

KẾT QUẢ SỚM CỦA ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA THÙNG LỚN Ổ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Nguyễn Văn Cao^{1,2}, Phạm Tiến Quang^{1,2}, Nguyễn Ngọc Anh^{1,2},
Hoàng Đình Tuy^{1,4}, Nguyễn Tuấn Anh^{1,2}, Ngô Quang Duy², Lê Huy Lưu^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Điều trị ngoại khoa đối với thùng lớn ổ loét dạ dày tá tràng hiện nay vẫn là thách thức của các phẫu thuật viên với tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm sau mổ điều trị thùng lớn ổ loét dạ dày tá tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là nghiên cứu hồi cứu bảo cáo loạt ca. Đối tượng nghiên cứu là những trường hợp viêm phúc mạc do thùng loét ổ loét dạ dày tá tràng có đường kính lỗ thùng ≥ 2 cm được điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong khoảng thời gian từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu có 44 bệnh nhân thùng lớn ổ loét dạ dày tá tràng bao gồm: 34 trường hợp khâu lỗ thùng, 7 trường hợp cắt dạ dày và 3 trường hợp phẫu thuật Newmann. Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 70 tuổi (nhỏ nhất 23 tuổi, lớn nhất 94 tuổi). Tỷ lệ nam:nữ là 1,3:1. Phân loại ASA 3 và 4 chiếm 88,7%. Có 34,1% số bệnh nhân nhập viện trong tình trạng sốc nhiễm khuẩn trước phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng chung là 75%, nhóm khâu lỗ thùng là 70,4%, nhóm cắt dạ dày là 71,4% và phẫu thuật Newmann là 100%. Tỷ lệ tử vong chung là 50%, nhóm khâu lỗ thùng là 44,1%, nhóm cắt dạ dày là 71,4% và phẫu thuật Newmann là 66,7%. **Kết luận:** Bệnh nhân thùng lớn ổ loét dạ dày tá tràng thường có tình trạng bệnh nặng. Phẫu thuật khâu lỗ thùng là phương pháp thường được lựa chọn. Tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ cao. **Từ khóa:** loét dạ dày tá tràng, thùng lớn ổ loét dạ dày tá tràng, khâu lỗ thùng, cắt dạ dày, phẫu thuật Newmann.

ABSTRACT

EARLY OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT FOR GIANT PERFORATED PEPTIC ULCERS

Background: Surgical management of giant peptic ulcer perforations remains a significant challenge for surgeons, associated with high morbidity and mortality rates. This study aims to evaluate the early postoperative outcomes of surgical treatment for giant gastroduodenal ulcer perforations. **Method:** This retrospective case series analyzed patients with

giant perforated peptic ulcers and a perforation diameter ≥ 2 cm treated at Gia Dinh People's Hospital between June 2021 and March 2024. **Results:** During the study period, 44 patients with giant peptic ulcer perforations were included in study. Surgical management included primary closure (n = 34), gastrectomy (n = 7), and the Newmann procedure (n = 3). The median age was 70 years (range: 23–94 years), with a male-to-female ratio of 1.3:1. Patients with ASA physical status III and IV accounted for 88.7% of the cases. Preoperative septic shock was present in 34.1% of the patients. The overall morbidity rate was 75%, with subgroup rates of 70.4% for primary closure, 71.4% for gastrectomy, and 100% for the Newmann procedure. The overall mortality rate was 50%; specifically, 44.1% in the primary closure group, 71.4% in the gastrectomy group, and 66.7% in the Newmann procedure group. **Conclusion:** Patients with giant peptic ulcer perforations frequently present with a severe clinical status. Primary closure remains the most commonly utilized surgical approach. The incidence of postoperative complications and mortalities remains high in this study. **Keywords:** Giant perforation peptic ulcers, perforation suturing, gastrectomy, Newmann procedure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ bệnh loét dạ dày – tá tràng không biến chứng đã giảm trong những năm gần đây, nhưng các biến chứng của bệnh vẫn là vấn đề sức khỏe đáng lo ngại¹. Sau xuất huyết tiêu hoá thì thùng là biến chứng phổ biến thứ hai của loét dạ dày – tá tràng và góp phần chính vào tỷ lệ tử vong cao². Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy kích thước ổ thùng càng lớn thì nguy cơ tử vong càng cao³. Đặc biệt, đối với các ổ loét có kích thước lớn hơn 2 cm, tỷ lệ tử vong có thể lên tới 38 – 65%⁴. Vì vậy, xử trí ngoại khoa đối với thùng lớn ổ loét dạ dày – tá tràng vẫn là thách thức của các bác sĩ phẫu thuật trong tình huống cấp cứu.

