

LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

1-Đại cương:

Nguyên nhân của loét dạ dày-tá tràng:

- Nhiễm Helicobacter Pylori (70%)
- Thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID, 25%)
- Hội chứng Zollinger Ellison

Các yếu tố nguy cơ:

- Sự tăng tiết acid dạ dày và sự trống dạ dày sớm sau ăn
- Thuốc lá, rượu, café
- Yếu tố di truyền (?)

Cơ chế bệnh sinh của loét:

- Tăng tiết acid
- Giảm khả năng bảo vệ tế bào niêm mạc dạ dày
- Kết hợp cả hai cơ chế trên

Loét dạ dày-tá tràng là một quá trình bệnh lý diễn tiến mãn tính (trừ trường hợp loét do sang chấn). Thủng hay chảy máu ổ loét là diễn tiến cấp tính của ổ loét mãn tính, thường có liên quan đến việc sử dụng các thuốc kháng viêm non-steroid.

Trong hai thập niên trở lại đây, tần suất của loét dạ dày-tá tràng ngày càng giảm, nhưng tần suất các biến chứng của loét (thủng và xuất huyết) không thay đổi. Tần suất mắc bệnh càng tăng khi tuổi càng lớn. Nam và nữ có tỉ lệ mắc bệnh xấp xỉ nhau.

Các kiểu loét dạ dày:

- Típ 1: loét góc bờ cong nhỏ (60%)
- Típ 2: loét thân vị kết hợp với loét tá tràng
- Típ 3: loét tiền môn vị (20%)
- Típ 4: loét cao ở phần đứng của bờ cong nhỏ

Có tình trạng tăng tiết acid ở BN loét típ 2 và 3.

Các biến chứng của loét:

- Thủng
- Chảy máu
- Xơ hoá, dẫn đến nghẹt môn vị

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán loét dạ dày-tá tràng:

2.1.1-Chẩn đoán loét:

Triệu chứng cơ năng (chỉ có tác dụng gợi):

- Đau vùng thượng vị. Nếu điển hình: cơn đau do loét dạ dày xuất hiện một thời gian ngắn sau khi ăn, cơn đau do loét tá tràng xuất hiện khi dạ dày trống (bụng đói). Đối với loét tá tràng, cơn đau sẽ dịu khi BN dùng thuốc làm trung hoà tính acid của dịch vị hay ăn một ít thức ăn. BN loét tá tràng có thể đau lan ra sau lưng.
- Các triệu chứng khác: đầy bụng, ợ chua, ợ hơi...

Khám lâm sàng:

- Trong cơn đau: ấn đau vùng thượng vị
- Ngoài cơn đau: không có dấu hiệu lâm sàng nào

Các dấu hiệu cảnh báo ổ loét sắp sửa hay đã có biến chứng:

- Mức độ đau tăng
- Đau liên tục
- Đau lan ra sau lưng
- Nôn ói
- Tiêu phân đen

Các chẩn đoán phân biệt sau có thể được đặt ra:

- Chứng khó tiêu không do loét
- Viêm dạ dày mãn
- Viêm thực quản do trào ngược
- Viêm tụy mãn
- Thoát vị khe thực quản của cơ hoành
- Cơn đau quặn mật

X-quang dạ dày cản quang với phương pháp đối quang kép:

- Có thể chẩn đoán xác định loét lên tới 80-90% các trường hợp
- Giá trị chẩn đoán của phương pháp này thay đổi nhiều, phụ thuộc vào kỹ thuật chụp và vị trí ổ loét
- Không thể loại trừ được ung thư dạ dày dạng loét

Soi dạ dày-tá tràng với ống soi mềm kèm sinh thiết:

- Độ chính xác 97%
- Là phương pháp chẩn đoán được chọn lựa trước tiên
- Nếu sinh thiết ở nhiều vị trí trên ổ loét, có thể loại trừ ung thư lên đến 98%

2.1.2-Chẩn đoán nhiễm Helicobacter Pylori:

Các phương pháp chẩn đoán có tính xâm lấn (cần nội soi dạ dày):

- Chẩn đoán mô học: được xem là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán nhiễm H. pylori.
- Test urease nhanh (CLOtest- Campylobacter-like organism): cho mẫu sinh thiết vào môi trường có chứa urê và chất chỉ thị pH. Nếu mẫu sinh thiết có H. Pylori,

men urease của H. Pylori sẽ chuyển hoá urê thành HCO_3^- , kiềm hoá môi trường và làm đổi màu của chất chỉ thị.

- Cây khuẩn: có độ nhạy thấp hơn hai test nói trên nhưng độ đặc hiệu 100%. Thường chỉ được chỉ định cho mục đích nghiên cứu hay nghi ngờ H. pylori đã đề kháng với các phác đồ điều trị tiêu chuẩn.

Các phương pháp chẩn đoán không xâm lấn:

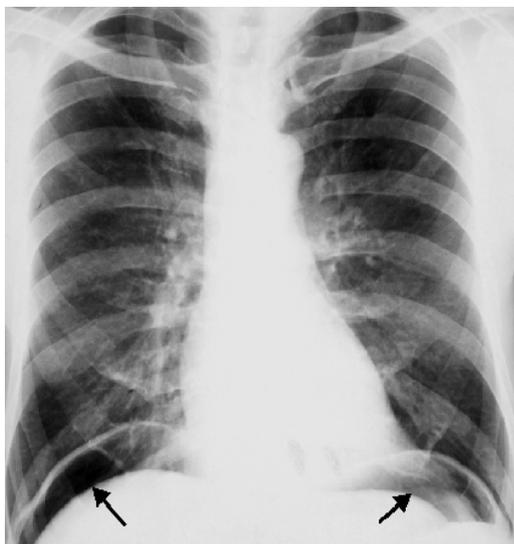
- Xét nghiệm tìm kháng thể H. pylori trong máu toàn phần hay huyết thanh (ELISA): có giá trị chẩn đoán cao đối với BN được chẩn đoán nhiễm H. pylori lần đầu và chưa được điều trị trước đó.
- Test hơi thở-urê: cho BN uống urê mà thành phần carbon được đánh dấu đồng vị phóng xạ (C^{13} , C^{14}). Nếu BN bị nhiễm H. pylori, carbon đồng vị phóng xạ sẽ hiện diện trong hơi thở của BN và được phát hiện bằng máy quang phổ hay máy đếm phóng xạ. Đây là phương pháp được chọn lựa để đánh giá hiệu quả của việc điều trị.
- Xét nghiệm tìm kháng nguyên H. pylori trong phân: thường được chỉ định cho trẻ em.

2.1.3-Thái độ chẩn đoán:

BN có nguy cơ ung thư dạ dày hay có các dấu hiệu cảnh báo biến chứng của loét: nội soi dạ dày-tá tràng sinh thiết loại trừ khả năng ác tính và làm CLO test.

BN không có các yếu tố nguy cơ kể trên, không sử dụng thuốc kháng viêm non-steroid, không nghĩ đến các bệnh lý khác có triệu chứng tương tự: điều trị thử với thuốc kháng H_2 hay ức chế bơm proton. Nếu thất bại: xét nghiệm ELISA tìm kháng thể H. pylori.

