

PHẪU THUẬT NỘI SƠ ĐỀU TRỊ BỆNH BÉO PHỖ



TS.BS ĐỖ MINH HÙNG

BÉO PHÌ ĐẠI DỊCH CỦA THẾ KỶ 21



+



X 3 =



- ❖ Là bệnh lý mãn tính thường gặp nhất ở các nước phát triển
- ❖ Có 1 tỉ người thừa cân; 300 triệu người béo phì (BMI>30)
- ❖ Tần suất thừa cân:

• United States	64%
• Australia	61%
• Russia	54%
• United Kingdom	51%
• Brazil	36%
• Singapore	30%
• Malaysia	27%
• China	15%

- ❖ TS Nguyễn Công Khanh - Viện trưởng Viện Dinh dưỡng quốc gia: Theo tiêu chuẩn châu Á, hiện có 16,8% người từ 25- 64 tuổi ở Việt Nam thừa cân, béo phì.

OBESITY:

The percentage of the population older than 15 with a body-mass index greater than 30.

USA



31%

Mexico



24%

UK



23%

Slovak Republic



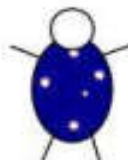
22%

Greece



22%

Australia



22%

New Zealand



21%

Hungary



19%

Czech Republic



15%

Canada



14%

Spain



13%

Ireland



13%

Germany



13%

Portugal



13%

Finland



13%

Turkey



12%

Belgium



12%

Poland



11%

Netherlands



10%

Sweden



10%

Denmark



10%

France



9%

Austria



9%

Italy



9%

Norway



8%

Japan



3%

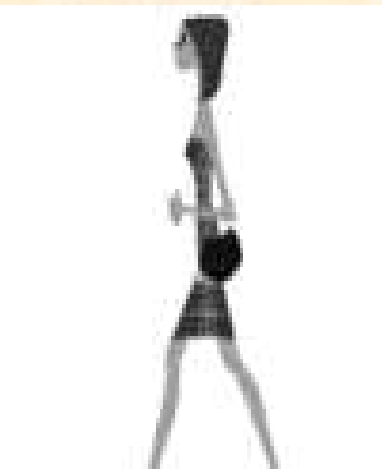
Korea



3%

BÉO PHÌ LÀ GÌ ?

- ❖ Mập mờ.
- ❖ Thân hình hoàn hảo?



Phụ thuộc thái độ phổ biến, kiểu cách và văn hóa của mỗi thời kỳ.

ĐƠN KINH NGHĨA BÉO PHỖ

LÀ TÌNH TRẠNG MÔ MỠ TÍCH TỤ QUÁ MỨC
ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE VÀ TÂM LÝ

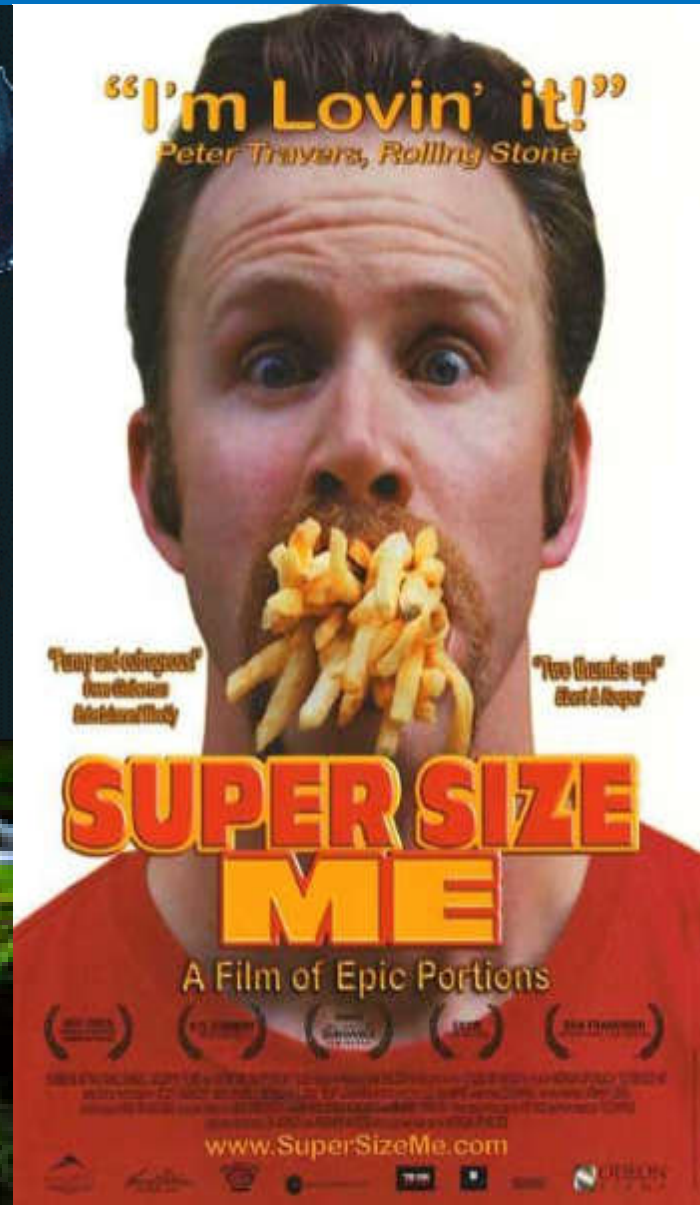
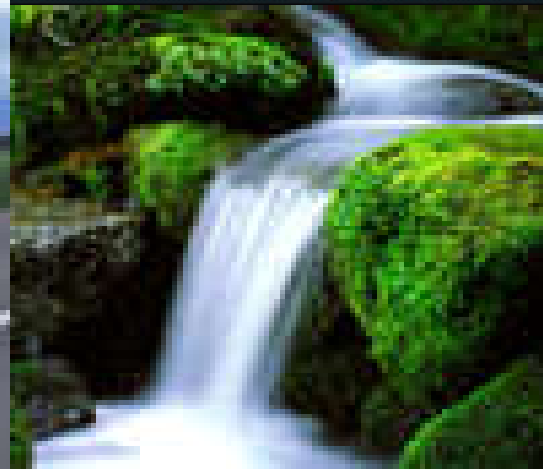
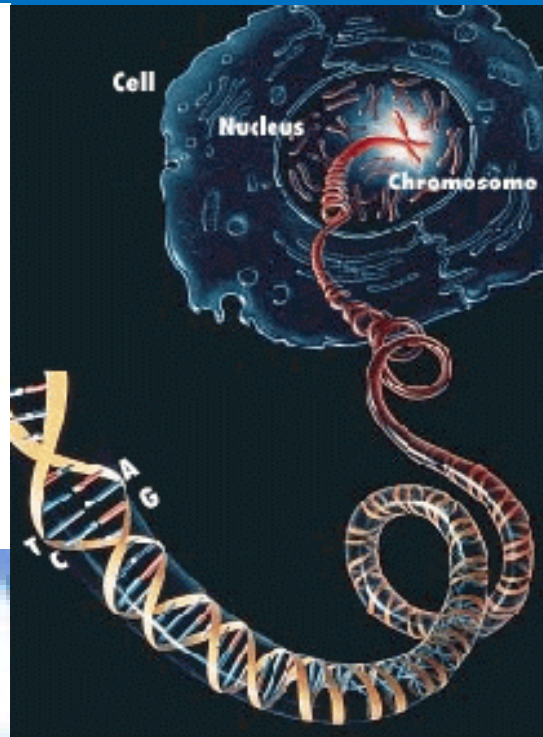


WATCH OUT!
That potbelly can kill you!

