

CHUYÊN ĐỀ

THỬNG Ồ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Bệnh viện Bình Dân
GVHD: BS Nguyễn Vũ Tuấn Anh
Nhóm 4:
Đỗ Phước Long
Nguyễn Thị Kim Nguyễn
Đinh Thị Kim Quyên

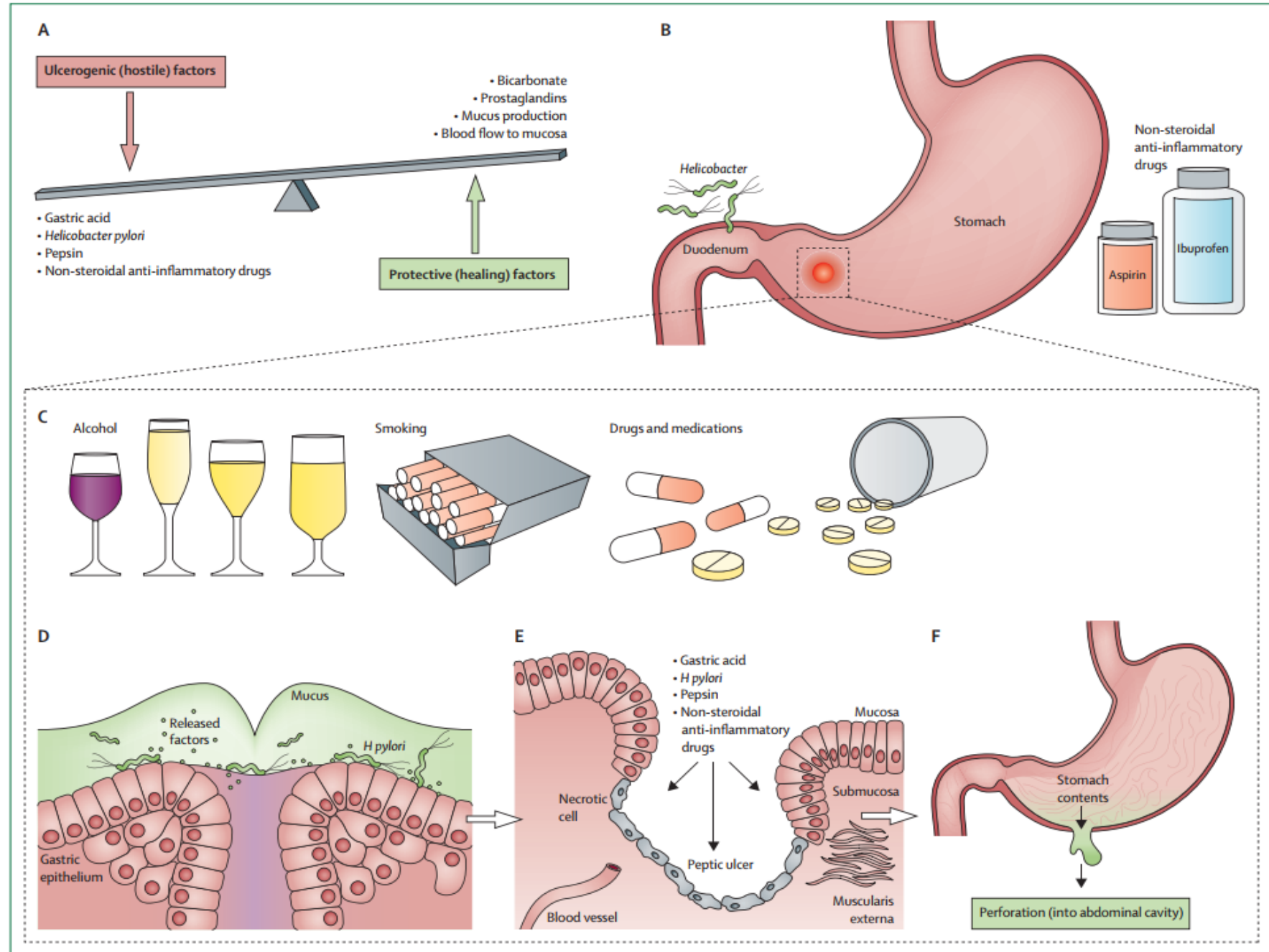


NỘI DUNG

1. Bệnh sinh
2. Yếu tố nguy cơ
3. Lâm sàng
4. Cận lâm sàng
5. Chẩn đoán xác định
6. Thể lâm sàng
7. Chẩn đoán phân biệt
8. Điều trị
9. Tiên lượng
10. Kết luận

BỆNH SINH

BỆNH SINH



Kjetil Søreide, Kenneth Thorsen, Ewen M Harrison, Juliane Bingener, Morten H Møller, Michael Ohene-Yeboah, Jon Arne Søreide, 'Perforated peptic ulcer', *The Lancet*.

Diễn tiến: 3 giai đoạn theo Silen

Giai đoạn I

VPM hóa học

- Dịch dạ dày acid cao
- Chưa nhiễm trùng
- Chưa sốt, WBC chưa tăng
- Bụng co cứng

Giai đoạn II

Trung gian

- Sau 6-12 giờ
- Giảm kích thích PM
- Sốt hoặc sốt nhẹ
- Co cứng nhẹ, cảm ứng PM, đề kháng thành bụng

Giai đoạn III

Nhiễm trùng ổ bụng

- Sau 12-24 giờ
- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
- Nhiễm trùng, nhiễm trùng nặng, shock nhiễm trùng

YẾU TỐ THUẬN LỢI

Nhiễm H.Pylori

60-70% BN thủng loét có H.Pylori dương tính

H.Pylori giữ vai trò là nguyên nhân chính làm lệch lạc cân bằng nội môi trong dạ dày

→ Điều trị diệt trừ H.Pylori là cần thiết và trở thành nguyên tắc. Điều trị không chỉ chữa khỏi bệnh mà còn ngăn bệnh tái phát.