2.2-Chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày-tá tràng:



Hình 1- Hình ảnh liềm hơi dưới hoành hai bên trong thủng ổ loét dạ dày-tá tràng

2.2.1-Chẩn đoán xác định:

Tiền căn có những cơn đau giống như loét.

Đau đột ngột và dữ dội vùng thượng vị, sau đó lan khắp bụng.

Khám lâm sàng: bụng gồng cứng như gỗ. Trường hợp lỗ thủng nhỏ, mức độ đau có thể ít hơn, bụng ít đề kháng hơn, hay có thể chỉ đề kháng vùng thượng vị và 1/2 bụng bên phải.

X-quang bụng đứng không sửa soạn:

- Liềm hơi dưới hoành hiện diện trong 80% các trường hợp (hình 1)
- Nếu X-quang không thấy liềm hơi, nhưng lâm sàng vẫn nghi ngờ nhiều đến thủng ổ loét dạ dày-tá tràng, có thể bơm hơi dạ dày để chụp lần hai.
- Kỹ thuật bơm hơi: đặt thông dạ dày, bơm 300 mL hơi (có thể ít hay nhiều hơn, cho đến khi BN cảm thấy căng tức hay gõ vang vùng thượng vị), cho BN nằm ngửa trong 5 phút sau đó đưa đi chụp X-quang.

Có thể chụp X-quang dạ dày cản quang với thuốc cản quang tan trong nước (Telebrix) để chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày-tá tràng: trên phim thấy thuốc dò vào xoang bụng.

2.2.2-Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tụy cấp: là bệnh lý cần chẩn đoán phân biệt trước tiên (bảng 1)
- Viêm dạ dày cấp
- Con đau quặn mật
- Xoắn ruột, nhồi máu mạc treo ruột
- Viêm ruột thừa cấp

<i>Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng</i>	<i>Viêm tụy cấp</i>
<i>Tiền căn: có hội chứng viêm loét dạ dày-tá tràng</i>	<i>Tiền căn: nghiện rượu hay sỏi mật</i>
<i>Xảy ra khi đói</i>	<i>Sau bữa ăn “thịnh soạn”</i>
<i>Ít nôn ói</i>	<i>Nôn ói liên tục</i>
<i>Amylase tăng ít</i>	<i>Amylase tăng cao</i>
	<i>Siêu âm: sỏi nhỏ túi mật CT: xác định chẩn đoán</i>

Bảng 1- Chẩn đoán phân biệt giữa thủng ổ loét dạ dày-tá tràng và viêm tụy cấp

2.3-Chẩn đoán nghẹt môn vị do loét dạ dày-tá tràng:

2.3.1-Chẩn đoán xác định:

Đau quặn bụng kèm nôn ói sau ăn là hai dấu hiệu thường gặp nhất. Trong giai đoạn đầu, dạ dày còn co bóp bù trừ. BN đau quặn từng cơn vùng thượng vị. Nghẹt môn vị cấp tính có thể xảy ra trong giai đoạn này, do môn vị bị phù nề. Trong giai đoạn mất bù, triệu chứng nôn xuất hiện. BN nôn ra thức ăn chưa tiêu. Trong giai đoạn muộn, dạ dày hầu như không còn co bóp, BN có thể trở ra thức ăn cũ của ngày hôm trước.

Thăm khám lâm sàng:

- Giai đoạn đầu:
 - Toàn trạng còn tốt
 - Có thể quan sát thấy sóng nhu động của dạ dày trên thành bụng
- Giai đoạn sau:
 - Toàn trạng mất nước, suy kiệt
 - Dạ dày giãn to, có thể “sờ” được qua thành bụng

▪ Dấu hiệu óc ách (+)

X-quang dạ dày cản quang: trong trường hợp môn vị bị nghẹt hoàn toàn có thể thấy các dấu hiệu điển hình sau (hình 2):

- Dạ dày giãn to (đáy có thể thông quá mào chậu)
- Dấu hiệu của sự ứ đọng trong dạ dày: hình ruột bánh mì, hình ba tầng...
- Thuốc không thoát qua tá tràng
- Phần hang vị hai bờ vẫn mềm mại (nguyên nhân do loét) hay có hình lõi táo (nguyên nhân do ung thư hang vị)



Hình 2- Hình ảnh nghẹt môn vị do loét

Nội soi dạ dày và sinh thiết:

- Giúp chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân
- Bình thường môn vị tròn đều, co bóp nhịp nhàng, đường kính dao động 1-2cm và đưa ống soi qua dễ dàng
- Nghẹt môn vị cấp tính do loét : môn vị viêm đỏ, phù nề
- Nghẹt môn vị mãn tính do loét: môn vị bị chít hẹp, không đưa ống soi qua được
- Hẹp môn vị do ung thư: hang vị có khối chồi xù làm bít hay hẹp môn vị

2.3.2-Chẩn đoán phân biệt:

Trong giai đoạn đầu, các bệnh lý gây tắc sau môn vị (tắc tá tràng, tắc ruột cao) nên được loại trừ.

Trong giai đoạn sau, liệt dạ dày là chẩn đoán phân biệt cần được đặt ra trước tiên. Liệt dạ dày thường xảy ra ở BN tiểu đường. Để chẩn đoán xác định liệt dạ dày, cần xạ hình dạ dày với thức ăn có trộn đồng vị phóng xạ, hay đo áp lực hang vị-tá tràng.

2.3.3-Thái độ chẩn đoán:

Nếu lâm sàng hầu như chắc chắn BN bị nghẹt môn vị do loét, có thể chỉ định X-quang dạ dày để khẳng định chẩn đoán.

Trước một BN có hội chứng ứ đọng dạ dày và không loại trừ được tổn thương ác tính ở hang vị, nội soi là phương tiện chẩn đoán được chỉ định trước tiên. Nếu tình trạng ứ đọng

thường xuyên, BN cần được đặt thông, đôi khi kết hợp với bơm rửa dạ dày, đảm bảo dạ dày trống trước khi tiến hành nội soi.

X-quang dạ dày-tá tràng hay CT có thể được chỉ định để loại trừ các nguyên nhân gây nghẹt ở tá tràng hay hồng tràng

Trong trường hợp nghi ngờ liệt dạ dày, xạ hình dạ dày với thức ăn có trộn đồng vị phóng xạ để đánh giá sự tiêu thoát dạ dày là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa.

2.4-Chẩn đoán chảy máu ổ loét dạ dày-tá tràng:

2.4.1-Chẩn đoán xác định:

BN thường nhập viện vì bệnh cảnh của chảy máu đường tiêu hoá trên. Triệu chứng của chảy máu đường tiêu hoá trên bao gồm nôn máu và /hoặc tiêu phân đen.

