

MỘT CÁCH XỬ TRÍ TRƯỜNG HỢP KHÔNG ĐÓNG ĐƯỢC MỠM TÁ TRÀNG DO UNG THƯ DẠ DÀY XÂM LẤN TÁ TRÀNG, ĐẦU TỤY TRONG PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY DO UNG THƯ

TRỊNH HỒNG SƠN, NGUYỄN HOÀNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) được biết đến từ năm 1888 sau khi người ta tìm hiểu về nguyên nhân cái chết của nhà thơ người Đức tên là Theodore, 7 năm sau đó Billroth thực hiện thành công trường hợp cắt dạ dày do ung thư đầu tiên trên thế giới [2]. Thông thường việc cắt dạ dày và đóng mỗm tá tràng là một kỹ thuật không khó trong phẫu thuật điều trị UTDD. Tuy nhiên nếu ung thư lan qua môn vị xuống tá tràng, hoặc thâm nhiễm tá tràng đầu tụy thì thường là chống chỉ định cắt dạ dày. Việc chống chỉ định này có nhiều lý do khác nhau. Một là, đóng mỗm tá tràng khó khăn gây bực mỗm tá tràng sau mổ dẫn tới áp xe tồn dư, rò, hoặc viêm phúc mạc là điều phẫu thuật viên không mong muốn. Hai là, nếu dẫn lưu mỗm tá tràng cũng khó liền do tổ chức ung thư tại chỗ và thể trạng bệnh nhân thường kém, điều trị sau mổ dài ngày và tốn kém. Ba là, tổ chức ung thư vẫn còn lại về mặt đại thể dẫn tới tâm lý phẫu thuật viên cho rằng tốt hơn hết là nối vị tràng, mở thông hồng tràng hoặc chỉ thăm dò sinh thiết, sau đó điều trị hoá chất, xạ trị. Bốn là, kỹ thuật xử trí đóng mỗm tá tràng của phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm.

Thực tế lâm sàng cho thấy: cho dù không lấy hết tổ chức ung thư, mặc dù phẫu thuật được coi là không triệt căn, cắt dạ dày đã cải thiện chất lượng sống, tránh các biến chứng hẹp, chảy máu, thủng u...

Hơn nữa, một số trường hợp UTDD có biến chứng chảy máu tiêu hoá không thể làm ngừng chảy máu bằng các phương pháp khác ngoài cắt bỏ tổn thương. Vấn đề ở chỗ: làm sao xử lý được mỗm tá tràng trong trường hợp không đóng được mỗm tá tràng khi điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Trường hợp thông báo lâm sàng dưới đây đề cập tới vấn đề nêu trên.

THÔNG BÁO LÂM SÀNG

Bệnh án mã số 054261. Phạm Ngọc H, nữ 61 tuổi. Địa chỉ: 28 Hai Bà Trưng, Hoàn Kiếm, Hà Nội, vào bệnh Viện Hữu Nghị ngày 17.11.2008. Mổ cấp cứu ngày 1.12.08. Ra viện ngày 20.12.08.

Bệnh nhân có tiền sử ăn uống kém, đầy bụng khó tiêu, buồn nôn và nôn khi ăn, gầy sút 17 kg trong 1 năm, bệnh nhân đã đi khám sức khỏe định kỳ nhiều lần nhưng đều được chẩn đoán rối loạn tiêu hóa đến khi trước khi vào viện 1 tuần bệnh nhân xuất hiện đi ngoài phân đen vào khám tại Bệnh Viện Hữu Nghị. Khám khi vào viện: bệnh nhân tinh táo, không sốt, thể trạng gầy yếu (nặng 35 kg), mạch 85 lần/phút, huyết áp 130/80 mmHg, da xanh, niêm mạc nhợt, không phù không xuất

