

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU LỖ THÙNG DẠ DÀY - HÀNH TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 4 - QUÂN ĐOÀN 4

*Nguyễn Ngọc Đạm¹, Trần Duy Công¹, Phạm Quốc Huy¹
Nguyễn Đình Lâm¹, Phạm Đức Vinh¹, Nguyễn Hữu Lý¹*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày – hành tá tràng và nhận xét tai biến biến chứng tại bệnh viện Quân y 4 - Quân đoàn 4.

Đối tượng và phương pháp: Cắt ngang mô tả có theo dõi với 32 bệnh nhân thủng dạ dày – hành tá tràng được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Quân y 4, từ tháng 01/2014 đến tháng 03/2016.

Kết quả: Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ phổ biến từ 20 – 30 tuổi chiếm 30,1%. Trong đó, tỷ lệ nam chiếm 93,8%, nữ chiếm 6,2%. Lâm sàng và cận lâm sàng điển hình: Đau bụng thượng vị đột ngột dữ dội (93,8%), Xquang có liềm hơi dưới cơ hoành (81,3%), siêu âm có dịch ổ bụng (21,7%). Thời gian mổ trung bình 80 phút. Thời gian rút dẫn lưu từ 3 - 5 ngày. Thời gian nằm viện: 7,8 ngày. Không có tai biến và biến chứng. Không có bệnh nhân chuyển mổ hở. Không có trường hợp nào mổ lại.

Kết luận: Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng, phẫu thuật cho kết quả tốt, có tính an toàn cao, đem lại hiệu quả điều trị cao cho người bệnh và có thể triển khai thực hiện tại bệnh viện tuyến quân đoàn.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, lỗ thủng dạ dày, hành tá tràng.

TO EVALUATE THE INITIAL RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY OF GASTRIC-DUODENAL PERFORATION AND COMMENT ON COMPLICATIONS AT 4 MILITARY HOSPITAL- 4 ARMY CORPS ABSTRACTS

Objective: To evaluate the initial results of laparoscopic surgery of gastric-duodenal perforation and comment on complications at 4 Military Hospital- 4 Army Corps.

Subject and method: cross-sectional study followed up with 32 patients with

¹ Bệnh viện Quân y 4/Quân đoàn 4

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Ngọc Đạm (nckh.bvqy7a@gmail.com)

Ngày nhận bài: 12/10/2019, ngày phản biện: 28/10/2019

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2019

gastrointestinal perforation were treated with laparoscopic surgery at 4 Military Hospital from January 2014 to March 2016.

Results: Age groups account for the prevalence of 20-30 years old, accounting for 30.1%. In particular, the percentage of male accounted for 93.8%, female accounted for 6.2%. Clinical and subclinical typical: Epigastric abdominal pain (93.8%), X-ray with sickle slightly below diaphragm (81.3%), ultrasound with abdominal fluid (21.7%). The average operating time is 80 minutes. Withdrawal time is from 3-5 days. Duration of hospitalization: 7.8 days. There are no complications and complications. No open surgery patients. There were no cases of resection.

Conclusion: Through research, we find that the surgery has good results, has high safety, brings high treatment effects for patients and can be implemented at 4 Military Hospital.

Key words: aparoscopic surgery, gastric hole, duodenum.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi là phẫu thuật ít xâm hại, có nhiều ưu điểm so với phẫu thuật hở. Trong những thập niên gần đây, phẫu thuật nội soi (PTNS) đã có những bước tiến ngoạn mục và dần thay thế cho nhiều phẫu thuật kinh điển.

Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng (DD-TT) là một biến chứng nặng và thường gặp trong bệnh lý loét dạ dày - tá tràng, Tỷ lệ thủng ổ loét dạ dày tá tràng chiếm 5-10% và đứng thứ hai sau biến chứng chảy máu của bệnh loét dạ dày – tá tràng. Đây là bệnh lý có tần suất đứng thứ hai trong cấp cứu bụng ngoại khoa sau viêm ruột thừa [2].

