

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA THÙNG Ổ LOÉT TÁ TRÀNG BẰNG KHÂU LỖ THÙNG QUA PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT CỔNG

Nguyễn Hữu Trí¹, Nguyễn Văn Liễu²

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

(2) Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi một cổng (PTNSMC) ngày càng được áp dụng rộng rãi trong ngoại khoa. Mục tiêu của đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa thùng ổ loét tá tràng bằng khâu lỗ thùng qua PTNSMC. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu trên 35 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 7/2014. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $45,9 \pm 14,4$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 16,5. Chỉ số BMI là $19,2 \pm 2,3$. 1 trường hợp (2,9%) có tiền sử khâu lỗ thùng ổ loét tá tràng. Thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện là $9,9 \pm 12,3$ giờ. 97,1% bệnh nhân có lỗ thùng ở mặt trước hành tá tràng với đường kính lỗ thùng $4,7 \pm 3,4$ mm (2 – 22mm). 2,9% bệnh nhân có lỗ thùng ở mặt sau tá tràng. Thời gian mổ trung bình $75,8 \pm 33,7$ phút. Chiều dài đường rạch da $1,9 \pm 0,1$ cm. Tỷ lệ đặt thêm rô ca hỗ trợ trong mổ là 2,9%. Tỷ lệ chuyển sang mổ mở là 2,9%. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ $2,9 \pm 0,8$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình $5,8 \pm 1,4$ ngày. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ 5,9%. Không có biến chứng khác hoặc tử vong sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi một cổng là phương pháp an toàn, ít để lại sẹo có thể áp dụng điều trị thùng ổ loét tá tràng.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi một cổng, thùng ổ loét tá tràng

Abstract

RESULTS OF THE SUTURE OF THE PERFORATION BY SINGLE-PORT LAPAROSCOPIC SURGERY (SPLS) FOR THE PERFORATED DUODENAL ULCER TREATMENT

Nguyen Huu Tri¹, Nguyen Van Lieu²

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

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: Single-port laparoscopic surgery (SPLS) was increasingly used on several surgical diseases. The aim of this study is to evaluate the results of the suture of the perforation by SPLS for the perforated duodenal ulcer treatment. **Methods:** From January 2012 to July 2014, 35 patients with perforated duodenal ulcers underwent simple suture of the perforations by SPLS at Hue University Hospital and Hue Central Hospital. **Results:** The mean age was 45.9 ± 14.4 years. The sex ratio (male/female) was 16.5 and the mean of BMI was 19.2 ± 2.3 . There was one patient (2.9%) with previous history of laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer. The duration of the symptoms was 9.9 ± 12.3 hours. 97.1% of patients had the perforations of the anterior wall of the duodenum. The mean size of the perforation was 4.7 ± 3.4 mm (2 – 22mm). 2.9% of patients had the perforations of the posterior wall of the duodenum. The rate of the conversion to the open surgery was 2.9%. The mean operative time was

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Hữu Trí, * Email: tridhy@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.4+5.18

- Ngày nhận bài: 17/7/2014 * Ngày đồng ý đăng: 3/11/2014 * Ngày xuất bản: 16/11/2014

75.8 ± 33.7mins, and the mean hospital stay was 5.8 ± 1.4 days. The mean of the analgesic requirement time was 2.9 ± 0.8 days. The wound length was 1.9 ± 0.1 cm. There was 5.9% of the patients had wound infection. There was no operation-related mortality. **Conclusions** Simple suture of the perforation by single-port laparoscopic surgery is a feasible and safe procedure, and it may be a scarless surgical technique for perforated duodenal ulcers treatment.

Key words: *Single-port laparoscopic surgery, perforated duodenal ulcer*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng ổ loét tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa, là một trong những biến chứng thường gặp của loét tá tràng, có thể gây tử vong [10]. Trong một thời gian dài quan điểm “không có acid, không có loét” (No acid, no ulcer) là quan điểm chủ đạo chi phối trong chẩn đoán và điều trị loét tá tràng cũng như thủng ổ loét tá tràng. Việc phát hiện và xác định vai trò của vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) trong bệnh lý loét tá tràng 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 là khâu lỗ thủng kết hợp điều trị *H. pylori* trong trường hợp có *H. pylori* [10],[12].

Cho 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 với những ưu điểm: giảm đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, giảm nhiễm trùng vết mổ, thẩm mỹ hơn [4].

