

CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ là một công việc hết sức quan trọng để hạn chế nhiễm trùng và các biến chứng trong phẫu thuật đồng thời tiên lượng cuộc mổ. Bệnh nhân càng nặng, phẫu thuật càng phức tạp đòi hỏi một sự chuẩn bị tỉ mỉ.

A./ BỆNH NHÂN MỔ CẤP CỨU.

1. Đánh giá tổng thể tình hình hiện tại của bệnh nhân, khẩn trương các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, HA, nhịp thở.

1.1. Bệnh nhân không có biểu hiện sốc.

- Truyền dịch đẳng trương
- Kháng sinh: 1 liều duy nhất 1-2 giờ trước mổ

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam 3 - 4,5g TB hoặc TM

Hoặc Amoxicillin + A. Clavulanic 2 - 3g TB

- Giảm đau.
- Ức chế thụ thể H2

1.2. Bệnh nhân biểu hiện sốc:

- Bù nước điện giải dựa vào ion đồ và Áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP).
- Nếu có xuất huyết nội, truyền máu.
- Dùng thuốc vận mạch khi Áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) \geq 8 cm H₂O.
- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

+ Nếu sau 4 giờ tình trạng vẫn còn Shock hội chẩn mổ cấp cứu.

2. Xác định các bệnh kèm theo:

- Tim mạch, hô hấp, suy thận thì hội chẩn chuyên khoa tham gia ý kiến.

3. Xác định những yếu tố khác như:

- Bệnh chảy máu .
- Bệnh dị ứng và các loại thuốc đã dùng có ảnh hưởng đến gây mê thì hội chẩn ngay bác sĩ gây mê hồi sức.

4. Chuẩn bị tinh thần cho bệnh nhân và gia đình hiểu bệnh tình hiện tại ngay cả phương pháp phẫu thuật nếu cần.

5. Làm các xét nghiệm.

5.1. Cho tất cả bệnh nhân mổ

- Tổng phân tích tế bào bằng máy tự động hoàn toàn
- Nhóm máu ABO, Rh
- PT, aPTT, Fibrinogen
- Ure , Creatinin. AST, ALT. Đường huyết. Đạm, Albumin, Globulin, A/G. Ion đồ.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Xquang tim phổi, siêu âm

5.2. Đối bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc nghi ngờ có bệnh lý tim mạch làm thêm ECG và Siêu âm tim

5.3. Đối bệnh nhân bệnh lý gan mật, làm thêm: Bilirubin:- TP - GT - TT

5.4. Đối với bệnh nhân nghi có bệnh lý tụy:

- Amylase máu.
- Amylase nước tiểu.

5.5. Đối bệnh nhân sốc giảm thể tích:

Khí máu tĩnh mạch, Khí máu động mạch, lactate máu

6. Các thủ tục khác cần làm trước mổ.

- Giấy cam đoan mổ.
- Rửa sạch bằng xà phòng vùng mổ + sát trùng bằng Betadin, sau đó băng vùng mổ bằng gạc vô trùng.
- Đặt sond dạ dày nếu mổ đường tiêu hoá.
- Thay quần áo bệnh nhân bằng quần áo sạch của bệnh viện.

B. BỆNH NHÂN MỔ CHƯƠNG TRÌNH.

Làm các xét nghiệm tiền phẫu:

- Tổng phân tích tế bào bằng máy tự động hoàn toàn
- Nhóm máu ABO, Rh
- PT, aPTT, Fibrinogen
- Ure, Creatinin. AST, ALT. Đường huyết. Đạm, Albumin, Globulin, A/G. Ion đồ.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Xquang tim phổi , siêu âm

Đối bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc nghi ngờ có bệnh lý tim mạch làm thêm ECG và Siêu âm tim

- Đánh giá về dinh dưỡng, bệnh lý trước mổ. Nếu tổng trạng suy kiệt, điều chỉnh nước, điện giải, đạm cho bệnh nhân bằng đường truyền tĩnh mạch : Truyền đạm, Lipide, điện giải.

- Cho ăn theo chế độ bệnh lý.

- Nếu hiện tượng thiếu máu, truyền máu đảm bảo HC > 3T và HcT > 30%,
Hb ≥ 10 g.

- Khám các chuyên khoa có liên quan: Tim mạch, hô hấp, Tai mũi họng....

- Nếu kết quả lâm sàng và cận lâm sàng có liên quan tới các chuyên khoa khác phải có hội chẩn với các chuyên khoa đó.

* Ngoài ra, một số chuyên khoa cần làm thêm.

- Tiết niệu: Xquang: KUB, UIV.

- Gan mật: cần làm thêm: CT-Scan bụng có cản quang PTC nếu có điều kiện.

- Tiêu hoá: chụp dạ dày cản quang, đại tràng cản quang.

Phải thông qua lịch mổ phiên được sự chấp thuận của Phó giám đốc phụ trách chuyên môn.

- Báo cho bệnh nhân ngày mổ cụ thể.

- Chuẩn bị thêm bệnh nhân: Bệnh nhân được tắm gội sạch sẽ ngày trước mổ

Nếu mổ đường tiêu hoá:

+ Bù nước điện giải, đạm, lipid

+ Bệnh nhân nhịn ăn.

+ Bơm rửa dạ dày.

+ Thụt tháo đại tràng ngày trước mổ.

BỆNH TRĨ

I. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định trĩ bằng hỏi bệnh, bằng quan sát vùng hậu môn. Trong những trường hợp lâm sàng gợi ý mà không khẳng định phải soi hậu môn và soi trực tràng đại tràng

II. PHÂN LOẠI

1. Theo bệnh sinh:

- Trĩ triệu chứng: Gặp trong:
 - . Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa
 - . Ung thư hậu môn trực tràng
 - . Thai nhiều tháng
- Trĩ bệnh lý: Khi không có nguyên nhân gọi là trĩ bệnh lý

2. Theo giải phẫu:

a. Trĩ nội:

- Xuất phát từ đám rối tĩnh mạch trĩ trong
- Chân búi trĩ nằm trên đường lược
- Bao phủ bởi niêm mạc

b. Trĩ ngoại:

- Xuất phát từ đám rối tĩnh mạch trĩ ngoài
- Chân búi trĩ nằm dưới đường lược
- Bao phủ bởi da ống hậu môn

c. Trĩ hỗn hợp: Trĩ nội và trĩ ngoại liên kết với nhau tạo thành trĩ hỗn hợp

d. Trĩ vòng: Các búi trĩ chính và phụ liên kết với nhau

3. Theo mức độ:

- Độ I: Búi trĩ nằm trong lòng ống hậu môn, căng phồng khi rặn, chỉ phát hiện được bằng nội soi
- Độ II: Lúc nghỉ ngơi, búi trĩ hoàn toàn nằm trong ống hậu môn, khi rặn đầu búi trĩ thập thò ở lỗ hậu môn, có thể nhìn thấy được
- Độ III: Búi trĩ sa ra, nằm ngoài ống hậu môn khi rặn đại tiện, khi ngồi xổm, khi làm việc nặng. Khi nằm nghỉ lâu búi trĩ tự tụt vào hoặc phải nhét vào
- Độ IV: Búi trĩ thường xuyên nằm ngoài ống hậu môn

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Không điều trị trĩ triệu chứng, trừ khi có biến chứng
- Khi bệnh nhân có rối loạn cuộc sống, lao động và sức khỏe
- Điều trị rối loạn phát sinh bệnh trĩ trước
- Chọn phương pháp thích hợp cho từng loại
- Không gây hậu quả xấu hơn những rối loạn của bệnh trĩ

2. Lựa chọn phương pháp điều trị:

a. Trĩ ngoại:

- Phẫu thuật khi búi trĩ to làm ảnh hưởng sinh hoạt hay theo yêu cầu bệnh nhân.
- Khi có biến chứng tắc mạch cấp tính => Xử trí: Rạch trên búi trĩ lấy cục máu đông; tắc mạch mãn tính => cắt búi trĩ có cục máu đông.

b. Trĩ nội:

- Điều trị cấp cứu:

. Trĩ sa và nghẹt: Cho thuốc giảm đau toàn thân và thuốc dẫn cơ nhẹ. Thuốc chống phù nề alpha chymotrypsin, đắp novocain vào búi trĩ sa và chờ đợi => búi trĩ giảm phù nề tự tụt lên => thuận lợi mổ cắt trĩ sớm.

. Chảy máu nhiều: Mổ cắt trĩ

- Điều trị không cấp cứu

. Trĩ nội độ I, II: điều trị nội khoa

Thuốc: Daflon 500mg 6v/ngày x 4 ngày

Daflon 500mg 4v/ngày x 3 ngày

Giảm đau và chống ngứa

Chống phù nề: ngồi vào chậu nước ấm, thuốc kháng viêm

Kháng sinh chống nhiễm trùng: Cephalosporin III

Đạn đặt hậu môn: Proctolog 1v x2/ngày.

Nếu điều trị nội khoa không kết quả có chỉ định chích xơ hay Phẫu thuật

. Trĩ nội độ III: Thắt trĩ hay phẫu thuật cắt trĩ

. Trĩ nội độ IV: Phẫu thuật cắt trĩ

. Trĩ hỗn hợp: Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan-Morgan hoặc Longo

. Trĩ vòng: Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan-Morgan hoặc Longo

c. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**
- Thụt tháo hoặc uống Fortran 2-3 gói/ngày, chuẩn bị 1 ngày trước mổ
- Kèm truyền dịch, nhịn ăn 1 ngày trước mổ

d. Gây tê tủy sống

e. Phương pháp phẫu thuật

- Milligan-Morgan: (Anh- 1937)

. Kỹ thuật: Cắt từng búi trĩ riêng biệt dùng 3 Kelly, để lại giữa các búi trĩ cắt các mảnh da-niêm mạc.

- Longo: (Italia-1993)

. Kỹ thuật: Cắt và khâu niêm mạc trĩ với máy khâu, Cắt và khâu niêm mạc trên đường lược, cơ thắt không bị tổn thương

Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.

IV. ĐIỀU TRỊ HẬU PHẪU

- Truyền dịch: Bù nước điện giải, đạm, lipid

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

- Vận động và ăn 24 giờ sau mổ, ăn lỏng
- Nhuận tràng sau mổ: Forlax 1 gói x2/ngày
- Ngâm hậu môn với betadin: 15-30 phút x 2 lần/ngày.
- Nong hậu môn bằng ngón tay hoặc dụng cụ mỗi ngày.

BƯỚC LÀNH TIỀN LIỆT TUYẾN

1. Định Nghĩa

Bước lành tiền liệt tuyến là một bước lành tính xuất hiện ở nam giới khi tuổi đã bắt đầu cao, bệnh thường gây ra nhiều biến chứng từ nhẹ đến nặng.

2. Chẩn Đoán

2.1. Triệu chứng cơ năng: dựa vào bảng điểm IPSS và QoL:

- IPSS: 0-7 nhẹ, 8-19: trung bình, 20-35: nặng

- QoL: 0-2: nhẹ, 3-4: trung bình, 5-6: nặng

Nhóm triệu chứng kích thích bàng quang: tiểu gấp mắc tiểu khó nín, tiểu đêm nhiều hơn 2 lần/đêm

Nhóm triệu chứng bế tắc đường tiểu dưới: tiểu khó ra phải rặn lâu mới ra, tiểu yếu, tia nước tiểu nhỏ, tiểu ngắt quãng, tiểu xong có cảm giác tiểu không hết nước tiểu, phải đi tiểu lại trong vòng chưa đầy 2 giờ

Nhóm triệu chứng là biến chứng của bệnh: Bí tiểu cấp, bí tiểu mạn, tiểu không kiểm soát, tiểu ra máu, tiểu ngắt quãng do sỏi bàng quang, tiểu lắt nhắt do nhiễm trùng tiểu kéo dài, triệu chứng phù do suy thận

2.2. Triệu chứng thực thể:

- Bụng có thể có cầu bàng quang khi bệnh nhân bí tiểu cấp hoặc mạn

- Thăm khám trực tràng: sờ được tiền liệt tuyến to, mất rãnh giữa, mật độ chắc

- Khám toàn thân để phát hiện bệnh có biến chứng suy thận, phù, thiếu máu, huyết áp cao, suy tim..

2.3. Cận lâm sàng

Xét nghiệm:

- Tổng phân tích tế bào bằng máy tự động hoàn toàn

- Ure, Creatinin. AST, ALT. Đường huyết. Đạm, Albumin, Globulin, A/G. Ion đồ.

- Tổng phân tích nước tiểu.

- Xquang , siêu âm

Đối bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc nghi ngờ có bệnh lý tim mạch làm thêm ECG và Siêu âm tim

- PSA 2-4 mcg/ml là bình thường, nếu > 10 mcg/ml thì nghi ngờ ung thư tiền liệt tuyến, cần phải sinh thiết bướu.

- Tổng phân tích nước tiểu nếu có nhiễm trùng nên làm kháng sinh đồ nước tiểu

- Siêu âm bụng: xác định kích thước bướu, độ ứ nước hai thận, xem có sỏi bàng quang kèm theo, túi thừa bàng quang, xem có u bàng quang

- Chụp KUB, UIV: để khảo sát thận và niệu quản

3. Điều Trị

a. Nội Khoa khi bướu còn nhỏ, ít ảnh hưởng đường tiểu, IPSS < 8, QoL < 4, bướu chưa có biến chứng, thường là điều trị ngoại trú,

thuốc: alfuzoxin 5mg 1vx2 uống/ngày, hoặc : alfuzoxin 10mg 1 viên uống/ngày

Kết hợp

Tadenan 50 mg 1viênx3 uống/ngày hoặc Permixon 1 v x 3 u/ngày

hoặc finasteride 5mg 1 viên uống/ngày, Duasteride 0,5mg (Avodart 0.5 mg)

kết hợp kháng sinh và giảm đau đường uống nếu có nhiễm trùng đường tiểu kèm theo

b. Ngoại Khoa:

- Chỉ định khi bướu có biến chứng như: bí tiểu cấp hay mạn, tiểu không kiểm soát, tiểu máu, nhiễm trùng tiểu kéo dài, sỏi bàng quang, túi góc bàng quang to, suy thận, thận ú nước ngược dòng.

- Khi IPSS > 8, QoL > 4, bệnh nhân muốn phẫu thuật

- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

MỔ MỎ

Kỹ thuật mổ :

- Đường mổ giữa dưới rốn dài 10 cm
 - Mở bàng quang bóc bướu
 - Khâu cầm máu
 - Kéo Foley niệu đạo
 - Dẫn lưu bàng quang ra da
 - Khâu lại bàng quang
 - Dẫn lưu khoang Retzius
 - Rửa bàng quang bằng nước muối liên tục đến khi trong
- Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.

Thuốc sau mổ

- Truyền dịch: Bù nước điện giải, đạm, lipid
- Truyền máu khi HCT < 30%
- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc c Amikacin 15mg /kg/ ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

4./ Chăm Sóc Sau Mổ

- Rút dẫn lưu Retzius khi hết dịch hoặc thường sau 3 ngày.
- Rút sond niệu đạo :khi nước ròng bàng quang trong
- Ngày thứ 7 đặt lại Foley niệu đạo, rút dẫn lưu bàng quang
- Ngày thứ 9 rút Foley, ngày thứ 10 tự tiểu được cho xuất viện
- Nếu khó đặt thông tiểu thì không đặt, mà cho bệnh nhân xuất viện mang ODL bàng quang sau 2 tuần tái khám rút ODL.

5. Biến chứng Sau Mổ

- Tiểu không kiểm soát có thể tạm thời hay vĩnh viễn
- Chảy máu sau mổ
- Nhiễm trùng
- Hẹp cổ bàng quang

CÁC DỊ TẬT BẨM SINH CỦA ỐNG PHỨC TINH MẠC

1. Thoát vị bẹn

1.1. Thoát vị bẹn gián tiếp

- Là thoát vị bẹn bẩm sinh, luôn là thoát vị bẹn chéo ngoài
 - . Con trai: Chiếm 90% thường là thoát vị bẹn gián tiếp
 - . Con gái: Chiếm 10% thường là thoát vị bẹn gián tiếp

1.2. Thoát vị bẹn trực tiếp

- Lỗ thoát vị ở giữa động mạch thượng vị (thoát vị bẹn giữa). Do sự sa xuống mạc phải của phúc mạc. Khối thoát vị không xuống bìu, không xuống môi lớn. Tỷ lệ 5% thoát vị bẹn ở trẻ em.

2. Tràn dịch màng tinh hoàn:

- Do tồn tại một phần ống phúc tinh mạc và sự tích tụ dịch bất thường ở ống phúc tinh mạc ở thừng tinh hoặc ở tinh hoàn và có sự thông thương về mặt đại thể hoặc vi thể
- Gồm 2 thể:
 - . Nang thừng tinh: giữa phúc mạc và tinh hoàn
 - . Tràn dịch màng tinh hoàn: ở màng tinh hoàn

3. Sự kết hợp của thoát vị bẹn gián tiếp với tinh hoàn ẩn

- Khoảng 6% thoát vị bẹn gián tiếp có tinh hoàn ẩn kèm theo
- Sự kết hợp tinh hoàn ẩn với thoát vị bẹn gián tiếp: hơn 50% bệnh nhân có tinh hoàn nằm trong ống phúc tinh mạc có khả năng bị thoát vị bẹn gián tiếp

4. Chẩn đoán xác định

4.1. Thoát vị bẹn

4.1.1 Chẩn đoán xác định

- Tiền sử: Có một khối phòng bẹn, bìu ở trẻ trai và vùng mu-môi lớn ở trẻ gái
- Khám chạm khối phòng không đau, lên xuống được, sờ chạm tinh hoàn ở nam.

