

MỤC TIÊU

Chẩn đoán, thể lâm sàng – giải phẫu bệnh

Chỉ định và nguyên tắc điều trị

Các phương pháp điều trị

Khâu thủng kết hợp tiết trừ *H. pylori*

Kết quả các phương pháp điều trị

Mạnh Tổ 9 Y13B

**Bài này thầy kể chuyện không nên đi
học+đọc sách**

MỞ ĐẦU

Thủng DD-TT

biến chứng thường gặp
cấp cứu ngoại khoa

Tháng 12-1 thì thủng nhiều

Thủng ≠ vết thương/chấn thương

Chảy máu do loét thì cũng hay gặp. Giờ nội soi phát triển giúp chẩn đoán điều trị luôn

Thủng loét và ung thư

**Này là mổ cấp cứu, khác vs hẹp môn vị do loét là mổ cấp cứu trì hoãn-giờ chủ yếu do K
điểm khác và giống nhau**

K dạ dày mà thủng là biến chứng quá muộn, giờ chẩn đoán sớm được rồi

CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ THÙNG LOÉT DD-TT

CHẨN ĐOÁN THÙNG DD-TT

Đau bụng dữ dội và đột ngột

Đau như tiếng sét giữa trời quang(Y HN), như dao đâm(Pháp)

