

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ bong thể mi và sự thành công điều trị về mặt giải phẫu có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Bong thể mi là một tổn thương trầm trọng có thể gặp trong chấn thương đung dập nhãn cầu. Các phương pháp điều trị bong thể mi rất phong phú, phụ thuộc vào mức độ bong và tổn thương kèm theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân bong thể mi đa phần thuộc độ tuổi lao động và giới tính là nam. Thị lực và nhãn áp cải thiện có ý nghĩa thống kê sau 3 tuần và 3 tháng điều trị. Có tình trạng tăng nhãn áp sau đóng khe thể mi tại thời điểm sau điều trị 3 tuần. Nhãn áp và mức độ bong thể mi có quan hệ có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị về mặt giải phẫu gồm độ sâu khe bong thể mi ban đầu, mức độ bong thể mi ban đầu phân loại theo độ rộng khe bong, bệnh hoàng điểm nhãn áp thấp và phân loại nhãn áp trước điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **González-Martín-Moro J, Contreras-Martín I, Muñoz-Negrete FJ, Gómez-Sanz F, Zarallo-Gallardo J.** Cyclodialysis: an update. *Int Ophthalmol.* 2017;37(2):441-457. doi:10.1007/s10792-016-0282-8
2. **Direct cyclopexy surgery for post-traumatic cyclodialysis with persistent hypotony:**

ultrasound biomicroscopic evaluation - PubMed. Accessed February 17, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25076374/>

3. **Yang JG, Yao GM, Li SP, Xiao-HuaWang, Ren BC.** Surgical treatment for 42 patients with traumatic annular ciliochoroidal detachment. *Int J Ophthalmol.* 2011;4(1):81-84. doi:10.3980/j.issn.2222-3959.2011.01.19
4. **Agrawal P, Shah P.** Long-term outcomes following the surgical repair of traumatic cyclodialysis clefts. *Eye.* 2013;27(12):1347-1352. doi:10.1038/eye.2013.183
5. **Dogramaci M, Erdur SK, Senturk F.** Standardized Classification of Mechanical Ocular Injuries: Efficacy and Shortfalls. *Beyoglu Eye J.* 2021;6(3):236-242. doi:10.14744/bej.2021.01488
6. **Wang C, Peng XY, You QS, et al.** Internal cyclopexy for complicated traumatic cyclodialysis cleft. *Acta Ophthalmol (Copenh).* 2017;95(6):639-642. doi:10.1111/aos.13463
7. **Popovic M, Shareef S, Mura JJ, et al.** Cyclodialysis cleft repair: A multi-centred, retrospective case series. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2019;47(2):201-211. doi:10.1111/ceo.13378
8. **Hwang JM, Ahn K, Kim C, Park KA, Kee C.** Ultrasonic biomicroscopic evaluation of cyclodialysis before and after direct cyclopexy. *Arch Ophthalmol Chic Ill 1960.* 2008;126(9):1222-1225. doi:10.1001/archophth.126.9.1222
9. **Kumar M, Kesarwani S.** Post-traumatic cyclodialysis cleft with hypotonic maculopathy. *Clin Exp Optom.* 2011;94(5):481-483. doi:10.1111/j.1444-0938.2011.00599.x

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU Ổ LOÉT TÁ TRÀNG THÙNG TẠI BỆNH VIỆN E

Trần Nguyễn Bảo Tuấn^{1,2}, Đỗ Trường Sơn^{1,2}, Nguyễn Hữu Sâm¹, Trịnh Tuấn Dương³, Đặng Quốc Ái^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loét da dày- tá tràng tác động đến 4 triệu người mỗi năm và có tỉ lệ ước tính khoảng 5-10% dân số trên thế giới [2]. Mặc dù tỉ lệ bệnh đã giảm xuống rất nhiều trong một thập kỷ vừa qua tuy nhiên các biến chứng của bệnh vẫn không thay đổi [2]. Biến chứng thủng xảy ra với tỉ lệ 2-10% trong các bệnh nhân loét da dày- tá tràng, với nguy cơ tử vong cao, đặc biệt ở người lớn tuổi, với tỉ lệ là 10-40%[4]. Theo khuyến cáo hội phẫu thuật nội soi thế giới, chỉ định mổ cấp cứu sớm nhất có thể đối với phần lớn

