

## **NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG NĂM 2010 TẠI 12 BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH MIỀN NÚI PHÍA BẮC**

**TRỊNH HỒNG SƠN, NGUYỄN THÀNH KHIÊM,  
TRƯƠNG VIỆT ANH, NGUYỄN VĂN ĐỒNG,  
TRẦN MINH PHƯƠNG, ĐOÀN TIẾN DƯƠNG, NGUYỄN HƯNG ĐẠO,  
NGUYỄN ĐĂNG DUY, VŨ ĐỨC MẠNH, PHẠM TIẾN BIÊN,  
VÀNG A SÀNG, NGUYỄN CÔNG BẰNG, LƯU KIM TRỌNG, ĐINH NGỌC DŨNG,  
NGUYỄN QUỐC HÙNG, NGUYỄN LẬP CẦU, QUÁCH VĂN KIÊN, BÙI TRUNG NGHĨA**

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thủng dạ dày-tá tràng là cấp cứu tiêu hóa thường gặp, do biến chứng loét dạ dày, tá tràng đe dọa tới tính mạng người bệnh. Bệnh thường gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi, có tiền sử loét nhiều năm hoặc dùng thuốc giảm đau không steroid.

Chẩn đoán thủng dạ dày tá tràng thường dễ dàng ở những trường hợp điển hình. Tuy nhiên, nhiều trường hợp khó chẩn đoán và có thể nhầm với các bệnh khác: tắc ruột, viêm tụy cấp, apxe gan vỡ... Mặc dù hiện nay có nhiều phương tiện hỗ trợ chẩn đoán như X quang, siêu âm, CT Scanner bụng,.. chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày tá tràng quan trọng nhất vẫn là thăm khám lâm sàng. Điều trị chủ yếu vẫn là phẫu thuật trong đó phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng là một tiến bộ mới được áp dụng.

Thực trạng chẩn đoán và điều trị bệnh lý này ở 12 bệnh viện đa khoa tỉnh biên giới miền núi phía bắc trong 6 tháng đầu năm 2009 đã được đánh giá trong một nghiên cứu hồi cứu của Trịnh Hồng Sơn và cộng sự. Đề tài cấp nhà nước □ Nghiên cứu ứng dụng quy trình chẩn đoán và điều trị một số bệnh ngoại khoa đường tiêu hoá thường gặp cho các tỉnh biên giới miền núi phía Bắc □ đã cung cấp cho các bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh một mẫu bệnh án thống nhất. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tình hình chẩn đoán và điều trị thủng ổ loét dạ dày tá tràng năm 2010 tại 12 tỉnh biên giới miền núi phía Bắc từ khi áp dụng mẫu bệnh án này.

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **1. Đối tượng**

Gồm tất cả các trường hợp được chẩn đoán thủng dạ dày tá tràng và được phẫu thuật tại BVĐK tỉnh : Hà

Giang, Bắc Giang, Tuyên Quang, Cao Bằng, Bắc Kạn, Điện Biên, Yên Bái, Lai Châu, Sơn La, Lào Cai, Quảng Ninh, Lạng Sơn từ ngày 01/01/2010 đến ngày 30/12/2010.

#### **2. Phương pháp nghiên cứu**

Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu mô tả

Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân (BN) thủng ổ loét dạ dày tá tràng được phẫu thuật tại các BVĐK 12 tỉnh biên giới miền núi phía Bắc từ 01/01/2010 đến ngày 30/12/2010.

Quy trình nghiên cứu:

- Xây dựng mẫu bệnh án thống nhất bao gồm đầy đủ các chỉ tiêu trong quy trình chẩn đoán điều trị bệnh lý thủng ổ loét dạ dày tá tràng

- Thông tin về chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân trong nghiên cứu được ghi nhận bằng bệnh án trên từ lúc nhập viện, phẫu thuật, hậu phẫu, và theo dõi xa sau mổ.

- Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 15.0

#### **3. Các chỉ tiêu nghiên cứu**

- Phân bố bệnh ở các tỉnh
- Tuổi, giới tính
- Triệu chứng cơ năng (các đặc điểm đau bụng: thời gian đau, tính chất đau...), triệu chứng toàn thân (mạch, huyết áp, nhiệt độ), triệu chứng thực thể (co cứng thành bụng, mất vùng đục trước gan...)
- Chẩn đoán trước mổ: thủng dạ dày, viêm phúc mạc (VPM) do viêm ruột thừa, VPM, thủng tạng rỗng,...
- Cách thức phẫu thuật: mổ nội soi, mổ mở.
- Đánh giá tổn thương: tình trạng ổ bụng, vị trí thủng (hành tá tràng, tá tràng, bờ cong nhỏ, môn vị, hang vị,

mặt sau dạ dày), kích thước lỗ thủng, tình trạng lỗ thủng (loét non, loét xơ chai, nghi ngờ ung thư),

- Theo dõi sau mổ: điều trị kháng sinh, thuốc giảm tiết acid dạ dày, thời gian nằm viện( ngày), biến chứng sau mổ (chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn dư...).

- Kết quả giải phẫu bệnh ổ loét.

### KẾT QUẢ BÀN LUẬN

Trong năm 2010, có 156 trường hợp thủng dạ dày tá tràng đã được chẩn đoán và điều trị tại BVĐK tỉnh trên. Dưới đây là kết quả và bàn luận:

#### 1. Phân bố bệnh nhân thủng ổ loét ở các tỉnh

Bảng 1: Phân bố bệnh tại các tỉnh

Tỉnh	Số bệnh nhân
Lai Châu	0
Điện Biên	2
Sơn La	22
Hà Giang	10
Lào Cai	1
Tuyên Quang	3
Yên Bái	22
Cao Bằng	6
Lạng Sơn	13
Bắc Giang	54
Bắc Cạn	11
Quảng Ninh	12
Tổng số	156

Trong năm 2010, số lượng BN được chẩn đoán và điều trị thủng ổ loét dạ dày tá tràng ở BVĐK tỉnh Bắc Giang là cao nhất, chiếm 54/156 (34.6%). BVĐK tỉnh Lai Châu năm 2010 không ghi nhận trường hợp thủng ổ loét dạ dày tá tràng nào.

#### 2. Đặc điểm tuổi, giới

Bảng 2. Độ tuổi

Độ tuổi	n	%
<20	5	3.2
20-40	51	32.7
41-60	59	37.8
61-80	35	22.4
>80	6	3.8
Tổng số	156	100

BN trẻ tuổi nhất trong nghiên cứu là 14,cao tuổi nhất 88 tuổi. Tỷ lệ gặp cao nhất là từ 41-60 tuổi chiếm 37,8%. Tỷ lệ gặp thấp nhất là dưới 20 tuổi chiếm 3.2%.

Bảng 3: Phân bố giới tính

Giới	n	%
Nam	125	80.1
Nữ	31	19.9

Đa phần gặp BN nam chiếm 80.1%. Tỷ lệ nam: nữ là 4.03.

#### 3. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 4: Tiền sử loét dạ dày

Tiền sử loét DD-TT	n	%
Có	41	26.3
Không	115	73.7

Có 41/156 (26.3%) BN có tiền sử loét dạ dày tá tràng.

Bảng 5: Tình trạng đau bụng

Đau bụng		n	%
Thời gian đau	<6	50	32.1
	6-12	46	29.5
	12-24	23	14.7
	>24	37	23.7
Khởi phát	Đột ngột	106	67.9
	Từ từ	50	32.1
Vị trí	Thượng vị	132	84.6
	Hạ sườn phải	7	4.5
	Hạ sườn trái	4	2.6
	Hố chậu phải	3	1.9
	Quanh rốn	7	14.5
	Đau ngực	1	0.6
Mức độ	Toàn bộ bụng	2	1.3
	Dữ dội	85	54.5
	Đau nhiều	58	37.2
Tính chất lan	Đau ít	13	8.3
	Đau tại chỗ	42	26.9
	Xuyên sau lưng	3	1.9
	Lan lên ngực, vai	4	2.6
	Lan khắp bụng	107	68.6

