

KHÂU LỖ THÙNG DẠ DÀY HÀNH TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu lỗ thùng dạ dày hành tá tràng là kỹ thuật thường gặp được thực hiện trong cấp cứu mục đích làm kín và liền lỗ thùng đồng thời lau rửa sạch ổ bụng. Khâu lỗ thùng có thể thực hiện đơn thuần hoặc kèm theo các kỹ thuật phối hợp: tạo hình môn vị, cắt thần kinh X, nối vị tràng... Khâu lỗ thùng có thể thực hiện bằng mở bụng thông thường hoặc qua nội soi ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Lỗ thùng lành tính, bờ mềm mại, không gây hẹp đường xuống tá tràng.
2. Lỗ thùng do vật sắc nhọn từ ngoài vào hoặc từ trong ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Lỗ thùng do ung thư, hoại tử, bờ ổ loét tổ chức mủn nát.
2. Lỗ thùng to do ổ loét xơ chai làm hẹp đường xuống tá tràng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức
2. Phương tiện: bộ đại phẫu tiêu hóa
3. Người bệnh
 - Xét nghiệm cơ bản: xét nghiệm công thức máu, đông máu, chụp tim phổi, điện tim...
 - Chụp bụng không chuẩn bị đứng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa,
2. Vô cảm: gây mê nội khí quản
3. Kỹ thuật:
 - Rạch da: đường trắng giữa trên dưới rốn
 - Thăm dò, đánh giá:

+ Tình trạng ổ bụng sạch hay bẩn. Lấy dịch ổ bụng cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.

+ Vị trí của lỗ thủng: ở hành tá tràng hay ở dạ dày, mặt trước hay mặt sau, ở bờ cong lớn hay bờ cong nhỏ, gần tâm vị hay môn vị...

+ Kích thước lỗ thủng: to hay nhỏ

+ Tính chất lỗ thủng: bờ mềm mại hay xơ chai, mủ nát.

+ Lỗ thủng có gây hẹp đường xuống tá tràng hay không

- Khâu lỗ thủng: trước khi khâu lỗ thủng bao giờ cũng cắt lọc bờ ổ loét để sinh thiết và khâu ổ loét dễ liền hơn. Chỉ khâu khi tổ chức bờ lỗ thủng mềm mại không bị xé, không gây hẹp, không bị ung thư. Nếu không khâu được thì sử dụng biện pháp khác như cắt dạ dày (bán phần hoặc toàn bộ), dẫn lưu lỗ thủng ra ngoài, nối vị tràng...

Lỗ thủng nhỏ (khoảng 1 cm), khâu lỗ thủng một lớp toàn thể mũi rời bằng chỉ tự tiêu chậm 3/0 hoặc 4/0. Lấy kim khâu cách 0,5 cm ở một bên mép lỗ thủng hướng về phía lỗ thủng từ thanh cơ hết niêm mạc, lấy kim ra sau đó mới khâu tiếp từ trong lỗ thủng từ niêm mạc ra thanh cơ ở mép lỗ thủng bên kia cách mép cũng khoảng 0,5 cm. Các mũi khâu cách nhau khoảng 0,3 - 0,5 cm, chú ý khâu hết 2 góc lỗ thủng. Thực hiện hết các mũi khâu rồi mới buộc từng nút. Lỗ thủng rộng có thể khâu vắt (tương tự khâu mũi rời), không nhất thiết phải khâu 2 lớp. Sau khi khâu, lỗ thủng phải kín, hết các lớp, không gây hẹp đường xuống tá tràng. Kiểm tra có hẹp hay không bằng cách đặt 2 ngón tay ở trên và dưới đường khâu, khi 2 đầu ngón tay chạm nhau dễ (cách 2 lớp thành ruột) là được. Lưu ống thông dạ dày ở vị trí chảy tốt nhất, cố định ở mũi người bệnh bằng băng dính hoặc dây buộc.

- Rửa ổ bụng: Thi quan trọng của cuộc mổ là phải rửa ổ bụng sạch ở tất cả các khoang, giữa các quai ruột. Lấy hết thức ăn, lấy tối đa giả mạc có thể được. Rửa nhiều lần bằng huyết thanh ấm, những lần đầu có thể pha betadin loãng. Trước khi kết thúc nên dùng gạc lớn ấm lau và thấm khô

- Dẫn lưu: Tối thiểu phải đặt một dẫn lưu silicon lớn (28 F), cắt thêm 1-2 lỗ bên ở dưới gan. Nếu ổ bụng bần đặt thêm dẫn lưu ở Douglas, hố lách. Không nên đặt dẫn lưu bằng cao su, dẫn lưu nhỏ vì rất dễ tắc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Như theo dõi hậu phẫu người bệnh mổ đường tiêu hóa có gây mê nội khí quản: mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp...

- Nhịn ăn, uống tối thiểu đến khi có lưu thông tiêu hóa trở lại. Lưu thông dạ dày đến khi cho ăn. Nuôi dưỡng tĩnh mạch khi bắt người bệnh nhịn.

- Cho thuốc giảm tiết axit (kháng H₁, ức chế bơm proton) ngay từ khi sau mổ

- Kháng sinh, giảm đau, an thần...

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu sau mổ

+ Chảy máu trong ổ bụng: ít gặp, do thao tác khi mổ, rửa ổ bụng làm rách mạc nối, mạc treo, lách... Tùy mức độ mất máu mà quyết định điều trị bảo tồn hay mổ lại.

+ Chảy máu tiêu hóa: do khâu không hết lớp niêm mạc. Thông dạ dày ra máu hoặc ỉa phân đen. Điều trị bảo tồn bằng truyền máu, giảm tiết axit, rửa thông dạ dày (rửa nhẹ nhàng bằng nước ấm). Nếu chảy máu nhiều, dai dẳng nên mổ lại.

- Xi bục đường khâu: Do tổ chức lỗ thủng mủn nát, chỉ buộc lỏng quá hoặc chặt quá (xé tổ chức), khâu thưa quá hoặc mỏng quá, dạ dày căng quá. Người bệnh có dấu hiệu viêm phúc mạc (sốt, bụng trướng, đau...), dẫn lưu ra dịch tiêu hóa, thông dạ dày ra dịch nâu bần. Cần mổ lại sớm, khâu lại hoặc dẫn lưu lỗ thủng, rửa ổ bụng dẫn lưu lại. Nên mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng đường ruột.

- Áp xe tồn dư sau mổ: do rửa ổ bụng không sạch, dẫn lưu không tốt (dẫn lưu nhỏ, tắc, đặt không đúng vị trí...). Người bệnh sốt kéo dài, kèm các triệu chứng kích thích của ổ dịch (ỉa lỏng, ỉa són, nấc...) siêu âm, chụp cắt lớp có các ổ dịch đọng (dưới hoành, Douglas...). Điều trị nội bằng kháng sinh, dẫn lưu ổ dịch qua siêu âm, xoay lại dẫn lưu...Không kết quả mở bụng lại dẫn lưu ổ áp xe.

- Hẹp đường xuống tá tràng: thường gặp khi khâu ổ loét hành tá tràng xơ chai. Sau mổ người bệnh chậm có lưu thông tiêu hóa trở lại, thông dạ dày ra nhiều dịch ứ đọng, có thể gặp bệnh cảnh bực chỗ khâu do dạ dày căng. Cần mổ lại tạo hình môn vị, nối vị tràng hoặc cắt đoạn dạ dày.