

KẾT QUẢ TRUNG HẠN ĐIỀU TRỊ THÙNG Ổ LOÉT TÁ TRÀNG BẰNG KHÂU LỖ THÙNG QUA PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT CỔNG

Nguyễn Hữu Trí¹, Lê Lộc²

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế

(2) Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi một cổng (PTNSMC) ngày càng được áp dụng rộng rãi trong ngoại khoa và đã được ứng dụng trong khâu lỗ thùng ổ loét tá tràng. Mục tiêu của đề tài này đánh giá kết quả sau 1 năm điều trị thùng ổ loét tá tràng bằng khâu lỗ thùng qua phẫu thuật nội soi một cổng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 72 bệnh nhân thùng ổ loét tá tràng được điều trị bằng khâu lỗ thùng qua PTNSMC tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2012 đến tháng 3/2016. **Kết quả:** Tuổi trung bình $48,8 \pm 14,0$ (17 - 79) tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 17,0. 4 bệnh nhân (5,6%) có vết mổ cũ thành bụng đều được PTNSMC thành công. Chỉ số ASA 1 chiếm 86,1%, ASA 2 chiếm 12,5%, ASA 3 chiếm 1,4%. Chỉ số Boey 0 chiếm 86,1%, Boey 1 chiếm 13,9%, không có Boey 2 và 3. Kích thước lỗ thùng trung bình $4,1 \pm 2,6$ (1,5-22) mm. 98,6% thùng ổ loét mặt trước hành tá tràng, 1,4% ở mặt sau. Một trường hợp (1,4%) phải đặt thêm tro-ca 5mm hỗ trợ. Một trường hợp (1,4%) chuyển sang mổ mở do thùng ổ loét ở mặt sau hành tá tràng. Thời gian nằm viện trung bình $5,7 \pm 1,2$ (4-12) ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 2,8%. Không có biến chứng dò chỗ khâu. Không có biến chứng thoát vị lỗ cổng vào. Không có tử vong sau mổ. Tái khám sau 2 tháng có kết quả Visick 1 chiếm 95,1%, Visick 2 chiếm 4,9%. 86,7% nội soi đã lành ổ loét. Tái khám sau 12 tháng có kết quả Visick 1 chiếm 93,5%, Visick 2 chiếm 4,3%, 01 trường hợp (2,2%) thùng ổ loét tá tràng tái phát vào tháng thứ 5. 8,9% nội soi có loét tá tràng tái phát. **Kết luận:** Khâu lỗ thùng ổ loét tá tràng qua phẫu thuật nội soi một cổng là phương pháp an toàn. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,4%. Sau 12 tháng có 8,9% loét tái phát và 2,2% thùng ổ loét tái phát.

Từ khóa: thùng ổ loét tá tràng, khâu lỗ thùng ổ loét tá tràng, phẫu thuật nội soi một cổng

