

# THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

PGS.TS. Phạm Đức Huân, BSKII. Đỗ Việt Hùng

## MỤC TIÊU

1. Trình bày được giải phẫu bệnh lý thùng ổ loét dạ dày-tá tràng.
2. Trình bày được triệu chứng và chẩn đoán thùng ổ loét dạ dày-tá tràng.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị thùng ổ loét dạ dày tá tràng.

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Thùng ổ loét dạ dày-tá tràng là một biến chứng của loét dạ dày-tá tràng và là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Từ 1976-1990, tại Bệnh viện Việt Đức, có 1126 bệnh nhân mổ thùng ổ loét dạ dày-tá tràng (chiếm 6,57% cấp cứu bụng). Trong những năm gần đây, nhờ sự hiểu biết sâu về bệnh sinh và vai trò của vi khuẩn *Helicobacte pylory*, việc điều trị bệnh loét dạ dày-tá tràng đạt kết quả cao nên biến chứng của loét dạ dày-tá tràng, trong đó có thùng ổ loét dạ dày-tá tràng đã giảm rõ rệt. Chẩn đoán thùng ổ loét dạ dày-tá tràng thường sớm và dễ vì các triệu chứng thường điển hình, rõ ràng. Điều trị bệnh cũng đã có những thay đổi và tiến bộ quan trọng. Do những hiểu biết sâu về cơ chế bệnh sinh của bệnh nên phẫu thuật chủ yếu là khâu lỗ thùng dạ dày và điều trị bệnh loét sau mổ đã mang lại kết quả tốt và tránh được các biến chứng sớm và muộn của phẫu thuật cắt dạ dày và cắt thần kinh X. Ngày nay, phẫu thuật nội soi khâu thùng dạ dày-tá tràng đã được áp dụng ở hầu hết các bệnh viện tỉnh. Các kết quả nghiên cứu đã cho thấy đây là phương pháp phẫu thuật ít xâm hại, có nhiều ưu điểm so với mổ mở.

### 1.1. Đặc điểm dịch tễ học

- Giới: nam giới gặp nhiều hơn nữ giới. Kết quả các nghiên cứu có khác nhau nhưng đa số thấy rằng nam chiếm khoảng 90% và nữ chiếm khoảng 10%.
- Tuổi: gặp nhiều nhất là độ tuổi từ 20-40, chiếm khoảng 40%. Trẻ nhất là 16 tuổi, già nhất là 81 tuổi. Loét ít gặp ở trẻ em nên cũng ít thấy thùng.

### 1.2. Các yếu tố thuận lợi

- Mùa rét bệnh gặp nhiều hơn, nhất là vào dịp thời tiết thay đổi từ nóng chuyển sang lạnh hoặc lạnh chuyển sang nóng.
- Thùng ổ loét có thể xảy ra bất cứ thời điểm nào, thùng hay xảy ra ngay sau bữa ăn hoặc sau ăn vài giờ. Thùng càng gần bữa ăn thì ổ bụng càng bần và càng nhanh dẫn đến viêm phúc mạc.
- Các chấn thương tinh thần, sau phẫu thuật lớn, sang chấn về tâm lý, tình cảm có thể là yếu tố thuận lợi gây thùng.



- Sử dụng các thuốc giảm đau không steroid, cortison lâu dài để điều trị các bệnh mạn tính cũng là các yếu tố nguy cơ gây thủng.

## **2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ**

### **2.1. Lỗ thủng**

Thường có một lỗ thủng, ít khi có 2 hay nhiều lỗ thủng. Vị trí ổ loét thủng gặp ở tá tràng nhiều hơn ở dạ dày. Ổ loét thủng thường ở mặt trước hành tá tràng và bờ cong nhỏ. Lỗ thủng nhiều khi phù nề, co kéo và viêm dính. Các ổ loét ở mặt sau dạ dày-tá tràng có thể không thủng vào ổ bụng mà thủng vào hậu cung mạc nối hoặc sau phúc mạc cho nên khi thăm dò nếu không thấy lỗ thủng mặt trước, phải mở mạc nối dạ dày-dạ tràng đi vào hậu cung mạc nối để tìm lỗ thủng ở mặt sau.