trường hợp bệnh nhân thủng ổ loét hành tá tràng, trong đó phẫu thuật nội soi mang lại nhiều lợi ích. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại bệnh viện E ở nhóm người bệnh trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm tất cả các người bệnh được PTNS khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại Bệnh viện E từ 01/2018 đến 12/2022. Các dữ liệu nghiên cứu bao gồm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật, tai biến, biến chứng sau phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật. **Kết quả:** Có 122 người bệnh đã được phẫu thuật nội soi khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại bệnh viện E từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022, trong đó nam gấp 4 lần nữ, độ tuổi trung bình là 48,3±19,6. Mùa khởi phát bệnh chủ yếu là thu đông chiếm: 59,9%. Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là sử dụng rượu, chiếm 52,6%. Có 11 bệnh nhân (11%) có chỉ số Boey là 1 điểm, còn lại đều là 0 điểm. Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 5%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi khâu ổ loét hành tá tràng thủng là một phương pháp điều trị hiệu quả và có nhiều ưu điểm bao gồm

¹Bệnh viện E
²Trường Đại học Y Hà Nội
³Bệnh viện đa khoa Y Học Cổ Truyền Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái
 Email: drdangquocai@gmail.com
 Ngày nhận bài: 11.6.2024
 Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024
 Ngày duyệt bài: 27.8.2024

giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian điều trị tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ tử vong thấp. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, ổ loét hành tá tràng thủng.

SUMMARY

EVALUATE OUTCOME OF LAPAROSCOPIC SURGERY REPAIR PERFORATED DUODENAL ULCER IN E HOSPITAL

Introduction: Peptic ulcer disease (PUD) affects four million people worldwide annually and has an estimated lifetime prevalence of 5-10% in the general population. Although the global prevalence of PUD has dramatically decreased in the past decades, the incidence of its complications has remained constant. Perforation occurs in 2–10% of cases of PUD with a high risk of mortality, especially among the elderly. The mortality rate of PUD perforations is in the range 10–40%. World Society of Emergency Surgery (WSES) recommend performing surgery as soon as possible with perforated peptic ulcer patient, in which laparoscopic surgery has many advantages. The research aim to evaluated outcome of laparoscopic surgery repair perforated duodenal ulcer in E hospital. **Material and methods:** All patients management by laparoscopic surgery for perforated duodenal ulcer in E hospital between 01/2018 and 12/ 2022 were included. Demographics, ulcer characteristics, operative procedure, outcomes and follow up were recorded. **Results:** A total of 104 patients were identified, the male 4 fold female, mean age=48,3±19,6. The most common season which disease onset is autumn and winter, accounting for 59.9%. The most common risk factor is alcohol use (52.6%) . There were 11 patients (11%) with a Boey score of 1 point, the rest all had 0 points. The postoperative complication rate is 5%. **Conclusion:** The laparoscopic approach is an effective method for management of perforated duodenal ulcer in selected cases with many advantages include less postoperative pain, reduce hospital length of stay, low morbidity and mortality. **Keywords:** Laparoscopic surgery, perforated duodenal ulcer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày- tá tràng tác động đến 4 triệu người mỗi năm và có tỉ lệ ước tính khoảng 5-10% dân số trên thế giới [2]. Mặc dù tỉ lệ bệnh đã giảm xuống rất nhiều trong một thập kỷ vừa qua nhờ sử dụng thuốc ức chế bơm proton và điều trị diệt vi khuẩn *H. pylori*, tuy nhiên các biến chứng của bệnh lại vẫn không thay đổi [2].