Trong 156 BN nghiên cứu, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm có thời gian từ lúc khởi phát đau đến khi vào viện dưới 6h 32,1%, BN đến muộn sau 24h chỉ chiếm 23.7%. Mặc dù ở các tỉnh biên giới miền núi phía Bắc điều kiện đi lại còn khó khăn, tỷ lệ BN đến viện trong những giờ đầu vẫn cao có lẽ là do tính chất khởi phát đột ngột dữ dội của bệnh. Phần lớn các trường hợp đều khởi phát đau đột ngột chiếm 67,9%. Điều này phù hợp với triệu chứng của thủng ổ loét được mô tả trong y văn. Đau thượng vị chiếm tới 84.6%. Các vị trí đau khác đã được mô tả trong y văn đều đã được ghi nhận bao gồm đau hạ sườn phải, hạ sườn trái, hố chậu phải, đau ngực. Đa phần BN đau mức độ nhiều tới dữ dội (54.5%) và đau nhiều 37.2%, chỉ có 8.3% đau ít. Hướng lan gặp nhiều nhất là lan khắp bụng chiếm 68.6%, các hướng lan khác được ghi nhận là lan lên ngực vai và xuyên sau lưng.

Bảng 6. Dấu hiệu toàn thân

Huyết áp và nhiệt độ		n	%
Huyết áp tâm thu	<90	3	1.9
	Trên 90	153	98.1
Sốt	Có	66	42.3
	Không	90	57.7

Hầu hết BN có huyết động ổn định ở thời điểm đến viện, chỉ có 1.9% BN có tụt huyết áp (huyết áp tâm thu dưới 90). Số lượng BN có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân với triệu chứng sốt cũng chỉ chiếm 42.3%, điều này phù hợp với tỷ lệ đến sớm.

Bảng 7. Các triệu chứng thực thể

Thực thể		n	%
Co cứng bụng	Không	27	17.3
	Có	129	82.7
Mất vùng đục trước gan	Có	52	33.3
	Không	104	66.7

Hầu hết các triệu chứng lâm sàng có giá trị trong chẩn đoán thủng dạ dày đều được ghi nhận: dấu hiệu co cứng cơ thành bụng gặp ở 82.7%

Dấu mất vùng đục trước gan cũng là các triệu chứng có giá trị trong chẩn đoán thủng dạ dày, tuy nhiên chỉ có 33,3% khám thấy triệu chứng này.

#### 4. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh

Bảng 8: Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Chẩn đoán hình ảnh		n	%	
Chụp bụng không chuẩn bị	Không làm	2	1.3	
	Liềm hơi dưới hoành	Không có	28	17.9
		Bên phải	47	30.1
		Bên trái	12	7.7
		Hai bên	67	42.9
Siêu âm	Không làm	36		
	Dịch ổ bụng (n=120)	Có	75	62.5
		Không	45	37.5
	Khí ổ bụng (n=120)	Có	20	16.8
		Không	19	83.2

Chụp X quang bụng không chuẩn bị là phương tiện rất có giá trị trong chẩn đoán thủng tạng rỗng. Chỉ có 2 BN không được chụp X quang vì lý do làm sàng đã điển hình. Trong các BN được chụp phim tỷ lệ gặp liềm hơi là hơn 80% trong đó gặp nhiều nhất là liềm hơi 2 bên (42.9%). Siêu âm được làm ở 120 trường hợp trong đó 62.5 ghi nhận được có dịch tự do ổ bụng, 16.8% ghi nhận có khí tự do ổ bụng.

Cắt lớp ổ bụng chỉ được làm ở 2 trong số 156 trường hợp, kết quả chỉ ghi nhận có dịch ổ bụng.

#### 5. Điều trị

100% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều được chỉ định mổ cấp cứu, không có trường hợp nào chỉ định điều trị nội khoa bảo tồn. Điều này cũng phù hợp với chẩn đoán trước mổ đều là các cấp cứu bụng ngoại khoa.

Bảng 9: Chẩn đoán trước mổ

Chẩn đoán trước mổ	n	%
Thủng dạ dày-hành tá tràng	108	69.2
VPM do VRT	5	3.2
VRT	3	1.9
VPM	8	5.1
Thủng tạng rỗng	31	19.9
Viêm túi mật	1	0.6

Đa số các trường hợp đều chẩn đoán được trước phẫu thuật (69.2%), hầu hết các trường hợp còn lại cũng chẩn đoán được trước phẫu thuật là thủng tạng rỗng (19.9%). Bệnh lý hay bị nhầm lẫn nhất là viêm ruột thừa (3.2%).