NSAIDs kéo dài, Aspirin kéo dài ngay cả liều thấp

Dùng NSAIDs kéo dài là YTNC độc lập với nhiễm HP trong thủng loét

Loét do sử dụng NSAIDs và Aspirin chiếm 15-20%

Stress

Ghi nhận loét trên BN có những yếu tố stress: hậu phẫu PT phức tạp, bỏng nặng, tổn thương TKTW

Corticoid kéo dài

Hút thuốc lá

LÂM SÀNG

1. Triệu chứng cơ năng

ĐAU BỤNG

- Dữ dội và đột ngột
- Như dao đâm
- ½ trên lan khắp bụng
- Tăng khi vận động
- Giảm khi nằm yên
- Có thể kèm ói
- Có tiền căn

NÔN ÓI

- Là triệu chứng không đặc hiệu
- Thường do kích thích phúc mạc

2. Triệu chứng thực thể

HỘI CHỨNG ĐÁP ỨNG VIÊM TOÀN THÂN (Do viêm phức mạc):

- Mạch nhanh (> 90 nhịp/phút)
- Nhịp thở nhanh (> 20 lần/phút)
- Sốt hoặc hạ thân nhiệt ($> 38.0^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36.0^{\circ}\text{C}$)

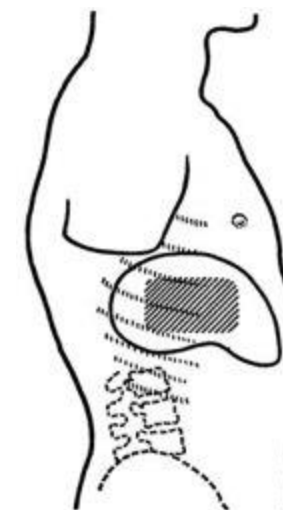
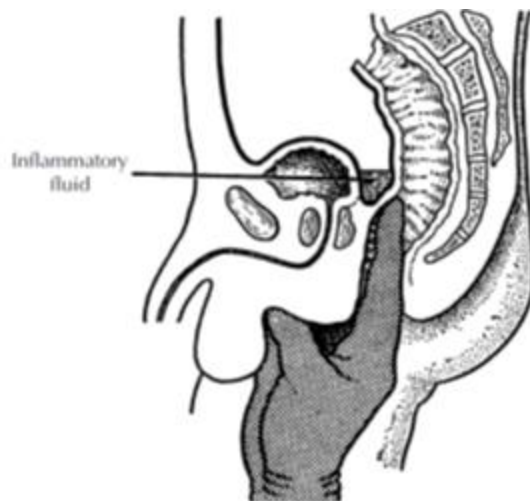
KHÁM BỤNG

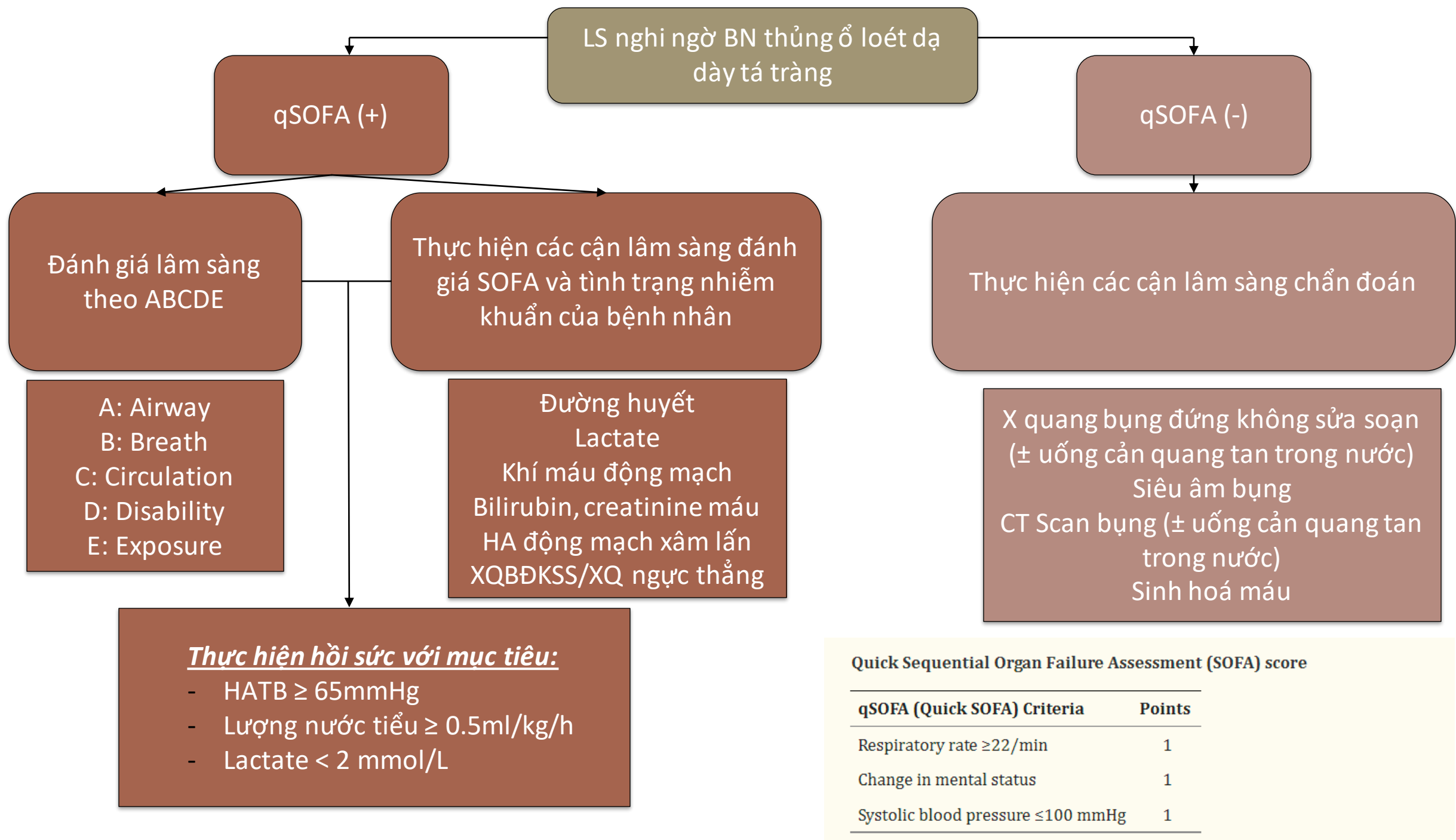
- BN nằm im, không cử động, bụng không lên xuống theo nhịp thở
- Giai đoạn đầu: bụng cứng như gỗ
- Giai đoạn tiếp theo: bụng cứng như gỗ, cảm ứng phúc mạc, đề kháng thành bụng
- Mất vùng đục trước gan



