

THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

Bộ môn: Ngoại & PTHH

Môn học: Bệnh học Ngoại

Đối tượng : Sinh viên chuyên tu

Bài giảng : Lý thuyết

Địa điểm : Giảng đường.

Tên bài giảng: Thùng ổ loét dạ dày tá tràng

Giảng Viên : BSNT Nguyễn Đức Tiến

ĐẠI CƯƠNG

- Thùng ổ loét dạ dày tá tràng là một biến chứng thường gặp của loét dạ dày tt.

- Đây là một cấp cứu ngoại khoa chẩn đoán với các triệu chứng điển hình, điều trị phẫu thuật sớm cho kết quả tốt.

- Thùng ổ loét dạ dày tá tràng trong vòng 6h đầu ổ bụng sạch chưa có VK, sau 6h dẫn đến VFM nhiễm khuẩn. Vì vậy điều trị sớm trong 6h đầu cho kq tốt hơn.

- Về lâm sàng có thể điển hình và thể thủng bít.

Một số yếu tố thuận lợi:

Giới

Thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ: nam 90% và nữ 10%.

Tuổi

Thường từ 20 - 40. Nhưng cũng có những thùng ổ loét dạ dày ở bệnh nhân trên 80 - 85 tuổi. Loét ít gặp ở trẻ em nên ít thấy thùng nhưng không phải là không có.

Điều kiện thuận lợi

Thời tiết: Thùng ổ loét dạ dày - tá tràng thường xảy ra vào mùa rét hơn là vào mùa nóng hoặc khi thời tiết thay đổi từ nóng chuyển sang lạnh hay từ lạnh chuyển sang nóng. Biến chứng này thường xảy ra vào các tháng 1, 2, 3, 4 hơn là vào các tháng 5, 6, 7, 8, 9.

Bữa ăn: Thùng có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong ngày nhưng một số lớn bệnh nhân bị thùng sau bữa ăn.

Giải phẫu bệnh

Lỗ thùng

Thường chỉ một lỗ, rất ít khi 2 hay nhiều lỗ. Có thể thùng ở một ổ loét non hay ở một ổ loét chai cứng. Có thể ở một ổ loét đã được khâu lần trước hay một ổ loét ở miệng nối.

Vị trí ổ loét thường ở mặt trước tá tràng hay dạ dày. Theo thống kê gặp nhiều ở lỗ thùng ở tá tràng hơn ở dạ dày.

Tình trạng ổ bụng

Sạch hay bẩn tùy theo bệnh nhân đến sớm hay muộn, xa hay gần bữa ăn, lỗ thùng to hay nhỏ, tùy theo vị trí lỗ thùng và tùy theo môn vị có hẹp hay không

I. Chẩn đoán:

1. Chẩn đoán xác định:

1.1. Thể điển hình:

1.1.1. Lâm sàng:

a) Cơ năng:

- Đau bụng dữ dội, đột ngột như dao đâm :

+ Vị trí :

. Nếu thủng ổ loét dạ dày : Đau trên rốn, ngay dưới mũi ức hay hơi chéch sang trái, sau lan nhanh ra khắp bụng.

. Nếu thủng ổ loét tá tràng : Đau dưới sườn phải, mạng sườn phải có khi hố chậu phải.

+ Tính chất: Đau dữ dội, liên tục, ko dứt cơn, đau ngày càng tăng, bệnh nhân phải gập người lại, cúi lom khom, không dám đứng thẳng hay nằm.

+ Hướng lan : Đau xuyên ra sau lưng, lên vai, lên ngực.

- Nôn hoặc không nôn :

+ Thường bệnh nhân không có nôn, đây là dấu hiệu âm tính có giá trị để chẩn đoán phân biệt với các bệnh khác có t.chất đau như trên (VTC,VFM).

+ Nếu kèm theo biến chứng HMOV thì thường nôn ra nước nâu đen.

+ Hiếm khi nôn ra máu nhưng nếu có thì tiên lượng rất nặng.

