

VAI TRÒ CỦA ĐẶT ỐNG THÔNG MŨI DẠ DÀY SAU KHÂU LỖ THÙNG ĐIỀU TRỊ THÙNG Ổ LOÉT TÁ TRÀNG CÓ KÍCH THƯỚC NHỎ

Nguyễn Hữu Trí

Bộ môn Giải phẫu, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nghiên cứu này có mục tiêu đánh giá vai trò của đặt ống thông mũi dạ dày sau phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng ở những bệnh nhân thủng ổ loét tá tràng có kích thước lỗ thủng nhỏ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu. Gồm 69 bệnh nhân bị thủng ổ loét tá tràng có kích thước lỗ thủng ≤ 5 mm, có ASA ≤ 3 , chỉ số Boey ≤ 1 , được điều trị bằng phương pháp khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 1/2012 đến tháng 6/2018. Bệnh nhân chia hai nhóm: nhóm đặt ống thông mũi dạ dày sau khâu lỗ thủng và nhóm bệnh nhân không đặt ống thông mũi dạ dày do không hợp tác. **Kết quả:** Tuổi trung bình $47,8 \pm 14,7$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 22. Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện trung bình $7,5 \pm 5,5$ giờ. Bệnh nhân có chỉ số Boey 0 là 60 (87,0%), Boey 1 là 9 (13,0%). Kích thước lỗ thủng trung bình là $3,5 \pm 1,0$ mm. 100% lỗ thủng ở mặt trước hành tá tràng. Ở nhóm có đặt ống thông mũi dạ dày có thời gian lưu ống thông trung bình là $2,9 \pm 0,7$ ngày. Nhóm bệnh nhân không đặt ống thông mũi dạ dày có thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trung bình nhanh hơn nhóm có đặt ống: $1,8 \pm 0,5$ ngày so với $2,6 \pm 0,7$ ngày ($p = 0,042$), thời gian nằm viện ngắn hơn: $4,5 \pm 0,6$ ngày so với $5,8 \pm 0,8$ ngày ($p = 0,026$). Thời gian dùng thuốc giảm đau giữa hai nhóm không khác nhau có ý nghĩa thống kê ($2,3 \pm 0,5$ ngày so với $2,8 \pm 0,8$ ngày, $p = 0,097$). Cả hai nhóm không có biến chứng hay tử vong sau mổ. **Kết luận:** Bệnh nhân không đặt ống thông mũi dạ dày sau khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng có thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa ngắn hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn. Việc lưu ống thông mũi dạ dày sau khâu lỗ thủng ở những bệnh nhân có lỗ thủng nhỏ ≤ 5 mm, có yếu tố nguy cơ thấp dường như không thực sự cần thiết.

Từ khóa: thủng ổ loét tá tràng, khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng, phẫu thuật nội soi, ống thông mũi dạ dày

Abstract

THE ROLE OF NASOGASTRIC TUBE AFTER LAPAROSCOPIC REPAIR OF SMALL PERFORATION OF DUODENAL ULCERS IN LOW RISK PATIENTS

Nguyen Huu Tri

Dept. of Anatomy, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: The aim of this study was to evaluate the role of nasogastric tube after laparoscopic repair of small perforation of duodenal ulcers in low risk patients. **Methods:** A retrospective study on 69 consecutive perforated duodenal ulcer patients with size of perforation of less than 5 mm, ASA score of less than 4, Boey score of less than 2, treated with laparoscopic repair at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2012 to June 2018. Patients were divided into two groups: group 1 with postoperative nasogastric tube and group 2 without postoperative nasogastric tube because patients were uncooperative and removed the nasogastric tube themselves. **Results:** The mean age was 47.8 ± 14.7 years. Male/female ratio was 22. The mean of duration from symptom onset until surgery was 7.5 ± 5.5 hours. 60 patients (87.0%) had a Boey score of 0 and nine patients (13.0%) had a Boey score of 1. The mean of size of perforation was 3.5 ± 1.0 mm. All of perforations were on the anterior duodenal wall. The patients in the group 2 had a significantly shorter interval between surgery and passage of first flatus than in group 1 (1.8 ± 0.5 days vs 2.6 ± 0.7 days ($p = 0.042$)), had a significantly shorter postoperative hospital stay than in group 1 (4.5 ± 0.6 days vs 5.8 ± 0.8 days ($p = 0.026$)). There was no significant difference between group 1 and group 2 in the duration of analgesic use (2.3 ± 0.5 days vs 2.8 ± 0.8 days, $p = 0.097$). There was no morbidity or mortality in two groups. **Conclusions:** The patients without postoperative nasogastric tube had a significantly shorter interval between surgery and passage of first flatus and postoperative hospital stay. The use of postoperative nasogastric tube in small perforations of duodenal ulcers in low risk patients seems to be unnecessary.