Khó có thể chẩn đoán xác định nguyên nhân của chảy máu đường tiêu hoá trên chỉ bằng lâm sàng. Hỏi kỹ bệnh sử và thăm khám lâm sàng chỉ có tác dụng gợi ý. BN loét dạ dày-tá tràng chảy máu có thể có bệnh sử với những cơn đau kiểu loét.

Để chẩn đoán xác định loét dạ dày-tá tràng chảy máu, nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng là bắt buộc. Nội soi có thể chẩn đoán nguồn gốc chảy máu, đồng thời có thể can thiệp cầm máu.

Cần chú ý là nội soi không thể phát hiện ổ loét tá tràng nằm ở vị trí thấp (D2) chảy máu. Trong trường hợp này, X-quang động mạch thân tạng có thể được chỉ định.

2.4.2-Chẩn đoán phân biệt:

Cần chẩn đoán phân biệt chảy máu ổ loét dạ dày-tá tràng với các nguyên nhân khác của chảy máu đường tiêu hoá trên (bảng 2).

<i>Loét dạ dày</i>	<i>Viêm dạ dày xuất huyết</i>
<i>Loét tá tràng</i>	<i>Sang thương Dieulafoy(**)</i>
<i>Dãn tĩnh mạch thực quản</i>	<i>Dị sản mạch máu</i>
<i>Dãn tĩnh mạch dạ dày</i>	<i>Chảy máu đường mật</i>
<i>Vết rách Mallory-Weiss(*)</i>	<i>Viêm tụy cấp</i>
<i>Viêm thực quản</i>	<i>Nang giả tụy</i>
<i>Bướu</i>	<i>Dò động mạch chủ-ruột</i>

Bảng 2- Các nguyên nhân chảy máu đường tiêu hoá trên

()*: vết rách ở phần dưới thực quản (thường nhất là ở vùng nối thực quản-dạ dày) do tình trạng tăng áp lực xoang bụng đột ngột (do ho, nôn ói, chấn thương bụng kín) hay nội soi thực quản. Một tỉ lệ đáng kể BN có thoát vị hoành phối hợp.

*(**)*: sự tồn tại bất thường của một động mạch nhỏ ở lớp dưới niêm của ống tiêu hoá (thường ở dạ dày). Nguyên nhân chưa rõ. BN thường là nam giới ở độ tuổi trung niên.

2.4.3-Thái độ chẩn đoán:

Thái độ chẩn đoán bao gồm các bước:

Bước 1: chẩn đoán xác định có chảy máu đường tiêu hoá. Dựa vào hai triệu chứng nôn máu và tiêu phân đen. Cần chú ý đến các trường hợp “giả nôn máu” (ăn tiết canh hay các thực phẩm có màu đỏ) hay “giả tiêu phân đen” (sử dụng các loại thuốc như bismuth).

Bước 2: chẩn đoán chảy máu đường tiêu hoá trên hay dưới (bảng 3). Chảy máu đường tiêu hoá trên có nguồn gốc chảy máu nằm trên góc Treitz.

	<i>Khả năng chảy máu đường tiêu hoá trên</i>	<i>Khả năng chảy máu đường tiêu hoá dưới</i>
--	--	--

<i>Nôn máu</i>	<i>Hầu như chắc chắn</i>	<i>Hiếm</i>
<i>Tiêu phân đen</i>	<i>Có nhiều khả năng</i>	<i>Có thể</i>
<i>Tiêu máu đỏ</i>	<i>Có thể</i>	<i>Có nhiều khả năng</i>
<i>Máu lẫn trong phân</i>	<i>Hiếm</i>	<i>Hầu như chắc chắn</i>
<i>Máu ẩn trong phân</i>	<i>Có thể</i>	<i>Có thể</i>

Bảng 3- Chẩn đoán phân biệt chảy máu đường tiêu hoá trên và dưới

Bước 3: đánh giá tình trạng huyết động (bảng 4) và có các biện pháp hồi sức ban đầu thích hợp.

	<i>Nhẹ</i>	<i>Trung bình</i>	<i>Nặng</i>	<i>Rất nặng</i>
<i>Lượng máu mất/tổng lượng máu cơ thể (%)</i>	<i><15</i>	<i>15-30</i>	<i>30-40</i>	<i>>40</i>
<i>Mạch (nhịp/phút)</i>	<i><100</i>	<i>100-120</i>	<i>120-140</i>	<i>>140</i>
<i>Huyết áp tâm thu (mmHg)</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Hạ HA tư thế</i>	<i>60- 80</i>	<i><60</i>
<i>Lượng nước tiểu (mL/giờ)</i>	<i>>40</i>	<i>20-40</i>	<i>10-20</i>	<i><10</i>
<i>Tri giác</i>	<i>Tỉnh táo</i>	<i>Tỉnh</i>	<i>Lơ mơ, kích xúc</i>	<i>Hôn mê</i>

Bảng 4- Chẩn đoán mức độ mất máu ở BN chảy máu đường tiêu hoá trên

Bước 4: chẩn đoán nguyên nhân.

Khi thăm khám cần chú ý đến các yếu tố sau: bệnh sử (đau kiểu loét, sụt cân, nghiện rượu, các loại thuốc đã sử dụng...), triệu chứng lâm sàng (vàng mắt, gan to, bụng báng, khối u bụng...). Tuy nhiên, để chẩn đoán xác định nguồn gốc chảy máu, nhất thiết phải có nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng.

Nội soi cấp cứu được chỉ định khi BN có nôn máu hay có tình trạng giảm thể tích tuần hoàn khi nhập viện. Nếu BN nôn máu lượng nhiều, cần đặt thông bơm rửa dạ dày trước khi tiến hành nội soi. Đối với BN có tri giác sút giảm, cần cân nhắc đến việc đặt thông khí quản trước khi tiến hành nội soi.

Các xét nghiệm cần được thực hiện đối với BN chảy máu đường tiêu hoá trên:

- Công thức máu toàn bộ
- Thời gian chảy máu, thời gian đông máu, PT, aPTT
- Fibrinogen
- Chức năng gan, thận
- Điện giải đồ

3-Điều trị:

3.1-Điều trị nội khoa:

3.1.1-Điều trị loét:

3.1.1.1-Nguyên tắc điều trị:

Sử dụng các loại thuốc làm giảm tính acid của dịch vị hay tăng cường bảo vệ niêm mạc dạ dày.

Nếu H. pylori dương tính, bắt buộc phải có phác đồ điều trị H. pylori.

Ngưng sử dụng NSAID, hạn chế thuốc lá và rượu.

3.1.1.2-Các loại thuốc làm giảm tính acid dịch vị:

Thuốc kháng acid: ngày nay ít được chỉ định.

Thuốc kháng thụ thể H₂ (anti-H₂):

- Bao gồm: cimetidine (Tagamet), ranitidine (Zantac), famotidine (Pepcid), nizatidine (Axiid).
- Uống 2 lần/ngày
- Thời gian điều trị: 8 tuần
- Tỷ lệ lành ổ loét: 70%

Thuốc ức chế bơm proton:

- Bao gồm: omeprazole (Losec), lansoprazole (Prevacid), rabeprazole (Aciphex), pantoprazole (Pretonix).
- Uống 2 lần/ngày
- Thời gian điều trị: 4 tuần
- Tỷ lệ lành ổ loét: 80-100%

3.1.1.3-Thuốc tăng cường bảo vệ tế bào: bao gồm bismuth và sucralfate.

