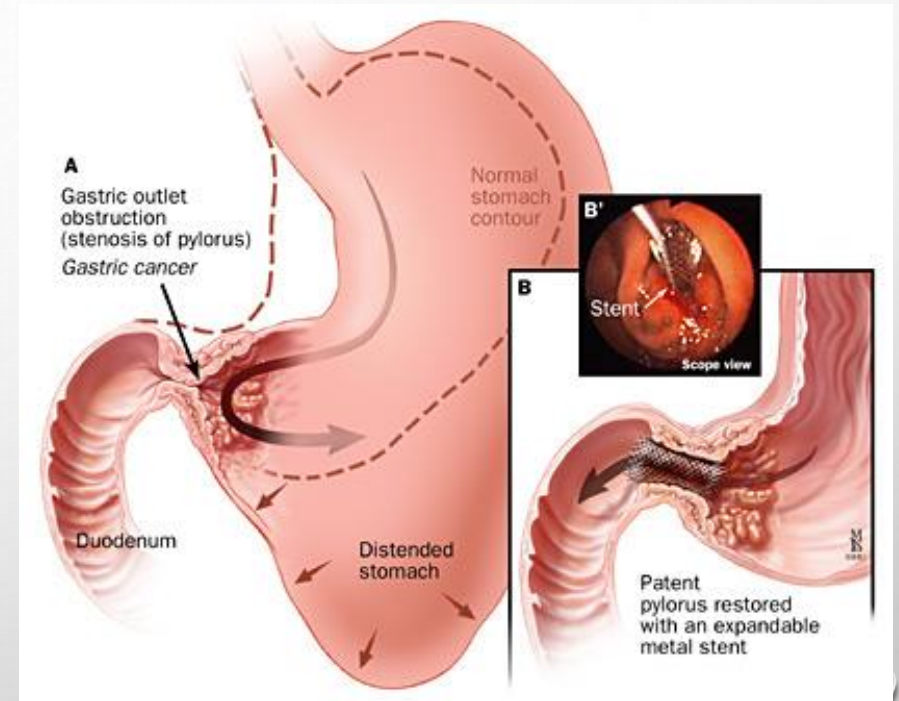


ĐIỀU TRỊ HẸP MÔN VỊ

LÊ HUY LƯU

ĐỊNH NGHĨA

- Không phải là 1 bệnh, là 1 tình trạng gây ra bởi nhiều bệnh
- Là hậu quả của bất kỳ bệnh lý nào làm dạ dày bị tắc nghẽn cơ học
- Phân biệt với liệt dạ dày: gastroparesis



Nguyên nhân

- Phì đại môn vị (nhi)
- Loét dạ dày tá tràng
- Ung thư dạ dày
- Từ bên ngoài: u quanh vater, k đại tràng...
- Khác: polyp, di vật, dị tật...

Triệu chứng

Bệnh sử kéo dài với nhiều triệu chứng:

- Cảm giác đầy chướng bụng, khó tiêu: **thoải mái hơn nếu ới được**
- Khó chịu mơ hồ ở thượng vị, **đau quặn cơn hiếm gặp ở người lớn**
- Ăn mau no
- **“Ới không có mật”**: cảm nhận vị giác chất ới không đáng
- Sụt cân
- Ới ra thức ăn chưa tiêu hoá của 1-2 ngày trước: **“ới ra đồ ăn cũ”**
- Bệnh nhân tự chuyển sang đồ ăn lỏng

Dấu hiệu

- Trướng ở thượng vị hoặc $\frac{1}{4}$ trên trái
- Thấy nhu động dạ dày (hiếm)
- Âm ruột giảm
- **Óc ách:** dấu hiệu kinh điển (succussion splash)
- Bụng xẹp (bụng dưới) > < dạ dày căng
- Gầy, suy dinh dưỡng, dấu mất nước
- **Dấu hiệu của bệnh chính: loét, ung thư...**

Hậu quả sinh lý bệnh

- Mất nước và rối loạn điện giải, **kinh điển là:**

- Hạ clo máu
- Hạ kali máu
- Kiềm chuyển hoá

- Suy dinh dưỡng

- Dạ dày dẫn, cơ phỳ đại, mất trương lực

=> Không an toàn cho phẫu thuật

Hậu quả sinh lý bệnh

Ói làm mất axit hydrochloric và natricloric, dẫn đến:

- Tăng bicarbonate trong huyết tương bù trừ
- Thận tăng thải kali để giữ natri
 - Phản ứng vỏ thượng thận với tình trạng giảm thể tích bằng cách tăng cường trao đổi natri và kali ở ống xa => nặng thêm tình trạng hạ kali máu
- Kali nội bào chuyển ra ngoại bào (mất kali nội bào): làm tăng giả tạo (XN máu không chính xác)
- Thiếu máu
- Giảm albumin

=> Hiệu để điều chỉnh phù hợp

Xét nghiệm

Thể hiện tình trạng mất nước và rối loạn điện giải:

- **Cô đặc máu:** tăng hematocrit, tăng số lượng hồng cầu
- **Tăng BUN và creatinine:** do mất nước hoặc thậm chí suy thận cấp
- **Clo giảm nhiều.**
- **Natri giảm nhưng ít hơn.**
- **Kali giảm ít (kali chủ yếu ở trong tế bào, cho nên xét nghiệm máu không chính xác).**
- **Dự trữ kiềm máu tăng.**
- **Thiếu máu**
- **Giảm albumin**

Vài test chẩn đoán HMV:

- Thể tích (V) tồn đọng sau ăn 4 h hơn 300 ml
- V tồn đọng qua đêm hơn 200 ml
- V tồn đọng sau 30 phút bơm 750 ml vẫn còn hơn 400 ml
- Lỗ hẹp không cho ống soi 9mm soi qua được
- Ứ đọng trên 60% barium trong dạ dày sau 4 h

Hình ảnh học

- **X quang bụng: bóng dạ dày dẫn, bóng hơi to > < ruột ít hơi**
- **Chụp dạ dày cản quang:**
 - **Chụp:**
 - **Dạ dày dẫn**
 - **Hình ảnh ruột bánh mì**
 - **Hình ảnh 3 lớp: khí, dịch, cản quang**
 - **Không hoặc ít chất cản quang xuống tá tràng**
 - **Hình hẹp (tại vị trí hẹp), nguyên nhân (ổ đọng thuốc, khối chón chỗ...)**

Hình ảnh học

- **X quang bụng: bóng dạ dày dẫn, bóng hơi to > < ruột ít hơi**
- **Chụp dạ dày cản quang:**
 - **Chiếu:**
 - **Hình ảnh dạ dày tăng nhu động (giai đoạn tăng trương lực)**
 - **Hình ảnh tuyệt rơi (giai đoạn mất trương lực)**

