



**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ**  
**KHOA NGOẠI**

**Năm 2019**

## PHỤ LỤC

STT	TÊN BỆNH	MÃ ICD	Trang
1	Phác đồ điều trị viêm đường mật cấp	K80.3	1
2	Phác đồ điều trị viêm túi mật cấp	K81.0	5
3	Phác đồ điều trị bệnh sỏi mật	K80	8
4	Phác đồ điều trị tắc ruột cơ học	K56	14
5	Phác đồ điều trị viêm ruột thừa	K35	17
6	Phác đồ điều trị thủng dạ dày – tá tràng	K31.8	25
7	Phác đồ điều trị bệnh trĩ	I84	29
8	Phác đồ điều trị nứt hậu môn	K60.0	32
9	Phác đồ điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày	C16	34
10	Phác đồ điều trị ung thư đại trực tràng	C20	38
11	Phác đồ điều trị ung thư biểu mô tế bào gan	C22	43
12	Phác đồ điều trị ung thư tụy	C25	49
13	Phác đồ điều trị bệnh viêm nhiễm vùng hậu môn	K62	57
14	Phác đồ điều trị sỏi thận	N20.0	59
15	Phác đồ điều trị sỏi niệu quản	N20.1	62
16	Phác đồ điều trị sỏi bàng quang	N21.0	68
17	Phác đồ điều trị nhiễm trùng đường tiểu	N30	71
18	Phác đồ điều trị tăng sinh lành tính tiền liệt tuyến	N40	75
19	Phác đồ điều trị cơn đau quặn thận	N23	77
20	Phác đồ điều trị hội chứng ống cổ tay	G56.0	81
21	Phác đồ điều trị gãy xương đòn	S42.0	83
22	Phác đồ điều trị gãy thân xương cánh tay	S42.3	85
23	Phác đồ điều trị gãy thân xương đùi	S72.3	87

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP

## 1. ĐẠI CƯƠNG

– Viêm đường mật cấp (VĐMC) là tình trạng viêm cấp của đường mật hoặc toàn bộ cây mật. Viêm đường mật cấp (VĐMC) do sỏi là biến chứng hay gặp của sỏi mật và là một trong những nguyên nhân thường thấy của cấp cứu bụng ngoại khoa. Ngoài ra, VĐMC cũng có thể xảy ra sau những thủ thuật hay phẫu thuật liên quan đến đường mật. Viêm đường mật (VĐM) bao gồm VĐM ngược dòng, VĐM tái diễn, VĐM liên quan đến AIDS và VĐM xơ chai nguyên phát...

– Các nguyên nhân thường gặp do u (u đường mật, u quanh Vater), hẹp đường mật, nang đường mật, ký sinh trùng, phẫu thuật can thiệp đường mật...

– Sinh bệnh học liên quan đến sự tăng áp lực ( $> 20 \text{ cm H}_2\text{O}$ ) và vi khuẩn trong đường mật.

– Về vi khuẩn học: có thể do một hoặc nhiều loại vi khuẩn chủ yếu là vi khuẩn đường ruột như: R coli, Klebsiella, Enterobacter, Enterococcus, Pseudomonas và vi khuẩn da hoặc họng có thể gặp sau các can thiệp trên đường mật. Các vi khuẩn kỵ khí (Bacteroides và Clostridia) được phát hiện trong khoảng 15% trường hợp thường ở bệnh nhân già sau phẫu thuật đường mật.

## 2. CHẨN ĐOÁN

Theo tiêu chuẩn của Hướng dẫn Tokyo, Chẩn đoán VĐMC dựa vào 3 nhóm dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng sau:

### A. Biểu hiện viêm toàn thân

– Sốt  $> 38^{\circ}\text{C}$  và /hoặc lạnh run

– Xét nghiệm có bằng chứng của đáp ứng viêm: BC tăng cao  $> 10000/\mu\text{l}$ ; CRP tăng ( $\geq 1\text{mg/dl}$ ) và những thay đổi khác gợi ý viêm.

### B. Ú mật

– Vàng da, Bilirubin toàn phần  $\geq 2\text{mg/dl}$

– Xét nghiệm có bất thường chức năng gan: ALP, GGT, AST, ALT (IU) tăng  $> 1,5$  giới hạn trên của mức bình thường.

### C. Hình ảnh

– Dẫn đường mật trên siêu âm hay CT/MRI đường mật

– Có bằng chứng nguyên nhân trên hình ảnh (hẹp, sỏi, stent,..) siêu âm hay CT/MRI đường mật

**Nghi ngờ VĐMC khi:** có 1 tiêu chuẩn A + 1 tiêu chuẩn B hoặc C.

**Chẩn đoán VĐMC khi:** có 1 tiêu chuẩn A + 1 tiêu chuẩn B + 1 tiêu chuẩn C

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Nội khoa:

- Đầu tiên phải tiến hành điều trị nội khoa đối với những bệnh nhân VĐMC. Điều trị bao gồm: dịch truyền kháng sinh đồng thời kiểm tra đánh giá các chức năng khác của người bệnh như chức năng đông cầm máu, cấy máu (trước khi dùng kháng sinh), chức năng tuần hoàn, hô hấp, thận, gan...
- Về kháng sinh nên sử dụng kháng sinh phổ rộng cho các vi khuẩn yếm khí lẫn kỵ khí. Những loại kháng sinh được khuyến cáo sử dụng trong VĐMC là: Cephalo sporins thế hệ III – IV; Fluoroquinolones; Piperacillin tazobactam; Carbapenems; Ureidopenicillins; Aminoglycosides; Metronidazole.
- Chú ý lựa chọn kháng sinh và liều dùng theo chức năng thận. Thường thời gian dùng kháng sinh từ 7 – 14 ngày. Phác đồ điều trị kháng sinh có thể thay đổi tùy theo phổ vi khuẩn của từng bệnh viện và được xác định dựa trên kết quả cấy máu và cấy dịch mật.
- Việc điều trị nội khoa và theo dõi đánh giá đáp ứng với điều trị là vô cùng quan trọng. Kết quả ghi nhận khoảng 10 – 15% bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội sau 24 giờ và cần được can thiệp giải áp đường mật sớm. Nếu bệnh nhân rơi vào VĐMC thể nặng cần khẩn trương hồi sức tích cực và chuẩn bị can thiệp giải áp đường mật ngay.

### 3.2. Ngoại khoa:

- Mục tiêu chung của can thiệp ngoại khoa trong VĐMC là giải áp đường mật. Đây là bước quyết định trong điều trị vì giúp thoát lưu dịch mật nhiễm trùng và tạo điều kiện cho kháng sinh có thể vào đến đường mật.
- Bên cạnh đó, trong tình huống cấp cứu, việc xử lý nguyên nhân chỉ được chỉ định nếu điều kiện thật sự thuận lợi vì hoàn toàn có thể thực hiện an toàn sau khi bệnh nhân đã qua được giai đoạn nhiễm trùng.
- Có 3 phương pháp can thiệp: phẫu thuật, dẫn lưu mật qua da và nội soi.

### 3.3. Lựa chọn phương pháp:

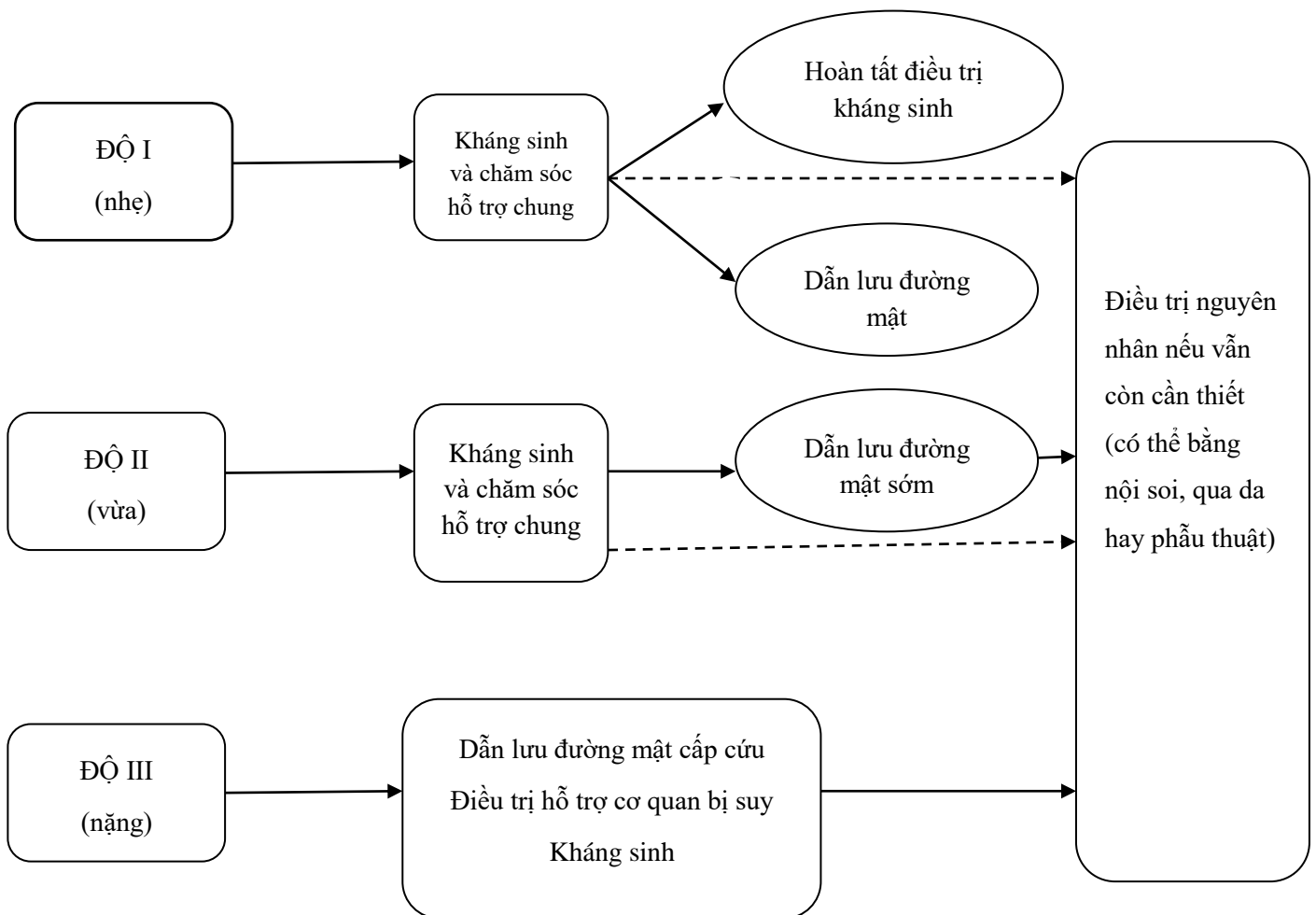
Trong cấp cứu, việc quyết định phương pháp can thiệp cần dựa vào nhiều yếu tố như: tình trạng người bệnh, bệnh lý nguyên nhân, khả năng trang bị và kinh nghiệm can thiệp tại bệnh viện.

Để chọn lựa phương pháp điều trị VĐMC, cần phân độ VĐMC theo 3 độ dưới đây:

- **Độ III (Nặng):** VĐMC có suy giảm chức năng của bất kỳ tạng/hệ thống
- + Rối loạn chức năng tim mạch: Giảm huyết áp cần điều trị bằng dopamine  $\geq 5$   $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$ , hoặc bất kỳ liều norepinephrine
- + Thiếu năng thần kinh: Rối loạn ý thức
- + Suy hô hấp: Tỷ lệ  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$
- + Suy thận: Thiếu niệu, Creatinine/máu  $> 2.0$   $\text{mg}/\text{dl}$
- + Suy gan: PT-INR  $> 1.5$

- + Rối loạn huyết học: Tiểu cầu  $< 100000/mm^3$
- **ĐỘ II (vừa):** VĐMC có kèm 2 trong các tình trạng
- + Số lượng bạch cầu máu  $>12000/mm^3$  hay  $< 4000/mm^3$
- + Sốt cao ( $\geq 390C$ )
- +  $> 75$  tuổi
- + Bilirubin máu toàn phần  $\geq 5mg/dl$
- + Albumin/máu  $< 0,7$  giới hạn dưới của mức bình thường
- **ĐỘ I (nhẹ):** VĐMC không thuộc tiêu chuẩn của độ II và III vào lúc chẩn đoán ban đầu

### PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ



Ghi chú: (\*):

- Cây máu nên được làm trước khi sử dụng kháng sinh. Trong lúc dẫn lưu mật cũng lấy 1 mẫu cây

– Điều trị nguyên nhân có thể song hành cùng với dẫn lưu mật cho VĐMC độ I và II, không cần phải có bước dẫn lưu mật riêng trước đó

### **Cụ thể:**

– Một khi đã chẩn đoán xác định VĐMC, phải khởi trị ngay bằng truyền đủ dịch, kháng sinh (cấy máu trước khi dùng), giảm đau (tránh dùng morphin), theo dõi sát mạch, HA, nước tiểu. Bệnh nhân trong tình trạng sốc phải được điều trị ngay, không chờ đến khi có chẩn đoán xác định.

– VĐMC do sỏi độ I: Điều trị bằng kháng sinh. Nếu không đáp ứng với trị liệu kháng sinh ban đầu thì cắt cơ vòng qua nội soi + lấy sỏi hay phẫu thuật (nội soi hay mổ mở) mở OMC lấy sỏi khẩn. Nếu đáp ứng trị liệu kháng sinh ban đầu thì xem xét cắt cơ vòng qua nội soi + lấy sỏi chương trình. Dẫn lưu mật và giải quyết nguyên nhân có thể làm cùng 1 lần.

– VĐMC do sỏi độ II: Điều trị kháng sinh + dẫn lưu mật sớm qua nội soi hay qua da. Sau khi tình trạng bệnh nhân cải thiện, có thể cắt cơ vòng qua nội soi lấy sỏi hay phẫu thuật.

+ ES (hay thường gọi chung là ERCP) nếu sỏi chỉ ở OMC hay OGC, sỏi ít, sỏi không quá lớn (<3cm), không có phẫu thuật cắt dạ dày trước, không bị hẹp tá tràng.

+ Phẫu thuật nếu có kèm sỏi trong gan, sỏi nhiều, đồ khuôn, sỏi lớn  $\geq 3\text{cm}$ , không thực hiện được ERCP hoặc ERCP thất bại vì lý do kỹ thuật hay biến chứng. Phẫu thuật mở nếu cấp trực không thể thực hiện được phẫu thuật nội soi.

– VĐMC do sỏi độ III: Điều trị kháng sinh + hồi sức hô hấp/t tuần hoàn, điều chỉnh suy cơ quan. Sau đáp ứng hồi sức bước đầu, dẫn lưu mật càng sớm càng tốt bằng ngả nội soi đặt stent đường mật hay thông mũi mật (không có cắt cơ vòng lấy sỏi), hoặc dẫn lưu mật xuyên gan qua da. Cắt cơ vòng qua nội soi lấy sỏi hay phẫu thuật khi tình trạng chung của bệnh nhân cải thiện hơn.

– VĐMC do ung thư nguyên phát hay thứ phát: Điều trị kháng sinh + dẫn lưu mật trước. Phẫu thuật giải quyết nguyên nhân chỉ khi tình trạng nhiễm trùng đã ổn.

– VĐMC ngược chiều sau cắt cơ vòng Oddi, sau nối mật-ruột: Điều trị kháng sinh là chính.

## **4. TIÊN LƯỢNG**

– VĐMC là một bệnh lý cấp cứu thường gặp, nếu điều trị nội khoa thất bại và không được can thiệp giải áp đường mật thì tử vong gần 100%.

– Nếu điều trị nội khoa đáp ứng và can thiệp giải áp thành công và kịp thời thì tỷ lệ tử vong sẽ giảm đáng kể (<3%). Hiện nay, lựa chọn đầu tiên vẫn là can thiệp không phẫu thuật để giải áp đường mật.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm túi mật cấp (VTMC) là cấp cứu ngoại khoa thường gặp ở Việt nam và trên khắp thế giới. Khoảng 95% VTMC là do sỏi túi mật, 5% không do sỏi.

## 2. CHẨN ĐOÁN

Theo tiêu chuẩn của Hướng dẫn Tokyo, Chẩn đoán VTMC dựa vào 3 nhóm tiêu chuẩn:

### A. Dấu hiệu tại chỗ

- Đau Murphy
- Đau/ Ấn đau/ Có khối sờ được ở ¼ trên phải của bụng

### B. Dấu viêm toàn thân

- Sốt
- Tăng CRP
- Tăng số lượng bạch cầu

### C. Dấu hiệu hình ảnh

- Có dấu hiệu hình ảnh đặc trưng của VTMC trên siêu âm (có dấu Murphy siêu âm, túi mật căng, thành dày, có thể có sỏi kẹt, phản âm lợn cợn lòng túi mật, dịch quanh túi mật...)
- CT/MRI bụng có túi mật căng, thành dày, tụ dịch quanh túi mật, thâm nhiễm mỡ quanh túi mật...

**Nghi ngờ VTMC khi:** có 1 tiêu chuẩn của mục A + 1 tiêu chuẩn của mục B

**Chẩn đoán VTMC khi:** có 1 tiêu chuẩn của mục A + B + C, và loại trừ viêm gan cấp, bệnh đau bụng cấp khác hoặc viêm túi mật mạn.

## 3. ĐIỀU TRỊ

Chọn lựa phương pháp điều trị VTMC, cần phân độ VTMC theo 3 độ dưới đây:

- **Độ III (Nặng):** VTMC có suy giảm chức năng của bất kỳ tạng/ hệ thống sau:
  - + Rối loạn chức năng tim mạch: Giảm huyết áp cần điều trị bằng dopamine  $\geq 5$   $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$ , hoặc bất kỳ liều norepinephrine
  - + Rối loạn chức năng thần kinh: Giảm mức độ ý thức
  - + Suy hô hấp: Tỷ lệ  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$
  - + Suy thận: Thiểu niệu, Creatinin  $> 2.0$   $\text{mg}/\text{dl}$
  - + Suy gan: PT- INR  $> 1.5$
  - + Rối loạn huyết học: Tiểu cầu  $< 100000/\text{mm}^3$

- **ĐỘ II (vừa):** VTMC có kèm 1 trong các dấu sau:

+ Số lượng bạch cầu máu >18000/mm<sup>3</sup>

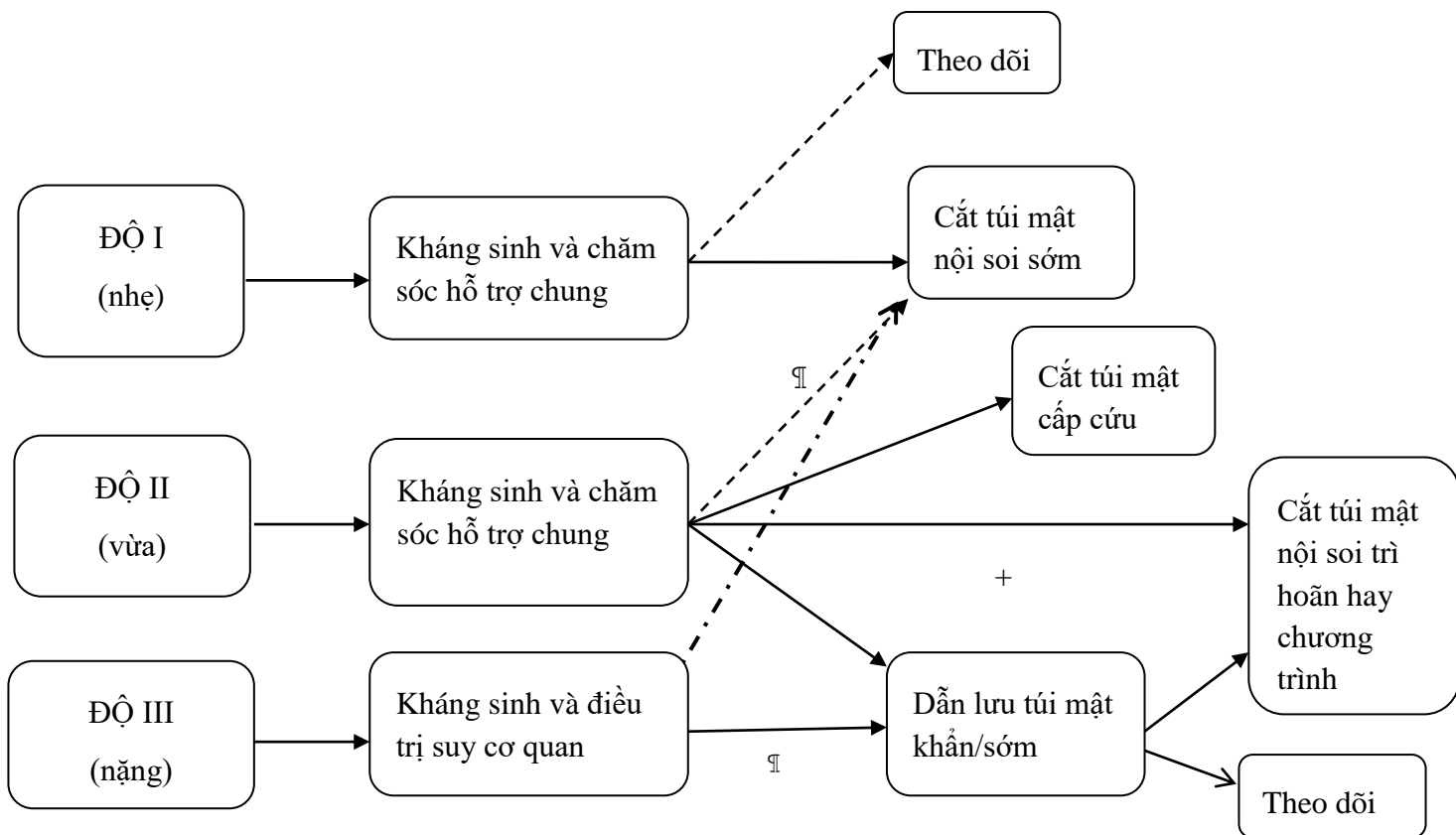
+ Sờ thấy khối ấn đau vùng bụng ¼ trên phải

+ Thời gian bệnh > 72 giờ

+ Các dấu hiệu viêm khu trú (viêm túi mật hoại tử, apxe túi mật, apxe gan, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật khí thủng)

- **ĐỘ I (nhẹ):** VTMC không thuộc tiêu chuẩn của độ II và III

### PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ



**Ghi chú:** (-): thất bại, (+): thành công, (¶): có nhân lực và trang bị để mổ nội soi nâng cao

CTMNS sớm: CTMNS trong 24, 48 hay 72 giờ

CTMNS trì hoãn: CTMNS ≥ 6 tuần sau khởi đầu

### Cụ thể:

- Sau khi đã chẩn đoán xác định VTMC theo tiêu chuẩn của Hướng dẫn Tokyo, phải khởi trị bằng: cho nhịn ăn, truyền dịch, dùng kháng sinh (xem phần Kháng sinh), giảm đau, theo dõi sát mạch, HA, lượng nước tiểu. Song song đó, đánh giá bệnh đồng mắc, nguy cơ cho cuộc mổ (ASA-PS), làm các xét nghiệm tiền phẫu, phân độ VTMC.



- **VTMC độ I:** Cắt túi mật nội soi (CTMNS) sớm là giải pháp hàng đầu. Nếu bệnh nhân giảm triệu chứng với điều trị nội cũng nên khuyên CTMNS ở thời điểm thích hợp để ngừa tái phát. Ở bệnh nhân có nguy cơ cao nếu phải mổ hay từ chối mổ thì phải theo dõi sát.
- **VTMC độ II:** Sau điều trị nội bước đầu
  - + Nếu thành công, có thể CTMNS trì hoãn hay chương trình
  - + Nếu thất bại, có thể phối hợp chọc dẫn lưu túi mật nhằm giải áp và làm giảm viêm tại chỗ để sau đó CTMNS trì hoãn hay chương trình.
  - + Nếu đã có dấu hiệu VPM mật từ đầu thì phải mổ cấp cứu (nội soi hay mổ mở).
  - + Nếu kịp trực có PTV có thể thực hiện mổ nội soi nâng cao thì có thể CTMNS sớm.
- **VTMC độ III:** Điều trị nội khoa với kháng sinh và nâng đỡ các cơ quan. Nếu cần thì cho bệnh nhân nằm ở khoa hồi sức tích cực.
  - + Sau hồi sức bước đầu mà **KHÔNG CÓ** yếu tố dự đoán xấu cho cuộc mổ + suy cơ quan **CÓ** cải thiện; Nếu:
    - Tình trạng chung bệnh nhân khá lên, kịp trực mổ NS → nâng cao được CTMNS sớm.
    - Tình trạng chung bệnh nhân vẫn kém, kịp trực không mổ NS nâng cao được → chọc dẫn lưu túi mật và đánh giá lại kết quả.
  - + Sau hồi sức bước đầu mà **CÓ** yếu tố dự đoán xấu cho cuộc mổ và/hoặc suy cơ quan **KHÔNG** cải thiện → Chọc dẫn lưu túi mật khẩn. Sau đó, nếu tình trạng chung của bệnh nhân khá lên thì có thể CTMNS trì hoãn hay chương trình; nếu tình trạng chung bệnh nhân vẫn xấu thì chỉ theo dõi tiếp.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ SỎI MẬT

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Sỏi mật là bệnh thường gặp. Sỏi có thể ít hay nhiều, nằm ở bất kỳ vị trí nào của đường mật trong và ngoài gan. Sỏi đường mật (SDM) có thể được thành lập ngay trong hệ thống dẫn mật được gọi là SDM tiên phát hoặc sỏi từ túi mật di chuyển xuống đường mật chính được gọi là SDM thứ phát.
- SDM được gọi tên dựa vào thành phần cấu tạo chính là cholesterol hay sắc tố mà có tên gọi là sỏi cholesterol hay sỏi sắc tố.
- SDM có thể chưa có triệu chứng được phát hiện tình cờ khi làm siêu âm hay chụp CT-scan, hoặc SDM gây nên bệnh cảnh nhiễm trùng đường mật.
- Qua một số điều tra cho thấy tỷ lệ mắc sỏi mật ở Việt Nam là từ 3,32% đến 6,11% trong đó sỏi túi mật chiếm đa số. Những năm gần đây, tại các cơ sở điều trị, siêu âm cho thấy tỷ lệ sỏi túi mật nhiều gấp 2 đến 3 lần sỏi ống mật chủ.
- Sỏi túi mật được thành lập trong túi mật, có thành phần hoá học rất khác nhau. Các thành phần cấu tạo cơ bản của sỏi gồm cholesterol, calcium bilirubinate, calcium carbonate, có thể đơn thuần hay phối hợp với nhau. Như vậy, sỏi túi mật gồm 2 loại chính sỏi cholesterol và sỏi sắc tố.
- SDM thứ phát có nguồn gốc từ STM nên thường là sỏi cholesterol, STM đi chuyển được xuống đường mật chính thường là kích thước nhỏ và đi qua được ống túi mật, để rơi xuống đường mật; khoảng 10 – 15% các trường hợp STM có kèm heo SDM. Trong đường mật chính sỏi có thể qua cơ vòng Oddi xuống tá tràng, hoặc tồn tại và kích thích sỏi lớn dần đến khi được phát hiện.
- SDM tiên phát được thành lập ngay tại hệ thống dẫn mật, đa số là sỏi sắc tố (pigment stones) thành phần chính là calcium bilirubinat. Bệnh sinh của SDM tiên phát là do vi trùng từ đường tiêu hóa đến đường mật (thường gặp nhất là E. coli); vi trùng này sẽ tiết ra enzym  $\beta$ -glucuronidase sẽ biến đổi “bilirubine kết hợp” thành “bilirubine không kết hợp” và kết tủa với calcium thành sỏi calcium bilirubinat không tan trong nước; sỏi nhỏ này có thể trôi xuống tá tràng hoặc trở thành một hạt nhân (nodus) để thành lập nên các sỏi lớn. Sỏi sắc tố có màu nâu vàng, thường mềm và dễ bóp bể. Một nguyên nhân sinh bệnh khác là sự nhiễm các ký sinh trùng đường tiêu hóa như lãi đũa, sán lá gan (Fasciola hepatica, Clonorchis sinensis...). Khi có SDM khoảng 70 – 90% có sự hiện diện của vi trùng trong dịch mật (bacteribilia), hầu như luôn có vi trùng trong sỏi sắc tố.
- Nếu SDM thứ phát (sỏi từ túi mật) có nguyên nhân là rối loạn biến dưỡng cholesterol, thì SDM tiên phát có nguyên nhân từ sự nhiễm trùng, nhiễm ký sinh trùng từ đường tiêu hóa chủ yếu do tình trạng vệ sinh ăn uống kém. Do đó có tác giả đã nhận định SDM thứ phát gặp nhiều ở các nước công nghiệp phát triển và SDM tiên phát gặp nhiều ở các nước ít phát triển có đời sống kinh tế xã hội còn thấp kém, và khi điều kiện vệ sinh được cải thiện thì tỷ lệ SDM tiên phát giảm rõ rệt.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Chẩn đoán xác định:

**Lâm sàng:**

– Viêm túi mật cấp: Đau vùng dưới sườn phải kèm theo tình trạng nhiễm trùng toàn thân. Viêm túi mật mạn có thể chẩn đoán được bằng lâm sàng với nghiệm pháp Murphy dương tính. Chỉ 30% có triệu chứng đau, 70% còn lại không có triệu chứng gì (sỏi câm), theo dõi số bệnh nhân này sau 5 năm có 10% có triệu chứng, 15 năm 18% có triệu chứng. Như vậy đối với bệnh nhân có sỏi câm không cần thiết phải cắt túi mật phòng ngừa trừ trường hợp bệnh nhân bị đái tháo đường hoặc có bệnh van tim, do đối tượng này sẽ có biến chứng nặng nếu bị viêm túi mật.