Ngày nay nhiều nghiên cứu cho thấy PTNS có nhiều ưu điểm như thời gian nằm viện ngắn, vết mổ ít đau, bệnh nhân có nhu động ruột và phục hồi sớm sau mổ. Vì vậy PTNS ngày càng được áp dụng rộng rãi, đặc biệt là trong phẫu thuật đường tiêu hóa và phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng đang là một lựa chọn của các phẫu thuật viên tại các cơ sở ngoại khoa được đào tạo và trang bị mổ nội soi. Trên thế giới cũng như trong nước, đã có khá nhiều báo cáo về PTNS khâu thủng ổ loét DD-TT.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày - hành tá tràng tại bệnh viện Quân y 4/Quân đoàn 4” nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày - hành tá tràng tại bệnh viện Quân y 4-Quân đoàn 4.

2. Nhận xét tỷ lệ tai biến và biến chứng sớm của phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày – hành tá tràng tại bệnh viện Quân y 4-Quân đoàn 4.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng: 32 bệnh nhân thủng dạ dày – hành tá tràng được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Quân y 4, từ tháng 1/2014 đến tháng 03/2016.

Tiêu chuẩn chọn vào: Tuổi từ 16 – 60

Thỏa các tiêu chuẩn an toàn của PTNS.

Tiêu chuẩn loại ra: những bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật tăng trên ổ bụng, có biểu hiện hẹp môn vị và Shock.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả có theo dõi

Biến số chính

Nghiên cứu đặc điểm chung: tuổi, giới tính, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Nghiên cứu các đặc điểm trong mổ: vị trí lỗ thủng, tình trạng viêm phúc mạc, phương pháp khâu lỗ thủng, tai biến trong mổ.

Nghiên cứu các đặc điểm sau mổ: Thời gian trung tiện, đau sau mổ, kết quả sinh thiết, theo dõi hậu phẫu, biến chứng, số ngày nằm viện.

Phương pháp tiến hành:

- Chuẩn bị bệnh nhân: Sau khi được chẩn đoán xác định, bệnh nhân được đặt sonde dạ dày và làm các xét nghiệm tiền phẫu cấp cứu.

- Vô cảm: Mê nội khí quản.

- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, đầu cao, nghiêng trái khoảng 5-10°.

- Các thì phẫu thuật:

Thì 1: Trocar bơm hơi đầu tiên theo phương pháp mở. Trocar đầu tiên 10mm sát dưới rốn, camera và bơm hơi vào ổ này. Trocar phẫu thuật chính ở vị trí HST đường trung đòn cao hơn mức rốn. Trocar cầm nắm 5mm ở vị trí HSP đối xứng với trocar HST. Trong quá trình phẫu thuật nếu gặp khó khăn có thể đưa vào thêm trocar 5 mm thứ 4 ở vị trí khoảng giữa của trocar rốn và HSP hoặc ở vị trí thượng vị dưới mũi ức.

Thì 2: Hút bớt dịch viêm trong ổ phúc mạc

Thì 3: Khâu lỗ thủng: dùng chỉ soie 3.0 hoặc 2.0 kim tròn khâu lỗ thủng 2 lớp mũi rời.

Thì 4: Tưới rửa ổ phúc mạc bằng dung dịch nước muối sinh lý đến khi dịch rửa trong, lấy bỏ giả mạc, đặt dẫn lưu dưới gan qua lỗ trocar 5 ở hạ sườn phải, dẫn lưu Douglas qua lỗ trocar 5 ở hạ vị.

Thì 5: Đóng cân rốn và các lỗ trocar.

- Hậu phẫu ngày 1 bệnh nhân được dùng 2 loại thuốc giảm đau kết hợp (Mocphin 10mg và Paracetamol 1g). Các ngày sau chỉ truyền giảm đau Paracetamol.

Tiêu chuẩn đánh giá:

Thành công: gồm 3 mức độ:

Tốt: không có tai biến, biến chứng trong mổ và sau mổ.

Trung bình: có biến chứng nhẹ (nhiễm trùng lỗ Trocar, chảy máu vết mổ).

