

Độ tuổi càng trẻ thì tỷ lệ lo âu, stress và trầm cảm càng cao, chủ yếu ở độ tuổi 20-30 tuổi (58,8% lo âu, 71,4 % stress, 80% trầm cảm), có thể do còn ít kinh nghiệm, chưa từng trải qua một đại dịch lớn và hoàn toàn mới nên tâm lý như vậy là điều dễ hiểu. Tuy nhiên những người có thâm niên công tác lâu (nhóm > 5 năm) lại có mức độ biểu hiện rối loạn sức khỏe tâm thần cao hơn so với nhóm < 5 năm, chúng tôi thấy có thể vì họ trải qua nhiều năm công tác, đối mặt với nhiều tình huống bệnh tật khác nhau, họ hiểu rõ mức độ nguy hiểm của COVID-19 với cộng đồng so với các căn bệnh khác, họ thấy được trách nhiệm to lớn của mình với người bệnh khi cả xã hội đang theo dõi từng bước đi của ngành y tế.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng hôn nhân có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với trạng thái lo âu ( $P=0.04$ ), cả với trạng thái stress và trầm cảm thì những đối tượng nghiên cứu đã kết hôn, có gia đình riêng tỷ lệ biểu hiện bệnh cao hơn nhiều so với đối tượng chưa kết hôn. Họ lo sợ lây nhiễm cho gia đình, đặc biệt lo lắng khi con cái không có người chăm sóc trong thời gian tham gia chống dịch. Cùng với đó thời gian tham gia phòng chống dịch góp phần làm tăng nguy cơ rối loạn tâm thần, có mức ý nghĩa thống kê ( $P<0,05$ ) với cả 3 trạng thái lo âu, stress và trầm cảm. Thời gian tham gia càng dài, tỷ lệ lo âu, stress và trầm cảm càng cao, thời gian kéo dài đồng nghĩa với việc các nhân viên y tế phải ở lại cơ quan, làm việc không có ngày nghỉ, không có thời gian chăm sóc cho gia đình, nguy cơ lây nhiễm bệnh cao hơn... những điều đó tác động

lớn đến tâm lý, sức khỏe tinh thần của các nhân viên y tế.

## V. KẾT LUẬN

Nữ giới có tỷ lệ lo âu, stress và trầm cảm cao hơn so với nam giới. Tuổi càng trẻ mức độ biểu hiện các vấn đề về sức khỏe tâm thần cũng cao hơn, chủ yếu ở độ tuổi 20-30 tuổi. Điều dưỡng cũng là đối tượng chịu tác động tâm lý nhiều hơn so với các đối tượng khác.

Yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với các vấn đề sức khỏe tâm thần (lo âu, stress và trầm cảm) được nghiên cứu đó là: tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp và thời gian tham gia phòng/ chống dịch bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Novel coronavirus (2109-nCov), Wuhan, China", www.cdc.gov, updated 16 January 2020.
2. **Trang tin về dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp COVID-19 của Bộ Y tế**, www.ncov.moh.gov.vn, truy cập ngày 10/01/2021.
3. **Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19)**, WHO updated 11 March 2020.
4. **Covid-19: "Striking" Rates of Anxiety, Depression in Healthcare Workers** –Megan Brooks.
5. **Yassen Al-Hussein, Ahmed Moshirf Al-Mteiwty (2007)**, "Point prevalence of Depression, Anxiety and Stress among nurses and papa-medical staff in teaching hospital in Mosul", Al-Taquani Journal, 23(5), 116-127.
6. **Đâu Thị Tuyết (2012)**, Tình trạng stress, lo âu, trầm cảm của cán bộ y tế khối lâm sàng tại bệnh viện đa khoa thành phố Vinh, bệnh viện đa khoa 115 Nghệ An năm 2013 và một số yếu tố liên quan, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học y tế công cộng, Hà Nội.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THÙNG Ổ LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2018-2019

