

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THÙNG RUỘT THƯƠNG HÀN

NGUYỄN ĐÌNH HỐI* , LÊ QUANG UY* , NGUYỄN HOÀNG BẮC* VÀ CỘNG SỰ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thương hàn (TH) là bệnh do Salmonella typhi và Salmonella paratyphi A, B, C gây nên. Mắc bệnh do đồ ăn, thức uống bị nhiễm khuẩn. Là 1 bệnh dịch, thường xảy ra ở những vùng thiếu nước sạch, vệ sinh kém.

Trong những năm gần đây công tác chủng ngừa bệnh TH ở nước ta được thực hiện rộng rãi nhưng bệnh còn gặp rất nhiều, đặc biệt ở ĐBSCL vì ở đây thiếu nước sạch, lại có thói quen đi cầu xuống ao, dùng phân làm thức ăn cho cá.

Theo Vụ vệ sinh phòng dịch - Bộ Y tế [25], trong 5 năm 1991-1995 cả nước có 74565 người mắc bệnh TH. Con số mắc bệnh tăng dần. Năm 1995 trong số 53 tỉnh thành của cả nước thì 43 có dịch TH. Số người mắc bệnh là 27652, nhiều nhất là ở các tỉnh miền nam 91,1%, miền trung 4,9%, miền bắc 3,5%, tây nguyên 0,2%.

Trong quá trình diễn biến của bệnh nhiều biến chứng có thể xảy ra, trong đó gặp nhiều hơn cả là thủng ruột. Ở ĐBSCL phương pháp phẫu thuật (PPPT) điều trị thủng ruột thương hàn (TRTH) chưa thống nhất. Khác nhau do hoàn cảnh và điều kiện trang bị y tế, nhưng chủ yếu là do sở thích và thói quen của phẫu thuật viên. Vì vậy chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu TRTH.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mục tiêu chung : giảm tử vong và giảm chi phí y tế.

2. Mục tiêu cụ thể

2.1. Tìm hiểu các yếu tố dịch tễ học, giúp chẩn đoán.

2.2. Tìm hiểu thời gian xuất hiện thủng, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, định tỉ lệ và giá trị của chúng, giúp chẩn đoán sớm.

2.3. Trong điều trị TRTH thì nên sử dụng PPTT nào và trong hoàn cảnh cụ thể nào.

II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

2.1. Tài liệu nước ngoài

- 1884 tại một Hội nghị ở Berlin, Leyden đề xuất phương pháp (PP) điều trị TRTH là phẫu thuật (PT).

- 1889 Dublin, Nocholas, Ball, Ormsby khuyên nên mổ sớm khi đã có chẩn đoán.

- 1890 Louis qua 12 trường hợp TRTH được mổ, tuy kết quả chưa tốt nhưng vẫn cố vũ cho PT.

- 1895 Able mổ một trường hợp TRTH có hai lỗ thủng, được xử trí bằng PP khâu và dẫn lưu trên dòng. BN tử vong sau mổ 11 giờ.

- 1903 Escher mổ ruột ra da 4 lần, 3 lần có kết quả tốt. Từ đó PT đưa ruột thủng ra da là PP được dùng phổ biến.

- 1907 Monod và Vanverts, qua 27 ca mổ có 4 ca lành, chủ trương PP khâu lỗ thủng là tốt nhất.

- 1908 trong cuộc tranh luận về điều trị TRTH tại Pháp đã kết luận mổ càng sớm càng tốt và khâu là tốt nhất.

- 1909 Buizard trình bày luận án tập hợp về TRTH: 664 ca tỉ lệ tử vong 72,6%.

- 1910 Duval trình bày luận án điều trị TRTH bằng PP mổ ruột ra da, 22 ca có 10 ca lành.

- 1911 Favreuil báo cáo 6 TRTH, 5 ca khâu lỗ thủng đều chết, 1 ca đưa ruột ra ngoài BN sống.

- 1917 Osler: TRTH nếu không mổ chắc chắn sẽ chết.

- 1924 Tasso và Astériades có 5 ca mổ sớm, 4 ca lành, cho rằng kết quả sẽ tốt nếu mổ trong vòng 6 giờ đầu.

- 1931 Lenormet và Wilmoth khuyên khi có nhiều lỗ thủng thì nên đưa ruột ra ngoài.

- 1948 Woodward và Smadell lần đầu tiên điều trị TRTH có kết quả bằng Chlormycetin, đã đề nghị nên điều trị nội khoa.

- 1950 Benhamou [2] đã chứng minh kháng sinh phối hợp có kết quả tốt.

- 1964 Woodward và Smadell [26] cho rằng trong đa số có thể điều trị bằng kháng sinh, dịch truyền, hút dạ dày.

- 1965 Carayon [4] không tin vào điều trị nội khoa đơn thuần và cho rằng điều trị PT là bắt buộc.

- Trong vài chục năm nay, quan điểm điều trị kết hợp ngoại và nội khoa ngày một chiếm ưu thế.

2.2. Tài liệu trong nước

- 1939 Meyer May, H.Đ. Di, T.T. Tùng [15] thông báo ở Viện Hàn lâm PT Pháp 42 ca TRTH.

- 1941 Đ.K. Hiền [10] trình bày luận án “Góp phần nghiên cứu TRTH ở Bắc kỳ”.

- 1944 H.Đ. Di và T.T. Tùng [5] đã tập hợp ở bệnh viện Yersin - Hà nội được 100 ca.

- 1958 N.Q. Huấn [11] trình bày luận án “Góp phần nghiên cứu điều trị PT TRTH ở miền bắc Việt nam”.

