

LAPAROSCOPIC SURGERY OUTCOMES FOR GASTRIC PERFORATION AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Huỳnh Thanh Long^{1,2*}, Nguyễn Mạnh Khiêm¹, Lê Trọng Thiên³, Nguyễn Hồng Phát¹

¹Nguyen Tri Phuong Hospital - 468 Nguyen Trai, An Dong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Nguyen Tat Thanh University - 300A Nguyen Tat Thanh, Xom Chieu Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Hong Bang International University - 215 Dien Bien Phu, Gia Dinh Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/06/2025

Revised: 29/08/2025; Accepted: 12/09/2025

ABSTRACT

Objective: This study aims to evaluate the complication rate, length of stay, and associated factors in laparoscopic repair of gastric perforation at Nguyen Tri Phuong Hospital.

Materials and Methods: A retrospective case series study was conducted on 62 patients diagnosed with gastric perforation and indicated for laparoscopic surgery from January to December 2018. Data collected included treatment characteristics, complications, length of stay, and postoperative outcomes. Statistical analysis was performed using Stata to examine associations between risk factors and treatment outcomes.

Results: A total of 62 patients were included, with a mean age of 50.0 ± 16.6 years. The median surgery duration was 63 minutes, with first flatus on day 2 and drain removal on day 4. The mean length of stay was 9.3 ± 4.0 days. The postoperative complication rate was 21%, with wound infection and pneumonia being the most common. Prolonged hospital stay was associated with older age ($p = 0.004$), elevated preoperative blood glucose ($p = 0.028$), perforation size >10 mm ($p = 0.036$), and delayed surgery ($p = 0.036$). Logistic regression revealed that advanced age increased complication risk ($p = 0.018$), while lower WBC levels were linked to higher complications ($p = 0.044$).

Conclusion: Laparoscopic surgery for gastric perforation at Nguyen Tri Phuong Hospital reported an average length of stay was 9.3 ± 4.0 days, associated with several factors such as advanced age, elevated preoperative blood glucose levels, and large perforation size. The postoperative complication rate was 21%. Surgeons need to consider risk factors preoperatively to optimize treatment.

Keywords: Gastric perforation, laparoscopic surgery, hospital stay, complications.

*Corresponding author

Email: htlong@ntt.edu.vn **Phone:** (+84) xxx **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD13.3225**

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU LỖ THÙNG DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Huỳnh Thanh Long^{1,2*}, Nguyễn Mạnh Khiêm¹, Lê Trọng Thiên³, Nguyễn Hồng Phát¹

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương - 468 Nguyễn Trãi, phường An Đông, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành - 300A Nguyễn Tất Thành, phường Xóm Chiếu, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng - 215 Điện Biên Phủ, phường Gia Định, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/06/2025

Chỉnh sửa ngày: 29/08/2025; Ngày duyệt đăng: 12/09/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ biến chứng, thời gian nằm viện và các yếu tố liên quan đến phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả loạt ca kết hợp hồi cứu hồ sơ bệnh án của 62 bệnh nhân được chẩn đoán thủng dạ dày và có chỉ định phẫu thuật nội soi từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2018 tại hai khoa ngoại Tổng Hợp và ngoại Tiêu Hóa bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Dữ liệu thu thập bao gồm đặc điểm điều trị, biến chứng, thời gian nằm viện và kết quả sau phẫu thuật. Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm Stata để phân tích các mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và kết cục điều trị.

Kết quả: Tổng cộng có 62 bệnh nhân thủng dạ dày được đưa vào nghiên cứu, với độ tuổi trung bình là $50,0 \pm 16,6$. Thời gian phẫu thuật trung vị là 63 phút, thời gian trung tiện ngày 2, rút ống dẫn lưu ngày 4. Thời gian nằm viện trung bình $9,3 \pm 4,0$ ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 21%, phổ biến nhất là nhiễm trùng vết mổ và viêm phổi. Thời gian nằm viện kéo dài có liên quan đến tuổi cao ($p = 0,004$), đường huyết trước mổ cao ($p = 0,028$), kích thước lỗ thủng lớn (>10 mm) ($p = 0,036$) và thời gian từ lúc đau đến khi mổ dài hơn ($p = 0,036$). Hồi quy logistic cho thấy tuổi cao làm tăng nguy cơ biến chứng ($p = 0,018$), trong khi chỉ số WBC thấp có liên quan đến biến chứng cao hơn ($p = 0,044$).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương ghi nhận thời gian nằm viện trung bình $9,3 \pm 4,0$ ngày, liên quan một số yếu tố như tuổi cao, đường huyết trước mổ cao, kích thước lỗ thủng lớn. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 21%. Phẫu thuật viên cần cân nhắc yếu tố nguy cơ trước mổ để tối ưu hóa điều trị.

