

0,4%, chảy máu là 1,2%.

Tổn thương đường mật trong quá trình phẫu tích là một biến chứng có thể gặp trong mổ. Nguyên nhân gây tổn thương đường mật do viêm dính nhiều vùng tam giác gan mật gây khó khăn cho phẫu tích, thêm vào đó viêm nề của đường mật cũng là yếu tố dễ gây tổn thương trong quá trình phẫu tích. Tỷ lệ tổn thương đường mật nói chung thay đổi từ 0-5% giữa các nghiên cứu⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp bên nhân tổn thương ống gan chung do túi mật viêm dính biến đổi giải phẫu. Bệnh nhân đã được tiến hành mổ mở nối mật ruột. Hậu phẫu bệnh nhân được ra viện sau 10 ngày điều trị.

Tỉ lệ chuyển mổ mở là 12%, trong đó viêm dính là 9 trường hợp, 2 trường hợp chảy máu, 1 trường hợp tổn thương ống mật chủ. Tỉ lệ này theo Nguyễn Quang Huy⁴ là 2,7%, Thái Nguyên Hưng³ là 3,2%, Atsushi Kohga⁷ là 4,9%. Nguyên nhân chuyển mổ mở ở các nghiên cứu khác vẫn chủ yếu là do viêm dính nhiều, gặp biến chứng khi phẫu thuật nội soi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian trung bình trung tiện của bệnh nhân $22,9 \pm 2,5$ giờ. Bệnh nhân chủ yếu trung tiện vào ngày đầu sau mổ chiếm 70,9%. Sau phẫu thuật có 2 bệnh nhân xuất hiện nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,3%, tụ dịch dưới gan là 12,8%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $4,8 \pm 1,8$ ngày, khá tương đồng với các nghiên cứu khác như: Trần Đình Hoan² là $6,1 \pm 1,9$ ngày; Ngô Công Nghiễm⁵ là $4,9 \pm 1,1$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp an toàn và hiệu quả. Phẫu thuật càng sớm

thì tỉ lệ phẫu thuật nội soi thành công cao, giảm các tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, chi phí điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Quốc Ái** (2017). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Đình Hoan, Nguyễn Minh An & Đỗ Mạnh Toàn** (2024). Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam. 536(2): 62-66.
3. **Thái Nguyên Hưng & Trương Đức Tuấn** (2023). Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý túi mật qua 248 trường hợp phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Tạp chí Y học Việt Nam. 525(1A): 297-302.
4. **Nguyễn Quang Huy, Đặng Khải Toàn, Nguyễn Quốc Cường & Trần Thị Thu Hồng** (2023). Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại bệnh viện nhân dân 115. Tạp chí Y học Việt Nam. 529(8): 155-160.
5. **Ngô Công Nghiễm** (2021). Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp do sỏi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
6. **Valerie Halpin** (2014). Acute cholecystitis. BMJ Clinical Evidence. 08.
7. **A. Kohga, K. Suzuki, T. Okumura, et alT. Kimura** (2019). Outcomes of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis performed at a single institution. Asian J Endosc Surg. 12(1): 74-80.
8. **M. Pisano, N. Allievi, K. Gurusamy, et all. Ansaloni** (2020). 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World J Emerg Surg. 15(1): 61.
9. **M. Yokoe, J. Hata, T. Takada, et al** (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 25(1): 41-54.

KẾT QUẢ TRUNG HẠN ĐIỀU TRỊ BỆNH TẮC HỆP ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI ĐA TẦNG BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

Lâm Văn Nút¹, Trịnh Vũ Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị THĐMCDMTĐT bằng can thiệp nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp:** Nghiên cứu không nhóm

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2027

Ngày duyệt bài: 16.8.2024

chứng, theo dõi trước và sau can thiệp trên 70 bệnh nhân THĐMCDMTĐT. **Kết quả:** 90% bệnh nhân cải thiện lâm sàng ngay cả khi chỉ tái thông một phần tổn thương với ABI tăng 0,25. Tỷ lệ biến chứng chu phẫu: 5,7%. Tỷ lệ cắt cụt chi chu phẫu: 4,3%. Tỷ lệ tử vong chu phẫu: 5,7%. Tỷ lệ cắt cụt chi sau 2 năm theo dõi: 14,3%. Tỷ lệ tử vong sau 2 năm theo dõi: 25,7%. Nguyên nhân tử vong thường gặp nhất: NMCT và suy kiệt do tuổi già. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch giúp cải thiện về lâm sàng và giảm tỷ lệ cắt cụt chi cho BN THĐMCDMTĐT ngay cả khi chỉ tái thông một phần tổn thương.