KHÁM TRỰC TRÀNG – ÂM ĐẠO

- Đau túi cùng Douglas





CẬN LÂM SÀNG

CẬN LÂM SÀNG

1. Xét nghiệm sinh hoá máu

- Thường làm thường quy
- Bạch cầu, CRP, procalcitonin tăng. Amylase máu thường tăng nhưng không đặc hiệu
- Có thể bình thường trong giai đoạn sớm
- Toan chuyển hoá nếu BN có tình trạng nhiễm khuẩn nặng

2.X quang bụng đứng không sửa soạn

- Là hình ảnh học ban đầu khi tiếp cận bệnh nhân nghi ngờ thủng tạng rỗng.
- Hình ảnh liềm hơi dưới hoành 1 bên hoặc 2 bên (50 – 70%)
- Có thể chụp tư thế đứng hoặc nửa ngồi (Fowler) hoặc nằm nghiêng trái
- Nếu (-) cũng không loại trừ được chẩn đoán (*)
- XQ dạ dày với cản quang tan trong nước có thể được thực hiện khi XQBĐKSS (-). Hoặc chụp XQBĐKSS sau bơm hơi vào dạ dày có thể giúp tăng độ nhạy của chẩn đoán.

*Chống chỉ định uống baryt vì khi được phúc mạc hấp thu thì rất độc



3. CT Scan bụng

- Khi XQBĐKSS (-) hoặc có thể là tiếp cận ban đầu với những bệnh nhân nghi ngờ có thủng tạng rỗng
- Tỷ lệ phát hiện hơi tự do trong thủng ổ loét dạ dày tá tràng từ 95 – 98%.
- Độ chính xác của CT Scan bụng có cản quang trên BN thủng ổ loét dạ dày tá tràng là 98%
- Hình ảnh trên CT Scan bụng bao gồm
 - Dịch trong phúc mạc
 - Hơi tự do trong ổ bụng, thường xung quanh gan và dạ dày
 - Xác định vị trí và kích thước của lỗ thủng
 - Loại trừ các nguyên nhân đau bụng cấp khác
- Trong trường hợp không phát hiện hơi tự do, có thể cho bệnh nhân uống thuốc cản quang tan trong nước CT Scan có thể phát hiện hình ảnh cản quang hay hơi tự do thoát vào ổ bụng



Tarasconi, A., Coccolini, F., Biffi, W.L. et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg* 15, 3 (2020).

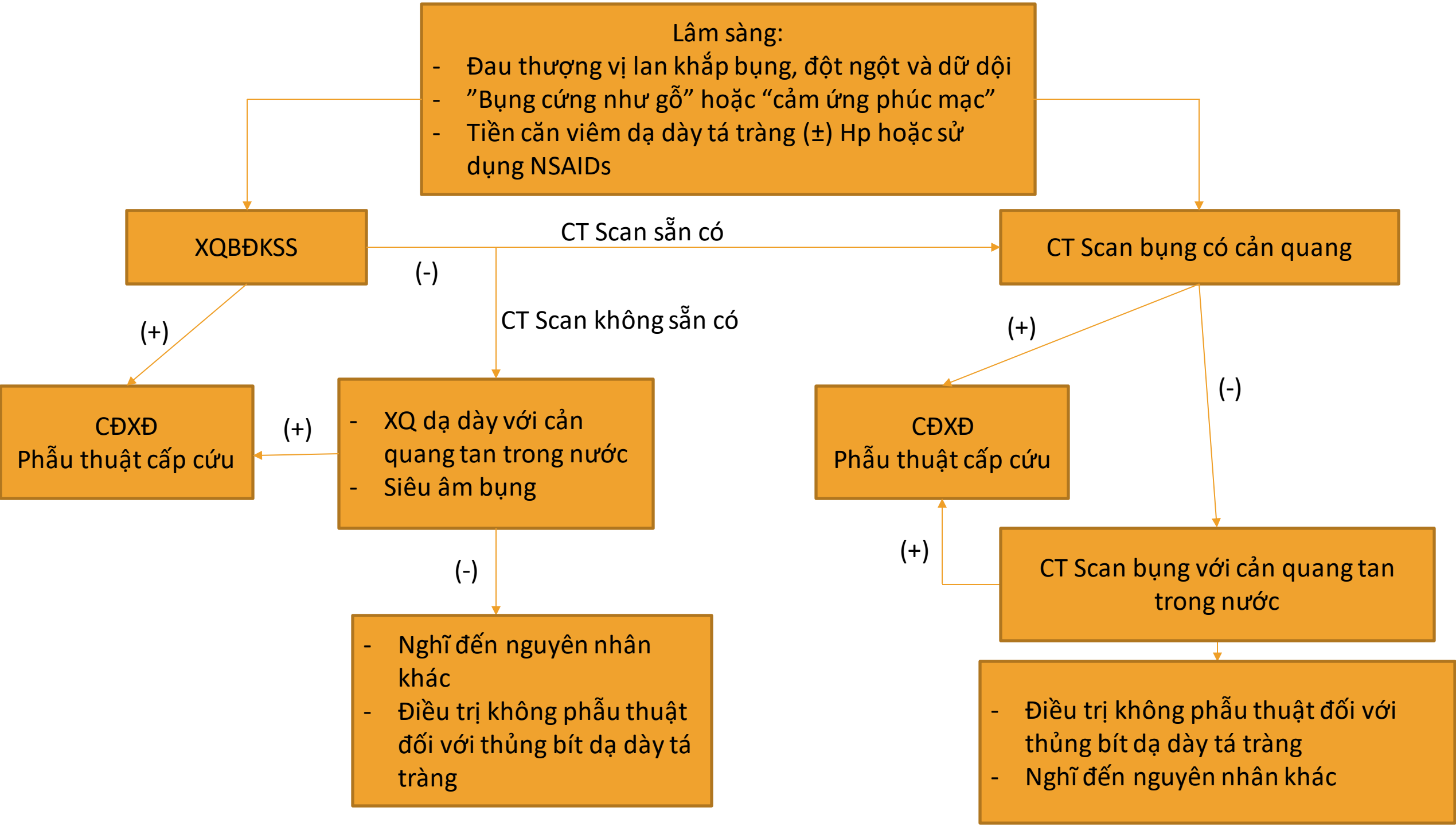
Thorsen K, Glomsaker TB, von Meer A, Soreide K, Soreide JA. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. *Gastrointest Surg*. 2011;15:1329–35.

