



SỐNG KHỎE

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA



BỆNH MOYAMOYA - MỘT NGUYÊN NHÂN
HÀNG ĐẦU CỦA ĐỘT QUÝ Ở NGƯỜI TRẺ



U DƯỚI NIÊM
ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Kính biểu



NGND GS TS BS
Nguyễn Đình Hối
Giám đốc đầu tiên

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM®

Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM trực thuộc Đại học Y Dược TPHCM, được xây dựng trên mô hình tiên tiến của sự kết hợp Trường – Viện trong điều trị, đào tạo và nghiên cứu y học, là nơi hội tụ hơn 700 thầy thuốc gồm các Giáo sư, Tiến sĩ, Thạc sĩ, Bác sĩ là giảng viên Đại học Y Dược TPHCM.

BAN GIÁM ĐỐC



PGS TS BS
Nguyễn Hoàng Bắc
Giám đốc



PGS TS BS
Trương Quang Bình
Phó Giám đốc



TS BS
Phạm Văn Tấn
Phó Giám đốc



ThS
Thái Hoài Nam
Phó Giám đốc

TẦM NHÌN

Trở thành bệnh viện đại học dẫn đầu Việt Nam và đạt chuẩn quốc tế

SỨ MỆNH

Mang đến giải pháp chăm sóc sức khỏe tối ưu bằng sự tích hợp giữa điều trị, nghiên cứu và đào tạo

GIÁ TRỊ CỐT LÕI

Tiên phong - Thấu hiểu
- Chuẩn mực - An toàn

SLOGAN

Thấu hiểu nỗi đau -
Niềm tin của bạn

HOẠT ĐỘNG THEO MÔ HÌNH TIÊN TIẾN CỦA SỰ KẾT HỢP TRƯỜNG - VIỆN.
BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM LUÔN ĐƯỢC SỰ THAM VẤN THƯỜNG XUYÊN VỀ CHUYÊN MÔN CỦA CÁC THẦY, CÔ CÓ NHIỀU NĂM KINH NGHIỆM THUỘC NHIỀU LĨNH VỰC NHƯ:

PGS BS Nguyễn Mậu Anh
Chuyên khoa Ngoại Tiêu hóa

GS TS BS Đặng Vạn Phước
Chuyên khoa Tim mạch

GS TS BS Trần Thiện Trung
Chuyên khoa Ngoại Tổng quát

GS TS BS Nguyễn Sào Trung
Chuyên khoa Giải phẫu bệnh

GS TS BS Nguyễn Thanh Bảo
Chuyên khoa Vi sinh

PGS TS BS Phạm Thọ Tuấn Anh
Chuyên khoa Ngoại Lồng ngực - Mạch máu

PGS TS BS Lê Chí Dũng
Chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

GS TS BS Trần Ngọc Sinh
Chuyên khoa Tiết niệu

PGS TS BS Võ Tấn Sơn
Chuyên khoa Ngoại Thần kinh

PGS TS BS Nguyễn Thị Bay
Chuyên khoa Y học cổ truyền

XUẤT HUYẾT

TIÊU HÓA TRÊN

ThS BS Phạm Công Khánh
ThS BS Cao Ngọc Tuấn

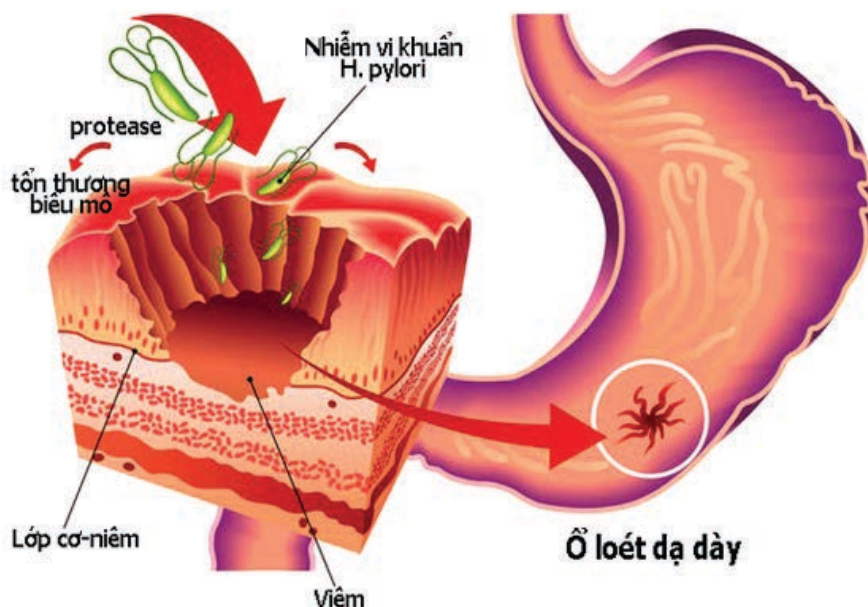
Xuất huyết tiêu hóa trên (XHTH trên) là một cấp cứu nội ngoại khoa thường gặp và có thể đe dọa đến tính mạng. XHTH trên được định nghĩa là những trường hợp xuất huyết có nguồn gốc từ thực quản, dạ dày và tá tràng (từ góc Treitz trở lên). XHTH trên xảy ra nhiều gấp 4 lần so với XHTH dưới và là nguyên nhân chính gây ra nhiều biến chứng và tử vong.

A. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN DO LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

Loét dạ dày-tá tràng (loét DD-TT) là một ổ thiếu hụt ở thành của dạ dày hay tá tràng, xuyên qua lớp cơ-niêm đến các lớp sâu hơn. Chảy máu loét DD-TT là một biến chứng thường gặp, nguy hiểm cho người bệnh và chi phí y tế cao. Đa số chảy máu thường tự ngừng và ít tái phát trong khi nằm viện, tuy nhiên có một nhóm có nguy cơ tái phát cao và phải cần đến điều trị nội soi. Nếu nội soi thất bại thì mới phải cần tới can thiệp mạch hoặc phẫu thuật.

Điều trị nội khoa cấp cứu.

Đánh giá đầu tiên ở người bệnh XHTH trên là đánh giá sự ổn định về mặt huyết động và sự cần thiết của truyền dịch hay truyền máu. Người bệnh được truyền máu trong trường hợp mất máu nhiều hoặc khi cần, người bệnh sẽ được sử dụng các thuốc ức chế bơm



Hình 1. Vi khuẩn *H. pylori* gây viêm loét dạ dày-tá tràng

proton (PPIs) liều cao đường tĩnh mạch trước và sau khi tiến hành nội soi cầm máu. PPIs gồm một lớp các thuốc như Prilosec, Prevacid, Aciphex, Protonix... được tìm ra từ trên 25 năm nay, được công nhận là vô giá, có tác dụng làm giảm độ acid của dạ dày và giảm các triệu chứng của trào ngược dạ dày-thực quản, được sử dụng trong điều trị loét dạ dày và tiết trừ *H. pylori*. Ngưng một số thuốc mà bệnh nhân đang sử dụng như các thuốc kháng viêm giảm đau, các thuốc làm loãng máu như Aspirin và Clopidogrel (Plavix)...

Khám nghiệm đầu tiên là tất cả bệnh nhân loét DD-TT phải được thử xem có bị nhiễm *H. pylori* và được điều trị. Ở các bệnh nhân được điều trị *H. pylori*, kết quả tiết trừ phải được khẳng định hơn 4 tháng sau hoàn thành việc trị liệu. Điều trị tiết trừ *H. pylori* ở các bệnh nhân loét DD-TT có tỷ lệ khỏi loét cao hơn. Ngoài ra, điều trị tiết trừ *H. pylori* cũng có tỷ lệ loét tái phát thấp hơn so với những bệnh nhân loét không được duy trì trị liệu chống tiết. Đồng thời bệnh nhân phải tránh dùng các thuốc như nói ở trên, tránh dùng các thức ăn gây khó tiêu, không hút thuốc, hạn chế



triệt để uống rượu. Tất cả bệnh nhân đều phải điều trị chống tiết với các thuốc ức chế bơm proton cho dễ lành ổ loét.

Các biến chứng của loét DD-TT bao gồm:

chảy máu, thủng ổ loét và tắc hẹp môn vị. Trên nội soi, XHTH do loét dạ dày-tá tràng có ổ loét ở dạ dày hay tá tràng với các mức độ chảy máu khác nhau: máu chảy thành tia hay rỉ rả, hình ảnh máu cục, lộ mạch máu hay vết máu đen trên nền ổ loét. Nội soi can thiệp chỉ thực hiện khi tình trạng chảy máu đang diễn ra hay vừa chấm dứt, hoặc khi có nguy cơ chảy máu tái phát. Điều trị các biến chứng nói chung ngày nay bao gồm: sử dụng sớm các thuốc ức chế bơm proton đường tĩnh mạch, điều trị diệt trừ *H. pylori*, nội soi để kiểm soát chảy máu, thay đổi các chỉ định và phương pháp phẫu thuật có trước đây.

Chảy máu loét DD-TT hay gặp nhất ở bệnh nhân cao tuổi (60% ở

tuổi 60 và 20% ở tuổi 80), điều này có liên quan với việc sử dụng các thuốc aspirin và clopidogrel hay kháng viêm không steroid ở người già trong điều trị dự phòng các bệnh lý tim-mạch và tai biến mạch máu não hay viêm khớp.

Các biến chứng của loét DD-TT cũng có những khác biệt về tần số tùy theo vùng địa lý. Ở Hoa Kỳ, chảy máu là biến chứng hay gặp nhất của loét DD-TT (73%), tiếp sau là thủng ổ loét (9%) và tắc môn vị (3%). Tỷ lệ tử vong do các biến chứng của loét DD-TT là 10 lần lớn hơn so với viêm ruột thừa cấp hay viêm túi mật cấp. Thủng ổ loét có tỷ lệ tử vong cao nhất, tiếp theo là tắc môn vị và chảy máu. Về dịch tễ học của bệnh loét DD-TT, tỷ lệ chảy máu hàng năm là từ 19 đến 57/100.000, và loét thủng từ 3,8 đến 14/100.000 người. Tử vong ngày thứ 30 sau chảy máu và sau thủng loét lần lượt là 9 và 24%.

Các yếu tố nguy cơ của biến chứng loét là: sử dụng các thuốc kháng viêm không steroid, nhiễm *H. pylori* và các ổ loét có kích thước lớn trên 1 cm.

Các phương tiện cầm máu

Các điều trị dùng trong chảy máu loét DD-TT bao gồm: hồi sức, điều trị loại bỏ acid, điều trị nội soi khi chảy máu có nguy cơ tiếp diễn hay tái phát (sử dụng: các dụng cụ đốt điện đơn cực hoặc lưỡng cực để đốt cầm máu, các kẹp mạch máu – hemoclips, chích tại chỗ với epinephrine pha loãng 1:10.000 có tác dụng chèn ép tại chỗ và làm co mạch để cầm máu ổ loét, chích fibrin hoặc các thuốc làm xơ hóa ổ loét, hoặc các phương tiện cầm máu mới an toàn hơn chẳng hạn như argon plasma...). Argon plasma sử dụng một tia khí argon ion-hóa đi qua một ống thông đưa vào dạ dày theo ống nội soi; khí argon được phóng

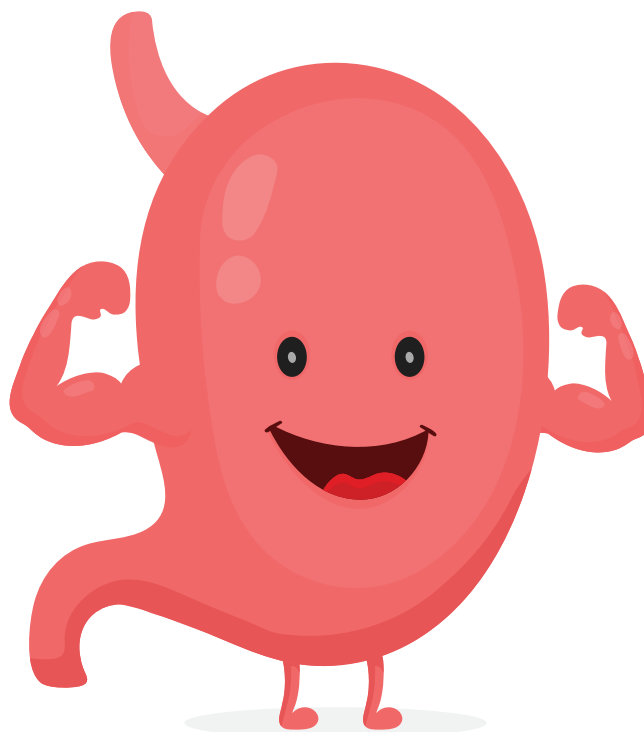
ra, sau đó một dòng điện cao tần được dẫn qua tia khí đưa đến làm đông máu ở phía đầu kia của tia.

Các can thiệp nội mạch

Chụp mạch máu trong các trường hợp chảy máu tiêu hóa ở người lớn không do búi giãn tĩnh mạch, để biết nguyên nhân và vị trí của chảy máu. Trong một đa số trọi các bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên và dưới, chảy máu thường tự khỏi hoặc có thể kiểm soát qua nội soi. Một số nhỏ chảy máu dai dẳng hoặc tái phát, chiếm khoảng 7 – 16% các XHTH trên và tới 25% các XHTH dưới. Những bệnh nhân này có thể cần đến can thiệp mạch (chụp lấp lánh hạt nhân, chụp mạch máu cắt lớp hoặc chụp mạch máu chuẩn) để xác định vị trí chảy máu và để điều trị cắt nguồn chảy máu. Chảy máu tiêu hóa do động mạch có thể kiểm soát bằng cách làm thuyên tắc chọn lọc động mạch chảy máu bằng các cuộn dây (coils), hoặc truyền vào động mạch các thuốc làm co mạch, hoặc dùng phối hợp các liệu pháp này. Gần đây kỹ thuật can thiệp nội mạch được phát triển, đặc biệt là kỹ thuật làm thuyên tắc động mạch đã làm thay đổi đáng kể điều trị XHTH, nhất là cho các XHTH không xác định được vị trí chảy máu. Theo các nghiên cứu, can thiệp nội mạch có tỷ lệ thành công về kỹ thuật rất cao (90 – 100%) và đã giúp làm giảm rõ rệt số trường hợp phải phẫu thuật cấp cứu cầm máu.

Các điều trị phẫu thuật

Xử trí ngoại khoa bệnh loét DD-TT khi nào thật cần thiết. Phương pháp này trước đây được chỉ định rất phổ cập nhưng ngày nay không còn được dùng thường xuyên nữa. Trong mấy thập niên gần đây, sự phát triển các yếu tố chống tiết (các thuốc chẹn H2 và các thuốc ức chế bơm proton) và việc điều trị



tiệt trừ *H. pylori* có thể ngăn ngừa tái phát cho đa số các ổ loét nên đã loại trừ phần lớn nhu cầu phải phẫu thuật. Tuy vậy, sự hiểu biết về xử trí phẫu thuật vẫn là quan trọng vì phẫu thuật vẫn là chỗ dựa chính cho điều trị cấp cứu các biến chứng đe dọa đến người bệnh và cho các trường hợp rất khó trị bằng nội khoa như: chảy máu, thủng, tắc hẹp môn vị và nghi ngờ ác tính.

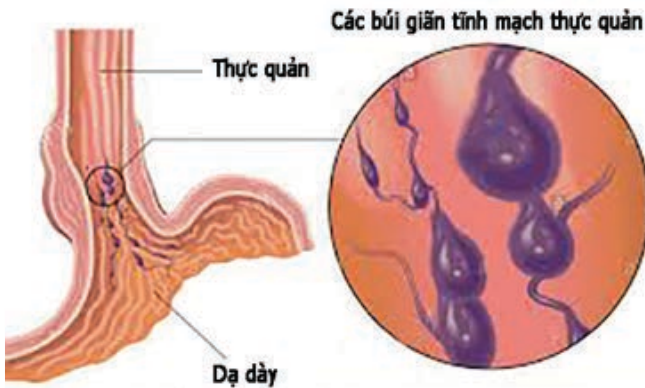
Tóm lại: XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng chiếm tỷ lệ cao, khoảng 28 – 59%. Tần suất mắc XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ nhiễm *H. pylori* cao trong cộng đồng và với việc sử dụng một số thuốc ở người già. Hiện nay, tỷ lệ nhiễm *H. pylori* đang giảm dần tại các nước phương Tây nhưng tại Việt Nam có đến 70% dân số nhiễm *H. pylori*. Tình trạng kháng thuốc của *H. pylori* ở nước ta cũng đặt ra nhiều thách thức. Tử vong do loét dạ dày-tá tràng tăng dần theo tuổi do các biến chứng của loét như chảy máu và thủng loét dạ dày-tá tràng. Chẩn đoán và điều trị sớm loét dạ dày-tá tràng là yếu tố quan trọng để giảm tỷ lệ tử vong. Cầm máu qua nội soi và phẫu thuật cấp cứu trong một số trường hợp thật đặc biệt giúp giảm nguy cơ mất máu và cứu được người bệnh.

B. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỦA

Nguyên nhân dẫn đến tăng áp lực tĩnh mạch của chủ yếu là xơ gan do các nguyên nhân như: viêm gan siêu vi, xơ gan tự miễn, xơ gan do rượu, xơ gan mật nguyên phát... Tăng áp lực tĩnh mạch của gây ra giãn tĩnh mạch thực quản, đi kèm hay không với giãn tĩnh mạch phình vị. Vỡ tĩnh mạch thực quản hay tĩnh mạch phình vị thường gây chảy máu nghiêm trọng, do bệnh lý của gan và rối loạn đông máu.

Dự phòng chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch của

Chảy máu trong các trường hợp này là một biến chứng cực kỳ nghiêm trọng, đe dọa đến tính mạng. Phải bằng mọi cách để dự phòng chảy máu cho các bệnh nhân có nguy cơ chảy máu lần đầu. Dự phòng nội



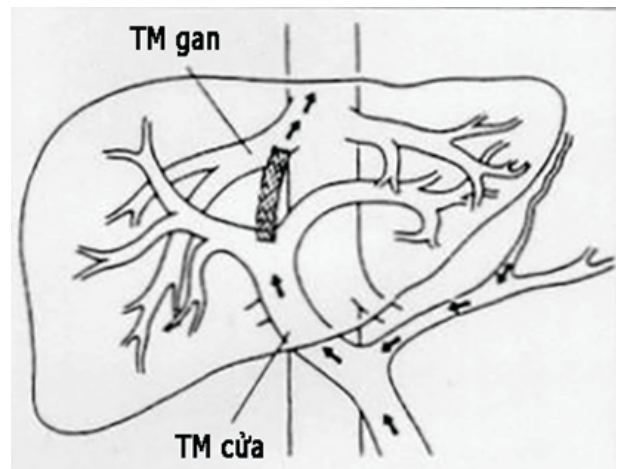
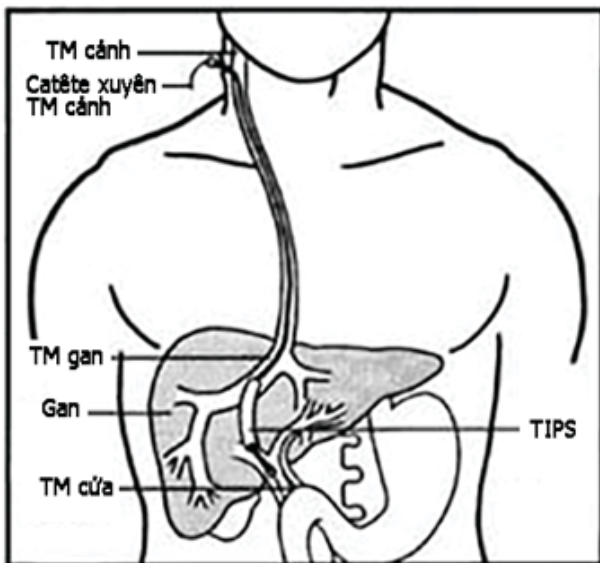
Hình 2. Các búi giãn tĩnh mạch thực quản

khoa là sử dụng các thuốc chẹn beta không chọn lọc: propranolol hay carvedilol. Các thuốc này có tác dụng làm giảm huyết áp, làm chậm nhịp tim (do đó làm giảm nhu cầu oxy của cơ tim), điều trị suy tim ứ huyết, giảm đau đầu và đau thắt ngực...

Biến chứng lớn nhất của tăng áp lực của là chảy máu từ các búi

giãn tĩnh mạch thực quản. Ít gặp hơn các chảy máu do giãn tĩnh mạch dạ dày, tá tràng hay đại tràng trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Điều trị chảy máu cấp được xây dựng trên 3 chiến lược: sử dụng các thuốc co mạch, các kháng sinh, và điều trị nội soi. Điều trị nội soi thắt các mạch máu vỡ tuy có hiệu quả nhưng bị hạn chế bởi có kèm các nguy cơ. Các trường hợp chảy máu dai dẳng, khó trị: phải tạo một mạch rẽ nhân tạo (tức một "shunt") ở trong gan, thiết lập sự thông thương giữa tĩnh mạch cửa (dòng chảy vào) và tĩnh mạch gan (dòng chảy ra), với tên gọi là mạch rẽ cửa-chủ trong gan xuyên tĩnh mạch cảnh (quen gọi là TIPS).



Hình 3. Đặt mạch rẽ cửa-chủ trong gan xuyên tĩnh mạch cảnh (TIPS)

Khoảng $\frac{1}{2}$ số bệnh nhân xơ gan có các búi giãn tĩnh mạch thực quản. Trong quá trình tiến triển của bệnh, số trường hợp này có thể lên tới 90%. Tỷ lệ tử vong do chảy máu giãn tĩnh mạch thực quản là 7-15%. Nguy cơ chảy máu tái phát cũng rất cao. Cũng cần lưu ý là có những trường hợp giãn tĩnh mạch thực quản vỡ mà chỉ có biểu hiện chảy máu tiêu hóa dưới: đi cầu ra máu hoặc tiêu phân đen.

Tất cả các bệnh nhân mới được chẩn đoán xơ gan đều cần phải được nội soi đường tiêu hóa trên để tầm soát giãn tĩnh mạch thực quản-dạ dày. Các giãn tĩnh mạch thực quản > 5 mm đều

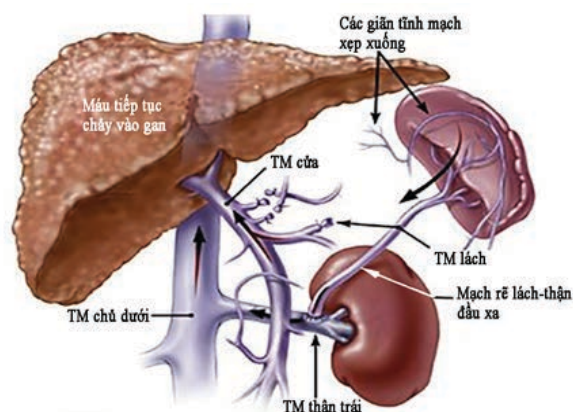
phải tiến hành ngay điều trị dự phòng, điều này bắt buộc phải làm.

Điều trị tăng áp lực của bao gồm:

Tạo các mạch rẽ cửa-chủ

Các mạch rẽ chọn lọc chẹn dòng ngoài-ruột, bắt rẽ vào một tĩnh mạch của cơ thể để rồi tiếp tục đi qua gan. Được làm nhiều nhất là mạch rẽ lách-thận, nối tĩnh mạch lách với tĩnh mạch thận trái, làm giảm áp lực hệ tĩnh mạch cửa và giảm bệnh lý não.

TIPS được thực hiện ít hơn, tuy có thuận lợi là dễ làm hơn và không phá vỡ hệ mạch máu của gan.



Hình 4. Mạch rẽ nối lách-thận

Dự phòng chảy máu

Dùng các thuốc hoặc can thiệp nội soi (thắt các búi giãn tĩnh mạch bằng các vòng cao su) có kết quả như nhau.

TIPS có hiệu quả làm giảm tỷ lệ chảy máu tái phát. Việc xử trí chảy máu từ các giãn tĩnh mạch bao gồm: dùng các thuốc vận mạch (somatostatin, octreotide), nội soi thắt các giãn tĩnh mạch với vòng cao su, chèn bóng (bơm phòng bóng cao su làm giảm nhẹ hay làm ngừng các chảy máu khó trị) và TIPS. Octreotide và somatostatin là những octapeptides, làm giảm hàm lượng một số chất tự nhiên của cơ thể.

Xử trí báng nước

Xử trí báng nước phải từ từ để tránh những thay đổi đột ngột tình trạng thể tích của cơ thể nói chung, có thể dẫn đến sớm xảy ra bệnh lý não do gan, suy thận và tử vong.

Xử trí: hạn chế muối, dùng các thuốc lợi tiểu (spironolactone), chọc lồng ngực (rút dịch, máu, khí), và đặt TIPS.

Điều trị bệnh lý não do gan

Kế hoạch điều trị: lactulose, thụt tháo phân, các kháng sinh (rifaximin, neomycin, vancomycin, quinolones...). Duy trì dinh dưỡng phù hợp.

C. CÁC NGUYÊN NHÂN KHÁC ÍT GẶP CỦA XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN



Hình 5. Chèn bóng cầm máu thực quản-dạ dày

Đó là:

- Hội chứng Mallory-Weiss (thường do niêm mạc đoạn cuối thực quản hay vùng tâm vị và phình vị bị rách dọc, chiếm 15% các trường hợp XHTH trên)
- Viêm loét trợt dạ dày
- Viêm loét trợt thực quản
- Tổn thương Dieulafoy (do một động mạch nhỏ giãn to ngoằn ngoèo ở lớp dưới niêm của dạ dày, tại bất cứ vị trí nào trong dạ dày, bị ăn mòn và chảy máu)
- Di sản mạch máu của dạ dày (2-4%)
- Viêm dạ dày cấp do tâm trạng căng thẳng - stress (thường gặp ở bệnh nhân bị chấn thương nặng, bệnh nhân thường nằm điều trị tại khoa sản sóc đặc biệt).

D. KHUYẾN CÁO

Để phòng ngừa XHTH trên, chúng ta cần:

1. Đối với loét dạ dày-tá tràng do nhiễm *H. pylori*: *H. pylori* là vi khuẩn thường lây qua đường ăn uống nên chúng ta cần có thói quen ăn uống hợp vệ sinh để giảm tỷ lệ lây nhiễm *H. pylori*. Khi nhiễm *H. pylori*, chúng ta cần tuân thủ phác đồ điều trị để tăng tỷ lệ thành công và giảm tỷ lệ kháng thuốc.
2. Đối với những người bệnh phải sử dụng aspirin hay các thuốc kháng viêm giảm đau, cần sử dụng thêm các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày để tránh loét dạ dày-tá tràng.

Các thuật ngữ chuyên môn Việt-Anh được sử dụng trong bài viết: Bệnh lý não / Encephalopathy; Can thiệp nội mạch / Endovascular intervention; Chèn bóng / Balloon tamponade; Chọc lồng ngực / Thoracentesis; Chụp lớp ánh hạt nhân / Nuclear scintigraphy; Cuộn dây / Coil; Dẫn lưu tĩnh mạch hệ thống / Systemic venous drainage; Điều trị chống tiết / Antisecretory therapy; Điều trị diệt trừ *H. pylori* / *H. pylori* eradication; Kẹp mạch máu / Hemoclip; Nối thông tĩnh mạch cửa chủ trong gan xuyên tĩnh mạch cảnh / Transjugular intrahepatic portosystemic shunt – TIPS; Nối thông lách-thận / Spleno-renal shunt; Tâm trạng căng thẳng / Stress; Thắt các búi giãn tĩnh mạch bằng vòng cao su / Rubber banding ligation; Thuốc chẹn beta / Beta blocker; Thuốc vận mạch / Vasopressor drug; Thuốc ức chế bơm proton / Proton Pump Inhibitor – PPI.

BỆNH MOYAMOYA

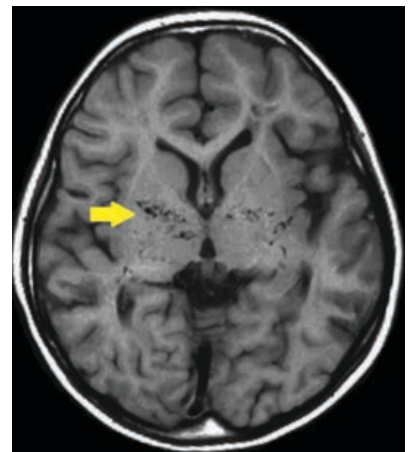
MỘT NGUYÊN NHÂN HÀNG ĐẦU CỦA ĐỘT QUY Ở NGƯỜI TRẺ

TS BS Nguyễn Minh Anh
ThS BS Huỳnh Trung Nghĩa



Moyamoya là một bệnh hiếm gặp của mạch máu não, mạn tính, tự phát (không rõ bệnh căn) và là một bệnh tắc mạch tiến triển hiếm gặp của các mạch máu não. Do bản chất mạn tính của căn bệnh này, động mạch cảnh đoạn trong sọ bị hẹp hoặc tắc làm giảm tưới máu não, từ đó có những mạch máu tăng sinh nhỏ phía sau chỗ tắc hẹp để tái tưới máu lại cho phần nhu mô não phía sau đoạn tắc và tạo ra ở nền não hình ảnh một “luồng khói phụt ra” (tiếng

Nhật gọi là “moyamoya”) trên phim chụp mạch máu. Tuy nhiên, những cụm mạch máu tăng sinh vẫn không thể cung cấp đủ máu cũng như nhu cầu oxy cho não nên hậu quả dẫn đến là não bị tổn thương tạm thời hay vĩnh viễn. Tình trạng này có thể gây ra các bệnh cảnh sau: cơn thoáng thiếu máu não, đột quy, túi phình mạch máu và xuất huyết não. Moyamoya thường gặp ở trẻ em nhưng người lớn cũng có thể mắc phải bệnh này. Bệnh moyamoya



gặp trên khắp thế giới nhưng xuất hiện nhiều hơn ở các nước Đông Á, đặc biệt là Hàn Quốc, Nhật Bản, Trung Quốc và những người có nguồn gốc Đông Á sống ở Âu-Mỹ. Bệnh được báo cáo đầu tiên ở Nhật Bản năm 1957. Tỷ lệ của toàn thế giới là 0,07%; cao nhất là ở Nhật Bản. Tình trạng tự phát của bệnh phân biệt từ hội chứng moyamoya được biết là kết hợp với u xơ thần kinh (neurofibromatosis), các hội chứng Down, Turner, Alagille và Williams. Sự kết hợp của nó với bệnh tim bẩm sinh đầu tiên được báo cáo năm 1998 nhưng vẫn chưa được công nhận là nguyên nhân gây đột quỵ và động kinh trong các bệnh tim bẩm sinh.

NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH MOYAMOYA

Tuy nguyên nhân chính xác gây bệnh vẫn chưa được biết rõ nhưng do tỷ lệ bệnh cao ở các nước Đông Á nên các nhà nghiên cứu cho rằng nguyên nhân gây bệnh một phần do yếu tố di truyền. Moyamoya cũng liên quan đến một số hội chứng khác như Down, bệnh u xơ thần kinh (còn gọi là bệnh von Recklinghausen) týp 1, thiếu máu hồng cầu liềm, cường giáp...

Nguyên nhân gây bệnh moyamoya chưa rõ ràng nhưng qua các nghiên cứu thống kê trên thế giới cho thấy đối với nhóm người có các yếu tố nguy cơ mắc bệnh thì tỷ lệ mắc bệnh có thể cao hơn những người không có hoặc cao hơn dân số chung. Các yếu tố nguy cơ của bệnh moyamoya thống kê được bao gồm:

- Nguồn gốc chủng tộc là người Châu Á: Tỷ lệ cao bệnh nhân bị moyamoya là người Đông Á hoặc người có nguồn gốc Hàn Quốc, Nhật Bản, Trung Quốc sinh sống ở các nước Âu Mỹ. Ở

Việt Nam cũng bước đầu ghi nhận số lượng bệnh nhân moyamoya khá đáng kể.

- Tiền sử gia đình có người mắc bệnh moyamoya: Nếu bạn có người thân trong gia đình mắc bệnh này thì bạn có nguy cơ mắc bệnh cao hơn dân số chung 30-40 lần. Bệnh sử gia đình của bệnh này ở Nhật Bản gặp ở 14,9% các trường hợp. Đây cũng là yếu tố chứng tỏ moyamoya là một bệnh có liên quan đến yếu tố di truyền và nên được tầm soát cho những người chưa phát hiện bệnh trong gia đình.

