

TẮC RUỘT NON

1-Đại cương:

Nguyên nhân: 60% các trường hợp tắc ruột non có nguyên nhân là do dây dính. Hầu hết các dây dính gây tắc ruột là dây dính vùng chậu (sau phẫu thuật sản phụ khoa, cắt đại tràng hay cắt ruột thừa). Nguyên nhân do thoát vị chiếm 10-20% các trường hợp. Các loại bướu ác tính (thứ phát) chiếm khoảng 10%. Các nguyên nhân hiếm gặp khác bao gồm: lao ruột, u lành tính, sỏi mật, dị vật, bã thức ăn (bảng 1)...

<i>Nguyên nhân ngoài thành ruột:</i>	<i>Nguyên nhân ở thành ruột:</i>
<i>Dây dính</i>	<i>U bướu</i>
<i>Thoát vị thành bụng</i>	<i>Chít hẹp</i>
<i>Thoát vị nội</i>	<i>Tụ máu trong thành ruột</i>
<i>Xoắn ruột</i>	<i>Lông ruột</i>
<i>Áp-xe trong xoang bụng</i>	<i>Viêm ruột (từng vùng, chiếu xạ...)</i>
<i>Khối máu tụ trong xoang bụng</i>	<i>Nguyên nhân trong lòng ruột:</i>
<i>Nang giả tụy</i>	<i>U bướu</i>
<i>Ống dẫn lưu</i>	<i>Sỏi mật</i>
	<i>Dị vật</i>
	<i>Bã (thức ăn, tóc)</i>
	<i>Giun</i>

Bảng 1- Nguyên nhân của tắc ruột non ở người lớn

Phân loại: Có nhiều cách phân loại tắc ruột non (bảng 2). Hai cách phân loại có giá trị trên lâm sàng là phân loại theo mức độ gây bết tắc lòng ruột (tắc hoàn toàn hay bán tắc) và phân loại theo tình trạng tưới máu của đoạn ruột bị tắc (tắc đơn thuần hay thắt nghẹt ruột).

<i>Phân loại theo</i>	<i>Diễn giải</i>
<i>Diễn tiến</i>	<i>Tắc ruột cấp tính hay mãn tính</i>
<i>Bản chất động học</i>	<i>Tắc ruột cơ học (trên lâm sàng gọi là tắc ruột) và tắc ruột cơ năng (trên lâm sàng gọi là liệt ruột)</i>
<i>Vị trí</i>	<i>Tắc ruột cao: tắc ở tá tràng hay một hai quai đầu của hồi tràng</i> <i>Tắc ruột thấp: tắc ở đại tràng (không nằm trong phạm vi bài này)</i>
<i>Mức độ bết tắc</i>	<i>Bán tắc ruột hay tắc ruột hoàn toàn</i>
<i>Tình trạng tưới máu thành đoạn ruột bị tắc</i>	<i>Tắc ruột đơn thuần: tưới máu thành ruột bình thường</i> <i>Thắt nghẹt ruột: tưới máu thành ruột giảm hay mất</i>

Bảng 2- Phân loại tắc ruột non

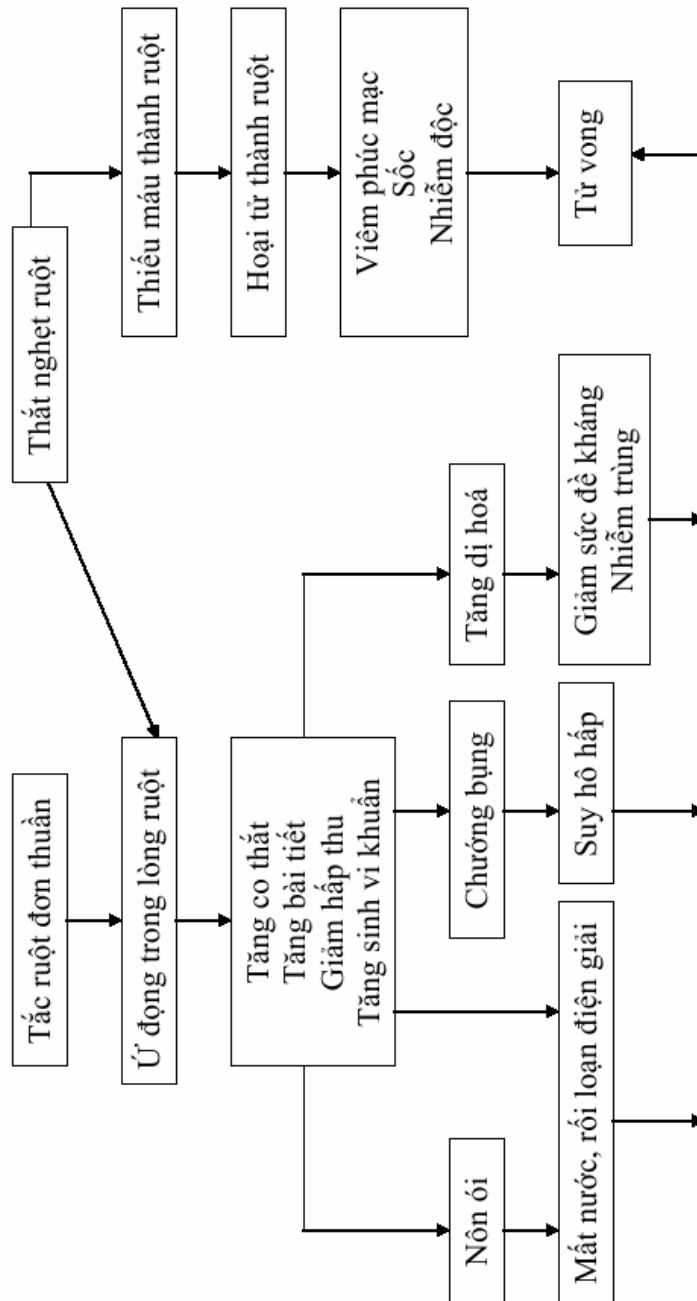
Một số thuật ngữ khác của tắc ruột:

- Giả tắc ruột: BN trên lâm sàng có hội chứng tắc ruột nhưng thực tế lòng ruột hoàn toàn thông suốt. Giả tắc có thể ở ruột non hay ruột già (thường gặp hơn). Giả tắc ruột già cấp tính còn gọi là hội chứng Ovilgie.
- Tắc ruột quai kín: tắc ở hai vị trí trên một đoạn ruột. Đoạn ruột nằm giữa hai vị trí tắc sẽ bị chướng căng nhiều hơn đoạn phía trên, do đó có nguy cơ thiếu máu thành ruột, dẫn đến hoại tử thành ruột.

Sinh lý bệnh (hình 1)

2-Tắc ruột non đơn thuần:

2.1-Chẩn đoán:



Hình 1- Sinh lý bệnh của tắc ruột

2.1.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Biểu hiện bằng tam chứng tắc ruột: đau bụng quặn từng cơn, nôn ói, bí trung và đại tiện. Cần chú ý là BN có thể vẫn còn trung hay đại tiện một thời gian sau khi tắc hoàn toàn xảy ra. Thời gian này, dài hay ngắn tùy thuộc vào nhiều yếu tố (tuổi tác, các loại thuốc mà BN đang sử dụng...), nói chung khoảng vài giờ. Nếu sau 6 giờ kể từ khi khởi phát đau bụng mà BN vẫn còn trung hay đại tiện thì ruột bị bán tắc chứ không phải tắc hoàn toàn.

Khám lâm sàng:

- o Toàn thân: BN có dấu hiệu mất nước. Mức độ mất nước tùy thuộc vào thời gian tắc.

- o Dấu hiệu chướng bụng luôn luôn hiện diện (trừ trường hợp tắc ruột cao).
- o Sẹo mổ cũ trên thành bụng là dấu hiệu gợi ý nguyên nhân tắc ruột do dính.
- o Biểu hiện của quai ruột dẫn và tăng co thắt: dấu quai ruột nổi, dấu rắn bò, nghe âm ruột tăng âm sắc và tần số.
- o Khám bụng không có vùng đau khu trú. Có thể sờ thấy một khối (khối u bướu, khối u lao...).
- o Cần chú ý thăm khám vùng bẹn (để chẩn đoán nguyên nhân thoát vị inguinal) và thăm trực tràng (để loại trừ tắc ruột thấp do u trực tràng).

2.1.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.1.2.1-X-quang bụng không sửa soạn:

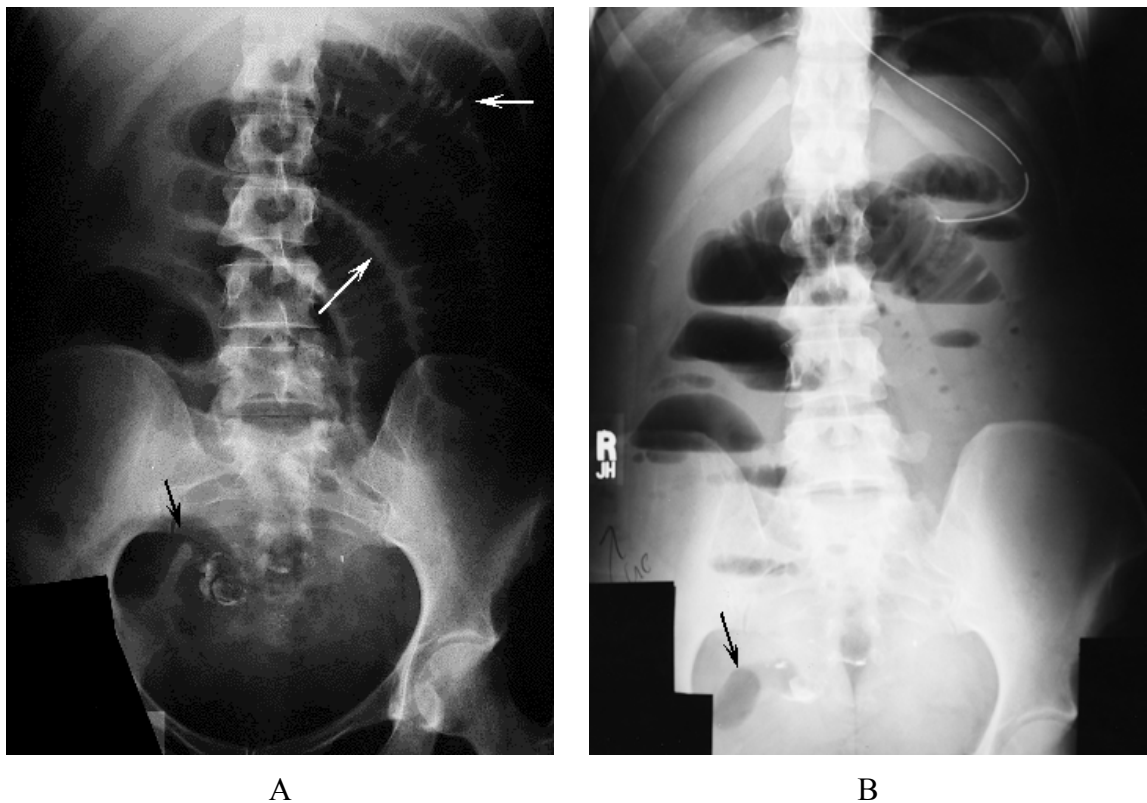
Là chỉ định đầu tiên cho tất cả BN nhập viện với hội chứng tắc ruột.