Lỗ thủng có thể ở một ổ loét non hoặc ổ loét đã xơ chai. Lỗ thủng ổ loét dạ dày thường có kích thước lớn hơn ở tá tràng và thường thấy ở bờ cong nhỏ.

### **2.2. Tình trạng ổ bụng**

Tình trạng ổ bụng sạch hay bẩn tùy theo bệnh nhân đến sớm hay muộn, thủng xa hay gần bữa ăn, lỗ thủng to hay nhỏ và tùy theo vị trí lỗ thủng, ổ loét có gây hẹp môn vị không.

Khi thủng, hơi và dịch tiêu hóa và thức ăn sẽ tràn vào ổ bụng ổ bụng. Lúc đầu, dịch tràn vào tầng trên mạc treo đại tràng ngang rồi theo rãnh đại tràng xuống vùng chậu hông, túi cùng Douglas và sau đó tràn ra khắp ổ bụng.

Trong những giờ đầu, dịch ổ bụng chưa nhiễm khuẩn có màu trắng đục hay vàng nhạt. Dịch thường loãng nhưng cũng có khi là dịch nhầy, sánh, thường có lẫn các mảnh thức ăn nát vụn hoặc mảnh rau chưa tiêu hết. Sau một thời gian ngắn, chừng 12-24 giờ, dịch ổ bụng sẽ nhiễm khuẩn và thành mủ, trong bụng có nhiều giả mạc dính vào các tạng, các quai ruột, nhiều nhất ở xung quanh lỗ thủng.

Ở những bệnh nhân thủng ổ loét đã gây hẹp môn vị, ổ bụng thường có rất nhiều nước nâu đen, bẩn, lẫn với nhiều thức ăn cũ chưa được tiêu hóa. Dịch ổ bụng nhanh chóng bị nhiễm khuẩn và bệnh nhân nhanh chóng bị viêm phúc mạc nhiễm khuẩn, nhiễm độc. Đối với những trường hợp thủng ổ loét mặt sau dạ dày, dịch dạ dày chảy vào hậu cung mạc nối và qua khe Winslow chảy vào ổ bụng, nên khi mổ bụng có thể không thấy dịch.

### **2.3. Chẩn đoán**

#### **2.3.1. Triệu chứng lâm sàng**

##### **2.3.1.1. Triệu chứng cơ năng**

Đau bụng: đau bụng thường xuất hiện đột ngột, dữ dội vùng thượng vị. Người ta thường dùng cụm từ "đau như dao đâm" để mô tả tính chất đau. Bệnh



nhân bị đau dữ dội nên thường gặp người về phía trước khi đi, hai chân ép vào bụng khi nằm, vẻ mặt hốt hoảng, toát mồ hôi, chi lạnh.

Vị trí đau thường là vùng mũi ức, trên rốn, có thể ở giữa bụng hoặc chéo sang phải chút ít. Triệu chứng này gặp trên 80% trường hợp. Đây là triệu chứng rất có giá trị chẩn đoán.

Nôn: bệnh nhân có thể có nôn hoặc buồn nôn. Khoảng 15% bệnh nhân có nôn. Nôn ra dịch nâu đen nếu có hẹp môn vị, ít khi có nôn ra máu nhưng nếu có thì là trường hợp rất nặng, tiên lượng xấu, cần xử lý kịp thời.

Bí trung đại tiện: ít có giá trị vì là dấu hiệu muộn, khi đã có viêm phúc mạc toàn thể làm liệt ruột.

Tiền sử loét dạ dày tá tràng: đa số bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày tá tràng nhiều năm. Ở một số bệnh nhân, thủng dạ dày là dấu hiệu đầu tiên của bệnh.

#### 2.3.1.2. Triệu chứng thực thể

Nhìn: bệnh nhân thở nông, bụng nằm im không di động theo nhịp thở, bệnh nhân hoàn toàn thở bằng ngực, có khi bụng hơi chướng. Hai cơ thẳng to nổi rõ, các vách cân ngang cắt thành từng múi. Ở hai bên thành bụng thấy rõ nếp chéo của hai cơ chéo.