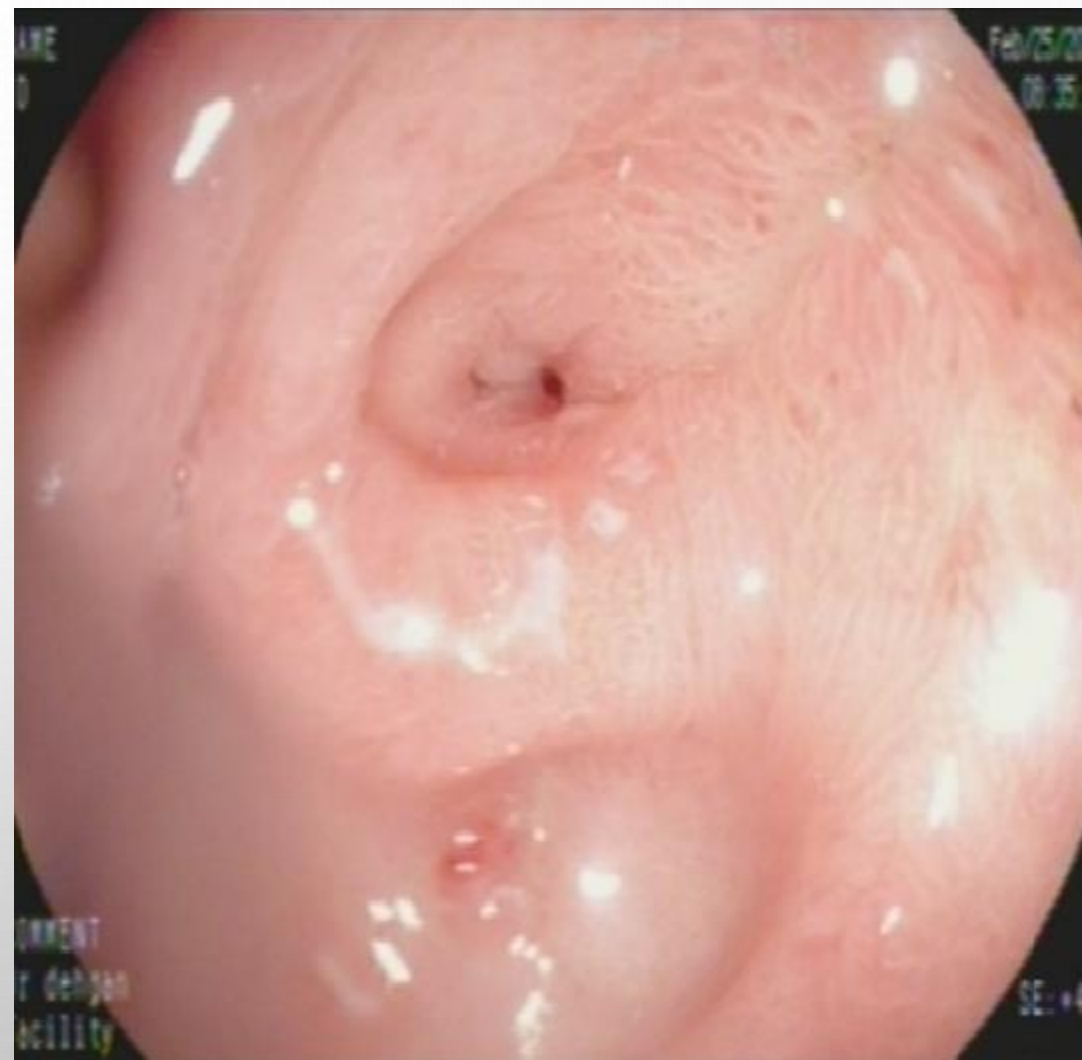
Hình ảnh học

- CT scan:
 - Ngày này nên chỉ định
 - Đánh giá tốt tình trạng dạ dày, cả trong và ngoài
 - Chẩn đoán nguyên nhân



Hình ảnh học

- Nội soi: cần làm sạch dd trước khi soi
 - Chẩn đoán hẹp
 - Chẩn đoán nguyên nhân
 - Kết hợp sinh thiết



Điều trị

Là phẫu thuật trì hoãn

- Nội khoa
 - Bù thể tích, điều chỉnh các rối loạn
 - Giải áp dạ dày: hút, rửa
 - Kháng tiết
 - ⇒ Giảm phù nề, cải thiện vận động dạ dày => có thể cải thiện hẹp
- Nong chỗ hẹp bằng bóng qua nội soi: **endoscopic balloon dilation**
- Phẫu thuật: điều trị hẹp – điều trị bệnh nguyên nhân

Nội dung của điều trị nội

Bù dịch và điều chỉnh các rối loạn điện giải: giải quyết trong 2-3 ngày

- Kiểm chuyển hoá => **sodium chloride** là dung dịch ưu tiên truyền đầu tiên
- Điều chỉnh thiếu hụt **kali** sau khi đã bù đủ dịch, chức năng thận hồi phục (hạ kali nặng thì bù ngay và theo dõi sát nhịp tim)
- Tình trạng kiểm chuyển hoá thường được giải quyết nếu làm tốt 2 việc này (rất ít trường hợp cần truyền hydroclorit loãng)

Nội dung của điều trị nội

Đặt thông mũi dạ dày

- Dùng ống lỗ to để hút rửa đồ ăn chưa tiêu hoá
- Giảm áp dạ dày => tránh trào ngược gây hít sặc vào phổi
- Giảm phù nề thành dạ dày, sạch lòng dạ dày: an toàn phẫu thuật

Nếu nguyên nhân là loét: histamine-2 (H2) blockers hoặc PPI truyền (hạn chế mất axit và dịch qua ói)

