

# 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

# MỞ ĐẦU

Thủng DD-TT

biến chứng thường gặp  
cấp cứu ngoại khoa

Thủng  $\neq$  vết thương/chấn thương

Thủng loét và ung thư

điểm khác và giống nhau

# CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ THÙNG LOÉT DD-TT

## CHẨN ĐOÁN THÙNG DD-TT

Đau bụng dữ dội và đột ngột

Bụng gồng cứng, ấn rất đau: cứng như gỗ

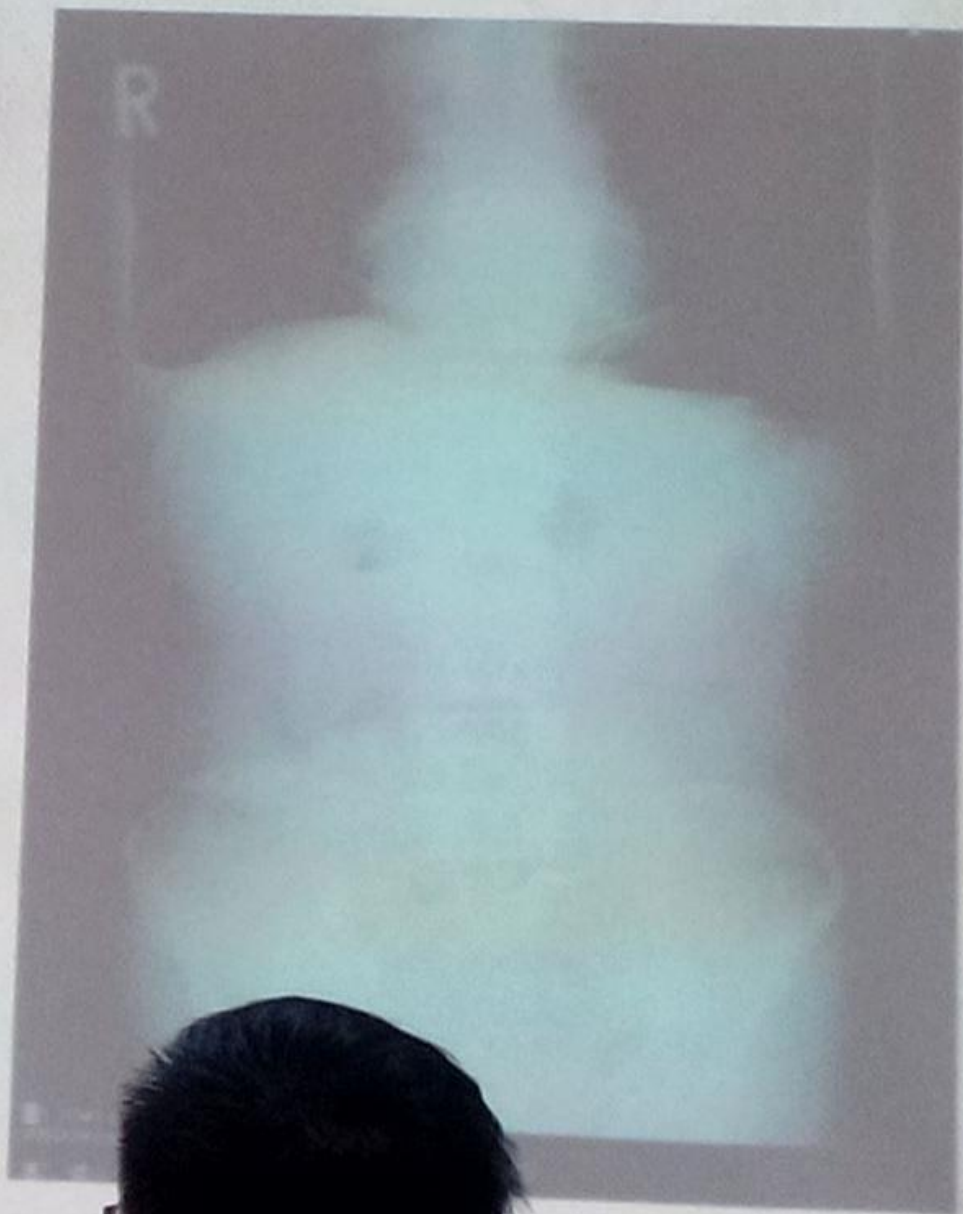
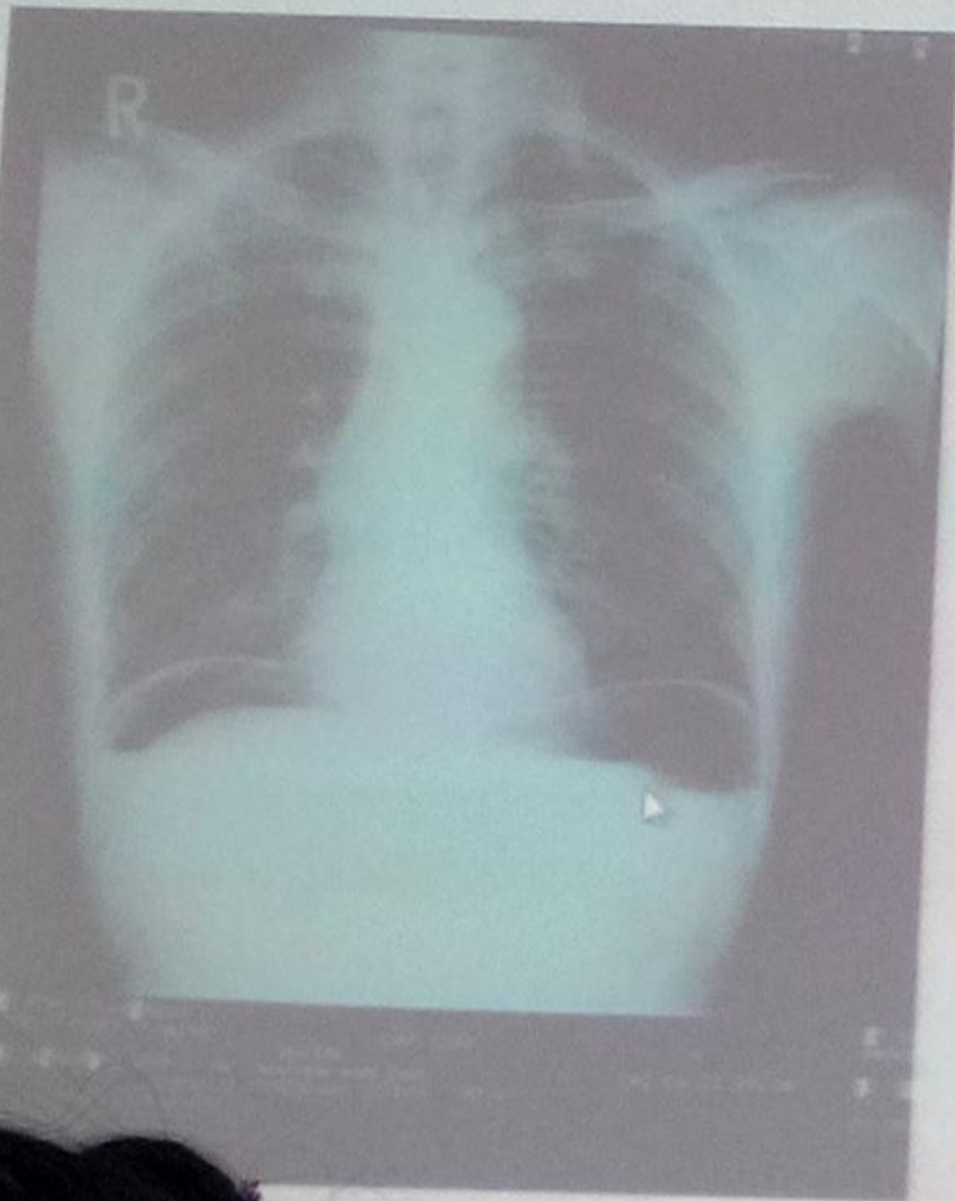
Tiến căn đau: 70 – 80% thùng do loét