Trần Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Trần Hiếu Học<sup>1,2</sup>, Trần Quế Sơn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Thùng ổ loét là một biến chứng nguy hiểm của loét hành tá tràng đòi hỏi điều trị cấp cứu ngoại khoa. Những năm gần đây, phẫu thuật nội soi khâu thủng ngày càng phổ biến mang lại kết quả tốt như nằm viện ngắn ngày, ít đau, giảm nguy cơ dính ruột, nhiễm trùng vết mổ. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả phẫu thuật

nội soi khâu thủng ổ loét hành tá tràng. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả hồi cứu các bệnh nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm từ 1/2018 đến 12/2019. **Kết quả:** 64 bệnh nhân được phẫu thuật trong đó có 2 chuyển mổ mở. Ổ loét non chiếm 72,6%, kích thước ổ loét từ 5-10mm chiếm 85,5%, khâu đơn thuần 58,1%, dính mạc nối 27,4%. Lượng dịch rửa trung bình  $1452,3 \pm 875,2$ ml. Thời gian mổ trung bình là  $69,3 \pm 20,1$  phút, 100% có trung tiện trong vòng 48h. Không có biến chứng và tử vong. Thời gian nằm viện trung bình  $6,0 \pm 1,1$  ngày. **Kết luận:** phẫu thuật khâu thủng nội soi là phương pháp điều trị hiệu quả thủng ổ loét hành tá tràng, nằm viện ngắn ngày, không có biến chứng và tử vong.

**Từ khóa:** loét hành tá tràng, thủng ổ loét, phẫu thuật nội soi, khâu lỗ thủng.

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoai@m@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.2.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2021

Ngày duyệt bài: 9.4.2021

**SUMMARY****SURGICAL RESULTS OF THE SUTURE FOR A PERFORATED DUODENAL ULCER AT BACHMAI HOSPITAL**

Perforation of duodenal ulcers is one of the common surgical diseases that require emergency operation. Laparoscopic is increasingly popular on selected subjects with good results such as short hospital stay, less pain, reduced risk of intestinal adhesions and wound infection. **Aim:** to evaluate the results of laparoscopic surgery to suture the perforated duodenal ulcers. **Subjects and methods:** retrospective description of patients operated at Bach Mai Hospital from 1/2018 to 12/2019. **Results:** there were 64 patients including 2 versus open surgery. Young ulcer was 72.6%, ulcer size 5-10mm was 85.5%, simple suture was 77.3%, omental patch was 22.7%. The average of washing liquid was 1452.3 ± 875.2ml. The operative time was 69.3 ± 20.1 minutes. There were no complications and death. The duration of hospital stay was 6.0 ± 1.1. **Conclusion:** laparoscopic surgery is an effective treatment method for the perforated duodenal ulcers, short hospital stays, no complications and death.

**Keywords:** duodenal ulcer, ulcer perforation, laparoscopic surgery, suture.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Cho đến nay thủng ổ loét hành tá tràng vẫn còn khá thường gặp trong số các biến chứng của bệnh lý loét dạ dày tá tràng với tần suất trên thế giới là 3,77-10/100.000 dân/năm và là biến chứng cần can thiệp phẫu thuật ngay.<sup>1</sup> Hiện nay, nhờ những tiến bộ khoa học đáng kể trong lĩnh vực ngoại khoa và hồi sức, tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân thủng ổ loét tá tràng đã giảm dao động từ 2,9% đến 9,1%.<sup>2</sup> Điều trị thủng ổ loét tá tràng trong những thập niên gần đây có nhiều thay đổi nhờ hiểu biết về sinh bệnh học của loét, phương pháp khâu lỗ thủng ổ loét kèm điều trị nội khoa được áp dụng đối với hầu hết những trường hợp thủng ổ loét tá tràng.<sup>3</sup> Hiện nay với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, phẫu thuật nội soi (PTNS) ngày càng được sử dụng rộng rãi trong điều trị thủng ổ loét tá tràng và dần thay thế phẫu thuật mở kinh điển trong rất nhiều trường hợp. Phẫu thuật nội soi là phương pháp được áp dụng phổ biến hiện nay, với nhiều ưu điểm như vết mổ nhỏ, thời gian nằm viện ngắn, vết mổ ít đau, người bệnh có nhu động ruột và phục hồi sau mổ sớm hơn.<sup>4,5,6</sup>