- 1961 T.M. Tiên [22] trình bày luận án “Góp phần nghiên cứu PT Mở thông hồi tràng trong điều trị TRTH”.

- 1985 Văn Tấn [21] phân tích 80 trường hợp thủng ruột và thủng túi mật do TH tại bệnh viện Bình dân TPHCM.

- 1986 L.Q.Uy [23] trình bày luận án “Nhân 23 trường hợp TRTH được điều trị tại khoa ngoại tổng quát BV Chợ rẫy”

2.3. Thương tổn

Vi khuẩn Salmonella typhi qua niêm mạc xâm nhập vào thành ruột gây nên các phản ứng rõ rệt ở mô lymphô

* Bộ Môn Ngoại Tổng Quát - Đại Học Y Dược Tp.HCM

nằm ở lớp dưới niêm. Ở cuối hồi tràng các nang lymphô tập trung thành những khối lớn, gọi là mảng Peyer. Mảng này thuộc cấu trúc hệ thực bào một nhân, có ở khắp nơi trong cơ thể. Khi gặp vi khuẩn, các tế bào trở nên hoạt tác và chuyển dạng thành đại thực bào. Tế bào này ăn vi khuẩn Salmonella và trở thành “tế bào TH”. Quá trình tăng sản của các tế bào làm cho mảng Peyer mỗi ngày một phì đại, có thể tới 8-10cm. Quá trình viêm tiếp tục làm tăng sản mô bào, thấm nhập bạch cầu trung tính, lymphô bào, tương bào và tạo thành nang rồi thoái hóa, hoại tử, gây thủng ruột. Mảng Peyer có hình bầu dục nằm theo trục dọc của ống tiêu hóa do đó vết loét TH cũng nằm dọc theo chiều dài của ruột. Khác với lao, loét lao nằm theo chu vi ruột.

Hệ thực bào một nhân có ở khắp nơi trong cơ thể nên ngoài ruột và mạc treo ruột, TH còn gây nên thương tổn ở những nơi khác [9]. Gan bị thoái hóa và hoại tử với tăng sản và chuyển dạng của các tế bào Kupffer, hình thành nhiều thực bào, thoái bào. Các tế bào nội mạc xoang lách tăng sản làm cho các xoang giãn rộng, vùng tủy đỏ lớn hơn bình thường. Lymphô bào ở niêm mạc túi mật tăng sản, có thể gây viêm túi mật. Phế bào tăng sản tạo nang kèm thấm nhập tế bào viêm.

III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Thời gian nghiên cứu: 6 năm

* Từ 1-1990 đến 12-1992 là giai đoạn hồi cứu (GD 1).

* Từ 1-1993 đến 12-1995 là giai đoạn tiền cứu (GD 2).

6-1992 chúng tôi tổ chức Hội thảo 1 để thống nhất cách thức nghiên cứu. Đầu 1993 tổ chức Hội thảo 2 để tập huấn về bệnh TH. 4-1996 tổ chức Hội thảo 3 để tổng kết công trình.

3.2. Địa điểm

Nghiên cứu tại 13 cơ sở thuộc 9 tỉnh ĐBSCL: Đồng Tháp, Sa Đéc, Bến Tre, Vĩnh Long, Trà Vinh, Cần Thơ, Nhi đồng Cần Thơ, Vị Thanh, Sóc Trăng, An Giang, Châu Đốc, Kiên Giang, Bạc Liêu, Minh Hải.

3.3. Bệnh nhân

Tất cả BN được chẩn đoán là VPM bệnh lý và khi mở bụng thấy thủng ở hồi tràng. Xác định TRTH căn cứ vào lỗ thủng nằm ở đoạn cuối của ruột non. Không đòi hỏi xét nghiệm Widal (+), xét nghiệm vi khuẩn (+) và hình ảnh mô học. Các BN TRTH của chúng tôi đang được điều trị tại BV vì TH hay vì một bệnh sốt nhiễm trùng chưa rõ nguyên nhân. Có khi BN từ nhà tới BV vì đau bụng. BN là người lớn hay trẻ em, nam hay nữ.

3.4. Đánh giá kết quả

* Theo một mẫu bệnh án thống nhất.

* Cuối mỗi giai đoạn, từng cơ sở PT trình bày kết quả ở các Hội thảo.

* Về PPPT mỗi cơ sở thực hiện theo kinh nghiệm của mình và theo phương tiện hiện có của BV. Từ sự khác nhau của kết quả về tử vong, biến chứng hậu phẫu, thời gian nằm

viện... để tìm ra chỉ định của từng PPPT trong từng tình huống cụ thể.

* Xử lý số liệu bằng chương trình Epi-Info 6.0.

IV. KẾT QUẢ

Trong 6 năm, từ 1-1990 đến 12-1995, chúng tôi có 1310BN (GD 1: 627, GD2: 683).

4.1. Dịch tễ học

4.1.1. Địa dư: các vùng có nhiều BN: Cần Thơ: 206-5,7%; An Giang: 205-15,6%; Châu Đốc: 139-11,3%; Vĩnh Long: 132-10,0%.