- Có các bệnh đồng mắc liên quan: moyamoya gặp nhiều trên các bệnh nhân đang có bệnh u xơ thần kinh týp 1, hội chứng Down hay thiếu máu hồng cầu liềm.

- Giới nữ: phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nam giới. Ở Nhật Bản, tỷ lệ nữ/nam là 1,98 (theo một bài báo trên Neurol Med Chir (Tokyo) năm 1012, trên 941 trường hợp bệnh).

- Người trẻ: mặc dù người lớn cũng có thể mắc bệnh moyamoya nhưng trẻ em dưới 15 tuổi tỷ lệ mắc bệnh vẫn cao hơn. Ở Nhật Bản, cũng theo bài báo nói trên, có hai mốc tuổi phát hiện bệnh cao nhất là 5-9 tuổi và 30-50 tuổi.

TRIỆU CHỨNG BỆNH MOYAMOYA

Bệnh moyamoya có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp hơn là ở trẻ em dưới 15 tuổi. Triệu chứng đầu tiên của moyamoya thường là đột quỵ hoặc cơn thoáng thiếu máu não tái phát đặc biệt trên trẻ em. Người lớn cũng có thể bị những dấu hiệu trên nhưng họ có khuynh hướng bị xuất huyết não nhiều hơn. Những dấu hiệu của bệnh moyamoya là những triệu chứng của thiếu máu não, bao gồm:

- Đau đầu
- Co giật
- Yếu, tê, méo miệng, liệt nửa người
- Nhìn mờ
- Nói khó
- Chậm phát triển trí tuệ
- Vận động không tự chủ
- Sa sút trí tuệ

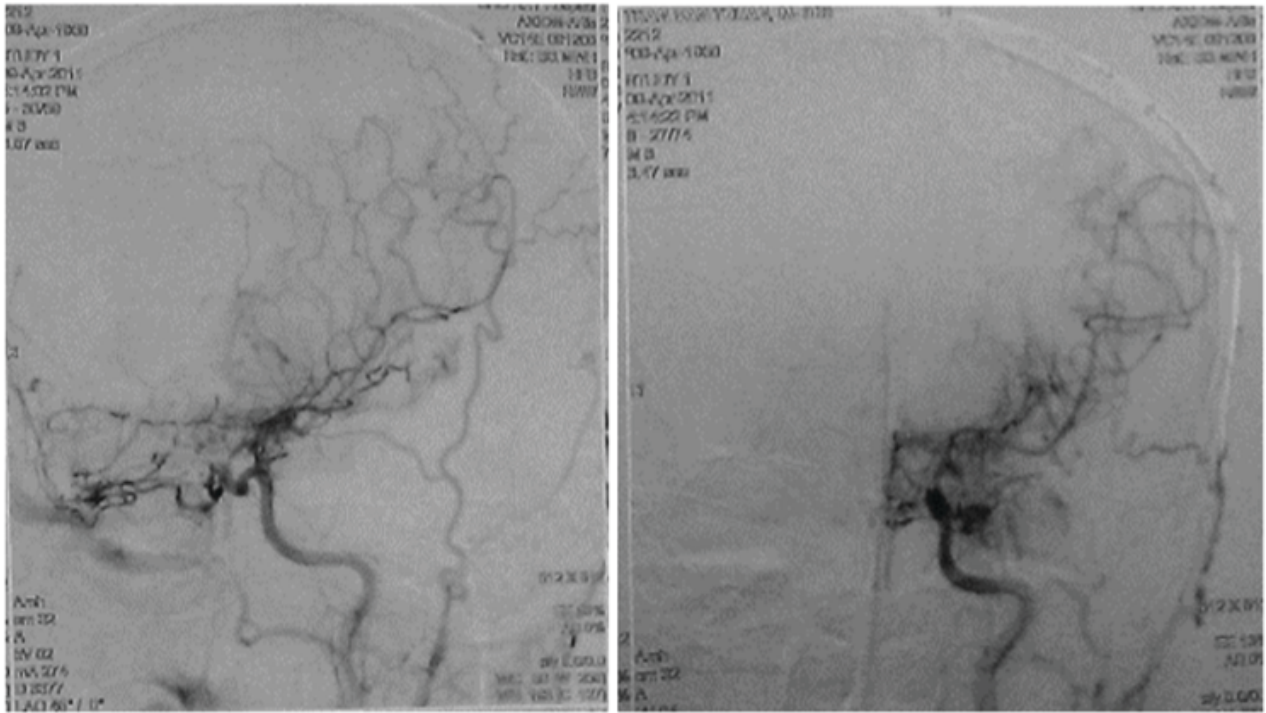
Những dấu hiệu trên có thể xuất hiện khi gắng sức, xúc động mạnh, ho, khóc hay căng thẳng, sốt.

CHẨN ĐOÁN BỆNH MOYAMOYA

Để chẩn đoán bệnh moyamoya, bác sĩ chuyên khoa thần kinh sẽ khám bệnh và hỏi các triệu chứng liên quan đến bệnh của bạn và các người thân trong gia đình. Một số xét nghiệm sẽ được bác sĩ chỉ định để chẩn đoán xác định các bất thường mạch máu và các biến chứng có thể có. Những xét nghiệm này bao gồm:

- Chụp cộng hưởng từ mạch máu não (MRA): Bạn sẽ được bơm thuốc cản từ vào mạch máu, dựa vào việc bắt xung các tín hiệu chuyên biệt từ mạch máu não mà máy tính sẽ dựng lại hình ảnh của mạch máu nội sọ, qua đó những bất thường mạch máu não sẽ được phát hiện.

- Chụp cắt lớp vi tính mạch máu não (CTA). Bạn sẽ được tiêm vào mạch máu thuốc cản quang. Máy CT dùng Chụp mạch máu não kỹ thuật số xóa nền (DSA): bác sĩ sẽ dùng một ống thông nhỏ luồn trực tiếp vào mạch máu đến chỗ nghi ngờ bị tắc hẹp trong sọ-não, sau đó bơm thuốc cản quang và dùng tia X quan sát lưu thông của dòng máu



túc thì dưới màn chiếu.

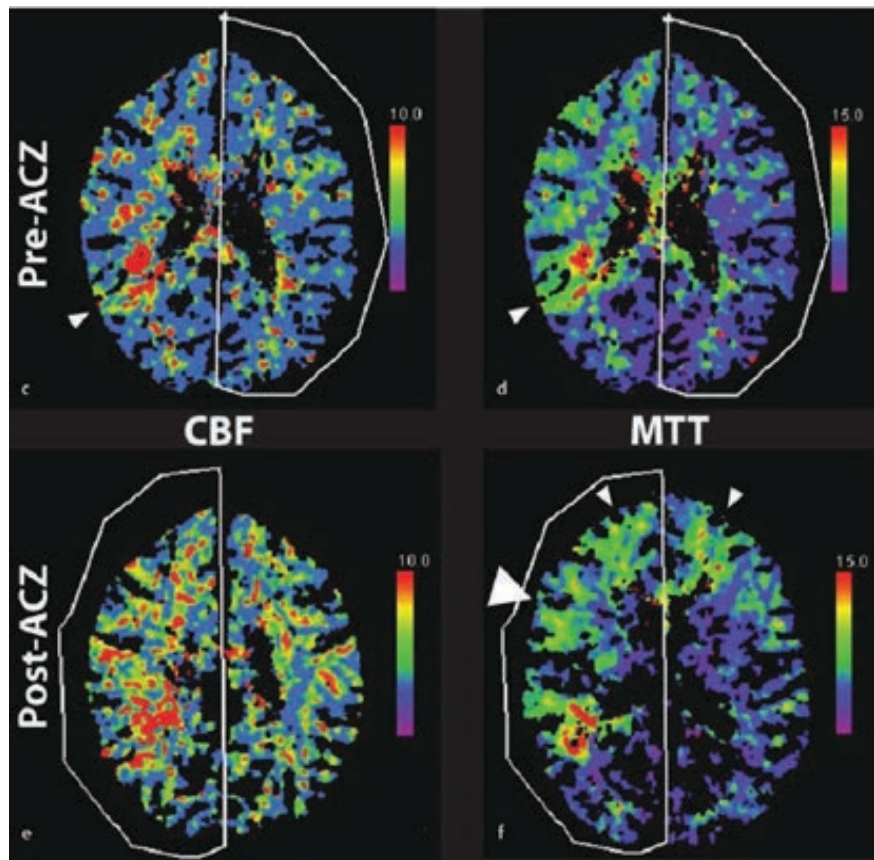
- Siêu âm mạch máu qua sọ: bác sĩ sẽ dùng sóng siêu âm để kiểm tra hình ảnh của mạch máu nội sọ.

- Chụp positron cắt lớp (PET scan): xét nghiệm này sử dụng một lượng nhỏ đồng vị phóng xạ tiêm vào mạch máu và dùng một đầu dò chuyên biệt phát hiện tia phát xạ từ vị trí trong não. PET cho phép ghi nhận hoạt động chức năng của não bộ.

- Điện não đồ (EEG): nhiều điện cực được gắn quanh não để ghi nhận hoạt động điện thế của các tế bào thần kinh. Những trẻ em bị moyamoya thường có bất thường điện não đồ.

ĐIỀU TRỊ BỆNH MOYAMOYA

Bác sĩ chuyên khoa sẽ đánh giá tình trạng bệnh và đưa ra các phương pháp xử trí phù hợp với từng bệnh nhân. Mục tiêu của các phương





pháp điều trị là cải thiện triệu chứng, tái thông dòng máu bị tắc nghẽn và ngăn ngừa nguy cơ người bệnh gặp phải các biến chứng nặng có thể dẫn đến tử vong như nhồi máu hoặc xuất huyết não. Các phương pháp điều trị bao gồm dùng thuốc và phẫu thuật.

Điều trị nội khoa dùng thuốc.

Mục tiêu chủ yếu là làm giảm nguy cơ tạo huyết khối, bệnh nhân có thể được cho dùng aspirin hoặc một loại thuốc tương tự làm giảm nguy cơ tạo cục máu đông tại mạch máu bị tổn thương. Các thuốc ức chế kênh calci có thể được kê toa để làm giảm triệu chứng đau đầu do cơn thoáng thiếu máu não. Và ở các trẻ nhỏ có triệu chứng co giật sẽ được cho dùng thuốc chống động kinh.

Phẫu thuật tái tạo mạch máu não.

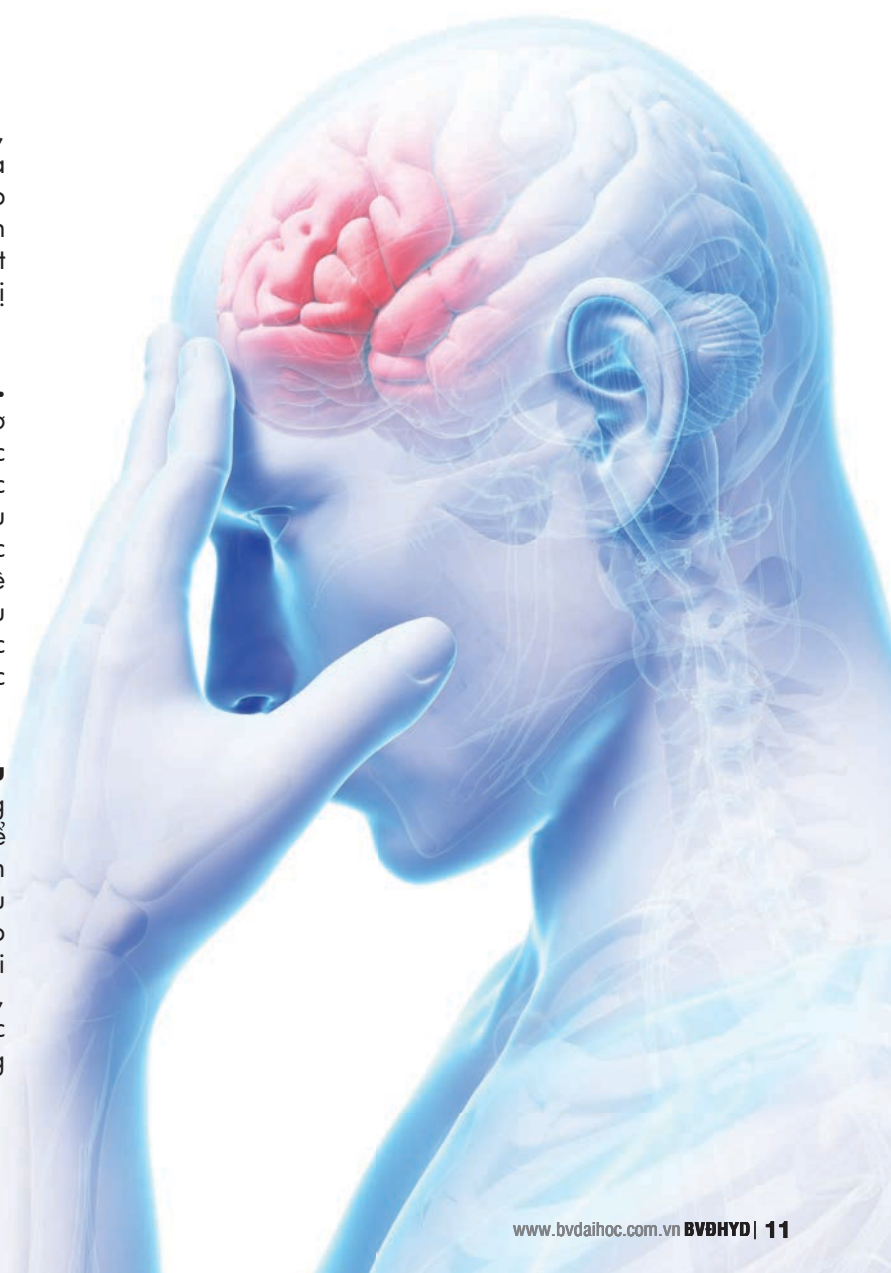
Nếu triệu chứng nặng, chụp động mạch cho thấy mạch máu hẹp đáng kể hoặc bệnh diễn tiến ngày càng trầm trọng, người bệnh có thể được phẫu thuật tái tạo lại mạch máu não trực tiếp (tức mổ nối một động mạch ở mặt ngoài não với một động mạch bên trong não, bắc cầu qua đoạn mạch máu bị tắc hẹp, ví dụ nối động mạch thái dương

với động mạch não giữa) hoặc gián tiếp (ví dụ chuyển một mảnh mạch nối lớn giàu mạch máu ở bụng đưa lên bề mặt não, với hy vọng các mạch máu sẽ phát triển vào trong não, cải thiện sự cung cấp máu).

NGƯỜI BỆNH NGHI NGỜ MẮC BỆNH NÊN ĐI KHÁM BÁC SĨ KHI NÀO?

Nếu bạn có dấu hiệu của đột quỵ ngay cả khi thoáng qua cũng nên nhập cấp cứu tại các bệnh viện càng sớm càng tốt. Những dấu hiệu đơn giản dễ nhận biết của đột quỵ là:

- Mặt: khi cười, mặt bị méo sang một bên.
- Cánh tay: không thể cử động hoặc thấy khó khăn, cảm giác yếu khi giơ một bên tay.
- Nói chuyện: đột ngột nói khó, nói không lưu loát.



XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI

ThS BS Phạm Công Khánh



CƠ SỞ & DẪN NHẬP

Xuất huyết tiêu hóa dưới (XHTHD) chiếm khoảng 20-33% các chảy máu tiêu hóa nói chung, với hàng năm có khoảng 20-27 trường hợp trên số 100.000 dân ở các nước phương Tây. Tuy vậy, cho dù XHTHD ít gặp hơn XHTH trên, người ta vẫn cho rằng XHTHD có một tỷ lệ cao các bệnh nhân không tìm đến các nơi chăm sóc y tế. XHTHD tiếp tục là một nguyên nhân hay gặp của nhập viện và là một yếu tố trong tỷ lệ biến chứng và tử vong bệnh viện, nhất là ở

những bệnh nhân cao tuổi. Độ tuổi trung bình thường gặp từ 63-77 tuổi. XHTHD khác với XHTH trên về dịch tễ, xử trí, và tiên lượng.

