

KHÂU THÙNG LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG QUA NỘI SOI Ổ BỤNG

Bs Nguyễn Anh Dũng
Bs Đỗ Đình Công

Mục tiêu bài học

1. Chọn lựa đúng bệnh nhân thủng dạ dày để mổ nội soi
2. Thực hiện kỹ thuật hoàn hảo trên mô hình

Thủng dạ dày tá tràng là một biến chứng thường gặp của bệnh loét dạ dày tá tràng, đứng hàng thứ hai sau viêm phúc mạc ruột thừa. Theo Đỗ Đức Vân, trong thời gian 30 năm (1960-1990) tại bệnh viện Việt Đức mỗi năm có khoảng 80 trường hợp thủng ổ loét dạ dày tá tràng, tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 5-1996 đến tháng 5-1997 có 109 trường hợp.

Từ lâu nay, đã có nhiều phương pháp điều trị biến chứng thủng ổ loét dạ dày tá tràng, bao gồm khâu thủng đơn thuần hay kèm theo phẫu thuật điều trị triệt để bệnh loét như cắt thần kinh X, cắt dạ dày.

Từ khi có thuốc kháng thụ thể H_2 , thuốc ức chế bơm proton và sau đó là sự phát hiện Helicobacter pylori thì phương pháp khâu thủng đơn thuần kết hợp thuốc chữa loét sau mổ đã được sử dụng rộng rãi.

Với sự xuất hiện của phẫu thuật nội soi ổ bụng, ngày càng nhiều trường hợp được mổ bằng phương tiện này. Trong hoàn cảnh Việt nam còn nhiều giới hạn về trang thiết bị, chúng ta sẽ vận dụng phương tiện mổ này sao cho an toàn, hiệu quả nhất.

I. LỊCH SỬ

1817 Benjamin Travers mô tả triệu chứng của thủng dạ dày.

1891 Heusner khâu thủng dạ dày thành công lần đầu tiên.

1894 Dean khâu thủng tá tràng lần đầu tiên.

1902 Keetley cắt dạ dày cấp cứu do thủng lần đầu tiên.

1944 Taylor đưa ra phương pháp hút liên tục.

1989 Philippe Mouret khâu thủng dạ dày qua nội soi ổ bụng lần đầu tiên.

II. KHÂU THÙNG DDTT QUA NỘI SOI

1989 Phillippe Mouret (Pháp) đã thực hiện khâu thủng DDTT qua nội soi ổ bụng lần đầu tiên. Sau đó, đã có nhiều tác giả báo cáo thành công của phẫu thuật này với nhiều phương pháp khác nhau như khâu lỗ thủng hay đóng lỗ thủng không khâu

1/ TRANG THIẾT BỊ & DỤNG CỤ

Dàn máy mổ nội soi

Máy hút – rửa

Kẹp cầm và đỡ kim

Máy bơm CO_2

Các trocar 5mm, 10mm

Kẹp ruột

Dụng cụ vén gan
Kéo cắt chỉ
Chỉ liền kim (vicryl oo)

Ống hút - rửa 2 đường
Kèm bấm sinh thiết
Ống dẫn lưu

2/ CHỈ ĐỊNH

+ Chỉ định thích hợp cho mổ nội soi là những trường hợp có thời gian từ lúc thủng đến lúc mổ kéo dài trong vòng 24 giờ. Đa số các tác giả đồng ý rằng yếu tố thời gian là một trong những yếu tố đáng tin cậy để xác định tình trạng viêm nhiễm trong ổ bụng, trong thời gian này dịch ổ bụng còn vô trùng, thêm vào đó khả năng làm sạch xoang phúc mạc trong mổ không quá phức tạp. Đây cũng là thời gian vàng cho những can thiệp triệt để vừa điều trị thủng vừa điều trị nguyên nhân gây ra thủng

+ Không chọn mổ nội soi những trường hợp:

- Có choáng trước mổ (là một chống chỉ định tuyệt đối). Bệnh nhân có thể bị choáng vì một trong ba nguyên nhân sau đây: choáng do đau, choáng vì nhiễm trùng nhiễm độc hoặc do một bệnh lý khác kèm theo. Khi mới thủng, dịch vị đổ vào xoang phúc mạc gây nên tình trạng bồng do hoá chất toàn ổ bụng, trong trường hợp này không phải là một chống chỉ định của phẫu thuật qua nội soi vì tình trạng choáng sẽ sớm ổn định nhất là được điều trị với thuốc giảm đau và truyền dịch.