4.1.2 Chẩn đoán phân biệt

4.1.2.1 Thoát vị bẹn nghẹt với:

- Xoắn tinh hoàn: (Xoắn cả thừng tinh hoặc chỉ xoắn tinh hoàn)
 - . Bìu, ống bẹn to nhanh, sưng, đau đột ngột, sờ rất đau
 - . Siêu âm Doppler: Động mạch thừng tinh không đập
- Viêm mào tinh và tinh hoàn:
 - . Tinh hoàn và mào tinh hoàn viêm tấy, sưng đỏ, đau

- . Rỉ dịch trắng đục ở niệu đạo
- Áp xe phần mềm vùng ống bẹn-bìu
- . Tại chỗ sưng, nóng, đỏ, đau. Có thể có mũ

4.1.2.2 Thoát vị bẹn thường với:

- Nang thờng tinh
- Tràn dịch màng tinh hoàn

4.1.3. Bệnh cảnh đặc biệt:

- Trong bao thoát vị có túi thừa Meckel: Thoát vị Littre
- Thoát vị bẹn 2 bên ở nữ:
 - . Cần phải làm nhiễm sắc thể giới tính hoặc gen biệt hóa tinh hoàn
- Nam giới có tử cung

4.2. Nang thờng tinh:

- Trẻ khám bệnh vì có 3 tinh hoàn
- Siêu âm: Có khối loãng âm ở cạnh phía trên tinh hoàn và mào tinh hoàn

4.3. Tràn dịch màng tinh hoàn

- Thể kinh điển

Chiếm 90% các trường hợp, ống phúc tinh mạc gần như bịt kín, không thông với ổ bụng về mặt vi thể

- Thể còn ống phúc tinh mạc thông với ổ bụng:

Ống thông nhỏ nhưng dịch từ ổ bụng xuống tinh hoàn dễ, thể này hay gặp

5. Điều Trị

5.1. Chỉ định mổ:

- Thoát vị bẹn mổ khi chẩn đoán
- Tràn dịch màng tinh hoàn, nang thờng tinh:

. Mổ khi trẻ trên 12 tháng tuổi. Trừ trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn có kết hợp thoát vị bẹn hoặc ở thể rất to dưới phúc mạc(hình thể 2 túi của Dupuytren) thì mổ sớm

5.2. - Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

5.3. Kỹ thuật mổ

- Gây mê: Mê nội khí quản
- Đường rạch da: Khoảng 2-3cm theo nếp bụng dưới, bên bị bệnh
- Mở ống bẹn
- Tìm ống phúc tinh mạc: Cắt đôi và khâu ống lỗ bẹn sâu

- Không dùng pince, kìm phẫu tích kẹp vào ống dẫn tinh
- Nang nước thừng tinh: Bóc và cắt bỏ
- Trần dịch màng tinh hoàn: Mở màng tinh hoàn tháo dịch
- Thoát vị bẹn:

. Ở trẻ nam:

Bao thoát vị để nguyên hoặc mở dọc hoặc cắt một phần. Hạ tinh hoàn xuống bìu nếu có tinh hoàn ẩn kèm theo

. Ở trẻ nữ: Cắt bỏ bao thoát vị, kiểm tra nội dung thoát vị.

5.4. Chăm sóc sau mổ

- Truyền dịch
- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Có thể dùng kháng sinh dự phòng ngày mổ

- Cho ăn sớm

5.4. Biến chứng sau mổ

- Trong mổ:

- . Rách, thủng bàng quang
- . Tổn thương bó mạch thừng tinh, ống dẫn tinh
- . Thủng ruột
- . Cắt đứt dây thần kinh chậu bẹn và sinh dục
- . Chảy máu, máu tụ vùng ống bẹn – bìu

- Sau mổ:

- . Nhiễm trùng vết mổ
- . Tái phát
- . Khâu hẹp ống bẹn gây sưng to tinh hoàn sau mổ và teo tinh hoàn sau này.

CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

1. Định Nghĩa: là niệ u đạo bị tổn thương do té xoạt chân trên vật cứng nhọn hoặc do vỡ khung chậu làm toác xương mu gây đứt niệ u đạo, có 2 thể: vỡ niệ u đạo trước và vỡ niệ u đạo sau

2. Chẩn Đoán:

2.1. Vỡ Niệ u Đạo Trước

- Dựa vào cơ chế chấn thương, té xoạt chân lên vật cứng, đau vùng tầng sinh môn
- Bí tiểu
- Chảy máu ở miệng niệ u đạo
- Ấn vùng tầng sinh môn có điểm đau nhói và chảy máu miệng niệ u đạo
- Tụ máu vùng tầng sinh môn hình cánh bướm
- Siêu âm: thấy hình ảnh bàng quang căng to, và tụ máu vùng tầng sinh môn
- Chụp Xquang khung chậu để thấy tổn thương khác kèm theo
- Chụp niệ u đạo cản quang: sẽ thấy hình ảnh thuốc cản quang thoát ra ngoài niệ u đạo và không vào được bàng quang, trong trường hợp niệ u đạo bị vỡ đứt rời, và thuốc vào được bàng quang trong trường hợp chỉ dập niệ u đạo nhẹ

2.2. Vỡ Niệ u Đạo Sau

- Dựa vào cơ chế chấn thương vỡ xương chậu, là bệnh cảnh choáng chấn thương nặng
- Choáng mức độ từ vừa đến nặng chiếm trên 75% các trường hợp
- Chảy máu miệng niệ u đạo ít
- Bí tiểu
- Tụ máu trước bàng quang và sau phúc mạc, không tụ máu tầng sinh môn
- Thăm khám trực tràng thấy đau nhói ở niệ u đạo sau
- Siêu âm: thấy bàng quang căng to, tụ máu trước bàng quang, sau phúc mạc
- Chụp Xquang khung chậu: thấy hình ảnh vỡ khung chậu, chủ yếu là ngành ngồi mu, hay chậu mu, hoặc toác xương mu
- Chụp xquang niệ u đạo cản quang: thuốc thoát ra ngoài chỗ đứt niệ u đạo, và thuốc không vào được bàng quang.

3. Điều Trị

3.1. Vỡ Niệ u Đạo Trước

- * Thể nhẹ: niệ u đạo chỉ bị dập mà không đứt rời, bệnh tiểu khó và đau niệ u đạo
- Xử trí: đặt thông tiểu 5-7 ngày

- Thuốc kháng sinh, giảm đau,
- Nong niệu u đạo định kỳ 1 tuần, 2 tuần , 1 tháng, 3 tháng
- Chụp niệu u đạo kiểm tra nếu có hẹp niệu u đạo thì mổ tạo hình niệu u đạo sau 3 -6 tháng
- * Thể nặng: niệu u đạo đứt hoàn toàn, bệnh nhân bí tiểu
- Chỉ định mổ mở bàng quang ra da cấp cứu:
- * Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**
- Đường mổ giữa dưới rốn dài 4-5 cm
- Đặt vào bàng quang ống pezzet 24 F, khâu bàng quang 2 lớp, đặt penrose vết mổ, đóng vết mổ 2 lớp

Thuốc Sau Mổ:

- Truyền dịch: Bù nước điện giải, đạm, lipid
- Truyền máu khi HCT <30%
- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

- Ngừa uốn ván

Theo Dõi Và Xử Trí Niệu u Đạo: hẹn tái khám thay ống dẫn lưu mỗi tháng 1 lần và sẽ hẹn mổ tạo hình niệu u đạo sau 2-3 tháng.

3.2. Vỡ Niệu u Đạo Sau

- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**
- Hồi sức tích cực chống choáng: truyền dịch, truyền máu, kháng sinh giảm đau
- Chỉ định mổ mở bàng quang ra da cấp cứu
- Đường mổ giữa dưới rốn dài 4-5 cm
- Đặt vào bàng quang ống pezzet 24 F, khâu bàng quang 2 lớp, đặt penrose vết mổ, đóng vết mổ 2 lớp
- Phải kết hợp với bác sỹ ngoại chấn thương để xử trí gãy khung chậu

Thuốc Sau Mổ:

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

- Ngừa uốn ván

Theo Dõi Và Xử Trí Niệu Đạo: hẹn tái khám thay ống dẫn lưu mỗi tháng 1 lần và sẽ hẹn mổ tạo hình niệu đạo sau 3-4 tháng.

CHẨN THƯƠNG THẬN

1. Định Nghĩa

Chấn thương thận là thận bị tổn thương do đụng dậ p trực tiếp vào vùng hông lưng hay gián tiếp như ngã từ trên cao xuống, thành bụng không bị thủng

2. Chẩn Đoán

- Cơ chế chấn thương đụng dậ p vào vùng hông lưng
- Đau vùng thắt lưng, bụng chướng, tiểu ra máu
- Da xanh niêm nhợt, mạch nhanh, huyết áp tụt
- Phản ứng thành bụng ở nửa bên bụng bị chấn thương, chạm thận +
- Siêu âm bụng thấy thận mất liên tục, khối máu tụ quanh thận, có thể phát hiện tổn thương khác trong ổ bụng
- Chụp CT scanner bụng có cản quang: để chẩn đoán xác định và phạm độ tổn thương thận, và phát hiện các tổn thương khác kèm theo
- Chụp UIV: nhằm đánh giá thận còn lại và tiên lượng bảo tồn thận

3. Phân Độ Tổn Thương Thận Theo Mc Aninch JW, Carroll PR 1989

Tổn thương thận do chấn thương chia làm 5 mức độ

Mức độ I: đụng dậ p thận

Mức độ II: đụng dậ p thận nhẹ, tổn thương vùng vỏ chưa đến vùng tủy thận

Mức độ III: đậ p thận nặng, tổn thương thận từ vùng vỏ lan cả vùng tủy thận kèm theo tổn thương các đài bể thận

Mức độ IV: thận vỡ thành nhiều mảnh

Mức độ V: thận tổn thương ở động - tĩnh mạch vùng cuống thận

4. Điều Trị

- Khoảng 70% chấn thương thận kín điều trị nội khoa bảo tồn thành công
- Chỉ định mổ cấp cứu: khi thận vỡ độ IV, V theo Mc Aninch
- Chỉ định mổ cấp cứu trì hoãn từ ngày thứ 6-14 sau chấn thương, thận vỡ độ II, III, nhưng tình trạng tiểu ra máu kéo dài, hoặc tiểu máu tái phát nặng
- Trong trường hợp mổ cấp cứu thận vỡ độ IV, V thường là mổ cắt thận cầm máu
- Trong trường hợp mổ cấp cứu trì hoãn, thận vỡ độ II, III, thường là khâu bảo tồn thận

a. Điều Trị Nội Khoa Bảo Tồn

- Xét nghiệm:
 - Tổng phân tích tế bào bằng máy tự động hoàn toàn

- Nhóm máu ABO, Rh
- Ure, Creatinin. AST, ALT. Đường huyết. Đạm, Albumin, Globulin, A/G. Ion đồ.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Xquang , siêu âm

Đối bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc nghi ngờ có bệnh lý tim mạch làm thêm ECG và Siêu âm tim

- Bù nước điện giải, đạm, lipide, albumin
- Truyền máu khi HCT $< 30\%$
- Bệnh nhân được nằm bất động trên giường cho đến khi hết tiểu ra máu 24 giờ
- Kháng sinh:
- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

- Thuốc cầm máu

b. Ngoại Khoa:

- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**
- Mổ cấp cứu: chỉ định khi thận vỡ độ IV, V, tình trạng choáng mất máu đe dọa tính mạng bệnh nhân, xử trí chủ yếu là cắt thận cầm máu.
- Mổ cấp cứu trì hoãn: từ ngày thứ 6-14, khi thận vỡ độ II, III mà tình trạng chảy máu kéo dài, hoặc chảy máu tái phát nghiêm trọng, xử trí chủ yếu là khâu bảo tồn hoặc cắt bán phần thận
- Hồi sức tích cực trước mổ: truyền máu, bơm máu, truyền NaCl 0,9%, Lactat ringer
- Đường mổ đường giữa trên dưới rốn: xử trí chủ yếu là cắt thận cầm máu và thám sát các cơ quan khác trong ổ bụng , dẫn lưu ổ bụng

Thuốc Sau Mổ:

- Truyền dịch: Bù nước điện giải, Đạm, Lipide.
- Truyền máu khi HCT $< 30\%$
- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

DÒ HẬU MÔN

I. PHÂN LOẠI

1. Dò dưới niêm mạc: Lỗ ngoài và lỗ trong nằm dưới niêm mạc trong lòng hậu môn
2. Dò dưới niêm mạc-da: Lỗ ngoài ở da, lỗ trong ở niêm mạc
3. Dò liên cơ thắt: Lỗ dò ở phía ngoài và gần hậu môn
4. Dò xuyên cơ thắt thấp: Lỗ dò xuyên qua phần dưới cơ thắt hậu môn
5. Dò xuyên cơ thắt cao: Lỗ dò xuyên qua phần trên cơ thắt
6. Dò trên cơ thắt: Lỗ dò trên cơ thắt
7. Dò ngoài cơ thắt: Lỗ dò xuyên qua cơ nâng

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Khỏi bệnh: Lấy hết mô xơ chai và hết đường dò
- Không làm tổn thương cơ thắt

2. Phẫu thuật

a. Chuẩn bị trước mổ:

- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**
- Điều trị trước các bệnh mãn tính: Lao, tiểu đường, tim mạch...
- Làm sạch đại tràng: 1 ngày trước mổ
 - . Nhịn ăn 1 ngày trước mổ
 - . Thụt tháo đại tràng hoặc Fortran 2-3 gói/ngày
 - . Truyền dịch
- Gây tê tùy sống

b. Phương pháp phẫu thuật

- Rò dưới da-niêm mạc: Mở toang đường dò, nạo mô xơ ở đáy rãnh
- Rò xuyên cơ thắt thấp: Khoét lấy bỏ toàn bộ đường dò từ nông đến lỗ trong
- Dò xuyên cơ thắt cao: Cắt đường dò từ nông vào sâu đến cơ thắt có 2 cách xử lý:
 - . Cắt cơ thắt: Khâu lại ngay bằng chỉ vicryl hay chromic catgut sợi to, ở vị trí 6h thì không cần đính lại
 - . Cắt dẫn cơ thắt: Bằng sợi dây cao su
- Dò trên cơ thắt: Phẫu thuật qua 2 thì phức tạp
- Dò hậu môn tái phát:

. Phẫu thuật như lần đầu, nếu phức tạp và viêm nhiễm thì có thể mở hậu môn nhân tạo ở đại tràng chậu hông.

Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.

Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.

3. Điều trị sau mổ

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

- Nhuận tràng

- Ăn sớm sau mổ: trái cây, uống nhiều nước

- Ngâm hậu môn với betadine: 15-30 phút/lần, ngày 2-3 lần, sau mổ 1 ngày

ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN (CHẢY MÁU TRONG XOANG BỤNG)

1. ĐỊNH NGHĨA:

Chấn thương bụng kín (CTBK) là chấn thương trực tiếp hay gián tiếp lên thành bụng gây tổn thương tạng đặc hay tạng rỗng mà thầy thuốc không thấy trực tiếp tổn thương mà chỉ thể hiện qua lâm sàng bởi hai hội chứng xuất huyết nội (XHN) và viêm phúc mạc(VPM)

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định XHN dựa vào:

- Hội chứng xuất huyết nội
- CLS: hồng cầu, Hct, Hb giảm
- Siêu âm: dịch dạng máu, ghi nhận hình ảnh của tổn thương tạng (gan, lách, thận, tụy, mạch máu)
- CT-Scan: giúp theo dõi chẩn đoán những trường hợp khó, phân độ vỡ tạng để quyết định can thiệp phẫu thuật hay bảo tồn.

- Xét nghiệm: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Choáng chấn thương: các trường hợp choáng do gãy nhiều xương, các xương lớn như xương chậu, xương đùi, sọ não, choáng do đau mà không có tổn thương bụng.

2.3. Chẩn đoán mức độ nặng:

- Mức độ nhẹ: chấn thương gây xây sát da, tụ máu cơ thành bụng, tụ máu sau phúc mạc.
- Mức độ trung bình: Có tổn thương tạng đặc, biểu hiện LS XHN, huyết động học thay đổi, có thiếu máu, sau hồi sức huyết động ổn định.
- Mức độ nặng: Tổn thương tạng đặc, mạch máu lớn, bệnh nhân có sốc nặng không đáp ứng với HSTC hoặc kèm theo sốc đa thương.

3. ĐIỀU TRỊ: Tùy theo mức độ.

3.1. Mức độ nhẹ: nằm nghỉ tại giường, điều trị triệu chứng.

3.2. Mức độ trung bình:

- Hồi sức nội khoa.
- Đánh giá lại lâm sàng, mức độ tổn thương tạng qua khảo sát của siêu âm, CT-Scan để phân độ tổn thương tạng đặc và quyết định điều trị bảo tồn hay phẫu thuật.
- Tổn thương tạng đặc mạch máu, có sốc, hồi sức nội khoa tạm ổn phải đánh giá lại lâm sàng, can thiệp ngoại khoa sớm tránh bệnh nhân rơi vào sốc không hồi phục.

3.3. Mức độ nặng:

- Tồn thương tạng đặc, mạch máu, phối hợp với đa thương (CTSN, CT ngực, CT thận, gãy xương chậu, xương tứ chi, CT cột sống..) hoặc kèm theo bệnh lý nội khoa khác như bệnh lý tim mạch, hô hấp phải phối hợp với các chuyên khoa có liên quan khác và GMHS để tiến hành phẫu thuật theo từng chuyên khoa có thể tiến hành nhiều cấp phẫu thuật trên cùng bệnh nhân ưu tiên theo hô hấp, mạch máu, thần kinh, bụng, tiết niệu, xương khớp...

- Trong trường hợp xuất huyết nội đơn thuần thể nặng, bệnh nhân phải được mổ cấp cứu khẩn cấp vừa mổ vừa hồi sức. Trường hợp XHN có kèm tràn máu tràn khí màng phổi phải dẫn lưu màng phổi trước khi mở bụng.

3.4. Theo dõi đánh giá diễn tiến:

- Hồi tỉnh sau mổ (24 giờ sau mổ) cần theo dõi:

+ sinh hiệu

+ Hồi tỉnh sau mổ

+ Những rối loạn về điện giải, đông máu, chảy máu, hô hấp, chảy máu thứ phát sau mổ.