Mặc dù lượng máu mất trong XHTHD có thể thay đổi từ ít đến nhiều và có thể đe dọa tính mạng, nhưng ở phần lớn các trường hợp sẽ tự ngưng và không diễn tiến phức tạp. So với XHTH trên cấp tính thì XHTHD ít diễn tiến thành sốc mất máu hoặc phải truyền máu. Tỷ lệ tử vong do XHTHD dao động từ 2-4%, thường do bệnh kèm theo và nhiễm trùng bệnh viện.

Định nghĩa của XHTHD

Trước đây, XHTHD được định nghĩa là chảy máu ống tiêu hóa từ dưới góc Treitz cho đến hậu môn. Từ khi có nội soi ruột non, những điểm chảy máu ở hồng-hồi tràng được xếp vào nhóm XHTH giữa và định nghĩa hiện nay của XHTHD là chảy máu từ sau van hồi-mạnh tràng đến hậu môn, tức chảy máu của đại tràng hay của trực tràng-hậu môn.

XHTHD thường được chia làm 3 nhóm tùy theo lượng máu chảy (xem hình):

CHẢY MÁU TIÊU HÓA DƯỚI

O1

**CHẢY MÁU
Ồ ẠT**

1. BN > 65 tuổi với nhiều vấn đề bệnh tật
2. Có tiêu ra máu, với máu đỏ tươi qua trực tràng
3. Huyết động không ổn định
 - Huyết áp tâm thu ≈ 90 mmHg
 - Mạch > 100/phút
 - Lượng nước tiểu thấp
4. Mức độ Hemoglobin # 6g/dL
5. Thường gặp nhất do
 - Viêm túi thừa
 - Loạn sản mạch

O2

**CHẢY MÁU
TRUNG BÌNH**

1. BN thuộc mọi lứa tuổi
2. Đi tiêu máu hay phân đen
3. BN huyết động ổn định
4. Một danh sách dài các bệnh bao gồm các chảy máu hậu môn-trực tràng lành tính, bẩm sinh, viêm và tân sinh. Các bệnh có thể gây ra tiêu máu lượng vừa và cấp tính hoặc mạn tính.

O3

**CHẢY MÁU
ẨN**

1. BN thuộc mọi lứa tuổi
2. BN có thiếu máu nhược sắc tế bào nhỏ do mất máu mạn tính
3. Một danh sách dài các bệnh bao gồm các bệnh bẩm sinh, viêm nhiễm và tân sinh có thể gây ra chảy máu ẩn mạn tính.



XHTHD có thể là cấp tính hay mạn tính

XHTHD cấp tính được định nghĩa là chảy máu kéo dài dưới 3 ngày và có thể gây rối loạn huyết động, thiếu máu hoặc cần thiết phải truyền máu.

XHTHD mạn tính là đi tiêu máu trên 3 ngày và thường gián đoạn với tốc độ mất máu chậm. Người bệnh với XHTHD mạn tính thường có biểu hiện: máu ẩn trong phân, tiêu phân đen, phân sậm màu hoặc đi tiêu máu đỏ tươi lượng ít.

Triệu chứng của XHTHD

Triệu chứng của XHTHD tùy thuộc vị trí chảy máu trên đại tràng cũng như nguyên nhân gây chảy máu. Chảy máu từ đại tràng phải thường gây tiêu phân đen, trong khi chảy máu từ đại tràng trái thường gây tiêu máu đỏ bầm hay máu đỏ tươi. Tuy nhiên, người bệnh bị XHTH trên hay XHTHD từ đại tràng phải đều có thể gây tiêu máu đỏ tươi hay đỏ bầm khi chảy máu lượng lớn.

Người trẻ khi có biểu hiện sốt, mất nước, đau bụng và tiêu máu thì nguyên nhân XHTHD có thể do viêm loét đại tràng. Người già bị XHTHD do viêm các túi thừa hay dị sản mạch máu thường có triệu chứng tiêu máu nhưng không kèm theo đau bụng.

XHTHD ở ạt được định nghĩa như sau

- Chảy qua trực tràng một lượng lớn máu đỏ hay nâu sẫm
- Huyết động học không ổn định và sốc
- Mức độ hemoglobin khởi đầu là ≤ 6 g/dL
- Truyền máu ít nhất 4 đơn vị (1 đơn vị máu là 250 mL) trong vòng 1 giờ.

- Chảy máu trở lại đáng kể trong vòng 1 tuần lễ
XHTHD có tỷ lệ tử vong khoảng 10% đến 20%, với các yếu tố nguy cơ đưa đến kết cục xấu bao gồm: creatinine > 150 mmol/L, Hct khởi đầu $< 35\%$, bệnh nhân lớn tuổi (> 60 tuổi), các sinh hiệu bất thường sau 1 giờ và lượng máu gộp chung khi thăm trực tràng lần đầu. Bệnh nhân có các tình trạng về sức khỏe cùng lúc (bệnh của hệ thống nhiều tạng, nhu cầu truyền máu > 5 đơn vị, cần được phẫu thuật, một stress mới chẳng hạn như phẫu thuật, chấn thương và nhiễm trùng) cũng có nguy cơ lớn đưa đến kết cục xấu. XHTHD đường như thường gặp hơn ở người già vì tỷ lệ cao của viêm các túi thừa và bệnh lý mạch máu. Tỷ lệ XHTHD ở nam cao hơn nữ.

Các tiến bộ của soi đại tràng chẩn đoán và điều trị và của chụp mạch máu can thiệp đã đưa đến một sự thay đổi là giảm mức độ cần thiết của điều trị phẫu thuật. Xử trí có hiệu quả với các phương pháp ít xâm lấn cũng làm giảm chi phí y tế và quan trọng hơn là làm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong.

CÁC MỐC LỊCH SỬ

Nhận thức về bệnh sinh, chẩn đoán, và điều trị XHTHD đã thay đổi mạnh mẽ trong 50 năm gần đây. Ở nửa đầu của thế kỷ 20, các ung thư đại tràng được coi là nguyên nhân thường gặp nhất của XHTHD. Trong

những năm 1950s, XHTHD được cho là thường do viêm các túi thừa; điều trị phẫu thuật gồm có các cắt đoạn ruột mù, với các kết quả đáng thất vọng. Bệnh nhân có tỷ lệ chảy máu lại rất cao (tới 75%), tỷ lệ biến chứng (tới 83%) và tử vong (tới 60%).

Qua mấy thập niên, các phương pháp chẩn đoán nhằm xác định chính xác vị trí chảy máu đã có những tiến bộ lớn. Ống soi dễ uốn có từ 1954. Ống soi đại tràng đủ dài có từ 1965 ở Nhật Bản. Cũng vào năm 1965, Baum và cs. đã mô tả chụp động mạch mạc treo chọn lọc, có thể nhận biết một cách chính xác các bất thường mạch máu và điểm chảy máu. Ca soi đại tràng đầu tiên qua hậu môn được tiến hành năm 1969.

Kinh nghiệm từ chụp mạch máu mạc treo trong những năm cuối 1960 và các năm 1970 cho thấy các loạn sản mạch (angiodysplasias) và viêm các túi thừa là những nguyên nhân thường gặp nhất của XHTHD. Từ khi phát minh, chụp mạch máu mạc treo vẫn là chuẩn mực trong định vị chính xác các điểm chảy máu.

Rosch và cs. đã mô tả chụp động mạch tạng siêu chọn lọc để truyền các chất co mạch năm 1971 và làm thuyên tắc mạch siêu chọn lọc các mạch mạc treo năm 1972 là một kỹ thuật có thể lựa chọn cho XHTHD. Biến chứng đáng sợ nhất của làm tắc mạch mạc treo là viêm đại tràng thiếu máu (ischemic colitis), làm hạn chế việc sử dụng phương pháp điều trị này trong chảy máu tiêu hóa.

Kinh nghiệm ban đầu của truyền vasopressin (vasopressin infusion) đã được báo cáo trong các năm 1973-1974. Vasopressin gây co mạch và làm ngừng chảy máu ở 36-100% các bệnh nhân. Tỷ lệ tái phát sau đó có thể cao đến 71%; do đó, vasopressin thường được sử dụng để trì hoãn con cấp tính và làm ổn định người bệnh trước phẫu thuật.

Kiểm soát chảy máu bằng nội soi (endoscopic control of bleeding) với các phương pháp sử dụng nhiệt (thermal modalities) hay các yếu tố gây xơ (sclerosing agents) đã được dùng từ những năm 1980. Một trong các thuận lợi của việc đánh giá qua nội soi đường tiêu hóa trên (hoặc dưới) là cung cấp một cách thức tiếp cận điều trị cho các bệnh nhân chảy máu tiêu hóa. Chụp lấp lánh hạt nhân (nuclear scintigraphy) sử dụng các đồng vị phóng xạ (radioisotopes) có từ những năm đầu 1980 là một phương tiện chẩn đoán rất nhạy trong đánh giá chảy máu đường tiêu hóa; phương pháp này có thể phát hiện chảy máu ở các tốc độ thấp tới 0,1 mL/phút.

CÁC NGUYÊN NHÂN CỦA XHTHD

Loạn sản mạch đại tràng (3-15%)

Là một dị dạng nhỏ về mạch máu của đại tràng, có khi có nhiều tổn thương. Thường gặp ở manh tràng và đại tràng lên. Loạn sản mạch ở đại tràng là một bất thường mạch máu hay gặp nhất của đường tiêu hóa. Sau bệnh các túi thừa, nó là nguyên nhân thứ

hai của XHTHD ở các bệnh nhân trên 60 tuổi. Là nguyên nhân thông thường của xuất huyết tiêu hóa và thiếu máu không giải thích được.

Bệnh các túi thừa



đại tràng (25-65%)

Là tình trạng có nhiều túi trên một đại tràng không viêm, nằm ra bên ngoài niêm mạc và hạ niêm mạc của đại tràng, thường không có triệu chứng. Các túi thừa này

khi bị viêm là nguyên nhân hay gặp nhất của tiêu máu ở ạt (30-50%), xảy ra trên 15% các bệnh nhân có túi thừa, 75% các trường hợp chảy máu này tự ngừng không cần can thiệp.

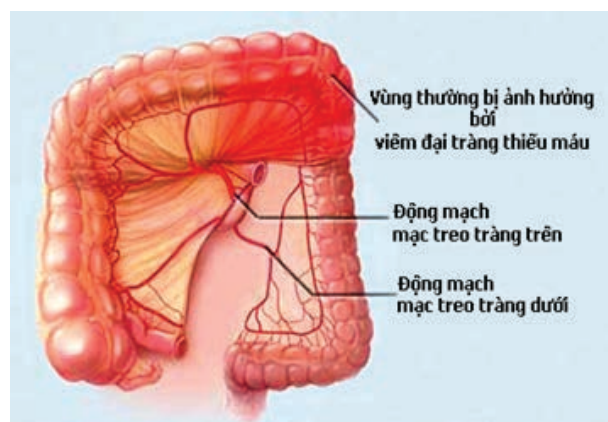
Viêm đại tràng (Viêm và loét: 18%)

Là viêm của lớp niêm mạc đại-trực tràng. Có nhiều nguyên nhân: nhiễm trùng, bệnh viêm ruột (bệnh Crohn, viêm loét đại tràng), thiếu máu cục bộ, dị ứng... Triệu chứng viêm đại tràng phụ thuộc vào nguyên nhân. Có thể gây tàn phế và đôi khi có thể nguy hiểm đến tính mạng. Chưa có một điều trị nào đặc hiệu nhưng có thể làm thuyên giảm lâu dài.



Viêm đại tràng thiếu máu cục bộ

Là tình trạng viêm và tổn thương của một đoạn đại tràng do cung cấp máu không đầy đủ. Bệnh hiếm gặp, tuy gặp nhiều hơn ở người già và là hình thái hay gặp nhất của thiếu máu ruột. Nguyên nhân có thể



do: tụt huyết áp, các yếu tố cục bộ chẳng hạn như trít hẹp động mạch hay cục máu đông. Thường không rõ nguyên nhân đặc hiệu. Có thể chẩn đoán bệnh bằng nội soi toàn bộ đại tràng, nội soi đại tràng chậu hông. Các trường hợp nặng có thể đưa đến nhiễm trùng huyết, thủng ruột, hoại thư ruột...



Ung thư đại tràng (Ung thư và Polyp: 17%)

Là một sự trưởng thành bất thường của tế bào, có khả năng xâm nhập và di căn đến các bộ phận khác của cơ thể. Đa số bắt đầu từ các polyp nhỏ

lành tính và không có triệu chứng. Lâu dần một số các polyp này trở thành ác tính. Vì lý do này, các bác sĩ thường khuyến cáo làm đều đặn các nghiệm pháp tầm soát giúp nhận biết và lấy bỏ các polyp có nguy cơ trở thành ung thư.

Trĩ (Trĩ và Nút hậu môn: 24-64%)

Là các búi giãn xoang mạch máu, nằm ở lớp dưới niêm của trực tràng thấp và hậu môn, sinh ra do tăng áp lực ở vùng này đè vào thành các mạch máu. Nguyên nhân do: rặn mạnh hay ngồi lâu trên bàn cầu, tiêu chảy mạn tính hay táo bón, phụ nữ mang thai, người quá cân... Trĩ là nguyên nhân của > 75% các XHTHD.



Sử dụng NSAIDs

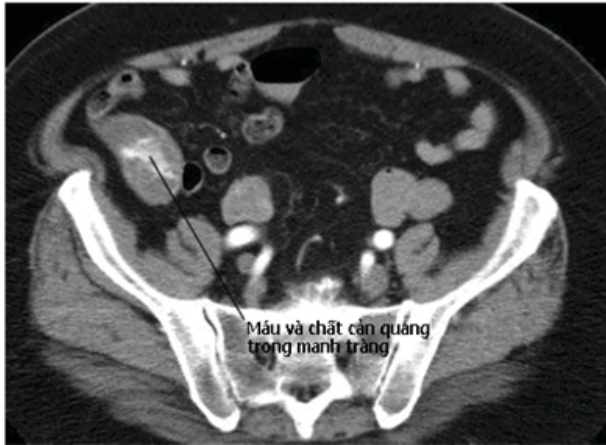
Tác dụng bất lợi của NSAIDs lên đường tiêu hóa trên đã được biết. Đối với đại-trực tràng, NSAIDs thường tác động lên đại tràng phải do nồng độ cao của thuốc tại đó, tuy nhiên trực tràng cũng có thể bị.

CHẨN ĐOÁN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI

Nội soi đại tràng là phương tiện chẩn đoán đầu tiên thường được sử dụng trong XHTHD. Nội soi đại tràng có thể phát hiện vị trí chảy máu trong 74 – 82% các trường hợp. Ngoài ra, có thể thực hiện các thủ thuật cầm máu qua nội soi đại tràng.

Chụp mạch máu cắt lớp vi tính (CTA) có thể được sử dụng để chẩn đoán XHTHD nặng. Ưu điểm của kỹ thuật này là ít xâm lấn hơn nội soi đại tràng và không mất thời gian chuẩn bị ruột. Tuy nhiên, phương pháp này chỉ giúp xác định chẩn đoán vị trí chảy máu mà không thể can thiệp điều trị.

Chụp mạch máu kỹ thuật số xóa nền (DSA) có thể được sử dụng để chẩn đoán và điều trị XHTH đang hoạt động



Chẩn đoán và điều trị chảy máu bằng chụp CTA và DSA

với tốc độ chảy máu từ 0,5ml/phút trở lên, nhất là khi nội soi đại tràng không thể chẩn đoán vị trí và nguyên nhân chảy máu. Qua DSA có thể làm thuyên tắc mạch máu với các cuộn dây cực nhỏ (microcoils), polyvinyl, các hạt phân tử cồn (alcohol particles), gel bọt (gel foam).

ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI

Hội sức và đánh giá

Đánh giá ban đầu rất quan trọng trong việc xác định có phải can thiệp khẩn cấp cho người bệnh XHTHD hay không. Hầu hết người bệnh XHTHD mạn tính, biểu hiện bằng máu ẩn trong phân hoặc tiêu máu lượng ít, có thể điều trị ngoại trú. Người bệnh với tình trạng XHTHD cấp tính với tiêu phân đen hoặc tiêu máu tươi cần nhập viện và nên được truyền dịch tinh thể hoặc truyền máu. Truyền yếu tố đông máu và tiểu cầu nên được xem xét ở những người bệnh sử dụng thuốc kháng đông hoặc có rối loạn đông máu.