Biến chứng thủng xảy ra với tỉ lệ 2-10% trong các bệnh nhân loét dạ dày- tá tràng, với nguy cơ tử vong cao, đặc biệt ở người lớn tuổi. Tỉ lệ tử vong của thủng ổ loét dạ dày- tá tràng là 10-40%[4].

Đối với những bệnh nhân có biến chứng thủng ổ loét tá tràng, có biểu hiện của viêm phúc mạc sẽ được chỉ định điều trị phẫu thuật cấp cứu. Trong đó, phẫu thuật nội soi (PTNS) khâu ổ thủng dạ dày- tá tràng được chỉ định

trong phần lớn các trường hợp so với mổ mở, do có nhiều ưu điểm hơn. Theo khuyến cáo của hội phẫu thuật cấp cứu thế giới, phẫu thuật nội soi được lựa chọn ở những bệnh nhân thủng dạ dày tá tràng ổn định, do các ưu điểm về hồi phục sớm sau phẫu thuật, giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, tính thẩm mỹ và không có sự khác biệt về các biến chứng sau mổ và tỉ lệ tử vong khi so sánh với phẫu thuật mổ mở [9].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi khâu ổ thủng dạ dày- tá tràng biến chứng thủng cũng đã được thực hiện thường quy tại các tuyến bệnh viện tuyến Trung Ương và tuyến tỉnh, thậm chí là các tuyến huyện được trang bị đầy đủ các trang thiết bị nội soi. Trong đó tại bệnh Viện E, phẫu thuật này cũng đã được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1998, cho tới hiện tại đây là một phẫu thuật cấp cứu thường quy. Việc đánh giá, tổng kết lại các đặc điểm dịch tễ, bệnh học, phương pháp và kết quả phẫu thuật cũng như các biến chứng xảy ra trong và sau phẫu thuật sẽ đóng góp nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu ổ loét tá tràng thủng tại Bệnh viện E" nhằm:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh được phẫu thuật nội soi khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại Bệnh Viện E từ 1/2018 tới 12/2022.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại bệnh viện E ở nhóm người bệnh trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm tất cả các người bệnh được PTNS khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại Bệnh viện E từ 01/2018 đến 12/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày tá tràng dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: X-quang, siêu âm, CLVT và chẩn đoán sau phẫu thuật là ổ loét hành tá tràng thủng.

- Được PTNS khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại bệnh viện E.

- Hồ sơ bệnh án cung cấp thông tin phục vụ nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu .

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân thủng hành tá tràng không phải do loét.

- Hồ sơ bệnh án không có những thông tin tối thiểu phục vụ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Lấy mẫu toàn bộ tất cả các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ tại bệnh viện E trong thời gian từ tháng 01/2018 đến 12/2022.

Dự kiến số liệu thu thập khoảng 100 người bệnh

2.3. Các biến số nghiên cứu

2.3.1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- * Tuổi; Giới
- * Tiền sử:
- * Thời điểm vào viện: theo tháng, theo mùa

2.3.2. Đặc điểm lâm sàng-cận lâm sàng

* Phân loại theo ASA trước phẫu thuật, chỉ số Boey

- * Triệu chứng lâm sàng: cơ năng, thực thể
- * Triệu chứng cận lâm sàng: X-quang bụng không chuẩn bị, siêu âm bụng, cắt lớp vi tính (CLVT).

2.3.3. Đặc điểm phẫu thuật

- Kích thước, vị trí, số lượng lỗ thủng
- Dẫn lưu ổ bụng
- Thời gian phẫu thuật
- Tai biến trong mổ
- Chuyển mổ mở: Lý do chuyển mổ mở

2.3.4. Tình trạng sau phẫu thuật

- Thời gian rút ống dẫn lưu dạ dày;
- Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng;
- Thời gian trung tiện;
- Thời gian nằm viện.
- Tử vong sau phẫu thuật: Nêu nguyên nhân tử vong.

