

DOI: 10.58490/ctump.2025i89.3798

**TÌNH HÌNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI*
TRÊN BỆNH NHÂN THÙNG DẠ DÀY – TÁ TRÀNG
ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU LỖ THÙNG
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023-2025**

Duong Văn Nguyễn^{1*}, Nguyễn Minh Hiệp², Nguyễn Văn Tổng¹, La Văn Phú³

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

3. Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

*Email: 22310411536@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13/5/2025

Ngày phản biện: 14/7/2025

Ngày duyệt đăng: 25/7/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thủng ổ loét dạ dày tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp chiếm khoảng 30% các trường hợp thủng đường tiêu hóa. Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng kết hợp clotest trong lúc mổ không những giải quyết được hậu quả một cách tối ưu mà còn định hướng điều trị tiếp theo cho người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày – tá tràng và điều trị *Helicobacter pylori* trên bệnh nhân thủng dạ dày – tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 bệnh nhân viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ - tá tràng được chỉ định phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ 8/2023-3/2025. **Kết quả:** Phẫu thuật nội soi khâu thủng ổ loét dạ dày – tá tràng ở 70 bệnh nhân gồm 61 BN nam (87,14%) và 9 bệnh nhân nữ (12,86%). Tuổi trung bình $57,50 \pm 13,93$, tỉ lệ thủng ổ loét dạ dày 48 (68,57%), thủng ổ loét tá tràng 22 (31,43%), Clotest: Không thực hiện 9/70 (12,86%), thực hiện 61/70: Dương tính 19 (31,14%), âm tính 42 (68,85%). Thời gian phẫu thuật trung bình $80 \pm 25,67$ phút, nhanh nhất 40 phút, chậm nhất 190 phút. Thời gian nằm viện trung bình $6 \pm 1,63$ ngày. Phẫu thuật không có tai biến, biến chứng ngoại khoa và tử vong sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày – tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ là an toàn và hiệu quả. Việc kiểm soát nhiễm *Helicobacter pylori* trong và sau phẫu thuật có ý nghĩa quan trọng trong việc ngăn ngừa tái phát loét và cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: Thủng loét dạ dày – tá tràng, *Helicobacter pylori*.

ABSTRACT

THE SITUATION AND TREATMENT OUTCOMES OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION IN PATIENTS WITH PERFORATED PEPTIC ULCERS UNDERGOING LAPAROSCOPIC REPAIR AT CAN THO GENERAL HOSPITAL IN 2023-2025

Duong Van Nguyen¹, Nguyen Minh Hiep², Nguyen Van Tong¹, La Van Phu³

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Phuong Chau International Hospital

3. Can Tho General Hospital

Background: Peptic ulcer perforation of the stomach and duodenum is a common surgical emergency, accounting for approximately 30% of gastrointestinal perforations. Laparoscopic surgery to close the perforation combined with clotest during surgery not only optimally resolves the consequences but also guides further treatment for the patient. **Objective:** To assess the outcomes of

*laparoscopic repair and Helicobacter pylori eradication in patient with perforated peptic ulcers at Can Tho General Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of 70 patients with peritonitis due to gastric and duodenal ulcer perforation who underwent laparoscopic surgery to close the perforation at Can Tho General Hospital from August 2023 to March 2025. **Results:** Laparoscopic surgery to close the perforation was performed on 70 patients, including 61 male patients (87.14%) and 9 female patients (12.86%). The average age was 57.50 ± 13.93 , the perforation was located in the stomach in 48 cases (68.57%) and in the duodenum in 22 cases (31.43%). Clotest results: not performed in 9/70 patients (12.86%), performed 62/70: positive in 19 patients (31.14%), negative in 42 patients (68.85%). The average surgical time was 80 ± 25.67 minutes, ranging from 40 to 190 minutes. The average hospital stay was 6 ± 1.63 days. There were no complications, surgical errors, or postoperative mortality. **Conclusion:** Laparoscopic surgery to close gastric and duodenal ulcer perforations at Can Tho General Hospital is safe and effective. Controlling Helicobacter pylori infection during and after surgery plays an important role in preventing ulcer recurrence and improving patient outcomes.*

