

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU LỖ THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG TẠI BVĐKKV TỈNH AN GIANG

Trần Phước Hồng, Đặng Minh Triết, Nguyễn Thanh Long,
Nguyễn Tấn Huy và Lữ Văn Trọng, BV Châu Đốc

ABSTRACT

Results of laparoscopic treatment of perforated gastric-duodenal ulcer

Objective: to evaluate the results of laparoscopic treatment of perforated gastric- duodenal ulcer

Method: Prospective, clinical trial study on 30 patients with perforated gastric – duodenum ulcer who were conformed diagnosed perforated gastric - duodenum ulcer and operated by laparoscopic surgery from Jun/2009 to Sept/2011 at Chau Doc Regional General hospital.

Results:

Totally, 28 patients underwent laparoscopic repair of perforated gastric – duodenum ulcer. The mean age was 48,1 (range 23 - 81). The mean operating time was 78 (range 40 - 150) min. Of which, only two patients were converted to an open procedure (6,6%). There were one post-operative gastro-duodenal haemorrhage complications (3,3%). The mean intestinal peristaltic return was 2 days and the mean post-operative hospital stay was 5,9 days. There was no mortality.

Conclusion: laparoscopic treatment of perforated gastric - duodenum ulcer is feasible, safe and has the benefits of minimal invasive surgery.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng không đối chứng. Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày tá tràng từ tháng 6/2009 đến tháng 9/2011.

Kết quả: Từ tháng 6/2009 đến tháng 9/2011, 28 bệnh nhân đã được khâu lỗ thủng dạ dày-tá tràng qua nội soi ổ bụng. Tuổi trung bình là 48,1. Tuổi trẻ nhất là 23 và lớn tuổi nhất là 81. Thời gian mổ trung bình là 78 phút (từ 40-150) phút. Hai trường hợp phải chuyển mổ mở (6,6%). Có 1 ca bị xuất huyết tiêu hóa sau mổ (3,3%). Không có tử vong trong và sau mổ. Thời gian liệt ruột trung bình là 2 ngày. Thời gian nằm viện là 5,9 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày tá tràng thực hiện an toàn và hiệu quả, mang nhiều lợi thế của phẫu thuật xâm nhập tối thiểu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng ổ loét dạ dày – tá tràng là một biến chứng nặng thường gặp, xảy ra với tần suất khoảng 10% của bệnh loét dạ dày tá tràng.

Khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng đơn thuần là một phương pháp điều trị chính của biến chứng thủng ổ loét dạ dày tá tràng.

Phẫu thuật nội soi ra đời đã tạo ra một cuộc cách mạng trong nền y học với nhiều ưu điểm vượt trội. Năm 1989, P Mouret đã thông báo trường hợp khâu lỗ thủng dạ dày đầu tiên qua nội soi ổ bụng và từ đó phương pháp này đã được áp dụng có hiệu quả tại nhiều trung tâm trên thế giới.

Phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng qua nội soi ổ bụng đã được một số tác giả thực hiện cho thấy tính khả thi cao trong điều trị với mục đích làm giảm nhẹ sự nặng nề trong giai đoạn hậu phẫu cho bệnh nhân. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng qua nội soi trong điều trị thủng ổ loét dạ dày – tá tràng,

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu tổng quát: Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng.

Mục tiêu chuyên biệt:

1. Đánh giá tính khả thi và an toàn của phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng.
2. Xác định các tai biến trong mổ.
3. Xác định các biến chứng sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán thủng dạ dày – tá tràng nhập viện tại bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang trong thời gian từ tháng 6 năm 2009 đến tháng 9 năm 2011, có chỉ định khâu lỗ thủng qua nội soi ổ bụng theo tiêu chuẩn chọn bệnh .

❖ Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày - tá tràng đến sớm chưa có tình trạng viêm phúc mạc muộn, thông thường trong vòng 24 giờ kể từ khi có triệu chứng đầu tiên. Không có sốc.
- Bệnh nhân thủng ổ loét đơn thuần không có phối hợp với các biến chứng khác như hẹp môn vị, xuất huyết tiêu hóa.
- Không có tiền sử mổ bụng lớn.
- Không có các bệnh lý toàn thân nặng kèm theo: Tim mạch, hô hấp, nội tiết, rối loạn đông máu, ... chống chỉ định mổ nội soi ổ bụng.
- Bệnh nhân đồng ý làm phẫu thuật qua nội soi ổ bụng.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày - tá tràng đến muộn sau 24 giờ.

