

HỘI CHỨNG Ứ' ĐỘNG DẠ DÀY HẸP MÔN VỊ



ThS.BS Nguyễn Phúc Minh
Bộ môn Ngoại Tổng quát ĐHYD TPHCM

MrC



Đối tượng



☞ Sinh viên y khoa năm 6



Mục tiêu học tập



❧ Kiến thức

1. Trình bày cách tiếp cận chẩn đoán hội chứng ứ đọng dạ dày, hẹp môn vị
2. Trình bày các phương pháp điều trị hội chứng ứ đọng dạ dày, hẹp môn vị

❧ Kỹ năng

1. Thực hiện được chẩn đoán phân biệt nguyên nhân của hội chứng ứ đọng dạ dày
2. Ra quyết định thực hiện xử trí ban đầu phù hợp tình trạng chẩn đoán bệnh

❧ Thái độ

1. Nhận thức được vai trò chẩn đoán sớm bệnh
2. Nhận thức được vai trò phối hợp đa chuyên khoa trong chẩn đoán, xử trí



Nội dung



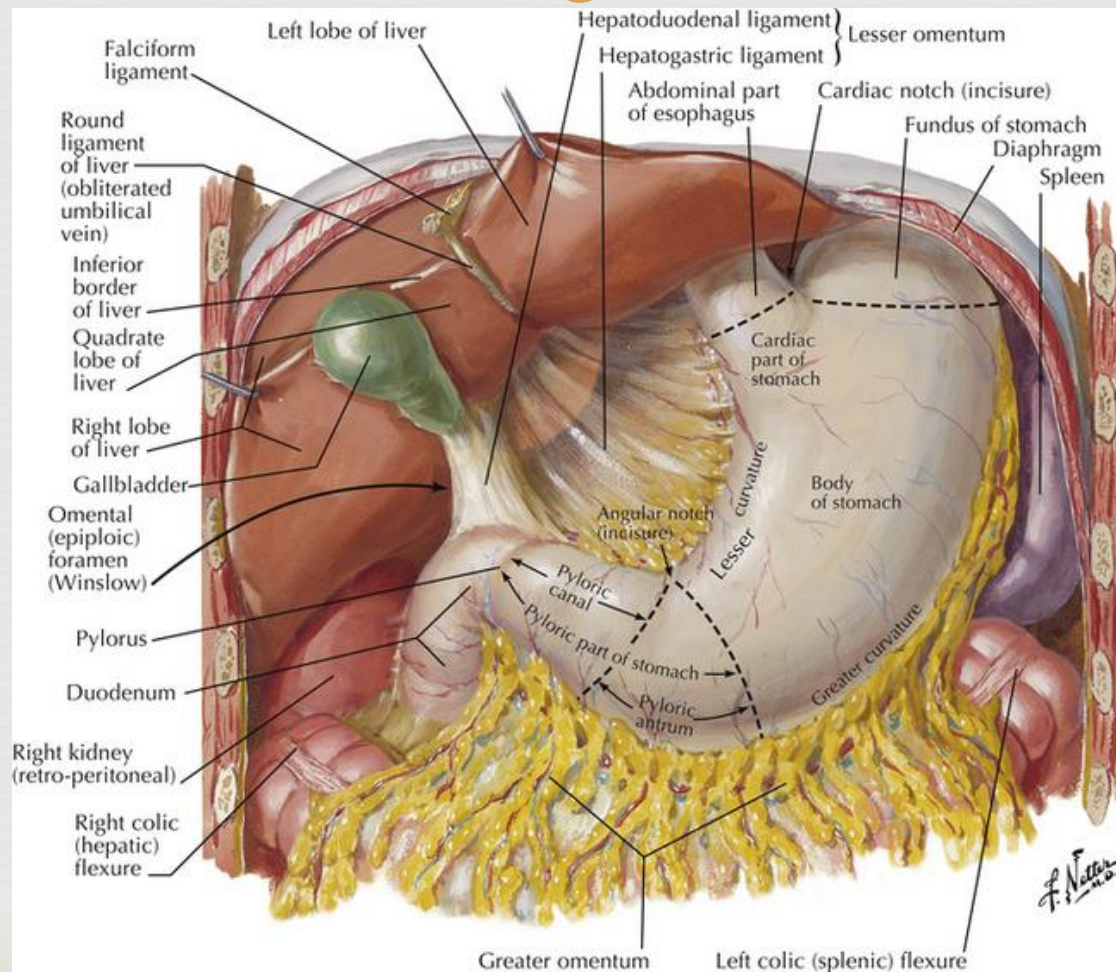
- ❧ Nhắc lại giải phẫu, sinh lý
- ❧ Phân loại
- ❧ Lâm sàng (câu hỏi tương tác)
- ❧ Cận lâm sàng
- ❧ Chẩn đoán
- ❧ Xử trí
- ❧ Nhắc lại yêu cầu về năng lực BS đa khoa
- ❧ Giải đáp thắc mắc



