

# 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 Hưng<sup>1</sup>, Mai Văn Hạnh<sup>1</sup>

## 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 (XHHTH). Chụp bụng đứng: 76% có lồng hơi. CLVT 76% có dịch, khí OB; 1 BN có ổ apex (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/ XHHTH (Kissing ulcer) cắt 2/3 DD, DL móm 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 móm 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

<sup>1</sup>Bệnh 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

head of pancreas. **Keywords:** gastric cancer perforation, gastroduodenal perforation, kissing ulcer

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư dạ dày thủng là bệnh lý cấp cứu chiếm tỷ lệ khoảng 5% số bệnh ca mắc UTDD. Thủng UTDD khó phân biệt với thủng ổ loét DD-TT trước mổ do biểu hiện lâm sàng giống nhau. Điều trị phẫu thuật (PT) thủng UTDD hay thủng ổ loét DD-TT cần đạt được mục tiêu làm sạch ổ bụng (điều trị viêm phúc mạc) và xử trí triệt căn bệnh lý UTDD hay loét DD-TT. Cho tới nay xử trí PT thủng UTDD hoặc thủng ổ loét DD-TT còn gặp nhiều khó khăn và chưa thống nhất. Chẩn đoán trước mổ hay trong mổ thủng do UTDD hay thủng DD-TT quyết định thái độ xử trí trong và sau mổ. Cắt DD triệt căn một thì hay khâu lỗ thủng và làm sạch trước rồi cắt DD, vét hạch triệt căn thì 2 còn nhiều bàn cãi. Các báo cáo cho thấy tỷ lệ cắt DD triệt căn ngay thì đầu khi có viêm phúc mạc (VPM) có tỷ lệ đạt được diện cắt R0 thấp (< 50%), số hạch vét được ít, tỷ lệ TV và biến chứng cao.

Đối với thủng ổ loét DD-TT khó phân biệt giữa ổ loét lành tính hay UTDD thủng giai đoạn sớm. PTNS khâu thủng mang lại nhiều lợi ích nhưng chưa được ứng dụng nhiều tại BV K. Một số ổ loét thủng nhiều lần, XHTH, hẹp môn vị hoặc loét thủng vào đầu tụy, động mạch vị tá tràng (ĐMVTT) hay đường mật khó xử trí PT, nguy cơ biến chứng và TV cao. Bởi vậy chúng tôi NC đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) của thủng UTDD và thủng ổ loét 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.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

- 2.1. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu.
- 2.2. Đối tượng nghiên cứu:**

- BN không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán và phẫu thuật thủng UTDD hoặc thủng ổ loét DD-TT trên BN đang điều trị các bệnh lý ung thư (UT) tại BV K.
- + Thời gian: 2021-4/2024.
- Loại trừ: BN phẫu thuật thủng ruột non, đại tràng hay thủng thực quản.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

- 46 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC: Nam 42 BN (91,3%), nữ 4 BN (8,7%).
- + Tuổi TB: 59,71 T.
- + Nhóm thủng UTDD (n= 26): Tuổi TB 60, 68.
- + Nhóm thủng ổ loét DD-TT (n= 20): Tuổi TB: 58,7.

**Bảng 1: Tiền sử và triệu chứng lâm sàng**

TT	Đặc điểm	n
1. Tiền sử (nhóm UTDD)	1. Loét DD-TT:	4
	2. Thủng ổ loét BCN	1
	3. Thủng ổ loét HTT	2*
	4. Đã mổ ung thư trực tràng:	1
	5. Mổ bắc cầu chủ-vành	1
2. Tiền sử nhóm Loét-DD-TT	1. Loét DD-TT	3
	2. UT lưới	2
	3. UT xương	2
	4. UT Phổi	2
	5. U lympho	1
	6. UT Tiền liệt tuyến	1
	7. Tai biến mạch não	1
Triệu chứng lâm sàng (LS)	1. Đau bụng dữ dội, đột ngột	36
	2. Đau bụng có sốt	2
	3. Đau thượng vị có xuất huyết tiêu hóa	4
	4. Thăm TT có phân đen	4
	5. Sond DD có máu	2
	6. Khám sờ thấy khối U thượng vị	12

\* 1 BN có TS mổ khâu thủng, nối vị tràng.