huyết dưới da, hạch ngoại biên không sờ thấy. Khám bụng mềm, không sờ thấy u cục, không có dịch ascite ổ bụng, thăm trực tràng có phân đen theo tay. Xét nghiệm công thức máu: hồng cầu 2,5 triệu, huyết sắc tố 71g/l, hematocrit 20,9 %, bạch cầu 7100, tiểu cầu 251000, bệnh nhân đã được truyền 8 đơn vị máu trước mổ. Soi dạ dày mô tả tổn thương ở tiền môn vị và một phần hang vị là khối u cứng loét, hẹp không đưa ống soi xuống tá tràng được. Chụp dạ dày uống baryte hang vị có hình khuyết nhám nhờ, dạ dày giãn to. Siêu âm bụng không thấy dịch ổ bụng, gan không có khối bất thường. Bệnh nhân được chỉ định mổ và xếp lịch mổ phiên do điều trị ổn định không còn chảy máu. Trước lịch mổ phiên 1 ngày bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu do có đợt chảy máu tiếp, sond dạ dày ra nước máu. Mổ cấp cứu từ 20h30 đến 23h00 ngày 30.11.08. Mỏ bụng đường trắng giữa kéo dài xuống dưới rốn, ổ bụng khô, gan 2 thùy hồng đẹp, không xơ, không có u, dạ dày giãn, trong lòng có khoảng 200gr máu cục và nước máu loãng, khối u dạ dày thể loét chiếm toàn bộ môn vị lan xuống hết hành tá tràng tới D1 gây hẹp, xâm lấn chặt vào đáy và thân túi mật, xâm lấn đầu tụy, góc mạc treo đại tràng ngang và góc Treitz. Ruột non, đại tràng có máu, không có u. Tử cung, phần phụ không thấy bất thường. Chẩn đoán trong mổ: chảy máu tiêu hoá, hẹp môn vị do K hang môn vị xâm lấn tá tràng, thủng đầu tụy, thân tụy. Giải phóng khối tá tràng, đầu tụy bằng động tác Kocher, lấy hết ổ loét thủng mặt trước đầu tụy và thân tụy, lấy một phần đầu tụy sát D1. Xử trí: cắt túi mật do u xâm lấn cắt 4/5 dạ dày lấy bỏ tổn thương, nối dạ dày – hồng tràng trước đại tràng ngang 2 lớp (trong vết ngoài rời) chỉ vicryl 3/0. Nối D1 và một phần đầu tụy với quai hồng tràng Roux- en Y (qua mạc treo đại tràng ngang) 2 lớp trong khâu vết PDS 4/0 và ngoài khâu mũi rời Prolene 4/0. Cố định mạc treo ruột. Kiểm tra ổ bụng khô, đặt 2 dẫn lưu dưới gan và đóng bụng 2 lớp.

Trong mổ không truyền thêm máu, sau mổ điều trị kháng sinh Metronidazol 0,5g/lọ, 2 lọ /ngày và Fosmicin 1g/lọ, 2 lọ/ngày x 7 ngày. Bilan theo dõi hàng ngày bồi phụ nước, điện giải. Sau mổ bệnh nhân ổn định, ăn được, cho dậy đi lại. Ra viện trong tình trạng ổn định, tinh táo, vết mổ khô, bụng mềm, đại tiện tiện bình thường.

Kết quả giải phẫu bệnh: khối loét sùi chiếm toàn bộ vùng hang môn vị lan xuống tá tràng

đường kính hơn 10 cm, thùng mặt sau. Vi thể khẳng định K biểu mô dạ dày(Adenocarcinome) đã lan qua thanh mạc dạ dày.

BÀN LUẬN

1. Các phương pháp điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa do UTDD

Có thể kể tên các phương pháp sau đây: cắt dạ dày lấy bỏ tổn thương, mở dạ dày khâu cầm máu, thắt các vòng mạch vào dạ dày... Mỗi phương pháp có chỉ định của nó, tùy thuộc vào thể trạng bệnh nhân, phương tiện dụng cụ, gây mê hồi sức, trình độ của phẫu thuật viên, hiệu quả của phương pháp... Cắt dạ dày là phương pháp tốt nhất và hợp lý nhất để xử lý tổn thương ung thư trong UTDD. Tuy nhiên không phải trường hợp nào việc cắt dạ dày và lập lại lưu thông tiêu hóa cũng có thể tiến hành được. Theo Trịnh Hồng Sơn[1] nối vị tràng được đặt ra trong các trường hợp sau: loét tá tràng khó (loét sâu ở D1, D2 tá tràng mà phẫu thuật viên không có khả năng cắt bỏ vì sợ làm tổn thương bóng Vater, rò tá tràng); hẹp môn vị do loét tá tràng ở bệnh nhân già yếu, bệnh phối hợp không cắt dạ dày được; những trường hợp ung thư dạ dày, các khối u ở vùng tá tràng, đầu tụy gây hẹp môn vị mà không cắt bỏ khối u được... Như vậy, với những trường hợp tiên lượng không đáng được môm tá tràng thì không nên cắt dạ dày. Với trường hợp bệnh nhân của chúng tôi nên nối vị tràng vì khối u chiếm hết môn vị lan xuống tá tràng tới D1, bệnh nhân già yếu (bệnh nhân 74 tuổi, nặng 35 Kg). Tuy nhiên nếu nối vị tràng chỉ giải quyết được hẹp môn vị, không giải quyết được chảy máu, nguyên nhân đe dọa trực tiếp tính mạng người bệnh dẫn tới chỉ định mổ cấp cứu.

Trường hợp của chúng tôi cũng có thể tiến hành mở dạ dày, khâu cầm máu hoặc thắt các cung mạch cấp máu cho dạ dày. Thực tế rất khó vì khối u quá to, xâm lấn vào đầu tụy, đồng thời tổ chức ung thư mủn nát không dễ khâu được để cầm máu. Việc thắt các cung mạch dạ dày theo chúng tôi không có hiệu quả vì vòng nối mạch dạ dày rất phong phú, hơn nữa tổn thương lại là ung thư.