GOO: gastric outlet obstruction: tắc nghẽn đường thoát của dạ dày

Hẹp môn vị là một vùng: tiền, hang vị, mở rộng ra là 1/3 dưới dạ dày, sau môn vị

Giải phẫu học dạ dày



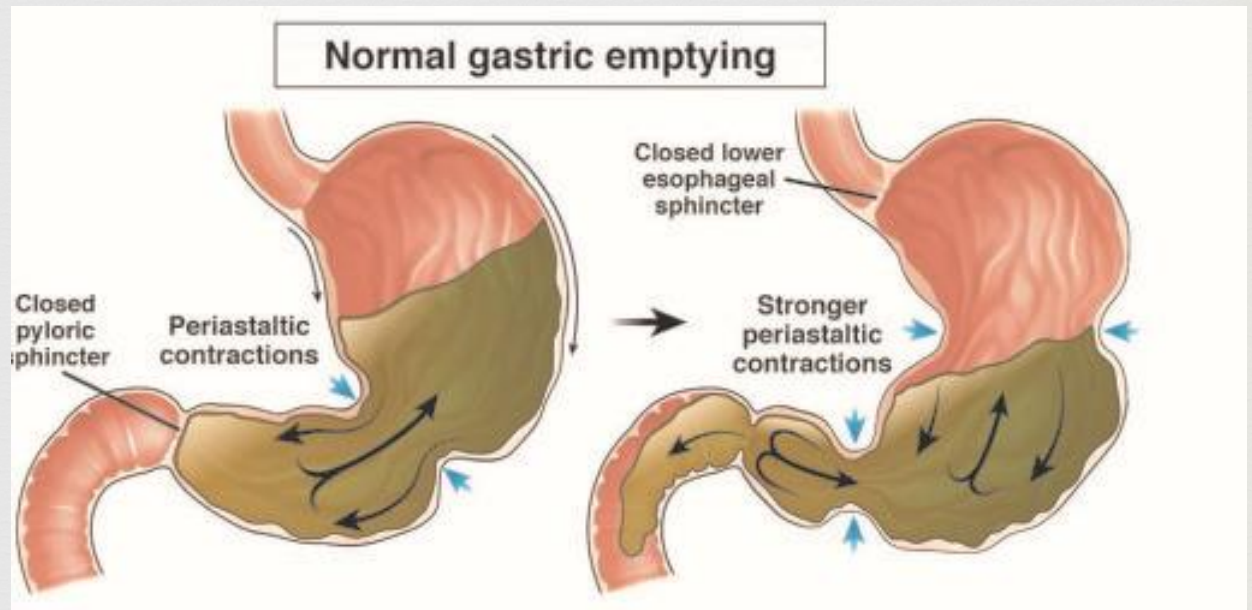
Sinh lý vận động dạ dày



❧ Chứa đựng

❧ Nhào trộn

❧ Tổng xuất



Men tiêu hóa: cắt thức ăn tạo dưỡng trấp xuống tá tràng



Rối loạn vận động dạ dày

Bình thường ăn vào 2 - 3 h mới co bóp để tổng xuất xuống tá tràng



☞ Nhanh tổng xuất

tăng co bóp thức ăn chưa được làm nhỏ đã được tổng xuất
Thường gặp trong HC Dumping: Khi cắt bỏ bán phần dạ dày, do bị mất môn vị.