**Bảng 2: Các XN cận lâm sàng và NSDD**

Các xét nghiệm	Đặc điểm	n
1. XN máu	1.Thiếu máu nặng	6
	2.Thiếu máu vừa	11
2.Bạch cầu	1 .BC > 20.000	1
	2.BC > 15.000-20.000	3
	3 BC ≥ 10.000-15.000	10
	4. BC 8000-10.000	10
	5.BC < 8000	22
3.Nội soi dạ dày (NSDD)	1.UTDD: hang vi-BCN	3
	2. UT hang vị	1
	3.UT hang môn vị	6
	4.UT hang môn vị-D1 tá tràng	1
	5.UT góc BCN	3
	6.UT môn vị	1
	7.Thủng BCL thông với ổ apxe	1
4. XQ bụng đứng	1. Liềm hơi D' hoành	35
	2.Không có liềm hơi	10
5. Chụp CLVT	1. Có khí OB	35
	2.Ổ dịch, khí cạnh BCL	1
	3.Dịch tự do OB	35
	4.Dày thành dạ dày	22

- Tính chất mổ: 1. Mổ cấp cứu: 35 BN (76%)
- 2. Mổ cấp cứu trì hoãn: 1BN (2,2%)
- 3. Mổ phiên 10 BN (21,8 %)

**Bảng 3: Tổn thương trong mổ-phương pháp mổ**

TT	Vị trí tổn thương	n	Phương pháp mổ
Thủng do UTDD	1.UT môn vị	1	+ Cắt GTBDD vét hạch (triệt căn)

	2.UT hang môn vị	8	+ Cắt GTBDD, vét hạch (triệt căn)
	3. UT hang vị	6*	+Cắt GTBDD, vét hạch (triệt căn)
	4. UT góc BCN	8	+ Cắt GTBDD, vét hạch (triệt căn)
	5. UT bờ cong lớn (BCL)	1	+Cắt TBDD-lách, thân đuôi tụy
	6. UT Thân vị	1	+Khâu thủng, rửa bụng (M phúc mạc)
	7. UT tâm vị	1	+ PT Newmann
Thủng loét DD-TT	1 Thủng mặt trước tá tràng	5 4 1	PTNS: khâu thủng, hút rửa bụng. Mổ mở: Khâu thủng, lau rửa bụng ** Cắt 2/3 DD
	2. Thủng vào tụy và ĐM vị tá tràng (loét kissing ulcer thủng mặt sau)	3	Cắt dạ dày, lấy ổ loét thủng, DL mòm tá tràng
	3.Thủng vào ĐMVT - đầu tụy - đường mật (kissing ulcer thủng)	1	Cắt 2/3 DD, lấy ổ loét thủng,DL mòm tá tràng-DL đường mật
	4.Thủng loét dạ dày 1. Thân vị 2. Góc BCN 3. Thân vị	3 2 1	1.Khâu thủng, lau rửa bụng 2.Khâu thủng, lau rửa bụng 3. PTNS: khâu thủng,hút rửa bụng

\* 1 BN tháo miệng nối, cắt GTBDD

\*\* 1 BN khâu thủng, nối vị tràng.

**- Thủng UTDD:**

+ Giờ thủng-khi mổ: 5/26 BN (19,2%) thủng < 6 h; 11/26 BN (42,3%) 6h-24 h, 11 BN thủng bất  
+ Vị trí UTDD:++ UT môn vị- UT hang môn vị- UT hang vị- UT BCN: 23/26 BN (88,5%, UTDD phần xa).

++ 3 BN (11,5%) UT 1/3 trên DD.

**- Thủng ổ loét DD-TT:**

+ Giờ thủng: 5BN thủng < 6h; 8 BN từ 6-24h, 2 BN > 48 h, 4 BN thủng bất và XHTH.

+ Vị trí loét thủng DD-TT:

++ 16/20 BN (80,0%) thủng vào OB tự do.

++ 4/20 BN (20%): thủng vào động mạch vị tá tràng và các tạng lân cận (Thủng ổ loét mặt sau gối trên-D2 tá tràng dạng kissing ulcer).

