

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ THÙNG LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

*Lê Huy Cường, Nguyễn Văn Ngãi, Phan Văn Bé, Lê Đức Hạnh,
Phạm Hòa Lợi, khoa Ngoại, Bệnh viện An Giang.*

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật hở trong điều trị viêm phúc mạc do thủng loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Phương pháp: Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng so sánh giữa 2 nhóm mổ nội soi và mổ hở. Từ 12/12/2010 đến 12/05/2012, có 46 bệnh nhân thủng loét dạ dày - tá tràng được mổ, trong đó, có 21 bệnh nhân được mổ nội soi và 25 bệnh nhân được mổ hở.

Kết quả: Thời gian mổ của nhóm mổ nội soi dài hơn nhóm mổ hở (70 so với 59 phút với $p=0,005$). Điểm đau hậu phẫu ngày 1 và 3 của nhóm mổ nội soi thấp hơn nhóm mổ hở (3,4 và 1,4 so với 6,8 và 4,5 với $p<0,001$). Thời gian trung tiện và ăn uống lại trong giai đoạn hậu phẫu của nhóm mổ nội soi ngắn hơn nhóm mổ hở (3 so với 4 ngày với $p<0,001$). Biến chứng hậu phẫu là như nhau và thời gian nằm viện của nhóm mổ nội soi ngắn hơn (6 so với 8 ngày với $p<0,001$).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi trong điều trị thủng loét dạ dày - tá tràng ít đau, bệnh nhân hồi phục sớm, tai biến-biến chứng ít, thời gian nằm viện ngắn và vết mổ thẩm mỹ.

RÉSUMÉ:

Objectifs: Évaluer les résultats précoces du traitement laparoscopique par rapport à la laparotomie dans les péritonites par perforation d'ulcère gastroduodénal à l'hôpital général central d'An Giang.

Méthode: C'est un essai clinique contrôlé randomisé comparant entre 2 groupes opérés sous laparoscopie et laparotomie. Du 12 décembre 2010 au 12 mai 2012, quarante six patients ayant une perforation d'ulcère gastroduodénal dont vingt et un patients ont été opérés sous laparoscopie et les restes (vingt cinq patients) ont été opérés sous laparotomie.

Résultats: La durée opératoire du groupe traité par cœlioscopie est plus longue que celle du groupe traité par laparotomie (70 min vs 59 min avec $p=0,005$). La douleur en J1 et J3 postopératoire du groupe cœlioscopique est moins que celle du groupe de laparotomie (3,4 et 1,4 vs 6,8 et 4,5 avec $p<0,001$). La durée de reprise du transit et de l'alimentation orale en postopératoire du groupe cœlioscopique est moins que celle du groupe de laparotomie (J3 vs

J4 avec $p < 0,001$). La morbidité entre 2 groupes est comparable et la durée d'hospitalisation du groupe cœlioscopique est plus brève que celle du groupe de laparotomie (J6 vs J8 postopératoire avec $p < 0,001$).

***Conclusion:** La cœlioscopie dans le traitement de perforation d'ulcère gastroduodénal rapporte aux patients des avantages comme: l'affaiblissement de la douleur, la reprise précoce d'activité, la faible morbidité, la brève durée d'hospitalisation et l'esthétique des cicatrices.*

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Thủng loét dạ dày-tá tràng là cấp cứu bụng ngoại khoa đứng hàng thứ 2 sau viêm ruột thừa, biến chứng này chiếm khoảng 5-10 % bệnh nhân có loét dạ dày-tá tràng mãn tính^{1,9}. Có 2 phương pháp điều trị chủ yếu từ trước đến nay đó là nội khoa và ngoại khoa.

- ❖ Điều trị nội khoa thủng loét dạ dày-tá tràng (phương pháp Taylor) được chỉ định cho những bệnh nhân bị thủng loét lúc đói và vào viện trước 24h, nội dung bao gồm truyền dịch, hút ống thông mũi-dạ dày, dùng thuốc ức chế tiết acide và kháng sinh, tuy nhiên, phương pháp này hiện nay không dùng nữa và chỉ sử dụng để chuẩn bị bệnh nhân trước mổ do tỷ lệ thất bại cao (46 %)^{2,9}.
- ❖ Điều trị ngoại khoa bao gồm khâu ổ loét thủng đơn thuần, đôi khi kèm theo phẫu thuật điều trị bệnh loét (cắt thần kinh X và cắt dạ dày). Ngày nay, với sự hiểu biết sâu sắc về sinh lý bệnh, sự ra đời các thuốc ức chế tiết acide và diệt trừ *Helicobacter Pylori* đã làm giảm tần suất biến chứng bệnh loét dạ dày-tá tràng và điều trị nội khoa được sử dụng điều trị loét dạ dày-tá tràng sau phẫu thuật, thay thế cho các phẫu thuật điều trị bệnh loét.