- Có kèm theo hẹp môn vị hay xuất huyết tiêu hóa. Trong hoàn cảnh của chúng ta hiện nay, do thiếu trang thiết bị nên chưa thể can thiệp khi ổ loét có hai biến chứng này. Nếu ổ loét bị chảy máu ngay tại mép của lỗ thủng, có thể cầm máu và sau đó khâu lại lỗ thủng hai lớp. Nhiều báo cáo cho thấy đã sử dụng ống thông mũi dạ dày có bóng để nong chỗ hẹp hay phẫu thuật tạo hình môn vị để điều trị hẹp môn vị.

- Có bệnh lý nội khoa nặng đi kèm. Chống chỉ định vì những biến đổi về hô hấp và tuần hoàn khi bơm hơi vào xoang phúc mạc có thể làm nặng thêm tình trạng chung của bệnh. Đây là chống chỉ định tuyệt đối.

- Có tiền sử mổ bụng, trong tiền căn đã có những cuộc mổ mổ lớn hay có khả năng dính nhiều vào thành bụng, dễ gây tai biến khi đặt trocar, khó khăn cho thao tác phẫu thuật qua nội soi.

- Trong lúc mổ qua nội soi, nếu nghi ngờ thủng do ung thư dạ dày hay xoang bụng quá bẩn khó rửa sạch qua nội soi thì nên chuyển thành mổ hở. Xác định nguyên nhân thủng là ung thư không phải là dễ dàng, phải nghĩ đến khi ổ loét có vị trí ở dạ dày, bờ lỗ thủng sượng cứng nhất là có hình ảnh thâm nhiễm của mô ung thư ra đến lớp thanh mạc. Hiện nay, đa số những ổ loét của dạ dày không phải ở vị trí môn vị hay tiền môn vị thì thường là ung thư.

Đối với lỗ thủng nằm ở mặt sau, nhiều tác giả khuyên nên chuyển thành mổ thường.

3/ CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ

Ngoài những xét nghiệm thông thường chuẩn bị cho bệnh nhân trước mổ cấp cứu, cần làm thêm:

– Điện tâm đồ cho các bệnh nhân trên 50 tuổi.

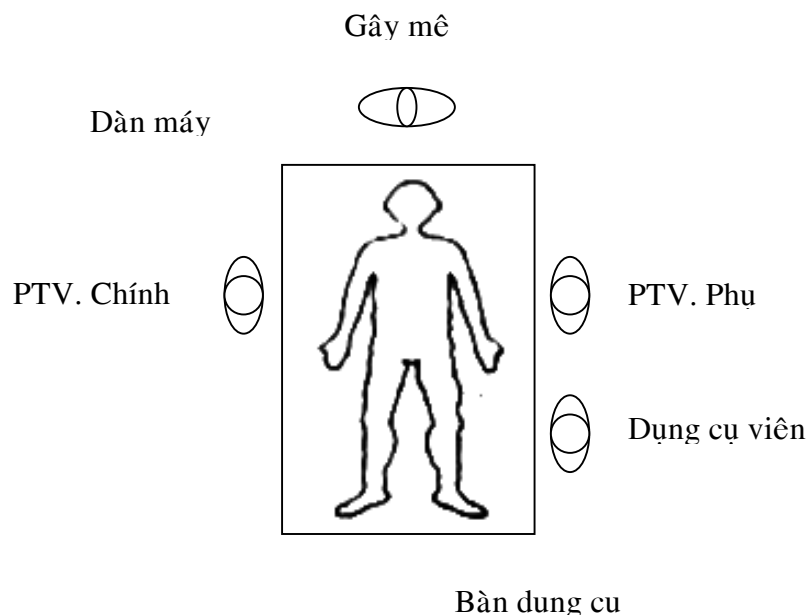
- Chụp hình phổi.
- Đặt thông mũi dạ dày và hút.
Đặt thông tiểu.
Truyền dịch và kháng sinh.
Cho thuốc giảm đau nhất là khi phải chờ phòng mổ.