4.1.2. Giới (1245 BN)

Nam	924 - 74%
Nữ	321 - 26%

4.1.3. Tuổi (1076 BN)

< 10t	172 - 15,9%
10 - 19t	261 - 24,2%
20 - 29t	351 - 32,6%
30 - 39t	152 - 19,1%
40 - 49t	84 - 7,8%
50 - 59t	36 - 3,3%
> 60t	20 - 1,8%

4.2. Thời điểm thủng kể từ bệnh TH bắt đầu (921 BN)

Tuần thứ 1	355 - 39%
Tuần thứ 2	379 - 41%
Tuần thứ 3	131 - 14%
Tuần thứ 4	56 - 6%

4.3. Triệu chứng lâm sàng

Tiêu chảy	337/600 - 56%
Tiêu máu	86/1310 - 6,6%
Nôn máu	15/1310 - 1,1%
Túi mật to	51/172 - 30%
Gan to	47/190 - 25%
Lách to	14/137 - 10%

4.4. Triệu chứng cận lâm sàng

4.4.1. Chụp X quang bụng đứng không sửa soạn (806 BN)

Có liềm hơi dưới hoành 600 - 74%

4.4.2. Bạch cầu (1170 BN)

< 5000/mm ³	171 - 19,5%
5 - 10000/mm ³	434 - 37%
> 10000/mm ³	565 - 48,5%

4.4.3. Huyết thanh chẩn đoán Widal (424 BN)

Dương tính 149 - 35%

4.4.4. Tìm vi khuẩn trong máu (62 BN)

Dương tính 12 - 19%

4.5. Chẩn đoán nguyên nhân (1131 BN)

TRTH 846 - 75%

4.6. Thương tổn

4.6.1. Tình trạng xoang bụng (1073 BN)

VPM toàn bộ	748 - 70%
VPM khu trú	328 - 30%

4.6.2. Số lỗ (1235 BN)

1 lỗ 1095 - 89%

> 1 lỗ	140 - 11%
(Sắp thủng)	58

4.6.3. Đường kính lỗ thủng : 612 BN

< 5mm	396 - 66%
5 - 10mm	130 - 21%
> 10mm	86 - 13%

4.6.4. Khoảng cách từ lỗ thủng đến manh tràng : 1045 BN

< 60cm	1003 - 96%
> 60cm	42 - 4%

4.7. Phẫu thuật

Khâu lỗ thủng	883 - 68,3%
Khâu lỗ thủng-dẫn lưu trên dòng	18 - 1,9%
Dẫn lưu qua lỗ thủng	68 - 5,3%
Đưa ruột ra ngoài	246 - 19,1%
Cắt ruột - nối ngay	40 - 3,1%
Cắt ruột - không nối	36 - 2,8%

4.8. Biến chứng sau mổ (515 BN) - 39,3%

VPM do thủng thêm	8 - 0,6%
VPM do xì	39 - 3,0%
Áp xe tồn lưu	13 - 1,0%
Rò phân	15 - 1,1%
Tắc ruột	3 - 0,2%
Tiêu máu	7 - 0,5%
Nhiễm trùng vết mổ	384 - 29,3%
Bung thành bụng	39 - 2,9%
Viêm phổi	7 - 0,5%

4.9. Tử vong

4.9.1. Số tử vong (1310 BN) 56 - 4,27%
(GD 1 : 5,74% & GD 2 : 2,92%)

4.9.2. Nguyên nhân (39 BN)

Sốc	21 - 54%
Suy kiệt	8 - 21%
Viêm cơ tim	2 - 5%
Viêm phổi	2 - 5%
Rối loạn đông máu	2 - 5%
Tiêu máu	2 - 5%
Không rõ	2 - 5%

4.9.3. Tỷ lệ tử vong theo phương pháp phẫu thuật

Khâu lỗ thủng (402)	4 - 1%
Đưa ruột ra ngoài (119)	6 - 5%

V. BÀN LUẬN

5.1. Dịch tễ học

5.1.1. Số liệu. Trong 6 năm từ 1/1990 đến 12/1995, chúng tôi có 1310 TRTH được PT tại 13 cơ sở PT của ĐBSCL.

Các tài liệu trong nước đã công bố thì số liệu cao nhất là của N.Q. Huấn [11] 195 ca, rồi đến H.Đ. Di và T.T. Tùng [5] 100 ca. Con số lớn ở nước ngoài mà chúng tôi có là của Van Basten [24], tập hợp 52 báo cáo trong 34 năm (1960-1994) 1990 ca. Bệnh gặp nhiều ở châu Phi. Từ 1880-1990 ở New York có 479 người mắc TH thì 60% du nhập từ nước ngoài, chủ yếu từ vùng Đông Nam Á [14].

5.1.2. Địa dư. Các cơ sở có tỉ lệ cao là những nơi có vùng dân cư nằm dọc sông Tiền như Đồng Tháp, Vĩnh Long và sông Hậu như Cần Thơ, An Giang, Châu Đốc.

5.1.3. Giới. Nam nhiều hơn nữ (3 lần), có thể là do tính chất sinh hoạt xã hội của nam rộng rãi hơn nữ. Theo một số báo cáo [2,3,7,10,11,12], tỉ lệ nam/nữ thay đổi từ 3/1 đến 6/1.

5.1.4. Tuổi. Gần hết TRTH xảy ra ở người trẻ, cũng là lứa tuổi có nhiều sinh hoạt xã hội [3,7,12,19,20].

5.2. Thời điểm thủng. Hai tuần lễ đầu kể từ khi mắc bệnh là thời gian của 3/4 các trường hợp. Đây cũng là thời gian mà các sách vở kinh điển đã đề cập và nhiều tác giả đã ghi nhận. Một số ít BN, thủng là biểu hiện đầu tiên của bệnh [3,7,10,11].

5.3. Triệu chứng lâm sàng

5.3.1. Triệu chứng chức năng. Ngoài triệu chứng kinh điển của VPM còn có các triệu chứng khác : tiêu chảy (56%), nôn máu (1,1%), tiêu máu (6,6%). Các triệu chứng này rất ít khi thấy ở VPM do các nguyên nhân khác.

