

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KỸ THUẬT KHÂU LỖ THÙNG Ổ LOÉT TÁ TRÀNG QUA PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT CỔNG

Nguyễn Hữu Trí¹, Lê Lộc², Nguyễn Đoàn Văn Phú¹, Đặng Như Thành¹, Nguyễn Thành Phúc¹

(1) Trường Đại học Y Dược, 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 các yếu tố ảnh hưởng về mặt kỹ thuật trong khâu lỗ thùng ổ loét tá tràng qua PTNSMC. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 42 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 2/2015. **Kết quả:** Tuổi trung bình $48,1 \pm 14,2$ (17 - 79) tuổi. 40 bệnh nhân được điều trị khâu lỗ thùng ổ loét tá tràng bằng PTNSMC. Một trường hợp (2,4%) phải đặt thêm trocar ca 5mm hỗ trợ. Một trường hợp (2,4%) chuyển sang mổ mở. 2 bệnh nhân (4,8%) có vết mổ cũ thành bụng đều được PTNSMC thành công. 1 trường hợp (2,4%) thùng ổ loét ở mặt sau hành tá tràng: đây là nguyên nhân chuyển sang mổ mở. Kích thước lỗ thùng có mối tương quan thuận với thời gian khâu lỗ thùng (hệ số tương quan $r = 0,459$) và cũng tương quan thuận với thời gian mổ (hệ số tương quan $r = 0,528$). 95,5% trường hợp khâu lỗ thùng bằng mũi chữ X, một trường hợp (2,4%) khâu bằng mũi khâu rời đơn thuần, một trường hợp (2,4%) lỗ thùng có kích thước lớn được khâu kín theo phương pháp Graham patch. Phần lớn trường hợp (95,1%) khâu lỗ thùng không đắp mạc nối lớn. 90,2% không dẫn lưu ổ phúc mạc. **Kết luận:** Khâu lỗ thùng ổ loét tá tràng qua phẫu thuật nội soi một cổng là phương pháp an toàn. Thùng ổ loét ở mặt sau hành tá tràng là nguyên nhân chính chuyển mổ mở. Yếu tố liên quan thời gian mổ là kích thước lỗ thùng.

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

Abstract

FACTORS INFLUENCING THE OPERATION TECHNIQUE OF PERFORATED DUODENAL ULCER REPAIR BY SINGLE-PORT LAPAROSCOPIC SURGERY

Nguyen Huu Tri¹, Le Loc², Nguyen Doan Van Phu¹, Dang Nhu Thanh¹, Nguyen Thanh Phuc¹

(1) 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 technical factors for perforated duodenal ulcer repair by SPLS. **Methods:** A prospective study on 42 consecutive patients diagnosed with perforated duodenal ulcer and treated with SPLS at Hue university of medicine and pharmacy hospital and Hue central hospital from January 2012 to February 2015. **Results:** The mean age was 48.1 ± 14.2 (17 - 79) years. 40 patients were treated with suture of the perforation by pure SPLS. There was one case (2.4%) in which one additional trocar was required. Conversion to open surgery was necessary in one patient (2.4%) in which the perforation was situated on the posterior duodenal wall. Two patients (4.8%) with history of abdominal surgery were successfully treated by pure SPLS. The size of perforation was correlated with suturing time (correlation coefficient $r = 0.459$) and operative time (correlation coefficient $r = 0.528$). Considering suture type, X stitches were used in 95.5% cases, simple stitches were used in one case (2.4%) while Graham patch repair technique was utilized in one case (2.4%) with large perforation. Most cases (95.1%) required only simple suture without omental patch. Peritoneal drainage was spared in most cases (90.2%). **Conclusions:** SPLS is a safe method for the treatment of perforated duodenal ulcer. Posterior duodenal location is the main cause of conversion to open surgery. Factor related to operative time is perforation size.