Kém: có biến chứng nhưng không nghiêm trọng, điều trị bảo tồn ổn định.

Thất bại: PTNS chuyển mổ mở và có tai biến, biến chứng phải mổ lại, nặng hơn có thể tử vong.

Tiêu chuẩn đánh giá viêm phúc mạc: Tình trạng ổ bụng: căn cứ vào tích chất của dịch mũ, giả mạc và ổ mũ giữa các quai ruột để phân chia độ nặng tình trạng viêm phúc mạc của tác giả Nguyễn Anh Dũng, Đỗ Đình Công [1].

Xử lý số liệu: nhập và quản lý số liệu bằng phần mềm SPSS.

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

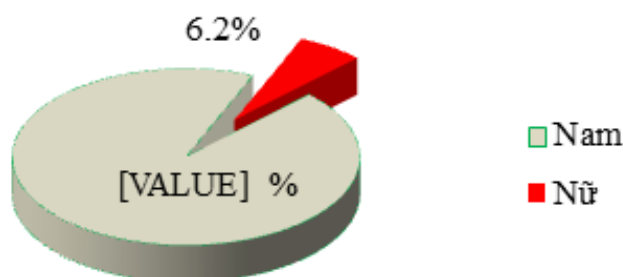
3. KẾT QUẢ

3.1. Nhóm tuổi (N = 32)

Nhóm tuổi	Số TH	Tỷ (lệ %)
< 20 tuổi	1	3,10
20 – 30 tuổi	10	31,3
31 – 40 tuổi	9	28,1
41 – 50 tuổi	5	15,6
> 50 tuổi	7	21,9
Tổng	32	100,0

Nhận xét: Nhóm tuổi chủ yếu của nghiên cứu là từ 20 – 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,3%.

3.2. Giới tính



Nhận xét: Nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ chiếm 93,8%.

3.3. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng		Số TH	Tỷ lệ (%)
Vị trí khởi phát đau bụng đầu tiên	Đau vùng thượng vị đột ngột, dữ dội.	31	96,9
	Đau vùng hố chậu phải	1	3,1
Vị trí đau bụng khi vào viện	Đau nhiều vùng thượng vị	30	93,8
	Đau nhiều vùng hố chậu phải	2	6,2
Nôn		6	20,8
Sốt		32	100
Phản ứng cơ thành bụng	Khấp ổ bụng	31	96,9
	Khu trú hố chậu phải	1	3,1
Co cứng cơ thành bụng		31	96,9
Bạch cầu > 11G/L. Công thức bạch cầu chuyển trái		32	100

Nhận xét: 1 trường hợp chỉ đau hố chậu phải và có đề kháng tại hố chậu phải, được chẩn đoán trước mổ là viêm ruột thừa cấp.

1 trường hợp khởi phát đau ở thượng vị, khi vào viện đau nhiều ở hố chậu phải nhưng lại có biểu hiện của viêm phúc mạc toàn thể rõ.

100% bệnh nhân vào viện với tình trạng nhiễm trùng rõ.

3.4. Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện do thủng dạ dày hành tá tràng

Giờ	Số TH	Tỷ lệ (%)
< 6 giờ	6	18,8
6 – 12	6	18,8
> 12 – 18	9	28,1
> 18 – 24	10	31,2
>24	1	3,1
Tổng cộng	32	100

Nhận xét: 01 trường hợp đau bụng 6 ngày và được chẩn đoán trước mổ là viêm ruột thừa cấp. Các trường hợp đến từ 18-24 giờ đều có qua 1 cơ sở khám chữa bệnh khác trước khi đến bệnh viện quân y 4

3.5. Kết quả X quang bụng không sửa soạn

X quang bụng không sửa soạn		Số TH	Tỷ lệ (%)
Có hơi tự do trong ổ bụng	Không bơm hơi	26	81,3
	Có bơm hơi	4	12,5
Không có hơi tự do trong ổ bụng		2	6,2
Tổng cộng		32	100

Nhận xét: 02 trường hợp X quang không có liềm hơi dưới cơ hoành được chẩn đoán trước mổ 1ca là viêm ruột thừa cấp, 1ca là viêm phúc mạc nghi thủng bít dạ dày. 04 bệnh nhân sau khi bơm hơi qua ống thông mũi - dạ dày xuất hiện liềm hơi dưới cơ hoành.