Nội soi đại tràng điều trị XHTHD

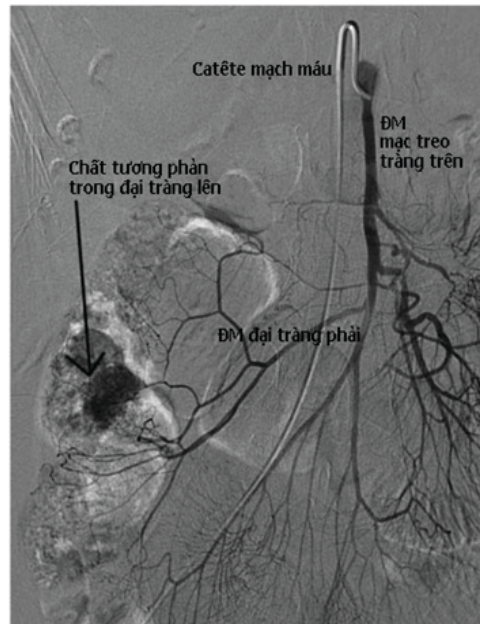
Qua nội soi đại tràng có thể thực hiện các kỹ thuật cầm máu như chích cầm máu, đốt cầm máu bằng điện hay plasma argon, kẹp clip cầm máu, thắt cầm máu bằng vòng thun hay thông lọng (endoloop).

Can thiệp nội mạch điều trị XHTHD

Chụp mạch máu mạc treo có thể sử dụng ở những trường hợp chảy máu nặng, huyết động không ổn định hoặc chưa chuẩn bị đại tràng và thất bại khi chẩn đoán và điều trị bằng nội soi đại tràng. Tuy nhiên, kỹ thuật này có thể có các biến chứng nặng như thuyên tắc phổi, nhồi máu mạc treo, suy thận...

Phẫu thuật điều trị XHTHD

Phẫu thuật hiếm khi có chỉ định và nên dành cho vài trường hợp chảy máu các túi thừa tái đi tái lại. Tiêu chí cần thiết cho việc xác định cần phẫu thuật bao gồm: tụt huyết áp và sốc cần hồi sức, chảy máu dai dẳng phải



truyền ít nhất 6 đơn vị máu. Điều quan trọng trước khi phẫu thuật là xác định chính xác vị trí chảy máu để cắt đoạn đại tràng (cắt toàn bộ đại tràng để có nguy cơ tai biến và biến chứng cao) tránh chảy máu tái phát.

CÁC KHUYẾN CÁO

- Nên nội soi dạ dày ở người bệnh XHTH âm thầm nếu chưa xác định được vị trí ở đại tràng, đặc biệt trên những người bệnh có triệu chứng đường tiêu hóa trên (đau vùng bụng trên, buồn nôn, chán ăn...), thiếu máu thiếu sắt, hoặc sử dụng NSAIDs.
- Nên nội soi ruột non khi không thấy chảy máu trên nội soi dạ dày và đại tràng ở người bệnh có chảy máu âm thầm.
- Nên nội soi đại tràng ở những người bệnh XHTH âm thầm, tiêu máu đỏ mạn tính trên 50 tuổi, những người bệnh thiếu máu thiếu sắt, những người có nguy cơ chuyển sang đại tràng, hoặc có dấu hiệu cảnh báo như sụt cân, thay đổi thói quen đi tiêu.
- Những người bệnh trẻ tiêu máu đỏ mạn tính và không có dấu hiệu báo động nên được thăm tràng và soi trực tràng, có thể đánh giá được nguyên nhân.

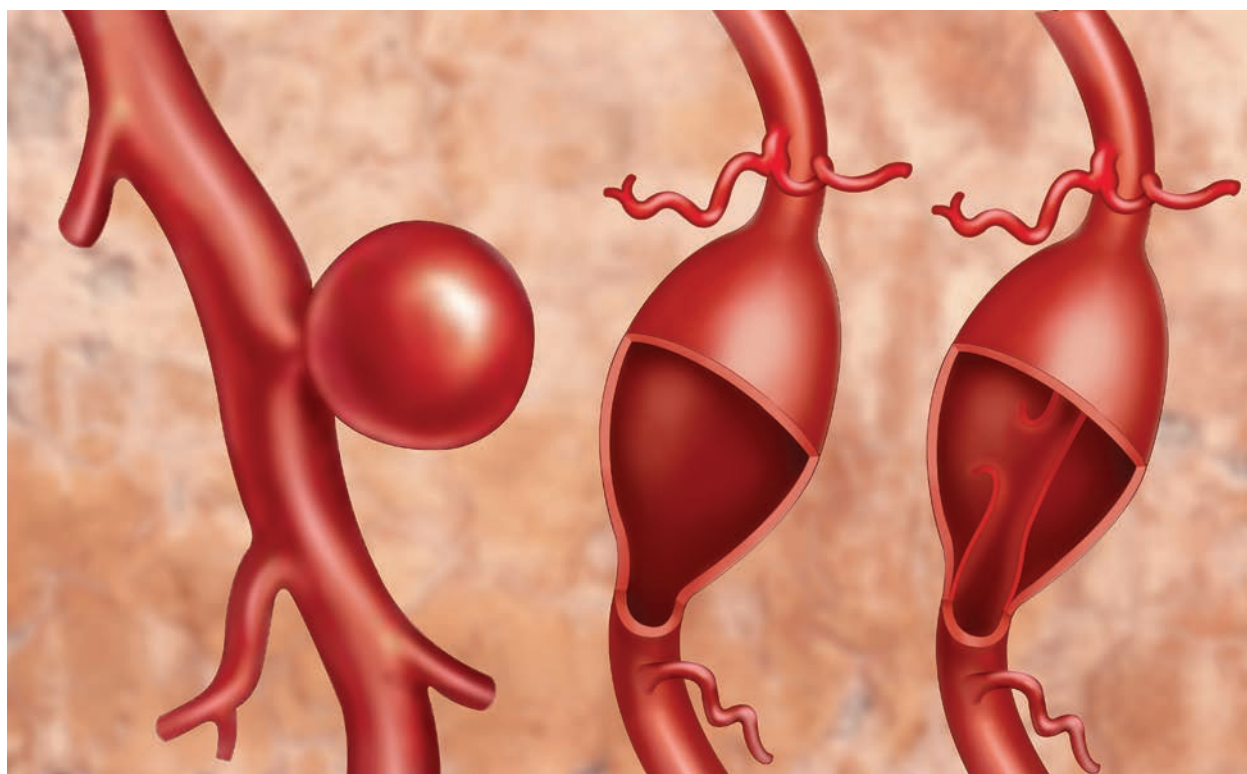


Điều trị phình

ĐỘNG MẠCH CHỦ

BẰNG CÁN THIỆP NỘI MẠCH ĐẶT ỐNG GHÉP

ThS BS Trần Thanh Vỹ, ThS BS Lê Phi Long



ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ phình động mạch mô tả sự giãn to bất thường của động mạch. Phình động mạch có thể xảy ra trên toàn cơ thể nhưng gặp phổ biến nhất là phình động mạch chủ (ĐMC) bụng. Ở Anh, phình động mạch chủ đã gây ra khoảng 13.000 người chết trong năm 1997. Nói chung, tỷ lệ mắc chứng phình động mạch tăng cùng với

tuổi tác, nhưng bệnh phình động mạch cũng có thể xảy ra ở bất kỳ độ tuổi nào do kết quả của thoái hóa, bao gồm cả trong điều kiện tự nhiên, nhiễm trùng, di truyền và chấn thương. Bệnh gây ra hậu quả nghiêm trọng với khoảng 50% các trường hợp tử vong do vỡ khối phình nếu không được điều trị. Tỷ lệ vỡ khối phình động mạch chủ bụng hàng năm tăng theo kích

thước khối phình: < 1% (3-4 cm), 3-5% (4-5 cm), 5-7% (5-6 cm), 7-19% (6-7 cm) và >20% nếu kích thước khối phình > 7 cm.

Hiện nay, mổ mở thay đoạn phình ĐMC vẫn là phương pháp điều trị triệt để nhưng khá nặng cho đa số trường hợp phình ĐMC vốn hay gặp ở những người lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa đi kèm. Bên cạnh đó, phình ĐMC bụng đoạn

trên thận hoặc đoạn ngực đặt ra nhiều vấn đề như phải cầm lại các mạch máu nuôi các tạng, tùy sống và nhất là những hậu quả do kẹp động mạch chủ trên chỗ xuất phát động mạch thân tạng. Can thiệp nội mạch điều trị phình ĐMC lần đầu tiên được giới thiệu bởi tác giả Parodi vào năm 1991 và ngày càng phát triển. Nhiều nghiên cứu cho thấy can thiệp nội mạch có kết quả 30 ngày tốt hơn và kết quả lâu dài tương đương với mổ mở kinh điển.

Tại Việt Nam, một số trung tâm đã triển khai can thiệp nội mạch như bệnh viện Việt Đức, bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Bình Dân, tuy nhiên, số lượng các trường hợp còn hạn chế và còn thiếu những nghiên cứu lâm sàng cụ thể. Tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, chúng tôi đã tiến hành can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị bệnh lý động mạch chủ từ tháng 1 năm 2014. Đề tài này được thực hiện với mục đích đánh giá lại chỉ định và chiến lược can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ ngực và chủ bụng qua những trường hợp đã thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Loại hình nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trường hợp được can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ ngực và chủ bụng tại khoa lồng ngực-Mạch máu bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 1/2014 đến tháng 7/2017.

* Đối với túi phình động mạch chủ bụng (ĐMCB)

Khi được chẩn đoán xác định phình ĐMCB, bệnh nhân được

can thiệp nội mạch nếu có các chỉ định sau: (1) phình ĐMCB không triệu chứng đường kính > 45 mm; (2) phình ĐMCB không triệu chứng đường kính > 2 lần đường kính bình thường; (3) phình ĐMCB không triệu chứng đường kính tăng > 5 mm trong 6 tháng; (4) phình ĐMCB hình túi; (5) phình ĐMCB có triệu chứng; (6) phình ĐMCB vỡ, huyết động ổn định; (7) phình ĐMCB kèm bóc tách.

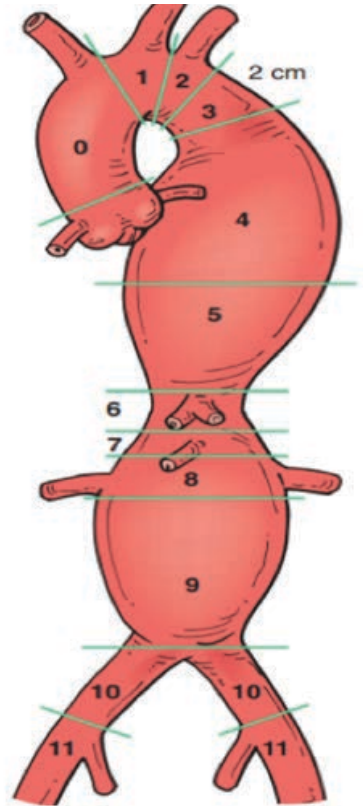
Khối phình có giải phẫu thích hợp: (1) cổ túi phình có chiều dài > 15 mm, không vôi hóa, không huyết khối, góc gấp < 75°; (2) đường kính ĐM chậu 7-22 mm; (3) ĐMCB nơi không có túi phình có kích thước bình thường 14-32 mm.

Các chống chỉ định tuyệt đối: (1) đặc điểm giải phẫu không thích hợp: cổ túi phình có chiều dài < 10 mm, góc gấp > 90°, tắc 2 ĐM chậu; (2) bệnh nhân dị ứng với chất cản quang; (3) bệnh nhân toàn trạng già yếu, nhiều bệnh nội khoa trầm trọng phối hợp, có nguy cơ biến chứng và tử vong cao.

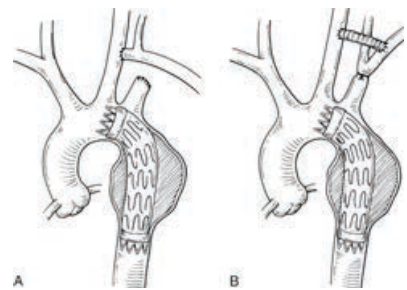
Các chống chỉ định tương đối: (1) đặc điểm giải phẫu không phù hợp: cổ túi phình có chiều dài 10-15 mm, góc gấp 75-90°, cổ túi phình hình nón, huyết khối hoặc vôi hóa nhiều, ĐM chậu - đùi 1 hay 2 bên hẹp, quá ngoằn ngoèo, đã được phẫu thuật; (2) tiên lượng sống nói chung < 1 năm; (3) suy thận.

*Đối với túi phình động mạch chủ ngực

Bệnh nhân thường không có triệu chứng, hoặc đau ngực không đặc hiệu, triệu chứng chèn ép các cơ quan xung quanh như ho, khàn tiếng, khó thở, nuốt khó. Khi nghi ngờ, chỉ định chụp CT scan ngực có cản quang. Bệnh nhân được chỉ định can thiệp nội mạch nếu có chỉ định: (1) túi phình không triệu chứng có đường kính lớn nhất > 5,5 mm, (2) túi phình có đường



Hình 1. 11 vùng giải phẫu của động mạch chủ



Hình 2. Chuyển vị các nhánh động mạch

kính tăng nhanh > 5 mm trong vòng 6 tháng, (3) phình dạng túi, (4) phình động mạch chủ ngực có triệu chứng, (5) phình dọa vỡ hoặc vỡ, (6) phình kèm bóc tách động mạch chủ.

Chúng tôi sử dụng phần mềm OsiriX để phân tích kết quả chụp cắt lớp, đánh giá cấu trúc giải phẫu của túi phình và các nhánh động mạch liên quan. Quá trình can thiệp được thực hiện ở phòng đặt máy chụp động mạch xóa nền (DSA), vô cảm bằng mê nội khí quản, sử dụng heparin tĩnh mạch 50 đơn vị/kg cân nặng ngay trước phẫu thuật. Bộc lộ ĐM đùi chung 2 bên để tạo đường đưa ống ghép vào lòng ĐMC và ĐM chậu. Thân chính của ống ghép có đường kính lớn hơn cổ túi phình từ 10-20% được bung ra sau khi chụp cản quang xác định vị trí các mốc giải phẫu quan trọng, việc luồn dây dẫn vào chân gần của thân chính ống ghép sẽ được kiểm tra chắc chắn bằng cách xoay ống dẫn đuôi heo (pigtail) ở trong thân chính ống ghép, các ống ghép nối tiếp từ thân chính đến các ĐM chậu được bung sau khi chụp xác định vị trí ĐM chậu trong. Chụp kiểm tra lần cuối.

Các trường hợp phình động mạch chủ ngực ở các vùng 0,1,2,3 (Hình 1) tùy vị trí của túi phình mà bệnh nhân được phẫu thuật chuyển vị các nhánh động mạch quan trọng trước khi thực hiện kỹ thuật đặt ống ghép nội mạch.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 7 năm 2017 có 32 trường hợp phình động mạch chủ được can thiệp (25 nam và 7 nữ), tuổi trung bình là 73 tuổi, nhỏ nhất là 53 tuổi và lớn nhất là 83 tuổi.

Trong 32 bệnh nhân được can thiệp, chỉ có 17 bệnh nhân (53,1%) có triệu chứng: 2 trong số 8 bệnh nhân phình ĐMC ngực có triệu chứng đau ngực mờ mờ, và 15 trong số 24 bệnh nhân phình ĐMC bụng có triệu chứng đau bụng âm ỉ, sờ bụng thấy khối đập theo nhịp tim. Không có bệnh nhân nào vào viện vì tắc mạch ngoại biên.