SUMMARY
MID-TERM OUTCOMES OF MULTILEVEL LOWER LIMB ARTERY STENOSIS AND OCCLUSION TREATMENT USING ENDOVASCULAR INTERVENTION

Objective: To evaluate the efficacy of endovascular intervention for TASC IIB CLI in Cho Ray Hospital. **Methods:** A non-randomized, before-and-after interventional study was conducted on 70 patients with TASC IIB CLI. **Results:** 90% of patients improved clinically even with partial revascularization, with an average increase in ankle-brachial index (ABI) of 0.25. Periprocedural complication rate: 5.7%, Periprocedural limb amputation rate: 4.3%, Periprocedural mortality rate: 5.7%, amputation rate after 2 years of follow-up: 14.3%. Mortality rate after 2 years of follow-up: 25.7%. Most common causes of death were acute myocardial infarction and geriatric frailty. **Conclusion:** Endovascular intervention is an effective treatment for CLI. Endovascular intervention can improve clinical outcomes and reduce the amputation rate in patients with critical limb ischemia, even when only partial revascularization of the lesion is achieved.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính (BĐMCDMT) là thuật ngữ để chỉ tình trạng một phần hay toàn bộ chi dưới không được cung cấp đầy đủ máu đáp ứng cho các hoạt động của chi, gây ra bởi các bệnh lý tắc hẹp động mạch (ĐM) mạn tính. Nguyên nhân chủ yếu của BĐMCDMT là xơ vữa động mạch (XVĐM). BN có các triệu chứng thuộc giai đoạn muộn của bệnh như loét, hoại tử chi nếu không được điều trị sẽ dẫn tới cắt cụt chi dưới và tử vong¹.

Việc tái thông mạch đối với tất cả các tổn thương đa tầng thường khó khăn và nhiều khi không thực hiện được do các tổn thương thường phức tạp, xuất hiện trên toàn bộ hệ thống động mạch chi dưới². Cùng với đó, các phương pháp tái thông mạch cũng thay đổi. Trước đây các tổn thương phức tạp, đa tầng thường được tái thông bằng phương pháp mổ mở thì hiện nay đã có thể xử lý được bằng các phương pháp ít xâm lấn như can thiệp nội mạch³. Tại Việt Nam, can thiệp nội mạch đã bắt đầu phát triển và chứng tỏ được vai trò chủ đạo trong tái thông mạch đối với BĐMCDMT. Các nghiên cứu về BĐMCDMT xuất hiện ngày càng nhiều tuy nhiên nghiên cứu riêng biệt để đánh giá xem can thiệp nội mạch có hiệu quả thế nào đối với những trường hợp THĐMCDMTĐT còn ít và có mức độ bằng chứng chưa cao. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm và kết quả trung hạn tái thông mạch bằng can thiệp nội mạch điều trị bệnh THĐMCDMTĐT tại Bệnh viện Chợ Rẫy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân bị THĐMCDMTĐT được điều trị tái thông mạch máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM trong thời gian từ tháng 12/2017 đến tháng 9/2019. Phân loại về tổn thương giải phẫu trên phim dựng hình CT mạch máu chi dưới có tắc hoặc hẹp từ 2 tầng trở lên trong 3 tầng chủ chậu, đùi khoeo và dưới gối theo phân loại TASC II⁴

Phương pháp nghiên cứu: chúng tôi sử dụng thiết kế nghiên cứu giả thực nghiệm không nhóm chứng theo kiểu trước và sau can thiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng
40-49	0	4	4
50-59	0	4	4
60-69	0	13	13
70-79	4	17	21
80-89	9	16	25
Trên 90	2	1	3
Tổng	15	55	70