Abstract

MID-TERM OUTCOME OF PERFORATED DUODENAL ULCER REPAIR USING SINGLE-PORT LAPAROSCOPIC SURGERY

Nguyen Huu Tri¹, Le Loc²

(1) PhD students of Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

(2) Hue Central Hospital

Background: Single-port laparoscopic surgery (SPLS) is increasingly used in surgery and in the treatment of perforated duodenal ulcer. The aim of this study was to evaluate mid-term outcome of perforated duodenal ulcer repair using SPLS. **Methods:** A prospective study on 72 consecutive patients diagnosed with perforated duodenal ulcer and treated with SPLS at Hue University Hospital and Hue Central Hospital from January 2012 to March 2016. **Results:** The mean age was 48.8 ± 14.0 (17 - 79) years. Male/female ratio was 17.0. Four patients (5.6%) with history of abdominal surgery were successfully treated by pure SPLS. Patients were classified as ASA 1, ASA 2 and ASA 3 in 86.1%, 12.5%, and 1.4% of cases, respectively. Using Boey scoring system, there were 86.1% and 12.5% of cases classified as Boey 0 and Boey 1 while there were no Boey 2 and 3 cases. The average size of perforation was 4.1 ± 2.6 (1.5-22) mm. The perforation was situated on the anterior duodenal wall in 98.6% of cases and on the posterior duodenal wall in 1.4% of cases. There was one case (1.4%) in which one additional trocar was required. Conversion to open surgery was necessary in one patient (1.4%) in which the perforation was situated on the posterior duodenal wall. Average length of hospital stay was 5.7 ± 1.2 (4-12) days. Post-operative complications rate was 2.8%. There was no leakage from the repair site, no port-site hernia and no post-operative mortality. At 2-month follow-up visit, patients were classified as Visick 1 in 95.1% of cases and Visick 2 in 4.9% of cases and the duodenal ulcer was completely healed on gastroduodenoscopy in 86.7% of cases. At 12-month follow-up, patients were classified as Visick 1 in 93.5% of cases and Visick 2 in 4.3% of cases. There was one case (2.2%) diagnosed with recurrent duodenal

ulcer perforation at 5 months after the repair of the first perforation. On gastroduodenoscopy, recurrent duodenal ulcer was seen in 8.9% of cases. **Conclusions:** SPLS is a safe method for the treatment of perforated duodenal ulcer. Conversion rate was 1.4%. Recurrent duodenal ulcer rate was 8,9% and recurrent duodenal ulcer perforation rate was 2.2% after 12-month follow-up.

Keywords: perforated duodenal ulcer, single port laparoscopic repair, single port laparoscopy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng ổ loét tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Biến chứng thủng chiếm khoảng 2-10% các trường hợp loét dạ dày tá tràng nói chung [8].

Xu hướng phát triển phẫu thuật xâm nhập tối thiểu giúp giảm tổn thương thành bụng, giảm đau sau mổ, thời gian phục hồi ngắn hơn, đặc biệt là thẩm mỹ hơn đã là xu hướng phát triển trong ngoại khoa trong vài thập niên gần đây. Phẫu thuật nội soi qua lỗ tự nhiên (NOTES) ra đời mặc dù ít được áp dụng rộng rãi nhưng là tiền đề cho sự thay đổi của phương tiện dụng cụ, thay đổi quan điểm từ đó phẫu thuật nội soi một cổng ra đời và được ứng dụng trong nhiều chuyên ngành khác nhau. Tác giả Lee và cộng sự [7] đã công bố kết quả ban đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi một cổng khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng. Đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống kết quả của khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng qua phẫu thuật nội soi một cổng. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả sau 1 năm điều trị thủng ổ loét tá tràng bằng khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi một cổng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 72 bệnh nhân thủng ổ loét tá tràng được điều trị bằng phương pháp khâu lỗ thủng qua PTNSMC tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2012 đến tháng 3/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng tiến cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán thủng tạng rỗng dựa vào các triệu chứng lâm sàng, dấu hiệu liềm hơi dưới cơ hoành trên phim X quang bụng đứng, dấu hiệu hơi tự do trên siêu âm hoặc trên chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Chẩn đoán xác định thủng ổ loét tá tràng qua kết quả trong mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Những bệnh nhân có thủng ổ loét tá tràng nhưng kèm theo hẹp môn vị, hoặc kèm xuất huyết tiêu hóa, hoặc có bệnh lý toàn thân nặng (chỉ số ASA $\geq$ 4).

+ Những trường hợp thủng tạng rỗng nhưng chẩn đoán trong mổ không phải thủng ổ loét tá tràng (thủng dạ dày, thủng đại tràng...)

- Phương tiện kỹ thuật: hệ thống máy cho phẫu thuật nội soi của hãng Storz, cổng vào dùng trong phẫu thuật nội soi một cổng (SILS port), các dụng cụ phẫu thuật nội soi thẳng kinh điển như kim kẹp kim nội soi thẳng, ống hút, pince nội soi thẳng, kéo nội soi thẳng, chỉ khâu Vicryl 2.0, chیه khâu thành bụng, khâu da.

