

Điều trị ngoại khoa tắc ruột do bã thức ăn: phẫu thuật nội soi hay mổ mở?

Nguyễn Anh Tuấn*

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu bệnh án của 32 bệnh nhân (BN), tuổi trung bình $63,3 \pm 14,5$, tắc ruột do bã thức ăn, phẫu thuật tại Bệnh viện TWQĐ108 từ 10 - 2000 đến 10 - 2010. 62,5% có tiền sử phẫu thuật dạ dày. CT bụng xác định được khối bã thức ăn 6/8 BN (75%). 68,8% tắc hồi tràng, 25% tắc hồng tràng, 6,2% tắc dạ dày. 81,3% có một khối bã thức ăn, 18,7% có nhiều khối. Phẫu thuật mở 93,7%, phẫu thuật nội soi (PTNS) 6,3%. 75% khối bã thức ăn được nghiền nát và đẩy xuống manh tràng, 25% phải mở ruột. Không có tử vong phẫu thuật. 2/8 BN (25%) phải mở ruột non có nhiễm khuẩn vết mổ. CT bụng có giá trị trong chẩn đoán và quyết định phẫu thuật. PTNS bước đầu cho thấy đây là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị bệnh.

* Từ khóa: Tắc ruột non do bã thức ăn; Phẫu thuật nội soi.

Intestinal obstruction: Laparoscopic or open surgery

SUMMARY

32 patients, average age 63.3 ± 14.5 , with small intestinal obstruction by bezoars, underwent surgery at 108 Hospital from 10 - 2000 to 10 - 2010, were reviewed retrospectively. 62.5% of patients had previous gastric surgery. Preoperative computer tomography was performed in 6/8 patients (75.0%), showed result consistency to bezoars and subsequently, underwent surgery on the same day. 68.8% bezoar located in the ileum, 25% in the jejunum and 6.2% in the stomach. 81.3% had only one bezoars, 18.7% had more. 93.7% of patients underwent open surgery, 6.3% laparoscopic surgery. The bezoars fragmented and milked into the cecum in 24 patients (75%) or extracted vial longitudinal in 8 patients (25%). No surgical mortality. Two patients with enterotomy had postoperative infections. Abdominal CT is useful for both diagnosis and for the decision to perform emergency surgery. Laparoscopic surgery shows a safe and effective treatment.

* Key words: Small intestinal obstruction by bezoares; Laparoscopic surgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột non là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Bã thức ăn (bezoars) là một trong những nguyên nhân hiếm gặp gây tắc ruột non [1]. Bã thức ăn là một khối thức ăn

không tiêu, tùy theo thành phần của nó, người ta chia thành nhiều loại như: bã thức ăn thực vật (phytobezoars), khối bã thức ăn động vật (lactobezoars), khối lông tóc (trichobezoars) hoặc khối hỗn hợp nhiều loại. Loại thường gặp

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

nhất là khối bã thức ăn thực vật [2]. Tắc ruột do bã thức ăn rất khó chẩn đoán đúng nguyên nhân trước mổ. Mục tiêu điều trị là loại bỏ được khối thức ăn bằng các biện pháp nội-ngoại khoa và dự phòng tái phát. Thời gian gần đây, nhiều tác giả đề cập đến ứng dụng PTNS trong điều trị bệnh. Hồi cứu 32 hồ sơ BN tắc ruột do bã thức ăn được phẫu thuật tại Bệnh viện TWQĐ 108, chúng tôi muốn rút ra một số kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị bệnh. Mục đích của nghiên cứu nhằm *đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị ngoại khoa tắc ruột do bã thức ăn*.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu 32 hồ sơ BN tắc ruột do bã thức ăn, được phẫu thuật tại Bệnh viện TWQĐ 108 trong thời gian 10 năm, từ tháng 10 - 2000 đến 10 - 2010. Ghi nhận các số liệu về tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng và X quang, các phương pháp điều trị phẫu thuật, tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong phẫu thuật.