Bụng gồng cứng, ấn rất đau: cứng như gỗ

Giờ thì bụng mềm ko nên cái này chưa chắc thấy, vs già hay nữ sinh đẻ cũng khó

Tiền căn đau: 70 – 80% thùng do loét

Mất vùng đục trước gan

Có trường hợp tiền căn không có gì vẫn thùng

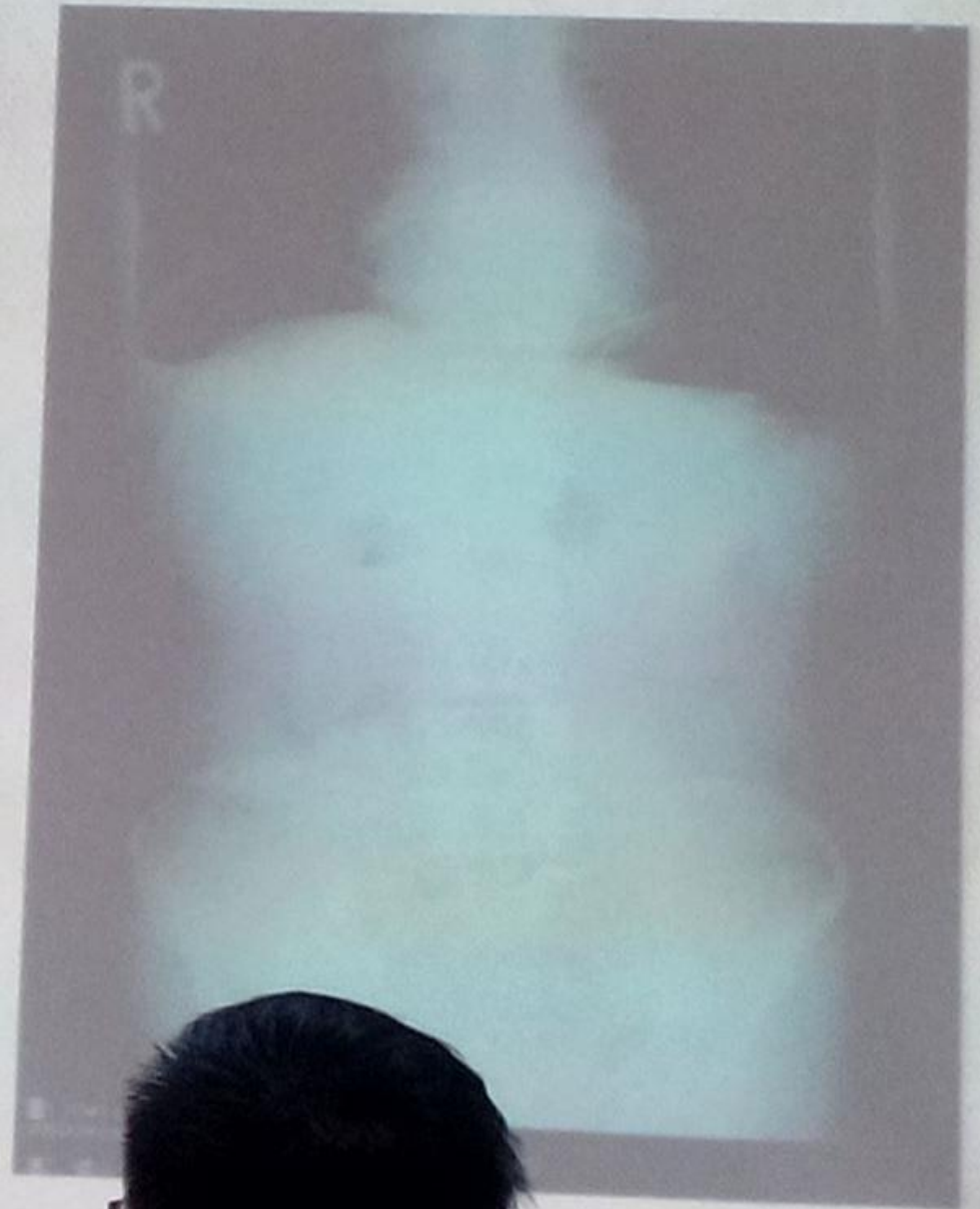
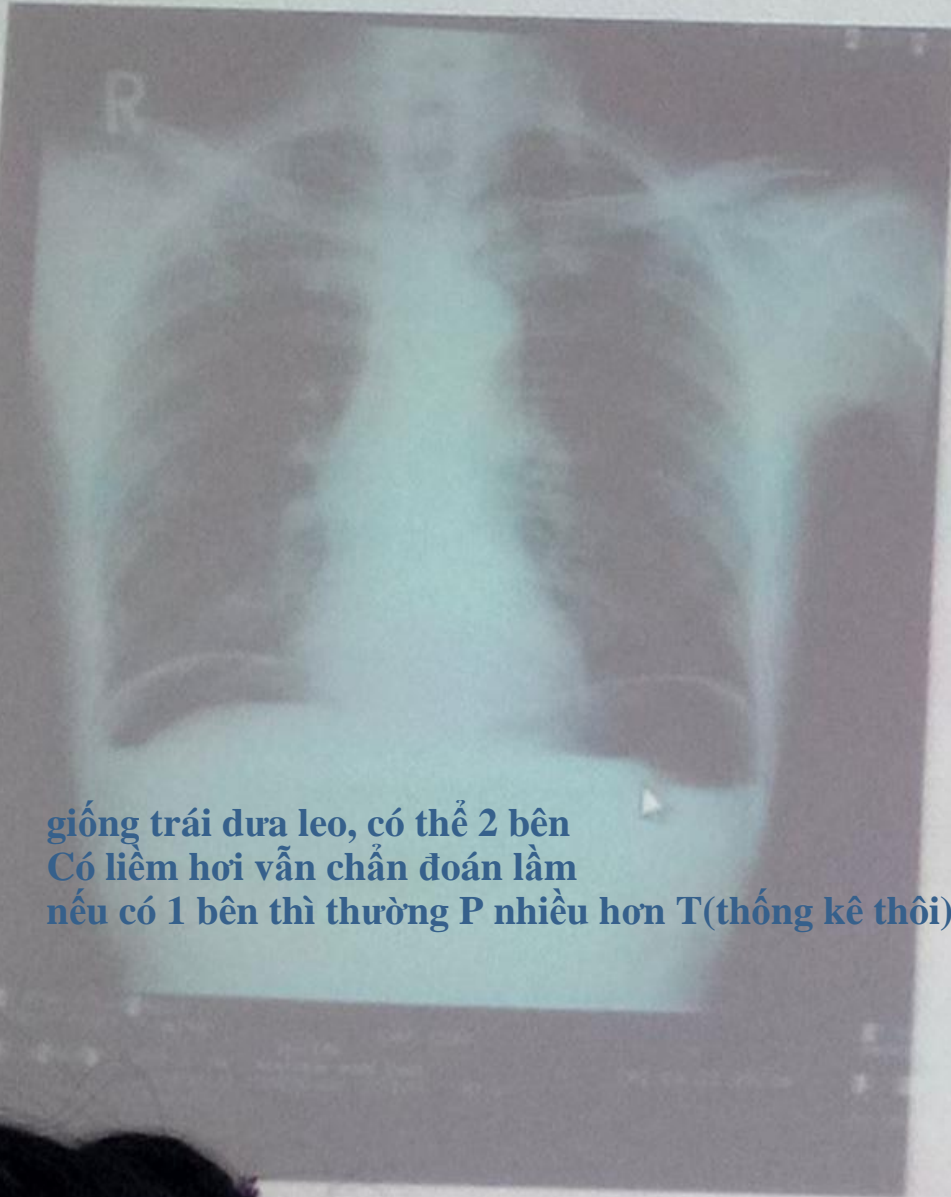
X quang thấy liềm hơi dưới hoành=> 80%

