

Yêu cầu đối với chẩn đoán hình ảnh là phải khẳng định hoặc loại trừ chẩn đoán QT, đánh giá mức độ nặng, biết rõ vị trí tắc, khả năng bài xuất sỏi tự nhiên [3] và có chỉ định tán sỏi hay không. Hơn nữa, những trường hợp QT phức tạp như: bệnh nhân sốt, thoát nước tiểu, suy thận cấp do tắc, đau tăng, suy thận hoặc đã có bệnh thận, chỉ có 1 thận, mang thai, thận ghép, sỏi $\geq 6\text{mm}$, sỏi hai bên, sỏi đóng khuôn niệu quản sau tán sỏi ngoài cơ thể và tắc hoàn toàn [2]; thì chẩn đoán hình ảnh phải cung cấp nhiều thông tin sớm, chính xác về chức năng và hình thái đường dẫn niệu. Do vậy đối với những trường hợp không có sự phù hợp giữa lâm sàng và bộ đôi kỹ thuật SÂ-HTN KCB hoặc là trong trường hợp QT phức tạp, có thể cần điều trị chuyên khoa kịp thời, thì chỉ định bổ sung ngay những kỹ thuật phức tạp hơn nhưng cung cấp nhiều thông tin cần thiết hơn, như NDTM [2], hoặc CLVT nếu có đủ điều kiện.

5. Kết luận

Siêu âm kết hợp phim hệ tiết niệu không chuẩn bị có độ nhạy, độ đặc hiệu chẩn đoán sỏi 77,5%, 85,7% và độ nhạy, độ đặc hiệu chẩn đoán tắc cấp là 67,4%, 100%; đáp ứng yêu cầu chẩn đoán trong đa số trường hợp quần thận. Một số trường hợp vẫn cần bổ sung kỹ thuật hình ảnh khác để chẩn đoán sớm và chính xác, phục vụ điều trị.

Résumé: Diagnostic de la colique néphrétique par couple echo-ASP

Cette étude a pour objectif de déterminer la fiabilité du couple Echo-ASP dans le bilan diagnostique de la crise de colique néphrétique. 96 patients admis avec le diagnostic présumé de colique néphrétique, ont subi une échographie abdominale, un abdomen sans préparation et une urographie intraveineuse. Parmi les 96 patients, 41 cas ont passé une tomodensitométrie hélicoidale sans contraste. 89 patients présentent une

colique néphrétique par la lithiase urétérale. 7 patients ne présentent pas la pathologie lithiasique (3 appendicites, 3 colites et 1 abcès du foie).

Se, Sp de diagnostic de l'obstruction aiguë 67,4%, 100%. Se, Sp de diagnostic de calcul urétéral 77,5%, 85,7%. Le couple Echo-ASP s'avère être un moyen de diagnostic utile pour la plupart des coliques néphrétiques simples.

Tài liệu tham khảo

1. Bisanzo M., Lieberman G., (2000), "Diagnosis and imaging of nephrolithiasis in the emergency department", *Diagnosis imaging*, pp 13, Google.
2. Heidenreich A., Desgrandschamps F., Terrier F., (2002), "Modern approach of diagnosis and management of acute flank pain: review of all imaging modalities", *European Urology*, vol 41 pp 351-362.
3. Lemaitre L., Bruge H., Van Gansbeke D., Poncelet P., (2000), "Douleur lombaire aiguë", *Imagerie des urgences*, pp 87-98. Schouman-Claeys.
4. Otal Ph., Irsutti M., Chabbert V. et al (2001), "Exploration radiologique de la colique néphrétique", *J Radiol*, vol 82 pp 27-33
5. Raudrant A., Lyonnet D., (1999), "Apport de l'abdomen sans préparation, de l'échographie et de l'urographie intraveineuse dans les coliques néphrétique de l'adulte", *Réanim Urgences*, vol 8 pp 560-5, Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
6. Taourel P., Alhourri W., Bruel JM., (2001), "Douleurs lombaires: éliminer une colique néphrétique", *Imagerie des urgences*, pp 31-39, Masson. Paris.
7. Teichman, Joel M.H., (2004), "Acute renal colic from ureteral calculus", *New England Journal of Medicine*, vol 350 issue 7 pp 684-694.