OBESITY:
Why Are
Men
Getting
Pregnant?

ALEXANDER G. SCHAUSS, PH.D.

NGUYỄN KHÂN ?



TẠI SAO CHÚNG TA TRỞ NÊN BÉO PHÌ?

- ❖ ĂN QUÁ MỨC CƠ THỂ CẦN!
- ❖ QUÁ ÍT VẬN ĐỘNG



➔ Năng lượng thừa được dự trữ dưới dạng mỡ trong cơ thể

- ❖ Ai dễ bị béo phì?

- Ít hoạt động thể lực, làm công việc ngồi lâu một chỗ
- Thói quen sử dụng thức ăn năng lượng cao
- Sống tại đô thị
- Trẻ có cha mẹ béo phì
- Tuổi trung niên
- Phụ nữ sau sinh, đặc biệt không cho con bú



CÁC KIỂU BÉO PHÌ VÀ MỨC ĐỘ NGUY CƠ

★ Béo phì trung tâm (quả táo) ★ Béo phì vùng thấp (quả lê)



★ **Béo phì ngoại biên:** mỡ tập trung ở tay chân, nách, ngực... thường ở trẻ em, nguy cơ không nhiều và có thể hồi phục nếu can thiệp đúng cách

★ **Tụ mỡ bất thường:** mỡ tập trung bất thường ở gáy, cổ... làm hình dáng mất cân đối, thường gặp trong bệnh lý tuyến nội tiết hoặc tai biến do dùng nội tiết tố. Dư hậu thường xấu

ĐƯA VÀO ĐÂU ĐỂ ĐÁNH GIÁ BÉO PHỖ ?

- ❖ CHỈ SỐ BMI
- ❖ CT SCAN
- ❖ MRI
- ❖ DEXA (dual energy x-ray absorptionmetry)
- ❖ SỐ ĐO VÒNG EO: chỉ số có ý nghĩa đến nguy cơ mắc bệnh

Degrees of Obesity

Theo WHO

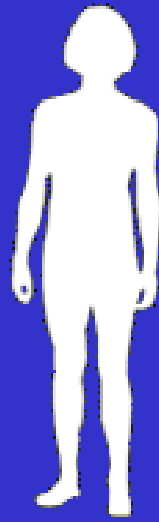
NORMAL

BMI 18.5 — 24.9



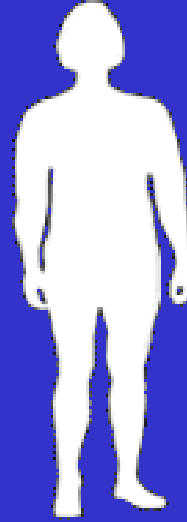
OVERWEIGHT

BMI 25 — 29.9



OBESE

BMI 30 — 34.9



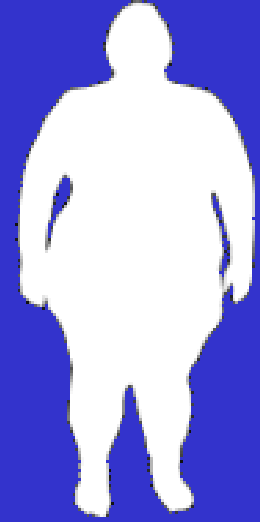
SEVERE OBESE

BMI 35 — 39.9



MORBIDLY OBESE

BMI \geq 40



Dành cho người CHÂU Á (IDI & PRO)

BMI 18.5-22.9

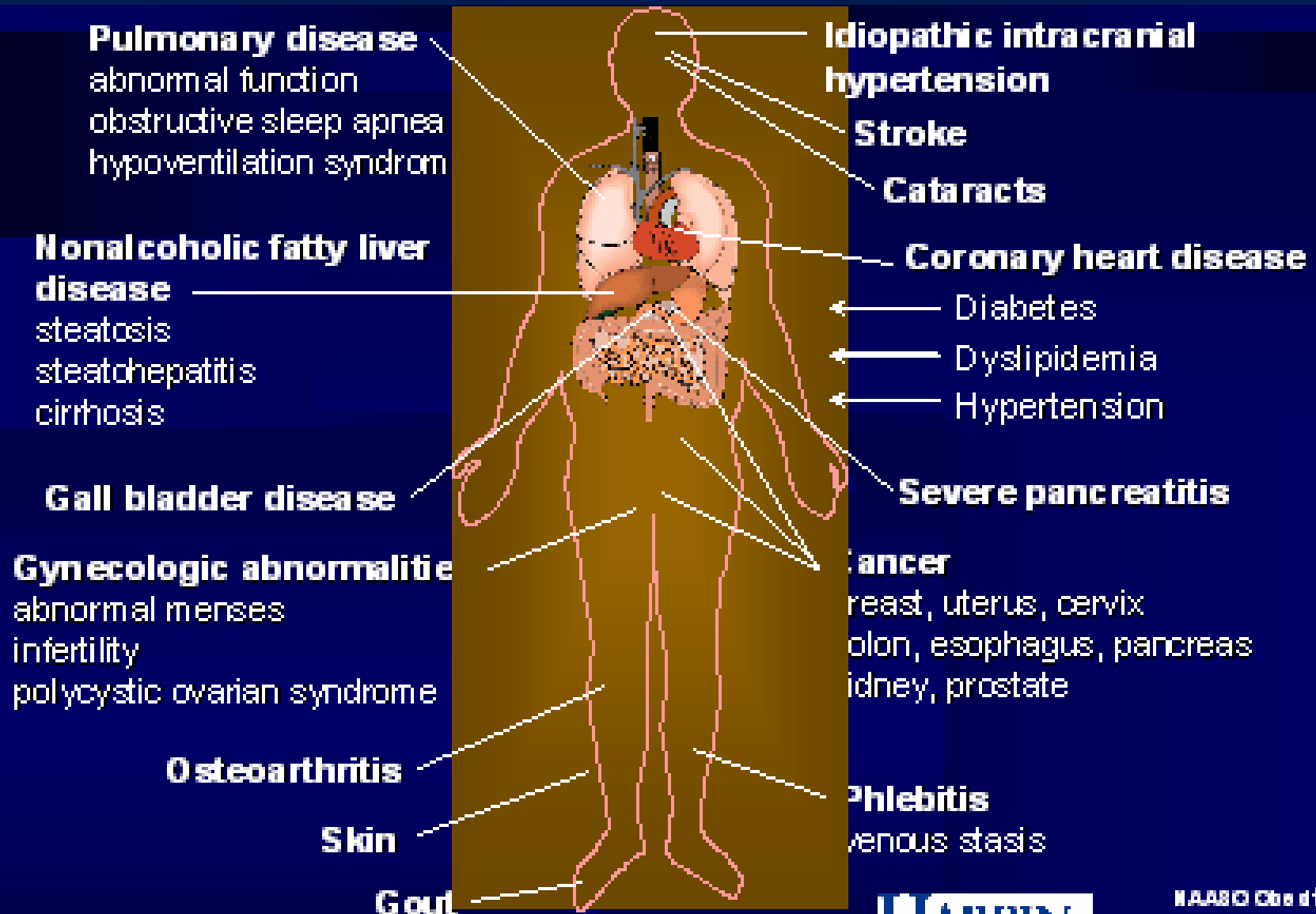
BMI 23-24.9

BMI 25-29.9

BMI 30-34.9

BMI \geq 35

TAỌ SAO BÉO PHỤ LÀ BỆNH LÝ NGUY HẠI ?