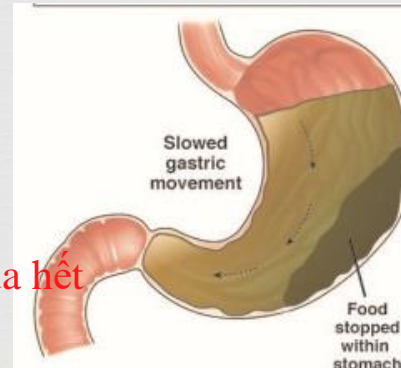
☞ Trào ngược



thay vì nhu động đi xuống, giờ sóng nhu động ngược lên trên

☞ Chậm tổng xuất

Không đưa thức ăn qua, quy định là 3h là phải tổng qua hết
chậm vì nhiều lí do



Phân loại



Chậm tổng
xuất

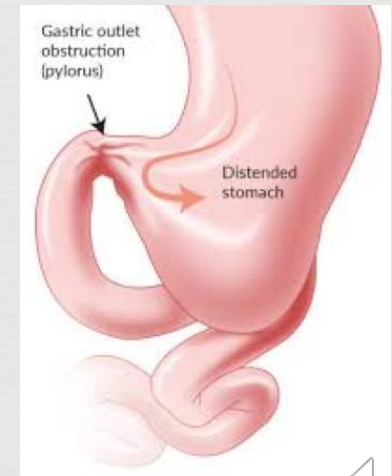
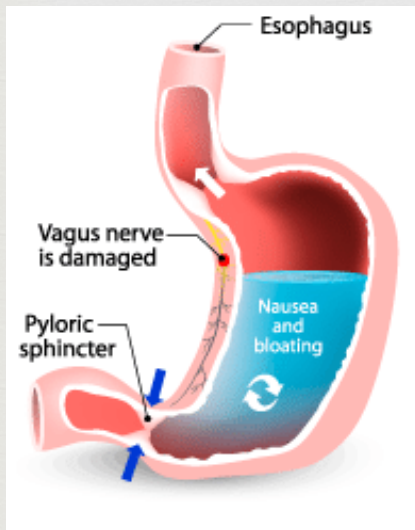
trong hẹp môn vị

Rối loạn vận
động

Tắc nghẽn
đường thoát
dạ dày

Hội chứng ứ
đọng dạ dày

Hẹp môn vị



đường vẫn thông mà ko có sóng nhu
động không có tắc nghẽn cơ học

tắc cơ học: có nhu động mà ko tổng qua đc



1- Hãy liệt kê các dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng của 2 loại chậm tổng xuất ?



❧ Cơ năng

❧ Thực thể

❧ Toàn thân



1- Hãy liệt kê các dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng của 2 loại chậm tổng xuất ?



❧ Cơ năng: **đều có**

❧ Khó tiêu, buồn nôn, nôn, no sớm, đầy bụng, đau bụng

❧ Trào ngược

❧ Đau bụng

❧ Thực thể

❧ Óc ách,

❧ U **nếu tắc thực thể: thì có thể sờ thấy u, nếu cơ năng thì ko sờ thấy; nhưng ko sờ thấy ko đồng nghĩa là ko có**

❧ Bụng lõm

❧ Toàn thân

❧ Mất nước

❧ RL dinh dưỡng



2- có dấu hiệu, triệu chứng nào giúp phân biệt 2 loại chàm tổng xuất ?



↻ Hẹp môn vị

↻ Bụng lõm thuyền ?kinh điển

↻ 2 giai đoạn:

↻ Tăng trương lực đau bụng dữ dội, nôn ói, dấu

↻ Giảm trương lực dạ dày giãn to, ứ đọng, óc ách nhiều

↻ HC ứ đọng dạ dày

↻ bệnh nội khoa ko có tăng trương lực => gđ này giúp phân biệt muộn thì giảm giống nhau



Nguyên nhân



Hội chứng ứ đọng dạ dày ^{do RL vận động}

❧ Bệnh nội khoa: nội tiết, chuyển hóa, thần kinh, ... ^{TKTW, đến NB: chi phối hđ dạ dày}

❧ Sau phẫu thuật

BL tiêu đường là NN thường gặp nhất gây HC ứ đọng dạ dày, hay liệt dạ dày do bệnh lý tiêu đường
- Sau phẫu thuật: sang chấn đến TK vận động dạ dày, hay ổ nhiễm trùng sau dd, hay cắt nhánh TK dạ dày

Hẹp môn vị

❧ U ác tính ^{Thường gặp K hang vị}

❧ U lành tính ^{loét ở thành tá tràng}

❧ Viêm nhiễm <sup>viêm tụy, viêm đường mật
viêm xung quanh,.</sup>

Thường có NN rõ ràng: chia theo vị trí hay hẹp trong lòng, hẹp ngoài chèn vào,...

HC Bu- ga- rê?: viêm mãn tính túi mật do sỏi, chèn ép làm tắc nghẽn tá tràng. HC khác với dấu hiệu Bu ga rê?

nn khác :Búi bã tóc



Cận lâm sàng

vai trong quyết định chẩn đoán: có thể hình ảnh trực tiếp hay gián tiếp



❧ Hình ảnh học:

❧ Nội soi dạ dày-tá tràng

❧ X quang dạ dày cản quang

❧ Xạ hình tổng xuất dạ dày

❧ Đo áp lực dạ dày

qua nội soi, ấn đầu dò vào mô dạ dày, phản hồi một lực

❧ Các phương pháp khác

❧ Siêu âm hình ảnh giống tắc ruột

❧ MRI, CT scan giá trị thêm ko nhiều

❧ Điện vị đồ (EGG) giống điện cơ, khảo sát RL vận động

❧ Viên nang khảo sát vận động

dấu hiệu sớm: tổn thương đường ống tiêu hóa, ví dụ niêm mạc dd gây sóng nhu động ngược gây trào ngược (bệnh lành tính)



