

Điều trị sự cố thủng đại tràng bằng phương pháp nội soi

Tg: Yunho Jung

Tóm tắt

Thủng đại tràng rất khó giải quyết do nó xảy ra bất ngờ và không thường xuyên. Nếu người thầy thuốc không được chuẩn bị hoặc không được đào tạo về cách giải quyết các lỗ thủng, tiên lượng lâm sàng sẽ bị ảnh hưởng và có thể dẫn đến các vấn đề pháp lý. Ở đây chúng tôi mô tả phương pháp điều trị các lỗ thủng hợp lý, bao gồm quyết định điều trị phẫu thuật hoặc nội soi, chọn lựa dụng cụ nội soi, các phương pháp đóng kín lỗ thủng qua nội soi, và điều trị toàn diện các trường hợp thủng xảy ra trong khi làm nội soi chẩn đoán và điều trị

Giới thiệu

Nguy cơ của biến chứng đi kèm với nội soi chẩn đoán và điều trị ngày càng tăng do tập trung vào việc ngăn ngừa, chẩn đoán sớm, và điều trị ung thư đại trực tràng, cũng như việc mở rộng chỉ định cắt qua nội soi các tổn thương tiền ung thư và tổn thương ác tính. Thủng đại tràng được xác định là một khuyết hổng toàn bộ bề dày của tổ chức liên quan đến cả 4 lớp của thành đại tràng (Niêm mạc, dưới niêm mạc, lớp cơ và thanh mạc) và gây ra tràn khí trong khoang phúc mạc. Kích thước của lỗ thủng được ước lượng dựa vào chiều dài của Hemoclip khi hàm của Hemoclip mở hết cỡ [1]. Thủng là biến chứng phổ biến nhất có thể xảy ra bất ngờ trong nội soi chẩn đoán và điều trị. Thủng đại tràng tương đối hiếm nhưng quan trọng vì nó có nguy cơ gây viêm phúc mạc rất cao do chất phân, có thể gây nguy hiểm hoặc kèm theo tử vong nếu việc điều trị không hợp lý và kịp thời [2]. Các nghiên cứu phân tích dữ liệu lớn về thủng từ năm 2001 đến 2015, tỉ lệ phổ biến gộp của thủng và tử vong là 0,5 trong 1000 ca (khoảng tin cậy [CI] 95%, 0,4-1,0) và 2,9 trong 100.000 ca (95% CI, 1,1-5,5) nội soi đại tràng. Nội soi đại tràng cắt polyp có tỉ lệ thủng 0,8 trong 1.000 ca (95% CI, 0,11-1,0) [1]. Tỉ lệ của thủng sớm và thủng muộn lần lượt là 4,2% (95% CI, 1,5%-5,0%) và 0,22% (95% CI, 0,11%-0,46%), trong một phân tích dữ liệu lớn 13,833 trường hợp nội soi đại trực tràng và cắt dưới niêm mạc (ESD) từ năm 1998 đến 2014 [4].

Cơ chế của thủng trong nội soi đại tràng như sau: (1) Chấn thương cơ học trực tiếp do đầu nội soi di chuyển về phía trước, (2) Ép vào thành bên đối diện do uốn cong vòng dây nội soi, (3) Đưa dụng cụ nội soi qua vùng bệnh lý (như hẹp, khối u, và túi thừa), (4) chấn thương khí áp do bơm khí qua mức, (5) sử dụng dòng điện phẫu thuật trong khi làm thủ thuật điều trị (như cắt polyp và ESD) [1,2,5]. Giải quyết thủng cần một cách tiếp cận đa chuyên ngành, trong đó điều trị phẫu thuật là nguyên tắc cơ bản. Tuy nhiên, trong những trường hợp và chỉ định thích hợp, đóng kín lỗ thủng qua nội soi là có khả năng và có thể đem lại kết quả tốt hơn điều trị phẫu thuật. Cho nên, chúng tôi xem xét các yếu tố cần quan tâm trước khi quyết định điều trị bằng nội soi, cũng như kỹ thuật đóng kín lỗ thủng bằng nội soi

và dự đoán tiên lượng sau thủ thuật đóng kín bằng nội soi đối với sự cố y khoa thủng đại tràng

