diễn trên 6 giờ. Nhiều yếu tố gây chảy máu như tăng huyết áp, điều trị dự phòng aspirin, teo não, thông ổ máu tụ với não thất. Trong nghiên cứu Kanaya 6% bệnh nhân diều trị nội chảy máu lại.

3. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG: triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào mức độ chảy máu và vị trí của khối máu tụ.

3.1. Khởi bệnh

Trong phần lớn các trường hợp các dấu hiệu thần kinh khu trú diễn biến rất nhanh, tối đa từ 10 đến 30 phút. Khi chảy máu nhiều thì khoảng tỉnh chỉ từ vài giây đến vài phút, ngược lại đối với dạng diễn biến chậm hơn thì dấu hiệu thần kinh khu trú chỉ phát hiện từ giờ thứ 2 đến giờ thứ 3. Thường kèm theo nôn (khoảng 50%) trong khi đó đau đầu thì ngược lại, hiếm gặp hơn và phần lớn xuất hiện sau dấu hiệu thần kinh khu trú như liệt nửa người, giãn đồng tử.

– Động kinh khu trú gặp trong 15% trường hợp. Máu tụ ở các vị trí như vùng dưới đồi, cầu não, tiểu não thường không biểu hiện cơn động kinh. Tuy nhiên có thể hiện tình trạng rối loạn trương lực cơ (vận động mất não hoặc tư thế trương lực).

– Máu tụ ở tiểu não với số lượng vừa thì ít gây rối loạn tri giác. Rối loạn tri giác gặp trong máu tụ lớn và do tăng áp lực nội sọ. Ngược lại, máu tụ vùng dưới đồi và cầu não, thì dù ở mức độ vừa cũng gây rối loạn tri giác.

3.2. Tiến triển

Hầu hết các bệnh nhân có rối loạn tri giác ở mức độ nhẹ và vừa thì tiến triển thuận lợi, loại này khó đánh giá vì có chụp cắt lớp vi tính không được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân. Trong những trường hợp hiếm hoặc những bệnh nhân xuất hiện thoái biến thứ phát về tri giác (6% trường hợp) thì tiến triển chậm.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Những thay đổi về giải phẫu và sinh hoá thể hiện trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ, theo thời gian tiến triển.

4.1. Giai đoạn cấp

Máu tụ trong não xuất hiện giống như cục máu đông ở trạng thái nửa đặc nửa loãng, có màu đỏ sẫm. Trong khối máu tụ thường thấy những phần nhu mô não ít nhiều tách rời ra, đôi khi kèm theo những mạch máu bị tổn thương, xung quanh khối máu tụ là tổ chức não phù.



Hình 1.4. Chụp CLVT

Hemoglobin cho hình ảnh tăng tỷ trọng trên chụp cắt lớp vi tính, tăng tỷ trọng này tối đa là 24 – 48 giờ.

Hình ảnh cộng hưởng từ xuất hiện vùng giảm tín hiệu trên T2 ở trung tâm và tăng tín hiệu vùng ngoại vi khối máu tụ. Máu tụ cũng có thể đồng tín hiệu với nhu mô não và tăng tín hiệu vùng ngoại vi.

4.2. Giai đoạn bán cấp

– Trên chụp CLVT thấy xuất hiện khối đồng tỷ trọng với nhu mô não và dấu hiệu đè đẩy đường giữa.

– IRM: tăng tín hiệu cả T1 và T2.

4.3. Giai đoạn mạn tính

– Sau 1 tháng thì sang giai đoạn mạn tính mất dần phù não, hết máu tụ và hình thành một khoang rỗng trong não, kích thước ổ này nhỏ hơn kích thước của khối máu tụ, huyết thanh sẽ xâm nhập vào khoang này, di chứng của máu tụ trong não xuất hiện trên T2 dưới dạng giảm tín hiệu.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. KÍCH THƯỚC KHỐI MÁU TỤ

Nhóm 1 là máu tụ nhỏ đường kính dưới 4cm và khối lượng dưới 35cm^3, tương đương với 4% thể tích hộp sọ. Loại này tiên lượng khá tốt và không cần điều trị ngoại khoa.

– Nhóm 2 là khối máu tụ trung bình đường kính từ 4 – 5,5cm (khối lượng 335,5 đến 87cm^3) chiếm 4% – 12% thể tích hộp sọ. Tiên lượng xấu nên không được mổ.

– Nhóm 3 là máu tụ đường kính trên 5,5cm và chiếm trên 12% thể tích hộp sọ: tiên lượng xấu ngay cả khi điều trị phẫu thuật.

6. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị nội khoa

Cơ sở khoa học cũng giống như điều trị chấn thương sọ não. Bệnh nhân cần được điều trị và săn sóc ở khoa Hồi sức tăng cường. Những bệnh nhân hôn mê cần được đặt nội khí quản, thở máy và theo dõi áp lực trong sọ. Cần theo dõi về lâm sàng, chụp CLVT để đưa ra chỉ định điều trị sớm và thích hợp, chỉ nên điều trị nội khoa khi áp lực trong sọ dưới 25mmHg.

– Huyết áp động mạch đóng vai trò rất quan trọng: nếu huyết áp cao thì đảm bảo tưới máu não tốt, nhưng có nguy cơ chảy máu và chảy máu lại. Ngược lại nếu huyết áp động mạch thấp thì tưới máu não giảm gây nên biến chứng thiếu máu não, vì vậy nên giữ huyết áp khoảng 110mmHg, nếu bệnh nhân có tiền sử cao huyết áp thì có thể tới 120 – 140mmHg. Tốt nhất nên dùng siêu âm Doppler qua sọ để đo lưu lượng máu não.

6.2. Điều trị ngoại khoa

Nguyên tắc:

Khi nào cần can thiệp phẫu thuật: trong vòng 24 giờ đầu, mổ sớm thì tỷ lệ tử vong giảm.

Mổ ở những bệnh nhân nào?

– Những khối máu tụ dưới vỏ não thì nên chỉ định mổ rộng hơn vì tỷ lệ tử vong thấp hơn và ít di chứng hơn.

– Những máu tụ ở tiểu não thì có chỉ định khi máu tụ trên 3cm đường kính.

7. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

7.1. Mở hộp sọ lấy máu tụ

Thường mở volet khoảng 4cm đường kính, sau khi lấy máu tụ thì đóng màng cứng và đặt lại xương sọ. Trong trường hợp não phù thì nên bỏ xương sọ vào dưới

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

da bụng hoặc gửi ngân hàng mô. Trong trường hợp não xẹp thì không nhất thiết phải lấy hết máu tụ.

7.2. Kỹ thuật Stéréotaxic

Hiện nay được nhiều tác giả sử dụng vì đơn giản, ít gây tổn thương não nhưng có nhược điểm là rất khó đối với những trường hợp cục máu đông.

7.3. Neuronavigation

Là khoan một lỗ sọ và dùng kỹ thuật định vị bằng máy vi tính để hút chính xác khối máu tụ trong sọ não.

7.4. Chọc hút

Khoan một lỗ sọ và dùng trocart chọc hút máu tụ sau đó theo dõi lâm sàng và chụp CLVT kiểm tra khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại khoa – Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 2001.
2. Neurochirurgie – Université francophone
3. Interprétation des troubles neurologiques groupe Liaison S. A. 2000.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

9. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Chấn thương sọ não nặng (CTSNN) là những chấn thương sọ não hôn mê.

Hội Phẫu thuật Thần kinh Hoa Kỳ (AANS) chia chấn thương sọ não thành ba loại gồm: chấn thương sọ não nặng (Severe head injury GCS ≤ 8), chấn thương sọ não trung bình (modered henad injury, 9 ≤ GCS ≤ 8) và chấn thương sọ não nhẹ (mild head injury, 13 ≤ GCS ≤ 15).

Chẩn đoán CTSNN không quá phức tạp nhưng điều trị khó, tử vong cao (50%) và di chứng nặng nề. CTSNN thường kèm theo những tổn thương phối hợp khác ngoài sọ. Vì vậy, trước bệnh nhân CTSNN, người thầy thuốc lâm sàng phải có thái độ xử trí nhanh, toàn diện và chính xác.

1.2. Tổn thương giải phẫu bệnh: bao gồm tổn thương nguyên phát và tổn thương thứ phát.

Tổn thương nguyên phát là tổn thương ngay tại thời điểm chấn thương: mạch máu, giập não. Tổn thương nguyên phát có thể khu trú hay lan toả.

Tổn thương thứ phát xảy ra sau thời điểm chấn thương, là biến chứng của tổn thương nguyên phát. Ví dụ máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng, máu tụ trong não, máu tụ trong não thất, phù não, tăng áp lực nội sọ, thiếu máu não (do tăng áp lực nội sọ), não úng thuỷ, nhiễm trùng v.v... Tổn thương thứ phát cũng có thể khu trú hay lan toả. Có thể tránh tổn thương thứ phát hoặc điều trị tổn thương thứ phát.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Bệnh nhân thường hôn mê ngay sau tai nạn, một số ít lơ mơ sau chấn thương rồi hôn mê. Cần tuân thủ các bước khám một bệnh nhân đa chấn thương vì chấn thương sọ não nặng thường kèm theo nhiều thương tổn khác. Khám theo trình tự A–B–C–D–E. Bắt đầu bằng khám đường thở (A), nhịp thở (B), mạch và huyết áp (C) và sau đó là khám tri giác (D), cuối cùng là khám toàn diện các cơ quan khác (E). Trình tự khám này cho phép chúng ta phát hiện những rối loạn đe doạ tính mạng bệnh nhân như rối loạn hô hấp (A, B), tuần hoàn (C) trước khi khám những tổn thương thần kinh (D) hay tổn thương phối hợp khác (E).

– Khám tri giác: đánh giá tri giác bằng thang điểm hôn mê Glasgow Coma

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Scale (GCS). Nếu sau tai nạn 6 giờ, bệnh nhân không tỉnh với thang điểm GCS ≤ 8 điểm, được coi như chấn thương sọ não nặng. Bệnh nhân có khoảng tỉnh không? hay hôn mê ngay sau tai nạn.

– Khám tổn thương tại chỗ: vết thương da đầu, tụ máu dưới da đầu, vết thương lộ xương sọ (vết thương sọ), lòi tổ chức não (vết thương sọ não).

– Khám tổn thương vỡ nền sọ như: chảy máu mũi, tai, miệng. Dấu hiệu đeo kính dâm (vỡ tầng trước), bầm tím sau tai (vỡ tầng giữa).

– Dấu hiệu thần kinh khu trú: liệt nửa người hay giãn đồng tử là hai dấu hiệu quan trọng và có thể đánh giá chính xác dù bệnh nhân hôn mê.

– Khám tổn thương cột sống cổ, chấn thương ngực, chấn thương bụng và tổn thương các chi.

2.2. Chẩn đoán hình ảnh

2.2.1. Chụp Xquang sọ quy ước

Chụp sọ thẳng và chụp sọ nghiêng trái hay nghiêng phải: ít giá trị. Chủ yếu đánh giá tổn thương xương sọ (vỡ, lún xương sọ). Một số ít trường hợp có tổn thương lún sọ hay dị vật kèm theo. Tuy nhiên, nếu đã chụp CLVT thì chụp sọ quy ước không cần thiết.

2.2.2. Chụp cắt lớp vi tính

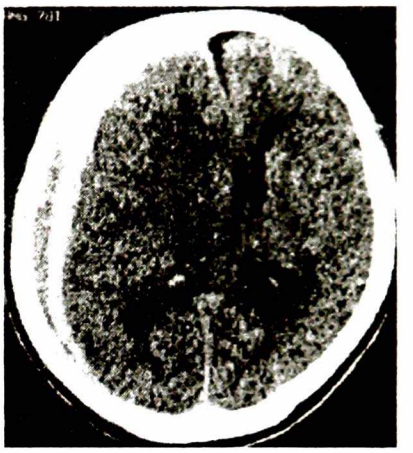
Chụp CLVT sọ não cho phép đánh giá tổn thương trong sọ như máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng, máu tụ trong não, chảy máu não thất, chảy máu dưới màng mềm, giập não v.v... và hiệu ứng chèn ép của khối choán chỗ như di lệch đường giữa, đè đẩy não thất, bể đáy và rãnh cuốn não bị xoá. Máu tụ ngoài màng cứng hình thấu kính hai mặt lồi, sát xương, tăng và đồng tỷ trọng *(hình 1.5)*.



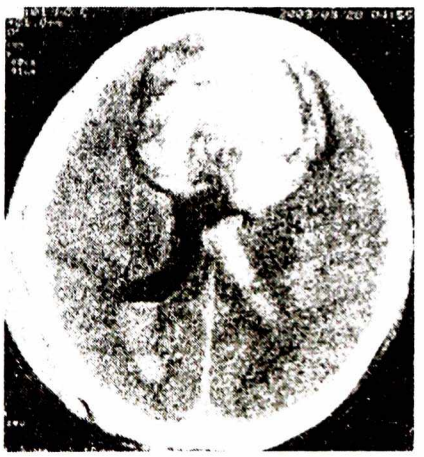
Hình 1.5. Máu tụ ngoài màng cứng thái dương – đỉnh trái

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Máu tụ dưới màng cứng hình trăng khuyết hay hình liềm, bờ ngoài nhẵn hơn bờ trong, khối máu tụ thường rộng từ trán ra chẩm, chiếm gần hết nửa bán cầu, tỷ trọng có thể đồng nhất hoặc không hình 1.6. Máu tụ trong não hình cầu, tỷ trọng không đồng nhất, bờ xung quanh ranh giới không đều *(hình 1.7)*. Chảy máu não thất hay máu tụ trong não thất được biểu hiện trên phim chụp CLVT là hình tăng tỷ trọng nằm trong não thất bên *(hình 1.8)*, não thất III và hoặc não thất IV. Chảy máu dưới màng mềm là hình ảnh tăng tỷ trọng tự nhiên ở rãnh, cuốn não. Chảy máu dưới màng mềm rõ nhất ở rãnh Sylvius hay bể đáy *(hình 1.8)*.

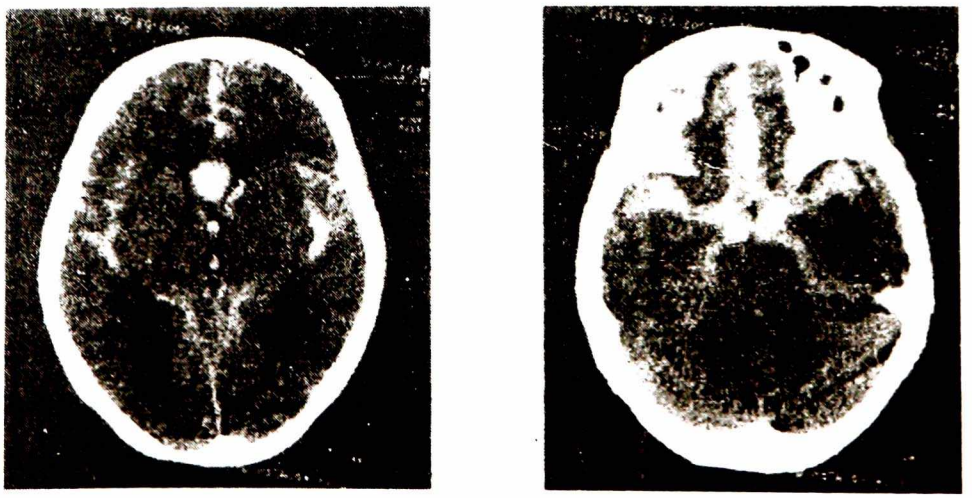


Hình 1.6. Máu tụ dưới màng cứng bán cầu phải



Hình 1.7. Máu tụ trong não trán hai bên và chảy máu não thất bên

Hình ảnh phù não thường kèm theo tổn thương giập não chảy máu, máu tụ dưới màng cứng hay trong não và chảy máu dưới màng mềm. Tổn thương phù não là hình ảnh giảm tỷ trọng của một phần nhu mô não và hiệu ứng chèn ép rất rõ. Một số đặc điểm trên phim chụp CLVT cho phép đánh giá tiên lượng như bể đáy xoá, đè đẩy đường giữa và não thất, hình ảnh thiếu máu não (giảm tỷ trọng tự nhiên trên chụp CLVT) cũng có thể xác định được trên phim. Bể đáy bị xoá, các rãnh và cuốn não bị xoá là dấu hiệu chứng tỏ áp lực nội sọ tăng cao.



Hình 1.8. Chảy máu dưới màng mềm ở rãnh Sylvius hai bên (trái và bể đáy (phải)

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chụp CLVT cho chúng ta xác định được bệnh nhân có hay không có khối choán chỗ trọng sọ. Đặc điểm của khối choán chỗ đó như vị trí (nằm ở trán, đỉnh, thái dương, chẩm hay hố sau), kích thước, tính chất v.v... và hiệu ứng chèn ép. Choán chỗ trong sọ có thể là máu tụ (máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng, trong não) hay do chảy máu não thất, não úng thuỷ cấp tính phải can thiệp ngoại khoa. Điều trị nội khoa hay hồi sức trong trường hợp không do khối choán chỗ trong sọ mà do phù não hay thiếu máu não.

2.2.3. Một số thăm dò khác

– Chụp Xquang cột sống cổ thẳng nghiêng: Cần phải chụp cột sống cổ một cách hệ thống ở tất cả những bệnh nhân chấn thương sọ não nặng. Tại các nước phát triển, tất cả những bệnh nhân chấn thương sọ não nặng đều được bất động cột sống cổ bằng vòng đệm cổ chuyên dùng. Vòng đệm cổ này chỉ được tháo bỏ khi chụp Xquang cột sống cổ thẳng và nghiêng không phát hiện được hay nghi ngờ có tổn thương xương cột sống. Nếu nghi ngờ tổn thương đốt sống cổ C1 và C2 phải chụp Xquang quy ước tư thế há mồm. Rất ít khi phải chụp cột sống tư thế nghiêng 3/4.

– Chụp Xquang ngực thẳng: Khi nghi ngờ có chấn thương ngực phải chụp ngực để phát hiện tổn thương tràn máu, tràn khí, gãy xương sườn hay trung thất giãn rộng. Tốt nhất nên chụp Xquang quy ước ngực thẳng ở tất cả các bệnh nhân CTSNN.

Siêu âm ổ bụng: Siêu âm ổ bụng tất cả những bệnh nhân CTSNN, nhất là những bệnh nhân có suy tuần hoàn cấp tính sau chấn thương. Dấu hiệu vỡ gan, vỡ lách, thận v.v... hay dịch ứ đọng trong ổ bụng rất dễ phát hiện bằng siêu âm.

– Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng: giá trị chẩn đoán cao.

– Chọc rửa ổ bụng: để chẩn đoán vỡ tạng đặc hay tạng rỗng trong bụng.

3. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

3.1. Sơ cứu

Ngay khi chẩn đoán sơ bộ bệnh nhân bị chấn thương sọ não nặng (chỉ bằng lâm sàng), phải tiến hành xử trí theo các bước sau (có thể áp dụng với bệnh nhân tại nơi xảy ra tai nạn, trước khi vận chuyển).

1. Khai thông đường hô hấp (lấy dị vật, đờm, dịch trong miệng nếu có)
2. Đặt nội khí quản, hay mở khí quản. Thở oxy (5lít/phút). Bóp bóng hỗ trợ hay thở máy nếu bệnh nhân suy hô hấp.
3. Bảo đảm không để tụt huyết áp: truyền dịch mặn đẳng trương (huyết thanh sinh lý 0,9%). Không nên dùng dung dịch đường hay Ringer lactat.
4. Bất động cột sống cổ bằng vòng đệm cổ chuyên dùng, bìa cứng, bao cát, bao gạo v.v...
5. Băng cầm máu tại vết thương da đầu cũng như các vết thương khác. Nếu băng không hiệu quả phải khâu vết thương.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6. Đặt ống thông dạ dày hút dịch ứ đọng và hơi (giảm chèn ép của dạ dày lên cơ hoành, phổi).
7. Đặt ống thông bàng quang (theo dõi nước tiểu).

Tất cả những sơ cứu trên nhằm mục đích ổn định tuần hoàn và tránh rối loạn hô hấp, như vậy sẽ tránh được tổn thương thứ phát tại não như phù não, thiếu máu não, tăng áp lực nội sọ v.v...

Một số ít bệnh nhân cần thiết phải chụp cắt lớp sọ não càng sớm càng tốt nếu có khoảng tỉnh hoặc tri giác xấu đi. Tuy nhiên, trước khi chuyển bệnh nhân đi chụp CLVT phải đặt nội khí quản (hay mở khí quản), đặt đường truyền tĩnh mạch.

3.2. Điều trị thực thụ

3.2.1. Điều trị ngoại khoa

Không phải tất cả những bệnh nhân CTSNN phải mổ dù có khối choán chỗ trong sọ. Chỉ có 30 – 40% CTSNN phải mổ cấp cứu. Chỉ định mổ dựa vào lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não. Tuy nhiên, khi chỉ định mổ, cần phải lưu ý tới một số yếu tố tiên lượng như tuổi, mức độ hôn mê sâu (GCS = 3,4,5 điểm), tổn thương phối hợp trong sọ và ngoài sọ, đồng tử giãn cả hai bên, bể đáy xoá, hình ảnh thiếu máu não trên phim chụp CLVT, tụt huyết áp kéo dài v.v...

Chỉ định mổ:

– Bệnh nhân có khoảng tỉnh, tri giác xấu dần và khối choán chỗ trong sọ trên chụp CLVT là máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng hay trong não gây chèn ép, di lệch đường giữa và não thất. Hoặc hình ảnh não úng thuỷ hay máu tụ trong não thất trên chụp CLVT. Đây là những bệnh nhân có suy đổi tri giác do khối choán chỗ trong sọ. Mổ lấy bỏ khối choán chỗ, giải quyết nguyên nhân (chảy máu) sẽ làm giảm áp lực nội sọ.

– Bệnh nhân hôn mê ngay từ đầu nhưng hình ảnh trên chụp CLVT là máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng và trong não gây chèn ép di lệch đường giữa trên 10mm. Khối choán chỗ trên chụp CLVT là nguyên nhân gây hôn mê. Mổ lấy máu tụ sẽ giảm áp lực trong sọ.

– Bệnh nhân CTSNN kèm theo vết thương sọ não hở, vết thương sọ hở. Chỉ định mổ do vết thương sọ hay vết thương sọ não vì tất cả bệnh nhân bị vết thương sọ hay vết thương sọ não phải cấp cứu. Mục đích mổ là làm sạch vết thương, lấy hết dị vật, đóng kín vết thương tránh nhiễm trùng.

Kỹ thuật mổ

– Mổ lấy máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng, trong não và hoặc trong não thất: giống như phẫu thuật lấy máu tụ sau chấn thương thông thường. Bệnh nhân phải gây mê nội khí quản. Mở nắp sọ vùng có máu tụ. Lấy hết máu tụ. Cầm máu bằng dao điện hay khâu.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Mổ dẫn lưu não thất trong trường hợp giãn não thất cấp tính: Gây tê tại chỗ bằng xylocain 2%. Chỉ gây mê ở trẻ em. Nơi mổ cách đường giữa 3cm, cách cung lông mày 7 – 8cm. Rạch da ở trán phải (bệnh nhân thuận tay phải) và ở trán trái (bệnh nhân thuận tay trái). Rạch da 2cm. Khoan sọ một lỗ 1cm. Cầm máu màng não và vỏ não. Rạch màng não. Dùng trocard chọc vào não thất bên, sừng trán. Rất ít khi chọc vào sừng thái dương hay sừng chẩm. Khi dịch não tuỷ chảy ra. Rút trocard. Thay bằng ống Nelaton. Nối ống Nelaton với chai để cao hơn lỗ tai ngoài 10cm.

– Mổ vết thương sọ, vết thương sọ não: Gây tê hoặc gây mê nội khí quản. Rạch rộng thêm da hoặc không. Lấy hết dị vật tại vết thương, dị vật lớn ở trong vết thương (nếu có thể). Một số trường hợp dị vật nhỏ, nằm sâu không thể lấy được (vết thương sọ não hoả khí). Loại bỏ hết tổ chức não giập, máu tụ. Cầm máu kỹ. Nên đóng kín màng cứng. Sọ không cần thiết phải vá ngay. Da đầu đóng kín bằng mọi cách. Nếu thiếu da phải quay vạt da. Tuyệt đối không để hở da tại vết thương. Sau mổ dùng kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 phối hợp với metronidazol tĩnh mạch.

– Khoan giải toả: Trong một số trường hợp, vì điều kiện không cho phép (thiếu dụng cụ, trang thiết bị, gây mê, phẫu thuật viên) v.v... phải chuyển tuyến khác. Trong quá trình vận chuyển vì khối máu tụ lớn, áp lực nội sọ tăng quá cao, nhất là bệnh nhân có khoảng tỉnh, tri giác đang xấu dần hay hôn mê sâu GCS 4,5 điểm sẽ nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân. Trước khi chuyển hoặc trong khi chờ đợi, khoan giải toả một lỗ là phương pháp hữu hiệu. Khoan ở thái dương cùng bên với giãn đồng tử, hay đối diện bên liệt nửa người, hay sát đường vỡ xương trên chụp Xquang quy ước. Rạch da 2cm tại thái dương, trước lỗ tai ngoài 2cm, trên cung gò má 2cm. Bộc lộ xương thái dương. Khoan sọ một lỗ đường kính 1 – 2cm. Khi khoan đúng khối máu tụ, sẽ thấy màu đen ngay dưới mũi khoan. Lấy một ít máu tụ tới khi thấy não đập theo nhịp mạch máu, đóng da và chuyển tuyến trên. Hoặc khoan tại nơi máu tụ (dựa trên chụp CLVT).

3.2.2. Điều trị nội khoa

Phần lớn bệnh nhân CTSNN được điều trị nội khoa (60 – 70%). Điều trị nội khoa bao gồm hồi sức thần kinh và theo dõi sự tiến triển. Khi cần thiết phải can thiệp (khối choán chỗ mới xuất hiện).

– Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu cao 30 độ so với mặt giường nhưng không được gấp cổ vì cổ gấp làm giảm lưu lượng máu từ não trở về tim qua hệ thống tĩnh mạch cảnh trong, cảnh ngoài hai bên. Đầu cao 30 độ để máu lên não tốt và máu trở về tim cũng không bị cản trở.

– Hồi sức hô hấp: đây là phần hết sức quan trọng. Hồi sức hô hấp tiến hành càng sớm càng tốt. Nên bắt đầu hồi sức hô hấp ngay khi tiếp nhận bệnh nhân. Mục đích của hồi sức hô hấp là đạt được $PaCO_2 \geq 35mmHg$ và $PaO_2 \geq 98mmHg$. Đặt nội khí quản chỉ nên giữ trong 3 ngày đầu ở những nơi không chuyên khoa. Sau đó nên thay bằng ống mở khí quản. Tốt nhất nên cho bệnh nhân thở máy.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Hồi sức tuần hoàn: hạ huyết áp luôn xuất hiện trong CTSNN và chúng ta phải giữ cho huyết áp trở về bình thường. Hạ huyết áp làm giảm lưu lượng máu tới não, gây thiếu máu não và phù não. Lượng dịch truyền dựa vào huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Loại truyền dịch thường dùng nhất là huyết thanh mặn đẳng trương. Nếu bệnh nhân thiếu máu (do vết thương mạch máu, vỡ tạng đặc trong bụng, vỡ nền sọ, vết thương da đầu rộng nhất là ở trẻ em) phải truyền đủ lượng máu đã mất.

– Chống phù não: tốt nhất nên dùng manitol 20% nhưng lưu ý chỉ dùng khi huyết áp tối đa trên 100mmHg. Liều lượng < 1 gam/kg/24 giờ. Người ta cho rằng, chỉ nên dùng manitol 20% khi có dấu hiệu tụt kẹt, hoặc khi có dấu hiệu giãn đồng tử. Không nên dùng manitol quá 4 ngày. Có thể sử dụng lasix. Không nên dùng dung dịch đường ưu trương. Một số ít tác giả dùng corticoid. Tuyệt đối không dùng thuốc chống phù não khi huyết áp tối đa dưới 90mmHg.

– Dẫn lưu dịch não tuỷ: lấy bớt dịch não tuỷ trong sọ là phương pháp rất hữu hiệu. Có thể lấy dịch não tuỷ từ não thất hay khoang dưới nhện qua ống dẫn não thất hay ống dẫn lưu đặt ở khoang dưới nhện. Phương pháp này hiệu quả nhưng khó và dễ nhiễm trùng.

– Theo dõi: mục đích theo dõi để đánh giá sự tiến triển và phát hiện biến chứng. Phải theo dõi tuần hoàn, hô hấp, tri giác và dấu hiệu thần kinh khu trú thường xuyên, khi cần thiết phải chụp cắt lớp vi tính kiểm tra. Nếu có điều kiện, theo dõi áp lực nội sọ (PIC). Trong 3 ngày đầu tiên, tổn thương thứ phát vẫn tiếp tục xảy ra nếu như chúng ta không có biện pháp điều trị tích cực như: máu tụ nội sọ, phù não, thiếu máu não.

3.2.3. Một số biện pháp xử trí khác

Vỡ nền sọ: một số bệnh nhân vỡ nền sọ tầng trước, tầng giữa có thể chảy máu nhiều qua mũi, miệng và tai. Chảy máu có thể trào ngược vào đường thở và tụt huyết áp. Đặt nội khí quản hay mở khí quản tránh được trào ngược. Để đầu cao sẽ giảm bớt chảy máu qua mũi miệng và tai. Có thể thắt động mạch cảnh ngoài cả hai bên, tuy nhiên biện pháp này ít khi đem lại kết quả. Phải truyền máu nếu tụt huyết áp.

– Chảy máu dạ dày: biến chứng chảy máu dạ dày tương đối hay gặp vì viêm dạ dày cấp tính do stress. Điều trị bằng cách rửa dạ dày bằng huyết thanh lạnh hoặc tiêm cimetidin, azantac v.v...

– Chống nhiễm trùng: nguy hiểm nhất là viêm màng não ở bệnh nhân vết thương sọ não hay vỡ nền sọ kèm theo. Nhiễm trùng hô hấp, tiết niệu cũng rất thường gặp. Nên điều trị kháng sinh dự phòng.

– Chống loét: xoay trở bệnh nhân 2 giờ/1 lần. Không nên để bệnh nhân nằm quá lâu ở một tư thế vì sẽ loét. Có thể sử dụng đệm nước, đệm hơi hay đệm chống loét.

– Dinh dưỡng: đảm bảo đủ dinh dưỡng cho bệnh nhân. Từ ngày thứ 3 có thể bơm ăn qua ống thông dạ dày nếu dạ dày không chảy máu, không có ứ đọng trong dạ dày.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.2.4. Kết quả

– Tỷ lệ tử vong dao động 36 – 50%. Những yếu tố làm tăng tỷ lệ tử vong như hôn mê sâu (GCS = 3,4,5 điểm), đồng tử hai bên giãn và mất phản xạ ánh sáng, thiếu máu não, bể đáy xoá, đường giữa di lệch quá 10mm, tổn thương phối hợp, (chấn thương ngực bụng).

– Tỷ lệ sống thực vật khoảng 10 – 20%. Ngoài ra, có thể có liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ, động kinh v.v...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. P. Reilly and R.Bullock (1997), Pathophysiology and management of severe head injury, Chapman & Hall Medical, Part two: Measuring and monitoring injury, 143 – 268: Part three: Treatment 269 – 462.
2. R. Bullock et col (1995), Guidelines for the management of severe head injury, The brain trauma foundation, AANS.
3. Boulard G. et col (2000). Prise en charge du trâumtisme crânien grave dans les 24 premieres heures, Ann Fr Anesth Réanim, 19, 229 – 230.
4. Tentilie E et Ammirati C (2000), Prise en charge préhosspitaliere du tranmatisé crânien grave Ann Fr Anest Réanim, 19, 275 – 281.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

10. PHÙ NÃO

1. ĐẠI CƯƠNG

– Phù não là hiện tượng ứ nước trong não do nhiều nguyên nhân khác nhau như u não, chấn thương, thiếu máu não. Phù não chủ yếu xảy ra ở phần chất trắng, ít xảy ra ở phần chất xám do bản chất đặc hơn.

– Phù não là hậu quả của bệnh lý, hoặc chấn thương của não vì vậy, việc chẩn đoán và điều trị tuỳ thuộc vào nguyên nhân gây nên phù não. Nhờ CT Scanner và cộng hưởng từ nên việc chẩn đoán phù não và nguyên nhân của nó trở nên dễ dàng hơn.

– Phù não trong bệnh lý là phù não do vận mạch (Vasogenic edema). Còn trong chấn thương do cả hai cơ chế là vận mạch và nhiễm độc tế bào (Cytotoxic edema), bởi vậy việc điều trị có một số khác biệt.

2. SINH LÝ BỆNH CỦA PHÙ NÃO

– Phù não biểu hiện bằng tăng thể tích não do ứ nước trong não. Yếu tố quyết định mức độ của phù não là sự chuyển dịch của nước từ mạch máu trong tổ chức não. Tăng áp lực thuỷ tĩnh trong lòng mạch, giảm áp lực keo và áp lực thẩm thấu huyết tương, áp lực keo và áp lực thẩm thấu khoang kẽ làm cho nước chuyển dịch vào tổ chức não gây phù não. Điều khác biệt của hàng rào máu não với mạch ngoại vị là không thấm với hầu hết các ion trừ nước vì thế, khi không bị tổn thương hàng rào máu não thì sự chênh lệch áp lực keo và áp lực thẩm thấu là cơ chế gây phù não. Khi giảm áp lực thẩm thấu huyết tương thì nước sẽ di chuyển vào não làm phù não. Khi có ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch, các tĩnh mạch giãn ra, nước sẽ thẩm thấu qua mạch máu vào tổ chức và phù não xuất hiện.

Khi hàng rào máu não bị tổn thương, nước, điện giải và các phân tử lớn đi vào tổ chức não một cách tự do, vì vậy áp lực thẩm thấu và lực keo không còn tác dụng ở vùng tổn thương. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy cơ chế phù não do chấn thương ít phụ thuộc vào tổn thương hàng rào máu não mà chủ yếu do ngộ độc tế bào.

Hậu quả của phù não là tăng ALNS. Theo Monro – Kellie thì tính toàn vẹn của hộp sọ thể hiện bằng sự hằng định của toàn bộ thể tịch trong sọ. Tăng ALNS phụ thuộc vào sự cân bằng, bù trừ giữa tăng và giảm thể tích các thành phần trong sọ.

V trong sọ = V não + V máu + V dịch não tuỷ + V tổn thương.

Khi có tổn thương trong sọ lúc đầu có thể chưa có tăng ALNS do cơ chế bù trừ

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

xảy ra như dịch não tuỷ xuống tuỷ nhiều hơn, làm V dịch não tuỷ ít đi do các não thất xẹp lại, nước ở bể đáy, cuốn não ít đi. Máu tĩnh mạch trở về nhiều hơn, nhờ những khả năng này nếu tổn thương xuất hiện từ từ và ít thì ALNS không tăng hoặc không đáng kể. Ngược lại nếu tổn thương xuất hiện nhanh hoặc làm cản trở lưu thông dịch não tuỷ hoặc các tĩnh mạch lớn thì ALNS sẽ tăng nhanh.

Khi tăng ALNS mất bù sẽ dẫn tới hiện tượng tụt kẹt não. Như thoát vị dưới liềm não gây chèn ép động mạch não trước, thoát vị vùng thái dương sẽ gây giãn đồng tử do liệt dây III. Thoát vị trung tâm sẽ gây rối loạn tri giác, chèn ép thân não và xuất huyết não thứ phát. Thoát vị hạnh nhân tiểu não gây ngừng thở và dẫn đến tử vong.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Phù não thường là biến chứng của bệnh lý, hoặc chấn thương sọ não, ít khi có phù não đơn thuần, vì vậy triệu chứng lâm sàng của phù não là triệu chứng của bệnh lý hoặc chấn thương mà chủ yếu biểu hiện bằng hội chứng tăng ALNS. Tuy nhiên, phù não làm hội chứng tăng ALNS nặng thêm. Đôi khi phù não là nguyên nhân chính gây nên hội chứng này với biểu hiện:

Đau đầu lan toả ít khu trú, hay đau vào nửa đêm về sáng, thuốc giảm đau ít có tác dụng, nhưng các thuốc chống phù não như corticoid, manitol hoặc lợi tiểu làm giảm đau nhanh chóng.

Nôn với đặc điểm nôn vọt, ít liên quan tới bữa ăn, nôn kèm theo đau đầu, các thuốc chống phù não sẽ làm giảm hoặc hết nôn.

Phù gai thị là triệu chứng hay gặp nhất là ở người trẻ, nếu phù nhiều sẽ kèm theo xuất huyết quanh gai.

Rối loạn ý thức, chậm, lẫn, rối loạn tâm thần hoặc hôn mê.

Rối loạn thần kinh thực vật như tăng huyết áp, mạch chậm, sốt cao và rối loạn nhịp thở gặp trong tăng áp lực nội sọ cấp tính hoặc giai đoạn cuối của bệnh.

Đối với những bệnh nhân chấn thương sọ não mê từ đầu là do giập não, sau đó tri giác xấu đi thường do phù não đặc biệt là những trường hợp cản trở đường hô hấp như chấn thương ngực, chấn thương hàm mặt hoặc ứ đọng đờm dãi kèm theo.

Trong bệnh lý như u não, phù não xung quanh u gặp chủ yếu ở các khối u ác tính nhất là u di căn. Các khối u lành tính như u màng não ít có phù não hơn. Trong các bệnh nhiễm trùng phù não gặp đa số các trường hợp như phù não xung quanh khối áp xe trong bệnh sán não, viêm màng não v.v...

Trong chấn thương phù não gặp nhiều ở giập não, máu tụ dưới màng cứng, đặc biệt là tổn thương sợi trục lan toả phù não rất nhiều, còn máu tụ ngoài màng cứng ít có phù não hơn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ CẬN LÂM SÀNG

4.1. Chụp cắt lớp vi tính

Hình ảnh phù não là vùng giảm tỷ trọng so với tổ chức não, không bắt thuốc cản quang. Trong u não đa số là phù não xung quanh khối u. Trong chấn thương phù não gặp ở dưới khối máu tụ dưới màng cứng, xung quanh khối giập não, phù não lan toả gặp trong tổn thương sợi trục.

Phù não làm tăng áp lực nội sọ. Khi phù não sẽ xoá các rãnh cuốn não, đẩy đường giữa và não thất nếu phù não một bên. Phù não nhiều biểu hiện trên cắt lớp vi tính bằng xoá bể đáy, khi có dấu hiện xoá bể đáy là tình trạng rất nặng.

4.2. Chụp cộng hưởng từ

Chỉ chụp trong bệnh lý, không chỉ định trong chấn thương.

Phù não biểu hiện rất rõ ràng, cùng tín hiệu với nước tức là giảm tín hiệu trên T1 và tăng tín hiệu trên T2, không bắt thuốc đối quang từ.

Cũng như trong chụp cắt lớp vi tính hình ảnh phù não gặp ở xung quanh khối u, khối áp xe não, khối sán não.

4.3. Đo áp lực trong sọ

Mục đích là để theo dõi và điều trị chấn thương sọ não, theo dõi một số bệnh gây tăng ALNS để đề ra hướng điều trị.

Chỉ định: chấn thương sọ não nặng Glasgow dưới 8 điểm và không có chỉ định mổ hoặc có dấu hiệu tăng ALNS trên chụp cắt lớp như xoá bể đáy, đẩy lệch đường giữa.

Phương pháp đo: đặt dụng cụ đo ngoài màng cứng, dưới màng cứng, trong não hoặc não thất.

Chỉ số áp lực nội sọ bình thường từ 2 – 14mmHg, bất thường 15 – 20mmHg, tăng ALNS khi trên 20mmHg.

Lợi ích: chẩn đoán chính xác áp lực nội sọ. Phát hiện sớm các tổn thương thứ phát, chiếm chỗ trong sọ như máu tụ, phù não.

Đánh giá tuần hoàn trong sọ nếu ALNS dưới 50mmHg thì còn lưu lượng mạch máu não. Nếu trên 50mmHg thì não không được tưới máu nên sẽ hoại tử.

Giúp điều trị: giảm ALNS khi điều trị có thể khác nhau ở từng bệnh nhân, từng loại bệnh lý. Đánh giá sự thay đổi của ALNS phụ thuộc vào: tư thế bệnh nhân, hút nội khí quản, sốt, thở chống máy, tăng áp lực đường thở và tác dụng của các loại thuốc chống phù não. Tuy nhiên theo dõi ALNS có thể gặp các biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Mục đích

Giảm áp lực nội sọ dưới 20mmHg.

Duy trì áp lực tưới máu não trên 70mmHg.

Giải quyết nguyên nhân chính gây phù não.

5.2. Điều trị nội khoa

Mục đích chính là giảm thể tích nước trong não, giảm thể tích máu não và duy trì áp lực tưới máu não bằng cách:

Tư thế bệnh nhân: đầu cao khoảng 20^0 – 30^0 và thẳng trục, với tư thế này máu tĩnh mạch và dịch não tuỷ trở về dễ dàng nhất. Khắc phục được những biến chứng của áp lực đường thở cao. Tuy nhiên nếu đầu quá cao sẽ giảm huyết áp, làm giảm áp lực tưới máu não dẫn đến thiếu máu não. Khi thiếu máu não sẽ làm giảm mạch và gây phù não thứ phát.

Tăng thông khí: hút sạch đờm dãi, nếu khó thở cần thở oxy. Tăng thông khí làm co mạch não, giảm thể tích máu não và giảm ALNS. Duy trì PCO_2 từ 30 – 35mmHg.

Đặt ống thông bàng quang theo dõi lượng nước tiểu. Đặt đường truyền tĩnh mạch, dùng huyết thanh mặn 0,9% từ 1500ml đến 2000ml/ngày. Tránh dùng dung dịch nhược trương hoặc ưu trương sẽ gây phù não.

Giảm thể tích nước trong não bằng các loại thuốc

+ Manitol 20% liều tư 0,25g – 1g/kg nhắc lại 3 lần một ngày, tốc độ truyền nhanh tối đa, Manitol có tác dụng làm giảm nước trong não bằng cơ chế thẩm thấu, tăng lưu lượng máu não và lưu lượng tim do giảm độ nhớt của máu và có tác dụng làm co mạch não, nên làm giảm áp lực nội sọ.

+ Các thuốc lợi niệu như lasix làm tăng áp lực thẩm thấu huyết tương nếu làm giảm nước trong não. Liều trung bình ở người lớn 40mHg/ngày.

+ Corticoid: có tác dụng rất tốt trong phù não do bệnh lý, ít có tác dụng trong phù não chấn thương nên ít khi được sử dụng.

Synacthene 0,25mg loại nhanh, 0,5mg và 1mg loại chậm dùng kết hợp cả 2. Tiêm loại nhanh 1 liều duy nhất sau đó duy trì hằng ngày với trẻ em 0,5mg và người lớn 1mg/ngày. Thường dùng không quá 7 ngày. Solumedrol 2 – 4mg/kg/24 giờ. Chú ý bù kali và dùng thuốc chống loét dạ dày khi dùng corticoid.

Duy trì áp lực tưới máu não trên 70mmHg bằng cách duy trì huyết đông ổn định, giữ huyết áp động mạch trên 90mmHg, duy trì tỷ lệ hematocrit 30% hay Hb 9 – 10g/lít. Nếu hematocrit quá thấp làm giảm độ nhớt máu, làm giãn mạch não gây tăng thể tích máu não là phù não.

Thuốc an thần như barbituric, seduxen. Nếu có cơn tăng trương lực cơ cần dùng fentanyl 1–2ml/ngày.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thuốc giảm đau, hạ sốt loại pro – dafalgan, perfalgan 1gx4 lần/ngày.

Đối với phù não do tắc các tĩnh mạch, hoặc xoang tĩnh mạch cần dùng thuốc giảm đông máu, duy trì tỷ lệ prothormbin khoảng 25%. Phải theo dõi sát bằng xét nghiệm đông máu, nếu tỷ lệ prothrombin quá thấp sẽ có nguy cơ chảy máu.

5.3. Điều trị ngoại khoa

Mục đích chính là loại bỏ nguyên nhân gây phù não. Tuy nhiên, giai đoạn ngay sau phẫu thuật thường không giảm phù não mà thậm chí còn làm phù não tăng thêm, nhất là các loại phẫu thuật làm tổn hại đến nhu mô não. Tuy nhiên, mục đích chính của phẫu thuật ở giai đoạn sớm là làm giảm áp lực nội sọ bằng cách lấy bỏ các khối choán chỗ.

Các khối u não, nên mổ sau điều trị chống phù não, tình trạng tri giác ổn định đặc biệt là các khối u di căn.

Đối với chấn thương sọ não nên mổ với các khối u máu tụ 30g trở lên. Nếu não phù nhiều cần mở rộng hộp sọ và màng não, bỏ xương sọ dưới da bụng hoặc bảo quản lạnh sâu, mục đích là làm giảm áp lực trong sọ. Sau khi hết phù não sẽ ghép mảnh xương sọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Tú, *Góp phần tìm hiểu vai trò của theo dõi áp lực trong sọ đối với hồi sức chấn thương sọ não nặng*. Luận văn bác sĩ nội trú Đại học Y Hà Nội, 1993.
2. Bouma G.J, Muize laar J.P. Cerebral blood flow, Cerebral blood volume and Cerebrovascular reactivity after severe head injury. J – Neurotrauma 1992.
3. L. Abdennour, Tlescot, L. Puybasset. Treatement de l' hypertensin intracrannienne JEPU 2003.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

11. HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

1. MỞ ĐẦU

Áp lực trong sọ bình thường ở người lớn khoảng từ 10 – 14mmHg. Thấp hơn ở trẻ em do khớp sọ giãn nở được, người già do teo não. Tăng áp lực nội sọ (ALNS) được xác định khi áp lực trong sọ lớn hơn 20mmHg. Khi ALNS tăng trên 30mmHg là tăng ALNS ác tính cần phải can thiệp cấp cứu:

Người ta có thể xác định được tăng ALNS bằng chọc dò tuỷ sống hoặc tốt nhất là đặt đầu dò vào trong hộp sọ. Đầu dò có thể đặt ở khoang ngoài màng cứng, dưới màng cứng, trong não thất hoặc trong nhu mô não.

Việc chẩn đoán nguyên nhân tăng ALNS không khó đặc biệt là khi có chụp cắt lớp vi tính. Khi đã xác định được nguyên nhân cần phải được xử trí cấp cứu để tránh hai nguy cơ là mù do teo gai thị và tử vong do tụt kẹt não.

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Bình thường ALNS phụ thuộc vào lứa tuổi, tình trạng não, huyết áp tâm thu:

Người lớn và trẻ trên 10 tuổi	từ 10 – 14mmHg.
Trẻ từ 3 tuổi đến 40 tuổi	từ 3 – 8mmHg.
Trẻ dưới 2 tuổi	khoảng 2mmHg.

Áp lực nội sọ từ 15 – 20mmHg là áp lực nội sọ bất thường.

Những người trên 50 tuổi có huyết áp tâm thu dưới 90mmHg thì áp ALNS thấp hơn bình thường. Khi bệnh nhân có triệu chứng co cứng mất vỏ hay mất não thì ALNS sẽ tăng.

Hội chứng tăng ALNS là một hội chứng do nhiều nguyên nhân gây nên, có thể giải thích bằng ba cơ chế là cơ chế thể dịch, cơ chế tổ chức, cơ chế mạch máu. Ba yếu tố này là nguyên nhân riêng rẽ hoặc kết hợp với nhau: theo định luật Monro – Kellie khi một trong ba yếu tố này biến đổi thì hai yếu tố kia thay đổi theo chiều hướng ngược lại để cân bằng áp lực trong sọ.

2.1. Cơ chế thể dịch

Dịch não tuỷ được tiết ra chủ yếu từ đám rối mạch mạc của não thất bên, một phần nhỏ ở não thất IV. Từ não thất bên qua lỗ Monro chảy vào não thất III và thông xuống não thất IV bởi cống Sylvius sau đó ra khỏi não thất bằng lỗ Magendie đi vào khoang dưới nhện não và tuỷ sống. Dịch não tuỷ được tái hấp thu vào các xoang tĩnh mạch, mà chủ yếu là xoang tĩnh mạch dọc trên bằng thẩm thấu thụ động. Sự sản xuất và hấp thu nước não tuỷ là cân bằng nhau.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trung bình ở người lớn một ngày số lượng dịch não tuỷ được tiết ra là 500ml (0,35ml/1phút). Tăng ALNS do nguyên nhân ứ nước trong não do 3 cơ chế là tăng tiết dịch não tuỷ, giảm hấp thu và hẹp hoặc tắc hệ thống lưu thông nước não tuỷ.

Tăng tiết dịch não tuỷ do quá phát của đám rối hoặc u của đám rối mạch mạc. Khi quá trình tăng tiết lớn hơn quá trình hấp thu sẽ gây ứ nước não tuỷ.

Giảm hấp thụ thường là hậu quả của viêm màng não, chảy máu khoang dưới nhện.

Hẹp hoặc tắc hệ thống lưu thông của nước não tuỷ như hẹp cống Sylvius do bẩm sinh, tắc do máu cục trong chảy máu não thất, do bệnh lý mạch máu hoặc do chấn thương, các khối u vùng tuyết tùng, khối u chèn ép vào não thất III như sọ hầu, u chèn ép não thất IV như u não thất, u tiểu não hoặc u góc cầu tiểu não giai đoạn 3 trở lên.

Trong 3 trường hợp trên dẫn tới việc tích tụ nước não tuỷ làm giãn não thất. Sự giãn não thất thường tiến hành chậm do hiện tượng tái hấp thụ dịch não tuỷ xuyên qua màng tế bào vách não thất. Trong các trường hợp tiến triển nhanh, cơ chế bù trừ bị phá vỡ sẽ dẫn tới giãn não thất cấp tính.

2.2. Cơ chế tổ chức

Là trạng thái ứ nước trong não do nhiều nguyên nhân như khối choán chỗ do chấn thương, do thiếu máu làm tăng áp lực trong sọ. Phù não do vận mạch, thoát dịch quá mức qua mạch bị tổn thương vào gian bào như phù não quanh u đặc biệt là u di căn. Phù não tế bào do ứ dịch trong tế bào và tổ chức dịch gặp trong ngộ độc và rối loạn chuyển hoá. Tuy nhiên hay gặp nhất là do u não: tình trạng ALNS tuỳ thuộc vào vị trí, tính chất và tốc độ phát triển của khối u.

Các loại khối u tiến triển chậm như màng não, do não có thời gian thích nghi nhờ sự nhường chỗ của nước não tuỷ, nên hội chứng tăng ALNS tiến triển chậm và kín đáo, ngược lại những khối u tăng thể tích nhanh như u ác tính hoặc kèm chảy máu hoại tử trong u, sự bù trừ không kịp xảy ra, vì vậy hội chứng tăng ALNS xảy ra rầm rộ hơn.

Các khối u kèm theo phù não nhiều xung quanh như các khối u di căn, thì hội chứng tăng ALNS xảy ra nhanh và ít bù trừ.

Các khối u tụ trong sọ thường tiến triển nhanh, não không kịp thích nghi, và quy luật bù trừ xảy ra rất ít và nhiều khi không có, vì vậy thường gặp trên lâm sàng hội chứng tăng ALNS cấp tính.

Tăng ALNS còn phụ thuộc rất nhiều vị trí của các khối choán chỗ trong sọ, các khối choán chỗ ở xa các mạch máu lớn, xa đường lưu thông nước não tuỷ thì hội chứng tăng ALNS chậm và ít rầm rộ hơn, ngược lại các khối choán chỗ làm tắc các mạch máu, làm cản trở lưu thông của nước não tuỷ sẽ làm hội chứng tăng ALNS rầm rộ hơn và nhiều khi phải can thiệp cả hậu quả của nó ví dụ như máu tụ nhỏ gây giãn não thất thì chỉ cần dẫn lưu não thất mà không cần can thiệp trực tiếp vào khối máu tụ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.3. Cơ chế mạch máu

Tăng áp lực nội sọ do nguyên nhân tĩnh mạch thường do tắc nghẽn các mạch lớn đổ vào xoang, hoặc tắc xoang tĩnh mạch như xoang tĩnh mạch dọc trên, xoang tĩnh mạch bên. Trong trường hợp này tăng ALNS là do cương tụ các mạch máu và giảm hấp thu nước não tuỷ vào xoang tĩnh mạch.

3. HẬU QUẢ CỦA HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

Tăng ALNS là ảnh hưởng lên sự tưới máu não. Não chỉ chiếm 2% trọng lượng của cơ thể nhưng nó nhận 20% lượng đường của cơ thể, 1% cung lượng tim. Nên thiếu máu não trong thời gian ngắn sẽ làm cho tế bào thần kinh không hồi phục.

Lưu lượng tuần hoàn và thể tích máu não được thể hiện qua công thức:

$$\text{Lưu lượng máu não (D.S.C)} = \frac{\text{Áp lực tưới máu não (PPC)}}{\text{Sức cản thành mạch (RVC)}}$$

$$\text{Áp lực tưới máu não (PPC)} = \frac{\text{Áp lực động mạch hệ thống (PAS)}}{\text{Áp lực trong sọ (PIC)}}$$

D.S.C: Débit sanguin cérébral;

P.P.C: Pression de perfusion cérébrale;

R.V.C: Résistance vasculaire cérébrale;

P.A.S: Pression artérielle systémique;

P.I.C: Pression intracranienme.

Nếu áp lực trong sọ tương đương với 50mmHg thì còn lưu lượng máu não. Nếu lớn hơn 50mmHg thì não không được tưới máu nên sẽ hoại tử não. Vì vậy, người ta đánh giá là khi áp lực nội sọ 25 – 30mmHg là giới hạn cao, cần điều trị khẩn cấp. Đặc biệt trên 30mmHg là chỉ số tăng ALNS tử vong.

* Hậu quả cơ học của tăng ALNS

Nếu tăng áp lực nội sọ không được điều trị đúng và kịp thời sẽ gây nên hậu quả:

Chèn ép các mạch máu não: thoát vị dưới liềm não sẽ chèn ép động mạch não trước gây thiếu máu vùng trán dẫn đến rối loạn tâm thần và liệt chân bên đối diện. Tụt kẹt vùng thái dương kéo dài sẽ gây thiếu máu vùng chẩm dẫn đến mù.

Kéo căng và rách các động mạch, tĩnh mạch thân não: khi thân não bị đẩy xuống sẽ làm giảm tưới máu của động mạch thân não gây nên thiếu máu não.

Ở trẻ nhỏ hội chứng tăng ALNS sẽ làm vòng đầu tăng lên bất thường các thóp lâu liền và khớp sọ bị giãn ra.

Ở người lớn hộp sọ không giãn nở được ALNS tăng cao gây tụt kẹt.

Thoát vị dưới liềm não chèn ép vào động mạch não trước.

Thoát vị vùng thái dương gây chèn ép dây III dẫn tới giãn đồng tử.

Thoát vị qua lều trung tâm sẽ gây rối loạn tri giác, chèn ép thân não và xuất huyết não thứ phát.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thoát vị hạnh nhân tiểu não qua lỗ chẩm chèn ép hành não và tuỷ cổ cao làm ngừng thở và dẫn đến tử vong.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Ba triệu chứng kinh điển: đau đầu, nôn và phù gai thị gặp ở đa số các trường hợp. Tuỳ theo vị trí, tính chất đặc điểm và tuổi của bệnh nhân mà các triệu chứng này ít nhiều thay đổi.

4.1. Đau đầu

Là triệu chứng thường gặp, thường đau đầu theo nhịp đập, đau lan toả, ít khi khu trú ở một vị trí nào đó trừ một vài trường hợp có vị trí đau khu trú (như u hố sau hay đau gáy lan xuống cổ, u vùng góc cầu tiểu não, đau vùng sau nhiều nhất v.v...). Đau đầu nhiều nhất và nửa đêm về sáng do liên quan đến tăng áp lực nội sọ ở tư thế nằm, đau tăng lên khi có động tác gắng sức như ho, hắt hơi.

Thuốc giảm đau ít có tác dụng, sau khi dùng thuốc bệnh nhân đỡ đau, nhưng khi hết tác dụng, đau đầu xuất hiện trở lại. Đau đầu giảm đi sau khi nôn và ngồi dậy. Giai đoạn cuối của tăng áp lực nội sọ nhiều khi không còn đau đầu.

4.2. Nôn

Thường nôn vọt, hay xảy ra vào buổi sáng, kèm theo đau đầu. Nôn khi thay đổi tư thế. Gặp nhiều ở những người trẻ và ít gặp ở người già. Nôn xuất hiện sớm và dữ dội ở những bệnh nhân có khối u vùng sau não thất IV do chèn ép vào nhân dây thần kinh phế vị.

4.3. Phù gai thị

Là dấu hiệu có giá trị chẩn đoán tăng áp lực nội sọ nhưng cần nhớ là người già ít gặp dấu hiệu này. Phù gai thị bắt đầu với mờ bờ gai phía mũi kèm theo sự cương tụ mạch máu, sau đó phù gai toàn bộ. Nếu phù gai thị nhiều thường kèm theo xuất huyết quanh gai.

Kèm theo phù gai, là giảm thị lực, nếu không được điều trị nguyên nhân sẽ dẫn tới teo gai thị và mù.

4.4. Các dấu hiệu kèm theo

Tri giác: trì trệ, thay đổi tính tình, có khi rối loạn tâm thần, lú lẫn hoặc hôn mê.

Thị lực: giảm thị lực, nhìn đôi và lác ngoài do dây VI bị tổn thương.

Động kinh cục bộ hoặc toàn thể, các tổn thương càng sát vỏ não thì xác suất động kinh càng lớn như u màng não, các khối máu tụ sát vỏ não.

Các rối loạn về nội tiết như, chậm lớn, dậy thì muộn, rối loạn kinh nguyệt, mất kinh, vô sinh, tiết sữa hay gặp ở những tổn thương vùng tuyến yên.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Rối loạn về thần kinh thực vật như tăng huyết áp, mạch chậm, sốt cao và rối loạn nhịp thở thường chỉ gặp trong tăng ALNS cấp tính và giai đoạn cuối.

5. THỂ LÂM SÀNG

5.1. Sơ sinh

Nguyên nhân tăng ALNS hay gặp là ứ nước não tuỷ và máu tụ dưới màng cứng mạn tính.

Trẻ hay quấy khóc.

Vòng đầu to nhanh, da đầu bóng và mỏng.

Thóp liền chậm đặc biệt là thóp trước, hình ảnh mặt trời lặn, phù gai thì ít gặp.

Trên phim Xquang: đường kính hộp sọ lớn và các khớp giãn rộng.

5.2. Trẻ em

Nguyên nhân tăng áp lực nội sọ hay gặp nhất là u thuỳ nhộng và u sọ hầu. Với loại tổn thương vùng này thì hội chứng tăng ALNS do cả hai nguyên nhân vừa khối choán chỗ vừa là giãn não thất do chèn ép vào não thất IV và não thất VII.

Đau đầu xuất hiện sớm và khá rầm rộ, thường đau vùng gáy.

Nôn nhiều.

Vì đau đầu và nôn nên nhiều khi nhầm với bệnh cảnh của đường tiêu hoá.

Cổ cứng là dấu hiệu hay gặp trong u hố sau.

Phù gai thì hay gặp và xuất hiện sớm.

5.3. Người lớn

Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ tương đối điển hình, có nhiều nguyên nhân hay gặp nhưng chủ yếu là u não, bệnh cảnh lâm sàng phụ thuộc vào vị trí, kích thước và tính chất của khối u.

5.4. Người già

Hội chứng tăng ALNS thường rất kín đáo, ít khi có phù gai thị, các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện muộn do khoảng trống trong hộp sọ lớn.

Các nguyên nhân hay gặp là máu tụ mạn tính, u não di căn và các khối u ác tính v.v...

6. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

6.1. Chụp Xquang sọ quy ước

Trẻ em thấy kích thước hộp sọ lớn hơn bình thường, các khớp sọ giãn rộng, bào mòn lưng yên.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Người lớn: bào mòn lưng yên, mòn các mỏm yên, dấu ấn ngón tay, xương sọ mỏng. Đôi khi thấy hình ảnh calci hoá như u sọ hầu, u màng não calci hoá, u tế bào thần kinh đệm ít nhánh.

6.2. Điện não đồ

Sóng chậm và lan toả, có thể thấy ổ tổn thương. Xung quanh u điện thế thấp có khi có sóng động kinh.

6.3. Chụp cắt lớp vi tính

Cần phải chụp hai loại phim không tiêm thuốc và có tiêm thuốc cản quang.

Là phương pháp tốt để chẩn đoán nguyên nhân của tăng ALNS cho kết quả nhanh, chính xác và an toàn. Trên phim thấy được như:

– Phù não do chấn thương sọ não thể hiện các rãnh cuốn não bị xoá, não thất bị xẹp, bể đáy mờ hoặc bị xoá.

– Các khối máu tụ trong sọ, phù não xung quanh, đường giữa và hệ thống não thất bị đẩy sang bên đối diện.

– Chảy máu não thất.

– Các khối áp xe não.

– Các khối u não, tình trạng não xung quanh khối u, sự di lệch đường giữa, các não thất có thể giãn do các khối u chèn ép làm cản trở lưu thông dịch não tuỷ.

– Giãn não thất do các nguyên nhân khác nhau.

6.4. Cộng hưởng từ hạt nhân

Giúp hoàn thiện hơn về mặt chẩn đoán nguyên nhân đặc biệt là những trường hợp tổn thương không rõ ràng trên chụp cắt lớp vi tính.

6.5. Siêu âm qua thóp ở trẻ em

Có thể thấy được một số loại tổn thương như máu tụ dưới màng cứng, não úng thuỷ.

6.6. Chụp động mạch não

Dùng để chẩn đoán những tổn thương về mạch máu não, những khối u gần những mạch máu lớn hoặc đánh giá tình trạng mạch máu của những khối u giúp ích cho việc điều trị.

6.7. Đo áp lực trong sọ

Mục đích là để theo dõi và điều trị chấn thương sọ não, theo dõi một số các bệnh gây tăng áp lực nội sọ để đề ra hướng điều trị. Có nhiều cách đo áp lực trong sọ. Máy đo tốt nhất là Camino, chỉ số trên 20mmHg là tăng ALNS. Sóng biểu hiện ALNS được thể hiện trên màn hình. Sóng nguy hiểm là sóng cao nguyên. Khi có sóng này cần phải đề phòng hiện tượng tụt kẹt.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chỉ định và chống chỉ định.

Chấn thương sọ não nặng Glasgow dưới 8 điểm. Nếu không có chỉ định mổ thì ít đo ALNS một cách có hệ thống. Nếu có mổ thì ít áp dụng hơn, chỉ nên đo những trường hợp phù não nhiều trong khi mổ.

Theo dõi ALNS ở một số bệnh ví dụ như giãn não thất mức độ vừa, không nên đo ở những trường hợp tổn thương da đầu nhiều do chấn thương hoặc nhiễm trùng da đầu.

7. CÁCH ĐO ÁP LỰC NỘI SỌ

Cách đo đơn giản nhất là đặt 1 ống Nelaton và não thất hoặc khoang dưới nhện, sau đó đo chiều cao của cột nước so với lỗ tai ngoài ở tư thế nằm sẽ xác định được ALNS. Tuy nhiên nhiều khi không thực hiện được nhất là những trường hợp não thất bị xẹp do phù não và sai số khá lớn.

Cách đo tốt nhất là dùng máy Camino, máy này được gắn với một đầu dò não trong hộp sọ. Đầu dò thế hệ mới còn có hệ thống đo nhiệt độ của não. Đầu dò có thể đặt:

Ngoài màng cứng, ít nhiều trùng nhưng sai số lớn nên ngày nay ít được áp dụng.

Dưới màng cứng: dễ thực hiện, nếu bị nhiễm khuẩn sẽ bị viêm màng não.

Trong não thất: khó thực hiện nhất là khi não thất bị xẹp, có nguy cơ nhiễm trùng cao, hay bị tắc, nên không chính xác. Tuy nhiên, phương pháp này có thể kết hợp với điều trị bằng cách hút bớt dịch não tuỷ để làm giảm áp lực trong sọ.

Trong nhu mô não: hiện nay những nước phát triển chỉ dùng phương pháp này vì dễ thực hiện cho độ chính xác cao, ít nhiễm khuẩn, tuy nhiên đầu dò này khá đắt tiền.

Lợi ích của đo ALNS:

Giúp chẩn đoán chính xác ALNS để điều trị

Theo dõi ALNS từ đó để chỉ định chụp cắt lớp kiểm tra tổn thương hoặc chỉ định mổ.

Điều trị: dựa vào kết quả theo dõi ALNS để có phương pháp điều trị như ALNS tăng dần khi theo dõi não úng thuỷ hoặc một khối máu tụ trong sọ thì cần mổ để giải quyết nguyên nhân.

8. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN CỦA TĂNG ALNS

8.1. Chẩn đoán sọ não

Các khối máu tụ trong sọ là nguyên nhân làm tăng ALNS cấp tính, cần được mổ sớm giải quyết nguyên nhân.

Phù não: khi Glasgow dưới 8 điểm cần theo dõi ALNS để điều trị.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Giãn não thất thường do chảy máu não thất hoặc giập não chảy máu vùng tiểu não. Nếu khối máu tụ nhỏ dưới 30ml thì mổ dẫn lưu não thất đơn thuần, nếu trên 30ml cần mổ lấy máu tụ.

8.2. Mạch máu

Chảy máu khoang dưới nhện có thể làm giãn não thất gây tăng ALNS.

Nhồi máu não gây phù não.

Cao huyết áp ác tính thường gây phù não.

Viêm tắc tĩnh mạch não và các xoang tĩnh mạch.

8.3. Não úng thuỷ không do u

Hay gặp nhất ở trẻ em. Thường do bẩm sinh như hẹp cống Sylvius, dị dạng Arnold – Chiari (tụt kẹt hành tuỷ), hội chứng Dandy – Walker (giãn nang nước não thất IV) hoặc do mắc phải trong di chứng tổn thương màng não như viêm màng não, chảy máu khoang dưới nhện.

Triệu chứng lâm sàng: trẻ chậm phát triển trí tuệ, đầu to nhanh, da đầu căng và bóng, thóp rộng và chậm liền, dấu hiệu mặt trời lặn.

Người lớn chủ yếu não úng thuỷ sau viêm màng não, chảy máu não thất, chảy máu khoang dưới nhện và gặp sau chấn thương sọ não.

8.4. Khối choán chỗ

Mức độ tiến triển của tăng ALNS tuỳ thuộc vào kích thước của khối u, phù não xung quanh, tiến triển nhanh hay chậm của u và u có làm cản trở hay tắc hệ thống nước não tuỷ không.

Các dấu hiệu kèm theo hội chứng tăng ALNS rất phức tạp nhưng có thể dựa vào các dấu hiệu này để xác định vị trí của khối u.

8.4.1. U hố sau

Trẻ em: hay gặp là u thuỳ nhộng biểu hiện rối loạn thăng bằng, không thể đi nhanh được, hay ngã, rối tầm 2 bên. Hội chứng tăng ALNS nhanh chóng do u chèn ép não thất IV gây giãn não thất. U tiểu não ít gặp hơn, biểu hiện lâm sàng ít rầm rộ hơn, thường dấu hiệu tiểu não một bên. Ngoài ra, còn các Gliome của thân não, hội chứng tăng ALNS diễn biến nhanh và có cơn co cứng do tăng trương lực cơ.

Người lớn: chủ yếu là các khối u vùng góc cầu tiểu não, hay gặp nhất là u dây thần kinh VIII. Biểu hiện nặng tai, rối loạn thăng bằng hoặc đi lại loạng choạng. Nhiều khi làm tổn thương dây thần kinh VII, dây V và IX, X. Biểu hiện liệt mặt, tê bì mặt, nghẹn và sặc.

8.4.2. Khối u trên lều tiểu não

Khối u bán cầu đại não rất hay gặp các dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là hội chứng tăng ALNS, động kinh và thiếu hụt về vận động.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Các khối u vùng tuyến yên, vùng giao thoa thị giác thì dấu hiệu chính là giảm thị lực thị trường và các rối loạn nội tiết. Hội chứng tăng ALNS kín đáo hơn trừ khi chèn ép não thất III gây giãn não thất.

Các khối u vùng đỉnh trán thường kèm theo các rối loạn ý thức chủ yếu trầm cảm.

Các khối u vùng đỉnh thường có cơn động kinh và yếu nửa người bên đối diện.

Khối u vùng chẩm: động kinh cơn nhỏ, bán manh.

Khối u vùng thái dương: có cơn động kinh thái dương và rối loạn về ngôn ngữ nếu u ở bán cầu trội, yếu nửa người kiểu thái dương tức là tay yếu hơn chân.

Khối u vùng nhân xám: hội chứng tăng ALNS kèm rối loạn ý thức và liệt nửa người.

Khối u vùng não thất III biểu hiện bằng rối loạn giấc ngủ, cơn tăng trương lực cơ và sốt.

Nếu các khối u tiến triển nhanh, hoại tử chảy máu kèm theo thì hội chứng tăng ALNS rầm rộ, còn ngược lại có khối u tiến triển chậm như u màng não, u tế bào hình sao giai đoạn thấp, ít có phù não thì hội chứng tăng ALNS kín đáo hơn vì vậy khi phát hiện được thì u khá to.

8.5. Các nguyên nhân tăng ALNS khác

– Do ngộ độc như carbon oxyde, chì, arsenic.

– Phù do dị ứng.

– Do nhiễm trùng như áp xe não, viêm màng não.

8.6. Tăng ALNS lành tính

Chủ yếu gặp những trường hợp nhiễm trùng như viêm tắc tĩnh mạch não, rối loạn về nội tiết và một số thuốc cũng làm tăng ALNS. Trên hình ảnh chụp CLVT não thất không giãn.

9. ĐIỀU TRỊ

9.1. Mục đích

– Giảm ALNS dưới 20mmHg.

– Giảm áp lực tưới máu não trên 70mmHg.

– Giải quyết nguyên nhân chính dẫn đến tăng ALNS.

9.2. Điều trị nội khoa

Mục đích là làm giảm thể tích máu não, giảm thể tích nước trong não đồng thời chống thiếu máu não bằng cách duy trì áp lực tưới máu não.

Tư thế bệnh nhân: đầu cao khoảng 20^0 – 30^0 và thẳng trục với tư thế này tạo

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

điều kiện cho máu tĩnh mạch và dịch não tuỷ trở về dễ dàng nhất. Đầu cao khắc phục những bất lợi của áp lực đường thở cao khi tăng thông khí. Tuy nhiên nếu đầu cao trên 30^0 sẽ giảm huyết áp, gây giảm áp lực tưới máu não dẫn đến thiếu máu não thứ phát.

Tăng thông khí: hút sạch đờm dãi, nếu bệnh nhân khó thở cho thở oxy. Tăng thông khí làm co mạch não, giảm thể tích máu não và giảm ALNS. Duy trì pCO_2 từ 30 – 35mmHg.

Đặt đường truyền tĩnh mạch, cho huyết thanh mặn 0,9% từ 1.500ml – 2.000ml ngày, tránh dùng dung dịch nhược trương sẽ gây phù não.

Đặt ống thông bàng quang theo dõi lượng nước tiểu.

Giảm thể tích nước trong não bằng cách:

Manitol liều từ 0,25g – 1g/kg nhắc lại 3 lần 1 ngày có ba tác dụng chủ yếu trên não là: giảm nước ở chất trắng nhờ cơ chế thẩm thấu, tăng lưu lượng máu não và lưu lượng tim do giảm độ nhớt của máu và tác dụng co mạch não. Ba tác dụng này làm giảm ALNS. Tuy nhiên chỉ có tác dụng ở vùng não lành nơi có hàng rào máu não không bị tổn thương.

Các thuốc lợi niệu như furosemid làm tăng áp lực thẩm thấu huyết tương có tác dụng lợi niệu nên làm giảm lượng nước trong não. Thường dùng 40mg/ngày.

Các loại corticoid: synacthene có tác dụng rất tốt chống phù não không do chấn thương. Có 2 loại synacthene tác dụng nhanh loại 0,25mg và tác dụng chậm 1mg nên dùng phối hợp cả 2. Với liều 0,25mg nhanh và 1mg/ngày loại tác dụng chậm.

Ngoài ra có thể dùng solumedrol 2 – 4mg/kg/24giờ. Chú ý bù kali khi dùng lợi tiểu và corticoid.

Kiểm soát áp lực tưới máu não cần duy trì áp lực 70mmHg. Biện pháp chủ yếu là duy trì huyết áp động mạch trên 90mmHg; đối với những trường hợp có tiền sử cao huyết áp phải duy trì huyết áp tối đa 130 – 140mmHg để đảm bảo áp lực tưới máu não.

Thuốc an thần: Nhằm mục đích giảm nhu cầu oxy não, làm giảm ALNS, như barbituric, seduxen. Nếu bệnh nhân có cơn tăng trương lực cơ cần dùng fentanyl 1 – 2ml/ngày.

Điều trị bổ trợ: dùng thuốc giảm đau và hạ sốt loại prodafalgan 1g x4 lần/ngày.

Thuốc chống loét dạ dày tá tràng như antiacid – Anti H_2 đối với bệnh nhân dùng corticoid hoặc chống chảy máu tiêu hoá do stress.

9.3. Điều trị ngoại khoa

Cần phải chọn thời điểm thích hợp cho việc phẫu thuật tuỳ theo nguyên nhân mà có các cách điều trị khác nhau.

Đối với chấn thương sọ não: mổ lấy các khối máu tụ từ khoảng 30g trở lên mà

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

có ảnh hưởng đến tri giác hoặc là nguyên nhân gây tăng ALNS. Khi mổ nếu não phù nhiều cần tạo hình màng não và bỏ volet xương sọ cũng là một phương pháp tốt để giảm ALNS.

Não úng thuỷ: cần dẫn lưu não thất – ổ bụng hoặc não thất – tim hoặc tốt nhất là dùng nội soi để mở thông não thất III và bề đáy (Ventriculo – Citernostomy) nên tránh dẫn lưu não thất ra ngoài vì rất dễ nhiễm trùng mà đặc biệt là viêm não thất rất khó điều trị.

Các khối u não

Loại u không giãn não thất thì mổ lấy u theo các phương pháp kinh điển, đối với loại u mà gây giãn não thất thì phải xác định tính chất và vị trí u có khi chỉ dẫn lưu não thất và sinh thiết u sau đó chạy tia hoặc lấy u đơn thuần hoặc lấy u kèm theo dẫn lưu não thất ở những trường hợp mà lấy u đơn thuần không làm thông được hệ thống não thất. Vấn đề là cần chọn thời điểm dẫn lưu não thất. Có tác giả tiến hành dẫn lưu não thất và lấy u cùng một thời điểm nhưng đa số khuyên nên dẫn lưu não thất trước, làm giảm ALNS điều chỉnh những rối loạn do tăng ALNS gây nên sau đó mổ lấy u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Tú. *Góp phần tìm hiểu vai trò của theo dõi áp lực trong sọ đối với hồi sức chấn thương sọ não nặng*. Luận văn tốt nghiệp nội trú bệnh viện, 1993.
2. Module de Neurologie et Neurochirurgie. Université Louis Pasteur Faculté de médecine de Strasbourg Neurochirurgie Université Francophone.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

12. ÁP XE NÃO

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Áp xe não là những ổ nhiễm khuẩn khu trú ở trong nhu mô não do nhiều tác nhân gây nên. Thường gặp nhất là do vi khuẩn, ít gặp hơn như nấm, ký sinh vật, áp xe não chiếm 8% tổng số khối choán chỗ trong sọ, đây là một trong số ít bệnh lý choán chỗ trong sọ có thể chữa khỏi hoàn toàn. Ngày nay, áp xe não có xu hướng gia tăng do đại dịch AIDS bùng nổ và bệnh lao tăng.

1.2. Tác nhân gây bệnh

Vi khuẩn gây áp xe não có thể là vi khuẩn ái khí hay kỵ khí. Trước 1980, người ta cho rằng áp xe não chủ yếu do vi khuẩn ái khí nhưng ngày nay, tỷ lệ vi khuẩn kỵ khí gây áp xe não cao ngang bằng với vi khuẩn ái khí. Vi khuẩn ái khí gặp nhiều nhất là liên cầu (30 – 45%), tụ cầu (20 – 30%), sau đó là E.coli, Proteus, Enterobacter v.v... Vi khuẩn kỵ khí hay gặp nhất là Peptostreptococcus, Bacteroides v.v...

1.3. Cơ chế bệnh sinh

Vi khuẩn xâm nhập vào trong nhu mô não để gây áp xe bằng nhiều cơ chế khác nhau, nhưng có thể chia làm bốn cơ chế gây bệnh:

Nhóm thứ nhất: vi khuẩn xâm nhập nhu mô não từ ổ nhiễm trùng liền kề như viêm tai xương chũm, viêm tai giữa cấp mạn tính, viêm xoang hơi v.v..., Viêm tai giữa mạn tính là nguyên nhân áp xe ở 25 – 30% áp xe não tại Việt Nam.

Nhóm thứ hai: vi khuẩn di căn từ ổ nhiễm trùng xa não như nhọt, áp xe răng, vết thương phần mềm nhiễm trùng (chân, tay), viêm phúc mạc, viêm phổi v.v... Bệnh tim bẩm sinh có tím là yếu tố thuận lợi gây áp xe não di căn thường gặp nhất ở Việt Nam.

Nhóm thứ ba: vi khuẩn xâm nhập vào não qua vết rách não cứng như ở vết thương sọ não, sau mổ não v.v... Vi khuẩn cũng có thể xâm nhập vào nhu mô não cùng với dị vật (mảnh đạn, mảnh xương, mảnh kim loại khác v.v...) hay xâm nhập vào trong não trong quá trình mổ (nhiễm trùng trong mổ).

Nhóm thứ tư: vi khuẩn có thể dễ dàng xâm nhập nhu mô não ở người có hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV, AIDS, xạ trị, hoá trị liệu v.v...).

Xác định được đường vào hay cửa ngõ xâm nhập của vi khuẩn vào nhu mô não là một bằng chứng quan trọng trong chẩn đoán áp xe não và phục vụ mục đích điều trị triệt để áp xe não.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.4. Tổn thương giải phẫu bệnh áp xe não

Người ta chia sự tiến triển của áp xe não thành 4 giai đoạn:

Giai đoạn não viêm (ngày thứ 1 tới ngày thứ 3): nơi thương tổn có các tế bào lympho, bạch cầu hạt, bạch cầu đơn nhân và tương bào. Xa hơn có nguyên bào sợi và phù nề lan rộng.

Giai đoạn viêm não muộn (ngày thứ 4 tới ngày thứ 9): vùng tổn thương chia làm vùng trung tâm hoại tử, nhiều đại thực bào, bạch cầu hạt và xung quanh là nguyên bào sợi, mạch tân tạo và tế bào hình sao.

Giai đoạn vỏ áp xe sớm (ngày thứ 10 tới ngày thứ 13): tổn thương chia thành 3 vùng gồm vùng trung tâm hoại tử giảm nhỏ hơn, vùng thứ hai tăng nhiều nguyên bào sợi và vùng thứ ba là vùng não viêm với những mạch máu tân tạo tăng sinh, tế bào hình sao tăng sinh và vùng phù nề xung quanh bắt đầu giảm.

Giai đoạn vỏ áp xe muộn (sau ngày thứ 14): vùng hoại tử trung tâm, vùng tế bào viêm gồm các đại thực bào xen lẫn tổ chức xơ, vùng vỏ collagen, vùng não viêm gồm tế bào xen lẫn mạch máu tân tạo và cuối cùng là vùng phù nề xung quanh có các tế bào hình sao và tế bào thần kinh đệm.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Áp xe não biểu hiện bằng hai hội chứng là hội chứng nhiễm khuẩn và hội chứng tăng áp lực nội sọ. Dấu hiệu quan trọng thứ ba là sự hiện diện cửa ngõ xâm nhập của vi khuẩn. Khi bệnh nhân tới viện với cả hai hội chứng và xác định được đường xâm nhập của vi khuẩn thì chẩn đoán dễ. Tuy nhiên, bệnh cảnh lâm sàng có thể thay đổi tuỳ thuộc giai đoạn bệnh, loại tác nhân gây bệnh và biến chứng của áp xe.

Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt là triệu chứng hay gặp nhất. Triệu chứng sốt gặp ở 60 – 70% bệnh nhân áp xe não. Đây là dấu hiệu quan trọng để phân biệt với u não. Thường bệnh nhân sốt 37,5 – 39^{0}C. Hiếm khi sốt cao trên 39^{0}C trừ khi có biến chứng viêm màng não hay viêm não thất do áp xe vỡ vào não thất. Bạch cầu tăng ở 60 – 70% và máu lắng tăng ở 70 – 90% bệnh nhân.

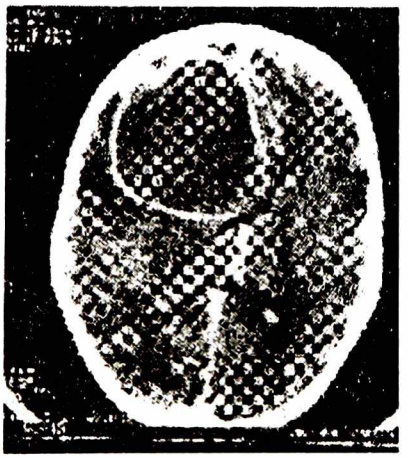
Hội chứng tăng áp lực nội sọ: đau đầu gặp ở 60 – 90% bệnh nhân. Đau giống như trong u não do khối áp xe choán chỗ trong sọ. Đau tăng lúc nửa đêm về sáng, hay khi gây tăng áp lực trong ổ bụng, lồng ngực. Đau kèm theo buồn nôn hay nôn ở 80%. Mờ mắt cũng gặp ở 30 – 40% bệnh nhân. Khi áp lực nội soi tăng quá cao gây tụt kẹt hạnh nhân tiểu não dẫn tới suy đồi tri giác như lơ mơ, hôn mê. Hôn mê xuất hiện đột ngột có thể là dấu hiệu áp xe não vỡ vào não thất. Liệt nửa người là triệu chứng rất thường gặp (60 – 80%). Động kinh được xác định ở 30 – 50% bệnh nhân tuỳ thuộc từng loại áp xe. Ngoài ra, có thể gặp dấu hiệu khác như rối loạn ngôn ngữ, giãn đồng tử, hội chứng tiểu não (áp xe tiểu não, thân não).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

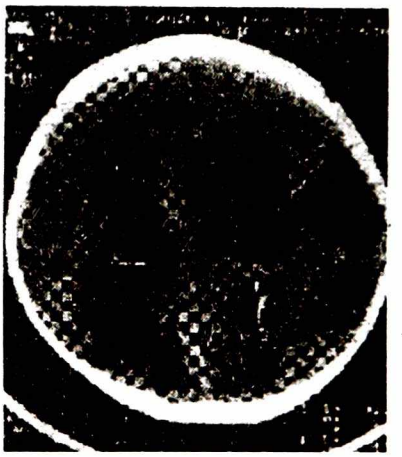
Dấu hiệu kèm theo: khi có sự hiện diện của cửa ngõ xâm nhập vi khuẩn là một yếu tố quan trọng cho chẩn đoán. Đứng trước bệnh nhân có hội chứng nhiễm khuẩn và hội chứng tăng áp lực nội sọ kèm theo tiền sử bệnh tim bẩm sinh có tím (chưa điều trị phẫu thuật), viêm tai xương chũm, viêm răng lợi, nhọt, vết thương phần mềm nhiễm trùng, mổ não hay vết thương sọ não v.v..., phải nghĩ tới áp xe não.

2.2. Chụp cắt lớp vi tính

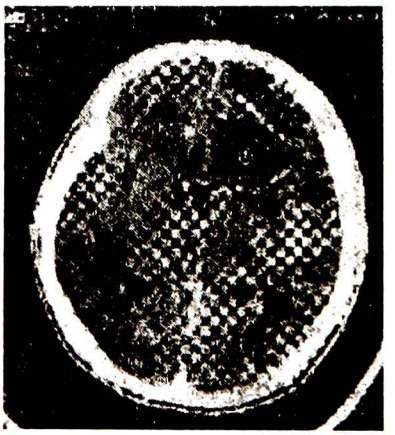
Hình ảnh áp xe não trên phim chụp CLVT có thể thay đổi từng giai đoạn của áp xe. Giai đoạn viêm não sớm và viêm não muộn biểu hiện trên phim là hình ảnh giảm tỷ trọng và có thể bắt thuốc cản quang ít. Hình ảnh điển hình thường gặp sau ngày thứ 14 *(hình 1.9)*. Hình ảnh khối áp xe mang ba đặc điểm chính: Trung tâm áp xe giảm tỷ trọng tự nhiên và không bắt thuốc cản quang. Vỏ áp xe hình tròn tăng tỷ trọng lan rộng, không bắt thuốc cản quang và đó là vùng phù não. Vỏ áp xe tồn tại khá lâu trên CLVT sau điều trị. Hình ảnh áp xe trên CLVT cũng có thể thay đổi do điều trị corticoid, ở bệnh nhân xạ trị, suy giảm miễn dịch.



Hình 1.10. Hình ảnh áp xe với trung tâm, vỏ và phù xung quanh



Hình 1.11. Hình ảnh áp xe não với ba ổ bên bán cầu trái



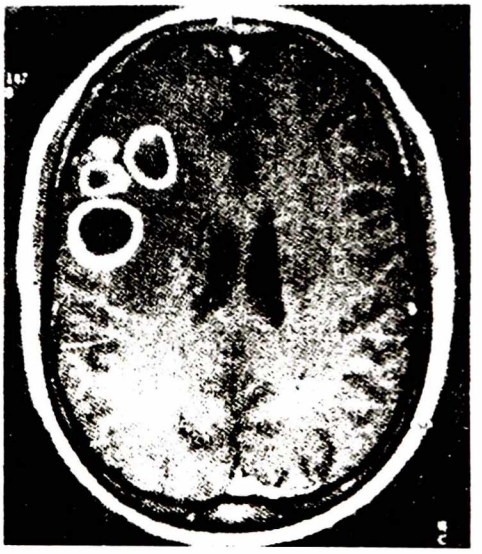
Hình 1.12. Hình ảnh áp xe não vỡ vào não thất

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

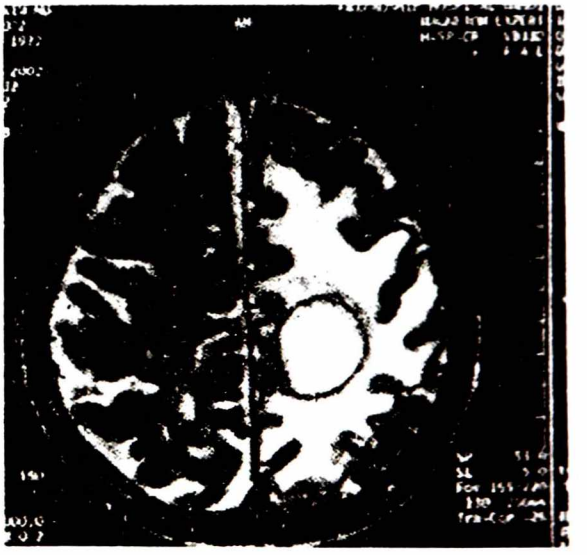
Trên chụp CLVT, áp xe có thể nhiều ổ *(hình 1.13, 1.14)* hay áp xe não vỡ vào não thất *(hình 1.15)*. Đặc điểm áp xe trên chụp CLVT cần phải phân biệt với hai loại tổn thương tương đối giống là u não di căn và u não loại tế bào hình sao (astrocytoma). Vì cũng có phù nhiều xung quanh, vỏ tăng tỷ trọng và bắt thuốc cản quang, trung tâm giảm tỷ trọng. Tuy nhiên, bao khối u thường bắt thuốc không đồng đều và bệnh nhân không có hội chứng nhiễm trùng (trừ trường hợp u não áp xe hoá).

2.3. Một số thăm dò khác

Chụp cộng hưởng từ: Rất giá trị trong chẩn đoán áp xe, nhất là cộng hưởng từ khuếch tán cho phép phân biệt giữa u não với áp xe não. Nhược điểm duy nhất là đắt tiền và thời gian chụp lâu. Trên T1, vỏ áp xe tăng tín hiệu tự v.v... vùng trung tâm và xung quanh giảm tín hiệu. Vỏ áp xe bắt thuốc v.v... mạnh và vùng trung tâm hoàn toàn không bắt thuốc. Trên T2, vỏ áp hình tròn, không tín hiệu và chia vùng tổn thương thành hai vùng trung tâm vùng hoại tử và vùng xung quanh là phù não. Lỗ thông giữa áp xe não thất khi có biến chứng áp xe vỡ vào não thất thấy rõ trên chụp cộng hưởng từ.



Hình 1.13. Hình ảnh nhiều ổ áp xe trên T1



Hình 1.14. Hình ảnh nhiều ổ áp xe trên T2

– Siêu âm có thể chẩn đoán áp xe não ở trẻ em còn thóp.

– Soi đáy mắt thấy phù gai nhưng thường thấy khi đã quá muộn.

– Chọc dò nước não tuỷ thấy mủ ở trường hợp áp xe vỡ vào não thất nhưng là thủ thuật nguy hiểm vì có thể gây tụt kẹt hạnh nhân tiểu não.

– Điện não đồ cho thấy sóng chậm hay sóng động kinh.

– Chụp mạch não đồ ít giá trị, nhiều biến chứng và ngày nay hầu như không được sử dụng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 1.15. Hình ảnh áp xe não vỡ vào não thất trên T1

3. ĐIỀU TRỊ

Áp xe não cần được mổ cấp cứu hoặc cấp cứu trì hoãn. Khi đã chẩn đoán áp xe não, mổ càng sớm càng tốt. Có rất nhiều phương pháp ngoại khoa, nhưng ngày nay chỉ còn hai phương pháp được sử dụng là chọc bao áp xe. Điều trị nội khoa được dùng như là phương pháp điều trị phối hợp.

Trong khi chờ mổ, nên điều trị chống phù mà không nên dùng kháng sinh (vì kháng sinh làm giảm tỷ lệ vi khuẩn).

3.1. Chọc hút áp xe

Chỉ định: Chỉ định mổ chọc hút với áp xe đường kính trên 2cm, áp xe ở bán cầu, áp xe ở tiểu não, áp xe thân não (chọc hút có hướng dẫn của khung định vị), áp xe sâu hay nông. Trong trường hợp bệnh nhân hôn mê nhanh, đột ngột hay phù não nhiều, áp xe lớn thì chọc hút rất hiệu quả vì làm giảm rất nhanh áp lực nội sọ.

3.2. Kỹ thuật

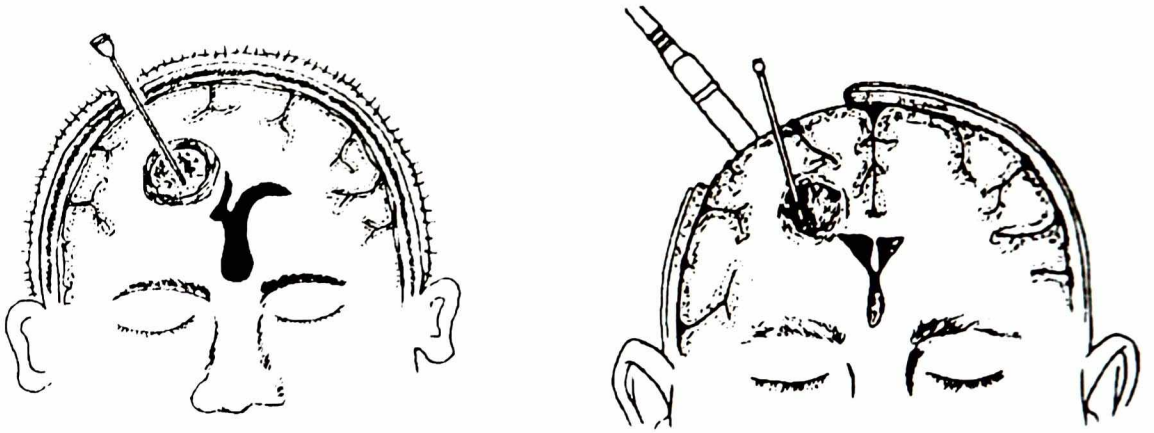
– Chọn vị trí chọc hút: điểm được chọn phải đạt ba tiêu chuẩn quan trọng: nơi rạch da không nhiễm trùng, đường đi từ nơi rạch da không nhiễm trùng, đường đi từ nơi rạch da tới ổ áp xe là đường ngắn nhất, đường chọc hút không đi qua vùng chức năng nguy hiểm (vùng vận động, vùng ngôn ngữ, não thất, mạch máu lớn, xoang tĩnh mạch). Ngoài ra, không nên rạch da ở vùng trán vì lý do để lại sẹo.

– Vô cảm: gây tê tại chỗ bằng xylocain 2% ở người lớn, bệnh nhân hôn mê. Chỉ gây mê ở trẻ em.

– Kỹ thuật: dùng dao rạch da 2cm. Khoan sọ một lỗ đường kính 1cm. Đốt điện màng não cứng (gây mê màng cứng nếu bệnh nhân đau). Mở màng cứng hình dấu cộng 2mm. Đốt điện vỏ não. Dùng trocart (đường kính trong 1mm) hướng vào khối áp xe, chọc qua nhu mô não. Khi chọc qua vỏ áp xe sẽ thấy cảm

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

giác hẫng tay, mủ tự trào ra ngoài. Rút trocart, thay bằng ống Nelaton mềm *(hình 1.16)*. Hút mủ từ từ bằng bơm tiêm cho tới khi hết mủ. Gửi ngay 20ml mủ tới phòng vi sinh để phân lập vi khuẩn mà không chờ phẫu thuật kết thúc để tránh làm chết vi khuẩn kỵ khí. Bơm rửa ổ áp xe bằng nước muối sinh lý 0,9% tới khi trong. Có thể pha kháng sinh vào dịch rửa. Rút ngay ống Nelaton hay để lưu lại trong 48 giờ. Đóng da.



Hình 1.16. Chọc hút áp xe qua lỗ khoan sọ 1cm (trái) và chọc hút áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm

– Chọc hút áp xe dưới sự hướng dẫn của siêu âm *(hình 1.16)*, khung định vị (stéréotaxie) hay mổ dưới sự hướng dẫn của máy tính (neuronavigation). Những kỹ thuật này thường dùng nếu ổ áp xe nhỏ, áp xe thân não, áp xe vùng bao hay trong những vùng nguy hiểm khác để tránh tổn thương tổ chức lành.

– Điều trị sau mổ: điều trị chống phù não bằng manitol 20% (dưới 1gram/1kg cân nặng/24giờ), corticoid như dexamathazol, synacthene v.v... Truyền kháng sinh tĩnh mạch phối hợp metronidazol với cephalosporin thế hệ 3 ngay sau mổ. Loại kháng sinh thay đổi tuỳ theo kết quả phân lập vi khuẩn và kháng sinh đồ. Kháng sinh dùng tới khi chụp CLVT kiểm tra không còn hình ảnh áp xe, ổ áp xe thường biến mất sau 2 tháng điều trị (tiêm tĩnh mạch trong 3 tuần và sau đó dùng đường uống.

– Ưu điểm: đơn giản, dễ thực hiện, chỉ cần gây tê, nhanh chóng giảm áp lực trong sọ, ít biến chứng, ít di chứng.

– Nhược điểm: không lấy được dị vật trong áp xe (nếu có), thời gian dùng kháng sinh dài hơn mổ bóc bao áp xe.

3.3. Mổ bóc bao áp xe

3.3.1. Chỉ định

Chọc hút thất bại, áp xe não có dị vật trong ổ áp xe, áp xe não sau mổ. Mổ bọc bao có thể áp dụng với mọi loại áp xe.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.3.2. Kỹ thuật

– Vô cảm: gây mê nội khí quản.

– Kỹ thuật:

+ Rạch da hình vòng cung.

+ Bộc lộ xương sọ.

+ Mở nắp sọ bằng khoan và cắt sọ. Mở màng não. Có thể chọc hút bớt mủ trong áp xe để tránh áp xe vỡ trong quá trình bóc bao.

+ Rạch vỏ não.

+ Dùng dụng cụ vén vào khối áp xe và bóc cả khối.

+ Tuyệt đối tránh làm vỡ áp xe.

+ Cầm máu.

+ Đóng kín màng cứng.

+ Đặt lại nắp sọ. Trường hợp phù não nhiều nên để hở màng cứng, không đậy lại nắp sọ.

+ Đóng da.

– Điều trị sau mổ: giống sau chọc hút.

– Ưu điểm: áp dụng được với mọi loại áp xe, lấy được dị vật.

– Nhược điểm: phẫu thuật lớn, phức tạp, đòi hỏi dụng cụ chuyên khoa, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và bác sĩ gây mê hồi sức chuyên khoa. Nhiều biến chứng do làm tổn thương tổ chức lành xung quanh.

3.4. Điều trị nội khoa

3.4.1. Điều trị nội khoa phối hợp

Bao gồm điều trị chống phù não và kháng sinh sau mổ. Điều trị phù não trong 4 ngày đầu sau mổ bằng manitol 20%, sinacthene, dexamethason v.v... Kháng sinh dùng loại kháng sinh phổ rộng, ngấm qua hàng rào máu não tốt và kháng sinh diệt vi khuẩn kỵ khí. Dùng đường truyền tĩnh mạch và đường uống. Điều trị kháng sinh tới ổ áp xe hoàn toàn biến mất trên chụp CLVT.

3.4.2. Điều trị nội khoa đơn thuần

Được áp dụng từ khi có chụp CLVT. Chỉ định khi áp xe có đường kính nhỏ hơn 2cm. Tuy nhiên, phải theo dõi tri giác và chụp CLVT kiểm tra, nếu thất bại phải mổ ngay. Điều trị chủ yếu bằng kháng sinh, ít khi phải điều trị chống phù não do áp xe nhỏ, ít phù nề.

3.5. Theo dõi sau điều trị

– Lâm sàng: tình trạng lâm sàng thường cải thiện ngay sau khi điều trị như

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

tỉnh hơn, giảm ngay hết liệt, đồng tử co nhỏ, giảm sốt v.v... Bệnh nhân sẽ trở lại bình thường sau 2 tuần điều trị nếu không có biến chứng.

– Chụp CLVT: đây là dấu hiệu quan trọng nhất để đánh giá khỏi bệnh. Thường chụp CLVT kiểm tra ngày thứ hai sau mổ. Nếu trường hợp tri giác xấu đi hoặc ở bệnh nhân có nhiều ổ áp xe não thì chụp ngay sau mổ. Khi kiểm tra bằng phương pháp chụp CLVT có thể phát hiện biến chứng chảy máu, phù não sau mổ, ổ áp xe còn sót (áp xe nhiều ổ), phải mổ lại nếu máu tụ tại ổ mổ hoặc ổ áp xe các loại lớn hơn 2cm. Chụp CLVT có thuốc cản quang vào tháng thứ 2 sau mổ. Chỉ khi không còn hình ảnh áp xe hay vỏ áp xe mới khẳng định bệnh nhân đã khỏi bệnh.

3.6. Biến chứng và di chứng

– Biến chứng: nặng nhất là áp xe não vỡ vào não thất. Mủ tràn ngập trong não thất. Biến chứng có thể xảy ra trước khi mổ (do áp xe quá lớn, nằm sát não thất), hay trong quá trình mổ bóc cao, chọc hút. Tử vong ở nhóm áp xe có biến chứng này lên tới 80%. Một số ít trường hợp áp xe vào khoang dưới nhện.

– Di chứng: nặng nhất là sống thực vật hoặc liệt nửa người. Liệt nửa người dưới 10% bệnh nhân, nhưng liệt tăng ở bệnh nhân áp xe não sau mổ bóc bao áp xe (20 – 30%). Sau đó là động kinh sau mổ, thường là động kinh sau mổ một năm. Động kinh có thể gặp ở 30 – 50% bệnh nhân. Một số di chứng ít gặp hơn như rối loạn ngôn ngữ, mù, đau đầu v.v...

– Tử vong chung khoảng dưới 10%. Tỷ lệ tử vong tăng ở bệnh nhân áp xe não hôn mê, áp xe não vỡ vào não thất và áp xe não ở người già. Trường hợp áp xe não vỡ vào não thất, tử vong 80 – 85%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đồng Văn Hệ (2004), Nghiên cứu ứng dụng điều trị áp xe não v.v... phương pháp chọc hút. Luận văn tiến sĩ y học Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Vignaud J et Boulin A (1988), Infections, Tomodensitométrie craniencéphalique, Edition Vigot, 217–230.
3. Gormiey W and Rosenblum M (1997), Intracramal and cranial infection The practice of neurosurgeryy, Williams and Wilkins, V3, 220–290.
4. Haines S. J et col (1997), Cranial and intracranial bacterila infection Neurological surgery, V6, Fouth edition Saunders company, 3707–37...
5. Wispelwey B et col (1997), Brain abscess, Infections of the central... nervous system, 2nd editions, Lippincott– Raven, 463–493.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

13. NÃO ÚNG THUỶ TRẺ EM

Não úng thuỷ trẻ em là hiện tượng ứ thừa dịch não tuỷ trong hệ thống não thất hoặc ở các khoanh dưới nhện do nhiều nguyên nhân gây nên.

Bình thường dịch não tuỷ được sản xuất từ đám rối mạch mạc nằm ở não thất bên và sàn não thất IV, các đám rối này bình quân tiết ra khoảng 20ml/giờ. Số lượng dịch não tuỷ (DNT) chứa trong các não thất và khoang dưới nhện vào khoảng 150ml. Dịch não tuỷ tiết ra được chứa và lưu thông trong hệ thống não thất và khoảng dưới nhện rồi theo dòng máu đổ về các xoang tĩnh mạch. Vì một lý do nào đó như tăng tiết dịch não tuỷ, các nguyên nhân gây tắc đường lưu thông của dịch hoặc rối loạn bộ phận nhung mao dịch não tuỷ gây nên bệnh não úng thuỷ. Vì vậy, nhiều tác giả chia não úng thuỷ làm hai loại: Não úng thuỷ kiểu thông (dịch não tuỷ lưu thông giữa hệ thống não thất và khoang dưới nhện) và não úng thuỷ kiểu không thông (không có sự lưu thông DNT của hệ thống não thất với khoang dưới nhện).

Hậu quả của não úng thuỷ là tích DNT trong hệ thống não thất hay khoang dưới nhện gây tăng áp lực trong sọ, chèn ép, huỷ hoại dần tổ chức não. Vì vậy, cần nhanh chóng loại trừ nguyên nhân gây nên não úng thuỷ.

1. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

1.1. Bài tiết nhiều

Năm 1884 Demselben nêu não úng thuỷ thể thông do hệ thống lưu thông và hấp thụ bình thường nhưng có hiện tượng tăng tiết dịch não tuỷ. Nguyên nhân chủ yếu của nhóm này là do u đám rối mạch mạc (Papillome) hay do viêm.

1.2. Tắc lưu thông dịch não tuỷ trong hệ thống não thất

Sự lưu thông DNT bị cản trở hoàn toàn hay một phần trong hệ thống não thất hay từ trong não thất ra khoang dưới nhện. Hậu quả là ứ DNT trong một vùng nào đó của hệ thống não thất. Đây là não úng thuỷ thể tắc nghẽn (không thông).

Nguyên nhân gây tắc nghẽn:

– Vùng cống Sylvius: tắc cống này do viêm dính, hoặc do bẩm sinh (có tính di truyền). Hậu quả ứ DNT não thất III trở lên tới não thất bên.

– Vùng não thất IV: do teo não thất IV, không có các lỗ Luschka và Magendie, hoặc trong hội chứng Arnold – Chiari v.v... Hậu quả gây tắc và ứ DNT từ cống Sylvius trở lên. Ngoài ra còn các nguyên nhân gây tắc như viêm màng não mủ, lao màng não hay sau chảy máu màng não.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.3. Hấp thụ dịch não tuỷ kém

Sự bài tiết và lưu thông DNT từ hệ thống não thấy ra khoảng dưới nhện bình thường nhưng cản trở từ khoảng dưới nhện tới hệ thống mạch máu hấp thụ DNT gây ứ dịch trong não thất. Đây là não úng thuỷ thể thông. Nguyên nhân thường gặp do hậu quả của viêm màng não, chảy máu khoang dưới nhện gây dính, cản trở lưu thông của DNT.

Một số giãn não thất, ứ DNT thứ phát có nguyên nhân chèn ép, ảnh hưởng lưu thông DNT như u não, dị dạng mạch máu não v.v..., không nhắc đến trong bài này.

Hậu quả của não úng thuỷ là giãn não thất, teo não, tăng áp lực trong sọ.

2. LÂM SÀNG

2.1. Đầu to nếu là trẻ nhỏ

Da căng bóng, tĩnh mạch nổi rõ, tóc thưa. Mặt nhỏ lại tương đối so với đầu. Mắt trẻ có hình ảnh mặt trời lặn.

Khám: thóp trước giãn rộng, khớp sọ tách ra xa nhau, nên ngay cả thóp sau cũng giãn. Nếu trẻ lớn hoặc ở người lớn thì khớp sọ đã liền nên biểu hiện bằng hội chứng tăng áp lực trong sọ.

Vòng đầu: thường tăng từ 2 – 3cm so với trẻ cùng lứa tổi. Trường hợp tắc cấp tính vòng đầu còn tăng nhiều hơn.

2.2. Não ung thuỷ kèm với thoát vị tuỷ – màng tuỷ (spina – bifida)

Khi can thiệp ngoại khoa về thoát vị tuỷ – màng tuỷ ở bệnh nhân chưa có biểu hiện não úng thuỷ, bệnh nhân cần được theo dõi để phát hiện não úng thuỷ thứ phát.

3. CẬN LÂM SÀNG

– Thăm dò dịch não tuỷ: ít làm, thường định lượng albumin tăng cao. Đo áp lực dịch não tuỷ tăng cao hơn bình thường (bình thường từ 9 – 15cm nước).

– Chụp sọ: hình xương sọ mỏng, thiếu xương vùng đỉnh đầu. Hình ảnh dấu ấn ngón tay hoặc mỏm yên mỏng, vẹt đi do tăng áp lực trong sọ.

– Siêu âm qua thóp trước: đo kích thước não thất và nhu mô não. Theo Gerard J thì kích thước não thất < 2cm là bình thường. Từ 2 – 3cm là giãn não thất, trên 3cm là quá giãn. Nhu mô não nếu còn dưới 3cm là bệnh lý.

– Chụp CLVT: thấy được hình ảnh giãn não thất và nhu mô não rõ, còn tìm được nguyên nhân gây não úng thuỷ.

– Chụp cộng hưởng từ hạt nhân: làm rõ được nguyên nhân, nhất là ở T2 thấy được tổ chức não bộ gần hệ thống não thất bị chèn ép cũng như bị "ngấm" DNT.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. ĐIỀU TRỊ

Bệnh não úng thuỷ được phát hiện và điều trị từ thời Hipocrate bằng cách chọc hút bớt DNT qua thóp. Điều trị não úng thuỷ chủ yếu bằng ngoại khoa. Ngày nay, việc phát hiện sớm não úng thuỷ từ trong bào thai để có biện pháp can thiệp phòng ngừa thì điều trị nội khoa chỉ mang tính chất phòng bệnh như điều trị sớm và có hiệu quả bệnh viêm màng não, chảy máu màng não. Điều trị ngoại khoa là chủ yếu và quyết định bệnh não úng thuỷ ở trẻ em.

4.1. Chỉ định mổ

Não úng thuỷ đang tiến triển: chiều ngang một não thất bên lớn hơn 3cm. Bề dày nhu mô não còn lớn hơn 1cm.

DNT: albumin < 1gam/1, tế bào <20/1ml

Não úng thuỷ có nguyên nhân rõ.

4.2. Chống chỉ định

– Não úng thuỷ đã ổn định (vòng đầu < 2cm/tháng). Chiều dày nhu mô não còn dưới 1cm.

– Ở một bệnh nhi có ba dị tật bẩm sinh trở lên thì chống chỉ định tương đối.

4.3. Các phương pháp mổ

Lịch sử đã minh chứng cho nhiều loại phẫu thuật để điều trị cho loại bệnh lý này. Dany (1918): đốt đám rối mạch mạc. Nhiều tác giả khác về sau dùng biện pháp dẫn lưu trong nghĩa là não thất ra khoang dưới nhện hoặc vào các bể đáy sọ (Phẫu thuật Dandy, Torkildsen...).

Ngày nay điều trị não úng thuỷ bằng cách tìm và giải quyết nguyên nhân. Đặt dẫn lưu từ não thất ra ngoài sọ (đổ về tĩnh mạch vào khoang ổ bụng v.v...) nhờ hệ thống van một chiều nghĩa là dẫn lưu từ chỉ cho dịch não tuỷ chảy ra khi áp lực trong sọ cao hơn áp lực của van dẫn.

4.4. Biến chứng

Có nhiều biến chứng sau mổ dẫn lưu dịch não tuỷ. Sau đây là một số biến chứng thường gặp.

– Tắc dây dẫn: điểm tắc thường gặp ở đầu của ống dẫn lưu (trong ổ bụng) và trong não thất. Khi các dấu hiệu lâm sàng rõ, chỉ định mổ để đặt lại hệ thống dẫn lưu mới. Nên đặt dẫn lưu não thất – ổ bụng, não thất – tĩnh mạch bằng đường mổ mới.

– Nhiễm khuẩn: như viêm màng não – não, viêm não thất v.v... là biến chứng đáng sợ nhất, phát hiện sớm bằng các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm dịch não tuỷ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blount JP,Campbell jA, Haines SJ, (1993), "Complication in ventricular cerebrospinal fluid shunting", Neurosurg Clin N Am, 4:633–56.
2. Keucher TR, Mealey J. (1979) "Long results after ventriculoatrial and ventriculoperitioneal shunting for infantile hydorocephalus", J Neurosurg, 50:179 – 86.
3. Jackson IJ, (1951), "A review of the surgical treatment of internal Hydrocephalus", J Peliatr, 38:251 – 26.
4. Pudenz RH, (1976), "The surgical treatment of hydrocephalus,a historical review", Surg Neurol,15:15–26.
5. Tuli S, Tuli J, Spears J. Predictors of death in pediatric patients requiring cerebrospinal fluid shunts. JNeurosurg 2004; 100 (5 Supp1 Pediatrics): 442–6.
6. Yamini B, Refai D, Rubin CM. Frim DM, (2004): Initial endoscopic management of pineal region tumors and associated.
7. Hydrocephalus: clinical series and literature review", J.Neurosurg, 100 (5 Suppl Pediatrics): 437–41.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

14. MÁU TỤ TRONG NÃO DO DỊ DẠNG MẠCH NÃO

Chảy máu trong não là một biến chứng nặng, chiếm 5% trong tổng số các máu tụ trong não là do dị dạng mạch máu não vỡ. Tuỳ từng loại dị dạng mạch máu não mà tần suất xuất hiện chảy máu não có khác nhau: với dị dạng thông động tĩnh mạch não tỷ lệ này là 30 – 86%, với u mạch thể hang (cavernome) 10 – 28% dị dạng phồng mạch não hình túi (anévrysme) chiếm 45%.

Sự ra đời của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh mới như chụp mạch não xoá nền, chụp cộng hưởng từ và chụp mạch trên cộng hưởng từ, đã tạo điều kiện tốt cho các bác sĩ lâm sàng hiểu biết được bản chất của bệnh, đồng thời thông qua đó có được thái độ điều trị thích hợp hơn v.v...

1. CHẢY MÁU DO DỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO

(MAV: Malformation artério veineuse)

Là một dị tật bẩm sinh thường xuất hiện từ trong thời kỳ bào thai, biểu hiện bằng sự thông thương bất thường giữa động mạch và tĩnh mạch não không thông qua hệ thống mao mạch.

Biểu hiện lâm sàng chính của MAV là chảy máu trong não (30 – 86%) thường xuất hiện ở lứa tuổi trưởng thành sau khi gắng sức.

Vị trí của chảy máu trong não thường thấy ở tầng trên lều tiểu não (90%) hay gặp ở động mạch não giữa, trước và sau.

1.1. Đặc điểm lâm sàng

– Khởi đầu đa dạng: có thể bệnh nhân tự nhiên đau đầu sau đó đột quỵ, đồng thời với các biểu hiện của rối loạn tri giác ở các mức độ khác nhau hoặc trong một số trường hợp khác bệnh nhân không có tiền triệu đột nhiên đi vào tình trạng hôn mê sâu ngay. Mức độ hôn mê phụ thuộc vào khối lượng, vị trí và thời gian hình thành máu tụ.

– Động kinh là biểu hiện của chảy máu trong não (40%) có thể là cơn động kinh cục bộ hoặc toàn thể, cơn động kinh phù thuộc vào vị trí của khối máu tụ.

– Các biểu hiện thần kinh khu trú và định khu.

+ Liệt thường hay gặp: xuất hiện đột ngột hay sau đột quỵ, liệt thường không đồng đều, tình trạng liệt thường được hồi phục nếu bệnh nhân qua được giai đoan đột quỵ ban đầu.

+ Rối loạn ngôn ngữ với các thể khác nhau như thất ngôn, nói khó, không hiểu lời nói.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Liệt dây thần kinh sọ, tuỳ thuộc vào vị trí của máu tụ thường hay xuất hiện liệt mặt trung ương.

+ Giãn đồng tử một bên: biểu hiện tình trạng tụt kẹt não do máu tụ chèn ép có biểu hiện định khu.

+ Chóng mặt đi lại loạng choạng, biểu hiện chảy máu não hố sau.

1.2. Chẩn đoán hình ảnh

1.2.1. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT)

– Hình ảnh máu tụ trong não hay gặp là ở vỏ não, dưới vỏ hoặc chiếm một thuỳ. Trong một ít số trường hợp khối máu tụ nằm ở hố sau và thân não, còn 90% máu tụ ở bán cầu đại não. Máu tụ trong não có thể:

– Phối hợp với chảy máu não tuy nhiên ít gặp.

– Bên cạnh vùng máu tụ trong não thuần nhất là một vùng tăng tỷ trọng không thuần nhất. Vùng này khi chụp CLVT có thuốc cản quang sẽ ngấm thuốc mạnh. Đó là khối MAV hoặc là hình ảnh các mạch máu giãn rộng ngấm thuốc.

1.2.2. IRM – ANGIO IRM

Cho biết chính xác vị trí giải phẫu của khối máu tụ, đồng thời biết được tuổi của khối máu tụ: sau một tuần (bán cấp) là hình ảnh tăng tín hiệu của cả trên T1 và T2; trước 1 tuần (cấp) là hình ảnh giảm tín hiệu ở trung tâm khối máu tụ đồng thời tăng tín hiệu ở ngoại vi trên T2. Ngoài ra IRM còn cho thấy được hình ảnh của MNV và các liên quan giải phẫu của nó.

1.2.3. Chụp động mạch não xoá nền

Là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán MAV, ít có tác dụng trong chẩn đoán máu tụ, cho phép đánh giá được kích thước, vị trí đặc điểm giải phẫu của MAV, các tổn thương mạch não khác phối hợp tạo điều kiện cho việc chọn đường vào và tiên lượng cuộc mổ khi phải mổ để lấy máu trong não. Trong cấp cứu phương pháp này còn ít được áp dụng.

1.3. Chỉ định điều trị ngoại khoa máu tụ trong não do MAV

Mổ cấp cứu lấy máu tụ trong não do MAV vỡ cho tới nay ít được áp dụng. Mục đích của mổ lấy máu tụ trong não MAV là để làm giảm áp lực nội sọ và để cứu tính mạng của bệnh nhân. Trong một số trường hợp khối MAV ở nông, nhỏ có thể lấy bỏ MAV một thì cùng với máu tụ. Cũng cần lưu ý rằng mổ lấy máu tụ trong não do MAV có nguy cơ làm tăng khả năng chảy máu tái phát vì nó làm mất đi khả năng cầm máu do máu tụ chèn ép. Trong một số trường hợp có thể là nguy cơ vì chảy máu nhiều mà không được chuẩn bị trang thiết bị mổ thích hợp để cầm máu.

Các tác giả phương Tây ít khi chỉ định mổ lấy máu tụ trong não đơn thuần mà thường mổ lấy MAV cùng với máu tụ và chỉ mổ khi đã có chẩn đoán xác định bệnh bằng chụp CLVT, IRM và chụp mạch não (angio).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. CHẢY MÁU DO U MẠCH THỂ HANG (CAVARNOME)

U máu thể hang là dị dạng mạch của hệ mao mạch thường ít biểu hiện lâm sàng. U mạch thể hang thường xuất hiện ở trẻ em với tần suất 1/200 người và thường ở bán cầu đại não (75%).

Chảy máu trong u mạch thể hang (chiếm 20%) là một biến chứng nặng của loại hình này (28% tử vong). Trong số trường hợp u mạch thể hang chảy máu gây máu tụ trong não kèm theo xuất huyết dưới màng nhện.

2.1. Biểu hiện lâm sàng

Khác với chảy máu do MAV, chảy máu do u mạch thể hang thường ít nặng nề hơn và vì vậy bệnh nhân thường có nhiều đợt xuất hiện chảy máu. Biểu hiện của chảy máu có thể chỉ là đau đầu đơn thuần, hoặc động kinh, hoặc yếu 1/2 người sau đó bệnh nhân hồi phục.

Trong một số thể nặng chảy máu do u mạch thể hang cũng có các biểu hiện về rối loạn trị giác, dấu hiệu thần kinh v.v... như trong máu tụ tiên phát, máu tụ do MAV vỡ.

Biểu hiện động kinh trong u mạch thể hang vỡ thường nhỏ.

2.2. Chẩn đoán hình ảnh

2.2.1. Chụp cắt lớp vi tính: CLVT làm với các mặt cắt mỏng có thể phát hiện từ 80 – 100% máu tụ do u mạch thể hang vỡ. Đó là hình ảnh của khối máu tụ cùng với u mạch tăng tỷ trọng hoặc tỷ trọng không đồng nhất với các kích thước là nhỏ. Khối này ngấm thuốc cản quang vừa phải và thường không đè đẩy tổ chức não xung quanh.

2.2.2. IRM: là phương pháp chẩn đoán chính xác nhất đối với thể bệnh này. Hình ảnh của IRM trong u mạch thể hang vỡ là: một khối ở trung tâm không đồng nhất phối hợp với xung quanh giảm tín hiệu tạo thành hình vòng tròn.

2.2.3. Chụp động mạch não xoá nền: chỉ giúp cho chẩn đoán nguyên nhân của chảy máu do MAV, trong chảy máu não do u mạch hang vỡ thường trên phim chụp không thấy được hình ảnh của dị dạng mạch. Vì vậy, nếu trên những bệnh nhân trẻ em có chảy máu ở trong não nhỏ, trên chụp động mạch không thấy hình ảnh dị dạng mạch thì người ta nghĩ nhiều tới u mạch thể hang.

2.3. Điều trị

– Máu tụ do mạch thể hang vỡ thường nhỏ nên trong các trường hợp này không cần phải mổ cấp cứu. Mổ có chuẩn bị để cùng một lúc lấy được cả u mạch thể hang và máu tụ.

– Trong trường hợp máu tụ lớn có chèn ép và đe doạ tính mạng bệnh nhân thì chỉ định mổ cũng như đối với máu tụ tiên phát trong não.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. CHẢY MÁU TRONG NÃO DO VỠ TÚI PHÌNH MẠCH NÃO

– Phình mạch não hình túi (anévrysme) là một bệnh có nhiều nguyên nhân khác nhau như dị tật bẩm sinh, chấn thương, nhiễm khuẩn, xơ vữa động mạch v.v... trong đó dị tật bẩm sinh là hay gặp nhất.

– Tỷ lệ của bệnh này là: 2 người/ 10.000 trong đó tỷ lệ chảy máu của bệnh này là 7 – 11 người/100.000 trong một năm.

– Đại bộ phận 95% phình mạch máu loại hình túi được phát hiện khi túi phình bị vỡ.

– Khác với chảy máu do MAV hoặc u mạch thể hang, vỡ phình mạch não hình túi thường gây ra chảy máu khoang dưới nhện (chảy máu màng não). Chảy máu trong não ở bệnh này thường nhỏ, ít khi có chèn ép và thông qua vị trí vùng máu người ta có định hướng trong chẩn đoán vị trí của túi phồng.

3.1. Biểu hiện lâm sàng

3.1.1. Khởi đầu

– Thường đau đầu và mất tri giác 44%.

– Mức độ đau đầu và thời gian mất tri giác phụ thuộc vào từng bệnh nhân. Trong một số trường hợp bệnh nhân có thể hôn mê ngay từ đầu, nôn hoặc buồn nôn là dấu hiệu thường gặp. Thường xuất hiện ngay sau các triệu chứng khởi đầu như đau đầu.

– Trong một số trường hợp các triệu chứng khởi đầu thường xuất hiện sau một việc làm gắng sức như vật nặng hoặc chỉ sau các cơn ho hoặc sau cơn thịnh nộ nóng giận.

3.1.2. Khám lâm sàng

– Tình trạng rối loạn trị giác và các dấu hiệu thần kinh của bệnh nhân được phân loại theo 5 độ của Tổ chức ngoại khoa thần kinh thế giới.

Độ, theo tổ chức Ngoại khoa thần kinh thế giới	Bảng Glasgow	Triệu chứng liệt
I	15	Không liệt
II	14–13	Không liệt
III	14–13	Có liệt
IV	12–7	Có hoặc không liệt
V	7–3	Có hoặc không liệt

– Dấu hiệu kích ứng màng não do máu ở khoang dưới nhện cũng được hiểu hiện như: cứng gáy.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Tình trạng rối loạn về tim mạch như rối loạn nhịp tim, huyết áp tăng thoáng qua là hậu quả của tình trạng tăng catecholamin khi có máu trong khoang dưới nhện.

3.2. Chẩn đoán hình ảnh

3.2.1. Chụp CLVT sọ

Chụp CLVT sọ ngày nay là phương tiện dùng để chẩn đoán chảy máu màng não và máu tụ trong não tốt nhất (chính xác 95%).

Dựa vào vị trí của khối máu tụ trên phim chụp CLVT có thể có định hướng ban đầu về vị trí của phình mạch não vỡ, ví dụ như: máu tụ ở trên trán hoặc trong não thất phối hợp với chảy máu khoang dưới nhện thường do dị dạng của động mạch thông trước vỡ hoặc máu tụ ở thuỳ thái dương là do dị dạng mạch hình túi của động mạch não giữa vỡ v.v... Chụp CLVT không những để phát hiện chảy máu màng não hoặc máu tụ trong não còn có thể phát hiện được một số các biến chứng sớm của chảy máu não như phù não, thiếu máu não (15 – 40%), giãn não thất (15%) hoặc với chụp CLVT có thuốc cản quang còn có thể thấy được hình ảnh ngấm thuốc của dị dạng mạch hình túi.

3.2.2. IRM – Angio IRM

Cộng hưởng từ chỉ được thực hiện khi chụp CLVT sọ không rõ ràng nhất là trong giai đoạn bán cấp hoặc mạn khi mà máu tụ trong não đã tiêu, máu khoang màng nhện đã thoái hoá. Chụp IRM + Angio cho phép xác định được không những vùng máu chảy trong não cũ và xuất huyết dưới màng nhện (Tăng tín hiệu cả trên T1 và T2) với giai đoạn bán cấp (sau 1 tuần). Giảm tín hiệu trên T2 với giai đoạn mạn tính (sau 1 tháng) mà còn xác định được vị trí cũng như hình ảnh của dị dạng mạch vỡ.

3.3. Điều trị

Điều trị lấy bỏ máu tụ trong não đơn thuần do dị dạng mạch não hình túi vỡ không được đặt ra vì rất nguy hiểm. Lấy máu tụ đồng nghĩa với làm tăng nguy cơ chảy máu lại. Bệnh nhân có thể tử vong do không cầm được máu hoặc do không có chuẩn bị trang thiết bị để cầm máu.

Trên thực tế lâm sàng máu tụ do dị dạng mạch hình túi vỡ thường nhỏ, ít chèn ép nên không cần thiết phải lấy bỏ nhất là lấy bỏ máu tụ đơn thuần trong cấp cứu. Chỉ lấy bỏ máu tụ khi đã kẹp được cổ túi phồng mạch bị vỡ và không cần phải lấy toàn bộ máu tụ.

Trong một số trường hợp chảy máu màng não gây giãn não thất làm cho tình trạng bệnh nhân suy giảm, việc dẫn lưu não thất ra ngoài cũng cần hết sức thận trọng như lấy máu tụ làm mất áp lực chèn ép ở vùng chảy máu của túi phình mạch não gây nguy cơ chảy máu tái phát cao.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. KẾT LUẬN

Điều trị ngoại khoa máu tụ trong não do biến chứng chảy máu của dị dạng động mạch, mao mạch, tĩnh mạch não là một vấn đề hết sức mềm dẻo, còn nhiều bàn cãi và dựa vào tình trạng của từng bệnh nhân.

Đa số tác giả trên thế giới hiện nay đều khuyến cáo nên có chẩn đoán bệnh xác định trước khi có thái độ xử trí đối với máu tụ nhất là xử trí ngoại khoa trong giai đoạn cấp cứu.

Mổ lấy máu tụ đơn thuần các bệnh dị dạng mạch não đòi hỏi phải được tiến hành ở các cơ sở chuyên khoa có khả năng cầm được máu khi các biến chứng này xảy ra trong lúc mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DELQ. F Neurochirurgie. Elippes – Pans, 1996.
2. Casstel.J.P Hémorragie méningée: anévrisme intracânien Collection scientiphique Boyer – Pharma.
3. Robqt H. Wilkins & Sehi. S rensachaey. Neurosurgery Volume II. Part VII. MC – Lraw – Hill. 1996.
4. A.Sargil. MC Micro – neurosurgery TOME III A,III B BEOR – Thieme – Verlag Stuttgar – Neu. lork 1987.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

15. CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ CAO

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương cột sống cổ cao là chấn thương C1 và C2. Hàng năm, ở Mỹ có khoảng 200.000 người bị chấn thương cột sống, trong đó phần lớn bị chấn thương cột sống cổ. 45 – 60% bệnh nhân bị thương tổn thần kinh và 17% tử vong. Chấn thương cột sống cổ cao chiếm 25% tổng số chấn thương cột sống cổ. Lứa tuổi thường gặp từ 15 – 30 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông, sau đó là ngã và tai nạn thể thao.

2. PHÂN LOẠI THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU

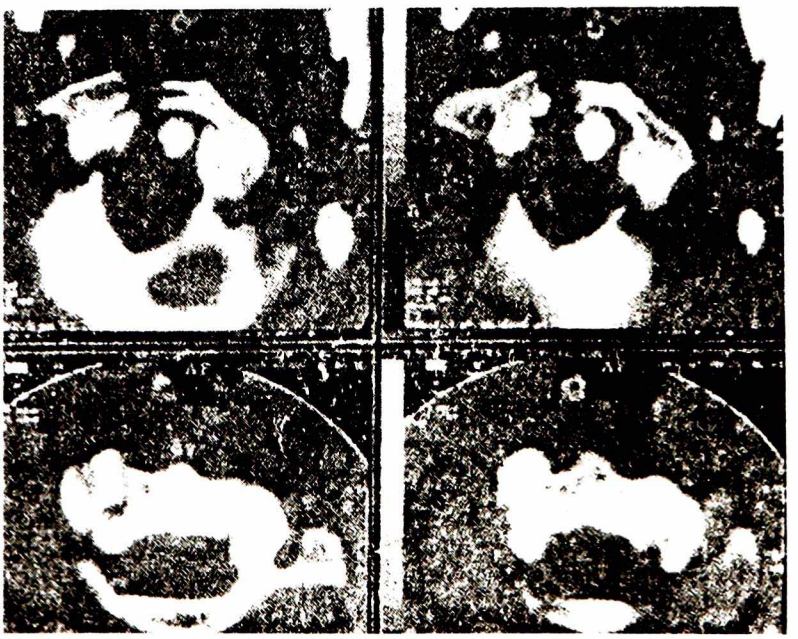
2.1. Trật cổ – chẩm

Trật cổ chẩm là thương tổn hiếm gặp và tỷ lệ tử vong cao, phần lớn chết trước khi đến viện.

2.2. Vỡ đốt đội (C1)

Tỷ lệ thay đổi từ 3 –13% trong tổng số chấn thương cột sống cổ. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông. Phần lớn vỡ C1 đơn độc, một số phối hợp với vỡ C2.

C1 có đặc điểm giải phẫu đặc biệt, giống như một chiếc nhẫn gồm cung trước cung sau và 2 mỏm khớp 2 bên. Cung trước và cung sau mỏng, đây chính là các điểm yếu của C1, dễ vỡ khi có chấn thương mạnh *(hình 1.17)*.

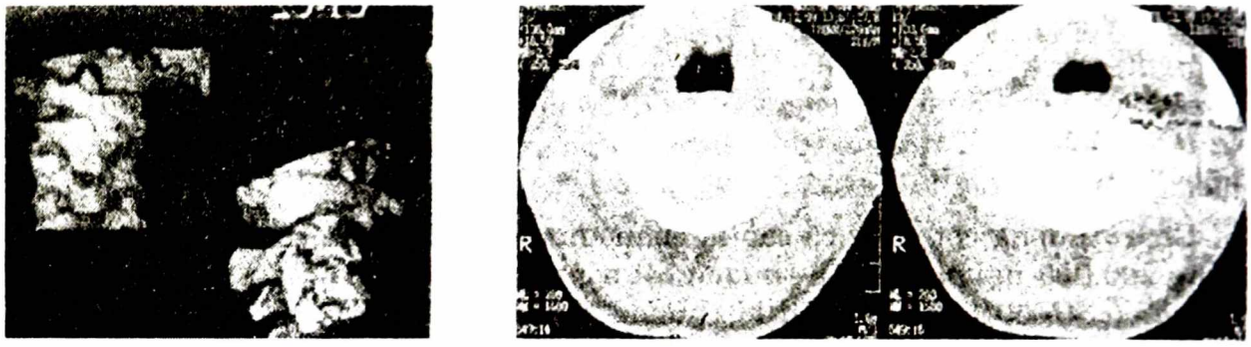


Hình 1.17. Vỡ cung trước C1

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.3. TRẬT $C_1 - C_2$

Có thể gây thương tổn thường là do lực gập – xoay. Có thể trật 1 hoặc 2, đôi khi có gãy mỏm nha phối hợp.



Hình 1.18. Trật $C_1 - C_2$

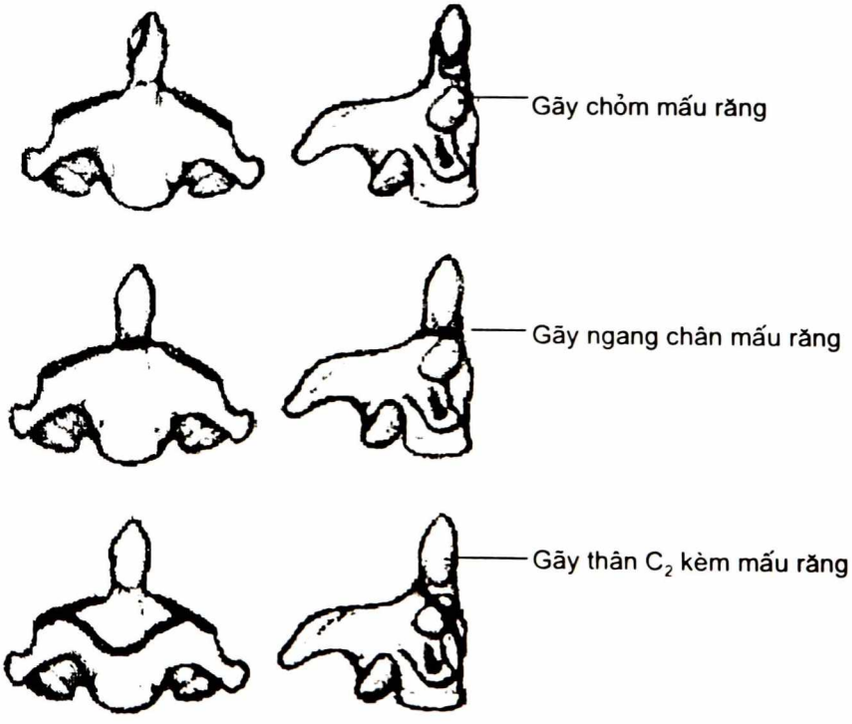
2.4. Gãy mỏm nha

Chiếm 5 – 15% tổng số chấn thương cột sống cổ. Cơ chế thường gặp là gấp hoặc ưỡn quá mức. Gãy mỏm nha được chia làm 3 độ tuỳ thuộc vị trí gãy.

– Độ 1: gãy qua chỏm. Đây là thương tổn vững.

– Độ 2: gãy qua eo. Thương tổn mất vững.

– Độ 3: đường gãy qua thân C_2, thương tổn mất vững những khả năng điều trị bảo tồn cao.



Hình 1.19. Gãy mỏm nha

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.5. Vỡ eo C_2

Chiếm 12 – 18% chấn thương cột sống cổ. Thương tổn từ lâu được gọi là thương tổn của người bị treo cổ (hangman's Fracture), thường do lực kéo giãn và ưỡn quá mức. Thương tổn được chia 4 loại:

– Loại 1: gãy ngang diện khớp, hay trên hoặc dưới khớp một chút. Dị lệch < 3mm, không gập góc

– Loại 2: dị lệch trên 3mm, gập góc tỳ trên C_3.

– Loại A2: gập góc nhưng không di lệch hay di lệch không đáng kể.

– Loại 3: di lệch và gập góc nhiều, kèm trật khớp $C_2 – C_3$.

3. CHẨN ĐOÁN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ CAO

3.1. Lâm sàng

Các dấu hiệu lâm sàng của chấn thương cột sống cổ cao khá nghèo nàn. Giải thích điều này, các tác giả đều cho rằng những bệnh nhân có thương tổn tuỷ nặng thường chết trước khi đến viện vì suy hô hấp. Những bệnh nhân đến được viện thường không có thương tổn thần kinh hoặc thương tổn không hoàn toàn. Vì vậy, không ít bệnh nhân bị bỏ sót thương tổn và chỉ tới viện khi có thương tổn thần kinh thứ phát.



Hình 1.20. Gãy C_2 qua eo, trật $C_2 – C_3$

Một nguyên tắc khi chẩn đoán đối với bệnh nhân đã chấn thương là luôn nghĩ tới chấn thương cột sống cổ, nhất là ở những bệnh nhân hôn mê do chấn thương sọ não. Việc thăm khám đòi hỏi nhanh, đơn giản nhưng phải chính xác.

3.1.1. Hỏi bệnh

Ngoài các thông tin bắt buộc đối với bệnh nhân bị chấn thương nói chung, cơ chế chấn thương có vai trò quan trọng gợi ý thầy thuốc nghĩ tới khả năng chấn

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thương cột sống cổ. Các tư thế làm cổ gập hoặc ưỡn quá mức dễ gây thương tổn cột sống cổ nhất. Các dấu hiệu cơ năng nghĩ tới chấn thương các đốt cổ cao là:

– Đau cổ, đau lan lên chẩm do thương tổn rễ thần kinh C_1 và C_2.

– Cứng cổ, động tác xoay bị hạn chế.

– Một số có cảm giác nuốt vướng nếu trật nhiều.

– Tê bì hoặc dị cảm một hay 2 chi trên.

3.1.2. Khám thực thể

a) Khám tri giác

Khám và đánh giá theo tháng điểm hôn mê Glasgow.

b) Khám tại chỗ

Khám dọc theo cột sống cổ phía sau tìm các điểm đau chói, khối tụ máu hay bầm tím.

c) Khám thần kinh

– Thông thường những bệnh nhân bị thương tổn thường đốt sống cổ cao đến được viện ít khi có tổn thương thần kinh, nếu có cũng chỉ là các rối loạn vận động không hoàn toàn, rối loạn cảm giác (tê bì, dị cảm v.v...) do thương tổn tuỷ không hoàn toàn hay tổn thương rễ.

– Nếu thương tổn tuỷ nặng thường có hiểu hiện rối loạn hô hấp và liệt tứ chi.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xquang quy ước

Đây là phương pháp bắt buộc đối với tất cả những bệnh nhân nghi ngờ có thương tổn cột sống cổ.

Chụp các tư thế thẳng, nghiêng, tư thế thẳng mồm há *(hình 1.21)*. Mục đích để phát hiện thương tổn xương, rõ nhất là gãy mỏm nha và gãy eo C_2. Thương tổn C_1 và trật $C_1 – C_2$ thường khó phát hiện bằng Xquang quy ước.



Hình 1.21. Tư thế mồm há phát hiện gãy mỏm nha

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.2.2. Chụp cắt lớp

Cho phép xác định chính xác thương tổn nghi ngờ trên Xquang quy ước, các thương tổn xương không lấy được trên Xquang, các mảnh xương vỡ trong ống tuỷ *(hình 1.22a)*. Với kỹ thuật tái tạo hình ảnh *(hình 1.22b)* cho phép thấy được thương tổn mỏm nha rất rõ. Ngoài ra chụp cắt lớp còn phát hiện các thương tổn phối hợp.



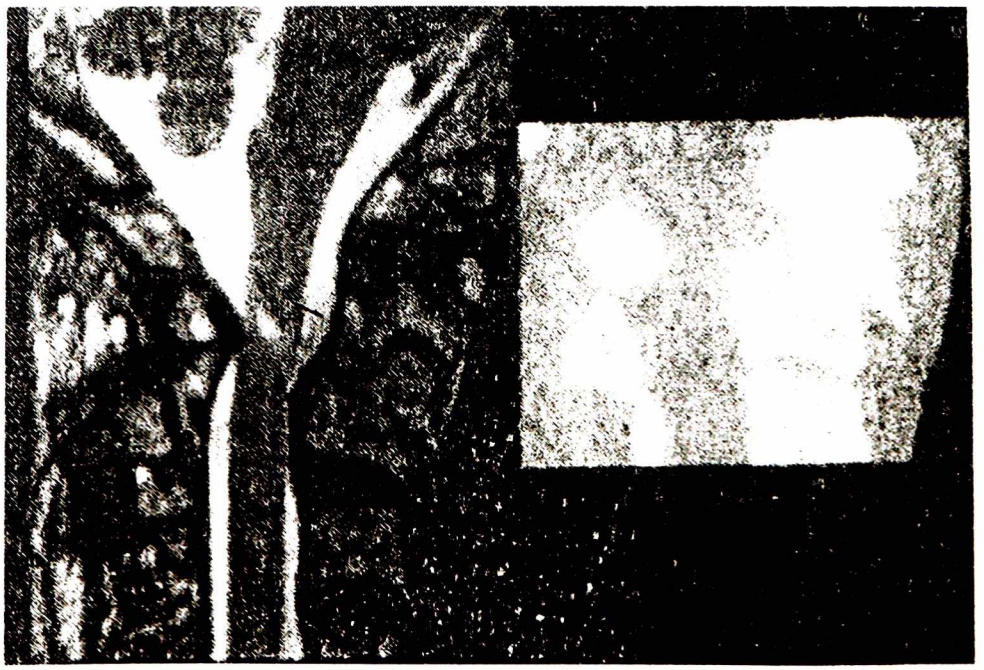
a) Mảnh xương trong ống tuỷ

b) Tái tạo hình ảnh

Hình 1.22

3.2.3. Chụp cộng hưởng từ

Phương pháp chủ yếu để phát hiện các thương tổn tuỷ *(hình 1.23)*, vì vậy vẫn còn ít dùng trong chấn thương đốt sống cổ cao, vì một khi có thương tổn tuỷ, bệnh nhân thường rất nặng. Chỉ định thường dùng nhất là để phát hiện thương tổn thần kinh thứ phát (thương tổn cũ) sau khi thương tổn đốt sống cổ cao bị bỏ sót.



Hình 1.23. Giập tuỷ tương ứng với vị trí gãy mỏm nha

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Xử trí ban đầu

Xử trí ban đầu các chấn thương cột sống cổ nói chung và các đốt cổ cao nói riêng rất quan trọng trong việc hạn chế hậu quả của các thương tổn tiên phát và phòng các thương tổn thứ phát của tuỷ.

– Bất động cột sống cổ là bắt buộc với tất cả các bệnh nhân nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ, nhất là với bệnh nhân hôn mê do chấn thương sọ não, chỉ được phép bó bất động sau khi đã chắc chắn loại trừ thương tổn bằng Xquang quy ước. Tốt nhất là bất động bằng nẹp cổ *(hình 1.24)*, tư thế cổ ngửa, hơi ưỡn. Những nơi không có điều kiện, có thể bất động cổ bằng 2 túi cát hai bên cổ để chống xoay trong khi vận chuyển.

– Hồi sức nếu bệnh nhân có dấu hiệu của thương tổn thần kinh như liệt, rối loạn hô hấp và huyết động: truyền dịch duy trì huyết động, thở oxy, nếu cần thì hô hấp hỗ trợ, đặt ống thông dạ dày tránh trào ngược.

Nếu bệnh nhân được xử trí trong 12 giờ đầu, có thể truyền tĩnh mạch methylprednisolon liều cao (5mg/kg/giờ trong vòng 24 giờ) để hạn chế phù tuỷ.

4.2. Điều trị

Nhiều phương pháp điều trị khác nhau tuỳ thương tổn và tuỳ các trường phái khác nhau.

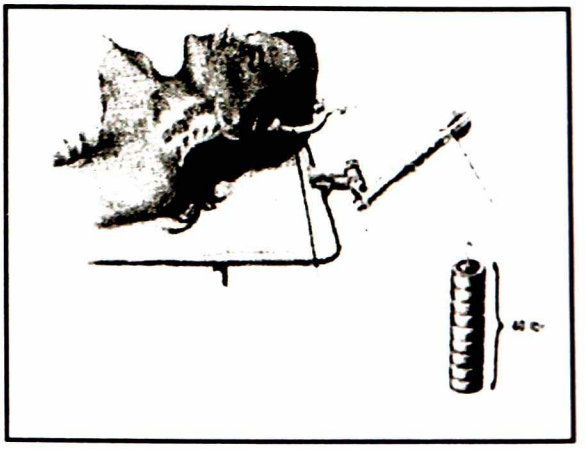
4.2.1. Điều trị bảo tồn

Nẹp cổ *(hình 1.24)*: áp dụng cho những thương tổn vững, hoặc mất vững trong khi chờ mổ hoặc sau mổ: gãy mỏm nha độ 1, độ 3; vỡ eo C_2, độ 1.

– Kéo liên tục *(hình 1.25)*: thường áp dụng để kéo nắn trước mổ đối với các thương tổn cũ, khó nắn trong mổ hoặc thương tổn không mổ được. Nhược điểm của phương pháp là bệnh nhân phải nằm bất động lâu, dễ gây các biến chứng do nằm lâu.



Hình 1.24. Bất động cột sống cổ bằng nẹp



Hình 1.25. Phương pháp kéo liên tục

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Halo – vest *(hình 1.26)*: chỉ định giống như phương pháp kéo liên tục, ưu điểm hơn là bệnh nhân được ngồi dậy sớm hơn, thuận tiện cho chăm sóc.



Hình 1.26. Cố định cột sống cổ bằng Halo – vest

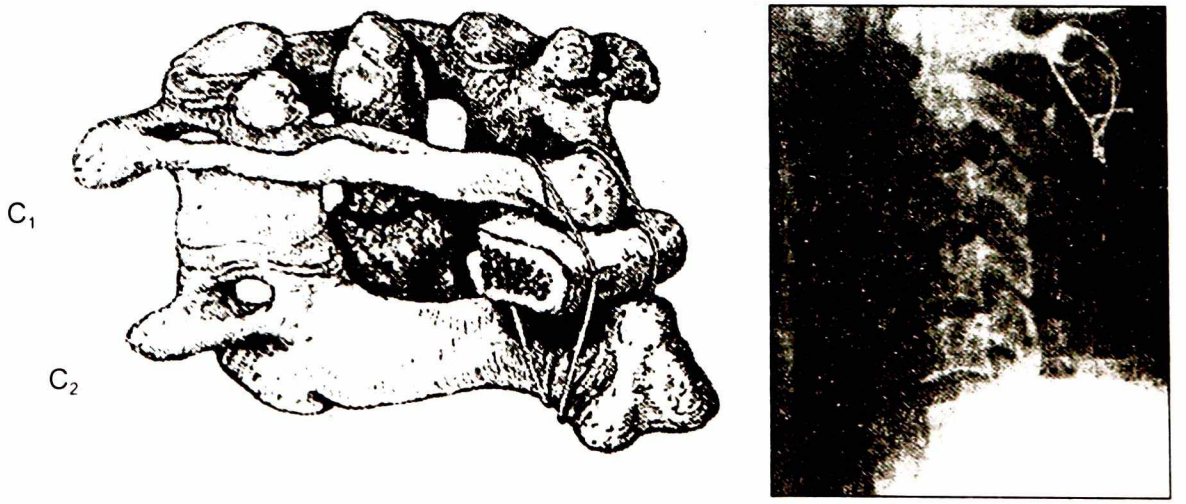
– Kỹ thuật: đầu bệnh nhân được gắn vào một vòng kim loại (halo) bằng 4 vít (2 vít ở trán và 2 vít ở chẩm). Vòng kim loại này được kết nối với 1 áo chỉnh hình (có thể thay bằng bột nhẹ) đã được cố định vào phần ngực và bụng, qua hệ thống thanh trượt. Hàng ngày, công việc nắn và kéo được thực hiện qua hệ thống thanh trượt này.

4.2.2. Phẫu thuật

Mục đích nhằm làm vững cột sống và giải ép nếu có chèn ép. Phương pháp mổ tuỳ thương tổn.

Buộc vòng cung sau C_1 và C_2: áp dụng cho gãy mỏm nha, trật $C_1 – C_2$.

Nhược điểm của phương pháp là khả năng làm vững kém.

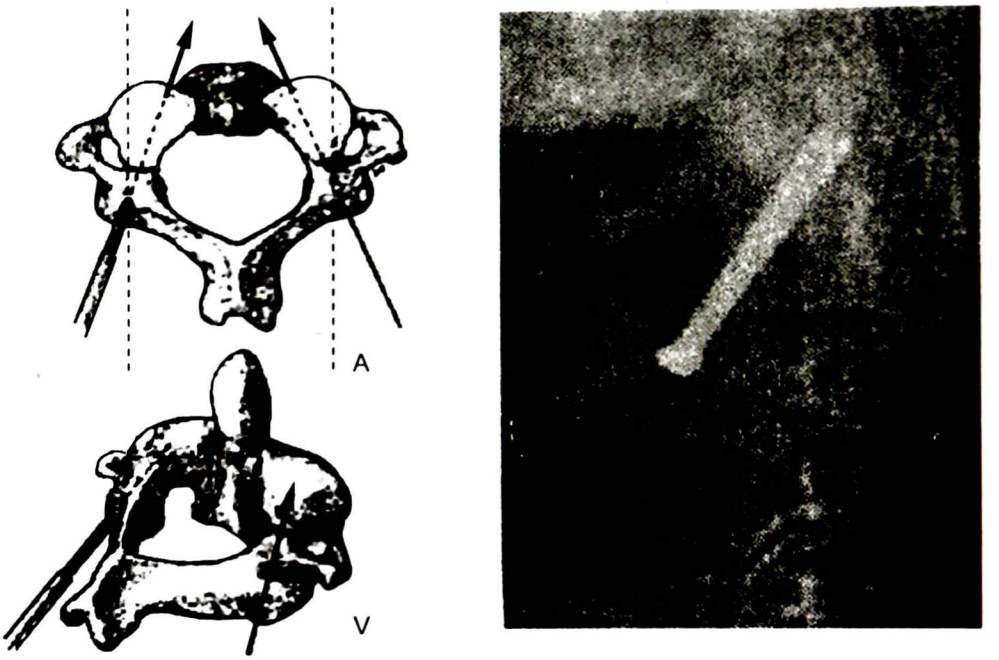


Hình 1.27. Kỹ thuật buộc vòng cố định $C_1 – C_2$

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Vít qua khớp $C_1 - C_2$ qua đường cổ sau *(hình 1.28)*.

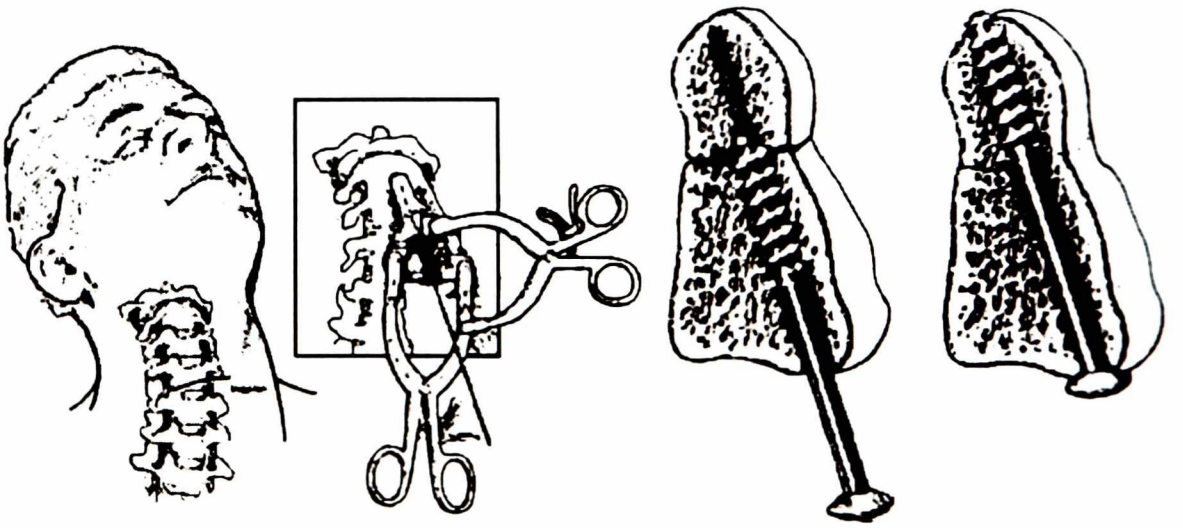
Chỉ định trong trường hợp gãy mỏm nha, trật $C_1 - C_2$. Khả năng làm vững cao.



Hình 1.28. Kỹ thuật vít qua khớp $C_1 - C_2$ từ phía sau

– Vít qua mỏm nha theo đường cổ trước *(hình 1.29)*.

Chỉ định khi gãy mỏm nha không có trật $C_1 - C_2$ phối hợp của ưu điểm phương pháp này là làm vững tốt mà vẫn bảo đảm chức năng khớp $C_1 - C_2$, với điều kiện không có trật $C_1 - C_2$.



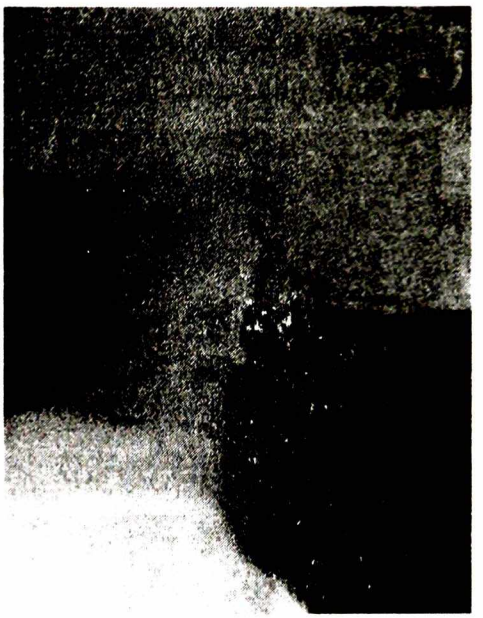
Hình 1.29. Kỹ thuật vít cố định mỏm nha qua ổ gãy

Nẹp vít $C_2 - C_3$ qua đường cổ trước

Áp dụng cho vỡ eo C_2 độ 2 và 3. Sau khi lấy bỏ đĩa đệm bị rách do $C_2 - C_3$,

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

người ta lấy mảnh xương mào chậu ghép vào ổ đĩa đệm $C_2 - C_2$, và nẹp vào C_2 và C_3 *(hình 1.30)*.



Hình 1.30. Nẹp vít $C_2 - C_3 - C_4$ qua đường cổ trước

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Kim Trung. (2001) Đường cổ trước bên trong phẫu thuật bệnh lý cột sống cổ. Tạp chí ngoại khoa số 3, trang 20–23.
2. AlthffB., (1979) Fracture of the Odontoid process. An experimental and clinical Study. Acta Orthp. Scand Suppl 177; 1–95.
3. An derson LD., D' Alonzo RT (1974) Fracture of the odontoid process of the axis J. Bone joint Sufg 56– A: 1663 – 1674.
4. Barbour JR (1971) Screw fixation in fracture of the odonntoid prouth Austral clin 5: 20 –24.
5. Daniel DL Williams Al. Haughton VM. (1983) Computed tomography of the articulations and ligaments at the occipito–atlanto–axial region. Radiology 146: 709– 716.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

16. CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ THẤP

Chấn thương cột sống cổ thấp là thương tổn từ C3 – C7. Thương tổn chiếm 75% chấn thương cột sống cổ nói chung. Đây là thương tổn chính gây tàn tật. Mục đính chính trong việc săn sóc và điều trị các thương tổn này là giảm thiểu mức độ lan rộng của các thương tổn tuỷ, tạo điều kiện hồi phục.

1. PHÂN LOẠI THƯƠNG TỔN

Có nhiều cách phân loại thương tổn, trong đó cách phân loại theo cơ chế thương tổn, hướng lực gây tổn thương cho thấy có giá trị trong thực hành lâm sàng.

1.1. Thương tổn gập: các thương tổn xương thường gặp là:

– Trật khớp: di lệch ra trước và trật khớp hai bên. Đây là thương tổn phần mềm khá nặng (dây chằng, đĩa đệm), thường gây thương tổn tuỷ hoàn toàn hay không hoàn toàn. Cột sống mất vững *(hình 1.31a)*.

– Lún hình chêm: thương tổn vững, ít gây liệt.

– Vỡ hình giọt nước mắt *(hình 1.31b)*: vỡ xương góc trước dưới của thân sống do đốt sống trên gập mạnh đè vào mặt trên đốt sống dưới liền kề.



a) Thương tổn gập b) Vỡ hình giọt nước mắt

Hình 1.31

Vỡ hình giọt nước mắt là hình ảnh gián tiếp của thương tổn dây chằng rất nặng, thường gây thương tổn tuỷ hoàn toàn.

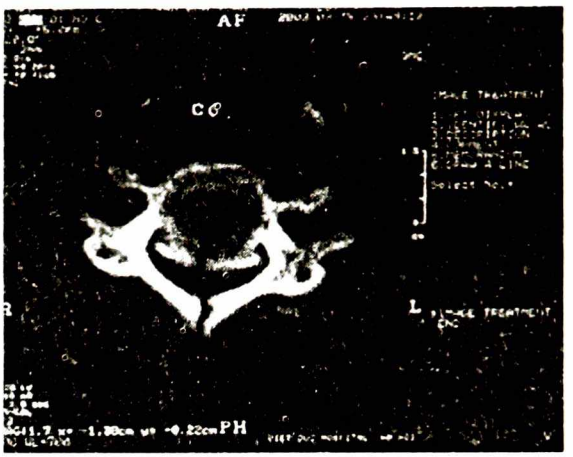
1.2. Thương tổn gập – xoay

Trật khớp một bên, nếu có thương tổn tuỷ thì thường là tổn thương không hoàn toàn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.3. Thương tổn do lực ép dọc

Gây vỡ vụn thân xương *(hình 1.32)*. Tổn thương tuỷ nặng.



Hình 1.32. Vỡ thân xương và gãy cung sau

1.4. Thương tổn ưỡn

– Trật ra sau.
– Vỡ mảnh sống.
– Vỡ + trật.

1.5. Thương tổn ưỡn xoay

Vỡ ụ khớp bên.

1.6. Thương tổn gập bên

Gãy mỏm ngang. Thương tổn vững, ít gây tổn thương tuỷ.

2. CHẨN ĐOÁN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ THẤP

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Hỏi bệnh

– Tình huống và nguyên nhân tai nạn để xác định cơ chế chấn thương.

– Các dấu hiệu cơ năng: đau cổ, cứng cổ, tê hoặc dị cảm dọc cánh tay v.v...

2.1.2. Khám lâm sàng thần kinh

– Tình trạng hô hấp, huyết động, thân nhiệt thường bị rối loạn do thương tổn tuỷ hoàn toàn.

– Khám vận động: đánh giá tình trạng vận động theo thang điểm từ 0 đến 5 điểm, nếu có liệt thì xác định liệt cứng hay mềm, phản xạ gân xương.

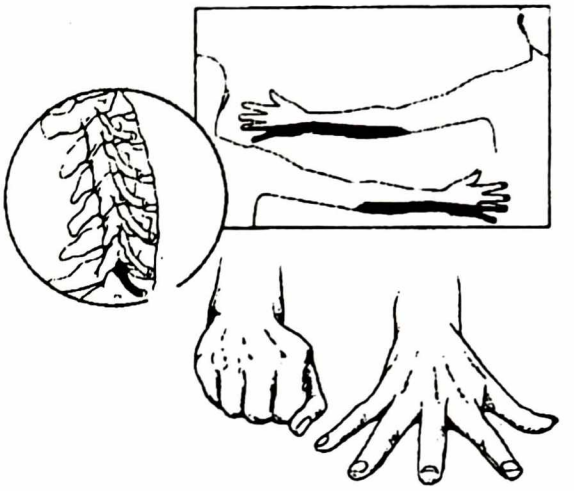
Thang điểm vận động:

0 điểm:	Không vận động
1 điểm:	Có thấy co cơ
2 điểm:	Co cơ không có trọng lực
3 điểm:	Vận động có trọng lực
4 điểm:	Vận động chống lại đối trọng
5 điểm:	Vận động bình thường

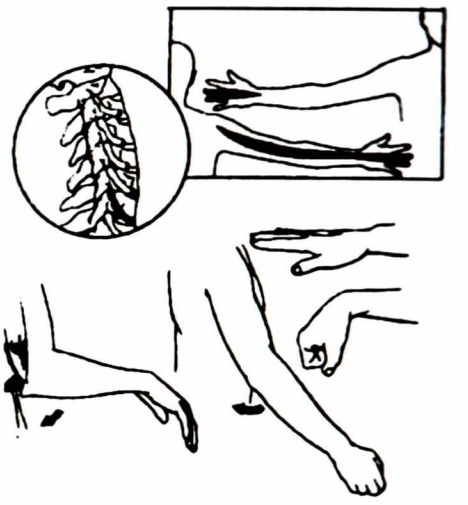
– Khám cảm giác: phải xác định được ranh giới giữa vùng rối loạn cảm giác với vùng cảm giác bình thường để biết vị trí thương tổn.

Hình 1.33a,b,c,d mô tả vùng chi phối cảm giác của các rễ thần kinh thuộc đám rối cánh tay. Một khi xác định được ranh giới vùng rối loạn cảm giác, sẽ giúp xác định vị trí thương tổn tuỷ tương ứng với đốt sống vỡ hay trật.

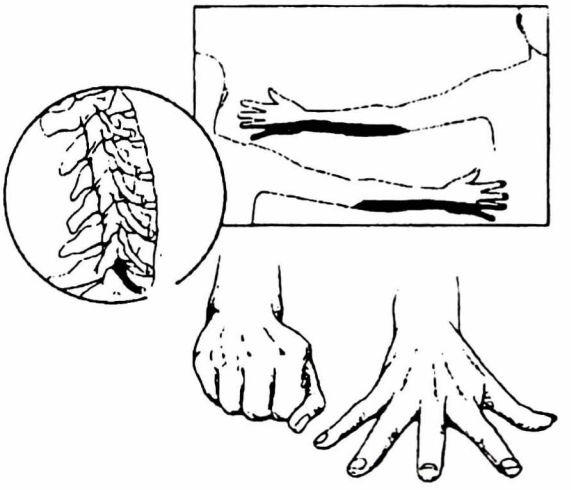
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

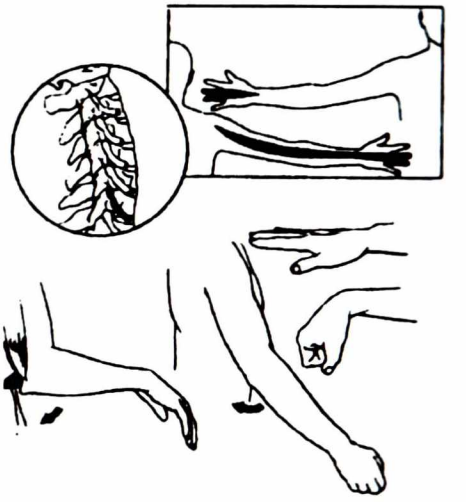


a) Phân vùng cảm giác của C8

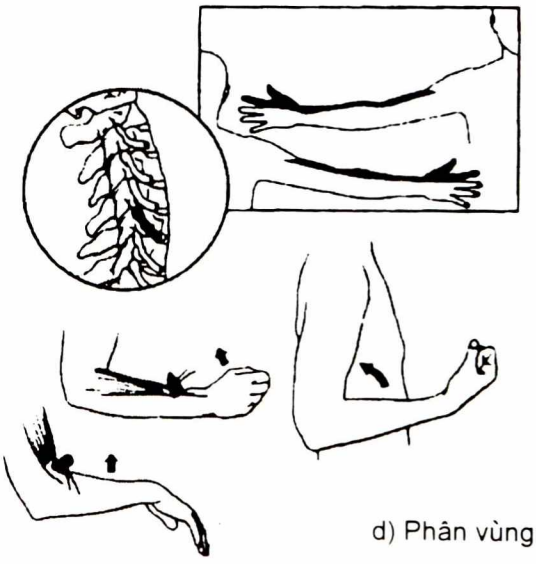


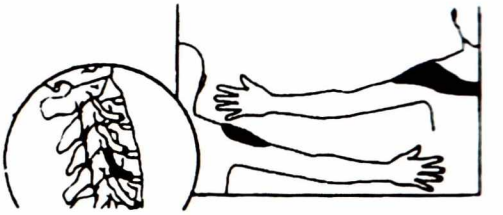
b) Phân vùng cảm giác của C6





c) Phân vùng cảm giác của C8





d) Phân vùng cảm giác của C5

Hình 1.33

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Khám đánh giá tình trạng cơ tròn: đại tiểu tiện, phản xạ cơ thắt hậu môn, dấu hiệu cương cứng dương vật liên tục (priapisme).

Sau khám lâm sàng thần kinh, phải xếp loại bệnh nhân theo hệ thống phân loại Frankel để tiên lượng và theo dõi trong quá trình điều trị.

Phân độ theo Frankel (1969)

Loại A	Mất hoàn toàn vận động và cảm giác dưới thương tổn
Loại B	Bệnh nhân chỉ còn cảm giác dưới thương tổn
Loại C	Bệnh nhân giảm vận động và cảm giác dưới thương tổn
Loại D	Chức năng vận động tốt nhưng chưa bình thường
Loại E	Không có rối loạn vận động và cảm giác dưới thương tổn

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xquang quy ước

Nguyên tắc

– Nếu chụp tốt, đúng nguyên tắc thì 80 – 90% thấy được thương tổn bằng chụp Xquang quy ước.

– Chụp phim thẳng, nghiêng và chếch 3/4 để tìm thương tổn xương.

– Phim chụp phải thấy được các đốt sống từ $C_1 - D_1$.

Các yếu tố cần nhận định là *(hình 1.34)*:

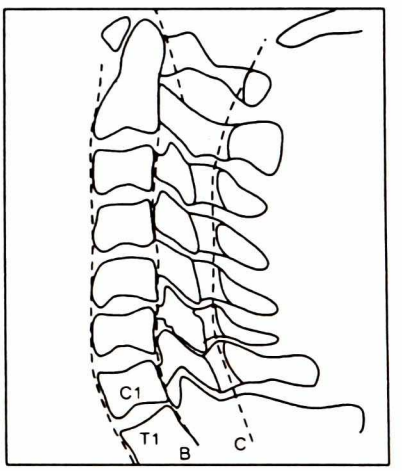
– Đường cong sinh lý và sự liên tục của cột sống.

– Trạng thái nguyên vẹn của các đốt sống.

– Khoảng cách giữa các đốt sống và các khớp.

– Chiều dày phần mềm trước cột sống.

Hình 1.34 mô tả ba trục cần phân tích kỹ khi đọc thương tổn để tránh bỏ sót.



Hình 1.34. Các trục cơ bản khi đọc phim

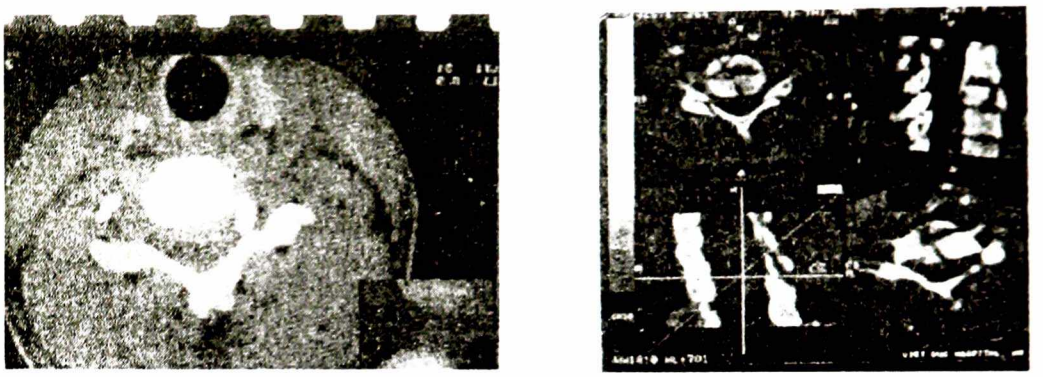
Trục A: Phần mềm trước cột sống và bờ trước thân đốt sống; Trục B: Sự liên tục của bờ sau thân đốt cột sống; Trục C: Các thành phần sau ống tuỷ (mảnh sống, cung sau, gai sau).

2.2.2. Chụp cắt lớp cột sống

Vị trí cắt lớp được xác định trên lâm sàng (ranh giới vùng rối loạn cảm giác với vùng bình thường) và trên hình ảnh nghi ngờ của Xquang quy ước.

Cho phép phân tích chi tiết thương tổn xương để xác định tình trạng mất vững; hình ảnh chèn ép ống tuỷ do các mảnh xương và đĩa đệm *(hình 1.35)*.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



a) Vỡ vụn thân xương b) Thoát vị đĩa đệm

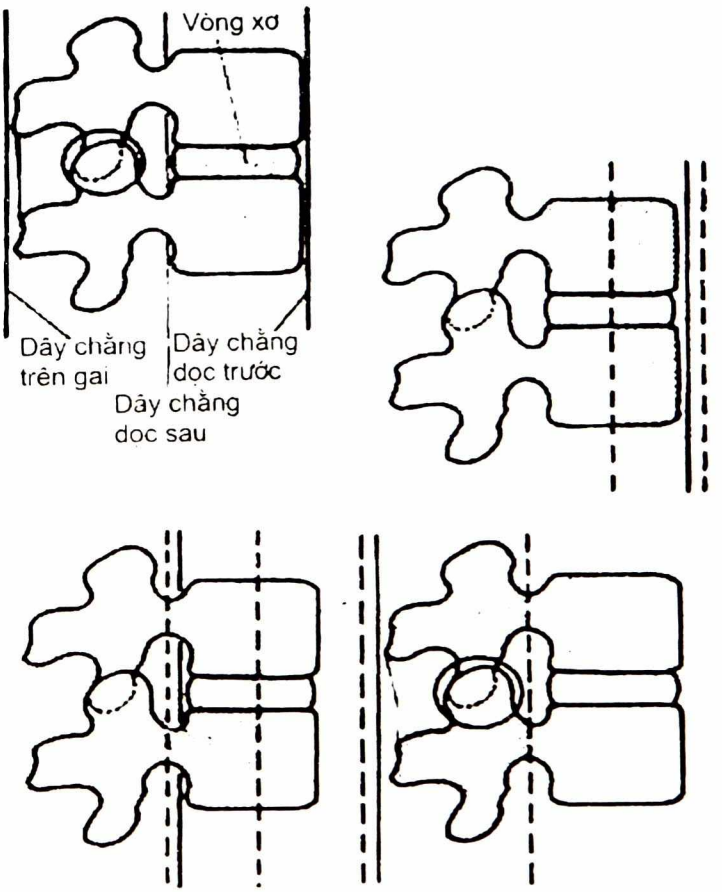
Hình 1.35

2.2.3. Chụp cộng hưởng từ

Được chỉ định khi trên lâm sàng có thương tổn thần kinh, đây là phương pháp rất tốt để phát hiện thương tổn tuỷ, nhưng hiện nay ở Việt Nam vẫn còn ít được áp dụng vì chưa triển khai trong cấp cứu và đắt tiền.

2.3. Xác định tình trạng mất vững

Dựa theo thuyết 3 trục của Dennis *(hình 1.36)*:



Hình 1.36. Các trục của Dennis khi xác định tình trạng mất vững

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Trục trước: 1/3 trước thân đốt sống, đĩa đệm và dây chằng dọc trước.

– Trục giữa: 1/3 sau thân đốt sống, đĩa đệm, dây chằng dọc sau, chân cuống và cung sau.

– Trục sau: gai sau, gai ngang và dây chằng trên gai.

Các thương tổn được coi là mất vững khi có thương tổn và các thành phần của trục giữa.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Sơ cứu

– Bệnh nhân không liệt.

+ Bất động bằng nẹp cổ.

+ Giảm đau.

– Bệnh nhân có liệt.

+ Bất động bằng nẹp cổ.

+ Hồi sức: thở oxy, hô hấp hỗ trợ nếu có liệt cơ hô hấp.

+ Truyền dịch để ổn định huyết động, giữ thân nhiệt ổn định.

+ Corticoid liều cao nếu bệnh nhân đến sớm trước 12 giờ.

+ Ống thông tiểu và ống thông dạ dày.

3.2. Điều trị thực thụ

3.2.1. Điều trị bảo tồn: thường áp dụng kéo nắn trước mổ đối với các trường hợp khó nắn trong mổ (xem phần điều trị bảo tồn thương tổn cột sống cổ cao).

– Kéo liên tục.

– Halo – vest.

3.2.2. Phẫu thuật

Mục đích: Nhìn chung, phẫu thuật các thương tổn cột sống cổ thấp nhằm hạn chế hậu quả các thương tổn tiên phát và phòng các thương tổn thứ phát của tuỷ, làm vững cột sống tạo điều kiện cho săn sóc và phục hồi chức năng.

Chỉ định

– Chèn ép tuỷ.

– Cột sống mất vững.

Kỹ thuật *(hình 1.37)*

Có 2 đường mổ chính

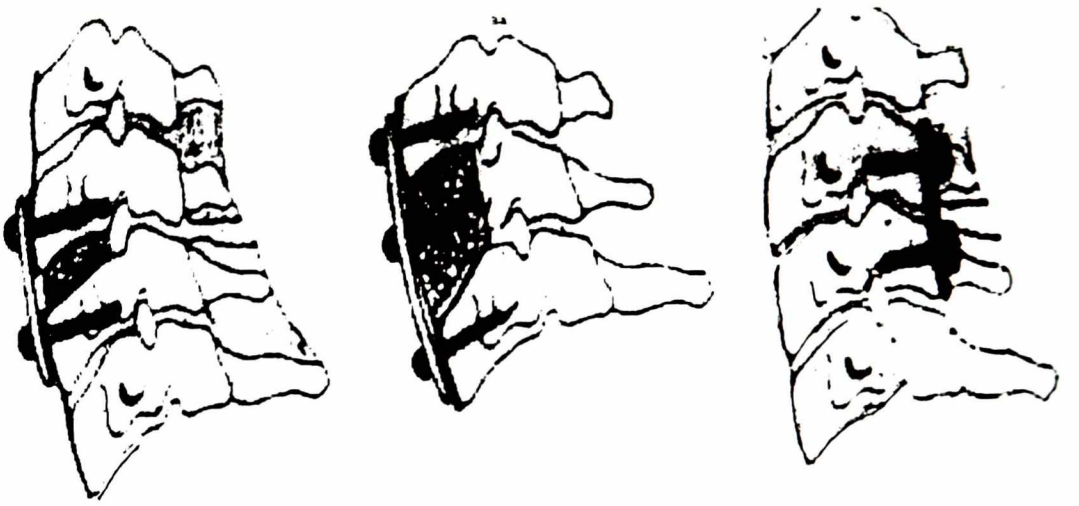
– Đường cổ trước: làm vững cột sống chắc hơn nhờ vít trực tiếp vào thân đốt sống, ít phá huỷ cơ, giải quyết các yếu tố gây chèn ép trực tiếp (thân xương, đĩa đệm). Có 2 kỹ thuật chính:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Lấy đĩa đệm + ghép xương + nẹp vít: khi có tổn thương dây chằng, đĩa đệm.

+ Lấy thân xương + ghép xương + nép vít: khi có thương tổn vỡ vụn thân xương.

– Đường cổ sau: Thường áp dụng với các thương tổn gãy cài khớp, không nắn chỉnh được bằng đường trước, hoặc khi yếu tố chèn ép từ sau (máu tụ).



Hình 1.37

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Kim Trung. Tạp chí Y học Việt Nam số 6,7,8/ 1998. Tập 225. (1998).
2. Allen BL Ferguson RL, Lehmann JR, O' Brien RP. (1982) A mechanistic classification of closed, indirect fractures and dislocations of the lower cervical spine 7: 1–27.
3. Anderson PA, Bohlman HH. (1992) Anterior decompression and arthrodesis in patients with motor complete cervical spinal cord injury. long–term neurologic recovery in 52 patients. Part ll. J. Bone joint Surg 74: 683–692.
4. Dreyzin V, Esses SJ. (1993), Trauma of the cervical spine. Curr opin Orthop 1993; 4(II): 78–88.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

17. CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG LƯNG – THẮT LƯNG CÓ THƯƠNG TỔN THẦN KINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong tất cả các thương tổn của cột sống lưng – thắt lưng thì 70% trường hợp do chấn thương (30% do bệnh lý), trong đó có quá nửa do tai nạn giao thông. Ở Mỹ, hàng năm có khoảng 10.000 trường hợp bị chấn thương cột sống, với quá nửa do tai nạn giao thông. Đây là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong và tàn tật.

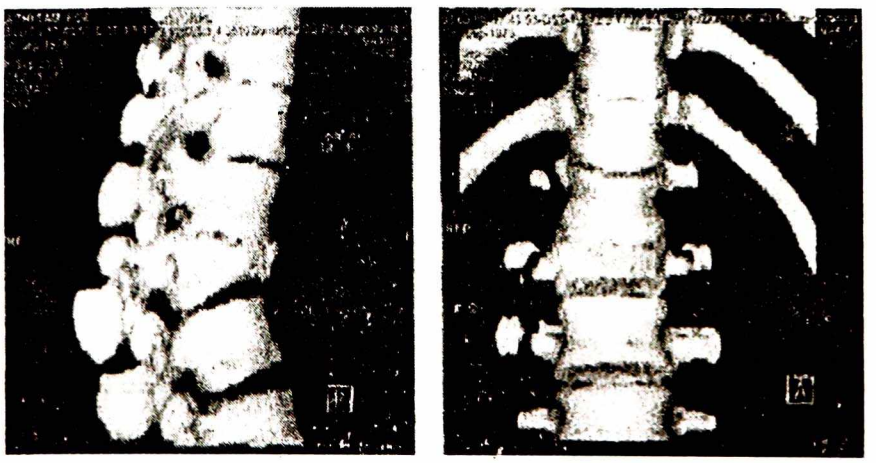
Hiện nay, việc quản lý chấn thương cột sống có thương tổn thần kinh vẫn là một thách thức đối với sự nghiệp chăm sóc sức khoẻ cộng đồng, bao gồm: xử trí ban đầu, hồi sức, phẫu thuật và phục hồi chức năng. Mục đích chính của việc quản lý này là hạn chế các hậu quả của thương tổn nguyên phát và hạn chế các thương tổn thứ phát.