Trong nước đã có rất nhiều nghiên cứu báo cáo về phẫu thuật cả mở và nội soi điều trị thủng ổ loét hành tá tràng và tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai trong nhiều thập kỷ đã ứng dụng mổ nội soi nhiều trong loại biến chứng này. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu thủng ổ loét hành tá tràng tại

Bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm từ 1/2018 đến 12/2019.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân thủng ổ loét tá tràng, được phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2018 – tháng 12/2019.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các ca bệnh có hồ sơ bệnh án đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu lấy tại phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Bạch Mai, được chẩn đoán sau mổ là thủng ổ loét hành tá tràng, được khâu lỗ thủng bằng phẫu thuật nội soi kể cả những trường hợp nội soi chuyển mổ mở.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có hẹp môn vị kèm theo, phẫu thuật mở, không có hồ sơ trên phòng lưu trữ hoặc hồ sơ không có đủ thông tin cần thu thập.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện.

Thu thập thông tin từ bệnh án gốc vào mẫu bệnh án nghiên cứu với các biến số được đề ra theo mục tiêu nghiên cứu. Đặc điểm chung: tuổi và giới tính, tiền sử nội ngoại khoa. Đặc điểm lâm sàng: thời gian từ khi thủng đến khi mổ, dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng chính (xét nghiệm sinh hóa huyết học, Xquang, siêu âm, cắt lớp vi tính). Kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, tình trạng và kích thước ổ loét thủng, tình trạng ổ bụng, phương pháp khâu lỗ thủng (khâu đơn thuần, mũi rời hay chữ X, có hay không đắp mạc nối), lượng dịch rửa, số lượng và vị trí dẫn lưu, tai biến trong mổ và diễn biến, biến chứng sau mổ.

**Thông tin được quản lý bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).** Biến định lượng được tính và so sánh dưới dạng  $\bar{X} \pm SD$ , thống kê tần số và tỷ lệ phần trăm với các biến ngẫu nhiên.

**4. Đạo đức nghiên cứu.** Thông tin về bệnh tật của bệnh nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Có sự đồng ý của bệnh nhân và gia đình khi phẫu thuật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm chung và chẩn đoán.** Có 64 bệnh nhân gồm 49 nam và 15 nữ (nam/nữ = 3,3/1), tuổi trung bình 52,58 ± 17,23 (16 - 83), có 62 mổ nội soi thành công và 2 nội soi chuyển mổ.

Tuổi ≥ 60 chiếm 18,3% còn độ tuổi lao động (20 - 60) chiếm 67,8%.

Bệnh nội khoa kèm theo có 28/64 (43,75%).

Tiền sử viêm loét dạ dày – tá tràng: 18/64 (28,13%).

Lâm sàng khá điển hình: đau bụng dữ dội đột

ngột 71,88%; bụng co cứng toàn bộ 60,9% còn lại là co cứng khu trú thượng vị hay nửa bụng phải.

Thời gian từ khi có dấu hiệu thủng đến khi phẫu thuật từ 12 đến 24 giờ có 37 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao 57,8%.

Tình trạng toàn thân hầu như không có biến đổi.

Bạch cầu tăng 78,1% trong đó tăng trên 15G/L chiếm 31,2%. Xquang có liềm hơi dưới cơ hoành là 71,9%.

Siêu âm ổ bụng có dịch khí tự do ổ bụng chiếm đa số 93,8%.

Chụp cắt lớp vi tính 27/64 đều có hình ảnh dịch, khí tự do ổ bụng.

Phân loại ASA: có ASA 1 và 2 chiếm đa số 89,1%.

Chuyển mổ mở 2 trường hợp vì ổ phúc mạc quá nhiều dịch mủ và giả mạc khó khăn khi kiểm soát và làm sạch qua nội soi.

## 2. Đặc điểm trong mổ

**Bảng 1. Đặc điểm lỗ thủng ổ loét hành tá tràng (n=62)**

Đặc điểm lỗ thủng ổ loét HTT	n	%	
<b>Vị trí</b>	Mặt trước HTT	62	100%
<b>Đặc điểm</b>	Ổ loét non	45	72,6%
	Ổ loét xơ chai	17	27,4%
<b>Kích thước</b>	< 5mm	7	11,3%
	5 -10 mm	53	85,5%
	>10mm	2	3,2%

100% có một lỗ thủng và ở mặt trước, tỷ lệ ổ loét non chiếm đa số 72,6%, kích thước phần lớn nhỏ dưới 10mm chiếm 85,5%.