– Sỏi ống mật chủ với tam chứng Charcot điển hình: gồm có đau hạ sườn phải, sốt và vàng da. Đau hạ sườn phải biểu hiện bằng cơn đau quặn có thể gặp do sỏi kẹt cổ túi mật, sỏi kẹt đường mật hoặc các nguyên nhân khác. Trong trường hợp điển hình đau xuất hiện đột ngột vùng hạ sườn phải, lan ra sau lưng và lên vai phải, thường đau thành cơn làm người bệnh lăn lộn, không dám thở mạnh; không điển hình có thể chỉ đau âm ỉ hoặc có cảm giác tức nặng hay gặp ở người già có thể trạng suy kiệt...

– Sau đó sốt xuất hiện, là dấu hiệu của viêm nhiễm, sốt gặp ở khoảng 90% các ca viêm đường mật, thường sốt cao lạnh run.

– Cuối cùng biểu hiện vàng da và cứng mạc mắt do tắc mật, tùy theo mức độ tắc mật mà vàng da nhẹ hay đậm, chỉ trong trường hợp sỏi đơn thuần ở túi mật mới không gây vàng da. Khoảng 50-70% các trường hợp viêm đường mật có biểu hiện điển hình của tam chứng Charcot.

### **Cận lâm sàng**

– Bilan xét nghiệm thường quy:

+ Các xét nghiệm thường quy chuẩn bị mổ.

+ CTM : Bạch cầu tăng cao khoảng 75% các trường hợp, CRP tăng (Bạch cầu tăng hay không tùy thuộc tình trạng lúc nhập viện có nhiễm trùng hay không)

+ Bilirubin máu tăng, bilirubin trực tiếp > bilirubin gián tiếp.

+ SGOT và SGPT tăng.

+ Amylase huyết thanh tăng > 2 lần nếu có viêm tụy kèm theo.

+ Cây máu: bệnh nhân có VĐM cấp với sốt lạnh run biểu hiện tình trạng du khuẩn huyết, do đó lấy máu lúc lạnh run để xác định vi trùng gây bệnh và kháng sinh đồ trong trường hợp điều trị kháng sinh ban đầu thất bại. Khoảng 50% cây máu (+) và thường thì vi trùng phân lập trong máu phù hợp với vi trùng trong đường mật lúc mổ. Các vi trùng thường gặp theo thứ tự là *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus faecalis* (khoảng 2/3 trường hợp là đa vi khuẩn); các vi trùng yếm khí ít gặp hơn và thường là *Bacteroides flagilis*.

+ Siêu âm bụng: là phương tiện chẩn đoán sỏi mật có độ chính xác khá cao, không xâm hại, rẻ tiền, nhanh chóng có thể thực hiện tại giường cho bệnh nhân nặng, thực hiện được nhiều lần liên tiếp. Ngoài ra, siêu âm còn cho biết tình trạng dẫn đường mật trong và ngoài gan, phát hiện hơi trong đường mật, áp xe gan, xơ gan, tình trạng tụy.

– Bilan xét nghiệm chẩn đoán

+ Siêu âm bụng: Túi mật có sỏi với bóng lưng điển hình kẹt ở vùng phễu hoặc ống túi mật, thành dày và không đều, có thể có ít dịch xung quanh. Hoặc đường mật dẫn kèm hình ảnh sỏi có bóng lưng điển hình.

+ CT: phát hiện sỏi trong gan với độ nhạy và độ chuyên gần giống như siêu âm, có giá trị hơn siêu âm trong phát hiện tổn thương đi kèm hoặc các bệnh lý khác. CT thường được chỉ định khi siêu âm gặp khó khăn như bệnh nhân béo phì, có nhiều hơi trong ruột...

+ MRI: Tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán tắc mật cho biết những chi tiết giải phẫu rõ nét, độ chính xác cao, khảo sát thương tổn thành đường mật, gan và mô mềm quanh đường mật và không gây nhiễm xạ.

+ Chụp mật – tụy ngược dòng (ERCP = Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography): Là chẩn đoán hình ảnh xâm nhập nhẹ, qua ống nội soi xuống đến tá tràng D2, một ống thông được đưa vào đường mật qua cơ vòng Oddi và thuốc cản quang được bơm để chụp đường mật. Cho hình ảnh đường mật tụy rất rõ ràng nhất là đối với tắc mật vị trí thấp, xác định vị trí và nguyên nhân tắc mật, sinh thiết; ngoài ra ERCP còn có khả năng điều trị các thương tổn làm tắc hẹp đường mật tụy như lấy sỏi đường mật, đặt stent, cắt cơ vòng Oddi.

+ Chụp mật xuyên gan qua da (PTC = Percutaneous Transhepatic Cholangiography), Là một chẩn đoán hình ảnh xâm nhập, với sự hướng dẫn huỳnh quang hoặc siêu âm, một kim Chiba chuyên dùng được đâm qua da vào đến đường mật trong gan, sau đó thuốc cản quang được bơm để chụp đường mật. PTC cho hình ảnh đường mật rất rõ ràng nhất là đối với tắc mật cao, xác định vị trí và nguyên nhân tắc mật; ngoài ra PTC cũng có khả năng điều trị như giải áp đường mật.

+ Chụp đường mật trong lúc mổ: chất cản quang được bơm trực tiếp vào đường mật trong quá trình mổ để cho hình ảnh hệ thống ống dẫn mật. Nó được chỉ định khi nghi ngờ có sỏi trong ống mật chủ.

## **2.2. Chẩn đoán phân biệt**

- Thủng ổ loét dạ dày tá tràng
- Viêm tụy cấp.
- Giun chui OMC.
- Bệnh động mạch vành.
- Viêm ruột thừa.
- Viêm loét dạ dày tá tràng.
- Con đau quận thận phải.
- Viêm gan.
- Ung thư đường mật, ung thư đầu tụy, ...

## **3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ**

### **3.1. Viêm túi mật cấp**

3.1.1. Nguyên tắc điều trị: Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa trì hoãn. Bệnh nhân nên được theo dõi tại khoa ngoại.

3.1.2. Điều trị nội ở giai đoạn sớm (I và II): Chỉ cần điều trị nội khoa chưa cần mổ cấp cứu và bao gồm những bước sau:

- Nhịn ăn, đặt thông mũi dạ dày để tránh kích thích túi mật và tụy
- Truyền dịch
- Sử dụng thuốc ức chế phó giao cảm (ức chế thần kinh X, giảm tiết acid, giảm co thắt cơ oddi, giảm co bóp của túi mật)
- Theo dõi bệnh nhân: Theo dõi công thức bạch cầu, CRP, nhiệt độ, khám bụng sau mỗi 2-3 giờ bởi cùng một bác sĩ

– Không dùng kháng sinh vì làm lu mờ triệu chứng làm cho theo dõi bệnh khó khăn. Nếu hết triệu chứng, nên sắp xếp mổ theo chương trình. khoảng 25% bệnh nhân điều trị nội khoa diễn biến thành hoại tử hay viêm phúc mạc cần mổ cấp cứu.

3.1.3. Điều trị nội giai đoạn muộn: viêm hoại tử hay thủng túi mật ( III và IV). Hồi sức và chuẩn bị mổ cấp cứu:

- Nhịn ăn, đặt thông mũi dạ dày để tránh kích thích túi mật và tụy.
- Truyền dịch bù nước điện giải.
- Kháng sinh phổ rộng và phối hợp.
- Điều trị bệnh lý kèm theo: Tim mạch, Hô hấp, Nội tiết, ...

3.1.4. Điều trị phẫu thuật:

- Mổ nội soi cắt túi mật.
- Nếu bệnh nhân già yếu, suy kiệt nặng, đến muộn, nhiễm độc nặng, có bệnh mãn tính như đái tháo đường, lao phổi, suy tim, bệnh lý mạch vành, ... thì chỉ dẫn lưu túi mật.
- Bệnh nhân trẻ, thể trạng tốt, mổ sớm trước 72 giờ túi mật viêm mủ, hoại tử thì nên cắt bỏ túi mật.

### **3.2. Viêm túi mật mạn.**

3.2.1. Điều trị nội :

- Chế độ ăn giảm béo.
- Ăn kiêng để giảm cân.
- Dùng thuốc ức chế phó giao cảm.

3.2.2. Điều trị phẫu thuật:

- Hầu hết các trường hợp có thể mổ cắt túi mật nội soi, một số ít phải mổ mở do bệnh lý đi kèm nặng chống chỉ định mổ nội soi, bệnh nhân mổ bụng nhiều lần cần cân nhắc mổ nội soi, trong khi mổ nội soi khó hoặc phẫu thuật viên không thể giải quyết bằng nội soi.

### **3.3. Sỏi đường mật:**

- Mục tiêu của điều trị là lấy sỏi, làm thông thương đường mật trở lại và loại trừ những chỗ hẹp (nếu có).
- Bệnh nhân đến viện trong tình trạng không có biểu hiện nhiễm trùng hay đang trong tình trạng nhiễm trùng, có khi là sốc nhiễm trùng. Điều trị nội khoa rất quan trọng phải đưa bệnh nhân ra khỏi tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc, càng sớm càng tốt và phẫu thuật sớm.

3.3.1. Điều trị nội khoa:

- Nhịn ăn, đặt thông mũi dạ dày để tránh kích thích túi mật và tụy.
- Truyền dịch bù nước điện giải.
- Kháng sinh phổ rộng và phối hợp: Theo Hướng dẫn sử dụng kháng sinh BVND Gia Định. Trong trường hợp sỏi mật có biến chứng nhiễm trùng (viêm túi mật cấp, viêm đường mật, áp xe gan đường mật, choáng nhiễm trùng,...) sử dụng kháng sinh theo hướng dẫn của Hội bệnh nhiễm Hoa kỳ 2010.

Nhóm bệnh nhân	Đơn trị liệu	Đa trị liệu
Người trưởng thành	Cefoxitin, Ertapenem (Invanz), Moxifloxacin, Tigecyclin hoặc Ticarcillin-Clavulanic acid	Metronidazol kết hợp với Cephazolin, Cefuroxim, Ceftriaxon, Cefotaxim, Ciprofloxacin hoặc Levofloxacin**
Bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ*	Imipenem-cilastatin (Tienam), Meropenem, Doripenem hoặc Piperacillin-tazobactam (Tazocin)	Metronidazol kết hợp với Cefepim, Ceftazidim, Ciprofloxacin hoặc Levofloxacin**

**\*Các yếu tố nguy cơ:**

- Lớn tuổi, suy đa tạng, dinh dưỡng kém.
- Suy giảm miễn dịch.
- Viêm phúc mạc toàn thể, APACHE >15, hoặc điều trị ban đầu muộn > 24 giờ.

\*\*Fluroquinolon chỉ được sử dụng khi tỉ lệ nhạy với *E. coli* > 90% tại nơi sử dụng.

Ngưng kháng sinh khi bệnh nhân không sốt và bạch cầu về bình thường

- Điều trị bệnh lý kèm theo : Tim mạch, Hô hấp, Nội tiết, ...
- Hồi sức tích cực trong trường hợp chuẩn bị sốc, đang trong tình trạng sốc, đưa bệnh nhân về trạng thái ổn định, để có thể phẫu thuật ngay.

3.3.2. Điều trị thủ thuật lấy sỏi: Nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi (ERCP), có thể thực hiện thủ thuật cắt cơ vòng oddi giải áp đường mật, đặt stent dẫn lưu dịch mật, lấy sỏi, tán sỏi, lấy giun trong OMC.

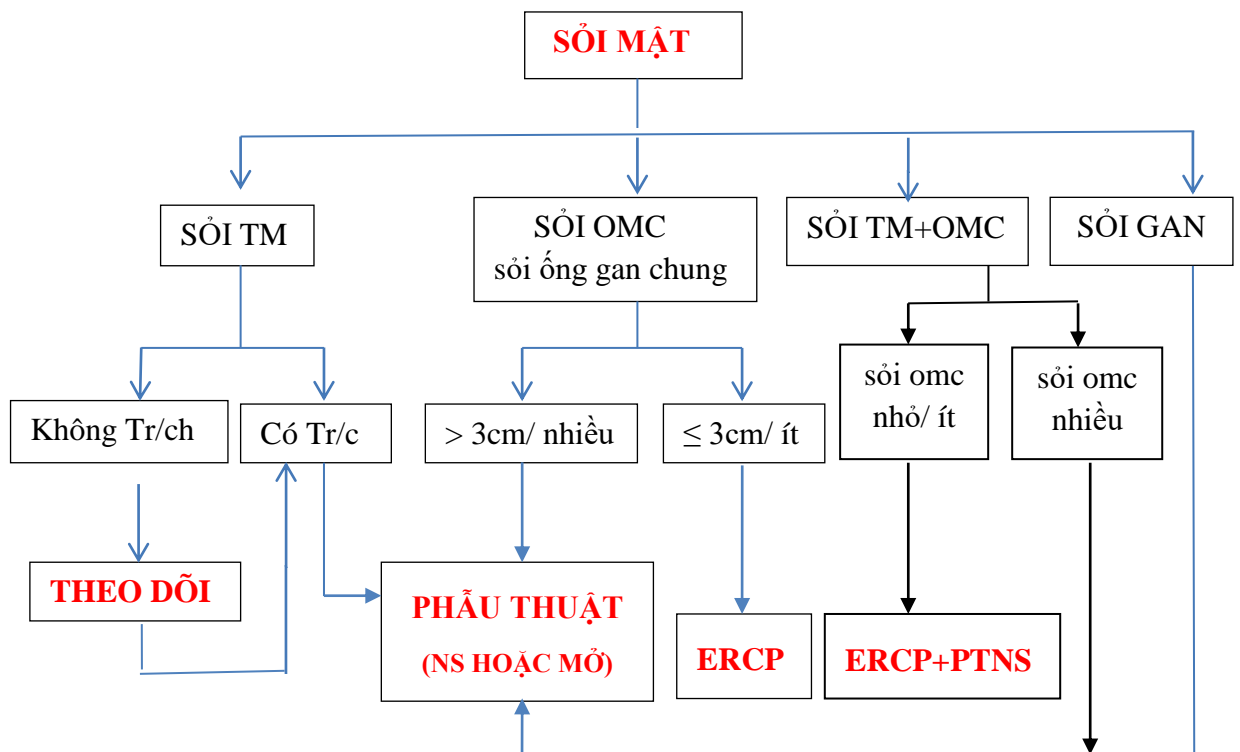
- Sỏi OMC, OGC.
- Kích thước sỏi 2-3 cm.
- Số lượng sỏi không quá nhiều.

3.3.3. Điều trị phẫu thuật lấy sỏi:

- Phẫu thuật nội soi: Có thể thực hiện mổ chương trình hay mổ cấp cứu.
- + Sỏi OMC kèm sỏi túi mật: Cắt túi mật + mở OMC lấy sỏi và dẫn lưu Kehr
- + Sỏi OMC không lấy qua ERCP được do túi thừa tá tràng, có quá nhiều sỏi OMC, sỏi lớn > 3cm, hẹp đường mật hay vì lý do kỹ thuật không lấy được
- + Sỏi OMC kèm sỏi đường mật trong gan: mở OMC lấy sỏi và dẫn lưu Kehr
- Phẫu thuật mổ mở:
- + Bệnh nhân mổ nhiều lần, phẫu thuật nội soi khó.
- + Tình trạng bệnh nhân nặng, bệnh lý nội khoa nặng kèm theo như suy hô hấp, suy tim, ...
- + Nội soi có biến chứng.
- + Thủ thuật ERCP biến chứng nặng.

- + Kèm mở đường mật qua nhu mô gan lấy sỏi.
- + Kèm cắt gan khi sỏi khu trú ở một hạ phân thùy, một phân thùy gan không lấy được qua đường OMC do hẹp đường mật dưới sỏi hoặc teo nhu mô gan, tổn thương nghi ngờ ác tính, tạo nhiều ổ áp xe gan nhỏ khu trú và chảy máu đường mật.
- + Kèm tạo đường hầm mật - ruột - da (quai hồng tràng Roux-en-Y) trong trường hợp sỏi đường mật tái phát nhiều lần, sỏi trong gan không thể lấy hết qua lần mổ, hẹp đoạn cuối OMC.

### LƯU ĐỒ XỬ TRÍ



# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT CƠ HỌC

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột là sự ngưng trệ lưu thông các chất trong lòng ruột như hơi, dịch; Phân không qua hậu môn ra ngoài được. Đây là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp mà nguyên nhân là tắc ruột do dính (sau mổ), do u, do thoát vị nghẹt, do bã thức ăn, phân, dị vật.

Tắc ruột được phân loại:

- **Tắc ruột do thắt:** Loại này nguy hiểm vì mạc treo ruột và đoạn ruột tương ứng bị thắt lại, làm thiếu máu nuôi, nguy cơ hoại tử ruột. Triệu chứng lâm sàng ồ ạt. Đau bụng dữ dội, phản ứng thành bụng (+). Cần mổ ngay nếu không ruột bị hoại tử.
- **Tắc ruột do bít:** Thường do u chèn ép lòng ruột, lòng ruột dần dần bị bít lại. Vì vậy bệnh khởi phát từ từ, đau bụng không dữ dội, nôn có thể có hay không nôn. Loại này không cần mổ khẩn cấp như loại trên.
- **Tắc ruột do hiện tượng viêm:** Mọi hiện tượng viêm nhiễm trong ổ bụng (khu trú hay toàn bộ) đều có thể gây ra tắc ruột (loại hỗn hợp: vừa liệt ruột, vừa tắc ruột cơ học). Đây là loại tắc ruột kèm theo sốt. Thường bệnh cảnh viêm phúc mạc nổi trội nhưng ở người già thì triệu chứng tắc ruột là nổi trội.
- **Tắc ruột sớm sau mổ:** Sau phẫu thuật vùng bụng đều có thể đưa đến liệt ruột trong 48 giờ đầu. Tắc ruột sau mổ thường do viêm phúc mạc do bụi miệng nối đường tiêu hóa. Nguyên nhân thứ hai thường gặp là do thoát vị nội (phẫu thuật viên không đóng kín mạc treo sau khi cắt nối ruột).
- **Tắc ruột già:** được Ogilvie mô tả năm 1948 với một bệnh cảnh tắc ruột nhưng không tìm thấy nguyên nhân cơ học. Trong loại này, đại tràng mất trương lực thứ phát do:

- + Rối loạn điện giải, giảm Kali/máu;
- + Bệnh thần kinh;
- + Dùng một số thuốc chữa thần kinh;
- + Bệnh tim mạch.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng

- Đau bụng quặn từng cơn.
- Nôn ra thức ăn, dịch tiêu hóa. Có trường hợp nôn ra phân.
- Bí trung, đại tiện.
- Khám: Bụng chướng, gõ vang, dấu hiệu rắn bò (+). Ấn chẩn bụng đau. Có thể bụng có đề kháng khi ruột bị hoại tử.
- Khám tìm sọ mô cũ.



- Khám các lỗ thoát vị: bẹn, đùi, rốn và tìm dấu hiệu thoát vị lỗ bịt, u trực tràng thấp.

## **2.2. CẬN LÂM SÀNG**

- X quang bụng đứng không sửa soạn: có hình ảnh mức hơi nước.
- Siêu âm bụng: Chỉ có giá trị tham khảo thêm (hình ảnh các quai ruột căng dẫn chứa đựng đầy dịch và hơi, đôi khi phát hiện được nguyên nhân gây tắc ruột như u trong ổ bụng, thoát vị rốn, bẹn, đùi...).

## **2.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

- Liệt ruột.
- Táo bón ở người già, người nằm lâu (do TBMMN, gãy xương...).

## **3. ĐIỀU TRỊ**

### **3.1. Hồi sức nội khoa:**

- Đặt thông mũi - dạ dày, hút dạ dày.
- Bồi hoàn nước, điện giải theo ion đồ.
- Dùng kháng sinh phổ rộng.
- Nên hồi sức 12-24 giờ trước mổ.

### **3.2. Điều trị ngoại khoa:**

- Mục tiêu là lấy đi chỗ tắc và tái lập lưu thông đường tiêu hóa.
- Mổ nội soi: chỉ giải quyết tắc ruột do dính.
- Mổ mở: mục tiêu là giải quyết lấy đi nguyên nhân gây tắc ruột và tái lập lưu thông đường tiêu hóa.

### **3.3. Phác đồ điều trị tắc ruột non**

- Do dây dính: Cắt dây dính. Ngừa tái phát Childs-Philipps, Noble.
- Do lồng ruột cấp: Cắt bỏ đoạn ruột và khối lồng (bướu).
- Do thoát vị (bẹn, đùi, rốn, bịt, nội): Xử lý đoạn ruột thương tổn, tái tạo thành bụng.
- Do sỏi mật: mở ruột lấy sỏi, giải quyết bệnh lý túi mật.
- Do bã thức ăn: mở ruột lấy nút nghẹt.
- Do bướu ruột non: cắt bỏ bướu + hóa trị.
- Do sau viêm nhiễm: gỡ dính. Ngừa tái phát Childs-Philipps, Noble.
- Do ung thư lan tràn ổ bụng: Đưa phần trên chỗ nghẹt ra ngoài; Nối tắt (bypass)

### **3.4. Phác đồ điều trị tắc Đại tràng.**

- Hồi sức nội khoa trước mổ: Hút dạ dày liên tục qua thông mũi - dạ dày.
- Bồi hoàn nước, điện giải: Kháng sinh phổ rộng.

- Ung thư Đại tràng lên: cắt đại tràng phải. Nếu không cắt được, làm bypass.
- Ung thư Đại tràng xuống: Làm hậu môn nhân tạo, nối thì 2. Cắt bỏ đoạn ĐT và búi hoặc PT Hartmann. Hoặc rửa ruột lúc mổ, cắt đại tràng (T) nối ngay. Dùng thiết bị Coloshield (kỹ thuật chọn lọc).
- Ung thư Đại tràng thủng: Cắt bỏ đoạn thủng + đưa 2 đầu ra. Hoặc khâu chỗ thủng, làm hậu môn nhân tạo trên dòng.
- Ung thư Trực tràng gây tắc ruột: Làm hậu môn nhân tạo trên dòng, 3-6 tuần sau mổ cắt khối u.
- Xoắn Đại tràng Sigma: Ruột hoại tử, cắt bỏ đoạn ruột này, đưa đầu trên ra da chờ thì sau nối lại.
- Xoắn manh tràng: Ruột chưa hoại tử: cố định manh tràng - đại tràng (P). Nếu ruột bị hoại tử: cắt bỏ đại tràng (P) và nối ngay.
- Tắc ruột kèm thủng ruột: Cắt bỏ đoạn ruột thủng, đưa 2 đầu ra ngoài và chờ thì sau nối lại.
- Giả tắc Đại tràng (Ogilvie):
- + Điều trị nội: Thụt tháo đại tràng, đặt sonde rectal; Bôi hoàn nước, điện giải; Sử dụng thuốc Prostigmin, Cisapride).
- + Nội soi giải áp.
- + Ngoại khoa: Mở manh tràng ra da.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm ruột thừa là một cấp cứu ngoại khoa và thường là nguyên nhân gây đau bụng cấp ở cả trẻ em và người trưởng thành dưới 50 tuổi. Bệnh thường xuất hiện ở độ tuổi từ 20 đến 30. Tuy ngày càng có nhiều xét nghiệm mới để chẩn đoán viêm ruột thừa nhưng tỷ lệ không chẩn đoán được vẫn ở mức 15 - 15,3%. Tỷ lệ này cao hơn ở nữ giới.
- Có khoảng 14 loại vi khuẩn gây viêm ruột thừa, đa phần là Escherichia coli và Bacteroides fragilis. Vì vậy, ngoài phẫu thuật cắt ruột thừa (mở hay nội soi) là điều trị chuẩn, sử dụng kháng sinh dự phòng để làm giảm tình trạng nhiễm trùng vết mổ và áp xe trong ổ bụng với VRT cấp chưa có biến chứng và kháng sinh điều trị cho VRT cấp có biến chứng (hoại tử, áp xe RT, viêm phúc mạc RT) là cần thiết. Kháng sinh thường được dùng 24 – 48h sau mổ đối với ruột thừa chưa vỡ và 7 - 10 ngày sau mổ đối với ruột thừa đã vỡ.
- Ở phụ nữ có thai, nguy cơ sảy thai sau mổ ruột thừa là 4%.
- Chẩn đoán viêm ruột thừa khó khăn do liên quan đến những cơ quan xung quanh ruột thừa kể cả ở nam và ở nữ và các vị trí khác nhau của ruột thừa.
- Thời gian diễn ra quá trình này có thể thay đổi. Một số nghiên cứu cho là thời gian trung bình dẫn đến hoại tử là 46-71 giờ. Tuy nhiên đa số đồng ý là 80% ruột thừa vỡ sau 48 giờ đau. Một số thể khác là viêm ruột thừa tái phát, viêm ruột thừa bán cấp, viêm ruột thừa mạn tính.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Chẩn đoán xác định

#### 2.1.1. Lâm sàng

- Đau bụng, đau di chuyển từ thượng vị hay quanh rốn sang hố chậu phải, xuất hiện đau ở hố chậu phải đau trước, sau đó nôn ói. Đau hố chậu phải, đau di chuyển và quá trình đau góp phần trong chẩn đoán viêm ruột thừa.
- Triệu chứng ấn đau ở điểm Mc-Burney, ngoài ra một số điểm khác như điểm Lanz, Clado là những dấu chứng ban đầu, sau đó diễn tiến qua có phản ứng dội, đề kháng thành bụng, co cứng thành bụng nhẹ và co cứng thành bụng dữ dội.
- Dấu hiệu cơ thắt lưng chậu, dấu cơ bít, Rovsing, tăng cảm giác da vùng bụng.
- Sốt từ 37,3 – 38°C.
- Vết mặt nhiễm trùng: môi khô, lưỡi đỏ, hơi thở hôi.

Cũng giống như bệnh sử, không thể dựa vào 1 dấu hiệu riêng lẻ trong thăm khám để chẩn đoán viêm ruột thừa. Tuy nhiên có vài dấu hiệu giúp tiên đoán viêm ruột thừa như phản ứng thành bụng và co cứng thành bụng vùng hố chậu phải.

#### 2.1.2. Cận lâm sàng

- Bilan XN thường quy : Xét nghiệm trong viêm ruột thừa cấp bao gồm bạch cầu tăng, công

thức bạch cầu lệch trái, CRP tăng.

	Sử dụng nhiều	Ít sử dụng	Không sử dụng
<b>Bệnh sử</b>	Đau di chuyển Đau hố chậu (P) Đau trước, sau đó ói	Nôn ói Giới nam	Không thèm ăn Buồn nôn Đau tăng khi ho hay di chuyển
<b>Thăm khám lâm sàng</b>	Đau hố chậu phải Co cứng thành bụng	Phản ứng dội Đề kháng Đau khi gõ Nhiệt độ >38,3 °C (101 °F) Dấu cơ psoas	Thăm trực tràng Dấu Rovsing Tăng nhiệt độ vùng hố chậu (P)
<b>Xét nghiệm thường qui</b>	WBC ≥ 10 và CRP ≥ 8	WBC > 15 Đa nhân > 85%	WBC > 10

– Bilan XN hình ảnh học:

+ Siêu âm: hình ảnh viêm ruột thừa trên siêu âm là ruột thừa ấn không xẹp với đường kính > 6 mm. Ngoài ra là hình ảnh tăng âm, thâm nhiễm mỡ xung quanh (dấu của phản ứng viêm) và ổ apxe. Siêu âm là lựa chọn đầu tiên trong chẩn đoán viêm ruột thừa.

+ CT scan: hình ảnh viêm ruột thừa là (1) tăng đường kính ngang của ruột thừa > 6 mm, (2) thành ruột thừa dày > 2mm, (3) sỏi phân (30%), (4) dấu phản ứng viêm xung quanh (thâm nhiễm mỡ, co kéo mạc treo, dịch quanh ruột thừa). CT được chỉ định khi lâm sàng và siêu âm gặp khó khăn trong chẩn đoán.

+ MRI: thường được sử dụng cho các trường hợp VRT khó chẩn đoán ở thai phụ hay người chống chỉ định chụp CT bụng (độ nhạy là 100% và độ đặc hiệu là 98%).