Đặc điểm và các yếu tố nguy cơ của thủng đại tràng

Đại tràng sigma là nơi thủng nhiều nhất và chiếm 51%-53% các trường hợp thủng xảy ra trong nội soi đại tràng chẩn đoán [5,6]. Điều này không chỉ do đại tràng sigma là đoạn uốn khúc và khó khăn nhất, mà còn là do nó là vị trí có polyp có cuống, túi thừa và dính sau mổ nhiều nhất. Thủng trực tràng thường xảy ra khi thực hiện gấp góc sau và manh tràng là nơi thủng nhiều nhất do chấn thương khí áp, điển hình trong trường hợp nội soi khó và bơm hơi quá nhiều [2]. Do thành mỏng hơn, đại tràng phải có nguy cơ thủng tăng cao trong thủ thuật nội soi điều trị như cắt polyp.

Các yếu tố nguy cơ đối với nội soi đại tràng chẩn đoán kèm theo có thủng đã báo cáo là sự có mặt của nhiều bệnh kết hợp, tắc ruột, tuổi cao, giới nữ, và bệnh túi thừa [7]. Trong khi ở nội soi đại tràng điều trị, hình thái polyp đơn độc hay lan sang bên, vị trí polyp ở manh tràng hay ở đại tràng phải, polyp không gồ lên sau khi tiêm dưới niêm mạc do xơ hóa dưới niêm mạc hoặc đã lún xuống lớp sâu, các polyp kích thước >1cm, và đa polyp là những yếu tố nguy cơ đối với thủng [7,12]. Đôi khi, lớp cơ bị cắt ra biểu hiện như cái đĩa tròn ở chỗ cắt ngang bệnh phẩm, trung tâm có màu từ trắng đến xám, cái mốc này được bao quanh bởi một gờ của tổ chức liên kết ngấm màu xanh chìm xuống (sau khi tiêm), nó được gọi là “dấu hiệu cái bia bắn” vì nó giống cái bia bắn. Nhận rõ dấu hiệu bia bắn sau khi cắt niêm mạc nội soi ở bên dưới bệnh phẩm và cái bia phản chiếu ở vị trí cắt có khả năng là biểu hiện cắt hết chiều dày (thủng) và phải điều trị ngay bằng cách đóng kín qua nội soi (hình 1) [13].



Hình 1: (A) Sử dụng cái bẫy (có thể hiểu là cái thòng lọng- người dịch) để cắt một Polyp không cuống 7mm. (B) Nhìn thấy lỗ thủng ở vị trí cắt Polyp. (C) Dấu hiệu cái bia phản chiếu của bệnh phẩm (Có thể hiểu như cái gương lồi – Người dịch)

Thủng do nội soi đại tràng chẩn đoán tương đối rộng và khả năng cần phẫu thuật lớn hơn thủng do nội soi đại tràng điều trị. Kích thước trung bình của lỗ thủng ($19,3 \pm 12,8\text{mm}$ vs $5,8 \pm 2,9\text{mm}$, $p=0,01$), tần số của triệu chứng kích thích phúc mạc ($61,5\%$ vs $24,0\%$, $p=0,035$) và mổ cấp cứu ($53,8\%$ vs $8,0\%$, $p=0,003$) là cao hơn rất có ý nghĩa của thủng do nội soi đại tràng chẩn đoán so với thủng do nội soi đại tràng điều trị. Cho dù có thực hiện cặp clip hay không, xác suất cải thiện tốt sau điều trị bảo tồn ($92,0\%$ vs $46,2\%$, $p=0,003$) của thủng do nội soi đại tràng điều trị cao hơn đáng kể so với thủng do nội soi đại tràng chẩn đoán [14].

Triệu chứng và chẩn đoán

Các triệu chứng của thủng đại tràng (như không đau, đau khu trú ngay lập tức, đau co cứng mạnh kèm theo chướng bụng) khác nhau tùy theo nguyên nhân, kích thước, vị trí của thủng [15,16]. Đa số các bệnh nhân (94%) thủng đại tràng đều có đau bụng, và triệu chứng hay gặp nhất là tim nhịp nhanh (54%), tiếp theo là co cứng và cảm ứng phúc mạc, chướng bụng, tăng bạch cầu, sốt, huyết áp thấp. Tuy nhiên, cũng có 6% thủng đại tràng không có triệu chứng [5]. Thời gian chẩn đoán thủng đại tràng ≤ 24 giờ khoảng 75% các bệnh nhân và ≤ 96 giờ khoảng 98% [7]. Tuy vậy, cũng cần cảnh giác vì có một số trường hợp chẩn đoán thủng đại tràng sau 2 tuần [17].