Theo nhiều tác giả, “thùng lớn ổ loét dạ dày – tá tràng” được định nghĩa là lỗ thùng có đường kính lớn hơn 2 cm^{5,6}. Đối với các lỗ thùng này, có nhiều phương pháp phẫu thuật để xử lý bao gồm khâu lỗ thùng, phương pháp 3 ống, vá ổ loét bằng thanh mạc hồng tràng, cắt dạ dày, và phương pháp Newmann (dẫn lưu lỗ thùng)⁷. Tuy nhiên, chưa có phương pháp nào được chứng minh mang lại lợi ích vượt trội trong việc giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong của bệnh. Hơn nữa,

¹ Bộ môn Ngoại tổng quát, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

² Khoa Ngoại Tiêu hoá, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

³ Khoa Ngoại Tiêu hoá, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

⁴ Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Cao

Email: nvcao55@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2026

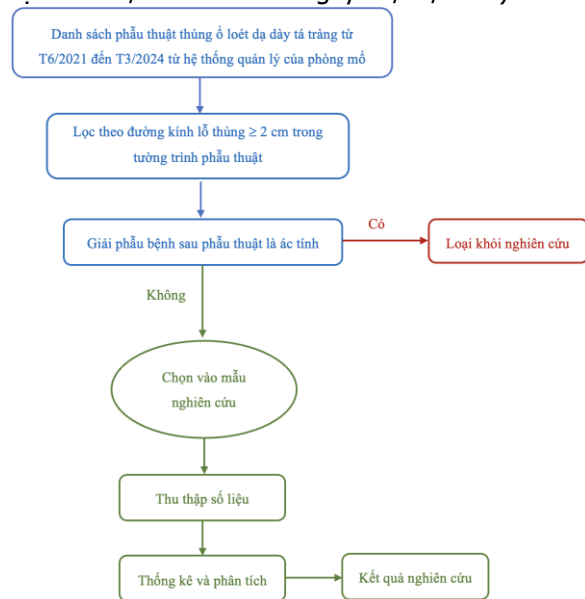
Ngày duyệt bài: 10.4.2026

các nghiên cứu trên thế giới về phương pháp phẫu thuật vẫn thiếu sự đồng thuận, và tỷ lệ tử vong của các lỗ thủng lớn vẫn rất cao. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm tổng kết kết quả sớm của các phương pháp phẫu thuật điều trị thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU
Tiêu chuẩn chọn bệnh và đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này là nghiên cứu hồi cứu, báo cáo loạt ca. Nghiên cứu thu nhận tất cả bệnh nhân được chẩn đoán thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng và điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024. Tiêu chuẩn chọn bệnh là những trường hợp bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên, trong mổ có đo đường kính lỗ thủng từ 2 cm trở lên. Nghiên cứu loại trừ những trường hợp có giải phẫu bệnh sinh thiết lỗ thủng sau mổ là ác tính.

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh phê duyệt theo Quyết định số 368/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 29 tháng 2 năm 2024 và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nhân dân Gia Định (Quyết định số 86/NDGD-HĐĐĐ ngày 10/06/2024).



Lưu đồ 1: Sơ đồ quy trình thu thập số liệu nghiên cứu.

Biến số và kết cục nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập các biến số chung như: tuổi, giới tính, BMI, phân loại ASA, bệnh lý nội khoa, chỉ số bệnh đồng mắc Charlson (CCI), tiền căn ngoại khoa. Các biến số liên quan đến bệnh: sinh hiệu lúc nhập viện, điểm Boye, điểm PULP,

điểm qSOFA, các cận lâm sàng trước mổ. Các thông tin trong mổ như vị trí, kích thước ổ thủng, phương pháp phẫu thuật. Các thông tin sau mổ như biến chứng, tử vong sau mổ, điểm Clavien – Dindo.