- Kỹ thuật mổ:

+ Bệnh nhân được đặt ống thông dạ dày, truyền dịch, dùng kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3 đường tĩnh mạch trước mổ, gây mê nội khí quản. Phẫu thuật viên và người phụ trách nhất đứng bên trái bệnh nhân. Sử dụng dàn máy mổ nội soi của hãng Storz và các dụng cụ phẫu thuật nội soi thẳng kinh điển.

+ Rạch da đường dọc qua rốn đi từ bờ trên đến bờ dưới của rốn. Dùng kéo phẫu tích mở cân rốn, mở phúc mạc vào ổ phúc mạc. Đặt cổng vào, bơm CO₂ ổ phúc mạc và duy trì áp lực khoảng 12 mmHg trong suốt quá trình phẫu thuật. Đưa optique 30° và dụng cụ vào kiểm tra, đánh giá vị trí, kích thước lỗ thủng, tình trạng ổ phúc mạc. Nếu bệnh nhân có thủng ổ loét ở mặt sau hành tá tràng hoặc có hẹp môn vị kèm theo thì chuyển sang mổ mở. Lúc này bệnh nhân được đặt tư thế đầu cao khoảng 15° và nghiêng nhẹ sang trái giúp bộc lộ lỗ thủng tạo thuận lợi khi khâu. Dùng kéo phẫu tích cắt một mảnh tổ chức ở mép ổ loét làm xét nghiệm CLOtest.

+ Dùng kim kẹp kim nội soi kẹp sợi chỉ liền kim Vicryl 2.0 đưa qua rô ca 10mm của cổng vào để đưa vào ổ phúc mạc. Sau đó dùng kim kẹp kim kẹp đuôi chỉ kéo ngược ra ngoài ổ phúc mạc qua rô ca 5 mm. Dùng 1 pince đưa qua rô ca 5mm còn lại để kẹp dạ dày kéo hướng sang trái xuống dưới để bộc lộ rõ lỗ thủng, tách vị trí lỗ thủng xa khỏi gan và túi mật. Trường hợp gan lớn che phủ mặt trước tá tràng thì dùng que thăm dò nội soi vén gan lên để bộc lộ lỗ thủng. Dùng kim kẹp kim nội soi kẹp kim và khâu mũi toàn thể chữ X đối với các trường hợp lỗ thủng $\leq$ 10mm; nếu lỗ thủng >10mm thì khâu bằng 2 đến 3 mũi rời đơn thuần hoặc có chèn mạc nối vào lỗ thủng theo phương pháp "Graham patch". Các mũi khâu theo trục của hành tá tràng để tránh gây hẹp môn vị - tá tràng sau khâu. Có thể phủ mạc nối lớn đối với các ổ loét xơ chai. Những trường hợp bộc lộ lỗ thủng khó khăn có thể đặt thêm rô ca để hỗ trợ. Để khắc phục tình trạng xung đột giữa các dụng cụ

trong PTNSMC, chúng tôi buộc chỉ theo nguyên tắc thẳng hàng, rút chỉ ở ngoài ổ bụng.

+ Súc rửa ổ phúc mạc bằng dung dịch nước muối sinh lý ấm. Trường hợp ổ loét lớn, nền xơ chai có thể đặt dẫn lưu ổ phúc mạc đưa ra ngoài qua lỗ của cổng vào. Đóng lỗ vào 2 lớp.