NHẬN XÉT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỊT

LÊ NGUYỄN VŨ, NGUYỄN DỨC MINH, NGUYỄN NGỌC HÙNG
THÁI NGUYỄN HÙNG, TRẦN BÌNH GIANG
Bệnh viện Việt Đức

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bịt hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 1/15000 các trường hợp thoát vị [1], [7], [8]. Chẩn đoán bệnh thường khó, và ít nghĩ tới, đa số gặp ở phụ nữ nhiều tuổi, sinh đẻ nhiều, gầy ốm yếu. Tỷ lệ tử vong tương đối cao (38%) vì phần lớn phát hiện trong trạng thái nghẹt và chàm, phẫu thuật nặng và biến chứng cao [4], [5], [7].

Lâm sàng không điển hình, chẩn đoán và điều trị thường ở giai đoạn muộn

Tại Bệnh viện Việt Đức trước đây rải rác vẫn gặp một số trường hợp thoát vị bịt này nhưng chưa được nêu lên, nhân 2 trường hợp gặp trong đầu năm 2005 chúng tôi đề cập đến việc chẩn đoán và điều trị loại thoát vị bịt thực sự không phải là quá hiếm trong cấp cứu Ngoại khoa.

BỆNH ÁN

Bệnh án 1: BN Đào Thị Tr. Nữ 70 tuổi vào viện lúc 11h30 ngày 14/6/2005

Lý do đau bụng cơn, bí trung tiện.

Bệnh sử: BN đau bụng kéo dài 7 ngày, 2 ngày trước khi đến viện đau tăng thành cơn kèm nôn, bí trung đại tiện. Tiền sử BN cổ mổ VRT 1998, mổ tắc ruột do dính 2004. Khám thể trạng gầy yếu, da bọc xương mất nước, có sẹo ruột nối, ống thông dạ dày nhiều dịch nâu đen.

Xét nghiệm CLS: Hồng cầu 4T, Hct 35%, BC 13600, Đường 5,7mmol/l, Ure 5,5mmol/l, Creatinin 63mmol/l, Na 135mmol/l, K 3,3/C 1104/Ca: 2,32

XQ ổ bụng có nhiều mức nước hơi. Siêu âm các quai

ruột giãn có nhiều dịch giữa các quai ruột.

Bệnh nhân được theo dõi tại khoa phẫu thuật cấp cứu bụng, vẫn đau bụng liên tục, nôn nhiều, hội chứng tắc ruột rõ.

Với chẩn đoán tắc ruột sau mổ BN được mổ 20h 15/6 (sau 32 giờ), gây mê NKQ.

Kiểm tra ổ bụng rất dính có ít dịch hồng, quai hồi tràng cách góc HMT 40cm chui vào lỗ bịt bên P gây tắc, đoạn ruột trên chỗ tắc giãn to, phần bờ tự do của quai ruột chui vào lỗ bịt đã hoại tử. Tiến hành cắt 20cm đoạn ruột hoại tử nối bên, khâu lỗ bịt bằng chỉ Vicryl số 1.

Hồi phẫu BN hồi phục dần nhưng chậm do thể trạng gầy yếu, suy kiệt, có trung tiện sau 3 ngày. BN ổn định ra viện sau 8 ngày.

Bệnh án 2: Tạ Thị Th, nữ 81t, vào viện lúc 19h30 ngày 10/6/2005 với lý do đau bụng cơn, nôn.

Bệnh sử: đau bụng cơn 5 ngày kèm nôn, vẫn trung tiện. BN có tiền sử phát hiện bệnh tim 8 năm hiện đang điều trị.

Khám: thể trạng gầy yếu, da bọc xương, suy tim NYHA 4- LNHT. Bụng chướng có quai ruột nổi, ống thông dạ dày ra dịch nâu đục.