2. CÁC THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU CỦA CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG LƯNG – THẮT LƯNG

Tính di động của vùng lưng – thắt lưng (T10 – L5) cao hơn vùng ngực (T1 – T9), do cột sống vùng ngực còn được sự nâng đỡ của khung sườn và xương ức. Điểm yếu khi có chấn thương chính là vùng bản lề lưng – thắt lưng (T12 – L1).

Các thương tổn do chấn thương vùng lưng – thắt lưng được chia làm 3 nhóm: Lún hình chêm, vỡ vụn, vỡ – trật.

– Lún hình chêm *(hình 1.38)* gây ra do lực gấp. Nếu lún vừa phải thường là gãy vững, nhất là ở đoạn ngực. Thương tổn loại này chỉ gây mất vững khi lún nhiều đốt liền nhau hoặc lún quá 50% chiều cao phần trước thân đốt sống, gây gập góc nhiều. Những trường hợp lún nặng thường kết hợp với gãy mảnh sống và chân cuống.

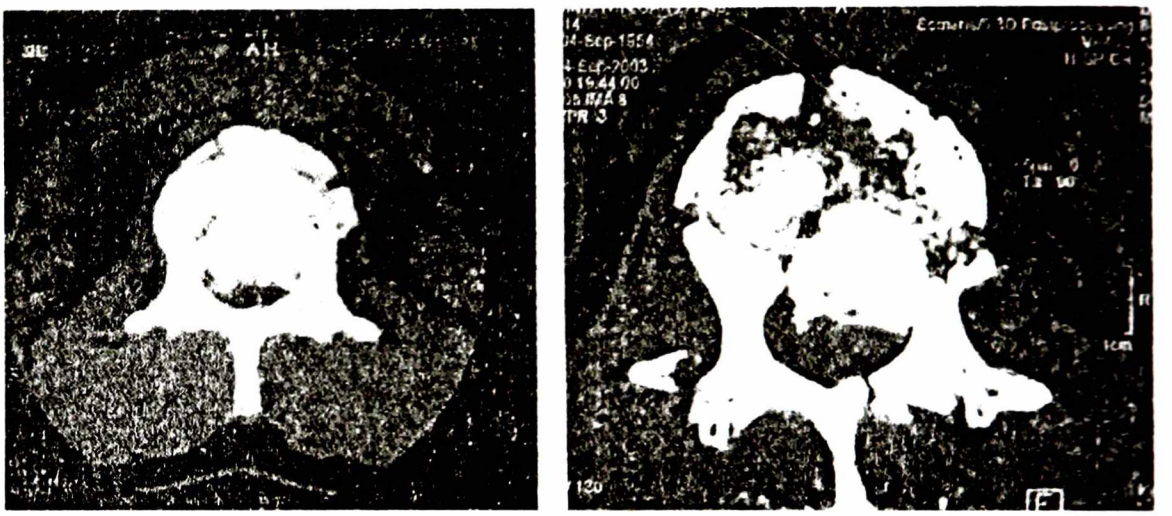


Hình 1.38. Lún hình chêm

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Vỡ vụn thân đốt sống *(hình 1.39)*: do lực ép theo trục thẳng đứng, thường phối hợp với gập góc mức độ khác nhau.

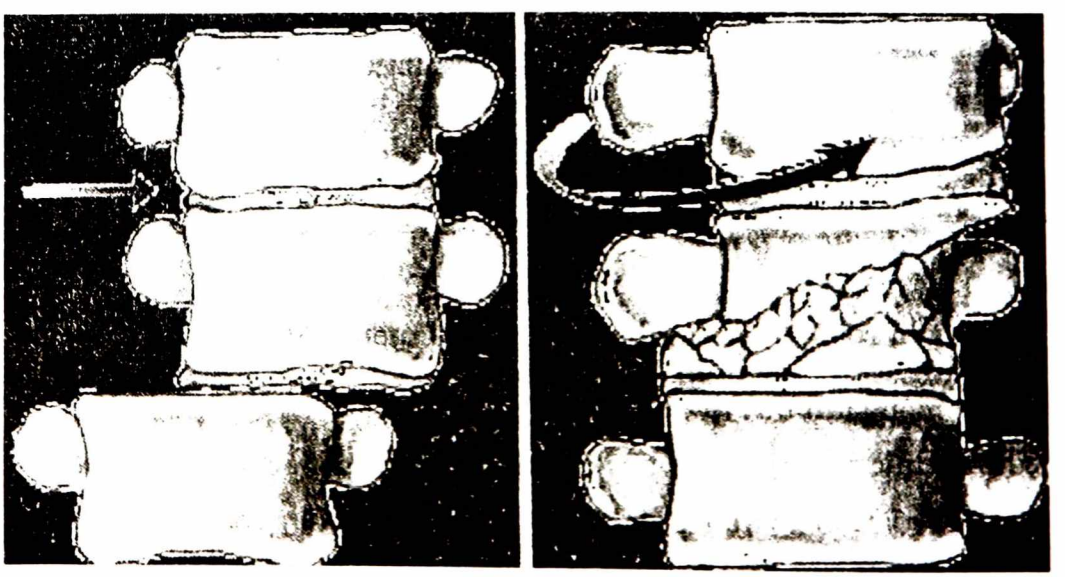
Thương tổn cả thành trước và sau thân đốt sống. Những trường hợp vỡ vụn nặng hay kèm tổn thương các thành phần phía sau và giãn rộng khoảng cách chân cuống 2 bên. Màng cứng cũng hay bị rách trong trường hợp này và tuỷ thường bị chèn ép bởi các mảnh xương vỡ.



Hình 1.39. Thân đốt sống bị vỡ vụn

Trật đốt sống *(hình 1.40a,b)*: do lực gập quá mức kết hợp với xoay.

Nếu chỉ có dây chằng dọc sau hoặc cấu trúc xương phía sau bị rách thì thường không có tổn thương thần kinh. Khi có hiện tượng trật thân đốt sống sẽ gây liệt hoàn toàn, ít khi có liệt không hoàn toàn. Vì vậy, với loại thương tổn này, thường không có liệt hoặc liệt hoàn toàn. Liệt không hoàn toàn chỉ xảy ra khi có bán trật.



a) Trật bên

b) Trật xoay

Hình 1.40

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. CHẨN ĐOÁN

Điều cơ bản trong chẩn đoán chấn thương cột sống lưng – thắt lưng có thương tổn thần kinh là phân biệt được chính xác về lâm sàng giữa thương tổn tuỷ hoàn toàn và không hoàn toàn, điều này đôi khi khó khăn, nhưng rất quan trọng không những giúp cho vấn đề tiên lượng mà còn giúp phẫu thuật viên trong chỉ định mổ và xác định độ cấp cứu.

Các tình huống trong chẩn đoán chấn thương cột sống lưng – thắt lưng thường khác nhau: sẽ dễ dàng nếu chỉ có thương tổn cột sống đơn thuần, nhưng sẽ khó khăn nếu tổn thương cột sống nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương, đặc biệt ở bệnh nhân hôn mê. Trong bất cứ trạng thái nào thì các bước chẩn đoán đều đòi hỏi chính xác và đầy đủ.

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Hỏi bệnh

Ngoài các thông tin thông thường cần khai thác trên bệnh nhân đa chấn thương, cần tìm hiểu cơ chế chấn thương, các dấu hiệu cơ năng như đau cột sống, tê bì 2 chân, dị cảm v.v...

3.1.2. Khám vận động

Khám vận động từng nhóm cơ và cho điểm theo thang điểm vận động của hội chấn thương tuỷ của Mỹ, từ 0 đến 5 điểm.

– 0 điểm: Không cử động.

– 1 điểm: Có hiện tượng co cơ.

– 2 điểm: Vận động không có trọng lực.

– 3 điểm: Vận động có trọng lực nhưng không thắng được đối trọng.

– 4 điểm: Vận động có đối trọng.

– 5 điểm: Vận động bình thường.

Cùng với việc đánh giá vận động theo thang điểm, cần phải khám phản xạ gân xương để xác định bệnh nhân liệt cứng hay liệt mềm.

3.1.3. Khám cảm giác

Khám cảm giác nông và sâu, xác định được ranh giới giữa vùng cảm giác bình thường và vùng bị rối loạn để ước lượng tầng tuỷ tương ứng bị tổn thương dựa trên sơ đồ phân vùng cảm giác bình thường *(hình 1.41)*. Không được quên khám cảm giác vùng hậu môn sinh dục.

Các hình thức rối loạn cảm giác có thể là mất cảm giác, giảm cảm giác hay dị cảm.

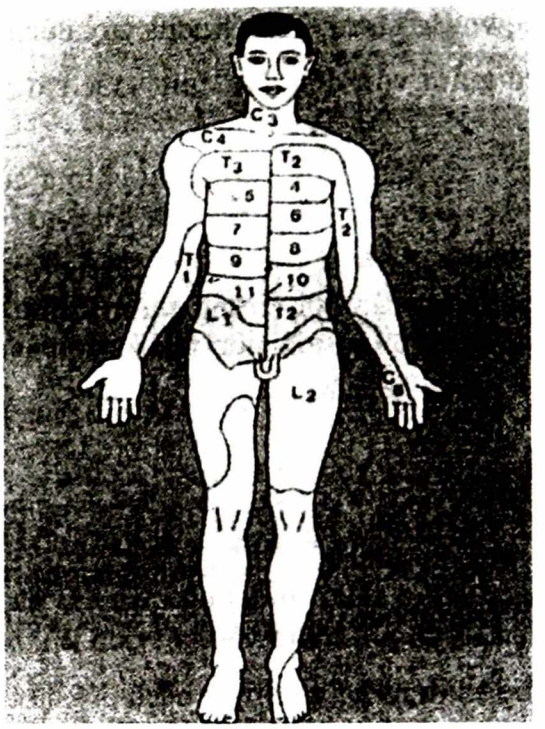
3.1.4. Khám các rối loạn cơ tròn

– Cơ thắt hậu môn có thể ở dạng nhão hoặc tăng trương lực. Không được lẫn lộn giữa biểu hiện co thắt chủ động với dấu hiệu co thắt sớm bệnh lý.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Rối loạn cơ tròn của bàng quang thể hiện ở dạng bí tiểu (cầu BQ) hoặc tiểu tiện không tự chủ đòi hỏi phải đặt ống thông bàng quang.

– Khám phản xạ co thắt hậu môn và phản xạ hàng hang.



Hình 1.41. Sơ đồ phân vùng cảm giác bình thường

Sau các bước khám lâm sàng, cần phân loại bệnh nhân theo hệ thống phân loại Frankel

Phân độ theo Frankel (1969)

Loại A	Mất hoàn toàn vận động và cảm giác dưới thương tổn
Loại B	Bệnh nhân chỉ còn cảm giác dưới thương tổn
Loại C	Bệnh nhân giảm vận động và cảm giác dưới thương tổn
Loại D	Chức năng vận động tốt nhưng chưa bình thường
Loại E	Không có rối loạn vận động và cảm giác dưới thương tổn

Dựa vào kết quả khám lâm sàng, có thể phần nào xác định được hội chứng thương tổn thần kinh và vị trí thương tổn.

Hội chứng đứt tuỷ hoàn toàn: hoàn toàn không có một chút vận động và cảm giác nào dưới thương tổn (Frankel A), mất hoàn toàn phản xạ ở giai đoạn đầu, các phản xạ tự động tuỷ ở giai đoạn sau. Đặc biệt, nếu có các dấu hiệu cương cứng dương vật liên tục hoặc mất hoàn toàn phản xạ cơ thắt hậu môn có thể chắc chắn hội chứng thương tổn tuỷ hoàn toàn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hội chứng thương tổn tuỷ không hoàn toàn: Khi bệnh nhân có biểu hiện vận động hay cảm giác dù chỉ một chút ở dưới thương tổn, đều phải coi đó là thương tổn tuỷ không hoàn toàn, tiên lượng khác hơn hội chứng đứt tuỷ, nhưng tuỳ thuộc vào các thương tổn giải phẫu khác nhau.

+ Hội chứng tuỷ trước: liệt vận động và mất cảm giác đau và nhiệt, còn cảm giác sâu.

+ Hội chứng tuỷ trung tâm: giảm vận động, còn cảm giác vùng rìa hậu môn và mất cảm giác đau – nhiệt ở vùng tương ứng.

+ Hội chứng Brown Sequard: tổn thương tuỷ bên.

Bên thương tổn có giảm vận động và cảm giác sâu, mất hay giảm cảm giác nông bên đối diện.

– Xác định vị trí thương tổn: dựa vào triệu chứng của thương tổn rễ và tuỷ, chính xác nhất vẫn là xác định ranh giới rối loạn cảm giác dựa trên sơ đồ phân vùng cảm giác.

– Theo dõi tiến triển của các hội chứng thần kinh: dựa trên kết quả khám lâm sàng ban đầu, phải đánh giá tiến triển của các hội chứng này: khá hơn hay xấu đi để có thái độ xử trí.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xquang quy ước (hình 1.42)

Đây là phương pháp chẩn đoán bắt buộc với tất cả bệnh nhân nghi ngờ có thương tổn cột sống. Vị trí chụp phải dựa vào kết quả khám lâm sàng thần kinh.



Hình 1.42. Trật L1 – L2 trên Xquang

Cần chụp các tư thế thẳng và nghiêng, chếch 3/4 để tránh sót thương tổn khi nhận định thương tổn cần tập trung vào các phần sau.

– Sự liên tục của trục liên kết bờ trước và sau các thân đốt sống.

– Các đường vỡ của thân đốt sống.

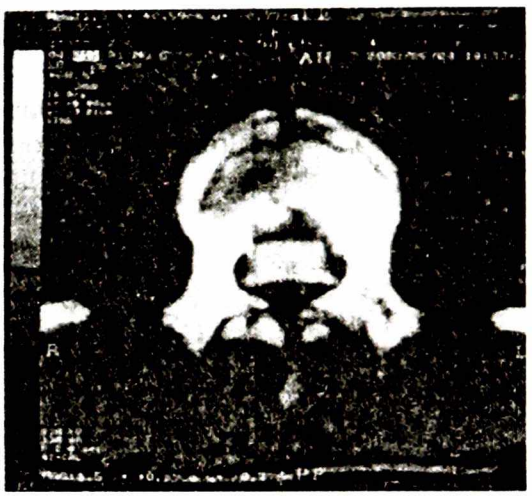
– Chiều cao thân đốt sống và khoảng gian đốt, mỏm khớp, gai sống v.v...

Cần lưu ý thương tổn cột sống đoạn bản lề lưng – thắt lưng (T11, T12, L1, L2) hay gây tụ máu sau phúc mạc và chấn thương ngực phối hợp, nên chụp Xquang ngực hàng loạt cho những bệnh nhân này.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.2.2. Chụp cắt lớp cột sống

Chụp cắt lớp cột sống cho phép phân tích tỉ mỉ các thương tổn xương, giúp xác định chính xác thương tổn nghi ngờ trên Xquang quy ước, hoặc xác định thương tổn đoạn ngực, nơi mà Xquang quy ước khó thấy rõ thương tổn. Ngoài ra, các mảnh xương chèn ép vào ống tuỷ cũng được thấy rõ trên phim chụp cắt lớp *(hình 1.43)*.

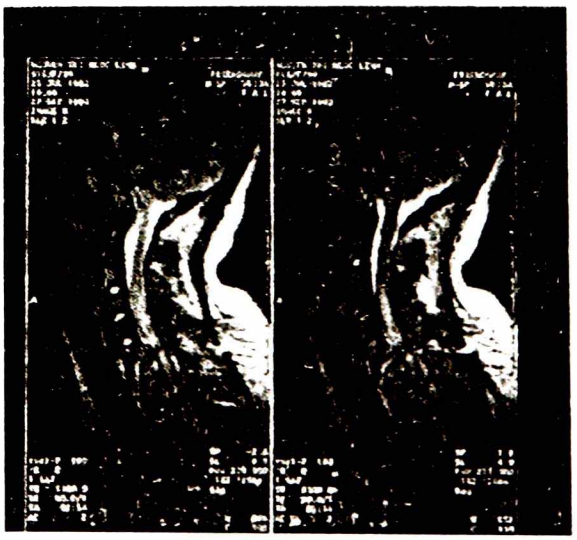


Hình 1.43. Mảnh xương chèn vào ống tuỷ

3.2.3. Chụp cộng hưởng từ

Chụp cộng hưởng từ chủ yếu được chỉ định đối với chấn thương cột sống có thương tổn thần kinh. Phương pháp này cho phép thấy trực tiếp các thương tổn tuỷ, phân biệt được giữa giập phù tuỷ với chảy máu trong tuỷ, đây là yếu tố tiên lượng rất quan trọng.

Trong trường hợp chấn thương tuỷ mà không có thương tổn xương, nhưng bệnh nhân lại có các triệu chứng thần kinh thì chụp cộng hưởng từ có thể xác định chính xác thương tổn *(hình 1.44)*.



Hình 1.44. Chảy máu tuỷ giai đoạn bán cấp

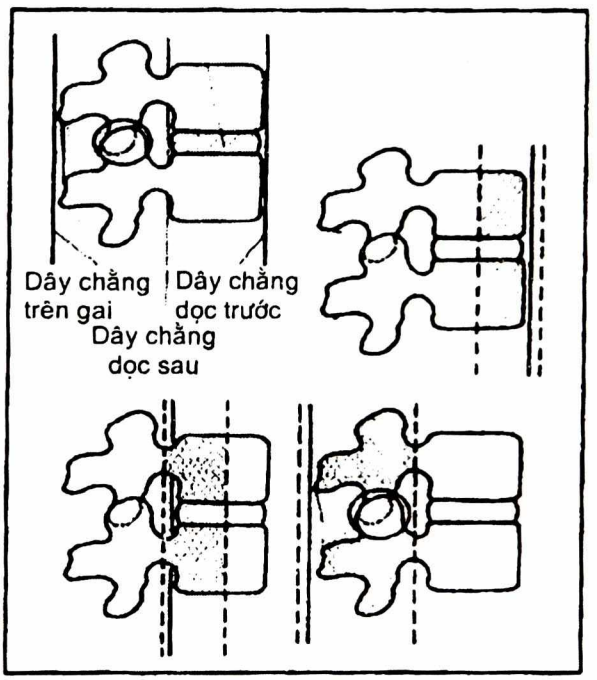
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Gập tuỷ có phù: tăng tín hiệu trên T2.

– Chảy máu tuỷ: ở giai đoạn cấp tính thấy hình ảnh giảm tín hiệu trên T2; giai đoạn bán cấp thấy tăng tín hiệu trên T1.

Chụp cộng hưởng từ cũng cho phép thấy các thương tổn muộn do di chứng của chấn thương tuỷ: teo tuỷ hay ứ nước trong tuỷ (hydrromyelie).

Điều quan trọng đối với chẩn đoán hình ảnh chấn thương cột sống, ngoài việc xác định thương tổn, cần phải biết chắc chắn đây là thương tổn vững hay mất vững. Có nhiều cách xác định khác nhau, nhưng phổ biến nhất là phân loại dựa theo 3 cột của Dennis *(hình 1.45)*.



Hình 1.45. Các cột theo phân loại Dennis

– Cột trước: gồm dây chằng dọc trước, phần trước của thân đốt sống và ống sụn của đĩa đệm.

– Cột giữa: gồm dây chằng dọc sau, phần sau của thân đốt sống và của đĩa đệm.

– Cột sau: gồm tất cả cấu trúc xương và dây chằng phía sau cột giữa.

Khi có tổn thương các thành phần của cột giữa phải như mất vững. Tóm lại trong phần lớn các trường hợp, Xquang quy ước có thể cho thấy tổn thương xương do chấn thương và giúp khẳng định hay nghi ngờ cột sống mất vững. Khi bệnh nhân có dấu hiệu thần kinh, cần chụp cắt lớp hay cộng hưởng từ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Chiến lược điều trị cấp cứu

Mục tiêu điều trị

– Phòng ngừa tổn thương tuỷ nặng hơn, tránh thương tổn thứ phát.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Nắn cố định thương tổn xương.

– Phòng các biến chứng của thương tổn tuỷ.

– Hồi phục chức năng.

4.1.1. Phẫu thuật giảm ép và cố định

Mục đích của phẫu thuật là giải toả chèn ép và cố định cột sống mất vững, qua đó phẫu thuật viên có thể chọn đường mổ và thời gian mổ thích hợp. Xu hướng chung là mổ sớm.

4.1.2. Điều trị phòng thương tổn thứ phát và tái tạo thần kinh

Tổn thương thứ phát là thương tổn neuron và tổ chức đệm ở giai đoạn sau do các thương tổn tiên phát.

– Steroid: Methylprednisolon (Solumedrol).

– Thời gian cửa sổ: 8 giờ đầu.

– Cách dùng: truyền tĩnh mạch.

+ 30mg/kg/15 phút. Nhắc lại liều này sau 45 phút.

+ 23 giờ tiếp theo: truyền tĩnh mạch duy trì 5mg/kg/giờ.

– Solumedrol không có tác dụng với vết thương tuỷ và chấn thương kín vùng đuôi ngựa, ngược lại tăng nguy cơ nhiễm trùng và chảy máu dạ dày.

4.1.3. Kiểm soát huyết động: do mất máu, rối loạn thần kinh thực vật gây giãn mạch.

Cần duy trì huyết áp động mạch từ 110mmHg – 140mmHg để đảm bảo lưu lượng tưới máu tuỷ.

4.1.4. Chống loét và vận động sớm

– Vận động sớm cho phép phòng loét, biến chứng phổi, tắc mạch ở sâu và mạch phổi.

– Phẫu thuật tạo điều kiện ngồi dậy sớm.

4.1.5. Săn sóc bàng quang

– Đặt ống thông tiểu tránh bàng quang căng và suy thận.

– Phòng nhiễm trùng bàng quang.

– Tập phản xạ: kẹp ống thông ngắt quãng.

4.2. Xử trí chấn thương cột sống lưng – thắt lưng

4.2.1. Sơ cứu

– Bất động: nằm nền cứng.

– Giảm đau.

– Hồi sức: chủ yếu kiểm soát tuần hoàn, đảm bảo tưới máu tuỷ.

– Phát hiện các thương tổn hay kèm theo: ngực, bụng.

– Thông tiểu.

– Vận chuyển ngay tới cơ sở chuyên khoa.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.2.2. Các phương pháp điều trị

– Chỉ định mổ

+ Chèn ép tuỷ.

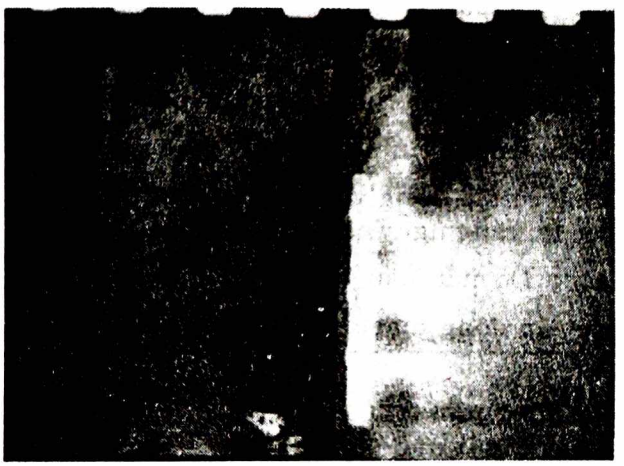
+ Cột sống mất vững.

+ Cột sống biến dạng.

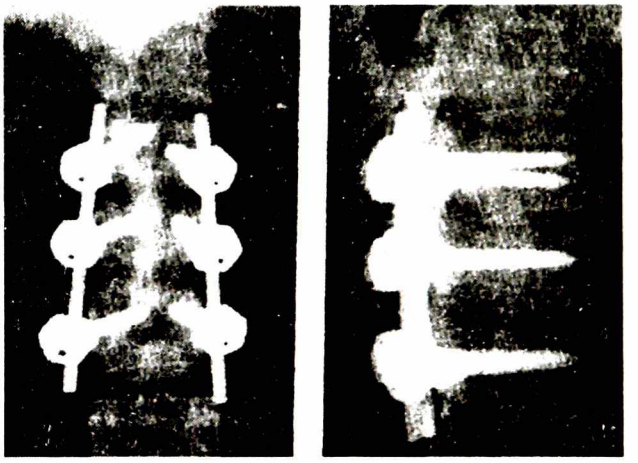
– Phương pháp

+ Mở cung sau giải toả tuỷ.

+ Cố định cột sống bằng nẹp *(hình 1.46 – 1.47)*.



Hình 1.46. Nẹp vít từ phía sau (trước và sau mổ)



Hình 1.47. Chụp kiểm tra sau mổ nẹp vít

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bohlman HH. Eismont FJ. Surgical technique of anteror decompression and fusion for spinal cord injuries. Clin Orthop 1981; 154:57.
2. Bohlman HH. Treatment of fractures and dislocations of the thoracic and lumbar spine – Current concepts review. J. Bone Joint Surg (Am) 1985; 56:165.
3. Denis F. The three column concept and its signification in the classification of acute thoracolumbar spine injuries. Spine 1983; 8:817.
4. Foster RW. Computed tomography of spinal trauma. Spine: State of the Art reviews 1988; 2: 427.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

18. VẾT THƯƠNG TUỶ

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương tuỷ là một trong những loại vết thương rất nguy hiểm và thường phối hợp với các vết thương của các phủ tạng khác như bụng và ngực, đòi hỏi cấp cứu ngay.

Vết thương tuỷ do hỏa khí trong thời kỳ chiến tranh thế giới có tỷ lệ tử vong rất cao (từ 60 đến 70%). Tỷ lệ tử vong chỉ giảm đi (14 – 16%) cùng với sự tiến bộ của điều trị sốc, phẫu thuật thần kinh, kháng sinh v.v...

Vết thương tuỷ do vũ khí lạnh có tiên lượng tốt hơn và thường gây thương tổn tuỷ không hoàn toàn.

2. CƠ CHẾ VÀ PHÂN LOẠI THƯƠNG TỔN

2.1. Vết thương tuỷ do hoả khí

Tổn thương tuỷ do hoả khí gây ra do các yếu tố

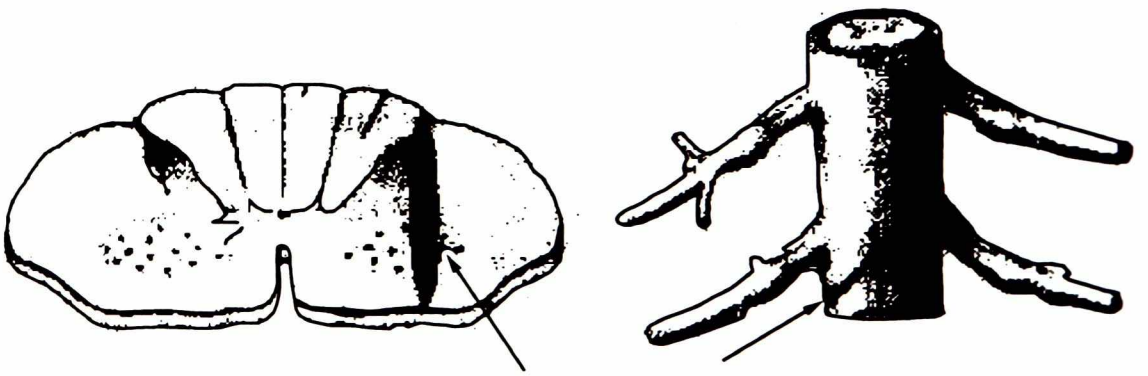
– Tác động trực tiếp của hoả khí: nhiệt, chấn động, tổn thương mạch (co thắt mạch và tắc mạch).

– Các mảnh xương vỡ chèn ép vào tuỷ hoặc làm rách một phần tuỷ

– Phản ứng hoá học: sự tăng tiết một số thành phần hoá học được coi như độc tố tế bào trong quá trình tự hoại tử tuỷ như glutamate, cholamine, prostaglandin v.v...

– Mất cân bằng điện giải như tăng calci và natri trong tế bào, tăng kali ngoài tế bào làm phù tuỷ và tắc nghẽn dẫn truyền thần kinh

Các thương tổn này có thể lan rộng theo chiều ngang và chiều dọc *(hình 1.48)*.



Hình 1.48. Tổn thương tuỷ lan rộng theo chiều ngang và chiều dọc

Phân loại: các thương tổn tuỷ có thể được phân loại theo vị trí

– Vết thương chột ngoài màng tuỷ: vết thương loại này có thể xảy ra nếu hoả

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

khí được bắn từ xa và lực xuyên bị mất đi sau khi xuyên qua các tạng lân cận. Dị vật dừng lại ở ngoài màng tuỷ.

– Vết thương chột trong màng tuỷ, ngoài tuỷ: loại thương tổn này thường gây thương tổn tuỷ không hoàn toàn, điều trị phẫu thuật sớm lấy bỏ đi dị vật thường cải thiện lâm sàng thần kinh rất tốt, tuy nhiên nếu tổn thương tuỷ do lực tác động trực tiếp của hoả khí thì khó cải thiện lâm sàng. Tổn thương vùng đuôi ngựa gây tổn thương rễ không hoàn toàn và rối loạn cơ tròn khó hồi phục.

– Vết thương chột trong tuỷ: đây là loại thương tổn được mô tả khá nhiều với các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau. Mức độ thương tổn tuỳ thuộc kích thước dị vật trong tuỷ.

– Vết thương xuyên tuỷ: thương tổn tuỷ ở mức độ khác nhau nhưng không phụ thuộc kích thước dị vật, dị vật nhỏ nhưng có thể gây thương tổn tuỷ hoàn toàn do lực chấn động của hoả khí.

– Tổn thương tuỷ gián tiếp sau vết thương các tạng kế cận.

2.2. Vết thương tuỷ do vũ khí lạnh

Cũng như vết thương tuỷ do hoả khí, vết thương tuỷ do vũ khí lạnh có thể gây tổn thương các tạng khác trên đường đi của vật đâm, nhưng sức tàn phá ít trầm trọng hơn so với hoả khí, thường gây thương tổn tuỷ không hoàn toàn.

Cơ chế gây tổn thương tuỷ chủ yếu do lực cơ học như chèn ép (xương, dị vật chảy máu), làm rách, đứt.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Hỏi bệnh: cần khai thác tỉ mỉ các yếu tố liên quan đến tai nạn, đặc biệt chú trọng

– Thời gian bị nạn: vết thương tuỷ đến sớm và được xử trí kịp thời sẽ tránh được các biến chứng nhiễm trùng và các thương tổn thứ phát của tuỷ: phù tuỷ, máu tụ.

– Tác nhân gây vết thương: hoả khí loại gì cũng như loại vũ khí lạnh (dài hay ngắn; đầu nhọn hay tù v.v...).

– Nếu bệnh nhân có liệt thì phải biết liệt xuất hiện từ đầu hay mới xuất hiện. Trường hợp liệt mới xuất hiện phải nghĩ tới tổn thương chèn ép như máu tụ và cần xử trí ngay.

– Lúc bị nạn bệnh nhân có bị ngã hay không: nếu bệnh nhân bị ngã sau bị đâm hay bị bắn có thể kèm theo các thương tổn phối hợp như chấn thương sọ não, cần theo dõi sát.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.1.2. Khám toàn thân

– Tình trạng huyết động: phát hiện tình trạng sốc do thương tổn tuỷ (nhất là tuỷ cổ) hoặc do thương tổn các tạng khác phối hợp.

– Tình trạng hô hấp: vết thương tuỷ cổ thường kèm theo rối loạn hô hấp, cần xử trí ngay trong lúc thăm khám để chẩn đoán, nếu để tình trạng rối loạn hô hấp kéo dài sẽ làm phù tuỷ nặng hơn, khó hồi phục.

3.1.3. Khám vết thương: Mô tả kỹ vết thương

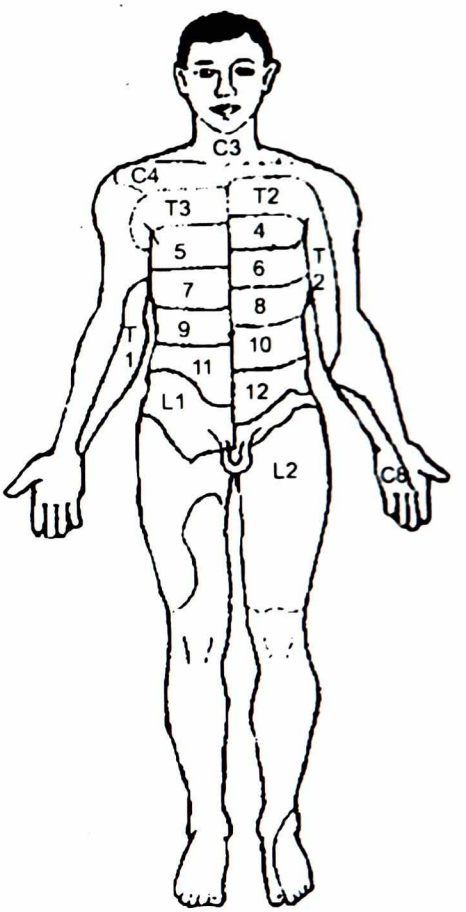
– Kích thước, vết thương chột hay vết thương xuyên, mức độ chảy máu.

– Xác định hướng đi của hoả khí hay của vật đâm, nếu là vết thương xuyên thì phải xác định đầu vào đầu ra (đầu ra lớn hơn đầu vào và dập nát), qua đó xác định được đường đi của hoả khí.

– Vị trí vết thương tương ứng với đoạn nào của cột sống để ước lượng vị trí thương tổn tuỷ.

3.1.4. Khám cảm giác

Mục đính để xác định vị trí thương tổn tuỷ, cần xác định ranh giới giữa vùng cảm giác bình thường và vùng rối loạn cảm giác, qua đó ước lượng tầng tuỷ bị tổn thương dựa trên sơ đồ phân vùng cảm giác *(hình 1.49)*.



Hình 1.49. Sơ đồ phân vùng cảm giác

3.1.5. Khám vận động: Mục đính để xác định

– Bệnh nhân liệt hay không liệt.

– Liệt hoàn toàn hay không hoàn toàn.

– Liệt cứng hay liệt mềm.

Dựa vào kết quả thu được, có thể đánh giá mức độ và phân loại thương tổn

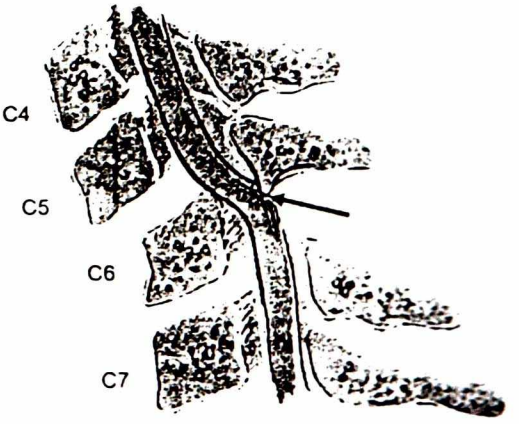
+ Tổn thương tuỷ trung tâm.

Rối loạn cơ tròn: bí đại tiểu tiện hoặc không tự chủ.

Nếu tổn thương tuỷ cổ thì liệt tay nhiều hơn liệt chân.

+ Tổn thương tuỷ bên (hội chứng Brown–Séquard) *(hình 1.50)*.

Liệt vận động cùng bên.



Hình 1.50. Tổn thương tuỷ bên (gây hội chứng Brown – Sequard)

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Rối loạn cảm giác nông bên đối diện.

Mất hoàn toàn vận động.

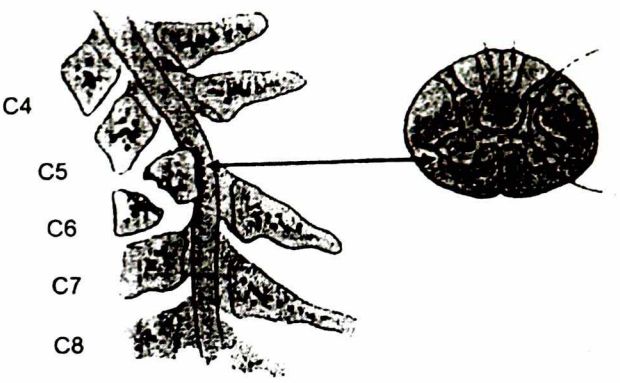
Còn cảm giác sâu.

+ Tổn thương tuỷ hoàn toàn.

Liệt hoàn toàn vận động và cảm giác, thường liệt mềm.

Rối loạn cơ tròn dưới dạng đại tiểu tiện không tự chủ.

Mất phản xạ hành hang và phản xạ cơ thắt, bệnh nhân có dấu hiệu cương cứng dương vật liên tục ở nam và cương cứng âm hộ ở nữ.



Hình 1.51. Tổn thương sừng trước tuỷ gây liệt vận động

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xquang quy ước

Mục đính để phát hiện thương tổn xương và dị vật chèn vào ống tuỷ, cần chụp đủ các tư thế thẳng, nghiêng, chếch 3/4.

Chụp Xquang quy ước phải bắt buộc với tất cả bệnh nhân có nghi ngờ vết thương tuỷ sống.

3.2.2. Chụp cắt lớp

Sau khi xác định vị trí tầng tuỷ bị tổn thương trên phim Xquang quy ước, có thể chụp cắt lớp vùng có thương tổn giúp phân tích chi tiết tổn thương, mức độ chén ép tuỷ. Nhược điểm của phương pháp này là khó thấy thương tổn, nếu có dị vật kim loại trong ống tuỷ vì bị nhiễu.

3.2.3. Chụp cộng hưởng từ

Chỉ định còn hạn chế do chưa triển khai được trong cấp cứu và đắt tiền mặc dù đây là phương pháp tốt nhất để xác định chính xác thương tổn tuỷ, máu tụ chèn ép tuỷ. Phương pháp này cũng không thực hiện được nếu có dị vật kim loại.

4. XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG TUỶ

Hầu hết các tác giả đều thống nhất thái độ xử trí trong cấp cứu vết thương tuỷ là mổ sớm phối hợp với hồi sức và điều trị kháng sinh ngay. Nguyên tắc của phẫu thuật gồm:

– Cắt lọc vết thương lấy bỏ các tổ chức dập nát, máu cục và dị vật. Phải cắt lọc tới tận đáy vết thương để tránh sót thương tổn.

– Mở cung sau giải ép tuỷ và lấy dị vật trong ống tuỷ nếu có.

– Vá và tạo hình màng tuỷ chống dò dịch não tuỷ và nhiễm trùng. Có thể lấy cân cơ cạnh cột sống để vá.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Dẫn lưu và đóng kín vết thương.

Mở cung sau ống sống và vá màng tuỷ không đòi hỏi phải làm ngay (có thể trong 3 – 5 ngày đầu) và đòi hỏi phẫu thuật viên, chuyên khoa có kinh nghiệm, nếu không có thể làm thương tổn tuỷ nặng hơn.

5. BIẾN CHỨNG VÀ SĂN SÓC SAU MỔ

Các biến chứng sau mổ vết thương tuỷ chủ yếu do nhiễm trùng gây ra, nhất là vết thương tuỷ do hoả khí.

– Nhiễm trùng vết mổ.

– Viêm màng não.

– Rò dịch não tuỷ.

– Nhiễm trùng tiết niệu.

Vì vậy, sau mổ cần điều trị kháng sinh mạnh, loại thấm qua hàng rào máu não. Trong quá trình săn sóc, đối với những bệnh nhân liệt, cần lưu ý vấn đề dinh dưỡng, ngồi dậy sớm, xoa bóp để phòng loét,săn sóc ống thông nước tiểu để tránh nhiễm trùng tiết niệu ngược dòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chakeres DW et al. Magnetic resonance imaging of acute spinal cord trauma. AJNR 8:5, 1987.
2. Luce JM. Medical management of spinal cord injury. Crit care Med 13: 126, 1985
3. Hall, M.Four memories of the nervous system. London, 1840.
4. Green BA, Eismont FJ. Acute spinal cord injuriy: A system approach. Cent Nerv Syst Trauma 1: 173, 1984.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

19. HỘI CHỨNG CHÈN ÉP TUỶ

1. MỞ ĐẦU

Hội chứng chèn ép tuỷ là một hội chứng do nhiều nguyên nhân gây nên. Việc chẩn đoán và điều trị cần phải nhanh chóng và kịp thời. Nếu để muộn sẽ dẫn tới tử vong, hoặc tàn tật suốt đời. Trong phạm vi bài này chúng tôi không nói đến chèn ép tuỷ do nguyên nhân chấn thương.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng lâm sàng của chèn èp tuỷ phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và vị trí của đoạn bệnh và vị trí của đoạn tuỷ bị chèn ép (cổ, lưng, thắt lưng).

2.1. Giai đoạn sớm

Cần phải tìm cách chẩn đoán bệnh ở giai đoạn này, giai đoạn điều trị mang lại kết quả tốt nhất.

Đau là dấu hiệu sớm và thường gặp nhất. Đau tại chỗ, đau cột sống, đau vùng cơ cạnh cột sống. Đau do chèn ép rễ, dấu hiệu đau tuỳ thuộc vào vị trí tuỷ bị chèn ép. Tổn thương tuỷ cổ đau gáy và lan ra hai tay còn tuỷ lưng thì đau thắt ngực, chèn ép tuỷ thắt lưng lan ra vùng bụng.

Rối loạn về vận động: bệnh nhân bị đau mỏi khi đi lại, chưa có biểu hiện liệt vận động.

Rối loạn cảm giác như dấu hiệu kiến bò, tăng dị cảm.

Ngoài ra, có những dấu hiệu gợi ý cho chẩn đoán nguyên nhân chèn ép tuỷ nếu bệnh nhân mắc bệnh khác như: ung thư, lao hoặc u xơ thần kinh.

2.2. Giai đoạn toàn phát

Ba hội chứng rõ ràng.

2.2.1. Hội chứng nơi thương tổn

Dấu hiệu chủ quan:

Đau do rễ đường đi cố định, đau thắt lưng hai bên. Đau tăng lên khi làm các động tác gắng sức như ho, hắt hơi và các động tác làm tăng áp lực trong tuỷ sống. Đau ngày càng tăng dần và thuốc giảm đau không còn tác dụng. Dấu hiệu hay gặp kèm theo đau là dị cảm của vùng rễ bị chèn ép.

Dấu hiệu khách quan: liệt vận động kiểu ngoại vi của rễ, kèm theo liệt và teo cơ, giảm cảm giác da vùng tương ứng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2.2. Hội chứng dưới nơi tổn thương

Rối loạn về vận động: khởi đầu ở hai chi dưới biểu hiện đi lại khó, chân mỏi một cách bất thường, dấu hiệu đi lặc cách hồi nhưng không đau, đôi khi không đối xứng. Mỏi chân đỡ dần khi nghỉ ngơi nhưng xuất hiện lại ngay khi đi vài chục mét đầu tiên.

Khám ở giai đoạn này sẽ phát hiện giảm trương lực cơ, tăng phản xạ gân xương. Dấu hiệu Babinski rất có giá trị, có thể cả hai bên hoặc đôi khi một bên, với tổn thương ở cao thường có dấu hiệu Hoffmann.

Rối loạn về cảm giác: xuất hiện dưới nơi tổn thương, giảm cảm giác rõ rệt và giới hạn trên thường thấy rõ ràng. Dựa vào ranh giới giảm cảm giác ta có thể xác định được vị trí của tổn thương (xem sơ đồ cảm giác).

Rối loạn sinh dục – cơ tròn: đi ngoài khó, táo bón, đái khó, bí đái có cầu bàng quang, giảm thiểu khả năng sinh dục.

Nếu chèn ép bên sẽ có hội chứng Brown Séquerd: giảm vận động, giảm cảm giác sâu cùng bên với tổn thương, tăng cảm giác nông bên đối diện.

2.2.3. Hội chứng cột sống

Đau một vùng cố định của cột sống, có điểm đau khu trú khi ấn vào gai sau, co cơ cạnh cột sống, một đoạn cột sống bị cứng, có thể thấy biến dạng cột sống như gù, vẹo nhất là ở trẻ em.

2.3. Giai đoạn chèn ép tuỷ tiến triển

Ba hội chứng này tập hợp lại và nặng dần, điển hình nhất là hội chứng dưới nơi tổn thương làm các dấu hiệu lâm sàng trầm trọng thêm.

Rối loạn vận động, liệt hoàn toàn, liệt cứng hai chi dưới, không thể đi lại được. Phản xạ gân xương tăng mạnh, lan toả và đa động. Khám thấy rung giật xương bánh chè, rung giật bàn chân, Babinski cả hai bên. Tăng trương lực cơ, chuyển động tự động ưu thế hơn ở tư thế duỗi. Liệt cứng nếu không được điều trị sẽ chuyển thành liệt mềm, điều trị ở giai đoạn này sẽ không có kết quả.

Rối loạn cảm giác: mất cảm giác hoàn toàn, có ranh giới rõ và ranh giới này là giới hạn trên của tổn thương tuỷ sống do chèn ép.

Rối loạn cơ tròn: cơ thắt hậu môn nhẽo, bí đái hoàn toàn, phải đặt ống thông bàng quang.

Rối loạn về teo cơ: teo cơ hai chi dưới, da khô, loét nằm.

Tiến triển dù nhanh hay chậm đều hướng tới tình trạng liệt giường. Điều trị ở giai đoạn này ít có hiệu quả vì những rối loạn quá nặng. Nguy cơ hiện hữu nhuyễn tuỷ sống, với liệt hoàn toàn, teo cơ, loạn cảm giác, rối loạn cơ tròn không hồi phục.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG

3.1. Vị trí của tổn thương

Chèn ép tuỷ cổ cao (từ C1 đến C4) đau từ cổ lên vùng gáy và chẩm, nguy cơ liệt tứ chi và rối loạn hô hấp, nếu để muộn sẽ gây tử vong do liệt cơ hô hấp.

Chèn ép tuỷ cổ thấp: (từ C5 đến D1): hội chứng nơi tổn thương là dấu hiệu đau rễ ở chi trên rất rõ ràng.

Chèn ép tuỷ lưng: đau thắt lưng và bụng là dấu hiệu sớm và đặc trưng của tổn thương vùng này.

Chèn ép tuỷ thắt lưng: hội chứng tổn thương rất rõ, đau nhiều rễ, liệt cứng, dấu hiệu Babinski thay đổi. Dấu hiệu về sinh dục cơ tròn xuất hiện sớm cùng với giảm cảm giác vùng yên ngựa.

3.2. Hội chứng chèn ép tuỷ cấp tính

Là một bệnh tối cấp cứu, chèn ép tuỷ xảy rất nhanh và cấp tính, dấu hiệu báo trước là đau. Cần phải chẩn đoán chính xác trước khi nghĩ đến viêm tuỷ cắt ngang hoặc nhuyễn tuỷ. Chọc dò tuỷ sống trong trường hợp này là chống chỉ định vì có thể làm bệnh nặng lên.

3.3. Chèn ép tuỷ trẻ em

Chẩn đoán rất khó khăn, thường chỉ chẩn đoán khi trẻ đã bị liệt hoặc gù, vẹo cột sống.

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

4.1. Chọc dò tuỷ sống

Nước não tuỷ màu vàng, áp lực thấp, nghiệm pháp Quekenstedt âm tính, có dấu hiệu phân ly đạm – tế bào (albumin tăng cao, tế bào không tăng).

4.2. Chụp Xquang tiêu chuẩn

Chụp cột sống thẳng, nghiêng 3/4 và tư thế há mồm để tìm tổn thương mỏm nha. Có thể thấy tổn thương về xương như xẹp đốt sống, phá huỷ thân đốt sống, hẹp khe đĩa đệm trong thoát vị, phá huỷ khe đĩa đệm và hình ảnh áp xe lạnh trong lao cột sống.

Ngoài ra chụp Xquang phổi có thể thấy hình ảnh u phổi hoặc lao phổi phối hợp.

4.3. Chụp cắt lớp cột sống

Thấy hình ảnh tổn thương của xương, đĩa đệm, các gai xương trong thoái hoá cột sống. Có thể phối hợp với bơm thuốc cản quang ở khoang dưới nhện để chụp (Myelo – Scanner) thấy hình ảnh gián tiếp của chèn ép khoang dưới nhện.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.4. Chụp tuỷ cản quang

Tiêm 10ml thuốc cản quang loại tan trong nước như omipaque Iopamiron, solutrat vào khoang dưới nhện để chụp. Thấy hình ảnh dấu ấn ngón tay trong u màng tuỷ, u thần kinh hoặc hình ảnh thuốc bị tách làm đôi trong u nội tuỷ. Nếu muốn biết được cực trên của tổn thương thì phải bơm thuốc cản quang vào khe C_1, C_2.

4.5. Chụp cộng hưởng từ

Là phương pháp tốt nhất trong chẩn đoán hầu hết các bệnh lý của tuỷ sống. Cho biết được vị trí của tổn thương như ngoài màng tuỷ, dưới màng tuỷ, trong tuỷ, bản chất của tổn thương và tình trạng tuỷ sống.

4.6. Chụp động mạch tuỷ sống

Chỉ ứng dụng trong những trường hợp chảy máu trong tuỷ, hoặc nghi ngờ dị dạng động tĩnh mạch tuỷ – màng cứng.

5. NGUYÊN NHÂN CỦA CHÈN ÉP TUỶ

5.1. Nguyên nhân của cột sống và đĩa đệm

Các khối u thân đốt sống như ung thư, u di căn, u lành tính hoặc u máu cột sống...

Thoát vị đĩa đệm, nhất là thoái vị đốt sống cổ, những khối thoát vị lớn, ở giữa có thể gây chèn ép tuỷ.

Lao cột sống với khối áp xe lạnh.

Bệnh lý cột sống đĩa đệm (Myelopathie – Cervicarthrosique) là bệnh thoái hoá của đĩa đệm và biến đổi của xương liên quan tới hư khớp. Thường bị nhiều đốt hay gặp ở đàn ông trên 50 tuổi, có tiền sử lao động nặng: dấu hiệu lâm sàng là phối hợp hội chứng tháp ở tứ chi và hội chứng rễ hai chi trên.

Bệnh gù vẹo cột sống.

Dị dạng bản lề cổ – chẩm.

5.2. Nguyên nhân ngoài màng tuỷ

Máu tụ ngoài màng cứng tiên phát: gặp ở vùng cổ hoặc cổ – ngực: bệnh gặp chủ yếu ở trẻ em, thường không rõ nguyên nhân. Ở người lớn chủ yếu do dùng thuốc chống đông máu: triệu chứng lâm sàng rất rầm rộ, diễn biến nhanh, khởi đầu bằng đau dữ dội ở cột sống, sau đó xuất hiện các dấu hiệu thiếu hụt về vận động và cảm giác, nhanh chóng dẫn tới liệt hoàn toàn về vận động và cảm giác. Chụp IRM thấy tăng tín hiệu cả T1 và T2 ngoài màng cứng, chèn ép tuỷ sống nhiều tầng.

Di căn của ung thư từ phổi, vú, tiền liệt tuyến hay gặp ở người lớn tuổi: biểu

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

hiện lâm sàng bằng đau cột sống, đau rễ rất rõ ràng, đau nhiều về đêm, thuốc giảm đau không có tác dụng, chụp Xquang thấy xẹp đốt sống, tiêu cuống như đĩa đệm không bị tổn thương.

Áp xe ngoài màng cứng, có thể xảy sau gây mê màng cứng, chọc dò tuỷ sống, sau châm cứu hoặc không rõ đường vào, dấu hiệu lâm sàng là đau, sốt và liệt xuất hiện nhanh. Chụp cộng hưởng từ thấy hình ảnh tăng tín hiệu ngoài màng cứng trên nhiều tầng, đôi khi thấy hình ảnh phù, thiếu máu tuỷ ở đoạn tương ứng.

Các khối u ngoài màng cứng khác như lymphome, meningiome, u xơ thần kinh v.v...

5.3. Nguyên nhân dưới màng cứng và ngoài tuỷ

Hai nguyên nhân chủ yếu là u thần kinh và u màng tuỷ.

U màng tuỷ (meningiome) chiếm 15 – 20% chèn ép tuỷ sống do u. Hay gặp ở nữ trên 60 tuổi (85%) chủ yếu tuỷ ngực cao. Bệnh cảnh lâm sàng khá điển hình của chèn ép tuỷ ngực, IRM dễ dàng phát hiện khối u bắt thuốc đối quang từ mạch:

U dây thần kinh (nurinome hoặc schwannome) hay gặp nhất chiếm từ 20 – 30% chèn ép tuỷ do u. Chủ yếu ở đoạn tuỷ cổ thấp hoặc vùng lưng – thắt lưng. U thường xuất phát từ một rễ thần kinh ở trong màng cứng. Đôi khi u phát triển từ thần kinh cột sống cả ở trong và ngoài màng cứng, ở lỗ tiếp hợp, thường có hình cúc áo. U tiến triển chậm, thể hiện bằng đau cột sống, đau rễ, chụp IRM dễ dàng chẩn đoán xác định.

Ngoài ra có thể gặp các bệnh khác như nang nước khoang dưới nhện, u nguyên bào mạch, u nang bì.

5.4. Nguyên nhân trong tuỷ

Các triệu chứng lâm sàng thường không điển hình và không đặc hiệu.

U tế bào hình sao (Astrocytome) hay gặp ở đoạn cổ – lưng (80%).

U tế bào thần kinh đệm ít nhánh (Ependymome) gặp 90% ở cổ – lưng

U mỡ trong tuỷ.

U quái.

U mạch của tuỷ sống, rò động tĩnh mạch v.v...

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Các nguyên nhân đi lặc cách hồi chi dưới

Viêm tắc động mạch chi dưới. Cần làm siêu âm Doppler màu để chẩn đoán tổn thương mạch.

Hẹp ống sống thắt lưng: đi lại đau, mỏi và cảm giác bị bó chân, nghỉ ngơi một lúc thì các triệu chứng lâm sàng đỡ đi, bệnh nhân có thể đi tiếp được nhưng khoảng cách ngày càng ngắn lại, cần chụp IRM để xác định chẩn đoán.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Rỗng tuỷ (Syringgomyelie) do chấn thương hoặc bệnh lý.

Tổn thương cột bên teo cơ, thường do di truyền.

Nhóm viêm tuỷ, xảy ra sau điều trị tia xạ, nhiễm trùng hoặc do virus.

7. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Chèn ép tuỷ là một cấp cứu ngoại khoa, cần phải mổ sớm mới cứu được chức năng của tuỷ.

7.1. Điều trị phẫu thuật

Tuỳ theo nguyên nhân mà có các phương pháp khác nhau. Mục đích là giải phóng chèn ép tuỷ bằng cách mở rộng ống sống, lấy bỏ tổn thương gây chèn ép, cố định cột sống nếu tổn thương làm mất vững.

7.1.1. Chèn ép do nguyên nhân cột sống và đĩa đệm

Các khối u cột sống, lấy bỏ thân đốt sống, ghép xương chậu hoặc vật liệu thay thế và cố định bằng nẹp vít, phương pháp này cần phải phẫu thuật theo đường mổ trước.

Thoát vị đĩa đệm vùng cổ cần đi đường cổ trước bên, lấy bỏ đĩa đệm chèn ép, có thể ghép xương hoặc không tuỳ theo tác giả, nhưng kết quả không có sự khác biệt.

Lao cột sống: nên phẫu thuật theo đường trước, lấy bỏ tổ chức áp xe, đĩa đệm dùng xương sườn ghép xương làm cứng khớp.

Bệnh lý cột sống đĩa đệm: mổ theo đường cổ trước, cắt bỏ đĩa đệm và các mỏm xương, ghép xương bằng mào chậu. Có thể dùng nẹp vít để cố định mảnh ghép.

Gù vẹo cột sống: thường kết hợp cả đường mổ trước và sau vừa nắn chỉnh phía sau vừa làm cứng khớp phía trước. Phẫu thuật dễ dàng ở trẻ em, người lớn khó nắn chỉnh.

Dị dạng bản lề cổ chẩm, phẫu thuật nhằm mục đính: mở rộng lỗ chẩm và cắt cung sau C 1 và vá màng tuỷ.

7.1.2. Nguyên nhân ngoài màng tuỷ

Lấy máu tụ ngoài màng tuỷ là một tối cấp cứu, mở cung sau lấy máu tụ, cầm máu.

Di căn ung thư: mở cung sau giải phóng tuỷ bị chèn ép, đối với tổn thương cả thân đốt sống cần làm nẹp vít cố định vì tổn thương mất vững.

Áp xe ngoài màng cứng: mở cung sau hút mủ, rửa sạch, dẫn lưu và cho kháng sinh dựa theo kháng sinh đồ.

Lấy các khối u ngoài màng cứng thường đi theo đường mổ sau thuận lợi hơn.

7.1.3. Nguyên nhân dưới màng cứng và ngoài tuỷ

Mổ lấy các khối u thần kinh theo đường mổ sau, có khi phải mở ngực thấp kết hợp để lấy u nếu u ăn vào lồng ngực, cắt bỏ rễ thần kinh. Phải lấy phần tuỷ sống

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

trước và cắt rễ ngoài hạch để tránh rò nước não tuỷ vào lồng ngực. Không được lấy phần u ở ngực vì co kéo rễ thần kinh sẽ làm tổn thương tuỷ.

U màng cứng tuỷ, lấy u và vá màng tuỷ bằng cân cơ.

7.1.4. Khối u trong tuỷ

Mở cung sau, mở tuỷ sống theo đường rạch dọc chính giữa và lấy u. Cần dùng kính hiển vi phẫu thuật để hạn chế tối đa tổn thương tuỷ lành ở xung quanh. Kết quả điều trị phẫu thuật của khối u trong tuỷ rất hạn chế.

7.2. ĐIỀU TRỊ PHỐI HỢP

Khi có tổn thương tuỷ do chèn ép, phù tuỷ cần dùng corticoid liều cao, hiệu quả nhất là solumedrol 5 –10mg/kg/24h.

Điều trị hoá chất và tia xạ phối hợp trong các bệnh ác tính.

Phục hồi chức năng, chống loét.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại khoa – Đại học Y Hà Nội, 2001.
2. Neurochirurgie – Université francôphone.
3. Interpretation des troubles neurologiques Groupe Liaison S.A. 2000.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

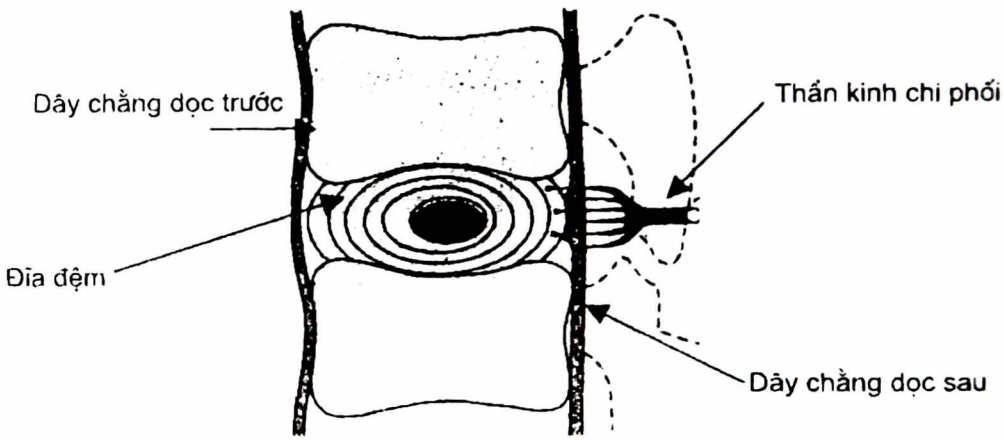
20. THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là bệnh lý thường gặp ở người trưởng thành (hàng năm ở Pháp có khoảng 100.000 người mắc bệnh, với 37.000 người phải mổ). 95% trường hợp đau dây thần kinh hông to là do thoát vị đĩa đệm. Vị trí thường gặp là thoát vị đĩa đệm L4 – L5 và L5 – S1.

2. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU – SINH LÝ HỌC

Đĩa đệm *(hình 1.52)* gồm nhân đĩa đệm ở giữa và ống sụn ở ngoài, được giữ ở khoang giữa 2 thân đốt sống bởi dây chằng dọc trước và dây chằng dọc sau. Đĩa đệm bình thường có tính đàn hồi rất cao, khi thoái hoá dễ có hiện tượng thoát vị.



Hình 1.52. Giải phẫu đĩa đệm

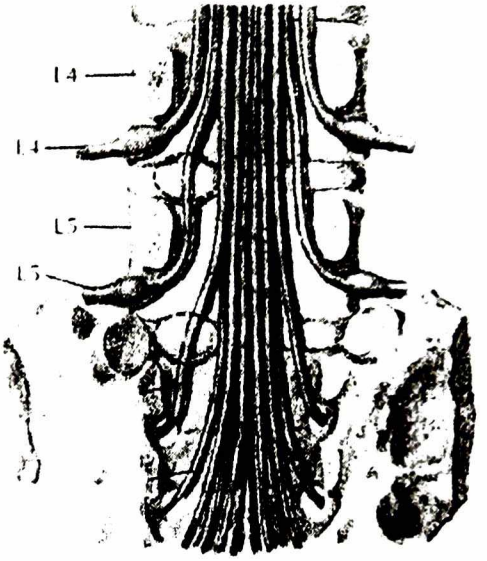
Đĩa đệm bắt đầu thoái hoá ở lứa tuổi sau 20 hoặc sau 30 tuổi. Hiện tượng thoái hoá bao gồm sự thay đổi tính chất của vòng sụn xơ và mất nước của nhân đĩa đệm, làm mất tính đàn hồi và khả năng hấp thụ lực sang chấn của đĩa đệm. Đồng thời, sự thay đổi về cấu trúc và tính chất sinh học sẽ làm vòng sụn của đĩa đệm mỏng đi và dễ rách, nhân đĩa bị xơ hoá, ranh giới giữa nhân đĩa và vòng sụn mất dần. Dưới tác động của trọng lực cơ thể hoặc sang chấn, nhân đĩa sẽ xuyên qua chỗ rách của vòng sụn thoát vị vào ống tuỷ hoặc rễ thần kinh vào lỗ tiếp hợp.

Hệ thống dây chằng bao quanh đĩa đệm rất giàu nhánh thần kinh, khi có đĩa đệm chèn vào sẽ gây đau tại chỗ và co thắt cơ thắt lưng, đó là nguyên nhân gây đau lưng.

Hiện tượng một mảnh nhân đĩa đệm chui qua phần sau ống sụn, đôi khi qua

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

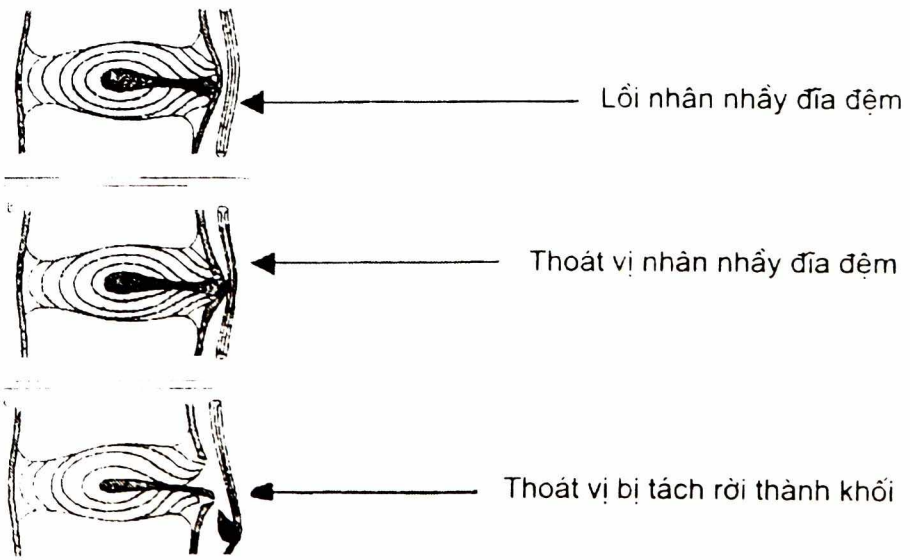
cả chỗ rách của dây chằng dọc sau, sẽ chèn ép vào rễ thần kinh. Hiện tượng xung đột đĩa đệm – rễ thần kinh là nguyên nhân của đau dây thần kinh tọa *(hình 1.53)*.



Hình 1.53. Liên quan đĩa đệm – rễ thần kinh

Thoát vị thường ở vị trí ngang với khoang gian đốt, phổ biến ở 2 đốt cuối của thắt lưng. Thoát vị có thể chỉ ở dạng lồi đơn thuần, có khi thoát ra dưới dây chằng chui vào ống sống qua chỗ rách của dây chằng *(hình 1.54)*. Thoát vị thường lệch bên, đôi khi ở trung tâm, một số ở trên hoặc dưới khoang gian đốt. Tất cả sự đa dạng về hình thái thoát vị và vị trí giải thích sự đa dạng về mức độ đau và các hình thái lâm sàng khác nhau.

Các yếu tố làm nặng thêm tình trạng lâm sàng là bệnh lý hẹp ống sống, thoái hoá đốt sống và người cao tuổi.



Hình 1.54. Các thể thoát vị đĩa đệm

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. LÂM SÀNG

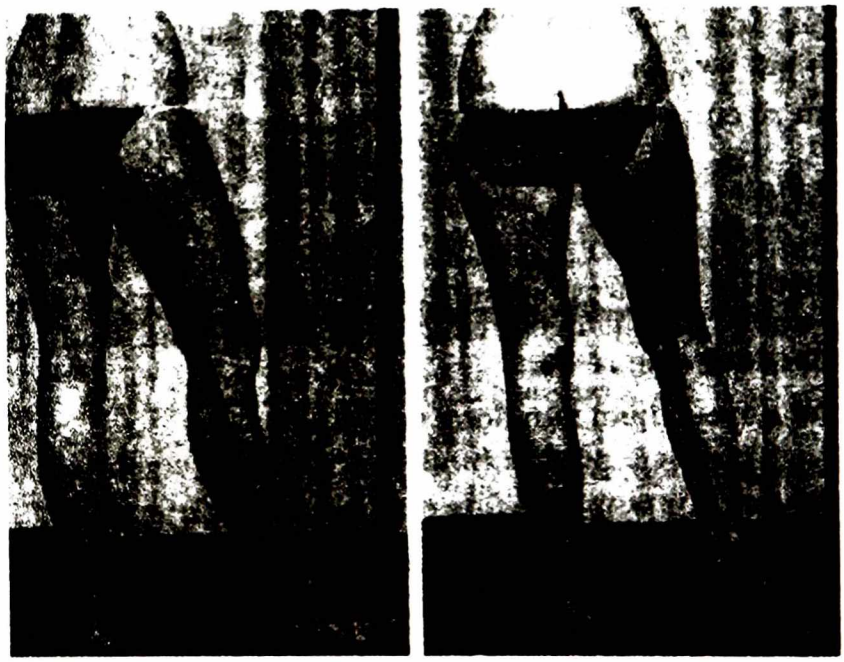
3.1. Cơ năng: Đau dây thần kinh tọa

Trước một bệnh nhân có biểu hiện đau dây thần kinh tọa, cần xác định đó có phải đúng là dấu hiệu đau rễ? và có phải là nguồn gốc đĩa đệm?

Chẩn đoán dấu hiệu đau thần kinh tọa chủ yếu bằng hỏi bệnh, khám lâm sàng chỉ là khẳng định lại.

– Tiền sử đau lưng mạn tính từng đợt, các cơn ngày càng tăng và ngày càng gần nhau.

– Đau kiểu rễ là giai đoạn nặng hơn *(hình 1.55a,b)*, có thể không có nguyên nhân hoặc sau gắng sức. Đây là giai đoạn đau lưng – rễ.



a) Đau rễ L5 b) Đau rễ S1

Hình 1.55.

– Giai đoạn chỉ đau rễ là giai đoạn sau cùng, dấu hiệu đau lưng biến mất, nguyên nhân là đĩa đệm làm rách dây chằng sau. Đau theo một đường đi rất chính xác: đau rễ L5 biểu hiện bằng đau sau mông, theo mặt sau đùi, hõm khoeo tới mặt ngoài bắp chân và tới mu chân, kết thúc ở ngón cái. Đau rễ S1 theo đường đi: mặt sau bắp chân, tới gót chân, gan chân, bờ ngoài bàn chân và kết thúc ở các ngón còn lại.

– Đau tăng khi gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi.

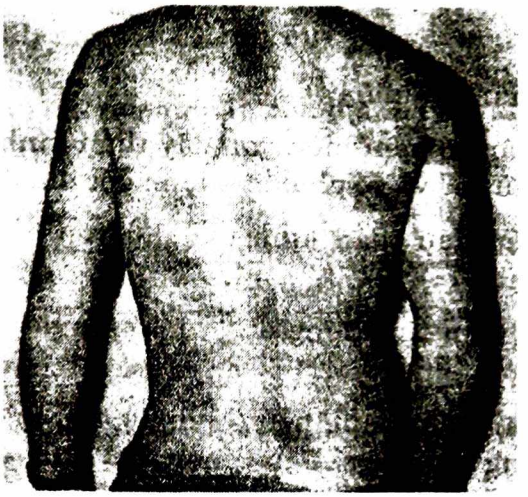
– Có thể kèm hay không rối loạn cơ tròn (đại, tiểu tiện).

3.2. Khám cột sống

– Khám bệnh nhân ở tư thế đứng và nằm. Các dấu hiệu cần ghi nhận: gù, tư

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thế chống đau *(hình 1.56)*. Kiểm tra các động tác vận động thân người gây đau theo chiều nghiêng và trước sau.



Hình 1.56. Tư thế chống đau

Khám dấu hiệu bấm chuông: dùng 2 ngón tay ấn bên cạnh trục gai sau L4, 15 và S1 sẽ gây đau rễ cùng bên.

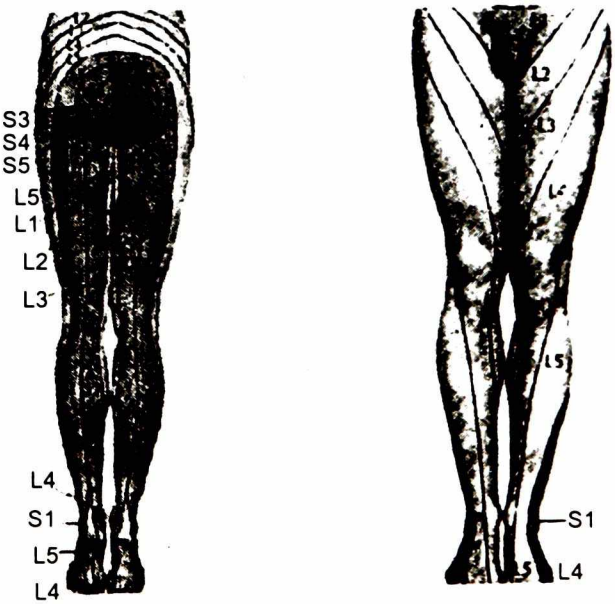
3.3. Khám thần kinh

– Khám vận động: bảo bệnh nhân đi bằng mũi chân và gót chân, trừ khi bệnh nhân bị liệt. Đánh giá vận động của các nhóm cơ chi dưới theo thang điểm từ 0 đến 5: nhóm cơ mặt ngoài cẳng chân tương ứng rễ L5; nhóm cơ mặt sau cẳng chân tương ứng rễ S1.

Cơ lực giảm nhưng điểm vận động trên 3: Yếu.

Kiểm vận động dưới 3: Liệt.

– Khám cảm giác: rối loạn cảm giác thể hiện ở 2 dạng: giảm và dị cảm. Phải kiểm tra cả cảm giác vùng hậu môn – sinh dục. Sơ đồ phân vùng cảm giác của các rễ thắt lưng thể hiện ở *(hình 1.57)*.



Hình 1.57. Sơ đồ phân vùng cảm giác

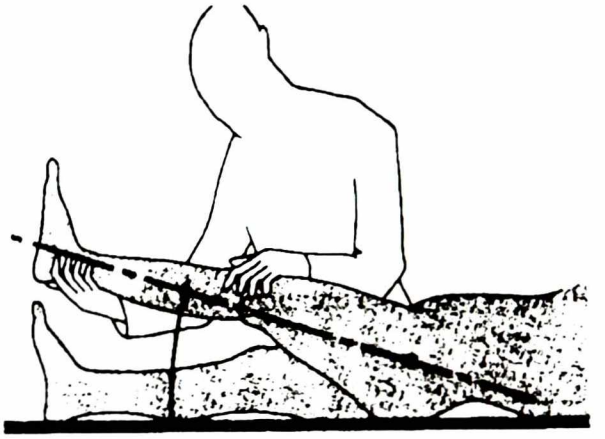
– Khám phản xạ gây xương: chủ yếu cho thương tổn rễ S1.

– Dấu hiệu Lasègue *(hình 1.58)*: từ 0 – 90°. Khi Lasègue dưới 20° chứng tỏ chèn ép rất mạnh.

– Khám dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to tìm và loại trừ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Các nguyên nhân chèn ép từ các khối u thần kinh ngoại biên. Khám khớp háng và khớp cùng chậu để phát hiện các nguyên nhân tại khớp.



Hình 1.58. Dấu hiệu Lasègue

Nhìn chung ở giai đoạn này, 90% hết đau khi điều trị nội khoa đúng cách. Các phương pháp cận lâm sàng chỉ đặt ra khi bệnh nhân đau liên tục, tái đi tái lại hoặc có các dấu hiệu thần kinh đáng lo ngại.

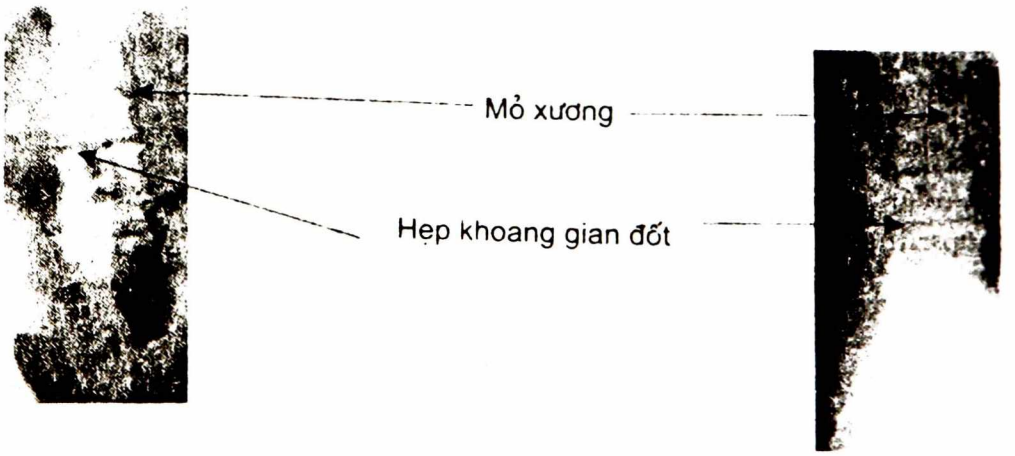
4. CẬN LÂM SÀNG

4.1. Xquang quy ước cột sống thắt lưng và khung chậu

Đây là phương pháp không thể thiếu, có giá trị gợi ý chẩn đoán và cho phép loại trừ một số nguyên nhân khác (nhiễm trùng, u v.v...,) hoặc phát hiện tình trạng hẹp ống sống phối hợp.

Cần chụp 3 phim khác nhau: phim thẳng toàn bộ thắt lưng và khung chậu tập trung vào đĩa đệm L4 – L5; phim thẳng vùng thắt lưng – cùng tập trung vào đĩa đệm L5 – S1; một phim nghiêng cột sống thắt lưng.

Các dấu hiệu gợi ý thoát vị đĩa đệm trên Xquang quy ước là: vẹo cột sống, hẹp khoang đĩa đệm, dấu hiệu đĩa đệm rỗng v.v... *(hình 1.59)*.



Hình 1.59. Hình ảnh gián tiếp của thoát vị đĩa đệm

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.2. Chụp cắt lớp

Hiện nay, việc lạm dụng kỹ thuật trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm còn rất phổ biến, nhất là tại các nước phát triển, gây lãng phí lớn. Thực tế, 90% trường hợp đau dây thần kinh toạ có thể điều trị nội khoa. Vì vậy, chỉ định chụp cắt lớp hay cộng hưởng từ cần cân nhắc và nên chụp trong các trường hợp sau:

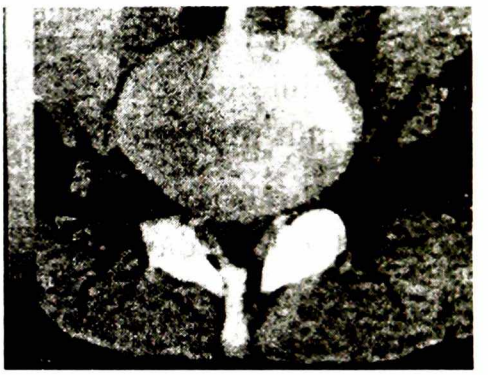
– Đau rễ kéo dài, điều trị nội khoa sau 2 tháng không khỏi, khả năng phải điều trị ngoại khoa.

– Chẩn đoán nguyên nhân chưa rõ ràng.

– Có giảm vận động.

– Có hội chứng tuỷ dưới thương tổn.

Ngược lại, những trường hợp đau cột sống đơn thuần, đau rễ mới xuất hiện không được điều trị nội khoa đầy đủ thì không có chỉ định chụp cắt lớp hay cộng hưởng từ.

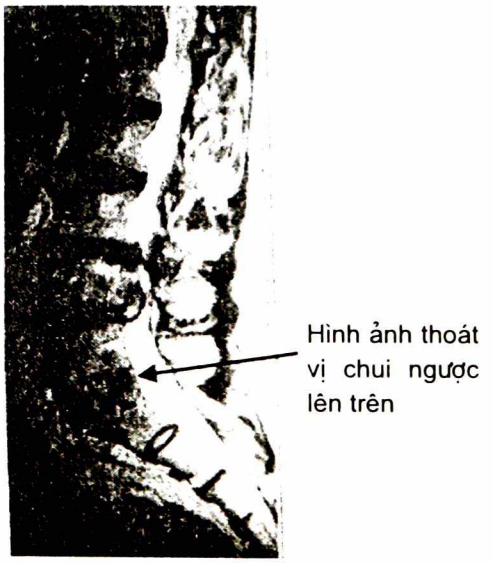


Hình 1.60. Hình ảnh thoát vị

Đĩa đệm bình thường trên phim chụp cắt lớp cho thấy tỷ trọng đồng đều, không thể phân biệt được giữa nhân đĩa với ống sụn bên ngoài. Sự xuất hiện lớp mỡ quanh màng tuỷ là dấu hiệu tương phản có giá trị của hình ảnh bình thường. Ngược lại, chụp cắt lớp cho phép thấy được thoát vị đĩa đệm, vị trí của nó liên quan với rễ thần kinh, mức độ thoát vị và tình trạng ống sống *(hình 1.60)*.

4.3. Chụp cộng hưởng từ

Hiện nay, chụp cộng hưởng từ ngày càng được sử dụng nhiều để chẩn đoán thoát vị đĩa đệm, ưu điểm của phương pháp này là thấy được toàn bộ cột sống lưng ở các bình diện khác nhau. Vì vậy, ngoài hình ảnh thoát vị đĩa đệm, còn có thể thấy hình ảnh thoái hoá cột sống hẹp ống sống *(hình 1.61)*. Phương pháp này đã dần thay thế kỹ thuật chụp bao rễ, nhưng vẫn còn là phương pháp đắt tiền.



Hình 1.61. Hình ảnh thoát vị

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Bảng 1 phân loại các nguyên nhân đau rễ thần kinh hông to không do thoát vị đĩa đệm và các triệu chứng của nó giúp phân biệt với thoát vị đĩa đệm.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bảng 1.4. Các nguyên nhân đau rễ không do đĩa đệm

	Nguyên nhân	Lâm sàng
1. Hẹp ống sống a) Hẹp trung tâm b) Hẹp bên và lỗ tiếp hợp	Chèn ép da tầng, phối hợp thoái hoá đĩa đệm, các gai xương, quá sản khớp và cấu trúc phần mềm (dây chằng vàng, bao khớp). Chèn ép rễ do lún đĩa đệm, gai xương ở thân đốt sống, ở mỏm khớp trên	Đau rễ 2 bên Trên 50 tuổi Đau lưng liên tục, không đặc hiệu Đau cách hồi khi đi bộ Đau tăng khi đứng, đi, ưỡn quá mức, giảm khi nằm, ngồi, cúi ra trước. Không cứng cột sống, dấu hiệu Lasegue không thường xuyên.
2. Trượt đốt sống	– Teo eo đốt sống – Thoái hoá (L4–5; L3–4)	Người trẻ Đau lưng và đau rễ một hay 2 bên khi gắng sức hay vận động Trên 50 tuổi, hay gặp ở nữ Tiền sử đau lưng kéo dài Đau cách hồi khi đi bộ
3. U dưới màng tuỷ	U thần kinh Ependimome U màng tuỷ	Đau về đêm, tăng khi nằm Cứng cột sống Vận động yếu Albumin trong dịch não tuỷ cao
4. U và nhiễm trùng	Nguyên phát Thứ phát Viêm đĩa đệm cột sống Viêm màng tuỷ	Đau mạnh và liên tục, giảm về đêm, thuốc giảm đau ít hiệu quả Có các dấu hiệu cơ năng
5. Các dị dạng túi cùng	Phì đại túi cùng Nang nước của rễ kiểu Tarlov Thoát vị màng tuỷ	Đau nhiều rễ Đôi khi đau cách hồi Không co cứng cột sống Đôi khi có hội chứng đuôi ngựa

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị nội khoa

– Nghỉ tuyệt đối nhằm loại bỏ các yếu tố gây đau có tính cơ học và để cơ thắt lưng được nghỉ. Thời gian ít nhất 2 tuần.

– Các thuốc giãn cơ và giảm đau kháng viêm không steroid. Nếu đau nhiều có thể dùng corticoid hoặc biệt dược có thuốc phiện.

Khi điều trị nội đã đạt hiệu quả, cần củng cố kết quả bằng cách hướng dẫn bệnh nhân giữ gìn cột sống của họ và cách rèn luyện để tăng cường cơ thắt lưng và cơ bụng. Thông thường, 90% bệnh nhân được ổn định theo cách điều trị này.

6.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định

– Đau tái diễn nhiều lần và điều trị nội thất bại.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Thoát vị địa đệm đặc biệt cấp tính: đau dữ dội, liệt thần kinh, hội chứng đuôi ngựa.

Hiện nay, nhờ các tiến bộ khoa học kỹ thuật điều trị ngoại khoa, chỉ định phẫu thuật ngày càng mở rộng hơn.

Các phương pháp

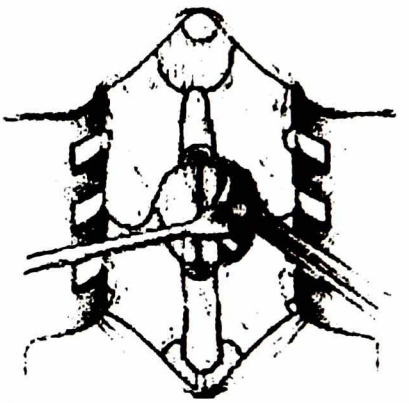
– Làm tiêu nhân đĩa đệm: tiêm vào khoang gian đốt sống 2000 – 4000 đơn vị chymopapaine để phá huỷ đĩa đệm. Chống chỉ định phương pháp này trong một số trường hợp: hẹp ống sống, có hội chứng đuôi ngựa, đĩa đệm đã làm rách dây chằng, thoát vị tái phát.

– Lấy bỏ đĩa đệm qua da: luồn qua da dụng cụ lấy đĩa đệm vào trong khoang đĩa đệm để làm giảm áp lực và thể tích đĩa đệm.

– Làm tiêu nhân bằng Laser: sử dụng laser để phá huỷ đĩa đệm qua da.

– Mổ lấy bỏ đĩa đệm: đây là phương pháp phẫu thuật kinh điển.

– Đường mổ lấy từ phía sau, qua khe khớp của 2 đốt sống tương ứng với mức bị thoát vị, mở xương hạn chế lên trên và xuống dưới, cắt dây chằng vàng để bộc lộ rễ thần kinh bị chèn ép, sau đó vén rễ thần kinh vào trong để lấy đĩa đệm thoát vị từ phía trước *(hình 1.62)*.



Hình 1.62. Phẫu thuật lấy đĩa đệm từ phía sau

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Davis RA (1994), "A long term outcome analysis of 984 surgically treated herniated lumbar disc", *J Nuerosur* (80), pp 415–421.
2. Naylor A (1971), "The biochemical changes in the Human Intervertebral disc in degeneration and Nuclear prolapse", *Symposium on disease of the Intervertebral disc*, pp343–357.
3. Porchet FC et al (1999), "Long term follow up of patients surgically treated by the lateral approach for foraminal and exforaminal lumbar disc herniations", *J Neurosurg* (90), pp 59–66.
4. Schawartz SI et al (1989), "Neurologic surgery", *Principles of surgery*, Vol 2 (42), pp 1869–1892.
5. Dechambenoit G (1996), "Sciatique par hernie discale", *Manuel de Neurochirurgie*, Sauramps Editions, pp 157–169.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

21. TỔN THƯƠNG THẦN KINH NGOẠI VI

Tổn thương thần kinh ngoại vi được biết cách đây 3500 năm, nhưng trước thế kỷ XVI vẫn chưa có một kỹ thuật hoàn chỉnh. Gabriele Ferrara (1543 – 1627) là người tiên phong trong mổ phục hồi tổn thương thần kinh, ông là người đầu tiên mô tả kỹ thuật khâu nối thần kinh ngoại vi. Cho đến ngày nay kỹ thuật khâu phục hồi thương tổn thần kinh ngoại vi càng được hoàn thiện, nhờ sự phát triển của vi phẫu thuật. Tổn thương thần kinh ngoại vi, nếu không thăm khám kỹ sẽ bị bỏ sót vì cho rằng đó là chấn thương phần mềm và khi đó bệnh nhân đến khám là do biến chứng như đau bỏng buốt (causalgia) hay liệt nhóm cơ vận động. Tổn thương thần kinh ngoại vi rất thường gặp sau tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt hay tai nạn lao động và đặc biệt sau vết thương hoả khí. Tổn thương thần kinh ngoại vi hay gặp ở bệnh nhân bị gãy xương và đặc biệt là gãy xương có di lệch, gần 95% tổn thương thần kinh ngoại vi gặp ở gãy xương chi trên. Điển hình nhất là trường hợp liệt thần kinh quay trong gãy xương cánh tay và liệt dây thần kinh trụ trong gãy trên lồi cầu có di lệch.

1. CẤU TRÚC DÂY THẦN KINH

Dây thần kinh ngoại vi gồm hai thành phần chính: sợi thần kinh và mô liên kết

– Sợi thần kinh: là sợi trục (axon) từ thân tế bào thần kinh kéo dài ra gồm sợi có bao myelin và sợi không có bao myelin

– Mô liên kết bao gồm nội mô thần kinh (endonèvre), bao ngoài bó thần kinh. Nội mô thần kinh bao bọc xung quanh mỗi sợi thần kinh, nó tạo thành một ống trong đó có sợi trục, bao myelin và tế bào Schwann. Nhiều sợi thần kinh tạo thành một bó sợi. Bó sợi được bao bọc bởi màng mỏng là vỏ sợi thần kinh (perinèvre), tất cả các bó sợi thần kinh được bao bọc bởi màng dày hơn (épinevre) là vỏ dây thần kinh.

– Có hai hệ thống cấp máu cho sợi thần kinh bao gồm hệ mạch bên ngoài đến dọc vỏ dây thần kinh (épinevre) và một hệ mạch đi vào các bó sợi thần kinh gồm nhiều mao mạch ăn thông với nhau.

Cần lưu ý rằng sợi trục là đơn vị chức năng, nhưng đơn vị giải phẫu lại là bó sợi thần kinh tạo nên thần kinh. Khi mổ cần phân biệt được các bó sợi thần kinh.

2. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU BỆNH

Thương tổn thần kinh ngoại vi, được phân loại dựa vào tổn thương các thành phần cấu trúc sợi thần kinh, thương tổn chức năng thần kinh và khả năng tự hồi phục của thương tổn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

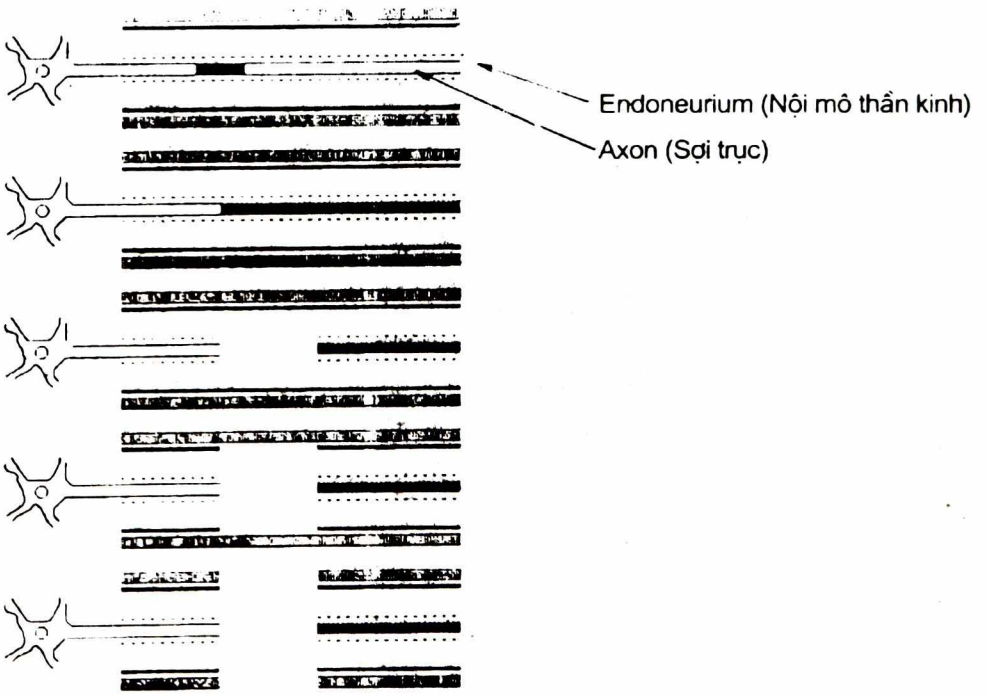
2.1. Theo Seddon

– Neurapraxia: thương tổn nhẹ nhất tức là chỉ có giảm hoặc mất toàn bộ dẫn truyền qua nơi thương tổn nhưng không có thương tổn làm mất tính liên tục của sợi trục, tức là chỉ có rối loạn cảm giác hay liệt vận động mà không có thương tổn làm mất tính liên tục của bao sợi thần kinh, không thoái hoá wallerian. Dẫn truyền thần kinh vẫn còn ở đầu trung tâm và ngoại vi nhưng không đi qua được nơi thương tổn. Liệt này chỉ tạm thời mấy ngày đến một số tháng, sau đó hồi phục.

– Axonotmesis: thương tổn nặng hơn được gọi là có thương tổn sợi trục nhưng vẫn bảo toàn được bao sợi thần kinh làm dẫn đường cho sự tái sinh của đầu ngoại vi sau này. Sự thoái hoá wallerian của đầu ngoại vi sẽ xảy ra ở thương tổn axonotmesis.

– Neurotmesis: thương tổn nặng nhất của thần kinh ngoại vi, tức là thương tổn đứt hết sợi trục, vỏ bao myelin và cả các tổ chức liên kết. Đối với thương tổn này sự tự hồi phục không bao giờ xảy ra, ngay cả khi bao ngoài dây thần kinh còn. Hiện tượng xơ hoá sẽ ngăn cản sự tái sinh của sợi trục.

2.2. Theo Suderland (1951): phân chia thương tổn chấn thương thần kinh làm năm mức độ: *(hình 1.63)*.



Hình 1.63. Sơ đồ phân loại theo Sunderland

Khi dây thần kinh bị đứt, phần ngoại vi sẽ có hiện tượng thoái hoá Wallerian và các tế bào ở đó sẽ bị mất đi chỉ còn lại một bao rỗng, còn phần trung tâm cũng có hiện tượng thoái hoá, nhưng chỉ trong thời gian ngắn sẽ chuyển sang giai đoạn hồi phục. Sợi trục sẽ tân sinh dài ra, nếu bao périnèvre còn sợi trục sẽ đi vào bao đó phát triển với tốc độ 1–3mm/ 1 ngày, quá trình hồi phục diễn ra.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. LÂM SÀNG

Bệnh nhân bị chấn thương thần kinh thường có biểu hiện rối loạn vận động hay cảm giác vùng chi phối của dây thần kinh đó. Đối với chấn thương cấp, rối loạn này có thể là tạm thời hoặc biểu hiện liệt thực thụ. Rối loạn cảm giác hay vận động cần được đánh giá riêng rẽ để đưa ra chẩn đoán định khu chính xác.

Khám bệnh ban đầu để đánh giá thương tổn thần kinh ngoại vi đòi hỏi tỉ mỉ chính xác để đưa ra chẩn đoán đúng và là cơ sở cho việc đánh giá, theo dõi sự hồi phục của thương tổn. Khám đánh giá thương tổn ban đầu có thể khó, một nguyên tắc để tránh bỏ sót là phải thăm khám toàn diện tất cả vết thương hay chấn thương nằm trên đường đi của dây thần kinh ngoại vi.

3.1. Khám vận động

Cần khám hết sức tỉ mỉ để đánh giá sự thay đổi cơ lực của các nhóm cơ chi phối bởi dây thần kinh bị thương tổn và cần phải hiểu rằng có sự thay đổi giải phẫu rất lớn trong việc phân chia nhánh tận cùng của sợi thần kinh. Đặc biệt một vài thương tổn ở chi trên có thể ngay lập tức được bù trừ bởi nhánh nối giữa dây thần kinh trụ và dây giữa đối với các cơ ở bàn tay.

Khám chi tiết chúng ta có thể xác định được vị trí thương tổn, mức độ liệt. Đối với bàn tay khi có thương tổn thần kinh thì có biểu hiện ở các cơ sau:

– Dây giữa: cơ gan tay lớn, cơ gấp sâu trỏ, cơ gấp dài ngón cái, cơ giạng ngắn ngón cái.

– Dây trụ: cơ trụ trước, cơ gấp sâu (ngón V) cơ giạng ngón V, cơ khép ngón I và cơ liên cốt mu tay.

– Dây quay: cơ tam đầu, cơ sấp dài, cơ quay sau, cơ trụ sau, cơ duỗi chung, cơ duỗi dài ngón cái và cơ duỗi riêng ngón cái và cơ duỗi riêng ngón trỏ.

3.1.1. Biểu hiện lâm sàng của các tổn thương thần kinh

– Dây thần kinh quay: Tuỳ theo vị trí thương tổn mà có biểu hiện từ cao xuống thấp là: liệt các cơ duỗi cẳng tay, liệt các cơ duỗi và ngửa bàn tay, ngón tay, bàn tay bị kéo xuống hình cổ cò, nguyên nhân thường do gãy xương cánh tay, phần lớn phục hồi không cần mổ, nếu sau khi liền xương mà không phục hồi thì cần phải phẫu thuật (sau 3 tháng). Chỉ định mổ cấp cứu khi có gãy xương hở, nghi đứt thần kinh bị kẹt lại ổ gãy xương.

– Dây thần kinh giữa: các cơ gấp và sấp bị liệt, bàn tay bị các cơ duỗi kéo ra sau, sau đó các cơ mô cái bị teo đét và bàn tay luôn ở tư thế ngửa, gọi là bàn tay khỉ. Thần kinh giữa hay bị tổn thương từ 1/3 trên cẳng tay trở xuống. Cơ bản thương tổn làm mất đối chiếu của ngón cái với các ngón còn lại. Bị đứt dây thần kinh giữa dưới 6 tháng. Nên mổ để gỡ dính, khâu nối, ghép thần kinh.

– Thần kinh trụ: teo cơ ô mô út và ngón 4 ở tư thế đốt 1 duỗi, đốt 2, 3 gấp, là

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

bàn tay vuốt trụ. Điều trị theo các kỹ thuật mổ như Zancoli, Bunnell, Boyes. Mục đích làm mất "bàn tay vuốt trụ ", giúp cho khép ngón cái và cầm đồ vật chắc hơn.

3.1.2 Khám thương tổn vận động: có thể cho biết chính xác mức độ cơ bị thương tổn để giúp cho việc theo dõi tiến triển bệnh.

Theo Higuet mức độ/thương tổn vận động được chia làm 6 mức độ:

– Độ 0: Liệt hoàn toàn.

– Độ 1: Còn biểu hiện sự rung cơ.

– Độ 2: Còn co cơ nhưng không thắng được trọng lực.

– Độ 3: Co cơ thắng được trọng lực.

– Độ 4: Co cơ thắng được trọng lực và chống được lực đối kháng.

– Độ 5: Vận động bình thường.

Khi thương tổn sau chấn thương dài ngày sẽ có hiện tượng teo cơ và cứng khớp.

3.1.3. Khám cảm giác

– Vùng rối loạn cảm giác có thể không tương ứng với vùng cảm giác của dây thần kinh bị thương tổn, nó thường nhỏ hơn do ở vùng ranh giới thường có sự tiếp nối với dây thần kinh bên cạnh. Ta có thể chia làm 2 vùng cảm giác đối với dây thần kinh ngoại vi như sau:

– Vùng trung tâm hay vùng autonome, chỉ được cảm nhận từ dây thần kinh đó.

– Vùng ngoại vi nơi cảm giác được cảm nhận ít hơn so với vùng trung tâm.

– Vùng trung tâm của dây thần kinh giữa là mặt gan tay của đốt 2 ngón 1 và đốt 2,3 ngón 2. Vùng trung tâm của dây thần kinh trụ là mặt gan tay của đốt 2,3 ngón 5, còn đối với dây quay là ở khe gian cốt 1 mu tay.

4. CẬN LÂM SÀNG

Thăm khám cận lâm sàng có giá trị nhất là điện cơ, thực hiện ngay sau chấn thương, đôi khi khó do bệnh nhân đau, nên có kế hoạch làm vào tuần thứ 3, khi đó vẫn chưa có sự hồi phục thương tổn sau chấn thương. Làm lại điện cơ đồ, cho phép theo dõi tiến triển bệnh và từ đó đưa ra chỉ định phẫu thuật hợp lý nhất: phẫu thuật sửa chữa (gỡ dính, ghép thần kinh) hay phẫu thuật chuyển cơ. Điện cơ còn phát hiện được dấu hiệu hồi phục thần kinh để đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật hoặc tập phục hồi chức năng. Dùng điện cực cắm vào cơ cần thăm khám, khi cơ nghỉ ngơi tuyệt đối thì không có biểu hiện hoạt động điện nào được ghi nhận, khi cho cơ vận động ta sẽ ghi lại được hoạt động điện của cơ đó về hình dạng, thời gian kéo dài, biên độ và tần số, sự thay đổi các thông số trên cho ta biết hình thái của thương tổn.

Trong trường hợp chấn thương đám rối thần kinh nách hay thắt lưng, cần thăm khám hình ảnh như: chụp tuỷ và bao rễ, chụp cắt lớp hoặc cộng hưởng từ cột sống–tuỷ sẽ đưa ra chẩn đoán thương tổn chính xác có ích cho điều trị.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. KỸ THUẬT MỔ

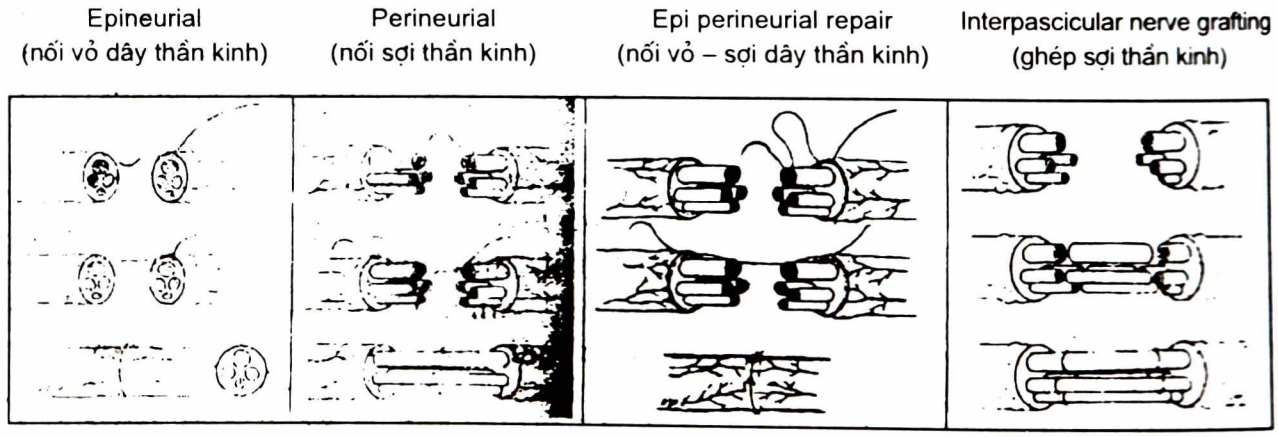
Có 3 kỹ thuật được tiến hành cho chấn thương thần kinh ngoại vi:

5.1. Phẫu thuật gỡ dính (Neurolyse)

Mục đích là phẫu tích bóc tách các bó sợi thần kinh khỏi các mô xơ dính hoặc bó chặt vào bó sợi thần kinh, chính những thương tổn này đã ức chế dẫn truyền thần kinh. Đây là phẫu thuật cho kết quả tốt nếu có chỉ định đúng, tức là khi thương tổn không làm mất tính liên tục mà chỉ tắc nghẽn dẫn truyền do xơ dính quanh dây thần kinh, trong dây thần kinh và quanh bó sợi thần kinh. Nguy cơ đối với phẫu thuật này là việc đánh giá sai thương tổn, ví như chỉ làm gỡ dính đơn thuần trong khi đó có thương tổn đứt sợi trục. Về nguy cơ mất mạch nuôi dưỡng chỉ xảy ra khi gỡ dính quá rộng trong dây thần kinh. Trong thủ thuật gỡ dính bao giờ cũng tiến hành từ nơi lành đến nơi bệnh và trong khi gỡ dính phải kiểm tra xem có u xơ thần kinh ở các bó sợi thần kinh không, nếu có thì bắt buộc phải cắt bỏ sau đó khâu phục hồi hoặc ghép.

5.2. Khâu nối thần kinh

Kỹ thuật khâu nối ngày càng tiến bộ cho phép nối các bó sợi thần kinh tương ứng nhau, sự định hướng này phụ thuộc chủ yếu vào hình thể của các bó sợi, việc khâu nối đơn thuần vỏ bao ngoài sợi thần kinh là không đủ. Khi khâu nối xong không được căng tại đầu nối vì khi đầu nối căng dễ tạo ra khe hở giữa đầu ngoại vi và đầu trung tâm, chính khe hở này sẽ tạo điều kiện hình thành tổ chức xơ ngăn cản tái tạo sợi thần kinh, khi đầu nối căng cũng làm tăng áp lực bên trong dây thần kinh cản trở tuần hoàn xuất hiện thiếu máu nuôi dưỡng.



Hình 1.64. Khâu nối thần kinh

5.3. Ghép thần kinh

Trong thương tổn đứt đoạn hay dập nát nhiều không thể thực hiện khâu nối hai đầu của các bó sợi thần kinh với nhau người ta có thể sử dụng một đoạn dây

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thần kinh cảm giác của bệnh nhân để ghép. Dây thần kinh hay dùng để ghép nhất là dây hiển ngoài, sau đó là dây bì cánh tay trong, sau nữa là dây hiển trong. Ghép bó sợi thần kinh sẽ giải quyết được hiện tượng căng đầu khi nối, khi khâu nối đặc biệt trong trường hợp mất đoạn thần kinh. Kỹ thuật khâu nối mảnh ghép giống hệt kỹ thuật khâu nối đã mô tả ở trên. Trong thực tế người ta hay ghép từng nhóm bó sợi thần kinh với nhau do trong một dây thần kinh có nhiều bó sợi thần kinh, việc thực hiện ghép từng bó sẽ đòi hỏi nhiều thời gian và nhiều vật liệu để ghép. Mảnh ghép thường dùng là mảnh ghép rời tự thân, mà hay sử dụng nhất là thần kinh hiển ngoài. Lundborg đã chứng minh rằng mạch tân tạo nhanh chóng xuất hiện vào 3 đến 7 ngày sau đối với mảnh ghép có đường kính nhỏ. Taylor đưa ra kỹ thuật với mảnh ghép có cuống mạch (nhánh trước của thần kinh quay với nhánh mạch nuôi từ động mạch quay) được chỉ định trong một số trường hợp đặc biệt. Một số tác giả khác còn dùng keo sinh học để tăng cường điểm khâu nối.

6. TIẾN TRIỂN CỦA THƯƠNG TỔN

Kết quả tốt đạt được ở 60 – 70% và trung bình tuỳ thuộc nhóm nghiên cứu. Kết quả phụ thuộc vào thương tổn, nhóm phẫu thuật, thời gian được phẫu thuật, phẫu thuật muộn cho kết quả xấu. Thời gian hồi phục và chất lượng hồi phục, phụ thuộc thương tổn giải phẫu là chính, ngoài ra còn phụ thuộc loại thần kinh bị thương tổn, vị trí thương tổn và tuổi của bệnh nhân. Theo Zachary đối với dây giữa là 9 đến 3 tháng, dây trụ là 16 đến 29 tháng, dây quay là 9 đến 16 tháng, dây cơ bì là 3,8 đến 9 tháng, dây thần kinh toạ là 12 đến 15 tháng.

Thái độ xử trí

Điều trị không mổ hay mổ tuỳ thuộc vào khám lâm sàng và cận lâm sàng để xác định thương tổn thực tế của từng dây thần kinh. Ngoài các trường hợp xử trí mổ cấp cứu có chỉ định riêng, phần lớn các trường hợp đều có thể mổ ở một thời gian sau.

6.1. Điều trị không mổ: sơ cứu, điều trị tổn thương phần mềm khác. Phẫu thuật do bác sĩ chuyên khoa quyết định.

6.1.1. Dây thần kinh quay: mục đích làm khoẻ các cơ gấp và phòng co cứng gấp để sau này mổ chuyển gân.

– Nẹp duỗi cổ tay, tập co kéo làm cho khớp cổ tay mềm và tập co gấp các ngón.

– Tập để cho sức nắm tăng lên, làm cho cơ chuyển sau này khoẻ.

6.1.2. Dây thần kinh giữa: dấu hiệu cơ bản là mất đối chiếu ngón cái. Thường phải mổ để tạo đối chiếu ngón cái (gọng kìm ngón tay).

6.1.3. Dây thần kinh trụ: liệt trụ phần lớn do các vết thương gây nên, mất vận động nhiều kiểu. Về sau mổ chủ yếu là chuyển gân để cải thiện chức năng bàn tay.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6.2. Điều trị mổ

6.2.1. Điều trị cấp cứu: phối hợp xử trí vết thương phần mềm, vết thương mạch máu hoặc kết hợp xương. Tiến hành khâu nối thần kinh cấp cứu theo các thủ thuật trên từng loại thương tổn. Nếu không khâu nối được ngay, nên tìm hai đầu thần kinh dính dưới da để thuận tiện chờ mổ lần sau.

6.2.2. Điều trị thực thụ: phẫu thuật ở cơ sở chuyên khoa bằng các kỹ thuật mổ trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Allan J.Belxberg, M.D., F.R.C.S. (C), Michael J. Dorsi, B.A., Phillip B. Storm, M.D., Jonh L. Moriarity, M.D. (2004): Surgical repair of brachial plexus injury: a multinational survery of experienced peripheral nerve surgeons, Neurosurg Focus 16 (5): Preview Article 1,.
2. Burnett M.G., Zager E.L. (2004): Pathophysiology of peripheral nerve injury: a brief review, neurosurg Focus 16 (5): Article 1.
3. Lundborg, GOran (2003): Nerve injury and repair – a challege to the plastic brain. Journal of the Peripheral Nervous System 8 (4), 209 – 226.
4. Privat J.M., Finiels P.J: Traumatismes des nerfs peripheriques Neurochrirurgie.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

22. HỘI CHỨNG ĐUÔI NGỰA

1. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng chèn ép đuôi ngựa là hội chứng chèn ép các rễ thần kinh vùng thắt lưng – cùng từ L2 đến S5.

Chẩn đoán và điều trị hội chứng chèn ép đuôi ngựa là cấp cứu ngoại thần kinh, nếu không điều trị kịp thời sẽ để lại những di chứng nặng nề đối với chức năng của đám rối thần kinh thắt lưng – cùng.

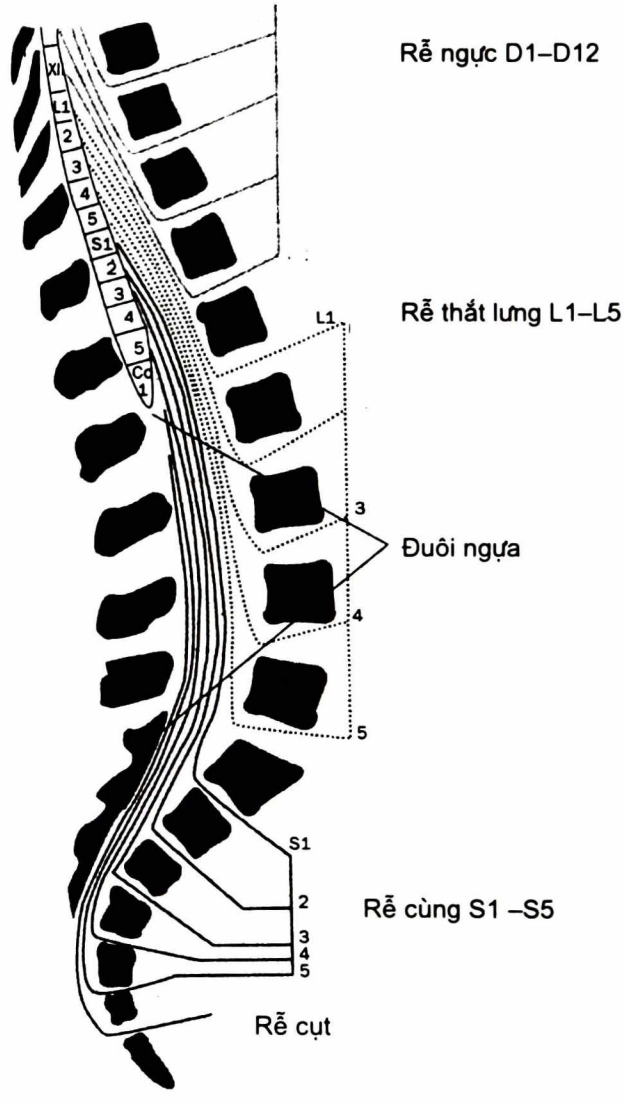
Nhắc lại giải phẫu:

Trong quá trình phát triển bào thai, sự phát triển của tuỷ sống thường chậm hơn bao màng tuỷ và xương. Chính vì vậy cực dưới của tuỷ (nón cùng) thường dừng lại ở ngang mức L2. Bên dưới mức này còn 3 rễ thắt lưng (L3, L4, L5) và các rễ cùng (từ S1 đến S5). Các rễ thần kinh này chạy thẳng xuống dưới và tập hợp thành một bó gọi là "đuôi ngựa".

Ở mỗi tầng cả 2 bên có một rễ vận động và cảm giác thoát ra để kết hợp với nhau sau đó đi ra khỏi ống tuỷ qua lỗ ghép.

Nhắc lại sinh lý:

Các rễ thần kinh của đuôi ngựa chi phối vận động và cảm giác của chi dưới và tầng sinh môn dựa vào bảng dưới đây.



Hình 1.65. Sơ đồ cắt dọc qua rễ tuỷ và ống sống

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Biểu hiện lâm sàng của hội chứng đuôi ngựa là chèn ép thần kinh ngoại vi (do tuỷ sống kết thúc ở khoảng L1), chèn ép đa rễ thần kinh (do các rễ thần kinh nằm sát nhau).

Bệnh cảnh lâm sàng của hội chứng đuôi ngựa thường nặng hơn ở một bên.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Đôi khi hội chứng đuôi ngựa biểu hiện không điển hình chủ yếu là dấu hiệu chèn ép một rễ (rễ thần kinh toạ, thần kinh đùi) nếu nguyên nhân chèn ép lệch bên.

Tuỳ theo nguyên nhân mà biểu hiện lâm sàng là cấp tính hay là tiến triển chậm.

Rễ thần kinh đuôi ngựa và chi phối ở chi dưới và tầng sinh môn				
Rễ thần kinh	**Vận động**	**Cách khám vận động**	**Cảm giác**	**Phản xạ**
L2	Cơ thắt lưng chậu, cơ tứ đầu đùi	Gấp đùi về phía thân	Vùng bẹn	Bánh chè
L3	Cơ khép đùi, cơ tứ đầu đùi	Khép, giạng đùi	Mặt trước đùi	Khép đùi
L4	Cơ tứ đầu đùi, cơ chày trước	Duỗi cẳng chân	Mặt trước trong cẳng chân	Bánh chè
L5	Vùng trước ngoài cẳng chân, cơ mông nhỡ	Gấp bàn chân, gấp ngón cái	Mặt trước ngoài cẳng chân, mu chân, ngón cái	
S1	Cơ gan bàn chân	Duỗi bàn chân	Mặt sau cẳng chân gan chân, mặt ngoài bàn chân	Gót
S2	Cơ gót chân, cơ mông lớn		Mặt sau đùi	
S3 – S5	Cơ thắt hậu môn, niệu đạo, bàng quang, trực tràng, chi phối phóng tinh và cương cứng		Vùng hậu môn tầng sinh môn. Chi phối cảm giác tạng: bàng quang trực tràng	Hậu môn Hành hang

2.1. Hội chứng đuôi ngựa cấp tính

Sau chấn thương, vận động sai tư thế hoặc tự nhiên, bệnh cảnh lâm sàng xuất hiện đột ngột gồm: đau, rối loạn vận động, rối loạn cảm giác, phản xạ gân xương, cơ thắt...

2.1.1. Đau

Biểu hiện đau lưng cấp, co cứng cơ vùng thắt lưng. Cơn đau vùng thắt lưng có thể do nguyên nhân cơ giới (như do u, nguyên nhân đĩa đệm) hoặc nhiễm trùng (do viêm thân đốt sống đĩa đệm).

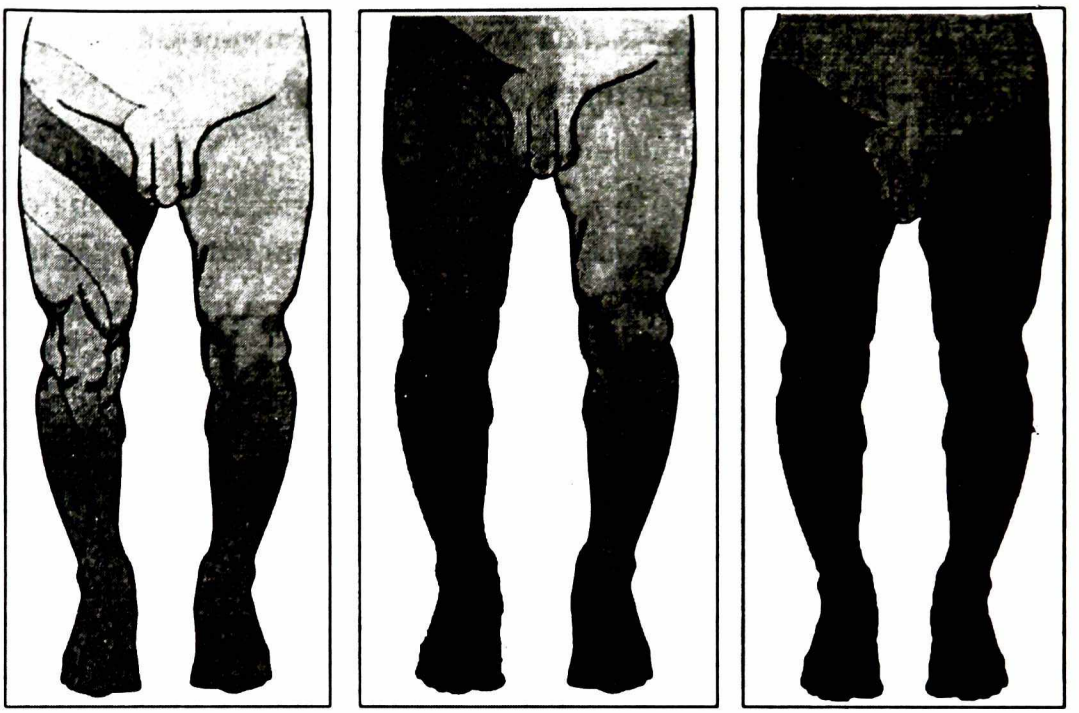
Đau kiểu rễ:

Đau một hay nhiều rễ thần kinh, đau theo kiểu thần kinh bị giãn căng (đây là kiểu đau mà người bệnh hay mô tả nhất) hay đau theo kiểu dị cảm (tê bì, kiến bò...). Tuỳ theo mức độ vị trí mà có biểu hiện đau rễ thần kinh đùi hay rễ thần kinh tọa. Đối với các rễ thần kinh thấp hơn thì sẽ biểu hiện đau rễ cùng cụt, đau vùng tầng sinh môn hay bộ phận sinh dục.

Đau vùng cùng cụt, tầng sinh môn thì hiếm gặp

Đôi khi chèn ép rễ không biểu hiện thành triệu chứng đau mà là dị cảm theo vùng chi phối của rễ thần kinh. Dị cảm tăng lên khi thực hiện nghiệm pháp Valsalva (ho, rặn).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 1.66. Chi phối cảm giác của rễ thần kinh L2, L4, L5.

Phải chú ý, nếu biểu hiện liệt hoàn toàn (tương đương với chèn ép hoàn toàn rễ thần kinh), triệu chứng đau sẽ mất đi và thay vào đó là dấu hiệu liệt hoàn toàn vận động và cảm giác.

2.1.2. Rối loạn cảm giác

Biểu hiện giảm cảm giác hoặc mất cảm giác hoàn toàn

Đặc điểm rối loạn cảm giác của hội chứng đuôi ngựa là rối loạn cảm giác kiểu yên ngựa: vùng tầng sinh môn, xung quanh hậu môn và bộ phận sinh dục ngoài.

Mất cảm giác hoàn toàn vùng yên ngựa là dấu hiệu chẩn đoán xác định quan trọng.

2.1.3. Rối loạn vận động

Giảm cơ lực và trương lực cơ chi dưới. Vị trí chèn ép càng cao thì mức độ rối loạn vận động càng trầm trọng.

Các mức độ của rối loạn vận động biểu hiện từ liệt mềm hoàn toàn 2 chi dưới (chèn ép L2) cho đến mất khả năng đi kiễng chân (chèn ép S1).

Thăm trực tràng: mất phản xạ cơ thắt hậu môn.

2.1.4. Phản xạ

– Giảm hoặc mất phản xạ gân xương.

– Mất phản xạ bìu (L1 – L2) đối với chèn ép đuôi ngựa cao.

– Mất phản xạ hậu môn (S3 – S5) và phản xạ hành hang (S3 –S4).

2.1.5. Rối loạn cơ thắt – sinh dục

– Đái khó, nhiều khi phải rặn, ứ đọng nước tiểu.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Ứ đọng nước tiểu không gây đau do kèm theo rối loạn cảm giác.

– Giảm hoặc mất chức năng cơ thắt hậu môn. Gây táo bón.

– Giảm hoặc bất lực trong sinh hoạt tình dục.

– Phân biệt ứ đọng nước tiểu do nguyên nhân từ hệ tiết niệu: ứ đọng nước tiểu do nguyên nhân hội chứng đuôi ngựa thì không đau do mất cảm giác các tạng.

– Táo bón và bất lực ở nam giới là dấu hiệu thường gặp nhưng trong bệnh cảnh lâm sàng cấp tính không được chú ý đến.

2.1.6. Nghiệm pháp tồn dư nước tiểu

Yêu cầu bệnh nhân đi tiểu hết nước tiểu. Sau đó đặt ống thông bàng quang để kiểm tra số lượng nước tiểu tồn dư trong bàng quang. Kết luận là bệnh lý khi có trên 50ml nước tiểu tồn dư trong bàng quang sau khi đi tiểu.

Nghiệm pháp này được tiến hành trong những trường hợp nghi ngờ hội chứng đuôi ngựa và để đánh giá mức độ tổn thương của cơ thắt bàng quang.

2.2. Hội chứng đuôi ngựa tiến triển chậm

2.2.1. Đau rễ

– Đau rễ thắt lưng – cùng, rễ cùng: đau rễ là dấu hiệu chính và kéo dài.

– Thường kèm theo đau lưng và co cứng cơ do tăng trương lực cơ cạnh sống.

2.2.2. Rối loạn vận động và cảm giác

– Rối loạn vận động và cảm giác thường xuất hiện muộn và nặng lên khi chẩn đoán không được đặt ra.

– Bao gồm: yếu và giảm cảm giác chi dưới và kèm theo giảm trương lực cơ, dị cảm, giảm cảm giác nói chung lan rộng đến tận tầng sinh môn và các rối loạn cơ thắt hậu môn sinh dục.

– Giai đoạn muộn: xuất hiện teo cơ, loét ở vùng cùng cụt, gót chân.

2.3. Các hình thái lâm sàng dựa vào vị trí chèn ép

2.3.1. Chèn ép cao (thắt lưng)

– Chèn ép rễ L3, L4, L5: Biểu hiện đau lưng, đau rễ kèm theo yếu 2 chi dưới.

– Rối loạn cơ thắt và rối loạn cảm giác yên ngựa là thường gặp do các rễ thần kinh cùng bị ảnh hưởng.

2.3.2. Chèn ép thấp (cùng)

– Các rễ thần kinh thắt lưng không ảnh hưởng, rối loạn vận động chỉ biểu hiện tối thiểu (bệnh nhân không đi kiễng chân được do chèn ép rễ S1).

– Rối loạn cơ thắt – sinh dục và rối loạn cảm giác yên ngựa là dấu hiệu chẩn đoán xác định.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.3.3. Chèn ép thắt lưng trung tâm *(thoát vị đĩa đệm trung tâm)*

– Mặc dù ở thắt lưng nhưng chỉ chèn ép vào các rễ cùng do nguyên nhân chèn ép từ trung tâm.

– Các rễ thắt lưng không bị chèn ép do đi ở bên ngoài.

3. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Được tiến hành trong cấp cứu. Mục đích là xác định có hội chứng chèn ép đuôi ngựa không? ở vị trí nào? Nguyên nhân nào thường gặp nhất?

3.1. Xquang thường quy

– Thay đổi độ đậm đặc của xương (di căn xương cột sống của ung thư tuyến tiền liệt).

– Hình ảnh tiêu xương, lún xương do ung thư xương, loãng xương, xẹp đĩa đệm do viêm thân đốt sống v.v...

3.2. Chụp cắt lớp vi tính

Được sử dụng để đánh giá đậm độ xương để phát hiện những tổn thương lún, xẹp thân đốt sống, tiêu xương. Tuy nhiên chỉ phát hiện ở một số vị trí nhất định (cần phải định hướng trước vị trí tổn thương dựa trên biểu hiện lâm sàng).

Phát hiện bệnh lý đĩa đệm, bệnh lý xương.

3.3. Cộng hưởng từ

– Cho phép kiểm tra toàn bộ vùng chóp cùng đuôi ngựa theo 3 chiều hình ảnh (đứng dọc, dọc, cắt ngang).

Phát hiện các khối u trong, ngoài màng tuỷ. Đánh giá mức độ chèn ép cụ thể: trước, sau, hai bên.

– Có thể phát hiện các tổn thương phần mềm của màng tuỷ, chèn ép tuỷ ở nhiều vị trí (di căn đa ổ).

3.4. Chụp bao rễ cản quang

– Chọc tuỷ sống sau đó tiêm thuốc cản quang nhằm phát hiện dấu hiệu gián tiếp chèn ép rễ đuôi ngựa.

– Chụp bao rễ dưới chụp CLVT: nhìn thấy tổn thương trong màng tuỷ.

Sử dụng khi không chụp được CHT (chống chỉ định: máy tạo nhịp tim).

3.5. Điện cơ

Khó thực hiện trong cấp cứu. Sử dụng trong những trường hợp nghi ngờ hay theo dõi lâu dài.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

4.1. Hội chứng nón cùng

– Bệnh cảnh lâm sàng gần giống, nhưng các rễ tổn thương là rễ L1, L2 (cơ thắt lưng chậu, cơ khép, rối loạn cảm giác nếp bẹn).

– Phối hợp dấu hiệu chèn ép trung tâm; nhưng không có dấu hiệu Babinski.

– Chẩn đoán phân biệt dựa vào cộng hưởng từ.

4.2. Hội chứng chèn ép tuỷ

Bệnh cảnh lâm sàng điển hình là những dấu hiệu chèn ép trung tâm: tăng trương lực cơ, tăng phản xạ gân xương.

– Trong những giờ đầu tiên, hội chứng chèn ép tuỷ biểu hiện bằng bệnh cảnh tuỷ cắt ngang đột ngột: liệt mềm, mất phản xạ gân xương, phản xạ Babinski không đáp ứng. Có thể nhầm với hội chứng đuôi ngựa. Tuy nhiên trong chèn ép tuỷ có mức rối loạn cảm giác tương ứng vị trí thương tổn.

4.3. Bệnh lý xơ hoá tuỷ

Do tai biến nhồi máu của vùng tuỷ chi phối bởi động mạch vùng này (động mạch Adamkiewiecz): biểu hiện lâm sàng là đau lưng dữ dội, có thể khởi đầu rầm rộ. Chẩn đoán xác định dựa trên hình ảnh cận lâm sàng.

4.4. Hội chứng tuỷ kéo dài

Biểu hiện tổn thương tuỷ toàn thể, nguyên nhân là do sự phát triển không đồng đều, giữa phần xương của cột sống và tuỷ sống, khi còn nhỏ. Tuỷ sống bị dính do nguyên nhân bẩm sinh hoặc sau phẫu thuật. Trong quá trình phát triển, sự kéo dài tuỷ sẽ gây nên tổn thương tuỷ từ từ và tăng dần.

4.5. Viêm đa rễ thần kinh

Các tổn thương thần kinh ngoại vi, lan lên cao tăng dần, có thể kèm theo tổn thương các dây thần kinh sọ, nhưng hiếm khi tổn thương cơ thắt.

4.6. Tổn thương đám rối thắt lưng cùng

– Tổn thương có nguyên nhân đám rối ở vùng tiểu khung.

– Tiền sử phát hiện các khối u, sản phụ khoa, u đại tràng, hoặc điều trị tia xạ vùng tiểu khung. Biểu hiện lâm sàng là đau bụng dưới.

– Không có hội chứng chèn ép rễ.

– Chẩn đoán phân biệt dựa vào hình ảnh cận lâm sàng không có hình ảnh chèn ép đuôi ngựa.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. NGUYÊN NHÂN

Sau đây là những nguyên nhân chèn ép vùng đuôi ngựa không do chấn thương thường gặp.

5.1. Thoát vị đĩa đệm

Thường gặp ở đoạn L4–L5, L5– S1.

Triệu chứng kinh điển: đau lưng, sau đó đau lan xuống chân theo kiểu rễ thần kinh. Những bệnh nhân có cơn đau kịch phát thì những tổn thương chèn ép rễ hoặc tổn thương co thắt thường bị làm mờ đi. Chính vì vậy trước tất cả những trường hợp có đau rễ thần kinh, chẩn đoán chèn ép đuôi ngựa vẫn phải được đặt ra. Cần phải hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng kỹ.

5.2. Chèn ép đuôi ngựa do nguyên nhân từ ngoài tuỷ hoặc từ xương

Di căn ngoài màng tuỷ (tổn thương thân đốt sống lan rộng) có hoặc không kèm theo xẹp thân đốt sống: u xương đốt sống, bệnh Kahler, bệnh máu ác tính, ung thư hệ bạch huyết v.v...

5.3. Nhiễm trùng

– Viêm thân đốt sống đĩa đệm do vi khuẩn (hội chứng nhiễm khuẩn cấp) biểu hiện lâm sàng rầm rộ (dấu hiệu đau lưng thường là triệu chứng hay gặp nhất).

– Lao đốt sống (Mal de Pott): diễn biến thầm lặng, mạn tính.

5.4. U trong màng tuỷ

– U dây thần kinh (Neurinoma), u màng tuỷ (Meningioma): tiến triển chậm trong thời gian dài nhưng khi có biểu hiện lâm sàng thường cấp tính (đột ngột).

– U màng nội tuỷ: u lành tính. Có thể xuất hiện trên lâm sàng do chấn thương nhẹ hoặc tình cờ phát hiện do chảy máu trong u.

5.5. Hẹp ống sống thắt lưng

– Dấu hiệu cơn đau cách hồi kiểu rễ khác với cơn đau cách hồi mạch máu.

– Không có rối loạn cơ thắt.

Hội chứng hẹp ống sống thắt lưng, không điều trị, dẫn đến hội chứng đuôi ngựa mạn tính. Phải can thiệp sớm không nên chờ đến khi có biểu hiện hội chứng đuôi ngựa.

6. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

Hội chứng đuôi ngựa là bệnh lý ngoại thần kinh cần mổ cấp cứu.

Mở cung sau rộng rãi, loại bỏ nguyên nhân gây chèn ép. Sau đó có thể kết hợp cố định cột sống bằng nẹp vít trong trường hợp mất vững cột sống.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thoát vị đĩa đệm có mảnh rời: mổ lấy thoát vị và đĩa đệm.

Ung thư xương: cố định cột sống tránh xẹp đốt sống.

Đối với ung thư nhạy cảm với tia xạ có thể sử dụng tia xạ càng sớm càng tốt phối hợp với liệu pháp corticoid liều cao ở những bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật, tiên lượng thời gian sống ngắn.

Đối với ung thư xương: điều trị tia xạ là rất quan trọng.

– Bệnh nhân không có chỉ định mổ: điều trị tia xạ phối hợp với liệu pháp corticoid.

– Bệnh nhân có chỉ định mổ: tia xạ sau phẫu thuật.

U trong tuỷ và thoát vị đĩa đệm: điều trị phẫu thuật.

Tụ mủ ngoài màng tuỷ, viêm thân đốt sống đĩa đệm do vi khuẩn cần điều trị dẫn lưu ổ áp xe cùng với điều trị kháng sinh dựa vào kháng sinh đồ.

Tiên lượng hội chứng đuôi ngựa dựa vào nguyên nhân và thời gian chèn ép:

– Rối loạn vận động thường hồi phục nhanh kể cả ở bệnh nhân bị chèn ép lâu ngày.

– Ngược lại tổn thương rối loạn cơ thắt thường không hồi phục nếu không được can thiệp phẫu thuật kịp thời trong 6 giờ đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại khoa – Đại học Y Hà Nội, 2001.
2. Neurochirurgie – Université francophone, 1995.
3. Module de Neurologie et Neuro chirurgie. Université Louis Pasteur. Faculté de médecine de Strasbourg, 2002.
4. Syndrome de la queue de cheval. Impact Internat. Neurologie, 1997.
5. Benzel.E. Spine surgery: Techniques, complication, avoidance and management. Elsevier Churchill Livingstone. Second edition, 2006.
6. Schmidek.H. Operative neurosurgical techniques. Volume 1 Fifth edition. Saunders, 2006.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

PHẦN 2

LỒNG NGỰC – TIM MẠCH

A. LỒNG NGỰC

1. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TRONG CHẤN THƯƠNG LỒNG NGỰC

Về mặt nguyên tắc, xử trí một chấn thương lồng ngực kín cũng giống như một vết thương ngực hở, do đó trong bài này chỉ những đặc điểm về thương tổn giải phẫu bệnh lý và lâm sàng mới trình bày riêng, còn thái độ xử trí sẽ trình bày chung. Chấn thương lồng ngực và vết thương lồng ngực là hai thương tổn thường gặp trong cấp cứu hàng ngày. Nguyên nhân gây ra bao gồm: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn trong sinh hoạt, dao đâm. Còn trong chiến tranh thì phần lớn là do đạn, bom, hoặc mảnh đạn.

Là một thương tổn nặng do ảnh hưởng trực tiếp đến hai cơ quan sinh tồn của cơ thể: phổi và tim nên bệnh nhân rất dễ tử vong mà những tử vong này phần lớn là ngay sau khi bị thương.

Việc sơ cứu ban đầu đóng vai trò hết sức quan trọng nhằm cứu bệnh nhân khỏi những rối loạn nặng nề về sinh lý tuần hoàn và hô hấp, tạo điều kiện đủ thời gian chuyển bệnh nhân về tuyến điều trị thực thụ.

Nguyên tắc điều trị nhằm phục hồi thăng bằng sinh lý về tuần hoàn và hô hấp, những thương tổn giải phẫu đứng hàng thứ yếu, trừ khi những thương tổn này là quá nặng không sao phục hồi được thăng bằng sinh lý, lúc đó mới bắt buộc phải can thiệp phẫu thuật, nghĩa là có chỉ định mở ngực cấp cứu. Như vậy phần lớn chấn thương lồng ngực và vết thương lồng ngực không cần phải mở ngực cấp cứu để sửa chữa các vết thương tổn bên trong.

1. NHẮC LẠI NHỮNG ĐIỂM CƠ BẢN VỀ THĂNG BẰNG SINH LÝ VÀ HÔ HẤP

Thăng bằng sinh lý hô hấp dựa trên ba yếu tố chính:

1.1. Thành ngực

Bao gồm khung xương, các cơ hô hấp, cơ hoành và màng phổi lá thành. Thành ngực này vừa vững chắc, lại vừa di động trong khi thở.

Cơ hoành đóng vai trò hết sức quan trọng trong hô hấp nhất là ở trẻ em, một khi bị chèn ép (bụng trướng) sẽ dễ gây suy hô hấp.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.2. Đường hô hấp

Từ mũi, mồm qua khí, phế quản vào đến phế nang. Đường hô hấp phải thông thoáng để đảm bảo trao đổi khí được tốt.

Trong chấn thương lồng ngực đường hô hấp này rất dễ bị cản trở do dịch tiết tăng lên, máu chảy vào hoặc do dị vật, nhưng một điều quan trọng hơn là do đau mà bệnh nhân không ho khạc để tống ra ngoài.

1.3. Khoang màng phổi

Khoang màng phổi là khoang giữa hai màng phổi: lá thành và lá tạng. Bình thường do hai lá sát vào nhau nên thực tế khoang màng phổi là một khoang ảo. Áp lực khoang này thấp hơn áp lực khí quyển, thay đổi theo thì thở vào hay thở ra (–10 đến –5cm H_2O), khi ho áp lực thay đổi hơn nhiều.

Khoang màng phổi là một khoang kín, khi bị thủng (vết thương ngực hở) áp lực âm sẽ mất, phổi không còn nở lên được nữa (tràn khí màng phổi). Khoang màng phổi thông thương với không khí bên ngoài gây nên những rối loạn nghiêm trọng khí thở.

Ba yếu tố liên quan trực tiếp với nhau.

Trong hoàn cảnh bình thường, không có những rối loạn về hô hấp và tuần hoàn sẽ có những hằng số sinh lý sau:

pH	7,40 – 7,42
pO_2	80 – 100mgHg
pCO_2	35 – 45mmHg
BE	(±2)
SB	24mEq

Trong chấn thương lồng ngực, nguyên tắc xử trí là lập lại thăng bằng sinh lý hô hấp, do đó cần phải nắm vững những yếu tố trên để đạt được hiệu quả trong điều trị.

2. NHỮNG TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU – CÁCH XỬ TRÍ

2.1. Gãy xương sườn

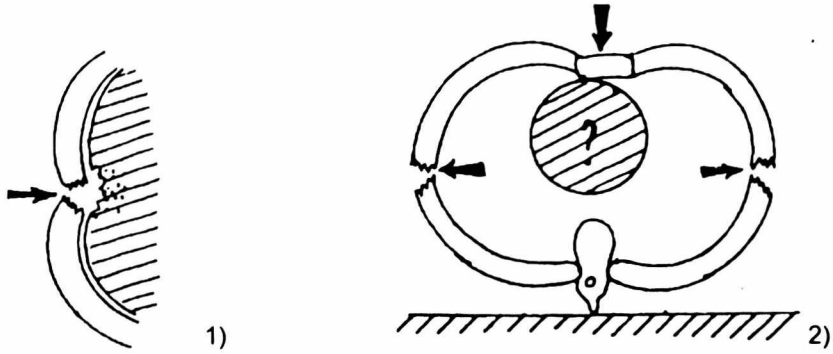
2.1.1. Xương sườn bị gãy: là một thương tổn thường gặp trong chấn thương lồng ngực. Có hai cơ chế gãy:

– Gãy trực tiếp: tác nhân gây chấn thương ở đâu thì xương sườn gãy ở đó. Đây là loại gãy từ ngoài vào, do đó tạng nào nằm ngay sát ổ gãy dễ bị thương tổn nhất (thường là phổi).

– Gãy gián tiếp: tác nhân gây chấn thương ép từ phía trước ngực, còn phía sau

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

lưng là một vật cản cố định, lồng ngực bị ép dẹt lại theo chiều trước sau, cung bên của xương sườn sẽ bị gãy. Đây là loại gãy từ trong ra ngoài. Tạng nằm giữa trung thất là tạng dễ bị thương tổn (tim, mạch máu lớn) *(hình 2.1)*.



Hình 2.1. Cơ chế gãy xương sườn
1. Gãy trực tiếp; 2. Gãy gián tiếp

* Bản thân gãy xương sườn là một thương tổn lành, nhẹ, thường không để lại di chứng gì dù không điều trị, chủ yếu là những thương tổn kèm theo mới là thương tổn nặng và dễ gây biến chứng. Tìm cơ chế gãy để cho dễ chẩn đoán thương tổn kèm theo.

* Tuy nhiên những trường hợp gãy xương sườn sau đây cần chú ý:

– Gãy xương sườn 1 – 2: hai xương sườn này được che phủ phía trước bởi xương đòn, phía sau là xương bả vai, do đó rất hiếm khi bị gãy. Trèo qua bờ trên xương sườn 1 từ trong ngực ra là động mạch dưới đòn, đi kèm là tĩnh mạch dưới đòn từ ngoài vào và bó dây thần kinh đám rối cánh tay. Phải một chấn thương rất mạnh mới làm gãy xương sườn này được, do đó bó mạch thần kinh rất dễ bị thương tổn.

– Gãy xương sườn 8–9: thương tổn kèm theo là gan hoặc lách, nghĩa là những thương tổn ở bụng.

– Gãy xương sườn ở người già: người già xương giòn, dễ gãy nhưng do gãy gây đau, người bệnh không dám ho, đờm dãi tiết ra không được khạc ra ngoài dễ ứ đọng gây tắc phế quản làm xẹp phổi.

– Gãy xương sườn ở trẻ em: trẻ em xương sườn còn mềm, rất khó gãy, khi xương sườn bị gãy có nghĩa là tác nhân chấn thương rất mạnh, do đó thương tổn kèm theo là nghiêm trọng.

Từ những ý trên, khi khám bệnh không nên chỉ dừng lại ở xương sườn gãy mà cần phải tìm những thương tổn kèm theo, chính những thương tổn này quyết định diễn biến của chấn thương.

2.1.2. Cách thức xử trí

Mặc dù đây là một gãy xương nhưng do tính chất của lồng ngực là phải di động cho nên không nên cố định xương sườn gãy (bằng băng dính dán quanh ngực) mà điều chủ yếu là giảm đau.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

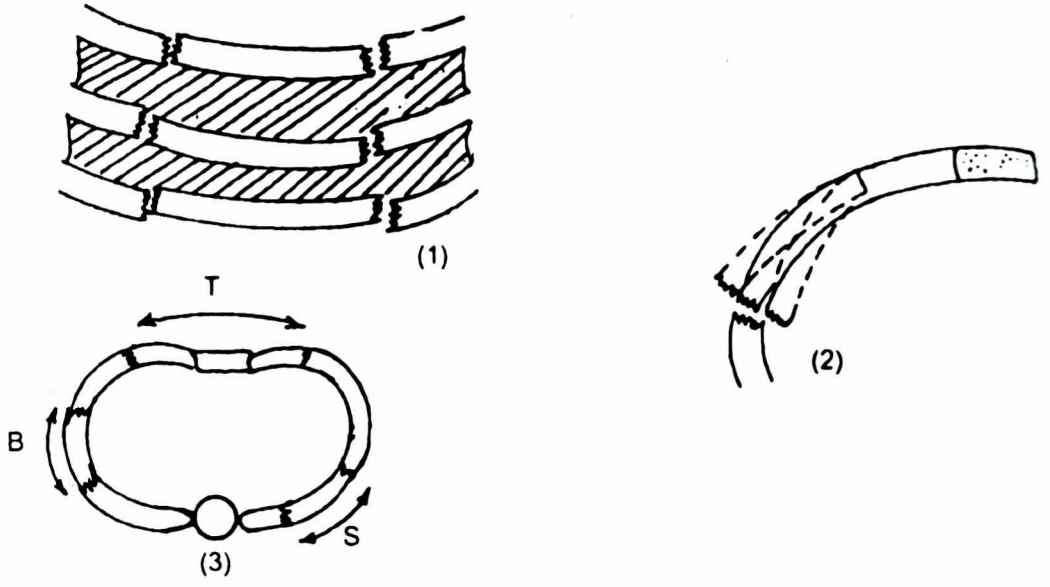
Có hai cách giảm đau: dùng các thuốc loại paracetamol, nhưng tốt hơn là giảm đau tại chỗ bằng phong bế dây thần kinh liên sườn với các thuốc tê (xylocain, marcatin) hoặc gây tê vùng (gây tê ngoài màng cứng với morphin).

Nếu phóng bế dây thần kinh liên sườn thì có thể tiêm ngay vào ổ gãy nhưng tốt hơn là gây tê gốc dây thần kinh (4 khoát ngón tay từ đường giữa lưng).

2.2. Mảng sườn

2.2.1. Mảng sườn có nhiều loại

– Mảng sườn trước hay còn gọi mảng ức sườn: gồm xương ức và các sụn sườn. Đây là loại mảng sườn gây rối loạn nghiêm trọng về hô hấp và tuần hoàn vì cơ hoành co kéo khi hô hấp.



Hình 2.2. Các loại mảng sườn

1. Mảng sườn kinh điển; 2. Nửa mảng sườn; 3. Các loại mảng sườn: T: trước; B: bên; S: sau.

– Mảng sườn bên là loại mảng sườn hay gặp nhất, không di động nhiều như mảng ức sườn.

– Mảng sườn sau là mảng sườn ít di động nhất vì khi nằm mảng sườn đã bị hạn chế di động rồi, không cần cố định.

– Nửa mảng sườn: xương sườn chỉ gãy một nơi, mảng sườn di động kiểu cánh cửa với bản lề là sụn sườn. Xảy ra ở người trẻ tuổi *(hình 2.2)*.

2.2.2. Diễn biến

Sau khi hình thành mảng sườn, tuỳ theo tính chất di động mà chia thành:

– Mảng sườn di động: gây nên hai hội chứng: hô hấp đảo ngược và trung thất di động.

– Mảng sườn cố định: do các đầu xương gãy cài vào nhau, tuy cố định nhưng mảng sườn này có thể di động thứ phát do thay đổi áp lực đột ngột trong khoang

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

màng phổi (ho), thường xảy ra trong khoảng 2 – 3 ngày đầu. Nếu như không di động thì do áp lực âm tính trong khoang màng phổi sẽ hút mảng sườn này thụt vào trong mỗi ngày một sâu hơn, để lại di chứng hạn chế hô hấp.

Một điều cần nhớ là khi nhiều xương sườn gãy thì nhu mô phổi bên trong thường là bị thương tổn, gây nên tràn máu và tràn khí, xẹp phổi. Nhiều khi do những thương tổn này mà bắt buộc phải mổ để điều trị.

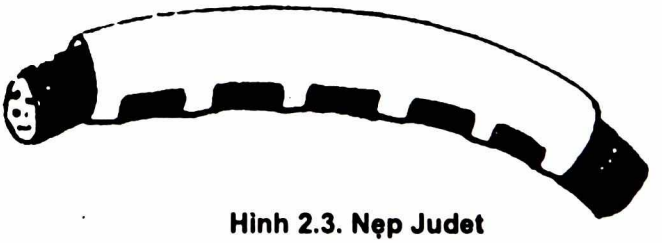
2.2.3. Cách xử trí

– Sơ cứu: ngay sau khi chẩn đoán có mảng sườn di động, phải sơ cứu rồi mới được chuyển bệnh nhân về trung tâm điều trị. Mục đích sơ cứu là nhằm không cho mảng sườn này di động: dùng một cuộn băng đặt vào mảng sườn rồi lấy băng khác cuốn vòng quanh ngực làm cho mảng sườn luôn luôn ở tư thế thụt vào mà không phồng lên được. Như vậy, sẽ tránh được những rối loạn tuần hoàn và hô hấp nhưng tất nhiên là hạn chế hô hấp.

– Điều trị thực thụ: có hai cách điều trị.

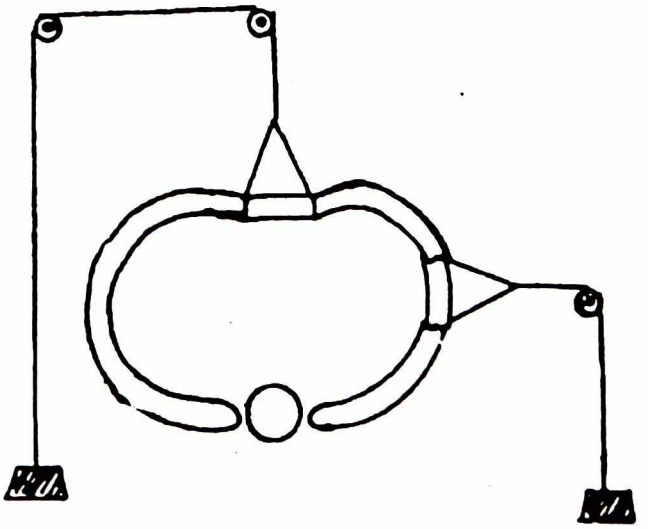
+ Cố định bên ngoài hay gọi là cố định giải phẫu, có thể thực hiện bằng nhiều cách:

Dùng nẹp Judet: cần chọn cỡ nẹp sao cho thích hợp với xương sườn: nẹp rộng thì lỏng, nẹp bé thì phải bóp nhiều dễ thoái hoá xương sườn *(hình 2.3)* xuyên đinh Kirschner qua ổ gãy để giữ hai đầu.



Hình 2.3. Nẹp Judet

Kéo liên tục: dùng chỉ perlon to vòng quanh xương sườn thuộc mảng sườn, có thể dùng kẹp vải mổ, tất cả những sợi chỉ này (hay kẹp) buộc thành một túm rồi qua hệ ròng rọc, quả tạ để kéo liên tục *(hình 2.4)*.



Hình 2.4. Kéo liên tục mảng sườn trước và mảng sườn bên

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trọng lượng kéo phụ thuộc vào từng bệnh nhân, miễn làm sao mảng sườn bị kéo ra ngoài mà không thụt vào trong được khi thở, để như vậy ít nhất trong khoảng một tuần rồi giảm trọng lượng tạ xem mảng sườn có di động không rồi dần dần bỏ hẳn.

+ Cố định bên trong hay còn gọi là cố định sinh lý: bệnh nhân được đặt nội khí quản (nếu phải đặt lâu dài quá một tuần thì nên mở khí quản), dùng thuốc giãn cơ, rồi cho thở máy. Vì bệnh nhân không còn tự thở nữa nên áp lực âm tính trong khoang màng phổi không thay đổi, do đó mảng sườn sẽ không di động. Sau khoảng một tuần rồi tập bỏ máy từ từ. Cố định bên trong thoạt nhìn thì tưởng là đơn giản, dễ thực hiện nhưng thực tế rất phức tạp vì những chăm sóc trong khi thở máy (tắc đờm dãi, tràn khí màng phổi, dinh dưỡng, vệ sinh cá nhân v.v...) thường sau một thời gian người bệnh sẽ bị nhiễm trùng đường hô hấp, rất khó cai máy.

Nói chung thái độ xử trí đối với mảng sườn như sau: đối với mảng sườn cố định: phải theo dõi đề phòng di động thứ phát; đối với mảng sườn di động; kéo liên tục với mảng sườn trước và bên, nẹp Judet cho mảng sườn bên, mảng sườn saukhông cần cố định. Mổ để xuyên đinh khi có những thương tổn trong ngực cần giải quyết đồng thời. Dùng máy thở khi có đội ngũ y tá tốt, thành thạo để chăm sóc.

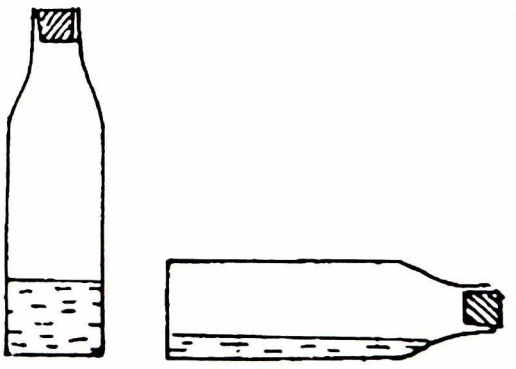
Cần nhớ trong mảng sườn lượng máu mất từ các ổ gãy là đáng kể.

2.3. Tràn máu màng phổi

Tràn máu màng phổi là một biến chứng rất hay gặp trong chấn thương lồng ngực và vết thương lồng ngực. Máu chảy vào màng phổi từ ba nguồn sau: phổi, thành ngực, mạch máu trung thất.

2.3.1. Về mặt chẩn đoán cần đặc biệt chú ý khi chụp Xquang ngực

Vì bệnh nhân không đứng được nên phải chụp nằm, hình tràn máu sẽ không có điển hình nữa, rất dễ bỏ sót hoặc chẩn đoán sai *(hình 2.5)*.



Hình 2.5. Khi chụp nằm, máu sẽ láng đều từ đáy đến đỉnh phổi không như khi chụp đứng

2.3.2. Diễn biến

Máu vào trong khoang màng phổi có thể tiến triển theo những hướng sau:

Nếu lượng máu ít có thể tự tiêu mà ít để lại di chứng gì. Nếu lượng máu nhiều

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

phải mổ cấp cứu, nếu không máu tiếp tục chảy có thể gây dày dính màng phổi. Khi máu đó bị nhiễm trùng sẽ thành mủ màng phổi. Đôi khi máu đông thành cục không sao dẫn lưu ra được mà phải mổ.

2.3.3. Cách xử trí

Trên nguyên tắc, ngay sau khi chẩn đoán là tràn máu màng phổi, phải hút hết. Khi hút phải hút triệt để và không được gây bội nhiễm. Hút triệt để là hút hết và hút liên tục, do đó tốt nhất là đặt ống dẫn lưu màng phổi rồi lắp vào hệ thống hút liên tục. Chỉ khi không có điều kiện (phương tiện và người theo dõi) thì mới chọc hút màng phổi bằng kim.

Do hút triệt để mà khoang màng phổi được lập lại như sinh lý bình thường, nghĩa là khoang trở thành ảo, áp lực âm. Phổi nở lên áp sát màng phổi lá tạng với lá thành, nơi nhu mô phổi bị tổn thương sẽ dính với lá thành, bịt kín mà không chảy máu nữa. Sau khi đã đặt ống dẫn lưu và hút cần phải theo dõi số lượng máu chảy ra và phổi có nở lên không. Nếu máu ngày càng giảm, phổi nở lên như vậy điều trị bảo tồn sẽ thành công. Trong trường hợp ngược lại thì phải mở ngực cấp cứu (xem phần chỉ định mổ ngực cấp cứu).

2.4. Tràn khí màng phổi

Khí tràn vào khoang màng phổi từ hai nguồn: một là do vết thương ngực hở, hai là không khí từ nhu mô phổi xì vào.

Ngoài những dấu hiệu thông thường của tràn khí màng phổi, cần chú ý tới tràn khí màng phổi dưới áp lực, không khí tràn vào màng phổi ngày một nhiều sau mỗi lần thở, áp lực khoang màng phổi ngày một tăng, đẩy lệch trung thất sang bên đối diện, ép phổi bên lành, làm cho bệnh nhân khó thở dữ dội đến ngừng thở. Nếu như không sơ cứu kịp thời thì thường là bệnh nhân sẽ chết.

Trong tràn khí màng phổi, dấu hiệu Xquang là dấu hiệu đẩy (xem phần xẹp phổi).

Cách xử trí

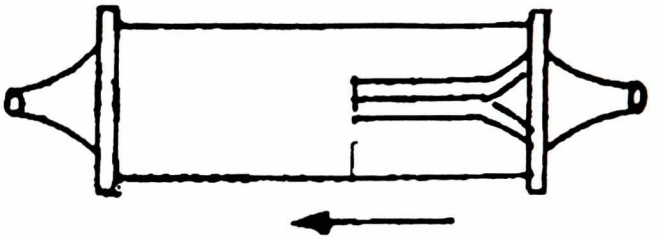
Giống như tràn máu màng phổi, tràn khí màng phổi cũng phải được hút triệt để. Hút làm sao cho hết không khí trong khoang, nghĩa là lưu lượng hút ra phải lớn hơn lưu lượng không khí xì vào khoang màng phổi. Nếu như hút không đạt được như trên thì đương nhiên phổi không nở – và hai lá màng phổi không dán vào nhau để bịt chỗ không khí xì từ nhu mô phổi.

Phổi nở lên còn phụ thuộc vào đường thở có thông không: nếu bị tắc do đờm dãi thì phổi vẫn xẹp dù đã tăng áp lực hút.

Trong trường hợp phổi không nở lên được, bắt buộc phải mổ để xử trí chỗ không khí xì (thường là nhu mô phổi bị dập nát nhiều hoặc khí – phế quản bị vỡ).

Trong tràn khí màng phổi dưới áp lực, lúc vận chuyển cần đặt van Heimlick, hoặc dùng một kim tiêm to có buộc đầu găng cao su đã cắt một đường, chọc vào khoang liên sườn 2 – 3 đường giữa xương đòn *(hình 2.6)*.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

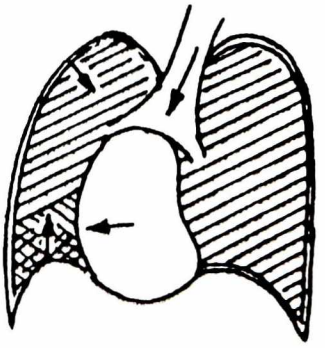


Hình 2.6. Van Heimlick

2.5. Xẹp phổi

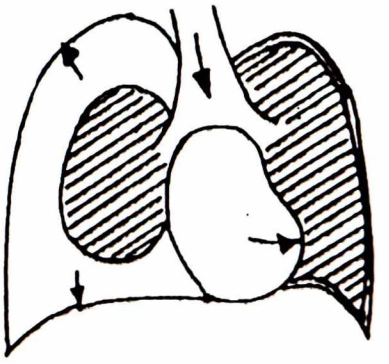
Xẹp phổi là một biến chứng rất hay gặp sau chấn thương. Nguyên nhân là do tăng tiết đờm dãi, máu và dị tật nằm trong đường hô hấp, nhưng chủ yếu là do phản xạ ho của bệnh nhân giảm vì đau quá. Chính vì thế giảm đau có vai trò rất quan trọng để đề phòng xẹp phổi.

2.5.1. Cần phân biệt chính xác với tràn khí màng phổi. Xẹp phổi là do đường phế quản tương ứng bị tắc. Dấu hiệu Xquang là dấu hiệu "co" nghĩa là: trung thất bị kéo sang (trên phim xác định bằng bóng khí quản so với cột sống), cơ hoành bị kéo lên, các khoang liên sườn bị nhỏ lại, xương sườn xuôi hơn. Còn trong tràn khí màng phổi dấu hiệu ngược lại nghĩa là "đẩy": trung thất sang bên đối diện, cơ hoành bị đẩy xuống, lồng ngực rộng hơn (các khoang liên sườn giãn ra). Nhu mô phổi ở đây vì mất áp lực âm tính khoang màng phổi mà không nở lên được (chứ không phải là xẹp phổi) thu nhỏ, vì thế mà nhìn rõ đường ranh giới trong khoang màng phổi *(hình 2.7)*.



(Xẹp phổi)

Xẹp phổi: là dấu hiệu co: trung thất kéo sang cơ hoành kéo lên, thành ngực xẹp xuống



(Tràn khí)

Tràn khí: là dấu hiệu đẩy: trung thất sang bên đối diện cơ hoành đẩy xuống, thành ngực nâng cao

Hình 2.7

2.5.2. Cách xử trí

Giảm đau sau chấn thương là chủ yếu để đề phòng biến chứng này. Cần kích thích bệnh nhân ho và thở sâu.

Khi đã xảy ra xẹp phổi, phải tìm cách kích thích ho để tống đờm dãi ra ngoài: thuốc long đờm, thể dục liệu pháp, kích thích ho. Nếu không đỡ mới bắt buộc phải soi hút phế quản.

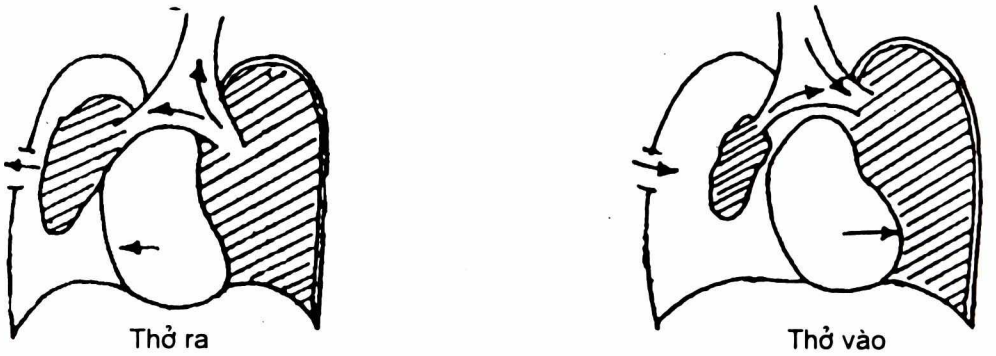
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.6. Vết thương ngực hở

2.6.1. Một vết thương (bất kỳ ở đâu, không nhất thiết phải ở thành ngực) làm thủng màng phổi lá thành, khoang màng phổi thông với không khí bên ngoài thị gọi là vết thương ngực hở.

Vị trí vết thương, ngoài thành ngực cần phải chú ý đến những vết thương khác như từ bụng lên, từ cổ xuống.

2.6.2. Sau khi có vết thương, lỗ thủng có thể được bịt lại (do sơ cứu hoặc do vết thương tự bịt lại) khoang màng phổi không thông với không khí bên ngoài, chỉ còn tràn khí hoặc và tràn máu màng phổi. Nếu vết thương vẫn còn hở, sẽ gây hai hội chứng hô hấp đảo ngược và trung thất di động: khi thở ra không khí một phần ra ngoài, một phần sang bên phổi bị thương, trung thất sang bên bị thương làm cho không khí từ trong khoang màng phổi qua vết thương ra ngoài. Lúc thở vào hiện tượng ngược lại *(hình 2.8)*.



Hình 2.8. Hô hấp đảo ngược và trung thất di động trong vết thương ngực

Hai hội chứng này gây tình trạng thiếu oxy nghiêm trọng vì: không khí hít vào lại có một phần là không khí cặn của lần thở ra trước từ phổi bên bị thương sang, phổi đáng lẽ phải nở lên thì do trung thất bị hút sang làm cho nở kém, quả tim lắc lư làm cho máu từ hai tĩnh mạch chủ khó trở về tim. Do thiếu oxy mà bệnh nhân thở nhanh hơn, càng nhanh thì rối loạn càng nhiều. Vì thế nếu không sơ cứu kịp thời, bệnh nhân rất dễ chết.

2.6.3. Cách xử trí

Nếu vết thương còn đang hở, phải nhanh chóng bịt kín lại. Khi đã được bịt kín, khoang màng phổi còn lại tràn khí và tràn máu. Cách thức xử trí như hai phần trên đã nói.

2.7. Vỡ phế quản

2.7.1. Nguyên nhân

Thường là do tai nạn xe cộ với tốc độ cao, chấn thương kín vào vùng ngực và thanh quản lại đóng kín. Phần lớn các trường hợp là vỡ ở phần chỗ phân chia khí, phế quản. Thương tổn có thể là vỡ một phần (thường là phần màng) hoặc đứt hoàn toàn phế quản.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Khoảng 30% các trường hợp là chết trước khi vào viện. Việc chẩn đoán thương tổn này cũng rất khó, do đó ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị vì đã để lại vùng hẹp phế quản với xẹp phổi tương ứng.

2.7.2. Những dấu hiệu sau đây cần nghĩ đến vỡ phế quản

– Chấn thương kín, mạnh vào vùng trên của ngực.

– Gãy các xương sườn từ 1 – 3.

– Khó thở nhiều, ho ra máu và tràn khí dưới da.

– Tràn khí màng phổi dưới áp lực hoặc tràn khí cả hai bên, tràn khí trung thất.

– Phổi không nở lên được dù đã tăng rất nhiều áp lực hút.

– Khó thở nhiều khi hút ống dẫn lưu màng phổi.

Soi phế quản là một thăm khám rất quan trọng để xác định chẩn đoán, xác định vị trí cũng như mức độ thương tổn từ đó đề ra cách xử trí. Trong lúc cấp cứu không nên chụp phế quản, khi đã ổn định thì có thể chụp.

2.7.3. Cách thức xử trí

Đối với những trường hợp rách phế quản nhỏ, điều trị bảo tồn, soi phế quản để theo dõi sự liền. Mở khí quản thường không có tác dụng.

Mở khâu phế quản rách là một phẫu thuật khó. Ngay từ lúc gây mê đặt nội khí quản đã phải rất chú ý nếu không sẽ gây suy hô hấp cấp. Phải phẫu tích kỹ càng, cắt bỏ những mô dập nát rồi mới khâu nối. Nên dùng chỉ Vicryl 3/0 hoặc 4/0.

2.8. Vỡ động mạch chủ do chấn thương kín

Không phải là một thương tổn hiếm gặp, thường là do tai nạn xe cộ (chiếm tới 20% các trường hợp mổ xác): tốc độ dừng đột ngột, đoạn động mạch chủ xuống được các động mạch liên sườn giữ lại, còn đoạn quai động mạch chủ theo quán tính văng ra phía trước, do đó vùng vỡ động mạch chủ thường là nơi tiếp giáp của hai đoạn này (phía chân động mạch dưới đòn trái). Khoảng 80% là chết do chảy máu dữ dội vào khoang màng phổi, chỉ những trường hợp lớp vỏ ngoài của động mạch chủ và màng phổi trung thất ngăn không cho chảy máu ào ạt mới sống sót.

2.8.1. Không kể tới những trường hợp chết do chảy máu dữ dội, những bệnh nhân còn sống đến viện trong tình trạng ổn định, phải nghĩ đến thương tổn này khi có những dấu hiệu sau:

– Tai nạn xe cộ với tốc độ nhanh.

– Liệt hay giảm cảm giác hai chân dù thoáng qua trên một bệnh nhân không có chấn thương cột sống.

– Chênh lệch áp lực động mạch giữa tay và chân.

– Tiếng thổi tâm thu trước ngực hoặc sau lưng giữa hai xương bả vai.

– Mất hay giảm mạch ở cổ hay ở tay (khi vỡ vùng quai động mạch chủ).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Chụp ngực không chuẩn bị: trung thất rộng hơn 8cm, mất hình quai động mạch chủ, khí quản đẩy lệch kể cả phế quản trái, thực quản bị đẩy.

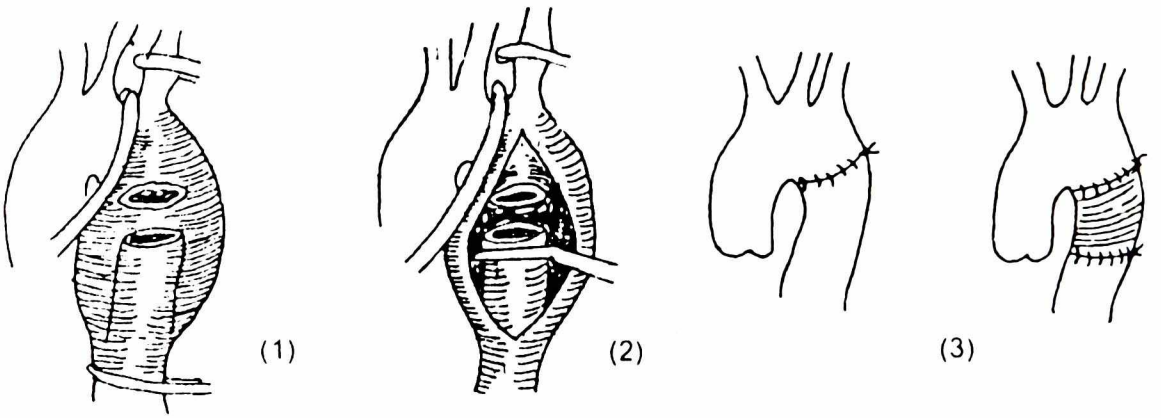
– Chụp cản quang động mạch chủ.

– Chụp cắt lớp ngực.

2.8.2. Cách xử trí

Mổ cấp cứu là một thủ thuật đòi hỏi phải hết sức khẩn trương cả về phẫu thuật lẫn hồi sức.

Mổ trì hoãn hoặc mổ vào giai đoạn đã thành một túi phồng động mạch chủ: có thì giờ chuẩn bị và có thể dùng máy tim phổi hỗ trợ trong khi cặp động mạch chủ. Khâu nối trực tiếp hoặc qua một đoạn ghép *(hình 2.9)*.



Hình 2.9. Vỡ động mạch chủ ngực do chấn thương
1. Khối máu quanh đoạn vỡ được bọc bởi màng phổi trung; 2. Mở khối máu tụ sau khi đã cặp hai đầu; 3. Khâu nối trực tiếp hay qua một đoạn ghép.

2.9. Vết thương ngực – bụng

Vết thương ngực – bụng thường dùng để chỉ những vết thương xuyên từ ngực xuống bụng qua cơ hoành hoặc theo chiều ngược lại. Ở đây không bao gồm hai loại vết thương ngực và bụng riêng biệt (nghĩa là cơ hoành không bị thủng).

Vì cơ hoành bị thủng nên hai ổ ngực và bụng thông với nhau, áp lực âm trong khoang màng phổi hút lên (máu, dịch trong lòng đường tiêu hoá, hay cả các tạng trong bụng).

2.9.1. Về mặt chẩn đoán, cần phải chú ý để khỏi bỏ sót thương tổn ở ổ bên kia

(đối với vết thương bụng xuyên lên ngực, dễ sót tổn thương trong ngực và ngược lại). Ngoài việc định hướng đâm xuyên, vị trí vết thương, một số dấu hiệu sau đây cần phải nghĩ đến:

– Vết thương vào ngực nhưng có dấu hiệu chảy máu hoặc viêm phúc mạc (đôi khi hai dấu hiệu này rất khó khám vì máu hoặc dịch tiêu hoá bị hút lên phổi, hoặc chỉ có vết thương ngực mà làm nửa bụng co cứng).

– Vết thương ngực nhưng phim chụp lại thấy có liềm hơi trong bụng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Vết thương bụng nhưng lại khó thở và trên phim Xquang có tràn khí hay tràn dịch.

– Vết thương bụng hoặc vết thương ngực nhưng có dấu hiệu thoát vị ở bên ngực.

2.9.2. Cách xử trí

Mấy điều chủ yếu cần phải nhớ:

– Bao giờ cũng dẫn lưu màng phổi rồi mới quyết định xử trí ở đâu trước: sau khi dẫn lưu màng phổi nếu tổn thương trong ngực là không có chỉ định mổ cấp cứu, thì mổ bụng trước.

– Bao giờ cũng phải tìm lỗ thủng ở cơ hoành để khâu kín lại.

– Nếu không có chỉ định mổ ngực (chỉ dẫn lưu màng phổi) thì trước khi khâu kín cơ hoành cần hút sạch khoang màng phổi qua đường bụng, nhất là sau khi ăn no mà dạ dày bị thủng.

– Các ống dẫn lưu (ngực và bụng) đều phải hút và kín, không được để ống dẫn lưu bụng hở, không khí qua đó sẽ lên khoang màng phổi.

3. CÁC CHỈ ĐỊNH MỔ NGỰC CẤP CỨU

Phần lớn các chấn thương ngực và vết thương ngực đều điều trị bảo tồn mà không cần mổ ngực cấp cứu. Những hoàn cảnh phải mổ sẽ trình bày dưới đây:

3.1. Tràn máu màng phổi không cầm

Sau khi dẫn lưu màng phổi, lượng máu chảy ra với lưu lượng 300ml/h trong 3 giờ liền. Tuy nhiên không thể máy móc dựa vào con số này mà quyết định. Thí dụ: do máu cục làm tắc dẫn lưu, ở trẻ nhỏ v.v... Cần phải căn cứ thêm vào tình trạng toàn thân, hình chụp Xquang ngực.

3.2. Tràn khí màng phổi không cầm

Dù đã tăng áp lực hút mà phổi vẫn không nở lên, lượng khí xì qua ống dẫn lưu lại tăng lên, đôi khi tăng áp lực hút lại làm cho bệnh nhân khó thở hơn.

Thường trong những trường hợp này là vỡ phế quản hoặc nhu mô phổi dập nát nhiều.

3.3. Vết thương thực quản

Rất hiếm gặp.

Soi thực quản sẽ xác định chẩn đoán.

Mở ngực khâu thực quản cần phải kèm với mở thông dạ dày để nuôi dưỡng.

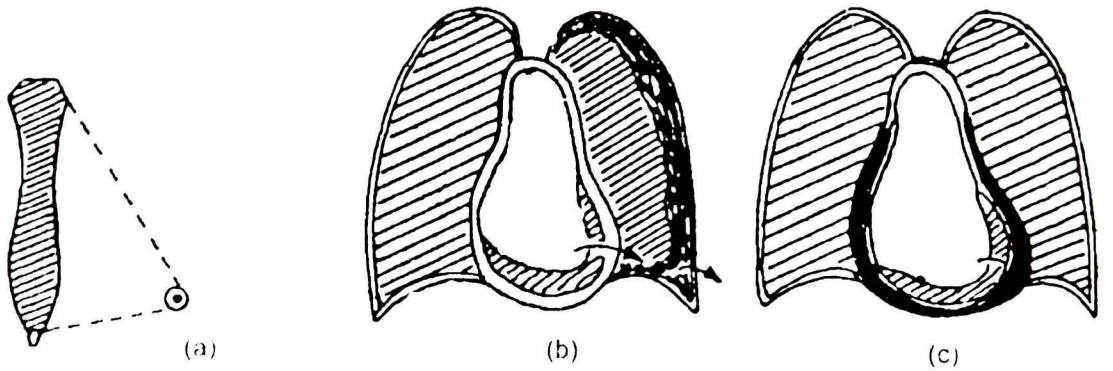
3.4. Chấn thương tim (vỡ tim hoặc vết thương tim)

Khi có tổn thương tim (do vết thương hay do chấn thương kín) sẽ thể hiện bằng hai hội chứng. Hội chứng mất máu và Hội chứng chèn ép tim cấp tính.

Đối với vết thương tim: dấu hiệu gợi ý là vị trí vết thủng ở vào tam giác tim.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Đối với chấn thương tim: dấu hiệu gợi ý là gãy xương ức *(hình 2.10)*.



Hình 2.10.
a. Tam giác giới hạn bởi xương ức và núm vú trái; b. Buồng tim bị thủng, máu chảy vào màng phổi và qua thành ngực ra ngoài gây choáng mất máu; c. Buồng tim bị thủng, máu chảy vào buồng tim, ứ lại bên trong gây chèn ép tim cấp tính.

	Choáng mất máu	**Chèn ép tim cấp**
Toàn thân	Nằm yên	Giãy giụa
	Nhợt	Tím
HA động mạch	Tụt	Kẹp
HA tĩnh mạch	Tụt	Cao

4. DẪN LƯU MÀNG PHỔI

Dẫn lưu màng phổi là một thủ thuật rất thường làm trong chấn thương cũng như vết thương ngực. Đây là một thủ thuật cơ bản trong điều trị. Cần phải thực hiện đúng những nguyên tắc nếu không tai biến đem lại còn tác hại hơn là không làm. Trong thực tế thường thấy những dẫn lưu màng phổi làm sai quy cách.

4.1. Ống dẫn lưu

Là một ống nhựa, không cứng quá nhưng cũng không mềm quá sẽ bị bẹp, phía trong dược tráng Silicon để tránh hình thành máu cục.

Cỡ ống là từ 28–32Fr đối với người lớn, trẻ em dùng cỡ nhỏ hơn (3Fr = 1mm).

Ống dài khoảng 40cm, có một vài lỗ bên không đối xứng ở phần đặt trong màng phổi, đầu ngoài hơn loe ra để dễ lắp ống nối.

Nếu tốt hơn ống có một đường chỉ cản quang để khi chụp ngực có thể biết đầu ống ở đâu.

4.2. Vị trí đặt ống dẫn lưu

Đối với dẫn lưu máu: đặt ống dẫn lưu qua khoang liên sườn 5 – 6 đường nách giữa, đối với dẫn lưu khí đặt qua khoang liên sườn 2 – 3 đường vú (có thể chỉ đặt một ống dẫn lưu máu cho cả khí cũng được).

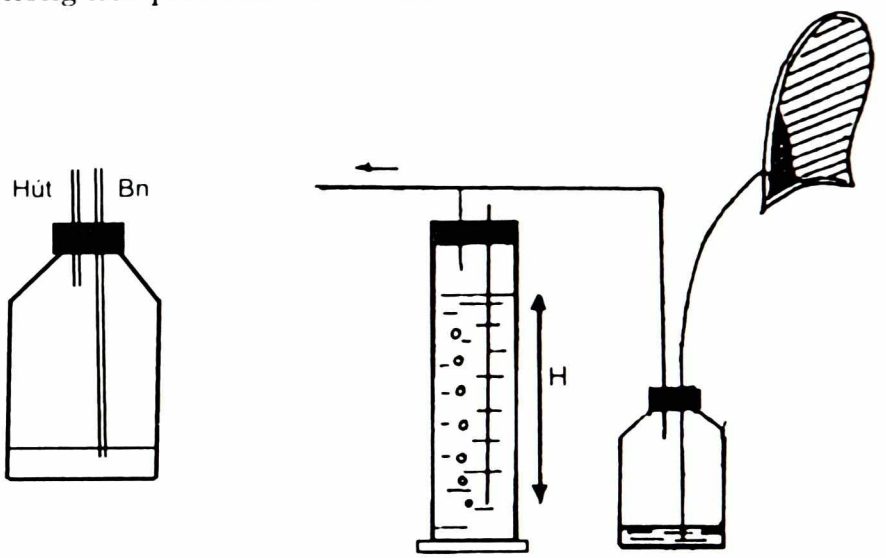
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.3. Hút liên tục

Sau khi đặt cần hút ống dẫn lưu ngay. Hút phải có tiêu chuẩn: hút liên tục 24/24 giờ và áp lực điều khiển ở khoảng –20cm H_2O.

Cần có bình điều chỉnh áp lực giữa máy hút và ống dẫn lưu ngực để đảm bảo chắc chắn là đạt được áp lực theo ý muốn.

Toàn bộ hệ thống hút phải kín *(hình 2.11)*.



Hình 2.11

Ống trong lọ nối với ống dẫn lưu từ bệnh nhân bao giờ cũng ngập dưới nước; Lọ dẫn lưu có băng dính đánh dấu mức nước ban đầu; H là chiều cao cột nước để chỉ áp lực hút.

Sau khi đã đặt cần theo dõi ống dẫn lưu:

– Lưu lượng máu chảy ra hàng giờ.

– Lượng khí phì ra.