Keyword: Perforated peptic ulcer, Helicobacter pylori.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng ổ loét dạ dày tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp chiếm khoảng 30% các trường hợp thủng đường tiêu hóa [1]. Đồng thời nhiễm khuẩn *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) đóng vai trò quan trọng trong bệnh sinh của thủng loét dạ dày - tá tràng bởi sự hiện diện của nó qua các nghiên cứu trước đây tương đối cao từ 58-74% [2], [3]. Bệnh có thể xảy ra ở một bệnh nhân trước đó tiền sử bệnh về loét hoặc không có bất kỳ triệu chứng nào trước đó. Trước đây, thủng ổ loét dạ dày - tá tràng được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật mở khâu lỗ thủng đơn thuần. Với sự phát triển ứng dụng phẫu thuật nội soi trong thập niên gần đây đã chứng minh có nhiều giá trị lợi ích mang lại cho người bệnh như an toàn, khả năng phục hồi sớm, thẩm mỹ, chất lượng sống, giảm tỷ lệ các biến chứng liên quan sau mổ [4], [5]. Cùng với việc phát hiện trong mổ và điều trị nội khoa nhiễm khuẩn *H. pylori* sau phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng giúp kiểm soát tốt kết quả lành lỗ thủng sớm, giảm tỷ lệ loét tái phát sau 8 tuần [6]. Tuy nhiên, Việc kiểm soát nhiễm khuẩn *H. pylori* sau phẫu thuật vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Do đó, Nghiên cứu này sẽ tập trung vào đánh giá mối liên quan giữa nhiễm *H. pylori* và kết quả điều trị bệnh nhân thủng dạ dày – tá tràng sau phẫu thuật. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày – tá tràng và điều trị *H. pylori* trên bệnh nhân thủng dạ dày – tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân thủng dạ dày – tá tràng do loét được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023-2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chẩn đoán xác định trong mổ là thủng dạ dày - tá tràng, có chỉ số ASA ≤ 3 , tuổi trên 15, có đầy đủ thông tin về hồ sơ nghiên cứu và người bệnh đồng thuận tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tiền sử mổ mở bụng từ 2 lần trở lên, có xuất huyết tiêu hóa hoặc hẹp môn vị kèm theo, bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật nội soi và bệnh lí nội khoa nặng kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Nghiên cứu với 70 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng chung gồm: Tuổi, giới tính, phân loại ASA. Đánh giá các đặc điểm của lỗ thủng như vị trí, kích thước, tính chất bờ. Đánh giá kết quả điều trị thông qua thời gian phẫu thuật, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, thang điểm Visick và kết quả nội soi khi tái khám.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận thông qua với phiếu chấp thuận số: 23.360.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Nhóm tuổi	< 40	7	10
	40-49	13	21,43
	50-59	18	25,71
	≥ 60	32	42,86
	P = 57,50 ± 13,93		
Giới tính	Nam	61	87,14
	Nữ	9	12,86
ASA	I	57	81,43
	II	12	17,14
	III	1	1,43

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm nhiều nhất 42,86%, tập trung nhiều ở nam giới chiếm 87,14% và nhóm có chỉ số ASA I có tỉ lệ cao chiếm 81,43%.

3.2. Kết quả phẫu thuật và điều trị *Helicobacter pylori*

Bảng 2. Đánh giá đặc điểm lỗ thủng

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Vị trí	Dạ dày	50	71,43
	Tá tràng	20	28,57
Kích thước	< 10mm	33	47,14
	10-20mm	37	52,86
	> 20mm	0	0
Bờ lỗ thủng	Bờ mềm mại	48	68,57
	Bờ xơ chai	22	31,43

Nhận xét: Vị trí thủng ở dạ dày chiếm cao nhất với 71,43%, kích thước lỗ thủng thường gặp là 10-20mm chiếm 52,86%, bờ lỗ thủng mềm mại có tỉ lệ cao nhất 68,57%.