4/ VÔ CẢM

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, kèm dẫn cơ, được đặt ở tư thế nằm ngửa.

5/ KỸ THUẬT

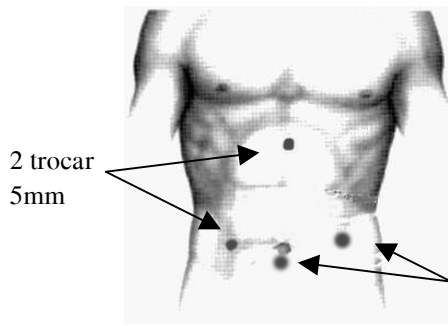
Kíp mổ gồm 3 người, phẫu thuật viên chính, phẫu thuật viên phụ, dụng cụ viên. Phẫu thuật viên chính đứng bên phải bệnh nhân, phẫu thuật viên phụ đứng bên trái bệnh nhân, dụng cụ viên đứng bên trái bệnh nhân kế dưới phẫu thuật viên phụ. Bàn máy mổ nội soi đặt phía trên bên phải bệnh nhân, bàn dụng cụ đặt phía dưới chân bệnh nhân (Hình 1)



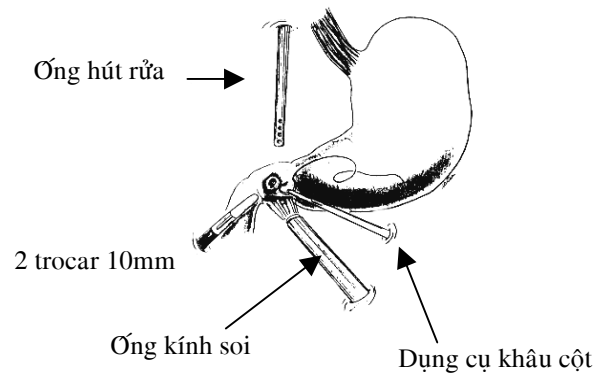
Hình 1: Sơ đồ vị trí kíp mổ

A. VỊ TRÍ CÁC TROCAR

Sử dụng 4 ngã vào bụng gồm 2 trocar 10mm và 2 trocar 5mm, vị trí các trocar được sắp xếp để thuận lợi cho thao tác trong bụng (hình 2). Trocar thứ nhất (10mm) đặt ngay dưới rốn. Bơm hơi CO₂ đến áp lực 12 mmHg, đưa ống kính soi vào bụng quan sát qua trocar thứ nhất và lần lượt đặt tiếp một trocar ngay dưới mũi kiếm xương ức dùng cho ống hút rửa và dụng cụ kẹp kéo dạ dày bộc lộ lỗ thủng, trocar thứ ba và thứ tư đặt ở 2 bên rốn trên đường giữa đòn, được dùng cho dụng cụ khâu cột (hình 3)



Hình 2: Vị trí trocar



Hình 3: vị trí dụng cụ

B. ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG XOANG BỤNG

Quan sát tình trạng ổ bụng là yếu tố quan trọng quyết định có hay không tiếp tục phẫu thuật qua nội soi. Tình trạng xoang bụng liên quan đến thời gian từ lúc thủng đến lúc mổ, cũng như lượng đồ ăn từ dạ dày đổ vào xoang phúc mạc

C. TÌM VÀ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG LỖ THÙNG

Việc bộc lộ tìm lỗ thủng sẽ được hỗ trợ bởi dụng cụ vén gan hay dụng cụ kẹp kéo dạ dày vì đa số trường hợp lỗ thủng được che lấp phía dưới gan. Để xác định chính xác lỗ thủng đôi khi cần đưa vào một miếng gạc nhỏ để chùi giả mạc hay đầu kẹp đưa vào lỗ thủng. Với thủng ở dạ dày thì cần sinh thiết bờ ổ loét làm xét nghiệm mô học để loại trừ khả năng ác tính. Để đánh giá khả năng hẹp môn vị dựa vào các dấu hiệu gián tiếp như dạ dày có giãn to không, có nhiều thức ăn cũ trong bụng và tính chất dịch trong xoang bụng, tình trạng xơ chai của ổ loét, biến dạng chung quanh ổ loét. Điều này phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Kích thước lỗ thủng được ước lượng bởi dụng cụ mổ cỡ 5mm.