Xét nghiệm CLS Hồng cầu 4,13 T, Hct 37,9%, BC 3000;

Đường huyết 8,4 mmol/l, Ure 16,8 mmol/l, Creatinin 106 mmol/l, Na/K/Cl/Ca 135/4,4/9,6/2,44 mmol/l.

XQ ổ bụng có hình ảnh nhiều mức nước hơi. SA ổ bụng có nhiều dịch tự do. SA Doppler có DDMCB xơ vữa rải rác, các mạch khác bình thường.

BN được chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn chưa loại trừ nhồi máu ruột mạc treo/ BN có suy tim độ IV. BN được đưa vào khoa phẫu thuật cấp cứu bụng theo dõi trong 10 tiếng. Tối 10h 11/6 BN đau bụng cơn tăng, khám có hội chứng tắc ruột.

Mổ cấp cứu: chẩn đoán tắc ruột/ BN suy tim độ IV- LNHT.

Gây mê NKQ, kiểm tra ổ bụng có 1 lít dịch hồng, nguyên nhân gây tắc là 1 phần của quai hồi tràng chui vào lỗ bịt bên T gây nghẹt, ruột non trên chỗ tắc giãn to giải phóng quai hồi tràng thấy quai ruột tím và hoại tử, cắt đoạn ruột hoại tử nối bên bên (miệng nối cách góc HMT 2cm), khâu lại lỗ bịt. Hậu phẫu: BN được điều trị ở phòng hồi sức tích cực 4 ngày. BN tử vong trong tình trạng suy tim, vô niệu.

BÀN LUẬN

1. Thoát vị bịt là một loại thoát vị ngoại hiếm gặp: Trường hợp đầu tiên được Amaud de Ronsil mô tả vào năm 1724, cho tới năm 1994 chỉ có 600 trường hợp được công bố. Tại khoa Ngoại Bệnh viện Queen Mary của Trường Đại học Hồng Kông, trong vòng 7 năm gần đây thoát vị bịt chiếm tỷ lệ 1% các trường hợp thoát vị và chiếm 1,6% các trường hợp tắc ruột có nguyên nhân cơ học. Từ năm 1968 đến năm 1999 tại Bệnh viện Lão khoa Trung tâm Tokyo: 43 trường hợp thoát vị bịt trong số 4266 các trường hợp thoát vị được chẩn đoán và điều trị [4], [5].

Thoát vị bịt được gọi là "bệnh của những phụ nữ già yếu", tuổi trung bình trên 70 tuổi gầy yếu, lại thường gặp ở những phụ nữ đã sinh đẻ nhiều (5 con trở lên). Hầu hết BN có tiền sử hẹp sườn, viêm phế quản kinh niên và táo bón thường xuyên. Một cách giải thích khác là do ở phụ nữ kích thước của lỗ bịt và ống bịt lớn hơn, phúc mạc

ở lỗ sau ống bịt của phụ nữ bị kéo căng và dài hơn (4cm), so với 3,5cm ở nam giới [1], [4].

2. Về lâm sàng: Hầu hết các trường hợp đều có dấu hiệu tắc ruột nguyên nhân không rõ ràng gặp ở người phụ nữ già yếu. Đau bụng cơn không liên tục hoặc liên tiếp ngừng rồi lại bắt đầu và thường lan xuống mặt trong đùi theo vùng ảnh hưởng của TK bịt.

Có 3 dấu hiệu được coi là đặc trưng của bệnh [4].

- Đau theo hướng của dây thần kinh bịt: cơn đau trong vùng từ nếp bẹn mặt trong đùi. Cơn đau liên tục không thành cơn kéo dài hoặc đau kiểu co thắt.

- Dấu hiệu Howship - Romberg: thường gặp 25-50% các trường hợp, được coi như là dấu hiệu kinh điển, đau bụng lan xuống mặt trong đùi phải hay trái tùy theo thoát vị lỗ bịt phải hay trái. Khi co hoặc gấp đùi cơn đau tăng [4], [8].