Mất vùng đục trước gan

X quang thấy liềm hơi dưới hoành=> 80%

*Không có liềm hơi không loại trừ chẩn đoán*

# X quang bụng không sửa soạn



# CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ THÚNG LOÉT DD-TT

## THỂ LS VÀ GPB THÚNG LOÉT DD-TT

Lấn lặn với VRT hay VPM ruột thừa

Ổ loét ở mặt sau dạ dày => áp xe

Thủng bít

Thủng kèm HMOV

Thủng kèm chảy máu => loét đối nhau

Thủng 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

cắt dạ dày

cắt TK X + khâu thủng

Khâu loét thủng

kể cả qua nội soi

# 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

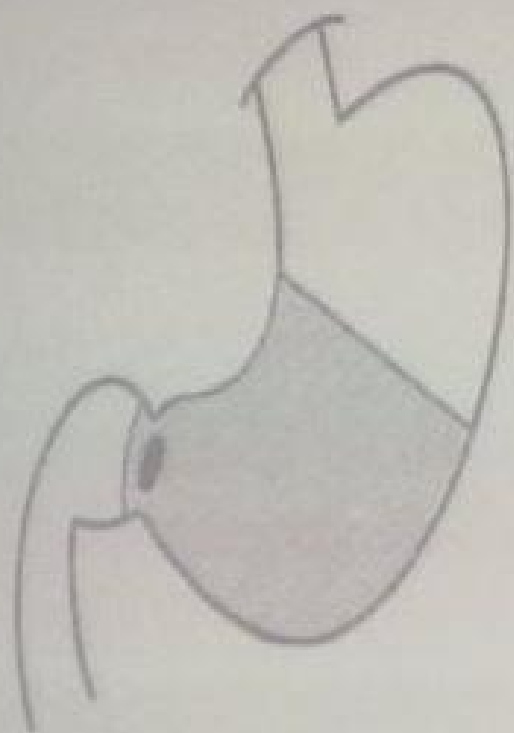
Newmann

Đối với loét thủng

Cắt dạ dày Thủng nghi ngờ K

Khâu thủng dạ dày => GPB: K





Cắt đoạn da dày lấy ổ loét



A



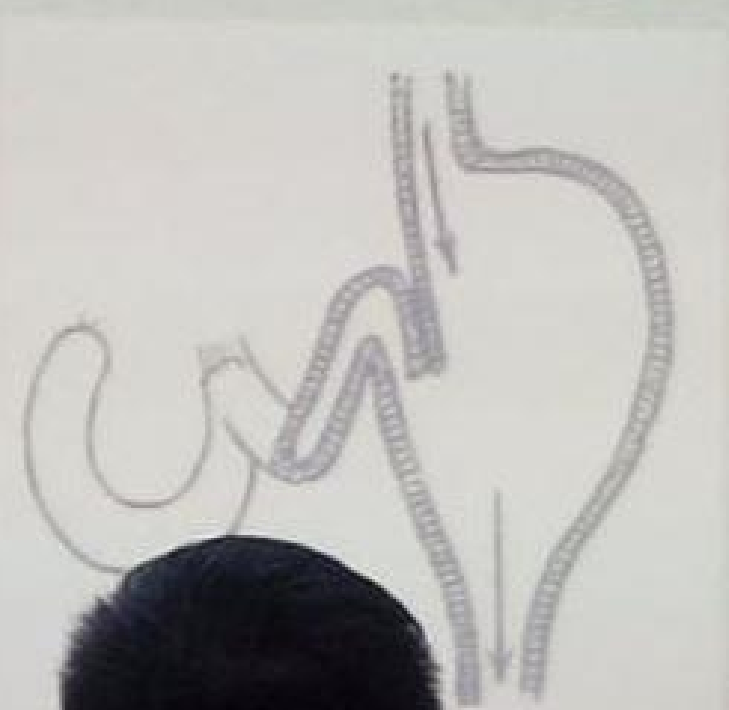
B

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

## PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

Cắt TK X + khâu thủng ± dẫn lưu

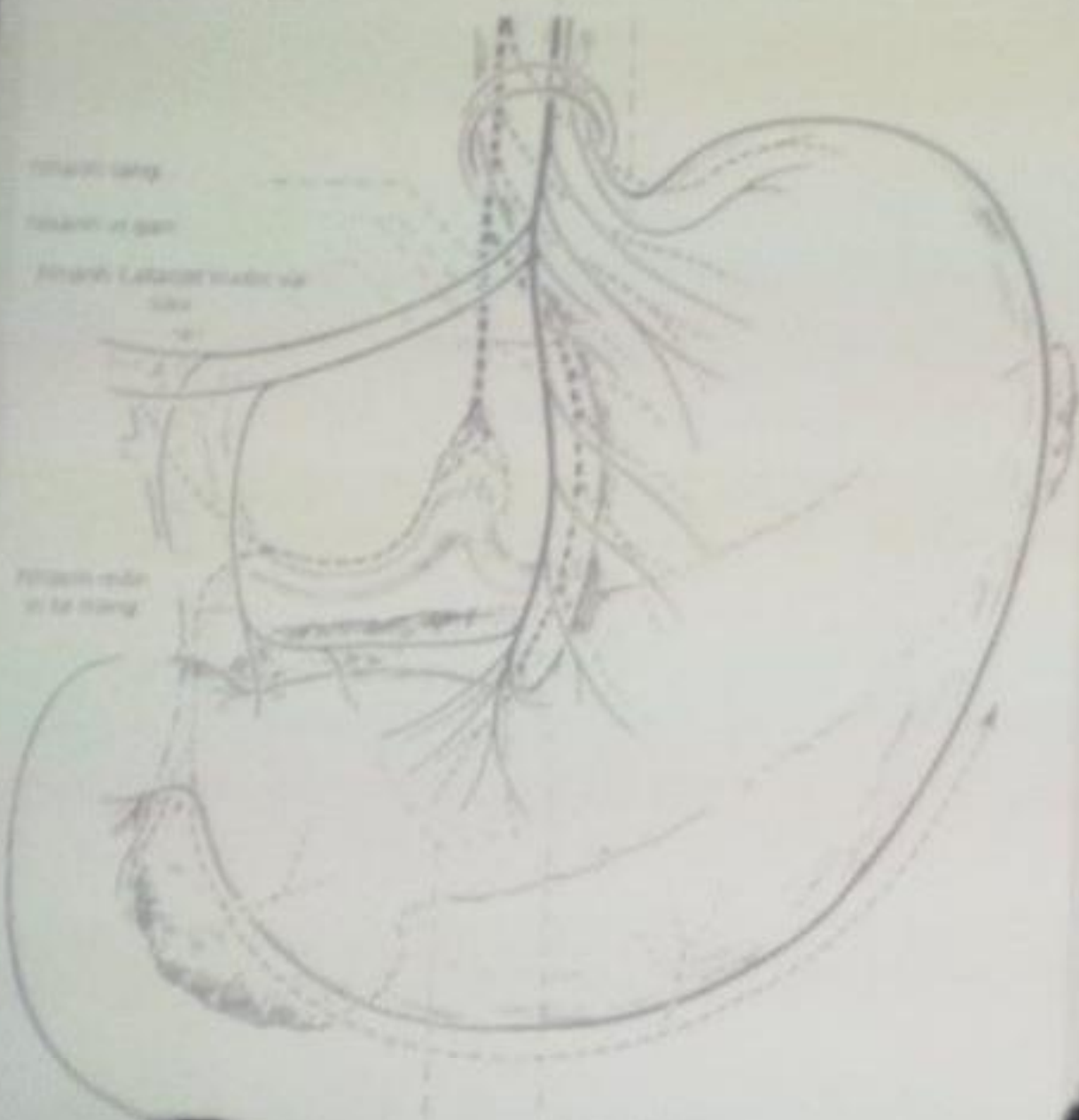
### Phẫu thuật cắt TK X

PT Hill Baker: cắt tại thân TK X sau,  
cắt chọn lọc cao TK X trước

Trình bày 1. Mục đích