Sờ nắn bụng thấy thành bụng co cứng và đau. Dấu hiệu co cứng thành bụng thường điển hình, khi sờ nắn có cảm giác như sờ vào một mảnh gỗ. Triệu chứng này xuất hiện rất sớm cùng lúc với đau. Dấu hiệu co cứng thành bụng bao giờ cũng có và có giá trị bậc nhất trong chẩn đoán. Nhà ngoại khoa nổi tiếng Henri Mondor nói rằng: "khi thủng dạ dày, triệu chứng co cứng thành bụng bao giờ cũng gặp. Không những thế, triệu chứng này bao giờ cũng ở mức độ rất rõ ràng". Chỉ có một số ít bệnh nhân, triệu chứng này nhẹ, biểu hiện không rõ trong trường hợp bệnh nhân nghiện thuốc phiện hoặc đã dùng morphin. Do đó, không được tiêm morphin cho các bệnh nhân nghi là thủng dạ dày-tá tràng vì sẽ làm mất đi dấu hiệu quan trọng nhất này.

Gõ bụng: bệnh nhân nằm ngửa hoặc tư thế nửa nằm nửa ngồi và gõ bụng thấy mất vùng đục trước gan vì với tư thế đó hơi sẽ lách lên cao vào dưới cơ hoành và trước gan. Trong trường hợp dạ dày chứa nhiều dịch và có một lỗ thủng to, dịch chảy xuống thấp, gõ sẽ thấy đục hai bên mạng sườn và hố chậu. Dịch ổ bụng là do dịch của dạ dày chảy vào ổ bụng và do viêm viêm, xuất tiết của màng bụng.

Thăm trực tràng, âm đạo thấy túi cùng Douglas phồng và đau. Đây là dấu hiệu của viêm phúc mạc.



### 2.3.1.3. Toàn thân

Trong ít phút, một số bệnh nhân có dấu hiệu sốc thoáng qua: mặt xanh xám, lo âu, sợ hãi, toát mồ hôi, mũi và đầu chi lạnh, thân nhiệt hạ thấp dưới  $37^{\circ}\text{C}$ , mạch nhanh nhỏ. Dấu hiệu sốc thoáng qua và tình trạng toàn thân trở lại bình thường, mạch, huyết áp ổn định.

Nếu đến muộn, bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng do viêm phúc mạc nhiễm khuẩn. Sốt cao  $39-40^{\circ}$  độ, vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn, mạch nhanh, huyết áp có thể tụt, có thể có tình trạng sốc thực sự do nhiễm khuẩn.

### 2.3.2. Cận lâm sàng

*X quang soi hoặc chụp bụng không chuẩn bị:* trên màn hình X quang thấy cơ hoành di động kém. Hình ảnh chủ yếu là xuất hiện những bóng sáng dưới cơ hoành ở tư thế đứng, hình liềm hơi nằm giữa mặt lõm cơ hoành ở trên và mặt lồi của gan ở dưới. Bên trái thì nằm giữa cơ hoành trái và túi hơi dạ dày. Có khi chỉ có ở bên phải, có khi có cả hai bên, ít khi chỉ thấy đơn thuần bên trái. Nếu không thể chụp được ở tư thế đứng, thì chụp ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái đặt bóng chụp ngang sẽ thấy hơi nằm giữa thành bụng và gan hoặc ở tư thế nằm nghiêng thấy hơi nằm dưới thành bụng. Liềm hơi có khi lớn 2-3 cm hay hơn nhưng cũng có khi rất bé, mỏng chỉ vài mm. Hình ảnh hơi tự do trong ổ bụng có khoảng 80% trong các trường hợp chụp bụng không chuẩn bị. Khi thấy có hơi tự do trong ổ bụng là dấu hiệu chắc có thủng dạ dày-tá tràng. Tuy nhiên, khi không thấy dấu hiệu này thì cũng không loại trừ được (hình 4.1).

*Siêu âm bụng:* siêu âm ổ bụng có thể thấy đường tăng âm với sự phản âm phía sau nằm giữa bờ gan và mặt sau của thành bụng. Siêu âm còn giúp phát hiện được dịch ổ bụng, đặc biệt là ở dưới gan, rãnh đại tràng và túi cùng Douglas.