Ngày nay, xu hướng phẫu thuật xâm nhập tối thiểu ngày càng phát triển. Trong xu thế đó, 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, giảm biến chứng thoát vị lỗ rốn [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].

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa 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 35 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 7/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán thủng ổ loét tá tràng 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 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: loại trừ những bệnh nhân có thủng ổ loét tá tràng nhưng kèm theo hẹp môn vị, hoặc kèm xuất huyết tiêu hóa, hoặc chỉ số ASA ≥ 4.

- Kỹ thuật mổ:

+ Bệnh nhân được đặt xông dạ dày, truyền dịch, dùng kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3 đường tĩnh mạch trước mổ. Tư thế nằm ngửa, hai tay dạng vuông góc thân mình. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Phẫu thuật viên và người phụ thứ nhất đứng bên trái bệnh nhân.

+ 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 (SILS port), 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 tá tràng mặt sau hoặc có hẹp môn vị kèm theo thì chuyển sang mổ hở. Sau khi đánh giá vị trí và kích thước lỗ

thùng, dùng ống hút để hút dịch ổ phúc mạc cấy vi khuẩn. Lúc này bệnh nhân được đặt tư thế đầu cao khoảng 15⁰ và nghiêng nhẹ sang trái giúp bộc lộ lỗ thùng 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 thùng, tách vị trí lỗ thùng xa khỏi gan và túi mật. Dùng kim cặp kim nội soi kẹp kim và khâu mũi toàn thể chữ X đối với các trường hợp lỗ thùng ≤ 10mm; nếu lỗ thùng >10 mm thì khâu bằng 2 đến 3 mũi rời đơn thuần hoặc có chèn mạc nối vào lỗ thùng 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 thùng khó khăn có thể đặt thêm tro ca để hỗ trợ. Các nút chỉ được buộc theo nguyên tắc thẳng hàng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

STT	Đặc điểm	Kết quả (n=35)
1	Tuổi (năm)	45,9 ± 14,4* (17 - 79)
2	Tỷ lệ nam/nữ	16,5 (33/2)
3	Chỉ số khối cơ thể (BMI)	19,2 ± 2,3* (15,4 - 26,2)
4	Tiền sử bệnh lý dạ dày tá tràng	23(65,7%)
5	Tiền sử thùng ổ loét tá tràng	1 (2,9 %)
6	Tiền sử dùng thuốc kháng viêm không steroid	3 (8,6%)
7	Thời gian khởi phát đến khi nhập viện (giờ)	9,9 ± 12,3 (1 - 72)
	< 12 giờ	27 (77,1%)
	12 – 24 giờ	6 (17,1%)
	> 24 giờ	2 (5,8%)
8	Chỉ số Boey	
	Boey 0	28 (80%)
	Boey 1	7 (20%)
	Boey 2 và 3	0
* Trung bình ± SD		

+ 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; đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng; các số liệu liên quan quá trình mổ và diễn biến hậu phẫu đến khi ra viện.

3.2. Các đặc điểm trong mổ

Bảng 2. Các đặc điểm trong mổ

STT	Đặc điểm	Kết quả
1	Vị trí thủng (n=35)	
	Mặt trước hành tá tràng	34 (97,1%)
	Mặt sau hành tá tràng	1 (2,9%)
2	Kích thước lỗ thủng (mm) (n=35)	$4,7 \pm 3,4^*$ (2-22)
	< 5 mm	24 (68,6%)
	5–10 mm	10 (28,6%)
	> 10 mm	1 (2,9%)
3	Hẹp môn vị	0

Bảng 3. Các đặc điểm liên quan kỹ thuật mổ

STT	Đặc điểm	Kết quả
1	Chiều dài đường rạch da (cm)	$1,95 \pm 0,15$
2	Thời gian đặt port (phút)	$4,2 \pm 1,6$ (2-10)
3	Đặt thêm rô ca hỗ trợ	1 (2,9%)
4	Chuyển mổ hở	1 (2,9%)
5	Thời gian khâu lỗ thủng SP (phút) (n=33)	$17,2 \pm 10,2$ (8 -60)
6	Kiểu mũi khâu lỗ thủng (n=33)	
	Chữ X	31 (93,9)
	Chữ O	1 (3,0%)
	Graham patch	1 (3,0%)
7	Đắp mạc nối ở các trường hợp khâu chữ O hoặc X (n=33)	2 (6,1%)
8	Dẫn lưu ổ phúc mạc (n=33)	4 (12,1%)
9	Thời gian mổ SP đơn thuần (phút) (n=33)	$75,8 \pm 33,7$ (40 -180)

- Một trường hợp (2,9%) phải đặt thêm rô ca hỗ trợ trong việc bộc lộ lỗ thủng.