- Bệnh nhân có chống chỉ định mổ nội soi ổ bụng.
- Bệnh nhân không đồng ý thực hiện phẫu thuật qua nội soi ổ bụng.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1 Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, không đối chứng.

- Dụng cụ: Sử dụng máy phẫu thuật nội soi ổ bụng Olympus.
- Thu thập và xử lý số liệu theo mẫu thống nhất.
- Xử lý thống kê theo phần mềm thống kê SPSS 14.0.

2.2.2 Phương pháp tiến hành:

Chuẩn bị bệnh nhân:

- Bệnh nhân được đặt ống thông dạ dày.
- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, nghiêng trái, đầu cao,
- Gây mê nội khí quản.

Tiến hành phẫu thuật:

- Đặt trocar: Chọn trocar đèn soi 10 mm sát dưới rốn. Bơm hơi CO₂ vào ổ bụng áp lực 10 – 12 mmHg. Đưa đèn soi vào ổ bụng quan sát khẳng định lại chẩn đoán và đánh giá thương tổn trong ổ bụng. Chọn trocar phẫu thuật 10 mm vị trí hạ sườn trái đường trắng bên; chọn trocar cầm nắm 5 mm vị trí hạ sườn trái đường trắng bên; trong quá trình phẫu thuật, nếu gặp khó khăn thì có thể chọn thêm trocar thứ tư 5 mm cạnh mũi ức để vén gan.
- Khâu lỗ thủng: Đưa sợi chỉ liên kim tiêu chậm 2.0 (Vicryl 2.0), dài 25 cm. Nếu lỗ thủng nhỏ dưới 0,5 cm thì khâu 1 mũi chữ X hướng khâu theo trục dọc ống tiêu hóa. Nếu lỗ thủng nhỏ > 0,5 cm thì khâu 2 - 3 mũi rời. Có thể che phủ mạc nối lớn lên vết khâu.
- Rửa bụng và dẫn lưu: Dung dịch rửa: Nước muối sinh lý. Đặt dẫn lưu dưới gan hoặc túi cùng Douglas qua vị trí lỗ trocar thứ 3
- Chăm sóc sau mổ: Rút ống thông dạ dày sau khi bệnh nhân có trung tiện, ống dẫn lưu được rút khi không còn ra dịch hoặc sau khi có trung tiện, cho ăn vào ngày hậu phẫu thứ 4, thuốc giảm đau được sử dụng: Peralgan 100ml, kháng sinh sử dụng sau mổ: ceftriazone, kết hợp thuốc giảm tiết ức chế H2.
-

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Đặc điểm chung

Từ tháng 6 năm 2009 đến tháng 9 năm 2011, bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang có 30 bệnh nhân được chỉ định khâu lỗ thủng dạ dày- tá tràng qua nội soi Tuổi trung bình 48,1 tuổi. Tuổi nhỏ nhất: 23, tuổi lớn nhất = 81

Giới tính: Nam chiếm tỉ lệ 96,7%

Thời gian kể từ khi bệnh nhân có triệu chứng đau đầu tiên đến lúc phẫu thuật trung bình 9 giờ. Sớm nhất 3 giờ, trễ nhất là 19 giờ.

Tiền sử đau thượng vị: 90%. Có 5 trường hợp bị loét dạ dày đã được chẩn đoán qua nội soi (16,6 %).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Bảng 3.1: Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

Triệu chứng	Số bệnh nhân	%
Đau thượng vị	30	100%
Đau khắp bụng	24	80%
Bụng cứng như gỗ	25	83,3%
Bí trung tiện	26	86,7%
Phản ứng phúc mạc	29	96,7%
Liềm hơi dưới cơ hoành	29	96,7%
Bạch cầu tăng > 10.000	22	73,3%

Triệu chứng lâm sàng thủng dạ dày – tá tràng giống như mô tả kinh điển.

Đặc điểm trong mổ

Tình trạng ổ bụng: Dịch đục chiếm tỉ lệ 96,7%, ổ bụng có giả mạc chiếm tỉ lệ 60%.

Đường kính lỗ thủng trung bình 5,1 mm, nhỏ nhất 3 mm, lớn nhất 10 mm. Trung vị 4 mm.

Vị trí lỗ thủng: Thủng hang vị 14 ca (46,6%), thủng hành tá tràng 9 ca (30%), thủng tiền môn vị 7 ca (23,3%).