Bảng 10: Điều trị phẫu thuật

Điều trị phẫu thuật	n	%
Mổ mở	134	85.9
Nội soi	22	14.1

Đa phần phẫu thuật vẫn là mổ mở (85.9%)

Bảng 11: Thời gian từ khi vào viện tới lúc mổ

Thời gian từ lúc vào viện tới lúc mổ	n	%
<6	53	69.9
6-12	13	16.6
12-24	6	11.6
>24	2	1.9

Đa số các trường hợp được phẫu thuật trong vòng 6 tiếng sau khi vào viện (69.9%). Chỉ có 1.9% mổ muộn sau 24 giờ kể từ khi nhập viện.

Bảng 12. Tổn thương trong mổ

Tổn thương trong mổ		n	%	
Lỗ thủng	Vị trí	Hành tá tràng	99	63.5
		D 1 tá tràng	9	5.8
		Bờ cong nhỏ	10	6.4
		Hang vị	19	12.2
		Môn vị	19	12.2
	Kích thước	<5mm	40	25.6
		5-10mm	93	59.6
		>10mm	23	14.7
	Đại thể ổ loét	Loét non	70	44.8
		Loét xơ chai	82	52.6
		Nghi ngờ ung thư	4	2.6
	Xâm lấn các tạng	Không	149	95.5
		Cuống gan	3	1.9
		Tụy	2	1.3
		Túi mật	2	1.3
Môn vị	Bình thường	134	85.9	
	Hẹp	22	14.1	

Ngoài tình trạng ổ bụng và các cơ quan trong ổ bụng được mô tả tương đối đầy đủ trong bệnh án thì tổn các đặc điểm của tổn thương chính cũng được ghi nhận chi tiết và đầy đủ. Lỗ thủng ổ loét gặp nhiều nhất ở hành tá tràng chiếm 63.5%, tiếp đó là hang môn vị và bờ cong nhỏ. Kích thước lỗ thủng đa phần từ 5-10mm chiếm 59,6%, các lỗ thủng trên 10mm ít gặp nhất (14.7%). Ổ loét xơ chai hay gặp hơn ổ loét non (52.6% so với 44.8%), có 4 trường hợp các phẫu thuật viên nghi ngờ tổn thương ác tính trên đại thể. Có 7/156 bệnh nhân ổ loét xâm lấn các tạng lân cận bao gồm cuống gan, tụy và túi mật. Tình trạng hẹp môn vị được ghi nhận ở 14.1% các trường hợp.

Bảng 13: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Khâu các mũi rời	89	57.2
Khâu mũi chữ X	31	19.9
Khâu mũi chữ U	7	4.5
Cắt đoạn dạ dày	1	0.6
PT Newmann	1	0.6
Miếng vá Graham	25	16.0
Miếng vá bọc Fibrin và Thrombin	2	1.2

Chỉ có 1/156 bệnh nhân được mổ cắt dạ dày đó là trường hợp bệnh nhân nam, 50 tuổi, lỗ thủng dạ dày to ở bờ cong nhỏ chưa loại trừ u. 1 trường hợp bệnh nhân nam, 62 tuổi được làm phẫu thuật Newmann do lỗ thủng to, xơ chai ở hành tá tràng. Cách khâu lỗ thủng hay được áp dụng nhất là khâu các mũi rời chiếm (57,2%), ít được sử dụng nhất là khâu mũi chữ U (4,51%). 16% bệnh nhân được sử dụng miếng vá Graham (mạc nối lớn), đặc biệt có 2 trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật tại bệnh viện Bắc Kạn sử dụng miếng vá bọc Fibrin và Thrombin. Không có trường hợp nào nối vị tràng mặc dù mô tả trong mổ có 14,1% có hẹp môn vị (bảng 12).

