

KHÂU TH NG LOẾT D DÀY TÁ TRÀNG QUA N I SOI B NG

Bs Nguyễn Anh Dũng
Bs Lê Đình Công

M c tiêu bài h c

1. Ch n b nh nhân th ng d dày m n i soi c n c vào:
Tình tr ng viêm phúc m c
Bi n ch ng c a b nh loét d dày tá tràng
B nh kèm theo
2. Th c hi n trong hai phút hai m i khâu ch I m t cách cân i trên mô hình,
hai m i khâu vuông góc v i nhau và hoàn thành vi c c t n trong c th .
3. Th c hi n trong hai phút m t m i khâu ch X, m t cách cân i trên mô hình
và hoàn thành vi c c t n trong c th .

Th ng d dày tá tràng là m t bi n ch ng th ng g p c a b nh loét d dày tá tràng, ng hàng th hai sau viêm phúc m c ru t th a. Theo c Vân, trong th i gian 30 n m (1960-1990) t i b nh vi n Vi t c m i n m có kho ng 80 tr ng h p th ng loét d dày tá tràng, t i b nh vi n Nhân dân Gia nh t tháng 5-1996 n tháng 5-1997 có 109 tr ng h p.

T lâu nay, ã có nhi u ph ng pháp i u tr bi n ch ng th ng loét d dày tá tràng, bao g m khâu th ng n thu n hay kèm theo ph u thu t i u tr tri t b nh loét nh c t th n kinh X, c t d dày.

T khi có thu c kháng th th H_2 , thu c c ch b m proton và sau ó là s phát hi n Helicobacter pylori thì ph ng pháp khâu th ng n thu n k t h p thu c ch a loét sau m ã c s d ng r ng rãi.

V i s xu t hi n c a ph u thu t n i soi b ng, ngày càng nhi u tr ng h p c m b ng ph ng ti n này. Trong hoàn c nh Vi t nam còn nhi u gi i h n v trang thi t b, chúng ta s v n d ng ph ng ti n m này sao cho an toàn, hi u qu nh t. B ng ch ng c a t ng quan y v n trong 20 n m qua cho th y Ph u thu t n i soi là ch n l a hàng u i u tr th ng d dày.

I. L CH S

1817 Benjamin Travers mô t tri u ch ng c a th ng d dày.

1891 Heusner khâu th ng d dày thành công l n u tiên.

1894 Dean khâu th ng tá tràng l n u tiên.

1902 Keetley c t d dày c p c u do th ng l n u tiên.

1944 Taylor a ra ph ng pháp hút liên t c.

1989 Philippe Mouret khâu th ng d dày qua n i soi b ng l n u tiên.

II. KHÂU TH NG DDTT QUA N I SOI

1989 Phillipe Mouret (Pháp) ã th c hi n khâu th ng DDTT qua n i soi b ng l n u tiên. Sau ó, ã có nhi u tác gi báo cáo thành công c a ph u thu t này v i nhi u ph ng ph ng pháp khác nhau nh khâu l th ng hay óng l th ng không khâu

1/ TRANG THI T B & D NG C

Dàn máy m n i soi

Máy b m CO₂

Máy hút – r a
K p c m và kim
D ng c vén gan
Kéo c t ch
Ch li n kim (vicryl oo)

