

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHÂU THÙNG DẠ DÀY - TÁ TRÀNG DO LOÉT BẰNG CHỈ CÓ GAI

Nguyễn Văn Thanh¹, Lâm Việt Trung¹, Lữ Văn Tuấn², Hoàng Trần Bá²

TÓM TẮT

Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trên lâm sàng. Việc áp dụng phẫu thuật nội soi trong khâu thùng dạ dày-tá tràng giúp bệnh nhân hồi phục sớm hơn, tuy nhiên việc tạo mối chỉ khâu thường tốn thời gian và đòi hỏi kỹ năng thuần thục của phẫu thuật viên. Ứng dụng chỉ có gai trong khâu thùng dạ dày-tá tràng đặc biệt là phẫu thuật nội soi có thể đem lại nhiều lợi ích đặc biệt là rút ngắn thời gian phẫu thuật cũng như đơn giản hoá kỹ thuật thực hiện.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lỗ thủng ổ loét dạ dày-tá tràng và đánh giá kết quả phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày-tá tràng bằng chỉ có gai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân được phẫu thuật khâu thùng dạ dày-tá tràng bằng chỉ có gai tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ tháng 4/2020 đến tháng 4/2021.

Kết quả: Từ tháng 4/2020 đến tháng 4/2021 tại khoa ngoại tiêu hóa của bệnh viện Chợ Rẫy có 119 bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày-hành tá tràng được phẫu thuật khâu bằng chỉ khâu có gai đủ tiêu chuẩn. Kết quả thành công khâu thùng ổ loét dạ dày-tá tràng bằng chỉ khâu có gai không tạo nút buộc trong nghiên cứu là 98,3%. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $6,7 \pm 3,1$ ngày. Đặc điểm lỗ thủng trên nền ổ loét chủ yếu ở hành tá tràng với tỷ lệ 54,6%, đường kính trung bình lỗ thủng là $10,6 \pm 7,6$ mm, trên nền ổ loét xơ chai là 43,7%, giải phẫu bệnh là viêm loét mạn tính là 46,2%.

Kết luận: Với ổ loét loét dạ dày-tá tràng lành tính có biến chứng thủng gây viêm phúc mạc. Điều trị phẫu thuật khâu lỗ thủng dạ dày-tá tràng do loét bằng chỉ khâu có gai là phương pháp khả thi, an toàn, tỉ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng; thủng tạng rỗng; chỉ có gai.

¹ Bệnh viện Chợ Rẫy, ² Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Văn Thanh (tuanbacsi175@gmail.com)

Ngày nhận bài: 02/3/2022, ngày phản biện: 10/3/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2022

OUTCOMES ASSESSMENT OF SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED PEPTIC ULCERS WITH BARBED SUTURE

ABSTRACT

Introduction: Perforated peptic ulcers (PPUs) count among the most frequent emergency conditions globally. The advantages of the laparoscopic approach in PPUs are well-established, however laparoscopic intracorporeal suturing is time-consuming and requires skills of surgeon. Use of barbed suture for peptic ulcer perforation, especially in laparoscopic surgery has facilitated reducing operative time and simplify the implementation technique.

Purpose: Describe characteristic of peptic ulcer perforation and assess the outcomes of surgical treatment with barbed suture.

Subjects and methods: Patients who were operated for perforated peptic ulcers at Cho Ray Hospital between April 2020 and April 2021.

Results: During the study period, 119 patients have presented with PPUs and underwent emergency surgery for PPUs with barbed suture. The mean length of stay after surgery was 6.7 ± 3.1 days. The percentage of duodenal ulcers remained the most common perforations with 54.6%, average diameter was 10.6 ± 7.6 mm. The mean prevalence of is 43.7% and chronic inflammatory ulcer is about 46.2%.

Conclusions: For perforation of a benign peptic ulcer with peritonitis, surgical treatment with barbed suture is feasible and safe, with less postoperative discomfort, and decrease the length of stay in hospital.