- Biến chứng sớm: Phân loại theo thang điểm Clavien- Dindo

- Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật (trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật)

2.3.5. Theo dõi sau phẫu thuật

- Thời gian khám lại
- Khám lâm sàng, cận lâm sàng
- Biến chứng gần, xa

2.4. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS Statistics 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 122 người bệnh đã được phẫu thuật nội soi khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại bệnh viện E từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Các đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Biến số	N	Tỉ lệ (%)
Giới (Nam/Nữ)	95/27	
Tuổi trung bình (năm)	48,3±19,6 (nhỏ nhất 10 và lớn nhất 91)	
Tiền sử viêm-loét dạ dày	37	30,3% (50,6% không điều trị)
Mùa khởi phát bệnh		
Xuân	27	22,1
Hè	18	18
Thu	29	23,8
Đông	34	36,1
Yếu tố nguy cơ		
Rượu	41	52,6
Thuốc lá	33	42,3
Thuốc NSAIDs	4	5,1
Chỉ số ASA		
I	57,3	70
II	38,5	47
III	4	5
Chỉ số Boey		
0	111	91,0
1	11	9,0
2	0	0
3	0	0

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Thông số	N	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng		
Nôn	23	18,9
Bí trung đại tiện	29	23,8
Đau bụng đột ngột, dữ dội	101	82,8
Thời gian khởi phát		
<12 giờ	48	39,3
Từ 12 giờ tới 24 giờ	72	59
Trên 24 giờ	2	1,7
X-quang có liên hơi	85	69,7
Siêu âm có dịch/khí	78	63,9
CLVT có khí tự do	58	100

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật và hậu phẫu

Biến số	N	Tỉ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật (phút)	77,55±28,5	(30-150)
Tai biến	0	0
Tỉ lệ chuyển mổ mở	2	1,6
Đặt dẫn lưu	122	100
Kích thước lỗ thủng (mm)	6,13±3,13	(3-20)
Thời gian trung tiện (ngày)	3,42±1,71	
Thời gian rút sonde dạ dày (ngày)	4,41±1,69	
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	6,1±2,5	
Thời gian hậu phẫu (ngày)	10,49±4,3	
Biến chứng sau mổ		
Nhiễm trùng vết mổ	1	0,8
Viêm phổi	3	2,4
Ap xe tồn dư trong ổ bụng	2	1,6

Phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo		
I	1	0,8
II	3	2,4
IIIa	2	1,6
Viêm phổi	3	2,4
Abcess ổ bụng	2	1,6

Theo dõi sau phẫu thuật

Theo dõi gần: Tất cả bệnh nhân đều được tái khám sau mỗi 1 tháng, trong đó 86 người bệnh thực hiện nội soi dạ dày kiểm tra khi khám lại: 5 trường hợp loét vị trí khâu, 27 trường hợp viêm hang vị và 31 trường hợp viêm hành tá tràng vị trí khâu.

Theo dõi xa:

- Có 1 trường hợp thủng lại sau mổ 2 năm
- Có 1 trường hợp hẹp môn vị sau mổ và được điều trị bảo tồn.
- Có 2 trường hợp có sẹo lồi vết mổ, 1 trong số đó là do nhiễm trùng vết mổ, trường hợp còn lại có sẹo lồi do cơ địa.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Cũng tương tự như các nghiên cứu trước đây, bệnh nhân chủ yếu là nam giới (gấp 4 lần nữ), trong độ tuổi lao động (tuổi trung bình là 48,3±19,6). Điều này được giải thích là do đây là các đối tượng có nhiều yếu tố nguy cơ nhất như trong nghiên cứu đã nêu ra bao gồm: Sử dụng thuốc lá (52,6%) và rượu bia (42,3%). Các yếu tố nguy cơ này cũng đã được nhắc tới nhiều trong các nghiên cứu trước đây: Một nghiên cứu tổng hợp cho thấy có 23% bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có liên quan tới thuốc lá [1], nghiên cứu của Surgen Agho [8] cho tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc là 76,7; sử dụng rượu là 24,2%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 30,3% có tiền sử viêm loét dạ dày tá tràng và hơn 1 nửa trong số đó đều chưa điều trị gì trước đây.