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	N	%
THA	39	55,71
RLLPM	33	47,14
ĐTĐ	23	32,86
TBMMN	6	8,57
Hút thuốc lá	2	2,86
Đã can thiệp mạch nơi khác	5	7,14
Suy tim	3	4,29
Suy thận mạn	1	1,43

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương

Phân độ TASC II	Tầng chủ - chậu		Tầng đùi - khoeo		Tầng dưới gối	
	N	%	N	%	N	%
Bình thường	35	50,0	0	0	4	5,7
TASC A	8	11,4	3	4,3	10	14,3
TASC B	5	7,1	12	17,1	7	10,0
TASC C	10	14,3	26	37,1	9	12,9
TASC D	12	17,1	29	41,4	40	57,1
Tổng	70	100	70	100	70	100

Kết quả điều trị. Có 20 BN chiếm 28,6% được tái thông hoàn toàn các tầng bị tổn thương, phần lớn thuộc nhóm BN tắc 2 tầng. Thời gian tái thông mạch trung bình là 165,29 phút, thời gian ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 330 phút. Thời gian nằm viện sau tái thông mạch trung bình chỉ 4,2 ngày. 98,6% BN được can thiệp thành công về mặt kỹ thuật. Mức tăng chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay trung bình là 0,25, mức tăng này có ý nghĩa thống kê với p <

0,001. Có 4 trường hợp (5,7%) có tình trạng chi trở nên xấu hơn ngay sau tái thông mạch. 90% bệnh nhân có cải thiện về lâm sàng sau tái thông mạch. Khi đánh giá mức độ thay đổi về lâm sàng theo thang điểm Rutherford, các BN sau tái thông mạch có mức tăng trung bình 1,071, mức tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ cắt cụt chu phẫu là 4,3%, tỷ lệ tử vong chu phẫu là 5,7%. Thời gian lành vết thương trung bình là 4 tháng.

Trong thời gian theo dõi trung hạn có 10 trường hợp chiếm 14,3% BN bị cắt cụt chi. Thời gian bảo tồn chi trung bình trong thời gian theo dõi là 20,8 tháng. Vào thời điểm 1 năm có 8 BN chiếm 11,4% số BN tử vong. Từ tháng 12-24 có thêm 10 BN tử vong, tổng số BN tử vong sau 24 tháng theo dõi là 18 BN (25,7%). Tỷ lệ BN còn sống khi kết thúc thời gian theo dõi là 74,3%. Thời gian sống còn trung bình trong thời gian theo dõi là 19,8 tháng. Nguyên nhân tử vong thường gặp nhất là NMCT và suy kiệt do tuổi già.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình của BN THĐMCDMTĐT có xu hướng cao hơn so với các BN BĐMCDMT nói chung. Tuổi càng cao thì BN BĐMCDMT càng có xu hướng có tổn thương lan tỏa, đa tầng. Khác với BĐMCDMT nói chung với yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là hút thuốc lá, THĐMCDMTĐT có yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là THA.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 35 BN có tổn thương tầng chủ - chậu, các tổn thương nặng được phân độ TASC II C, D chiếm 62,9%. Toàn bộ 70 BN đều có tổn thương tầng đùi - khoeo, TASC II C, D chiếm 78,6%. 66 BN có tổn thương tầng dưới gối, TASC C, D chiếm 74,2%. Số BN có tổn thương cả 3 tầng chiếm 45,7%. Tổn thương nhiều tầng và tổn thương nặng thuộc phân độ TASC II C, D là những vấn đề nan giải đối với phẫu thuật viên trong việc tái thông mạch. Tổn thương nhiều tầng hơn đồng nghĩa với tiên lượng tử vong cũng như cắt cụt chi của BN xấu hơn so với các tổn thương đơn tầng^{5,6}.