Grassi R, Romano S, Pinto A, Romano L. Gastro-duodenal perforations: conventional plain film, US and CT findings in 166 consecutive patients. *Eur J Radiol*. 2004;50:30–6.

Kim HC, Yang DM, Kim SW, Park SJ. Gastrointestinal tract perforation: evaluation of MDCT according to perforation site and elapsed time. *Eur Radiol*. 2014

4. Siêu âm bụng

- Siêu âm bụng có vai trò giới hạn trong việc chẩn đoán thủng: “khí là kẻ thù của siêu âm”
- Tuy nhiên, trong vài trường hợp CT Scan không sẵn có, siêu âm bụng có thể giúp ích tìm kiếm hình ảnh khí bên dưới cân cơ bụng hoặc khí tự do trong ổ bụng



CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Đau bụng, dấu kích
thích phúc mạc

Hơi tự do ổ bụng

Viêm phúc
mạc do nguyên
nhân khác

- Thủng tạng
khác
- VPM ruột
thừa
- Hoại tử ruột
- Xoắn ruột
- Viêm phúc
mạc nguyên
phát
- ...

Không viêm
phúc mạc

- Viêm tụy
cấp
- Viêm ruột
- ...

Sau mổ bụng

Thấm phân
phúc mạc

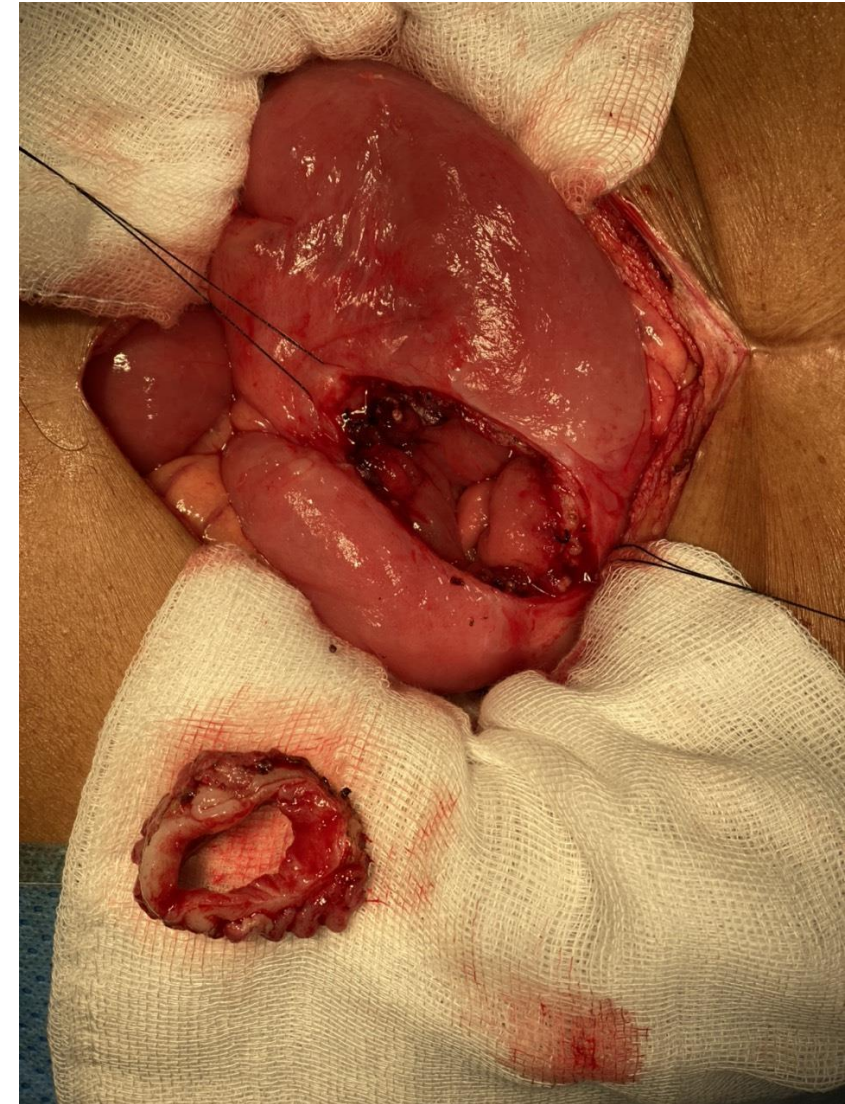
Tràn khí
trung thất,
tràn khí
màng phổi,
vỡ kén khí,
thở máy áp
lực dương

...

THẺ LÂM SÀNG

Thủng vào ổ bụng

- ▶ Dịch tiêu hoá chảy vào ổ bụng
- ▶ Viêm phúc mạc (+)
- ▶ Đau đột ngột dữ dội
- ▶ Dấu nhiễm trùng (+)
- ▶ Khí tự do trên X Quang và CT Scan



