

- Nội; 2020.
- Phạm Cẩm Phương.** Đánh Giá Hiệu Quả Của Xạ Trị Kết Hợp Capecitabine Trước Mổ Trong Ung Thư Trực Tràng Thấp Tiến Triển Tại Chỗ. Luận án tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2013.
  - Phạm Văn Bình, Hồ Sĩ Thuyết.** Đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả sớm phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nội máy trong điều trị ung thư trực tràng. VMJ. 2017;1:545.
  - Trịnh Đức Hoàng, Kim Văn Vụ.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng đoạn giữa kết hợp hóa xạ trị tiên phẫu tại khoa ngoại tổng hợp quán sứ bệnh viện K giai đoạn 2019 – 2021. VMJ. 2022;520(2). doi:10.51298/vmj.v520i2.4129
  - Ha YH, Jeong SY, Lim SB, et al.** Influence of Preoperative Chemoradiotherapy on the Number of Lymph Nodes Retrieved in Rectal Cancer. Annals of Surgery. 2010;252(2):336. doi:10.1097/SLA.0b013e3181e61e33
  - Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh, Nguyễn Quốc Thái.** Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nội máy điều trị ung thư trực tràng. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2010:119-123.
  - Eriksen MT, Wibe A, Norstein J, Haffner J, Wiig JN,** Norwegian Rectal Cancer Group. Anastomotic leakage following routine mesorectal excision for rectal cancer in a national cohort of patients. Colorectal Dis. 2005;7(1):51-57. doi:10.1111/j.1463-1318.2004.00700.x

## ĐIỀU TRỊ CHẬM RỖNG DẠ DÀY SAU PHẪU THUẬT U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA (GIST) KÍCH THƯỚC LỚN GÓC BỜ CONG NHỎ DẠ DÀY

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Mậu Thái<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả ca lâm sàng hiếm gặp được chẩn đoán chậm rỗng dạ dày (CRDD) sau cắt dạ dày (DD) hình chêm khối U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) kích thước lớn (10-8cm) với mục tiêu 1. Mô tả các triệu chứng lâm sàng (LS) và cận lâm sàng (CLS) của BN có hội chứng CRDD sau cắt DD hình chêm do khối U GIST kích thước lớn góc BCN. 2. Đánh giá kết quả điều trị và điểm lại Y văn. **Kết quả:** BN nam, 61 T, có triệu chứng đau thượng vị, không nôn. Khám bụng: khối U thượng vị còn di động. Nội soi dạ dày (NSDD) khối U D' niêm mạc 4 cm ở BCN, thân vị DD. SA và CLVT: khối u nghi ngờ GIST góc BCN 62-78 mm. Tổn thương trong mổ: Khối U GIST 10-8 cm đi từ dưới tâm vị đến góc BCN- hang vị. Phẫu thuật: Cắt DD hình chêm. Sau mổ 10 ngày xuất hiện đau thượng vị, nôn nhiều (2000ml/24h). Chụp bụng KCB: không có mức nước hơi. Chụp DD sau 6 H: DD giãn lớn, thuốc không xuống tá tràng. Mổ lần 2 ( chỉ định vì tắc ruột cao): Tổn thương: DD giãn to, không bục đường khâu, môn vị không hẹp, thăm dò không hẹp, không thấy tắc ruột. Mổ nối vị tràng. Sau mổ dùng phối hợp Erythromycin 0,25-3v/24h bắt đầu từ ngày thứ 4 sau mổ. Chụp DD sau mổ: thuốc xuống ruột qua miệng nối nhanh. BN cho ăn ngày 5 sau mổ, ra viện ngày 7 sau mổ. GPB: U tế bào hình thoi hướng tới GIST kích thước 9,5-6 cm. Hóa mô miễn dịch (HMMD): Mô bệnh học và HMMD phù hợp với GIST 5 nhân chia/25 vi trường. **Kết luận:** CRDD sau PT cắt U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) ở bờ cong nhỏ dạ dày có thể xảy ra với những khối U có kích thước lớn. Nguyên nhân có thể do tổn thương thần kinh X hoặc nhánh

chân ngược (latarjet). Triệu chứng lâm sàng: đau thượng vị, nôn nhiều (> 800ml/24h). Chẩn đoán cần loại trừ tắc ruột cao. Chụp DD sau 6 giờ dạ dày giãn to, thuốc còn lại trong dạ dày. Phẫu thuật đặt ra khi đặt sond hút dạ dày, nhìn ăn, truyền dịch và điều trị thuốc tăng co bóp DD không đỡ (Erythromycin uống liều nhỏ). Mổ nối vị tràng (hoặc tạo hình môn vị) hoặc mở thông hồng tràng nuôi ăn. Nên mổ nối vị tràng phối hợp với cắt DD hình chêm với khối U GIST kích thước lớn (> 5 cm) góc BCN.