Keywords: Perforated duodenal ulcer, laparoscopic repair, laparoscopic surgery, nasogastric tube

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Hữu Trí, email: tridhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17/4/2019, Ngày đồng ý đăng: 17/5/2019; Ngày xuất bản: 1/7/2019

DOI: 10.34071/jmp.2019.4.9

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày tá tràng là một bệnh lý phổ biến trên thế giới cũng như ở nước ta. Biểu chứng thủng xảy ra ở khoảng 2 - 10% các trường hợp loét dạ dày tá tràng [13], đây là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Điều trị thủng ổ loét tá tràng gồm hai nhóm phương pháp: điều trị bảo tồn theo phương pháp Taylor và phẫu thuật. Với hiệu quả của các thuốc ức chế bơm proton kết hợp với việc điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori* làm giảm đáng kể tỷ lệ loét tái phát nên khâu lỗ thủng là phương pháp phẫu thuật được lựa chọn hiện nay trong phần lớn các trường hợp [13], [18]. Trong cả hai phương pháp điều trị bảo tồn cũng như khâu lỗ thủng, các tác giả cho rằng việc đặt ống thông mũi dạ dày giúp giảm áp lực trong dạ dày tá tràng giúp thuận lợi trong việc lành ổ loét [5], [7].

Những năm gần đây, việc áp dụng các biện pháp thúc đẩy phục hồi sớm sau mổ (Enhanced recovery after surgery – ERAS) đã được áp dụng ngày càng rộng hơn cho các loại phẫu thuật khác nhau như cắt dạ dày, cắt đại tràng... trong đó hầu hết không lưu ống thông mũi dạ dày sau mổ. Việc rút bỏ ống thông mũi dạ dày giúp bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn, góp phần phục hồi sau mổ sớm hơn. Đối với sau phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng, việc lưu ống thông mũi dạ dày có thực sự cần thiết không? Liệu có thể an toàn khi chúng ta rút bỏ ống thông mũi dạ dày ngay sau mổ? Đến nay rất ít nghiên cứu đề cập đến các vấn đề này.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá vai trò của đặt ống thông mũi dạ dày sau phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng ở những bệnh nhân thủng ổ loét tá tràng có kích thước lỗ thủng nhỏ.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Gồm 69 bệnh nhân bị thủng ổ loét tá tràng có kích thước lỗ thủng ≤ 5 mm, được điều trị bằng phương pháp khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

STT	Đặc điểm	Kết quả (n=69)
1	Tuổi (năm)	47,8 ± 14,7*
2	Tỷ lệ (nam/nữ)	22 (66/3)
5	Thời gian khởi phát đến khi nhập viện (giờ)	7,5 ± 5,5*
6	Chỉ số Boey	
	Boey 0 n(%)	60 (87,0%)
	Boey 1 n(%)	9 (13,0%)

