

- Bras (1992). 2023 Dec 22;70(1):e20230264. doi: 10.1590/1806-9282.20230264.
6. **Hammes S, Kimmig W.** Side effects and complications of therapy with laser and intense light sources. *Hautarzt*. Mar 2013;64(3):145-54. Nebenwirkungen und Komplikationen in der Therapie mit Laser- und Lichtgeräten. doi: 10.1007/s00105-012-2483-z.
7. **Roberta de Matos Brunelli Braghin, Libardi EC, Junqueira C, Rodrigues NC, Nogueira Barbosa MH, Renno ACM, Carvalho de Abreu DC.** The effect of low level laser therapy and physical exercise on pain, stiffness, function, and spatiotemporal gait variables in subjects with bilateral knee osteoarthritis: a blind randomized clinical trial. *Disabil Rehabil*. 2019 Dec; 41(26):3165-3172. doi: 10.1080/09638288.2018.1493160.
8. **Huang CH, Yeh ML, Chen FP, Kuo M.** A randomised controlled trial of laser acupuncture improves early outcomes of osteoarthritis patients' physical functional ability after total knee replacement. *Complement Ther*.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY PHỐI HỢP VỚI LOÉT TÁ TRÀNG

Thái Nguyên Hưng¹, Trần Xuân Dũng¹

TÓM TẮT

Báo cáo hồi cứu mô tả loạt ca lâm sàng ung thư dạ dày phối hợp với loét tá tràng với hai mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) và các yếu tố nguy cơ của BN phẫu thuật ung thư dạ dày (UTDD) phối hợp với loét tá tràng (LTT). 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dạ dày do UTDD phối hợp lấy ổ loét tá tràng và kỹ thuật xử trí môm tá tràng biến dạng giải phẫu (biến dạng, xơ chai tá tràng, ổ loét ở D1-DII trên bóng Vater). **Kết quả nghiên cứu:** Từ 2000-2004 có 18 BN đủ tiêu chuẩn: Nam 15 BN (83,3%), nữ 3 BN (16,7%), Tuổi TB 63,8 (từ 47-77). Tiền sử loét tá tràng 10/18 BN (55,6%); Thủng cũ tá tràng 3/18 BN (16,7%); Viêm tụy cấp 2 BN (11,1%), nghiện rượu 27,8%. Lâm sàng: Đau thượng vị 55,6%; Đau không rõ 33,8%, hẹp môn vị 44,4%, xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 11,1%; mass thượng vị 33,3%. Nội soi dạ dày (NSDD): UTDD và loét TT 9/18 BN (50%); UTDD, ko mô tả loét TT 9 BN (50%). Tổn thương trong mổ: UTDD- loét mặt trước TT 12/18 BN (66,7%); UTDD- loét 2 mặt tá tràng 1/18 BN (5,5%); UTDD-loét TT, hẹp môn vị 4/18 BN (22,2%). Phương pháp mổ: Cắt GTBDD + vét hạch + lấy ổ loét + DL môm tá tràng 5/18 BN (27,7%); Cắt GTBDD-vét hạch, lấy loét TT, đóng môm tá tràng kiểu con sên, khâu gục vào đầu tụy 5/18 (27,7%); Cắt GTBDD-VH, lấy ổ loét TT, đóng môm tá tràng 2 lớp mũi rời 5/18 BN (27,7%), Cắt GTBDD-VH, lấy ổ loét tá tràng, đóng môm tá tràng 2 lớp vạt-rời: 3/18 BN. Biến chứng sau mổ: Không có rò môm tá tràng, 1 BN tắc ruột do dính. Kết quả GPB: 100% loét tá tràng-UTDD. Adenocarcinome kém biệt hóa: 6 BN; AC biệt hóa cao: 4BN, AC biệt hóa vừa: 6BN; UT BM tế bào nhân: 2BN. **Kết luận:** Ung thư dạ dày phối hợp với loét tá tràng xuất hiện với tỷ lệ tăng lên trên BN có tiền sử hoặc