### SUMMARY

#### THE TREATMENT RESULT OF DELAYED GASTRIC EMPTYING AFTER WEDGE RESECTION FOR LARGE GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR SITUATED AT LESSER CURVATURE

**Study aim:** 1. Evaluation of clinical and paraclinical feature of delayed gastric emptying (DGE) after wedge resection of large GIST located at lesser curvature. 2. The result of DGE treatment and review of literature. **Result:** There was men, aged of 61 years old, admission due to abdominal epigastric pain and weight loss with out vomiting. Physical examination: palpable epigastric tumor. Gastroscopy: Tumor 4 cm in diameter submucosa located at lesser curvature. CTScan: tumor 6,2-7,8 cm in diameter locating at lesser curvature. Lesion intra operation: Tumor at lesser curvature measuring 10-8 cm from under cardia to antral stomach. +Surgical Procedure: Wedge resection with 2 layers running suture of remnant stomach. 10 days after gastric procedure patient had symptoms: epigastric pain, nausea, vomiting, naso gastric tube insertion with > 2000 ml /24h. Plain abdominal X Ray had no air-liquid level. Gastrointestinal Xray series (telebrid) showed dilatation of gastric remnant and telebrid couldn't go down to small bowel after 6 h. +2 nd operation with diagnosis of upper small bowel obstruction (post operation). Lesion intraoperation: Dilatation of gastric remnant, volume of gastric remnant was large, no

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024

gastric outlet obstruction, pylory muscle opened with out motility, gastric tube insertion and instrument for exploration could pass though easily. There was not small bowel obstruction. Operation performed: Gastro-Jejunostomy (ante colic). Post operation was simple. Erythromycin 0,25g-3 tables daily (low dosage) was given. Patient discharged 7 days postoperatively. **Histopathology:** Tumor 9,5-9-6 in diameter. Immunohistochemistry: GIST with 5 mitotic count /25 HPF. **Conclusion:** Delayed gastric emptying (DGE) after wedge resection for large GIST located at lesser curvature could occur. The reason could be lesion of vagus nerve (X). Symptom often occurred during 7-14 post operative day: Nause, epigastric pain, vomiting (gastric liquid > 800ml). Diagnosis was elimination of upper bowel obstruction by CTScan and erected abdominal Xray. Gastro- intestinal X ray series with telebrix revealed dilatation of gastric remnant and telebrix remained in gastric remnant after 6 h. The treatment consisted of gastric tube insertion for aspiration, fasting, intravenous nutrition, oral erythromycine with low dosage. If DGE symptoms unchanged or got worse, surgical management would be indicated: Gastro-enterostomy or jejunostomy for feeding. **Keywords:** Delayed gastric emptying, gastrointestinal stromal tumor (GIST), GIST of lesser curvature.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chậm rỗng dạ dày chiếm tỷ lệ 10-15% các trường hợp cắt dạ dày bán phần (DDBP) trong đó có khoảng 5-10% các trường hợp cần xử trí. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến chậm rỗng dạ dày (CRDD) như thể tích dạ dày còn lại ít, các phương pháp nối dạ dày- ruột, các stapler, BN có tiền căn lo lắng, đái tháo đường, parkinson hay hẹp môn vị trước mổ... Ở nước ta, hội chứng CRDD chưa được nghiên cứu nhiều, nguyên nhân CRDD sau phẫu thuật cắt dạ dày cũng như các yếu tố thuận lợi còn có nhiều bàn cãi. Cho tới nay, tỷ lệ GIST dạ dày được phẫu thuật tăng cao. Đối với GIST kích thước lớn xuất phát từ bờ cong nhỏ dạ dày ngoài việc cắt dạ dày hình chêm, các phẫu thuật phối hợp chưa được thống nhất. Bởi vậy chúng tôi báo cáo ca lâm sàng (LS) chậm rỗng dạ dày /BN GIST kích thước lớn BCN với 2 mục tiêu:

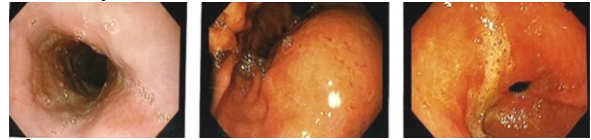
1. Mô tả đặc điểm LS, cận LS của BN chậm rỗng dạ dày/sau PT cắt DD hình chêm góc BCN do GIST.
2. Đánh giá kết quả điều trị CRDD và điểm lại Y văn

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

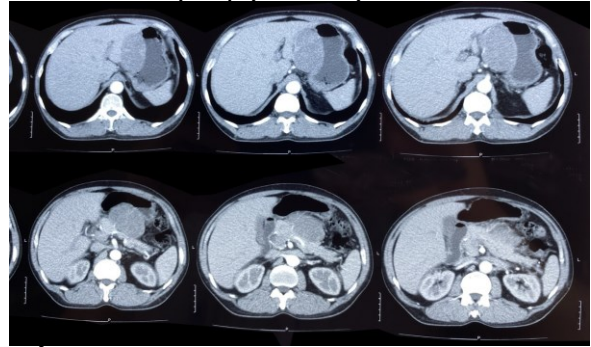
- **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu ca lâm sàng hiếm gặp
- **Đối tượng nghiên cứu:** BN được chẩn đoán hội chứng chậm rỗng dạ dày/ sau phẫu thuật GIST kích thước lớn góc BCN.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

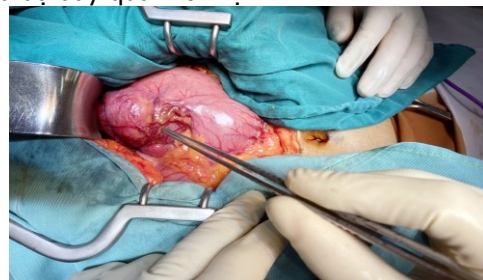
- Bệnh án NC
- + BN nam, 61 T,
- +Tiền sử (TS): không có TS ĐTĐ.
- Lâm sàng: Đau thượng vị, không nôn, không sốt.
- + Khám bụng: Sờ thấy u thượng vị, ít di động
- + Nội soi dạ dày (NSDD): Thân vị u dưới niêm mạc 4 cm.



**Ảnh 1:** NSDD khối dưới niêm mạc 4 cm góc BCN  
+ CLVT: Vùng thượng vị ở góc BCN có khối tổn thương tỷ trọng tổ chức KT lớn ranh giới ko rõ với thành dạ dày (TR GIST).



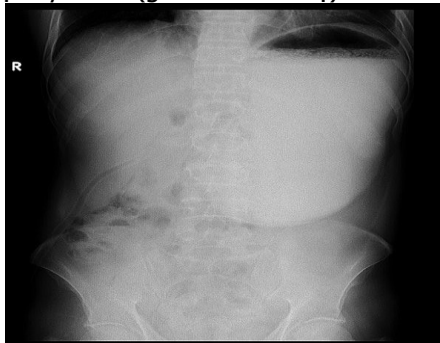
**Ảnh 2:** Chụp CLVT, khối u lớn góc BCN dạ dày  
+ Siêu âm bụng: Khối hỗn hợp vùng thượng vị dưới gan trái 62-78 mm.  
+ Chẩn đoán trước mổ: GIST BCN dạ dày.  
+ Chẩn đoán sau mổ: GIST lớn BCN Dạ dày (10-8cm).  
+ Tổn thương trong mổ: Khối u lớn xuất phát từ D' niêm mạc KT 10-8 cm từ sát tâm vị (phía BCN) lên hang vị)  
+ Phẫu thuật: Cắt dạ dày hình chêm, đặt sond dạ dày qua môn vị.



**Ảnh 3:** Tổn thương trong mổ  
GPB: Khối u KT: 9-9,5- 6 cm. U tế bào hình thoi hướng tới GIST  
Hóa mô miễn dịch:Khối u GIST, 5 nhân chia/25 vi trường.

+ Sau mổ 10 ngày BN xuất hiện nôn nhiều (1500-2000 ml/ngày), vẫn trung tiện, đau bụng thường vị.

+Chụp DD sau 6h: Dạ dày giãn to, thuốc còn lại ở dạ dày nhiều (gần như toàn bộ) sau 6h và 12h.