Các trocar 5mm, 10mm
K p ru t
Ong hút - r a 2 ng
K m b m sinh thi t
Ong d n l u

2/ CH NH

- + Ch nh thích h p cho m n i soi là nh ng tr ng h p có th i gian t lúc th ng n lúc m kéo dài trong vòng 24 gi . a s các tác gi ng ý r ng y u t th i gian là m t trong nh ng y u t áng tin c y xác nh tình trạng viêm nhi m trong b ng, trong th i gian này d ch b ng còn vô trùng, thêm vào ó kh n ng làm s ch xoang phúc m c trong m không quá ph c t p. ây c ng là th i gian vàng cho nh ng can thi p tri t v a i u tr th ng v a i u tr nguyên nhân gây ra th ng
- + Không ch n m n i soi nh ng tr ng h p:
 - B nh nhân trên 70 tu i, ch s i m Boey b ng 3. Ch s này là t ng s i m c a: b nh n ng kèm theo (l i m), choáng tr c m (l i m) và th i gian th ng d dày quá 24 gi (l i m).
 - Có choáng tr c m (là m t ch ng ch nh tuy t i). B nh nhân có th b choáng vì m t trong ba nguyên nhân sau ây: choáng do au, choáng vì nhi m trùng nhi m c ho c do m t b nh lý khác kèm theo. Khi m i th ng, d ch v vào xoang phúc m c gây nên tình tr ng b ng do hoá ch t toàn b ng, trong tr ng h p này không ph i là m t ch ng ch nh c a ph u thu t qua n i soi vì tình tr ng choáng s s m n nh nh t là c i u tr v i thu c gi m au và truy n d ch.
 - Có kèm theo h p môn v hay xu t huy t tiêu hóa. Trong hoàn c nh c a chúng ta hi n nay, do thi u trang thi t b nên ch a th can thi p khi loét có hai bi n ch ng này. Nu loét b ch y máu ngay t i mép c a l th ng, có th c m máu và sau ó khâu l i l th ng hai l p. Nhi u báo cáo cho th y ã s d ng ng thông m i d dày có bóng nong ch h p hay ph u thu t t o hình môn v i u tr h p môn v .
 - Có b nh lý n i khoa n ng i kèm. Ch ng ch nh vì nh ng bi n i v hô h p và tu n hoàn khi b m h i vào xoang phúc m c có th làm n ng thêm tình tr ng chung c a c a b nh. ây là ch ng ch nh tuy t i.
 - Có ti n s m b ng, trong ti n c n ã có nh ng cu c m m l n hay có kh n ng dính nhi u vào thành b ng, d gây tai bi n khi t trocar, khó kh n cho thao tác ph u thu t qua n i soi.
 - Trong lúc m qua n i soi, n u nghi ng th ng do ung th d dày hay xoang b ng quá b n khó r a s ch qua n i soi thì nên chuy n thành m h . Xác nh nguyên nhân th ng là ung th không ph i là d dàng, ph i ngh n khi loét có v trí d dày, b l th ng s ng c ng nh t là có hình nh thâm nhi m c a mô ung th ra n l p thanh m c. Hi n nay, a s nh ng loét c a d dày không ph i v trí môn v hay ti n môn v thì th ng là ung th .
- i v i l th ng n m m t sau, nhi u tác gi khuyên nên chuy n thành m th ng.

3/ CHU N B B NH NHÂN TR C M

Ngoài nh ng xét nghi m thông th ng chu n b cho b nh nhân tr c m c p c u, c n làm thêm:

- i n tâm cho các b nh nhân trên 50 tu i.

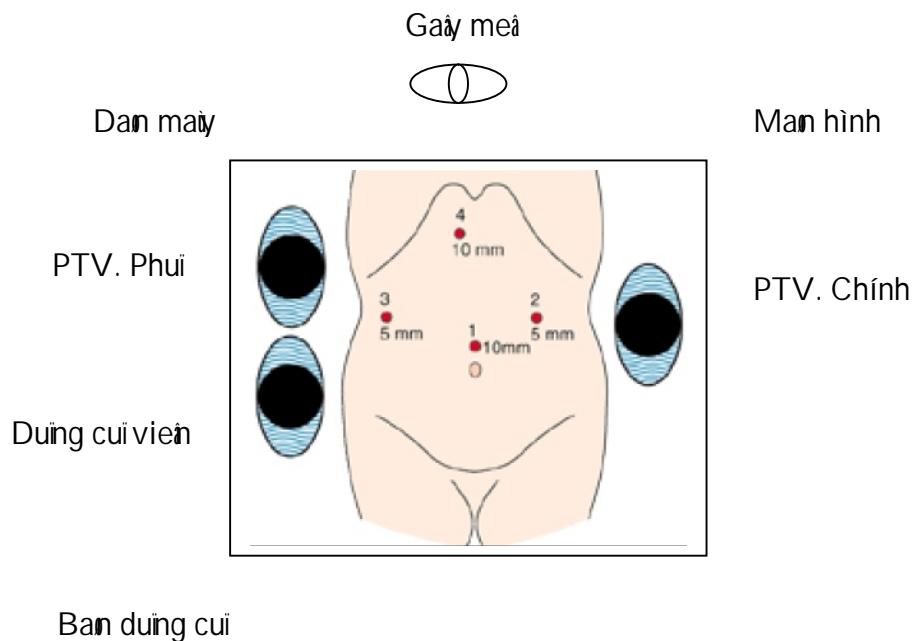
- Ch p hình ph i.
- t thông m i d dày và hút.
- t thông ti u.
- Truy n d ch.
- Kháng sinh.
- Thu c gì m au.

