

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Quân y 103

Nguyễn Văn Tiệp, Nguyễn Trọng Hòa, Vũ Ngọc Viên, Phạm Nguyễn Nghĩa Đô

Học viện Quân y, Bệnh viện Quân y 103

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Văn Tiệp,

Học viện Quân y, Bệnh viện Quân y 103

Số 261 Đ. Phùng Hưng, P. Phúc

La, Hà Đông, Hà Nội

Điện thoại: 0382 825 589

Email: chiductam@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/01/2023

Ngày chấp nhận đăng:

25/5/2023

Ngày xuất bản: 15/3/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Quân y 103.

Đối tượng và phương pháp: mô tả hồi cứu trên 165 người bệnh (NB) thủng ổ loét hành tá tràng được phẫu thuật nội soi ổ bụng khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng từ 5/2019 đến 8/2022.

Kết quả: Tuổi trung bình: $53,5 \pm 18,0$ tuổi (12-102 tuổi), nam/nữ: 4,15/1. Lâm sàng: 100% người bệnh có đau bụng, tính chất đau bụng đột ngột, dữ dội: 85,5%, bụng co cứng như gỗ là 83,6%, tiền sử viêm loét dạ dày tá tràng: 42,4%. Hình ảnh khí trong ổ bụng trên XQ ổ bụng không chuẩn bị gặp 81,8%. 18 NB cần chụp CLVT ổ bụng với tỷ lệ phát hiện khí trong ổ bụng là 100%. Tổn thương trong mổ: ổ loét xơ chai: 57,6%, ổ loét non: 42,4%. Khâu mỗi chữ X được thực hiện ở đại đa số ổ loét non (69/70 NB) và ổ loét kích thước < 1cm (137/165 NB), khâu mỗi đơn thực hiện với ổ loét kích thước ≥ 1 cm (22/28 NB). Kết quả sau mổ: thời gian trung tiện: $3,3 \pm 1,3$ ngày, thời gian ăn đường tiêu hóa: $5,6 \pm 1,8$ ngày, thời gian nằm viện trung bình sau mổ: $5,1 \pm 2,4$ ngày. Biến chứng rò vị trí khâu 3%, nhiễm trùng vết mổ 2,4%, tử vong 0%.

Kết luận: Thủng ổ loét hành tá tràng là một cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp, phẫu thuật nội soi ổ bụng khâu lỗ thủng ổ loét là phương pháp điều trị hiệu quả, cho kết quả tốt thường được áp dụng.

Từ khóa: Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, viêm phúc mạc, cấp cứu bụng ngoại khoa

Evaluating the results of laparoscopic repair of perforated peptic ulcer at Military Hospital 103

Nguyen Van Tiep, Nguyen Trong Hoe, Vu Ngoc Vien, Pham Nguyen Nghia Do

Vietnam Military Medical University, Military Hospital 103

Abstract

Introduction: Reviewing the clinical and paraclinical characteristics and evaluating the results of laparoscopic repair of perforated peptic ulcer at Military Hospital 103.

Patients and methods: Retrospective clinical description of 165 patients with perforated peptic ulcer who underwent laparoscopic repair from May 2019 to August 2022.

Results: The mean age was 53.5 ± 18.0 years old (12-102 years old), male/female was 4.15/1. Clinical characteristics: 100% of patients had abdominal pain, sudden and severe abdominal pain was 85.5%, abdominal rigidity accounted for 83.6%, and a history of peptic ulcer disease was in 42.4%. The air crescent sign under the diaphragm was found on an abdominal plain film in 81.8%. In 18 patients undertaken an abdominal CT scan, the detective rate of free air was 100%. Intraoperative lesions include callus ulcers in 57.6% and new ulcers in 42.4%. X-suture was performed in most new ulcers (69/70 patients) with an ulcer size $< 1\text{cm}$ (137/165 patients), and single suture for ulcer size $> 1\text{cm}$ (22/28 patients). Postoperative results: flatulence occurred back was 3.3 ± 1.3 days, enteral feeding time was 5.6 ± 1.8 days, and mean hospitalization stay was 5.1 ± 2.4 days. Postoperative complications included fistula 3%, wound infection 2.4%, and no mortality was observed.

Conclusion: Perforated peptic ulcer is a typical surgical emergency. Laparoscopic repair is an effective treatment method with good results.

Keywords: duodenal ulcer, ulcer perforation, laparoscopic surgery.