**Ảnh 4: Chụp dạ dày uống Telebrix (sau 6h)**



**Ảnh 5: Chụp dạ dày thuốc xuống ruột bình thường**

+ Chẩn đoán trước mổ lần 2: hẹp môn vị hay tắc ruột cao.

+ Mổ lần 2: Không có tắc ruột, DD giãn to, mở mặt sau hang vị thăm dò: môn vị không hẹp, sond 16 Fr và dụng cụ qua môn vị dễ dàng.

+ Chẩn đoán: Chậm rỗng DD sau PT GIST lớn BCN. mổ nối vị tràng mặt sau hang môn vị

+ Diễn biến sau mổ: BN trung tiện ngày thứ 4, dùng erythromycin 0,25-3 viên/24h (liều nhỏ) hậu phẫu bình thường, ăn cháo ngày 5, không nôn, không đau bụng.

BN ra viện sau mổ lần 1 tuần.

#### IV. BÀN LUẬN

Chậm rỗng dạ dày (CRDD) sau mổ cắt DDBP chiếm tỷ lệ 10-15% tuy nhiên khoảng 5-10% số này biểu hiện lâm sàng rõ và cần can thiệp.

Điều trị hội chứng CRDD có nhiều phương pháp từ điều trị nội khoa, nhịn ăn, đặt sond dạ dày, nuôi dưỡng tĩnh mạch, dùng các thuốc tăng co bóp dạ dày, kích thích điện cơ cho đến mổ thông hồng tràng bơm ăn.

Góc BCN dạ dày và vùng hang môn vị được chi phối bởi nhánh thần kinh (TK) chân ngỗng

(latarjet) nhánh này chi phối vận động vùng hang môn vị bởi vậy những phẫu thuật cắt khối u GIST góc BCN có kích thước lớn (cắt hình chêm) có thể gây tổn thương nhánh TK X và gây liệt hay giảm vận động vùng hang môn vị.

- Báo cáo của Yunus Donder và CS [1]: 7 BN được phẫu thuật (PT) cắt DD hình chêm do U GIST góc BCN (Wedge resection)/30 BN GIST DD/ được PT cắt DD hình chêm: nam 28%, nữ 72%, PTNS 4 BN, mổ mở 3 BN. Cả 7 BN này sau mổ diễn biến lâm sàng bình thường: không đau bụng, không buồn nôn, không nôn: Cho ăn chế độ ăn lỏng ngày thứ 2 sau PT, ra viện TB 3,8 ngày sau mổ (3-5 ngày), tuy nhiên báo cáo không cho biết kích thước khối U cũng như các điều kiện thuận lợi như ĐTĐ, hẹp môn vị, dùng hormone (tiền mãn kinh)... tuy nhiên đây là báo cáo có cỡ mẫu nhỏ.

- Báo cáo trên 412 BN cắt GTBDD phần xa do UTDD có 27 CRDD (6,6%): NC cho thấy nữ giới, ĐTĐ, và UTDD phần xa là những yếu tố nguy cơ độc lập. 89% số BN có thời gian xuất hiện CRDD > 7 ngày, diện tích vùng dạ dày bị cắt bỏ ở nhóm CRDD là 198,0 cm<sup>2</sup> so với diện tích 173,9 cm<sup>2</sup> nhóm không có CRDD. Các tác giả thấy rằng phụ nữ tiền mãn kinh có nhu động dạ dày giảm và yếu do nồng độ estrogen và progesterol tăng. Những phụ nữ dùng liệu pháp hormone có CRDD với thức ăn đặc [2].

