

**KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU LỖ THÙNG LOÉT  
DẠ DÀY-TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TỈNH BÌNH DƯƠNG**

*Mai Đức Hùng<sup>1</sup>, Lê Trọng Đại<sup>1</sup>  
Nguyễn Văn Tính<sup>2</sup>, Dương Tấn Tài<sup>2</sup>  
Lê Văn Lương<sup>2</sup>, Đỗ Thị Thu Mai<sup>2</sup>*

**Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) khâu lỗ thủng loét dạ dày-tá tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 97 bệnh nhân (BN) viêm phúc mạc do thủng loét dạ dày-tá tràng được chỉ định PTNS khâu lỗ thủng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương từ 01/2021 - 3/2022. **Kết quả:** PTNS khâu thủng ổ loét dạ dày-tá tràng ở 97 BN gồm 83 BN nam (85,6%) và 14 BN nữ (14,4%). Tuổi trung bình  $41,25 \pm 14,66$ , nhỏ nhất 15 tuổi, lớn nhất 72 tuổi. Tỷ lệ thủng loét dạ dày 42,3%, thủng loét tá tràng 57,7%, bờ lỗ thủng mềm mại 99,0%, kích thước lỗ thủng  $\leq 5$  mm 93,8%. PTNS khâu lỗ thủng đơn thuần thành công 100%. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $64,17 \pm 16,87$ , nhanh nhất 40 phút, lâu nhất 120 phút. Phẫu thuật không có tai biến, biến chứng ngoại khoa và tử vong sau mổ. Các biến chứng nội khoa sau mổ, phân loại theo Clavien - Dindo từ II - IV là 5,2%. Kết quả phẫu thuật tốt, khá, trung bình có tỷ lệ lần lượt là 89,7%, 7,2%, 3,1%; kết quả phẫu thuật có liên quan với giới tính và các yếu tố nguy cơ như phân loại ASA, điểm Boey, MPI. **Kết luận:** PTNS khâu thủng ổ loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương là khả thi, an toàn và kết quả phẫu thuật có liên quan với giới tính, phân loại ASA, MPI.

\* *Từ khóa:* Viêm phúc mạc; Thủng loét dạ dày-tá tràng; PTNS khâu lỗ thủng loét.

---

<sup>1</sup>Phân hiệu Phía Nam, Học viện Quân y

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

Người phản hồi: Mai Đức Hùng (bsmaiduchung@gmail.com)

Ngày nhận bài: 16/02/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 03/4/2023

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v48i4.301>

**THE EARLY LAPAROSCOPIC REPAIR RESULTS FOR PERFORATED PEPTIC ULCER AT BINH DUONG PROVINCE GENERAL HOSPITAL****Summary**

**Objectives:** To assess early results of laparoscopic surgery for perforated peptic ulcer. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 97 peritonitis patients with perforated peptic ulcer. Patients undergoing a laparoscopic repair were attempted at Binh Duong Province General Hospital between January 2021 and March 2022. **Results:** Laparoscopic perforated peptic ulcer closure was carried out on 97 cases, including 83 males (85.6%) and 14 females (14.4%). The average age of patients was  $41.25 \pm 14.66$  (range: 15 - 72) years. The gastric ulcer perforation accounted for 42.3%, the duodenal ulcer perforation made up 57.7%, the softened ulcer edges accounted for 99.0%, the diameter of perforations  $\leq 5$  mm accounted for 93.8%. Laparoscopic sutures were complete in 100% of patients, non-conversion. The mean operation time was  $64.17 \pm 16.87$  (range 40 - 120) minutes. There is not any early surgery complication or mortality. The morbidity rate was 5.2% (Clavien - Dindo classification II - IV). The surgical treatment results (good, fair, average) were 89.7%, 7.2%, and 3.1%, respectively, and related to sex and the risk factors such as ASA classification, Boey score, and Mannheim peritoneal index. **Conclusion:** Laparoscopic perforated peptic ulcer repair carried out at Binh Duong Province General Hospital was safe, feasible, and relative to sex, ASA classification, Boey score, and Mannheim peritoneal index.