(PTNS) tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 1/2012 đến tháng 6/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu.
- Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân được chẩn đoán thủng ổ loét tá tràng được điều trị bằng PTNS khâu lỗ thủng, kích thước lỗ thủng ≤ 5 mm.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Những bệnh nhân có thủng ổ loét tá tràng kích thước lỗ thủng ≤ 5 mm nhưng kèm theo hẹp môn vị, hoặc kèm xuất huyết tiêu hóa
 - + Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng (chỉ số ASA > 3). Bệnh nhân có chỉ số Boey > 1.
- Điều trị hậu phẫu: được chia làm hai nhóm:
 - + Nhóm 1: các bệnh nhân hợp tác với điều trị được lưu ống thông mũi dạ dày, nhịn ăn uống cho đến khi trung tiện trở lại thì rút ống thông mũi dạ dày và bắt đầu cho ăn uống qua đường miệng. Kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 đường tĩnh mạch 2 g/ngày, Metronidazole đường tĩnh mạch 1 g/ngày. Omeprazole đường tĩnh mạch 40 mg/ngày, chuyển sang đường uống khi bệnh nhân ăn uống trở lại. Bệnh nhân được dùng giảm đau Paracetamol 1 g 2 - 3 lần/ngày hay Morphine tùy theo mức độ đau. Những bệnh nhân có *H. pylori* (+) sẽ được sử dụng phác đồ điều trị ba thuốc OAC (Omeprazole, Amoxicillin, Clarithromycin) trong 10 ngày sau đó Omeprazole 20 mg/ngày cho đến 4 tuần.
 - + Nhóm 2: các bệnh nhân có rối loạn tâm thần không hợp tác với điều trị, tự động rút ống thông mũi dạ dày và không hợp tác đặt lại thì không thể lưu ống thông mũi dạ dày, nhịn ăn uống đến khi trung tiện trở lại thì bắt đầu cho uống sau đó ăn đặc dần. Điều trị giảm đau, kháng sinh như nhóm 1.

Các chỉ số nghiên cứu bao gồm đặc điểm chung của bệnh nhân trước mổ; các số liệu liên quan quá trình mổ và diễn biến hậu phẫu đến khi ra viện.

7	Kích thước lỗ thủng (mm)	3,5 ± 1,0*
7	Vị trí lỗ thủng ở mặt trước hành tá tràng n(%)	69 (100%)

* Trung bình ± SD

3.2. Đặc điểm liên quan ống thông mũi dạ dày (n=65)

Bảng 2. Các đặc điểm liên quan ống thông mũi dạ dày

Thời gian hậu phẫu (ngày)	Số BN còn ống thông mũi dạ dày	Lượng dịch qua ống thông mũi dạ dày (ml) (Trung bình ± SD, (lớn nhất – nhỏ nhất))
1	65	159,2 ± 60,0 (90 - 310)
2	64	70,9 ± 19,7 (40 - 120)
3	48	61,3 ± 15,2 (90 - 310)
Thời gian lưu ống thông mũi dạ dày (ngày)		2,9 ± 0,7 (1 - 4)

3.3. Các đặc điểm sau mổ đến khi ra viện

Bảng 3. Các đặc điểm sau mổ

Đặc điểm	Nhóm 1 (n=65)	Nhóm 2 (n=4)	p
Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa (ngày)*	2,6 ± 0,7	1,8 ± 0,5	0,042
Thời gian dùng thuốc giảm đau (ngày)*	2,8 ± 0,8	2,3 ± 0,5	0,097
Thời gian nằm viện*	5,8 ± 0,8	4,5 ± 0,6	0,026
Biến chứng hoặc tử vong	0	0	

* Trung bình ± SD

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với các bệnh nhân thủng ổ loét tá tràng có kích thước lỗ thủng ≤ 5 mm, bệnh nhân nam chiếm 95,7%, tỷ lệ nam/nữ là 22. Nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho thấy thủng ổ loét tá tràng xảy ra phần lớn ở nam như tác giả Vũ Đức Long [1], tỷ lệ nam/nữ là 19. Theo Gupta [9], tỷ lệ nam/nữ là 10,5. Một số nghiên cứu khác có tỷ lệ nam/nữ thấp hơn như tác giả Boey và cs [6], tỷ lệ này là 3,6. Nghiên cứu của các tác giả giúp giải thích sự khác biệt này: Smith và cs [19] cho thấy estrogen kích thích tiết bicarbonat ở niêm mạc tá tràng giúp làm giảm tỷ lệ loét tá tràng ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ; Tuo và cs [20] cho thấy estrogen tác động lên tiết bicarbonat ở niêm mạc tá tràng thông qua kích thích Prostaglandin E2.