Cận lâm sàng (tt)



❧ Xét nghiệm khác

❧ Đánh giá ảnh hưởng toàn thân

❧ Phát hiện bệnh nền kèm theo DTĐ, GBS



**Nausea
Vomiting**

Gastrointestinal

Non-Gastrointestinal

Obstruction

Esophagus

- Malignancy
- Stricture

Stomach

- Pyloric stenosis
- Gastric outlet obstruction

Small Bowel

- Adhesion
- Hernia
- Intussusception
- Malrotation

Large Bowel

- Malignancy
- Diverticulitis
- Malrotation

Functional

Esophagus

- Dysmotility
- Achalasia

Stomach

- Gastroparesis

Bowel

- Ileus

Inflammatory

Esophagus

- Esophagitis (reflux, ingestion)

Stomach

- Gastritis (EtOH, NSAID)
- Peptic ulcer disease

Bowel

- Gastroenteritis
- Enteritis
- Appendicitis
- IBD

Peritoneal

- SBP

Hepatobiliary

- Cholecystitis
- Cholangitis
- Hepatitis
- Pancreatitis

Vascular

Bowel

- Mesenteric ischemia

CNS

Elevated ICP

- Meningitis
- Mass lesion
- ICH
- Stroke
- Pseudotumor

Vestibular

- Labyrinthitis
- Meniere

Other

- Seizure
- Migraine

Metabolic/Toxic

Metabolic

- Acidosis
- Uremia

Endocrine

- DKA
- Thyroid
- Adrenal insufficiency

Drugs

- Aspirin
- Antibiotics (erythromycin)
- Ibuprofen
- Chemotherapy
- AED

Toxins

- Narcotic abuse/withdrawal
- EtOH

Systemic

Critical Illness

- Sepsis
- MI

Pain

- Gonadal torsion
- Nephrolithiasis

Pregnancy

- NVP
- Hyperemesis gravidarum

Chẩn đoán



- ❧ Chẩn đoán phân biệt - HC tắc mật, ruột non, ruột già
- ❧ Chẩn đoán xác định
- ❧ Chẩn đoán nguyên nhân
- ❧ Chẩn đoán mức độ ảnh hưởng toàn thân, tại chỗ thể nào
gđ tăng trương lực, giảm



Xử trí



Cấp cứu

❧ Có biến chứng:

❧ Nội khoa

vd nôn ói liên tục: RL điện giải, sốc giảm V
nghẹt lâu ngày, nằm => trào ngược gây hít sặc => VP hít

❧ Ngoại khoa:

❧ Hẹp + Chảy máu

❧ Hẹp + Thủng

- phối hợp

Chương trình

❧ Xác định rõ chẩn đoán

❧ Điều chỉnh nội khoa

❧ Chuẩn bị ngoại khoa

BS mới ra trường: chỉ định mổ, chuyển, mời BS
ngoại,...



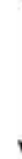
Patient presents with symptoms of GOO

Nausea
Vomiting
Reflux
Malnutrition
Dehydration
Abdominal distension



Evaluation length and severity of stenosis

Endoscopy
Upper GI series



Palliative triangle: Communication between surgeon, patient and patient family

Emphasis on realistic goals of:

Improving quality of life
Toxicity (morbidity and mortality) of treatment
Symptom resolution
Balancing symptom severity and patient preferences



Operative bypass

Open gastrojejunostomy

Laparoscopic gastrojejunostomy

Endoscopic stenting



Close follow-up for resolution of symptoms and improved quality of life và nói thông cho ăn

Xử trí nội khoa



- ❧ Thể tích tuần hoàn
- ❧ Dinh dưỡng bs dinh dưỡng
- ❧ Điện giải
- ❧ Nhiễm trùng



Xử trí ngoại khoa



❧ Tối ưu: giải quyết hẹp + nguyên nhân

❧ Cắt: dạ dày, khối tá tụy...