- Bí trung đại tiện: Khi bệnh nhân đến muộn

b) Toàn thân:

- Trong những giờ đầu có một số bệnh nhân có thể choáng vì đau: Vã mồ hôi, chi lạnh, mạch nhanh nhỏ, sắc chỉ thoáng qua.

- Những giờ sau: Hội chứng nhiễm trùng do VFM (sốt cao, môi khô)

c) Thực thể: Thành bụng co cứng như gỗ, thể hiện:

- Nhìn:

+ Bụng nổi rõ 2 cơ thẳng to, thờ nông, nằm im, không di động theo nhịp thở, bệnh nhân thờ hoàn toàn bằng ngực.

+Trường hợp đến muộn khi đã VFM thì bụng chướng.

- Sờ:

+ Bụng cứng như gỗ, lúc đầu cứng vùng TV rồi lan ra khắp bụng. Đây là dấu hiệu bao giờ cũng có và có giá trị nhất trong chẩn đoán. Đến muộn thể trạng yếu, triệu chứng co cứng có thể ko rõ.

+ Cảm ứng phúc mạc rõ và điển hình khi bệnh nhân đến muộn sau 6h, ấn đau khắp bụng.

- Gỗ: Tư thế nửa nằm, nửa ngồi

Web: <https://drtien.com/>

Tel: 0906 137 586

- + Mất vùng đục trước gan.
- + Nếu thủng to, dạ dày nhiều dịch thì gõ đục 2 mạng sườn và hố chậu, nhưng dấu hiệu này khó phát hiện.
- Nghe: Khi đã bị liệt ruột cơ năng thì thấy mất tiếng nhu động ruột.
- Thăm trực tràng: Douglas phồng đau.

d) Hỏi tiền sử: Có loét dạ dày tá tràng.

- 9/10 bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày tá tràng có tiền sử đau trên rốn hoặc đã được chẩn đoán xác định là bị loét bằng nội soi hoặc có phim chụp dạ dày cũ với hình ảnh loét điển hình.
- 1/10 bệnh nhân thì thủng dạ dày là triệu chứng đầu tiên báo hiệu ổ loét tiến triển mà không có biểu hiện lâm sàng.

1.1.2. Cận lâm sàng :

a) Xét nghiệm :

- Những giờ đầu : Không có gì đặc biệt.
- Muộn : BC tăng, chủ yếu ĐNNT, amylase máu và nước tiểu bình thường.

b) X quang :

- Soi trên màn ảnh X quang: vòm hoành kém di động theo nhịp thở, hình liềm hơi dưới vòm hoành.
- Chụp bụng không chuẩn bị ở tư thế đứng : Có liềm hơi dưới cơ hoành một hoặc hai bên.
- Nếu toàn trạng bệnh nhân yếu hoặc chụp thẳng đứng không thấy thì chụp ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái : Thấy hình liềm hơi nằm giữa gan và thành bụng hay thành ngực
- Nếu ko thấy có liềm hơi : Bơm hơi 200-300ml qua sonde dạ dày, rút sonde, xoa nắn vùng thượng vị hoặc bơm thuốc cản quang có iod (ko dùng baryt) sau đó chụp. Nếu ko thấy thì ko được loại trừ thủng dạ dày.

* Chú ý : Liềm hơi chỉ có ở khoảng 75% các trường hợp, nếu không thấy thì không được loại trừ thủng dạ dày.

* Một số dấu hiệu khác khi đến muộn có VFM :

- + Cơ hoành bị đẩy lên cao.
- + Ổ bụng mờ vùng thấp.
- + Các quai ruột giãn hơi, thành dày.
- + Lauren: Mất sự liên tục của đường sáng 2 bên thành bụng.

c) Siêu âm: Có vai trò trong việc loại trừ các bệnh lý khác như gan mật, tụy.

* **Tóm lại** trong chẩn đoán xác định chú ý nhất 2 dấu hiệu:

- Đau bụng trên rốn dữ dội đột ngột.
- Bụng cứng như gỗ, ấn đau khắp bụng.