Bảng 3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	Trung bình ± ĐLC
Thời gian phẫu thuật	< 90	46	65,715	80 ± 25,67
	90 – 120	20	28,570	
	> 120	4	5,715	
Thời gian trung tiện	1 ngày	7	10	2,06 ± 0,508
	2 ngày	52	74,29	
	≥ 3 ngày	11	15,71	

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	Trung bình ± ĐLC
Thời gian nằm viện	< 4 ngày	2	2,86	6 ± 1,63
	4-6 ngày	39	55,71	
	> 6 ngày	29	41,43	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là $80 \pm 25,67$, trong đó thời gian < 90 phút chiếm tỉ lệ cao nhất 65,715%, thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa là $2,06 \pm 0,508$, đa số tái lập sau 2 ngày chiếm 74,29%, thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $6 \pm 1,63$.

Bảng 4. Đánh giá kết quả

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Kết quả phẫu thuật	Tốt	64	91,43
	Khá	6	8,57
	Trung bình	0	0
	Kém	0	0
Visick	Visick I	68	97,14
	Visick II	2	2,86
	Visick III	0	0
	Visick IV	0	0
Nội soi	Dương tính	4	36,36
	Âm tính	7	63,64

Nhận xét: Sau 2 tháng theo dõi và điều trị chúng tôi ghi nhận thang điểm Visick I chiếm cao nhất 97,14%, 11/19 trường hợp dương tính đồng ý nội soi có 7 trường hợp âm tính và còn 4 trường hợp dương tính.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì độ tuổi trung bình mắc bệnh là $57,50 \pm 13,93$, có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Văn Hoan [7] là $53,17 \pm 12,28$ và có 87,14% bệnh nhân là nam giới của tác giả Nguyễn Hữu Trí [4] là 94,4%. Trong nghiên cứu ghi nhận độ tuổi thấp nhất mắc bệnh là 32 tuổi và cao nhất là 97 tuổi, nhóm bệnh nhân lớn trên 60 tuổi chiếm tương đối cao là 42,86%. Những bệnh nhân có ASA càng cao thì nguy cơ gây mê càng lớn nên ASA > III là chống chỉ định của phẫu thuật nội soi. Trong nghiên cứu chúng tôi có 81,43% bệnh nhân có ASA I, 17,14% có ASA II và 1 bệnh nhân nghiên cứu rườ 1,47% có ASA III. Có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Trọng Đại [8] nhóm ASA I chiếm 87,7%, ASA II 8,2% và ASA III chiếm 4,1%.

4.2. Kết quả phẫu thuật và điều trị *Helicobacter pylori*

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là $80 \pm 25,67$ phút, trong đó thời gian ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 190 phút. Nghiên cứu của tác giả Trần Văn Hoan [7] thì thời gian phẫu thuật trung bình là $70,35 \pm 13,98$ phút gần tương đồng so với nghiên cứu của chúng tôi. Nhưng thời gian này tương đối cao so với các nghiên cứu khác như của tác giả Lubomir Tulinsky [9] là $58,9 \pm 25,5$ phút, tác giả Lê Trọng Đại [8] là $64,17 \pm 14,87$ phút. Thời gian phục hồi lưu thông đường ruột sau mổ là khoảng thời gian từ sau mổ đến khi bệnh nhân có trung tiện trở lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian trung tiện trung bình $2,06 \pm 0,508$ ngày, đa số các trường trung tiện ngày thứ 2 sau mổ chiếm 52/70 (74,29%). So với với một số nghiên cứu khác như tác giả Trần Văn Hoan [7] là $2,97 \pm 0,9$ ngày. Bệnh nhân có thời gian nằm viện trung bình $6 \pm 1,63$ ngày.