- Phân tích các yếu tố nguy cơ CRDD trên 1243 BN cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD) do UTDD: Pang và cs [3] thấy có 53 CRDD/ 1243 BN cắt GTBDD do UTDD. Chẩn đoán CRDD theo tiêu chuẩn: Không có tắc quai đi hay tắc ruột cơ giới, lượng dịch sond DD > 800 ml/24 h (trong 10 ngày), không có rối loạn điện giải, CRDD không gây ra bởi các bệnh ĐTĐ, suy tuyến giáp, các bệnh hệ thống, các BN không có chụp DD hay soi dạ dày bị loại. Kết quả cho thấy: nhóm CRDD tuổi TB 62,115 +/- 11,360 vs 53.056 +/- 9.105 tuổi (nhóm không CRDD), BMI là 24.032 +/- 2.670 kg/m<sup>2</sup> (CRDD) VS 22.078 +/- 3.086 kg/m<sup>2</sup>; 27 /53 BN (50,9%) có hẹp môn vị (HMOV) ở nhóm CRDD VS 87 BN/1190 BN ở nhóm không CRDD (7,3%). Đối với thể tích mòm dạ dày còn lại, số liệu cho thấy động mạch (ĐM) vị mạc nối trái không bị cắt là 26,4%, bị cắt là 32,1% và nhánh đầu tiên ĐM vị ngắn bị cắt là 41,5% so với nhóm không CRDD có tỷ lệ tương ứng là: 45,9%- 25,6%- 28,5% (p=0,018). Vị trí miệng nối DD-hồng tràng: nhóm miệng nối song song với bờ cong lớn (BCL) - vuông góc BCL- miệng nối giữa mặt sau DD ở nhóm CRDD tương ứng là 18,9%- 39,6%- 41,5% VS nhóm không có CRDD: tỷ lệ tương ứng là 11,1%- 16,9%-72,0%.

Có 29 BN nhóm CRDD được nối = stapler thẳng. Số liệu và phân tích cho những yếu tố nguy cơ độc lập bao gồm: tuổi, BMI, thời gian và mức độ hẹp môn vị trước mổ, thể tích dạ dày còn lại, vị trí miệng nối song song hay vuông góc với BCL, kiểu stapler là các yếu tố nguy cơ độc lập.

Phần lớn các nghiên cứu (NC) cho rằng CRDD sau cắt dạ dày do toàn vẹn dạ dày bị phá hủy đặc biệt là TK X và tế bào Cajal ở 1/3 giữa DD. Mặt khác sự căng giãn quá mức của DD làm cho chức năng co bóp của DD bị yếu đi là nguyên nhân CRDD.

- Sim NM [4] thấy rằng nguyên nhân CRDD trên những BN không mổ thường liên quan đến các yếu tố tâm lý như stress tình cảm, trầm cảm, lo lắng.

- HMV là yếu tố rất quan trọng làm CRDD sau cắt GTBDD, các NC cho thấy HMV là tăng nguy cơ CRDD 26 lần [5]. Bởi vậy giảm áp DD = hút và rửa DD trước mổ là phương pháp có hiệu quả cao làm giảm CRDD do HMV làm phù nề thành DD, làm rách cơ trơn do vậy làm nhu động giảm, gây tổn thương các dây dẫn TK. Mặt khác sự phù nề và phì đại niêm mạc sau mổ cũng là nguyên nhân CRDD sau cắt GTBDD. Nội soi DD ở BN có CRDD đều cho thấy niêm mạc phù nề ở nhiều mức độ.

- Choung [6]: ĐTĐ là yếu tố nguy cơ CRDD. Các NC cho thấy có 9,8% bệnh nhân ĐTĐ type 1 có CRDD. Những BN có ĐTĐ type 1, type 2 có xu hướng biểu hiện triệu chứng liệt dạ dày với tỷ lệ cao hơn nhóm BN không mắc ĐTĐ (15-16). Đường huyết cao làm hang vị không co bóp nhưng lại gây co thắt môn vị. BN có ĐTĐ sau mổ thường khó khống chế đường máu do chế độ ăn và dịch truyền đường tĩnh mạch.

- Về phương pháp nối DD-ruột, các NC thấy rằng nối Bilioth1 có tỷ lệ mắc CRDD thấp tuy nhiên trong trường hợp thể tích DD còn lại nhỏ, nối Roux en Y có thể làm giảm tỷ lệ CRDD. NC của Masumoto cho thấy tỷ lệ CRDD sau nối Roux en Y có thể dao động từ 10-30% [7]

- Báo cáo của Thái Nguyên Hưng: 4 BN có CRDD sau cắt GTBDD do UTDD trong đó 2 BN nam, 2 BN nữ, tuổi TB 65,5; CRDD xuất hiện sau cắt GTBDD TB 10,75 ngày. 3 BN có ĐTĐ, 1 BN hẹp môn vị, 1 BN có tiền căn lo lắng, 3 BN vị trí UTDD ở thân vị. Các BN có đau thượng vị, nôn nhưng không có tắc ruột. Chụp XQ dạ dày hàng loạt sau 6 h thuốc cản quang còn ở DD. Tất cả trường hợp CRDD đều được cho nhịn ăn, hút DD, nuôi dưỡng tĩnh mạch và dùng erythromycin liều nhỏ. 3 BN có diễn biến tốt. BN thứ 4 phối hợp thêm kích thích điện cơ. Không có BN phải mổ lại. [6]