5.3.2. Triệu chứng thực thể. Ngoài các triệu chứng kinh điển, còn có thể có gan to (25%), túi mật to (30%), lách to (10%). Các triệu chứng này không thấy trong VPM do các nguyên nhân khác.

5.3.3. Triệu chứng toàn thân. Tình trạng nhiễm độc gặp trong 60% các trường hợp. VPM do các nguyên nhân khác, triệu chứng này thường chỉ gặp khi BN đến muộn.

5.4. Triệu chứng cận lâm sàng

5.4.1. Chụp X quang bụng đứng không sửa soạn. Chỉ 2/3 BN được chụp X quang vì nhiều BN thể trạng yếu không cho phép di chuyển. Số BN có liềm hơi dưới hoành là 75%, Dickson [6] 40%, Spay [19] 50%, Bouzidi [3] 70%.

5.4.2. Số lượng bạch cầu. Trong TH bạch cầu thường không cao khoảng 5000-6000/mm³. Phần nửa BN trong nghiên cứu này có SLBC cao trên 10000/mm³. Paredes [16] : bạch cầu thấp là một trong những yếu tố tiên lượng xấu.

5.4.3. Xét nghiệm Widal có thể (+) ở BN bị sốt rét [18], lao, nhiễm Salmonella không phải TH [17]. Widal (-) không có nghĩa là không phải TH vì lấy máu không đúng thời điểm, BN đã được dùng kháng sinh, BN quá suy kiệt. Chỉ 1/3 số BN của chúng tôi được làm xét nghiệm Widal vì hiện nay trang bị y tế ở đây chưa cho phép. Widal (+) là 1/3. Tỷ lệ này không mấy giá trị vì việc sử dụng kháng sinh hiện nay ở nước ta còn rất bừa bãi.

5.4.4. Tìm vi khuẩn. Phân lập được vi khuẩn là tiêu chuẩn lý tưởng nhất xác định nguyên nhân TH. Tuy nhiên không có một tác giả nào có tỉ lệ tìm vi khuẩn ở 100% các trường hợp.

Một số các labô của các BV ở ĐBSCL không đủ điều kiện làm các xét nghiệm này nên chỉ thực hiện được ở 5% số BN (máu 62, phân 7, nước tiểu 1). Kết quả cấy máu (+) của N.Q.Huấn [11] là 73% (143/195), Dickson [6] 65% (11/17), Franklin [8] 45% (9/20), Spay [19] 16% (5/31).

5.5. Chẩn đoán trước mổ. Chẩn đoán VPM thường không khó. Nhưng xác định nguyên nhân của VPM do TRTH không dễ, nhất là khi BN thuộc thể khỏe mạnh, đến sớm, 3/4 số BN của chúng tôi được chẩn đoán trước mổ là TRTH. 1/4 còn lại, được chẩn đoán là VPMRT 11%, thủng dạ dày tá tràng 5%, không rõ nguyên nhân 9%. Chẩn đoán nguyên nhân dễ khi BN đang điều trị bệnh TH.

5.6. Thương tổn giải phẫu bệnh

5.6.1. Ổ bụng. Ở 70% các trường hợp, dịch tiêu hóa, mủ, giả mạc lan tràn khắp ổ bụng. 30% còn lại chúng khu trú quanh chỗ ruột thủng. Một số tác giả cho rằng TRTH ít khi có VPM khu trú. Bouzidi [3] chỉ có 5/42 trường hợp. Sow [20] không thấy có VPM khu trú trong số 57 BN. Spay [19] rất lưu ý đến lượng dịch và tính chất dịch. Paredes [16] thống kê thấy dịch phân trong ổ bụng là yếu tố tiên lượng xấu.

5.6.2. Số lỗ thủng. 89% BN có 1 lỗ thủng, 11% có 2-3-4... lỗ thủng. 4,7% số BN có chỗ sắp thủng. Trong các tài liệu mà chúng tôi có đều ghi nhận rằng 1 lỗ thủng chiếm phần lớn. Thủng từ 2 lỗ trở lên chỉ chiếm 10%-20% [3,19,20]. Trong thống kê của chúng tôi có một BN thủng 10 lỗ. Theo Paredes [16] thủng 3 lỗ trở lên là yếu tố tiên lượng tử vong.

5.6.3. Kích thước lỗ thủng. Số BN được mô tả kích thước lỗ thủng chỉ có 42%. Đa số lỗ thủng có kích thước nhỏ dưới 5mm đường kính. Chỉ 13% số BN có đường kính trên 10mm.

5.6.4. Vị trí lỗ thủng. Về khoảng cách từ lỗ thủng đến góc hồi-manh tràng thì dễ dàng có sự thống nhất giữa các tác giả : 1m cuối của ruột non [1,4,8,11,12,19,20] vì hồi tràng là nơi tập trung các mảng Peyer. 96% BN của chúng tôi, lỗ thủng nằm ở đoạn 60cm cuối của ruột non. Nhưng lỗ thủng cũng có thể ở những nơi khác vì thương tổn TH là thương tổn của hệ thực bào một nhân [9]. Tuy nhiên lỗ thủng cũng có ở nơi khác của ống tiêu hóa như tá tràng (Salmon, Mauger, N.Q. Huấn), môn vị (Bledsoe), túi Meckel (Buizard, Lejars), đại tràng ngang (Mikulicz), ruột thừa (Dor), manh tràng (Le Peltier), đại tràng sigma (Sarrouy, Lauret), túi mật (Văn Tần, N.Q. Huấn)... tỉ lệ dưới 1%.

