BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM TRÍ SÀI GÒN (11/10/2024)

- ***Hành chính***: Bệnh nhân Trần Văn T, 42 tuổi. Địa chỉ: Phan Văn Hớn- Tân Thới Nhất- Q12
- ***Bệnh sử*****:** Trước vào viện 3h bệnh nhân đau bụng thượng vị, sau đột ngột đau tăng nhiều đau lan khắp bụng chưa điều trị gì vào viện.
- ***Tiền sử***: Viêm dạ dày
- ***Thăm khám thực thể***

- BN tỉnh mệt, tiếp xúc được

- Da tái nhợt , chi lạnh

- Than đau bụng nhiều

- HA: 130/80mmHg, Mạch: 106 l/ph, SpO2: 98%, NT: 20 l/ph, T: 37 độ C.

- Tim nhịp đều

- Phổi không ran

- Bụng co cứng ấn đau khắp bụng

- Phản ứng thành bụng (+)

5) Cận lâm sàng

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu

- Chụp x-quang ngực: Liềm hơi dưới cơ hoành

- MSCT bụng:Hình ảnh viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng nghĩ thủng tá tràng D1.

7) Chẩn đoán: Viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng

8) Điều trị: Phẫu thuật cấp cứu

Phiên thảo luận ca bệnh toàn thể

- **BVTT Hồng Ngự**
    - Lời khen TTSG xử lý trong 1,5h. Tuy nhiên có các vấn đề sau: 1. Trường hợp nghĩ về bệnh lý dạ dày nhưng khi mổ ra lại là bệnh lý đại tràng do đó phải xem xét lại có vấn đề gì dẫn đến không logic. Theo mô tả bệnh sử và khi mổ không phù hợp, nghĩ nhiều do chưa khai thác kỹ bệnh sử. Protocol ghi như trên, mô tả rất khó, không đầy đủ, nghĩ nhiều về bệnh lý dạ dày phải mô tả rõ ràng hơn. 2. Chia sẻ thêm với TTSG về vấn đề xử trí tổn thương: không nên đóng trực tràng 2 lớp mà chỉ cần 1 lớp là được rồi để tránh hiện tượng thiếu máu nuôi.

- **BVTT Cao Lãnh**
    - Thăm khám bệnh nhân bụng gồng cứng + dấu hiệu mệt tím tái, theo dõi sốc và đây là cấp cứu ngoại khoa nhưng TTSG xử lý rất nhanh, mổ càng sớm càng tốt, tuy nhiên trong khai thác bệnh sử bệnh nhân có té, nguyên nhân thủng trực tràng có phải do té không? hay do nguyên nhân nào khác(Loét, ung thư, chấn thương…) TTSG nghĩ nhiều tới nguyên nhân

do gì? Xử trí cắt lọc vết thương như vậy ổn, trong trường hợp nếu do ung thư phải tìm bờ tổn thương, lỗ thủng, và phương án điều trị hậu phẫu. TTSG không mô tả có thực hiện giải phẫu bệnh bờ lỗ thủng xem có nguyên nhân khác không? Ví dụ ung thư... TTSG làm nội soi, thấy giả mạc đầy ổ bụng thì đây không phải thủng mới mà là thủng cũ và bệnh nhân sắp vào tình trạng sốc.

- **BVTT Đồng Tháp**
    - Bệnh sử khai thác chưa đầy đủ, về chẩn đoán phải chính xác với bệnh sử, ca này bệnh sử khai thác thiếu, phẫu thuật thấy thương tổn ca này giống do chấn thương, hướng xử trí nếu bệnh nhân chấn thương xử trí nội soi khâu luôn, vết thương sạch nên đưa hồi tràng ra ngoài.
- **BVTT Nha Trang**
    - Khai thác bệnh sử chưa trọn vẹn, trước đó bệnh có can thiệp về hậu môn trực tràng hay không, nên đặt sonde tiểu trước khi mổ, BS phẫu thuật nên đừng lệ thuộc vào chẩn đoán hình ảnh, trước mổ không nên tư vấn chắc chắn cho gia đình, sau khi tìm được nguyên nhân tư vấn lại thì bệnh nhân yên tâm hơn.
    - Ý kiến BS Chẩn đoán hình ảnh: Bệnh nhân vào viện triệu chứng đã có co cứng thành bụng + liềm hơi dưới hoành (T) xác định được thủng tạng rỗng,TTSG chỉ định chụp CT không thuốc như vậy rất khó đánh giá tổn thương do đó nên chụp CT có thuốc cảng quang để tăng độ phân giải từ đó lần theo vị trí nào nghi ngờ để xử trí vị trí đó.
- **BVTT Đà Nẵng**
    - Chẩn đoán trước - sau mổ chưa khớp, thực hiện mổ nội soi sẽ tốt hơn, bệnh nhân nam 40 tuổi, cân nhắc xử trí khâu 1 thì được không?