**Bảng 2. Tình trạng ổ bụng**

Tình trạng ổ bụng	n	%
Sạch, ít dịch	6	9,7
Dịch bẩn, đục	36	58
Mủ, giả mạc	20	32,3
<b>Tổng</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Phần lớn ổ bụng có mủ và giả, tỷ lệ ổ bụng sạch, ít dịch chỉ chiếm 9,7%.

**Bảng 3. Phương pháp khâu lỗ thủng (n=62)**

Phương pháp	n	%
Mũi chữ X đơn thuần	36	58,1
Mũi chữ X có đắp mạc nối	17	27,4
Khâu mũi rời	9	14,5
<b>Tổng</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Hầu hết lỗ thủng thường được khâu bằng các mũi chữ X chiếm 85,5%.

**Bảng 4. Lượng dịch rửa ổ bụng (n=62)**

Lượng dịch rửa (ml)	n	(%)
Từ 1 – 3 lít	39	62,9
Từ 3 – 5 lít	23	37,1
Trên 5 lít	0	0
<b>Tổng</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Số lượng dịch sử dụng trung bình 1452,3 ±

875,2ml, phần nhiều từ 1 – 3 lít, không trường hợp nào dùng trên 5 lít.

Số lượng và vị trí dẫn lưu: thường đặt 2 dẫn lưu (dưới gan + douglas) chiếm 56,5%, có 11,3% thêm dẫn lưu dưới hoành trái còn 32,2% đặt 1 dẫn lưu dưới gan.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 69,3 ± 20,1 phút (35-150 phút), thời gian nằm viện sau mổ 6,0 ± 1,1 ngày (4-10 ngày).

Thời gian rút dẫn lưu thường vào ngày 4-5 sau mổ

**Bảng 5. Thời gian có trung tiện**

Thời gian trung tiện	n	%
24 giờ	27	43,5%
36 giờ	10	16,1%
48 giờ	21	33,9%
72 giờ	4	6,5%
<b>Tổng</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

Thời gian có trung tiện hầu hết trong vòng 48h chiếm 93,5% và không có trường hợp nào sau 3 ngày.

Không có biến chứng nào cũng như không có tử vong xảy ra ở nhóm bệnh nhân này.

## IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu có thể thấy phẫu thuật nội soi có tỷ lệ thành công cao 96,9% và chỉ có 2 ca chuyển mổ, cũng tương tự như kết quả của một số nghiên cứu khác trên thế giới. Stepanian SA và cộng sự (2019) với 56 phẫu thuật nội soi có 3 chuyển mổ (5,4%).<sup>1</sup> Phương pháp phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng hành tá tràng ngày càng được áp dụng phổ biến trên thế giới vì giúp bệnh nhân phục hồi sớm sau mổ. Nghiên cứu cho thấy hướng phát triển đúng đắn trong kỹ thuật phẫu thuật xử lý tổn thương. Các trường hợp mổ mở thường do có các bệnh nội khoa kết hợp không chỉ định làm nội soi hoặc do khi phẫu thuật nội soi thấy ổ bụng nhiều dịch đục và giả mạc ở khắp ổ bụng khó xử lý triệt để nên phẫu thuật viên đã quyết định chuyển mổ mở để xử trí tổn thương nhanh chóng hơn, tránh nguy cơ sốc nhiễm trùng, nhiễm độc. Gouta (2018) cho rằng những bệnh nhân đến viện trong vòng 48h đầu có nhiều cơ hội được làm phẫu thuật nội soi.<sup>5</sup>