Tỉ lệ trong nghiên cứu này của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả của Suren Agho[8] là 30,8% bệnh nhân thì thủng ổ loét dạ dày- tá tràng là biểu hiện đầu tiên của bệnh.

Mùa khởi phát bệnh phổ biến ở mùa đông xuân hơn (59,9%) là mùa hè- thu, điều này cũng đã được nêu ra trong một nghiên cứu lớn, kéo dài trong 6 năm để nghiên cứu sự tương quan giữa bệnh lý viêm loét dạ dày – tá tràng và các yếu tố thời tiết, khí tượng[6]: Theo đó, tỉ lệ phát hiện bệnh vào các tháng từ tháng 11 tới tháng 4 là 24,8%-28,8% và cao nhất là tháng 1 (28,8%), ngược lại từ tháng 5 tới tháng 10 tỉ lệ phát hiện bệnh là 20-22,6%, với tháng thấp nhất là tháng 6 (20%); Có sự giảm tỉ lệ phát hiện bệnh từ mùa đông-xuân và mùa thu- hè, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$);

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Chẩn đoán bệnh tương đối rõ ràng với đa số các trường hợp bệnh nhân, dựa trên các triệu chứng lâm sàng phổ biến như: Đau bụng đột ngột, dữ dội vùng thượng vị hoặc đau toàn bụng, bụng chướng, phản ứng thành bụng,... kết hợp với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh là X-quang bụng đứng, siêu âm và có thể là CLVT cho các trường hợp nghi ngờ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau với các mức độ khác nhau, trong đó 82,8% có triệu chứng đau dữ dội, và vì tính chất đau rất đặc trưng như vậy sẽ giúp người bệnh nhận biết và nhập viện sớm. Do đó gần như tất cả bệnh nhân (98,3%) đều được nhập viện và xử trí phẫu thuật trước 24 giờ. Việc phát hiện và xử trí sớm là một yếu tố tiên lượng bệnh, giúp giảm thiểu các tai biến, biến chứng hậu phẫu.

Cũng như khuyến cáo của WSES[9] và y văn trước đây, tất cả bệnh nhân nghi ngờ thủng tạng rỗng đều được cho chụp X-quang bụng đứng, tuy nhiên tỉ lệ xuất hiện liềm hơi dưới cơ hoành (1 hoặc 2 bên) trong nghiên cứu của chúng tôi là 69,7%. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu khác, khi tỉ lệ có liềm hơi dưới cơ hoành trên phim chụp x-quang bụng đứng là 60% tới 75%[1]. Và trong các trường hợp chẩn đoán không rõ ràng, chụp CLVT ổ bụng sẽ được chỉ định, theo các nghiên cứu độ chính xác của CLVT đạt tới 98%[1]. Và trong nghiên cứu 58 bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính và cho kết quả 100% bệnh nhân đều có hình ảnh khí tự do trong ổ bụng.

Các thang điểm tiên lượng bệnh. Hiện tại có rất nhiều thang điểm để giúp tiên lượng mức độ nặng và tử vong của bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày- tá tràng như: Thang điểm Boey, ASA, Sepsiss, Charlson, APACHE... Tuy nhiên trên thực hành lâm sàng thang điểm ASA và đặc biệt thang điểm Boey là được sử dụng thường xuyên nhất để tiên lượng hậu phẫu cho bệnh nhân do dễ ứng dụng, đặc hiệu cho bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày-tá tràng và cho độ chính xác từ 72%-77,2%[1]. Vì vậy theo khuyến cáo của WSES[9] sử dụng thang điểm Boey để tiên lượng biến chứng và tử vong trên lâm sàng. Trong nghiên cứu, 91% bệnh nhân đều có chỉ số Boey là 0 điểm, và đều không có tai biến, biến chứng sau mổ. Còn lại có 11 bệnh nhân có chỉ số Boey khi nhập viện là 1, biến chứng xảy ra trên 6 bệnh nhân (3 bệnh nhân viêm phổi, 2 áp xe sau mổ và 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ) và có 1 bệnh nhân phải điều trị hồi sức tích cực thời gian dài.