1.2. Thể không điển hình : Thủng bít.

- Ngay sau khi thủng, lỗ thủng được mạc nối lớn hay thù trái gan bít lại
- Bệnh nhân đau đột ngột dữ dội như thể điển hình rồi tình trạng toàn thân ổn định lại, bít đau, cảm thấy dễ chịu hơn, có cảm giác nặng, tức.
- Sờ nắn có phản ứng nhẹ, giới hạn ở một vùng rõ rệt ở nửa bụng trên.
- Xquang : Liềm hơi có thể ko có, cần theo dõi sát.
- Siêu âm: Có thể thấy dịch dưới gan.

2. Chẩn đoán

2.1 Chẩn đoán xác định

Đau đột ngột, dữ dội vùng thượng vị.

Bụng co cứng như gỗ.

Tiền sử đau loét dạ dày - tá tràng: khoảng 80-90% bệnh nhân thủng dạ dày- tá tràng có tiền sử bệnh loét hay được điều trị bệnh loét dạ dày- tá tràng

X quang bụng đứng không chuẩn bị: 80% bệnh nhân có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.

2.1 Chẩn đoán phân biệt

Khi triệu chứng của thùng ổ loét dạ dày không rõ ràng cần phân biệt một số trường hợp đau bụng ở vùng trên rốn có thể đưa đến nhầm lẫn thùng dạ dày tá tràng: viêm phúc mạc ruột thừa, viêm túi mật, sỏi ống mật chủ, viêm gan, áp xe gan trái, cơn đau do loét dạ dày - tá tràng.

2.2.1. Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa vỡ

Chẩn đoán phân biệt với thùng bít ổ loét dạ dày tá tràng lúc đầu bệnh nhân đau đột ngột dữ dội vùng thượng vị sau đó đau lan xuống hố chậu phải do dịch axit chảy dọc theo rãnh đại tràng từ vùng thượng vị xuống hố chậu phải. Sau đó bệnh nhân có thể đỡ đau dần và đến viện trong tình trạng viêm phúc mạc

- Khởi phát đau thường âm ỉ rất hiếm khi đau đột ngột, sau đó đau liên tục tăng dần
- Vị trí đau lúc đầu có thể đau vùng thượng vị sau đó khu trú xuống hố chậu P. Khi gây viêm phúc mạc toàn thể vị trí đau nhất vẫn là hố chậu phải
- Triệu chứng toàn thân tương đối giống nhau cùng biểu hiện tình trạng nhiễm trùng.
- Triệu chứng thực thể cùng biểu hiện tình trạng viêm phúc mạc
- Khác nhau về cận lâm sàng chẩn đoán hình ảnh.

2.2.2. Viêm tụy cấp do giun hoặc chảy máu: Đau bụng lẫn lộn, nôn nhiều và bệnh nhân vùng vẫy chứ không chịu nằm yên. Bụng trướng là chính. Dấu co cứng thành bụng không rõ ràng. Các men tụy tăng cao trong máu. X quang không có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.

2.2.3. Áp xe gan vỡ hoặc ung gan vỡ gây co cứng thành bụng: Bệnh nhân có bệnh sử trước đó với sốt, nhiễm trùng, đau vùng gan sau đó lan ra toàn bụng. Siêu âm bụng giúp ích nhiều cho chẩn đoán

2.2.4. Viêm phúc mạc

Bệnh nhân đau đột ngột dữ dội $\frac{1}{2}$ bụng phải đau kiểu Kehr, kèm theo có sốt vàng da. Tam chứng Charcot có thể tái phát nhiều đợt

Toàn thân biểu hiện hội chứng nhiễm trùng, hội chứng vàng da tắc mật

Tại chỗ gan to, túi mật to, có phản ứng thành bụng vùng hạ sườn phải thậm chí là $\frac{1}{2}$ bụng phải,

XN: Bilirubin tăng cao

Siêu âm: giãn đường mật, hình ảnh sỏi...