Bảng 3.2: Kỹ thuật mổ

	Khâu chữ X	Khâu mũi rời	Khâu mũi rời và mũi chữ X	Đắp mạc nối	Dẫn lưu Douglas	Dẫn lưu dưới gan	Sinh thiết
N	13	10	5	26	15	13	20
%	46,4%	35,7%	17,9%	92,9%	53,6%	46,4	71,4%

Số mũi khâu: Trung bình 2 mũi, ít nhất 1 mũi, nhiều nhất 4 mũi.

Thời gian mổ trung bình 78 phút, ngắn nhất 40 phút, dài nhất 150 phút.

Chuyển mổ mở 2 trường hợp, chiếm tỉ lệ 6,6%. Lý do chuyển mổ mở là 1 ca có hẹp môn vị, 1 ca thủng mặt sau hang vị.

3.4. Đánh giá sau mổ

Thời gian trung tiện trung bình vào ngày thứ 2 sau mổ.

Thời gian rút ống dẫn lưu trung bình vào ngày thứ 3 sau mổ.

Thời gian nằm viện trung bình 5,9 ngày. Ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 8 ngày.

Đánh giá mức độ đau: Mức độ đau trung bình sau mổ ngày 1: 4,6 điểm, ngày 2: 3 điểm, ngày 3: 1,5 điểm, ngày 4: 0,8 điểm.

Biến chứng: có 1 trường hợp bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa trên sau mổ ngày thứ 3. Không có bệnh nhân tử vong.

Thuốc điều trị sau mổ: Tất cả bệnh nhân đều được dùng thuốc kháng sinh và ức chế H₂ ngay sau mổ. Chi phí điều trị trung bình 3.722.000 đồng. Thấp nhất là 2.283.000 đồng. Cao nhất: 4.858.000 đồng.

IV. **BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN:**

Dù có nhiều tiến bộ trong điều trị bệnh loét dạ dày-tá tràng trong hơn những năm qua với nhiều loại thuốc mới, nhưng thủng dạ dày-tá tràng do viêm loét vẫn còn là biến chứng thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa về bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 90% bệnh nhân có tiền sử đau bụng vùng thượng vị và 16,6% trường hợp bị loét dạ dày đã được chẩn đoán qua nội soi.

4.1. Chọn lựa bệnh nhân:

Chúng tôi chỉ chọn những BN đến sớm trước 24 giờ sau khi thủng. BN không có tiền sử phẫu thuật vùng bụng. BN không có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo như bệnh tim mạch, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. BN không có sốt và không có xuất huyết tiêu hóa.

Thời gian từ khi đau đến khi được phẫu thuật có ý nghĩa quan trọng gây nên tình trạng viêm nhiễm ổ bụng và góp một phần trong việc lựa chọn phương pháp mổ nội soi hay mổ mở. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ khi đau đến khi được phẫu thuật trung bình là 9 giờ.

4.2. Vị trí lỗ thủng và kích thước lỗ thủng:

Nguyễn Anh Dũng và CS[7] nghiên cứu 26 BN được khâu lỗ thủng qua nội soi ghi nhận 21 ca thủng hành tá tràng và 5 ca thủng tiền môn vị với kích thước lỗ thủng trung bình là 4,7 mm (từ 2- 10 mm). Ngược lại, trong nghiên cứu của chúng tôi thủng chủ yếu ở hang vị (14 ca) và kế đến là thủng hành tá tràng (9 ca), thủng tiền môn vị (7 ca). Kích thước lỗ thủng cũng phù hợp với nhiều tác giả khác, trung bình từ 5,1 mm. Không có lỗ thủng nào lớn hơn 10 mm. Trần Bình Giang và CS[8] trong hơn 4 năm nghiên cứu tại BV Việt Đức ghi nhận 24 trường hợp thủng dạ dày-tá tràng được khâu nội soi, tất cả các trường hợp đều có lỗ thủng nhỏ hơn 10mm. Theo nghiên cứu của Phạm Văn Năng[10] tại BV Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ trong 8 năm, trong số 229 ca khâu lỗ thủng dạ dày qua nội soi, chỉ có 3 ca có lỗ thủng 11 mm.