Thời gian khởi phát đến khi nhập viện là một yếu tố quan trọng liên quan đến tiên lượng biến chứng và tử vong [3], [16], [17]. Ngoài ra, đây còn là một yếu tố liên quan đến chỉ định áp dụng PTNS. Những năm đầu, các tác giả chỉ áp dụng PTNS cho những bệnh nhân đến trước 24 giờ nhưng gần đây nhiều tác giả áp dụng cho cả những bệnh nhân đến muộn sau 24 giờ [10], [14]. Tuy vậy, nghiên cứu của Kim [11] cho thấy ở bệnh nhân đến muộn sau 48 giờ có tỷ lệ biến chứng cao gấp 11 lần so với nhóm đến trước 48 giờ. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có một BN đến muộn sau 24 giờ, chúng tôi áp dụng PTNS

khâu lỗ thủng thành công, không có biến chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi chỉ áp dụng PTNS đối với những bệnh nhân có chỉ số Boey là 0 hoặc 1. Đây là chỉ số tiên lượng biến chứng và tử vong quan trọng. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân có chỉ số Boey 0 là 0% - 1,5%; ở các BN có chỉ số Boey 1 là 10% - 14,4% [6], [12].

4.2. Vai trò của ống thông mũi dạ dày

Điều trị thủng ổ loét tá tràng bao gồm hai vấn đề chính: điều trị tình trạng viêm phúc mạc và giải quyết tình trạng lỗ thủng cũng như bệnh lý loét tá tràng [8]. Các nghiên cứu cho thấy khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng kèm điều trị diệt trừ H. pylori ở những bệnh nhân có H. pylori (+) làm giảm đáng kể tỷ lệ loét tái phát [2], [18]. Vì vậy cho đến nay, phương pháp điều trị chọn lựa đối với hầu hết thủng ổ loét tá tràng là khâu lỗ thủng kết hợp điều trị diệt trừ H. pylori ở những bệnh nhân có H. pylori (+), phẫu thuật triệt để thường không cần thiết, ngoại trừ bệnh nhân có các biến chứng kèm theo như chảy máu, hẹp môn vị hay thủng ổ loét tái phát [4], [18].

Sau khâu lỗ thủng, hầu hết tác giả lưu ống thông mũi dạ dày cho đến khi bệnh nhân trung tiện trở lại hoặc một số tác giả cho rằng rút ống thông mũi dạ dày khi lượng dịch qua ống thông mũi dạ dày < 300 ml/ngày [15]. Các tác giả cho rằng việc đặt ống thông mũi dạ dày trong điều trị Taylor hoặc sau khâu lỗ thủng giúp giảm áp lực trong dạ dày tạo điều

kiện cho việc lành lỗ thủng [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với nhóm BN hợp tác tốt, có thể lưu ống thông mũi dạ dày cho đến khi trung tiện trở lại gồm 65 BN. Thời gian lưu ống thông mũi dạ dày trung bình $2,9 \pm 0,7$. Lượng dịch qua ống thông mũi dạ dày nhiều nhất 310 ml/ngày. Đối chiếu với tiêu chuẩn rút ống thông mũi dạ dày khi lượng dịch < 300 ml/ngày thì hầu hết BN có thể rút ngay sau mổ. Đáng lưu ý, ở bốn BN có rối loạn tâm thần không hợp tác với việc lưu ống thông mũi dạ dày nên BN rút ngay khi tỉnh dậy.

Cả bốn BN này đều không có biến chứng. Bảng 3 cho thấy các BN không lưu ống thông mũi dạ dày có thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa sau mổ nhanh hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn. Từ đó, vấn đề đặt ra đối với vai trò của việc lưu ống thông mũi dạ dày sau phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét tá