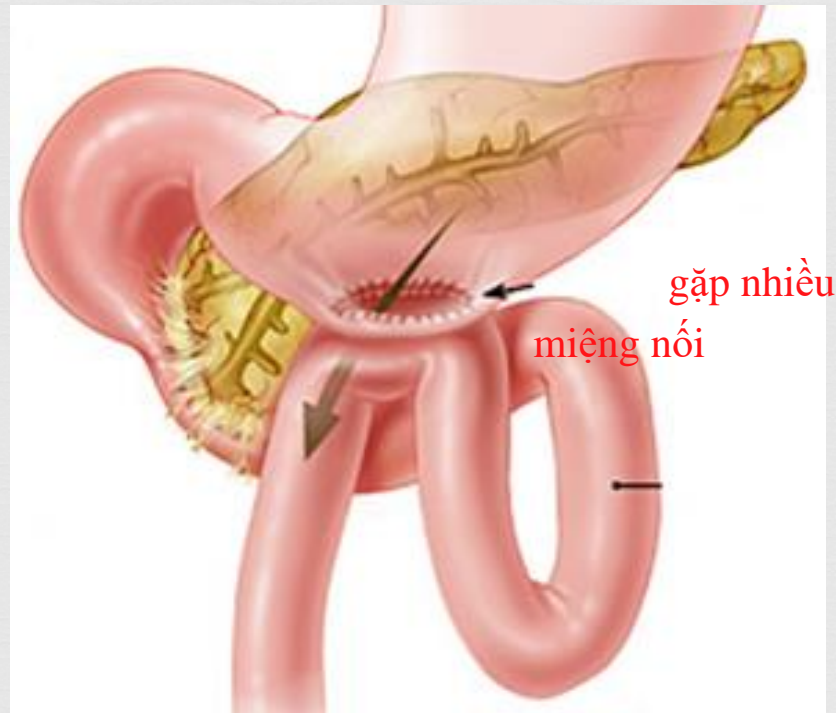
❧ Nối tắt qua chỗ hẹp: vị tràng, mật ruột ví dụ: mổ BN chết, biến chứng nhiều

❧ Mở thông dưới chỗ hẹp ko nối tắc đc: ví dụ K toàn bộ dạ dày, ko còn nối tắc được => bơm ăn vào ruột non

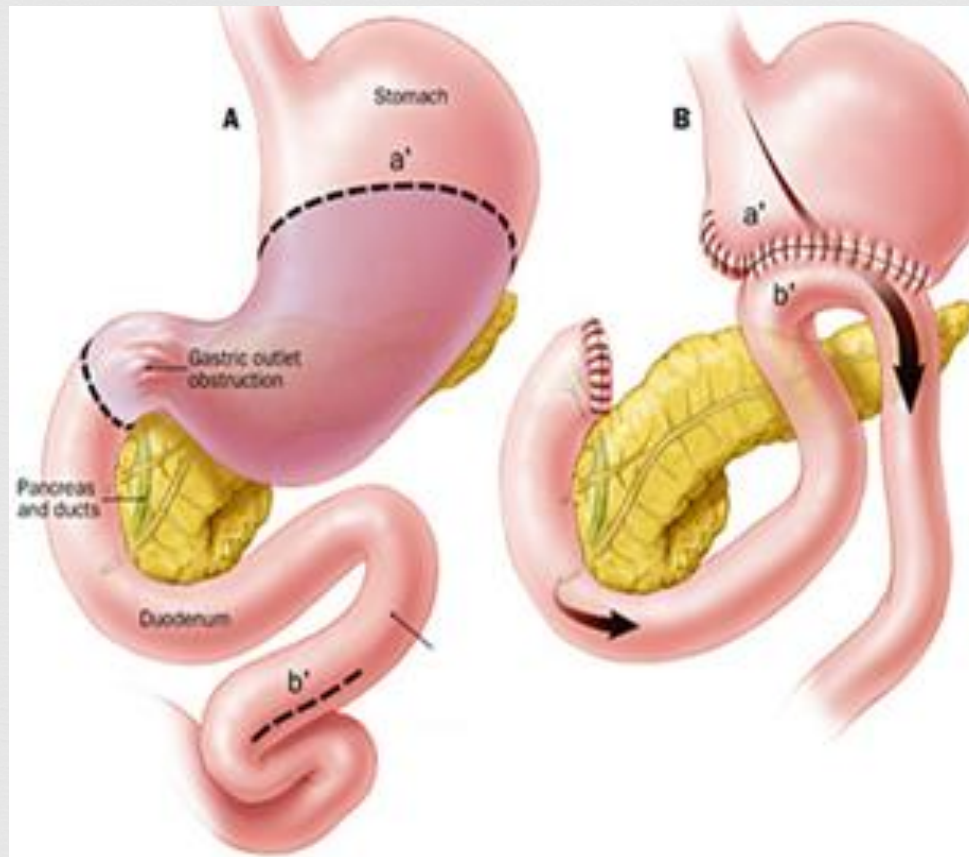
❧ Đặt thông qua chỗ hẹp (stent) Xu hướng qua nội soi: can thiệp bằng thủ thuật



Nội vị tràng



Cắt bán phần dưới dạ dày



Xây dựng 1 lưu đồ xử trí ?