\* *Keywords: Peritonitis; Perforated peptic ulcer; Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer.*

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Trong những thập niên gần đây, tỷ lệ loét dạ dày-tá tràng được ghi nhận giảm do có nhiều phác đồ điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori* và thuốc ức chế bơm proton. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng như xuất huyết và thủng không

giảm [1]. Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng là biến chứng thường gặp, đứng thứ hai sau xuất huyết của bệnh loét, nhưng là biến chứng hàng đầu cần phẫu thuật cấp cứu [1, 2]. Nguyên nhân thủng ổ loét dạ dày-tá tràng được biết đa số liên quan với *Helicobacter pylori*,

do đó điều trị phẫu thuật triệt căn như cắt dây thần kinh số X, cắt dạ dày hiện nay được cho là không cần thiết [3]. Ngày nay, PTNS phát triển dần thay phẫu thuật mở trong phẫu thuật khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày-tá tràng và được chấp nhận rộng rãi. Vấn đề là liên quan đến tính an toàn, nhất là khi áp dụng cho những tình trạng bệnh nặng, tỷ lệ biến chứng và tử vong vẫn còn cao qua các báo cáo trong và ngoài nước. Trong những năm gần đây, tỉnh Bình Dương là tỉnh phát triển kinh tế xã hội toàn diện, ngành Y tế được đầu tư trang thiết bị hiện đại, nguồn nhân lực được đào tạo cơ bản. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương đã thực hiện PTNS nhiều ca bệnh từ cơ bản đến nâng cao. PTNS khâu thủng loét dạ dày-tá tràng triển khai từ những năm 2000, đến nay đã trở nên thường quy. Tuy vậy, kết quả của phẫu thuật này như thế nào vẫn chưa được đánh giá. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả sớm của PTNS khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- BN viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày-tá tràng.

-  $BN \geq 15$  tuổi.

- BN được PTNS khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày-tá tràng.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN đã được PTNS khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng ở một bệnh viện khác chuyển đến.

- Hồ sơ bệnh án thu thập không đầy đủ thông tin, biến số trong bệnh án nghiên cứu.

- Các chống chỉ định của PTNS khâu thủng loét dạ dày-tá tràng: ASA > 3, BN thủng dạ dày-tá tràng kèm nhiễm COVID-19.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

\* *Địa điểm và thời gian nghiên cứu:* Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương, thời gian từ tháng 01/2021 - 3/2022.

\* *Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu:* Căn cứ tỷ lệ thành công của PTNS, áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ, ta có cỡ mẫu tối thiểu là 95 BN (BN). Chúng tôi áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

\* *Một số biến số dùng trong nghiên cứu:*

Tính điểm Boey: Thang điểm Boey dựa vào 3 yếu tố nguy cơ, tiên lượng,

biến chứng và tử vong trước mổ gồm nhập viện sau khi mắc bệnh quá 24 giờ, huyết áp tâm thu trước mổ < 100 mmHg, có bệnh nặng kèm theo (tim mạch, hô hấp, suy gan, suy thận, đái tháo đường...). Cách tính: Nếu có một yếu tố nguy cơ thì cho 1 điểm.

Tính điểm chỉ số viêm phúc mạc Mannheim (Mannheim Peritonitis Index - MPI): BN > 50 tuổi (5 điểm), nữ giới (5 điểm), có suy cơ quan như thận, hô hấp hay sốc, tắc ruột (7 điểm), ghi nhận trong mổ có mủ trong khoang phúc mạc (6 điểm).

Thực hiện sinh thiết bờ lỗ thủng ổ loét, gửi mẫu mô làm xét nghiệm chẩn đoán mô bệnh học khi thủng ổ loét dạ dày.

Phân loại kết quả sớm điều trị phẫu thuật được chia thành 4 mức độ:

+ Tốt: Không có tai biến, biến chứng trong và sau mổ.