- Rò tụy sau PT cắt khối tá tụy có tỷ lệ CRDD từ 19-57% do nhiễm trùng và khối apxe trong ổ bụng gây giảm nhu động dạ dày. Tỷ lệ rò tụy trong NC của Tomosuke [2] chiếm 6,6%, không có BN nào mắc CRDD. Tác giả cho rằng rò tụy sau cắt GTBDD rò nhỏ nên ít khi làm giảm nhu động dạ dày và có thể điều trị nội khoa.

- BN của chúng tôi có đau bụng thượng vị, không có hẹp môn vị. CLVT là khối U nghi ngờ GIST góc BCN kích thước lớn 6,2- 7,8 cm. NSDD khối u lồi vào lòng DD 4 cm.

Tổn thương trong mổ là 1 khối U lớn đi từ phần đứng BCN sát tâm vị đến hang vị kích thước 10-8 cm, sau khi cắt DD hình chêm, DD còn lại có KT đủ rộng (ảnh), chúng tôi khâu lại DD 2 lớp vết.

Hậu phẫu bình thường tuy nhiên khoảng ngày 10 sau mổ xuất hiện đau nhẹ thượng vị, nôn nhiều, đặt sond DD > 2000ml dịch DD.

Chụp bụng KCB không có mức nước, hơi. Chụp dạ dày uống Telebrix thấy DD giãn to, sau 6 h thuốc còn lại nhiều ở DD.

Chúng tôi chẩn đoán tắc ruột cao, chỉ định mổ. Trong mổ thấy DD giãn to, môn vị không hẹp, không thấy tắc ruột. Mở DD thăm dò môn vị thông và rộng, dịch mật lên dạ dày nhiều. Xử trí trong mổ: nối vị tràng. Sau mổ diễn biến lâm sàng thuận lợi. Cho ăn ngày 5, không đau bụng, không nôn.

Chụp dạ dày uống thuốc cản quang: thuốc xuống ruột tốt.

Như vậy chúng tôi thấy đây là trường hợp U GIST có kích thước lớn góc BCN (10 cm). Sau cắt U mặc dù không hẹp môn vị nhưng có thể tổn thương TKX và TK chân ngỗng (nhánh latarjet) vận động hang môn vị bởi vậy dạ dày giãn lớn và không có nhu động biểu hiện CRDD hoàn toàn: đau thượng vị, nôn, sond DD ra nhiều dịch. Chụp DD trước mổ DD giãn to, thuốc không qua môn vị. Sau nối vị tràng chụp DD có telebrix kiểm tra thấy thuốc xuống ruột tốt. Sau mổ chúng tôi cho dùng erythromycine 0,25- 3 viên/ngày chia 3 lần. BN ăn cháo bình thường, không đau bụng, không nôn.

## V. KẾT LUẬN

CRDD sau PT cắt U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) ở bờ cong nhỏ dạ dày có thể xảy ra với những khối U có kích thước lớn. Nguyên nhân có thể do tổn thương thần kinh X hoặc nhánh chân ngỗng (latarjet). Triệu chứng lâm sàng: đau thượng vị, nôn nhiều (>800ml/24h). Chẩn đoán cần loại trừ tắc ruột cao. Chụp DD sau 6 giờ dạ dày giãn to, thuốc còn lại trong dạ dày. Phẫu thuật đặt ra khi đặt sond hút dạ dày, nhịn ăn,

truyền dịch và điều trị thuốc tăng co bóp DD không đỡ (Erythromycin uống liều nhỏ). Mổ nối vị tràng (hoặc tạo hình môn vị) hoặc mở thông hồng tràng nuôi ăn. Nên mổ nối vị tràng phối hợp với cắt DD hình chêm với khối U GIST kích thước lớn (>5 cm) góc BCN.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Yunus Donder et al.** Is lesser curvature resection for GIST can be associated with delayed gastric emptying? Ann Med Res 2020; 27(6): 1533-5.
2. **Tomosuke Mukoyama et al:** risk factors for delayed gastric emptying following gastrectomy for gastric cancer. Clinical edge journalscan, november 2022 (8 of 11).
3. **Tao Pang et al.** Analysis of risk factors and prevention strategies for functional delayed gastric emptying in 1243 patients with distal

gastric cancer. Word Journal of Surgical Oncology. 2020 18: 302.