Đặt vấn đề

Thủng ổ loét dạ dày – tá tràng là một cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp, chiếm từ 5 -10 %, đứng hàng thứ 3 trong cấp cứu bụng ngoại khoa, đứng thứ 2 trong viêm phúc mạc thứ phát sau viêm ruột thừa cấp. Bệnh thường gặp ở đàn ông từ 30 – 40 tuổi và hay xảy ra vào mùa lạnh đặc biệt khi có sự thay đổi thời tiết. Hơn 90% trường hợp là thủng ổ loét hành tá tràng [1],[2],[3]. Thủng ổ loét hành tá tràng thường dễ chẩn đoán vì đa số trường hợp có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng điển hình. Với sự phát triển ngày càng nhiều các loại thuốc điều trị viêm loét dạ

dày tá tràng như thuốc ức chế bơm Proton, thuốc ức chế thụ thể H2 histamin cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi thì phẫu thuật nội soi ổ bụng khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng là sự lựa chọn đầu tiên và hiệu quả nhất để điều trị bệnh thủng ổ loét hành tá tràng [4]. Nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng điều trị thủng ổ loét hành tá tràng tại bệnh viện Quân y chúng tôi nghiên cứu đề tài này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

Mô tả hồi cứu, thời gian từ 5/2019 đến 8/2022.

Thu thập thông tin từ bệnh án gốc vào mẫu bệnh án nghiên cứu. Đặc điểm chung bao gồm tuổi và giới tính, tiền sử nội ngoại khoa. Đặc điểm lâm sàng: thời gian từ khi thủng đến khi mổ, dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng chính (Xquang, siêu âm, cắt lớp vi tính. Kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, tình trạng và kích thước ổ loét thủng, tình trạng ổ bụng, phương pháp khâu lỗ thủng (khâu đơn thuần, mũi rời hay chữ X), lượng dịch rửa, số lượng và vị trí dẫn lưu, tai biến trong mổ và diễn biến, biến chứng sau mổ.

Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

Người bệnh được chẩn đoán thủng ổ loét hành tá tràng sau mổ, được phẫu thuật nội soi ổ bụng khâu lỗ thủng

Hồ sơ bệnh án đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh thủng ổ loét hành tá tràng được điều trị bằng phương pháp khác (như dẫn lưu Newmann, cắt dạ dày)

Thông tin hồ sơ bệnh án không đầy đủ

Xử trí số liệu

Các số liệu được tập hợp, xử lý trên phần mềm Excel với các thuật toán thống kê.

Đạo đức nghiên cứu

Thông tin về bệnh tật của người bệnh được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu

Nghiên cứu 165 người bệnh thủng ổ loét hành tá tràng được điều trị phẫu thuật có kết quả như sau:

Đặc điểm chung người bệnh

Tuổi trung bình: $53,5 \pm 18,0$ tuổi, nhỏ nhất là 12 tuổi cao nhất là 102 tuổi, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 40 – 60 chiếm 47,3%, người bệnh > 80 tuổi chiếm 8,5%.

Nam: 133 NB (80,6%); nữ: 32 NB (19,4%), nam/nữ: 4,15/1

Thời gian biểu hiện bệnh trước vào viện trung bình là: $8,3 \pm 4,5$ giờ (2- 72h)

Người bệnh vào viện trước 6h chiếm 53,9%, số người bệnh đến muộn sau 24h chiếm tỷ lệ nhỏ 10,3%.

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (n=165)

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Người bệnh	%	
Người bệnh có tiền sử viêm, loét dạ dày tá tràng	70	42,4	
Đau bụng thượng vị tăng dần	18	10,9	
Đau bụng	Đau bụng thượng vị đột ngột, dữ dội	141	85,5
	Đau khắp thành bụng	132	80,0
Bụng cơ cứng như gỗ	138	83,6	
Mất diện đục trước gan	71	43,0	
Mạch > 100 ck/phút	26	15,8	
Hình ảnh khí trong ổ bụng trên phim chụp XQ ổ bụng không chuẩn bị (n=165)	135	81,8	
Hình ảnh khí trong ổ bụng trên phim chụp XQ ổ bụng có bơm hơi dạ dày (n=18)	16	88,9	
Siêu âm (n=165)	Dịch ổ bụng	112	67,9
	Khí trong ổ bụng	47	28,5
Cắt lớp vi tính ổ bụng (n=18)	Dịch ổ bụng	18	100,0
	Khí trong ổ bụng	18	100