Không có liềm hơi không loại trừ chẩn đoán

Mất vùng đục trước gan không đặc hiệu, VPM mà liệt ruột nó chui vào khoảng giữa thành ngực vs mất trước gan thì gỗ cũng có thể vang

Triệu chứng thường xuyên ở nhiều bệnh. BN có thể là đang nằm ngủ hay đang vác bao lúa, hay đang nằm điều trị loét dd ở khoa nội TH... tự dưng đau đột ngột

X quang bụng không sửa soạn



giống trái dưa leo, có thể 2 bên
Có liên hơi vẩn chẩn đoán làm
nếu có 1 bên thì thường P nhiều hơn T(thống kê thôi)

CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ THÙNG LOÉT DD-TT

THỂ LS VÀ GPB THÙNG LOÉT DD-TT

Lấn lặn với VRT hay VPM ruột thừa

Ổ loét ở mặt sau dạ dày => áp xe

Thùng bít

Thùng kèm HMV

K hang vị(chuyện của BS Lê Châu Hoàng Quốc Chương=)))
BN K hang vị, hẹp môn vị, chụp barit kiểm tra để cắt, xui thùng rồi làm VPM nặng do barit

Thùng kèm chảy máu => loét đối nhau

Thùng ở BN già yếu hoặc nghiện ma túy

CHỈ ĐỊNH - NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Cấp cứu ngoại khoa => mổ cấp cứu

Chuẩn bị trước mổ

Chẩn đoán xác định => thuốc giảm đau

Hút dạ dày

Bồi phụ nước điện giải và dinh dưỡng

Kháng sinh trước mổ

PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

Hai phương pháp chính

Triệt căn

Vừa giải quyết được biến chứng vừa giải quyết nguyên nhân hiểm dùng rồi. Do không cần thiết-cắt rồi sao sống lâu dài nữa. Nên này dùng cho K, hay TH BN lao phổi tiến triển, mới đặt stent, đái tháo đường 200-300... những lúc này thì nên khâu thôi, sau đó nếu K mà giải phẫu bệnh rõ ràng hay tình trạng ổn thì mới cắt

cắt dạ dày
cắt TK X + khâu thủng

Này dùng 99%

Khâu loét thủng

kể cả qua nội soi

Ngày xưa K dạ dày thường đến trễ, dạng thâm nhiễm vs loét nhiều hơn chồi sùi, nên biến chứng thủng hay có. Ổ loét ung thư thường >3cm, bờ sượng cứng nhô cao, mà khi thủng khâu bằng chỉ 2-3-4zero thì không khâu được, nhưng mà lỗ thủng to quá nên không khâu được. Lúc này đưa ống pezzet, lấy băng cuối lại tạo ống dẫn lưu qua hông phải qua khe wilson, rửa bụng. Đây là giải pháp tạm thời, tiên lượng sống chỉ còn 36 tháng

PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

Cắt dạ dày cấp cứu : 1940 cắt dạ dày điều trị thủng

Ưu điểm: Điều trị biến chứng thủng + bệnh loét

Nhược điểm: tử vong cao, nhiều tai biến, biến chứng

Chỉ định

Thủng DD do K

Tốt nhất cắt dạ dày

Nếu khâu => mổ lại để cắt DD

Newmann

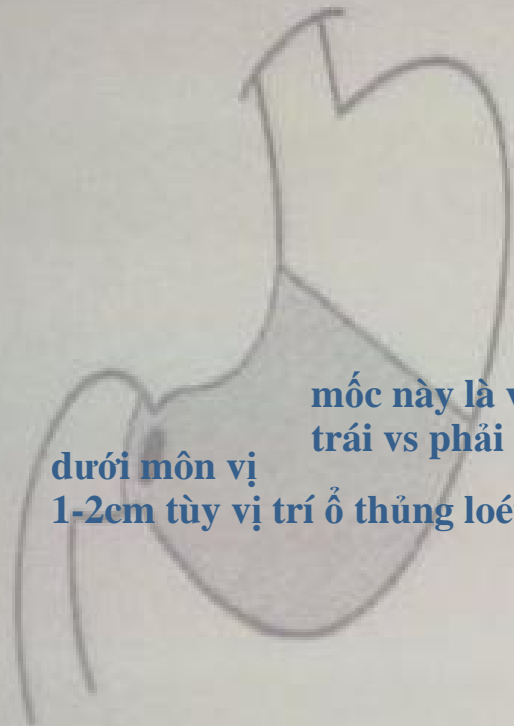
Đối với loét thủng

Cắt dạ dày Thủng nghi ngờ K

Thủng dạ dày => GPB: K

Thêm 1 câu chuyện. Thầy gặp BN 73 tuổi
chẩn đoán thủng loét, vào khâu thấy bờ
sượng nên cho làm GPB, 3 ngày sau BN đang
nằm hậu phẫu, thì có KQ GPB là K. Thầy nói
BN mổ lại mà BN không mổ đòi về thế là chết=))
Kinh nghiệm là nếu gặp TH này thì 1-2 tuần sau cho
BN tái khám giải thích lại thì BN dễ chấp nhận hơn

Về học lại giải phẫu bụng



dưới môn vị

1-2cm tùy vị trí ổ thủng loét

Cắt đoạn da dây lấy ổ loét

mốc này là vị mạc nối
trái vs phải nối nhau



A

Nói cách mổ
méo hiểu



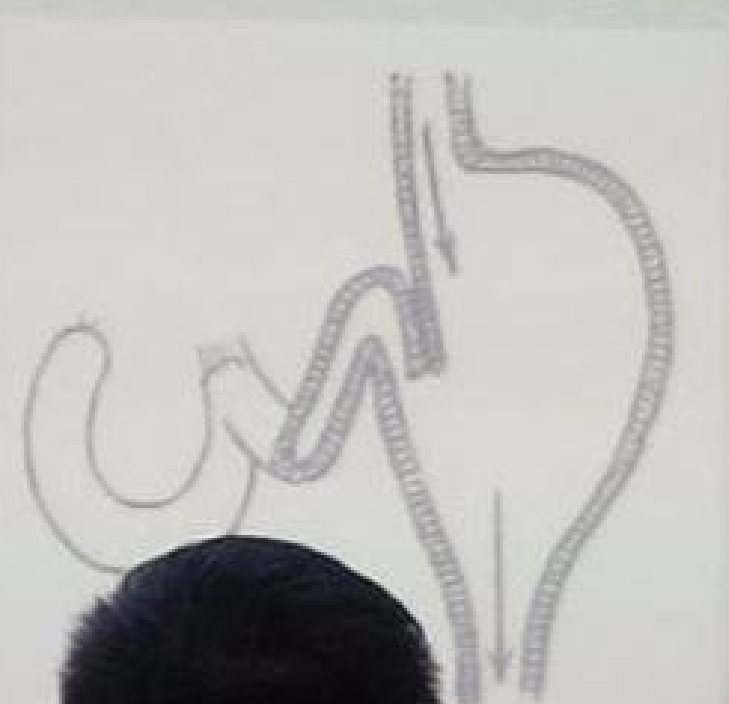
B

Nối vị tràng theo

A. Polya

B. Hofmeister- Finsterer

Billroth II



PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

Kết quả

- Đỗ Đức Văn, 2481 thùng do loét (1960-1990) => cắt DD 15%. Kết quả khá tốt 85%, trung bình 13%, xấu 2%, tử vong 1,3%
- Jordan 24,5 năm (1949-1973) => cắt DD 38,3%. Tử vong 2,14%, tái phát 6,9%
- McDonough, cắt DD 2,85%, tử vong 33,3%