đang điều trị loét tá tràng hay thủng tá tràng cũ. Nhiễm các chủng *Helicobacter Pylori* khác nhau và điều trị kéo dài thuốc kháng acid (PPI hoặc kháng H2) làm giảm mạnh và kéo dài acid dạ dày có thể là các yếu tố nguy cơ gây UTDD. Điều trị phẫu thuật UTDD trên BN loét tá tràng gặp khó khăn do môm tá tràng sâu ở gờ trên, D2 tá tràng, sát Vater hoặc BN loét tá tràng, thủng cũ gây biến dạng nhiều tá tràng. Dẫn lưu môm TT hay đóng môm tá tràng phối hợp với khâu gục vào đầu tụy hoặc tạo hình môm tá tràng bằng dây chằng tròn là các phương pháp có tính an toàn cao có thể vừa lấy được tổn thương loét tá tràng kết hợp với phẫu thuật UTDD. **Từ khóa:** Ung thư dạ dày, loét tá tràng, dẫn lưu môm tá tràng, tạo hình môm tá tràng.

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES, RISK FACTORS AND SURGICAL RESULT OF COEXISTENCE OF GASTRIC CANCER AND DUODENAL ULCER

Study aim: Retrospective study aimed at evaluating the clinical and paraclinical features, risk factors and result of surgical management of coexistence of gastric cancer and duodenal ulcer. **Result:** There were 18 patients, mean age 63,8 year old (47-77), male 83,3%, female 16,7%. History of duodenal ulcer was 55,6%; History of duodenal ulcer perforation was 16,7%; acute pancreatitis 11,1%. Examination: epigastric pain in 55,6%, gastric outlet obstruction in 44,4%, gastrointestinal bleeding in 11,1%. Gastroscopy revealed duodenal ulcer and gastric cancer in 50%; gastric cancer and no ulcer of duodenum in 50%. Intraoperation lesions: Gastric cancer-anterior duodenal ulcer 12/18 (66,7%); Gastric cancer-kissing duodenal ulcer 1/18 (5,5%); Gastric cancer, gastric outlet obstruction due to duodenal ulcer in 4/18 (22,2%). Operation performed: Subtotal gastrectomy, lymphadenectomy, duodenal ulcer resection with duodenostomy in 5/18 (27,7%); Subtotal gastrectomy, lymphadenectomy, duodenal ulcer resection with 2 interrupted layer duodenal stump suture and reinforcement suture into pancreatic head in 5/18 (27,7%); Subtotal gastrectomy,

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024

lymphadenectomy, duodenal ulcer resection with 2 interrupted layer in 5/18 (27,7%), Subtotal gastrectomy, lymphadenectomy, duodenal ulcer resection with 2 running-interrupted layer in 3/18 (16,7%). Complication: Post operative obstruction in 1 patient, No duodenal stump leakage. **Conclusion:** The coexistence of gastric cancer and duodenal ulcer is rare in patients whose had duodenal ulcer treatment or history of duodenal ulcer perforation. The Helicobacter pylori infection by different stains or under acid suppression therapy for along time may be risk factors for gastric cancer. The surgical management of coexistence of gastric cancer and duodenal ulcer could be technical difficult due to deformation of duodenal stump related to Vater ampullary. Duodenostomy or duodenal stump plasty may be good solution. **Keywords:** gastric cancer, duodenal ulcer, Helicobacter pylori, duodenostomy, duodenal stump plasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho tới nay sự liên quan giữa UTDD và loét dạ dày tá tràng (DD-TT) hoặc loét tá tràng là vấn đề còn nhiều bàn cãi và chưa thống nhất. Phần lớn các nghiên cứu cho rằng nguyên nhân loét DD và ung thư dạ dày (UTDD) có nhiều đặc điểm chung tuy nhiên sự phối hợp giữa loét tá tràng và UTDD có nhiều đặc điểm khác biệt. Loét tá tràng có xu hướng làm giảm tỷ lệ mắc UTDD tuy nhiên những năm gần đây, tỷ lệ phẫu thuật (PT) UTDD phối hợp với loét tá tràng tại BV K có xu hướng tăng cao. Điều trị phẫu thuật UTDD trên BN có loét tá tràng, thủng cũ ổ loét tá tràng, hẹp môn vị là PT khó khăn do đồng thời PT cắt DD, vét hạch và xử trí các loét tá tràng mạn tính gây biến dạng giải phẫu tá tràng, hẹp môn vị, một số loét thủng vào tụy, cuống gan hay động mạch vị tá tràng gây rất nhiều khó khăn trong xử trí mổ tá tràng, nguy cơ rò tiêu hóa cao. Bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) và các yếu tố nguy cơ của BN phẫu thuật điều trị UTDD phối hợp với loét tá tràng.*

2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dạ dày do UTDD phối hợp lấy ổ loét tá tràng và kỹ thuật xử trí mỏm tá tràng biến dạng giải phẫu (biến dạng, xơ chai tá tràng, ổ loét ở DI-DII trên bóng vater).*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng NC: BN được chẩn đoán UTDD phối hợp loét tá tràng (loét TT phát hiện trước hoặc trong mổ) được PT điều trị UTDD phối hợp lấy ổ loét tá tràng.