- Điều trị hậu phẫu: bệnh nhân được lưu xông dạ dày, nhịn ăn uống cho đến khi trung tiện trở lại thì rút xông dạ dày và bắt đầu cho ăn uống qua đường miệng. Kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 đường tĩnh mạch 2g/ngày, Metronidazole đường tĩnh mạch 1g/ngày. Omeprazole đường tĩnh mạch 40 mg/ngày, chuyển sang đường uống khi bệnh nhân ăn uống trở lại. Bệnh nhân được dùng giảm đau

Paracetamol 1g 2-3 lần/ngày, ngừng thuốc giảm đau khi điểm đau theo thang điểm đau VAS (Visual Analogue Scale) <3. Những bệnh nhân có H. pylori (+) sẽ được sử dụng phác đồ điều trị ba thuốc OAC (Omeprazole, Amoxicillin, Clarithromycin), nếu H. pylori (-) thì sử dụng Omeprazole 20mg/ngày trong 4 tuần. Bệnh nhân được tái khám sau 2 tháng và 12 tháng, khám lâm sàng và nội soi dạ dày. Đánh giá tình trạng chung theo thang điểm Visick (chia 4 mức độ 1,2,3,4 tương ứng tốt, khá, trung bình, kém). Các chỉ số nghiên cứu bao gồm đặc điểm chung của bệnh nhân trước mổ; các số liệu liên quan quá trình mổ, diễn biến hậu phẫu và tái khám sau 2 tháng, 12 tháng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

STT	Đặc điểm		Kết quả (n=72)
1	Tuổi (năm)		48,8 ± 14,0 (17 - 79)
2	Tỷ lệ nam/nữ		17,0 (68/4)
3	Chỉ số khối cơ thể (BMI)		19,3 ± 2,0 (15,4 - 26,2)
4	Vết mổ cũ ở thành bụng		4 (5,6%)
5	Trung vị của thời gian khởi phát đến khi nhập viện (giờ)		6,0 (1 - 72)
6	Chỉ số ASA	ASA 1	62 (86,1%)
		ASA 2	9 (12,5%)
		ASA 3	1 (1,4%)
		ASA 4	0
7	Chỉ số Boey	Boey 0	62 (86,1%)
		Boey 1	10 (13,9%)
		Boey 2 và 3	0

3.2. Các đặc điểm trong mổ

Bảng 2. Các đặc điểm trong mổ

STT	Đặc điểm	Kết quả
1	Vị trí thủng (n=72)	
	Mặt trước hành tá tràng	71 (98,6%)
	Mặt sau hành tá tràng	1 (1,4%)
2	Kích thước lỗ thủng (n=72)	4,1 ± 2,6 (1,5-22) mm
	< 5 mm	72,2%
	5—<10 mm	26,4%
	≥ 10 mm	1,4%
3	Tình trạng ổ phúc mạc	
	Viêm phúc mạc khu trú 1/2 bên phải	79,2%
	Viêm phúc mạc toàn thể ổ phúc mạc	20,8%

Bảng 3. Các đặc điểm liên quan kỹ thuật mổ

STT	Đặc điểm	Kết quả
1	Chiều dài đường rạch da (cm)	2,0 ± 0,1
3	Đặt thêm trô ca hỗ trợ	1 (1,4%)
4	Chuyển mổ mở	1 (1,4%)
5	Kỹ thuật khâu lỗ thủng (n=71)	
	Chữ X	69 (97,2%)
	Mũi rời đơn thuần	1 (1,4%)
	Graham patch	1 (1,4%)
6	Thời gian mổ SP đơn thuần (phút) (n=70)	64,3 ± 26,5 (35 -180)

Một trường hợp (1,4%) thủng ổ loét ở mặt sau hành tá tràng gây khó khăn trong việc bộc lộ lỗ thủng cũng như phẫu trường hẹp nên chuyển sang mổ mở.

Một trường hợp (1,4%) thủng ổ loét ở mặt trước hành tá tràng nhưng vị trí lỗ thủng nằm sát cuống gan, gan lớn gây khó khăn trong khâu lỗ thủng phải đặt thêm một trô-ca 5mm bên trái.

Các biến chứng, tai biến trong mổ

- Một trường hợp (1,4%) bị rách bao gan do khi vén gan trong trường hợp gan lớn làm rách bao gan. Trường hợp này vết thương nhỏ, tự cầm máu.
- Không có các tai biến lớn như thủng tạng, chảy máu không kiểm soát được ... trong mổ.