3.1.1.4-Phác đồ diệt H. pylori:

Có năm phác đồ được đề xuất bởi Hiệp hội các BS tiêu hoá Hoa Kỳ (1998) (bảng 5). Thời gian điều trị 2 tuần. Tỷ lệ diệt H. pylori 90%.

1	<i>Lansoprazole 30 mg x 2 (U), hoặc omeprazole 20 mg x 2 (U)</i>	<i>Amoxicillin 1000 mg x 2 (U)</i>	<i>Clarithromycin 500 mg x 2 (U)</i>
2	<i>Lansoprazole 30 mg x 2 (U), hoặc omeprazole 20 mg x 2 (U)</i>	<i>Metronidazole 500 mg x 2 (U)</i>	<i>Clarithromycin 500 mg x 2 (U)</i>
3	<i>Ranitidine bismuth citrate 400 mg x 2 (U)</i>	<i>Amoxicillin 1000 mg x 2 (U), hoặc metronidazole 500 mg x 2 (U), hoặc tetracycline 500 mg x 2 (U)</i>	<i>Clarithromycin 500 mg x 2 (U)</i>
4	<i>Bismuth subsalicylate 525 mg x 4 (U)</i>	<i>Metronidazole 500 mg x 3 (U) và tetracycline 500 mg x 4 (U)</i>	<i>Một loại thuốc ức chế bơm proton</i>
5	<i>Bismuth subsalicylate 525 mg x 4 (U)</i>	<i>Metronidazole 250 mg x 4 (U) và tetracycline 500 mg x 4 (U)</i>	<i>Một loại thuốc ức chế thụ thể H₂</i>

Bảng 5- Các phác đồ diệt H. pylori

3.1.1.5-Thái độ điều trị BN loét dạ dày-tá tràng nhiễm H. pylori (hình 3):

3.1.2-Nội soi cầm máu ổ loét:

Là phương pháp cầm máu được chọn lựa trước tiên, sau khi đã chẩn đoán xác định.

Các phương pháp cầm máu được chọn lựa:

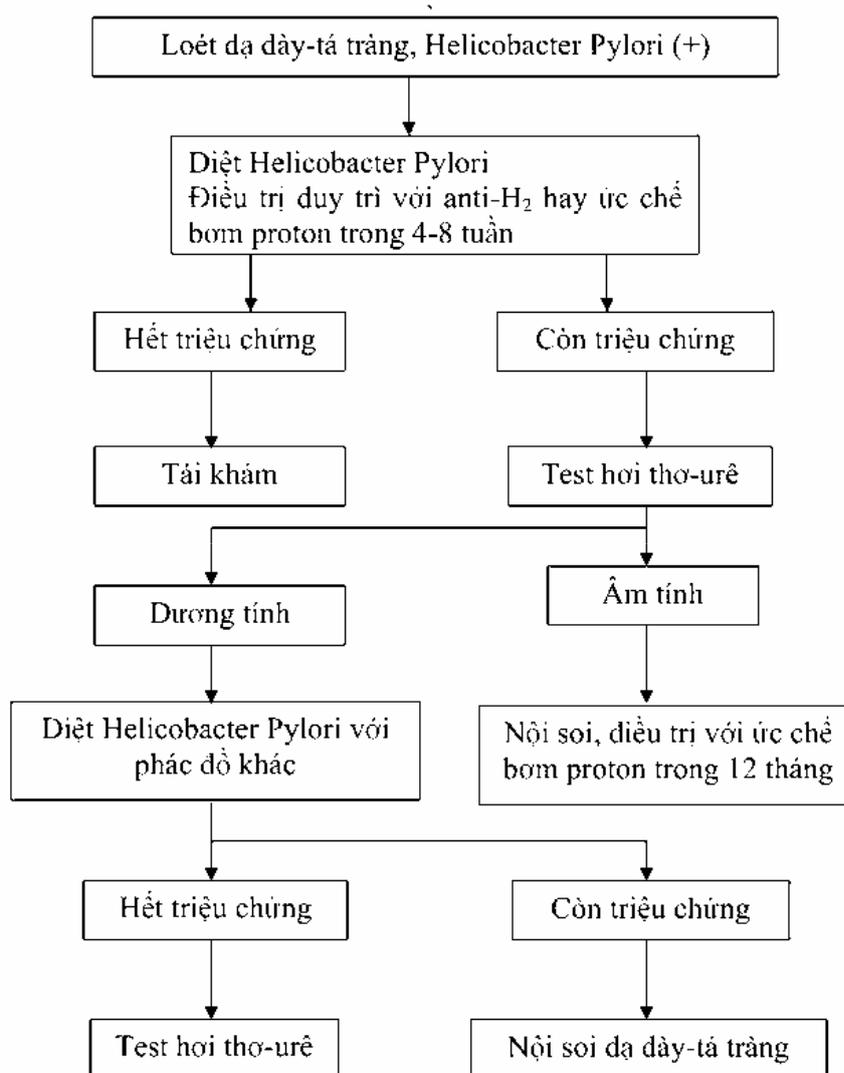
- Tiêm các chất co mạch (epinephrine 1/10000), ethanol 100%, keo fibrin, polidocanol
- Đốt cầm máu bằng nhiệt hay laser Argon
- Cầm máu bằng clip

Sự kết hợp các phương pháp sẽ làm tăng hiệu quả cầm máu

Kết quả: dựa vào việc đánh giá các dấu hiệu nguy cơ chảy máu tái phát qua nội soi:

- Thấy máu đang phun (Forrest I): nguy cơ chảy máu tái phát là 90%
- Thấy mạch máu hay nốt sẫm màu ở đáy ổ loét (Forrest IIa): nguy cơ chảy máu tái phát là 50%
- Thấy cục máu mới đông ở đáy ổ loét (Forrest IIb): nguy cơ chảy máu tái phát là 30%

Sau khi ổ loét đã cầm máu, BN cần tiếp tục điều trị nội khoa bằng thuốc. Thời gian điều trị có thể lên đến 12 tháng.



Hình 3- Thái độ điều trị BN loét dạ dày tá tràng nhiễm *H. pylori*

3.2-Điều trị ngoại khoa:

3.2.1-Chỉ định:

- Ổ loét không đáp ứng với điều trị nội khoa
- Ổ loét có biến chứng

3.2.2-Loét tá tràng:

3.2.2.1-Cắt thần kinh X tại thân và nối vị tràng (hay mở rộng môn vị):

Cắt thần kinh X tại thân: cắt thân thần kinh X trước và sau ở cạnh thực quản bụng, trước chỗ chia nhánh tạng và nhánh gan.

Nội vị tràng: có thể trước hay sau đại tràng ngang.