⌘ Hẹp môn vị do loét

Do ung thư

⌘ Liệt dạ dày do tiểu đường



do loét tá tràng

PUD associated chronic
GOO

H. Pylori eradication, antisecretory Rx, IV hydration, replete
electrolytes, nutritional support, biopsy

Surgery

Endoscopic balloon
dilation

Failure/recurrent GOO

Resection

Vagotomy with Drainage

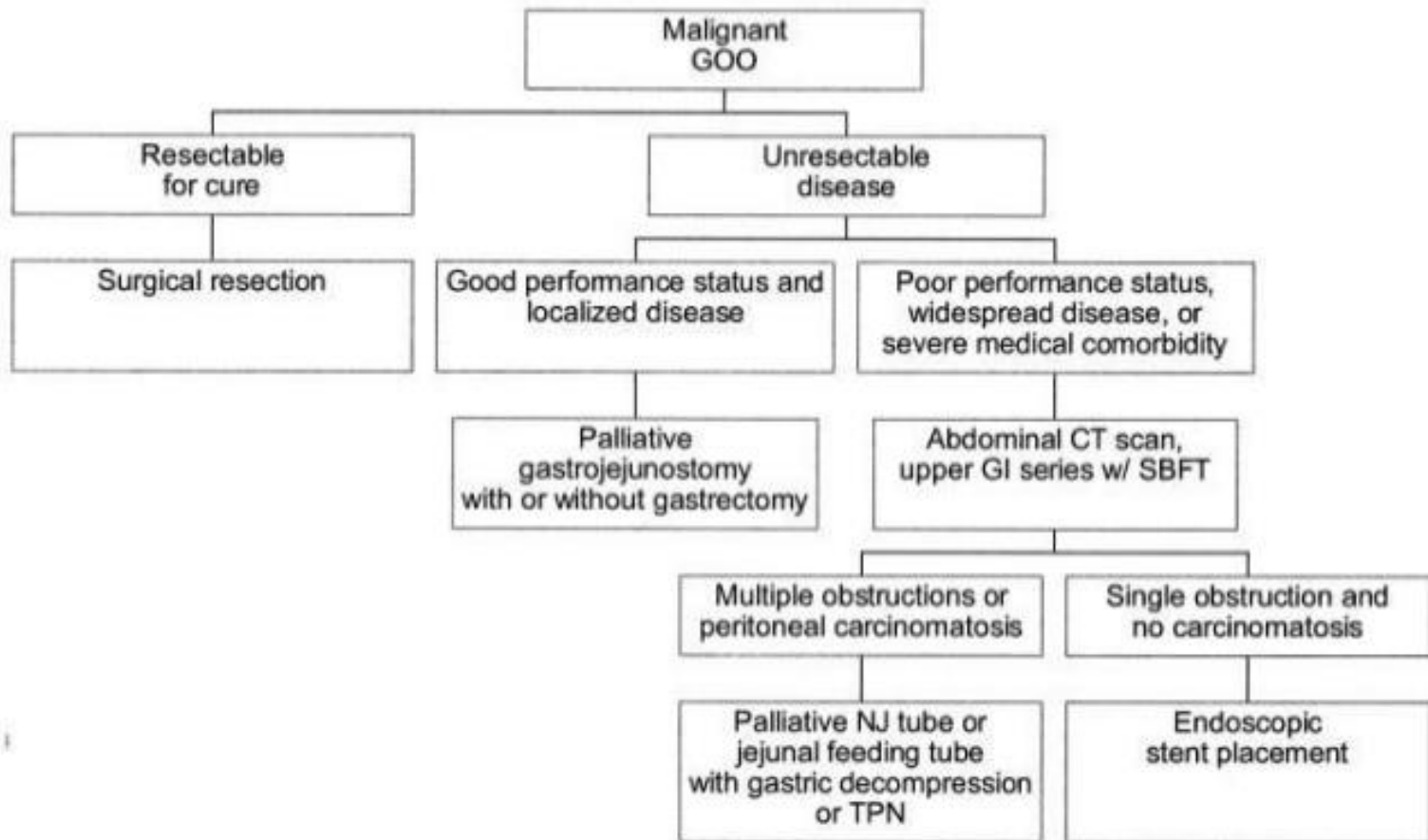
Vagotomy & Antrectomy
(consider primarily if
gastric ulcer)