Có giá trị chẩn đoán tương đối cao (độ nhạy 60%, độ đặc hiệu 55%).

Các trường hợp làm giới hạn khả năng chẩn đoán của X-quang không sửa soạn:

- o Bán tắc ruột
- o Tắc ruột đến sớm
- o Tắc ruột đến muộn, ruột ứ đọng nhiều dịch và ít hơi

Dấu hiệu của tắc ruột non hoàn toàn (hình 2):



Hình 2- Hình ảnh của tắc ruột non hoàn toàn trên phim bụng không sửa soạn (A-tư thế nằm, B-tư thế đứng): các quai ruột non chướng hơi, có mức nước hơi (B), không có hơi trong ruột già. Có một bóng hơi “cố định” ở hố chậu phải (so sánh giữa phim chụp đứng và phim chụp nằm), biểu hiện của một quai ruột bị thắt nghẹt.

- o Ruột non chướng hơi (đường kính hồi tràng > 2,5 cm)
- o Nếu chụp X-quang bụng đứng: xuất hiện các mức nước hơi ruột non. Các mức nước hơi xếp theo hình bậc thang.
- o Không có hơi trong ruột già
- o Dấu hiệu “chuỗi tràng hạt”, nếu có, là dấu hiệu tắc ruột non hoàn toàn và ở giai đoạn muộn.

Dấu hiệu tắc ruột non hoàn toàn, giai đoạn sớm :

- o Ruột non ít chướng hơi hơn
- o Mức nước hơi có thể không hiện diện
- o Vẫn còn hơi trong ruột già

Dấu hiệu của bán tắc ruột non: tương tự như tắc ruột non hoàn toàn trong giai đoạn sớm nhưng hơi trong ruột già thường nhiều hơn

Thất nghệt ruột: ngoài các dấu hiệu của tắc ruột non hoàn toàn trong giai đoạn sớm, có thể thấy các dấu hiệu sau đây: hình ảnh “hạt café”, hình ảnh “giả u”, hình ảnh một quai ruột cố định ở phim chụp đứng và phim chụp nằm...

Để chẩn đoán vị trí tắc trên X-quang bụng, điều quan trọng là phải xác định được một bóng hơi trên phim là hơi của ruột non hay ruột già (bảng 3).

<i>Hơi ruột non</i>	<i>Hơi ruột già</i>
<i>Đường bờ liên tục</i>	<i>Đường bờ có ngấn</i>
<i>Nếp niêm mạc “bắc cầu” từ bờ này sang bờ kia</i>	<i>Nếp niêm mạc kết thúc giữa thành ruột</i>
<i>Tập trung ở giữa bụng</i>	<i>Tập trung ở ngoại vi bụng</i>
<i>Hình chữ U lộn ngược</i>	
<i>Mức nước hơi có chân hẹp</i>	<i>Mức nước hơi có chân rộng</i>
	<i>Có hình ảnh lổm đổm của phân lẫn với hơi</i>

Bảng 3- Các dấu hiệu giúp phân biệt hơi ruột non và hơi ruột già

2.1.2.2-Siêu âm:

Hiện nay siêu âm cũng được cho là một chỉ định thường quy để chẩn đoán tắc ruột. Trong trường hợp tắc ruột đến sớm, siêu âm có giá trị chẩn đoán cao hơn X-quang bụng. Siêu âm có độ đặc hiệu 100% trong chẩn đoán tắc ruột.

Các dấu hiệu của tắc ruột trên siêu âm:

- o Có các quai ruột dẫn nằm kề quai ruột xẹp
- o Quai ruột dẫn tăng co thắt và có “dấu hiệu máy giặt”
- o Xoang bụng có dịch

Dấu hiệu của thất nghệt ruột: một quai ruột dẫn to, thành phù nề và bất động.