- Loại trừ: BN được PT loét tá tràng đơn thuần.
- Phương pháp NC: Mô tả hồi cứu.
- Thời gian: 2000-2004.
- Địa điểm: khoa ngoại bụng 2, bệnh viện K.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 2000-2004 có 18 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC. Nam 15 BN (83,3%), nữ 3 BN (16,7%).

- Tuổi TB: 63,8 (từ 47-77).
- Tiền sử (TS):
 - + Viêm khớp: 1 BN
 - + Uống rượu: 5/18 BN (27,8%)
 - + Loét tá tràng (LTT): 10/18 BN (55,6%)
 - + Thủng cũ HTT: 3/18 BN (16,7%)
 - + Viêm tụy cấp: 2 BN
- Triệu chứng lâm sàng (LS):
 - + Đau thượng vị: 10 BN (55,6%)
 - + Đau ko rõ: 6 BN
 - + Nôn từng đợt (hẹp): 8 BN
 - + XHTH: 2 BN
 - + Khám thấy mass: 6 BN
- Xét nghiệm:
 - + CTM: Thiếu máu: 2 BN (truyền 2 ĐV máu)
 - + Sinh hóa: không có gì đặc biệt
 - Chẩn đoán hình ảnh:
 - + Nội soi dạ dày (NSDD):
 - ++ UTDD + loét TT: 9/18 BN (50%)
 - ++ UTDD, ko mô tả loét TT: 9 (50%)
 - Tổn thương trong mổ
 - + UTDD- loét mặt trước TT: 12/18 BN (66,7%)
 - + UTDD- loét 2 mặt tá tràng: 1/18 BN (5,5%)
 - + UTDD-loét tá tràng, hẹp môn vị: 4/18 BN (22,2%)
 - Các phương pháp mổ:
 - + Cắt GTBDD + vét hạch + lấy ổ loét + DL mỏm tá tràng: 5/18 BN (27,8%)
 - + Cắt GTBDD-vét hạch-Đóng mỏm tá tràng kiểu con sên-khâu gục vào đầu tụy: 5/18 (27,8%).
 - + Cắt GTBDD, đóng mỏm tá tràng 2 lớp mũ rờ: 5/18 BN (27,8%)
 - + Cắt GTBDD-VH-Đóng mỏm tá tràng 2 lớp vạt-rờ: 3/18 BN
 - Kết quả GPB UTDD:
 - + Adenocarcinome kém biệt hóa: 6 BN
 - + AC biệt hóa cao: 4 BN
 - + AC biệt hóa vừa: 6 BN
 - + UT BM tế bào nhẵn: 2 BN
 - + T1a-bN0M0: 3 BN
 - + T2N0M0: 5 BN
 - + T1-2N1M0: 2 BN
 - + T3N1M0: 3 BN
 - + T4a-bN1-3M0: 5 BN
 - Biện chứng sau mổ:
 - + Tắc ruột sau mổ (dính).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư dạ dày (UTDD) phối hợp với loét tá

tràng rất hiếm gặp. Tỷ lệ UTDD trên BN loét tá tràng chiếm tỷ lệ rất thấp 0,1% - 1,7%. Yếu tố chủ yếu chi phối 2 bệnh này là nhiễm *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) tuy nhiên có sự khác biệt rất lớn giữa loét tá tràng là bệnh lý có nồng độ acid cao và UTDD có nồng độ acid thấp.

Số liệu của chúng tôi có 18 BN được phẫu thuật UTDD/ loét tá tràng, nam 15/18 BN (83,3%), Nữ 3/17 (16,7%) trong đó 9/18 BN (50%) TS điều trị loét DD-TT trong nhiều năm; 2 BN viêm tụy cấp (VTC), 3/18 BN (16,7%) thủng cũ ổ loét HTT, 4 BN nghiện rượu, 1 BN viêm khớp (dùng chống viêm giảm đau NSAID). Như vậy tỷ lệ BN đang điều trị loét tá tràng khá cao.