Vị trí của lỗ thủng ổ loét tá tràng đều ở mặt trước và tất cả các bệnh nhân chỉ có một lỗ thủng đơn thuần. Kết quả này cũng tương tự với nhiều kết quả khác nghiên cứu về thủng ổ loét hành tá tràng như của Trần Bình Giang, còn Nguyễn Hữu Trí gặp 1/72 ở mặt sau hành tá tràng.<sup>7,8</sup> Tỷ lệ thủng ổ loét non chiếm 72,6% nhiều hơn thủng ổ loét xơ chai (27,4%), có sự

khác biệt lớn với kết quả của Nguyễn Hữu Trí với tỷ lệ loét xơ chai chiếm 81,8%.<sup>8</sup> Với 33 ca thủng ổ loét xơ chai thì 19 bệnh nhân được khâu lỗ thủng bằng mũi chữ X có đắp mạc nối và 14 khâu mũi rời. Stepanian SA và cộng sự (2019) cũng thường trám mạc nối khi khâu thủng ổ loét hành tá tràng.<sup>1</sup>

Kết quả cũng thấy hầu hết (53/62) lỗ thủng kích thước 5 – 10mm chiếm 85,5%, chỉ 4 trường hợp > 10mm và đều được khâu mũi rời (2 mổ mở và 2 mổ nội soi) đều diễn biến ổn định sau mổ. Nguyễn Hữu Trí (2017) với 72 bệnh nhân thì lỗ thủng trung bình  $4,1 \pm 2,6$ mm và 98,6% nhỏ hơn 10mm trong đó 72,2% nhỏ dưới 5mm.<sup>8</sup> Có thể thấy mặc dù kỹ thuật khó nhưng các phẫu thuật viên có kinh nghiệm vẫn có thể xử trí tốt tổn thương bằng phẫu thuật nội soi. Kinh nghiệm của một số tác giả cũng thường khâu và dính mạc nối khi lỗ thủng lớn.<sup>1</sup>

Về tình trạng ổ bụng, phần nhiều có dịch đục, thậm chí có mủ và giả mạc (bảng 2) do bệnh nhân đến viện khá muộn, song mức độ bụng trướng chưa nhiều nên vẫn được chỉ định PTNS. Việc lựa chọn phương án phẫu thuật đối với từng tổn thương cụ thể là rất quan trọng. Đánh giá đúng tình trạng người bệnh để tiên lượng cuộc mổ, lựa chọn phương pháp điều trị, vừa giúp bệnh nhân được giải quyết tổn thương nhanh chóng lại vừa triệt để, ít để lại các biến chứng sau mổ.<sup>1</sup> Phẫu thuật nội soi sử dụng lượng dịch rửa không quá nhiều nhờ có thể quan sát được rõ các khoang nên chỉ cần bơm một lượng nước vừa đủ là đã có thể rửa sạch những dịch bẩn. Chúng tôi sử dụng lượng dịch rửa từ 1 – 5 lít (Bảng 4), trung bình  $1452,3 \pm 875,2$ ml và không có trường hợp nào quá 5 lít. Tương tự Nguyễn Hữu Trí (2017) cũng có lượng dịch rửa trung bình  $1368,3 \pm 758,2$ ml.<sup>8</sup>

Thời gian phẫu thuật rất được quan tâm, được đề cập đến trong hầu hết các báo cáo về phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật nội soi trung bình là  $69,3 \pm 20,1$  phút. Thời gian phẫu thuật nội soi tương đương của Rita Laforgia (2017) là 72 phút (mổ mở 180), của Nguyễn Hữu Trí (2017) là  $64,3 \pm 26,5$  (35-180).<sup>2,8</sup> Những nghiên cứu gần đây cho thấy thời gian phẫu thuật nội soi không có sự chênh lệch nhiều so với mổ mở.<sup>4,5</sup> Phẫu thuật nội soi ngày càng được sử dụng thường quy nên thời gian mổ được rút ngắn nhờ kinh nghiệm của phẫu thuật viên.<sup>7,12</sup> Quah và CS (2019) với một phân tích gộp thấy không có khác nhau về thời gian mổ mở và mổ nội soi.<sup>6</sup> Gouta (2018) so