Từ khóa: Thủng dạ dày, phẫu thuật nội soi, thời gian nằm viện, biến chứng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng dạ dày là biến chứng đe dọa tính mạng con người nếu không được can thiệp và xử trí kịp thời. Tình trạng này chiếm khoảng 5% trong số tất cả các trường hợp cấp cứu ngoại khoa vùng bụng [1-3]. Phẫu thuật khâu lỗ thủng dạ dày là phương pháp điều trị tiêu chuẩn, tuy nhiên phẫu thuật nội soi (PTNS) dần được thay thế cho phẫu thuật mở kinh điển nhờ vào khả năng tiếp cận xâm lấn tối thiểu, giảm đau sau mổ, hạn chế biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện [1,4]. Mặc dù PTNS đã được chứng minh là phương pháp tiếp cận hiệu quả trong xử trí thủng dạ dày, nhưng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật vẫn còn cao ở mức đáng kể, dao động từ 10 – 25%, và phổ biến với các loại biến chứng như rò rỉ vết khâu, viêm

phổi, suy đa tạng hay nhiễm trùng nặng kéo dài. Hơn nữa, một số nghiên cứu trước đây đã báo cáo tỷ lệ tử vong và bệnh nặng xin về trong nghiên cứu của họ cũng đáng chú ý [5-7]. Ngoài ra, các đặc điểm của bệnh nhân bao gồm từ khi khởi phát triệu chứng đến lúc phẫu thuật và theo dõi hậu phẫu cũng là những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sau phẫu thuật, làm tăng nguy cơ biến chứng hay kéo dài thời gian nằm viện [3,6,8]. Vì vậy, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cần được xem xét từng yếu tố của bệnh nhân nhằm tối ưu hóa chiến lược điều trị.

Nhiều nghiên cứu trên trong và ngoài nước đã thực hiện so sánh kết quả của hai phương pháp mổ mở

*Tác giả liên hệ

Email: htlong@ntt.edu.vn Điện thoại: (+84) xxx <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD13.3225>

và nội soi trong điều trị thủng dạ dày, cho thấy PTNS có thời gian hồi phục nhanh hơn, giảm biến chứng nhưng có thể kéo dài thời gian phẫu thuật và tăng nguy cơ chuyển đổi sang mổ mở trong một số trường hợp, đặc biệt là những người có nhiều bệnh lý nền đi kèm hoặc kích thước lỗ thủng lớn [3,4,8]. Tại Việt Nam, PTNS được áp dụng thường quy trong xử trí thủng dạ dày thủng tại nhiều bệnh viện lớn như bệnh viện Nguyễn Tri Phương, nhưng hiện tại, số liệu nghiên cứu trong nước về hiệu quả thực tế của phương pháp này vẫn còn hạn chế. Việc đánh giá các chỉ số liên quan đến điều trị thủng dạ dày là cần thiết nhằm bổ sung thêm bằng chứng thực tế giúp đưa ra những lựa chọn phù hợp và tối ưu nhất cho bệnh nhân [7]. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ biến chứng, thời gian nằm viện và các yếu tố liên quan đến phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca, kết hợp hồi cứu hồ sơ bệnh án được thực hiện trên 62 bệnh nhân thủng dạ dày nhập viện điều trị trong khoảng thời gian từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2018 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Những bệnh nhân được chẩn đoán thủng dạ dày dựa trên lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và có chỉ định phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày tại bệnh viện sẽ được đưa vào nghiên cứu. Chúng tôi loại ra những bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu cần thiết.

2.2. Biến số nghiên cứu

Nhóm biến số đặc điểm bệnh nhân bao gồm dân số học, lâm sàng, cận lâm sàng, và đặc điểm điều trị như tuổi, giới tính, hút thuốc lá, uống rượu bia, thuốc sử dụng, tiền sử bệnh, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, và các kết quả xét nghiệm trước mổ trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện. Cụ thể, các chỉ số sau được đo lường: số lượng bạch cầu (WBC) (G/L); Mức CRP (mg/L), Đường huyết (mg/dL); Ure (mg/dL); Creatinin (mg/dL). “Kích thước lỗ thủng” được đo bằng ước lượng trong quá trình PTNS bởi bác sĩ phẫu thuật (PTV). “Liềm hơi dưới hoành” được xác định dựa trên kết quả trên X-quang bụng đứng không sửa soạn.