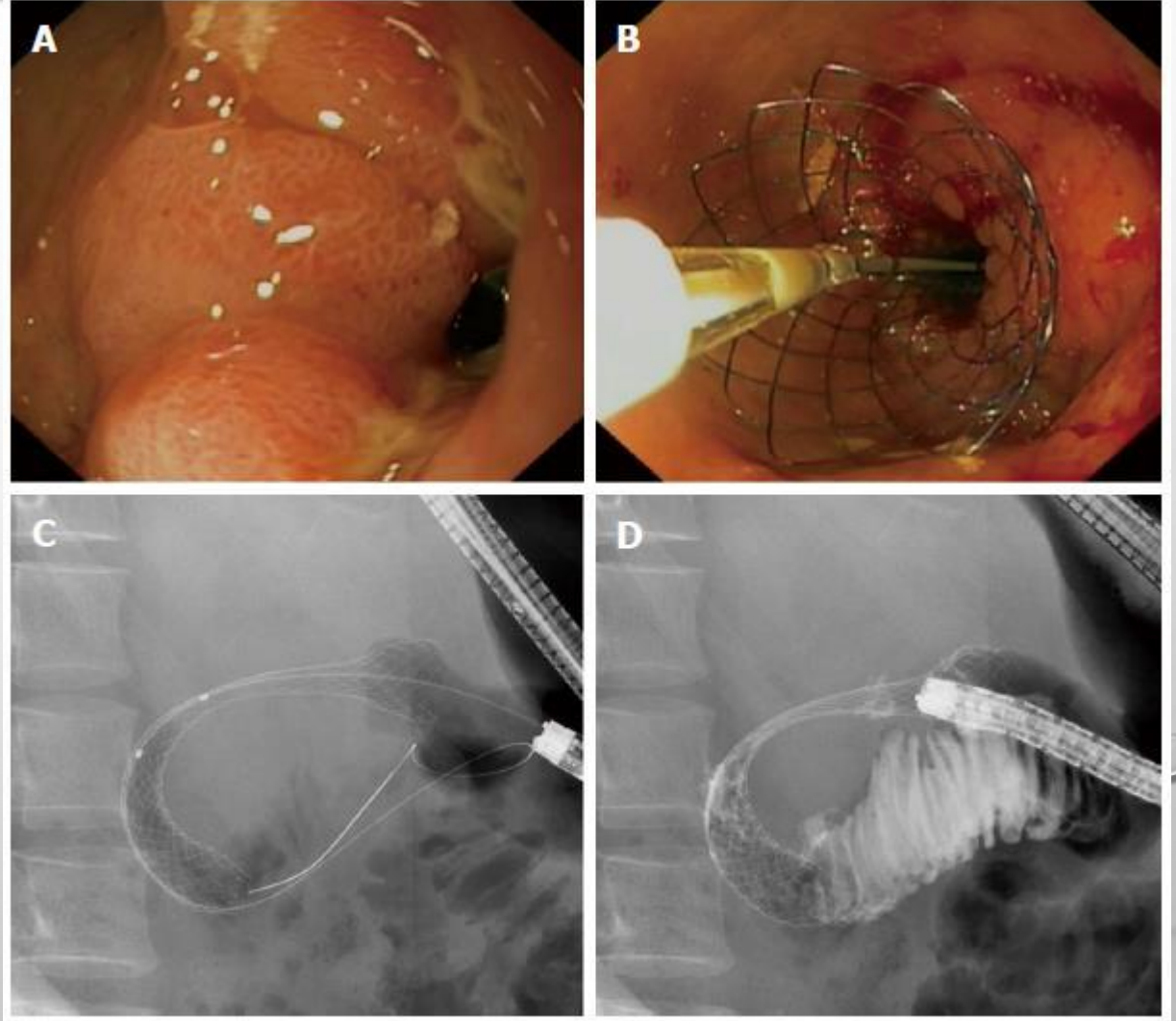
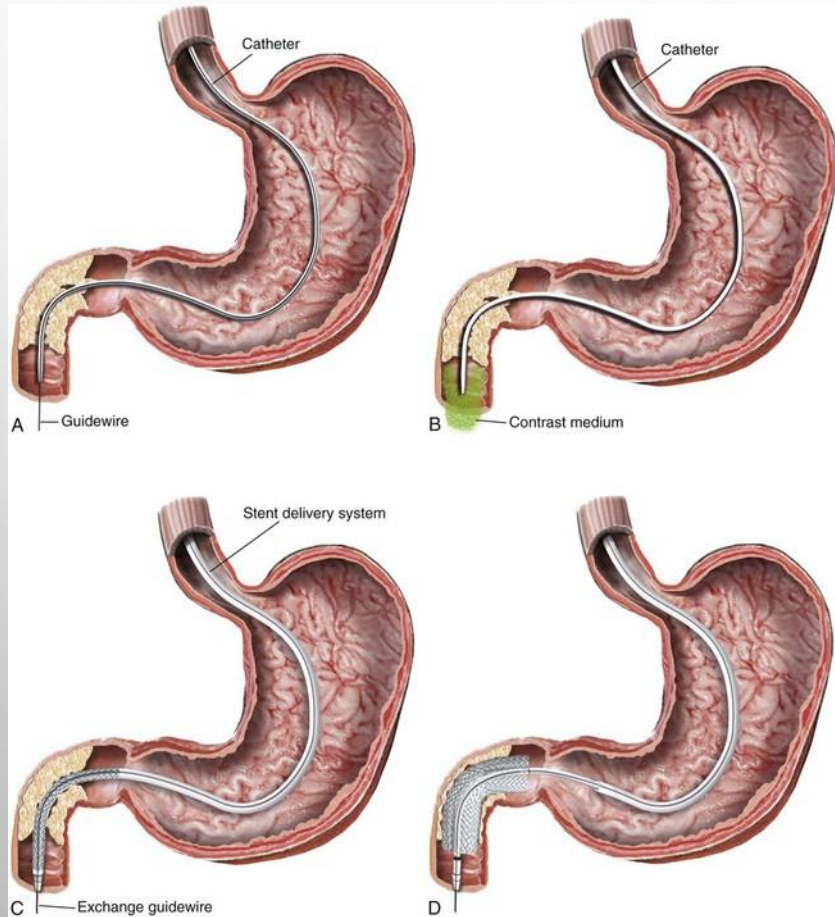
Nội dung của điều trị nội

- Ngoài ra: đặt thông tiểu; theo dõi sinh hiệu; xét nghiệm ... để đánh giá hồi sức đã đủ chưa
- Báo BS gây mê phối hợp, tránh rủi ro viêm phổi hít khi gây mê
- Đánh giá dinh dưỡng và hỗ trợ tùy mức độ
- Tiệt trừ H. Pylori sẽ xem xét sau

Endoscopic Balloon Dilation

- Được báo cáo đầu thập niên 1980s
- Tăng dần đường kính bóng 8 mm => 16 mm
- Cải thiện tốt giai đoạn đầu nhưng hiệu quả không kéo dài
- Rất hữu ích cho bệnh nhân nguy cơ cao hoặc là biện pháp tạm thời để chờ bệnh nhân ổn định bệnh nặng đi kèm (nhồi máu cơ tim, viêm phổi...)
- Nếu tái phát sau khi nong 2 lần hoặc hơn / năm thì chỉ định mổ
- Tiệt trừ H pylori kết hợp có thể cải thiện kết quả nong, tuy nhiên chưa có chứng cứ rõ

Stent placement



Chuẩn bị phẫu thuật

- Điều chỉnh tốt rối loạn nước điện giải và làm sạch dạ dày
- Trương lực cơ dạ dày phục hồi sẽ giúp hậu phẫu tốt hơn
- Rửa dạ dày bằng kháng sinh loãng đêm trước mổ +/-
- Kháng sinh dự phòng
- Hỗ trợ dinh dưỡng tốt nhằm đạt cân bằng nitrogen dương

=> **Chuẩn bị “tối đa”, biến chứng “tối thiểu”**

Phẫu thuật

HƠN 75% BỆNH NHÂN HẸP MÔN VỊ CẦN PHẢI PHẪU THUẬT

Mục tiêu

- Giải quyết hẹp
- Chữa nguyên nhân
- Tỷ lệ biến chứng và tử vong tối thiểu: lựa chọn phương pháp