– Chụp Xquang xem còn ứ đọng trong khoang màng phổi không, phổi có nở lên không?

Cần luôn luôn vuốt ống để tránh máu cục làm tắc, nếu ống dẫn lưu tắc cần phát hiện ngay để thông lại hoặc thay ống.

Dấu hiệu tắc là mức nước trong ống không còn lên xuống khi thở (cần tháo ra khỏi máy hút để quan sát).

Khi đã giải phóng hết khoang màng phổi khỏi máu và khí, phổi đã nở lên hoàn toàn thì phải rút ngay dẫn lưu, không nên để lâu sẽ bội nhiễm khoang màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Textbook of Surgery. Sabiston.
2. Pathologie chirurgicale Thorax.
3. Ngoại khoa Bệnh học phần ngực.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. VỠ KHÍ – PHẾ QUẢN

Vỡ khí – phế quản là loại thương tổn hiếm gặp, nó chiếm khoảng từ 0,7 – 2,2% những trường hợp chấn thương ngực. Tuy nhiên đối với những tai nạn kiểu như máy bay bị rơi thì tỷ lệ có thể tăng hơn.

1. CƠ CHẾ GÂY VỠ KHÍ – PHẾ QUẢN (VKPQ) CÓ THỂ DO BA YẾU TỐ

– Chèn ép từ trước ra sau: lồng ngực bị ép lại, hai phổi giãn sang hai bên, kéo vào vùng giữa tức là chạc ba khí – phế quản (carina) gây rách hoặc vỡ.

– Áp lực trong đường hô hấp tăng đột ngột: thanh quản đóng kín trong lúc lồng ngực bị ép mạnh, làm cho áp lực trong đường hô hấp tăng lên đột ngột.

– Hiện tượng rung do giảm tốc độ đột ngột ở giữa hai điểm cố định là thanh quản và chạc ba khí–phế quản.

Cả ba yếu tố này phối hợp với nhau gây nên VKPQ. Tuy nhiên người ta thấy có tới một nửa trường hợp bên ngoài lồng ngực chỉ có những thương tổn rất nhẹ hoặc không thấy thương tổn gì, điều này gợi ý đến một cơ chế đặc biệt là yếu tố quyết định không phải là năng lượng động ban đầu mà là quan hệ giữa năng lượng này tác động đến diện tích trên thành ngực nhất là vùng cán xương ức. Bằng chứng là nếu khi ngã mà ngực đụng vào một vật có diện tích nhỏ (ghi đông xe, cạnh bàn) thì dễ gây VKPQ.

Có tới 80% các ca là vỡ quanh vùng chạc ba khí – phế quản cách carina khoảng 2,5cm.

Rất khó xác định tỷ lệ VKPQ vì một số lớn nạn nhân đã chết trước khi đến bệnh viện (do thương tổn VKPQ hoặc do những thương tổn phối hợp). Người ta thấy khoảng 30% là tử vong, nhưng một khi nạn nhân đến viện còn sống thì tới 90% là ra viện được. Điều cốt yếu là làm sao chẩn đoán sớm và điều trị đúng sẽ không những làm giảm tỷ lệ tử vong mà còn phục hồi được chức năng hô hấp của vùng tổn thương.

2. VỀ MẶT GIẢI PHẪU BỆNH LÝ, CÓ NHỮNG THƯƠNG TỔN SAU ĐÂY

– Đứt rời: rất hay gặp, chiếm tới 50%. Hai đầu cách xa nhau tới 4 – 5cm, chỉ còn lớp tổ chức bao quanh khí – phế quản giữ cho hai đầu thông với nhau hết sức mong manh nên lúc đầu khi soi khí phế quản rất dễ bỏ sót. Sau một thời gian hai đầu không còn thông với nhau nữa, phần phổi ngoại vi coi như loại ra ngoài đường hô hấp.

– Vỡ phần màng: chiếm khoảng 30%, rất hay gặp ở khí quản. Màng này có thể

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

rách ngang hoặc dọc, kéo dài vài centimet ở phần tiếp giáp giữa phần màng và phần sụn.

– Loại phối hợp (15%): hiếm gặp, thường thấy ở trẻ em.

– Vỡ vòng sụn: hiếm gặp hơn.

3. CHẨN ĐOÁN

Những dấu hiệu lâm sàng và Xquang: đã được tổng hợp lại từ lâu để dễ dàng chẩn đoán nhưng trên thực tế do tỷ lệ thương tổn này hiếm gặp lại trong một bệnh cảnh có nhiều thương tổn phối hợp nên dễ dẫn đến chẩn đoán chậm.

3.1. Có hai bệnh cảnh lâm sàng cần phân biệt

– Loại VKPQ không được bao bọc nghĩa là vùng vỡ thông với khoang màng phổi. Loại này chiếm từ 60 – 80%. Nạn nhân trong tình trạng suy hô hấp nặng, tràn khí dưới da lớn, tràn khí màng phổi một bên hay cả hai bên dưới áp lực, dẫn lưu khí màng phổi không sao hết được.

– Loại VKPQ được bao bọc: vùng vỡ không thông với khoang màng phổi hoặc chỉ thông ít, biểu hiện bằng tràn khí màng phổi khu trú, dẫn lưu khoang màng phổi chóng hết khí, phổi dính lại, khi rút dẫn lưu, tràn khí không tái phát.

Tổ chức xơ bao quanh chỗ vỡ khí quản hay phế quản cùng với máu tụ và tổ chức hạt hình thành từ tuần thứ nhất đến thứ ba, tạo thành một vùng hẹp hoàn toàn hay không hoàn toàn dẫn đến xẹp phổi thứ phát.

– Nếu hẹp hoàn toàn, phần phổi phía ngoài được bảo vệ khỏi nhiễm trùng, vẫn còn khả năng khâu nối vài tháng hay nhiều năm sau này. Trong thời gian chưa khâu nối lại, có hiện tượng dòng chảy tắt từ động mạch phổi sang tĩnh mạch phổi làm cho độ bão hoà oxy trong máu giảm.

– Nếu hẹp không hoàn toàn, phần phổi phía ngoài sẽ bị nhiễm trùng mạn tính, dẫn đến giãn phế quản và rất dễ loại bỏ khả năng khâu nối lại (vì phần phổi đó không còn chức năng).

Đối với loại VKPQ được bao bọc, dễ thấy có ho ra máu đôi khi dữ dội buộc phải đặt nội khí quản từng bên để tránh làm ngập máu đường hô hấp. Có lẽ động mạch phổi rãnh liên thuỳ bị thương tổn kèm theo.

Một khi thấy những bất thường sau đây, cần phải soi khí, phế quản nhiều lần cho đến khi xác định không có thương tổn VKPQ:

– Tràn khí trung thất hoặc tràn khí vùng cổ nhưng ở sâu, tràn khí phía trước cột sống.

– Tràn khí màng phổi thứ phát (có thể tới ngày thứ 8).

– Xẹp phổi xuất hiện muộn mà không có ứ xuất tiết đường hô hấp.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Máu tụ đỉnh phổi, trung thất giãn rộng nhưng không có thương tổn các mạch máu vùng quai động mạch chủ (được xác định bằng chụp động mạch).

– Trên phim Xquang thấy có gãy xương sườn từ thứ 1 đến thứ 3.

Soi phế quản là một thủ thuật cơ bản để chẩn đoán nơi vỡ, loại thương tổn, mức thương tổn. Tốt nhất là dùng ống soi mềm ngay tại phòng mổ. Phần lớn những trường hợp không chẩn đoán được là do có chảy máu che lấp vùng vỡ. Khoảng 3/4 các trường hợp là chẩn đoán được bằng soi khí – phế quản.

3.2. Tóm lại, đứng trước một hoàn cảnh sau đây, cần nghi ngờ có VKPQ

– Chấn thương vùng ngực trên.

– Gãy xương sườn từ thứ nhất đến thứ ba.

– Suy hô hấp, tràn khí dưới da, ho máu.

– Tràn khí màng phổi (dưới áp lực hoặc cả hai bên).

– Tràn khí trung thất.

– Phổi vẫn không nở dù đã dẫn lưu màng phổi và hút tốt.

– Tràn khí màng phổi mà khí phì ra lớn.

– Suy hô hấp khi tăng áp lực hút khí màng phổi.

Cần xác định VKPQ bằng soi phế quản. Nếu không nhìn thấy trực tiếp thương tổn vỡ thì những dấu hiệu gián tiếp sau đây giúp cho chẩn đoán: chảy máu tại chỗ, sủi bọt khí, vùng phù nề. Khi không rõ, nếu lâm sàng và Xquang vẫn nghi ngờ cần soi lại phế quản

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Sơ cứu

Phải đảm bảo hô hấp bằng giải pháp phòng đường thở và thông khí cho tốt

Đặt nội khí quản mò là điều hết sức rủi ro, cần phải tránh, vì ống nội khí quản có thể xé rộng chỗ vỡ, đầu ống chui vào trung thất.

Mở khí quản cấp cứu là thuận lợi nhất vì dễ làm, đảm bảo hô hấp trong khi vận chuyển, làm giảm khoảng không khí chết, giảm áp lực trong đường hô hấp nhất là khi thanh quản đóng.

Mở màng phổi cả hai bên để dẫn lưu vì tràn khí dưới áp lực rất dễ hình thành.

4.2. Điều trị thực thụ

4.2.1. Gây mê

Có bốn nguyên tắc cần tuân theo:

– Đặt nội khí quản trong lúc nạn nhân đang tự thở: thực hiện bằng cách gây tê vùng hầu–thanh quản. Gây mê bằng halogen chứ không được dùng Curare.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Phẫu thuật viên và nhân viên phòng mổ phải sẵn sàng để có thể mở ngực ngay nếu cần.

– Ống dẫn lưu màng phổi phải nối với hệ thống hút cho đến khi lồng ngực được mở.

– Mục đích duy nhất cần đạt được khi gây mê là kiểm soát được phần phổi có chức năng bình thường.

Có hai cách đặt nội khí quản:

– Dùng một ống nội khí quản thẳng, thật dài, có bóng, đặt qua ống soi phế quản để có thể nhìn trực tiếp vào trong lòng. Đưa ống này vào phổi bên lành hoặc đưa qua vùng vỡ ở carina. Như vậy chỉ thông khí một bên phổi. Nhược điểm cơ bản của phương pháp này là ống có thể tuột nhất là khi đặt tư thế bệnh nhân.

– Dùng ống Carlens để có thể cố định chắc chắn vào vùng carina và cũng có thể kiểm tra bằng ống soi phế quản mềm.

4.2.2. Phẫu thuật

+ Đường mổ phụ thuộc vào thương tổn được xác định:

– Mở ngực phải sau bên qua khoang liên sườn 5 được ưa dùng nhất cho những thương tổn vùng khí quản, phế quản phải và ngay cả trái nếu chỉ cách carina dưới 2cm. Cần phải cắt tĩnh mạch azygos để dễ phẫu tích.

– Mở ngực trái sau bên dành cho thương tổn bên trái lan tới phế quản thuỳ.

– Mở dường giữa xương ức thực hiện khi có thương tổn mạch máu (thân cánh tay đầu).

+ Nguyên tắc phẫu thuật cũng như các loại phẫu thuật tạo hình khí phế quản:

– Thăm dò và đánh giá đầy đủ thương tổn, nhất là những thương tổn ở ngoại vi, động mạch phổi, thực quản.

– Bộc lộ rõ vùng thương tổn: cắt đôi tĩnh mạch azygos, luồn dây quanh phế quản.

– Xác định rõ giới hạn thương tổn.

– Cắt lọc hết những tổ chức dập nát nhất và mép của khí – phế quản (vùng sụn hoại tử).

– Khâu nối tận – tận: sụn với sụn, màng với màng bằng những mũi khâu rời, chỉ Vicryl 3/0 cho sụn, 4/0 cho màng.

– Dùng những vạt có cuống, (cơ liên sườn, màng phổi, màng tim) để bảo vệ chỗ nối nuôi dưỡng được tốt.

– Sau khi nối xong, kiểm tra độ kín và rút ống nội khí quản đủ xa chỗ nối. Hút máu, chất xuất tiết... bằng ống soi mềm trước khi chuyển.

– Nếu thông khí khó khăn, có khi phẫu thuật viên phải lựa cho ống nội khí quản ở vị trí tốt, thậm chí sang phổi bên đối diện qua nơi khâu nối.

– Đối với những VKPQ muộn, đòi hỏi khó khăn hơn:

– Nếu phế quản bị hẹp mà không tắc hoàn toàn, phần phổi tương ứng đã bị nhiễm trùng, giãn phế quản, không còn khả năng khâu nối, chỉ có thể cắt bỏ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Nếu phế quản là tắc hoặc dứt rời hoàn toàn, hai đầu bịt thì phần phổi tương ứng được bảo vệ. Sau khi phẫu tích được hai đầu, cần khâu nối lại bất kể thời gian để chậm là bao lâu. Cần chú ý những điểm sau:

– Bên trái rất khó phẫu tích vì vướng quai động mạch chủ.

– Khâu nối khó khăn do tổ chức sẹo xung quanh và rất gần phế quản gốc.

– Nhu mô phổi bị xơ và mất tính đàn hồi nên phổi không nở sau khi khâu nối, trong trường hợp đó bắt buộc phải cắt phổi.

– Nếu khâu nối trước 6 tháng sẽ có kết quả hoàn toàn, nếu để lâu hơn chức năng phổi sẽ hồi phục nhưng không thể trở lại bình thường được.

– Phải hút, rửa sạch phế quản trước khi khâu nối.

VỠ KHÍ QUẢN VÙNG CỔ

Thương tổn vỡ khí quản vùng cổ chiếm khoảng 20% các thương tổn của đường hô hấp (tuỳ theo thống kê chiếm từ 19 – 44%).

Nguyên nhân do chấn thương trực tiếp vào vùng cổ. Phần màng hay bị rách hơn. Nếu đứt đôi thì đầu dưới thường tụt vào trong trung thất. Hô hấp được duy trì là do các tổ chức xung quanh khí quản, cũng chính vì thế mà tình trạng hết sức bấp bênh, phụ thuộc vào tư thế của gáy, trương lực các cơ và nhất là khi đặt nội khí quản mò.

Cần chú ý tới những thương tổn phối hợp trong đó có gãy cột sống cổ.

Bệnh cảnh lâm sàng chính là tình trạng suy hô hấp xuất hiện nhanh chóng mà lúc trước đang bình thường ổn định. Tràn khí dưới da vùng cổ và trung thất, khó thở, giọng nói thay đổi là những dấu hiệu chính.

Tốt nhất là dùng ống soi phế quản mềm dẫn đường để đặt ống nội khí quản. Nên làm trong phòng mổ, có phẫu thuật viên đứng sẵn sàng.

Các thương tổn khí quản có thể thực hiện qua đường mổ ở cổ rộng rãi, phẫu tích rộng để có thể đánh giá đầy đủ thương tổn.

Khí quản được khâu bằng chỉ tiêu 4/0, mũi rời.

Chỉ mở khí quản phía dưới chỗ khâu nối hai vòng sụn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J.P.Bex: Encyclopédie médico–chirurgicale–Techniques chirurgicales.
2. P.Levasseur: Les trâumtismes fermés du thorax.
3. Current therapy in cardiothoracic surgery. 1989.B.C.Decker 42–44.
4. Lê Ngọc Thành (1992): Vỡ phế quản trong chấn thương ngực kín Ngoại khoa–Tập 22, số 6.
5. Lưu Sĩ Hùng (2009): Nghiên cứu hình thái của chấn thương ngực trên nạn nhân tử vong do tai nạn giao thông đường bộ qua giám định pháp y. Luận án Tiến sĩ y học.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. THOÁT VỊ HOÀNH

1. MỘT VÀI ĐIỂM VỀ GIẢI PHẪU

Cơ hoành là một cơ dẹt, rộng, được tạo thành bởi một vách cân cơ, ngăn cách lồng ngực và ổ bụng.

Cơ hoành hình vòng cung, giống như một cái vung úp lên ổ bụng, vòm hoành ở giữa hơi lõm, vì có tim đè lên, do đó vòm hoành được chia làm hai vòm hoành trái và vòm hoành phải. Đối chiếu lên lồng ngực ở phía trước, vòm hoành trái cao ngang mức khoang liên sườn V; vòm hoành phải cao ngang mức khoang liên sườn IV (bên phải cao hơn bên trái một khoang liên sườn). Tuy nhiên vòm hoành cũng thay đổi tuỳ theo hình lồng ngực, tuỳ theo lúc thở ra hay hít vào, hoặc tuỳ theo áp lực trong ổ bụng.

Về cấu tạo, cơ hoành được coi như do nhiều cơ hai thân tạo thành trong đó các gân trung gian bắt chéo và xen dính vào nhau để tạo nên một bản cân ở giữa gọi là tâm hoành. Cơ hoành bao gồm nhiều lỗ, khe để cho các tạng, mạch máu và thần kinh từ lồng ngực xuống bụng hay ngược lại từ bụng lên ngực.

1.1. Lỗ tĩnh mạch chủ dưới

Nằm ở tâm hoành, giữa vòm phải và vòm trái, hình bầu dục đường kính 3cm trở lên. Qua lỗ này, tĩnh mạch chủ dưới chạy từ bụng lên ngực để trở về nhĩ phải. Tĩnh mạch dính vào bờ lỗ, đôi khi dây thần kinh hoành bên phải đi xuống qua lỗ này và nằm ở trước ngoài tĩnh mạch.

1.2. Lỗ động mạch chủ

Nằm ngay trước cột sống, do hai cột chính tạo thành. Lỗ hình bầu dục, đường kính trước sau dài nhất 4 – 5cm, rộng 1,5cm. Qua đó động mạch chủ ngực, dây tạng bé từ ngực xuống bụng, ống ngực nằm sau động mạch chủ ngực, đi từ bụng lên ngực. Ngoài ra, đôi khi còn thấy một nhánh của tĩnh mạch đơn lớn bên phải, hoặc nhánh của tĩnh mạch bán đơn dưới ở bên trái.

1.3. Lỗ thực quản

Nằm ở phần cơ, ngay trước lỗ động mạch chủ, hình bầu dục, đường kính dài 3cm, đường kính ngắn 1cm. Qua lỗ này có các tạng chạy từ ngực xuống bụng.

– Thực quản, dính vào thành lỗ.

– Hai dây X, dây trái ở trước và dây phải ở sau thực quản.

– Các nhánh nối của động mạch hoành trên và dưới.

– Các nhánh nối giữa tĩnh mạch cửa với tĩnh mạch chủ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.4. Các khe của cơ hoành

a) Khe giữa hai cột trụ trong có lỗ động mạch chủ và thực quản đi qua.

b) Khe giữa cột trụ chính và cột trụ giữa, có dây tạng lớn và đôi khi có nhánh tĩnh mạch đơn lớn bên phải hay bán đơn trái.

c) Khe giữa cột trụ giữa và cột trụ ngoài, có dây tạng bé và chuỗi hạch giao cảm cạnh cột sống.

d) Ở giữa hai cung thắt lưng sườn trong và ngoài có một khe tam giác. Tam giác sườn thắt lưng hay khe Bochdalek. Qua khe này, mô liên kết dưới hoành (quanh thận) hay dưới phúc mạc có thể thông với mô liên kết trên hoành (dưới phế mạc). Mặt khác, khe này chỉ đậy kín giữa ổ ngực và ổ bụng bởi phế mạc và phúc mạc dính vào nhau. Đây là nơi yếu nhất có thể xảy ra thoát vị cơ hoành. Phúc mạc và phế mạc không dính vào nhau tạo ra lỗ thoát vị bẩm sinh.

Khe giữa bó ức và bó sườn, có khe sườn Larrey hay tam giác ức sườn – khe Morgagni. Qua khe này, có nhánh bụng của động mạch vú trong đi qua và có thể chọc qua khe ức sườn vào tim.



Hình 2.12. Thoát vị hoành bẩm sinh
1. Lỗ Morgagni; 2. Lỗ Bochdatek.

1.5. Vận động của cơ hoành

Vận động cơ hoành được chi phối bởi thần kinh hoành, nguyên ủy xuất phát từ dây cổ 4, cũng có khi còn từ dây cổ 3 hoặc cổ 5. Nhánh xuất phát từ dây cổ gọi là nhánh phụ do không có thường xuyên, dây hoành đi từ vùng cổ trước dọc cơ bậc thang vào ngực, vào rốn phổi tới cơ hoành.

2. THOÁT VỊ HOÀNH BẨM SINH

Xuất phát từ cấu tạo giải phẫu của cơ hoành, thoát vị hoành bẩm sinh bao gồm ba loại: Thoát vị qua lỗ thực quản, thoát vị sau bên hay thoát vị qua khe Bochdalek và thoát vị dưới sườn ức hay thoát vị qua khe Morgagni. Thoát vị qua lỗ thực quản thường được trình bày trong phần bệnh lý thực quản riêng biệt, do vậy bài viết chỉ đề cập đến thoát vị sau bên và trước giữa trong thoát vị hoành bẩm sinh.

2.1. Thoát vị hoành sau bên

Thoát vị hoành sau bên (Bochdalek: posterolateral diaphragmactic hernia) là hậu quả của một dị tật bẩm sinh của cơ hoành ở phía sau tương ứng xương sườn X

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

và XI. Phúc mạc và phế mạc không dính với nhau tạo ra một lỗ thông thương giữa ổ bụng và lồng ngực. Tổn thương này hình thành vào tuần thứ 8 đến thứ 10 ở thời kỳ bào thai, các tạng trong ổ bụng, chủ yếu là ruột lên khoang màng phổi, chiếm chỗ khoang màng phổi, làm phổi bên đó kém phát triển, trung thất bị đẩy sang bên đối diện, chèn ép phổi bên đối diện.

2.1.1. Tỷ lệ bệnh

Tuỳ theo các thống kê, người ta thấy rằng thoát vị hoành sau bên có tỷ lệ 1/2200 trẻ mới sinh, chủ yếu gặp ở trẻ trai, với tỷ lệ 2/1. Trẻ phát triển bình thường trong thời kỳ bào thai, cân nặng trên 3kg.

Thoát vị hoành trái gặp nhiều nhất, 88 – 90%, 10% ở bên phải và ít khi bị cả hai bên (1 – 2%). Do áp lực âm tính trong khoang màng phổi, các tạng trong ổ bụng lên ngực trái qua lỗ thoát vị làm xẹp phổi trái, đẩy trung thất sang phải và chèn ép phổi phải. Trong phần lớn các trường hợp, thoát vị hoành sau bên gây suy hô hấp cấp ngay sau đẻ. Một số ít phát hiện muộn hơn, biểu hiệu nôn từng đợt hoặc khó thở tăng dần.

2.1.2. Chẩn đoán

a) Lâm sàng

– Suy hô hấp cấp: xuất hiện ngay sau khi đẻ.

Khó thở nhanh, nông, co kéo mạnh lồng ngực, hõm ức.

Tím tái.

÷ Tim dập nhanh, mỏm tim đập sang phải.

– Nghe phổi: có thể thấy nhu động ruột.

b) Xquang ngực

Chụp ngực thẳng và nghiêng cho phép xác định chẩn đoán, trường hợp điển hình sẽ thấy:

– Hình tạng trong lồng ngực, đặc biệt rõ khi là ruột sẽ thấy hình bóng hơi.

– Tim, trung thất bị đẩy sang bên đối diện, phổi bên tổn thương xẹp.

– Thoát vị hoành trái, dạ dày lên phổi sẽ có hình ống thông dạ dày nằm trên một khoang màng phổi.

– Một khối mờ ở đáy phổi + hình ảnh phổi xẹp: thoát vị mạc nối.

2.1.3. Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt với xẹp thuỳ dưới phổi, tràn dịch màng phổi v.v... Thăm khám lâm sàng và chụp ngực giúp cho phân biệt được giữa hai loại bệnh lý này.

2.1.4. Điều trị

Phần lớn bệnh nhân có thoát vị hoành sau bên được phát hiện ngay sau khi đẻ, biểu hiện chính là suy hô hấp cấp tính, đe doạ tính mạng bệnh nhi. Về điều trị, cần tiến hành theo:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Duy trì tình trạng toàn thân trẻ ổn định và chuẩn bị mổ.

– Mổ cấp cứu.

– Hồi sức hô hấp, tuần hoàn, chuyển hoá và nuôi dưỡng sau mổ.

a) Cấp cứu thì đầu

Trẻ sơ sinh có thoát vị hoành:

– Đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ bằng bóp bóng có oxy (FiO_2 = 1)

– Không dùng Mask bóp bóng có oxy, vì khí vào đường tiêu hoá làm suy hô hấp nặng lên.

– Lưu ý áp lực thở, tránh làm tổn thương phổi do áp lực quá cao.

– Đặt ống thông dạ dày, hút để làm giảm áp lực dạ dày, giảm dịch tiêu hoá và không khí trong đường tiêu hoá để làm giảm suy hô hấp.

– Thử khí máu: chọc động mạch hoặc chọc qua dây rốn.

– Nếu tình trạng trẻ tốt lên và ổn định.

+ PaO_2 > 100 Torr: không cần phẫu thuật ngay, có thể chuẩn bị để mổ trong 24 giờ hoặc lâu hơn sau đẻ.

b) Cách thức phẫu thuật

– Bệnh nhân nằm ngửa, độn một gối nhỏ ngang qua lưng.

– Mở bụng đường dưới sườn bên thoát vị.

– Kéo hết các tạng thoát vị xuống bụng, lưu ý tránh làm tổn thương lách, gan trái hoặc gan phải (khi thoát vị hoành phải).

– Đánh giá lỗ thoát vị:

+ Xác định rõ mép lỗ thoát vị, khâu chỉ chờ căng rõ hai mép.

+ Lưu ý là 10% trong thoát vị hoành có túi thoát vị và bờ dưới xa nhất ngay ở hố thận.

– Dẫn lưu màng phổi, hút liên tục.

– Khâu phục hồi cơ hoành:

+ Khâu trực tiếp: lỗ thoát vị nhỏ, bờ rõ, diện cơ hoành đủ rộng. Khâu hai lớp, mũi dời, khâu vắt; chỉ không tiêu 2 – 3/0.

+ Tạo hình lại cơ hoành: lỗ thoát vị lớn, không có khả năng khâu trực tiếp. Dùng một miếng Gore–Tex vá lại cơ hoành, khâu vắt chỉ 2 – 3/0 không tiêu.

– Kiểm tra các tạng trong bụng: trẻ có thoát vị hoành bẩm sinh, thường các tạng quay không tốt, do vậy có thể đặt lại ruột và khâu đính để cố định ruột. Đóng bụng hai lớp, không dẫn lưu bụng. Khi ổ bụng quá nhỏ không thể đóng hai lớp được, có thể dùng một miếng Dacron có tăng cường bằng Silastic che phủ ruột, khâu da đơn thuần tạm thời, đóng bụng thì 2.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

c) Sau mổ

– Trẻ được theo dõi và điều trị trong phòng hồi sức trung tâm dành riêng cho trẻ sơ sinh, điều nhiệt trung tâm.

– Thở máy, giữ cho PaO_2 > 150 torr.

– Trẻ được bỏ dần thở oxy cao áp sau 48 – 72 giờ để tránh "phổi sơ sinh không hoạt động".

– Kháng sinh chống nhiễm trùng.

– Bồi phụ đủ nước, điện giải.

– Khí dung ngay sau khi rút nội khí quản.

d) Biến chứng và tử vong

– Suy hô hấp, suy tim đe doạ tính mạng trẻ sơ sinh.

– Nghẹt các tạng thoát vị: khối thoát vị là ruột, dạ dày, nghẹt ruột có thể gặp là biến chứng nặng nhất nếu phát hiện muộn.

– Xẹp phổi, tràn dịch màng phổi nhiễm trùng vết mổ v.v... là những biến chứng có thể gặp sau mổ.

– Tử vong: phụ thuộc vào:

+ Tỷ lệ tử vong liên quan trực tiếp đến sự kém phát triển của phổi bên tổn thương cũng như phổi bên đối diện.

+ Các dị tật bẩm sinh khác kèm theo, đặc biệt dị tật tim.

+ Xử trí cấp cứu thì đầu.

+ Theo dõi và chẩn đoán bằng siêu âm trong thời kỳ bào thai.

+ Vai trò của phổi nhân tạo: ở những nước phát triển, thoát vị hoành có suy hô hấp nặng, các hỗ trợ hô hấp thông thường không hiệu quả người ta dùng phổi nhân tạo, nhằm tăng cường khả năng trao đổi oxy máu, giảm bớt gánh nặng cho tim v.v... nhờ có phổi nhân tạo sử dụng trước và sau mổ, 70 – 80% trẻ sơ sinh có thoát vị hoành được mổ có kết quả, dù có suy hô hấp nặng trước mổ.

+ Suy hô hấp nặng, không đáp ứng với điều trị bằng thuốc (prostaglandin tolzoline...), không đáp ứng với thở hỗ trợ thông thường, ở những trung tâm không có phổi nhân tạo sơ sinh v.v... Tỷ lệ tử vong còn rất cao 70 – 85%.

2.2. Thoát vị hoành sau xương ức (phía trước)

Dị tật bẩm sinh do cơ hoành không dính vào xương ức và sụn sườn phía trước. Nhiều danh từ được dùng để chỉ dị tật này như thoát vị hoành trước, thoát vị cạnh ức hay thoát vị sau xương ức. Để hiểu một cách chính xác, người ta dùng danh từ "Thoát vị qua lỗ Morgagni", dị tật bẩm sinh không thường gặp ở trẻ em, phần lớn được phát hiện ở người lớn.

90% gặp thoát vị bên phải và thường không có biểu hiện triệu chứng. Trong

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

phần lớn các trường hợp, việc phát hiện thoát vị qua lỗ Morgagni do tình cờ chụp Xquang ngực – hình một khối mờ ở góc tâm hoành trước (mạc nối lớn).

Khoảng 20% có biểu hiện triệu chứng, với từng đợt đau bụng, nôn, mệt mỏi, bí trung đại tiện v.v... giống như bệnh cảnh tắc ruột do u đại tràng. Thông thường ở những trường hợp này, đại tràng ngang qua lỗ Morgni lên ngực bị nghẹt.

Chẩn đoán xác định dựa vào chụp Xquang ngực thẳng và nghiêng, hình ảnh với mức nước và hơi ở trung thất trước ngay trên cơ hoành, không thấy được góc tâm hoành trước, ngoài ra để xác định có thể soi trung thất, siêu âm hoặc chụp đại tràng có cản quang v.v... là những thăm dò có thể ứng dụng để xác định chẩn đoán.

Điều trị ngoại khoa được áp dụng nhất loạt khi đã có chẩn đoán xác định mặc dù không có biểu hiện triệu chứng. Mở bụng đường giữa trên rốn, đẩy các tạng thoát vị xuống bụng, cắt bỏ túi thoát vị và khâu phục hồi cơ hoành với thành bụng là phương pháp được lựa chọn trong điều trị bệnh lý này.

3. THOÁT VỊ HOÀNH DO CHẤN THƯƠNG

Thoát vị hoành do chấn thương có thể do chấn thương ngực bụng kín hoặc vết thương cơ hoành gây ra. Trong chấn thương ngực bụng kín vỡ cơ hoành chủ yếu do tai nạn giao thông, trong khi đó vết thương cơ hoành chủ yếu do dao đâm: 90% thoát vị hoành do chấn thương gặp ở bên trái, vỡ cơ hoành cũng có thể xảy ra nhưng ít gặp do có gan ngăn cách giữa bụng và ngực.

Trong chấn thương, ngoài tổn thương cơ hoành, các tổn thương phối hợp thường gặp là vỡ gan, lách, gãy xương và tổn thương sọ não. Các tạng trong ổ bụng lên ngực, tràn máu màng phổi... gây bệnh cảnh lâm sàng vỡ cơ hoành cấp rất nặng, khó thở nhanh nông, tím tái và tụt huyết áp. Trong vỡ cơ hoành cấp, trung thất bị đẩy lệch sang bên đối diện đột ngột hơn và nhiều hơn trong tràn dịch màng phổi, gây ra những triệu chứng trầm trọng hơn.

Cần nghĩ đến vỡ cơ hoành khi nghe phổi thấy có nhu động ruột hoặc đặt ống thông dạ dày rất khó vào, hoặc sau khi đặt được ống thông dạ dày, chụp ngực thẳng ống thông nằm trong khoang màng phổi: dấu hiệu chắc chắn vỡ cơ hoành, dạ dày lên khoang màng phổi trái.

Trong trường hợp vỡ cơ hoành nhưng chưa có thoát vị các tạng ở bụng lên ngực trái và không có các tổn thương khác kèm theo có thể không chẩn đoán được ngay từ đầu. Bệnh nhân trong "Giai đoạn trung gian" không có biểu hiệu triệu chứng. Tuy nhiên ở "giai đoạn 3", giai đoạn tắc và nghẹt ruột có thể xuất hiện muộn hơn trong khoảng thời gian 1 – 3 năm và thường được chẩn đoán bằng chụp đường tiêu hoá có cản quang.

Triệu chứng vỡ cơ hoành phải ít rầm rộ hơn, thường được chẩn đoán trong khi mổ vì có các tổn thương khác ở bụng hoặc nhờ có nội soi ổ bụng, bơm hơi phúc mạc hoặc chụp đường tiêu hoá có cản quang nếu thoát vị là ruột.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Vết thương cơ hoành không gây triệu chứng sớm trừ khi lỗ rách quá lớn gây thoát vị tu bụng lên ngực ngay sau khi bị đâm. Do vậy, cần thăm dò bụng trong trường hợp nghi có tổn thương cơ hoành nhỏ, tránh bỏ sót gây hậu quả thoát vị nghẹt sau này.

Về điều trị: thoát vị hoành sau chấn thương khi đã chẩn đoán cần được mổ nhằm đẩy các tạng xuống ổ bụng, khâu phục hồi cơ hoành, bồi phục nước, điện giải v.v... Về nguyên tắc thoát vị hoành sau chấn thương được chẩn đoán sớm: ở bụng để xử lý các tổn thương trong bụng, dẫn lưu màng phổi và khâu phục hồi cơ hoành. Thường khâu trực tiếp hai lớp chỉ không tiêu 2 – 3/0. Vỡ cơ hoành phát hiện muộn, bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng, vẫn nên mổ vì phòng ngừa thoát vị nghẹt, tắc ruột và nhất loạt dùng đường mở ngực để giải phóng khối thoát vị và khâu phục hồi cơ hoành.



Hình 2.13. Thoát vị hoành bẩm sinh. Phổi bên trái có hình các bóng hơi của ruột. Tim bị đẩy hẳn sang phải



Hình 2.14. Thoát vị hoành sau chấn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cole and Rollinger, Diaphragmatic Hernia; Textbook of Surgery, 1970; 847–848.
2. Orivill F.Grimes, and Lawrence W.Wan; Esophagus and Diaphragm. 363–388; Current surgical Diagnosis and treatment, 7th edition, 1985.
3. Jay L.Grosfeld, Congenital diaphragmatic hernia; Textbook of Surgery; Sabiston. 15th edition, 1997, 1249–1251.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT

Tràn khí màng phổi tự phát (TKMPTP) là khi xuất hiện khí trong khoang màng phổi một cách tự nhiên và thường là đột ngột. Do mất áp lực âm tính trong khoang màng phổi nên phổi không còn nở được nữa mà co lại, tuỳ khối lượng khí trong khoang màng phổi mà làm áp lực trong khoang này dương ít hay nhiều, một khi khí tràn vào ngày càng nhiều, tràn khí trở thành dưới áp lực, phổi bên bệnh bị ép nhỏ, trung thất bị đẩy sang bên đối diện, bệnh nhân khó thở dữ dội. Đây là một cấp cứu đòi hỏi phải xử trí kịp thời mới mong cứu sống người bệnh.

TKMPTP có thể chia thành hai loại: loại tự nhiên và loại có nguyên nhân.

Tỷ lệ mắc bệnh tuỳ theo từng nước, nhưng thường ở người trẻ từ 20 – 40 tuổi.

1. LÂM SÀNG

Ngoài những trường hợp TKMP số lượng ít, không thể hiện bằng một dấu hiệu gì, chỉ tình cờ phát hiện khi chụp ngực, những dấu hiệu lâm sàng sau thường gặp:

– Đau ngực đột ngột: đang tự nhiên cảm thấy như dao đâm bên ngực tràn khí, có khi là sau một gắng sức (đang chơi thể thao).

– Khó thở: thở nhanh và nông, nếu là TKMP dưới áp lực thì khó thở dữ dội.

– Tím: do thiếu oxy cấp tính.

– Khi khám sẽ thấy dấu hiệu TKMP rõ rệt: ngực bên tràn khí căng phồng hơn bên bình thường, gõ vang, nghe không còn tiếng thở.

Nếu như tràn khí phối hợp với tràn máu (do phổi dính gây xé rách nhu mô phổi) thì có thêm dấu hiệu tràn dịch màng phổi (gõ đặc phía thấp).

2. CẬN LÂM SÀNG

– Chụp ngực là phương pháp phổ biến và tiện lợi nhất để chẩn đoán xác định TKMP: nhu mô phổi co lại phía rốn phổi, tuỳ theo mức độ TKMP mà nhu mô này có ít hay nhiều, có khi như một khối u ở cạnh tim. Khi phổi bị dính thì nhu mô phổi không co hẳn lại mà có một dải nhu mô dính với thành ngực, bên ngoài phần nhu mô thấy khoang phổi sáng do không khí. Các khoang liên sườn giãn rộng hơn, cơ hoành hạ thấp, khí quản bị đẩy lệch sang bên đối diện cùng với bóng tim. Nếu có máu sẽ thấy mức dịch trong khoang màng phổi (đường nằm ngang).

Chụp cắt lớp vi tính là một thăm dò rất tốt để có thể xác định được thương tổn của nhu mô phổi nhưng chỉ có tác dụng khi phổi đã nở lên, vì vậy khi cấp cứu chưa nên chụp.

– Đo khí máu để đánh giá mức độ thiếu oxy, suy hô hấp.

– Thử đờm để tìm BK.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. TIẾN TRIỂN

TKMPTP có thể tiến triển theo những hướng sau đây:

Ở những trường hợp nhẹ, lượng khí tràn vào khoang màng phổi sau vài ngày có thể tự tiêu.

Ở những trường hợp trung bình, bệnh nhân khó thở, cần phải can thiệp bằng chọc hút màng phổi nếu sau khi chọc hút, phổi vẫn không nở lên, lượng khí trong khoang màng phổi không giảm thì tốt nhất là dẫn lưu màng phổi và hút liên tục.

Trong trường hợp TKMP van, lượng khí tràn vào ngày càng tăng, bắt buộc phải xử trí cấp cứu.

Có khi tràn khí kèm theo tràn máu (do rách nhu mô phổi) nếu nhiều buộc phải can thiệp: cầm máu.

Trong những trường hợp bội nhiễm, khoang màng phổi bị nhiễm trùng, lúc này không còn đơn thuần là tràn khí mà thường là tràn mủ màng phổi.

Ở những người trẻ, TKMPTP thường là tự tiêu hoặc dễ điều trị (phổi dễ nở) nhưng tỷ lệ tái phát lại nhiều, có khi không điều trị bảo tồn được mà bắt buộc phải can thiệp ngoại khoa.

4. ĐIỀU TRỊ

Mục đích điều trị nhằm giải phóng khoang màng phổi (hút hết không khí) phổi nở lên áp sát màng phổi lá thành để bịt lấy chỗ rò khí. Vì TKMPTP có hai nguyên nhân: tự nhiên (không rõ nguyên nhân hoặc nhu mô phổi không tổn thương) thì sau khi nhu mô phổi nở lên coi như đạt yêu cầu, nhưng đối với loại có nguyên nhân (nhu mô phổi có thương tổn) thì phải điều trị triệt để mới giải quyết được bệnh.

– Điều trị bảo tồn.

Đối với loại TKMP ít có thể để tự nhiên, khí tràn vào khoang màng phổi sẽ tự tiêu. Điều cần chú ý là phải theo dõi, một khi thấy tiến triển không tốt hoặc biến chứng thì phải can thiệp kịp thời. (TKMP không giảm mà có xu hướng tăng lên, bội nhiễm).

– Chọc hút màng phổi: chọc qua khoang liên sườn 2 – 3 đường giữa xương đòn. Sau khi chọc hút cần chụp lại ngực theo dõi phổi có nở lên không, có thể chọc lại để hút khí tiếp nếu như phổi chưa nở hết. Ở những cơ sở không có phương tiện để hút liên tục màng phổi thì có thể chọc hút màng phổi nhiều lần, tuy nhiên cần hết sức vô trùng để tránh làm khoang màng phổi bội nhiễm gây mủ màng phổi, tiên lượng bệnh sẽ thay đổi hẳn sang phía nặng và phức tạp. Khi có điều kiện thì nên dẫn lưu màng phổi và hút liên tục ngay, bệnh nhân sẽ nhanh chóng ra viện.

– Dẫn lưu màng phổi: đặt ống dẫn lưu vào khoang màng phổi qua khe liên

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

sườn 2 – 3 đường giữa xương đòn. Hút liên tục dưới áp lực ban đầu khoảng 20cm H_2O, sau đó tuỳ theo tiến triển mà thay đổi áp lực này.

Nếu kiểm tra thấy phổi nở lên, tràn khí giảm hay hết thì tiếp tục hút như vậy trong khoảng 5 – 7 ngày nhằm làm dính chỗ rò khí của nhu mô phổi với màng phổi thành (nếu rút sớm chỗ dính này chưa đủ chắc, sẽ dễ TKMP tái phát).

Nếu phổi không nở lên được, cần tăng áp lực hút có thể tới – 50 hay – 60cm H_2O. Cần chú ý là khi tăng áp lực hút rất có thể sẽ làm cho bệnh nhân khó thở hơn vì hút mất không khí của bên phổi lành. Khi đó phải giảm áp lực và thường phải mổ vì chỗ rò khí là lớn, khó có thể tự bịt được.

– Gây dính màng phổi: có nhiều cách gây dính màng phổi lá tạng với lá thành hay thành ngực. Dùng hoá chất như bột talc, bột tetracyclin, cồn iode... bơm vào khoang màng phổi. Có thể dùng một bàn chải cọ vào màng phổi thành, cũng có thể bóc lá màng phổi thành.

Tất cả những phương pháp trên có thể thực hiện bằng mở ngực nhỏ qua khoang liên sườn 3, 4 dưới cơ ngực to, hoặc bằng mổ nội soi có hỗ trợ của màn hình

– Mổ cắt phổi: khi xác định rõ nguyên nhân gây tràn khí màng phổi: bóng kén khí to, u phổi, lao phổi v.v... mở ngực cắt thuỳ phổi tương ứng hoặc cắt hình chêm (không điển hình). Có thể mổ nội soi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rebecca Bascom (2009) Medical specialties: thoracic surgery.
2. AP. Yins (1999) Thoracoscopic Management of spontanuous pneumothorax Wolld J. Surgery – 23: 1133 – 6.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. CÁC ĐƯỜNG MỞ NGỰC TRONG CẤP CỨU

1. ĐẠI CƯƠNG

* Mở ngực cấp cứu chủ yếu được áp dụng cho các chấn thương, vết thương lồng ngực. Tuy nhiên, trong chấn thương lồng ngực (CTLN) nói chung, chỉ định mở ngực ít khi được đặt ra ngay thì đầu, mà phần lớn sau dẫn lưu màng phổi đơn thuần, qua quá trình theo dõi thấy diễn biến lâm sàng xấu đi và dẫn lưu ra nhiều máu hoặc khí thì mới quyết định mở ngực; trừ một số trường hợp có thương tổn đòi hỏi phải mở ngực ngay thì đầu để giải quyết như chấn thương–vết thương tim, vết thương ngực bụng v.v...

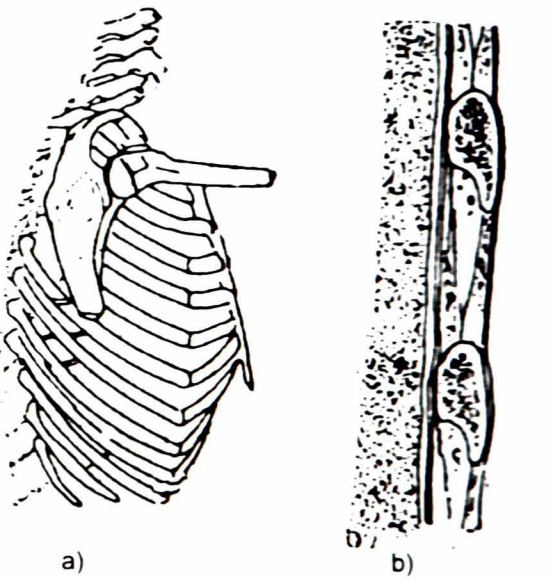
* Khi đã có chỉ định mở ngực, thì tuỳ theo chẩn đoán, vị trí thương tổn giải phẫu và mức độ thương tổn mà chúng ta lựa chọn các đường mở ngực khác nhau sao cho có thể tiếp cận và xử trí tốt các thương tổn. Vì cấu tạo lồng ngực là một khung xương cứng, nên nếu chọn đường mở ngực sai sẽ khó thay đổi cũng như rất khó thấy rõ thương tổn để xử lý.

* Để có thể dễ dàng ứng dụng trong thực tiễn, chúng ta sẽ nghiên cứu các đường mở ngực theo vị trí giải phẫu của nó trên lồng ngực (trước – bên, sau – bên...) gắn liền với các loại hình thương tổn giải phẫu trong CTLN.

2. VÀI NÉT VỀ GIẢI PHẪU ỨNG DỤNG

* Lồng ngực là một khung xương cứng, phía sau có cột sống, phía trước có xương ức, nối với nhau bằng các xương sườn. Giữa các xương sườn là khoang liên sườn. Có thể dễ dàng sờ thấy qua da, nhất là ở người gầy, các xương sườn và khoang liên sườn xác định vị trí đường mở ngực. Trong khoang liên sườn có các cơ liên sườn và bó mạch thần kinh liên sườn chạy ở bờ dưới các xương sườn *(hình 2.14)*.

* Cơ hoành: là cơ rộng dạng hình vòm, đảm bảo tới 70% dung tích hô hấp, ngăn cách lồng ngực với khoang ổ bụng. Đỉnh vòm hoành lên cao đến khoang liên sườn V, chân cơ hoành bám vào lồng ngực ở ngang mức khoang liên sườn X, XI.

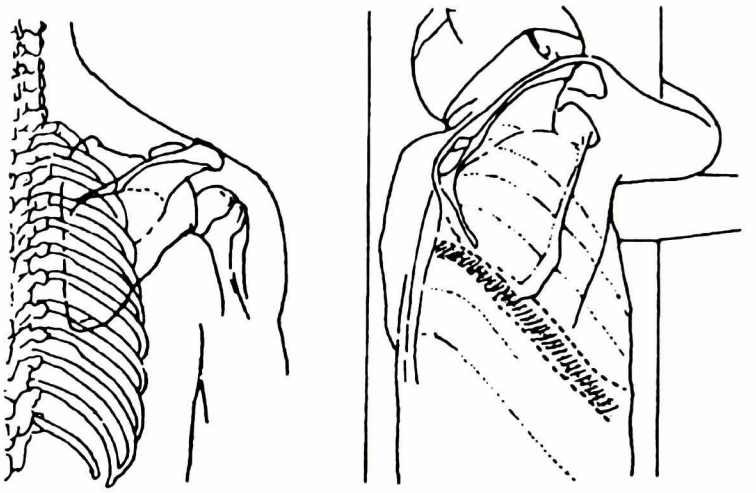


Hình 2.14
a. Khung xương cứng; b. Khoang liên sườn.

* Bao phủ phía ngoài khung xương cứng có xương bả vai và các cơ ngực.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Xương bả vai: là một xương cứng, phẳng hình tam giác, phủ phía sau trên của lồng ngực, mặt trước tiếp giáp khung xương cứng của lồng ngực, mặt sau là chỗ bám của các cơ lưng. Tiếp giáp với xương cánh tay qua ổ cối nên khi giơ lên cao thì kéo xương bả vai lên theo. Cực dưới của xương bả vai có thể dễ dàng sờ thấy qua da, ở tư thế bình thường nó nằm ngang mức khoang liên sườn V *(hình 2.15)*.

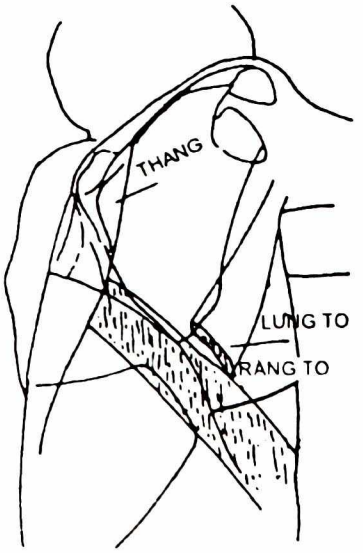


Hình 2.15. Xương bả vai và khoang liên sườn V

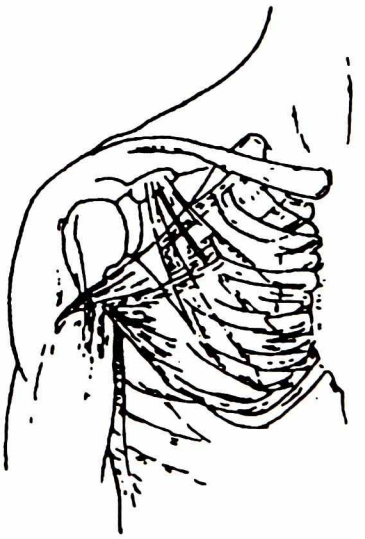
– Cơ: chia làm hai bình diện trước và sau, cơ phía sau dày hơn, giữa hai bình diện có một vùng (đường nách) rất ít cơ.

+ Phía sau, lớp nông có cơ thang và cơ lưng to, việc cắt cơ lưng to trong đường mở ngực sau – bên sẽ đẩy được xương bả vai lên cao để giải phóng xương sườn và khoang liên sườn V. Lớp sâu có cơ răng to phía trước – bên và cơ dài của lưng (cơ dựng gai) phía sát cột sống. Xương bả vai và các cơ phía sau được ngăn cách với khung xương cứng bằng một tổ chức lỏng lẻo vô mạch, cho phép lùa tay vào dưới xương bả dễ dàng trong lúc mổ để đếm định vị các khoang liên sườn cũng như là vén xương bả lên cao để vào ngực ở các khoang liên sườn cao *(hình 2.16)*.

+ Phía trước, chỉ có một lớp cơ (gồm cơ ngực lớn ở phía trên, chỗ bám của các cơ răng và cơ lưng to ở phía dưới) *(hình 2.17)*.



Hình 2.16. Cơ phía sau



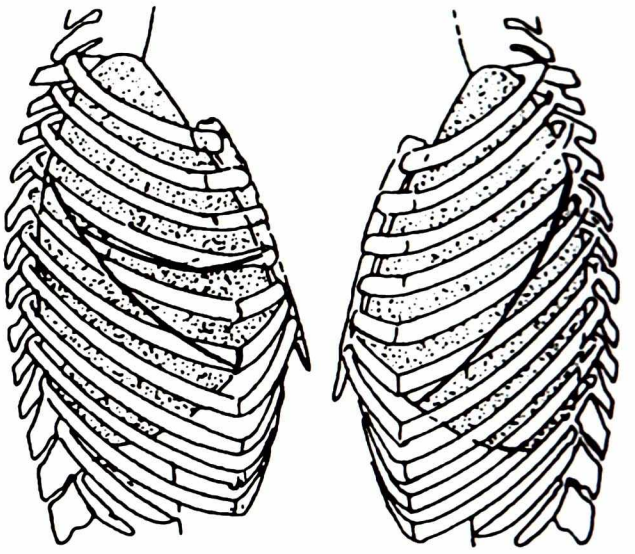
Hình 2.17. Cơ phía trước

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

* Phía trong lồng ngực bao phủ bởi lá thành màng phổi, lá tạng bao phủ phổi và trung thất, giữa hai lá là khoang ảo trượt lên nhau trong quá trình hô hấp. Do vậy khi mở ngực, phải lưu ý khi cắt cơ liên sườn và mở lá thành để vào khoang màng phổi, tránh làm thủng, rách nhu môi phổi.

* Đối chiếu lên thành ngực của các cơ quan trong lồng ngực

– Phổi: mỗi phổi bao gồm các thuỳ, ngăn cách với nhau bởi các rãnh liên thuỳ; bên phải có 3 thuỳ (trên, giữa, dưới), bên trái có 2 thuỳ (trên, dưới). Nhìn chung các rãnh liên thuỳ đều chạy từ trên xuống dưới, từ sau ra trước, bắt chéo qua khoang liên sườn V ở thành ngực bên, tức tương đương với đường nách và rốn phổi cũng tương ứng với khoang liên sườn V ở đường nách giữa. Do vậy có thể nói khoang liên sườn V là đường vào được lựa chọn trong phần lớn các trường hợp phẫu thuật phổi và thực quản *(hình 2.18)*.



Hình 2.18. Đối chiếu phổi – rốn phổi lên thành ngực

– Tim: nằm ở trung thất trước, ngay sau xương ức và các sụn sườn bên trái. Do vậy mở xương ức và mở ngực trước, bên trái là đường vào chủ yếu đối với tim.

– Các mạch máu lớn: gồm các tĩnh mạch và các động mạch xuất phát từ quai động mạch chủ, nằm ở trung thất giữa – trên. Do vậy đường vào thường là ngang nền cổ phối hợp với mở dọc nửa trên xương ức, hoặc là mở ngực trái sau – bên.

– Thực quản và động mạch chủ ngực: nằm ở trung thất sau, lệch sang trái, do vậy đường vào là mở ngực sau – bên trái.

3. NHỮNG ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT CHUNG CỦA MỞ NGỰC

3.1. Gây mê

Mở ngực đòi hỏi phải gây mê nội khí quản. Trong trường hợp có tràn máu–khí màng phổi nhiều thì cần đặt dẫn lưu màng phổi trước khi gây mê đặt ống nội khí quản. Trong một số trường hợp khẩn thiết, có thể đặt ống nội khí quản chọn lọc (ống Carlens) để làm xẹp phổi bên tổn thương, giúp dễ dàng tiến hành phẫu thuật (ví dụ vỡ phế quản).

3.2. Dụng cụ

Ngoài những dụng cụ phẫu thuật thông thường, mở ngực đòi hỏi một số dụng cụ chuyên biệt như:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Để mở ngực: phải có dao điện để cầm máu tốt và hạn chế thời gian phẫu thuật. Dụng cụ banh mở ngực (Finochietto). Các van gấp góc để che, đẩy phổi. kẹp tam giác to để kẹp nhu mô phổi.

– Để đóng ngực: cần vài sợi chỉ to, chắc số 1 hay 2 để khâu siết sườn, ống dẫn lưu to, mềm, đường kính khoảng 10mm, để đặt dẫn lưu màng phổi.

– Hệ thống dẫn lưu hút liên tục.

3.3. Kỹ thuật mổ

3.3.1. Chuẩn bị trường mổ

– Đặt tư thế bệnh nhân tuỳ theo loại thương tổn và loại đường mở ngực, thường đặt nghiêng 45^0, 60^0 hoặc 90^0; dùng một gối độn kê ở bên phía ngực đối diện để bộc lộ tốt trường mổ sau khi mở ngực.

– Da vùng mổ được đánh sạch bằng xà phòng và nước vô trùng.

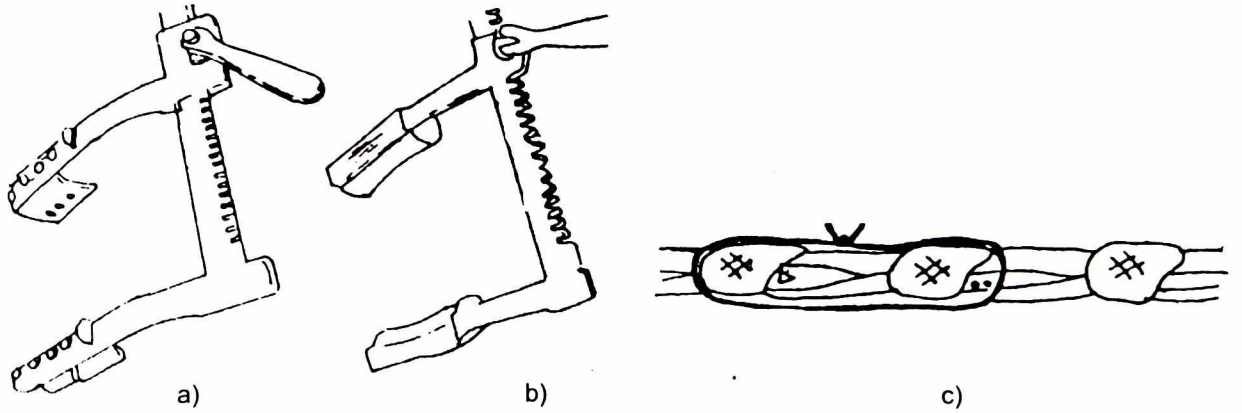
– Sát trùng bằng cồn iod hoặc betadin và rải toan mổ ở bốn phía, chỉ để hở trường mổ.

3.3.2. Vào khoang màng phổi

Sau khi mở da, tổ chức dưới da, cắt tách các cơ phủ ngoài, thì thường vào khoang màng phổi qua khoang liên sườn, sát với bờ trên của xương sườn để tránh bó mạch – thần kinh liên sườn. Trước khi chọc thủng lá thành vào khoang màng phổi, nếu không có ống nội khí quản chọn lọc, thì phải báo với người gây mê tháo ống nội khí quản khỏi máy thở để phổi xẹp xuống, tránh làm rách nhu mô phổi. Lưu ý đường mở khoang liên sườn bao giờ cũng phải dài hơn đường rạch da, để tránh bị căng khi banh ngực, dễ làm gãy xương sườn và xé rách cơ liên sườn gây chảy máu.

3.3.3. Banh rộng đường mở ngực

– Banh ngực:



Hình 2.19. Banh ngực
a. Finochietto; b. Dubost; c. Siết dườn

Dùng hai miếng toan nhỏ bọc che thành ngực hai bên đường mở. Banh rộng đường mở ngực bằng banh ngực có răng cưa, có hai loại: Finochietto và Dubost–duilmet *(hình 2.19)*. Tuỳ theo độ dày thành ngực, độ dài đường mở, tuổi, mà dùng

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

loại banh có kích thước và độ sâu khác nhau. Khi mở banh phải thật từ từ, tránh làm gãy các xương sườn.

3.3.4. Đặt dẫn lưu màng phổi

Là bắt buộc trong mở ngực, đặt vào lúc cuối cuộc mổ, trước khi đóng ngực. Thường đặt qua khoang liên sườn phía dưới đường mở, khoảng khoang liên sườn VII hay VIII. Vị trí rạch da thường nằm trên đường nách trước, dùng một kẹp kiểu Kelly tách dưới da đi ra phía sau, chọc qua khoang liên sườn theo bờ trên xương sườn vào khoang màng phổi ngang mức đường nách giữa. Kẹp ống dẫn lưu đưa ra ngoài, đầu ống hướng ra phía lưng, tới rãnh sườn – cột sống. Trường hợp có nguy cơ tràn khí màng phổi nhiều sau mổ (cắt phổi, rách nhu mô phổi), cần đặt thêm một ống dẫn lưu thứ hai có đầu hướng ra phía trước để dẫn lưu khí.

3.3.5. Đóng ngực: Tốt nhất là dùng loại chỉ tiêu tổng hợp

– Siết sườn bằng chỉ to số 1 hoặc 2, kim tròn, từ 2 – 4 mũi, xuyên qua các khoang liên sườn trên và khoang mở ngực. Lưu ý kiểm tra chảy máu chân chỉ do làm thương tổn động mạch liên sườn, nếu có phải khâu cầm máu bằng các mũi chữ X hay U. Lấy bỏ gối độn nếu nằm nghiêng 90^0. Buộc chặt các sợi siết sườn *(hình 2.19)*.

– Nên đóng lớp cân ngoài ngực (cơ liên sườn – cân che phía ngoài xương sườn) bằng đường khâu vắt chỉ 4.0 hay 5.0 monofil để làm kín khoang màng phổi.

– Đóng các lớp cơ (chỉ số 0 hoặc 2.0, dưới da (chỉ 3.0) và trong da (chỉ 4.0 tiêu nhanh) theo giải phẫu, bằng các đường khâu vắt nếu là mổ có chuẩn bị và phẫu trường sạch. Còn trong cấp cứu và nếu phẫu trường không sạch thì nên khâu cơ và da bằng các mũi rời thông thường để phòng nhiễm trùng vết mổ.

3.3.6. Mở rộng trường mổ

Trong một số trường hợp cần phải mở rộng trường mổ trong lúc mổ, nếu chiều dài đường mở ngực đã đủ, thì có thể áp dụng hai kỹ thuật:

Mở vào một khoang liên sườn khác gần vùng mổ hơn.

Cắt xương sườn ở phía trên hoặc dưới đường mở, có thể cắt gãy hoặc cắt đoạn.

Tuy nhiên trên thực tế, nếu biết chọn một đường mở thích hợp với thương tổn thì ít khi phải sử dụng đến các kỹ thuật này.

4. CÁC ĐƯỜNG MỞ NGỰC

Có 4 đường mở ngực chính:

– Mở ngực sau – bên.

– Mở ngực bên.

– Mở ngực trước – bên.

– Mở ngực sau.

Ngoài ra còn có vài đường mở khác và biến thể của các đường mở trên trong một vài trường hợp cụ thể. Mỗi đường mở tạo ra một phẫu trường khác nhau về

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

kích thước cũng như nội dung, giúp giải quyết một số thương tổn nhất định trong chấn thương lồng ngực.

4.1. Mở ngực sau – bên

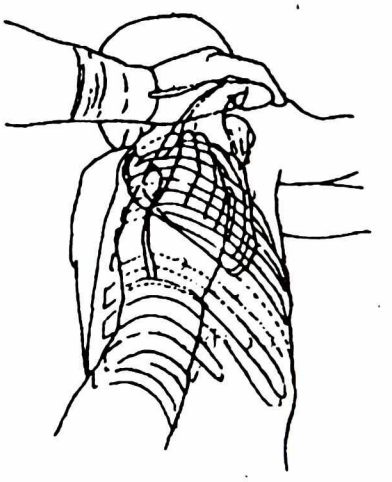
Đường mở này tạo ra một phẫu trường khá rộng rãi để thăm dò phổi, rốn phổi và quai động mạch chủ. Tuy nhiên nó có nhược điểm là phải cắt nhiều cơ, gây đau và hạn chế hô hấp sau mổ, lâu liền sẹo và đồng thời nếu có biến chứng nhiễm trùng vết mổ thì sẽ nặng và khó điều trị.

4.1.1. Đặc điểm giải phẫu: đường mở này phải đi qua hai bình diện cơ

– Bình diện nông: gồm cắt ngang cơ lưng to chạy chéo lên trên, ra trước và ra ngoài, hướng gần như vuông góc với đường mở và cơ thang chạy ngang phía mép sau đường mở, do vậy không cần bắt hoặc cắt bán phần.

– Bình diện sâu: lấy cực dưới của xương bả vai làm mốc, thì phía sau là dải cơ dài của lưng và cân của nó, phía trước là cơ răng to trải ra như một dẻ quạt bám vào phía trước của 9 xương sườn đầu tiên, trong cơ này có nhiều thần kinh phân bố nên rất hạn chế cắt. Vùng giữa cơ dài lưng và cơ răng là một lớp cân dính vào xương bả vai.

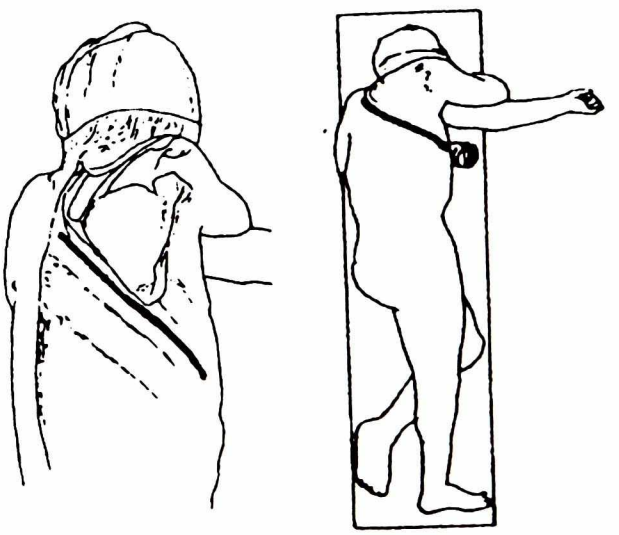
Sau bình diện này là vào tới ngay các khoang liên sườn, có thể thăm dò dễ dàng thọc tay vào dưới xương bả để đếm khoang liên sườn hoặc kéo xương bả vai lên trên để giải phẫu trường *(hình 2.20)*.



Hình 2.20. Luồn tay dưới xương bả vai đếm khoang liên sườn

4.1.2. Đặt tư thế

Tư thế bệnh nhân nghiêng 90^0, có gối ở bên đối diện, tay bên mở ngực vắt lên trên để kéo xương bả vai lên cao. Phẫu thuật viên đứng phía lưng bệnh nhân, phụ đứng đối diện *(hình 2.21)*.



Hình 2.21. Tư thế bệnh nhân và đường rạch da

4.1.3. Mở ngực

– Rạch da dưới mỏm xương bả vai 1 – 2cm, đường rạch chéo lên trên, ra sau theo đường đi của các xương sườn *(hình 2.21)*.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Sau khi qua lớp dưới da, cắt ngang cơ lưng to trên suốt chiều dài của đường rạch da. Sau đó cắt lớp cân sâu dưới bả vai, phía sau đến sát cơ dài lưng (thường không phải cắt cơ này), phía trước được nối tiếp dọc theo bờ sau dưới của cơ răng to, xuống rất thấp tới xương sườn 8, 9, tại đây nếu cần có thể cắt một phần cơ răng chỗ bám để giải phóng trường mổ mà vẫn bảo tồn được cơ và các thần kinh ở bên trong. Lúc này đã vào đến sát các khoang liên sườn, có thể dùng tay móc vào dưới xương bả vai để đếm các khoang liên sườn.

– Mở vào khoang màng phổi dọc theo bờ trên xương sườn, thường là vào qua khoang liên sườn V hoặc VI.

– Bọc và banh rộng vết mổ bằng banh Finochietto.

4.1.4. Đóng ngực

Sau khi giải quyết các thương tổn trong ngực, đặt 1 – 2 ống dẫn lưu tuỳ từng trường hợp, đóng ngực theo từng bình diện giải phẫu. Lưu ý bình diện nông phải đặt lại đúng vị trí cơ lưng to để tránh làm lệch vị trí của xương bả vai.

4.1.5. Ứng dụng trong cấp cứu

Tuy tạo ra phẫu trường rộng rãi nhưng trong CTLN ít khi dùng đến đường mở này do phải cắt nhiều cơ và nguy cơ nhiễm trùng cao. Nhìn chung chỉ dành cho những ca có thương tổn ở phổi nặng có nguy cơ cắt phổi, vỡ khí – phế quản, thương tổn ở quai động mạch chủ hay động mạch chủ ngực.

4.2. Mở ngực bên

Đường mở này có đặc điểm là không cắt ngang các cơ, do vậy có ưu điểm làm bớt đau sau mổ, vết thương chóng liền và nếu có nhiễm trùng thường nhẹ và dễ chăm sóc hơn. Tuy nhiên nó tạo ra một phẫu trường không lớn, khó đi vào vùng rốn phổi và trung thất sau, nên chủ yếu áp dụng cho các thương tổn đơn thuần trên phổi.

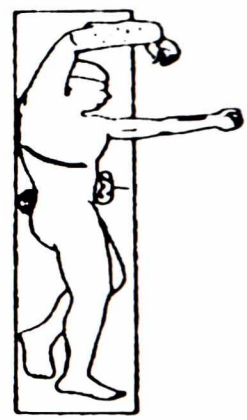
4.2.1. Đặc điểm giải phẫu: có hai bình diện cơ

– Bình diện nông: nửa sau đường mở tiếp giáp với cơ lưng to, cần được kéo ra sau trong khi mở ngực. Phía trước là cơ ngực lớn bám vào các cung trước xương sườn tới xương sườn 6 *(hình 2.22)*.

– Bình diện sâu: chủ yếu là cơ răng to với các thớ cơ chạy song song với hướng các khoang liên sườn, tách qua lớp cơ này là vào đến khoang liên sườn. Tuy nhiên với đường mở này sẽ không đếm được các khoang liên sườn, để khắc phục chúng ta có những cách xác định như sau:

+ Trên đường nách giữa, điểm giữa hõm nách và bờ dưới nồng ngực là khoang liên sườn V hoặc VI.

+ Đối với đàn ông, núm vú nằm trên xương sườn IV.



Hình 2.22. Tư thế bệnh nhân và đường rạch da

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Hoặc dếm dần từ dưới lồng ngực lên, bắt đầu là khoang liên sườn IX (xương sườn 11, 12 là xương sườn cụt).

4.2.2. Tư thế

Nghiêng 90 độ như trong mở ngực sau – bên. Phẫu thuật viên đứng phía lưng hay bụng bệnh nhân là tuỳ theo thương tổn.

4.2.3. Mở ngực: thường hay mở ở khoang liên sườn V.

– Rạch da ngay trên khoang liên sườn tương ứng *(hình 2.22)*, phía trước đi dưới nếp cơ ngực to hay nếp lằn vú ở nữ. Giới hạn trước của đường rạch là mức đường núm vú, sau là đường dọc qua mỏm xương bả vai.

– Sau lớp dưới da là đến lớp cân nông, phía sau tiếp giáp cơ lưng to, đi dọc theo bờ trước cơ này, vén lên để bộc lộ cơ răng.

– Xẻ dọc và vén các thớ cơ răng to, bộc lộ khoang liên sườn, xác định xương sườn 6. Cắt cơ liên sườn dọc theo bờ trên xương sườn và vào khoang màng phổi, lưu ý vén mạnh cơ lưng to để mở rộng khoang liên sườn ra sau, nếu cần có thể cắt bán phần cơ này.

4.2.4. Đặt dẫn lưu và đóng ngực

Đặt 1 – 2 dẫn lưu và đóng theo các bình diện giải phẫu.

4.2.5. Ứng dụng trong cấp cứu

Tuy có phần hạn chế hơn, song ứng dụng của đường mở này cũng phần nào giống như đường sau – bên. Ngoài ra, còn dùng để cắt khi phổi gây tràn khí màng phổi, lấy máu cục màng phổi, dày dính màng phổi, nếu đi thấp xuống qua khoang liên sườn VI hay VII thì có thể can thiệp trên cơ hoành.

4.3. Mở ngực trước – trên

Do dùng đường rạch da đi dưới vú nên đường mở này đảm bảo tính thẩm mỹ, ít dùng trong phẫu thuật phổi. Vì đi vào đường trước lồng ngực và trung thất trước nên hay dùng cho các phẫu thuật tim, màng tim.

4.3.1. Đặc điểm giải phẫu

– Cơ ngực lớn: thớ cơ chạy chéo xuống dưới và vào trong, bám vào các sụn sườn từ 2 đến 6. Đường mở này cần phải cắt một số bó cơ để tiếp cận các xương sườn.

– Cơ răng to: bám sát mép ngoài đường mở, thớ cơ chạy cùng hướng xương sườn nên chỉ cần tách trong khi mở ngực.

– Mốc giải phẫu: đường trong xương sườn 5 nằm ở điểm giữa mũi ức và góc Louis (góc giữa sụn sườn 2 và xương ức).

4.3.2. Đặt tư thế (hình 2.23)

Đặt bệnh nhân ở tư thế nghiêng 30 – 70 độ tuỳ trường hợp, hai gối kê ở dưới xương bả vai cùng bên và ở hông.

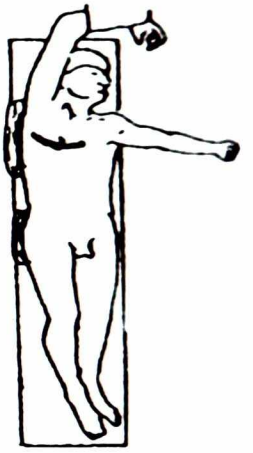
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.3.3. Mở ngực

– Rạch da theo nếp lằn vú, phía trước tới bờ xương ức, phía sau tới bờ trước cơ lưng to *(hình 2.23)*.

– Qua tổ chức dưới da tới cơ ngực lớn, xác định khoang liên sườn cần vào (thường là khoang IV, V) và bờ trên các xương sườn tương ứng (5, 6). Cắt ngang cơ ngực lớn theo bờ trên các xương sườn này sẽ thấy khoang liên sườn và các thớ cơ răng ở phía sau. Cắt tách giữa các thớ cơ răng cho đến hết đường rạch da, khi vén lên sẽ cho thấy rõ cả thành ngực bên.

– Cắt cơ liên sườn và vào khoang màng phổi, lưu ý phía trước không mở quá sâu về phía xương ức phòng làm đứt bó mạch vú trong. Bọc hai mép đường mở và đặt banh ngực.



Hình 2.23. Mở ngực trước

4.3.4. Dẫn lưu và đóng ngực

Thường đặt một dẫn lưu máu đặt qua khoang liên sườn VI và đóng ngực theo các lớp giải phẫu.

4.3.5. Ứng dụng trong cấp cứu

Đường mở này thường được dùng trong các cấp cứu tim và màng tim, như chấn thương – vết thương tim, hội chứng chèn ép tim cấp, tràn dịch, tràn mủ màng tim cần phải cắt mở màng tim dẫn lưu cấp cứu. Ngoài ra, có thể áp dụng cho xử trí vết thương ngực bụng mà lỗ vào nằm ở phía trước bên.

4.4. Mở ngực sau

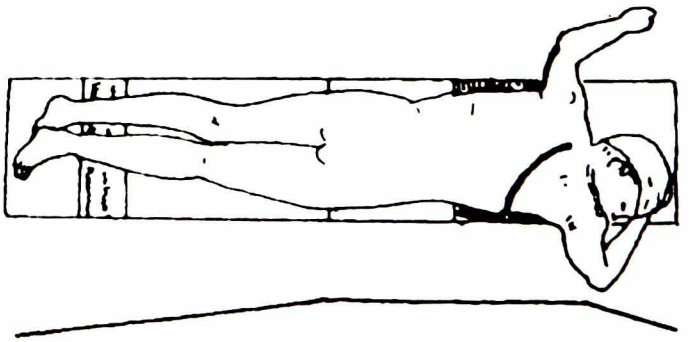
Đường này cho phép tiếp cận trực tiếp vào chạc 3 khí – phế quản và cây phế quản. Rất ít được sử dụng, nhất là trong cấp cứu.

4.4.1. Đặc điểm giải phẫu

Đường mở này đi qua lớp cơ dày nhất của lồng ngực. Từ nông vào sâu có cơ lưng to, cơ thang, cơ dài của lưng và phần ngoài của khối cơ cạnh cột sống.

4.4.2. Tư thế

Sau khi đặt ống nội khí quản, bệnh nhân được lật nằm sấp, gối độn dưới ngực *(hình 2.24)*.



Hình 2.24. Mở ngực sau

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.4.3. Mở ngực

– Rạch da cách 2 – 3cm và song song với bờ trong của xương bả vai, đi vòng xuống cực dưới của xương *(hình 2.24)*. Mở lớp dưới da.

– Cắt phần thấp của cơ thang và phần sau của cơ lưng to.

– Cắt ngang cơ dài lưng và lớp cân dưới xương bả cho tới bờ cơ răng. Dùng một van gấp góc cứng đặt vào dưới xương bả vai và kéo mạnh để bộc lộ các khoang liên sườn.

– Vào khoang màng phổi theo bờ trên các xương sườn, thường là khoang IV, V, VI tuỳ từng trường hợp. Đặt banh ngực bộc lộ trường mổ.

4.4.4. Dẫn lưu và đóng ngực: lưu ý phục hồi cơ theo từng lớp giải phẫu

4.5. Các đường mở ngực khác

Thực chất là các biến thể của bốn đường mở nêu trên để phù hợp với tình huống lâm sàng. Chúng tôi đề cập tới hai loại.

4.5.1. Mở ngực nhỏ (đường nách)

Chính là đường mở ngực bên thu nhỏ, chỉ khác là đường rạch da rất nhỏ, khoảng 5 – 6cm, sát bờ trước của cơ lưng to. Đường mở này ít gây chấn thương và có tính thẩm mỹ cao. Tuy nhiên chỉ áp dụng cho phẫu thuật cắt kén khí phổi và lấy máu cục màng phổi đối với tràn máu màng phổi dưới 10 ngày.

4.5.2. Mở ngực lớn

Là sự phối hợp của các đường mở ngực trên, ví dụ trước – bên với bên, bên với sau bên v.v... Phải cắt nhiều cơ và tạo ra một phẫu trường rộng rãi chỉ nên áp dụng hạn chế cho những thương tổn giải phẫu phối hợp rất nặng và phức tạp.

4.5.3. Cắt sụn sườn 5: là đường mở ngực rất nhỏ, nhằm đi vào vùng màng tim nằm ngay sau các sụn sườn ở bờ trái xương ức. Chỉ dùng cho các trường hợp cần thăm dò khi nghi ngờ có chấn – vết thương tim, lâm sàng không rõ ràng mà lại không có siêu âm tim.

– Tê tại chỗ bằng xyclocain.

– Rạch da ngay trên sụn sườn 5, sát bờ trái xương ức, dài 3 – 4cm.

– Cắt tổ chức dưới da và cơ ngực lớn tới sát xương sườn 5.

– Mở màng xương và dụng cụ tuốt xương để bóc màng xương trên 1 đoạn dài 2 – 3cm.

– Dùng kìm cắt xương sườn cắt bỏ đoạn sụn sườn đã bóc màng xương.

– Mở màng xương, vào thẳng tổ chức mỡ trước màng tim.

– Dùng 2 kẹp răng chuột căng màng tim lên và mở 1 lỗ nhỏ để kiểm tra xem có máu trong khoang màng tim.

– Nếu có máu, mở rộng đường mổ theo đường mở ngực trước bên để xử trí thương tổn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Nếu không có máu, đóng lại đường mở ở bình diện cơ, da. Nếu có thủng vào khoang màng phổi thì cần đặt dẫn lưu màng phổi.

5. MỞ XƯƠNG ỨC

– Đây là loại đặc biệt của mở ngực, ít khi phải dùng đến trong cấp cứu. Nhìn chung được chỉ định trong một số trường hợp sau.

– Vết thương – chấn thương tim, nhất là thương tổn ở nhĩ phải, cách tĩnh mạch chủ, động mạch chủ lên, động mạch phổi.

– Vết thương mạch máu vùng nền cổ, thường phối hợp với các đường mở ở cổ để kiểm soát nguyên nhân chảy máu của các động mạch xuất phát từ quai động mạch chủ.

– Hiếm khi trong chèn ép tim cấp tính do tràn dịch màng tim.

– Tai biến của các thăm dò có chảy máu trong buồng tim.

5.1. Đặc điểm giải phẫu

Thành trước ngực bao gồm hai thành phần chính.

– Cơ: chỉ có cơ ngực lớn chạy chếch ngang, bám vào các sụn sườn từ 2 – 6.

– Xương sụn: gồm xương ức và 7 sụn sườn đầu tiên. Xương ức có 3 đoạn cán ức ở trên thì dày và chắc, giữa là thân ức, dưới là các sụn sườn và mũi ức bám vào thân ức. Cơ liên sườn giữa và các sụn sườn thì mỏng hơn ở phía sau. Bó mạch vú trong nằm ở mặt trong lồng ngực, sau các khớp ức sườn, dọc bờ ngoài xương ức.

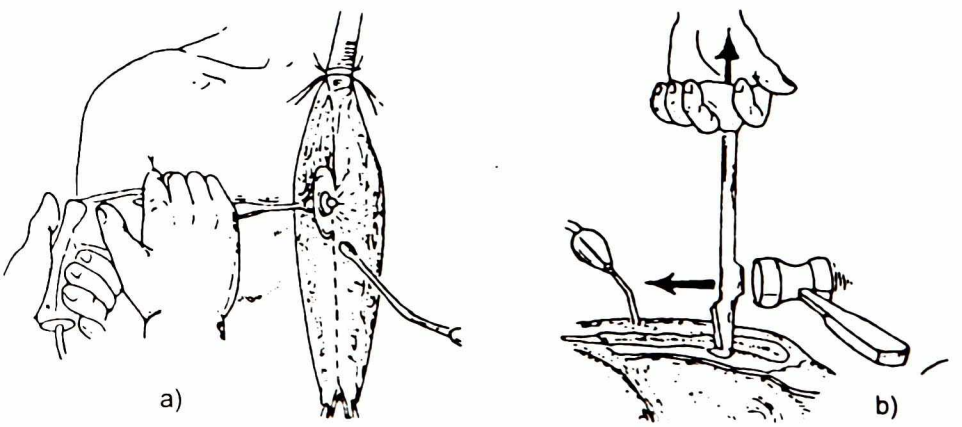
5.2. Dụng cụ

Ngoài các dụng cụ như mở ngực nêu trên, mở xuống ức cần có thêm:

– Cưa xương ức (có cưa điện và cưa hơi) hoặc đục xương ức + búa *(hình 2.25)*.

– Banh xương ức, cũng là banh răng cưa nhưng bản rộng để ôm lấy xương ức.

– Chỉ thép + kìm kẹp và kéo cắt chỉ thép (số 5 hay 6 cho người lớn) để đóng xương ức.

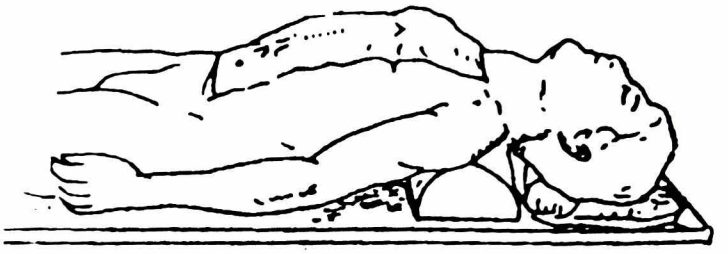


Hình 2.25. a. Dùng cưa điện cưa xương ức; b. Dùng đục và búa.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.3. Tư thế

Thường nằm ngửa, có gối kê dưới vai *(hình 2.26)*.



Hình 2.26

5.4. Các đường mở

5.4.1. Mở dọc giữa xương ức

– Rạch da dọc giữa xương ức, từ hòm ức tới mũi ức *(hình 2.27)*.

– Cắt tổ chức dưới da và cân trước xương ức. Phía trên mở vòng ra phía sau xương ức ở giữa hòm ức. Phía dưới chẻ đôi mũi ức và xẻ dọc cân cơ thẳng to 2 – 3cm theo đường trắng giữa.

– Cưa hoặc đục xương ức.

– Cầm máu mặt sau xương ức, bọc và đặt banh xương ức để banh rộng đường mở.

– Thường đặt hai dẫn lưu sau xương ức và khoang màng tim, thêm các dẫn lưu màng phổi nếu có thủng màng phổi. Các dẫn lưu đưa ra phía dưới vết mổ.

– Đóng xương ức bằng chỉ thép, lưu ý cầm máu kỹ mặt xương ức và chân, các chỉ thép, nếu rách động mạch vú trong phải khâu cầm máu thật cẩn thận.

– Khâu vắt lớp dưới da để che chỉ thép và xương ức. Khâu da vắt hoặc mũi rời.

5.4.2. Mở ngang xương ức

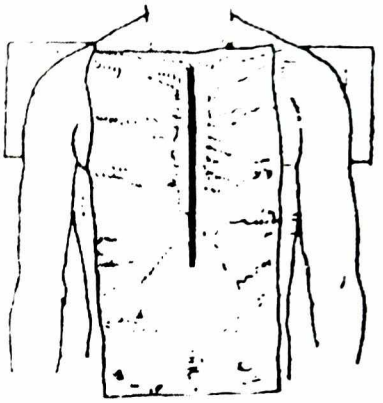
Bản chất là hai đường mở ngực trước – bên nối với nhau qua xương ức, thường ở khoang liên sườn IV *(hình 2.28)*. Lưu ý cầm máu bó mạch vú trong trước khi cưa ngang xương ức. Đóng xương ức bằng chỉ thép khâu mũi chữ U hay X, các xương sườn và khoang liên sườn đóng như trên.

Trong cấp cứu, ít khi được chỉ định ngay thì đầu, mà thường là mở rộng của đường mở ngực trước – bên của một bên, nhưng không đủ để giải quyết thương tổn, ví dụ như chấn thương vết thương tim đã mở ngực trái nhưng thương tổn lại ở bên phải.

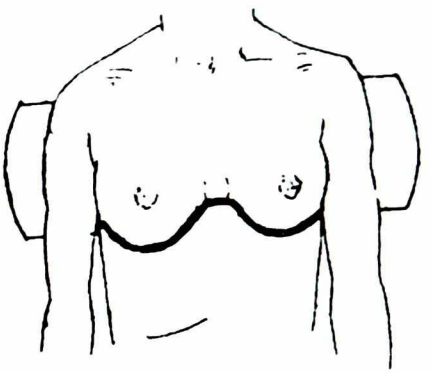
5.4.3. Mở dọc bán phần xương ức

Có nhiều dạng, nhưng trong cấp cứu chủ yếu hay dùng loại mở bán phần nửa trên phối hợp với đường mở ở cổ để giải quyết các thương tổn mạch máu vùng nền cổ *(hình 2.29)*. Kỹ thuật mở – đóng giống như trong mở dọc giữa xương ức.

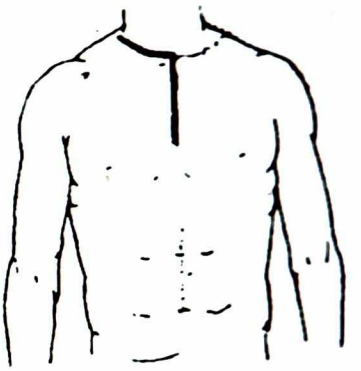
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 2.27



Hình 2.28



Hình 2.29

Tóm lại, trong cấp cứu, việc lựa chọn một đường mở ngực đúng đóng vai trò rất quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị. Muốn vậy đòi hỏi người thầy thuốc phải chẩn đoán đúng bệnh cũng như các thương tổn giải phẫu để quyết định đường mở ngực. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý là trong chấn thương lồng ngực chỉ định mở ngực rất hạn chế, trừ một số trường hợp tối cấp cứu, mặt khác trong khi mổ nếu cần thì không nên ngần ngại mở rộng vết mổ để thấy rõ và xử trí tốt các thương tổn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Encyclopédie Medico – Chirurgicale. Techniques chirurgicales (1990): Cou, Médiastin, Trachée, Bronches, Poumon, Plèvre. Mục 42205 và 42210.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

B. TIM MẠCH

6. NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT KHI PHẪU THUẬT MẠCH MÁU

Tổn thương mạch máu là một cấp cứu đòi hỏi phải xử trí kịp thời: sơ cứu và điều trị thực thụ. Trong hoàn cảnh nước ta nhiều khi bắt buộc các bác sĩ phẫu thuật phải xử trí một mình mà trong đời lại không được đào tạo về chuyên ngành này, chuyển bệnh nhân đi thì xa quá khó có thể bảo toàn tính mạng trên đường. Chúng tôi xin nêu lên một số vấn đề thiết thực nhằm giúp các bác sĩ đa khoa có thể xử trí tốt nhất trong một hoàn cảnh cụ thể, ít ra cũng không làm nặng thêm hoặc gây khó khăn cho những người sẽ tiếp quản bệnh nhân khi điều trị thực thụ.

1. CẦM MÁU TẠM THỜI

Tuỳ theo thương tổn mà có nhiều cách khác nhau, có thể chia làm 2 loại: vết thương gọn (do dao đâm hay vật sắc nhọn gây ra) và vết thương dập nát nhiều (do bị chèn ép, đạn bắn).

– Băng ép: là cách điều trị để cầm máu tốt nhất, được phổ biến rộng rãi trên thế giới. Đặt gạc, bông vô trùng lên vết thương, cuốn băng ra ngoài chặt dần đến khi không thấm máu thì thôi.

– Nhét gạc: chỉ áp dụng đối với vết thương gọn và phải chuyển bệnh nhân đi ngay để điều trị thực thụ vì rất nhanh chóng dễ gây nhiễm trùng.

– Garô: không còn khuyên dùng như trước đây trong đại chiến thế giới thứ II nữa vì những hậu quả gây ra do không tôn trọng nguyên tắc. Chỉ nên áp dụng trong những hoàn cảnh sau:

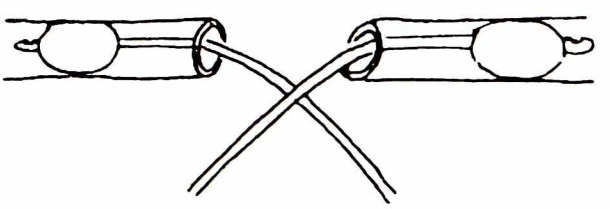
+ Mỏm cụt.

+ Đoạn chi phía ngoài dập nát không còn khả năng bảo tồn.

+ Thời gian vận chuyển < 4 giờ (trong khi vận chuyển không nên thỉnh thoảng lại tháo ga rô như vậy sẽ nguy hiểm vì dễ gây nhiễm độc truỵ tim mạch).

+ Chờ mổ.

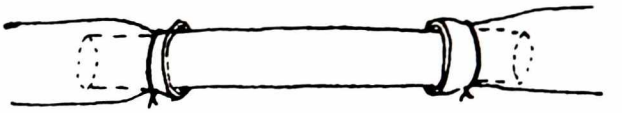
– Ống thông Foley: đưa ống thông Foley vào trong lòng mạch máu rồi bơm căng quả bóng. Tất nhiên chỉ áp dụng khi ống thông đút vừa vào lòng mạch và người thực hiện cần bình tĩnh khi làm vì đối với mạch máu to máu phun nhiều *(hình 2.30)*.



Hình 2.30. Cầm máu tạm thời bằng ống Foley

– Ống Silicon: dùng một ống silicon (hoặc được tráng silicon) đưa vào 2 đầu mạch máu rồi buộc lại, như vậy tạm thời phục hồi được lưu thông dòng máu để có thể điều trị thực thụ kịp thời mà không gây thiếu máu nặng ngoại vi *(hình 2.31)*.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 2.32. Lưu thông tạm thời dòng máu bằng ống silicon

Tuyệt đối không nên dùng kẹp mà kẹp vào mạch máu hoặc kẹp vào chỗ đang phun máu, làm như vậy sẽ gây khó khăn cho người mổ sau và rất dễ gây thương tổn thành phần bên cạnh (tĩnh mạch, thần kinh).

2. ĐƯỜNG MỔ VÀ MẠCH MÁU

Nguyên tắc là: chọn đường mổ đúng (không nên dựa vào vết thương ban đầu rồi mở rộng ra), đường mổ phải rộng rãi thì mới dễ xử trí bên trong.

– Động mạch cảnh: mốc là hõm ức và xương chũm dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm *(hình 2.33)*.

– Động mạch dưới đòn: rạch ngay trên xương đòn, tốt nhất là cắt bỏ 2/3 trong xương đòn. Đường mổ này cũng có thể dùng để bộc lộ động mạch nách *(hình 2.34)*.



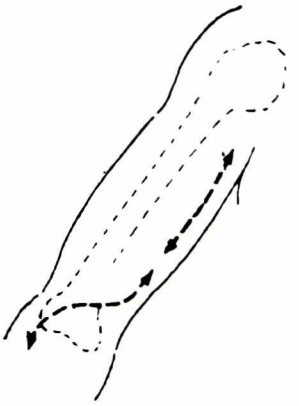
Hình 2.33. Đường vào động mạch cảnh trái



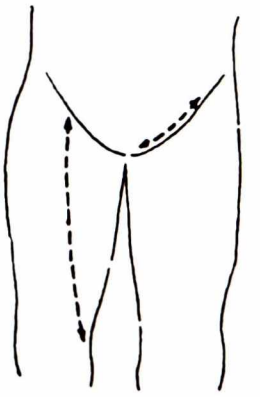
Hình 2.34. Đường vào động mạch dưới đòn

– Động mạch cánh tay: lấy mốc là hõm nách và giữa nếp khuỷu, đi song song với bờ trong cơ nhị đầu *(hình 2.35)*.

– Động mạch đùi: phía trên là điểm giữa nếp bẹn phía dưới là lồi cầu trong xương đùi, đường rạch đi song song với cơ may *(hình 2.36)*.



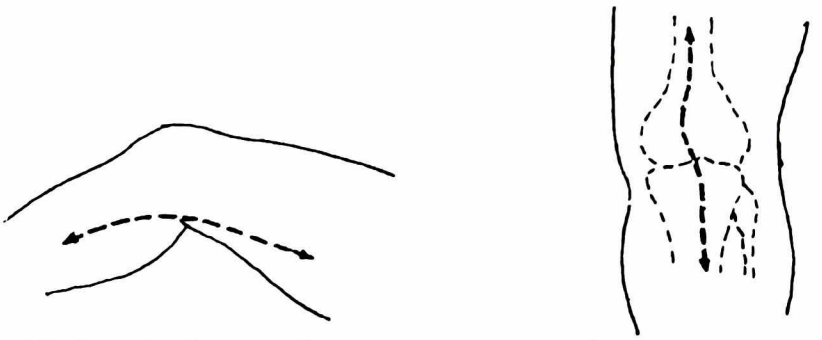
Hình 2.35. Đường vào động mạch cánh tay đoạn giữa và đoạn thấp



Hình 2.36. Đường vào động mạch đùi P và động mạch chậu ngoài T

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Động mạch khoeo: đường rạch bên trong đùi qua khoeo xuống mặt trong cẳng chân. Đường này đi phía sau lồi cầu trong xương đùi 2cm để rồi đi xuống phía sau xương chày khoảng 2cm *(hình 2.37a, b)*.



a) Đường vào động mạch khoeo qua mặt trong đùi

b) Đường vào động mạch khoeo qua mặt sau (trám khoeo)

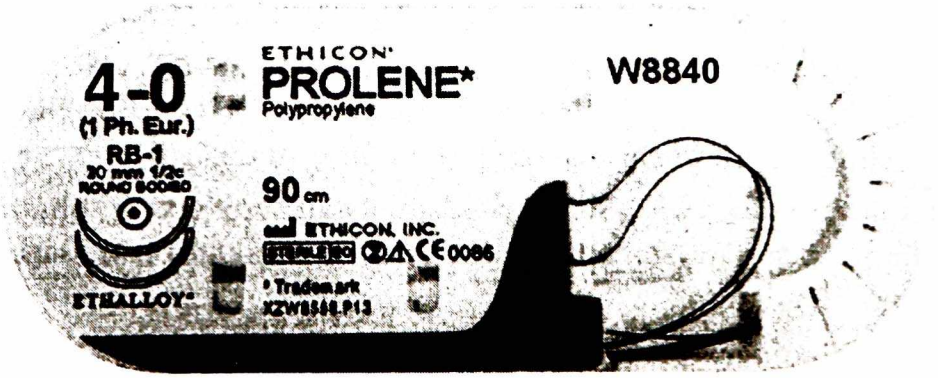
Hình 2.37

– Động mạch chậu gốc: dễ nhất là mở bụng giữa dưới rốn, qua phúc mạc sẽ bộc lộ cả động mạch chậu gốc, động mạch chậu trong và ngoài. Có thể bộc lộ ngoài phúc mạc bằng đường rạch song song phía trên cung đùi, nhưng đường này phải vén phúc mạc lên, ở sâu khó bộc lộ hơn.

3. CÁC PHƯƠNG TIỆN TỐI THIỂU ĐỂ MỔ MẠCH MÁU

Ngoài những dụng cụ thông thường trong phẫu thuật, khi mổ mạch máu phải có những phương tiện chuyên dụng, nếu không có những phương tiện này thì tốt nhất là không nên mổ vì nếu cứ mổ thì thất bại là chính và điều tai hại hơn là gây khó khăn rất nhiều cho người mổ sau.

– Kim, chỉ khâu: không thể dùng chỉ lanh xâu vào kim thông thường để khâu mạch máu vì sẽ gây tắc miệng nối. Chỉ khâu phải là chỉ liền kim, sợi đơn (không phải sợi tết). Kim khâu là loại kim tròn (không phải kim tam giác) cỡ chỉ thông thường 4/0 *(hình 2.38)*.



Hình 2.38. Chỉ khâu mạch máu

Loại chỉ Protene là sợi đơn (monofilament) nên rất trơn, khi khâu vắt rất dễ rút chỉ, nhưng nút buộc rất dễ tuột, phải làm 7, 8 nút. 4/0: cỡ chỉ 20mm 1/2c: kim dài 20mm, nửa chu vi vòng tròn. Sợi chỉ dài 90cm - chỉ không tiêu

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Dụng cụ mổ: trên nguyên tắc khi mổ mạch máu phải dùng loại không răng. Kẹp mạch máu là loại clamp hay bulldog, là loại dụng cụ không gây tổn thương thành mạch (nhất là lớp nội mạc), trong trường hợp không có, có thể dùng 1 sợi catgut số 1 hoặc 2 vòng 2 lần quanh mạch máu rồi thít lại.

4. PHẪU TÍCH MẠCH MÁU

Tất cả các động tác phẫu tích đều dùng dụng cụ chứ không dùng ngón tay. Thao tác phải nhẹ nhàng, rõ ràng. Đây là điều rất quan trọng nếu không rất dễ gây thương tổn mạch máu nhất là tĩnh mạch đi kèm, vùng mổ sẽ đầy máu càng làm cho phẫu thuật viên lúng túng và càng dễ mắc thêm sai lầm.

Một khi chảy máu thì đừng vội dùng kẹp Kocher kẹp vào chỗ phun máu, nguy hiểm và dễ làm hỏng cuộc mổ do gây thương tổn thành mạch. Dùng ngón tay chịt vào, vừa để có thì giờ chuẩn bị phương tiện cầm máu (clamp, chỉ khâu) vừa có tác dụng lấy lại bình tĩnh. Khi cần kẹp thì dùng kẹp phẫu tích không răng. Một khi ngừng chảy, hút sạch máu, nhìn thật rõ rồi mới làm tiếp.

Phẫu tích mạch máu là giai đoạn quyết định cho cuộc mổ.

5. KHÂU MẠCH MÁU

Thông thường dùng những mũi khâu vắt cách nhau khoảng 1 – 2mm. Nếu chưa quen khâu thì khâu đính mấy chỗ (chu vi mạch máu có thể chia thành 2 hay 3 đoạn) rồi khâu từng đoạn một.

Vì chỉ khâu là sợi đơn (monofilament) nên người phụ không được dùng kẹp, kẹp vào sợi chỉ sẽ nát và đứt chỉ.

Sau khi hoàn thành chỗ khâu (đã buộc nhiều lần) thì mới thả clamp, clamp phía ngoại vi thả trước rồi mới thả clamp phía trung tâm.

Thông thường trước khi khâu bao giờ cũng dùng huyết thanh bơm rửa cho sạch lòng mạch.

Khi thả clamp mà chảy máu thì đừng vội khâu tăng cường. Dùng bông khô vô khuẩn (có thể dùng gạc khô) đắp vào chỗ khâu, đè chặt, đợi vài phút. Nếu thấy máu dâng lên vẫn cứ đè tay, có thể thay bông mới và đợi. Chỉ khi không cầm được máu, nhìn rõ chỗ máu phun thì mới phải khâu tăng cường.

Một điều quan trọng cần nhớ là trước khi khâu tăng cường, phải dùng clamp kẹp phía trung tâm để làm xẹp mạch máu, như vậy khi khâu mới không bị xé rách. Buộc chỉ rồi mới thả clamp.

Sau khi khâu xong, nếu không chảy máu, có thể khâu kín da, tránh nhiễm trùng. Nhưng nếu nghi ngờ thì phải dẫn lưu vì máu tụ rất dễ gây bục chỗ khâu do nhiễm trùng. Một khi dẫn lưu thì ống dẫn lưu phải kín (tiện nhất là dùng lọ nhựa đựng dịch truyền của hãng Braun, sau khi truyền xong, bóp bẹp, cắm ống dẫn lưu qua nút và hút).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6. THEO DÕI SAU MỔ

Hai biến chứng chính xảy ra sau mổ:

– Bục chỗ khâu: chủ yếu là nhiễm trùng, nhiễm trùng chủ yếu do cắt lọc không sạch (đừng nghĩ là dùng kháng sinh). Khi bục thì chỉ có cách thắt mạch, sau khi thắt, hoại tử hay không thì nhờ trời. Nếu tuần hoàn phụ tốt thì thoát.

– Tắc chỗ khâu: do kỹ thuật khâu: tốt nhất là chuyển đi đừng cố làm lại vì sẽ khó hơn kỳ đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Tất Thành, Hoàng Ngọc Sơn: Kim chỉ phẫu thuật và cách sử dụng. Phẫu thuật thực hành – NXB Y học, 2007.
2. Đặng Hanh Đệ – Kỹ thuật mổ: Một số điều cần thiết khi mổ mạch máu. NXB Y học, 2008.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

7. CHÈN ÉP TIM

Chèn ép tim cấp là một bệnh cảnh đòi hỏi phải xử trí kịp thời mới mong cứu sống bệnh nhân.

Màng tim là một bao xơ, bao bọc tim và các cuống mạch lớn. Màng tim có tác dụng tránh làm cho tim giãn quá mức, xoắn các cuống mạch lớn, giữ nguyên vị trí khi thay đổi tư thế v.v... Bình thường, áp lực trong khoang màng tim giống như áp lực trong khoang màng phổi và có sự chênh lệch áp lực vài mmHg giữa thì thở ra và thì thở vào. Sự tích tụ dịch trong khoang màng tim quá mức sẽ làm tăng áp lực trong khoang màng tim, gây chèn ép tim. Những thay đổi huyết động trong chèn ép tim phụ thuộc vào số lượng dịch, tính chất xuất hiện dịch. Về kinh điển, người ta cho rằng chèn ép tim được xác định bởi ba đặc điểm lâm sàng:

– Tăng áp lực tĩnh mạch trung ương.

– Giảm áp lực động mạch.

– Tiếng tim mờ.

Tuy nhiên, quan niệm này chỉ đúng với những trường hợp chèn ép tim cấp tính (xuất hiện đột ngột), đặc biệt sau vết thương hoặc chấn thương tim và nếu chỉ hiểu theo quan niệm trên sẽ bỏ sót một số lớn những trường hợp chèn ép tim, như dịch trong khoang màng tim xuất hiện từ từ do các nguyên nhân khác như nhiễm trùng, di căn ung thư v.v...

1. NGUYÊN NHÂN GÂY CHÈN ÉP TIM

Để giúp cho việc chẩn đoán và điều trị, trong thực tế lâm sàng người ta chia ra hai nhóm khác nhau:

1.1. Các nguyên nhân thường gặp

– Vết thương hoặc chấn thương tim: chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp.

– Nhiễm trùng: do vi khuẩn hoặc virus.

– Bệnh lý ác tính: tại tim hoặc di căn ung thư.

– Bệnh tổ chức liên kết.

– Urê máu cao – suy thận.

1.2. Các nguyên nhân khác

– Tràn máu màng tim do:

+ Vỡ tim sau nhồi máu cơ tim.

+ Lóc động mạch chủ.

+ Vỡ phồng động mạch chủ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Đang điều trị chống đông.

– Di chứng sau phẫu thuật tim.

– Biến chứng của các thủ thuật thăm dò tim.

– Sau điều trị tia.

Trong chấn thương hoặc vết thương tim, chèn ép tim xuất hiện đột ngột, cấp tính, bệnh nhân đến bệnh viện trong bệnh cảnh lâm sàng của chèn ép tim có nguyên nhân rõ ràng, việc chẩn đoán và xử trí thường được tiến hành nhanh, ít khi bị bỏ sót. Ngược lại, viêm màng tim do nguyên nhân nhiễm trùng, gây chèn ép tim dồi khi bị bỏ qua vì quá trình xuất hiện dịch từ từ và phản ứng tự bù trừ của cơ thể trong giai đoạn đầu. Mặt khác, điều trị nội khoa và chọc hút màng tim đôi khi là nguyên nhân gây tràn mủ màng tim sau này hoặc viêm màng tim co thắt. Một số trường hợp chèn tim nhưng không do các nguyên nhân chủ yếu trên, bệnh nhân được phát hiện có chèn ép tim khi được khám lần đầu với các dấu hiệu nhịp tim nhanh, huyết áp động mạch giảm và áp lực tĩnh mạch tăng cao. Ngoài ra, lưu ý nguy cơ chèn ép tim ở những bệnh nhân có urê máu cao phải chạy thận nhân tạo, bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông v.v...

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Bệnh cảnh lâm sàng

Tràn dịch màng tim gây chèn ép tim từ từ có thể không có biểu hiện lâm sàng hoặc bệnh nhân chỉ cảm thấy khó chịu như ho khan kéo dài, khàn giọng, tim đập nhanh và đôi khi cảm thấy khó nuốt, nuốt nghẹn.

Bệnh cảnh lâm sàng thường được nhắc đến là tràn dịch màng tim gây chèn ép tim cấp tính với các dấu hiệu:

– Khó thở, tím tái: bệnh nhân thở nhanh, nông.

– Vẻ mặt lo lắng, kích động.

– Tim đập nhanh, mạch nghịch thường (pouls paradoxal).

– Áp lực tĩnh mạch trung ương tăng cao.

– Tiếng tim mờ.

– Gan to – tĩnh mạch cổ nổi.

– Sốt cao gặp trong viêm mủ màng tim và truỵ tim mạch có thể trong trường hợp nặng.

2.2. Cách thăm dò cận lâm sàng

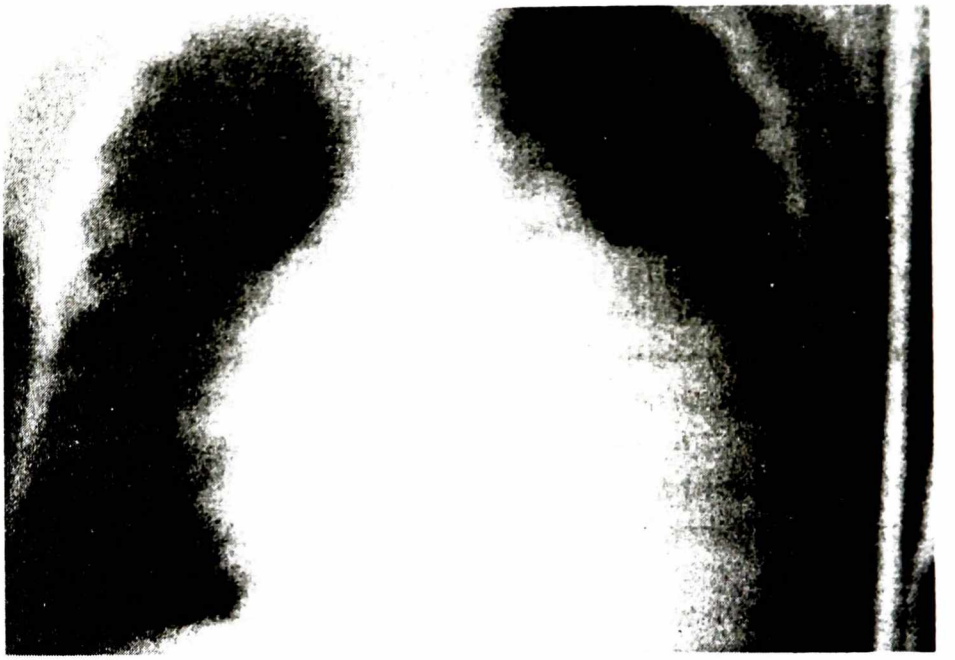
Cách thăm dò cận lâm sàng thường được áp dụng gồm:

2.2.1. Xquang

Chụp ngực thẳng được áp dụng trong chẩn đoàn chèn ép tim, nhưng khi có những rối loạn huyết động nặng, ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân (khó thở,

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

huyết áp tụt) không nên áp dụng thăm dò này. Trong trường hợp cho phép chụp ngực thẳng, các dấu hiệu thu được phụ thuộc vào số lượng dịch trong khoang màng tim.



Hình 2.39. Hình ảnh Xquang ngực thẳng, tràn dịch màng tim có chèn ép tim

– Tràn dịch màng tim số lượng ít: bóng tim bình thường.

– Tràn dịch màng tim số lượng nhiều: bóng tim to, mất hình dạng bình thường của các cung tim, có thể kèm theo tràn dịch màng phổi.

– Phổi sáng.

2.2.2. Điện tâm đồ

Chủ yếu để theo dõi quá trình điều trị, trường hợp điển hình, các dấu hiệu thu được bao gồm:

– Giảm điện thế ở các chuyển đạo: sóng T, QRS.

– Thay đổi không đặc hiệu của sóng T và ST.

– Sóng P bình thường.

2.2.3. Siêu âm tim

– Siêu âm tim là một phương tiện chủ yếu trong chẩn đoán các bệnh tim nói chung, cũng như chèn ép tim. Hai loại hình siêu âm (SA) thường được áp dụng.

– Siêu âm (TM) cho hình ảnh gián tiếp của tràn dịch màng tim, chèn ép tim với những khoảng trống siêu âm giữa màng tim và các thành tim.

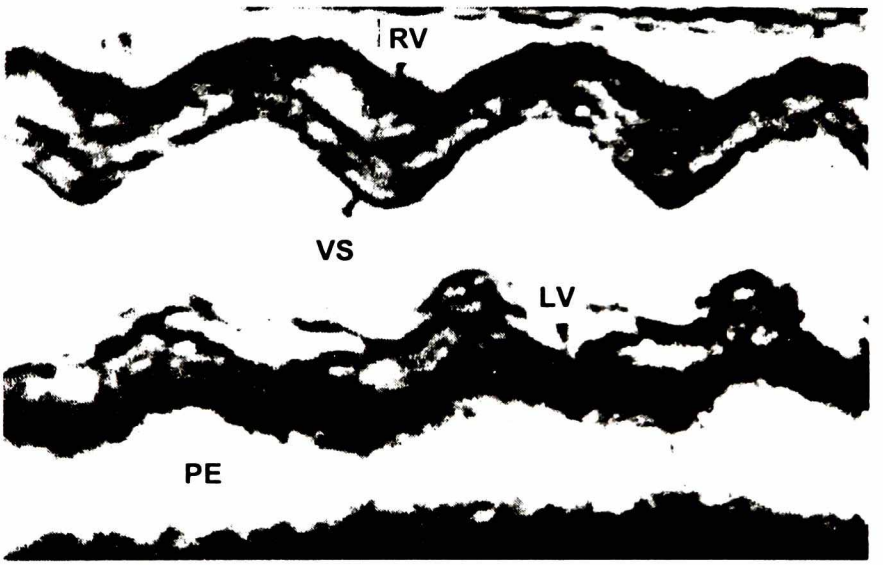
– Siêu âm hai bình diện (SA–2D): nhìn trực tiếp được tình trạng tim, màng tim, tính chất và số lượng dịch trong khoang màng tim, xác định có hay không có chèn ép tim tràn dịch khu trú.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

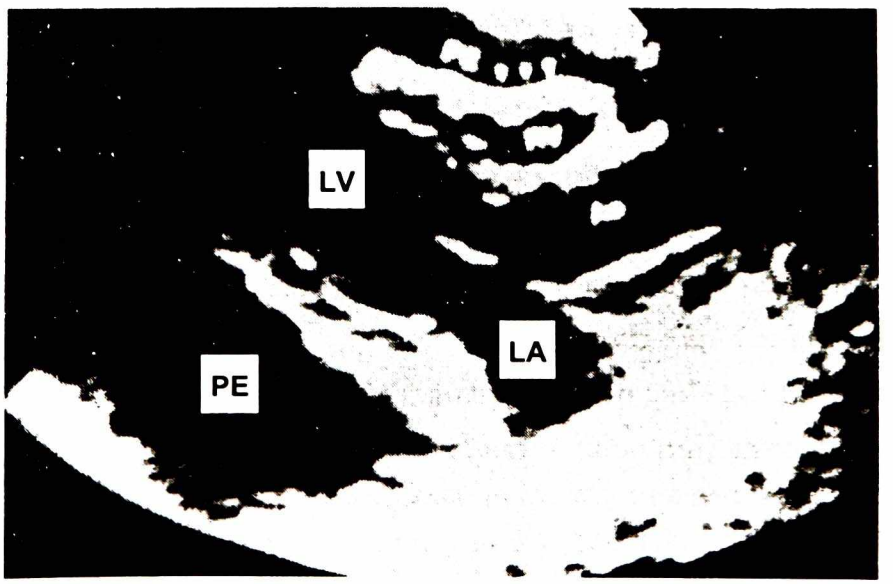
– Trong chẩn đoán chèn ép tim, sự kết hợp giữa TM và siêu âm 2D cho độ chính xác cao trong chẩn đoán.

– Chèn ép tim với số lượng dịch màng tim nhiều: khoảng trống siêu âm giữa màng tim và thượng tâm mạc tồn tại cả hai thì tâm trương và tâm thu. Tiên lượng nặng nếu khoảng trống siêu âm có cả mặt trước và mặt sau tim.

Là thăm dò cận lâm sàng không chảy máu, dễ dàng thực hiện nhiều lần, ngoài vai trò chẩn đoán, siêu âm rất có ích trong điều trị và theo dõi bệnh. Chọc dò màng tim dưới hướng dẫn của siêu âm dễ làm và an toàn, chức năng tim được xác định qua mỗi lần thăm khám.



Hình 2.40. Tràn dịch màng tim có chèn ép tim SA – TM,
PE: dịch màng tim; RV: thất phải; LV: thất trái.



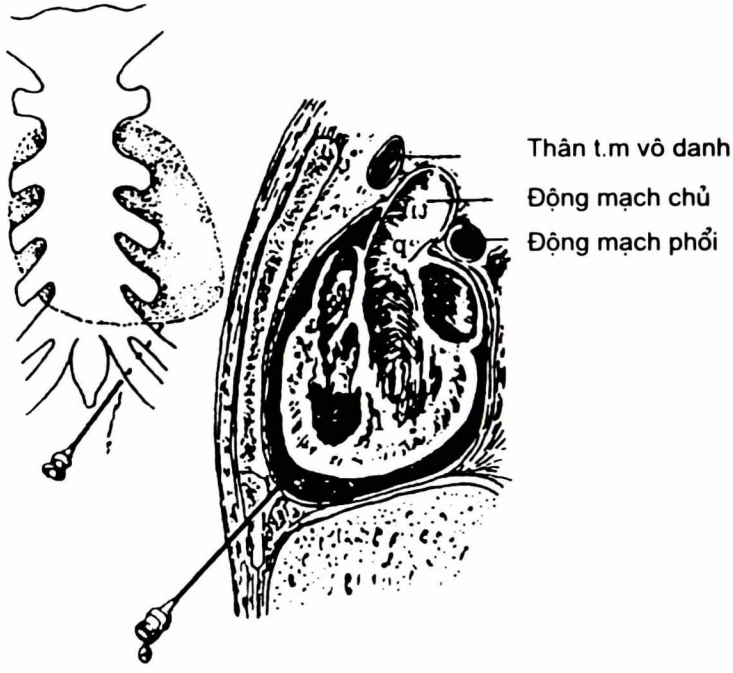
Hình 2.41. Hình ảnh tràn dịch màng tim có chèn ép tim SA – 2D,
PE: dịch màng tim; LA: nhĩ trái; RV: thất trái.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa kèm theo chọc hút màng tim được áp dụng nhất loạt cho những trường hợp chèn ép tim do viêm màng tim – tràn dịch màng tim đơn thuần. Khi tình trạng chèn ép tim thuyên giảm, cần tiếp tục điều trị để xác định nguyên nhân gây chèn ép tim để phòng ngừa tái phát (XN dịch màng tim) ví dụ: tràn dịch màng tim do lao: điều trị kháng sinh đặc hiệu chống lao, tràn máu màng tim ở bệnh nhân đang điều trị thuốc chống đông: ngừng thuốc hay thay thuốc v.v...



Hình 2.42. Chọc hút màng tim

3.2. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

Điều trị ngoại khoa được áp dụng trong các trường hợp:

– Tràn dịch màng tim gây chèn ép tim tái diễn nhiều lần.

– Chèn ép tim do chấn thương hoặc vết thương tim.

– Tràn mủ màng tim gây chèn ép tim.

– Chèn ép tim nhưng chọc hút màng tim không kết quả.

Mở ngực trái khoang liên sườn V trước bên, mở màng tim và xử trí thương tổn tại tim, dẫn lưu màng phổi trong chèn ép tim do chấn thương hoặc vết thương tim. Đối với tràn mủ màng tim, chèn ép tim tái diễn v.v..., cắt bỏ màng tim rộng rãi cần được áp dụng, nhằm giải phóng triệt để chèn ép tim và phòng ngừa nguy cơ viêm màng tim co thắt. Phẫu thuật "mở cửa sổ màng tim" cho đến nay không được áp dụng ở những trung tâm chuyên về phẫu thuật tim mạch.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Ngọc Thành, Đặng Hanh Sơn, Thông báo lâm sàng vết thương tim tại Bệnh viện Việt Đức (1990–1996). Ngoại khoa Việt Nam số 1, 1999, 1–7.
2. Eugene Braunwald: Pericardial Disease Harrison's Principles of internal medicine; 8th edition 1977, 1282–1285.
3. B.L. Chiba, Fracp, Facc Cardiac tamponade in massive pericardial effusion, An atlas of two–dimentional and Doppler echocardiography, 1990, 123–126.
4. Paul A. Ebert

   The pericardium, Gibbon's Surgery of the chest, 4th edition, 1983, 993–1008.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

8. VẾT THƯƠNG TIM

Vết thương tim là một tổn thương đòi hỏi chẩn đoán, xử trí nhanh và chính xác mới có thể cứu sống người bệnh. Trong cấp cứu ngoại khoa, vết thương tim luôn được đặt lên hàng đầu vì tính khẩn trương trong chẩn đoán, tính nhanh nhạy trong điều trị.

Hai nguyên nhân chính gây vết thương tim là hoả khí (đạn bắn hoặc mảnh đạn) và bạch khí (dao đâm), vết thương tim do hoả khí thường khó chẩn đoán, vì lỗ vào của vết thương đôi khi ở xa vùng tim và hay kèm theo thương tổn phối hợp khác, làm lu mờ chẩn đoán vết thương tim, dẫn đến bỏ sót hoặc phát hiện muộn, tình trạng bệnh nhân thường nặng hơn, dẫn đến tỷ lệ tử vong cao hơn. Cũng như vậy vết thương tim do hoả khí thường gặp trong thời chiến hoặc ở các nước phát triển có sử dụng súng cá nhân.

Ngoài hai nguyên nhân trên, gần đây người ta còn đề cập nhiều đến vết thương tim do thầy thuốc gây nên như vết thương tim trong chụp buồng tim, thông tim chụp mạch vành, các can thiệp trong buồng tim (nong van, đóng lỗ thông giữa các buồng tim), các can thiệp mạch vành (nong vành). Vết thương tim trong soi thực quản, siêu âm qua đường thực quản, đường truyền tĩnh mạch trung ương và mảnh gãy xương sườn v.v... Vết thương tim trong các trường hợp này thường được phát hiện sớm ngay trong khi làm thủ thuật, xử trí kịp thời và hầu như không có tử vong.

1. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU VÀ NHỮNG THAY ĐỔI SINH LÝ BỆNH HỌC

1.1. Các tổn thương có thể gặp trong vết thương tim

1.1.1. Màng tim

– Vết rách hoặc thủng màng tim đơn thuần.

– Tràn máu màng tim có hoặc không có chèn ép tim.

– Viêm màng tim tơ huyết hoặc viêm mủ màng tim.

– Tràn khí màng tim.

– Viêm màng tim co thắt.

1.1.2. Cơ tim

– Vết rách đơn thuần (không thủng vào buồng tim).

– Vết thương xuyên hoặc thủng thành cơ tim vào buồng tim (kể cả xuyên táo qua tim).

– Dị vật cơ tim hoặc trong buồng tim.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Các tổn thương ít gặp:

+ Phình thất (hay gặp thất trái).

+ Thủng vách liên thất (vết thương xuyên).

+ Thông động mạch chủ – buồng tim.

1.1.3. Van tim

– Tổn thương lá van: vết rách van hoặc thủng van.

– Tổn thương dây chằng, cột cơ: đứt dây chằng, cột cơ.

1.1.4. Động mạch vành

– Vết rách hoặc tắc động mạch vành, có hoặc không có nhồi máu cơ tim.

– Thông động – tĩnh mạch vành.

– Phồng động mạch.

Ngoài ra còn có thể có tắc mạch (dị vật, máu cục) viêm nội tâm mạc và rối loạn nhịp.

1.2. Những thay đổi sinh lý bệnh học

Rối loạn huyết động trong vết thương tim tuỳ thuộc vào vị trí, kích thước, tính chất vết thương (một hoặc nhiều vết thương) trong thực tế lâm sàng có thể gặp các tổn thương theo thứ tự: vết thương thất phải, thất trái, nhĩ phải và nhĩ trái. Ngoài ra những rối loạn huyết động còn phụ thuộc vào tình trạng màng tim và hậu quả lâm sàng có thể gặp trong vết thương tim là:

– Chèn ép tim cấp tính: vết thương tim, thương tổn màng tim nhỏ, máu đọng trong màng tim, làm tăng áp lực trong khoang màng tim dẫn đến cản trở tuần hoàn tĩnh mạch trở về, cản trở hoạt động của tim, chủ yếu là khả năng tống máu của tim. Hậu quả là tụt huyết áp cấp tính, gây thiếu oxy tổ chức đặc biệt là não sẽ dẫn đến tử vong nếu không giải phóng kịp thời chèn ép tim.

– Sốc do giảm khối lượng tuần hoàn: vết thương tim có tổn thương màng tim rộng, toàn bộ máu qua vết rách màng tim vào khoang màng phổi, bệnh nhân trong bệnh cảnh lâm sàng là sốc mất máu nặng.

– Viêm màng tim: vết thương tim đến muộn, máu trong màng tim gồm nước máu và máu cục có thể dẫn đến hậu quả viêm màng tim với các mức độ khác nhau; viêm màng tim tơ huyết, viêm mủ màng tim và viêm màng tim co thắt.

– Chèn ép tim cấp tính + sốc mất máu: bệnh cảnh lâm sàng ít gặp hơn.

– Vết thương tim không có biểu hiện về những thay đổi huyết động trên lâm sàng: vết thương màng tim đơn thuần, tổn thương cơ tim không thông với các buồng tim v.v... máu trong màng tim ít, không gây chèn ép tim, không có biểu hiện mất máu.

– Vết thương tim có kèm theo các tổn thương phối hợp: ngoài tổn thương tại

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

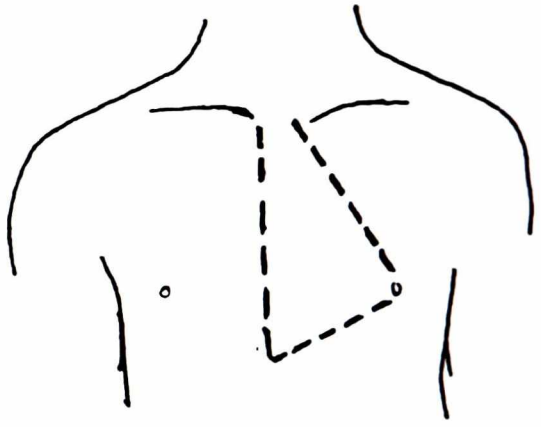
tim, các tổn thương phối hợp có thể gặp như phổi, cơ hoành, gan trái, dạ dày, động mạch vú trong v.v... các rối loạn huyết động trên lâm sàng thường nặng hơn, chủ yếu là sốc do giảm khối lượng tuần hoàn, nếu có biểu hiện chèn ép tim, tình trạng bệnh nhân sẽ nặng lên nhanh hơn.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CHỈ ĐỊNH MỔ

2.1. Chẩn đoán

2.1.1. Lâm sàng

Trong thực tế lâm sàng, bất kỳ bệnh nhân nào có vết thương ngực hoặc nửa trên bụng, có biểu hiện tụt huyết áp cần phải nghĩ đến vết thương tim. Tuy nhiên, các dấu hiệu sau đây cho phép chẩn đoán xác định một vết thương tim bằng thăm khám lâm sàng.



Hình 2.42. Tam giác tim

Vết thương vùng trước tim: tam giác nối giữa núm vú trái và xương ức, mọi vết thương ngực trái trong vùng này đều có thể gây vết thương tim *(hình 2.42)*.

* Hai hội chứng thường gặp trên lâm sàng:

– *Hội chứng sốc mất máu cấp.*

+ Khó thở nhanh, nông.

+ Nhợt nhạt, hốt hoảng, khát nước.

+ Mạch nhanh, nhỏ hoặc không bắt được.

+ Huyết áp động mạch hạ hoặc không đo được, huyết áp tĩnh mạch tụt.

– *Hội chứng chèn ép tim.*

+ Khó thở, tụt huyết áp động mạch.

+ Tĩnh mạch cổ nổi.

+ Mạch nghịch thường, nhanh, nhỏ.

+ Áp lực tĩnh mạch trung ương cao (trên 20cm H_2O).

* Tiếng tim mờ: chỉ thấy được khi máu màng tim nhiều, trong trường hợp số lượng máu màng tim ít, chủ yếu tập trung ở phía sau (bệnh nhân nằm ngửa) đôi khi không thấy dấu hiệu này, đặc biệt ở những bệnh nhân có thành ngực mỏng, tiếng tim nghe bình thường nhưng vẫn có vết thương tim, cần lưu ý khi thăm khám lâm sàng.

Vết thương tim do đạn bắn, đôi khi lỗ vào ở xa vùng tim, khi có biểu hiện chèn

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

ép tim trên lâm sàng cần nghĩ đến vết thương tim, áp dụng các thăm dò cận lâm sàng có để chẩn đoán xác định và ưu tiên xử trí vết thương tim.

2.1.2. Cận lâm sàng

a) Xquang ngực thẳng

Các dấu hiệu Xquang ngực thẳng ít có giá trị chẩn đoán xác định vết thương tim, mặc dù đây là phương tiện cận lâm sàng thường quy trong các vết thương ngực nói chung. Chụp Xquang ngực thẳng chỉ được tiến hành khi tình trạng bệnh nhân cho phép, huyết áp tối đa trên 90mmHg, không có suy hô hấp v.v...

Các dấu hiệu sau:

– Mất các cung tim, đặc biệt bờ trái thành 1 đường thẳng.

– Có hơi trong màng tim.

– Trung thất rộng: khi các mạch máu lớn bị tổn thương. Cần nhớ là vết thương vùng tam giác tim, không có thay đổi về huyết động, Xquang ngực bình thường vẫn phải xác định có hay không có vết thương tim. Không theo dõi lâu hoặc không cho bệnh nhân về.

b) Siêu âm tim

Phương tiện thăm dò rất có giá trị trong chẩn đoán vết thương tim, dấu hiệu thường gặp bao gồm:

Dịch màng tim: số lượng dịch ít hoặc nhiều tuỳ thuộc vào vết thương tim, có thể kèm theo máu cục màng tim.

Chèn ép tim: hay gặp dấu hiệu chèn ép tim phải, thất phải bị ép "nhỏ lại" trong thì tâm trương, vách liên thất di động nghịch thường, tĩnh mạch chủ dưới, trên gan giãn v.v...

Ngoài ra, khi có tổn thương tim, dây chằng, cột cơ v.v... người ta có thể nhìn rõ trên siêu âm hai bình diện và SA Doppler.

2.1.3. Chọc dò màng tim và cắt sụn sườn V trái

a) Chọc dò màng tim

Chọc dò màng tim theo đường Marfan hay Dieulefoie được áp dụng trong chẩn đoán xác định vết thương tim ở thời kỳ chưa có siêu âm hai bình diện hoặc ở những cơ sở không có trang bị siêu âm.

VT ngực + chọc dò màng tim có máu không đông = vết thương tim.

Ngoài vai trò chẩn đoán, chọc dò màng tim còn làm giảm bớt áp lực trong khoang màng tim, giải phóng chèn ép tim tạm thời để cải thiện tình trạng huyết động trong khi vận chuyển bệnh nhân đến trung tâm phẫu thuật hoặc trong thời gian chờ mổ, áp dụng những trường hợp vết thương tim có chèn ép tim cấp, tụt huyết áp, khó thở dữ dội. Cũng như vậy khi vết thương tim đã được chẩn đoán và chuyển mổ cấp cứu, để quá trình khởi mê và gây mê toàn thân an toàn người ta cũng dùng thủ thuật này trước khi khởi mê, tránh ngừng tim do áp lực trong lồng ngực tăng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b) Cắt sụn sườn V trái

Xuất phát từ liên quan giải phẫu giữa tim với lồng ngực, cắt sụn sườn V trái bằng gây tê tại chỗ có thể mở trực tiếp vào khoang màng tim, không qua màng phổi. Nhiều trường hợp vết thương tim, máu trong khoang màng tim ít, không có biểu hiện chèn ép tim, Xquang bóng tim không to, siêu âm tim, dịch màng tim ít v.v... cắt sụn sườn có thể xác định chắc chắn có hay không có vết thương tim.

Vết thương ngực + cắt sụn sườn V + trong màng tim có máu = vết thương tim.

Cũng như chọc dò màng tim, ngoài vai trò chẩn đoán xác định có hay không có vết thương tim, ở những trường hợp chèn ép tim cấp, tình trạng nặng, thủ thuật này giảm bớt áp lực khoang màng tim giúp cho cuộc mổ an toàn.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phải chẩn đoán phân biệt vết thương tim với các tổn thương khác trong ngực do vết thương gây ra vì đôi khi chỉ định điều trị và các đường mở khác nhau tuỳ theo tổn thương.

Vết thương ngực có tụt huyết áp

Vết thương mạch máu lớn trong ngực bao gồm động mạch chủ ngực, động mạch phổi ngoài màng tim, tĩnh mạch phổi, động mạch dưới đòn trái, thân cánh tay đầu đoạn trong ngực v.v... bệnh cảnh lâm sàng thường gặp là sốc mất máu do giảm khối lượng tuần hoàn đột ngột, bệnh nhân không có bệnh cảnh chèn ép tim. Xquang ngực thẳng có hình ảnh trung thất giãn rộng tràn máu màng phổi, siêu âm tim không có dịch trong màng tim.

2.3. Chỉ định mổ

2.3.1. Mổ cấp cứu

Về nguyên tắc, mọi vết thương tim khi đã được chẩn đoán đều có chỉ định mổ, ưu tiên mổ cấp cứu cho những trường hợp sau:

– Vết thương tim có biểu hiện chèn ép tim cấp.

– Vết thương tim có biểu hiện sốc mất máu.

– Vết thương vùng trước tim cần được thăm dò sớm trong nhà mổ.

2.3.2. Mổ có trì hoãn

– Vết thương tim đến muộn: thương tổn màng tim đơn thuần hoặc tổn thương thành tim không thông với buồng tim, vết thương tim nhỏ được máu cục bịt lại v.v... Trên lâm sàng không có biểu hiện chèn ép tim, tình trạng bệnh nhân ổn định, cần thăm khám lâm sàng và áp dụng các thăm dò cận lâm sàng để xác định tổn thương và dự kiến mổ.

– Dị vật cơ tim: dị vật nhỏ thành thất phải hoặc mặt sau thất trái, không thông với buồng tim, không gây chèn ép tim có thể theo dõi bệnh nhân và mổ có trì

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

hoãn. Lưu ý là dị vật nhỏ ở vùng "nguy hiểm" (sát gốc ĐM vành), mặt sau tim vùng nối giữa nhĩ – thất trái v.v... không gây ra những rối loạn huyết động, đôi khi để theo dõi mà không cần mổ đặc biệt ở những cơ sở ngoại khoa không sẵn có tuần hoàn ngoài cơ thể.

– Biến chứng của vết thương tim: tràn dịch màng tim tổn thương vùng tim, dây chằng, cột cơ, rò động mạch chủ buồng tim, động mạch vành – buồng tim thông động tĩnh mạch vành, thông liên thất v.v... là những biến chứng có thể gặp trong vết thương tim. Xử trí cấp cứu vết thương tim nhằm cầm máu và cứu sống bệnh nhân. Các tổn thương kể trên cần được theo dõi để đánh giá những thay đổi huyết động và có chỉ định điều trị thích hợp.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung

– Vết thương tim cần được chẩn đoán và ưu tiên mổ sớm.

– Chuyển ngay bệnh nhân vào nhà mổ khi tình trạng sốc nặng, chèn ép tim cấp có suy hô hấp, mọi thăm khám, xét nghiệm và chẩn đoán nên tiến hành trong nhà mổ.

– Dẫn lưu màng phổi hoặc giải phóng chèn ép tim tạm thời nhằm cứu sống bệnh nhân, để cuộc mổ được tiến hành an toàn.

– Nghi ngờ vết thương tim: cần chuyển bệnh nhân vào nhà mổ để chuẩn bị phương tiện gây mê, hồi sức, dự trù máu, dụng cụ phẫu thuật và phẫu thuật viên chuyên khoa.

3.2. Điều trị thực thụ

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm nghiêng 45^0 sang bên đối diện khi có chỉ định mở ngực. Nằm ngửa, độn một gối ngang qua xương bả vai hai bên khi mở dọc xương ức.

– Đường mổ: nguyên tắc chung là vết thương ngực bên nào thì mở ngực bên đó và có thể kéo dài đường mổ sang bên đối diện khi cần thiết. Việc chọn đường mổ tuỳ thuộc vào vị trí vết thương, thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, 4 đường mổ thường được áp dụng trong xử trí vết thương tim bao gồm:

+ Mở ngực trái trước bên qua khoang liên sườn V.

+ Mở ngực phải trước bên qua khoang liên sườn V: ít được áp dụng trong xử trí vết thương tim.

+ Mở dọc xương ức.

+ Mở ngang xương ức không được áp dụng trong xử trí vết thương tim và chỉ mở ngang xương ức sang bên đối diện khi đường mở ngực không đủ rộng để xử trí vết thương tim phức tạp như vết thương xuyên, hai vết thương khác nhau v.v...

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

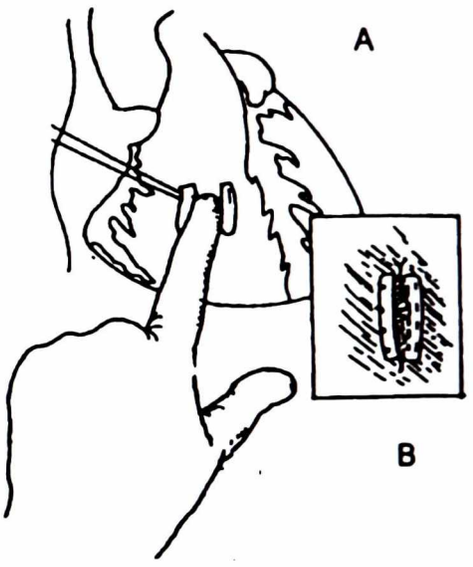
– Gây mê hồi sức:

+ Đường truyền tĩnh mạch: tối thiểu hai đường truyền tĩnh mạch, chi trên và cảnh ngoài.

+ Theo dõi huyết áp động mạch, áp lực tĩnh mạch trung ương, bão hoà oxy, nhịp tim trong toàn bộ cuộc mổ.

+ Đặt nội khí quản bằng gây tê tại chỗ, chỉ khởi mê và gây mê toàn thân khi kíp mổ đã rửa tay, mặc áo, đi găng và chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cho cuộc mổ. Chuẩn bị đầy đủ dịch truyền hoặc máu, cho kháng sinh trước khi rạch da.

– Khâu vết thương tim: sau khi mở ngực, mở dọc màng tim song song với thần kinh hoành, có thể mở ngang màng tim ra phía trước (đường rạch màng tim hình chữ T) khi cần thiết. Hút sạch máu trong màng tim, dùng ngón tay trỏ chịt tạm thời nơi chảy máu. Dùng chỉ không tiêu, sợi đơn 3 – 4/0 khâu vết thương tim, khâu mũi rời hoặc mũi chữ "U" có mảnh độn bằng màng tim hoặc Teflon, đảm bảo cho mũi khâu được chắc, không xé rách cơ tim, tránh nguy cơ làm tổn thương tim nặng lên *(hình 2.43)*.



Hình 2.43. Xử trí vết thương tim
A. Vết thương thất phải được tạm thời cầm máu bằng ngón tay;
B. Khâu vết thương có miếng độn (màng tim hoặc Teflon)

+ Vết thương tim sát động mạch vành: để tránh khâu – buộc vào động mạch vành, khâu mũi chữ U, luồn kim phía dưới động mạch vành sang bên đối diện sẽ không gây tổn thương động mạch vành.

+ Vết thương mặt sau tim: vết thương thất trái, mặt sau mỏm tim. Khi khâu cần lưu ý biến chứng xoắn tĩnh mạch chủ gây ngừng tim do nâng mỏm tim quá cao, quá lâu trong khi khâu vết thương. Theo dõi điện tim liên tục và báo cho bác sĩ gây mê hồi sức mỗi lần nâng mỏm tim để khâu vết thương. Dùng tay có gạc nhỏ hoặc nâng nhẹ mỏm tim và chèn gạc vào mặt sau, hoặc khâu tạm thời một mũi chỉ 5/0 vào mỏm tim, nâng nhẹ mỏm tim từng đợt khi đặt các mũi khâu.

+ Vết thương động mạch vành: vết thương tim có tổn thương động mạch vành, thân hoặc nhánh lớn gây thiếu máu, hoại tử cơ tim cần chỉ định dùng tuần hoàn ngoài cơ thể khâu vết thương tim, phục hồi lưu thông mạch vành bằng bắc cầu động mạch chủ – động mạch vành bằng đoạn ghép tự thân (tĩnh mạch hiển, động mạch vành bằng đoạn ghép tự thân (tĩnh mạch hiển, động mạch vú trong v.v...) Tổn thương động mạch vành ở nhánh nhỏ, đầu ngoại vi không gây thiếu máu cơ tim có thể khâu, thắt được.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Vết thương vách liên thất, van tim: không xử trí cùng một lúc với khâu vết thương tim trong cấp cứu nếu không có những rối loạn huyết động nặng.

– Rửa sạch màng tim.

– Cầm máu thành ngực: lưu ý là dẫn lưu ngực được nối vào hệ thống hút liên tục ngay sau khi đặt dẫn lưu, chỉ đóng màng tim, đóng ngực khi huyết áp tối đa 90mmHg.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Biến chứng do vết thương tim

4.1.1. Tử vong

– Sốc mất máu cấp tính.

– Chèn ép tim cấp, nặng.

4.1.2. Thương tổn trong buồng tim

Tổn thương van tim, dây chằng, cột cơ, vách liên thất, liên nhĩ v.v..., có thể gặp trong vết thương tim. Cần chỉ định mổ dưới tuần hoàn ngoài cơ thể khi có biểu hiện lâm sàng, ảnh hưởng chức năng tim.

4.2. Cần theo dõi, đề phòng và xử trí các biến chứng khác như: chảy máu, xẹp phổi do tắc đờm dãi, tràn dịch màng tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hanh Đệ, Tôn Đức Lang, Tôn Thất Bách: Vết thương tim; Ngoại khoa Việt Nam số 4, 1982, 17–23.
2. J.D.Hardy, Cardiac injuries; Hardy's Textbook of surgery 1983.
3. P.Maynard, Jr, M.D et al; Penetrating cardiac trauma–Experience with thirty four patients in a hospital without cardiopulmonary bypass capability; The Amer. J.Surg, vol 132, 1975, 411–414.
4. Panagiotis N.Symbas, M.D; Cardiac injuries; Hurst's the heart, 1994, 2031–2037.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

9. CHẤN THƯƠNG TIM

Chấn thương tim là những thương tổn tại tim gây ra do sang chấn trực tiếp hoặc gián tiếp, những thương tổn này không thông với môi trường bên ngoài (kín để phân việt với vết thương tim là những tổn thương tại tim có thông với môi trường bên ngoài hở) và hầu hết chấn thương tim gặp sau tai nạn giao thông do tăng áp lực đột ngột trong lồng ngực.

Nhờ những tiến bộ trong cấp cứu vận chuyển bệnh nhân, gây mê hồi sức và phương tiện chẩn đoán, số bệnh nhân chấn thương tim còn sống khi đến viện, được chẩn đoán và điều trị ngày càng nhiều. Tuy nhiên, do chấn thương tim nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương, do tai nạn giao thông, tổn thương tại tim bị che lấp bởi các tổn thương sọ não, bụng, cơ xương nên tỷ lệ tử vong còn cao.

1. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ GÂY THƯƠNG TỔN

1.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương tim là tai nạn giao thông, đặc biệt là tai nạn ôtô, môtô, xe đi với tốc độ lớn v.v...

Ngoài ra, phải kể đến một số nguyên nhân khác như tai nạn thể thao, ngã cao, súc vật húc và chấn thương tim do thầy thuốc gây ra khi xoa bóp tim ngoài lồng ngực (trong cấp cứu ngừng tim).

1.2. Cơ chế gây tổn thương

Nhiều giả thiết về cơ chế gây tổn thương trong chấn thương tim, hiện người ta cho rằng, chấn thương tim là hậu quả của một sang chấn cơ học chủ yếu ở nửa trên cơ thể, lực tác động bao gồm:

– Lực tác động trực tiếp vào lồng ngực (chấn thương trực tiếp vào xương ức).

– Lực ép từ hai phía lồng ngực.

– Tăng áp lực trong buồng tim do chèn ép bụng, đột ngột.

– Giảm tốc độ đột ngột.

– Sức ép do nổ lớn.

– Lực chuyển động mạnh làm thay đổi nhịp tim mặc dù không gây ra tổn thương giải phẫu.

2. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU

Những nghiên cứu về mổ tử thi sau tai nạn giao thông 65% có vỡ một hoặc nhiều buồng tim, 45% có rách màng tim, cũng giống như vết thương tim, tổn thương

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

giải phẫu chấn thương tim có thể gặp ở bất kỳ thành phần nào của tim, từ đụng giập nhỏ đến vỡ tim.

2.1. Màng tim

– Chảy máu màng tim.

– Vỡ hay rách màng tim.

– Viêm màng tim tơ huyết hay viêm mủ màng tim.

– Viêm màng tim co thắt.

– Viêm màng tim tái diễn có tràn dịch màng tim.

2.2. Cơ tim

– Đụng giập cơ tim.

– Rách cơ tim.

– Vỡ tim và vỡ các vách ngăn trong tim.

2.3. Mạch vành

– Rách động mạch vành có hay không có nhồi máu cơ tim.

– Huyết khối tắc mạch.

– Rò động – tĩnh mạch vành.

2.4. Van tim

– Rách van tim, đụng giập van tim.

– Đứt dây chằng, cột cơ.

2.5. Rối loạn nhịp tim hay rối loạn dẫn truyền

3. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1. Thương tổn màng tim

Hầu hết các bệnh nhân có chấn thương ngực nặng đều có tổn thương màng tim với các mức độ khác nhau và thường gặp trong vùng trước tim.

3.1.1. Lâm sàng và chẩn đoán

Biểu hiện lâm sàng của thương tổn màng tim là các biến chứng như tràn máu màng tim, chèn ép tim: bệnh nhân vật vã, tím tái, tụt huyết áp, tĩnh mạch cổ nổi, tiếng tim mờ v.v...

Điện tim: điện thế thấp.

Xquang ngực: bóng tim to, mất đường viền bình thường.

Siêu âm tim: dịch màng tim.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.1.2. Điều trị và tiên lượng

Mổ cấp cứu khi có dấu hiệu chèn ép tim, tuỳ theo tổn thương tại thành ngực mà quyết định chọn đường mở ngực hoặc mở xương ức.

Tràn dịch màng tim tái diễn, kèm theo sốt, đau ngực điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau.

Viêm màng tim co thắt rất hiếm gặp, nhưng khi có cần mổ cắt màng tim.

Về nguyên tắc, viêm màng tim đơn thuần, không có biến chứng có thể tự khỏi.

3.2. Tổn thương cơ tim

3.2.1. Đụng giập cơ tim

Đụng giập cơ tim không gây ra những dấu hiệu đặc hiệu và thường không phát hiện được, tổn thương hay gặp nhất là đụng giập nhỏ trước thất phải, 75% trong tổng số bệnh nhân có đụng giập cơ tim có các dấu hiệu chấn thương thành ngực và 1/3 số bệnh nhân có tổn thương tại tim mà có tổn thương bên ngoài không đáng kể. Chính vì điều này, trong bất kỳ trường hợp nào, khi có tổn thương thành ngực nặng cần nghĩ đến có tổn thương đụng giập cơ tim.

a) Lâm sàng và chẩn đoán

Đau vùng trước tim là dấu hiệu hay gặp, đau giống như nhồi máu cơ tim, xuất hiện muộn vài giờ hoặc vài ngày sau chấn thương

Điện tâm đồ:

– Phương tiện có ích nhất để phát hiện đụng giập cơ tim.

– Những thay đổi bất thường sóng T, đoạn ST và sóng Q.

– Dấu hiệu cổ điển của viêm màng tim.

– Rối loạn dẫn truyền nhĩ thất (hiếm gặp).

Định lượng men: SGOT, LHD, CPK tăng trong chấn thương nói chung, tăng nhiều khi đụng giập cơ tim, có hoại tử cơ tim.

Siêu âm tim: buồng tim giãn, di động bất thường của thành tim.

b) Điều trị và tiên lượng

Điều trị đụng giập cơ tim theo kinh điển là nằm nghỉ tại giường 4 – 6 tuần, gần giống như trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp, nhưng không dùng thuốc chống đông vì có thể gây chảy máu trong cơ tim hoặc trong màng tim.

Tràn máu màng tim không có chèn ép tim: chọc hút – kháng sinh và giảm đau.

Rung nhĩ thường quay lại nhịp xoang tự nhiên hoặc có thể dùng trợ tim để làm giảm nhịp thất và có thể trở về nhịp xoang.

Đụng giập cơ tim nhỏ, tiên lượng nói chung tốt, phục hồi một phần hoặc toàn bộ. Ở những bệnh nhân này cần được theo dõi chặt chẽ vì có thể xuất hiện các biến

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

chứng như loạn nhịp thất, tắc mạch vành, phình thất, vỡ tim v.v... Hoại tử cơ tim có thể xảy ra sau đụng giập cơ tim nhưng tổn thương chỉ khu trú ở một vùng do vậy tiên lượng lâu dài cũng rất tốt.

3.2.2. Vỡ tim

Nguyên nhân chính gây tử vong trong chấn thương tim, vỡ tim có thể xảy ra ngay sau chấn thương hoặc sau vài ngày do đụng giập, chảy máu dẫn đến hoại tử cơ tim. Vỡ buồng tim thường gây tử vong ngay, một số ít bệnh nhân còn sống được tới 30 phút hoặc lâu hơn sau chấn thương, số ít này nếu được chẩn đoán và mổ sớm có thể cứu sống được.

a) Lâm sàng và chẩn đoán

Tổn thương hay gặp trong vỡ tim là vỡ tiểu nhĩ, vỡ nhĩ và vỡ buồng thất ít gặp hơn. Nếu bệnh nhân còn sống được qua những phút đầu sau chấn thương gây vỡ tim, bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu là chèn ép tim, kèm theo có xây xát vùng trước ngực.

– Khó thở, vật vã, tím tái.

– Huyết áp tụt, mạch nhanh.

– Tĩnh mạch cổ nổi.

– Tiếng tim mờ.

Siêu âm tim: phương tiện chủ yếu để chẩn đoán, dịch màng tim và máu cục màng tim là hai dấu hiệu thường gặp.

Thăm dò Xquang ít khi được áp dụng vì tình trạng bệnh nhân nặng, khi không có siêu âm tim, chọc dò màng tim hoặc cắt sụn sườn V trái để khẳng định chẩn đoán là phương pháp hay được áp dụng.

b) Điều trị và tiên lượng

Mổ cấp cứu càng sớm càng tốt mới có hy vọng cứu sống được bệnh nhân ngay sau khi có chẩn đoán vỡ tim do chấn thương.

Chọc dò màng tim trước khi gây mê và gây tê đặt NKQ. Mở dọc xương ức là đường mổ được ưa dùng, khác với vết thương tim hay dùng đường mở ngực trái trước bên. Vỡ tim do chấn thương, tổn thương thường ở tiểu nhĩ hoặc thất phải phía trước, mở dọc xương ức cho trường mở rộng, dễ dàng kiểm soát chảy máu và phục hồi tổn thương; khâu buộc tiểu nhĩ, khâu vết thương thất phải v.v..., giống như phục hồi tổn thương do vết thương tim.

Tiên lượng tốt nếu tổn thương khu trú ở tiểu nhĩ và được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

3.2.3. Tổn thương van tim và tổ chức dưới van

Tổn thương van tim và tổ chức dưới van chiếm khoảng dưới 10% trong tổng số chấn thương tim và phải đến cuối thế kỷ XIX người ta mới xác định được có tổn thương này trong chấn thương tim.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

a) Lâm sàng và chẩn đoán

Tiếng thổi bất thường, mới xuất hiện sau chấn thương và kèm theo đau ngực.

– Tổn thương van 2 lá gây hở van: thổi tâm thu ở mỏm tim lan ra nách.

– Tổn thương van động mạch chủ, van ba lá ít gặp hơn.

– Triệu chứng lâm sàng thay đổi từ mệt mỏi, khó thở, phù, gan to v.v... tuỳ theo mức độ tổn thương và ảnh hưởng huyết động.

Siêu âm tim: siêu âm 2D, siêu âm Doppler cho phép xác định chẩn đoán và đánh giá mức độ thương tổn.

b) Điều trị và tiên lượng

Chỉ định điều trị đặt ra khi: tổn thương van tim gây rối loạn huyết động và có biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

Tiên lượng phụ thuộc vào mức độ hở van, do tổn thương xảy ra đột ngột, thất không có thời gian thích nghi, như suy thất trái cấp do hở van động mạch chủ, hở van hai lá nặng v.v... sửa van hoặc thay van tuỳ thuộc vào tổn thương giải phẫu khi mổ ra. Tổn thương van tim không có rối loạn huyết động cần được điều trị nội và theo dõi định kỳ bằng siêu âm Doppler, tổn thương van 3 lá cho tiên lượng tốt hơn.

3.2.4. Tổn thương động mạch vành

Nhồi máu cơ tim xuyên thành sau chấn thương ngực kín đã được thông báo, chấn thương tim ở những bệnh nhân có bệnh lý mạch vành trước đó, mảng xơ vữa bong ra làm tắc mạch vành gây nhồi máu; ở người bình thường, bong lớn nội mạc, chảy máu sẽ hình thành huyết khối gây tắc động mạch vành, hậu quả giống như nhồi máu cơ tim (loạn nhịp tim, suy giảm chức năng tim, hoại tử cơ tim gây phồng thất hoặc giả phồng v.v...).

Ngoài ra, thông động – tĩnh mạch vành cũng có thể gặp sau chấn thương tim và thường gặp ở động mạch vành phải. Tiếng phổi liên tục lan rộng vùng trước tim, bóng tim to trên phim chụp ngực và dấu hiệu nhồi máu cơ tim trên điện tâm đồ cần phải nghĩ đến tổn thương này.

Chụp mạch vành là phương pháp tốt nhất để xác định chẩn đoán và đưa ra chỉ định điều trị. Tiên lượng tốt ở những bệnh nhân trước đó không có bệnh lý mạch vành và tổn thương mạch vành ở những bệnh nhân có tổn thương cũ cần được can thiệp sớm.

3.3. Chấn thương tim trong cấp cứu hồi sức tim

Xoa bóp tim ngoài lồng ngực đã trở thành phương pháp chính trong cấp cứu ngừng tim, thay thế phương pháp mở ngực. Thủ thuật này đơn giản, an toàn và là kỹ thuật hồi sức cấp cứu được huấn luyện cho mọi người. Tuy nhiên, phương pháp này cũng có thể để lại một số biến chứng quan trọng, trong đó có chấn thương tim.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Biến chứng do chấn thương tim

Mặc dù không xác định được chính xác tỷ lệ tử vong do chấn thương tim gây ra, nhưng người ta cho rằng chấn thương tim là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây tử vong ngay sau tai nạn giao thông, chủ yếu là vỡ các buồng tim.

Ngoài ra, loạn nhịp tim, suy tim, tụ máu thành cơ tim, phình hoặc giả phình thất, phình vách liên thất, thông động – tĩnh mạch vành v.v... là những biến chứng có thể gặp, do vậy cần theo dõi những bệnh nhân có chấn thương tim về lâu dài để phát hiện và điều trị những biến chứng này khi có ảnh hưởng về huyết động v.v...

4.2. Biến chứng sau mổ

Ngoài những biến chứng thông thường sau mổ tim mạch nói chung (chảy máu, xẹp phổi, tràn dịch v.v...) cần lưu ý biến chứng viêm xương ức sau mổ vỡ tim do chấn thương. Vì mổ xương ức trong điều kiện cấp cứu, nguy cơ viêm xương ức sau mổ rất cao và có thể là nguyên nhân gây tử vong sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reter F.Cohn; Engene Braunwald, Traumatic heart disease, Textbook of Cardiovascular medicine, 1988, 1535–1543.
2. Micheal E.DeBakey–Denton A.Cooley, E.Stanley Crawford et al, Wounds of the heart; Textbook of surgery, Cole and Rollinger, 1970, 972–975.
3. John W. Kirklin and G.Barratt–Boyer, Cardiac trauma, Cardiac surgery, 1993, 1627–1934.
4. Lưu Sĩ Hùng (2009) Nghiên cứu hình thái của chấn thương ngực trên nạn nhân tử vong do tai nạn giao thông đường bộ qua giám định pháp y. Luận án tiến sĩ y học.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

10. VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU NGOẠI VI

Vết thương mạch máu ngoại vi là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong cả thời chiến và thời bình. Nó được giới hạn bởi các tổn thương của động mạch và tĩnh mạch chi trên (mạch nách, cánh tay, quay–trụ) và chi dưới (mạch chậu ngoài, mạch đùi, khoeo, mạch chày trước – sau, mạch mác). Mặc dù có nhiều kinh nghiệm trong xử trí vết thương mạch máu thời chiến (đại chiến thế giới thứ II, chiến tranh Triều Tiên, chiến tranh Việt Nam) v.v..., với nguyên nhân chủ yếu là hoả khí, chiếm 1 – 2% tổng số thương tích, cùng với sự phát triển của các phương tiện thăm dò cũng như kỹ thuật mổ, cho đến nay việc chẩn đoán và xử trí vết thương mạch máu vẫn còn những sai sót đáng tiếc, với nhiều lý do khác nhau: nguyên nhân thay đổi (chủ yếu do bạch khí), nhiều khi kín đáo (vật sắc nhọn, nhỏ, đặc biệt là tổn thương mạch do gãy xương), cơ chế và bệnh cảnh lâm sàng phức tạp (tai nạn giao thông, thương tổn phối hợp nặng sọ não, lồng ngực, bụng v.v...) và gần đây xuất hiện ngày càng nhiều tổn thương mạch ở người chích ma tuý và bệnh mạch máu do thầy thuốc gây nên (Iatrogene). Thái độ xử trí thay đổi từ chỗ thắt mạch là chủ yếu (90% trong đại chiến thế giới lần thứ II) tới phục hồi lưu thông mạch máu tối đa (86% theo De Bakey; 95% theo L.Hewit và Bizer...) ngay cả trong các trường hợp vết thương do hoả khí, đụng giập phần mềm nhiều, gãy xương phức tạp v.v...

Kết quả điều trị được quyết định bởi nhiều yếu tố, trong đó quan trọng nhất là thời gian can thiệp (phương tiện vận chuyển, chẩn đoán sớm), sơ cứu ban đầu đúng đắn, thương tổn phối hợp (phần mềm, xương khớp v.v...) và công tác gây mê hồi sức. Cho đến nay tỷ lệ tử vong và tỷ lệ cắt cụt chi do vết thương mạch máu ngoại vi đã giảm một cách đáng kể; 43% theo De Bakey thập kỷ 50 – 60, 13% trong chiến tranh Triều Tiên, 3% trong thời bình.

1. GIẢI PHẪU BỆNH

Trên nguyên tắc, gọi vết thương mạch máu ngoại vi là bao gồm cả vết thương động mạch và vết thương tĩnh mạch, nhưng vì tổn thương động mạch là chủ yếu, quyết định thái độ điều trị cũng như tiên lượng, nên nhấn mạnh về các tổn thương giải phẫu bệnh của động mạch.

1.1. Cấu tạo

1.1.1. Thành động mạch (và tĩnh mạch) bao gồm 3 lớp

– Lớp nội mạc (intima): cấu tạo bởi các liên bào lát tạo thành một lớp màng nhẵn trong cùng, thuận lợi cho sự lưu thông dòng máu và ngăn không cho tiểu cầu bám vào thành mạch. Lớp này mỏng, dễ bị tổn thương và bong ra khỏi lớp giữa.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Lớp áo giữa: cấu tạo bởi các cơ trơn, dày mỏng khác nhau tuỳ theo vị trí, kích thước mạch. Các cơ này co rút theo hai trục: trục dọc (thành ngực) và trục ngang (hướng chu vi).

– Lớp áo ngoài: gồm các sợi liên kết và thần kinh giao cảm. Lớp này tương đối dai, chắc, nên có khi nó vẫn nguyên vẹn trong khi hai lớp bên trong của thành mạch đã bị tổn thương, dễ bỏ sót.

1.1.2. Các mạch máu phụ

Ở những vùng nhất định của cơ thể các mạch nối với nhau qua các hệ thống nhánh bên. Hệ thống tuần hoàn, vòng nối này khác nhau tuỳ từng vị trí, trong đó có những nơi vòng nối này cực kỳ nghèo nàn cần phải nắm vững vì liên quan chặt chẽ tới thái độ xử trí. Có thể nhắc lại đó là vùng mạch khoeo, mạch chậu ngoài, mạch nách, mạch cánh tay trên chỗ chia động mạch cánh tay sâu v.v...

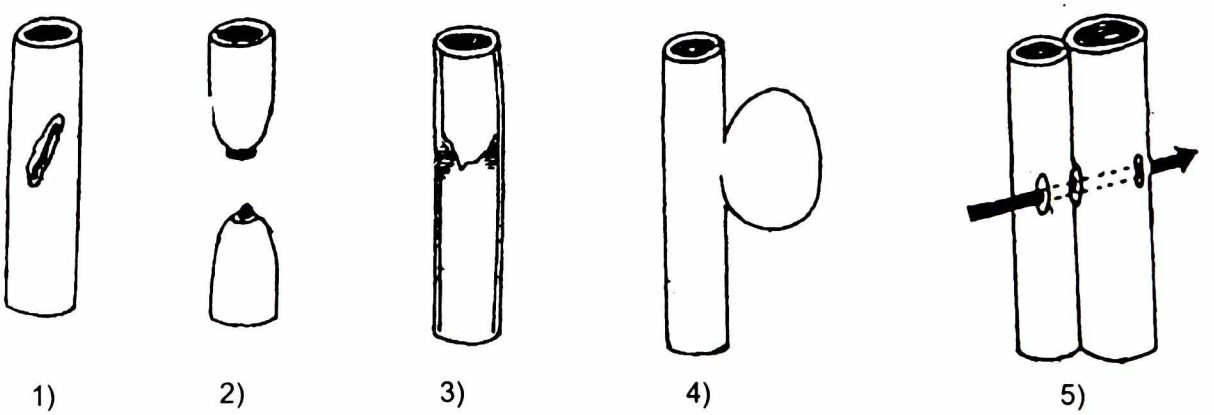
1.2. Các thể giải phẫu bệnh tổn thương động mạch

1.2.1. Vết thương bên hoặc vết thương xuyên

Tổn thương cả 3 lớp áo động mạch nhưng không đứt hết chu vi, lớp cơ co lại theo chiều dọc làm vết thương có xu hướng há rộng, chảy máu nhiều, khó có khả năng tự cầm.

1.2.2. Vết thương đứt đôi hay mất đoạn

Toàn bộ chu vi động mạch bị đứt, cơ lớp áo giữa co lại theo chu vi mạch máu, có tác dụng cầm máu tạm thời tốt, đồng thời hai đầu mạch co lại xa nhau, nhiều khi chui sâu vào trong cơ, làm khó tìm khi phẫu thuật.



Hình 2.44. Các loại thương tổn động mạch

1. Vết thương bên; 2. Vết thương đứt đôi; 3. Vết thương gây bong nội mạc; 4. Phồng động mạch; 5. Vết thương xuyên qua động mạch và tĩnh mạch.

1.2.3. Thương tổn lớp nội mạc

Chỉ đơn thuần lớp nội mạc bị rách hoặc bong ra, thường gặp trong chấn thương kín hoặc do thầy thuốc gây ra (Iatrogene) nhất là ở giai đoạn này khi các

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

kỹ thuật thăm dò mạch máu, điện quang can thiệp ngày càng phát triển. Hậu quả của nó là hình thành các cục huyết khối tại chỗ, gây tắc mạch hoặc bong ra trôi xuống ngoại vi làm tắc mạch xa (Embolie).

1.2.4. Thương tổn dưới lớp áo ngoài

Tổn thương cả lớp áo giữa và nội mạc, nhưng áo ngoài còn nguyên vẹn. Cũng thường gặp trong chấn thương kín. Hậu quả là ngoài việc hình thành huyết khối là giả phồng động mạch. Thể bệnh này chẩn đoán sớm khó, thường chỉ phát hiện được ở giai đoạn biến chứng hay di chứng.

1.2.5. Co thắt mạch

Xảy ra do cơ chế thần kinh, cả 3 lớp áo động mạch được bảo tồn. Lòng mạch co nhỏ làm giảm tưới máu phía dưới. Thương tổn nhất thời, tự hồi phục, chỉ chẩn đoán được bằng chụp mạch hay mổ thăm dò.

1.2.6. Vết thương xuyên động mạch – tĩnh mạch

Tổn thương cả 3 lớp áo động mạch và tĩnh mạch, hậu quả là máu chảy ra ngoài nhiều (từ cả động mạch và tĩnh mạch), đồng thời hình thành đường thông giữa động mạch và tĩnh mạch.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Trước hết cần biết rằng

Chỉ bằng khám lâm sàng đã có thể phát hiện được nhiều trường hợp vết thương mạch máu ngoại vi, với các dấu hiệu như sau:

– Bệnh nhân có vết thương bạch khí, hoả khí hay chấn thương trực tiếp vào đường đi của mạch máu.

– Gãy xương kín hoặc hở, lưu ý các vùng nguy cơ như gãy trên lồi cầu xương cánh tay, gãy trên lồi cầu xương đùi, vỡ mâm chày v.v...

– Chảy máu đỏ thành tia sau khi bị thương.

– Máu tụ quanh vết thương, điển hình nếu khối máu tụ lan rộng, giập theo nhịp tim, nghe tại chỗ có tiếng thổi, sờ có rung miu.

– Các dấu hiệu thiếu máu ngoại vi (so sánh chi đối diện).

+ Chi lạnh, giảm vận động và cảm giác.

+ Mạch ngoại vi giảm hoặc mất.

+ Bão hoà oxy ngọn chi (SaO_2) giảm.

2.1.2. Một trong các nguyên nhân

Khiến chẩn đoán vết thương mạch máu chậm là do có các thể lâm sàng khác nhau như sau:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

* Vết thương có chảy máu: đây là loại vết thương mà nhiều người vẫn quan niệm là "vết thương mạch máu" nhưng thực tế không phải hay gặp. Máu có thể chảy thành tia (chủ yếu là các mạch nông như mạch cánh tay, mạch quay, mạch đùi). Lúc này chẩn đoán không kèm tổn thương tĩnh mạch, dập nát cơ, phần mềm và các tổ chức xung quanh.

* Vết thương không còn chảy máu: do tự cầm (máu cục bịt vết thương, chèn ép bởi các tổ chức xung quanh) hoặc do đã được sơ cứu (bằng ép, garô). Có thể gặp các bệnh cảnh sau:

– Khối máu tụ lớn nhỏ tuỳ thuộc vào tổ chức xung quanh vết thương: khối máu tụ to, tăng lên nhanh chóng nếu tổ chức liên kết xung quanh lỏng lẻo (vùng bẹn), có thể đập và nghe thấy tiếng thổi. Nhưng thường gặp hơn là khối máu tụ chắc, không đập (do máu chảy vào lớp cân – cơ chắc), chèn ép vào động mạch và cả tĩnh mạch: phần chi bên dưới lạnh, mất mạch, đồng thời nề và tím.

– Vết thương khô: khám thấy vết thương gọn, nằm trên đường đi mạch máu xung quanh không hoặc rất ít máu tụ. Dấu hiệu thiếu máu ngoại vi: chi lạnh, mạch mất. Thường do vật gây thương tích nhỏ, sắc nhọn, làm đứt đôi động mạch chạy trong khối cơ tương đối dày (động mạch đùi nông, mạch chày sau).

– Cần lưu ý rằng nếu có vết thương và mất mạch ngoại vi thì chắc chắn là tổn thương động mạch, nhưng như vậy không có nghĩa là nếu bắt được mạch thì không có tổn thương mạch máu: 60% các trường hợp vết thương bên vẫn có mạch phía dưới. Vết thương đứt rời bắt được mạch ngoại vi do các vòng nối tuần hoàn phụ phong phú.

* Chấn thương xương – khớp kèm tổn thương mạch máu: có thể do đụng giập trực tiếp hay do các đầu xương gãy chọc vào mạch máu. Đứng trước bệnh nhân gãy xương những "vùng nguy hiểm": gãy trên lồi cầu cánh tay, vỡ mâm chày v.v... cần phải xác định hội chứng thiếu máu ngoại vi ngay từ lần khám đầu tiên để quyết định thái độ xử trí tổn thương mạch máu trước hay đồng thời với tổn thương xương – khớp. Cũng lưu ý rằng tổn thương mạch máu trong gãy xương kín hay hở có thái độ xử trí và tiên lượng khác nhau.

* Tổn thương mạch máu ngoại vi trong bệnh cảnh đa chấn thương: sọ não, ngực, bụng. Lúc này các dấu hiệu cơ năng khó khai thác (bệnh nhân hôn mê, sốc mất máu v.v...) chủ yếu là thăm khám tại chỗ phát hiện tình trạng máu tụ (vỡ xương chậu v.v....) mạch ngoại vi, màu sắc và nhiệt độ da so với chi đối diện, nếu nghi ngờ cần làm các thăm dò để chẩn đoán xác định.

* Bệnh cảnh lâm sàng đặc biệt khác

– Tổn thương mạch do thầy thuốc gây ra: xuất hiện sau các thủ thuật chọc động mạch (cánh tay, quay, đùi v.v...) điện quang can thiệp. Chẩn đoán không khó với các triệu chứng của vết thương bên động mạch (máu tụ lớn chỗ chọc, ngoại vi

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

yếu....) hay giả phồng động mạch (khối phồng tại chỗ đập, giãn nở) hay thông động – tĩnh mạch (thổi liên tục, rung mưu v.v...)

– Tổn thương mạch ở người nghiện chích ma tuý: xuất hiện ngày càng nhiều dưới dạng giả phồng động mạch nhiễm trùng. Chú ý phân biệt với áp xe hạch bạch huyết.

Một trong các nguyên tắc điều trị vết thương mạch máu là xử trí sớm, do đó những trường hợp nghi ngờ trên lâm sàng, cần phải được khẳng định chẩn đoán bằng các phương tiện cận lâm sàng.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Siêu âm Doppler hay Doppler xung liên tục

Là thăm dò không chấn thương, độ tin cậy cao, có thể làm tại giường và làm nhiều lần nếu cần theo dõi. Cho phép xác định vị trí tổn thương và phần nào tình trạng tuần hoàn phụ. Nó không cho biết được tình trạng lòng mạch cũng như thành mạch đoạn dưới tổn thương nếu như tắc hoàn toàn. Siêu âm Doppler có giá trị rất tốt trong kiểm tra sau mổ.

2.2.2. Chụp động mạch

Là thăm dò có chảy máu, bằng chọc trực tiếp hay luồn ống thông từ xa tới (phương pháp Seldinger). Cho phép thấy được toàn bộ tình trạng lòng mạch, vị trí và mức độ vết thương, cũng như tình trạng tuần hoàn phụ và mạch phía dưới, giúp phẫu thuật viên có chẩn đoán xác định và dự kiến mổ.

Các hình ảnh thấy được khi chụp mạch

– Thuốc cản quang tràn ra ngoài lòng mạch.

– Hình cắt cụt (đứt toàn bộ hay huyết khối).

– Lòng mạch nhám nhỏ không đều (huyết khối bám thành).

– Động mạch ngấm thuốc đều nhưng thu nhỏ lại (đường kính) gặp trong co thắt mạch.

– Thuốc sang tĩnh mạch sớm do thông động – tĩnh mạch.

– Túi phồng động mạch.

Vì chụp mạch sẽ làm chậm quá trình can thiệp phẫu thuật, do đó được chỉ định giới hạn trong các trường hợp và điều kiện sau:

– Lâm sàng nghi ngờ vết thương mạch máu (mạch yếu nhưng chi còn ấm, vết thương chảy máu nhưng mạch ngoại vi rõ, gãy xương kèm mạch ngoại vi yếu v.v...).

– Máy chụp mạch, thuốc cản quang, người chụp sẵn sàng và quen việc.

– Vết thương đến muộn với các di chứng phồng hay thông động tĩnh mạch.

Không chụp mạch khi vết thương gây hội chứng thiếu máu ngoại vi rõ hoặc trong bệnh cảnh đa chấn thương (sọ, ngực v.v...). Lúc này chấp nhận giải pháp mổ thăm dò.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2.3. Các thăm dò khác ít dùng trong vết thương mạch ngoại vi

Nội soi mạch máu, cộng hưởng từ.

2.2.4. Xét nghiệm đánh giá toàn trạng, thương tổn phối hợp và chuẩn bị mổ

Chức năng gan – thận – tim v.v..., tuỳ từng bệnh nhân cụ thể.

3. XỬ TRÍ

Khi đã chẩn đoán vết thương mạch máu thì phải mổ càng sớm càng tốt.

3.1. Sơ cứu

Nhằm mục đích cầm máu tạm thời và duy trì các chức năng sống cho bệnh nhân: hô hấp, tuần hoàn, bài tiết. Băng ép đúng kỹ thuật là đủ để cầm máu cho đại đa số các vết thương ngoại vi. Trường hợp vết thương phần mềm rộng có thể chèn mèche vào sâu trong vết thương, băng ép bên ngoài. Đặt garô chỉ định hết sức hạn chế trong các trường hợp sau:

– Mỏm cụt.

– Chi đã dập nát không còn khả năng bảo tồn.

– Băng ép không kết quả và thời gian vận chuyển bệnh nhân tới nơi điều trị thực thụ dưới 4 giờ.

– Trong khi chờ mổ.

Cầm máu tạm thời bằng ống thông có bóng (Foley) cho vào lòng mạch hay cầu nối plastic (shunt) thực hiện ở các cơ sở chuyên khoa trong khi chờ đợi làm các can thiệp khác (máu tụ nội soi, kết hợp xương v.v...).

+ Sau khi đã cầm máu, vận chuyển bệnh nhân nhanh chóng tới cơ sở chuyên khoa gần nhất dưới sự bảo vệ của truyền dịch–máu, kháng sinh, chống uốn ván. Bất động tạm thời nếu có tổn thương xương khớp kèm theo.

+ Trong sơ cứu, không nên cầm máu bằng cách dùng pince kẹp mò vì dễ làm tổn thương thêm mạch máu (cả động mạch và tĩnh mạch); thần kinh đi kèm, tổ chức phần mềm xung quanh, tăng nguy cơ nhiễm trùng.

3.2. Điều trị thực thụ

Nhằm cầm máu, phục hồi lưu thông tuần hoàn và xử trí tổn thương phối hợp.

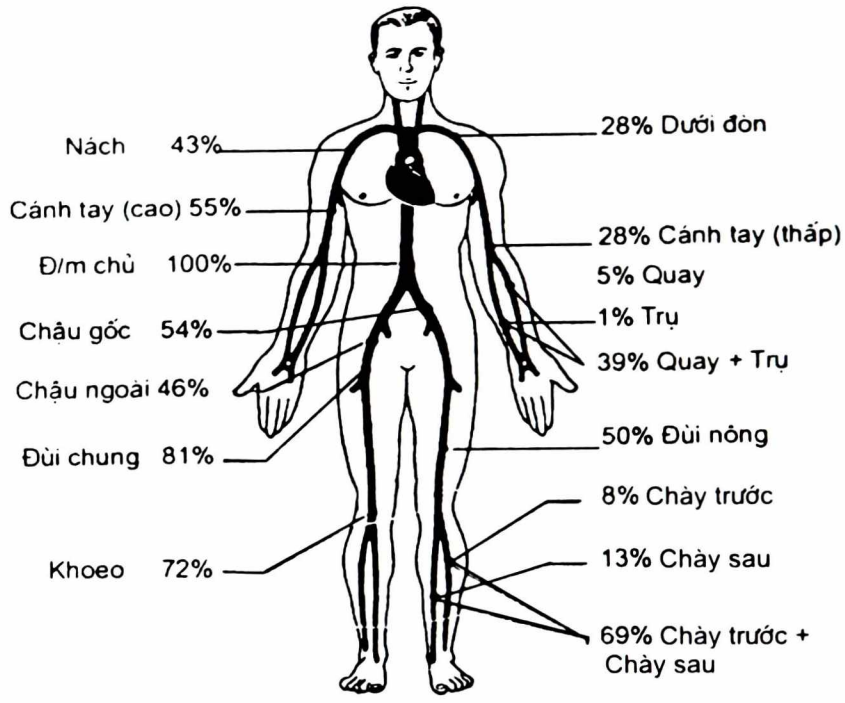
3.2.1. Thắt mạch

Là phương pháp cầm máu chắc chắn nhưng chỉ định ngày càng hạn chế do các hậu quả của nó: thiếu máu chi, hoại tử chi, tử vong. Nguy cơ hoại tử chi khác nhau tuỳ thuộc mạch bị thắt: mạch khoeo 72%, đùi chung 81% *(hình 2.45)*. Trường hợp bắt buộc thắt mạch (trong chiến tranh, trang bị và phẫu thuật viên không đủ để làm phục hồi lưu thông mạch, nhiễm trùng v.v....) thì cần phải tuân theo các nguyên nhân tắc thắt mạch như sau:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

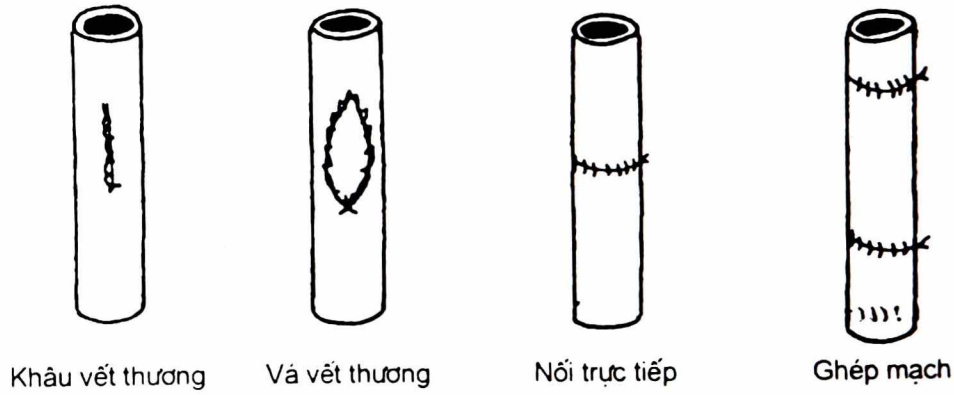
– Phân tích bộc lộ rõ hai đầu động mạch tới tổ chức lành.

– Cắt rời động mạch sau khi đã thắt hai đầu.



Hình 2.45. Nguy cơ hoại tử sau thắt động mạch (theo DeBakey và Simeone)

3.2.2. Phục hồi lưu thông dòng máu: có nhiều kỹ thuật khác nhau *(hình 2.46)*.



Hình 2.46. Kỹ thuật phục hồi lưu thông mạch

– Khâu hoặc vá vết thương bên (bằng miếng vá tĩnh mạch tự thân) khi tổn thương nhỏ.