*Chụp cắt lớp vi tính:* chụp cắt lớp vi tính có độ nhạy và độ chính xác cao trong việc phát hiện sớm khí tự do trong ổ bụng đặc biệt là ở vùng lồi và rốn gan, dây chằng tròn, hậu cung mạc nối. Việc mở cửa sổ hình ảnh cho phép phân biệt được là khí trong ổ bụng và tổ chức mỡ. Chụp cắt lớp vi tính còn xác định được mức độ dịch ổ bụng và tình trạng của ruột trong trường hợp viêm phúc mạc muộn. Trong các trường hợp thủng ổ loét mặt sau tá tràng vào khoang sau phúc mạc, chụp cắt lớp vi tính có thể thấy ổ dịch hoặc ổ áp xe sau phúc mạc, trước thận (hình 4.2).

Chụp lưu thông dạ dày hoặc chụp cắt lớp vi tính có uống thuốc cản quang hòa tan (như nelebrix) có thể phát hiện thoát thuốc vào ổ phúc mạc. Dấu hiệu này có trong các trường hợp thủng ổ loét dạ dày-tá tràng.





Hình 4.1. Hình liềm hơi dưới cơ hoành



Hình 4.2. Hình ảnh khí, dịch trong ổ bụng trên phim chụp CLVT

## 2.4. Thở lâm sàng

### 2.4.1. Thở thủng bít

Ngay sau khi thủng, nhất là các trường hợp thủng nhỏ, xa bữa ăn, lỗ thủng được mạc nối lớn, ruột hoặc túi mật bịt lại. Bệnh nhân cũng có cơn đau bụng đột ngột, dữ dội trên rốn nhưng sau đó triệu chứng đau bụng giảm đi rất nhanh. Bệnh nhân chỉ cảm thấy đau nhẹ vùng trên rốn và dưới sườn phải, không có hội chứng nhiễm khuẩn. Khám bụng chỉ thấy phản ứng nhẹ, khu trú ở vùng trên rốn hoặc dưới sườn phải. Chụp X quang bụng không chuẩn bị thấy có liềm hơi thì chẩn đoán chắc chắn là có thủng dạ dày-tá tràng. Chụp cắt lớp vi tính có thể thấy có ít hơi tự do ở vùng rốn gan. Nếu không thấy có hơi tự do trong ổ bụng cũng cần cho bệnh nhân vào viện và theo dõi chặt chẽ.

Khi chẩn đoán là thủng dạ dày bít cũng cần phải mổ cấp cứu để xử lý lỗ thủng vì bệnh có thể diễn biến thành viêm phúc mạc toàn thể hoặc thành ổ áp xe trong ổ bụng.

### 2.4.2. Thủng ổ loét mặt sau

Trong trường hợp thủng ổ loét mặt sau bờ cong nhỏ, dịch dạ dày chảy và đọng lại ở hậu cung mạc nối. Chẩn đoán thường khó vì các triệu chứng không điển hình. Đau và phản ứng thành bụng thường khu trú ở trên rốn hoặc lệch sang trái. Chụp X quang bụng không chuẩn bị thường không phát hiện được hơi trong ổ bụng. Chụp cắt lớp vi tính có thể phát hiện được dịch và hơi ở hậu cung mạc nối.

Trong trường hợp loét mặt sau tá tràng thủng vào khoang sau phúc mạc, bệnh nhân có triệu chứng đau nửa bụng bên phải rất khó chẩn đoán và thường chẩn đoán muộn khi đã thành ổ áp xe sau phúc mạc. Chụp cắt lớp vi tính có thể phát hiện có dịch, khí hoặc khối áp xe khoang sau phúc mạc, trước thận.



### **2.4.3. Các thể lâm sàng khác**

- Thể bán cấp: triệu chứng đau và co cứng không điển hình, bệnh diễn biến chậm, từ từ.

- Thể tối cấp: các triệu chứng cơ năng và toàn thân nặng. Sốc xuất hiện sớm và bệnh nhân thường chết sau 6-12 giờ.

- Thể lâm sàng giống như viêm ruột thừa: lỗ thủng nhỏ, dịch dạ dày chảy vào ổ bụng ít và đọng lại ở hố chậu phải. Lúc đầu bệnh nhân đau trên rốn, sau đó khu trú ở hố chậu phải. Khám bụng thấy có đau và phản ứng ở hố chậu phải trong khi vùng trên rốn lại không đau hoặc đau ít. Bệnh nhân có thể có sốt nhẹ. Chẩn đoán thường nhầm với viêm ruột thừa cấp.