Trình bày 2. Mục đích

Trình bày 3. Mục đích



### Ưu điểm

Cắt TK X => điều trị biến chứng bệnh loét

### Nhược điểm

Viêm trung thất

### Chỉ định

Loét tá tràng, thủng loét TT

# 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

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

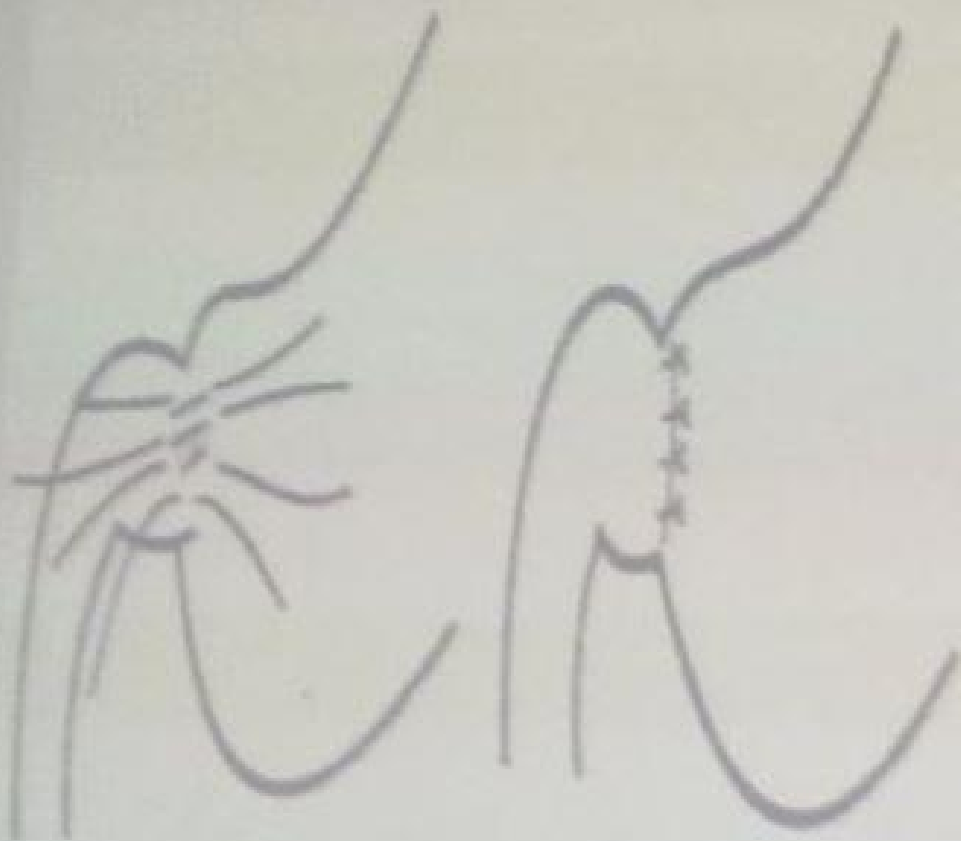
NADũng: 26TH, 2 chuyển mổ mở, 1 CM

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 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**

# 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