- Hậu phẫu :

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

Theo dõi

+ Suy đa cơ quan sau sốc.

+ Rối loạn đông máu sau truyền máu

+ Viêm phổi hậu phẫu

+ Chảy máu từ tạng đã xử trí (qua ODL, Echo, CTM...)

+ Nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch trong xoang bụng.

CHẨN THƯƠNG BỤNG KÍN

(VỠ TẠNG RỘNG)

1. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương bụng kín biểu hiện viêm phúc mạc là do chấn thương gây vỡ tạng rỗng như dạ dày, ruột, bàng quang, niệu quản, túi mật, ống mật.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định:

- H/C viêm phúc mạc.
- CLS: Bạch cầu ĐNTT tăng.
- Siêu âm: dịch xoang bụng không thuần trạng, kèm hơi.
- X- Quang: Dấu hiệu Laurell, liềm hơi dưới cơ hoành.
- CT-Scan: giúp theo dõi chẩn đoán những trường hợp khó.
- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Cảm ứng phúc mạc giả do chấn thương cột sống (CTCS), tụ máu sau phúc mạc, chấn thương thận, gãy xương sườn thấp, gãy khung chậu.

2.3. Chẩn đoán mức độ nặng:

- Mức độ nhẹ: Tổn thương đơn thuần như vỡ ruột, bàng quang.
- Mức độ trung bình: Tổn thương phối hợp như dập nát nhiều đoạn của ruột phải cắt nối ruột, bệnh nhân đến muộn có biểu hiện nhiễm trùng nặng.
- Mức độ nặng: Tổn thương nhiều tạng trong ổ bụng như đại tràng, đường mật, hệ tiết niệu, cơ hoành, tử cung buồng trứng, bệnh nhân đến muộn có sốc chấn thương hay sốc nhiễm trùng, nhiễm độc.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Dẫn lưu màng phổi trước khi đặt NKQ (khi có tràn máu, tràn khí màng phổi).
- Gây mê NKQ.
- Mở đường giữa trên dưới rốn.
- Thám sát xoang bụng hệ thống: tiêu hóa, gan mật, hệ niệu.
- Mức độ nhẹ: hồi sức nội khoa, kháng sinh, phẫu thuật xử trí tổn thương, làm sạch xoang bụng, dẫn lưu.
- Mức độ trung bình: Hồi sức tích cực, kháng sinh phối hợp, hạ sốt, đặt sonde dạ dày, sonde tiêu...lâm sàng tạm ổn phẫu thuật sớm xử trí tổn thương, làm sạch xoang bụng, dẫn lưu.

- Mức độ nặng:Đánh giá mức độ nặng, dự kiến các tổn thương, có chiến lược phẫu thuật thích hợp, phối hợp thực hiện HS tích cực, phẫu thuật có phối hợp với các chuyên khoa, làm sạch xoang bụng , dẫn lưu.

3.2. Xử trí tổn thương:

3.2.1. Gan:

Gan có thể bị vỡ nát 1 thùy với đường vỡ hình sao hay chỉ bị nứt thương tổn không sâu. Các mạch máu lớn và lân cận hay tĩnh mạch trên gan có thể bị rách trong các chấn thương nặng hay vết thương.

- Hơn phân nữa các trường hợp vết thương gan đã tự cầm máu vào thời điểm mổ, các trường hợp còn lại có thể được xử trí như sau:

+ Khâu các vết thương gan với chỉ tan thường có thể thực hiện trong đa số các trường hợp.

+ Cầm máu trực tiếp trong nhu mô gan bằng cách kẹp cột các mạch máu và đường mật bị đứt rách, đôi khi phải mở rộng thêm đường vỡ gan bằng cách kẹp nát nhu mô gan với ngón tay để có thể kẹp cột trong sâu. Phương này được ưa chuộng vì cầm máu triệt để hơn và không để lại một hốc trong gan, nguyên nhân của áp xe gan sau mổ như trường hợp của khâu gan không đủ độ sâu.

+ Ở trường hợp tổn thương nặng nề, máu chảy ồ ạt có thể kẹp cuống gan tạm thời để dễ dàng thực hiện cầm máu hoặc chèn gạc tạm thời và mổ lại vào 2-3 ngày sau nhất là đối với các trường hợp không thể kiểm soát được máu chảy từ các tổn thương vỡ nát, rộng và trong sâu(PP này hiếm khi được áp dụng).

+ Đôi khi phần gan dập nát nhiều được cắt bỏ 1 cách không điển hình, hiếm khi thực hiện cắt bỏ 1 thùy gan sau chấn thương.

+ Thất động mạch gan cũng hiếm khi được thực hiện. Đặt biệt lưu ý tránh thất động mạch gan riêng vì nguy cơ nhồi máu, hoại tử gan rất cao. Có thể chụp động mạch gan chọn lọc và gây thuyên tắc đối với các trường hợp chảy máu tái phát.

3.2.2. Lách:

Nếu không thể điều trị bảo tồn không mổ, lách vỡ có thể được xử trí như sau:

- Bảo tồn mỗi khi có thể được bằng cách khâu lách nếu đường vỡ nhỏ, chảy máu ít hoặc cắt bán phần lách nếu diện vỡ lách khu trú ở 1 cực hoặc bao chèn ép toàn bộ lách với lưới chỉ tan.

- Cắt lách toàn phần nếu vỡ nát, cuống lách bị tổn thương hay chảy máu tái phát sau điều trị bảo tồn.

3.2.3. Tụy:

- Thương tổn tuyến tụy tuy hiếm gặp nhưng một khi xảy ra sẽ mang lại một tỉ lệ tử vong rất cao (25%) với nhiều biến chứng và di chứng như chảy máu, áp xe, dò dịch tụy và nang giả tụy...tử vong đa phần là do có kèm thương tổn kết hợp trong ổ bụng và phần khác do bản thân tuyến tụy.

- Biến chứng nhiều và hay xảy ra thường là do không phát hiện hay xử trí không hợp lý thương tổn ống tuyến tụy, bộc lộ rộng rãi và thám sát kỹ sẽ hạn chế bỏ sót thương tổn ống tuyến tụy.

- Nguyên tắc xử trí bao gồm kiểm soát chảy máu, cắt lọc mô hoại tử, dẫn lưu tốt ổ tụy và giữ lại càng nhiều càng tốt phần nào tuyến tụy.

- Kỹ thuật xử trí dựa vào vị trí giải phẫu của thương tổn ống tuyến và tuyến tụy(phần đầu hay phần đuôi) gồm có:

+ Nếu tuyến tụy chỉ bị dập, rách mà không có kèm thương tổn ống tuyến thì chỉ cần cầm máu và dẫn lưu tốt là đủ(trong 80% trường hợp).

+ Nếu vỡ tụy có kèm đứt ống tụy xa thì nên cắt bỏ đuôi tụy và có hay không kèm theo cắt lách.

+ Nếu vỡ tụy có kèm đứt ống tụy gần thì hoặc cắt bỏ phần tụy xa hoặc giữ lại bằng cách nối đầu vỡ xa với quai hồng tràng kiểu Roux-en-Y.

+ Nếu thương tổn đầu tụy kèm vỡ tá tràng thì thường có thể khâu vá và dẫn lưu tốt hoặc khâu tổn thương kèm với chuyển lưu dịch dạ dày không cho dịch thoát lưu qua ống môn vị là đủ. Hiếm khi phải cắt bỏ khối tá tụy (PT Whipple).

+ Nuôi dưỡng tốt sau mổ là yếu tố quan trọng góp phần xử lý thành công chấn thương tụy, cho nên mở hồng tràng nuôi ăn thường được thực hiện kèm theo trong lúc mổ.

3.2.4. Dạ Dày:

Cần lưu ý kiểm tra kỹ tránh bỏ sót một lỗ thủng ở mặt sau đối với các vết thương thấu bụng.

- Thủng, vỡ dạ dày thường được xử lý tốt bằng cách cắt lọc và khâu lại đường vỡ rách(thường nên khâu 2 lớp): lớp trong với chỉ tan mũi khâu vắt, lớp ngoài rời chỉ không tan.

- Cắt bán phần dạ dày hiếm khi phải thực hiện.

3.2.5. Tá Tràng:

- Tử vong do vỡ tá tràng còn khá cao (khoảng 25%) thường là do bỏ sót thương tổn, chẩn đoán muộn và xử trí không hợp lý.

- Nếu không chẩn đoán được trước mổ, để tránh bỏ sót thương tổn thì khung tá tràng phải được bộc lộ tốt để thám sát mỗi khi có sự nghi ngờ như có sự hiện diện của bọt khí hay dịch vàng nâu ở dọc khung tá tràng, ở rễ mạc treo đại tràng ngang, ở trước thận phải.

- Xử trí vỡ tá tràng rất phức tạp và phụ thuộc vào kích thước vết thương, vào vị trí trên hay dưới cơ vòng oddi. Các biện pháp xử trí kỹ thuật có thể là:

+ Khâu đơn thuần tại chỗ vỡ thường có thể được thực hiện trong đa số các trường hợp (80-85%).

+ Nếu thương tổn phức tạp, ở vị trí dưới cơ vòng oddi và không thể khâu đơn thuần 1 cách an toàn thì có thể hoặc khâu kèm với đắp một quai hồng tràng lên chỗ vỡ hoặc đóng bít đầu dưới và nối đầu trên với một quai hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y hoặc nặng nề hơn cắt bỏ khối tá tụy theo kiểu whipple (nhất là có tổn thương nặng nề của đầu tụy kèm theo).

+ Một yếu tố quan trọng đảm bảo cho sự thành công của phẫu thuật đó là dịch tá tràng phải được tháo lưu tốt. Do đó một ống thông sẽ đặt vào lòng tá tràng hoặc qua lỗ mở thông dạ dày hoặc đặt ngược qua lỗ mở thông hồng tràng để nuôi ăn sớm sau mổ đối với các trường hợp chấn thương nặng.

3.2.6. Ruột non :

- Ruột non cần được thám sát kỹ lưỡng để tránh bỏ sót tương tổn nhất là vị trí bờ mạc treo trong vết thương hỏa khí và để lựa chọn kỹ thuật xử trí phù hợp, Thương tổn ruột non có thể được xử trí như sau:

+ Cắt lọc và khâu đơn thuần (một hoặc 2 lớp) đối với lỗ thủng đơn độc hoặc lỗ thủng ở cách rất xa nhau.

+ Cắt bỏ một đoạn ruột và nối lại với các thương tổn bầm dập nhiều hay có rách mạc treo ảnh hưởng tới mạch máu nuôi dưỡng đoạn ruột tương ứng hoặc trường hợp nhiều lỗ thủng ở kề cận nhau trên cùng một đoạn ruột ngắn.

3.2.7. Đại - Trực tràng:

- Trước đây, hầu hết vết thương đại tràng đều được xử trí bằng biện pháp chuyên lưu tạm thời và hậu môn tạm sẽ được đóng lại sau một thời gian bởi vì nguy cơ nhiễm trùng và bục, xì, rò chỗ khâu nối rất cao.

- Ngày nay, nhờ được mổ sớm và sử dụng rộng rãi kháng sinh phối hợp chống vi khuẩn kỵ khí. Một vết thương đại tràng có thể được xử trí như sau:

+ Khâu lỗ thủng kỳ đầu nhất là đối với vết thương ở đại tràng phải do bạch khí với các điều kiện sau: mổ sớm trong vòng 6 giờ đầu, không phải truyền máu, không ở trong tình trạng sốc, thương tổn khu trú và ít mô dập nát, ổ bụng tương đối sạch, đại tràng không chứa nhiều phân và không thương tổn mạch máu nuôi dưỡng.

+ Cắt nửa đại tràng phải nếu nhiều lỗ thủng khu trú hoặc đại tràng lên bị dập nát nhiều. Có thể nối ngay kỳ đầu hồi-đại tràng nếu là vết thương do dao đâm, ổ bụng sạch và không có thương tổn đi kèm. Ngược lại, tốt nhất là nên đưa hai đầu ra ngoài làm hậu môn tạm.

+ Cắt đoạn một phần đại tràng trái kèm đưa hai đầu ra làm hậu môn tạm hoặc đóng bít đầu dưới và đưa đầu trên ra ngoài. Khâu kỳ đầu hoặc cắt nối ngay đại tràng trái rất hiếm khi được thực hiện trong cấp cứu do đại tràng chưa được chuẩn bị chứa nhiều phân cứng và vi trùng, hệ mạch máu nuôi dưỡng đại tràng trái không được phong phú.

+ Vết thương ở đại tràng ngang có thể hoặc khâu kỳ đầu (với các điều kiện như ở đại tràng phải) hoặc đưa ra ngoài làm hậu môn tạm kiểu quai hoặc khâu nối kỳ đầu và

được đưa ra ngoài và không mở làm hậu môn tạm mà sẽ được đưa trở lại vào ổ bụng sau đó (nếu không xì, rò chỗ nối).

+ Trong các trường hợp nghi ngờ khâu nối không đảm bảo thì tốt nhất là nên đưa lỗ thủng ra ngoài làm hậu môn tạm hoặc khâu lại và làm hậu môn tạm trên (đối với đoạn cố định).

- Đối với vết thương trực tràng, thái độ xử trí tùy thuộc vào vị trí giải phẫu của thương tổn:

+ Khâu lại vết thương và làm hậu môn tạm kiểu nòng súng ở đại tràng sigma nếu thủng trực tràng trong phúc mạc.

+ Cắt lọc vết thương tầng sinh môn, dẫn lưu trước xương cùng và làm hậu môn tạm kiểu nòng súng ở đại tràng sigma nếu vết thương ở đại tràng ngoài phúc mạc, vết thương có thể được khâu lại ở ngã dưới (nếu được) hoặc không khâu. Lòng trực tràng nên được tưới rửa sạch với dung dịch Povidine-Iodine để làm giảm nguy cơ nhiễm trùng, áp xe tiểu khung.

➤ **Biến chứng:**

- Chảy máu sau mổ là biến chứng xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau mổ. Chảy máu có thể do rối loạn cơ chế đông cầm máu nhất là ở bệnh nhân sốc kéo dài hay đã được truyền quá nhiều máu nhưng cũng có thể do lỗi ở khâu cầm máu ngoại khoa (chảy máu ở chỗ bóc tách, tụt mối chỉ cột mạch máu).

- Bỏ sót tổn thương cũng có thể xảy ra đối với các vết thương cơ hoành, tá tràng mặt sau, tụy và đại-trực tràng cố định.

- Nhiễm trùng vết mổ, bung thành bụng cũng không phải hiếm gặp.

- Viêm phúc mạc sớm sau mổ và áp xe tồn lưu là do sai lầm trong đánh giá xử trí thương tổn hay do ổ bụng không được rửa sạch hoặc không được dẫn lưu hợp lý.

Tóm lại: Không chẩn đoán được một thương tổn tạng sâu sau chấn thương bụng là nguyên nhân thường gặp của tử vong. Siêu âm Và chọc dò hoặc chọc rửa bụng vẫn là hai biện pháp cơ bản giúp chẩn đoán sớm một thương tổn trong ổ bụng sau chấn thương nặng. Tuy nhiên, nguyên tắc cơ bản nhất trong xử trí chấn thương bụng vẫn là khám đi khám lại nhiều lần bệnh nhân bởi một phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

➤ **Theo Dõi:**

- Hậu phẫu (24 giờ đầu) lưu ý các biến chứng do hậu quả của sốc và gây mê hồi sức.

- Hậu phẫu: theo dõi các biến chứng sớm do phẫu thuật như chảy máu, rò tiêu hóa...

* Thuốc sau mổ:

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc c Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

ĐIỀU TRỊ TRÀN MÁU MÀNG PHỔI

I. ĐỊNH NGHĨA:

TMMP là sự tích tụ máu trong khoang màng phổi mà nguyên nhân thông thường do rách phổi, tổn thương bó mạch liên sườn, rách thành ngực, tổn thương động mạch phế quản, hoặc các mạch máu lớn trong ngực (Hughes, 1965)

- **CHẨN ĐOÁN DỰA VÀO:**

- Triệu chứng toàn thân tùy vào lượng máu mất
- Hội chứng 3 giảm: rung thanh giảm; gõ đục; mát âm phế bào
- Xác định trên: X quang ngực thẳng, Siêu âm, CT-Scan.

- **HƯỚNG XỬ TRÍ:**

- Hồi sức: truyền máu.
- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.
- Giảm đau: Non- steroid hoặc giảm đau gây nghiện.
- Kháng sinh:
 - Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV
 - Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam
 - Hoặc Ampicillin + Sulbactam
- Kết hợp với:
 - + Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày
 - + Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần
- Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin
- Tùy theo từng mức độ theo sơ đồ 1, 2, 4

VẾT THƯƠNG THÁU BỤNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

Vết thương thấu bụng là tổn thương thành bụng do hỏa khí, bạch khí, cộc nhọn gây tổn thương thành bụng xuyên qua thủng phúc mạc, có thể tổn thương thành bụng hoặc các tạng bên trong xoang bụng bao gồm tạng đặc và tạng rỗng.

II. CHẨN ĐOÁN.

1. Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Lâm sàng:

+ Vị trí vết thương

+ Độ sâu của vết thương

+ Hướng xuyên thủng

- Cận lâm sàng:

+ CTM đánh giá mất máu, nhiễm trùng

+ Siêu âm : xoang bụng có dịch, tổn thương tạng có liên quan, tương ứng với vị trí của vết thương.

+ X-Q: dịch và hơi tự do trong ổ bụng, hình ảnh cản quang của mảnh kim loại.

2. Chẩn đoán theo mức độ nặng:

- Mức độ nhẹ: Tổn thương thành bụng, Vết thương đơn thuần, thủng một tạng rỗng hoặc đặc.