Với những trường hợp đã cắt dạ dày mà không đáng được môm tá tràng thì có thể tiến hành dẫn lưu môm tá tràng. Nhưng đây cũng là biện pháp rất nặng nề vì bệnh nhân già yếu, suy kiệt trước mổ kèm theo mất dịch qua dẫn lưu môm tá tràng (tiên lượng sau mổ cũng rất tồi vì môm tá tràng cũng không thể liền được). Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi do không đáng được môm tá tràng được nên chúng tôi đã đưa một quai hồng tràng chữ Y nối với môm tá tràng không đáng được và một phần đầu tụy. Với cách làm này chúng ta vừa tránh được việc dẫn lưu môm tá tràng vừa giải quyết được nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa.

2. Kỹ thuật đưa quai hồng tràng chữ Y lên nối với

môm tá tràng và 1 phần đầu tụy.

- Bước 1: đánh giá tổn thương trong mổ. Quyết định phương pháp phẫu thuật

- Bước 2: làm động tác Kocher. Cắt dây chằng gan tá tràng, gan đại tràng, hạ đại tràng góc gan (có thể cắt mạc Told cho đến manh tràng). Điều kiện: thấy được rõ bờ trái động mạch chủ bụng sau tụy, bờ trên tĩnh mạch thận trái, bó mạch sinh dục phải.

- Bước 3: lật mạc treo đại tràng ngang, đại tràng phải phủ trước tá tràng D2, D3. Bóc phúc mạc trước tá tràng D2, D3 bộc lộ tới eo tụy. Thấy rõ tĩnh mạch đại tràng phải trên và đại tràng giữa trước khi đổ về tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Bộc lộ mặt trước đầu tụy tới eo tụy.

- Bước 4: cắt dạ dày, thắt bó mạch môn vị, tá tràng 1, tá tràng 2, bộc lộ tam giác hẹp bởi 3 cạnh: động mạch gan chung, động mạch vị tá tràng và bờ trên tụy nhằm chuẩn bị rõ ràng tổ chức khâu tăng cường miệng nối (tá tràng- tụy với quai hồng tràng chữ Y) ở lớp thứ 2.

- Bước 5: làm miệng nối dạ dày hồng tràng trước hoặc qua đại tràng ngang (miệng nối cách góc Treitz 20 cm).

- Bước 6: chuẩn bị quai hồng tràng chữ Y và làm miệng nối tận bên chân quai chữ Y. Miệng nối chân quai chữ Y cách miệng nối dạ dày ruột 30 cm và cách miệng nối tá tràng, 1 phần đầu tụy với quai hồng tràng 60 cm (hình vẽ).

- Bước 7: làm miệng nối tận bên giữa môm tá tràng không đáng được, 1 phần đầu tụy quanh môm tá tràng với quai hồng tràng chữ Y đưa lên trước hoặc qua mạc treo đại tràng ngang. Cầm máu kỹ môm tá tràng và phần tụy đầu tụy đeo gọt (nếu có) trước khi làm miệng nối. Miệng nối thường 2 lớp có thể khâu vắt hoặc mũi rời hoặc nửa vắt nửa rời lớp trong chỉ tiêu 3/0 hoặc 4/0 (Vicryl, PDS, Dexon...). Khâu lớp ngoài mũi rời chỉ tiêu hoặc chỉ Prolene 3/0 hoặc 4/0. Tránh khâu vào ống mật chủ sau tá tràng đầu tụy, động mạch vị mạch vị tá tràng, thân Descompt và góc bó mạch vị mạc nối phải.

- Bước 8: có thể mở thông hồng tràng hoặc không. Nên mở thông hồng tràng trong trường hợp thể trạng bệnh nhân yếu, kỹ thuật chưa thành thực.

- Bước 9: kiểm tra, lau rửa ổ bụng, đặt 2 dẫn lưu dưới gan và đóng bụng

1. Miệng nối dạ dày-ruột

2. Miệng nối chân quai chữ Y

3. Nối môm tá tràng- 1 phần tụy với quai hồng tràng chữ Y

KẾT LUẬN

Khi không đáng được tá tràng trong mổ ung thư dạ dày lan xuống tá tràng, thâm nhiễm đầu tụy, có thể thực hiện kỹ thuật đưa một quai hồng tràng chữ Y nối với môm tá tràng, 1 phần đầu tụy với 9 bước đã trình bày. Theo chúng tôi đây là một phương pháp hiệu quả mà các phẫu thuật

viên có thể áp dụng trong những trường hợp không đóng được mỗ tá tràng hoặc tiên lượng sẽ rò nếu đóng mỗ tá tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Hồng Sơn (2002) “ Một số điểm cần lưu ý trong phẫu thuật nối dạ dày-hỗng tràng”, Tạp chí Ngoại Khoa, số 1, trang 55-56.

2. Jack Matthew Farris (1953)" Gastric cancer with a consideration of total gastrectomy", The American journal of gastroenterology.