Tóm lại

Thùng DD do K => tốt nhất cắt dạ dày

Thùng loét => chỉ định chặt chẽ, ít sử dụng

Mấy này đi học nghe

PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

Chỉ định cho loét hành tá tràng. Khâu thủng chưa biến chứng, cắt TK X để tránh kích thích dạ dày tiết acid

Cắt TK X + khâu thủng ± dẫn lưu

Phẫu thuật cắt TK X

Cắt tại thân + khâu thủng, nối vị tràng/ MRMV

Cắt chọn lọc cao vùng thân + khâu lỗ thủng

cắt chọn lọc là cắt nhánh dưới/?? ko nghe

PT Taylor:

cắt tại thân TK X sau,

cắt chọn lọc TK X trước

(cắt thanh cơ thành trước dạ dày dọc theo BCN từ vùng TK chân ngỗng, qua thân vị sang phình vị)

PT Hill Baker:

cắt tại thân TK X sau

Cắt siêu chọn lọc là cắt các nhánh bậc thang hay T lantapzer của TK X trước sau và chừa lại chòm thân ngỗng

cắt chọn lọc cao TK X trước

giờ ít sử dụng rồi

PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

Kết quả

- Cắt TK X + MRMV: ĐĐVân, tốt 83%-xấu 4,5%- TV 0%. Favre: tái phát 7,5-15%
- Cắt TK X CLC: ĐĐVân, tốt 82%-xấu 9%-TV 0%. Ahallat: tái phát 6,2%
- PT Taylor so với Hill Baker: ĐXHùng, tái phát 38%/10%. Mổ lại PT Taylor 47%

Tóm lại

Cắt TK X, không nặng như cắt DD
Chọn lọc BN, ít áp dụng ở nước ta

PHẪU THUẬT KHÂU THÙNG

Khâu thùng qua PTNS **Chủ yếu**

Nhẹ nhàng, ít xâm hại. Thời gian ngắn, ít đau...

Đào tạo và trang bị mổ NS **Trước đây chỉ điều trị được biến chứng 1-2 năm xong 68% loét tái phát mổ cắt dạ dày.**