Thông kê và phân tích dữ liệu

Tất cả dữ liệu thu thập được ghi vào bảng Excel và sau đó chuyển sang phần mềm Stata phiên bản 18.0 (StataCorp LLC, Texas, Hoa Kỳ) để phân tích thống kê. Các biến định tính được mô tả bằng tỷ lệ phần trăm và phân tích bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm Fisher. Các biến định lượng được biểu thị bằng trung vị và phân tích bằng phép kiểm Kruskal–Wallis. Giá trị thống kê có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024 tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, tổng cộng có 44 bệnh nhân đáp ứng tiêu chí đưa vào nghiên cứu. Cụ thể, có 34 bệnh nhân (77,3%) ở nhóm khâu lỗ thủng, 7 bệnh nhân (15,9%) ở nhóm cắt dạ dày và 3 bệnh nhân (6,8%) ở nhóm phẫu thuật Newmann. Tuổi trung vị của dân số nghiên cứu là 70 tuổi, trong đó trẻ nhất là bệnh nhân 23 tuổi, lớn tuổi nhất là 94 tuổi. Nam giới chiếm ưu thế hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ của bệnh nhân trong nghiên cứu được thể hiện trong Bảng 1.

Trong nghiên cứu, có 9 bệnh nhân (20,5%) từng được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng. Có 3 bệnh nhân (6,82%) từng phẫu thuật do thủng loét dạ dày tràng, và cả 3 trường hợp đều được phẫu thuật khâu lỗ thủng. Hầu hết các trường hợp bệnh nhân đều có bệnh lý nền, và 61,36% có từ 2 bệnh lý nội khoa trở lên. Những bệnh lý nền phổ biến nhất là tăng huyết áp, bệnh mạch vành và đái tháo đường type 2.

Hầu hết bệnh nhân nhập viện vì đau bụng (95,5 %) với thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện dao động từ 2h đến 168 giờ (7 ngày). Những trường hợp thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng có tỷ lệ sốc nhiễm trùng cao (34,1%), trong đó nhóm được phẫu thuật Newmann có 2/3 số bệnh nhân sốc nhiễm trùng trước mổ. Những bệnh nhân được phẫu thuật Newmann cũng có điểm Boey, PULP, và qSOFA cao. Tỷ lệ nhiễm nấm trong ổ bụng là 46,5 %, tất cả đều do Candida spp.

Đặc điểm trong mổ và kết quả sớm sau mổ của nghiên cứu được thể hiện trong Bảng 2. Trong mổ ghi nhận, có 68,2% các lỗ thủng nằm ở

dạ dày và 31,8 % nằm ở tá tràng. Đường kính lỗ thủng trung vị của nhóm khâu lỗ thủng là 2 cm, nhóm cắt dạ dày là 2,5 cm và nhóm Newmann là 3 cm (p = 0,009). Có 3 trường hợp trong mẫu nghiên cứu phát hiện hẹp môn vị ở thời điểm chẩn đoán, cả 3 trường hợp này được phẫu thuật khâu lỗ thủng kèm nối vị tràng. Thời gian phẫu thuật của nhóm cắt dạ dày cũng dài hơn 2 nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê (p = 0,033).

Tỷ lệ biến chứng của nhóm nghiên cứu khá cao, với tất cả bệnh nhân trong nhóm Newmann có biến chứng, tiếp theo là nhóm cắt dạ dày và cuối cùng là nhóm khâu lỗ thủng. Phần lớn bệnh

nhân gặp biến chứng nặng, phân loại Clavien–Dindo III, IV, V chiếm 59,1% các trường hợp, và tất cả bệnh nhân trong nhóm Newmann đều có biến chứng nặng (Bảng 2).

50% số trường hợp trong nghiên cứu tử vong sau mổ, trong đó nhóm khâu lỗ thủng là 44,1%, nhóm cắt dạ dày là 71,4% và phẫu thuật Newmann là 66,7%. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm. Nguyên nhân tử vong chủ yếu là sốc không hồi phục và suy đa cơ quan. Các nguyên nhân hiếm gặp khác bao gồm cơn bão giáp, nhồi máu cơ tim (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ của bệnh nhân thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 6/2021 đến tháng 3/2024