5.7. Phẫu thuật. Hồi tràng là đoạn thấp nhất của ruột non, chất chứa đựng trong lòng khá bãn. Một lỗ thủng ở hồi tràng có nhiều PP xử trí.

5.7.1. Khâu lỗ thủng. Khâu ngay hay khâu sau khi cắt xén bớt mô chung quanh. Sau khi khâu có dính hay không dính đường khâu với phúc mạc. Ưu điểm của PP này là kỹ thuật đơn giản, tốn ít thì giờ, diễn biến sau mổ nhẹ nhàng, không cần thay băng nhiều, thời gian nằm viện ngắn, đặc biệt là không phải mổ lại lần hai. Nhược điểm của PP là chỗ khâu có thể bị xì vì mô thành ruột quanh lỗ thủng đang bị thương tổn [7]. Xì có khả năng gây VPM, tử vong.

Khâu có kết quả tốt đối với Kim [12] (11 tử vong/103), Franklin [8] (18 lành/20), Abdel Menheim (1 tử vong/28), Kekeh (7 tử vong/43). Có tử vong cao trong thống kê của

N.Q.Huấn [11] (21/172), T.M.Tiên [22] (8/12), Carayon [4] (22/73), Le Peltier (5/6)... Công trình này cho thấy PP khâu kín có tỉ lệ tử vong thấp 1%, lại có những ưu điểm như vừa kể trên. Chúng tôi thấy nên sử dụng khi có thể khâu được. Trở ngại chính là khi mô thành ruột quanh lỗ thủng phù nề, dày cứng lan rộng, sợi chỉ khâu sẽ chừa đứt thành ruột làm lỗ thủng toác rộng thêm hay là sợi chỉ tạm giữ, vài ngày sau sẽ chừa đứt thành ruột gây VPM. Ổ bụng bãn không phải là chống chỉ định tuyệt đối của khâu.

5.7.2. Khâu lỗ thủng-dẫn lưu trên dòng. Mục đích của dẫn lưu trên dòng là làm giảm áp lực lòng ruột, làm cho đường khâu dễ lành hơn. Dẫn lưu trên dòng còn để lấy các chất trong lòng ruột. Sieur cho rằng các chất tích tụ trong lòng ruột tạo điều kiện cho các ổ loét ở các mảng Peyer diễn tiến nhanh hơn, dẫn tới thủng. Escher thấy dẫn lưu làm giảm độc tố và vi khuẩn trong lòng ruột. T.M. Tiên cổ vũ cho kỹ thuật này vì nó làm giảm tử vong, ngoài ra nó còn ngừa được thủng thêm và rò phân sau mổ.

86 ca của chúng tôi mổ theo PP này có 15 ca rò phân và 3 ca tử vong (1 tử vong do rò phân và áp xe tồn lưu, 2 do tiêu máu). Khi dẫn lưu hồi tràng ở phía trên, phải làm ở chỗ đoạn ruột hoàn toàn lành, xa các mảng Peyer, thanh mạc ruột bóng láng và mạc treo tương ứng không có nhiều hạch. Sau 7-10 ngày ống dẫn lưu tự tụt. Lỗ rò ở chân ống dẫn lưu khô nhanh chóng.

Chỉ định của PP này là sau khi khâu cảm thấy đường khâu không thật chắc, có khả năng bị xì và khi ruột non phía trên lỗ thủng dẫn to.

5.7.3. Dẫn lưu hồi tràng qua lỗ thủng. Khác với PP trên là ống dẫn lưu đặt ở ngay lỗ thủng. Thường chỉ sử dụng khi có một lỗ thủng. Khi có 2-3-4... lỗ thì đặt ống dẫn lưu vào lỗ ở cao nhất và khâu kín các lỗ phía dưới. Ưu và nhược điểm gần giống PP Khâu lỗ thủng-dẫn lưu trên dòng.

5.7.4. Đưa quai ruột có lỗ thủng ra ngoài. Ưu điểm của PP PT Đưa ruột ra ngoài ổ bụng là tránh được biến chứng xì của PP khâu. Nhưng nó có ba nhược điểm:

- Làm rối loạn nước và điện giải, rất đáng ngại, nhất là đối với trẻ em.
- Phải thay băng, nhiều lần trong ngày, làm BN đau đớn.
- Phải mổ lại lần hai sau vài tuần lễ để cắt đoạn ruột đã đưa ra ngoài, lại thêm một lần mổ và lại thêm tổn kém.

Quénu khuyên nên áp dụng PP này khi khâu khó hoặc không khâu được. Hầu hết các tác giả dùng trong trường hợp nặng [11,19,21,22]. Kết quả khác nhau theo từng tác giả: Kim có tử vong 1/10, Spay 3/8, Văn Tần 9/15, N.Q. Huấn 4/4, chúng tôi 5%. Tỉ lệ tử vong phụ thuộc chủ yếu vào chất lượng hồi sức.

Theo chúng tôi : sử dụng PP Đưa ruột ra ngoài cho mọi trường hợp là không đúng. Chỉ sử dụng khi:

- Ruột thủng nhiều lỗ, nhất là khi các lỗ thủng nằm gần nhau.
- Khi mô thành ruột chung quanh lỗ thủng phù nề, dày cứng lan rộng.
- Khi ổ bụng quá bãn hoặc có những ổ áp xe.