Nguy cơ bệnh liên quan BMI và số đo vòng eo.

Phân loại	BMI	Bệnh liên quan	Số đo vòng eo
			≥ 90 cm (nam) ≥ 80 cm (nữ)
Thiếu cân	$< 18,5$	Thấp	Trung bình
Bình thường	18,5- 22,9	Trung bình	Tăng
Thừa cân	23- 24,9	Tăng	Vừa
Béo phì I	25- 29,9	Vừa	Cao
Béo phì II	30-34,5	Cao	Rất cao
Béo phì III	≥ 35	Rất cao	

TẠI SAO NGƯỜI CHÂU Á CÓ NGUY CƠ CAO ?

- ❖ Với cùng BMI, lượng mỡ cơ thể ở người châu á cao hơn người châu phi và da trắng.
- ❖ Các nghiên cứu cho thấy lượng mỡ ở người châu á cao hơn 3-4%

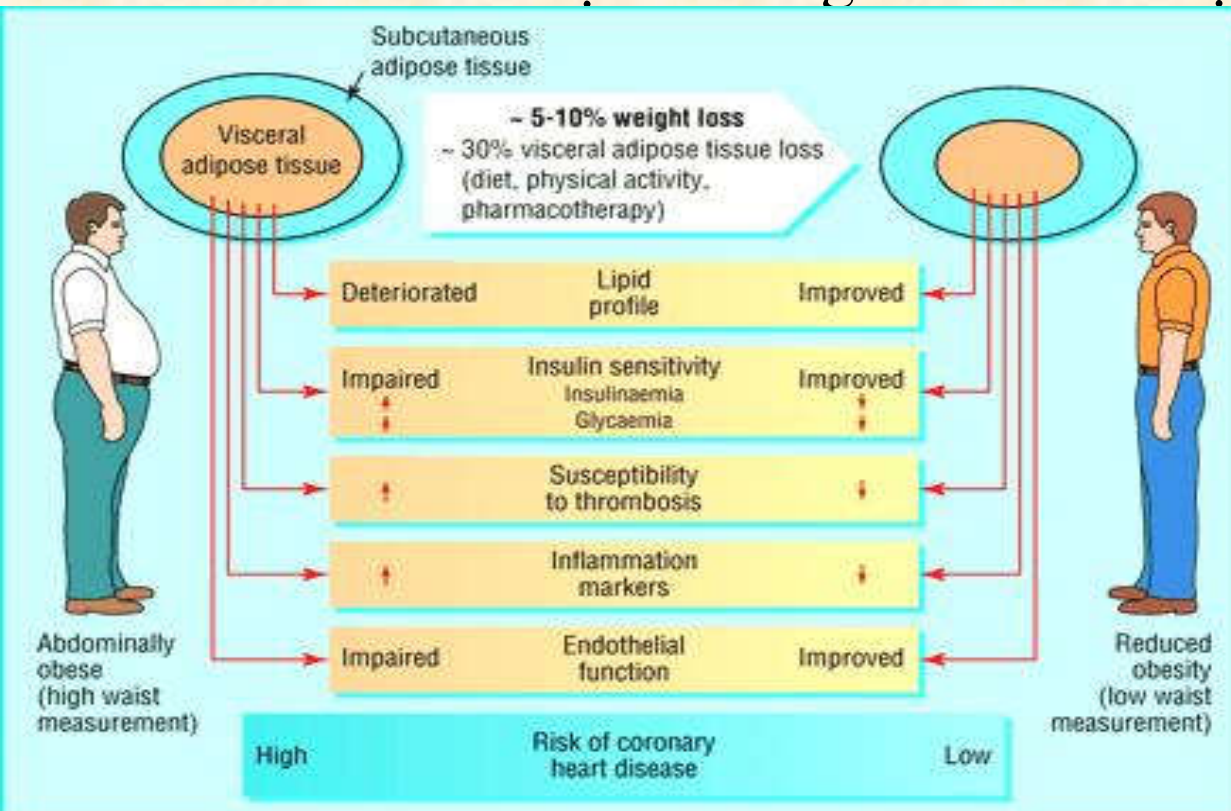




Tỉ lệ tử vong biến chúng cao

➔ Người béo phì phải giảm cân :

- Để tránh những yếu tố nguy cơ bệnh kết hợp.
- Nếu đã bệnh, giảm cân sẽ làm giảm tiến triển của bệnh.
- Cải thiện chất lượng cuộc sống
- Cải thiện mối quan hệ cá nhân
- Kéo dài tuổi thọ và năng suất làm việc



SAY GOODBYE TO OBESITY

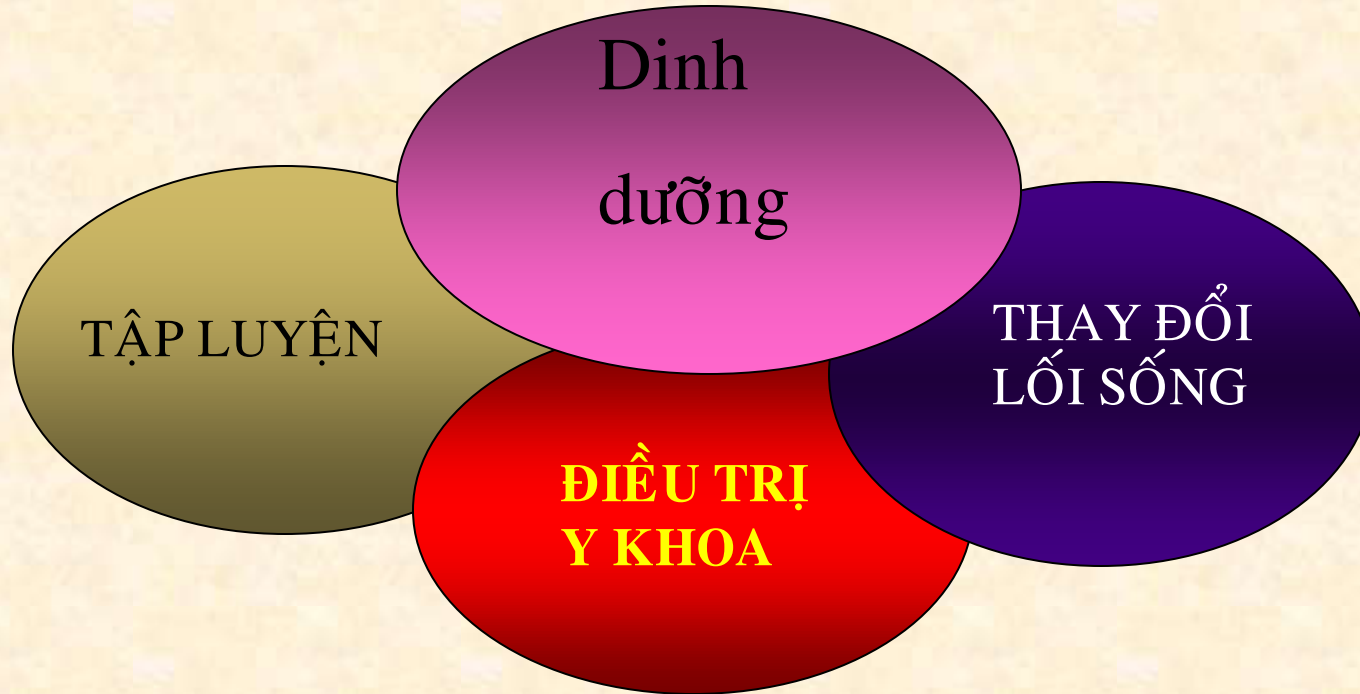
Lap band Laparoscopic surgery is a minimally invasive procedure that is reversible.