	Tổng Bn = 44	Khâu lỗ thủng Bn = 34	Cắt dạ dày Bn = 7	Phẫu thuật Newmann Bn = 3	p
Tuổi	70 (23 – 94)	71 (23 – 94)	67 (60 – 84)	69 (63 – 89)	0,937
Giới tính					
Nam	25 (56,8%)	19 (55,9%)	5 (71,4%)	1 (33,3%)	0,556
Nữ	19 (43,2%)	15 (44,1%)	2 (28,6%)	2 (66,7%)	
BMI	19,1 (14,5 – 32,2)	19,3 (15,0 – 27,6)	19,1 (14,5 – 24,3)	16,8 (15,5 – 32,2)	0,929
Phân loại ASA					
2	5 (11,4%)	5 (14,7%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0,218
3	27 (61,4%)	18 (52,9%)	7 (100%)	2 (66,7%)	
4	12 (27,3%)	11 (32,4%)	0 (0,00%)	1 (33,3%)	
Tiền căn loét dạ dày – tá tràng	9 (20,5%)	4 (11,8%)	4 (57,1%)	1 (33,3%)	0,023
Tiền căn phẫu thuật thủng loét dạ dày tá tràng	3 (6,82%)	3 (8,82%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0,195
Bệnh nội khoa:					
Tăng huyết áp	23 (52,3%)	16 (47,1%)	5 (71,4%)	2 (66,7%)	0,478
Suy tim	2 (4,55%)	2 (5,88%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,000
Bệnh mạch vành mạn	12 (27,3%)	6 (17,6%)	3 (42,9%)	3 (100%)	0,004
Nhồi máu não cũ	4 (9,09%)	3 (8,82%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	0,658
COPD	1 (2,27%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (33,3%)	0,068
Viêm phổi	1 (2,27%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,000
Bệnh thận mạn	2 (4,55%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	1 (33,3%)	0,155
Đái tháo đường type 2	10 (22,7%)	7 (20,6%)	3 (42,9%)	0 (0,00%)	0,408
Hội chứng Cushing	4 (9,09%)	2 (5,88%)	2 (28,6%)	0 (0,00%)	0,218
Suy thượng thận mạn	2 (4,55%)	1 (2,94%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	0,407
Cường giáp	2 (4,55%)	2 (5,88%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,000
Xơ gan	6 (13,6%)	4 (11,8%)	0 (0,00%)	2 (66,7%)	0,056
Ung thư	5 (11,4%)	5 (14,7%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0,701
Số bệnh nội khoa đồng mắc					
0	8 (18,2%)	7 (20,6%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	0,053
1	9 (20,5%)	9 (26,5%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
2	14 (31,8%)	12 (35,3%)	1 (14,3%)	1 (33,3%)	
3	8 (18,2%)	4 (11,8%)	3 (42,9%)	1 (33,3%)	
4	4 (9,09%)	1 (2,94%)	2 (28,6%)	1 (33,3%)	
5	1 (2,27%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Chỉ số CCI					
0	15 (34,1%)	13 (38,2%)	2 (28,6%)	0 (0,00%)	0,575
1	16 (36,4%)	12 (35,3%)	3 (42,9%)	1 (33,3%)	

	Tổng Bn = 44	Khâu lỗ thủng Bn = 34	Cắt dạ dày Bn = 7	Phẫu thuật Newmann Bn = 3	p
2	2 (4,55%)	1 (2,94%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	
3	4 (9,09%)	2 (5,88%)	1 (14,3%)	1 (33,3%)	
5	1 (2,27%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
6	4 (9,09%)	3 (8,82%)	0 (0,00%)	1 (33,3%)	
8	1 (2,27%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
9	1 (2,27%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Lý do nhập viện					
Đau bụng	42 (95,5%)	34 (100%)	6 (85,7%)	2 (66,7%)	0,025
Rối loạn tri giác	1 (2,27%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (33,3%)	
Nôn ra máu	1 (2,27%)	0 (0,00%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	
Huyết áp động mạch trung bình	76,7 (45 – 143,3)	76,7 (45 – 143,3)	86,7 (70 – 96,7)	76,7 (70 – 130)	0,777
Mạch	100 (63 – 147)	100 (63 – 147)	94 (69 – 120)	116 (107 – 120)	0,196
Sốc nhiễm trùng	15 (34,1%)	12 (35,3%)	1 (14,3%)	2 (66,7%)	0,268
Sốt	7 (15,9%)	5 (14,7%)	2 (28,6%)	0 (0,00%)	0,754
Nhịp thở	20 (14 – 30)	20 (14 – 30)	20 (18 – 24)	24 (20 – 27)	0,199
Thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện (giờ)	24 (2 – 168)	24 (2 – 168)	14,4 (2 – 168)	48,0 (24 – 72)	0,264
Điểm Boey >1	23 (52,3%)	16 (47,1%)	4 (57,1%)	3 (100%)	0,267
Điểm PULP > 7	21 (47,7%)	15 (44,1%)	3 (42,9%)	3 (100%)	0,229
Điểm qSOFA					
0	23 (52,3%)	19 (55,9%)	4 (57,1%)	0 (0,00%)	0,230
1	10 (22,7%)	8 (23,5%)	1 (14,3%)	1 (33,3%)	
2	7 (15,9%)	4 (11,8%)	2 (28,6%)	1 (33,3%)	
3	4 (9,09%)	3 (8,82%)	0 (0,00%)	1 (33,3%)	
WBC	11,3 (1,3 – 38,6)	10,2 (1,3 – 38,6)	13,7 (6,8 – 26,2)	9,6 (2,5 – 12,3)	0,385
%NEU	80,3 (58,7 – 94,4)	80,3 (58,7 – 94,4)	82,6 (71,1 – 91,9)	75,4 (68,9 – 80,8)	0,545
CRP	25,5 (0,9 – 344,3)	21,4 (0,9 – 344,3)	19,4 (2,0 – 178,2)	90,2 (71,6 – 108,8)	0,835
Hemoglobin	11,2 (3,9 – 17,8)	11,3 (3,9 – 17,8)	10,5 (5,4 – 15,1)	9,8 (6,2 – 14,8)	0,364
Creatinine máu	110,7 (54,1 – 527,5)	110,7 (54,1 – 286,0)	97,8 (80,1 – 134,6)	227,7 (187,8 – 527,5)	0,037
Albumin máu	26,5 (18,2 – 32,6)	26,4 (20,1 – 32,6)	26,8 (18,2 – 30,8)	27,9 (22,0 – 29,2)	0,994