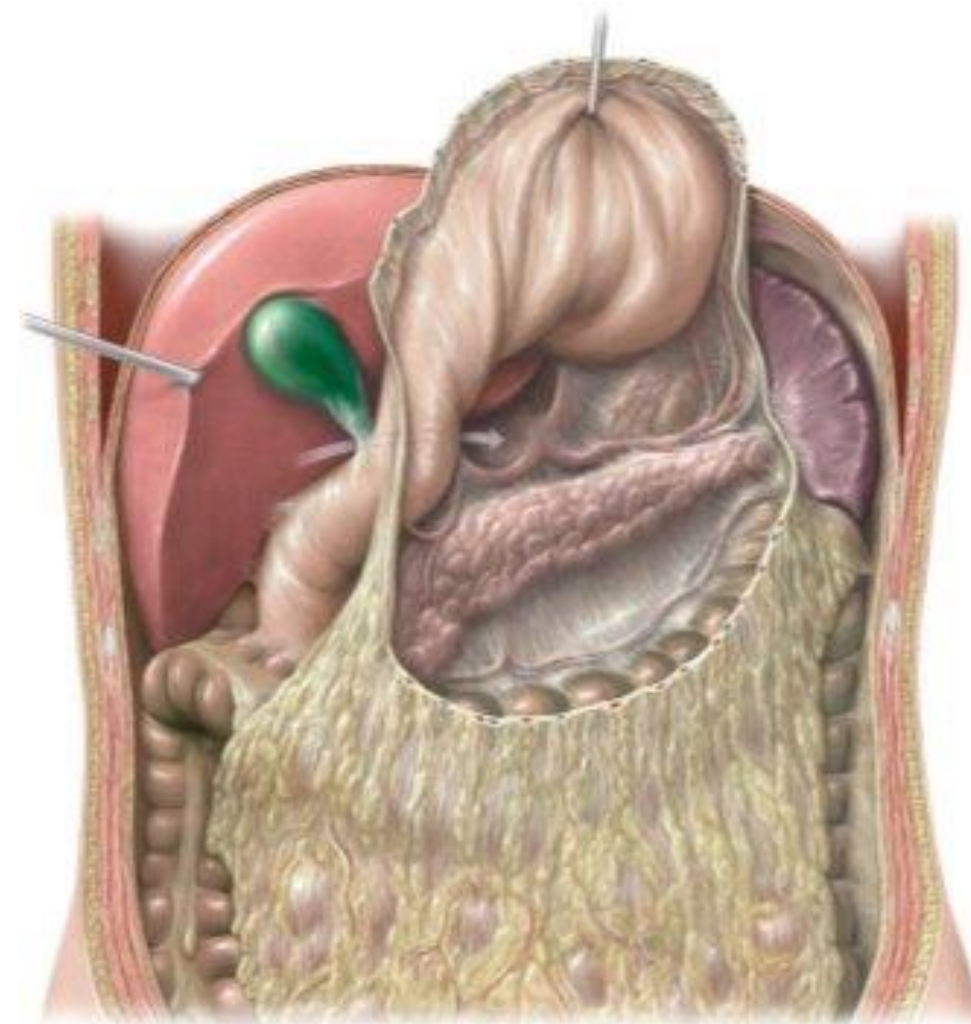
Thủng bít

- ▶ Dịch tiêu hóa thoát ra thoáng qua và được khu trú lại
- ▶ Viêm phúc mạc không rõ ràng
- ▶ Thay đổi kiểu đau loét dạ dày tá tràng
- ▶ Dấu nhiễm trùng không rõ ràng
- ▶ Hình ảnh thấy vài bóng khí dưới hoành



Thủng mặt sau

- Dịch tiêu hóa thoát ra túi mạc nối
- Đau bụng 1/2 trên
- Viêm phúc mạc không rõ ràng
- Áp xe túi mạc nối

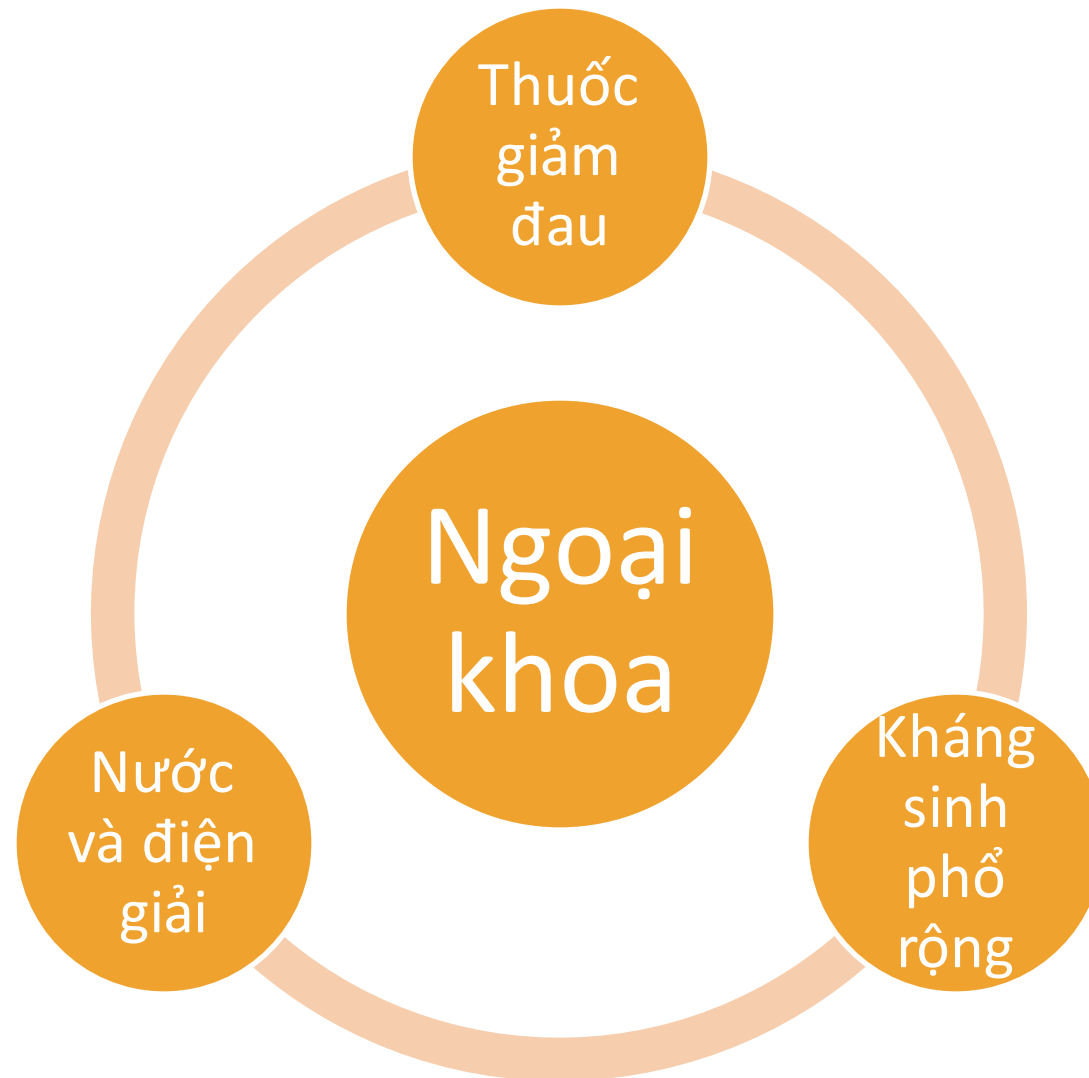


ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị
2. Điều trị ban đầu
3. Điều trị không phẫu thuật
4. Phẫu thuật điều trị thủng
5. Điều trị loét dạ dày tá tràng

