

loại mức độ giảm thính lực đột ngột dựa trên kết quả đo thính lực có 2 trường hợp nhẹ (2%), 51 trường hợp trung bình (50,0%), 40 trường hợp nặng (39,6%), 8 trường hợp sâu (7,9%). Có mối liên quan giữa mức độ giảm thính lực đột ngột với nhóm tuổi và tiền sử chấn thương của đối tượng nghiên cứu, với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Đình, Lê Văn Hiếu, Nguyễn Ngọc Hà, Nguyễn Xuân Nam, Trần Mỹ Hương, Trần Quốc Cường, et al.** Tổng quan thực trạng và dự báo suy giảm thính lực trên thế giới. Tạp chí Y học Dự phòng. 2024;34(3):14-21.
2. **Khiều Hữu Thanh, Đặng Xuân Vinh, Chu Thị Hồng, Ngô Thanh Bình.** Kết quả điều trị điếc đột ngột tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2018 - 2019. Tạp chí Y học Dự phòng. 2024; 34(3):138-44.
3. **Van de Heyning P, Távora-Vieira D, Mertens G, Van Rompaey V, Rajan GP, Müller J, et al.** Towards a Unified Testing Framework for Single-Sided Deafness Studies: A Consensus Paper. Audiology & neuro-otology. 2016;21(6):391-8.
4. **Usami SI, Kitoh R, Moteki H, Nishio SY, Kitano T, Kobayashi M, et al.** Etiology of single-sided deafness and asymmetrical hearing loss. Acta oto-laryngologica. 2017;137 (sup565):S2-s7.
5. **Perez Ferreira Neto A, da Costa Monsanto R, Dore Saint Jean L, Sonzzini Ribeiro de Souza L, de Oliveira Penido N.** Clinical Profile of Patients With Unilateral Sudden Sensorineural Hearing Loss: Correlation With Hearing Prognosis. Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2021;165(4):563-70.
6. **Tiong TS.** Prognostic indicators of management of sudden sensorineural hearing loss in an Asian hospital. Singapore medical journal. 2007; 48(1):45-9.
7. **Vũ Thị Ly, Hồ Chí Thanh, Nguyễn Thế Trọng, Đỗ Hữu Thực, Hà ĐTT.** Đặc điểm lâm sàng và yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân điếc đột ngột. Journal of 108-Clinical Medicine Pharmacy. 2021.
8. **Lê Nguyễn Trọng Tín, Nguyễn Phú Vinh.** Đặc điểm lâm sàng và thính lực đồ ở người bệnh điếc đột ngột tại bệnh viện tai mũi họng thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2024;69(65).
9. **Oosterloo BC, Croll PH, Baatenburg de Jong RJ, Ikram MK, Goedegebure A.** Prevalence of Tinnitus in an Aging Population and Its Relation to Age and Hearing Loss. Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2021;164(4):859-68.
10. **Mai Anh Đào.** Thương tích té ngã ở người cao tuổi tại thành phố Nam Định năm 2021. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2022;63(3).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TÚI THỪA DẠ DÀY PHỐI HỢP VỚI UNG THU DẠ DÀY: CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Thái Nguyên Hưng¹, Trịnh Thành Vinh², Khổng Văn Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật túi thừa dạ dày trên bệnh nhân ung thư dạ dày (UTDD). 2. Điểm lại Y vấn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phương pháp hồi cứu mô tả ca bệnh lâm sàng hiếm gặp. **Kết quả nghiên cứu:** BN nữ, 59 T. Tiền sử loét hành tá tràng (HTT) và viêm phế quản. Lâm sàng đau bụng thượng vị không rõ ràng, gầy sút, kém ăn, không nôn, khám bụng không sờ thấy u. NSDD loét 1 cm bờ cong nhỏ (BCN) dạ dày, loét HTT. Kết quả sinh thiết AC kém biệt hóa. CLVT Bụng: Dày thành hang môn vị phía bờ cong lớn (BCL), dạ dày 10mm trên đoạn 27 mm. XN máu: HC 5,42 T/L; Hb 116 g/L, Hematocrit 0,36 L/L. BC: 7,64 G/L, TC 238 G/L. Sinh hóa: Ure 8,5 mmol/L; Creatinin 55,84 mmol/L; GOT