+ Khá: Có tai biến nhưng xử trí được, không phải thay đổi phương pháp, có biến chứng sau mổ nhẹ, được xử trí can thiệp đạt kết quả tốt.

+ Trung bình: Có tai biến nhưng xử trí được và phải thay đổi phương pháp can thiệp, có biến chứng sau mổ nhẹ, được xử trí can thiệp đạt kết quả trung

bình, có hạn chế chức năng hoặc di chứng nhẹ.

+ Xấu: Các tai biến trong mổ như tổn thương vỡ tạng hay tắc mạch khí. Biến chứng lớn sau mổ như bực chỗ khâu, xuất huyết tiêu hóa, hẹp môn vị, áp xe tồn lưu, viêm phổi nặng có suy hô hấp, suy thận, sốc nhiễm trùng..., tử vong trong và sau mổ.

\* *Thu thập dữ liệu:* Thu thập các biến số nghiên cứu từ 97 trường hợp đủ điều kiện chọn lựa theo mẫu phiếu thu thập số liệu nghiên cứu; mã hóa, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các bệnh kèm theo trước mổ được phân loại ASA, các biến chứng phẫu thuật được phân loại theo Clavien - Dindo.

\* *Phân tích dữ liệu:* Thống kê mô tả tính tần số tỷ lệ phần trăm, trung bình. Thống kê phân tích so sánh tỷ lệ, so sánh trung bình bằng phép kiểm chi bình phương, T-test nếu phân phối chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của Phân hiệu phía Nam, Học viện Quân y xét duyệt và Hội đồng Khoa học của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương chấp thuận.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 01/2021 - 3/2022, có 97 BN viêm phúc mạc do thủng loét dạ dày-tá tràng được PTNS khâu lỗ thủng.

**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Bảng 1: Một số đặc điểm chung, thời gian thủng.

Đặc điểm chung (n = 97)		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	14	14,4
	Nam	83	85,6
Phân loại ASA	I	85	87,7
	II	8	8,2
	III	4	4,1
Điểm Boey	0	73	75,2
	1	22	22,7
	2	2	2,1
Tuổi trung bình: 41,25 ± 14,66 tuổi (từ 15 - 72 tuổi).			
Thời gian thủng	≤ 24 giờ	76	78,4
	> 24 giờ	21	21,6

Trong 97 trường hợp viêm phúc mạc do thủng loét dạ dày-tá tràng, tuổi trung bình 41,25 ± 14,66 (từ 15 - 72 tuổi), nam giới chiếm 85,6%. Phân loại ASA I chiếm đa số (87,7%), điểm Boey 0, 1, 2 lần lượt là 75,2%, 22,7% và 2,1%. Thời gian thủng ≤ 24 giờ gặp 76 BN (78,4%).

## 2. Đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh

Bảng 2: Đặc điểm giải phẫu bệnh.

Đặc điểm giải phẫu bệnh (n = 97)		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm phúc mạc	Khu trú	44	45,4
	Lan tỏa	43	44,3
	Toàn thể	10	10,3
Tình trạng ổ bụng	Dịch, giả mạc ít	53	54,6
	Dịch, giả mạc nhiều	44	45,4
Vị trí thủng	Dạ dày	41	42,3
	Tá tràng	56	57,7
Kích thước lỗ thủng (mm)	≤ 5	91	93,8
	6 - 10	4	4,1
	11 - 15	0	0,0
	16 - 20	2	2,1
Chỉ số MPI (điểm)	≤ 10 điểm	61	62,9
	> 10 điểm	36	37,1
	Trung bình: 9,25 ± 4,01 (thấp nhất là 6, cao nhất là 27) điểm		

Tình trạng viêm phúc mạc khu trú và lan tỏa chiếm đa phần, viêm phúc mạc toàn thể chỉ có 10,3%. Chỉ số viêm phúc mạc Mannheim > 10 điểm chiếm 37,1%. Thủng loét tá tràng 57,7%. Lỗ thủng có kích thước ≤ 5 mm chiếm 93,8%. Kết quả sinh thiết bờ lỗ thủng ổ loét dạ dày ghi nhận không có trường hợp ác tính.