1. Nguyên tắc điều trị



2. Điều trị ban đầu

1. Đặt thông mũi dạ dày giải áp
2. Đặt thông tiểu để theo dõi lượng nước tiểu
3. Truyền dịch tinh thể
4. Dùng thuốc ức chế bơm proton đường tĩnh mạch
5. Kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch
6. Các phương pháp theo dõi huyết động xâm lấn nếu cần
7. Sử dụng giảm đau ngay sau khi BN được thăm khám

3. Điều trị không phẫu thuật

Chỉ định:

- Khởi phát < 24 giờ
- Đau bụng và dấu kích thích phúc mạc ít
- Huyết động ổn định
- Không có dấu nhiễm khuẩn hệ thống
- Bệnh nhân < 70 tuổi
- Bệnh nhân thủng bít hay không có dấu thoát cản quang trên chụp CT Scan hoặc X quang dạ dày

Nội dung:

- Hút qua sonde mũi dạ dày
- Kháng sinh
- Bù dịch đường tĩnh mạch
- Ức chế bơm proton

Tuân thủ 6 “R”

- (1) Radiologically undetected leak
- (2) Repeated clinical examination
- (3) Repeated blood investigations
- (4) Respiratory and renal support
- (5) Resources for monitoring
- (6) Readiness to operate

Kết quả và theo dõi

Tỷ lệ tử vong khi điều trị không phẫu thuật ở bệnh nhân thủng loét là 3% so với 6,2% khi phẫu thuật cấp cứu PPU [*].
=> PPU thể thủng loét có thể được quản lý một cách bảo tồn.

BN thường tự cải thiện lâm sàng sau 12 giờ.
Nếu sau 12 giờ BN không cải thiện hoặc nặng hơn trong quá trình theo dõi (đau bụng tăng, sốt tăng, bạch cầu tăng) cần chuyển phẫu thuật cấp cứu

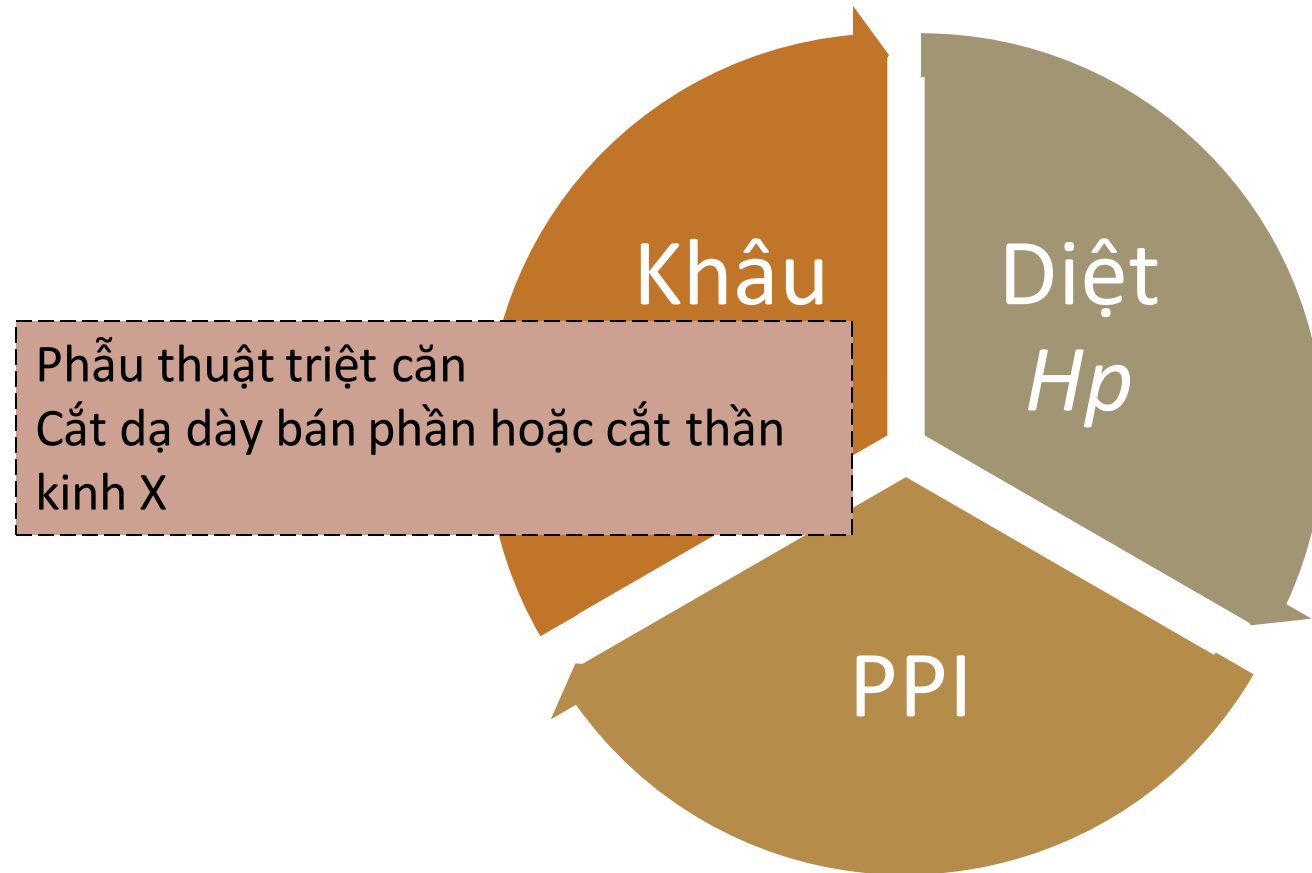
Ưu điểm

- Tránh phẫu thuật
- Tránh rủi ro của gây mê toàn thân
- Biến chứng sau phẫu thuật