3.3. Các đặc điểm sau mổ đến khi ra viện

Bảng 5. Các đặc điểm sau mổ (n=71: đối với các bệnh nhân khâu lỗ thủng qua PTNSMC)

STT	Đặc điểm	Kết quả
1	Thời gian trung tiện trở lại (ngày)	2,6 ± 0,7 (1 - 4)
2	Thời gian dùng thuốc giảm đau (ngày)	2,8 ± 0,8 (2 - 5)
3	Thời gian nằm viện	5,7 ± 1,2 (4 - 12)
4	Nhiễm trùng vết mổ	2 (2,8%)
5	Biến chứng khác hoặc tử vong	0

3.4. Kết quả tái khám

Bảng 6. Kết quả tái khám

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sau 2 tháng (n=61)			
Visick	Visick 1 (tốt)	58	95,1
	Visick 2 (khá)	3	4,9
	Visick 3 , 4	0	0
Thoát vị lỗ port		0	0
Nội soi dạ dày tá tràng	Lành	52	86,7
	Còn ổ loét	8	13,3
Test urease (+) (n = 46)		7	15,2
Sau 12 tháng (n=46)			
Thủng ổ loét tái phát		1	2,2
Visick	Visick 1 (tốt)	43	93,5
	Visick 2 (khá)	2	4,3
	Visick 3 (trung bình)	0	0
	Visick 4 (kém)	1 (thủng tái phát)	2,2

Thoát vị lỗ port		0	0
Nội soi dạ dày tá tràng (n=45)	Lành	41	91,1
	Còn ổ loét	4	8,9
Test urease (+) (n = 42)		4	9,5

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đối với bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày tá tràng, một số yếu tố quan trọng liên quan đến tiên lượng tử vong cũng như chỉ định mổ nội soi là tuổi, chỉ số ASA, chỉ số Boey. Nghiên cứu của chúng tôi trên 72 bệnh nhân thủng ổ loét tá tràng, với độ tuổi trung bình $48,8 \pm 14,0$ (17 - 79) tuổi. 1,4% bệnh nhân trên 70 tuổi. Nhiều tác giả không áp dụng phẫu thuật nội soi nói chung điều trị những bệnh nhân thủng ổ loét tá tràng có tuổi > 70 [3], [10]. Phần lớn bệnh nhân có chỉ số ASA 1, 2, chỉ 1,4% bệnh nhân có chỉ số ASA 3. Chúng tôi không áp dụng PTNSMC đối với các bệnh nhân có chỉ số ASA >3. Chỉ số Boey là chỉ số được áp dụng phổ biến cho đến nay trong tiên lượng các bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày tá tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 86,1% bệnh nhân có chỉ số Boey 0, 13,9% có chỉ số Boey 1, không có bệnh nhân có chỉ số Boey 2, 3.

Các nghiên cứu cho thấy chỉ số Boey là chỉ số tiên lượng tốt cho tỷ lệ tử vong: theo Boey [4], trên 259 bệnh nhân thủng ổ loét tá tràng, tỷ lệ tử vong của các nhóm bệnh nhân theo chỉ số Boey như sau: Boey 0 tỷ lệ tử vong là 0%, Boey 1 tỷ lệ tử vong là 10%, Boey 2 tỷ lệ tử vong là 45,5%, Boey 3 tỷ lệ tử vong là 100%.

Theo Lee [6], nghiên cứu trên 436 bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày tá tràng, trong đó có 78,9% là thủng ổ loét tá tràng có 6,9% bệnh nhân có chỉ số Boey ≥ 2 . Tỷ lệ tử vong liên quan đến chỉ số Boey như sau: Boey 0 tỷ lệ tử vong là 1,5%, Boey 1 tỷ lệ tử vong là 14,4%, Boey 2 tỷ lệ tử vong là 32,1% và Boey 3 tỷ lệ tử vong là 100%.