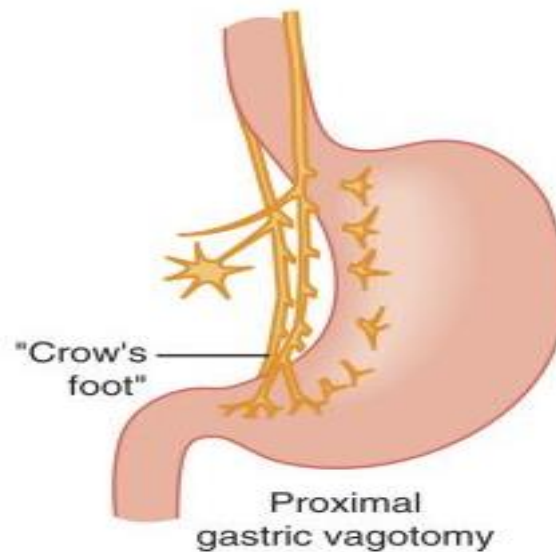
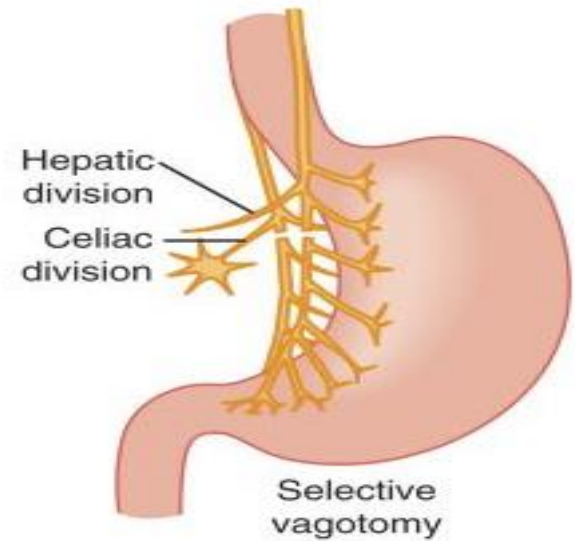
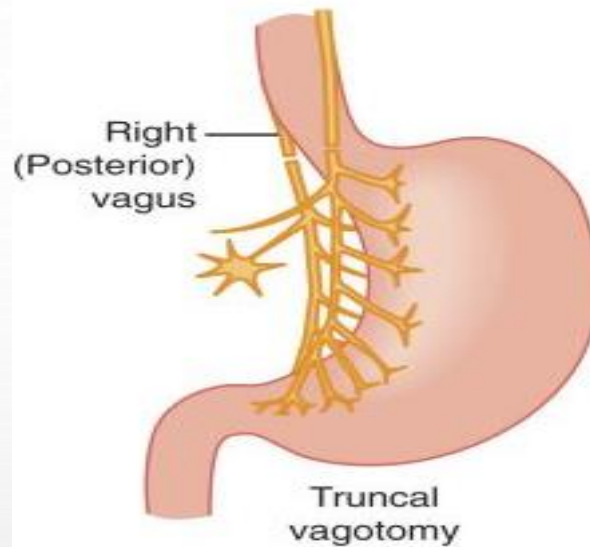
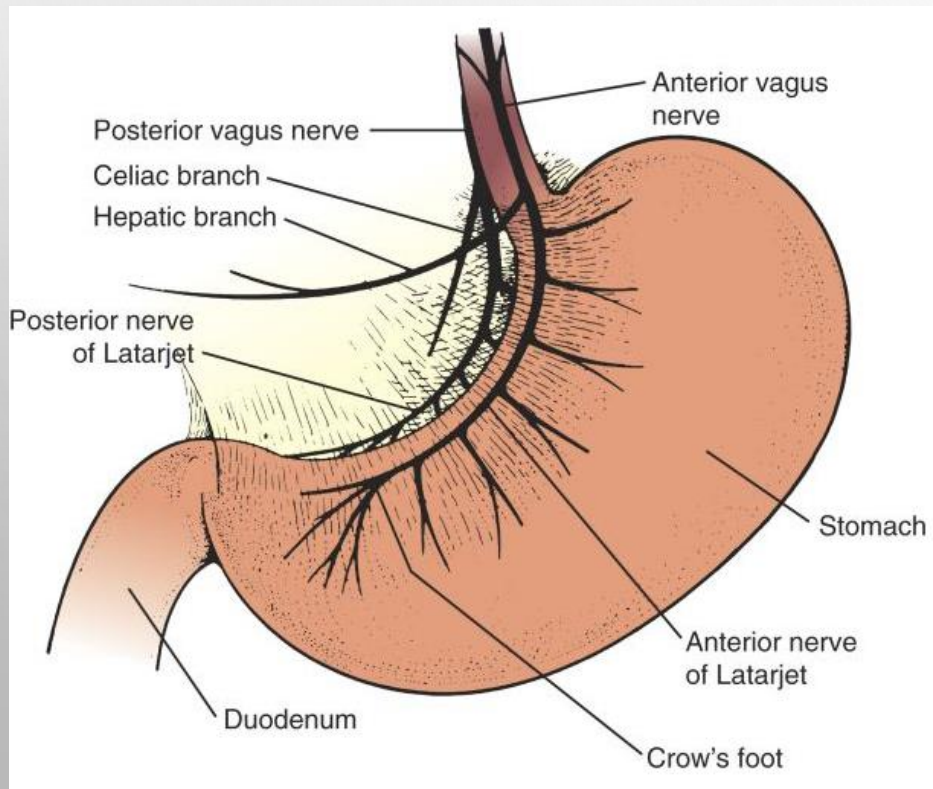
Nguyên nhân do loét

Các phẫu thuật:

- Cắt thần kinh x (vagotomy) + cắt hang vị (antrectomy)
- Cắt thần kinh x + phẫu thuật nối thông (drainage)
 - Nối dạ dày hồng tràng
 - Nối dạ dày tá tràng hoặc tạo hình môn vị (pyloroplasty)
- Cắt dạ dày tiêu chuẩn (2/3 dạ dày nhằm lấy hết phần dạ dày chứa tế bào tiết gastrin)

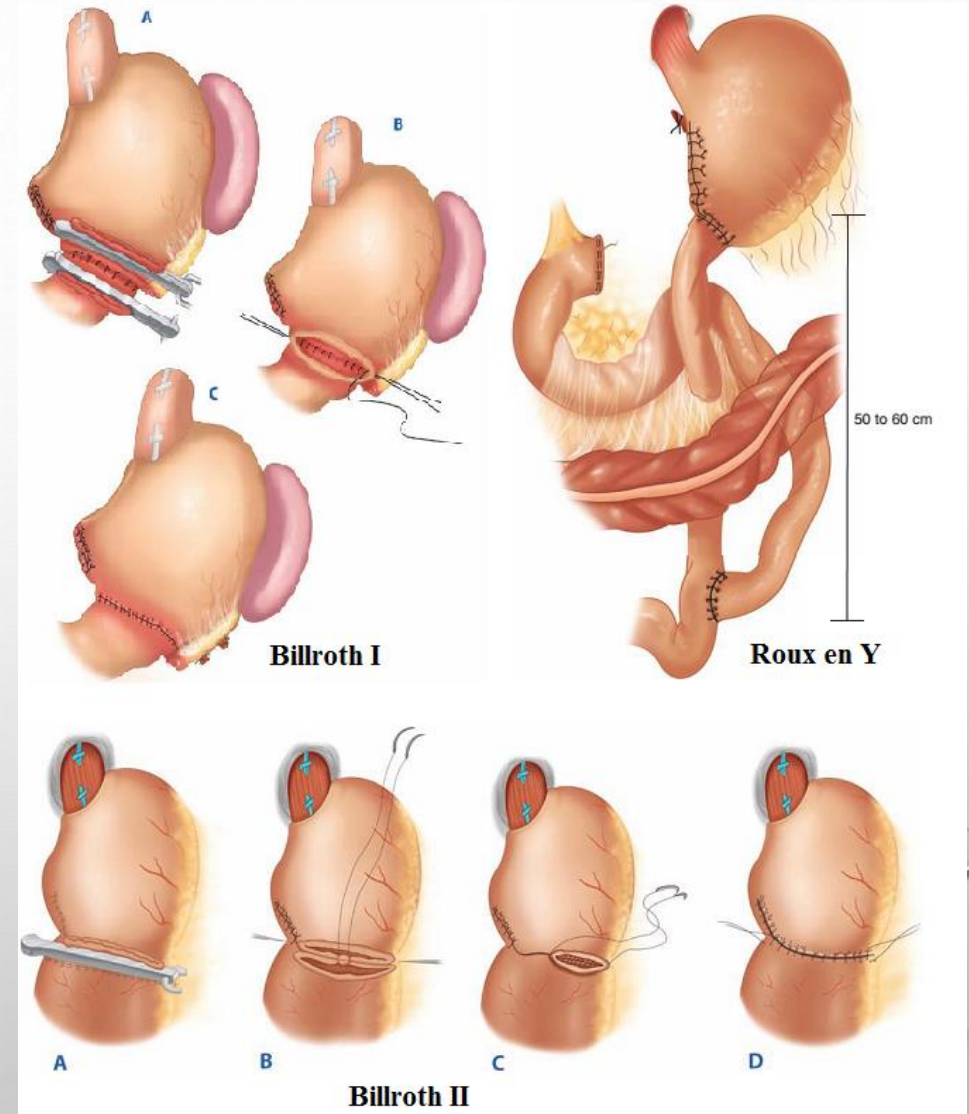
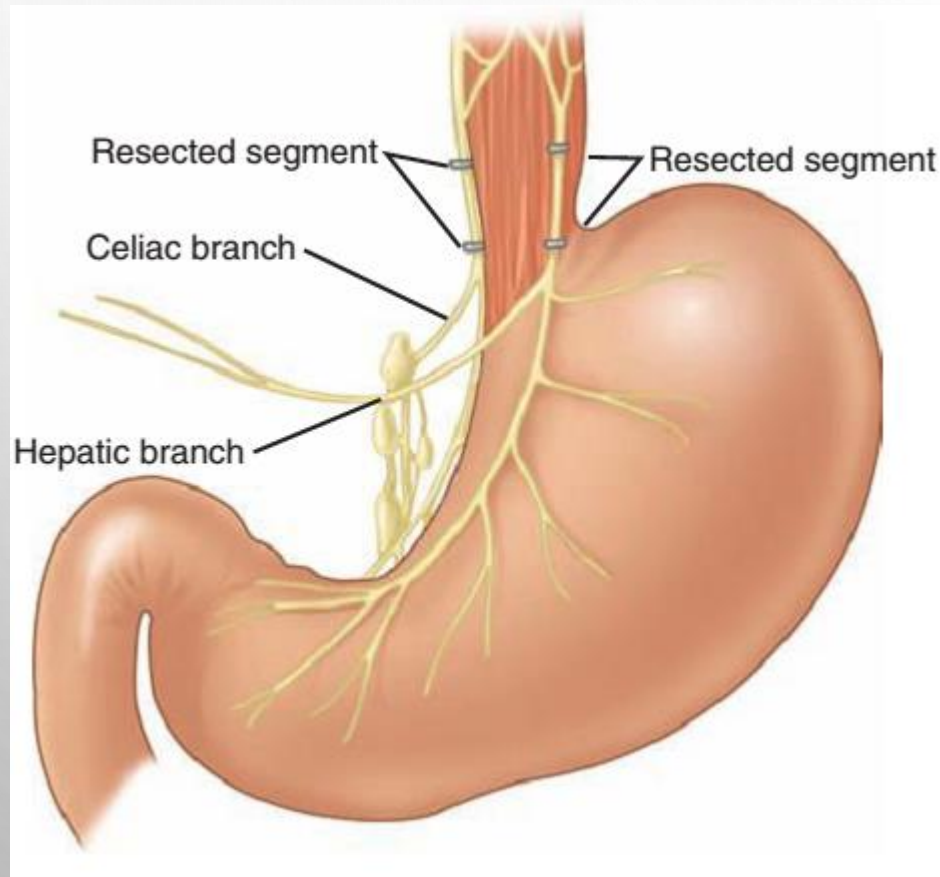
Cắt thần kinh X (vagotomy)