- Các thống kê và nghiên cứu trên thế giới cho rằng UTDD / loét tá tràng hiếm gặp.

Thống kê của các tác giả Nhật bản tỷ lệ UTDD / loét DD là 0,15%; Tỷ lệ UTDD/ loét tá tràng là 2%, tỷ lệ UTDD/ loét DD và loét tá tràng là 1%.

- *H.pylori* gây bệnh và gây nhiễm khoảng 50% dân số TG. Năm 1994 hiệp hội nghiên cứu ung thư (International Agency for Research on Cancer: IARC) của tổ chức y tế TG (WHO) kết luận rằng *H.pylori* là nguyên nhân gây ung thư ở người [1].

- Theo Graham, Uemura: 20% các trường hợp nhiễm *H.pylori* phát triển thành bệnh trong khi loét tá tràng có tỷ lệ nhiễm HP là 16%[2].

- Fischer và CS báo cáo 48 BN mắc UTDD/ 45.000 loét tá tràng (0,1%), Miwa và CS có 6 UTDD / 356 loét tá tràng (1,7%). Một số tác giả Take, kamada báo cáo không có UTDD phối hợp với loét tá tràng [3].

- Tổng kết NC 5 năm tại Nhật của Uemura [2] cho thấy không có UTDD / loét tá tràng, 100% các BN loét tá tràng HP (+) trong khi 3,4% UTDD / Loét DD. Các tác giả đều cho rằng nguy cơ mắc UTDD/loét DD cao hơn UTDD / loét tá tràng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% số BN có loét hành tá tràng hay tá tràng; 1 BN kissing ulcer (loét mặt trước và sau DI-DII tá tràng); 4/18BN (22,2%) trường hợp biến chứng của loét sâu gây hẹp môn vị tuy nhiên trước mổ chúng tôi chẩn đoán hẹp môn vị do UTDD.

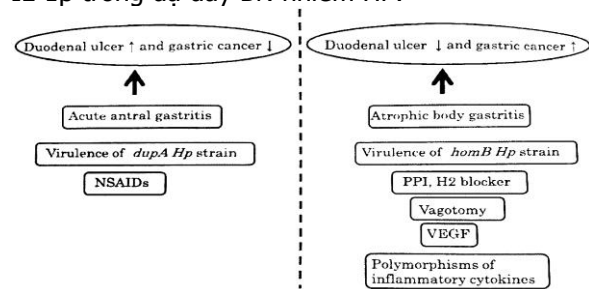
Chẩn đoán trước mổ qua NSDD 9/18 BN loét TT (50,0%) trong khi 9/18 BN (50%) không được phát hiện loét TT qua NSDD trước mổ. BN biểu hiện LS đau bụng, nôn (hẹp môn vị) đến khám phát hiện UTDD qua NSDD.

- Lý giải tỷ lệ BN đang điều trị loét tá tràng (50% theo số liệu của chúng tôi) xuất hiện UTDD phối hợp Camels và CS [4] cho rằng viêm teo dạ

dày gây giảm nồng độ acid góp phần kích thích tạo ra các gốc N-nitroso và các chủng vi khuẩn trong dạ dày. Mặt khác dùng thuốc giảm acid (acid-suppressive therapy) gây nồng độ acid trong DD giảm sâu tạo điều kiện cho các chủng VK non *H.pylori* trong dạ dày phát triển mạnh là các yếu tố gây UTDD.

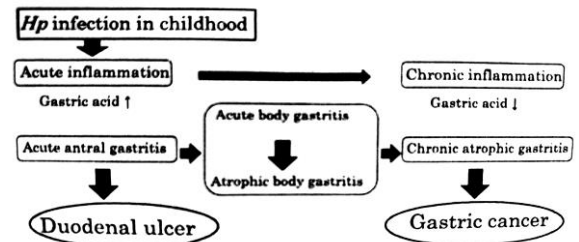
- Thất bại trong phát hiện UTDD khi điều trị loét tá tràng cũng góp phần làm tỷ lệ loét tá tràng /UTDD giảm nhất là đối với loét tá tràng sâu, kích thước lớn, chảy máu hoặc phối hợp với viêm nặng vùng hang vị dễ làm cho UTDD vùng hang vị bị bỏ sót. Takasu và CS [5] báo cáo 0,98 % (9/920) BN không phát hiện UTDD / loét tá tràng. Hosokawa: 41/250 (16,4%) trường hợp UTDD / loét tá tràng không được chẩn đoán.