Key word: perforated duodenal ulcer, single port laparoscopic repair, single port laparoscopy

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Hữu Trí, email: tridhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15/6/2016; Ngày đồng ý đăng: 12/9/2016; Ngày xuất bản: 20/9/2016

DOI: 10.34071/jmp.2016.4.15

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 [10]. Công trình nghiên cứu của Marshall và Warren công bố năm 1984 về vi khuẩn *Helicobacter pylori* là một bước ngoặt trong lịch sử nghiên cứu bệnh lý loét dạ dày tá tràng. Các nghiên cứu về vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) đã xác định vai trò của nó trong bệnh lý loét tá tràng và đã làm thay đổi căn bản chiến lược điều trị thủng ổ loét tá tràng. Nhiều nghiên cứu cho thấy việc kết hợp điều trị *H. pylori* trong các trường hợp thủng ổ loét tá tràng có *H. pylori* làm giảm đáng kể tỷ lệ loét tái phát lâu dài [2], [5], [11]. Do vậy phương pháp điều trị được lựa chọn hiện nay đối với thủng ổ loét tá tràng đơn thuần là khâu lỗ thủng kết hợp điều trị *H. pylori* trong trường hợp có *H. pylori* [10], [12].

Đến nay, phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng đã thay thế cho phẫu thuật mở trong hầu hết các trường hợp [4]. Trong xu thế phát triển của phẫu thuật xâm nhập tối thiểu, phẫu thuật nội soi một cổng (PTNSMC) đã được áp dụng ngày càng rộng rãi với các ưu điểm so với phẫu thuật nội soi kinh điển như thẩm mỹ hơn, giảm đau sau mổ...[9]. PTNSMC đã được các tác giả trên thế giới áp dụng điều trị thủng ổ loét tá tràng cho kết quả bước đầu tốt [8].

PTNSMC khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng có các ưu điểm nhưng cũng kèm theo các khó khăn về mặt kỹ thuật. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá các yếu tố ảnh hưởng về mặt kỹ thuật trong điều trị thủng ổ loét tá tràng bằng khâu lỗ thủng qua PTNSMC.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 42 bệnh nhân bị 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 2/2015.

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 liệt hơi dưới cơ hoành trên phim X quang bụng đứng, dấu hiệu hơi tự do trên siêu âm hoặc phim 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.

- 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 thứ 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. Sau khi đánh giá vị trí và kích thước lỗ thủng, dùng ống hút để hút dịch ổ phúc mạc cấy vi khuẩn. 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.

+ Sợi chỉ liên kim Vicryl 2.0 được đưa qua tro ca 10mm của port vào ổ phúc mạc. Sau đó dùng kim kẹp kim kẹp đuôi chỉ kéo ngược ra ngoài ổ phúc mạc qua tro ca 5 mm. Dùng 1 pince đưa qua tro 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 $>$ 10 mm 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 tro 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.

Các chỉ số nghiên cứu bao gồm đặc điểm chung của bệnh nhân trước mổ; các số liệu liên quan quá trình mổ và diễn biến hậu phẫu đến khi ra viện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

STT	Đặc điểm	Kết quả (n=42)
1	Tuổi (năm)	48,1 ± 14,2* (17 - 79)
2	Tỷ lệ nam/nữ	9,5 (38/4)
3	Chỉ số khối cơ thể (BMI)	19,5 ± 2,3* (15,4 - 26,2)
4	Vết mổ cũ ở thành bụng	2 (4,8%)
5	Thời gian khởi phát đến khi nhập viện (giờ)	9,9 ± 12,3 (1 - 72)
6	Chỉ số Boey	
	Boey 0	34 (81%)
	Boey 1	8 (19%)
	Boey 2 và 3	0

*Trung bình ± SD

3.2. Các đặc điểm trong mổ

Bảng 2. Các đặc điểm trong mổ

STT	Đặc điểm	Kết quả
1	Vị trí thủng (n=42):	
	Mặt trước hành tá tràng	41 (97,6%)
	Mặt sau hành tá tràng	1 (2,4%)
2	Kích thước lỗ thủng (n=42)	4,6 ± 3,1* (2-22) mm
	< 5 mm	28 (66,6%)
	5–10 mm	13 (31,0%)
	> 10 mm	1 (2,4%)
3	Tình trạng ổ phúc mạc	
	Dịch, giải mạc khu trú 1/2 bên phải	37 (88,1%)
	Dịch, giải mạc toàn thể ổ phúc mạc	5 (11,9%)