Chỉ định Thùng loét TT > DD

Thùng trước 12giờ. Không HMOV

Kết quả

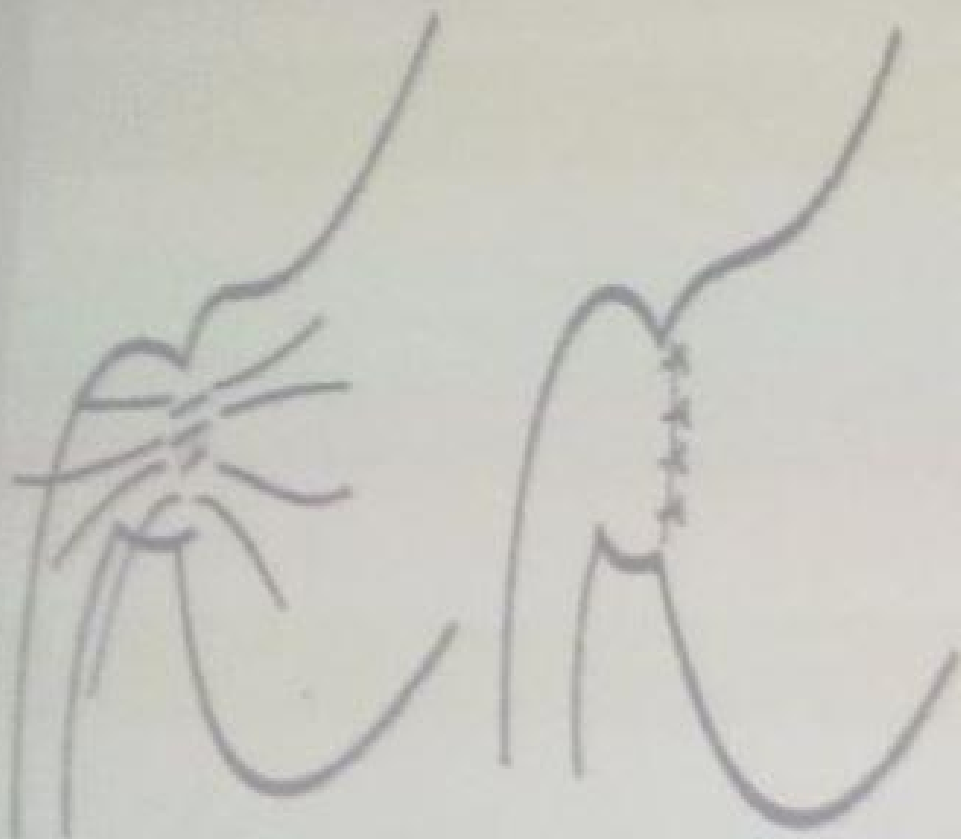
NADũng: 26TH, 2 chuyển mổ mở, 1 CM

Cardière: 10 cắt TK X, 23 khâu, 3 BC

Kafith: 1 khâu, 6 Taylor, 24 cắt TK X, 2 mổ lại

Naesgaard: 74TH, T V 20%

Tóm lại *Khâu thùng NS ít xâm hại, chỉ định chặt chẽ*



Khâu kín lỗ thông bằng đường khâu gấp



Khâu mà kèm hẹp môn vị thì nối vị tràng hình chữ phi

Khâu kín lỗ thông và nối vị tràng

PHẪU THUẬT KHÂU THÙNG

Khâu thùng qua PTNS

Nhẹ nhàng, ít xâm hại. Thời gian ngắn, ít đau...

Đào tạo và trang bị mổ NS

Chỉ định Thùng loét TT > DD

Thùng trước 12giờ. Không HMOV

Kết quả

NADŭng: 26TH, 2 chuyển mổ mở, 1 CM

Cardière: 10 cắt TK X, 23 khâu, 3 BC

Kafith: 1 khâu, 6 Taylor, 24 cắt TK X, 2 mổ lại

Naesgaard: 74TH, T V 20%

Tóm lại Khâu thùng NS ít xâm hại, chỉ định chặt chẽ

PHẪU THUẬT KHÂU THÙNG

Khâu thùng + điều trị kháng tiết

Sevvel => Ranitidine: tái phát 33% sau 6 tháng

Ng => Omeprazole: tái phát 38,1% sau 1 năm

Khâu thùng + tiết trừ *H. pylori* : *H. pylori* (+) 80-96,5%

Ưu điểm

Nhẹ nhàng, đơn giản

Điều trị ngoại khoa + nội khoa

Điều trị bệnh sinh

Lành sẹo nhanh, tái phát thấp

Nhược điểm

*Loét tái phát nếu tái nhiễm *H. pylori**

bảo tồn, giữ dạ dày

PHẪU THUẬT KHÂU THÙNG

Kết quả

Ng (2000): điều trị 4 thuốc, loét lành 82,4%, loét tái phát sau 1 năm 4,8%

Trần Thiện Trung (2000): điều trị OCA

Tiết trừ 95,3% Loét lành 92,5%

Loét tái phát sau > 1 năm 7,4%

Loét tái phát sau 5 năm 9,7%

Không BN nào phải mổ lại do bệnh loét

Tóm lại

Khâu thùng + tiết trừ H. pylori => hạn chế loét tái phát và can thiệp phẫu thuật lại

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN KHÔNG MỔ

Redwood 1870, Wangenstein 1935

hút dạ dày

Taylor 1946

hút DD liên tục + Kháng sinh
bồi phụ nước điện giải

Ở nước ta,

hút DD liên tục

sửa soạn trước mổ

Có thể cần nghiên cứu?

KẾT LUẬN

Thủng loét: nặng, thường gặp

Điều trị phẫu thuật

Phẫu thuật triệt căn cắt DD/Cắt TK X

hiện nay ít áp dụng

Khâu thủng(kể cả NS) điều trị biến chứng,
không chữa khỏi bệnh loét

Khâu thủng + tiết trừ *H.pylori*

chữa khỏi bệnh loét,
hạn chế loét tái phát
không mổ lại