3.6. Kết quả siêu âm bụng tổng quát

Kết quả		Số TH	Tỷ lệ (%)
Bình thường		25	78,3
Dịch ổ bụng	Đơn thuần	6	18,6
	Hình ảnh viêm ruột thừa	1	3,1

Nhận xét: Trong 7 ca siêu âm trước mổ có dịch ổ bụng thì 1 trường hợp có hình ảnh viêm ruột thừa cấp và có dịch ổ bụng. 78,3% là siêu âm bụng bình thường nhưng khi mổ đều có dịch ổ bụng vùng dưới gan, hố chậu phải và Douglas.

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

3.7. Tiền sử

Tiền sử	Số TH	Tỷ lệ (%)
Viêm loét dạ dày tá tràng	7	21,9
Dùng thuốc chống viêm giảm đau	2	6,2
Khỏe mạnh	23	71,9

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng là 21,9%.

3.8. Vị trí lỗ thủng

Vị trí lỗ thủng	Dạ dày (mặt trước tiền môn vị)	Mặt trước hành tá tràng
Số lượng	9	23
%	28,1	71,9

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có lỗ thủng ổ loét hành tá tràng chiếm 71,9%, thủng ở tiền môn vị chiếm 28,1%. 100% bệnh nhân đều thủng ở mặt trước.

3.9. Kích thước lỗ thủng và tính chất bờ lỗ thủng

Kích thước lỗ thủng	Tính chất bờ lỗ thủng		
	Mềm mại	Xơ chai ít	Xơ chai nhiều
< 5mm	0	0	0
5-10mm	28 (87,5)	4 (12,5)	0

Nhận xét: 100% bệnh nhân có kích thước ổ loét từ 5-10mm. Ổ loét còn mềm mại chiếm 87,5%.

3.10. Tình trạng viêm phúc mạc

Mức độ	Nhẹ		Trung bình	
	n	%	n	%
Số lượng	9	28,1	23	71,9

Nhận xét: 23 bệnh nhân có tình trạng viêm phúc mạc mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 71,9%.

3.11. Kỹ thuật khâu lỗ thủng

Kỹ thuật (mũi khâu toàn thể)	Số TH	Tỷ lệ (%)
Khâu mũi rời đơn thuần	5	15,6
Khâu mũi rời có đắp mạc nối	20	62,5
Khâu mũi chữ X đơn thuần	4	12,5
Khâu mũi chữ X có đắp mạc nối	3	9,4

Nhận xét: Tỷ lệ có trám mạc nối lớn chiếm tổng cộng 71,9%.

3.12. Vị trí đặt ống dẫn lưu

Vị trí đặt ống dẫn lưu	Dưới gan + Douglas		Douglas	
	n	%	n	%
Số lượng bệnh nhân	23	71,9	9	28,1

Nhận xét: Tỷ lệ đặt 2 ống dẫn lưu 71,9%.

3.13. Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình: 80 phút (50 – 140 phút).

Thời gian dùng thuốc giảm đau: trung bình 3 ngày, ít nhất là 2 ngày và nhiều nhất là 5 ngày.

Thời gian dùng thuốc giảm đau	Số TH	Tỷ lệ (%)
3 ngày	26	81,3
4 ngày	5	15,6
5 ngày	1	3,1
Thời gian trung tiện sau mổ		
Ngày I	3	9,4
Ngày II	8	25,0
Ngày III	17	53,1
Ngày IV	4	12,5

Nhận xét: 81,3% bệnh nhân chỉ dùng thuốc giảm đau trong 3 ngày sau mổ. 87,5% bệnh nhân trung tiện dưới 3 ngày sau mổ

Thời gian rút dẫn lưu: Có 9 bệnh nhân có 2 dẫn lưu được rút cách ngày (ngày III và ngày V). Có 14 bệnh nhân có 2 dẫn lưu được rút cùng ngày IV. Có 1 bệnh nhân có 1 dẫn lưu được rút sớm nhất vào ngày III (Bệnh nhân có

trung tiện ngay sau mổ 1 ngày).

