

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2020-2021

Phạm Tuấn Đạt^{1*}, Hoàng Minh Nhữ¹,
Phạm Xuân Bách²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm trong điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm trong điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 127 bệnh nhân được chẩn đoán là thủng ổ loét dạ dày tá tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ ngày 01/07/2020 đến 31/03/2021.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ biến chứng phẫu thuật 0,8%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $56,44 \pm 16,76$ phút (30-125 phút), thời gian xuất hiện trung tiện sau mổ trung bình là $2,7 \pm 1,2$ ngày (2-5 ngày), thời gian rút dẫn lưu trung bình $4,06 \pm 1,7$ ngày (2-14 ngày), thời gian nằm viện trung bình là $7 \pm 3,12$ ngày (2-35 ngày). Kết quả điều trị: tốt chiếm 66,1%, trung bình là 33,1%, và xấu chiếm 0,8%.

Từ khóa: thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, phẫu thuật nội soi.

ABSTRACT

RESULT OF TREATING GASTROINTESTINAL PERFORATION USING

LAPAROSCOPIC SURGERY IN THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL 2020-2021

Objectives: Reviewing the results of treating gastrointestinal perforation using laparoscopic surgery in Thai Binh Provincial General Hospital.

Method: Cross-sectional description. 127 patients diagnosed with gastrointestinal perforation treated using laparoscopic surgery

1. Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Sinh viên lớp Y đa khoa-K47H Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Đạt

Email: dr.phamtuandat@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 19/11/2021

Ngày duyệt bài: 02/12/2021

in Thai Binh Provincial General Hospital from 01/07/2020 to 31/03/2021.

Results: Complication rates 0,8%. Surgical time $56,44 \pm 16,76$ mins (30-125 mins), appeared fart time $2,7 \pm 1,2$ days (2-5 days), drain withdraw time $4,06 \pm 1,7$ days (2-14 days), average bed time $7 \pm 3,12$ days (2-35 days). Results: good 66,1%, average 33,1% and bad 0,8%.

Keywords: Gastrointestinal perforation, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là một biến chứng thường gặp của bệnh loét dạ dày - tá tràng, chiếm từ 5-10%, đứng hàng thứ ba trong cấp cứu bụng ngoại khoa, đứng thứ hai trong viêm phúc mạc thứ phát sau viêm ruột thừa. Nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đều công nhận phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh như thời gian hậu phẫu ngắn, chăm sóc dễ dàng, ít tai biến, biến chứng, bệnh nhân đau ít hơn và ra viện sớm. Với mong muốn có thêm tài liệu đánh giá về kết quả của phương pháp điều trị này, đặc biệt là tại y tế tuyến tỉnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả sớm trong điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

127 bệnh nhân được chẩn đoán là thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, được mổ cấp cứu nội soi khâu lỗ thủng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian từ ngày 01/07/2020 đến 31/03/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là thủng ổ loét dạ dày - tá tràng.

- Được mổ bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng tại khoa ngoại tổng hợp, bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Hồ sơ có đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.
Tiêu chuẩn loại trừ:

- Xuất huyết tiêu hóa đi kèm.

- Có tiền sử hoặc triệu chứng hẹp môn vị đi kèm.

- Lỗ thủng đã được khẳng định bằng giải phẫu bệnh là ung thư.

- Bệnh nhân phải chuyển mổ mở khâu lỗ thủng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu cho 1 tỉ lệ:

Trong đó:

- n: là cỡ mẫu tối thiểu cần lấy để nghiên cứu

là hệ số tin cậy theo α , chọn $\alpha=0,05$, tra bảng ta có $Z = 1,96$

- p: là tỉ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt, trung bình theo nghiên cứu của tác giả Ngô Minh Nghĩa [3] là 95,2%. Vậy ta lấy $p = 0,952$.