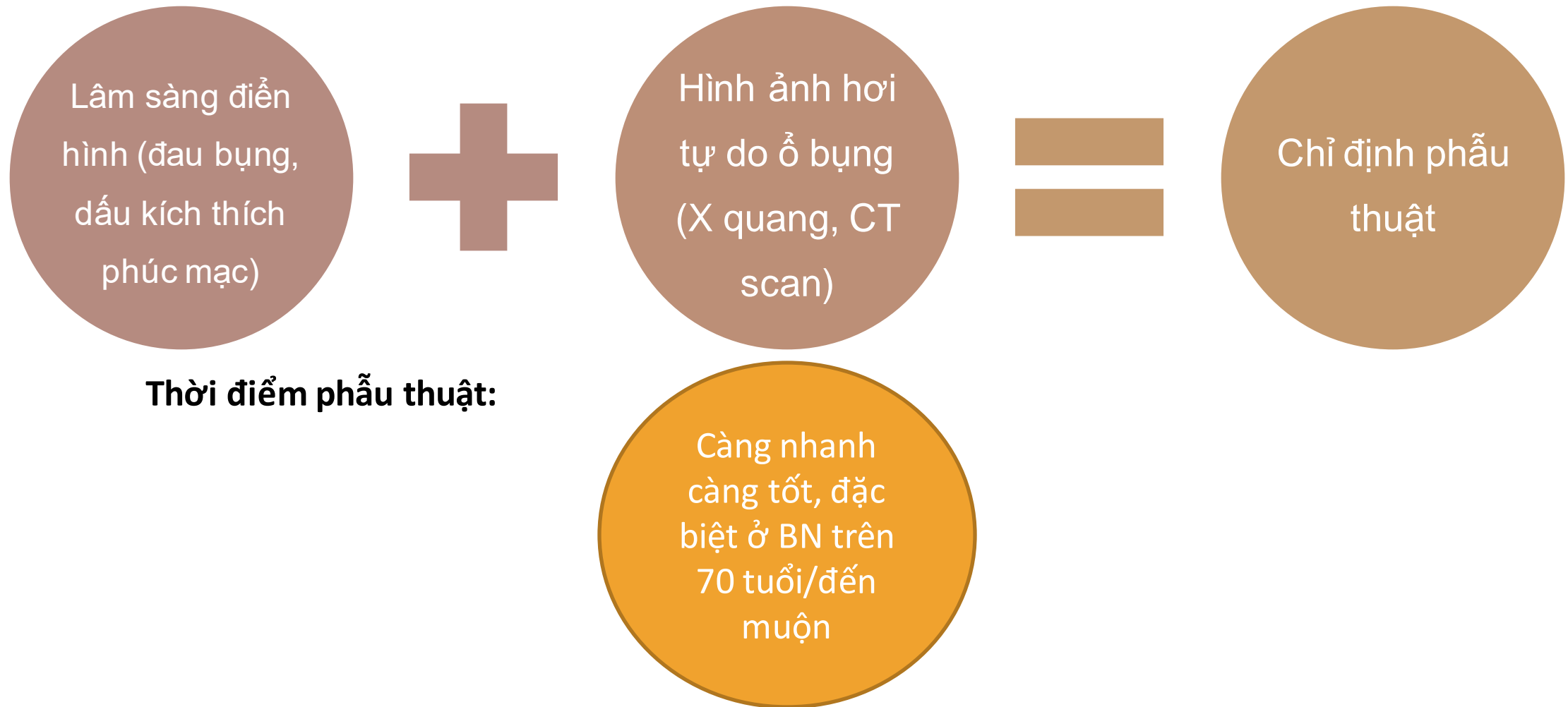
Khuyết điểm:

- Chẩn đoán sai hoặc đánh giá sai tỷ lệ tử vong cao hơn so với xử trí không bảo tồn
- Phải loại trừ ung thư dạ dày cũng như tầm soát và điều trị Hp sau khi bệnh ổn định

4. Ngoại khoa



Chỉ định phẫu thuật

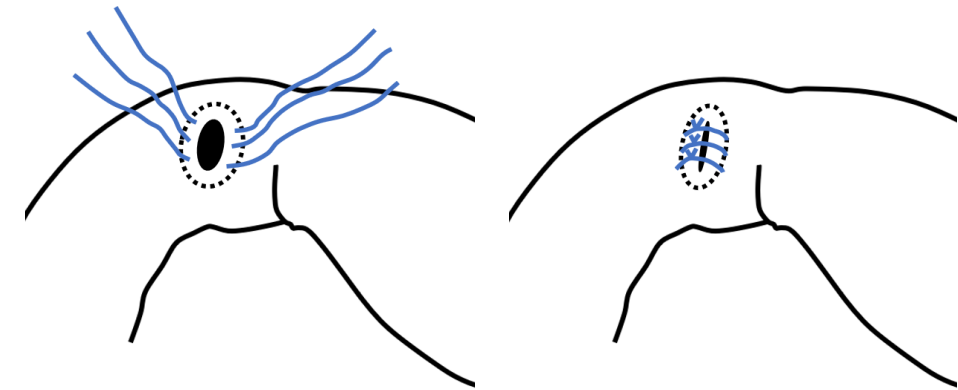


Nội dung của khâu thủng

- ▶ Thăm sát ổ bụng
- ▶ Kiểm tra tình trạng tắc đường thoát dạ dày
- ▶ Cắt lọc mép lỗ thủng
- ▶ *Khâu thủng*
- ▶ *Rửa ổ bụng đến nước trong (Dẫn lưu ổ bụng)*
- ▶ *Mở hồng tràng nuôi ăn (\pm)*