sánh thấy mổ nội soi mất trung bình 105 phút còn mổ mở 90 phút.<sup>5</sup>

Về vấn đề đặt dẫn lưu ổ bụng có nhiều ý kiến khác nhau, có tác giả không đặt dẫn lưu, có tác giả đặt một dẫn lưu dưới gan, có tác giả đặt hai dẫn lưu dưới gan và Douglas, thậm chí có tác giả còn đặt nhiều vị trí hơn nữa. Đối với phẫu thuật mở, các phẫu thuật viên có thể kiểm soát được tổn thương tốt hơn nên số dẫn lưu đặt ít hơn so với mổ nội soi. Có 7 trường hợp sau mổ nội soi phải đặt 3 dẫn lưu là các trường hợp khắp ổ bụng nhiều dịch mủ đục và giả mạc, quá trình rửa ổ bụng có khó khăn, mất nhiều thời gian nên các phẫu thuật viên đã đặt nhiều dẫn lưu để dễ dàng theo dõi diễn biến sau mổ. Rút dẫn lưu thực hiện khoảng 4 – 5 ngày sau mổ, cũng tương tự như kết quả của Laforgia (2017) rút 6,4 ngày sau mổ nội soi còn mổ mở là 9,33 ngày.<sup>3</sup>

Thời gian nằm viện là  $6,0 \pm 1,1$  ngày (4 - 10 ngày) cho thấy mổ nội soi giúp người bệnh phục hồi nhanh và có thể trở về với cuộc sống sinh hoạt thường ngày sớm hơn. Hầu hết các tác giả cũng có kết quả và nhận xét tương tự, như của Aljohary H là 5 ngày, của Quah là 6,6 ngày, của Nguyễn Hữu Trí là  $5,7 \pm 1,2$  ngày.<sup>3,6,8</sup> Gouta (2018) có thời gian nằm viện sau mổ nội soi là 3 ngày (1-4) so với mổ mở 4 ngày (1-16)<sup>5</sup>. Vakayil và cộng sự thực hiện trên 616 bệnh nhân được điều trị thủng ổ loét tá tràng bằng phương pháp nội soi so sánh với nhóm 1846 mổ mở, kết quả cho thấy bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện ngắn hơn, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, biến chứng và tử vong đều thấp hơn so với nhóm chứng là nhóm được mổ mở.<sup>4</sup> Laforgia R và cộng sự với 59 bệnh nhân gồm 38 mổ mở, 21 PTNS thì thời gian nằm viện của phẫu thuật nội soi cũng ngắn hơn (7,5 so 13,1 ngày).<sup>2</sup>

Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp có thể do những bệnh nhân mổ nội soi được lựa chọn thường có thể trạng khá hơn, toàn trạng đỡ nặng hơn, bệnh nhân đến viện không quá muộn. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi không gặp biến chứng sau mổ và cũng không có tử vong. Phân tích gộp của Quah G.S. thấy không có sự khác nhau về tỷ lệ biến chứng sau mổ giữa 2 nhóm mổ mở và nội soi.<sup>8</sup>

Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí có tỷ lệ biến chứng chung 2,8%, không tử vong và không có biến chứng rò chỗ khâu.<sup>8</sup> Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả chung khá tốt, không có tử vong và biến chứng, do có sự cân nhắc chọn lựa bệnh nhân phù hợp chỉ định. Diễn biến sau mổ cho thấy bệnh nhân có trung tiện sớm, hầu hết trong vòng 48 giờ (93,5%). Đây là một trong những

lợi thể, giúp bệnh nhân sớm ăn uống trở lại, vận động và hồi phục nhanh hơn. Phẫu thuật nội soi đã cho thấy được lợi thể lớn hơn so với mổ mở, thời gian trung tiện, ngày nằm viện ít hơn so với mổ mở.<sup>5,6</sup>

## V. KẾT LUẬN

Thủng ổ loét hành tá tràng được xử trí cấp cứu bằng phương pháp mổ nội soi phụ thuộc vào một số yếu tố như bệnh nhân đến sớm hay muộn, tình trạng ổ bụng cũng như gây mê hồi sức và phẫu thuật. Kết quả phẫu thuật nội soi khả quan hơn ở nhóm được lựa chọn với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp. Do vậy, cần cân nhắc để lựa chọn phương pháp điều trị cho thích hợp.

**Lời cảm ơn.** Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các bệnh nhân trong nghiên cứu, các khoa phòng bệnh viện Bạch mai và Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stepanyan SA, Petrosyan AA, Safaryan HH, et al.** Laparoscopic and open repair for perforated

duodenal ulcer: single-center experience. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.* 2019; 14(1), 60-69.