Năm 1989, Phillipe Mouret, người thực hiện cắt túi mật nội soi đầu tiên trên thế giới, đã thực hiện thành công khâu ổ loét thủng dạ dày-tá tràng qua nội soi, từ đó, kỹ thuật này được áp dụng rộng rãi ở các nước trên thế giới. Tại Việt Nam, khâu thủng loét dạ dày-tá tràng được thực hiện đầu tiên vào năm 1992 ở bệnh viện Chợ Rẫy và nhanh chóng được triển khai ở các tỉnh, thành khác trong cả nước. Tại An Giang, từ 12/12/2010 đến 04/05/2012, chúng

tôi thực hiện 21 cas khâu thủng loét dạ dày-tá tràng qua nội soi và để đánh giá kỹ thuật này, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật này nhằm giúp 1 phần vào sự phát triển phẫu thuật nội soi tỉnh nhà, giúp chăm sóc bệnh nhân tốt hơn.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu:

Các bệnh nhân chẩn đoán xác định thủng loét dạ dày-tá tràng trước mổ trong thời gian từ 12/12/2010 đến 12/05/2012 được chọn theo tiêu chuẩn đề ra , sau đó chia thành 2 nhóm : nhóm mổ nội soi được phẫu thuật trong khoảng thời gian từ 7 giờ đến 19 giờ và nhóm mổ hở được phẫu thuật trong khoảng thời gian 19 giờ đến 7 giờ sáng hôm sau.

2. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- ❖ Bệnh nhân bị thủng loét dạ dày-tá tràng trong vòng 24h.
- ❖ Không có xuất huyết tiêu hóa kèm theo.
- ❖ Không có hẹp môn vị trước mổ.

3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- ❖ Tiêu chuẩn loại trừ trước mổ:
 - ✓ Có sốc trước mổ.
 - ✓ Có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo làm ảnh hưởng hô hấp-tuần hoàn khi bơm hơi vào ổ bụng.
 - ✓ Có tiền sử mổ bụng.
- ❖ Tiêu chuẩn loại trừ trong mổ:
 - ✓ Thủng ổ loét ở mặt sau dạ dày-tá tràng.
 - ✓ Thủng dạ dày do ung thư.
 - ✓ Có dấu hiệu hẹp môn vị : dạ dày dẫn to, ổ loét xơ chai gần môn vị làm biến dạng vùng này, tính chất dịch dạ dày đổ vào khoang phúc mạc (nâu đen).

- ✓ Có dịch và giả mạc lan tỏa, bám chắc vào thành ruột hoặc có quá nhiều thức ăn giữa các quai ruột khó làm sạch qua nội soi.

4. Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng có đối chứng giữa 2 nhóm mổ nội soi và mổ hở.

5. Thời gian nghiên cứu: từ 12/12/2012 đến 12/05/2012.

6. Phương tiện nghiên cứu:

- ❖ Máy nội soi hiệu Karl Storz bao gồm màn hình, nguồn sáng lạnh, máy bơm khí CO₂, ống soi cứng 10 mm nghiêng 30⁰, hệ thống camera.
- ❖ Hệ thống tưới rửa và hút : ống hút-rửa có 2 đầu nối với ống cao su để hút và nối với dịch để tưới rửa.
- ❖ Các trocarts bao gồm 2 trocarts 10 mm và 2 trocarts 5 mm.
- ❖ Dụng cụ phẫu thuật bao gồm: 2 pincers cầm nắm (clamp), 1 kéo cắt chỉ, 1 kềm mang kim, 1 pince phẫu tích, 1 kềm bấm sinh thiết, 1 cây vén gan 5 mm.
- ❖ Chỉ khâu ổ loét thủng: Chỉ tan chậm liền kim 2.0 (Vicryl 2.0).
- ❖ Ống dẫn lưu.