Khâu thủng

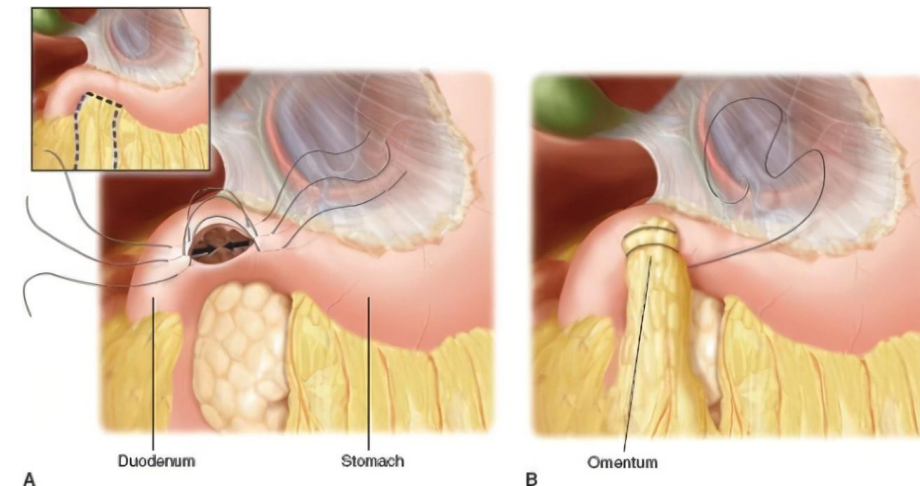
Đối với các lỗ thủng < 2cm, không có khuyến cáo sử dụng đệm mạc nối lớn: Không có lợi ích nhiều hơn so với khâu thủng đơn thuần nhưng lại tăng thời gian phẫu thuật



Khâu thủng đơn thuần

Lỗ thủng ≥ 2 cm nên áp dụng phương pháp phẫu thuật nào?

- Loét dạ dày lớn nghi ngờ ác tính \rightarrow Kiểm tra giai phẫu bệnh
- Loét tá tràng lớn \rightarrow Xem xét sự cần thiết của cắt bỏ hoặc khâu (\pm) cắt môn vị/dẫn lưu mật ra ngoài. Cắt tá tràng chỉ trong những trường hợp nặng. Có thể không cần đọc giải phẫu bệnh ở những loét tá tràng lớn



Khâu thủng có miếng đệm mạc nối

Rửa ổ bụng và dẫn lưu ổ bụng

- ▶ Có thể rửa ổ bụng khoảng 6 – 10L nước muối sinh lý ấm, có thể lên đến 30L muối ấm.
- ▶ Dẫn lưu ổ bụng: không có bằng chứng cho thấy ODL có thể làm giảm tỉ lệ tụ dịch ổ bụng sau mổ.

Phẫu thuật nội soi

- ▶ Hiện nay phẫu thuật nội soi là lựa chọn hàng đầu
- ▶ Đối với những BN nhiễm trùng nặng, shock nên phẫu thuật mở
- ▶ Nội dung tương tự mổ mở
- ▶ Lưu ý:
 - ▶ Sinh thiết khó → nội soi dạ dày sinh thiết sau mổ
 - ▶ Khó đánh giá hẹp môn vị → chuyển mổ mở

Phẫu thuật ổ loét tiền môn vị OMENTUM (GRAHAM) PATCH



Điều trị loét dạ dày tá tràng

- ▶ Nếu có nhiễm *H. pylori* → diệt trừ
- ▶ Thuốc ức chế bơm proton.
- ▶ Thay đổi thói quen sinh hoạt: kiêng rượu, thuốc lá

TIÊN LƯỢNG

Thang điểm Boey

	Có	Không
Bệnh nặng kèm theo	1	0
Thủng >24 giờ ^a	1	0
Shock trước mổ ^b	1	0
Điểm	Tử vong (tỉ số chênh)	Biến chứng (tỉ số chênh)
1	8% (2,4)	47% (2,9)
2	33% (3,5)	75% (4,3)
3	38% (7,7)	77% (4,9)

Tỉ lệ tử vong từ 1,3% đến 20%

Tỉ lệ biến chứng từ 17% đến 63%

KẾT LUẬN

- ▶ Thủng ổ loét dạ dày tá tràng chủ yếu liên quan đến H. pylori và NSAIDs.
- ▶ Biểu hiện lâm sàng chính là viêm phúc mạc.
- ▶ XQBĐKSS và CT Scan bụng có cản quang là 2 hình ảnh học giúp chẩn đoán và đưa ra quyết định điều trị đối với thủng ổ loét dạ dày tá tràng
- ▶ Phương pháp điều trị không phẫu thuật vẫn còn đang được nghiên cứu
- ▶ Phẫu thuật khâu lỗ thủng, diệt Hp, PPI là phương pháp hiệu quả, tỉ lệ tái phát thấp và được áp dụng phổ biến hiện nay.

Tài liệu tham khảo

- ▶ Phan Minh Trí, Đỗ Đình Công, (2021), Bệnh học ngoại khoa tiêu hoá, Trường Đại học Y dược TPHCM, tr. 38-39
- ▶ Nguyễn Văn Hải, (2019), Cấp cứu ngoại khoa tiêu hoá, Trường Đại học Y dược TPHCM, tr. 66-67
- ▶ Võ Đình Tuy, (2020), Slide “Thủng dạ dày tá tràng”, Trường đại học Y dược TPHCM.
- ▶ Tarasconi, A., Coccolini, F., Biffl, W.L. et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. World J Emerg Surg 15, 3 (2020).
- ▶ Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer - an update. World J Gastrointest Surg. 2017 Jan 27;9(1):1-12.
- ▶ Thorsen K, Glomsaker TB, von Meer A, Soreide K, Soreide JA. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. Gastrointest Surg. 2011;15:1329–35.
- ▶ Grassi R, Romano S, Pinto A, Romano L. Gastro-duodenal perforations: conventional plain film, US and CT findings in 166 consecutive patients. Eur J Radiol. 2004;50:30–6.
- ▶ Kim HC, Yang DM, Kim SW, Park SJ. Gastrointestinal tract perforation: evaluation of MDCT according to perforation site and elapsed time. Eur Radiol. 2014
- ▶ Berne TV, Donovan AJ. Nonoperative treatment of perforated duodenal ulcer. Arch Surg. 1989

CÁM ƠN THẦY VÀ CÁC
BẠN ĐÃ LẮNG NGHE