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều có tổn thương tầng đùi khoeo. Nguyên nhân là ở tầng ĐM này, nhất là vị trí ĐM khoeo và ĐM đùi chung, là nơi ĐM bị tổn thương nhiều nhất do các tác động như xoắn vặn, đè ép, gập và kéo giãn khi BN đi lại, vận động, sinh hoạt⁷. Ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như khẩu kính ĐM, cấu trúc mô của thành ĐM, sự tạo thành dòng rối khi dòng máu đi qua các đoạn khác nhau của hệ thống ĐM chi dưới và do sự ảnh hưởng khác nhau của các yếu tố nguy cơ lên

quá trình xơ vữa của thành mạch⁵.

Về kết quả điều trị. Ngoại trừ một số các bệnh cảnh như tổn thương ở ĐM đùi chung, tắc do huyết khối mới trên nền hẹp ĐM xơ vữa thì can thiệp nội mạch có thể giải quyết tốt được phần lớn các tổn thương, trong đó có cả các tổn thương phức tạp được phân loại TASC II C, D. Khi phải xử lý các tổn thương đa tầng, thường là trên các BN lớn tuổi, có nhiều bệnh nền, phẫu thuật mở không phải là lựa chọn đầu tiên do việc tái thông hoàn toàn các tổn thương bằng phẫu thuật mở thường nặng nề. Một số hướng dẫn điều trị gần đây đưa ra chiến lược sử dụng can thiệp nội mạch trước trong những trường hợp bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều nguy cơ và tổn thương lan tỏa do giảm được thời gian nằm viện, giảm nguy cơ tử vong và biến chứng chu phẫu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ABI tăng rõ rệt sau khi được tái thông mạch, mức tăng có ý nghĩa thống kê. Mức độ tăng trung bình của ABI là trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 0,25. Còn nếu tính riêng trong nhóm những BN chỉ được tái thông một phần các tổn thương, mức độ cải thiện ABI trung bình là 0,2. Mức độ cải thiện ABI trung bình của chúng tôi tương đương với một số nghiên cứu về can thiệp nội mạch hoặc phối hợp giữa can thiệp nội mạch và phẫu thuật mở khác.

Mặc dù trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 26,8% số BN được tái thông hoàn toàn các tổn thương, còn 73,2% số BN chỉ được tái thông một phần các tầng ĐM tổn thương nhưng ngay sau tái thông mạch 90% số BN vẫn có sự cải thiện về lâm sàng. Đối với các BN THĐMCDMTĐT, hệ thống tuần hoàn bàng hệ phát triển nên chỉ cần tái thông một phần các tổn thương, tăng cường dòng máu đến các mạch máu cung cấp máu cho tuần hoàn bàng hệ cũng có ý nghĩa, giúp BN cải thiện được tình trạng lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong chu phẫu là 5,7%, tỷ lệ cắt cụt chu phẫu là 4,3% trong đó những trường hợp cắt cụt chu phẫu đều có liên quan trực tiếp đến vấn đề lựa chọn kỹ thuật can thiệp. Đây là những trường hợp xử lý tổn thương ĐM đùi chung bằng can thiệp hoặc tái thông ĐM dưới gối đối với những bệnh nhân có tổn thương nặng cả 3 nhánh ĐM dưới gối. Kết quả này cho thấy nguy cơ khi lựa chọn tái thông mạch bằng can thiệp đối với những trường hợp tổn thương ĐM đùi chung, khi đặt giá đỡ nội mạch để che lấp ĐM đùi sâu gây mất tuần hoàn bàng hệ xuống ngọn chi. Hơn nữa vị trí ĐM đùi chung thường xuyên co gập lại do vận động của chi nên dễ tắc, dẫn đến lâm sàng BN nặng lên nhanh chóng. Còn đối với

những trường hợp tắc ĐM đùi khoeo kèm theo cả 3 nhánh ĐM dưới gối là những trường hợp rất khó do đi dây dẫn xuôi dòng qua vị trí chạc 3 thân chày mác và ĐM chày trước thường khó đi vào được đúng lòng thật, dễ gây thủng mạch.