Thời gian nằm viện sớm nhất 3 ngày, muộn nhất là 11 ngày. Bệnh nhân nằm viện lâu ngày do tình trạng đau vết mổ nhiều, không ghi nhận trường hợp viêm phổi, nhiễm trùng tiểu hay biến chứng khác kèm theo. Trong nghiên cứu của tác giả Lê Trọng Đại [8] thì thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $7,36 \pm 1,74$ ngày. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 2/70 trường hợp xuất huyết tiêu hóa sau mổ chiếm 2,85%, cả hai trường hợp này đều được nội soi cầm máu thành công.

Thang điểm Visick là thang đo các triệu chứng của bệnh nhân sau phẫu thuật dạ dày - tá tràng dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh, được chia ra làm 4 mức độ. Trong nghiên cứu chúng tôi đánh giá qua 3 thời điểm là 1 tuần, 1 tháng và 2 tháng sau xuất viện. Sau 2 tháng điều trị, chúng tôi ghi nhận: Visick I có 68 trường hợp (97,14%), Visick II có 2 trường hợp (2,86%) không ghi nhận trường hợp visick III, IV, có 11/19 trường hợp đồng ý nội soi sau 2 tháng điều trị với phác đồ 4 thuốc có bismuth, có 8 trường hợp không thực hiện được do bệnh nhân lớn tuổi, điều kiện kinh tế không cho phép. Kết quả nội soi ghi nhận: Có 4 trường hợp clotest (+), 7 trường hợp clotest (-). Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Trí [4] có 39/46 trường hợp clotest (-) và 7/46 trường hợp clotest (+) sau 2 tháng điều trị. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào thủng tái phát sau 2 tháng nên cần thời gian theo dõi đủ lâu, số lượng mẫu lớn để kết luận chính xác.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi đánh giá phẫu thuật nội soi là an toàn, hiệu quả, tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp. Việc kết hợp điều trị *H.pylori* giúp rút ngắn thời gian điều trị và giảm tỉ lệ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lui F.Y., Davis K.A. Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention?. *Scandinavian Journal of Surgery*. 2010. 99(2), 73-77. DOI: 10.1177/145749691009900205.
2. Bertleff M.J., Lange J.F. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Digestive surgery*. 2010. 27(3), 161-169. DOI: 10.1159/000264653.
3. Yang Y.J., Bang C.S., Shin S.P., Park T.Y., Suk K.T., et al. Clinical characteristics of peptic ulcer perforation in Korea. *World journal of gastroenterology*. 2017. 23(14), 2566-2574. DOI: 10.3748/wjg.v23.i14.2566.
4. Nguyễn Hữu Trí. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một công khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược Huế. 2018. 152.
5. Chalya P.L., Mabula J.B., Koy M., Mchembe M.D., Jaka H.M., et al. Clinical profile and outcome of surgical treatment of perforated peptic ulcers in Northwestern Tanzania: A tertiary hospital experience. *World Journal of Emergency Surgery*. 2011. 6(1), 31. DOI: 10.1186/1749-7922-6-31.
6. Enders K.W., et al. Eradication of *Helicobacter pylori* Prevents Recurrence of Ulcer After Simple Closure of Duodenal Ulcer Perforation: Randomized Controlled Trial. *Annals of Surgery*. 2020. 231(2), 153-158. DOI: 10.1097/0000658-200002000-00001.
7. Trần Văn Hoan, Nguyễn Văn Chung, Trần Đức Quý. Kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày, hành tá tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. số tháng 2, 42-46. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v535i1.8342>
8. Lê Trọng Đại. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Dương. *Tạp chí Y dược học Quân sự*. 2023. 48(4), 114-124.
9. Tulinsky L., Sengul D., Sengul I., Hrubovčák J., Martínek L., et al. Laparoscopic repair modality of perforated peptic ulcer: less is more?. *Cureus*. 2022. 14(10), e30926. DOI: 10.7759/cureus.30926.