7. Chuẩn bị bệnh nhân và hồi sức trước mổ:

Ngoài các cận lâm sàng dùng làm chẩn đoán bệnh, chuẩn bị bệnh nhân trước mổ bao gồm :

- ❖ Cận lâm sàng tiền phẫu theo quy định bệnh viện (xét nghiệm tiền phẫu, đo điện tim, chụp X quang tim-phổi thẳng).
- ❖ Đặt sonde mũi-dạ dày và sonde tiểu.
- ❖ Truyền dịch, kháng sinh (Céphalosporine thế hệ thứ 3), ức chế tiết acid dạ dày.
- ❖ Cân bằng các rối loạn (nếu có) của xét nghiệm.

8. Kỹ thuật phẫu thuật^{9,10}:

- ❖ Bệnh nhân nằm trên bàn mổ tư thế dạng 2 chân, đầu cao 20⁰.

- ❖ Gây mê nội khí quản.
- ❖ Phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân người bệnh, người phụ mổ cầm ống soi ở bên trái người bệnh, người phụ dụng cụ đứng bên phải người bệnh, màn hình nội soi đặt ở bên phải, về phía vai người bệnh.
- ❖ Vào bụng qua trocar rón 10 mm bằng phương pháp hở của Hasson, bơm hơi ổ bụng với áp lực 12 mmHg, đưa ống soi vào quan sát ổ bụng, các trocarts còn lại đưa vào dưới quan sát của ống soi bao gồm : 1 trocar 10 mm ở hông trái dùng cho dụng cụ thao tác và đưa kim vào ổ bụng, 1 trocar 5 mm ở hông phải dùng cho dụng cụ cầm nắm và 1 trocar ở thượng vị dùng cho dụng cụ vén gan nếu bộc lộ khó khăn.
- ❖ Thăm sát, đánh giá tình trạng ổ bụng và tổn thương thủng có thể thực hiện tiếp phẫu thuật nội soi.
- ❖ Sinh thiết mép lỗ thủng nếu vị trí ở dạ dày.
- ❖ Khâu lỗ thủng bằng các mũi chữ X hoặc mũi rời có hay không đắp mạc nối.
- ❖ Rửa bụng đến nước trong bằng dung dịch NaCl 0,9 % ấm.
- ❖ Đặt dẫn lưu.
- ❖ Xả khí, rút và đóng các lỗ trocarts.

9. Các biến số cần đánh giá bao gồm: Tuổi, giới, thời gian thủng đến lúc phẫu thuật, ASA, vị trí, kích thước và tính chất lỗ thủng, tình trạng ổ bụng, thời gian phẫu thuật, hậu phẫu đánh giá các yếu tố đau, trung tiện, rút ống thông mũi -dạ dày, ăn uống lại, các biến chứng, ngày nằm viện và chi phí điều trị.

10. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 13.0, sử dụng kiểm định chi bình phương và Fisher's exact cho các biến định tính, sử dụng phép kiểm t cho các biến định lượng có phân phối chuẩn và sử dụng kiểm định Mann -Whiney cho các biến định lượng không có phân phối chuẩn. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có giá trị thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ:

Từ 12/12/2010 đến 12/05/2012, chúng tôi thực hiện được 21 cas phẫu thuật khâu ổ loét dạ dày-tá tràng thông qua nội soi và 25 cas qua phẫu thuật hở phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh, kết quả được mô tả trong bảng sau:

Các biến	Nhóm mổ nội soi (n=21)	Nhóm mổ hở (n=25)	Trị số p
Giới tính: Nam/Nữ	20/1	24/1	1,000
Tuổi	41,9 ± 12,6	51,8 ± 16,3	0,028
Thời gian TB từ thủng ổ loét đến mổ (giờ)	11,7 ± 4,3 (6 – 22)	10,7 ± 3,3 (6 – 20)	0,364
ASA: - ASA I - ASA II	19 (90,4%) 2 (9,6%)	20 (80%) 5 (20%)	0,428
Kích thước lỗ thủng (mm)	4,9 ± 0,7	5,2 ± 2,1	0,469
Vị trí lỗ thủng: - Tiền môn vị - Hành tá tràng	10 (47,6%) 11 (43,4 %)	21 (84%) 4 (16%)	0,09
Tính chất lỗ thủng: - Mềm mại - Xơ chai	20 (95,2%) 1 (4,8%)	16 (64%) 9 (36%)	0,11
Tình trạng ổ bụng: - Dịch và giả mạc khu trú bên phải - Dịch và giả mạc toàn thể ổ bụng	16 (76,2%) 5 (23,8%)	9 (36%) 16 (64%)	0,006
Dẫn lưu: - Douglas - Dưới gian và douglas	13 (61,9%) 8 (38,1%)	22 (88%) 3 (12%)	0,039
Thời gian mổ (phút)	70,4 ± 15,3	59,6 ± 10,5	0,005
Đau hậu phẫu ngày 1	3,4 ± 0,6/10	6,8 ± 0,8/10	< 0,001
Đau hậu phẫu ngày 3	1,4 ± 0,5 /10	4,5 ± 0,8/10	< 0,001
Trung tiện hậu phẫu - Rút sonde mũi-dạ dày - Ăn uống lại hậu phẫu (ngày)	3	4	< 0,001
Biến chứng: - nhiễm trùng vết mổ - Áp xe tồn lưu	1 0	0 0	0,457
Thời gian nằm viện (ngày)	6,3 ± 0,7	8,4 ± 1,9	< 0,001
Chi phí điều trị (triệu VNĐ)	6,70 ± 1.20	6,75 ± 1,06	0,896