- Mức độ trung bình: Có tổn thương phối hợp nhiều tạng, có sốc, nhiễm trùng, cần hồi sức nội khoa tạm ổn mới can thiệp phẫu thuật được.

- Mức độ nặng: Tổn thương nhiều tạng phối hợp, có sốc nặng, nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

- Hồi sức nội khoa

- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

- Phẫu thuật thám sát xoang bụng: mổ nội soi hoặc mổ mở, tùy mức độ đánh giá tổn thương.

- Giải quyết tổn thương.

- Dẫn lưu xoang bụng, đóng bụng

1.1. Điều trị theo mức độ:

- Mức độ nhẹ: hồi sức nội khoa, Phẫu thuật nội soi ổ bụng , phẫu thuật can thiệp khi có chỉ định.

- Mức độ trung bình: Hồi sức nội khoa chống sốc, Phẫu thuật can thiệp, xử trí tổn thương, dẫn lưu xoang bụng.

- Mức độ nặng: Hồi sức tích cực trước, trong và sau mổ, dự đoán những tổn thương, phối hợp những chuyên khoa có liên quan phẫu thuật, dẫn lưu xoang bụng.

1.2. Thuốc sau mổ

Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

1.3. Theo dõi đánh giá diễn tiến:

- Theo dõi đánh giá diễn biến hậu phẫu 24 giờ

- Theo dõi hậu phẫu: các biến chứng sớm, chảy máu, rò tiêu hóa, xì miệng nói, nhiễm trùng vết mổ, viêm loét.

ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC CÓ GẤY XƯƠNG SƯỜN

- **CHẨN ĐOÁN:**

Chẩn đoán xác định gãy sườn dựa vào khám lâm sàng ấn đau và có dấu “dấu lạo xạo xương” hoặc mất liên tục và được khẳng định trên X Quang ngực.

- **HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:**

Gãy một đến hai xương sườn không có biến chứng: cho bệnh nhân điều trị ngoại trú.

- Gãy một đến hai xương sườn có biến chứng: Tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi, tràn khí máu màng phổi, xử lý theo **lưu đồ 1, 3 4**.

- Gãy trên ba xương sườn cho bệnh nhân nhập viện:

- + Có kèm biến chứng: Tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi, tràn khí máu màng phổi, sử dụng thuốc giảm đau (giảm đau non- Steroid hoặc giảm đau opioid, bằng đường uống hoặc tiêm), và xử lý theo **lưu đồ 1, 3 4**

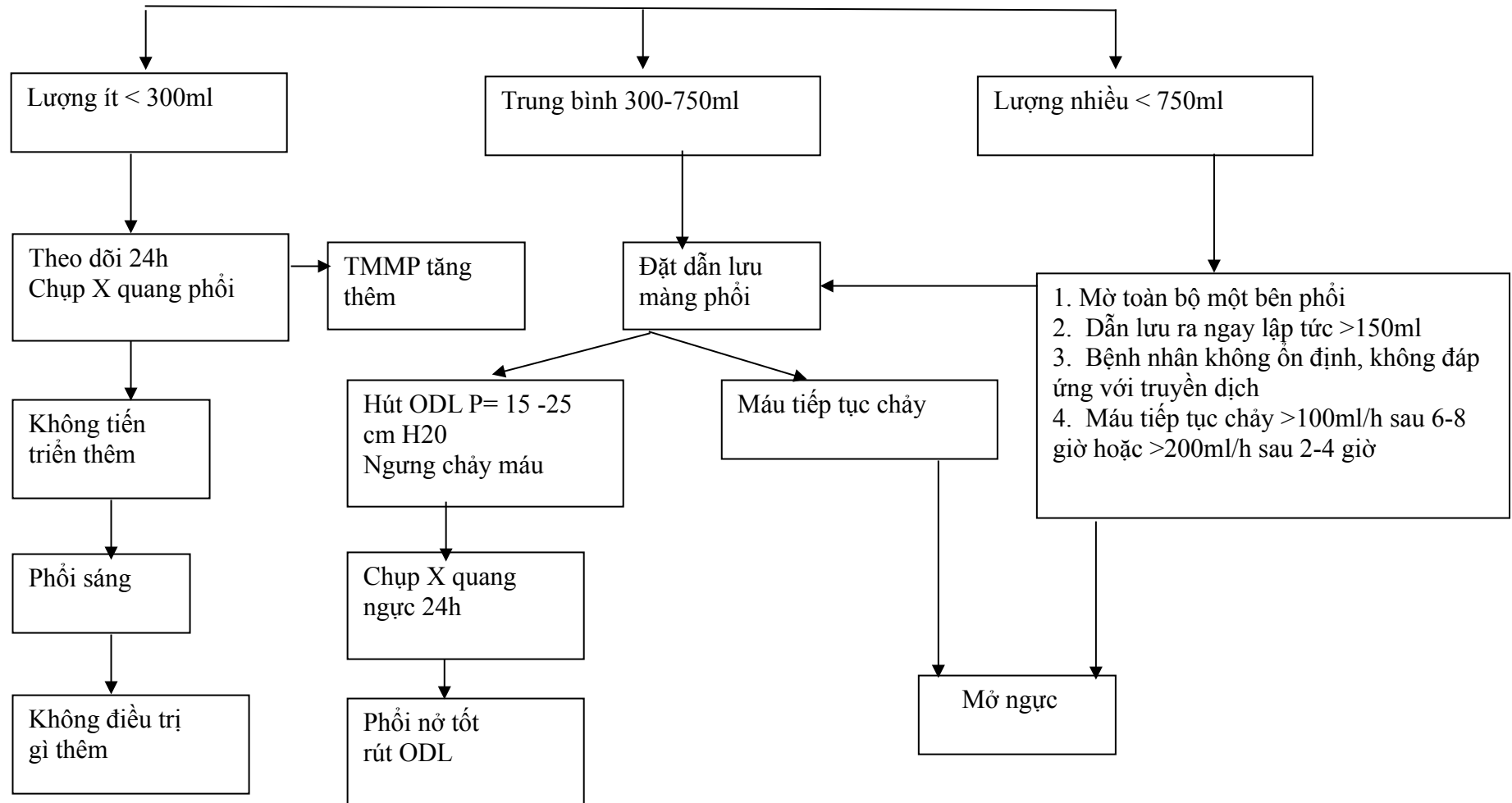
- + Không có biến chứng: Sử dụng thuốc giảm đau (giảm đau non- Steroid hoặc giảm đau opioid, bằng đường uống hoặc tiêm), 12 đến 24 giờ sau chụp X quang ngực kiểm tra, nếu :

- . Bệnh ổn định cho xuất viện (Đau ngực giảm, không suy hô hấp).

- . Diễn tiến có biến chứng: xử lý theo **sơ đồ 1, 3 4**

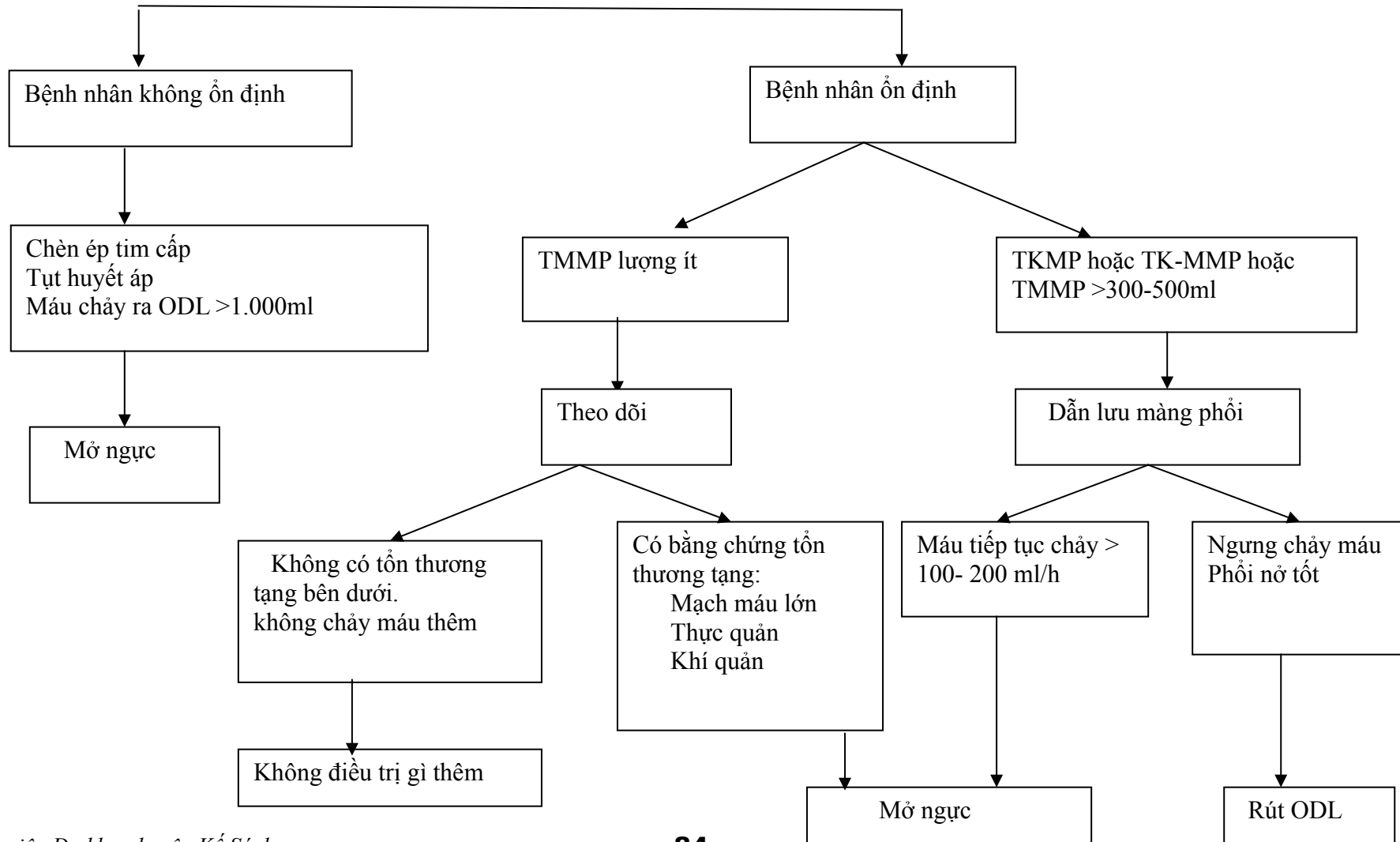
LƯU ĐỒ 1: ĐIỀU TRỊ TRÀN MÁU MÀNG PHỔI – CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

* Tràn máu màng phổi – chấn thương ngực kín:



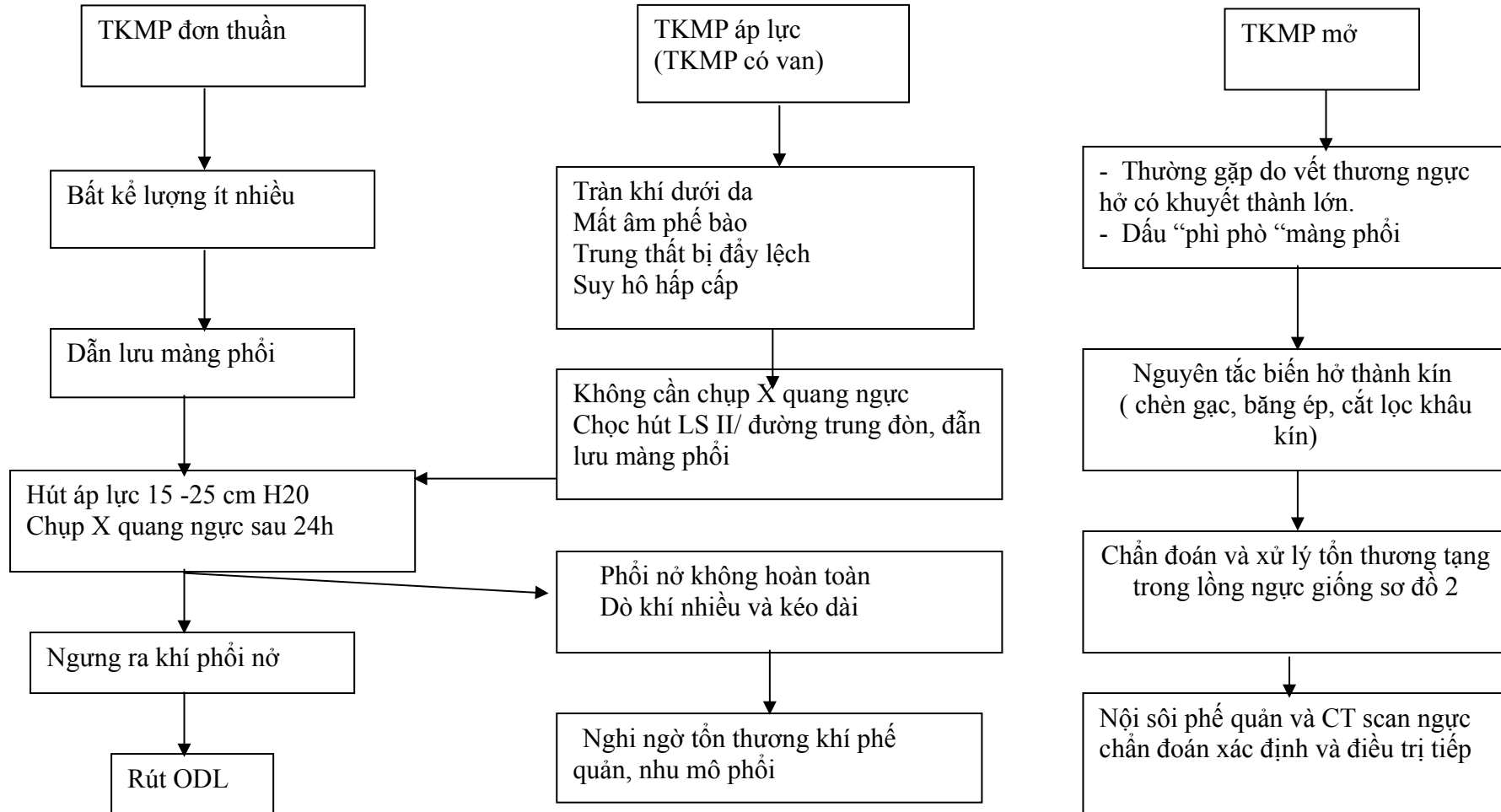
LƯU ĐỒ 2: ĐIỀU TRỊ TRÀN MÁU MÀNG PHỔI – VẾT THƯƠNG NGỰC

* Tràn máu màng phổi – vết thương ngực (đã khâu kín):

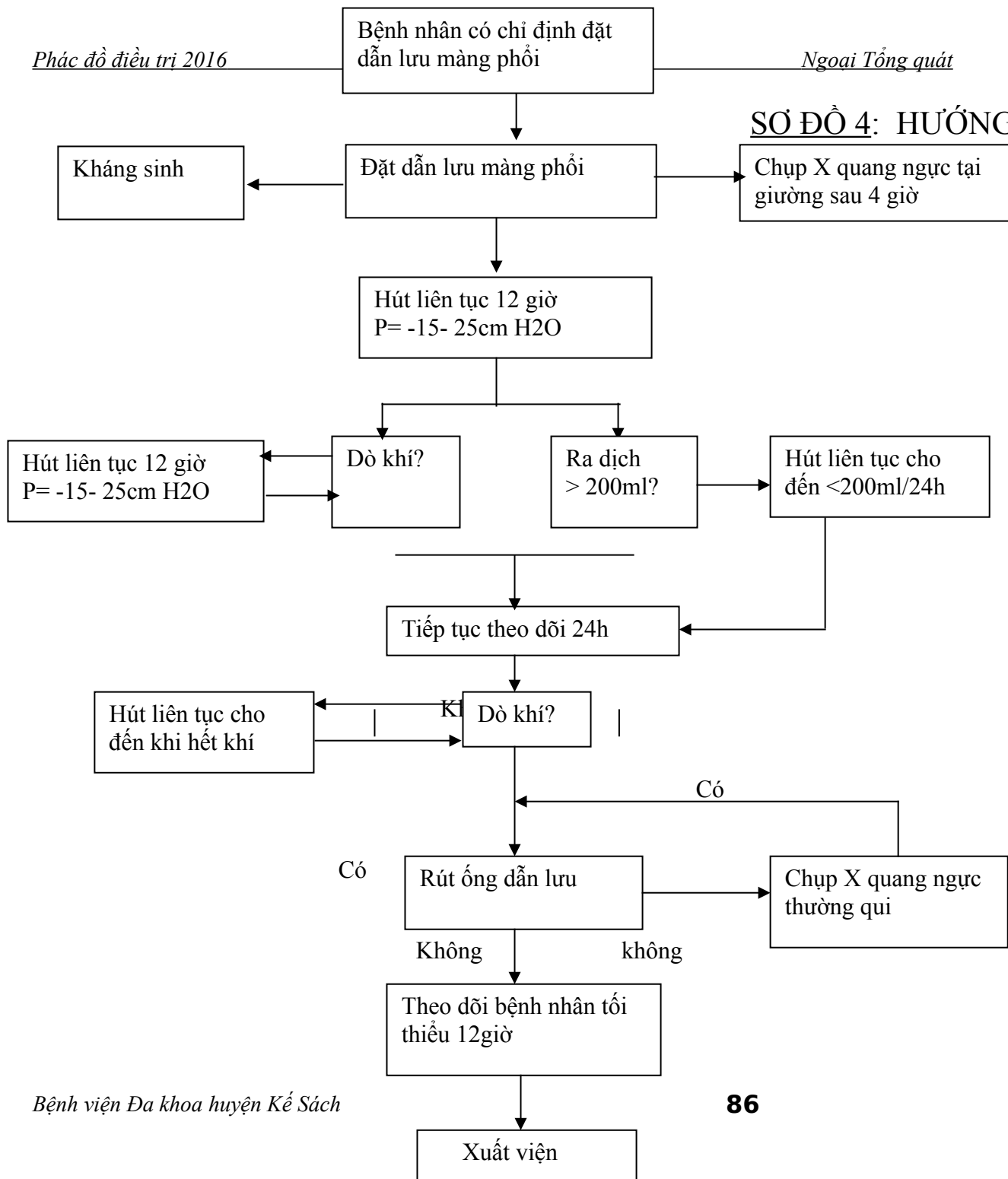


LƯU ĐỒ 3: ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI – CHẤN THƯƠNG NGỰC

* Trần khí màng phổi – chấn thương ngực:



SƠ ĐỒ 4: HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH THEO DÕI MÀNG PHỔI



HỆP KHÚC NỐI BỀ THẬN NIỆU QUẢN

I. Định nghĩa:

Là một dị tật bẩm sinh gây ra chít hẹp từ bên ngoài hoặc từ bên trong, khúc nối từ bể thận đổ xuống niệu quản, từ đó gây ra hàng loạt bệnh cách do ứ trệ nước tiểu, điển hình là thận ứ nước

II. Nguyên nhân gây bệnh:

1. Do những nguyên nhân từ bên ngoài:

- Do vạt xơ dây bao bọc xung quanh và gây chít hẹp lại ở khúc nối
- Do cuốn mạch máu bất thường ở cực dưới thận, chày vắt ngang và đè vào niệu quản làm chít hẹp

2. Do những nguyên nhân từ bên trong:

- Do chít hẹp lòng niệu quản đoạn khúc nối bẩm sinh, nhưng cũng có khi do mắc phải
- Do chít hẹp cơ năng, tức là lòng niệu quản đoạn khúc nối vẫn không hẹp, những do mất khả năng co bóp làm cho nước tiểu lưu thông hạn chế, lâu dần sẽ gây ứ nước thận nhiều lên và bệnh trở nặng lên.