Thời gian nằm viện trung bình 7, 8 ngày, ít nhất 5 ngày, nhiều nhất 10 ngày.

Không bị các tai biến hay các biến chứng sau mổ.

Không có trường hợp nào chuyển mổ mở hay mổ lại.

3.14. Kết quả sinh thiết

Kết quả giải phẫu bệnh của 32 bệnh nhân đều viêm loét hoại tử thành dạ dày – tá tràng lành tính, không có trường hợp nào ung thư dạ dày.

4. BÀN LUẬN

4.1. Giới và nhóm tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân từ 20 – 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,3%, tương đương với các tác giả Nguyễn Hoàng, Nguyễn Ngọc Thắng, Đặng Văn Thời [8]. Đặc điểm bệnh nhân thủng loét DD-HTT chủ yếu gặp ở nam. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh tương đối thấp (6,2%), kết quả này cũng tương đương với các tác giả khác.

4.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

Về triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trong nhóm nghiên cứu không có gì khác biệt so với các kết quả chung về thủng ổ loét dạ dày - tá tràng. Hai trường hợp có biểu hiện đau bụng của bệnh lý viêm ruột thừa, trong đó có một trường hợp có vị trí khởi phát đau đầu tiên và vị trí đau khi vào viện đều ở hố chậu phải, không có tình trạng co cứng thành bụng nên được chẩn đoán trước mổ là viêm ruột thừa cấp, trường hợp còn lại có vị trí khởi phát đau đầu tiên ở thượng vị và khi vào viện đau nhiều vùng hố chậu phải nhưng có tình trạng co cứng cơ thành bụng rõ, cho chụp thêm x quang bụng đứng không sửa soạn có liềm hơi dưới vòm hoành hai bên.

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện trước 24 giờ có 31 trường hợp (96,9%). Nhóm bệnh nhân đến viện từ 18

– 24 giờ đều có qua khám tại một cơ sở y tế khác trước khi đến bệnh viện quân y 4 điều trị, chiếm tỷ lệ cao (31,2 %). Một trường hợp đặc biệt đau bụng ngày thứ 6 của bệnh, được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp trước mổ, qua nội soi phát hiện dịch ổ bụng bất thường, chúng tôi xác định được lỗ thủng dạ dày được túi mật bịt lại, kết hợp ruột thừa viêm mũ thứ phát, kết quả sau mổ bệnh nhân bình phục tốt, ổn định ra viện.

Hình ảnh X quang bụng không sửa soạn có độ nhạy rất cao trong chẩn đoán thủng loét DD-TT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân được chụp X quang đều có hình ảnh liềm hơi dưới hoành chiếm 81,3%.

Siêu âm bụng tổng quát trước mổ bình thường chiếm tỷ lệ 78,3% nhưng khi đánh giá trong mổ tất cả đều có dịch ổ bụng vùng dưới gan, hố chậu phải và Douglas. Tỷ lệ siêu âm trước mổ phát hiện được dịch ổ bụng chiếm tỷ lệ thấp, khoảng 21,7%. Do vậy siêu âm bụng tổng quát có độ nhạy thấp đối với chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày – tá tràng.

4.3. Vị trí lỗ thủng

Liên quan đến vị trí lỗ thủng trong nghiên cứu của chúng tôi: thủng hành tá tràng gặp 71,9%, mặt trước tiền môn vị 28,1%, kết quả tương tự các tác giả Hoàng Thanh Bình [3], Hồ Hữu Thiện [6], Nguyễn Cường Thịnh [2], Trần Thiện Trung [5] đa số bệnh nhân có lỗ thủng ở mặt trước hành tá tràng.

4.4. Kích thước lỗ thủng và tính chất bờ lỗ thủng: Kích thước lỗ thủng từ 5-10mm chiếm 100%, trong đó ổ loét mềm mại chiếm 87,5%, chúng tôi chỉ gặp thủng ổ loét xơ chai ít chiếm 12,5%.