2.1.2.3-X-quang ruột non với Barium:

Được chỉ định trong các trường hợp bán tắc ruột hay tắc ruột cao.

Kỹ thuật: BN được cho uống Barium hay Barium được bơm vào lòng ruột qua thông ruột non, sau đó chụp nhiều phim vào những thời điểm nhất định.

Dấu hiệu của bán tắc ruột non:

- o Các quai ruột (trên chỗ bán tắc) dẫn to

- o Thời gian thuốc xuống đến van hồi manh tràng chậm

2.1.2.4-CT và MRI:

Có giá trị chẩn đoán cao (độ nhạy của CT là 88%, của MRI là 93%).

Ít khi được chỉ định trong tắc ruột nói chung, trừ trường hợp:

- o Tắc ruột do lồng ruột
- o Tắc ruột do bướu
- o Không rõ chẩn đoán tắc ruột
- o Nghi ngờ có thắt nghẹt ruột
- o Nghi ngờ tắc ruột cao
- o Nghi ngờ tắc ruột hậu phẫu

2.1.2.5-Các xét nghiệm:

Ít có giá trị trong chẩn đoán tắc ruột. Các bất thường có thể gặp:

- o Rối loạn nồng độ các điện giải (Na^+ , K^+ , Cl^- , HCO_3^-)
- o Cô máu (Hct tăng)
- o Mất nước (BUN tăng)

2.1.3-Chẩn đoán phân biệt (bảng 4):

<i>Liệt ruột</i>
<i>Giả tắc ruột</i>
<i>Thiếu máu ruột (tắc mạch mạc treo)</i>
<i>Viêm dạ dày ruột</i>
<i>Loét dạ dày</i>
<i>Nghệt môn vị</i>
<i>Sỏi mật</i>
<i>Viêm túi mật, viêm đường mật</i>
<i>Viêm tụy</i>
<i>Viêm ruột thừa</i>
<i>Nhồi máu cơ tim</i>
<i>Thai kỳ</i>

Bảng 4- Một số chẩn đoán phân biệt của tắc ruột

Nghệt môn vị: BN nôn ói ra thức ăn cũ, bụng chướng vùng thượng vị nhưng lõm vùng hạ vị, dấu óc cách (+). Chụp X-quang dạ dày với Barium sẽ khẳng định chẩn đoán.

Tắc đại tràng do ung thư đại tràng: bệnh diễn tiến từ từ. BN chướng bụng ngày càng tăng kèm táo bón, sụt cân. Tiền căn tiêu phân nhầy máu. Khám lâm sàng có thể có hội chứng thiếu máu. Cần X-quang hay nội soi đại tràng.

Hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính (hội chứng Ovilgie): bệnh thường gặp ở BN lớn tuổi, bị chấn thương nặng (bong) hay nằm liệt giường (tai biến mạch máu não). BN bị chướng bụng đột ngột và tăng dần. Bụng ấn không đau và nghe âm ruột bình thường. X-quang bụng: khung đại tràng giãn to và chứa đầy hơi.

Liệt ruột: khi nghi ngờ BN bị tắc ruột hậu phẫu, liệt ruột sinh lý sau phẫu thuật vùng bụng là chẩn đoán cần phân biệt trước tiên. Khi đường tiêu hoá bắt đầu hoạt động trở lại, một vài BN có biểu hiện lâm sàng giống như tắc ruột sớm sau mổ. Triệu chứng thường không kéo dài quá 6 giờ. Liệt ruột ở BN không phải trong thời gian hậu phẫu có thể do

các nguyên nhân sau: rối loạn nước và điện giải (giảm kali huyết tương, giảm natri huyết tương, giảm magnesium huyết tương, tăng u-rê huyết tương, nhiễm cetone ở BN tiểu đường...), thuốc (gây nghiện, chống trầm cảm, kháng cholinergic...), các ổ nhiễm trùng trong xoang bụng, tụ máu sau phúc mạc, thiếu máu thành ruột, nhiễm trùng huyết...

2.1.4-Thái độ chẩn đoán:

Trước hết, nghĩ đến BN có thể có hội chứng tắc ruột non khi BN đau bụng quặn cơn, nôn ói, khám bụng có dấu hiệu chướng bụng, nghe âm ruột tăng. Nếu BN có dấu hiệu rắn bò, chẩn đoán tắc ruột non là hầu như chắc chắn.

Bước tiếp theo, cần loại trừ thắt nghệt ruột. Cần chú ý đến các dấu hiệu sau: BN thắt nghệt ruột đau bụng liên tục, nôn ói nhiều, bụng ấn có vùng đau khu trú. Các dấu hiệu như sốt, dấu nhiễm độc, bụng có dấu hiệu viêm phúc mạc là biểu hiện của giai đoạn muộn của thắt nghệt ruột.