Kết cục của nghiên cứu là nhóm biến số: tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian trung tiện (ngày), thời gian rút ống dẫn lưu (ngày), thời gian nằm viện trung bình (ngày); biến chứng (Biến chứng bao gồm bất kỳ sự kiện bất lợi nào xảy ra trong thời gian nằm viện hoặc trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật, chẳng hạn như tử vong, nhiễm trùng, chảy máu, hoặc suy tạng....), tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tái mổ/tái nhập viện.

2.3. Phân tích dữ liệu

Dữ liệu được thống kê bằng phần mềm Stata và quản lý trên Excel 2019. Tần số và tỷ lệ phần trăm được áp dụng cho các biến số định tính, trong khi trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn được sử dụng cho các biến số định lượng có phân phối bình thường, và trung vị với khoảng tứ phân vị (IQR) được báo cáo cho các biến số định lượng không phân phối bình thường. Phân phối dữ liệu được kiểm tra bằng kiểm định Shapiro-Wilk trước khi chọn phép kiểm thích hợp. Kiểm định t độc lập được sử dụng để so sánh trung bình thời gian nằm viện giữa hai nhóm.

Đối với kết cục là tỷ lệ biến chứng (biến số nhị giá với hai giá trị: có/không), hồi quy logistic được sử dụng để xác định mối liên quan với các biến số độc lập. Tỷ số chênh OR được dùng để đo lường mức độ tác động. Trong mối liên quan giữa 2 biến số nhị giá, trường hợp có một trong số các ô giá trị bằng 0 hoặc có vọng trị nhỏ hơn 5, sử dụng kiểm định chính xác Fisher 2 đuôi để thay thế. Các khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm điều trị

Bảng 1. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả điều trị ngoại khoa của đối tượng (n=62)

Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật (phút)		63 (60-100)*	
Thời gian từ lúc đau đến lúc mổ (giờ)		8 (4-24)*	
Xử lý lỗ thủng	Khâu đơn thuần	50	80,7
	Khâu có đắp mạc nối	12	19,3
Xử lý ổ bụng	Rửa bụng	48	77,4
	Dẫn lưu	49	79,0
	Cấy kháng sinh đồ	22	35,5
Chuyển mổ mở		0	0
Thời gian trung tiện (ngày)		2 (1-2)*	
Thời gian rút ống dẫn lưu (ngày)		4 (4-6)*	
Thời gian nằm viện (ngày, TB $\pm$ ĐLC)		9,3 $\pm$ 4,0	

*trung vị (khoảng tứ phân vị)

Thời gian phẫu thuật trung vị là 63 phút, khoảng tứ phân vị từ 60 đến 100 phút. Thời gian từ lúc bắt đầu đau đến lúc phẫu thuật là 8 giờ (tứ phân

vị từ 4 đến 24 giờ). Về xử lý lỗ thủng, có 80,7% khâu đơn thuần, 27,4% khâu có đắp mạc nối. Có 77,4% bệnh nhân được rửa bụng, 79% đặt ống dẫn lưu và 35,5% cấy kháng sinh đồ. Đa số bệnh nhân có thời gian trung tiện khoảng 2 ngày, thời gian rút ống dẫn lưu là 4 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là $9,3 \pm 4,0$ ngày (Bảng 1).

Bảng 2. Mô tả các trường hợp biến chứng sau phẫu thuật (n=13)

Biến chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng tiểu	2	15,4
Viêm phổi	2	15,4
Áp xe tồn lưu	2	15,4
Nhiễm trùng vết mổ	7	53,8
Tử vong	0	0
Tái mổ/tái nhập viện	0	0

Chúng tôi ghi nhận có 13 bệnh nhân gặp biến chứng (13/62 trường hợp, chiếm 21%), trong đó nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ với 7 trường hợp, áp xe tồn lưu, viêm phổi, nhiễm trùng tiểu đều có 2 trường hợp (Bảng 2). Trong nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào tử vong, tái mổ/tái nhập viện.