Keywords: perforated peptic ulcers, perforated gastric ulcers, barbed suture.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc do thủng loét dạ dày-tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa tiêu hoá trên thường gặp trên lâm sàng. Phương pháp điều trị được lựa chọn hàng đầu hiện nay là phẫu thuật nội soi ổ bụng khâu lỗ thủng dạ dày-tá tràng rửa sạch ổ bụng và đặt dẫn lưu. Phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm như vết mổ nhỏ, ít đau sau mổ hơn, ít biến chứng hơn, rút ngắn thời gian nằm viện. Từ đó giúp bệnh nhân có thể trở lại hoạt động bình thường sớm

hơn. Tuy nhiên, do tình trạng viêm phúc mạc nên thời gian phẫu thuật càng nhanh càng đem lại hiệu quả điều trị cao và tránh được các biến chứng của tình trạng nhiễm khuẩn nặng. Do đó để rút ngắn thời gian phẫu thuật ngoài việc thành thạo kỹ năng của phẫu thuật viên thì dụng cụ, vật tư y tế cũng giúp ích cho việc phẫu thuật nhanh hơn. Trong khâu thủng dạ dày tá tràng, việc tạo mối chỉ khâu thường là công đoạn tốn thời gian cũng như đòi hỏi kỹ năng nhất định của bác sĩ phẫu thuật. Gần đây một loại chỉ khâu thế hệ mới được phát minh

có cấu tạo đặc biệt với nhiều gai nhỏ trên thân với đặc tính chỉ tan chậm tổng hợp, chỉ kéo được một chiều, do đó khó bị tuột chỉ khi thực hiện kỹ thuật khâu, đồng thời có thể giúp giảm thời gian phẫu thuật cũng như đơn giản hoá kỹ thuật khâu do chỉ cần thực hiện mũi khâu liên tục và không thực hiện nút thắt. Đặc điểm này rất phù hợp với phẫu thuật nội soi, một xu hướng điều trị ít xâm lấn hiện nay so với mổ mở. Chỉ có gai đã được chứng minh tính hiệu quả và an toàn khi được ứng dụng trong nhiều lĩnh vực bao gồm cả trong phẫu thuật đường tiêu hoá. Ứng dụng chỉ có gai trong phẫu thuật nội soi khâu thủng dạ dày tá tràng có thể đem lại nhiều lợi ích đặc biệt là rút ngắn thời gian phẫu thuật cũng như đơn giản hoá kỹ thuật thực hiện. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu thủng dạ dày-tá tràng do loét bằng chỉ có gai” được thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu trên 119 bệnh nhân được phẫu thuật khâu thủng dạ dày tá tràng bằng chỉ có gai tại bệnh viện Chợ

Rẫy trong thời gian từ tháng 04/2020 đến tháng 04/2021.

- Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian nghiên cứu được chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày hoặc tá tràng và được phẫu thuật khâu thủng ổ loét bằng chỉ có gai.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Sử dụng cùng lúc chỉ khâu có gai và các loại chỉ khác khi khâu lỗ thủng, thủng loét do ung thư hoặc các trường hợp phẫu thuật có kèm cắt dạ dày hay tạo hình môn vị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả loạt ca.

- Cỡ mẫu: lấy mẫu thuận tiện.

- Phân tích số liệu: nhập dữ liệu bằng excel, xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 04/2020 đến tháng 04/2021 tại bệnh viện Chợ Rẫy có 448 trường hợp được phẫu thuật khâu thủng ổ loét dạ dày-tá tràng. Chúng tôi lựa chọn được 119 trường hợp đủ tiêu chuẩn lựa đưa vào mẫu nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu		Thành công n (%)	Thất bại n (%)	Giá trị P*
Giới tính	Nam (n = 77)	77 (100)	0 (0)	> 0,05
	Nữ (n = 42)	40 (95,2)	2 (4,8)	

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Độ tuổi	< 70 (n = 64)	63 (98,4)	1 (1,6)	> 0,05
	≥ 70 (n = 55)	54 (98,1)	1 (1,8)	
	Tuổi trung bình	64,5± 16,3 (19-99)		
Bệnh đồng mắc	0 (n = 89)	87 (97,8)	2 (2,2)	> 0,05
	≥ 1 (n = 30)	30 (100)	0 (0)	

* *Phép kiểm Fisher Exact*

Nhận xét: Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 64,5 ± 16,3 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 99 tuổi. Nam giới có 77 trường hợp chiếm tỷ lệ 64,7%, nữ giới có 42 trường hợp chiếm tỷ lệ 35,3%. Tỷ lệ giới tính nam/ nữ là 1,8/1. Bệnh nhân có bệnh lý mạn tính kèm theo (Tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim, suy thận...) chiếm tỷ lệ 25,2%.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý của ổ loét