Lành vết thương là một quá trình phức tạp và hiện còn chưa được hiểu rõ toàn bộ. Đối với những BN thiếu máu mạn tính đe dọa chi, tái thông mạch chỉ là một khâu trong toàn bộ quá trình chăm sóc và điều trị trong BN. Trong đó, chăm sóc vết thương là một khâu cực kỳ quan trọng. Tuy nhiên việc kiểm soát quá trình chăm sóc vết thương của BN trong điều kiện Việt Nam là khó khăn do hầu hết các BN cư trú ở xa nên điều kiện chăm sóc vết thương là khác nhau. Do đó thời gian lành vết thương trung bình còn kéo dài lên tới 4 tháng.

Tỷ lệ bảo tồn chi của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu về tắc hẹp ĐM chi dưới đa tầng và thấp hơn khi so với các nghiên cứu về BDMCDMT khác, theo chúng tôi là BN tắc hẹp ĐM chi dưới đa tầng có triệu chứng nặng hơn, tổn thương phức tạp hơn. Hơn nữa, hầu hết các BN đều sống ở ngoại tỉnh nên điều kiện tiếp xúc với y tế và chăm sóc cắt lọc vết thương hàng ngày còn khó khăn, khi vết thương lâu lành hoặc tiến triển xấu hơn, BN thường lựa chọn cắt cụt chi ở địa phương chứ không đồng ý quay lại cơ sở của chúng tôi để thăm khám và tiếp tục điều trị.

Các BN trong nhóm chúng tôi có tuổi trung bình khá cao nên tỷ lệ tử vong lớn. Hơn nữa có tới 98,6% các BN trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cư trú ở các địa phương xa nên điều kiện tiếp xúc với chăm sóc y tế không thuận tiện, thường được người nhà chăm sóc và theo dõi tại nhà nên khi có triệu chứng tim mạch nặng thường không phát hiện kịp thời, tới viện muộn và ngay cả có tới viện kịp thì các cơ sở y tế địa phương cũng không có đủ phương tiện để cấp cứu kịp thời các BN lớn tuổi và nhiều bệnh nền.

Nguyên nhân tử vong trong nhóm BN của chúng tôi gặp nhiều nhất là NMCT. Nguyên nhân tử vong thường gặp thứ 2 trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là do suy kiệt. BN suy kiệt thường do tuổi cao, nhiều bệnh kèm theo nên dinh dưỡng kém. Ngoài ra còn một nguyên nhân gián tiếp ảnh hưởng tới dinh dưỡng của BN, đó là BN thường có vết loét chi không lành làm gây đau đớn, mất ăn mất ngủ dẫn tới suy kiệt, dinh dưỡng kém, và dinh dưỡng kém lại là một trong những nguyên nhân dẫn tới vết loét không lành được. Vòng luẩn quẩn này thường có kết cục cuối cùng là BN tử vong. Do đó việc bổ sung dinh dưỡng và chăm sóc để nhanh chóng lành vết loét là rất quan trọng để giảm nguy cơ tử

vong. Tuy nhiên việc chăm sóc vết loét và bổ sung dinh dưỡng cho BN lại được thực hiện tại địa phương và đây là một khâu quan trọng thường bị bỏ sót trong quá trình theo dõi và điều trị BN BDMCDMT. Chúng tôi cho rằng việc bổ sung kiến thức và tập huấn việc chăm sóc BN BDMCDMT cho y tế cơ sở là cực kỳ quan trọng và cần phải làm ngay để bảo đảm cho 2 mục tiêu quan trọng trong chăm sóc và điều trị BN BDMCDMT: Bảo tồn chi và tránh nguy cơ tử vong.

V. KẾT LUẬN

- Chỉ có 26,8% số BN được tái thông hoàn toàn các tổn thương, nhưng 90% số BN vẫn có sự cải thiện về lâm sàng với mức tăng chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay trung bình là 0,25 và mức tăng trên thang điểm Rutherford về đánh giá cải thiện lâm sàng là 1,071 điểm.

- Tỷ lệ biến chứng chu phẫu là 5,7%, tỷ lệ cắt cụt chu phẫu là 4,3% và tỷ lệ tử vong chu phẫu là 5,7%.