tràng với các trường hợp lỗ thủng nhỏ ≤ 5 mm, yếu tố nguy cơ thấp có thực sự cần thiết hay không? Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế là nghiên cứu hồi cứu, nhóm bệnh nhân không lưu ống thông mũi dạ dày có số lượng ít nên chưa thể kết luận được. Đây là một việc làm đã được xem là thường quy nên cần có nghiên cứu tiến cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân không lưu ống thông mũi dạ dày sau khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng có thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa ngắn hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn. Việc lưu ống thông mũi dạ dày sau khâu lỗ thủng ở những bệnh nhân có lỗ thủng nhỏ ≤ 5 mm, có yếu tố nguy cơ thấp dường như không thực sự cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Đức Long (2008), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị thủng ổ loét tá tràng, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
2. Trần Thiện Trung (2005). Kết quả 5 năm của phẫu thuật khâu thủng ổ loét dạ dày - tá tràng kết hợp với điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori*. *Y học Tp Hồ Chí Minh*, Tập 9 (Phụ bản của số 1), tr. 27–32.
3. Arveen S., Jagdish S., and Kadambari D. (2009). Perforated Peptic Ulcer in South India : An Institutional Perspective. *World J Surg*, 33, pp. 1600–1604.
4. Bertleff M.J.O.E. and Lange J.F. (2010). Perforated Peptic Ulcer Disease: A Review of History and Treatment. *Dig Surg*, 27, pp. 161–169.
5. Bertram H.F. (1950). Nonoperative treatment of perforated duodenal ulcer; preliminary report of 16 consecutive cases with no mortality. *Ann Surg*, 132(6), pp. 1075–1085.
6. Boey J., Choi S.K.Y., Alagaratnam T.T., et al. (1987). Risk Stratification in Perforated Duodenal Ulcers: A Prospective Validation of Predictive Factors. *Ann Surg*, 205(1), pp. 22–26.
7. Donovan A.J., Berne T. V, and Donovan J.A. (1998). Perforated Duodenal Ulcer An Alternative Therapeutic Plan Arthur. *Arch Surg*, 133, pp.1166–1171.
8. Donovan A.J., Vinson T.L., Maulsby G.O., et al. (1979). Selective Treatment of Duodenal Ulcer with Perforation. *Ann Surg*, 189(5), pp.627–635.
9. Gupta S., Kaushik R., Sharma R., et al. (2005). The management of large perforations of duodenal ulcers. *BMC Surg*, 5(15).
10. Katkhouda N., Mavor E., Mason R.J., et al. (1999). Laparoscopic Repair of Perforated Duodenal Ulcers: outcome and efficacy in 30 consecutive patients. *Arch Surg*, 134, pp.845–850.
11. Kim M.G. (2015). Laparoscopic Surgery for Perforated Duodenal Ulcer Disease: Analysis of 70 Consecutive Cases From a Single Surgeon. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 25(4), pp.331–336.
12. Lee F.Y.J., Leung K.L., Lai B.S.P., et al. (2001). Predicting Mortality and Morbidity of Patients Operated on for Perforated Peptic Ulcers. *Arch Surg*, 136(1), pp.90–94.
13. Lui F.Y. and Davis K.A. (2010). Gastroduodenal perforation: Maximal or minimal intervention?. *Scand J Surg*, 99, pp.73–77.
14. Lunevicius R. and Morkevicius M. (2005). Risk factors influencing the early outcome results after laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer and their predictive value. *Langenbecks Arch Surg*, 390(5), pp.413–420.
15. Mohsina S., Shanmugam D., Sureshkumar S., et al. (2018). Adapted ERAS Pathway vs. Standard Care in Patients with Perforated Duodenal Ulcer—a Randomized Controlled Trial. *J Gastrointest Surg*, 22(1), pp.107–116.
16. Moller M.H., Engebjerg M.C., Adamsen S., et al. (2012). The Peptic Ulcer Perforation (PULP) score : a predictor of mortality following peptic ulcer perforation . A cohort. *Acta Anaesthesiol Scand*, 56, pp.655–662.
17. Noguiera C., Santos J.N., Silva G., et al. (2003). Perforated Peptic Ulcer: Main Factors of Morbidity and Mortality. *World J Surg*, 27, pp.782–787.
18. Ng E.K.W., Lam Y.H., Sung J.J.Y., et al. (2000). Eradication of *Helicobacter pylori* prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial. *Ann Surg*, 231(2), pp.153–158.
19. Smith A., Contreras C., Kwang H.K., et al. (2008).

Gender-specific protection of estrogen against gastric acid-induced duodenal injury: Stimulation of duodenal mucosal bicarbonate secretion. *Endocrinology*, 149(9), pp.4554–4566.

20. Tuo B., Wen G., Wang X., et al. (2012). Estrogen potentiates prostaglandin E₂-stimulated duodenal mucosal HCO₃⁻ secretion in mice. *Am J Physiol Endocrinol Metab*, 303, pp.111–121.