Đặc điểm bệnh lý của ổ loét		N=	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Hành tá tràng	65	54,6%
	Tiền môn vị	41	34,5%
	Khác	13	10,9%
Kích thước (mm)	5 ≤ đường kính < 10	41	34,4%
	10 ≤ đường kính < 15	59	49,6%
	đường kính ≥ 15	19	16%
Mô bờ lỗ thủng	Mềm mại	67	56,3%
	Xơ chai	52	43,7%

Nhận xét: Hành tá tràng là vị trí có tỉ lệ thủng cao nhất với 54.6% trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu kích thước lỗ thủng dưới 15mm chiếm chủ yếu với tỷ lệ 84%. Bờ lỗ thủng có mật độ mô mềm mại chiếm tỉ lệ cao hơn với tỷ lệ 56,3% so với mật độ mô xơ chai là 43,7%.

Bảng 3. Loại chỉ có gai sử dụng trong phẫu thuật

Đặc điểm bệnh lý của ổ loét		N=	Tỷ lệ (%)
Loại chỉ	V-LOC	99	83,2%
	STRATAFIX	20	16,8%
Kích cỡ chỉ	Cỡ chỉ 2.0	5	4,2%
	Cỡ chỉ 3.0	112	94,1%
	Cỡ chỉ 4.0	2	1,7%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, chỉ V-LOC được sử dụng trong 99 (83.2%) trường hợp, nhiều hơn khoảng 05 lần so với chỉ STRATAFIX được sử dụng trong 20 (16.8%) trường hợp còn lại. Kích thước chỉ 3.0 được sử dụng nhiều nhất với 112 (94.1%) trường hợp. Kích thước chỉ 2.0 và 4.0 được sử dụng rất ít, lần lượt trong 05 (4.2%) trường hợp và 02 (1.7%) trường hợp.

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật và ảnh hưởng của phương pháp phẫu thuật tới kết quả điều trị

Phương pháp phẫu thuật	Kết quả		Tổng	Giá trị P*
	Thành công	Thất bại		
Phẫu thuật nội soi	68 (98,6%)	1(1,4%)	69 (100%)	>0,05
Phẫu thuật mở	49 (98%)	1(2%)	50 (100%)	
Tổng	117 (100%)	2(100%)	119 (100%)	

* Phép kiểm Fisher Exact

Nhận xét: Số TH phẫu thuật mở nhiều hơn số TH phẫu thuật nội soi. Tỷ lệ thành công của cả 2 phương pháp đều trên 95%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) về tỷ lệ thành công trong việc sử dụng chỉ có gai khâu thùng DD-TT giữa PT mở và PTNS

Bảng 5. Kết quả điều trị thùng dạ dày-tá tràng bằng chỉ có gai

Kết quả	N=	Tỷ lệ (%)
Tử vong và nặng xin về	7	5,8%
Toác vết mổ thành bụng	1	0,8%
Xi chỗ khâu ổ loét	2	1,6%
Đặt dẫn lưu ổ bụng	119	100%
Thời gian nằm viện	119	6,6±3,1 (1-19)

Nhận xét: Có 2 trường hợp xì rò vị trí khâu ổ loét liên quan trực tiếp tới quá trình khâu lỗ thùng dạ dày-tá tràng và 08 trường hợp có biến chứng nhưng do bệnh lý nền nặng không liên quan tới kỹ thuật khâu lỗ thùng dạ dày-tá tràng. Tất cả các trường hợp chúng tôi đặt ít nhất một dẫn lưu. Thời gian nằm viện trung bình là 6,6±3,1 ngày.

4. BÀN LUẬN

Thùng loét dạ dày tá tràng xuất hiện ở tất cả lứa tuổi với tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 64,5± 16,3 tuổi, đặc điểm này có một số khác biệt so với các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Đỗ Đức Vân độ tuổi trung bình là 38,9 tuổi [1]. Khác biệt này có thể do bệnh viện Chợ Rẫy là bệnh viện tuyến cuối của hệ thống y