- Thủng kèm chảy máu tiêu hóa: triệu chứng thủng dạ dày kèm theo triệu chứng chảy máu đường tiêu hóa cao như nôn máu, ỉa phân đen; toàn thân có dấu hiệu mất máu: niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ.

## **2.5. Điều trị**

### **2.5.1. Nguyên tắc điều trị**

- Điều trị thủng ổ loét dạ dày-tá tràng là mổ cấp cứu.

- Điều trị phẫu thuật thủng ổ loét dạ dày-tá tràng bao gồm lau rửa sạch ổ bụng và khâu lỗ thủng kết hợp với điều trị nội khoa căn nguyên bệnh loét bằng kháng sinh diệt trừ *Helicobacter pylori* + thuốc kháng H2 hoặc thuốc ức chế bơm proton + thuốc bọc niêm mạc dạ dày. Điều trị phẫu thuật triệt căn không còn được thực hiện một cách thường trong tình trạng cấp cứu mà chỉ được thực hiện trong một số chỉ định cụ thể.

- Phẫu thuật nội soi khâu thủng dạ dày-tá tràng có nhiều ưu điểm so với mổ mở nên áp dụng trong các cơ sở ngoại khoa có đủ các điều kiện mổ nội soi. Phẫu thuật mổ mở được chỉ định trong trường hợp viêm phúc mạc muộn, bụng chướng nhiều, sốc nặng, suy tim, suy hô hấp nặng hoặc có tiền sử mổ trên rốn.

- Điều trị không mổ theo phương pháp hút liên tục có tỉ lệ thất bại cao (16-28%), nhiều biến chứng (24-50%) và tử vong (5-8%) nên chỉ được thực hiện để chuẩn bị mổ hoặc trong khi chuyển bệnh nhân đến tuyến điều trị phẫu thuật.

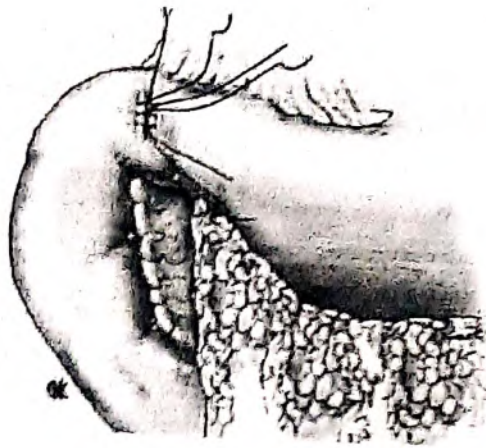
### **2.5.2. Các phương pháp phẫu thuật**

- Khâu thủng:

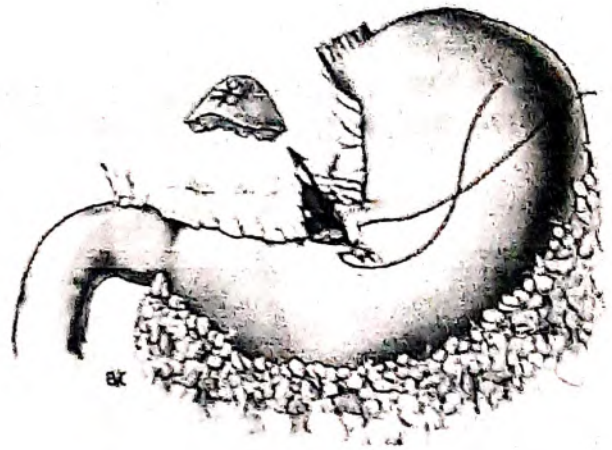
Khi lỗ thủng nhỏ có thể khâu theo hình chữ X hoặc khâu bằng các mũi rời, theo chiều ngang của tá tràng với chỉ tiêu chậm, có thể phủ mạc nối lớn lên để tăng cường.

Nếu ổ loét vùng môn vị đã làm hẹp môn vị thì phải cắt đáy ổ loét, tạo hình môn vị trước khi khâu hoặc nối vị-tràng. Đối với các ổ loét dạ dày thủng, trước khi khâu, cần phải cắt ổ loét để làm giải phẫu bệnh một cách hệ thống để xác định là loét lành tính hay ung thư.