Lap band is the only tool for perminate weight loss.

Claudette Tapocik & Marie Alkire, Ph.D

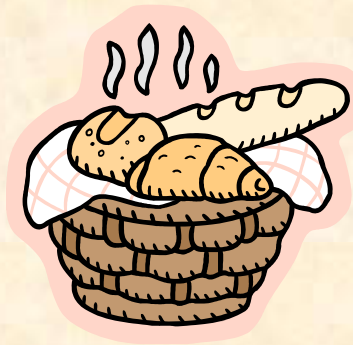
The advertisement features a woman on the right and a man on the left, both wearing clothing that is significantly larger than their current bodies, illustrating the concept of weight loss. The text is set against a bright yellow background.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ NGƯỜI BÉO PHỤ TRỞ LẠI CÂN NẶNG LÝ TƯỞNG ?



- ❖ Giảm lượng thức ăn đưa vào
- ❖ Tăng cường vận động

KHỚ THỜ DỄ HƠN LÀM



hamburger
500 calories



7-8km

**Không có bất kỳ một loại thuốc hay phương pháp điều trị
hiện có nào là 1 phép màu cả → **Nỗ lực bản thân****

GIẢM ĐẾN MỨC NÀO ?

MỤC TIÊU LÝ TƯỞNG LÀ GIẢM BMI <23

- ❖ Giảm 10-15% cân thừa ban đầu để giảm các nguy cơ (giảm HA, ĐH...)
- ❖ Nói chung, giảm 50-70% cân thừa và duy trì >2 năm là mục tiêu chúng ta nên nhắm đến.
- ❖ Chỉ có điều trị phẫu thuật mới đạt được mục tiêu này ít nhất là 60-70% bệnh nhân (chỉ 3-5% điều trị bằng dinh dưỡng, vận động đạt kết quả)

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GIẢM CÂN ĐƯỢC XEM LÀ THÀNH CÔNG KHI GIẢM ĐƯỢC $\geq 50\%$ CÂN THỪA (EBW) VÀ DUY TRÌ ≥ 5 NĂM

PHẪU THUẬT KH9 KÀO ?

- ❖ Béo phì ít nhất là 5 năm
- ❖ Khi tất cả những nỗ lực bản thân và điều trị nội khoa thất bại (ít nhất > 1 năm)
- ❖ Khi những nguy cơ do bệnh lý kết hợp cao hơn những nguy cơ do phẫu thuật gây ra trên bệnh nhân béo phì
- ❖ Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - BMI > 35 (>40)
 - BMI > 30 (>35) kèm bệnh lý kết hợp
- ❖ Tuổi 18-55 (65)

CHỌN LỰA PHẪU THUẬT GỠ ?

Gastric banding(GB)



FIGURE 2
JUUUNO-ILEAL
BYPASS (JIB)
END-TO-SIDE (PAYNE)



VERTICAL BANDING
GASTROPLASTY (VBG)



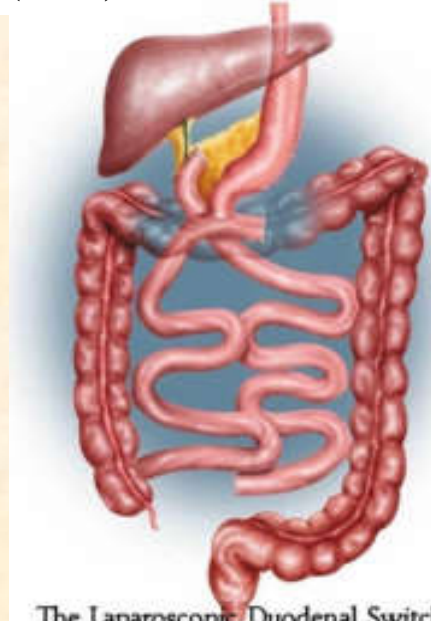
FIGURE 1
JEJUNO-COLIC
BYPASS



Sleeve gastrectomy
(SG)



Gastric Bypass Roux-en-Y
(GBR-Y)



The Laparoscopic Duodenal Switch

NHÓM 9: MALABSORBITION

- ❖ Kremen & Linner: BARIATRIC SURGERY 1954
- ❖ Payne, DeWind et al. 1963
- ❖ Payne and DeWind 1969
- ❖ Scott, Dean et al. 1973

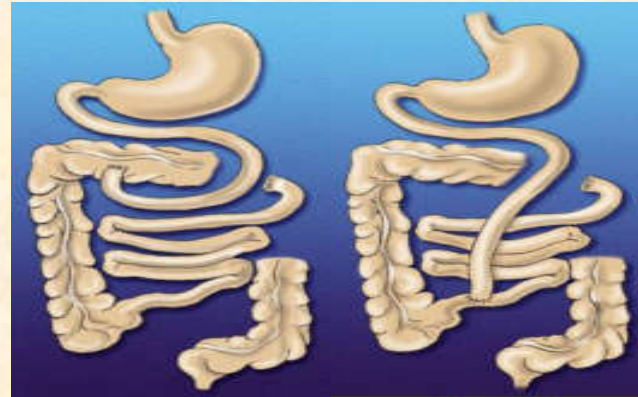


FIGURE 1
JEJUNO-COLIC
BYPASS

FIGURE 2
JEJUNO-ILEAL
BYPASS (JIB)
END-TO-SIDE (PAYNE)



John H. Linnear
MD, FACS
Past President
ASBS



FIGURE 3
JEJUNO-ILEAL
BYPASS (JIB)
END-TO-END (SCOTT)

RỐI LOẠN DINH DƯỠNG
NẶNG NỀ

➔ QUÊN LÃNG

NHÓM 99: RESTRICTIVE PROCEDURE

GASTRIC BANDING (GB)