4.5. Tình trạng viêm phúc mạc

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 23 trường hợp viêm phúc mạc mức độ trung bình chiếm 71,9% , rửa ổ phúc mạc dùng phương pháp tưới rửa ổ bụng bằng dung dịch Natri Clorua 0,9%, hút sạch dịch ổ bụng và giả mạc sau đó đặt dẫn lưu, đặt dẫn lưu dưới gan qua lỗ trocar 5mm ở hạ sườn phải, tạo thêm trocar hạ vị đặt dẫn lưu Douglas.

Chúng tôi nhận thấy có liên quan ý nghĩa giữa thời gian đau bụng càng lâu thì tình trạng viêm phúc mạc càng nặng, thời điểm thủng ổ loét sau ăn tình trạng ổ bụng dơ hơn lúc đói. Tình trạng viêm phúc mạc có thể ảnh hưởng đến các biến chứng về sau như áp xe tồn lưu, nhiễm trùng vết mổ, liệt ruột kéo dài, dính ruột.

4.6. Kỹ thuật khâu lỗ thủng và vị trí đặt ống dẫn lưu

Chúng tôi thực hiện khâu toàn thể lỗ thủng có đắp mạc nối lớn hoặc không tùy theo tình trạng ổ bụng và kích thước ổ loét, trong nghiên cứu này tỷ lệ khâu toàn thể có đắp mạc nối lớn chiếm 71,9%.

Vị trí đặt dẫn lưu cũng như số lượng ống dẫn lưu tùy thuộc vào tình trạng và mức độ viêm phúc mạc của từng bệnh nhân, trong nghiên cứu này tỷ lệ đặt 2 ống dẫn lưu ở 2 vị trí là dưới gan và Douglas chiếm 71,9%.

4.7. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi 80 phút tương đương với các tác giả Trần Ngọc Thông [12], càng về sau do thao tác thành thục hơn nên thời gian mổ đã rút ngắn đáng kể, ca mổ nhanh nhất chỉ 50 phút. Thời gian phẫu thuật dài hay ngắn có thể do mức độ thành thạo và kinh nghiệm của phẫu thuật

viên. Ngoài ra, chúng tôi thấy ổ bụng ít giả mạc thì thời gian phẫu thuật ngắn, ổ bụng bẩn, nhiều giả mạc thì thời gian phẫu thuật kéo dài.

Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trong 3 ngày chiếm 81,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi là nhiều và dài hơn so với các tác giả Ngô Minh Nghĩa [11], nguyên nhân có thể do thời gian bệnh nhân đau bụng kéo dài, tình trạng viêm phúc mạc nhiều hơn.

Liên quan đến thời gian trung tiện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân phục hồi lưu thông ruột trước 72 giờ chiếm đa số (83,3%). Các yếu tố liên quan đến thời gian trung tiện cho thấy, tuổi của bệnh nhân càng cao thì thời gian có trung tiện trở lại càng lâu; bệnh nhân có thời gian đau bụng kéo dài trước khi phẫu thuật cũng ảnh hưởng đến thời gian trung tiện của bệnh nhân; tình trạng viêm phúc mạc lan tỏa làm thời gian bệnh nhân trung tiện chậm hơn.

Thời gian rút ống dẫn lưu vào ngày thứ 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (53,1%), tình trạng ổ bụng nhiều giả mạc được rửa bụng lâu hơn, dịch rửa nhiều hơn.

Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình 7,8 ngày, tương đương với các tác giả Hoàng Thanh Bình[3], Hồ Hữu Thiện[6]. Chúng tôi nhận thấy bệnh nhân càng lớn tuổi thì thời gian nằm viện sẽ lâu hơn, ổ bụng càng bẩn cũng làm kéo dài thời gian nằm viện của bệnh nhân.