X-quang bụng là chẩn đoán hình ảnh được chỉ định trước tiên. Nếu X-quang bụng chưa có kết luận rõ ràng, tùy vào hướng chẩn đoán mà chỉ định các chẩn đoán hình ảnh tiếp theo. Nếu lâm sàng chẩn đoán BN ở giai đoạn sớm của tắc ruột non, có thể chỉ định siêu âm bụng, hay cho BN chụp một X-quang bụng lần hai sau 4-6 giờ. Nếu chưa chắc chắn với chẩn đoán tắc ruột non, CT là chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn. Nếu chưa loại trừ được tắc đại tràng, có thể cho BN làm CT hay chụp X-quang đại tràng. Nếu cần phải loại trừ tắc ruột cao, CT nên được chỉ định.

Bước cuối cùng là chẩn đoán nguyên nhân tắc. Ở BN có vết mổ cũ trên thành bụng, tắc ruột do dính là nguyên nhân hầu như chắc chắn. Chú ý kiểm tra vùng bẹn đùi hay làm nghiệm pháp Howship Romberg để phát hiện các thoát vị nghệt. BN nữ lớn tuổi, có tiền căn sỏi túi mật có thể bị tắc ruột do sỏi mật. Sỏi mật cản quang có thể được phát hiện trên vùng chậu bên phải trên X-quang bụng. Những BN bị rụng răng hay đã được nối vị tràng có thể bị tắc ruột do bã thức ăn. Thông thường, những BN được chẩn đoán tắc ruột nhưng không có vết mổ cũ được chỉ định CT để chẩn đoán nguyên nhân tắc.

2.2-Điều trị:

2.2.1-Điều trị nội khoa:

Chỉ định:

- o Bán tắc ruột non do dính
- o Bán tắc ruột non do viêm ruột (bệnh Crohn, lao ruột...)
- o Tắc ruột non hoàn toàn do dính và BN đến sớm (trước 6 giờ): có thể thử điều trị nội khoa

Nội dung:

- o Nhịn ăn uống. Có thể đặt thông dạ dày hay thông ruột non (thông Miller-Abbott) để giải áp.
- o Bồi hoàn nước và điện giải
- o Chụp X-quang bụng không sửa soạn mỗi 6 giờ (nếu do dính) hay mỗi 24 giờ (nếu do viêm) để đánh giá diễn tiến của tắc ruột. Dấu hiệu trên X-quang chứng tỏ diễn tiến tốt: ruột bớt chướng, bụng bớt mờ, hơi xuất hiện trong đại tràng.
- o Thăm khám lâm sàng nhiều lần. Các dấu hiệu diễn tiến tốt trên lâm sàng: bụng xẹp hơn, có trung tiện, thèm ăn.

Điều trị nội khoa thất bại: quá 48 giờ mà tình trạng không cải thiện.

2.2.2-Điều trị phẫu thuật:

Chỉ định:

- o Tắc ruột non hoàn toàn, bất kể do nguyên nhân gì
- o Tắc hay bán tắc ruột non do dính, điều trị nội khoa thất bại
- o Tắc hay bán tắc ruột non do u bướu
- o Không loại trừ được thắt nghẹt ruột

Chuẩn bị trước mổ:

- o Đặt thông dạ dày
- o Bồi hoàn nước và điện giải
- o Cho kháng sinh dự phòng
- o Thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu: ion đồ, chức năng gan, thận, ECG, X-quang phổi, công thức máu toàn bộ, thời gian máu chảy, PT, aPTT...

Nguyên tắc phẫu thuật:

- o Gây mê toàn thân
- o Mở bụng đường giữa để dễ thám sát tổn thương
- o Tìm đúng vị trí tắc ruột: giới hạn giữa quai ruột phình và quai ruột xẹp
- o Kiểm tra toàn bộ ruột non (và ruột già)
- o Tắc ruột do dính: gỡ dính, cắt dây dính, giải phóng các quai ruột dính có nguy cơ gây tắc sau này (quai gấp góc). Không nhất thiết phải gỡ dính toàn bộ ruột. Cắt đoạn ruột non khi ruột bị mất thanh mạc trên diện rộng.
- o Tắc ruột do u bướu: cắt đoạn ruột có bướu, nối tận-tận.
- o Tắc ruột do sỏi mật: đẩy sỏi lên đoạn ruột dẫn phía trên, mở ruột lấy sỏi mật.
- o Tắc ruột do bã thức ăn: nếu bã mềm, đẩy bã qua van hồi manh tràng, xuống đại tràng. Nếu bã to và chắc, đẩy bã lên đoạn ruột dẫn phía trên, mở ruột lấy bã.

Chăm sóc hậu phẫu:

- o Tiếp tục bồi hoàn nước và điện giải
- o Nếu có cắt nối ruột: kháng sinh tiếp tục 3-5 ngày sau mổ.
- o Giảm đau tốt để BN có thể vận động sớm. Tránh các loại thuốc giảm đau làm ức chế nhu động ruột (morphine, verapamil, phenothiazin...).