- Tổn thương UTDD thủng bất: 11 ca thủng được các tạng lân cận: đầu tụy, D1-2 tá tràng, mạc treo ĐT ngang, cuống gan bọc lại:

++ Vào đầu tụy, tá tràng: 4 BN (3 BN cắt GTBDD-DL mòm TT)

++ Đầu tụy-mạc treo ĐT ngang: 3 BN  
++ Thủng vào lách, thân đuôi tụy: 1 BN  
++ Thủng vào mạc treo ĐT ngang: 2 BN  
++ Thủng vào cuống gan: 1 BN.  
- Trong số 9 BN thủng do UT hang môn vị, UT hang vị thủng có 6 BN hẹp môn vị  
- Tổn thương thủng HT  
+ Mặt trước HT:10 BN (6 BN ổ loét ≤ 1cm-PTNS 2 BN; 3 BN loét 1,2-1,5 cm: PT NS; 1 BN; loét HT ≥ 3cm: Cắt 2/3 DD)  
+ Mặt sau tá tràng: 4 BN (4 BN kissing ulcer thủng loét mặt sau > 3 cm → 3 BN cắt 2/3 DD, lấy ổ loét, DL mòm TT, 1 BN cắt 2/3DD, lấy ổ loét, DL mòm tá tràng và đường mật )  
+ Thủng dạ dày: 6 BN (4 BN thủng thân vị; 2 BN thủng BCN, KT ổ thủng ≤ 1 cm).  
**- Biến chứng và tử vong (TV)**  
+ 1 BN tử vong vì nhồi máu phổi/ đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC) (2,2%)  
+ 1 BN chảy máu sau cắt TBDD, lách, thân đuôi tụy. Mổ cấp cứu khâu cầm máu  
+ 1 BN tắc ruột sau mổ do dính (mổ gỡ dính)  
+ 1 BN apxe tồn dư sau mổ cắt GTBDD/DL mòm tá tràng luồn sond hút  
+ 1 BN rò mật điều trị nội  
+ Tỷ lệ biến chứng: 8,7%, Tỷ lệ TV 2,2%.  
- Kết quả GPB thủng UTDD  
+ Tổng số hạch nạo vét TB 12,88 hạch/BN  
- Giai đoạn bệnh: 17/26 UTDD thủng GĐ III-IV (65,4%).

+ GĐI: IA: 5 BN (19,2%)

+ GĐ II (11,5%): + IIA: 2 BN

+ IIB: 1 BN

+ GĐ III (57,7%): + IIIa: 2 BN

+ III b: T4bN0, 1M0: 9 BN

+ IIIc: T4bN2, 3M0: 4 BN

+ GĐIV (7,7%): 2 BN

+ Uxơ cơ viêm: 1 BN

**IV. BÀN LUẬN**

UTDD thủng và thủng ổ loét DD-TT trên BN điều trị ung thư chiếm 1% tỷ lệ cấp cứu ngoại khoa và đứng hàng thứ 2 sau các xuất huyết tiêu hóa (XHTH) nặng. Thủng UTDD chiếm khoảng 5% tổng số ca UTDD. Chẩn đoán xác định thủng UTDD hay loét DD-TT trước mổ khó khăn do biểu hiện lâm sàng giống nhau bởi vậy tỷ lệ chẩn đoán thủng UTDD trước mổ khá thấp.

- Sara Di Carlo [1] thống kê tổng số 476 BN thủng UTDD thấy 38% được chẩn đoán UTDD trước mổ. Trong số BN này: 140 BN mổ khâu thủng, 441 ca cắt GTBDD hoặc cắt TBDD 1 thì, 55 BN khâu thủng thì 1 sau đó cắt dạ dày triệt căn thì 2.

- Tatsuo Hata [2] báo cáo 514 BN thủng

UTDD: 376 BN cắt DD 1 thì, 12 BN cắt DD 2 thì, 2 BN không mổ. Trong số này 44,5% được chẩn đoán ( $\Delta$ ) UTDD trước mổ, 29,9% (106 BN)  $\Delta$  trong mổ, 25,6% sau mổ (91 BN); 54 BN mổ cắt DD triệt căn 2 thì (Thì 1: khâu thủng, làm sạch, thì 2 cắt DD, vét hạch D2). Tỷ lệ TV ở nhóm cắt DD triệt căn 1 thì là 11,4% vs 1,9% (2 thì), diện cắt R0 nhóm 1 thì 50% vs nhóm 2 thì 78,4%. Tác giả cho rằng khi diện cắt R0 không đạt do VPM nên tránh mổ cắt dạ dày palliative hoặc không triệt căn. Nên mổ 2 giai đoạn: Thì 1 mổ khâu thủng làm sạch OB (điều trị VPM), thì 2 mổ cắt DD triệt căn, Kết quả cho thấy tỷ lệ sống 5 năm  $\rightarrow$  75 tháng đạt 50%.