Xử lý thống kê kết quả nghiên cứu bằng chương trình máy tính SPSS. So sánh các giá trị trung bình bằng test ANOVA. So sánh các tỷ lệ bằng test X^2 , có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 19 nam (59,4%) và 13 nữ (40,6%); tuổi trung bình $63,3 \pm 14,5$ (41 -82 tuổi). 20 BN (62,5%) có tiền sử phẫu thuật dạ dày theo nhiều phương pháp khác nhau. 11 BN (34,4%) có bệnh kết hợp, trong đó 4 BN đái tháo đường (12,5%), 4 BN (12,5%) cao huyết áp, 2 BN (6,2%) có bệnh lý răng miệng, khó khăn về nhai và 1 BN (3,1%) có bệnh phổi mạn tính.

** Các loại phẫu thuật dạ dày trong tiền sử:*

Cắt đoạn dạ dày, nối Billroth II: 6 BN (30%); cắt đoạn dạ dày, nối Billroth I: 3 BN (15%); cắt dây X siêu chọn lọc + tạo hình môn vị: 3 BN (15%); cắt dây X siêu chọn lọc + nối vị tràng: 2 BN (10%); cắt thân 2 dây X + nối vị tràng: 1 BN (5%); cắt thân dây X + tạo hình môn vị: 1 BN (5%); khâu lỗ thủng dạ dày: 2 BN (10%); không rõ loại phẫu thuật: 2 BN (10%) do BN không nhớ và vùng mổ cũ dính nhiều nên không kiểm tra được. Tiền sử phẫu thuật dạ dày chủ yếu là cắt đoạn dạ dày (35%) hoặc cắt dây X (30%).

Tại thời điểm phẫu thuật, 30 BN (93,7%) có biểu hiện tắc ruột điển hình với các triệu chứng: đau bụng từng cơn, buồn nôn và nôn, bí trung đại tiện, chướng bụng, có quai ruột nổi và dấu hiệu rắn bò. 2 BN (6,3%) chỉ định mổ khi có các dấu hiệu của bán tắc ruột tái đi tái lại nhiều ngày.

** Các phương pháp chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột:*

- Chụp X quang ổ bụng có mức nước mức hơi: 32 BN (100%).
- Siêu âm ổ bụng (n = 27): quai ruột giãn: 27 BN (100%); thành ruột mỏng: 20 BN; khối bã thức ăn: 2 BN (7,4%).
- CT: 8 BN: giãn ruột non: 8 BN (100%); khối bã thức ăn: 6 BN (75%).

Siêu âm có tỷ lệ chẩn đoán đúng khối bã thức ăn rất thấp (7,4%), ngược lại, CT bụng cấp cứu có khả năng chẩn đoán đúng khối bã thức ăn với tỷ lệ 75,0%. Chụp X quang bụng không chuẩn bị có khả năng chẩn đoán đúng tắc ruột với tỷ lệ 100%, nhưng không có khả năng xác định nguyên nhân do khối bã thức ăn.

* Vị trí và loại bã thức ăn:

- Vị trí khối bã thức ăn: hồi tràng: 20 BN (62,5%); hỗng tràng: 6 BN (18,7%); hồi tràng + hỗng tràng: 3 BN (9,4%); hồi tràng + dạ dày: 2 BN (6,3%); hỗng tràng + dạ dày: 1 BN (3,1%).

- Vị trí tắc: hồi tràng: 22 BN (68,8%); hỗng tràng: 8 BN (25,0%); môn vị: 2 BN (6,2%).

- Loại bã thức ăn: bã thức ăn thực vật: 27 BN (84,4%); bã thức ăn động vật: 2 BN (6,3%); bã thức ăn hỗn hợp: 3 BN (9,4%).

Khối bã thức ăn ở một vị trí chiếm tỷ lệ cao nhất (81,3%). Hồi tràng là vị trí thường gặp trong tắc ruột do bã thức ăn (68,8%). Bã thức ăn thực vật có tỷ lệ cao nhất (84,4%).