Phương pháp điều trị và kết quả

Bảng 2: Đánh giá tổn thương trong mổ (n=165)

Đánh giá tổn thương trong mổ	Người bệnh	%	
Ổ loét	Non	70	42,4
	Xơ chai	95	57,6
Dịch ổ bụng	Dịch dưới gan	165	100,0
	Dịch douglas	162	98,2
	Dịch hố lách	113	68,5
Kích thước ổ loét	< 1 cm	137	83,0
	1 – 2 cm	22	13,3
	> 2 cm	6	3,6
Vị trí lỗ thủng	Mặt trước hành tá tràng	165	100

Bảng 3: Phương pháp điều trị (n=165)

Phương pháp xử trí lỗ thủng	Tính chất ổ loét n(%)		Kích thước ổ loét n(%)			Tổng số
	Loét non	Loét xơ chai	< 1cm	1-2 cm	> 2cm	
Khâu mỗi chữ X	69 (98,5%)	74	137 (100%)	6	0	143
Khâu mỗi đơn	1	21	0	16	6	22
Khâu 1 lớp	67	67	132 (96,4%)	2	0	134
Khâu 2 lớp	3	28	5	20	6	31
Tổng số	70 (100%)	95 (100%)	137 (100%)	22 (100%)	6 (100%)	165 (100%)

Lượng dịch rửa trong mổ: $5,4 \pm 1,3$ lít dịch rửa

Số lượng dẫn lưu ổ bụng: 2 dẫn lưu (dưới gan + Douglas): 58NB (35,1%), 3 dẫn lưu (dưới gan + Douglas + hố lách): 107 NB (64,9%)

Thời gian phẫu thuật trung bình là $71,2 \pm 27,8$ phút (30 -200)

Thời gian trung tiện: $3,3 \pm 1,3$ ngày (1-7). Thời gian rút sonde dạ dày: $4,2 \pm 1,5$ ngày (2-9). Thời gian cho ăn qua đường miệng: $5,6 \pm 1,8$ ngày (4-14). Thời gian rút toàn bộ dẫn lưu ổ bụng: $5,2 \pm 2,1$ ngày(2-17). Thời gian nằm viện: $6,7 \pm 2,2$ ngày (2-18).

Biến chứng sau mổ

Nhiễm trùng vết mổ 4 NB (2,4%). Tắc ruột sớm sau mổ 2 NB (1,2%). Rò vị trí khâu lỗ thủng 5 NB (3,0%). Tử vong sau mổ 0%.

Bàn luận

Đặc điểm người bệnh

Tuổi trung bình: $53,5 \pm 18,0$ tuổi, nhỏ nhất là 12 tuổi cao nhất là 102 tuổi, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 40 – 60 chiếm 47,3%, người bệnh > 80 tuổi chiếm 8,5%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí là $48,8 \pm 14,0$ tuổi, tương đương với tác giả Trần Hiếu Học là $52,58 \pm 17,23$ (từ 16 – 83), [5],[6]. Tỷ lệ người bệnh theo giới: nam: 133 người bệnh (80,6%); nữ: 32 người bệnh (19,4%), nam/nữ: 4,15/1. Nam giới gặp nhiều hơn có thể là do thói quen ăn uống hàng ngày như uống rượu bia và hút thuốc lá nhiều hơn so với phụ nữ. Theo báo cáo của tác giả Nguyễn Hữu Trí, tỷ lệ này là 17/1 [5].

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Thời gian lúc biểu hiện đau đến lúc vào viện: đa

phần người bệnh vào viện trước 6h chiếm 53,9%, số người bệnh đến muộn sau 24h chiếm tỷ lệ nhỏ 10,3%. Điều này cũng có thể hiểu là do tính chất đau dữ dội buộc người bệnh đến viện sớm. Theo Hồ Hữu Thiện tỷ lệ người bệnh nhập viện trước 6h chiếm 77,5% [7].

Người bệnh có tiền sử viêm, loét dạ dày tá tràng chiếm 42,4% (70 người bệnh). Nghiên cứu của Hồ Hữu Thiện, tiền sử viêm loét dạ dày – tá tràng chiếm 47,6% [7].