- Theo Fisher [3]: BN cắt DD cấp cứu do UTDD thủng có chất lượng diện cắt xấu, số lượng hạch vét được giảm, tỷ lệ diện cắt (+) tăng, tỷ lệ TV > mổ phiên.

- Kim [4] tổng kết 43 BN thủng UTDD: Tuổi TB 69, nam 55%, tỷ lệ  $\Delta$  UTDD trước mổ 42%, GĐ III 75%, GĐ IV 25%, 100% cắt DD 1 thì, 75% đạt diện cắt R0, tỷ lệ TV 15%.

- Chúng tôi có 31 ca thủng vào OB tự do: 15 ca thủng UTDD; 16 ca thủng loét DD-TT; 19 BN được mổ trong khoảng 6-24 h (8 BN thủng ổ loét, 11 BN thủng UTDD), 9 BN thủng < 6h (5 BN thủng loét, 4 BN thủng UTDD), 3 BN thủng loét DD-TT > 24 h (2 ca từ 24-48 h; 1 ca > 48h).

- Tuổi mắc nhóm thủng DD-TT 58,7 T: 3 BN có TS loét DD-TT, đang mắc các bệnh UT: UT lưỡi, UT phổi, U lympho, UT xương... đang điều trị hóa chất và corticoid...

- 6 BN được PTNS là thủng ổ loét DD-TT lành tính: 5 BN thủng mặt trước tá tràng, 1 BN thủng ổ loét thân vị.

- 2 BN thủng mặt trước tá tràng kích thước lớn: 1 BN khâu thủng, nối vị tràng (loét 1,5-2 cm), 1 BN cắt 2/3 DD do thủng mặt trước D1 2-3 cm (>48h). BN này không cần CĐ mổ cắt 2/3 DD vì VPM muộn, thủng HTT lành tính, nên khâu thủng, làm sạch, nối vị tràng (có thể phối hợp cắt TK X).

- 4 BN thủng bít phổi hợp XHTH nặng do loét kissing ulcer kích thước lớn. Xử trí tổn thương rất khó khăn do loét thủng mặt sau D1-D2 tá tràng biến dạng, ăn vào đầu tụy và ĐM.VTT, đường mật. 4 BN này được mổ cắt 2/3 DD lấy ổ loét thủng, DL mòm TT (1 BN được DL mòm TT và DL Kehr 10 fr do ổ loét thủng vào tụy, ĐM.VTT, đường mật). Không có TV; 1 BN rò mặt sau DLkehr điều trị nội; 1 BN apxe tồn dư được luồn sond hút và điều trị nội.

- Tỷ lệ cắt DD /thủng DD-TT là 5/20 BN (25%) trong đó 1 BN thủng > 2-3 cm mặt trước tá tràng, 4 BN thủng + XHTH nặng mặt sau D1-D2

tá tràng. Số BN này thủng mặt sau D1-D2 sát trên bóng Vater/XHTH nặng phải truyền nhiều máu.

- Theo Chung [5]: Tỷ lệ cắt DD/ số BN thủng DD-TT < 10%; Tỷ lệ TV 24% (sau cắt DD), 80% BN tái phát sau mổ khâu loét, tỷ lệ TV sau mổ thủng loét DD-TT 6-19%; 4 yếu tố nặng làm tăng tỷ lệ TV: Tuổi > 60 T; thời gian thủng > 24h; có sốc (HA < 100 mmhg), có các bệnh phổi hợp. Kích thước (KT) ổ thủng < 5 mm  $\rightarrow$  TV 6%; KT 5-10 mm  $\rightarrow$  19%; KT > 10mm  $\rightarrow$  24%.