5.7.5. *Cắt bỏ đoạn ruột có lỗ thủng - nối ngay.* Ưu điểm của PP này là BN chỉ phải chịu đựng một lần mổ. Nhưng nó cũng có những nhược điểm: thời gian mổ lâu trong khi BN thường là nặng, nguy cơ xì miệng nối cao vì khâu nối ruột trong môi trường bẩn. Vì nhược điểm thứ hai này, Loygue [13] phát biểu “Khâu nối ruột trong ổ bụng, người ta phải mổ lại trong điều kiện tồi tệ hơn để đem quai ruột thương tổn ra ngoài một cách vô vọng”. Trái lại, một số tác giả cho kết quả khá khả quan : Carayon [4] lành 7/7, Văn Tần [21] 5/5, Boulvin 4/4. Do vậy mà Boulvin nhận định PP Cắt đoạn ruột nối ngay là kỹ thuật duy nhất điều trị lành cho những trường hợp thủng nhiều lỗ. Chúng tôi có 40 lần sử dụng PP này, không có tử vong. Nhưng không thể coi đó là PP được chọn cho mọi trường hợp TRTH vì các BN được lựa chọn là các BN đến sớm, bụng tương đối sạch, thể trạng tốt. Theo chúng tôi:

- Chỉ định khi ruột có nhiều lỗ thủng và thương tổn ở ruột tương đối khu trú.
- Điều kiện là ổ bụng tương đối sạch và thể trạng tốt.
- Khi cắt phải cắt rộng rãi, miệng cắt phải ở chỗ mô hoàn toàn lành.

5.7.6. *Cắt bỏ đoạn ruột có lỗ thủng - không nối ngay.* Hai đầu ruột được đưa ra ngoài hay đưa đầu trên ra ngoài đóng kín đầu dưới. Ưu và nhược điểm gần giống PP Đưa ruột ra ngoài. Thêm ưu điểm là thay băng và săn sóc tại chỗ dễ dàng hơn. Thêm nhược điểm là kéo dài thời gian mổ. Spay [19] tử vong 4/21, Bouzidi [3] 0/7, của chúng tôi 4/36.

Chỉ định của PP này giống của PP Đưa ruột ra ngoài nhưng khi đoạn ruột đưa ra ngoài quá dài có khó khăn cho việc chăm sóc tại chỗ.

5.8. *Biến chứng sau mổ*

5.8.1. *Biến chứng ở ruột nặng có thể tử vong.*

- Đáng ngại nhất là VPM do xì đường khâu nối, chúng tôi gặp 3%.
- Rò phân thường không gây tử vong nhưng kéo dài thời gian nằm viện.
- Sau mổ thương tổn ở ruột tiếp tục tiến triển và làm thủng ruột, chúng tôi có 8 ca.

5.8.2. *Nhiễm trùng thành bụng.* Gặp rất nhiều trong đó có một số lòi ruột do bung chỉ đường khâu thành bụng. Archampong [1] thấy nhiễm trùng vết mổ khó tránh khi BN bị VPM toàn thể (64/121). Bung thành bụng là hậu quả của nhiễm trùng và chướng bụng kéo dài. Eggleston [7] có 18% BN nhiễm trùng vết mổ nặng và bung thành bụng. Bouzidi [3] có 10% bị bung thành bụng. Sow [20] có 4/22 ca. Chúng tôi có 32% nhiễm trùng thành bụng trong đó có 2,9% bung thành bụng.

5.8.3. *Biến chứng toàn thân.* Gặp nhiều hơn cả là viêm phổi, chúng tôi gặp 0,5%.

5.9. *Tử vong*

5.9.1. *Tỉ lệ tử vong.* Khác nhau theo tác giả và theo thời gian. Ở đầu thế kỷ 20 tỉ lệ tử vong của TRTH vào khoảng 70%: Keen (1898) 77%, Mauger (1900) 67%, Zesas (1904) 63%, Buizard (1909) 72,6%. Ở giữa thế kỷ là 40-50%:

Meyer May (1939) 48%, T.M.Tiên (1961) 40%. Nay chỉ còn dăm phần trăm. Tử vong giảm vì bệnh được chẩn đoán sớm hơn, có nhiều tiến bộ trong gây mê hồi sức và kỹ thuật mổ xẻ, đặc biệt là có nhiều kháng sinh hữu hiệu. Tỉ lệ tử vong trong giai đoạn hồi cứu của chúng tôi là 5,74% (36/527) và trong giai đoạn tiền cứu là 2,92% (20/683), kể cả hai giai đoạn là 4,27% (56/1310).

5.9.2. *Nguyên nhân tử vong.* Sốc nhiễm độc và suy kiệt là hai nguyên nhân thường gặp nhất. Phần lớn các trường hợp sốc nhiễm độc là do VPM tồn tại hay do VPM vì xì đường khâu nối. Tử vong do nhiễm độc của Sow [20] là 11/18, của Bouzidi [3] là 6/8, của chúng tôi là 21/56. Nguyên nhân gặp nhiều thứ hai là suy kiệt, của chúng tôi là 21%. Các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong là: thời gian từ lúc phát bệnh đến lúc thủng, thời gian từ lúc thủng đến lúc mổ, thương tổn ở thành ruột, số lỗ thủng, công tác hồi sức trước trong và sau mổ. Paredes [16]: thủng trên 48 giờ, tiêu máu, bạch cầu thấp, dịch phân trong ổ bụng, 3 lỗ thủng trở lên, là những yếu tố tiên lượng tử vong. Eggleston [7] : mổ sau 24 giờ, có tỉ lệ tử vong 35%, T.M.Tiên [22] 45%, Meyer May [15] tử vong 20/27.