– Hệ thống tính điểm: có một vài hệ thống điểm số được sử dụng trong chẩn đoán viêm ruột thừa như thang điểm của Alvarado hay MANTRELS và một số khác như Kharbanda và Lintula.

	<b>Các biến</b>	<b>Giá trị</b>
<b>Bệnh sử</b>	– Đau di chuyển	1
	– Không thèm ăn	1
	– Buồn nôn - nôn ói	1
<b>Thăm khám lâm sàng</b>	– Đau vùng hố chậu phải	2
	– Phản ứng dội	1
	– Nhiệt độ $\geq 37,3C$	1
<b>Xét nghiệm</b>	– WBC > 10.000/ $\mu$ L	2
	– Công thức bạch cầu lệch trái (> 75% neutrophil)	1
<b>Tổng số điểm</b>		<b>10</b>

Như vậy viêm ruột thừa cấp là một vấn đề tiếp tục đặt ra những tình huống khó xử cho các nhà lâm sàng. Mặc dù chỉ với các dấu chứng lâm sàng không đủ để chẩn đoán viêm ruột thừa nhưng không thể xem nhẹ tầm quan trọng của bệnh sử và thăm khám lâm sàng. Lợi ích mang lại khi bệnh sử, thăm khám lâm sàng, xét nghiệm thường qui và xét nghiệm hình ảnh được xem xét cùng nhau sẽ giúp ích nhiều hơn và tránh bỏ sót.

## 2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm ruột do Yersinia, Campylobacter, Salmonella.
- Viêm mạc nối lớn.
- Nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm đài bể thận.
- Thoát vị, tắc ruột, túi thừa manh tràng, xoắn manh tràng.
- Xoắn tinh hoàn ở nam.
- Riêng ở nữ: viêm phúc mạc chậu, nang buồng trứng vỡ, apxe tai vòi, xoắn buồng trứng và thai ngoài tử cung vỡ.

## 3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Điều trị hỗ trợ

- Bù dịch đường tĩnh mạch (Lactat Ringer hay NaCl 0,9%) kết hợp điều trị triệu chứng (chống nôn, giảm đau...).
- Kháng sinh:
  - + Kháng sinh dự phòng thường được sử dụng trong viêm ruột thừa chưa vỡ để ngừa nhiễm trùng vết mổ và nhiễm trùng ổ bụng sau mổ.
  - + Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí.

- + Cephalosporin thế hệ 2, 3 (Cefotetan, Cefoxitin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ceftazidim...) có thể được lựa chọn.
- + Nhóm Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng thường được sử dụng đơn trị. Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.
- + Aminoglycoside sử dụng trong điều trị vi khuẩn Gram (-) nhưng khi phối hợp với Penicillin sẽ làm tăng độc tính nên thường ít được lựa chọn.
- + Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí là cần thiết, nhất là khi VRT có biến chứng áp xe hay viêm phúc mạc ruột thừa.
- + Trong trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ để chọn kháng sinh thích hợp.

Nhóm bệnh nhân	Đơn trị liệu	Đa trị liệu
Người trưởng thành	Cefoxitin, Ertapenem (Invanz), Moxifloxacin, Tigecyclin hoặc Ticarcillin-Clavulanic acid	Metronidazol kết hợp với Cephazolin, Cefuroxim, Ceftriaxon, Cefotaxim, Ciprofloxacin hoặc Levofloxacin**
Bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ*	Imipenem-cilastatin (Tienam), Meropenem, Doripenem hoặc Piperacillin-tazobactam (Tazocin)	Metronidazol kết hợp với Cefepim, Ceftazidim, Ciprofloxacin hoặc Levofloxacin**

\* Các yếu tố nguy cơ:

- Lớn tuổi, suy đa tạng, dinh dưỡng kém.
- Suy giảm miễn dịch.
- Viêm phúc mạc toàn thể, APACHE >15, hoặc điều trị ban đầu muộn > 24 giờ.

\*\* Fluroquinolon chỉ được sử dụng khi tỉ lệ nhạy với *E. coli* > 90% tại nơi sử dụng. Ngưng kháng sinh khi bệnh nhân không sốt và bạch cầu về bình thường

### 3.2. Phẫu thuật

- Cắt ruột thừa mở mổ: thực hiện cho các trường hợp chống chỉ định mổ nội soi (choáng nhiễm trùng, suy hô hấp nặng...) hay bị viêm phúc mạc toàn thể nặng (bụng trướng nhiều, giả mạc lan tỏa, khó bộc lộ ruột thừa).
- Cắt ruột thừa nội soi: ưu tiên chọn lựa cho hầu hết các trường hợp còn lại.
- + Cắt ruột thừa nội soi là phương pháp an toàn và hiệu quả trong viêm ruột thừa không biến chứng hoặc ruột thừa mới vỡ.
- + Mổ nội soi thường được lựa chọn trong điều trị cho người lớn tuổi, cho sản phụ, trên người béo phì.

### 3.3. Điều trị biến chứng của áp xe ruột thừa

#### 3.3.1. Phẫu thuật cắt ruột thừa cấp cứu:

- Dễ dẫn đến vậy nhiễm sang những vùng khác trong ổ bụng và khó khăn trong mổ do tình trạng phù nề, mô hoại tử dễ dẫn đến rò tiêu hoá. Ngoài ra, còn dễ tụ dịch sau mổ và dính ruột.
- Tình trạng viêm có thể gây chẩn đoán lầm với bệnh lý ác tính và dẫn đến cắt đại tràng, hay bệnh lý ác tính nhưng chỉ phẫu thuật cắt ruột thừa.
- Tỷ lệ biến chứng khoảng 26%.

#### 3.3.2. Điều trị bảo tồn không mổ và chờ mổ sau 6-10 tuần:

- Điều trị bảo tồn bao gồm kháng sinh đường truyền phổ rộng và cho ruột nghỉ ngơi. Tỷ lệ thành công từ 76% - 97%. Tỷ lệ thất bại từ 9% - 15%, tỷ lệ này không bao gồm điều trị với chọc hút dẫn lưu.
- Thời gian chờ mổ sau điều trị bảo tồn từ 6 - 10 tuần vì tỷ lệ tái phát viêm ruột thừa sau điều trị bảo tồn và chẩn đoán lầm với bệnh lý ác tính khác (ung thư, Crohn, lao ...) khoảng 5%.
- Tỷ lệ tái phát nhiều thay đổi từ 15% - 37%.

#### 3.3.3. Điều trị bảo tồn không mổ và theo dõi không có phẫu thuật:

- Do tỷ lệ tái phát ngày càng giảm và tỷ lệ tái phát thường diễn ra khoảng 5 tháng đầu sau điều trị bảo tồn, sau 2 năm thì tỷ lệ tái phát giảm rất thấp.
- Đối với bệnh nhân trên 40 tuổi sau khi điều trị bảo tồn 2 - 4 tuần phải tầm soát bằng nội soi đại tràng hay chụp đại tràng hoặc chụp CT scan để tránh chẩn đoán lầm với bệnh lý ác tính.

#### 3.3.3. Điều trị áp xe ruột thừa

Áp-xe ruột thừa được chẩn đoán dựa vào CT Scan hoặc siêu âm, dựa vào kích thước ổ áp-xe:

- Nếu ổ áp-xe nhỏ hay chỉ là viêm tấy sẽ theo dõi sinh hiệu:
- + Không sốt: điều trị kháng sinh đường uống kết hợp chế độ ăn và có thể xuất viện nếu tình trạng ổn định.
- + Sốt hay có tình trạng nhiễm trùng: điều trị kháng sinh phổ rộng và/hoặc dẫn lưu ổ áp-xe.
- Nếu ổ áp-xe lớn hơn 4-6 cm: điều trị kháng sinh phổ rộng và/hoặc dẫn lưu ổ áp-xe.

Đối với trẻ em

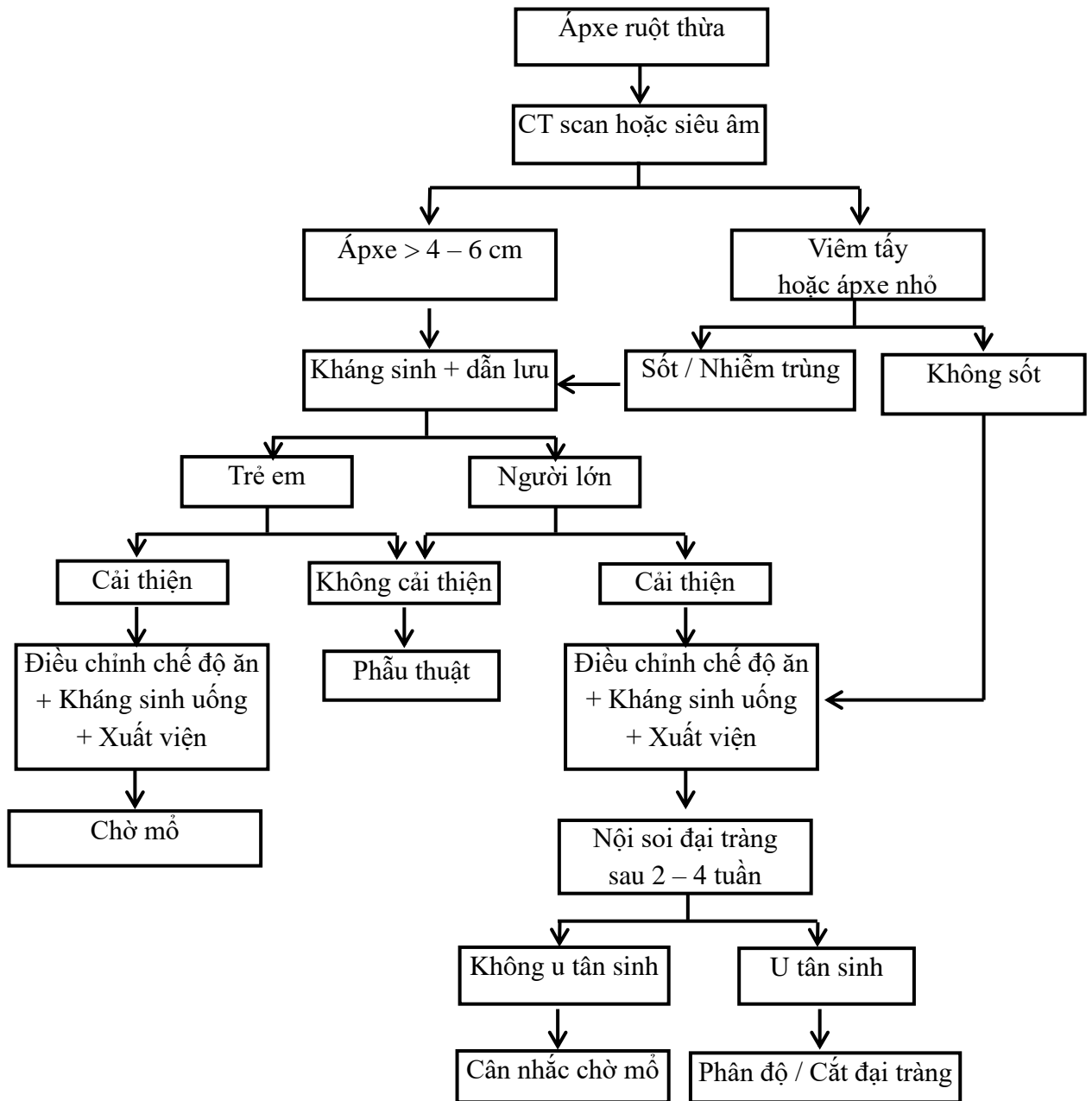
- + Tình trạng cải thiện: điều chỉnh chế độ ăn + kháng sinh đường uống + xuất viện.
- + Nếu tình trạng không cải thiện sau vài ngày (sốt cao, bạch cầu máu tăng cao) thì phẫu thuật.

Đối với người lớn:

- + Tình trạng không cải thiện thì phẫu thuật.
- + Tình trạng cải thiện: điều chỉnh chế độ ăn + kháng sinh đường uống + xuất viện, sau đó hẹn bệnh nhân tái khám sau 2-4 tuần để soi đại tràng (hay chụp đại tràng) tầm soát u tân sinh vì có khoảng 5% là ung thư đại tràng. Nếu không có u tân sinh thì chờ sau 6-10 tuần sẽ phẫu thuật cắt ruột thừa. Nếu có u tân sinh, đánh giá giai đoạn và phẫu thuật cắt đại tràng.

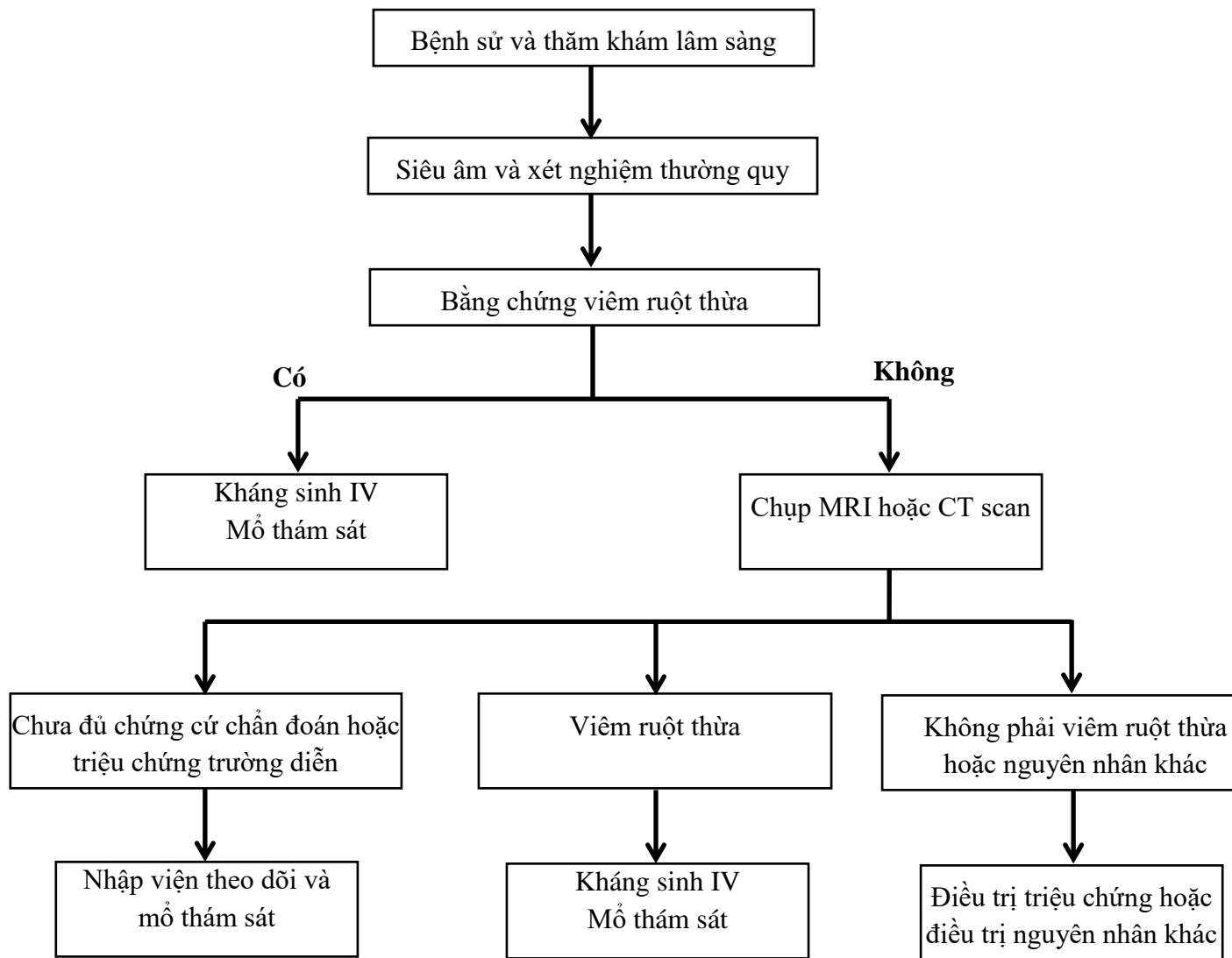
Dẫn lưu ổ áp-xe có thể qua trực tràng hay qua âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm nếu ở vị trí hợp lý hay dẫn qua da dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT scan.

## LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ

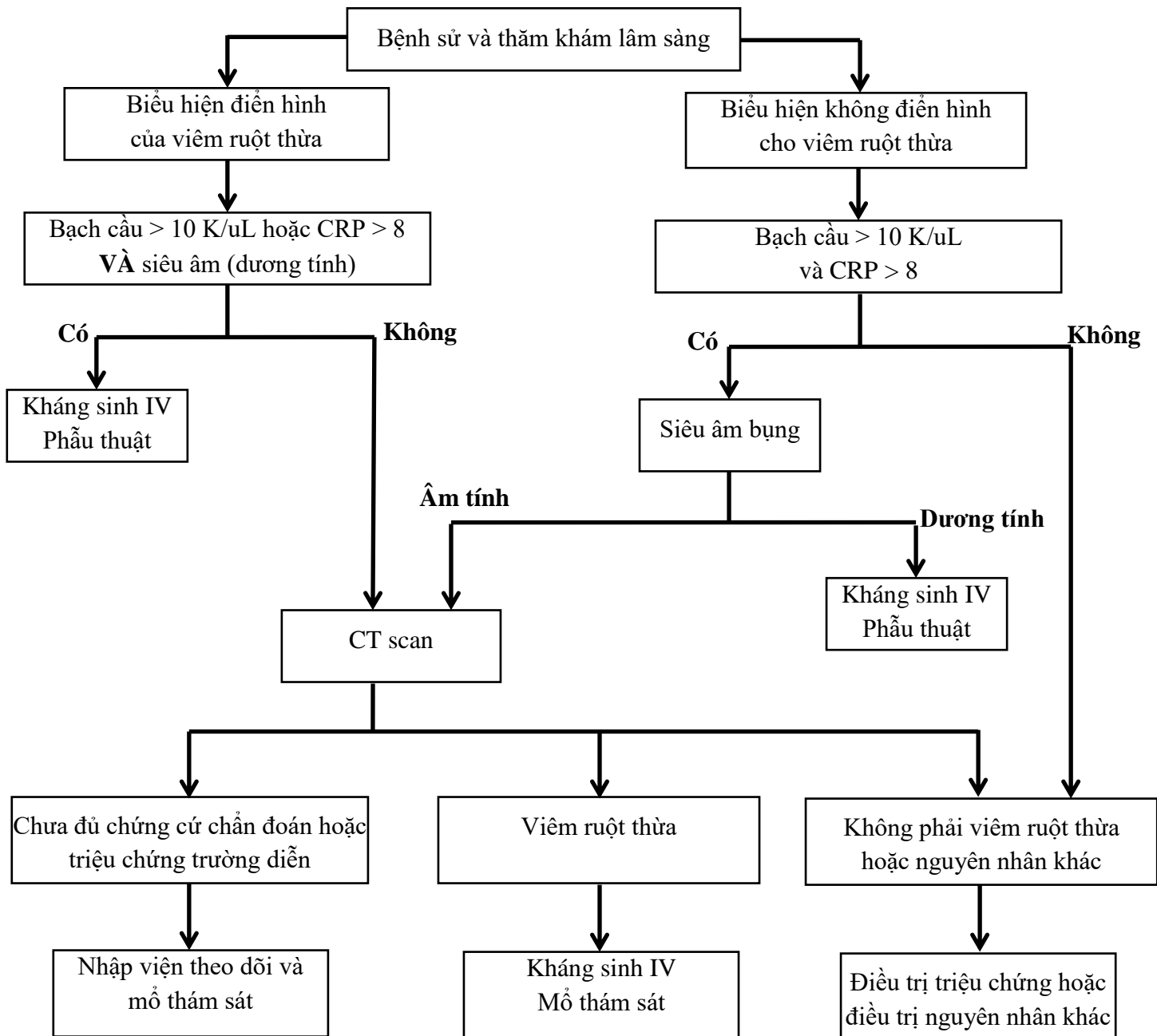


Lưu đồ áp xe ruột thừa





**Lưu đồ xử trí viêm ruột thừa cho phụ nữ có thai**



**Lưu đồ xử trí viêm ruột thừa cho người trên 18 tuổi**

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THÙNG DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

– Thùng dạ dày - tá tràng là một biến chứng nặng và thường gặp của các ổ loét tá tràng, các ổ loét dạ dày và đôi khi của bệnh ung thư dạ dày.

– Là cấp cứu ngoại khoa thường gặp và chẩn đoán thường dễ vì đại đa số các trường hợp triệu chứng khá điển hình, rõ rệt. Hậu quả lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng là viêm phúc mạc.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Triệu chứng lâm sàng

– Bệnh nhân thường đau bụng đột ngột dữ dội giống như giao đâm vùng thượng vị làm cho bệnh nhân nhớ rất rõ thời điểm đau, sau đó lan khắp bụng. Đau nhiều đến nỗi bệnh nhân không dám xoay trở người. Đau là triệu chứng chính và cũng là nguyên nhân đưa bệnh nhân đến bệnh viện.

– Trong giai đoạn đầu, dấu hiệu sinh tồn chưa thay đổi, khoảng 30% bệnh nhân bị sốc trong những giờ đầu sau khi thủng. Sốc thường thoáng qua vài phút đến nửa giờ với các biểu hiện: mặt tái nhợt toát mồ hôi lạnh, hạ thân nhiệt, huyết áp giảm nhẹ, sau đó toàn thân trở về bình thường.

– Ở giai đoạn viêm phúc mạc do vi trùng, bệnh nhân sốt cao, mạch nhanh, nước tiểu giảm. Nếu bệnh nhân được phát hiện trễ sẽ dẫn tới tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng. Giai đoạn trễ, tình trạng viêm phúc mạc nặng có thể đưa đến liệt ruột, làm bệnh nhân có triệu chứng bí trung đại tiện, nhu động ruột không nghe thấy, bụng chướng căng.

– Triệu chứng viêm phúc mạc toàn thể: bệnh nhân nằm yên, không dám cử động vì đau, bụng không di chuyển theo nhịp thở. Bụng gồng cứng như gỗ, có thể mất vùng đục trước gan. Khám trực tràng - âm đạo, bệnh nhân thấy đau ở túi cùng Douglas.

### 2.2. Cận lâm sàng

– X-quang phổi hoặc chụp bụng không chuẩn bị tìm liềm hơi. Hình ảnh chủ yếu là xuất hiện những bóng sáng dưới cơ hoành ở tư thế đứng, hình liềm hơi nằm giữa mặt lõm cơ hoành ở trên là mặt lồi của gan ở dưới. Bên trái thì nằm giữa cơ hoành trái và túi hơi dạ dày. Có khi chỉ có ở bên phải. Có khi có cả hai bên nhưng ít khi chỉ thấy đơn thuần ở bên trái. Nếu ở tư thế đứng không thể chụp được, thì chụp ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái đặt bóng chụp ngang và chụp nghiêng sẽ thấy hơi nằm giữa thành bụng và gan hoặc nằm giữa thành ngực.

– Khi nghi ngờ thủng dạ dày hoặc tá tràng mà trên phim X quang không thấy liềm hơi không loại trừ được chẩn đoán; có thể đặt ống thông dạ dày bơm hơi vào dạ dày sau đó chụp.

– Siêu âm bụng có khi xác định được hơi và dịch tự do trong ổ bụng.

– CT Scan bụng cản quang cũng cần thiết để xác định chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt với một số nguyên nhân khác.

– Xét nghiệm có giá trị hồi sức và điều trị chủ yếu là xét nghiệm máu, điện giải đồ...

### 2.3. Chẩn đoán xác định

- Có tiền sử loét dạ dày tá tràng.
- Đau bụng dữ dội đột ngột.
- Co cứng thành bụng hoặc cảm ứng phúc mạc.
- Mất vùng đục trước gan.
- X quang thấy liềm hơi dưới hoành.
- Siêu âm bụng, CT Scan bụng có hơi và dịch tự do.

#### **2.4. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm phúc mạc ruột thừa
- Thủng một tạng khác:
  - + Thủng ruột non do thương hàn.
  - + Thủng túi thừa.
  - + Thủng ruột non, đại tràng sau chấn thương bụng kín. Đây là trường hợp hay gặp nhưng thường được chẩn đoán trễ khi có dấu hiệu của viêm phúc mạc rõ ràng.
  - + Thủng đại tràng do bệnh lý.
- Thấm mật phúc mạc do viêm phúc mạc mật.
- Viêm tụy cấp.

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **3.1. Nguyên tắc điều trị:**

- Thủng dạ dày – tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa. Hầu hết thủng dạ dày – tá tràng đều phải phẫu thuật.
- Tuy nhiên, trong một số ít trường hợp thủng bít có thể không cần phẫu thuật.

#### **3.2. Điều trị cụ thể**

##### **3.2.1. Nội Khoa:**

- Dùng giảm đau khi đã có chẩn đoán xác định.
- Đặt thông mũi dạ dày và hút.
- Nhịn ăn uống.
- Bồi hoàn nước và điện giải, máu và các chất dinh dưỡng.
- Kháng sinh mạnh đường truyền tĩnh mạch.
- Có thể đặt sonde foley theo dõi nước tiêu.

##### **b. Ngoại khoa:**

- Thăm dò: đánh giá tình trạng ổ bụng, dịch, thức ăn, giả mạc nhiều hay ít, bẩn hay sạch.
- Đánh giá tổn thương: tìm lỗ thủng, lỗ thủng to hay nhỏ, cứng hay mềm, mủn, phù nề .

### **c. Các phẫu thuật điều trị biến chứng thủng:**

- Khâu lỗ thủng đơn thuần.
- Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng (thủng ổ loét hành tá tràng, bệnh nhân trẻ, đến sớm dưới 12 giờ, không có bệnh lý nặng đi kèm) khi lỗ thủng nhỏ có thể khâu theo hình chữ X hoặc khâu gấp theo trục dạ dày - tá tràng bằng các mũi chỉ không tiêu, mũi rời. Có thể phủ mạc nối lớn lên.
- Mở hở khâu lỗ thủng.
- Khâu lỗ thủng kết hợp với tiết trừ H. Pylori giúp ngăn ngừa biến chứng loét tái phát.

### **d. Phẫu thuật cắt dạ dày:**

- Phẫu thuật cắt 2/3 dạ dày vừa điều trị biến chứng thủng, vừa điều trị bệnh loét. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật nặng, có thể có những biến chứng, di chứng về sau nhất là khi bệnh nhân không được chuẩn bị kỹ, khoang bụng bẩn....

- Chỉ định:

- + Thủng trên loét xơ chai to, khó khâu và dễ bục.
- + Thủng kèm với các biến chứng khác như chảy máu hoặc hẹp môn vị.
- + Thủng dạ dày nghi ngờ ung thư.

- Điều kiện:

- + Khoang bụng phải sạch.
- + Thể trạng bệnh nhân tốt.
- + Phòng mổ trang bị tốt, và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

### **e. Khâu lỗ thủng và cắt dây thần kinh X:**

- Cũng như phẫu thuật cắt dạ dày, đây là phương pháp phẫu thuật nhằm điều trị triệt căn bệnh loét.

- Chỉ định: Phẫu thuật cắt dây thần kinh X chỉ có tác dụng với ổ loét tá tràng, không tác dụng với ổ loét dạ dày.

- Điều kiện: Khoang bụng sạch vì đòi hỏi phải bóc tách nhiều, việc bóc tách dễ gây nhiễm trùng ở vùng này nếu khoang bụng bẩn. Phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

### **f. Phương pháp Newmann**

- Với những 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 dạ dày ngay, lúc đó có thể đặt qua lỗ thủng một ống cao su to quấn mạc nối xung quanh và dính vào thành bụng.

## **4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

**1. Tiêu chuẩn nhập viện:** đau bụng cấp.

- 2. Theo dõi:** Theo dõi và điều trị nguyên nhân tiếp theo cho bệnh nhân (thuốc kháng tiết, tiết trừ *Helicobacter pylori*). Hẹn nội soi tiêu hóa trên sau 1 tháng.
- 3. Tiêu chuẩn xuất viện:** Bệnh nhân ăn uống, trung tiện được, đau vết mổ ít.
- 4. Tái khám:** Sau 7 ngày, đánh giá lại kết quả phẫu thuật và lấy kết quả giải phẫu bệnh lý.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh trĩ là bệnh được tạo thành do dẫn quá mức các đám rối tĩnh mạch trĩ.
- Là bệnh rất phổ biến, đứng hàng đầu trong các bệnh lý vùng hậu môn đến nhập viện. Bệnh trĩ rất thường gặp, nhất là ở những người lớn tuổi.
- Phân loại theo đặc điểm thương tổn giải phẫu bệnh:
  - + Trĩ nội: Trĩ nội nằm ở dưới niêm mạc, phía trên đường lược bao bọc chung quanh là niêm mạc. Trĩ nội tùy từng mức độ sa nhiều hay ít, trĩ nội được chia ra nhiều mức độ.
  - + Trĩ ngoại: Trĩ ngoại được hình thành do giãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ ngoài dưới da chung quanh hậu môn.
  - + Trĩ hỗn hợp: Trĩ nội nằm trong ống hậu môn, trĩ ngoại nằm ngoài ống hậu môn. Chúng phân cách nhau bởi đường lược, niêm mạc dính chặt với mặt trong cơ thắt trong bởi dây chằng Parks. Khi dây chằng Parks thoái hóa keo, nhẽo ra không đủ sức phân cách trĩ ngoại và trĩ nội, chúng hợp lại với nhau tạo thành trĩ hỗn hợp.
  - + Trĩ vòng: Trĩ hỗn hợp to dần lên và giữa các búi trĩ chính lại xuất hiện các búi trĩ phụ làm cho chúng liên kết nhau tạo thành một vòng tròn trĩ gọi là trĩ vòng.