– Khâu nối hai đầu trực tiếp sau khi cắt lọc tới tổ chức lành: khi đoạn dập nát không nhiều, hai đầu động mạch được giải phóng đủ để miệng nối không căng, lưu ý tư thế chùng chi sau mổ (cố định nẹp bột).

– Ghép mạch: khi mất đoạn mạch nhiều. Tốt nhất là dùng đoạn ghép tĩnh mạch tự thân (thường dùng tĩnh mạch hiển trong đảo chiều, tĩnh mạch đầu cánh

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

tay...) vì khả năng đề kháng nhiễm trùng tốt, ít khi dùng đoạn ghép nhân tạo (PTFE, Dacron...).

– Bóc lớp áo ngoài động mạch (Sympathectomie) và phong bế xylocain tại chỗ: dùng cho trường hợp co thắt mạch, nhưng phải đảm bảo không sót tổn thương nội mạc bên dưới. Có thể kiểm tra bằng cách mở một lỗ hở trên động mạch, dùng ống thông Fogarty vừa để lấy huyết khối (nếu nghi ngờ có vừa để nong mạch).

3.2.3. Điều trị phối hợp

– Các thương tổn phối hợp sẽ làm nặng nề và phức tạp thêm cho vết thương mạch máu, nhiều khi chính do những tổn thương này mà bắt buộc phải cắt bỏ chi cấp cứu hoặc về sau để cứu tính mạng bệnh nhân.

– Gãy xương: cần cố định xương vững trước khi phục hồi mạch tốt nhất là cố định bên ngoài (đặc biệt trong trường hợp gãy hở) để tránh có dị vật (đinh, nẹp vít) tại vết thương. Cần thảo luận về đường mổ với phẫu thuật viên chỉnh hình để rút ngắn tối đa thời gian thiếu máu chi.

– Vết thương tĩnh mạch: rất quan trọng với các tĩnh mạch lớn (nách, đùi, khoeo), phải được phục hồi tối đa.

– Vết thương thần kinh: tốt nhất nối hoặc ghép ngay thì đầu nếu điều kiện trang bị và kỹ thuật cho phép. Nếu không có thể phục hồi thì hai để làm giảm thời gian bộc lộ mạch trong cấp cứu.

– Phần mềm: rất quan trọng. Phải cắt lọc thật tốt tới tổ chức lành (nhất là trong các trường hợp vết thương do đạn bắn), sau đó che phủ đoạn mạch hay đoạn ghép bằng các tổ chức cân – cơ sạch. Nếu thiếu phần mềm có thể phải chuyển vạt da – cơ để che.

– Mở cân (aponévrotomie): hội chứng tăng áp lực khoang (hay gặp ở cẳng chân, cẳng tay) gây ra bởi nhiều nguyên nhân– cơ chế khác nhau: thiếu máu tổ chức gây phù nề, thoát mạch: đụng giập phần mềm trực tiếp, gãy xương v.v... Mở cân *(hình 2.47)* có tác dụng giảm phù nề, giải phóng chèn ép cả động mạch và tĩnh mạch, chỉ định ngay thì đầu trong các trường hợp sau:

Bệnh nhân đến chậm.

Khi mổ thấy phần mềm phù hoặc trong khi mổ thấy phù phát triển.

Phối hợp vết thương tĩnh mạch lớn.

Phần mềm tổn thương rộng.

Thắt mạch máu mà không khâu phục hồi lưu thông.

Choáng, tụt HA kéo dài.

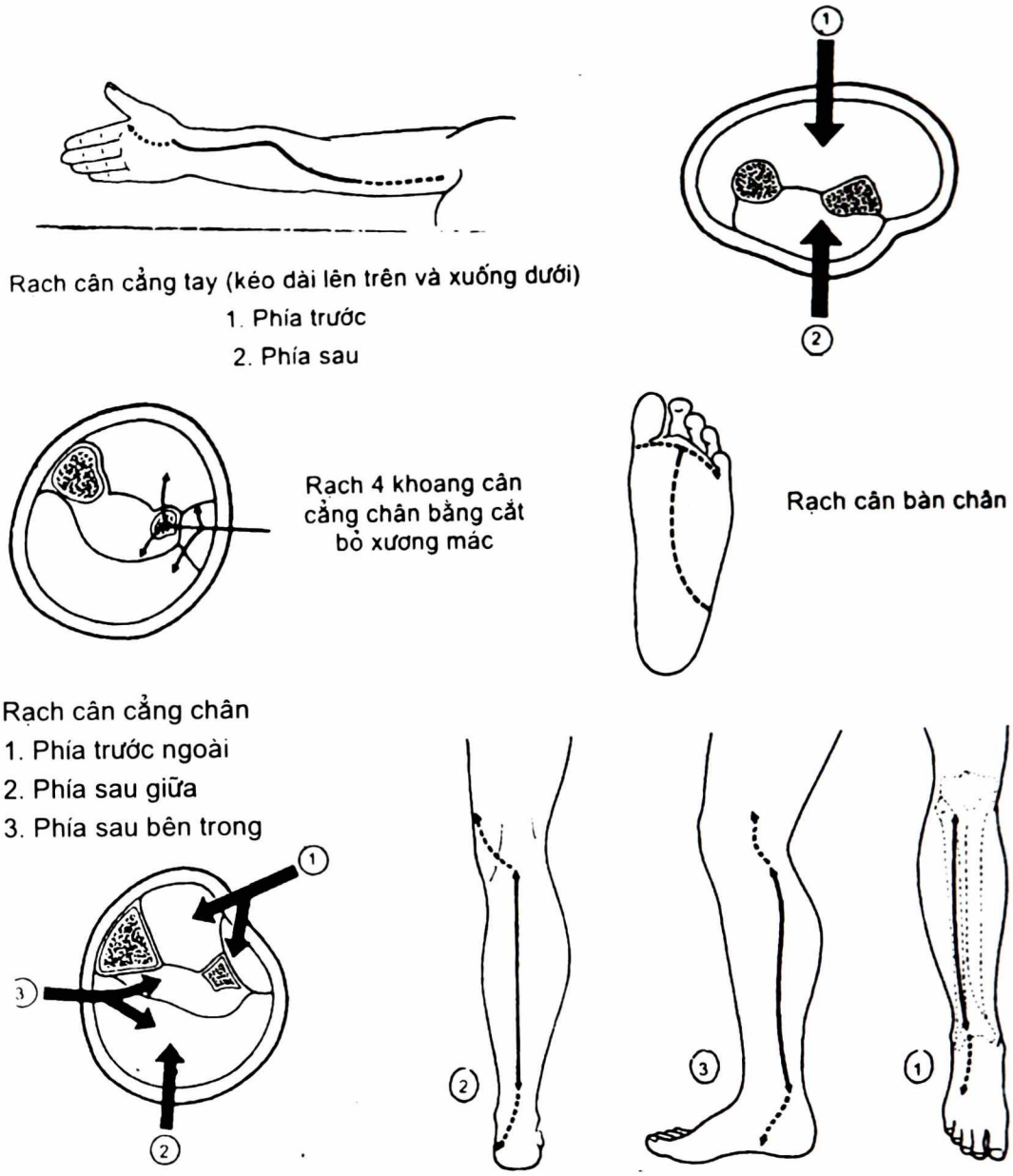
Đối với mạch máu vùng khoeo: mở cân hệ thống.

+ Mở cân kỳ hai khi:

Sau mổ thấy phù nặng.

Các bắp thịt (nhất là vùng bắp chân) đau, cứng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 2.47. Đường mở cân

Vùng mở cân được lựa chọn tuỳ theo từng khoang giải phẫu, có thể dùng đường rạch da cách quãng, nhưng tốt hơn là nên rạch da liên tục.

+ Cùng với việc mở cân, để chống phù nề cho bệnh nhân gác chân cao (nẹp Braun) và dùng các thuốc chống viêm.

Chống đông máu: ít vai trò trong vết thương mạch máu so với bệnh lý mạch. Dùng khi có nguy cơ: vết thương mạch đến muộn, huyết khối trong lòng mạch lan toả xuống các mạch nhỏ ngoại vi, bệnh nhân tiên lượng bất động lâu..

Thường dùng heparin trọng lượng phân tử thấp (fraxiparin, calciparin) gối bằng thuốc ngưng tập tiểu cầu.

Chống nhiễm trùng: do mổ cấp cứu nên nguy cơ nhiễm trùng cao.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Kháng sinh ngay từ lúc sơ cứu, trong và sau mổ.

– Kỹ thuật mổ tốt: thời gian bộc lộ mạch ngắn: hạn chế tối đa cắt vào hệ thống bạch huyết, cắt lọc sạch, dùng đoạn ghép tự thân, dẫn lưu chỗ mổ thật tốt.

Phục hồi chức năng sau mổ: ngay khi điều kiện cho phép v.v...

3.2.4. Chỉ định cắt cụt thì đầu

Cần phải đánh giá cho đúng trước khi quyết định phục hồi lưu thông dòng máu, vì nhiều khi mong muốn cứu chi sẽ làm nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân. Cần chỉ định cắt cụt ngay trong các trường hợp sau:

– Sốc không hồi phục dù đã điều trị hồi sức tích cực.

– Tổn thương phối hợp nặng: sọ não, ngực, bụng.

– Dấu hiệu thiếu máu chi không được hồi phục: mất hoàn toàn vận động, cảm giác, các cơ khớp co cứng, các mảng tím và nốt phỏng ngoài da, cơ nhợt mất trương lực, không co cơ v.v...

– Tổn thương tại chỗ nặng của phần mềm (da, cơ), xương, khớp, thần kinh, tĩnh mạch v.v...

– Garô quá 5 giờ liên tục.

3.3. Theo dõi sau mổ – các biến chứng sớm

3.3.1. Toàn trạng và các chức năng sống

Chú ý bù đủ máu và dịch, vì thiếu khối lượng tuần hoàn là một trong các nguyên nhân gây tắc mạch sớm sau mổ.

3.3.2. Chảy máu

– Chảy máu sớm sau mổ (24 giờ đầu): do sai sót kỹ thuật gây bục miệng nối, kết xương không vững, sót tổn thương hay do sử dụng heparin. Mổ lại sớm giải quyết nguyên nhân.

– Chảy máu thứ phát (vài ngày sau mổ): nguyên nhân do nhiễm trùng. Mổ lại thắt mạch và làm cầu nối ngoài giải phẫu (pontage extra anatomique).

3.3.3. Thiếu máu

Do tắc mạch (miệng nối, cầu nối....) một phần hay toàn bộ. Sau mổ mạch yếu hoặc không có, chi có dấu hiệu thiếu máu. Siêu âm Doppler góp phần chẩn đoán tốt. Nguyên nhân do không lấy hết thương tổn, miệng nối quá căng, kỹ thuật khâu nối tồi làm hẹp miệng nối, tụt huyết áp kéo dài sau mổ v.v... Cần mổ lại sớm.

3.3.4. Phù chi: gây ra bởi nhiều nguyên nhân.

– Can thiệp muộn, tình trạng thiếu oxy tổ chức của chi kéo dài.

– Thương tổn tĩnh mạch không phục hồi (thắt) hoặc phục hồi không tốt (hẹp).

– Dập nát phần mềm rộng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Hội chứng tái lập tuần hoàn (Syndrome de reperfusion): do phần chi bên dưới chưa kịp thích ứng với tình trạng tưới máu động mạch bình thường sau mổ.

Tuỳ theo nguyên nhân mà đề phòng và xử trí: mở cân sớm, phục hồi tĩnh mạch tối đa, gác chân cao sau mổ v.v...

4. KẾT QUẢ

4.1. Kết quả mổ vết thương mạch máu phụ thuộc vào yếu tố

4.1.1. Thương tổn phối hợp

Các thương tổn này không những quyết định chức năng chi (là thương tổn tại chỗ phần mềm, gân cơ xương, thần kinh) mà còn có nguy cơ đe doạ tính mạng (sọ não, ngực, bụng...) Do vậy, việc sơ cứu, chọn lọc bệnh nhân và ưu tiên xử trí thương tổn là hết sức quan trọng.

4.1.2. Thời gian xử trí

Đóng vai trò rất quan trọng cả về chức năng và sự sống còn, đặc biệt vết thương mạch lớn gây chảy máu nhiều. Nếu bệnh nhân đến muộn thì dù có được phục hồi mạch máu thật tốt thì các tổ chức phía dưới cũng khó có khả năng sống lại.

4.1.3. Trang thiết bị, kỹ thuật khâu nối mạch máu

Có vai trò rất đáng kể về kết quả trước mắt và lâu dài.

4.1.4. Khả năng gây mê hồi sức

Thuốc, dịch truyền thay thế và đặc biệt là máu góp phần không nhỏ vào việc cứu sống tính mạng và cơ năng chi của bệnh nhân.

4.2. Di chứng

4.2.1. Tử vong do các nguyên nhân

– Sốc mất máu: tổn thương mạch máu lớn (mạch đùi, mạch nách) không được sơ cứu kịp thời.

– Sốc nhiễm độc do chuyển hoá yếm khí chi thiếu máu kéo dài.

– Nhiễm trùng đặc biệt là nhiễm trùng huyết, hoại thư sinh hơi, uốn ván nhất là vết thương mạch do hoả khí, do trâu húc v.v...

4.2.2. Phồng động mạch hay phồng miệng nối

Bệnh nhân đến khám do sờ thấy khối dập, giãn nở, xác định bằng siêu âm Doppler, chụp mạch. Có thể mổ kinh điển cắt phồng, hoặc hiện nay dùng kỹ thuật nội mạch máu (endoprothese).

4.2.3. Thông động – tĩnh mạch

Thổi liên tục; rung miu tại vết thương; dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch đoạn chi ngoại vi; xác định bằng siêu âm Doppler và chụp mạch. Mổ thắt đường rò; vá lỗ thông hay kỹ thuật nút mạch (Embolisation) v.v...

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.2.4. Thiểu dưỡng chi

Biểu hiện bằng dấu hiệu thiếu máu gắng sức (đi cách hồi), mạch ngoại vi yếu. Nguyên nhân do hẹp hoặc tắc chỗ phục hồi mạch máu. Xác định bằng siêu âm Doppler; chụp mạch. Chỉ định mổ bắc cầu hay ghép mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David. C. Sabiston. Textbook of Surgery. 1991. Vol 1.
2. Rhuthefowrd. Vascular Surgery. 1987.
3. E. Kieffer. Traumatisme arteriel. Congres de chirurgie vasculaire – Paris 1995.
4. R. Guidoin; U. Awad. Encyclopedie Medico–Chirurgicale, 1989–43022.
5. A. Branchereau. Resultats a long terme des reconstructions arterielles. 1997.
6. J.M. Cormier. Techniques et strategies en chirurgie vasculaire III. 1997.
7. Những điều cơ bản về phẫu thuật mạch máu. Trường Đại học Y–Bệnh viện Việt Đức–Hà Nội. 1996.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

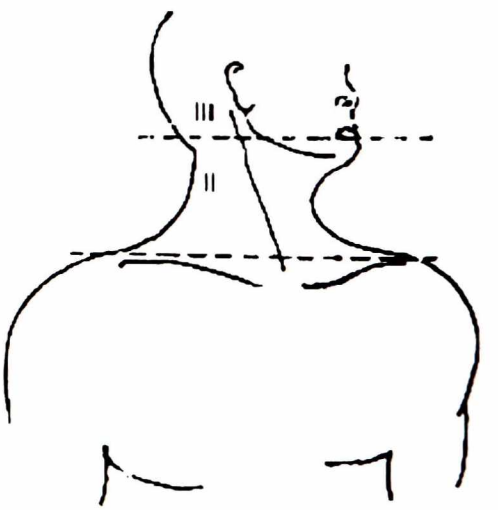
11. VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU VÙNG CỔ VÀ NỀN CỔ

Vết thương mạch máu (VTMM) vùng cổ và nền cổ bao gồm vết thương động mạch (ĐM) cảnh, tĩnh mạch (TM) cảnh trong, ĐM–TM dưới đòn, thân cánh tay đầu, tĩnh mạch vô danh, động mạch sống không tính đến vết thương tĩnh mạch cảnh ngoài. Vết thương bó mạch cảnh có thể gây thiếu máu não cấp tính, đột quỵ, trong khi vết thương ĐM–TM dưới đòn, thân cánh tay đầu v.v..., gây mất máu nhiều trong một khoảng thời gian ngắn dẫn đến tử vong do sốc mất máu. So với vết thương mạch máu ngoại vi tổn thương này có tỷ lệ tử vong rất cao lên tới 30 – 40%.

Nguyên nhân gây vết thương phần nhiều do đạn bắn hoặc dao đâm trong đó tổn thương bó mạch cảnh trái hay gặp hơn bên phải, có lẽ do hung thủ thuận tay phải. Vết thương do dao đâm, đạn bắn thường gây ra vết thương xuyên, ngoài tổn thương tĩnh mạch có thể gặp tổn thương phối hợp: vết thương khí quản, thực quản, màng phổi, thần kinh v.v... đây là nguyên nhân làm tỷ lệ tử vong của vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ tăng lên vì: vết thương khí quản gây máu bít tắc đường thở, vết thương màng phổi hút máu vào khoang màng phổi gây suy hô hấp và mất máu nhiều, vết thương thực quản gây viêm tấy lan toả vùng cổ, trung thất sau v.v... ngoài hai nguyên nhân trên người ta còn đề cập đến các nguyên nhân khác ít gặp hơn như tai nạn lao động (mảnh kim loại, mảnh đá bắn vào vùng cổ khi quai búa), tổn thương mạch máu do thầy thuốc: chụp mạch (chọc trực tiếp động mạch cảnh) tổn thương mạch máu khi làm đường truyền và sinh thiết vùng cổ và nền cổ, cũng như tổn thương động mạch dưới đòn do gãy xương v.v...

1. SINH LÝ BỆNH HỌC

Monson và các cộng sự đã chia vùng cổ và nền cổ thành ba vùng khác nhau xuất phát từ thực tế điều trị cho bệnh nhân. Vùng cổ được giới hạn từ nền sọ đến mặt cắt ngang trên khớp ức đòn 1cm, tổn thương mạch máu vùng này nằm trong vùng tổn thương II–III. Các tổn thương mạch máu nằm dưới mặt cắt này coi là tổn thương mạch máu vùng I hay còn gọi là tổn thương mạch máu nền cổ hay đường ra của ngực *(hình 2.48)*.



Hình 2.48. Phân chia vùng cổ theo Monson
Vùng I. Dưới đường ngang đi qua đầu ngoài xương đòn
Vùng II. Dưới đường ngang đi qua gốc sau xuống hàm dưới
Vùng III. Trên đường ranh giới qua góc hàm

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Bó mạch vùng cổ và nền cổ được bao bọc bởi các cân cơ nông, giữa và sâu cùng các khối cơ.

1.1. Sốc do mất máu

Như đã nói ở trên, tổn thương mạch máu vùng cổ – nền cổ gây chảy máu nhiều, nhanh gây sốc mất máu và có thể tử vong. Tổn thương mạch máu vùng II–III thông thường máu chảy thành tia ra ngoài gây sốc hoặc chảy máu được các cân cổ bọc lại gây tụ máu lớn quanh vết thương gây cản trở hô hấp. Trong khi tổn thương mạch máu vùng I khi có thông với khoang màng phổi, máu chảy vào khoang màng phổi, không chảy ra ngoài không có tụ máu quanh vết thương nhưng bệnh nhân trong tình trạng sốc và suy hô hấp nặng. Đây là điều cần lưu ý trong thăm khám lâm sàng.

1.2. Suy hô hấp

Mất máu nhiều và tụ máu lớn quanh vết thương gây cản trở hô hấp dẫn đến suy hô hấp. Mặt khác vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ do dao đâm hoặc đạn bắn thường là vết thương xuyên, ngoài tổn thương mạch máu còn tổn thương khí quản – máu bít tắc đường thở hoặc vết thương màng phổi – máu chảy vào khoang màng phổi gây suy hô hấp. Đây là những yếu tố dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời.

1.3. Ảnh hưởng về thần kinh

Tuỳ theo mức độ tổn thương và tình trạng mất máu mà có những rối loạn khác nhau. Thông thường vết thương động mạch cảnh, mất máu nhiều gây thiếu máu não cấp tính, đột quỵ. Thiếu máu não nặng lên nếu tình trạng sốc mất máu không được cải thiện. Hôn mê, liệt nửa người là hai biến chứng nặng nhất về sọ não. Vết thương mạch vùng cổ và nền cổ mà có biến chứng này thì tỷ lệ tử vong rất cao.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ CHỈ ĐỊNH MỔ

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Bằng thăm khám lâm sàng tỉ mỉ có thể chẩn đoán xác định vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ. Tổn thương mạch máu vùng này thường gây ra mất máu nhiều, máu phun thành tia, đây là điều mà chính bản thân bệnh nhân cảm nhận được ngay sau khi bị thương. Do tính chất mất máu mà phần lớn bệnh nhân đến bệnh viện trong tình trạng sốc, huyết áp tối đa (HATĐ) dưới 80mmHg, người nhợt nhạt, mạch ngoại vi không bắt được v.v... Các tác giả như Delton A.Cooley,

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

J.Martin Smith cho rằng đây là một dấu hiệu đáng lưu ý nhất trong vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ. Mặt khác do tính chất giải phẫu vùng cổ và nền cổ, khi có tổn thương mạch máu ngoài lượng máu chảy ra ngoài, máu còn chảy vào các khoang vùng cổ và nền cổ, lan xuống trung thất sau hoặc vào khoang màng phổi khi thông với màng phổi v.v... gây tụ máu lớn vùng cổ – nền cổ hoặc tràn máu, tràn khí màng phổi. Xuất phát từ những lý do trên, hầu hết các công trình nghiên cứu đều đưa ra các dấu hiệu lâm sàng cho phép xác định chắc chắn vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ:

– Vết thương còn đang chảy máu (phun thành tia).

– Huyết áp tối đa dưới 80mmHg.

– Tụ máu lớn quanh vết thương.

– Mạch ngoại biên bên tổn thương yếu hoặc mất.

2.1.2. Cận lâm sàng

Khác với vết thương mạch máu ngoại vi, trong vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ phần nhiều bệnh nhân đến viện trong tình trạng sốc mất máu, thường phải xử trí cấp cứu ngay, do vậy các thăm dò cận lâm sàng ít được sử dụng. Tuy nhiên, khi bệnh nhân đến bệnh viện trong tình trạng ổn định: máu ngừng chảy, mạch – huyết áp ổn định, không khó thở nên áp dụng các thăm dò sau:

a) Chụp ngực thẳng: các biểu hiện sau đây có tính chất gợi ý một vết thương vùng cổ và nền cổ.

– Biến dạng phần mềm vùng cổ và nền cổ.

– Trung thất giãn rộng (> 6cm ngang quai động mạch chủ).

– Tràn máu – tràn khí màng phổi.

b) Chụp mạch: ít được áp dụng trong chẩn đoán vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ. Trong trường hợp tổn thương mạch máu ở vùng I hoặc vùng III, chụp mạch để xác định vị trí tổn thương và dự kiến phẫu thuật, đặc biệt trong vết thương mạch máu có biến chứng giả phồng động mạch hoặc thông động – tĩnh mạch. Các dấu hiệu có thể gặp trong chụp mạch.

– Tắc mạch: hình ảnh "cắt cụt".

– Thuốc cản quang ra ngoài lòng mạch.

– Hình ảnh giả phồng hoặc phồng động mạch.

– Thông động tĩnh mạch (thuốc cản quang sang tĩnh mạch ngay sau bơm).

c) Siêu âm: siêu âm Doppler trong chẩn đoán xác định vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ ít được làm vì kết quả rất hạn chế. Phù nề – máu tụ lan toả vùng cổ và nền cổ làm khó khăn cho siêu âm. Hơn nữa thăm khám lâm sàng và thăm dò sớm trong nhà mổ là phương pháp tốt nhất để xác định chẩn đoán.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2. Chẩn đoán phân biệt

2.2.1. Vết thương phần mềm vùng cổ và nền cổ

Vết thương phần mềm có tổn thương mạch nhỏ cần phân biệt với vết thương mạch máu nền cổ. Tổn thương phần mềm và mạch nhỏ không gây ra sốc do mất máu, không có tụ máu vùng cổ và nền cổ v.v..., phải đặt vấn đề phân biệt, bởi lẽ, khi nghi ngờ vết thương phần mềm có tổn thương mạch máu cần phải thăm dò sớm. Các công trình nghiên cứu cho thấy rằng, vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ nếu sớm thăm dò, tỷ lệ tử vong là 6% trong khi thăm dò muộn tỷ lệ này là 30 – 40%.

2.2.2. Co thắt mạch hoặc chèn ép mạch trong gãy xương

Gãy xương sườn hoặc gãy xương đòn gây tụ máu vùng nền cổ gây ra chèn ép mạch dưới đòn, thăm khám lâm sàng có dấu hiệu giảm cấp máu ngoại vi (hạn chế vận động, mạch quay yếu hơn bên đối diện v.v...). Thăm dò mạch trong trường hợp này rất khó (vì máu tụ lớn) và đôi khi nguy hiểm cho bệnh nhân. Để phân biệt chẩn đoán, tốt nhất là chụp chọn lọc động mạch dưới đòn bên tổn thương.

– Duy trì sự ổn định về huyết động: vì phần nhiều bệnh nhân đến bệnh viện trong tình trạng sốc mất máu (HATĐ < 80mmHg). Truyền dịch và truyền máu để đảm bảo ổn định về tuần hoàn vì sốc kéo dài sẽ dẫn đến tử vong hoặc nhẹ hơn là thiếu máu não nặng nên gây hôn mê. Phẫu thuật phục hồi mạch trong trường hợp này tử vong cũng rất cao.

– Thăm dò sớm khi nghi ngờ có vết thương mạch máu, thăm dò trong nhà mổ là bắt buộc để xác định chắc chắn có hay không có vết thương mạch máu.

– Chuẩn bị mọi thứ như vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ.

2.3. Chuẩn bị mổ

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa, đầu quay sang bên đối diện, độn một gối sau vai bên tổn thương. Gây tê đặt nội khí quản, sau đó gây mê toàn thân. Làm đường truyền bên chi đối diện hoặc chi dưới khi cần thiết.

– Sát trùng rộng toàn bộ vùng cổ, nền cổ và trước ngực để có thể kéo dài đường mổ trong trường hợp cần thiết. Sát trùng đùi hai bên để có thể lấy tĩnh mạch hiển ghép mạch khi cần thiết.

– Kháng sinh toàn thân trước khi rạch da 30 phút.

2.4. Điều trị thực thụ

2.4.1. Vết thương động mạch cảnh (tổn thương vùng II)

Do tổn thương động mạch hay gặp hơn cũng như mức độ tổn thương liên quan nhiều đến kết quả phẫu thuật người ta chia các tổn thương động mạch cảnh ra 3 nhóm tuỳ theo tình trạng rối loạn về thần kinh.

– Nhóm 1: hay gặp nhất, tổn thương tĩnh mạch không có rối loạn về thần kinh trước mổ. Tiên lượng tốt.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Nhóm hai: tổn thương mạch cảnh có rối loạn thần kinh mức độ vừa chẳng hạn như liệt một chi hoặc liệt nhẹ nửa người hoặc có thiếu máu não thoáng qua (Transient ischemic attacks). Phục hồi mạch nhóm này cũng cho kết quả mong muốn.

– Nhóm ba: rối loạn thần kinh nặng – liệt hoàn toàn hoặc hôn mê ngay khi mới vào viện, thông thường là tắc động mạch cảnh hoặc huyết khối tắc mạch trong não. Bệnh nhân ở nhóm này tiên lượng nặng, rất ít có khả năng phục hồi mạch.

Tổn thương động mạch cảnh ở vùng I hoặc vùng III, nếu huyết động ổn định nên chụp mạch trước mổ. Tuy nhiên tổn thương ở vùng II có thể can thiệp phẫu thuật ngay. Trình tự tiến hành phẫu thuật (sau khi gây mê và đặt tư thế bệnh nhân).

2.4.2. Chỉ định mổ

Tuỳ theo tính chất vết thương và mức độ mất máu mà chỉ định mổ khác nhau.

a) Chỉ định mổ cấp cứu

– Vết thương đang chảy máu.

– Sốc do mất máu.

– Suy hô hấp.

b) Mổ cấp cứu trì hoãn

– Vết thương không còn chảy máu.

– Mạch – HA ổn định.

– Vết thương vùng nền cổ mà dự kiến phẫu thuật phức tạp (cưa xương ức v.v...).

c) Chỉ định mổ cần thảo luận

Vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ đến viện khi đã có tai biến nặng về thần kinh: hôn mê, liệt nửa người. Tai biến mạch não trong vết thương mạch máu vùng cổ nền cổ phần nhiều do mất máu đột ngột, tụt huyết áp kéo dài, hoặc thất mạch ở tuyến trước nhưng không cho heparin ngay và không chuyển ngay đến trung tâm phẫu thuật. Khi có tai biến nặng về thần kinh, mọi can thiệp nhằm phục hồi mạch cảnh có thể làm tổn thương nặng lên máu cục có thể bong và sang bên đối diện gây tắc. Do vậy không nên can thiệp phẫu thuật trong trường hợp này. Tổn thương mạch cảnh sát nền sọ, không còn khả năng phục hồi mạch nên tính đến thắt mạch để cứu sống bệnh nhân. Cho thuốc chống đông sớm ngay sau khi thắt mạch.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc xử trí vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ

Do tính chất và tầm quan trọng của vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ cần nắm vững các nguyên tắc sau:

– Một vết thương nhỏ hoặc lỗ vào không nguy hiểm nhưng có thể che dấu một tổn thương mạch máu lớn đe doạ tính mạng người bệnh.

– Đảm bảo thông suốt đường thở là ưu tiên hàng đầu. Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản ngay khi có biểu hiện suy hô hấp vì chỉ qua nội khí quản hoặc mở khí

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

quản mới có thể hút sạch vật bít tắc (máu, đờm) làm thông suốt đường hô hấp. Trong trường hợp có tràn máu – tràn khí màng phổi cần dẫn lưu màng phổi trước khi xử trí vết thương mạch máu.

– Rạch da theo bờ trước cơ ức đòn chũm, từ khớp ức đòn kéo dài 8 – 10cm bộc lộ đầu trung tâm trước khi bộc lộ vào nơi tổn thương, có thể cầm máu tạm thời bằng chịt ngón tay trong quá trình phẫu tích.

– Tổn thương động mảnh cảnh gốc và động mạch cảnh trong hay gặp hơn, khi đã kiểm soát được chảy máu cần xem dòng phụt ngược có đảm bảo không. Nếu dòng phụt ngược thành tia mạnh, theo nhịp đập của tim là dấu hiệu tốt chứng tỏ tuần hoàn phụ đảm bảo cấp máu não khi kẹp động mạch cảnh. Trong trường hợp cần xác định chính xác áp lực phụt ngược, đo trực tiếp động mạch cảnh trong nếu chỉ số này trên 70mmHg chứng tỏ tưới máu não tốt. Khi dòng phụt ngược yếu, cần đặt "Shunt" tạm thời trong quá trình phục hồi mạch.

– Kẹp 2 đầu động mạch sau khi đã cho heparin toàn thân với liều 0,5 – 1mg/kg cân nặng.

– Tuỳ theo tình trạng tổn thương mà có cách xử trí khác nhau:

+ Khâu vết thương bên: vết thương nhỏ, bờ gọn.

+ Khâu nối tận tận: vết thương rộng và tổn thương nội mạc nhiều, cắt đôi động mạch cảnh nối tận tận.

+ Ghép động mạch cảnh bằng tĩnh mạch hiển trong hoặc đoạn ghép nhân tạo trong trường hợp mất đoạn động mạch.

– Đuổi hơi và thả kẹp động mạch: trước khi kết thúc việc khâu nối mạch bơm huyết thanh có heparin. Rửa sạch và làm đầy miệng nối. Đuổi hơi vào động mạch cảnh ngoài, do vậy trình tự thả kẹp mạch máu như sau:

Thả kẹp động mạch cảnh ngoài, động mạch cảnh gốc rồi động mạch cảnh trong.

Điều quan trọng là phải đảm bảo nội mạc động mạch cảnh đặc biệt động mạch cảnh trong phải nhẵn, do vậy thông thường trong xử trí người ta thường cắt đôi động mạch cảnh, khâu nối tận tận tránh nguy cơ huyết khối tắc mạch sau mổ.

– Tổn thương động mạch cảnh vùng III là một khó khăn về kỹ thuật, để phục hồi mạch trong trường hợp này cần cắt đôi cơ nhị thân và mỏm ngang đốt sống cổ mới có thể bộc lộ được động mạch.

– Thắt động mạch cảnh: thắt động mạch cảnh trong ít được đặt ra tuy nhiên ở những bệnh nhân mà tổn thương lan rộng không còn khả năng phục hồi mạch, có thể thắt đầu ngoại vi nếu tổn thương sát xương đá. Khi dòng phụt ngược tốt thắt mạch có thể chịu đựng được. Do thông thường sau thắt động mạch cảnh trong có sự hình thành cục máu đông và dẫn đến huyết khối tắc mạch, đột quỵ, nên ngay sau khi thắt mạch phải dùng thuốc chống đông để phòng ngừa nguy cơ này, đột quỵ gặp với một tỷ lệ thấp ở bệnh nhân thắt mạch cảnh có dùng heparin. Trong khi tỷ lệ này là 50% khi thắt động mạch cảnh trong cấp cứu không dùng thuốc chống đông.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Tắc hoàn toàn động mạch cảnh trong có di chứng thần kinh nặng (liệt hoàn toàn, hôn mê) đặc biệt trong chấn thương, phục hồi mạch có thể làm huyết khối bong ra gây đột quỵ và có thể tử vong.

3.2. Tổn thương động mạch dưới đòn và thân cánh tay đầu (vùng I)

3.2.1. Chọn đường mổ

– Khác với tổn thương động mạch cảnh, quyết định đường mổ trong vết thương mạch máu vùng nền cổ đôi khi rất phức tạp và đòi hỏi phải có sự cân nhắc kỹ lưỡng. Vì đây là những mạch xuất phát ngay sát quai động mạch chủ, việc bộc lộ, kiểm soát chảy máu rất khó khăn trong trường hợp máu tụ lan toả. Nhiều công trình nghiên cứu đã đề cập đến việc xử trí tổn thương này, cho đến nay hai đường rạch da kinh điển hay áp dụng là:

– Đường rạch da trên xương đòn: bắt đầu từ trong xương đòn, trên xương đòn 2cm, song song với xương đòn dài 8 – 10cm. Trong trường hợp cần thiết, để đảm bảo bộc lộ tốt có thể cắt 1/3 đầu trong xương đòn hoặc bật khớp ức đòn để bộc lộ mạch tổn thương.

– Đường rạch da kiểu "cửa sập" (Trap door): đường rạch chéo ngang qua 1/3 giữa cơ ức đòn chũm, kéo dài xuống dưới mở 1/3 xương ức sau đó kéo ngang qua khoang liên sườn 2 – 3 đến đường giữa đòn bên tổn thương. Đường rạch này cho phép bộc lộ, kiểm soát chảy máu nhanh và phục hồi mạch dễ dàng. Nhiều tác giả chủ trương dùng đường mổ này ngay sau khi chẩn đoán chắc chắn có tổn thương mạch lớn vùng nền cổ.

– Mở ngực trước bên khoang liên sườn IV – V cho đến nay ít được áp dụng vì những hạn chế của nó trong việc bộc lộ, kiểm soát chảy máu. Không mở ngực sau bên đối với vết thương mạch máu vùng nền cổ.

3.2.2. Kỹ thuật mổ (xử trí tổn thương)

Cũng như trong việc xử trí tổn thương động mạch cảnh, cầm máu tạm thời bằng chịt trực tiếp ngón tay thường được áp dụng trong vết thương mạch máu vùng cổ – nền cổ. Tuỳ theo tổn thương mà có thể khâu vết thương bên, cắt khâu nối tận tận. Trong trường hợp phải ghép mạch, thông thường dùng đoạn ghép nhân tạo Gore–Tex.

3.3. Tổn thương động mạch sống

Tuy hiếm gặp nhưng việc xử trí tổn thương động mạch sống rất khó khăn đặc biệt khi động mạch sống chui vào mỏm ngang đốt sống cổ (vào ở ngang mức C6 và ra ở C2). Trong phần lớn các trường hợp, tổn thương mạch máu sống không được chẩn đoán trước mổ mà chỉ được phát hiện trong quá trình thăm dò vết thương. với kỹ thuật bộc lộ – khâu nối tốt có thể phục hồi được động mạch sống. Tuy nhiên, do tính chất giải phẫu và mức độ khó khăn về phẫu thuật, thắt động mạch sống là phương pháp cầm máu tốt nhất mà không để lại di chứng gì.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.4. Tổn thương tĩnh mạch

Tổn thương tĩnh mạch vùng nền cổ đôi khi rất nguy hiểm và cầm máu rất khó. Cũng như vết thương tĩnh mạch chủ, tổn thương này nên được phục hồi. Thắt tĩnh mạch chỉ đặt ra khi có nhiều tổn thương kèm theo mà cần phải xử trí tốt. Rất ít các nghiên cứu về hậu quả của thắt tĩnh mạch sau mổ, tuy nhiên người ta thấy rằng thắt tĩnh mạch dưới đòn sau một năm có đến 60% các trường hợp có biểu hiện triệu chứng ứ trệ ngoại vi. Do vậy nên phục hồi tĩnh mạch hơn là thắt tĩnh mạch.

3.5. Các tổn thương phối hợp

Thương tổn phối hợp trong vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ có thể gặp như vết thương khí quản, thực quản v.v... Phục hồi các tổn thương này trong cùng cuộc mổ như khâu vết thương khí quản, khâu vết thương thực quản mở thông dạ dày v.v... Vết thương khí quản và thực quản được xử trí trên cùng đường mổ với vết thương mạch máu khi có các tổn thương phối hợp, tình trạng bệnh nhân thường nặng hơn do máu, dịch có thể tràn vào đường thở gây suy hô hấp hoặc sau mổ những bệnh nhân này nguy cơ nhiễm trùng rất cao, cần lưu ý điều trị kháng sinh cho những trường hợp này.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Biến chứng do bản thân vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ

4.1.1. Tử vong

Do sốc mất máu là nguyên nhân thường gặp, đặc biệt vết thương vùng cổ và nền cổ có thông với khoang màng phổi, ngoài ra các tổn thương phối hợp trong vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ làm tỷ lệ tử vong tăng lên.

4.1.2. Biến chứng thần kinh

Tổn thương mạch máu vùng cổ – nền cổ có thể gây đột quỵ, liệt nửa người hoặc hôn mê. Mức độ thiếu máu não tuỳ thuộc vào lượng mất máu và những xử trí cấp cứu thì đầu. Trong phần lớn các trường hợp nếu cấp cứu kịp thời, duy trì được sự ổn định về tuần hoàn, biến chứng về thần kinh giảm ngày càng nhiều. Tổn thương mạch cảnh mà tụt huyết áp kéo dài làm thiếu máu não tăng lên dẫn đến nhồi máu não, nhũn não. Chính vì lý do này việc duy trì sự ổn định về tuần hoàn và hô hấp là hai yếu tố chính góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong của vết thương mạch máu vùng cổ – nền cổ.

4.2. Biến chứng sau mổ

4.2.1. Chảy máu sau mổ

Cần phải đặt vấn đề theo dõi chảy máu sau mổ vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ vì nhiều khi đây là nguyên nhân dẫn đến tử vong sau mổ nếu không

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

được phát hiện, xử trí kịp thời. Do các mạch máu vùng cổ và nền cổ được bao bọc bởi các lớp cân, khi có biến chứng chảy máu, bản thân các tổ chức này là hàng rào gây áp lực cản trở đường hô hấp, suy hô hấp cấp, cần phải xử trí sớm khi có biến chứng này (cắt chỉ vết mổ, đặt NKQ...).

4.2.2. Huyết khối tắc mạch

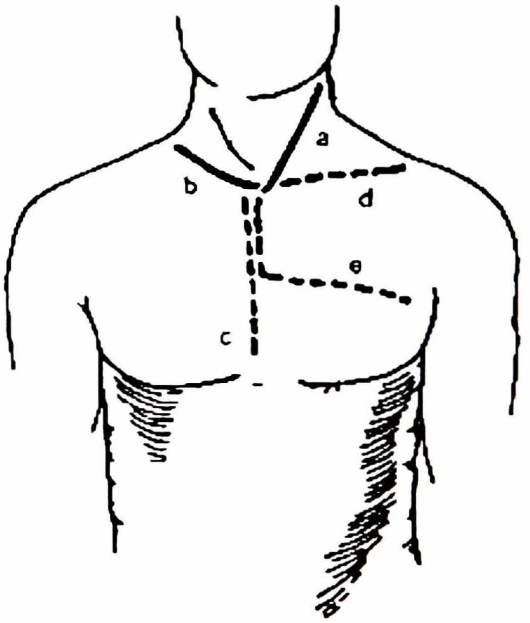
Là biến chứng hiếm gặp nhưng cần phát hiện và xử trí sớm khi có biến chứng này, tránh nguy cơ gây tổn thương não không phục hồi. Cần theo dõi về tuần hoàn, thần kinh hàng giờ sau mổ, sau đó 4 giờ 1 lần trong vòng 2 – 3 ngày. Khi có biểu hiện nghi ngờ huyết khối tắc mạch, chụp mạch hoặc Doppler mạch để xác định chẩn đoán. Mổ lại sớm khi có biến chứng này.

4.2.3. Giả phình mạch và thông động – tĩnh mạch

Tổn thương mạch máu vùng cổ và nền cổ không được chẩn đoán sớm, nhiễm trùng sau mổ phục hồi mạch v.v..., là nguyên nhân gây ra biến chứng này. Đây là một khó khăn trong phẫu thuật phục hồi mạch máu vùng cổ và nền cổ. Chụp mạch để xác định chẩn đoán và dự kiến phẫu thuật xử trí di chứng này và dùng mạch tự thân trong trường hợp phải ghép mạch là ưu tiên hàng đầu.

4.2.4. Nhiễm trùng vết mổ

Nhiễm trùng vết mổ trong vết thương mạch máu vùng cổ và nền cổ đơn thuần ít gặp và chỉ gặp nhiễm trùng sau mổ trong trường hợp có vết thương khí quản, thực quản kèm theo. Khâu che phủ mạch tốt và đóng da thưa để hạn chế biến chứng này.



Hình 2.49. Hình ảnh minh hoạ những đường mổ cơ bản VTMM vùng cổ và nền cổ và những trường hợp cần kéo dài.

a. Đường rạch dọc bờ trước cơ ức đòn chũm. b. Đường rạch trên xương đòn;
a–c. Kéo dài đường rạch xuống mở xương ức;
a–d. Đường rạch bờ ngực trước xương cơ ức; đòn chũm mở ngang song song với xương đòn.
a–e. Đường rạch "cửa sập".

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Malcolm O.Perry (1989).
   Injuries of the brachiocephalic vessels; Vascular surgery.
   Third edition by Robert B. Rutherford, 204 – 612.
2. Denton A.Cooley and Don C.Wukasch (1979).
   Subclavian artery injury.
   Techniques in vascular surgery 188 – 191.
3. W.D.McInnis, and co workers (1975).
   Penetrating injuries to the neck–Pitfalls in management.
   The Amer J.Surg, vol 130, October 416 – 419.
4. Vernon H.Fitchett, Marvin Pomerant, and co workers (1969).
   Penetrating wounds of the neck–A military and civilian experience.
   Arch surg vol 99, sept 307 – 314.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

12. VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU CHỦ NGỰC – BỤNG

Là thương tổn rất nặng. Tỷ lệ tử vong cao ngay cả trong điều kiện vận chuyển cấp cứu cũng như tiếp nhận cấp cứu được tổ chức tốt, cơ sở điều trị chuyên khoa.

1. VẾT THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC

Trên thực tế bệnh nhân chỉ có thể chuyển tới bệnh viện trong tình trạng còn sống khi mà vết thương nhỏ (vết thương gây ra bởi những vật nhọn có kích thước nhỏ hoặc với đạn hay mảnh hoả khí có gia tốc nhỏ) những vết thương này không gây chảy máu trực tiếp vào khoang màng phổi hay màng tim. Trong những trường hợp này máu tụ hình thành và là yếu tố cầm máu. Sự cầm máu này tạm thời và rất bấp bênh, nó có thể vỡ thứ phát vào khoang màng phổi gây tử vong tức khắc, vào khoang màng tim gây chèn ép tim cấp hoặc có thể gây chèn ép vào các tổ chức bên cạnh như chèn ép tĩnh mạch chủ, chèn ép khí quản. Rất hiếm gặp là vết thương xuyên tạo nên một thông thương giữa động – tĩnh mạch chủ trên với động mạch phổi hoặc thông vào buồng tim (hay gặp là phễu thất phải).

1.1. Chẩn đoán và chỉ định ngoại khoa

Có thể sơ đồ hoá ba khả năng tương ứng mức độ cấp cứu của bệnh nhân khi tới bệnh viện.

1.1.1. Bệnh nhân tới bệnh viện trong trạng thái chết lâm sàng

Bệnh nhân tới bệnh viện đã gần ngừng tim hoặc ngừng tim do tràn máu màng phổi quá nhiều. Tai nạn xảy ra gần bệnh viện và bệnh nhân được chuyển ngay lập tức tới viện. Chỉ có một cơ may duy nhất để có thể cứu sống bệnh nhân đó là mở ngực ngay tức khắc khi bệnh nhân vừa tới viện ngay tại phòng cấp cứu. Không cần gây mê, cũng không cần sát trùng. Động tác này phải được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân tới viện trong tình trạng hấp hối. Mổ ngực được tiến hành bên ngực có vết thương và tràn máu màng phổi. Điều này cho biết được hình thái của vết thương mạch máu và cũng cho phép cầm máu tạm thời bằng ép lên vết thương.

Động tác này phối hợp với bù nhanh khối lượng tuần hoàn, bóp tim trong lồng ngực và cặp động mạch chủ xuống cho phép tim đập lại và duy trì một tình trạng huyết áp có thể chấp nhận được để có thể chuyển thẳng bệnh nhân tới phòng mổ. Ở đó người ta vẫn duy trì cầm máu tạm thời bằng ép vết thương, tiến hành đặt nội khí quản, đặt nhiều đường truyền tĩnh mạch. Bệnh nhân được chuẩn bị tư thế mổ, sát trùng vùng mổ. Phẫu thuật được tiến hành bởi các phẫu thuật viên tim mạch với các trang thiết bị chuyên khoa cho phẫu thuật mạch máu.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.1.2. Bệnh nhân tới viện trong tình trạng huyết áp thấp

Mặc dù đã bù nhiều máu và dịch. Điều này chứng tỏ máu vẫn tiếp tục chảy. Hiếm gặp hơn là các dấu hiệu chèn ép khí quản, tĩnh mạch chủ của khối máu tụ to trong trung thất trong trường hợp bệnh nhân không nằm ngửa được. Tĩnh mạch cổ giãn, áp lực tĩnh mạch trung ương tăng, khi làm đường truyền tĩnh mạch trung ương phải nghĩ đến hội chứng chèn ép tim cấp.

Việc chẩn đoán vết thương mạch máu hoặc vết thương tim trong trường hợp này không khó và cần thiết phải được mổ cấp cứu. Không cần thiết phải làm thêm các thăm khám hỗ trợ như chụp Xquang hay chụp mạch vì nó sẽ làm chậm quá trình phẫu thuật. Cần phải đảm bảo có ít nhất hai đường truyền tĩnh mạch lớn phối hợp (tĩnh mạch cảnh trong).

Tràn máu màng phổi cần được tiến hành dẫn lưu trước khi tiến hành khởi mê, đặt nội khí quản. Trong trường hợp tụ máu to trung thất hay cổ trung thất có đè đẩy đường hô hấp việc đặt nội khí quản phải hết sức cẩn thận với gây mê tại chỗ vùng hầu họng. Trong trường hợp chèn ép tim cấp cần thiết phải giải phóng chèn ép bằng chọc tháo màng tim.

Phẫu thuật bao giờ cũng được tiến hành với một đường mổ ngực rộng rãi cho phép bộc lộ hết và rõ ràng các thương tổn mạch máu cũng như thương tổn phối hợp.

1.1.3. Bệnh nhân tới viện trong tình trạng huyết động ổn định

Trường hợp này thương tổn thường là không quá nặng. Tuy nhiên phải nghĩ đến các thương tổn mạch máu và tìm kiếm các dấu hiệu tổn thương một cách có hệ thống trước những vết thương vùng nền cổ.

Chẩn đoán vết thương động mạch chủ phải được đặt ra khi khám một vết thương xuyên ngực mà vị trí lỗ vào và lỗ ra cho thấy đường đi xuyên qua trung thất. Khi có thương tổn thực quản hay khí quản đoạn ngực cũng như phế quản hoặc vết thương tuỷ sống ngực là bằng chứng về khả năng tổn thương của động mạch chủ nằm bên cạnh các tạng này.

Các dấu hiệu lâm sàng:

– Bắt mạch cảnh hoặc mạch tay thấy mất hoặc yếu hơn bên đối diện.

– Rung miu hoặc thổi liên tục là dấu hiệu của thông động tĩnh mạch.

– Rối loạn các dấu hiệu thần kinh trung ương là biểu hiện của tổn thương mạch cảnh.

– Các dấu hiệu lâm sàng có thể xuất hiện muộn cho nên việc thăm khám phải được tiến hành nhiều lần ở những thời gian khác nhau.

Xquang sau khi dẫn lưu màng phổi cho thấy rõ thương tổn phối hợp.

Sau khi dẫn lưu ngực nếu tình trạng bệnh nhân vẫn ổn định, lượng máu qua dẫn lưu dưới 200ml/h: nếu có dấu hiệu lâm sàng hoặc Xquang nghi ngờ tiến hành chụp động mạch chủ ngực toàn bộ (chụp thông thường hoặc chụp với kỹ thuật số

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

hoá). Trên phim chụp mạch: thương tổn thường biểu hiện tắc mạch máu lớn xuất phát từ quai động mạch chủ. Nhưng nó cũng có thể biểu hiện chỉ dưới dạng thành động mạch chủ không đều. Chụp động mạch chủ cho phép xác định rõ hình thái tổn thương và hướng cho việc chọn đường mổ thích hợp.

Đường mổ: đường mổ đóng vai trò hết sức quan trọng trong thành công hay thất bại của phẫu thuật. Đường mổ được chọn phải cho phép mở rộng nếu cần thiết.

* Đường mổ ngực trước bên

– Đây là đường mổ kinh điển và hay được sử dụng nhất khi mà hình thái thương tổn chưa được xác định rõ thì mở ngực trước bên sẽ được tiến hành ở bên ngực có vết thương và có tràn máu màng phổi.

– Nó là đường được chọn trong trường hợp vết thương động mạch chủ xuống hoặc động mạch dưới đòn trái. Bệnh nhân nằm ngửa độn một gối để ưỡn bên ngực được phẫu thuật, tay có thể để dọc theo thân. Đường mổ ngực thường qua khoang liên sườn 4 hoặc 5. Ngay sau khi mở ngực phẫu thuật viên luồn tay vào trong khoang ngực dùng tay hoặc gạc ép chặt vết thương động mạch chủ cầm máu tạm thời. Trong trường hợp thương tổn khó, có thể mở rộng đường mổ này sang ngực đối diện bằng cách cắt ngang xương ức.

* Đường mổ dọc xương ức

– Càng ngày càng hay được sử dụng, nó có ưu thế rõ rệt trong thương tổn động mạch chủ lên, quai động mạch chủ cũng như các mạch máu lớn xuất phát từ quai động mạch chủ. Nó cũng cho phép mở rộng lên phía cổ hay dưới đòn khi cần thiết. Trong trường hợp thương tổn động mạch chủ xuống (thương tổn phát hiện trong mổ không dự đoán trước), đường mổ dọc xương ức có thể mở rộng sang trái bằng mổ thêm đường mổ ngực trước bên.

* Đường mổ ngực sau bên

Càng ngày càng ít được sử dụng do những hạn chế của nó như khó tiếp cận quai động mạch chủ hay động mạch chủ lên, trường mổ sâu v.v... Hô hấp trong mổ hạn chế do tư thế nghiêng 90^{o} v.v...

Kiểm soát chảy máu và phục hồi tổn thương.

Luôn luôn phải đánh giá hết tổn thương chính cũng như tổn thương phối hợp để tránh bỏ sót nhất là trong trường hợp vết thương xuyên, vết thương do dạn ghém v.v...

– Vết thương động mạch chủ lên và quai động mạch chủ: ở mặt trước có thể dùng một clamp Satinski cặp. Với vết thương mặt sau, vết thương mặt lõm của quai động mạch chủ chỉ có một cách duy nhất là bịt vết thương bằng tay. Khâu bằng các mũi chỉ 3/0 hay 4/0 mũi rời có độn (pledget).

Trên thực tế ít có chỉ định sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể (CEC) trong vết thương động mạch chủ ngực do lý do không cần thiết như làm chậm quá trình xử lý. Trong trường hợp vết thương xuyên gây rò động mạch chủ buồng tim có thể

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

phối hợp với thương tổn van tim hay vách tim cũng nên tiến hành khâu vết thương phía động mạch chủ trước rồi sau đó sẽ mổ lần hai điều trị các thương tổn trong tim sau khi đã có đánh giá trước chính xác tổn thương (mổ với CEC).

– Với vết thương động mạch chủ ngực đoạn xuống.

Nếu có thể vết thương được cặp bên động mạch chủ với clamp Satinski. Một dôi khi có thể tiến hành cặp toàn bộ động mạch chủ. Điều này cho phép tiến hành khâu vết thương một cách dễ dàng và chính xác hơn cặp bên động mạch chủ, hơn nữa nó cũng cho phép ưu tiên máu cho não và động mạch vành nhất là trong trường hợp tụt huyết áp. Tuy nhiên cặp động mạch chủ toàn bộ không thể kéo dài do nguy cơ thiếu máu tuỷ.

– Với vết thương động mạch chủ bụng.

Cũng như vết thương động mạch chủ ngực, vết thương động mạch chủ bụng là một thương tổn nặng, tỷ lệ tử vong cao 60 – 80% theo Lim và cộng sự. Tiên lượng phụ thuộc vào 3 yếu tố:

+ Mức độ nhanh của việc vận chuyển bệnh nhân tới cơ sở ngoại khoa, hồi sức có khả năng mổ.

+ Thương tổn phối hợp nhất là thương tổn tạng trong bụng, là nguyên nhân nhiễm trùng.

+ Khả năng của cơ sở ngoại khoa tiếp nhận bệnh nhân, trang bị nhóm phẫu thuật, chuyên khoa, kinh nghiệm.

1.2. Đối với động mạch chủ bụng

Việc chẩn đoán một cách chính xác thương tổn động mạch chủ trước mổ là khó. Thông thường bệnh nhân vào viện trong tình trạng có vết thương thấu bụng do bị đâm hoặc do hoả khí với tình trạng các biểu hiện của sốc mất máu. Bệnh nhân phải dược chuyển thẳng phòng mổ, tại đây nhiều đường truyền được lập và bù nhanh khối lượng tuần hoàn, máu dịch. Nếu tình trạng sốc vẫn còn phải thực hiện ngay việc cầm máu tạm thời. Baker 1980 đã chỉ ra lợi ích của việc cặp động mạch chủ xuống nhờ một đường mở ngực trái nhỏ. Thủ thuật này làm tăng khả năng sống sót của bệnh nhân lên 80%. Cùng với mục đích này Requeana, Cherekuri và Lerner sử dụng ống thông Fogary số 8 đưa từ động mạch đùi lên động mạch chủ gây tắc tạm thời động mạch chủ ngang cơ hoành.

Thông thường việc cặp tạm thời động mạch chủ xuống bằng đường mổ ngực gây tắc tạm thời động mạch chủ bằng ống thông Fogarty sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc hồi sức. Phẫu thuật được tiến hành qua đường mổ bụng giữa trên dưới rốn. Đánh giá thương tổn mạch, thương tổn phối hợp, tiến hành cầm máu vĩnh viễn.

Với vết thương động mạch chủ dưới thận, tỷ lệ tử vong bằng 50% do việc khâu vết thương dễ hơn các nơi khác.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Với vết thương động mạch chủ giữa động mạch thận và động mạch thân tạng tử vong khoảng 50%, còn đoạn cao hơn tỷ lệ 90% do thương tổn khó xử trí, thương tổn phối hợp nặng (Lim). Người ta tránh hết sức việc sử dụng các vật liệu mạch nhân tạo trong việc phục hồi mạch máu do nguyên nhân nhiễm trùng đặc biệt trong trường hợp có tổn thương tạng rỗng phối hợp. Tốt nhất là khâu nối trực tiếp.

2. VẾT THƯƠNG TĨNH MẠCH CHỦ BỤNG

Cũng giống như vết thương động mạch chủ, vết thương tĩnh mạch chủ bụng là thương tổn nặng tỷ lệ tử vong cao, theo Rich: 34% tử vong trước khi tới viện, 54% tử vong trong và sau mổ.

Nguyên nhân: các thống kê đều cho thấy có sự chênh lệch rõ rệt giữa vết thương tĩnh mạch chủ do hoả khí với vết thương do nguyên nhân vật nhọn (dao...).

Duke 1965: 30 vết thương hoả khí/5 vết thương do vật nhọn.

Graham 1978: 148 vết thương hoả khí/34 vết thương do vật nhọn.

Ở Việt Nam cho tới nay vẫn chưa có một công bố chính thức nào về vấn đề này.

2.1. Chẩn đoán và điều trị ban đầu

Chẩn đoán thương tổn mạch máu lớn không khó khi bệnh nhân tới viện trong tình trạng:

– Sốc mất máu.

– Vết thương thấu bụng.

– Bụng trướng, tràn máu trong ổ bụng.

Một đôi khi vết thương nhỏ không gây chảy máu nặng trong ổ bụng mà chỉ biểu hiện bằng khối máu tụ sau phúc mạc, thương tổn chỉ có thể phát hiện được trong mổ.

Việc hồi sức được tiến hành bắt đầu bằng việc bù nhanh khối lượng tuần hoàn. ít nhất là hai đường truyền có kích thước lớn được đặt với đường truyền tĩnh mạch trung ương cho phép đánh giá mức độ bù dịch thông qua áp lực tĩnh mạch trung ương. Đây là một bước hết sức quan trọng. Graham đã chỉ ra tỷ lệ tử vong tỷ lệ thuận với tình trạng sốc mất máu khi bệnh nhân vào viện 64% (148 bệnh nhân vào viện với tình trạng sốc) Wright 66%.

Bệnh nhân được nhanh chóng chuyển tới phòng mổ. Chỉ có ở phòng mổ với các trang thiết bị hồi sức với nhóm mổ chuyên khoa và các trang thiết bị phù hợp bệnh nhân mới có hy vọng được cứu sống.

Cầm máu tạm thời bằng làm tắc động mạch chủ xuống. Nhờ một đường mổ ngực trước bên trái động mạch chủ xuống được cặp. Trong trường hợp ngừng tim có thể qua đường mổ này mở màng tim để bóp tim trực tiếp.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Làm tắc động mạch chủ xuống bằng ống thông Fogarty số 14. Với việc cặp động mạch chủ tạm thời làm ngừng chảy máu, ưu tiên máu cho tuần hoàn não và máu tưới vành tỏ ra có hiệu quả trong việc hồi sức.

2.2. Phẫu thuật

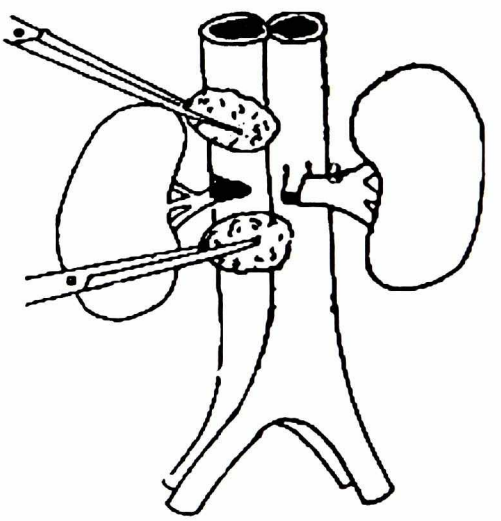
2.2.1. Đường mổ

Đường mổ được lựa chọn là đường mổ bụng giữa trên dưới rốn. Đường mổ tạo ra một trường mổ rộng cho phép tiếp cận dễ dàng tĩnh mạch chủ bụng cũng như cho phép xử trí các thương tổn phối hợp nếu có. Trong trường hợp cần thiết có thể mở rộng thành đường mổ dọc xương ức – bụng hoặc ngực bụng.

2.2.2. Sau khi mở bụng

Máu trong bụng nhanh chóng được hút và lấy bỏ. Phẫu thuật viên dùng tay hoặc gạc dè lên vết thương để cầm máu tạm thời *(hình 2.50)*.

– Khối máu tụ sau phúc mạc được mở ra, vết thương được xác định và khâu trực tiếp nếu vết thương nhỏ. Trong trường hợp vết thương to hơn cần thiết cặp bên tĩnh mạch chủ bằng một clamp Satinski trước khi khâu kín vết thương. Với vết thương dài rộng hơn hoặc nham nhở cần thiết cặp 2 đầu vết thương trước khi khâu.



Hình 2.50. Dùng hai bông gòn đè chặt tĩnh mạch chủ cầm máu

– Cần chú ý kiểm tra mặt sau vết thương tránh bỏ sót vết thương xuyên.

– Với vết thương dập nát mất đoạn không có khả năng khâu trực tiếp có thể thắt hai đầu vết thương nếu vết thương dưới tĩnh mạch thận, tuy nhiên việc thắt này gây khó khăn rất nhiều cho hồi sức vì làm mất một lượng máu lớn về tim v.v... cũng như nó để lại di chứng phù chi dưới sau mổ. Chỉ nên thắt khi nào không còn khả năng khác.

– Sử dụng ghép mạch nhân tạo: chất liệu PTFE (Gore–Tex) được ưu tiên do tỷ lệ huyết khối sau mổ thấp nhất so với các loại như Dacron...

– Thương tổn tĩnh mạch chủ sau gan:

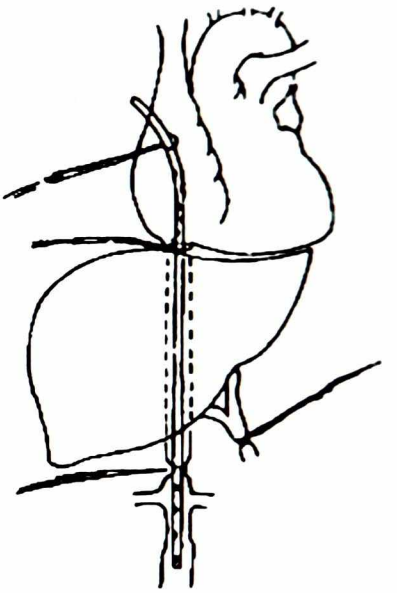
Đây là thương tổn nặng nhất do tổn thương gan phối hợp, do sự khó khăn của việc xử trí tổn thương... Theo Werckert (1970): 4 bệnh nhân tử vong 2. Thopin 1977: 10 bệnh nhân tử vong 4.

Sau khi mổ bụng nếu thấy thương tổn tĩnh mạch chủ sau gan có hai phương pháp có thể lựa chọn để cầm máu tạm thời.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Sử dụng 4 clamp: kỹ thuật này được tiến hành lần đầu bởi Yellin 1971.

– Shunt trong tĩnh mạch chủ *(hình 2.51)* kỹ thuật này được tiến hành lần đầu năm 1968 (Sterwart) Shunt là một ống plastic có đường kính khoảng 1,5cm được đưa vào qua nhĩ phải xuống tới tĩnh mạch chủ dưới thận. Người ta thắt hai dây xung quanh tĩnh mạch chủ trong màng tim và tĩnh mạch chủ trên thận. Như vậy toàn bộ tĩnh mạch chủ sau gan đã được loại trừ. Ưu điểm của phương pháp là không làm nghẽn máu trở về tim phải tạo thuận lợi cho hồi sức.



Hình 2.51. Shunt trong tĩnh mạch chủ dưới

+ Cặp tĩnh mạch chủ trên gan.

+ Cặp tĩnh mạch chủ dưới gan.

+ Cặp cuống gan.

+ Cặp động mạch chủ dưới cơ hoành.

1. Cặp tĩnh mạch chủ trên gan: giải phóng dây chằng liềm và dây chằng vành có thể mở màng tim cặp tĩnh mạch chủ trong màng tim. Trong trường hợp khó có thể sử dụng đường mổ ngực bụng.

2. Cặp tĩnh mạch chủ dưới gan, trên thận: bóc tách mạc Told phải vén đại tràng và tá tràng sang trái cho phép cặp một cách dễ dàng tĩnh mạch chủ.

3. Cặp cuống gan: về kỹ thuật không có gì khó khăn tuy nhiên thời gian cặp cuống gan không nên quá 15 phút nhất là trong trường hợp bệnh nhân có tụt huyết áp trước mổ, tuy vậy trên thực tế một số tác giả đã cặp cuống gan lâu hơn (Huger: 30 phút).

Có lẽ trong trường hợp này việc truyền nhanh một khối lượng lớn máu đã làm hạ nhiệt độ tạo điều kiện cho gan chịu được thiếu máu kéo dài.

Việc cặp cuống gan còn gây ứ máu ruột và các tạng trong ổ bụng. Khi thả clamp cũng tạo ra hậu quả như khi tháo bỏ ga rô với việc đưa vào máu một khối lượng lớn kali, các sản phẩm chuyển hoá yếm khí... gây suy thận sau mổ.

3. CẶP ĐỘNG MẠCH CHỦ DƯỚI CƠ HOÀNH

– Cho phép hạn chế tối đa máu chảy do các nhánh của tĩnh mạch thượng thận cũng như tĩnh mạch hoành.

– Hạn chế sự ứ máu của các tạng trong ổ bụng.

– Ưu tiên máu cho não và tim.

– Sau khi chảy máu đã được khống chế, gan được giải phóng vén sang trái phẫu tích tĩnh mạch chủ sau gan và tiến hành khâu nối.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Việc thắt tĩnh mạch chủ đoạn này là nguy hiểm tử vong cao nên không thể tiến hành.

– Xử trí thương tổn gan phối hợp.

Việc sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể: ít khi được sử dụng do thương tổn phối hợp gan hay các tạng rỗng trong bụng, hơn nữa việc sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể (CEC) đòi hỏi phải dùng heparin là yếu tố gây chảy máu không cầm được.

Nói tóm lại CEC không có vị trí trong việc phẫu thuật vết thương tĩnh mạch chủ dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rich NM. (1970) Vascular trauma in Vietnam. J. Cardiovasc Su gr. 11.368 – 377
2. Requena R. Cherukuri R. Lerner R. A logical approach in the management of intra abdominal vascular trauma.
3. Yellin A. E Chaffee. C. B. Donovan A.J (1971). Vascular isolaton in treatment of juxtahepatic venous injuries. Arch. Surg. 102. No 6. 566 – 573.
4. Sterwart. Mt. Stone H.H (1986) Injury of the inferior vena cava. Am. Surg. 52. 9 – 13.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

13. THƯƠNG TỔN MẠCH MÁU TRONG GÃY XƯƠNG

Thương tổn mạch máu trong gãy xương không phải là hiếm gặp. Khi có thương tổn mạch máu kèm theo thì việc chẩn đoán cũng như điều trị sẽ trở nên phức tạp hơn rất nhiều v.v... Shah và cộng sự đã chỉ ra rằng tỷ lệ cắt cụt là 28% nếu thương tổn mạch máu có kèm thương tổn xương khớp ngược lại nếu chỉ là thương tổn mạch máu đơn thuần tỷ lệ cắt cụt là 0,6%.

Trong phạm vi bài này chỉ đề cập tới ba loại chấn thương hay gặp kèm thương tổn mạch máu: Tổn thương mạch máu khoeo trong chấn thương gối; tổn thương mạch máu cánh tay trong gãy xương lồi cầu ở trẻ em, tổn thương mạch máu trong vỡ xương chậu.

A. TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH KHOEO TRONG CHẤN THƯƠNG GỐI

Trong các thương tổn mạch máu ở chi, chấn thương mạch khoeo cần phải được nhấn mạnh do các lý do sau:

– Mức độ nặng vì nó ảnh hưởng đến tiên lượng sống (4 – 5% tử vong) và ảnh hưởng tới tiên lượng chức năng của chi (30 – 40% cắt cụt).

– Thương tổn ngày càng hay gặp do sự gia tăng của các phương tiện giao thông có tốc độ cao nhất là xe máy.

– Thiếu máu do tổn thương động mạch khoeo luôn luôn nặng vì hậu quả toàn thân cũng như tại chỗ.

– Phẫu thuật mạch máu luôn luôn đòi hỏi phải được tiến hành trước 6 giờ hơn nữa các thương tổn xương khớp vùng gối luôn là các thương tổn nặng dễ để lại các di chứng. Thương tổn này đòi hỏi phải được mổ ở những cơ sở chuyên khoa trong khi thương tổn mạch máu lại đòi hỏi phải được xử trí cấp cứu.

1. VÀI NÉT VỀ LỊCH SỬ

Công bố của DeBakey và Simeone (1946) trên 2417 trường hợp chấn thương mạch máu được điều trị bằng thắt mạch trong chiến tranh thế giới lần thứ II tỷ lệ cắt cụt do chấn thương mạch khoeo là 70%.

– Hugues trong chiến tranh Triều Tiên tỷ lệ cắt cụt 37%.

– Rich 36% trong chiến tranh Việt Nam.

Trong công bố ở Hội nghị lần thứ 65 Pháp về ngoại khoa Lena và Allannes công bố 53 trường hợp tổn thương động mạch khoeo do chấn thương gối trong tổng số 230 trường hợp biến chứng mạch máu do chấn thương kín của chi chiếm tỷ lệ 25%.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. CƠ CHẾ TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU

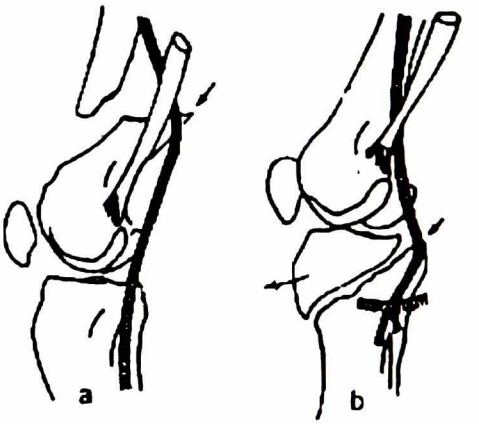
2.1. Gãy trên lồi cầu xương đùi

Thương tổn động mạch khoeo phần cao hay động mạch đùi nông phần thấp gấy ra do đầu xương di lệch ra sau chọc vào hay do mạch bị nghiền giữa 2 đầu xương gãy. Chấn thương mạch có thể xảy ra đồng thời với gãy xương cũng có thể thứ phát sau một gãy xương bất động không tốt hoặc sau quá trình nắn chỉnh không tốt. Tần số tổn thương khó xác định.

2.2. Gãy đầu trên xương chày

Vỡ mâm chày di lệch. Đầu phía dưới di lệch lên trên ra sau gây thương tổn mạch. Trong trường hợp gãy nhiều mảnh đầu trên xương chày, thương tổn mạch rất hay gặp, tiên lượng thường là nặng

So với gãy đầu dưới xương đùi thì gãy đầu trên xương chày hay gặp tổn thương mạch máu hơn. Jordan nhấn mạnh tần suất hay gặp cũng như mức độ nặng của thương tổn mạch máu trong đầu trên xương chày bằng từ "Gãy xương hoại tử".



Hình 2.52. Thương tổn động khoeo do
a. Gãy trên lối cầu xương đùi;
b. Gãy đầu trên xương chày.

3. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Thương tổn động mạch

Có thể gặp tất cả các hình thái thương tổn co thắt động mạch tới vỡ toàn bộ cũng như vỡ nội mạc đơn thuần hay vỡ dưới lớp áo ngoài. Trong trường hợp vỡ hoàn toàn động mạch ta có vết thương khô hoặc tụ máu lớn vùng trám khoeo. Ngược lại co thắt mạch là chẩn đoán trong mổ chỉ đặt ra khi đã thăm dò kỹ lưỡng tỉ mỉ không thấy có tổn thương nào khác.

3.2. Thương tổn tĩnh mạch

Thương tổn phối hợp hay gặp là yếu tố tiên lượng nặng.

3.3. Thương tổn phần mềm

Đóng vai trò quan trọng. Đụng giập cơ nhiều sẽ nhanh chóng dẫn đến phù nề, thiếu máu tổ chức và là một trong những yếu tố gây ra hội chứng khoang cẳng chân. Một đôi khi chính thương tổn phần mềm nặng là yếu tố quyết định cắt cụt.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.4. Thương tổn thần kinh

Hay gặp cùng với tổn thương mạch máu. Đặc biệt là thần kinh hông khoeo ngoài do thương tổn trực tiếp, một đôi khi không thấy thương tổn thực thể khi mổ nhưng có liệt khi thăm khám lâm sàng, điều này được giải thích bằng sự thiếu máu thần kinh hay gặp ở thần kinh hông khoeo ngoài, sớm liệt trong hội chứng khoang cẳng chân.

3.5. Thương tổn xương, dây chằng

Thường là thương tổn nặng phức tạp với nhiều mảnh. Đường vỡ nội khớp, vỡ mâm chày di lệch với đứt các dây chằng chéo các thương tổn này dễ để lại các di chứng về mặt chức năng.

4. HẬU QUẢ SINH LÝ BỆNH CỦA CHẤN THƯƠNG MẠCH MÁU

4.1. Huyết khối

Nó hình thành nhanh hay chậm tuỳ thuộc vào hình thái của tổn thương mạch. Trong trường hợp co thắt hoặc đụng giập đơn thuần huyết khối hình thành sau vài giờ hoặc vài ngày. Trên lâm sàng vẫn thấy có mạch phía dưới tổn thương nó là nguyên nhân khiến bỏ sót thương tổn mạch máu nhất là khi bó bột không cho phép theo dõi sát tình trạng mạch. Thông thường huyết khối dừng lại ở nhánh bên đầu tiên nếu lưu lượng mạch máu qua nhánh này lớn. Nếu tuần hoàn phụ mất hoặc không đủ huyết khối sẽ lan xuống các mạch máu cẳng chân.

4.2. Tuần hoàn phụ

Ở vùng khoeo tuần hoàn phụ kém phát triển, nhánh nối nghèo nàn nhất là trong chấn thương đụng giập phần mềm nặng, các mạch máu trong cơ bị phá huỷ, máu tụ trong cơ và phù nề tại chỗ sẽ gây chèn ép (Garrot trong) ngoài ra tụt huyết áp trong bối cảnh chung của chấn thương cũng là một nguyên nhân tham gia vào vòng xoắn bệnh lý gây ra thiếu máu không hồi phục của tổ chức.

4.3. Thiếu oxy tổ chức

Phù tổ chức xuất hiện khoảng 1 giờ sau thiếu máu. Cơ thiếu máu chuyển hoá yếm khí sau khoảng 12 giờ sẽ hoại tử. Trong trường hợp muộn sau khi nối mạch có thể xảy ra tình trạng các sản phẩm thoái hoá yếm khí sẽ được đi vào đại tuần hoàn một cách đột ngột gây tăng kali máu, vô niệu do tắc ống thận hoặc để lại di chứng: cơ sẽ liền sẹo trong trạng thái co (Hội chứng Wolkmann).

4.4. Các di chứng của tổn thương mạch máu

Một thương tổn mạch máu không được phát hiện và điều trị có thể tiến triển âm thầm nếu như tuần hoàn phụ để không gây hội chứng thiếu máu cấp. Tình trạng này hay gặp và có thể dẫn đến:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Tắc mạch muộn: rối loạn dinh dưỡng cẳng tay.

+ Giả phồng động mạch.

+ Thông động tĩnh mạch.

5. CÁC DẤU HIỆU LÂM SÀNG

Trước một trường hợp chấn thương vùng gối nhất là có tổn thương xương (đầu dưới xương đùi hoặc đầu trên xương chày) cần phải nghĩ tới tổn thương mạch máu và tiến hành thăm khám tỉ mỉ nhằm tránh bỏ sót tổn thương. Nhưng cũng cần nhấn mạnh rằng một đôi khi việc phát hiện tổn thương mạch máu là rất khó do nó bị che lấp bởi các dấu hiệu của đa chấn thương, hay các dấu hiệu của gãy xương. Đó là lý do chính của việc chẩn đoán muộn.

5.1. Các dấu hiệu gợi ý có tổn thương mạch máu

– Bầm tím lan rộng vùng trám khoeo.

– Di lệch nghiêm trọng trục xương (xương đùi, xương chày).

– Tụ máu lớn vùng khoeo, giập... là dấu hiệu của vỡ mạch.

+ Đau có thể được giải thích do gãy xương, đáng lưu ý khi đau không giảm ngay cả khi đã được bất động tốt.

+ Chân tím lạnh có thể là dấu hiệu của sốc, tuy vậy nên so sánh với bên lành có thể thấy chi nhợt và lạnh hơn.

+ Liệt do tổn thương thần kinh nhất là hông khoeo ngoài rất hay gặp.

+ Mất mạch là dấu hiệu quan trọng, khám mạch cần so sánh hai bên, khám ở nhiều thời điểm khác nhau để có thể phát hiện sớm tổn thương nhất là trong trường hợp vỡ nội mạc hoặc đụng giập mạch máu.

5.2. Siêu âm Doppler

Là thăm khám không chảy máu, trong trường hợp mất mạch sau khi đã được nắn lại trục xương nếu có thể sẽ tiến hành chụp mạch (tình trạng thiếu máu, thời gian thiếu máu cho phép) tuy nhiên trong trường hợp này siêu âm Doppler ít có giá trị. Nếu vẫn còn mạch trong trường hợp chấn thương nặng vùng gối nghi ngờ có tổn thương mạch, Doppler không thể thay thế chụp mạch do không có khả năng phát hiện thương tổn. Ngược lại Doppler có giá trị trong việc theo dõi sau mổ phục hồi mạch máu.

6. ĐIỀU TRỊ

Bao giờ cũng được bắt đầu bằng việc đánh giá thương tổn và tình trạng thiếu máu chi còn hồi phục hay không hồi phục. Nếu thương tổn không hồi phục (cơ nhợt, mất vận động khi kích thích, không chảy máu, cứng khớp cổ chân v.v...) chỉ định cắt cụt được đặt ra. Lúc này phục hồi mạch máu trở nên nguy hiểm.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Gây mê.

– Đường mổ.

Hiện đường mổ được sử dụng chủ yếu là đường bên – trong rộng cho phép phẫu tích và phục hồi mạch máu một cách dễ dàng. Bao giờ cũng bắt đầu bằng phẫu thuật chấn thương trên nguyên tắc:

+ Không kéo dài thêm thời gian thiếu máu.

+ Cố định vững trục xương, tránh thương tổn mạch do di lệch thứ phát.

Trong gãy xương hở hoặc gãy phức tạp nhiều mảnh thì cố định bên ngoài tỏ ra có ưu thế rõ rệt so với các phương pháp khác. Việc sử dụng cầu nối tạm thời (Shunt) cho phép giảm thời gian thiếu máu chi trong lúc cố định xương hoặc trong trường hợp tổn thương mạch khoeo + vỡ tạng (đa chấn thương) đòi hỏi phải xử trí tạng trước.

Các phương pháp phục hồi lưu thông mạch máu có thể sử dụng

– Khâu vết thương đơn thuần: ít khi được tiến hành do thương tổn mạch thường rộng trên một đoạn dài.

– Cắt nối trực tiếp: chỉ tiến hành khi đoạn cắt bỏ dưới 2cm tránh làm căng miệng nối.

– Ghép mạch: khi mất đoạn trên 2cm thường hay sử dụng tĩnh mạch hiển trong bên đối diện.

– Trong cấp cứu việc sử dụng mạch nhân tạo cần cân nhắc kỹ do nguy cơ nhiễm trùng.

– Trong trường hợp có tổn thương tĩnh mạch phối hợp việc thao tác bao giờ cũng phải tiến hành với tĩnh mạch trước.

– Mở cân cẳng chân được chỉ định một cách hệ thống.

B. BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU TRONG VỠ XƯƠNG CHẬU

Vỡ xương chậu là một chấn thương nặng, tỷ lệ tử vong cao.

Biến chứng nặng trong vỡ xương chậu chiếm tỷ lệ khoảng 15%. Cần phải phân biệt hai nhóm tổn thương chính: thương tổn từ những mạch máu lớn trong tiểu khung (ĐM, TM chậu....) đòi hỏi phải phẫu thuật và thương tổn các nhánh mạch nhỏ, các tĩnh mạch hạ vị hoặc các mạch máu thắt lưng, mạch cùng hay chảy từ xương xốp, điều trị chủ yếu bằng gây tắc mạch.

1. NGUYÊN NHÂN CHẢY MÁU TRONG VỠ XƯƠNG CHẬU

1.1. Thương tổn các mạch máu lớn

Ít gặp, chiếm tỷ lệ 1% theo Rotheberger. Trong 429 trường hợp vỡ xương chậu Klein không có trường hợp nào. 2/800 trường hợp của Fran (51 vỡ xương chậu).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trong hội nghị về chấn thương của Pháp trong 675 trường hợp có 13 tổn thương mạch lớn với 5 tử vong sớm.

1.2. Chảy máu từ xương

Chảy máu từ xương xốp phụ thuộc nhiều vào vị trí của xương chậu, 33% trong vỡ ngành chậu cùng, 29% trong vỡ ngành cùng.

1.3. Chảy máu từ các mạch máu nhỏ trong tiểu khung

Thường xảy ra với các mạch nuôi xương, các nhánh của động–tĩnh mạch hạ vị, các tiểu động mạch, tĩnh mạch khoang Retzius.

2. LÂM SÀNG

2.1. Biến chứng

2.1.1. Biến chứng động mạch

Có thể biểu hiện trên lâm sàng bằng hội chứng thiếu máu cấp của chi do huyết khối cấp (hậu quả của thương tổn nội mạc hoặc vỏ dưới áo ngoài) hoặc vết thương khô trục chậu đùi. Hay gặp nhất là hội chứng thiếu máu cấp phối hợp với hội chứng chảy máu do tổn thương mạch.

Hiếm khi thương tổn động mạch không có triệu chứng hoặc biểu hiện dưới dạng một giả phồng động mạch hoặc rò động – tĩnh mạch.

2.1.2. Biến chứng tĩnh mạch

Hiếm gặp, nó làm cho tình trạng sốc mất máu nặng lên do cản trở máu về từ chi dưới và là nguyên nhân của huyết khối tĩnh mạch thứ phát sau chấn thương.

2.1.3. Chảy máu

Chảy máu là một triệu chứng chủ yếu của biến chứng mạch máu do vỡ xương chậu. Nó có thể biểu hiện dưới các hình thái.

– Sốc giảm khối lượng tuần hoàn.

– Chảy máu ra ngoài nhiều nhất là trong trường hợp gãy hở.

– Cũng có khi biểu hiện bằng dấu hiệu chảy máu trong do thương tổn rách phúc mạc.

Hay gặp nhất trên lâm sàng là máu tụ sau phúc mạc. Máu tụ có thể lan toàn bộ khoang lỏng lẻo sau phúc mạc ngấm vào gốc mạc treo lên tới tận chân cơ hoành, lan xuống gốc đùi. Một khi phúc mạc còn nguyên vẹn chảy máu có thể ngừng nhờ khối máu tụ to gây ép cầm máu.

2.1.4. Thương tổn phối hợp

Theo Hawkins là 22%, trong thông báo của Chatelain và Masse ở Hội nghị lần thứ 77 về ngoại khoa Pháp là 24%: chính các thương tổn phối hợp đòi hỏi phải phẫu thuật (vỡ tạng...) mở bụng đã làm tăng tỷ lệ tử vong.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2. Chẩn đoán lâm sàng

Dựa vào dấu hiệu thiếu máu chi dưới: mất mạch, giảm, mất cảm giác, vận động. Tuy nhiên, nhiều khi khó đòi hỏi phải khám tỉ mỉ để phân biệt giữa mất mạch do tổn thương mạch hay do máu tụ chèn ép. Mất cảm giác, vận động do thiếu máu hay do tổn thương thần kinh toạ nhất là trong trường hợp giảm lưu lượng tim.

Siêu âm Doppler cho phép phân biệt mất mạch do chấn thương hay do giảm lưu lượng tim.

Dấu hiệu ứ trệ máu tĩnh mạch ngoại vi hướng ta nghĩ tới tổn thương tĩnh mạch lớn với các điểm: chân phù căng lớn nhất là gốc đùi, tĩnh mạch nông giãn thường có ở một chân.

Chẩn đoán quyết định bằng siêu âm Doppler và chụp hệ tĩnh mạch.

Bệnh cảnh hay gặp nhất là sốc chảy máu.

2.3. Thăm khám cận lâm sàng

2.3.1. Chụp bụng không chuẩn bị

Cho phép thấy tổn thương xương chậu. Máu tụ sau phúc mạc với hình ảnh tạng rỗng bị đẩy. Mất bóng cơ đái chậu. Có thể thấy hình ảnh dịch trong bụng bằng hình ảnh dày lên giữa các quai ruột. Hơi trong phúc mạc trong trường hợp vỡ tạng rỗng.

2.3.2. Siêu âm

Cho phép nhìn thấy hình ảnh khối máu tụ sau phúc mạc giới hạn của nó, hình ảnh tổn thương các tạng phối hợp.

Siêu âm Doppler phát hiện tổn thương động mạch, chèn ép mạch hay huyết khối tĩnh mạch.

2.3.3. Chụp động mạch chủ

Cho phép nhìn thấy rõ hệ mạch máu tiểu khung cũng như thương tổn của nó. Thông thường nó là thì đầu của điện quang can thiệp như gây tắc, nút mạch... Nó được chỉ định trước các trường hợp lâm sàng, cận lâm sàng, nghi ngờ tổn thương mạch máu hoặc có dấu hiệu rõ của tổn thương mạch máu lớn để xác định các triệu chứng thương tổn cũng như chọn phương pháp điều trị thích hợp.

Thương tổn mạch chậu đùi biểu hiện bằng hình ảnh hoặc thuốc tràn ra ngoài mạch hoặc giả phồng hoặc cắt cụt đòi hỏi phải điều trị ngoại khoa.

Trong trường hợp nghi ngờ có tổn thương tĩnh mạch chậu có thể chụp tĩnh mạch bằng chọc qua tĩnh mạch đùi cho phép thấy rõ tổn thương.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Hồi sức

Đa số các trường hợp biểu hiện bằng bệnh cảnh hội chứng sốc mất máu đòi hỏi phải hồi sức tích cực với việc đặt được nhiều đường truyền từ chi trên.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Theo dõi sát các thông số huyết động, bù đủ khối lượng tuần hoàn bằng dịch cao phân tử, máu. Cần phải dự trữ huyết tương hoặc khối tiểu cầu trong trường hợp chảy máu nhiều hoặc can thiệp ngoại khoa để dự phòng và điều trị rối loạn đông máu.

3.2. Ống thông bàng quang

Ống thông bàng quang cho phép theo dõi đáp ứng của hồi sức với tình trạng sốc cũng như cho phép phát hiện tổn thương của hệ tiết niệu (vỡ bàng quang, vỡ thận, niệu đạo).

3.3. Gây tắc mạch (Embolisation)

– Chỉ định trong trường hợp chảy máu từ các mạch (không phải mạch lớn; vỡ, giả phồng động – tĩnh mạch, vỡ tĩnh mạch...) đặc biệt trong tổn thương nhánh của động mạch hạ vị.

– Các vật liệu có thể sử dụng: ống thông có bóng, Coil là vật liệu lý tưởng gây tắc các mạch có kích thước vừa, hay Spongel, các thuốc gây tắc mạch (thombosant).

– Ưu điểm: tỷ lệ cầm máu cao, nhẹ nhàng trên một tình trạng huyết động bấp bênh. Tôn trọng sự nguyên vẹn của phúc mạc và khối máu tụ sau phúc mạc.

– Nhược điểm:

+ Không phải bao giờ cũng có thể tiến hành được trong bối cảnh cấp cứu.

+ Tính chuyên khoa cao.

+ Đắt tiền.

+ Biến chứng tắc mạch.

+ Nhiễm độc thuốc cản quang: nhất là trong bối cảnh sốc cung lượng tim giảm hay hội chứng vùi lấp có thể dẫn tới suy thận cấp.

4. PHẪU THUẬT

– Chỉ định trong trường hợp tổn thương mạch máu lớn.

– Phẫu thuật với gây mê. Đường mổ giữa trên dưới rốn cho phép thăm dò các tạng trong ổ bụng và bộc lộ mạch tổn thương. Nên tiến hành cặp tạm thời động mạch chủ trước khi mổ vào khối máu tụ.

– Phục hồi lại các mạch máu tổn thương bằng khâu nối trực tiếp hay ghép mạch.

– Chèn mèche tạm thời cho phép cầm máu. Richardson sử dụng phương pháp này đạt kết quả tốt: 35 trường hợp vỡ xương chậu, 2 tử vong.

Tóm lại: thương tổn động mạch trong vỡ xương chậu chiếm 15 – 18% là biến chứng nặng. Gây tắc mạch là phương pháp điều trị chủ yếu cho kết quả tốt. Ngoại

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

khoa được chỉ định hạn chế trong trường hợp gãy hở hoặc tổn thương mạch lớn. Việc kết hợp các phương pháp và chèn mèche cho phép giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên tới hiện nay đây vẫn là tổn thương nặng tử vong cao v.v...

C. THƯƠNG TỔN MẠCH MÁU TRONG GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy trên lồi cầu là nguyên nhân chủ yếu của tổn thương động mạch cánh tay ở trẻ em. Việc phát hiện sớm tổn thương và điều trị kịp thời đã góp phần làm giảm di chứng sau này.

1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MẠCH MÁU TRẺ EM VÀ HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG

Ở trẻ em mạch máu chun giãn và ít gắn chặt với tổ chức xung quanh hơn người lớn, chính vì vậy rất ít khi thấy thương tổn đứt rời trong tổn thương. Thương tổn chủ yếu là đụng giập, vỡ dưới áo ngoài, vỡ nội mạc.

Một hình thái tổn thương đặc biệt hay gặp ở trẻ em đó là co thắt.

Co thắt có thể gây thiếu máu nặng thậm chí hoại tử chi (22/90). Tuy nhiên chỉ được chẩn doán co thắt khi đã loại trừ chắc chắn các tổn thương khác.

Thương tổn thần kinh: thần kinh giữa hay bị thương tổn do đụng giập hay do bị kéo giãn. Thương tổn thần kinh + thiếu máu do bỏ sót tổn thương mạch sẽ dẫn đến di chứng nặng nề về cơ năng.

2. CHẨN ĐOÁN

Gãy trên lồi cầu độ IV:

+ Cẳng, bàn tay lạnh.

+ Mất mạch.

+ Giảm cảm giác.

+ Đau.

Là những dấu hiệu tổn thương mạch máu nói chung. Lipscomp mô tả triệu chứng ngắn gọn bằng "hội chứng bốn P" (Pallor–Pulselessness–Palsy–Pain). Đứng trước một trường hợp gãy trên lồi cầu có di lệch đặc biệt là độ IV cần phải nghĩ tới tổn thương mạch – thần kinh phối hợp để đi tìm các triệu chứng. Một dấu hiệu quan trọng là giảm hay mất mạch quay.

* Các thăm khám khác

– Chụp mạch: chỉ định rất hạn chế. Bản thân chụp mạch ở trẻ em tự nó cũng gây ra tổn thương mạch nhiều khi là nguy hiểm. Mortecussion và cộng sự chỉ ra

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

bằng lưu lượng máu động mạch giảm trong trường hợp chọc kim đặt ống thông động mạch dùi, lưu lượng này có thể trở lại bình thường vào ngày hôm sau, nhưng mạch sau 4 – 6 giờ vẫn yếu hơn bên đối diện và hầu như bao giờ cũng gây tắc do huyết khối, nhất là trong trường hợp co thắt mạch, lưu lượng máu giảm nguy cơ hình thành huyết khối càng cao.

Doppler mạch: có ưu thế rõ rệt hơn so với chụp mạch vì nó là thăm dò không chảy máu nhất là trong việc theo dõi. Tuy nhiên, trong cấp cứu không phải bao giờ cũng tiến hành dễ dàng và kết quả chính xác.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào dấu hiệu thiếu máu và mạch quay không bắt được.

3. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

Trước một trường hợp gãy trên lồi cầu di lệch mất mạch quay:

– Bao giờ cũng tiến hành kéo nắn lại gãy xương. Khám lại các dấu hiệu thiếu máu, mạch quay sau 30 phút. Có hai khả năng:

+ Nếu mạch quay xuất hiện rõ. Điều trị bảo tồn, tiếp tục theo dõi nhằm phát hiện sớm tắc mạch thứ phát do di lệch hay huyết khối muộn do vỡ nội mạch

+ Mạch quay vẫn không bắt được.

Cần mổ thăm dò, kiểm tra mạch máu và xử trí sớm thương tổn nếu có. Chẩn đoán sớm, điều trị trong vòng 6 giờ sau chấn thương cho phép có được kết quả tốt.

Phẫu thuật mạch máu ở trẻ em cũng có chung những nguyên tắc như phẫu thuật mạch máu ở người lớn. Tuy nhiên, mạch máu trẻ em nhỏ cho nên phải tính đến sự phát triển của mạch sau này. Việc sử dụng các clamp mạch máu thông thường cần phải tránh vì nguy cơ gây thương tổn nội mạc. Chỉ nên sử dụng những clamp chuyên dùng cho trẻ em. Việc khâu nối cũng phải tiến hành với những dụng cụ chuyên dùng (micro) với chỉ nhỏ như 7/0, 8/0 mũi rời cho phép các mạch máu tiếp tục phát triển.

– Gây mê: trong quá trình phẫu thuật phải luôn giữ cho huyết áp và lưu lượng tim ổn định tránh nguy cơ tắc mạch do giảm lưu lượng tim.

– Heparin trong mổ 100–150UI/kg cân nặng.

– Lấy bỏ huyết khối trong lòng mạch được tiến hành với ống thông Fogarty số 2F–3F. Bóng được kéo nhẹ nhàng tránh làm vỡ nội mạc.

– Thương tổn mạch: được tiến hành.

+ Hoặc khâu trực tiếp: khi thương tổn nhỏ, ngắn.

+ Hoặc ghép tự thân trong trường hợp mất đoạn.

– Điều trị thương tổn thần kinh nếu có.

– Nên cắt lớp áo ngoài để tránh co thắt sau khi đã tiến hành khâu nối mạch máu.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Mở cân được chỉ định trong trường hợp tổn thương động mạch trên 6 giờ tránh bỏ sót tổn thương có thể dẫn đến.

– Hội chứng Wolkmann.

– Thiếu máu khi gắng sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Crolais JM chevalier J. enon B et coll (1983): Traumatismes arterielles des poplitées: classification, prognostique.

   Rev chir orthop. 69. 475 – 480.

2. Hugues (1958): Arterial repair during the Korea war

   Ann surg. 147. 555 – 563.

3. C. Elbaz (1972): Les lésions vasculaires dans les traumatismes fermés du genou

   Rev. prat. 22.5. 663 – 679.

4. F Dujardin R Beccari R Benzimra JM Thomin (1986): Complications vasculaires dans les fractures du bassin.

   SOFCOP Réunion annuelle Nov. suppl III.

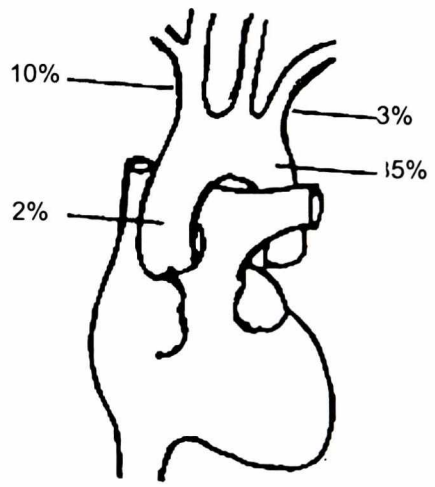
THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

14. VỠ EO ĐỘNG MẠCH CHỦ

Do tai nạn giao thông ngày càng tăng cũng như mức độ trầm trọng của nó, vỡ quai động mạch chủ nói chung và vỡ eo động mạch chủ nói riêng ngày càng gặp nhiều. Vỡ động mạch chủ ngực cấp tính tỷ lệ tử vong khoảng 10 – 20%. Trong một thống kê gần đây của tác giả Pháp thì 10 – 20% vỡ eo động mạch chủ sống sót trên 1 giờ sau tai nạn nó phụ thuộc vào sự hình thành khối giả phồng động mạch do lớp áo ngoài động mạch và do tổ chức bao quanh của trung thất.

Tỷ lệ thương tổn ở động mạch chủ ngực như sau: 2% ở động mạch chủ lên, 10% ở thân cánh tay đầu, 3% ở động mạch dưới đòn trái và tới 85% thương tổn ở eo động mạch chủ. Vì vậy, trong bài này đề cập đến vỡ eo động mạch chủ ngực *(hình 2.53)*.



Hình 2.53. Tỷ lệ vỡ quai động mạch chủ

Thường bệnh nhân tử vong ngay sau tai nạn, số sống sót hình thành khối giả phồng động mạch. Khối này có thể vỡ ngay nhưng cũng có thể tồn tại lâu dài. Một số bệnh nhân lúc đầu không biểu hiện gì của chấn thương eo động mạch chủ hoặc phồng động mạch chủ ngực, sau vài tháng hoặc thậm chí 10 năm túi phồng đột ngột vỡ. (Trong một thống kê nghiên cứu 296 chấn thương động mạch chủ thì 13% bệnh nhân sống bình thường chỉ tình cờ phát hiện ra).

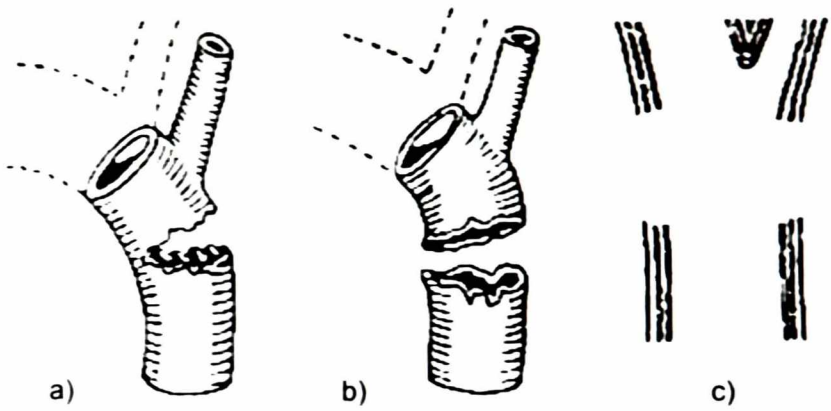
Trong các tai nạn giao thông nhất là chấn thương ngực do giảm tốc độ đột ngột phải nghĩ tới vỡ eo động mạch chủ. Việc điều trị các bệnh này phải đặc biệt chú ý vì hầu hết bệnh nhân đều nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương, nhiều yếu tố nặng đưa đến tử vong.

1. CƠ CHẾ BỆNH SINH VÀ THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU BỆNH

Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây vỡ eo động mạch chủ, do tốc độ lớn và giảm đột ngột. Điều đó giải thích hầu hết số nạn nhân là nam giới trẻ tuổi.

Cơ chế bệnh sinh lần đầu tiên được Rindfleisch mô tả vào năm 1983. Eo động mạch chủ nằm ngay giữa một bên là chân của động mạch dưới đòn trái, một bên là dây chằng động mạch, khối quả tim và quai động mạch chủ di động còn động mạch chủ xuống được cố định chặt vào thành ngực bởi các động mạch liên sườn. Khi giảm tốc độ đột ngột theo quán tính phần di động văng ra phía trước gây giằng xé ở phần eo động mạch chủ và vỡ *(hình 2.54)*.

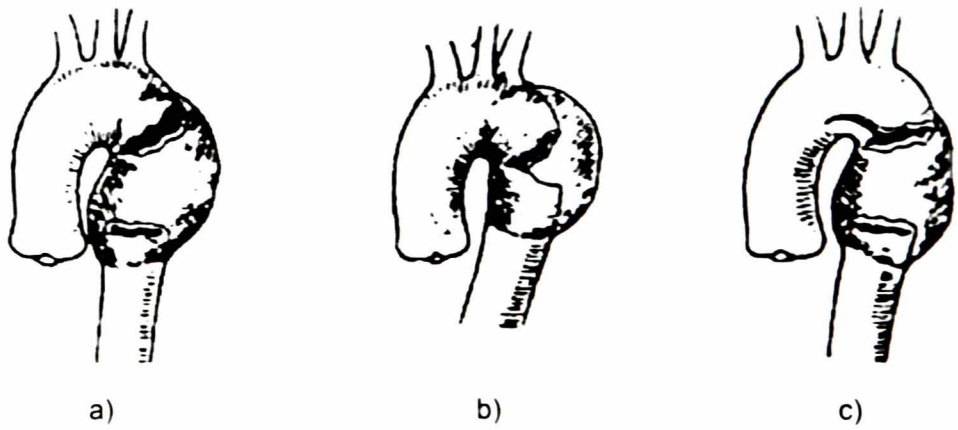
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 2.54. Các loại thương tổn ở thành mạch
a. Vỡ một phần chu vi mạch máu; b. Đứt đôi.

Thành động mạch chủ có thể bị rách lớp nội mạch hoặc cả 3 lớp. Chu vi động mạch chủ có thể bị thương tổn một phần hoặc toàn bộ làm cho hai phần đứt rời nhau và cách xa nhau tới vài cm.

Bệnh nhân sống sót tùy thuộc vào mức độ rách thành mạch và lớp bao quanh động mạch (lớp áo ngoài dai nhất, chịu đựng tới 60% sức bền, vì vậy hay gặp vỡ dưới lớp áo ngoài). Có ba loại thương tổn:



Hình 2.55. Vỡ dưới lớp áo ngoài
a. Vỡ toàn bộ chu vi; b. Vỡ một phần chu vi; c. Vỡ toàn bộ chu vi kèm vỡ dọc phần quai động mạch chủ.

– Vỡ hoàn toàn cả ba lớp: rất hiếm gặp vì đã chết cả.

– Vỡ dưới lớp áo ngoài: hay gặp nhất gây nên túi phồng tại chỗ và dễ dàng lóc thành mạch sang hai phía, có khi tới tận vòng van động mạch chủ và chạc ba chủ chậu (*hình 2.55*).

Tiến triển tự nhiên của khối máu tụ là gây giả phồng động mạch chủ ngực. Một vài tuần sau thành túi phồng được tổ chức hoá và bệnh nhân có thể sống vài tuần sau khi chấn thương. Túi phồng ngày một to lên, chèn ép vào tổ chức xung quanh rồi vỡ tự do vào màng phổi hoặc vào trung thất.

– Vỡ lớp nội mạc: tuy thường gặp nhưng do không có biểu hiện gì nên khó chẩn đoán và có thể tự thành sẹo.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ngoài vùng eo, động mạch chủ còn có thể bị thương tổn những nơi khác như: động mạch chủ lên ngay phía trước gốc thân cánh tay đầu, động mạch chủ đoạn sát trên van gây hở van và tràn máu màng tim dẫn đến tử vong.

2. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán vỡ eo động mạch chủ được đặt ra trong hai tình huống khác nhau:

– Phát hiện trong khi mổ cấp cứu: đây là loại vỡ mới và thường bị động cả về phương tiện lẫn phẫu thuật viên.

– Túi giả phồng động mạch được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật có chuẩn bị.

2.1. Vỡ mới

Bệnh nhân vào viện trong bệnh cảnh của đa chấn thương. Điều khó khăn là thương tổn ở các tạng khác che đậy mất các triệu chứng của thương tổn động mạch chủ. Có khi bệnh nhân không có dấu hiệu gì đặc biệt. Cần khai thác cơ chế gây chấn thương (dừng tốc độ đột ngột) và tìm khám những dấu hiệu sau:

– Đau ngực hay đau lưng thường bao giờ cũng có nhưng không phải là đặc hiệu

– Dấu hiệu mất máu đôi khi có choáng.

– Dấu hiệu chèn ép các tạng xung quanh: nuốt khó, khí quản bị đẩy lệch là dấu hiệu muộn.

– Chênh lệch áp lực động mạch giữa chi trên và chi dưới, giảm hoặc mất mạch đùi ở hai bẹn.

– Tiếng thổi tâm thu ở trước tim hoặc sau lưng.

– Liệt hai chi dưới hoặc vô niệu: rất hiếm gặp.

Dấu hiệu chảy máu ở trung thất trên phim chụp Xquang là dấu hiệu chính trong chẩn đoán. Trung thất trên có thể giãn rộng hay chỉ giãn một cách kín đáo. Bờ của trung thất không còn rõ. Các dấu hiệu này có thể thấy rõ trên phim tiêu chuẩn, chụp ngực thẳng.

Cần chụp động mạch chủ. Nó cho phép khẳng định có vỡ eo động mạch chủ hay không và đặc biệt xác định chính xác vị trí vỡ, qua đó đề ra được sách lược phẫu thuật. Chụp động mạch qua đường tĩnh mạch ít gây biến chứng nhưng nhược điểm chính là hình ảnh thu được không rõ nét. Chụp động mạch chủ qua đường động mạch đùi hay động mạch nách ưu điểm là hình ảnh thu được rất rõ nét nhưng có thể làm tăng thêm nguy cơ vỡ. Các hình ảnh đặc trưng nhất của vỡ eo động mạch chủ là: thoát chất cản quang khỏi lòng mạch, thấy hình ảnh giả phồng động mạch chủ. Phải chú ý phát hiện các hình ảnh kín đáo nhưng có giá trị lớn trong chẩn đoán như mất hình ảnh liên tục của thành động mạch chủ hoặc chỉ có giãn vùng eo động mạch chủ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ngoài các thăm dò trên, với vỡ eo động mạch chủ người ta có thể làm siêu âm, chụp CLVT hay IRM để chẩn đoán nếu tình trạng bệnh nhân cho phép.

Sau khi chẩn đoán, phải phẫu thuật cấp cứu ngay vì vỡ thứ phát có thể xảy ra bất cứ lúc nào. Phẫu thuật phải được tiến hành ở trung tâm ngoại khoa với phẫu thuật viên chuyên khoa.

2.2. Túi giả phồng ở eo động mạch chủ

Bệnh thường được phát hiện tình cờ khi chụp phim ngực.

Trên lâm sàng triệu chứng thường nghèo nàn, có thể biểu hiện bằng: dấu hiệu đau ở ngực trái, dấu hiệu chèn ép tạng xung quanh gây khó thở, nuốt khó hay liệt thần kinh quặt ngược bên trái. Triệu chứng giả hẹp eo động mạch chủ chỉ là ngoại lệ.

Việc chẩn đoán hoàn toàn dựa vào chụp ngực tiêu chuẩn và chụp động mạch.

Trên phim chụp ngực tiêu chuẩn thấy hình ảnh điển hình của phồng eo động mạch chủ, đẩy lệch khí quản và chèn ép thực quản (chụp thực quản có uống thuốc cản quang).

Chụp động mạch chủ qua đường tĩnh mạch hoặc động mạch ngược dòng sẽ giúp khẳng định chẩn đoán phồng eo động mạch chủ sau chấn thương dựa vào ba yếu tố: vị trí eo động mạch chủ, ở bệnh nhân trẻ tuổi và tiền sử có chấn thương.

Chỉ định phẫu thuật được đặt ra sau khi có chẩn đoán.

3. ĐIỀU TRỊ

Vấn đề chính trong điều trị phẫu thuật vỡ eo động mạch chủ là chọn phương pháp phẫu thuật, các phương pháp bảo vệ chống lại các hậu quả do cặp động mạch chủ ngực. Với sự hỗ trợ của máy tim phổi thì việc phẫu thuật được tiến hành thuận lợi và an toàn. Thường sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể bán phần (giữa động mạch đùi và tĩnh mạch đùi) vì nó đủ đảm bảo cho việc bảo vệ tuỷ sống và thận.

3.1. Phẫu thuật vỡ eo động mạch chủ với máy tim phổi

3.1.1. Chuẩn bị bệnh nhân

Đây là một phẫu thuật lớn, việc chuẩn bị giống như mổ với máy tim phổi. Vùng mổ rộng rãi từ vùng bẹn đến ngực.

Phải đặt ra các đường truyền cần thiết bao gồm cả đường theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm và áp lực động mạch. Vì có khi phải cặp động mạch dưới đòn trái nên đường áp lực động mạch được theo dõi ở động mạch quay bên phải.

Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng sang phải 90^0 và xương chậu nghiêng nhẹ sao cho vùng bẹn trái được bộc lộ rõ. Đường mổ ngực rộng từ cột sống đến xương ức, đôi khi có thể phải cắt ngang xương ức. Mở ngực qua khoang liên sườn IV.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.1.2. Kỹ thuật

a) Đường mổ

– Bộc lộ bó mạch đùi theo chiều dài của đường động mạch và tĩnh mạch đùi chung, luồn dây xung quanh mạch máu.

– Mở ngực: thường dùng đường mở ngực qua khoang liên sườn IV từ cột sống đến xương ức.

b) Đặt máy tim phổi một phần đùi – đùi (hình 2.57a)

Phương pháp này hay sử dụng. Nó cho phép cung cấp máu và trao đổi oxy ở phần cơ thể dưới chỗ cặp động mạch chủ ngực. Phương pháp này có ưu điểm:

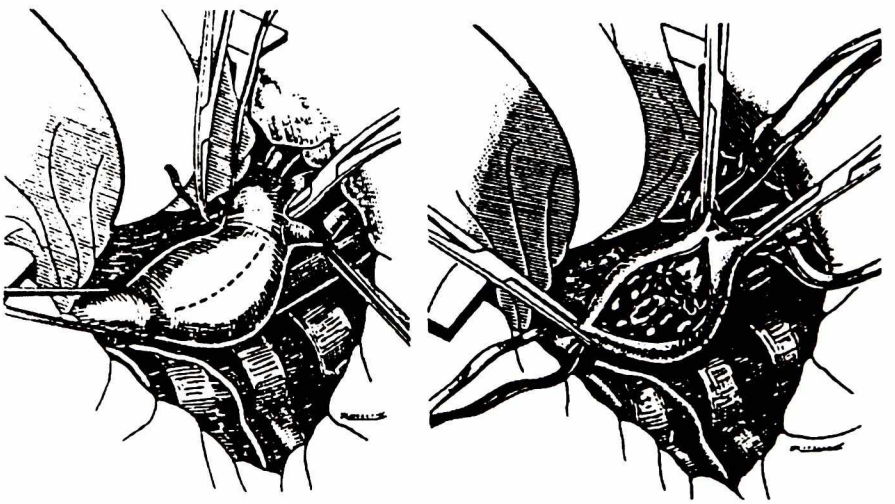
– Lưu lượng bảo đảm ổn định từ 1000 – 2000ml/phút. Có thể cung cấp máu nhanh chóng khi có mất máu nhiều.

– Phẫu trường rộng rãi không vướng các ống của máy tim phổi.

– Có thể chuyển từ máy tim phổi một phần thành chạy máy tim phổi toàn bộ bằng cách đặt ống vào phễu động mạch phổi và động mạch chủ lên.

– Vì phải dùng heparin toàn thân nên phải hết sức chú ý khi có các thương tổn phối hợp nặng ở các tạng và ở não.

c) Bộc lộ thương tổn



Hình 2.56. Cặp riêng rẽ các động mạch

Sau khi mở ngực, vén phổi trái xuống dưới và ra trước. Thường thấy ngay khối máu tụ lớn ở vùng eo động mạch chủ. Khối máu tụ thường lan tới quai động mạch và phía dưới xuống động mạch chủ xuống. Không bao giờ được vào ngay khối máu tụ mà phải phẫu tích nắm hai đầu động mạch chủ phía trên và phía dưới. Việc phẫu tích nắm đầu dưới không mấy khó khăn. Với đầu trên phải phẫu tích thật cẩn thận quai động mạch chủi tới phần giữa động mạch cảnh gốc trái và động mạch dưới đòn trái. Đôi khi phải bắt đầu từ động mạch chủ lên qua đường mở màng tim. Phải cặp riêng rẽ quai động mạch chủ và động mạch dưới đòn trái *(hình 2.56)*.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chạy máy tim phổi tiến hành phẫu tích động mạch chủ. Cặp các mạch máu, mở khối máu tụ, lấy hết máu cục, đánh giá thương tổn để sửa chữa.

d) Phục hồi lưu thông mạch máu

Tuỳ thuộc vào thương tổn mà lựa chọn phương pháp và kỹ thuật phục hồi mạch máu. Rất hay gặp loại thương tổn vỡ toàn thể chu vi mạch máu trong đó hai đầu động mạch rời xa nhau tới vài cm. Có thể phẫu tích hai đầu động mạch và nối tận tận nhưng phải lưu ý tổ chức thành mạch thường mủn khi co kéo mạnh hay miệng nối căng dễ gây chảy máu trong và sau mổ. Tốt nhất nên ghép động mạch chủ bằng một đoạn mạch nhân tạo. Nói chung kỹ thuật ghép này đơn giản và an toàn.

Trong trường hợp thương tổn vỡ một phần chu vi mạch máu thì tốt nhất là khâu trực tiếp. Có hai vấn đề được đặt ra là dùng kẹp bên động mạch chủ thường rất khó khăn, cặp không hoàn toàn và rất nguy hiểm. Thứ hai là phải khâu động mạch với những miếng độn Teflon.

Trước khi thắt chỉ phải nhớ đuổi hơi trong lòng mạch bằng cách thả kẹp động mạch chủ ở đầu dưới (phía hạ lưu). Thả kẹp động mạch chủ phía trên (phía thượng lưu) phải từ từ và có chuẩn bị chống hiện tượng tụt huyết áp sau khi thả kẹp. Phải cầm máu thật kỹ dưới hỗ trợ của máy tim phổi.

e) Kết thúc cuộc mổ

Sau khi ngừng máy tim phổi thì rút các ống và khâu lại động mạch và tĩnh mạch đùi. Trung hoà heparin và protamin. Đặt dẫn lưu ở đùi (Redon). Dẫn lưu và đóng ngực.

3.2. Các phương pháp cho phép cặp động mạch chủ tạm thời

Người ta đã sử dụng nhiều kỹ thuật phối hợp khác nhau để cho phép cặp động mạch chủ tạm thời mà không cần sử dụng máy tim phổi. Vấn đề chính được đặt ra là phải bảo vệ được tuỷ và thận trọng khi cặp động mạch chủ. Tuy vậy, các biến chứng ở thận và tuỷ vẫn cao.

3.2.1. Hạ thân nhiệt trung bình bề mặt ở nhiệt độ 31°C.

Phương pháp này đôi khi sử dụng thành công. Tuy vậy nó có rất nhiều nhược điểm. Hạ thân nhiệt cho phép cặp động mạch chủ trong 45 phút, thời gian đủ để phẫu thuật động mạch chủ. Phương pháp này không áp dụng được trong cấp cứu đặc biệt khi có chảy máu nhiều hoặc có thể gây rung thất do hạ nhiệt độ cơ thể. Vì vậy, ngày nay ít được dùng.

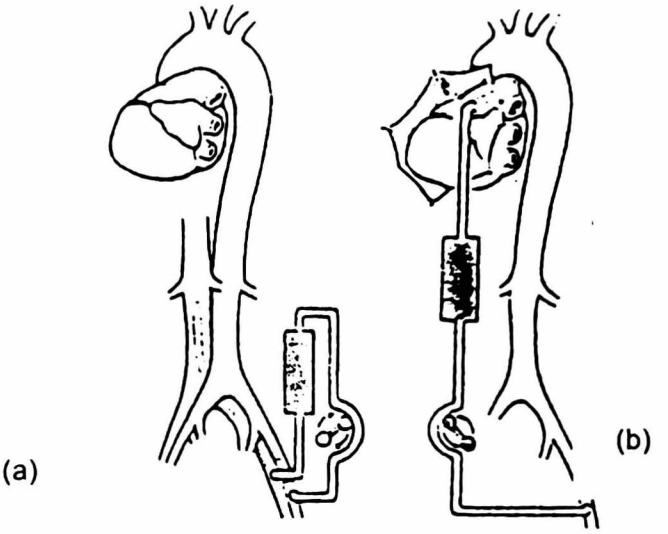
3.2.2. Làm cầu nối tạm thời tâm nhĩ trái động mạch đùi

Dựa trên nguyên tắc phân luồng một phần máu tĩnh mạch phổi đổ về bằng cách làm cầu nối tạm thời giữa nhĩ trái và động mạch đùi. Cần phải sử dụng heparin toàn thân và bơm động mạch.

Tuy vậy, cũng có rất nhiều nhược điểm: nhược điểm chính là không điều chỉnh được lưu lượng máu cần hỗ trợ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Nếu lưu lượng bơm thấp thì gây "quá tải" cho thất trái. Để tránh biến chứng này có thể đặt một bình chứa (Reservoir) giữa hệ thống tĩnh mạch và động mạch và tất nhiên phải sử dụng phổi nhân tạo. Hai ưu điểm chính của phương pháp này là đảm bảo một cách hiệu quả thất trái tránh biến chứng do "quá tải" và thứ hai đảm bảo máu được bão hoà oxy tốt *(hình 2.57b)* tuy vậy phải chú ý là các đường ống của máy tim phổi có thể gây cản trở phẫu trường nhất là khi cuộc mổ tiến hành khó khăn.



Hình 2.57. Cầu nối đùi – đùi và nhĩ trái – động mạch đùi và máy tim phổi

3.2.3. Làm cầu nối tạm thời giữa động mạch nách và động mạch đùi bên phải

Cùng mục đích phân luồng tránh các biến chứng ở tim và tăng huyết áp phần trên cơ thể cũng như bảo vệ được tuỷ và thận khi cặp động mạch chủ, người ta có thể làm cầu nối tạm thời giữa động mạch nách và động mạch đùi bên phải mà không cần sử dụng bơm động mạch.

Ngoài các phương pháp trên người ta còn có thể làm cầu nối tạm thời giữa quai động mạch chủ và động mạch chủ xuống bằng đoạn mạch nhân tạo. Tuy vậy, để làm được cầu nối này việc phẫu tích gặp nhiều khó khăn nhất là khi khối máu tụ lớn. Một nhược điểm cũng không tránh khỏi là cầu nối cản trở cho phẫu trường.

3.3. Phẫu thuật phồng eo động mạch chủ sau chấn thương

Về nguyên tắc, điều trị phồng eo động mạch chủ sau chấn thương cũng giống như điều trị vỡ eo động mạch chủ mới. Điểm khác là bệnh nhân thường không ở trong tình trạng đặc biệt cấp cứu và được tiến hành ở một trung tâm chuyên khoa phẫu thuật tim mạch.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Phẫu tích nắm đầu trên động mạch chủ ngực thường dễ dàng hơn so với loại eo vỡ động mạch chủ mới, không cần phẫu tích túi phồng. Phẫu tích động mạch chủ xuống.

Cặp động mạch chủ trên và dưới túi phồng. Mở túi phồng theo chiều dọc, lấy hết máu cục trong túi phồng. Sự khác biệt ở đây là không có một mạch liên sườn nào đổ vào trong lòng túi phồng. Hai đầu của động mạch chủ vỡ nhìn rõ trong lòng túi phồng và cách xa nhau. Rất khó có thể phẫu tích và nối trực tiếp hai đầu mà nên ghép bằng một đoạn mạch nhân tạo ngay. An toàn hơn cho phẫu thuật là dùng tuần hoàn ngoài cơ thể trong thời gian ngắn hoặc dùng các loại nối tạm thời nhất là cầu nối giữa động mạch nách và động mạch đùi.

Thả kẹp động mạch chủ phải từ từ để tránh xé rách hoặc bị lóc thành mạch. Cắt bỏ một phần vỏ túi phồng và khâu che vỏ túi phồng trên đoạn mạch ghép để cách biệt với phổi trái.

Với loại thương tổn vỡ một phần chu vi động mạch chủ thường tiến triển thành loại túi phồng hình túi và cổ túi phồng chính là chỗ vỡ thành động mạch chủ. Phẫu thuật đơn giản là phẫu tích và khâu lại trực tiếp chỗ vỡ hoặc vá bằng một miếng nhân tạo (Patch).

Không cần dùng heparin sau mổ. Cần theo dõi biến chứng chảy máu sau mổ. Về lâu dài có thể gặp phồng miệng nối sau mổ. Biến chứng liệt tuỷ sau cặp động mạch chủ tới 4% (theo F.Gigou và C.Larian). Biến chứng suy thận sau cặp động mạch chủ thì ít gặp hơn.

Tóm lại: vấn đề đặt ra cho vỡ eo động mạch chủ được tóm tắt như sau:

– Chẩn đoán: phải nghi ngờ và khẳng định chẩn đoán trước khi có tràn máu trung thất.

– Về kỹ thuật: nên sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể, nếu không thì làm cầu nối tạm thời động mạch nách – đùi.

– Điều trị: phải kiểm soát được quai động mạch chủ.

Điều trị phẫu thuật vỡ quai động mạch chủ nói chung và vỡ eo động mạch chủ nói riêng mang những nét đặc trưng rất khác nhau. Vỡ eo động mạch chủ là loại thương tổn đa dạng bắt buộc phải được phẫu thuật ở trung tâm chuyên khoa lớn. Ngày nay với sự hỗ trợ của các phương tiện thăm dò cận lâm sàng như chụp Xquang, siêu âm Doppler màu, CT Scanner hay IRM đã giúp cho chẩn đoán sớm, yếu tố quan trọng giúp cho phẫu thuật thành công. Tuy vậy, một yếu tố rất quan trọng khác là đứng trước một bệnh nhân bị đa chấn thương hay chấn thương ngực kín phải nghĩ tới thương tổn vỡ eo động mạch chủ để thăm dò chẩn đoán và gửi đến trung tâm phẫu thuật chuyên khoa.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antunes MJ· (1987): Acute traumatic rupture of the Aorta: Repair by simple aortic cross–clamping Ann thorac Surg. 44: 257.
2. Cowley RA, Turney SZ (1990): Rupture of thoracic aorta caused by blunt trauma A fifteen year experience J. Thorac Cardiovasc Surg. 100: 652.
3. Jahn EJ, Fishes Gư (1964): Acute traumatic rupture of thoracic aorta Thorac Cardiovasc Surg. 48: 63.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

15. TẮC ĐỘNG MẠCH CẤP TÍNH

Về mặt danh từ, cần phân biệt nghẽn mạch (embolie) là do một vật tắc từ nơi khác trôi đến lấp lòng mạch, huyết khối (thrombose) là do cục máu được hình thành tại chỗ làm tắc lòng mạch, vì thế mà huyết khối không cấp tính bằng nghẽn mạch. Sau một thời gian cả hai hiện tượng trên phối hợp với nhau nên gọi là nghẽn – huyết khối động mạch (thrombo – embolie arterielle). Trong bài này trình bày dưới danh từ tắc động mạch cấp tính.

Mặc dù có những tiến bộ trong chẩn đoán cũng như điều trị các bệnh tim mạch, tắc động mạch vẫn còn là một nguyên nhân quan trọng đe doạ chức năng của chi cũng như của các tạng bị tắc động mạch.

Tỷ lệ tắc mạch ngày một tăng do hai nguyên nhân: các phương tiện và kiến thức để chẩn đoán được cải thiện và tuổi thọ của con người tăng lên. Theo Elliot trong thời gian từ 1954 – 1960 tỷ lệ tắc mạch là 23,1 trên 100.000 dân, nhưng từ 1960 – 1979 tỷ lệ là 50,4 trên 100.000 dân.

Những tiến bộ trong xử trí tắc mạch bao gồm: cần phải chẩn đoán và xử trí sớm để tránh lớp nội mạc bị thương tổn, nguyên nhân hình thành huyết khối tại chỗ cũng như phía xa sau khi đã lấy vật tắc, việc sử dụng heparin trước cũng như sau khi mổ đã đóng một vai trò hết sức quan trọng, lấy toàn bộ vật tắc (tại chỗ cũng như huyết khối hình thành phía xa) đã có tiến bộ rất đáng chú ý từ 1963 khi Fogarty dùng một ống thông có bóng đưa vào lòng mạch để lấy.

Mặc dầu với ông Fogarty, phẫu thuật lấy vật tắc đã trở nên đơn giản rất nhiều, tỷ lệ cứu chức năng của chi đã tăng cao, nhưng tỷ lệ tử vong vẫn không được giảm (từ 10 – 25%). Điều này do bệnh gây nên vật tắc rất nặng: phần lớn là do bệnh tim và tuổi ngày một tăng cao. (Nếu như trước đây là do bệnh thấp tim, tuổi chỉ khoảng 40 – 50 thì ngày nay phần lớn là do xơ vữa, tuổi tăng lên tới 70).

1. NGUYÊN NHÂN VÀ NGUỒN GỐC

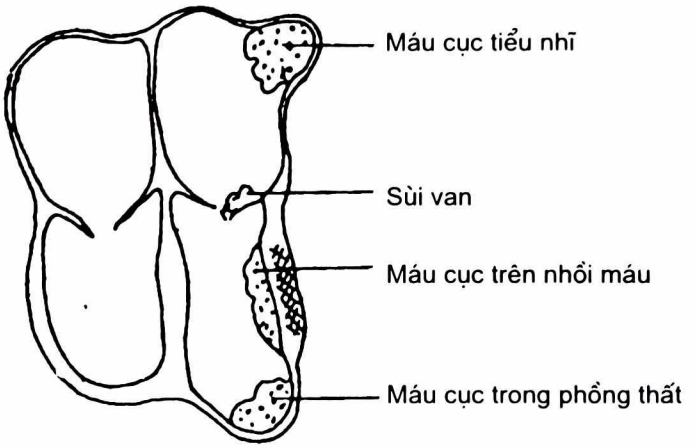
Có hai nguyên nhân chính: tại tim và không tại tim, ngoài ra còn một số nhỏ không tìm được nguồn gốc. Ngày càng giảm tỷ lệ nguồn gốc không rõ khả năng chẩn đoán nâng cao.

1.1. Nguồn gốc tại tim

Nguồn gốc của vật tắc là tại tim chiếm 80 – 90% *(hình 2.58)*.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thấp tim làm các van tim bị tổn thương kèm theo rung nhĩ là nguyên nhân thường gặp. Tuy nhiên, tại các nước phát triển, tỷ lệ thấp tim ngày càng giảm nên nguồn gốc này giảm theo. Ở nước ta, đây vẫn là nguyên nhân số một.



Hình 2.58. Nguồn gốc tại tim

Rung nhĩ thường phối hợp với tắc mạch trong 2/3 các ca, cục máu đông hình thành trong tiểu nhĩ do dòng máu kém lưu thông. Với siêu âm nhất là siêu âm qua thực quản người ta có thể nhìn rõ huyết khối này, tuy nhiên khi không phát hiện cục máu cũng không thể loại trừ nguyên nhân từ tim có rung nhĩ.

Nhồi máu cơ tim nhất là nhồi máu xuyên thành thất trái là nguyên nhân rất thường thấy. Cục máu hình thành ở mỏm tim. Có tới 30% là loại nhồi máu xuyên thành nhưng chỉ có 5% là bị tắc mạch, khi mổ tử thi thì có tới hơn 40% những bệnh nhân nhồi máu là có cục máu đông trong tim. Tắc mạch sau nhồi máu khoảng hai tuần. Đôi khi triệu chứng nhồi máu thể hiện mà nhờ có tắc mạch mới phát hiện ra, nhất là những bệnh nhân không có rung nhĩ.

Tắc mạch có thể xuất hiện rất muộn sau nhồi máu, do hình thành máu cục trong túi phình thất trái.

Việc thay van tim bằng van nhân tạo, nhất là các van cơ học là một nguồn thường thấy của tắc mạch: các thuốc chống đông máu dùng một cách hệ thống có kiểm tra chặt chẽ tỷ lệ đông máu sẽ làm giảm tai biến này. Đối với van cơ học, máu cục hình thành tại vòng khâu van, tại lồng van (van hòn bi) và tại bản lề (van hình đĩa), van sinh học tỷ lệ tắc mạch thấp hơn.

U trong tim (như u nhầy nhĩ trái), các viêm sùi ở cánh van do nhiễm khuẩn hoặc nấm cũng là một nguyên nhân. Vì vậy xét nghiệm các vật tắc và thử cấy vi trùng có thể phát hiện được nguyên nhân trong tim.

1.2. Nguồn gốc không tại tim

Chiếm khoảng 5 – 10%.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

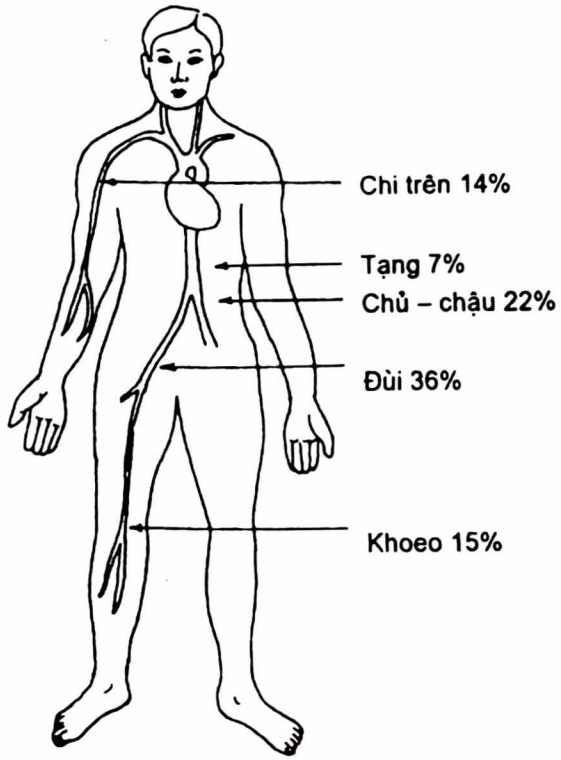
Thường thấy nhất là những cục máu đông hình thành tại các túi phồng động mạnh phía trên hoặc là tại những mảng loét do xơ vữa động mạch.

Các thủ thuật (chẩn đoán và điều trị) tại các động mạch là nguồn gốc của tắc mạch, ngày nay các thủ thuật này ngày càng phát triển rộng rãi thì tỷ lệ tắc mạch cũng tăng lên.

Những nguồn gốc không tại tim do u hiếm hơn nhiều, cần phải chú ý trước hết đến nguyên nhân do ung thư, nhất là ung thư phổi, đôi khi có hiện tượng tắc ngược, vật tắc từ hệ tĩnh mạch trôi đến tim, qua một lỗ thông trong tim (thường là thông liên nhĩ) gây tắc ở hệ động mạch.

1.3. Nguồn gốc không rõ ràng

Chiếm khoảng 5 – 10%, tỷ lệ ngày càng giảm do khả năng chẩn đoán tăng lên.



Hình 2.59. Vị trí tắc động mạch

Về vị trí động mạch bị tắc *(hình 2.59)* khoảng 20% là tắc hệ mạch cảnh và 7% là tắc các tạng. Các loại tắc động mạch này nhiều khi không chẩn đoán được do nhầm lẫn với tai biến mạch máu não (chảy máu) hoặc dấu hiệu nghèo nàn (tắc động mạch thận, tắc động mạch trong bụng).

70% còn lại là tắc động mạch ở chi: chi dưới tắc nhiều gấp 5 lần chi trên. Nơi tắc thường ở chỗ phân nhánh do đường kính động mạch chỗ này nhỏ hẳn lại. Còn với những thương tổn thuộc hệ động mạch thì nơi nào bị hẹp nơi ấy dễ bị máu cục tắc lại.

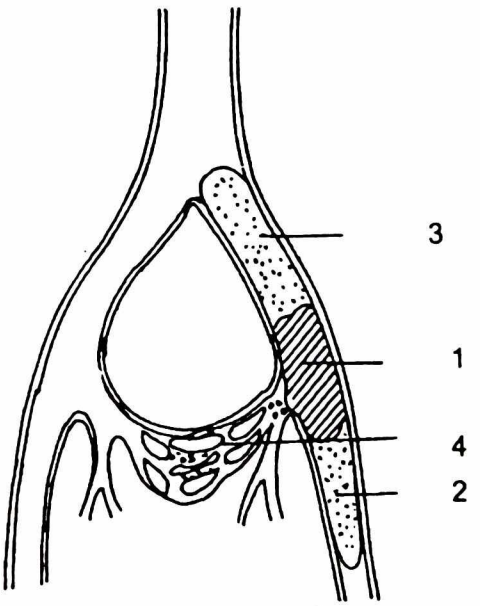
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. SINH LÝ BỆNH

Hậu quả của tắc động mạch phụ thuộc vào những yếu tố sau: kích thước động mạch bị tắc (hoàn toàn hay không hoàn toàn) và quan trọng nhất là tình trạng tuần hoàn phụ, tình trạng tuần hoàn phụ này quyết định mức độ nghiêm trọng cũng như kết quả.

Một động mạch đang bình thường, khi bị tắc đột ngột dấu hiệu sẽ rầm rộ, còn một động mạch đã bị thương tổn (hẹp sẵn do bị xơ vữa) khi tắc chỉ thể hiện bằng những dấu hiệu nghèo nàn.

Thời gian bị tắc có vai trò hết sức quan trọng: 4 – 6 giờ từ lúc tắc đến lúc mổ là "thời gian vàng" để có thể thu được kết quả tốt nhất, nhưng cũng khó mà xác định dứt khoát khoảng thời gian cho tất cả các trường hợp để quyết định khả năng còn mổ và còn cứu được chi nữa không, vì các mạch tuần hoàn phụ mới có giá trị chính. Tuy nhiên, dù chi không bị cắt cụt nhưng chức năng chi rất có thể bị ảnh hưởng vì mỗi một mô có sức chịu đựng khác nhau đối với thiếu máu.



Hình 2.60. Sự lan rộng của tắc mạch
1. Vật tắc động mạch; 2. Máu cục phía ngoại vi;
3. Máu cục phía trung tâm; 4. Tắc các mao mạch

Sau khi động mạch bị tắc ở chạc ba, ba hiện tượng có thể xảy ra: trước hết và quan trọng nhất là sự lan rộng của huyết khối về phía trung tâm và phía ngoại vi *(hình 2.60)*. Do cục máu đông lan rộng mà các mạch bên sẽ bị tắc, làm cho tình trạng thiếu máu phía hạ lưu càng nghiêm trọng. Để tránh hiện tượng này, heparin với liều đầy đủ có vai trò hết sức quyết định, thêm vào đó khi mổ cần phải lấy hết máu cục hình thành ngày càng dài, nhưng cũng có thể không liên tục nghĩa là không dính gì với vật tắc ban đầu, do đó khi bơm ngược dòng từ tận đầu ngoại vi mà

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thấy trào ngược lên chỗ mở động mạch thì cũng không có nghĩa là đã hết máu cục vì dung dịch bơm theo tuần hoàn phụ trào lên.

Thứ hai là cục máu đông bị đứt đoạn, trôi xuống dưới gây tắc các nhánh bên.

Thứ ba là kèm theo tắc động mạch, tĩnh mạch cũng bị tắc do thời gian tắc kéo dài, hiện tượng ngừng đập các huyết cầu. Tĩnh mạch bị tắc sẽ cản trở dòng máu động mạch, chi phù và máu cục trôi gây tắc mạch phổi chết người.

Toàn thân có thể bị những ảnh hưởng sau đây: nghiêm trọng nhất là hội chứng viêm thận cấp do myoglobin (1/3 nguyên nhân tử vong sau khi lưu thông dòng máu). Vì thế mà mới chủ trương dùng heparin ngay và cắt cụt kỳ đầu sớm khi cần thiết.

Máu trong hệ tĩnh mạch của chi bị tắc động mạch do chuyển hoá yếm khí nên đậm độ kali sẽ rất cao, acid lactic, myoglobin và các men như LDH, SGOT, creatinin, phosphokinase cũng rất cao, pH trong máu giảm. Ngay sau khi hồi phục lưu thông dòng máu, các sản phẩm trên tràn vào hệ tuần hoàn gây nên những hậu quả nặng nề: kali máu tăng, toan chuyển hoá, và đái ra myoglobin (nước dái đỏ) là hội chứng chính, viêm ống thận cấp dễ dàng xảy ra nhất là trong điều kiện toan máu.

Phù chi nặng sau khi phục hồi dòng máu là do độ thấm qua thành mạch tăng vì thành mạch máu bị thương tổn khi thiếu máu. Hội chứng khoang xuất hiện, sẽ dẫn đến tắc lại động mạch (nhất là khoang trước của cẳng chân). Vai trò của mở cân sẽ làm giảm hậu quả này.

3. CHẨN ĐOÁN

Thông thường xuất hiện một cách đột ngột với các dấu hiệu trong tiếng Anh biểu hiện bằng " 5P ": mất mạch (pulselessness), đau (pain), nhợt (palor), tê bì (paresthesia) và liệt (paralysis).

Mạch mất dễ phát hiện, nhưng đôi khi do trước đây mạch đã giảm vì các bệnh mạch máu. Ngược lại, khi không thấy mất mạch không có nghĩa là không có tắc động mạch vì tuần hoàn phụ bù cho. Đáng chú ý khi bắt mạch gần chỗ tắc có thể thấy mạch đập, đây là mạch giả do xung động truyền xuống qua khối máu cục mới hình thành.

Đau và chi nhợt là dấu hiệu điển hình của thiếu máu động mạch cấp tính. Đau ở những nhóm cơ chính, nhưng do tê bì nên có khi dấu hiệu đau bị che phủ. Lúc đầu phần chi bên dưới chỗ tắc mạch trắng nhợt như sáp ong, sau đó nổi những mảng tím, nốt phỏng.

Khi thiếu máu kéo dài sẽ dẫn tới giảm vận động và mất cảm giác, do ảnh hưởng tới các cơ và thần kinh. Đây là dấu hiệu đánh giá mức độ thiếu máu, liên

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

quan tới tiên lượng. Nếu còn cảm giác khi đụng chạm nhẹ là dấu hiệu tốt, khi liệt thì nguy cơ hoại tử.

Xác định vị trí tắc thường bằng khám kỹ càng. Ngoài mất mạch, vị trí nhiệt độ thay đổi có thể ước dược vị trí tắc: nếu lạnh ở cổ chân tức là tắc khoeo, trên đầu gối là tắc ở chạc ba đùi nông và sâu, nửa đùi một bên là tắc ở động mạch chậu, nếu cả hai bên cùng với phía bụng dưới và mông tức là tắc chạc ba động mạch chủ chậu, trong trường hợp này cần phải chú ý tới cả thận, tạng và tuỷ sống.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

4.1. Huyết khối động mạch cấp tính

Nghẽn mạch cấp tính (embolie) thường khó phân biệt với huyết khối động mạch hình thành tại chỗ trên một thương tổn có sẵn của động mạch. Lấy vật tắc (embolectomie) thường là kết quả và là một thủ thuật đơn giản, nhưng lấy huyết khối (thrombectomie) thường là thất bại, đòi hỏi phải tạo hình lại động mạch, do đó tốt nhất là không nên mổ cấp cứu.

Phân biệt giữa nghẽn mạch và huyết khối động mạch

	Nghẽn mạch	Huyết khối
Xác định nguồn tắc	Thường thấy nhất là rung nhĩ	Ít thấy
Tiền sử đau cách hồi	Không	Thường có
Dấu hiệu gợi ý có thiếu máu do hẹp	Rất ít mạch ở gần và bên đối diện bình thường	Thường thấy: mạch gần và mạch bên đối diện giảm hoặc mất
Chụp động mạch	Hình cắt cụt, ít mạch bên, thành mạch nhẵn	Hình nham nhở, các nhánh bên phát triển

4.2. Lóc động mạch chủ (aortic dissection)

Lóc động mạch chủ có khi gây thiếu máu đột ngột một vùng, mất mạch và dấu hiệu thiếu máu cấp của vùng tương ứng. Phân biệt bằng đo huyết áp thấy cao, đau vùng ngực và lưng lan dọc xuống dưới, nghe tim có thể thấy dấu hiệu hở van động mạch chủ (thổi tâm trương), bắt mặt cảnh và tay hai bên có thể thấy khác nhau. Chụp ngực thấy trung thất giãn rộng. Xác định chẩn đoán bằng chụp động mạch chủ và bằng chụp cắt lớp vi tính. Một khi mổ nhầm thì không đưa ống thông Fogarty qua chỗ tắc, nếu không qua được thì cũng không rút ra được máu cục tắc.

4.3. Chi sưng – nóng – đau (phlegmatia cerulea dolens)

Hệ tĩnh mạch chậu – đùi bị viêm tắc gây đau chi đột ngột. Chân phù làm cho bắt mạch khó khăn, sau một thời gian dòng máu tới cũng bị ảnh hưởng. Phân biệt bằng dấu hiệu phù và màu tím sẫm của chi.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.4. Tình trạng suy tuần hoàn (lưu lượng thấp)

Nhiễm trùng huyết, nhồi máu cơ tim, nhồi máu phổi, mất nước nhiều và các bệnh cấp tính trong bụng dễ gây nhầm với tắc động mạch cấp tính.

5. ĐIỀU TRỊ

Ngay sau khi có chẩn đoán, cần phải xử trí ngay. Những yếu tố chính giúp cho việc điều trị ngoại khoa được cải thiện là: thuốc chống đông, phương tiện và kỹ thuật mổ, ống thông Fogarty. Nếu như trước đây chỉ có khoảng hơn 20% trường hợp được mổ lấy vật tắc thì ngày nay gần như tất cả đều được mổ.

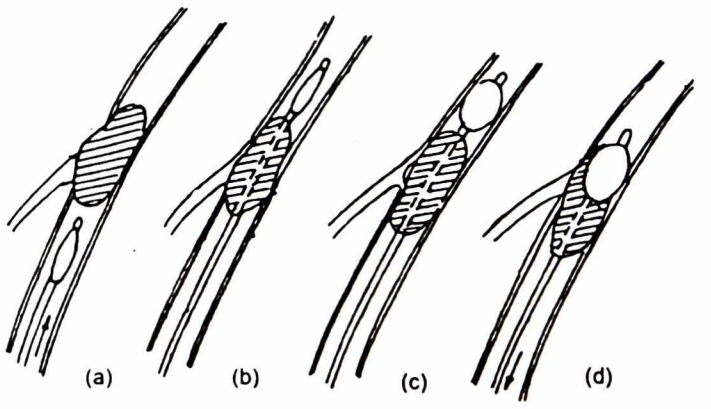
Dùng heparin tĩnh mạch ngay sau khi có chẩn đoán để đề phòng và ngăn ngừa máu cục hình thành và phát triển.

Điều trị các bệnh tim, loạn nhịp, thiếu máu cơ tim v.v...

Các xét nghiệm cần thiết trước mổ: điện giải, urê, creatinin, đông máu v.v... Chụp ngực và điện tim. Siêu âm Doppler các chi để đánh giá kết quả sau mổ. Đặt ống thông vào tĩnh mạch trung tâm.

Thông thường chỉ cần gây tê để mổ

Đối với động mạch chậu và đùi: mở rộng mạch ở vùng bẹn, bộc lộ động mạch đùi chung, đùi nông và sâu. Mở động mạch theo chiều dọc hay ngang (nếu mở dọc khi khâu lại sẽ hẹp thì dùng một miếng vá). Dùng một ống thông Fogarty thích hợp luồn vào trong lòng động mạch lên phía trung tâm và ra ngoại vi. Thông thường dùng ống thông từ 3 đến 5Fr. Luồn đi luồn lại vài lần để lấy hết máu cục *(hình 2.61)*.



Hình 2.61. Lấy vật tắc động mạch bằng ống thông Fogarty (a, b, c, d)

Chính người phẫu thuật vừa bơm bóng vừa rút ống thông để điều chỉnh độ căng của quả bóng, tránh vỡ động mạch hoặc vỡ bóng. Sau khi đã hết máu cục, dùng huyết thanh mặn đẳng trương pha với heparin (1000 đơn vị héperin pha với 50ml huyết thanh bơm phía đầu ngoại vi rồi cặp lại). Khâu lại động mạch. Theo

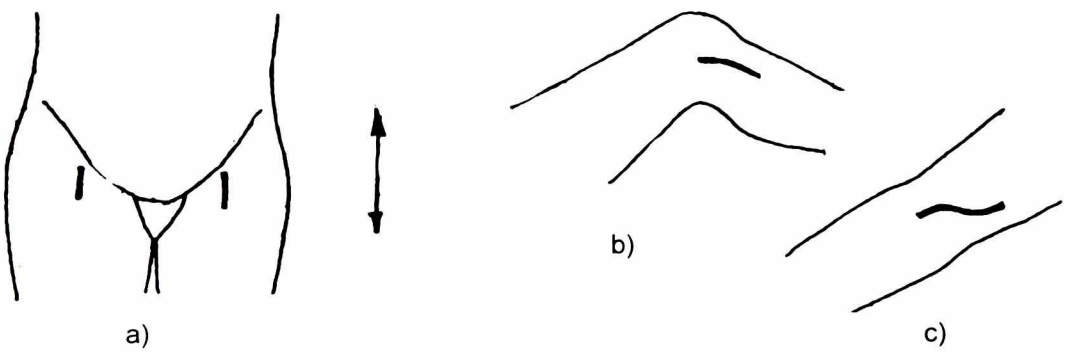
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

dõi sau mổ bằng bắt mạch, siêu âm Doppler, dấu hiệu thiếu máu để đánh giá kết quả mổ.

Đối với tắc chạc ba động mạch chậu: có thể mở cả hai động mạch đùi ở vùng bẹn.

Đối với động mạch khoeo: phần lớn dùng đường mổ ở vùng bẹn, cũng có thể dùng đường mổ ở vùng khoeo để có thể luồn ống thông vào cả động mạch chày trước và chày sau.

Đối với chi trên: đi đường động mạch cánh tay gần khuỷu *(hình 2.62)*.



Hình 2.62. Đường vào các động mạch
a. Động mạch đùi vùng bẹn; b. Động mạch khoeo; c. Động mạch cánh tay.

Có một số trường hợp tuy tắc mạch đã vài ngày hoặc cả tuần, nếu phần chi phía ngoại vi không có dấu hiệu thiếu máu nhiều, trên chụp động mạch thấy có hình tắc, thì có thể đặt chỉ định lấy vật tắc muộn, sau khi lấy dòng máu sẽ phục hồi. Trong trường hợp này, không thể lấy vật tắc từ xa mà phải mở động mạch trực tiếp ở chỗ tắc vì vật đã dính chặt vào thành mạch, bóc vật tắc ra khỏi thành mạch và phục hồi thành mạch bằng một miếng vá (patch).

Sau khi lấy vật tắc bắt buộc phải dùng thuốc chống đông để tránh tái phát: heparin tĩnh mạch liên tục 500 – 1000đv/h. Sau khoảng 5 – 7 ngày có thể dùng gối đầu với thuốc chống đông uống (Sytrom). Thuốc chống đông này dùng vô hạn định trừ khi nguồn gây vật tắc đã được loại trừ.

6. BIẾN CHỨNG

6.1. Thương tổn động mạch

Do luồn ống Fogarty vào lòng mạch mà gây thương tổn: tỷ lệ khoảng 1%. Những biến chứng như: thủng thành mạch, lóc động mạch, giả phồng, thông động tĩnh mạch hoặc vỡ bóng gây tắc mạch.

6.2. Tắc lại động mạch

Chi lại có dấu hiệu thiếu máu trở lại. Nguyên nhân do hình thành huyết khối tại chỗ lấy vật tắc vì lớp nội mạc đã bị tổn thương, đôi khi một vật tắc khác lại trôi đến.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Cần can thiệp lại sớm, ngoài việc lấy máu cục, còn phải bóc lớp nội mạc. Tạo hình lại động mạch, cắt thần kinh giao cảm v.v... tuỳ theo thương tổn.

6.3. Hội chứng khoang

Phải rạch cân ngay cùng với việc lấy máu cục động mạch khi bệnh nhân đến muộn hoặc sau khi lấy máu cục, theo dõi thấy hình thành hội chứng khoang để chỉ định, nhưng tốt nhất vẫn là dựa trên kinh nghiệm bản thân.

Sau khi rạch cân, nguy cơ chính là nhiễm trùng, do đó cần cân nhắc kỹ trước khi chỉ định.

6.4. Biến chứng chuyển hoá

Như phần sinh lý bệnh đã nói, các sản phẩm chuyển hoá yếm khí gây những biến chứng toàn thân.

Cần dùng dung dịch bicarbonat để chống toan chuyển hoá, tiêm truyền glucose và insulin đối với trường hợp có điện giải kali tăng cao, dùng lợi tiểu hoặc thận nhân tạo để điều trị thiểu niệu hay vô niệu. Mở tĩnh mạch để rửa sau khi đã lấy vật tắc động mạch, ít nhất lấy khoảng 300 – 500ml máu tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WB. Saunders Company (1989): Vascular Surgery.
2. D.A. Cooley (1975): Techniques in vascular Surgery. WWB. Saunders Company.
3. X.Barral Masson (1988): Les urgences en chirurgie vasculaire.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

16. TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU DO THẦY THUỐC GÂY NÊN

Tổn thương mạch máu do thầy thuốc gây nên là một loại thương tổn đặc biệt. Trong những năm gần đây, ngành điện quang can thiệp rất phát triển, các thủ thuật nhằm chẩn đoán cũng như điều trị, đòi hỏi phải luồn ống thông vào trong mạch máu, do đó những thương tổn mạch máu do thầy thuốc gây nên đã tăng lên mặc dù các trang thiết bị cũng như phương tiện đã cải tiến rất nhiều.

Người ta có thể phân ra làm hai loại thương tổn chính: loại chỗ chọc mạch máu còn bị hở và loại lòng mạch máu bị tắc.

1. LOẠI CHỖ CHỌC MẠCH MÁU CÒN HỞ

Sau mỗi thủ thuật, khi đã rút các ống thông ra khỏi mạch máu, bao giờ cũng phải ép vào chỗ chọc (đè tay và băng ép) nhưng do từng loại thủ thuật nhất là do thành mạch của bệnh nhân (phần lớn là những những người có tuổi thương tổn xơ cứng, xơ vữa và vôi hoá cùng với huyết áp cao) đã tạo điều kiện cho các tai biến xảy ra.

1.1. Máu tụ

Bao giờ cũng có máu tụ ngay chỗ chọc, nhưng chỉ chú ý tới những máu tụ lớn, nhất là những máu tụ sau phúc mạc (do chọc động mạch chủ qua vùng thắt lưng, chọc động mạch đùi chung hay chậu ngoài trên cung đùi). Nếu thấy có khối máu tụ to trên siêu âm thì phải can thiệp.

1.2. Phồng động mạch

Khối phồng là một khối máu tụ được bao bọc bởi các mô xung quanh, chưa có vỏ bọc rõ ràng nên còn gọi là khối máu tụ đập về sau mới thành một túi phồng. Đối với người gầy thì dễ phát hiện nhất là vùng bị phồng ở ngay nếp bẹn, còn đối với người béo, thì phải thăm dò siêu âm Doppler, đôi khi thấy rõ máu cục hình thành bên trong túi.

1.3. Thông động tĩnh mạch

Do kim chọc xuyên cả hai mạch máu, nơi hay gặp là mạch máu đùi vùng Scarpa và mạch cảnh. Nghe có tiếng thổi liên tục và siêu âm Doppler thấy rõ dòng chảy trong tĩnh mạch.

Nếu là lỗ thông nhỏ, không cần can thiệp, khi lỗ lớn mới buộc phải mổ.

2. LOẠI LÒNG MẠCH BỊ TẮC

Do dùng heparin trong khi làm thủ thuật nên đã hạn chế rất nhiều những biến chứng này. Có loại: nghẽn mạch (embolie) và huyết khối (thrombose).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Nghẽn mạch là do huyết khối hình thành tại chỗ chọc rồi bong hay đứt ra trôi xuống dưới theo dòng máu. Tuỳ theo vùng bị tắc mà có những dấu hiệu thiếu máu trầm trọng hoặc nhẹ.

Huyết khối là do máu cục hình thành tại chỗ chọc, bịt kín lòng mạch làm cho phía dưới có dấu hiệu thiếu máu, trong trường hợp động mạch đùi bị tắc thì thường phải can thiệp sớm vì những dấu hiệu thiếu máu là trầm trọng.

Ngoài hai loại tai biến trên, cần phải kể đến những thương tổn do từng loại thủ thuật gây nên và tai biến trong khi mổ.

3. TAI BIẾN THEO TỪNG LOẠI THỦ THUẬT

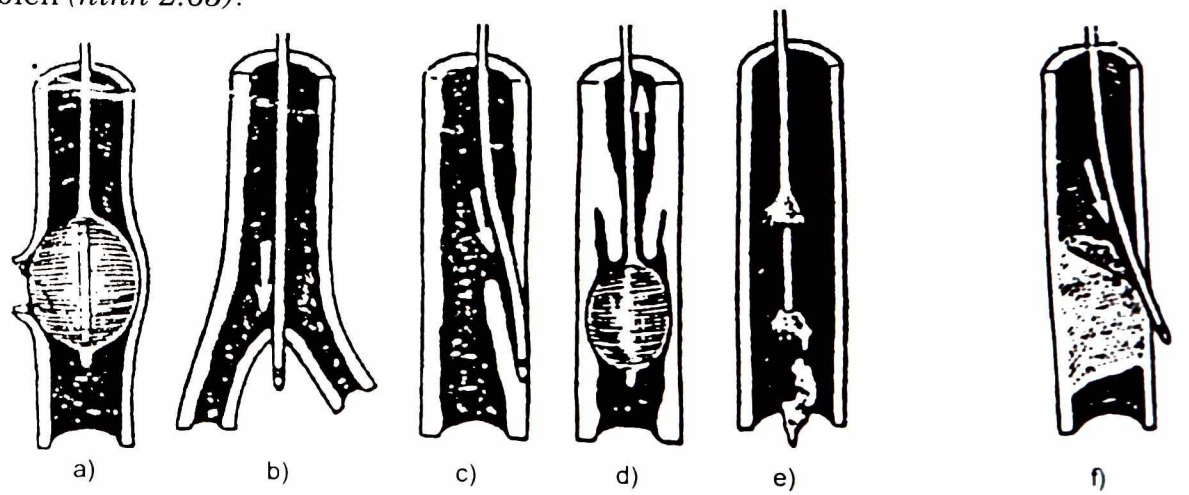
3.1. Chọc động mạch quay

Chọc động mạch quay để luồn kim theo dõi áp lực động mạch trong khi mổ hoặc để lấy máu động mạch xét nghiệm các khí trong máu là một thủ thuật rất thường làm trong ngoại khoa cũng như hồi sức. Thông thường sau thủ thuật, động mạch này bị tắc nhưng không để lại một di chứng gì vì cung động mạch gan tay phong phú, nhưng nếu cung gan tay này gián đoạn thì sẽ xuất hiện những dấu hiệu nghiêm trọng do thiếu máu ở bàn tay.

Dùng test Allen để biết trước cung gan tay: chẹn cả hai động mạch quay và trụ, co duỗi các ngón tay sẽ thấy rõ dấu hiệu thiếu máu (nhợt), khi thả một động mạch, nếu cung gan tay tốt sẽ thấy bàn tay trở lại màu nhanh chóng, nếu vẫn còn nhợt thì tuyệt đối không chọc một mạch nào.

3.2. Tai biến do dùng ống thông Fogarty

Ống thông Fogarty là một ống thông có quả bóng ở đầu dùng để lấy máu cục trong động mạch. Đây là một thủ thuật rất đơn giản, đưa lại kết quả rất tốt nhưng phần lớn những bệnh nhân là người có tuổi, mạch máu có thương tổn nên rất dễ có tai biến *(hình 2.63)*.



Hình 2.63. Tai biến do dùng ống thông Fogarty
a. Vỡ mạch do bơm bóng quá mức; b. Chọc thủng mạch ở chỗ chạc ba; c. Lóc lớp nội mạc;
d. Khi rút ống, bóng làm lộn ngược các mảng xơ vữa; e. Vỡ bóng gây tắc mạch dưới;
f. Chọc thủng thành mạch khi có vật cản ở đầu ống.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.2.1. Vỡ mạch máu do bơm quả bóng quá mức

Vì luồng ống thông Fogarty đi xa, bơm bóng rồi kéo ngược lại, nếu bơm căng quá mức lại kéo ống thông, tai biến mạch máu dễ dàng xảy ra.

3.2.2. Chọc thủng thành mạch

Do thành mạch bệnh lý và do đẩy ống thông quá mạnh khi đã gặp trở ngại. Nơi thủng có thể là chạc ba, có thể là có vật cản (khối máu tụ đã tổ chức hoá).

3.2.3. Lóc lớp nội mạc

Đầu ống thông chọc vào làm rách lớp nội mạc bệnh lý, gây huyết khối sau khi rút ống thông.

3.2.4. Võ bóng

Mảnh bóng vỡ trôi đi tắc mạch nơi khác. Nguyên nhân chủ yếu là do dùng nhiều lần ống thông.

3.3. Đặt bóng trong động mạch chủ

Đặt bóng trong động mạch chủ ngực đoạn xuống để gây mạch đảo ngược (contrepulsation) nhằm hồi sức thường được áp dụng, nhất là sau mổ mạch vành, ống thông được luồn từ động mạch đùi. Một biến chứng rất hay gặp là thiếu máu chân tương ứng, đôi khi gây hoại tử.

4. TAI BIẾN MẠCH MÁU TRONG PHẪU THUẬT

Bất cứ phẫu thuật nào cũng đều có tai biến, nhất là ngày nay do phát triển phẫu thuật nội soi các tai biến mạch máu lại càng hay gặp. Những tai biến này có thể xảy ra ngay trong khi mổ như chảy máu, có thể xảy ra một thời gian như phồng động mạch, thiếu máu mạn tính hoặc thông động tĩnh mạch.

4.1. Mổ thoát vị bẹn

Động mạch hay bị tổn thương là động mạch chậu ngoài hoặc động mạch đùi chung. Khi khâu phục hồi thành bụng, nhất là khi khâu phía đùi, kim có thể chọc xuyên qua hay làm thương tổn động mạch. Nếu không thấy chảy máu ngay khi kim đó qua thì thường là dấu hiệu thiếu máu trong những ngày sau mổ hoặc là một khối phồng động mạch sau vài tuần.

Cách đề phòng là nâng cao cung đùi và mạc ngang khi khâu, mũi kim không xuyên sâu quá nhất là ở chỗ phía dưới có mạch máu.

Nếu thấy chảy máu thì không được buộc sợi chỉ đó, mà rút bỏ, đè chặt ngón tay để cầm máu. Khi không được, bắt buộc phải mở rộng, khâu lại mạch máu như trong phẫu thuật mạch máu.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.2. Mổ ruột thừa

Ruột thừa khi quặt ngược sau, dính vào đường mổ nhỏ, là những điều kiện thuận lợi dễ gây ra tai biến. Người mổ không nhìn rõ, chỉ thò ngón tay thăm dò, nên dễ nhầm ruột thừa với động mạch chậu ngoài, có khi cắt đoạn động mạch chậu mà vẫn không biết là nhầm.

4.3. Mổ phụ khoa

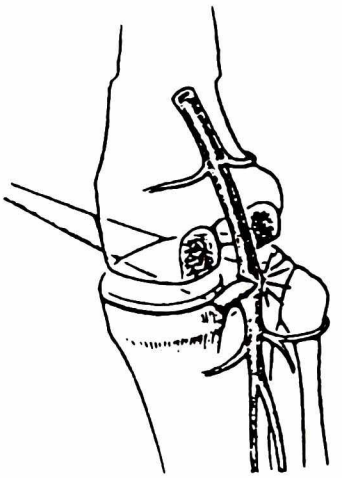
U nang buồng trứng dính, u xơ hay ung thư tử cung, nhất là những u vùng tiểu khung, rất dễ làm thương tổn động mạch chậu hay tĩnh mạch chậu.

4.4. Mổ kết hợp xương

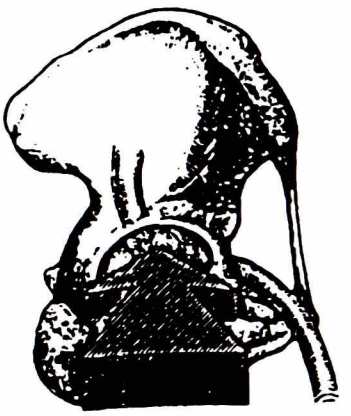
Khi thay khớp gối toàn bộ, phẫu thuật vùng mâm chày, mổ nội soi khớp, rất dễ làm thương tổn động mạch vùng khoeo *(hình 2.64)*.

Mổ xuyên đinh trong gãy xương đòn phải làm thương tổn động mạch chủ đoạn lên.

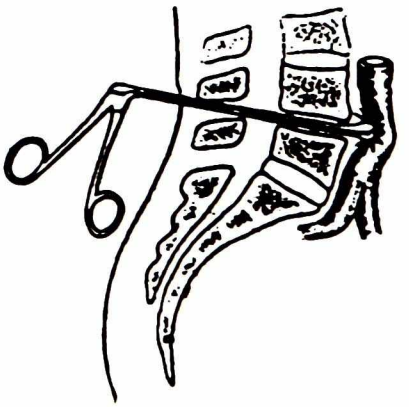
Mổ thoát vị đĩa đệm làm thương tổn động mạch chủ hay tĩnh mạch chủ *(hình 2.66)*.



Hình 2.64. Thương tổn động mạch khoeo khi thay khớp nối



Hình 2.65. Thương tổn động mạch chậu ngoài trong thay khớp háng



Hình 2.66. Thương tổn động mạch chủ trong mổ thoát vị đĩa đệm

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.5. Mổ tiết niệu

Khi cắt thận phải, do buộc cả cụm động mạch và tĩnh mạch thận, nhất là dùng kim chỉ khâu cụm này, kim xuyên qua cả hai mạch, gây lỗ rò động mạch – tĩnh mạch thận. Thường sau nhiều năm mới xuất hiện triệu chứng.

4.6. Mổ nội soi

Do sự bùng nổ về mổ nội soi, áp dụng cho rất nhiều chuyên khoa khác nhau, nên tai biến mạch máu tuy tỷ lệ hiếm nhưng cũng hay gặp nhất là những người chưa thành thạo. Bất kể thì nào của nội soi (bơm hơi, đưa troca, phẫu tích) cũng đều có thể xảy ra tai biến mạch máu.

Điều cốt yếu để tránh những biến chứng này là tôn trọng những quy tắc của cuộc mổ.

Một khi đã xảy ra biến chứng thì không nên ngần ngại chuyển sang mổ kinh điển để xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

X.Barral (1988): Les urgences en chirurgie vasculaire. Masson.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

17. PHỒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VỠ

Phồng động mạch chủ bụng là bệnh lý thường gặp ở người lớn do nguyên nhân xơ vữa. Trong phồng động mạch chủ bụng (ĐMCB), phồng động mạch chủ bụng dưới thận chiếm 90%, do vậy khi nói đến phồng động mạch chủ bụng người ta thường nghĩ đến phồng động mạch chủ bụng dưới động mạch thận.

Hầu hết các thống kê trên thế giới cho thấy, phồng động mạch chủ bụng nếu không được mổ 40% tử vong do vỡ khối phồng và khi phồng động mạch chủ vỡ không được mổ tỷ lệ tử vong là 100%, vỡ phồng động mạch chủ có được mổ tỷ lệ tử vong còn rất cao 20 – 60%.

Cùng với sự phát triển về phẫu thuật, các nghiên cứu nhằm chế tạo những vật liệu sử dụng thay đoạn động mạch chủ bụng phát triển nhanh chóng, như đoạn ghép nhân tạo bằng Dacron, Teflon và sau này là Gore–Tex... được sử dụng thay thế động mạch chủ bụng cho kết quả rất tốt, ngày nay đây là vật liệu được sử dụng thường quy trong điều trị bệnh lý này.

1. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ BỆNH TRONG VỠ PHỒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

1.1. Thương tổn giải phẫu

1.1.1. Phồng động mạch chủ bụng vỡ mặt sau

Trong phần lớn các trường hợp, vị trí vỡ thường ở mặt sau, vào cột sống gây tụ máu sau phúc mạc, đau lưng là dấu hiệu thường gặp. Mức độ máu tụ sau phúc mạc tuỳ thuộc vào kích thước đường vỡ và thời gian phát hiện bệnh. Phúc mạc sau như một màng ngăn cùng với máu cục và nước máu sau phúc mạc làm giảm nguy cơ chảy máu, những bệnh nhân này thường còn sống khi đến viện.

1.1.2. Phồng động mạch chủ bụng vỡ tự do vào ổ bụng

Vỡ phồng động mạch chủ bụng mặt trước vào ổ bụng tự do, không được các tạng khác bọc lại. Đây là những trường hợp bệnh nhân tử vong khi đến viện trong bệnh cảnh sốc mất máu.

1.1.3. Phồng động mạch chủ bụng vỡ được các tạng trong ổ bụng bọc lại

Vỡ phồng động mạch chủ bụng mặt trước, kích thước nhỏ, được các quai ruột, mạc nối lớn bọc lại, quá trình tiến triển lâu hơn. Đôi khi bệnh nhân đến viện trong bệnh cảnh xuất huyết tiêu hoá và nhiễm trùng. Tiên lượng nặng ở những bệnh nhân này dù có được mổ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.1.4. Ngoài ra vỡ phồng động mạch chủ

Vào tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch thận v.v..., nhưng ít gặp, gây hậu quả thông động tĩnh mạch chủ, động mạch chủ–tĩnh mạch thận.

1.2. Sinh lý bệnh

1.2.1. Tỷ lệ phồng động mạch chủ bụng vỡ

Các thống kê trên thế giới cho thấy, 50% phồng động mạch chủ bụng sẽ vỡ trong khoảng 10 năm kể từ khi phát hiện bệnh. Ở những bệnh nhân có phồng động mạch chủ bụng, kích thước khối phồng từ 6 – 8cm, tỷ lệ sống sau 5 năm nếu không được mổ là 5 – 10%, nếu được mổ là 50 % và cũng ở những bệnh nhân này, sau một năm nếu không mổ, tử vong là 50% do vỡ.

Yếu tố chính liên quan đến vỡ động mạch chủ bụng là kích thước khối phồng. Người ta thấy rằng, kích thước khối phồng dưới 4cm, nguy cơ vỡ trong 5 năm đầu là 15%, trong khi kích thước khối phồng là 8cm, nguy cơ vỡ lên tới 75%. Đây là điểm cần lưu ý trong thăm khám cho những bệnh nhân có phồng động mạch chủ bụng.

1.2.2. Những rối loạn về huyết động

Rối loạn huyết động trong vỡ phồng động mạch chủ bụng phụ thuộc vào vị trí, kích thước dường vỡ. Những thay đổi về huyết động sẽ rõ ràng và nặng nếu vỡ phồng động mạch chủ bụng vào ổ cứng tự do, hay vỡ gây tụ máu lớn sau phúc mạc. Ngược lại vỡ phồng động mạch chủ bụng kích thước nhỏ, được các tạng khác bọc lại, hầu như không có những thay đổi về huyết động. Hai rối loạn huyết động chính trong diễn biến tự nhiên của vỡ phồng động mạch chủ bụng bao gồm:

– Sốc mất máu: mất máu nhiều trong khoảng thời gian ngắn nếu không được điều trị sẽ dẫn đến tử vong trong 24 giờ đầu. Bệnh cảnh lâm sàng thường gặp ở những bệnh nhân phồng động mạch chủ bụng vỡ vào ổ bụng tự do hay gây tụ máu lớn sau phúc mạc.

– Suy đa tạng: xuất hiện 48 giờ sau khi vỡ nếu bệnh nhân còn sống. Biểu hiện sớm nhất là suy thận với dấu hiệu lâm sàng đái ít hoặc vô niệu, urê cao. Nhồi máu ruột, loạn nhịp tim, suy tim, suy hô hấp xuất hiện muộn.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Chẩn đoán phồng động mạch chủ bụng vỡ có thể dựa trên thăm khám lâm sàng, chẩn đoán dễ với các dấu hiệu:

– Bệnh nhân đã được phát hiện có phồng động mạch chủ bụng.

– Đau bụng đột ngột, đau dọc mạng sườn trái hoặc đau sau lưng.

– Sốc mất máu: mạch nhanh, huyết áp tụt, da xanh, niêm mạc nhợt, hematocrit giảm.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Thống kê của Denton A. Cooley (3) cho thấy rằng, đau bụng gặp trong 89% các trường hợp vỡ phồng động mạch chủ bụng, đau ra sau lưng 43%, đau lan xuống vùng sinh dục, bẹn 4% và đau dọc xuống chi dưới 3% và hầu hết những bệnh nhân này đều có những khó chịu quanh vùng bụng trước đó vài tuần hoặc vài tháng.

Đau bụng, đặc biệt sau lưng được giải thích bởi sự phát triển của khối phồng. Động mạch chủ bụng nằm sau phúc mạc, trước cột sống, khi khối phồng phát triển to ra, vỡ vào cột sống, có thể gây ăn mòn cột sống dần dần và gây đau lưng. Triệu chứng này đôi khi làm lu mờ chẩn đoán vì nhầm với đau cột sống hoặc nghi ngờ đau cột sống do di căn ung thư, bệnh nhân trong nhóm này thường không nghĩ tới phồng động mạch chủ vì:

Ngoài bệnh cảnh lâm sàng trên, còn phải kể đến vỡ phồng động mạch chủ bụng vào các tạng trong và ngoài ổ bụng.

– Vỡ phồng động mạch chủ bụng vào đường tiêu hoá (tá tràng hoặc hỗng tràng) được các quai ruột và mạc nối lớn bọc lại bệnh nhân đến viện trong bệnh cảnh:

+ Nôn ra máu, ỉa phân đen số lượng lớn.

+ Không có tiền sử bệnh đường tiêu hoá.

+ U bụng đập, giãn nở.

+ Sốt: Biểu hiện viêm quanh túi phồng phúc mạc.

– Vỡ phồng động mạch chủ bụng vào tĩnh mạch chủ dưới.

Phù hai chi dưới không rõ nguyên nhân trên bệnh nhân có u bụng đập, giãn nở, nghe có tiếng thổi liên tục ở bụng cần nghĩ đến biến chứng này.

– Vỡ phồng động mạch chủ bụng vào tĩnh mạch thận trái.

Phồng động mạch chủ bụng vỡ vào tĩnh mạch thận trái đơn thuần ít gặp và khó chẩn đoán. Phồng động mạch chủ bụng kèm theo thận trái căng to, đau, nghe có tiếng thổi liên tục cạnh rốn trái v.v..., là những dấu hiệu được nhắc đến trong bệnh cảnh này, thông thường không phát hiện được biến chứng này bằng thăm khám lâm sàng đơn thuần.

Cần nhắc lại là, phồng động mạch chủ bụng vỡ chủ yếu được chẩn đoán bằng thăm khám lâm sàng, đặc biệt có tiền sử phồng động mạch chủ bụng kèm theo tam chứng:

Đau bụng đột ngột.

U bụng đập, giãn nở (khó khăn thấy do khối máu tụ).

Tụt huyết áp.

Đây là bệnh nhân lâm sàng điển hình trong chẩn đoán, tuy nhiên cả ba dấu hiệu này không phải lúc nào cũng đầy đủ, do vậy nếu chỉ dựa vào thăm khám lâm sàng đôi khi bỏ sót hoặc làm muộn quá trình chẩn đoán. Mọi nghi ngờ trong chẩn đoán cần làm ngay các thăm dò cận lâm sàng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2. Các thăm dò cận lâm sàng

2.2.1. Siêu âm

Siêu âm hai bình diện và siêu âm Doppler là thăm dò cận lâm sàng rất có giá trị trong chẩn đoán. Các hình ảnh thu được trên siêu âm bao gồm:

– Hình ảnh trực tiếp của phồng động mạch chủ bụng: vị trí, kích thước, tình trạng thành mạch.

– Máu tụ (dịch) sau phúc mạc, quanh túi phồng.

– Dịch trong ổ bụng.

– Dòng rối hoặc phổ siêu âm động mạch trong khối máu tụ.

Ngoài chẩn đoán xác định, siêu âm còn đánh giá được tình trạng động mạch chủ trên khối phồng, động mạch chậu và các mạch tạng (nhất là động mạch thận) giúp ích rất nhiều cho phẫu thuật. Tuy nhiên siêu âm trong thăm dò cấp cứu đôi khi cũng khó khăn vì:

– Bụng béo.

– Bụng trướng hơi do liệt ruột cơ năng.

2.2.2. Chụp cắt lớp vi tính

Về nguyên tắc, khi chụp cắt lớp phải chụp toàn bộ hệ thống mạch chủ ngực và bụng, có tiêm thuốc cản quang và chỉ tiến hành khi tình trạng bệnh nhân cho phép (mạch huyết áp ổn định không có suy hô hấp v.v...) với các lớp cắt từ 0,5 – 1cm. Dấu hiệu thu được.

– Vị trí, kích thước đường vỡ.

– Số lượng máu tụ sau phú mạc, trong ổ bụng.

– Tình trạng động mạch chủ trên và dưới khối phồng, các mạch tạng.

So với siêu âm, chụp cắt lớp vi tính có bơm thuốc cản quang cho độ chính xác cao hơn, tuy nhiên vì phần lớn bệnh nhân đến viện trong tình trạng sốc và phải mổ cấp cứu nên không phải lúc nào cũng tiến hành được.

2.2.3. Chụp bụng không chuẩn bị

Chụp bụng không chuẩn bị là thăm dò đầu tay đối với mọi bệnh nhân có hội chứng cấp cứu bụng. Cũng giống như chụp cắt lớp vi tính, chụp bụng chỉ được tiến hành khi tình trạng bệnh ổn định. Trong vỡ phồng động mạch chủ bụng một số dấu hiệu sau giúp gợi ý chẩn đoán.

– Ổ bụng mờ, dịch giữa các quai ruột.

– Không thấy được hình cơ đái chậu trái.

– Hình ảnh vôi hoá nằm trước cột sống trên phim chụp nghiêng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2.4. Chụp động mạch chủ có cản quang

Người ta không sử dụng thăm dò này vì kỹ thuật tiến hành hành phức tạp làm chậm chẩn đoán và xử trí bệnh.

2.3. Những nguyên nhân dẫn đến sai lầm trong chẩn đoán vỡ phồng động mạch chủ bụng

– "U bụng" nhưng không được theo dõi thường xuyên.

– "U bụng" không phát hiện được do bụng béo hoặc bụng trướng.

– "U bụng" không có dấu hiệu điển hình của phồng động mạch chủ.

– Quan niệm cứng nhắc cho là vỡ phồng động mạch chủ bụng phải bao hàm đủ tam chứng.

– Bệnh diễn biến nhanh, phần lớn tử vong trong 24 giờ sau khi xuất hiện đau bụng, tụt huyết áp.

– Không có đủ trang bị (máy siêu âm, chụp cắt lớp vi tính) và không có kinh nghiệm.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung

Mọi trường hợp vỡ phồng động mạch chủ bụng còn sống khi đến viện, đều có chỉ định mổ và tiến hành mổ nhanh nhất có thể vì tỷ lệ tử vong phụ thuộc rất nhiều vào khả năng mổ sớm và cầm máu. Ngay sau khi chẩn đoán, đưa ngay bệnh nhân vào nhà mổ. Cần chuẩn bị nhiều dịch truyền, máu nhưng không nên truyền nhiều trước khi mở bụng.

3.2. Gây mê hồi sức

– Gây mê – nội khí quản.

– 3 đường truyền tĩnh mạch. Tĩnh mạch cảnh và ngoại vi.

– Theo dõi liên tục áp lực động mạch, áp lực tĩnh mạch trung tâm và điện tim trong khi mổ.