- Một trường hợp (2,9%) chuyển sang mổ hở do lỗ thủng ổ loét ở mặt sau hành tá tràng.

Bảng 4. So sánh thời gian mổ của nhóm bệnh nhân có thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện trước và sau 12 giờ

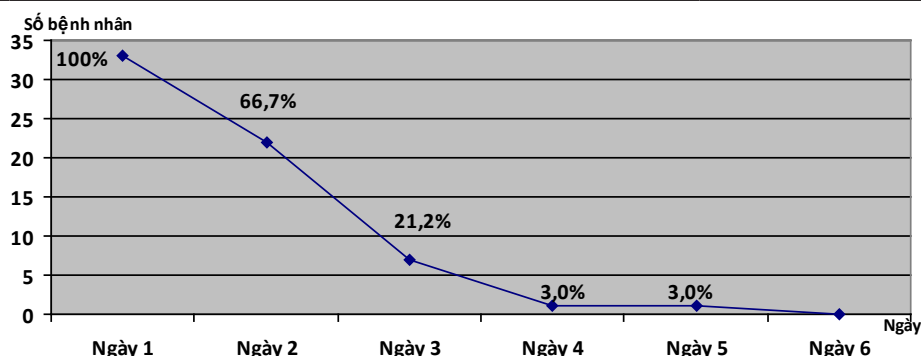
Nhóm bệnh	n	Thời gian mổ (phút)	
<12 giờ	26	$70,6 \pm 28,5$	p<0,05
≥ 12 giờ	8	$98,1 \pm 43,6$	

3.3. Các đặc điểm sau mổ đến khi ra viện

Bảng 5. Các đặc điểm sau mổ

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 lưu xông dạ dày	$3,3 \pm 0,8$ (3-7)
3	Thời gian trung tiện trở lại	$2,7 \pm 0,7$ (1- 4)

4	Thời gian dùng thuốc giảm đau (ngày)	$2,9 \pm 0,8$ (2-5)
5	Thời gian nằm viện	$5,8 \pm 1,4$ (4-12)
6	Nhiễm trùng vết mổ	2 (5,9%)
7	Biến chứng khác hoặc tử vong	0



Biểu đồ 1. Diễn biến điều trị giảm đau sau mổ

Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình là $2,9 \pm 0,8$ ngày (ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 5 ngày), trong đó 78,8% ngừng thuốc giảm đau hoàn toàn sau 3 ngày.

Hai trường hợp (5,9%) nhiễm trùng vết mổ.

Không có trường hợp nào mổ lại hoặc tử vong.

4. BÀN LUẬN

Qua 35 trường hợp điều trị thủng ổ loét tá tràng bằng phương pháp khâu lỗ thủng qua PTNSMC tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi nhận thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân thủng ổ loét tá tràng là $45,9 \pm 14,4$ (17 - 79) tuổi, kết quả này tương tự như kết quả của các tác giả khác [1], [2]. Tuổi là một yếu tố tiên lượng tử vong quan trọng. Theo Hermansson, tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày tá tràng là 0% ở nhóm <50 tuổi, 6% ở nhóm 50-60 tuổi và đến 30% ở những bệnh nhân >70 tuổi [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp (2,9%) trên 70 tuổi. Bệnh nhân này hậu phẫu không có biến chứng. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,5, nam gấp nhiều hơn nữ. Kết quả của các tác giả khác cũng cho thấy tỷ lệ nam cao hơn nhiều so với nữ [8]. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu này $19,2 \pm 2,3$ (thấp nhất là 15,4, cao nhất là 26,2).