3.2. Thời gian nằm viện

Bảng 3. Thời gian nằm viện và các yếu tố liên quan (n=62)

Biến số		Thời gian nằm viện	p
Giới tính	Nam	$9,3 \pm 3,6$	0,991#
	Nữ	$9,3 \pm 5,3$	
Tuổi (TB±ĐLC)		R=0,382	0,004##
Hút thuốc lá	Có	$7,9 \pm 2,4$	0,245#
	Không	$9,6 \pm 4,2$	
Uống rượu bia	Có	$7,3 \pm 2,3$	0,152#
	Không	$9,6 \pm 4,1$	
Cận lâm sàng	WBC trung bình (TB±ĐLC)	R=-0,148	0,281##
	CRP (TB±ĐLC)	R=0,135	0,341##
	Đường máu (TB±ĐLC)	R=0,296	0,028##
	Ure (TB±ĐLC)	R=0,188	0,165##
	Creatinin (TB±ĐLC)	R=0,215	0,111##
	Không	$10,1 \pm 3,7$	

Biến số		Thời gian nằm viện	p
Liềm hơi dưới hoành phải	Có	$7,8 \pm 2,1$	0,016#
	Không	$9,9 \pm 3,8$	
Kích thước lỗ thủng (mm, TB±ĐLC)		R=0,882	<0,001##
Thời gian từ lúc đau đến lúc mổ (giờ)		R=0,313	0,036##

#Kiểm định t không bắt cặp, ##Hồi quy Spearman

Đơn vị: CRP (mg/L), Đường máu (mg/dl), WBC (G/L), Creatinin (mg/dl), Ure (mg/dl), kích thước (mm), thời gian (phút/giờ/ngày)

(Bảng 3) ghi nhận mối liên quan giữa thời gian nằm viện và các đặc điểm của bệnh nhân. Thời gian nằm viện có tương quan thuận mức độ trung bình với tuổi (R=0,382, p=0,004), tương quan mức độ yếu với chỉ số đường huyết (R=0,296, p=0,028). Trung bình số ngày nằm viện những bệnh nhân có liềm hơi dưới hoành phải thấp hơn 2,1 ngày so với bệnh nhân không có đặc điểm này (p=0,016). Nghiên cứu ghi nhận tương quan thuận mức độ mạnh giữa kích thước lỗ thủng là thời gian nằm viện (R=0,882, p<0,001). Có tương quan thuận giữa thời gian nằm viện và thời gian từ lúc đau đến lúc phẫu thuật (p=0,036).

Bảng 4. Tỷ lệ biến chứng và các yếu tố liên quan (n=62)

Biến số		Biến chứng		p**
		Có (n=13)	Không (n=49)	
Giới tính	Nam	10 (20,4)	39 (79,6)	0,834
	Nữ	3 (23,1)	10 (76,9)	
Tuổi (TB±ĐLC)		OR=1,06 (1,01-1,11)		0,018
Hút thuốc lá	Có	1 (9,1)	10 (90,9)	0,307
	Không	12 (23,5)	39 (76,5)	
Uống rượu bia	Có	0 (0)	8 (100,0)	0,186&
	Không	13 (24,1)	41 (75,9)	

Biến số		Biến chứng		p**
		Có (n=13)	Không (n=49)	
Cận lâm sàng	WBC trung bình (G/L)	OR=0,88 (0,78-0,99)		0,044
	CRP (mg/L)	OR=1,00 (0,99-1,01)		0,667
	Đường máu	OR=1,02 (0,99-1,05)		0,075
	Ure	OR=1,11 (0,94-1,31)		0,224
	Creatinin	OR= 1,01 (0,99-1,03)		0,353
X quang bụng đứng	Có	10 (20,4)	39 (79,6)	1,000&
	Không	3 (23,1)	10 (76,9)	
Liềm hơi dưới hoành phải	Có	4 (12,5)	28 (87,5)	0,220
	Không	7 (25,0)	21 (75,0)	
Kích thước lỗ thủng (mm)		OR=1,10 (0,94-1,29)		0,249
Thời gian từ lúc đau đến lúc mổ (giờ)		OR=1,00 (0,97-1,04)		0,750

**Hồi quy Logistic; &Kiểm định chính xác Fisher

Các yếu tố liên quan giữa biến chứng với các đặc điểm của đối tượng được mô tả ở (Bảng 4). Những bệnh nhân càng lớn tuổi có tỷ lệ biến chứng càng cao (OR=1,06, p=0,018). Những bệnh nhân có chỉ số WBC thấp hơn thì có tỷ lệ biến chứng cao hơn (OR=0,88, p=0,044).