2. **Laforgia R, Balducci G, Carbotà tranga G, et al.** Laparoscopic and Open Surgical Treatment in Gastroduodenal Perforations: Our Experience. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2017;27(2):113-115.
3. **Aljohary H, Althani H, Elmabrok G, et al.** Outcome of laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers. *Singapore Med J.* 2013; 54(4):216-219.
4. **Vakayil V, Bauman B, Joppru K, et al.** Surgical repair of perforated peptic ulcers: laparoscopic versus open approach. *Surg Endosc.* 2019;33(1):281-292.
5. **Gouta EL, Dougaz W, Khalfallah M, et al.** Management of perforated duodenal peptic ulcer treated by suture. *Tunis Med.* 2018;96(7):424-429.
6. **Quah GS, Eslick GD, Cox MR.** Laparoscopic Repair for Perforated Peptic Ulcer Disease Has Better Outcomes Than Open Repair. *J Gastrointest Surg.* 2019;23(3):618-625.
7. **Trần Bình Giang, Lê Việt Khánh, Nguyễn Đức Tiến và cộng sự.** Đánh giá khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày tá tràng qua soi ổ bụng tại bệnh viện Việt Đức. *Y học Việt Nam.* 2006:143 – 147.
8. **Nguyễn Hữu Trí.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một cổng khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng. *Luận án Tiến sỹ y học, Đại học Y Dược Huế;* 2017.

## ẢNH HƯỞNG TÌNH TRẠNG VIÊM GAN VIRUS ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SORAFENIB TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Tiến Quang<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Sorafenib được chỉ định trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn tiến triển. Nhiều nghiên cứu được thực hiện để xác định yếu tố tiên lượng ảnh hưởng kết quả điều trị, song chưa có sự đồng thuận, trong đó nhiễm viêm gan virus là 1 yếu tố còn gây tranh cãi. Nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá ảnh hưởng của tình trạng viêm gan virus đến kết quả điều trị sorafenib. Đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu, tiến cứu trên 110 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị tại bệnh viện K và bệnh viện đại học y Hà nội từ 1-2010 đến 31-11-2018. Kết quả cho thấy tỷ lệ viêm gan virus B (VGB) 75,5%, viêm gan virus C (VGC) 3,6%, đồng nhiễm viêm gan virus B và C 0,9%, không nhiễm viêm gan virus 20%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh ở nhóm VGB, VGC, đồng nhiễm VGB+VGC tương ứng là 55,4%, 50,0%, 100%, 72,7%. Thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS) trung vị ở nhóm VGB, VGC, đồng nhiễm VGB+VGC, không nhiễm viêm gan tương ứng là

4,4 tháng, 2,1 tháng, 5,1 tháng, 6,7 tháng ( $p > 0,05$ ). Thời gian sống toàn bộ (OS) trung vị ở nhóm VGB, VGC, đồng nhiễm VGB+VGC, không nhiễm viêm gan tương ứng là 5,9 tháng, 2,5 tháng, 17,1 tháng, 13,1 tháng ( $p > 0,05$ ). Trong phân tích đa biến, VGB là yếu tố tiên lượng độc lập đến kết quả điều trị OS, VGB làm tăng gấp 2,5 lần nguy cơ tử vong so với không nhiễm virus VGB (HR= 2,542, 95% CI: 1,327-4,870).

**Từ khóa:** ung thư biểu mô tế bào gan, sorafenib, viêm gan virus.

### SUMMARY

#### EFFECTS OF HEPATITIS VIRUS INFECTION ON THE RESULTS OF SORAFENIB TREATMENT IN PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Sorafenib is approved for first line treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) without indications of local intervention treatment. Some study have been done to determine the prognostic factors to treatment outcomes, but until now there is no consensus, in which hepatitis viral infection is controversial factor. The study was done to assess the effect of hepatitis viral infection on the results of sorafenib treatment in patients with HCC. Descriptive study on 110 HCC patients treated with sorafenib in K Hospital and Hanoi Medical University Hospital from January 2010 to November 2018. The rate of hepatitis B virus (HBV)

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Quang

Email: ntienguangbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.2.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2021

Ngày duyệt bài: 8.4.2021