Thủng đại tràng có thể chẩn đoán theo nhiều cách khác nhau, như nhận biết chỗ khuyết niêm mạc trong lúc nội soi đại tràng và phát hiện (trên phim XQ thường quy) tràn khí màng bụng do khí tự do ở trong khoang phúc mạc, khoang sau phúc mạc, mạc treo hoặc dây chằng của các cơ quan [15]. Chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng và vùng chậu là phương tiện chẩn đoán có giá trị nhất đối với thủng đại tràng, có độ chính xác cao trong việc phát hiện một lượng khí và dịch nhỏ trong ổ bụng. Ngoài ra, một lợi thế quan trọng của CT là nó có khả năng cao trong việc phát hiện ra vị trí thủng [18].

Nguyên tắc cơ bản của điều trị thủng

Phương pháp dựa vào chuyên gia

Bác sĩ nội soi mới phải dùng bơm khí khi sự cố thủng xảy ra trong thủ thuật nội soi đại tràng, và người giám sát (có thể hiểu là thầy hướng dẫn- người dịch) hoặc một chuyên gia nội soi cần tiếp nối càng sớm càng tốt. Phải hút dịch trong lòng ruột ra tối đa có thể và thay đổi tư thế cả bệnh nhân sao cho lỗ thủng ngược với chiều trọng lực, để tránh dịch hoặc chất phân dòng vào bụng. Người giám sát hoặc chuyên gia phải quyết định cẩn thận và ngay lập tức xem là để theo dõi, đóng kín lỗ thủng bằng nội soi hoặc tiến hành phẫu thuật [19].

Điều trị nội soi hay phẫu thuật

Quyết định đóng kín chỗ thủng bằng nội soi phải tính đến bản chất chỗ thủng ruột, thời gian được chẩn đoán, các bệnh đi kèm, tình trạng ổn định và các triệu chứng lâm sàng; các yếu tố nội soi như các dụng cụ sẵn có, chuyên gia nội soi, hình thái và kích thước của lỗ thủng [1,19,20]. Hướng dẫn của hiệp hội nội soi tiêu hóa châu Âu khuyến cáo xem xét đóng kín lỗ thủng bằng nội soi nếu ruột sạch và thủng đại tràng trong vòng 4 giờ [20]. Fujishiro và cộng sự [21] nêu lên 4 tiêu chuẩn để đóng kín của sự cố thủng đại tràng cấp bằng clip kim loại: (1) Lỗ thủng <1cm; (2) Đường tiêu hóa phải làm sạch; (3) Thủ thuật do một chuyên gia nội soi thực hiện và (4) Các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm không có biểu hiện xấu đi, các triệu chứng này phải do một phẫu thuật viên có kinh nghiệm theo dõi.

Không giống như các trường hợp thủng do nội soi đại tràng với mục đích điều trị, thủng do nội soi đại tràng chẩn đoán thường do thao tác quá mức của nội

soi bởi một người làm nội soi ít kinh nghiệm. Vì các lỗ thủng này thường lớn, nên cần thận trọng khi quyết định có phẫu thuật hay không

Điều trị toàn thân

Ngay khi phát hiện sự cố thủng, phải kiểm tra xem có tràn khí màng bụng áp lực hay không, nếu có, phải giảm áp ngay bằng cách chọc một kim to (*vào khoang phúc mạc- người dịch*) [22]. Đồng thời truyền dịch đường tĩnh mạch, kháng sinh phổ rộng, cần theo dõi sát tình trạng lâm sàng bởi một nhóm đa chuyên khoa gồm các thầy thuốc hồi sức, nội soi và phẫu thuật viên.

Điều trị nội soi thủng đại tràng

Nếu sử dụng biện pháp nội soi để đóng kín lỗ thủng, phải tiến hành bơm Carbon dioxide qua nội soi ở nơi có thể. Phải lựa chọn dụng cụ đóng kín nội soi tùy theo vị trí, hình thái và kích thước của lỗ thủng (Bảng 1)

Bảng 1.