4.3. Xử trí lỗ thủng:

Chúng tôi đánh giá lỗ thủng và xem có kèm theo hẹp môn vị hay không. Nếu có hẹp môn vị chúng tôi chuyển sang mổ mở. Nếu vị trí lỗ thủng ở dạ dày, chúng tôi sinh thiết bờ lỗ thủng và khâu lỗ thủng bằng chỉ vicryl 2.0. Tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Anh Dũng và Trần Bình Giang, chúng tôi khâu chữ X đối với lỗ thủng nhỏ và khâu 2-3 mũi rời nếu lỗ thủng lớn. Có 5 ca có lỗ thủng lớn được khâu mũi rời đồng thời khâu tăng cường thêm 1 mũi

chữ X. Theo nghiên cứu của Phạm Văn Năng, tất cả các trường hợp đều khâu các mũi rời. Kỹ thuật khâu: Mũi kim thường cách bờ lỗ thủng khoảng 8-10mm, khâu theo trục của dạ dày-tá tràng và cột nơ trong ổ bụng. Theo Trần Ngọc Thông bệnh viện Trung Ương Huế, khâu mũi chữ X chiếm 78,4%. Hoàng Thanh Bình bệnh viện 175 khâu mũi chữ X chiếm 100%. Trong nghiên cứu của chúng tôi khâu mũi chữ X chiếm 46,4%. Khâu đắp mạc nối lớn lên vết khâu 92,9%.

4.4. Làm sạch xoang bụng:

Rửa xoang bụng mất khá nhiều thời gian.. Việc rửa ổ bụng qua nội soi rất hiệu quả, với ống hút dài và đường kính 10mm nên có thể dễ dàng hút giả mạc và thức ăn trong ổ bụng .

100% bệnh nhân được dẫn lưu ổ bụng qua lỗ trocar ngang rốn bên phải, trong đó 53,5% dẫn lưu Douglas, 46,4% dẫn lưu dưới gan. Vị trí cần dẫn lưu tùy thuộc vào đánh giá của phẫu thuật viên. Nếu bệnh nhân đến sớm, dịch chỉ khu trú ở dưới gan thì chỉ cần dẫn lưu Douglas.

4.5. Thời gian mổ:

Thời gian mổ nội soi của chúng tôi trung bình là 78 phút ± 23 phút, tương đương với các tác giả khác. Nếu so sánh với mổ mở, mổ nội soi thường kéo dài hơn[2,7]. Chúng tôi thấy thời gian sinh thiết lỗ thủng, khâu lỗ thủng và khâu đắp mạc nối thường ngắn hơn thời gian rửa sạch xoang bụng

4.6 Chuyển mổ mở:

Bảng 4.1: So sánh tỉ lệ chuyển mổ mở với các tác giả khác.

Tác giả	Số bệnh nhân	Chuyển mổ mở	%
Van Hee	100	8	8
Wan Yee Lau	35	6	17,1
Trần Ngọc Thông	125	4	3,1
Hoàng Thanh Bình	52	3	5,7
Phạm Văn Năng	229	5	2,2
Chúng tôi	30	2	6,6

Chúng tôi chuyển mổ mở vì một ca thủng to ở vị trí tiền môn vị, bờ lỗ thủng xơ cứng gây hẹp môn vị. 1 ca thủng mặt sau hang vị được chúng tôi chuyển mổ mở để khâu mặt sau dạ dày. Theo nhiều nghiên cứu [1], lý do chuyển mổ mở thường gặp là hẹp môn vị, khoang phúc mạc quá bẩn, không tìm thấy lỗ thủng do lỗ thủng ở mặt sau hoặc lỗ thủng quá nhỏ. Đường kính lỗ thủng không là yếu tố quyết định chuyển sang mổ mở.

4.7. Thời gian liệt ruột:

Nguyễn Anh Dũng ghi nhận thời gian liệt ruột sau mổ khâu qua nội soi ngắn hơn so với mổ mở (theo thứ tự là 1,7 ngày và 2,5 ngày). Chúng tôi thấy đa số BN có trung tiện sớm vào

ngày thứ 2 sau mổ và do BN đau ít sau mổ nên BN vận động sớm hơn và ít biến chứng về hô hấp hơn.

4.8. Biến chứng sau mổ:

Bảng 4.2: Các biến chứng sau mổ (So sánh với các tác giả khác).