## 2. CHẨN ĐOÁN

**2.1. Chẩn đoán xác định:** Có 2 triệu chứng chính đưa bệnh nhân đi khám bệnh là chảy máu và sa búi trĩ.

- Đại tiện ra máu. Lượng máu chảy có thể ít hay nhiều.
- Sa búi trĩ, tùy thuộc vào mức độ của bệnh mà trĩ có thể sa nhiều hay ít.
- Trĩ ngoại: Nhìn thấy dễ dàng khi thăm khám hậu môn.
- Nội soi trực tràng chẩn đoán xác định trĩ và giúp phát hiện các bệnh lý khác như nứt hậu môn, polyp trực tràng, ung thư trực tràng.

**2.2. Chẩn đoán phân biệt:** Ung thư trực tràng, Polype trực tràng, sa trực tràng.

## 3. ĐIỀU TRỊ

Người ta chỉ điều trị khi trĩ gây những rối loạn ảnh hưởng đến sinh hoạt và năng suất lao động của người bệnh.

### 3.1. Ngăn chặn các yếu tố thuận lợi phát sinh bệnh trĩ:

- Tập thói quen đi cầu đều đặn hàng ngày.
- Điều chỉnh thói quen ăn uống.
- Tránh các chất kích thích như cà phê, rượu, trà.
- Tránh các thức ăn nhiều gia vị như ớt, tiêu.

- Uống nước đầy đủ.
- Ăn nhiều chất xơ.
- Vận động thể lực: tập thể dục và chơi các môn thể thao nhẹ như bơi lội, đi bộ...
- Điều trị các bệnh mãn tính hiện có như viêm phế quản, dẫn phế quản, bệnh lý.

### **3.2. Điều trị nội khoa**

- Vệ sinh tại chỗ tốt bằng phương pháp ngâm nước ấm 2 – 3 lần/ ngày, mỗi lần 15 phút
- Thuốc uống: gồm các thuốc có tác nhân trợ tĩnh mạch, dẫn xuất từ flavonoid. Thuốc trợ tĩnh mạch nhóm flavonoid chứa Diosmin và Hesperidin (Daflon 500mg). Trĩ cấp sử dụng 2v x 3 ngày x 4 ngày. Sau đó 2v x 2 ngày x 3 ngày. Liều duy trì: 1v x 2/ ngày.
- Thuốc chống táo bón: Forlax 1 gói x 2 (x3)/ngày hoặc Sorbitol 1 gói x 3/ngày.
- Thuốc tại chỗ: gồm các loại thuốc mỡ (pommade) và đạn dược (suppositoire) bao gồm các tác nhân kháng viêm, vô cảm tại chỗ và dẫn xuất trợ tĩnh mạch.

### **3.3. Điều trị bằng thủ thuật:**

- Chích xơ: Chích xơ được chỉ định trong trĩ độ 1 và trĩ độ 2. Biến chứng thường gây chảy máu chỗ chích, chích vào tuyến tiền liệt, bí tiểu, viêm mào tinh và tinh hoàn, viêm tuyến tiền liệt, rỗ hậu môn âm đạo.
- Thất trĩ bằng vòng cao su: Được chỉ định điều trị trĩ nội độ 1 và 2.
- Quang đông hồng ngoại: quang đông hồng ngoại được chỉ định với trĩ nội và độ 1 và độ 2.

### **3.4. Phẫu thuật**

- **Phẫu thuật Whitehead:** nguyên tắc là cắt khoanh niêm mạc và lớp dưới niêm mạc có các búi tĩnh mạch trĩ, sau đó kéo niêm mạc từ trên xuống khâu với da ở hậu môn.
- Phẫu thuật cắt từng búi trĩ:
- Cắt trĩ mở: PT Milligan Morgan.
- Cắt trĩ kín: PT Ferguson
- PT Longo (1993).
- Khâu treo triệt tĩnh mạch.
- Khâu cột động mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm Doppler

### **3.5. Các chỉ định phẫu thuật:**

- Trĩ có thể là bệnh, có thể là triệu chứng của một bệnh khác. Chỉ được phẫu thuật khi là trĩ bệnh.
- Chỉ định mổ áp dụng cho trĩ nội độ 3, độ 4, trĩ có huyết khối, trĩ vòng sa và trĩ xuất huyết trầm trọng.



– Trĩ ngoại: trĩ ngoại phẫu thuật khi có biến chứng nhiễm trùng, lở loét hay tắc mạch tạo thành những cục máu đông nằm trong các búi trĩ. Phẫu thuật điều trị tắc mạch trong cấp cứu là rạch lấy cục máu đông.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH NÚT HẬU MÔN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Nứt hậu môn là tình trạng có vết rách dạng loét hình bầu dục ở ống hậu môn kéo dài đến đường răng lược. Thường gặp ở người trẻ tuổi và trung niên.
- Nứt hậu môn cấp tính: vết rách chọt, nông, đơn giản ở ống hậu môn và thường mới bị.
- Nứt hậu môn mãn tính: Triệu chứng kéo dài hơn 8 – 12 tuần, với đặc điểm thương tổn gồm đường nứt xơ chai, u nhú phì đại và mấu da thừa.

## 2. CHẨN ĐOÁN

- Táo bón.
- Đau hậu môn nhất là trong và sau khi đi cầu.
- Đi cầu ra ra máu tươi ít, dính theo phân giấy vệ sinh.
- Thăm hậu môn: đường nứt xơ chai ở ống hậu môn (có thể kèm da thừa và u nhú phì đại). Bệnh nhân nằm ngửa: vị trí 6 giờ có thể 12g. Tăng trương lực cơ thắt, đau, khó thăm hậu môn trực tràng.

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú:

- Viêm rách hậu môn cấp tính.
- Nứt hậu môn mãn tính chưa có điều kiện phẫu thuật.
- Sau khi được phẫu thuật.

### 3.2. Tiêu chuẩn nhập viện: Nứt hậu môn mãn tính có chỉ định phẫu thuật.

### 3.2. Thuốc và cách chăm sóc:

- Chế độ ăn nhiều chất xơ (rau cải), uống đủ nước tránh táo bón.
- Ngồi ngâm nước ấm nhiều lần trong ngày (>6lần/ ngày), mỗi lần 5 – 10 phút.
- Thuốc chống táo bón: Forlax 1 gói x 2 (x3)/ngày hoặc Sorbitol 1 gói x3/ngày.
- Thuốc kháng viêm, giảm đau:
  - + Paracetamol 500mg 1v x 3/ngày, Diclofenac 50mg 1v x 3/ ngày hoặc Mobic 7,5mg (Meloxicam) 1v x 2/ngày, hoặc
  - + Tatanol codein (Acetaminophen – Codein).
  - + Ultracet (Acetaminophen – Tramadol) 1v x3/ ngày.
- Thuốc kháng sinh: có thể dùng nếu là viêm cấp tính, trong 7 – 10 ngày
  - + Augmentin 1g x 2/ngày hay các thuốc cùng nhóm tương tự (Curam, Unasyn).

- + Hoặc nhóm Fluoroquinolon: (Ciprofloxacin, Ofloxacin) Cipro 0,5g x 2/ngày.
- + Hoặc nhóm Cefalosporin II: (Cefuroxim) Zinnat 0,5g x2/ ngày.

#### **4. THEO DÕI**

- Uống thuốc đầy đủ và tái khám sau 1 tuần.
- Nếu có dấu hiệu khác lạ, bất thường cần liên hệ với Bác sỹ càng sớm càng tốt.
- Ăn nhiều trái cây, rau quả, uống nhiều nước.
- Tập thể dục....

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY

## 1. CHẨN ĐOÁN:

- Khám lâm sàng
- Nội soi dạ dày tá tràng + sinh thiết
- Xquang dạ dày cản quang
- Siêu âm qua nội soi dạ dày đánh giá mức độ xâm lấn u
- MS-CT scan ngực, bụng chậu cản quang đánh giá mức độ xâm lấn và di căn xa
- PET (Positron Emission Tomography) : đánh giá những nốt di căn nhỏ
- Xét nghiệm máu đánh giá tình trạng thiếu máu, chức năng gan, thận, tim, phổi...

### 1.1. Đánh giá giai đoạn dựa vào TNM

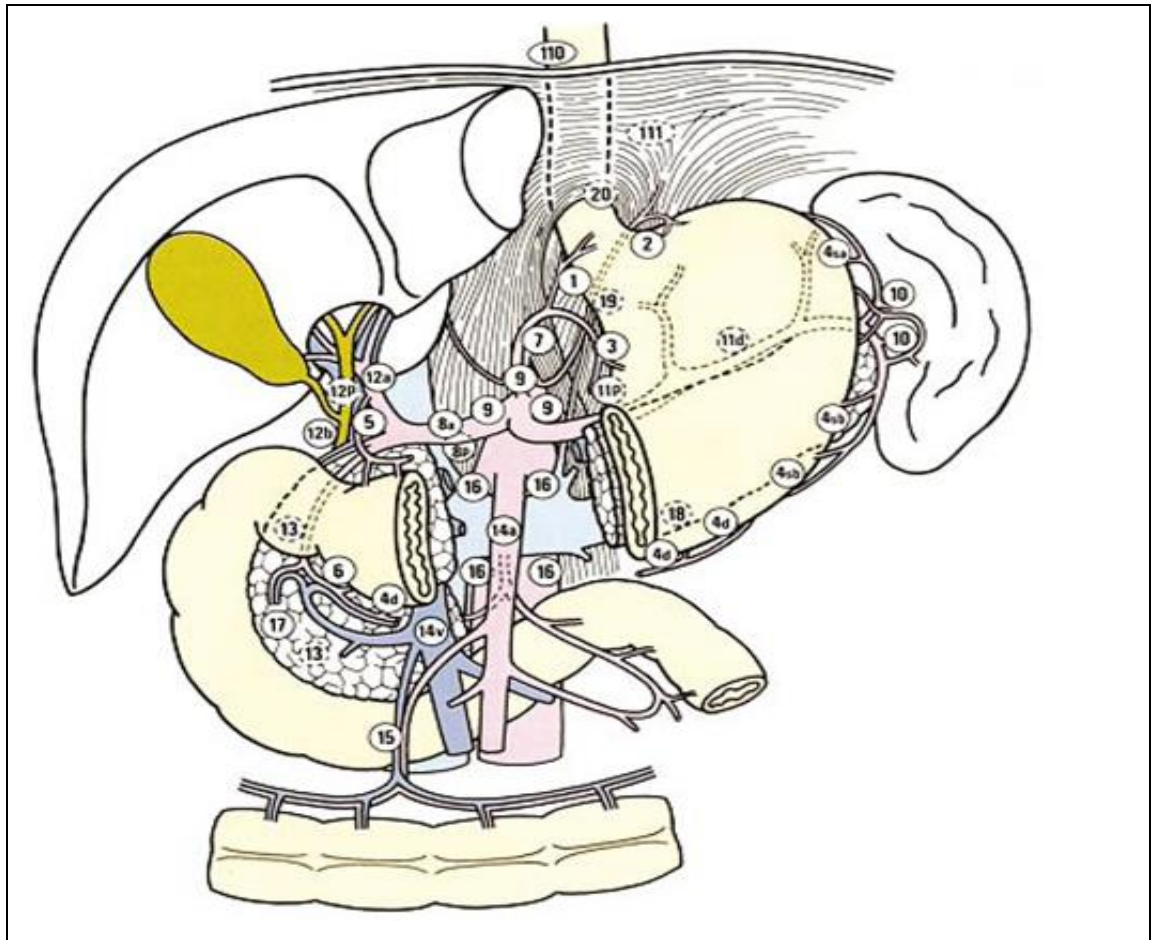
U (T: tumor)		Hạch vùng (N: nodes)		Di căn xa (M: metastasis)	
T <sub>x</sub>	Không đánh giá được xâm lấn	N <sub>x</sub>	Không đánh giá được hạch vùng	M <sub>x</sub>	Không đánh giá được di căn xa
T <sub>0</sub>	Không có u nguyên phát	N <sub>0</sub>	Không có di căn hạch vùng	M <sub>0</sub>	Không có di căn xa
T <sub>is</sub>	U trong lớp niêm mạc, chưa xâm lấn lớp dưới niêm	N <sub>1</sub>	Di căn 1-6 hạch vùng	M <sub>1</sub>	Di căn xa
T <sub>1</sub>	U xâm lấn lớp dưới niêm	N <sub>2</sub>	Di căn 7-15 hạch vùng		
T <sub>2</sub>	U xâm lấn lớp cơ niêm hoặc dưới thanh mạc	N <sub>3</sub>	Di căn > 15 hạch vùng		
T <sub>2a</sub>	U xâm lấn lớp cơ niêm				
T <sub>2b</sub>	U xâm lấn lớp dưới thanh mạc				
T <sub>3</sub>	U xâm lấn tới thanh mạc ( phúc mạc tạng), chưa xâm lấn cấu trúc lân cận				
T <sub>4</sub>	U xâm lấn các cấu trúc lân cận				

### 1.2. Chẩn đoán giai đoạn trước mổ (cTMN)

<b>GIAI ĐOẠN</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
GIAI ĐOẠN 0	Tis	N0	M0
GIAI ĐOẠN IA	T1	N0	M0
GIAI ĐOẠN IB	T1	N1	M0
	T2a/b	N0	M0
GIAI ĐOẠN II	T1	N2	M0
	T2a/b	N1	M0
	T3	N0	M0
GIAI ĐOẠN IIIA	T2a/b	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
GIAI ĐOẠN IIIB	T3	N2	M0
GIAI ĐOẠN IV	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1

### 1.3. Đánh giá nhóm hạch dạ dày

	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>N3</b>	<b>N4</b>
<b>Ung thư 1/3 dưới</b>	3.4.5.6	1.7.8.9	11.12.13	15.16
<b>Ung thư 1/3 giữa</b>	3.4.5.6.1.	7.8.9.10.	12.13.14.	15.16
<b>Ung thư 1/3 trên</b>	1.2.3.	5.6.7.8.	12.13.14. 9.10.11.	15.16
<b>Ung thư toàn bộ dạ dày</b>	1.2.3.4. 5.6.	7.8.9.10. 11.12.	13.14.	15.16.



## 2. ĐIỀU TRỊ:

Việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố: giai đoạn bệnh, sức khỏe bệnh nhân nói chung và các bệnh kèm theo. Phẫu thuật là phương pháp chủ yếu và quan trọng trong điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày. Vai trò của hóa trị và xạ trị điều trị được cân nhắc phối hợp cho từng trường hợp cụ thể.

### 2.1. Điều trị triệt căn:

- **Cắt niêm mạc dạ dày qua nội soi (EMR: Endoscopic Mucosal Resection):** ung thư dạ dày ở giai đoạn 0 ( $T_{is}N_0M_0$ )
- **Cắt dạ dày nạo hạch (cắt gần toàn bộ hoặc toàn bộ dạ dày):**
  - + Giai đoạn IA: cắt dạ dày nạo hạch D1
  - + Giai đoạn IB, II, IIIA, IIIB: cắt dạ dày nạo hạch D2
  - + **Cắt gần toàn bộ dạ dày (Subtotal gastrectomy):** được dùng để chỉ khi cắt dạ dày cách bờ trên tổn thương 5-6cm nếu  $u < T3$  và 6-8cm nếu  $u \geq T4$ . Vết hạch D2 với ung thư 1/3 dưới dạ dày là vết hết hạch chặng 2 (tức là các nhóm 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) theo sơ đồ hạch ung thư dạ dày của các tác giả Nhật Bản. Việc phục hồi lưu thông tiêu hóa thường theo Billroth II, có thể kèm theo miệng nối Braunn để chống trào ngược. Hoặc nối theo Roux- en- Y.
  - + **Cắt toàn bộ dạ dày (Total gastrectomy):** được chỉ định cho ung thư 1/3 giữa và 1/3 trên của dạ dày. Với ung thư vùng tâm vị, việc cắt thực quản bụng phải đảm bảo không còn tổ chức ung thư ở diện cắt (nếu có điều kiện làm chẩn đoán sinh thiết lạnh) thường phải cách cực trên tổn thương 5-7cm. Khi cắt toàn bộ dạ dày việc vét hạch các nhóm 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,

10, 11, 12, 13, 14 rất thuận lợi nghĩa là vết D1, D2, D3 rất điển hình. Do vậy có xu hướng mở rộng chỉ định cắt toàn bộ dạ dày trong ung thư dạ dày nói chung và ung thư 1/3 giữa, 1/3 trên được nhiều tác giả ủng hộ

– **Cắt dạ dày mở rộng:** Khi tổ chức ung thư xâm lấn vào các bộ phận xung quanh như đại tràng ngang, thân đuôi tụy, lách, nhất là gan trái hạ phân thủy II, III việc cắt bán phần hoặc toàn bộ dạ dày mở rộng cắt kèm theo các bộ phận bị xâm lấn mang tính triệt căn vẫn có thể đặt ra. Tuy nhiên nếu xét khả năng phẫu thuật không thể lấy hết tổ chức ung thư thì nên đặt vấn đề phẫu thuật điều trị triệu chứng

## 2.2. Điều trị tạm thời, nâng đỡ:

– **Phẫu thuật điều trị triệu chứng:** Phẫu thuật điều trị triệu chứng là một biện pháp hữu hiệu để điều trị chống đau và chăm sóc triệu chứng cho bệnh nhân ung thư dạ dày. Gần đây có nhiều trung tâm còn khuyến nên cắt dạ dày (nếu tổng trạng cho phép) để điều trị ung thư dạ dày khi không còn chỉ định điều trị triệt căn thậm chí cả cắt toàn bộ dạ dày điều trị triệu chứng. Nếu đánh giá giá tổng trạng trước mổ cho phép, việc cắt bỏ được khối u cũng làm cho chất lượng sống của người bệnh được cải thiện đáng kể, đồng thời còn đề phòng được tình trạng vỡ u chảy máu, viêm phúc mạc hoặc hẹp môn vị sau này.

– **Nổi vị tràng:** u ở 1/3 dưới dạ dày (hoặc 1/3 giữa) đã di căn xa hoặc xâm lấn nhiều xung quanh không cắt bỏ được

– **Mở dạ dày nuôi ăn:** u ở 1/3 trên (hoặc giữa dạ dày) đã di căn xa hoặc xâm lấn nhiều xung quanh không cắt bỏ được.

– **Phẫu thuật ung thư dạ dày tái phát:** Đối với các tái phát tại chỗ ở dạ dày, hoặc vị trí thực quản - dạ dày, nhiều nghiên cứu ủng hộ việc cắt khối tái phát, hoặc các cơ quan lân cận nhằm mục đích nâng cao chất lượng sống, cải thiện thời gian sống. Trong một số trường hợp khối di căn gan đơn độc, ở vị trí có thể phẫu thuật được, nhiều người cũng ủng hộ quan điểm phẫu thuật cắt bỏ khối di căn có thể nâng cao chất lượng sống cũng như thời gian sống cho bệnh nhân.

– **Phẫu thuật cắt dạ dày phối hợp RFA (Radio Frequency Ablation)** đốt các nốt di căn ở gan phải không cắt bỏ được.

– **Hóa trị điều trị ung thư dạ dày:** có thể được áp dụng như là biện pháp chính khi ung thư đã có di căn xa, hoặc cũng có thể dùng như biện pháp điều trị hỗ trợ trước phẫu thuật (Neoadjuvant) và điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật (adjuvant), ngoài ra hoá chất có thể phối hợp với xạ trị để nâng cao kết quả của điều trị. Tất cả các biện pháp đều nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, nâng cao chất lượng sống cũng như tăng thời gian sống cho người bệnh.

– **Chăm sóc giảm nhẹ:** ung thư di căn xa, bệnh nhân suy kiệt không còn khả năng chịu đựng hóa/ xạ trị.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư đại trực tràng là ung thư thường gặp đứng hàng thứ 3 sau ung thư vú và ung thư phổi. Sự xuất hiện của ung thư đại trực tràng có liên hệ mật thiết với tuổi, hầu hết ¾ số ca bệnh xuất hiện ở người 65 tuổi hay hơn. Ung thư đại trực tràng là nguyên nhân thường gặp thứ 3 gây tử vong ở Việt Nam. Khoảng một nửa số người được chẩn đoán ung thư đại trực tràng sống sót ít nhất 5 năm sau khi chẩn đoán bệnh
- Phác đồ được thực hiện cho tất cả các trường hợp ung thư đại trực tràng nguyên phát như:
  - + Người trưởng thành với ung thư TB tuyến của Đại tràng, Trực tràng mới được chẩn đoán.
  - + Người trưởng thành có ung thư TB tuyến Đại tràng, Trực tràng tái phát
- Phác đồ không được thực hiện cho tất cả các trường hợp sau:
  - + Ung thư ống hậu môn
  - + Người trẻ (nhỏ hơn 18 tuổi) có ung thư đại trực tràng
  - + Lymphoma nguyên phát hay thứ phát từ đại tràng và trực tràng
  - + Ung thư TB biểu mô nhỏ thuần túy của ĐT và trực tràng
  - + U carcinoid của ĐT và trực tràng
  - + U tế bào thần kinh nội tiết mức độ cao của đại tràng và trực tràng
  - + Ung thư TB tuyến với mức độ biệt hóa của TB thần kinh nội tiết
  - + U mô đệm của dạ dày ruột (GIST) hay sarcoma của ĐT và trực tràng

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Chẩn đoán xác định

- Nội soi đại trực tràng, sinh thiết thực hiện giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định.
- Đề nghị nội soi đại tràng cho những BN không có những bệnh lý nội khoa nặng để xác định chẩn đoán ung thư đại trực tràng. Nếu phát hiện tổn thương nghi ngờ là ung thư, thực hiện sinh thiết để xem kết quả mô học chẩn đoán nếu không có chống chỉ định (ví dụ đối với những BN có rối loạn máu đông...)
- Thực hiện nội soi ĐT với ống soi mềm và chụp đại tràng với barium cho những BN có nhiều bệnh nội khoa nặng. Nếu phát hiện tổn thương nghi ngờ là ung thư nên thực hiện sinh thiết nếu không có chống chỉ định.
- Xem xét chụp CT dựng hình ảnh ĐT (nội soi ảo) như cách thay thế cho nội soi ĐT hay nội soi ĐT sigma với ống soi mềm kèm chụp X quang đại tràng với barium. Nếu nghi ngờ tổn thương ung thư được phát hiện trên hình ảnh CT đại tràng, chọn lựa nội soi ĐT với sinh thiết để xác định chẩn đoán nếu không có chống chỉ định.



- Những BN không thể hoàn tất nội soi ĐT:
- + Nội soi ĐT lại
- + Chụp CT đại tràng.
- + X quang đại tràng

## 2.2. Chẩn đoán giai đoạn

- Chụp CT ngực bụng chậu có thuốc cản quang để đánh giá giai đoạn bệnh đối với tất cả BN được chẩn đoán ung thư đại trực tràng nếu không có chống chỉ định. Không cần thêm hình ảnh thường quy khác cho BN ung thư đại tràng.
- Chụp cộng hưởng từ MRI để đánh giá nguy cơ tái phát tại chỗ vì nó quyết định bờ cắt dự kiến, giai đoạn u và hạch lympho đối với tất cả BN ung thư trực tràng nếu không có chống chỉ định.
- Siêu âm qua nội soi trực tràng đối với BN ung thư trực tràng nếu MRI cho thấy bệnh có thể cắt được khu trú hay chống chỉ định chụp MRI.
- Không sử dụng những dấu hiệu của thăm khám trực tràng bằng ngón tay như 1 phần để đánh giá giai đoạn bệnh.

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Điều trị bệnh tại chỗ

#### 3.1.1. Điều trị trước mổ đối với u nguyên phát

Bảng 1: Nguy cơ tái phát tại chỗ đối với u trực tràng được dự đoán trên MRI

Nguy cơ tái phát tại chỗ	Đặc điểm của u trực tràng được dự đoán bởi MRI
Cao	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bờ cắt đáng lo ngại (&lt;1mm) hay đã bị vi phạm hay</li> <li>- U thấp xâm lấn vào mặt phẳng cơ thắt trong hay liên quan đến cơ nâng</li> </ul>
Trung bình	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bất cứ giai đoạn cT3b hay lớn hơn, có khả năng bờ cắt không đáng lo ngại hay</li> <li>- Bất kì hạch lympho nghi ngờ không đe dọa bờ cắt phẫu thuật hay</li> <li>- Hiện diện sự xâm lấn ngoài mạch máu</li> </ul>
Thấp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cT1 hay cT2 hay cT3 và</li> <li>- không có hạch lympho liên quan</li> </ul>
Những đặc điểm này cũng liên quan đến nguy cơ cao của tái phát toàn thân	

Những BN có u trực tràng nguyên phát có thể cắt bỏ được trong trường hợp:

- Thảo luận nguy cơ tái phát tại chỗ, tỉ lệ biến chứng gần và xa và những ảnh hưởng lâu dài đối với BN sau khi hội chẩn
- Không lựa chọn xạ trị trước mổ giai đoạn ngắn hay hóa xạ trị đối với những BN ung thư trực tràng có nguy cơ phẫu thuật thấp (xem phân nhóm nguy cơ bảng 1).
- Cân nhắc việc xạ trị trước mổ ngắn hạn rồi phẫu thuật ngay đối với BN ung thư trực tràng có nguy cơ phẫu thuật trung bình (xem bảng 1 những nhóm nguy cơ). Cân nhắc việc hóa xạ trị trước mổ từng đợt để khối u có đáp ứng và co nhỏ lại trước khi phẫu thuật đối với những BN có khối u nằm ở mức giới hạn giữa nguy cơ trung bình và cao.
- Lựa chọn hóa xạ trị trước mổ từng đợt trước để khối u đáp ứng và co nhỏ lại (hơn là xạ trị trước mổ giai đoạn ngắn), đối với những BN có ung thư trực tràng nguy cơ phẫu thuật cao (xem bảng 1 những nhóm nguy cơ)

Những bệnh nhân có u đại tràng hay trực tràng nguyên phát không thể cắt bỏ hay cắt giới hạn:

- Thảo luận nguy cơ tái phát tại chỗ và độc tính muộn đối với những BN ung thư trực tràng sau khi hội chẩn.
- Lựa chọn hóa xạ trị trước mổ từng đợt cho phép u đáp ứng và co nhỏ đối với những BN ung thư trực tràng tiến triển tại chỗ nguy cơ cao.
- Không lựa chọn hóa xạ trị trước mổ đơn độc để tạo thuận lợi cho việc phẫu thuật tách rời cơ thắt đối với BN ung thư trực tràng.
- Không lựa chọn thường quy việc chỉ hóa trị trước mổ đối với những BN có ung thư đại tràng hay trực tràng tiến triển tại chỗ.

### 3.1.2. Ung thư đại trực tràng giai đoạn I

- Nên cân nhắc việc điều trị thêm cho những BN ung thư giai đoạn I được xác định về mặt bệnh học, được cắt bỏ u tại chỗ, dựa vào đặc điểm bệnh học của tổn thương, kết quả hình ảnh học và điều trị trước đó.
- Lựa chọn những cách điều trị khác cho những BN có bờ cắt tương quan đến khối u (ít hơn 1mm)
- Thảo luận về nguy cơ và lợi ích của những lựa chọn điều trị đối với BN ung thư trực tràng giai đoạn I, dựa vào những điều trị trước đó như xạ trị.
- Đối với ung thư trực tràng giai đoạn sớm nên hội chẩn quyết định điều trị đề nghị cho những BN ung thư trực tràng giai đoạn I, dựa trên những điều trị trước đó như xạ trị

### 3.1.3. Phẫu thuật nội soi

- Cắt đại tràng nội soi (là phẫu thuật mổ nội soi hỗ trợ) được khuyến cáo như phương pháp thay thế cho phẫu thuật mổ hở đối với BN bị ung thư đại trực tràng trong trường hợp cả phẫu thuật nội soi và mổ hở được xem là phù hợp.
- Quyết định phẫu thuật mổ hở hay nội soi được thực hiện sau khi có thông tin thảo luận giữa BN và bác sĩ phẫu thuật. Trong trường hợp cụ thể, họ nên cân nhắc:
  - + Khả năng cắt được thương tổn qua phẫu thuật nội soi
  - + Nguy cơ và lợi ích của việc phẫu thuật trong cả 2 phương pháp
  - + Kinh nghiệm của phẫu thuật viên trong cả 2 phương pháp

### 3.1.4. Hóa trị hỗ trợ trong ung thư trực tràng

- Đánh giá giai đoạn bệnh sau phẫu thuật trước khi quyết định lựa chọn hóa trị hỗ trợ

- Cân nhắc hóa trị hỗ trợ cho những BN giai đoạn II nguy cơ cao và tất cả ung thư trực tràng giai đoạn III để làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ và toàn thân.
- Hóa trị hỗ trợ cho ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao: Cân nhắc hóa trị hỗ trợ sau phẫu thuật cho những BN ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao. Bàn luận đầy đủ với BN về nguy cơ và lợi ích của hóa trị.
- Hóa trị hỗ trợ cho ung thư ĐT giai đoạn III: Khuyến cáo trong trường hợp này là điều trị hỗ trợ Capecitabine và Oxaliplatin trong điều trị hỗ trợ ung thư ĐT giai đoạn III (theo Dukes'C). Điều tiếp theo được khuyến cáo khi lựa chọn điều trị hỗ trợ cho BN ung thư ĐT giai đoạn III (theo Dukes'C) sau phẫu thuật là:
  - + Đơn trị liệu với Capecitabine
  - + Kết hợp oxaliplatin với 5-fluorouracil và acid folinic
  - + Lựa chọn điều trị hỗ trợ nên kết hợp giữa khả năng đáp ứng của từng cá nhân và lâm sàng đối với điều trị. Quyết định nên được đưa ra sau khi có thông tin thảo luận giữa bác sĩ và BN; thảo luận này dựa trên chống chỉ định và thông tin về tác dụng phụ của những yếu tố và phương pháp chỉ định cũng như tình trạng lâm sàng và tham khảo của từng cá nhân.