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
2	Thời gian đặt port (phút)*	4,2 ± 1,6 (2-10)
3	Đặt thêm rô ca hỗ trợ	1 (2,4%)
4	Chuyển mổ mở	1 (2,4%)
5	Thời gian khâu lỗ thủng SP (phút) (n=41)*	17,0 ± 10,1 (7 -60)
6	Kiểu mũi khâu lỗ thủng (n=41)*	
	Chữ X	39 (95,2)
	Mũi rời đơn thuần	1 (2,4%)
	Graham patch	1 (2,4%)
7	Đắp mạc nối ở các trường hợp khâu đơn thuần hoặc chữ X (n=41)*	2 (4,9%)
8	Dẫn lưu ổ phúc mạc (n=41)*	4 (9,8%)
9	Thời gian mổ SP đơn thuần (phút) (n=40)	74,0 ± 31,7 (40 -180)

(* chỉ tính trên 41 trường hợp khâu lỗ thủng qua PTNSMC)

Một trường hợp (2,4%) 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 (2,4%) 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 rô-ca 5mm bên trái.

Các biến chứng, tai biến trong mổ

- Một trường hợp (2,4%) 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.

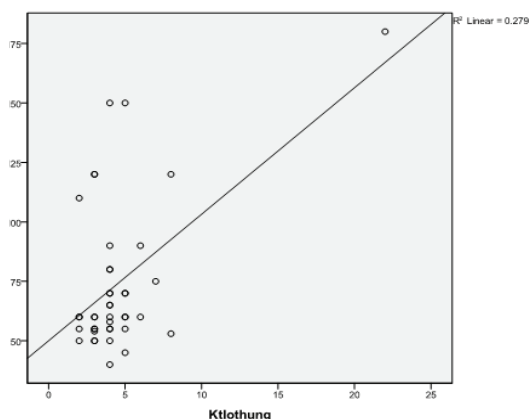
Bảng 4. Mối tương quan giữa các yếu tố với thời gian khâu lỗ thủng (tgkhau) và thời gian mổ (tgmo)

Correlations		Tgtrmo	BMI	Ktlothung	tgkhau	tgmo
Tgtrmo	Pearson Correlation	1	.238	.274	-.051	.151
	Sig. (2-tailed)		.129	.079	.749	.346
	N	42	42	42	41	41
BMI	Pearson Correlation	.238	1	.085	.000	.165
	Sig. (2-tailed)	.129		.591	.998	.303
	N	42	42	42	41	41
Ktlothung	Pearson Correlation	.274	.085	1	.459**	.528**
	Sig. (2-tailed)	.079	.591		.003	.000
	N	42	42	42	41	41
tgkhau	Pearson Correlation	-.051	.000	.459**	1	.597**
	Sig. (2-tailed)	.749	.998	.003		.000
	N	41	41	41	41	41
tgmo	Pearson Correlation	.151	.165	.528**	.597**	1
	Sig. (2-tailed)	.346	.303	.000	.000	
	N	41	41	41	41	41

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

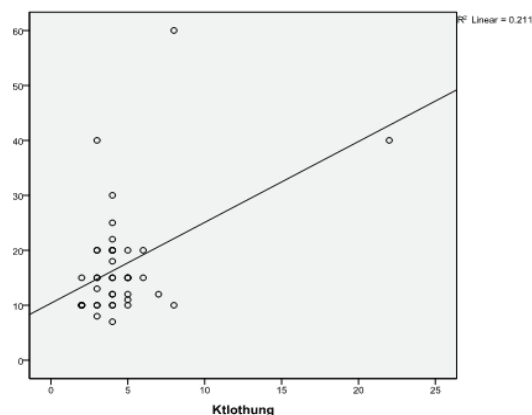
(tgtrmo: thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện; ktlothung: kích thước lỗ thủng)

- Thời gian khâu lỗ thủng có tương quan thuận với kích thước lỗ thủng, hệ số tương quan $r=0,459$.



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa thời gian mổ với kích thước lỗ thủng

- Thời gian mổ có tương quan thuận với kích thước lỗ thủng, hệ số tương quan $r=0,528$.