4. **Simren M et al.** Visceral hypersensitivity is associated with GI symptom severity in functional GI disorders: consistent findings from five different patient cohort. Gut 2018; 67: 255-62.
5. **Soenen S, Rayner CK, Horowitz M, Jones KL.** Gastric emptying in elderly. Clin Geriatric Med. 2015;31:339-53
6. **Choung R.S et al.** Risk of gastroparesis subjects with type 1 and type 2 diabetes in the general population. Am J.Gastroenterol.107,82-88.2012.
7. **Masumoto S et al.** Predictive factor for delayed gastric emptying after distal gastrectomy with Roux en Y reconstruction. Am. Surg, 84, 1086-1090 (2018)
8. **Thái nguyên Hưng, Phan Văn Linh.** Chẩn đoán và điều trị hội chứng chậm rỗng dạ dày sau cắt dạ dày bán phần do ung thư dạ dày. Y học Việt nam tháng 7 (2). 2023:386-390.

**KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TUYỆT  
ĐIỀU TRỊ KHỐI U VÙNG QUANH BÓNG VATER**

Trần Văn Thông<sup>1</sup>, Lê Anh Xuân<sup>1</sup>, Trịnh Hồng Sơn<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thành Khiêm<sup>3</sup>, Trần Đạt Bảo Thành<sup>1</sup>,  
Nguyễn Huy Toàn<sup>1</sup>, Phạm Minh Tuấn<sup>1</sup>

**TÓM TẮT<sup>6</sup>**

Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật (PT) cắt khối tá tụy điều trị bệnh lý khối u quanh bóng Vater. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 77 bệnh nhân (BN) được PT điều trị các khối u quanh bóng Vater tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2023. Kết quả có 77 BN với 43 (55.8%) nam, 34 (44.2%) nữ được PT; tuổi trung bình 59.8 (19-76), vị trí u ở bóng Vater 22.1%, u phần thấp OMC 35.1%, u đầu tụy 37.6%, u tá tràng 5.2%. 5 BN có biến chứng rò tụy (6.5%), trong đó 3 rò tụy độ 1, 1 rò tụy độ 2 và 1 rò tụy độ 3 phải phẫu thuật lại; 2 BN biến chứng rò mật (2.6%) được điều trị nội khoa; có 1 BN tử vong (1.3%). Kết luận: Phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị khối u vùng quanh bóng Vater là phẫu thuật an toàn, hiệu quả. Miệng nối Blumgart được thực hiện giúp chế được biến chứng rò tụy sau mổ. **Từ khóa:** phẫu thuật cắt khối tá tụy, u quanh bóng Vater

**SUMMARY**

**THE PRELIMINARY RESULTS OF PANCREATODUODENECTOMY FOR THE**

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thông

Email: tranthong3010@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024

**MANAGEMENT OF VATER'S PERIAMPULLARY TUMOR**

The objective of the study was to assess the preoperative outcomes of pancreaticoduodenectomy for the management of Vater's periampullary tumor. A cross-sectional descriptive study was conducted on 77 patients who underwent open surgery at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Nghe An General Friendship Hospital, between January 2020 and December 2023 to treat periampullary tumors of Vater. Results: We performed surgery for 77 patients including 43 male (55.8%), 34 (44.2%) female; mean age 59.8 (19-76), tumors located in the ampulla of Vater, in the distal part of common bile duct, in the pancreatic head accounted for 22.1%, 35.1%, 37.6%, 5.2%. 5 cases of pancreatic fistula (6.5%) in there 3 case grade 1, 1 case grade 2 and 1 case grade 3 with re-surgery, 2 case with biliary fistula treated medically (2.6%), 1 case of death (1.3%). Conclusions: pancreaticoduodenectomy is a safe and effective surgery. Blumgart anastomosis was performed to help prevent pancreatic fistula complications after surgery.

**Keywords:** pancreaticoduodenectomy, Vater's periampullary tumor

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

U quanh bóng Vater được định nghĩa là các khối u trong vòng 2cm tính từ nhú tá lớn. Các khối u này thường xuất phát từ biểu mô của bóng Vater, đoạn thấp ống mật chủ, ống tụy vùng đầu tụy và biểu mô tá tràng quanh bóng Vater, có đến 98% là u ác tính, chỉ có 2% là các