- Các NC nguyên nhân nội sinh gây UTDD và loét DD-TT cho thấy *H.pylori* làm tăng sản xuất các cytokin gây viêm như interleukin (IL): IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, yếu tố hoại tử khối u α (tumor necrosis α :TNF- α) và các enzymes do bạch cầu tiết ra gây tổn thương niêm mạc. Takasima và CS báo cáo sự giảm tiết acid phối hợp với tăng IL-1 β trong dạ dày BN nhiễm HP.



Sơ đồ 1: Các yếu tố gây loét tá tràng và UTDD

Fuccio và CS [6] tổng kết cơ chế gây UTDD và loét tá tràng sau nhiễm *H.pylori* như sau: Nhiễm HP thời kỳ thanh thiếu niên \rightarrow viêm hang vị và loét tá tràng \rightarrow tiếp tục nhiễm HP \rightarrow viêm thân vị và loét HTT phối hợp với viêm hang vị ở tuổi trung niên và cao tuổi (tuổi cao thường loét HTT + viêm thân vị) \rightarrow viêm thân vị gây UTDD (viêm thân vị làm acid trong dạ dày giảm sâu). Thời điểm dễ gây UTDD tính từ lúc khi mắc viêm teo dạ dày chứ không phải khi bắt đầu nhiễm HP.



Sơ đồ 2: Cơ chế gây UTDD và loét tá tràng

- 5/18 BN (27,8%) mổ tá tràng ở gõ trên, gần bóng Vater nên chúng tôi không đóng được móm tá tràng mà dẫn lưu (DL) móm tá tràng bằng sond 16 Fr trên cơ sở đóng móm tá tràng khó khăn (đóng mũi rời). Chúng tôi tìm và xác định vị trí bóng Vater (papilla) sau đó DL móm tá tràng. Những BN này sau mổ DL ra mật và dịch tốt, không có trường hợp nào rò móm tá tràng. Các DL móm tá tràng được buộc và rút sau mổ 3 tuần.



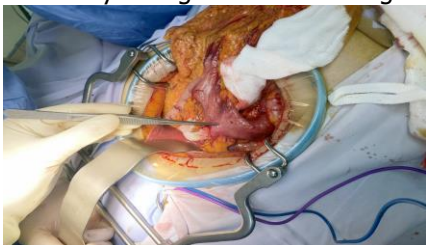
Ảnh 1: Loét tá tràng phối hợp ung thư dạ dày (Lê Thị H., 49 T)

- 5 BN khác chúng tôi cắt GTBDD, vét hạch, lấy ổ loét tuy nhiên do móm tá tràng sâu ở Di-DII (gõ trên), chúng tôi đóng móm tá tràng mũi rời (kiểu con sên) sau đó khâu tăng cường móm tá tràng gục vào đầu tụy. Sau mổ không có trường hợp rò móm tá tràng.

- 5 BN khác chúng tôi cắt GTBDD, vét hạch, lấy ổ loét, đóng móm tá tràng 2 lớp mũi rời cho kết quả sau mổ tốt.

- 3 BN khác được cắt GTBDD, vét hạch, lấy ổ loét và đóng móm tá tràng 2 lớp rời - vắt do BN loét HTT sát môn vị do vậy có thể đóng móm tá tràng thuận lợi.

- Như vậy có 15/18 BN (83,3%) đóng móm tá tràng khó khăn cần DL móm TT, khâu tạo hình móm tá tràng gục vào đầu tụy hay khâu tạo hình đầu tụy phối hợp với dùng dây chằng tròn tạo hình. Chúng tôi sử dụng dây chằng tròn như vật cơ cuống mạch tạo hình móm tá tràng sâu. Kết quả cho thấy không có BN rò tá tràng sau mổ.



Ảnh 2: Loét mặt trước hành tá tràng và ung thư dạ dày (Nguyễn Mạnh H., 76 T)

- NC của Lar-Erik Hansson và CS [7] về những yếu tố nguy cơ UTDD trên BN có loét DD hay loét tá tràng hoặc loét tiền môn vị cho thấy:

với BN loét DD nguy cơ UTDD tăng cao 2 lần. Đối với loét tá tràng, nguy cơ UTDD giảm 40%. Đối với loét tiền môn vị không làm tăng nguy cơ UTDD.