4/ VÔ C M

B nh nhân c gây mê n i khí qu n, kèm dẫn c , c t t th n m ng a.

5/ V TRÍ NHÓM M

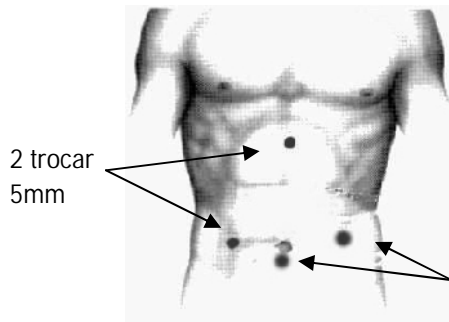
Kíp m g m 3 ng i: ph u thu t viên chính, ph m và d ng c viên. Ph u thu t viên chính ng bên ph i b nh nhân, ph m ng bên trái b nh nhân, d ng c viên ng bên trái ph m . Dàn máy m n i soi t phía trên bên ph i b nh nhân, bàn d ng c t phía d i chân b nh nhân (Hình 1)



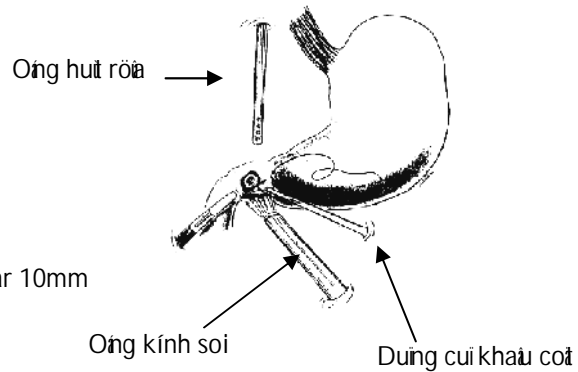
Hình 1: Sơ ão và trí kíp mổ

A. V TRÍ CÁC TROCAR

S d ng 4 ng vào b ng g m 2 trocar 10mm và 2 trocar 5mm, v trí các trocar c s p x p thu n l i cho thao tác trong b ng (hình 2). Trocar th nh t (10mm) t ngay d i r n. B m h i CO₂ n áp l c 12 mmHg, a ng kính soi vào b ng quan sát qua trocar th nh t và l n l t t ti p m t trocar ngay d i m i k i m x ng c dưng cho ng hút r a và d ng c k p kéo d dày b c l l th ng, trocar th ba và th t t 2 bên r n trên ng gi a òn, c dưng cho d ng c khâu c t (hình 3)



Hình 2: Vị trí trocar



Hình 3: Vị trí dụng cụ

B. ÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG KHOANG BỤNG

Tình trạng khoang phúc mạc là yếu tố quan trọng quyết định có hay không tiếp tục phẫu thuật qua nòng soi, liên quan đến thời gian tính từ lúc thủng lúc mổ, cũng như lượng nòng đổ đầy vào xoang phúc mạc. Mannheim đưa ra cách tính điểm phân loại tình trạng viêm phúc mạc ruột là MPI (Mannheim Peritonitis Index). Nếu MPI > 21 điểm: tiên lượng nặng, MPI < 21 điểm: tiên lượng tốt. MPI gồm có:

- có mủ trong khoang phúc mạc: _____ 6 điểm
- có phân trong khoang phúc mạc: _____ 12 điểm
- bệnh nhân > 50 tuổi: _____ 5 điểm
- bệnh nhân nữ: _____ 5 điểm
- bệnh nhân có mủ máu sau 24g: _____ 4 điểm
- suy cấp quan trọng: thân, hô hấp hay shock; tụt ruốt: _____ 7 điểm

Chỉ số điểm Boey của chúng ta vì có thể thể hiện về cách giá trị điểm. Chỉ số này là tổng điểm của: bệnh nhân kèm theo (1 điểm), choáng trọng (1 điểm) và thời gian thủng đổ đầy quá 24 giờ (1 điểm). Khi chỉ số Boey bằng 3, nguy cơ tử vong tăng lên một cách rõ rệt.