BÀN LUẬN:

Qua bảng kết quả trên chúng ta thấy các biến số của 2 nhóm như giới tính, điểm ASA, thời gian trung bình từ lúc thủng ổ loét đến khi phẫu thuật, kích thước lỗ thủng, vị trí lỗ thủng và tính chất lỗ thủng (mềm mại hay xơ chai) giữa 2 nhóm được coi là như nhau (khác nhau không có ý nghĩa thống kê). Tuy tuổi trung bình của nhóm mổ hở cao hơn nhóm mổ nội soi ($51,8 \pm 16$ so với 41 ± 12 , $p=0,028$) nhưng vì điểm ASA (American Society Anesthesiologists) có liên quan đến tai biến, biến chứng trong và sau mổ nên tuổi trung bình của nhóm mổ hở cao hơn nhưng điểm ASA giữa 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p=0,428$) và nằm trong khoảng 1-2 điểm, đây là khoảng điểm an toàn cho phẫu thuật, do vậy có thể nói nguy cơ trước phẫu thuật của 2 nhóm là tương đương. Trong nhóm mổ hở, dịch và giả mạc toàn thể ổ bụng nhiều hơn nhóm mổ nội soi ($p=0,006$) nhưng tỉ lệ dẫn lưu dưới gan và Douglas lại cao hơn, đó là do bước đầu thực hiện phẫu thuật nội soi chúng tôi còn quá dè dặt đặt thêm ống dẫn lưu dưới gan cho những trường hợp đầu tiên (7/9 trường hợp đầu tiên) để tiện theo dõi bệnh nhân, càng về sau chúng tôi chủ yếu đặt dẫn lưu Douglas và bệnh nhân xuất viện không biến chứng dịch tồn lưu.

Thời gian mổ trung bình trong mổ nội soi dài hơn mổ hở ($70,4 \pm 15,3$ phút so với $59,6 \pm 10,5$ phút, $p=0,005$) là do bước đầu thực hiện chưa có nhiều kinh nghiệm, hơn nữa, trong mổ nội soi, khâu lỗ thủng và rửa bụng khó hơn nên thời gian mổ dài hơn, thời gian mổ nội soi của chúng tôi tương đương với Nguyễn Anh Dũng³, Hoàng Thanh Bình và cộng sự⁴ nhưng ngắn hơn một số tác giả khác^{5,6}.

Chúng tôi sử dụng thang điểm VAS (Visual Analogue Scales) để đánh giá đau sau mổ vào ngày hậu phẫu thứ 1 và thứ 3, cụ thể, điểm đau trung bình ở ngày hậu phẫu thứ 1 và ngày thứ 3 của nhóm mổ nội soi và nhóm mổ hở lần lượt là $3,4 \pm 0,6$ so với $6,8 \pm 0,8$ ($p<0,001$) và $1,4 \pm 0,5$ so với $4,5 \pm 0,8$ ($p<0,001$), ta thấy rằng mức đau hậu phẫu của nhóm mổ nội soi ít hơn nhóm mổ hở, điều này cũng phù hợp với các tác giả khác^{3,4,7,8} và đây cũng là một trong những ưu điểm chính của mổ nội soi so với mổ hở.