Biến chứng phẫu thuật:

- o Tắc ruột hậu phẫu
- o Áp-xe tồn lưu
- o Xi dò miệng nối
- o Các biến chứng về hô hấp và tim mạch

Để ngăn ngừa dính ruột sau mổ:

- o Thao tác phẫu thuật nhẹ nhàng, hạn chế các thao tác bóc tách không cần thiết
- o Không để rơi rớt dị vật, bột talc vào xoang bụng

- o Tránh sử dụng quá nhiều gạc
- o Rửa bụng sạch kết hợp dẫn lưu thích hợp trong trường hợp viêm phúc mạc
- o Phủ mạc nối lớn lên ruột trước khi đóng bụng
- o Đóng bụng bằng chỉ tan nếu được
- o Các phẫu thuật cố định (cố định ngoài hay cố định trong), các loại thuốc (sử dụng qua đường toàn thân hay tại chỗ) hiện không còn được chỉ định.
- o Việc sử dụng màng sinh học có chứa hyaluronate, theo một vài nghiên cứu mới nhất, cho kết quả rất khả quan.

Phẫu thuật tắc ruột do dính qua ngả nội soi:

- o Được chỉ định trong một số trường hợp có chọn lọc
- o Nếu phẫu thuật thành công, có lợi điểm hơn nhiều so với mổ hở. Khả năng thành công phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và:
 - Mức độ chướng bụng
 - Mức độ dính
 - Số lượng các dây dính

3-Xoắn ruột non:

Xoắn ruột non chiếm khoảng 30% các trường hợp tắc ruột non do dây dính.

Nguyên nhân:

- o Đứng đầu là do dây dính sau mổ
- o BN không có tiền căn phẫu thuật vùng bụng: xoắn ruột do ruột xoay bất toàn.

Khó chẩn đoán xoắn ruột non trên lâm sàng cũng như cận lâm sàng khi quai ruột xoắn chưa hoại tử.

Khi hoại tử ruột xảy ra, chẩn đoán dễ dàng hơn nhưng bệnh nhân có tiên lượng kém (tỉ lệ tử vong 20-37%).

3.1-Chẩn đoán:

3.1.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Trong giai đoạn sớm (trước 6 giờ), các dấu hiệu thường không điển hình. Nghĩ đến xoắn ruột non nếu BN:

- o Có tiền căn phẫu thuật vùng bụng
- o Có hội chứng tắc ruột
- o Có các dấu hiệu khác kèm theo:
 - Đau bụng liên tục, dữ dội
 - Nôn ói nhiều
 - Mạch nhanh (> 100/phút)
 - Bụng ấn có vùng đau khu trú

Trong giai đoạn muộn, các dấu hiệu trở nên điển hình:

- o Sốt, dấu nhiễm trùng nhiễm độc

- o Bụng ấn đau và có phản ứng phúc mạc

3.1.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

Không có một phương tiện cận lâm sàng nào có thể chẩn đoán xoắn ruột non với độ chính xác cao.

3.1.2.1-CT:

Là chỉ định trước tiên khi nghi ngờ xoắn ruột non.

Có thể loại trừ các bệnh lý khác có bệnh cảnh lâm sàng tương tự (viêm tụy cấp, viêm tụy hoại tử, nhồi máu mạc treo ruột...).

Chụp với thuốc cản quang qua đường tĩnh mạch. Nếu có thuốc cản quang trong lòng ruột (barium sulfate 1-2% hay telebrix 2%), khả năng chẩn đoán sẽ cao hơn.

Các dấu hiệu xoắn ruột non trên CT:

- o Dấu hiệu của tắc ruột nói chung: quai ruột dẫn (với mức nước hơi) nằm kề quai xẹp.
- o Thành ruột phù nề (giảm đậm độ cản quang), trên mặt cắt ngang cho dấu hình bia.
- o Quai ruột dẫn hình chữ U hay C, không tăng quang khi bơm thuốc cản quang
- o Mạc treo ruột phù nề. Tĩnh mạch mạc treo phồng to
- o Dấu xoắn ốc
- o Dấu mỏ chim với bờ nhám nhở
- o Dấu xuất huyết vào lòng ruột, thành ruột, mạc treo ruột
- o Hơi trong thành ruột, trong tĩnh mạch cửa

3.1.2.2-X-quang bụng không sửa soạn:

50-70% các trường hợp xoắn ruột non có các dấu hiệu không điển hình của tắc ruột non đến sớm.

Các dấu hiệu đặc hiệu cho xoắn ruột, nhưng ít gặp:

- o Dấu hạt cà-phê
- o Một quai ruột dẫn to, không thay đổi vị trí sau nhiều lần chụp phim
- o Dấu “giả u”

3.1.2.3-Xét nghiệm:

Xét nghiệm sinh hoá: tương tự tắc ruột non đơn thuần.

Xét nghiệm huyết học: BC > 15.000 nếu có hoại tử ruột, Hct tăng (cô máu do mất nước) hoặc giảm (xuất huyết trong lòng ruột).

3.1.3-Chẩn đoán phân biệt:

Giai đoạn sớm:

- o Con đau quặn mật
- o Viêm dạ dày cấp
- o Viêm tụy cấp

Giai đoạn muộn:

- o Viêm phúc mạc ruột thừa
- o Viêm tụy hoại tử
- o Nhồi máu mạc treo ruột
- o Viêm ruột hoại tử

3.2-Điều trị:

Chỉ định phẫu thuật là tuyệt đối.