III. Giải phẫu bệnh lý:

Vì khúc nối bị chít hẹp, nước tiểu bị ứ trệ và gây ra những thay đổi về mặt giải phẫu

- Các khoảng rỗng như đài bể thận giãn rộng
- Sự co bóp của bể thận giảm hoặc mất trương lực
- Chức năng bài tiết của thận giảm hoặc mất
- Viêm nhiễm vùng đài bể thận do ứ nước kéo dài

IV. Triệu chứng:

- Đau vùng hông lưng, lâu dần sẽ giảm đau khi trương lực của bể thận giảm hoặc mất
- Khám thấy thận to sờ nắn được
- Sốt kèm theo nếu có tình trạng viêm nhiễm đài bể thận cấp hay thận ứ mủ

V. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào bằng máy tự động hoàn toàn
- Nhóm máu ABO, Rh
- Ure, Creatinin. AST, ALT. Đường huyết. Đạm, Albumin, Globulin, A/G. Ion đồ.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Xquang tim phổi

Đối bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc nghi ngờ có bệnh lý tim mạch làm thêm ECG và Siêu âm tim

- chụp UIV: thận bên ú nước sẽ không bài tiết hoặc bài tiết kém, bể thận căng to
- Chụp CT scanner bụng có cản quang và dựng hình bể thận niệu quản sẽ giúp chẩn đoán chính xác vị trí hẹp.

VI. Chẩn đoán

Chẩn đoán bệnh dựa vào triệu chứng lâm sàng và kết quả của cận lâm sàng

VII. Điều trị

1. Nội khoa

Có nghĩa là theo dõi trong năm đầu tiên sau sinh khi không có nhiễm trùng, bể thận không tăng kích thước

2. Ngoại khoa

➤ Chỉ định

- Khi thận dẫn, chức năng bài tiết kém
- Kích thước bể thận tăng trong quá trình theo dõi, mặc dầu chức năng thận còn tốt
- Thận ú nước độ 3
- Thận ú nước độ 2 ở cả 2 bên thận
- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

Kỹ thuật: có nhiều kỹ thuật nhưng ngày nay ưa chuộng nhất là phương pháp tạo hình Y-V và Anderson-Hynes.

Dùng chỉ vicryl 5.0, 6.0, 7.0 để khâu và đặt nòng bể thận niệu quản hoặc dẫn lưu thận ra da

Chỉ định dẫn lưu thận ra da trong những trường hợp thận ú nước quá nhiều, nhu mô thận còn rất ít, sau 3-4 tuần theo dõi nếu không có nước tiểu thì có chỉ định cắt thận, còn nếu có nước tiểu thì có chỉ định tạo hình bể thận niệu quản.

3. Chăm sóc sau mổ:

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.
- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

- Ống dẫn lưu thận, rút sau khi kiểm tra niệu quản đã thông bằng cách chụp PUD, hoặc cột ống thử sau mổ 2-4 tuần
- Nếu có đặt nòng niệu quản bề thận ra ngoài da hông lưng, thì rút sau mổ một tuần.

HOẠI TỬ TÚI MẬT DO SỎI KẾT CỐ TÚI MẬT

I. CHẨN ĐOÁN:

- Đau hạ sườn phải, sốt,
- Phản ứng phúc mạc dưới sườn phải.
- Túi mật to đau.
- Cận lâm sàng:
 - Bạch cầu tăng, đa nhân trung tính
 - Echo: Dịch hạ sườn phải, túi mật to có sỏi, dịch quanh túi mật
 - Bilirubin bình thường
 - Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

II. ĐIỀU TRỊ:

- Dịch truyền chống sốc, Kháng sinh(Xem bài chuẩn bị trước mổ)
- Phẫu thuật: Cắt túi mật (Mổ mở, hoặc mổ nội soi), lấy dịch mật làm kháng sinh đồ ; kiểm tra đường mật chính ; dẫn lưu dưới gan, hoặc cùng đồ.

Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.

- Hậu phẫu :
- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.
- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

Khi có kết quả Kháng sinh đồ đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ

Theo dõi biến chứng sau mổ.

- Xi dịch mật vào ổ bụng -> chỉ định mổ lại.
- Nếu tổn thương đường mật chính -> mổ lại.
- Nhiễm trùng vết mổ: cắt chỉ sớm khi vết mổ viêm tấy và dịch mủ làm lại KSD, và điều trị dựa vào KSD.

HOẠI THỬ CƠ QUAN SINH DỤC: BỆNH FOURNIER

I. Định nghĩa

Là một bệnh hoại tử nhiễm trùng dưới da bắt đầu từ bìu rồi lan toả dần tới các vùng lân cận, ăn sâu xuống các lớp cân cơ, là một bệnh nặng tỷ lệ tử vong còn cao

II. Nguyên nhân:

Bệnh Fournier là một quá trình viêm nhiễm do các loại vi khuẩn

- Yếm khí: Streptococcus, Bacteroid, Clostridiae.
- Ái khí: E coli, Enterobacter, Klebsiella, Proteus
- Do sự nhiễm khuẩn cả 2 loại ái khí và kỵ khí gây tác động cộng hưởng lên gấp nhiều lần.

III. Chẩn Đoán:

1/ Triệu chứng:

- Khởi đầu dữ dội, đau vùng bìu kèm theo phù nề căng phồng tại chỗ, diễn tiến rất nhanh bìu trở nên rắn, đau sưng đỏ và tiết dịch
- Toàn thân biểu hiện nhiễm trùng nhiễm độc và suy kiệt, sốt cao, rét run, mạch nhanh, huyết áp hạ nhịp thở nhanh, kèm theo rối loạn tiêu hoá buồn nôn hoặc nôn
- Khám thấy vùng bìu sưng to, đau có thể lan lên trên cao vùng bụng, sờ thấy tiếng lạo sạo của hơi dưới da

2/ Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào bằng máy tự động hoàn toàn
- Nhóm máu ABO, Rh
- Ure, Creatinin. AST, ALT. Đường huyết. Đạm, Albumin, Globulin, A/G. Ion đồ.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Xquang tim phổi
- Đối bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc nghi ngờ có bệnh lý tim mạch làm thêm ECG và Siêu âm tim
- Siêu âm có thể phát hiện ổ mủ vùng tầng sinh mô

IV. Điều trị:

- Sau khi lấy bệnh phẩm nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ
- Chỉ định mổ làm sạch ổ nhiễm trùng: rạch rộng cắt bỏ hết mô hoại tử, có thể nhỏ giọt dung dịch betadin pha loãng lên chỗ tổn thương
- Cần phải làm hậu môn nhân tạo nếu nguyên nhân nhiễm khuẩn khu trú ở trực tràng, hậu môn
- Cần mở bàng quang ra da trong những trường hợp nguyên nhân viêm nhiễm gây ra do chít hẹp niệu đạo

Thuốc Sau Mổ:

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

LÔNG RUỘT

I. ĐỊNH NGHĨA

- Lòng 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 bí lồng ruột.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân thực thể: Chiếm 5 – 20%

- Túi thừa Meckel; Polype; khối u trong lòng ruột; ruột đôi ở góc hồi manh tràng; nhân tụy lạc chỗ.

2. Lòng ruột tự phát: Chiếm 75 – 90%. Nguyên nhân chưa rõ, có thể do:

- Yếu tố thần kinh, dịch thể
- Do vi rút, vi khuẩn
- Yếu tố giải phẫu

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định lồng ruột:

1.1. Lâm sàng

- Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu + sờ chạm khối lồng

1.2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm: có hình ảnh khối lồng
- X-quang bụng

- Xét nghiệm trước thủ thuật: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

2. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng ly: Bệnh cảm giác mót rặn, phân có máu và chất nhầy
- Đau bụng, tắc ruột do giun: Không có đi cầu ra máu, có thể sờ chạm búi giun, siêu âm có giun trong lòng ruột
- Rối loạn tiêu hóa
- Viêm phổi: Phổi có rales, XQ viêm phổi
- Viêm ruột hoại tử: Phân có máu hôi thối
- Chảy máu tiêu hóa
- Viêm dạ dày cấp
- Viêm ruột thừa

III. ĐIỀU TRỊ

- Có 2 phương pháp: Không phẫu thuật và phẫu thuật.

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: < 4 tháng

- . Thời gian bị lồng: > 48 hoặc > 72 giờ
 - . Thời gian xuất hiện ỉa máu càng sớm, đặc biệt ≤ 5 giờ
 - . Đã có hội chứng tắc ruột rõ, rối loạn toàn thân
 - Giá trị trên siêu âm:
 - . Đường kính khối lồng $\geq 35\text{mm}$
 - . Chiều dày thành ruột lồng > 8mm
 - . Có dịch trong lồng khối lồng và dịch tự do trong ổ bụng
2. Điều trị lồng ruột bằng phương pháp không phẫu thuật
- 2.1. Điều trị lồng ruột bằng bơm khí vào đại tràng
- 2.1.1. Chỉ định
- Cho hầu hết các trường hợp lồng ruột ở trẻ ≤ 24 tháng.
 - Trẻ ≥ 25 tháng bơm không khí vào đại tràng để chẩn đoán và điều trị ban đầu cấp cứu. Sau đó tìm nguyên nhân và mổ theo chương trình và cấp cứu trì hoãn.
- 2.1.2. Chống chỉ định
- Lồng ruột hoại tử thủng gây viêm phúc mạc hoặc gây tắc ruột rõ trên lâm sàng và xquang.
- 2.1.3 Kỹ thuật tháo
- Tiền mê
 - Tháo lồng với áp lực 8-11mmHg, máy có van an toàn.
 - Tiến hành tháo lồng tại phòng mổ
- 2.1.4. Chứng nghiệm lồng ruột đã tháo
- Bụng đang trướng lệch với quai đại tràng giãn trở thành trướng đều
 - Áp lực máy tụt xuống và không lên tới 8-5 khi tiếp tục bơm hơi
 - Nắn bụng không còn khối lồng
 - Xả hơi qua ống thông trực tràng: bụng vẫn còn tròn đều.
 - Dấu hiệu X-quang: hình ảnh khối lồng mất, Không khí vào các quai ruột non
 - Siêu âm: ngay khi chuyển xuống khoa, xác định không còn khối lồng.
- 2.1.5 Theo dõi sau tháo lồng:
- Trẻ hết nôn, bú trở lại
 - Hết khóc con
 - Bụng: bớt trướng dần
 - Phân máu ra ít dần và trở lại bình thường sau 8 giờ
 - Có thể cho uống than hoạt để kiểm tra lưu thông tiêu hóa.
- 2.2. Thụt tháo đại tràng bằng thuốc cản quang

- Áp dụng cho chẩn đoán thể mãn tính và tìm nguyên nhân: Polype, u trong đại tràng

- Không áp dụng với mục đích tháo lồng

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 chủ động và an toàn như bơm không khí vào đại tràng, rất ít áp dụng.

2.4. Thuốc sau tháo lồng:

- Truyền dịch

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

3. Điều trị lồng ruột bằng phẫu thuật

3.1. Chỉ định mổ

- Trẻ \leq 24 tháng:

- Tháo lồng bằng không khí vào đại tràng thất bại

- 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

- Trẻ \geq 25 tháng tuổi:

- Lồng ruột mãn tính, thường ở trẻ lớn

- Lồng ruột bán cấp: có chỉ định tương đối

3.2. Kỹ thuật mổ:

- Có hồi sức trước mổ: truyền dịch, kháng sinh, hạ sốt, đặt ống thông dạ dày

- Gây mê nội khí quản

- Đường rạch:

- . Đường giữa trên rốn; trên dưới rốn

- . Đường bờ ngoài cơ thẳng bụng phải

- . Đường ngang theo nếp bụng dưới rốn phải

- Kỹ thuật:

- . Cách tháo: nắn và đẩy khối lồng ngược chiều nhu động tạo khối lồng.

- Kiểm tra nguyên nhân gây lồng và giải quyết như polype, túi Mecken

- Vấn đề cắt ruột thừa: không nên cắt ruột thừa
- Vấn đề cố định ruột:
 - . Trẻ \leq 24 tháng: không cần cố định
 - . Trẻ \geq 25 tháng: cố định hồi tràng vào đại tràng và cố định đại tràng lên vào phúc mạc thành bên ở hố chậu phải
- Cắt ruột hoại tử: tùy theo tổn thương và tình trạng bệnh nhân mà quyết định:
 - . Nói ngay, nói tận-tận
 - . Dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài thành bụng kiểu Mickulicz. Mô thì hai vài tháng sau nối lại ruột.

3.3 Săn sóc sau mổ

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.
- Kháng sinh:
 - Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV
 - Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam
 - Hoặc Ampicillin + Sulbactam
- Kết hợp với:
 - + Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày
 - + Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

- Rút sonde dạ dày và cho ăn khi có trung tiện

4. Biến chứng sau mổ

- Viêm phúc mạc
- Tắc ruột
- Chảy máu trong ổ bụng
- Bục thành bụng
- Nhiễm trùng vết mổ

CHẤN THƯƠNG TÁ TỤY

1. CHẨN ĐOÁN

Chấn thương vùng tá tụy thường được chẩn đoán muộn, khó khăn vì đa số trường hợp nằm trong bệnh cảnh lâm sàng đa chấn thương, nhất là khi có chấn thương sọ não kèm theo; tỷ lệ biến chứng và tử vong vẫn còn cao. Chẩn đoán vỡ tá tràng thường chỉ được xác định khi mở bụng (thường viêm phúc mạc, xuất huyết nội ...) nhưng cũng có khi bỏ sót tổn thương. Để nâng cao khả năng chẩn đoán trước mổ, nên:

1.1. Hỏi kỹ cơ chế chấn thương

Lực chấn thương tác động trực tiếp vào vùng thượng vị hay vắt ngang lưng vùng trên, dù chỉ có dấu xây xát da hay tụ máu nhỏ vùng này khi thăm khám thì chúng ta đặc biệt quan tâm và chú ý.

1.2. Chụp phim bụng không chuẩn bị

Hình hơi bất thường cạnh tá tràng và quanh thận

1.3. Siêu âm bụng

Thấy khối máu bất thường vùng hông phải

1.4. Chụp Xquang:

- Chụp lại phim bụng có thuốc cản quang đường uống tan trong nước
- Chụp cắt lớp bụng có cản quang đường uống và cản quang tan trong nước có giá trị chẩn đoán cao nếu tình trạng bệnh nhân cho phép

2. PHÂN ĐỘ VỠ TÁ TRÀNG

Theo Hiệp hội chấn thương Hoa Kỳ- 1990

Độ	Kiểu Thương Tổn	Mô Tả Thương Tổn
I	Tụ máu	Chỉ 1 đoạn tá tràng
	Rách	Chưa thủng thành tá tràng
II	Tụ máu	Trên 1 đoạn tá tràng
	Rách	Thủng, vỡ < 50% chu vi
III	Rách	Thủng, vỡ 50-75% chu vi D2
		50-100% chu vi D1, D3, D4
IV	Rách	Thủng, vỡ > 75% chu vi D2
		Tổn thương bóng Vater, ống mật chủ
V	Rách	Vỡ khối tá tụy phức tạp
	Mạch máu	Mất mạch máu nuôi tá tràng

3. TRI THUẬT

Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

ĐIỀU PHẪU

Dựa vào phân độ trên chúng tôi có một số đề nghị sau:

▪ **Tổn thương nhẹ (độ I, II):**

- Chẩn đoán và phẫu thuật trước 12 giờ: Khâu kín thương tổn tá tràng + giảm áp qua ống thông mũi - dạ dày, cắt hoặc không cắt dây chằng treo Treitz

- Sau 12 giờ cần làm thêm thủ thuật giảm áp tá tràng qua ống mở thông dạ dày

▪ **Tổn thương độ III:**

- Nối tá - hỗng tràng kiểu Roux-en-Y

- Hoặc khâu tá tràng + loại trừ môn vị + nối vị tràng

▪ **Tổn thương độ IV**

- Khâu tá tràng, khâu ống mật chủ với dẫn lưu T qua bóng Vater hoặc nối mật ruột. Nếu không thể sửa chữa được thương tổn ở đường mật, có thể cột thắt lại và nối mật ruột trong lần mổ sau.