### **3.2. Điều trị bệnh di căn**

#### **3.2.1. Ung thư đại trực tràng giai đoạn IV**

- Điều trị ưu tiên để kiểm soát triệu chứng nếu có triệu chứng từ khối u nguyên phát
- Nếu cả khối u nguyên phát và di căn được xem xét cắt bỏ, nên cân nhắc điều trị toàn thân ban đầu theo sau phẫu thuật sau khi thảo luận đầy đủ với BN. Quyết định phẫu thuật được đưa ra cùng thời điểm hay sau khi hội chẩn với chuyên khoa ung thư.

#### **3.2.2. Bệnh có hình ảnh di căn gan**

- Nếu CT scan cho thấy bệnh chỉ có di căn gan và BN không có chống chỉ định điều trị thêm, nên đưa ra quyết định nếu hình ảnh học cho thấy việc phẫu thuật là phù hợp cho BN hay thích hợp sau điều trị hỗ trợ khác được cho là cần thiết.
- Hình ảnh di căn ngoài gan:
  - + Lựa chọn chụp CT ngực, bụng, chậu có thuốc tương phản đối với BN được đánh giá ung thư đại trực tràng có di căn.
  - + Nếu nghi ngờ có di căn não, lựa chọn chụp MRI não có thuốc tương phản. Không lựa chọn thực hiện hình ảnh đầu, cổ và chi nếu không có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ có liên quan đến những vị trí này.
  - + Thảo luận tất cả những hình ảnh với BN sau khi hội chẩn.
  - + Nếu CT scan cho thấy BN có những di căn ngoài gan có thể phẫu thuật triệt căn, nên quyết định chụp PET-CT (chụp cắt lớp có phóng xạ) toàn bộ cơ thể.
  - + Nếu chụp CT có thuốc tương phản gợi ý bệnh ở vùng chậu thì nên lựa chọn chụp MRI vùng chậu và thảo luận với các chuyên gia về ung thư đại trực tràng.
  - + Nếu chẩn đoán tái phát ngoài gan vẫn không chắc chắn, theo dõi BN trên lâm sàng và lựa chọn chụp lại hình ảnh học mỗi đợt dưới sự đồng ý của BN.

3.2.3. Hóa trị đối với ung thư đại trực tràng tiến triển và di căn: Xem thêm phác đồ về hóa trị trong ung thư đại trực tràng

## **4. ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ VÀ THEO DÕI**

### **4.1. Theo dõi sau khi phẫu thuật triệt để**

- Lựa chọn theo dõi tất cả BN có ung thư đại trực tràng nguyên phát trải qua điều trị với mục đích chữa lành bệnh. Bắt đầu theo dõi lâm sàng 4-6 tuần sau khi điều trị có khả năng chữa lành bệnh
- Lựa chọn BN được theo dõi định kì với:
  - + Tối thiểu là 2 CT scan ngực, bụng, chậu trong 3 năm đầu tiên
  - + Thường xuyên test kháng nguyên ung thư phân huyết thanh CEA (ít nhất mỗi 6 tháng trong 3 năm đầu)
- Lựa chọn nội soi đại tràng theo dõi cẩn thận trong 1 năm sau điều trị ban đầu. Nếu thăm khám này là bình thường thì cân nhắc nội soi ĐT theo dõi sau 5 năm, và sau đó do những trung tâm ung thư quyết định. Thời gian theo dõi những BN sau khi bị adenomas được quyết định bởi tình trạng nguy cơ của adenoma.
- Bắt đầu thăm khám lại nếu có bất kì triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học hay sinh hóa nghi ngờ bệnh tái phát.
- Ngừng theo dõi định kì khi:
  - + BN và các bác sĩ thảo luận với nhau và đồng ý là lợi ích không hơn những nguy cơ do các xét nghiệm kiểm tra đem lại.
  - + Khi BN không thể dung nạp với những điều trị khác

#### **4.2. Thông tin về chức năng của đại tràng**

- Trước khi bắt đầu điều trị, những thông tin về những lựa chọn điều trị có thể có (bao gồm cả không điều trị) và lợi ích về tiềm tàng và nguy cơ của những điều trị này, bao gồm ảnh hưởng lên chức năng của đại tràng cần được cho bệnh nhân biết.
- Trước khi phẫu thuật, thông tin cho bệnh nhân về khả năng có thể có hậu môn nhân tạo, lý do vì sao chúng cần thiết và thời gian cần để có nó.
- Đảm bảo việc chăm sóc hậu môn nhân tạo/ lỗ mở thông một cách chuyên nghiệp bằng cách đưa thông tin đặc biệt về việc chăm sóc và kiểm soát lỗ mở thông ruột đối với tất cả BN được xem xét phẫu thuật có thể dẫn đến lỗ mở thông ruột/ HMNT.
- Bệnh nhân cần được thông tin về việc mất kiểm soát khi đi cầu, tiêu chảy, khó làm đầy ruột, , chướng hơi ruột quá mức và chế độ ăn kiêng và cách có thể giúp cải thiện những triệu chứng này.

Lựa chọn thông tin qua lời nói và bài viết theo những cách được BN hiểu rõ ràng và không có những từ khó hiểu. Thông tin để hỗ trợ tổ chức hay những nguồn trên internet nên được khuyến cáo.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- UTBMTBG (Hepatocellular cancer – HCC) là sự tăng sinh ác tính của các tế bào biểu mô gan (hepatocyte). Kết quả điều trị UTBMTBG hiện vẫn còn rất kém. Tỷ lệ sống 5 năm là 29% cho các khối u còn khu trú và 3% khi bệnh đã di căn. Do vậy, phát hiện sớm UTBMTBG ở các đối tượng có nguy cơ cao có ý nghĩa rất quan trọng trong tiên lượng bệnh.
- UTBMTBG là ung thư đứng thứ 5 đến thứ 7 về mức độ thường gặp và đứng thứ 3 (ở nam giới là hàng thứ 2) về tử vong do ung thư trên toàn thế giới. Ở một số nước châu Á, UTBMTBG thậm chí đứng hàng thứ 1 (Mông Cổ) hay hàng thứ 2 (Trung Quốc) trong số các loại ung thư. Nghiên cứu quần thể ở TP.Hồ Chí Minh giai đoạn 2007 – 2011 cũng ghi nhận UTBMTBG là ung thư đứng hàng thứ 2 ở nam giới.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng

- Tiền căn: Cần tìm hiểu các yếu tố
  - + Tiền căn VGSV B, C hay xơ gan. Tiến trình điều trị, theo dõi, tầm soát UTBMTBG.
  - + Tiền sử nghiện rượu (thời gian, mức độ, ..)
  - + Tiền sử truyền máu, tiêm chích, phẫu thuật trước đây
  - + Gia đình có người bị VGSV, xơ gan, ung thư gan
- Bệnh sử và thăm khám lâm sàng: Không nhiều bệnh nhân UTBMTBG đến viện với các triệu chứng và dấu hiệu chỉ điểm. Phần lớn phát hiện u gan qua khám sức khỏe định kỳ, khám bệnh khác hay trong quá trình theo dõi điều trị VGSV. Cần chú ý các dấu hiệu:
  - + Xơ gan
  - + Gan to
  - + Khối u vùng dưới sườn phải hay vùng trên rốn

### 2.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm máu cần làm

- Các xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán VGSV B,C.
- Định lượng HBV, HCV.
- Công thức máu (Số lượng tiểu cầu có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá mức độ xơ gan), xét nghiệm đông máu toàn bộ.
- Sinh hóa máu: Bilirubin/máu toàn phần, trực tiếp, gián tiếp; SGOT – SGPT.
- Các xét nghiệm AFP, CEA, CA 19-9.
- Các xét nghiệm chuẩn bị tiền phẫu nếu dự kiến điều trị phẫu thuật
- Chẩn đoán hình ảnh:
  - + Siêu âm bụng, siêu âm đo độ đàn hồi gan (nếu có)
  - + Chụp CT scan bụng chậu có cản quang hay chụp MRI có cản từ.
  - + Soi dạ dày đánh giá tĩnh mạch thực quản dẫn (thắt dự phòng nếu tĩnh mạch dẫn từ độ II trở lên).
  - + X quang phổi, CT ngực nếu X quang phổi nghi có di căn

### **2.3. Chẩn đoán xác định**

Các tiêu chuẩn:

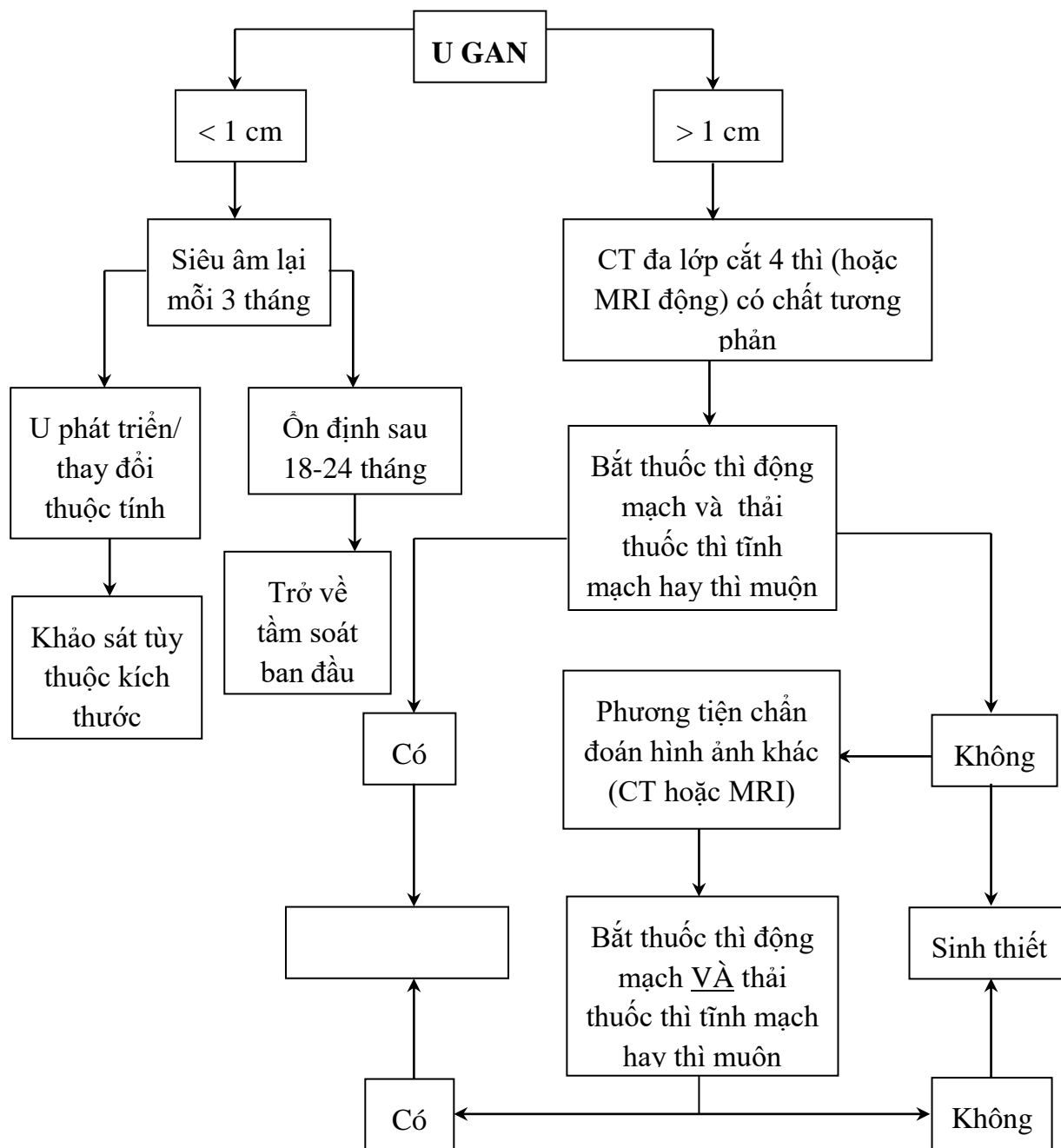
- Hình ảnh điển hình của ung thư tế bào gan: Khối u tăng quang trên thì động mạch và tháo thuốc ở thì tĩnh mạch cửa hay thì chậm trên Chụp CT hay MRI động, có bom thuốc cản quang hay cản từ.
- Tăng AFP: Hiện nay AFP  $\geq 200$  ng/ml là giá trị mang tính gợi ý cao để chẩn đoán UTBMTBG ở những bệnh nhân có viêm gan mạn tính hay xơ gan; tuy nhiên, giá trị này chỉ có ý nghĩa tham khảo vì AFP cũng có thể tăng trong ung thư biểu mô đường mật và một số ung thư di căn từ đại tràng. Một khối u gan cộng với tăng AFP không tự động đồng nghĩa với UTBMTBG.
- Sinh thiết gan: Sinh thiết gan là biện pháp sau cùng để xác định chẩn đoán trong những trường hợp bệnh nhân có sang thương trong nhu mô gan ( $>1\text{cm}$ ) nhưng không thỏa 2 tiêu chuẩn chẩn đoán trên.

### **2.4. Chẩn đoán phân biệt**

- Ung thư từ các cơ quan khác di căn đến gan
- Ung thư biểu mô đường mật
- Các khối u lành tính của gan: u mạch máu gan, sang thương tăng sinh dạng nốt, u tuyến của gan

**Phác đồ chẩn đoán khối u gan theo Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ**

(American Association for the Study of Liver Diseases- AASLD)



## 2.5. Chẩn đoán giai đoạn Ung thư tế bào gan

Để chẩn đoán giai đoạn UTBMTBG, dựa vào phân giai đoạn theo BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer); đây là hệ thống đánh giá giai đoạn được nhiều trung tâm trên thế giới áp dụng.

Giai đoạn BCLC		PS <sup>(*)</sup>	Đặc điểm u	Chức năng gan
0: Rất sớm		0	Đơn độc < 2cm, không xâm lấn mạch	Còn tốt (Child-Pugh A)
A: Sớm	A1	0	Đơn độc < 5cm	Áp lực tĩnh mạch cửa bình thường Bilirubin máu bình thường
	A2	0	Đơn độc < 5cm	Tăng áp lực TM cửa Bilirubin máu bình thường
	A3	0	Đơn độc < 5cm	Áp lực tĩnh mạch cửa bình thường Tăng bilirubin máu
	A4	0	Số u ≤ 3 và u < 3 cm	Child-Pugh A-B
B: Trung gian		0	Số u > 3 và u ≥ 3cm	Child-Pugh A-B
C: Tiến triển		1-2	Xâm lấn mạch máu hoặc di căn ngoài gan	Child-Pugh A-B
D: Cuối		3-4	U bất kỳ số lượng và kích thước.	Child-Pugh C

**Thang điểm PS (Performance Status- Thang điểm đánh giá trạng thái thông qua hoạt động của bệnh nhân)**

Điểm PS	Mô tả
0	Hoạt động bình thường như trước khi bị bệnh, không hạn chế
1	Hạn chế các hoạt động gắng sức nhưng có thể đi lại, làm được việc nhẹ
2	Đi lại được và có thể tự chăm sóc nhưng không thể làm được việc gì
3	Khả năng tự chăm sóc hạn chế, nằm tại giường > 50% thời gian
4	Bất động hoàn toàn, không thể tự chăm sóc, luôn nằm một chỗ



### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Các phương pháp điều trị

##### 3.1.1. Điều trị triệt để

– **Ghép gan:** Ghép gan không chỉ giúp loại bỏ khối u ác tính khỏi cơ thể mà còn thay thế gan đã xơ hóa bằng một gan mới còn đủ chức năng. Ghép gan là phương pháp điều trị tối ưu với tỷ lệ khỏi bệnh cao (50-70% sống 5 năm) và tái phát thấp (15% sau 5 năm theo dõi). Tuy vậy, ghép gan chưa được phổ biến ở Việt nam. Khoa Ngoại Tiêu hóa-Gan mật bệnh viện Nhân dân Gia định chưa thực hiện được ghép gan nhưng sẽ tư vấn đầy đủ để bệnh nhân lựa chọn nếu bệnh nhân có khả năng và có nhu cầu.

Chỉ định của ghép gan (dựa theo Tiêu chuẩn Milan):

- + Một u dưới 5cm
- + Nhiều u:
  - Tối đa là 3 u
  - Đường kính mỗi u  $\leq 3$ cm
- + Không thích hợp cho cắt gan

##### – **Phẫu thuật cắt gan:**

+ Cắt gan là phương pháp điều trị hàng đầu triệt để cho các bệnh nhân có khối u gan còn cắt bỏ được, thể trạng cho phép, chức năng gan còn tốt (được định nghĩa là bilirubin/máu bình thường + độ chênh áp lực tĩnh mạch gan  $\leq 10$  mmHg hay tiểu cầu  $\geq 100.000$ ). Nên thực hiện cắt gan theo giải phẫu.

+ Tử vong phẫu thuật 2-3%, sống 5 năm 60-80%. Tái phát 70% sau 5 năm.

– **Hủy u tại chỗ bằng sóng cao tần (Radiofrequency Ablation) hay tiêm cồn qua da:** Được coi là phương pháp điều trị chuẩn cho các bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn BCLC 0-A mà không thích hợp cho phẫu thuật. RFA có hiệu quả với những khối u  $< 5$ cm (có thể kết hợp TACE và RFA). Vị trí khối u phải dễ tiếp cận bằng siêu âm hay CT, không gần các tạng khác, không gần cuống gan hay mạch máu lớn. Chích cồn được áp dụng khi không có RFA hay RFA không khả thi về mặt kỹ thuật.

##### 3.1.2. Điều trị giảm nhẹ

– **Nút mạch hóa chất (Transarterial chemoembolization - TACE).** Được chỉ định cho các trường hợp UTBMTBG:

- + Quá chỉ định phẫu thuật triệt để
- + Chưa có di căn xa
- + Chưa có dấu hiệu xâm lấn mạch máu (huyết khối tĩnh mạch cửa hay tĩnh mạch gan)
- + Xơ gan Child A hay B

– **Can thiệp làm tắc động mạch gan (Transarterial embolization-TAE).** Được chỉ định cho các trường hợp UTBMTBG:

- + Vỡ, gây xuất huyết trong xoang bụng
- + Có chỉ định TACE nhưng chức năng gan quá kém

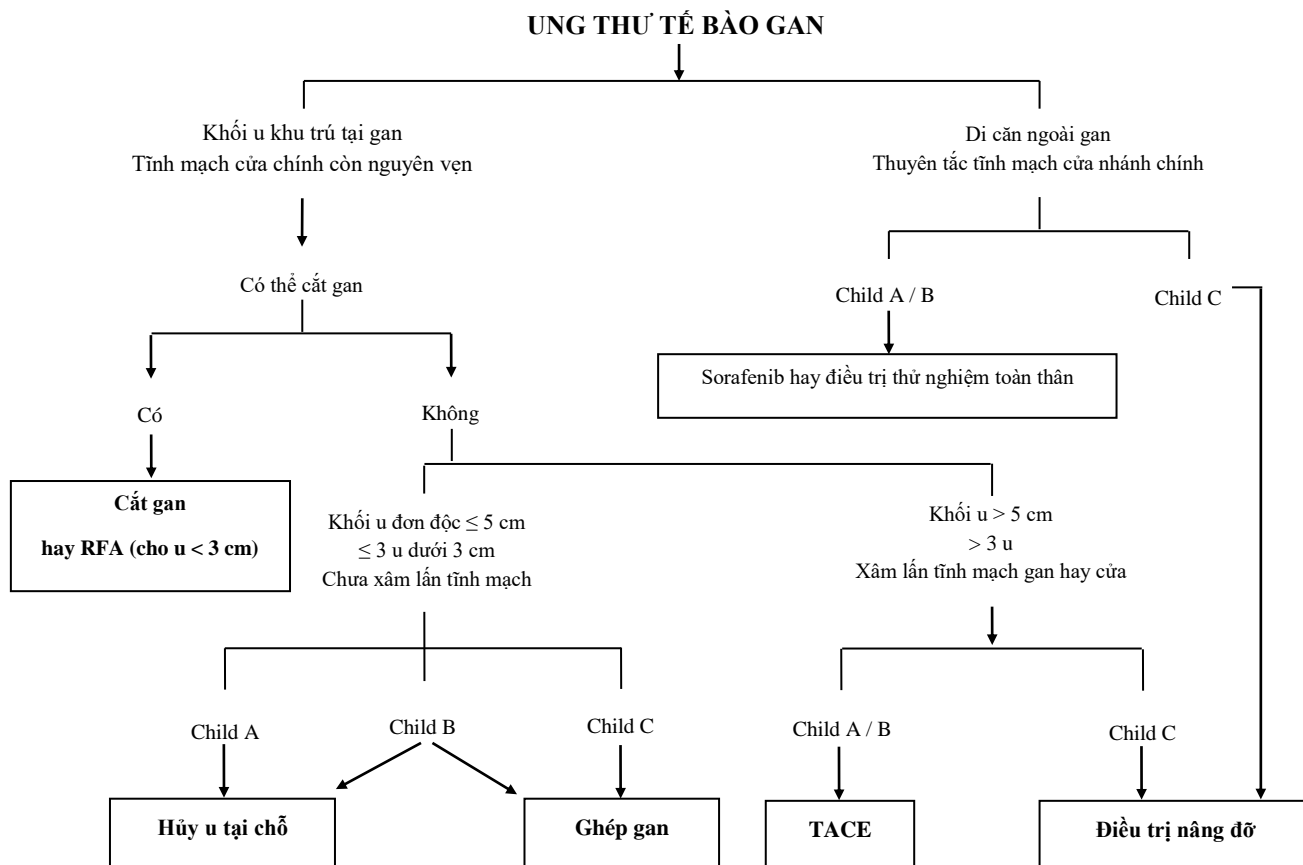
3.1.3. Liệu pháp nhắm trúng đích (Nexava hay Sorafenib). Được chỉ định cho các trường hợp UTBMTBG:

- Đã có di căn xa
- Đã có dấu hiệu xâm lấn mạch máu lớn (tĩnh mạch gan, tĩnh mạch cửa nhánh chính hay nhánh phải- trái nhưng không thể lấy bỏ triệt để bằng phẫu thuật)

- Chức năng gan Child A hay B
- Chỉ số thể trạng 0-2

### 3.2. Phác đồ điều trị

- Thực hiện dựa trên Phác đồ điều trị ung thư tế bào gan của Châu Á (hình dưới) vì phác đồ này được nhiều nước trong khu vực sử dụng và phù hợp với tình hình thực tế tại Việt Nam.



### 4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Sau khi điều trị UTBMTBG, bệnh nhân phải tiếp tục điều trị VGSV (đã có trước) và tái khám theo dõi định kỳ.
- Mỗi bệnh nhân cần được tái khám sau lần điều trị đầu tiên 1 tháng, sau đó cách mỗi 2 tháng để phát hiện sớm và xử trí tái phát nếu có.
- Mỗi lần tái khám, bệnh nhân cần được xét nghiệm chức năng gan, AFP, đo nồng độ siêu vi trong máu (nếu cần) và siêu âm kiểm tra lại. CT và MRI được chỉ định khi siêu âm nghi ngờ có u tái phát.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TỤY

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư tụy là ung thư thường gặp hàng thứ 10, chiếm 2,6% ung thư ở cả 2 giới. ung thư tụy là một trong các ung thư có tử vong cao nhất (>95%). Khoảng 73% bệnh nhân sẽ chết trong năm đầu sau khi chẩn đoán. Tử vong cao thường là do đã có di căn ở thời điểm chẩn đoán được. Tỷ lệ sống còn 5 năm trong những năm qua cũng chưa thấy cải thiện, chỉ 2-6%.
- Nguy cơ ung thư tụy tăng đáng kể (đến 18 lần) ở những người có thân nhân thuộc hàng thứ 1 (bố mẹ) bị ung thư tụy. Ung thư tụy cũng đi kèm với nhiều hội chứng di truyền khác như: hội chứng viêm tụy di truyền (hereditary pancreatitis syndrome, ung thư đại trực tràng di truyền không đa polyp (hereditary non-polyposis colorectal cancer), ung thư vú và buồng trứng di truyền liên quan với BRCA2 (hereditary BRCA2-related breast and ovarian cancer), hội chứng Peutz-Jeghers,... Ngoài ra, hút thuốc, hóa chất beta naphthylamine, benzidine, béo phì, viêm tụy mạn, đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 ở bệnh nhân trên 50 tuổi cũng tỏ ra có liên quan đến nguy cơ ung thư tụy.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng

- Ít khi chẩn đoán sớm được ung thư tụy.
- Bệnh cảnh lâm sàng thường là sụt cân, đau và vàng da. Vàng da thường gặp ở ung thư đầu tụy trong khi đau thường gặp ở ung thư thân và đuôi tụy. Một số ít bệnh nhân ung thư tụy biểu hiện đầu tiên bằng đái tháo đường hay viêm tụy. Sụt cân được xem là một đặc điểm quan trọng trong ung thư tụy.
- Khám lâm sàng ở giai đoạn muộn có thể phát hiện u bụng hay các dấu hiệu chèn ép tạng lân cận.

### 2.2. Cận lâm sàng

#### 2.2.1. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm bụng chỉ là đánh giá sơ khởi sau khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng. Siêu âm bụng có thể có độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 95% trong chẩn đoán ung thư tụy nhưng các giá trị này giảm khi u < 3cm. Siêu âm bụng tùy thuộc người đọc và không giúp phân biệt ung thư với viêm tụy mạn hay viêm tụy tự miễn.
- CT-Scan là phương tiện chẩn đoán ảnh tốt giúp chẩn đoán và xếp giai đoạn ung thư tụy. CT xác định vị trí và kích thước u, sự xâm nhiễm hay huyết khối các mạch máu lớn kế cận, di căn gan, hạch, gieo rắc trong phúc mạc hay xâm nhiễm các cấu trúc sau phúc mạc. Nên khảo sát 3 thì (thì động mạch, thì động mạch muộn, thì tĩnh mạch) vì độ tương phản giữa nhu mô và ung thư biểu mô tuyến cao nhất ở thì động mạch muộn; ngoài ra, cách khảo sát này cho phép quan sát chọn lọc những động mạch quan trọng (thân tạng, động mạch mạc treo tràng trên, các động mạch quanh tụy) và các tĩnh mạch (tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch lách, tĩnh mạch cửa), qua đó đánh giá được sự xâm lấn mạch máu của khối u. Kỹ thuật dựng hình 3D từ CT-Scan có thể cung cấp thêm thông tin về liên quan giải phẫu giữa khối u và các cơ quan, mạch máu xung quanh để xác định khả năng phẫu thuật.

- Khi CT-Scan không thể tiến hành được (ví dụ bệnh nhân bị suy thận) thì MRI có cản từ có thể được sử dụng để chẩn đoán và xác định giai đoạn cho ung thư tụy.
- Siêu âm nội soi (endoscopic ultrasound - EUS) có thể cung cấp thêm thông tin khi CT-Scan không thấy rõ tổn thương hoặc nghi ngờ có sự xâm lấn mạch máu. EUS tỏ ra ưu thế cho những khối u nhỏ và có thể kết hợp sinh thiết kim nhỏ (FNA) để khảo sát tế bào học. EUS còn được dùng để đánh giá các u quanh Vater, phân biệt các tổn thương xâm lấn và không xâm lấn.
- Vai trò của PET trong ung thư tụy đang được tìm hiểu và chưa được xác minh.
- Cần chụp CT ngực không cản quang hay X-quang ngực trước mổ để đánh giá di căn phổi.
- ERCP thường chỉ có vai trò điều trị (giải áp đường mật).