- d: là độ chính xác tuyệt đối mong muốn ($d = 0,04$)

Từ công thức trên tính ra $n \approx 109$. Trên thực tế, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 127 trường hợp.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu có chủ đích.

Lấy các bệnh nhân được chẩn đoán là thủng ổ loét dạ dày - tá tràng đủ các điều kiện theo tiêu

chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ tham gia vào nghiên cứu.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu từ 01/7/2020 đến 31/12/2020

Nghiên cứu tiến cứu từ 01/01/2021 đến 31/3/2021

* **Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật tại thời điểm ra viện:**

Dựa theo nghiên cứu của tác giả Ngô Minh Nghĩa [3], tại thời điểm bệnh nhân xuất viện, tình trạng bệnh nhân được chia làm 3 mức

Tốt: Bệnh nhân hết đau hoàn toàn, ăn uống sinh hoạt bình thường, vết mổ lành sẹo tốt.

Trung bình: Bệnh nhân thỉnh thoảng có khó chịu, đau nhẹ nhưng không ảnh hưởng đến đời sống sinh hoạt.

Xấu: Triệu chứng đau, rối loạn tiêu hóa như khó tiêu, đầy bụng, nóng rát sau thượng vị, bệnh nhân chưa thể tự sinh hoạt được hoặc tử vong sau mổ.

2.3. Thu thập và xử lý số liệu

- Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Xử lý số liệu:

+ Các biến số định tính thì tính theo tỷ lệ %.

+ Các biến số định lượng thì tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn

- Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình: $60,57 \pm 14,57$ tuổi (15 - 95 tuổi)

- Bệnh gặp ở nam nhiều hơn là nữ, tỉ lệ nam / nữ xấp xỉ 3,7/1, đa số hơn 40 tuổi.

Bảng 1. Các triệu chứng thực thể trên bệnh nhân (n=127)

Triệu chứng	SL	%
Đau, có PƯTB vùng thượng vị	13	10,2
Đau, có PƯTB vùng thượng vị, hố chậu phải	8	6,3
Co cứng thành bụng, đau toàn ổ bụng bụng	103	81,1
Chướng bụng	107	84,2
Tổng	127	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có biểu hiện viêm phúc mạc rõ; 81,1% có dấu hiệu co cứng thành bụng rõ, còn lại có biểu hiện phản ứng thành bụng ở thượng vị hoặc hố chậu phải.

Bảng 2: Mối liên quan giữa kích thước lỗ thủng và khả năng phát hiện khí trong ổ bụng giữa các phương tiện chẩn đoán hình ảnh

KT lỗ thủng Chẩn đoán hình ảnh		<5 mm		5-10 mm		>10mm		Tổng	p
		%	SL	%	SL	%			
XQ (n= 127)	Có khí	44	50,0	37	42,0	7	8,0	88	0,719
	Không có	18	46,1	19	48,7	2	5,2	39	
Siêu âm (n=111)	Có khí	23	48,9	21	44,7	3	6,4	47	0,898
	Không có	33	51,6	26	40,6	5	7,8	64	
CLVT (n=68)	Có khí	34	52,3	28	43,1	3	4,6	65	0,154
	Không có	0	0	3	100,0	0	0	3	

Nhận xét: Siêu âm khó phát hiện được khí tự do ổ bụng; CLVT cho khả năng phát hiện khí tự do tốt nhất. Với các kích thước lỗ thủng khác nhau thì khả năng phát hiện khí trong ổ bụng giữa các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Kết quả sớm trong điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng bằng phẫu thuật nội soi

Bảng 3. Mối liên quan giữa vị trí lỗ thủng và kích thước lỗ thủng (n=127)

Vị trí lỗ thủng Kích thước lỗ thủng	Mặt trước hành tá tràng		Mặt trước tiền môn vị		Thân vị, hang vị dạ dày		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
< 5 mm	42	50	15	50	5	38,5	0,883
5 - 10 mm	40	47,6	11	36,7	5	38,5	
> 10 mm	2	2,4	4	13,3	3	23,1	
Tổng	84	100	30	100	13	100	

Nhận xét: Đa số lỗ thủng gặp ở mặt trước hành tá tràng (chiếm 66,1%). Lỗ thủng ở tiền môn vị hoặc dạ dày có xu hướng lớn hơn thủng ở hành tá tràng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Ổ loét mềm mại lại hay gặp ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm hơn 57%). Có 1 trường hợp nghi K hóa là nhóm trên 60 tuổi với tình trạng bờ ổ loét nhám nhòe.