Các biện pháp đóng kín lỗ thủng bằng nội soi dựa theo kích thước lỗ thủng

Kích thước lỗ thủng	Cân nhắc biện pháp đóng kín lỗ thủng bằng nội soi		
	Thứ nhất	Thứ hai	Thứ ba
≤1 cm	Hemoclips (Rẻ, dễ kiếm, sử dụng ngay)	OTSC	Band ligation (difficult location)
1–2 cm	Hemoclips or OTSC		Endoloop-clip
2–3 cm	Endoloop-clip	OTSC	
≥3 cm	Cân nhắc khả năng phẫu thuật		

OTSC, Cặp clip trên ống soi.

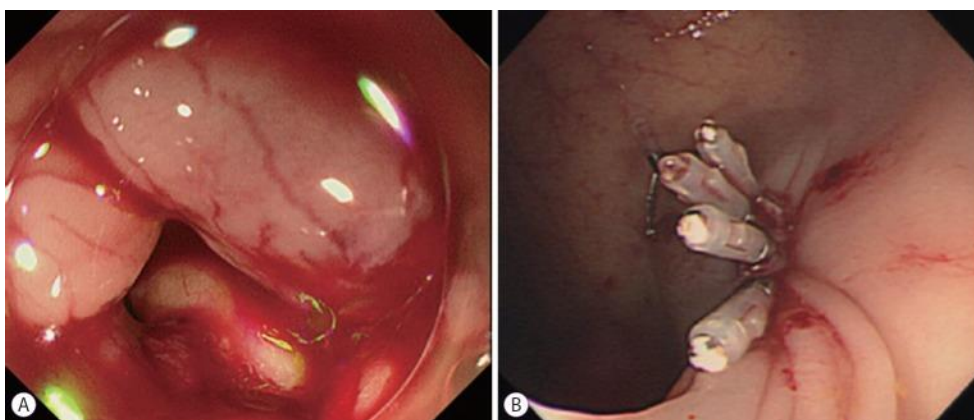
Cặp clip qua ống soi

Đóng kín lỗ thủng qua nội soi bằng clip kim loại được thực hiện lần đầu bởi Binmoeller và cộng sự năm 1993 [23]. Cặp clip qua nội soi (TTSCs) được sử dụng để cầm máu cơ học qua nội soi và từ những năm cuối 1990 dùng để đóng kín các lỗ thủng qua nội soi. Một vài kiểu TTSC tương đối sẵn có, như clip Resolution (Boston Scientific Inc., Natick, MA, USA), clip Instinct (Cook Medical Inc., Bloomington, IN, USA), và clip Quick (Olympus America Inc., center Valley, PA, USA)

Clip nội soi làm cho lớp niêm mạc và dưới niêm mạc ép sát vào, nhưng không thể ép được lớp cơ và lớp thanh mạc vào được do miếng ngoạm của clip nông. Trên mô hình động vật, việc ép nông của thành đại tràng cũng đủ để liên

hoàn toàn lỗ thủng [24]. Ngoài ra, các nghiên cứu lâm sàng đã chứng minh TTSCs là phù hợp để đóng kín lỗ thủng [1,25,26]. Trong một phân tích dữ liệu lớn gần đây, tỉ lệ thành công của đóng kín lỗ thủng đại tràng qua nội soi là 83,8% (212 trong 253). Tuy nhiên, đa số các lỗ thủng xảy ra trong nội soi đại tràng với mục đích điều trị và hầu hết là các lỗ thủng nhỏ [25].