BẢNG 1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN ĐƯỢC CAN THIỆP (N=32)

ĐẶC ĐIỂM	GIÁ TRỊ
Tuổi trung bình	73
Hút thuốc lá	16(51,6%)
Tăng huyết áp	20(64,5%)
Suy tim	2(6,4%)
Bệnh mạch vành	9(29,3%)
Rối loạn lipid-máu	21(67,7%)
Đái tháo đường	7(22,5%)
Bệnh động mạch ngoại biên	7(22,5%)
Suy thận mạn	2(6,4%)
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	4(12,9%)

BẢNG 2. ĐẶC ĐIỂM CỦA CAN THIỆP (N=32)

ĐẶC ĐIỂM	SỐ TRƯỜNG HỢP	TỶ LỆ (%)
Chương trình	17	53%
Cấp cứu, bán cấp	15	47%
Thời gian can thiệp	120 phút ± 70 phút	
Thời gian nằm viện	8,1 ± 2,3 ngày	
Cách thức vô cảm		
- Mê tại chỗ	4	12,5%
- Gây mê toàn thân	28	87,5%
Phình động mạch chủ bụng	24	75%
Phình động mạch chủ ngực	08	25%
Chuyển vị các nhánh đ.m. trước can thiệp	04	12,5%

BẢNG 3. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG SAU MỔ

ĐẶC ĐIỂM	SỐ TRƯỜNG HỢP	TỶ LỆ (%)
Nhồi máu cơ tim	1	3,1
Chảy máu sau can thiệp	1	3,1
Viêm phổi	2	6,2
Tử vong	2	6,2

Trong các ca can thiệp, có 8 ca (25%) bệnh mạch vành cần can thiệp đặt stent trước khi can thiệp phình động mạch chủ, 1 ca phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng bán cầu não 15 ngày trước can thiệp nội mạch.

Về mặt giải phẫu học của phình ĐMC, có 24 ca phình động mạch chủ bụng và 8 ca phình động mạch chủ ngực. Trong 8 ca phình ĐMC ngực, có: 4 ca phình ĐMC ngực được phẫu thuật chuyển vị các nhánh trước khi đặt ống ghép nội mạch, 4 ca phình động mạch chủ ngực đoạn xuống (trong đó có 2 ca kèm bóc tách động mạch chủ ngực tít B). Trong 24 ca phình ĐMC bụng, có: 8 ca phình động mạch chủ đơn thuần, 8 ca phình động mạch chủ kèm phình động mạch chủ chậu chung trái, 6 ca phình động mạch chủ bụng kèm phình động mạch chủ chậu chung phải, 2 ca phình ĐMCB kèm phình 2 động mạch chủ chậu chung.

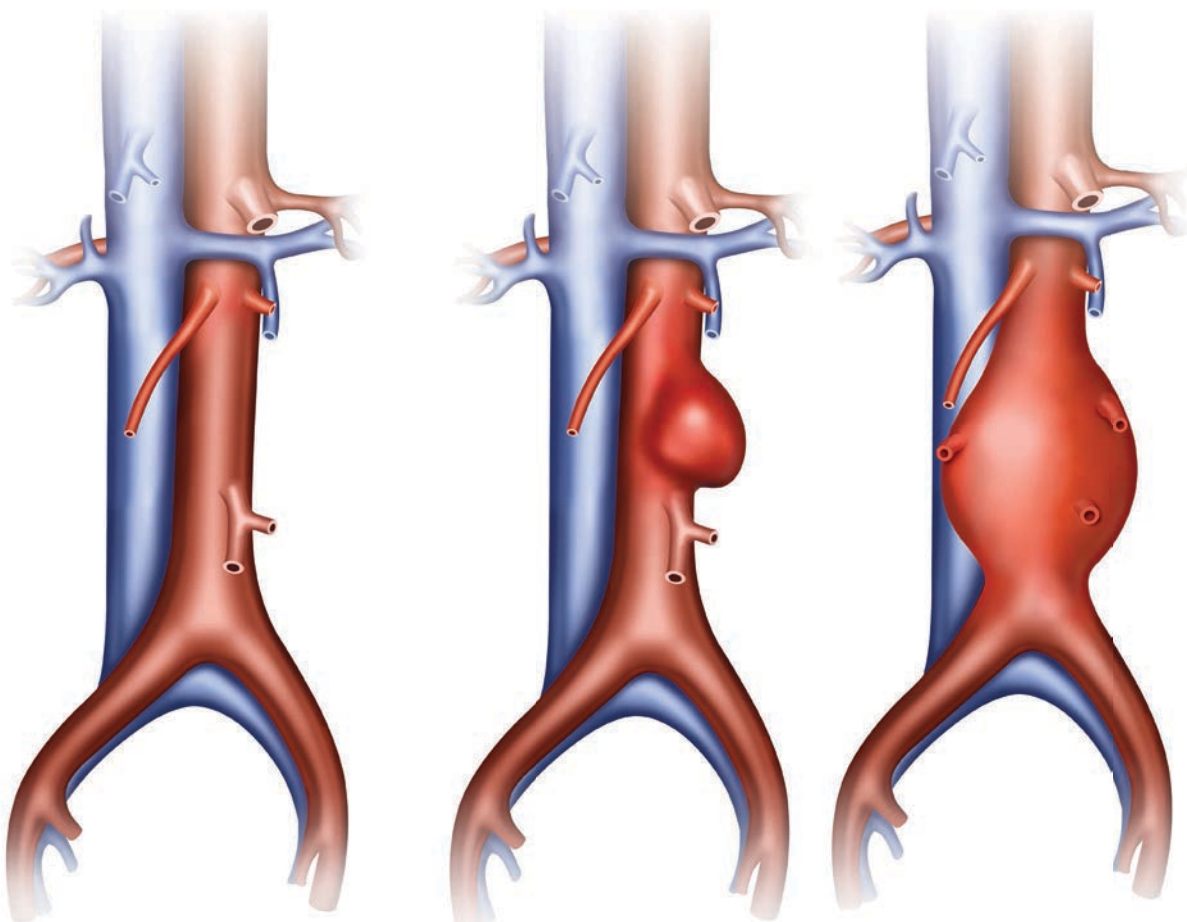
BẢNG 4. ĐẶC ĐIỂM NHỮNG CA PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

ĐẶC ĐIỂM	TRUNG BÌNH	LỚN NHẤT	NHỎ NHẤT
Chiều dài cổ túi phình (mm)	35,0 ± 14,4	80	15
Đường kính cổ túi phình (mm)	20,5 ± 2,6	26	15
Góc cổ túi phình (độ)	49,6 ± 21,3	90	14
Đường kính túi phình (mm)	55,1 ± 14,5	77	21
Chiều dài túi phình (mm)	88,1 ± 29,1	133	42
Đường kính ngã 3 chủ chậu (mm)	32,4 ± 12,2	64	17

BÀN LUẬN

Hầu hết những bệnh nhân phình động mạch chủ đều lớn tuổi, độ tuổi trung bình 73 tuổi, tỷ lệ rối loạn lipid máu cao (67,7%), tỷ lệ có bệnh lý tim mạch khá cao (64,5% tăng huyết áp, 29,3% bệnh mạch vành, 6,4% suy tim), trong đó 8 trường hợp (25%) cần can thiệp mạch vành trước khi can thiệp ĐMC. Theo các nghiên cứu, trong các bệnh nhân phình động mạch chủ bụng có nguy cơ phẫu thuật cao được điều trị mổ mở hoặc can thiệp nội mạch, tỷ lệ các bệnh lý tim phổi hợp từ 41% - 46%. Đây là bệnh lý chủ yếu làm tăng tỷ lệ tử vong trong và sau mổ. Trong những bệnh nhân đầu tiên can thiệp có một bệnh nhân tử vong do nhồi máu cơ tim trong thời gian nằm hậu phẫu ngày thứ 3, nguyên nhân là do bệnh nhân có bệnh mạch vành nhưng tầm soát chưa tốt. Do đó, những bệnh nhân tiếp theo, để giảm thiểu các biến chứng trong và sau mổ, chúng tôi đã nghiêm túc thực hiện quy trình tầm soát các bệnh lý kèm theo ở mọi trường hợp phình ĐMC, đặc biệt lưu ý việc tầm soát kỹ những bệnh lý tim mạch. Bệnh nhân được chụp mạch vành chẩn đoán nếu có 1 trong các tiêu chuẩn sau: (1) tiền căn bệnh lý mạch vành đã được chẩn đoán như nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim, đã được can thiệp hay phẫu thuật mạch vành; (2) tiền sử đau thắt ngực điển hình; (3) điện tâm đồ có dấu hiệu thiếu máu hay nhồi máu cơ tim; (4) siêu âm tim có rối loạn vận động vùng và (5) trên hình ảnh CT-scan thấy vôi hóa mạch vành. Nếu có chỉ định, bệnh nhân sẽ được can thiệp hay phẫu thuật mạch vành trước can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình ĐMC.

Trong 32 bệnh nhân có 15 bệnh nhân không có triệu chứng của phình ĐMC, chỉ phát hiện do tình cờ, điều này cho thấy rằng phình động mạch chủ thường diễn tiến âm thầm và chỉ biểu hiện khi có dấu hiệu dọa vỡ hoặc vỡ phình.



Do đó, chúng tôi quy định tầm soát bệnh lý động mạch chủ nhất là động mạch chủ bụng ở những bệnh nhân lớn tuổi.

Trong 2 ca tử vong sau can thiệp, có 1 ca tử vong do tụ máu sau phúc mạc, bệnh nhân sau đặt ống ghép ngày thứ 7 có biểu hiện tê chân phải, thử công thức máu cho thấy thiếu máu nặng. Bệnh nhân được chụp CT scan phát hiện khối máu tụ lớn sau phúc mạc, được chỉ định mổ bụng cấp cứu, bệnh nhân tử vong 3 ngày sau đó do viêm phổi nặng, suy đa cơ quan. Biến chứng này do rò rỉ bên trong gây vỡ túi phình ĐM chậu phải, và tụ máu sau phúc mạc nhưng không

được phát hiện kịp thời. Do đó, những bệnh nhân sau đó, chúng tôi theo dõi sát diễn tiến hậu phẫu, nhất là các triệu chứng về cấp máu 2 chi dưới, làm công thức máu 2 ngày 1 lần trong vòng 7 ngày đầu.

KẾT LUẬN

Bệnh lý phình ĐMC là bệnh lý gặp chủ yếu ở người lớn tuổi, thường kèm theo bệnh lý nội khoa nặng nề, nhiều yếu tố nguy cơ, thường không có triệu chứng lâm sàng hoặc là triệu chứng mơ hồ không đặc hiệu. Việc tầm soát phát hiện bệnh lý động mạch chủ bụng nên thực hiện thường quy ở những bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều yếu

tố nguy cơ như hút thuốc lá, bệnh mạch vành, rối loạn mỡ máu.

Điều trị chủ yếu hiện nay, ngoài can thiệp phẫu thuật mở truyền thống thì can thiệp đặt ống ghép nội mạch là một phương pháp điều trị mới, ít xâm lấn, thời gian nằm hồi sức và nằm viện ngắn. Tuy nhiên cũng tiềm ẩn nguy cơ tử vong và biến chứng khá cao nếu không được tầm soát và kiểm soát tốt các bệnh lý nội khoa kèm theo, đặc biệt là bệnh lý tim-mạch. Sau can thiệp, bệnh nhân cần được theo dõi sát triệu chứng lâm sàng để phát hiện kịp thời các biến chứng để xử trí kịp thời.

Các thuật ngữ chuyên môn Việt-Anh sử dụng trong bài viết: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính / Chronic obstructive pulmonary disease (COPD); Bóc tách động mạch chủ / Aortic dissection; Can thiệp nội mạch / Endovascular intervention; Chụp động mạch xóa nền số hoá / Digital subtractive angiography (DSA); Ống ghép nội mạch / Stent graft; Phình động mạch / Aneurysm; Phình động mạch chủ bụng / Abdominal aortic aneurysm; Phình động mạch chủ ngực / Thoracic aortic aneurysm; Rò rỉ bên trong / Endoleak.

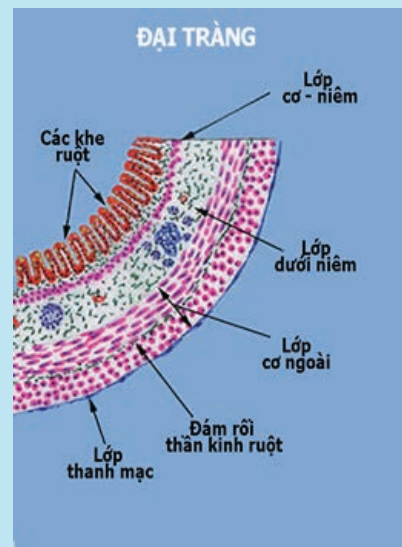
U DƯỚI NIÊM ĐƯỜNG TIÊU HÓA

ThS BS Phạm Công Khánh

U dưới niêm đường tiêu hóa là những khối u xuất phát từ lớp cơ-niêm, lớp dưới niêm hay lớp cơ của thành ống tiêu hóa. U dưới niêm thường gặp nhất là ở dạ dày với tần suất 1/300 trường hợp nội soi dạ dày. U dưới niêm có đặc điểm là tổn thương hình tròn nhô vào lòng ống tiêu hóa được bao phủ bởi lớp niêm mạc bình thường và được phát hiện tình cờ qua nội soi dạ dày hay nội soi đại tràng thường quy. Hầu hết u dưới niêm thường nhỏ (< 2 cm) và không có triệu chứng nhưng u dưới niêm có thể gây xuất huyết, tắc nghẽn đường tiêu hóa hay di căn tùy thuộc kích thước u, vị trí và bản chất mô học.

Điều trị u dưới niêm chủ yếu tập trung vào chẩn đoán chính xác và xác định nguy cơ ác tính của tổn thương. 85% u dưới niêm là lành tính, 15% còn lại là ác tính. Vì u dưới niêm nằm ở dưới lớp niêm mạc nên kỹ thuật sinh thiết bằng kèm thông thường sẽ không xác định được bản chất của u, thường phải sử dụng những kỹ thuật chẩn đoán và sinh thiết mới như nội soi siêu âm và chọc hút bằng kim nhỏ qua siêu âm nội soi để chẩn đoán xác định u dưới niêm.

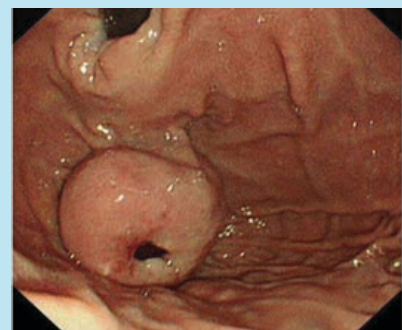
Siêu âm nội soi là phương pháp hình ảnh học chính xác nhất để đánh giá u dưới niêm đường tiêu hóa vì khả năng phân biệt từng lớp của thành ống tiêu hóa và xác định chính xác vị trí của u dưới niêm. Các lớp của thành ống tiêu hóa trên nội soi siêu âm từ trong ra ngoài là: (lớp niêm mạc và cơ-niêm, lớp dưới niêm mạc, lớp cơ và lớp thanh mạc. Nội soi siêu âm có độ chính xác cao hơn chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ trong chẩn đoán u dưới niêm nhỏ (< 2 cm). Phương pháp hình ảnh học này có thể phân biệt chính xác những khối u trong thành ống tiêu hóa với những khối u bên ngoài đề vào ống tiêu hóa (30% các trường hợp nghi ngờ u dưới niêm là u từ ngoài đề vào đường tiêu hóa). Nội soi siêu âm có thể đo kích thước u dưới niêm và đánh giá hạch xung quanh. Cuối cùng, chọc hút bằng kim nhỏ qua nội soi siêu âm nội soi hay sinh thiết qua siêu âm nội soi giúp xác định bản chất mô học của u dưới niêm và đưa ra hướng điều trị phù hợp.



Hình các lớp của đại tràng

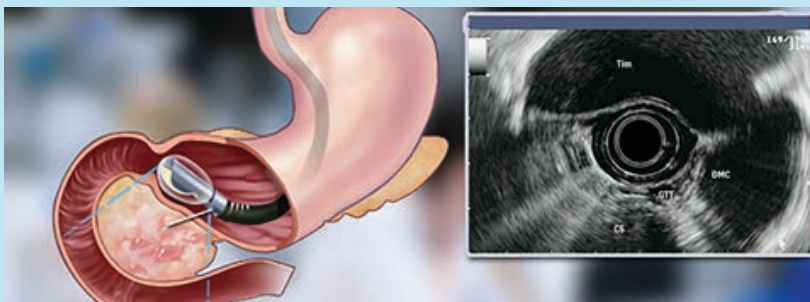
CÁC LOẠI U DƯỚI NIÊM ĐƯỜNG TIÊU HÓA

U mô đệm đường tiêu hóa



U GIST có loét bề mặt ở dạ dày

U mô đệm đường tiêu hóa là u trung mô thường gặp nhất của đường tiêu hóa. U này có nguồn gốc từ tế bào Cajal và có thể xuất hiện tại bất kỳ



Siêu âm nội soi lòng ống tiêu hóa

**Mô tụy lạc chỗ**

vị trí nào của đường tiêu hóa. GIST thường thấy nhất ở dạ dày (60 - 70%), kế đến là ruột non (20 - 30%), đại tràng (5%) và thực quản (5%). U thường có dạng hình cầu hay hình thoi, thường bắt nguồn từ lớp cơ niêm hay lớp cơ. GIST cần được phân loại theo khả năng ác tính dựa trên vị trí u, kích thước u, gây triệu chứng và đếm số phân bào trên giải phẫu bệnh. GIST ở ruột non thường có khả năng ác tính cao hơn GIST ở dạ dày.