Tất cả 32 BN đều được điều trị bằng phẫu thuật, 30 BN (93,7%) mổ theo phương pháp kinh điển qua mở bụng đường trắng giữa trên và dưới rốn. 22 BN (73,3%) có khối bã thức ăn được bóp nát và đẩy vào đại tràng, phải mở ruột non để lấy khối bã thức ăn cho 8 BN (26,7%), trong đó 1 BN phải mở cả dạ dày và ruột non để lấy khối bã thức ăn do chúng quá lớn và cứng, không thể lấy được. 1 BN có khối bã thức ăn được phát hiện tại dạ dày trước mổ, nội soi dạ dày nhưng không thể phá nhỏ khối bã thức ăn nên phải mở dạ dày. 2 BN (6,25%) được PTNS, do khối bã thức ăn quá cứng, không thể làm vỡ bằng dụng cụ nội soi, mở đường trắng giữa qua rốn dài 3 cm sau khi gỡ dính tại vết mổ cũ bằng nội soi, đưa quai ruột chứa bã thức ăn ra ngoài ổ bụng, bóp nát khối bã thức ăn bằng tay và đẩy xuống hồi tràng, BN ra viện sau 4 ngày điều trị, không có biến chứng.

8 BN (25,0%) mở ruột non để lấy khối bã thức ăn với thời gian nằm viện trung bình 7 ± 1 ngày, dài hơn 24 BN (75,0%) không phải mở ruột (5 ± 2 ngày) ($p < 0,05$). Nhóm phải mở ruột non: 2 BN (6,3%) có biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ, nhóm không phải mở ruột non không có biến chứng. Không có tử vong phẫu thuật. Tất cả BN khi ra viện được hướng dẫn thay đổi thói quen ăn uống, ăn chậm, nhai kỹ, không ăn quá nhiều chất xơ, hoa quả xanh... không trường hợp nào tái phát sau thời gian theo dõi trung bình 5 năm (1 - 10 năm).

BÀN LUẬN

Tắc ruột non do bã thức ăn là loại tắc ruột non hiếm gặp, chiếm 0,44% trong các loại tắc ruột non [8]. Vị trí hay gặp nhất là tắc tại hồi tràng (68,8%). Nhiều tác giả cho rằng: đoạn 50 - 70 cm cuối của hồi tràng thường hẹp nhất và có nhu động kém nhất [1, 4, 6]. Trong các loại tắc ruột do bã thức ăn, khối bã thức ăn thực vật hay gặp [5]. Khối bã thức ăn thực vật được hình thành ở dạ dày và di chuyển xuống ruột non khi dạ dày không còn toàn vẹn sau nhiều phẫu thuật khác nhau như: cắt dạ dày, cắt dây X, nối vị tràng... [1, 2, 4] Tỷ lệ gặp khối bã thức ăn sau cắt dạ dày 5 - 12 % [4, 6]. Tình trạng giảm vận động dạ dày, rối loạn đóng mở môn vị và giảm tiết axit dạ dày do mất toàn vẹn của dạ dày và giảm chi phối của dây X được coi là nguyên nhân. Một vài yếu tố khác cũng góp phần vào tình trạng này như: giảm khả năng nhai do các bệnh lý răng miệng, ăn quá nhanh, ăn nhiều chất xơ, BN đái đường, teo đa cơ... [7, 8]. Khối bã thức ăn có thể nằm trong dạ dày hoặc di chuyển vào ruột non, tình trạng dính ruột sau mổ có thể góp phần gây tắc ruột. Khối bã thức ăn thực vật thường gây tắc ruột non nhiều hơn vì nó cứng, nhiều góc cạnh. Chúng tôi gặp tỷ lệ gặp khối bã thức ăn thực vật là 84,4%, khối bã thức ăn động vật 6,3% và khối bã thức ăn hỗn hợp 9,4%, không có trường hợp nào tắc do lông tóc, một nguyên nhân đã được đề cập tới trong y văn ở BN có rối loạn tâm thần, thích ăn lông tóc [8].

Trong nghiên cứu, 6 BN (35%) có tiền sử cắt dây X. Sự hình thành khối bã thức ăn ở BN đã cắt dây X là do giảm chi phối của dây X tới vận động dạ dày, rối loạn cơ chế đóng mở môn vị và giảm khả năng tiết axit dạ dày. Tuy nhiên, khi dạ dày còn nguyên vẹn, khả năng di chuyển khối bã thức ăn vào ruột non rất thấp, nhưng trên thực tế, bệnh nhân sau cắt dây X thường kèm theo các thủ thuật khác như tạo hình môn vị hoặc nối vị tràng, chính những thủ thuật này đã tạo điều kiện cho khối bã thức ăn từ dạ dày vào ruột non. Môn vị toàn vẹn có khả năng ngăn cản những khối thức ăn lớn xuống tá tràng. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này vẫn có 8 BN không có tiền sử phẫu thuật dạ dày, có nghĩa là van môn vị còn nguyên vẹn. Nhiều nghiên cứu cũng thông báo những trường hợp tương tự. Lúc đầu, các khối bã thức ăn trong dạ dày nhỏ nên có thể di chuyển qua môn vị xuống ruột, sau đó nhiều khối nhỏ liên kết với nhau thành một khối lớn gây tắc ruột.