- ***Phần trả lời các câu hỏi của BV Tâm Trí Sài Gòn***

BS Cao Khả Anh :

Cảm ơn các đồng nghiệp cho ý kiến để rút kinh nghiệm

- Chẩn đoán trên ca này BS kíp trực đã chẩn đoán nhanh thủng tạng rộng với triệu chứng co cứng thành bụng + liềm hơi trên phim Xquang, để biết vị trí nào cần CT cản quang, CĐHA đang nghi ngờ tổn thương vị trí D1.
- Thủng tạng rỗng có các nguyên nhân sau: Ngồi xuống trúng ngay cọc, hoặc nguyên nhân nội soi trực tràng như trước đây dùng ống nội soi cứng, ung thư cũng là yếu tố làm thủng trực tràng, viêm loét trực tràng bệnh nhân táo bón.
- Bệnh nhân này vào mổ BS chỉ định nội soi thấy dịch bụng nhiều thức ăn, màu nâu,
- BS trực khai thác hoàn toàn không vấn đề gì chỉ có đau bụng, người nhà cũng không rõ nguyên nhân, chỉ khai thác được viêm dạ dày trước đây.
- Kết quả nội soi dạ dày khi tổn thương trơn láng, dấu hiệu dịch đục phúc mạc thành sau không có kèm ruột non giả mạc rất nhiều, kiểm tra kĩ cũng không thấy tổn thương thủng nào.Xuống đại tràng lên - ngang cũng không thấy lỗ thủng sau đó quyết định mở ổ bụng xuống túi douglas, cầm đại tràng sigma kéo lên thấy trực tràng thủng mặt trước đường kính 2.5cm cách đáy túi cùng 3-5cm, BS kiểm tra dị vật không thấy gì sau đó quyết định cắt lọc và khâu sạch, rửa sạch ổ bụng, đưa đại tràng sigma và hậu môn nhân tạo.
- Viêm phúc mạc TTSG đã xử trí sạch ổ bụng và dẫn lưu, chẩn đoán trước mổ sau mổ chưa phù hợp rõ như vậy. Thủng trực tràng hiếm gặp hiện nay, thường gặp trong sai lệch về quan hệ tình dục mới gây ra vấn đề thủng trực tràng.

- Dịch tiết do thủng trực tràng thường là phân nhưng bệnh này chỉ có dịch nâu và thức ăn
- Protocol TTSG viết rõ và rất mạch lạc.

Vấn đề khâu 1 lớp, trong các Y văn khâu đại tràng là 2 lớp với điều kiện không để khoảng trống giữa 2 lớp đó, trừ trường hợp BS nghĩ rằng đóng lại phức tạp mới khâu 1 lớp.

-Khai thác bệnh sử: sau khi mổ bệnh nhân tỉnh táo BS Khả Anh đã khai thác lại, bệnh nhân vẫn khai không có té ngã, sau 1 hồi suy nghĩ mới nói có đi vệ sinh té đập hạ vị vào thành bồn cầu. Đây là trường hợp rất khó. Rất may bệnh nhân mới đi tiểu xong nên không vỡ bàng quang. Trước đây chưa có tài liệu nói về tổn thương trực tràng đưa ra hồi tràng vì vấn đề rối loạn điện giải. Do độ bazơ dịch ruột cao, sẽ làm tổn thương viêm loét hồi tràng làm bệnh nhân đau, ca này đưa đại tràng phù hợp nhất.

-Khâu nội soi tiến hành khó do tư thế nằm của bệnh nhân.

-Tư vấn trước mổ ekip đã tư vấn rất kĩ.