Biểu hiện lâm sàng của người bệnh lúc vào viện: 100% người bệnh có biểu hiện đau bụng khi vào viện, đây là triệu chứng quan trọng, có giá trị trong chẩn đoán bệnh, tính chất đau đột ngột, dữ dội xảy ra ở phần lớn người bệnh 85,5%, đau khắp ổ bụng 80%, chỉ có 1 số lượng nhỏ người bệnh có triệu chứng không điển hình là đau từ từ tăng dần chiếm 10,9%. Tỷ lệ của nghiên cứu cũng tương đồng với 1 số tác giả như Trần Bình Giang có 88% đau đột ngột thượng vị, phản ứng cơ thành bụng 92%. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí, có 72,2% đau bụng vùng thượng vị và 17% đau khắp ổ bụng. Khám phát hiện triệu chứng bụng cứng như gỗ có ở 138 NB (chiếm 80%), mất diện đục vùng trước gan có ở 43%, người bệnh có mạch > 100 chu kỳ/phút 15,8%. Đó là các triệu chứng thường gặp ở những người bệnh thủng ổ loét hành tá tràng. Theo báo cáo của Trần Hiếu Học có 60,9% người bệnh có triệu chứng co cứng toàn bộ ổ bụng. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí, thấy bụng cứng phản ứng 69,4% và Dấu hiệu Blumberg (+) ở 6,9% trường hợp [5],[6],[8].

Biểu hiện cận lâm sàng: Hình ảnh khí trong ổ

bụng trên phim chụp XQ ổ bụng không chuẩn bị là triệu chứng quan trọng nhất có giá trị chẩn đoán bệnh. Trong nghiên cứu có 94,9% người bệnh có hình ảnh khí trong ổ bụng ngay từ lần chụp phim đầu tiên. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí là 79,2%, trong đó phát hiện ở lần đầu tiên là 79,2% và lần thứ 2 sau bơm hơi là 19,4% và cao hơn với các nghiên cứu ở nước ngoài như 70 – 80% theo Elroy Patrick Weledji và 59,8% theo Kin Tong Chung [1],[5],[9]. Số người bệnh không có hình ảnh liềm hơi sẽ được chỉ định chụp bơm hơi hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CLVT ổ bụng chúng tôi thường chỉ định chụp cho những người bệnh già yếu, thể trạng kém), có 18 NB chụp bơm hơi dạ dày có 16 NB có liềm hơi. CLVT được chỉ định cho 18 người bệnh và 100% đều phát hiện khí trong ổ bụng. Tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí siêu âm là phương pháp có giá trị với 67,9% có dịch dưới gan hoặc Douglas [5].

Kết quả điều trị

Tổn thương trong mổ: có 42,4% người bệnh có ổ loét non, 57,6% người bệnh có ổ loét xơ chai; kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Trần Bình Giang với thủng ổ loét non là 75% và thủng ổ loét xơ chai là 25%, cũng như nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí gặp 81,8% ổ loét xơ chai [5],[8]. Người bệnh có ổ loét kích thước ổ loét < 1cm chiếm đa số 83%, số người bệnh có ổ loét kích thước > 2cm rất ít khoảng 3,6%. Theo nghiên cứu của Trần Hiếu Học cho thấy tỷ lệ lỗ thủng kích thước < 1cm là 96,8% và > 1cm là 3,2% [5],[6]. Kích thước lỗ thủng là 1 yếu tố tiên lượng quan trọng với phẫu thuật nội soi hoặc chuyển mổ mở; theo Kin Tong Chung với ổ loét kích thước > 9mm là yếu tố tiên lượng đáng kể và tỉ lệ chuyển mổ mở là 12,4%. Tất cả các lỗ thủng đều được tìm thấy ở mặt trước tá tràng; gần tương tự với các nghiên cứu của Trần Hiếu Học và Nguyễn Hữu Trí [1],[5],[6].

Phương pháp xử trí lỗ thủng: 100% người bệnh được phẫu thuật nội soi. Trong đó khâu mỗi chữ X với 143/165 (91,7%), trong đó có 98,5% ổ loét non và 100% ổ loét có kích thước < 1cm được khâu bằng