Ngoài ra, chúng ta có thể cần vào tích chất của mủ, giấm c và mủ giấm các quai ruột phân chia tình trạng viêm phúc mạc như sau:

	nhẹ	Trung bình	Nặng
Mủ	Loãng	Đục	Hồi
Giấm c	Ít, dính lỏng lẻo: dễ bong khi rửa	Đính khá chặt: phải dùng gạc chùi	Đính chặt: bong thành mảnh khi g
Áp xe giữa các quai ruột	Không	Không	Có

Như vậy, chúng ta nên chú ý thu thập khâu thủng loét cho bệnh nhân trẻ em có MPI < 21 ngày hay viêm phúc mạc có mủ. Khi phẫu thuật viên có nghi ngờ khi khám có thể mở rộng khám ở vị trí trung bình.

C. TÌM VÀ ÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG LƯỠI THƯỜNG

Vì các bệnh tìm thấy thường có thể bị đóng cặn gan hay đóng kết dính dày vì cấu trúc phổi thường có thể bị dính. Xác định chính xác lưỡi thường đôi khi cần dựa vào một miếng giấy chùi niêm mạc hay kẹp vào lưỡi. Với thường dày thì cần sinh thiết để loét làm xét nghiệm mô học để loại trừ khả năng ác tính. Ánh giá khám bệnh nhân dựa vào các dấu hiệu gián tiếp như dày có giãn to không, có nghi ngờ các trong bệnh, tình trạng xẹp chai loét, bị đóng chung quanh loét. Nghi ngờ này phẫu thuật viên vào kính nghiệm các phẫu thuật viên. Kích thước lưỡi có thể bị đóng các 5mm.

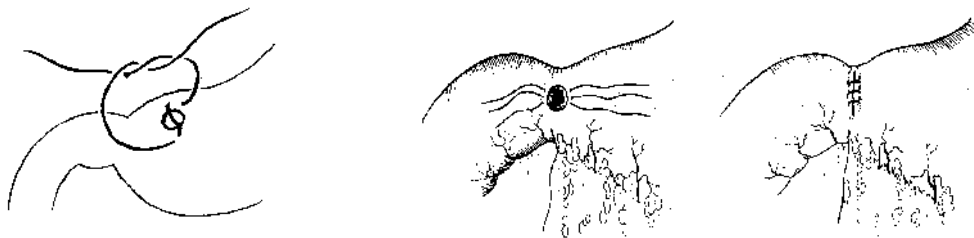
D. RABBIT

Rabbit nhằm mục đích để làm sạch các dấu vết, niêm mạc, các mô thừa. Thường có thể chỉ cần máy bơm hút, khi không có máy bơm hút, vì các bệnh nhân có thể thay bệnh nhân chai để truy tìm trên cao chày vào bệnh nhân áp lực. Lượng nước nhận phẫu thuật viên vào tình trạng bệnh nhân hay ít (trung bình 2 - 8 lít). Rabbit bệnh nhân hành động 1/4 vùng của bệnh nhân, và giúp cho thủ tục thay đổi thể bệnh nhân bệnh nhân cách quay bàn mổ nâng cao, hướng phẫu thuật, nghiêng phải, nghiêng trái.

E. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG KÍN LƯỠI THƯỜNG

* KHÂU THƯỜNG

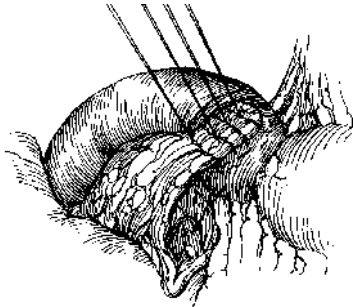
Sau khi bệnh nhân rõ lưỡi, ánh giá chính xác vị trí, kích thước, và mô dày tá tràng chung quanh lưỡi. Khâu lưỡi bằng chỉ vicryl 00, chỉ kim, dài khoảng 15 cm. Khâu một phần toàn thể qua tất cả các thủng, các bệnh nhân trong các thủng. Thông thường chỉ cần sử dụng một miếng khâu chữ X vì các thủng hình mô xung quanh lưỡi mô mềm và không kính lưỡi không quá lớn. Hay sử dụng nhiều miếng khâu gấp (hình 4). Không nên sử dụng các thủng ngoài các thủng vì tình trạng bệnh nhân lưỡi viêm loét dễ rách.