Biểu đồ 2. Mối tương quan giữa thời gian khâu lỗ thủng với kích thước lỗ thủng

3.3. Các đặc điểm sau mổ đến khi ra viện

Bảng 5. Các đặc điểm sau mổ (n=41: đối với các bệnh nhân khâu lỗ thủng qua PTNSMC)

STT	Đặc điểm	Kết quả
1	Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa (ngày)	$2,7 \pm 0,7$ (1-4)
2	Thời gian dùng thuốc giảm đau (ngày)	$2,9 \pm 0,8$ (2-5)
3	Thời gian nằm viện	$5,8 \pm 1,6$ (4-12)
4	Nhiễm trùng vết mổ	2 (4,9%)
5	Biến chứng khác hoặc tử vong	0

4. BÀN LUẬN

4.1. Về kỹ thuật mổ

Cho đến nay, các nghiên cứu về PTNSMC cho thấy đây là phương pháp có các ưu điểm như thẩm mỹ hơn, giảm đau sau mổ... Tuy nhiên nó có các nhược điểm: các dụng cụ không thể bố trí theo nguyên tắc tam giác như PTNS kinh điển vì thế các dụng cụ xung đột nhau, phẫu trường hẹp, việc bộc lộ các tạng trong phẫu thuật bị hạn chế [3], [6].

Trong phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng qua PTNSMC, vì kỹ thuật khâu lỗ thủng đơn giản, vị trí khâu thường ở mặt trước hành tá tràng thuận tiện cho việc khâu nên chúng tôi chỉ cần sử dụng dụng cụ phẫu thuật nội soi thẳng kinh điển. Từ đó giúp giảm bớt chi phí trong phẫu thuật, dụng cụ sẵn có. Để khắc phục nhược điểm dụng cụ phẫu thuật xung đột lẫn nhau khi thao tác, đặc biệt chỉ sử dụng các dụng cụ thẳng kinh điển, chúng tôi áp dụng phương pháp rút chỉ ngoài ổ bụng theo nguyên tắc thẳng hàng. Với phương pháp này chúng tôi vừa tránh được được xung đột dụng cụ, vừa có thể kiểm soát

dễ dàng độ căng của nút buộc.

4.2. Về vết mổ cũ

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân (4,8%) có vết mổ cũ thành bụng. Một bệnh nhân có tiền sử mổ khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng qua phẫu thuật nội soi kinh điển với 3 trocar cách 1 năm. Một trường hợp có vết mổ cũ đường giữa trên rốn. Trường hợp này chúng tôi đã áp dụng PTNSMC thành công. Do vậy, theo chúng tôi những trường hợp có vết mổ cũ không phải là chống chỉ định đối với phương pháp này. Tuy nhiên khi đặt cổng vào cần hết sức cẩn thận tránh biến chứng.

4.3. Về vị trí lỗ thủng

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp (2,4%) thủng ổ loét ở mặt sau hành tá tràng. Theo Wong, 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 [12].

Ở bệnh nhân thủng ổ loét ở mặt sau hành tá tràng mà chúng tôi gặp, lỗ thủng nằm gần với tụy và

động mạch vị tá tràng nên rất khó khăn trong việc bộc lộ thương tổn nên chúng tôi phải chuyển sang mổ mở.

Do vậy vị trí lỗ thủng ở mặt sau hành tá tràng hiểm gặp, là một trong những nguyên nhân phải chuyển sang mổ mở.

Vị trí của lỗ thủng cũng liên quan đến mức độ khó khăn của khâu lỗ thủng. Đối với các lỗ thủng nằm gần bờ trên của tá tràng, lỗ thủng nằm gần với cuống gan sẽ gây khó khăn khi bộc lộ cũng như khó khăn khi khâu. Trong nghiên cứu này có một bệnh nhân (2,4%) lỗ thủng nằm gần cuống gan, chúng tôi phải tiến hành đặt thêm một trô-ca 5mm ở hạ sườn trái để hỗ trợ. Ngoài ra, các trường hợp gan lớn che phủ mặt trước tá tràng sẽ gây khó khăn trong PTNSMC vì phẫu trường trong PTNSMC hạn chế hơn, việc vén gan bộc lộ phẫu trường cũng khó khăn hơn.

4.4. Về kích thước lỗ thủng

Đây 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], [7]. 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%) [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 42 trường hợp, có 1 trường hợp (2,4%) 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 phẫu thuật nội soi một cổng thành công, hậu phẫu bệnh nhân ổn định, ra viện sau 9 ngày.

Kích thước lỗ thủng còn là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thời gian mổ cũng như thời gian khâu lỗ thủng. Với hệ số tương quan giữa thời gian khâu lỗ thủng với kích thước lỗ thủng là 0,459. Hệ số tương quan giữa thời gian mổ với kích thước lỗ thủng là $r=0,528$.