5.9.3. *Liên quan giữa tử vong và PPPT.* Chúng tôi đã sử dụng cả 6 PPPT nêu trên, nhưng 2 PP có số liệu lớn là Khâu lỗ thủng 883 ca (68,3%) và Đưa ruột ra ngoài 246 ca (19,1%). Chúng tôi chỉ so sánh hai PP này với nhau. Khâu lỗ thủng có tỉ lệ tử vong là 1%. Đưa ruột ra ngoài có tỉ lệ tử vong là 5%. Ở công trình này không thể đơn thuần căn cứ vào tỉ lệ tử vong để rút ra chỉ định vì chọn PPPT không phải là ngẫu nhiên. Nhưng dù sao cũng cho thấy Khâu lỗ thủng là phương đơn giản dễ thực hiện, nhẹ nhàng lại có tỉ lệ tử vong thấp. Vì vậy, nên sử dụng Khâu lỗ thủng mỗi khi có thể thực hiện được.

VI. KẾT LUẬN

6.1. *Về dịch tễ học*

Bệnh TH còn gặp rất nhiều ở nước ta, một nước đang có nhiều khó khăn về kinh tế, đặc biệt là ở ĐBSCL, một vùng đang có nhiều khó khăn về nước sạch. Tỉ lệ của thủng ruột trong bệnh TH còn gặp khá nhiều.

TRTH xảy ra ở nam nhiều hơn ở nữ, ở người trẻ nhiều hơn ở người lớn tuổi, phần lớn xuất hiện trong hai tuần lễ đầu kể từ khi bệnh phát.

6.2. *Về triệu chứng và chẩn đoán*

TRTH có đầy đủ các triệu chứng của một VPM. Tình trạng nhiễm độc gặp nhiều hơn trong VPM do các nguyên nhân khác. Tỉ lệ có liềm hơi trên phim X quang giống như trong thủng dạ dày tá tràng. Số lượng bạch cầu tăng không có nhiều giá trị. Xét nghiệm Widal (-) không loại trừ chẩn đoán.

Chẩn đoán TRTH không khó khi BN đang được điều trị TH. Chẩn đoán nguyên nhân là thủng TH khó trong thể “TH khỏe mạnh”. Khi khó thường lầm lẫn với VPMRT, thủng dạ dày tá tràng và VPM do các nguyên nhân khác.

6.3. Về lựa chọn phương pháp phẫu thuật

Không nên có thái độ cứng nhắc, dùng một PPPT cho mọi trường hợp. Khi lựa chọn PPPT, phải căn cứ vào BN và vào thương tổn .

- Khâu lỗ thủng được chỉ định khi mô thành ruột quanh lỗ thủng tương đối mềm mại. Ổ bụng bần không phải là một chống chỉ định, nhưng sau khi đã khâu lỗ thủng nhất thiết phải rửa sạch ổ bụng.

- Đưa ruột ra ngoài ổ bụng được chỉ định khi có nhiều lỗ thủng, nhất là khi các lỗ thủng ở gần nhau và khi mô thành ruột chung quanh lỗ thủng phù nề, dầy cứng lan rộng.

- Cắt đoạn ruột-nối ngay có chỉ định giống như trên với điều kiện là thể trạng BN tốt và ổ bụng “sạch”.

- Cắt đoạn ruột-không nối ngay có chỉ định giống như trong PP Đưa ruột ra ngoài nhưng thường được sử dụng khi đoạn ruột đưa ra ngoài quá dài và ổ bụng bần.

TÓM TẮT

Bệnh thương hàn còn gặp nhiều ở nước ta, đặc biệt là ở ĐBSCL. Thủng ruột là biến chứng hay gặp của bệnh. Mục tiêu của đề tài nghiên cứu này là xem xét các yếu tố dịch tễ học, các triệu chứng, chẩn đoán và lựa chọn phương pháp phẫu thuật.

Trong 6 năm từ 1-1990 đến 12-1995, các tác giả đã tập hợp ở 13 cơ sở phẫu thuật thuộc 9 tỉnh ĐBSCL được 1310 trường hợp. Vùng ven sông có tỉ lệ cao, tỉ lệ nam/nữ là 3, dưới 40 tuổi 86,8%, thủng trong hai tuần lễ đầu 80%. Về triệu chứng: tụy mật to 30%, gan to 25%, lách to 10%, bạch cầu trên 10000/mm³ 48%, Widal dương tính 35%. Về thương tổn: viêm phúc mạc toàn thể 70%, thủng một lỗ 89%, có chỗ sắp thủng 5%, đường kính lỗ thủng dưới 1cm 87%, vị trí lỗ thủng ở 60cm cuối của ruột non 90%. Hai phương pháp phẫu thuật được sử dụng nhiều là Khâu lỗ thủng 68,3% và Đưa đoạn ruột có lỗ thủng ra ngoài ổ bụng 19,1%. Xi đường khâu nối 3%, tử vong 4,27%. Nhiễm độc và suy kiệt sau mổ là nguyên nhân tử vong của 75% các trường hợp.

Về điều trị các tác giả kết luận: chỉ Đưa ruột ra ngoài ổ bụng khi thủng nhiều lỗ và mô thành ruột quanh lỗ thủng phù nề, dầy cứng lan rộng. Trong đa số các trường hợp có thể sử dụng phương pháp Khâu kín lỗ thủng.

SUMMARY

Surgical treatment of perforation of small bowel due to typhoid fever

Typhoid fever is frequent in Vietnam, especially in the Mekong delta. The perforation of the terminal portion of the small bowel is its common complication. The aim of this research is to find the clinical signs and to select the operating method.