phương pháp này. Các trường hợp còn lại được khâu bằng mỗi đơn (22/165) trong đó tất cả các ổ loét > 2cm đều được khâu bằng cách này. Với kinh nghiệm phẫu thuật nội soi thì những lỗ thủng > 1 cm mà ở hành tá tràng chúng tôi vẫn có thể lựa chọn phương pháp khâu lỗ thủng mà không lựa chọn phương pháp khác như dẫn lưu Newmann. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Hiếu Học, hầu hết lỗ thủng được khâu bằng các mũi chữ X chiếm 85,5% và khâu mũi chữ X đơn thuần chiếm 58,1%. Nghiên cứu khác của Nguyễn Hữu Trí, mỗi chữ X đơn thuần được tiến hành ở 97,2% lỗ thủng [5]. Trong phẫu thuật khâu nối tiêu hóa nói chung và khâu lỗ thủng dạ dày – tá tràng nói riêng, có thể tiến hành khâu 1 lớp toàn thể hoặc khâu 2 lớp (1 mũi toàn thể và 1 mũi thanh mạc cơ). Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số lỗ thủng được khâu 1 lớp 134/165 người bệnh, trong đó hầu hết ổ loét non (67/70) và ổ loét có kích thước < 1cm (132/137) được khâu 1 lớp toàn thể. Điều này do tính chất ổ loét còn mềm mại và kích thước lỗ thủng nhỏ phù hợp khâu 1 lớp. Tất cả các ổ loét kích thước > 2cm đều được khâu 2 lớp và khâu bằng mỗi rời. Thời gian phẫu thuật cũng được quan tâm nhiều, gần đây việc phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng được tiến hành khá thường quy nên thời gian phẫu thuật được rút ngắn nhiều do trình độ của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là $71,2 \pm 27,8$ phút (30 - 200 phút). So với một số tác giả trong nước thì số liệu này có phần cao hơn; như theo Trần Hiếu Học, thời gian phẫu thuật nội soi trung bình là $69,3 \pm 20,1$ phút, và theo Nguyễn Hữu Trí là $64,3 \pm 26,5$ (35-180) [5],[6]. Trong một số nghiên cứu khác, thời gian phẫu thuật nội soi theo Michal Žáček (năm 2014) là 61 phút và so với thời gian của phẫu thuật mổ mở thì có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê [3]. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Chang Woo Kim năm 2022 thì thời gian phẫu thuật nội soi trung bình là 78,18 phút và so với nhóm mổ mở thời gian phẫu thuật là 82,84 phút; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,217$) [10]. Phẫu thuật nội soi có ưu điểm là có thể vào tới mọi góc ngách trong ổ bụng kể cả những vị trí sâu hơn như hố lách và

Douglas, vậy nên thường trong phẫu thuật nội soi, lượng dịch rửa thường ít hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng dịch rửa trung bình trong phẫu thuật là $5,4 \pm 1,3$ lít. Lượng dịch rửa có phần nhiều hơn đáng kể trong phẫu thuật của tác giả Trần Hiếu Học là $1452,3 \pm 875,2$ ml và với tác giả Nguyễn Hữu Trí là $1368,3 \pm 758,2$ ml. Đây cũng có thể là lý do dẫn tới thời gian phẫu thuật của chúng tôi kéo dài hơn. Đa số người bệnh được đặt 3 dẫn lưu (dưới gan, hố lách và Douglas) chiếm 64,9%; số còn lại được đặt 2 dẫn lưu (dưới gan và Douglas). Theo tác giả Trần Hiếu Học thì thường đặt 2 dẫn lưu chiếm 56,5%; đặt 3 dẫn lưu với 11,3% và đặt 1 dẫn lưu dưới gan với 32,2% [5],[6].

Kết quả sớm sau điều trị

Sau phẫu thuật người bệnh trung tiện sớm trung bình $3,3 \pm 1,3$ ngày, thời gian rút sonde dạ dày $4,2 \pm 1,5$ ngày, thời gian cho ăn qua đường miệng $5,6 \pm 1,8$ ngày, thời gian rút dẫn lưu ổ bụng $5,2 \pm 2,1$ ngày, thời gian nằm viện trung bình $6,7 \pm 2,2$ ngày. Hầu hết các tác giả cũng có kết quả tương tự. Theo tác giả Trần Hiếu Học, thời gian rút dẫn lưu là $69,3 \pm 20,1$ phút và thời gian nằm viện trung bình là $6,0 \pm 1,1$ ngày (4-10 ngày). Với tác giả Nguyễn Hữu Trí thời gian nằm viện trung bình là $5,7 \pm 1,2$ ngày. Theo các tác giả khác như Michal Žáček thời gian nằm viện với PTNS là 7,7 ngày và mổ mở là 10,6 ngày; tác giả Chang Woo Kim, thời gian cho ăn lỏng là 3,75 ngày, thời gian ăn mềm là 5,47 ngày, thời gian rút dẫn lưu là 6,61 ngày và thời gian nằm viện là 10,03 ngày. Nghiên cứu của tác giả Dario Tartaglia cho thấy thời gian nằm viện trung bình với nhóm nội soi là 7,3 ngày [5],[6],[10],[11].