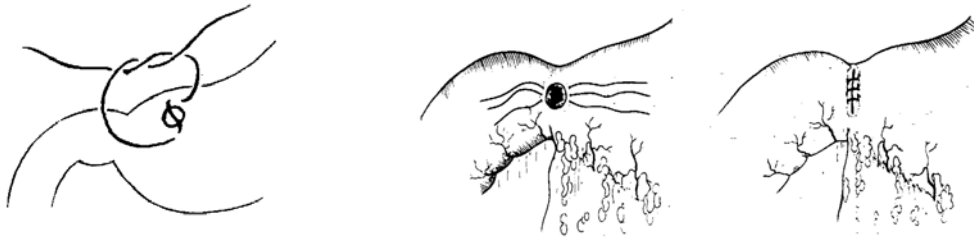
D. RỬA BỤNG

Rửa bụng nhằm mục đích phải làm sạch các dịch nhiễm, giả mạc, các mẫu thức ăn. Thường được thực hiện với máy bơm-hút tự động, khi không có máy bơm rửa tốt, việc bơm nước được thay bằng chai dịch truyền treo ở trên cao chảy vào bụng nhờ áp lực. Lượng nước rửa phụ thuộc vào tình trạng bụng bẩn nhiều hay ít (trung bình 2 - 8 lít). Rửa ổ bụng được tiến hành từng 1/4 vùng của ổ bụng, và để giúp cho thuận lợi cần thay đổi tư thế bệnh nhân bằng cách quay bàn mổ nâng đầu cao, hạ đầu thấp, nghiêng phải, nghiêng trái.

E. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG KÍN LỖ THÙNG

*** KHÂU LỖ THÙNG**

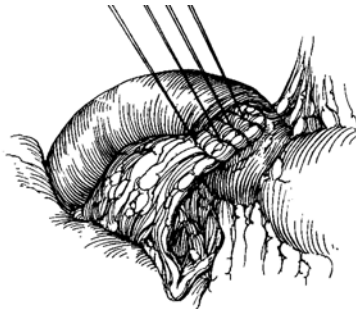
Sau khi bộc lộ rõ lỗ thủng, đánh giá chính xác vị trí, kích thước, và mô dạ dày tá tràng chung quanh lỗ thủng. Khâu lỗ thủng bằng chỉ vicryl 00, chỉ liên kim, dài khoảng 15 cm. Khâu một lớp toàn thể qua từng bờ của lỗ thủng, cột bằng nơ trong cơ thể. Thông thường chỉ cần sử dụng một mũi khâu chữ X với các trường hợp mô xung quanh lỗ thủng mềm mại và đường kính lỗ thủng không quá lớn. Hay sử dụng nhiều mũi khâu gấp (hình 4). Không nên sử dụng nơ cột ngoài cơ thể vì tình trạng bờ lỗ thủng viêm bờ dễ bị xé rách.



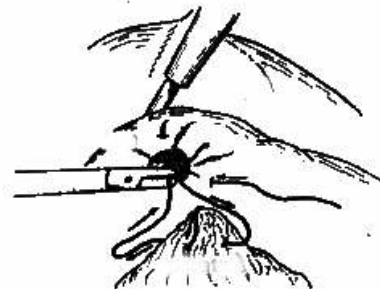
Hình 4: Khâu lỗ thủng

Nếu mô xung quanh lỗ thủng xơ chai hay lỗ thủng lớn thì khâu bằng nhiều mũi rời, có hay không kèm theo đắp mạc nối. Có nhiều cách đắp mạc nối, tùy thuộc vào ý thích và thói quen phẫu thuật viên.

Sau khi khâu xong các mũi chỉ, kéo mạc nối đắp lên lỗ thủng rồi cột chỉ (Graham) (hình 5). Hoặc sau khi khâu cột kín lỗ thủng, đắp mạc nối lên cột cố định. Hoặc khâu kéo đắp mạc nối vào lỗ thủng (hình 6).