## 3. Đặc điểm phẫu thuật và theo dõi hậu phẫu

PTNS khâu lỗ thủng, rửa bụng dẫn lưu dưới gan là 100%. Phẫu thuật qua nội soi thành công 100%, không có tai biến phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình 64,18 ± 16,87 phút (40 - 120 phút).

Bảng 3: Theo dõi hậu phẫu.

Chỉ số theo dõi hậu phẫu (ngày)	$\bar{X} \pm SD$	Nhỏ nhất - Lớn nhất
Thời gian ăn trở lại	3,71 ± 1,24	2 - 11
Thời gian có trung tiện	2,18 ± 1,16	1 - 9
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	7,12 ± 1,69	4 - 12
Thời gian nằm viện	7,36 ± 1,74	4 - 13

Hậu phẫu, BN phục hồi nhanh thể hiện thời gian có trung tiện 2,18 ± 1,16 ngày, ăn trở lại 3,71 ± 1,24 ngày, thời gian nằm viện trung bình 7,36 ± 1,74 ngày.

Bảng 4: Biến chứng sớm sau phẫu thuật.

Biến chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	1	1,0
Suy thận	2	2,1
Khác	2	2,1
Cộng	5	5,2

Biến chứng sớm (5,2%) là các biến chứng nội khoa.

Mức độ nặng của biến chứng theo phân loại Clavien - Dindo từ II - III.

Không có tử vong 30 ngày sau mổ.

#### 4. Kết quả sớm điều trị phẫu thuật và một số liên quan với yếu tố nguy cơ

Bảng 5: Kết quả sớm điều trị phẫu thuật.

Kết quả phẫu thuật	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	87	89,7
Khá, trung bình	10	10,3
Cộng	97	100

Kết quả điều trị phẫu thuật tốt chiếm đa số (89,7%), không có kết quả kém.

Bảng 6: So sánh kết quả phẫu thuật theo giới tính.

Giới tính	Kết quả phẫu thuật sớm (n, %)			p (Fisher)
	Khá, trung bình	Tốt	Cộng	
Nam	6 (7,2)	77 (92,8)	83 (100)	0,035*
Nữ	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (100)	
Cộng	10 (10,3)	87 (89,7)	97 (100)	

Kết quả điều trị tốt ở nam cao hơn nữ (92,8% so với 71,4%,  $p < 0,05$ ).

Bảng 7: So sánh kết quả phẫu thuật theo phân loại ASA.

Phân loại ASA	Kết quả phẫu thuật sớm (n, %)			p (Fisher)
	Khá, trung bình	Tốt	Cộng	
I	6 (7,1)	79 (92,9)	85 (100)	0,000*
II	0 (0,0)	8 (100)	8 (100)	
III	4(100)	0 (0,0)	4 (100)	
Cộng	10 (10,3)	87 (89,7)	97 (100)	

Kết quả điều trị phẫu thuật khác biệt khi so sánh theo các nhóm dựa theo phân loại ASA ( $p < 0,001$ ).

Bảng 8: So sánh kết quả phẫu thuật theo điểm Boey.

Điểm Boey	Kết quả phẫu thuật sớm (n, %)			p (Fisher)
	Khá, trung bình	Tốt	Cộng	
0	5 (6,8)	68 (93,2)	73 (100)	0,005*
1	3 (13,6)	19 (86,4)	22 (100)	
2	2 (100)	0 (0,0)	2 (100)	
Cộng	10 (10,3)	87 (89,7)	97 (100)	

Kết quả điều trị phẫu thuật khác biệt khi so sánh theo các nhóm dựa theo điểm Boey ( $p < 0,01$ ).

Bảng 9: So sánh kết quả phẫu thuật theo điểm viêm phúc mạc Mannheim (MPI).