Đặc điểm phẫu thuật và hậu phẫu.

gian phẫu thuật trung bình là $77,55 \pm 28,5$ phút. Thời gian phẫu thuật thay đổi tùy thuộc vào tình trạng bụng của bệnh nhân, vị trí lỗ thủng, tiền sử sẹo mổ cũ và kinh nghiệm của mỗi phẫu thuật viên.

Có 2 trường hợp bệnh nhân phải chuyển mổ mở, 1 trường hợp là do kích thước lỗ thủng lớn (20mm), 1 trường hợp là do bệnh nhi, vào viện trong tình trạng muộn, dịch ổ bụng nhiều làm hạn chế trường phẫu thuật.

Tất cả bệnh nhân đều được đặt dẫn lưu ổ bụng, Theo chúng tôi, việc quyết định đặt dẫn lưu hay không tùy thuộc vào từng trường hợp bệnh nhân và sự đánh giá của mỗi phẫu thuật viên. Vấn đề đặt dẫn lưu ổ bụng còn nhiều ý kiến khác nhau, và chưa có sự thống nhất.

Trong nghiên cứu, tỉ lệ biến chứng sau mổ là 4,9%, xếp theo phân độ Clavien Dindo bao gồm 1 bệnh nhân độ I (nhiễm khuẩn vết mổ), 3 bệnh nhân độ II (Viêm phổi) và 2 bệnh nhân độ IIIa (Áp xe tồn dư sau mổ, cần phải dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm). So sánh với một số nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Chung[1], cho tỉ lệ các biến chứng phổ biến bao gồm áp xe tồn dư (8,1%), rò (2,1%); Wilhelmsen[10] cho kết quả biến chứng phổ biến là rò sau mổ (5,9%), dính vết mổ (4,7%); của Surgen Agho[8] cho tỉ lệ biến chứng là 10,7%, bao gồm: Xi rò (5,4%), viêm phổi (5,4%).

Tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật điều trị thủng ổ loét dạ dày- tá tràng thay đổi từ 1.3% đến 20%, theo các báo cáo tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày có thể tới 20%, 90 ngày là 30% [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo dõi và tái khám sau mổ thời gian 1 tháng, không ghi nhận trường hợp tử vong nào, có thể do độ tuổi trung bình bệnh nhân còn trẻ ($48,3 \pm 19,6$), phần lớn bệnh nhân được xử trí sớm trước.

Thủng ổ loét tá tràng trên bệnh nhi.

Trên thế giới, bệnh lý viêm loét dạ dày tá tràng khá hiếm trên trẻ em, và biến chứng thủng ổ loét dạ dày- tá tràng càng hiếm xảy ra hơn. Theo một thống kê tại Hoa Kỳ [7], số lượng bệnh nhi nhập viện vì thủng ổ loét dạ dày-tá tràng tăng dần theo từng năm từ năm 2000 tới năm 2012; Hay một nghiên cứu trong 20 năm (1986-2005) của Hua [3] cho thấy cho thấy thủng ổ loét dạ dày-tá tràng ở trẻ em có tuổi trung bình là 14,2 tuổi, với 90% là ở độ tuổi vị thành niên, 80% xảy ra ở nam giới và kết quả hậu phẫu thường tốt hơn so với người lớn; hay nghiên cứu của G.Hattingh[5] ở trẻ em tỉ lệ loét tá tràng phổ biến hơn loét dạ dày ở trẻ em với tỉ lệ là 18:4. Tỉ lệ thủng xảy ra ở trẻ em là 0-9% trên các bệnh nhân bị loét tá tràng và xảy ra phổ biến ở trẻ