Các giá trị được trình bày dưới dạng trung vị (giá trị nhỏ nhất – lớn nhất) hoặc n (%). ASA = Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ; BMI = Chỉ số khối cơ thể; COPD = Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; CCI = Chỉ số bệnh đồng mắc Charlson. So sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng phép kiểm Kruskal-Wallis cho các biến liên tục và phép kiểm Fisher's exact cho các biến phân loại.

Bảng 3: Kết quả trong mổ và biến chứng sau mổ của các phương pháp điều trị ngoại khoa đối với thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 6/2021 đến tháng 3/2024

	Tổng Bn = 44	Khâu lỗ thủng Bn = 34	Cắt dạ dày Bn = 7	Phẫu thuật Newmann Bn = 3	p
Vị trí lỗ thủng					
Hành tá tràng	14 (31,8%)	12 (35,3%)	1 (14,3%)	1 (33,3%)	0,052
Môn vị	19 (43,2%)	17 (50,0%)	1 (14,3%)	1 (33,3%)	
Hang vị	9 (20,5%)	4 (11,8%)	4 (57,1%)	1 (33,3%)	
Bờ cong nhỏ dạ dày	2 (4,55%)	1 (2,94%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	

	Tổng Bn = 44	Khâu lỗ thủng Bn = 34	Cắt dạ dày Bn = 7	Phẫu thuật Newmann Bn = 3	p
Thủng mặt trước – mặt sau Mặt trước Mặt sau	37 (84,1%) 7 (15,9%)	27 (79,4%) 7 (20,6%)	7 (100%) 0 (0,00%)	3 (100%) 0 (0,00%)	0,449
Đường kính lỗ thủng	2 (2 – 10)	2 (2 – 4)	2,5 (2 – 10)	3 (2,5 – 4)	0,009
Hẹp môn vị	3 (6,82%)	3 (8,82%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,000
Phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở Mổ mở	23 (52,3%) 21 (47,7%)	18 (52,9%) 16 (47,1%)	5 (71,4%) 2 (28,6%)	0 (0,00%) 3 (100%)	0,172
Thời gian phẫu thuật	152,5 (75 – 330)	145 (75 – 240)	215 (190 – 330)	145 (105 – 200)	0,003
Lượng máu mất (ml)	50 (10 – 1000)	50 (10 – 700)	100 (50 – 1000)	50 (10 – 100)	0,093
Phân loại Clavien – Dindo					
I	1 (2,27%)	0 (0,00%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	0,258
II	6 (13,6%)	6 (17,6%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
IVa	11 (25,0%)	6 (17,6%)	3 (42,9%)	2 (66,7%)	
IVb	8 (18,2%)	6 (17,6%)	1 (14,3%)	1 (33,3%)	
V	7 (15,9%)	6 (17,6%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	
Biến chứng sau mổ:					
Cơn bão giáp	1 (2,27%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,000
Nhiễm trùng vết mổ	3 (6,82%)	2 (5,88%)	0 (0,00%)	1 (33,3%)	0,252
Áp xe tồn lưu	5 (11,4%)	3 (8,82%)	1 (14,3%)	1 (33,3%)	0,317
Xi chỗ khâu/miệng nối	2 (4,55%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	1 (33,3%)	0,155
Chảy máu ổ bụng	1 (2,27%)	0 (0,00%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	0,227
Chảy máu tiêu hoá	3 (6,82%)	2 (5,88%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	0,548
Thuyên tắc phổi	2 (4,55%)	2 (5,88%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,000
Nhồi máu cơ tim cấp	3 (6,82%)	2 (5,88%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	0,548
Tổn thương thận cấp	22 (50,0%)	16 (47,1%)	3 (42,9%)	3 (100%)	0,304
Suy tim	6 (13,6%)	5 (14,7%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	1,000