- Thời gian lành vết thương trung bình là 4 tháng, tỷ lệ cắt cụt chi trong thời gian theo dõi 2 năm là 14,3%, tỷ lệ tử vong sau 2 năm theo dõi là 25,7%. Nguyên nhân tử vong thường gặp nhất là NMCT và suy kiệt do tuổi già.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sicard G.** Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy. vol 2. Elsevier; 2018:p.4528-4999.
2. **Akamatsu D, Goto H, Kamei T, et al.** Efficacy of iliac inflow repair in patients with concomitant iliac and superficial femoral artery occlusive disease. *Asian J Surg.* Nov 2017;40(6):475-480. doi:10.1016/j.asjsur.2016.07.004
3. **Elbadawy A, Ali H, Saleh M.** Midterm Outcomes of Common Femoral Endarterectomy Combined with Inflow and Outflow Endovascular Treatment for Chronic Limb Threatening Ischaemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* Jun 2020; 59(6): 947-955. doi: 10.1016/j.ejvs. 2020.02.028
4. **Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al.** Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007;33 Suppl 1:S1-75. doi:10.1016/j.ejvs.2006.09.024
5. **Vogt MT, Wolfson SK, Kuller LH.** Segmental arterial disease in the lower extremities: correlates of disease and relationship to mortality. *J Clin Epidemiol.* Nov 1993;46(11):1267-76. doi:10.1016/0895-4356(93)90091-e
6. **van Kuijk JP, Flu WJ, Welten GM, et al.** Long-term prognosis of patients with peripheral arterial disease with or without polyvascular atherosclerotic disease. *Eur Heart J.* Apr 2010;31(8):992-9. doi:10.1093/eurheartj/ehp553
7. **Hùng TĐ.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị can thiệp nội mạch ở bệnh động mạch chi dưới mạn tính. Luận án tiến sĩ y học, chuyên ngành nội tim mạch. Học viện Quân y; 2016.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY THÙNG VÀ THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐANG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ UNG THƯ

Thái Nguyên Hưng¹, Mai Văn Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) của thủng ung thư dạ dày (UTDD) và thủng ổ loét dạ dày-tá tràng (DD-TT)/ bệnh nhân đang điều trị bệnh lý ung thư. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật thủng UTDD và thủng ổ loét DD-TT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** + Phương pháp NC: mô tả hồi cứu. + Đối tượng NC: BN không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán và phẫu thuật thủng UTDD hoặc thủng ổ loét DD-TT/ BN đang điều trị các bệnh lý ung thư (UT) tại BV K. **Kết quả NC:** 46 BN; Nam 42 BN (91,3%), nữ 4 BN (8,7%). Tuổi TB 59,71T. Nhóm BN thủng UTDD (n = 26) Tuổi TB 60, 68T; Nhóm BN thủng ổ loét DD-TT (n = 20) Tuổi TB 58,7 T. Triệu chứng: 35 BN (76%) đau bụng dữ dội, bụng co cứng, 4 BN (8,7%) thủng/xuất huyết tiêu hóa (XHTH). Chụp bụng đứng: 76% có lồng hơi. CLVT 76% có dịch, khí OB; 1 BN có ổ apxe (dịch, khí) cạnh bờ cong lớn, 22 BN (84,6%) dày thành dạ dày (DD) và hạch ổ bụng (OB). Nội soi dạ dày (NSDD) 42,3% phát hiện UTDD. Kết quả phẫu thuật (PT): + 26 BN thủng UTDD: 23 BN cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD) vét hạch 1 thì, 1 BN cắt toàn bộ dạ dày (TBDD), lách, thân đầu tụy; 1 BN khâu thủng UTDD, 1BN PT Newmann ++ 88,5% UT phần xa DD. Số hạch nạo vét TB 12,88 hạch / BN; 65,4% UTDD thủng GĐ III-IV. + 20 BN thủng DD-TT: 6 BN thủng loét DD, 10 BN thủng loét tá tràng, 4 BN thủng loét kissing ulcer mặt sau tá tràng vào đầu tụy và động mạch vị tá tràng, đường mật; 6 BN được PTNS khâu thủng (5 BN loét tá tràng, 1BN loét thân vị), 1 BN cắt 2/3 DD; 4 BN thủng/ XHTH (Kissing ulcer) cắt 2/3 DD, DL mổ tá tràng (1 DLkehr). Tử vong (TV) và biến chứng: + 1 BN tử vong; + Biến chứng: 8,6%; 1BN apxe tồn dư điều trị nội, 1 BN rò mật điều trị nội, 1 BN tắc ruột do dính (mổ lại), 1 BN chảy máu (< 24 h) mổ lại. (nhóm UTDD 3/26 BN U↔ 11,5%; nhóm thủng loét DD-TT 1/20 BN ↔ 5%). **Kết luận:** - UTDD thủng nên mổ 2 thì để đạt được diện cắt R0 với tỷ lệ cao, tăng số hạch nạo vét được, giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng, có thể đạt được thời gian sống 5 năm cao (50%). + Thì 1: Khâu lỗ thủng, làm sạch ổ bụng qua PTNS hay mổ mở. + Thì 2: Mổ cắt DD triệt căn, nạo vét hạch D2. Không nên cắt dạ dày không triệt căn hay palliative trong điều kiện viêm phúc mạc. Mổ khâu lỗ thủng hay cắt DD (diện cắt R1-R2) có thời gian sống thêm ngắn. - Thủng loét DD-TT/ BN đang điều trị ung thư nên PTNS khâu thủng, hút rửa bụng (có