- Đa số bệnh nhân đều được tiến hành khâu mũi chữ X.

Bảng 4. Liên quan giữa thời gian phẫu thuật và tình trạng ổ bụng (n=127)

Tình trạng ổ bụng	$\pm$ SD (phút)	Min	Max	P
Dịch và giả mạc khu trú dưới gan, rãnh đại tràng phải và douglas	46,48 $\pm$ 12,92	30	80	<0,01
Dịch và giả mạc lan tỏa khắp bụng	66,25 $\pm$ 14,17	45	125	
Chung	56,44 $\pm$ 16,76	30	125	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật với tình trạng viêm phúc mạc toàn thể là lớn hơn so với tình trạng viêm phúc mạc khu trú và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Tình trạng hậu phẫu ở bệnh nhân sau mổ (ngày) (n=126)

Tình trạng ổ bụng Thời gian	Dịch và giả mạc khu trú dưới gan, rãnh đại tràng phải và douglas			Dịch và giả mạc lan tỏa khắp bụng			p
	± SD	Min	Max	± SD	Min	Max	
Thời gian ghi nhận trung tiện ở bệnh nhân	2,73 ± 1,147	2	5	2,72 ± 0,96	3	5	0,954
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng	4,25 ± 1,74	3	5	3,84 ± 1,8	2	5	0,236
Thời gian nằm viện	7,95 ± 4,13	3	35	7,54 ± 2,08	2	14	0,485

Nhận xét: Sự khác biệt về thời gian trung tiện, thời gian rút dẫn lưu ổ bụng và thời gian nằm viện giữa hai nhóm bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú và viêm phúc mạc toàn thể không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

100% số bệnh nhân đều được sử dụng thuốc ức chế bơm proton kết hợp với hai nhóm kháng sinh là Cephalosporin và Metronidazol.

Bệnh nhân ra viện với tình trạng tốt chiếm đa số (66,1%), chỉ có 1 trường hợp có tình trạng xấu (0,8%) là trường hợp hôn mê sau phẫu thuật, suy đa tạng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi: Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $60,57 \pm 14,57$ tuổi (15 – 95 tuổi). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Hee.R.V [2] với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $53,8 \pm 18,6$, tác giả Nguyễn Hữu Trí [4] độ tuổi trung bình là $48,8 \pm 14,0$ tuổi.

Giới tính: Tỷ lệ nam/ nữ xấp xỉ 3,7/1. Theo nhiều tác giả trong và ngoài nước thì tỷ lệ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng ở nam luôn cao hơn nữ. Tác giả Hee R.V [2] là 5,3/1, Ngô Minh Nghĩa [3] là 8/1, Nguyễn Hữu Trí [4] có tỷ lệ nam giới chiếm đến 94%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Vị trí đau, kiểu đau: Các bệnh nhân đa số đến viện với triệu chứng gồng cứng bụng, đau khắp bụng, đau dữ dội chiếm tỷ lệ 81,1%. Đây là triệu chứng kinh điển hay gặp ở bệnh nhân, bắt đầu ở thượng vị sau lan ra khắp bụng. Triệu chứng thường thấy gặp ở thủng ổ loét dạ dày tá tràng, do khi bị thủng, dịch vị dạ dày lan ra khắp ổ bụng, gây bỏng phúc mạc kích ứng co kéo phúc mạc tạng dẫn đến bệnh nhân có biểu hiện đau dữ dội, phản ứng này lan ra toàn phúc mạc dẫn đến triệu chứng đau lan trên lâm sàng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với tác giả

Ngô Minh Nghĩa gặp ở 90,5% số bệnh nhân [3], Nguyễn Hữu Trí [4] gặp ở 95,8% số bệnh nhân. Tuy nhiên sự khác biệt này là nhỏ và không có sự chênh lệch rõ ràng giữa các nghiên cứu.