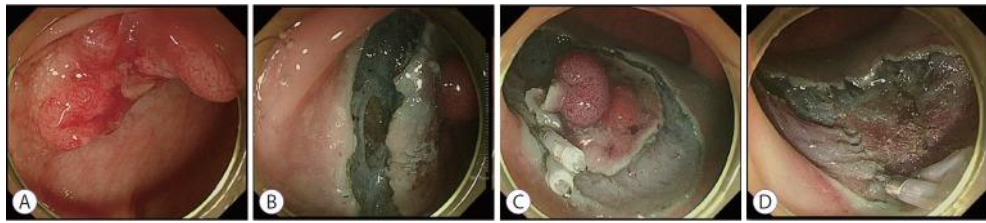
Sau đây là một số mẹo kỹ thuật khi sử dụng TTSCs đối với sự cố thủng [19,22]: (1) Tư thế của clip mở rộng ngang chỗ khuyết ở góc 90°. (2) Cố định các tay clip trên tổ chức quanh chỗ khuyết. (3) Từ từ áp các clip nội soi cho sát mép chỗ rách để tránh bị trượt trên tổ chức đã gấp được. (4) Đặt bổ xung các clip liên tục từ hướng này sang hướng khác, đặc biệt là đối với các lỗ thủng lớn (Sau khi đặt clip thứ nhất thành công, người ta khuyên tiếp tục đặt từ trên xuống dưới với các lỗ thủng hẹp dài và từ trái qua phải đối với các lỗ thủng tròn). (5) Đặt các clip cho đến khi lỗ thủng kín lại. (6) Hút và giảm áp trong lòng ruột trước khi rút nội soi (hình 2).



Hình 2: (A) Lỗ thủng 6mm xảy ra trong khi nội soi đại tràng chẩn đoán. (B) Đóng kín lỗ thủng bằng Hemoclip thành công

Nếu clip đầu tiên đặt không chính xác và cản trở việc đặt các clip tiếp theo, phải cân nhắc lấy bỏ nó đi. Tuy nhiên, phải chú ý đôi khi có thể làm lỗ thủng to ra do làm rách tổ chức trong lúc lấy bỏ nó. Những cái nắp trong suốt có ưu điểm làm giảm lượng khí bơm, cố định ống soi trong lúc đặt các clip và tạo điều kiện tiếp cận một vị trí khó có thể có lợi trong việc điều trị lỗ thủng.

Nếu xảy ra thủng trong thủ thuật nội soi điều trị, như ESD, việc đóng kín lỗ thủng ngay bằng clip nội soi có thể cản trở việc lấy bỏ hoàn toàn tổn thương. Trừ khi thủng rộng cần can thiệp phẫu thuật, người ta khuyên nên thay đổi tư thế và hút để tránh dò rỉ dịch và chất phân. Nếu cần phẫu tích thêm lớp dưới niêm mạc để tạo không gian cho việc cắt bỏ lớp dưới niêm mạc hoặc cắt bằng thông lọng (*cái bẫy-người dịch*) sau khi cặp clip mạch máu, phải tiến hành càng sớm càng tốt. Có thể lấy bỏ thương tổn bằng ESD ghép [27] hoặc cắt ra từng phần bằng nội soi trước hoặc sau khi đặt clip mạch máu

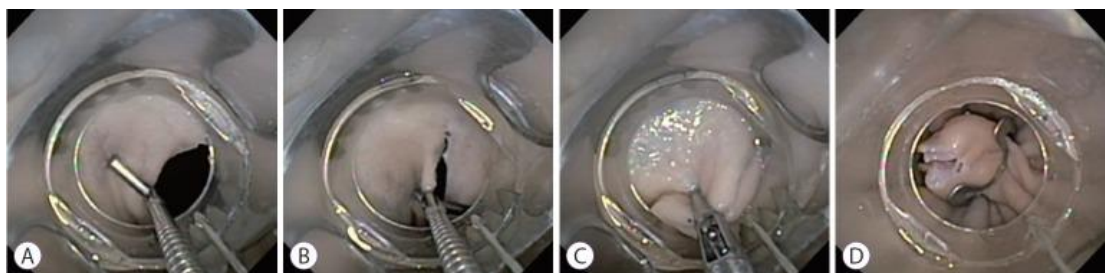


Hình 3: (A) Một khối u lan tỏa sang bên dạng hạch hỗn hợp ở trực tràng –đại tràng sigma. (B) Một lỗ thủng 4mm xảy ra trong khi cắt nội soi dưới niêm mạc (ESD). (C) Sau khi phẫu tích thêm lớp dưới niêm mạc , đặt clip mạch máu vào lỗ thủng và đường rạch chu vi đã hoàn tất. (D) Lấy bỏ thương tổn (ở đây là khối u- người dịch) bằng kỹ thuật ESD ghép Cặp clip trên ống soi (Trên đầu của ống soi- người dịch)