– Chỉ bù dịch, máu nhiều sau khi đã kẹp được động mạch chủ bụng trên khối phồng.

– Đặt ống thông dạ dày.

– Đặt ống thông bàng quang theo dõi nước tiểu.

– Cho kháng sinh, trước khi rạch ra 30 phút.

3.3. Tư thế bệnh nhân và đường mổ

Bệnh nhân nằm ngửa, độn một gối, ngang mức mũi ức mở bụng: từ mũi ức đến xương mu. Nên mở bụng đã chuẩn bị đầy đủ dịch, máu và các đường truyền đã sẵn sàng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.4. Kỹ thuật mổ

Ngay sau khi mở bụng, đánh giá mức độ tụ máu sau phúc mạc, khả năng khống chế động mạch chủ trên khối phồng để cầm máu. Chọn giải pháp kẹp động mạch chủ bụng thích hợp tuỳ theo khối máu tụ to hay nhỏ và kẹp động mạch chủ bụng ngay sau khi mở bụng.

– Kẹp động mạch chủ bụng ngay dưới cơ hoành: áp dụng khi máu tụ sau phúc mạc lớn, lan từ hố chậu đến cơ hoành, không phân biệt được danh giới cực trên khối phồng.

– Kẹp động mạch chủ bụng dưới hai động mạch thận: khi máu tụ sau phúc mạc nhỏ, còn phân biệt được cực trên khối phồng với tĩnh mạch thận trái.

– Heparin toàn thân liều 0,5 – 1mg/1kg cân nặng trước khi kẹp động mạch chủ bụng vì ở những bệnh nhân này xơ vữa động mạch, cùng với tụt huyết áp, huyết khối sẽ hình thành rất nhanh khi kẹp động mạch chủ bụng.

– Mở phúc mạc sau dọc theo khối máu tụ và khối phồng, phía bên trái tá tràng (góc Treitz), luồn quanh động mạch chủ bụng qua khối máu tụ ngay dưới hai động mạch thận và nhả kẹp phía trên. Kẹp động mạch chậu hai bên.

– Mổ dọc khối phồng, lấy hết máu cục bám thành.

– Khâu cầm máu động mạch thắt lưng. Kiểm tra lưu thông động mạch mạc treo tràng dưới (ĐMMTTD).

+ Động mạch mạc treo tràng dưới tắc hoặc phun thành tia: khâu buộc cầm máu.

+ Động mạch mạc treo tràng dưới phun máu yếu, kẹp thử nếu đại tràng Sigma có biểu hiện thiếu máu thì nối lại sau khi đã ghép động mạch chủ bụng.

– Dùng một đoạn mạch nhân tạo (Gore – Tex hay Dacron đoạn thẳng hay chữ Y) tuỳ theo thương tổn, ghép lại động mạch chủ bụng.

– Khâu che đoạn ghép bằng vỏ túi phồng, phúc mạc sau.

– Đóng bụng, không dẫn lưu, nếu có dẫn lưu thì phải dẫn lưu kín.

3.5. Một vài điểm lưu ý trong quá trình mổ

– Kiểm tra miệng nối và đuổi hơi: sau khi khâu nối đầu trung tâm, kẹp ngang đoạn ghép, thả kẹp động mạch chủ bụng, kiểm tra độ kín miệng nối cả mặt trước và mặt sau. Khâu tăng cường có miếng đệm khi còn chảy máu. Thả kẹp động mạch chủ từ từ, tránh huyết áp tụt.

– Khi kẹp động mạch chủ bụng ngay dưới cơ hoành, sau khi làm miếng nối trung tâm, dùng kẹp mạch máu khác kẹp ngang đoạn kẹp để làm giảm thiếu máu thận.

– Phồng động mạch chủ bụng lan xuống động mạch chậu: lưu ý tổn thương tĩnh mạch chậu, niệu quản khi phẫu tích. Ưu tiên bảo tồn động mạch chậu ngoài, chỉ thắt động mạch chậu trong khi không có khả năng phục hồi hoặc đã tắc.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Biến chứng do vỡ phồng động mạch chủ bụng

4.1.1. Tử vong

Sốc mất máu nặng, trong khoảng thời gian là nguyên nhân chính gây tử vong.

4.1.2. Suy đa tạng

Sau 24 giờ nếu không được mổ sẽ xuất hiện suy thận, tắc ruột, loạn nhịp tim và suy hô hấp.

4.1.3. Viêm phúc mạc

Vỡ phồng động mạch chủ bụng thông với đường tiêu hoá và vỡ ổ bụng gây viêm phúc mạc, biến chứng rất ít gặp nhưng tiên lượng nặng dù có được mổ vì nguy cơ nhiễm trùng, bục đoạn ghép sau ca mổ cao.

4.2. Biến chứng sau mổ

4.2.1. Chảy máu sau mổ

Chảy máu do rối loạn đông máu, chảy máu từ động mạch thắt lưng, vỏ túi phồng... Khi có biểu hiện chảy máu trong vòng 24h, sau mổ cần can thiệp sớm.

4.2.2. Thiếu máu ruột

Thiếu máu đại tràng có thể gặp sau mổ, với các mức độ khác nhau. Ỉa lỏng phân có máu là dấu hiệu sớm cần được theo dõi. Soi đại tràng là phương pháp tốt nhất để xác định chẩn đoán và cho chỉ định điều trị.

4.2.3. Viêm phúc mạc

Biến chứng ít gặp nhưng cần lưu ý sau mổ phồng động mạch chủ bụng vỡ vào đường tiêu hoá hoặc được các quai ruột bọc lại, sốt sau mổ, bụng trướng, bí trung đại tiện là những dấu hiệu lâm sàng thường gặp trong biến chứng này. Để hạn chế, tấm đoạn ghép nhân tạo vào kháng sinh, khâu che đoạn ghép hoặc dùng mạc nối lớn phủ toàn bộ phúc mạc sau.

4.2.4. Giả phồng miệng nối động mạch chủ và bục miệng nối

Biến chứng nặng, rất khó khăn cho việc mổ lại, là nguyên nhân dẫn đến tử vong sớm sau mổ. Thành động mạch chủ xơ vữa và nhiễm trùng là nguyên nhân dẫn đến biến chứng này.

Để phòng ngừa, cần khâu có miếng độn hoặc dùng một miếng Teflon bao quanh miệng nối.

4.2.5. Các biến chứng khác

Viêm phổi, loét do nằm lâu, viêm bàng quang v.v... do không vận động sớm, nhiễm trùng ngược dòng. Vận động sớm, vỗ ho, rút ống thông bàng quang và duy trì kháng sinh sau mổ là những yếu tố làm giảm biến chứng này.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.2.6. Sai sót về kỹ thuật trong khi mổ

Tổn thương tĩnh mạch chủ, tĩnh mạch thận trái, tĩnh mạch chậu và niệu quản.

Thả kẹp động mạch chủ và đuổi hơi: thả kẹp đột ngột có thể gây tụt huyết áp không phục hồi, hoặc đuổi hơi không đúng kỹ thuật có thể tắc mạch hạ lưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Denton ACooley et al (1979): Ruptuted abdominal aortic aneurysms; Techniques in vascular surgery 60 – 61.
2. G. Johanson and J. Suredenborg (1986): Ruptured abdominal aortic aneurysms: A study of incidence and mortality; Br. J. Surg 1986, Vol 73, Feb, 101 – 103.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

18. TẮC CHẠC BA CHỦ CHẬU CẤP TÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

– Ở các nước phát triển, tắc chạc ba động mạch (ĐM) chủ – chậu cấp tính chiếm tỷ lệ 10 – 20% các tắc động mạch cấp tính chi. Nó gây ra sự thiếu máu đột ngột và trầm trọng của hai chi dưới và đôi khi cả vùng khung chậu, nên bệnh có tỷ lệ tử vong rất cao tới 50%.

– Việc chẩn đoán và xử trí, đòi hỏi phải rất nhanh và sớm, nếu không sẽ để lại những hậu quả rất nặng nề (hội chứng khoang chi dưới v.v...) có thể dẫn tới tử vong.

– Thực tế lâm sàng ở Việt Nam cho đến nay còn rất ít gặp loại thương tổn này nhưng các thương tổn tắc mạch ở xa hơn, phía ngoại vi (như mạch chậu – đùi, khoeo) thì hay gặp.

2. CHẨN ĐOÁN

Trên lâm sàng, việc chẩn đoán thường không thấy khó khăn với tình trạng sốc và những triệu chứng thiếu cấp tính hai chi dưới, nổi bật là:

– Mất mạch bẹn hai bên.

– Hai chân lạnh, nhợt, nổi vân tím.

– Giảm cảm giác, vận động đau buốt ở hai chân.

Đứng trước một bệnh cảnh lâm sàng như vậy, cần phải nhanh chóng hồi sức, chuyển nhanh bệnh nhân đến cơ sở chuyên khoa phẫu thuật mạch máu và sau đó có thể cho bệnh nhân làm thêm vài thăm dò để xác định nguyên nhân gây tắc mạch. Tóm lại cần phải:

– Đặt đường truyền tĩnh mạch (TM), thông đái v.v... để hồi sức.

– Làm các xét nghiệm cơ bản cấp cứu như nhóm máu, máu chảy – máu đông, chức năng thận v.v...

– Tìm hiểu về tiền sử bệnh tim mạch, khám tim và làm điện tim. Nếu có bệnh tim thì cần biết xem bệnh nhân có dùng thuốc chống đông hay không, loại gì và liều lượng ra sao.

– Chụp Xquang ngực: xem bóng tim to, hình trung thất rộng.

– Nếu có điều kiện thì làm siêu âm bụng để thăm dò động mạch chủ bụng.

– Chụp động mạch: trong tắc chạc ba chủ chậu cấp, chụp mạch ít có giá trị và gây nhiều phiền phức. Nhìn chung chỉ nên làm khi bệnh nhân không có sốc và khi các triệu chứng thiếu máu chưa trầm trọng (chưa có giảm và mất cảm giác) thường do thương tổn xuất hiện trên một hẹp mạch do xơ vữa nên hệ thống tuần hoàn phụ đã được phát triển từ trước.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ THEO NGUYÊN NHÂN

3.1. Trôi huyết khối gây tắc (embolie)

* Bệnh cảnh lâm sàng được bổ sung bằng các dấu hiệu.

– Bệnh nhân còn trẻ, tiền sử có rối loạn nhịp tim hoặc bệnh van hai lá v.v...

– Sau điều trị loạn nhịp tim bằng sốc điện.

– Trên điện tim có thể thấy các dấu hiệu nhồi máu cơ tim cũ hoặc mới.

* Thái độ xử trí

– Cho heparin tĩnh mạch 10.000 đv ngay sau khi có chẩn đoán.

– Chuyển ngay bệnh nhân đến cở sở phẫu thuật mạch máu và tiến hành mổ cấp cứu lấy huyết khối bằng gây tê tại chỗ.

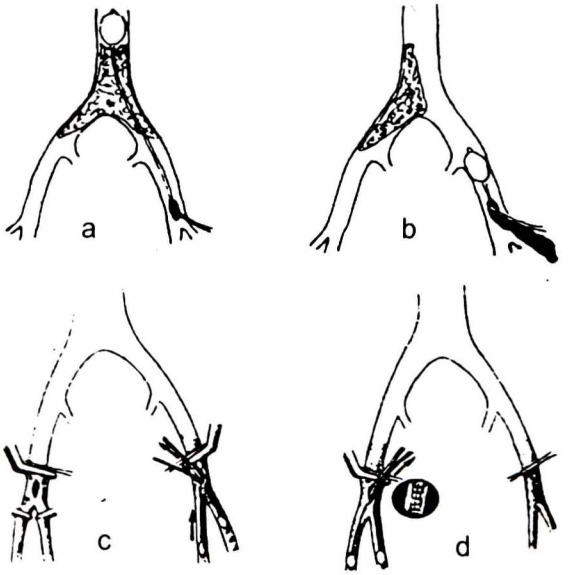
Sơ bộ tiến trình mổ như sau:

– Chuẩn bị phẫu trường rộng rãi để có thể thao tác ở hai mạch đùi cùng lúc.

– Bộc lộ động mạch dùi dưới cung đùi, đánh giá mức độ xơ vữa của thành động mạch. Tiến hành mở ngang động mạch đùi chung nếu thành mạch còn tốt, mở dọc nếu mạch xơ vữa.

– Dùng ống thông Fogarty số 4 hay 5 để lấy huyết khối ở phía trên chỗ mở động mạch và ở từng bên mạch đùi. Sau đó bơm rửa động mạch bằng huyết thanh pha heparin rồi kẹp cầm máu động mạch trên chỗ mở bằng clamp mạch máu *(hình 2.67)*.

– Sau khi kiểm tra thấy 2 mạch đùi đập tốt, thì quay xuống lấy huyết khối phía hạ lưu bằng ống thông Fogarty số 3 hay 4. Chú ý phải đảm bảo thấy được dòng máu trào ngược rõ *(hình 2.67)*.

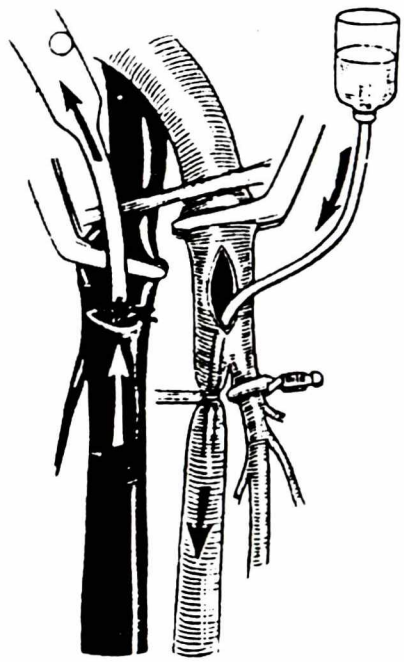


Hình 2.67. Tắc chạc ba chủ – chậu

a. Lấy huyết khối động mạch chủ đùi chung trái; b, c. Sau khi lấy bên phải đưa ống thông Fogarty lấy máu cục ngoại bên; d. Khâu lại động mạch.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Lúc này, vì chi đã thiếu máu nặng nên nếu phục hồi lưu thông tuần hoàn ngay sẽ có nguy cơ suy thận cấp nặng hoặc ngừng tim do tăng kali máu, nhất là trên những bệnh nhân già, bị bệnh tim hoặc có thời gian thiếu máu chi khá dài (trên 6 giờ). Để tránh biến chứng này, cần áp dụng kỹ thuật rửa mạch cho chi thiếu máu, cụ thể như sau *(hình 2.68)*.



Hình 2.68. Kỹ thuật rửa mạch

+ Đặt một kìm luồn vào động mạch đùi và bơm rửa đoạn chi thiếu máu bằng 1000ml huyết thanh mặn đẳng trương pha với 20.000đv heparin + kháng sinh.

+ Kẹp và mở ngang tĩnh mạch đùi để thoát dung dịch rửa ra ngoài, kết hợp xoa bóp khối cơ chân trong lúc rửa.

+ Lúc cuối có thể rửa thêm bằng dung dịch bicarbonat và bù lượng máu mất bằng 1–2 đv máu.

+ Đóng lại chỗ mở tĩnh mạch bằng chỉ monofil 6.0 – 7.0

– Đóng lại: chỗ mở động mạch bằng chỉ 6.0 và thả kẹp động mạch để phục hồi lưu thông.

– Cần gửi miếng huyết khối đi xét nghiệm vi trùng (trong viêm nội mạc nhiễm khuẩn) và xét nghiệm tổ chức học (phát hiện u nhầy trong tim).

* Theo dõi toàn thân sau mổ

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Cần theo dõi sát các biến chứng nhiễm độc do rối loạn chuyển hoá của chi thiếu máu, có thể dẫn đến sốc, tử vong, thiểu và vô niệu, rối loạn nhịp tim, rối loạn thân nhiệt v.v... Để phòng các biến chứng này, ngoài kỹ thuật rửa mạch nêu trên, cần lưu ý.

– Bù nước điện giải, điều chỉnh thăng bằng kiềm toan trong và sau mổ.

– Duy trì điều trị heparin nhiều ngày sau mổ để tránh huyết khối tái phát hay huyết khối tĩnh mạch dẫn đến tắc mạch phổi.

– Theo dõi suy thận và điều trị sớm khi nghi ngờ.

* Theo dõi tại chỗ

Đặc biệt lưu ý hội chứng khoang do hiện tượng phù nề tổ chức sau phục hồi lưu thông mạch. Nếu có thì phải tiến hành thủ thuật mở cân thật sớm, chủ yếu là cân cẳng chân.

Chỉ định mở cân: khi thấy phù nề tăng lên trên lâm sàng phối hợp đo áp lực khoang thấy tăng gấp đôi trong 1 – 2 giờ; hoặc nếu áp lực khoang cao >30mmHg thì phải mở cân ngay.

Nếu bệnh nhân đến muộn sau nhiều giờ hay vài ngày, dấu hiệu thiếu máu nặng (quan trọng là dấu hiệu thần kinh: mất cảm giác hoàn toàn) thì phải cắt cụt sớm hai đùi để cứu tính mạng bệnh nhân.

3.2. Huyết khối cấp tính động mạch chủ dưới thận

Xảy ra trên những trường hợp có sẵn thương tổn động mạch từ trước (xơ vữa, hẹp động mạch chủ, đùi) nên bệnh cảnh thiếu máu cấp tính có thể nhẹ hơn và tiến triển chậm do hệ thống tuần hoàn phụ đã khá phát triển. Huyết khối cấp tính gây tắc hoàn toàn động mạch thường xuất hiện khi có các yếu tố thuận lợi như: lưu lượng tim thấp trong nhồi máu, tình trạng tăng đông, huyết áp tụt hay mất nước, điện giải cấp do dùng thuốc.

Trong chẩn đoán, nếu có điều kiện và tình trạng bệnh nhân cho phép thì nên chụp động mạch chủ chậu và chi dưới để thấy được cả hệ thống động mạch và chọn giải pháp điều trị.

Trong điều trị, tuỳ theo tình trạng bệnh nhân và thương tổn động mạch mà có các phương pháp phẫu thuật phục hồi lưu thông mạch khác nhau: lấy huyết khối – bóc nội mạc; bắc cầu chủ – đùi bằng đoạn mạch nhân tạo: làm cầu nối nách – đùi.

3.3. Những bệnh căn khác

– Lóc động mạch chủ, nhất là typ I của De Bakey, có thể làm mất hai mạch bẹn. Có thể phân biệt được bằng các triệu chứng đau ngực, đau lưng, Xquang thấy

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

trung thất rộng, chụp cắt lớp v.v... Chụp động mạch là cần thiết để chẩn đoán và quyết định thái độ điều trị.

– Phồng động mạch chủ bụng có thể gây tắc mạch cấp tính chi dưới do huyết khối. Chẩn đoán phân biệt bằng khám và siêu âm bụng. Do vậy, phải làm siêu âm bụng một cách hệ thống cho tắc chạc 3 chủ – chậu cấp tính. Điều trị bằng túi phồng, ghép bằng đoạn mạch nhân tạo chủ – chậu hay chủ – đùi, hoặc cầu nối nách đùi nếu tình trạng bệnh nhân nặng.

– Chấn thương bụng kín có thể gây rách nội mạc của động mạch chủ, nhất là trên dộng mạch bệnh lý. Điều trị bắt buộc phải mở bụng, lấy huyết khối và khâu phục hồi động mạch (nhất là khi bụng bẩn) hoặc thay bằng đoạn mạch nhân tạo.

– Dị ứng với heparin có thể gây tắc chạc ba chủ – chậu cấp. Thường xuất hiện trên bệnh nhân bị huyết khối tĩnh mạch đang được điều trị bằng heparin, hay kèm theo dấu hiệu tiểu cầu thấp. Điều trị vẫn là mở mạch lấy huyết khối, nhưng thường thấy huyết khối trắng; đồng thời ngừng ngay heparin. Huyết khối cấp tính do thiếu yếu tố kháng thrombine III có thể xuất hiện ở người trẻ, không có yếu tố bệnh căn gợi ý gì đặc biệt.

– Huyết khối cấp tính tái phát hoặc sau phẫu thuật chạc ba động mạch chủ: nhìn chung dấu hiệu thiếu máu nặng nề hơn rất nhiều và điều trị phẫu thuật lại rất khó khăn và kết quả hạn chế. Do vậy có nhiều tác giả chủ trương điều trị bằng thuốc gây tan huyết khối và thu được những kết quả nhất định, tuy nhiên nguyên nhân gây huyết khối vẫn còn đó, nên vẫn cần phải có can thiệp ngoại khoa. Nguyên nhân thường do lóc động mạch chủ lên trên thận, điều trị rất khó khăn, thường là thay đoạn mạch nhân tạo lên trên thận. Nếu tắc ở động mạch chậu thì có thể tiến hành thủ thuật huyết khối qua đường mạch đùi, nhưng lưu ý là thường do thương tổn phía hạ lưu làm giảm lưu lượng máu đi xuống, do vậy phải làm một bilan đầy đủ và kết hợp điều trị thì mới tránh được tái phát và mang lại kết quả tốt.

4. KẾT LUẬN

Tắc chạc ba chủ chậu cấp là một biến chứng rất nặng nề của các bệnh tim-mạch, việc chẩn đoán và điều trị thật sớm đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng. Ngoại khoa có thể can thiệp vào trong phần lớn các trường hợp bằng các thủ thuật mở mạch lấy huyết khối, các can thiệp trực tiếp vào động mạch chủ, hay các cầu nối tạm thời, phối hợp với mở cân thật sớm. Tỷ lệ tử vong còn rất cao, tới 50%. Những yếu tố nặng gây tử vong thường là chẩn đoán và điều trị muộn, có thương tổn các tạng khác phối hợp (tắc nhiều mạch), suy thận hay bệnh phổi nặng, rối

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

loạn đông máu, đặc biệt là chức năng tim và các thương tổn mạch cũ ở người già (xơ vữa), tuần hoàn phụ đã phát triển thì có tiên lượng thường tốt hơn, điều trị thường là: thử lấy huyết khối qua đường động mạch đùi, nếu thấy máu phụt ngược kém làm thêm cầu nối nách – đùi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ch. Boissier, J. L. Guilmet (1995) "Thérapeutique en médicine vasculaire".
2. Ph. Plagnol (1998). "Les urgences en chirurgie vasculaire" Masson.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

19. HỘI CHỨNG TĨNH MẠCH CHỦ TRÊN VÀ VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng tĩnh mạch chủ trên đã được mô tả lần đầu tiên vào năm 1757 do Huter (1).

Cho tới tận ngày nay vẫn tồn tại trong suy nghĩ của nhiều thầy thuốc rằng việc xuất hiện hội chứng tĩnh mạch chủ trên đồng nghĩa với việc tồn tại u phổi hay u trung thất ác tính và không còn khả năng phẫu thuật, chỉ có thể điều trị bằng tia hay hoá chất ngay cả khi không có bằng chứng của sự hiện diện u ác tính về mặt giải phẫu bệnh.

Việc sử dụng rộng rãi mạch nhân tạo chất liệu polytetrafluoroethylen (PTFE) hay còn gọi là Gore–Tex cho phép mở rộng chỉ định mổ thay thế tĩnh mạch chủ trên. Kết quả tốt của phẫu thuật đã làm thay đổi hẳn thái độ điều trị cũng như cách nhìn nhận về hội chứng tĩnh mạch chủ trên.

2. BỆNH NGUYÊN CỦA HỘI CHỨNG TĨNH MẠCH CHỦ TRÊN

Có rất nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến hội chứng tĩnh mạch chủ trên như: bệnh lý u, chèn ép, thâm nhiễm tĩnh mạch vô danh, tĩnh mạch chủ trên hay do huyết khối tĩnh mạch chủ.

2.1. Huyết khối tĩnh mạch chủ trên

Nguyên nhân hay gặp nhất của huyết khối tĩnh mạch chủ trên là dị vật, catheter tĩnh mạch trung ương để lâu, van dẫn lưu ổ bụng tĩnh mạch cảnh (van Le Veen điều trị nước màng bụng) hay dây dẫn điện cực của máy tạo nhịp (Pace–maker).

Huyết khối tĩnh mạch dễ hình thành trong trường là ống thông đặt ở tĩnh mạch trung ương để lâu, van dẫn lưu ổ bụng tĩnh mạch chủ trên bị tổn thương khi đặt ống thông.

Một nguyên nhân hay gặp nữa là do đứt ống thông (thường là ống thông đặt ở tĩnh mạch đầu hay tĩnh mạch nền). Huyết khối hình thành lan từ tĩnh mạch cánh tay tới tĩnh mạch chủ trên hoặc do sự di chuyển của đoạn ống thông đứt vào tĩnh mạch chủ trên.

2.2. Do chèn ép từ ngoài (không do u ác tính)

– Viêm trung thất mạn tính xơ hoá. Quá trình viêm xơ xảy ra ở tổ chức liên kết lỏng lẻo của trung thất chèn ép, bóp nghẹt các thành phần trong trung thất đó có tĩnh mạch chủ trên. Hay gặp là tràn máu trung thất do chấn thương hay viêm

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

trung thất cấp do thủng thực quản, do phẫu thuật khí quản đoạn ngực hay do viêm tấy lan toả của cổ vào trung thất có thể tiến triển thành xơ hoá trung thất.

– Lao, một số bệnh nấm như Histoplasma, Nocardia do phản ứng quanh hạch viêm có thể dẫn đến viêm trung thất.

– Những chèn ép của hạch lành tính: hạch lao, hạch sarcoid có thể là nguyên nhân của hội chứng tĩnh mạch chủ trên. Chẩn đoán xác định nhờ soi trung thất và sinh thiết hạch.

– Chèn ép do các u lành tính của trung thất. Bướu cổ phát triển trong lồng ngực (Goitre plongeante) là u lành tính hay gặp nhất gây hội chứng tĩnh mạch chủ trên.

– U tuyến ức (thymome dysembriome) hoặc nang tuyến ức (kyste thymique) cũng là nguyên nhân gây ra hội chứng tĩnh mạch chủ trên.

– Phồng động mạch: phồng động mạch do xơ vữa, do giang mai, loạn sản của quai động mạch chủ hoặc nhánh của nó (thân cánh tay đầu) cũng có thể gây chèn ép dẫn đến hội chứng tĩnh mạch chủ trên.

2.3. Bệnh lý trung thất – phổi ác tính là nguyên nhân hay gặp nhất của hội chứng tĩnh mạch chủ trên.

Theo chẩn đoán và điều trị chia làm ba loại

2.3.1. Hạch trung thất ác tính

Chèn ép hay thâm nhiễm tĩnh mạch chủ trên và thân tĩnh mạch vô danh hay gặp là hạch Hogdkin, lymphosarcom hệ liên võng, các di căn hạch trung thất của ung thư phổi hay ung thư tạng trong ổ bụng.

2.3.2. Ung thư phế quản phổi

Ung thư vùng rốn phổi hay thùy trên phổi phải có thể thâm nhiễm trực tiếp tĩnh mạch chủ trên và quai tĩnh mạch đơn. Những dạng này có chỉ định cắt bỏ phổi và thay thế tĩnh mạch chủ trên bằng mạch nhân tạo.

2.3.3. U trung thất trước – giữa đơn độc

Là trường hợp chỉ định cắt bỏ u, màng tim, tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch vô danh, phân thuỳ bụng của thuỳ trên trong trường hợp các tạng này bị thâm nhiễm (cắt bỏ rộng rãi).

Có 3 dạng u hay gặp:

– U tuyến ức ác tính có hay không kèm nhược cơ là chỉ định lý tưởng cho phẫu thuật: việc kết hợp phẫu thuật với xạ trị sau mổ cho kết quả sống sau 5 – 10 năm 1/2 các trường hợp.

– U tế bào mầm (tumeur germinale). Rất hiếm gặp, có thể chẩn đoán được trước mổ nhờ việc định lượng α FP, ACE, gonadotropin màng đệm.

– U lympho: hay gặp là u hogdkin (thymome hogdkinien) thường khu trú ở tầng trung thất trước trên.

– Cuối cùng có thể gặp các u hiếm gặp như carcinom ít hoặc không biệt hoá.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG TĨNH MẠCH CHỦ TRÊN

3.1. Những trường hợp giả hội chứng tĩnh mạch chủ trên cần phân biệt

– Huyết khối chỉ khu trú ở thân tĩnh mạch vô danh hay gặp trong u ác tính của trung thất trước dẫn đến phù một bên. Các triệu chứng nhanh chóng mất đi do sự phát triển tuần hoàn phụ nối với bên đối diện. Việc lấy bỏ tĩnh mạch vô danh trong phẫu thuật cắt u không có biến chứng gì.

– Viêm tắc tĩnh mạch nách – dưới đòn hai bên: hay gặp trong hội chứng đường ra của ngực (traversée thoraco brachiale). Cần phải phân biệt với hội chứng tĩnh mạch chủ trên vì nó không gây ứ trệ tuần hoàn vùng đầu – mặt cổ.

– Rò động tĩnh mạch ở vùng tĩnh mạch chủ trên có thể dẫn đến hội chứng tĩnh mạch chủ trên, tuy nhiên có thêm các triệu chứng của rò động – tĩnh mạch như suy tim do ứ máu, rung miu, thổi liên tục ở vùng đó.

3.2. Thăm dò hội chứng tĩnh mạch chủ trên

Cần thiết để xác định vị trí và nguyên nhân của tắc.

3.2.1. Chụp tĩnh mạch chủ trên

Cho phép xác định vị trí của tắc. Bơm thuốc cản quang vào tĩnh mạch hai tay. Người ta có thể xác định nguồn gốc gây tắc:

– Hẹp đơn thuần toàn bộ tĩnh mạch chủ thường do viêm, xơ hoá trung thất hay do ung thư.

– Hình ảnh đè, đẩy của khối u trung thất.

– Huyết khối toàn bộ tĩnh mạch chủ. Cần xác định mức độ lan rộng và giới hạn huyết khối so với hội lưu Pirogoff và chỗ nối tĩnh mạch chủ trên – nhĩ phải.

– Tuần hoàn phụ: trong trường hợp vị trí tắc trên chỗ nối tĩnh mạch chủ trên – nhĩ phải tuần hoàn phụ qua hệ thống tĩnh mạch đơn về nhĩ phải và tĩnh mạch chủ dưới nhờ các nhánh nối với tĩnh mạch vú trong và tĩnh mạch liên sườn, tĩnh mạch đốt sống. Trong trường hợp tắc dưới tĩnh mạch đơn dòng máu về nhĩ phải qua tĩnh mạch đơn.

3.2.2. Chẩn đoán bệnh nguyên của hội chứng tĩnh chủ trên thường là khó

– Về lâm sàng một số dấu hiệu gợi ý nghĩ tới nguyên nhân như tiền sử lao hay u, nhược cơ, hạch to vùng cổ hay hố thượng đòn v.v...

– Xquang phổi cho thấy hình ảnh u trung thất, hạch cạnh khí phế quản phải v.v...

– Chụp cắt lớp cho phép nhìn thấy rõ những u không nhìn thấy trên điện quang thông thường nhất là những u ở trung thất trước, nó còn cho phép xác định vị trí của u so với tĩnh mạch chủ trên. Hình ảnh u sau tĩnh mạch chủ thông thường là do bệnh lý hạch. Còn hình ảnh u trước tĩnh mạch chủ thường là u trung thất.

– Soi khí quản có thể phát hiện nguyên nhân của hội chứng tĩnh mạch chủ

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

trên qua việc phát hiện và sinh thiết các u sùi trong lòng phế quản hay hình ảnh chèn ép từ ngoài vào của các u trung thất.

– Các xét nghiệm: phải được làm một cách có hệ thống đó là α FP, ACE, HCG. Xạ đồ với I^{131} khi nghi ngờ chèn ép do tuyến giáp lạc chỗ.

– Soi trung thất không phải là chống chỉ định khi có hội chứng tĩnh mạch chủ trên. Nó là phương pháp thăm dò tốt khi nghi ngờ chèn ép do bệnh lý hạch. Qua soi có thể tiến hành sinh thiết. Tuy nhiên không phải là không có nguy hiểm nhất là khi tuần hoàn rất phát triển trong hội chứng tĩnh mạch chủ trên.

3.3. Các kỹ thuật mổ trong hội chứng tĩnh mạch chủ trên

3.3.1. Giải phóng chèn ép

Hội chứng tĩnh mạch chủ gầy ra do sự chèn ép bởi u, không thâm nhiễm thành tĩnh mạch, không có huyết khối thứ phát trong lòng tĩnh mạch sẽ mất đi khi nguyên nhân chèn ép được cắt bỏ.

– Với tuyến giáp lạc chỗ thì đường mổ cổ phối hợp đường bổ dọc xương ức cho phép lấy bỏ hoàn toàn tuyến giáp. Tuần hoàn tĩnh mạch chủ trên sẽ được tái lập ngay sau khi lấy bỏ tuyến giáp.

– Với các u lành hay ác tính chèn tĩnh mạch chủ chỉ cần lấy bỏ u là đủ không cần phải lấy bỏ tĩnh mạch chủ. Ngược lại, bệnh lý chèn ép do hạch viêm, do tính chất co kéo các tổ chức xung quanh nên thường rất khó cắt bỏ chỉ có thể nạo bỏ hạch làm giả hội chứng tĩnh mạch chủ trên và tránh nguy cơ rò khí phế quản hay rò thực quản.

– Với nguyên nhân do phồng động mạch việc mổ cắt ghép động mạch bị phồng là phẫu thuật duy nhất điều trị hội chứng tĩnh mạch chủ trên trong trường hợp này.

– Chèn ép và hẹp tĩnh mạch chủ trên do viêm xơ trung thất thông thường không thể giải quyết bằng phẫu thuật giải phóng tĩnh mạch chủ đơn thuần. Hội chứng tĩnh mạch chủ trên trong trường hợp này thường được giải quyết nhờ phẫu thuật tạo hình tĩnh mạch chủ hay phẫu thuật bắc cầu.

3.3.2. Lấy bỏ huyết khối

Huyết khối phát triển từ một dị vật trong lòng tĩnh mạch chủ thường gây ra tổn thương lớp nội mạc của tĩnh mạch và là nguồn gốc gây ra huyết khối tái phát sau phẫu thuật. Người ta nhận thấy rằng lấy bỏ huyết khối thường có kết quả tốt khi huyết khối hình thành và phẫu thuật được tiến hành sớm trong vòng 48 giờ đầu. Việc lấy bỏ huyết khối được tiến hành bởi đường mở ngực hoặc mở dọc xương ức, sử dụng ống thông Fogarty sau khi đã khống chế chỗ nối tĩnh mạch chủ trên và nhĩ phải (tránh sự di chuyển của huyết khối vào nhĩ phải).

3.3.3. Tái lập tuần hoàn tĩnh mạch chủ trên

Phẫu thuật tĩnh mạch chủ trên ngày nay đã trở thành đơn giản và phổ biến nhờ việc sử dụng các vật liệu thay thế mạch máu có thời gian sử dụng lâu.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

* *Hẹp tĩnh mạch chủ trên đơn thuần*

Do u hoặc viêm trung thất xơ hoá với đoạn hẹp không quá lớn và không quá dài có thể được làm rộng nhờ sử dụng một miếng vá màng tim hoặc tĩnh mạch tự thân như tĩnh mạch hiển trong hay tĩnh mạch cảnh trong. Kỹ thuật này chỉ được sử dụng trong trường hợp tắc không hoàn toàn và không có huyết khối trong lòng tĩnh mạch chủ.

* *Phân lưu tĩnh mạch đơn – tĩnh mạch chủ*

Vị trí tắc dưới tĩnh mạch đơn tạo ra phân lưu máu từ tĩnh mạch chủ trên hướng tới tĩnh mạch đơn và tĩnh mạch chủ dưới. Có thể làm miệng nối trực tiếp giữa nhánh xuống của tĩnh mạch đơn và nhĩ phải. Một số phân lưu khác như miệng nối giữa tĩnh mạch vú trong và nhĩ phải đã được thử nghiệm, tuy nhiên do lưu lượng thấp nên nhanh chóng dẫn đến tắc.

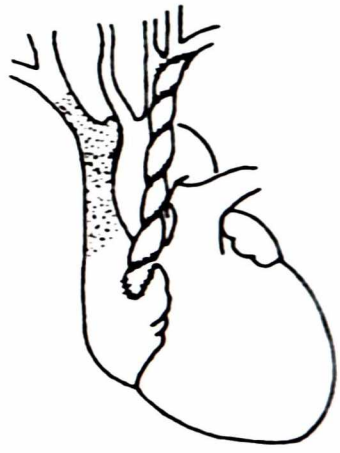
* Bắc cầu tĩnh mạch chủ yếu

Các vật liệu có thể sử dụng bắc cầu.

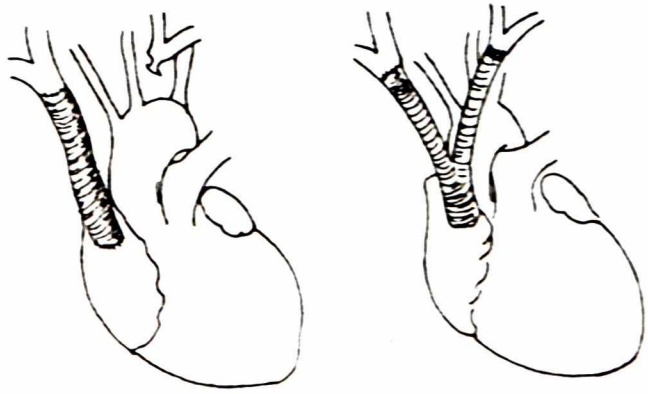
Tĩnh mạch tự thân là vật liệu tốt nhất để làm cầu nối ở vùng này (vùng có áp lực máu thấp) các tĩnh mạch có thể được sử dụng là tĩnh mạch đùi nông, tĩnh mạch cảnh trong, tĩnh mạch hiển trong. Đường kính của các tĩnh mạch phải được làm rộng gấp 2 hoặc 3 lần để phù hợp với đường kính của tĩnh chủ trên hoặc tĩnh mạch vô danh.

+ Có thể sử dụng kỹ thuật mở dọc tĩnh mạch. Sử dụng 2 hoặc 3 đoạn tĩnh mạch khâu nối với nhau để tạo thành ống tĩnh mạch có đường kính rộng gấp hai hoặc ba lần tĩnh mạch ban đầu.

+ Kỹ thuật khác có thể sử dụng đó là ghép xoắn tĩnh mạch (Greffe spiralée) tĩnh mạch được bổ dọc, sau đó được quấn quanh một ống hình trụ có đường kính cần thiết, sử dụng chỉ 7/10 khâu vắt 2 mép tĩnh mạch theo suốt chiều dài ta được một ống tĩnh mạch có đường kính mong muốn *(hình 2.69)*.



Hình 2.69. Kỹ thuật ghép nối với đoạn tĩnh mạch tự thân xoắn ốc



Hình 2.70. Sử dụng mạch nhân tạo thay thế TMC trên hoặc TMC trên – thân vô danh

Vật liệu nhân tạo: PTFE là vật liệu nhân tạo tốt nhất ghép cho hệ thống tĩnh mạch. Người ta có thể sử dụng ống thẳng hay ống Y với đường kính phù hợp khi thay thế tĩnh mạch chủ hoặc cả tĩnh mạch vô danh *(hình 2.70)*.

Hơn nữa mạch nhân tạo bằng PTFE không gây cản trở gì cho việc điều trị tia sau mổ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

* Vấn đề kỹ thuật mổ

Phụ thuộc việc cắt bỏ u cũng như mức độ lan rộng của huyết khối trong lòng tĩnh mạch. Thay thế tĩnh mạch chủ trên khi hội lưu Pirogoff không bị tổn thương. Bằng đường mở ngực hay mở dọc xương ức, người ta tiến hành cắt bỏ u và tĩnh mạch chủ trên, sau đó thay thế bằng mạch nhân tạo thích hợp, tái tạo lại giải phẫu bình thường của tĩnh mạch chủ trên.

– Thay thế tĩnh mạch chủ trên và thân tĩnh mạch vô danh: việc sử dụng đoạn mạch nhân tạo hình chữ Y là cần thiết khi hội lưu Pirogoff bị tổn thương hoặc tĩnh mạch vô danh bị tắc. Miệng nối phía trên nối vào hội lưu Pirogoff còn phía dưới nối vào nhĩ phải. Phẫu thuật này đòi hỏi đường mổ rộng rãi thường là đường mở dọc xương ức mở rộng lên cổ.

– Phẫu thuật bắc cầu điều trị triệu chứng.

Một đôi khi tĩnh mạch chủ trên, hội lưu Pirogoff bị tắc có huyết khối, u không thể cắt bỏ được người ta tiến hành bắc cầu tạm thời giữa tĩnh mạch cảnh trong phải vào nhĩ phải, thân vô danh vào nhĩ phải.

Vấn đề gặp tĩnh mạch chủ trong mổ.

– Khi có hội chứng tĩnh mạch chủ trên cặp toàn bộ tĩnh mạch chủ trên hầu như không gây ứ máu não.

Ngược lại khi tĩnh mạch chủ trên còn thông, một số tác giả sử dụng shunt tạm thời đặt từ nhĩ lên trên chỗ hẹp. Kỹ thuật này cho phép tiến hành việc tạo hình tĩnh mạch chủ mà không bị hạn chế thời gian cặp mạch.

– Theo các tác giả Ph. Darterell, Ph. Levasseur cũng như kinh nghiệm của chúng tôi, việc cặp hoàn toàn tĩnh mạch chủ không gây ra hậu quả gì nghiêm trọng về huyết động với việc sử dụng heparin toàn thân trong và sau mổ.

* Chỉ định phẫu thuật hội chứng tĩnh mạch chủ trên.

Lấy bỏ huyết khối tĩnh mạch chủ

Chỉ tiến hành với những huyết khối mới, huyết khối cấp tính hình thành trên một ống thông tĩnh mạch trung ương. Không sử dụng cho những trường hợp huyết khối thứ phát sau chèn ép do u.

Chèn ép tĩnh mạch chủ do u trung thất lành tính

Xuất hiện hội chứng tĩnh mạch chủ trên trong quá trình tiến triển của một u trung thất lành tính là chỉ định mổ lấy bỏ u và giải phóng chèn ép. Tuy nhiên tuần hoàn phụ phát triển có thể là nguyên nhân của chảy máu trong mổ. Chảy máu sẽ giảm ngay tức khắc khi chèn ép được lấy bỏ.

Phẫu thuật tái tạo tĩnh mạch chủ trên.

Hai điều kiện giải phẫu cần thiết cho phẫu thuật.

– Hội lưu Pirogoff còn nguyên vẹn đó là bằng chứng về việc hệ tĩnh mạch phía trên không tổn thương.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Tuần hoàn phụ phát triển không đủ gây ra phù áo khoác đó là bằng chứng của việc tồn tại chênh áp lớn giữa trên và dưới chỗ tắc.

Bắc cầu tĩnh mạch chủ trên phối hợp với cắt bỏ u là chỉ định hay gặp hiện nay.

Việc phẫu thuật vừa nhằm giải quyết hội chứng tĩnh mạch chủ trên vừa nhằm lấy bỏ toàn bộ hay một phần u tạo thuận lợi cho điều trị hoá chất hay tia xạ sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Renee A. Hartz an Thomas W. Shields (1981): Vein grafts and prosthetic grafts for replacement of the superior vena cava 377 – 382 Mediastinal surgery LEA & FEBIGE.
2. Garcia J.M, Ramier R, Baco J, Absolon KB, Wassington Ph. D: (1979) Technique for reconstrution for superior vena cava in fibrosis mediatinitis. J. Thorac. Cardiovas. Surg, 85, 14.
3. Yoshimura H, Kazamas S, Asari H, Itoh H, Tominaga S, Ishihara A (1979): Lung cancer involving the superioir vena cava: pneumonectomy with concomitant partial resection of superior vena cava. J. Thorac. Cardiovasc. Surg 77, 83.
4. Ph. Dartevell, Ph. Levasseur, A. Rojas – Miranda, H. Lebrigand, M. Merlier: (1982): Aspects chirugicaux actuels des syndromes caves supérieures. Rev Prat 32, 409 – 417.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

20. BỆNH HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

– Huyết khối tĩnh mạch (HKTM) là một bệnh phổ biến ở các nước phát triển, điều trị chủ yếu là nội khoa bằng heparin trọng lượng phân tử thấp, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn đến nhiều hậu quả, trong đó nặng nề nhất là tắc mạch phổi, và di chứng như hội chứng hậu HKTM.

– Tuy nhiên cho đến nay, HKTM là một bệnh lý còn rất ít được lưu tâm và nghiên cứu ở Việt Nam, do vậy chúng ta cảm thấy bệnh ít gặp và có rất ít kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị loại bệnh này cũng như các di chứng của nó.

– Ngày nay, cùng với sự phát triển của chuyên ngành tim – mạch và đặc điểm là các phương tiện thăm dò mạch máu như siêu âm Doppler mạch, thì việc đi sâu nghiên cứu bệnh huyết khối tĩnh mạch và tìm ra một phác đồ chẩn đoán và điều trị thích hợp với hoàn cảnh nước ta là rất cần thiết.

– Huyết khối tĩnh mạch thường được biểu hiện ở hai bệnh cảnh là huyết khối tĩnh mạch sâu và tắc mạch phổi, với biểu hiện lâm sàng khác nhau nhưng cơ chế thương tổn và nguyên tắc điều trị thì giống nhau.

2. SINH LÝ BỆNH

Có nhiều yếu tố, có thể phối hợp với nhau, tham gia vào việc hình thành huyết khối tĩnh mạch trong đó chủ yếu là sự ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch.

2.1. Huyết khối tĩnh mạch sâu

Huyết khối thường bắt đầu được hình thành trên một van tĩnh mạch hoặc lỗ đổ vào của một nhánh bên, sau đó huyết khối lan dần lên theo chiều dòng chảy. Thành mạch bên cạnh huyết khối bị mất tính chun giãn và dày lên. Theo Virchow, sự hình thành huyết khối tĩnh mạch luôn phụ thuộc ba yếu tố:

– Yếu tố thành mạch: thường liên quan tới những huyết khối hình thành do chọc truyền tĩnh mạch.

– Ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch: là yếu tố rất quan trọng, hay gặp trong bệnh giãn suy tĩnh mạch, suy tim, tình trạng bất động (do bệnh tật hay phẫu thuật, do ít vận động v.v...).

– Rối loạn đông máu: rất đa dạng và phức tạp. Từ thay đổi các thành phần hữu hình trong máu như đa hồng cầu, tăng bạch cầu, tiểu cầu, đến rối loại các yếu tố đông máu v.v...

Tóm lại huyết khối tĩnh mạch sâu có thể được hình thành do thay đổi hệ thống lưới – nội mô, hoặc rối loạn cân bằng tiêu fibrin.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2. Tắc mạch phổi

Đó là các huyết khối có gốc từ tĩnh mạch đã di chuyển về tim phải và lên động mạch phổi gây tắc các động mạch phổi, có đặc điểm hay tái phát. Thương tổn ở phổi phải gặp trong 2/3 các trường hợp và thường ở phần thấp của phổi. Cục huyết khối có thể đứt đoạn, tiêu đi, hoặc tổ chức hoá và động mạch phổi cũng có thể được thông trở lại.

Mức độ ảnh hưởng về huyết động trên lưới động mạch tuy khác nhau, nhưng nói chung đều dẫn đến tăng áp lực động mạch phổi và tăng gánh thất phải.

Ảnh hưởng về hô hấp của tắc mạch phổi là do rối loạn cân bằng thông khí – bơm máu. Sự giảm oxyd – carbonic trong máu động mạch do có khoảng chết phế nang ở các vùng không được bơm máu (tắc mạch) nhưng vẫn được thông khí. Có thể có một Shunt phải – trái ở tầng nhĩ (mở lỗ bầu dục và tăng áp lực tim phải) hoặc trong phổi.

3. DỊCH TỄ HỌC VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH HKTM

Ở các nước phát triển, tắc mạch phổi nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba sau bệnh tim – mạch và ung thư.

3.1. Dịch tễ học theo nghiên cứu trên quần thể

Theo các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu và tắc mạch phổi chiếm khoảng 1‰. ở Pháp năm 1980, Even thông báo tỷ lệ tắc mạch phổi là 100.000 năm, trong đó 25% tử vong chung và 10% tử vong do tắc mạch phổi.

3.2. Bệnh huyết khối tĩnh mạch phát hiện trong mổ tử thi

Có nhiều báo cáo về lĩnh vực này, qua đó nổi bật lên hai vấn đề:

– Tỷ lệ bệnh cao hơn nhiều so với phát triển trên người sống, dao động từ 20 – 40%.

– Vai trò của huyết khối – tắc mạch còn khó xác định nguyên nhân gây tử vong. Tuy nhiên tắc mạch phổi liên quan tới 10 – 20% số tử vong, tương ứng với chẩn đoán nhồi máu phổi nặng trước khi tử vong chiếm 5 – 30%.

Nguồn huyết khối gây tắc mạch phổi chủ yếu từ HKTM sâu chi dưới.

3.3. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến phẫu thuật

Để tiện cho thực hành lâm sàng dự phòng huyết khối, người ta chia nguy cơ phẫu thuật làm ba mức:

– Nguy cơ thấp: phẫu thuật đơn giản (như sỏi mật), mổ ngắn dưới 30 phút, bệnh nhân trẻ dưới 40 tuổi, không có yếu tố nguy cơ phối hợp.

– Nguy cơ vừa: phẫu thuật tang, thời gian trên 30 phút, tuổi trên 40 vừa có các yếu tố nguy cơ khác như bệt liệt, ung thư, tăng đông máu.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Nguy cơ cao: phẫu thuật nặng của tạng hoặc chấn thương chỉnh hình, thời gian trên 30 phút, tuổi trên 60; có yếu tố nguy cơ như phối hợp với các yếu tố nguy cơ khác.

Huyết khối tĩnh mạch sâu có thể xuất hiện trước mổ (20% trong phẫu thuật chung), trong mổ hoặc trong những ngày sau mổ, thậm chí hàng tháng sau khi ra viện.

3.3.1. Nguy cơ liên quan đến phẫu thuật chung

Nếu không có điều trị dự phòng tỷ lệ gặp như sau:

– Huyết khối tĩnh mạch sâu sau mổ: 20%.

– Nguy cơ tắc mạch phổi: không tử vong (1,6%); gây tử vong (0,65%).

Tỷ lệ này thay đổi tuỳ theo loại phẫu thuật, từ sỏi mật 3% đến phẫu thuật bàng quang hay trực tràng (35 – 40%).

3.3.2. Nguy cơ trong phẫu thuật chỉnh hình và chấn thương

– Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu rất cao trong thay khớp háng và gối, chiếm tới 50% nếu không dự phòng, trong đó 25% là huyết khối của các tĩnh mạch gốc chi, quanh vùng mổ. Tỷ lệ tắc mạch phổi là 5%, tử vong là 1,2%.

– Trong chấn thương nặng, nếu không dự phòng, tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu rất cao tới 60%, trong đó 20% ở tĩnh mạch lớn gốc chi. Sau gãy cổ xương đùi, tỷ lệ tử vong do tắc mạch phổi là 5%.

3.3.3. Nguy cơ liên quan đến bệnh nhân

Có nhiều yếu tố làm tăng thêm nguy cơ hình thành huyết khối, như béo bệu (tăng 1,5 lần), mắc bệnh tim, nhiễm trùng sau mổ, phẫu thuật nặng, ung thư, giãn TM, tiền sử huyết khối tĩnh mạch (2 – 4 lần), dùng hormon sinh dục tránh thai (3,2 – 4,4 lần).

Ngoài ra còn tính đến tuổi trên 60, hạn chế vận động trước và sau mổ v.v...

3.4. Nguy cơ của thai nghén

Thai nghén làm tăng gấp 6 lần nguy cơ huyết khối – tắc mạch so với phụ nữ bình thường không dùng thuốc tránh thai, chiếm tỷ lệ 1% người có thai, nhất là vào những tháng cuối.

3.5. Bệnh nội khoa và nguy cơ huyết khối – tắc tĩnh mạch

Hai bệnh chính đã được nghiên cứu là bệnh mạch vành và tai biến mạch máu não.

3.5.1. Bệnh tim

– Huyết khối tĩnh mạch phối hợp chiếm tỷ lệ 15 – 30% các trường hợp nhồi máu cơ tim.

– Tỷ lệ gặp trong các bệnh tim không thiếu máu tuỳ mức độ suy tim và rung nhĩ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.5.2. Tai biến mạch máu não

Nguyên nhân gây ra tử vong sau tai biến thường do:

– Thương tổn não: trọng tuần đầu.

– Tắc mạch phổi: tuần thứ 2 – 4.

– Bệnh phế quản phổi: sau 2 – 3 tháng.

– Bệnh tim: muộn hơn nữa.

Huyết khối tĩnh mạch hay gặp trong tai biến do nhồi máu hơn là chảy máu. Thường không có biểu hiện lâm sàng. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chiếm tới 1/3 số trường hợp có liệt chi.

3.5.3. Ung thư và bệnh máu

Hay gây nên một số bệnh cảnh đặc biệt như viêm tắc tĩnh mạch tim, di chuyển hoặc tái phát. Một huyết khối tĩnh mạch sâu tự phát có thể là biểu hiện gợi ý của một ung thư ở đâu đó, cần phải tìm kiếm một cách hệ thống, đặc biệt hệ tĩnh mạch chủ trên. Trên mổ tử thi, người ta thấy tắc mạch phổi hay gặp nhất trong ung thư tụy, phổi, đại tràng tử cung, tuyến tiền liệt, vú v.v...

Đối với bệnh máu thì huyết khối tĩnh mạch hay gặp trong các hội chứng tăng sinh tuỷ.

3.5.4. Nguy cơ do dùng thuốc

– Các thuốc tránh thai (estrogen+progerteron) làm tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch từ 4 – 6 lần.

– Đặt catheter tĩnh mạch: 20% huyết khối tĩnh mạch sâu, 5% tắc mạch phổi rõ.

– Người nghiên chích thuốc phiện v.v...

3.5.5. Suy giảm đông máu di truyền hay mắc phải

Gợi ý chẩn đoán các bệnh này khi gặp huyết khối tĩnh mạch ở người trẻ dưới 40 tuổi, tiến triển nặng, hay tái phát, huyết khối nằm ở vị trí lạ và gia đình có người bị huyết khối tĩnh mạch. Hoàn cảnh xuất hiện thường là khi có thai, phẫu thuật, dùng thuốc tránh thai v.v...

Hay gặp nhất là suy giảm các yếu tố đông máu như antithrombine III, Proteine C, proteine S.

Các bệnh hệ thống

Hay gặp huyết khối tĩnh mạch trong các bệnh

– Lupus ban đỏ.

– Bệnh Behcet: huyết khối tĩnh mạch hệ thống tĩnh mạch chủ trên.

– Bệnh Buerger: hay gặp huyết khối tĩnh mạch nông.

4. CHẨN ĐOÁN HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU

Chú ý:

– Khi thấy dấu hiệu gợi ý trên lâm sàng, người thầy thuốc cần nhanh chóng xác định chẩn đoán bằng các thăm dò thích hợp.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Biện pháp điều trị thử để chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch là rất nguy hiểm.

– Hiện nay, siêu âm Doppler tĩnh mạch là thăm dò chính để chẩn đoán xác định.

– Một huyết khối tĩnh mạch sâu ở gốc chi (hay trung tâm) nếu không được điều trị sẽ gây tử vong cho 4% bệnh nhân do tắc mạch phổi.

– Một huyết khối tĩnh mạch sâu không được điều trị sẽ để lại di chứng (hội chứng hậu huyết khối) cho 1/2 số bệnh nhân.

4.1. Chẩn đoán lâm sàng

Là cần thiết nhưng chưa đầy đủ

Biểu hiện lâm sàng của huyết khối tĩnh mạch sâu thường không đầy đủ và ít đặc hiệu, do vậy dễ dẫn đến hoặc một điều trị chống đông vô ích và nguy hiểm, hoặc bỏ sót không điều trị dẫn đến tắc mạch phổi.

4.1.1. Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Đó chính là tắc tĩnh mạch kinh điển, biểu hiện bằng:

– Đau tự nhiên ở bắp chân, có thể lan lên mặt trong đùi, bẹn theo đường đi của tĩnh mạch. Đau là triệu chứng không đặc hiệu vì có thể gặp do thương tổn cơ, dây chằng, thần kinh (dùng chống đông sẽ nguy hiểm).

– Phù chân ở một bên: cũng là triệu chứng không đặc hiệu.

– Các dấu hiệu viêm nhiễm, tăng nhiệt độ chi.

– Giãn các tĩnh mạch nông.

Khi thấy các dấu hiệu lâm sàng trên, dù không đầy đủ và đặc biệt, thì không nên chờ cho diễn biến nặng lên, mà phải gửi bệnh nhân đi làm ngay siêu âm Doppler tĩnh mạch để chẩn đoán.

– Viêm tắc tĩnh mạch có tím: hiếm gặp nhưng cần thiết phải biết do độ nặng và tính cấp cứu của nó. Thường gặp trong bệnh lý u.

Đó là huyết khối tĩnh mạch ở gốc chi, trên cả hệ tĩnh mạch nông sâu, gây ứ trệ máu cấp tính trên hệ tĩnh mạch và giảm tưới máu động mạch do cơ thắt. Lâm sàng thấy các dấu hiệu của huyết khối tĩnh mạch sâu phối hợp với hội chứng thiếu máu cấp tính. Cần cho ngay 5.000 đơn vị heparin tĩnh mạch và chuyển bệnh nhân đến cơ sở phẫu thuật mạch máu ngay để mổ huyết khối hoặc cho thuốc làm tan cục máu đông.

4.1.2. Huyết khối tĩnh mạch chậu

Thường gặp trong phẫu thuật vùng khung chậu, có thai, hậu sản.

Dấu hiệu lâm sàng là của một huyết khối tĩnh mạch nhưng chỉ ở tầng khung chậu: đau tử cung – âm đạo, đau bụng, rối loạn tiểu tiện, sốt rét, đôi khi như

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

nhiễm khuẩn máu. Cần phải kiên trì làm chẩn đoán vì đôi khi huyết khối tĩnh mạch chỉ khu trú ở tĩnh mạch chậu trong, buồng trứng hoặc tử cung nên siêu âm Doppler tĩnh mạch có thể cho kết quả sai.

4.1.3. Huyết khối tĩnh mạch chủ

Tĩnh mạch chủ dưới có thể bị huyết khối do lan từ huyết khối tĩnh mạch chậu, hoặc ung thư thận gây huyết khối tĩnh mạch chủ trên thận. Biểu hiện lâm sàng ở cả hai chân, có tuần hoàn phụ trên bụng.

Huyết khối tĩnh mạch chủ trên biểu hiện bằng tím và phù ở đầu, mặt và nửa trên ngực, rồi xuất hiện các tuần hoàn phụ trên ngực. Nguyên nhân thường do chèn ép tĩnh mạch ở trung thất (u trung thất), huyết khối trên các catheter tĩnh mạch, bệnh Behcet (một loại bệnh tự nhiên), hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu chi trên.

4.1.4. Huyết khối tĩnh mạch chi trên

Hiếm gặp hơn chi dưới do cấu tạo hệ thống huyết động đặc biệt. Nguyên nhân thường do kim truyền tĩnh mạch, tiêm chích ma tuý, hội chứng chèn ép tĩnh mạch dưới đòn... Biểu hiện lâm sàng thường không rầm rộ và ít biến chứng.

4.2. Chẩn đoán cận lâm sàng: là cần thiết

Thăm dò cận lâm sàng phải được làm ngay khi có nghi ngờ trên lâm sàng. Điều trị chống đông chỉ nên dùng sau khi có kết quả thăm dò.

Bao gồm các thăm dò về hình thể nhằm phát triển và khu trú vị trí huyết khối (chụp tĩnh mạch, siêu âm Doppler tĩnh mạch); các xét nghiệm sinh học chứng tỏ có huyết khối (định hướng D – dimère):

4.2.1. Chụp tĩnh mạch

Chỉ áp dụng khi các thăm dò khác không thể thực hiện hoặc không cho các thông tin chính xác, vì là một thăm dò gây chảy máu và đắt tiền; hơn nữa cứ 4 bệnh nhân nghi ngờ trên lâm sàng thì chỉ có một trường hợp có huyết khối tĩnh mạch. Cho phép thấy được lỗ tắc, đoạn tắc và hệ thống tuần hoàn phụ.

4.2.2. Siêu âm Doppler tĩnh mạch

Là thăm dò đầu tay và được sử dụng chủ yếu hiện nay. Cho phép thấy được hình thể, vị trí của huyết khối tĩnh mạch, ngoài ra còn cho thấy thương tổn đè ép từ phía ngoài tĩnh mạch, biết được tình trạng huyết động của trục tĩnh mạch để tiên lượng trước mắt và những hậu quả lâu dài.

Tuy nhiên phương pháp này có một vài hạn chế, nhất là trong hoàn cảnh nước ta như:

– Người làm siêu âm phải là thầy thuốc chuyên khoa và có kinh nghiệm trong siêu âm tĩnh mạch.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Phải có máy siêu âm trang bị hệ thống cho phép siêu âm tĩnh mạch.

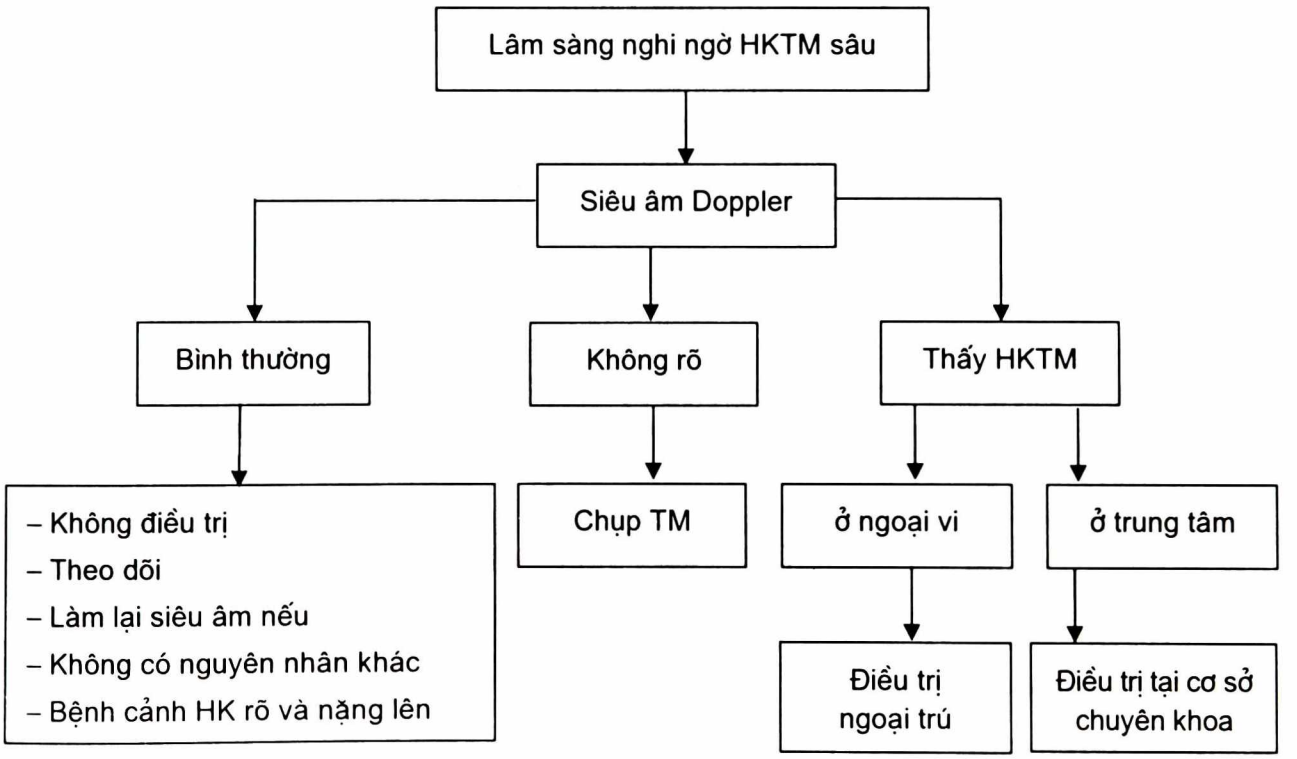
– Khó thăm dò ở một số vùng giải phẫu như tĩnh mạch chậu đoạn giữa, bụng trướng hơi, có sẹo mổ cũ...

4.2.3. Định hướng D – dimère

Các D – dimère là sản phẩm đặc biệt của giảm fibrin, thể hiện tình trạng tăng tính đông máu rồi tăng tiêu fibin do sự hình thành huyết khối. Là thăm dò đơn giản và có hiệu quả để chẩn đoán và theo dõi huyết khối tĩnh mạch, tuy nhiên cần phối hợp với siêu âm Doppler để xác định vị trí của huyết khối.

Ngoài ba thăm dò trên, còn có một số phương pháp khác được chỉ định trong những trường hợp nhất định, ví dụ phương pháp đo áp lực tĩnh mạch, Doppler liên tục (thể hiện bằng âm thanh) v.v...

Phác đồ xử trí trước một trường hợp nghi ngờ HKTM sâu trên lâm sàng (theo Boccalon):



5. CHẨN ĐOÁN TẮC MẠCH PHỔI

Tắc mạch phổi là một tiến triển hay gặp trong huyết khối tĩnh mạch sâu, gây tử vong 10.000 – 20.000 ca mỗi năm ở Pháp. Để giảm tỷ lệ tắc mạch phổi nặng, cần phải phát hiện và điều trị sớm tắc mạch phổi xuất hiện trên cơ sở một huyết khối tĩnh mạch sâu. Tuy nhiên thăm khám lâm sàng, Xquang phổi, điện tim, xét nghiệm khí máu đều không đủ tính đặc hiệu để chẩn đoán. Hiện nay chụp xạ đồ phổi thăm dò không khí – tưới máu đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán tắc mạch phổi.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.1. Chẩn đoán lâm sàng

Cũng như trong huyết khối tĩnh mạch sâu, chỉ có 1/3 số ca nghi ngờ trên lâm sàng là có tắc mạch phổi. Bệnh cảnh lâm sàng thường gặp ở ba tình huống:

– Đau ngực, có thể phối hợp ho ra máu (50%).

– Khó thở không giải thích được (30%).

– Tình trạng sốc (10%).

Ngoài ra có thể thấy đám mờ khu trú hoặc xẹp phổi trên Xquang phổi; rối loạn tái cực hoặc bloc nhánh phải trên điện tim; chênh áp oxy phế nang – động mạch trên khí máu. Nhìn chung tất cả các dấu hiệu trên đều không đặc hiệu cho tắc mạch phổi.

5.2. Chẩn đoán cận lâm sàng

Hiện nay có 5 thăm dò được sử dụng tuỳ trường hợp:

5.2.1. Chụp động mạch phổi

Là thăm dò có độ nhạy và độ chính xác cao tới 90 – 95%. Tuy nhiên vì thăm dò chảy máu và đắt tiền nên chỉ sử dụng khi các thăm dò khác không đưa lại kết quả chính xác.

5.2.2. Chụp xạ đồ phổi

Là thăm dò không chảy máu và không nguy hiểm, cho phép chẩn đoán xác định trong 1/3 các trường hợp. 2/3 còn lại phải phối hợp với các thăm dò khác.

5.2.3. Chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu

Trong phần lớn các trường hợp, huyết khối tĩnh mạch sâu của chi dưới là nguồn gốc của tắc mạch phổi. Xác định bằng siêu âm Doppler mạch hoặc chụp tĩnh mạch.

5.2.4. Định lượng D–Dimère huyết tương

Có vai trò loại trừ tắc mạch phổi khi xét nghiệm cho kết quả âm tính.

5.2.5. Siêu âm tim

Nhằm tìm các dấu hiệu ảnh hưởng tim phải của tắc mạch phổi (tăng áp lực động mạch phổi), chỉ có khi tắc trên 25% trường phổi. Tuy nhiên nó không cho thấy các tắc mạch phổi mà không có ảnh hưởng trên tim. Trong một số ít trường hợp có thể thấy hình ảnh trực tiếp của huyết khối trong buồng tim phải.

6. VÀI NÉT VỀ HỘI CHỨNG SAU HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH

Bao gồm các triệu chứng xuất hiện từ vài tháng tới vài năm sau huyết khối tĩnh mạch sâu, ví dụ như:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Đau bắp chân, giãn các tĩnh mạch nông.

– Phù quanh mắt cá hay cả chân, có thể dẫn đến căng to thường xuyên.

– Các rối loạn dinh dưỡng da không có loét.

– Các ổ loét ở cẳng chân.

– Chẩn đoán xác định bằng siêu âm Doppler.

Hội chứng này gây ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống cũng như tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân, do vậy chẩn đoán và điều trị sớm một huyết khối tĩnh mạch sâu là rất cần thiết để tránh các hậu quả này.

7. MỘT SỐ BỆNH CẢNH LÂM SÀNG ĐẶC BIỆT CỦA HKTM

Huyết khối tĩnh mạch có một số bệnh cảnh lâm sàng đặc biệt như huyết khối tĩnh mạch nông, huyết khối tĩnh mạch và thai nghén, huyết khối tĩnh mạch tạng, huyết khối tĩnh mạch trẻ em... Trong thời hạn bài này, chúng tôi chỉ đề cập đến huyết khối tĩnh mạch nông do tính cấp cứu trong điều trị của nó.

7.1. Chẩn đoán lâm sàng: khá dễ dàng

– Đau nhiều dọc trên đường đi của tĩnh mạch, thường là tĩnh mạch hiển trong ở chân (do giãn tĩnh mạch), hoặc các tĩnh mạch đầu – nền ở tay (do tiêm chọc tĩnh mạch).

– Nhìn thấy viêm tấy đỏ dọc theo trục tĩnh mạch, sờ thấy nóng và gây đau tăng cho bệnh nhân.

– Sờ thấy tĩnh mạch chạy dọc cứng như dây thừng là triệu chứng quan trọng để chẩn đoán.

7.2. Siêu âm Doppler

Có vai trò xác định cực trên của huyết khối khi trên lâm sàng không xác định được, nghi ngờ lan tới quai tĩnh mạch hiển và tìm huyết khối tĩnh mạch sâu phối hợp (10%).

7.3. Căn nguyên

– Do viêm nhiễm trên đường truyền tĩnh mạch.

– Do giãn tĩnh mạch: rất hay gặp.

– Trên tĩnh mạch lành: do ung thư, bệnh tự miễn, bệnh máu hay rối loạn động máu. Cần làm siêu âm Doppler tìm huyết khối tĩnh mạch sâu, phòng tắc mạch phổi.

7.4. Điều trị: là một cấp cứu

– Do truyền tĩnh mạch: bỏ ngay đường truyền tĩnh mạch, nếu cần thì đổi đường

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

truyền sang tay khác. Dùng thuốc chống viêm tại chỗ và toàn thân. Phải dùng kháng sinh tuỳ theo kết quả cấy máu và cấy kim truyền. Mở tĩnh mạch lấy huyết khối nếu đau nhiều và điều trị chống viêm không đỡ.

– Do giãn tĩnh mạch.

+ Tĩnh mạch ngoại vi: thuốc chống viêm tại chỗ và toàn thân; băng chun; mở TM lấy huyết khối tại chỗ nếu đau nhiều.

+ 1/3 trên của tĩnh mạch hiển trong: một cắt quai tĩnh mạch hiển, có thể kết hợp điều trị giãn tĩnh mạch; nếu có huyết khối quai tĩnh mạch hiển thì mổ lấy huyết khối hoặc cho chống đông liều như điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu.

8. ĐIỀU TRỊ HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH

Nguyên tắc:

– Chống đông là nền tảng chính của điều trị.

– Phải bắt đầu càng sớm càng tốt.

– Heparin trọng lượng phân tử thấp có tác dụng tốt cả trong dự phòng và điều trị tấn công.

– Điều trị dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu phải tính cả đến các phương pháp vật lý, điều trị heparin chỉ là phối hợp tuỳ theo mức độ nguy cơ.

– Trong điều trị tấn công, phải sớm nối tiếp heparin bằng kháng vitamin K

– Theo dõi sinh học trong điều trị bằng heparin.

– Theo dõi INR đảm bảo cho theo dõi điều trị bằng kháng vitamin K

8.1. Các phương pháp điều trị

8.1.1. Điều trị chống đông: bao gồm các heparin và kháng vitamin K

Heparin thường:

Liều lượng: liều đầu 50 – 70 đv/kg

rồi duy trì 15 – 20 đv/kg

Đường dùng: tĩnh mạch cách 2 giờ, hoặc truyền liên tục bằng bơm tiêm điện. Đường tiêm dưới da còn đang được nghiên cứu.

Theo dõi: thử TCA 4 giờ sau khi bắt đầu dùng thuốc (giá trị gấp 2 – 3 lần chứng). Định lượng tiểu cầu 2 lần/ tuần.

Heparin trọng lượng phân tử thấp (vd: fragmine, fraxiparine v.v...).

Liều tấn công: tiêm dưới da 2 lần/ ngày

100 đv anti Xa/kg fragmine.

Hoặc 225 dv anti Xa UC/kg fraxiparine cho hiệu quả tương đương heparin.

Theo dõi: kiểm tra hoạt tính anti Xa chỉ có ích khi có nguy cơ chảy máu, suy thận v.v...

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Theo dõi tiểu cầu 2 lần/ tuần.

Kháng vitamin K (vd: sintrom, coumadine...): thường được sử dụng trong những trường hợp cần điều trị dài ngày, phải gối với heparin trong vòng 1–2 ngày trước khi dừng heparin. Liều lượng có thể tới 4mg/ ngày cho người lớn đối với sintrom, dùng chia làm hai lần.

Theo dõi bằng INR (International Normalized Ratio) hằng tuần rồi sau đó là hàng tháng. Duy trì ở mức 2,5 – 3,5 trong giai đoạn tấn công và 2,5 ở giai đoạn duy trì.

8.1.2. Băng chun và vận động

Đây là các phương pháp giúp làm tăng hiệu quả điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu ở giai đoạn cấp tính cũng như duy trì. Để đạt được kết quả tốt, cần tôn trọng các nguyên tắc:

– Băng chun ngay từ khi bắt đầu điều trị chống đông.

– Băng chun phải kéo dài ít nhất trong 3 tháng.

– Cần đảm bảo băng đúng quy cách và đúng kích thước theo giai đoạn và mức độ thương tổn.

Vận động sớm làm giảm đáng kể mức độ lan toả huyết khối (1% nếu bất động < 48 giờ, 30% nếu bất động > 5ngày). Nên cho bệnh nhân vận động sớm nếu các dấu hiệu ứ trệ TM được cải thiện, điều trị chống đông đã ổn định và trên siêu âm không thấy hình huyết khối di động.

8.1.3. Thuốc làm tan huyết khối

Chỉ định điều trị hiện còn đang được thảo luận.

8.1.4. Phẫu thuật

Mổ lấy huyết khối chậu – đùi + làm thông động – tĩnh mạch hiển, động mạch đùi) để cải thiện lưu lượng máu tĩnh mạch. Mổ đóng lỗ thông sau 2 tháng, băng chun trong 6 tháng phối hợp với điều trị chống đông.

Chỉ định cân nhắc, chỉ nên áp dụng cho những huyết khối mới < 7ngày.

8.1.5. Đặt hệ thống lọc vào tĩnh mạch chủ dưới

Phẫu thuật đặt 1 clip vào tĩnh mạch chủ hoặc fil lọc qua đường chọc tĩnh mạch. Chỉ định hạn chế trong một số trường hợp như:

– Huyết khối tĩnh mạch sâu phần trung tâm mà không thể điều trị chống đông (nguy cơ chảy máu).

– Điều trị chống đông đúng nhưng không thấy có hiệu quả, huyết khối vẫn lan rộng và có tắc mạch phổi.

– Huyết khối tĩnh mạch sâu lan trên tĩnh mạch chủ dưới, hoặc có huyết khối di động v.v...

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

8.1.6. Liệu pháp nước khoáng

Dùng làm giảm các triệu chứng của hội chứng sau huyết khối.

8.2. Điều trị dự phòng huyết khối tĩnh mạch

Được chỉ định khi có các yếu tố nguy cơ cả trong nội và ngoại khoa như đã nêu ở phần trên.

Bao gồm:

– Các phương pháp vật lý: ngồi dậy sớm, vật lý trị liệu; băng chun; nằm kê chân cao; bơm khí gián đoạn; kích thích điện cơ cẳng chân.

– Thuốc chống –giảm đông máu: trong đó heparin trọng lượng phân tử thấp (calciparine) và aspirin là hay được sử dụng nhất.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

PHẦN 3

NHI KHOA

1. TEO THỰC QUẢN – RÒ KHÍ THỰC QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Teo thực quản được William Durston mô tả lần đầu tiên vào năm 1670. Năm 1913, Richier mổ thắt đường rò khí – thực quản. Năm 1929, Vogt đã mô tả các dị dạng của thực quản, trong đó có thể bệnh rò khí – thực quản. Vào cuối những năm 30, nhiều tác giả đã mô tả các phương pháp nhiều thì mổ chữa teo thực quản. Tới những năm 50, phương pháp mổ một thì đã ra đời và tỷ lệ sống sau mổ ngày một cao nhờ tiến bộ của gây mê–hồi sức, của kỹ thuật điều trị trước, trong và sau mổ.

Trong dị tật teo thực quản, có nhiều thể bệnh, có thể chỉ có teo thực quản đơn thuần nhưng có thể bệnh có rò khí thực quản và có thể bệnh chỉ có rò khí thực quản mà không có teo thực quản nên về thuật ngữ đã có các tên gọi cho dị tật này là:

–Teo thực quản bẩm sinh.

– Rò khí – thực quản.

–Teo thực quản bẩm sinh và rò khí – thực quản.

Ở tên gọi thứ ba này, đã có đủ các thể bệnh của dị tật này.

2. BÀO THAI HỌC

Teo thực quản xảy ra do có rối loạn về sự phát triển của bào thai ở giai đoạn thai từ 4 – 6 tuần. Điều này giải thích teo thực quản hay kết hợp với một số dị tật khác như tim, cột sống, hệ tiết niệu và ống tiêu hoá.

Theo sự phát triển bình thường của bào thai thì nụ khí quản xuất hiện ở tuần lễ thứ 4 và 5, ruột nguyên thuỷ được biệt hoá phân tách khí quản ra trước và thực quản ra sau. Sự phân tách này thực hiện từ thấp lên cao và sự phát triển của khí quản từ cao xuống thấp cho tới lúc hình thành hai mỏm phế quản phổi ở tuần lễ thứ 8.

Sự phát triển của thực quản theo hai hướng, lên trên và xuống dưới.

Ở thời kỳ này, có thể xảy ra sự phát triển bất thường, dẫn tới dị dạng trục khí – thực quản và một số dị dạng khác kèm theo.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Sự bất thường trong quá trình hình thành vách ngăn giữa khí – thực quản là nguyên nhân gây teo thực quản và rò khí thực quản.

– Sự chuyển vị trí vách khí – thực quản ra sau gây teo thực quản.

– Sự đóng không kín vách khí – thực quản gây rò khí – thực quản.

3. GIẢI PHẪU

Cấu tạo thành thực quản gồm ba lớp: lớp cơ, lớp dưới niêm mạc, lớp niêm mạc, không có lớp thanh mạc như ruột.

Cấp máu cho thực quản là các mạch máu từ các mạch ở cổ, động mạch liên sườn, động mạch chủ ngực. Các động mạch chạy dọc theo thành thực quản. Sự cấp máu ở một phần ba trên thực quản phong phú hơn.

Trong teo thực quản, đoạn thực quản phía trên chỗ teo giãn to, thành dày, có cấp máu tốt nên thuận lợi cho khả năng phẫu tích làm dài tối đa và có thể thực hiện được đường rạch vòng tròn hết lớp cơ nhưng ngoài niêm mạc để làm dài thêm đoạn thực quản đầu trên mà không sợ thiếu máu ở phần túi cùng trên thực quản. Còn đoạn thực quản dưới chỗ teo thường nhỏ, thành mỏng, khi phẫu tích để kéo dài lên phải chú ý không được cắt vào các mạch máu đi vào thành thực quản và dây thần kinh phế vị đi bên cạnh.

Do không có thanh mạc che phủ như dạ dày – ruột nên khả năng liền vết khâu nối thực quản khó hơn. Đường mổ và kỹ thuật nối thực quản ngoài phế mạc sẽ bảo vệ được lớp phế mạc thành ngực sau để che phủ miệng nối, do vậy sẽ góp phần giúp liền miệng nối, giảm tỷ lệ rò – bục miệng nối.

4. PHÂN LOẠI THỂ BỆNH

4.1. Phân loại của Ladd và Gross: chia thành 5 loại

– *Loại 1*: teo giãn đoạn 2 đầu thực quản và không có rò khí thực quản. Hai đầu thực quản cách nhau với độ dài hơn 4 đốt sống nên thường không nối ngay 2 đầu thực quản được hoặc nối rất khó khăn với tỷ lệ biến chứng cao. Tần suất gặp khoảng 7 – 10% tổng số teo thực quản.

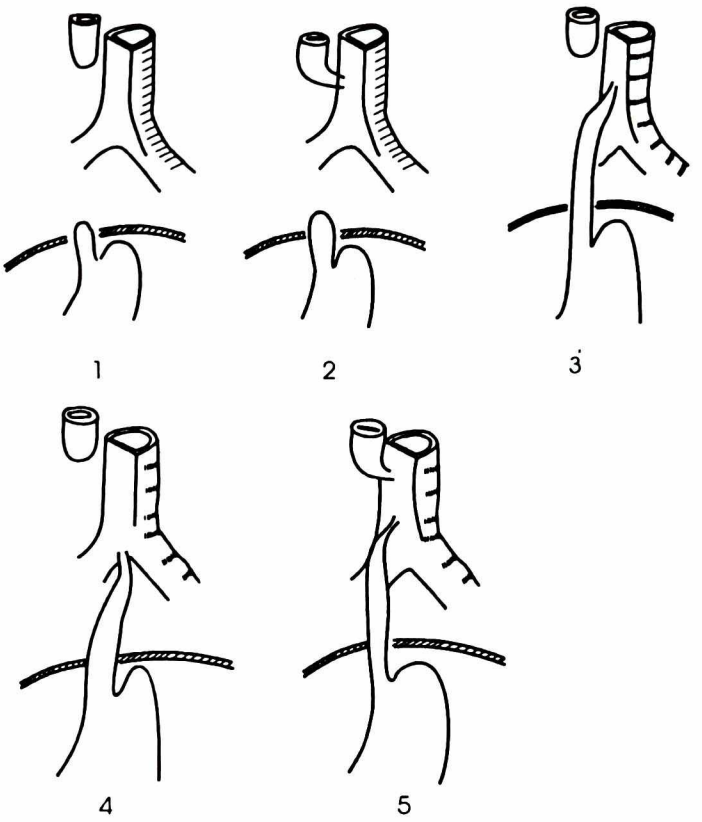
– *Loại 2*: gặp khoảng 1% trong số teo thực quản. Hai đầu thực quản teo cách xa nhau nhưng có rò đầu thực quản trên với khí quản.

– *Loại 3 và 4*: thường gặp với tỷ lệ từ 75 – 85% theo các tác giả. Hai đầu thực quản teo với khoảng cách không xa như ở loại 1 và 2. Đầu thực quản trên bịt kín ở vị trí từ đốt sống lưng 1 tới lưng 4. Đầu thực quản dưới thông với khí quản (loại 3) hoặc phế quản gốc phải (loại 4).

Teo thực quản loại 3 thường gặp và có tiên lượng tốt, thuận lợi cho mổ một thì, vì khoảng cách giữa 2 đầu thực quản thường không quá 3 đốt sống.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– *Loại 5*: loại teo đặc biệt với 2 đầu thực quản đều thông với khí quản. Khoảng cách giữa 2 đầu thực quản thường không xa nhau.



Hình 3.1. Phân loại của Ladd và Gross

4.2. Phân loại của Bettex M–Kuffer F–Scharli A: thành 4 loại

– *Loại 1*: teo thực quản thành dây xơ, ít gặp.

– *Loại 2:* teo thực quản gián đoạn, không có rò khí – thực quản, ít gặp.

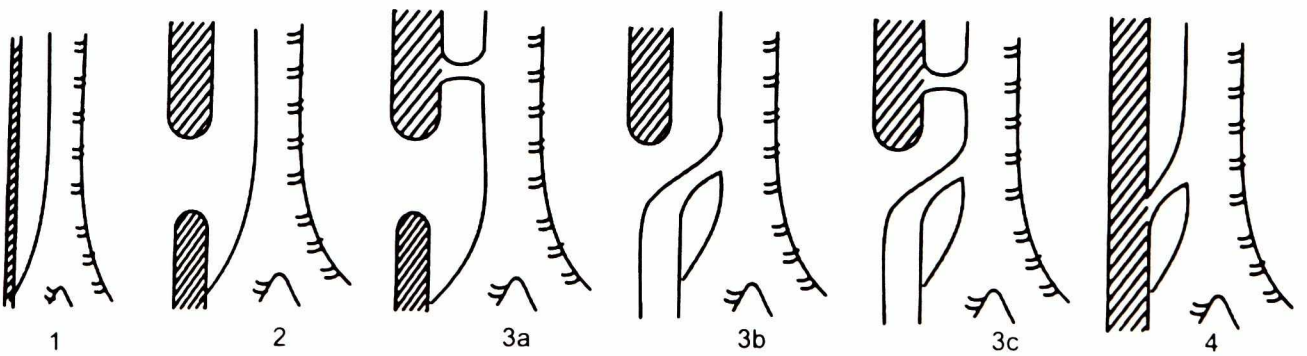
– *Loại 3*: teo thực quản gián đoạn, có rò khí – thực quản. Thể bệnh này lại được chia thành 3 loại:

+ Loại 3a: rò túi cùng trên thực quản với khí quản, ít gặp.

+ Loại 3b: rò đầu dưới thực quản với khí quản, hay gặp (> 90%).

+ Loại 3c: rò cả 2 đầu thực quản với khí quản, ít gặp.

– *Loại 4*: rò khí thực quản, không teo thực quản, ít gặp.



Hình 3.2. Phân loại của Bettex M–Kuffer F–Scharli A

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.3. Phân loại của Myers và Aberdeen: thành 5 loại

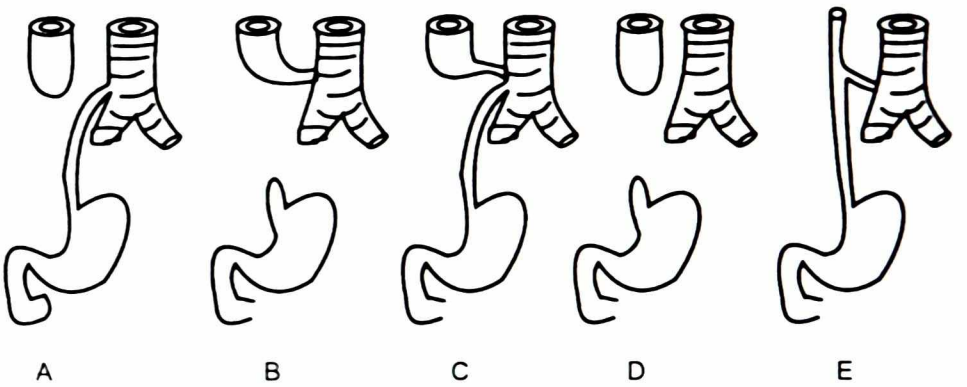
– *Loại A*: teo thực quản, có rò đầu dưới thực quản với khí quản. Hay gặp.

– *Loại B*: teo thực quản, có rò đầu trên thực quản với khí quản.

– *Loại C*: teo thực quản, có rò cả 2 đầu thực quản với khí quản.

– *Loại D*: teo thực quản, không có rò khí thực quản.

– *Loại E*: rò khí – thực quản, không có teo thực quản.



Hình 3.3. Phân loại của Myers và Aberdeen

4.4. Đề nghị phân loại của chúng tôi

Mục đích của phân loại nhằm dễ có chẩn đoán và chọn kỹ thuật mổ phù hợp nên chúng tôi thấy có thể phân teo thực quản thành 3 loại:

– *Loại 1*: teo thực quản không có rò khí thực quản.

Khoảng cách của 2 đầu thực quản có thể gần nhau ở teo thể màng ngăn hoặc xa nhau, cách nhau vài đốt sống.

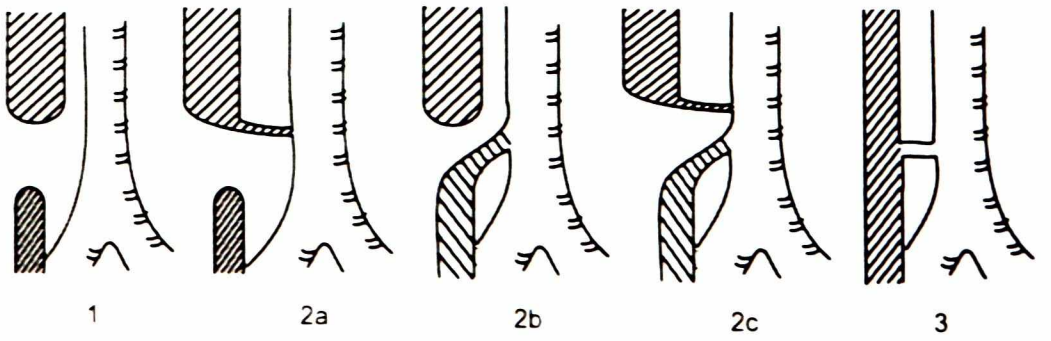
– *Loại 2*: teo thực quản, có rò khí thực quản. Loại này chia thành 3 thể:

+ Loại 2a: teo thực quản, có rò đầu dưới thực quản với khí quản. Thể bệnh này hay gặp nhất.

+ Loại 2b: teo thực quản, có rò đầu trên thực quản với khí quản, ít gặp.

+ Loại 2c: teo thực quản, có rò cả 2 đầu thực quản với khí quản, ít gặp.

– *Loại 3*: không teo thực quản nhưng có rò thực quản với khí quản. Loại này ít gặp.



Hình 3.4. Phân loại của Trần Ngọc Bích

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. TẦN SỐ

Tỷ lệ mắc ở trẻ sau đẻ là 1/2.500. Tỷ lệ mắc bệnh giữa trẻ trai và gái tương đương nhau.

6. DỊ TẬT PHỐI HỢP

– Cân nặng: thiếu cân (< 2500 gam) vào khoảng 20% số bệnh nhân.

– Mắc dị tật khác: khoảng 50% số bệnh nhân. Bao gồm các dị tật thuộc về cột sống, tim mạch, đường tiêu hoá, hệ tiết niệu v.v..., như tắc môn vị, tắc tá tràng, dị tật hậu môn trực tràng, thận niệu quản đôi, niệu quản lạc chỗ v.v...

7. TIỀN SỬ – TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

7.1. Trước đẻ

Mẹ bệnh nhân bị teo thực quản thường bị đa ối. Đây là dấu hiệu sản khoa cần chú ý để phát hiện dị tật ống tiêu hoá trước đẻ bằng siêu âm. Siêu âm thấy dạ dày nhỏ và có thể thấy được phần thực quản giãn phía trên.

7.2. Sau đẻ

Tuỳ theo thể loại dị tật mà triệu chứng lâm sàng có những biểu hiện khác nhau.

7.2.1. Triệu chứng lâm sàng của thể bệnh teo thực quản gián đoạn, có rò đầu dưới thực quản với khí quản–phế quản

Đây là thể bệnh hay gặp nhất.

– Sùi "bọt cua": ngay sau khi sinh ra, trẻ có nhiều nước bọt trào ra ngoài mũi–miệng một cách bất thường, trông như "bọt cua".

– Tím môi, khó thở: khi có nước bọt trào ra hoặc sau ăn sữa ngay từ lần đầu tiên.

– Viêm phổi, suy hô hấp: do nước bọt hít vào và đặc biệt dịch dạ dày–mật trào ngược vào trong đường hô hấp qua rò khí – thực quản. Viêm phổi thường xảy ra sớm. Nghe phổi thấy có nhiều ran ẩm.

Có thể có suy hô hấp với các đợt ngừng thở kéo dài.

– Đói lả, mất nước–điện giải: vì không ăn được và thiếu nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

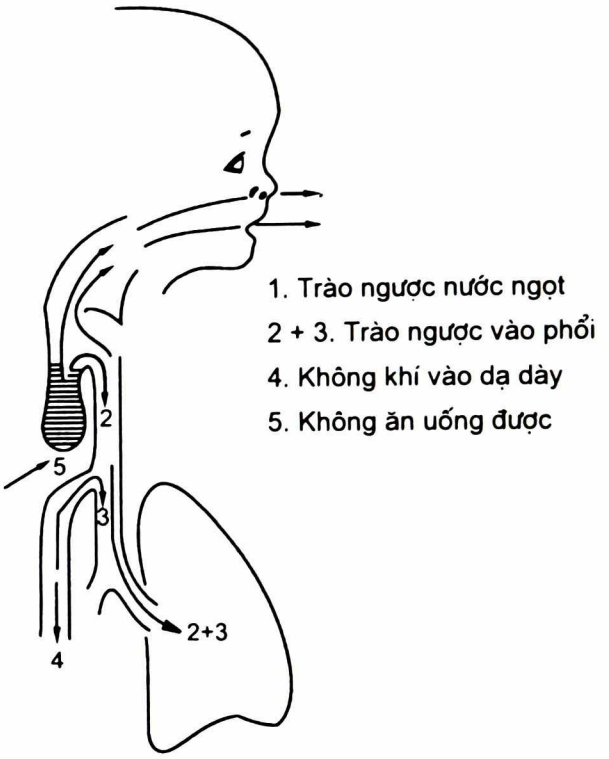
– Sốt: do viêm phổi và rối loạn nước điện giải.

– Bụng: thường trướng nhẹ do khí từ khí phế quản qua đường rò vào trong dạ dày, ruột.

– Đặt ống thông vào dạ dày không được, ống thông thường chỉ vào sâu độ 11–12cm kể từ mũi, nếu cố đẩy sâu vào thì đầu ống thông có thể chui ra miệng.

Đặt ống thông vào dạ dày cho tất cả trẻ sơ sinh có đùn nhiều nước bọt ra mũi–miệng là một thủ thuật cần phải làm sớm để chẩn đoán sớm teo thực quản.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.5. Sơ đồ triệu chứng teo thực quản, rò khí thực quản

7.2.2. Triệu chứng lâm sàng của thể bệnh teo gián đoạn thực quản, có rò đầu trên thực quản với khí quản

Tím môi và khó thở, dấu hiệu viêm phổi xuất hiện rất sớm do nước bọt vào nhiều trong phổi. Bụng xẹp vì không có hơi trong ruột và dạ dày. Đặt ống thông qua mũi vào dạ dày thì ống thông có thể vào trong khí phế quản và hút ra dịch nước bọt hít vào.

7.2.3. Triệu chứng lâm sàng của thể bệnh teo thực quản, có rò 2 đầu thực quản vào khí quản

Có các triệu chứng lâm sàng gần như hai thể bệnh trên nhưng dấu hiệu viêm phổi xuất hiện rất sớm do dịch nước bọt chảy vào nhiều trong phổi và do trào ngược dịch dạ dày vào phổi.

7.2.4. Triệu chứng lâm sàng của thể bệnh teo thực quản mà không có rò khí – thực quản

Triệu chứng gần như thể teo, có rò đầu dưới thực quản với khí quản nhưng bụng bệnh nhân xẹp, không có hơi trong dạ dày – ruột.

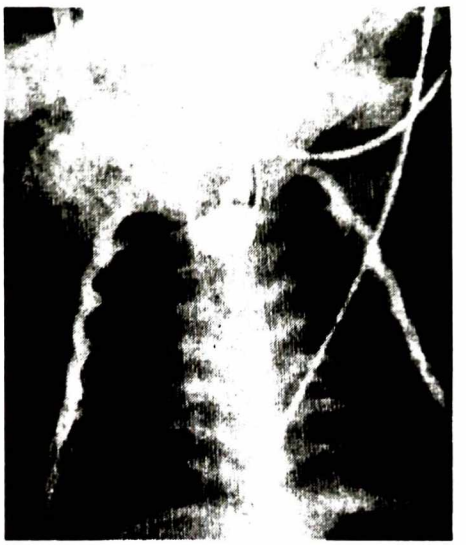
7.2.5. Triệu chứng lâm sàng của thể bệnh rò khí – thực quản, không có teo thực quản

Bệnh nhân vẫn ăn, uống bình thường nhưng có nhiều đợt viêm phổi và bị gần như liên tục. Có thể có ho sặc trong khi ăn. Soi chụp khí quản hoặc thực quản để chẩn đoán được nguyên nhân.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

8. XQUANG

Là phương pháp khám để chẩn đoán: có teo thực quản không, có rò khí – thực quản không bằng chụp ngực và bụng, có bơm thuốc cản quang vào túi cùng trên của thực quản.



Hình 3.6. Túi cùng thực quản trên ở đốt sống ngực III và hình hơi trong dạ dày – ruột

8.1. Xác định túi cùng trên

Bằng cách bơm không khí hoặc thuốc cản quang hoặc đặt ống thông có cản quang vào túi cùng trên thực quản rồi chụp tư thế thẳng đứng.

Nếu bơm không khí qua ống thông thì bơm làm giãn túi cùng trên và chụp ngay khi đang bơm.

Nếu bơm thuốc cản quang thì dùng khoảng 0,5 – 1ml loại thuốc cản quang như telebrix, hypaque. Lượng thuốc cản quang chỉ cần tráng ở đáy túi cùng là đủ, sau khi chụp phải hút lại ngay thuốc đã bơm vào.

Dùng ống thông có cản quang hoặc đầu ống thông có vật cản quang đặt vào túi cùng trên thực quản cũng là một cách làm để chẩn đoán.

8.2. Xác định có không khí ở trong dạ dày – ruột

Thường chụp ngực–bụng cùng một phim khi chụp túi cùng trên. Chụp ở tư thế thẳng đứng để xác định vị trí của túi cùng thực quản trên ở đốt sống ngực thứ mấy và ở bên phải hay trái cột sống.

8.3. Các khả năng chẩn đoán teo thực quản sau chụp phim

8.3.1. Có teo thực quản gián đoạn khi

Thuốc cản quang đọng ở túi cùng trên của thực quản.

Thuốc cản quang ở túi cùng trên vào khí phế quản trong trường hợp có rò đầu trên thực quản với khí quản. Có thể làm thêm soi khí quản hoặc thực quản để xác định chẩn đoán.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

8.3.2. Có rò thực quản đầu dưới với khí – phế quản

Khi có hơi trong dạ dày – ruột mà có teo thực quản gián đoạn là có rò khí – thực quản.

Trong một số trường hợp có thể thấy được hình khí trong thực quản từ lỗ rò khí – thực quản tới dạ dày nếu chụp đúng thì hít vào của trẻ và khí qua đường rò vào dạ dày. Lỗ rò thường ở mặt sau khí quản, phía trên chỗ chia đôi thành hai phế quản gốc nên vị trí lỗ rò thường ở đốt sống ngực thứ IV.

8.3.3. Không có rò đầu dưới thực quản với khí – phế quản

Khi trong dạ dày – ruột không có hơi.

8.3.4. Xác định vị trí túi cùng trên thực quản và có rò khí – thực quản có giá trị tiên lượng cho cuộc mổ, định hình khả năng mổ một thì hoặc nhiều thì

– Nếu có rò thực quản đầu dưới với khí quản mà:

Túi cùng trên thực quản ở vị trí đốt sống ngực III hoặc IV thì khoảng cách giữa hai đầu thực quản thường ngắn và mổ một thì thuận lợi.

Túi cùng trên thực quản ở vị trí đốt sống ngực thứ II thì có khả năng nối thực quản ngay được nhưng có khó khăn.

Túi cùng trên thực quản ở đốt sống ngực I thì thường không nối thực quản ngay trong thì mổ đầu được.

– Nếu không có rò khí – thực quản:

Không ước lượng được khoảng cách giữa hai đầu thực quản. Chỉ biết được vị trí đầu trên thực quản nhờ chụp cản quang. Khoảng cách đó có thể ngắn nếu teo thực quản gián đoạn thể màng ngăn hoặc hai đầu thực quản dính gần nhau, và khoảng cách giữa 2 đầu thực quản cũng có thể cách nhau nhiều đốt sống.

– Nếu túi cùng thực quản trên ở bên trái khí quản, cột sống:

Phải nghi ngờ quai động mạch chủ và động mạch chủ ngực nằm bên phải cột sống, nên để chẩn đoán xác định có thể chụp động mạch chủ bằng bơm thuốc cản quang qua động mạch rốn hoặc chụp cắt lớp, cộng hưởng từ.

Nếu xác định được quai động mạch chủ và động mạch chủ nằm ở bên phải thì mổ mở ngực bên trái.

Khi mổ mở ngực bên phải phát hiện quai động mạch chủ bên phải thì vẫn nên phẫu tích giải phóng 2 đầu thực quản để nối. Giải phóng và kéo dài thực quản đầu trên sẽ có khó khăn hơn. Dễ có biến chứng rò miệng nối.

Trong trường hợp không thể nối được 2 đầu thực quản do động mạch cản trở mới đóng ngực bên phải và mở ngực bên trái để mổ tiếp.

9. SIÊU ÂM

Nên siêu âm ngực – bụng để phát hiện các dị tật phối hợp nếu có.

Hiện nay, siêu âm đã có một vai trò quan trọng trong chẩn đoán các dị tật bẩm sinh trước đẻ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

10. ĐIỀU TRỊ

10.1. Trước mổ

Khi trẻ được sinh ra, nếu đã chẩn đoán được hoặc nghi ngờ có teo thực quản thì chuyển bệnh nhân tới bệnh viện có phẫu thuật nhi. Khi di chuyển bệnh nhân và trong thời gian chờ phẫu thuật, cần làm:

– Đặt bệnh nhân ở tư thế nửa ngồi nửa nằm để giảm nguy cơ trào ngược dịch dạ dày–mật qua đường rò đầu dưới thực quản với khí quản.

– Hút dịch ở túi cùng thực quản trên để tránh nước bọt trào ngược và hít vào phổi. Đặt một ống thông chất dẻo (sonde plastique) hoặc ống thông bằng cao su (sonde Nelaton) số 8 qua mũi vào túi cùng thực quản trên để hút liên tục với áp lực nhẹ hoặc hút cách quãng 5 –10 phút một lần.

– Giữ thân nhiệt: bằng lồng ấp hoặc ủ đủ ấm.

– Kháng sinh đường tĩnh mạch.

– Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch: có thể sử dụng tĩnh mạch rốn để truyền dịch, cung cấp nước, điện giải và năng lượng cho bệnh nhân.

– Đánh giá đúng tình trạng bệnh nhân: cân nặng, tình trạng nhiễm khuẩn, các dị tật phối hợp, chẩn đoán thể loại teo thực quản. Từ đó đề ra chỉ định thời điểm mổ, các điều trị cần có trước mổ, chọn loại kỹ thuật mổ, mổ một thì hay mổ nhiều thì.

10.2. Mổ

10.2.1. Lựa chọn phương pháp mổ một thì hay nhiều thì

Chỉ định mổ khi có chẩn đoán teo thực quản, toàn trạng tương đối ổn định, đánh giá được các dị tật phối hợp.

Có hai loại phẫu thuật được chỉ định: phẫu thuật một thì và phẫu thuật nhiều thì.

10.2.2. Phẫu thuật một thì

– *Chỉ định khi*:

Hai đầu thực quản gần nhau, có thể nối ngay được, tình trạng toàn thân ổn định, không có viêm phổi và các dị tật nặng phối hợp.

– *Kỹ thuật mổ:*

Nguyên tắc kỹ thuật: Cắt, khâu lại đường rò ở khí quản và nối hai đầu thực quản tận tận.

Kỹ thuật này thường thực hiện được khi túi cùng trên của thực quản ở đốt sống ngực IV, III, II và có rò khí – thực quản:

+ *Đường mổ:*

Đường ngực sau bên theo khoang liên sườn III hoặc IV bên phải, ngoài phế mạc.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Sau rạch da, dã cắt và tách lớp cơ ở thành ngực, dùng dao điện cắt dần lớp cơ ở khoang liên sườn tới phế mạc. Để tránh rách phế mạc lúc phẫu tích, chúng tôi thường tách phế mạc khỏi thành ngực ở vị trí cuối đường mổ về phía lưng trước rồi tách dần lên phía trên, bóc tách phế mạc bằng ngón tay và tampon nhỏ.

Dùng Ecarteur Finochietto mở rộng vết mổ và van mềm đẩy màng phổi–phổi sang trái đủ bộc lộ vùng cần phẫu tích.

+ Cách tìm hai đầu thực quản và đường rò khí thực quản: tìm tĩnh mạch Azygos, phẫu tích tách và dùng chỉ catgut để kéo tĩnh mạch Azygos lên. Đầu dưới thực quản thường ở ngay dưới tĩnh mạch Azygos và thường thông với khí quản ở mặt sau ngay trên chỗ chia thành hai phế quản gốc. Ở thì thở vào, đầu dưới thực quản thường phồng lên do khí từ khí quản sang. Chúng tôi thường dùng chỉ PDS 6–0 khâu vắt thành thực quản sát khí quản ngay để ngăn không khí từ khí quản sang thực quản, sau đó mới tìm đầu trên thực quản bằng cách nhờ bác sĩ gây mê đẩy sâu ống thông đặt qua mũi vào thực quản. Phẫu tích giải phóng làm dài tối đa thực quản đầu trên để ước tính khoảng cách giữa hai đầu thực quản. Tiếp tục phẫu tích tách thực quản phía dưới để kéo lên tránh căng miệng nối. Bảo vệ các mạch máu tới thành thực quản. Cắt rời thực quản đầu dưới khỏi khí quản và khâu vắt lại miệng đường cắt sát thành khí quản bằng chỉ PDS 6–0.

+ Nối hai đầu thực quản: đầu trên thực quản thường to, thành dày, cấp máu tốt, còn đầu thực quản dưới thường nhỏ, thành mỏng. Mở đầu trên thực quản và mở rộng đầu thực quản dưới. Nối hai đầu thực quản tận tận một lớp toàn thể. Chúng tôi thường dùng chỉ PDS 6–0 khâu mũi rời, khâu mặt sau trước với nút buộc bên trong, rồi khâu mặt trước với nút buộc bên ngoài. Khi khâu xong mặt sau thì đẩy ống thông plastic qua miệng nối vào dạ dày.

Ngoài cách khâu miệng nối như trên, còn có những cách khâu khác như:

* Khâu miệng nối ở mặt trước xong rồi dùng 2 nút chỉ buộc ở hai góc bên để quay nửa miệng nối phía sau ra trước để khâu nối. Sau đó quay lại miệng nối như ban đầu. Nút chỉ buộc bên ngoài miệng nối.

* Khâu thực quản đầu dưới với lớp niêm mạc của thực quản đầu trên rồi khâu lớp thứ hai bằng cách khâu thanh cơ của đầu thực quản trên với thành thực quản bên dưới. Cách này hiện nay ít làm vì dễ gây hẹp miệng nối.

* Khâu nối thực quản tận–bên: nay ít làm.

Trong trường hợp sau khi đã phẫu tích tối đa hai đầu thực quản mà còn sợ căng miệng nối thì làm thêm kỹ thuật Livaditis để làm dài thêm thực quản đầu trên.

Kỹ thuật Livaditis thực hiện như sau:

Ở đoạn thực quản trên cách túi cùng độ 1 – 2cm, rạch vòng tròn hết lớp thanh cơ ngoài niêm mạc, dùng mũi kéo đầu tù hoặc tampon tách lớp niêm mạc khỏi lớp cơ để lộ và làm dài một đoạn ống niêm mạc thực quản khoảng 1cm. Thủ thuật này giúp giảm căng miệng nối thực quản.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

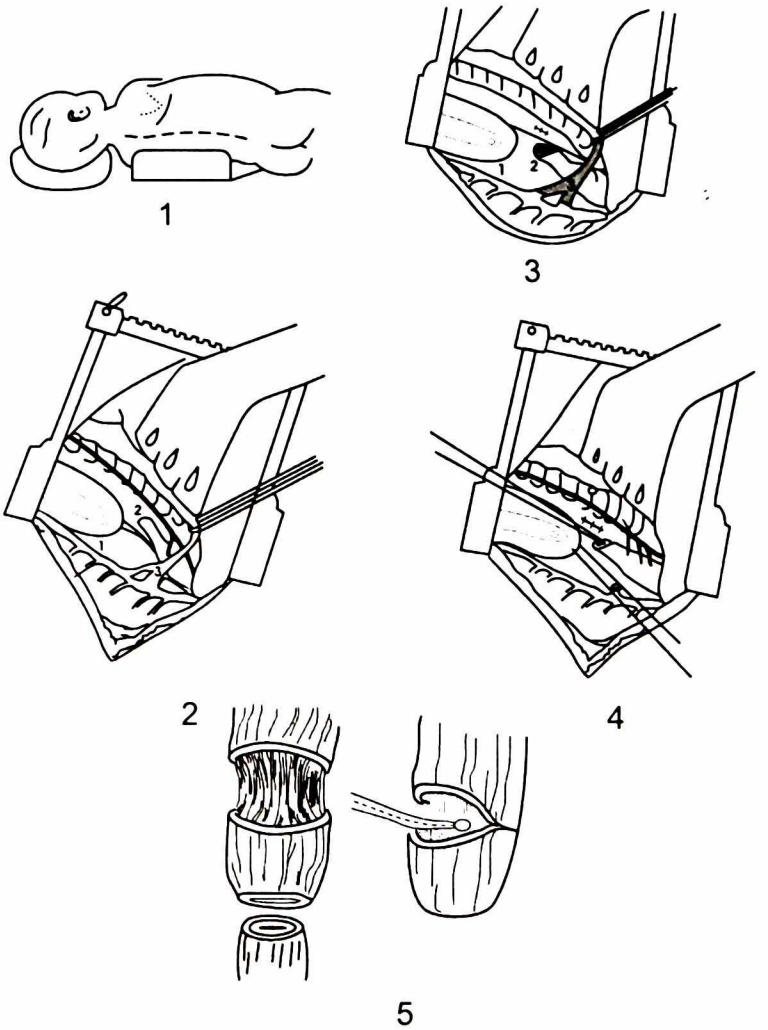
Ngoài cách mở một vòng cơ như trên, còn có thể mở nhiều vòng cơ hay mở theo vòng xoắn lò so.

Sau nối thực quản, đặt dẫn lưu cạnh miệng nối và cho hút liên tục với áp lực nhẹ. Dẫn lưu rút sau mổ 2 – 3 ngày.

Theo chúng tôi, hiện nay với điều kiện tốt về gây mê, hồi sức và với đủ loại kháng sinh mạnh, nên thực hiện phẫu thuật một thì nếu khoảng cách giữa hai đầu thực quản teo ngắn và có thể nối 2 đầu thực quản được. Còn phẫu thuật nhiều thì chỉ nên thực hiện khi không thể nối ngay được hai đầu thực quản do khoảng cách giữa hai đầu thực quản xa nhau.

Sự lựa chọn phương pháp mổ tùy thuộc vào chẩn đoán thể loại teo thực quản. Do vậy, cần có chẩn đoán đúng về thể bệnh trước mổ. Dựa vào phim chụp cản quang đầu trên thực quản và chụp bụng, có thể chọn loại kỹ thuật mổ một hay nhiều thì.

Ngoài phương pháp mổ mở trên, teo thực quản còn được mổ bằng nội soi.



Hình 3.7. Kỹ thuật mổ teo thực quản

Cách mổ: H1. Tư thế bệnh nhân và đường rạch da; H2. Tìm hai đầu thực quản: đầu trên (1), đầu dưới (2), tĩnh mạch azygos; H3. cắt đầu dưới thực quản khỏi khí quản, khâu lại khí quản; H4. Nối 2 đầu khí quản tận tận; H5. Kỹ thuật Livaditis

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

10.2.3. Phẫu thuật nhiều thì

– Chỉ định khi:

Nhiều dị tật nặng phối hợp.

Viêm phổi nặng.

Hai đầu thực quản teo xa nhau, không thể nối ngay được.

Teo thực quản nhưng không có rò khí – thực quản

– Kỹ thuật mổ nhiều thì:

+ *Thì một*: Tùy theo thể bệnh, tình trạng bệnh nhân, điều kiện mổ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên mà có các loại kỹ thuật sau:

* Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng.

* Mở thông dạ dày và dẫn lưu đầu trên thực quản ra da ở cổ.

* Mở ngực để cắt và khâu lại đường rò ở khí quản, đóng kín đầu dưới thực quản, mở thông dạ dày, còn đầu trên thực quản có thể vẫn để nguyên trong lồng ngực hoặc đưa ra da ở cổ.

+ *Những thì sau*: thực hiện những phần còn lại:

Cắt và khâu rò khí quản nếu có.

Nối lại hai đầu thực quản

Tạo hình thay thế thực quản bằng đại tràng ngang, bằng dạ dày nếu không thể nối lại được hai đầu thực quản.

– Cách mổ nhiều thì:

+ Cho thể bệnh teo thực quản, không có rò khí thực quản:

Nếu chụp bụng không thấy có hơi trong dạ dày – ruột, xác định thể bệnh không có rò khí – thực quản. Còn khoảng cách giữa hai đầu thực quản teo chưa xác định được, có thể gần sát nhau hoặc có thể xa nhau nhiều đốt sống mặc dù đầu trên thực quản có thể ở vị trí thấp như đốt sống ngực III hoặc IV.

* *Mổ thì đầu*: Chỉ mở thông dạ dày đơn thuần để nuôi dưỡng.

Nếu có thể, ngay trong mổ chụp cản quang đầu dưới thực quản qua chỗ mở thông dạ dày để xác định khoảng cách giữa hai đầu. Nếu khoảng cách giữa hai đầu thực quản ngắn thì mở ngực ngay để nối hai đầu thực quản. Còn nếu khoảng cách giữa hai đầu thực quản xa thì cũng có thể mổ dẫn lưu đầu trên thực quản ra da ngay. Còn nếu không thì tiến hành chụp đầu dưới thực quản sau mổ vài ngày.

+ Cho thể bệnh teo thực quản có rò khí thực quản nhưng khoảng cách giữa hai đầu thực quản xa nhau:

Nếu chụp bụng có hơi trong dạ dày – ruột, nhưng đầu trên thực quản ở vị trí cao ở đốt sống ngực I hoặc II, khả năng nối ngay thực quản là không được (với túi cùng ở vị trí đốt sống ngực I) và nối khó, miệng nối căng (khi túi cùng ở đốt sống ngực II).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Mở ngực, cắt và khâu lại đường rò khí – thực quản, đánh giá lại khả năng nối hai đầu thực quản. Nếu không nối được thì có thể thực hiện một trong những kỹ thuật sau:

** Ngay trong thì mổ đầu:*

Khâu kín đầu dưới thực quản, cố định và đánh dấu vị trí vào thành ngực sau.

Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng.

Có thể dẫn lưu đầu trên thực quản ra da ở cổ.

** Thì mổ sau:*

Có 2 loại kỹ thuật: làm dài thực quản đầu trên để nối với thực quản đầu dưới hoặc tạo hình thay thế thực quản.

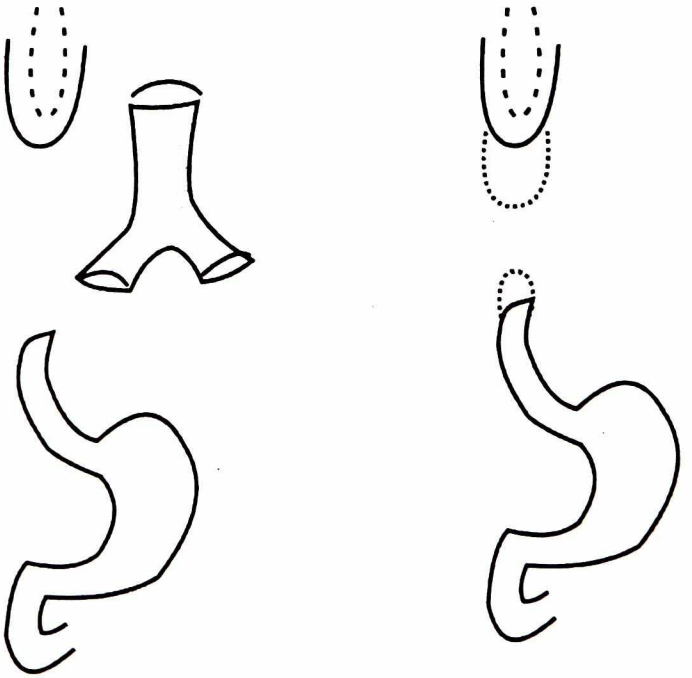
Làm dài đoạn thực quản trên bằng hai kỹ thuật:

• *Phương pháp Kimura:*

Mổ nhiều thì để kéo dài thực quản đã dẫn lưu ở da cổ. Mỗi lần mổ có thể kéo dài thêm 1 – 3cm và đầu thực quản vẫn dẫn lưu ra da ngực. Khi đã kéo dài thêm đủ độ dài cần có, mổ giải phóng đoạn thực quản dưới da và đưa vào lồng ngực để nối với đầu thực quản dưới.

• *Phương pháp Howard – Myers*:

Làm dài thực quản ở đầu trên bằng cách đặt ống thông vào túi cùng trên thực quản để hút liên tục hoặc cách quãng đồng thời đẩy ống thông sâu xuống để nong, làm dài dần thực quản. Ngoài ra trọng lượng của nước bọt cũng có tác dụng làm dài túi cùng trên. Từ 4 – 8 tuần sau, thực quản đầu trên thường đủ dài để mổ tiếp nối hai đầu thực quản. Xác định vị trí túi cùng trên bằng chụp cản quang.



Hình 3.8. Phương pháp Howard–Myers

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Tạo hình thay thế thực quản bằng các kỹ thuật sau:

– Bằng đại tràng ngang biệt lập: đại tràng đưa lên theo đường dưới da ngoài xương ức (hiện nay rất ít làm), theo đường sau xương ức rồi nối một đầu với thực quản ở cổ còn một đầu nối với mặt trước dạ dày, hoặc theo đường qua trung thất. Đưa đại tràng qua trung thất là sinh lý nhất nhưng kỹ thuật mổ phức tạp hơn.

– Bằng một quai hồi – đại tràng biệt lập.

– Bằng một quai hồi tràng có cuống mạch và nối mạch vi phẫu.

– Bằng bờ cong lớn của dạ dày (kỹ thuật Heimlich – Gavriliu).

– Bằng đưa dạ dày lên ngực.

11. SAU MỔ

Thường rút nội khí quản sớm khi bệnh nhân đã tự thở. Để ống nội khí quản lâu là điều kiện thuận lợi tăng nguy cơ bệnh mềm sụn khí quản. Hút các chất xuất tiết ở miệng–họng.

Tư thế bệnh nhân vẫn nên đặt ở tư thế đầu cao để tránh nguy cơ trào ngược từ dạ dày lên.

Nuôi dưỡng: bằng đường tĩnh mạch trong 1 – 3 ngày đầu.

Bơm sữa qua ống thông dạ dày để nuôi dưỡng bắt đầu từ ngày thứ 1, 2 sau mổ với số lượng tăng dần.

Kháng sinh: dùng kháng sinh loại cephalosporin thế hệ 3.

Theo dõi thân nhiệt, sử dụng lồng ấp nếu có.

Có mở thông dạ dày không ?

Một số tác giả chủ trương mở thông dạ dày một cách hệ thống để đưa ống thông xuống hỗng tràng cho ăn.

Một số tác giả khác lại chủ trương không mở thông dạ dày mà chỉ đặt ống thông qua mũi, miệng nối thực quản vào dạ dày để cho ăn.

Chúng tôi thấy mở thông dạ dày cũng có những biến chứng của nó và đặt ống thông qua mũi, miệng nối vào dạ dày để bơm sữa nuôi dưỡng là biện pháp đơn giản nhưng hiệu quả và không biến chứng, nên được áp dụng.

12. BIẾN CHỨNG SAU MỔ MỘT THÌ

Nối thực quản và cắt – khâu đường rò

12.1. Biến chứng sớm

– Thông khí kém gây xẹp phổi, điều trị bằng thở máy.

– Viêm phổi: điều trị bằng kháng sinh.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Rò miệng nối: thường xảy ra sau mổ 5 – 8 ngày. Biểu hiện bằng dấu hiệu hô hấp và nhiễm khuẩn. Chụp cản quang thực quản xác định đường rò.

Nếu rò nhỏ, đặt ống thông qua miệng nối thực quản để hút, đặt lại dẫn lưu ngực để hút liên tục, mở thông dạ dày cho ăn, hút chất xuất tiết ở miệng, họng. Kết quả điều trị thường tốt, hết rò nhưng có nguy cơ bị tái phát lại rò khí thực quản và hẹp miệng nối.

Nếu bục miệng nối, mổ lại để đóng kín đầu dưới thực quản và đưa đầu trên thực quản ra da ở cổ. Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng. Thì mổ sau tạo hình thực quản.

12.2. Biến chứng muộn

12.2.1. Hẹp miệng nối

Trước hết soi, nong miệng nối, nếu không kết quả thì mổ lại để cắt chỗ hẹp và nối lại thực quản.

12.2.2. Luồng trào ngược dạ dày – thực quản: cũng có thể xảy ra sớm.

Nguyên nhân có thể do làm thương tổn dây thần kinh phế vị trong mổ hoặc có thể do phẫu tích kéo đoạn thực quản phía dưới lên nối với thực quản đầu trên.

Thường xảy ra sau mổ thể bệnh teo thực quản mà khoảng cách giữa hai đầu thực quản xa nhau và có rò đầu dưới thực quản với khí quản.

– *Chẩn đoán*: bằng chụp thực quản – dạ dày, siêu âm, soi thực quản và đo độ pH ở dịch trào ngược lên thực quản.

– *Điều trị:* trước hết là điều trị nội khoa bằng tư thế sau ăn, thuốc giảm tiết acide ở dịch dạ dày, thuốc băng bọc bảo vệ niêm mạc thực quản và thuốc giảm nguy cơ trào ngược.

Các thuốc thường được dùng như: motilium, prepulsit, gaviscon, phosphalugen v.v...

Motilium có tác dụng gây tăng co thắt ở vùng thực quản tâm vị và mở rộng cơ môn vị, tăng co bóp vùng hang vị dạ dày để đẩy thức ăn trong dạ dày xuống tá tràng.

Gaviscon vào trong dạ dày thì tan ra và nổi lên trên bề mặt của dịch dạ dày. Khi dịch dạ dày trào ngược lên thực quản thì Gaviscon lên theo và tráng – bọc niêm mạc thực quản nên bảo vệ được niêm mạc tránh loét.

– *Chỉ định điều trị ngoại khoa khi:*

+ Điều trị nội không kết quả.

+ Viêm thực quản liên tục tồn tại, nguy cơ cao gây hẹp miệng nối.

+ Có bệnh mềm sụn khí quản phối hợp.

Mổ để tạo van chống trào ngược dạ dày – thực quản. Tạo van theo kỹ thuật Nissen hoặc Tupper hoặc Thal.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

12.2.3. Mềm sụn khí quản

Biểu hiện bằng xẹp vòng sụn khí quản ở thì thở ra. Hay gặp khi teo thực quản có rò khí thực quản và rất hiếm gặp khi teo thực quản không có rò khí thực–quản.

Nguyên nhân gây bệnh có thể do sự chèn ép bởi túi cùng trên thực quản giãn to, do rò dịch dạ dày qua lỗ rò, do lỗ rò làm gián đoạn lớp xơ chun ở thành khí quản. Sụn khí quản mềm thường khu trú.

12.2.4. Rò khí – thực quản tái phát

Rò khí – thực quản tái phát sau mổ ít gặp. Nguyên nhân do nhiễm trùng ngay chỗ miệng nối và chỗ khí quản được khâu.

Bệnh biểu hiện bằng dấu hiệu viêm phổi liên tục, có thể có ho, sặc khi bú. Chẩn đoán bằng soi thực quản, soi và chụp khí phế quản cản quang. Điều trị bằng phẫu thuật.

13. TIÊN LƯỢNG

Phụ thuộc vào cân nặng, mức độ viêm phổi, các dị tật khác phối hợp và mức độ nặng nhẹ của dị tật. Theo một thống kê thì:

– Nếu cân nặng > 2500g, không viêm phổi, không dị tật phối hợp, ở thể bệnh có thể nối thực quản ngay được thì tỷ lệ sống sau mổ đạt tới 90%

– Nếu cân nặng từ 2000 g – 2500g, viêm phổi nhẹ, có dị tật nhẹ phối hợp thì tỷ lệ sống sau mổ vào khoảng 70 %.

– Nếu cân nặng < 2000g, có dị tật nặng kèm viêm phổi nặng thì tỷ lệ sống sau mổ chỉ đạt khoảng 20%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bargy. F.: Atrésie de l'oesophage. In: Hélardot.P, Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M. 1990.

   Chirurgie digestive de l'enfant, pp 117 –134. Doin éditeurs – Paris.

2. Bettex M, Kuffer F. Sharli: Atrésie de l'oesophage. In: Bettex M., Kuffer F., Scharli A. Précis de chirurgie infantile, pp 87 – 91. Masson, Paris. 1978.

3. Carroll M. Harmon, Arnold G Coran (1998): Congenital Anomalies of the Esophagus. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric surgery, Volume 1, 5 th Edition, pp 941 – 967. Mosby– St. Louis.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. Jaubert de Beaujeu.M: Atrésie de l'œsophage. In: Pellerin D. Techniques de chirurgie pédiatrique, pp 176–186. Masson, Paris. 1978.
5. Micheal E. Hurllwarth, Paola Zaupa: Oesophageal Atresia. In: P.Puri, M.E. Hurllwarth. Pediatric Surgery, pp 29–48. Spinger – Verlag Berlin Heldelberg. Germany. 2006.
6. Nguyễn Thành Công, Trần Ngọc Bích, Nguyễn Thanh Liêm: Kết quả điều trị teo thực quản tại Viện Nhi Hà Nội 1997– 1999. 2000.
Nhi khoa (Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học) tr 532 – 537.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. THOÁT VỊ HOÀNH

1. ĐỊNH NGHĨA

Thoát vị hoành là sự di chuyển các tạng trong ổ bụng vào lồng ngực qua một lỗ bẩm sinh hoặc mắc phải của cơ hoành.

2. BỆNH SINH HỌC

2.1. Dị tật bẩm sinh

Gồm các nguyên nhân sau:

– Tồn tại ống Phế – phúc mạc: thiếu trung mô đệm giữa phế phúc mạc, tạo khuyết hổng ở cơ hoành, qua đó các tạng ở ổ bụng chui lên khoang màng phổi. (thoát vị Bochdaleck).

– Cố định lỏng lẻo của thực quản bụng gây *Thoát vị qua khe thực quản.*

– Còn khe Larrey: thoát vị cạnh ức hay sau mũi ức – sườn hoặc *Thoát vị Morgagny.*

2.2. Thoát vị hoành mắc phải

Gồm các nguyên nhân sau:

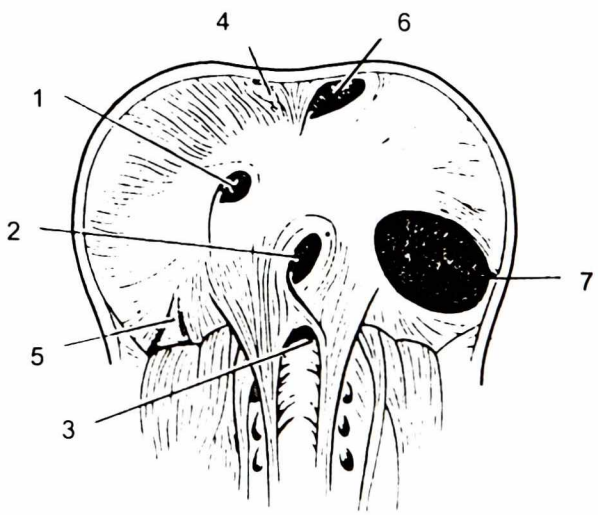
– Sau vỡ một ổ áp xe dưới hoành vào khoang màng phổi qua cơ hoành.

– Vỡ cơ hoành do chấn thương.

– Nhão cơ hoành (relaxation – eventration): có cả nguyên nhân bẩm sinh và mắc phải.

Ở bên trái: thường bị toàn bộ cơ hoành.

Ở bên phải: thường chỉ bị một phần cơ hoành.



Hình 3.9. Cơ hoành và các lỗ thoát vị

1. Lỗ của tĩnh mạch chủ dưới; 2. Khe thực quản; 3. Lỗ động mạch chủ; 4. Khe Larrey; 5. Tam giác sườn lưng; 6. Lỗ ức sườn hay lỗ sau mũi ức sườn (thoát vị Morgagni); 7. Ống phế – phúc mạc (thoát vị Bochdaleck).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. THOÁT VỊ HOÀNH QUA ỐNG PHẾ PHÚC MẠC

Là thoát vị bẩm sinh qua lỗ sau bên: thoát vị Bochdaleck

3.1. Thể giải phẫu

Vị trí lỗ thoát vị ở rãnh bên của cột sống, có đường kính từ 3cm tới một phần vòm hoành.

Thoát vị bên trái gặp nhiều hơn phải

Các tạng thoát vị:

Bên trái: dạ dày, lách, ruột non, ruột già, thuỳ gan trái, thận trái.

Bên phải: gan (có thể đại tràng hoặc ruột non).

Có túi thoát vị là thoát vị thực sự, nhưng cũng có thể không có túi thoát vị.

Phổi bên thoát vị: thường bị biến dạng, xẹp, giảm sinh.

Ruột quay bất thường có thể kèm theo.

3.2. Sinh lý bệnh

Sau đẻ, trẻ nuốt không khí. Không khí vào dạ dày, ruột bị thoát vị và ép vào phổi, đẩy tim sang bên đối diện và ép vào phổi bên kia dẫn tới rối loạn trao đổi khí: áp lực oxy động mạch giảm, áp lực CO_2 của động mạch tăng, gây toan máu. Những biến loạn này làm tăng sức cản của mạch máu phổi và làm tăng shunt (nối tắt) phải–trái qua ống thông động mạch hoặc qua lỗ bầu dục.

Nếu các tạng thoát vị được đưa xuống ổ bụng thì phổi giãn nở, quá trình trên có thể trở lại bình thường.

Nếu bệnh nhân có phổi giảm sinh nặng vẫn có thể chết sau mổ.

3.3. Lâm sàng: tuỳ theo diễn biến bệnh mà chia ra các thể bệnh sau.

3.3.1. Thể cấp tính

Thường gặp ở sơ sinh với các triệu chứng

– Suy hô hấp: tím môi, có các cơn khó thở đặc biệt nặng lên khi ăn sữa, co kéo cơ hô hấp.

– Ngực gồ, bụng lõm.

– Nghe phổi (bên bị bệnh): rì rào phế nang mất hoặc giảm, tim bị đẩy sang bên đối diện, có thể nghe được tiếng "lọc sọc" của ruột.

– Thể trạng yếu.

3.3.2. Thể bán cấp

Thường ở trẻ bú mẹ và trẻ nhỏ.

– Bệnh khởi phát muộn và ít trầm trọng hơn thể cấp tính. Khó thở tăng dần, tím tái, co kéo cơ hô hấp, hay xảy ra sau ăn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Ở thể nhẹ hơn: có thể biểu hiện:

+ Thường bị nhiễm khuẩn đường hô hấp.

+ Rối loạn tiêu hoá: ỉa phân lỏng.

+ Hội chứng kém hấp thu làm trẻ chậm tăng cân.

+ Tim bị chèn ép, bị đẩy sang bên đối diện.

3.4. Xquang

3.4.1. Chụp ngực

Bóng tim bị đẩy sang bên đối diện.

Hơi của ruột và dạ dày ở lồng ngực

Cơ hoành bên thoát vị không có

3.4.2. Chụp cản quang ống tiêu hoá

– *Chụp dạ dày ruột non:*

Thấy hình dạ dày, ruột ở trên lồng ngực

– *Chụp khung đại tràng* (Chỉ định khi chụp dạ dày ruột non không rõ thoát vị)

Thấy hình đại tràng ở trên lồng ngực



Hình 3.10. Ruột non lên khoang màng phổi trái

3.5. Chẩn đoán trước sinh và chẩn đoán phân biệt

3.5.1. Chẩn đoán trước sinh

Siêu âm thấy hình ảnh dạ dày, các quai ruột lên lồng ngực và hình tim bị đẩy sang bên đối diện.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.5.2. Chẩn đoán phân biệt

– Nang phế quản và nang phổi bẩm sinh

Hình ảnh Xquang chụp ngực thấy các hình sáng tròn, xung quanh có đường viền mỏng, có thể có nhiều cung, hoặc hình ảnh nhiều khoang sáng hình chùm nho, vẫn thấy hình viền cơ hoành, chụp cản quang lưu thông đường tiêu hoá sẽ phân biệt chính xác.

– Khí phế thũng bẩm sinh ở thùy dưới phổi trái

Xquang ngực thấy thuỳ phổi quá tăng sáng và giãn to.

– Nang khí do viêm phổi tụ cầu

Xquang phổi thấy tổn thương viêm phổi ở cả hai bên phổi, bóng tim không bị đẩy. Điều trị kháng sinh cho kết quả tốt và hết các hình ảnh tổn thương phổi.

3.6. Điều trị

3.6.1. Chỉ định mổ

– Mổ cấp cứu:

Khi có suy hô hấp, nhưng các chỉ số sinh học đã được điều chỉnh ổn định

– Mổ có chuẩn bị hoặc cấp cứu trì hoãn:

Điều trị viêm phổi trước nếu có

3.6.2. Chuẩn bị và điều trị trước mổ

– Thân nhiệt bệnh nhân ở trạng thái ổn định bình thường.

– Đặt ống thông vào dạ dày: hút ngắt quãng để làm xẹp dạ dày – ruột.

– Thở oxy qua ống thông nhỏ đặt vào mũi.

– Có thể đặt nội khí quản, thở máy với tần số cao áp lực thấp.

– Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

– Kháng sinh.

– Dùng thuốc chống toan máu (dung dịch bicarbonat hoặc THAM).

– Làm các xét nghiệm: công thức máu, các yếu tố đông máu, khí máu, điện giải đồ, protein máu. Dựa kết quả xét nghiệm để điều trị trước mổ.

Lưu ý: không úp mặt nạ bóp bóng vì hơi sẽ vào cả đường tiêu hoá làm tăng sự chèn ép, tăng khó thở .

3.6.3. Mổ

– Gây mê nội khí quản.

– Có độn ở lưng, ngang cơ hoành.

– Đường mổ:

– Thoát vị bên trái: thường mổ đường bụng với đường dưới bờ sườn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Thoát vị bên phải: đường bụng hoặc đường ngực .

– Kiểm tra và đánh giá các thương tổn xem có dị tật phối hợp không nếu có phải chữa ví dụ như dị dạng quay của ruột.

– Đưa các tạng về ổ bụng theo đúng vị trí.

– Thoát vị có túi: phải cắt bỏ túi để tránh tạo thành nang sau mổ.

– Kỹ thuật khâu lại cơ hoành: khâu bờ sau với bờ trước của lỗ thoát vị bằng chỉ không tiêu mũi rời. Nếu không có mép bờ sau lỗ thoát vị thì phải khâu bờ trước lỗ thoát vị với xương sườn 9.

–Nếu khuyết hổng cơ hoành to, có thể dùng chất liệu khác thay vào chỗ khuyết cơ như lưới Teflon hoặc Goretex.

–Vấn đề dẫn lưu khoang màng phổi: có thể có hoặc không.

Nếu không dẫn lưu: hút hết khí trong khoang màng phổi ở cuối thì mổ .

Nếu có dẫn lưu: hút liên tục với áp lực nhẹ.

– Đóng thành bụng theo các lớp đã mở.



Hình 3.11. Tư thế bệnh nhân và cách khâu khuyết cơ hoành

Những năm gần đây, ngoài cách mổ mở thường quy như trên, thoát vị hoành đã được mổ bằng nội soi với đường qua ổ bụng hoặc lồng ngực.

3.6.4. Điều trị sau mổ

– Tiếp tục duy trì thân nhiệt ổn định.

– Đặt ống thông dạ dày để làm bớt trướng bụng.

– Thở máy, theo dõi khí trong máu.

– Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

– Kháng sinh.

– Cho ăn đường miệng khi bụng hết trướng và lưu thông tiêu hoá trở lại.

– Theo dõi sau mổ: chụp phổi kiểm tra trong 24 tiếng sau mổ và những ngày sau.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. NHÃO CƠ HOÀNH (RELAXATION HAY EVENTRATION)

4.1. Giải phẫu bệnh lý

Cơ hoành một bên di chuyển lên cao: nếu ở bên trái thì thường bị toàn bộ cơ hoành, còn ở bên phải thì thường bị ở một phần cơ hoành.

Khi tổn thương ở toàn bộ cơ hoành thì gọi là nhão cơ hoành (Relaxation), còn khi tổn thương chỉ một phần cơ hoành thì thường gọi là xổ cơ hoành (Eventration).

Tạng ở trong ổ bụng bị hút lên cao gây chèn ép phổi và đẩy tim sang bên đối diện và chèn ép phổi bên kia.

4.2. Nguyên nhân

– Do thiếu bẩm sinh một phần hoặc toàn bộ cơ hoành một bên.

– Do thương tổn sản khoa thần kinh hoành gây liệt một bên rồi gây thoái hoá các sợi cơ.

4.3. Lâm sàng: có thể biểu biện ở các lứa tuổi khác nhau

4.3.1. Sơ sinh

Nếu bệnh ở mức độ nhẹ: không triệu chứng.

Bệnh ở mức độ nặng: có biểu hiện suy hô hấp.

Nếu liệt cơ hoành: di chuyển đảo ngược của vòm hoành bên bệnh.

4.3.2. Trẻ lớn

Biểu hiện lâm sàng:

– Nhịp tim nhanh.

– Khó thở nhẹ.

– Nhiễm trùng đường hô hấp: hay bị tái phát từng đợt.

– Cảm giác đầy hơi, táo bón.

4.4. Chẩn đoán

4.4.1. Xquang

– *Chụp ngực và bụng không chuẩn bị*:

Thấy vòm hoành cao, gan và đại tràng bị kéo lên cao

– *Chụp cản quang dạ dày – ruột – đại tràng*

Thấy hình dạ dày, đại tràng bị kéo lên cao.

– Bơm hơi vào ổ bụng: chụp tư thế đứng thẳng.

4.4.2. Siêu âm

Xem đường viền cơ hoành, vị trí các tạng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.5. Điều trị

Bằng phẫu thuật, thường mổ theo đường bụng với đường dưới bờ sườn hay đường giữa trên rốn. Tuỳ theo mức độ thương tổn mà có các kỹ thuật phù hợp.

– Mổ khâu gấp nếp cơ hoành:

+ Chỉ định: khi nhão toàn bộ cơ hoành.

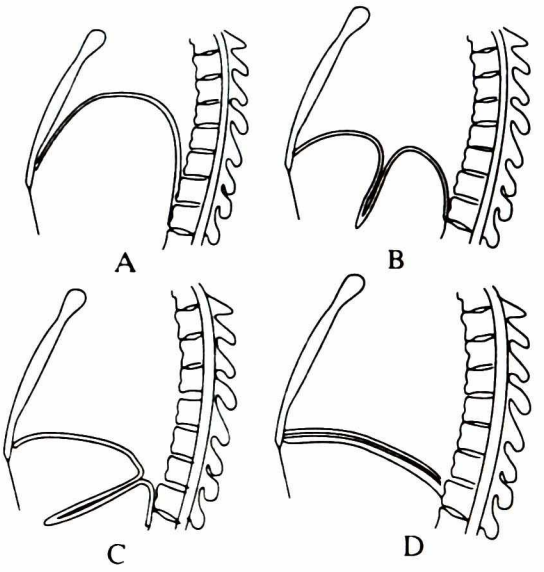
+ Kỹ thuật: kéo cơ hoành xuống phía dưới, gấp cơ hoành lại và khâu để làm căng và dày cơ hoành.

– *Mổ khâu lỗ thoát vị:*

Nếu thương tổn ở một phần cơ hoành, phần cơ hoành bị giãn được coi như túi thoát vị và lớp cơ ở bờ lỗ thoát vị bình thường thì khâu hai mép trước sau của bờ lỗ thoát vị bằng chỉ không tiêu.

– *Thay thế khuyết cơ hoành bằng tấm chất dẻo tổng hợp* (Teflon hoặc Goretex):

Chỉ định: khi khuyết hổng lớn, không thể khâu hai bờ của lỗ thoát vị lại được hoặc khâu gấp nếp cơ hoành thất bại.



Hình 3.12. Kỹ thuật mổ khâu gấp nếp cơ hoành bị nhão

5. VỠ CƠ HOÀNH DO CHẤN THƯƠNG

5.1. Cơ chế

Do hoả khí, dao v.v...

Do chấn thương kín: áp lực ổ bụng tăng đột ngột

5.2. Lâm sàng

– Chảy máu các cơ quan trong bụng, ngực gây sốc mất máu.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Khó thở.

– Đau ở vùng bụng, ngực lan lên vai.

– Nôn.

– Rối loạn nhịp tim.

5.3. Xquang

– *Chụp bụng – ngực thẳng:*

Không còn vòm hoành.

Di lệch trung thất.

Hình hơi của dạ dày – ruột trên ngực

– *Chụp bụng – ngực nghiêng*

– *Chụp cản quang ống tiêu hoá:*

Thấy ống tiêu hoá lên trên khoang màng phổi.

5.4. Điều trị: phẫu thuật, tùy thể trạng và thương tổn mà chỉ định thời điểm mổ và xử trí.

– Chỉ định mổ:

+ *Cấp cứu*: khi có biểu hiện vỡ tạng.

+ *Chẩn đoán muộn:* vỡ tạng thì hai. Mổ khi có chẩn đoán.

– Kỹ thuật:

Đưa các tạng trở lại ổ bụng, khâu chỗ vỡ cơ hoành bằng chỉ không tiêu. Xử trí các tạng thương tổn kèm theo.

5.5. Biến chứng

– Nghẹt dạ dày– ruột gây đau bụng, trướng bụng, nôn.

– Vỡ cơ hoành: gây tràn dịch khoang màng phổi, xẹp thuỳ dưới, vòm hoành bị đẩy lên cao (do chẩn đoán muộn).

6. THOÁT VỊ MORGAGNY

6.1. Giải phẫu bệnh lý

Do còn khe LARREY. Thường có túi thoát vị.

Túi thoát vị thường có gan ở bên trong, ít khi có ruột non và đại tràng.

6.2. Lâm sàng

Rối loạn tiêu hoá: ít gặp.

Chẩn đoán được thường là tình cờ nhờ chụp Xquang.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6.3. Chẩn đoán hình ảnh

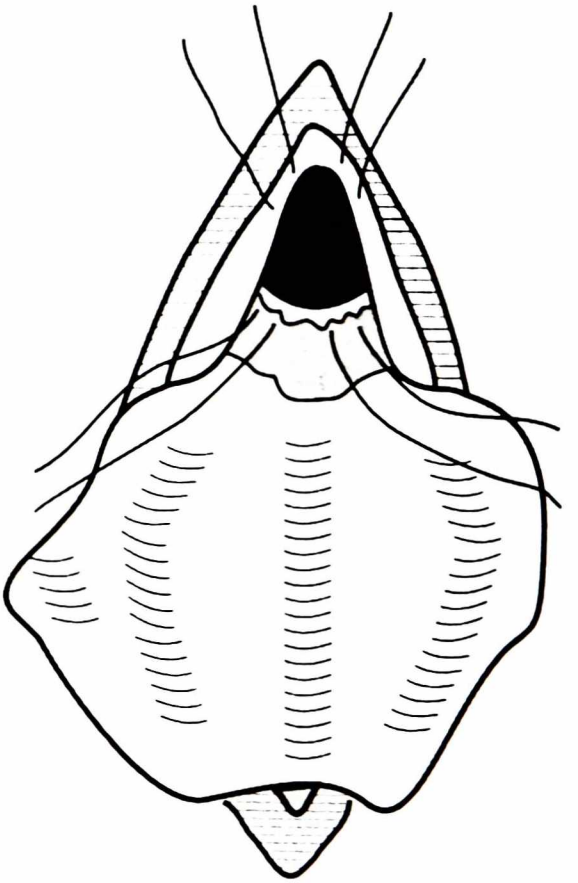
– *Chụp bụng–ngực thẳng, nghiêng không chuẩn bị:*

Thấy bóng mờ cạnh ức bên phải hoặc trái, hoặc hai bên. Có thể kết hợp bơm hơi vào ổ bụng rồi chụp bụng – ngực.

– *Siêu âm* và *chụp cắt lớp:* để chẩn đoán.

6.4. Điều trị

Đường mổ là đường giữa trên rốn tới sát mũi ức. Mở phúc mạc sẽ thấy lỗ thoát vị. Kéo tạng thoát vị xuống, thường là một phần của thuỳ gan trái hoặc một đoạn của đại tràng ngang. Với túi thoát vị thì vẫn để nguyên hoặc cắt bỏ. Dùng chỉ không tiêu khâu mép bờ sau lỗ thoát vị với lớp cân của đường rạch hay với bao của cơ thẳng to ở phía trước. Nếu cắt bỏ túi thoát vị thì đặt một dẫn lưu trung thất hút liên tục trong 24 giờ.



Hình 3.13. Mổ chữa thoát vị sau mũi ức – sườn, còn khe Larrey

7. THOÁT VỊ QUA KHE THỰC QUẢN

7.1. Thể loại và nguyên nhân

– *Thoát vị qua khe thực quản do trượt:*

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Do thực quản bụng không được cố định nên thực quản bụng và dạ dày bị kéo trượt lên lồng ngực qua khe thực quản bị mở rộng. Loại thoát vị này thường gặp chủ yếu.

– Thoát vị cạnh thực quản hay thoát vị qua khe thực quản do cuốn:

Thực quản bụng được cố định một cách bình thường, dạ dày bị kéo–cuốn qua khe thực quản lên trên và ở bên cạnh thực quản. Loại thoát vị này hiếm gặp ở trẻ em, nếu có thì thường là biến chứng sau mổ chữa thoát vị qua khe thực quản do trượt.

7.2. Thoát vị qua khe thực quản do trượt

7.2.1. Sinh lý bệnh học

Do mất góc His và sự chênh áp lực giữa ổ bụng và lồng ngực nên gây ra luồng trào ngược dạ dày – thực quản, rồi gây viêm thực quản, loét và chảy máu. Viêm loét có thể gây xơ hoá gây hẹp lòng thực quản hoặc gây co rút làm ngắn thực quản.

7.2.2. Lâm sàng của thoát vị qua khe thực quản do trượt

a) Thể lâm sàng

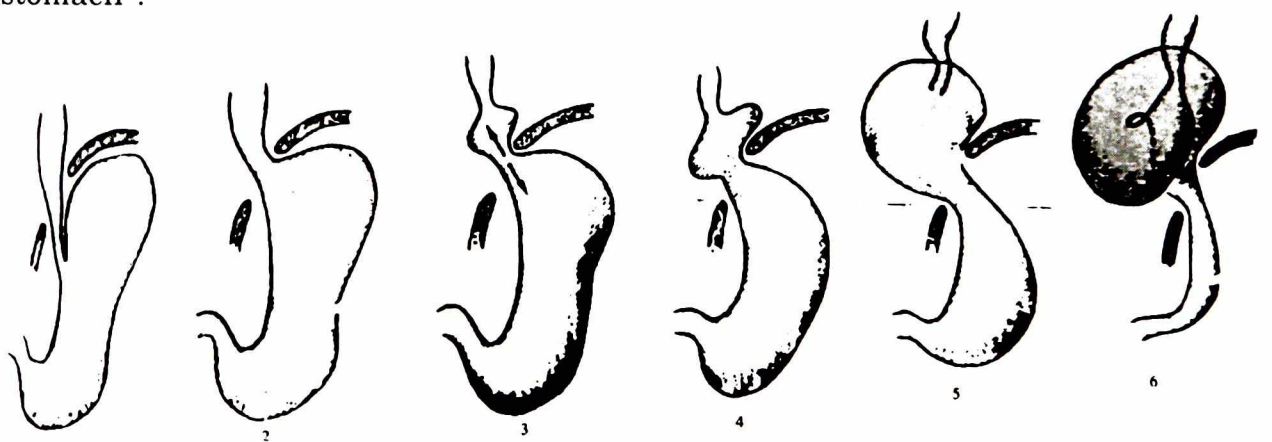
Được chia làm bốn thể lâm sàng:

– Góc tâm vị mở rộng.

– Một phần túi dạ dày lên trên cơ hoành không liên tục (lên và xuống qua khe thực quản theo nhịp thở).

– Một phần túi dạ dày lên cố định phía trên cơ hoành.

– Toàn bộ dạ dày lên trên cơ hoành và được gọi là "dạ dày lộn ngược" (upside–down stomach".



Hình 3.14. Các dạng giải phẫu của thoát vị qua khe thực quản do trượt

1. Thực quản – dạ dày bình thường; 2. Góc tâm vị – dạ dày (góc His) mở rộng;
3. Một phần dạ dày trượt lên trên lồng ngực nhưng không thường xuyên;
4 + 5. Túi dạ dày lên cố định bên trên lỗ thực quản; 6. Dạ dày lên hết trên cơ hoành.

b) Triệu chứng lâm sàng

Tuỳ theo thể bệnh và tiến triển mà có các triệu chứng sau.

– Triệu chứng đường tiêu hoá:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Nôn: có thể xuất hiện rất sớm, ngay sau đẻ. Chất nôn là sữa, dịch trắng đục, không có mật, cũng có thể có máu.

+ Ăn kém.

+ Chậm tăng cân.

+ Có dấu hiệu thiếu máu.

– Triệu chứng đường hô hấp:

Có dấu hiệu viêm phổi và hay tái phát do hít phải chất nôn. Có thể khó thở do chèn ép khi dạ dày, ruột lên trên ngực.

7.2.3. Chẩn đoán hình ảnh

– *Xquang:*

+ Chụp bụng – ngực thẳng không chuẩn bị:

Ở thể bệnh nhẹ thường không thấy hình ảnh bệnh lý. Ở thể bệnh nặng thấy được bóng hơi hoặc mức nước – hơi ở trung thất thường nằm lệch sang bên phải bóng tim.

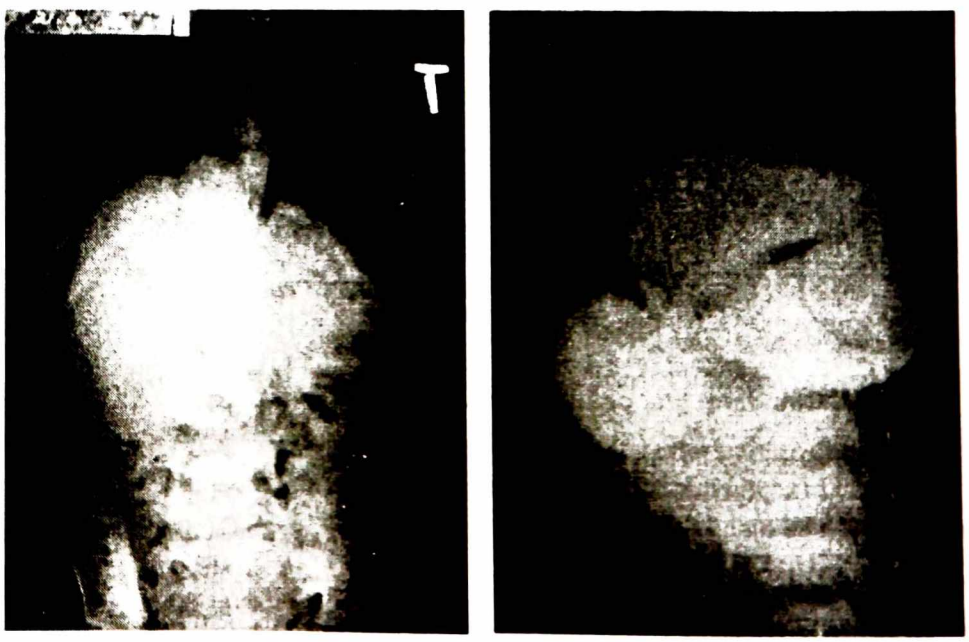
+ Chụp thực quản – dạ dày có thuốc cản quang: dùng hypaque hoặc telebrix, không dùng baryte. Thấy được hình ảnh luồng trào ngược dạ dày – thực quản, hình ảnh dạ dày lên cao trên cơ hoành, nhưng ở thể bệnh nhẹ cũng chưa xác định được chẩn đoán.

– Siêu âm:

Đo được chiều dài thực quản bụng, phát hiện được luồng trào ngược dạ dày – thực quản.

7.2.4. Nội soi thực quản – dạ dày

Xác định viêm loét thực quản, hẹp thực quản.



Hình 3.15. Hình dạ dày lên ngực qua khe thực quản

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.16. Hình thoát vị qua khe thực quản

7.2.5. Điều trị

Mục đích điều trị là đưa dạ dày về vị trí bình thường và chống trào ngược dạ dày – thực quản.

a) Điều trị nội khoa

Chỉ áp dụng được cho thể nhẹ. Điều trị bằng tư thế bệnh nhi. Tốt nhất nếu đặt được bệnh nhi liên tục ở tư thế ngồi, hoặc nửa ngồi – nửa nằm, nhưng tư thế này khó thực hiện được liên tục. Khi hết triệu chứng nôn thì đặt ở tư thế nằm bình thường. Dùng thuốc trung hoà dịch dạ dày. Cho ăn làm nhiều bữa để giảm số lượng sữa ăn trong một lần. Kết quả tốt có thể đạt từ 20 – 30%.

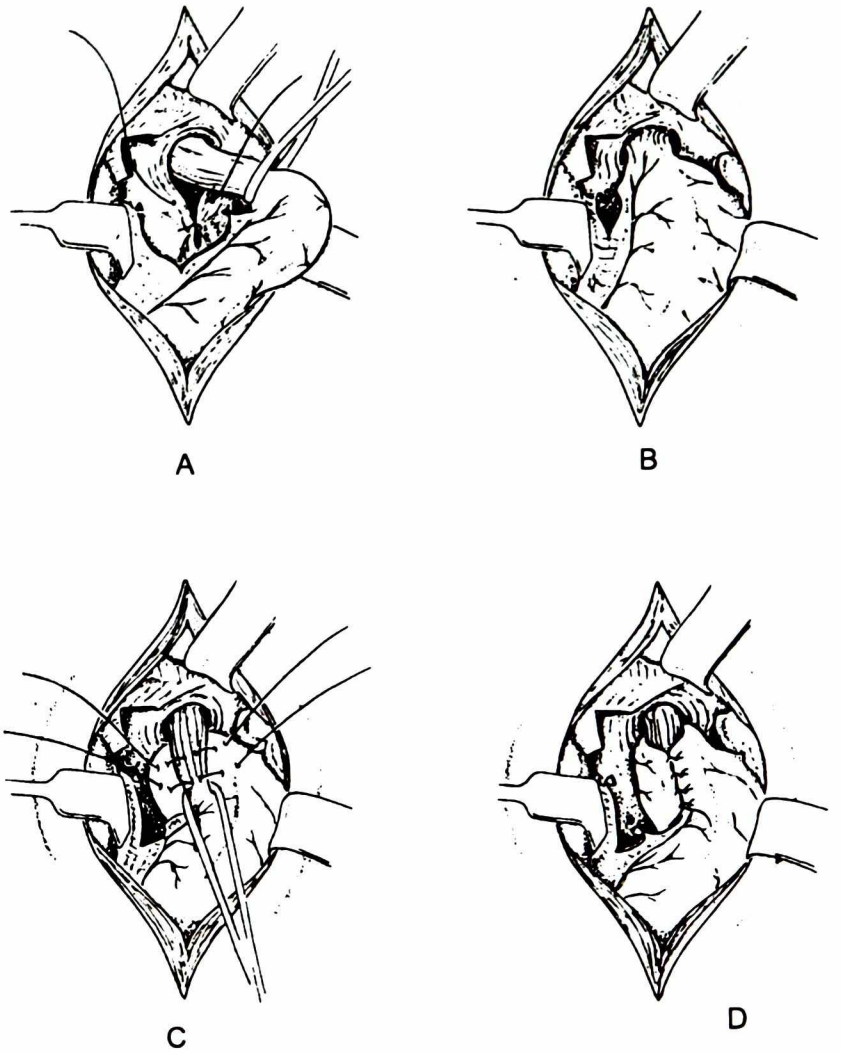
b) Điều trị ngoại khoa

– Chỉ định: cho thể bệnh nặng và khi điều trị nội khoa thể nhẹ thất bại.

– Kỹ thuật mổ: Mổ theo đường giữa trên rốn sát tới mũi ức hoặc đường dưới bờ sườn trái. Kéo dạ dày xuống ổ bụng. Phẫu tích giải phóng phần thực quản dưới để làm dài đoạn thực quản bụng. Khâu lại hai cột trụ cơ hoành phía sau thực quản để làm nhỏ lại khe thực quản *(hình A)*. Cố định thực quản bụng vào lỗ cơ hoành ở vị trí thực quản chui qua *(hình B)*. Khi phẫu tích chú ý tránh gây tổn thương dây thần kinh X. Tạo van chống trào ngược dạ dày – thực quản theo kiểu van Nissen *(hình C+D)*. Có thể tạo hình để mở rộng môn vị bằng rạch dọc độ 2 – 3cm ở mặt trước môn vị rồi khâu lại đường rạch này theo chiều ngang.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ngoài phương pháp mổ như trên, bệnh lý này còn được điều trị bằng mổ nội soi.



Hình 3.17. Kỹ thuật mổ chữa thoát vị qua khe thực quản

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arca M.J., Barnhart D.C., Lelli J.L. et al (2003): Early experience with minimally invasive repair of congenital diaphragmatic hernias: results and lessons learned. J Pediatr Surg, 38(11): 1563–1568
2. Bettex M, Kuffer F. Sharli (1978): Affections chirurgicales du diaphragme. In: Bettex M., Kuffer F., Scharli A. Précis de chirurgie infantile, pp 107 – 122. Masson, Paris.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. Boureau.M (1978): Hernie et éventration des coupoles diaphragmatiques. In: Pellerin D. Techniques de chirurgie pédiatrique, pp 242–2456. Masson, Paris.
4. Boureau.M. (1978): Hernies rétro–costo–xiphoidiennes (par la fente de Larrey). In: Pellerin D. Techniques de chirurgie pédiatrique, pp 246–251. Masson, Paris.
5. Charles J. H. Stoler, Peter W. Dillon.(1998): Congenital Diaphragmatic Hernia and Eventration. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric surgery – 5 th Edition, pp 819 – 838. Mosby, St. Louis.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. TẮC MÔN VỊ VÀ HANG VỊ

Tắc dạ dày ở trẻ sơ sinh là dị tật bẩm sinh ít gặp. Vị trí tắc ở hang vị, môn vị với các mức độ tắc có thể hoàn toàn hoặc không hoàn toàn. Tiên lượng điều trị tốt.

1. VÀI NÉT VỀ LỊCH SỬ

Wuensche 1875 và Neale năm 1884 đã mô tả bất sản hoàn toàn môn vị. Năm 1897, Lauderer đã mô tả một trường hợp hẹp trước môn vị do màng ngăn có lỗ. Năm 1937 Bennett đã báo cáo một bệnh nhân 4 ngày tuổi chẩn đoán hẹp môn vị được mổ nhưng tử vong và mổ tử thi xác nhận có màng ngăn hoàn toàn ở tiền môn vị. Touroff và Sussmann năm 1940 và O' Metz năm 1941 đã mổ cắt bỏ màng ngăn thể hoàn toàn ở tiền môn vị và các bệnh nhân đã được cứu sống. Sames năm 1949 đã mô tả một bệnh nhân bị teo bán phần hang vị do màng ngăn niêm mạc. Năm 1951 Benson và Courey đã báo cao 3 bệnh nhân mổ thành công. Cho tới nay, đã có nhiều báo cáo về dị tật này với tỷ lệ sống cao sau mổ. Chúng tôi cũng đã mổ một bệnh nhân có màng ngăn niêm mạc có lỗ ở môn vị năm 1989 với kết quả tốt và bệnh nhân bị teo môn vị hoàn toàn kèm theo teo thực quản vào năm 1993, bệnh nhân này tử vong. Đây là một bệnh mà chẩn đoán không khó và tiên lượng điều trị tốt.

2. PHÂN LOẠI GIẢI PHẪU

Đã có nhiều cách phân loại

2.1. Phân loại của Gerber và Aberdeen năm 1965

Đây là phân loại đầu tiên, khá đơn giản. Các tác giả chia thành 2 loại:

– Loại I tắc ở môn vị. Loại này lại chia thành hai thể.

IA: tắc do màng ngăn.

IB: tắc do teo.

– Loại II: tắc ở hang vị. Cũng chia thành hai thể.

IIA: tắc do màng ngăn.

IIB: Tắc do teo.

2.2. Phân loại của Rickham và Cook thành 3 loại

– Bất sản.

– Teo.

– Màng ngăn hoàn toàn hoặc không hoàn toàn.

Mỗi loại trên có thể ở môn vị hoặc hang vị.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.3. Phân loại của Gray và Skandalakis: chia thành 5 loại

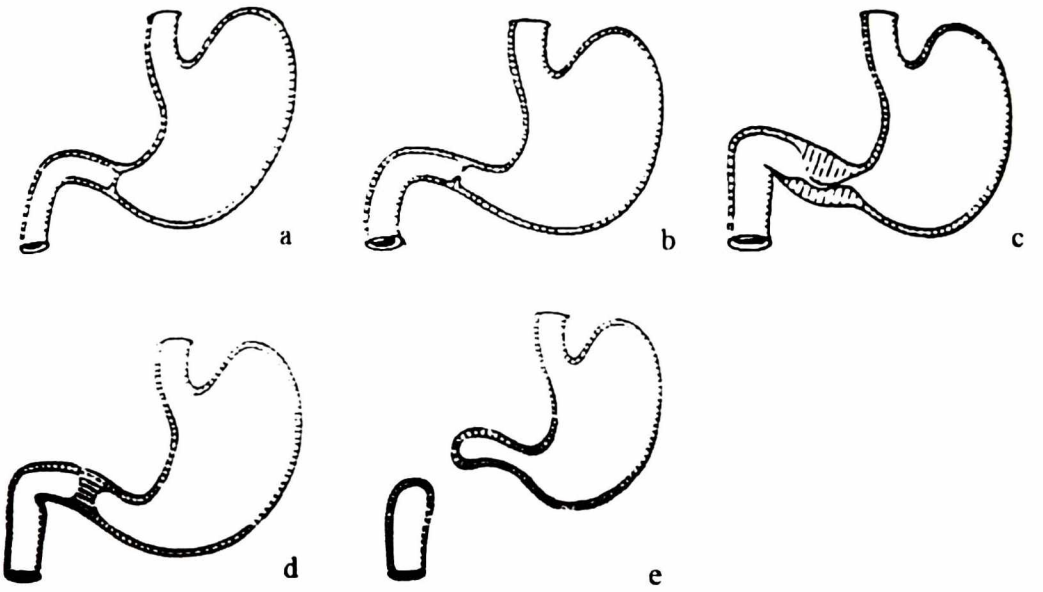
– Loại a: tắc do màng ngăn niêm mạc hoàn toàn.

– Loại b: màng ngăn niêm mạc có lỗ.

– Loại c: teo nhưng vẫn còn tồn tại một ống nội bì nhìn thấy được trên vi thể.

– Loại d: teo hoàn toàn.

– Loại e: teo gián đoạn.



Hình 3.18. Phân loại của Gray và Skandalakis

Cách phân loại này đã mô tả đủ các loại thương tổn nhưng không nêu vị trí tắc. Theo các thống kê thì tắc do màng ngăn niêm mạc ở môn vị chiếm tỷ lệ cao.

3. MÔ HỌC

Các màng ngăn được tạo bởi:

– Niêm mạc dạ dày đơn thuần.

– Lớp dưới niêm mạc và lớp cơ niêm.

– Các sợi cơ trơn.

– Tổ chức liên kết.

Các màng ngăn này có thể bịt kín hoàn toàn hoặc có một lỗ gây bán tắc.

4. CÁC DỊ DẠNG PHỐI HỢP

Có thể kèm theo các dị tật khác: Hội chứng Down, teo thực quản, dị dạng quay của ruột v.v...

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Chưa rõ, có một số giả thuyết nói về sinh bệnh học.

Có một số báo cáo về một số trường hợp có tính chất gia đình, ở anh em sinh đôi, có thể có yếu tố về gen.

Theo Gray và Skandalakis, có hai cơ chế sinh bệnh như sau:

– Tăng sản tại chỗ của nội bì nên tạo màng ngăn có lỗ hoặc bịt kín hoàn toàn.

– Sự giảm sản nội bì tại chỗ trong sự hình thành trung mô của môn vị dẫn tới sự không phát triển hoặc nếu sự hình thành này xảy ra với sự mất lớp cơ thì gây teo.

6. TỶ LỆ MẮC

Là dị tật hiếm gặp, chiếm tỷ lệ khoảng 1% của teo đường tiêu hoá nói chung.

7. LÂM SÀNG VÀ XQUANG

Tuỳ thuộc mức độ tắc hay hẹp mà có các biểu hiện khác nhau:

7.1. Tắc hoàn toàn

– Tiền sử sản khoa: mẹ đa ối. Thường đẻ non.

– Có biểu hiện lâm sàng từ những giờ đầu sau đẻ.

+ Nôn ra sữa sau bú, không có mật.

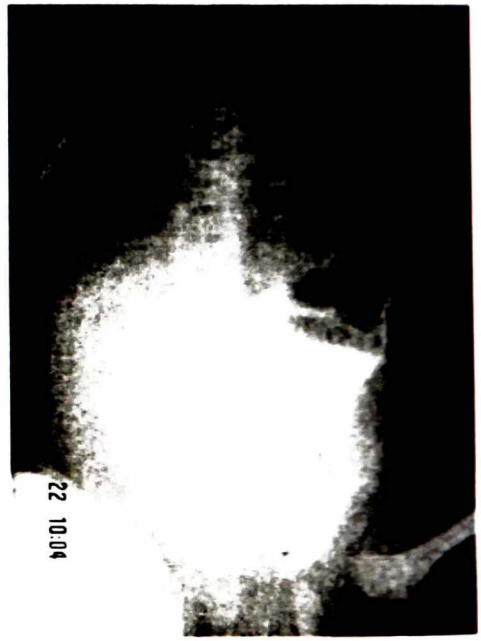
+ Vùng bụng trên rốn có hình dạ dày nổi và có sóng nhu động, còn vùng bụng dưới rốn xẹp.

– Xquang bụng không chuẩn bị:

Chỉ có một mức nước hơi lớn của dạ dày. Nếu hút dịch dạ dày và bơm không khí vào thì thấy rõ hình dạ dày giãn, không có hơi trong ruột non.

– Chụp cản quang:

Thuốc cản quang chỉ ở dạ dày.



Hình 3.18. Chụp cản quang dạ dày ở bệnh nhân sơ sinh bị teo môn vị

7.2. Tắc không hoàn toàn

– Tuỳ thuộc vào lỗ thông to hay nhỏ mà triệu chứng nôn có thể xuất hiện trong những giờ đầu sau đẻ hoặc trong những ngày sau ở tuổi sơ sinh, tuổi bú mẹ, tuổi học đường.

Chất nôn chỉ có sữa, cặn sữa hoặc thức ăn. Không có mật.

Trẻ chậm tăng cân.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Xquang:

+ Chụp bụng không chuẩn bị: hình dạ dày giãn nhưng vẫn có hơi trong các quai ruột non.

+ Chụp lưu thông tiêu hoá: xác định vị trí hẹp ở môn vị hay hang vị.

8. ĐIỀU TRỊ

Sau chẩn đoán xác định bệnh, có chỉ định phẫu thuật.

Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ. Ở bệnh nhân sơ sinh cần chú ý thân nhiệt, tình trạng phổi, có các dị tật khác không. Hồi sức, truyền dịch nếu có biểu hiện mất nước.

8.1. Kỹ thuật mổ

Gây mê nội khí quản.

Đặt ống thông vào dạ dày để làm xẹp dạ dày.

Đường mổ: đường giữa trên rốn hoặc đường mổ ngang trên rốn.

– Đánh giá thương tổn:

+ Tắc hoàn toàn do teo hoặc do màng ngăn không lỗ thì dễ nhận biết: phía trên chỗ tắc bị giãn to, phía dưới chỗ tắc xẹp.

+ Hẹp do màng ngăn có lỗ thì phía trên cũng giãn, còn ở phía dưới vẫn có hơi, kích thước ruột nhỏ hơn hoặc tương đối bình thường.

Ở vị trí có màng ngăn, thường có một vòng ngấn.

Cần phải kiểm tra sự lưu thông của toàn bộ đường tiêu hoá.

– Cách mổ:

Tùy thuộc vào thể loại tắc mà có các kỹ thuật sau:

+ Cắt bỏ màng ngăn đơn thuần bằng một đường rạch dọc mặt trước chỗ có màng ngăn, cắt màng ngăn rồi khâu đường rạch dọc thành đường ngang.

+ Nếu màng ngăn ở môn vị hoặc ngay dưới môn vị: có thể mở dọc môn vị, cắt màng ngăn rồi tạo hình môn vị theo kỹ thuật Finney hoặc Heineke – Mikulicz.

+ Có thể mở hang vị để cắt bỏ toàn bộ màng ngăn ở môn vị hoặc tiền môn vị, không cần mở rộng– tạo hình môn vị để tránh trào ngược dịch từ tá tràng lên dạ dày.

+ Nối dạ dày – tá tràng tận tận hoặc tận bên nếu khoảng cách teo gián đoạn ngắn.

+ Nối dạ dày với hỗng tràng nếu khoảng cách teo gián đoạn dài giữa dạ dày với tá tràng.

8.2. Sau mổ

– Đặt hai ống thông vào dạ dày: một ống để hút dịch ứ đọng ở dạ dày, còn một

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

ống cho qua miệng nối xuống hỗng tràng cho ăn. Hai ống thông dạ dày có thể đặt qua mũi, miệng hoặc mở thông dạ dày.

– Dùng kháng sinh dự phòng.

– Truyền dịch ở ngày đầu sau mổ và cho ăn sớm từ ngày thứ hai qua ống thông dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Grapin C (1990): Obtructions gastriques néonatales. In: Hélardot.P, Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M.

   Chirungie digestive de l'enfant, pp 327 – 333. Doin éditeurs, Paris.

2. Scherer.R. (1998): Other conditions of the stomach. Congenital Gastric outlet obstruction. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1125 – 1127. Mosby, St. Louis.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. TẮC RUỘT SƠ SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột là một loại cấp cứu ngoại khoa phổ biến ở bệnh lý sơ sinh. Vị trí tắc có thể từ tá tràng tới hậu môn. Có nhiều nguyên nhân gây tắc và tắc có thể ở các mức độ khác nhau. Nếu không điều trị phẫu thuật, bệnh nhi sẽ tử vong, vậy cần chẩn đoán và chỉ định điều trị sớm. Trước đây, tỷ lệ tử vong của bệnh này rất cao do chẩn đoán muộn, do phương tiện hạn chế v.v... Ngày nay với các phương tiện chẩn đoán tốt có thể chẩn đoán trước sinh, sự tiến bộ về gây mê – hồi sức, phương tiện điều trị và kỹ thuật mổ nên tỷ lệ tử vong đã giảm một cách đáng kể.

2. ĐẶC ĐIỂM SINH LÝ TRẺ MỚI ĐẺ

Sau khi sinh ra trên 6 giờ, trẻ thường bắt đầu đại tiện ra phân xu. Phân xu có màu đen xanh lá cây, quánh và bóng. Nếu sau đẻ trên 24 giờ, trẻ mới đại tiện phân xu thì được coi là chậm phân xu và đây là một dấu hiệu bất thường báo hiệu một khả năng cao của bệnh lý đường tiêu hoá.

3. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN TẮC RUỘT

3.1. Triệu chứng lâm sàng

– Nôn ra dịch dạ dày, dịch mật, dịch ruột.

– Trướng bụng ở vùng trên rốn hoặc toàn bộ ổ bụng, có hình quai ruột nổi.

– Bí trung – đại tiện hoặc vẫn ỉa phân xu hoặc chậm ỉa phân xu hoặc ra kết thể trắng đục.

– Toàn thân: có dấu hiệu mất nước ở các mức độ khác nhau.

Tuỳ theo vị trí tắc, mức độ tắc và thời gian bị bệnh mà các triệu chứng trên biểu hiện ở các mức độ khác nhau.

3.1.1. Các triệu chứng nôn, trướng bụng, đại tiện theo vị trí tắc

a) Tắc cao

Tắc từ dưới môn vị tới góc tá hỗng tràng.

– Nôn:

Xuất hiện sớm, thường ở ngay ngày đầu sau đẻ. Nôn ra dịch mật nếu tắc ở dưới bóng Vater hoặc chỉ nôn ra sữa, dịch dạ dày khi tắc ở trên bóng Vater. Mức độ nôn nhiều khi tắc hoàn toàn như do teo ruột, hoặc nôn ít khi chỉ hẹp tá tràng hoặc có màng ngăn có lỗ to.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– *Trướng bụng*:

Không có hoặc trướng bụng vùng trên rốn, có hình dạ dày giãn nổi lên khi kích thích da bụng hoặc tự nhiên.

Đại tiện:

Không đại tiện phân xu mà chỉ đại tiện ra kết thể trắng đục hoặc xanh nhạt và ít nếu tắc hoàn toàn. Vẫn đại tiện ra phân xu nhưng ít hơn bình thường nếu tắc không hoàn toàn.

b) Tắc vừa:

Tắc ở hỗng – hồi tràng (từ góc Treitz đến van Bauhin).

– *Nôn:*

Thường từ ngày thứ 2, 3 sau đẻ. Nôn ra dịch mật, dịch ruột. Mức độ nôn cũng tuỳ thuộc mức độ tắc: nếu tắc hoàn toàn thì nôn nhiều.

– *Trướng bụng:*

Là dấu hiệu khá quan trọng, thường bụng trướng đều, quai ruột nổi, có sóng nhu động tự nhiên hoặc khi kích thích da bụng.

– *Nắn bụng*: nếu có dấu hiệu hoại tử ruột do xoắn: bệnh nhân đau, khóc.

– *Đại tiện:*

Không đại tiện phân xu mà chỉ đại tiện ra kết thể trắng đục hoặc xanh nhạt và ít nếu tắc hoàn toàn.

Vẫn có phân xu nhưng ít hơn bình thường nếu tắc không hoàn toàn.

c) Tắc thấp

Tắc từ van Bauhin xuống, tắc ở đại – trực tràng.

– *Nôn:*

Xuất hiện muộn hơn, thường nôn sau đẻ khoảng 3 ngày. Nôn ra dịch mật, dịch ruột.

– *Trướng bụng:*

Thường trướng toàn bộ ổ bụng. Có dấu hiệu quai ruột nổi và dấu hiệu rắn bò tự phát hoặc khi kích thích thành bụng.

– *Đại tiện:*

Phân xu thường không có, thường chỉ ra kết thể trắng đục hoặc xanh nhạt nếu tắc hoàn toàn. Trong trường hợp tắc không hoàn toàn thì vẫn có phân xu nhưng ít. Nếu tắc do bệnh phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh thì chỉ chậm phân xu và dấu hiệu viêm ruột gây ỉa lỏng xuất hiện sớm sau đó.

3.1.2. Thăm khám hậu môn – trực tràng

Chung cho các thể bệnh. Có thể có dị tật hậu môn trực tràng hoặc có ống hậu môn – trực tràng bình thường. Thăm trực tràng thấy rỗng hoặc có kết thể trắng đục hoặc ra phân lỏng khi bị viêm ruột v.v...