trên 7 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 bệnh nhân dưới 20 tuổi (Chiếm 7,4%), trong đó nhỏ tuổi nhất là 10 tuổi. Bởi vì triệu chứng ở các bệnh nhân này thường không điển hình, dễ nhầm lẫn với các triệu chứng của các bệnh tiêu hoá khác (Tiêu chảy, đau bụng âm ỉ, sốt,...) nên các bệnh nhân thường được chẩn đoán trễ, dẫn tới có nhiều biến chứng.

Đặc biệt trong nghiên cứu ghi nhận 2 trường hợp đặc biệt thủng ổ loét tá tràng ở bệnh nhi 14 tuổi và 10 tuổi. Ở trường hợp thứ nhất, bệnh nhân nam 14 tuổi, vào viện với các triệu chứng điển hình của thủng loét dạ dày tá tràng và được phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng và xuất viện sau 1 tuần điều trị, tuy nhiên sau 1 năm, bệnh nhân đã tái phát thủng ổ loét tá tràng. Về yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân này, cần chú ý tới vi khuẩn HP và sự lây nhiễm chéo trong gia đình, đặc biệt là từ người mẹ. Do đó cần có sự tầm soát vi khuẩn HP trong gia đình khi 1 thành viên được chẩn đoán có vi khuẩn HP.

Bệnh nhân thứ 2 là nam giới, 10 tuổi, thì bệnh nhân được người nhà đưa vào viện cách thời điểm khởi phát 20 giờ, có các dấu hiệu của viêm phúc mạc toàn thể và sốc nhiễm khuẩn bao gồm như tụt huyết áp, mạch nhanh, vẻ mặt nhiễm trùng, bụng chướng căng,.. Bệnh nhi đã được phẫu thuật nội soi cấp cứu khâu lỗ thủng nhưng do bụng bệnh nhi chướng nhiều, dịch ổ bụng nhiều hạn chế trường phẫu thuật nên đã được chuyển sang mổ hở khâu lỗ thủng. Sau mổ bệnh nhân đã được điều trị hồi sức tích cực 20 ngày hậu phẫu. Sau đó bệnh nhân đã hồi phục tốt. Ở trên bệnh nhân này không tìm thấy các yếu tố nguy cơ như vi khuẩn HP, dùng thuốc kháng viêm NSAIDs hay các yếu tố nguy cơ khác. Và thủng ổ loét tá tràng cũng là biểu hiện đầu tiên của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 122 trường hợp phẫu thuật nội soi khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại Bệnh viện E, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi khâu ổ loét hành tá tràng thủng là một phẫu thuật an toàn, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân như ít đau sau mổ, rút ngắn thời gian điều trị, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chung Kin Tong and Shelat Vishalkumar G.** Perforated peptic ulcer- an update. World J Gastrointest Surg.2017; 9:1- 12.
2. **Fattahi Mohsen Abbasi - Kangevari Naser Ahmadi Nima and Razaei Negar.** Quality of care of peptic ulcer disease worldwide: A