22,98 U/L; GPT 37 U/L, Albumin: 26,37 g/L, Bilirubine 8,5 mmol/L. Tổn thương trong mô: UT hang vị 3-4 cm, loét mặt trước HTT, túi thừa dạ dày phần cao thân vị, cách chỗ nối tâm vị thực quản 1-1,5cm kích thước túi thừa 3-4 cm, không rõ các dải cơ dọc, cơ vòng rất ít, mỏng, thiếu sản. Phẫu thuật (PT) cắt gần toàn bộ dạ dày, vét hạch D2, cắt túi thừa, khâu lại dạ dày trên sond, tạo hình chỗ khâu bằng dây chằng tròn (patch), làm van chống trào ngược kiểu Nissen (Fondoplication). Diễn biến sau mổ: rò qua dẫn lưu dưới gan trái, vị trí thành dạ dày đã cắt túi thừa 500ml- 600ml ngày, dịch trắng đục (dịch từ tử quản, có bọt, không có mật), lượng dịch không giảm sau nhin ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, điều trị tích cực 7-10 ngày. Xử trí: Mở thông HT nuôi ăn, lượng dịch rò giảm dần, hết rò sau 3 tuần. **Kết luận:** Túi thừa phần cao thân vị (phía bờ cong nhỏ) kết hợp với ung thư dạ dày và loét HTT là bệnh lý hiếm gặp và khó chẩn đoán. Hai phương pháp chẩn đoán được ứng dụng nhiều là chụp dạ dày tá tràng với thuốc cản quang và nội soi dạ dày tá tràng. Túi thừa vùng tâm vị và phần cao thân vị có thể không có dải cơ dọc và nằm giữa 2 lá của mạc nối nhỏ bởi vậy khi nạo vét hạch trong phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư dạ dày nên chú ý tránh làm thủng túi thừa. Trong trường hợp cổ túi thừa rộng, thành dạ dày không có lớp cơ dọc và thiếu sản

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

cơ vòng, có thể cắt túi thừa, khâu dạ dày trên sond, tạo hình bằng dây chằng tròn (patch) và làm van chống trào ngược (kiểu Nissen).

SUMMARY

GASTRIC DIVERTICULA ASSOCIATED WITH GASTRIC CANCER: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Study aim: 1. Clinical and paraclinical feature of gastric diverticula associated with gastric cancer and the surgical result. 2. Review of Literature. **Patient and method:** Retrospective study, Case report (Rare diseases). **Result:** - Female patient, aged of 59 years old, hospitalization due to epigastric pain and weightloss, nausea dyspepsia, belching, a vague sensation of postprandial fullness. Upon physical examination: no palpable abdominal mass. - Medical history: + Duodenal ulcer, coughing and sputum. - Upper gastroduodenal scopy revealed gastric cancer 1cm in diameter located at antrum.(AC poorly differentiated). - Abdominal CTScanned revealed tumor of antrum mesuring 10-27 mm. - Red blood cell counts: 5,42 T/L; Hb 116 g/L, Hematocrit 0,36 L/L. white blood cell counts: 7,64 G/L, Platelete 238 G/L. - Biochemistry: Ure 8,5 mmol/L; Creatinin 55,84 mmol/L; GOT 22,98 U/L; GPT 37 U/L, Albumin: 26,37 g/L, Bilirubile 8,5 mmol/L. - Plan operation for gastric cancer: subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy. - Intra operated lesion: +Gastric cancer located at antrum mesuring 2-3 cm. + Duodenal ulcer. + Gastric diverticule 1 cm from cardia in upper lesser sac mesuring 3-5 cm which had no longitudinal muscle fiber and thin circular muscle fiber with perforated during lymphadenectomy on group number 1. - Procedure performed: Subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy. Gastric diverticulectomy with interrupted suture of gastric wall and round ligament patch to the gastric wall along lesser curvature, Nissen fondoplication. - Histopathology: Adenocarcinoma moderated differentiated, 2 positive lymph node (22 nodes retrieved). - Complication: Fistula with 500-600 ml per day from resected lesion of gastric diverticula. Total parenteral nutrition in 2 week and jejunostomy for feeding. The fistula healed after 2 week post jejunostomy. - Upper gastroduodenal series showed no fistula. - Patient discharged after 1 month and half. **Conclusion:** Gastric diverticula located at upper lesser curvature associated with gastric cancer and duodenal ulcer was very rare disease. The gastric diverticula should be diagnosed preopergation in order not to be perforated during lymphadenectomy (for gastric cancer curative surgery). 2 methods should be used for diagnose of gastric diverticular were upper gastrointestinal radiologic study or upper gastroduodenal scopy. In case of wide neck of gastric diverticula that located at upper lesser curvature (inside lesser sac) and there were not longitudinal muscle fiber, care must be taken not to make it perforated during lymphadenectomy. **Keywords:** Gastric diverticula, digestive fistula, fondoplication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa dạ dày (TTDD) là bệnh lý hiếm gặp.

Có 2 loại túi thừa là túi thừa bẩm sinh (chiếm 75%) và túi thừa mắc phải. Biểu hiện LS của túi thừa thường xuất hiện muộn ở lứa tuổi 50-60 và thường chỉ xuất hiện ở túi thừa có kích thước lớn. Các biến chứng thường gặp là thủng túi thừa, chảy máu hoặc ác tính hóa.