4.5. Về phương pháp khâu

Chúng tôi áp dụng mũi khâu chữ X toàn thể để khâu kín lỗ thủng đối với những trường hợp lỗ thủng nhỏ. Đối với các trường hợp lỗ thủng có kích thước lớn thì áp dụng kỹ thuật Graham patch. Với kỹ thuật rút chỉ từ ngoài cơ thể để buộc nút chỉ theo nguyên tắc thẳng hàng đã giúp tránh tình trạng xung đột nhau của các dụng cụ trong PTNSMC, đặc biệt là khi chỉ sử dụng các dụng cụ nội soi thẳng kính điển.

4.6. Về đắp mạc nối và dẫn lưu ổ phúc mạc

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 95,1% các trường hợp khâu lỗ thủng đơn thuần không đắp mạc nối. Chỉ có 2 trường hợp (4,9%) khâu lỗ thủng kèm đắp mạc nối. Theo dõi sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có trường hợp nào xảy ra biến chứng dò chỗ khâu ở nhóm không đắp mạc nối cũng như nhóm đắp mạc nối.

Theo Ates và cs, đối với những trường hợp lỗ thủng ổ loét dạ dày tá tràng có kích thước <10mm chỉ cần khâu lỗ thủng đơn thuần mà không cần đắp mạc nối. Theo dõi sau mổ không có trường hợp nào biến chứng dò chỗ khâu hoặc áp xe tồn lưu [1].

Nghiên cứu của Ellatif so sánh kết quả của nhóm bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày tá tràng với kích thước lỗ thủng trung bình 6 mm (4 – 17 mm) được điều trị với khâu lỗ thủng có chèn mạc nối với nhóm khâu lỗ thủng đơn thuần không chèn mạc nối thì thấy thời gian mổ ở nhóm không chèn mạc nối ngắn hơn có ý nghĩa thống kê (73 ± 32 so với 59 ± 19 phút, $p<0,01$). Hai nhóm này không có sự khác biệt về các yếu tố liên quan trước mổ. Kết quả sau mổ không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng [2].

Khâu lỗ thủng không đắp mạc nối hoặc không chèn mạc nối ở những trường hợp lỗ thủng có kích thước nhỏ sẽ giúp rút ngắn thời gian mổ trong khi không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng cũng như kết quả khác sau mổ [2], [3]. Điều này đặt ra vấn đề liệu đắp mạc nối có thực sự cần thiết trong khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng có kích thước nhỏ? Theo chúng tôi vấn đề này cần nghiên cứu thêm với số bệnh nhân lớn hơn để có kết luận.

Với vấn đề dẫn lưu ổ mổ: đặt dẫn lưu ổ phúc mạc trong mổ tiêu hóa đặc biệt trong mổ khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày tá tràng có nhiều quan điểm khác nhau [7]. Trong phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày tá tràng, dẫn lưu ổ phúc mạc với hai mục đích chính: phát hiện sớm các biến chứng như dò chỗ khâu và dẫn lưu dịch ứ đọng sau mổ.

Tuy nhiên theo tác giả Schein, trong một điều tra bằng câu hỏi về việc sau khâu lỗ thủng ổ loét có đặt dẫn lưu hay không thì có đến 80% phẫu thuật viên không đặt dẫn lưu [7].

Nghiên cứu tiến cứu của Pai so sánh giữa đặt dẫn lưu ổ phúc mạc và không dẫn lưu sau khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng gồm 45 bệnh nhân không dẫn lưu và 75 bệnh nhân có đặt dẫn lưu cho thấy: về phương diện viêm phúc mạc, dẫn lưu không làm giảm tỷ lệ áp xe tồn lưu hay đọng dịch sau mổ. Dò chỗ khâu chiếm tỷ lệ 5,3% ở nhóm có đặt dẫn lưu và 2,3% ở nhóm không đặt dẫn lưu. Nhiễm trùng chân dẫn lưu chiếm 11%. Một trường hợp mổ lại do tắc ruột do quai ruột non quấn quanh dẫn lưu, một trường hợp chảy máu chân dẫn lưu. Tác giả kết luận trong

mổ khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng theo phương pháp Graham đặt dẫn lưu không an toàn hơn cũng như không hiệu quả [4].

Theo tác giả Petrowsky, nhiều loại phẫu thuật tiêu hóa không cần đặt dẫn lưu. Đối với khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng theo phương pháp Graham không cần đặt dẫn lưu [5].