Tác giả	Dò chỗ khâu	Xuất huyết tiêu hóa	Nhiễm trùng lỗ trocar	Áp xe tồn lưu	Chảy máu lỗ trocar
Trần Ngọc Thông (N= 125)	3 (2,4%)	0	1(0,8 %)	0	0
Lee (N= 46)	3 (6%)	0	0	0	0
Hoàng Thanh Bình(N=52)	0	1 (1,9%)	0	0	0
Phạm Văn Năng (N=229)	0	0	1 (0,4%)	1 (0,4%)	2 (0,8%)
Chúng tôi(N= 28)	0	1 (3,5 %)	0	0	0

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có ca nào bị tai biến trong mổ, chỉ có 1 ca bị xuất huyết tiêu hóa trên vào ngày thứ 2 sau mổ, chúng tôi điều trị nội khoa theo hướng viêm loét dạ dày, bệnh nhân xuất viện an toàn.

Trong nghiên cứu của Siu và cộng sự[5] trên 172 BN được mổ nội soi, có 28 BN có biến chứng (16,3%) và 3 BN phải mổ lại.

4.9. Đánh giá mức độ đau sau mổ: (Theo thang điểm VAS)

Bảng 4.3: Đánh giá mức độ đau sau mổ (So sánh với các tác giả khác).

Tác giả	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3
Trần Ngọc Thông	4,6	2,5	0,5
Chúng tôi	4,6	3	1,5

Một trong các ưu thế của phẫu thuật nội soi là sau mổ bệnh nhân rất ít đau so với mổ mở. Thực hiện đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ đau trung bình sau mổ ngày thứ nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,6 điểm, tương đương nghiên cứu của nhiều tác giả[9]. Theo nghiên cứu Trần Ngọc Thông đối với mổ mở, mức độ đau trung bình sau mổ ngày thứ nhất là 8,5 điểm.

4.10. Thời gian nằm viện:

Theo nhiều nghiên cứu [3, 4], thời gian nằm viện của mổ nội soi ngắn hơn so với mổ mở. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của Trần Bình Giang là 4 ngày; của Phạm Văn Năng là 5 ngày, của Nguyễn Anh Dũng là 6 ngày. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,9 ngày. Chúng tôi cho BN ra viện khi toàn trạng ổn, đã trung tiện và tự đi lại được.

KẾT LUẬN

Qua 28 trường hợp khâu lỗ thủng dạ dày-tá tràng qua nội soi chúng tôi thấy phẫu thuật này ưu điểm như bệnh nhân trung tiện sớm, thời gian nằm viện ngắn, chi phí điều trị không cao.

Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày-tá tràng có tính hiệu quả, an toàn, 100% bệnh nhân xuất viện ổn định, không có biến chứng nặng sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bergamashi R, et al. Open versus laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. Surg Endosc-Ultras 1999, 13:679-682.
2. Jens Marius Nesgaard et al. Laparoscopic and open operation in patients with perforated peptic ulcer. Eur J Surg 1999; 165:209-214.
3. Katkhouda N, et al. laparoscopy repair of perforated duodenal ulcers –outcome and efficacy in 30 consecutive patients. Arch Surg 1999, 134:845-850.
4. Siu W.T, et al. Single stitch laparoscopic omental patch repair of perforated peptic ulcer. J Royal coll Surg Edin 1997; 42: 92-94
5. Siu W.T., Chau C.H., Law B.K.B. Tang C.N., Ha P.Y., Li M.K.W. Routine use of laparoscopic repair for perforated peptic ulcer. British Journal of Surgery 2004; 91: 481-484.
6. 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 thành phố Hồ Chí Minh. tập 12 (4) 2008:209-214
7. Nguyễn Anh Dũng, Nguyễn Thanh Minh, Đỗ Đình Công, Phan Minh Trí. Nhận xét khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng qua soi ổ bụng. Báo cáo khoa học, ĐH Hội Ngoại Khoa Việt Nam lần X, 1999: 118-123.
8. Trần Bình Giang, Lê Việt Khánh, Nguyễn Đức Tiến, Đỗ Tất Thành. Đánh giá kết quả khâu thủng ổ loét dạ dày tá tràng qua nội soi ổ bụng tại Bệnh Viện Việt-Đức. Y Học Việt Nam, tập 319, 2006: 143-147.
9. Trần Ngọc Thông, Hồ Hữu Thiện, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc. Đánh giá kết quả khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày –tá tràng bằng phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. tập 12 (4) 2008:320-324.
10. Phạm Văn Năng. Thủng dạ dày-tá tràng. Tuyển tập công trình khoa học công nghệ ĐH Cần Thơ 1993-1997:15-19.