- Nối tá tràng kiểu Roux-en-Y nếu mất nhiều tổ chức tá tràng, +/- dẫn lưu đường mật.

▪ **Tổn thương độ V**

- Vỡ nát khung tá tràng: Cắt lọc tá tràng bảo tồn đầu tụy + nối đầu tụy với quai hỗng tràng kiểu Roux-en-Y

- Vỡ tá tràng + vỡ móc tụy không thấy tổn thương ống mật tụy: Nối tá hỗng tràng kiểu Roux-en-Y + khâu tụy

- Vỡ tá tràng đầu tụy phức tạp có tổn thương ống mật tụy: Cắt khô tá tụy

Vỡ tá tràng

Tuyến trên

Độ I, II

Độ III, IV

Độ V

+ khâu tá tràng
+ Giảm áp qua ống thông mũi dạ dày/
mở thông dạ dày
+/- Cắt dây chằng Treitz

+ Nối tá hồng tràng quai Roux-en-Y, +/- ống nuôi ăn hồng tràng
+ Hoặc khâu tá tràng, loại trừ môn vị, nối vị tràng, +/- ống nuôi ăn hồng tràng
+ Nối mật ruột, sữa chữa đường mật tạm

+ Cắt lọc tổn thương, bảo tồn đầu tụy, nối đầu tụy- với hồng tràng
+ Nối tá hồng tràng quai Y+ khâu tụy
+ Cắt khối tá tụy

4. MỘT SỐ VẤN ĐỀ CẦN LƯU Ý

- Không dẫn lưu trực tiếp qua đường khâu thương tổn tá tràng. Không khâu tổn thương tá tràng và nối vị tràng kiểu quai đơn thuần, đặc biệt nối trước đại tràng ngang gây ứ đọng dịch khung tá tràng
- Nếu nối vị tràng phải loại trừ môn vị
- Trong trường hợp loại trừ môn vị nên nối vị tràng kiểu Roux-en-Y
- Khi không đủ khả năng và điều kiện xử lý thương tổn tá tràng, nên xử trí tạm thời như khâu cầm máu, khâu tạm chỗ vỡ tá tràng và chuyển tuyến trên với mô tả đầy đủ và chi tiết
- Đặt ống hút giảm áp từ hồng tràng ngược lên khung tá tràng thường khó khăn do chỗ gấp góc Treitz và hiệu quả hút thường không cao
- Đặt ống nuôi ăn hồng tràng là cần thiết trong trường hợp nặng, phức tạp, hoặc mổ nhiều lần.
- Đặt dẫn lưu cạnh chỗ khâu tá tràng + dẫn lưu Douglas

5. CHĂM SÓC SAU MỔ

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid. Nuôi ăn tĩnh mạch có vai trò rất quan trọng trong quá trình điều trị

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

+ Giảm tiết: Ranitidin: 50mg x 2lần/ngày

6. BIẾN CHỨNG SAU MỔ

- Xi rò tá tràng: Điều trị nội khoa hoặc mổ lại

- Chảy máu sau mổ: Mổ lại

- Áp xe tồn lưu sau mổ: Mổ lại

- Tắc ruột sớm sau mổ: Mổ lại

SỎI BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

sỏi bàng quang ngoài những đặc điểm chung của sỏi ở hệ tiết niệu, còn có những đặc điểm riêng vì thường gặp ở nam giới và liên quan đến sự ứ đọng nước tiểu do chướng ngại ở cổ bàng quang hay niệu đạo

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu Chứng Cơ Năng:

- Đau vùng hạ vị: đau lan xuống tầng sinh môn, tiểu xong cảm giác đau buốt tăng lên
- Tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu lắt nhắt, tiểu ngắt quãng
- Bí tiểu nếu sỏi kẹt cổ bàng quang
- Tiểu ra máu thường cuối dòng
- Nước tiểu đục do có viêm nhiễm kèm theo

2.2. Triệu Chứng Thực Thể

- Có cầu bàng quang trong trường hợp sỏi kẹt cổ bàng quang, hoặc tiểu không ra hết
- Thăm trực tràng có thể chạm sỏi nếu sỏi to, đồng thời phát hiện hẹp cổ bàng quang hay bướu lành tiền liệt tuyến to
- Khám toàn thân để phát hiện tình trạng nhiễm trùng, cũng như bệnh lý kèm theo.

2.3. Cận Lâm Sàng

- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**
- Siêu âm bụng: cho thấy hình ảnh sỏi trong bàng quang, nhưng cần phân biệt với vôi hóa tiền liệt tuyến, nên phải cho bệnh nhân thay đổi tư thế nếu sỏi có di chuyển theo là đúng sỏi trong bàng quang
- Chụp KUB: là hình ảnh chẩn đoán chính xác sỏi cản quang trong bàng quang, nhưng đôi khi sỏi không cản quang cần phải chụp thêm UIV, hoặc CT scanner bụng có cản quang.

3. ĐIỀU TRỊ

- nếu sỏi nhỏ dưới 10 mm thì có thể tự tiểu ra được
- nếu sỏi lớn hơn 10 mm thì chỉ định mổ lấy sỏi
- Kỹ Thuật Mổ:
 - Đường mổ giữa dưới rốn dài khoảng 4 cm
 - Mở bàng quang lấy sỏi, giải quyết các bệnh kèm theo như hẹp cổ bàng quang, bướu lành tiền liệt tuyến, túi ngách bàng quang..
 - Khâu bàng quang 2 lớp nếu sỏi nhỏ thì không mở bàng quang ra da, nếu sỏi lớn thì phải mở bàng quang ra da
 - Đặt thông tiểu, khâu da
- THUỐC SAU MỔ
- CHĂM SÓC SAU MỔ
 - Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.
 - Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

- Rút dẫn lưu penrose khi hết dịch.

- Rút sond niệu đạo: sau 7 ngày

SỎI NIỆU QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi niệu quản là do sỏi thận rơi xuống chiếm 80% các trường hợp, một số trường hợp sỏi niệu quản được sinh ra tại chỗ do niệu quản dị dạng phình to, niệu quản tách đôi, niệu quản sau tĩnh mạch chủ. Trong số sỏi thận rơi xuống niệu quản thì phần lớn là xuống bàng quang và ra ngoài, một số còn lại thường dừng ở đoạn niệu quản bị hẹp như: đoạn bất chéo độ ng mạch, đoạn thành..., hoặc các sỏi lớn trên 1 cm, xù xì, có thể dừng lại

ở bất cứ vị trí nào gây tắc hoàn toàn niệu quản, gây ra biến chứng ở thận rất nhanh và nặng

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu Chứng Cơ Năng

- Con đau quặn thận: đau thành cơn dữ dội vùng thắt lưng vài phút, có khi hàng giờ, đau lan rõ rệt dọc xuống hố chậu hoặc xuống bìu

- Đau âm ỉ vùng thắt lưng: do sỏi không gây tắc hoàn toàn, bệnh có cảm giác căng tức vùng thắt lưng, khi vận động đau tăng lên

- Tiểu ra máu: có thể từ vi thể đến đại thể

- Tiểu gắt, tiểu buốt

- Bí tiểu: khi sỏi ở đoạn nội thành bàng quang có thể kích thích gây bí tiểu

2.2. Triệu Chứng Thực Thể

- Đau co cứng vùng hông lưng, bụng chướng khi có cơn đau quặn thận, hoặc thận ứ mủ

- Đau vùng hông lưng hoặc vùng hố chậu khi ấn

- Sờ chạm thận khi thận ứ nước nhiều

- Khám toàn thân phát hiện những dấu hiệu nhiễm trùng như sốt cao, phù do suy thận, hoặc vô niệu trong trường hợp sỏi niệu quản hai bên hoặc trên thận độc nhất.

2.3. Cận Lâm Sàng

- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

- Siêu âm bụng: đánh giá mức độ ứ nước thận và vị trí của sỏi

- Chụp KUB, UIV: để thấy được sỏi và khảo sát chức năng bài tiết của thận

- Chụp CT scanner bụng có cản quang bụng: để thấy chính xác vị trí sỏi và độ bế tắc của niệu quản trong trường hợp sỏi cản quang kém

3. Chẩn Đoán Phân Biệt

- Viêm ruột thừa cấp

- Viêm đại tràng

- Viêm phần phụ

- Thoái hóa cột sống thắt lưng

- Vôôi hóa mạch máu

4. Điều Trị

4.1. NỘI KHOA

Trong trường hợp sỏi nhỏ dưới 4 mm và thận ứ nước nhẹ khoảng độ 1 thuốc:

- Cefixim 0,2 g 1 viên x 2 uống/ngày hoặc nhóm quinolon như ciprofloxacin 0,5 g, ofloxacin 0,2 g, peflacin 0,4 g, levofloxacin 0,5 g

- Thuốc giảm co thắt
- Domitazol 2 viên x 2 uống/ngày x 7 ngày
- Dặn bệnh nhân uống nhiều nước khoảng 2-3 lít/ngày

4.2. TÁN SỎI NGOÀI CƠ THỂ

Chỉ định sỏi đường kính 5 - 20 mm và thận ứ nước nhẹ khoảng độ I-II

▪ Thuốc Sau Tán

NaCl 0.9% 500ml x 2 chai TTM XL giọt/phút,

Glucose 5% 500ml x 2 chai TTM XL giọt/ngày

- Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ III
- Giảm đau.
- Furosemide 40 mg 1 viên x 2 uống /ngày
- Uống nhiều nước trong ngày khoảng 3 lít
- sau tán có thể cho bệnh nhân xuất viện sau 1-3 ngày, và dặn tái khám sau một tháng

4.3. Phẫu Thuật Nội Soi Sau Phức Mạc

▪ Chỉ định:

- sỏi đường kính từ 10 mm trở lên ở đoạn niệu quản lưng hoặc chậu cao
- sỏi nhỏ hơn mà điều trị tán sỏi thất bại nằm ở đoạn lưng hoặc chậu cao

▪ Kỹ thuật:

- đặt vào vùng hông lưng sau phức mạc 3 trocar
- tách tìm niệu quản
- mở niệu quản lấy sỏi
- khâu lại niệu quản
- dẫn lưu sau phức mạc

4.4. Phẫu Thuật Mở Mở

▪ Chỉ định:

- Sỏi đường kính lớn nhất từ 10 mm trở lên
- Các sỏi nhỏ hơn mà điều trị các phương pháp khác thất bại
- Thận ứ nước nhiều từ độ 3-4 sỏi > 5 mm, xù xì
- Thận ứ mủ, ứ nước niêm trùng do sỏi > 5 mm

▪ Đường mổ: hông lưng ở bên có sỏi, hoặc đường Gilson

- Kỹ thuật: bóc lộ niệu quản mở niệu quản lấy sỏi, khâu lại niệu quản
- Đặt nòng niệu quản trong trường hợp thận ứ nước nhiều
- Dẫn lưu thận trong trường hợp thận ứ mủ, hoặc thận ứ nước nhiều

- Cầm tạo hình niệu u quản trong trường hợp niệu u quản bị hẹp
- Đặt dẫn lưu cạnh niệu u quản, đóng vết mổ

- Thuốc Sau Mổ

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

Ống dẫn lưu cạnh niệu u quản rút sau 48 giờ, nếu có xì dò nước tiểu thì để lâu hơn

SỎI ỐNG MẬT CHỦ

1. CHẨN ĐOÁN.

1.1. Tam chứng Charcot

1.2. Túi mật to.

1.3. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**
- Bilirubine tăng, Bilirubine trực tiếp tăng.
- Siêu âm: sỏi ống mật chủ
- CT-Scan bụng có cản quang.
- Chụp đường mật xuyên gan qua da (PTC)

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị trước mổ: Xem bài chuẩn bị trước mổ

2.2. Phẫu thuật:

- Phẫu thuật mở lấy sỏi đường mật và dẫn lưu Kehr. Lấy dịch mật cấy làm kháng sinh đồ.

- Nối mật - ruột (nếu sỏi tái phát nhiều lần hoặc kèm theo bệnh lý hẹp cơ vòng Oddi , U đầu tụy)

- Nối mật - ruột với một đầu ruột dưới da.

2.3. Điều trị sau mổ:

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

Nếu có kết quả KSD thì đổi kháng sinh theo KSD

2.4. Chăm sóc hậu phẫu:

- Rút dẫn lưu dưới gan sau 24-48 giờ hoặc đến khi hết dịch.

- Bơm rửa đường mật qua Kehr khi có chỉ định từ ngày thứ 5

- Chụp ống Kehr kiểm tra sau ngày thứ 10.

- Rút Kehr vào ngày thứ 12-14 sau khi xác định hết sỏi đường mật và oddi thông xuống tá tràng tốt.

- Tẩy giun định kỳ

2.5. Biến chứng:

- Dò dịch mật ổ bụng gây viêm phúc mạc mô lại.

SỎI TÚI MẬT

I. CHẨN ĐOÁN

1. Đau ê ẩm hạ sườn phải
2. Murphy (+)

II. CẬN LÂM SÀNG

1. Siêu âm có sỏi túi mật.

2 Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

1. Phẫu thuật

- Mổ mở: cắt túi mật (Ngày nay ít sử dụng)

- Mổ nội soi: cắt túi mật, dẫn lưu dưới gan hoặc không

Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.

2. Thuốc sau mổ:

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

SỎI THẬN

1. Định Nghĩa:

Sỏi thận là một bệnh thường gặp và hay tái phát do sự kết tủa của một số thành phần trong nước tiểu ở đường tiết niệu gây nhiễm trùng và suy thận, nguy hại cho sức khỏe và tính mạng người bệnh

2. Các Loại Sỏi Thường Hay Gặp

- Sỏi canxi: chiếm tỷ lệ 80-90% các trường hợp
- Sỏi Amoni Magie Phosphat chiếm tỷ lệ 5-15%
- Sỏi Acid uric
- Sỏi Cystin

3. Chẩn Đoán

3.1. Triệu Chứng Cơ Năng

- Đau vùng hông lưng, đau âm ỉ, đôi khi có cơn đau quặn thận
- Tiểu ra máu
- Tiểu đục do có nhiễm trùng, kèm theo sốt cao, tiểu gắt buốt
- Phù và nôn mửa, ăn không ngon do có biến chứng suy thận
- Có thể vô niệu trong trường hợp thận độc nhất hay sỏi thận hai bên

3.2. Triệu Chứng Thực Thể

- Khám bụng thấy vùng thận có sỏi bị ứ nước sờ chạm thận, ấn đau, và khi thận ứ nước nhiễm trùng, bụng có thể chướng nhẹ và có đề kháng.
- Khám toàn thân để phát hiện những triệu chứng như phù, da xanh thiếu máu do biến chứng tiểu ra máu và suy thận

3.3. Cận Lâm Sàng

- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**
- Siêu âm bụng: để phát hiện được sỏi, và tình trạng ứ nước thận
- Chụp KUB: để thấy vị trí, kích thước, số lượng sỏi
- Chụp UIV: để thấy được hình ảnh thận, chức năng thận và sự bế tắc của sỏi
- Chụp CT.Scaner bụng có cản quang: để thấy được rõ ràng hình ảnh thận và sỏi, đồng thời phân biệt với các bệnh lý khác làm bế tắc đường niệu

4. Điều Trị

4.1. Nội Khoa: chỉ định cho những trường hợp sỏi < 5mm

- Cefixim 0,2 g 1 viên x 2 uống/ ngày
- Hoặc Ciprofoxacin 0,5 g 1 viên x 2 uống/ngày
- Giảm đau.
- Uống nhiều nước: 2-3 lít/ngày

4.2. Tán Sỏi Ngoài Cơ Thể: chỉ định sỏi thận kích thước 5-20 mm, không có ứ nước nhiễm trùng, không bị bế tắc đường tiểu dưới

- Thuốc Sau Tán Sỏi
NaCl 0.9% 500ml x 2 chai TTM XL giọt/phút,
Glucose 5% 500ml x 2 chai TTM XL giọt/phút

- Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ III
- Giảm đau.
- Furosemide 40 mg 1 viên x 2 uống /ngày
- Uống nhiều nước trong ngày khoảng 3 lít

- Tái khám sau một tháng

4.3. Phẫu Thuật Mở Mở

- Đường mổ: hông lưng ở bên có sỏi, có thể cắt xương sườn 12 khi sỏi thận nằm cao
- Kỹ thuật: mở bể thận kiểu Gilverner, có thể kèm theo mở chủ mô thận chỗ dẫn mỏng hoặc kiểu Turner Warwick, hoặc Doufur để lấy sỏi bể thận hay sỏi san hô
- Có thể dẫn lưu thận trong trường hợp thận ứ mủ, hoặc thận ứ nước nhiều
- Khâu bể thận, khâu chủ mô thận
- Đặt dẫn lưu cạnh thận, đóng vết mổ

- Thuốc Sau Mổ

Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

CHĂM SÓC SAU MỔ

- Ống dẫn lưu cạnh thận rút sau 48 giờ nếu có xì dò nước tiểu thì để lâu hơn
- Ống dẫn lưu thận rút sau 7 ngày nếu thận ứ mủ thì để lâu hơn

TẮC RUỘT CƠ HỌC

I. KHÁI NIỆM

- Tắc ruột là một hội chứng ứ trệ lưu thông của hơi, dịch và các chất tiêu hóa có trong lòng ruột. Tắc ruột do sự cản trở cơ học nằm từ góc Treitz đến hậu môn là tắc ruột cơ học.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân trong lòng ruột:

- Do giun kết dính lại gây tắc ruột
- Do bã thức ăn (măng, xơ mít, quả sim...)
- Sỏi mật rơi vào ruột
- Lòng ruột cấp tính
- Khối u phân

2. Nguyên nhân ở thành ruột:

- Khối ung thư cả ruột non và ruột già
- Hẹp thành ruột do viêm nhiễm hoặc do sẹo xơ: lao ruột, bệnh Crohn, viêm ruột sau xạ trị, hẹp miệng nối ruột, hẹp ruột sau chấn thương.
- Lòng ruột

3. Nguyên nhân ngoài thành ruột:

- Dây chằng và dính các quai ruột
- Thoát vị ruột
- Xoắn ruột

III. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1. Lâm sàng:

- Đau bụng:

. Trong tắc ruột do bít tắc: đau bụng cơn điển hình, ngoài cơn thấy không đau hoặc đau nhẹ

. Trong xoắn ruột: đau liên tục đột ngột, dữ dội, người bệnh tìm mọi tư thế giảm đau nhưng không có hiệu quả

- Nôn: ra thức ăn, dịch mật, giống phân
- Bí trung, đại tiện: dù có đại tiện nhưng không làm hết đau hay giảm cơn đau bụng
- Triệu chứng toàn thân: rối loạn nước và điện giải
- Bụng trướng, mềm
- Dấu hiệu quai ruột nổi
- Dấu hiệu rắn bò
- Thăm trực tràng: có thể sờ chạm khối u, máu dính găng

2. Cận lâm sàng:

▪ Chụp X quang bụng không chuẩn bị: tư thế thẳng đứng, hoặc nằm thẳng, hoặc nằm nghiêng.