Hệ thống cặp clip trên ống soi (OTSC) (Ovesco Endoscopy AG, Tübingen, Germany) là hợp kim nhớ hình dạng (nitinol) và siêu dẻo, được thiết kế để có thể đóng kín toàn bộ bề dày với các răng được sắp đặt theo hình cái bẫy gấu. Clip nitinol được cài trên cái nắp trong suốt phía cuối của ống nội soi và điều khiển bằng cách vặn cái vòng xoay. Trong mô hình động vật, sử dụng dụng cụ này đã đạt được độ đóng kín toàn bộ chiều dày một cách đáng tin cậy cho lỗ khuyết khoảng 30mm [28,29]. Thủ thuật OTSC đóng kín chắc hơn các clip nội soi tiêu chuẩn [30] do có khả năng gập vào tổ chức hơn, lấy được toàn bộ bề dày của thành tạng (tạng bị thủng- người dịch) , và có lực ép lớn hơn.

Một phân tích dữ liệu lớn các kết quả lâm sàng của OTSC từ năm 2010 đến 2018, tỉ lệ thành công của thủng đường tiêu hóa là 85% (n=315) [31]. Đóng kín bằng OTSC của thủng đại tràng thành công 100% các trường hợp (n=14; colon, 8 cases, rectum, 4 cases) [32] và 92% [12 trong 13 trường hợp) các thủng đại tràng do cắt polyp [33].

Các lỗ thủng rất nhỏ có thể được đóng kín bằng một OTSC sau khi hút mà không cần bổ sung thêm các phụ kiện giúp làm lành lỗ thủng. Các kìm gấp hai chiều (Kìm đôi; Ovesco Endoscopy , Tübingen, Germany) rất có ích để áp gần hai mép của chỗ khuyết. Quá trình đóng kín lỗ thủng bằng OTSCs như sau: [29] (1) Dùng một cánh của kìm đôi gấp lấy một trong hai mép của lỗ thủng . (2) Dùng cái cánh thứ hai gấp mép đối diện của lỗ thủng để làm cho hai bên của lỗ thủng tiếp xúc với nhau .(3) Kéo tổ chức đã áp với nhau vào cái mũ OTSC và duy trì hút đủ để hút tổ chức xung quanh lỗ thủng vào cái mũ . (4) Giải phóng OTSC bằng cách vặn cái núm xoay ở thân của ống nội soi giống như kỹ thuật buộc thắt dây qua nội soi (hình 4).

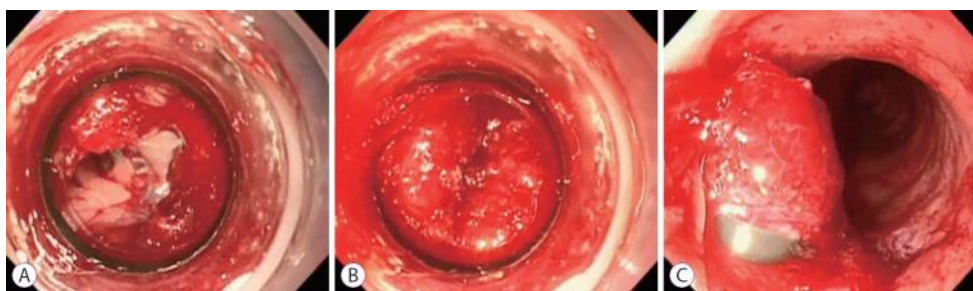


Hình 4: (A) Dùng một cành của kìm đôi gấp lấy một mép của chỗ khuyết. (B) Dùng cành thứ hai để gấp mép kia của chỗ thủng. (C) Lõi tổ chức đã áp lại vào cái mũ của OTSC. (D) Giải phóng OTSC bằng cách xoay cái núm trên thân của OTSC.

Kỹ thuật dây thắt

Một lỗ thủng nhỏ ở vị trí khó sử dụng clip nội soi có thể được đóng kín bằng phương pháp dây thắt. Có một số báo cáo sử dụng kỹ thuật dây thắt đối với lỗ thủng đại tràng; tuy nhiên, kỹ thuật đã dùng được ở một trường hợp trên lâm sàng [34], cũng như trên mô hình ở lợn [35] (100% ở sáu trường hợp) và ở chó [36] (100% trong bảy trường hợp).