4.2. Đặc điểm trong mổ

Nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các trường hợp thủng ổ loét mặt trước hành tá tràng, chỉ 1,4% trường hợp thủng ổ loét mặt sau. Thủng ổ loét mặt sau hành tá tràng rất hiếm gặp. Trong 532 trường hợp thủng ổ loét dạ dày và tá tràng, có 9 trường hợp thủng mặt sau (1,7%), trong đó chỉ có 3 trường hợp thủng tá tràng còn 6 trường hợp thủng ổ loét dạ dày. Vị trí thủng ổ loét ở mặt sau hành tá tràng là nguyên nhân phải chuyển sang mổ mở trong nghiên cứu của chúng tôi vì khó khăn trong việc bộc lộ lỗ thủng cũng như khó khăn khi khâu.

Kích thước lỗ thủng: là một trong những yếu tố quan trọng liên quan đến tỷ lệ biến chứng và tử vong trong thủng ổ loét tá tràng. Đa số những trường hợp thủng ổ loét tá tràng đều có đường kính lỗ thủng dưới 10 mm [1], [3]. Những trường hợp này cho đến nay phương pháp điều trị được chọn lựa là khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi. Một số ít trường hợp có đường kính lỗ thủng lớn hơn 20mm được Lal và cs định nghĩa là "lỗ thủng khổng lồ" (giant duodenal ulcer perforation), những trường hợp này theo tác giả cần phải mổ mở. Tuy có nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau nhưng tỷ lệ tử vong đối với các trường hợp "lỗ thủng khổng lồ" vẫn cao (5% đến 65%) [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 72 trường hợp, có 1 trường hợp (1,4%) có đường kính lỗ thủng 22 mm. Bệnh nhân này đã được tiến hành khâu lỗ thủng có chèn mảnh mạc nối theo phương pháp Graham patch qua PTNSMC thành công, hậu phẫu bệnh nhân ổn định, ra viện sau 9 ngày. Các trường hợp lỗ thủng có kích thước < 10 mm được khâu lỗ thủng bằng các mũi chỉ chữ X hoặc 2-3 mũi rời đơn thuần.

Tỷ lệ đặt thêm rô-ca hỗ trợ là 1,4%. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,4% liên quan vị trí lỗ thủng ổ loét mặt sau tá tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường rạch da trung bình 2 cm đi qua rốn nên sẹo được lấp vào rốn nhờ vậy mang lại tính thẩm mỹ cao.

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $64,3 \pm 26,5$ phút. Thời gian mổ ngắn nhất 35 phút. Thời gian mổ dài nhất 180 phút. So sánh với PTNS kinh điển, nghiên cứu của Hồ Hữu Thiện (2008) [1] cho thấy thời gian mổ trung bình của khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày tá tràng là $71,7 \pm 22,2$ phút (nhắn nhất 30 phút, dài nhất 150 phút). Nghiên cứu của Bertleff và cs (2010) [3] cho thấy thời gian mổ trung bình 70,3 phút.

4.3. Theo dõi sau mổ

Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 2,6 ngày, muộn nhất là 4 ngày. Thời gian dùng thuốc giảm đau ngắn, trung bình 2,8 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 5,7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình ngắn hơn so với nghiên cứu của tác giả Hồ Hữu Thiện [1] đối với các bệnh nhân được khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày tá

tràng qua PTNS kinh điển là 6,46 ngày, theo Bertleff [3] là 6,5 ngày.

Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp: 2,8%, không có trường hợp nào dò chỗ khâu.

Với kết quả sau mổ cho đến khi ra viện như trên, chứng tỏ khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng qua PTNSMC là phương pháp an toàn, đem lại giá trị thẩm mỹ cao và rút ngắn thời gian nằm viện.