94,2% bệnh nhân có thời gian từ khi khởi bệnh

đến khi mổ trong vòng 24 giờ. Theo nhiều tác giả, không áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi đối với những bệnh nhân có thời gian khởi bệnh đến khi nhập viện lớn hơn 24 giờ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 (5,8%) bệnh nhân có thời gian từ lúc khởi bệnh đến khi nhập viện sau 24 giờ. Các bệnh nhân này đã được khâu lỗ thủng qua PTNSMC thành công, hậu phẫu không có biến chứng. Do vậy theo chúng tôi có thể tiến hành PTNSMC cho những bệnh nhân có thời gian từ lúc khởi bệnh đến lúc nhập viện sau 24 giờ. Tuy nhiên cần đánh giá kỹ tình trạng bệnh lý, các bệnh kèm theo trên những bệnh nhân này để quyết định phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật mở. Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện là một yếu tố tiên lượng quan trọng bệnh lý thủng ổ loét tá tràng. Ngoài ra nó còn là yếu tố liên quan đến thời gian mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân đến từ sau 12 giờ có thời gian mổ trung bình dài hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân đến trước 12 giờ ($98,1 \pm 43,6$ giờ so với $70,6 \pm 28,5$ giờ). Trong nghiên cứu này đa số bệnh nhân (80%) có chỉ số Boey là 0, 20% có chỉ số Boey là 1.

Một bệnh nhân có tiền sử mổ khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng qua phẫu thuật nội soi kinh điển với 3 trơ ca cách 1 năm. 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 cống vào cần hết sức cẩn thận tránh biến chứng.

Về vị trí lỗ thủng ổ loét tá tràng: trong nghiên cứu của chúng tôi có 97,1% bệnh nhân có vị trí lỗ thủng ở mặt trước hành tá tràng, 1 trường hợp 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]. Như vậy, thủng ổ loét mặt sau tá tràng rất hiếm gặp. Những trường hợp này gây khó khăn cho chẩn đoán và thường phải chuyển sang mổ mở.

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 vẫn cao (5% đến 65%) [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 35 trường hợp, có 1 (2,9%) trường hợp 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 công thành công, hậu phẫu bệnh nhân ổn định, ra viện sau 9 ngày.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $75,8 \pm 33,7$ phút (40-180 phút). Kết quả về thời gian mổ của chúng tôi gần tương đương với kết quả về thời gian mổ trong khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng bằng PTNSMC của tác giả Lee và cs [10]: thời gian mổ trung bình là $90,2 \pm 24,2$ phút. Tuy vậy trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chỉ số BMI trung bình là $18,8 \pm 2,0$ (15,4 - 22,1), trong khi BMI của nhóm nghiên cứu của Lee và cs là $22,4 \pm 3,2$. So với nghiên cứu của tác giả Hồ Hữu

Thiện đối với phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày tá tràng qua phẫu thuật nội soi kinh điển trên 111 trường hợp có thời gian mổ trung bình là $71,7 \pm 22,2$ phút (30-150 phút).

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 kinh điển.

Trong nghiên cứu này, chỉ có 2 trường hợp khâu lỗ thủng kèm 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. Điều này mang lại thời gian mổ ngắn hơn trong khi không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng cũng như các thông số khác [3]. Đối với những trường hợp ổ loét xơ chai, chúng tôi đặt dẫn lưu dưới gan ra ngoài qua lỗ port.

Một trong những ưu điểm của phẫu thuật nội soi là giảm đau sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ là $2,9 \pm 0,8$ ngày (ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 5 ngày). Trong đó, 78,8% ngừng thuốc giảm đau hoàn toàn sau 3 ngày. Thời gian bệnh nhân trung tiện trở lại trung bình là $2,7 \pm 0,7$ ngày.

Về biến chứng sau mổ: ở 35 bệnh nhân trong nghiên cứu này có 2 trường hợp (5,9%) bị nhiễm trùng vết mổ. Không có các biến chứng khác hay tử vong sau mổ.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,8 \pm 1,4$ (5-12) ngày. Trong đó, 29 trường hợp (87,9%) có thời gian nằm viện ≤ 6 ngày.

Về mặt thẩm mỹ, chiều dài của đường mổ trung bình là $1,9 \pm 0,1$ cm. Tuy vậy nhờ đường mổ đi qua rốn nên sau khi hồi phục bệnh nhân hầu như không thấy sẹo.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 35 bệnh nhân thủng ổ loét tá

tràng được điều trị bằng khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi một công chúng tôi thấy đây là phương pháp an toàn, tỷ lệ đặt thêm trô ca hỗ trợ là 2,9%, tỷ lệ chuyển sang mổ mở là 2,9%. Thời gian mổ trung bình là $75,8 \pm 33,7$ phút. Thời gian

dùng thuốc giảm đau sau mổ là $2,9 \pm 0,8$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình $5,8 \pm 1,4$ ngày. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 2,9%. Phương pháp này đem lại giá trị thẩm mỹ nhờ sẹo được giấu phần lớn vào trong rốn.

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 diệt 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.