- Báo cáo của Hideyuki Ubukata và CS [1] nghiên cứu nguyên nhân phối hợp loét tá tràng và UTDD cho thấy có nhiều chủng H.pylori. Một số chủng có xu hướng gây loét tá tràng, một số chủng khác có xu hướng gây UTDD. Các chủng H.Pylori chứa các độc lực mạnh khác nhau như Cag.PAI (cytotocity-associated gene pathogenicity island); vacA (vacuolating cytotoxin gene) hay babA (the blood group antigen binding adhesion gene). Các chủng này gây viêm dạ dày nặng và tăng nguy cơ phát triển ung thư.

Marelli và CS thấy Vac A gây tổn thương biểu mô tế bào. Odenbrei và CS thấy Cag.A xuyên mạch vào TB biểu mô dạ dày gây độc cho TB chủ. Huang và CS: Cag.A gene làm tăng nguy cơ viêm teo và tăng nguy cơ UTDD [1].

- Các tác giả Takahashi, Feng thấy rằng yếu tố phát triển biểu mô mạch máu thường có nồng độ cao ở những viêm teo dạ dày mãn tính có loạn sản ruột [8].

- Như vậy đặc điểm lâm sàng của BN loét tá tràng phối hợp với UTDD cho thấy phần lớn BN có TS điều trị loét tá tràng 55,6%, thủng cũ tá tràng 16,7% hoặc có triệu chứng đau thượng vị nhưng không được điều trị loét TT. 22,2% (4BN) hẹp môn vị do loét tá tràng (tổn thương trong mổ). 15/18 BN (83,3%) đóng móm tá tràng khó khăn do loét tá tràng sâu gây biến dạng, thủng vào đầu tụy, gây hẹp tá tràng hoặc tổn thương sát Vater bởi vậy 83,3% (15 BN) được DL móm tá tràng (5 BN) hoặc đóng móm tá tràng kiểu con sên khâu gục vào đầu tụy (5 BN) hoặc đóng móm tá tràng kiểu con sên và tạo hình tá tràng bằng dây chằng tròn (5 BN). Có 3/18 BN loét tá tràng còn mềm nên đóng được móm tá tràng bằng khâu 2 lớp (1 lớp vắt-1 lớp rời). Các BN loét tá tràng đều được sinh thiết cho kết quả loét tá tràng phối hợp UTDD.

V. KẾT LUẬN

Ung thư dạ dày phối hợp với loét tá tràng xuất hiện với tỷ lệ tăng lên trên BN có tiền sử hoặc đang điều trị loét tá tràng hay thủng tá tràng cũ. Nhiễm các chủng Helicobacter Pylori khác nhau và điều trị kéo dài thuốc kháng acid (PPI hoặc kháng H2) làm giảm mạnh và kéo dài acid dạ dày có thể là các yếu tố nguy cơ gây UTDD. Nhiễm HP gây viêm teo thân vị làm giảm nồng độ acid dạ dày có nguy cơ gây UTDD cao. Điều trị phẫu thuật UTDD trên BN loét tá