Hình 5

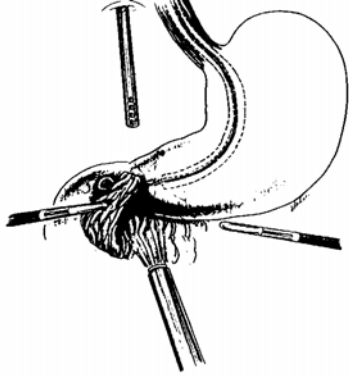


Hình 6

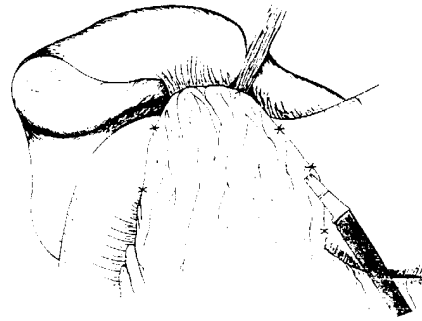
*** ĐÓNG KÍN LỖ THƯỜNG KHÔNG KHÂU**

+ ĐẮP MẠC NỐI

Đắp mạc nối bằng cách kết hợp nội soi ổ bụng và nội soi dạ dày dùng Dormia kéo mạc nối bít kín lỗ thủng (hình 7) [6], hay dùng clip bấm dính mạc nối vào mặt trước dạ dày tá tràng đắp kín lỗ thủng (hình 8) [4].



Hình 7: Kéo đắp mạc nối



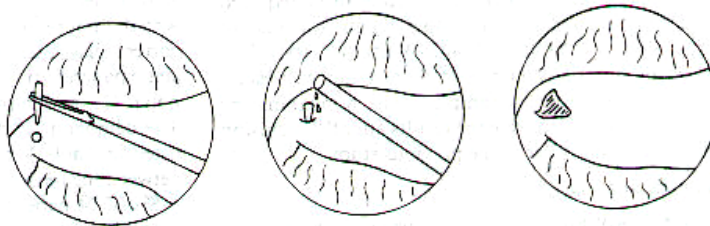
Hình 8: Đắp mạc nối bằng clip

+ ĐẮP DÂY CHẰNG TRÒN

Đóng lỗ thủng không khâu bằng cách đắp dây chằng tròn của gan vào lỗ thủng với kết hợp nội soi dạ dày, được Costalat và cộng sự thực hiện cho 12 bệnh nhân mà không có biến chứng sau mổ [6].

+ NÚT KEO GELATIN

Wan-Yee Lau và cộng sự thực hiện cho 24 bệnh nhân bằng cách đặt một nút gelatin hình nón vào lỗ thủng rồi bơm keo sinh học quanh nó để bít kín lỗ thủng (hình 5)[7]. Phương pháp này có thời gian mổ ngắn hơn các phương pháp khác.



Hình 9

*** KHẢ NĂNG ĐIỀU TRỊ TRIỆT CĂN**

Trong hoàn cảnh ở nước ta hiện nay, phẫu thuật triệt căn ngay trong lúc bị thủng dạ dày đã được đề cập đến từ rất lâu. Có tác giả đề nghị cắt dạ dày trong cấp cứu nếu tổng trạng bệnh nhân cho phép trong hoàn cảnh phẫu thuật viên có tay nghề vững vàng, có đủ phương tiện gây mê hồi sức. Một số khác cho rằng có thể cắt dây thần kinh kết hợp với khâu thủng vì kết quả cũng rất khả quan. Gần đây số khác lại ưa

chuộng phẫu thuật cắt dây thần kinh X siêu chọn lọc theo Taylor vì hiệu quả tương tự như cắt dây thần kinh X siêu chọn lọc nhưng nhanh hơn vì kỹ thuật đơn giản với Cắt dây thần kinh X sau tại thân; phía trước cắt thanh cơ dọc theo bờ cong nhỏ. Phẫu thuật qua nội soi có tất cả mọi khả năng như phẫu thuật mổ bụng cổ điển, chỉ cần có đủ trang thiết bị. Trong hoàn cảnh Việt nam có thể dùng phẫu thuật Taylor nhằm điều trị triệt căn và biến chứng của bệnh loét dạ dày tá tràng cùng một lúc.