Suy gan cấp	5 (11,4%)	3 (8,82%)	1 (14,3%)	1 (33,3%)	0,317
Bệnh não gan	1 (2,27%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,000
Phù phổi cấp	1 (2,27%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,000
Rối loạn nhịp tim	2 (4,55%)	0 (0,00%)	2 (28,6%)	0 (0,00%)	0,048
ARDS	3 (6,82%)	2 (5,88%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	0,548
Rối loạn đông máu	6 (13,6%)	5 (14,7%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	1,000
Viêm phổi	14 (31,8%)	11 (32,4%)	2 (28,6%)	1 (33,3%)	1,000
Nhiễm trùng tiểu	2 (4,55%)	1 (2,94%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	0,407
Rối loạn tri giác	1 (2,27%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1,000
Tăng áp lực ổ bụng	1 (2,27%)	0 (0,00%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	0,227
Mổ lại	1 (2,27%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (33,3%)	0,068
Rút thông mũi dạ dày (ngày)	4 (1 – 48)	5 (2 – 16)	3 (1 – 14)	3 (3 – 48)	0,630
Rút dẫn lưu bụng (ngày)	6 (1 – 48)	6 (2 – 17)	3 (1 – 11)	3 (3 – 48)	0,254
An lại đường miệng (ngày)	3 (1 – 7)	3 (1 – 7)	3 (1 – 5)	3 (2 – 3)	0,933
Thời gian nằm hồi sức	3 (0 – 29)	3 (0 – 17)	1 (0 – 14)	3 (3 – 29)	0,512
Tử vong	22 (50,0%)	15 (44,1%)	5 (71,4%)	2 (66,7%)	0,415
Lý do tử vong					
Suy đa tạng	6 (13,6%)	6 (17,6%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0,194
Nhồi máu cơ tim	1 (2,27%)	0 (0,00%)	1 (14,3%)	0 (0,00%)	
Sốc không hồi phục	13 (29,5%)	7 (20,6%)	4 (57,1%)	2 (66,7%)	
Cơn bão giáp	1 (2,27%)	1 (2,94%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

Các giá trị được trình bày dưới dạng trung vị (giá trị nhỏ nhất – lớn nhất) hoặc n (%). Phân loại Clavien–Dindo được sử dụng để phân độ các biến chứng sau mổ. ARDS = Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp. Việc so sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng phép kiểm Kruskal–Wallis cho các biến liên tục và phép kiểm Fisher's exact cho các biến phân loại.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024, tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định ghi nhận có 44 trường hợp phẫu thuật do thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng. Trong đó, phẫu thuật khâu lỗ thủng vẫn là phương pháp được lựa chọn nhiều nhất (77,3%) cho thấy đây vẫn là lựa chọn hàng đầu đối với phẫu thuật viên khi xử trí lỗ thủng lớn của loét dạ dày tá tràng. Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu tương đối cao (70 tuổi), trong đó trường hợp lớn tuổi nhất là 94 tuổi. Trong nhóm nghiên cứu cũng ghi nhận có 88,7% trường hợp có điểm ASA ≥ 3 , và 25,0% trường hợp có điểm CCI ≥ 3 . Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trên thế giới⁸. Tuổi lớn kết hợp với tổng trạng bệnh nhân trước mổ kém và nhiều bệnh lý nền làm tăng nguy cơ tai biến, biến chứng cũng như tử vong sau mổ của mẫu nghiên cứu.