Sau khi đã có chỉ định phẫu thuật, tiến hành phẫu thuật càng sớm càng tốt. Công việc hồi sức có thể tiến hành trước, trong và sau mổ

3.2.1-Chuẩn bị trước mổ:

- o Truyền dịch, máu, các dung dịch đại phân tử
- o Cho kháng sinh: cephalosporin thế hệ 3 kết hợp metronidazol
- o Đặt thông dạ dày
- o Đặt thông tiểu
- o Đặt thông tĩnh mạch dưới đòn
- o Thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu: ion đồ, chức năng gan, thận, ECG, X-quang phổi, CTM toàn bộ, nhóm máu, thời gian máu chảy, PT, aPTT...

3.2.2-Nguyên tắc phẫu thuật (hình 3):

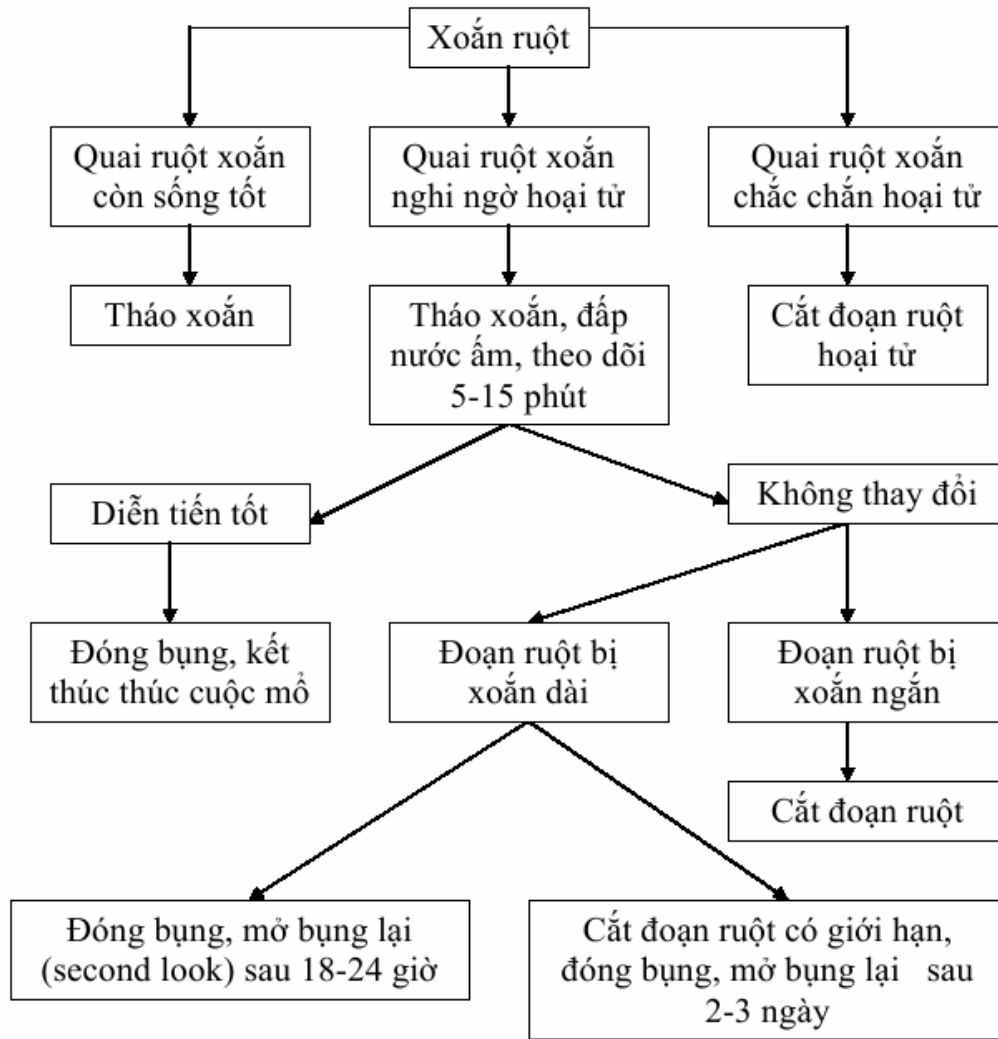
Đoạn ruột bị xoắn đã hoại tử: không tháo xoắn, cắt đoạn ruột xoắn, nối tận-tận.

Đoạn ruột bị xoắn còn sống tốt: tháo xoắn.

Đoạn ruột bị xoắn nghi ngờ khả năng hoại tử: tháo xoắn, đắp nước ấm, theo dõi 5-15 phút. Nếu:

- o Diễn tiến tốt (quai ruột hồng trở lại, có mạch đập, có nhu động): không làm gì thêm.
- o Không thay đổi: có hai chọn lựa:
 - Đoạn ruột bị xoắn ngắn: cắt đoạn ruột xoắn, nối tận-tận.
 - Đoạn ruột bị xoắn dài (nếu cắt tron sẽ dẫn đến hội chứng quai ruột ngắn):
 - Để yên quai xoắn, đóng bụng tạm (mũi khâu liên tục), 18-24 giờ sau mở bụng lại đánh giá tổn thương.
 - Cắt đoạn ruột có giới hạn, nối tận-tận, đóng bụng tạm, sau 2-3 ngày mở bụng lại đánh giá khả năng lành của miêng nối.