- ❖ Molina (The United State) & Kolle (in Norway)
- ❖ Kuzmak (New Jersey), 1990
- ❖ Thường được thực hiện ở châu âu và úc (60%)
- ❖ Ít xâm hại nhất vì không cắt DD, ruột
- ❖ Giảm cân thừa 40-55%, duy trì trong hơn 2 năm; không bằng DS và GBR-Y nhưng dễ thực hiện và ít tai biến hơn
- ❖ Nếu thất bại có thể chuyển sang các phẫu thuật khác dễ dàng hơn
- ❖ Cơ chế giảm cân:
 - Giới hạn thức ăn đưa vào
 - Giảm sự thèm ăn
 - Tiêu hóa chậm



FIGURE 15
NON-ADJUSTING
GASTRIC BANDING



FIGURE 16
ADJUSTABLE GASTRIC
BAND "LAP BAND"
(KUZMAK)



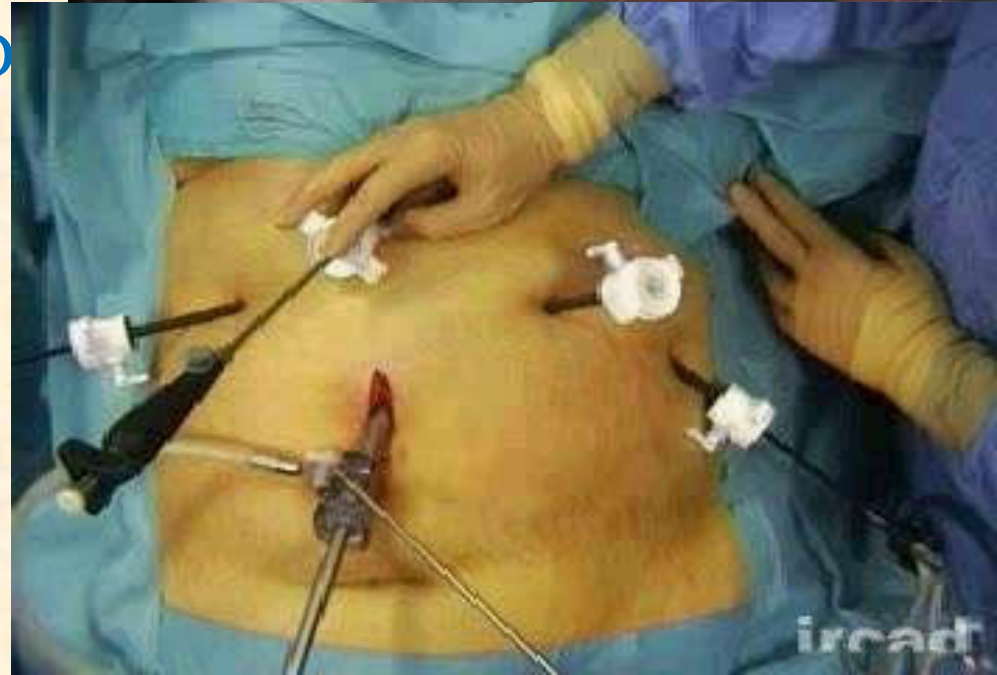
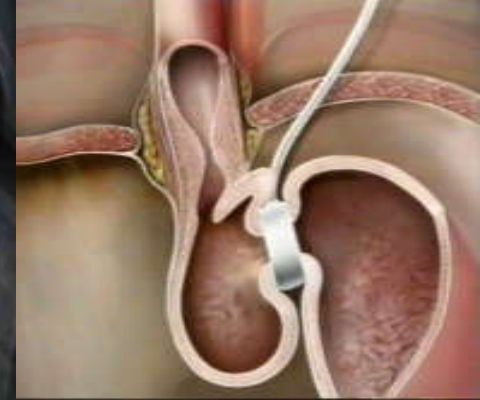
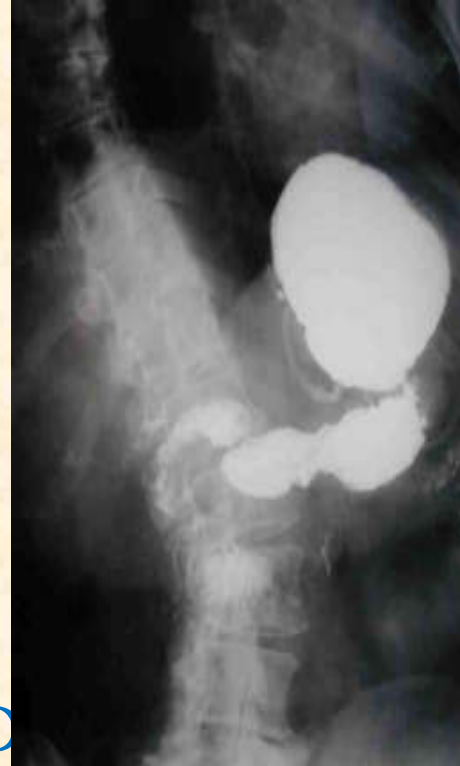
BIẾN CHỨNG

Phẫu thuật:

- ❖ tổn thương lách, thực quản
- ❖ Nhiễm trùng vết mổ

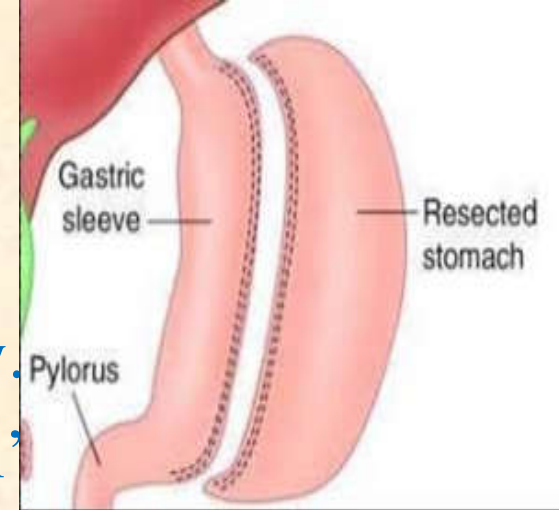
Muộn:

- ❖ Giãn túi dạ dày
- ❖ Trượt vòng thắt
- ❖ Vòng thắt ăn mòn thành DD
- ❖ Hẹp đường xuống của DD
- ❖ Xì/dò Reservoir
- ❖ Ới dai dẳng
- ❖ Trào ngược...