-Trường hợp này nên CT có thuốc để giúp phát hiện tổn thương đó, do bệnh cấp cứu đe doạ nhiễm trùng nên thực hiện không thuốc cho bệnh nhân.

-Khâu 1 thì: Tổn thương đại tràng nhỏ thì có thể khâu 1 thì, hoặc không cần khâu chỉ theo dõi. Tổn thương này, rách chỉ nham nhở ít, đã lấy làm giải phẫu bệnh chỉ là mô viêm. Bệnh nhân mô tả sau tiểu đứng lên trượt chân té đập vào bồn cầu, ban đầu đau ít, sau vài giờ đau nhiều hơn. Yếu tố gây vỡ là chấn thương. Có dịch có thể có tình trạng rối loạn tiêu hoá.

BS Hoàng Minh Tuấn:

-Nội soi vào bụng thấy dịch đen nghĩ nhiều đại tràng, khắp bụng thấy thức ăn, nên vẫn nghĩ dịch keo

-Giải phẫu bệnh có cắt lọc thực hiện kết quả là mô viêm cấp tính. Trước mổ có đặt Sonde tiểu cho bệnh nhân.

-Ban đầu nghĩ nhiều viêm túi thừa, viêm trực tràng trước hơn là chấn thương

BS Lê Quang Quốc Ánh:

1. Chẩn đoán: Trường hợp này này thủng đường tiêu hoá, thủng đại tràng thì liềm hơi lớn, nhưng trường hợp này chỉ thấy bên trái không thấy bên phải, muốn lấy liềm hơi chụp đứng không sửa soạn, bệnh nhân trong tình trạng đau không đứng được, liêm hơi trái không thấy liềm hơi đại tràng.
2. Nguyên nhân gây thương tổn: đây là 1 nguyên nhân hiếm theo mô tả bệnh, nếu té đập vào bồn cầu như này cần khai thác kĩ cơ chế té của bệnh nhân để thu thập y văn các trường hợp hiếm.
3. Về kỹ thuật: Đại tràng đa số khâu 2 lớp, thương tổn 1 bên thì tuỳ kỹ thuật viên khâu 1 lớp hay 2 lớp. Thương tổn do chấn thương vậy rất gần đáy trực tràng.
4. Ca này mở hồi tràng vài 3 tháng mới đóng thì không hấp thụ được thức ăn.

BS Vũ Văn Nam

-Chụp tư thế nằm thấy liềm hơi dưới hoành trái là hơi tự do, bệnh nhân nằm nghiêng trái vát chân ngang thấy hơi phải.

Ý kiến của Tập đoàn

BS Khanh:

- Các bác thực hiện đúng quy trình One Step, sau khám thấy vấn đề viêm phúc mạc, đã chụp được CT, trường hợp này chụp cản quang khó do có thể sốc, BS xử lý rất nhanh nhưng nếu thực hiện CT có cản quang thì tốt hơn.
- Đây là ca khó, Xquang đọc được D1 có thức ăn nhưng cuối cùng lại ở trực tràng, khung chậu nam lại khó thấy hơn.
- Các BS xử lý rất tốt, khâu 2 lớp, đặt ống dẫn lưu tốt.
- Dẫn lưu hồi manh tràng là không hợp lý, nên đặt vùng manh tràng, đại tràng sigma, đại tràng lên.
- Bệnh nhân té ngồi thì xương cùng cụt cột sống thắt lưng chịu lực nhiều nhất.
- Có thức ăn do bệnh nhân tiêu chảy, có xác rau chưa được tiêu hoá, hoặc sục rửa lúc đi tiêu tiểu, hoặc trường hợp đồng giới nam, quan hệ tình dục hậu môn không bôi trơn + tác động mạnh gây loét trực tràng, sextoy.

BS Túy

- Bệnh nhân vào viện đau bụng cấp, sau 1h đã được chẩn đoán rất nhanh, đây là trường hợp khó, chẩn đoán trước sau mổ khó khăn.
- Trường hợp khó chẩn đoán viêm phúc mạc, cần khai thác kỹ tiền sử bệnh nhân này, phương pháp điều trị tuỳ theo kỹ thuật viên phẫu thuật tại TTSG.
- Phối hợp viết bài đăng web trường Phan Châu Trinh.