Khi sử dụng kỹ thuật dây thắt, điều quan trọng là phải duy trì khoảng cách giữa vị trí thủng và cái chụp dây nội soi (*cái mũ- người dịch*) sao cho tổ chức xung quanh, bao gồm cả vị trí thủng, được hút hết vào cái chụp dây (*Mút- người dịch*) trước khi điều khiển dây thắt; “dấu hiệu màu hồng hoặc màu đỏ” cho biết đầy đủ về vấn đề này (hình 5). Tuy nhiên, do kích thước hạn chế của cái mũ nội soi (*chụp- người dịch*), nó chỉ được chỉ định cho những lỗ thủng nhỏ [19].

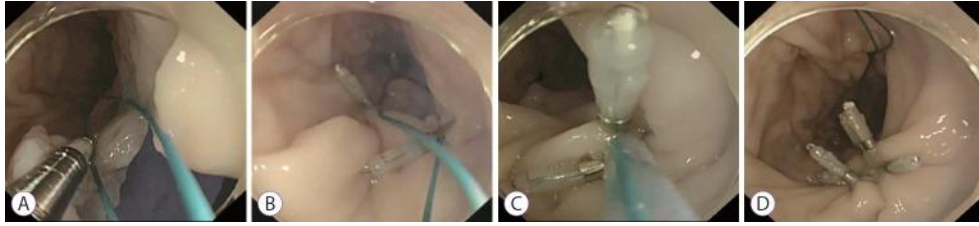


Hình 5: (A) Một lỗ thủng sấp xỉ 7mm ở ruột. (B) Tổ chức quanh lỗ thủng và lỗ thủng được hút vào trong cái chụp dây thắt đến khi nhìn thấy dấu hiệu màu hồng hoặc màu đỏ. (C) Lỗ thủng do sự cố đã được đóng kín thành công bằng phương pháp dây thắt (Đã được Jung chấp nhận [19])

Kỹ thuật vòng nội soi-clip

Việc sử dụng kết hợp TTSCs và vòng nội soi là một trong những phương pháp có thể thực hiện nếu không có sẵn dụng cụ OTSC khi xảy ra thủng đại tràng ≥ 20 -mm, khó có thể đóng kín bằng Hemoclip [37]. Một lỗ thủng trực tràng hình oval ≥ 3 -cm [38] và sáu lỗ thủng đại tràng 2-cm được báo cáo là đã đóng kín thành công bằng kỹ thuật kết hợp này.

Kỹ thuật vòng nội soi-clip được thực hiện như sau: (1) Dùng ống nội soi hai kênh đặt vòng nội soi qua một kênh xung quanh tổ chức thủng. (2) Qua một kênh khác đặt vài Hemoclip để cố định vòng nội soi và tổ chức xung quanh chỗ thủng. (3) Thắt chặt vòng nội soi để đóng kín và làm nhỏ lỗ thủng. (4) Đóng kín hoàn toàn mọi chỗ khuyết còn lại bằng cặp thêm hemoclip có hoặc không thêm vòng nội soi (hình 6).



Hình 6: (A) Vòng nội soi được đặt quanh tổ chức thủng qua một kênh của ống nội soi hai kênh. (B) Đặt vài Hemoclip qua kênh khác để cố định vòng nội soi và tổ chức xung quanh lỗ thủng. (C) Thắt chặt vòng nội soi để đóng kín hoặc làm nhỏ lỗ thủng. (D) Đã đóng kín hoàn toàn lỗ thủng (Đã được Jung chấp nhận [19]).

Stent kim loại tự giãn nở

Stent kim loại tự giãn nở (SEMSs) được chỉ định đối với các trường hợp thủng như hội chứng Boerhaave, thủng do sự cố y khoa và dò đường tiêu hóa (Dò) sau phẫu thuật giảm cân, cũng như các lỗ dò sau mổ khác [22;40]. SEMSs được sử dụng hầu hết ở đường tiêu hóa trên và đặc biệt có giá trị trong các lỗ thủng lớn ở thực quản [20]. Có ít báo cáo sử dụng SEMSs đối với thủng đại tràng. Một SEMS che phủ đầy đủ đã được sử dụng thành công để đóng kín lỗ thủng do sự cố y khoa trong lúc nong chỗ hẹp miệng nối đại tràng [41]. Có thể cân nhắc sử dụng SEMS được che phủ đầy đủ đối với trường hợp thủng chỗ hẹp đại tràng.