SLEEVE GASTRECTOMY (SG)

- ❖ Hess 1988, kết hợp BPD (Scopinaro) và duodenal switch (DeMeester, 1987)
- ❖ Partial, longitudinal và vertical gastrectomy. Phần DD còn lại: 'banana' hay 'half moon'
- ❖ Ngày càng được thực hiện nhiều, như 1 phẫu thuật duy nhất; thực hiện nhiều ở Hàn Quốc.
- ❖ Bảo tồn được môn vị; không có cắt ruột → Cơ chế tiêu hóa bình thường được bảo tồn.
- ❖ EWL 45-55% trong 6-12 tháng so với lap band
- ❖ Nếu thất bại thì xem như thì 1 của DS, GBR-Y
- ❖ Cơ chế giảm cân: - Giảm kích thước DD → giảm sự căng giãn → D đầy bụng nhanh hơn → tăng cảm giác no và giảm cảm giác thèm ăn.
 - Giảm thèm ăn do giảm Ghrelin



THUẬN LỢI

- ❖ ↓ kích thước DD nhưng không mất chức năng
- ❖ Môn vị được bảo tồn → ngừa HC dumping
- ❖ Chỉ cần nằm viện 1 ngày
- ❖ Là PT thì đầu hiệu quả cho những BN giảm béo phì
- ❖ Hiệu quả cho những BN như Crohn ...(CCD bypass)
- ❖ Có thể thực hiện PTNS/ BN > 500 lbs
- ❖ Không cần vòng thắt điều chỉnh
- ❖ Không có bất kỳ 1 vấn đề nào về kém hấp thu

BẤT LỢI

- ❖ Nguy cơ BC của stapler
- ❖ Không thể đảo ngược

Laparoscopic Sleeve Gastrectomy

For Morbid Obesity



Dennis C. Smith, Jr., MD, FACS

The Advanced Obesity Surgery Center

Marietta, GA

VERTICAL BANDING GASTROPLASTY(VBG)

- ❖ Mason 1982
- ❖ Theo tác giả EWL 54%/3 năm
- ❖ Các NC mới đây: EWL chỉ 10-15%

BIẾN CHỨNG

- ❖ Dò
- ❖ Hẹp đường xuống do xơ hóa gây nôn dai dẳng nếu không điều trị sẽ gây tổn thương thần kinh
- ❖ Loét
- ❖ An môn dải băng vào thành DD
- ❖ Giãn túi thừa DD...



Edward E. Mason
MD, PhD, FACS
Founder & Past President
ASBS

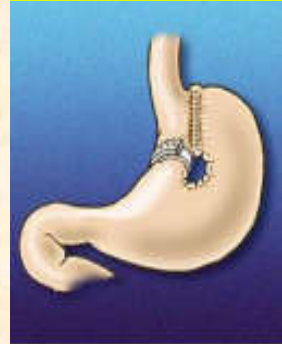


FIGURE 13
VERTICAL BANDED
GASTROPLASTY
(MASON)

NHÓM 999: RESTRICTIVE + MALABSORBITIVE

GASTRIC BYPASS Mason and Ito



Edward E. Mason
MD, PhD, FACS
Founder & Past President
ASBS



FIGURE 6
GASTRIC BYPASS WITH
LOOP GASTROJEJUNOSTOMY



FIGURE 7
GASTRIC BYPASS WITH
LESSER CURVE
POUCH AND ROUX-EN-Y



FIGURE 8
TRANSECTED ROUX-EN-Y
GASTRIC BYPASS



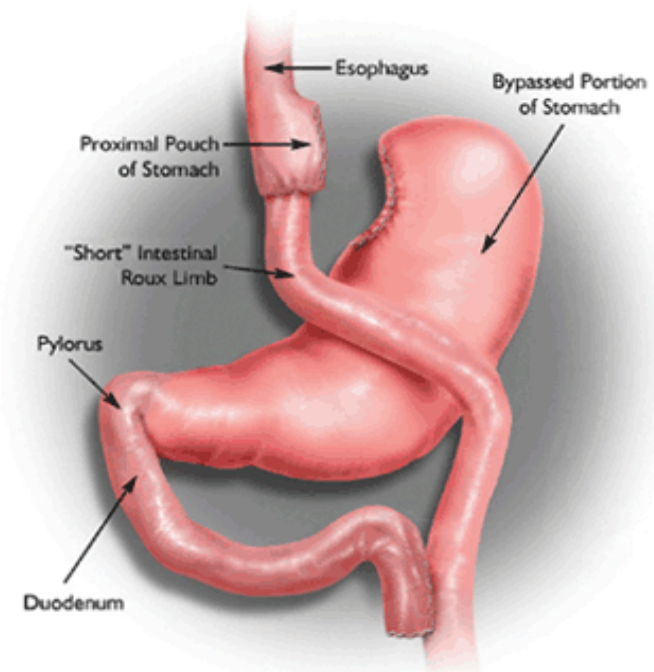
FIGURE 9
LONG LIMB
GASTRIC BYPASS



FIGURE 10
LAPAROSCOPIC
GASTRIC BYPASS

- ❖ GBR-Y (gastric bypass Roux-en-Y) được chấp nhận rộng rãi nhất trong những thập niên qua và được thực hiện nhiều nhất ở Mỹ (70%)
- ❖ GBR-Y: KQ lâu dài 10-14 năm cho thấy EWL 70-75%

Roux-en-Y Gastric Bypass



Biliopancreatic Diversion with Duodenal Switch (BPD/DS)

- ❖ **Biliopancreatic diversion(BPD). Nicola Scopinaro, Gianetta 1996**
- ❖ Hess 1992 lần đầu tiên báo cáo. **BPD/DS: Biron et al, 1993**

The Laparoscopic Sleeve Gastrectomy with Duodenal Switch procedure (DS)

- ❖ DS giảm EBW 80-85%

→ Kết quả giảm cân dư tốt hơn nhưng rối loạn về dinh dưỡng nhiều hơn

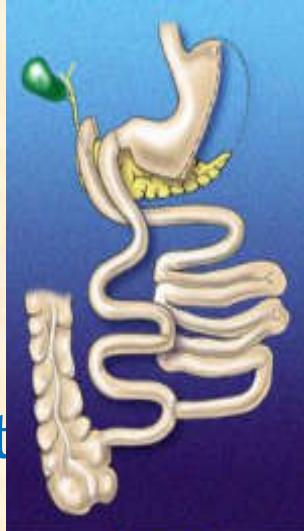
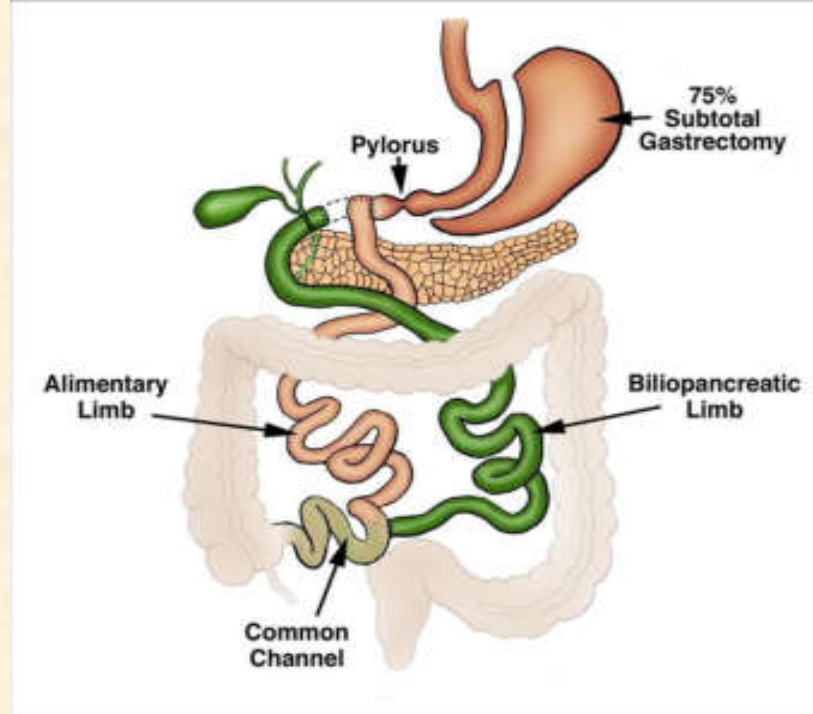