Mặc dù chụp X quang bụng không chuẩn bị đủ để chẩn đoán tắc ruột non, nhưng không thể xác định nguyên nhân tắc ruột do dính hay do khối bã thức ăn. Siêu âm ổ bụng có thể cho hình ảnh điển hình của tắc ruột như: các quai ruột non giãn rộng, tăng nhu động, thành ruột mỏng, tuy nhiên rất ít khả năng tìm thấy được hình ảnh khối bã thức ăn. Trong nhiều nghiên cứu, tỷ lệ phát hiện khối bã thức ăn chỉ từ 15 - 20% [1, 2], của chúng tôi là 7,4%. Tuy nhiên, nghiên cứu của Ripolles và CS đã phát hiện khối bã thức ăn bằng siêu âm cho 15/17 BN (88%), tác giả cho rằng nếu người làm siêu âm hướng tới việc đi tìm khối bã thức ăn thì khả năng phát hiện nó sẽ cao hơn [3]. CT bụng được coi là phương pháp tốt nhất trong chẩn đoán khối bã thức ăn [3, 8]. Trong nghiên cứu, CT bụng phát hiện khối bã thức ăn ở 6/8 BN (75,0%). CT bụng nên chỉ định cho tất cả những trường hợp tắc ruột non.

Nhiều phương pháp điều trị đã được đề cập tới như nội khoa, ngoại khoa, nội soi. Hầu hết đều cho rằng khả năng điều trị nội khoa thành công cho BN tắc ruột do bã thức ăn rất thấp và nên chỉ định phẫu thuật sớm để tránh biến chứng [1, 2, 8], điều này khác tắc ruột do dính sau mổ với khả năng điều trị bảo tồn thành công cao hơn nhiều. Một số thông báo kết quả điều trị thành công khối bã thức ăn ở dạ dày và hồi tràng bằng nội soi đường tiêu hóa hoặc bằng thuốc phân hủy xơ (cellulase), tuy nhiên số liệu còn rất ít [4]. Điều trị ngoại khoa nhằm loại bỏ khối bã thức ăn, nghiền nát khối bã thức ăn rồi đẩy xuống ruột non là phương pháp nên sử dụng, trong trường hợp không thể làm nát khối bã thức ăn do quá cứng, cần mở ruột để lấy khối bã thức ăn. Khi có biến chứng thủng hoặc tổn thương nặng thành ruột, cần cắt đoạn ruột [3]. Mở hoặc cắt đoạn ruột hay gây nguy cơ nhiễm khuẩn trong và ngoài ổ bụng cũng như bực đường khâu, cần tránh bằng mọi giá, chỉ thực hiện khi không có lựa chọn khác. 2 BN nhiễm khuẩn vết mổ ở nhóm mở ruột non, không có trường hợp nào bực đường khâu ruột non hoặc rò.

Với những tiến bộ về kỹ thuật và phương tiện, hiện nay nhiều tác giả coi PTNS là một phương pháp lựa chọn điều trị tắc ruột non [1]. Một số nghiên cứu gần đây đề cập tới ứng dụng của PTNS điều trị tắc ruột non do bã thức ăn [3]. Tuy nhiên, hiện nay chưa có một hướng dẫn thống nhất về chỉ định và thời điểm can thiệp phẫu thuật. Một số tiêu chuẩn được nhiều tác giả ủng hộ khi chỉ định PTNS điều trị tắc ruột non gồm: bụng chướng ít, tắc cao, bán tắc, thời gian diễn biến ngắn... Mổ bụng nhiều lần với tiên lượng dính nhiều trong ổ bụng, bụng chướng nhiều, biến chứng nhiễm khuẩn phúc mạc là những chống chỉ định phẫu thuật [4, 5]. Một số chi tiết kỹ thuật cần lưu ý như: thao tác nhẹ nhàng bằng dụng cụ không sang chấn cho những quai ruột bị chướng và đã có tổn thương, tránh thủng ruột, cần đặt trocar đầu tiên theo phương pháp mở và những trocar tiếp dưới quan sát trực tiếp bằng camera, tránh gây tổn thương ruột do bụng chướng, chỉ đặt áp lực ổ bụng cao nhất 13