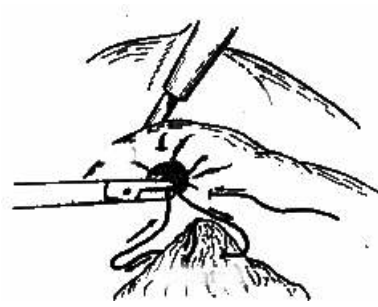
Hình 4: Khâu lỗ thủng

Nếu mô xung quanh lưỡi xẹp hay lưỡi lún thì khâu bệnh nhân nhiều mũi, có hay không kèm theo phẫu thuật thêm các mũi. Có nghi ngờ cách phẫu thuật, tùy thuộc vào ý thích và thói quen phẫu thuật viên.

Sau khi khâu xong các mạch, kéo mạch lên lổ thủng rictch (Graham) (hình 5). Hóc sau khi khâu c t kín lổ thủng, p m c n i lên c t c nh. Hóc khâu kéo p m c n i vào lổ thủng (hình 6).



Hình 5

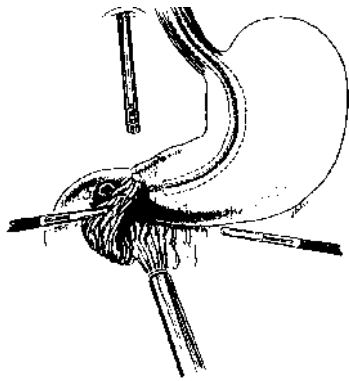


Hình 6

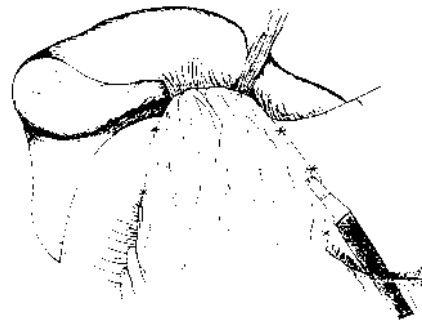
*** ÓNG KÍN LỔ THƯỜNG KHÔNG KHÂU**

+ NÚT MẠCH

K t h p n i soi b ng và n i soi d dày dùng Dormia kéo m c n i nút kín lổ thủng (hình 7) [6], hay dùng clip b m dính m c n i vào m t tr c d dày tá tràng p kín lổ thủng (hình 8) [4].



Hình 7:



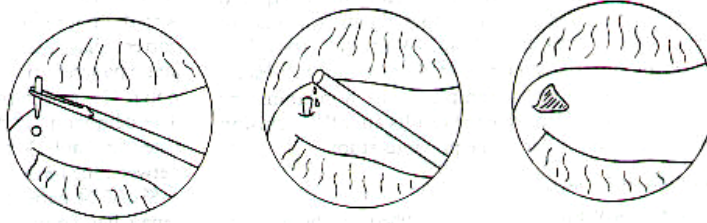
Hình 8:

+ P DÂY CH NG TRÒN

ống lổ thủng không khâu b ng cách p dây ch ng tròn c a gan vào lổ thủng v i k t h p n i soi d dày, c Costalat và c ng s th c hi n cho 12 b nh nhân mà không có bi n ch ng sau m [6].

+ NÚT KEO GELATIN

Wan-Yee Lau và cộng sự đã trình bày cho 24 bệnh nhân bằng cách đặt nút gelatin hình nón vào lỗ thủng rốn bằng keo sinh học quanh nó để kín lỗ thủng (hình 5)[7]. Phương pháp này có thể gián tiếp ngăn ngừa các phương pháp khác.