FIGURE 5
BILIOPANCREATIC
DIVERSION (BPD) WITH
DUODENAL SWITCH
(HESS/MARCEAU)



Listing of complications of BPD/DS

- Deep vein thrombophlebitis 0.7%
- Non-fatal pulmonary embolus 0.5%
- Pneumonia 0.5%
- Acute respiratory distress syndrome 0.25%
- Splenectomy 0.9%
- Gastric leak and fistula 2.0%
- Duodenal leak 1.5%
- Distal Roux-en-Y leak 0.25%
- Postoperative bleeding 0.5%
- Abscess unrelated to leaks 0.25%
- Duodenal stomal obstruction 0.75%
- Small bowel obstruction 2.0%

Listing of complications following gastric bypass:

Early:

- Leak
- Acute gastric dilatation
- Roux-Y obstruction
- Atelectasis
- Wound Infection/seroma

Late:

- Stomal Stenosis
- Anemia
- Vitamin B12 deficiency
- Calcium deficiency/osteoporosis

Đòi hỏi kỹ thuật cao hơn và tốn kém hơn


Great cut, great surgeon !?!

*Phẫu
thuật
nội soi?*



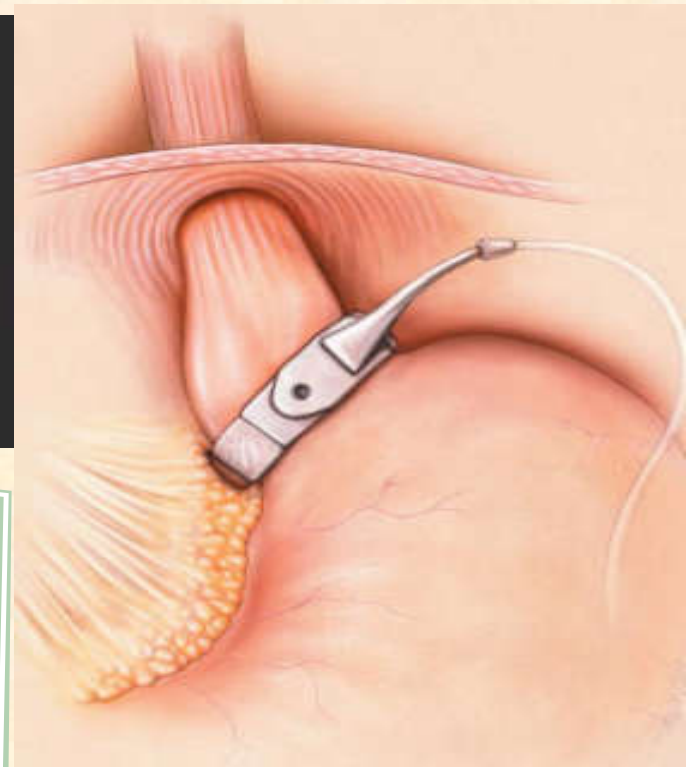
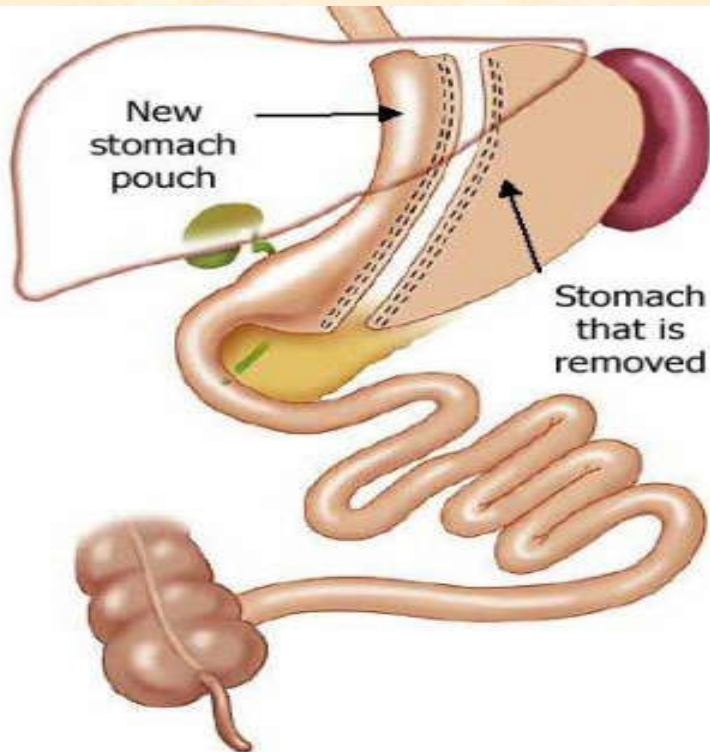
From Pr. N Basoo

- ❖ 1991: PTNS điều trị béo phì lần đầu tiên
- ❖ 2003: 2/3 các pp trên đã được thực hiện qua PTNS trên toàn thế giới
- ❖ 2005: 90% các phương pháp điều trị béo phì đều được thực hiện qua nội soi

 Vai trò của PT ít xâm hại trong điều trị bệnh lý béo phì ngày nay

NÊN CHỌN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NÀO TẠI BỆNH VIỆN BỒNH DÂN

- ❖ BV Việt Đức, Chợ rẫy đã thực hiện điều trị bệnh lý béo phì bằng pp GB
- ❖ Nếu thực hiện chúng ta nên dùng pp nào: GB hay SG?



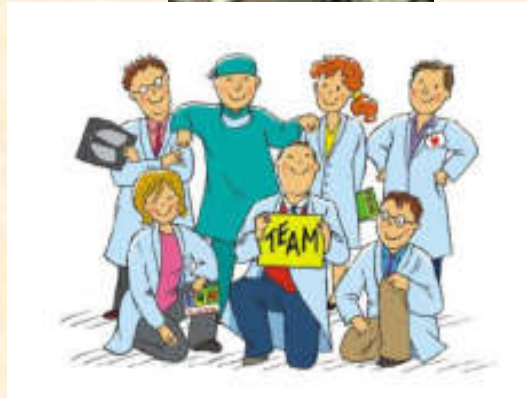
Sleeve gastrectomy

- ❖ Môn vị được bảo tồn: như 1 vòng thắt tự nhiên
- ❖ Stapler (khoảng 3-5). Có hầu hết ở các bv lớn