4. BÀN LUẬN

PTNS khâu lỗ thủng dạ dày đã dần được thay thế cho phẫu thuật mở nhờ tính chất ít xâm lấn, giảm thiểu biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện [1,2]. Nhưng hiệu quả của phương pháp này còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thời gian nhập viện, kích thước lỗ thủng và tình trạng viêm. Nghiên cứu chung tôi tiến hành trên 62 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $50,0 \pm 16,6$ tuổi. Dữ liệu góp phần bổ sung thêm cơ sở khoa học về tỷ lệ biến chứng, thời gian nằm viện và các yếu tố liên quan sau phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật ghi nhận trung vị là 63 (60-100)

phút, nằm trong khoảng thời gian được Biloslavo [1] và Lê Huy Cường [8] báo cáo trên cùng nhóm bệnh PTNS. Trong khi Tartaglia [4] cho thấy thời gian PTNS trung bình là $89,6 \pm 21,3$ phút, dài hơn nhiều so với kết quả của chúng tôi. Đặc biệt, nhóm bệnh nhân phải chuyển mổ hở có thời gian mổ lên tới $180,6 \pm 84,9$ phút, cho thấy việc chuyển đổi phương pháp làm kéo dài thời gian phẫu thuật. Những bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi có thời gian trung tiện vào ngày 2 và ống dẫn lưu cũng được rút vào ngày 4. Tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang [8], nhóm PTNS trung tiện sớm hơn nhóm mổ hở (3 ngày so với 4 ngày, $p < 0,001$). Việc hồi phục nhu động ruột sớm có thể liên quan đến mức độ viêm nhiễm, kỹ thuật khâu và chiến lược chăm sóc sau phẫu thuật như không đặt ống thông dạ dày kéo dài và áp dụng quy trình ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) [2]. Hầu hết bệnh nhân được rửa bụng và đặt dẫn lưu, phản ánh chiến lược phẫu thuật tại bệnh viện của chúng tôi tuân thủ các nguyên tắc xử trí tiêu chuẩn nhằm giảm nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu [5].

Ngoài ra, thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là $9,3 \pm 4,0$ ngày, dài hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy ($6,6 \pm 3,1$ ngày, dao động 1-19 ngày) của Nguyễn Văn Thanh [6] và nhóm PTNS ($6,7 \pm 1,2$ ngày) của Lê Huy Cường [8], trong đó nhóm mổ hở có thời gian nằm viện dài hơn ($p < 0,001$). ($p < 0,001$). Điều này nhấn mạnh PTNS có thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ hở. Tuy nhiên, thời gian nằm viện còn chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Bệnh nhân lớn tuổi có thời gian nằm viện dài hơn ($p = 0,004$), có thể là do sức khỏe nền kém và khả năng hồi phục chậm. Chỉ số đường huyết cao trước mổ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, kéo dài việc điều trị ($p = 0,028$). Sự xuất hiện của liềm hơi dưới hoành trên X-quang có thể phản ánh viêm phúc mạc lan rộng, làm chậm hồi phục ($p = 0,016$). Kích thước lỗ thủng lớn (>10 mm) cũng làm tăng thời gian nằm viện ($p = 0,036$), tương tự với phát hiện của Lê Huy Cường [8], khi bệnh nhân có lỗ thủng lớn có nguy cơ rò rỉ vết khâu cao hơn và cần theo dõi lâu hơn. Đặc biệt, thời gian từ lúc đau đến khi mổ có tương quan thuận với thời gian nằm viện ($R = 0,313$, $p = 0,036$). Tartaglia [4] cũng cho rằng, bệnh nhân nhập viện muộn sau 24 giờ từ khi khởi phát đau bụng có nguy cơ rò rỉ vết khâu cao hơn, kéo dài thời gian điều trị ($p < 0,001$).