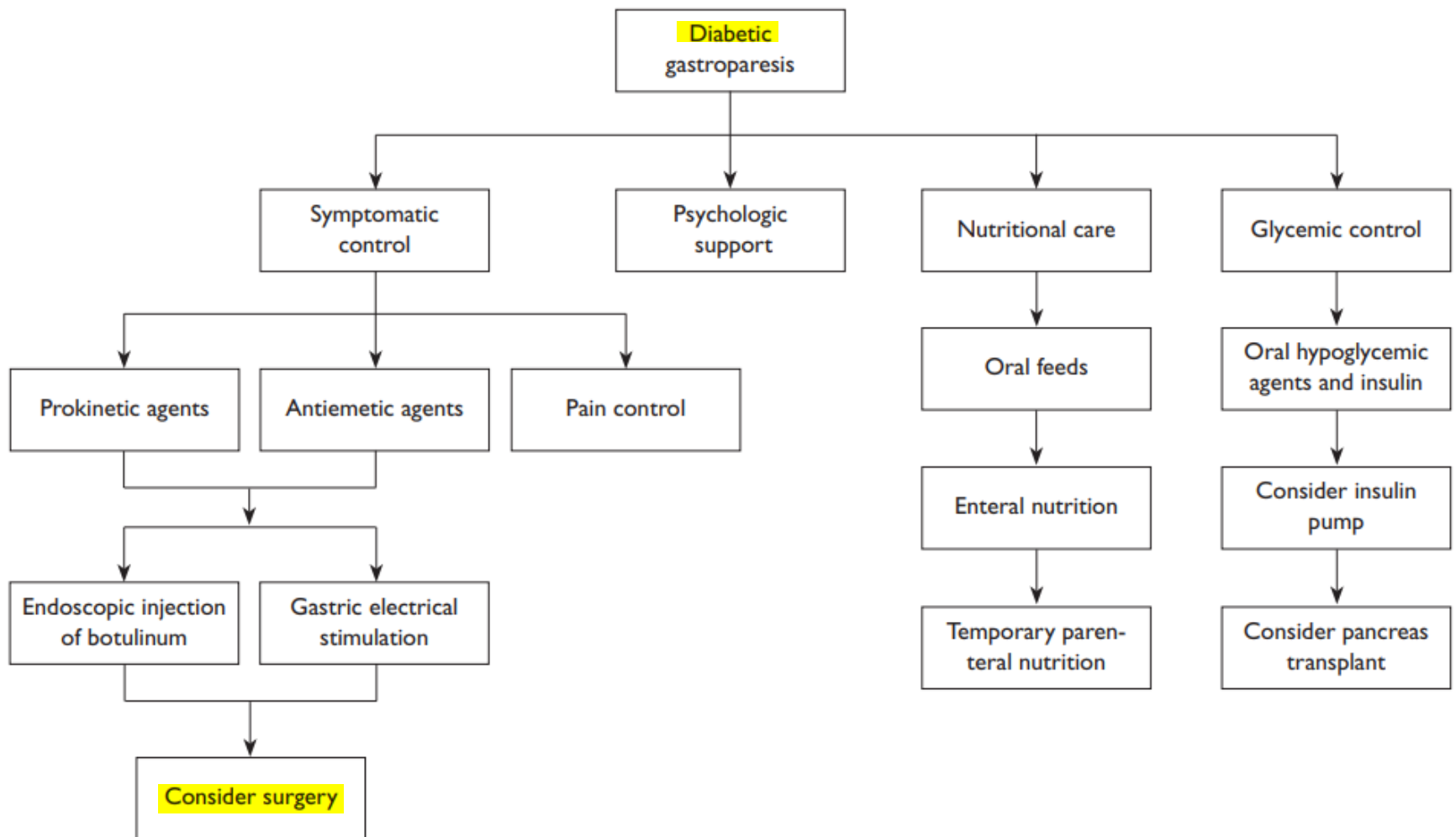
Subtotal Gastrectomy
(less frequently
performed)

Vagotomy & pyloric
dilation
(infrequently performed)

Vagotomy & pyloroplasty/
duodenoplasty
(infrequently performed)

HSV & GJ or
laparoscopic truncal
vagotomy & GJ
(preferred especially if not
gastric ulcer)





Tiên lượng



- ❧ Khi tái lập được lưu thông dạ dày, bệnh nhân ăn uống lại được sẽ hồi phục dần
- ❧ Kết quả lâu dài tùy thuộc vào nguyên nhân và đáp ứng với điều trị duy trì tiếp theo
- ❧ Loét dạ dày- tá tràng có thể khỏi hẳn, nhưng cũng có thể bị loét tái phát miệng nổi, hẹp miệng nổi, thủng loét
- ❧ Ung thư dạ dày gây hẹp môn vị thường có **kết quả xấu** nếu không thể phẫu thuật triệt căn được.