tế những bệnh nhân nặng được chuyển từ khắp các tỉnh thành thì việc dân số nghiên cứu tập trung các bệnh nhân cao tuổi có thể hiểu được do thủng loét dạ dày tá tràng bản chất là một cấp cứu ngoại khoa thêm vào đó là đối tượng cao tuổi kèm nhiều bệnh nền càng làm tiên lượng bệnh nặng nề và nhiều khó khăn trong chẩn đoán và xử trí, đòi hỏi trình độ chuyên môn cao và trang thiết bị đầy đủ và phù hợp như tại bệnh viện Chợ Rẫy. Về giới tính, trong dân số nghiên cứu của chúng tôi, giới nam có tỉ lệ khoảng 65% và nữ khoảng 35%, khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây với tỉ lệ nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ dao động từ 1:1 tới 5:1 [1], [4], [5]. Trong mẫu nghiên cứu có 25% trường hợp có ít nhất một bệnh kèm theo, bao gồm các bệnh như tăng huyết áp, đái tháo đường, xơ gan và bệnh nhiễm trùng như viêm phổi. Các bệnh lý kèm theo làm tăng nguy cơ tử vong trong thủng loét dạ dày tá tràng. Vì vậy, bên cạnh tuổi cao, các trường hợp này với tiền sử các bệnh kèm theo phức tạp cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng xấu đến xử trí và tiên lượng, dẫn đến ảnh hưởng kết quả của nghiên cứu.

Vị trí thủng loét chiếm tỷ lệ cao ở tá tràng trong đa số nghiên cứu, tỉ lệ này có thể lên đến 90%, tỉ lệ này có thể giải thích vì loét tá tràng thường gặp hơn loét dạ dày do vậy biến chứng thủng do loét ở tá tràng gặp nhiều hơn. Loét tá tràng thường phổ biến nhất ở hành tá tràng, trong khi đó loét dạ dày phổ biến nhất nằm trên bờ cong nhỏ. Vị trí chính xác của ổ loét đã

được phẫu thuật viên xác nhận trong quá trình phẫu thuật. Theo đó, chúng tôi ghi nhận 54,6% trường hợp thủng loét ở hành tá tràng. Kết quả thấp hơn với các nghiên cứu trước đó, như theo Zittel và cs, tỉ lệ lỗ thủng ở vị trí hành tá tràng là 35-65% [8], theo Ramakrishnan và cs, tỉ lệ này là 60% [9]. Theo tác giả Hồ Hữu Thiện ghi nhận trên 111 trường hợp, tỉ lệ này cao hơn lên đến 84,7% [10]. Có thể giải thích bằng việc vị trí hành tá tràng là phần di động và được phúc mạc che phủ. Ngoài ra, vị trí này có thể dễ dàng phát hiện và bộc lộ trong lúc phẫu thuật nên có thể ghi nhận dễ dàng trong đa số các trường hợp. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận vị trí thủng ổ loét dạ dày ở các vị trí hang vị, bờ cong nhỏ không khác biệt so với các nghiên cứu khác, như theo Ramakrishnan và cs, tỉ lệ lần lượt là 20% và 20% [9]. Về đặc điểm mô bờ lỗ thủng trong mẫu nghiên cứu, bờ lỗ thủng có mật độ mô mềm mại chiếm tỉ lệ 56,3% và mật độ mô xơ chai là 43,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hồ Hữu Thiện ghi nhận trên 111 trường hợp có 62,2% lỗ thủng ở trên nền thủng ổ loét mềm mại và 37,8% ở trên nền thủng ổ loét xơ chai [10]. Tuy nhiên, kết quả này cũng có sự khác biệt so với các nghiên cứu trước đó như theo Đỗ Đức Vân, thủng ổ loét xơ chai và ổ loét mềm mại lần lượt là 74% và 26% [1]. Về kích thước lỗ thủng ổ loét, kích thước lỗ thủng ổ loét dạ dày-tá tràng là một trong những yếu tố liên quan đến tỷ lệ biến chứng và tử vong cũng như liên quan về chỉ định phương pháp điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi,