Dấu hiệu co cứng thành bụng: Gặp ở 81,1% các trường hợp, biểu hiện rõ tình trạng viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày tá tràng.

Số lượng bạch cầu: Số lượng bạch cầu tăng cao liên quan mật thiết đến tình trạng viêm phúc mạc, đây sẽ là dữ liệu quan trọng để đánh giá tình trạng viêm phúc mạc trước khi phẫu thuật [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện của nhiễm trùng cấp tính (chỉ số BC trước mổ $> 10G/l$) là 80,3%. Kết quả của chúng tôi tương đương với các tác giả Nguyễn Hồng Minh [1], Ngô Minh Nghĩa [3],

X-quang ổ bụng không chuẩn bị: Hình ảnh liềm hơi dưới hoành có thể rõ ràng hay không tùy thuộc vào lượng khí thoát ra vào ổ bụng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 127 bệnh nhân tất cả đều được chụp X-quang ổ bụng với kết quả có 88 bệnh nhân (69,3%) có liềm hơi dưới cơ hoành. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của các tác giả Ngô Minh [3] nghĩa là 87,3%, Nguyễn Hữu Trí [4], tỷ lệ này là 84,7%. Chúng tôi cũng nhận thấy được rằng kích thước lỗ thủng không gây sai khác nhiều giữa 2 nhóm bệnh nhân với

tỷ lệ phát hiện triệu chứng này theo kích thước lỗ thủng gần như tương đương nhau.

Siêu âm: mục đích của siêu âm là tìm khí tự do trong ổ bụng hoặc các dấu hiệu lân cận chứng tỏ có khí. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả chỉ ra rằng trong số 111 bệnh nhân được thực hiện siêu âm chỉ có 47 bệnh nhân (chiếm 42,3%) là có phát hiện khí tự do trong ổ bụng. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm có độ nhạy thấp trong việc xác định dấu hiệu khí tự do trong ổ bụng điều này hoàn toàn hợp lý do hạn chế về mặt hình ảnh của siêu âm cũng như việc chỉ quét được một phạm vi nhỏ hẹp nên có thể bỏ sót khi tiến hành chẩn đoán trên thực tế.

Chụp Cắt lớp vi tính (CT-Scanner): Trong nghiên cứu của chúng tôi có 68 bệnh nhân được tiến hành chụp CT với tỷ lệ phát hiện là 95,6%. Đây là một tỷ lệ cao qua đó chúng tôi thấy được khả năng phát hiện dấu hiệu tốt hơn nhiều của CT so với hai xét nghiệm kể trên. So sánh với siêu âm và Xquang ta thấy được rằng việc chụp CT cho tỷ lệ phát hiện triệu chứng (95,6%) là cao nhất khi so với Xquang (69,3%) và siêu âm (42,3%). Kích thước lỗ thủng dù to hay nhỏ đều không ảnh hưởng đến việc phát hiện triệu chứng của CT.

4.3. Kết quả điều trị phẫu thuật

Vị trí, kích thước

Trên tổng số 127 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, lỗ thủng chủ yếu phát hiện ở mặt trước hành tá tràng chiếm 66,1%, tiền môn vị chiếm 23,6% còn lại là mặt trước thân vị (7,8%), mặt trước hang vị (2,4%). Như vậy lỗ thủng chủ yếu nằm ở hai vị trí là mặt trước hành tá tràng và mặt trước tiền môn vị và không gặp trường hợp nào thủng mặt sau tương tự với tác giả Ngô Minh Nghĩa [3], trái ngược với tác Hồ Hữu Đức [6].