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.1.3. Thể trạng chung

Tuỳ mức độ tắc và thời gian bị bệnh mà có:

– Dấu hiệu mất nước: da khô, mắt trũng, thóp lõm, đái ít.

– Sốt: do viêm phổi hoặc mất nước và điện giải v.v...

– Rối loạn hô hấp: do trướng bụng, hít phải chất nôn, thở nhanh, nông, nghe phổi có thể có ran ẩm.

– Da: có thể vàng do vàng da sinh lý, có thể xanh – nhợt khi bị mất máu do xoắn ruột v.v...

– Bệnh nhân có thể trong tình trạng vật vã hoặc ly bì, phản ứng chậm, khóc yếu.

– Các dị tật khác kèm theo có thể như hội chứng Down, bệnh tim bẩm sinh, dị tật đường tiết niệu – sinh dục, dị tật cơ quan vận động v.v...

3.2. Các xét nghiệm

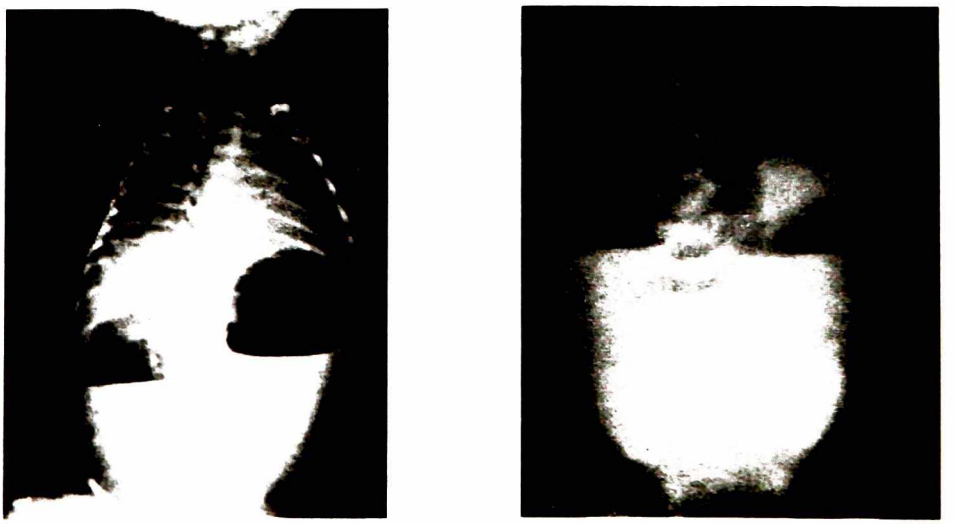
Xét nghiệm công thức máu, điện giải đồ v.v... để đánh giá tình trạng bệnh nhân và phát hiện các bệnh lý phối hợp.

3.3. Điện quang

3.3.1. Chụp bụng không chuẩn bị

Thấy các mức nước – hơi, có thể có nốt vôi hoá và liềm hơi. Dựa vào vị trí và hình dạng các mức nước – hơi để chẩn đoán vị trí tắc và mức độ tắc.

Nên chụp ngực thẳng thêm khi chụp bụng để xem hình phổi và tim.



Hình 3.20.

a) Tắc ở tá tràng, có hai mức nước hơi

b) Tắc ở ruột non, nhiều mức nước hơi, nửa bụng dưới mờ

– *Tắc cao:*

Thường có 2 mức nước–hơi: mức nước– hơi to ở cao phía bên trái cột sống là của dạ dày và một mức nước–hơi ở thấp hơn, phía bên phải cột sống là của tá tràng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Tắc hoàn toàn: chỉ có 2 mức nước hơi trên, ổ bụng còn lại mờ.

+ Tắc không hoàn toàn: có các bóng hơi nhỏ ở quai ruột phía dưới.

– *Tắc vừa*:

+ Có 3 mức nước – hơi là tắc ở hỗng tràng gần góc Treitz.

+ Có nhiều mức nước – hơi: tắc ở hỗng, hồi tràng. Các mức nước hơi có thể nhỏ và phần còn lại của ổ bụng mờ vì có dịch.

+ Có hình mờ và lỗ rỗ như tổ ong ở vùng hố chậu phải, quai ruột phía trên giãn căng hơi hoặc có vài mức nước–hơi thì thường là tắc ruột phân xu.

– *Tắc thấp:* nhiều mức nước hơi ở ruột non và có hơi ở đại tràng.

3.3.2. Chụp lưu thông tiêu hoá

Chỉ định khi chụp bụng không chuẩn bị không rõ tắc và vị trí tắc. Chụp lưu thông tiêu hoá chỉ làm khi bụng trướng ít, nôn ít và nên đặt ống thông làm xẹp dạ dày trước. Cần theo dõi sự di chuyển của thuốc cản quang để xác định vị trí tắc, mức độ tắc và có thể chẩn đoán được nguyên nhân gây tắc. Ví dụ nếu thấy D2 tá tràng giãn, có chỗ hẹp ở cuối D2 và thuốc cản quang đi qua chỗ hẹp rồi đi thẳng xuống quai ruột phía dưới mà không thấy khung tá tràng, chỗ hẹp và giãn tạo hình ảnh như đồng hồ cát thì chẩn đoán được hẹp tá tràng do dây chằng Ladd v.v... Hoặc có chỗ thắt hẹp ở giữa D2 tá tràng thì thường là hẹp tá tràng do tụy nhẫn hoặc màng ngăn có lỗ, hoặc có một hình khuyết ở thành ruột như có u chèn vào và đoạn ruột phía trên giãn hơn kết hợp khám lâm sàng nắn thấy có u nhỏ, di động và siêu âm thấy có nang ở thành ruột thì chẩn đoán tắc ruột do ruột đôi v.v...



Hình 3.21. Hẹp ruột do màng ngăn ở hỗng tràng dưới Treitz



Hình 3.22. Tắc tá tràng do dây chằng Ladd và xoắn trung tràng, kèm theo hẹp tá tràng do tụy nhẫn ở bệnh nhân 36 ngày tuổi.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.3.3. Chụp khung đại tràng (lavement baryté)

Chỉ định:

– Nghi có xoắn trung tràng: manh tràng và đại tràng lên cao và sang trái.

– Tắc ruột phân xu hoặc do nút phân xu.

– Tắc thấp: teo đại tràng, phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh v.v...



Hình 3.23. Bệnh Hirschsprung ở bệnh nhân 3 ngày tuổi.

Chụp khung đại tràng, hình ảnh trực– đại tràng bị hẹp tới hết đại tràng xuống

3.4. Siêu âm

– Trước đẻ: có giá trị chẩn đoán tắc ruột. Sản phụ thường bị đa ối. Có hình các quai ruột giãn.

– Sau đẻ: xác định có ruột đôi, U nang mạc treo ruột, các dị tật khác có thể kèm theo ở đường tiết niệu, tim v.v...

4. NGUYÊN NHÂN GÂY TẮC

4.1. Tắc cao: ở tá tràng

4.1.1. Tắc tá tràng do nguyên nhân từ bên trong

– Teo tá tràng: tắc hoàn toàn. Có 3 thể bệnh

+ Màng ngăn niêm mạc toàn bộ: thường ở dưới bóng Vater.

+ Teo tá tràng thành dây xơ.

+ Teo gián đoạn tá tràng.

– Hẹp tá tràng: tắc không hoàn toàn do:

+ Màng ngăn niêm mạc có lỗ.

+ Tá tràng đôi.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.1.2. Tắc tá tràng do nguyên nhân từ bên ngoài

– Tụy nhẫn:

Tá tràng ở vị trí giữa D2 bị bao bọc và bị chèn ép ở xung quanh bởi tổ chức của tụy giống như ngón tay bị bao bọc xung quanh bởi một chiếc nhẫn. Thường có hẹp tá tràng do màng ngăn ở vị trí tụy nhẫn nên có thuật ngữ "Tắc tá tràng kèm theo tụy nhẫn"

– Dây chằng Ladd:

Gây tắc – hẹp tá tràng ở cuối D2. Dây chằng Ladd thực chất là một dải phúc mạc đi từ đại tràng hoặc manh tràng tới phúc mạc thành bụng sau và chẹt ngang qua tá tràng gây hẹp.

Dây chằng Ladd thường kèm theo ruột ngừng quay bất thường ở 90^0 hay 180^0.

– Tắc tá tràng, ruột ngừng quay ở 90^0:

+ Mạc treo chung hoàn toàn tự do

+ Tiểu tràng ở bên phải động mạch mạc treo tràng trên.

+ Đại tràng ở bên trái.

+ Dây chằng Ladd từ góc đại tràng phải tới thành bụng sau bên.

– Tắc tá tràng, ruột ngừng quay ở 180^0:

+ Manh tràng nằm trước tá tràng.

+ Dây chằng Ladd từ manh tràng chẹt qua tá tràng rồi tới thành bụng sau.

+ Tiểu tràng thường bị xoắn và còn có tên "Xoắn trung tràng".

– Hẹp tá tràng do kìm động mạch: thể bệnh này ít gặp

Đoạn 3 của tá tràng chạy qua trước cột sống, nằm trong kìm của 2 động mạch: Động mạch chủ bụng phía sau và động mạch mạc treo tràng trên phía trước. Góc giữa 2 động mạch bình thường từ 45^0 – 60^0. Khi góc hẹp gây chèn ép tá tràng. Góc hẹp do những nguyên nhân sau:

+ Tá tràng ở vị trí cao hơn bình thường hoặc động mạch mạc treo tràng trên ở vị trí thấp hơn bình thường.

+ Lớp mỡ giữa 2 động mạch mỏng.

+ Tá tràng chui qua mạc treo cứng chắc để tới góc Treitz.

– Hẹp tá tràng do tĩnh mạch cửa trước tá tràng: rất hiếm gặp

Tĩnh mạch cửa trước tá tràng có thể do:

+ Các vòng nối giữa hai tĩnh mạch noãn hoàn bị tắc bất thường.

+ Có bất thường trong quá trình quay của ruột: đảo lộn vị trí của dạ dày và tá tràng.

4.2. Tắc vừa: tắc ở ruột non

4.2.1. Teo ruột: Có 4 thể bệnh theo phân loại của Grosfeld

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

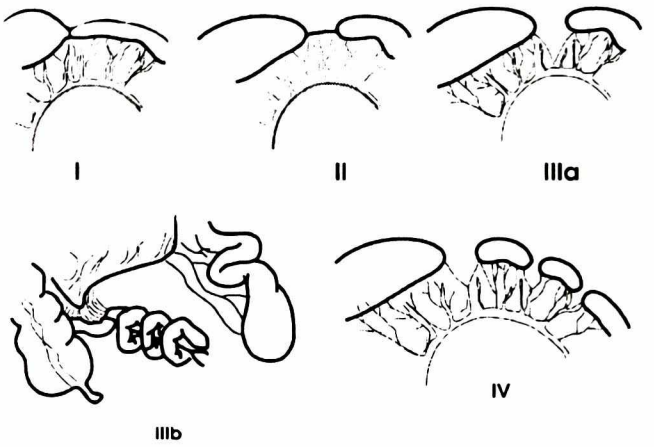
– Loại I: Màng ngăn niêm mạc hoàn toàn.

– Loai II: Teo ruột mà 2 đầu ruột nối với nhau bằng một dây xơ.

– Loại III: Teo ruột gián đoạn: mạc treo ruột bị khuyết hình chữ V. Ở thể bệnh này còn chia thành hai mức độ: IIIa: teo gián đoạn có mạc treo khuyết hình chữ V đơn thuần và IIIb: teo ruột gián đoạn mà đoạn ruột dưới chỗ teo cuốn quanh trục mạch máu tạo nên hình ảnh "cây thông".

– Loại IV: teo ruột gián đoạn nhiều vị trí.

Lưu ý: teo ruột có thể ở một hay nhiều vị trí và có thể kết hợp giữa các thể bệnh.



Hình 3.24. Phân loại teo ruột của Grosfeld



Hình 3.25. Teo ruột hình "cây thông" và teo nhiều vị trí

4.2.2. Tắc ruột do chèn ép: do các nguyên nhân sau

– Các dây chằng bẩm sinh: di tích của động mạch rốn hoặc còn ống rốn tràng.

– Do có các khối u ở mạc treo vào ruột như:

+ Ruột đôi.

+ U bạch huyết thể nang ở mạc treo gây chèn ép hoặc xoắn ruột.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Do các dây chằng hoặc do dính ruột: di tích của viêm phúc mạc từ thời kỳ bào thai.

– Tắc do hẹp ruột sau bệnh viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh.

4.2.3. Tắc ruột phân xu

a) Nguyên nhân:

Do thiểu năng ngoại tiết của tụy, tụy bài tiết ít dịch, kết hợp chất nhầy ở hồi tràng gây đặc quánh phân xu dính chặt niêm mạc ruột gây tắc ruột. Thường tắc ở vị trí gần cuối hồi tràng.

b) Chẩn đoán:

– Lâm sàng: nắn được quai ruột có phân xu căng ở bên hố chậu phải

– Xquang:

+ Chụp bụng không chuẩn bị: thấy hình tắc ruột thấp, mức nước hơi có chân hẹp, có thể lõm do phân xu. Có bóng mờ lỗ rỗ ở vùng hố chậu phải.

+ Chụp đại tràng cản quang: đại tràng nhỏ, thuốc vào qua van Bauhin tới vị trí phân xu quánh gây tắc ruột.

c) Điều trị:

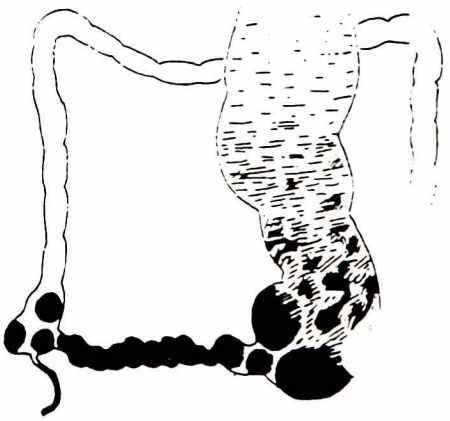
– Điều trị nội: đây là một thể bệnh có thể điều trị nội khoa được. Do vậy khi có chẩn đoán sẽ điều trị bằng:

+ Thụt vào đại tràng bằng gastrographin hoặc hypaque hoặc telebrix 350. Thụt giữ trong 15 phút – 30 phút và theo dõi ở Xquang, làm cách 4 giờ 1 lần.

Gastrographine có Polysorbate có tác dụng rút nước vào lòng ruột, tăng nhu động ruột, làm ẩm và tan phân xu.

+ Bơm vào dạ dày dung dịch acetylcystein 4%: mỗi lần bơm 5ml, cách 6 giờ 1 lần.

+ Truyền dịch, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.



Hình 3.26. Tắc ruột phân xu



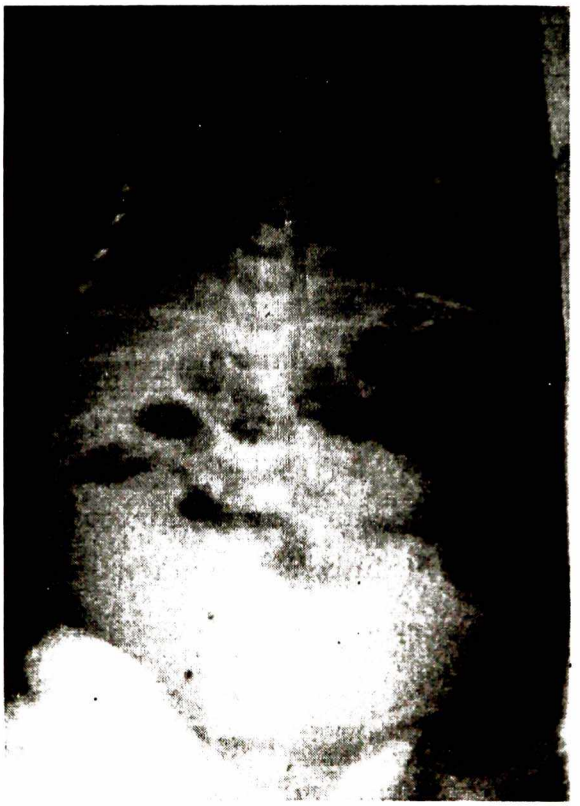
Hình 3.27. Mở thông ruột

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Điều trị ngoại: nếu điều trị nội không kết quả hoặc đã có dấu hiệu tắc ruột rõ thì có chỉ định mổ.

+ Mổ cắt đoạn ruột tắc, giãn do phân xu, nối ruột tận tận hoặc tận – chéo.

+ Mở ruột lỗ nhỏ ở đoạn ruột giãn, hút hết phân xu rồi mở thông ruột để bơm dịch rửa lòng ruột kết hợp thụt đại tràng.



Hình 3.28. Chụp bụng ở bệnh nhân bị tắc ruột phân xu

4.3. Tắc thấp: tắc ở đại – trực tràng và hậu môn

4.3.1. Tắc ruột do nút phân xu: do nút phân xu ở đại tràng gây tắc.

– Lâm sàng:

+ Không ỉa phân xu sau đẻ 24 – 48 giờ.

+ Bụng trướng.

+ Thăm trực tràng: đôi khi kích thích gây đại tiện ra một nút phân xu màu xám nhạt, khá chắc, sau đó là phân xu ra nhiều và hết tắc ruột nhưng thường thụt đại tràng bằng gastrographine thì tháo ra được nút phân xu và nhiều phân xu.

– Điều trị:

Thể bệnh này điều trị nội, không phải mổ.

4.3.2. Teo đại tràng: cũng gồm 3 thể bệnh như teo ruột non

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.3.3. Bệnh Hirschsprung hay phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh

Khi có dấu hiệu tắc ruột sơ sinh thì đoạn ruột vô hạch thường cao, vô hạch hết đại tràng Sigma hoặc đại tràng xuống hoặc có thể toàn bộ đại tràng. Ở thể bệnh này, rất khó thụt tháo đại tràng mà thường phải mổ cấp cứu làm hậu môn nhân tạo.

4.3.4. Dị tật hậu môn trực tràng. Xem bài dị tật hậu môn trực tràng

5. CHẨN ĐOÁN

– Có thể có được chẩn đoán tắc ruột trước đẻ bằng siêu âm.

– Sau đẻ: cần được khám kỹ trên lâm sàng, làm thêm Xquang, siêu âm để chẩn đoán. Các bước cần xác định:

+ Có tắc ruột không.

+ Vị trí tắc: ở tá tràng, ruột non hay đại tràng.

+ Mức độ tắc: tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn.

+ Nguyên nhân gây tắc.

+ Tình trạng bệnh nhân: khám lâm sàng và các xét nghiệm máu, sinh hoá.

Từ chẩn đoán có được sẽ quyết định cách điều trị.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Trước mổ

6.1.1. Tại các bệnh viện nơi trẻ sinh ra hoặc khoa nội nhi – sơ sinh: cần làm

– Giữ thân nhiệt ổn định bằng sưởi ấm hoặc lồng ấp đặc biệt khi thời tiết lạnh. Đây là điều rất quan trọng. Nếu để hạ thân nhiệt, tỷ lệ tử vong sẽ cao.

– Ống thông dạ dày: thường đặt qua mũi vào dạ dày để hút làm xẹp dạ dày, bớt giãn các quai ruột phía dưới. Theo dõi dịch qua ống thông dạ dày để góp phần giúp chẩn đoán vị trí và mức độ tắc ruột.

– Đường truyền tĩnh mạch: có thể lấy đường truyền qua tĩnh mạch rốn, vì dễ thực hiện.

Lượng dịch truyền được tính theo cân nặng bệnh nhân, theo nhu cầu và lượng dịch mất.

– Tiêm vitamin K.

Sau đó di chuyển bệnh nhân tới các trung tâm phẫu thuật nhi.

6.1.2. Tại các trung tâm phẫu thuật nhi: sau chẩn đoán xác định có tắc ruột, cần đánh giá tình trạng bệnh nhân:

– Cân nặng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Nhiệt độ.

– Tình trạng phổi: có viêm phổi không.

– Tình trạng mất nước

– Các dị tật phối hợp.

– Xét nghiệm: điện giải đồ, công thức máu, hematocrit, máu chảy, máu đông, nhóm máu, khí máu, protein máu.

Dựa các xét nghiệm để hồi sức trước mổ.

6.2. Mổ

6.2.1. Mục đích mổ: phục hồi lưu thông trong lòng ruột và chức năng của ruột.

6.2.2. Kỹ thuật: tuỳ theo vị trí và nguyên nhân gây tắc mà chọn các kỹ thuật phù hợp:

a) Tắc tá tràng:

– Do tá tràng đôi: bóc cắt tá tràng đôi hoặc mở thông tá tràng đôi phụ vào tá tràng chính ở bên cạnh.

– Tắc ở D1 – D2: nối tá tràng – tá tràng.

+ Với tụy nhẫn: nối tá – tá tràng bên bên ở vị trí mặt trước tá tràng, ngay trên và dưới tụy nhẫn.

+ Với teo gián đoạn (ít gặp): nối tá–tá tràng tận tận.

– Tắc ở D3 – D4: nối tá – hỗng tràng.

– Với tắc do màng ngăn niêm mạc (ở D1, D2, D3, D4): mở ruột dọc qua vị trí ruột có màng ngăn, cắt màng ngăn và khâu lại ruột theo chiều ngang.

b) Tắc ruột non

– Tắc do màng ngăn niêm mạc: có 2 cách mổ

+ Mở dọc ruột, cắt màng ngăn, khâu ruột theo chiều ngang.

+ Cắt ruột có màng ngăn, nối ruột tận – chéo.

– Do teo ruột: dạng dây xơ hoặc teo gián đoạn.

+ Cắt bỏ phần túi cùng trên nếu ruột giãn to, thành dày, niêm mạc nề xung huyết, mạch máu nuôi dưỡng kém.

+ Nếu teo ruột nhiều chỗ: cắt bỏ phần ruột biệt lập ở giữa nếu đoạn ruột này ngắn.

+ Nối ruột tận – tận hoặc tận– chéo là kỹ thuật thường được làm.

+ Có thể phải dẫn lưu hai đầu ruột ở lần mổ đầu và nối lại ruột ở lần mổ thứ hai sau một vài tuần nếu teo ruột có kèm viêm phúc mạc bào thai, ruột dính nhiều và đoạn teo ở cuối hồi tràng.

– Do ruột đôi:

+ Cắt đoạn ruột có ruột đôi, nối ruột tận tận.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Bóc – cắt bỏ ruột đôi đơn thuần nếu ruột đôi ở góc hồi manh tràng.

– Do xoắn trung tràng và dây chằng Ladd: tháo xoắn, cắt dây chằng Ladd, và xếp lại ruột: đưa ruột non sang bên phải, đưa đại tràng sang bên trái, cố định đại tràng, cắt ruột thừa, tải rộng mạc treo chung.

– Do dính ruột, do dây chằng: gỡ dính, cắt dây chằng.

Lưu ý:

– Trong trường hợp đoạn ruột phía trên chỗ tắc bị giãn một đoạn dài, để giảm cắt ruột thì nên tạo hình nhỏ lại đoạn ruột phía trên bằng cắt bớt thành ruột ở bờ tự do, khâu lại để làm nhỏ bớt khẩu kính ruột trước khi nối, tránh quá chênh lệch kích thước giữa 2 đoạn ruột, tránh ứ đọng và thuận lợi phục hồi nhu động ruột.

– Cắt – tạo hình nhỏ đoạn ruột phía trên có 2 kỹ thuật: cắt thanh cơ ngoài niêm mạc hoặc cắt bỏ cả thanh cơ niêm mạc.

– Phải bơm dung dịch NaCl 0,9% vào qua đầu ruột dưới để đảm bảo toàn bộ đoạn ruột dưới miệng nối đã lưu thông, để làm rộng lòng ruột và tống tháo hết kết thể phân xu từ ruột non xuống đại tràng hay ra ngoài hậu môn.

c) Tắc thấp: ở đại tràng – trực tràng – hậu môn.

– Teo đại tràng: mổ chữa như ở teo ruột non.

– Hirschsprung: thể vô hạch cao, gây tắc và viêm ruột: làm hậu môn nhân tạo. Vị trí làm hậu môn nhân tạo thường ở ngay trên chỗ bị tắc.

– Dị tật hậu môn trực tràng: tuỳ theo thể bệnh mà tạo hình hậu môn ngay hay làm hậu môn nhân tạo.

6.3. Sau mổ

– Đặt ống thông dạ dày: cho tới khi dịch dạ dày ra trong, không có dịch mật–dịch ruột.

– Bồi phụ nước điện giải: theo cân nặng, nhu cầu, lượng dịch mất, dựa điện giải đồ.

– Nuôi dưỡng:

+ Đường tĩnh mạch: các dung dịch NaCL 0,9%, dịch glucose 10%, 5%, intralipid, đạm v.v...

+ Cho ăn đường miệng khi dịch dạ dày ra trong, đã đại tiện.

– Kháng sinh: thường dùng cephalosporin thế hệ 3.

– Phải theo dõi:

+ Lâm sàng: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, cân nặng, nước tiểu.

+ Xét nghiệm máu: công thức máu, protein, điện giải đồ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6.4. Biến chứng sau mổ

6.4.1. Biến chứng sớm

– Tắc ruột: do tắc hẹp miệng nối, do dính, dây chằng.

– Viêm phúc mạc: do bục, rò miệng nối.

– Biến chứng khác:

+ Toác, bục vết khâu thành bụng.

+ Chảy máu vết mổ, trong ổ bụng.

+ Nhiễm trùng vết mổ.

6.4.2. Biến chứng muộn

– Tắc ruột, sa lồi thành bụng.

– Rối loạn hấp thu: hội chứng ruột ngắn.

Cách đánh giá mức độ cắt ruột:

– Cắt ruột ít : ruột còn > 1,5m.

– Cắt nhiều : ruột còn 0,4 – 1,5m.

– Cắt rộng rãi: ruột còn < 40cm.

7. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG

– Đẻ non: cân nặng bệnh nhân < 2,5kg.

– Nhiễm trùng ngoại sinh.

– Các tật bẩm sinh mắc phải: Down, tim mạch, teo thực quản v.v...

– Thời gian chẩn đoán và điều trị: sớm hay muộn.

– Mức độ cắt ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Debeugny P, Bonnevalle M, Turck D, Besson R, Goutrand F, Defauw B, Sarakos C,.Tran Ngoc Bich (1996): Les sténoses disgestive dans l'entérocolite ulcéro–nécrosant du prématuré. 50 observations.

   Résumé des communications. 53 ème congrés de chirurgie pédiatrique. C.N.I.T. – Paris la Defense 4 (6–9–1996)

2. Frederick j. Rescorla (1998): Meconium lleus. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1159 – 1172. Mosby, St. Louis.

3. Jay L. Grosfeld (1998): Jejunoileal Atresia and stenosis. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1145–1158. Mosby, St. Louis.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. Gruner. M, Belas, M, Hervé J– M (1990): Atrésies et sténoses congénitales du jejuno – ileon. In: Hélardot.P, Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M. Chirungie digestive de l'enfant, pp 383 – 398. Doin éditeurs, Paris.
5. Heinz Rode, Alastair J.W. Millar (2006): Jejuno– ileal Atresia. In: P.Puri, M.E. Höllwarth. Pediatric Surgery, pp 213–228, Spinger – Verlag Berlin Heldelberg. Germany. 6. Howard C. fieston (1998): Other causes of intestinal obstruction. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1215 – 1222. Mosby, St. Louis.
6. Trần Ngọc Bích, Đỗ Đức Vân, Trần Bình Giang và Phạm Đức Huấn (2003): Hẹp tá tràng do dây chằng Ladd và xoắn ruột ở sơ sinh và người lớn. Ngoại khoa, 4: 48–52.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. DỊ TẬT HẬU MÔN – TRỰC TRÀNG

Dị tật hậu môn trực tràng (DTHMTT) là dị tật không có lỗ hậu môn v.v... có hoặc không có đường rò từ ống hậu môn – trực tràng ra tầng sinh môn hoặc đường tiết niệu, cơ quan sinh dục.

1. LỊCH SỬ

Dị tật hậu môn trực tràng đã được ghi nhận từ trước công nguyên. Vào thế kỷ thứ II, Soranus đã đề nghị phải khám hậu môn cho tất cả các trẻ sau khi được sinh ra.

Ở thế kỷ thứ VII, Paulus Aegineta đã viết về một bệnh nhi đầu tiên bị dị tật hậu môn trực tràng được cứu sống. Tác giả đã giới thiệu kỹ thuật mổ dùng ngón tay hoặc dùng dao rạch chọc thủng hậu môn màng. Năm 1660, Sculter điều trị thành công một bệnh nhi bị hẹp hậu môn bằng nong. Năm 1676, Cook đã điều trị một bệnh nhân khác bằng rạch và nong hậu môn. Năm 1787, Bell gợi ý dùng đường rạch giữa tầng sinh môn để tìm túi cùng trực tràng. Năm 1783, Dubois đã làm hậu môn nhân tạo cho dị tật không hậu môn theo sự gợi ý của Littré từ năm 1710. Năm 1826, Diffenbach là người đầu tiên mô tả sự chuyển vị trí hậu môn. Năm1833, Roux de Brignoles mô tả đường mổ ở tầng sinh môn. Năm 1835, Amussat mô tả tạo hình hậu môn qua đường mổ ở tầng sinh môn để đưa bóng trực tràng xuống khâu vào da. Năm 1856, Chassaignac đã sử dụng que thăm dò luồn qua chỗ mở hậu môn nhân tạo để dẫn đường cho việc phẫu tích tìm bóng trực tràng qua đường mổ ở tầng sinh môn. Năm 1930, Wangensteen và Rice đã mô tả cách chụp dốc ngược đầu để tìm túi cùng trực tràng. Năm 1948, Rhoads, Pipes và Randall đã mô tả phương pháp mổ một thì để hạ bóng trực tràng bằng kết hợp đường mổ bụng và đường mổ tầng sinh môn. Năm1951 Denis Brown giới thiệu kỹ thuật cắt da sau ("cut back") chữa hậu môn nắp. Năm 1953, Stephens nêu đường mổ qua giữa xương cùng, xương cụt. Năm 1982, Péna giới thiệu kỹ thuật mổ hạ bóng trực tràng bằng đường mổ phía sau trực tràng.

2. VÀI NÉT VỀ BÀO THAI HỌC

Khi bào thai được 4mm, ống niệu nang và ruột tận đổ vào ổ nhớp mà ổ nhớp lúc này còn được đóng kín bởi một màng. Khi bào thai được 8mm, ống niệu nang và ruột tận được tách đôi bởi vách niệu–trực tràng. Sau khi thủng màng hậu môn, củ hậu môn và trực tràng được hình thành. Các thành phần trên tiếp tục phát triển quanh hậu môn nguyên thuỷ để hình thành cơ thắt ngoài và tầng sinh môn. Sự rối loạn phát triển ở một giai đoạn nào đó sẽ tạo ra DTHMTT.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. TẦN SỐ MẮC

Vào khoảng 1/3000 trẻ sơ sinh. Tỷ lệ giữa nam và nữ tương đương nhau.

4. PHÂN LOẠI

Đã có một số phân loại DTHMTT như phân loại của Ladd và Gross năm 1934, phân loại quốc tế năm 1970 tại Melbourne (Úc) và phân loại quốc tế mới tại Hội nghị phẫu thuật nhi thế giới năm 1986 ở Wingspred (Mỹ).

Phân loại của Ladd và Gross: Chia DTHMTT thành 4 loại:

– Loại 1: Hẹp hậu môn và hẹp hậu môn màng

– Loại 2: Hậu môn màng.

– Loại 3: Hậu môn bị bịt kín, rò trực tràng vào âm đạo, hoặc niệu đạo, tầng sinh môn.

– Loại 4: Teo trực tràng, vẫn còn ống hậu môn.

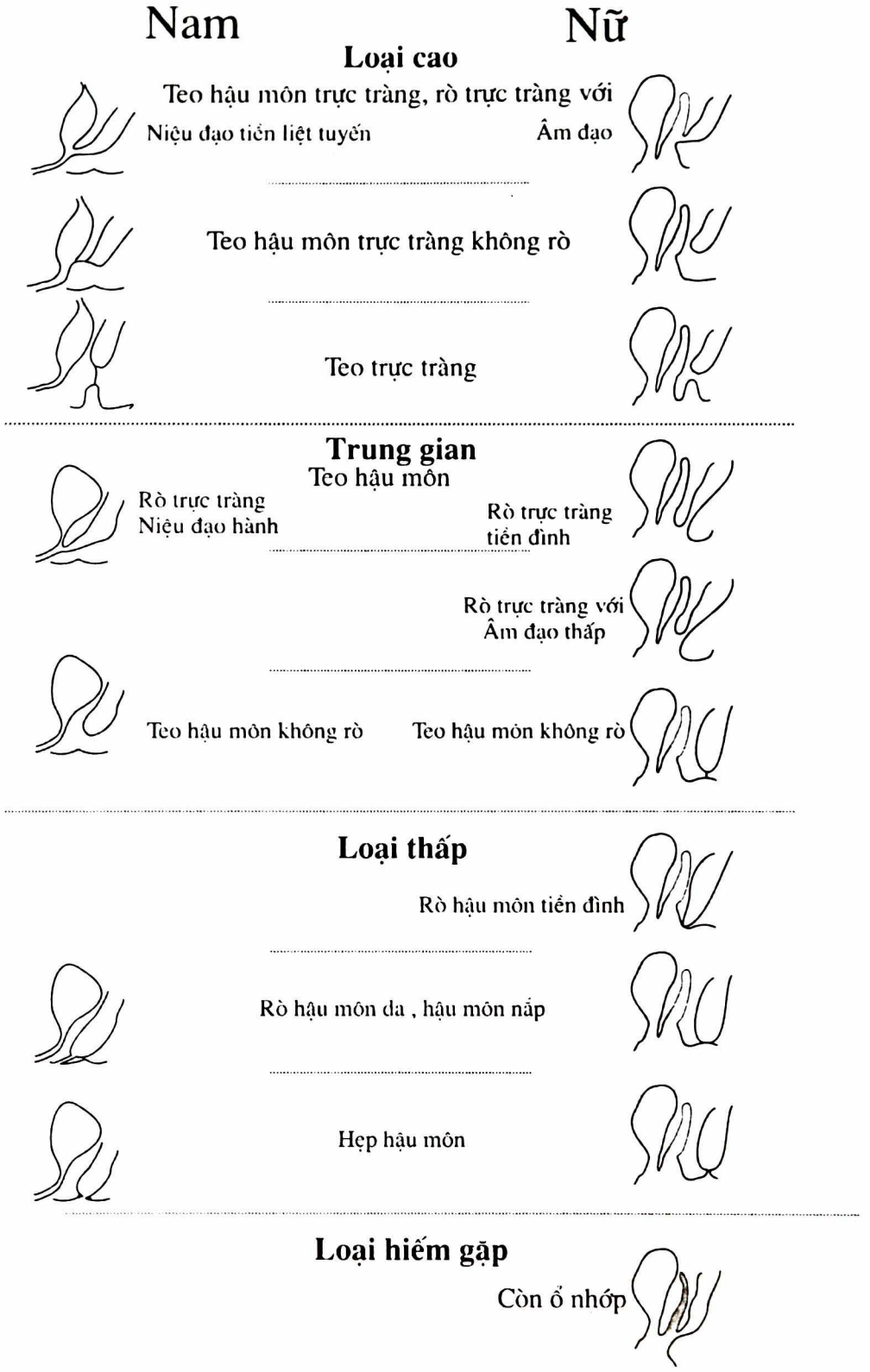
Cách phân loại này đơn giản nên không nêu hết được các thể bệnh.

Cách phân loại quốc tế năm 1986 ở Wingspred đã nêu được đủ các thể bệnh và có chỉ dẫn cho chỉ định và lựa chọn kỹ thuật mổ.

Chúng tôi xin trình bầy cách phân loại quốc tế năm 1986. Phân loại này chia thành 4 loại: cao, trung gian, thấp và loại hiếm gặp.

Thể loại	Ở trẻ trai	Ở trẻ gái
Loại cao		
– Teo hậu môn trực tràng, có rò trực tràng với:	Niệu đạo tiền liệt tuyến	Âm đạo
– Teo hậu môn–trực tràng không rò	có	có
– Teo trực tràng, vẫn còn ống hậu môn	có	có
Loại trung gian		
– Teo hậu môn, rò trực tràng với:	Niệu đạo hành	– Âm đạo thấp – Tiền đình
– Teo hậu môn, không rò	có	có
Loại thấp:		
– Hậu môn nắp	có	có
– Hẹp hậu môn	có	có
Loại hiếm gặp		Còn ổ nhớp

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.29. Phân loại DTHMTT năm 1986 ở Wingspred

Về phân loại còn ổ nhớp

Đã có một số cách phân loại như Raffensperger phân thành 5 thể bệnh. Cách phân loại của Mollard thành ba loại:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

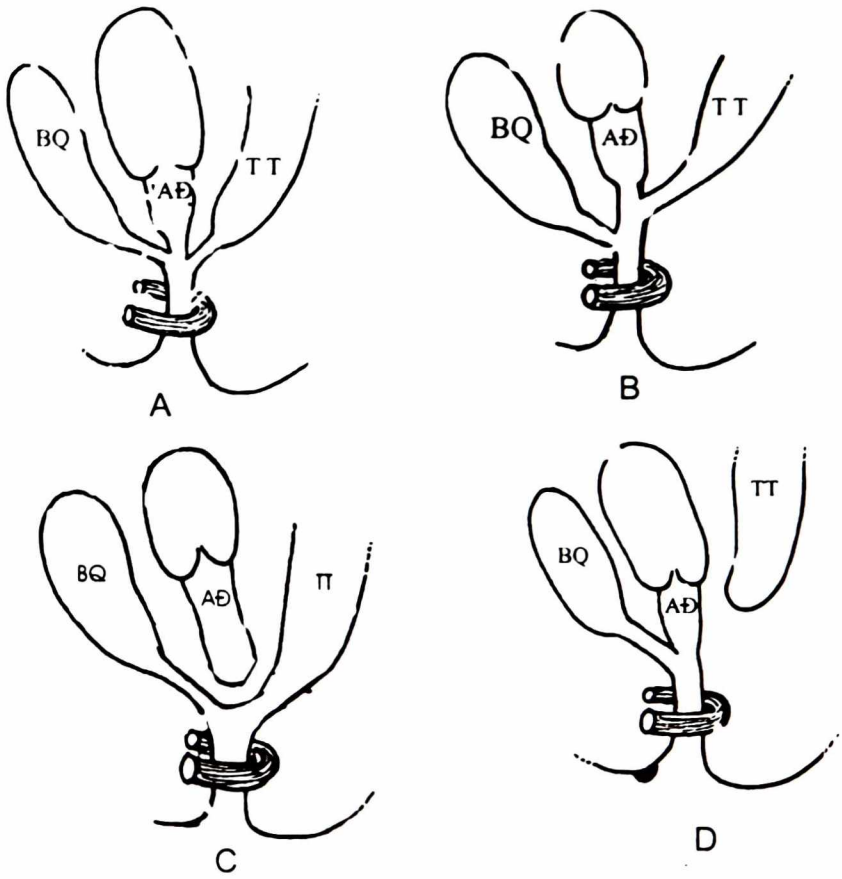
– Loại 1 (A): niệu đạo, âm đạo và trực tràng cùng đổ vào một vị trí của ổ nhớp.

– Loại 2 (B): trực tràng đổ vào âm đạo ở vị trí cao hơn so với niệu đạo hay trực tràng đổ vào xoang niệu dục. Thể bệnh này ít gặp.

– Loại 3: ổ nhớp không hoàn toàn. Thể bệnh này rất hiếm gặp và lại được chia thành hai thể

+ Âm đạo teo ở vị trí cao, không đổ vào ổ nhớp mà chỉ có trực tràng với niệu đạo đổ chung vào một ống gọi là ổ nhớp *(hình C)*.

+ Trực tràng teo cao, không đổ vào xoang niệu dục *(hình D)*.



Hình 3.30. Phân loại còn ổ nhớp

5. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

5.1. Khám lâm sàng

Nhìn bụng xem có trướng không. Nhìn vùng lỗ hậu môn: xem có lỗ hậu môn không và vị trí.

5.1.1. Lỗ hậu môn ở vị trí bình thường

Theo dõi đại tiện phân xu. Nếu đại tiện phân xu sau 24 giờ hoặc không đại tiện phân xu, phải kiểm tra ống hậu môn bằng ống thông hoặc ngón tay út xem có hẹp hậu môn hoặc teo trực tràng không.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.1.2. Không có lỗ hậu môn (Còn gọi là hậu môn không thủng)

a) Không có rò từ ống hậu môn – trực tràng

– Da ở vị trí vết tích hậu môn căng phồng khi trẻ khóc, có thể thấy màu xanh phân xu nếu màng bịt hậu môn mỏng, đục mờ.

– Da ở vết tích hậu môn phẳng hoặc lõm ngay cả khi trẻ khóc. Dùng kim châm nhẹ kích thích da hậu môn thấy có phản xạ co thắt là có cơ thắt ngoài.

b) Có lỗ rò từ ống hậu môn – trực tràng

Phải đợi từ 18 đến 24 giờ sau đẻ mới có thể đánh giá chính xác được bằng thăm dò hoặc xoa ép nhẹ vùng tầng sinh môn hoặc niệu đạo. Có sự khác nhau giữa nam và nữ.

– Ở trẻ trai:

+ Lỗ rò có thể ra ở tầng sinh môn hoặc đường tiết niệu thường là ở niệu đạo.

+ Lỗ rò ở dường đan của tầng sinh môn hoặc bìu: thường là DTHMTT thể thấp.

+ Đái ra phân xu: ép nhẹ vùng tầng sinh môn và để gạc trắng vào đầu dương vật để xem màu nước tiểu. Thường là DTHMTT thể trung gian hoặc thể cao.

– Ở trẻ gái:

Xem có mấy lỗ ở tầng sinh môn:

+ Có một lỗ duy nhất ở tầng sinh môn chỗ vị trí giữa hai môi lớn là dị tật thể đặc biệt: còn ổ nhớp. Ở thể bệnh này: niệu đạo, âm đạo, trực tràng đổ chung vào một ống gọi là ổ nhớp. Một thể bệnh hiếm gặp hơn là âm đạo bị teo cao, chỉ có niệu đạo và trực tràng đổ chung vào một ống hoặc trực tràng teo cao không thông với xoang niệu dục. Khám có dấu hiệu tắc ruột, có thể bí đái, tử cung căng to do ứ dịch. Dị tật này hiếm gặp, chiếm tỷ lệ khoảng 6 – 8% của dị tật hậu môn trực tràng ở trẻ gái.

+ Có hai lỗ: lỗ niệu đạo và lỗ âm đạo, không có lỗ hậu môn. Nếu phân xu ra qua lỗ âm đạo là rò trực tràng – âm đạo (dị tật thể cao hoặc trung gian).

+ Có ba lỗ: lỗ niệu đạo, lỗ âm đạo và một lỗ ở âm hộ hoặc tiền đình hoặc tầng sinh môn.

* Lỗ rò ở tiền đình: tiền đình là vị trí giao nhau của 2 môi bé, ngoài màng trinh.

Dùng ống thông hoặc que thăm dò đưa qua lỗ rò lên trên: nếu que thăm dò đi song song với tầng sinh môn thì là rò hậu môn – tiền đình (thể thấp), nếu que thăm dò đi song song với thành sau âm đạo thì là rò trực tràng – tiền đình (thể trung gian).

* Lỗ rò ở âm hộ: cũng thăm khám như trên để xác định là rò hậu môn – âm hộ hay rò trực tràng – âm hộ.

* Lỗ rò ở tầng sinh môn: hậu môn nắp không hoàn toàn hoặc rò hậu môn tầng sinh môn (dị tật thể thấp).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.31. Không hậu môn, rò trực tràng tiền đình



Hình 3.32. Còn ổ nhớp

5.2. Các thăm khám khác

5.2.1. Chụp bụng không chuẩn bị tư thế nghiêng, đầu dốc ngược, gối gấp, mông nhô cao, có đánh dấu miếng kim loại vào vết tích hậu môn

Trước đây thường được chỉ định chụp cho bệnh nhân sau đẻ từ 6 đến 12 giờ. Phương pháp này được Wangensteen và Rice thực hiện từ 1930. Nhược điểm của phương pháp này là trẻ có thể bị nôn, bị trào ngược vào đường hô hấp và có thể đánh giá không chính xác thể bệnh.

5.2.2. Chụp bụng nghiêng tư thế đầu thấp

Trẻ được đặt tư thế nằm sấp, mông cao, đầu thấp từ 3 đến 5 phút, háng gấp. Đánh dấu vị trí vết tích hậu môn bằng một miếng kim loại. Để đánh giá chính xác thể bệnh nên chụp phim bụng sau đẻ trên 20 giờ là khoảng thời gian cần đủ để hơi nuốt vào di chuyển tới đáy của túi cùng trực tràng.

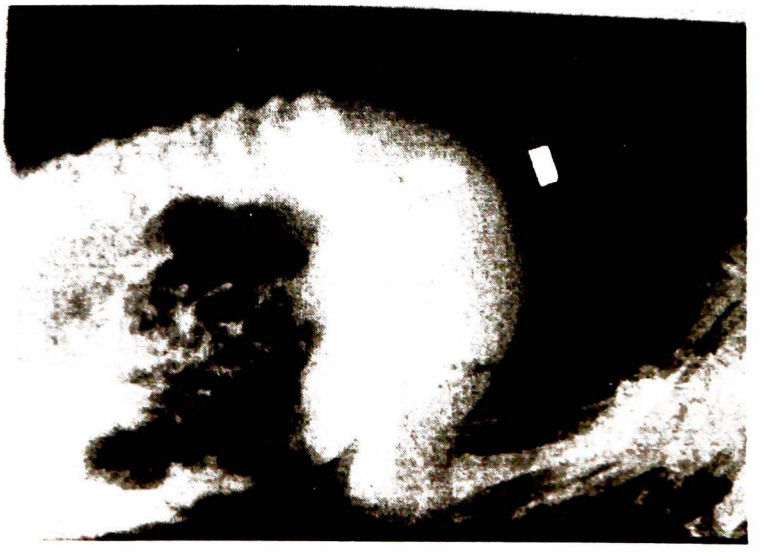
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.33. Không hậu môn thể thấp, chụp nghiêng không chuẩn bị



Hình 3.34. Không hậu môn thể trung gian



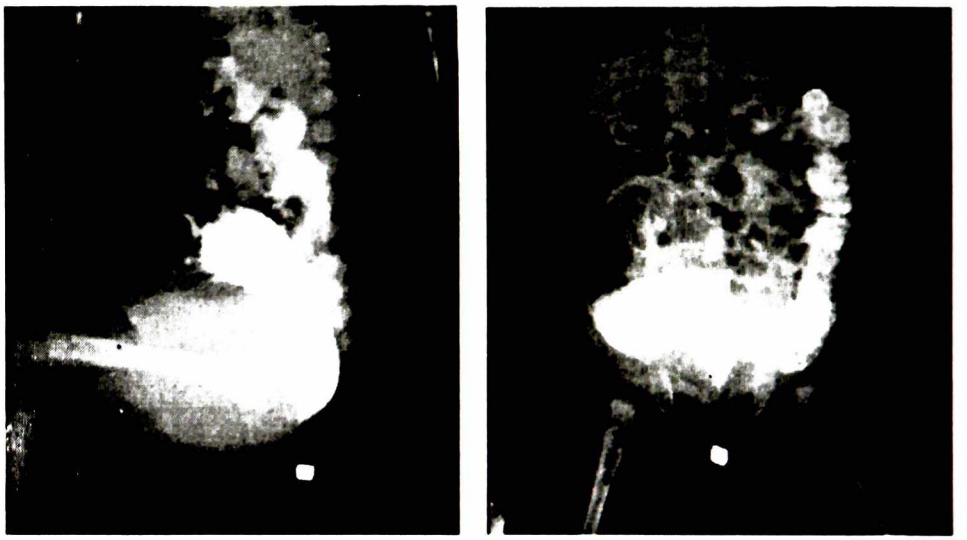
Hình 3.35. Không hậu môn thể cao – bất sản xương cùng cụt

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.2.3. Chụp bụng có bơm thuốc cản quang vào bóng trực tràng qua chọc dò ở vết tích hậu môn

5.2.4. Chụp túi cùng trực tràng qua đường rò

Nếu có rò trực tràng ra tầng sinh môn, âm hộ, tiền đình: luồn ống thông qua đường rò, bơm thuốc cản quang để chụp.



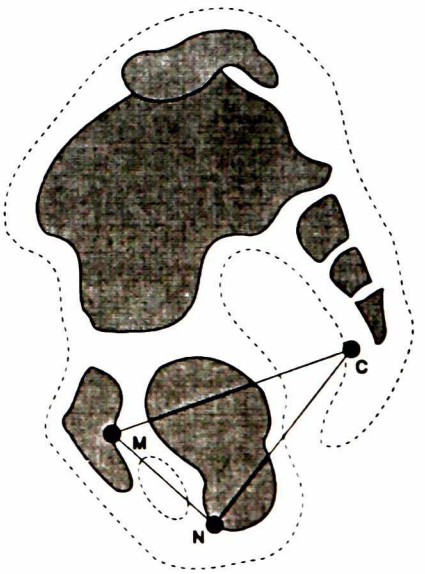
Hình 3.36. Chụp trực đại tràng qua đường rò trực tràng – tiền đình.

Xác định thể bệnh dựa vào phim chụp, nếu vị trí túi cùng trực tràng ở:

– Trên đường nối giữa xương mu với vị trí thấp nhất của xương cụt: là dị tật thể cao.

– Dưới đường nối giữa phần thấp của ụ ngồi với phần thấp nhất của xương cụt: là dị tật thể thấp.

– Ở trong khoảng giữa hai đường trên: dị tật thể trung gian.



Hình 3.37. Xác định thể bệnh

M. Điểm giữa xương mu; N. ụ ngồi; C. Đỉnh xương cụt. Tam giác MNC: đáy của bóng trực tràng trên đường MC là thể cao, dưới NC là thể thấp, ở giữa NC và MC là thể trung gian.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.2.5. Siêu âm

Đo khoảng cách giữa vết tích hậu môn tới túi cùng trực tràng để xác định thể bệnh: nếu khoảng cách dài hơn 2cm là dị tật thể trung gian hoặc cao, nếu khoảng cách ngắn hơn 2cm là thể thấp. Ngoài ra siêu âm còn tìm các dị tật phối hợp ở hệ tim mạch, hệ tiết niệu, tiêu hoá v.v...

5.2.6. Thăm khám tìm các dị tật phối hợp

Dị dạng ở xương cùng–cụt, nhiễm sắc thể, hệ tiết niệu–sinh dục v.v... Những bệnh nhân bị bất sản xương cùng–cụt thường bị rối loạn chức năng đại–tiểu tiện.

6. ĐIỀU TRỊ

Mục đích mổ chữa là tạo được lỗ hậu môn ở đúng vị trí và có chức năng bình thường.

6.1. Mổ chữa

6.1.1. Dị tật HMTT loại thấp

a) Hẹp hậu môn

Nong bằng Bougie rồi bằng ngón tay út. Nếu nong không kết quả, mổ tạo hình hậu môn.

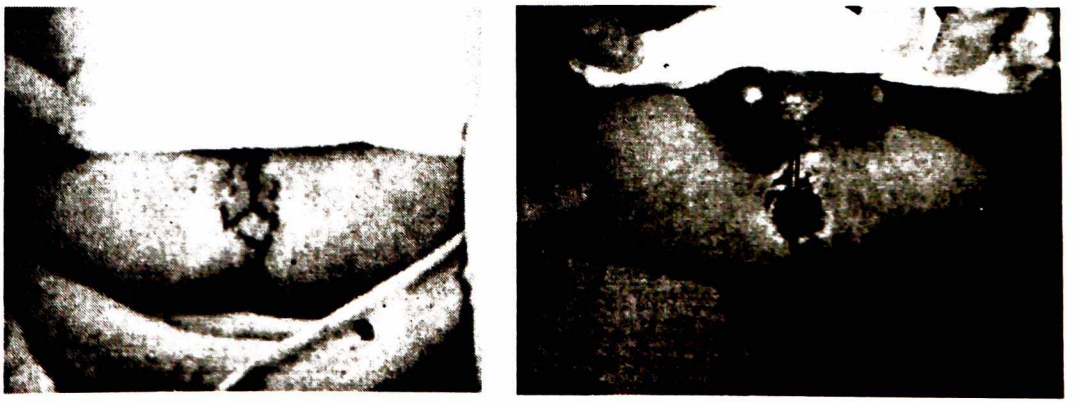
b) Hậu môn nắp không hoàn toàn

Rạch vạt da hình tam giác. Vạt da này được bóc tách và kéo xuống dưới tách khỏi bình diện cơ thắt rồi khâu chêm vào chỗ mở rộng của thành trực tràng được mở từ lỗ rò ra sau theo đường giữa.

Ở con gái, nếu khoảng cách từ hậu môn tới âm hộ quá ngắn thì mổ tạo hình tầng sinh môn ở thì mổ sau.

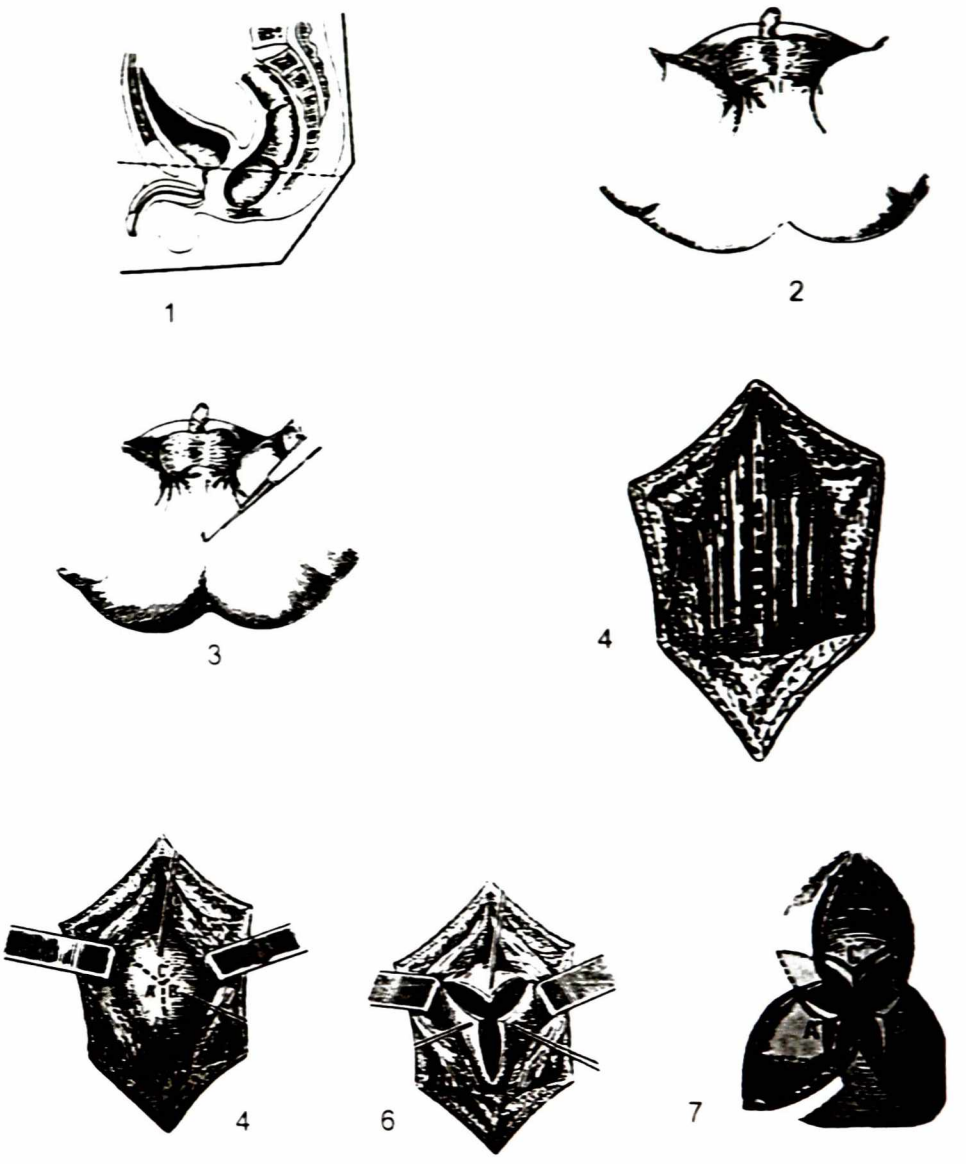
c) Hậu môn nắp hoàn toàn

Tại da ở vết tích hậu môn, rạch da hình Y rồi bóc tách ba vạt da khỏi bình diện cơ thắt để tìm và bộc lộ túi cùng trực tràng một đoạn dài khoảng 1cm. Mở túi cùng bằng đường rạch hình chữ Y ngược rồi khâu chêm ba vạt da hình tam giác trên vào ba vị trí khuyết niêm mạc vừa tạo ở túi cùng trực tràng. Sau mổ độ 2 tuần, nong hậu môn *(hình 3.37 và 3.38)*.



Hình 3.38. Mổ tạo hình hậu môn

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.39. Phương pháp mổ không hậu môn thể thấp

d) Hậu môn âm hộ, hậu môn tầng sinh môn, hậu môn tiền đình thể thấp: mổ hai thì hoặc mổ một thì.

– Mổ một thì: được áp dụng phổ biến.

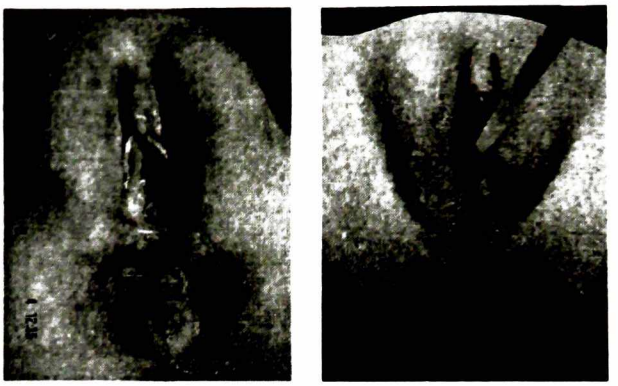
Nong rộng lỗ rò hậu môn từ sau đẻ và có thể thụt tháo phân hàng ngày kèm theo. Khoảng vài tuần sau đẻ, mổ tạo hình hậu môn. Đường mổ tầng sinh môn. Rạch da quanh lỗ rò, phẫu tích tách ống hậu môn – trực tràng độ 5 – 6cm rồi kéo ống hậu môn qua lỗ được tạo ở giữa cơ thắt ngoài hậu môn. Khâu thanh cơ ống hậu môn với cơ thắt ngoài và khâu niêm mạc với da ở rìa hậu môn.

– Mổ hai thì:

+ Thì một: chuyển hậu môn về vị trí đúng và để mỏm thừa.

+ Thì hai: cắt mỏm thừa.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.40. Hậu môn âm hộ được mổ một thì

6.1.2. Dị tật HMTT thể trung gian và thể cao

Có thể có rò trực tràng với âm đạo, tiền đình, bàng quang, niệu đạo. Thường mổ ba thì. Với thể trung gian có thể mổ hai hay một thì.

a) Thì một

Làm hậu môn nhân tạo sau đẻ, vị trí hậu môn nhân tạo ở:

– Dưới sườn phải: hậu môn nhân tạo ở đại tràng ngang góc gan chỉ định cho dị tật HMTT thể cao.

– Hố chậu trái: hậu môn nhân tạo ở đại tràng Sigma phần sát nhất với phần cố định của đại tràng xuống, chỉ định cho thể trung gian.

b) Thì hai

Khi bệnh nhân khoảng 3 tháng tuổi. Mổ hạ bóng trực tràng.

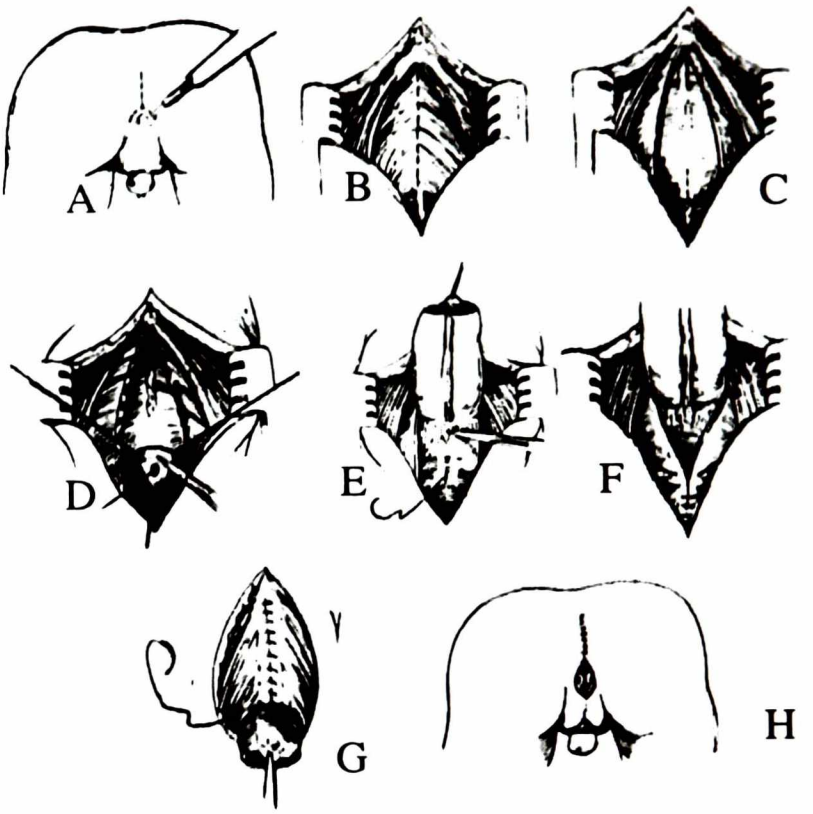
Trước khi mổ, phải chụp đại tràng phía dưới hậu môn nhân tạo để xác định vị trí túi cùng trực tràng và có thể tìm được đường rò từ trực tràng vào âm đạo, bàng quang và niệu đạo. Khi mổ cần chú ý bảo vệ cơ thắt trong bao quanh phần cuối trực tràng quanh lỗ rò nếu có rò hoặc ở phần tận cùng bóng trực tràng nếu không có rò.

– *Phương pháp Pena:*

Bệnh nhân nằm sấp. Rạch da theo rãnh liên mông từ đỉnh xương cụt đến hết vết tích hậu môn. Rạch cơ thắt ngoài và cơ mu – trực tràng ở đường giữa. Tìm và mở thành sau bóng trực tràng cũng theo đường dọc giữa.Tìm lỗ rò trực tràng – niệu đạo rồi phẫu tích tách lỗ rò khỏi thành trực tràng và giải phóng bóng trực tràng. Khâu lại lỗ rò niệu đạo và khâu lại lỗ thủng ở thành trước trực tràng. Nếu bóng trực tràng to, có thể cắt bớt bóng trực tràng theo chiều dọc phía sau rồi khâu lại thành trực tràng. Đưa bóng trực tràng xuống vị trí lỗ hậu môn. Khâu lại cơ thắt ngoài phía trước và sau trực tràng. Khâu cố định thanh cơ trực tràng với cơ thắt ngoài và niêm mạc trực tràng với da ở rìa hậu môn.

– Ở con gái: thường có rò trực tràng – tiền đình. Phẫu tích tách trực tràng khỏi thành âm đạo rồi mổ như trên.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.41. Phương pháp Pena

A. Kích thích điện để xác định vị trí cơ thắt ngoài;
B. Đường rạch da ở giữa qua tất cả các lớp cơ phía sau.
C. Tìm và mở bóng trực tràng
D. Phẫu tích lỗ rò niệu đạo–trực tràng khỏi trực tràng.
E. Khâu lỗ rò niệu đạo và giải phóng bóng trực tràng.
F. Khâu lại phức hợp cơ thắt ở phía trước.
G. Khâu lại phức hợp cơ thắt phía sau ngoài bóng trực tràng.
H. Khâu da và tạo hình hậu môn.

– Phương pháp Rhoads:

Đường mổ tầng sinh môn kết hợp đường bụng để hạ bóng trực tràng.

– Mổ nội soi: để hạ bóng trực tràng cho dị tật HMTT thể cao.

c) Thì ba

Đóng hậu môn nhân tạo sau mổ thì hai độ 1 – 3 tháng.

d) Một số kỹ thuật mổ khác với mục đích bảo vệ bó mu trực tràng, cơ thắt ngoài, cơ thắt trong

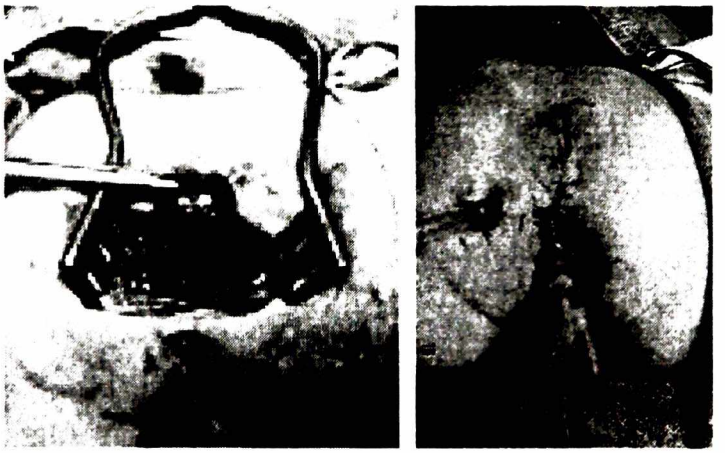
– Tạo ống hậu môn bằng vạt da ở tầng sinh môn rồi đưa qua cơ thắt ngoài để nối với túi cùng trực tràng với hai mục đích: loại trừ nguy cơ sa niêm mạc trực tràng và tạo được ống hậu môn nhạy cảm.

– Tạo ống hậu môn bằng vạt trực tràng phía sau (Posterior rectal flap Anorectoplasty).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Đường mổ là đường sau trực tràng. Bộc lộ túi cùng trực tràng, lấy một vạt hình chữ U ở mặt sau trực tràng (nửa chu vi) lật xuống dưới để khâu tạo ống hậu môn. Nếu có đường rò ở đáy túi cùng trực tràng thì phẫu tích cắt và đóng kín đường rò. Đưa đầu ống hậu môn qua lỗ mở ở giữa cơ thắt ngoài. Khâu cố định thanh cơ với cơ thắt ngoài và niêm mạc với da ở rìa hậu môn.

– Mổ đường sau trực tràng: đường rạch từ xương cụt tới gần vết tích hậu môn. Giải phóng bóng trực tràng, cắt và khâu đường rò niệu đạo, âm đạo nếu có. Hạ bóng trực tràng xuống hậu môn qua lỗ mở giữa cơ thắt ngoài.



Hình 3.42. Dị tật HMTT thể trung gian, mổ một thì bằng đường sau trực tràng, bảo vệ cơ thắt ngoài.

6.1.3. Các tình huống khác

a) Teo trực tràng

Đường mổ phía sau trực tràng, giải phóng và mở hai đầu trực tràng, nối tận tận.

b) Hẹp hậu môn trực tràng

Nong hoặc cắt đoạn hẹp rồi nối trực tràng với ống hậu môn.

6.1.4. Mổ chữa còn ổ nhớp

Đây là thể bệnh khó điều trị nhất của dị tật hậu môn trực tràng.

Mục đích phẫu thuật nhằm: tách riêng biệt ba đường niệu đạo, âm đạo, trực tràng, đại tiểu tiện chủ động, chức năng sinh dục tốt.

Tuỳ thuộc vào hình thái của ổ nhớp và tình trạng bệnh nhân kèm theo có các dị tật phối hợp không mà có chỉ định và lựa chọn kỹ thuật mổ.

a) Mổ một thì theo phương pháp Raffensperger

– Chỉ định khi thể trạng bệnh nhân tốt, âm đạo to, không dị dạng khác phối hợp.

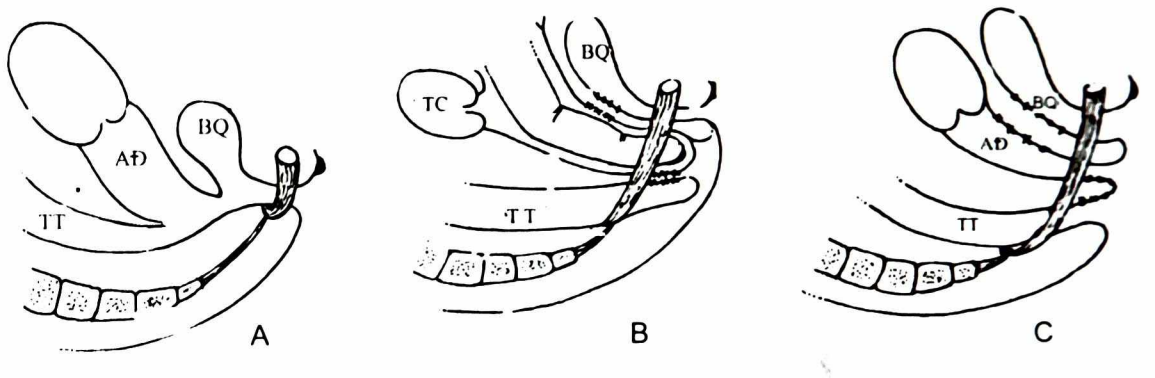
– Kỹ thuật:

Đường mổ là đường bụng kết hợp đường tầng sinh môn.

Qua đường mở bụng, mở âm đạo ở mặt trước rồi tách âm đạo khỏi ổ nhớp, khâu lại chỗ thông của ổ nhớp với âm đạo thì xoang niệu dục trở thành niệu đạo.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Theo đường bụng, dùng ngón tay đẩy thành sau âm đạo xuống để mở ra tầng sinh môn ở vị trí phía sau lỗ niệu dục đã thành lỗ niệu đạo. Chỗ rò trực tràng ổ nhớp cũng được khâu kín lại. Hạ âm đạo và trực tràng thành hai ống riêng biệt xuống tầng sinh môn đi qua bó cơ mu trực tràng.



Hình 3.43. Kỹ thuật mổ của Raffensperger

b) Mổ nhiều thì

– Thì đầu: mổ sớm sau đẻ.

+ Làm hậu môn nhân tạo, thăm dò cơ quan sinh dục trong và làm sạch âm đạo nếu có ứ đọng dịch, phân. Nong rộng lỗ rò âm đạo vào ổ nhớp để tránh ứ đọng dịch.

+ Mở thông bàng quang trên xương mu.

Sau mổ, làm các thăm khám hoàn chỉnh để đánh giá đúng thể bệnh và các dị tật phối hợp.

– Thì hai: mổ khi bệnh nhân khoảng 6 tháng tuổi.

Kỹ thuật mổ phụ thuộc vào hình thái ổ nhớp, đặc biệt vào niệu đạo.

– Nếu cổ bàng quang bình thường và niệu đạo dài đổ vào ổ nhớp to và ngắn thì:

Mở rộng lỗ ổ nhớp qua đường tầng sinh môn, tách riêng hai đường niệu đạo và âm đạo, còn trực tràng thì thường là teo thể cao phía trên cơ nâng hậu môn. Hạ bóng trực tràng xuống tầng sinh môn qua bó cơ mu trực tràng.

Phẫu thuật được thực hiện bằng đường mổ kết hợp: tầng sinh môn – bụng – tầng sinh môn (Mollard).

– Nếu niệu đạo ngắn hoặc cổ bàng quang đổ trực tiếp vào ổ nhớp hẹp và dài thì nguyên tắc cơ bản là sử dụng ổ nhớp thành ống niệu đạo, còn ống âm đạo ngắn được chuyển xuống trực tiếp ra da hoặc nối với một ống âm đạo được tạo bằng vạt da ở tầng sinh môn. Nếu âm đạo đủ rộng thì chuyển xuống theo kỹ thuật của Raffensperger. Trong trường hợp âm đạo quá nhỏ và tử cung cũng nhỏ – thô xơ thì có thể cắt bỏ cả tử cung, âm đạo và tạo hình lại âm đạo ở tuổi dậy thì.

– Ngoài kỹ thuật với đường mổ trên, còn đường mổ phía sau trực tràng từ giữa xương cùng qua vết tích hậu môn tới tận lỗ đổ ra da của ổ nhớp. Sau đó tách trực

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

tràng khỏi âm đạo, tách âm đạo khỏi ống niệu dục. Xoang niệu dục sẽ thành ống niệu đạo mới. Hạ âm đạo và trực tràng xuống tầng sinh môn. Âm đạo để sau lỗ niệu đạo. Đường mổ phía sau trực tràng thường kết hợp với đường bụng để giải phóng trực tràng (Pena).

Diễn biến sau mổ:

Sau mổ chỉ một số bệnh nhân có được kết quả tốt, còn một số bệnh nhân chỉ chữa được khuyết tật về mặt giải phẫu mà chức năng chưa được hoàn thiện, vẫn cần điều trị bổ sung để nâng cao chất lượng cuộc sống. Đại tiện hay tiểu tiện không tự chủ vẫn là một tồn tại khó điều trị.

6.2. Sau mổ

– Nuôi dưỡng: tuỳ theo loại phẫu thuật mà có thể cho bệnh nhân ăn sớm sau mổ.

– Kháng sinh: chống nhiễm khuẩn.

– Săn sóc hậu môn tạo hình: bằng nong tránh hẹp hậu môn.

6.3. Biến chứng

Tuỳ thuộc thể bệnh và kỹ thuật mổ với kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Các biến chứng có thể gặp:

6.3.1. Khi làm hậu môn nhân tạo

– Hoại tử đầu ruột đưa ra hoặc thủng ruột gây viêm phúc mạc.

– Hẹp hậu môn nhân tạo.

– Lộn ruột ra ngoài hậu môn nhân tạo.

6.3.2. Khi hạ bóng trực tràng xuống vị trí hậu môn

– Tụt ống hậu môn.

– Áp xe vùng tiểu khung.

– Hẹp ống hậu môn.

– Hạ bóng trực tràng ngoài cơ thắt.

– Hẹp niệu đạo sau: sau cắt và khâu lỗ rò niệu đạo.

– Rò trực tràng với niệu đạo, âm đạo, tiền đình. Điều trị khó hơn mổ lần đầu.

– Mỏm thừa ở chỗ cắt rò trực tràng – niệu đạo tạo túi thừa đọng nước tiểu gây nhiễm trùng nước tiểu và tạo sỏi. Mổ lại bằng đường tầng sinh môn.

– Rối loạn chức năng bàng quang: do khi phẫu tích túi cùng trực tràng gây thương tổn thần kinh vùng tiểu khung chi phối hoạt động của bàng quang gây tiểu tiện không tự chủ. Cần phải phân biệt với tình trạng rối loạn chức năng bàng quang trước mổ do nguyên nhân bẩm sinh như bất sản xương cùng – cụt, thoát vị màng não tuỷ v.v...

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Điều trị bàng quang thần kinh mắc phải cũng khó và không hiệu quả như bàng quang thần kinh bẩm sinh.

6.4. Tiên lượng phụ thuộc

6.4.1. Các dị tật phối hợp

Teo thực quản khoảng 6 %, bệnh tim bẩm sinh khoảng 7 %, dị tật ở ống tiêu hoá khoảng 7%, dị tật đường tiết niệu khoảng 50%, hội chứng Down v.v ...

6.4.2. Đại tiện tự chủ: phụ thuộc vào

– Sự phát triển của cơ mu trực tràng và cơ thắt.

– Mức độ dị tật: dị tật thể cao có tiên lượng dè dặt. Dị tật thể thấp có tiên lượng tốt.

– Các dị dạng xương cùng cụt: rối loạn phân bố thần kinh vào vùng tiểu khung gây đại – tiểu tiện không tự chủ.

– Kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

6.5. Điều trị ngoại khoa bổ sung

6.5.1. Hạ bóng trực tràng sau bó cơ nâng mu trực tràng

Mổ lại để đưa bóng trực tràng đúng vị trí.

6.5.2. Kém chức năng cơ thắt ngoài

Trước hết phải hướng dẫn bệnh nhân tập luyện phản xạ cơ thắt ngoài, nếu không được thì có thể ghép cơ quanh ống hậu môn, để tăng cường cho cơ thắt ngoài. Các cơ được sử dụng như cơ thẳng trong (phẫu thuật Pickrell), ghép cơ tự do hoặc cơ thắt nhân tạo.

6.5.3. Kém chức năng cơ mu trực tràng

Mổ tách bỏ cơ nâng hậu môn khỏi xương cùng (phẫu thuật Kottmeyer)

6.5.4. Tiểu tiện không tự chủ

Có thể mổ treo cổ bàng quang hoặc tạo hình cổ bàng quang.

Cách điều trị như với bàng quang thần kinh có thể được áp dụng như:

– Tự thông tiểu qua niệu đạo.

– Mở thông bàng quang tự chủ để tự thông tiểu bằng các kỹ thuật sau:

+ Dùng ruột thừa biệt lập (Kỹ thuật Mitrofanoff).

+ Dùng một quai hồi tràng biệt lập đã được tạo hình nhỏ.

+ Bằng vạt thành bàng quang khâu tạo ống (Kỹ thuật Casale).

+ Bằng vạt niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch khâu tạo ống.

6.5.5. Đại tiện không tự chủ

Trước hết điều trị bằng chế độ ăn, thuốc nhuận tràng, thụt tháo đại tràng qua hậu môn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Nếu cách điều trị trên không đạt kết quả như mong muốn thì áp dụng phương pháp thụt tháo đại tràng xuôi dòng theo phương pháp Malone.

Phương pháp Malone (Appendicocecostomy): mở thông đầu ruột thừa ra da ở hố chậu phải và tạo van chống trào ngược ở gốc ruột thừa. Thụt tháo đại tràng qua ruột thừa cách hai, ba ngày một lần để làm sạch đại tràng, tránh són phân liên tục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alberto Pena and Marc A. Levitt (2006): Anorectal Malformations: experience with the posterior sagital approach. In: Mark D. Stringer, Keith T. Oldham and Pierre D.E. Mouriquand. Pediatric Surgery and Urology, Seconde Edition, pp 401–415. Cambridge University Press New York.
2. Bettex M, Kuffer F. Sharli (1978): Imperforations anales congénitales. In: Bettex M., Kuffer F., Scharli A. Précis de chirurgie infantile, pp 170–176. Masson, Paris.
3. Edward M. Kely, Alberto Pena (1998): Anorectal malformations. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1425 – 1448. Mosby, St. Louis.
4. Mollard.P., Louis. D (1990): Imperforations anorectales. In: Hélardot.P, Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M. Chirungie digestive de l'enfant, pp pp 573–598. Doin éditeurs, Paris.
5. Mollard.P (1984): Anomalies de développement de l'apparreil génital féminin. (Atrésie vaginale, sinus uro–génital et cloaque). Précis d'urologie de l'enfant. pp 355–365. Masson, Paris.
6. Nihoul – Fékété. C, Pellerin. D (1986): Atrésies anorectales. Gastroentérologie pédiatrique Flammarion Médecine – sciences, pp 389 – 390.
7. Nguyễn Thanh Liêm, Nguyễn Xuân Thụ, Nguyễn Quốc Việt (1987): Mổ chữa dị tật hậu môn trực tràng bằng đường Amussat. Ngoại khoa 4: 26–29.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6. THOÁT VỊ TRONG DÂY RỐN VÀ KHE HỞ THÀNH BỤNG

1. VÀI NÉT VỀ LỊCH SỬ

Dị tật này được Ambroise Paré mô tả lần đầu năm 1634. Tới năm 1873, Vjsick mổ chữa thành công thoát vị trong dây rốn bị vỡ. Năm 1948, Gross điều trị thoát vị trong dây rốn bằng khâu da. Năm 1967, Schuster mổ đưa dần các tạng vào ổ bụng. Từ năm 1978 các dị tật này bắt đầu chẩn đoán trước đẻ.

2. BÀO THAI HỌC

2.1. Thoát vị trong dây rốn (omphalocèles)

Ổ bụng không được khép kín phía trước, còn túi noãn hoàn. Cơ thành bụng trước kém phát triển.

2.2. Khe hở thành bụng (Laparoschisis hay gastroschisis)

Là khe dọc của thành bụng, cạnh rốn. Do rối loạn phát triển lá thành phôi. Thiếu khúc cơ nguyên thuỷ và trung mô, tiêu biểu mô.

3. THOÁT VỊ TRONG DÂY RỐN (OMPHALOCÈLE)

Là dị tật bẩm sinh của thành bụng. Tạng trong ổ bụng chui ra ngoài qua vòng rốn không khép kín và được che phủ bởi màng ối trong mờ, vô mạch.

Tỷ lệ mắc bệnh: 1/5000 ở trẻ sơ sinh.

3.1. Lâm sàng

Hầu hết thoát vị trong dây rốn có túi thoát vị, với kích thước thoát vị to nhỏ khác nhau, có thể từ 3 – 4cm tới 8cm.

Thành túi được cấu tạo bởi phúc mạc, lớp đông keo wharton.

Màu túi: lúc đầu màu trong, nhìn qua thành túi thấy được các tạng bên trong như gan, ruột. Sau một vài ngày, thành túi mờ và đục dần trở thành màu sữa.

Cổ túi: ở vị trí khuyết thành bụng, có thể rộng hoặc hẹp với các kích thước khác nhau.

Bên trong túi thoát vị chứa ruột hoặc cả gan.

Dây rốn thường thấy lồng dính vào thành túi ở vị trí giữa hoặc ở dưới túi

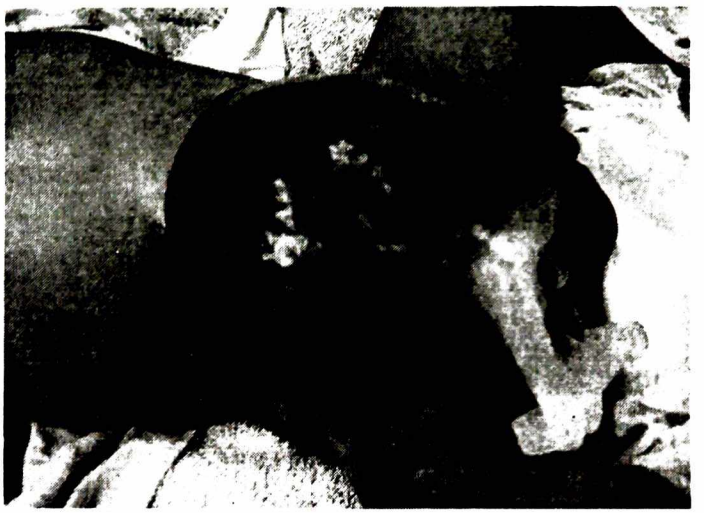
– Tùy theo kích thước túi thoát vị mà phân ra ba mức độ:

+ Thoát vị trong dây rốn mà đường kính dưới 2cm: thường có 1 quai ruột chui vào trong dây rốn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Thoát vị trong dây rốn có đường kính 4 – 8cm: trong túi thoát vị thường có quai ruột dài và ít khi có gan.

+ Túi thoát vị có đường kính lớn hơn 8cm: trong túi có gan và hầu hết ruột.



Hình 3.44. Thoát vị trong dây rốn (Omphalocèle). Trong túi thoát vị có gan và ruột

3.2. Biến chứng

– Vỡ túi: có thể xảy ra ở thời kỳ trước, trong và sau đẻ.

Nếu túi thoát vị bị vỡ trong thời kỳ bào thai thì ruột non ra khỏi ổ bụng và ngâm trong nước ối. Sau đẻ dễ nhầm chẩn đoán với khe hở thành bụng.

– Nhiễm trùng gây viêm phúc mạc.

– Thoát vị nghẹt: do cổ túi hẹp gây nghẹt ruột, rồi gây thủng ruột,

Nếu thoát vị nghẹt xảy ra trong thời kỳ bào thai, thủng ruột gây viêm phúc mạc phân xu và có thể có teo ruột thứ phát.

3.3. Các dị tật phối hợp

Tỷ lệ có dị tật phối hợp khá cao, vào khoảng 50%, bao gồm các loại dị tật hay gặp như:

– Dị dạng về nhiễm sắc thể: Ba nhiễm sắc thể 13 và 15, ba nhiễm sắc thể 16 và 18, ba nhiễm sắc thể 21 (hội chứng Down).

– Thoát vị hoặc sổ cơ hoành.

– Dị tật về tim mạch.

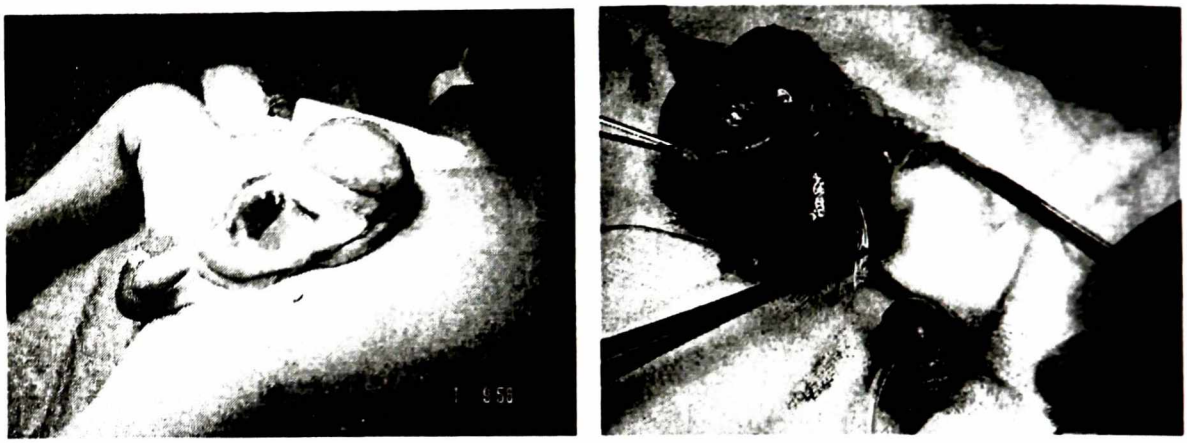
– Hội chứng Wiedemann Beckwith bao gồm: thoát vị trong dây rốn, giảm đường huyết, to lưỡi, to các tạng, luôn kết hợp với sự chuyển chỗ của nhiễm sắc thể 11p15.

– Hội chứng 5 dị tật của Cantrell: thoát vị trong dây rốn, thoát vị hoành phía trước, khe hở ức, tim lạc chỗ với bệnh lý bẩm sinh (thông liên thất).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Luồng trào ngược dạ dày thực quản và thoát vị bẹn thường gặp.

– Bàng quang lộ ngoài: hiếm gặp.



Hình 3.45. Thoát vị trong dây rốn và bàng quang lộ ngoài. Trong túi thoát vị chỉ có ruột. Bàng quang lộ ngoài được che phủ bởi phúc mạc

3.4. Chẩn đoán

3.4.1. Chẩn đoán trước đẻ

Bằng siêu âm ở thai từ tuần thứ 18 – 24.

Siêu âm thấy được vòng rốn không khép kín và thấy được tạng thoát vị như ruột, gan và rất hiếm gặp là cả tim và bàng quang.

Siêu âm còn phát hiện các dị tật bẩm sinh phối hợp, đặc biệt dị tật tim mạch.

Xác định kiểu hình gen (karyotype) ở các tế bào phôi thai lấy bằng chọc hút nước ối.



Hình 3.46. Siêu âm trước đẻ thấy hình gan ra ngoài ổ bụng

3.4.2. Chẩn đoán sau đẻ

Dễ dàng với các triệu chứng trên.

Lưu ý: vỡ túi thoát vị có thể gặp và cần chẩn đoán phân biệt với khe hở thành bụng. Chẩn đoán dựa vị trí khuyết thành bụng, tìm dấu tích của túi thoát vị và dây rốn.

– Ngay sau đẻ, có ba việc cần phải làm:

– Đặt ống thông dạ dày qua mũi để tránh căng hơi trong ruột bị thoát vị.

– Bảo vệ túi thoát vị bằng túi chất dẻo vô khuẩn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Đặt đường tiêm truyền tĩnh mạch để truyền dung dịch nước điện giải, đường, đề phòng hạ đường huyết. Kết hợp dùng kháng sinh dự phòng bằng đường tĩnh mạch (Cephalosporine, Aminoglycoside).

Cần khám tìm các dị tật phối hợp, dị dạng về nhiễm sắc thể và các hội chứng đa dị tật mà chưa chẩn đoán được trước đẻ.

3.5. Điều trị

Đây là dị tật cần phẫu thuật. Thời điểm mổ và kỹ thuật mổ phụ thuộc vào kích thước khuyết thành bụng và khối thoát vị, điều kiện trang bị cho mổ.

3.5.1. Thoát vị có cổ rộng, bao thoát vị còn

Khối thoát vị lớn, nếu đưa ngay các tạng vào ổ bụng và khâu kín thành bụng ngay có thể gây chèn ép vào:

– Tĩnh mạch chủ dưới: gây giảm thể tích tuần hoàn.

– Cơ hoành: gây khó thở.

– Ruột: gây tắc ruột và hoại tử ruột.

Do vậy đã có các phương pháp điều trị bằng mổ nhiều thì như sau:

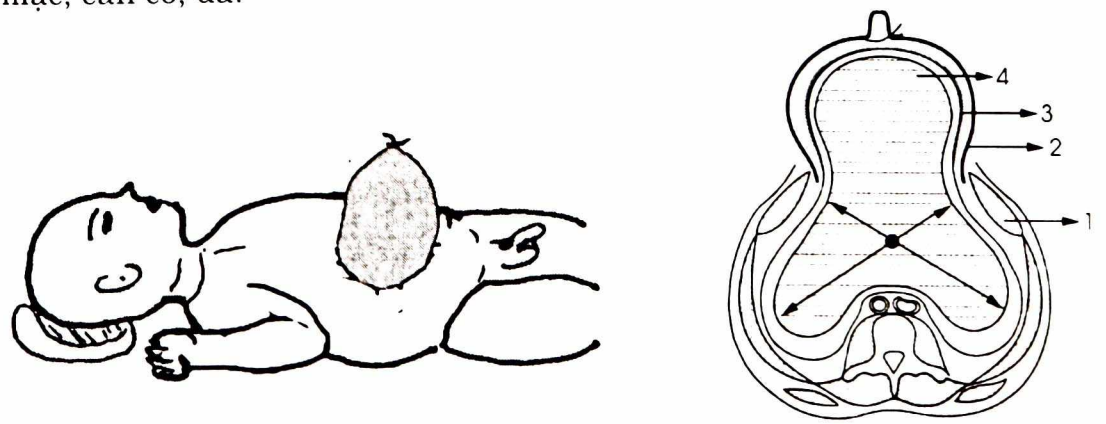
a) Che phủ khuyết hụt cân + cơ thành bụng bằng Gore–tex

Ở thì mổ đầu, có thể khâu da che phủ nếu đủ da. Sau hai – ba tuần, mổ thì hai để đưa tạng thoát vị vào ổ bụng. Có thể phải tiến hành mổ thì ba nếu thì hai chưa khâu được hết cơ thành bụng. Đây là phương pháp điều trị có kết quả tốt nhưng phải có phương tiện.

b) Phẫu thuật Schuster

Cắt bỏ túi thoát vị (cũng có thể bảo tồn túi thoát vị) và dùng một túi chất dẻo thay thế ôm bọc lấy tạng thoát vị. Sau đó đưa dần tạng thoát vị vào trong ổ bụng bằng cách làm hẹp dần thể tích túi.

Khi các tạng thoát vị đã vào trong ổ bụng, mổ khâu lại thành bụng theo các lớp: phúc mạc, cân cơ, da.



Hình 3.47. Sơ đồ kỹ thuật Schuster
1. Cơ thẳng to; 2. Túi chất dẻo; 3. Bao thoát vị; 4. Các tạng thoát vị

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

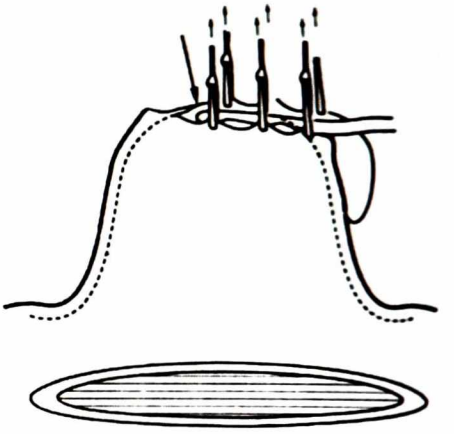
c) *Phẫu thuật GROSS*

– Thì một: dùng da bụng hai bên di chuyển lại để che phủ túi thoát vị:

+ Túi thoát vị có thể để lại hoặc cắt bỏ.

+ Rạch da dọc hai bên mạn sườn, cách túi thoát vị, phẫu tích di chuyển hai vạt da bên lại khâu che phủ túi thoát vị.

– Thì hai: đóng cân cơ thành bụng khi cơ thành bụng đã phát triển và đưa các tạng vào trong ổ bụng mà không gây chèn ép.



Hình 3.48. Sơ đồ kỹ thuật Gross

d) Điều trị bảo tồn ban đầu theo GROB

Để túi thoát vị biểu mô hoá tự phát bằng bôi thuốc đỏ, Nitrat bạc, thuốc mỡ kháng sinh để tạo lớp bọc bảo vệ tránh nhiễm khuẩn. Khi túi thoát vị được biểu mô hoá sẽ tạo thành một túi thoát vị rốn khổng lồ. Sau đó mới mổ chữa thoát vị.

Phương pháp mổ: thường là mổ nhiều thì để đưa dần các tạng thoát vị vào ổ bụng.

3.5.2. Thoát vị trong dây rốn có cổ hẹp

Có nguy cơ ngẹt ruột, nên không điều trị theo GROB mà nên mổ. Tuỳ theo thể tích khối thoát vị mà có những phương pháp mổ sau:

a) Khối thoát vị có thể tích nhỏ

Cắt bao thoát vị, kiểm tra ruột, khâu lại thành bụng 3 lớp.

b) Thoát vị có thể tích lớn

– Cắt bao thoát vị và kiểm tra ruột.

– Điều trị như mục 3.5.1.1 và 3.5.1.2.

3.5.3. Điều trị thoát vị trong dây rốn đã bị vỡ túi

a) Cổ thoát vị hẹp: ít ruột ra ngoài.

– Kiểm tra ruột.

– Khâu thành bụng 3 lớp.

b) Cổ thoát vị rộng: gan và ruột ra nhiều, điều trị như mục 3.5.1 ở trên.

3.6. Tiên lượng

Phụ thuộc vào kích thước lỗ thoát vị, thể tích khối thoát vị, cân nặng bệnh nhân, các dị tật khác phối hợp, điều kiện trang thiết bị mổ.

Tiên lượng tốt khi

– Cổ thoát vị hẹp, thể tích khối thoát vị nhỏ.

– Có Gore – tex.

– Không có các dị tật nặng phối hợp.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. KHE HỞ THÀNH BỤNG (LAPAROSCHISIS)

Là khe dọc của thành bụng, cạnh rốn mà qua đó ruột nguyên thuỷ chui ra ngoài ở bụng.

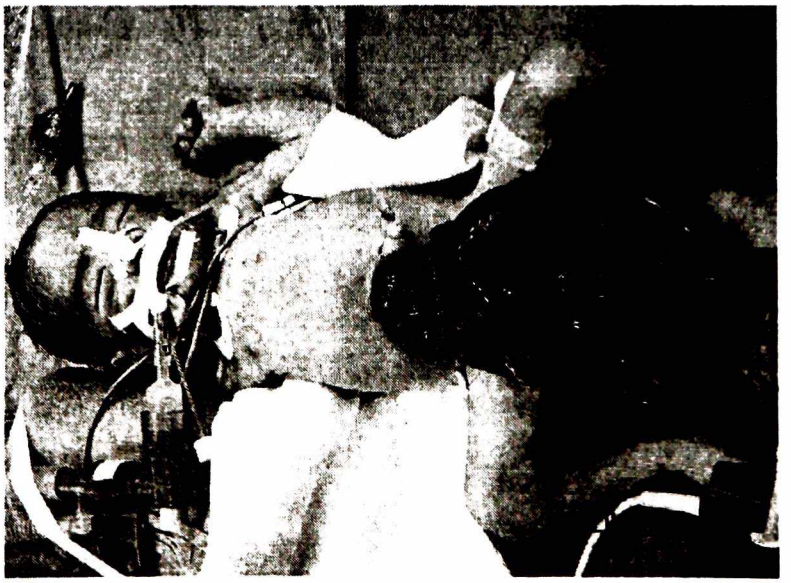
Khuyết hụt thành bụng ở cạnh rốn thường là ở bên phải, rất hiếm gặp ở bên trái. Dây rốn bình thường và thường cách khe hở thành bụng một cầu da.

Dị tật này xảy ra vào tuần lễ thứ 9 của bào thai, do rối loạn phát triển lá thành phôi, thiếu khúc cơ nguyên thuỷ và trung mô, tiêu biểu mô.

Ruột chui qua khe hở thành bụng, ngâm trong nước ối có pH = 7.

Do viêm phúc mạc hoá học, nên thành ruột dày và phù nề, ruột dính vào nhau và rất ngắn. Thường có rối loạn quay của ruột. Gan không bao giờ ra ngoài, nhưng có thể thấy buồng trứng và cả tinh hoàn lạc chỗ.

Tỷ lệ dị tật phối hợp: từ 10 – 25% các trường hợp có các thương tổn phối hợp ở ruột như teo ruột độ 11%, hoại tử hồi tràng khoảng 13%, thủng tá tràng, viêm ruột hoại tử. Các thương tổn này là thứ phát do tắc, thiếu máu ruột bị thoát vị, mà nguyên nhân do khe thoát vị bị hẹp.



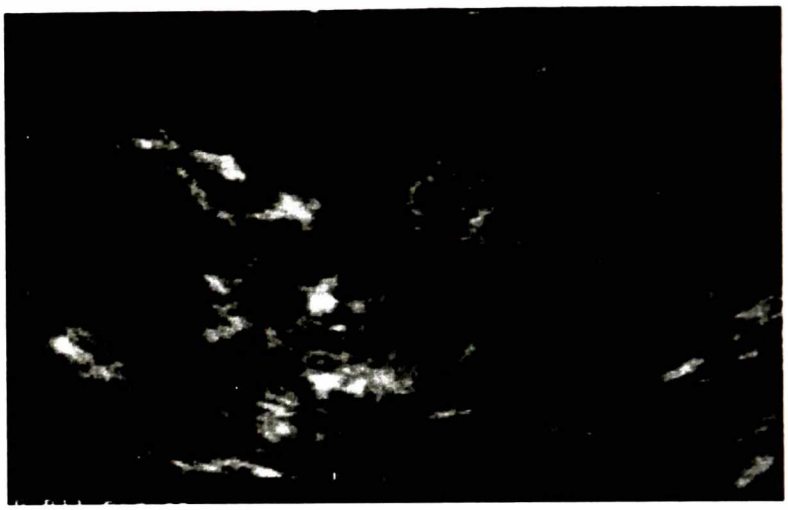
Hình 3.49. Khe hở thành bụng – Ruột ra ngoài ổ bụng

4.1. Chẩn đoán

4.1.1. Chẩn đoán trước đẻ

Bằng siêu âm ở thai từ tuần lễ thứ 18 – 24. Siêu âm thấy quai ruột nổi tự do trong nước ối và siêu âm còn phát hiện sự chậm phát triển của thai nhi và theo dõi mạch máu của quai ruột thoát vị.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.50. Siêu âm trước đẻ, ruột ra ngoài ổ bụng

4.1.2. Chẩn đoán sau đẻ

Dễ dàng với các triệu chứng lâm sàng trên.

Cần phân biệt với thoát vị trong dây rốn vỡ.

4.2. Điều trị

4.2.1. Ngay sau đẻ

Phải điều trị ngay như với thoát vị trong dây rốn, nhưng cần chú ý tình trạng thân nhiệt, bảo vệ ruột lộ ra ngoài bằng đắp gạc vô khuẩn ấm, ẩm bằng dung dịch NaCl 0,9% sau khi kiểm tra không có xoắn ruột và chuyển tới trung tâm phẫu thuật nhi.

4.2.2. Mổ

Gây mê nội khí quản.

Sát khuẩn thành bụng và quai ruột lộ ra, tìm phát hiện các thương tổn phối hợp, đôi khi phải mở rộng thêm khe hở thành bụng.

Làm xẹp ruột, tháo hết phân xu bằng bơm vào ruột gastrographine pha loãng 50%.

Nếu có thương tổn ruột phối hợp: teo hoặc thủng thì có thể cắt nối ngay hoặc dẫn lưu ruột phía trên.

Mở thông dạ dày, đưa ống thông bằng silicone xuống hỗng tràng để làm xẹp ruột trong những ngày đầu sau mổ và để nuôi dưỡng qua ống thông khi có nhu động ruột.

Đưa ruột vào ổ bụng.

Khâu phục hồi thành bụng, nếu không khâu được thì dùng Gore–tex khâu che phủ khuyết cân cơ thành bụng.

Khâu da che phủ thường thực hiện được.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.2.3. Sau mổ

Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, qua đường truyền tĩnh mạch trung tâm. Thường thời gian nuôi dưỡng đường tĩnh mạch kéo dài khoảng hai, ba tuần vì nhu động và khả năng hấp thu của ruột hồi phục chậm. Sau đó kết hợp dần với nuôi dưỡng đường ruột qua ống thông dạ dày – ruột.

4.2.4. Các biến chứng sau mổ

– Nhiễm trùng:

+ Ở chỗ đặt catheter để nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

+ Vết mổ.

– Tăng áp lực trong ổ bụng: chèn ép vào tĩnh mạch chủ dưới gây phù 2 chân và thiểu niệu.

– Thời gian tắc ruột hoặc chậm lưu thông tiêu hoá kéo dài có thể tới 3 – 4 tuần.

– Nếu ruột ngắn từ 40 – 60mm, chức năng kém, cần phải nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong vài tháng để đợi chờ sự thích ứng của niêm mạc ruột.

4.3. Tiên lượng

So với thoát vị trong dây rốn thì khe hở thành bụng tiên lượng nặng hơn, tỷ lệ tử vong cao vì những tổn thương phối hợp ở ruột và sự chậm phục hồi chức năng ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bettex M, Kuffer F. Sharli (1978): Omphalocele et Laparoschisis. In: Bettex M., Kuffer F., Scharli A. Précis de chirurgie infantile, pp 123 – 126. Masson, Paris.
2. Donald R Cooney (1998): Defects of the abdominal wall. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric Surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1045 –1070. Mosby, St. Louis.
3. Daudet. M. (1978): Omphalocele et Laparoschisis. In: Pellerin D. Techniques de chirurgie pédiatrique, pp 231–241. Masson, Paris.
4. David K. Magruson (2006): Abdominal wall defect. In: Mark D. Stringer, Keith T. Oldham and Pierre D.E. Mouriquand. Pediatric Surgery and Urology, Seconde Edition, pp 270 – 285. Cambridge University Press New York.
5. Marshall Z.Schwartz (2006): Gastroschisis. In: P.Puri, M.E. Höllwarth. Pediatric Surgery, pp 161–170. Spinger – Verlag Berlin Heldelberg. Germany.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

7. TEO ĐƯỜNG MẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Teo đường mật là một bệnh lý tắc đường mật trong hoặc ngoài gan hoặc toàn bộ đường mật, là một trong những nguyên nhân phổ biến gây ứ mật ở trẻ sơ sinh. Đây là một bệnh bẩm sinh mà nguyên nhân chưa được biết rõ. Tỷ lệ mắc vào khoảng1/10000 trẻ sơ sinh. Bệnh lý này có thể xảy ra trong thời kỳ phôi thai ở một thời điểm chưa xác định được.

Teo đường mật bẩm sinh được Thompson mô tả lần đầu năm 1892. Năm 1916, Holmes chia teo đường mật thành 2 loại là chữa được và không chữa được. Năm 1955 Morio Kasai lần đầu tiên giới thiệu kỹ thuật nối rốn gan với hỗng tràng kiểu Roux–en– Y để mổ cho thể được coi là không chữa được. Từ đó tới nay, kỹ thuật Kasai vẫn được áp dụng và có thêm một số cải tiến như đưa phần trước gan ra ngoài ổ bụng để dễ phẫu tích cắt xơ ở rốn gan (Valayer–1968) hoặc kỹ thuật Kasai II, Suruga I, Suruga II... và một số kiểu van chống trào ngược được nghiên cứu và áp dụng để tránh viêm đường mật do trào ngợ v.v...

2. CHẨN ĐOÁN

Phải coi là cấp cứu. Chẩn đoán trong tuổi sơ sinh.

2.1. Lâm sàng

Có hội chứng tắc mật.

– Vàng da, củng mạc mắt vàng, có từ sau đẻ và tồn tại liên tục từ ngày 15 sau đẻ.

Trong một số trường hợp, phân có màu màu xanh, vàng của mật ở những ngày đầu sau đẻ, điều này gợi ý tắc đường mật không hoàn toàn ngay sau đẻ.

– Phân trắng bạc màu hoàn toàn hoặc có thể vàng nhạt. Nếu cho phân vào một gạc trắng sạch thì sau khi dịch trong phân thấm hết vào gạc thấy bã phân còn lại có màu trắng đục.

– Nước tiểu màu vàng liên tục, gây thấm màu vàng ra băng vệ sinh hoặc vải trải giường.

– Khám bụng:

+ Gan to, chắc ở các mức độ khác nhau tuỳ theo thời gian bị bệnh.

+ Lách có thể to.

+ Có thể có tuần hoàn bàng hệ ở da bụng, bụng có dịch cổ trướng.

+ Chảy máu: dưới da khi có xơ gan.

– Hội chứng ứ mật đôi khi kết hợp với nhiễm khuẩn nước tiểu do E. coli: nếu sau điều trị kháng sinh hết nhiễm khuẩn đường tiết niệu nhưng hội chứng ứ mật vẫn tồn tại liên tục thì phải nghĩ tới khả năng teo đường mật.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm máu

Bilirubin máu cao, tỷ lệ bilirubin trực tiếp cao. Không có sự song song giữa mức độ tắc với trị số của bilirubin. Trị số bilirubin có thể tăng ở mức trung bình hoặc dao động, nhưng đường mật bị tắc hoàn toàn

Phosphatase kiềm cao, transaminase cao, tỷ lệ prothrombin giảm, điện di protein, xét nghiệm HbsAg.

2.2.2. Xét nghiệm nước tiểu: sắc tố mật và muối mật.

2.2.3. Xét nghiệm phân

Stercobilinogen trong phân: không có, đây là dấu hiệu quan trọng xác định không có mật trong ruột.

2.2.4. Siêu âm: có giá trị chẩn đoán.

– Teo đường mật ngoài gan hoặc ống gan chung: Đường mật ngoài gan không thấy. Đường mật trong gan không thấy hoặc giãn. Túi mật không thấy hoặc teo nhỏ, kích thước túi mật không thay đổi lúc đói và sau bú sữa mẹ 5 phút và 45 phút.

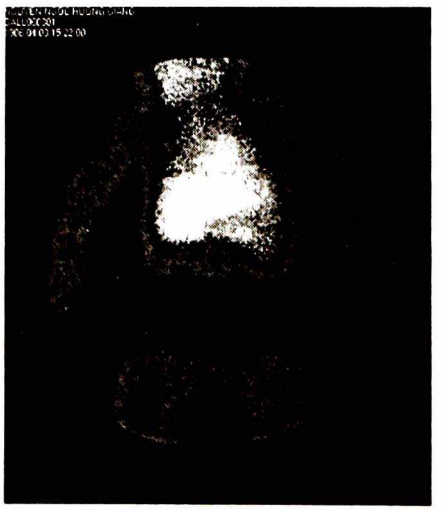
– Teo phần cuối ống mật chủ: một phần đường mật ngoài gan giãn, có thể thấy đường mật trong gan giãn, thấy được túi mật.

Cần lưu ý những "cái bẫy" của siêu âm chẩn đoán ở lứa tuổi này: đường mật chính bình thường không nhìn thấy được. Nếu có kết luận của siêu âm: "đường mật chính có kích thước bình thường" thì phải coi như kết luận sai. Túi mật bình thường có thể nhìn thấy được trong trường hợp teo giới hạn của ống gan và nó không thể thấy được trong trường hợp tắc mật nặng trong gan. Nếu siêu âm phát hiện có hội chứng nhiều lách thì có giá trị gợi ý chẩn đoán teo đường mật.

2.2.5. Chụp nhấp nháy gan bằng đồng vị phóng xạ (technecium Tc-99m)

Thấy hình gan, đồng vị phóng xạ không xuống ruột nếu có teo đường mật.

Khám nghiệm này có giá trị chẩn đoán cao, nên chỉ định làm sớm nếu có thể làm được.



Hình 3.51. Sau 1 giờ thuốc chỉ ở gan, không có hình đường mật ngoài gan

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2.6. Sinh thiết gan bằng kim hút

Thấy được dấu hiệu tắc như sự tăng sinh của các ống tân tạo và tắc mật.

2.3. Vàng da ở sơ sinh: cách khám, chẩn đoán như teo đường mật

2.3.1. Phân bạc màu hoàn toàn – thường xuyên → teo đường mật rất có thể

Khám lâm sàng, cận lâm sàng như trên để chẩn đoán.

2.3.2. Phân trắng không hoàn toàn hoặc không liên tục

– Các kỹ thuật cần làm: siêu âm, chụp nhấp nháy gan bằng đồng vị phóng xạ.

– Nên điều trị thử bằng prednisolon và thuốc lợi mật như chophytol. Nếu da và nước tiểu bớt màu vàng, phân có màu vàng và xét nghiệm phân có stercobilinogen thì tiếp tục điều trị theo hướng chẩn đoán viêm gan. Còn nếu phân vẫn trắng và xét nghiệm phân không có stercobilinogen thì phải nghĩ tới teo đường mật bẩm sinh.

– Nếu kết quả khám trên không cho được chẩn đoán thì sinh thiết gan bằng kim hút.

2.3.3. Những dấu hiệu khác gợi ý chẩn đoán

– Chảy máu do thiếu vitamin K ở bệnh nhân có hội chứng vàng da tắc mật.

– Siêu âm trước đẻ phát hiện có một nang nhỏ dưới gan.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

2.4.1. Viêm gan

Vàng da nhưng phân còn màu vàng nhạt, bilirubin gián tiếp tăng, siêu âm vẫn có túi mật, gan to nhưng mềm, xét nghiệm phân vẫn có stercobilinogen. Điều trị bằng thuốc lợi mật và prednisolon thì triệu chứng vàng da – tắc mật giảm dần.

2.4.2.Vàng da sinh lý

Thường chỉ tồn tại trong 2 tuần đầu sau đẻ, sau đó triệu chứng vàng da giảm dần về bình thường.

2.4.3. Mucoviscidose: làm test mồ hôi để loại trừ.

3. PHÂN LOẠI THỂ BỆNH: đã có nhiều cách phân loại

3.1. Phân loại của Homes năm 1916

– *Loại chữa được:* là loại teo một phần đường mật ngoài gan, vẫn còn nang thông với đường mật ở vị trí rốn gan nên có thể nối ruột với đường mật được.

– *Loại không chữa được:* là loại không có đường mật ngoài gan để có thể nối với ruột.

3.2. Phân loại của Kasai năm 1968

– *Loại chữa được:*

+ Loại 1a: teo đơn thuần đoạn cuối ống mật chủ, đường mật phía trên giãn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Loại 1b: teo đường mật ngoài gan nhưng còn hợp lưu ống gan phải với ống gan trái.

+ Loại 2: teo đường mật ngoài gan, ống gan phải hoặc ống gan trái giãn, có thể có nang nhỏ ở rốn gan.

– Loại không chữa được:

+ Loại 3: teo ống gan chung, các ống gan thiểu sản với đường kính đo được ở vùng rốn gan lớn hơn 200µm.

Loại 3a: có túi mật và có thể có nang nhỏ ở rốn gan.

Loại 3b: có túi mật và ống mật chủ vẫn có nòng.

+ Loại 4: không có đường mật ngoài gan hoặc chỉ còn di tích đường mật ngoài gan. Trên tiêu bản vùng rốn gan, không thấy có đường mật hoặc đường mật có đường kính nhỏ hơn 150µm.

3.3. Phân loại ở Bệnh viện Bicetre: chia teo đường mật thành 6 thể

a) Teo hoàn toàn đường mật là hay gặp nhất (2/3 các trường hợp).

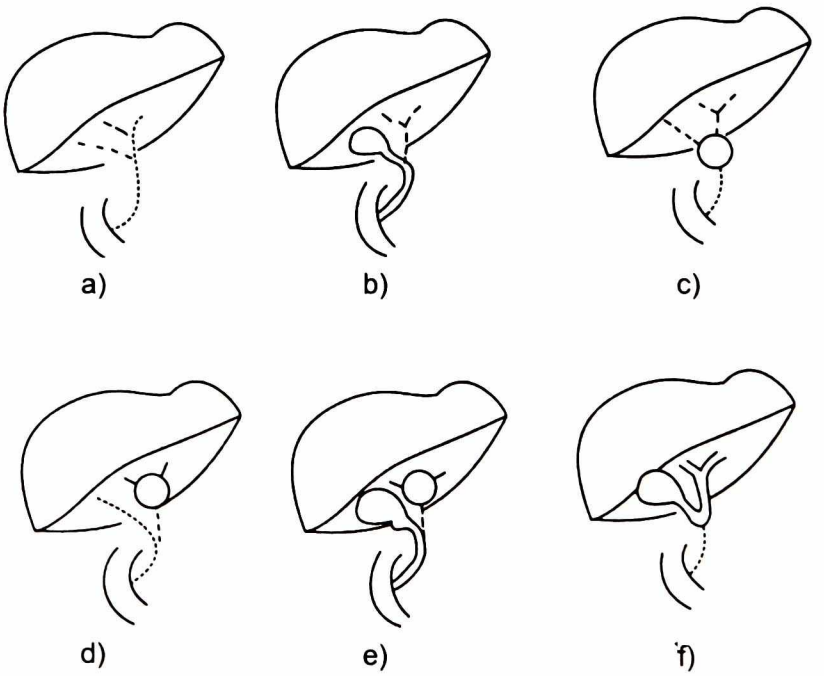
b) Teo ống gan chung và đường mật trong gan, vẫn còn sự thông thương của túi mật và ống mật chủ với tá tràng (chiếm 1/5 các trường hợp).

c) Teo hoàn toàn nhưng có nang ở chỗ cổ túi mật đổ vào ống gan, ít gặp.

d) Teo hoàn toàn với nang ở rốn gan chỗ hội lưu của ống gan phải và trái.

e) Teo ống gan chung, có nang ở rốn gan, còn sự thông thương của túi mật – ống mật chủ với tá tràng.

f) Teo ống mật chủ, túi mật thông với đường mật trong gan.



Hình 3.52. Cách phân loại teo đường mật ở Bệnh viện Bicetre

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.4. Phân loại theo Hiệp hội phẫu thuật nhi khoa Nhật Bản năm 1976

– Loại 1: teo toàn bộ đường mật ngoài gan, túi mật teo nhỏ, có thể có nang ở rốn gan.

– Loại 2: teo ống gan chung, còn túi mật và ống mật chủ vẫn thông với tá tràng.

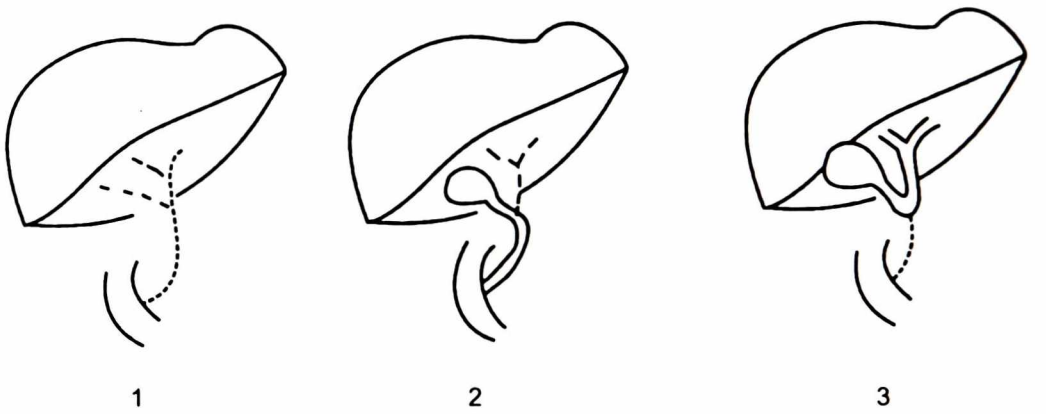
– Loại 3: teo đoạn cuối ống mật chủ, túi mật thông với đường mật phía trên.

3.5. Phân loại của Karrer và Lily (1997): chia teo đường mật làm 3 loại:

– Loại 1: teo toàn bộ đường mật ngoài gan.

– Loại 2: teo ống gan chung. Còn túi mật và ống mật chủ thông với tá tràng.

– Loại 3 : teo đoạn cuối ống mật chủ, ống mật phía trên giãn.



Hình 3.53. Cách phân loại của Karrer và Lily

Tuy có nhiều cách phân loại nhưng cách phân loại của Karrer và Lily và của Hiệp hội phẫu thuật nhi khoa Nhật Bản đơn giản và được áp dụng rộng rãi. Hai cách phân loại này giống nhau.

4. ĐIỀU TRỊ: phẫu thuật là phương pháp duy nhất chữa teo đường mật.

4.1. Chỉ định phẫu thuật

4.1.1. Chỉ định mổ

Khi đã có chẩn đoán teo đường mật thì nên mổ sớm và nên coi như một cấp cứu trì hoãn. Nên mổ khi bệnh nhân ở tuổi sơ sinh. Thời điểm trên hoặc bằng 2 tháng tuổi phải được coi như mổ muộn với kết quả xấu.

4.1.2. Phẫu thuật với mục đích chẩn đoán

Nếu teo đường mật đã được chẩn đoán bằng lâm sàng, xét nghiệm sinh hoá, các dữ kiện siêu âm hoặc sinh thiết gan đạt được trên 95% các trường hợp, những trường hợp khác còn nghi ngờ chẩn đoán như siêu âm nhìn thấy túi mật có thay đổi kích thước trước và sau bú, hoặc thấy một nang lớn ở rốn gan mà không thể làm được chụp đường mật qua da hoặc chụp đường mật ngược dòng thì chỉ định phẫu thuật thăm dò được đặt ra như nội soi ổ bụng hoặc mở bụng bằng một đường

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

rạch nhỏ để có thể chụp đường mật bằng chọc kim luồn qua túi mật hoặc nang và sinh thiết gan để nghiên cứu tế bào học và vi sinh vật. Nếu kết quả thăm khám xác định teo đường mật thì mổ ngay, còn nếu kết quả Xquang trong mổ không kết luận chắc chắn hình ảnh đường mật trong và ngoài gan thì nên để lưu lại dẫn lưu túi mật để chụp lại đường mật những ngày sau mổ.

4.2. Cách phẫu thuật

4.2.1. Tư thế và đường mổ

Bệnh nhân nằm ngửa, có độn ở lưng vùng dưới gan nếu không định đưa gan ra ngoài ổ bụng khi phẫu tích vùng rốn gan. Đường rạch da dưới bờ sườn phải hoặc đường ngang trên rốn từ sụn sườn thứ 10, cắt cơ thẳng to và các cơ rộng bên phải. Cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác để bộc lộ rõ vùng rốn gan. Phải kiểm tra có dịch cổ trướng không, kiểm tra gan (màu sắc, mật độ), đo áp lực tĩnh mạch cửa bằng luồn catheter vào tĩnh mạch rốn sau khi đã làm thông trở lại. Xác định các thương tổn đường mật ngoài gan và xem có các dị tật khác phối hợp không. Kiểm tra túi mật có mật không. Chụp đường mật qua túi mật để xác định chẩn đoán teo đường mật và thể loại teo. Tuỳ theo thể bệnh mà có các kỹ thuật mổ.

Để dễ bộc lộ và phẫu tích vào rốn gan, có thể đưa gan ra ngoài ổ bụng, nhưng phải chú ý huyết động khi đưa gan ra ngoài. Có thể sử dụng dung dịch albumin 4% hoặc plasma tươi nếu cần thiết.

4.2.2. Kỹ thuật

Khi túi mật teo, không có nang ở rốn gan, thì bắt đầu phẫu tích tách túi mật khỏi gan, theo cổ túi mật tới chỗ đổ vào đường mật chính là một dải xơ rồi cắt dải xơ phía bên dưới chỗ hội lưu này và phẫu tích tiếp lên tới rốn gan. Phẫu tích tách động mạch gan phải và trái, tĩnh mạch cửa bên phải và bên trái để bộc lộ rõ rốn gan. Cắt đường mật xơ hoá và một phần gan ở rốn gan liền nó là vị trí ở giữa 2 cuống mạch gan phải và trái, về phía sau phải cắt ra phía sau tĩnh mạch cửa. Diện cắt xơ rốn gan sâu vừa phải. Cầm máu bằng dao điện lưỡng cực để tránh làm cháy–tắc các lỗ đường mật còn lại. Tiếp đó là nối hỗng tràng với rốn gan.

a) Nối rốn gan–hỗng tràng kiểu Roux–en–Y (Kasai)

Chỉ định khi teo đường mật hoàn toàn, teo loại 1 theo phân loại của Karrer và Lily. Miệng nối rốn gan–hỗng tràng là nối tận–tận hay tận–bên.

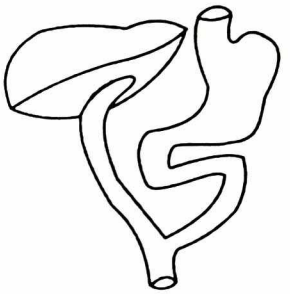
b) Nối rốn gan với túi mật hoặc với hỗng tràng kiểu Roux–en–Y

Chỉ định cho teo đường mật loại 2 theo phân loại của Karrer và Lily

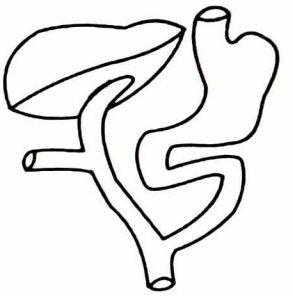
c) Nối ống mật chủ hay ống gan chung với hỗng tràng kiểu Roux–en Y

Chỉ định cho teo đường mật loại 3 theo phân loại của Karrer và Lily

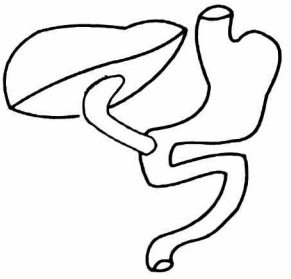
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



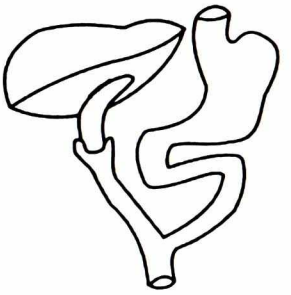
Kỹ thuật Kasai



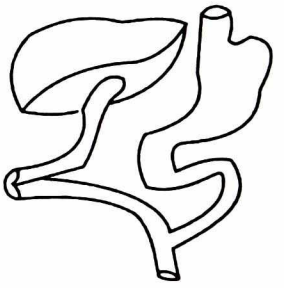
Kỹ thuật Kasai II



Kỹ thuật Kimura



Quai Y với van kiểu lồng ruột



Kỹ thuật Suruga

Hình 3.54. Các phương pháp mổ

4.3. Sinh thiết gan

Để đánh giá mức độ xơ gan.

4.4. Một số kỹ thuật mổ khác

Nhằm làm giảm nhiễm trùng đường mật ngược dòng. Các kỹ thuật này được chia làm 3 nhóm:

– *Nhóm 1: Các kỹ thuật với dẫn lưu mật ra ngoài*

Kỹ thuật Kasai 2, Sawaguchi, Suruga hoặc Lilly (mổ như kỹ thuật Suruga nhưng làm thêm miệng nối ruột bên–bên ở gần chỗ hai đầu ruột đưa ra ngoài).

– *Nhóm 2: Kỹ thuật dẫn lưu mật vào tá tràng*

Bằng một quai ruột non biệt lập (kỹ thuật Kimura) hoặc bằng ruột thừa giữ nguyên mạch máu.

– *Nhóm 3: Tạo van chống trào ngược trên quai chữ Y*

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.5. Các kỹ thuật mổ thực hiện tại Bệnh viện Bicetre

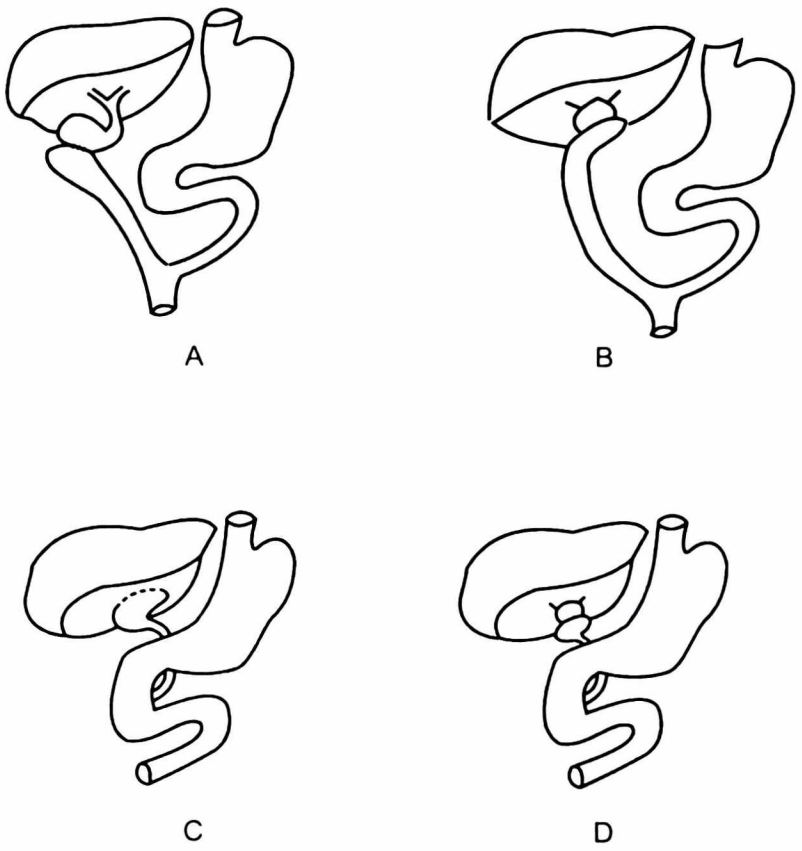
Ngoài kỹ thuật nối rốn gan với hỗng tràng kiểu Roux–en–Y (Kasai), còn có các kỹ thuật khác như:

A. Nối túi mật với hỗng tràng kiểu Roux–en–Y

B. Nối nang với hỗng tràng kiểu Roux–en–Y

C. Nối rốn gan với túi mật

D. Nối nang với túi mật



Hình 3.55. Các kỹ thuật mổ ở Bệnh viện Bicetre

5. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

– Đặt ống thông dạ dày.

– Kháng sinh.

– Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong 3, 4 ngày đầu. Chú ý thăng bằng điện giải trong máu. Cho ăn sớm khi có lưu thông ruột trở lại.

– Theo dõi bilirubin máu, màu sắc của phân và xét nghiệm stercobilinogen trong phân sau mổ để đánh giá kết quả mổ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6. BIẾN CHỨNG

6.1. Biến chứng sớm

– Chảy máu trong ổ bụng: thường bị chảy máu ở vùng rốn gan, hoặc chảy máu ở vết mổ.

– Rối loạn điện giải: thường là giảm natri trong máu.

– Rò mật.

– Nhiễm trùng vết mổ.

– Bục vết mổ thành bụng.

– Bục miệng nối mật – ruột.

– Viêm đường mật: có thể xảy ra sớm trong những ngày đầu sau mổ và nhiều tháng sau mổ. Chỉ xảy ra ở những bệnh nhân có miệng nối ruột với rốn gan hoặc với đường mật ngoài gan mà không thấy ở những bệnh nhân có miệng nối túi mật với rốn gan. Các loại vi khuẩn thường gặp là vi khuẩn đường ruột: Grame âm, vi khuẩn kỵ khí. Điều trị kháng sinh loại cephalosporine thế hệ 3 kết hợp aminoglycoside và metronidazol.

6.2. Tử vong sớm sau mổ

Thường do suy gan hoặc biến chứng nặng như bục miệng nối mật – ruột, chảy máu.

7. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

Nếu không được điều trị hoặc điều trị không kết quả thì tiến triển nặng dần: Xơ gan – Tăng áp lực tĩnh mạch cửa rồi suy gan, thường chết lúc 1 – 2 tuổi.

Các yếu tố liên quan tới kết quả phẫu thuật:

– Tuổi bệnh nhân lúc mổ:

Là một yếu tố quan trọng, mổ ở lứa tuổi càng nhỏ thì tiên lượng càng tốt. Lứa tuổi mổ có tỷ lệ kết quả tốt cao là dưới hai tháng tuổi. Trên hai tháng tuổi, tỷ lệ thất bại rất cao.

Do vậy chẩn đoán teo đường mật bẩm sinh phải được coi như một cấp cứu, phải được chẩn đoán trong tuổi sơ sinh và mổ sớm ngay sau khi có chẩn đoán. Thời gian mổ muộn làm mức độ xơ gan tăng và làm giảm tỷ lệ thành công của phẫu thuật.

– Thể loại teo đường mật:

Với teo hoàn toàn đường mật ngoài gan thì tiên lượng xấu, còn teo một phần đường mật ngoài gan thì tiên lượng tốt.

– Viêm đường mật sau mổ:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Xảy ra sớm hoặc muộn sau mổ. Cần phát hiện sớm để điều trị và khi mổ nên làm thêm van chống trào ngược.

- Kinh nghiệm của phẫu thuật viên với loại kỹ thuật mổ thực hiện.

8. KẾT QUẢ LÂU DÀI

– Loại tốt:

Lưu thông mật xuống ruột tốt, hết vàng da, phân có màu vàng, bilirubin trong máu trở về giá trị bình thường, chức năng gan được cải thiện tốt và ổn định.

– Loại trung bình:

Lưu thông mật xuống ruột nhưng không hoàn toàn. Phân có màu vàng nhưng vẫn còn vàng da và bilirubin trong máu còn cao. Chức năng gan có cải thiện nhưng không ổn định.

– Thất bại:

Vẫn tắc mật, không có mật xuống ruột. Phân vẫn trắng, da và củng mạc mắt vẫn vàng, gan to chắc. Tiến triển xơ gan.

9. VẤN ĐỀ GHÉP GAN

Ba tháng sau phẫu thuật Kasai mà vẫn vàng da và tỷ lệ bilirubin máu vẫn cao, phân vẫn trắng như trước mổ, xét nghiệm phân không có stercobilinogen thì kết quả phẫu thuật coi như thất bại và vấn đề chuẩn bị ghép gan được đặt ra. Gan ghép thường là hạ phân thùy II và III và được lấy từ người thân thuộc trong gia đình như bố, mẹ v.v...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bernard. O. (1994): Atrésie des voies biliaires – Aspects médicaux. Chirurgie hépato – biliaire de l'enfant. Sauramps Medical, p 65–72.
2. Bettex M, Kuffer F. Sharli (1978): Pathologie du foie et des voies biliaires. In: Bettex M., Kuffer F., Scharli A. Précis de chirurgie infantile, pp 177–181. Masson, Paris.
3. Gautier.F. (1994): Atrésie des voies biliaires – Aspects chirurgicaux. Chirurgie hépato – biliaire de l'enfant. Sauramps Medical, p 73–84.
4. Gauthier. F (1990): Atrésie des voies biliaires. In: Hélardot.P, Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M. Chirungie digestive de l'enfant, pp 225 – 244. Doin éditeurs, Paris.
5. Đỗ Sơn Hà (2001): Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị teo đường mật bẩm sinh. Luận án tiến sĩ y học. Hà Nội.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

8. HẸP PHÌ ĐẠI MÔN VỊ

Hẹp phì đại môn vị (HPĐMV) là tình trạng phì đại lớp cơ của môn vị gây hẹp ống môn vị.

1. VÀI NÉT VỀ LỊCH SỬ

Năm 1648, Fabricius Hildanus là người đầu tiên báo cáo bệnh nhân bị HPĐMV.

Năm 1887: Hirchsprung là người đầu tiên mô tả các dấu hiệu lâm sàng và tổn thương giải phẫu bệnh lý. Ông cho rằng đây là bệnh bẩm sinh.

Năm 1907: Pierre – Fredet đưa ra phương pháp mổ tách cơ môn vị ngoài niêm mạc.

Năm 1911: Ramsted hoàn chỉnh kỹ thuật này và phương pháp mổ mang tên Fredet – Ramsted.

Năm 1912: Lewade mô tả kỹ thuật chụp dạ dày có cản quang để chẩn đoán Hẹp phì đại môn vị.

Năm 1932: Meiweissen và Sloof mô tả các hình ảnh Xquang trong Hẹp phì đại môn vị.

Năm 1977: Teele R.L và Smith E.H sử dụng siêu âm trong chẩn đoán Hẹp phì đại môn vị.

Năm 1987: Bắt đầu áp dụng kỹ thuật mổ tách cơ môn vị bằng nội soi.

2. DỊCH TỄ HỌC

– *Tỷ lệ mắc bệnh*

Từ 1% tới 3% (chỉ tính ở những trẻ còn sống khi sinh ra).

– *Chủng tộc*

Gặp nhiều ở người da trắng ở Bắc Mỹ và châu Âu, ít gặp hơn ở châu Mỹ La tinh và châu Á, hiếm gặp ở người da đen.

– *Giới*

Chủ yếu là nam giới. Tỷ lệ nam/nữ dao động từ 4/1 đến 5/1 và thường gặp ở con đầu lòng (67%).

– *Tuổi mắc bệnh*

Chủ yếu ở sơ sinh, hiếm gặp ở trẻ lớn.

– *Mùa mắc bệnh:* ở cả 4 mùa

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Cho tới nay có nhiều giả thiết khác nhau: do phì đại cơ tiên phát, do rối loạn sự phối hợp cơ. Theo Belding và Kernohan thì do sự giảm các tế bào hạch ở lớp cơ vòng của môn vị, còn Boley và Miller nhận thấy do các tế bào hạch đó chưa trưởng thành, hoặc do giảm phân bố của các sợi thần kinh tận cùng ở lớp cơ của môn vị. Năm 1960, Lymn gợi ý rằng: sữa đông có thể gây nên phù nề niêm mạc và lớp dưới niêm mạc, rồi dẫn đến phì đại cơ môn vị. Markowitz đã nêu lại giả thiết rằng trong một số ít các trường hợp, loét ở môn vị gây kích thích niêm mạc và gây ra co thắt ở môn vị, hang vị rồi từ đó gây phì đại cơ môn vị và gây hẹp.

4. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

4.1. Đại thể

– Môn vị có hình dáng một u cơ dài ≥ 16mm, đường kính ≥ 15mm, bề dày lớp cơ môn vị ≥ 4mm.

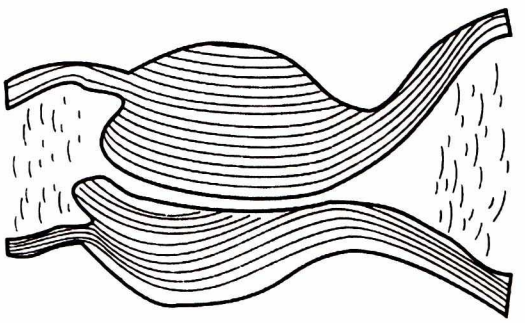
– Khối u chắc, thanh mạc bình thường, ranh giới rõ, khối u nhỏ dần về phía dạ dày và không có ranh giới rõ rệt giữa phần cơ bệnh lý và phần cơ bình thường. Về phía tá tràng: khối u có ranh giới rõ, được nhận biết do sự thay đổi màu sắc: màu lóng lánh của u cơ môn vị và màu hồng nhạt của tá tràng hoặc bằng tĩnh mạch môn vị ở trước.

4.2. Vi thể

– Lớp thanh mạc bình thường.

– Phì đại lớp cơ gây hẹp ống môn vị.

– Niêm mạc ống môn vị bình thường.



Hình 3.56. U cơ môn vị

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Hẹp môn vị ở trẻ sơ sinh và trẻ bú mẹ

5.1.1. Nôn

– Có khoảng trống từ 1 – 3 tuần. "Khoảng trống" là khoảng thời gian từ sau đẻ

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

tới triệu chứng nôn đầu tiên. Trong khoảng thời gian này, trẻ bú và phát triển cơ thể bình thường, không nôn.

– Tính chất nôn:

+ Chỉ nôn ra sữa hoặc cặn sữa.

+ Không có dịch mật.

+ Nôn vọt, nôn dễ dàng, lúc đầu nôn sau ăn, thời gian sau: nôn xa bữa ăn và nôn nhiều.

+ Có thể có máu trong chất nôn. Thường là cả máu đen, tỷ lệ này gặp ở 7 – 15% số bệnh nhân. Nguyên nhân là do viêm niêm mạc dạ dày và thực quản.

– Bệnh cảnh nôn đặc biệt: nôn sớm ngay sau đẻ trong trường hợp HPĐMV kết hợp với luồng trào ngược dạ dày thực quản, do thoát vị một phần dạ dày qua khe thực quản (hội chứng Roviralta). Trong trường hợp nôn sớm, tỷ lệ nôn có máu cao gấp 6 lần HPĐMV đơn thuần.

5.1.2. Khám toàn trạng

– Dấu hiệu mất nước: táo bón, đái ít, miệng lưỡi khô, da có thể nhăn nheo, thóp lõm và mắt trũng. Bệnh nhi có thể có bộ mặt như của ông già nếu thời gian bị bệnh kéo dài.

Dấu hiệu mất nước ở các mức độ khác nhau tuỳ thời gian bị bệnh.

– Giảm cân nặng: cũng là một biểu hiện của mất nước.

– Vàng da: khoảng 1 – 5%, vàng da do tăng bilirubin tự do mà nguyên nhân do thiếu hụt men glucoronyl transferase. Vàng da thường hết sau mổ từ 5 – 10 ngày.

5.1.3. Khám bụng

– Bụng trướng ở vùng trên rốn.

– Có sóng nhu động dạ dày từ dưới sườn trái di chuyển sang phải, có thể xuất hiện tự nhiên, hoặc sau khi cho ăn hoặc khi kích thích da bụng.

– Nắn bụng tìm u cơ môn vị: U cơ môn vị có thể nắn thấy ở 70% – 90% trường hợp, đó là một khối nhẵn, tròn di động nằm ở vùng trên rốn, bên phải đường giữa, kích thước u độ 2mm chiều dài, 1,5cm chiều ngang. Nắn tìm khối u dễ khi trẻ gầy, bụng xẹp. Để tìm được u cơ: nên khám kỹ, nhẹ nhàng và đặt ống thông làm xẹp dạ dày.

Nắn thấy u cơ môn vị là dấu hiệu lâm sàng quan trọng cho chẩn đoán.

5.2. Hẹp phì đại môn vị ở trẻ lớn

Rất ít gặp. Triệu chứng lâm sàng không điển hình như ở trẻ sơ sinh. Các dấu hiệu nôn, đau bụng vùng trên rốn âm ỉ từng đợt, nắn có u ở vùng trên rốn dễ nhầm với bệnh viêm loét dạ dày tá tràng và u dạ dày, hẹp môn vị thứ phát. Chẩn đoán dựa chụp dạ dày, nội soi dạ dày, siêu âm và khi mổ. Chúng tôi có mổ một bệnh nhân 8 tuổi bị hẹp phì đại cơ môn vị với chẩn đoán trước mổ chỉ là hẹp môn vị.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6. CÁC KHÁM CẬN LÂM SÀNG

6.1. Xquang

6.1.1. Chụp bụng không chuẩn bị tư thế đứng thẳng

Năm 1971, Riggs và Long L đã mô tả bảy dấu hiệu cơ bản sau:

– Dạ dày giãn, bóng hơi dạ dày ở phía trên ngang với bờ dưới đốt sống L2.

– Kích thước bóng hơi dạ dày > 7cm.

– Dạ dày chứa nhiều khí.

– In dấu rõ của sóng nhu động.

– Hình ảnh đốm, bọt của các chất chứa trong dạ dày.

– Thành hang vị dày.

– Có ít hoặc không có hơi ở trong ruột.

Theo các tác giả, nếu có từ 5 tiêu chuẩn trên trở lên thì có thể chẩn đoán HPĐMV, còn nếu có từ 2 – 4 dấu hiệu trên thì chỉ được phép nghi ngờ có HPĐMV.

Tuy nhiên những hình ảnh trên khó có thể phân biệt được với các nguyên nhân khác như hẹp môn vị, hẹp tá tràng trên bóng Vater do màng ngăn hoặc co thắt môn vị nên giá trị chẩn đoán của chụp Xquang bụng không chuẩn bị không cao, mang tính gợi ý.

6.1.2. Chụp dạ dày tá tràng cản quang: các hình ảnh có được

– Hình ảnh gián tiếp: dạ dày giãn, tăng co bóp, thuốc qua môn vị chậm, thuốc ít đọng ở dạ dày trên 1 giờ.

– Hình ảnh trực tiếp:

+ Ống môn vị bị kéo dài ra tới khoảng 2cm, nhỏ như sợi chỉ: dấu hiệu "sợi dây".

+ Dấu hiệu "Hai đường ray" là giá trị nhất, do các đường thuốc cản quang chảy song song qua lòng ống môn vị.

– Các hình ảnh khác:

+ Môn vị bị đẩy lệch lên trên và sang trái về phía hang vị.

+ Dấu hiệu "mỏ chim": đoạn đầu của ống môn vị ngấm thuốc cản quang.

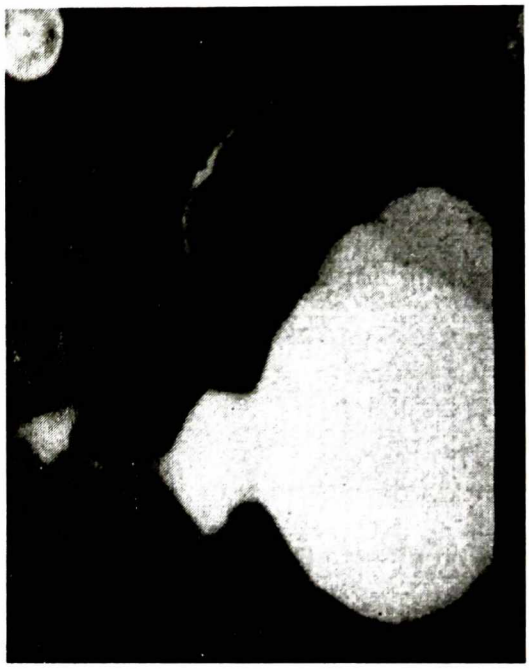
+ Dấu hiệu "bả vai": do sự lồi của lớp u cơ môn vị vào hang vị.

– Lưu ý:

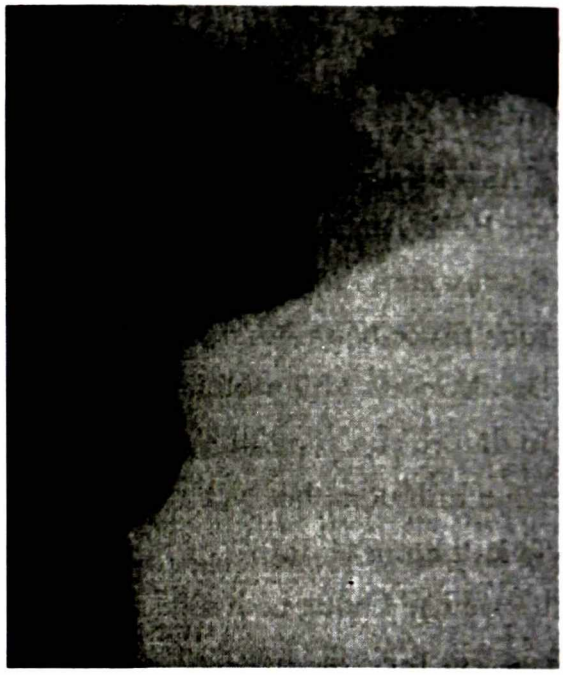
+ Khi chụp Xquang, quan sát theo dõi trên màn chiếu rồi mới chụp thì tỷ lệ thấy được các hình ảnh trực tiếp cao, những hình ảnh có giá trị cho chẩn đoán HPĐMV.

+ Nhược điểm của Xquang là trẻ bị tia X, có thể hít phải chất cản quang do hội chứng trào ngược khi nôn.

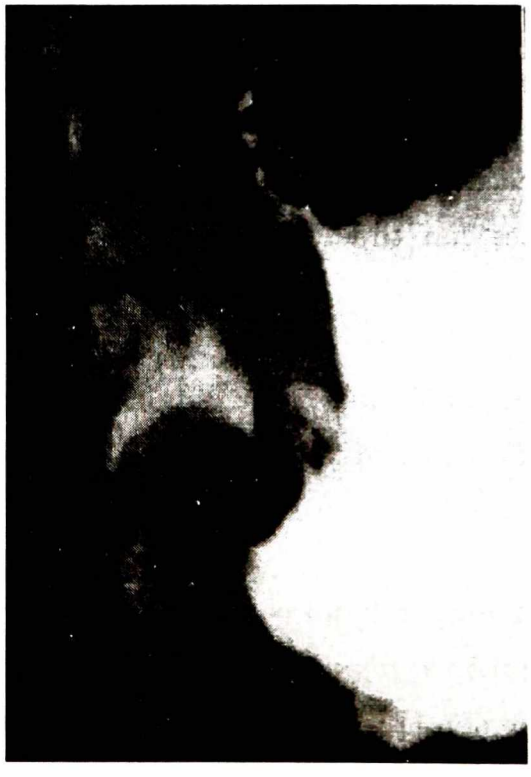
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.57. Ống môn vị dài



Hình 3.58. Hình đường ray



Hình 3.59. Hình mỏ chim



Hình 3.60. Dấu hiệu bả vai

6.2. Siêu âm: là một phương pháp nhanh, đơn giản, chính xác và an toàn.

– Tiêu chuẩn chẩn đoán HPĐMV trên siêu âm:

+ Chiều dài môn vị ≥ 16mm.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Đường kính môn vị ≥ 15mm.

+ Bề dày lớp cơ môn vị ≥ 4mm.

– Để tránh âm tính giả và dễ tìm khối u cơ môn vị, nên đặt ống thông làm xẹp dạ dày trước.

– Siêu âm có thể đồng thời thăm khám các cơ quan khác tìm các dị tật và bệnh lý phối hợp như luồng trào ngược dạ dày thực quản, bệnh tim bẩm sinh.

6.3. Nội soi dạ dày

Hình ảnh nội soi của HPĐMV là ống môn vị hẹp, kéo dài, không đưa ống soi qua môn vị được, lớp cơ môn vị phì đại lồi vào trong hang vị trông giống hình ảnh cổ tử cung. Các dấu hiệu gián tiếp khác như hang vị giãn, dạ dày tăng co bóp. Nội soi còn phát hiện tình trạng viêm loét niêm mạc dạ dày thực quản hoặc các bệnh lý khác phối hợp như: túi thừa dạ dày, luồng trào ngược dạ dày – thực quản.

Tuy nội soi có giá trị chẩn đoán cao nhưng cũng ít được áp dụng ở trẻ sơ sinh và trẻ bú mẹ, nội soi chỉ nên áp dụng trong trường hợp các phương pháp chẩn đoán khác không rõ ràng và triệu chứng lâm sàng của HPĐMV gặp ở trẻ lớn.

6.4. Xét nghiệm máu

– Hematocrit tăng do mất máu, máu cô đặc.

– Điện giải đồ: clo máu giảm, natri và kali cũng giảm do nôn nhiều.

– Khí máu: có biểu hiện nhiễm kiềm chuyển hoá.

– Protid máu: giảm do nôn kéo dài và tình trạng suy dinh dưỡng.

7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Chẩn đoán xác định HPĐMV

– *Chẩn đoán chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng:*

Khi có triệu chứng: "Nôn sữa có khoảng trống + sóng nhu động dạ dày + nắn có u cơ môn vị" thì chẩn đoán được HPĐMV.

– *Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và siêu âm*: là đủ chẩn đoán. Khi siêu âm không rõ mới làm thêm Xquang.

– *Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và Xquang*: nếu không có điều kiện hoặc kinh nghiệm chẩn đoán siêu âm.

– *Chẩn đoán dựa lâm sàng, Xquang và siêu âm.*

7.2. Chẩn đoán phân biệt: với các bệnh lý.

– *Luồng trào ngược dạ dày – thực quản:* nôn sớm sau đẻ, chẩn đoán dựa siêu âm hoặc Xquang.

– *Thoát vị qua khe thực quản:* nôn sớm sau đẻ, chụp dạ dày giúp chẩn đoán.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– *Teo môn vị hoặc tắc – hẹp tá tràng trên bóng Vater:* nôn sữa sớm sau đẻ, chụp dạ dày– tá tràng chẩn đoán.

– *Co thắt môn vị:* nôn sau đẻ, có từng giai đoạn thuyên giảm vài ngày, điều trị chống co thắt thì hết nôn.

– *Xuất huyết não – màng não:* do chấn thương, do giảm prothrombin. Nôn không theo các lần bú, không nôn vọt, không nắn thấy u cơ môn vị, triệu chứng siêu âm và Xquang âm tính.

Chọc dò tuỷ sống có máu giúp chẩn đoán.

– *Viêm màng não:* dấu hiệu cứng gáy và chọc dò tuỷ sống giúp chẩn đoán.

– *Do chế độ ăn gây rối loạn tiêu hoá:* chỉ cần thay đổi chế độ ăn và giờ giấc ăn thì sẽ khỏi.

– *Bệnh nhiễm khuẩn, viêm phổi, viêm dạ dày*

– *Hội chứng sinh dục thượng thận thể mất muối*: nôn và ỉa chảy, trẻ gái có biểu hiện ái nam ái nữ, trẻ trai có thể có dương vật to.

Xét nghiệm 17–Hydroxy progesteron cao trong máu.

8. CÁC DỊ TẬT BẨM SINH PHỐI HỢP

Các dị tật bẩm sinh kết hợp với HPĐMV từ 7% – 20%, bao gồm các dị tật như sứt môi, rối loạn quay của ruột, dị tật về tim mạch, và đường tiết niệu – sinh dục và dị tật đường tiêu hoá.

9. ĐIỀU TRỊ

9.1. Điều trị nội bảo tồn

– Ăn nhiều bữa với số lượng ít, tư thế chống nôn.

– Thuốc chống co thắt môn vị: motilium.

– Truyền dịch.

Phương pháp này ít sử dụng vì tỷ lệ thành công thấp và nhiều biến chứng. Nếu có điều trị cũng chỉ là điều trị thử khi bệnh nhân mới nôn và chưa có chẩn đoán hẹp phì đại cơ môn vị.

9.2. Nong môn vị bằng bóng

Dùng một catheter có bóng ở đầu, cho qua dạ dày xuống tá tràng, bơm bóng căng và kéo ngược trở lại dạ dày để nong dần môn vị.

Phương pháp này không chắc chắn có kết quả tốt nên ít sử dụng.

9.3. Phẫu thuật

Là phương pháp hiệu quả, triệt để và cho kết quả tốt.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

9.3.1. Điều trị chuẩn bị trước mổ

– Bồi phụ nước điện giải theo điện giải đồ và dấu hiệu mất nước.

– Đặt ống thông làm xẹp dạ dày.

9.3.2. Mổ

– Gây mê nội khí quản.

– Đường rạch da:

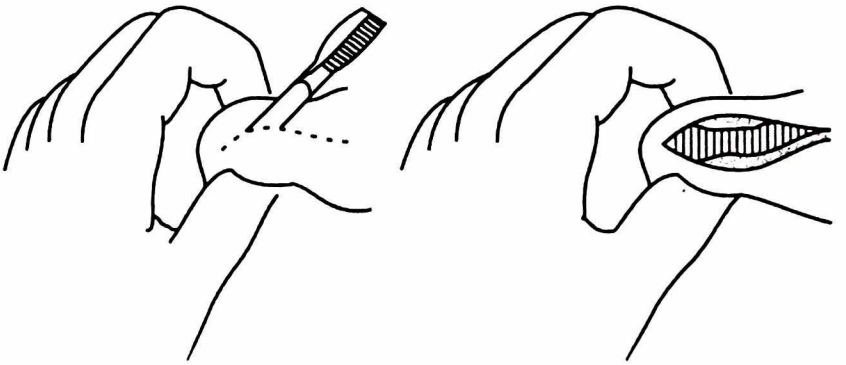
+ Đường giữa trên rốn: ít áp dụng.

+ Đường ngang trên rốn lệch phải.

+ Đường vòng quanh trên rốn: cho kết quả thẩm mỹ đẹp.

– Mổ: mở cơ môn vị ngoài niêm mạc theo kỹ thuật Fredet – Ramsted.

– Phương pháp mổ tách cơ môn vị bằng nội soi ổ bụng được áp dụng từ năm 1987 cũng được thực hiện ở một số trung tâm ngoại khoa.



Hình 3.61. Kỹ thuật mở u cơ ngoài niêm mạc

9.3.3. Sau mổ

– Kháng sinh dự phòng.

– Truyền dịch.

– Cho ăn dần từ ngày thứ 2 với tư thế chống nôn.

9.3.4. Biến chứng

– Mở cơ không hết.

– Thủng niêm mạc môn vị, tá tràng.

– Tại vết mổ:

+ Nhiễm khuẩn vết mổ.

+ Bục vết mổ.

+ Sổ thành bụng.

10. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

– Năm 1981: Sauerbrei dùng siêu âm theo dõi u cơ môn vị sau mổ thì thấy khối u cơ môn vị nhỏ dần: bề dày u cơ trở về bình thường, < 3mm trong 6 tuần sau

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

mổ, đường kính môn vị trở về < 10mm và chiều dài môn vị giảm dưới 15mm trong 2 – 6 tuần.

– Những nghiên cứu theo dõi lâu dài đánh giá kết quả mổ của phương pháp Fredet – Ramsted cho thấy những bệnh nhân sau mổ đã có sự phát triển bình thường. Không có sự khác biệt lớn về tỷ lệ mắc các bệnh lý đường tiêu hoá và sự lưu thông dạ dày so với những người bình thường trong cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bettex M, Kuffer F. Sharli (1978): Sténose hypertrophique du pylore. In: Bettex M., Kuffer F., Scharli A. Précis de chirurgie infantile, pp 133–135. Masson, Paris.
2. Chiara A, Beluffi G, Fiori P, et al (1986): Hypertrophic stenosis of the pylorus. Ultrasound and traditional diagnosis. Comparision of methods.
   Radiol Med, 72: 188 – 194.
3. David C.G. Crable (2006): Infantile hypertrophic pyloric stenosis. In: Mark D. Stringer, Keith T. Oldham and Pierre D.E. Mouriquand. Pediatric Surgery and Urology, Seconde Edition, pp 296 – 304. Cambridge University Press, New York.
4. Jehannin. B, Gaudin. J (1990): Sténose hypertrophique du pylore. In: Hélardot.P, Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M. Chirungie digestive de l'enfant, pp 335 – 348. Doin éditeurs, Paris.
5. Leinwand MJ, Shaul DB, Anderson KD (1999): The umbilical fold approach to pyloromyotomy: is it a safe alternative to the fight upper – quadrant approach. J Am Coll Surg, 489: 362 – 367.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

9. LỒNG RUỘT Ở TRẺ BÚ MẸ VÀ TRẺ EM

Lồng ruột là một cấp cứu ngoại nhi thường gặp và là nguyên nhân hàng đầu gây tắc ruột ở trẻ nhỏ. Lồng ruột ở trẻ bú mẹ hầu hết là cấp tính, diễn biến hoại tử ruột nhanh. Lồng ruột ở trẻ lớn phần nhiều ở thể bán cấp và mạn tính.

Bệnh lồng ruột đã được biết từ thời Hypocrate song từ thế kỷ XIX trở về trước, hầu hết là tử vong. Từ đầu thế kỷ XX, nhất là từ khoảng 3 thập kỷ gần đây, việc chẩn đoán và điều trị lồng ruột đã có rất nhiều tiến bộ và tỷ lệ tử vong rất thấp. Tại Bệnh viện Việt Đức tỷ lệ tử vong là 25,4% (1959 – 1967), giảm còn 1,7% (1980–1984), còn ở Bệnh viện Nhi từ 1/1995 – 7/1999: tử vong là 0,17% (2/1172 BN).

1. DỊCH TỄ HỌC

Tuổi: Lồng ruột gặp ở bất cứ lứa tuổi nào, thường gặp ở trẻ dưới 24 tháng tuổi với tỷ lệ 80% – 90%, trong đó ở lứa tuổi 4 – 9 tháng chiếm tỷ lệ 75%. Rất hiếm gặp ở tuổi sơ sinh.

Giới tính: ưu thế mắc bệnh ở nam giới. Tỷ lệ nam / nữ là 2/1 ⇒ 3/1.

Cơ địa bệnh nhân: bệnh thường gặp ở trẻ bú mẹ, khoẻ mạnh, ít gặp ở trẻ suy dinh dưỡng.

Thời tiết: bệnh có ở cả bốn mùa nhưng tỷ lệ cao ở mùa Đông – Xuân là mùa mà trẻ dễ bị nhiễm virus, ỉa chảy và viêm nhiễm đường hô hấp.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ LỒNG RUỘT

2.1. Nguyên nhân

2.1.1. Nguyên nhân thực thể

Thường gặp ở trẻ lớn. Tỷ lệ từ 5 – 20%.

– Túi thừa Meckel là nguyên nhân hay gặp.

– Polype ở hồi tràng, manh, đại tràng.

– Các u ác tính, u máu trong lòng ruột.

– Ruột đôi ở góc hồi manh tràng.

– Nhân tụy lạc chỗ.

2.1.2. Lồng ruột tự phát

Là loại lồng ruột chưa rõ nguyên nhân, chiếm tỷ lệ từ 75 – 90%, tuy nhiên người ta vẫn đưa ra các giả thiết để giải thích các nguyên nhân gây lồng ruột.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

a) Yếu tố thần kinh, thể dịch

– Laborit và Laurence cho rằng ở trẻ bú mẹ, do hoạt động trội lên của dây thần kinh X gây tăng nhu động ruột, dẫn tới lồng ruột.

– Lecovit cho rằng tăng tiết acetylcholin cũng có thể gây lồng ruột.

– Laplane, Bonnefant đã tiêm acetylcholin vào bao của tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch vành vị thì thấy ruột tăng nhu động, co bóp mạnh và xuất hiện lồng ruột ngay sau đó.

b) Nguyên nhân do virus, vi khuẩn

– Hsu và cộng sự đã tìm thấy mối liên quan giữa nhiễm khuẩn đường hô hấp do Herpes 6–7, Adenovirus, Ebsteinbar với sinh bệnh học của lồng ruột.

– Những trẻ bị viêm hạch mạc treo do virus đồng thời bị lồng ruột thì phản ứng huyết thanh dương tính nhất là đối với Adenovirus.

– Ross (1961), Gardner (1962) đã xác định được Adenovirus nhóm 1, 2, 3, 5, 6; ECHO nhóm 7, 9 và Hepes ở 80% trẻ bị lồng ruột.

– Bathod đã tìm thấy vi khuẩn Gram âm: Yersinia enterocolitica có khả năng gây viêm hạch mạc treo, viêm dạ dày ruột dẫn tới lồng ruột.

– Reilly tiêm chủng salmonella vào hạch bạch huyết và đã gây ra 50% các trường hợp lồng ruột.

– Staatz cho rằng nguyên nhân gây bệnh lồng ruột ở trẻ em là tình trạng nhiễm khuẩn đường ruột mà 60,6% mầm bệnh được thấy qua xét nghiệm phân.

– Leward cho rằng nhiễm tai mũi họng, viêm đường hô hấp trên, viêm ruột theo mùa có thể liên quan tới lồng ruột, cho nên lồng ruột thường xảy ra theo các mùa viêm nhiễm các bệnh trên.

– West (1987) gặp 37% lồng ruột có liên quan với nhiễm trùng hô hấp, viêm dạ dày ruột.

Nghiên cứu của chúng tôi (năm 2000) trên 172 trẻ bị lồng ruột có 111/172 (64%) có viêm đường hô hấp hoặc ỉa chảy cấp lúc bị lồng ruột hoặc trong vòng 2 tuần tới lúc bị lồng ruột, trong đó có 29/172 (16,9%) BN có mắc ỉa chảy cấp hoặc viêm đường hô hấp lúc bị lồng ruột.

Các tác giả giải thích khi nhiễm virus hoặc vi khuẩn, các hạch viêm phát triển, manh tràng bị phù nề, chính những hạch viêm này gây phản xạ thần kinh thực vật, cường phó giao cảm, tăng nhu động ruột dễ dẫn tới lồng ruột.

c) Yếu tố giải phẫu

Verenu, Xecoletxu, Stencbach (1959 – 1960) cho rằng ở trẻ dưới 4 tháng tuổi, kích thước giữa manh đại tràng và ruột non chênh nhau ít, từ tháng thứ 4 đến tháng 12, manh tràng phát triển nhanh hơn hồi tràng và có sự khác nhau về nhu động ruột giữa hồi tràng và manh tràng nên tạo điều kiện thuận lợi gây lồng ruột và lồng ruột hay gặp ở vùng hồi manh tràng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

3.1. Định nghĩa

Lồng ruột là trạng thái bệnh lý trong đó hai khúc ruột trên và dưới chui lồng vào nhau gây nên hội chứng tắc ruột cơ học, tạo nên khối lồng bít lòng ruột.

3.2. Cấu tạo khối lồng

– Ở dạng thông thường, khối lồng bổ dọc gồm ba lớp:

+ Ống vỏ ngoài là ống ruột dưới chứa khối ruột lồng vào.

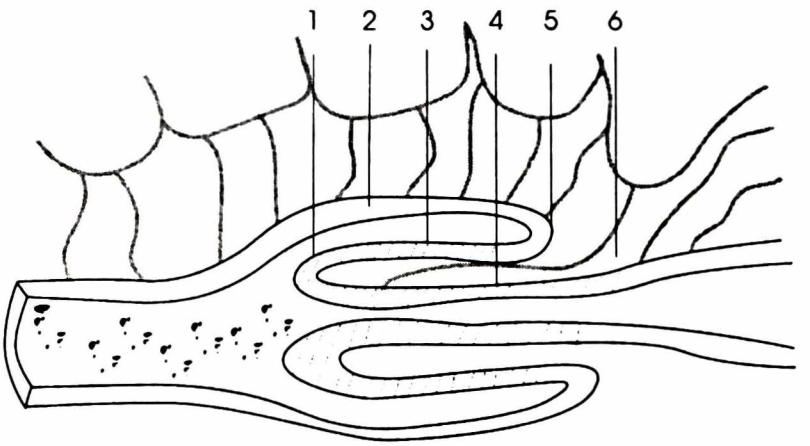
+ Ống vỏ trong: là ruột lồng vào.

+ Ống vỏ giữa được hình thành từ ống vỏ ngoài lộn vào.

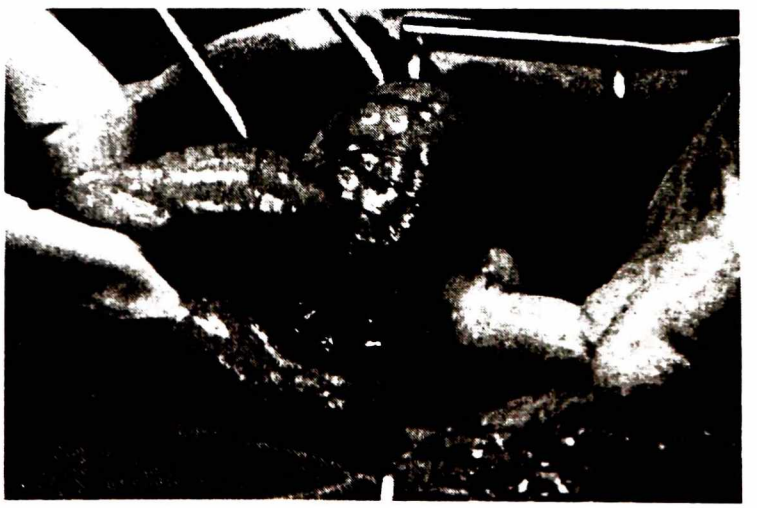
Đầu khối lồng là điểm mút của ống vỏ trong và ống vỏ giữa.

Cổ khối lồng là điểm mút của ống vỏ ngoài và ống vỏ giữa.

– Kiểu lồng kép: gồm 5 lớp, 2 đầu, 2 cổ.



Hình 3.62. Mặt cắt khối lồng.
1. Đầu khối lồng; 2. Vỏ ngoài khối lồng; 3. Vỏ giữa khối lồng; 4. Vỏ trong khối lồng; 5. Cổ khối lồng; 6. Mạc treo ruột.



Hình 3.63. Ruột bị lồng

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.3. Chiều lồng

– Thường theo nhu động ruột, khúc ruột trên chui lồng vào khúc ruột kề sát dưới.

– Lồng ruột giật lùi hiếm gặp, chúng tôi gặp khi mổ tắc ruột do giun đũa.

3.4. Kiểu lồng

3.4.1. Theo giải phẫu lâm sàng

– Lồng ruột non:

+ Lồng hỗng – hỗng tràng.

+ Lồng hồi – hồi tràng.

– Lồng ruột già:

+ Lồng manh – đại tràng.

+ Lồng đại – đại tràng.

– Lồng ruột non – ruột già:

+ Lồng hồi – đại tràng.

+ Lồng hồi – manh – đại tràng.

+ Lồng hồi – hồi – đại tràng.

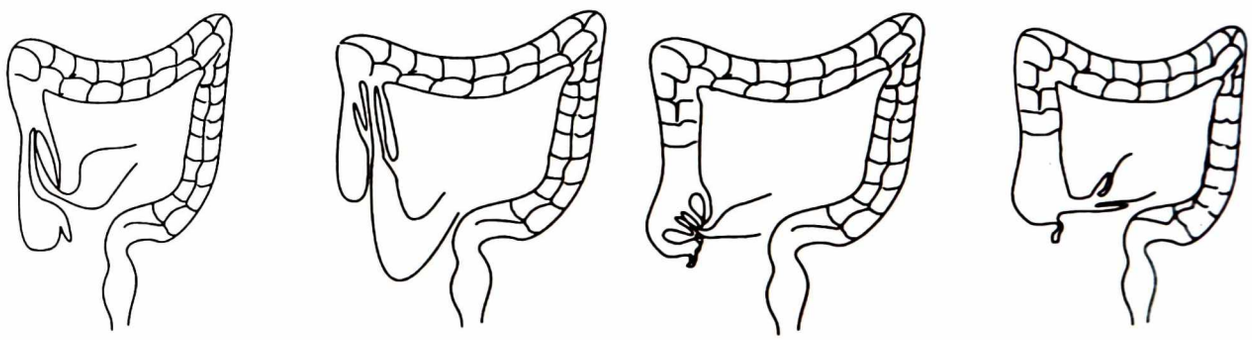
3.4.2. Theo cách lồng

– Đầu cố định, cổ di động:

+ Lồng hồi đại tràng: Đầu khối lồng là van Bauhin. Dù tới điểm nào của khung đại tràng, đầu khối lồng vẫn là van Bauhin.

+ Lồng hỗng – hỗng tràng, lồng hồi hồi tràng.

– Cổ cố định, đầu di động: Điển hình là lồng hồi đại tràng: cổ khối lồng là van Baulin, ruột thừa vẫn ở bên ngoài, hồi tràng lộn qua van Baulin vào trong đại tràng. Loại lồng ruột này chặt.



Hình 3.64. Các thể lồng ruột

a. Lồng hồi đại tràng qua van Bauhin, van Bauhin và ruột thừa ở vị trí bình thường;
b. Lồng hồi manh đại tràng, ruột thừa và van Bauhin đẩy dần đầu khối lồng vào lòng đại tràng;
c. Lồng hồi – hồi – đại tràng (lồng kép), d. Lồng ruột non – ruột non.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.5. Các thương tổn giải phẫu khối lồng

Thay đổi phụ thuộc vào thời gian bị bệnh, kiểu lồng, mức độ lồng chặt hay lỏng.

– Ruột ở trên khối lồng có thể bình thường hay căng chứa dịch.

– Mạc treo nhiều hạch, phù nề, nếu lồng ruột đến muộn: có chấm xuất huyết.

– Khúc ruột lồng khi tháo có thể hơi tím rồi hồng hoặc không hồng trở lại.

– Khi khối lồng chặt, các mạch máu bị tắc nghẽn, đầu khối lồng bị phù nề, nhồi máu, các mao mạch dưới niêm mạc bị vỡ gây chảy máu đường tiêu hoá và cuối cùng khối lồng bị hoại tử do thiếu máu nuôi dưỡng.

4. SINH LÝ BỆNH

Lồng ruột gây ra các rối loạn sinh lý tùy theo tính chất và thời gian bị bệnh.

4.1. Rối loạn tại chỗ

Cản trở lưu thông của đường tiêu hoá: khối lồng làm bít tắc lòng ruột gây ứ đọng dịch và hơi trong lòng ruột phía trên chỗ tắc. Khi có biểu hiện tắc ruột, bệnh nhân nôn nhiều gây mất nước, điện giải và các rối loạn sinh lý khác.

4.2. Cản trở tuần hoàn của đoạn lồng

Khi lồng ruột, mạc treo đoạn lồng bị ép giữa các lớp của khối lồng, các tĩnh mạch mạc treo bị ứ máu, quai ruột lồng bị phù nề lại làm các tĩnh mạch bị chèn ép thêm. Tĩnh mạch ứ máu gây chảy máu vào lòng ruột, kết hợp với niêm mạc ruột tăng tiết chất nhầy gây nên hiện tượng ỉa phân nhầy máu.

Lúc đầu áp lực động mạch còn cao hơn áp lực tĩnh mạch nên ruột còn được nuôi dưỡng, về sau áp lực tĩnh mạch ngày càng tăng lên gây mất sự chênh lệch áp lực giữa động và tĩnh mạch, tuần hoàn ngừng trệ gây thiếu máu nuôi dưỡng và hoại tử ruột. Ruột bị hoại tử lúc đầu ở lớp giữa, rồi đến lớp trung của khối lồng. ống ruột ngoài ít bị hoại tử.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

5.1. Lồng ruột ở trẻ bú mẹ (≤ 24 tháng tuổi): thường là lồng ruột cấp

– Đau bụng cơn: đột ngột, dữ dội, biểu hiện bệnh nhân ưỡn người khóc thét từng cơn, mỗi cơn kéo dài 3 – 10 phút. Sau cơn đau, bệnh nhân mệt ngủ thiếp đi. Khi thức dậy trẻ có thể bú một ít rồi lại lên cơn đau tiếp theo, thời gian giữa các cơn đau khoảng từ 15 phút tới 30 phút.

– Nôn: thường xuất hiện sau cơn đau đầu tiên, chất nôn là sữa hoặc thức ăn vừa ăn vào. Nếu thời gian bị lồng ruột đã kéo dài, bệnh nhân có thể nôn ra dịch mật.

– Ỉa ra máu: có thể phân lẫn máu hoặc có chất nhầy lẫn máu.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Giờ xuất hiện ỉa máu trung bình là 9 – 10 giờ sau triệu chứng đau bụng đầu tiên.

- Ở trẻ càng nhỏ, dấu hiệu ỉa ra máu thường sớm.

- Nếu ỉa ra máu sớm ≤ 5 giờ và ra máu nhiều thì khối lồng thường chặt khó tháo.

Ba dấu hiệu trên đây là tam chứng lâm sàng kinh điển của lồng ruột.

– Khám bụng: bụng thường mềm. Nếu nắn bụng đau là lồng ruột muộn đã có biến chứng.

- Khối lồng: có thể nắn thấy khối lồng dài như quả chuối, dọc theo khung đại tràng ở dưới bờ sườn phải hoặc ngang trên rốn hoặc sang tới dưới bờ sườn trái, hố chậu trái, ấn vào khối lồng thường bệnh nhân đau.

Để tìm được khối lồng, phải khám nhẹ nhàng khi bệnh nhân nằm yên, ngoài cơn đau.

– Thăm trực tràng: có thể có máu theo tay, bóng trực tràng rỗng, có thể thấy đầu khối lồng.

– Dấu hiệu toàn thân: trường hợp bệnh nhân đến muộn, trẻ mệt mỏi, có dấu hiệu mất nước, sốt hoặc trong tình trạng sốc.

5.2. Lồng ruột ở trẻ ≥ 25 tháng tuổi

Thường ở thể bán cấp và mạn tính và gặp nhiều ở trẻ từ 3 – 4 tuổi.

– Đau bụng: gặp ở 100% các bệnh nhân. Tính chất đau: đau bụng kéo dài từng đợt, các cơn đau thưa ít, khoảng vài cơn đau mỗi ngày, vẫn trung tiện được. Mỗi đợt đau độ 2 – 6 ngày rồi hết đau. Sau đó lại tái xuất hiện và những đợt đau như vậy có thể kéo dài hàng tháng.

– Nôn: hoặc buồn nôn:

- Nôn thường gặp trong lồng ruột bán cấp với tỷ lệ khoảng 50 – 75% số bệnh nhân. Nôn ra thức ăn hoặc ra dịch mật.

- Trong lồng ruột mạn tính: buồn nôn hoặc nôn ít, tỷ lệ nôn khoảng 15% số bệnh nhân lồng ruột.

– Đại tiện ra máu: đại tiện ra máu thường ở thể bán cấp với tỷ lệ từ 21% tới 50%; các trường hợp và ít gặp ở thể mạn tính, chỉ khoảng 10% các trường hợp.

– Khối lồng: hầu hết là nắn thấy.

Cần lưu ý: khối lồng xuất hiện từng đợt. Trong cơn đau sờ nắn thấy khối lồng rõ, ngoài cơn đau khối lồng có thể mất. Sau một khoảng thời gian, khối lồng lại xuất hiện cùng với đau bụng, do vậy G.Leward (1991) gọi khối lồng trong lồng ruột bán cấp và mạn tính là khối "u ma" (Tumeur fantome).

– Toàn trạng: mệt mỏi, kém ăn, có thể gầy sút.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.3. Lưu ý

– Lồng ruột non: lồng hỗng – hỗng tràng, hồi – hồi tràng. Triệu chứng lâm sàng là tắc ruột và thường chỉ chẩn đoán được trong mổ.

– Ở trẻ ≤ 24 tháng tuổi: chủ yếu là lồng ruột cấp nhưng cũng có thể gặp lồng ruột bán cấp.

– Ở trẻ > 24 tháng tuổi: ngoài lồng bán cấp và mạn tính, vẫn gặp thể lồng cấp nên diễn biến nhanh tới hoại tử khối lồng.

Một vài tác giả đã đưa ra một số phương trình để chẩn đoán lồng ruột, nhưng trên thực tế cần phối hợp các triệu chứng trên, nếu nghi ngờ cần phối hợp các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng: Xquang, siêu âm, nội soi đại tràng.

6. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ NỘI SOI

6.1. Xquang

6.1.1. Chụp bụng không chuẩn bị

Ít giá trị cho chẩn đoán lồng ruột.

– Có thể thấy vùng mờ của khối lồng nhưng hình ảnh này không chắc chắn.

– Thấy được hình ảnh tắc ruột: các mức nước – hơi.

– Hiếm gặp: liềm hơi trong ổ bụng khi khối lồng bị hoại tử, thủng.

6.1.2. Chụp khung đại tràng cản quang

– Hình ảnh khối lồng là hình càng cua, đáy chén, hình móc câu.

– Để điều trị tháo lồng: tỷ lệ thành công thấp, nếu có biến chứng thủng đại tràng mà Barium vào ổ bụng thì tiên lượng nặng.

Phương pháp chẩn đoán này tới nay ít áp dụng, nếu có thì chỉ định cho thể lồng bán cấp và chủ yếu thể mạn tính để chẩn đoán và tìm nguyên nhân gây lồng như u hoặc polyp trong đại tràng.