Điểm VPM Mannheim (MPI)	Kết quả phẫu thuật sớm (n, %)			p (Fisher)
	Khá, trung bình	Tốt	Cộng	
≤ 10	2 (3,3)	59 (96,7)	61 (100)	0,005*
> 10	8 (22,2)	28 (77,8)	36 (100)	
Cộng	10 (10,3)	87 (89,7)	97 (100)	

Kết quả điều trị phẫu thuật khác biệt khi so sánh theo các nhóm dựa theo điểm MPI ( $p < 0,01$ ).

### BÀN LUẬN

Bệnh loét dạ dày-tá tràng đã giảm trong vài thập niên gần đây, nhưng tỷ lệ biến chứng thủng ổ loét lại không giảm. Các báo cáo trước đây ghi nhận bệnh loét nói chung và biến chứng thủng nói riêng gặp nhiều ở nam giới, nhưng gần đây một số nghiên cứu cho thấy có sự thay đổi tỷ lệ bệnh gặp ở nữ giới khá cao, tỷ lệ bệnh tăng theo tuổi khá đều ở cả hai giới [2]. Nghiên cứu của chúng tôi trên 97 trường hợp, trong đó đa số là nam (85,6%), tương tự kết quả của các nghiên cứu trong nước trước đây, nghiên cứu của Lê Bá Thảo ghi nhận tỷ lệ nam chiếm 88,9% [4], nghiên cứu của Trần Hữu Vinh gặp 94,4% BN nam [5]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình  $41,25 \pm 14,66$ , nhỏ nhất là 15 và lớn nhất là 72 tuổi, thời gian thủng sau 24 giờ gặp 21 BN (21,6%). Tuy vậy, theo thang điểm

Boey được tính dựa vào các yếu tố thời gian thủng, huyết áp và bệnh nặng kèm theo, không có trường hợp nào có 3 điểm Boey. Phẫu thuật trễ sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong, biến chứng sau phẫu thuật. Theo hướng dẫn của WSES (World Society of Emergency Surgery Guidelines) (2020), những trường hợp nhập viện muộn, > 70 tuổi được khuyến cáo nên được phẫu thuật sớm nhất có thể (chứng cứ 1B) [6].

PTNS khâu thủng loét dạ dày-tá tràng được Nathanson và CS thực hiện đầu tiên vào năm 1990. Hiện nay, PTNS khâu lỗ thủng có hoặc không tăng cường trám dính mạc nối đang được áp dụng phổ biến. Phẫu thuật được báo cáo có nhiều ưu điểm như ít đau, nhanh hồi phục, thời gian nằm viện sau mổ rút ngắn, sẹo mổ nhỏ... Ngoài ra, PTNS còn được chỉ định cho những trường hợp chẩn đoán nghi ngờ

thủng loét dạ dày-tá tràng [7]. Chúng tôi thực hiện PTNS khâu lỗ thủng, rửa ổ bụng, dẫn lưu dưới gan ở tất cả trường hợp. Phẫu thuật khâu lỗ thủng đơn thuần, không tăng cường trám dính mạc nối qua nội soi thành công 100%, không có tai biến phẫu thuật. Trước đây về kỹ thuật, khâu lỗ thủng và tăng cường đắp mạc nối lớn được cho là chuẩn cho PTNS điều trị thủng loét dạ dày-tá tràng. Nhưng ngày nay, quan niệm này còn tranh luận trong nhiều nghiên cứu cho thấy tăng cường mạc nối không mang lại lợi ích so với chỉ khâu đơn thuần mà chỉ làm kéo dài thời gian phẫu thuật [6]. Theo Bertleff và CS (2010) qua tổng quan các bài báo cho thấy tỷ lệ chuyển mổ mở của PTNS điều trị thủng loét dạ dày-tá tràng là 12,4% và kích thước lỗ thủng là yếu tố chính liên quan đến tỷ lệ chuyển mổ mở [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp đa số lỗ thủng ổ loét có đường kính  $\leq 5$  mm, chỉ có 2 trường hợp lỗ thủng có đường kính 16 - 20 mm và tất cả trường hợp đều thủng ở mặt trước nên không quá khó khăn để xác định vị trí và thực hiện khâu lỗ thủng qua nội soi. Những trường hợp thủng loét dạ dày, chúng tôi đều lấy mẫu qua sinh thiết bờ lỗ thủng để xét nghiệm chẩn đoán mô bệnh học.