Biến chứng sau mổ được gặp ở 11/165 (6,67%) trường hợp trong đó rò vị trí khâu vẫn là phổ biến nhất chiếm 3%, biến chứng khác bao gồm nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,4% (2/165) và tắc ruột sớm sau mổ chiếm 1,2% (2/165). Đặc biệt chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào tử vong sau mổ. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí cũng khác tương đồng với tỷ lệ biến chứng chung là 2,8%, không có tử vong và không có rò. Tỷ lệ biến chứng này có phần thấp hơn với một số nghiên cứu trên

thế giới. Có thể thấy trong nghiên cứu của Michal Žáček và CS năm 2014, tỷ lệ biến chứng với mổ nội soi là 10,9% trong số có 0,9% tử vong và 3,6% rò vị trí khâu, tuy chỉ có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 0%. Theo một nghiên cứu khác của Sanabria A và cs, tỷ lệ biến chứng là 10,8%, trong đó rò lỗ khâu là 2,4% và tắc ruột sớm sau mổ là 2,5%, tỷ lệ tử vong là 3%. Theo nghiên cứu mới năm 2022, thì tỷ lệ biến chứng theo Chang Woo Kim là 24,6% với tỷ lệ tử vong là 3,8%, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 1,1% và rò lỗ thủng chỉ có 1 trường hợp. Trong nghiên cứu của Dario Tartaglia có thể thấy tỷ lệ biến chứng 24,6% với tỷ lệ tử vong là 5,2% [3, 5, 11, 12].

Kết luận

Thủng ổ loét hành tá tràng là cấp cứu ngoại khoa bụng thường gặp, chẩn đoán thủng ổ loét thường không khó vì người bệnh thường vào viện các triệu chứng điển hình. Phẫu thuật nội soi ổ bụng khâu lỗ thủng đơn thuần là phương pháp điều trị thường được áp dụng cho kết quả tốt, thời gian phục hồi sau mổ sớm, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện sau mổ ngắn.

Tài liệu tham khảo

1. Chung, K.T. and V.G. Shelat, Perforated peptic ulcer - an update. *World J Gastrointest Surg*, 2017. 9(1): p. 1-12.
2. Sanabria, A., M.I. Villegas, and C.H. Morales Uribe, Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013(2): p. Cd004778.
3. Žáček, M., J. Váňa, and B. Babi, Laparoscopic closure of perforated gastro-duodenal ulcer: 15 years' experience in our centre. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*, 2014. 9(4): p. 578-85.
4. Antoniou, S.A., et al., Meta-analysis of laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer. *Jsls*, 2013. 17(1): p. 15-22.
5. Trí, N.H., Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một cổng khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng. 2017.
6. Trần Hiếu Học, N.H.D., Trần Quế Sơn, Kết quả phẫu thuật nội soi khâu thủng ổ loét hành tá tràng tại bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2018 - 2019. *Tạp chí y học Việt Nam*, 2021. 6: p. 37-44.
7. Thiện, H.H., Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và kết quả điều trị thủng ổ loét hành tá tràng bằng

- phẫu thuật nội soi. Luận án tiến sỹ y học, 2008(trường đại học Y-Dược Huế).
8. Trần Bình Giang, L.V.K., Nguyễn Đức Tiến, Đỗ Tất Thành, Đánh giá kết quả khâu thủng ổ loét dạ dày-tá tràng qua soi ổ bụng tại bệnh viện Việt Đức. Y Học Việt nam, số đặc biệt, tháng 2, 2006: p. 143 - 147.
 9. Weledji, E.P., An Overview of Gastroduodenal Perforation. Front Surg, 2020. 7: p. 573901.
 10. Kim, C.W., et al., Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: a multicenter, propensity score matching analysis. BMC Surg, 2022. 22(1): p. 230.
 11. Tartaglia, D., et al., Laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcers: analysis of outcomes and identification of predictive factors of conversion. Updates Surg, 2022.
 12. Sanabria, A.E., C.H. Morales, and M.I. Villegas, Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease. Cochrane Database Syst Rev, 2005(4): p. Cd004778.