- Dấu hiệu Hannington - Kiff: sự mất phản xạ cơ khép do chèn ép của TK bịt. Đặt ngón tay dọc theo chiều dài của cơ khép khoảng từ 5cm trên đầu gối trong lúc dùng 1 búa gõ nhẹ vào xương bánh chè sẽ thấy cảm giác cơ giật. So sánh với bên đối diện, phản xạ này thường tăng hơn. Sự mất phản xạ thường cùng bên với bên xảy ra thoát vị. Dấu hiệu này được coi là nhạy hơn cả dấu hiệu Howship - Romberg. Hồi cứu lại hai BN của chúng tôi thì cả hai đều không ghi nhận lại được các dấu hiệu đặc hiệu. Các dấu hiệu này thường bị bỏ qua hay trong quá trình thăm khám lâm sàng bị che lấp bởi các dấu hiệu tắc ruột rõ nét.

Một dấu hiệu nữa cũng rất hiếm gặp, đòi hỏi phải thăm khám kỹ mới thấy được. Đó là sự xuất hiện những vết thâm mờ ở vùng tam giác đùi ngay dưới dây chằng bên. Dấu hiệu này gợi ý đến BN đang trong tình trạng nhồi máu ruột và hậu quả dịch máu lẫn dịch viêm tiết ra thấm vào vùng này.

Hầu như trong tất cả các trường hợp chẩn đoán thường chỉ được đặt ra sau mổ. Việc chẩn đoán sớm thường dựa vào dấu hiệu Howship - Romberg và khám âm đạo tìm thấy khối u đau ở lỗ bịt, kết hợp với sử dụng như là 1 phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Hiện nay cắt lớp vi tính, siêu âm được sử dụng như là 1 phương tiện để chẩn đoán, để đánh giá được tình trạng ổ bụng, mức độ giãn nở của ruột, mức độ ruột tắc nghẽn và có hay không sự nhu động [3], [6]. Cả 2 BN của chúng tôi chẩn đoán thoát vị bịt chỉ được đặt ra sau mổ. Ở BN 1 tiền sử mổ bụng 2 lần trong đó có 1 lần mổ tắc ruột đã làm cho việc đặt chẩn đoán của BN trở nên rất khó khăn, BN 2 với tiền sử bệnh lý tim mạch (suy tim độ IV - LNHT) và toàn trạng kém, bệnh cảnh tắc ruột hoàn toàn, bụng chướng, việc chẩn đoán trước mổ ít nghĩ tới thoát vị bịt. Vì vậy trước 1 BN già yếu, toàn trạng kém, có các bệnh mãn tính có hội chứng tắc ruột rõ thì việc hỏi rõ tính chất cơn đau và hướng lan của cơn đau là rất quan trọng.

Lỗ bịt thường nhỏ, đại đa số trường hợp ruột chỉ kẹt vào một phần vào lỗ bịt, sau đó ruột bị xoắn quanh chỗ kẹt trong quá trình nhu động gây biến chứng nghẹt ruột. Nội dung bao thoát vị không chỉ có ruột non mà đa số là hồi tràng kẹt vào lỗ bịt, đôi khi là mạc nối lớn, bàng quang, đại tràng... Người diễn tả cơ chế kẹt ruột như trên là August Richter (1742 - 1912), một bác sỹ giải phẫu người Đức mà sau này những thoát vị kiểu trên còn gọi là thoát vị kiểu Richter [1], [7]. Trong cả 2 trường hợp nêu

ra trong báo cáo này đều là những thoát vị kiểu Richter chỉ 1 phần ruột kẹt vào lỗ bịt gây tắc ruột.

3. Về điều trị: Khi đã có chẩn đoán, các BN đều cần được mổ cấp cứu kịp thời để tránh các biến chứng như xoắn ruột gây hoại tử ruột, nghẹt ruột, viêm phúc mạc làm phẫu thuật nặng nề, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao sau mổ.