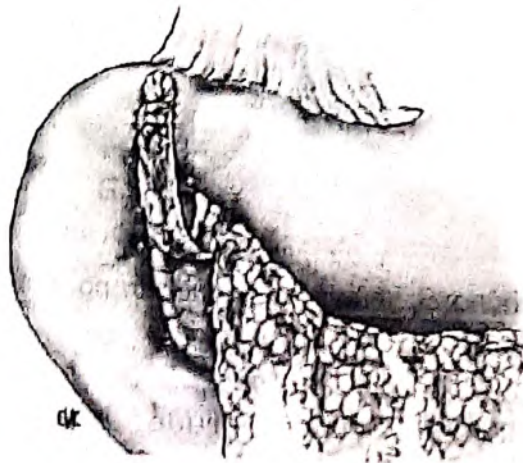




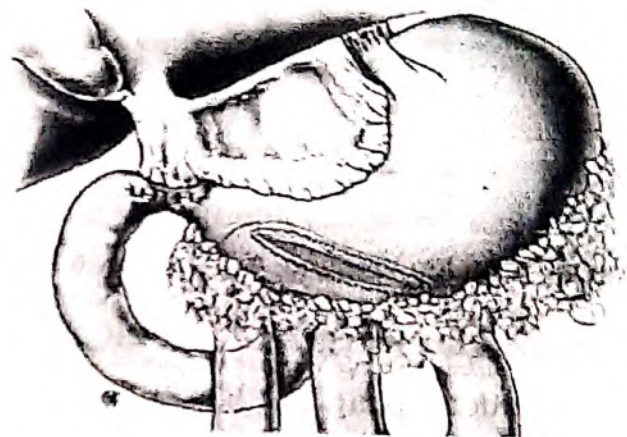
A



C



B



D

Hình 4.3. Phẫu thuật khâu thủng. A: khâu thủng hành tá tràng; B: khâu thủng, đính mạc nổi; C: khâu thủng dạ dày; D: khâu thủng + nổi vị tràng.

- Cắt đoạn dạ dày cấp cứu: cắt dạ dày cấp cứu bao gồm cắt 2/3 dạ dày hoặc cắt hang vị và cắt thân thân kinh X.

Chỉ định cho các trường hợp: ổ loét xơ chai, lỗ thủng lớn ở tá tràng, khâu khó khăn dễ bục; ổ loét thủng lần hai, ổ loét chảy máu hoặc có hẹp môn vị.

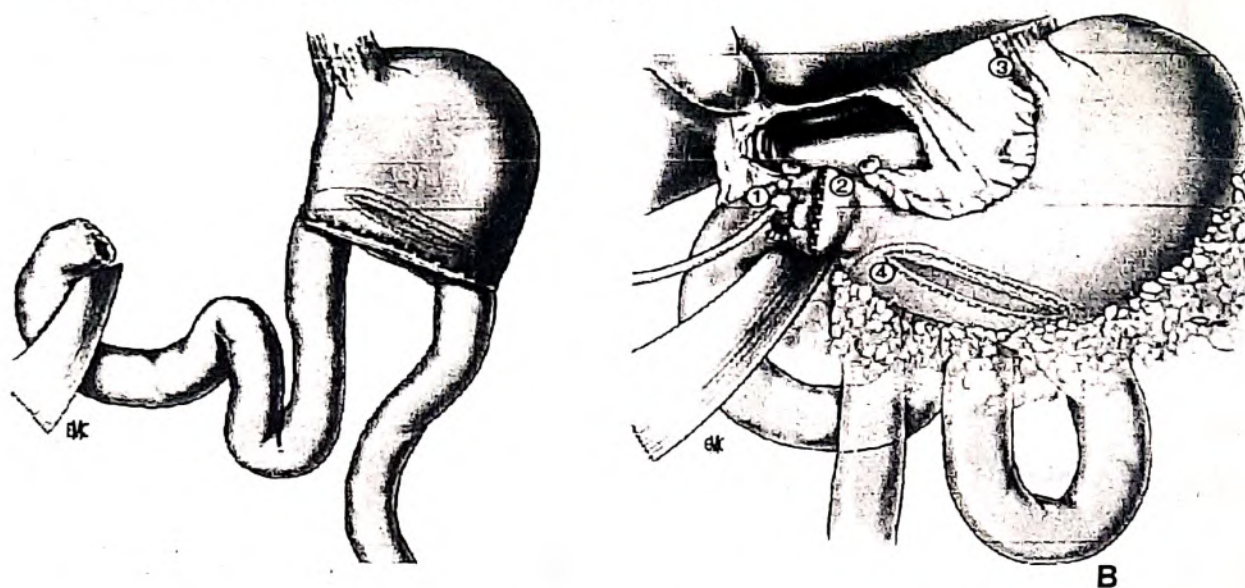
Điều kiện: bệnh nhân đến sớm trước 12 giờ, chưa có viêm phúc mạc; tình trạng toàn thân tốt; trang thiết bị phẫu thuật tốt và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm với phẫu thuật này.