2.2.5. Thủng một tạng khác: Thủng ruột do thương hàn, viêm túi thừa Meckel.

Thường mổ ra mới chẩn đoán được.

2.2.6. Tắc ruột: Bệnh nhân đau bụng từng cơn, nôn nhiều. Khám thấy dấu rắn bò, quai ruột nổi và tăng âm ruột. X quang có hình ảnh các mức hơi- dịch.

Bệnh phổi cấp tính khu trú ở đáy phổi..

II. Điều trị

1. Nguyên tắc:

- Điều trị ngoại khoa là chủ yếu.
- Khi đã chẩn đoán xác định mổ càng sớm càng tốt.
- Tuỳ toàn trạng bệnh nhân, đến sớm hay muộn, trình độ PTV, trang thiết

bị mà:

+ Giải quyết biến chứng thủng để cứu bệnh nhân sau đó điều trị nội như một loét dạ dày.

+ Hoặc kết hợp giải quyết nguyên nhân gây ổ loét

2. Điều trị bảo tồn: Hút dạ dày liên tục (Phương pháp Taylor)

- Chỉ định:

+ Thủng bén.

+ Thủng trên dạ dày rỗng, sạch (xa bữa ăn).

+ Tình trạng bệnh nhân nặng, ko mổ được.

+ Trong khi chờ mổ.

- Điều kiện: Đã chẩn đoán xác định chắc chắn là thủng dạ dày chứ ko phải là một cấp cứu bụng nào khác như VFM ruột thừa hay xoắn ruột ...

- Tiến hành:

+ Giảm đau bằng dolacgan, morphine.

+ Kháng sinh toàn thân.

+ Đặt sonde dạ dày vào đúng hang vị, hút liên tục bằng tay hay bằng máy với áp lực thấp. Lúc đầu 15p/lần sau 30p/lần.

+ Nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, nhịn ăn uống.

+ Có 2 diễn biến:

. BN đỡ đau bụng, co cứng bụng giảm rồi hết. Sau 3-4 ngày có nhu động ruột trở lại theo dõi thêm tại viện 7-10 ngày rồi cho về.

. Triệu chứng ko giảm, đau tăng lên, có biểu hiện nhiễm trùng thì phải mổ.

- Phần lớn thì ko dùng phương pháp này để điều trị, chủ yếu để chuẩn bị trước mổ, trong những năm gần đây thì ko còn dùng pp này nữa.

3. Điều trị phẫu thuật:

3.1. Chuẩn bị:

+ Đặt sonde dạ dày hút liên tục.

+ Bồi phụ nước điện giải, kháng sinh toàn thân.

3.2. Nguyên tắc :

- Gây mê NKQ, giãn cơ.

- Đường mổ rộng rãi : Đường trắng giữa trên rốn.

Web: <https://drtien.com/>

Tel: 0906 137 586

- Thăm dò đánh giá tổn thương:
 - + Tình trạng ổ bụng: Có VFM ko
 - + Tình trạng ổ loét, phải làm xn Helicobacter Pylori và GPB.
 - + Các tổn thương phối hợp: HMV, K dạ dày, chảy máu ...
- Điều kiện trang thiết bị, GMHS và KTV ...
- Quyết định cách xử trí , và xử trí tổn thương.
- Lau rửa ổ bụng.
- Dẫn lưu ổ bụng nếu cần.
- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu hoặc một lớp da hở nếu VFM.

3.3. Các cách xử trí cụ thể:

3.3.1. Khâu lỗ thủng đơn thuần:

- Chỉ định:
 - + Bệnh nhân còn trẻ hoặc già yếu.
 - + Lỗ thủng nhỏ, loét non.
 - + Đến muộn, ổ bụng quá bản.
- Kỹ thuật:
 - + Lỗ thủng nhỏ: Khâu mũi chữ X, có thể phủ mạc nối lớn hoặc ko.
 - + ổ loét xơ trãi: Khoét bỏ, khâu mũi rời theo chiều ngang tránh hẹp.
 - + Loét bờ cong nhỏ: Cần phải sinh thiết làm GPB tức thì trước khi khâu, nếu trả lời ung thư thì mổ lại sớm để cắt dạ dày.
 - + Loét gần môn vị gây hẹp: Phối hợp tạo hình môn vị hoặc nối dạ dày hồng tràng.
- Ưu điểm:
 - + Đơn giản, dễ làm, nhanh, tránh đại phẫu.
 - + Thực hiện được ở những tuyến cơ sở.
- Nhược điểm: Không giải quyết được nguyên nhân, ổ loét vẫn còn dễ đau lại và mổ cắt đoạn dạ dày.