Rochard mô tả 3 kiểu thoát vị bịt:

- Thoát vị kẽ: bao thoát vị còn trong ống bịt, ở trước cơ bịt ngoài sau cơ lược

- Thoát vị sau cơ lược: bao thoát vị đi ra khỏi ống bịt qua lỗ trước, có thể xuống thấp trong khe giữa hai cơ bịt trong và ngoài, nằm dưới cơ lược.

- Thoát vị trước cơ lược: bao thoát vị xuống giữa cơ lược và cơ khép nhỏ, có thể nằm ngay dưới mạc dùn hoặc thậm chí có thể qua mạc dùn.

Mục đích điều trị: cũng như các phẫu thuật thoát vị khác, gồm:

- Mổ túi thoát vị, kiểm tra và xử lý tạng thoát vị.

- Phẫu tích, buộc túi thoát vị

- Loại bỏ ống thoát vị

Đường mổ: [2]

- Đường bụng: Là đường mổ thường áp dụng nhất, nhưng không phải trong mổ thoát vị bịt mà thường là trong bệnh cảnh tắc ruột cấp. Tuy nhiên việc xử lý quai ruột nghẹt không phải lúc nào cũng thực hiện được qua đường mổ này, do vậy nhiều phẫu thuật viên đã phải mổ thêm đường đùi.

- Đường đùi: Là đường mổ kinh điển, nhưng đòi hỏi phải có chẩn đoán trước. Đường mổ dọc tam giác Scarpa, khối thoát vị tìm thấy ở sâu, trong khe giữa cơ lược và cơ khép giữa, việc cắt vòng xơ nghẹt khó khăn, dễ tổn thương các mạch lớn. Ngay cả sau khi đã cắt vòng xơ, phẫu trường vẫn chật hẹp, rất khó xử lý tạng thoát vị, nhiều khi phải mổ bụng kết hợp. Riedel, Kindl, Bergman, Caraven, Guimbelot đề nghị cắt ngành châu mu phía trên ống bịt trong trường hợp không thể đẩy tạng thoát vị lên được qua ống bịt, tuy nhiên đây không phải là một thủ thuật dễ thực hiện, hơn nữa sau đó không bịt kín lại được đường thoát vị [5].

- Đường dưới phúc mạc: Đường rạch da song song phía trên cung đùi, rạch cân cơ chéo lớn, cắt chỗ bám của cơ chéo bé và cơ ngang, vén phúc mạc lên phía trên (giống như khi bóc lộ bó mạch chậu), bóc tách đến tận lỗ bịt sâu, kéo túi thoát vị lên, xử lý nội dung thoát vị và cắt bao thoát vị. Đường mổ này được mô tả bởi Milligan còn gọi là đường bẹn, gần giống với đường trên cung đùi của Lortat - Jacob và Roy.

- Đường trên cung đùi: (Lortat - Jacob và Roy) gồm hai thì: Bộc lộ và xử lý nội dung thoát vị, túi thoát vị giống như trên nhưng có mổ phúc mạc để xử lý ruột thoát vị.

Đường kết hợp: như vậy, với một số thì phẫu thuật, đường bụng để làm hơn, một số khác thì đường đùi lại thuận lợi hơn. Đường mổ kết hợp cho phép tiếp cận dễ dàng với đáy bao thoát vị và cả hai đầu của lỗ bịt.

Đường đùi bịt của Lortat - Jacob và Roy cũng là đường kết hợp nhưng đường mổ đùi được hạn chế tối đa.

Đường đùi bịt của Luzes, phối hợp giữa đường đùi và đường dưới phúc mạc của Milligan, có cắt cung đùi.

Cottalorda và Esscarras bắt đầu bằng đường mổ bụng trên cung đùi, trong trường hợp không thể hoặc có

nguy hiểm khi kéo ruột thoát vị lên qua đường bụng thì mới mổ thêm đường đùi. Đường bẹn bịt của Gaby và Paya là đường rạch dài, gấp góc, nối giữa đường dưới phúc mạc và đường đùi, cho phép bịt kín hoàn toàn ống bịt bằng một vật cơ khép giữa đưa từ lỗ bịt nông qua lỗ bịt sâu cố định vào dây chằng Cooper.