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là một chỉ số quan trọng tại bệnh viện của chúng tôi, được sử dụng để đánh giá hiệu quả điều trị và chất lượng chăm sóc bệnh nhân. Trong nghiên cứu này chúng tôi quan sát thấy có 13 bệnh nhân xảy ra biến chứng (chiếm 21%), với viêm phổi là biến chứng thường gặp nhất. Điều này phù hợp với với nghiên cứu của Nguyễn Chiến Quyết và cộng sự [5], tác giả cũng chỉ ra rằng viêm phổi là biến chứng phổ biến nhất trong số các bệnh nhân có thủng dạ dày. Đáng chú ý, độ tuổi và chỉ số WBC là hai yếu tố có liên quan đáng kể đến biến chứng sau phẫu thuật. Cụ thể, những bệnh nhân

lớn tuổi có nguy cơ biến chứng cao hơn ($p = 0,018$) khả năng do người cao tuổi có nhiều bệnh nền kèm theo, trong khi những bệnh nhân có số lượng bạch cầu thấp trước phẫu thuật cũng có nguy cơ cao hơn ($p = 0,044$). Wilhelmsen [6] và Stettler [3] có đề cập đến rằng, tuổi cao và tình trạng suy giảm miễn dịch có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và suy hô hấp sau phẫu thuật.

Việc thu thập đầy đủ dữ liệu về lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kết quả sau mổ là cần thiết để cung cấp bằng chứng thực tế về hiệu quả của PTNS khâu lỗ thủng dạ dày. Từ đó khẳng định vai trò của PTNS là một phương pháp điều trị khả thi và an toàn giúp tối ưu hóa quá trình điều trị, giảm tỷ lệ biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện. Tuy nhiên, nghiên cứu còn một số hạn chế như không có nhóm đối chứng (mổ mở), gây khó khăn khi so sánh trực tiếp hai phương pháp. Ngoài ra, nghiên cứu hồi cứu đơn trung tâm không đối chứng với thời gian theo dõi ngắn chưa đánh giá được biến chứng muộn hay tỷ lệ tái phát và có khả năng sai số chọn mẫu/thông tin. Vì vậy, các nghiên cứu trong tương lai cần thực hiện nghiên cứu tiền cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có nhóm đối chứng và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá tối ưu về hiệu quả và biến chứng của PTNS so với mổ mở. Cuối cùng, việc chuẩn hóa tiêu chí xuất viện và chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân từ trước-trong-sau phẫu thuật theo quy trình ERAS có thể giúp bệnh nhân hồi phục tốt hơn, giảm biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện và tối ưu hóa chi phí điều trị [8].

5. KẾT LUẬN

Những phát hiện của chúng tôi chỉ ra rằng PTNS là một phương pháp điều trị khâu thủng dạ dày an toàn và hiệu quả, thời gian nằm viện trung bình $9,3 \pm 4,0$ ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 21%. Các yếu tố như tuổi, chỉ số WBC hay đường huyết, hình ảnh trên X-quang, kích thước lỗ thủng và thời gian từ khi bắt đầu triệu chứng khởi phát đến lúc mổ có liên quan chặt chẽ đến tỷ lệ biến chứng và thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Biloslavo A, Mastronardi M, Sandano M, Gabrieli A, Troian M. Laparoscopic treatment for perforated gastroduodenal ulcer: direct repair surgical technique. *Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery*; Vol 8 (July 30, 2023). 2023;
- [2] Leeman MF, Skouras C, Paterson-Brown S. The management of perforated gastric ulcers. *International journal of surgery (London, England)*. 2013;11(4):322-4.
- [3] Stettler GR, Follette CJ, Avery MD. Surgical Management of Perforated Peptic Ulcers. *Current Surgery Reports*. 2025;13(1):9.
- [4] Tartaglia D, Strambi S, Coccolini F, et al. Laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcers: analysis of outcomes and identification of predictive factors of conversion. *Updates in surgery*. 2023;75(3):649-657.
- [5] Quyết NC, Học TH, Long VĐ, Anh H, Sơn TQ. Kết quả mổ mở điều trị thủng ổ loét dạ dày tá tràng có sử dụng dây chằng tròn tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;530(1B):
- [6] Thanh NV, Trung LV, Tuấn LV, Bá HT. Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu thủng dạ dày - tá tràng do loét bằng chỉ có gai. *Tạp chí Y Dược Thực hành* 175. 2023;32):9.
- [7] Wilhelmsen M, Møller MH, Rosenstock S. Surgical complications after open and laparoscopic surgery for perforated peptic ulcer in a nationwide cohort. *The British journal of surgery*. 2015;102(4):382-7.
- [8] Cường LH, Ngải NV, Bé PV, Hạnh LĐ, Lợi PH. Kết quả sớm điều trị thủng loét dạ dày-tá tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. *Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang*. 2012;10(48-56).