Trong thời gian hậu phẫu , khi bệnh nhân trung tiện được , chúng tôi rút ống thông mũi-dạ dày và bắt đầu cho ăn từ lỏng đến đặc , từ ít đến nhiều , thời gian này trong nhóm mổ nội soi là 3 ngày và trong nhóm mổ hở là 4 ngày ($p<0,001$), như vậy, thời gian trung tiện, rút ống thông mũi-dạ dày và cho ăn hậu phẫu của nhóm mổ nội soi ngắn hơn nhóm mổ hở , điều này cũng được ghi nhận ở các tác giả khác^{3,5,7}.

Biến chứng có thể gặp trong phẫu thuật khâu lỗ thủng dạ dày - tá tràng là rò tiêu hóa , xuất huyết tiêu hóa , tụ dịch , abcès tồn lưu , tắc ruột , nhiễm trùng vết mổ...Có thể do mẫu nghiên cứu còn nhỏ nên chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ trong nhóm mổ nội soi, biến chứng này được điều trị bằng cách thay băng mỗi ngày, bệnh ổn xuất viện hậu phẫu ngày 6, trong nhóm mổ hở không có biến chứng hậu phẫu , sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,457$).

Ngày xuất viện trong nhóm mổ nội soi ngắn hơn trong mổ hở (ngày hậu phẫu thứ 6 so với ngày hậu phẫu thứ 8 với $p<0,001$). Điều này có thể được giải thích là trong mổ nội soi , bệnh nhân ít đau, phục hồi nhanh hơn nên được xuất viện sớm hơn . Chúng tôi cho xuất viện khi bệnh nhân được rút hết các ống dẫn lưu , ăn uống, đi lại bình thường, tình trạng lâm sàng ổn định. Thời gian này cũng giống với các tác giả khác^{3,7,8}.

Trong nghiên cứu của chúng tôi , chi phí điều trị của 2 nhóm là giống nhau (khoảng 6 700 000 VNĐ).

KẾT LUẬN: Qua nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi điều trị thủng loét dạ dày-tá tràng là khả thi, an toàn và hiệu quả vì phẫu thuật này đơn giản , ít đau, bệnh nhân hồi phục sớm , tai biến-biến chứng có thể so sánh với phẫu thuật hở , thời gian nằm viện ngắn, vết mổ thẩm mỹ, giúp bệnh nhân sớm hòa nhập vào cuộc sống , giảm một phần gánh nặng cho gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Thiện Trung, Thủng loét dạ dày – tá tràng. *Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa*. Nhà xuất bản y học 2003: 93-100.

2. B. Songne, F Jean, O Foulatier, H Khalil, M Scotté. Traitement non opératoire des perforations d'ulcère gastroduodénal. Résultats d'une étude prospective. *Annales de chirurgie* 2004, 129: 578-582.
3. Nguyễn Anh Dũng . Nhận xét khâu thủng ổ loét dạ dày - tá tràng qua ngả nội soi ổ bụng . Luận án thạc sĩ y học 1999.
4. Hoàng Thanh Bình, Nguyễn Hồng Minh, 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 TPHCM*, tập 12-2008:209-214.
5. Phạm Văn Năng . Khâu lỗ thủng dạ dày - tá tràng qua nội soi . *Ngoại khoa*, tập 60, số 4-5-6/2010: 157-161.
6. Boris ALAMOWITCH, Khalil AOUAD, Philippe SELLAM, Jean FOURMESTRAUX, Pierre GASNE, Jean-Pierre BETHOUX , Jean-Luc BOUILLOT . Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. *Gastroenterol Clin Biol* 2000; 24: 1012-1017.
7. Marietta J. O. E. Bertleff, Jens A. Halm, Willem A. Bemelman, Arie C. van der Ham, Erwin van der Harst, Hok I. Oei, J. F. Smulders, E. W. Steyerberg, Johan F. Lange. Randomized Clinical Trial of Laparoscopic Versus Open Repair of the Perforated Peptic Ulcer: the LAMA trial. *World J Surg* 2009; 33: 1368-1373.
8. Wing T. Siu, Heng T. Leong, Bonita K. B. Law, Chun H. Chau, Antony C. N. Li, Kai H. Fung, Yuk P. Tai, Michael K. W. Li. Laparoscopic Repair for Perforated Peptic Ulcer. A Randomized Controlled Trial. *Annals of Surgery* 2002; 235, 3: 313-319.
9. D. Mutter, J. Marescaux. Traitement chirurgical des complications des ulcères gastroduodénaux . *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 2007; 40-326: 1-9.
10. P. Pessaux, J-P. Arnaud. Perforation gastrique et duodénale par laparoscopie . *Chirurgie du tube digestif haut*, 2008: 211-214.