**Bảng 14: Kháng sinh sử dụng sau mổ**

Kháng sinh	n	%
Betalactam đơn thuần	12	7.7
Betalactam+ Aminosit	12	7.7
Betalactam+ Quinolon	1	0.6
Betalactam+ Imidazol	98	62.8
Betalactam+ Sulfamid	10	6.5
Betalactam+ Macrolides	1	0.6
Betalactam+ Aminosit+ Imidazol	22	14.1

**Bảng 15: Sử dụng thuốc giảm tiết sau mổ**

Thuốc giảm tiết	n	%
Kháng Histamin H2	24	15.4
Ức chế bơm proton	132	84.6
Bảo vệ niêm mạc dạ dày	1	0.6

100% bệnh nhân sau mổ có dùng kháng sinh nhóm betalactam trong đó phổ biến nhất là kết hợp với nhóm Imidazol (62.8%). Các kháng sinh khác cũng được sử dụng sau mổ là các nhóm Aminosit, Quinolon, Sulfamid và Macrolides. 100% BN được sử dụng các thuốc giảm tiết sau mổ.

### 6. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 16: Kết quả chung**

Kết quả	n	%
Ổn định ra viện	154	98.7
Nặng nề, tử vong	2	1.3
Thời gian nằm viện TB 8.44±4.58 (1-44)		

**Bảng 17: Tai biến trong và sau mổ**

Tai biến	n	%
Chảy máu	0	0
Bục chỗ khâu, miệng nối	0	0
áp xe tồn dư	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	10	6.4

98.7% BN ổn định ra viện sau mổ, chỉ có 2 trường hợp nặng nề và tử vong do sốc nhiễm trùng nhiễm độc (cả hai BN này đến viện rất muộn). Nói chung không có biến chứng nào lớn, chỉ có 6.4% BN có nhiễm trùng vết mổ, tỷ lệ này chấp nhận được đối với một phẫu thuật có nguy cơ nhiễm khuẩn cao như thủng tạng rỗng.

### 7. Kết quả giải phẫu bệnh

**Bảng 18: Kết quả giải phẫu bệnh**

Kết quả giải phẫu bệnh			
Sinh thiết	Có	n	%
	Không	10	6.4
Vị trí sinh thiết	Hành tá tràng	146	93.6
	Dạ dày	2	20
Kết quả GPB	Ung thư biểu mô	8	80
	Viêm loét mạn tính	1	10
	Tổ chức cơ trơn	8	80
		1	10

Chỉ có 10/156 (6.4%) BN được sinh thiết ổ loét làm giải phẫu bệnh, hầu hết các trường hợp này vị trí ổ loét ở dạ dày (8/10). Sinh thiết trong mổ khâu thủng ổ loét tại vị trí dạ dày trong nghiên cứu này là một tiến bộ của các bác sĩ BVĐK tỉnh.

Việc quyết định sinh thiết phụ thuộc rất nhiều vào thói quen và việc đánh giá tổn thương của phẫu thuật viên, một số phẫu thuật viên chỉ quyết định sinh thiết khi nghi ngờ tổn thương ác tính. Có 1/8 BN được sinh thiết loét tại dạ dày có kết quả là ung thư biểu mô.

### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 156 trường hợp mổ thủng ổ loét dạ dày tá tràng ở các BVĐK tỉnh miền núi phía Bắc năm 2010 chúng tôi có kết luận sau:

Thông tin chung, tiền sử và các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến chẩn đoán bệnh lý thủng ổ loét dạ dày tá tràng đã được ghi nhận đầy đủ. Đặc điểm tổn thương trong mổ cũng đã được đánh giá chi tiết. Sinh thiết trong mổ đã bắt đầu được triển khai. Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới (80,1%) với 26,5% có tiền sử loét, đau bụng dữ dội đột ngột 67,9%, bụng co cứng 82,7% và trên phim chụp bụng không chuẩn bị thấy liềm hơi 82,7%. Thủng ổ loét hành tá tràng chiếm 63,5%.

Phẫu thuật khâu lỗ thủng là phương pháp chính trong đó phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng đã được triển khai tốt tại các BVĐK tỉnh, tỷ lệ cắt dạ dày cấp cứu chỉ chiếm 0,6%. Kết quả phẫu thuật đáng khích lệ, không có biến chứng lớn nào liên quan tới phẫu thuật. Tỷ lệ tử vong chung 1,3% do BN đến muộn, tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng vết mổ chấp nhận được (6,4%). Kháng sinh và các thuốc điều trị sau mổ phù hợp với bệnh lý này.