- systematic analysis for the global burden of disease study 1990- 2019. PLOS ONE.2022;1- 15.
- Hua Man - Chin, Kong Man - Shan, Lai Ming - Wei, et al.** Perforated Peptic Ulcer in Children: A 20- year Experience. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.2007; 45:71- 74.
 - Bertleff M. J. and Lange J. F.** Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. Dig Surg.2010; 27(3):161-9.
 - Hattingh G., Salas-Parra R. D., Nuzhad A., et al.** Duodenal perforation in the pediatric population: two rare cases at a small community hospital. J Surg Case Rep.2020; 2020(11): rjaa455.
 - Liu Da-Yun, Gao An- Ning, Tang Guo- Du, et al.** Relationship between onset of peptic ulcer and meteorological factors. World J gastroenterol 2006; 12:1463- 1467.
 - Munoz Abraham A. S., Osei H., Martino A., et al.** Incidence and Outcomes of Perforated Peptic Ulcers in Children: Analysis of the Kid's Inpatient Database and Report of Two Cases Treated by Laparoscopic Omental Patch Repair. J Laparoendosc Adv Surg Tech A.2019; 29(2):248-255.
 - Stepanyan S. A., Petrosyan A. A., Safaryan H. H., et al.** Laparoscopic and open repair for perforated duodenal ulcer: single-center experience. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.2019; 14(1):60-69.
 - Tarasconi A., Coccolini F., Biffi W. L., et al.** Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. World J Emerg Surg.2020; 15:3.
 - Wilhelmsen M., Moller M. H., and Rosenstock S.** Surgical complications after open and laparoscopic surgery for perforated peptic ulcer in a nationwide cohort. Br J Surg.2015; 102(4):382-7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP KHÓA ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY

Lê Văn Trường Sơn¹, Nguyễn Tuấn Cảnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Kết quả sớm phẫu thuật: Thời gian can thiệp phẫu thuật trung bình: 4,41 ± 2,77 ngày. Kỹ thuật đặt nẹp, vis: 100% nẹp và vis đúng vị trí. Tại biên – biên chứng sớm: 15,5% nhiễm trùng vết mổ nông. Tỷ lệ liền vết mổ kỳ đầu: 84,4%. Kết quả nắn chỉnh: Góc cổ thân: 78,1% tốt, 21,9% khá; di lệch: 90,6% hết di lệch, 9,4% còn di lệch ít. Sự hài lòng của bệnh nhân: 100% hài lòng, không có bệnh nhân nào tử vong.

Từ khóa: gãy xương, kết hợp xương, nẹp khóa, kết quả phẫu thuật.

SUMMARY

EARLY RESULTS EVALUATION OF COMBINED SURGERY WITH BONE PLATE AND LOCK FOR THE TREATMENT OF CLOSED PROXIMAL FRACTURES OF THE HUMERUS

Objective: The study has objectives: Evaluate the early results of surgery combined with locking

splints to treat closed proximal humerus fractures at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital. **Methods:** Designed a descriptive retrospective study on 32 patients diagnosed with closed fractures of the upper humerus who underwent surgery with locking splints at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital from March 2021 to March 2024. **Result:** Early surgical results: Average surgical intervention time: 4.41 ± 2.77 days. Technique for placing braces and screws: 100% of braces and screws are in the correct position. Accidents - early complications: 15.5% of superficial surgical wound infections. First-term wound healing rate: 84.4%. Correction results: Neck-body angle: 78.1% good, 21.9% good; Displacement: 90.6% had no displacement, 9.4% had little displacement. Patient satisfaction: 100% satisfied, no patient died. **Keywords:** fracture, bone fusion, locking splint, surgical results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay khá thường gặp, khoảng 4 - 5% tất cả các gãy xương. Trong các vị trí gãy xương cánh tay thì gãy đầu trên xương cánh tay là vị trí hay gặp nhất trong gãy xương cánh tay (45%) [2], [6], [7]. Hiện nay đã có nhiều phương pháp điều trị gãy đầu trên xương cánh tay như bảo tồn bằng bó bột, đeo áo Dessaul,... các phương pháp phẫu thuật gồm kết hợp xương (đinh Kirschner, nẹp vít, nẹp khóa) và phẫu thuật thay khớp vai bán phần,... [3]. Tại Việt Nam nhiều năm gần đây đã sử dụng nẹp khóa để phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy đầu trên xương cánh tay cho nhiều bệnh nhân với kết quả khả quan. Tại khu vực Cần Thơ, bệnh viện Đa khoa trung Ương cần Thơ và

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: ntcanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024