Điều trị sau nội soi

Truyền kháng sinh có phổ rộng đường tĩnh mạch và nhịn ăn uống là quan trọng sau khi đóng kín lỗ thủng bằng nội soi qua lòng ruột. Bệnh nhân phải được theo dõi sát các dấu hiệu kích thích phúc mạc có sự phối hợp của phẫu thuật viên , tránh để diễn biến xấu trên lâm sàng [20,22].

Các yếu tố nguy hiểm kết hợp với sự cần thiết phải phẫu thuật của thủ thuật đóng kín lỗ thủng bằng clip nội soi trong vòng 24 giờ là lỗ thủng rộng (odds ratio [OR], 9,25; 95% CI, 1,85-46,20), Đau bụng dữ dội (OR, 4,30; 95% CI, 1,17-15,83), sốt (OR, 5,05; 95% CI, 1,05-24,28), tăng bạch cầu (OR, 6,58; 95% CI, 1,86-23,29) và một lượng khí lớn trong ổ bụng (OR, 4,05; 95% CI, 1,40- 11,71) [42]. Ngoài ra, cặp clip nội soi kéo theo các triệu chứng phúc mạc lan tràn là một yếu tố rất nguy hiểm đối với phẫu thuật [43]. Nhận biết ra thủng sớm và đóng kín ngay làm giảm khả năng nhiễm khuẩn đem lại kết quả tốt đẹp. Nếu tình trạng lâm sàng xấu đi do nhiễm khuẩn, người ta khuyên nên tư vấn phẫu thuật. Có thể quay trở lại ăn uống đường miệng sau khi hết đau và sốt, thêm ăn và có lưu thông tiêu hóa, các chỉ số viêm trên xét nghiệm trở lại bình thường (Tăng bạch cầu và tăng CRP) [22].

Đóng kín lỗ thủng đại tràng bằng clip qua nội soi có một số hạn chế. Thứ nhất, việc đánh giá đóng kín lỗ thủng sau khi đóng kín bằng clip qua nội soi là khó. Thứ hai, các biến chứng muộn (như các áp xe trong ổ bụng) có thể phát sinh do nhiễm khuẩn bên ngoài lòng ruột hoặc dò rỉ nhỏ, ngất quãng. Thứ ba, các biến cố bất lợi liên quan đến thủ thuật có thể xảy ra. Thời gian làm thủ thuật kéo dài và bơm khí tăng lên có thể làm chướng bụng nặng lên và tăng nguy cơ nhiễm trùng

trong ổ bụng. Thứ tư, việc đóng kín lỗ thủng bằng phẫu thuật nội soi sau khi cặp clip nội soi có thể bị cản trở do đã dính nhiều clip ở vị trí lỗ thủng [42].

Dụng cụ sử dụng đối với OTSC hoặc thắt dây phải được trang bị với một clip hoặc dây thắt trên nắp của ống soi, và kỹ thuật clip- vòng nội soi (endoloop-clips) phải tiến hành bằng ống soi hai kênh. Vì thế, ống soi đại tràng phải rút ra và đặt lại, nó sẽ hạn chế việc tiếp cận đến lỗ thủng ở đại tràng phải. Tuy vậy, phương pháp này vẫn khả thi vì đa số các lỗ thủng rộng trong nội soi đại tràng chẩn đoán xảy ra ở đại tràng sigma.

Kết luận

Đóng kín các lỗ thủng đại tràng do sự cố y khoa qua nội soi có thể tránh được việc nằm điều trị nội trú và phẫu thuật không cần thiết. Tuy nhiên, quyết định tiến hành đóng kín bằng nội soi, cũng như sử dụng phương pháp nào, phải xem xét tình trạng bệnh nhân, chất lượng chuẩn bị ruột, thời gian chẩn đoán, dụng cụ đang có, khả năng của bác sĩ nội soi, hình thái và kích thước của lỗ thủng.

Lào Cai, ngày 25/7/2022
Người dịch: Đinh Ngọc Dũng

Bài gốc

2020 Jan; 53(1): 29–36.

Published online 2019 Jul 3. doi: [10.5946/ce.2019.061](https://doi.org/10.5946/ce.2019.061)

PMCID: PMC7003013

PMID: [31266269](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31266269/)

Endoscopic Management of Iatrogenic Colon Perforation

[Yunho Jung](#)

[Author information](#) [Article notes](#) [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)