Mở rộng môn vị: phương pháp được áp dụng phổ biến nhất là Mikulicz.

Đây là phương pháp phẫu thuật đơn giản, ít biến chứng.

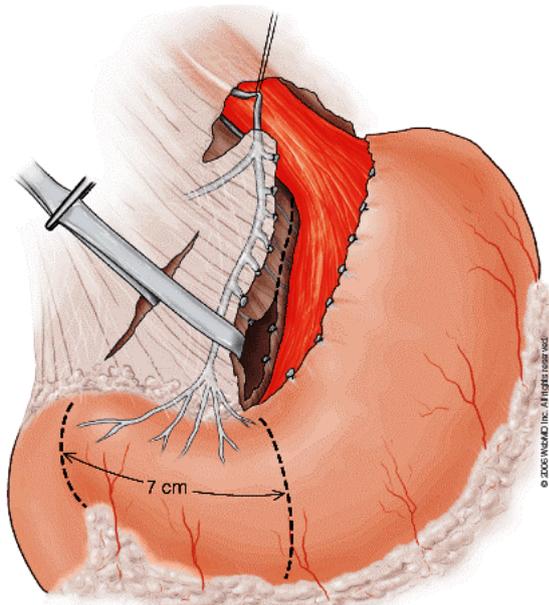
Tỉ lệ tái phát: 10%

3.2.2.2-Cắt thần kinh X siêu chọn lọc:

Là phẫu thuật chương trình thường được thực hiện nhất.

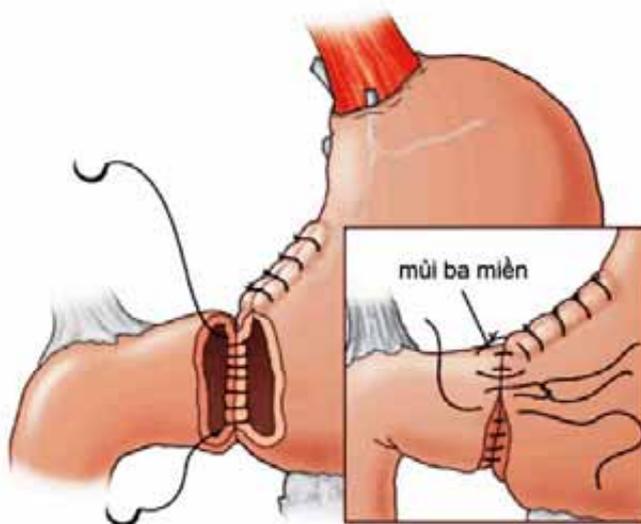
Cắt các nhánh của dây thần kinh X trước và sau ở sát bờ cong nhỏ, từ vị trí cách môn vị 7 cm lên tới đoạn thực quản trên tâm vị khoảng 5 cm, chừa lại hai hay ba nhánh chi phối môn vị và hang vị (chùm chân ngỗng) (hình 4). Nhánh Grassi (nhánh tội phạm, nhánh đầu tiên của thân sau) bị bỏ sót có thể là nguyên nhân của loét tái phát sau mổ.

Tỉ lệ tái phát: 10-15%, tùy vào độ khéo léo của phẫu thuật viên.



Hình 4- Cắt thần kinh X siêu chọn lọc

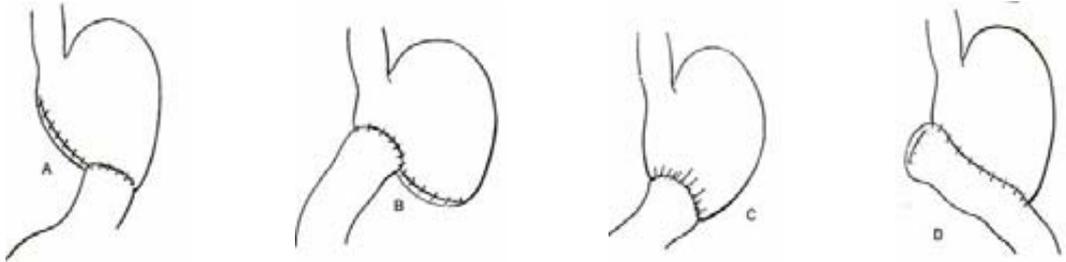
3.2.2.3-Cắt thần kinh X tại thân và cắt hang vị (hình 5):



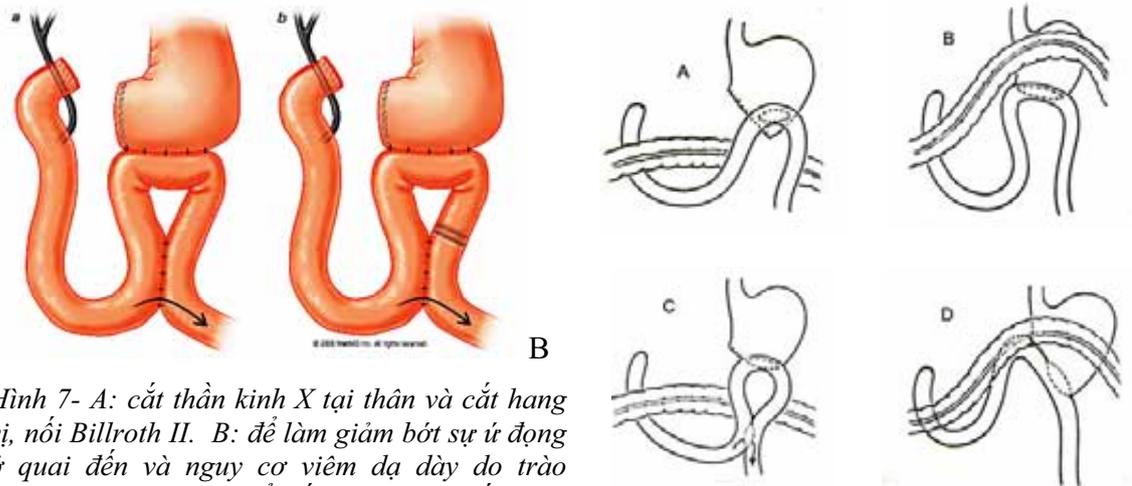
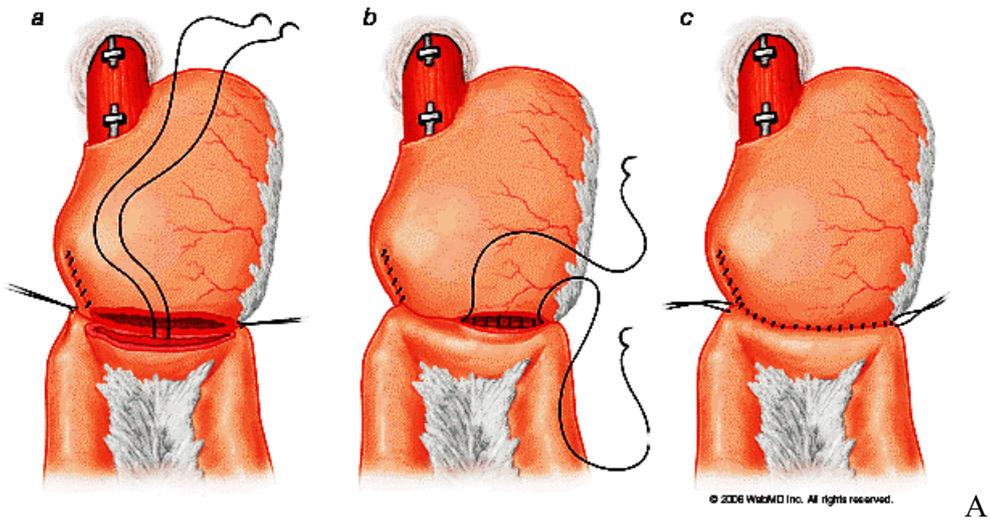
Hình 5- Cắt thần kinh X tại thân và cắt hang vị, nối Billroth I

Có tỉ lệ tái phát thấp nhất (0-2%), nhưng tỉ lệ biến chứng và di chứng tương đối cao.