kích thước lỗ thủng trung bình trong mẫu nghiên cứu là $10,6 \pm 7,6$ mm, nhỏ nhất là 5 mm và lớn nhất là 40 mm. Kết quả này lớn hơn so với các nghiên cứu khác như theo tác giả Hồ Hữu Thiện nghiên cứu trên 111 trường hợp, đường kính lỗ thủng trung bình là $5,7 \pm 3,0$ mm [10]. Trong đó, 34,4% có kích thước lỗ thủng < 10 mm và 65,6 % có kích thước lỗ thủng > 10 mm. Kết quả này tương đồng với Chalya và cs [7] với 76,2% lỗ thủng có kích thước >10 mm. Tuy vậy, đa số các nghiên cứu khác đều ghi nhận thủng ổ loét dạ dày-tá tràng có kích thước < 10 mm. Theo tác giả Siu và cs, 87,8% thủng ổ loét có kích thước lỗ thủng < 10 mm [6]. Như vậy kết quả nghiên cứu đặc điểm về vị trí, kích thước, mật độ mô bờ lỗ thủng của lỗ thủng ổ loét lành tính của dạ dày-tá tràng có sự khác biệt so với một số nghiên cứu. Sự khác biệt này có thể do đặc tiếp tiếp nhận bệnh nhân của bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện là tuyến cuối thường xuyên tiếp nhận những bệnh nhân nặng, tuổi cao và có bệnh nền kèm theo đó đó tuyến dưới không đủ phương tiện và nhân lực xử trí.

Về phương pháp phẫu thuật, tùy các trường hợp chúng tôi có thể phẫu thuật nội soi hay mổ mở, tất các các trường hợp đều dùng chỉ có gai tiêu chặm là V-lock hoặc Stratafix. Kích thước chỉ chủ yếu dùng chỉ 3.0 (94,1%). Đối với các trường hợp phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng bằng chỉ thông thường phải tạo nút buộc là một kỹ thuật phức tạp và đòi hỏi sự thành thực của phẫu thuật viên. Nguy cơ tai biến của

kỹ thuật này rất khó tiên lượng và gặp cả với các phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm. Sử dụng chỉ có gai để khâu cấu trúc trong cơ thể là phương pháp ra đời nhằm hạn chế những nguy cơ này. Chỉ có gai giúp tăng hiệu quả của mũi khâu liên tục vì cấu tạo gai một chiều ngăn tụt mũi chỉ, tăng độ kết dính mô vì các gai tạo nhiều điểm bám. Hơn nữa, cấu tạo dạng vòng ở đuôi chỉ giúp khóa chỉ nhanh chóng và đơn giản hơn so với loại chỉ truyền thống. Đối với khâu nối nối ruột, kỹ thuật này đã được chứng minh là giúp thời gian khâu ngắn hơn mà vẫn giữ độ căng mũi chỉ tương đương so với chỉ đơn sợi thông thường. Những lợi ích của việc dùng chỉ có gai nêu trên chính là cơ sở để các nhà nghiên cứu mở rộng ứng dụng của chỉ có gai bằng những thử nghiệm trong khâu lỗ thủng loét dạ dày - tá tràng. Các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phẫu thuật dùng chỉ có gai bao gồm độ an toàn, tính khả thi và thời gian phẫu thuật. Nhìn chung, các nghiên cứu đều kết luận rằng phương pháp dùng chỉ có gai là khả thi, có độ an toàn tương đương và giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật so với phương pháp dùng chỉ thông thường để khâu lỗ thủng loét. Đánh giá, so sánh hiệu quả của việc dùng chỉ có gai và chỉ thông thường cho thấy chỉ có gai có hiệu quả hơn so với chỉ thông thường. Nhìn chung, phương pháp cải tiến này không liên quan đến tăng tỉ lệ tai biến và tử vong so với kỹ thuật khâu với chỉ thông thường. Năm 2019, một phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống tại Trung Quốc được công bố nhằm đánh giá hiệu quả và độ an toàn