- Các dấu hiệu tắc ruột:

. Ruột giãn trên chỗ tắc, giãn hơi trên phim nằm, mức nước- hơi trên phim đứng và nằm nghiêng

- . Không có hơi đại tràng
- Chụp đại tràng cản quang
- . Chỉ định khi lâm sàng nghi ngờ tắc ở đại tràng
- Chụp lưu thông ruột non
- . Chỉ định khi tắc ruột sau mổ tái diễn nhiều lần
- Siêu âm bụng:
 - Hình ảnh ruột giãn hơi và chứa nhiều dịch. Có thể xác định được vị trí và nguyên nhân gây tắc
- Chụp cắt lớp vi tính :
 - Hình ảnh ruột giãn, ứ dịch và hơi thấy được sớm hơn X quang. Ngoài ra còn có thể thấy được nguyên nhân.
- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Bệnh nội khoa:

- Con đau quặn thận
- Nhồi máu cơ tim, thể biểu hiện ở bụng
- Con đau quặn gan

2. Bệnh ngoại khoa:

- Viêm phúc mạc
- Viêm tụy cấp
- Nhồi máu mạc treo ruột
- Vỡ phòng động mạch chủ sau phúc mạc
- Tắc ruột do liệt ruột

V. ĐIỀU TRỊ

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

1. Chuẩn bị bệnh nhân :

- Hút dạ dày
- Điều chỉnh tình trạng mất nước và các chất điện giải: Dịch truyền đẳng trương và các chất điện giải, truyền nhanh với đường truyền tĩnh mạch lớn trong vài giờ đầu, bù thiếu hụt điện giải theo điện giải đồ
- Trong trường hợp có sốc phải đặt catheter tĩnh mạch trung tâm hồi sức tích cực trước mổ
- Kháng sinh trước mổ: Cephalosporin thế hệ III, Hoặc IV

2. Phẫu thuật (mổ mở hoặc mổ nội soi)

- Gây mê nội khí quản
- Đường mổ: Thường sử dụng đường mổ trên và dưới rốn có thể mở rộng lên trên hoặc xuống dưới khi cần thiết
- Thăm dò tìm vị trí và nguyên nhân gây tắc nằm chỗ nối đoạn ruột phòng và đoạn xẹp
- Xử lý nguyên nhân gây tắc: Tùy nguyên nhân tắc mà có cách xử lý khác nhau nếu ruột đã hoại tử cắt đoạn ruột đó và nối ngay nếu là ruột non, đưa hai đầu ruột ra thành bụng nếu tắc ở đại tràng hoặc đã có tình trạng viêm phúc mạc
- Làm xẹp ruột: rất cần thiết, nếu cắt ruột làm xẹp ruột qua chỗ cắt ruột, nếu không cắt ruột làm xẹp bằng cách dồn lên dạ dày để hút, không nên mở ruột để làm xẹp ruột.

3. Điều trị sau mổ

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

- Khi bệnh có trung tiện rút sond dạ dày cho ăn cháo, súp, uông sữa, sau đó cho ăn cơm.

- Cho bệnh tập vận động sớm sau 24-48h sau mổ

- Dẫn lưu ổ bụng rút sau 48-72h

4. Biến chứng sau mổ

- Chảy máu

- Áp xe tồn lưu sau mổ

- Bục xì miệng nối

- Tụt hậu môn nhân tạo

- Tắc ruột sớm sau mổ

Các biến chứng trên phải mổ lại sớm cho bệnh nhân

- Nhiễm trùng vết mổ

TINH HOÀN ẪN

I. Định nghĩa

Tinh hoàn ẫ là tinh hoàn nằm trên đường đi của nó mà không có ở trong bìu.

II. Nguyên nhân

- Nguyên nhân giải phẫu: dị dạng dây kéo tinh hoàn làm cản trở sự di chuyển của tinh hoàn.
- Loạn sản tinh hoàn: làm cho tinh hoàn không nhạy cảm với gonodotropin.
- Thiếu sự kích thích của gonodotropin, nên androgen của tinh hoàn không phát huy được tác dụng.

III. Thương tổn giải phẫu

Tinh hoàn ẩn sẽ có những thay đổi cấu trúc sau:

- Đường kính của ống sinh tinh giảm
- Số lượng tinh nguyên bào giảm và chậm trưởng thành
- Xơ hóa xung quanh ống và mô kẽ lắng đọng nhiều sợi collagen
- Nezelop và Houissa còn nhận thấy hoại tử các tế bào Sertoli Tỷ số hữu sinh (TFI): tinh hoàn trong bụng 4,8%, ống bẹn 19,1%, lỗ bẹn nông 31%, gốc bìu dương vật 42%

IV. Tần suất

Tinh hoàn ẩn có trong 30% các trường hợp sinh non, 3% ở trẻ đủ tháng, 2/3 các trường hợp tinh hoàn ẩn sẽ tự xuống bìu ở những tháng đầu, đến 1 tuổi tinh hoàn ẩn chiếm tỷ lệ 1%. Sau 1 tuổi tinh hoàn không tự xuống bìu và bắt đầu diễn biến xấu về mô học.

V. Lâm sàng

Khám thấy bìu bên không có tinh hoàn sẽ nhỏ hơn bên bình thường, sờ nắn bìu không chạm tinh hoàn, sờ dọc theo ống bẹn có thể sờ được tinh hoàn nằm ở trong ống bẹn, nếu sờ không thấy tinh hoàn thì có khả năng tinh hoàn nằm trong ổ bụng hoặc là không có tinh hoàn.

VI. Chẩn đoán

Hầu hết các trường hợp chẩn đoán tinh hoàn ẩn đều có thể qua thăm khám lâm sàng nhưng có một số ít trường hợp khó phải dựa vào cận lâm sàng như:

- Siêu âm: giúp phát hiện dễ dàng những trường hợp tinh hoàn ẩn ở trong ống bẹn, lỗ bẹn sâu, những cũng còn khó phát hiện những trường hợp nằm trong ổ bụng.
- Chụp CT Scanner: giúp phát hiện một cách chính xác tinh hoàn ẩn ở bất cứ vị trí nào trong bụng

VII. Biến chứng

- Vô sinh: tỷ lệ không có tinh trùng 20-30% nếu ẩn một bên và 60-80% nếu ẩn cả 2 bên
- Loạn sản: Nguy cơ ung thư hoá tinh hoàn cao rất nhiều lần so với tinh hoàn bình thường. Tinh hoàn trong ổ bụng tỷ lệ ung thư cao hơn ở trong ống bẹn là 4 lần
- Ngoài ra tinh hoàn ẩn dễ bị chấn thương do va đập, hay xoắn tinh hoàn.

VIII. Điều trị

1. Điều trị nội khoa cho trẻ dưới 12 tháng: Tiêm HCG (tên thuốc là Profasi): 3-12 tháng tuổi liều 250 UI x 2 lần ngày tiêm dưới da, tiêm cách ngày dùng trong 2-3 tuần, có thể lặp lại một đợt sau 4-6 tuần.

-2. Phẫu thuật: Chỉ định sau khi thất bại với điều trị nội tiết hoặc là sau 12 tháng tuổi.

- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

- Kỹ thuật: giải phóng tinh hoàn, cột ống phúc tinh mạc, phải đảm bảo mạch máu nuôi tinh hoàn và ống dẫn tinh còn nguyên, phải cố gắng đưa tinh hoàn xuống bìu, qua khỏi gốc bìu dương vật.

Kháng sinh sau mổ: Cephalosporin III, có thể phối hợp thêm nhóm aminoglycosid.

- Giảm đau, kháng viêm, chống phù nề

- Thay băng mỗi ngày, nên khâu chỉ tan chậm để khỏi cắt chỉ vết mổ vì ở trẻ nhỏ rất khó cắt chỉ.

THOÁT VỊ BỆNH ĐÙI

I. MÔ PHIÊN:

Mô tất cả các trường hợp thoát vị bẹn không nghẹt

Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

II. MÔ CẤP CỨU:

Các trường hợp nghẹt.

Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

III. ĐIỀU TRỊ :

Nếu mổ cấp cứu chuẩn bị như bài chuẩn bị trước mổ

PHƯƠNG PHÁP MỔ.

1. Phương pháp Bassini: Thoát vị bẹn đùi gián tiếp nhỏ, vừa.
2. Phương pháp Macvay: Thoát vị bẹn đùi gián tiếp lớn, vừa.
3. Phương pháp shouldice: Thoát vị bẹn gián tiếp vừa lớn, tái phát.
4. Phương pháp mảnh ghép.

Cột cổ túi thoát vị nếu nghẹt phục hồi thành bụng + giải quyết nội dung thoát vị

HẬU PHẪU:

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

THÙNG DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Thùng loét là một biến chứng nặng, cần được chẩn đoán sớm và can thiệp cấp cứu kịp thời nhằm giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- Đau bụng đột ngột, dữ dội vùng thượng vị
- Co cứng thành bụng kèm theo phản ứng phúc mạc

- Có tiền sử loét DD – TT
- Xquang bụng đứng: Liềm hơi dưới hoành
- Siêu âm bụng: có hơi và dịch ổ bụng
- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

II. CÁC THỂ LÂM SÀNG:

- Thể thủng bít: Không có liềm hơi, chẩn đoán khó khăn.
- Thủng ổ loét ở mặt sau.
- Thủng kèm theo hẹp môn vị.
- Thủng kèm chảy máu.

II. ĐIỀU TRỊ: Phẫu thuật cấp cứu

- Chuẩn bị trước mổ: (xem bài chuẩn bị trước mổ)
 - Truyền dịch, kháng sinh, thuốc ức chế tiết acide
 - Đặt sond dạ dày trước mổ
 - Điều chỉnh rối loạn toàn thân trước mổ nếu có
 - Hồi sức chống sốc: đặt catheter đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, vận mạch...
 - Khâu lỗ thủng:
 - Gây mê: Mê nội khí quản
- Mổ mở:
- Đường mổ trắng giữa trên rốn
 - Cắt lọc mô quanh mép lỗ thủng làm GPBL, lấy 1 mẫu niêm mạc dạ dày thử H.P
 - Khâu lỗ thủng 1 hoặc 2 lớp
 - Lau rửa sạch mũ ổ bụng
 - Dẫn lưu Douglas, hoặc dưới gan, hoặc góc lách.
 - Nếu hẹp môn vị => nối vị tràng
 - Nếu thủng trên nền ung thư nên cắt đoạn dạ dày nếu tổng trạng bệnh nhân cho phép

➤ Mổ nội soi:

- Chỉ định:
 - . Thủng DD – TT có bằng chứng là loét lành tính
 - . Thủng không kèm theo hẹp môn vị hay chảy máu
 - . Thủng đến sớm thường trước 24h
 - . Bệnh không có chống chỉ định mê nội khí quản và bơm khí ổ bụng
- Chống chỉ định:

. Bệnh lớn tuổi, già yếu, đến muộn, có bệnh mãn tính đe dọa tính mạng kèm theo mà tiên lượng cuộc mổ cần nhanh.

. Thủng kèm theo sốc

- Kỹ thuật:

. Tư thế bệnh nhân:

Bệnh nhân nằm ở tư thế đầu cao chân thấp một góc 30° so với mặt nằm ngang. Hai chân dạng một góc 90°. Phần thuật viên đứng giữa 2 chân.

. Bơm khí ổ bụng áp lực duy trì 12 mmHg

. Thông thường 4 trocar: Trocar 10 mm ở rốn, trocar 10 mm đặt bên trái mũi ức, trocar 10 mm đặt ở trên đường vú bên trái dưới bờ sườn 5 cm, trocar 5 mm đặt ở đường nách trước phải ngang rốn

. Cắt mép lỗ thủng sinh thiết, thử H.P => khâu lỗ thủng 1 lớp

. Lau rửa sạch ổ bụng

. Dẫn lưu Douglas

▪ Phương pháp Newmann:

Áp dụng cho các trường hợp lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh xơ cứng khâu dễ mủn nát, dễ bục chỉ, tình trạng bệnh nhân yếu không cho phép cắt đoạn dạ dày ngay. Khi mổ đặt Sonde Malecot hoặc Pezzer qua lỗ thủng quấn mạc nối lớn xung quanh và đính vào thành bụng.

III. THUỐC SAU MỔ.

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

- Ngày thứ 4 rút ống DL dạ dày cho ăn lỏng

- Rút ống DL cùng đồ khi hết dịch.

Nếu có biến chứng Viêm phúc mạc sau mổ thì hội chẩn chỉ định mổ lại.

Khi xuất viện chuyển điều trị ngoại trú tiếp tục điều trị tiết trừ HP.

Điều trị nội khoa tích cực, theo công thức CMO, Hoặc Phác đồ OAC

UNG THƯ DẠ DÀY

1. Lâm sàng:

1.1. Giai đoạn sớm: Triệu chứng mơ hồ, chủ yếu là chán ăn, đầy bụng, chậm tiêu.

1.2. Giai đoạn muộn:

- Khối u thượng vị.
- Hẹp môn vị.

- Báng bụng.
- Hạch Troisier (hạch Virchow)
- Thiếu máu.

2. Cận lâm sàng:

- Xquang dạ dày đối quang kép.
- Nội soi dạ dày, sinh thiết làm giải phẫu bệnh lý
- Siêu âm: đánh giá di căn
- CT-scan bụng có cản quang: để đánh giá khả năng phẫu thuật, di căn
- Công thức máu, sinh hóa máu, CEA
- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

3. Chuẩn bị phẫu thuật:

- Cân bằng nước điện giải, bù đạm, mỡ, máu
- Rửa dạ dày trước mổ 24h, nhịn ăn
- Vệ sinh trước mổ

4. Phẫu thuật:

Cắt dạ dày toàn bộ hoặc $\frac{3}{4}$ tùy theo vị trí của khối ung thư. Nạo hạch Ro hoặc R1
Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.

▪ Phân giai đoạn trong mổ theo TNM:

- U nguyên phát (T):
 - Tx: U nguyên phát không xác định được.
 - T0: Không có dữ kiện của u nguyên phát.
 - Tis: Ung thư tại chỗ trong lớp biểu mô, không xâm lấn vào lớp cơ.
 - T1: U xâm lấn vào lớp niêm mạc và lớp dưới niêm.
 - T2: U xâm lấn vào lớp cơ và lớp dưới thanh mạc.
 - T3: U xâm lấn vào thanh mạc, chưa xâm lấn vào cơ quan lân cận.
 - T4: U xâm lấn cấu trúc lân cận
- Hạch vùng (N):
 - Nx: Không thể xác định các hạch vùng.
 - N0: Không có di căn hạch vùng.
 - N1: Di căn từ 1 - 6 hạch vùng.
 - N2: Di căn 7 – 15 hạch vùng.
 - N3: Di căn > 15 hạch vùng.
- Di căn xa (M):

Mx: Không xác định được di căn xa.

M0: Không có di căn xa.

M1: Có di căn xa.

5/ Chăm sóc sau mổ :

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

6/ Hóa trị

Sau mổ 03 tuần thực hiện hóa trị chu kỳ 03 tuần, 06 chu kỳ

Tên thuốc	Liều dùng	Đường dùng	Ngày dùng
Epirubicin	50 mg/m ²	TTM	N1
Cisplatin	60mg/m ²	TTM	N1
Capecitabine	1250mg/m ²	Uống chia 2lần	21N

UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

1.Lâm sàng:

Tùy theo vị trí và giai đoạn của ung thư mà triệu chứng lâm sàng có thể khác nhau

- Cơ năng: rối loạn đại tiện, sụt cân. Giai đoạn trễ có thể có dấu hiệu tắc ruột hay thủng ruột, tiêu phân có máu....

-Thực thể: sờ được khối bướu, thăm hậu môn chạm u gants dính máu....

3.Cận lâm sàng

Nội soi đại trực tràng

X quang đại trực tràng đối quang kép

Siêu âm bụng tổng quát

CT- scan bụng có cản quang: để đánh giá sự di căn và khả năng phẫu thuật

Công thức máu

Sinh hóa máu, CEA

Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

4/ Chuẩn bị phẫu thuật:

Cân bằng nước - điện giải, đạm, lipide, máu

Nhịn ăn trước mổ 24h

Thụt tháo rửa ruột sạch trước mổ 24h

5/ Phẫu thuật

Cắt đại tràng: phải, trái, cắt đoạn đại tràng ngang hoặc đại tràng Sigma tùy theo vị trí của khối ung thư.

Cắt trực tràng trước cao hoặc thấp tùy vị trí

Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.

* Phân giai đoạn trong mổ theo TNM:

- U nguyên phát (T):

Tis: Ung thư tại chỗ trong lớp biểu mô.

T1: U xâm lấn vào lớp dưới niêm.

T2: U xâm lấn vào lớp cơ.

T3: U xâm lấn vào thanh mạc, hoặc phúc mạc quanh trực tràng.