Sau khi cắt hang vị, có hai phương pháp tái lập lưu thông ống tiêu hoá: Billroth I (nối mồm dạ dày với tá tràng) (hình 6) và Billroth II (đóng mồm tá tràng, nối mồm dạ dày với hồi tràng) (hình 7,8).



Hình 6- Các phương pháp nối dạ dày-tá tràng theo Billroth I
A-Billroth I, B-Horsley, C-von Haberer, D-von Haberer Finney



Hình 7- A: cắt thân kinh X tại thân và cắt hang vị, nối Billroth II. B: để làm giảm bớt sự ứ đọng ở quai đến và nguy cơ viêm dạ dày do trào ngược dịch mật, có thể nối chân quai đến-quai đi (phương pháp Braun) (hình a), có kết hợp hay không với khâu đóng (bằng stapler) bit lòng quai đi đoạn phía trên miệng nối với quai đến (hình b, còn được gọi là phương pháp Roux-en-Y không cắt ruột).

Hình 8- Các phương pháp nối dạ dày-hồi tràng theo Billroth II
A-Billroth II, B-Polya, C-Braun, D-Finsterer-Hofmeister

3.2.2.4-Cắt dây thần kinh X sau và rạch thanh cơ mặt trước dạ dày qua nội soi:

Là phẫu thuật phương pháp điều trị loét bằng nội soi dễ thực hiện nhất.

3.2.3-Loét dạ dày:

Týp 1:

- Cắt bán phần xa dạ dày. Nối BI thường được thực hiện hơn là nối BII
- Khoét bỏ ổ loét + cắt thần kinh X siêu chọn lọc

Týp 2 và 3: cắt hang vị + cắt thần kinh X (tại thân hay siêu chọn lọc)

Týp 4:

- Khoét bỏ ổ loét
- Cắt bán phần xa dạ dày (cổ gắng bao gồm luôn cả ổ loét)
- Cắt bán phần xa dạ dày và một phần thực quản, nối thực quản-dạ dày-hồng tràng.

3.2.4-Chảy máu ổ loét dạ dày-tá tràng:

3.2.4.1-Chỉ định can thiệp ngoại khoa:

- Không thể cầm máu qua nội soi
- Đã cầm máu qua nội soi, máu chảy tái phát trong thời gian còn nằm viện
- Phải truyền hơn 6 đơn vị máu trong 24 giờ

3.2.4.2-Phương pháp phẫu thuật:

Loét tá tràng chảy máu:

- H. pylori (+): mở mặt trước tá tràng, khâu cầm máu ổ loét, đóng lại tá tràng, sau mổ tiếp tục điều trị nội khoa loét và diệt H. pylori.
- H. pylori (-), hoặc H. pylori (+) nhưng BN đã được điều trị nội khoa loét và diệt H. pylori nhưng thất bại: cắt thần kinh X tại thân kèm mở rộng môn vị. Cắt thần kinh X siêu chọn lọc hay cắt bán phần dạ dày ít khi được chỉ định đối với loét tá tràng chảy máu.

Loét dạ dày chảy máu:

- Týp 1: cắt bán phần dạ dày
- Týp 2 và 3: cắt hang vị + cắt thần kinh X (tại thân hay siêu chọn lọc)
- Týp 4:
 - Khoét bỏ ổ loét
 - Cắt bán phần xa dạ dày (cổ gắng bao gồm luôn cả ổ loét)
 - Cắt bán phần xa dạ dày và một phần thực quản, nối thực quản-dạ dày-hồng tràng.

Nếu toàn trạng BN không cho phép: khâu cầm máu ổ loét.

3.2.5-Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng:

Điều trị trước phẫu thuật:

- Đặt thông dạ dày

- Dịch truyền
- Thuốc giảm đau
- Kháng sinh

Thủng ổ loét tá tràng:

- Huyết thanh chẩn đoán H. Pylori (thực hiện trước cuộc phẫu thuật):
 - Dương tính: khâu ổ loét (mở mở hay nội soi)
 - Âm tính: cắt thần kinh X tại thân, mở rộng môn vị (qua lỗ thủng)
- Có thể cân nhắc điều trị bảo tồn nếu:
 - Sinh hiệu ổn định
 - Thân nhiệt $\leq 38^{\circ}\text{C}$
 - Bụng xẹp
 - Siêu âm: xoang bụng không có dịch
 - X-quang: thuốc cản quang không dò vào xoang bụng

Thủng ổ loét dạ dày:

- Típ 1: cắt bán phần dạ dày, nối BI
- Típ 2,3:
 - H. pylori (+): sinh thiết, khâu lỗ thủng
 - H. pylori (-): cắt bán phần dạ dày, nối BI
- Típ 4:
 - Khoét bỏ ổ loét
 - Cắt bán phần xa dạ dày (cổ gắng bao gồm luôn cả ổ loét)
 - Cắt bán phần xa dạ dày và một phần thực quản, nối thực quản-dạ dày-hồng tràng.
- Nếu toàn trạng BN không cho phép: khâu lỗ thủng.

3.2.6-Hẹp môn vị do loét dạ dày-tá tràng:

Hẹp môn vị cấp tính do phù nề môn vị có thể được điều trị nội khoa (đặt thông dạ dày, bồi hoàn nước và điện giải, thuốc kháng thụ thể H_2) sau đó nong môn vị qua nội soi dạ dày.

Việc hồi sức trước phẫu thuật đóng vai trò quan trọng. Cần thời gian trung bình 3-5 ngày để hồi sức BN trước mổ. Nội dung của công việc hồi sức:

- Đặt thông dạ dày và hút cách quãng. Nếu dạ dày còn đọng nhiều thức ăn, phải rửa dạ dày trước.
- Bồi hoàn đầy đủ sự thiếu hụt nước điện giải và rối loạn kiềm toan. Dung dịch được lựa chọn là natri chlorua 0,9%. Kết hợp bổ sung kali dưới dạng KCl.
- Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nếu môn vị bị nghẹt hoàn toàn: dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch toàn phần, nếu bán nghẹt môn vị: có thể cho BN ăn chế độ loãng kết hợp dinh dưỡng bổ sung qua đường tĩnh mạch.