tràng gặp khó khăn do móm tá tràng sâu ở gối trên, D2 tá tràng, sát Vater hoặc BN loét tá tràng, thủng cũ gây biến dạng nhiều tá tràng. Dẫn lưu móm tá tràng hay đóng móm tá tràng phối hợp với khâu gục vào đầu tụy hoặc tạo hình móm tá tràng bằng dây chằng tròn là các phương pháp có tính an toàn cao có thể vừa lấy được tổn thương loét tá tràng kết hợp với phẫu thuật điều trị UTDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hideyuki Ubukata et al.** Why is the coexistence of gastric cancer and duodenal ulcer rare? Examination of factors related to both gastric cancer and duodenal ulcer. *Gastric Cancer* (2011) 14: 4-12.
2. **Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, Matsumura N, Yamaguchi S, Yamakido N.** Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med*.2001;345: 784-9.
3. **Fischer A, Clagett OT, McDonald JR.** Coexistent duodenal ulcer and gastric malignancy. *Surgery* 1947;21: 168-74.
4. **Camels S, Berezial JC, Oshima H, Barsch.H.** Bacterial formation of N-nitroso compounds in rat after omeprazol-induced achlorhydria. In O'Neill IK, Chan J,Bartsch. editor. Relevance to human cancer of N-nitroso compounds, tobacco smoke and mycotocin (IARC scientific publication on cancer; 1991.p.1987-91.
5. **Takatsu S, Tsuchia H, Kitamura A, Yoshida S, Ito M, Sakura Y et al.** Detection of early gastric cancer by panendoscopy. *Jpn J Clin Onco*. 1984;14: 243-52.
6. **Fuccio L, Zagari RM, Minardi ME, Bazzoli F.** Systematic review: Helicobacter pylori for prevention of gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;25:133-41.
7. **Lars-Eric Hasson, Olof Nyren , Ann W. Hsing et al.** The risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenal disease. *The New England Journal of Medicine* 1996; 335:242-9.
8. **Feng CW, Wang LD, Jiao LH, Lui B,Zheng s, Xie XL.** Expression of P 53, inducible nitric oxide synthase and vascular endothelial growth factor in gastric precancerous and cancerous lesions: correlation with clinical features. *BMC cancer*. 2000;29: 2-8.

CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ MỞ KHÍ QUẢN Ở TRẺ EM TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phí Thị Quỳnh Anh¹, Nguyễn Thùy Dương², Lê Tuấn Thành³, Nguyễn Thị Trà Giang¹, Trần Minh Điển¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mở khí quản (MKQ) là thủ thuật mở một lỗ ở khí quản (đoạn cổ) và đặt một ống thông (Canuyn) làm cho không khí lưu thông trực tiếp từ bên ngoài vào khí quản và phế nang mà không đi qua đường hô hấp nằm phía trên lỗ mở khí quản [1]. Đây là một phẫu thuật cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành Tai Mũi Họng. Mở khí quản tạo ra đường thở an toàn trong những trường hợp bất tắc đường thở tại vị trí hầu họng, thanh quản, khí quản do nhiều nguyên nhân khác nhau. Trong chuyên ngành Nhi khoa, do sự phổ biến của phương pháp đặt nội khí quản và sự gia tăng số lượng bệnh nhân được điều trị tại các đơn vị điều trị tích cực, thở máy kéo dài trở thành lí do phổ biến nhất trong chỉ định mở khí quản ở trẻ em [2]. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về chỉ định, hiệu quả cũng như biến chứng của mở khí quản trên đối tượng người trưởng thành, tuy nhiên, có rất ít nghiên

cứu về vấn đề này được thực hiện trên đối tượng trẻ em. **Mục tiêu nghiên cứu:** mô tả chỉ định và kết quả mở khí quản ở trẻ em từ 0 đến 15 tuổi, điều trị tại các khoa hồi sức tích cực bệnh viện Nhi Trung ương, có chỉ định và được mở khí quản từ 01/01/2020 đến 30/06/2023. **Nghiên cứu mô tả, hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện.** **Kết quả:** Tuổi trung vị là 4,9 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là > 28 ngày tuổi – 2 tuổi; phần lớn bệnh nhân mắc bệnh lý thần kinh (50%); chỉ định mở khí quản chủ yếu là thở máy kéo dài (88,5%), thời gian thở máy trung bình đến khi được mở khí quản là 27,6 ngày; Tại thời điểm ra viện, 44% bệnh nhân cai được máy thở, 44,5% bệnh nhân không cai được máy thở, 11,5% bệnh nhân tử vong, thời gian thở máy trước mở khí quản kéo dài làm tăng thời gian điều trị tại các khoa điều trị tích cực. **Từ khóa:** Tracheotomy, children, paediatric intensive care

SUMMARY

INDICATIONS AND RESULTS OF TRACHEOSTOMY IN CHILDREN IN THE INTIMATIVE RECOVERY DEPARTMENT OF THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Tracheostomy is a procedure to open a hole in the trachea (at the neck) and place a catheter (Canuyn) to allow air to flow directly from the outside into the trachea and accessory that does not pass through the airway above the tracheostomy opening hole [1]. This is a common emergency

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên

³Trung tâm Y khoa Prime số 2 Trần Thánh Tông quận Hai Bà Trưng, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phí Thị Quỳnh Anh

Email: phiquynhanhent@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 30.5.2024