During 6 years (1990 - 1995) 1310 patients of typhoid perforation were found at 13 surgical centers of the Mekong delta. The near river regions have the high rate. The ratio male/female is 3, under 40 year-old: 86,8%, the perforation in 2 first weeks: 80%. Enlargement of gall-bladder: 30%, hepatomegaly: 25%,

splenomegaly: 10%, white cell over 10000/mm³: 48%, Widal positive: 35%. General peritonitis: 70%, multi-perforation: 11%, pre-perforation: 5%, diameter of perforation less than 1cm: 87%. Distance from the perforation to the cecum less than 60cm: 90%. Two surgical methods are used: suture of the perforation: 68,3% and exteriorisation of the perforated intestinal loop: 19,1%. Leakage of the suture: 3%. Mortality: 4,27%. Intoxication and cachexia are the common causes of death: 75%. The authors concluded that: exteriorisation is indicated only in the cases of multi-perforation or fragility of the bowel wall.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Archampong E.G.- *Operative treatment of typhoid perforation of the bowel. Brit. Med. J., 1969, 3:273-276.*
2. Benhamou E., Fries C., Sarrouit R., Sorrel A.- *Perforation intestinale typhoïdique guérie sans intervention chirurgicale par l'association chloromycétine, auréomycine, streptomycine orale- B.M.Soc.Méd.Hôp.Paris, 10-17, 1950, 66:612-613.*
3. Bouzidi A., Fares F.E.- *Place de l'iléostomie dans les péritonites typhiques. J. Chir., 1984, 21(5):359-363.*
4. Carayon A., Tournier Lassere C., De Jauregui Berry A., Courbil J.L.- *A propos 98 perforations typhiques. Mém. Acad. Chir. 1965, 91(28-29):932-936.*
5. Di H.Đ., Tùng T.T.- *Revue médicale française d'Extrême Orient, 1994.*
6. Dickson - *Perforation of the terminal ileum: A review of 36 cases - Brit. J. Surg., 1964, 51(12):893-897.*
7. Eggleston F.C., Santoshi B., Singh C.M.- *Typhoid perforation of the bowel: Experience in 78 cases- Ann.Surg., 1979, 190:31-35.*
8. Franklin W.P.- *Surgical treatment of typhoid perforation of the intestine - Brit. J. Surg., 1963, 50(227):976-978.*
9. Hạnh T.P.- *Từ điển bệnh học - Nhà xuất bản Y học, 1987.*
10. Hiền Đ.K.-*Contribution à l'étude des perforations termino-iléales dites typhiques au Tonkin - Thèse 1941, Hà Nội.*
11. Huấn N.Q.- *Contribution à l'étude du traitement chirurgical des perforations typhiques au Nord Việt Nam - Thèse 1958, Sài Gòn.*
12. Kim J.P., Oh S.K., Jarrett F.- *Management of ileal perforation due to typhoid fever - Ann. Surg., 1975, 181(1):88-89.*
13. Loygue J., Levy E., Pare R., Bloch F.- *Entérostomies de sauvetage ou pas d'anastomoses dans un milieu septique - Lyon Chir., 1979, 75(4):217-220.*
14. Mathieu J.J., Kelly J.H., Eleanor B., Thomas, R.F.- *Typhoid fever in New York city, 1980 through 1990 - Arch Intern Med. 1994, 154:1713-18.*
15. Meyer May., Di H.Đ., Tùng T.T.- *Mémoire de l'académie de chirurgie, séance du 15-2-1939.*
16. Paredes C., Cruz J., Diaz Plasencia J., Prevost M.- *Prognostic factors in typhoid perforation, Rev. Gastroenterol. Peru.1993, 13(1):13-9.*
17. Scoutelis A., Dimitrakopoulos G., Bassaris H.- *False positive Widal reaction in high-titer disseminated BCG infection. Eur. J. Clin. Microbio. Infect. Dis., 1994, 13(3):261-3.*

18. Sharma J.R., Parmar I.B., Sharma S.J., Kesavan A.- *False positive Widal reaction in malaria. Indian Pediatr., 1993, 30(11):1343-7.*
19. Spay G., Ejazy M., Rahimi N.- *A propos de 31 cas de perforations typhiques. Place de la résection iléostomie temporaire. J. Chir. Paris, 1973, 106(4):341-352.*
20. Sow M.L., Fall B., Lauroy J., Kane A., Dia A., Ouedraogo T.h., Diop A.- *La résection-suture extériorisée du grêle dans le traitement des perforations iléales d' origine typhique. Lyon Chir. 1990, 86(1):52-55.*
21. Tần V.- *Lủng ruột và lủng túi mật do thương hàn. Phân tích 80 trường hợp tại BV Bình Dân. Sinh hoạt khoa học kỹ thuật BVBD, 1985-1986:40-47.*
22. Tiên T.M.- *Contribution à l'étude de l' iléostomie dans le traitement des perforations intestinales typhiques - Thèse 1961, Sài Gòn.*
23. Uy L.Q.- *Nhân 23 trường hợp thủng ruột thương hàn điều trị tại khoa ngoại tổng quát BV Chợ rẫy - Luận án nội trú, ĐHY Dược TP HCM, 1986.*
24. Van Basten J.P., Stockenbrugger R.- *Typhoid perforation. A review of the literature since 1960 - Trop. Geogr. Med., 1994, 46(6):336-9.*
25. Vụ Vệ sinh phòng dịch Bộ Y tế - *Báo cáo tình hình dịch thương hàn 1991-1995 và quý I năm 1996.*
26. Woodward T.E., Smadel J.E.- *Management of typhoid fever and complications. Ann. Int. Med., 1964, 60:144-156.*