Phương pháp phẫu thuật:

- Nếu cho phép về mặt kỹ thuật, cắt bán phần dạ dày là lựa chọn trước tiên
- Cắt thần kinh X (tại thân hay siêu chọn lọc) + nối vị tràng
- Cắt thần kinh X siêu chọn lọc + cắt hang vị
- Cắt thần kinh X siêu chọn lọc + nối vị-tá tràng

3.2.7-Biến chứng phẫu thuật:

3.2.7.1-Biến chứng sớm:

- Chảy máu: chảy máu miệng nối, xuất huyết nội
- Viêm tụy cấp
- Tồn thương đường mật
- Viêm phúc mạc/áp-xe tồn lưu
- Hội chứng ứ đọng dạ dày

3.2.7.2-Biến chứng muộn của cắt thần kinh X:

3.2.7.2.1-Tiêu chảy:

Xảy ra trong 20% các trường hợp cắt thần kinh X tại thân, 3% các trường hợp cắt thần kinh X siêu chọn lọc.

Điều trị nội khoa: ăn chế độ giảm lượng carbohydrate, hạn chế sữa, tránh uống nước trong khi ăn. Nếu nặng hơn: cholestyramine 4 gm x 3 uống kèm trong bữa ăn.

Khoảng 1% các trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa cần điều trị bằng phẫu thuật: đảo chiều một đoạn hồng tràng 10 cm ở cách góc treitz 70-80 cm.

3.2.7.2.2-Hội chứng ứ đọng dạ dày:

Xảy ra sau cắt thần kinh X tại thân. Tuy nhiên, cần chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây ứ đọng dạ dày khác (dây dính, hội chứng quai đến hay quai đi, thuốc, rối loạn cân bằng điện giải, tiểu đường...).

Điều trị: nếu đã loại trừ bế tắc cơ học, các loại thuốc làm tăng cường nhu động dạ dày có thể được chỉ định. Metoclopramide và/hoặc erythromycin là hai loại thuốc thường được chỉ định nhất.

3.2.7.3-Biến chứng muộn của cắt dạ dày:

3.2.7.3.1-Hội chứng dumping:

Xảy ra sau tất cả các phẫu thuật dạ dày, nhưng thường nhất là sau phẫu thuật nối vị tràng hay Billroth II (50-60% BN được cắt dạ dày BII có hội chứng Dumping sau mổ). Nguyên nhân là do miệng nối dạ dày quá rộng hay phần dạ dày còn lại quá ít.

Hội chứng dumping sớm: xuất hiện 10-30 phút sau ăn, bao gồm các triệu chứng tiêu hoá (đầy tức thượng vị, đau quặn bụng, nôn mửa, tiêu chảy) và các triệu chứng vận mạch (mạch nhanh, đánh trống ngực, xanh tái, đổ mồ hôi, hoa mắt, mờ mắt, đỏ bừng mặt). Hội chứng dumping muộn (ít phổ biến hơn): xuất hiện 2-3 giờ sau ăn, bao gồm các triệu chứng: mạch nhanh, đổ mồ hôi, run rẩy, lơ mơ.

Triệu chứng có thể xuất hiện với mức độ nhẹ hay nặng, thông thường sẽ giảm dần và thoái lui trong hầu hết các trường hợp.

Điều trị nội khoa: tránh ăn đường, giảm khẩu phần carbonhydrate và hạn chế uống nước trong khi ăn. Sandostatin có thể được chỉ định nếu những thay đổi trong chế độ ăn uống không làm cải thiện triệu chứng.

Khoảng 1% các trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa cần điều trị bằng phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật:

- Nối vị tràng theo phương pháp Roux-en-Y là phẫu thuật được lựa chọn trước tiên.
- Đảo chiều một đoạn hồng tràng 10-20 cm

3.2.7.3.2-Hội chứng quai đến:

Hầu hết xảy ra sau phẫu thuật Billroth II.

Cơ chế: ứ đọng hay tắc nghẽn ở quai đến, cấp tính hay mãn tính.

Triệu chứng đặc hiệu là đau bụng và nôn ra dịch mật, sau nôn thì đỡ đau. Chẩn đoán xác định bằng quang vị: trên phim thấy quai đến giãn to.

Dù cấp hay mãn, điều trị hội chứng quai đến là điều trị bằng phẫu thuật: chuyển phẫu thuật Billroth II thành phẫu thuật nối vị tràng theo phương pháp Roux-en-Y.

3.2.7.3.3-Hội chứng quai đi:

Hầu hết xảy ra sau phẫu thuật Billroth II.

Nguyên nhân: thoát vị nội qua lỗ mạc treo ruột, dính ruột, lồng miệng nối vị tràng.

Điều trị ngoại khoa, tùy theo nguyên nhân mà xử trí.

3.2.7.3.4-Viêm dạ dày do trào ngược dịch mật:

Hầu hết xảy ra sau phẫu thuật Billroth II.

Triệu chứng: đau rát bỏng vùng thượng vị, nôn bất chợt, nôn dịch mật, sau khi nôn thì không bớt đau.

Chẩn đoán cận lâm sàng:

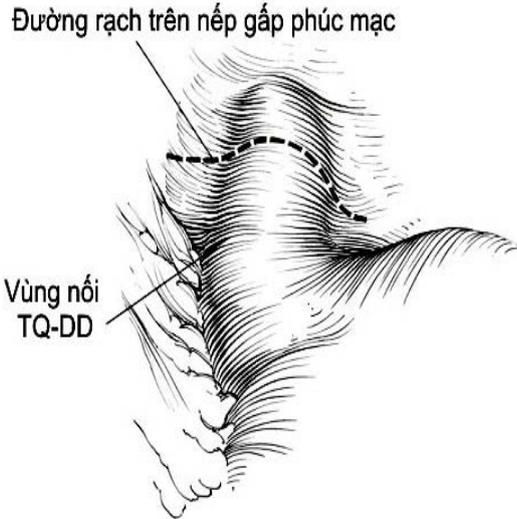
- HIDA scan: dịch mật trào ngược lên dạ dày
- Xét nghiệm acid mật trong dịch vị
- Nội soi dạ dày: niêm mạc dạ dày đỏ, viêm đỏ và có nhiều sang thương loét chợt.

Điều trị bắt đầu bằng nội khoa với thuốc kháng thụ thể H₂, cholestyramine, metoclopramide. Một số ít trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa nên điều trị bằng phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn là chuyển phẫu thuật Billroth II thành phẫu thuật nối vị tràng theo phương pháp Roux-en-Y.

