

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI

CẤP CỨU NGOẠI KHOA

TIÊU HOÁ



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI

CẤP CỨU NGOẠI KHOA

TIÊU HOÁ

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2010

CHỦ BIÊN

Đặng Hanh Đệ

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

THAM GIA BIÊN SOẠN

Nguyễn Ngọc Bích

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

Trần Hiếu Học

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

Phạm Đức Huấn

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

Nguyễn Xuân Hùng

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

Hà Văn Quyết

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

Trịnh Văn Tuấn

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

Đoàn Thanh Tùng

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

LỜI NÓI ĐẦU

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

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

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

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

Đặng Hanh Đệ

MỤC LỤC

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

THÙNG THỰC QUẢN

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

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

1. NGUYÊN NHÂN

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

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

1.1.1. Tai biến của nội soi

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

1.1.2. Tai biến phẫu thuật

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

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

1.1.3. Các nguyên nhân khác

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

1.2. Vết thương và chấn thương thực quản

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

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

1.3. Vỡ thực quản tự phát

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

1.4. Thủng thực quản do dị vật

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

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

1.5. Một số nguyên nhân khác

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

2. SINH BỆNH HỌC

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

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

3. GIẢI PHẪU BỆNH

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

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

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

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

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

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

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

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

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

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

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

4.1. Triệu chứng lâm sàng

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

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

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

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

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

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

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

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

Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm, sau vài giờ sẽ dẫn tới tình trạng viêm trung thất nhiễm khuẩn rất nặng. Bệnh nhân sốt cao 39-40^o, vẻ mặt hốc hác, tăng tiết đờm dãi, khó thở, tím tái.

4.2. Triệu chứng cận lâm sàng

4.2.1. Chụp X quang lồng ngực

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

4.2.2. Chụp bụng không chuẩn bị

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