#### 2.2.2. Xét nghiệm máu

- Cần các xét nghiệm đánh giá tình trạng tắc mật nếu là u đầu tụy.
- Các xét nghiệm tiền phẫu
- Các xét nghiệm về kháng nguyên liên quan đến ung thư tụy như: CEA, pancreatic oncofetal antigen, tissue polypeptide antigen, CA 125 và CA 19-9. CA 19-9 không phải là kháng nguyên đặc hiệu của ung thư tụy; tuy nhiên nồng độ của nó có thể giúp phân biệt ung thư tụy với các tổn thương viêm nhiễm của tụy. CA 19-9 có thể dương tính giả trong một số trường hợp tắc mật lành tính, vì thế nồng độ CA 19-9 nên được đo sau khi giải áp đường mật và nồng độ bilirubin về bình thường. Nồng độ CA 19-9 trước điều trị cũng như sự giảm CA 19-9 sau mổ có tương quan với tỉ lệ sống còn của bệnh nhân được phẫu thuật cắt u tụy.

2.2.3. Nội soi ổ bụng: Là công cụ tiềm năng trong việc đánh giá giai đoạn, giúp xác định những di căn phúc mạc hay di căn gan nhỏ mà CT có thể bỏ sót, giúp giảm được tỉ lệ mổ lớn mà không làm được gì để điều trị. Tuy vậy, nội soi ổ bụng thường quy hiện còn tranh cãi. Nên nội soi ổ bụng khi nghi ngờ có di căn (CA 19-9 >100U/ml, u nguyên phát lớn).

#### 2.2.4. Chẩn đoán mô học

- Chẩn đoán mô học không bắt buộc phải có trước phẫu thuật nhưng cần thiết trước khi hóa trị tân hỗ trợ hay điều trị tạm bợ. Có thể khảo sát tế bào học qua chọc hút kim nhỏ (FNA) dưới hướng dẫn EUS hoặc CT-Scan. Khi không thể thực hiện FNA qua siêu âm nội soi thì có thể sinh thiết bằng các phương pháp khác như sinh thiết trong lòng ống tụy qua nội soi đường mật, qua ERCP, sinh thiết qua da hay qua nội soi ổ bụng. Kết quả sinh thiết âm tính phải được kiểm chứng bằng cách lặp lại sinh thiết ít nhất một lần.
- Nếu sau 2 lần sinh thiết âm tính mà lâm sàng và hình ảnh vẫn gợi ý nhiều đến ung thư tụy thì vẫn có thể xem xét phẫu thuật như trường hợp bệnh ở ranh giới cắt bỏ được (borderline resectable disease).

### 2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tụy tự miễn, hay còn gọi là lymphoplasmacytic sclerosing pancreatitis. Có thể biểu hiện lâm sàng và hình ảnh giống ung thư tụy như: vàng da, sụt cân, tăng CA 19-9, tụy lớn lan tỏa, hẹp ống tụy hay là có khối choán chỗ ở tụy. Là bệnh lành tính có thể điều trị hiệu quả bằng corticoid, viêm tụy tự miễn phải được phân biệt với ung thư tụy để tránh phẫu thuật không cần thiết.
- Viêm tụy mạn hay các khối u lành của tụy (nang, insulinoma...)

- Các khối u vùng tụy do di căn từ nơi khác hay xâm lấn từ ung thư các tạng kế cận.

## **2.4. Đánh giá giai đoạn**

### ***Khối u***

- Tx : không xác định được u
- T0: không có u nguyên phát
- Tis: carcinoma tại chỗ
- T1: u khu trú ở tụy  $\leq 2\text{cm}$
- T2: u khu trú ở tụy  $>2\text{cm}$
- T3: u xâm lấn khối tụy nhưng chưa đến động mạch thân tạng và mạc treo tràng trên
- T4: u xâm lấn thân tạng hoặc động mạch mạc treo tràng trên không cắt được

### ***Hạch***

- Nx: không đánh giá được hạch vùng
- N0: không di căn hạch vùng
- N1: di căn hạch vùng

### ***Di căn xa***

- M0: không di căn xa
- M1: di căn xa

### ***Giai đoạn***

- 0: Tis N0 M0
- IA: T1 N0 M0
- IB: T2 N0 M0
- IIA: T3 N0 M0
- IIB: T1 N1 M0  
T2 N1 M0  
T3 N1 M0
- III: T4 bất kể N M0
- IV: Bất kể T, N, M1

## **3. ĐIỀU TRỊ**

### **3.1. Điều trị phẫu thuật và các vấn đề liên quan**

#### **3.1.1. Tiêu chuẩn còn cắt bỏ được**

- Không di căn xa
- Không có hình ảnh hẹp, huyết khối, mất liên tục hay u bao bọc tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch cửa
- Hình ảnh mô mỡ quanh động mạch thân tạng, động mạch gan và động mạch mạc treo tràng trên còn thấy rõ
- Nếu còn cắt bỏ được:
  - + Với ung thư đầu tụy: Cắt khối tá tụy có hay không giữ môn vị
  - + Với ung thư thân hay đuôi tụy: Cắt thân đuôi tụy + cắt lách

### 3.1.2. Không chắc chắn cắt bỏ được

- Không di căn xa
- U đè tĩnh mạch mạc treo tràng trên hay TM cửa, bao quanh TM nhưng không bao quanh động mạch, làm tắc đoạn gần TM có thể do huyết khối nhưng có thể cắt bỏ an toàn và nối lại.
- U bao quanh động mạch vị tá tràng đến một đoạn ngắn động mạch gan nhưng không làm dẫn động mạch thân tạng.
- U đè động mạch mạc treo tràng trên nhưng không quá một góc 180 độ chu vi mạch máu này

### 3.1.3. Không cắt bỏ được hay không nên cố cắt bỏ

- Đầu tụy:
  - + Di căn xa
  - + U bao quanh hết chu vi động mạch mạc treo tràng trên hay dính động mạch thân tạng
  - + Tắc tĩnh mạch cửa hay mạc treo tràng trên mà nếu cắt không tạo hình được
  - + Xâm lấn hay bao quanh động mạch chủ
- Thân tụy:
  - + Di căn xa
  - + U bao quanh hết động mạch mạc treo tràng trên hay thân tạng
  - + Tắc tĩnh mạch cửa hay mạc treo tràng trên. Không tạo hình được nếu cắt
  - + Xâm lấn hay bao quanh động mạch chủ
- Đuôi tụy:
  - + Di căn xa
  - + U bao quanh hết động mạch mạc treo tràng trên hay thân tạng
- Hạch:
  - + Di căn hạch ở vị trí không thể nạo bỏ được

### 3.1.4. Dẫn lưu đường mật trước mổ

- Giải áp mật giúp hồi phục chức năng gan và chống nhiễm trùng
- Nhiều nghiên cứu cho thấy lợi ích không rõ ràng mà lại có thể có biến chứng (rò mật, nhiễm trùng, tử vong)
- Áp dụng khi tri hoãn phẫu thuật và bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật
- Sử dụng stent nhựa.

## 3.2. Hóa trị

- Liệu pháp toàn thân gồm hóa trị tân hỗ trợ và hóa trị hỗ trợ.
- Hóa trị hỗ trợ được áp dụng trong các trường hợp đã có di căn hoặc nhằm kiểm soát các giai đoạn bệnh tiến xa tại vùng mà không thể phẫu thuật cắt bỏ.
- Hóa trị tân hỗ trợ nên phối hợp với xạ trị.
- Mục tiêu điều trị của liệu pháp toàn thân nên được thảo luận với bệnh nhân trước khi bắt đầu điều trị, và cần theo dõi sát bệnh nhân trong và sau hóa trị

### ***Lựa chọn tùy từng trường hợp và giai đoạn bệnh***

3.2.1. Đơn hóa trị thường được chọn lựa khi thể trạng bệnh nhân không tốt, bao gồm:

- Gemcitabine 1000mg/m<sup>2</sup> trong 30 phút, trong 3 tuần cách nhau một tuần (mức độ chứng cứ 1), hoặc
- Capecitabine (mức độ chứng cứ 2B)

3.2.2. Đa hóa trị phối hợp thường dùng cho những bệnh nhân có thể trạng tốt, gồm:

- Gemcitabine + Erlotinib (mức độ chứng cứ 1)
- FOLFIRINOX (mức độ chứng cứ 1)
- Gemcitabine + Capecitabine
- Gemcitabine + Cisplatin (đặc biệt trong các trường hợp có gen di truyền về ung thư)
- Fix-dose rate Gemcitabine, Docetaxel, Capecitabine (mức độ chứng cứ 2B)
- Gemcitabine + Nab-paclitaxel (mức độ chứng cứ 2B)
- Fluoropyrimidine + Oxaliplatin (mức độ chứng cứ 2B)

## 3.3. Xạ trị

- Xạ trị (RT) được khuyến cáo cho nhóm các bệnh nhân sau:
  - a. Được điều trị tân hỗ trợ để phẫu thuật cắt bỏ (phối hợp hóa-xạ)
  - b. U nằm trong ranh giới có thể phẫu thuật cắt bỏ (borderline resectable)
  - c. U tiến xa tại vùng, không thể phẫu thuật cắt bỏ
  - d. Được điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật cắt bỏ
  - e. Chỉ điều trị triệu chứng (điều trị giảm nhẹ)
- Trong trường hợp bệnh nhân có tình trạng tắc mật (vàng da, tăng bilirubin trực tiếp) thì việc tái lưu thông bằng cách sử dụng các stent plastic hoặc kim loại nên được thực hiện ngay

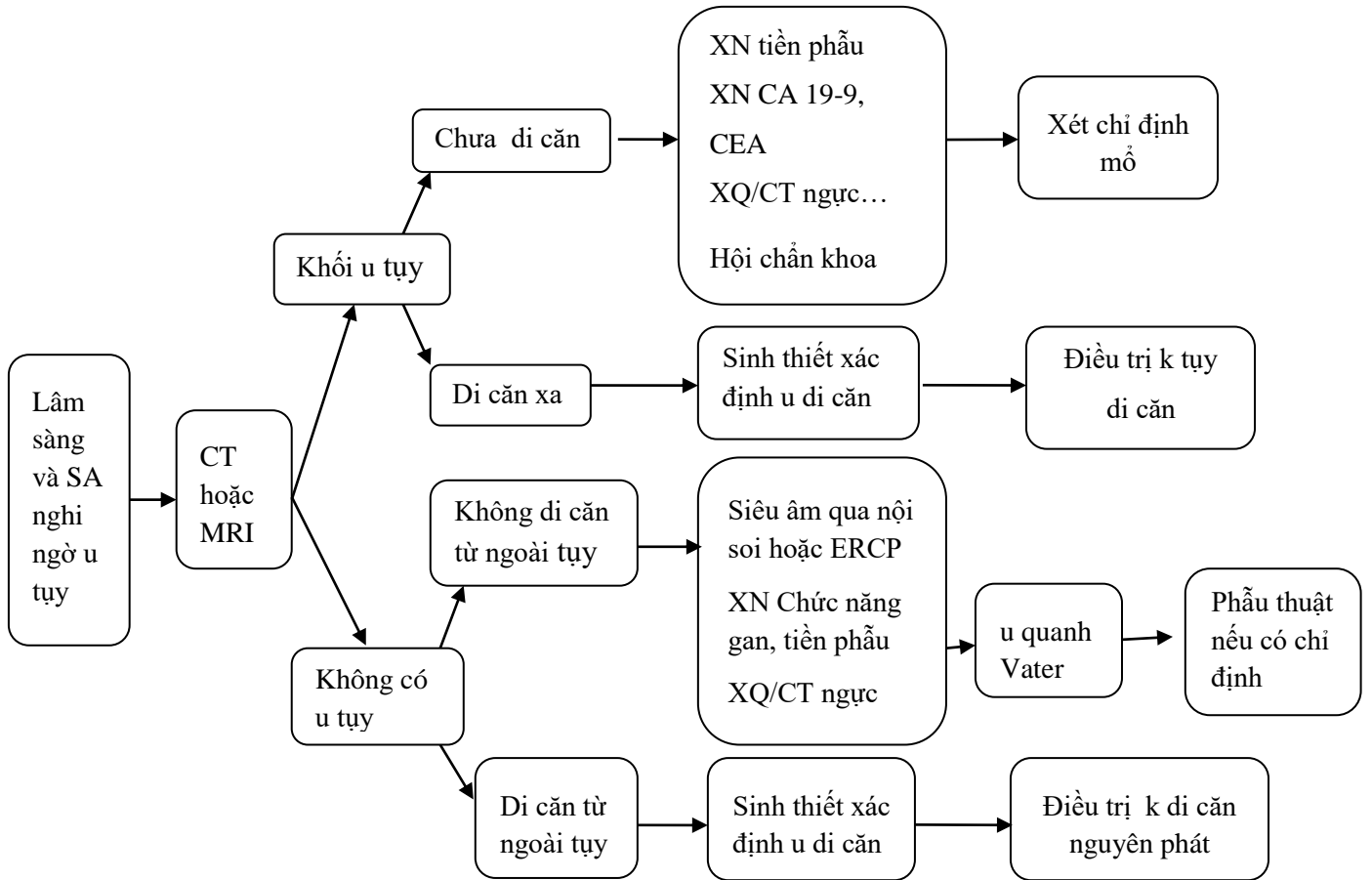
từ đầu, trước khi tiến hành xạ trị. Dẫn lưu qua da có thể được sử dụng trong trường hợp ERCP đặt stent không thành công.

### **3.4. Điều trị giảm nhẹ và nâng đỡ**

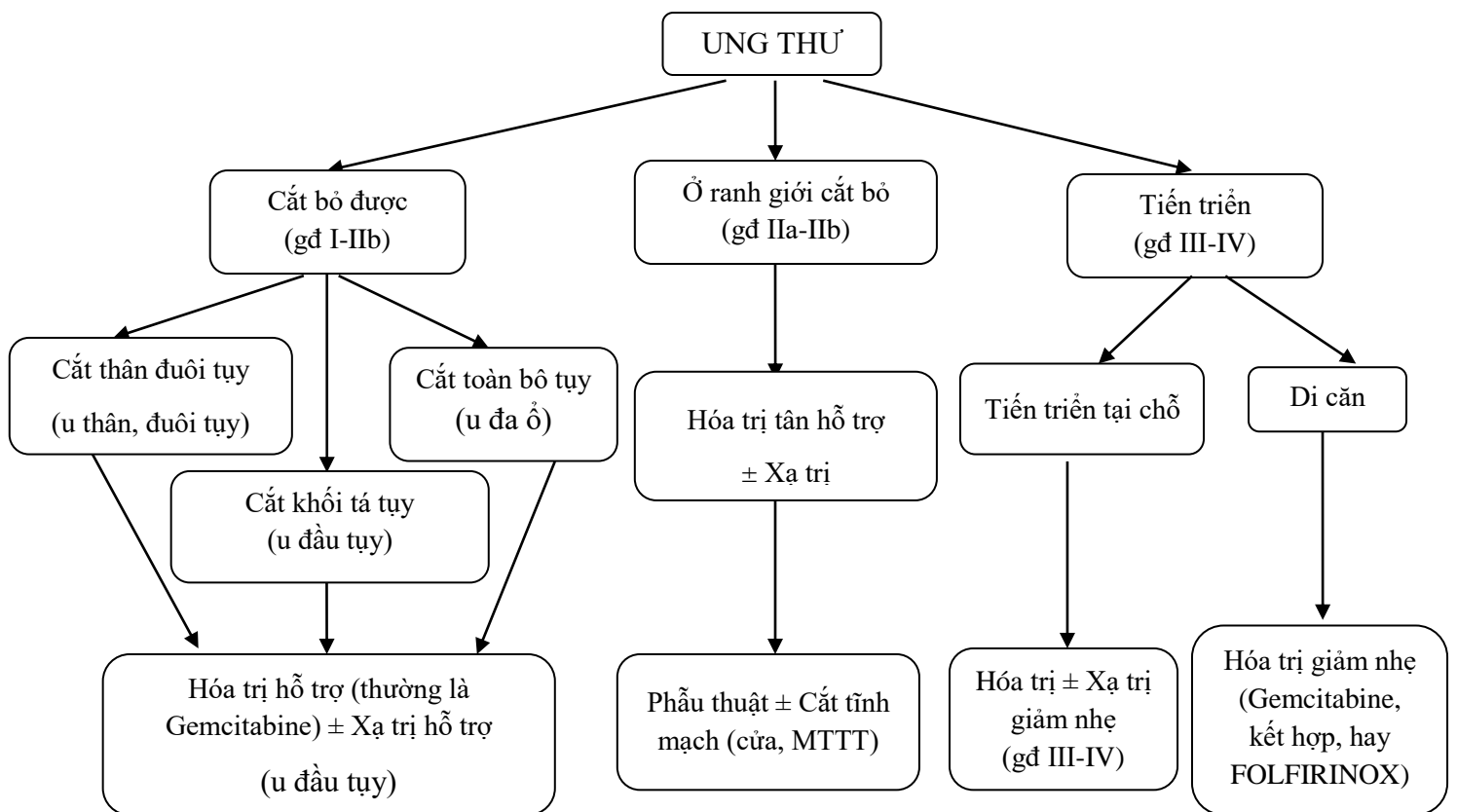
- Tác mật
- + ERCP đặt stent
- + Dẫn lưu mật xuyên gan qua da (PTPD)
- + Nối mật ruột
- Hẹp môn vị
- + Nối vị tràng
- + Đặt stent qua chỗ hẹp
- + Mở hồng tràng nuôi ăn
- Đau nhiều do u xâm lấn
- + Phong bế thần kinh tạng
- + Hóa trị triệu chứng nếu chưa hóa trị
- U chèn ép, đau và suy kiệt
- + Nâng đỡ dinh dưỡng, giảm đau
- + Bổ sung men tụy thay thế

### **LƯU ĐỒ XỬ TRÍ**





**Lưu đồ xử trí bệnh nhân với lâm sàng và SA bước đầu nghi ung thư tụy**



**Lưu đồ xử trí bệnh nhân ung thư tụy mà chẩn đoán và giai đoạn đã được xác định**

#### 4. THEO DÕI

- Bệnh nhân nên được theo dõi độc tính của hóa trị ở mỗi chu kỳ, đánh giá đáp ứng hóa trị mỗi 2 tháng.
- Đánh giá hiệu quả lâm sàng, CA 19-9.
- Có thể chỉ định CT scan để đánh giá lại tổn thương tại chỗ, loại trừ di căn, thêm xạ trị vào kế hoạch điều trị khi cần.
- Nếu CA 19-9 tăng trước mổ, phải xét nghiệm kiểm tra lại mỗi 3 tháng trong 2 năm sau mổ và kiểm tra CT bụng mỗi 6 tháng.
- Bệnh không thể chữa khỏi ngay cả dù tái phát được phát hiện sớm. Vì vậy, phải thảo luận với bệnh nhân và thiết kế chương trình theo dõi thích hợp để tránh gây stress về tâm lý và tốn kém về kinh tế.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM NHIỄM VÙNG HẬU MÔN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

– Là tình trạng viêm và nhiễm trùng vùng hậu môn có thể từ nhẹ đến nặng và dạng cấp tính hay mãn tính.

– Bệnh lý được phân loại:

+ Viêm ống hậu môn hoặc viêm da quanh hậu môn.

+ Viêm tầng sinh môn.

+ Áp xe cạnh hậu môn.

+ Rò hậu môn.

## 2. CHẨN ĐOÁN

– Đau rát vùng hậu môn hoặc đau cạnh hậu môn, tăng dần kèm sưng, nóng quanh hậu môn hoặc ngay ống hậu môn.

– Chảy mủ.

– Sốt, mệt mỏi

– Thăm hậu môn:

+ Viêm ống hậu môn: đau nề nhẹ, rách phần da niêm ống hậu môn.

+ Viêm tầng sinh môn: Toàn thân có tình trạng nhiễm trùng nặng. Vùng tầng sinh môn phù nề đỏ đau có thể lan tỏa rộng lên bẹn hoặc mông. Có thể có tình trạng bị hoại tử mô hay viêm mủ mô mềm vùng này.

+ Áp xe cạnh hậu môn: Sưng nóng đỏ đau cạnh hậu môn. Có thể lan rộng cả 2 bên hậu môn. Chỗ sưng nề nhiều nhất phập phều chứa mủ, hoặc đã xì mủ. Trường hợp ổ áp xe trong sâu, da ngoài cạnh hậu môn chỉ hơi sưng nề, ấn đau nhiều, thăm trực tràng cảm giác sưng phồng và đau bên tổn thương.

+ Rò hậu môn: Có tổn thương viêm sưng, có lỗ rò tiết dịch mủ. Trường hợp sưng đau nhiều trên nên đã có lỗ rò từ trước: rò hậu môn áp xe hóa

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Tiêu chuẩn điều trị ngoại trú:

– Viêm ống hậu môn.

– Rò hậu môn chờ phẫu thuật.

– Sau khi được phẫu thuật

### 3.2. Thuốc và cách chăm sóc:

– Thuốc kháng sinh: có thể dùng nếu là viêm cấp tính, trong 7 – 10 ngày

- + Augmentin 1g x 2/ngày hay các thuốc cùng nhóm tương tự, (Curam, Unasyn).
- + Hoặc nhóm Fluoroquinolon: (Ciprofloxacin, Ofloxacin) Cipro 0,5 gx 2/ngày.
- + Hoặc nhóm Cefalosporin II: (Cefuroxim) Zinnat 0,5g x 2/ngày.
- + Có thể phối hợp: Metronidazole 250mg 2 viên x 2/ngày.
- Thuốc kháng viêm, giảm đau:
  - + Paracetamol 500mg 1vx3/ngày, Diclofenac 50mg 1vx3/ngày hoặc Mobic 7,5mg (Meloxicam) 1vx2/ngày, hoặc
  - + Hoặc Tatanol codein (Acetaminophen – Codein).

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh sỏi niệu là bệnh có thể xảy ra trong suốt đời người bệnh, thời gian cách khoảng giữa 2 lần mắc bệnh là 2 năm.
- Một người có tiền căn tiểu ra sỏi 15% có khả năng tiểu ra sỏi sau 3 năm, còn sau 15 năm thì tỷ lệ này là 30%.
- Đa số bệnh nhân có tuổi từ 30 - 50. Nam có tỷ lệ mắc bệnh gấp 3 lần nữ.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng:

- Sỏi thận thường không gây ra triệu chứng gì cho đến khi sỏi kẹt ở niệu quản, lúc đó sẽ gây ra tiểu máu hoặc các triệu chứng của bế tắc như đau: nhiễm trùng; buồn nôn, ói mửa.
- Con đau có thể lan xuống bẹn, bìu hoặc dương vật tùy theo mức độ bế tắc. Lúc đau thường kèm theo tiểu máu đại thể hay vi thể. Nếu quan sát kỹ cặn lắng trong nước tiểu có thể đoán được bản chất sỏi là loại nào.

### 2.2. Cận lâm sàng:

- Trước tiên phải làm tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu và chụp phim KUB. Khoảng 2/3 trường hợp là sỏi cản quang có thể thấy trên KUB.
- Sau đó là làm siêu âm thận. Siêu âm giúp phát hiện sỏi thận và đánh giá mức độ ứ nước.
- Chụp MSCT scan có thể xác định sỏi và mức độ ứ nước.
- Trong phim UIV, đôi khi cần chụp các phim muộn (sau 24 giờ), nhất là trường hợp sỏi không cản quang như sỏi acid uric, hoặc khi sỏi nằm chồng lên các xương cột sống. Chụp phim nghiêng giúp phân biệt sỏi niệu với các vôi hóa tĩnh mạch. Chụp phim tư thế nằm sấp giúp phát hiện các trường hợp có bế tắc nhiều. Mặc dù vẫn còn hữu dụng trong một vài trường hợp nhưng dần dần phim UIV được thay thế bằng phim MSCT scan. Chụp MSCT scan nhanh, không cần rửa ruột và không dùng thuốc cản quang. Nó giúp xác định chính xác sỏi bể thận và niệu quản.

## 3. ĐIỀU TRỊ

- Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng hoặc bế tắc nhiều cần phải can thiệp ngay. Hoặc bằng cách đặt thông niệu quản lưu hoặc mở thận ra da bằng cách chọc dò qua da.
- Nếu có sỏi nhỏ có thể điều trị bằng cách cho uống nước nhiều và dùng thuốc giảm đau. Sỏi niệu quản có kích thước nhỏ hơn 4mm thì 90% sẽ tự tiểu ra, nếu sỏi lớn hơn 6mm thì khả năng tiểu ra sỏi chỉ khoảng 20%.
- Sỏi niệu quản thường hay kẹt tại 3 chỗ:

(1) khúc nối bể thận niệu quản,

(2) niệu quản bất chéo động mạch chậu

(3) và chỗ hẹp nhất là khúc nối niệu quản bàng quang. Sỏi nằm ở đoạn trên ít có khả năng được tiêu ra hơn so với sỏi niệu quản nằm ở đoạn thấp.

### **3.1. Điều trị nội khoa:**

- Thường được áp dụng đối với sỏi không gây bế tắc, không gây triệu chứng, không có nhiễm trùng, kích thước sỏi nhỏ hơn 4mm và nằm ở đoạn thấp của niệu quản.
- Bệnh nhân được khuyến uống nhiều nước và rặn mạnh khi đi tiểu, và phải hứng lấu sỏi để phân tích nếu tiêu ra sỏi. Cần chụp phim KUB mỗi tuần để biết độ di chuyển của sỏi. Thường sẽ tiêu ra sỏi sau 4-6 tuần

### **3.2. Gắp sỏi qua nội soi:**

- Thường dùng đối với sỏi nằm thấp mà điều trị nội thất bại.
- Ngày nay người ta thường dùng máy soi niệu quản cứng hoặc mềm để thay thế cho gắp sỏi mù hoặc gắp dưới hướng dẫn của X quang. Ít khi phải nong rộng niệu quản khi ta dùng máy soi có đường kính 7F. Khi đã soi thấy sỏi ta có thể lôi bằng gắp 3 chấu hoặc dùng rọ để gắp sỏi ra. Nếu sỏi lớn ta cần tán sỏi bằng siêu âm, bằng thủy điện lực, bằng khí hoặc bằng Laser trước khi gắp sỏi ra. Tỷ lệ thành công 95%.

### **3.3. Tán sỏi ngoài cơ thể:**

Trước kia người ta dùng tán sỏi ngoài cơ thể cho các trường hợp sỏi thận. Ngày nay phương pháp này cũng có thể áp dụng với sỏi niệu quản nhất là khi sỏi nhỏ hơn 8mm. Trước khi tán sỏi ngoài cơ thể ta có thể đặt hoặc không đặt thông niệu quản lưu. Đối với sỏi nằm ở đoạn thấp của niệu quản, ta đặt bệnh nhân nằm sấp, để dễ xác định sỏi và tránh sự che lấp sỏi bởi xương chậu.

**3.4. Phẫu thuật nội soi lấy sỏi:** Ứng dụng trong các trường hợp sỏi niệu quản trên, sỏi bể thận đơn giản.

**3.5. Lấy sỏi thận qua da:** Phương pháp này sử dụng cho những trường hợp sỏi trong thận, sỏi nằm bể thận.

**3.6. Mở hở lấy sỏi niệu quản:** Vì các phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể, gắp sỏi qua nội soi niệu quản đạt kết quả cao, nên ngày nay người ta ít khi mở mở lấy sỏi niệu quản.

## **4. THEO DÕI**

- Nên uống nhiều nước: ít nhất là 2 lít mỗi ngày.
  - Ăn nhạt, ít muối. Ăn ít thịt động vật, nên dùng cá thay thịt.
  - Nên ăn nhiều rau tươi.
  - Nên uống nhiều nước chanh, cam tươi, bưởi tươi.
  - Chế độ tiết thực hỗ trợ điều trị:
- + Bệnh nhân sỏi thận dạng PHOSPHAT cần hạn chế dùng: Ca cao, bơ; Gan, đậu nành; Cá sardine; Cá mòi hộp.

- + Bệnh nhân sỏi thận dạng URATE cần hạn chế dùng: Cật heo, óc; Cá chà; Cá đỏi; Thịt bê, gan.
- + Bệnh nhân sỏi thận dạng OXALATE cần hạn chế dùng: Củ cải đỏ; Dưa chuột; Hành tây, dâu tây; Trà, hạt tiêu.
- + Bệnh nhân sỏi thận dạng CALCIUM cần hạn chế dùng: Đậu nành, ca cao, sữa, trứng, hạt dẻ; Tôm hùm, sò hến, cua, chocola, quả vải; Rau diếp, phomat, đậu hòa lan, hạnh nhân; Đậu haricot, quả olive.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

– Sỏi niệu quản (NQ) được hình thành từ thận và di chuyển xuống NQ và dừng lại ở những vị trí hẹp tự nhiên của NQ. So với sỏi thận thì sỏi NQ chiếm tỷ lệ ít hơn và tương đối dễ định bệnh, dễ điều trị hơn nhưng sớm ảnh hưởng đến chức năng thận nếu bị bế tắc lâu ngày. Phần lớn sỏi có kích thước chiều ngang (so với NQ) nhỏ hơn 5 mm sẽ được tống xuất tự nhiên theo dòng nước tiểu.