Ống dẫn lưu được đặt vùng dưới gan qua lỗ trocar cạnh rốn bên phải.

Kết thúc cuộc mổ bằng xả hết hơi trong ổ bụng và khâu lại các vết rạch thành bụng.

6/ SĂN SÓC SAU MỔ

Việc săn sóc và theo dõi sau mổ cũng giống như các trường hợp khâu lỗ thủng bằng mổ hở kinh điển. Hút ống thông mũi đã dày cho đến hoạt động ruột trở lại, kháng sinh, dịch truyền. Điều trị nội khoa bệnh loét.

7/ BIẾN CHỨNG

Nhiều tác giả đã báo cáo kết quả của phương pháp khâu lỗ thủng DDTT qua nội soi ổ bụng, ghi nhận các biến chứng cũng tương tự như trong mổ mở (xì rò chỗ khâu, áp xe tồn lưu . . .) và tỷ lệ biến chứng cũng không cao hơn.

8/ KẾT LUẬN

Điều trị thủng loét DDTT bao gồm khâu lỗ thủng đơn thuần và kèm theo điều trị nội khoa sau mổ cho tỷ lệ thành công cao. Mổ khâu lỗ thủng và làm sạch xoang bụng là 2 việc mà phẫu thuật qua nội soi ổ bụng có thể thực hiện được. Phương pháp này có thể thực hiện an toàn và hiệu quả trong hoàn cảnh hiện nay của ta. Chỉ định thích hợp là những bệnh nhân có thời gian thủng sớm trước 24 giờ, và chống chỉ định là những bệnh nhân có sốc trước mổ. Ưu điểm của phương pháp là bệnh nhân ít đau sau mổ, hồi phục sớm và thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Anh Dũng, *Khâu thủng loét DDTT qua ngã soi ổ bụng*. Luận án thạc sĩ y học 1999.
2. Nguyễn Đình Hối, *Thủng dạ dày tá tràng*, Bệnh lý phẫu thuật dạ dày tá tràng, Trường Đại học Y Dược TP. HCM, 1989: 91-104.
3. Đỗ Đức Vân, *Kết quả điều trị phẫu thuật ổ loét tá tràng thủng trong cấp cứu tại Bệnh viện Việt Đức*, Ngoại khoa, 9-1995: 32-39.
4. Darzi A, Cheshire N. J, Somers S. S, Super P.A, Guillou P.J, Monson J.R.T. *Laparoscopic omental patch repair of perforated duodenal ulcer with an automated stapler*. Br. J. Surg. 1993; 80: 1552.

5. Irvin T. T. *Expectations in emergency abdominal surgery*. In: Brown S.P, Garden J, Principles and practice of surgical laparoscopy, W.B. Saunders Company Ltd 1994: 429-454.
6. Katkhouda N, Moniel J. *Treatment of complications of peptic ulcer*. In: Arregui M.E, Fitzgibbons R.J.Jr., Kakhouda N, McKernan J.B, Reich H. Principles of laparoscopic surgery: Basic and Advanced Techniques. New York: Springer Verlag 1995: 260-267.
7. Lau W.Y, Leung K.L, Kwong K.H, Davey L.C, Chung S.C.S, Dawson. J.J.W, Li. A.K.C. *A randomized study comparing laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer using suture or sutureless technique*. Ann. Surg. 1996; 224 (2): 1131-138.
8. Malsuda M, Nishiyama M, Tsunekazu H, Saeki S, Watanabe T. *Laparoscopic omental patch repair perforated peptic ulcer*. Ann. Surg. 1995; 1221 (3): 236-240.
9. Mouret P, Francois Y, Vignal J, Barth X, Platet R.L. *Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer*. Br. J. Surg. 1990; 77: 1006.
10. Marescaux J, *Ulcère duodénal perforé et laparoscopie*. In: Chirurgie digestive par laparoscopie, Masson 1997: 137-147.
11. Watteville J. C, Tests. P. *La coelioscopie dans les urgences digestives*. In: Chirurgie digestive par voie coelioscopique, Maloine 1991: 169-184.