thể cắt TK X, nối vị tràng). Trường hợp ổ loét mặt sau tá tràng (kissing ulcer) thủng vào thủng vào đầu tụy, ĐM. vị tá tràng hay đường mật nên cắt đoạn DD/lấy hoặc loại trừ ổ loét thủng ra khỏi đường tiêu hóa, DL mổ tá tràng (DL đường mật).

Từ khóa: Thủng ung thư dạ dày, thủng loét dạ dày tá tràng, kissing ulcer

SUMMARY

THE CLINICAL FEATURE AND SURGICAL RESULTS OF GASTRIC CANCER PERFORATION AND GASTRODUODENAL ULCER PERFORATION IN PATIENT HAVING CANCER DISEASES

Study aim: 1. Evaluate the clinical and paraclinical feature of gastric cancer perforation and gastroduodenal ulcer perforation in patient having cancer diseases. 2. The surgical results of gastric cancer perforation and gastroduodenal perforation.

The results: There were 46 patients, male 91,3%, female 8,7%, mean age 59,71 years, Subgroup of gastric cancer perforation was 26 patients, subgroup gastroduodenal ulcer perforation was 20 patients; Of them, 76% had strong abdominal pain, rebound tenderness. Abdominal X ray showed subphrenic air in 35 patients. CT scan revealed intra abdominal air and liquid in 76% and thickened wall of stomach with intraabdominal lymph nodes in 22 patients. Operation performed: subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy in 23 patients; Simple suture in one patients; Suture with drainage tube (procedure of Newmann) in one patient, total gastrectomy with left pancreatic and splenectomy in 1 patient. **Death and complication:** - One died due to disseminated intravascular Coagulation on 8 nd day post gastrectomy, - One patient had intra-abdominal bleeding < 24h post operation (reoperation for hemostasis) - One had adhesive small bowel obstruction < 1 month (reoperation) - One had intra abdominal abscess that healing by ultrasound guide drainage. Histopathology: 65,4% had Stage III-IV of gastric cancer. **Conclusion:** The surgical procedure for gastric cancer perforation should be divided into 2 procedures: The first: simple suture of perforation and abdominal lavage for peritonitis. The second: radical gastrectomy and D2 lymphadenectomy in order to have the elevated R0 resection and low mortality and also elevated 5 year survival rate more than 50%. It is advisable not to do palliative gastrectomy or non-radical resection due to peritonitis that could have high mortality and low rate of 5 years survival. - For gastroduodenal perforation: Laparoscopic suture with lavage is operation of choice. 2/3 gastrectomy and ulcer excluded or excised and duodenostomy should be performed in bleeding and posterior duodenal ulcer perforation that eroded to gastroduodenal artery and

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 12.8.2024