Phòng ngừa

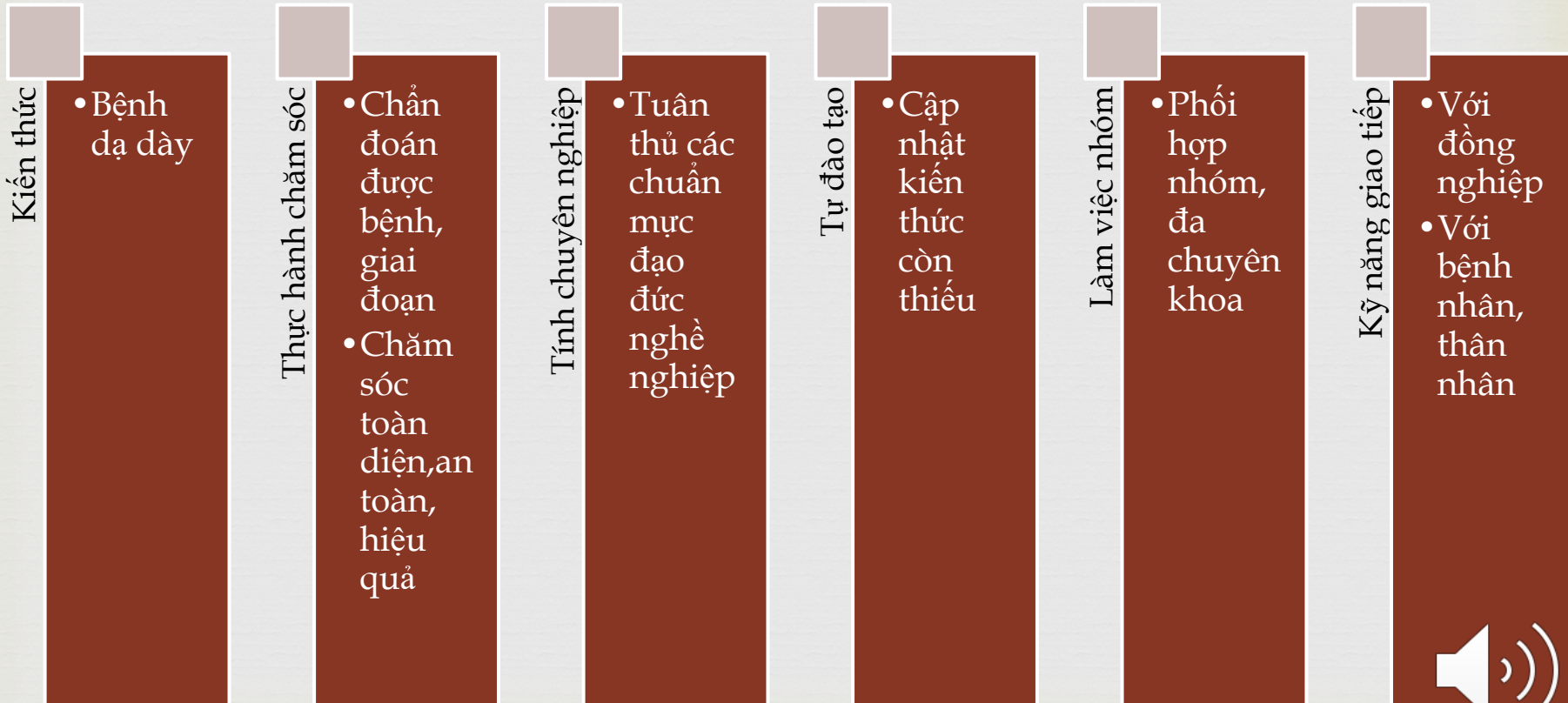


- ❧ điều chỉnh, thay đổi lối sống, giảm sử dụng các thuốc gây hại dạ dày, điều trị bệnh nội khoa ổn định
- ❧ Chẩn đoán sớm và điều trị nội khoa tích cực, diệt trừ H. pylori và kiểm tra theo dõi không để xảy ra hậu quả hẹp
- ❧ Đối với ung thư dạ dày, cần có chương trình tầm soát, phát hiện tổn thương sớm và can thiệp sớm

nước ngoài > 50% K ở gđ sớm, can thiệp sớm
VN 70 - 80% gđ muộn



Yêu cầu năng lực của BS đa khoa



Q&A



Miệng nổi 6 - 8 cm dạ dày -RN₂ < 5 cm nguy cơ tái hẹp
chụp XQ có cản quang: kinh điển
nếu vừa hẹp môn vị / ổ loét, or dạ dày giãn to/ ổ loét : thuốc cản quang (BaSO₄) vào ổ bụng gây sốc
thuốc cản quang.



The End