của chỉ có gai trong phẫu thuật giảm cân ở tổng cộng 26985 bệnh nhân. Các loại phẫu thuật trong nghiên cứu bao gồm phẫu thuật nội soi bắc cầu dạ dày Roux-en-Y và phẫu thuật nội soi cắt vạt dạ dày. Các nhận định được phân tích dựa trên kết quả của bốn nghiên cứu đoàn hệ và bốn thử nghiệm lâm sàng trên hai nhóm đối tượng với hai loại chỉ: chỉ có gai và chỉ thông thường. So với chỉ thông thường, nguy cơ chảy máu ở miệng khâu thấp hơn ở những bệnh nhân được khâu nối tạo hình ống tiêu hóa với chỉ có gai. Tuy nhiên, phân tích cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tai biến và biến chứng trong quá trình chăm sóc hậu phẫu. Các tai biến liên quan miệng khâu được ghi nhận không có sự khác biệt giữa hai nhóm bao gồm hẹp ống tiêu hóa và xì miệng nối. Ngoài ra, kết quả cho thấy chỉ có gai giúp giảm thời gian khâu và giảm thời gian phẫu thuật, nhưng thời gian nằm viện hậu phẫu và chi phí điều trị không có khác biệt so với phương pháp chỉ thông thường. Kết quả cho thấy, không có sự khác biệt đáng kể khi so sánh tỉ lệ thành công và biến chứng sau mổ giữa hai nhóm, bao gồm tỉ lệ xì và rò miệng nối. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật ngắn hơn đáng kể ở nhóm bệnh nhân sử dụng chỉ khâu có gai. Từ kết quả này cho thấy, việc sử dụng chỉ khâu có gai có thể xem như là một phương pháp thay thế so với sử dụng chỉ khâu thông thường trong phẫu thuật nội soi khâu thủng dạ dày-tá tràng, nhất là đối với những trung tâm y tế mà nguồn nhân lực hạn chế. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 06 trường hợp biến chứng

nặng, 01 trường hợp tử vong do bệnh bệnh lý kèm theo trong giai đoạn hậu phẫu. Các trường hợp này không được liệt kê vào nhóm hậu quả của suy yếu lỗ khâu. Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp tai biến hậu phẫu có liên quan miệng khâu chiếm tỷ lệ 1,7%, gồm xì chỗ khâu và rò chỗ khâu liên quan đến dùng chỉ có gai khâu lỗ thủng. Về thời gian nằm viện đối với khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày tá tràng bằng phẫu thuật nội soi kinh điển, phần lớn các nghiên cứu có thời gian nằm viện trung bình dưới 7 ngày. Theo nghiên cứu của Hồ Hữu Thiện [10] thời gian nằm viện trung bình là $6,5 \pm 3,0$ ngày, trong đó nằm viện dưới 6 ngày có 77,5%. Thời gian nằm viện trung hậu phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là 6.6 ± 3.1 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 01 ngày và dài nhất là 19 ngày. Kết quả này tương đương so với các nghiên cứu khác.

5. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật khâu lỗ thủng dạ dày-tá tràng do loét bằng chỉ khâu có gai ở bệnh viện Chợ Rẫy là phương pháp khả thi, an toàn, tỉ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đức Vân. Kết quả điều trị phẫu thuật ổ loét tá tràng thủng trong cấp cứu tại bệnh viện Việt Đức. Tạp san ngoại khoa 9-1995. 1995:32-9.
2. Antoniou S.A., Antoniou G.A., Koch O.O., et al. (2013). "Meta-analysis of laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer". *JSLs : Journal of*

the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 17(1): p. 15-22.

3. Bhogal R., Athwal R., Durkin D., et al. (2008). "Comparison between open and laparoscopic repair of perforated peptic ulcer disease". *World journal of surgery*, 32: p. 2371-4.

4. Bush C.M., Prosser Jd Fau - Morrison M.P., Morrison Mp Fau - Sandhu G., et al. (2012). "New technology applications: Knotless barbed suture for tracheal resection anastomosis". (1531-4995).

5. Møller MH, Adamsen S, Thomsen RW, Møller AM. Preoperative prognostic factors for mortality in peptic ulcer perforation: a systematic review. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2010;45(7-8):785-805.

6. Siu WT, Leong HT, Law BK, Chau CH, Li AC, Fung KH, et al. Laparoscopic repair for perforated peptic

ulcer: a randomized controlled trial. *Annals of surgery*. 2002;235(3):313-9.

7. Chalya PL, Mabula JB, Koy M, McHembe MD, Jaka HM, Kabangila R, et al. Clinical profile and outcome of surgical treatment of perforated peptic ulcers in Northwestern Tanzania: A tertiary hospital experience. *World Journal of Emergency Surgery*. 2011;6(1):31.

8. Zittel TT, Jehle EC, Becker HD. Surgical management of peptic ulcer disease today--indication, technique and outcome. *Langenbeck's archives of surgery*. 2000;385(2):84-96.

Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. *American family physician*. 2007;76(7):1005-12.

Hồ Hữu Thiện. 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. Huế: Đại học Y dược Huế; 2008.