Trong số 2 BN được nêu ra đều phải cắt đoạn ruột nghẹt và khâu lại lỗ bịt; có 1 BN tử vong sau mổ do hậu quả của tình trạng toàn thân kém suy tim mất bù, vô niệu.

Để làm kín lỗ bịt sau khi cắt bỏ và xử lý túi thoát vị có rất nhiều cách: trực tiếp nhất là dùng mô xung quanh lỗ bịt (như cơ bịt, phúc mạc) để khâu kín lỗ bịt. Một số tác giả khác như Bergstein (1996), Lobo (1998), De Leo (2000) dùng tấm chất dẻo như Teflon, Marlex... để khâu che lỗ bịt [2], [3]. Ngoài ra, có thể dùng dây chằng tròn ở người nhiều tuổi khá dày và không bị teo, dùng các vật liệu tự thân rất sinh lý và tránh nhiễm, hoặc gắn dây dùng polypropylen, cho phép thực hiện ngay trong mổ sau khi xử lý đoạn ruột thương tổn, tránh tái phát. Thoát vị bịt tái phát khoảng 10% các trường hợp thường gặp ở lỗ bịt bên trái [2], [4], [7].

KẾT LUẬN

Thoát vị bịt là loại bệnh cấp cứu Ngoại khoa tuy hiếm gặp và chỉ ở phụ nữ đã đẻ nhiều, tuổi cao.

Chẩn đoán từ trước đến nay chưa được quan tâm đúng mức vì trong bệnh cảnh tắc ruột sớm ngay cả chẩn đoán hình ảnh (chụp bụng không chuẩn bị siêu âm bụng) không chú ý đến các dấu hiệu kinh điển thoát vị bịt, nên bệnh thường để chậm giai đoạn nghẹt, hoại tử ruột.

Hai bệnh nhân nêu trên chúng tôi gặp cũng chưa có phản xạ phát hiện sớm, chỉ chẩn đoán được thoát vị bịt muộn khi mổ nên việc cắt đoạn ruột nghẹt là bắt buộc và khâu lại lỗ bịt là cần thiết.

Tỷ lệ tử vong cao 10-50% [4], [5] còn là điều quan tâm chung trong chẩn đoán và điều trị thoát vị bịt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Văn Tấn, Lê Quang Nghĩa. 1990: Một phẫu thuật mới đóng lỗ bịt được ứng dụng nhân 2 trường hợp thoát vị lỗ bịt nghẹt. 121-24b.
2. Hennekinne-Mucci S, Pessaux P, Du Plessis R., Regenet N., Lermite E. and Arnaud J. P. 2003: Hernie obturatrice étranglée: à propos de 17 cas: Annales de Chirurgie, Volume 128, Issue 3, April, 159-162.
3. Lobo D. N., Clarke D. J, Barlow A. P. 2005: Obturator hernia: a new technique for repair Department of Surgery, Lincoln County Hospital NHS Trust, 1998, 33-34.
4. Lorentz Mch T G., FRCS (England), Peter W. K. Lau FRCS (Glasg). Ultrasonography diagnosis of occult obturator hernia presenting as intestinal obstruction in ED. American Journal of Emergency Medicine, 23: 237-239.
5. Losanoff JE, MD, BruceW Richman, MA, JamesW, MD, PhD, FACS 2002: Obturator Hernia... From the Department of Surgery University of Missouri-Columbia, Columbia MO, by the American College of Surgeons.
6. Makoto Kamitori, M.D, Ph.D, Ken-ichi Mafune, M.D, Ph.D 2004: Forty-three cases of obturator hernia. The American Journal of Surgery 187: 549-552.
7. Ryusuke Terada MD, Shigehiko Ito MD, 1999: Obturator hernia: The usefulness of emergent CT for early diagnosis. The J of Emergency Medicine, Vol 17, No. 5, 883 - 886.