Hình 9

* KHẨN NGUYỄN TRIỆT CẬN

Trong hoàn cảnh khẩn cấp tại hiện trường, phẫu thuật triệt cận ngay trong lúc bệnh nhân đang ã cấp nặng rất lâu. Có tác dụng giảm đau trong cấp cứu nút ruột non bệnh nhân cho phép trong hoàn cảnh phẫu thuật viên có tay nghề vững vàng, có phương tiện gây mê hít sâu. Một số khác cho rằng có thể đặt dây thần kinh kết hợp với khâu thủng vì kết quả ngắn hạn quan trọng. Gần đây có khác biệt là chú ý phẫu thuật đặt dây thần kinh X siêu âm theo Taylor vì hiệu quả tốt hơn đặt dây thần kinh X siêu âm thông thường nhanh hơn vì kết quả tốt hơn đặt dây thần kinh X sau mổ; phía trước đặt thành công theo hình ảnh. Phẫu thuật qua nội soi có thể có mặt khi bệnh nhân phẫu thuật mổ bụng cấp tính, chỉ cần có trang thiết bị. Trong hoàn cảnh Việt Nam có thể dùng phẫu thuật Taylor như mổ nội tạng và bệnh nhân có bệnh loét dạ dày tá tràng cùng một lúc.

ngắn ngủi ở vùng dạ dày qua trocar ở bên phải.
Kỹ thuật cũ mổ bụng hở thì trong bụng và khâu lại các vết rách thành bụng.

6/ SỬ DỤNG SAUM

Vì cấp cứu và theo dõi sau mổ cấp cứu nên các trường hợp khâu lỗ thủng bệnh nhân hít thở thông mồm đã dày cho nên hút ruột từ lỗ, kháng sinh, dịch truyền nội tạng nội khoa bệnh loét.

7/ BỊNH CHẨN

Nhiệm vụ gì đã báo cáo kết quả phẫu thuật khâu lỗ thủng DDTT qua nội soi bệnh nhân, ghi nhận các bệnh nhân cấp tính trong mổ (xì rò chướng, áp xe ổ bụng...) và tất cả bệnh nhân không cao hơn.

8/ KẾT LUẬN

Nội tạng loét DDTT bao gồm khâu lỗ thủng nội tạng và kèm theo nội tạng nội khoa sau mổ cho tất cả thành công cao. Mổ khâu lỗ thủng và làm sạch xoang bụng là 2 việc mà phẫu thuật qua nội soi bệnh nhân có thể thực hiện được. Phương pháp này có thể thực hiện an toàn và hiệu quả trong hoàn cảnh hiện tại. Chúng tôi thích hợp là bệnh nhân bệnh nhân có thể gián tiếp ngăn ngừa 24 giờ, và chúng tôi nghĩ rằng bệnh nhân có thể

tr c m . u i m c a ph ng pháp là b nh nhân ít au sau m , h i ph c s m và th i gian n m vi n ng nh n so v i m m .

Tài li u tham kh o

1. Nguy n Anh D ng, *Khâu th ng loét DDTT qua ng soi b ng*. Lu n án th c s y h c 1999.
2. Nguy n ình H i, *Th ng d dày tá tràng*, B nh lý ph u thu t d dày tá tràng, Tr ng i h c Y D c TP. HCM, 1989: 91-104.
3. c Vân, *K t qu i u tr ph u thu t loét tá tràng th ng trong c p c u t i B nh vi n Vi t c*, Ngo i 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. Jyrki. *Factors That Predict Morbidity and Mortality in Patients with Perforated Peptic Ulcers*. Eur J Surg 2002; 168: 446-451
7. 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.
8. 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.
9. Lohsiriwat V, Prapasrivorakul S, Lohsiriwat D. Perforated Peptic Ulcer: Clinical Presentation, Surgical Outcomes, and the Accuracy of the Boey Scoring System in Predicting Postoperative Morbidity and Mortality. World J Surg (2009) 33:80-85.
10. Malsuda M, Nishiyama M, Tsunekazu H, Saeki S, Watanabe T. *Laparoscopic omental patch repair perforated peptic ulcer*. Ann. Surg. 1995; 1221 (3): 236-240.
11. Mouret P, Francois Y, Vignal J, Barth X, Platet R.L. *Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer*. Br. J. Surg. 1990; 77: 1006.
12. Marescaux J, *Ulcère duodéнал perforé et laparoscopie*. In: Chirurgie digestive par laparoscopie, Masson 1997: 137-147.
13. Watteville J. C, Tests. P. *La coelioscopie dans les urgences digestives*. In: Chirurgie digestive par voie coelioscopique, Maloine 1991: 169-184.