- Cắt toàn bộ (a)
- Cắt chọn lọc (b)
- Cắt siêu chọn lọc (c)



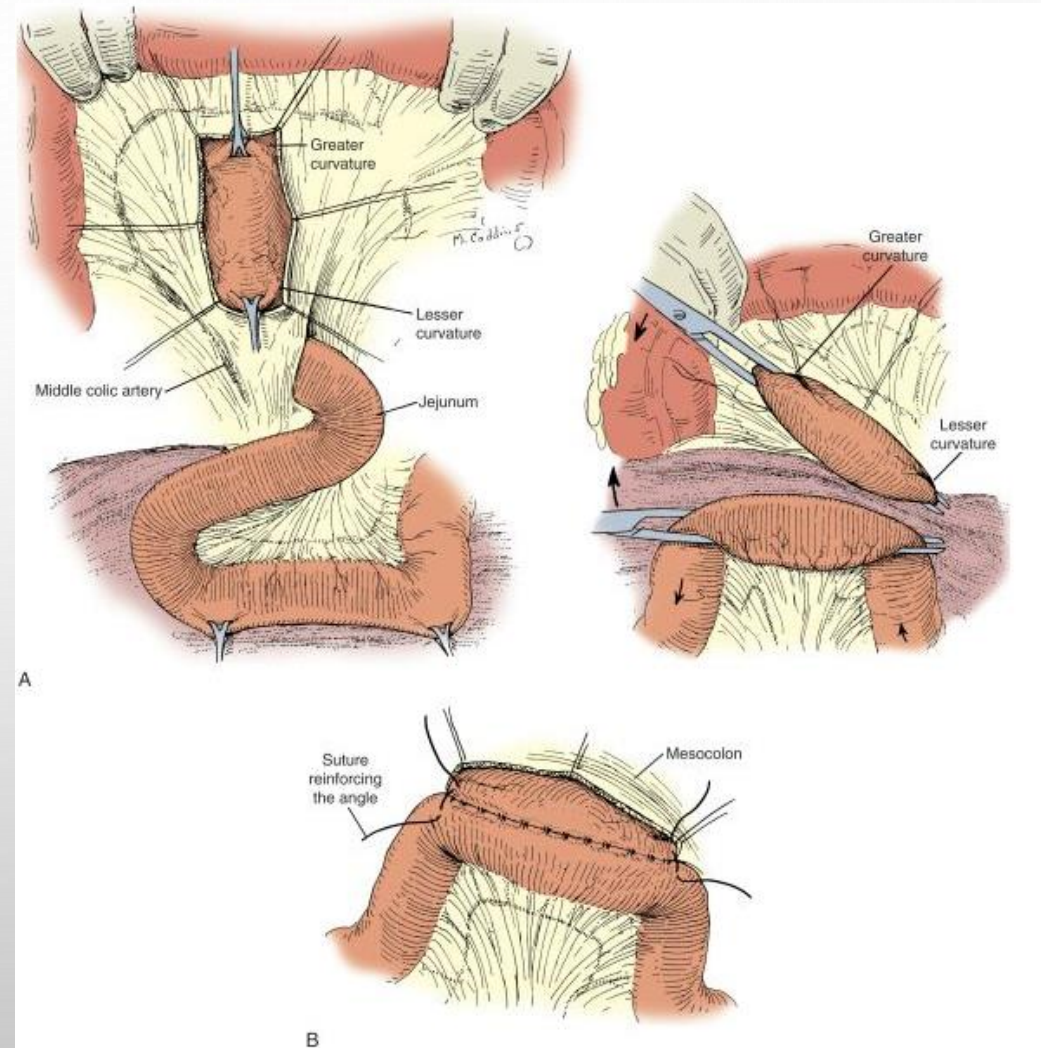
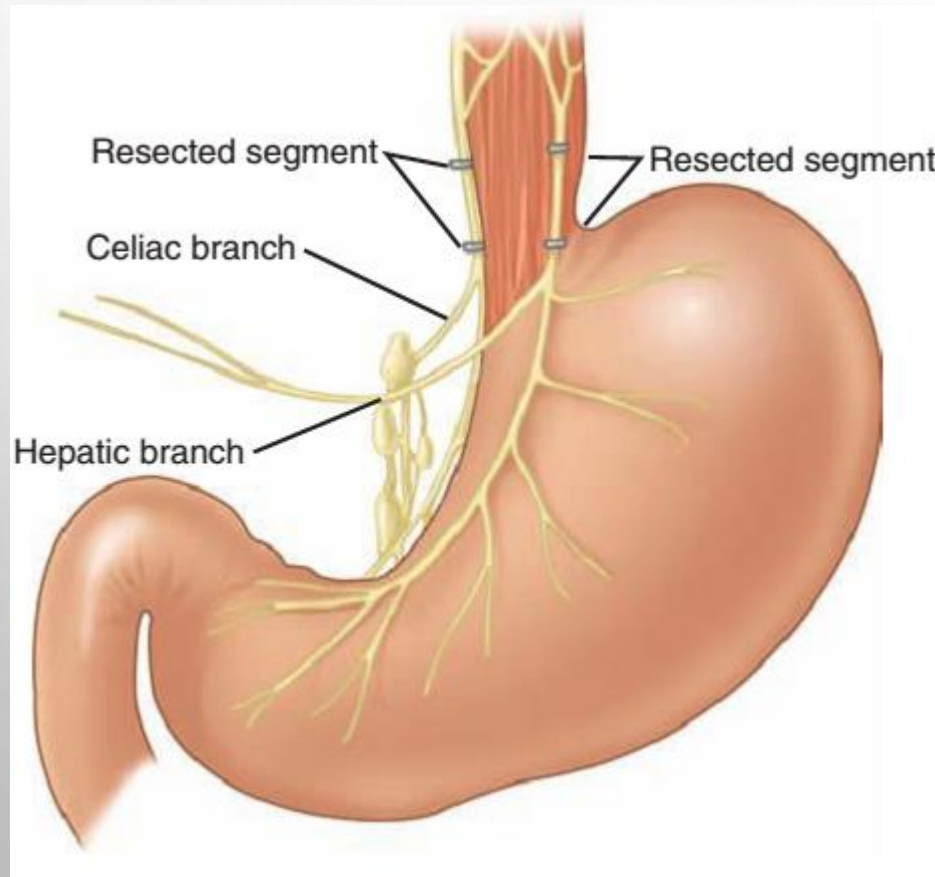
Truncal vagotomy and antrectomy