- Khâu lỗ thủng và cắt dây X: có nhiều kỹ thuật cắt thân kinh X khác nhau như cắt thân thân kinh X, cắt thân kinh X chọn lọc, cắt thân kinh X siêu chọn lọc. Phẫu thuật cắt thân kinh X chỉ áp dụng cho các ổ loét hành-tá tràng thủng với điều kiện bệnh nhân đến sớm, chưa có viêm phúc mạc nhiễm khuẩn. Trong phẫu thuật cắt thân kinh X toàn bộ, cần phải tạo hình môn vị hoặc nổi vị tràng.

- Phương pháp dẫn lưu lỗ thủng (phẫu thuật Pewmann): là phương pháp dẫn lưu lỗ thủng ra ngoài chủ động bằng một ống thông Pezzer lớn. Phẫu thuật dẫn lưu có thể phối hợp với khâu kín môn vị, nổi vị tràng và cắt thân thân kinh X. Phẫu thuật được áp dụng trong các trường hợp lỗ thủng quá to, tổ chức xung



quanh lỗ thủng mụn nát, khâu dễ bục, tình trạng bệnh nhân yếu hoặc viêm phúc mạc muộn không cho phép cắt dạ dày cấp cứu.



Hình 4.4. Dẫn lưu lỗ thủng. A: cắt dạ dày dẫn lưu lỗ thủng; B: khâu môn vị, nối vị-tràng, cắt TK. X

### 2.5.3. Phương pháp hút liên tục

- Phương pháp hút liên tục của Taylor chỉ định cho các trường hợp: bệnh nhân đến sớm, chưa có viêm phúc mạc; thủng xa bữa ăn, lượng dịch trong ổ bụng ít; phải theo dõi chặt chẽ ở cơ sở ngoại khoa.

- Cách tiến hành: cho thuốc giảm đau (morphin, dolargan...), kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, bồi phụ nước và điện giải. Đặt ống thông dạ dày to để lấy thức ăn sau đó thay bằng ống nhỏ, đặt qua mũi, hút liên tục hoặc hút cách quãng 10-15 phút một lần. Nếu có kết quả, vài ba giờ sau bệnh nhân đỡ đau, co cứng thành bụng giảm dần, hơi và nước trong ổ bụng và dạ dày giảm đi. Tiếp tục hút cho tới khi nhu động ruột trở lại bình thường, thường là 3-4 ngày sau. Theo dõi một 7-10 ngày. Nếu sau vài giờ các triệu chứng trên không đỡ hoặc đau tăng thì phải chuyển mổ cấp cứu.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asley SW., Evoy D., Daly JM. Stomach - Principles of surgery. Seventh edition. *Mc Graw SJ.* 1999: 1181-1215.
2. Katkhouda N. Gastric Surgery. In advanced laparoscopic surgery. Second edition. *Springer* 2010: 101-115.
3. Lau H. Laparoscopic repair of perforated ulcer. A meta-Analysis. *Surg. Endosc.* 2004: 18: 1011-1021.
4. Mutter D., Marescaux J. Traitement chirurgical des complications des ulcers gastroduodenaux. *EMC, techniques chirurgicales-Appareil digestif*, 2007.
5. Triboulet. Chirurgie du tube digestif haut. *Masson*, 2010.