- Đối với thủng UTDD, trước đây cắt DD 1 thì palliative để cứu sống BN thường được chỉ định. Cắt DD 1 thì và vạo vét hạch triệt căn có thể chỉ định khi tình trạng toàn thân tốt, viêm phúc mạc khu trú bởi vì khâu thủng UTDD thường rò tiêu hóa do tổ chức UT mủn nát, khó liền và OB dính nhiều gây khó mổ thì 2 tuy nhiên theo Hata S: Tỷ lệ TV của mổ cắt UTDD thủng 1 thì là 11,4%, tỷ lệ đạt diện cắt R0 là 50%. Những BN có diện cắt R1-R2 có tỷ lệ TV cao hơn R0. Tác giả cho rằng nên xem xét lại chỉ định mổ không triệt căn và cắt DD palliative 1 thì [2].

- Theo Lehnert [6]: Cắt DD 1 thì nên theo các tiêu chuẩn sau:

- + 1. UTDD được  $\Delta$  trước mổ.
- + 2. Tình trạng toàn thân tốt, không có nguy cơ biến chứng sau mổ.
- + 3. Không có VPM toàn thể.

- 32 BN trong nhóm nghiên cứu của Hata được khâu thủng UTDD thì 1: Ko có BN rò tiêu hóa, tỷ lệ TV sau mổ thì 2 là 1,9%. Tỷ lệ cắt DD triệt căn - nạo vét hạch D2 và đạt được diện cắt R0 cao từ 50-78% [2].

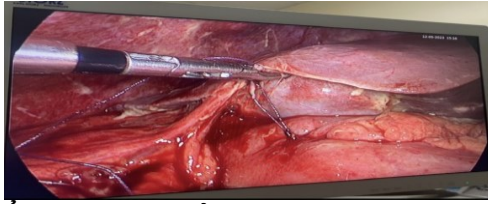
- Fukuda N [7] Cho rằng PTNS nên được thực hiện thì 1 để quan sát toàn bộ OB, rửa sạch bụng, PTNS ít gây dính trong OB nên mổ cắt DD triệt căn thì 2 sẽ thuận lợi.

- Tan [8] báo cáo kết quả PT thủng UTDD trên 12 BN: 10 BN cắt GTBDD (1 thì), 2 BN cắt TBDD (1 thì); 1 TV do viêm phổi, 1 TV do rò mòm tá tràng, apxe trong OB (16,7%); 3 BN biến chứng rò mòm tá tràng điều trị nội khoa, tỷ lệ biến chứng 50% do các nguyên nhân tim mạch và nhiễm trùng.

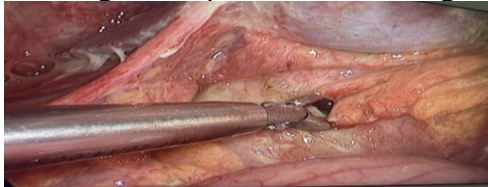


**Ảnh 1: Thủng UTDD góc BCN- Mổ CC cắt GTBDD**

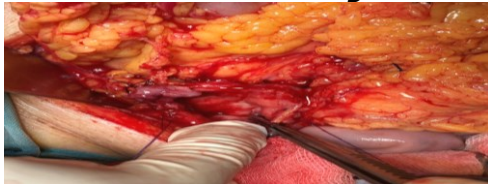
(BN Nguyễn Văn H, 77 T)



**Ảnh 2: Thủng ổ loét mặt trước HTT, lỗ thủng < 1cm, PTNS khâu thủng**



**Ảnh 3: Thủng ổ loét HTT (lỗ thủng 1,5 cm): PTNS khâu thủng**



**Ảnh 4: Thủng ổ loét Kissing ulcer vào đầu tụy, D2 và ĐMVTT mô CC cắt 2/3 DD-DL móm tá tràng**

(BN Đỗ Văn L.)

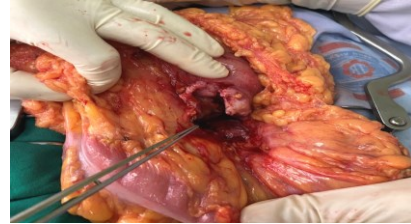
- Chúng tôi có 26 BN thủng UTDD trong đó 24 ca mổ cắt GTBDD hay TBDD 1 thì, 1 ca khâu thủng/ BN di căn phúc mạc; 1 ca thủng tâm vị / BN tuổi cao, suy kiệt, VPM toàn thể mổ khâu thủng UTDD (PP Newmann). Không có BN được khâu và điều trị VPM thì 1 sau đó cắt DD triệt căn thì 2. Không có BN nào được thăm dò, PTNS khâu thủng UTDD thì 1, cắt DD triệt căn thì 2. Có 61,5% thủng UTDD được mổ < 24 h, số còn lại thủng bít được tụy, mạc treo ĐT, cuống gan bọc lại bởi vậy kết quả PT và vết hạch tốt, 1 BN tử vong do nhồi máu phổi (đông máu rải rác trong lòng mạch).