- THE MOST DEFINITIVE OPERATION
- THE LEAST ULCER RECURRENCE



Truncal vagotomy and drainage

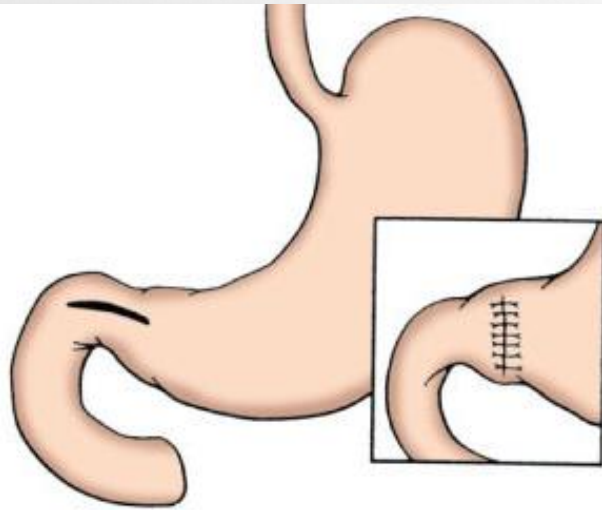
NỖI VỊ TRÀNG (DẠ DÀY HỒNG TRÀNG)



Truncal vagotomy and drainage

PYLOROPLASTY

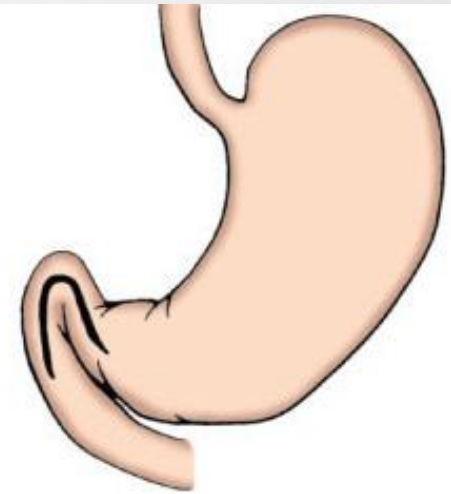
- HEINECKE-MIKULICZ PYLOROPLASTY
- JABOULAY PYLOROPLASTY
- FINNEY PYLOROPLASTY



Heineke 1886
Mikulicz 1888



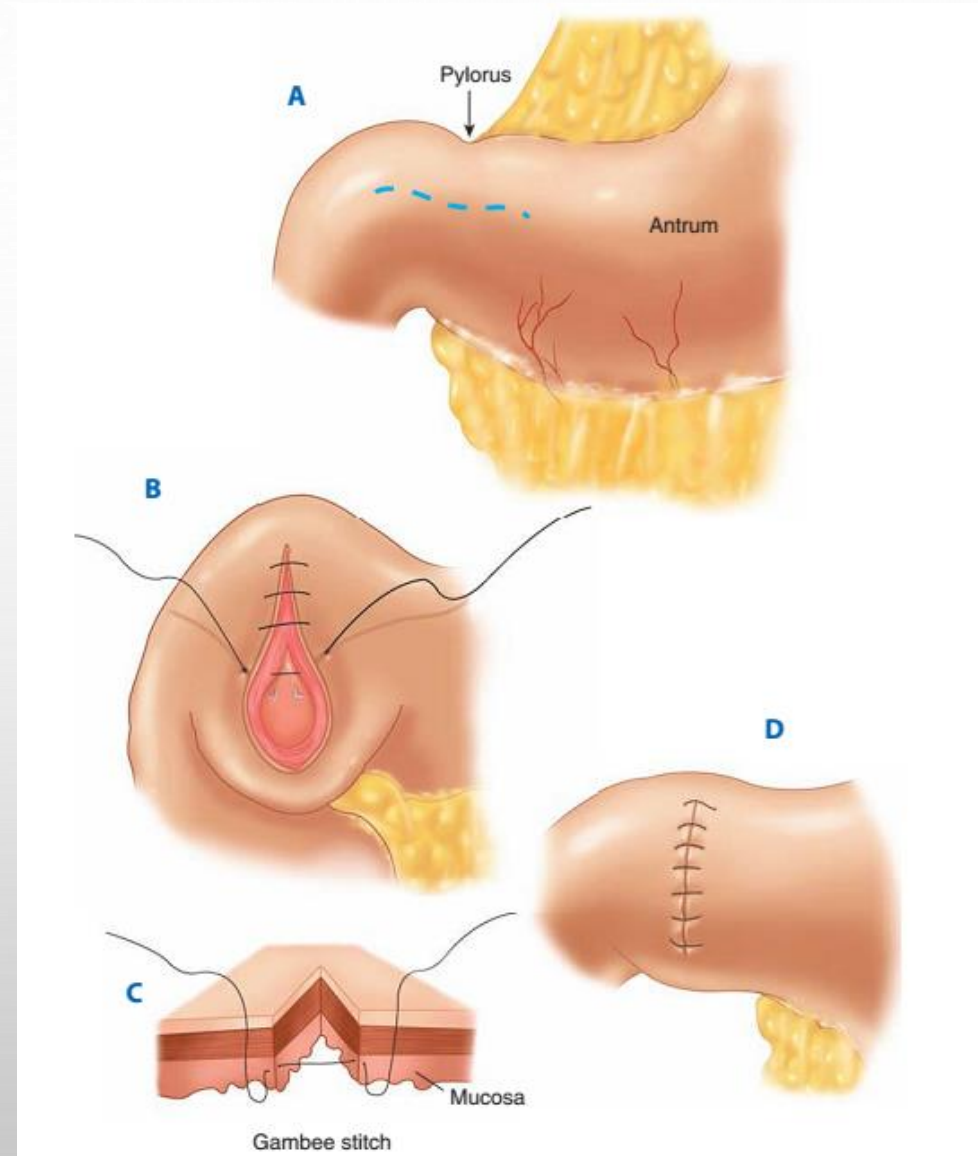
Jaboulay 1892