Hiện nay, có một số phương tiện dùng để đánh giá quai ruột xoắn đã hoại tử hoàn toàn hay có khả năng phục hồi. Các phương tiện này có thể là: dùng đầu dò nhiệt độ xác định nhiệt độ bề mặt quai ruột xoắn, dùng đầu dò siêu âm Doppler xác định dòng chảy của máu trong mạc treo, đánh dấu hồng cầu bằng chất phóng xạ sau đó soi quai ruột bị xoắn dưới ánh sáng của đèn Wood...Tuy nhiên, giá trị của các phương tiện nói trên không vượt trội so với phương pháp đánh giá trên lâm sàng cổ điển.



Hình 3- Nguyên tắc phẫu thuật một trường hợp xoắn ruột non

3.2.3-Chăm sóc hậu phẫu:

- o Tiếp tục dùng kháng sinh 5-7 ngày sau mổ
- o Tiếp tục bồi hoàn nước và điện giải
- o Bảo đảm lưu lượng nước tiểu > 1500 mL/24 giờ

3.2.4-Biến chứng hậu phẫu:

- o Suy hô hấp
- o Suy thận cấp
- o Áp-xe tồn lưu
- o Xi dò miệng nối

3.2.5-Tiên lượng:

Phụ thuộc vào:

- o Tình trạng của quai ruột xoắn
- o Tuổi tác của BN
- o Các bệnh lý nội khoa mà BN mắc phải

4-Lồng ruột non:

Lồng ruột ở người lớn chiếm khoảng 5% các trường hợp tắc ruột. Khác với lồng ruột ở trẻ em, hầu hết lồng ruột ở người lớn có nguyên nhân thực thể và nguyên nhân đó là do u bướu ở thành ruột.

Lồng ruột có thể xảy ra ở ruột non hay đại tràng. Xuất độ xảy ra lồng ruột non và lồng đại tràng xấp xỉ nhau. Nguyên nhân của lồng đại tràng phần lớn là ác tính. Trong các nguyên nhân gây lồng ruột non, u lành tính (thường là một polyp có cuống) chiếm đa số, trong đó một tỉ lệ đáng kể BN có hội chứng Peutz-Jeghers.

Đặc điểm của khối ruột lồng ở người lớn là khối lồng thường tự tháo lồng. BN có bệnh sử của một hội chứng tắc ruột non mãn tính.

Trong đợt đau bụng cấp, ở một số BN, có thể sờ được khối u bụng (khối lồng) và thăm trực tràng có thể có nhầy máu. Cần chú ý thăm khám xem niêm mạc khoang miệng của BN có các đốm sắc tố đen hay không. Trên siêu âm, khối lồng thể hiện bằng hình ảnh “củ hành”. Nếu lồng ở đại tràng, X-quang đại tràng sẽ cho hình ảnh “càng cua”. CT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chọn lựa cho cả lồng ruột non và lồng đại tràng. Trên CT, ngoài dấu hiệu của tắc ruột nói chung, khối lồng thể hiện bằng hình ảnh “một đoạn ruột có nhiều lớp thành ruột chồng lên nhau” hay hình ảnh “nhiều vòng bia”. Điều cần lưu ý là, nếu thực hiện các chẩn đoán hình ảnh nói trên vào lúc “đã tháo lồng” thì kết quả sẽ âm tính. Hình ảnh CT của “khối lồng đã tháo” đôi khi lại là “dày một đoạn thành ruột non hay đại tràng”, và vì thế, trong trường hợp này, BN thường được chẩn đoán lầm là viêm ruột non hay viêm đại tràng.

Trên BN có hội chứng tắc ruột non, nếu sờ được khối lồng, hay nếu “bắt được” hình ảnh của khối lồng, phẫu thuật là chỉ định điều trị được chọn lựa. Ở BN có hội chứng tắc ruột non mãn tính, chỉ định phẫu thuật còn nhiều cân nhắc. Nếu không loại được lồng ruột, có thể mở bụng thám sát.

Trong quá trình phẫu thuật, nếu nghi ngờ nguyên nhân của lồng ruột là ác tính (lồng ở đại tràng, có hạch mạc treo...), cắt rộng khối lồng mà không tháo lồng. Thái độ xử trí cũng tương tự đối với khối lồng mà trên đại thể đã hoại tử. Nếu nghĩ lồng ruột do nguyên nhân lành tính, tháo lồng bằng cách bóp nhẹ đoạn ruột phía ngoài khối lồng theo hướng từ đầu lồng đến cổ lồng. Trong trường hợp BN có đa polyp (hội chứng Peutz-Jeghers), cắt hạn chế đoạn ruột có polyp gây lồng, mở ruột ra da, chuẩn bị cho công việc cắt polyp qua nội soi sau này.