Biến chứng sau phẫu thuật cần được theo dõi là những biến chứng toàn thân và biến chứng đặc hiệu tại

chỗ. Biến chứng toàn thân thường có liên quan đến các bệnh lý tuần hoàn, hô hấp và các bệnh mạn tính kèm theo. Các biến chứng tại chỗ sớm như xì rò vết khâu, chảy máu ổ loét chưa được nhận biết, áp xe dưới hoành, muộn hơn có thể là hẹp môn vị, loét tái phát. Theo dõi trong 30 ngày sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến chứng sớm là 5,2%. Đây là những biến chứng toàn thân có liên quan đến các bệnh nội khoa gồm viêm phổi 1 BN (1,0%), suy thận tăng nặng 2 BN (2,1%), biến chứng khác 2 BN (2,1%). Mức độ nặng của biến chứng xếp theo phân loại Clavien - Dindo từ II - III. Không có tử vong 30 ngày sau mổ. Đánh giá xếp loại kết quả phẫu thuật tốt, khá, trung bình có tỷ lệ lần lượt là 89,7%, 7,2%, 3,1%, không có kết quả kém. Tuy vậy, PTNS có một số chống chỉ định trên BN có nguy cơ phẫu thuật cao. Qua phân tích tìm các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận kết quả phẫu thuật có liên quan đến giới tính, phân loại ASA, điểm Boey, điểm MPI. Bài điểm báo của F. Coccolini, C. Tranà, M. Sartelli và CS (2015) về “PTNS điều trị nhiễm trùng trong ổ bụng” [8] ghi nhận những BN > 70 tuổi với điểm Boey là 3 và thời gian xuất hiện triệu chứng thủng > 24 giờ có liên quan đến tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Đó là những trường hợp không phù hợp cho chỉ định PTNS.

### KẾT LUẬN

Qua 97 trường hợp viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày-tá tràng được PTNS khâu thủng ổ loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương, tỷ lệ PTNS thành công là 100%, không có tử vong, tai biến và biến chứng ngoại khoa, tỷ lệ biến chứng nội khoa là 5,2%. Xếp loại kết quả phẫu thuật sớm đa số là tốt (89,7%), không có kết quả kém và kết quả phẫu thuật sớm có liên quan với yếu tố giới tính, phân loại ASA và điểm MPI.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. Pereira, H. Santos Sousa, D. Goncalves, et al. (2021). Surgery for perforated peptic ulcer: Is laparoscopy a new paradigm?. *Minim Invasive Surg*; (Article ID 8828091): 1-6.
2. A. Dadfar, T.H. Edna (2020). Epidemiology of perforating peptic ulcer: A population-based retrospective study over 40 years. *World J Gastroenterol*; 26(35): 5302-5313.
3. E.P. Weledji (2020). An overview of gastroduodenal perforation. *Front Surg*; 7: 573901.
4. Lê Bá Thảo, Chung Hoàng Phương, Nguyễn Anh Dũng (2010). Đánh giá kết quả PTNS điều trị thủng loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*; 14(Phụ bản của số 4): 16-19.
5. Trần Hữu Vinh (2014). Nghiên cứu ứng dụng PTNS trong điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng. *Tạp chí Y học Việt Nam*; tháng 8(2): 84-88.
6. A. Tarasconi, F. Coccolini, W.L. Biffl, et al (2020). Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg*; 15: 3.
7. Cotirleț A., Tincu E., Coșa R., et al (2014). Laparoscopic repair for perforated duodenal ulcer. *ARS Medica Tomitana*; 3(78):168-172.
8. F. Coccolini, C. Tranà, M. Sartelli, et al (2015). Laparoscopic management of intra-abdominal infections: Systematic review of the literature. *World J Gastrointest Surg*; 7(8): 160-169.