mmHg nhằm hạn chế các rối loạn tuần hoàn và hô hấp do tình trạng bụng đã bị chướng do tắc ruột [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 BN tắc ruột do bã thức ăn được PTNS thành công. Do tình trạng khối bã thức ăn quá cứng, không thể làm vỡ bằng dụng cụ nội soi, phải đưa khối bã thức ăn ra ngoài ổ bụng qua một đường mổ nhỏ 3 cm trên đường mổ cũ sau khi gỡ dính bằng nội soi, khối bã thức ăn được bóp nát bằng tay và đẩy xuống manh tràng. BN ra viện sau mổ 4 ngày, không có biến chứng. Kết quả này cũng như một số nghiên cứu khác gần đây cho thấy kết quả tốt hơn ở nhóm mổ nội soi với tỷ lệ biến chứng sau mổ 0 - 5,7%, thấp hơn mổ mở (0 - 18,6%), thời gian có có trung tiện 1,5 - 2,2 ngày, ngắn hơn so với mổ mở (3 - 4,7 ngày), ngày nằm viện trung bình 2,5 - 6,6 ngày, ngắn hơn so với mổ mở (5,8 - 16,8 ngày) [3, 6]. PTNS ít gây dính trong ổ bụng hơn so với mổ mở, do đó làm giảm tỷ lệ tắc ruột tái phát [7].

Tắc ruột do bã thức ăn có thể xảy ra ở nhiều vị trí, một vấn đề cần chú ý là sau khi giải quyết khối bã thức ăn, cần kiểm tra kỹ toàn bộ dạ dày và ruột non để tìm những khối bã thức ăn khác. Chúng tôi gặp 3 BN kèm theo khối bã thức ăn ở dạ dày và 2 BN có khối bã thức ăn tại nhiều vị trí của ruột non.

KẾT LUẬN

Khối bã thức ăn là nguyên nhân hiếm gặp trong tắc ruột non, hay gặp ở BN có tiền sử phẫu thuật dạ dày, thói quen ăn nhiều chất xơ và khả năng nhai kém. Chụp CT ổ bụng là phương pháp tốt nhất trong chẩn đoán khối bã thức ăn. Điều trị bảo tồn ít mang lại kết quả. Phẫu thuật bóp nát khối bã thức ăn đẩy xuống đại tràng là phương pháp hiệu quả. PTNS bước đầu cho thấy kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ganpathi IS, Cheah WK. Laparoscopic-assisted management of small bowel obstruction due to phytobezoar. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2005, 15, pp.30-32.
2. Schoeffl V, Varatorn R, Blinnikov O, Vidamaly V. Intestinal obstruction due to phytobezoars of banana seeds: A case report. Asian J Surg. 2004, 27, pp.348-351.
3. Yau K, Siu W, Law B, et al. Laparoscopic approach compared conventional open approach for benzoar induced small bowel obstruction. Arch Surg. 2005, 140, pp.972-975.
4. Hayanga AJ, Bass-Wilkins K, Bulkley GB. Current management of small-bowel obstruction. Adv Surg. 2005, 39, pp.1-33.
5. Liauw JJ, Cheah WK. Laparoscopic management of acute small bowel obstruction. Asian J Surg. 2005, 28, pp.185-188.
6. Suter M, Zermatten P, Halkic N, et al. Laparoscopic management of mechanical small bowel obstruction: are there predictors of success or failure? Surg Endosc. 2000, 14, pp.478-483.
7. Flanklin ME Jr, Gonzalez JJ Jr, Miter DB, et al. Laparoscopic diagnosis and treatment of intestinal obstruction. Surg Endosc. 2004, 18, pp.26-30.
8. Chae HS, Kim SS, Han SW, et al. Endoscopic removal of a phytobezoar obstructing the distal small bowel. Gastrointest Endosc. 2001, 54, pp.264-266.