- ❖ Khoảng 20 triệu

- ❖ Ít hơn



- ❖ Ít BC hơn
- ❖ Không thể đảo ngược
- ❖ EWL 45-55%/6-12 tháng

Gastric banding

- ❖ Vòng thắt nhân tạo
- ❖ Vòng thắt điều chỉnh được. Hàng xách tay

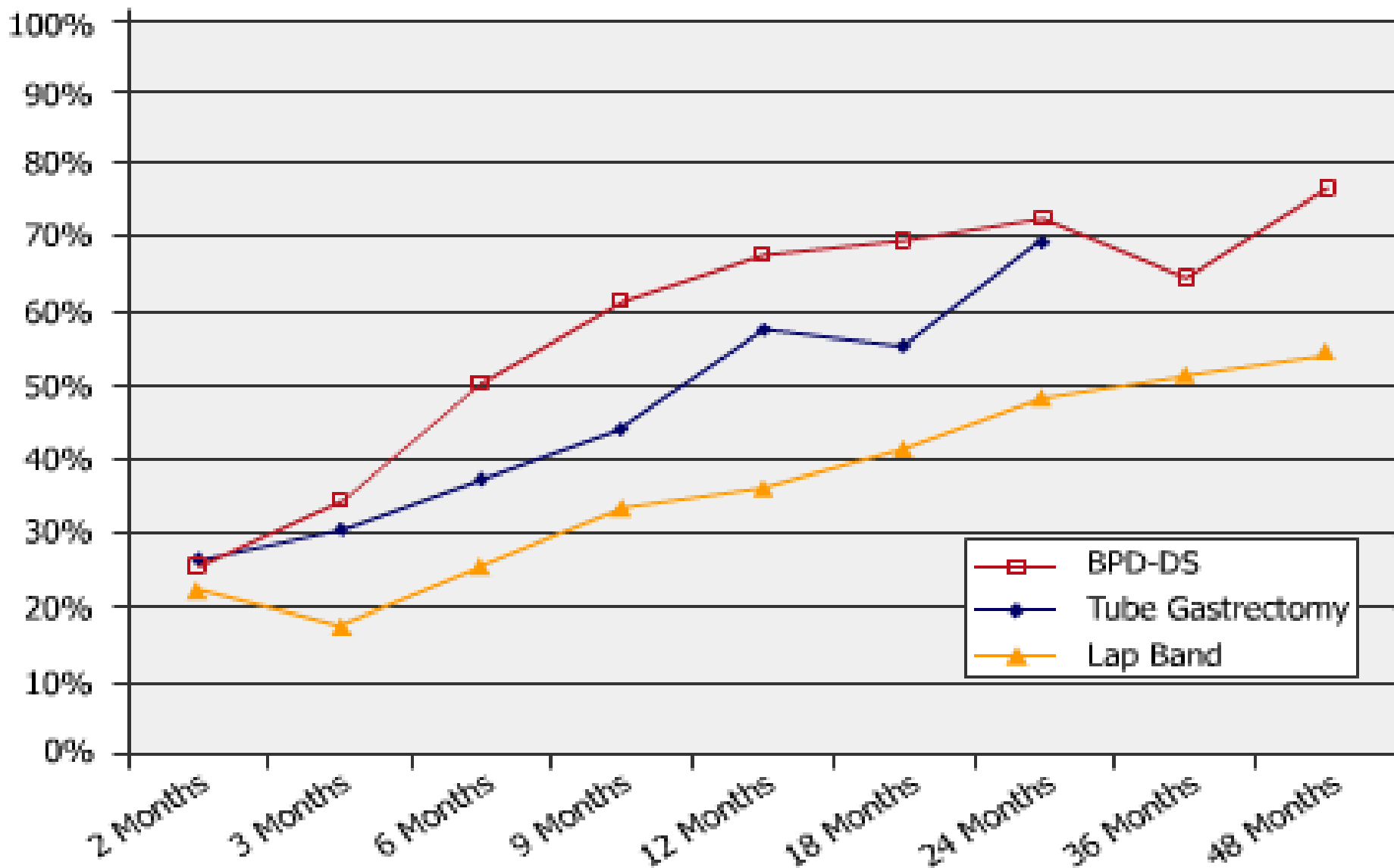


- ❖ Ít nhất trên 60 triệu

- ❖ Phải đầy đủ

- ❖ Nhiều BC hơn
- ❖ Có thể đảo ngược
- ❖ EWL 40-55%/ hơn 2 năm

"% Excess Weight Loss."



* These are the results obtained at "**Mercy bariatrics**" over the last 4 years

GASTRƠC BALLOON

- ❖ Giới thiệu lần đầu tiên 1982, đến 1987 được chấp thuận ở châu âu
- ❖ Chỉ định:
 - BMI \geq 30 (35) cần giảm cân trước PT (tranh cãi)
 - BMI 25-34 (30-39) kèm các bệnh lý nguy cơ
 - 18-60
- ❖ CCD:
 - Bất kỳ viêm nhiễm đường tiêu hóa trên; những bệnh lý XH (varices); Thoát vị hoành lớn
 - Bất thường bẩm sinh hay mắc phải đường TH trên
 - Tâm thần; nghiện rượu, ma túy; tiền sử phẫu thuật DD-ruột; dùng thuốc Aspirin, non-steroid, kháng đông kéo dài; mang thai



❖ Biến chứng:

- Hít dịch vào đường HH... Căng tức vùng TV, buồn nôn, ói trong # 2 tuần đầu
- Tổn thương thực quản DD do tổn thương trực tiếp bởi dụng cụ đặt bóng hoặc do chính bóng làm tăng acid DD dẫn đến loét, đau, xuất huyết, thủng.
- Nhiễm trùng sau rút bóng
- Tắt ruột

❖ Thời gian nằm viện: $\geq 2-4j$

❖ Rút bóng: # 6ms



KẾT LUẬN

PHẪU THUẬT LÀ PP ĐIỀU TRỊ CUỐI CÙNG CHO BỆNH LÝ BÉO PHÌ. Tuy nhiên

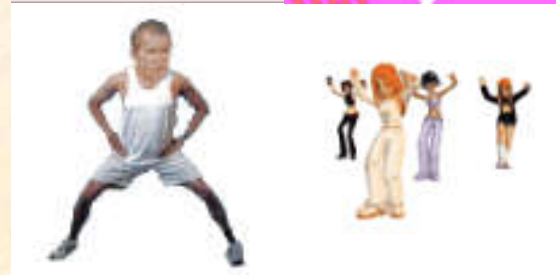
- ❖ Chỉ là pp điều trị góp phần vào 'cuộc chiến' giảm béo của bệnh nhân
- ❖ Chế độ ăn đúng sau phẫu thuật
- ❖ Vận động



TỐT NHẤT ĐỪNG ĐỂ BÉO PHÌ



Cần làm gì để tránh béo phì? →



Xin cảm ơn!

27.9.81

Sự khác biệt giữa hai thuốc giảm cân được FDA cho phép sử dụng lâu dài :

Đặc tính	ORLISTAT	SIBUTRAMINE
Nơi tác động	Tại ruột	Thần kinh trung ương
Đối tượng dùng	Người lớn, thiếu niên	Người lớn
Thận trọng	Dùng thêm vitamin	Phải theo dõi huyết áp
Chống chỉ định	Ít	Nhiều
Nhóm gây nghiện	Không	Nhóm IV (DEA)
Tác dụng phụ	Tiêu hóa	Tăng HA, nhịp tim
Tương tác	Rất ít thuốc	Nhiều thuốc
Thời gian sử dụng	2 năm	1 năm
Thời gian nghiên cứu	4 năm	2 năm