6.1.3. Bơm không khí vào đại tràng

Để chẩn đoán và tháo lồng.

– Bệnh nhân được tiền mê và máy tháo lồng có van an toàn với áp lực sử dụng từ 8 –·11cm Hg.

– Đây là một phương pháp đơn giản, an toàn cao, cho chẩn đoán nhanh, chính xác và tỷ lệ tháo lồng cao.

– Hình ảnh khối lồng cũng giống như thụt Barium.

– Bơm không khí đại tràng: có thể tiến hành dưới màn chiếu Xquang, chụp Xquang, hoặc kết hợp với siêu âm hoặc có thể chỉ dựa vào lâm sàng đơn thuần.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6.2. Siêu âm

6.2.1. Siêu âm để chẩn đoán lồng ruột

– Mặt cắt ngang: khối lồng cho hình ảnh bia đạn với nhiều vòng tròn đồng tâm.

– Mặt cắt dọc: khối lồng có hình bánh kẹp "Sandwich" với các lớp xếp chồng lên nhau. Trung tâm là một vệt giầu echo của lòng quai ruột lồng.

6.2.2. Siêu âm có thể tìm được nguyên nhân gây lồng ruột

Như bệnh lý hạch trong khối lồng, khối u, túi thừa Meckel, Polype.

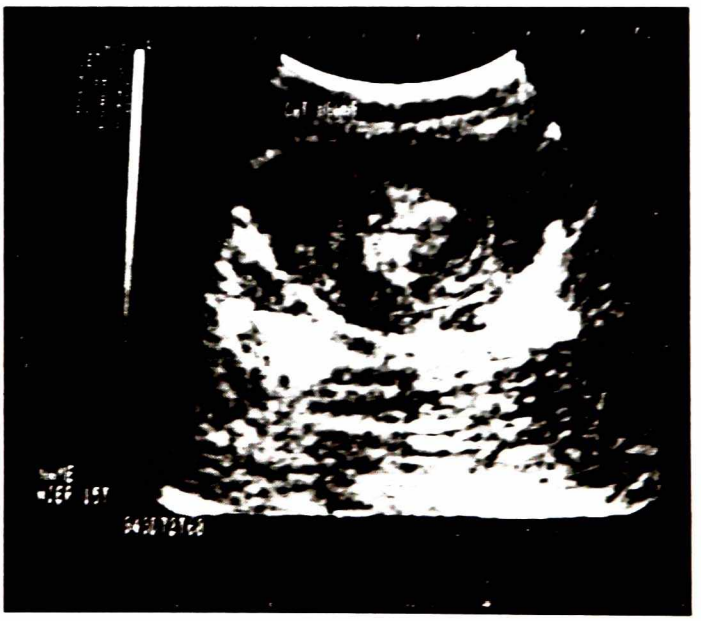
6.2.3. Siêu âm dùng để kiểm tra kết quả tháo lồng

6.2.4. Siêu âm có giá trị tiên lượng khối lồng chặt hay lỏng

– Đường kính khối lồng lớn: biểu hiện là lồng ruột kép hoặc do khối lồng chặt, phù nề nhiều.

– Chiều dày thành ruột lồng: càng lớn chứng tỏ phù nề thành ruột nhiều, khối lồng chặt.

– Dịch trong lòng khối lồng và dịch tự do trong ổ bụng: là dấu hiệu báo hiệu khối lồng chặt, phù nề, khó tháo và có tỷ lệ phải mổ cao. Cần thận trọng khi bơm không khí vào đại tràng để tháo lồng.



Hình 3.65. Siêu âm cắt ngang khối lồng



Hình 3.66. Siêu âm cắt dọc khối lồng

6.3. Soi đại tràng bằng ống soi mềm

– Để chẩn đoán lồng ruột.

– Tìm được nguyên nhân gây lồng ở đại tràng như: Polyp, u từ ở góc hồi manh tràng xuống.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Giúp điều trị nguyên nhân: cắt polyp qua nội soi.

– Chỉ định nội soi đại tràng:

+ Lồng ruột bán cấp, nhưng chủ yếu ở lồng ruột mạn tính.

+ Lồng ruột tái phát nhiều lần.

+ Khi có triệu chứng gợi ý bệnh lý của đại tràng như: đại tiện ra máu, đau bụng kéo dài, đau bụng kèm theo gày sút.

7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Chẩn đoán xác định lồng ruột

– Đau bụng cơn + nôn + khối lồng.

– Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu + khối lồng.

– Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu.

– Đau bụng cơn + chẩn đoán hình ảnh có khối lồng (Xquang hoặc siêu âm).

7.2. Chẩn đoán phân biệt

– Hội chứng lỵ: bệnh nhân có cảm giác mót rặn, đại tiện nhiều lần, phân có ít máu và chất nhầy.

– Đau bụng, tắc ruột do giun: đau bụng cơn, không ỉa máu, nắn thấy quai ruột có giun đũa.

– Rối loạn tiêu hoá: đau bụng quanh rốn, phân lỏng, nắn bụng thường mềm.

– Viêm phổi: nghe phổi có ran, chụp phổi thấy thương tổn.

– Viêm ruột hoại tử: đau bụng, phân lỏng có máu thối khẳn, thường có dấu hiệu sốc.

– Chảy máu tiêu hoá: tuỳ theo nguyên nhân gây chảy máu mà có những dấu hiệu lâm sàng tương ứng.

– Viêm dạ dày cấp: thường đau trên rốn, nắn không có khối lồng.

– Viêm ruột thừa: đau và phản ứng khu trú ở hố chậu phải, có hội chứng nhiễm khuẩn.

– Viêm ruột.

– U bụng.

8. TIẾN TRIỂN CỦA LỒNG RUỘT

8.1. Gây tắc ruột, hoại tử thủng ruột, viêm phúc mạc

Thường ở thể lồng cấp và có thể ở thể bán cấp.

8.2. Tự khỏi và tái phát nhiều lần: thường ở thể mạn tính.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

9. ĐIỀU TRỊ

Có 2 phương pháp: không phẫu thuật và phẫu thuật. Hiện nay điều trị lồng ruột chủ yếu bằng phương pháp không phẫu thuật. Để có được chỉ định chọn phương pháp đúng, cần biết các yếu tố tiên lượng khối lồng chặt hay lỏng và khả năng tháo lồng.

9.1. Các yếu tố tiên lượng góp phần vào chỉ định tháo lồng ở trẻ ≤ 24 tháng tuổi bị lồng ruột

– Các triệu chứng lâm sàng có giá trị tiên lượng khối lồng khó tháo.

+ Tuổi: tuổi càng nhỏ đặc biệt trẻ < 4 tháng tuổi: khối lồng thường chặt.

+ Thời gian bị lồng ruột: kéo dài trên 48 giờ, hoặc trên 72 giờ.

+ Thời gian xuất hiện ỉa máu càng sớm, đặc biệt ≤ 5 giờ và lượng máu ra nhiều thì khối lồng ruột càng khó tháo.

+ Đã có hội chứng tắc ruột rõ, đã có rối loạn tại chỗ (bụng trướng, nắn đau) hoặc rối loạn toàn thân (sốt cao, mất nước, sốc).

– Giá trị tiên lượng của siêu âm: khối lồng chặt khi

+ Đường kính khối lồng ≥ 35mm.

+ Chiều dày thành ruột lồng > 8mm.

+ Có dịch trong lòng khối lồng và dịch tự do trong ổ bụng.

9.2. Điều trị lồng ruột bằng phương pháp không phẫu thuật

9.2.1. Điều trị lồng ruột bằng bơm không khí vào đại tràng

a) Chỉ định

– Cho hầu hết các trường hợp lồng ruột ở trẻ ≤ 24 tháng, chỉ có chống chỉ định khi có triệu chứng viêm phúc mạc hoặc tắc ruột rõ ở lâm sàng và Xquang.

– Ở trẻ ≥ 25 tháng: nhất là trẻ ≥ 36 tháng bơm không khí vào đại tràng để chẩn đoán và điều trị ban đầu trong tình trạng cấp cứu. Sau đó khám tìm nguyên nhân và mổ theo chương trình hoặc cấp cứu trì hoãn.

b) Kỹ thuật tháo

– Tiền mê.

– Máy tháo lồng với áp lực P = 8 – 11mm Hg, có van an toàn.

– Tiến hành tháo lồng dưới máy chiếu Xquang hoặc tại phòng mổ hoặc ngay tại phòng khám nếu thầy thuốc có kinh nghiệm.

c) Chứng nghiệm lồng ruột đã được tháo

– Với dấu hiệu lâm sàng đơn thuần:

+ Bụng đang trướng lệch với quai đại tràng giãn trở thành trướng đều.

+ Áp lực của máy tụt xuống và không lên tới 8 – 10mm Hg khi tiếp tục bơm hơi.

+ Xả hơi qua ống thông trong trực tràng: bụng vẫn còn trướng đều.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Nắn bụng không còn khối lồng.

– Dấu hiệu Xquang:

Hình ảnh khối lồng mất, không khí vào các quai ruột non.

– Siêu âm: xác định khối lồng không còn.

– Theo dõi sau tháo lồng:

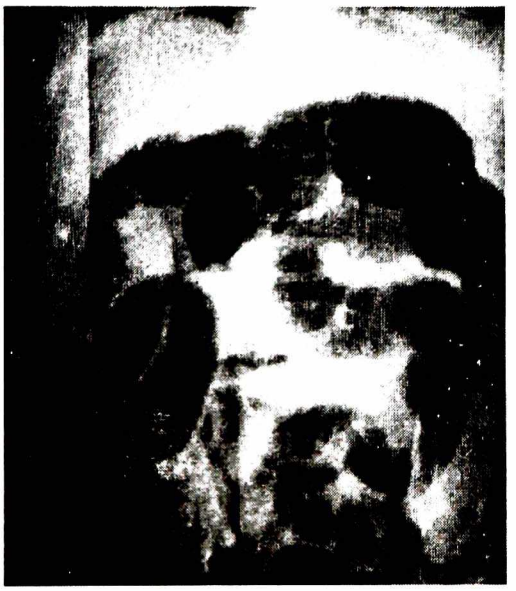
+ Trẻ hết nôn, bú trở lại.

+ Hết khóc cơn.

+ Bụng: bớt trướng dần.

+ Phân: máu ra ít dần và phân trở lại màu bình thường sau khoảng 8 giờ.

Có thể cho uống than hoạt để kiểm tra lưu thông tiêu hoá.



Hình 3.67. Lồng ruột hình càng cua



Hình 3.68. Hình đáy chén



Hình 3.69. Sau tháo lồng bằng bơm hơi đại tràng

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

9.2.2. Thụt đại tràng bằng thuốc cản quang

– Chỉ áp dụng cho chẩn đoán ở thể mạn tính và để tìm nguyên nhân: có Polype, u trong đại tràng.

– Không áp dụng với mục đích tháo lồng.

9.2.3. Thụt nước muối sinh lý vào đại tràng kết hợp theo dõi bằng siêu âm để tháo lồng

Phương pháp này không có áp lực tháo chủ động và an toàn như bơm không khí vào đại tràng, rất ít được áp dụng.

9.3. Điều trị lồng ruột bằng phẫu thuật

9.3.1. Chỉ định mổ

– Với trẻ ≤ 24 tháng:

+ Tháo lồng bằng bơm không khí vào đại tràng không kết quả.

+ Lồng ruột có biểu hiện viêm phúc mạc hoặc tắc ruột rõ trên lâm sàng và Xquang.

+ Lồng ruột tái phát nhiều lần: có chỉ định tương đối.

– Với trẻ ≥ 25 tháng tuổi:

+ Lồng ruột mạn tính, thường ở trẻ lớn.

+ Lồng ruột bán cấp: có chỉ định tương đối.

9.3.2. Kỹ thuật mổ

– Có hồi sức trước mổ: truyền dịch, kháng sinh, đặt ống thông vào dạ dày.

– Gây mê nội khí quản.

– Đường rạch:

+ Đường giữa trên rốn.

+ Đường bờ ngoài cơ thẳng to phải.

+ Đường ngang theo nếp bụng dưới rốn bên phải.

– Kỹ thuật:

+ Cách tháo: nắn và đẩy khối lồng ngược chiều nhu động tạo khối lồng.

+ Kiểm tra có các nguyên nhân gây lồng và giải quyết như polype, túi Meckel.

– Vấn đề cắt ruột thừa: không nên cắt ruột thừa.

– Vấn đề cố định ruột:

+ Ở trẻ ≤ 24 tháng: không cần cố định.

+ Ở trẻ ≥ 25 tháng: cố định hồi tràng vào đại tràng và cố định đại tràng lên vào phúc mạc thành bên ở hố chậu phải.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Cắt ruột hoại tử: tuỳ theo thương tổn ruột và tình trạng bệnh nhân mà quyết định:

+ Nối ngay. Nối tận tận.

+ Dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài thành bụng kiểu Mickulicz rồi mổ thì hai độ một vài tháng sau để nối lại hai đầu ruột.

9.3.3. Sau mổ

– Truyền dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

– Kháng sinh.

– Cho ăn khi có lưu thông tiêu hoá.

9.3.4. Các biến chứng sau mổ

– Viêm phúc mạc.

– Tắc ruột.

– Chảy máu trong ổ bụng.

– Nhiễm trùng vết mổ.

– Bục thành bụng.

– Sổ thành bụng.



Hình 3.70. Polype trong lòng ruột là nguyên nhân gây lồng ruột

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bowerman R.A., Silver T.M., Jaffe M.H. (1982): Real–time ultrasound diagnosis of intussussception in children.

   Ultrasound, 2: 527–529.

2. Karl – Ludwig Waag (2006): Intussusception. In: P.Puri, M.E. Hurllwarth. Pediatric Surgery, pp 313–320. Spinger – Verlag Berlin Heldelberg. Germany.

3. Lee H.C., Yeh H.J., Leu Y.J. (1989): Intussusception: the sonographic diagnosis and its clinical value.

   Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, 8: 343– 347.

4. Ngô Đình Mạc (1983): Mười năm điều trị lồng ruột ở trẻ em ở Bệnh viện Việt Nam – CHDC Đức.

   Ngoại khoa tập 10:122–127.

5. Nguyễn Thị Thu Thuỷ, Trần Ngọc Bích, Chu Văn Tường (2002): Chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lồng ruột bán cấp và mạn tính ở trẻ em. Ngoại khoa, 3: 23–28..

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

10. TẮC RUỘT Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột là sự ngừng lưu thông các chất (đặc, lỏng, hơi) chứa trong lòng ruột.

Tắc ruột có thể xảy ra từ tá tràng tới tận hậu môn.

Đây là một cấp cứu ngoại khoa phổ biến do nhiều loại nguyên nhân khác nhau và xảy ra ở mọi lứa tuổi.

Tắc ruột đã được biết từ lâu. Năm 1889, Frederik Treves là người đầu tiên phân chia tắc ruột theo hai loại: cơ năng và cơ giới. Hartwell và Hoguet năm 1912 đã nêu vai trò quan trọng của truyền dịch trong điều trị. Cho tới nay, đã có rất nhiều nghiên cứu về tắc ruột: nguyên nhân, giải phẫu bệnh, sinh lý bệnh, chẩn đoán và vấn đề điều trị. Tỷ lệ tử vong do bệnh đã giảm thấp.

Trong bài này không đề cập tới tắc ruột sơ sinh (tuổi từ 1 – 30 ngày sau đẻ).

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Đại thể

Tuỳ theo nguyên nhân gây tắc, mức độ tắc, thời gian bị tắc mà có những biểu hiện khác nhau.

– *Dịch trong ổ bụng:*

+ Số lượng dịch từ ít tới nhiều tuỳ giai đoạn của bệnh.

+ Màu: vàng chanh trong giai đoạn đầu, sau dịch đục. Dịch hồng có máu khi có xoắn ruột.

+ Mùi: không mùi ở giai đoạn sớm và có mùi thối khi ruột hoại tử.

– *Ruột:*

+ Chỗ tắc:

* Giãn to nếu nguyên nhân gây tắc do búi giun đũa, lồng ruột, khối u ở thành ruột, khối bã thức ăn trong lòng ruột v.v...

* Nhỏ, chít hẹp khi xoắn ruột, có dây chằng gây nghẹt thành ruột v.v...

+ Bên trên chỗ tắc:

Ruột giãn to, chứa dịch, hơi, thức ăn.Thành ruột căng bóng hồng nếu bệnh nhân tới sớm và thành ruột phù nề, tím khi tắc ruột muộn. Thành ruột mỏng có thể có chấm, vết hoại tử do giãn căng.

+ Dưới chỗ tắc: ruột xẹp, màu sắc bình thường.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2. Vi thể

– Ruột phía trên chỗ tắc: theo các mức độ

+ Ứ máu nhẹ.

+ Phù nề, chảy máu ở lớp dưới niêm mạc, lớp cơ.

+ Tắc mạch ở thành ruột, mạc treo ruột.

Ruột hoại tử thường là một đoạn có độ dài khác nhau.

– Biểu hiện hoại tử ruột cũng khác nhau theo nguyên nhân gây tắc:

+ Nếu viêm ruột non hoại tử (do Clostridium Perfringent type C) thì thường hoại tử từng vệt, từng vùng trên thành ruột.

+ Nếu do xoắn ruột thì hoại tử cả quai ruột bị xoắn.

+ Nếu do dây chằng gây nghẹt thì hoại tử vòng theo chu vi ruột.

3. SINH LÝ BỆNH

Tắc ruột gây rối loạn tại chỗ và toàn thân.

3.1. Rối loạn tại chỗ

3.1.1. Tăng sóng nhu động

Trên chỗ tắc, ruột tăng nhu động để đẩy các chất trong lòng ruột xuống phía dưới. Sóng nhu động tới chỗ tắc thì bị chặn lại và tạo các sóng nhu động ngược chiều. Sự tăng dần các chất ứ đọng phía trên chỗ tắc và sự co bóp của thành ruột đã làm tăng áp lực trong lòng ruột làm ruột giãn dần và trào ngược chất đọng trong lòng ruột lên phía trên gây nôn. Sóng nhu động ruột đã tạo nên hình ảnh "rắn bò " trên thành bụng.

Sự tăng co bóp này gây các cơn đau bụng với độ dài và khoảng cách khác nhau.

Lúc đầu, thành ruột tăng co bóp nhưng khi ruột giãn to thì sự co bóp giảm dần nên các cơn đau bụng thưa hơn.

3.1.2. Giãn ruột

Do ứ đọng tăng dần các chất dịch, hơi kèm theo lượng thức ăn nước uống có sẵn trong lòng ruột.

Lượng dịch tăng do dịch men tiêu hoá như nước bọt, dịch dạ dày, dịch tụy, mật và dịch ruột không được hấp thu.

Hơi trong lòng ruột cũng tăng do hơi nuốt vào và hơi được sinh ra do sự phân huỷ thức ăn lên men trong lòng ruột.

Sự tàng ứ đọng và tăng co bóp ruột tạo ra tăng áp lực trong lòng ruột gây rối loạn hấp thu rồi gây thương tổn dần các lớp ở thành ruột từ mức độ phù rồi xung huyết, chảy máu và hoại tử, thủng ruột.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Sự thoát huyết tương từ thành ruột vào ổ bụng và lòng ruột gây mất nước và điện giải.

Ruột giãn, đặc biệt khi vị trí tắc ở thấp về phía cuối hồi tràng, gây trướng bụng tăng dần và ảnh hưởng xấu tới hô hấp của trẻ nhất là trẻ nhỏ.

3.2. Rối loạn toàn thân

3.2.1. Mất nước và rối loạn điện giải

– Nguyên nhân:

Do không ăn uống được, do không hấp thu được dịch, do nôn, do mất dịch vào trong ổ bụng, do sốt.

Các điện giải như ion Na^+, Cl^- trong máu giảm.

Ion K^+ trong máu lúc đầu giảm do nôn nhiều nhưng ở giai đoạn sau ion K^+ lại tăng do ổ phúc mạc hấp thụ lại ion K^+ thoát mạch vào ổ bụng.

– Hậu quả:

Giảm lưu lượng tuần hoàn, máu cô đặc dần v.v...., rồi gây sốc do giảm thể tích tuần hoàn.

3.2.2. Rối loạn thăng bằng kiềm toan

Do dịch ruột mất qua đường nôn, thoát vào ổ phúc mạc, ion Na^+ trong máu giảm và gốc HCO_3 được huy động từ trong tế bào ra, ion Cl^- trong máu tăng gây toan chuyển hoá. Ngoài ra, còn một yếu tố khác nữa góp phần gây toan chuyển hoá là cơ thể tự phân huỷ protide, lipide tự thân để tạo năng lượng nên sinh ra sản phẩm chuyển hoá trung gian có tính chất acid.

3.2.3. Nhiễm trùng, nhiễm độc

Các chất bị ứ đọng ở ruột bị phân huỷ tạo điều kiện tốt để vi khuẩn gây bệnh phát triển kèm theo tăng lượng độc tố. Vi khuẩn và độc tố thoát qua thành ruột bị thương tổn vào máu, vào trong ổ phúc mạc gây nhiễm trùng nhiễm độc cho cơ thể.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Khi thăm khám, cần hỏi kỹ bệnh nhân và gia đình những diễn biến trong tiền sử, cả tiền sử thai nghén của mẹ bệnh nhân, những triệu chứng đầu tiên, quá trình diễn biến bệnh, chế độ ăn, những loại thức ăn trước khi bị bệnh, tình trạng tiêu hoá của bệnh nhân từ nhỏ, những bệnh đã mắc và có bị mổ trước đây không. Lứa tuổi bệnh nhân cũng cần lưu ý vì có một số loại bệnh hay xảy ra theo từng lứa tuổi. Dịch tễ về bệnh tại vùng bệnh nhân sống cũng nên được khai thác.

Tắc ruột có các triệu chứng cơ bản chung nhưng cũng có những triệu chứng riêng tương đối điển hình với từng loại nguyên nhân tắc ruột.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Khai thác kỹ bệnh sử và thăm khám một cách hệ thống thì không những chẩn đoán sớm được tắc ruột mà còn chẩn đoán được cả nguyên nhân.

4.1. Cơ năng

– Đau bụng:

+ Thường đau quanh rốn, đau từng cơn. Các cơn đau lúc đầu ngắn và thưa, sau đau gần như liên tục. Nếu đau dữ dội, mạch nhanh, huyết áp thấp thì phải nghĩ tới xoắn ruột.

+ Cũng có khi bệnh nhân đau bụng từng đợt. Mỗi đợt đau bụng vài ngày, bụng trướng trong đợt đau rồi tự hết.

+ Bệnh nhân có thể đau bụng âm ỉ, đau gần như liên tục, bụng trướng dần.

– Nôn:

+ Nôn có thể xuất hiện sớm sau cơn đau bụng khi chưa có dấu hiệu trướng bụng hoặc nôn khi bụng trướng.

+ Chất nôn lúc đầu là thức ăn, rồi nôn ra dịch có mật, dịch ruột. Chất nôn có thể có các dây máu, có thể nôn ra giun đũa.

– Dấu hiệu trung đại tiện:

+ Bí trung đại tiện khi có tắc ruột hoàn toàn như xoắn ruột, tắc ruột do giun đũa.

+ Vẫn có trung đại tiện khi tắc ruột không hoàn toàn như hẹp ruột do màng ngăn có lỗ rộng, do ruột đôi, lồng ruột bán cấp.

+ Đại tiện ra máu trong bệnh lồng ruột hoặc viêm ruột non hoại tử.

+ Táo bón thường xuyên xen kẽ những đợt ỉa lỏng do viêm ruột ở bệnh Hirschsprung.

4.2. Thực thể

– Nhìn:

+ Bụng trướng đều, có hình quai ruột nổi, có thể thấy dấu hiệu "rắn bò".

+ Bụng có thể trướng không đều, lệch về bên trái như trong tắc ruột do bệnh Hirschsprung.

+ Bụng chỉ trướng vùng trên rốn, còn vùng dưới rốn xẹp. Thấy được hình dạ dày nổi. Gặp trong tắc ở tá tràng hoặc hỗng tràng gần góc Treitz.

+ Xem có vết mổ cũ ở thành bụng không.

– Sờ nắn:

+ Đánh giá tình trạng thành bụng: mềm hay có phản ứng v.v...

+ Nắn tìm có các khối bất thường: khối ruột lồng, khối u, quai ruột có giun đũa, ước lượng kích thước và cần đánh giá đúng mức độ đau của bệnh nhân, tình

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

trạng thành bụng khi nắn vào những khối bất thường này. Đây là những điểm quan trọng cho chẩn đoán và chỉ định theo dõi hay phải mổ cấp cứu. Ví dụ như nắn vào quai ruột có búi giun mà bệnh nhân rất đau thì phải mổ cấp cứu vì quai ruột giãn có nguy cơ hoại tử.

+ Cần khám các lỗ thoát vị, bẹn bìu để xem có thoát vị không.

– *Gõ:*

Khi tắc ruột tới muộn, dịch thoát qua thành ruột vào ổ bụng nhiều nên gõ đục vùng thấp.

– *Nghe:*

Có thể thấy tiếng lọc sọc.

– *Thăm trực tràng:*

+ Thường bóng trực tràng rỗng.

+ Xem có hẹp ống hậu môn không.

+ Tìm có đầu khối lồng hoặc u vùng tiểu khung.

+ Xem có máu không.

4.3. Toàn thân

Tuỳ thuộc vào thời gian mắc bệnh và nguyên nhân mà có các biểu hiện:

– Nếu bệnh nhân tới sớm: không có dấu hiệu mất nước.

– Nếu bệnh nhân tới muộn và chưa được điều trị thì có dấu hiệu mất nước và rối loạn điện giải. Nặng hơn thì trong tình trạng sốc do giảm khối lượng tuần hoàn: mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.

– Thể trạng gày, bụng trướng to.

– Nhiễm trùng nhiễm độc: sốt cao, da xanh tái hoặc nổi vân tím khi có rối loạn vận mạch. Tri giác lơ mơ v.v...

5. CẬN LÂM SÀNG

5.1. Xquang

5.1.1. Chụp bụng không chuẩn bị: tư thế thẳng đứng, xem có:

– Dịch trong ổ bụng: biểu hiện bằng mờ ổ bụng, nhất là vùng dưới rốn, khoảng cách giữa các quai ruột xa nhau (biểu hiện của thành ruột bị nề, có dịch trong ổ bụng).

– Các mức nước – hơi: số lượng, vị trí, kích thước.

+ Nếu có nhiều mức nước – hơi: tắc ruột non.

+ Nếu chỉ có ba mức nước – hơi: một của dạ dày ở bên trái trên rốn, một ở thấp

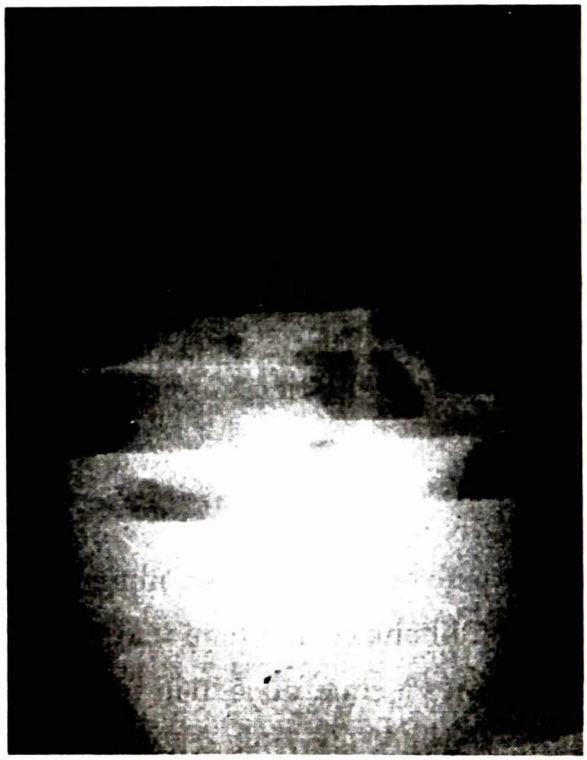
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

hơn ở bên phải cột sống và một ở thấp hơn mức thứ hai, ở bên trái hoặc ngang cột sống thì là tắc hỗng tràng gần góc Treitz.

+ Nếu thấy hình đại tràng giãn to: bệnh Hirrschsprung.

+ Nếu có hai mức nước hơi to: một của dạ dày, một của tá tràng bên phải cột sống, vẫn có hơi trong ruột non bình thường thì nghĩ tới hẹp tá tràng.

+ Thấy hình các vết dài hoặc lỗ rỗ như tổ ong thì nghĩ tới tắc ruột do giun đũa.



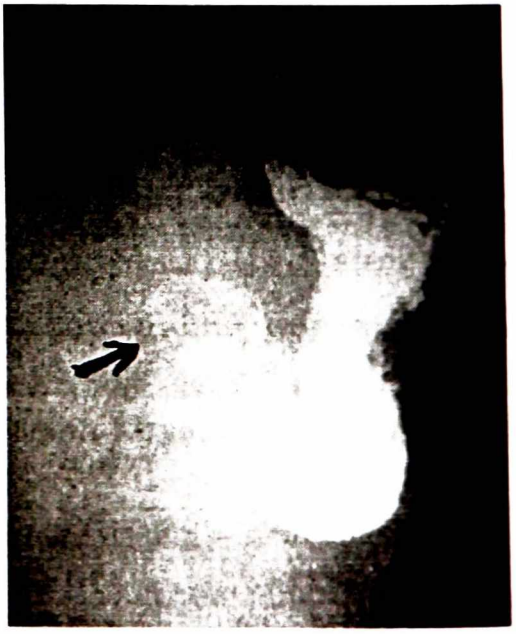
Hình 3.71. Mức nước – hơi

5.1.2. Chụp lưu thông tiêu hoá

Mục đích để xác định nguyên nhân gây tắc ruột, đặc biệt ở những bệnh nhân có biểu hiện bệnh kéo dài, bị tái phát nhiều lần, tình trạng bệnh nhân ổn định. Nên hút xẹp dạ dày trước khi bơm thuốc cản quang.

Theo dõi sự di chuyển của thuốc cản quang để xác định vị trí bị tắc – hẹp và chẩn đoán nguyên nhân.

Có thể xác định được các nguyên nhân bẩm sinh như hẹp tá tràng do dây chằng Ladd, xoắn trung tràng, hẹp ruột do màng ngăn có lỗ, ruột đôi v.v...



Hình 3.72. Tá tràng đôi

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.1.3. Chụp khung đại tràng cản quang

Chỉ định khi nghi có u đại tràng, lồng ruột bán cấp hoặc mạn tính, bệnh Hirschsprung.

5.1.4. Bơm hơi đại tràng

Chỉ định khi nghi ngờ hoặc có chẩn đoán lồng ruột thể cấp, bán cấp. Bơm hơi vừa để chẩn đoán vừa để điều trị.

5.2. Xét nghiệm

Công thức máu, hematocrit, máu chảy, máu đông, điện giải đồ, khí máu.

Urê máu, creatinin, HbsAg.

5.3. Soi đại tràng

Chỉ định khi có dấu hiệu tắc ruột thấp, nghi ngờ có u đại tràng, hoặc có polype đại tràng gây lồng ruột. Soi để chẩn đoán, sinh thiết hoặc cắt polype.

5.4. Siêu âm

Giúp tìm nguyên nhân gây tắc ruột như u ở thành ruột, ở mạc treo v.v...

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định tắc ruột

Dựa vào khám lâm sàng và Xquang với các triệu chứng chính sau:

– Đau bụng từng cơn.

– Nôn: nôn ra thức ăn, dịch dạ dày, dịch mật hoặc dịch ruột.

– Bí trung đại tiện.

– Xquang: chụp bụng không chuẩn bị đứng thẳng có mức nước – hơi.

– Một số triệu chứng khác tuỳ theo nguyên nhân tắc ruột như đại tiện ra máu do lồng ruột v.v....

6.2. Chẩn đoán phân biệt

6.2.1. Với các bệnh không có chỉ định mổ

– Viêm tụy cấp không do nguyên nhân ngoại khoa.

– Ngộ độc thức ăn.

– Viêm ruột.

– Sỏi thận– niệu quản.

– Chấn thương cột sống.

– Vỡ xương chậu, có máu tụ sau phúc mạc trước bàng quang.

– Máu tụ sau phúc mạc do chấn thương.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6.2.2. Với các bệnh không phải tắc ruột nhưng là bệnh ngoại khoa cần mổ cấp cứu

– U nang buồng trứng xoắn.

– Viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng: thủng dạ dày, thủng đường mật, thủng ruột.

– Viêm tụy cấp do nguyên nhân ngoại khoa như giun chui vào ống tụy.

– Viêm hoại tử hoặc nhồi máu ở mạc nối lớn.

6.3. Chẩn đoán nguyên nhân

6.3.1. Tắc ruột do các nguyên nhân bẩm sinh nhưng bệnh biểu hiện ở lứa tuổi ngoài giai đoạn sơ sinh

a) Do màng ngăn có lỗ

Màng ngăn có lỗ có thể ở từ môn vị, tá tràng, ruột non tới đại tràng nhưng thường gặp ở tá tràng và hỗng tràng.

Tuỳ theo kích thước của lỗ thông nhỏ hay to mà triệu chứng lâm sàng biểu hiện sớm hay muộn.

Nếu lỗ thông nhỏ, thì có biểu hiện tắc ruột sớm, xảy ra ở tuổi sơ sinh.

Nếu lỗ thông khá to thì dịch và thức ăn lỏng vẫn qua được. Ở giai đoạn sơ sinh, các dấu hiệu lâm sàng chưa rõ. Khi bệnh nhân ăn thức ăn đặc thì sự lưu thông thức ăn qua lỗ thông khó khăn hơn và có sự ứ đọng ở phần trên màng ngăn. Các triệu chứng lâm sàng dần biểu hiện rõ như nôn, trướng bụng dần.

Chẩn đoán dựa vào chụp lưu thông tiêu hoá.

b) Do ruột đôi

Ruột đôi có thể gặp ở các vị trí như ở tá tràng, hỗng–hồi tràng và đại–trực tràng. Ruột đôi thường có dạng hình cầu hay hình ống. Ở một bệnh nhân có thể có cả ruột đôi hình cầu và hình ống. Bệnh nhân có dấu hiệu bán tắc ruột nhiều đợt hoặc triệu chứng tắc ruột tăng dần.

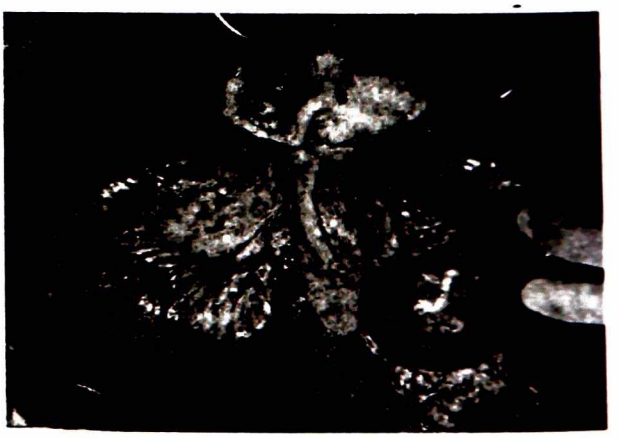
Chẩn đoán dựa vào siêu âm, chụp lưu thông tiêu hoá, soi đại tràng.

c) Do dây chằng Ladd và xoắn trung tràng

Dây chằng Ladd gây hẹp cuối D2 tá tràng, thỉnh thoảng có đợt xoắn ruột và tự tháo xoắn nên bệnh nhân có dấu hiệu bán tắc ruột từng đợt.

Bệnh lý này hay xảy ra ở thời kỳ sơ sinh nhưng cũng tồn tại ở trẻ em, và ở cả người lớn.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào chụp lưu thông tiêu hoá hoặc trong lúc phẫu thuật.



Hình 3.73. Xoắn trung tràng + dây chằng Ladd

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

d) Do dính ruột từ thời kỳ bào thai

Trong thời kỳ bào thai, ruột non bị thủng gây viêm phúc mạc thai nhi. Lỗ thủng ruột tự bịt kín. Ruột non dính với nhau nhưng vẫn còn lưu thông. Biểu hiện tắc ruột có thể xảy ra ngoài giai đoạn sơ sinh.

Chụp bụng không chuẩn bị, ngoài dấu hiệu mức nước mức – hơi, còn thấy có các vết cản quang do vôi hoá ở ổ bụng.

e) Xoắn ruột do túi thừa Meckel

Đầu túi Meckel dính với thành bụng ở sau rốn, dính trực tiếp hoặc qua một dây xơ. Do vậy túi Meckel có thể bị xoắn và xoắn cả quai ruột có nó.

Chẩn đoán thường chỉ trong lúc phẫu thuật.

6.3.2. Tắc ruột do nguyên nhân mắc phải

a) Do lồng ruột

Lồng ruột xảy ra ở mọi lứa tuổi. Ở trẻ bú mẹ, lồng ruột thường có biểu hiện cấp tính. Ở trẻ nhỏ và trẻ lớn, lồng ruột thường bán cấp hoặc mạn tính.

Chẩn đoán dựa khám lâm sàng, siêu âm và bơm hơi đại tràng.

b) Do xoắn ruột

– Các yếu tố thuận lợi gây xoắn ruột:

+ Hẹp mạc treo ruột.

+ Có khối u (nang bạch huyết, nang dưỡng chấp, ruột đôi, các u đặc) ở thành ruột, mạc treo ruột.

+ Quai ruột có giun đũa.

+ Các dây chằng.

– Biểu hiện lâm sàng: hội chứng tắc ruột + sốc. Nắn vào quai ruột bị xoắn: bệnh nhân đau. Chọc dò ổ bụng hút ra dịch màu hồng.

c) Do giun đũa

Dấu hiệu tắc ruột và nắn thấy quai ruột có giun. Xquang giúp thêm chẩn đoán.

d) Do bã thức ăn

Xảy ra sau khi ăn các loại quả chát như sim, ổi, hồng, hoặc thức ăn nhiều xơ bã như măng, xơ mít v.v...

Thường có một vài đợt bị bán tắc ruột trước đó. Vị trí gây tắc thường ở cuối hồi tràng, góc Treitz.

Sau mỗi đợt bị đau bụng, trướng bụng, nôn, bệnh nhân thấy có tiếng sôi trong bụng rồi trung tiện được, bụng lại xẹp và hết đau. Đây thường là triệu chứng của tắc ruột do bã thức ăn.

e) Tắc ruột sau mổ

Do dính hoặc do dây chằng. Đây là loại tắc ruột hay gặp.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

g) Tắc ruột do thoát vị bẹn nghẹt

Là một biến chứng của thoát vị bẹn. Do vậy khi có chẩn đoán thoát vị bẹn là có chỉ định mổ sớm.

h) Tắc ruột do thành ruột viêm dày – hẹp ở bệnh Crohn

Chẩn đoán dựa vào tiền sử bệnh và chụp lưu thông tiêu hoá.

i) Tắc ruột do u của ruột, ở cả ruột non và đại tràng

Chẩn đoán dựa vào siêu âm, chụp lưu thông tiêu hoá hoặc chụp khung đại tràng.

Chẩn đoán tính chất lành hay ác tính của u dựa vào sinh thiết, kết quả giải phẫu bệnh lý.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Điều trị nội trước mổ

Sau khi có chẩn đoán xác định, cần đánh giá tình trạng chung của bệnh nhân để có điều trị thích hợp.

Trong một số trường hợp có thể điều trị bằng các phương pháp không mổ như:

– Khi theo dõi tắc ruột do giun. Điều trị bằng tẩy giun, truyền dịch và theo dõi tiến triển của dấu hiệu đau bụng, nôn, tình trạng thành bụng. Nếu đau bụng, nôn tăng lên, nắn vào quai ruột đau thì chỉ định mổ.

– Với lồng ruột cấp, bán cấp thì tháo lồng bằng bơm hơi đại tràng. Chỉ mổ khi không tháo bằng hơi được hoặc bị lồng ruột nhiều lần, có nguyên nhân gây lồng.

– Bệnh nhân phải được theo dõi chặt chẽ ở cơ sở ngoại khoa.

Những chuẩn bị trước mổ:

– Đặt ống thông dạ dày hút để làm xẹp bớt dạ dày – ruột. Tránh nguy cơ trào ngược vào phổi.

– Bồi phụ nước điện giải theo điện giải đồ.

– Dùng kháng sinh.

– Theo dõi: huyết động như mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung tâm.

– Theo dõi lượng nước tiểu.

7.2. Điều trị phẫu thuật

7.2.1. Mục đích

– Tìm và giải quyết nguyên nhân gây tắc.

– Phục hồi sự lưu thông của ruột.

– Phục hồi chức năng ruột.

7.2.2. Gây mê: nội khí quản

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

7.2.3. Đường mổ

– Thường là đường giữa trên rốn.

– Có thể đi theo đường mổ cũ.

7.2.4. Xử trí

a) Nguyên tắc chung

– Xác định nguyên nhân và vị trí tắc.

– Mức độ thương tổn ruột tại chỗ tắc và phía bên trên.

– Giải quyết nguyên nhân gây tắc để lập lại sự lưu thông của ruột như: cắt dây chằng, gỡ dính ruột, tháo lồng, tháo xoắn ruột v.v...

– Làm xẹp ruột.

– Làm sạch ổ bụng.

b) Một số tình huống cụ thể

– Với tắc ruột do giun:

+ Dồn giun xuống đại tràng, về phía đại tràng trái. Kiểm tra không có giun trong ruột thừa. Chúng tôi thường áp dụng cách này mà không cần phải mở ruột lấy giun ra.

+ Mở ruột lấy giun: ít áp dụng.

+ Cắt ruột: khi quai ruột có giun bị hoại tử. Tuỳ theo tình trạng hai đầu ruột cắt, tình trạng ổ bụng, điều kiện phương tiện mổ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên mà cắt nối ruột ngay hoặc dẫn lưu hai đầu ruột thì đầu và nối ruột ở thì hai sau một vài tháng.

– Với xoắn ruột:

+ Tháo xoắn khi không hoại tử.

+ Cắt cả khối xoắn khi hoại tử.

– Tắc ruột do bã thức ăn:

+ Cần phải kiểm tra toàn bộ ruột từ dạ dày tới van Bauhin, đặc biệt khung tá tràng là nơi dễ bỏ sót bã thức ăn.

+ Đẩy khối bã thức ăn (có thể bóp nhỏ khối bã thức ăn nếu làm được) xuống đại tràng, hoặc đẩy khối bã thức ăn lên dạ dày rồi mở dạ dày lấy ra.

– Tắc ruột do màng ngăn: cắt bỏ màng ngăn.

– Tắc ruột do u ở ruột non hoặc đại tràng:

+ Cắt bỏ đoạn ruột có u, nối ruột ngay hoặc đưa hai đầu ruột ra ngoài.

7.2.5. Sau mổ

– Đặt ống thông dạ dày để làm giảm trướng dạ dày – ruột, giảm căng miệng nối hoặc chỗ khâu ruột. Theo dõi sự lưu thông của ruột.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Truyền dịch, đạm, máu tuỳ theo tình trạng bệnh nhân.

– Kháng sinh.

– Cho ăn: khi ống thông dạ dày không còn ra dịch mật, ruột lưu thông trở lại, có trung tiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bettex M, Kuffer F, Scharli A (1978): Corps étranger dans le tube digestif. In: Bettex M., Kuffer F., Scharli A. Précis de chirurgie infantile, pp 148 – 150. Masson, Paris.
2. Howard C. Filston (1998): Other cause of intestinal obstruction. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric Surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1215 – 1222. Mosby, St. Louis.
3. Trần Ngọc Bích (2001): Ruột đôi ở trẻ em (Nhận xét về chẩn đoán và điều trị ở 21 bệnh nhân). Ngoại khoa, 1: 46–50.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

11. VIÊM PHÚC MẠC PHÂN XU

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phúc mạc phân xu được mô tả lần đầu tiên bởi Morgagni vào năm 1761. Tới năm 1943, bệnh nhân đầu tiên được mổ cứu sống bởi Agerty.

Viêm phúc mạc phân xu là tình trạng viêm phúc mạc do thủng ruột và phân xu vào ổ bụng. Thủng ruột có thể xảy ra trong thời kỳ bào thai hoặc quanh đẻ nên có các thương tổn giải phẫu bệnh và các thể lâm sàng khác nhau. Đây là một loại cấp cứu ngoại nhi có tỷ lệ tử vong cao.

2. SINH LÝ BỆNH

Trong thời kỳ bào thai, thai nhi nuốt nước ối. Nước ối kết hợp với dịch của đường tiêu hoá và các tế bào được bong ra từ niêm mạc ruột để tạo thành phân xu. Phân xu được nhu động ruột đẩy dần xuống đại trực tràng. Do nguyên nhân tắc nghẽn của ruột hoặc do tổn thương mạch máu tới ruột mà ruột bị thủng và phân xu vào ổ bụng. Phân xu trong thời kỳ bào thai không có vi khuẩn nhưng có các men tiêu hoá nên dẫn tới phản ứng của phúc mạc ở các mức độ khác nhau rồi tạo tổ chức xơ gây dính các tạng xung quanh để khu trú phân xu lại. Nếu thủng ruột xảy ra ngay trước đẻ hoặc ở thời điểm đẻ thì phân xu tràn vào ổ bụng có thể có hơi trong ổ bụng, dính ruột ít hơn nhưng bụng trướng hơn. Sự hình thành vôi hoá trong ổ bụng xảy ra sau khi phân xu vào ổ bụng ít nhất 10 ngày. Vôi hoá hay xảy ra tại chỗ ruột bị thủng nhưng cũng có thể ở các vùng trong ổ bụng thậm chí xuống cả bìu.

3. CÁC THỂ GIẢI PHẪU LÂM SÀNG

Tuỳ theo mức độ dính ruột, mức độ tắc ruột, sự khu trú của phân xu trong ổ bụng, thời gian bị bệnh mà chia thành các thể bệnh khác nhau: xảy ra trong thời kỳ bào thai có viêm phúc mạc kết bọc, viêm phúc mạc hình thành nang giả và viêm phúc mạc dính còn viêm phúc mạc phân xu xảy ra quanh đẻ.

3.1. Viêm phúc mạc kết bọc

Đây là thể bệnh nặng nhất và có tỷ lệ tử vong cao nhất. Phân xu tràn vào tất cả các vùng bụng, ruột bị dính lại thành một khối và bị đẩy dồn về phía giữa bụng, trước cột sống. Ruột thường bị tắc hoàn toàn.

3.2. Viêm phúc mạc hình thành nang giả

Phân xu vào ổ bụng được khu trú lại bởi ruột non và mạc nối lớn. Vị trí khối

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

phân xu thường ở mặt dưới gan. Ruột thường bị dính nhiều nhưng vẫn có thể còn lưu thông. Dịch ruột và phân xu chảy vào nang giả nhưng có thể ra qua hậu môn. Hơi qua lỗ thủng ruột vào nang giả.

3.3. Viêm phúc mạc phân xu

Phân xu vào tự do trong ổ bụng, ruột thường dính ít và thường có hẹp hoặc tắc ruột bên dưới chỗ ruột bị thủng. Các quai ruột trên chỗ tắc, thủng thường bị giãn, còn đoạn ruột bên dưới thường xẹp.

3.4. Viêm phúc mạc dính

Thủng ruột trong thời kỳ bào thai nhưng được bít lại. Phân xu vào trong ổ bụng gây dính ruột. Dính ruột ở các mức độ khác nhau, có thể gây tắc ruột hoàn toàn hoặc không gây tắc ruột. Do vậy triệu chứng tắc ruột có thể xảy ra ở tuổi sơ sinh nhưng có thể ở tuổi bú mẹ hoặc trẻ nhỏ.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

4.1. Lâm sàng: là biểu hiện tắc ruột sơ sinh.

– *Nôn:* xuất hiện sớm sau đẻ. Chất nôn là dịch dạ dày, dịch mật và muộn hơn là dịch ruột.

Nôn nhiều làm trẻ mất nước và điện giải, có thể chất nôn trào ngược vào đường hô hấp gây viêm phổi.

– *Trướng bụng*: cũng xuất hiện sớm. Bụng thường trướng đều, da căng bóng, nổi các tĩnh mạch nông ở dưới da.

– *Đại tiện*: thường không đại tiện phân xu. Thăm trực tràng và thụt tháo đại – trực tràng thường không ra phân xu, có thể ra ít chất nhầy và kết thể màu trắng đục hoặc xanh nhạt.

– *Khám bìu:* có thể thấy bìu to căng cả hai bên và nhìn có ánh màu xanh. Nắn và bóp nhẹ vào túi bìu thì thể tích bìu nhỏ lại. Nếu chọc dò có thể hút ra phân xu.

4.2. Xquang

Chụp bụng thẳng không chuẩn bị thường chẩn đoán được thể bệnh viêm phúc mạc.

– Viêm phúc mạc kết bọc: thấy mờ các vùng bụng, các bóng hơi trong ruột non thường nhỏ và khu trú ở vị trí giữa bụng, trước cột sống.

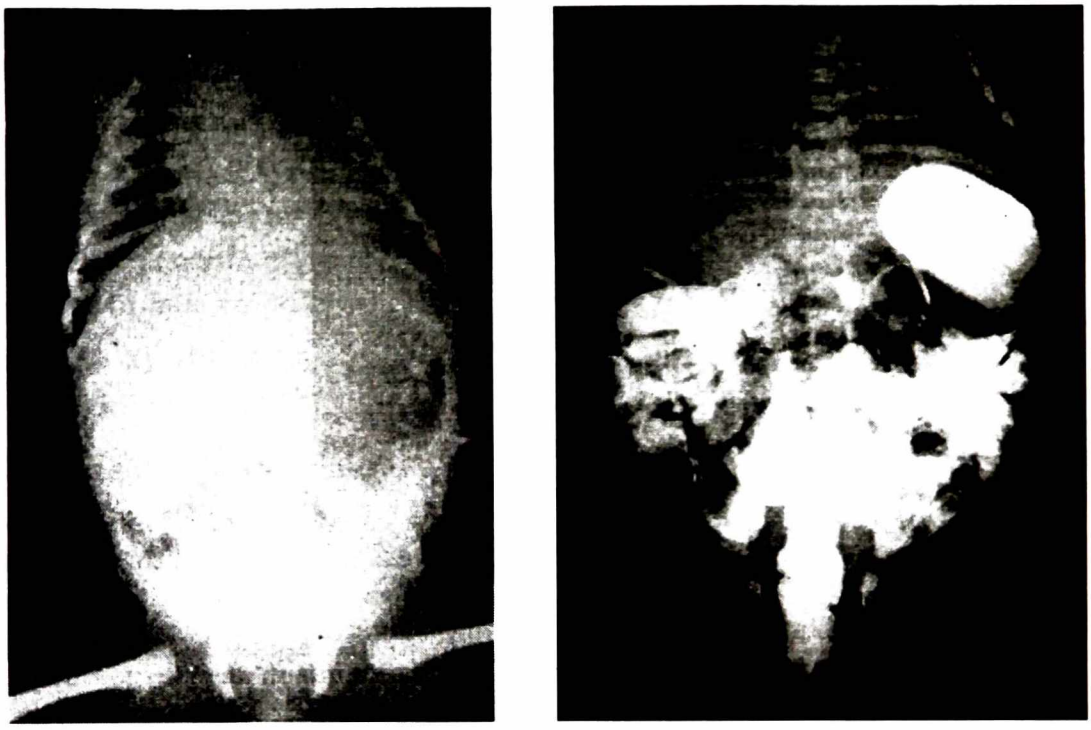
– Viêm phúc mạc hình thành nang giả: thường mờ ở ổ bụng dưới, các bóng hơi trong ruột non, có một hình mức nước – hơi rất to thường ở dưới gan bên phải.

– Viêm phúc mạc phân xu: ổ bụng mờ, có quai ruột giãn căng hơi, có liềm hơi dưới cơ hoành.

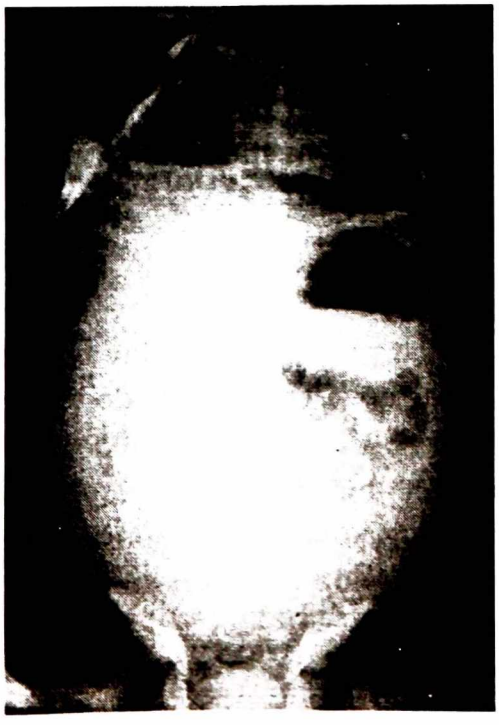
– Viêm phúc mạc dính: thấy các mức nước – hơi và có các vệt cản quang lốm đốm.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

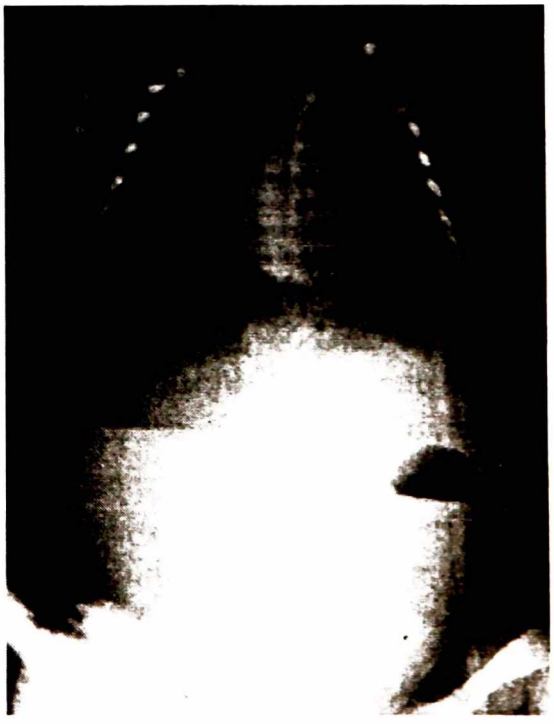
– Các vết cản quang lốm đốm có thể ở vị trí bất kỳ trong ổ bụng, ở sát đường viền phúc mạc thậm chí ở bìu.



Hình 3.74. Viêm phúc mạc dính ruột, calci hoá, chụp vẫn có lưu thông tiêu hoá

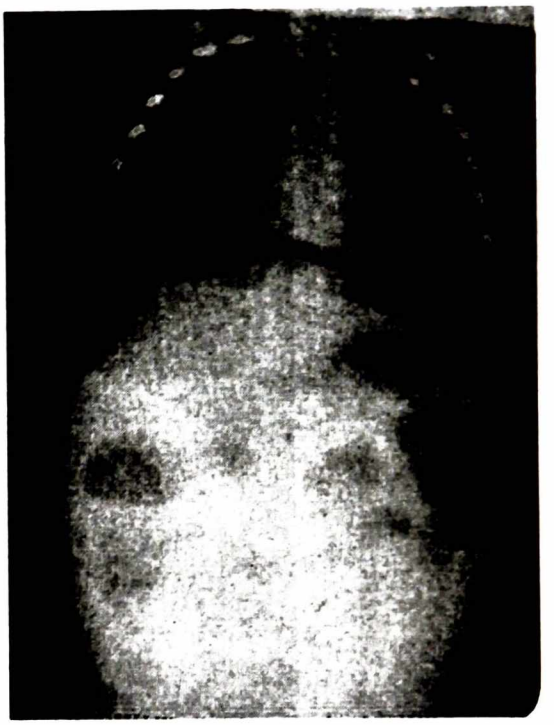


Hình 3.75. Viêm phúc mạc kết bọc



Hình 3.76. Viêm phúc mạc hình thành nang giả

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.77. Viêm phúc mạc do thủng ruột quanh đẻ

4.3. Siêu âm

Những năm gần đây, siêu âm trước đẻ đã chẩn đoán được nhiều dị tật trước đẻ trong đó có viêm phúc mạc thai nhi. Siêu âm có thể theo dõi tiến triển của viêm phúc mạc.

5. CHẨN ĐOÁN

Dựa các dấu hiệu lâm sàng là tắc ruột sơ sinh và phim chụp bụng không chuẩn bị hoặc có thể chụp lưu thông đường tiêu hoá.

6. ĐIỀU TRỊ

Đây là một cấp cứu phải phẫu thuật. Mục đích phẫu thuật là lấy bỏ hết phân xu trong ổ bụng, lập lại sự lưu thông đường tiêu hoá. Tuy nhiên, do các mức độ thương tổn nặng nhẹ khác nhau mà nên lựa chọn kỹ thuật mổ phù hợp.

Ngay sau đẻ, nên đặt ống thông vào dạ dày để làm xẹp bớt dạ dày – ruột, lấy đường truyền tĩnh mạch để truyền dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và bồi phụ nước điện giải, vitamin K và kháng sinh. Chú ý giữ thân nhiệt ổn định. Cần khám kỹ để phát hiện hết các dị tật phối hợp.

6.1. Lựa chọn kỹ thuật mổ

6.1.1. Mổ giải quyết nguyên nhân

Mở bụng, làm sạch ổ bụng, gỡ dính, tìm chỗ ruột thủng hoặc chỗ gây tắc để

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

giải quyết như khâu lỗ thủng hoặc cắt nối ruột tận tận hoặc tận chéo. Lưu ý phải làm lưu thông hoàn toàn từ miệng nối hoặc chỗ khâu ruột tới tận lỗ hậu môn. Đường mổ thích hợp thường là đường giữa trên rốn.

Trước đây, kỹ thuật này thường áp dụng cho tất cả các thể bệnh viêm phúc mạc thai nhi nhưng tỷ lệ tử vong rất cao ở hai thể bệnh viêm phúc mạc kết bọc và viêm phúc mạc hình thành nang giả. Ở hai thể bệnh này, khi gỡ dính ruột, thường bị rách thanh– cơ thành ruột gây mất máu nhiều và gây dính ruột sau mổ. Nếu cắt ruột nhiều thì bệnh nhân có hội chứng ruột ngắn. Miệng nối ruột thường không liền tốt, dễ bị bục, rò hoặc tắc.

Do vậy kỹ thuật này nên chỉ định cho thể viêm phúc mạc phân xu. Với thể bệnh này, kết quả mổ thường tốt.

6.1.2. Dẫn lưu tối thiểu ổ bụng hoặc nang giả

Làm sớm sau đẻ để thoát dịch, phân xu ra ngoài, kết hợp thụt tháo làm lưu thông đại tràng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Nếu sau vài ngày mà phân xu vẫn ra qua dẫn lưu, không có phân ra qua hậu môn thì mổ tìm chỗ ruột thủng hoặc tắc để cắt nối ruột ngay hoặc đưa ra ngoài ổ bụng. Mổ thì ba để nối lại ruột.

6.2. Điều trị sau mổ

Chú ý tình trạng thân nhiệt, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Tới khi có lưu thông tiêu hoá, ống thông dạ dày ra dịch trong không mật thì cho ăn theo đường miệng.

7. TIÊN LƯỢNG

Tuỳ thuộc vào thể bệnh, cân nặng bệnh nhân, các dị tật khác phối hợp và có viêm phổi không.

Thể bệnh viêm phúc mạc kết bọc và hình thành nang giả có tỷ lệ tử vong cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Canty TG, Leopold GR, Wolf DA (1981): Maternal ultrasonography for the antenatal diagnosis of surgically significant neonatal anomalies.
   Anna. Surg, 194: 353–365.
2. Gruner M, Belas M, Lévi J.F, Hervé J.M. (1990): Iléus méconiales. Péritonites méconiales. In: Hélardot. P., Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M. Chirurgie digestive de l'enfant, pp 397–402. Doin éditeurs, Paris.
3. Martin.L. Ravich MM, Welch KJ, Benson CD et al. (1979): Meconium peritonitis Pediatric surgery. Chicago: Year Book Medical Publishers, p 952–955.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

12. VIÊM RUỘT HOẠI TỬ Ở SƠ SINH

Viêm ruột hoại tử ở sơ sinh là bệnh lý viêm ở ruột non và đại tràng xảy ra ở thời kỳ sơ sinh, thường ở những ngày đầu sau đẻ và ở trẻ đẻ non – cân nặng thấp. Tiên lượng bệnh nặng. Cần chẩn đoán sớm và điều trị nội khoa tích cực. Chỉ định mổ khi có biến chứng hoặc điều trị nội không kết quả.

1. VÀI NÉT VỀ LỊCH SỬ BỆNH

Từ năm 1825 tới những năm 40 của thế kỷ XX, trong y văn đã nêu nhiều trường hợp trẻ sơ sinh bị bệnh viêm phúc mạc do thủng dạ dày, ruột non, đại tràng và hầu hết bị tử vong. Các báo cáo như của Siebold (1825), Simpson

(1838), Zillner (1883), Paltau (1888), Generisch (1891)... Thelander (1939), đã mô tả tình trạng bệnh lý như của bệnh viêm ruột non hoại tử nhưng chưa khẳng định được. Paltau được coi là người đầu tiên nêu bệnh lý này.

Tới năm 1953, Scmid và Quaiser đã đưa ra thuật ngữ viêm ruột hoại tử ở sơ sinh.

Bệnh được gọi là viêm ruột loét hoại tử ở sơ sinh (Entérocolite ulcéronécrosante) theo y văn tiếng Pháp hoặc viêm ruột hoại tử theo y văn tiếng Anh (Necrotizing Enterocolitis).

Năm 1978, Bell và cộng sự đã đưa ra phân loại dựa theo mức độ nặng của bệnh.

Những hiểu biết về bệnh này ngày một đầy đủ hơn nên chỉ định điều trị phù hợp và có tỷ lệ sống cao hơn.

Từ những năm 1960 trở về trước, bệnh này được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật. Từ những năm 1970 trở lại đây, bệnh được điều trị chủ yếu bằng nội khoa và chỉ khoảng 20% số bệnh nhân phải điều trị ngoại khoa.

2. DỊCH TỄ HỌC

Bệnh thường xảy ra ở trẻ đẻ non, cân nặng thấp, đặc biệt ở trẻ có cân nặng dưới 1500g. Chỉ có 7 – 10% bệnh xảy ra ở trẻ đủ tháng.

Tỷ lệ mắc ở trẻ sơ sinh vào khoảng 1 – 3/1000.

3. SINH BỆNH HỌC

Có nhiều yếu tố nguy cơ gây bệnh và có yếu tố giảm nguy cơ gây bệnh.

3.1. Yếu tố nguy cơ gây bệnh

– *Yếu tố mạch máu:*

Những yếu tố như hạ huyết áp, suy hô hấp, ngạt cấp tính lúc sinh dễ dẫn tới

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

giảm cấp máu ruột, đặc biệt vùng hồi manh tràng nơi được coi là vùng mạch cấp máu kém hơn các vùng ruột khác.

Sử dụng tĩnh mạch rốn làm đường truyền. Bệnh lý tim mạch bẩm sinh. Phẫu thuật mạch máu ở thời kỳ sơ sinh.

– *Yếu tố thức ăn:*

Bệnh thường ở trẻ không bú sữa mẹ mà ăn sữa hộp hoặc những thức ăn có độ thẩm thấu cao thay thế.

Trong sữa mẹ có các yếu tố bảo vệ như IgA, lactoferre, lysozyme v.v... Nếu sữa mẹ để đông lạnh thì cũng bị giảm yếu tố bảo vệ trên.

– *Cơ địa:*

Đẻ thiếu tháng, thiếu cân là yếu tố nguy cơ quan trọng. Ở trẻ đẻ đủ tháng, ruột có hàng rào bảo vệ bởi các yếu tố như: dịch dạ dày, Pepcin, dịch tụy, chất nhầy, immunoglobuline, nhu động ruột. Ở trẻ đẻ non, hệ miễn dịch chưa trưởng thành, hàng rào bảo vệ này chưa hoàn thiện, chức năng giảm nên niêm mạc ruột dễ bị tổn thương.

– *Do truyền máu thay thế:*

Viêm ruột có thể xảy ra sau truyền máu độ 12 – 48 giờ, thương tổn thường khu trú.

– *Vai trò nhiễm khuẩn:*

Khi nghiên cứu vi khuẩn chí ở ruột của trẻ bị viêm ruột hoại tử thì các chủng vi khuẩn như E.Coli, Clostridium, Enterobacter, Salmonella nhiều hơn có ý nghĩa so với các trẻ không mắc bệnh này ở cùng môi trường bệnh viện.

– *Yếu tố thuốc sử dụng:*

Có những thuốc là yếu tố nguy cơ gây bệnh nhưng ngược lại có loại thuốc lại giảm nguy cơ mắc bệnh.

Mẹ của bệnh nhân khi có thai sử dụng các thuốc như cocain, theophyllin, indomethacin, vitamin E làm tăng yếu tố nguy cơ gây bệnh.

3.2. Các yếu tố giảm nguy cơ gây bệnh

– Mẹ bệnh nhân khi có thai sử dụng corticosteroid, thuốc này có thể làm tăng sự trưởng thành của tế bào niêm mạc ruột, cải thiện chức năng hàng rào bảo vệ.

– Trẻ ăn sữa mẹ.

4. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

4.1. Đại thể

Thương tổn ruột thường ở cuối hồi tràng và manh tràng, đại tràng lên. Cũng có thể bị ở dạ dày, ruột non nhưng ít khi gặp thương tổn ở toàn bộ ruột non. Trực

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

tràng cũng ít bị. Các thương tổn tuỳ thuộc giai đoạn của bệnh mà có những biểu hiện khác nhau như ruột giãn toàn bộ, thành ruột nề có các thương tổn viêm rải rác trên thành ruột, có hình ảnh "vết rằn da báo", nặng hơn thì thương tổn viêm loét làm thành ruột mỏng và gây thủng.

Ổ bụng có dịch đục, có phân nếu thủng ruột.

Thành ruột có khí ở dưới thanh mạc, khí có thể ở cả mạc treo ruột và vào cả tĩnh mạch cửa.

4.2. Vi thể

Tổn thương ruột viêm điển hình là tắc mạch hoại tử ở niêm mạc ruột, sau đó là hiện tượng phù chảy máu ở lớp dưới niêm mạc. Vi khuẩn trong ruột có thể xâm nhập qua lớp niêm mạc vào mạch máu, vào ổ bụng. Các thương tổn viêm loét gây chảy máu, có thể hoại tử thủng ruột.

Quá trình viêm có thể dẫn tới xơ hẹp lòng ruột sau này.



Hình 3.78. Hơi ở trong thành ruột do viêm ruột hoại tử

5. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

5.1. Lâm sàng ở thể bệnh điển hình: có các triệu chứng sau

– Trướng bụng, bụng trướng đều.

– Thành bụng có thể nề đặc biệt vùng quanh rốn, có hồng ban ở thành bụng, phân lỏng, thường có máu trong phân.

– Kém hấp thu thức ăn, ăn vào nôn ra, ứ đọng dịch dạ dày. Đặt ống thông vào dạ dày thì ra dịch mật, dịch ruột.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Dấu hiệu nhiễm trùng rõ, sốt dao động, thân nhiệt có thể giảm.

– Da xanh tái, có thể vàng da.

– Rối loạn nhịp tim. Rối loạn ý thức.

– Có dấu hiệu sốc khi thủng ruột viêm phúc mạc.

Nếu có dấu hiệu sốc, không ổn định huyết động, viêm phúc mạc thì tiên lượng thường nặng.

5.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm: có thể thiếu máu, hồng cầu, huyết sắc tố giảm, bạch cầu tăng hoặc giảm, giảm số lượng tiểu cầu, nhiễm toan chuyển hoá. Xét nghiệm CRP dương tính.

Nếu xét nghiệm có đông máu rải rác trong lòng mạch thì tiên lượng xấu.

Cấy máu 25% số bệnh nhân có thể tìm thấy được vi khuẩn có nguồn gốc từ đường ruột.

5.3. Xquang

Chụp bụng không chuẩn bị:

– Có dịch trong ổ bụng với dấu hiệu ổ bụng mờ nhất là vùng dưới rốn, khoảng cách giữa các quai ruột xa nhau,

– Quai ruột giãn. Có các mức nước – hơi.

– Hơi ở thành ruột, có thể thấy được hình ảnh hơi ở tĩnh mạch cửa. Có hơi trong ổ bụng nếu thủng ruột.

Chụp bụng có thể làm nhiều lần, cách nhau 6 – 12 giờ để theo dõi tiến triển của bệnh, để chẩn đoán và có chỉ định mổ đúng lúc.

5.4. Siêu âm

Thấy dịch trong ổ bụng, ruột giãn trướng hơi, chỉ dẫn để chọc dò ổ bụng.

Khi chọc dò ổ bụng: lấy dịch để xét nghiệm bạch cầu. Xác định tình trạng viêm phúc mạc nếu bạch cầu trên 250/1mm^3.

6. PHÂN LOẠI VÀ CHẨN ĐOÁN

Năm 1978, Bell và cộng sự đã dựa các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng để phân bệnh thành ba giai đoạn theo tiến triển và độ nặng của bệnh. Phân loại này giúp cho chẩn đoán và chỉ định điều trị.

6.1. Giai đoạn 1 (nghi ngờ có viêm ruột hoại tử)

– Có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ trong bệnh sử dẫn tới sang chấn quanh đẻ.

– Các biểu hiện toàn thân: thân nhiệt không ổn định, ngạt, ngủ lịm, nhịp tim nhanh.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Biểu hiện ở đường tiêu hoá: ăn kém, có ứ đọng ở dạ dày, nôn, bụng trướng, phân có máu xác định bằng xét nghiệm.

– Xquang: chụp bụng không chuẩn bị thấy ruột giãn, có liệt ruột ở mức độ nhẹ.

6.2. Giai đoạn 2 (có viêm ruột hoại tử)

– Có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ gây bệnh trong bệnh sử.

– Các triệu chứng ở giai đoạn 1 vẫn tồn tại và tiến triển nặng hơn.

– Chảy máu tiêu hoá và bụng trướng.

– Chụp bụng không chuẩn bị: giãn ruột điển hình với dấu hiệu tắc ruột. Sự tách biệt giữa các quai ruột non rõ (do phù nề thành ruột và có dịch trong ổ bụng). Không thay đổi hình các quai ruột giãn qua nhiều lần chụp. Có hơi ở thành ruột, có thể thấy hơi ở tĩnh mạch cửa.

6.3. Giai đoạn 3 (bệnh tiến triển nặng lên)

– Có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ trong bệnh sử.

– Các triệu chứng ở giai đoạn 2 vẫn tồn tại nhưng tiến triển nặng hơn và đe doạ chức năng sống. Chảy máu tiêu hoá nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn.

7. TIẾN TRIỂN: chia 3 mức độ

7.1. Thể nặng

Có biểu hiện sốc, huyết động không ổn định, hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc, có đông máu rải rác trong lòng mạch, thủng ruột – có hơi trong ổ bụng. Hồi sức tích cực để mổ.

7.2. Thể bệnh có tiến triển thuận lợi

Điều trị nội: huyết động ổn định, bụng bớt trướng, hết ỉa máu, ăn lại được không nôn.

7.3. Thể có biến chứng xa

Điều trị nội khoa ổn định nhưng sau có các biến chứng như:

– Hẹp ruột:

Chiếm tỷ lệ từ 5 – 10% số bệnh nhân bị viêm ruột hoại tử. Hẹp ruột có thể xảy ra ở một hay nhiều vị trí, thường bị ở cuối hồi tràng. Biểu hiện là hội chứng bán tắc hoặc tắc ruột. Chẩn đoán dựa chụp lưu thông tiêu hoá và tiền sử có bị viêm ruột hoại tử.

– Kém hấp thu thức ăn kéo dài:

Nguyên nhân do cắt ruột nhiều nên giảm bề mặt hấp thu của ruột. Hậu quả là phải nuôi dưỡng đường tĩnh mạch kéo dài và bệnh nhân bị kém phát triển về thể lực và trí tuệ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Điều trị nội khoa

Là chủ yếu, trên 80% số bệnh nhân được điều trị nội đơn thuần. Chỉ định điều trị ngay khi nghi ngờ hoặc có chẩn đoán xác định viêm ruột hoại tử.

Cho bệnh nhân nhịn ăn, đặt ống thông vào dạ dày hút áp lực nhẹ để làm xẹp dạ dày – ruột. Nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch ngoại vi từ 7 – 10 ngày.

Đường nuôi dưỡng tĩnh mạch trung tâm sử dụng khi phải nuôi dưỡng dài ngày hoặc ở những bệnh nhân mổ bị cắt ruột nhiều hoặc dẫn lưu ruột ở cao.

Các dịch truyền sử dụng như dung dịch NaCl 0,9%, dung dịch đường glucose 10%, protein, intralipid. Có thể truyền các sản phẩm của máu như plasma, hoặc truyền máu.

Cần làm các xét nghiệm điện giải đồ, công thức máu, protid máu, khí máu trong khi điều trị.

Kháng sinh sử dụng từ 7 – 10 ngày. Chọn kháng sinh phổ rộng có tác dụng với vi khuẩn kỵ khí và tốt nhất là dựa vào kháng sinh đồ khi cấy máu hoặc cấy phân. Các kháng sinh hay được sử dụng là vancomycin kết hợp với cephalosporin thế hệ 3 hoặc kết hợp với kháng sinh nhóm aminoglycoside.

Có thể sử dụng kháng sinh đường uống như kanamycine với mục đích làm giảm sự phát triển của vi khuẩn gây bệnh, giảm nguy cơ hoại tử thủng ruột.

Nếu đã điều trị kháng sinh như trên mà các triệu chứng lâm sàng vẫn tồn tại, không rõ loại vi khuẩn thì có thể dùng thuốc điều trị nấm.

Theo dõi kết quả điều trị nội bằng khám lâm sàng, các xét nghiệm sinh hoá, máu và chụp Xquang 8 – 10giờ/1lần.

Nếu tiến triển tốt: bụng bớt trướng, phân hết máu, thân nhiệt ổn định, toàn trạng tốt lên thì có thể cho ăn qua đường miệng, dùng sữa mẹ và cho ăn tăng dần số lượng.

8.2. Điều trị phẫu thuật

8.2.1. Chỉ định mổ

Chỉ định tuyệt đối tuỳ theo phẫu thuật viên.

Chỉ định dựa những tiêu chuẩn sau:

– Hơi tự do trong ổ bụng.

– Dịch đục trong ổ bụng.

– Hơi trong tĩnh mạch cửa.

– Hơi có nhiều trong thành ruột.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Quai ruột giãn, cố định hình ảnh qua nhiều lần chụp bụng.

– Tình trạng bệnh nhân không ổn định, diễn biến lâm sàng xấu hơn, vẫn nôn ra dịch mật và ruột, nhiễm toan, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu.

– Chảy máu nặng đường tiêu hoá.

– Màu sắc da thành bụng thay đổi, phù nề tăng lên, có thể xuất huyết.

– Ngoài ra còn chỉ định mổ cho thể hẹp ruột thứ phát gây bán tắc ruột.

8.2.2. Trước mổ

Hồi sức, truyền dịch, ổn định hô hấp và tuần hoàn, sử dụng kháng sinh và các sản phẩm của máu như tiểu cầu, Plasma hoặc truyền máu.

8.2.3. Các kỹ thuật mổ

a) Dẫn lưu ổ bụng tạm thời

Phương pháp này đã được Ein, Marshall và Girvan áp dụng từ năm 1977.

Chỉ định khi tình trạng chung của bệnh nhân nặng, cân nặng thấp, không cho phép phẫu thuật mở bụng.

Mổ tại phòng bệnh hoặc trong phòng mổ bằng gây tê thành bụng, rạch một đường nhỏ thường ở hố chậu phải, luồn một ống dẫn lưu vào trong ổ bụng để dẫn lưu dịch. Tiếp tục điều trị nội và theo dõi. Nếu tình trạng bệnh nhân không khá hơn thì chỉ định mở bụng. Tiên lượng nặng.

b) Mổ bụng

– Gây mê nội khí quản.

– Mở bụng đường giữa trên rốn hoặc đường ngang trên rốn bên phải.

– Lấy dịch ổ bụng nuôi cấy xác định vi khuẩn, làm kháng sinh đồ. Làm sạch ổ bụng. Thăm dò đánh giá toàn bộ ruột để chọn cách xử trí:

+ Nếu ruột viêm – loét – hoại tử chưa thủng, thương tổn khu trú, thì cắt ruột viêm hoại tử, nối hai đầu ruột tận tận, cố gắng bảo vệ van Bauhin.

+ Cắt ruột hoại tử, dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài ổ bụng. Mổ thì hai để nối lại hai đầu ruột khi toàn trạng ổn định.

+ Hoặc có thể mở thông ruột chỗ ruột bị thủng.

+ Nếu ruột bị viêm hoại tử gần như toàn bộ, nếu cắt ruột thì phải cắt gần hết ruột thì nên mở thông ruột ở hai đầu, dẫn lưu ổ bụng và theo dõi tiến triển để mổ tiếp lần hai.

c) Mổ chữa hẹp ruột gây tắc ruột, biến chứng xa của viêm ruột hoại tử

Mổ cắt bỏ đoạn ruột hẹp, nối ruột tận tận.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Debeugny P, Bonnevalle M, Turck D, Besson R, Goutrand F, Defauw B, Sarakos C, et Tran Ngoc Bich (1996): Les sténoses disgestives dans l'entérocolite ulcéro–nécrosant du prématuré. 50 observations.

   Résumé des communications. 53 ème congres de chirurgie pédiatrique. C.N.I.T.– Paris la Defense 4 (6–9–1996).

2. Craig.T. Allbanese, Marc.I.Rowe. (1998): Necrotizing Enterocolitis. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric Surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1297–1320. Mosby, St. Louis.

3. Gamarra. E., Hélardot.P (1990): Entérocolite ulcéro–nécrosante du nouveau–né. In: Hélardot.P, Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M. Chirungie digestive de l'enfant, pp 475 – 494. Doin éditeurs – Paris.

4. Marion C.W. Henry and R. Lawrence Moss (2006): Necrotizing entercolitis. In: Mark D. Stringer, Keith T. Oldham and Pierre D.E. Mouriquand. Pediatric Surgery and Urology, Seconde Edition, pp 329–350. Cambridge University Press New York.

5. Navarro.J (1986): Entérocolite ulcéro–nécrosante du nouveau–né.

   Gastro–entérologie pédiatrique.

   Flammarion – Médecine – Sciences, pp 166–174.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

13. VIÊM PHÚC MẠC Ở TRẺ EM

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phúc mạc là tình trạng viêm của khoang bụng, có thể do vi khuẩn hoặc do hoá chất, tiên phát hay thứ phát, diễn biến cấp tính hay mạn tính, tổn thương lan toả khắp ổ bụng hay khu trú tại một vùng.

2. GIẢI PHẪU, SINH LÝ, MÔ HỌC CỦA PHÚC MẠC

2.1. Giải phẫu

Phúc mạc là một màng trơn láng bóng, lót mặt trong thành bụng, bao bọc kín hoặc che phủ một phần các tạng trong khoang bụng, gồm có lá thành và lá tạng.

Khoang phúc mạc là khoang ảo, ở nam giới khoang hoàn toàn kín, ở nữ giới khoang phúc mạc thông với bên ngoài qua các lỗ của loa vòi trứng.

2.2. Mô học

Phúc mạc được cấu tạo bởi 1 lớp tế bào biểu mô dẹt, xung quanh là tế bào biểu mô đệm.

2.3. Sinh lý học

– Bình thường khoang phúc mạc chứa dưới 50ml dịch vàng trong, có nhiều protein đảm bảo độ trơn láng của phúc mạc, giúp các tạng không dính vào nhau mà trượt lên nhau dễ dàng.

– Phúc mạc có diện tích khá lớn, thường tương đương với diện tích da.

– Phúc mạc có khả năng hấp thụ: các protein, các chất keo được hấp thụ qua đường bạch mạch. Nước và các chất điện giải, độc tố vi khuẩn, các chất có đường kính bé hơn 30 Angstrom và trọng lượng phân tử dưới 2000 được hấp thụ theo các mao mạch vào tĩnh mạch cửa.

– Phúc mạc có khả năng bài xuất: bài xuất nước, điện giải, các protein từ huyết tương vào trong khoang phúc mạc.

– Phúc mạc có nhiều sợi thần kinh hướng tâm nên rất nhạy cảm với các kích thích trong khoang bụng. Mọi viêm nhiễm của các tạng trong khoang bụng đều kích thích phần phúc mạc ở sát kề bên và phúc mạc đáp ứng lại bằng cảm giác đau. Đây là cơ sở để chẩn đoán tình trạng viêm cấp tính trong khoang bụng.

3. VÀI NÉT VỀ CƠ CHẾ VIÊM PHÚC MẠC

– Vi khuẩn đến khoang phúc mạc do sự lây lan trực tiếp từ một tạng nào đó trong ổ bụng bị nhiễm khuẩn hoặc lây theo đường kế cận.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Vi khuẩn đến khoang phúc mạc theo đường máu, đường bạch mạch–hạch bạch huyết trong ổ bụng.

– Nhiễm khuẩn đường sinh dục ở trẻ gái, vi khuẩn xâm nhập vào khoang bụng qua lỗ của loa vòi trứng.

– Vi khuẩn có thể thoát qua thành ruột vào khoang phúc mạc, ở trẻ bị bệnh thận, gan do sự suy giảm miễn dịch dịch thể, tế bào, hoặc do viêm hoại tử ruột.

– Vi khuẩn vào khoang phúc mạc do vết thương ở bụng.

4. NGUYÊN NHÂN

4.1. Viêm phúc mạc do vi khuẩn

– Vi khuẩn xâm nhập vào khoang bụng bằng đường máu, hoặc từ một ổ nhiễm khuẩn trong khoang bụng hoặc do thủng vỡ một tạng rỗng trong ổ bụng.

– Vi khuẩn có thể gặp: Phế cầu, Liên cầu, E.coli, Proteus, Pseudomonas, Klebsiella v.v...m hay các vi khuẩn kỵ khí.

Có hai loại viêm phúc mạc do vi khuẩn, đó là:

4.1.1. Viêm phúc mạc tiên phát

Trong khoang bụng có mủ, giả mạc mà không có thương tổn các tạng trong ổ bụng.

+ Vi khuẩn gây viêm phúc mạc tiên phát thường là phế cầu, lậu cầu, trực khuẩn lao v.v..., và xâm nhập vào ổ phúc mạc theo đường máu hay đường bạch mạch.

4.1.2. Viêm phúc mạc thứ phát

Do thương tổn một tạng nào đó trong khoang bụng như:

– Viêm ruột thừa, viêm thủng túi Meckel, thủng dạ dày, viêm hoại tử đường mật ngoài gan, viêm ruột hoại tử, áp xe gan vỡ, viêm phần phụ và áp xe vòi trứng v.v...

– Viêm phúc mạc do vết thương, chạm thương bụng.

– Các biến chứng khác sau mổ bụng.

4.2. Viêm phúc mạc hoá học

Như phân xu trong thủng ruột bào thai, dịch tụy trong viêm tụy cấp.

5. PHÂN LOẠI VIÊM PHÚC MẠC

5.1. Phân loại theo giải phẫu

– Viêm phúc mạc toàn thể: khi có mủ ở toàn bộ khoang bụng.

– Viêm phúc mạc khu trú: khi mủ khu trú tại một vùng trong khoang bụng: như áp xe dưới cơ hoành, áp xe ruột thừa, áp xe Douglas, áp xe ở mạc treo ruột.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.2. Phân loại theo đường vào

– Đường máu, bạch huyết.

– Đường kế cận.

– Ngược dòng từ đường tiết niệu, sinh dục.

5.3. Phân loại theo tuổi

– Viêm phúc mạc bào thai: là hậu quả của thủng đường tiêu hoá trong thời kỳ bào thai. Đây là viêm phúc mạc vô khuẩn do hoá chất.

– Viêm phúc mạc sơ sinh: xảy ra trong tháng đầu sau đẻ. Do thủng đường tiêu hoá, hay bệnh cảnh nhiễm khuẩn toàn thân.

– Viêm phúc mạc ở trẻ bú mẹ (1 tháng → 24 tháng).

– Viêm phúc mạc ở trẻ nhỏ và trẻ lớn

6. TRIỆU CHỨNG VIÊM PHÚC MẠC TOÀN THỂ

6.1. Lâm sàng

6.1.1. Cơ năng

– Đau bụng:

Tuỳ theo nguyên nhân gây viêm phúc mạc mà vị trí lúc đầu của đau bụng, hướng lan toả và cường độ đau khác nhau, ví dụ viêm phúc mạc do viêm ruột thừa thì đau âm ỉ vùng hố chậu phải rồi lan toả khắp ổ bụng. Xoắn ruột hoại tử gây viêm phúc mạc thì đau bụng dữ dội vùng giữa rốn rồi lan toả khắp ổ bụng.

Đau bụng thường liên tục, đau theo nhịp thở, khi di chuyển, khi ho làm đứa trẻ nằm yên không dám cử động.

Với trẻ nhỏ: dấu hiệu đau bụng thường chỉ biểu hiện bằng dấu hiệu quấy khóc

– Nôn:

Ra thức ăn, hoặc chất nôn có dịch mật, dịch ruột hoặc chỉ muốn nôn mà không nôn.

– Rối loạn đại tiện:

Thường là bí trung đại tiện, nhưng có thể bị ỉa lỏng,

Có thể ỉa máu.

– Rối loạn tiểu tiện:

Đái ít, có thể biểu hiện đái dắt, đái buốt.

6.1.2. Toàn thân

Có thể còn tỉnh táo, tiếp xúc tốt hoặc mệt lả, tiếp xúc chậm.

– Thể trạng nhiễm khuẩn: sốt cao.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Dấu hiệu mất nước: da khô, mắt trũng, khát nước, đái ít hoặc thiểu niệu.

– Rối loạn tuần hoàn ở các mức độ khác nhau, từ nhẹ tới nặng.

+ Huyết áp có thể hạ.

+ Mạch nhanh nhỏ, thở nhanh.

+ Có thể rối loạn vận mạch: nổi vân tím trên da toàn thân.

+ Có thể trong tình trạng sốc.

6.1.3. Thực thể

Là quan trọng chẩn đoán viêm phúc mạc.

a) Nhìn:

– Trướng bụng: thường gặp trướng đều

– Thành bụng di động lên xuống theo nhịp thở hoặc không cử động.

b) Sờ nắn:

– Co cứng thành bụng: thường chỉ gặp ở trẻ lớn, người lớn

+ Cứng thường xuyên

+ Có thể co cứng khu trú tại một vùng hoặc lan toả khắp bụng.

+ Thở hoàn toàn bằng ngực, bụng không cử động

– Phản ứng thành bụng:

– Thành bụng vẫn di động lên xuống theo nhịp thở.

– Không có hiện tượng co cứng liên tục ở các cơ thành bụng.

Thành bụng có phản ứng: khám có thể nắn mềm, khi nắn sâu xuống thì có cảm giác như có sức chống đỡ tay người khám và bệnh nhân đau.

Phản ứng thành bụng thường gặp khi viêm phúc mạc còn khu trú: như trong viêm phúc mạc ruột thừa lúc đầu thường đau nửa bụng phải và về sau mới đau khắp toàn bụng.

– Cảm ứng phúc mạc:

+ Nắn đau khắp bụng.

+ Bụng vẫn có thể di động theo nhịp thở.

Dấu hiệu này thường gặp ở trẻ nhỏ hoặc giai đoạn muộn của viêm phúc mạc.

– Cần lưu ý: ở trẻ nhỏ, trong tình trạng hôn mê hoặc sốc thì rất khó đánh giá đúng tình trạng thành bụng.

c) Gõ thành bụng:

– Mất vùng đục trước gan (thủng tạng rỗng).

– Gõ đục vùng thấp: trong bụng có nhiều dịch.

d) Thăm trực tràng:

– Ấn nhẹ vào túi vùng Douglas ở thành trước: bệnh nhân đau.

– Có thể có máu theo găng tay.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6.2. Cận lâm sàng

6.2.1. Xét nghiệm máu

– Công thức máu: huyết sắc tố, hematocrit.

– Bạch cầu: bình thường từ 5.000 ⇒ 15.000 BC/mm^3. BC thường cao trên 15.000BC/mm^3.

– Tiểu cầu máu ngoại biên dưới 100.000/mm^3 là hạ tiểu cầu.

– Điện giải đồ máu: có thể bị rối loạn.

– Protein máu: có thể giảm hoặc bình thường.

– Cấy máu.

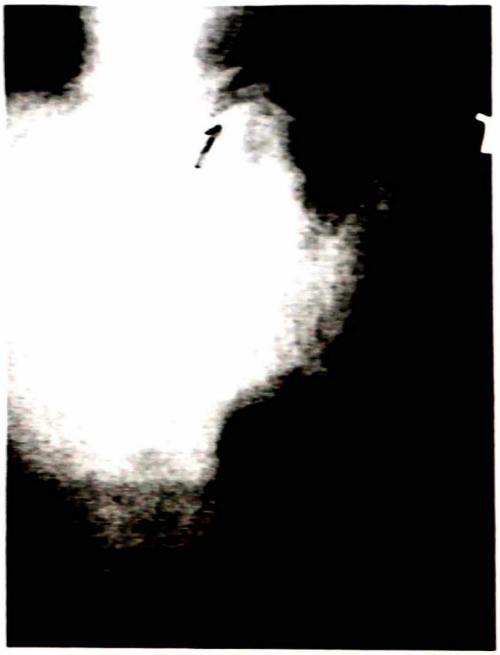
6.2.2. Xét nghiệm nước tiểu: protein, tế bào.

6.2.3. Xquang ổ bụng: không chuẩn bị, cần xem có: liềm hơi trong ổ bụng: có thủng tạng rỗng.

– Bóng hơi ở thành ruột: viêm ruột hoại tử

– Hình ảnh mức nước – hơi: tắc ruột, liệt ruột cơ năng.

– Mờ vùng thấp
– Quai ruột giãn ⇒ Trong ổ bụng có dịch
– Thành ruột dày



Hình 3.79. Ổ bụng có dịch và liềm hơi

6.2.4. Chọc hút dịch trong khoang bụng và phân tích dịch

a) Chỉ định ngoại khoa

– Khi các triệu chứng lâm sàng, Xquang nghi ngờ chẩn đoán viêm phúc mạc, đặc biệt ở bệnh nhân trong tình trạng bán hôn mê, hôn mê.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b. Vị trí chọc dò

Ở 1 trong 4 điểm quanh rốn, với chỉ dẫn của lâm sàng, Xquang, siêu âm.

c) Phân tích dịch màng bụng và hướng chẩn đoán nguyên nhân

– Màu sắc:

+ Dịch màu đục: nhiễm khuẩn như viêm phúc mạc ruột thừa v.v...

+ Dịch màu vàng của mật: viêm phúc mạc mật v.v...

+ Dịch màu vàng chanh, trong: dịch cổ trướng hoặc viêm ruột hoại tử giai đoạn sớm.

+ Dịch máu: xoắn ruột hoại tử, ung thư gan vỡ v.v...

+ Dịch nâu sánh: áp xe gan do amíp vỡ.

– Xét nghiệm dịch: xét nghiệm bạch cầu.

+ Số lượng bạch cầu đa nhân: ≥ 250 BC/mm^3 là có biểu hiện nhiễm khuẩn.

+ Nếu số lượng lymphocyte chiếm ưu thế gợi ý cho chẩn đoán viêm phúc mạc do lao, nấm, u bạch huyết.

+ Theo dõi số lượng bạch cầu đa nhân sau 48 giờ điều trị kháng sinh. Nếu số lượng bạch cầu đa nhân không giảm, thậm chí tăng lên cần theo dõi viêm phúc mạc thứ phát không kèm theo vỡ tạng.

– Xét nghiệm protein và các yếu tố sinh hoá của dịch màng bụng: kết hợp lâm sàng cho chẩn đoán viêm phúc mạc nếu:

+ Protein toàn phần > 1g/dl

+ Glucose < 50mg/dl

+ LDH > giới hạn trên của ngưỡng bình thường của huyết thanh.

– Vi khuẩn học trong dịch màng bụng:

Soi tươi hoặc cấy dịch màng bụng: có vi khuẩn nhiều loại là tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phúc mạc đặc biệt, song cầu trùng đặc hiệu cho viêm phúc mạc tiên phát. Nhưng cấy vi khuẩn có thể âm tính do bệnh nhân đã được dùng kháng sinh hoặc kỹ thuật cấy không thích hợp.

6.2.5. Cấy máu

Khi bệnh nhân sốt cao. Kết quả cấy máu và kháng sinh đồ giúp chọn kháng sinh điều trị.

6.2.6. Siêu âm ổ bụng

Thấy dịch trong ổ bụng, các quai ruột giãn.

6.2.7. Chụp đồng vị phóng xạ

Chụp đồng vị phóng xạ hệ thống gan mật bằng Tcdisofein phát hiện thủng đường mật tự phát trong trường hợp triệu chứng lâm sàng không rõ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6.2.8. Nội soi ổ bụng

Giúp chẩn đoán viêm phúc mạc do lao. Trong trường hợp đau bụng cấp mà các thăm khám không tìm được nguyên nhân thì nên nội soi ổ bụng để chẩn đoán và điều trị trong một số loại bệnh lý.

7. CHẨN ĐOÁN VIÊM PHÚC MẠC

7.1. Chẩn đoán viêm phúc mạc dựa các dấu hiệu sau

7.1.1. Lâm sàng

– Hội chứng nhiễm khuẩn.

– Đau bụng, có thể kèm rối loạn tiêu hoá như bí trung đại tiện hoặc ỉa lỏng, ỉa máu.

– Hội chứng tắc ruột cơ năng.

– Có cảm ứng phúc mạc hoặc co cứng thành bụng.

7.1.2. Cận lâm sàng

– Bạch cầu cao

– Xquang: + Có dịch trong ổ bụng

+ Có liệt ruột cơ năng

– Chọc dò ổ bụng: dịch đục có bạch cầu đa nhân > 250 BC/1mm^3 hoặc hút ra dịch mật v.v...

7.2. Chẩn đoán nguyên nhân viêm phúc mạc

– *Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa vỡ:* thường gặp ở trẻ nhỏ.

+ Đau và phản ứng mạnh ở vùng hố chậu phải

+ Chọc dò ổ bụng: dịch mủ, đục, thối.

+ Cần lưu ý: viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ sơ sinh có một dấu hiệu gợi ý của chụp bụng không chuẩn bị là hình ảnh các quai ruột non tập trung ở hố chậu phải.

– *Viêm phúc mạc do tắc ruột hoại tử:* tắc ruột do giun, xoắn ruột, nghẹt ruột do dây chằng, viêm ruột hoại tử v.v...

+ Có dấu hiệu tắc ruột trên lâm sàng và Xquang.

+ Cảm ứng phúc mạc.

+ Chọc dò ổ bụng ra dịch máu hoặc phân hoặc mủ, dịch đục.

– *Viêm phúc mạc mật*: trên siêu âm thấy các tổn thương của đường mật hoặc áp xe gan.

– *Viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng do chấn thương bụng v.v...*

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

7.3. Chẩn đoán phân biệt

–Viêm tụy cấp.

– Tắc ruột.

– U nang buồng trứng xoắn ở trẻ gái lớn.

– Đau thận, viêm đại tràng co thắt.

– Viêm phổi.

– Máu tụ sau phúc mạc do chấn thương hoặc do các bệnh về máu.

– Lao phúc mạc.

– Hội chứng thận hư gây viêm phúc mạc thứ phát.

8. ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC TOÀN THỂ

8.1. Chỉ định ngoại khoa: là tuyệt đối

8.2. Chuẩn bị trước mổ

– Đặt ống thông dạ dày.

– Hồi sức trước mổ.

– Truyền dịch: dựa vào điện giải đồ và dấu hiệu mất nước.

– Thăng bằng kiềm toan.

– Kháng sinh: phổ rộng và metronidazole.

8.3. Mổ

– Đặt ống thông dạ dày.

– Gây mê nội khí quản.

– Đường rạch da: đủ rộng để giải quyết nguyên nhân viêm phúc mạc và lau rửa ổ bụng. Thường là đường giữa trên rốn, có thể kéo dài xuống dưới rốn.

– Kiểm tra kỹ các thương tổn gây viêm phúc mạc và tình trạng trong ổ bụng.

– Giải quyết nguyên nhân gây viêm phúc mạc, tuỳ theo nguyên nhân gây viêm phúc mạc mà có những kỹ thuật phù hợp như:

+ Cắt ruột thừa viêm hoại tử.

+ Cắt nối ruột ngay hoặc dẫn lưu 2 đầu ruột khi hoại tử ruột do xoắn ruột hay nghẹt do dây chằng.

+ Cắt ruột hoại tử và dẫn lưu 2 đầu ruột trong viêm ruột hoại tử do vi khuẩn kỵ khí Welchia perfringens (hay Clostridium welchia type C).

+ Làm hậu môn nhân tạo trong thủng, vỡ đại tràng v.v...

– Lấy dịch ổ bụng cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Hút hết dịch, mủ trong ổ bụng, rửa sạch ổ bụng bằng dung dịch natriclorua 0,9%.

+ Đặt dẫn lưu trong ổ bụng: ở các vị trí thấp và phù hợp để dẫn lưu được hết dịch trong ổ bụng. Nếu tình trạng nặng, có thể tiến hành đặt hệ thống dẫn lưu tưới rửa ổ bụng.

– Những năm gần đây, mổ bằng nội soi ổ bụng đã được áp dụng ở nhiều trung tâm ngoại khoa.

8.4. Sau mổ

– Kháng sinh, tuỳ theo loại nguyên nhân gây viêm phúc mạc. Thường dùng kháng sinh liều cao phối hợp giữa các nhóm:

– Betalactamin.

– Aminoglycosid.

– Metronidazol.

– Bồi phụ nước điện giải theo điện giải đồ.

– Truyền máu nếu thiếu máu.

– Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch bổ sung tuỳ tình trạng chung của bệnh nhân và tính chất phẫu thuật như trường hợp phải dẫn lưu hỗng tràng trong viêm ruột hoại tử v.v...

– Chăm sóc hậu phẫu:

+ Lượng nước tiểu/24 giờ.

+ Các ống dẫn lưu.

+ Ống thông dạ dày.

+ Tình trạng chung của bệnh nhân: thân nhiệt, tuần hoàn, hô hấp, sự lưu thông tiêu hoá sau mổ.

+ Cho ăn lại đường miệng khi đã có nhu động ruột và lưu thông tiêu hoá đã trở lại bình thường.

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

Ở trẻ em thường gặp các loại áp xe trong ổ bụng như:

– Áp xe ruột thừa.

– Áp xe ở mạc treo ruột.

– Áp xe tồn dư trong ổ bụng sau mổ viêm phúc mạc hoặc viêm ruột thừa.

– Áp xe dưới cơ hoành do áp xe gan vỡ, sau mổ viêm phúc mạc.

– Áp xe Douglas thường sau mổ viêm phúc mạc.

Tuỳ theo loại áp xe và vị trí, thời gian bị áp xe mà triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng có những biểu hiện khác nhau ngoài những dấu hiệu nhiễm khuẩn chung.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

9.1. Triệu chứng và chẩn đoán

9.1.1. Những triệu chứng toàn thân và cơ năng

– Thể trạng chung: mệt mỏi, ăn uống kém, gầy sút, miệng khô, lưỡi bẩn.

– Hội chứng nhiễm khuẩn.

+ Sốt cao, dao động.

+ Bạch cầu tăng cao > 15000BC/mm^3, tăng đa nhân trung tính.

+ Tốc độ máu lắng cao.

– Hội chứng rối loạn tiêu hoá:

+ Buồn nôn hoặc nôn

+ Có thể táo bón hoặc ỉa lỏng, phân có nhiều chất nhầy.

– Có các triệu chứng về tiết niệu: có thể đái ít, đái buốt, đái dắt.

– Triệu chứng về hô hấp: ho, nấc

– Đau bụng âm ỉ tuỳ theo vị trí loại áp xe.

9.1.2. Triệu chứng của các loại áp xe

a) Áp xe dưới cơ hoành

– Bờ sườn có thể gồ cao, phù nề, nắn vào rất đau.

– Có dấu hiệu kích thích cơ hoành: nấc, ho

– Dấu hiệu kích thích và phản ứng màng phổi

– Chụp bụng – ngực: thẳng nghiêng

+ Có mức nước – hơi dưới vòm hoành hoặc dưới gan

+ Có thể có phản ứng màng phổi: góc sườn hoành tù

– Siêu âm: xác định ổ áp xe: vị trí và kích thước.

b) Áp xe ruột thừa: hay gặp và chia làm 2 thể.

– Áp xe ruột thừa trong ổ bụng hay áp xe ruột thừa ở tiểu khung:

+ Vị trí ổ áp xe thường liên quan với vị trí ruột thừa viêm hoại tử ở chậu hông, ở mạc treo hồi tràng, vị trí ổ áp xe thường cạnh hố chậu phải và gần về phía tiểu khung, phía đường giữa.

+ Khám: nắn thấy một khối có ranh giới ở cạnh hố chậu phải gần đường giữa dưới rốn, không liên tục với gai chậu – mào chậu, nắn đau.

+ Thường có dấu hiệu tiết niệu kèm theo như đái buốt, đái dắt.

– Áp xe ruột thừa khu trú ở hố chậu phải hoặc sau manh tràng:

+ Khám: khi áp xe khu trú ở hố chậu phải, khám có một khối lồi lên ở hố chậu phải, ranh giới rõ, liền với gai chậu trước trên, mặt nhẵn, mềm, nắn vào đau, thành bụng tại chỗ có thể nề.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Áp xe ruột thừa sau manh tràng: bệnh nhân đau ở vùng thắt lưng, có các dấu hiệu như của viêm cơ đái chậu, nắn đau ở vùng sau và trên mào chậu.

+ Siêu âm: giúp chẩn đoán xác định.

c) Các áp xe ở mạc treo ruột do viêm hoại tử các hạch mạc treo, hoặc áp xe tồn dư trong ổ bụng sau mổ

– Nắn có một khối trong ổ bụng, nắn vào đau và có phản ứng thành bụng.

– Xquang: chụp bụng, có thể thấy một khối mờ ở trong ổ bụng.

– Siêu âm: giúp chẩn đoán

d) Áp xe Douglas

– Luôn có dấu hiệu mót ỉa.

– Ỉa phân có chất nhầy – có thể đái dắt, đái buốt

– Thăm trực tràng: đau ở túi cùng Douglas

– Siêu âm: giúp chẩn đoán.

9.2. Điều trị: Nguyên tắc chung

9.2.1. Kháng sinh liều cao phối hợp giữa nhóm Metronidazole – Aminoglycoside – Betalactamin

9.2.2. Nâng cao thể trạng

– Truyền dịch: dựa vào xét nghiệm điện giải đồ, dấu hiệu mất nước.

– Truyền máu: dựa vào xét nghiệm hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit.

– Truyền đạm: dựa vào xét nghiệm protein huyết thanh.

9.2.3. Dẫn lưu mủ và giải quyết nguyên nhân

a) Dẫn lưu mủ ngoài phúc mạc cho

– Áp xe dưới cơ hoành: khi ổ áp xe ở giữa gan và cơ hoành.

– Áp xe ruột thừa khu trú ở hố chậu, sau manh tràng.

Dẫn lưu hết mủ, cho bệnh nhân về và hẹn khoảng 6 tháng sau đến mổ lại để cắt ruột thừa.

– Áp xe Douglas: dẫn lưu qua thành trước trực tràng.

b) Mở vào ổ bụng để giải quyết nguyên nhân và dẫn lưu:

– Áp xe ruột thừa ở trong ổ bụng hay áp xe ruột thừa ở tiểu khung.

– Các ổ áp xe mạc treo, áp xe tồn dư trong ổ bụng.

– Áp xe dưới cơ hoành ở sâu dưới gan, ở hậu cung mạc nối, ở giữa lách với phình vị lớn dạ dày.

– Áp xe dưới cơ hoành do áp xe gan do giun và sau khi đã điều trị kháng sinh

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

nâng cao thể trạng, mổ vào ổ bụng để giải quyết nguyên nhân như mở đường mật lấy giun, rửa đường mật, dẫn lưu kehr và mở các ổ áp xe ở nhu mô gan lấy xác giun và mủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn ngoại cơ sở Trường Đại học Y Hà Nội: Triệu chứng học ngoại khoa ổ bụng. Nhà xuất bản Y học, (1990).

   Triệu chứng học ngoại khoa, tái bản lần thứ 5. Nhà xuất bản Y học, tr 25 – 33.
2. Karren W West (1998): Primary Peritonitis. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric Surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1345 – 1348. Mosby, St. Louis.
3. Nguyễn Đình Hối (1994): Viêm phúc mạc.

   Bách khoa thư bệnh học tập II.

   Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Hà Nội, tr 479 – 487.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

14. VIÊM HOẠI TỬ RUỘT NON Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 1978, bệnh này được định nghĩa như sau: Viêm hoại tử ruột non ở trẻ em là một bệnh lý có đặc điểm làm tổn thương hoại tử tiến triển nhiều đoạn ruột non (nhất là hỗng tràng). Nguyên nhân gây bệnh là do vi khuẩn yếm khí Clostridium Perfringens type C và độc tố β của nó.

Bệnh hay xảy ra ở từng địa phương, đôi khi phát triển thành dịch có liên quan tới mức sống thấp và tập quán ăn uống không hợp vệ sinh của địa phương đó.

Các vụ dịch viêm hoại tử ruột non được mô tả lần đầu tại nước Đức và Đan mạch sau chiến tranh thế giới lần thứ II, bệnh gây chảy máu rồi hoại tử hỗng tràng và tử vong. Bệnh được phát hiện ở Papua New Guinea vào các dịp lễ hội sau ăn cỗ thịt lợn nên bệnh còn được gọi là hội chứng " Pig – Bel" nghĩa là "đau bụng sau ăn thịt lợn". Bệnh cũng được phát hiện ở một số nước châu Phi và châu Á như Trung Quốc, Băngdales, Thái Lan. Ở Việt Nam, bệnh này đã xuất hiện ở hầu hết các tỉnh của cả nước vào những năm 70 – 80 – 90 và giảm nhiều ở những năm sau này. Đây là một bệnh cần có sự kết hợp chặt chẽ của điều trị nội và ngoại khoa và tử vong do bệnh này còn cao.

2. CƠ CHẾ SINH BỆNH HỌC CỦA VIÊN RUỘT NON HOẠI TỬ

2.1. Vi khuẩn

Clostridium perfringens là vi khuẩn kỵ khí, Gram dương, hình gậy (trực khuẩn) được phân ra các type dựa trên các mẫu ngoại độc tố sinh ra. Clostridium Perfringens type C dễ dàng hoá thành bào tử có khả năng chịu được nhiệt độ cao, nó chịu được sức nóng 95^0C trong vài phút. Tính chịu nhiệt cao và khả năng sinh sản nhanh làm vi khuẩn này trở thành một tác nhân dễ gây ô nhiễm.

Nguồn gốc của Clostridium Perfringens type C có từ 2 nguồn:

– Nội sinh: do vi khuẩn sẵn có trong đại tràng.

– Ngoại sinh: do thức ăn, nước uống bị nhiễm khuẩn.

2.2. Các độc tố

Clostridium Perfringens type C sản xuất ra độc tố alpha (α) và bêta (β). Độc tố β là protein – ngoại độc tố gây hoại tử ruột ở động vật và người. Độc tố β này bị phá huỷ nhanh bởi enzym protease và đặc tính này đã là cơ sở cho giả thuyết về sinh bệnh học của viêm ruột non hoại tử.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.3. Cơ chế gây bệnh

Bệnh viêm ruột non hoại tử xảy ra do mất cân bằng giữa sản xuất và tiêu huỷ độc tố của vi khuẩn. Bình thường trong ống tiêu hoá vẫn có một vi khuẩn chí, trong đó có nhiều chủng loại E.Coli và Clostridium Perfringens type C (tồn tại vào khoảng 70% ở người bình thường). Lượng độc tố β sinh ra bị phân huỷ nhanh chóng bởi men trypsin (hay men protease). Khi lượng độc tố β được sản sinh quá nhiều hoặc do lượng trypsin quá ít thì độc tố β không được phân huỷ hết sẽ gây tổn thương bề mặt ruột non. Đặc tính chuyển động của nhung mao ruột bị ảnh hưởng nên gây tăng bám dính vi khuẩn và dẫn tới thương tổn ruột ngày càng nặng hơn. Độc tố β gây viêm rồi hoại tử các lớp của thành ruột non, gây ra chảy máu trong lòng ruột, rối loạn hấp thu dịch của thành ruột và làm thoát huyết tương, điện giải vào ổ bụng. Điều này sẽ dẫn tới các hậu quả:

– Mất nước, điện giải (mất natri) và giảm protein (áp lực keo).

– Sốc do giảm thể tích tuần hoàn (do giảm nặng protein và natri trong máu). Sốc trong viêm ruột non hoại tử là sốc giảm thể tích tuần hoàn chứ không phải sốc nhiễm trùng (là sốc do nội độc tố).

– Sốc nhiễm độc máu (Enterotoxemia) là thể nặng nhất: ngoại độc tố β được tạo ra ồ ạt gây hoại tử gần hết ruột non nên gây sốc giảm thể tích tuần hoàn rất nặng và thường gây sốc không hồi phục (gặp ở thể tối cấp).

– Clostridium Perfringens type C gây bệnh khi có các yếu tố thuận lợi:

Lượng độc tố β tăng do:

+ Tăng đột ngột số lượng vi khuẩn Clostridium Perfringens type C do bị nhiễm trong thức ăn.

+ Thiếu men Protease (hay Trypsin) là men được tiết ra từ tụy để phân huỷ protein, nên phân huỷ được độc tố β (cũng là một protein).

+ Chế độ ăn hàng ngày thiếu protein kéo dài.

+ Chế độ ăn có nhiều khoai lang, lạc, đậu tương: có các yếu tố ức chế hoạt tính men trypsin.

– Có giun đũa trong ruột: giun tiết ra độc tố chống lại men trypsin.

– Do có bữa ăn đột ngột giàu protein động vật: men trypsin được huy động hết để phân huỷ protein nên không phân huỷ hết độc tố β.

2.4. Hướng điều trị

Từ cơ chế bệnh sinh trên, cách điều trị và dự phòng bệnh như sau:

– Chống độc tố: hiện chưa thực hiện được

– Loại trừ ngay nguồn gốc gây hoại tử ruột bằng phẫu thuật và dùng kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí.

– Đề ra các biện pháp phòng bệnh.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH VIÊM RUỘT NON HOẠI TỬ

3.1. Đại thể

3.1.1. Dịch màng bụng

– Dịch luôn có với số lượng khác nhau, có thể rất nhiều.

– Màu sắc: màu vàng chanh trong, vàng đục, hồng hoặc nâu.

– Mùi của dịch: không mùi hoặc có mùi thối khi có thủng ruột.

– Có thể có giả mạc dính ở mạc treo, thanh mạc ruột.

Tính chất dịch trong ổ bụng phản ánh mức độ bệnh và thương tổn của ruột.

3.1.2. Hạch mạc treo và mạc treo ruột

Hạch mạc treo sưng to, mặt cắt màu trắng, có thể có chấm xuất huyết.

Mạc treo ruột phù nề, xung huyết,có thể có huyết khối ở tĩnh mạch.

3.1.3. Ruột non

Thương tổn chủ yếu ở hỗng tràng rồi lan xuống hồi tràng, có ít trường hợp thương tổn chỉ ở hồi tràng, không gặp tổn thương ở tá tràng – đại tràng. Tuỳ theo thương tổn ở thành ruột mà chia thành các độ khác nhau. Có một số cách phân loại nhưng cách phân loại của Pujari là được áp dụng phổ biến.

Theo Pujari (1980) có 4 độ hay 4 giai đoạn bệnh

Độ 1: Màu sắc ruột nhợt, thành ruột phù nề, có loét niêm mạc.

Độ 2: Thành ruột phù nề, bề mặt có những vòng thắt màu đỏ làm hẹp ruột, có các chấm xuất huyết ở thành ruột, loét niêm mạc, giữa hai đoạn ruột thương tổn vẫn là ruột bình thường. Thương tổn thường ở hỗng tràng.

Độ 3: Thương tổn nhiều đoạn ruột dài hơn, loét niêm mạc lan rộng, dịch máu nhiều trong lòng ruột. Các đốm hoại tử đen xen kẽ các vùng viêm đỏ ở thành ruột.

Độ 4: Ruột thủng ở chỗ bị hoại tử

3.2. Vi thể

Tuỳ theo giai đoạn bệnh mà có các hình ảnh:

– Tổn thương xung huyết, phù nề, chảy máu rồi có huyết khối trong lòng mạch máu bị giãn.

– Xâm nhập tế bào viêm chủ yếu tế bào lympho và tương bào.

– Ruột non bị hoại tử với biểu hiện trợt, loét, thủng bắt đầu từ lớp niêm mạc lan dần tới lớp dưới niêm mạc, rồi lớp cơ và thanh mạc. Có sự bám dính của các loại vi khuẩn Gram dương, Gram âm và vi khuẩn kỵ khí Clostridium Perfringens type C ở bề mặt niêm mạc ruột, ở các tuyến của nhung mao ruột đã hoại tử, ở bề mặt và trong mô liên kết của nhung mao.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. DỊCH TỄ HỌC

Viêm hoại tử ruột non ít gặp ở người lớn mà chủ yếu gặp ở trẻ em. Lứa tuổi hay mắc bệnh là từ 3 – 9 tuổi và con trai mắc nhiều hơn con gái. Bệnh xảy ra quanh năm nhưng thường vào mùa nóng và chủ yếu ở những nước nghèo, những vùng có mức sống thấp.

5. THỂ LÂM SÀNG

Theo Millar (1981) chia làm 4 thể:

5.1. Thể cấp tính và nhiễm độc

Chiếm khoảng 15% số bệnh nhân bị viêm ruột non hoại tử. Triệu chứng đau bụng xuất hiện sớm sau bữa ăn giàu chất đạm đột xuất độ 6 giờ. Dấu hiệu đại tiện phân lỏng có máu hầu hết xảy ra trong ngày đầu của bệnh. Bệnh nhân vào viện thường trong tình trạng sốc nặng.

Diễn biến nhanh, sốc không phục hồi, mặc dù có hồi sức nội khoa tích cực kết hợp điều trị ngoại khoa. Tử vong hầu hết các trường hợp.

5.2. Thể nhẹ hay thể nội khoa

Chiếm khoảng 65% số bệnh nhân bị viêm ruột non hoại tử.

– Đau bụng cơn, nhẹ và xuất hiện muộn sau bữa ăn giàu chất đạm đột xuất.

– Đại tiện phân lỏng trong những ngày đầu, ít khi ra máu.

– Trướng bụng ít gặp.

– Dịch trong ổ bụng: màu vàng chanh trong, nồng độ protein thấp.

– Thể trạng chung còn tương đối tốt.

– Điều trị nội khoa thường cho kết quả tốt (hút dịch dạ dày, nhịn ăn, truyền dịch, kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí).

Có một số bệnh nhân bị hẹp ruột sau này hoặc viêm ruột tiến triển phải điều trị ngoại khoa.

Cần chẩn đoán phân biệt: với các bệnh như: lỵ, thương hàn, lồng ruột.

5.3. Thể mạn tính

Một đoạn ruột bị viêm ổn định, hình thành tổ chức xơ sẹo gây hẹp lòng ruột và gây bán tắc ruột.

Chẩn đoán dựa vào tiền sử bệnh, lâm sàng và chụp lưu thông đường tiêu hoá.

Mổ cắt đoạn hẹp, nối ruột.

5.4. Thể ngoại khoa cấp tính

– Ngoài thương tổn viêm ruột hoại tử, lâm sàng có dấu hiệu tắc ruột và viêm phúc mạc.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Thường có dấu hiệu sốc khi bệnh nhân nhập viện.

– Cần phải điều trị ngoại khoa.

6. THỂ NGOẠI KHOA CẤP TÍNH: chẩn đoán và điều trị

Ở trẻ từ 3 – 15 tuổi nhưng gặp nhiều ở lứa tuổi 6 – 7 tuổi.

6.1. Lâm sàng

Biểu hiện của hội chứng viêm phúc mạc và tắc ruột non.

6.1.1. Hội chứng viêm phúc mục và tắc ruột non

– Đau bụng: thường xuất hiện vào khoảng 8 giờ (từ 4 – 12 giờ). Sau bữa ăn đột xuất – bất thường giàu chất đạm (thịt lợn, cỗ) hay một số loại củ, quả sống như khoai lang, lạc sống v.v... Lúc đầu đau thường ở vị trí quanh và trên rốn, sang ngày thứ hai thì thường đau lan toả các vùng ở bụng. Về cường độ đau: đau âm ỉ hoặc đau từng cơn ở các mức độ khác nhau.

– Nôn thường xảy ra sau đau bụng và gặp ở đa số các bệnh nhân. Nôn ra dịch dạ dày và thức ăn lúc đầu, sau nôn ra dịch mật, dịch có máu thậm chí cả giun đũa.

– Bụng trướng: thường xảy ra vào ngày thứ hai của bệnh. Mức độ trướng bụng khác nhau ở các mức độ nhẹ, vừa, nặng.

Gõ bụng: đục ở vùng thấp

– Tình trạng thành bụng: phản ứng, cảm ứng phúc mạc. Cần chú ý khi bệnh nhân hôn mê thì khó đánh giá đúng tình trạng thành bụng.

– Chọc dò ổ bụng: hút ra dịch vàng đục, hồng đục. Thường hút dịch dễ dàng. Thủ thuật này dễ thực hiện và có giá trị chẩn đoán đặc biệt khi bệnh nhân ở trạng thái lợ mơ, hôn mê và góp phần quan trọng vào chỉ định điều trị nội hay ngoại khoa dựa màu sắc của dịch, số lượng bạch cầu và nồng độ protein.

Xét nghiệm dịch màng bụng:

– Rivalta (+).

– Bạch cầu: thường cao, trung bình là 850 ± 150/ml.

6.1.2. Hội chứng chảy máu tiêu hoá

Phân lúc đầu màu vàng loãng, sau ra nước máu đỏ loãng, máu đen mùi thối khẳn như "mùi cóc chết" hay "mùi thịt thối"

6.1.3. Hội chứng sốc và các rối loạn toàn thân

– Sốt 38,5 – 40°C.

– Mạch quay thường nhanh nhỏ, có thể truy mạch.

– Rối loạn vận mạch: hay gặp nổi vân tím ở da ở các mức độ khác nhau, có thể ở toàn thân, lạnh đầu chi.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung tâm hầu hết là thấp khi vào bệnh viện.

– Lượng nước tiểu: < 2ml/ kg/24 giờ

– Bệnh nhân có bộ mặt hốc hác, kém hoạt động, thường phải nằm.

– Trạng thái thần kinh: ở các trạng thái như: tỉnh táo, lờ đờ, kích thích vật vã, hôn mê.

– Về hô hấp: nhịp thở thường nhanh, nghe phổi có thể có ran ẩm do hít phải chất nôn.

6.2. Xquang

Chụp bụng không chuẩn bị

– Có mức nước mức hơi, quai ruột giãn chứa hơi.

– Hình ảnh "đuôi củ cải" và hình "đèn xếp trung thu" hay hình "ảnh đĩa chồng lên nhau" là hình ảnh đặc hiệu của bệnh này.

– Có dịch trong ổ bụng biểu hiện bằng khoảng cách giữa các quai ruột dày, mờ ở vùng dưới rốn.

6.3. Các xét nghiệm khác

Công thức máu, máu chảy máu đông, nhóm máu, protein máu, hematocrit, tiểu cầu, điện giải đồ, cấy máu, khí máu.

Các xét nghiệm thường cho thấy các biến loạn như máu cô đặc do giảm khối lượng tuần hoàn, giảm protein máu, giảm natri máu. Các rối loạn này đặc biệt nghiêm trọng ở những bệnh nhân bị sốc nặng.

6.4. Chẩn đoán

6.4.1. Chẩn đoán viêm ruột non hoại tử

– Trẻ ở vùng có dịch.

– Hội chứng viêm phúc mạc (cảm ứng phúc mạc, chọc dò: dịch vàng đục, hồng đục).

– Hội chứng chảy máu tiêu hoá, có phân thối khẳn.

– Xquang bụng có hình ảnh đặc hiệu hoặc viêm phúc mạc.

6.4.2. Chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau

– Lồng ruột cấp: thường gặp ở trẻ bú mẹ, không có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc khi chưa có biến chứng hoại tử ruột. Khám lâm sàng thường nắn thấy khối lồng. Bơm hơi đại tràng để chẩn đoán và điều trị.

– Viêm dạ dày, ruột: không có hội chứng nhiễm trùng – nhiễm độc, bụng thường không trướng, nắn mềm.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Thương hàn, hội chứng lỵ: bệnh nhân có cảm giác mót rặn, đại tiện nhiều lần, phân có chất nhầy lẫn máu. Bụng thường không trướng và nắn mềm.

– Xoắn ruột hoại tử: biểu hiện của hội chứng tắc ruột và sốc. Không có biểu hiện nhiễm trùng–nhiễm độc.

– Tắc ruột do giun đũa: hội chứng tắc ruột và nắn bụng thấy quai ruột có giun, không đại tiện ra máu.

– Viêm tụy cấp: amylase trong máu và nước tiểu tăng cao, không có dấu hiệu đại tiện phân có máu.

7. ĐIỀU TRỊ

Việc điều trị bệnh viêm ruột non hoại tử cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa nội khoa và ngoại khoa.

7.1. Điều trị nội khoa: hồi sức trước mổ, gồm có

– Hồi phục khối lượng tuần hoàn.

– Điều chỉnh các rối loạn do bệnh gây ra như: thăng bằng kiềm toan, bồi phụ đủ nước điện giải và protein máu. Sử dụng các dịch truyền như: dung dịch NaCl 0,9%, 5%, dung dịch Ringer lactat, Ringer acetat, Ringer glucose, dung dịch glucose 5%, 10%, dung dịch natri bicarbonat để bù toan, dung dịch keo như Dextran, Plasma, máu toàn phần.

– Dùng kháng sinh tiêu diệt mầm bệnh là vi khuẩn kỵ khí: kháng sinh họ aminoglycosis kết hợp metronidazol và cephalosporin thế hệ 3.

7.2. Điều trị ngoại khoa

7.2.1. Chỉ định điều trị ngoại khoa

– Có dấu hiệu viêm phúc mạc.

– Điều trị nội không kết quả.

– Mổ khi tình trạng sốc của bệnh nhân đã được cải thiện: huyết áp động mạch đo được ở trị số gần hoặc bình thường, áp lực tĩnh mạch trung tâm đo được trên 6cm nước.

7.2.2. Cách thức mổ

– *Gây mê nội khí quản, đặt ống thông vào dạ dày.*

– *Đường mổ*: đường giữa trên rốn. Đánh giá thương tổn ruột về đại thể để quyết định cách xử trí.

Vai trò của phẫu thuật bao gồm:

– Loại bỏ ruột bị tổn thương không có khả năng hồi phục.

– Loại bỏ hậu quả của viêm phúc mạc do thủng ruột.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Làm xẹp ruột, loại bỏ dịch viêm trong lòng ruột.

Đã có những cách điều trị sau:

– Tại Bệnh viện nhi Trung ương

+ Bảo tồn, không cắt ruột: chỉ định cho tổn thương độ 1:

Làm xẹp ruột qua ống thông dạ dày hoặc qua trực – đại tràng

Mở thông dạ dày để hút dịch và làm giảm áp lực ở ống tiêu hoá.

+ Cắt ruột: chỉ định khi ruột hoại tử hoặc có nguy cơ hoại tử, bị chít hẹp gây tắc.

Về kỹ thuật: sau khi cắt bỏ đoạn ruột hoại tử, hẹp, làm xẹp ruột và dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài thành bụng theo kiểu nòng súng. Một vài tuần sau mổ khi ruột hết viêm, phục hồi chức năng chỉ định mổ thì hai để nối lại hai đầu ruột.

Cách điều trị trên chóng làm hồi phục ruột, giảm nguy cơ bục miệng nối nhưng dễ gây mất dịch tiêu hoá, nước–điện giải qua đầu ruột dẫn lưu vì đầu ruột dẫn lưu thường ở vị trí cao gần sát góc Treitz. Nếu bồi phụ nước điện giải không đủ sẽ gây tử vong.

– Bệnh viện Nhi đồng I TP. Hồ Chí Minh: Mổ kết hợp oxy trị liệu.

+ Bảo tồn không cắt ruột + oxy trị liệu:

Chỉ định cho tổn thương ruột độ 1, độ 2

Kỹ thuật: Hút hết hơi và dịch từ góc Treitz đến góc hồi manh tràng. Khâu túi ở hỗng tràng cách góc Treitz độ 6cm để luồn catheter tĩnh mạch số 18 vào lòng hỗng tràng. Nối kim vào nguồn oxy có áp kế. Bơm oxy từ 2 đến 4 lít vừa đủ để làm căng phồng toàn bộ ruột non. Rút kim ra và buộc chỉ. Đưa ruột vào lại ổ bụng. Không dẫn lưu ổ bụng nếu thương tổn ruột ở độ 1 và 2.

+ Cắt và nối ruột ngay + oxy trị liệu:

Chỉ định cho tổn thương ruột độ 3, độ 4

Kỹ thuật: Chỉ cắt ruột ở đoạn ruột thương tổn không thể phục hồi, để lại đoạn ruột có thương tổn nhẹ hơn và sau khi nối ruột thì bơm oxy như trên. Dẫn lưu ổ bụng khi thương tổn ruột độ 3, 4.

Phương pháp này giúp tránh cắt ruột nhiều và giúp ruột sớm hồi phục vì theo cơ chế oxy vào lòng ruột sẽ diệt các vi khuẩn kỵ khí C. Perfringen trong lòng ruột nên lượng độc tố β sẽ bị ngừng tạo ra.

– Dẫn lưu ở phần cuối hồi tràng:

+ Chỉ định khi ruột non bị tổn thương viêm toàn bộ. Nếu cắt ruột thì hết ruột non.

+ Kỹ thuật: làm xẹp toàn bộ ruột non qua chỗ dẫn lưu ở đoạn cuối hồi tràng, nên kết hợp với liệu pháp oxy bơm vào lòng ruột và mở thông dạ dày.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

7.3. Điều trị và theo dõi bệnh nhân sau mổ

7.3.1. Điều trị sau mổ

Tiếp tục điều trị kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí, truyền dịch để nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong những ngày đầu. Cần đặc biệt lưu ý với những bệnh nhân có dẫn lưu hai đầu ruột gây mất nước điện giải nặng. Nuôi dưỡng cho ăn đường miệng và qua đầu ruột dẫn lưu khi ruột hết viêm, nhu động lưu thông trở lại.

7.3.2. Theo dõi

– Tình trạng toàn thân: tri giác, nhiệt độ, mạch, huyết áp, bài tiết nước tiểu, tình trạng hô hấp.

– Tình trạng bụng: bụng trướng sẽ giảm dần, sự phục hồi lưu thông của ruột, dịch ra qua ống thông dạ dày, theo dõi số lượng và tính chất dịch, dịch ra từ dẫn lưu ổ bụng, đại tiện cần xem tính chất phân.

– Các xét nghiệm: điện giải đồ, công thức máu, protein máu.

– Các biến chứng: cần phát hiện sớm nếu có để xử trí.

7.4. Các biến chứng sau mổ

7.4.1. Nhiễm trùng máu: gây tử vong cao

7.4.2. Sau mổ bảo tồn ruột có mở thông dạ dày: viêm ruột tiếp tục tiến triển

7.4.3. Sau mổ dẫn lưu ruột

– Viêm ruột tiến triển tiếp.

– Nhiễm trùng:

+ Vết mổ: có thể gây bục, toác vết mổ.

+ Trong ổ bụng: gây áp xe ở mạc treo ruột, ở túi cùng Douglas hoặc viêm phúc mạc toàn thể.

+ Chảy máu: tại vết mổ, mạc treo ruột.

+ Rối loạn nước – điện giải.

+ Viêm phổi.

7.4.4. Sau mổ nối ruột

– Bục, rò miệng nối ruột gây viêm phúc mạc toàn thể.

– Áp xe trong ổ bụng.

– Chảy máu.

– Tắc ruột do dính, dây chằng.

– Ỉa chảy kéo dài do rối loạn hấp thu và hội chứng ruột ngắn.

– Hẹp ruột sau này gây bán tắc, tắc ruột

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anon (1966): Pigbel and tropical disease. Papua New Guinea Med J. 9: 37–38.
2. Bùi Mạnh Tuấn (1992): Tổn thương giải phẫu bệnh của VRHT trẻ em. Nhi khoa, 2: 40 – 43.
3. Đặng Phương Kiệt, Vương Văn Hùng (1992): Điều tra dịch tễ viêm hoại tử ruột non trong cả nước.

   Y học Việt Nam, 2: 5–10.
4. Lawrence G, Walker PD (1976): Pathogenesis of enteritis necroticans in PNG. Lancet, 1: 125 – 126.
5. Lê Thanh Hải (2002): Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng trong bệnh viêm hoại tử ruột non ở trẻ em.

   Luận án Tiến sĩ Y học. Hà Nội.
6. Millar JS. (1981): The surgical treatment of enteritis necroticans. Br.J.Surg. 68: 481 – 482.
7. Nguyễn Thanh Liêm, Nguyễn Danh Tình, Nguyễn Xuân Thụ (1990): Điều trị viêm ruột non hoại tử bằng phẫu thuật.

   Kỷ yếu C.T.N.C Viện Bảo vệ sức khoẻ trẻ em, tr 439–441.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

15. VIÊM RUỘT THỪA Ở TRẺ EM

1. LỊCH SỬ

Ruột thừa được mô tả lần đầu tiên bởi Leonardo de Vinci vào năm 1492. Còn viêm ruột thừa được mô tả lần đầu bởi Fernel năm 1554. Năm 1711, Heister đã mổ tử thi, mô tả viêm ruột thừa. Năm 1756, Claudius Aymand đã mổ cắt ruột thừa. Năm 1759, Meistivier đã mổ áp xe ruột thừa. Năm 1827, Melier cho rằng ruột thừa viêm thủng là nguyên nhân thường gặp của viêm phúc mạc và là nguyên nhân gây tử vong. Năm 1870, Balzer phát hiện một trẻ 7 tháng tuổi bị chết vì viêm ruột thừa thủng. Năm 1886, Broca mô tả viêm ruột thừa ở trẻ em và Fitz R đã báo cáo tại Hội các thầy thuốc Mỹ về bệnh lý viêm ruột thừa cấp và nêu rõ mổ cắt ruột thừa là phương pháp điều trị viêm ruột thừa. Năm 1889, Mac Burney mô tả triệu chứng của viêm ruột thừa cấp, mô tả điểm đau và đường mổ cắt ruột thừa viêm. Tới nay, điểm đau và đường mổ vẫn mang tên tác giả.

2. GIẢI PHẪU

Ruột thừa là một đoạn ruột tịt của ống tiêu hoá, dài 6 – 8cm, ở người lớn, ruột thừa có đường kính từ 5–6mm. Ở trẻ em, lòng ruột thừa thường rộng và có thể tích khoảng 0,5–1ml. Trong 2 năm đầu sau sinh, ruột thừa có chân rộng và thông với manh tràng qua van Gerlach hình bán nguyệt.

Cấu tạo thành ruột thừa gồm 4 lớp: niêm mạc, dưới niêm mạc, cơ và thanh mạc. Nang bạch huyết nằm ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc. Số lượng các nang bạch huyết thay đổi theo lứa tuổi: trẻ sơ sinh có ít nang bạch huyết, số nang bạch huyết tăng dần theo lứa tuổi của trẻ, cao ở tuổi từ 10–20 tuổi, sau 30 tuổi thì lại giảm dần và teo đi ở người già.

Vị trí ruột thừa trong ổ bụng chủ yếu ở hố chậu phải vào khoảng trên 90% nhưng có tỷ lệ khác nhau về vị trí theo lứa tuổi. Vị trí ruột thừa ở tiểu khung của trẻ dưới 5 tuổi vào khoảng 5 %, còn ở trẻ từ trên 5 tuổi thì chỉ vào khoảng 0,5%. Vị trí ruột thừa ở dưới gan của trẻ dưới 5 tuổi vào khoảng 3%, còn ở trẻ từ trên 5 tuổi vào khoảng 1,5 %. Ruột thừa ở hố chậu trái khoảng 1%.

Vị trí ruột thừa so với manh tràng: bình thường khoảng 70–72%, sau manh tràng khoảng 22 – 29%, ở sau mạc treo hồi manh tràng khoảng 2%.

Trẻ 5 – 15 tuổi vị trí ruột thừa hầu như bình thường.

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

3.1. Đại thể

Chia thành 4 thể: Viêm ruột thừa xung huyết, viêm ruột thừa mủ, viêm ruột thừa hoại tử và viêm ruột thừa thủng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.2. Vi thể: chia thành 3 mức độ

– Độ 1: có một hoặc nhiều vết loét niêm mạc, đáy có mủ.

– Độ 2: viêm toàn bộ ruột thừa, loét rộng, sâu, tất cả các lớp phù nề chứa fibrin và bạch cầu, chưa có tích tụ mủ.

– Độ 3: viêm toàn bộ ruột thừa cấp tính, nung mủ. Niêm mạc bị phá huỷ, tích tụ máu, mủ, tổ chức hoại tử trong lòng ruột thừa, nhiều áp xe ở tất cả các lớp.

4. BỆNH SINH

Ruột thừa bị viêm là do 3 loại nguyên nhân: tắc lòng ruột thừa, nhiễm khuẩn và tắc nghẽn mạch máu. Các nguyên nhân này đều có liên quan chặt chẽ với nhau.

4.1. Tắc lòng ruột thừa

Nguyên nhân gây tắc từ bên trong lòng ruột thừa, từ thành ruột thừa, từ bên ngoài ruột thừa đè ép vào.

– Trong lòng ruột thừa: do sỏi phân vào khoảng 30%, do giun đũa hoặc giun kim vào khoảng 4%.

– Thành ruột thừa: khoảng 60% tắc nghẽn lòng ruột thừa liên quan tới sự phì đại của các nang lympho ở lớp dưới niêm mạc. Các nang lympho đáp ứng với một loạt các tình trạng nhiễm khuẩn như nhiễm khuẩn ở ruột, ở đường hô hấp...Các nang lympho phì đại gây hẹp lòng ruột thừa và nghẽn mạch ở thành ruột thừa.

– Do nguyên nhân bên ngoài: ruột thừa bị co thắt, bị gấp, bị thắt nghẹt do dính hoặc dây chằng.

4.2. Nhiễm khuẩn

Khi lòng ruột thừa bị tắc, niêm mạc ruột thừa vẫn tiếp tục tiết dịch, vi khuẩn chuyển chất nhầy của niêm mạc ruột thừa thành mủ. Vi khuẩn xâm nhập vào tổ chức gây loét niêm mạc rồi xâm nhập qua thành ruột thừa gây viêm ruột thừa mưng mủ cấp. Áp lực trong lòng ruột thừa tăng lên gây cản trở tuần hoàn tĩnh mạch dẫn tới phù nề thành ruột thừa rồi gây huyết khối tĩnh mạch, chèn ép động mạch, gây thiếu máu thành ruột thừa rồi làm ruột thừa bị hoại tử thủng.

Vi khuẩn trong viêm ruột thừa cấp được phân loại trên cùng một mẫu bệnh phẩm, thường là các loại: Yếm khí: 78 %, Yếm khí + ái khí: 74 %, E.loli ≈ 33 %, ký sinh trùng: ≈ 33%, Streptoloccus. D. ≈ 12 %.

4.3. Tắc nghẽn các mạch máu ruột thừa

Do các nguyên nhân khác nhau như: thoát vị bẹn nghẹt, nang lympho phì đại gây nghẽn mạch, áp lực tăng ở thành và trong lòng ruột thừa gây tắc các mạch máu nhỏ kết hợp với độc tố của vi khuẩn gây tắc mạch.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. DỊCH TỄ HỌC

5.1. Tính chất theo mùa

Viêm ruột thừa xảy ra quanh năm, không có sự khác nhau về mùa.

5.2. Phân theo tuổi

Tuổi được chia thành 4 nhóm tuổi sau: Sơ sinh (từ sau sinh tới 31 ngày tuổi), trẻ bú mẹ (từ trên 31 ngày tuổi tới 24 tháng), trẻ nhỏ (từ 25 tháng tới 5 tuổi), trẻ lớn (6 –15 tuổi).

Theo một số thống kê: tỷ lệ gặp viêm ruột thừa tăng dần theo lứa tuổi.Trong tổng số viêm ruột thừa ở trẻ em thì lứa tuổi sơ sinh chỉ chiếm khoảng 0,1%, dưới 1 tuổi chiếm khoảng 0,7%, dưới 2 tuổi chiếm khoảng 2%, dưới 5 tuổi chiếm khoảng 5%. Lứa tuổi hay gặp viêm ruột thừa cấp từ 7 tới 12 tuổi. Tỷ lệ viêm phúc mạc ruột thừa cao nhất ở tuổi 3 – 4 tuổi.

5.3. Giới

Nam gặp nhiều hơn nữ. Tỷ lệ nam/nữ từ 1,3/1 tới 1,6/1

6. VIÊM RUỘT THỪA CẤP Ở TRẺ LỚN, TRẺ NHỎ VÀ TRẺ BÚ MẸ

6.1. Lâm sàng

Cần khám nhẹ nhàng, cẩn thận, kiên nhẫn, có phương pháp để phát hiện hết các triệu chứng.

6.1.1. Triệu chứng toàn thân

– *Sốt*: hầu hết các bệnh nhân bị sốt. Tỷ lệ không sốt chỉ chiếm từ 17% tới 29%. Trẻ càng nhỏ tuổi thì sốt càng cao, sốt có thể tới 39, 40^{0}C.

– Biểu hiện nhiễm khuẩn qua môi và lưỡi: biểu hiện ở trên 90% số bệnh nhân

– Tần số mạch: mạch thường nhanh hơn trị số bình thường theo lứa tuổi.

6.1.2. Cơ năng

– *Đau bụng:*

Ở trẻ bú mẹ chưa biết nói, phát hiện triệu chứng này bằng các dấu hiệu quấy khóc, bỏ ăn. Với trẻ nhỏ nói được và trẻ lớn thì khai thác được dấu hiệu này. Triệu chứng đau bụng phát hiện được từ 80% –100% các bệnh nhân.

+ Về vị trí đau khởi phát: khoảng 60% số bệnh nhân bị đau bụng ngoài vùng hố chậu phải, đặc biệt ở trẻ dưới 5 tuổi. Dần dần đau bụng khu trú lại vùng hố chậu phải tới khoảng 93% các trường hợp. Số bệnh nhân vẫn đau bụng ở vị trí ban đầu và lan sang các vùng khác là những bệnh nhân có vị trí ruột thừa ở vị trí bất thường, nằm ngoài hố chậu phải, đặc biệt hay gặp ở trẻ dưới 5 tuổi.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Tính chất đau bụng: thường là đau âm ỉ, mức độ tăng dần theo thời gian bị bệnh. Đau dữ dội khi bị thủng ruột thừa viêm.

– *Triệu chứng rối loạn tiêu hoá:* là dấu hiệu thường gặp.

+ Nôn: gặp khoảng 60 – 80% các trường hợp. Trẻ nhỏ dưới 5 tuổi hay bị nôn hơn trẻ lớn.

+ Ỉa lỏng: gặp ở tỷ lệ từ 15 – 17% các trường hợp, ít gặp ở bệnh nhân lớn mà chủ yếu ở bệnh nhân tuổi nhỏ. Trẻ càng nhỏ tuổi, tỷ lệ bị ỉa lỏng càng cao. Ở bệnh nhân dưới 5 tuổi gặp tỷ lệ ỉa lỏng từ 50 – 90% các trường hợp.

+ Bí trung đại tiện: gặp ở tỷ lệ khoảng 8%. Dấu hiệu này khó phát hiện ở trẻ nhỏ.

+ Triệu chứng tiết niệu: đái dắt, đái buốt. Ở trẻ lớn gặp ở tỷ lệ khoảng 10%, còn ở trẻ nhỏ ở tỷ lệ khoảng 28%.

6.1.3. Triệu chứng thực thể

– *Tình trạng cơ thành bụng:*

+ Đau và phản ứng ở hố chậu phải: phát hiện được từ 90 – 96%.

Ở trẻ nhỏ có thể khám nắn thấy một khối mềm ở vùng hố chậu phải.

Đau và phản ứng có thể ở vị trí khác ngoài hố chậu phải nếu ruột thừa ở vị trí bất thường như ruột thừa viêm quặt ngược sau manh tràng, ở dưới gan, ở hố chậu trái.

+ Điểm Mac Burney: đau.

+ Dấu hiệu Blumberg và Rovsing là 2 dấu hiệu có tỷ lệ dương tính khoảng 45 – 60% số bệnh nhân được khám, nhưng chủ yếu khám được ở trẻ trên 5 tuổi.

+ Dấu hiệu thích cơ đái chậu: gặp ở tỷ lệ khoảng 10 % số bệnh nhân.

+ Thăm trực tràng: khó thực hiện và ít giá trị chẩn đoán ở trẻ nhỏ. Thường làm ở trẻ lớn nhằm phát hiện có áp xe Douglas không?

6.2. Cận lâm sàng

6.2.1. Xét nghiệm bạch cầu

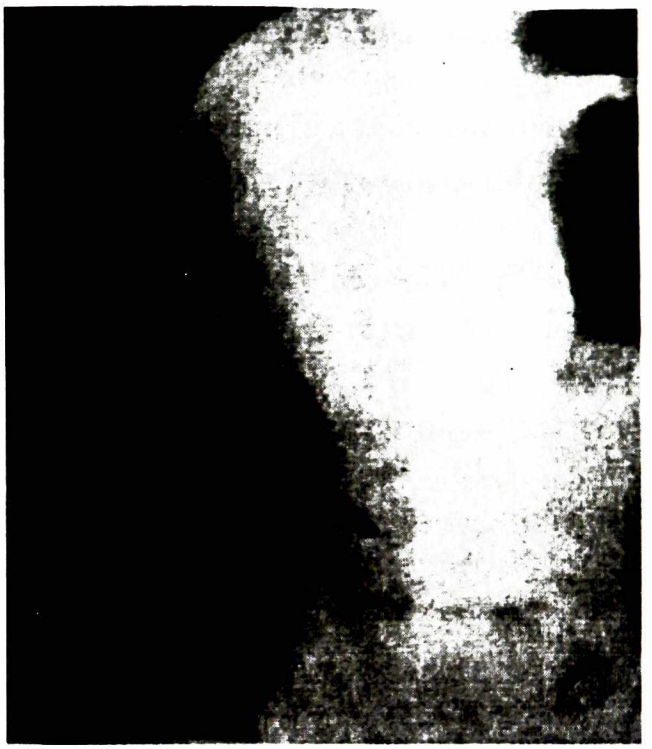
– Số lượng bạch cầu: khoảng10 – 25% số bệnh nhân có số lượng bạch cầu ở giá trị bình thường còn lại là tăng cao.

– Công thức bạch cầu chuyển trái: gặp ở tỷ lệ 75 – 91% số bệnh nhân.

6.2.2. Xquang

Chụp bụng thẳng đứng không chuẩn bị. Khoảng 80 – 88% số bệnh nhân viêm ruột thừa có dấu hiệu bất thường trên phim và có giá trị gợi ý chẩn đoán với các hình ảnh sau: hình một vài mức nước – hơi nhỏ ở hố chậu phải gặp khoảng 49 – 70%, hình quai ruột giãn gặp khoảng 66 – 80%, hình mờ đường viền phúc mạc bên phải và mờ biểu hiện có dịch trong ổ bụng. Có thể thấy được hình ảnh mờ cản quang của sỏi phân ở vùng hố chậu phải.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.80. Chụp bụng không chuẩn bị. Có mức nước hơi nhỏ ở hố chậu phải

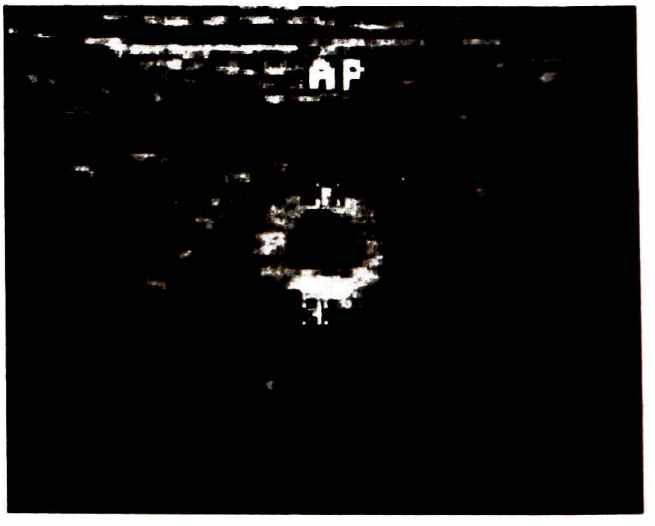
6.2.3. Siêu âm

Hình ảnh ruột thừa viêm có thể thấy: ruột thừa không nén ép được, kích thước ruột thừa to hơn bình thường, thành dày. Trên mặt cắt dọc ruột thừa có hình ống. Trên mặt cắt ngang, cấu trúc ruột thừa có hình bia bắn. Đo đường kính ruột thừa > 6mm. Có thể thấy hình sỏi phân trong lòng ruột thừa, thấy hình ảnh tăng âm ở mạc nối lớn và hình ảnh có dịch ở hố chậu phải, ở trong ổ bụng.

Siêu âm có giá trị chẩn đoán đúng viêm ruột thừa ở tỷ lệ cao.



Hình 3.81. Ruột thừa cắt dọc



Hình 3.82. Ruột thừa cắt ngang

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6.3. Chẩn đoán

6.3.1. Chẩn đoán

Chủ yếu là khám lâm sàng với triệu chứng đau và phản ứng ở hố chậu phải, có hội chứng nhiễm khuẩn trên lâm sàng và xét nghiệm. Ngoài ra, cần làm thêm siêu âm và Xquang để tăng các dấu hiệu giúp chẩn đoán viêm ruột thừa và chẩn đoán phân biệt với một số bệnh khác.

6.3.2. Chẩn đoán theo bảng điểm

Có một số tác giả đưa ra bảng điểm để chẩn đoán viêm ruột thừa cấp.

– **Bargy** (1982) đưa ra 8 dấu hiệu để chẩn đoán viêm ruột thừa cấp:

+ U bụng xuất hiện tự nhiên ở hố chậu phải.

+ Đau dưới 3 ngày.

+ Nôn.

+ Vẻ mặt nhiễm khuẩn.

+ Nhiệt độ từ 37,5 – 38^{0}C.

+ Phản ứng cơ thành bụng ở hố chậu phải.

+ Có các dấu hiệu Xquang gợi ý (liệt ruột vùng hồi tràng, hơi ở ruột non, sỏi phân).

+ Số lượng bạch cầu trên 10.000/mm^3.

Nếu bệnh nhân có 5/8 dấu hiệu trên thì chẩn đoán viêm ruột thừa có độ chính xác đạt 98,5%.

– **Alvaradov A** (1986) đưa ra bảng điểm để chẩn đoán viêm ruột thừa cấp:

Dấu hiệu	Điểm	Dấu hiệu	Điểm
– Đau khu trú hố chậu phải	1	– Dấu hiệu Bumberg	1
– Chán ăn	1	– Sốt	1
– Nôn, buồn nôn	1	– Số lượng bạch cầu tăng	2
– Phản ứng cơ ở hố chậu phải	2	– Bạch cầu chuyển trái	1

Bảng điểm gồm tổng số 10 điểm, 8 dấu hiệu. Nếu bệnh nhân có từ trên 7 điểm được chẩn đoán viêm ruột thừa và có chỉ định mổ. Nếu dưới 6 điểm coi là nghi ngờ cần tiếp tục theo dõi và quyết định cùng với những yếu tố khác. Bảng điểm này tập trung vào yếu tố nhiễm khuẩn.

6.3.3. Những trường hợp khó chẩn đoán do vị trí ruột thừa

– Ruột thừa sau manh tràng: cần chú ý các dấu hiệu sau: nôn gặp khoảng 56%, vẻ mặt đau, số lượng bạch cầu tăng cao, nắn đau ở sau – trên mào chậu.

– Ruột thừa ở dưới gan: đau và phản ứng ở dưới bờ sườn phải, Xquang gợi ý chẩn đoán khoảng 50%.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Ruột thừa ở vị trí mạc treo hồi manh tràng: có dấu hiệu tắc ruột, sốt, bạch cầu tăng, Xquang thấy có mức nước – hơi nhỏ ở hố chậu phải.

6.3.4. Chẩn đoán phân biệt

– Nhiễm khuẩn đường tiết niệu: có thể có đau bụng cấp, sốt, đau khu trú ở hố chậu phải và tiểu khung, có đái buốt, đái dắt. Siêu âm, Xquang và xét nghiệm nước tiểu giúp chẩn đoán phân biệt.

– Viêm phổi thuỳ cấp: có bệnh cảnh sốt, đau bụng với phản ứng hoặc co cứng. Cần chụp phổi để chẩn đoán.

– Sốt phát ban: có biểu hiện lâm sàng sốt và đau bụng. Dễ nhầm chẩn đoán, đặc biệt ở trẻ nhỏ.

– Viêm dạ dày – ruột do vi khuẩn, virus

– Viêm gan virus: viêm gan virus lúc khởi phát cũng có những triệu chứng có thể nghĩ tới viêm ruột thừa.

– Viêm ruột do Crohn.

– Dị tật đường tiết niệu: luồng trào ngược bàng quang–niệu quản, hội chứng hẹp phần nối bể thận – niệu quản bên phải.

– Viêm túi Meckel.

– Lồng ruột.

– Tắc ruột do dây chằng ở hố chậu phải: đau bụng cơn và có phản ứng ở hố chậu phải, nôn, nhưng thường không sốt. Siêu âm và Xquang giúp chẩn đoán phân biệt.

– Viêm phúc mạc tiên phát.

7. VIÊM RUỘT THỪA CẤP Ở TRẺ SƠ SINH

Ít gặp, khó chẩn đoán. Chẩn đoán trước mổ dựa triệu chứng lâm sàng: tắc ruột, sốt, khám nắn có một khối nhỏ, mềm ở hố chậu phải. Cần làm thêm siêu âm và chụp ổ bụng không chuẩn bị.

8. VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA

Viêm ruột thừa cấp thủng gây viêm phúc mạc khu trú (áp xe) hoặc viêm phúc mạc toàn thể.

Tỷ lệ ruột thừa viêm thủng gây biến chứng gặp từ 25 – 47% của tổng số viêm ruột thừa và chiếm tỷ lệ khoảng 60 – 70% ở lứa tuổi dưới 5 tuổi.

8.1. Lâm sàng

Bệnh nhân thường tới khám khi đã có triệu chứng trên hai hoặc ba ngày (80% các trường hợp), nhiều bệnh nhân đã dùng kháng sinh, thuốc giảm đau trước khi đi khám ở bệnh viện.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

8.1.1. Toàn thân và cơ năng

Bệnh nhân thường sốt cao, đau bụng vùng hố chậu phải hoặc toàn bộ ổ bụng. Có rối loạn tiêu hoá như nôn, bí trung đại tiện, ỉa lỏng. Có thể có dấu hiệu đái buốt, đái rắt. Tuỳ theo mức độ bệnh mà bệnh nhân có thể ở tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, có dấu hiệu mất nước, toàn trạng suy sụp.

8.1.2. Khám thực thể

– Với áp xe ruột thừa:

Nắn ở hố chậu phải có một khối mềm – đau. Khối này có thể sát với gai chậu trước trên, mào chậu hoặc tách biệt, nằm ở hố chậu phải hoặc dưới rốn bên phải. Vùng hố chậu phải có phản ứng, còn các vùng bụng khác có thể nắn còn mềm.

Thăm trực tràng: có thể sờ thấy một khối ở thành bên phải trực tràng và đau.

– Với viêm phúc mạc toàn thể:

Bụng trướng, nắn có cảm ứng phúc mạc. Nắn vẫn thấy đau nhiều nhất ở vùng hố chậu phải.

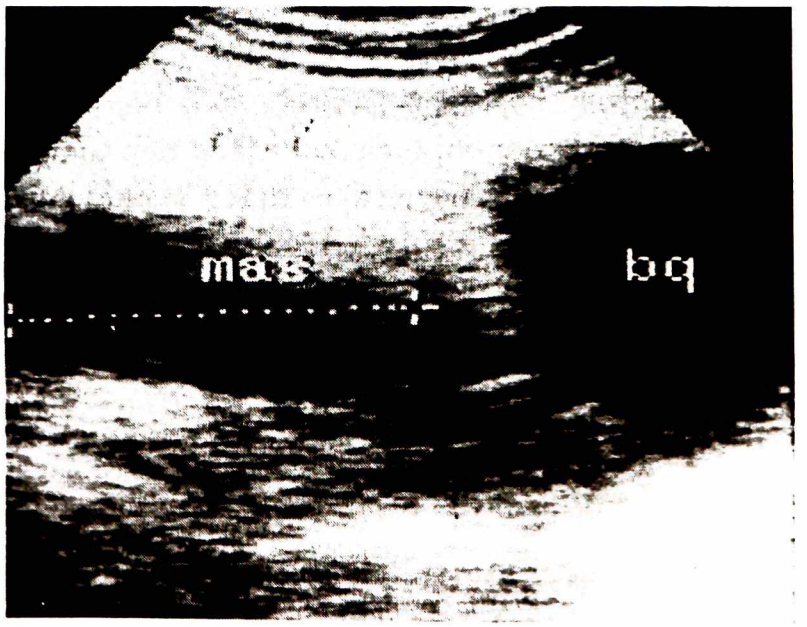
8.2. Xquang

Với áp xe ruột thừa: có thể thấy hình mức nước – hơi ở vùng hố chậu phải hoặc cạnh hố chậu phải, hình mờ ở vùng hố chậu phải.

Với viêm phúc mạc toàn thể: có hình mờ do có dịch trong ổ bụng, có hình mức nước – hơi, mất đường viền phúc mạc bên phải.

8.3. Siêu âm

Thấy được hình ảnh khối áp xe, ruột thừa viêm đã hoại tử. Có dịch trong ổ bụng.



Hình 3.83. Áp xe ruột thừa

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

8.4. Chọc dò ổ bụng

Chọc dò ổ áp xe ruột thừa: nên thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm. Chọc dò để chẩn đoán và điều trị.

8.5. Xét nghiệm

Công thức máu, hematocrit, điện giải đồ, urê v.v...

8.6. Chẩn đoán

8.6.1. Chẩn đoán áp xe ruột thừa hoặc viêm phúc mạc toàn thể

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

8.6.2. Chẩn đoán phân biệt

– Viêm phúc mạc tiên phát do phế cầu hoặc do nhiễm trùng máu.

– Hội chứng thận hư.

– Viêm phúc mạc mật.

– Viêm ruột hoại tử ở trẻ nhỏ – lớn.

– Viêm tụy cấp hoại tử – xuất huyết.

– Xoắn ruột hoại tử.

– Viêm phúc mạc sau chạm thương bụng.

– Lao phúc mạc.

9. ĐIỀU TRỊ: là cấp cứu ngoại khoa.

9.1. Viêm ruột thừa

– Gây mê nội khí quản.

– Đường mổ: Mac Burney hoặc đường ngang theo nếp bụng dưới ở hố chậu phải. Với đường mổ ngang này, sau khi rạch qua lớp da tiếp tục tách các lớp cơ như với đường mổ Mac Burney hoặc theo bờ ngoài cơ thẳng to phải để vào ổ bụng.

– Cắt ruột thừa và kiểm tra có túi thừa Meckel thì cắt bỏ.

– Kháng sinh dự phòng.

– Truyền dịch trong một, hai ngày đầu sau mổ và cho ăn sớm.

9.2. Viêm phúc mạc ruột thừa

– Chuẩn bị trước mổ: tuỳ theo thể trạng bệnh nhân mà có điều trị trước mổ: bồi phụ nước, điện giải.

– Gây mê nội khí quản.

– Kháng sinh: trước – trong – sau mổ (metronidazol + aminoglycosid + cephalosporin).

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

9.2.1. Áp xe ruột thừa

+ Áp xe khu trú – giới hạn rõ ở hố chậu phải, sát gai chậu trước trên (thường ở trẻ lớn).

Dẫn lưu áp xe ngoài ổ bụng. Nên làm chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm.

+ Áp xe trong ổ bụng, ở tiểu khung và ở trẻ bú mẹ: mổ như viêm phúc mạc toàn thể.

9.2.2. Viêm phúc mạc toàn thể

– Đường mổ đủ rộng:

+ Nửa trên và dưới rốn khi viêm phúc mạc toàn thể.

+ Bờ ngoài cơ thẳng to phải: khi viêm phúc mạc khu trú ở hố chậu phải.

– Xử trí thương tổn:

+ Cắt ruột thừa

+ Rửa ổ bụng bằng dung dịch NaCl 0,9%, có thể pha dung dịch betadin tỷ lệ 1%

+ Dẫn lưu ổ bụng, cũng có thể không dẫn lưu ổ bụng nếu làm sạch và thấm khô ổ bụng.

9.3. Nội soi ổ bụng

– Cho viêm ruột thừa cấp: để chẩn đoán khi nghi ngờ và cắt ruột thừa qua nội soi. Nếu nội soi không thấy viêm ruột thừa thì không nên cắt bỏ ruột thừa.

– Cho viêm phúc mạc ruột thừa: cắt ruột thừa, hút mủ, rửa ổ bụng và dẫn lưu.

10. BIẾN CHỨNG SAU MỔ

10.1. Nhiễm trùng

– Vết mổ.

– Trong ổ bụng: áp xe ở hố chậu phải, ở mạc treo ruột, ở túi cùng Douglas.

– Rò manh tràng.

Một trong những nguyên nhân gây nhiễm trùng, rò manh tràng là tụt nút chỉ buộc ở gốc ruột thừa hoặc không cắt hết ruột thừa viêm.

10.2. Chảy máu

Trong ổ bụng do tụt nút chỉ buộc mạch ở mạc treo ruột thừa và chảy máu, tụ máu ở vết mổ.

10.3. Tắc ruột sau mổ: tắc ruột có thể xảy ra sớm hoặc muộn.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alvaradov A. (1986): A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann. Emerg. 15: 557–564.
2. Bargy F (1990): Appendicite aiguë et péritonite. In: Hélardot.P, Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M. Chirungie digestive de l'enfant, pp.516–532. Doin éditeurs, Paris.
3. Canty T.G., Collins D., Losasso B., Lynch F., Brown C. (2000): Laparoscopic appendectomy for simple and perforated appendicitis in children: the procedure of choice? J. Pediatr. Surg., 35 (11), pp. 1582 – 1585.
4. Kathryn D. Anderson, Robert L. Parry (1998): Appendicitis. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric Surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1369–1379. Mosby, St. Louis.
5. Phan Thanh Lương, Trần Ngọc Bích, Vũ Huy Nùng (2003): Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giải phẫu bệnh lý của viêm ruột thừa cấp ở trẻ em. Tạp chí Ngoại khoa, 2: 27 – 32.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

16. GIUN CHUI ỐNG MẬT

Ở nước ta, tỷ lệ mắc các bệnh ký sinh trùng còn cao, trong đó giun đũa là ký sinh trùng đường ruột phổ biến, đặc biệt ở trẻ em và có thể gây ra những tai biến cần điều trị ngoại khoa như tắc ruột, viêm ruột thừa, giun chui vào ống Wirsung gây viêm tụy cấp, giun chui ống mật với những biến chứng của nó.

1. NGUYÊN NHÂN GIUN CHUI ỐNG MẬT

1.1. Tuổi

Từ 1 tới 15 tuổi, thường gặp từ 3 – 7 tuổi. Tuổi nhỏ nhất mà chúng tôi đã gặp là 15 tháng.

1.2. Giới: không khác nhau giữa 2 giới.

1.3. Nguyên nhân thuận lợi

– Điều kiện vệ sinh, dinh dưỡng kém.

– Độ toan dịch vị thấp.

– Sau tẩy giun không đủ liều và ở một số loại thuốc như santonin.

2. GIẢI PHẪU BỆNH: tuỳ theo giai đoạn của giun chui ống mật.

2.1. Giun mới chui lên

– Đường mật giãn tuỳ theo số lượng giun lên, giun còn sống.

– Gan, túi mật bình thường trừ trường hợp giun chui vào cổ túi mật có thể làm hoại tử túi mật.

– Nước mật có trứng giun, vi khuẩn đường ruột nhưng chưa có mủ..

2.2. Viêm đường mật do giun

– Ống mật viêm, giãn chứa giun sống hay chết.

– Nước mật vàng hoặc xanh đục, có mủ.

– Cấy nước mật: vi khuẩn đường ruột.

2.3. Áp xe gan

Thường ở thuỳ gan trái hoặc phân thuỳ sau.

– Gan to, xung huyết hoặc màu sẫm ứ mật, có các ổ áp xe đường kính từ 1 – 3cm nằm rải rác ở bề mặt gan cả 2 thùy hoặc có ở mặt dưới gan. Các ổ áp xe có vỏ xơ bọc, chứa mủ và xác giun, có thể thông với đường mật.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Đường mật ngoài gan: viêm dày, giãn to, có thể có chỗ bị hoại tử. Trong đường mật có giun chết hay sống với số lượng từ vài con tới vài chục con.

– Nước mật đục, lẫn mủ, có thể có mùi thối.

– Cấy nước mật: E.coli, trực khuẩn Gram âm, trực khuẩn mủ xanh.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Ở giai đoạn sớm

– Đau bụng dữ dội từng cơn, thường đau đột ngột, lúc đau trẻ vật vã, chổng mông. Cường độ cơn đau thường phụ thuộc vào số lượng giun: càng ít giun cường độ đau càng dữ dội.

– Nôn: ra thức ăn, có thể ra giun đũa.

– Khám bụng:

+ Nắn đau và phản ứng ở điểm cạnh ức phải, điểm sườn lưng trái rất đau.

+ Gan, túi mật không to.

– Toàn thân: thể trạng chưa thay đổi, không sốt, không vàng da.

3.1.2. Giai đoạn viêm đường mật

Thường sau triệu chứng đầu tiên khoảng một tuần lễ.

– Đau bụng giảm hơn, ít cơn đau dữ dội nhưng vẫn đau âm ỉ vùng gan.

– Triệu chứng nhiễm khuẩn toàn thân: sốt cao dao động, môi khô, lưỡi bẩn, mặt hốc hác.

– Khám bụng:

+ Gan có thể to, nắn đau.

+ Có phản ứng ở vùng dưới sườn phải dưới ức.

– Toàn thân: + Ăn uống kém

+ Gầy sút, giảm cân.

+ Không vàng mắt, vàng da.

3.1.3 Giai đoạn áp xe gan: xảy ra 2, 3 tuần sau khi có cơn đau đầu tiên

– Toàn thân:

+ Gầy sút, có thể có phù nhẹ hoặc suy kiệt

+ Da xanh, thiếu máu.

+ Ăn uống kém, đái ít

+ Sốt cao dao động 39° – 40°C

– Khám bụng:

+ Gan to cả 2 thuỳ, nắn đau. Dấu hiệu rung gan hoặc ấn kẽ liên sườn dương tính.

+ Túi mật: có thể căng, to.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xét nghiệm: công thức máu, máu lắng và một số xét nghiệm khác

– Ở giai đoạn sớm: chưa thay đổi.

– Ở giai đoạn viêm đường mật và áp xe gan:

+ Có thiếu máu: huyết sắc tố, hồng cầu giảm.

+ Bạch cầu tăng cao, đặc biệt đa nhân trung tính và ái toan.

+ Máu lắng tăng rất cao.

+ Trong giai đoạn áp xe gan: urê cao, bilirubin máu có thể tăng, protein huyết thanh giảm, điện di protein: tỷ lệ A/G đảo ngược, chức năng gan bị ảnh hưởng, tỷ lệ prothrombin giảm, transaminase và phosphatase kiềm tăng.

3.2.2. Xquang: ở giai đoạn viêm đường mật và áp xe gan

– Chụp gan xa:

+ Bóng gan to.

+ Có thể có phản ứng màng phổi, góc sườn hoành tù.

+ Có thể có mức nước – hơi trong gan (do ổ áp xe có vi khuẩn sinh hơi đường ruột).

+ Có thể có mức nước– hơi ở dưới vòm hoành do áp xe gan vỡ.

– Chụp Xquang có chuẩn bị:

+ Chụp đường mật bằng tiêm thuốc cản quang có bài tiết qua đường mật, sẽ thấy hình đường mật và hình giun trong đường mật là vết đen không ngấm thuốc như hình đường ray xe lửa.

+ Chụp đường mật ngược dòng qua nội soi ống mềm đường tiêu hoá thấy hình ảnh đường mật và hình giun.

3.2.3. Siêu âm

Có giá trị quyết định trong chẩn đoán, dễ thực hiện, nhanh, siêu âm phải đánh giá:

– Tình trạng đường mật: giãn, vị trí giãn.

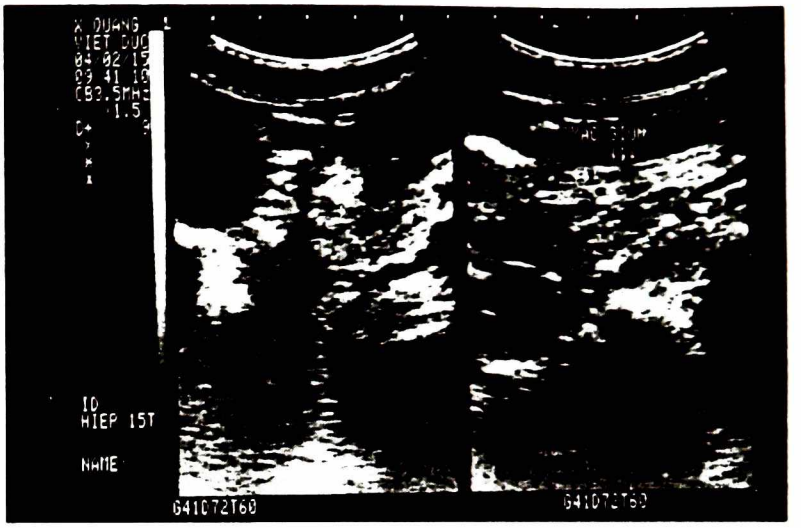
– Thành đường mật dày.

– Có hình ảnh giun trong đường mật nếu cắt dọc thể hiện hình đường ray xe lửa, nếu cắt ngang có hình ảnh vòng tròn đồng tâm.

– Tình trạng gan: kích thước gan và có các ổ áp xe.

– Siêu âm cần được chỉ định sớm, rộng rãi trong đau bụng cấp ở trẻ em có nghi ngờ giun chui ống mật.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.84. Hình ảnh xác giun đũa trong đường mật

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán giun chui ống mật ở các giai đoạn

4.1.1. Giai đoạn sớm

– Cơn đau bụng vùng dưới ức, đau dữ dội, trẻ chổng mông, lăn lộn khi đau.

– Có phản ứng ở điểm cạnh ức và sườn lưng trái.

– Siêu âm: có hình ảnh giun trong đường mật.

4.1.2. Ở giai đoạn viêm đường mật và áp xe gan

– Tiền sử đau bụng, chổng mông.

– Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt cao dao động, bạch cầu tăng cao, máu lắng cao.

– Gan to và đau.

– Siêu âm: gan to, có giun trong đường mật, đường mật viêm dày và giãn to, có thể thấy các ổ áp xe trong nhu mô gan.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

4.2.1. Đau bụng giun

Khi giun ở vùng tá tràng. Chẩn đoán dựa vào siêu âm.

4.2.2. Sỏi mật

Ít gặp ở trẻ nhỏ, có triệu chứng đau bụng sốt, vàng da và chẩn đoán dựa vào siêu âm.

4.2.3. Tắc ruột cao

– Dấu hiệu nôn: nôn nhiều.

– Có dấu hiệu rắn bò.

– Xquang: có mức nước – hơi.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.2.4. Viêm tụy cấp do giun chui ống Wirsung

Xét nghiệm amylase máu và nước tiểu tăng cao.

Siêu âm giúp chẩn đoán xác định.

4.2.5. Lao

Khi áp xe gan gây phản ứng viêm ở màng phổi, bệnh nhân ho, thể trạng suy kiệt dễ chẩn đoán là lao.

Chẩn đoán dựa vào khai thác kỹ tiền sử đau bụng, sốt. Xét nghiệm công thức bạch cầu ở bệnh lao: tỷ lệ lympho tăng cao, ở áp xe gan: bạch cầu đa nhân và ưa acid tăng cao. Làm các xét nghiệm khác để chẩn đoán lao.

Siêu âm giúp chẩn đoán xác định áp xe gan do giun đũa.

4.2.6. Viêm thận

Khi bệnh nhân có phù do giảm protein máu, có thể chẩn đoán viêm thận.

Chẩn đoán dựa vào:

– Xét nghiệm nước tiểu.

– Siêu âm gan mật

4.2.7. Suy dinh dưỡng

Là hậu quả của áp xe gan, nhưng bệnh nhân vào điều trị ở khoa dinh dưỡng. Chẩn đoán dựa vào khai thác kỹ tiền sử, bệnh sử và siêu âm gan mật.

4.2.8. Viêm màng phổi mủ

Ho, sốt, chụp phim phổi có tràn dịch khoang màng phổi.

Chọc dò khoang màng phổi: có mủ. Cấy mủ thường có tụ cầu.

Nếu viêm mủ màng phổi do áp xe gan vỡ lên thì chọc dò hút có dịch mật, xét nghiệm có vi khuẩn đường ruột, siêu âm: gan to, có áp xe gan và giun chui ống mật.

5. DIỄN BIẾN CỦA GIUN CHUI ỐNG MẬT

5.1. Điều trị nội

Trước đây, giun chui ống mật được điều trị nội trên cơ sở lý luận: giun chết trong đường mật rồi xác giun bị đẩy xuống tá tràng theo dòng mật chảy, hoặc khi giun đang lên đường mật một phần giun ở trong tá tràng và một phần ở đường mật, khi dùng thuốc giãn cơ Oddi và thuốc lợi mật, áp lực dòng mật chảy có thể đẩy giun xuống tá tràng, do vậy điều trị nội có kết quả tốt ở một số trường hợp.

Nhưng nếu đã có chẩn đoán siêu âm chắc chắn có giun chui ống mật và đặc biệt số lượng giun lên nhiều thì để diễn biến tự nhiên khó có thể tự khỏi, mà điều trị nội khoa đơn thuần thường đưa tới viêm đường mật do giun và áp xe gan với những biến chứng của nó.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.2. Viêm đường mật do giun tiến triển gây áp xe gan nếu không điều trị

5.3. Áp xe gan do giun có thể gây các biến chứng sau

– *Vỡ áp xe vào:*

+ Khoang màng tim

+ Khoang màng phổi

+ Nhu mô phổi

+ Vào ở bụng gây viêm phúc mạc toàn thể hoặc áp xe dưới cơ hoành

– Viêm hoại tử đường mật ngoài gan gây viêm phúc mạc mật.

– Viêm hoại tử đường mật trong gan tiến triển

– Chảy máu đường mật.

– Viêm chít, hẹp đường mật trong và ngoài gan.

– Suy kiệt, nhiễm khuẩn máu, suy thận, tử vong

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Chỉ định điều trị

6.1.1. Chỉ định điều trị: nội hay ngoại khoa?

– *Chỉ định điều trị nội khoa:*

Bệnh ở giai đoạn sớm và không có điều kiện làm nội soi.

Điều trị bằng thuốc lợi mật, tẩy giun, thuốc giãn cơ Oddi, không nên điều trị kháng sinh vì làm mất dấu hiệu nhiễm khuẩn. Nhưng phải theo dõi chặt chẽ bệnh nhân về:

+ Tiến triển của đau bụng.

+ Có xuất hiện hội chứng nhiễm khuẩn: sốt, bạch cầu tăng cao, máu lắng tăng cao.

+ Theo dõi siêu âm, đánh giá tình trạng gan, đường mật, giun trong đường mật.

Nếu không kết quả thì phải điều trị kháng sinh ngay và chỉ định mổ.

– *Chỉ định điều trị bằng nội soi đường mật ngược dòng:*

Nếu có điều kiện làm nội soi thì nên nội soi rút giun khỏi đường mật ngay ở giai đoạn sớm và giai đoạn viêm đường mật. Đây là phương pháp điều trị tốt và hiệu quả.

– *Chỉ định mổ khi:*

+ Điều trị nội khoa hoặc nội soi không kết quả hoặc không có điều kiện làm nội soi.

+ Giai đoạn áp xe gan, đã có hoặc chưa có biến chứng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6.1.2. Chỉ định thời gian mổ: cấp cứu hay cấp cứu trì hoãn?

Với viêm đường mật do giun hoặc áp xe gan do giun, nên có điều trị nội khoa chuẩn bị để nâng cao thể trạng, làm bớt dấu hiệu viêm nhiễm, tình trạng toàn thân ổn định hơn. Chỉ mổ cấp cứu khi áp xe gan có biến chứng vỡ vào khoang màng tim, khoang màng phổi, vào ổ bụng hoặc chảy máu đường mật nặng.

6.2. Điều trị chuẩn bị mổ

– Chống nhiễm khuẩn: kháng sinh liều cao, phối hợp loại kháng sinh tác dụng với trực khuẩn Gram âm, vi khuẩn kỵ khí. Các kháng sinh có thể dùng phối hợp

+ Nhóm cephalosporin thế hệ 3

+ Nhóm aminoglycosid

+ Nhóm metronidazol

– Nâng cao thể trạng

+ Truyền máu: nếu thiếu máu, dựa vào xét nghiệm công thức máu.

+ Truyền đạm: dựa vào protein huyết thanh

+ Truyền nước, điện giải dựa vào dấu hiệu mất nước và điện giải đồ.

– Các vítamin nhóm B,C.

– Tẩy giun.

– Vítamin K: dựa vào tỷ lệ prothrombin.

6.3. Điều trị phẫu thuật

6.3.1. Gây mê: nội khí quản

6.3.2. Đường mổ: thường là đường giữa trên rốn

6.3.3. Nguyên tắc trong phẫu thuật

– Mở ống mật theo chiều ngang của ống.

– Lấy hết giun, sỏi trong đường mật.

– Tìm và mở hết các ổ áp xe ở nhu mô bề mặt gan để lấy xác giun và hút hết mủ. Có thể cắt hạ phân thuỳ đối với các áp xe đã vỡ.

– Lấy nước mật cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

– Rửa sạch đường mật trong và ngoài gan.

– Chụp đường mật trong mổ để xác định đã lấy hết giun và đường mật lưu thông bình thường.

– Dẫn lưu ống mật chủ bằng ống dẫn lưu Kehr.

– Dẫn lưu ở rốn gan và cạnh chỗ mở các ổ áp xe.

6.3.4. Một số chỉ định kỹ thuật khác

– Trong chảy máu đường mật.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Thắt động mạch gan riêng.

+ Cắt phần gan tương ứng với chỗ chảy máu ở đường mật.

– Trong hoại tử đường mật ngoài gan.

+ Nếu hoại tử nhỏ ở mặt trước, mở đường mật chỗ hoại tử và đặt dẫn lưu Kehr sau khi đã làm sạch đường mật.

+ Có thể dùng mạc nối lớn khâu che phủ phần đường mật hoại tử.

+ Dùng một phần dây chằng tròn chuyển xuống tái tạo lại phần đường mật bị hoại tử, nếu phần hoại tử ở mặt trước đường mật ngoài gan.

+ Nếu đường mật ngoài gan bị hoại tử nhiều, không tái tạo lại được thì có thể cắt bỏ ống mật chủ, đưa 1 quai hỗng tràng lên nối với ống gan chung theo kỹ thuật Roux–en–Y.