Một đặc điểm trước mổ khác cũng ảnh hưởng đến độ nặng của bệnh là thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến lúc nhập viện. Thời gian này dao động từ 2 giờ đến 168 giờ, trong đó nhóm bệnh nhân được phẫu thuật Newmann được nhập viện sau khởi phát bệnh 2 ngày. Điều này giải thích kết quả của nhóm nghiên cứu là 1/3 các trường hợp có sốc nhiễm trùng ở thời điểm nhập viện, trong đó nhóm phẫu thuật Newmann có đến 2/3 trường hợp có sốc nhiễm trùng. Tình trạng rối loạn sinh lý nặng trước mổ còn được thể hiện qua dân số nghiên cứu có điểm Boey, PULP và qSOFA cao ở một nửa các trường hợp. Khuyến cáo của Hội phẫu thuật cấp cứu thế giới năm năm 2020 đối với những trường hợp thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng, dẫn lưu lỗ thủng ra da là lựa chọn thích hợp với những trường hợp có kèm sốc nhiễm trùng, cần phẫu thuật kiểm soát thương tổn để ưu tiên hồi sức⁶. Cả 3 trường hợp phẫu thuật Newmann trong nghiên cứu đều áp dụng cho những trường hợp bệnh nhân có tổng trạng kém trước và trong mổ kèm với lỗ thủng lớn, bờ ổ loét xơ chai. Tuy nhiên, kết quả của phẫu thuật còn là một thách thức do tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong cao. Vì vậy, phẫu thuật Newmann chỉ nên là lựa chọn cuối cùng

khi các phương pháp khác không thể thực hiện được trong điều kiện lỗ thủng ổ loét dạ dày khó xử trí và bệnh nhân có huyết động không ổn định⁶.

Những bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày so với 2 nhóm bệnh nhân còn lại có tình trạng trước mổ và trong mổ được đánh giá có thể chịu đựng được cuộc phẫu thuật lớn. Tất cả đều có điểm ASA là 3, chỉ số bệnh đồng mắc CCI từ 3 trở xuống và 71,5% số bệnh nhân có dưới một bệnh lý nền. Bệnh nhân đến bệnh viện cũng sớm hơn 2 nhóm còn lại (mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê), và tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn là 14,3% (thấp nhất trong 3 nhóm). Tuy nhiên, tỷ lệ tai biến, biến chứng lại rất cao ở nhóm phẫu thuật cắt dạ dày. Tỷ lệ biến chứng chung là 85,7%, trong đó biến chứng nặng chiếm 71,4%, hầu hết do suy cơ quan. Tất cả bệnh nhân có biến chứng nặng đều tử vong. Theo một nghiên cứu tại Singapore, cắt dạ dày cũng cho tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ cao hơn so với khâu lỗ thủng kèm đắp mạc nối lớn⁸. Lý giải cho điều này có thể do cắt dạ dày là một can thiệp phẫu thuật lớn, và trong bối cảnh phẫu thuật cấp cứu nên ưu tiên các phương pháp tối thiểu và phẫu thuật kiểm soát tổn thương.

Phẫu thuật khâu lỗ thủng vẫn là phương pháp được các phẫu thuật viên lựa chọn nhiều nhất khi phải đối mặt với các trường hợp thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng. Sau phẫu thuật, năm bệnh nhân phát triển áp-xe trong ổ bụng và một bệnh nhân bị rò miệng nối; tất cả đều được điều trị bảo tồn thành công, ba bệnh nhân chảy máu đường tiêu hóa và được kiểm soát bằng thuốc, không bệnh nhân nào phải mổ lại. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong chung vẫn cao (44,1%). Nguyên nhân tử vong chính là sốc không hồi phục (20,6%). Các nghiên cứu gần đây về điều trị thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng, phẫu thuật khâu lỗ thủng có nhét mạc nối lớn đem đến những kết quả hứa hẹn giúp giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ⁸.

Một trong những hạn chế của nghiên cứu là nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ. Hơn nữa, nhóm phẫu thuật cắt dạ dày và phẫu thuật Newmann chỉ chiếm 22,7% nên không thể thực hiện được các phân tích dưới nhóm để đạt được những kết quả khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thứ hai, lựa chọn loại phẫu thuật dựa vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên nên sẽ có sai lệch chọn lựa trong nghiên cứu. Từ thực tế lâm sàng, nghiên cứu này cho thấy cần những nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn tại Việt Nam để có kết luận và khuyến cáo cho các phẫu thuật viên lựa chọn

phương pháp điều trị phù hợp cho những trường hợp thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng thường là những bệnh nhân lớn tuổi, có tổng trạng kém, nhiều bệnh lý nội khoa và có nhiều rối loạn chức năng sinh lý trước mổ. Phẫu thuật khâu lỗ thủng là phương pháp mổ thường được lựa chọn nhất để điều trị thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng. Tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ còn cao, đặt ra nhiều thách thức cho phẫu thuật viên. Cần các nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn để có khuyến cáo trong điều trị thủng lớn ổ loét dạ dày tá tràng.