– Có hai loại sỏi tiết niệu:

+ Sỏi nguyên phát: do sự rối loạn sinh hóa trong cơ thể sinh ra sỏi.

+ Sỏi thứ phát: bắt nguồn từ nhiều nguyên nhân gây tắc nghẽn đường bài tiết dẫn đến ứ đọng nước tiểu.

– Hầu hết sỏi NQ có nguồn gốc từ thận, di chuyển xuống và dừng lại ở một đoạn nào đó của NQ, đặc biệt tại các chỗ hẹp sinh lý.

**Các phương pháp điều trị sỏi NQ được phân thành 5 nhóm:**

– Điều trị nội khoa (theo dõi và chờ đợi—dùng thuốc).

– Tán sỏi ngoài cơ thể (SWL).

– Nội soi tán sỏi ngược chiều (URS).

– Tán sỏi qua da (PCNL).

– Nội soi ổ bụng (trong hay ngoài phúc mạc); mổ mở lấy sỏi.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng

#### 2.1.1. Triệu chứng cơ năng

– *Đau*: sỏi NQ thường gây đau dưới nhiều dạng tùy thuộc nhiều yếu tố, tổn thương cơ thể bệnh lý, hỗn loạn sinh lý, vị trí của sỏi.

+ Con đau quặn thận là cơn đau điển hình do sỏi di chuyển trong NQ, gây co thắt NQ. Cơn đau thường xuất hiện đột ngột, lúc bệnh nhân đang khỏe mạnh, sỏi NQ thường gây ra cơn đau bão thận hơn sỏi thận vì:

▪ Sỏi NQ hay di động do nhu động của NQ và do kích thước tương đối nhỏ của sỏi.

▪ NQ có nhiều dây thần kinh hơn chủ mô thận bề thận, đài thận nên sự cọ sát của sỏi vào niêm mạc thường gây phản ứng co thắt các đường tiểu trên. Theo Akram, triệu chứng đau quặn thận chiếm đa số (40,1%).

+ Đau do kích ứng, tiểu gắt, tiểu buốt do niêm mạc bàng quang bị kích thích. Phóng tinh đau do túi tinh, ống dẫn tinh bị viêm có thể gợi ý đến sỏi NQ chậ, đoạn sát bàng quang.



- *Tiểu máu*: có thể vi thể hoặc đại thể.
- *Tiểu đục*: nước tiểu đục có mù là dấu hiệu của nhiễm trùng thận ngược chiều nên lưu ý khi sốt kèm rét run. Trường hợp này đe dọa trầm trọng chức năng thận, có nguy cơ nhiễm trùng huyết và choáng nhiễm trùng.
- *Vô niệu*: vô niệu do sỏi NQ là cấp tính, bắt nguồn từ sự tắc nghẽn đường tiểu, vô niệu do sỏi NQ xuất hiện đột ngột nhưng khi bế tắc đường tiểu được giải quyết; thận cũng sớm hồi phục.
- *Triệu chứng suy thận mạn tính*: sỏi NQ hai bên hay sỏi NQ một bên với sỏi thận bên còn lại, lâu ngày có thể đưa đến tình trạng suy thận mạn tính với các triệu chứng tiêu hóa như sinh bụng, đầy hơi, ói mửa, ăn không tiêu hay các biểu hiện thiếu máu, mất ngủ ... Những triệu chứng không điển hình, đôi khi sỏi NQ diễn tiến mơ hồ trong một thời gian dài, vì sỏi không di động và không gây bế tắc đường tiểu cấp tính.
- *Môi lưng*: là than phiền nhiều nhất, gia tăng khi làm việc nặng. Sỏi NQ bên phải mang tính chất đau của viêm túi mật, loét hành tá tràng, viêm dạ dày; hay sỏi bên trái có triệu chứng đại tràng xuống, dễ chẩn đoán nhầm trên lâm sàng.

### 2.1.2. Triệu chứng thực thể

- Thăm khám vùng bụng và hông lưng có thể phát hiện thận lớn với dấu hiệu chạm thận dương tính nếu thận bị ứ nước; đau vùng hông lưng nếu viêm quanh thận.
- Cảm giác đau được nhận biết khi thăm khám vùng hố chậu, cho phép gợi ý sỏi NQ đoạn giữa, đặc biệt khi có phản ứng viêm quanh NQ.
- Đau dưới sườn nhưng không co cứng thành bụng gập trong sỏi NQ đoạn trên.

## 2.2. Cận Lâm sàng

### 2.2.1. Tổng phân tích và cấy nước tiểu:

- Hiện diện nhiều hồng cầu, có thể có bạch cầu và vi trùng. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu có thể gây albumin trong nước tiểu.
- Các loại vi khuẩn được phân lập từ nước tiểu chủ yếu là gram âm; bao gồm E. coli (38,3%), Proteus spp. (13,6%), Staphylococcus spp. (8,2%), Klebsiella spp. và Pseudomonas aeruginosa (5,5%).

### 2.2.2. Chụp X quang niệu không chuẩn bị (KUB)

- Phim KUB giúp xác định vị trí, kích thước và hình dáng của sỏi, từ đó cho phép dự đoán khả năng đào thải tự nhiên của viên sỏi cũng như lựa chọn phác đồ điều trị. Tuy nhiên, độ nhạy và độ đặc hiệu của KUB tương đối thấp, lần lượt từ 44 - 77% và 80 — 87%.
- KUB không phát hiện các loại sỏi không cản quang. Phim KUB chỉ có thể dự đoán khoảng 39 — 40% thành phần sỏi nên không thể sử dụng để phân tích thành phần sỏi trên lâm sàng

### 2.2.3. Siêu âm bụng

- Là phương tiện cận lâm sàng không xâm lấn giúp phát hiện sỏi và tình trạng ứ nước ở thận. Siêu âm cũng cho phép quan sát phần nào sỏi NQ, đặc biệt sỏi kém cản quang.

– Mặc dù rất hữu ích trong cấp cứu nhưng siêu âm mang tính định hướng nhiều hơn vì không mô tả được vị trí của sỏi và chức năng thận.

#### 2.2.4. Chụp X quang hệ niệu có cản quang (UIV)

– Là phương pháp rất giá trị trong các trường hợp sỏi niệu buộc phải can thiệp phẫu thuật. Phim UIV mô tả hai điểm cơ bản, hình thể đài bể thận và NQ, nhờ đó xác định vị trí của hòn sỏi trong đường tiết niệu cùng như mức độ giãn nở của đài bể thận. Ngoài ra, UIV phản ánh chức năng của thận có sỏi và thận bên đối diện.

– Trong trường hợp ứ nước nhiều, thận có thể không bài tiết trên UIV. Nên chụp phim muộn sau khi tiêm thuốc cản quang từ 2 - 4 - 8 giờ. Nếu chụp phim muộn vẫn không thấy thận bài tiết, nhiều khả năng thận bị hư hại trầm trọng, tiên lượng về sự phục hồi của thận sau khi lấy sỏi rất dè dặt. Nếu 2 thận đều có sỏi, UIV rất cần thiết để chọn thận ưu tiên phẫu thuật.

– Đối với sỏi NQ, UIV phản ánh mức độ giãn nở của NQ phía trên hòn sỏi. Trường hợp sỏi không cản quang, hình ảnh NQ giãn nở và thuốc cản quang bị dừng lại tại vị trí sỏi được thể hiện đặc trưng trên UIV. Để chẩn đoán phân biệt giữa sỏi NQ vùng hố chậu với những vết vôi hóa trong vùng này, trên phim chụp nghiêng vẫn thấy sỏi NQ nằm trên đường đi của NQ, trong khi các vết vôi hóa định vị bên ngoài.

#### 2.2.5. Chụp NQ-bể thận ngược dòng (UPR)

– Trong trường hợp các triệu chứng lâm sàng (LS) và cận lâm sàng (CLS) khác kể cả UIV chưa thể kết luận sỏi NQ, UPR trở nên cần thiết. Trước khi bơm chất cản quang, việc đưa ống thông lên chạm sỏi cũng là một yếu tố giúp chẩn đoán. Hình ảnh UPR cản quang cho thấy sỏi màu trắng nhạt giữa một màu trắng đậm, hoặc hình ảnh khuyết giữa NQ màu trắng đậm. Hình ảnh thuốc cản quang được bơm ngược theo ống thông NQ đến chỗ có sỏi sẽ bị dội xuống cho phép phát hiện vị trí sỏi NQ hoặc hẹp NQ.

– UPR chỉ nên áp dụng khi thật cần thiết vì thủ thuật này có tính xâm hại và có thể đưa vi khuẩn từ niệu đạo lên đường tiểu trên. Ngày nay, CT scan đã thay thế kỹ thuật này.

#### 2.2.6. Multislice CT scan (MSCT)

– CT scan có thể xác định sỏi và mức độ tắc nghẽn với độ nhạy 96% so với 87% của KUB. CT scan không tiêm cản quang cung cấp nhiều dữ liệu về mật độ cũng như thành phần sỏi. CT scan hiệu quả trong trường hợp sỏi NQ kém cản quang và chụp UIV không thấy hình ảnh của thận và vị trí NQ bị tắc nghẽn. Ngoài ra, CT scan cũng đánh giá được chức năng thận.

#### Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán đau hông lưng cấp

Thứ tự ưu tiên	Phương tiện chẩn đoán	LE	GR
1	CT không tiêm cản quang	1	A
1	UIV	Xét nghiệm chuẩn	
2	KUB + Siêu âm	2a	B

### 3. ĐIỀU TRỊ

Kích thước sỏi rất thay đổi, từ 2 mm đến >2 cm. Hầu hết sỏi < 5 mm đều có thể di chuyển tự nhiên ra ngoài. Kích thước sỏi là một yếu tố quan trọng cùng với mức độ đau trên lâm sàng, mức độ bế tắc, tình trạng nhiễm trùng niệu, chức năng thận sẽ quyết định phác đồ điều trị, theo dõi điều trị nội chờ sỏi tự ra ngoài hay cần phải can thiệp lấy sỏi chủ động

#### 3.1. Điều trị cấp cứu

Trong những trường hợp sỏi niệu quản gây nhiễm khuẩn và sỏi nhiễm khuẩn cần xử trí như sau:

- Mở thận ra da;
- Hoặc đặt thông niệu quản và phối hợp với kháng sinh thích hợp. Điều trị sỏi niệu quản trong trường hợp này được dời lại đến khi nào tình trạng nhiễm khuẩn được giải quyết.
- Ngoài ra, chỉ định cấp cứu còn được thực hiện trong những trường hợp sỏi niệu quản hai bên hay sỏi niệu quản một bên trên thận độc nhất, gây tắc nghẽn với tổn thương thận cấp tính.
- Trong điều trị đau quặn thận, thuốc kháng viêm không steroids (NSAID) là thuốc được lựa chọn đầu tiên. NSAID có tác dụng giảm đau tốt hơn các thuốc opioid trong điều trị đau quặn thận. Diclofenac sodium, 100-150 mg/ngày, 3 - 10 ngày.

#### Các thuốc được sử dụng trong cơn đau quặn thận:

Thứ tự ưu tiên	Thuốc	LE	GR
1	Diclofenac sodium	Lb	A
1	Indomethacin Ibuprofen	Lb	A
2	Hydromorphone hydrochloride Methamizol Pentazocine Tramadol	4	C

#### 3.2. Điều trị nội khoa:

Vì sỏi NQ gây bế tắc và nguy cơ phá hủy thận nặng, nhanh nên chỉ điều trị nội khoa khi:

- Sỏi còn nhỏ, đường kính < 5 mm, sỏi nhẵn, bờ rõ nét;
- Chức năng thận và NQ bình thường;
- Có khả năng theo dõi sát bệnh nhân.

Phác đồ dựa trên nguyên tắc tạo điều kiện để sỏi di chuyển ra ngoài bằng cách giảm co thắt, giảm đau nếu BN trong cơn đau, uống nhiều nước hoặc truyền nhiều dịch mặn, ngọt đẳng trương. Sỏi > 6 mm, tỷ lệ tự đào thải chỉ khoảng 8%.

– Chất ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh  $Ca^{2+}$  được dùng trong điều trị sỏi NQ nhằm làm tăng sự di chuyển của sỏi thông qua việc làm giãn cơ trơn NQ. Sỏi được tống xuất tự nhiên trong 65% bệnh nhân dùng thuốc ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh  $Ca^{2+}$  nhiều hơn nhóm không dùng thuốc.

– Điều trị nội khoa không những làm tăng tỷ lệ sỏi di chuyển xuống bàng quang mà còn giảm bớt thời gian di chuyển của sỏi và những cơn đau quặn thận. Thuốc giãn NQ như ức chế thụ thể adrenergic hay ức chế kênh  $Ca^{2+}$  còn làm tăng áp suất thủy tĩnh phía trên sỏi nên giúp sỏi di chuyển dễ dàng.

– Tác dụng phụ thường gặp là hạ huyết áp thoáng qua và mạch chậm khoảng 3,5% trường hợp.

– **Tamsulosin** là chất ức chế thụ thể adrenergic được sử dụng phổ biến nhất. Tuy nhiên, Terazosin và Doxazosin cũng có hiệu quả tương đương.

### 3.3. Điều trị ngoại khoa

#### 3.3.1. Chỉ định can thiệp ngoại khoa

- Sỏi có khả năng di chuyển tự nhiên thấp (> 5 mm).
- Sỏi NQ gây tắc nghẽn + nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Không đáp ứng với giảm đau.
- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Ảnh hưởng chức năng thận, (suy thận, sỏi NQ/ thận độc nhất, sỏi NQ hai bên)

#### 3.3.2. Sỏi NQ đoạn gần < 1cm

- Điều trị nội khoa đối với sỏi có đường kính chiều ngang < 7 mm. Nếu điều trị nội khoa 1 tháng sỏi không di chuyển phải can thiệp lấy sỏi chủ động như tán sỏi ngoài cơ thể (TSNCT).
- Đối với sỏi có đường kính ngang > 7 mm đến < 1 cm, TSNCT là lựa chọn đầu tiên. Nội soi tán sỏi ngược chiều (NSTSNC) cũng là lựa chọn đối với sỏi có kích thước < 1cm.

#### 3.3.3. Sỏi NQ đoạn gần > 1cm

- Tán sỏi ngoài cơ thể.
- Nội soi tán sỏi ngược chiều.
- Tán sỏi qua da.
- Nội soi sau phúc mạc lấy sỏi.
- Mở mở lấy sỏi.

#### 3.3.4. Sỏi NQ đoạn xa: TSNCT và NSTSNC là hai phương pháp được lựa chọn.

### 3.4. Những cân nhắc đặc biệt trong chỉ định lấy sỏi.

	LE	GR
Điều trị kháng sinh nên thực hiện trước khi can thiệp ở bệnh nhân có cấy nước tiểu (+), TPTNT có nhiễm trùng	3	B
Salicylate nên ngưng 10 ngày trước khi can thiệp thủ thuật	3	B
TSNCT và lấy sỏi qua da chông chỉ định ở phụ nữ có thai	4	C
TSNCT có thể thực hiện ở bệnh nhân có máy tạo nhịp	4	C

### 3.5. Khuyến cáo về điều trị chuỗi sỏi (Steingrass)

Vị trí sỏi	Không tắc nghẽn	Tắc nghẽn/có triệu chứng	LE	GR
NQ đoạn gần	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C
NQ đoạn giữa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C
NQ đoạn xa	TSNCT NSTSNC	Stent NSTSNC TSNCT	4	C

## 4. DỰ PHÒNG

Lượng nước nhập	Lượng nước nhập: 2,5 - 3,0 lít /ngày Uống mỗi 2 – 4 giờ Đi tiểu: 2,0 - 2,5 lít/ngày Thức uống có pH trung tính
Chế độ ăn	Ăn kiêng (tránh tiêu thụ lượng lớn vitamin). Ăn nhiều rau và chất xơ. Lượng calcium: 1000 - 1200 mg/ngày Hạn chế muối: 4 – 5g/ngày Hạn chế protein động vật 0,8 — 1,0g/kg/ngày.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ 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 như: thường gặp ở nam giới và liên quan đến sự ứ đọng nước tiểu do chướng ngại ở cổ bàng quang hay niệu đạo.
- Nguyên nhân:
  - + Chủ yếu do hiện tượng ứ đọng nước tiểu đường bàng quang.
  - + Sỏi từ đường niệu trên di trú xuống.
- Phân loại: có 2 loại
  - + Sỏi nguyên phát: chủ yếu là oxalat calci, nguyên nhân do thức ăn thiếu chất đạm và tình trạng mất nước kéo dài.
  - + Sỏi thứ phát: Hay gặp nhất do ứ đọng nước tiểu và nhiễm khuẩn trong các bệnh nam giới như bấu tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo, bàng quang thần kinh...; ở nữ giới như do sa tử cung, túi thừa niệu đạo hoặc do dị vật bàng quang, bấu bàng quang.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng:

Bệnh nhân có các triệu chứng đường tiểu dưới như:

- Tiểu ngắt quãng giữa dòng.
- Bí tiểu.
- Tiểu máu; Nước tiểu cặn đục.
- Sốt khi có nhiễm trùng.
- Một số trường hợp không có triệu chứng.
- Đau buốt vùng hạ vị.
- Tiểu gắt: mót tiểu thường xuyên; tiểu nhiều lần. mỗi lần chỉ được một ít thỉnh thoảng bị tắc tiểu.
- Tiểu máu cuối bãi.
- Nếu có nhiễm khuẩn: tiểu gắt, tiểu khó.
- Thăm khám trực tràng - âm đạo có thể sờ thấy được sỏi (khi sỏi to).
- Dấu chạm sỏi (+/-) khi đặt sonde Beniqué

### 2.2. Cận lâm sàng

- Huyết đồ, CRP, sinh hóa máu; Cấy máu khi có dấu hiệu nhiễm trùng huyết.

- Tổng phân tích nước tiểu.
- Cận Addis.
- Cấy nước tiểu
- Siêu âm bụng — hệ niệu.
- Chụp XQ KUB-UIV, CT-Scanner.
- Đo niệu dòng đồ.
- Nội soi bàng quang.

**2.3. Chẩn đoán xác định:** dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng (trong đó KUB và siêu âm có vai trò quan trọng nhất).

**2.4. Chẩn đoán nguyên nhân:**

- Do hẹp cổ bàng quang, hẹp niệu đạo.
- Do bứu tuyến tiền liệt.
- Bàng quang thần kinh

**2.5. Chẩn đoán phân biệt:**

- Sỏi niệu quản nội thành, sỏi niệu đạo.
- Bứu: niệu quản, bàng quang, tuyến tiền liệt.
- Viêm bàng quang (nhiễm trùng, lao)viêm tuyến tiền liệt, viêm niệu đạo.
- Hẹp cổ bàng quang; hẹp niệu đạo đơn thuần.

**3. ĐIỀU TRỊ**

**3.1. Mục tiêu điều trị**

- Lấy sạch sỏi.
- Giải quyết tình trạng bế tắc đường tiểu dưới.
- Phòng ngừa tái phát sỏi

**3.2. Nguyên tắc điều trị:**

- Lấy sạch sỏi ưu tiên phương pháp ít xâm lấn.
- Giải quyết nguyên nhân nhằm tránh tái phát.

**3.3. Điều trị cụ thể:**

- Mở mở bàng quang lấy sỏi khi sỏi to; có nhiễm khuẩn; có các bệnh lý kết hợp kèm theo như hẹp cổ bàng quang, hẹp niệu đạo, bứu tuyến tiền liệt, túi thừa bàng quang...
- Trong các trường hợp khác như sỏi không quá to, niệu đạo không hẹp, cổ bàng quang không bị biến dạng thì: tán sỏi bằng laser hoặc bóp sỏi cơ học.
- Điều trị nguyên nhân gây sỏi:

- + Hẹp cổ bàng quang: xẻ cổ bàng quang qua nội soi, mổ mở.
- + Bướu tuyến tiền liệt: cắt bướu tuyến tiền liệt qua nội soi, mổ mở.
- + Viêm bàng quang, bàng quang thần kinh: mổ BQ ra da.
- + Tạo hình niệu đạo .

#### **4. THEO DÕI**

##### **4.1. Theo dõi:**

- Diễn tiến của bệnh.
- Tình trạng đường tiểu dưới

##### **4.2. Tiêu chuẩn xuất viện:**

- Giải quyết được tình trạng bế tắc do sỏi, nhiễm trùng.
- Cải thiện chức năng đi tiểu.

##### **4.3. Tái khám:**

- Tái khám sau 01-04 tuần
- Hướng dẫn phòng ngừa tái phát sỏi.



# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIỂU

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm trùng tiểu: khi cấy nước tiểu thấy hiện diện  $\geq 10^5$  khuẩn vi trùng/ml nước tiểu.
- Phân biệt theo vị trí giải phẫu:
  - + Nhiễm trùng tiểu trên: vị trí nhiễm trùng từ niệu quản trở lên, bao gồm viêm đài bể thận cấp, viêm đài bể thận mạn.
  - + Nhiễm trùng tiểu dưới: vị trí nhiễm trùng từ bàng quang trở xuống bao gồm viêm bàng quang, viêm tiền liệt tuyến, viêm niệu đạo.
- Sự tái phát: Về lâm sàng cần phân biệt tái phát (relapse) hay tái nhiễm (reinfection).
- + Tái nhiễm là tình trạng nhiễm trùng tái lại do vi trùng khác và thường nhạy với kháng sinh.
- + Tái phát là tình trạng nhiễm trùng tái lại do cùng vi trùng lần trước.
- Nhiễm trùng tiểu có biến chứng và không biến chứng.
- Nguyên nhân gây bệnh: 80 – 90% vi trùng gây bệnh là E.coli, thường gặp trong các trường hợp nhiễm trùng đơn thuần không biến chứng.
- Yếu tố thuận lợi:
  - + Bế tắc đường tiểu: Sỏi, u tiền liệt tuyến, hẹp bao quy đầu...
  - + Trào ngược: do rối loạn hoạt động cổ bàng quang, do rối loạn hoạt động của hệ thống van khúc nối bàng quang – niệu quản.
  - + Tuổi và giới: bé trai thường bị hơn bé gái, tỉ lệ nhiễm trùng ở nữ cao hơn nam do lỗ niệu đạo gần hậu môn sinh dục, do thai kỳ, người lớn tuổi...
- + Các thủ thuật
- + Các bệnh lý nội khoa có sẵn như Đái tháo đường, các bệnh lý làm suy giảm miễn dịch, bệnh lý thận sẵn có...

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng

#### 2.1.1. Nhiễm trùng tiểu trên:

- Biểu hiện nhiễm trùng toàn thân rõ: sốt cao, lạnh run, vẻ mặt nhiễm trùng.
- Đau vùng hông lưng, góc sườn cột sống.
- Nước tiểu đục, có thể có tiểu máu, tiểu máu thường giảm nhanh trong vòng vài ngày, nếu kéo dài có thể kèm theo sỏi, lao.
- Khám: hố thất lưng đầy, ấn đau góc sườn cột sống, thận to đau, rung thận dương tính.

### 2.1.2. Nhiễm trùng tiểu dưới

- Viêm bàng quang cấp
- + Đau vùng hạ vị.
- + Rối loạn đi tiểu: tiểu khó, tiểu gắt buốt, tiểu lắt nhắt nhiều lần, có thể bí tiểu.
- + Nước tiểu đục, hôi, có thể có máu.
- + Ít khi bệnh nhân có triệu chứng nhiễm trùng toàn thân.
- + Khám: ấn đau vùng hạ vị, có thể có cầu bàng quang nếu bí tiểu.
- Viêm tiền liệt tuyến cấp. Thường gặp ở nam, tuổi trung niên. Biểu hiện:
  - + Tình trạng nhiễm trùng cấp: sốt cao, lạnh run.
  - + Đau vùng lưng dưới, đáy chậu.
  - + Rối loạn đi tiểu: tiểu khó, đau, tiểu nhiều lần.
  - + Khám trực tràng: tiền liệt tuyến sưng to, căng mềm, ấn rất đau. Có thể làm nghiệm pháp xoa bóp tiền liệt tuyến giúp chẩn đoán.
- Viêm niệu đạo cấp
  - + Có hội chứng niệu đạo cấp.
  - + Khám lỗ tiểu đỏ.
  - + Nguyên nhân thường gặp nhất là Chlamydia Trachomatis.
  - + Virus type II, E. Coli

### 2.2. Cận lâm sàng: xét nghiệm nước tiểu quyết định chẩn đoán.

- Cây nước tiểu định lượng: Cây nước tiểu thường chỉ mọc một loại vi trùng, nếu mọc hai hay nhiều loại vi trùng khác nhau có thể do môi trường cấy bị ngoại nhiễm cần cấy lại.
- + Nếu  $\geq 10^5$  khuẩn vi trùng/mL nước tiểu  $\Rightarrow$  chắc chắn nhiễm trùng tiểu.
- + Trong các trường hợp sau dù kết quả cấy thấp  $10^3 - 10^5$  khuẩn/mL cũng có giá trị chẩn đoán:
  - Lấy nước tiểu bằng các phương pháp đặc biệt như chọc dò bàng quang qua xương mu, lấy nước tiểu qua sonde.
  - Bệnh nhân có triệu chứng nhiễm trùng tiểu rõ, bạch cầu nhiều.
  - Các trường hợp dùng kháng sinh trước đó, nước tiểu có độ pH quá acid, có độ thẩm thấu hoặc nồng độ ure quá cao, bệnh nhân dư nước...

**Lưu ý:** Cây nước tiểu âm tính không loại trừ chẩn đoán.

- Nhuộm Gram nước tiểu tươi.
- Tổng phân tích nước tiểu:

- + Tìm bạch cầu trong nước tiểu. Gọi là tiểu mủ nếu có  $\geq 10BC/mm^3$ .
- + Phản ứng Nitrite.
- Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh học: Siêu âm bụng và X quang bộ niệu không sửa soạn. UIV, soi bàng quang, CT Scanner...

### 2.3. Chẩn đoán phân biệt:

Một số trường hợp sốt cao, nhiễm trùng, đau bụng nhất là vùng hố chậu và hạ vị cần phân biệt với viêm ruột thừa, viêm phần phụ, trong trường hợp này xét nghiệm nước tiểu quyết định chẩn đoán.

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Nguyên tắc điều trị

- Chọn lựa kháng sinh dựa trên: tính nhạy cảm của vi trùng, sức đề kháng của bệnh nhân, kháng sinh thải được qua thận, ít độc nhất, rẻ tiền.
- Hầu hết kháng sinh tập trung cao trong mô thận nhưng chỉ có Tetracycline, Trimethoprim-Sulfamethoxazole, Fluoroquinolone đến được tiền liệt tuyến.

**3.2. Các phác đồ:** Kháng sinh theo kinh nghiệm sử dụng trong điều trị nhiễm trùng tiểu

Bệnh	Điều trị theo kinh nghiệm	Ghi chú
Viêm bàng quang	TMP-SMX Nitroformantoin 100mg bid Ciprofloxacin 250mg bid Norfloxacin 400mg bid	Chọn kháng sinh dựa vào sự nhạy cảm tại chỗ Tránh dùng TMP – SMX ở người lớn tuổi
Có thai	Nitrofurantoin 100mg bid Cephalexin 250 – 500mg qid Cefuroximeacetyl 250mg qid	Điều trị tất cả NTT không triệu chứng ở thai kỳ
NTT có biến chứng	Nhẹ - trung bình: FQ thế hệ 2 Nặng: Cefepime 2g IV q12h hoặc Cephalosporin thế hệ 3 hoặc Carbapenem hoặc Piperacilline – tazobactam Có thể thêm Vancomycin nếu nhuộm Gram có cầu trùng Gram+	Điều trị 10 – 14 ngày

Nấm đường niệu	Candida albicans: fluconazole 100 – 200mg PO qd x 5 ngày Bệnh nặng hoặc nấm khác: Amphotericin B x 5 ngày	Rút catheter
Viêm đài bể thận	Ngoại trú: FQ thế hệ 2 Nhập viện: FQ thế hệ 2 hoặc Aminoglycoside hoặc Ampicillin-Sulbactam 1-2gIVq6 giờ hoặc Cephalosporin thế hệ 2 Có thai: Cephazoline 1g IV q8giờ Hoặc Ceftriaxone 1g IV q24giờ Hoặc Piperacillin 4g IV q8 giờ	Điều trị đến khi hết sốt 48 giờ chuyển qua uống đủ 14 ngày. Không dùng FQ cho phụ nữ có thai.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

## TĂNG SINH LÀNH TÍNH TIỀN LIỆT TUYẾN

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Là sự tăng sản lành tính của vùng chuyển tiếp tiền liệt tuyến gây ảnh hưởng đến sự tổng xuất nước tiểu của bàng quang.