Phẫu thuật thường được chỉ định với những u GIST gây triệu chứng (đau, tắc nghẽn, chảy máu), có hạch vùng, kích thước > 2 cm và GIST ở ruột non. GIST < 2 cm có những yếu tố nguy cơ cao trên siêu âm nội soi (ranh giới không đều, có nang bên trong, loét, phản âm không đồng nhất) cũng cần được điều trị bằng phẫu thuật. Những trường hợp GIST < 2 cm có nguy cơ thấp sẽ được theo dõi bằng nội soi siêu âm nội soi mỗi 6 - 12 tháng.

**U cơ trơn ở thực quản**

U cơ trơn

U cơ trơn của đường tiêu hóa là u cơ lành tính xuất phát từ lớp cơ hay lớp cơ niêm. Hầu hết u cơ trơn xuất hiện ở thực quản, hiếm khi xuất hiện tại các vị trí khác trên đường tiêu hóa. 90% u cơ trơn thực quản được phát hiện ở 1/3 giữa và 1/3 dưới thực quản. Phẫu thuật cắt bỏ u chỉ thực hiện khi u gây triệu chứng như khó nuốt, chảy máu, tắc ruột hay thủng.

U mỡ

U mỡ là u dưới niêm thường gặp và có thể thấy ở tất cả các vị trí của ống tiêu hóa, thường gặp nhất ở đại tràng và hang vị. U mỡ do sự tích tụ của mô mỡ, trên hình ảnh nội soi thường có màu vàng và cảm giác mềm khi chạm vào bằng kèm sinh thiết. Sinh thiết u mỡ là không cần thiết khi hình ảnh nội soi điển hình. U mỡ thường không gây triệu chứng nhưng u lớn có thể gây chảy máu hay tắc ruột, cần phải phẫu thuật cắt u. U mỡ không có nguy cơ ác tính nên phẫu thuật hay theo dõi là không cần thiết nếu u không gây triệu chứng.

U thần kinh-nội tiết

U thần kinh-nội tiết của đường tiêu hóa cũng được xem là u ác tính và thường gặp ở ruột non. Một số u thần kinh-nội tiết có thể tiết ra hormone và gây ra các hội chứng lâm sàng. Tuy nhiên, hầu hết các u này được phát hiện một cách tình cờ ở trực tràng, dạ dày, tá tràng hay ruột non qua nội soi.

U thần kinh-nội tiết thường có nguồn gốc từ lớp cơ và xâm lấn vào lớp dưới niêm mạc nên có thể được chẩn đoán và sinh thiết bằng kỹ thuật nội soi thông thường. Những u này có thể được điều trị bằng các kỹ thuật cắt u qua nội soi hay phẫu thuật tùy thuộc vào kích thước, vị trí và độ biệt hóa của u.

Mô tụy lạc chỗ

Mô tụy lạc chỗ thường được phát hiện tình cờ qua nội soi dạ dày, tổn thương này thường ở hang vị phía bờ cong lớn dạ dày. Mô tụy lạc chỗ là u dưới niêm có dạng hình tròn, được bao phủ bởi niêm mạc bình thường, có lõm ở trung tâm. Tổn thương này thường không có triệu chứng nhưng đôi khi có thể gây chảy máu, đau bụng hay tắc ruột. Mô tụy lạc chỗ > 3 cm có thể gây viêm tụy cấp hay mạn tính.

Nang đôi

Nang đôi là những bất thường bẩm sinh xảy ra trong quá trình phát triển phôi thai và thường bám vào thành ống tiêu hóa hay thông? vào lòng ống tiêu hóa. Nang được lót bởi niêm mạc ống tiêu hóa có chứa các tuyến tiết nhầy và làm cho nang to lên. Nang đôi thường không gây triệu chứng nhưng có thể gây khó nuốt, đau hay chảy máu tùy thuộc vị trí của nang.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

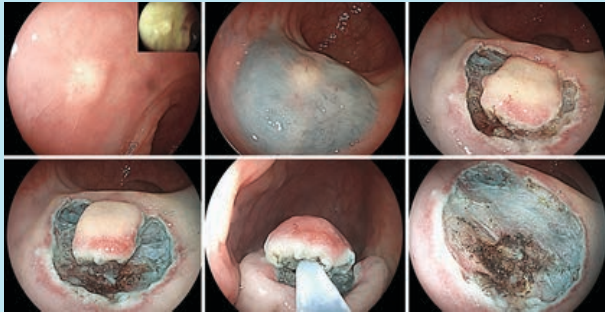
Các loại u dưới niêm như u mỡ, nang đôi và mô tụy lạc chỗ có thể được chẩn đoán dựa trên hình ảnh nội soi và không cần phải sinh thiết. Tuy nhiên, các loại u khác như GIST, u cơ trơn và các loại u có nguy cơ ác tính cần được sinh thiết hoặc cắt u để chẩn đoán và xác định khả năng ác tính. U dưới niêm thường nằm sâu bên dưới niêm mạc, xuất phát từ lớp dưới niêm hay lớp cơ nên lấy mô sinh thiết tương đối khó khăn. Nhiều kỹ thuật được sử dụng để chẩn đoán như sinh thiết tiêu chuẩn, sinh thiết bằng kèm lớn, cắt một phần u, sinh thiết đào, chọc hút bằng kim nhỏ hay sinh thiết bằng kim qua siêu âm nội soi, cắt bỏ niêm mạc qua nội soi hay phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi, phẫu thuật...

Cắt bỏ niêm mạc qua nội soi

Cắt bỏ niêm mạc qua nội soi được sử dụng để cắt những u niêm mạc và dưới niêm có đường kính đến 2 cm. Cắt bỏ niêm mạc không những có thể cắt những khối u dưới niêm mà còn có giá trị cao khi chẩn đoán. Tuy nhiên, khi sử dụng kỹ thuật này cần thận trọng khi cắt những khối u xuất phát từ lớp cơ vì có các nguy cơ như thủng, chảy máu hay còn sót u. Do đó, kỹ thuật này chỉ nên chỉ định trong chẩn đoán và điều trị u dưới niêm xuất phát từ lớp cơ-niêm hay dưới niêm, không nên sử dụng đối với u dưới niêm có nguồn gốc từ lớp cơ hay u ở tá tràng.

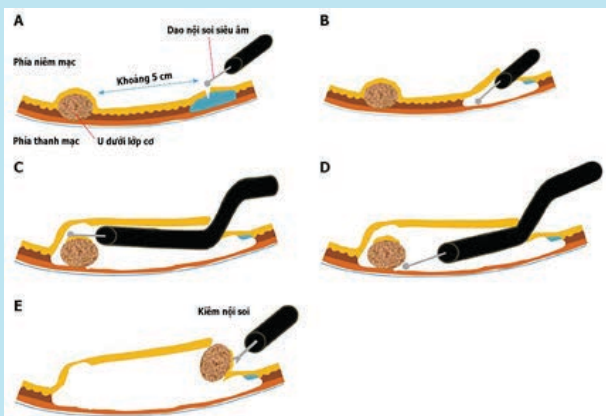
Phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi

Cắt Phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi có thể được sử dụng để chẩn đoán và điều trị u dưới niêm. Kỹ thuật này có thể thực hiện cho các u xuất phát từ lớp cơ hay u dưới niêm ác tính. Cắt dưới niêm mạc có thể cắt những u dưới niêm to hơn 2 cm nhưng đây là kỹ thuật khó, thời gian kéo dài và nguy cơ tai biến cao khi u trên 5 cm.



Cắt bỏ u nội soi qua đường hầm dưới niêm mạc

Kỹ thuật tạo đường hầm dưới niêm mạc đầu tiên được sử dụng ở thực quản để cắt cơ vòng thực quản dưới



Cắt bỏ u nội soi qua đường hầm dưới niêm mạc



Phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi điều trị u dưới niêm

điều trị chứng co thắt tâm vị. Sau đó kỹ thuật này được sử dụng để cắt u dưới niêm xuất phát từ lớp cơ ở thực quản và tâm vị. Kỹ thuật này bao gồm các bước: tạo đường cắt rạch niêm mạc cách tổn thương ít nhất 5 cm, sau đó ống soi được đưa vào lớp dưới niêm mạc và tiến dần đến u dưới niêm, tiếp theo sẽ cắt u dưới niêm bằng kỹ thuật phẫu tích cắt dưới niêm mạc (ESD) và cuối cùng là đóng khâu lại đường cắt niêm mạc sau khi đã cắt trọn u.

Cắt toàn bề dày thành ống tiêu hóa qua nội soi.

Kỹ thuật cắt toàn bề dày thành ống tiêu hóa có khả năng thực hiện và đảm bảo lấy trọn u. Cắt toàn bề dày thành ống tiêu hóa có thể thực hiện hoàn toàn qua nội soi. Kỹ thuật này có thể thực hiện với những u dưới niêm to đến 4 cm và ở những vị trí khó như phình vị hay phần cao của thân vị.

Các kỹ thuật cắt nội soi qui ước ví dụ như cắt bỏ niêm mạc nội soi hay phẫu tích dưới niêm mạc nội soi là những công cụ mạnh trong điều trị các u tân sinh đường tiêu hóa. Tuy vậy, các kỹ thuật nói trên chỉ giới hạn ở các lớp nông của thành ống tiêu hóa.

Tuy nhiên có những trường hợp ví dụ như các u dưới niêm xuất phát từ lớp cơ hay xâm lấn vào lớp cơ, nhất là u GIST, cần được lấy trọn u. Khi đó có thể sử dụng kỹ thuật cắt toàn bề dày thành ống tiêu hóa



qua nội soi với khâu đóng lỗ thủng ở thành ống tiêu hóa bằng các dụng cụ chuyên biệt hay phối hợp với phẫu thuật nội soi. Kỹ thuật này hiện đang dần trở thành thường quy trong lâm sàng, nó không chỉ là một công cụ mạnh cho chẩn đoán mô học mà còn có khả năng dành cho điều trị phẫu thuật trong các trường hợp chọn lọc.

Phẫu thuật

Phẫu thuật cắt u, cắt dạ dày không điển hình hay cắt đoạn ống tiêu hóa chứa khối u được sử dụng khi các kỹ thuật điều trị qua nội soi thất bại do u lớn, vị trí khó, u có nguy cơ ác tính và có di căn hạch.

KHUYẾN CÁO

1. U GIST ở dạ dày và đại tràng có kích thước trên 2 cm và có nguy cơ cao cần được điều trị bằng phẫu thuật.
2. Nội soi siêu âm cần được sử dụng để chẩn đoán và theo dõi u dưới niêm (nhất là u dưới niêm < 2 cm).
3. U cơ trơn không có triệu chứng không cần phải theo dõi và điều trị qua nội soi.
4. U mỡ không cần phải theo dõi và điều trị qua nội soi trừ khi có triệu chứng.
5. U dưới niêm xuất phát từ lớp cơ cần được sinh thiết bằng chọc hút kim nhỏ. (FNA)
6. U dưới niêm có nguy cơ ác tính cần được cắt bỏ qua nội soi hay phẫu thuật tùy thuộc vào bản chất u, kích thước và vị trí u.

Các thuật ngữ Việt-Anh sử dụng trong bài viết: Cắt bỏ niêm mạc qua nội soi / Endoscopic mucosal resection –EMR); Cắt bỏ u ngả nội soi qua đường hầm dưới niêm mạc / Submucosal tunneling endoscopic resection; Cắt toàn bề dày thành ống tiêu hóa qua nội soi / Endoscopic full-thickness resection - EFTR; Chọc hút kim nhỏ qua siêu âm nội soi / Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration; Mô tụy lạc chỗ / Aberrant pancreatic tissue; Nang đôi / Duplication cyst; Cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi / Endoscopic submucosal dissection – ESD; Siêu âm nội soi / Endoscopic ultrasonography; U cơ trơn / Leiomyoma; U dưới niêm đường tiêu hóa / Gastrointestinal submucosal tumor; U mô đệm đường tiêu hóa / Gastrointestinal stromal tumor – GIST; U mỡ / Lipoma; U thần kinh-nội tiết / Neuroendocrine tumor.

01

YÊU THƯƠNG TRAO GỬI LONG AN

Vào ngày 14/10/2018, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM (BV ĐHYD) đã có chuỗi hoạt động khám bệnh từ thiện cho người dân trên địa bàn hai xã Hữu Thạnh và Tân Phú, thuộc huyện Đức Hòa, tỉnh Long An. Đội ngũ hơn 30 bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên y tế của Bệnh viện đã dành một ngày Chủ nhật thật ý nghĩa cho người dân nơi đây.

Những năm qua, đoàn thiện nguyện BV ĐHYD đã nhiều lần về mảnh đất Tây Nam Bộ xinh đẹp này. Nhưng sự nồng hậu và gần gũi của người dân nơi đây luôn làm chúng tôi cảm thấy ấm áp mỗi lần trở lại. Khi đoàn đến nơi, hàng trăm bà con đã xếp hàng chờ đợi được khám, gương mặt ai cũng ánh lên niềm vui háo hức. Với sự hỗ trợ của chính quyền và Đoàn Thanh niên xã, buổi khám bệnh từ thiện diễn ra thành công tốt đẹp với gần 500 lượt người dân được khám bệnh và phát thuốc miễn phí. Bên cạnh đó, đoàn còn trao tặng nhiều phần quà có giá trị để chăm lo đời sống cho bà con.



Tại điểm khám bệnh ở trường THCS Lê Quang Thắm, xã Hữu Thạnh, Đức Hòa, Bác Dương - 70 tuổi, tay ôm gói quà và thuốc vừa được phát, móm mém cười nói: "Nghe tin đoàn bác sĩ BV ĐHYD xuống đây khám bệnh và phát thuốc, phát quà miễn phí, tui mừng lắm nên từ sáng đã dậy rất sớm, kêu thằng cháu trai chở ra khám cho bằng được."

Ông Trần Văn Hùng – Trưởng phòng Công tác xã hội BV ĐHYD cho biết: "Những nụ cười nồng hậu, những cái nắm tay thân thiện của bà con chính là động lực để đội ngũ bác sĩ, nhân viên y tế BV ĐHYD quay trở lại mảnh đất Long An đậm tình nghĩa. Lắng nghe những chia sẻ chân thật của bà con nơi đây, đoàn chúng tôi cảm thấy thật ấm lòng vì những hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng của mình đã đem lại niềm vui và ý nghĩa thiết thực."

02

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NGOẠI KHOA & PHẪU THUẬT NỘI SOI VIỆT NAM NĂM 2018 - "XÂM LẤN TỐI THIỂU - ĐIỀU TRỊ TỐI ĐA" (NGÀY 05-06/10/2018)

Ngày 05-06/10/2018, Hội Ngoại khoa Việt Nam và Hội Phẫu thuật Nội soi và Nội soi Việt Nam tổ chức Hội nghị khoa học Ngoại khoa và Phẫu thuật Nội soi Việt Nam năm 2018 với chủ đề "Xâm lấn tối thiểu – Điều trị tối đa" tại Trung tâm Hội nghị GEM Center (Số 8 Nguyễn Bình Khiêm, Q.1, TPHCM). Bệnh viện Đại học Y Dược (BV ĐHYD) lần thứ II được chọn là đơn vị đăng cai tổ chức sự kiện này. Trước đó, vào ngày 04/10 và sáng ngày 05/10/2018, các hội thảo tiền hội nghị và các phiên đào tạo y khoa liên tục (CME) diễn ra tại BV ĐHYD, Bệnh viện Bình Dân và Bệnh viện Từ Dũ.