Finney 1902

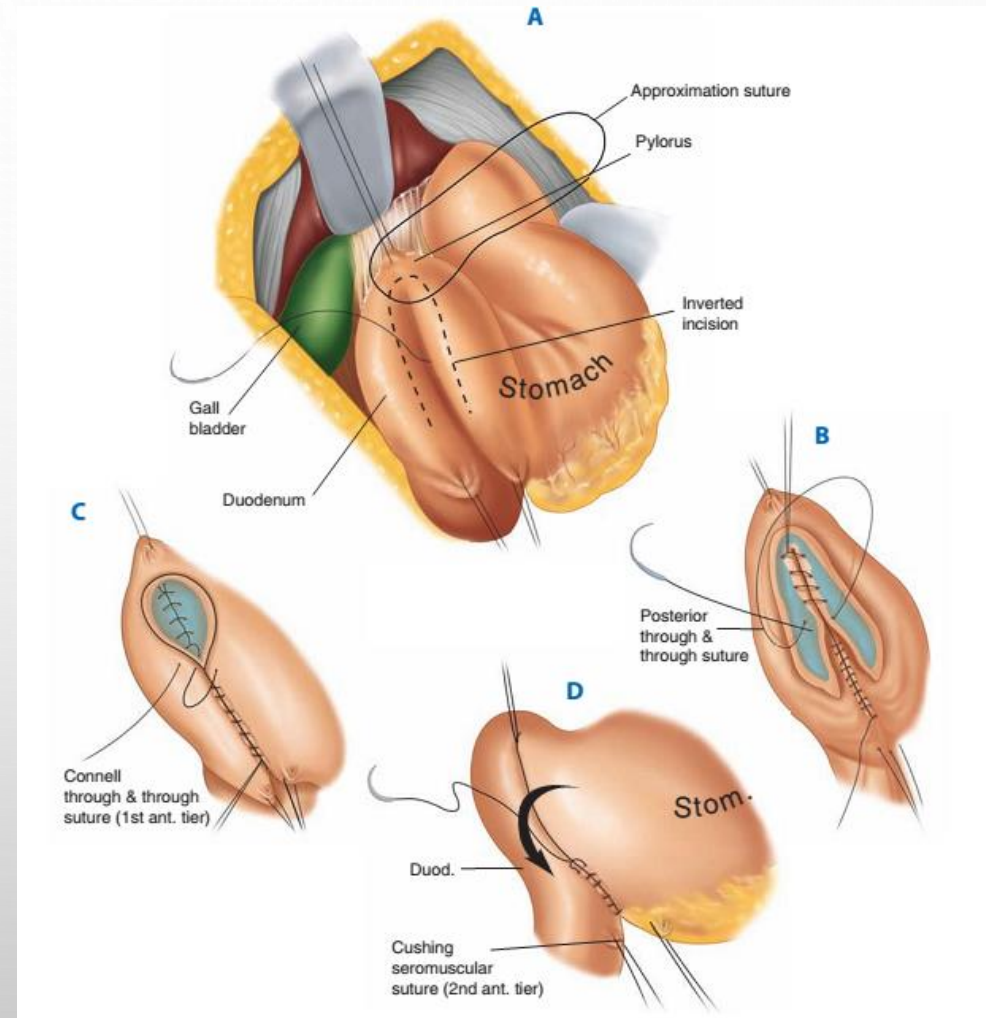
Pyloroplasty

- **HEINECKE-MIKULICZ PYLOROPLASTY**



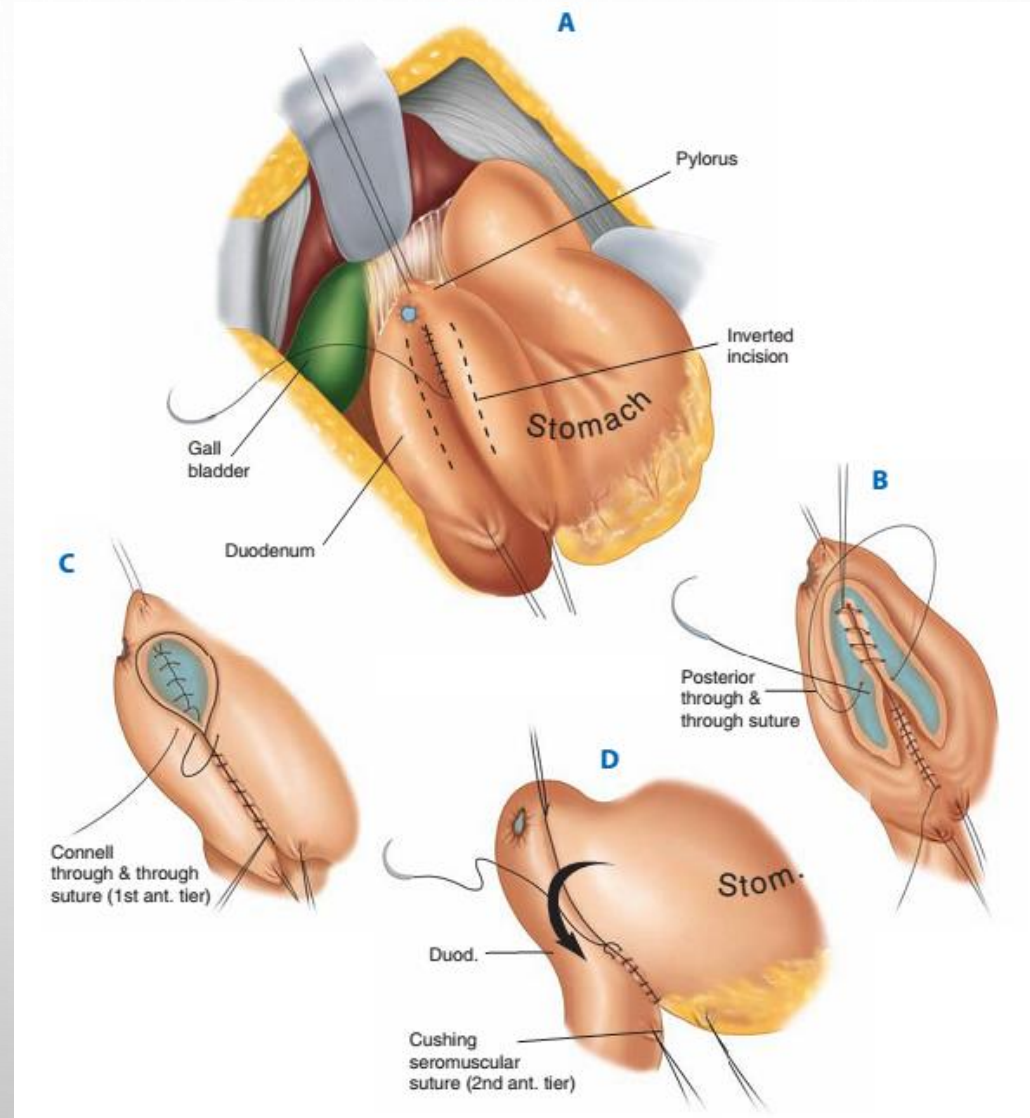
Pyloroplasty

- **FINNEY PYLOROPLASTY**



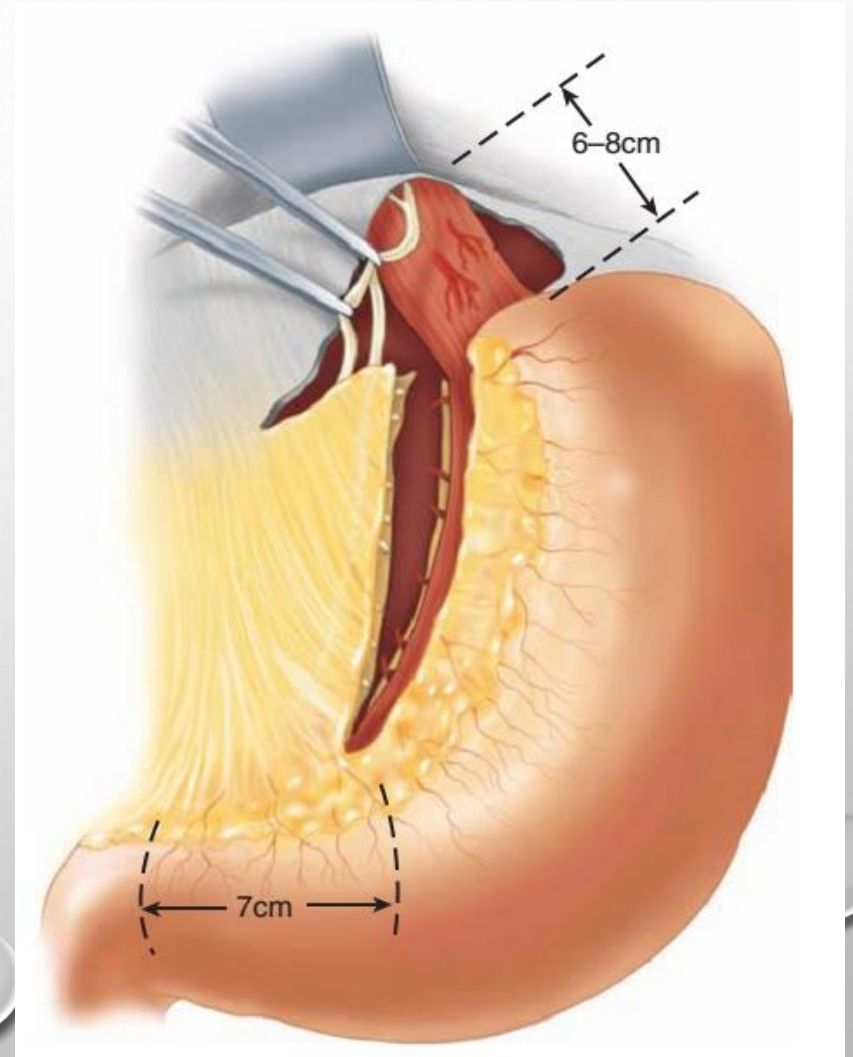
Pyloroplasty

- **JABOULAY PYLOROPLASTY**



Highly selective vagotomy

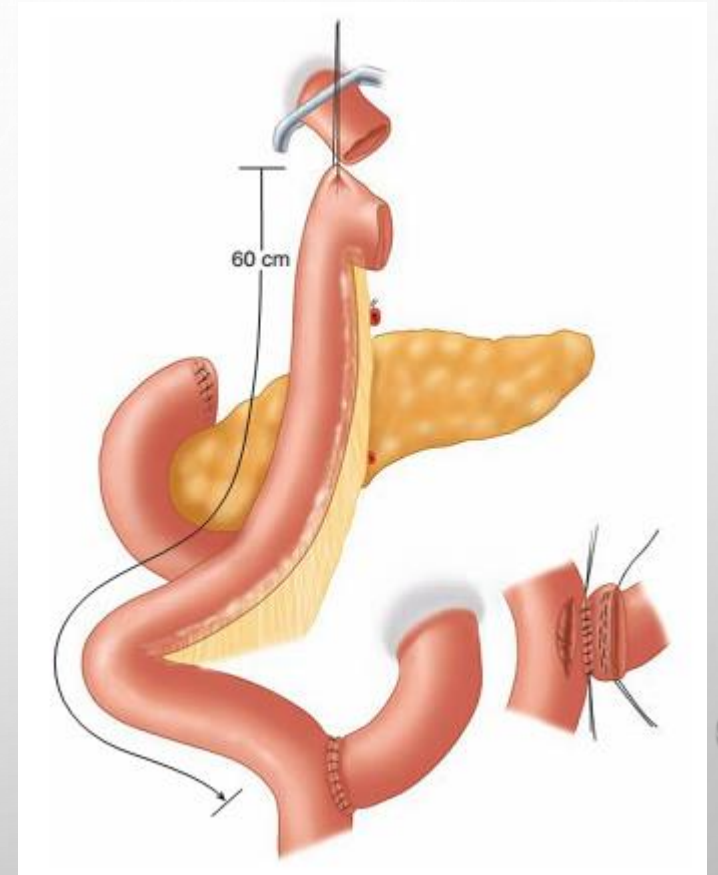
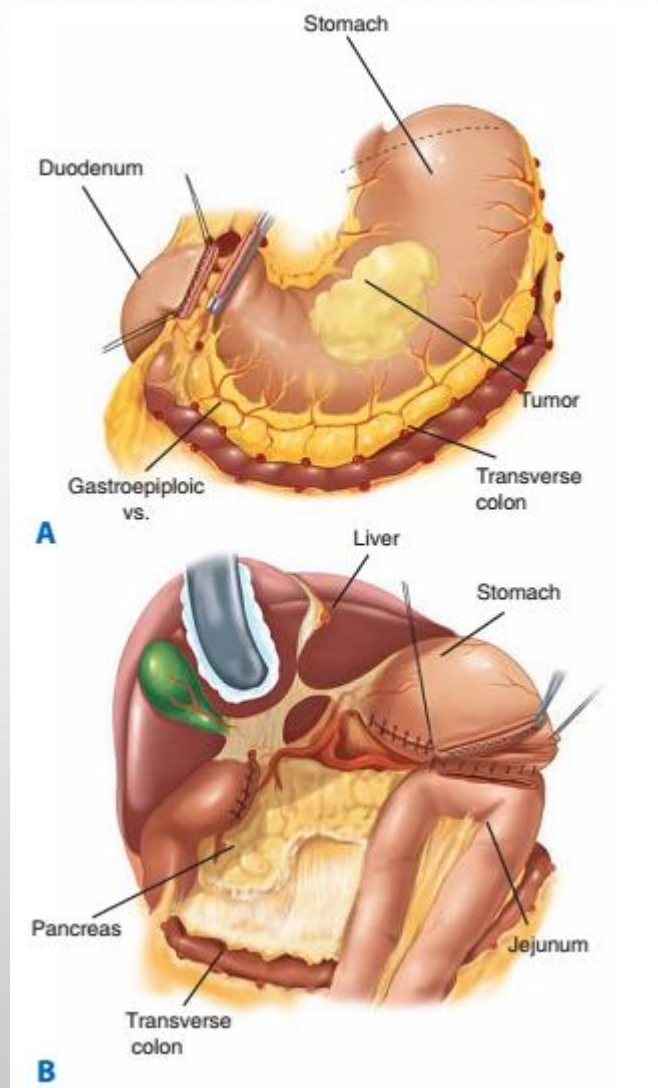
- BẢO TỒN THẦN KINH CHI PHỐI VẬN ĐỘNG CHO HANG VỊ



Hệ môn vị do ung thư dạ dày

Cắt dạ dày, nạo hạch theo tiêu chuẩn ung thư nếu còn cắt được

Approximately 40% of gastric cancers are unresectable at the time of diagnosis



Bệnh ác tính chèn từ ngoài

- The management of GOO secondary to malignancy is controversial
- Most of these tumors are unresectable (80-90% of periampullary cancers) at the time of diagnosis
 - Gastrojejunostomy
 - Metallic stent placement