T4: U xâm lấn cấu trúc lân cận

- Hạch vùng (N):

N0: Không có di căn hạch vùng.

N1: Di căn từ 1 -3 hạch mạc treo vùng.

N2: Di căn > 4 hạch mạc treo vùng.

N3: Di căn hạch dọc theo đường đi của thân mạch máu.

- Di căn xa (M):

M0: Không có di căn xa.

M1: Có di căn xa.

6/ Chăm sóc sau mổ:

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

7/ Hóa trị: thực hiện sau mổ 02-03 tuần, chu kỳ 03 tuần, 06 chu kỳ

Tên thuốc	Liều dùng	Đường dùng	Ngày dùng
Oxaliplatin	130 mg/m ²	TTM	N1
Capecitabine	1.000mg/m ²	Uống chia 2 lần/ngày	N1-14

UNG THƯ VÚ

1/ Lâm sàng:

Vú có khối u cứng, bờ không đều, ít di động. Khi tiến triển làm thay đổi màu sắc da, núm vú bị co kéo, tiết dịch núm vú

Hạch nách cùng bên, đôi khi có hai bên

2/ Cận lâm sàng

FNA

Siêu âm vú nách

X quang: nhũ ảnh, tim phổi

Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

3/ Chuẩn bị phẫu thuật

Nhịn ăn trước mổ 12h

Vệ sinh trước mổ

4/ Phẫu thuật

Đoạn nhũ tận gốc biến đổi (Patey) + nạo hạch nách

Phẫu thuật bảo tồn + nạo hạch nách

Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.

5/ Chăm sóc sau phẫu thuật:

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

6/ Hóa trị: thực hiện sau mổ 02-03 tuần, chu kỳ 03 tuần, 06 chu kỳ

Tên thuốc	Liều dùng	Đường dùng	Ngày dùng
Docetaxel	75mg/m ²	TTM	N1
Doxorubicin	50mg/m ²	TTM	N1
Cyclophosphamide	500mg/m ²	TTM	N1

Cần kích thích tạo bạch cầu ngày thứ 4 chu kỳ

VẾT THƯƠNG THẬN

1. Định Nghĩa:

vết thương thận là thận bị tổn thương do vật nhọn đâm, chém hay do đạn pháo, bom mìn làm tổn thương, thường là kèm theo tổn thương cơ quan khác trong bụng.

2. Chẩn Đoán

2.1. Lâm sàng:

- Có vết thương hở ở vùng hông
- Tiểu ra máu
- Đau vùng hông lưng
- Dấu hiệu u choáng mất máu cấp: da xanh, niêm nhợt, Mạch nhanh, huyết áp tụt
- Vùng hông lưng đầy ấn đau, có đờ kháng thành bụng

2.2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm thấy thận mất liên tục, máu tụ quanh thận
- Chụp CT scanner bụng cản quang: thấy rõ hình ảnh tổn thương thận
- Chụp UIV thấy hình ảnh thận còn lại, để tiên lượng bệnh
- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

3. Điều Trị

- Hồi sức trước mổ:
Truyền máu khi HCT <30% hoặc có dấu hiệu mất máu nặng
Chuẩn bị máu trong lúc mổ
- Đường mổ: đường giữa trên dưới rốn
- Xử trí: nếu vết thương nhỏ gọn thì khâu cầm máu bảo tồn thận, hoặc cắt bán phần thận, nếu vết thương phức tạp vào rốn thận thì cắt thận khi thận còn lại bảo đảm hoạt động tốt, kiểm tra các cơ quan khác trong ổ bụng và dẫn lưu hố thận và cùng đồ

Thuốc Sau Mổ:

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.
- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

- + Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày
- + Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần
- + Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

Chăm Sóc Sau Mổ

- Rút ống dẫn lưu sau 48 giờ
- Thay băng hằng ngày

VIÊM RUỘT THỪA

Viêm ruột thừa là một cấp cứu ngoại khoa gặp hàng ngày. Nếu bệnh nhân được chẩn đoán sớm và mổ sớm thì tỷ lệ tử vong thấp, nếu muộn có biến chứng viêm phúc mạc tỷ lệ tử vong cao và nguy cơ tắc ruột về sau.

I. VIÊM RUỘT THỪA CẤP TÍNH Ở NGƯỜI LỚN**1. Chẩn đoán xác định**

- Đau bụng:
 - . Thượng vị, hoặc quanh rốn, dưới hạ sườn phải, bụng phải, thậm trí hố chậu trái => khu trú hố chậu phải
 - . Hoặc khởi điểm đau âm ỉ hố chậu phải
- Sốt nhẹ: 37.5 – 38.5°C
- Khám: Có điểm đau và phản ứng thành bụng hố chậu phải

- Bạch cầu tăng, chủ yếu bạch cầu đa nhân trung tính
 - Siêu âm: Có dịch ổ chậu phải, ruột thừa to hơn bình thường
 - Chụp CT scanner bụng có cản quang trong các trường hợp khó chẩn đoán
2. Chẩn đoán phân biệt
- 2.1 Thủng dạ dày, tá tràng
 - 2.2 Khối u manh tràng nhiễm trùng, dọa vỡ
 - 2.3 Thai ngoài tử cung ở tai vòi phải
 - 2.4 Viêm phần phụ
 - 2.5 Thủng hồi tràng do viêm, thương hàn, lao
 - 2.6 Viêm túi thừa Meckel
 - 2.7 Nang buồng trứng phải xoắn
3. Các thể lâm sàng viêm ruột thừa cấp tính ở người lớn
- 3.1 Viêm ruột thừa có sốt nhiễm khuẩn
 - Bệnh có triệu chứng viêm ruột thừa cấp nhưng toàn thân lại có dấu hiệu sốt rất rõ rệt: HA tụt hay kẹt, mạch nhanh, tay chân lạnh, tiểu ít hay vô niệu
 - 3.2 Viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai
 - Khó chẩn đoán hay dễ muộn gây áp xe hay vỡ mũ viêm phúc mạc
 - 3.3 Viêm ruột thừa ở người già: > 60 tuổi
 - Khó chẩn đoán do thành bụng mềm nhão, mức độ co cứng cơ không rõ rệt, công thức máu có khi không cao, có khi biểu hiện tắc ruột do đó thường dễ muộn
 - 3.4 Viêm ruột thừa đã dùng kháng sinh
 - Kháng sinh làm triệu chứng lâm sàng ít rõ rệt, khó chẩn đoán, dễ muộn có biến chứng
4. Điều trị
- * Phẫu thuật cấp cứu
- Chuẩn bị trước mổ:
 - + Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**
 - + Kháng sinh trước mổ
 - Gây mê: Mê tùy sống, hay mê nội khí quản
 - Mổ mở: Ngày nay ít sử dụng
 - . Đường mổ: Macburney
 - . Cắt ruột thừa không vùi gốc
 - Mổ nội soi:
 - + Chỉ định cho hầu hết viêm ruột thừa cấp, đồng thời kiểm tra được các cơ quan trong ổ bụng lúc mổ
 - + Kỹ thuật:
- Vào bụng 3 trocar: 1 trocar 10mm ở rốn, 1 trocar 5mm ở hố chậu phải, 1 trocar 10mm ở hạ vị hoặc ở trái
- Bơm khí vào ổ bụng: 10 – 12 mmHg
- Cắt ruột thừa
- Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.
5. Chăm sóc sau mổ
- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.
 - Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

II. VIÊM RUỘT THỪA CẤP TÍNH Ở TRẺ NHỮ NHI

- Đối với trẻ em, cấp cứu về bụng do viêm ruột thừa cấp tính vẫn chiếm tỷ lệ cao.

- Nhưng ở nhũ nhi, viêm ruột thừa cấp tính hiếm gặp và rất khó chẩn đoán

- Triệu chứng viêm ruột thừa ở trẻ nhũ rất nghèo nàn, khó phát hiện và khó chẩn đoán:

. Đau: rất khó xác định, cần theo dõi cẩn thận. Có khi bé chỉ quấy khóc, rên rỉ, nằm im, bú bú, không ngủ, có khi giãy giụa, la hét.

. Nôn: Không phải là triệu chứng đặc hiệu

. Có khi tiêu chảy, phân nhày

. Sốt > 39°C (75%)

* Diễn biến

- Đợt lắng bệnh: Khác với người lớn là có đợt lắng bệnh như: Mất hết các triệu chứng, bé ăn chơi bình thường, nhưng cẩn thận và chờ đợi, vì có thể thành nguy kịch và khó cứu

- Tổn thương diễn biến quá nhanh: Viêm đến có mủ và thủng có khi xảy ra trong vòng vài giờ dẫn đến viêm phúc mạc.

- Có thể chụp xquang bụng đứng và siêu âm bụng hỗ trợ chẩn đoán

- Điều trị

. Phẫu thuật: Mở mổ

III. BIẾN CHỨNG CỦA VIÊM RUỘT THỪA CẤP TÍNH

1. Viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ

* Chẩn đoán:

. Đau khu trú bụng phải với viêm phúc mạc khu trú; viêm phúc mạc toàn thể đau khắp bụng

. Sốt cao > 39°C

. Dấu hiệu nhiễm trùng rõ, mạch nhanh > 100l/ph

. Bạch cầu tăng rất cao, đa nhân trung tính tăng cao

. Khám bụng có co cứng, cảm ứng phúc mạc rõ bụng phải hay toàn thể

. SÂ: Dịch ổ bụng

2. Áp xe ruột thừa

* Chẩn đoán

. Đau bụng khu trú hố chậu phải 4 – 5 ngày

. Sốt cao, bạch cầu tăng cao 15.000 – 20.000/mm³

. Toàn thân nhiễm trùng, nhiễm độc

. Khám bụng chạm khối hố chậu phải, ấn rất đau, mềm

. Siêu âm: khối hố chậu phải, bên trong có mủ

3. Đám quánh ruột thừa

* Chẩn đoán

- . Đau bụng 3 – 4 ngày
- . Phản ứng viêm lui dần rồi dập tắt: không sốt, bạch cầu tăng nhẹ
- . Khám bụng thấy hố chậu phải có một mảng hơi cứng, ấn đau nhẹ hoặc không đau

* Điều trị

a. Phẫu thuật

- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ cho tốt:
 - . Truyền dịch, hạ nhiệt, kháng sinh trước mổ
 - . Hô sức tích cực trước mổ nếu sốt: Truyền dịch đẳng trương: NaCl 0,9% có lượng nước tiểu tốt, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm theo dõi.

b. Gây mê: Tốt nhất là mê nội khí quản

* Viêm phúc mạc khu trú do ruột thừa vỡ

- Mổ nội soi
 - . Ngày nay do sự tiến bộ về kỹ thuật nội soi nên có thể phẫu thuật nội soi điều trị tùy theo trình độ phẫu thuật viên

. Kỹ thuật mổ:

- Vào 3 trocar giống như mổ viêm ruột thừa cấp
- Cắt ruột thừa + lau rửa sạch ổ bụng + dẫn lưu Douglas

- Mổ mở:

- . Đường mổ cạnh bên bờ ngoài cơ thẳng bụng phải ngang dưới rốn
- . Cắt ruột thừa + lau rửa sạch ổ bụng + dẫn lưu Douglas

* Viêm phúc mạc toàn thể do ruột thừa vỡ

- Mổ nội soi:

- . Kỹ thuật mổ
 - Vào bụng 3 trocar như trên
 - Cắt ruột thừa + lau rửa sạch ổ bụng + dẫn lưu Douglas

- Mổ mở:

- . Đường mổ trắng giữa dưới rốn
- . Cắt ruột thừa + lau rửa sạch ổ bụng + dẫn lưu Dougla

* Áp xe ruột thừa

- Mổ mở:

- . Đường mổ trắng giữa dưới rốn
- . Cắt ruột thừa nếu được hoặc dẫn lưu ổ áp xe

* Đám quánh ruột thừa

- . Không mổ
- . Cắt ruột thừa sau 3 tháng

c. Chăm sóc sau mổ

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

- Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV
- Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam
- Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

- + Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Metronidazole 1 – 1,5 g/ngày

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

Nếu có kết quả KSD thì đổi kháng sinh theo KSD

- Rút dẫn lưu khi hết dịch

▪ Biến chứng sau mổ

- Chảy máu sau mổ: Mổ lại sớm cầm máu

- Nhiễm trùng vết mổ

- Viêm phúc mạc sau mổ: Rò bục gốc ruột thừa => mổ lại giải quyết nguyên nhân

- Áp xe tồn dư sau mổ: Mổ lại dẫn lưu ổ áp xe

- Tắc ruột sớm và muộn sau mổ: Mổ lại giải phóng ruột tắc

VỠ BÀNG QUANG

1. Định Nghĩa:

Bàng quang bị thủng sau khi bị chấn thương đụng dập vào bụng hoặc vùng chậu

2. Chẩn Đoán:

2.1. Lâm sàng:

- Có cơ chế chấn thương vào vùng bụng hoặc vùng chậu

- Choáng có thể do mất máu do vỡ khung chậu hoặc do đau

- Không có cảm giác mắc tiểu, thông tiểu có ít nước tiểu, nước tiểu có máu

- Đau vùng hạ vị sau lan ra khắp bụng

- Bụng có đề kháng vùng hạ vị nếu muộn thì đề kháng khắp bụng

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm có nhiều dịch trong ổ bụng

- Chụp X-Quang khung chậu có thể phát hiện vỡ khung chậu kèm theo, chụp Xquang bàng quang cản quang, thấy thuốc cản quang lan vào trong ổ bụng, hoặc thoát ra ngoài bàng quang vùng chậu
- Chụp CT scanner bụng có thể phát hiện những tổn thương khác trong ổ bụng
- Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

3. Điều Trị

Hồi sức tích cực chống choáng: truyền dịch, truyền máu, kháng sinh, giảm đau chỉ định mổ cấp cứu: đường mổ giữa dưới rốn

- Nếu vỡ trong phúc mạc thì khâu lại chỗ vỡ bàng quang 2 lớp và mở dẫn lưu bàng quang ra da, kiểm tra các cơ quan khác trong ổ bụng, dẫn lưu cùng đồ
- Nếu vỡ bàng quang dưới phúc mạc thì thường có kèm theo vỡ khung chậu, thì xử trí là khâu lại chỗ vỡ 2 lớp kèm dẫn lưu kiểu Fullerton, mở bàng quang ra da, kiểm tra các cơ quan trong ổ bụng, dẫn lưu ổ bụng và kết hợp bác sỹ khoa chấn thương để xử trí vỡ khung chậu

Thuốc Sau Mổ

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.
- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

Chăm Sóc Sau Mổ

- Thông tiểu rút ngày thứ 4-5 sau mổ,
- Thông bàng quang ra da rút vào ngày thứ 7-8 sau mổ

VỠ THỂ HANG DƯƠNG VẬT

I. ĐỊNH NGHĨA

Vỡ thể hang dương vật là một bệnh lý chấn thương xảy ra lúc dương vật cương cứng, làm rách vỏ trắng bao quanh thể hang, làm máu chảy ra lan tràn dưới mạc dương vật

II. TRIỆU CHỨNG

- Bệnh nhân sau khi tự bẻ dương vật lúc cương cứng hoặc do chấn thương, thường có nghe một tiếng “rắc”, và có cảm giác đau nhói, sau đó dương vật bắt đầu mềm xẹp dần và bắt đầu sưng lên bầm tím, thường là tiểu khó chứ không có bí tiểu ngoại trừ có vỡ niệu đạo kèm theo.

- Khám lâm sàng:

+ Dương vật sưng nề, tụ máu, bầm tím, tụ máu có thể lan xuống khớp bẹn, tăng sinh môn, vùng bẹn

+ Dương vật có thể bị biến dạng, thường đầu dương vật có thể bị vẹo lệch sang phía đối diện chỗ vỡ thể hang

+ Sờ thấy điểm yếu chỗ vỡ và bệnh nhân đau chói.

III. NGUYÊN NHÂN

Theo Trần Quán Anh (2003): tự bẽ 66,6%, người khác bẽ 11,7%, chấn thương 11,7%, giao hợp 8,3%, cưỡng hiếp 1,7%

IV. CHẨN ĐOÁN

Đa số các trường hợp chẩn đoán chỉ dựa vào lâm sàng là đủ. Tuy nhiên có một số trường hợp khó chẩn đoán cần phải làm thêm cận lâm sàng như: chụp thể hang cản quang, Siêu âm dương vật

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm tắc tĩnh mạch lưng sâu dương vật
- Viêm nhiễm phù nề da dương vật

VI. ĐIỀU TRỊ

Xét nghiệm trước mổ: **(Xem phần B bài chuẩn bị bệnh nhân trước mổ)**

Phẫu thuật cấp cứu

- Đường mổ: dọc thân dương vật ngay vị trí gãy, nếu phù nề nhiều khó xác định vị trí gãy thì đường mổ là đường ngang dưới rãnh qui đầu
- Xử trí lấy hết máu tụ và khâu lại bao trắng đã vỡ, đặt penrose tại chỗ, thám sát nếu có vỡ niệu đạo đi kèm thì khâu niệu đạo và đặt thông tiểu 7 ngày.

Thuốc Sau Mổ:

- Truyền dịch: nước điện giải, acid amin, nhũ dịch lipid.

- Kháng sinh:

Cephalosporin thế hệ III, hoặc Cephalosporin thế hệ IV

Hoặc Cephalosporin thế hệ III + Sulbactam

Hoặc Ampicillin + Sulbactam

Kết hợp với:

+ Netilmicin sulfat 4-6mg /kg/ ngày, hoặc Amikacin 15mg /kg/ ngày

+ Ofloxacin, hoặc Ciprofloxacin liều 0,4g pha NaCl 0,9% 100 ml TTM Ngày 2 lần

Giảm đau, Kháng viêm, Vitamin

- Rút penrose sau 24 giờ

- Nếu không có vỡ niệu đạo thì rút thông tiểu sau 24 giờ đầu, nếu có vỡ niệu đạo đi kèm thì thông tiểu để 7 ngày.