3.3.2. Cắt bán phần dạ dày cấp cứu:

- Chỉ định :

Web: <https://drtien.com/>

Tel: 0906 137 586

- + ổ loét xơ trãi, khó khâu, khâu dễ bục.
- + Loét trên bệnh nhân ung thư dạ dày
- + ổ loét lần thứ 2 đã nhiều lần chảy máu hoặc có HMV
- + Bệnh nhân đến sớm trước 12 tiếng, chưa có VFM.
- + Sức khỏe tốt, đủ trang thiết bị, GMHS và PTV có kinh nghiệm.
- Tuỳ theo yêu cầu và tổn thương mà cắt 2/3 DD hoặc 3/4 DD
- Cắt 2/3 DD:
 - + Có thể cắt DD lấy cả ổ loét hay để lại ổ loét (loét HTT).
 - + Mốc cắt:
 - . Dưới môn vị 2-3cm.
 - . Trên: BCN : ĐM vị trái gặp BCN.
BCL : ĐM vị mạc nối phải gặp vị mạc nối trái.
 - + Lập lưu thông theo kiểu Billroth I hoặc II.
- Ưu điểm: Giải quyết triệt để nguyên nhân,
- Nhược điểm:
 - + Phải tiến hành đại phẫu thuật.
 - + Đòi hỏi trang thiết bị, GMHS và PTV tốt.

3.3.3. Cắt dây X:

- Chỉ định:
 - + ổ loét ở tá tràng, ko dùng cho ổ loét dạ dày thủng.
 - + Tình trạng ổ bụng sạch
- Lưu ý: Kỹ thuật này phải có phối hợp thủ thuật dẫn lưu dạ dày ruột để tránh ứ đọng như tạo hình môn vị hoặc nối vị tràng.
- Cụ thể:
 - * Khâu thủng + Cắt TK X + Tạo hình môn vị hoặc nối vị tràng.
 - * Khâu thủng + Cắt TK X siêu chọn lọc.
 - * Khâu thủng + Cắt TK X thro phương pháp Taylor hay Hill
Becker

3.3.4. Phẫu thuật Newmann:

Web: <https://drtien.com/>

Tel: 0906 137 586

- Chỉ định:

+ Tình trạng bệnh nhân quá nặng.

+ ổ bụng bần, lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh xơ cứng, khâu dễ mủn nát, bọc chỉ, không cho phép cắt đoạn dạ dày ngay.

- Kỹ thuật: Đặt sonde Petzer hoặc Kehr to vào lỗ thủng, quấn mạc nối lớn và dính vào thành bụng ra ngoài. Thường rất bất đắc dĩ mới phải dùng pp này.

3.4. Săn sóc sau mổ:

- Tiếp tục hồi sức nếu bệnh nhân có tình trạng nặng.

- Kháng sinh toàn thân.

- Dinh dưỡng tốt bằng đường miệng hoặc tĩnh mạch.

- Theo dõi các biến chứng.

Kết luận: Thủng dạ dày tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa, là biến chứng thường gặp do ổ loét ở dạ dày tá tràng, cần phải chẩn đoán sớm và chính xác đánh giá được tình trạng bệnh nhân, trang thiết bị, trình độ GMHS và PTV để đưa ra chỉ định điều trị thích hợp sẽ cho kết quả sẽ tốt, giảm tỉ lệ tử vong.

Dr. Tien
Nâng tầm nhan sắc Việt