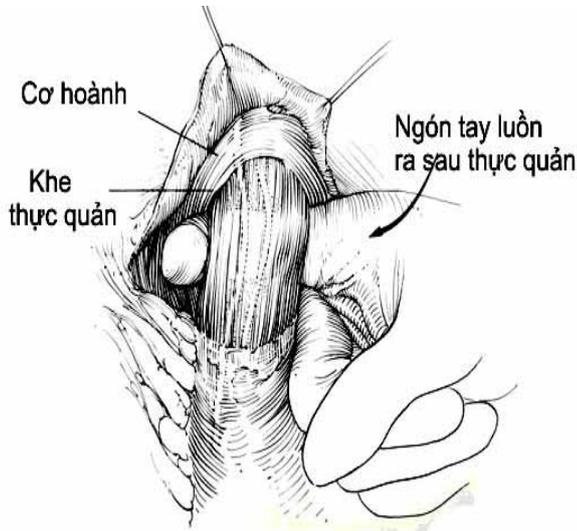
3.2.7.3.5-Các rối loạn về chuyển hoá:

- Thiếu máu: do thiếu sắt, vitamine B12 hay folate.
- Giảm hấp thu mỡ, dẫn đến tiêu phân mỡ và thiếu hụt các vitamin tan trong mỡ.
- Chứng rỗng xương do giảm hấp thu can-xi.

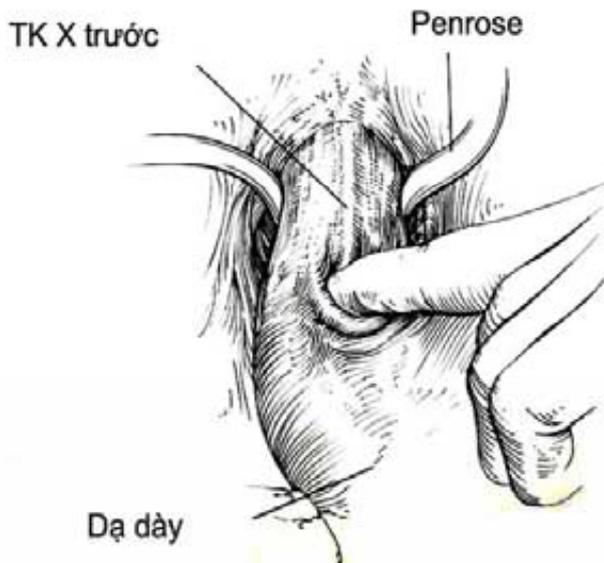
4-Phẫu thuật cắt thần kinh X tại thân và mở rộng môn vị:



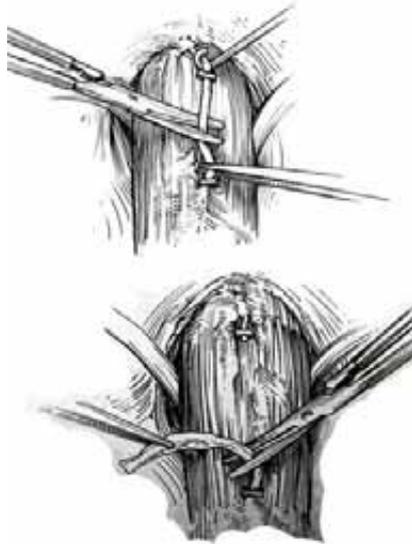
Gan trái được vén về phía giữa bụng. Nếp gấp phúc mạc tại cơ hoành được rạch để bộc lộ thực quản bụng.



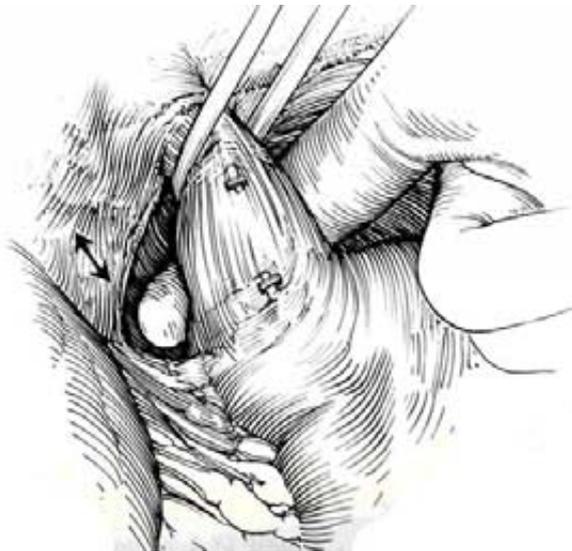
Dùng ngón tay trở bàn tay phải tách thực quản bụng ra khỏi trụ cơ hoành và ôm vòng quanh phía sau thực quản. Việc đặt một thông dạ dày sẽ làm cho quá trình bóc tách dễ dàng hơn.



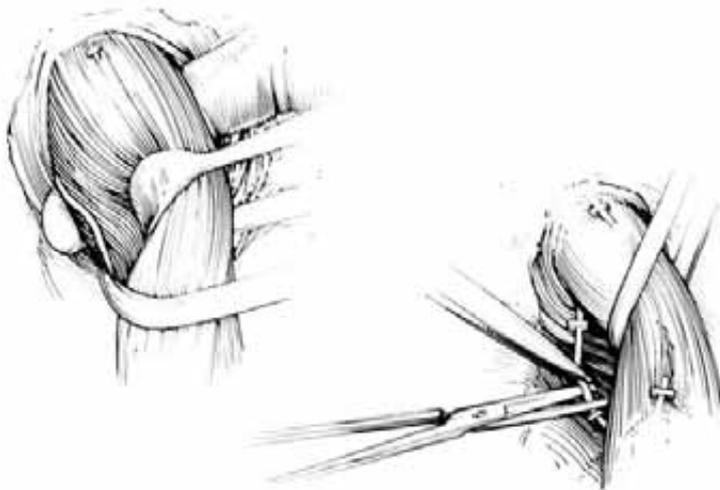
Luồn một Penrose quanh thực quản. Ép vùng nổi thực quản-dạ dày xuống hay kéo bờ cong nhỏ xuống sẽ làm sợi thần kinh X trước nổi gồ lên trên thực quản và khi sờ thần kinh X sẽ có cảm giác như sờ “ một sợi dây đàn”.



Dùng móc thần kinh móc quanh sợi thần kinh X trước. Di động móc lên xuống. Cắt một đoạn thần kinh gỡ giải phẫu bệnh để khẳng định chẩn đoán.



Kéo Penrose để nâng thực quản lên. Dùng ngón trỏ bàn tay phải sờ tìm sợi thần kinh X sau.



Thần kinh X sau được cắt theo cách thức tương tự.



Kỹ thuật mở rộng môn vị theo phương pháp Mikulicz: môn vị được xẻ theo trục ngang. Đường xẻ lấy môn vị làm trung điểm. Dùng Babcock hay hai mũi khâu đặt hai bên đường xẻ, trên môn vị. Kéo Babcock theo trục đứng của môn vị. Khâu khép đường xẻ theo trục đứng, một hay hai lớp, mũi rời. Nếu khâu hai lớp: lớp trong (khâu bằng chỉ tan) lấy lớp cơ-niêm; lớp ngoài (khâu bằng chỉ không tan) là mũi Lambert để vùi, lấy lớp thanh-cơ.