Công bố xung đột: Tất cả tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*. 2011;84(2):102-113.
2. Møller MH, Engebjerg MC, Adamsen S, Bendix J, Thomsen RW. The Peptic Ulcer Perforation (PULP) score: a predictor of mortality following peptic ulcer perforation. A cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand*. May 2012;56(5):655-62. doi:10.1111/j.1399-6576.2011.02609.x
3. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer-an update. *World journal of gastrointestinal surgery*. 2017;9(1):1.
4. Lal P, Vindal A, Hadke NS. Controlled tube duodenostomy in the management of giant duodenal ulcer perforation: a new technique for a surgically challenging condition. *Am J Surg*. Sep 2009;198(3):319-23. doi:10.1016/j.amjsurg.2008.09.028
5. Jusoh AC, Omar S, Sazali H, Omar S. Perforated giant duodenal ulcer: A review. *International Medicine*. 2020;doi:10.5455/im.104546
6. Tarasconi A, Coccolini F, Biffi WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020/01/07 2020;15(1):3. doi:10.1186/s13017-019-0283-9
7. Clinch D, Damaskos D, Di Marzo F, Di Saverio S. Duodenal ulcer perforation: A systematic literature review and narrative description of surgical techniques used to treat large duodenal defects. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2021;91(4):748-758. doi:10.1097/ta.0000000000003357
8. Chan KS, Wang YL, Chan XW, Shelat VG. Outcomes of omental patch repair in large or giant perforated peptic ulcer are comparable to gastrectomy. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2021;47(6):1745-1752.

VAI TRÒ CỦA BIẾN THỂ *LRRK2* R1398H TRONG BỆNH LÝ PARKINSON

Đỗ Đức Minh¹, Nguyễn Hoàng Thụy Vy², Lê Gia Hoàng Linh¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh Parkinson là một rối loạn thoái hóa thần kinh tiến triển, với biểu hiện lâm sàng chủ yếu là run, cứng cơ và giảm vận động. Ngoài các yếu tố môi trường, di truyền ngày càng được chứng minh đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh. Trong số các gen liên quan, gen *LRRK2* được nghiên cứu nhiều vì tính đa dạng về đột biến và cơ chế tác động. Biến thể *LRRK2* R1398H đã được mô tả ở một số quần thể với vai trò bảo vệ trước nguy cơ mắc bệnh Parkinson. **Mục tiêu:** Xác định tần suất của biến thể R1398H trên gen *LRRK2* ở bệnh nhân Parkinson và nhóm chứng, đồng thời đánh giá mối liên quan giữa kiểu gen R1398H với bệnh trong quần thể nghiên cứu.

Phương pháp: Nghiên cứu được thực hiện trên 100 mẫu DNA của bệnh nhân Parkinson và 100 DNA nhóm chứng không mắc bệnh. Kiểu gen của biến thể R1398H được xác định bằng kỹ thuật ASO-PCR sử dụng mỗi đặc hiệu alen. Dữ liệu được phân tích bằng thống kê mô tả và kiểm định chi bình phương để so sánh tần suất alen và kiểu gen giữa hai nhóm, tính odds ratio (OR) và khoảng tin cậy 95%. **Kết quả:** Tỷ lệ mang kiểu gen dị hợp tử G/A ở nhóm chứng là 24%, cao hơn nhóm bệnh (10%). Phân tích thống kê cho thấy kiểu gen G/A liên quan với giảm nguy cơ mắc Parkinson (OR = 0,35; 95% CI: 0,16 – 0,78; p = 0,0076). **Kết luận:** Biến thể R1398H của gen *LRRK2* có thể liên quan đến nguy cơ thấp hơn mắc bệnh Parkinson. **Từ khóa:** *LRRK2*, R1398H, Parkinson, ASO-PCR

ABSTRACT

THE R1398H VARIANT OF THE *LRRK2* GENE AND ITS ROLE IN PARKINSON'S DISEASE

Introduction: Parkinson's disease is a progressive neurodegenerative disorder, its common symptoms are tremor, muscle stiffness, and slow movement. Besides environmental factors, genetics plays an important role in the development of Parkinson's disease. Among related genes, *LRRK2* has

¹ Trung tâm Y Sinh học Phân tử - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

² Khoa Vi sinh - Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Gia Hoàng Linh

Email: lghlinh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 23.3.2026

Ngày duyệt bài: 13.4.2026