Trong nghiên cứu chúng tôi có 37 trường hợp (90,2%) không đặt dẫn lưu ổ mổ. Chỉ có 4 trường hợp bệnh nhân có lỗ thủng kích thước lớn, nền xơ chai trong mổ chúng tôi đánh giá nguy cơ cao có thể dò chỗ khâu nên chúng tôi đặt dẫn lưu. Các trường hợp này dẫn lưu được rút trong vòng 3 ngày sau mổ. Trong các trường hợp không đặt dẫn lưu hậu phẫu không có các biến chứng liên quan như áp xe tồn lưu...

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 42 trường hợp điều trị thủng ổ loét tá tràng bằng phương pháp khâu lỗ thủng

qua PTNSMC sử dụng các dụng cụ phẫu thuật nội soi thẳng kinh điển tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và tại Bệnh viện Trung ương Huế chúng tôi thấy việc áp dụng kỹ thuật buộc chỉ theo nguyên tắc thẳng hàng với rút chỉ ngoài cơ thể giúp tránh tình trạng xung đột dụng cụ. Các trường hợp ổ loét kích thước nhỏ chỉ cần khâu lỗ thủng bằng mũi chỉ chữ X, không cần đắp mạc nối, hầu hết trường hợp không cần đặt dẫn lưu. Điều này giúp làm giảm thời gian mổ. Kích thước lỗ thủng có mối tương quan thuận với thời gian khâu lỗ thủng (hệ số tương quan $r = 0,459$) và cũng tương quan thuận với thời gian mổ (hệ số tương quan $r = 0,528$).

Vết mổ cũ thành bụng không phải là yếu tố chống chỉ định PTNSMC. Các yếu tố vị trí lỗ thủng ở mặt sau hành tá tràng là lý do chuyển sang mổ mở. Vị trí lỗ thủng gần cuống gan, gan lớn gây khó khăn cho phẫu thuật, đôi khi cần phải đặt thêm tro-ca hỗ trợ.

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 loét dạ dày-tá tràng kết hợp với điều trị tiệt trừ *Helicobacter pylori*", Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, tập 9, tr. 27-3
3. Ates M., Sevil S., Bakircioglu E., Colak C. (2007), "Laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without omental patch versus conventional open repair", *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.*, 17(5), pp:615-619.
4. Bertleff MJ, Lange JF. (2010), "Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment", *Dig Surg.*;27(3), pp:161-169
5. El-Nakeeb A, Fikry A, Mitwally T, Fouda el Y, El Awady S, Abd El-Menem H., Ghazy H., Sherief D., Farid M. (2007), "Effect of helicobacter pylori eradication on ulcer healing and recurrence after simple closure of perforated duodenal ulcer", *E.J.S.*, 26(2), pp: 75-80.
6. Hermansson M, Staël von Holstein C, Zilling T. (2009), "Surgical approach and prognostic factors after peptic ulcer perforation", *Eur J Surg.*, 165(6), pp:566-572.
7. Lal P., Vindal A., Hadke N.S. (2009), "Controlled tube duodenostomy in the management of giant duodenal ulcer perforation—a new technique for a surgically challenging condition", *The American Journal of Surgery*, 198 (3), pp: 319-323.
8. Lee J, Sung K, Lee D, Lee W, Kim W. (2011), "Single-port laparoscopic repair of a perforated duodenal ulcer: intracorporeal "cross and twine" knotting", *Surg Endosc.*, 25(1), pp:229-233.
9. Lirici M.M. (2012), "Single site laparoscopic surgery: an intermediate step toward no (visible) scar surgery or the next gold standard in minimally invasive surgery?", *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 21(1), pp: 1-7.
10. Lui F.Y., Davis K.A. (2010), "Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention?", *Scand J Surg.*;99(2),pp:73-77.
11. Ng Enders K.W., Lam Y.H., Sung J.J.Y., Yung M.Y., To K.F. et al. (2000), "Eradication of *Helicobacter pylori* Prevents Recurrence of Ulcer After Simple Closure of Duodenal Ulcer Perforation – Randomized Controlled Trial", *Ann. Surg.*, 231(2), pp: 153-158.
12. Wong C.H., Chow P.K.H., Hock-Soo Ong, Chan W. et al (2004), "Posterior perforation of peptic ulcers: Presentation and outcome of an uncommon surgical emergency", *Surgery* 135(3), pp: 321-325.