Với những lỗ thủng ở mặt trước hành tá tràng, thì đến 50% là lỗ thủng nhỏ đường kính < 5mm, 47,6 % có đường kính từ 5 – 10mm, còn lại 2,4% có đường kính lớn hơn 10 mm. Tỷ lệ này với lỗ thủng mặt trước tiền môn vị là 50%, 36,7% và 13,3%. So sánh với kết quả thu được từ nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy được rằng kết quả của chúng tôi là tương đồng so với các tác giả trong và ngoài nước như Hee.R.V [2], Ngô Minh Nghĩa [3], Nguyễn Hữu Trí [4].

Đặc điểm ổ loét: Tình trạng ổ loét xơ chai thường gặp ở bệnh nhân trong độ tuổi lao động từ 20 – 60 tuổi vì trong độ tuổi này thường có áp lực công việc lớn dẫn đến stress Ngược lại, ổ loét mềm mại lại gặp ở các bệnh nhân cao tuổi (>60 tuổi). Độ tuổi này bệnh nhân hay bị các bệnh về khớp, có xu hướng sử dụng các thuốc giảm đau chống viêm NSAID hoặc corticoid lâu ngày. Đa số bệnh nhân thủng ổ loét trên nền ổ loét mềm mại chiếm tỷ lệ 75,6%, trên nền ổ loét xơ chai là 23,6% và chỉ có 1 trường hợp ổ loét mủn nát chiếm 0,8%.

Tình trạng ổ bụng: Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tình trạng viêm phúc mạc khu trú và toàn thể chiếm tỷ lệ tương đương nhau. So sánh với tác giả Ngô Minh Nghĩa [3], nhóm nghiên cứu của tác giả ghi nhận có 52 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 82,5% viêm phúc mạc khu trú và 11 bệnh nhân viêm phúc mạc lan toả chiếm tỷ lệ 17,5%.

Xử trí lỗ thủng: Bệnh nhân đều được tiến hành khâu mũi chữ X toàn thể (78,7%) chiếm chủ yếu, còn lại là khâu các mũi rời. Phương án xử trí này cũng tương đồng với phương án của tác giả Nguyễn Hữu Trí [4] khi sử dụng chủ yếu mũi chữ X toàn thể với 97,2% lỗ thủng được khâu bằng mũi chữ X, 1,4% khâu bằng các mũi đơn thuần, 1,4% khâu theo Graham patch.

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là $56,44 \pm 16,76$ phút, trong đó thời gian ngắn nhất là 30 phút, thời gian dài nhất là 125 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình ngắn hơn khá nhiều so với thời gian được thực hiện ở nghiên cứu của tác giả Ngô Minh Nghĩa [3] là tác giả Vũ Mạnh Quỳnh [5] tác giả Hồ Hữu Thiện [7] là 84 phút nhưng dài hơn so với Hee R.V là [2] và tác giả Nguyễn Sơn [8]. Với nhóm bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú có thời gian trung bình là $46,48 \pm 12,92$ phút, ngắn hơn ở nhóm viêm phúc mạc lan tỏa là $66,25 \pm 14,17$ phút với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Biến chứng phẫu thuật: Nghiên cứu của chúng tôi gặp 1 trường hợp có biến chứng hôn mê sau phẫu thuật, chiếm 0,8% thấp hơn so với Nguyễn Hữu Trí [4], Vũ Mạnh Quỳnh [5] và Hồ Hữu Thiện [7].