Đây là diễn đàn khoa học uy tín,

được tổ chức thường niên dành cho các bác sĩ ngoại khoa, điều dưỡng, nhân viên y tế trong và ngoài nước nhằm công bố kết quả nghiên cứu khoa học, cùng nhau trao đổi, chia sẻ kinh nghiệm. Hội nghị lần này vinh dự được đón tiếp PGS TS. Nguyễn Thị Xuyên – Chủ tịch Tổng hội Y học Việt Nam; GS TS BS. Trần Bình Giang – Chủ tịch Hội Phẫu thuật nội soi – Nội soi Việt Nam, Chủ tịch Hội Ngoại khoa Việt Nam – Giám đốc Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức; PGS TS BS. Phạm Như Hiệp – Phó Chủ tịch Hội Phẫu thuật nội soi – Nội soi Việt Nam, Phó Chủ tịch Hội Ngoại khoa Việt Nam – Giám đốc Bệnh

viện Trung Ương Huế; PGS TS BS. Nguyễn Hoàng Bắc - Phó Chủ tịch Hội Phẫu thuật nội soi – Nội soi Việt Nam - Phó Chủ tịch Hội Ngoại khoa Việt Nam – Chủ tịch hội nghị - Giám đốc BV ĐHYD, BS. Trương Thị Xuân Liễu – Chủ tịch Hội Y học TPHCM, GS TS. Nguyễn Tấn Bình – Giám đốc Sở Y tế và hơn 1.500 đại biểu tham dự.

Hội nghị năm nay với chủ đề "Xâm lấn tối thiểu – Điều trị tối đa". Đây cũng là kim chỉ nam cho sự phát triển của ngành ngoại khoa nhằm đem lại hiệu quả điều trị tối ưu cho người bệnh. Trong 02 ngày diễn ra hội nghị chính thức, hơn 200 bài báo cáo được



trình bày bởi các báo cáo viên đến từ 45 bệnh viện trên cả nước và nước ngoài. Nội dung hội nghị rất đa dạng, bao quát trên nhiều lĩnh vực như Chấn thương chỉnh hình, Ngoại Nhĩ, Ngoại Gan - Mật - Tụy, Ngoại Tiêu hóa, Lồng ngực mạch máu, Sản phụ khoa, Ngoại Tiết niệu, Hậu môn trực tràng... Những đề tài báo cáo, những công trình nghiên cứu và kinh nghiệm được chia sẻ trong Hội nghị lần này có ý nghĩa lớn trong việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và thực hành lâm sàng trên quy mô cả nước.

PGS TS BS. Nguyễn Hoàng Bắc chia sẻ: “BV ĐHYD rất vinh dự lần thứ II được chọn là đơn vị đăng cai tổ chức Hội nghị khoa học Ngoại Khoa và Phẫu thuật Nội soi Việt Nam. Đã tròn mười năm kể từ lần đầu tiên BV ĐHYD đăng cai tổ chức Hội nghị Ngoại khoa và Phẫu thuật Nội soi toàn quốc. Mười năm qua, ngành Ngoại khoa nói chung và chuyên ngành Phẫu thuật Nội soi tại Việt Nam nói riêng đã phát triển vượt bậc. Phẫu thuật nội soi không còn là một kỹ thuật chỉ có tại các bệnh viện tuyến trên mà đã “phủ sóng” rộng khắp đến các

bệnh viện tuyến tỉnh, quận, huyện. Phẫu thuật nội soi dần đã trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn và thường quy đối nhiều bệnh lành tính cũng như ác tính với chỉ định ngày càng mở rộng và ưu điểm ngày càng được chứng minh. Bên cạnh đó, nhiều bệnh viện đã thực hiện được ghép tạng (gan, phổi, tim, thận...), ghép đa tạng. Phẫu thuật Robotic cũng đã được triển khai tại một số bệnh viện. Những thành tựu của ngành Ngoại khoa đã đem lại nhiều lợi ích thiết thực, cũng như mở ra nhiều hy vọng sống mới cho người bệnh.”

03

KHÁM BỆNH CHO MẸ VIỆT NAM ANH HÙNG TẠI HUYỆN HÓC MÔN TPHCM

Nhân ngày Phụ nữ Việt Nam 20/10/2018, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM (BV ĐHYD) phối hợp với Phòng Lao động - Thương binh và Xã hội huyện Hóc Môn tổ chức khám sức khỏe tại nhà cho 07 Mẹ Việt Nam Anh Hùng đang sinh sống trên địa bàn huyện Hóc Môn, TPHCM. Hiện nay các Mẹ đã tuổi già sức yếu, vì vậy việc tự đến các cơ sở khám chữa bệnh trở nên khó khăn

hơn. Hiểu được những khó khăn đó cũng như với sự quan tâm và lòng biết ơn sâu sắc công lao của các Mẹ trong sự nghiệp bảo vệ Tổ quốc thiêng liêng, đội ngũ y bác sĩ, nhân viên Bệnh viện đã trực tiếp đến chăm sóc sức khỏe tận nhà và cấp thuốc cho các Mẹ.

Phụng dưỡng các Mẹ là chuỗi hoạt động “Đền ơn đáp nghĩa” mà Bệnh viện luôn duy trì thường xuyên trong



sốt nhiều năm qua nhằm chăm sóc sức khỏe và tạo thêm niềm vui cuộc sống cho các Mẹ. Có trực tiếp chăm

sóc, trò chuyện với những “Người làm nên lịch sử”, chúng tôi càng cảm thấy ý nghĩa hơn với những gì đang

làm. Yêu thương từ đây, phấn đấu cho sự nghiệp chăm sóc sức khỏe toàn dân cũng bắt đầu từ đây.

04

“ĐÔI TAY SẠCH - LIỀU THUỐC CHO SỨC KHỎE”

Hưởng ứng “Ngày Thế giới Rửa tay với Xà phòng - 15/10”, Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM (BV ĐHYD) tổ chức chương trình “Đôi tay sạch - Liều thuốc cho sức khỏe” và ngày hội “Món ăn ngon từ đôi tay sạch” vào ngày 26/10/2018. Ngày hội diễn ra trong không khí sôi nổi với phần tham gia hào hứng của hơn 250 cán bộ viên chức Bệnh viện, người bệnh và người nhà người bệnh.

Đến với ngày hội, bên cạnh các trò chơi sôi nổi như “vòng quay may mắn”, các gian hàng tìm hiểu về công dụng

của nước sát khuẩn tay nhanh, tất cả thành viên tham gia còn được hướng dẫn và thực hành các bước rửa tay sạch đúng cách trước khi tham gia hoạt động thú vị nhất chương trình là tự tay làm com cuộn.

Chia sẻ tại chương trình, Cô Vương Minh Nguyệt – Phòng Điều dưỡng BV ĐHYD đã có những cảm nghĩ sau: “Mỗi năm vào các ngày 05/05 và 15/10, các phong trào “Vệ sinh tay” luôn nhận được sự hưởng ứng của toàn thể nhân viên Bệnh viện. Đến với chương trình “Đôi tay sạch - Liều thuốc cho sức khỏe”, nhân viên Bệnh viện tham gia rất nhiệt tình rửa tay trước

khi chuẩn bị món com cuộn, đặt trong hộp com nổi bật những màu sắc vui tươi. Mỗi nhân viên BV ĐHYD đều nhận thức việc “Vệ sinh tay” là không thể thiếu trong hoạt động hàng ngày. Đó chính là nền tảng giúp nâng cao sức khỏe cuộc sống và chất lượng chăm sóc người bệnh”

Cô Lê Thị Anh Đào – Điều dưỡng Trưởng khoa Lồng ngực - Mạch máu – Tiết niệu cũng chia sẻ: “Chương trình Vệ sinh tay năm nay rất bổ ích cho cộng đồng, đặc biệt là trong chế biến thực phẩm. Rửa tay trước khi ăn và trước khi chế biến thực phẩm là hành động vô cùng quan trọng. Mỗi người



chúng ta cần phải hình thành thói quen này trong cuộc sống hằng ngày”

Chương trình khép lại với những khoảnh khắc vui tươi, những nụ cười rạng rỡ của tất cả mọi người, kèm theo những món quà xinh xắn từ chương trình. Quan trọng hơn là những thông điệp giúp cho mọi người hiểu rõ về tầm quan trọng của việc vệ sinh tay, nâng cao nhận thức về ý nghĩa của việc vệ sinh tay trong vệ sinh an toàn thực phẩm cho nhân viên y tế, nhân viên chế biến thực phẩm, người bệnh, người nhà người bệnh và khách đến thăm Bệnh viện.

05

XÃ VỊ THỦY – CHUYẾN ĐI CỦA NHỮNG TẤM CHÂN TÌNH

Ngày 08-09/09/2018, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM (BV ĐHYD) tổ chức chương trình khám chữa bệnh miễn phí và tặng quà cho hơn 500 hộ gia đình chính sách, hộ nghèo, cận nghèo và các gia đình có hoàn cảnh khó khăn tại huyện Vị Thủy, tỉnh Hậu Giang. Từng vòng xe bon bon trên đường mang theo sự háo hức, phấn khởi của cả Đoàn. Hơn bốn tiếng đồng hồ vượt qua những chặng đường chông chênh, quanh co, xã Vị Thủy ế ắp hiện ra với khung cảnh đồng quê yên bình mang đậm hương lúa thơm mát, xua tan hết những mệt mỏi của Đoàn chúng tôi.

Thừa hưởng vùng đất trù phú và mệnh mông nên quanh năm người dân của Vị Thủy cứ bán mặt cho đất, bán lưng cho trời nhằm duy trì và phấn đấu cho cái nghề cái nghiệp mà cha ông để lại. Dẫu vậy, cái nghèo khó và gian nan không làm cho sự hiền hòa và chân thành của họ bị lu mờ.

Cô Hoàng Thị Ngọc, một người dân Vị Thủy xúc động chia sẻ: “Nghe tin Đoàn BV ĐHYD đến khám chữa bệnh miễn phí, cả xã chúng tôi rất vui mừng. Các bác sĩ đối xử và chăm sóc với chúng tôi như một người thân trong gia đình. Thấy họ cực nhọc, mồ hôi

nhễ nhảy nhưng vẫn luôn tươi cười và ân cần với chúng tôi, điều đó làm cho chúng tôi thật sự rất cảm kích. Tôi thật sự cảm ơn tấm chân tình của các bác sĩ và anh chị em của Đoàn, chỉ mong muốn cho họ ngày càng mạnh khỏe để có thể giúp đỡ và chăm lo sức khỏe cho nhiều người hơn nữa”

Đây không phải là lần đầu tiên BV ĐHYD đến với Vị Thủy, nhưng hơn 25 con người chúng tôi lại không khỏi bất ngờ và xúc động với sự chất phát, hiền lành và khó khăn của người dân nơi đây. Còn tấm chân tình ở đây, chỉ cần Vị Thủy cần, chúng tôi sẽ lại đến.





HỎI

Cho em hỏi là em đã làm tiểu phẫu cắt bao quy đầu được 4 ngày rồi,

nhưng chỗ dây thừng vẫn còn sưng thì có gì bất thường không ạ? Nếu không có gì bất thường thì khoảng bao lâu chỗ dây thừng sẽ hết sưng? Em xin cảm ơn.

Phamthanhluan@...

ĐÁP

Sau cắt bao quy đầu, bạn hãy tuân thủ theo hướng dẫn của nhân viên phòng tiểu phẫu của Bệnh viện Đại Học Y Dược về chăm sóc, toa thuốc. Thông thường chỉ cần 7-10 ngày là tốt rồi. Tuy nhiên lành sớm hay muộn còn tùy thuộc vào kỹ thuật và thuốc tê sử dụng. Nếu còn gì lo lắng, bạn nên đến khám tại phòng khám Nam khoa để được đánh giá về quá trình lành sẹo.

ThS BS Nguyễn Văn Học
Phòng khám Nam khoa



HỎI

Chào bác sĩ

Ba em 58 tuổi, bị thoái hóa cổ và gai

cột sống cổ và vai, em có thể mua thuốc gì cho ba uống để bổ sung chất sụn và giảm đau nhức thưa bác sĩ. Cảm ơn bác sĩ.

thuyne2685@...

ĐÁP

Chào bạn, thoái hóa cột sống là tình trạng thoái hóa của nhiều cấu trúc của cột sống như sụn khớp, xương dưới sụn, dây chằng quanh cột sống... chứ không đơn thuần là sụn khớp. Vì vậy các thuốc chỉ hỗ trợ giúp giảm phần nào sự đau nhức và thoái hóa. Điều quan trọng cần làm đó là sinh hoạt hợp lý, không quá sức... và tập luyện thể dục thể thao đúng cách. Bạn nên đưa ba đến khám để các bác sĩ có thể khám và tư vấn kỹ hơn trường hợp của ba bạn nhé. Thân chào bạn.

ThS BS Mai Thanh Việt
Phòng khám Xương khớp



HỎI

Thưa bác sĩ,

Cháu đã đi cắt bao quy đầu ở cơ sở 1 của Bệnh

viện Đại học Y Dược TPHCM, đến nay vừa được 5 ngày. Khi đi tiểu, cuối dòng tiểu lại bắn toé sang trái, có khi bắn ngược lên phía rãnh đầu khấc trái. Khi mắc tiểu nhiều nếu cháu rặn mạnh thì dòng tiểu phun thẳng nhưng đến cuối dòng lượng nước tiểu ít thì lại xảy ra hiện tượng như trên. Cho cháu hỏi, hiện tượng này có bình thường đối với người cắt bao quy đầu không ạ?

Cháu cảm ơn bác sĩ!

thecuong2104@...

ĐÁP

Hiện tượng trên là do băng quấn chặt làm hẹp đường ra của nước tiểu. Cắt bao quy đầu không gây tổn thương cho đường tiểu nên bạn yên tâm.

ThS BS Nguyễn Văn Học
Phòng khám Nam khoa



K

3 - 25

IẾN THỨC Y KHOA

- 3 Xuất huyết tiêu hóa trên
- 8 Bệnh Moyamoya
Một nguyên nhân hàng đầu của đột quỵ ở người trẻ
- 12 Xuất huyết tiêu hóa dưới
- 17 Điều trị phình động mạch chủ
bằng can thiệp nội mạch đặt ống ghép
- 22 U dưới niêm đường tiêu hóa

S

26 - 29

Ự KIẾN - HOẠT ĐỘNG

- Yêu thương trao gửi Long An
- Hội nghị khoa học ngoại khoa & phẫu thuật nội soi
Việt Nam năm 2018 - "Xâm lấn tối thiểu - Điều trị tối đa"
(ngày 05-06/10/2018)
- Khám bệnh cho mẹ Việt Nam anh hùng tại
huyện Hóc Môn TPHCM
- "Đôi tay sạch - Liều thuốc cho sức khỏe"
- Xã Vị Thủy – Chuyển đi của những tấm chân tình

MỤC LỤC

SỐNG KHỎE BVĐHYD TPHCM

30 - XUẤT BẢN T11/2018



Hội đồng cố vấn
PGS BS Nguyễn Mậu Anh

Chủ biên
PGS TS BS Nguyễn Hoàng Bắc

Chịu trách nhiệm biên soạn
PGS TS BS Trương Quang Bình
PGS BS Nguyễn Mậu Anh
TS BS Nguyễn Hữu Thịnh
PGS TS BS Bùi Hồng Thiên Khanh
PGS TS BS Lê Minh Khôi

Thực hiện và phát hành
Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM
Địa chỉ: 215 Hồng Bàng, Q. 5, TPHCM
ĐT: (028) 3855 4269
Fax: (028) 3950 6126
Website: www.bvdaihoc.com.vn
Email: bvdhyd@umc.edu.vn

Thiết kế
Công ty CP TM DV QC TV TK TT Nam Á

Thư từ, bài vở, góp ý xin gửi về
khoahocdaotao@umc.edu.vn
Giấy phép xuất bản số 07/GP-STTTT
ngày 29 tháng 1 năm 2019

In 5.000 cuốn, khổ 20 x 28 cm
Chế bản và in tại Công ty TNHH MTV In Quân đội 2
65 Hồ Văn Huê, P. 9, Q. Phú Nhuận

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM

215 Hồng Bàng, P.11, Q.5, TPHCM

ĐT: (028) 3855 4269 - Fax: (028) 3950 6126

Website: www.bvdaihoc.com.vn