Tuy nhiên các trường hợp thủng bít PT khó khăn: 3 BN UTDD thủng vào đầu tụy, mạc treo ĐT được PT cắt GTBDD, DL móm TT; 3 BN thủng vào đầu tụy, D1-D2 mổ cắt GTBDD-DL móm TT; 1 BN thủng vào cuống gan (gan và cuống gan bịt lại) mổ cắt GTBDD-DL móm TT; 1 BN thủng hang vị/ HMV loét tá tràng (ổ loét tá tràng gồ trên 2cm) mổ cắt GTBDD, lấy loét D1, DL móm tá tràng.

Như vậy có 7/11 BN thủng bít vào các tạng như tá tràng, đầu tụy, mạc treo ĐT cần DL móm tá tràng để PT triệt căn, giảm áp đường khâu tuy nhiên có 1/13 BN thủng vào OB cần DL móm tá tràng do UTDD/ loét tá tràng.

- Số lượng hạch nạo vét TB: 12,88 hạch là

số hạch tương đương với mổ phiên



**Ảnh 5: Thủng UTDD bít vào đầu tụy-mạc treo ĐT (BN Nguyễn Văn H, 60 t) cắt GTBDD-DL móm tá tràng**

#### Kết quả PT

- Loét DD-TT thủng:  
+ 20 BN thủng DD-TT/ BN đang điều trị ung thư kết quả tốt, không có BN mổ lại, 1 BN rò mật / đã DLkehr điều trị nội.

+ 6/20 BN được PTNS khâu thủng, rửa bụng kết quả tốt.

+ 5/20 BN cắt DD: 4 BN loét kissing ulcer thủng vào đầu tụy và ĐMVTT/XHTH, 1 BN lỗ thủng HTT lớn (3cm).

- UTDD thủng: 26 UTDD thủng có 11 BN thủng bít. PT cắt GTBDD 23/26 BN, cắt TBDD 1 BN, 2 BN khâu thủng. 1 BN tử vong do nhồi máu phổi, 1 BN tắc ruột sau mổ do dính. UTDD giai đoạn III-IV 65,4 %, 1/26 BN u xơ cơ viêm thủng tạo thành khối apxe được cắt TBDD (mổ lại vì di căn phúc mạc, tắc ruột > 1 năm).

#### V. KẾT LUẬN

UTDD thủng nên được mổ 2 thì để đạt được diện cắt R0 tỷ lệ cao, tăng số hạch nạo vét được, giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng, 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: 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 móm tá tràng (DL đường mật).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sara Di Carlo et al. Perforated gastric cancer: acritical appraisal. Discov Oncol 2021; 12:15 :1-10.
2. Hata T, Sakata N, Kudoh K, Shibata C, Unno M. The best surgical approach for perforated gastric cancer one stage vs two stage gastrectomy. Gastric cancer. 2014;17: 578-587.
3. Fisher BW. Urgent Surgery for gastric

- carcinoma: a study of national cancer database. J Surg Res.2020; 245: 619-628.
4. **Kim HS, Lee JH, Kim MG.** Outcome of laparoscopic primary gastrectomy with curative intent for gastric perforation: Experience from single surgeon. Surg Endosc. 2020 .
  5. **Chung KT, Shelat VG.** Perforated peptic ulcer-an update. World J Gastrointestinal Surg. (2017) 8:1-127.
  6. **Lehnert et al.** Two-stage radical gastrectomy for perforated gastric cancer. Eur J Surg Oncol. 2000; 26: 780-4.
  7. **Fukuda N et al.** Perforated gastric carcinoma treated with laparoscopic omental patch repair followed by open radical surgery- Report a case. J Jpn Surg Assoc. 2005; 66: 243-5:
  8. **Tan KK, Quek TJL, Wong N, Li KK.** Emergency surgery for perforated gastric malignancy: an institutor's experience and review of literature. J Gastrointest Onco. 2011: 2(1):13-18