Các chỉ số theo dõi hậu phẫu như trung tiện sớm, ít đau vết mổ, thời gian nằm viện ngắn, vết mổ thẩm mỹ tránh cho bệnh nhân một đường mổ bụng dài ở tầng trên ổ bụng, bệnh nhân trở lại với công việc và sinh hoạt bình thường sớm hơn. Tất cả chính là

ưu điểm của phẫu thuật nội soi trong khâu lỗ thủng dạ dày - tá tràng so với kỹ thuật mổ hở.

Bệnh nhân sau khi ra viện được điều trị nội khoa theo phác đồ diệt trừ H.pylori trong 10 ngày theo đề nghị của tác giả Trần Thiện Trung [5] và dùng thuốc ức chế bơm proton trong 6 tuần, vì phẫu thuật chỉ mới giải quyết được vấn đề biến chứng của bệnh, do vậy cần phải kết hợp điều trị nội khoa và theo dõi định kỳ để tránh loét tái phát và can thiệp phẫu thuật lại.

Kết quả phẫu thuật tốt, không có trường hợp nào bị tai biến, không có trường hợp nào biến chứng như chảy máu vết mổ, xì, bục lỗ thủng, áp xe tồn lưu hoặc nhiễm trùng vết mổ. Tuy nhiên, với mẫu nghiên cứu là 32 bệnh nhân, số lượng bệnh nhân chưa nhiều nên kết quả có được chưa có ý nghĩa thống kê.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày – hành tá tràng tại bệnh viện tuyến quân đoàn chúng tôi rút ra một số kết luận sau :

Độ tuổi trung bình hay gặp của bệnh lý thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng là 20 – 30 tuổi, tỷ lệ nam giới gặp nhiều nhất chiếm 93,8%. Triệu chứng lâm sàng điển hình chiếm 93,8%; X quang bụng đứng không sửa soạn có hơi tự do trong ổ bụng chiếm 81,3%; Siêu âm bụng có dịch ổ bụng chiếm 18,6%.

Tỷ lệ thủng ổ loét mặt trước hành tá tràng chiếm 71,9%, kích thước lỗ thủng từ 5-10mm chiếm 100%, bờ lỗ thủng mềm mại chiếm 87,5%. Kỹ thuật khâu lỗ thủng mũi toàn thể có trám mạc nối lớn chiếm 71,9%. Dẫn lưu được đặt ở 2 vị trí dưới gan và Douglas chiếm

71,9% và được rút vào ngày thứ 4 chiếm 53,1%, thời gian trung tiện dưới 3 ngày chiếm 87,5% và dùng thuốc giảm đau trong 3 ngày sau mổ chiếm 81,3%. Thời gian nằm viện trung bình là 7,8 ngày. Không có tai biến và biến chứng, đặc biệt không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Anh Dũng, Đỗ Đình Công, Nguyễn Thanh Minh, Phan Minh Trí, Nhận xét khâu thủng ổ loét dạ dày - tá tràng qua ngả soi ổ bụng, Ngoại khoa 2000, XL, 2, 40-45.

2. Nguyễn Cường Thịnh, Phạm Duy Hiền, Nghiêm Quốc Cường, Nguyễn Xuân Kiên, Nhận xét qua 163 trường hợp thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, Ngoại khoa, 9, (1995), 40-45.

3. Hoàng Thanh Bình, Nguyễn Hồng Minh, Nguyễn Ngọc Phúc, Nguyễn Xuân Phương “*Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày - hành tá tràng tại bệnh viện 175*”, Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, (2008), Tập 12, Phụ bản của số 4, 209-214.

4. Nguyễn Quang Trung (2001) “*Đánh giá một số kết quả bước đầu của phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng đơn thuần*”, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y khoa Huế.

5. Trần Thiện Trung (2008), “*Thủng loét DD-TT và điều trị diệt trừ Helicobacter pylori*”, trong Bệnh dạ dày tá tràng và nhiễm Helicobacter pylori, Nhà xuất bản Y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, 201 – 226.

6. Hồ Hữu Thiện, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc và cộng sự (2006) “*Kết quả điều trị thủng ổ loét dạ dày tá tràng bằng phẫu thuật nội soi*”. Y học thành phố Hồ Chí Minh, Tập

(Xem tiếp trang 74)