– Áp xe gan khu trú ở một phân thuỳ hay ở một thuỳ, đường mật ở vùng gan đó bị chít hẹp gây giãn đường mật phía trên mà không giải quyết được yếu tố gây ứ đọng thì cắt gan hạ phân thuỳ hoặc phân thuỳ.

– Áp xe gan vỡ vào khoang màng tim, khoang màng phổi: mổ dẫn lưu khoang màng tim, khoang màng phổi kết hợp xử trí tổn thương gan và dẫn lưu đường mật.

6.4. Điều trị sau mổ

– Tiếp tục điều trị:

+ Kháng sinh theo kháng sinh đồ.

+ Hồi sức nâng cao thể trạng.

+ Rửa đường mật qua Kehr nếu còn ra nước mật đục.

+ Chụp đường mật qua kehr từ ngày thứ 7 sau mổ.

+ Rút Kehr khi đường mật lưu thông, hết dị vật.

– Theo dõi kết quả xa:

+ Tẩy giun theo định kỳ

+ Theo dõi các biến chứng: sỏi mật, hẹp đường mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Bội Cung, Phùng Tấn Cường, Nguyễn Xuân Thụ (1980): Những nhận xét mới đây về áp xe gan do giun đũa ở trẻ em.

   Y học Việt Nam, 2: 41 – 48

2. Nguyễn Trinh Cơ, Nguyễn Như Bằng (1964): Áp xe gan ở Việt Nam 593 trường hợp. Y học Việt Nam 3: 30 – 47

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. Nguyễn Thanh Liêm, Vũ Công Vinh, Lê Thu Phương, Nguyễn Xuân Thụ (1995): Đối chiếu biểu hiện lâm sàng, hình ảnh siêu âm và thương tổn trong mổ của các bệnh nhân bị áp xe gan do giun.

Y học thực hành. Kỷ yếu công trình NCKH Viện Bảo vệ sức khoẻ trẻ em 1991–1995, tr 205 – 211

4. Nguyễn Dương Quang, Nguyễn Xuân Thụ (1962): Giun chui ống mật ở trẻ em.

Y học Việt Nam, 2: 3–11

5. Nguyễn Dương Quang, Nguyễn Xuân Thụ (1963): Cắt gan do áp xe giun đũa ở trẻ em. Y học Việt Nam, 4: 29 – 38.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

17. BÀNG QUANG LỘ NGOÀI

Bàng quang lộ ngoài (Extrophie vésicale) là dị tật hay gặp trong các dị tật về bàng quang và thường gặp bàng quang lộ ngoài hoàn toàn.

Bàng quang lộ ngoài hoàn toàn gặp với tỷ lệ 1/10.000 – 1/40.000 trẻ sơ sinh. Thường gặp ở trẻ trai, trẻ trai mắc bệnh gấp ba lần trẻ gái. Dị tật này không có tính di truyền nhưng có thể gặp hai, ba bệnh nhân trong một gia đình. Đây là một dị tật bao gồm dị tật về cơ, xương, bàng quang, niệu đạo, cơ thắt cổ bàng quang, thành bụng, tầng sinh môn và cơ quan sinh dục trong. Cần phải giải thích ngay cho bố mẹ bệnh nhân về mức độ nặng của dị tật.

1. BÀO THAI HỌC

Màng niệu đạo, đáng lẽ nằm ở mặt bụng của củ sinh dục như ở những người bình thường, thì lại nằm ở mặt lưng của củ sinh dục. Phần niệu dục của màng ổ nhớp không thoái triển và ở lại phía trước phần dưới của thành bụng. Sự sai vị trí này ngăn cản trung bì di chuyển vào giữa ngoại bì và nội bì. Do vậy "sự trung bì hoá" không xảy ra. Sự thiếu hoàn toàn này sẽ tạo ra bàng quang lộ ngoài và các thương tổn phối hợp.

Chẩn đoán được tật bàng quang lộ ngoài bằng siêu âm trước đẻ: hai thận bình thường nhưng không thấy được bàng quang.

2. LÂM SÀNG

2.1. Bàng quang

Biểu hiện như một tấm màu đỏ nhạt, liên tục với da, nằm ở phần bụng dưới, hình bầu dục to, đường kính từ 2 – 6cm. Không có rốn mà có thoát vị trong dây rốn (omphalocèle) ở phần trên của tấm này *(hình 3.85)*. Nó tương ứng với thành sau bàng quang bị bóc trần. Ở phần dưới, cả hai bên đường giữa, có 2 núm nhỏ mà ở đỉnh núm có lỗ niệu quản, lỗ niệu quản thường mở rộng *(hình 3.86)*.

Tấm bàng quang lộ ngoài đau khi sờ vào và dễ chảy máu. Nó có độ dày khác nhau và lồi lên do áp lực ổ bụng đẩy. Cần phải đánh giá khả năng đưa bàng quang lộ ngoài vào ổ bụng và khả năng đóng lại bàng quang.

Về tổ chức học: thành bàng quang bị xơ hoá ít hoặc nhiều và có thể có dị sản của ống tiêu hoá. Sự thoái hoá dưới dạng ung thư biểu mô tuyến có thể xảy ra ở tuổi trưởng thành.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.85. Bàng quang lộ ngoài và có thoát vị trong dây rốn (omphalocèle)



Hình 3.86. Bàng quang lộ ngoài, chỉ có một thận–niệu quản, lỗ niệu quản lộ ra, có thoát vị bẹn hai bên

2.2. Cổ bàng quang và niệu đạo

Không hoàn chỉnh, chỉ có phần thành sau và niệu đạo ngắn.

2.3. Cơ quan sinh dục: biến dạng bất thường

– Ở trẻ gái:

Âm hộ rất nhỏ, âm vật bị tách đôi và cách nhau, niệu đạo đổ ra giữa hai tạng cương của âm vật. Âm đạo có nhưng có thể ngắn, lỗ âm đạo bị đẩy ra trước, tử cung và 2 phần phụ bình thường. Hiếm gặp có tử cung và âm đạo đôi.

– Ở trẻ trai:

Dương vật to nhưng ngắn và quặt lên phía tấm bàng quang đặc biệt rõ khi cương. Màng niệu đạo nằm giữa ở phía trên hai vật hang, thường là nhìn rõ ụ núi lồi vào giữa màng niệu đạo. Bao quy đầu chỉ có ở mặt dưới và trông giống hình "tạp dề". Phần còn lại của bộ phận sinh dục nam nói chung là bình thường. Tinh hoàn đôi khi ở ống bẹn hoặc lỗ bẹn nông.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.4. Thành bụng

Bất thường, vùng dưới rốn rất ngắn, hai cơ thẳng to bị tách ra hai bên tương ứng với khoảng cách tách ra của xương mu.

Thường thiếu hụt thành bụng bên và gây ra thoát vị bẹn bẩm sinh.

2.5. Tầng sinh môn

Cũng rất ngắn, lỗ hậu môn bị đẩy ra trước và nhiều trường hợp phần trước cơ thắt mỏng, sự xơ hoá kém chức năng nên dễ bị sa trực tràng. Ngay cả khi không có sa trực tràng, nhưng do đau tấm bàng quang lộ ngoài cũng dẫn tới sự mót rặn thường xuyên và gây ra đại tiện kém tự chủ.

2.6. Xương

Xương mu bị tách ra nên không có khớp mu. Xương chậu bị dẹt về hai bên và hai ổ cối hướng ra ngoài, do vậy tạo ra dáng đi của vịt khi trẻ lớn lên. Hiện tượng này có thể tự điều chỉnh dần dần, nhưng nó vẫn lộ một khoảng khá rộng ở mặt trong phía trên đùi và trông xấu khi trẻ gái lớn lên.

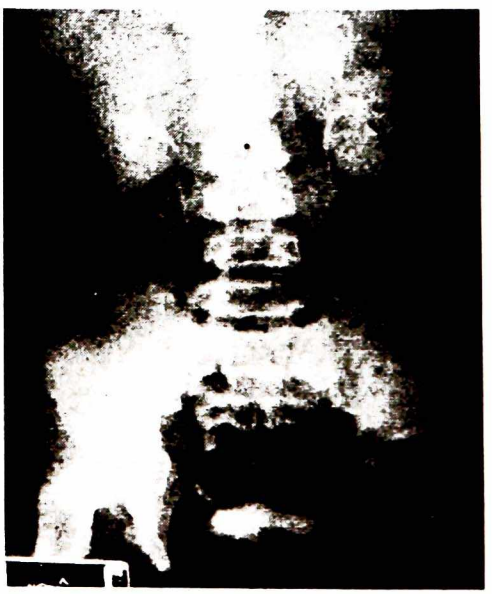
Tóm lại: Khám lâm sàng đủ chẩn đoán tật bàng quang lộ ngoài và đánh giá được các thương tổn phối hợp.

Cần giải thích và hướng dẫn cha mẹ bệnh nhân cách săn sóc vệ sinh tại chỗ.

3. CÁC THĂM KHÁM BỔ SUNG

3.1. Siêu âm: tim mạch, hệ tiết niệu

3.2. Chụp thận có tiêm thuốc cản quang (UIV): để đánh giá chức năng thận, hình thái thận – niệu quản.



Hình 3.87. UIV của một bệnh nhân sau mổ chữa

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bàng quang lộ ngoài thể hoàn toàn rất phức tạp và kết quả bấp bênh, thường không đạt được ý muốn của gia đình.

Nếu có chẩn đoán siêu âm ở thời kỳ bào thai: có thể đặt vấn đề không giữ thai.

Nếu chẩn đoán sau đẻ, cần giải thích rõ với cha mẹ bệnh nhân về thời gian điều trị với nhiều phẫu thuật và cần sự cộng tác lâu dài của gia đình bệnh nhân.

Có hai loại phẫu thuật.

– Phẫu thuật tái tạo lại bộ phận tiết niệu – sinh dục.

– Phẫu thuật dẫn lưu nước tiểu.

4.1. Phẫu thuật tái tạo

4.1.1. Mục đích của phẫu thuật

– Bảo vệ chức năng thận.

– Điều trị đái không tự chủ.

– Tái tạo lại bàng quang, thành bụng và cơ quan sinh dục.

Đây là một giải pháp lý tưởng, nhưng cần có ba điều kiện:

– Đường tiết niệu phải bình thường

– Tấm bàng quang không quá dày và có kích thước đủ rộng để tái tạo lại bàng quang.

– Phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

4.1.2. Phẫu thuật

a) Giai đoạn đầu

Thời gian mổ: sớm, trẻ sau đẻ từ 1 giờ – 72 giờ.

Khi mổ sớm: dễ kéo ép tạo lại khớp mu mà không cần mở xương chậu phía sau ở hai bên.

Nếu mổ muộn hoặc trong trường hợp khớp mu toác rộng thì phải mở xương chậu để khâu kéo áp tạo khớp mu. Khâu bằng chỉ nilon.

– Mục đích khâu áp tạo khớp mu để:

+ Áp lại 2 vật hang của dương vật, làm dài dương vật.

+ Áp lại 2 vật hang của âm vật và tạo môi lớn.

+ Di chuyển tầng sinh môn ra sau và cả cổ bàng quang, niệu đạo ra phía sau hơn để ở vị trí bình thường hơn.

+ Dễ đóng lại bàng quang hơn và làm giảm sự căng của thành bụng trước.

– Tái tạo lại bàng quang, cổ bàng quang, niệu đạo tuyến tiền liệt và phục hồi thành bụng trước bàng quang.

Sử dụng kháng sinh trước mổ và duy trì 7 – 10 ngày sau mổ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b) Giai đoạn 2: Lúc trẻ 1 tuổi

Mổ chữa tật lỗ đái lệch cao theo kỹ thuật Cantwell Ransley.

c) Giai đoạn 3: Lúc trẻ 4 tuổi

Chữa dể dái tự chủ, tái tạo lại cổ bàng quang, cơ thắt, mổ theo kỹ thuật của Young Des – Leadbetter v.v...

d) Chữa bổ sung

– Bàng quang bé: Tái tạo nới rộng bàng quang bằng một đoạn hồi tràng hoặc đại tràng Sigma biệt lập.

– Luồng trào ngược bàng quang– niệu quản: mổ trồng lại niệu quản theo kỹ thuật Cohen.

– Với trẻ trai bị dị tật lỗ đái lệch cao: mổ làm thẳng–dài dương vật và tạo hình niệu đạo để bệnh nhân tiểu tiện và sinh hoạt tình dục được sau này.

– Với trẻ gái: mổ tạo hình âm hộ để có thể sinh hoạt tình dục sau này.

4.2. Dẫn lưu nước tiểu

4.2.1. Dẫn lưu trong

Là dẫn lưu nước tiểu vào đại tràng. Bệnh nhân đi tiểu qua đường hậu môn. Có nhiều kỹ thuật mổ.

– Kỹ thuật Maydl: Trồng cả vùng Trigone vào trực– đại tràng Sigma.

– Kỹ thuật Coffey: Mở thông niệu quản vào trực đại tràng Sigma với kỹ thuật chống luồng trào ngược.

– Trồng lại hai niệu quản vào quai đại tràng Sigma biệt lập và nối đoạn đại tràng Sigma này với đại tràng (Montage en Y).

Dẫn lưu nước tiểu vào đại tràng có một nhược điểm lớn là nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng gây suy thận do vậy ít được áp dụng.

4.2.2. Dẫn lưu ngoài

Là chuyển dòng nước tiểu ra ngoài da

– Kỹ thuật Bricker: Mở thông niệu quản ra da qua một đoạn ruột non (hồi tràng) hoặc qua một đoạn đại tràng xích ma biệt lập.

– Kỹ thuật mở thông hai niệu quản ra da trực tiếp.

– Kỹ thuật Mitrofanoff: Dẫn lưu bàng quang ra da qua ruột thừa biệt lập để tự thông tiểu cách quãng.

4.2.3. Bàng quang còn lại sau phẫu thuật chuyển dòng nước tiểu

Nếu bàng quang không còn chức năng chứa giữ nước tiểu thì nên cắt bỏ để tránh sự thoái hoá sau này.

5. SAU MỔ

Với những bệnh nhân có dẫn lưu, chuyển dòng nước tiểu thì phải có sự hướng dẫn cách săn sóc, theo dõi nhiễm khuẩn nước tiểu và chức năng thận.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

BÀNG QUANG LỘ NGOÀI THỂ KHÔNG HOÀN TOÀN

Thể bệnh này hiếm gặp, gồm có:

1. Bàng quang lộ ngoài ở giới hạn của dị tật lỗ đái lệch cao

Lỗ ở dưới xương mu rộng và niêm mạc bàng quang lộn ra ngoài, có thể lộn cả niêm mạc có lỗ niệu quản ra.

2. Khe bàng quang

Bàng quang thông ra ngoài thành bụng bởi một lỗ rò rộng. Cổ bàng quang và niệu đạo bình thường. Điều trị bằng mổ đóng lại đường rò.

3. Bàng quang lộ ngoài chỉ ở phần da

Bàng quang vẫn có chức năng bình thường nhưng phần giữa của vùng dưới rốn có màu nâu nhạt hoặc đỏ nhạt có vẻ như là tấm bàng quang lộ ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cendron. J. (1985): Extrophies et autres malformations.
   Urologie pédiatrique.
   Flammarion Médecine–Sciences, pp 190–196
2. David K. Magruson (2006): Abdominal wall defect. In: Mark D. Stringer, Keith T. Oldham and Pierre D.E. Mouriquand. Pediatric Surgery and Urology, Seconde Edition, pp 270 – 285. Cambridge University Press New York
3. Donald R Cooney.: Defects of the abdominal wall. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric Surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1045 – 1070. Mosby, St. Louis.
4. John W. Brock, III, James A.o' Neill, Jr. (1998): Bladder Extrophy. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric Surgery, Volume 2 1, 5 th Edition, pp 1709 – 1760. Mosby, St. Louis.
5. Gearhart.J.P. (1999): Bladder and Cloacal exstrophy.
   Pediatric urology pratice.
   Lippincott Williams–Wilkins, pp 339–363

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

18. XOẮN TINH HOÀN Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Xoắn tinh hoàn đã được Delasiauve mô tả lần đầu tiên năm 1840. Đây là một cấp cứu ngoại khoa cần được chẩn đoán và điều trị sớm để tránh những biến chứng đáng tiếc như hoại tử tinh hoàn hoặc teo tinh hoàn với tỷ lệ 68%.

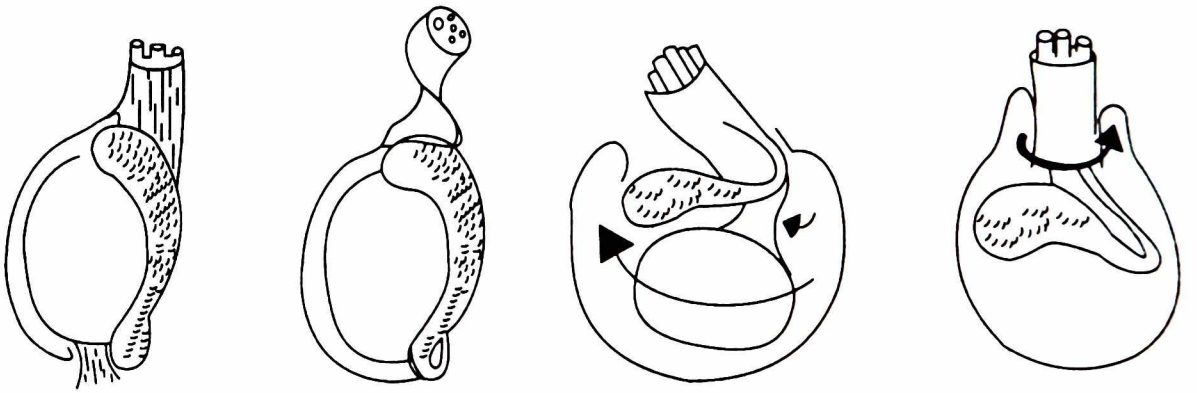
Bệnh lý này có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng thường xảy ra ở trẻ sơ sinh với tỷ lệ khoảng 12 – 17% và ở trẻ từ 10 – 14 tuổi.

2. PHÂN LOẠI: chia ba loại

– Xoắn cả bó mạch thừng tinh gây hoại tử tinh hoàn và mào tinh. Loại xoắn này thường gặp.

– Xoắn tinh hoàn đơn thuần: Khi có sự bất thường về cố định mào tinh – tinh hoàn và có một mạc treo giữa mào tinh với tinh hoàn, tinh hoàn có thể bị xoắn quanh mạc treo. Loại xoắn này ít gặp hơn.

– Xoắn phần phụ của mào tinh – tinh hoàn: cũng ít gặp và triệu chứng lâm sàng không nặng nề như hai loại trên.



Hình 3.88. Xoắn tinh hoàn
1.Tinh hoàn bình thường; 2.Xoắn toàn bộ tinh hoàn và mào tinh;
3. Xoắn tinh hoàn; 4. Xoắn mào tinh hoàn.

3. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

Khi tinh hoàn bị xoắn trên 360^0 thì gây hoại tử tinh hoàn sau 2 giờ bị xoắn trên thực nghiệm và trong khoảng thời gian từ 4 – 6 giờ ở người.

3.1. Về các yếu tố thuận lợi gây xoắn tinh hoàn

Xoắn tinh hoàn thường xảy ra khi tinh hoàn chưa cố định ở túi bìu và di

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

chuyển bất thường đặc biệt khi tinh hoàn nằm trong ống phúc tinh mạc. Xoắn tinh hoàn có thể xảy ra và tự tháo nhiều lần.

Một vấn đề nữa cần được nêu: Thoát vị bẹn cùng bên có liên quan và ảnh hưởng như thế nào với tinh hoàn ?

Đã có công trình chứng minh thoát vị bẹn có thể gây chèn ép vào bó mạch thừng tinh, gây thiếu máu nuôi dưỡng, gây hoại tử tinh hoàn và gây teo tinh hoàn. Cũng có thể khối thoát vị khi di chuyển xuống bìu và lên lại ổ bụng kéo theo sự di chuyển của tinh hoàn trong ống bẹn và tạo ra nguy cơ xoắn tinh hoàn.

3.2. Teo nhỏ tinh hoàn

Có thể xảy ra sau mổ tháo xoắn hoặc sau nhiều lần bị xoắn và tự tháo xoắn. Khi tinh hoàn bên xoắn bị teo thì tinh hoàn bên đối diện cũng có nguy cơ bị teo sau này.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

– Đau đột ngột dữ dội vùng bẹn, bìu. Đau khu trú hay lan dọc theo ống bẹn lên hố chậu cùng bên. Đau làm trẻ có xu hướng gấp đùi lại và ít cử động. Trẻ lớn thường tự xác định được vị trí đau. Với trẻ sơ sinh và bú mẹ thì có biểu hiện quấy khóc nhiều.

– Bìu và ống bẹn sưng to, nề, đau. Nếu thời gian bị bệnh lâu thì da có thể có màu đỏ.

– 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.

– Sốt có thể xảy ra sau khi tinh hoàn bị xoắn vài giờ.

– Nôn.

– Tiền sử và bệnh khác phối hợp: cần phải khám và khai thác kỹ như: tình trạng mơ hồ giới tính, có thoát vị bẹn cùng bên, có tinh hoàn chưa xuống bìu ở cùng bên, đã có những đợt đau ở vùng ống bẹn và vùng bìu nhưng tự khỏi v.v...

5. CẬN LÂM SÀNG

Ngoài những xét nghiệm cơ bản. Để chẩn đoán có các cách khám khác như:

– Siêu âm Doppler màu.

– Đồng vị phóng xạ.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xoắn tinh hoàn

Làm thế nào để có chẩn đoán xoắn tinh hoàn đúng và sớm ?

Để chẩn đoán xoắn tinh hoàn, có thể dùng siêu âm Doppler màu hoặc thăm dò

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

đồng vị phóng xạ. Trong điều kiện hiện tại ở Việt Nam, chúng tôi thấy chẩn đoán vẫn phải dựa chủ yếu vào lâm sàng với các triệu chứng nêu trên.

6.2. 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: 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.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Chỉ định

Mổ khi có chẩn đoán hoặc nghi ngờ xoắn tinh hoàn.

Trong mọi trường hợp, khi có biểu hiện bìu to đau cấp tính nếu không chẩn đoán thoát vị bẹn nghẹt thì phải nghĩ tới xoắn tinh hoàn và có chỉ định mổ cấp cứu. Không nên tiền mê để đẩy khối này vào ổ bụng mà nên mổ để đánh giá và xử lý thương tổn kịp thời.

7.2. Cách mổ

– Gây mê nội khí quản hoặc gây tê khe cùng kết hợp mê hít bằng Sevoflurane.

– Đường mổ: Thường là đường ngang ở nếp lằn bụng–mu cùng bên.

– Đánh giá thể loại xoắn và thương tổn để quyết định:

+ Tháo xoắn và cố định tinh hoàn: tinh hoàn sau tháo xoắn có màu sắc trở lại bình thường.

+ Cắt: khi tinh hoàn có dấu hiệu hoại tử

– Thăm dò bên đối diện: có thể tiến hành và cố định tinh hoàn.

8. THEO DÕI SAU MỔ

Kiểm tra sự phát triển của tinh hoàn được tháo xoắn và cả tinh hoàn đối bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Besson.R., Sfeir.R., Sarakos.C., Bonnevalle. M (1996): La nécrose testiculaire. Complication de la hernie inguinale étranglée du garçon.

Résumé des communications, 53 ème congrès de chirurgie pédiatrique.

C.N.I.T. Paris la defense.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. Bettex M, Kuffer F. Sharli (1978): Tumefaction aigué du testicule et du scrotum. In: Bettex M., Kuffer F., Scharli A. Précis de chirurgie infantile, pp 281–284. Masson, Bern

3. George Tryfonas, Assimina Violaki, George Tsikopoulos et al (1994):

   Late postoperative results in treated for testicular torsion during childhood. Journal of pediatric surgery, 29: 553 – 556.

4. John M. Hutson (1998): Torsion of the testis. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric Surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1093 – 1101. Mosby, St. Louis.

5. (Trần Ngọc Bích) (1998): Xoắn hoại tử tinh hoàn.

   Nhi Khoa, 1: 115–117

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

19. TEO RUỘT NON BẨM SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Teo ruột non bẩm sinh là sự bít tắc hoàn toàn lòng ruột non do các nguyên nhân bẩm sinh. Đây là một trong những cấp cứu hay gặp của phẫu thuật sơ sinh.

Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1/2700 trẻ sơ sinh.

Người đầu tiên mô tả teo hồi tràng là Goeller vào năm 1684. Những báo cáo khác về teo ruột như của Calder năm 1773 và Osiander năm 1779. Năm 1804, Voisin đã mổ mở thông ruột để điều trị teo ruột. Năm 1889, Bland – Sutton đã đề nghị một phân loại về teo ruột. Năm 1894,Wamitschek là người đầu tiên cắt nối ruột để điều trị teo ruột nhưng không thành công và tới năm 1911, Fockens mới mổ cắt nối ruột thành công lần đầu tiên.

Trước đây tỷ lệ tử vong của bệnh rất cao. Dần dần với sự tiến bộ của gây mê hồi sức sơ sinh, phương tiện và kỹ thuật mổ và của chẩn đoán sớm đặc biệt chẩn đoán trước đẻ mà tỷ lệ tử vong giảm nhiều, còn ở tỷ lệ thấp.

Ở Việt Nam, tỷ lệ chết do teo ruột ở Bệnh viện Việt–Đức từ năm 1960 – 1970 là 80% với 84 bệnh nhân. Ở Viện Nhi, tỷ lệ tử vong trong giai đoạn 1981 – 1990 là 55% với 46 bệnh nhân và tới năm 2001, tử vong chỉ còn 14,2% với 70 bệnh nhân.

2. SINH BỆNH HỌC

Có hai giả thuyết về nguyên nhân teo ruột.

2.1. Thuyết của Tandler (1902)

Ruột nguyên thuỷ là một ống rỗng. Từ tuần thứ 4 trong thời kỳ bào thai, do sự phát triển của nút liên bào biến ruột thành ống đặc. Từ tuần lễ thứ 9, những xoang rỗng sẽ hình thành trong khối liên bào đó, các xoang nối liền nhau để làm ruột thông lòng trở lại từ tuần thứ 12 trở đi. Teo ruột xảy ra ở những vị trí mà nút liên bào không tiêu đi.

2.2. Thuyết của Low và Barnard (1955)

Cho là tai biến mạch máu mạc treo gây teo ruột. Trên thực nghiệm, thắt mạch máu mạc treo và gây nghẹt ruột ở giai đoạn cuối của thời kỳ thai nghén và sau 14 ngày kiểm tra lại thì thấy teo ruột với những hình thái khác nhau như những thể bệnh quan sát được ở người.

Nguyên nhân gây tai biến mạch máu mạc treo có thể do nghẽn tắc bởi xoắn ruột, lồng ruột, thoát vị bên trong, khe hở thành bụng v.v...

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Khi mổ teo ruột, chúng tôi đã gặp một số bệnh nhi bị teo ruột gián đoạn, đoạn ruột dưới chỗ teo vẫn có phân xu và bị xoắn hoại tử đoạn ruột có đầu ruột teo. Nguyên nhân teo ruột ở những bệnh nhân này, chúng tôi nghĩ là do xoắn ruột trong bào thai ở thời kỳ cuối thai nghén.



Hình 3.89A. Teo ruột gián đoạn, túi cùng đầu ruột trên giãn to, đoạn ruột dưới có phân xu, bị xoắn và hoại tử một đoạn.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Quai ruột trên chỗ teo

– Về đại thể: đoạn ruột ngay trên chỗ teo thường giãn to, thành dày, nhu động kém. Sự ứ đọng ở đầu ruột trên là điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của vi khuẩn gây bệnh viêm ruột, hoại tử, thủng ruột.

– Về mặt mô học ở đoạn ruột này: lớp cơ trơn thành ruột tăng sản phì đại, các tế bào cơ trải rộng ra. Các sợi thần kinh cũng dày và to đáng kể đặc biệt là ở đáy của túi cùng trên.

3.2. Đoạn ruột dưới chỗ teo

Ruột nhỏ bé, xẹp, mềm mại. Có một số nghiên cứu mô học phát hiện ở một số trường hợp, đám rối thần kinh ở thành ruột có biểu hiện chưa trưởng thành. Do vậy nhu động ruột sẽ kém bình thường.

Trong lòng ruột thường có kết thể chắc, màu trắng đục hoặc xanh nhạt. Kết thể này hình như hạt lạc hoặc kết dính thành chuỗi. Một số ít trường hợp có phân xu đặc, dính quánh hơn bình thường.



Hình 3.89B. Đoạn ruột trên chỗ teo giãn to thành dày (như dạ dày)
Đoạn ruột dưới bị teo 7 vị trí và nhỏ

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. PHÂN LOẠI TEO RUỘT

Có nhiều cách phân loại nhưng cách phân loại hay được sử dụng là của Grosfeld. Grosfeld chia teo ruột làm 4 loại:

– Loại I: Teo do màng ngăn niêm mạc.

Thành ruột và mạc treo nguyên vẹn nhưng lòng ruột bị gián đoạn, ngăn cách do một màng ngăn cấu tạo bằng niêm mạc của ruột.

– Loại II: Hai đầu ruột teo cách nhau bởi một dây xơ đặc.

– Loại III: Teo gián đoạn, được chia làm 2 thể.

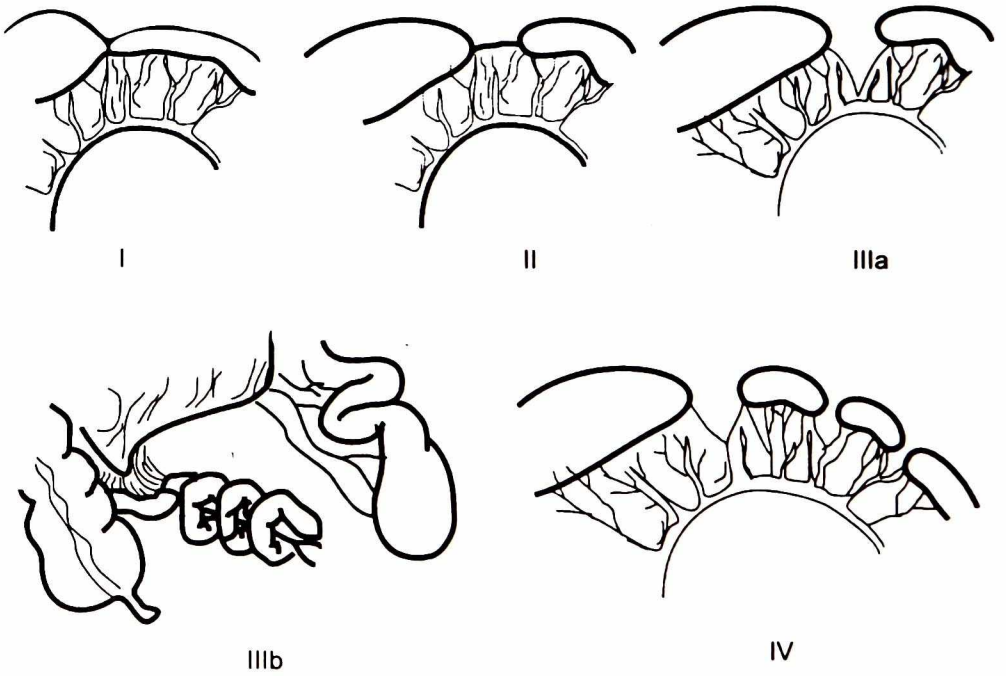
+ IIIa: Teo ruột gián đoạn hoàn toàn. Hai đầu ruột không dính nhau, mạc treo ruột bị khuyết hình chữ V.

+ IIIb: Teo ruột gián đoạn có hình "vỏ táo", "đuôi lợn", "cây thông".

Vị trí teo thường cao, ở hỗng tràng gần góc Treitz. Mạc treo bị thiếu một khoảng rộng. Ruột dưới chỗ teo được nuôi dưỡng bởi một mạch máu mỏng mảnh xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên, động mạch đại tràng phải hoặc động mạch hồi đại tràng. Ruột dưới chỗ teo quấn quanh trục mạch máu tạo nên hình dáng đặc biệt giống như "vỏ quả táo gọt", " đuôi lợn" hay "hình cây thông".

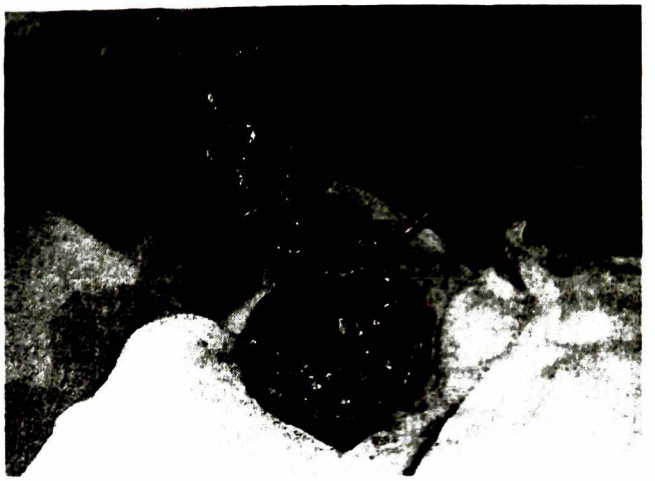
– Loại IV. Teo ruột ở nhiều vị trí.

Tỷ lệ teo ruột giữa hỗng tràng và hồi tràng tương đương nhau. Đại đa số là teo một vị trí, còn teo nhiều vị trí chỉ chiếm 5 – 10%.



Hình 3.90. Phân loại teo ruột của Grosfeld

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.91. Teo ruột 6 vị trí ở hỗng tràng, teo gián đoạn, ruột dưới chỗ teo xoắn quanh trục mạch máu mạc treo, có túi thừa Meckel

5. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

5.1. Triệu chứng lâm sàng

– Đa ối ở mẹ là một dấu hiệu gợi ý trong chẩn đoán tắc đường tiêu hoá.

– Nôn:

Nôn ra dịch mật là triệu chứng bao giờ cũng gặp và thường là triệu chứng có sớm nhất. Nôn xuất hiện sớm khi teo ở hỗng tràng và muộn hơn nếu teo ở hồi tràng.

– Bụng trướng:

Thường trướng bụng sau khi đẻ 12 – 24 giờ. Bụng trướng dần, trướng nhiều và trướng đều nếu teo ở cuối hồi tràng. Ngược lại, bụng chỉ trướng trên rốn khi teo ruột ở gần góc Treitz.

Trướng bụng ngay sau đẻ thường gặp ở viêm phúc mạc có thủng ruột trước đẻ.

Có quai ruột nổi, khi kích thích thành bụng có thể có sóng nhu động của ruột – dấu hiệu rắn bò

– Không đại tiện:

Hầu hết các bệnh nhi không đại tiện phân xu. Bệnh nhi có thể tự đại tiện ra một ít kết thể nhầy trắng, chắc, lổn nhổn hoặc các kết thể này có thể được tống ra khi đặt ống thông vào hậu môn và bơm thụt bằng nước muối sinh lý.

Kết thể nhầy trắng đục hoặc màu xanh nhạt là một dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán tắc ruột hoàn toàn.

Khi thăm trực tràng bằng ngón tay út thấy lòng trực tràng nhỏ, hẹp và không thấy phân xu.

Tuy nhiên có một số ít bệnh nhân vẫn đại tiện phân xu, sau hết phân xu thì ngừng đại tiện.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Vàng da do tăng bilirubin gián tiếp cũng là dấu hiệu thường gặp. Dấu hiệu này thường xuất hiện từ ngày thứ hai sau đẻ.

5.2. Triệu chứng Xquang

5.2.1. Chụp bụng đứng thẳng không chuẩn bị

Trên phim Xquang thường, hình ảnh các mức nước hơi là dấu hiệu của tắc ruột sơ sinh. Tắc ruột ở cao có số lượng các mức nước – hơi ít và ở vị trí cao, không có hơi trong quai ruột ở phần thấp ổ bụng. Dấu hiệu ba mức nước – hơi với chân đế rộng thường là hình ảnh của tắc ruột gần góc Treitz. Tắc ruột ở càng thấp thì số lượng mức nước – hơi càng nhiều. Mờ vùng dưới rốn, khoảng cách giữa các quai ruột dày chứng tỏ trong ổ bụng có dịch. Quai ruột giãn có hình mức nước – hơi lớn nhất tương ứng với vị trí tắc ruột.

Trên phim Xquang còn có thể thấy các đám vôi hoá – dấu hiệu của viêm phúc mạc phân xu do thủng ruột ở thời kỳ bào thai.

5.2.2. Chụp đại tràng có cản quang

Có chỉ định khi Xquang thường có hình ảnh tắc ruột thấp, chụp nhằm các mục đích:

– Phân biệt vị trí tắc ruột là ở đại tràng hay ở ruột non. Trong tắc ruột non, toàn bộ đại tràng thường nhỏ đều.

– Xác định vị trí của manh tràng để phát hiện sự bất thường về quay và cố định của ruột. Vị trí manh tràng nằm ngay dưới gan là một dấu hiệu bất thường.

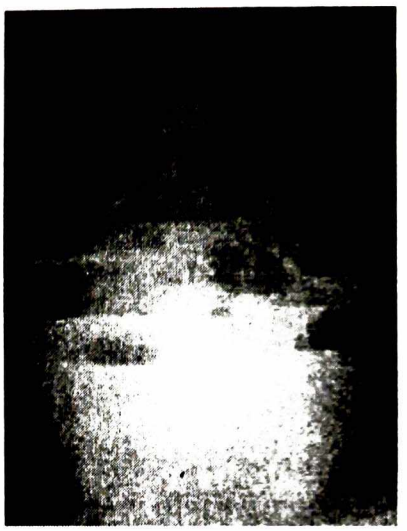
5.2.3. Chụp lưu thông ruột

Ít áp dụng cho teo ruột, thường chỉ định cho các trường hợp hẹp ruột, để tìm vị trí hẹp, góp phần chẩn đoán nguyên nhân.



Hình 3.92. Ba mức nước – hơi: Teo hỗng tràng gần góc Treitz

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.93. Tắc ở cuối hồi tràng. Nhiều mức nước – hơi

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

6.1. Tắc ruột phân xu

– Biểu hiện lâm sàng: bụng trướng đều, thường nôn từ ngày thứ hai sau đẻ. Sờ nắn bụng ở hố chậu phải có thể thấy một quai ruột giãn chứa phân xu.

– Chụp Xquang thường thấy hình ảnh tắc ruột ở thấp với các mức nước – hơi không điển hình.Vùng hố chậu phải có thể thấy hình ảnh lỗ chỗ, cản quang không đồng đều tương ứng với quai ruột bị tắc, giãn, chứa đầy phân xu.

6.2. Bệnh Hirschsprung

Có dấu hiệu chậm phân xu, bụng trướng dần, có thể nôn, luồn ống thông vào trực – đại tràng hút ra phân xu, nếu thụt tháo đại tràng bằng dung dịch NaCL 0,9% thì tháo ra được nhiều phân xu và hơi, bụng bớt trướng.

Trong thể bệnh vô hạch toàn bộ đại tràng: có triệu chứng như của tắc ruột non nhưng thụt tháo đại tràng vẫn ra được ít phân xu. Sau thụt tháo, bụng vẫn trướng. Trong trường hợp này, chẩn đoán thường nhầm với tắc ruột và chẩn đoán được trong mổ với kết quả sinh thiết tức thì.

Chụp khung đại tràng thẳng, nghiêng sẽ giúp xác định chẩn đoán.

6.3. Hội chứng nút phân xu

Trên lâm sàng và Xquang thường biểu hiện tắc ruột ở thấp.

Thăm trực tràng rỗng, không có phân xu.

Luồn ống thông vào trực tràng, thụt tháo ra một nút phân xu cứng sau đó ra nhiều phân xu và bụng hết trướng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

6.4. Teo trực tràng

Thăm trực tràng bằng ngón tay út hoặc bằng một ống thông. Nếu đầu ngón tay hoặc ống chỉ vào sâu được 2 – 3cm rồi dừng lại: đây là teo trực tràng.

6.5. Teo đại tràng

Triệu chứng của tắc ruột thấp, chụp đại tràng cản quang để chẩn đoán.

6.6. Các nguyên nhân gây tắc ruột non khác

– Hẹp ruột do màng ngăn có lỗ:

Vẫn có đại tiện phân xu. Tuỳ theo vị trí của màng ngăn ở hỗng tràng hay hồi tràng và lỗ thủng của màng ngăn to hay nhỏ mà dấu hiệu tắc ruột biểu hiện sớm hay muộn, trướng bụng ở các mức độ khác nhau. Chụp lưu thông tiêu hoá để chẩn đoán.

– Tắc và hẹp ruột do ruột đôi:

Triệu chứng tắc ruột xuất hiện sau đẻ vài ngày với mức độ tăng dần. Thường vẫn đại tiện phân xu. Nắn bụng có thể thấy một khối tròn nhỏ di động. Siêu âm có thể phát hiện một nang ở thành ruột. Chụp lưu thông tiêu hoá sẽ thấy vị trí ruột đôi gây tắc ruột.

– Tắc ruột do xoắn trung tràng cấp tính:

Thường kèm hẹp tá tràng do dây chằng Ladd. Bệnh cảnh lâm sàng của tắc ruột cao. Chụp lưu thông tiêu hoá xác định chẩn đoán.

– Tắc ruột do xoắn ruột:

Nguyên nhân thuận lợi gây tắc ruột là do có nang bạch huyết ở mạc treo ruột, do còn túi thừa Meckel dính vào thành bụng.

– Tắc ruột do dính và dây chằng:

Là nguyên nhân ít gặp. Đây là hậu quả của viêm phúc mạc do thủng ruột thai nhi. Chẩn đoán bệnh nếu bệnh nhi có bệnh cảnh tắc ruột kèm với vết vôi hoá trên phim chụp bụng không chuẩn bị. Biểu hiện tắc ruột có thể xảy ra trong thời kỳ sơ sinh, trẻ bú mẹ, trẻ nhỏ v.v...

7. CHẨN ĐOÁN TRƯỚC ĐẺ

Siêu âm trước đẻ ở thai phụ đa ối được thực hiện để phát hiện ra tắc tá tràng và tắc ruột non, nhưng chẩn đoán tắc ruột non có tỷ lệ chẩn đoán đúng thấp hơn so với tắc tá tràng.

Ngày nay, siêu âm trước đẻ đã được thực hiện thường quy để theo dõi thai nhi và để tìm phát hiện các dị tật bẩm sinh với độ chính xác cao.

Hình ảnh tắc ruột trên siêu âm là các quai ruột giãn to, có thể thấy các nốt vôi hoá ở ổ bụng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.94. Siêu âm trước đẻ phát hiện các quai ruột non giãn to. Chẩn đoán có tắc ruột

8. CÁC DỊ DẠNG PHỐI HỢP

Có các loại dị tật bẩm sinh phối hợp như: hội chứng Down, bệnh tim bẩm sinh, những dị dạng của thận, cột sống, hệ thần kinh trung ương. Tắc ruột non phối hợp với khe hở thành bụng bẩm sinh (gastroschisis) hoặc thoát vị vùng rốn bẩm sinh (omphalocele) cũng thường xảy ra.

9. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bắt đầu ngay sau đẻ nếu có chẩn đoán trước sinh, hoặc khi có những triệu chứng đầu tiên của tắc ruột sau đẻ.

Mục đích điều trị là phục hồi sự lưu thông và chức năng của ruột.

9.1. Điều trị trước mổ

Là cần thiết để có được kết quả phẫu thuật tốt.

– Giữ thân nhiệt ổn định, tránh hạ thân nhiệt đặc biệt vào mùa lạnh.

– Nhịn ăn.

– Đặt ống thông dạ dày cỡ 8 –10F và hút cách quãng để làm xẹp dạ dày, phần trên của ruột, tránh trào ngược vào phổi.

– Làm các xét nghiệm cần thiết như công thức máu, thời gian máu chảy, thời gian đông máu, nhóm máu, điện giải đồ, khí máu, bilirubin máu nếu bệnh nhi có vàng da.

– Truyền dịch để giữ cân bằng nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan. Có thể lấy tĩnh mạch rốn làm đường truyền trong 1, 2 ngày đầu, thuận tiện cho việc di chuyển bệnh nhân tới các trung tâm phẫu thuật nhi.

– Theo dõi lượng nước tiểu để đánh giá sự truyền dịch.

– Cho vitamin K1mg tiêm bắp.

– Cho kháng sinh phổ rộng để chống nhiễm khuẩn.

– Nếu thể trạng bệnh nhi ổn định, không có viêm phổi thì thời gian chuẩn bị

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

trước mổ từ 4 –10 giờ. Nếu bệnh nhi có viêm phổi nặng, cần điều trị đến lúc tình trạng viêm phổi cải thiện mới tiến hành phẫu thuật.

– Cần xác định các dị tật bẩm sinh phối hợp.

9.2. Gây mê

– Gây mê nội khí quản.

– Đặt ống thông dạ dày hút để tránh trào ngược.

9.3. Phẫu thuật

9.3.1. Cắt và nối ruột ngay thì đầu

Cắt và nối ruột ngay thì đầu được chỉ định cho hầu hết các trường hợp tắc ruột. Lập lại lưu thông của ruột sẽ khó khăn khi có sự chênh lệch lớn đường kính giữa hai đầu ruột trên và dưới chỗ teo.

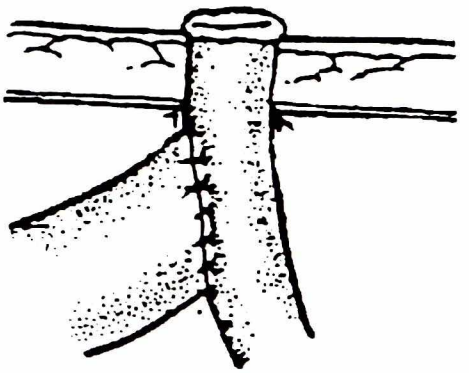
Đã có nhiều kỹ thuật cắt, nối ruột.

a) Nối bên – bên

Là phương pháp dễ làm, miệng nối rộng, nhưng có nhược điểm là gây ra hội chứng túi cùng của quai ruột tịt nên ngày nay đã bỏ khi mổ sơ sinh.

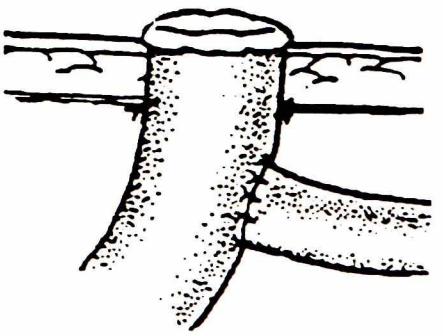
b) Nối ruột tận – bên (hình 3.95)

– Kỹ thuật của Bishop – Koop: nối ruột tận bên và dẫn lưu đầu ruột dưới ra ngoài ổ bụng. Sau khi ruột lưu thông bình thường thì mổ lần 2 để đóng lại đầu ruột dẫn lưu



Hình 3.95. Nối ruột tận – bên kiểu Bishop – Koop

– Kỹ thuật của Santulli: nối ruột tận – bên và dẫn lưu đầu trên ra ngoài ổ bụng.



Hình 3.96. Kỹ thuật Santulli

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

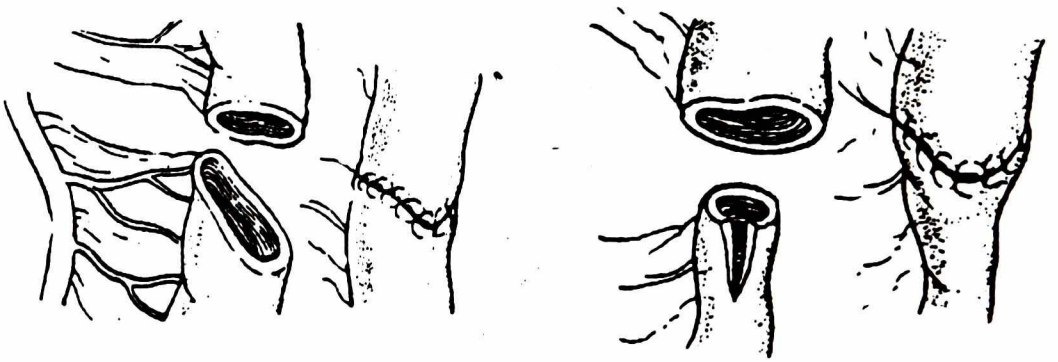
Nhược điểm của phương pháp nối này là mất dịch qua đầu ruột dẫn lưu, đặc biệt khi teo ruột cao gần góc Treitz và cần một lần mổ nữa để đóng kín nơi dẫn lưu ruột.

– Nối ruột tận – bên không có dẫn lưu.

c) Nối ruột tận – chéo

Kỹ thuật này hay được áp dụng

Sau khi cắt bỏ đoạn ruột trên chỗ teo bị giãn to, thành dày, nếu kích thước 2 đầu ruột vẫn chênh lệch nhau thì mở rộng thêm đầu ruột dưới bằng cách cắt chéo 30^0 – 45^0 từ bờ mạc treo vát về phía trên của bờ tự do rồi nối lại 2 đầu ruột.



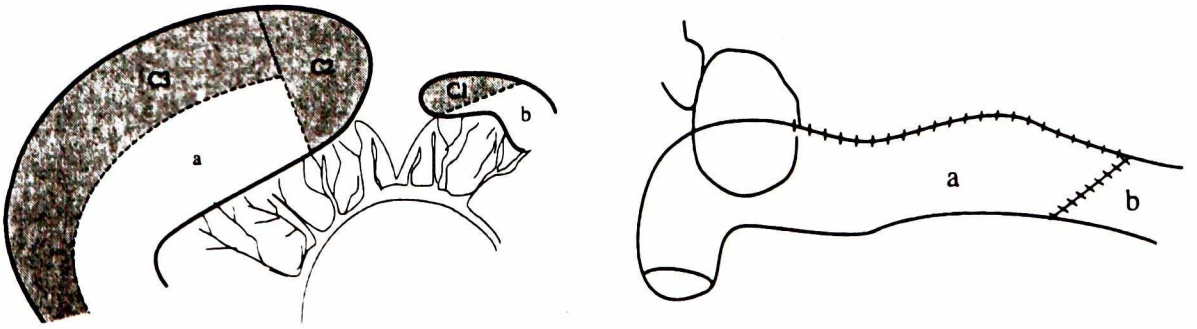
Hình 3.97. Nối ruột tận – chéo

d) Nối ruột tận – tận hoặc tận – chéo sau khi tạo hình nhỏ bớt đầu ruột trên, có ba kỹ thuật khác nhau

– Kỹ thuật của Thomas (hình 3.98)

Sau khi cắt bỏ một phần đoạn ruột giãn to, cắt bỏ bớt thành ruột dọc theo bờ tự do ở đoạn ruột còn giãn phía trên rồi khâu vùi đường cắt bằng chỉ PDS 5.0 mũi rời hoặc khâu vắt. Nối ruột đầu trên với đầu dưới tận – tận hoặc tận – chéo một lớp mũi rời bằng chỉ 6.0 kim tròn (PDS, Maxon, Vicryl).

Kỹ thuật này hay được áp dụng vì giải quyết được sự chênh lệch đường kính giữa 2 đầu ruột và tránh ứ đọng ở đoạn ruột trên, lưu thông ruột dễ dàng hơn.



A. Tạo hình bỏ bớt ruột đầu trên, phải cắt bỏ bớt: C1, C2, C3

B. Nối ruột tận – tận hay tận – chéo

Hình 3.98. Cắt bớt, tạo hình nhỏ đoạn ruột trên, nối ruột tận tận hoặc tận chéo

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Kỹ thuật của Harrrison và De Lorimier (hình 3.99)

Là kỹ thuật xếp gấp nếp bờ tự do của đoạn giãn trên chỗ teo để làm nhỏ bớt đường kính đoạn ruột trên. Nhưng nhược điểm của kỹ thuật là có thể gây hẹp lòng ruột.

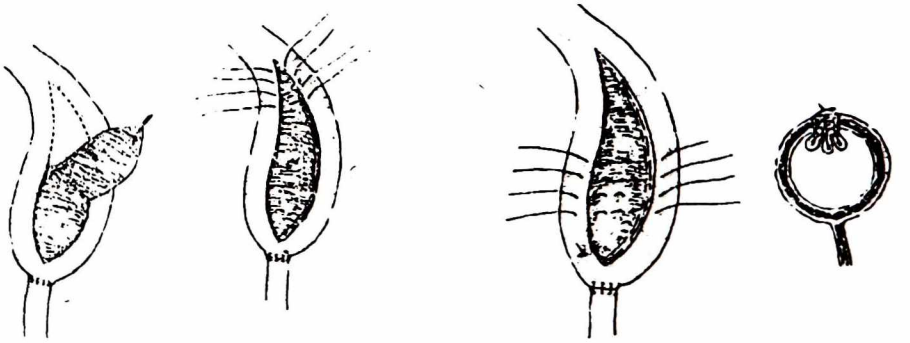


Hình 3.99. Nối ruột tận – tận sau khi xếp gấp nếp bờ tự do đầu trên

– Kỹ thuật của Kimura (hình 3.100)

Kỹ thuật tạo hình đoạn giãn trên chỗ teo bằng cách cắt bỏ lớp thanh cơ hình elíp ở bờ tự do, chỉ để lại lớp niêm mạc và dưới niêm mạc nguyên vẹn thay cho kỹ thuật xếp gấp nếp bờ tự do.

Kỹ thuật này tránh được nguy cơ hẹp lòng ruột và bục đường khâu.



Hình 3.100. Nối ruột tận – tận kiểu Kimura

e) Nối ruột tận– bên có mở thông ruột bằng 2 ống thông (Trần Ngọc Bích – 2007)

Sau khi làm miệng nối ruột tận – bên, có thể có hoặc không tạo hình nhỏ bớt đầu ruột trên, chúng tôi mở thông ruột bằng 2 ống thông: một ống số 8 được đặt ở trên miệng nối khoảng 4 – 5cm với mục đích dẫn lưu dịch ruột phía trên, làm giảm căng miệng nối và ống thông thứ hai số 5 đặt qua miệng nối ruột để cho ăn sớm sau mổ. Cả 2 ống thông đều cho ra cùng một vị trí ở thành ruột và thành bụng. Chúng tôi bắt đầu mổ theo kỹ thuật này từ tháng 5 – 2007. Ngoài cách nối tận bên, cách nối tận chéo cũng được áp dụng.

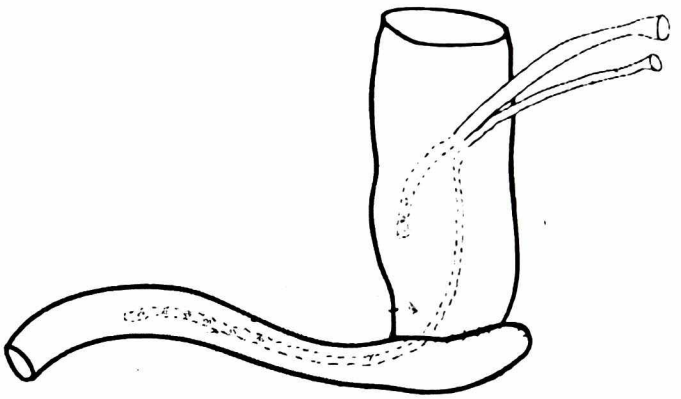
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– *Chỉ định:* cho các trường hợp

+ Tắc ruột kèm viêm phúc mạc thai nhi mà ruột dính nhiều.

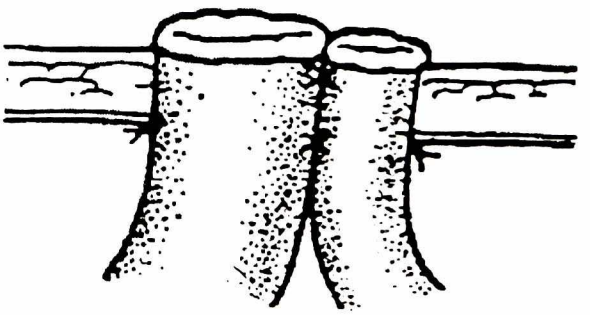
+ Tắc ruột ở hỗng tràng, đoạn ruột dưới dài có thể chứa đầy kết thể phân trắng đục, thành ruột dễ bị thương tổn khi lấy hết kết thể phân.

– *Minh họa kỹ thuật mổ (hình 3.101)*



Hình 3.101. Mở thông ruột 2 ống thông

9.3.2. Dẫn lưu ruột tạm thời ra ngoài ổ bụng



Hình 3.102. Dẫn lưu hai đầu ruột kiểu nòng súng

Chỉ định: cho các trường hợp

– Tắc ruột có biến chứng viêm phúc mạc nặng.

– Tắc ruột kèm viêm phúc mạc thai nhi mà ruột dính nhiều và tình trạng toàn thân nặng.

– Tắc ruột mà đoạn ruột trên giãn dài, thành ruột nề. Nếu cắt nối ruột ngay thì đoạn ruột giãn bị cắt bỏ nhiều, cắt bớt tạo hình nhỏ đoạn ruột trên và làm miệng nối ruột có nguy cơ bục miệng nối cao.

Chỉ định tương đối phụ thuộc vào điều kiện trong mổ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Về kỹ thuật:

Cắt bỏ đoạn ruột giãn, thành dày phía trên và đưa hai đầu ruột ra ngoài theo kiểu nòng súng. Sau khi dẫn lưu ruột, từ ngày thứ 3 – 5 sau mổ trở đi, nên đặt ống

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thông vào đầu ruột dưới (đặc biệt khi dẫn lưu ở hỗng tràng, gần góc Treitz) để bơm dung dịch oresol, dịch của đường tiêu hoá chảy ra qua đầu ruột dẫn lưu trên và đưa vào lòng ruột để ruột giãn nở, tăng kích thước và hấp thu nước – chất điện giải cùng chất dinh dưỡng, giảm nguy cơ teo lớp nhung mao niêm mạc ruột giúp ruột phục hồi chức năng tốt hơn và dễ nối ruột ở lần mổ sau. Nếu bệnh nhi có thể trạng ổn định, vẫn tăng cân, không có dấu hiệu mất nước điện giải, có thể nối lại ruột sau 3 tháng. Nếu bệnh nhân có dấu hiệu mất nước không bù đủ bằng đường truyền tĩnh mạch, không tăng cân, nên mổ lại sớm để nối lại hai đầu ruột.

9.3.3. Kỹ thuật mổ trong các trường hợp đặc biệt

a) Kỹ thuật mổ các trường hợp tắc ruột sát góc Treitz

Cắt đoạn tá, hỗng tràng bị giãn, mất trương lực. Cần mở dọc D2 tá tràng kiểm tra bóng Vater trước khi cắt bớt để làm nhỏ tá tràng. Tạo hình nhỏ bớt đường kính của tá tràng.

Nối tá – hỗng tràng tận – tận hoặc tận – chéo.

Sau mổ có hai xu hướng: Đặt ống thông vào dạ dày qua mũi – miệng hoặc mở thông dạ dày để làm giảm áp lực trong dạ dày và đoạn ruột trên miệng nối.

Mở thông dạ dày: Cũng có hai cách:

– Dùng một ống thông để trong dạ dày theo kỹ thuật thường quy.

– Dùng hai ống: một ống đặt tại dạ dày và một ống nhỏ cho qua miệng nối xuống hỗng tràng để cho ăn sớm.

b) Kỹ thuật mổ các trường hợp tắc ruột nhiều vị trí

Cắt bỏ đoạn ruột teo nhiều chỗ nếu đoạn này ngắn. Nếu khoảng cách giữa các vị trí teo dài thì nên bảo tồn ruột và tạo hình nhỏ bớt đường kính ruột nếu có giãn. Nối ruột tận – tận hoặc nối tận – chéo. Có thể phải thực hiện 2, 3 miệng nối ruột để tránh cắt ruột nhiều.

9.3.4. Điều trị sau mổ

Duy trì thân nhiệt, sử dụng lồng ấp.

Cân bằng nước, điện giải, truyền máu nếu cần.

Nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn trong ít nhất 5 ngày đầu.

Hút ngắt quãng dịch dạ dày cho đến khi dịch không có mật, khi đó có thể cho trẻ bú với số lượng tăng dần.

Nếu có ống thông dạ dày đặt qua miệng nối thì bơm sữa qua ống thông từ ngày thứ 3 sau mổ để cho ăn sớm.

Kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

9.3.5. Biến chứng, tử vong sau mổ

a) Biến chứng

– Các biến chứng sớm:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Viêm phổi do hít phải dịch dạ dày – thức ăn trào ngược: là biến chứng nặng gây tử vong đặc biệt ở bệnh nhi thiếu tháng, cân nặng thấp. Nôn và trào ngược vào phổi có thể xảy ra trước mổ, những ngày đầu sau mổ, thậm chí 7 –10 ngày sau mổ, khi lưu thông tiêu hoá đã trở lại tương đối bình thường, đã hết truyền dịch và bệnh nhân được nuôi dưỡng đường miệng.

+ Hẹp – tắc miệng nối ruột: đều được mổ lại sớm sau chẩn đoán. Mổ làm lại miệng nối

+ Viêm phúc mạc do bục miệng nối hoặc do khâu gây thủng ruột khi đóng thành bụng. Mổ làm lại miệng nối, khâu lỗ thủng hoặc dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài ổ bụng tạm thời.

+ Toác thành bụng sau mổ: do có nhiễm khuẩn, thành bụng mỏng, do kỹ thuật khâu.

+ Các trường hợp rò miệng nối được điều trị nội khoa kết hợp nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Phẫu thuật lại khi tình trạng rò không cải thiện.

– Các biến chứng muộn:

+ Tắc ruột sau mổ do dính hoặc do dây chằng, thoát vị bên trong.

+ Hội chứng kém hấp thu kéo dài sau mổ cũng là một biến chứng tương đối phổ biến. Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hỗ trợ cho đến khi chức năng của ruột phục hồi.

+ Hội chứng ruột ngắn xảy ra ở những bệnh nhi bị cắt mất nhiều ruột, đoạn ruột non còn lại ngắn không đủ để tiêu hoá và hấp thu thức ăn, đặc biệt là trong trường hợp không còn van hồi manh tràng. Điều trị bằng chế độ ăn uống đặc biệt và nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hỗ trợ. Nếu cách điều trị trên không kết quả thì cần phẫu thuật bổ sung làm tăng chiều dài ruột non.

+ Hội chứng túi cùng (nếu nối ruột bên bên) với các dấu hiệu tiêu chảy, tiêu phân mỡ, thiếu máu hồng cầu to, suy dinh dưỡng, trướng bụng. Có thể viêm loét và thủng túi cùng. Chụp lưu thông ruột thấy ruột giãn và nhu động kém trên chỗ nối ruột thì nên được phẫu thuật lại, cắt nối ruột tận tận.

b) Tử vong sau mổ

Thường là do biến chứng bục miệng nối gây viêm phúc mạc, viêm phổi nặng, bệnh nhân cân nặng thấp và có dị tật hoặc bệnh nặng phối hợp.

Để tiên lượng khả năng sống của bệnh nhi sau mổ, Nixon và Tawas chia bệnh nhi thành 3 nhóm dựa vào cân nặng và các dị tật phối hợp.

Nhóm A: Cân nặng khi đẻ 2500g và không có các dị tật quan trọng phối hợp.

Nhóm B: Cân nặng khi đẻ 1800 – 2500g, hoặc có các dị tật phối hợp ở mức độ trung bình.

Nhóm C: Cân nặng khi đẻ < 1800g hoặc phối hợp với các dị tật nghiêm trọng.

Nhóm C có tỷ lệ sống là 32%, nhóm A và B có tỷ lệ sống là 81%.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

9.3.6. Kết quả lâu dài

Nếu các bệnh nhân không bị các biến chứng nặng, ruột bị cắt bỏ ít, hầu hết các bệnh nhân vẫn có sự phát triển bình thường về thể lực, trí tuệ và có cuộc sống bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frederick j. Rescorla (1998): Meconium lleus. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric Surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1159 – 1172. Mosby, St. Louis.
2. Goutail – Flaua. M. F (1990): Syndrome du grêle court. In: Hélardot.P, Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M. Chirungie digestive de l'enfant, pp 51 – 64. Doin éditeurs, Paris.
3. Grosfeld J.L, Ballantine T.V.N., Shoemarker R (1979): Operative management of intestinal atresia and stenosis based on pathologic findings.

   J. Pediatr. Surg, 14(3) p 368
4. Nguyễn Kỳ Minh, Nguyễn Thanh Liêm. (2002): Kết quả điều trị teo hỗng hồi tràng – Kinh nghiêm qua 70 trường hợp. Y học thực hành, 410(2): 32–34.
5. Nguyễn Văn Đức (1989): Teo ruột non.

   Phẫu thuật bụng ở sơ sinh và trẻ em, tập 1, tr 46–52

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

20. TẮC TÁ TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tắc và hẹp tá tràng là bệnh lý tương đối ít gặp. Tỷ lệ mắc từ 1/40.000 tới 1/10.000 trẻ sơ sinh. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ tương đương nhau. Bệnh biểu hiện chủ yếu ở trẻ sơ sinh nhưng có cả ở trẻ bú mẹ, trẻ nhỏ, trẻ lớn, thậm chí người lớn. Tắc tá tràng bẩm sinh có thể do nguyên nhân bên ngoài, bên trong hoặc kết hợp cả hai nguyên nhân trên. Bệnh có thể kèm theo các dị tật khác phối hợp.

Tắc tá tràng được Candler mô tả đầu tiên năm 1733.

Năm 1818, Tiedemann là người lần đầu mô tả tắc tá tràng do tụy nhẫn. Năm 1905, Vidal đã mổ cứu sống một bệnh nhân bị tắc tá tràng do tụy nhẫn bằng nối dạ dày với hỗng tràng. Năm 1914, Ernst đã nối tá – hỗng tràng với kết quả tốt ở một bệnh nhân bị màng ngăn niêm mạc ở D2.

Điều trị tắc tá tràng do tụy nhẫn được Gross dùng phương pháp nối tá – hỗng tràng vào năm 1944 và sau đó là phương pháp nối tá tá tràng ra đời và vẫn ứng dụng cho tới ngày nay.

Những dị tật hiếm gặp khác của tắc tá tràng là tắc tá tràng do tĩnh mạch cửa được mô tả lần đầu năm 1921. Tắc tá tràng do dây chằng Ladd là nguyên nhân hay gặp và được Ladd mô tả lần đầu năm 1932 và nêu phương pháp điều trị năm 1936.

Từ đầu thế kỷ thứ XIX, để chữa bệnh này chỉ có hai phương pháp: mở thông dạ dày hoặc mở thông tá tràng nhưng kết quả chết 100%. Năm 1929, Kaldor tìm trong y văn có 250 bệnh nhân tắc tá tràng, tới năm 1931 mới có 9 bệnh nhân được cứu sống.

Tại khoa ngoại Viện Nhi từ tháng 1/1977 đến tháng 3/1983 có 23 bệnh nhân bị tắc tá tràng thì tỷ lệ tử vong chung là 73,6% và do phẫu thuật là 52,6%. Còn tại Việt Đức từ năm 1960 đến 1974 có 41 bệnh nhân tắc tá tràng thì tỷ lệ tử vong 51,8%.

Sau này nhờ tiến bộ của gây mê hồi sức và kỹ thuật mổ nên tỷ lệ tử vong giảm dần. Vào những năm 60, tỷ lệ tử vong chung khoảng 50%. Tới ngày nay, tỷ lệ sống sau mổ theo y văn trong và ngoài nước đã đạt tới trên 90%.

Các kỹ thuật điều trị khác như tạo hình nhỏ tá tràng giãn phía trên trước khi nối tá tá tràng hoặc cắt màng ngăn bằng Laser qua nội soi và nội soi ổ bụng để chữa tắc tá tràng do dây chằng Ladd đã được ứng dụng.

Một tiến bộ quan trọng khác nữa là chẩn đoán trước đẻ bằng siêu âm. Năm 1975, Lovenday, Barr và Aitken lần đầu chẩn đoán tắc tá tràng trước sinh và cho tới nay thì chẩn đoán trước sịnh đã được thực hiện thường quy. Chẩn đoán siêu âm có thể thực hiện từ khi thai 15 tuần, nhưng thường chẩn đoán lúc thai được 7 – 8 tháng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. VÀI NÉT VỀ GIẢI PHẪU TÁ TRÀNG

Tá tràng đi từ môn vị tới góc tá – hỗng tràng, nằm sát thành bụng sau, trước cột sống, hình chữ C, ôm lấy đầu tụy, chia thành bốn đoạn D1, D2, D3, D4. Chỉ có 2/3 đầu của D1 là di động có phúc mạc tạng bao bọc, còn 1/3 dưới của D1 và D2, D3, D4 là các đoạn cố định chỉ có phần thanh mạc ở mặt trước. Ở D2 có hai nhú tá đổ vào: Nhú tá lớn (Vater) có ống mật chủ và ống tụy chính đổ vào, còn nhú tá bé ở bên trên nhú Vater độ 3cm và có ống tụy phụ đổ vào. Ở mặt sau tá tràng D1 là ống mật chủ. Ở mặt sau tá tràng D3 là động mạch chủ bụng và tĩnh mạch chủ dưới, còn phía trước D3 là động mạch mạc treo tràng trên.

Do đặc điểm giải phẫu như vậy nên phẫu thuật chữa tắc tá tràng có những điểm cần chú ý, khác với tắc ở ruột non hoặc đại tràng, việc cắt nối ruột luôn thực hiện thuận lợi.

3. BỆNH SINH HỌC

Nguyên nhân gây tắc tá tràng có thể từ bên trong hay từ bên ngoài hoặc cả hai loại trên phối hợp.

– *Có 2 thuyết giải thích nguyên nhân tắc tá tràng.*

+ Thuyết của Tandler (1902)

Trong suốt tháng thứ hai của bào thai, lớp tế bào biểu mô phát triển mạnh trong khi ruột chưa phát triển nên dẫn tới tắc lòng ruột. Điều này đặc biệt xảy ra ở thực quản, tá tràng và trực tràng. Khi ruột phát triển, sự không bào hoá bắt đầu và lòng ruột được thông trở lại vào cuối tuần thứ 8 đến thứ 10. Sự sai lạc trong quá trình không bào hoá gây ra tắc tá tràng. Cùng thời gian này, có thể xảy ra các dị tật của tụy, hệ thống đường ống mật – tụy ngoài gan.

+ Thuyết mạch máu

Tắc nghẽn mạch tới nuôi tá tràng gây teo tá tràng. Nguyên nhân tắc mạch có thể do xoắn ruột, lồng ruột v.v...

– *Tắc tá tràng do tụy nhẫn*

Là hiện tượng tá tràng bị bao bọc và chèn ép xung quanh bởi tổ chức của tụy giống như ngón tay đeo chiếc nhẫn.

Tụy nhẫn được hình thành là do khuyết tật trong quá trình hình thành tụy ở giai đoạn phôi thai.

Thời kỳ bào thai, tụy được hình thành từ hai phần: phần tụy bụng ở bên phải tá tràng, phần tụy lưng bên trái tá tràng. Trong quá trình phát triển, mầm tụy bụng phải quay 180° sang bên trái tá tràng để hoà với phần tụy lưng hình thành tụy vĩnh viễn. Tụy nhẫn được hình thành do phần tụy bụng vẫn ở bên phải tá tràng và bị kéo quanh tá tràng hoà vào phần chính của tụy lưng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. PHÂN LOẠI TẮC TÁ TRÀNG THEO GIẢI PHẪU BỆNH

4.1. Tắc tá tràng do nguyên nhân bên trong

4.1.1. Teo tá tràng

Chia thành ba thể bệnh theo Gray và Skandalakis:

– Loại 1: Do màng ngăn niêm mạc toàn bộ. Vị trí màng ngăn có thể ở trên nhú Vater nhưng thường gặp ở dưới nhú vater.

– Loại 2: Teo tá tràng gián đoạn nhưng hai đầu ruột tá nối với nhau bằng dây xơ.

– Loại 3: Teo tá tràng gián đoạn. Mạc treo ruột bị khuyết hình chữ V.

Ở thể bệnh này, có thể kết hợp với dị dạng đường mật.

4.1.2. Hẹp tá tràng

a) Do màng ngăn có lỗ

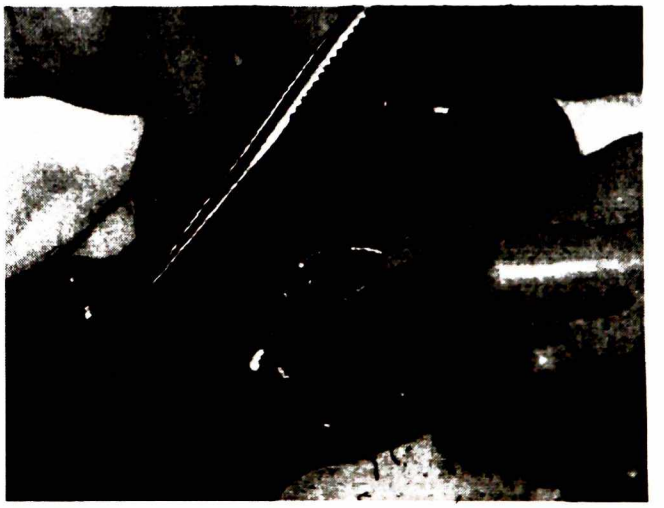
Vị trí màng ngăn có thể trên hoặc dưới Vater.

b) Do tá tràng đôi

4.2. Tắc do nguyên nhân từ bên ngoài

4.2.1. Tắc tá tràng do tụy nhẫn

Trước đây, người ta cho rằng tụy nhẫn đơn thuần gây tắc tá tràng nên có phương pháp mổ chỉ cắt bỏ vòng tụy nhẫn. Sau này người ta thấy tụy nhẫn đơn thuần không phải nguyên nhân gây tắc tá tràng vì nó thường kết hợp với màng ngăn tại vị trí tụy nhẫn. Do vậy đã có thuật ngữ "Tắc tá tràng kèm theo tụy nhẫn" thay cho thuật ngữ "Tắc tá tràng do tụy nhẫn".



Hình 3.103. Tụy nhẫn gây hẹp tá tràng

4.2.2. Tắc do dây chằng

a) Dây chằng Ladd

Là nguyên nhân hay gặp nhất. Dây chằng Ladd là một dải phúc mạc đi từ manh tràng ra phía thành bụng sau và chẹt qua phần cuối tá tràng D2 gây hẹp. Đây là hậu quả của quá trình quay và cố định bất thường của ruột.

b) Dây chằng: phát sinh do thủng ruột thai nhi, ít gặp.

4.2.3. Hẹp tá tràng do tĩnh mạch cửa trước tá tràng

Tĩnh mạch cửa trước tá tràng có thể do

– Các vòng nối giữa hai tĩnh mạch noãn hoàn bị tắc bất thường.

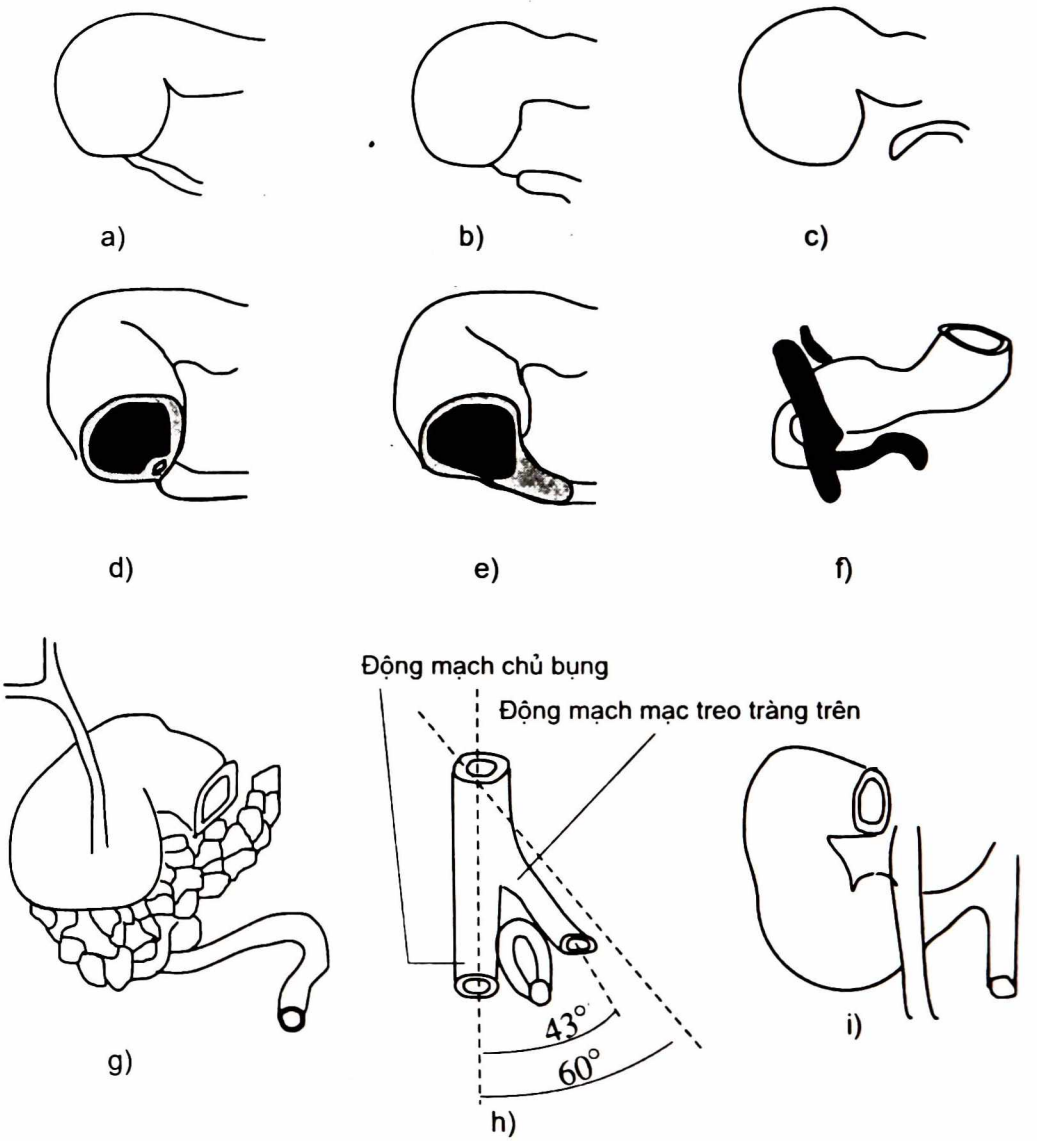
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Có bất thường trong quá trình quay của ruột: đảo lộn vị trí của dạ dày và tá tràng.

Dị tật này hiếm gặp.

4.2.4. Do kìm động mạch

Bình thường thì đoạn ba của tá tràng chạy ngang qua cột sống và nằm trong kìm động mạch: động mạch chủ bụng ở phía sau và động mạch mạc treo tràng trên ở phía trước. Bình thường thì hai động mạch này tạo một góc 45 – 60^0. Khi góc giữa hai động mạch này bị hẹp thì gây chèn ép tá tràng. Góc hẹp do hai nguyên nhân: do tá tràng ở vị trí cao hơn bình thường hoặc do động mạch mạc treo ở vị trí thấp hơn bình thường.



Hình 3.104. Các nguyên nhân gây tắc tá tràng

a. Tắc tá tràng do màng ngăn niêm mạc hoàn toàn; b. Teo tá tràng gián đoạn, có dây xơ nối hai đầu ruột. c. Teo tá tràng gián đoạn; d. Hẹp do màng ngăn có lỗ; e. Tắc có màng ngăn niêm mạc bị đẩy xuống dưới; f. Tĩnh mạch cửa trước tá tràng. g. Tụy nhẫn; h + i. Kìm động mạch.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

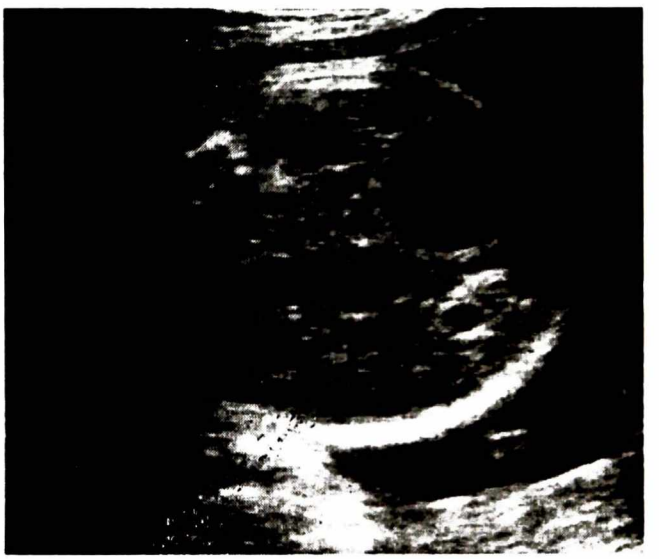
5. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của tắc tá tràng bẩm sinh đa dạng, phức tạp.

Tiền sử mẹ đa ối, đẻ non từ 25 đến 70%.

5.1. Chẩn đoán bằng siêu âm trước đẻ

Hình ảnh "quả bóng đôi", dạ dày – tá tràng giãn, chứa đầy dịch.



Hình 3.105. Hình ảnh "quả bóng đôi"của dạ dày, tá tràng.

5.2. Chẩn đoán sau đẻ

Dựa vào lâm sàng với các triệu chứng nôn, trướng bụng, bất thường về đại tiện phân su. Xquang chụp bụng không chuẩn bị và chụp lưu thông tiêu hoá, siêu âm. Tuỳ theo vị trí tắc, mức độ tắc, thời gian bị tắc, các bệnh phối hợp mà có các dấu hiệu sau.

5.2.1. Tắc tá tràng hoàn toàn

Bệnh cảnh của tắc tá tràng là hội chứng tắc ruột sơ sinh loại cao.

– Nôn sớm sau khi đẻ: 90% các trường hợp xuất hiện nôn trong ngày đầu tiên sau sinh.

– Đa số nôn ra dịch mật vì vị trí tắc thường ở dưới bóng Vater.

Đối với trường hợp tắc trên bóng Vater, bệnh nhân nôn ra dịch trong hoặc ra sữa. Các trường hợp này dễ nhầm với các bất thường ở dạ dày như tắc môn vị.

– Không có phân xu nếu tắc ở dưới bóng Vater

– Chậm đại tiện phân su hoặc có phân su khi tắc ở trên bóng Vater.

– Xquang: có hình ảnh đặc hiệu của tắc tá tràng là hình hai mức nước mức hơi:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

một ở dạ dày (dưới hạ sườn trái, bên trái cột sống), một ở tá tràng (vùng dưới gan, bên phải cột sống), không có hơi trong các quai ruột non. Khi tắc tá tràng ở phần trên D2, D1 thì thường chỉ có một mức nước – hơi to của dạ dày và dạ dày giãn.

5.2.2. Hẹp tá tràng

a) Hẹp tá tràng có biểu hiện của bệnh cảnh tắc ruột sơ sinh

Khi mức độ hẹp gần như tắc hoàn toàn do màng ngăn có lỗ nhỏ.

– Nôn xuất hiện sớm sau đẻ và thường nôn ra mật

– Phân xu thường có nhưng ít.

– Xquang: Trên phim chụp bụng không chuẩn bị tư thế đứng có hình hai mức nước mức hơi điển hình, nhưng vẫn có hơi ở các quai ruột non.

b) Hẹp tá tràng có bệnh cảnh tắc ruột không điển hình và muộn

Trong trường hợp hẹp tá tràng mức độ vừa và nhẹ như do màng ngăn có lỗ rộng, tụy nhẫn, dây chằng Ladd, tá tràng đôi v.v...

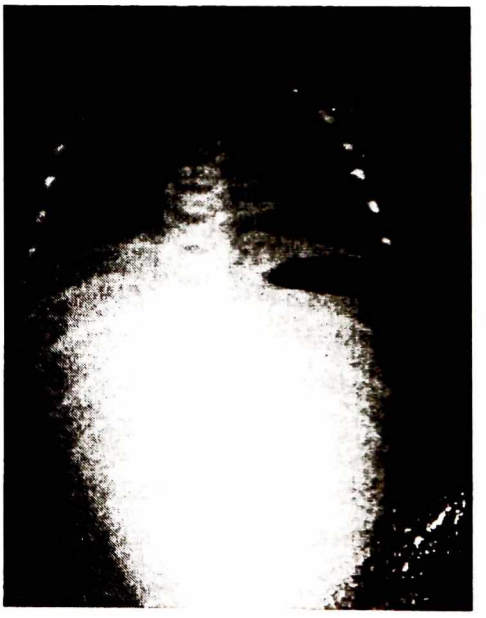
Bệnh có thể biểu hiện ở trẻ sơ sinh nhưng cũng có thể ở trẻ bú mẹ, trẻ nhỏ, trẻ lớn hoặc thậm chí ở người lớn.

– Nôn xuất hiện muộn, thường nôn ra mật.

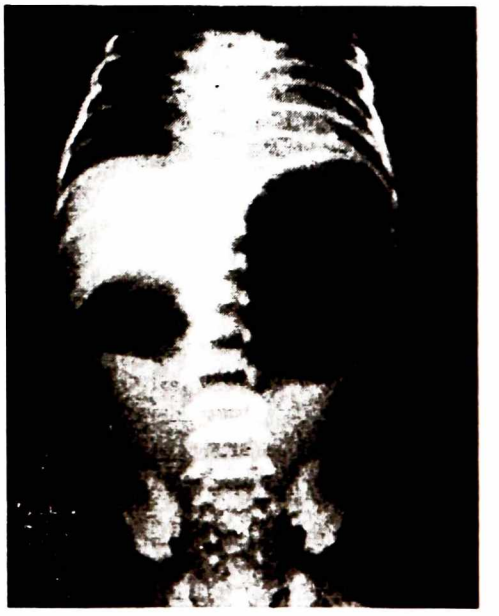
– Có thể đau bụng vùng trên rốn: biểu hiện ở trẻ nhỏ và trẻ lớn.

– Bệnh xuất hiện từng đợt, có khi thuyên giảm.

– Chụp tá tràng có cản quang và nếu quan sát lưu thông của thuốc dưới màn huỳnh quang có thể xác định được vị trí và mức độ tắc. Từ đó có thể chẩn đoán nguyên nhân gây tắc.

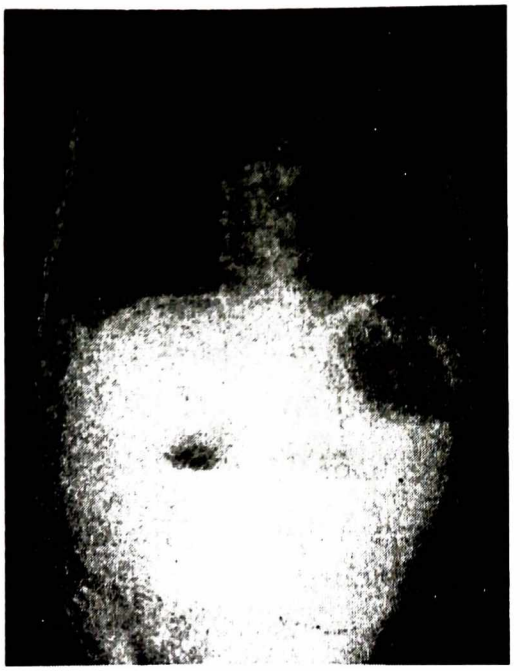


Hình 3.106. Tắc tá tràng ở D1. Chỉ có một mức nước – hơi của dạ dày

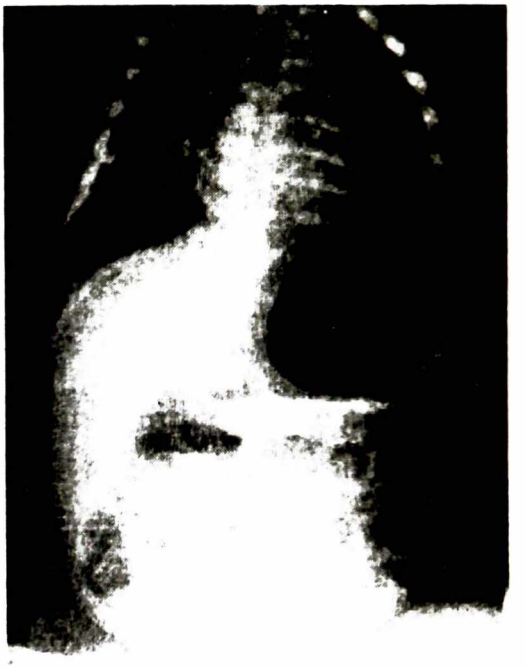


Hình 3.107. Tắc tá tràng D2, có hai mức nước – hơi, do tụy nhẫn kèm màng ngăn niêm mạc.

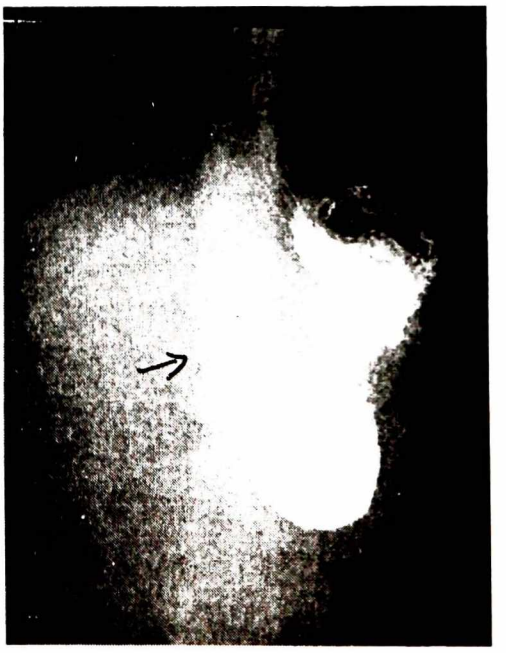
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.108. Tắc tá tràng ở cuối D3. Có hai mức nước hơi. Mức nước – hơi ở dưới có chân đế rộng và nằm ngang cột sống



Hình 3.109. Hẹp tá tràng do màng ngăn có lỗ, tá tràng D2 giãn, hơi có nhiều trong ruột non



Hình 3.110. Hẹp tá tràng do tá tràng đôi. Hình khuyết ở thành tá tràng

6. CÁC DỊ TẬT PHỐI HỢP

Các dị tật như: hội chứng Down có thể mắc với tỷ lệ 15–30%, dị dạng quay của ruột mắc tới 20%, bệnh tim mạch, dị tật hệ tiết niệu, có thể có các nguyên nhân gây tắc tá tràng, tắc ruột non phối hợp. Chúng tôi đã mổ một bệnh nhân bị hẹp tá

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

tràng do tụy nhẫn và dây chằng Ladd, ruột ngừng quay ở 180^0, xoắn trung tràng và có túi Meckel.

7. ĐIỀU TRỊ

Điều trị sớm sau đẻ nếu phát hiện được bệnh trước đẻ bằng siêu âm hoặc khi có triệu chứng đầu tiên của bệnh.

7.1. Chuẩn bị trước mổ

– Giữ thân nhiệt ổn định bằng lồng ấp.

– Bồi phụ nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.

– Đặt lưu ống thông dạ dày và hút cách quãng để tránh nôn trào ngược vào phổi.

– Cho kháng sinh phổ rộng để chống nhiễm khuẩn.

– Tiêm vitamin K (với bệnh nhân sơ sinh).

– Nếu bệnh nhân không có viêm phổi, thời gian chuẩn bị từ 6 đến 12 giờ. Nếu bệnh nhân có viêm phổi nặng cần điều trị kháng sinh và chờ cho tình trạng viêm phổi cải thiện mới tiến hành phẫu thuật.

7.2. Phẫu thuật

– Gây mê: gây mê nội khí quản.

– Đường mở bụng: theo đường ngang dưới sườn phải hoặc đường giữa trên rốn.

– Kiểm tra tá tràng, ruột non, đại tràng và các tạng khác.

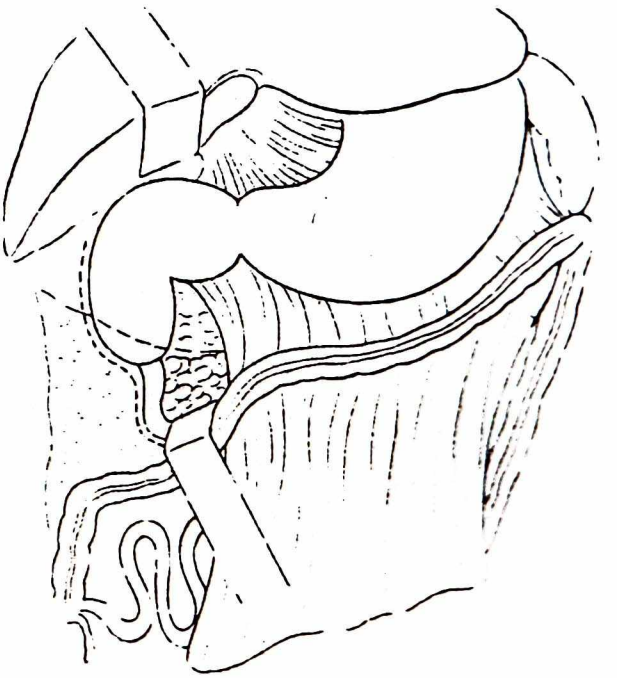
– Cần xác định: thể loại tắc tá tràng và các bệnh phối hợp.

+ Vén gan lên trên để bộc lộ tá tràng phần giãn nhất và kiểm tra dọc tá tràng cho đến mạc treo đại tràng ngang.

+ Giải phóng góc đại tràng phải, kéo đại tràng ngang xuống dưới, phẫu tích toàn bộ tá tràng nằm ở bên phải cuống mạch mạc treo tràng trên.

+ Bộc lộ tá tràng D3 và D4.

– Tuỳ thuộc vào vị trí và nguyên nhân gây tắc mà có các kỹ thuật mổ khác nhau.



Hình 3.111. Tìm chỗ tắc sau khi hạ góc đại tràng phải xuống

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Các kỹ thuật

a) Nối tá – tá tràng

– Chỉ định cho các trường hợp:

+ Tắc do teo tá tràng ở D1, D2.

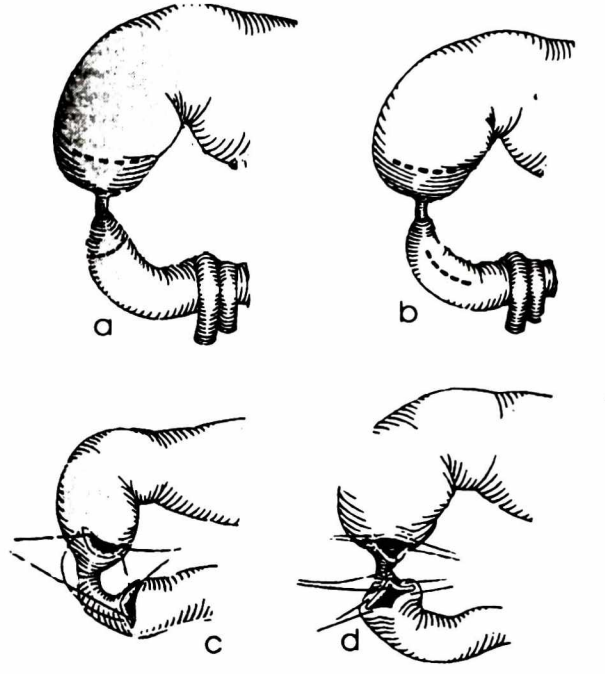
+ Tắc tá tràng do tụy nhẫn.

– Kỹ thuật:

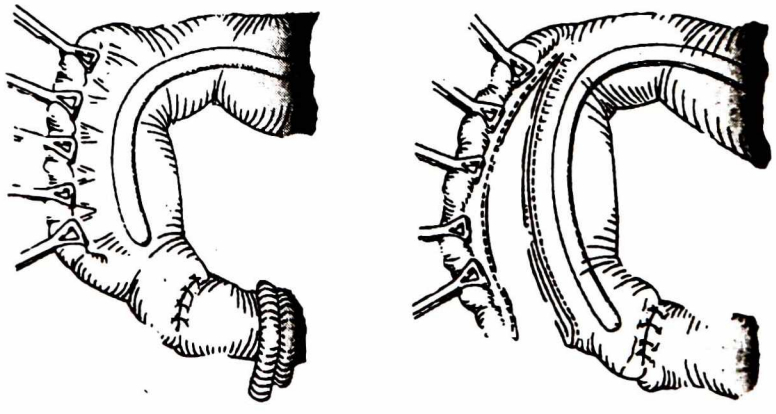
+ Nối tá tràng bên – bên ở mặt trước.

+ Khâu nối một lớp bằng chỉ 6/0 chậm tiêu (PDS, Vicryl).

+ Có thể tạo hình làm nhỏ bớt đường kính đoạn tá tràng giãn phía đầu trên và nối tận tận với đầu dưới.



Hình 3.112. Nối tá tá tràng bên bên khi mổ tắc tá tràng do tụy nhẫn



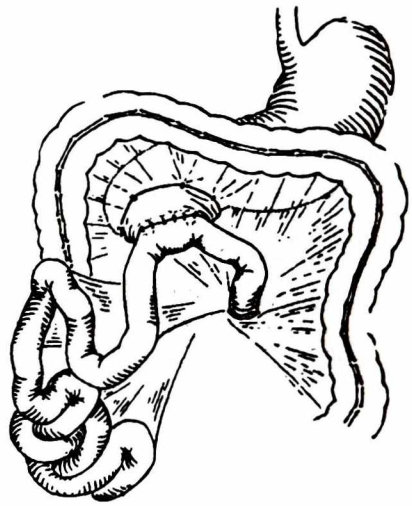
Hình 3.113. Cắt bớt và tạo nhỏ đoạn tá tràng giãn bên trên

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

b) Nối tá – hỗng tràng

– Chỉ định cho tắc tá tràng ở vị trí D3 và D4.

– Cách nối: nối phần giãn thấp nhất của tá tràng với phần cao nhất của hỗng tràng qua mạc treo đại tràng ngang.



Hình 3.114. Nối tá – hỗng tràng qua mạc treo đại tràng ngang

c) Thực hiện thủ thuật Ladd

– Cắt dây chằng Ladd.

– Tải rộng mạc treo chung.

– Cắt ruột thừa.

– Đưa đại tràng sang bên trái, đưa ruột non sang bên phải.

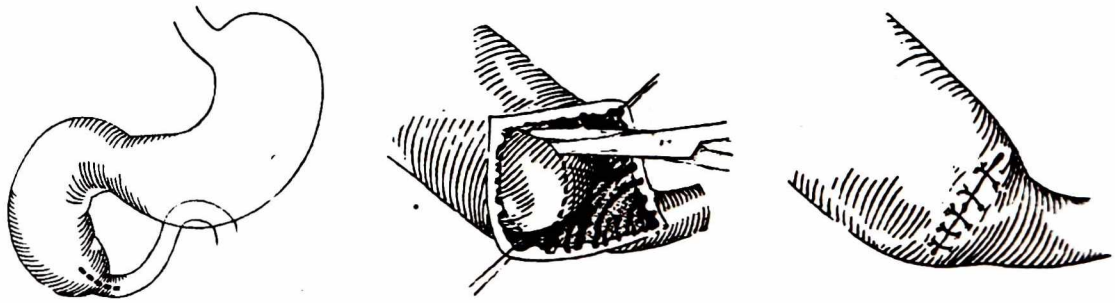
d) Cắt màng ngăn tá tràng

Vị trí màng ngăn: thường có vết lõm tạo một ngấn tròn ở thành ruột.

– Mở tá tràng theo chiều dọc qua vị trí của màng ngăn.

– Cắt toàn bộ màng ngăn.

– Khâu chỗ mở tá tràng theo chiều ngang.



Hình 3.115. Cắt bỏ màng ngăn niêm mạc, đường mở ruột theo chiều dọc được khâu lại theo chiều ngang

e) Tắc do dây chằng đơn thuần: cắt dây chằng

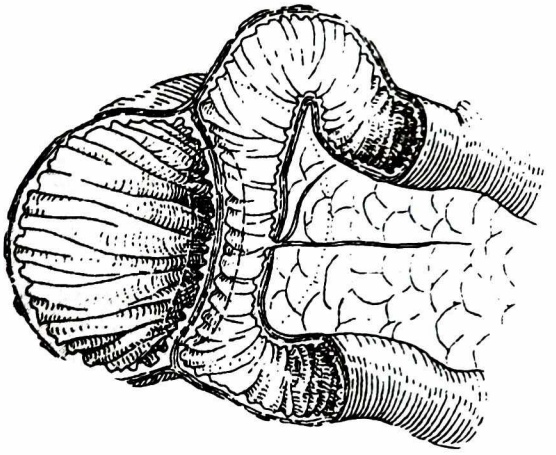
g) Tắc do tá tràng đôi

– Cắt tá tràng đôi.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Mở thông tá tràng đôi vào lòng tá tràng bên cạnh.

– Đưa quai hỗng tràng hình chữ Y nối vào tá tràng đôi.



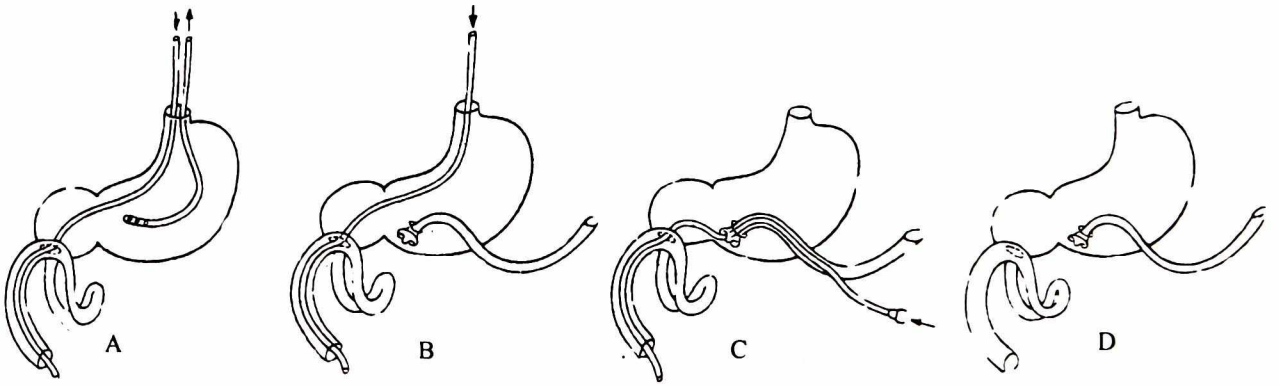
Hình 3.116. Nối tá tràng đôi phụ vào lòng tá tràng chính

7.3. Lưu ý

– Trước khi tiến hành khâu nối, bắt buộc phải kiểm tra sự lưu thông của toàn bộ ruột dưới chỗ nối. Luồn một ống thông vào đầu ruột dưới bơm nước để kiểm tra và nong rộng hơn đoạn ruột bên dưới.

– Mở thông dạ dày hoặc đặt ống thông dạ dày qua mũi–miệng tùy thuộc theo phẫu thuật viên.

– Mở thông dạ dày: bằng một ống thông như thường quy hay bằng hai ống thông: một ống đặt trong dạ dày và một ống nhỏ đặt qua dạ dày, miệng nối xuống hỗng tràng để cho ăn sớm.



Hình 3.117

A. Đặt hai ống thông qua mũi hoặc miệng xuống dạ dày và qua miệng nối.
B. Mở thông dạ dày kết hợp đặt một ống thông qua mũi xuống dạ dày và qua miệng nối.
C. Mở thông dạ dày bằng hai ống: một cho qua miệng nối, một ống ở dạ dày.
D. Mở thông dạ dày bằng một ống.

7.4. Điều trị sau mổ

Sau mổ, bệnh nhân cần được tiếp tục:

– Giữ thân nhiệt ổn định.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Đặt ống thông dạ dày, hút áp lực nhẹ.

– Bồi phụ nước và điện giải.

– Theo dõi cân nặng và lượng nước tiểu hàng ngày.

– Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch cho đến khi ống thông dạ dày ra dịch trong và bệnh nhân có đại tiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Grapin C (1990): Atrésises et sténoses duodénales. In: Hélardot.P, Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M. Chirungie digestive de l'enfant, pp 349 – 368. Doin éditeurs– Paris.
2. Howard C. fieston (1998): Other causes of intestinal otrustruction. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric Surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1215 – 1222. Mosby, St. Louis.
3. (Trần Ngọc Bích), Đỗ Đức Vân, Trần Bình Giang và Phạm Đức Huấn (2003): Hẹp tá tràng do dây chằng Ladd và xoắn ruột ở sơ sinh và người lớn. Ngoại Khoa, 4: 48–52
4. Yechiel Sweed (2006): Duodenal Ostruction. In: P.Puri, M.E. Hollwarth. Pediatric Surgery, pp 203–212. Spinger – Verlag Berlin Heldelberg. Germany.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

21. TẮC RUỘT DO RUỘT QUAY VÀ CỐ ĐỊNH BẤT THƯỜNG

Tắc ruột do xoắn ruột khi ruột quay và cố định bất thường (còn gọi là xoắn trung tràng) với hẹp tá tràng do dây chằng Ladd là một cấp cứu gặp chủ yếu ở thời kỳ sơ sinh, nhưng cũng có thể gặp ở trẻ nhỏ, trẻ lớn thậm chí ở người lớn. Do tần suất ít gặp ở trẻ lớn, người lớn nên chẩn đoán đúng nguyên nhân hẹp tá tràng và xoắn ruột trước mổ, thậm chí trong mổ có thể gặp khó khăn và gây lúng túng trong cách xử trí thương tổn mặc dù cách điều trị thuộc loại đơn giản.

1. LỊCH SỬ

Trường hợp bất thường quay của ruột được Morgagny mô tả lần đầu tiên vào năm 1761.

Quá trình quay và cố định của ruột đã được mô tả đầu tiên bởi His năm 1880 và Mall vào năm 1898. Sau đó đã có những báo cáo chi tiết hơn về phôi thai học như Frazer và Robbins năm 1915 đã mô tả ba giai đoạn quay của ruột, rồi năm 1968, Rees và Redo đã bổ sung thêm.

Dị tật này đã được phân loại bởi Grob năm 1953 và Chaffin với Snyder vào năm 1954.

Về điều trị: vào năm 1923, Dott là người đầu tiên gợi ý chữa dị dạng quay của ruột bằng phẫu thuật và Higgins đã báo cáo bệnh nhân sơ sinh đầu tiên bị dị tật này được mổ thành công.

Ladd là người đầu tiên đánh giá tầm quan trọng của nếp phúc mạc vắt ngang qua tá tràng gây hẹp tá tràng (được đặt tên là dây chằng Ladd). Ông đã đưa ra phương pháp tháo xoắn ruột vào năm 1932 và cách cắt bỏ dây chằng Ladd, đưa manh đại tràng về bên trái vào năm 1936.

2. BÀO THAI HỌC

2.1. Bào thai học về quá trình quay và cố định bình thường của ruột

Ống tiêu hoá nguyên thuỷ gồm ba phần là:

– Tiền tràng: sẽ tạo thanh quản, thực quản, dạ dày.

– Trung tràng: sẽ tạo tá tràng, ruột non, đại tràng phải.

– Hậu tràng: tạo phần còn lại của đại tràng.

Cả ba phần trên được xếp trên một mặt phẳng.

Trung tràng gồm hai quai: quai tá hỗng tràng và quai manh đại tràng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trong thời kỳ đầu của phôi thai, quai tá hỗng tràng nằm ở phía trên động mạch mạc treo tràng trên, còn quai manh đại tràng nằm phía dưới động mạch mạc treo tràng trên.

2.1.1. Quá trình quay của ruột

Quá trình quay của ruột chia ba giai đoạn, bắt đầu từ tuần thứ 11 của bào thai cho tới sau đẻ. Ba giai đoạn quay: mỗi lần quay 90 độ, quai tá hỗng tràng và quai manh đại tràng cùng quay quanh trục động mạch mạc treo tràng trên theo chiều ngược chiều kim đồng hồ.

– Giai đoạn 1:

Cả hai quai sau khi cùng quay 90 độ thì quai tá hỗng tràng sang nằm bên phải động mạch, còn quai manh đại tràng nằm bên trái động mạch mạc treo tràng trên.

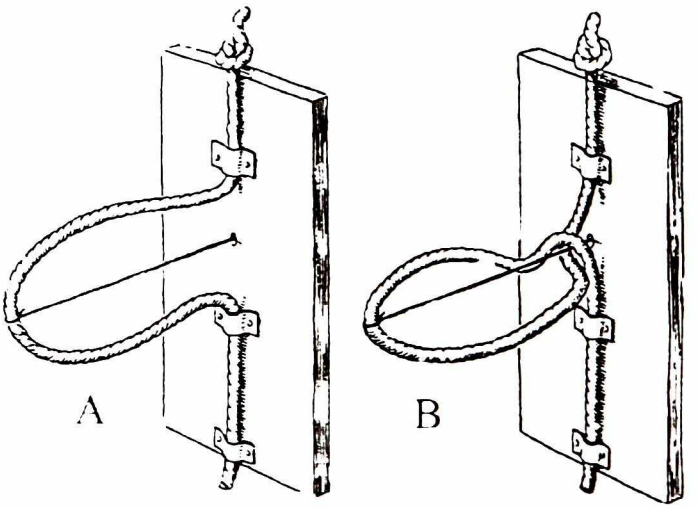
– Giai đoạn 2:

Cả hai quai tiếp tục quay thêm 90 độ (quay được 180 độ) thì quai tá hỗng tràng nằm dưới động mạch, còn quai manh đại tràng nằm bên trên động mạch.

– Giai đoạn 3:

Cả hai quai tiếp tục quay thêm 90 độ nữa (tổng cộng quay 270 độ) để quai tá hỗng tràng nằm bên trái động mạch mạc treo tràng trên, còn quai manh đại tràng nằm bên phải động mạch mạc treo tràng trên.

Đại tràng tiếp tục phát triển chiều dài và manh tràng tiến dần về hố chậu phải.



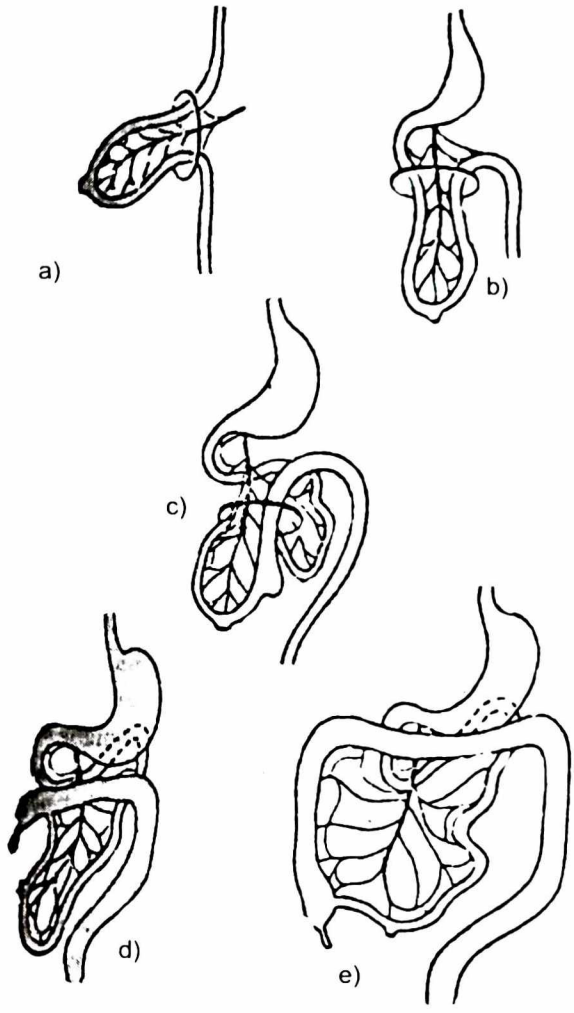
Hình 3.118. Quá trình quay của ruột được sơ đồ hoá như sau

A. Thay cho quai tá hỗng tràng và quai manh đại tràng là một sợi dây được căng dọc trên tấm gỗ dựng đứng, được nâng và giữ ở giữa bởi một dây thép tượng trưng cho động mạch mạc treo tràng trên. Cung dây ở nửa trên là quai tá hỗng tràng, cung dây ở dưới là quai manh đại tràng.

B. Cầm sợi dây quay sang trái ba lần (90 độ, 180 độ, 270 độ) ngược với chiều quay kim đồng hồ, sẽ thấy cung dây trên quay sang phải rồi xuống dưới và sang trái, trong khi đó cung dây dưới quay từ dưới sang trái, rồi lên trên và sang bên phải.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

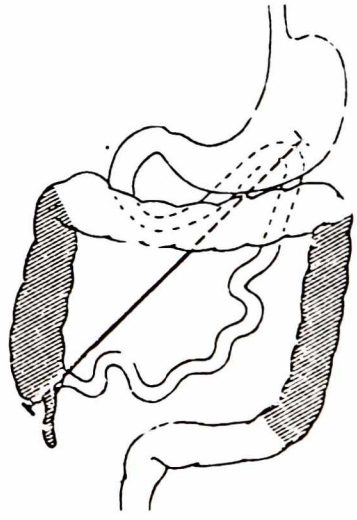
Rối loạn quay có thể xảy ra ở các giai đoạn và có thể quay ngược chiều.



Hình 3.119. Quá trình quay của ruột
a. Ống tiêu hoá nguyên thuỷ; b. Giai đoạn 1; c. Giai đoạn 2; d và e. Giai đoạn 3.

2.1.2. Sự cố định của ruột

Ruột bắt đầu được cố định từ cuối tháng 12 của bào thai tới lúc đẻ. Khi kết thúc quá trình quay và phát triển của ruột: hồi đại tràng về vị trí phía sau của ổ bụng, manh tràng tới vị trí bình thường ở hố chậu phải. Khung đại tràng và rễ mạc treo được cố định. Sự cố định của tá tràng và đại tràng lên xác định vị trí của rễ mạc treo. Rễ mạc treo dính, cố định vào thành bụng phía sau theo một đường chéo dài từ hố chậu phải tới vùng dưới sườn trái. Sự cố định rễ mạc treo trên một chiều dài như vậy sẽ không gây xoắn ruột.



Hình 3.120. Sự cố định bình thường của ruột

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2. Các dị dạng quay của ruột

2.2.1. Ruột không quay

Ruột ngừng quay ở 90 độ, ruột non nằm ở bên phải ổ bụng, manh tràng nằm ở hố chậu trái, góc tá hỗng tràng nằm ở bên phải động mạch mạc treo tràng, mạc treo chung hoàn toàn. Mạc treo ruột non và mạc treo đại tràng liên tục trên một bình diện.

Bất thường quay này không gây bệnh lý (trừ khi có dây chằng Ladd gây hẹp tá tràng) và lại là cách mổ sắp xếp lại ruột khi ruột quay bất thường ở 180 độ (theo phẫu thuật của Ladd).



Hình 3.121. Ruột ngừng quay ở 90 độ.

2.2.2. Ruột quay dở dang

Ruột ngừng quay ở 180 độ, mạc treo chung không hoàn toàn. Tắc ruột xảy ra bởi hai nguyên nhân:

– Có dây chằng ladd.

– Nguy cơ xoắn ruột: do toàn bộ ruột xoay xung quanh trục động mạch mạc treo, các quai ruột rất gần nhau.

2.2.3. Ruột quay ngược chiều

Rất hiếm gặp. Sau lần quay đầu tiên ngược chiều kim đồng hồ 90 độ, ruột tiếp tục quay lần hai nhưng quay theo chiều kim đồng hồ 90 độ hoặc 180 độ. Trong tất cả các tình huống trên, tá tràng đều ở vị trí phía trước bó mạch mạc treo tràng trên.

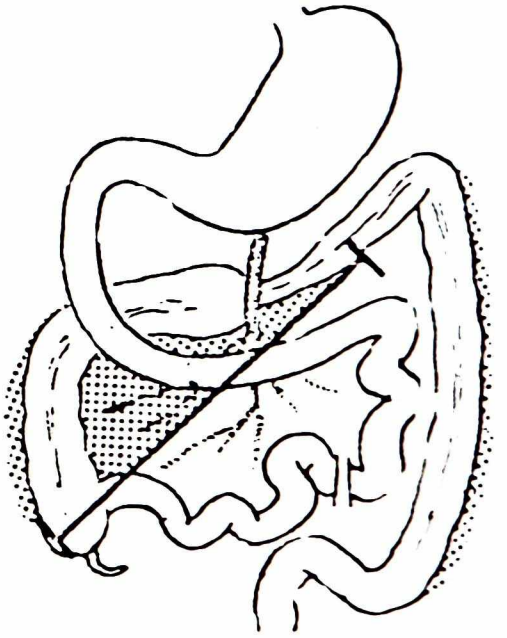
Có một số tình huống có thể xảy ra:

– Nếu lần quay thứ hai là 90 độ, đại tràng phải ở vị trí hoặc phía sau mạc treo, hoặc phía trước tá tràng với phần cuối của hồi tràng ở phía sau bó mạch mạch mạc treo tràng trên.

– Nếu lần quay thứ hai là 180 độ, đại tràng ngang ở phía sau bó mạch mạc treo tràng trên, manh tràng và đại tràng phải ở vị trí bình thường.

Đại tràng ngang có thể bị hẹp do bó mạch mạc treo chèn vào.

– Một tình huống ngoại lệ hiếm gặp khác: ruột non nằm ở bên trái ổ bụng còn toàn bộ đại tràng nằm ở bên phải.



Hình 3.122. Ruột quay ngược chiều, đại tràng ngang bị hẹp do bó mạch mạc treo chèn ép.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.2.1. Ruột quay quá mức

Manh tràng ở trong tiểu khung do đại tràng quay quá mức và xuống bất thường vào tiểu khung.

2.3. Bất thường về cố định ruột

2.3.1. Manh tràng ở dưới gan

Xảy ra ở tỷ lệ khoảng 6% những người bình thường. Nguyên nhân do sự thiếu sót trong quá trình phát triển của đại tràng phải.

2.3.2. Manh tràng sau phúc mạc

Manh tràng, ruột thừa và một phần đại tràng lên nằm ở sau phúc mạc (được gọi là màng Jackson). Sự cố định này không gây bệnh lý nhưng gây khó khăn cho chẩn đoán và mổ cắt bỏ ruột thừa.

3. BỆNH LÝ DO RUỘT QUAY BẤT THƯỜNG

Quá trình quay và cố định của ruột có thể xảy ra bất thường, nhưng không phải tất cả đều gây bệnh lý mà chỉ có một số dạng bất thường mới gây tắc ruột.

Tắc ruột có thể xảy ra sớm ngay sau đẻ hoặc sau nhiều tháng, nhiều năm.

Tuỳ thuộc vào nguyên nhân mà tắc ruột có thể cấp tính, bán cấp hoặc mạn tính.

3.1. Xoắn trung tràng cấp tính

Thường xảy ra ở tuổi sơ sinh, tuổi bú mẹ.

Yếu tố thuận lợi gây xoắn ruột là: mạc treo ruột hẹp hay ruột được cố định vào thành bụng sau trên một diện hẹp, quai ruột ứ đọng dịch–thức ăn, giãn.

3.2. Xoắn trung tràng mạn tính

Thường gặp ở trẻ nhỏ, trẻ lớn hoặc người lớn.

Xoắn ruột thường không hoàn toàn, tự tháo xoắn và bị tái phát nhiều đợt. Hậu quả của xoắn tái phát nhiều lần gây ứ trệ máu tĩnh mạch và bạch mạch của mạc treo và có thể ứ trệ tạo nang dưỡng chấp ở mạc treo sát thành ruột.

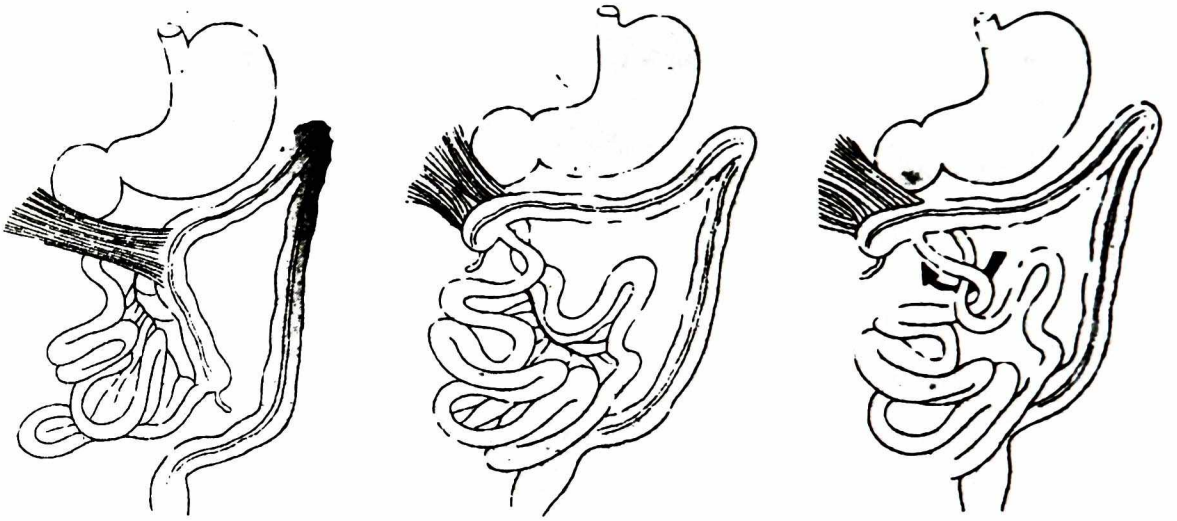
3.3. Tắc tá tràng cấp do dây chằng Ladd

Xảy ra ở tuổi sơ sinh thường ở ngay ngày đầu sau đẻ, khi dây chằng Ladd gây hẹp tá tràng mức độ nặng. Thường kết hợp với xoắn trung tràng, có thể xoắn toàn bộ ruột non và manh tràng. Diễn biến cấp tính, nhanh chóng gây hoại tử ruột nếu không mổ kịp thời.

3.4. Tắc tá tràng mạn tính do dây chằng Ladd

Xảy ra ở trẻ lớn, người lớn, khi dây chằng Ladd gây hẹp tá tràng mức độ nhẹ. Có thể kèm xoắn trung tràng từng đợt.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.123. Tắc tá tràng do dây chằng Ladd với ruột ngừng quay ở 90 độ (A), ruột ngừng quay ở 180 độ (B), ruột ngừng quay ở 180 độ kèm xoắn ruột (C).

4. LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Có sự khác nhau về mức độ tắc ruột ở trẻ sơ sinh, trẻ bú mẹ, trẻ nhỏ và trẻ lớn – người lớn. Ở trẻ sơ sinh, trẻ bú mẹ, triệu chứng tắc ruột thường cấp tính. Còn ở trẻ nhỏ, trẻ lớn và người lớn, triệu chứng tắc ruột thường bán cấp, từng đợt.

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Ở sơ sinh

– Nôn sớm sau đẻ, nôn dịch mật, nôn ra sữa bú vào. Có thể nôn không nhiều.

– Đại tiện phân xu vẫn có sớm, có thể nhiều hay ít. Dấu hiệu có phân xu dễ trở thành "một cái bẫy" gây chẩn đoán chậm tắc ruột. Những ngày sau có thể đại tiện phân vàng. Phân có máu khi có xoắn ruột và khi có dấu hiệu này thì phải mổ khẩn cấp.

– Bụng trướng nhiều vùng trên rốn, thường có hình dạ dày giãn, nổi lên tự nhiên hay khi kích thích da bụng.

– Bụng trướng toàn bộ, có phản ứng thành bụng khi ruột xoắn – hoại tử. Nắn bụng: bệnh nhân đau.

– Có dấu hiệu mất nước do nôn, không ăn uống được.

– Có dấu hiệu thiếu máu nếu có chảy máu do xoắn ruột, máu thoát vào trong lòng ruột hoặc vào trong ổ bụng.

– Sốt: do viêm phổi vì hít phải chất nôn.

– Bệnh nhân có thể trong tình trạng vật vã hoặc li bì, phản ứng chậm, khóc yếu.

Ở bệnh nhân sơ sinh trong những ngày đầu sau đẻ, khi có dấu hiệu tắc ruột

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

cao, cấp tính, thường do hẹp tá tràng ở mức độ nặng hay hẹp – tắc tá tràng cấp tính. Thường kèm theo xoắn trung tràng, xoắn toàn bộ ruột non và cả manh tràng. Bệnh lý này cần được mổ sớm.

4.1.2. Ở trẻ bú mẹ

Thường xảy ra ở những tháng đầu của tuổi bú mẹ. Triệu chứng nôn thường đã có từ giai đoạn sơ sinh, nôn ra dịch mật và sữa. Bệnh nhân vẫn ăn được, đại tiện phân vàng nhưng thường táo bón, chậm tăng cân. Khám thấy hình dạ dày giãn, quai ruột nổi khi kích thích hoặc tự phát.

4.1.3. Ở bệnh nhân là trẻ nhỏ, trẻ lớn hay người lớn

Thường có hội chứng bán tắc ruột nhiều đợt. Dấu hiệu này thường rõ hơn ở phụ nữ khi có thai mà có bất thường quay của ruột. Có thể giải thích do khi tử cung to lên, đáy tử cung đẩy ruột cao lên nên dễ gây xoắn ruột từng đợt và dễ gây chẩn đoán nhầm với nhiễm độc thai nghén.

Khi có các dấu hiệu bán tắc ruột từng đợt ở bệnh nhân chưa mổ vào ổ bụng lần nào, ngoài những nguyên nhân mắc phải như bán tắc ruột do bã thức ăn, dính ruột v.v... thì cũng phải nghĩ tới khả năng tắc ruột do những dị dạng bẩm sinh trong đó bất thường về sự quay của ruột là một nguyên nhân.

Ở trẻ lớn và người lớn: hẹp tá tràng thường ở mức độ nhẹ chứ không nặng hoặc cấp tính như trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, do bị hẹp lâu ngày nên tá tràng D1– D2 có thể bị giãn to, thành dày như dạ dày.

Xoắn trung tràng xảy ra từng đợt rồi tự tháo xoắn gây nên tắc ruột từng đợt.

4.2. Xquang

Là phương tiện quan trọng để chẩn đoán.

4.2.1. Chụp bụng không chuẩn bị

Thường thấy có hai mức nước – hơi: một mức lớn ở bên trái cột sống là của dạ dày và một mức nước – hơi nhỏ hơn và ở thấp hơn, ở bên phải cột sống là của tá tràng. Ruột non vẫn có hơi. Khi có dấu hiệu này thì phải nghĩ tới có nguyên nhân hẹp ở tá tràng.

4.2.2. Chụp lưu thông tiêu hoá

Bơm thuốc cản quang vào dạ dày, trên màn chiếu nhìn thấy dạ dày giãn, tá tràng D2 giãn, có một chỗ hẹp ở cuối D2 và thuốc đi khá thẳng xuống dọc theo bờ phải cột sống, vào ruột non mà không thấy khung tá tràng hình chữ C như bình thường. Với hình ảnh này có thể chẩn đoán ngay được tắc do hẹp tá tràng do dây chằng Ladd và có bất thường quay của ruột. Đây là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán loại trừ hẹp tá tràng do các nguyên nhân khác như màng ngăn có lỗ hoặc do kìm động mạch hoặc tá tràng đôi.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Nếu thấy thuốc cản quang đi vào một quai ruột giãn và đi theo một vòng xoắn thì chẩn đoán có xoắn ruột.

Khi chụp cản quang dạ dày tá tràng, nếu theo dõi thuốc di chuyển thì sẽ đánh giá chính xác vị trí hẹp và sự bất thường về vị trí ruột. Sẽ nhìn thấy nhu động ruột và thấy thuốc trào ngược lại nhiều lần ở trên vị trí hẹp ruột.



Hình 3.124. Hẹp tá tràng do dây chằng Ladd, kèm xoắn trung tràng ở bệnh nhân 21 ngày tuổi. Tá tràng D2 giãn to như dạ dày. Ruột ngừng quay ở 180 độ



Hình 3.125. Hẹp tá tràng do dây chằng Ladd và tụy nhẫn, có hình hẹp tá tràng ở giữa D2 và cuối D2, có xoắn trung tràng, ở bệnh nhân 36 ngày tuổi. Ruột ngừng quay ở 180 độ



Hình 3.126. Hẹp tá tràng do dây chằng Ladd ở bệnh nhân 27 tuổi. Tá tràng D1, D2 giãn to như dạ dày.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.2.3. Chụp khung đại tràng cản quang

Thấy vị trí manh tràng ở dưới gan chứ không ở hố chậu phải. Đây là một dấu hiệu của ruột quay và cố định bất thường.

4.3. Siêu âm

Thấy được hình ảnh tá tràng giãn.

Siêu âm Doppler màu có thể thấy hình xoáy nước là do tĩnh mạch mạc treo tràng trên xoắn quanh động mạch mạc treo tràng trên khi có xoắn trung tràng.

Tóm lại, để chẩn đoán đúng bệnh lý này, khai thác kỹ lâm sàng có thể nghi ngờ chẩn đoán và với Xquang chụp bụng không chuẩn bị và lưu thông tiêu hoá thì chắc chắn chẩn đoán được trước mổ.

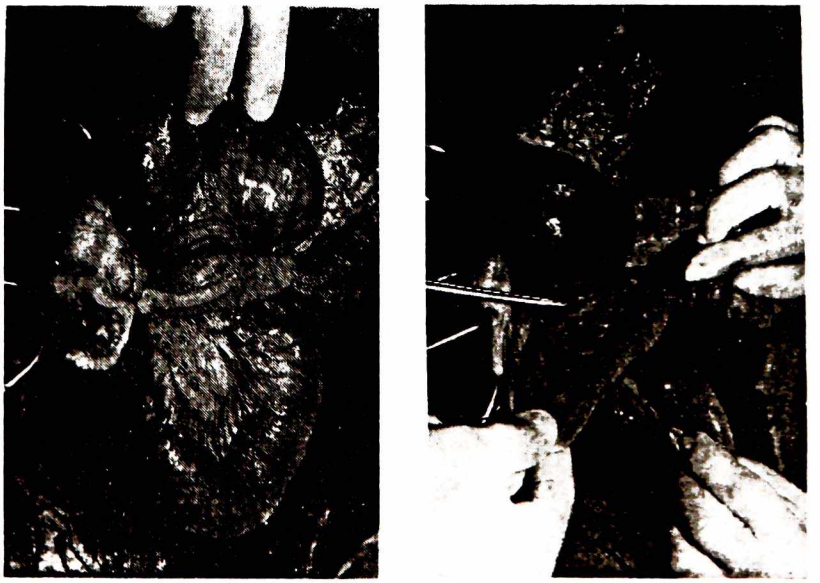
4.4. Chẩn đoán trong mổ

Không phải lúc nào cũng chẩn đoán được trước mổ, mà một số trường hợp chỉ chẩn đoán được trước mổ là tắc ruột hoặc hẹp tá tràng.

Làm thế nào để chẩn đoán đúng trong mổ để có thái độ xử trí nhanh và đúng ?

Khi mở bụng, nếu có xoắn ruột, quai ruột non bị xoắn thường ở vị trí bên phải ổ bụng, sau tháo xoắn sẽ thấy quai ruột này có mạc treo hẹp và quai ruột như chui ra từ mạc treo. Manh tràng thường ở dưới gan. Tá tràng D2 thường bị giãn ở các mức độ khác nhau. Không thấy góc Treist. Nhìn thấy sự sắp xếp bất thường của ruột và có cảm giác như ruột non bị tắc do mạc treo hồi tràng. Nếu phẫu tích, tách rồi lật manh – đại tràng sang bên trái sẽ thấy tá tràng từ D2 chạy khá thẳng xuống mà không tạo khung tá tràng như bình thường và nhìn rõ vị trí hẹp ở cuối D2.

Cách tìm dây chằng Ladd – nguyên nhân gây hẹp tá tràng.



Hình 3.127. Hẹp tá tràng do dây chằng Ladd và xoắn ruột ở bệnh nhân nữ 35 tuổi có 7 lần mang thai, cả 7 lần khi thai được trên 20 tuần thì có dấu hiệu tắc ruột và sảy thai

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Cần lưu ý: dây chằng Ladd chỉ là một dải phúc mạc đi từ manh tràng hoặc đại tràng chạy vắt ngang qua phần cuối D2 tá tràng tới thành bụng sau gây hẹp tá tràng. Ngay phía dưới đoạn tá tràng D2 giãn là đoạn ngắn ruột bị hẹp. Chỗ ruột hẹp chính là chỗ dây chằng Ladd chạy qua. Dây chằng Ladd là một dải phúc mạc nên trong, mỏng, khác hoàn toàn với những dây chằng gây tắc ruột thường như một dải hay dây xơ gây nghẹt ruột.



Hình 3.128. Chụp lưu thông tiêu hoá, quai ruột giãn do xoắn ở bệnh nhân nữ 35 tuổi

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Trước mổ

Đánh giá toàn trạng bệnh nhân. Cần xét nghiệm đánh giá tình trạng thiếu máu, giảm protein máu, điện giải đồ. Truyền dịch bù nước và điện giải. Đặt ống thông dạ dày để làm xẹp dạ dày, tránh trào ngược. Kháng sinh. Cần mổ sớm nếu có dấu hiệu tắc ruột cấp.

5.2. Kỹ thuật mổ

– Gây mê nội khí quản.

- Đường mổ:

Đường giữa trên rốn hay đường ngang trên rốn bên phải. Đường ngang trên rốn hay được sử dụng hơn.

- Nguyên tắc điều trị của loại bệnh lý này là:

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Tháo xoắn ruột nếu có.

+ Cắt dây chằng Ladd.

+ Đưa manh–đại tràng phải sang bên trái ổ bụng, để manh tràng vào hố chậu trái, đưa ruột non sang bên phải ổ bụng.

+ Cắt ruột thừa (Cần thông báo cho gia đình bệnh nhân)

+ Tải rộng mạc treo ruột để giảm nguy cơ xoắn ruột.

+ Cố định đại tràng.

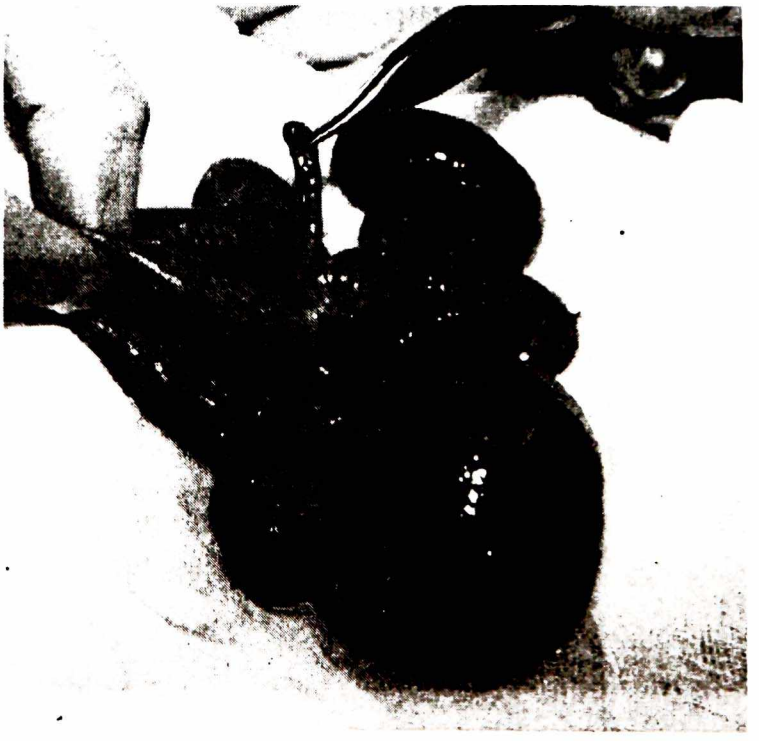
Cần tìm những dị dạng phối hợp như màng ngăn có lỗ ở vị trí dây chằng Ladd v.v... các dị tật phối hợp như tụy nhẫn và túi thừa Meckel, dị dạng ở hệ tiết niệu v.v...

Chúng tôi đã mổ một bệnh nhi bị tắc tá tràng do dây chằng Ladd và do tụy nhẫn, có xoắn trung tràng cấp tính, ruột xoắn bị giãn to, kèm theo có túi thừa Meckel có nhân tụy lạc chỗ vào.

Về kỹ thuật cắt ruột thừa: có thể cắt như kinh điển hoặc lộn ruột thừa vào trong manh tràng sau khi đã cắt mạc treo ruột thừa.

Trong dị dạng quay của ruột kèm theo xoắn ruột, ít khi phải cắt ruột. Chỉ cắt ruột khi có hoại tử ruột hoặc ruột giãn quá to, thành dày kém nhu động.

Ngoài mổ mở theo kỹ thuật kinh điển, mổ nội soi đã bắt đầu được áp dụng.



Hình 3.129. Ở bệnh nhân 36 ngày tuổi, sau tháo xoắn ruột, một quai ruột non giãn to thành dày như dạ dày được cắt bỏ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5.3. Chỉ định mổ trong những trường hợp đặc biệt

5.3.1. Ruột xoắn bị hoại tử gần hết chiều dài của ruột

Nếu cắt ruột thì gần hết ruột non, do vậy chỉ định cắt ruột phải rất thận trọng. Nên cắt bỏ chỗ ruột đã hoại tử và mở thông ruột ở ruột phía trên, chỗ có thiếu máu và nghi còn khả năng sống để giảm áp lực trong lòng ruột. Sau 24 – 48 giờ, mổ lại để đánh giá tình trạng ruột và có chỉ định điều trị triệt để. Có thể sử dụng oxy bơm vào lòng ruột với mục đích làm giảm nhiễm trùng do vi khuẩn yếm khí.

5.3.2. Dị dạng quay của ruột được phát hiện tình cờ

Trong một số trường hợp, khi mổ vào ổ bụng vì một bệnh khác (ví dụ như lồng ruột, viêm ruột thừa v.v...) mới phát hiện ra có dị dạng quay của ruột.

Sau khi đã xử trí nguyên nhân phải mổ, dị dạng quay của ruột nên xử trí thế nào ?

Trước hết cần phải xác định thể loại của dị dạng quay rồi mới đặt ra chỉ định.

Nếu dị dạng quay thuộc loại không gây tắc ruột như ruột ngừng quay ở 90 độ thì để nguyên, không can thiệp gì thêm.

Nếu dị dạng quay thuộc loại có thể gây tắc ruột như ruột ngừng quay ở 180 độ thì dù chưa có triệu chứng tắc ruột vẫn nên điều trị, chuyển thành vị trí ruột ngừng quay ở 90 độ theo nguyên tắc phẫu thuật Ladd.

5.3.3. Tắc – hẹp đại tràng do ruột quay ngược chiều

Khi ruột quay ngược chiều, đại tràng ngang có thể bị hẹp, do bó mạch mạc treo tràng trên chẹt vào đại tràng ở mặt trước.

Cách mổ:

– Cắt và nối lại đại tràng, nay ít áp dụng.

– Giải phóng tá tràng và bó mạch mạc treo tách ra khỏi mặt trước đại tràng ngang. Kỹ thuật này hay được áp dụng.

5.4. Điều trị sau mổ

– Giữ thân nhiệt ổn định, đặc biệt trẻ sơ sinh vào mùa lạnh.

– Kháng sinh dự phòng.

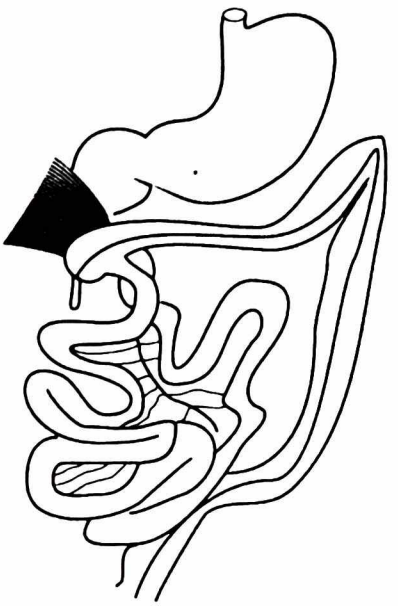
– Truyền dịch: từ sau mổ cho tới khi bệnh nhân có lưu thông tiêu hoá trở lại với biểu hiện ống thông dạ dày không ra dịch mật, có đại tiện. Nên cho ăn sữa mẹ sớm.

Cần lưu ý:

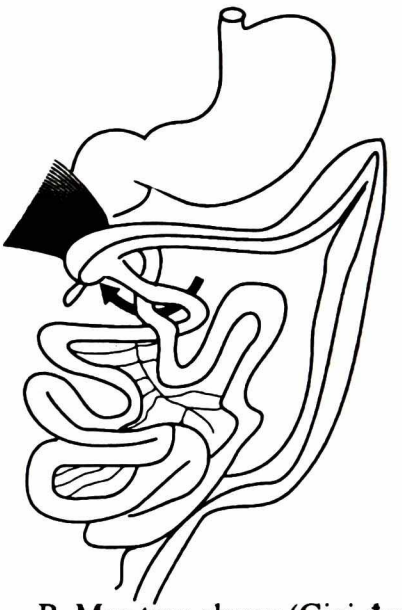
Với bệnh nhân bị nhịn ăn dài ngày, sau mổ có thể bị ỉa lỏng kéo dài. Điều này có thể giải thích là ruột trẻ sơ sinh do không hoạt động nên nhung mao ruột bị tổn thương, gây rối loạn hấp thu. Điều trị bằng ăn đường miệng kết hợp nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hỗ trợ.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

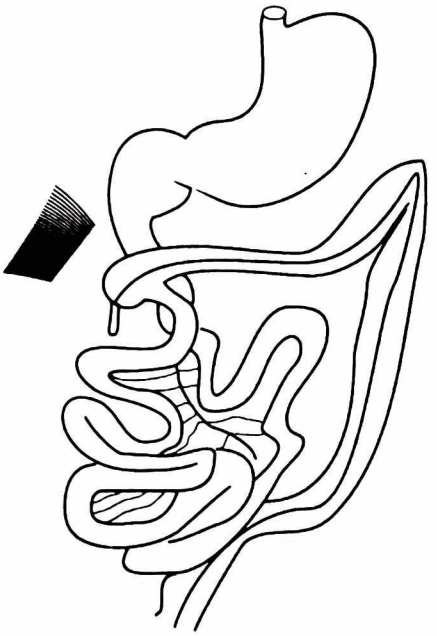
Do vậy, nếu chẩn đoán sớm được bệnh và mổ chữa sớm thì không phải cắt ruột và hậu phẫu đơn giản, tránh được nguy cơ viêm ruột, rối loạn hấp thu sau mổ.



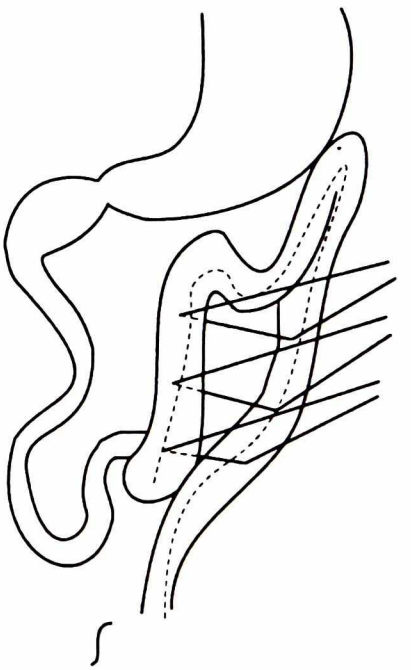
A. Mạc treo chung (Giai đoạn 180°) với dây chằng ladd



B. Mạc treo chung (Giai đoạn 180°) với dây chằng ladd, có xoắn ruột



C. Cắt dây chằng Ladd



D. Cố định đại tràng

Hình 3.130

A. Dây chằng Ladd gây hẹp tá tràng.
B, C. Tháo xoắn ruột và cắt dây chằng Ladd.
D. Đưa đại tràng sang trái, ruột non sang phải và cố định ruột

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agostino Pierro, Evelyn GP Ong (2006): **Malrotation**. In: P.Puri, M.E. Höllwarth. Pediatric Surgery, pp 197–202. Spinger – Verlag Berlin Heldelberg. Germany.
2. Bettex. M., Kuffer. F., Scharli.A. (1978): **Anomalies du situs intestinal**. In: Bettex M., Kuffer F., Scharli A. **Précis de chirurgie infantile, pp 144–148**. Masson, Paris.
3. Juskiewenski.S. (1978): **Occlusions duodénales néonatales**. In: Pellerin D. Techniques de chirurgie pédiatrique, pp 269–278. Masson, Paris.
4. Nihoul–Fékété.C., Pellerin. D.(1986): **Anomalie de rotation et d'accolement du mésetère commun.**

   Gastro–entérologie pédiatrique.

   Médecine–Sciences– Flammarion, pp 394–396
5. Robert.J., Touloukian, E., Smith, F.I. (1998): **Disorders of rotation and fixation**. In: James A. O'Neill, Jr., Marc I. Rowe., Jay L. Grosfeld., Eric W. Fonkalsrud., Arnold G.Coran. Pediatric Surgery, Volume 2, 5 th Edition, pp 1199–1214. Mosby, St. Louis.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

22. ỐNG TIÊU HOÁ ĐÔI Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Ống tiêu hoá đôi được biết từ lâu với những báo cáo của Goellner năm 1684, của Blasius năm 1711 và Calder năm 1733. Sau đó có những báo cáo hoàn chỉnh hơn bởi các tác giả như Roth năm 1881, Fraenkel năm 1882, Jaboulay năm 1901 và Venden năm 1911. Những báo cáo này đã nêu lên các tên gọi khác nhau như: U nang ruột, nang ruột bẩm sinh, hồi tràng đôi, đại tràng đôi, nang ruột, nang dạ dày ở trung thất, túi thừa khổng lồ. Thuật ngữ " Đôi" lần đầu được Fitz sử dụng năm 1884. Năm 1937, Ladd đã nhóm các tên gọi bệnh này dưới một tên chung: ống tiêu hoá đôi.

1.1. Định nghĩa

Gross đã định nghĩa ống tiêu hoá đôi như sau: ống tiêu hoá đôi là một dị tật hình cầu hoặc hình ống, có thể gặp từ miệng tới hậu môn, có tiếp giáp với ống tiêu hoá và có thể thông với ống tiêu hoá. Về cấu trúc có lớp cơ tròn và niêm mạc của ống tiêu hoá.

1.2. Tần suất

Ống tiêu hoá đôi là một bệnh lý ít gặp, gặp ở tỷ lệ 1/5400 khi mổ tử thi và tỷ lệ từ 0,1% – 0,3% của các loại dị tật bẩm sinh.

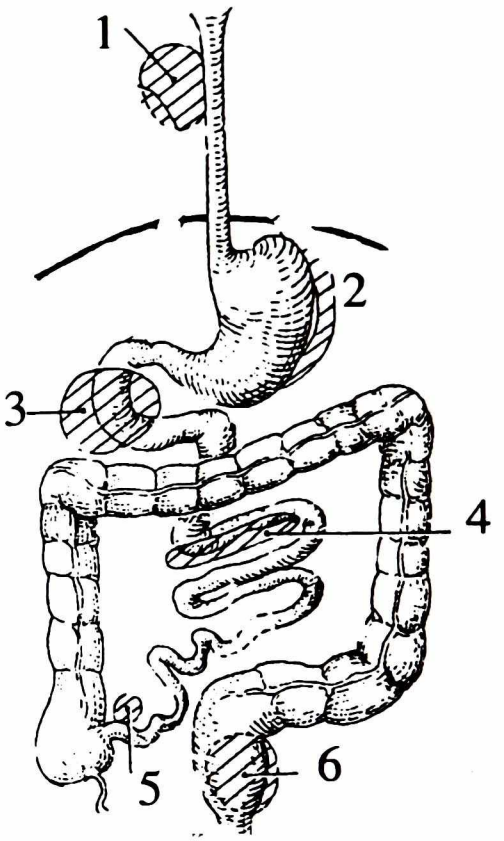
Từ báo cáo đầu tiên về ruột đôi vào năm 1733. Tới năm 1962 có 216 bệnh nhân bị ống tiêu hoá đôi ở trong y văn tiếng Đức và tới năm 1967 mới có 764 bệnh nhân bị ống tiêu hoá đôi được báo cáo trong y văn tiếng Pháp.

1.3. Vị trí ống tiêu hoá đôi

Ống tiêu hoá đôi ở ruột chiếm hơn 50% tổng số ống tiêu hoá đôi. Theo một thống kê thì ống tiêu hoá đôi ở miệng và thanh quản từ 1 – 2 %, ở thực quản ngực 19,5%, ở dạ dày khoảng 4%, ở tá tràng 7%, ở hỗng hồi tràng 55% trong đó góc hồi manh tràng 17,6%, ở ruột thừa 1,5%, ở đại tràng 5 – 6%, ở trực tràng 4 – 5%, ở thực quản cổ ít gặp, tới 1988 mới chỉ có dưới 10 bệnh nhân bị thực quản đôi được thông báo trong y văn.

Năm 2000, chúng tôi có báo cáo về 21 bệnh nhân có ống tiêu hoá đôi, trong đó 2 bệnh nhân có thực quản đôi, 2 tá tràng đôi và 17 ruột đôi ở hỗng–hồi tràng. Ngoài báo cáo trên, chúng tôi đã mổ thêm nhiều ruột đôi, trong đó có 1 bệnh nhân bị ổ nhớp kèm theo ruột thừa đôi, tử cung 2 sừng và 1 bệnh nhân có ruột đôi dạng ống kèm dạng nang ở hỗng tràng.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.131. Vị trí ống tiêu hoá đôi:
1. Ở thực quản; 2. Ở dạ dày; 3. Ở tá tràng; 4, 5. Ở ruột non; 6. Ở đại – trực tràng.

1.4. Giới

Tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ tương đương nhau

1.5. Các dị dạng phối hợp

Từ 12 – 30% theo các tác giả khác nhau. Bao gồm các dị tật ở cột sống, đường tiết niệu, đường tiêu hoá như có túi thừa Meckel, có màng ngăn niêm mạc ruột gây hẹp lòng ruột, dị tật hậu môn trực tràng, thoát vị hoành, thoát vị rốn, dị dạng đường mật, có thể có 2 hoặc nhiều vị trí có ruột đôi ở một bệnh nhân.

Ở các bệnh nhân của chúng tôi, có 7 bệnh nhân có bệnh – tật khác phối hợp như túi Meckel, teo ruột, màng ngăn niêm mạc, lồng ruột, viêm phúc mạc do ruột đôi vỡ, xoắn ruột, còn ổ nhớp, tử cung 2 sừng.

2. VỀ HÌNH THÁI GIẢI PHẪU

Hình thái ống tiêu hoá đôi: có hai dạng hình nang và hình ống.

2.1. Dạng nang

Chiếm 90 – 95% trong tổng số ống tiêu hoá đôi. Có các hình thái sau

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.1.1. Nang hình cầu nằm ở thành ruột, có chung lớp thanh mạc bao phủ với ruột cạnh nó, còn lớp cơ và niêm mạc của nang ruột thì độc lập với ruột bên cạnh.

2.1.2. Nang hình cầu nằm ở thành ruột. Nang có chung lớp thanh mạc và lớp cơ với ruột bên cạnh, còn lớp niêm mạc của nang tách biệt với lớp niêm mạc của ruột bên cạnh.

2.1.3. Nang hình cầu ở ngoài thành ruột, ở trong mạc treo ruột.

2.1.4. Nang tự do trong ổ bụng, ngoài mạc treo ruột nhưng nối với ống tiêu hoá bởi một cuống mạch mạc treo riêng biệt. Thể bệnh này rất hiếm gặp.

2.2. Dạng ống

Có tỷ lệ 5 – 10% trong tổng số ống tiêu hoá đôi.

2.2.1. Nang dạng ống

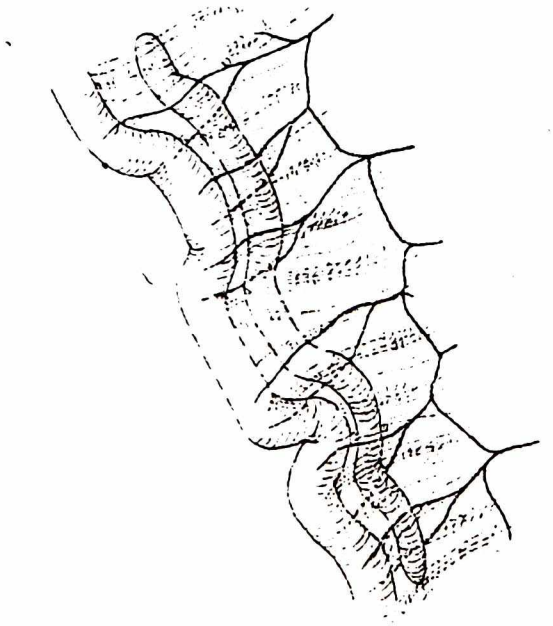
Trông như một đoạn ruột bị tách làm hai, song song với nhau nên có hình nòng súng và thường có thông với ruột ở một đầu, hầu hết là thông ở đầu ruột dưới. Thể loại này gặp ở ruột non nhưng hay gặp hơn ở đại – trực tràng.

– Ống tiêu hoá đôi nằm song song nhau, lớp thanh mạc, cơ, niêm mạc riêng biệt.

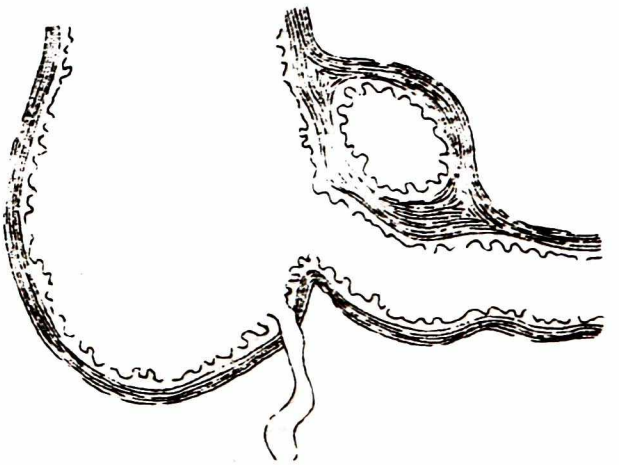
– Ống tiêu hoá đôi nằm sát nhau, có chung lớp cơ và thanh mạc, chỉ cách nhau bởi lớp niêm mạc.

2.2.2. Dạng túi thừa thông với lòng ruột

2.2.3. Các hình minh hoạ

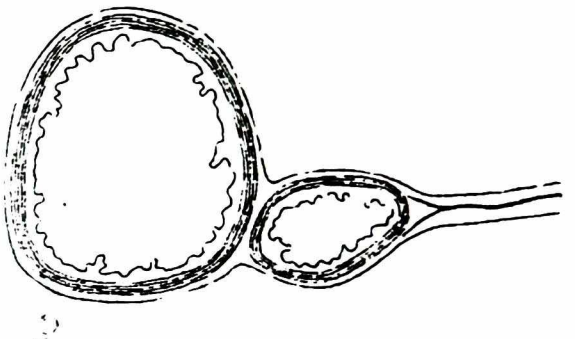


Hình 3.132. Ống tiêu hoá đôi dạng ống có thông với ruột, thường thông với ruột ở đầu cuối của ống.



Hình 3.133. Ống tiêu hoá đôi dạng nang. Thường ở thực quản, dạ dày, tá tràng, ruột non

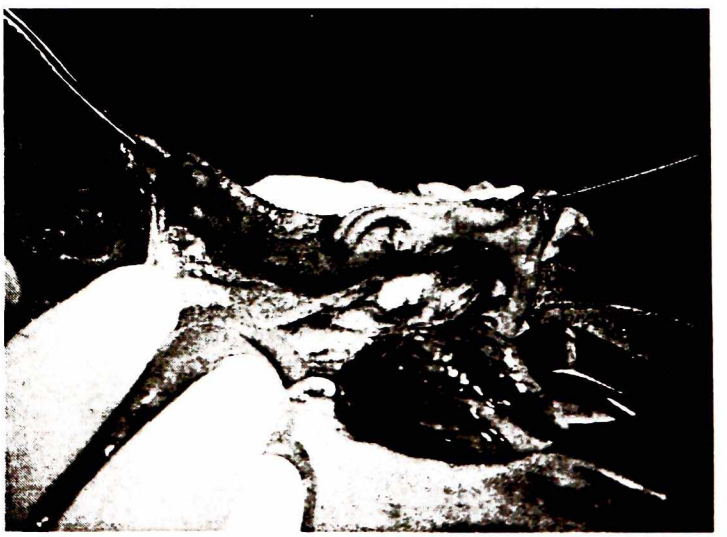
THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.134. Ống tiêu hoá đôi nằm dưới thanh mạc, trong mạc treo



Hình 3.135. Ở bệnh nhân 10 tuổi: Ruột đôi hình nòng súng, có riêng thanh – cơ – niêm mạc và ruột đôi dạng nang hình cầu ở mạc treo ruột non bị hoại tử thành, kèm theo có túi thừa Meckel



Hình 3.136. Bệnh nhân sơ sinh bị dị tật hậu môn trực tràng thể đặc biệt: còn ổ nhớp, có tử cung 2 sừng, ruột thừa đôi và túi thừa Meckel

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.3. Về mạch máu

Khoảng 90% ống tiêu hoá đôi có chung mạng mạch máu với đoạn ruột bình thường bên cạnh. Điều này giải thích nguy cơ hoại tử ruột thứ phát do mạch máu bị chèn ép gây thiếu máu, xảy ra khi phát triển thể tích đặc biệt ở dạng nang, hiếm gặp ống tiêu hoá đôi có mạch máu riêng với một cuống mạch.

2.4. Về giải phẫu bệnh

2.4.1. Lớp niêm mạc của ống tiêu hoá đôi

Thường là niêm mạc của đoạn ống tiêu hoá cùng vị trí, nhưng có khoảng 25% là có niêm mạc dạ dày lạc chỗ vào, hiếm hơn nữa là có tổ chức tụy hoặc lớp biểu mô trụ của đường hô hấp.

2.4.2. Bên trong ống tiêu hoá đôi

Ống tiêu hoá đôi thể nang không thông với ống tiêu hoá, có tích dịch viêm gây dày thành nang mạc treo và có thể gây ra dính nang với các tổ chức bên cạnh và gây dính ruột.



Hình 3.137. Ống tiêu hoá đôi dạng nang hình cầu bị hoại tử. Có niêm mạc dạ dày lạc sản trong nang

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Tuổi phát hiện bệnh

– Khoảng 70 – 80% số bệnh nhân được phát hiện bệnh ở tuổi dưới 1 tuổi, trong đó có ở trẻ sơ sinh. Trong số 21 bệnh nhân của chúng tôi, lứa tuổi dưới 25 tháng là 85,7% (18/21 bệnh nhân) và lứa tuổi sơ sinh là 33,3% (7/21).

– Có một nhận xét chung: ống tiêu hoá đôi ở thực quản, tá tràng và ruột non

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

thì thường có biểu hiện triệu chứng sớm. Còn ống tiêu hoá đôi ở đại–trực tràng thì chẩn đoán thường muộn và gặp ở cả người lớn.

3.2. Các tình huống phát hiện bệnh

– Do có các biến chứng như: tắc ruột, thủng, chảy máu, loét, đau bụng hoặc rối loạn tiêu hoá kéo dài v.v...

– Có chẩn đoán siêu âm trước đẻ.

3.3. Triệu chứng lâm sàng

Các biểu hiện lâm sàng đa dạng vì phụ thuộc vào vị trí, thể loại và tiến triển của ống tiêu hoá đôi. Do ít gặp nên chẩn đoán ống tiêu hoá đôi thường khó trước mổ và thậm chí cả trong mổ. Để điều trị đúng được bệnh này, cần phải chẩn đoán đúng trong mổ để có chỉ định chọn kỹ thuật mổ phù hợp.

3.3.1. Thực quản đôi ở cổ

– Có dấu hiệu chèn ép khí quản gây khó thở.

– Viêm phổi tái phát nhiều đợt.

– Nếu có u nang ở cổ: cần chẩn đoán phân biệt với u nang bạch huyết. Chọc dò u nang bạch huyết hút ra dịch vàng trong, còn ở ruột đôi thì hút ra dịch trắng đục nhớt.

3.3.2. Thực quản đôi ở ngực

Có một hoặc những triệu chứng sau:

–Viêm phổi tái phát nhiều lần.

– Ho mạn tính.

– Sốt.

– Rối loạn hô hấp, thở rít, co kéo cơ hô hấp, có cơn tím tái, cơn ngừng thở.

– Rối loạn nuốt thường kín đáo lúc đầu.

– Rối loạn nhịp tim khi ruột đôi ở sau tim.

– Đau lưng, đi lại khó khăn do bị chèn ép rễ thần kinh.

– Không triệu chứng, chẩn đoán tình cờ khi chụp ngực.

3.3.3. Dạ dày đôi

Tuỳ theo kích thước mà có các triệu chứng sau:

– Nôn.

– Đau bụng âm ỉ vùng trên rốn.

– Trướng bụng vùng trên rốn.

– Đại tiện ra máu.

– Có dấu hiệu thiếu máu, suy dinh dưỡng, ăn kém.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.3.4. Tá tràng đôi

– Dấu hiệu hẹp tá tràng tăng dần, gây tắc ruột cao.

– Có thể nắn thấy khối u nhỏ trên rốn, bên phải cột sống.

– Chảy máu tiêu hoá.

3.3.5. Ở ruột non: ruột đôi

– Hội chứng tắc ruột:

+ Đau bụng âm ỉ hoặc từng cơn.

+ Nôn: ra thức ăn, có thể có dịch mật, dịch ruột.

+ Đại tiện: vẫn có ở trẻ nhỏ hoặc trẻ lớn. Còn ở trẻ sơ sinh thì có thể không có đại tiện nếu kèm theo teo ruột hoặc có hội chứng tắc ruột bán cấp với biểu hiện tắc ruột tăng dần sau đẻ.

– Xoắn ruột, lồng ruột nhất là khi ruột đôi ở góc hồi manh tràng.

– Dấu hiệu viêm phúc mạc do hoại tử ruột đôi dạng nang vỡ vào ổ bụng.

– Chảy máu tiêu hoá, thường là ở ruột đôi hình ống do có loạn sản niêm mạc dạ dày.

– Khám bụng: nắn thấy một u nhỏ tròn, di động, không đau.

3.3.6. Đại tràng đôi

– Nếu ở dạng nang thì triệu chứng giống như ở ruột non. Biểu hiện tắc ruột thấp.

– Đại tràng đôi dạng ống: chẩn đoán thường muộn với dấu hiệu bán tắc ruột từng đợt và đã có vài đợt trong tiền sử.

– Nắn thường có khối phân cứng ở đại tràng.

Chẩn đoán phân biệt với bệnh Hirschsprung.

3.3.7. Trực tràng đôi

Triệu chứng tắc ruột thấp, táo bón, ỉa máu, nắn thấy khối phân cứng ở đại tràng Sigma, dễ nhầm với u vùng tiểu khung.

3.3.8. Ruột thừa đôi

Thường phát hiện khi mổ vì bệnh khác hoặc chẩn đoán viêm ruột thừa.

3.4. Chẩn đoán hình ảnh và nội soi

3.4.1. Siêu âm

Có giá trị chẩn đoán. Có thể chẩn đoán nang ruột trước sinh.

Siêu âm phát hiện được u nang ở thành thực quản, ở mạc treo hay ở thành ruột, thành dạ dày, xác định vị trí và đo kích thước. Có giá trị chẩn đoán khi ống tiêu hoá đôi ở trung thất sau.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3.4.2. Xquang

– Chụp bụng không chuẩn bị

Có thể thấy mức nước mứchơi, một quai ruột giãn căng hơi v.v...

– Chụp lưu thông tiêu hoá

+ Thấy được hình thực quản cổ – ngực bị chèn ép, có hình khuyết lồi vào lòng thực quản.

+ Thấy được hình khuyết gây hẹp lòng ruột ở tá tràng, ruột non.

– Chụp khung đại tràng

+ Xác định được đại – trực tràng đôi

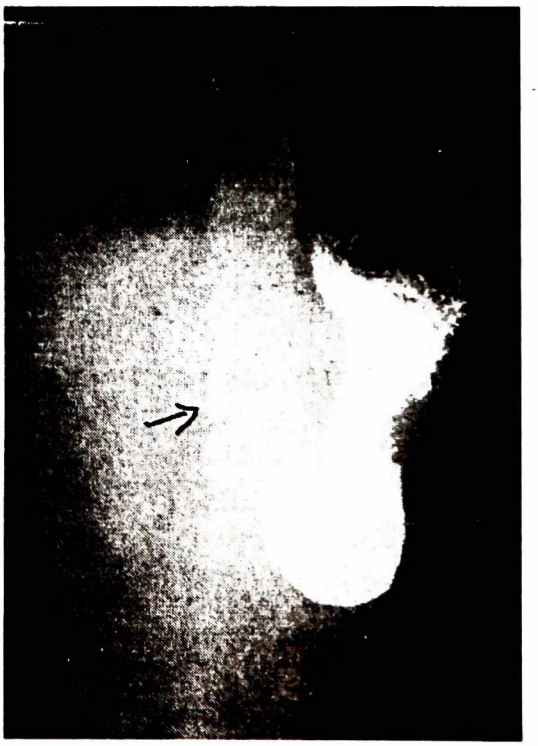
+ Chẩn đoán phân biệt với các bệnh khác như bệnh Hirschsprrung v.v...

3.4.3. Chụp cắt lớp

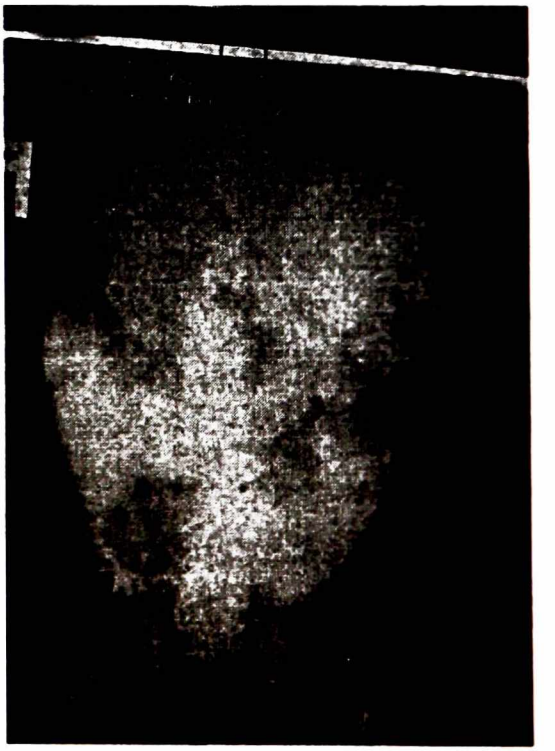
Có giá trị chẩn đoán, đặc biệt với thực quản đôi ở cổ và ngực.

3.4.4. Nội soi đường tiêu hoá

Soi thực quản, soi dạ dày tá tràng, soi trực đại tràng có giá trị chẩn đoán. Nhưng biện pháp chẩn đoán này khó thực hiện ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.



Hình 3.138. Tá tràng đôi ở bệnh nhân 4 tuổi



Hình 3.139. Hồi tràng đôi ở bệnh nhân sơ sinh. Chụp thấy hình khuyết ở cuối hồi tràng. Khi mổ thấy ruột đôi thể nang lồi vào lòng ruột

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. ĐIỀU TRỊ

Ống tiêu hoá đôi có chỉ định mổ thường vì biến chứng như tắc ruột, viêm phúc mạc, chèn ép khí quản – thực quản, có khối u ở cổ v.v...

Về cách xử trí: tuỳ theo vị trí, thể loại ống tiêu hoá đôi mà có các loại kỹ thuật được sử dụng:

– Cắt bỏ ống tiêu hoá đôi phụ và bảo vệ ống tiêu hoá chính bên cạnh, đặc biệt khi ống tiêu hoá đôi ở các vị trí như ở thực quản, tá tràng và trực tràng. Có thể chọc hút làm nhỏ thể tích nang ruột khi phẫu tích.

– Cắt bỏ gần hết ống tiêu hoá đôi phụ, để lại phần cơ của ống tiêu hoá đôi dính vào thành ống tiêu hoá chính bên cạnh hoặc phải để lại một phần niêm mạc của ống tiêu hoá đôi nhưng phá huỷ lớp niêm mạc này và phải chắc chắn không có thông thương giữa ống tiêu hoá đôi phụ với ống tiêu hoá chính.

– Cắt đoạn ruột có ống tiêu hoá đôi: thường hay áp dụng khi ống tiêu hoá đôi ở ruột non, đại tràng, ở dạng nang ruột hình cầu.

Sau khi cắt đoạn ruột, nên nối ruột tận tận ngay.

– Mổ dẫn lưu trong hoặc cắt vách ngăn ở ống tiêu hoá đôi để mở thông ống tiêu hoá đôi vào trong lòng ruột bình thường cùng vị trí.

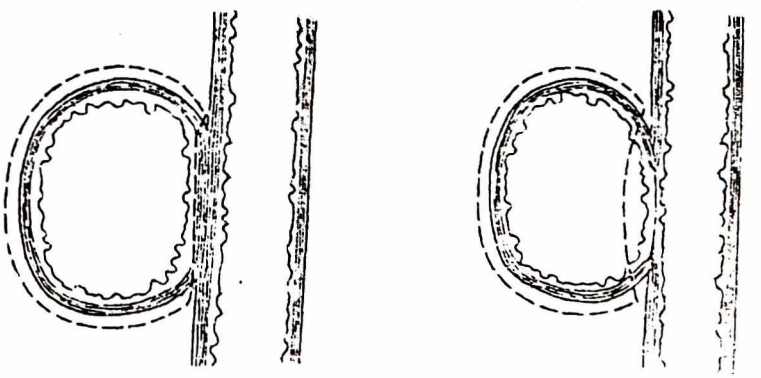
Chỉ định khi:

+ Ống tiêu hoá đôi ở vị trí khó cắt bỏ, dễ có biến chứng nếu cắt bỏ như ở thành sau tá tràng.

+ Ống tiêu hoá đôi dài, nếu cắt bỏ thì mất nhiều ruột, do vậy nên nối ống tiêu hoá phụ với ống chính và nối ở cả hai đầu ống để tạo sự lưu thông bình thường.

– Với tá tràng đôi: còn có thể mổ nối hỗng tràng với tá tràng đôi bằng một quai ruột hình chữ Y.

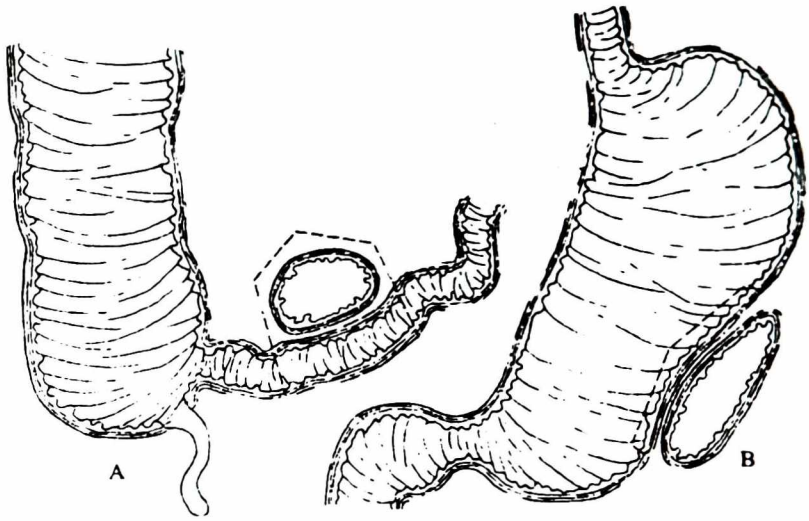
– Dẫn lưu nang ruột ra ngoài: rất ít làm, chỉ làm khi nang ruột rất dính và thể trạng bệnh nhân yếu.



A B

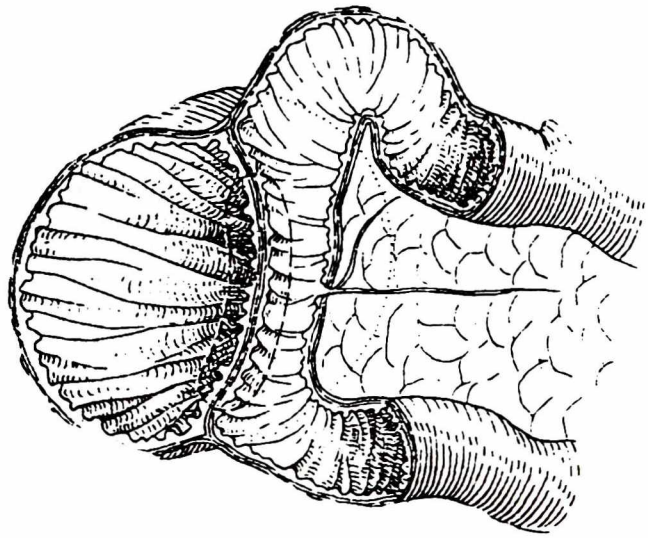
Hình 3.140. Cắt bỏ gần hết nang, A. Chỉ để lại thành nang là lớp cơ chung với thành ruột bên cạnh, B. Để lại một phần niêm mạc của nang ruột đôi.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.141

A. Ống tiêu hoá đôi dạng nang ở ruột non và đại tràng. Mổ cắt bỏ nang ruột và cả ruột bên cạnh rồi nối ruột tận tận. B. Dạ dày đôi: mổ cắt bỏ một phần thành dạ dày và dạ dày đôi phụ



Hình 3.142. Nối ruột đôi phụ với ống ruột ở bên cạnh hay dẫn lưu trong

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boureau M (1986): Duplications intestinales. Gastro – enterologie Pédiatrique. Flammairon – Medecine – Sciences, pp 398 – 403.
2. Mark D.Stringer (2006): Gastrointestinal Duplications. In: P.Puri, M.E. Hurllwarth. Pediatric Surgery, pp 239–256. Spinger – Verlag Berlin Heldelberg. Germany.

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. Nihoul – Fékété. C (1987): Duplications digestives. In: Pellerin D. Techniques de chirurgie pédiatrique, pp 406 – 412. Masson, Paris.
4. Sapin E (1990): Duplications digestives. In: Hélardot.P, Bienaymé J., Bargy F., Carcassonne M. Chirungie digestive de l'enfant, pp 63–68. Doin éditeurs, Paris.
5. Trần Ngọc Bích (2001): Ruột đôi ở trẻ em. Ngoại khoa. 1: 46–49

THƯ VIỆN HUBT
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Chịu trách nhiệm xuất bản:

Chủ tịch HĐQT kiêm Tổng Giám đốc NGÔ TRẦN ÁI

Phó Tổng Giám đốc kiêm Tổng biên tập NGUYỄN QUÝ THAO

Tổ chức bản thảo và chịu trách nhiệm nội dung:

Phó Tổng biên tập NGUYỄN VĂN TƯ

Giám đốc Công ty CP Sách ĐH–DN NGÔ THỊ THANH BÌNH

Biên tập nội dung và sửa bản in:

BS. VŨ THỊ BÌNH – THANH BÌNH

Thiết kế bìa:

ĐINH XUÂN DŨNG

Chế bản:

TRỊNH THỤC KIM DUNG

CẤP CỨU NGOẠI KHOA – TẬP MỘT

(DÙNG CHO BÁC SĨ VÀ HỌC VIÊN SAU ĐẠI HỌC)

Mã số: 7K874Y0 – DAI

In 1.000 bản (QĐ : 57), khổ 19 x 27 cm. In tại Công ty Cổ phần In Phúc Yên.

Địa chỉ : Đường Trần Phú, thị xã Phúc Yên, Vĩnh Phúc.

Số ĐKKH xuất bản : 1054 – 2010/CXB/17 – 1758/GD.

In xong và nộp lưu chiểu tháng 12 năm 2010.

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