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BA TRIỆU CHỨNG CHÍNH Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN TRẦM CẢM TÁI DIỄN

Vũ Sơn Tùng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1,2</sup>, Phạm Thị Quỳnh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

Trầm cảm tái diễn là một rối loạn hay gặp trong tâm thần học, có bệnh nguyên bệnh sinh chưa rõ ràng, còn nhiều khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Nghiên cứu được thực hiện trên 109 người bệnh được chẩn đoán xác định là rối loạn trầm cảm tái diễn theo tiêu chuẩn của ICD-10 (1992) điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021 với phương pháp nghiên cứu phân tích chùm ca bệnh. Kết quả thu được: tỷ lệ nữ (72,48%) cao hơn nam (27,52%), tuổi trung bình  $48,66 \pm 15,07$  tuổi. Có 66,97% bệnh nhân được chẩn đoán là rối loạn trầm cảm tái diễn hiện giai đoạn trầm cảm mức độ nặng (có hoặc không có loạn thần). Ba triệu chứng chính đều xuất hiện với tỉ lệ > 90% số bệnh nhân. Cả 3 triệu chứng chính đều báo cáo xuất hiện từ từ; không có yếu tố làm giảm mức độ rõ ràng và thường nặng lên khi gặp stress. Về sự thay đổi mức độ triệu chứng trong ngày, triệu chứng "mất quan tâm thích thú" thường không thay đổi trong ngày còn triệu chứng "khí sắc trầm" và "giảm năng lượng dẫn đến tăng mệt mỏi, giảm hoạt động" thường nặng hơn về sáng. Tóm lại, nghiên cứu chỉ ra ba triệu chứng chính xuất hiện với tỉ lệ rất cao ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm tái diễn. **Từ khóa:** ba triệu chứng chính, đặc điểm lâm sàng, rối loạn trầm cảm tái diễn.

### SUMMARY

#### CLINICAL FEATURES OF THREE MAIN SYMPTOMS IN PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

Recurrent depression is a common disorder in psychiatry, with an unclear etiology and many difficulties in diagnosis and treatment. The study was conducted on 109 patients diagnosed with recurrent

depressive disorder according to ICD-10 criteria (1992) and treated as inpatients at the Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital from January 2020 to December 2021. This is a case cluster analysis. Results obtained: the proportion of women (72.48%) was higher than men (27.52%), average age was  $48.66 \pm 15.07$  years old. 66.97% of patients diagnosed with recurrent depressive disorder had severe depressive episodes with or without psychosis. The three main symptoms all appear at a rate of > 90% of patients. All three main symptoms reported appearing gradually; There are no obvious factors that reduce the severity and are often aggravated by stress. Regarding changes in symptom levels during the day, the symptoms of "loss of interest and pleasure" usually do not change during the day, while the symptoms of "depressed mood" and "decreased energy leading to increased fatigue and decreased activity" often occur heavier in the morning. In summary, the study shows three main symptoms that appear at a very high rate in patients with recurrent depressive disorder. **Keywords:** three main symptoms, clinical features, recurrent depressive disorder.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một rối loạn cảm xúc hay gặp trong tâm thần học, được đặc trưng bởi sự ức chế toàn bộ các mặt của hoạt động tâm thần (về cảm xúc, hành vi, tư duy). Theo Tổ chức Y tế thế giới, năm 2017, tỷ lệ mắc trầm cảm ở cấp độ toàn cầu là 4,4% và có xu hướng ngày càng tăng.<sup>1</sup> Hiệp hội gánh nặng bệnh tật toàn cầu báo cáo: vào năm 2013, rối loạn trầm cảm điển hình là căn nguyên xếp thứ hai gây ra gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới.<sup>2</sup>

Trầm cảm có khuynh hướng tái diễn: bệnh nhân mắc một giai đoạn trầm cảm thường sẽ trải qua giai đoạn trầm cảm tiếp theo. Bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng, số lượng triệu chứng nhiều hơn với mức độ triệu chứng nghiêm trọng hơn đáng kể so với những bệnh nhân chỉ có duy nhất một giai đoạn trầm cảm. Cũng do biểu hiện lâm sàng đa dạng, việc phân biệt rối loạn trầm

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Sơn Tùng

Email: vusontung269@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024