4.4. Kết quả tái khám

Sau 2 tháng khâu lỗ thủng, tỷ lệ bệnh nhân có kết quả đánh giá chung tốt (Visick1) chiếm 95,1%, khá (Visick 2) chiếm 4,9%, không có trung bình hoặc xấu. Kết quả nội soi sau 2 tháng cho thấy 86,7% đã lành ổ loét.

Sau 12 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có kết quả đánh giá chung tốt (Visick1) chiếm 93,5%, khá (Visick 2) chiếm 4,3%. Đặc biệt chúng tôi có 01 bệnh nhân bị tái phát thủng ổ loét tá tràng vào tháng thứ 5 sau mổ. Bệnh nhân này không tái khám vào tháng thứ 2 nên chúng tôi không đánh giá được tình trạng sau 2

tháng. Thủng ổ loét tá tràng tái phát vào tháng thứ 5, được chỉ định cắt bán phần dạ dày cấp cứu. Kết quả nội soi sau 12 tháng của các bệnh nhân tái khám cho thấy 8,9% loét tá tràng tái phát. Điều này cho thấy việc theo dõi và tái khám các bệnh nhân thủng ổ loét tá tràng rất quan trọng nhất là ở nước ta vì tỷ lệ nhiễm và tái nhiễm *H. pylori* sau điều trị rất cao [2] cũng như tỷ lệ kháng kháng sinh của *H. pylori* ngày càng tăng.

Theo dõi đến 12 tháng, không có trường hợp nào can thiệp ngoại khoa do biến chứng chảy máu hoặc hẹp môn vị.

5. KẾT LUẬN

Điều trị thủng ổ loét tá tràng bằng khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi một cổng là một phẫu thuật an toàn, đem lại giá trị thẩm mỹ cao, rút ngắn thời gian nằm viện. Sau 12 tháng, hầu hết bệnh nhân có kết quả tốt, 01 trường hợp (2,2% bệnh nhân tái khám) thủng ổ loét tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Hữu Thiện (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng bằng phẫu thuật nội soi. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược Huế.

2. Trần Thiện Trung (2005). Kết quả 5 năm của phẫu thuật khâu thủng ổ loét dạ dày - tá tràng kết hợp với điều trị tiết trừ *Helicobacter pylori*. *Y học Tp Hồ Chí Minh*, Tập 9 (Phụ bản của số 1), 27 - 32.

3. Bertleff M.J.O.E. and Lange J.F. (2010). Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature. *Surg Endosc*, 24(6), 1231 - 1239.

4. Boey J., Choi S.K.Y., Alagaratnam T.T., et al. (1987). Risk Stratification in Perforated Duodenal Ulcers: A Prospective Validation of Predictive Factors. *Ann Surg*, 205, 22-26.

5. Lal P. and Vindal A. (2009). Controlled tube duodenostomy in the management of giant duodenal ulcer perforation - a new technique for a surgically challenging condition. *AJS*, 198(3), 319 - 323.

6. Lee F.Y.J., Leung K.L., Lai B.S.P., et al. (2001). Predicting Mortality and Morbidity of Patients Operated on for Perforated Peptic Ulcers. *ARCH SURG*, 136, 90 - 94.

7. Lee J., Sung K., Lee D., et al. (2011). Single-port laparoscopic repair of a perforated duodenal ulcer: intracorporeal "cross and twine" knotting. *Surg Endosc*, 25(1), 229 - 233.

8. Lui F.Y. and Davis K.A. (2010). Gastroduodenal perforation: Maximal or minimal intervention?. *Scand J Surg*, 99, 73 - 77.

9. Wong C.H., Chow P.K.H., Ong H.S., et al. (2004). Posterior perforation of peptic ulcers: Presentation and outcome of an uncommon surgical emergency. *Surgery*, 135(3), 321 - 325.

10. Zittel T.T., Jehle E.C., and Becker H.D. (2000). Surgical management of peptic ulcer disease today: indication, technique and outcome. *Langenbeck's Arch Surg*, 385(2), 84 - 96.