### 2. CHẨN ĐOÁN

- Rối loạn đi tiểu: ngập ngừng, tia yếu, tiểu sót, cảm giác tiểu không hết, tiểu lão, tiểu đêm.
- Thăm trực tràng: mặt sau tiền liệt tuyến phản ánh phần nào kích thước tiền liệt tuyến.
- Siêu âm: tăng kích thước ba chiều của tiền liệt tuyến và phần lồi vào bàng quang.
- Tiểu máu và ảnh hưởng trên bàng quang và dẫn nở đường tiểu trên, chức năng thận.
- Chẩn đoán phân biệt: tắc nghẽn đường tiểu dưới do các nguyên nhân, bệnh lý của bàng quang kể cả bệnh lý thần kinh, ung thư tiền liệt tuyến (PSA cao hay tỷ số Free PSA/ Total PSA < 20% - Sinh thiết dương tính).
- Phân độ triệu chứng theo AUA score (SS):
  - + Nhẹ: SS 0 – 7
  - + Vừa: SS 8 – 19.
  - + Nặng: SS 20 – 35

### 3. ĐIỀU TRỊ

**3.1. Điều trị nội khoa:** (có theo dõi) cho cả ba mức độ nhẹ và vừa. Các thuốc sử dụng

- Dutasteride 0,5mg mỗi ngày uống 1 viên (6 tháng).
- Alfuzosin 10mg/v 1v mỗi ngày uống 1 viên hay Tamsulosin 0,4mg mỗi ngày uống 1 viên.
- Thảo dược: trinh nữ hoàng cung 2vx3 uống (sáng, chiều, tối).
- Kháng sinh (Quinolone hay Cephalosporine) nếu có nhiễm trùng tiểu.

**3.2. Can thiệp ngoại:** Bệnh lý kèm theo cần được đánh giá đầy đủ và điều trị tốt trước khi can thiệp.

- Cắt đốt nội soi cho mức độ vừa và nặng (bí tiểu ít nhất 1 lần sau rút thông, nhiễm trùng tiểu, tiểu máu nhiều lần, có sỏi bàng quang, túi ngách bàng quang lớn, suy thận mạn do tăng sản tiền liệt tuyến).
- Có thể mở thông bàng quang nếu bệnh nhân có chỉ định can thiệp ngoại khoa mà tình trạng tổng quát không cho phép.

### 4. THEO DÕI

- Theo dõi SS, RUV, Siêu âm, PSA (mỗi 6 tháng).

- Tiêu chuẩn nhập viện:
- + Bệnh nhân bí tiểu cấp, tiểu máu.
- + Bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- + Cần chẩn đoán thêm.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CƠN ĐAU QUẬN THẬN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Con đau quận thận một cơn đau cấp tính vùng lưng bụng thường gặp, đòi hỏi được xử trí khẩn trương. Tần suất có cơn đau quận thận trong dân số là 12% và gần 50% bị tái phát.
- Con đau quận thận xảy ra khi có sự gia tăng áp lực do sự tắc nghẽn cấp tính của niệu quản gây kích thích các thụ thể thần kinh tại bao thận, bể thận và một số ít ở niệu quản đoạn trên.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng:

- Con đau xảy ra đột ngột, mức độ nặng và thường một bên. Cường độ đau phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn và kích thước sỏi. Con đau bắt đầu ở hố thắt lưng và góc giữa xương sườn 12 – cột sống.
- Đau thường lan xuống dưới về phía trước tới xương mu, bộ phận sinh dục hay thậm chí tới mặt trong đùi. Một số bệnh nhân ghi nhận đau biểu hiện đầu tiên ở các vị trí lan ra này. Tính chất lan của cơn đau có thể giúp gợi ý vị trí sỏi gây tắc nghẽn. Sỏi ở đoạn trên của niệu quản, đau lan ra tinh hoàn do có cùng thần kinh chi phối. Sỏi kẹt tại phần giữa của niệu quản phải, đau lan tới điểm McBurney và có thể lầm với viêm ruột thừa. Sỏi kẹt gần bàng quang làm viêm và phù nề lỗ đổ của niệu quản gây các triệu chứng của bàng quang kích thích.
- Bệnh nhân bứt rứt, đau lăn lộn, rên la, mặt tái xanh, vã mồ hôi và cố tìm các tư thế để giảm đau, thường bằng cách giữ chặt hố thận. Sốt ít gặp nếu không có biến chứng nhiễm trùng.
- Các triệu chứng khác có thể có như rối loạn đi tiểu (tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu máu, tiểu đục, tiểu ra sỏi) buồn nôn, nôn, táo bón. Tiền căn trước đây bệnh nhân có thể có cơn đau tương tự, bệnh nhân có tiền căn sỏi niệu.
- Khám bụng thường mềm, không đề kháng, bụng có thể chướng nhẹ do phản ứng của hồi tràng. Ấn các điểm niệu quản bệnh nhân đau, rung thận đau. Cần tìm các triệu chứng khác để giúp phân biệt các nguyên nhân khác của cơn đau bụng cấp như đề kháng thành bụng, phản ứng phúc mạc trong bụng ngoại khoa, sẹo mổ cũ, bụng chướng hơi và dấu rắn bò trong tắc ruột...

### 2.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu: thường thấy tiểu máu vi thể hoặc đại thể, tuy nhiên 9% - 33% bệnh nhân có xét nghiệm nước tiểu bình thường. Nước tiểu có thể có bạch cầu, và/hoặc nitrite dương tính có thể nghi nhiễm trùng tiểu. Có thể có tiểu các tinh thể như oxalate, canxi, photphat, acid uric.
- Các xét nghiệm khác: BUN, creatinin, công thức máu, cấy máu, cấy nước tiểu.
- KUB: có thể phát hiện sỏi với độ nhạy 45% - 59%. KUB có thể thấy sỏi nếu là sỏi cản quang như sỏi canxi, sỏi struvite, sỏi cystin. Nếu không thấy sỏi có thể do sỏi không cản quang (10 - 20%) như sỏi uric, sỏi urate, sỏi xanthia hay sỏi quá nhỏ.

- Siêu âm bụng: có thể thấy sỏi không cản quang, kích thước sỏi, thận ứ nước, niệu quản dẫn nếu có tắc nghẽn, khối u.
- UIV giúp chẩn đoán chính xác vị trí và mức độ tắc nghẽn. Tỷ lệ phát hiện sỏi của UIV lên tới 80 – 90%. UIV chống chỉ định thực hiện ở bệnh nhân suy thận, có thai, dị ứng với chất cản quang.
- CT scan bụng có hoặc không có cản quang. CT hiện nay được sử dụng rộng rãi CT scan dù không có thuốc cản quang cũng có thể xác định chỗ niệu quản tắc, định vị sỏi, tình trạng dẫn của bể thận và niệu quản, dịch quanh thận, phát hiện khối u...

### 2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- 90% cơn đau quặn thận là do sỏi gây tắc nghẽn cấp tính niệu quản. Đa phần là do sỏi canxi, 20% do sỏi urat, cystine và struvite.
- 5% - 10% tắc nghẽn do các nguyên nhân khác như hội chứng khúc nối, tắc nghẽn do cục máu đông từ u thận hay hệ niệu, hoại tử gai thận, giảm co bóp niệu quản do viêm đài bể thận.
- Co thắt niệu quản thứ phát sau các nguyên nhân ngoại sinh như bệnh lý tại ruột (viêm ruột thừa, viêm túi thừa, bệnh Crohn's), bệnh phụ khoa, nguyên nhân sau phúc mạc, mạch máu (phình động mạch chủ, niệu quản nằm sau tĩnh mạch chủ), ung thư, bệnh huyết học, biến chứng sau mổ.

### 2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Thận: viêm đài bể thận cấp, áp xe thận, thuyên tắc hoặc nhồi máu thận.
- Hệ sinh dục, xoắn thừng tinh, xoắn buồng trứng, thai ngoài tử cung, viêm phần phụ.
- Tiêu hóa: viêm ruột thừa, tắc ruột, viêm túi thừa, viêm tụy cấp, sỏi mật, viêm đường mật.
- Mạch máu: nứt hoặc vỡ phình động mạch chủ.
- Thần kinh: bệnh lý cột sống, đau thần kinh tọa, đau rễ thần kinh vùng thắt lưng – cùng.
- Trên lâm sàng cần phân biệt cơn đau quặn do viêm đài bể thận cấp có tắc nghẽn với viêm đài bể thận cấp không có tắc nghẽn.

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Mục tiêu điều trị

- Giảm đau.
- Giải quyết bế tắc niệu quản để bảo vệ chức năng thận.

### 3.2. Điều trị đặc hiệu

#### 3.2.1. Giảm đau

- **Kháng viêm non – steroid (NSAID)** làm giảm hữu hiệu cơn đau quặn thận trong nhiều nghiên cứu. NSAID có tác dụng kháng viêm làm giảm viêm và phù nề tại chỗ. NSAID ức chế tổng hợp prostaglandin ngoài tác dụng giảm đau còn làm giảm áp lực mạch máu thận, giảm



lượng nước tiểu giúp giảm áp lực trong lòng bể thận và niệu quản. Các phiên cứu gộp cho thấy NSAID giảm đau hiệu quả bằng hoặc hơn Morphin. Các thuốc thường dùng:

- + Diclofenac (Voltaren) 75mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch, ngày 2 lần.
- + Ketoprofen (Profenid) 100mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch, ngày 2 lần.
- + Naproxen, Ketorolac, ức chế COX-2
- + Khi bớt đau thì chuyển sang đường uống.
- **Giảm đau trung ương:** thường chỉ dùng khi cơn đau kéo dài.
- + Morphin sulphat 0,1mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm có thể lặp lại sau 4 giờ.
- + Tramadol 50mg, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm ngày 2 – 3 lần. Các thuốc giảm đau khác ít sử dụng hơn như Dipyron, Acetaminophen (thường dùng ở phụ nữ có thai do NSAID chống chỉ định), desmopresin.
- **Giảm co thắt:** Anticholinergic làm giảm co thắt niệu quản, là thuốc trước đây hay dùng. Hiện nay các nghiên cứu về sinh lý bệnh cho thấy co thắt niệu quản ít đóng góp trong cơ chế của cơn đau quặn thận. Tuy nhiên Anticholinergic vẫn thường được dùng phối hợp với NSAID.
- + Hyoscine N-butylbromide (Buscopan) 20mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch ngày 2- 3 lần.
- + Drotaverine Chlorhydrate (No-Spa) 40mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm ngày 2 lần.

### 3.2.2. Giải quyết bế tắc niệu quản; điều trị theo từng nguyên nhân.

Nếu thận ứ nước nặng, cần hội chẩn ngoại niệu để giải quyết bế tắc bằng các thủ thuật hay phẫu thuật. Sỏi nhỏ hơn 6mm (có thể tới 10mm) thường được điều trị bảo tồn bằng thuốc do có thể tự thoát ra ngoài.

### 3.3. Điều trị hỗ trợ

- Chống nôn: Metoclopramid (Primperan) 10mg tiêm bắp hoặc uống.
- An thần bằng benzodiazepine.
- Kháng sinh khi có nhiễm trùng, thường là vi trùng Gram âm (xem bài nhiễm trùng tiểu).

## 4. THEO DÕI

– Nếu cơn đau quặn thận giảm sau điều trị nội khoa, cơn đau không có biến chứng, sỏi chưa có chỉ định phẫu thuật, bệnh nhân có thể xuất viện sau vài ngày. Khi xuất viện hướng dẫn bệnh nhân chế độ uống nhiều nước (bảo đảm lượng nước tiểu ít nhất 2 lít/ngày) giúp sỏi tự rơi ra ngoài, chế độ ăn để tránh sỏi tái phát, cách phòng ngừa nhiễm trùng tiểu. Khi điều trị ngoại trú, thường dùng các thuốc làm tan và tổng xuất sỏi (Rowatinex, Kim tiền thảo) kết hợp với NSAID uống, giảm co thắt, kháng sinh. Các nghiên cứu gần đây cho thấy vai trò của ức chế canxi, ức chế alpha có thể phối hợp corticosteroid hoặc không làm tổng xuất sỏi tự nhiên trong 65% trường hợp.

– Hẹn bệnh nhân tái khám sau 1 đến 2 tuần, đánh giá lại tình trạng tắc nghẽn, tình trạng sỏi, chuyển bệnh nhân sang Ngoại tiết niệu theo dõi nếu đánh giá sỏi cần can thiệp (thường khi sỏi không được tống xuất sau 4 tuần).

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ÓNG CỔ TAY

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng ống cổ tay (còn gọi là hội chứng đường hầm cổ tay – Carpal Tunnel Syndrome) là một hội chứng chèn ép dây thần kinh ngoại vi hay gặp nhất. Trong hội chứng này dây thần kinh giữa bị chèn ép trong đường hầm (ống) cổ tay.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân cảm thấy đau ở cổ tay, đau lan xuống ngón I, II, III và nửa ngoài của ngón tay IV, sau đó đau cả gan và các ngón tay, có thể lan lên cẳng tay.
- Tê như kiến bò hoặc kim châm. Tăng nhiều về đêm.
- Mất cảm giác ở các ngón này.
- Một số trường hợp nặng hoặc viêm kéo dài sẽ teo cơ mô cái, giảm cảm giác nông ở các ngón I, II, III và nửa ngoài ngón IV. Triệu chứng có thể xảy ra ở cả hai tay, nhưng thường nặng hơn ở bàn tay thuận.
- Khám ghi nhận tại vùng cổ tay có thể thấy sưng nhẹ so với bên lành.

### 2.2. Các nghiệm pháp:

- Nghiệm pháp Tinnel: duỗi bàn tay hết cỡ, dùng búa gõ phản xạ vào vùng cổ tay làm xuất hiện hay làm tăng hơn cảm giác tê và đau các ngón I, II, III và nửa ngón ngoài IV.
- Nghiệm pháp Phalen: giữ bàn tay ở tư thế gấp trong 1 phút có thể gây ra hoặc làm tăng triệu chứng.

### 2.3. Cận lâm sàng:

- Điện cơ 2 tay: có sự dẫn truyền bất thường của thần kinh giữa ở đoạn cẳng tay. Điện cơ giúp phân biệt với hội chứng rễ - dây thần kinh cột sống cổ, hội chứng đám rối thần kinh cánh tay.
- Siêu âm với đầu dò tần số cao thấy có dây bao gân và dịch tụ quanh bao gân trong đường hầm cổ tay.

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Các phương pháp không dùng thuốc:

- Giảm vận động cổ tay, bàn tay: Nẹp cổ tay để giữ bàn tay ở vị trí trung gian, giảm các hoạt động gấp và xoay cổ tay liên tiếp do đó giảm sưng phù của các đầu gân cơ.
- Siêu âm trị liệu 2 cổ tay.

### 3.2. Thuốc điều trị:

- Thuốc kháng viêm không steroid đường uống. Dùng một trong các loại thuốc sau:

- + Diclofenac (Voltaren...): 50mg x 2 viên/24h.
- + Meloxicam (Mobic...) 7,5mg x 1 – 2 viên/24h.
- + Piroxicam (Felden, Brexin...): 20mg x 1 viên/24h.
- + Celecoxib (Celebrex): 200mg x 1 – 2 viên/ 24h.
- + Ritoricoxib (Acroxia): 60mg x 1 – 2 viên/ 24h.
- Thuốc giảm đau thần kinh:
- + Gabapentine (Neurontin): 300mg x 1 – 6viên/24h.
- + Pregabalin (Lyrica): 75mg x 1 – 4 viên/ 24h
- Tiêm corticoid tại vị trí đường hầm:
- + Hydrocortison acetat: 20 – 30mg/ 1 lần, hoặc Depo – Medrol: 20 – 30mg/ 1 lần, hoặc Diprospan: 2 – 3mg/ 1 lần.
- + Kỹ thuật tiêm: Vị trí tiêm tại nếp gấp cổ tay, phía ngoài gân cơ gân tay dài chọc kim góc 30<sup>0</sup> hướng tới ngón IV sâu khoảng 3cm. Nếu chọc kim gặp cản trở hoặc bệnh nhân thấy tê các ngón I, II, III thì rút nhẹ kim trở lại và hướng kim thêm về phía trụ. Hút kiểm tra không có máu, bơm thuốc từ từ và đường hầm.

### **3.3. Điều trị phẫu thuật:**

Phẫu thuật nhằm giải ép thần kinh giữa bằng cách cắt đứt mạc giữ gân gấp khi các phương pháp điều trị bảo tồn không đạt hiệu quả.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÒN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Chiếm 2,6% các gãy xương. Tần suất cao nhất là ở trẻ em và người trẻ.
- Gãy xương thường xuất hiện tại chỗ nối giữa 2 đường- cong; 69% là gãy 1/3giữa, 28% 1/3 xa, 2.8% 1/3 gần.
- Gãy xương hở ít xảy ra nhưng da vùng ổ gãy dễ bị căng và hoại tử.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng:

- Dễ chẩn đoán với biến dạng và điểm đau chói. Lạo xạo xương khi vận động vai.
- Căng da thường xảy ra. Nghĩ đến gãy hở khi có bất cứ vết thương nào gần ổ gãy.
- Khám mạch máu thần kinh phối hợp khi có gãy xương đòn.

### 2.2. Cận lâm sàng:

- Chụp phim X – quang tư thế trước sau - thường đủ chẩn đoán.
- Tư thế chéch hướng về đầu 45 độ (chụp chiếu chéo) khi tư thế thẳng kinh điển không rõ nhưng lâm sàng rất gợi ý.
- Gãy xương bả vai, đặc biệt gãy cổ xương bả vai cần được chú ý phát hiện vì đó là khớp vai bập bênh.
- Chẩn đoán xác định dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng và 1 tiêu chuẩn Xquang.
- Chẩn đoán biến chứng khi có tổn thương mạch máu hay thần kinh đi kèm hay không.

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Mục tiêu điều trị:

- Kiểm soát đau.
- Cố định, giảm di động ổ gãy cho đến khi có cal lâm sàng.
- Vận động vai sớm để tránh biến chứng do bất động.

### 3.1. Điều trị bảo tồn:

Gãy xương đòn không biến chứng hầu hết điều trị bảo tồn với kết quả tốt.

- Mang đai vai số 8: Đến khi có cal lâm sàng; nơi gãy không đau bệnh nhân có thể vận động vai bình thường hoặc gần như bình thường không hoặc có rất ít triệu chứng.
- Thời gian: 3-5 tuần/người trưởng thành và 2-4 tuần/trẻ em

### 3.2. Phẫu thuật:

- Gãy hở.

- Tổn thương mạch máu, thần kinh.
- Căng da nơi ổ gãy.
- Khớp vai bập bênh
- Chỉ định tương đối:
  - + Di lệch hoàn toàn: 30% kết quả không thoả mãn khi điều trị bảo tồn. Tỷ lệ khớp giả 7%-15%. Cal gây xấu về thẩm mỹ.
  - + Ngắn trên 18mm/nam và 14mm/nữ có thể gây đau tại chỗ, đau khi nằm nghiêng về phía gãy, tầm vận động vai bị ảnh hưởng, sức cơ giảm, bất thường về thẩm mỹ.
  - + Bệnh nhân cần vận động sớm (vận động viên)
  - + Thẩm mỹ.
- Phương pháp phẫu thuật: Ta có thể kết hợp xương bằng đinh Kirshner xuyên lòng tủy hoặc sử dụng nẹp vít đối với trường hợp *lòng* tủy rộng hay đánh giá khả năng kết hợp xương bằng đinh kirshner không vững chắc.

#### **4. THEO DÕI**

**4.1. Tiêu chuẩn nhập viện:** Đối với gãy xương đòn có chỉ định phẫu thuật hoặc có 1 trong các chỉ định tương đối phẫu thuật.

#### **4.2. Theo dõi**

- Đối với gãy xương đòn theo dõi đầu tiên là có biến chứng tổn thương mạch máu hay thần kinh hay không (thường hiếm gặp).
- Theo dõi các biến chứngs phẫu thuật như: nhiễm trùng vết mổ, lộ nẹp vít, lộ đinh Kirshner...

**4.3. Tiêu chuẩn xuất viện:** đánh giá vết mổ khô, hết nhiễm trùng thường sau 5 ngày hậu phẫu...

#### **4.4. Tái khám:**

- Sau ra viện: 01 tuần, 03 tuần.
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy thân xương cánh tay thường do té chống tay hoặc chống khuỷu tay hoặc lực tác động trực tiếp vào cánh tay.
- Gãy Xương cánh tay dễ lành, quá trình điều trị có thể di lệch nhưng ít ảnh hưởng đến chức năng nên đa số các trường hợp đều được điều trị bảo tồn.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng

- Khai thác bệnh sử bao gồm thời gian, nguyên nhân, cơ chế chấn thương và các sơ cấp cứu trước đó.
- Triệu chứng gãy xương: biến dạng, cử động bất thường, lạo xạo xương.
- Tổn thương mạch máu: Bàn tay lạnh, mất mạch quay...
- Tổn thương thần kinh: Mất cảm giác, mất vận động (thường là tổn thương thần kinh quay)...
- Chèn ép khoang: đau tự nhiên, hên tục và tăng khi căng cơ cánh tay thụ động.

**2.2. Cận lâm sàng:** Chụp X quang qua 2 khớp và 2 tư thế để đánh giá di lệch.

**2.3. Chẩn đoán xác định:** Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và X – quang.

**2.4. Chẩn đoán biến chứng:** Gãy xương cánh tay có thể có các biến chứng như chèn ép khoang, tổn thương thần kinh- mạch máu; nhiễm trùng khi gãy hở...

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Mục tiêu điều trị:

- Lành xương.
- Phục hồi chức năng vận động cánh tay.

### 3.2. Nguyên tắc điều trị:

- Bất động vững chắc.
- Tập vận động sớm.

### 3.3. Điều trị cụ thể:

- Bảo tồn: Các trường hợp gãy kín thân xương cánh tay không biến chứng và di lệch chấp nhận được. Tiêu chuẩn di lệch chấp nhận được:
  - + Chồng ngắn <2,5 cm.
  - + Gập góc ra trước < 150, ra sau < 300.
  - + Nắn bó bột ngực vai cánh tay, bột chữ U, chữ U cải tiến, cánh bàn tay, bột treo...

- Phẫu thuật:
- + Chỉ định khi điều trị bảo tồn thất bại.
- + Gãy xương có biến chứng.
- + Gãy xương hở.
- + Gãy xương cánh và cẳng tay cùng bên.
- + Gãy 2 xương cánh tay, hoặc
- + Gãy xương cánh tay kèm gãy nhiều xương khác gây cản trở phục hồi vận động sớm.
- Hình thức điều trị:
- + Nẹp vít nén ép: nẹp tối thiểu phải có 3 vít ở mỗi đầu xương gãy.
- + Nẹp vít khóa: Áp dụng cho các trường hợp khớp xương.
- + Cố định ngoài: Áp dụng cho các trường hợp gãy hở.
- + Đinh nội tuỷ có chốt.

#### **4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

##### **4.1. Tiêu chuẩn nhập viện:**

- Gãy xương cánh tay có di lệch không chấp nhận bảo tồn được.
- Gãy xương cánh tay có biến chứng.

##### **4.2. Theo dõi:**

- Theo dõi lành xương.
- Theo dõi phục hồi chức năng cánh tay.

##### **4.3. Tiêu chuẩn xuất viện:**

- Bệnh nhân giảm đau.
- Vết mổ khô, không sốt.

**4.4. Tái khám:** Tái khám 01 tuần, 02 tuần và sau đó mỗi 04 tuần và kiểm tra X quang mỗi tháng đến khi lành xương.



# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy thân xương đùi được xác định khi gãy ở đoạn xương bên dưới mấu chuyển bé và phía trên lồi cầu xương đùi. Đoạn thân xương đùi được chia thành 3 phần: 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới.
- Xương đùi là xương lớn nhất và dài nhất trong cơ thể, nên gãy thân xương đùi là một chấn thương nặng nguy hiểm đến tính mạng, lượng máu mất từ 0.5 - 1 lít. Có nhiều cơ lớn bám xung quanh xương đùi nên xương gãy thường di lệch nhiều, hầu hết phải điều trị bằng phẫu thuật.
- Nguyên nhân gãy thân xương đùi thường do: Tai nạn giao thông, Té cao; Gãy xương bệnh lý do ung thư di căn, loãng xương...
- Phân loại gồm:
  - + Gãy 1/3 trên.
  - + Gãy 1/3 giữa .
  - + Gãy 1/3 dưới.
  - + Gãy kín.
  - + Gãy hở (theo Gustilo - 1982):
    - Độ I: gãy hở với vết thương nhỏ hơn 1cm sạch.
    - Độ II: gãy hở với vết thương lớn hơn 1cm. Không tổn thương phần mềm rộng.
    - Độ IIIA: gãy hở với vết thương phần mềm rộng, đủ phần mềm để che xương.
    - Độ IIIB: gãy hở với vết thương phần mềm rộng, không đủ phần mềm để che xương, lóc màng xương và lộ xương.
    - Độ IIIC: gãy hở với tổn thương mạch máu cần được phục hồi.

## 2. CHẨN ĐOÁN:

### 2.1. Lâm sàng:

- Triệu chứng gãy xương: biến dạng, cử động bất thường, lạo xạo xương.
- Triệu chứng tổn thương mạch máu: chi lạnh, mất mạch mu chân, chày sau.
- Triệu chứng tổn thương thần kinh: mất cảm giác, vận động...
- Triệu chứng chèn ép khoang: đau tự nhiên, liên tục, đau tăng khi căng cơ đùi thụ động.

### 2.2. Cận lâm sàng:

- X-quang: Chụp phim trên 2 bình diện thẳng và nghiêng; chụp qua 2 khớp.
- Xác định chẩn đoán: loại gãy, đường gãy, độ di lệch, cấu trúc xương.

- Xác định các tổn thương phối hợp như gãy cổ xương đùi, gãy lồi cầu...

**2.3. Chẩn đoán:** cần xác định vị trí và mức độ tổn thương.

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **3.1. Điều trị bảo tồn:**

- Bó bột lưng chân: dùng trong gãy xương đùi ở trẻ nhỏ.
- Kéo tạ xương đùi liên tục: thường áp dụng trong gãy xương đùi ở trẻ em và người lớn tuổi có bệnh lý nội khoa không thể phẫu thuật.

#### **3.2. Điều trị phẫu thuật:**

- Đóng đinh nội tủy xương đùi bằng đinh Kuntscher: dùng cho gãy ngang 1/3 giữa xương đùi.
- Đóng đinh nội tủy có chốt có khoan lòng tủy: là xu hướng điều trị chính cho **gãy thân xương** đùi.
- Kết hợp xương nẹp ốc nén ép: dùng trong trường hợp gãy 1/3 trên hoặc gãy 1/3 dưới mà lòng tủy xương đùi quá nhỏ, gãy thân xương và đầu xương kèm gãy cổ xương đùi. Tối thiểu 4 ốc mỗi đầu đoạn gãy.
- Kết hợp xương nẹp ốc khoá: dùng trong trường hợp loãng xương nặng. Gãy xương đùi quanh khớp nhân tạo (khớp háng, khớp gối).
- Cố định ngoài: điều trị gãy hở IIIB trở lên hoặc gãy xương hở đến muộn sau 12 giờ.

### **4. THEO DÕI.**

**4.1. Tiêu chuẩn nhập viện:** Tất cả các trường hợp gãy thân xương đùi đều có chỉ định nhập viện.

#### **4.2. Tiêu chuẩn xuất viện:**

- Khi các di lệch được nắn chỉnh đối với các trường hợp điều trị bảo tồn.
- Đối với các trường hợp phẫu thuật xuất viện khi bớt đau vết mổ, vết mổ khô, không sốt.

#### **4.3. Theo dõi sau bó bột:**

- Theo dõi tình trạng chèn ép bột, tập gồng cơ.
- Theo dõi liền xương mỗi 4 tuần đến khi xương lành.

#### **4.4. Theo dõi kéo liên tục:**

- Theo dõi tư thế kéo. Chỉnh tạ kéo để đạt kết quả nắn chỉnh xương; theo dõi nhiễm trùng chân đinh.
- Theo dõi trên lâm sàng và X quang mỗi tháng, khi ở gãy có cal thì có thể chuyển qua bó bột đùi bàn chân hoặc kéo liên tục cho đến khi lành xương.

#### **4.5. Theo dõi sau phẫu thuật:**

- Theo dõi nhiễm trùng sau mổ. Chụp X-quang đánh giá kết quả nắn, sự vững chắc của ổ gãy.
- Tập gồng cơ. Tập vận động các khớp.
- Tập đi nạng tì đè **1** phần: sau **2 - 4** tuần với đinh nội tuỷ; sau **4 - 8** tuần với nẹp ốc.
- Tì đè chân hoàn toàn khi ổ gãy có cal xương.
- Đóng đinh nội tuỷ có chốt tĩnh: sau **8 -10** tuần mà khe gãy còn rõ. Ổ gãy chưa có cal xương thì rút ốc chốt một đầu xa ổ gãy nhất để động hoá chốt tĩnh.
- Tái khám mỗi 1, 2, 3 tháng cho đến khi lành xương.