Phục hồi lưu thông ruột: Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $2,7 \pm 1,2$ ngày. Thời gian có trung tiện sau mổ ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 5 ngày. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả của các tác giả Nguyễn Hữu Trí [4],

tác giả Vũ Mạnh Quỳnh [5] và Hồ Đức Thiện [7]. Như vậy kết quả của chúng tôi là tương đồng với các nghiên cứu gần đây và hoàn toàn phù hợp với quá trình đáp ứng sau phẫu thuật của bệnh nhân, thời gian thuốc mê được đào thải hoàn toàn.

Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng: Thời gian rút ống dẫn lưu ổ bụng trung bình là $4,06 \pm 1,7$ ngày. Thời gian rút ống dẫn lưu ổ bụng sớm nhất là 2 ngày và dài nhất là 14 ngày tương đồng với nghiên cứu của Ngô Minh Nghĩa [3]. Viêm phúc mạc khu trú làm kéo dài thời gian đặt dẫn lưu ở bệnh nhân so với viêm phúc mạc toàn thể. Tình trạng này có thể do phẫu thuật viên đã chưa đánh giá chính xác tình trạng ổ bụng bệnh nhân nên thời gian có sự chênh lệch nhất định tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với $p=0,236$.

Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi có trung bình là $7,7 \pm 3,12$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 35 ngày. Trong đó bệnh nhân nằm viện lâu nhất do biến chứng hôn mê sau phẫu thuật khiến cho hồi phục gặp nhiều khó khăn hơn nên thời gian nằm viện cũng lâu hơn. So sánh với kết quả của tác giả Ngô Minh Nghĩa [3], chúng tôi thấy nhiều điểm tương đồng, Kết quả tương tự ở Hee R.V là [2]. Kết quả ngày ở nghiên cứu của tác giả Hồ Đức Thiện [7] là 6,6 ngày (4-19 ngày), của tác giả Nguyễn Sơn [8].

Tình trạng bệnh nhân ra viện: Trong số 127 bệnh nhân được nghiên cứu, tình trạng ra viện của bệnh nhân tương đối tốt. Tỷ lệ ra viện trong tình trạng tốt là 66,1%, trung bình là 33,1%, duy nhất có 1 trường hợp (chiếm tỷ lệ 0,8%) là xuất viện trong tình trạng xấu, đây cũng là trường hợp bệnh nhân bị hôn mê sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi khâu thùng ổ loét DD-TT là một kỹ thuật an toàn, hiệu quả có tỷ lệ biến chứng thấp, dễ triển khai, phù hợp với điều kiện y tế tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hồng Minh, Hoàng Thanh Bình, Nguyễn Ngọc Phúc, Nguyễn Xuân Hương (2008)**, “Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thùng ổ loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện 175”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 12 (4), pp. 209-214.
2. **Hee R. V. Druart M. L., Etienne J. et al (1997)**, “Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer”, Surg Endosc. 11, pp. 1017-1020.
3. **Ngô Minh Nghĩa (2010)**, “Đánh giá kết quả sớm trong điều trị thùng ổ loét dạ dày - tá tràng bằng phẫu thuật nội soi”, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế.
4. **Nguyễn Hữu Trí (2017)**, “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một cổng khâu lỗ thùng ổ loét dạ dày - tá tràng”, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế.
5. **Vũ Mạnh Quỳnh, Trần Thiện Trung (2011)**, “Khâu thùng ổ loét dạ dày - tá tràng qua phẫu thuật nội soi”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 15(4).
6. **Hồ Hữu Đức, Trần Văn Quảng, Nguyễn Hải Âu (2011)** “Phẫu thuật nội soi điều trị thùng ổ loét dạ dày tá tràng”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 15(2).
7. **Hồ Hữu Thiện, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc, và cs (2006)** “Kết quả điều trị thùng ổ loét dạ dày - tá tràng bằng phẫu thuật nội soi”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 10(4).
8. **Nguyễn Sơn, Đỗ Đức Đình, Trần Thiện Trung (2012)**, “Đánh giá kết quả sớm khâu lỗ thùng ổ loét dạ dày tá tràng qua nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 16(4).