- Ở nước ta bệnh lý túi thừa đại tràng đã được nghiên cứu khá nhiều nhưng bệnh lý túi thừa dạ dày, cơ chế bệnh sinh, biểu hiện lâm sàng cũng như các phương pháp chẩn đoán bệnh và xử trí còn chưa được đề cập đến và nghiên cứu. Bởi vậy chúng tôi báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật túi thừa dạ dày trên bệnh nhân ung thư dạ dày (UTDD).*

2. *Điểm lại Y văn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Mô tả hồi cứu ca lâm sàng hiếm gặp

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

BN Lê Thị L, SN 1965

ĐC: Quảng Trạch, Quảng Xương, Thanh Hóa.

Ngày vào viện: 15/7/2024

Ngày mổ: 17/7/2024.

Ngày ra viện: 30/8/2024.

- Tiền sử: Chưa phẫu thuật ổ bụng.

Loét DD-TT nhiều năm.

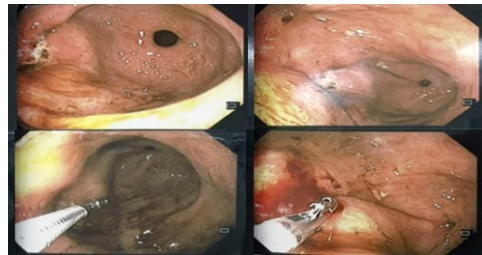
Có đợt ho, viêm phế quản.

- Biểu hiện lâm sàng (LS):

Đau bụng thượng vị không rõ, gầy sút, kém ăn, không nôn.

Bụng: mềm, lõm, không sờ thấy khối U.

- Nội soi dạ dày (NSDD): Loét BCN 1 cm, sẹo loét HTT



Ảnh 1: UTDD kích thước 1 cm vùng hang vị phía BCN/loét HTT

- Sinh thiết: Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa.

- Siêu âm bụng: Nang thận phải 11mm.

- CLVT Bụng: Dày thành hang môn vị phía BCL dạ dày 10mm trên đoạn 27 mm.

- XN máu: HC 5,42 T/L; Hb 116 g/L, Hematocrit 0,36 L/L. BC: 7,64 G/L, TC 238 G/L.

- Sinh hóa: Ure 8,5 mmol/L; Creatinin 55,84 mmol/L; GOT 22,98 U/L; GPT 37 U/L, Albumin: 26,37 g/L, Bilirubine 8,5 mmol/L.

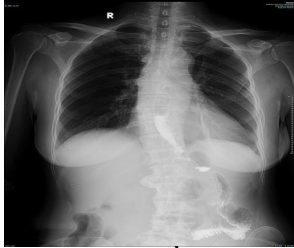
- Đông máu: Prothrombin 121%; APTT 30s; IRN 0,89.

- Tổn thương trong mổ: UT hang vị 3-4 cm, loét HTT, túi thừa dạ dày phần cao thân vị, cách chỗ nối tâm vị-TQ 1-1,5 cm, kích thước túi thừa 3-4 cm, không rõ các thớ cơ dọc,

- PT cắt gần toàn bộ dạ dày, vét hạch D2, cắt túi thừa, khâu lại dạ dày trên sond, tạo hình chỗ khâu bằng dây chằng tròn, làm van chống trào ngược kiểu Nissen (Fondoplication).

- Diễn biến sau mổ: rò qua dẫn lưu dưới gan trái, vị trí thành dạ dày đã cắt túi thừa 500-600ml ngày, dịch trắng đục (dịch từ thực quản, có bọt, không có mật), lượng dịch không giảm sau nhịn ăn, điều trị tích cực khoảng 7-10 ngày

- Xử trí: Mở thông HT nuôi ăn, lượng dịch rò giảm dần, hết rò sau 3 tuần.



Ảnh 2: Chụp dạ dày bằng Telebrix, thuốc lưu thông tốt, hết rò

Kết quả GPB: AC biệt hóa vừa, PT1b, 2 hạch (+) /21 hạch, Loét HTT.

IV. BÀN LUẬN

- Túi thừa dạ dày là túi được của thành dạ dày hay gặp ở đáy vị hoặc thành sau dạ dày. Túi thừa dạ dày là bệnh hiếm gặp thường được phát hiện tình cờ trong quá trình chẩn đoán bệnh thường qui. Tỷ lệ phát hiện bệnh thay đổi theo các phương pháp chẩn đoán.

Đối với chụp dạ dày hàng loạt, với thuốc cản quang, tỷ lệ mắc túi thừa là 0,04% (165/380.000). Tỷ lệ phát hiện bệnh tăng lên từ 0,01-0,11 qua NSDD và tỷ lệ phát hiện TTDD là 0,02% qua mổ tử thi [1],[2]. Một số báo cáo rất sớm qua mổ tử thi thấy TTDD là 0,1-2,6% [3]. Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ ngang nhau, tuổi mắc bệnh từ 50-70 tuổi.

Hầu hết người mắc TTDD không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Một số ít thấy đau bụng thượng vị, ậm ạch khó chịu, buồn nôn, nôn, khó tiêu, nhanh no, đầy bụng sau ăn, ợ hơi, hôi miệng, chán ăn, khó nuốt. Có thể có biến chứng loét, xuất huyết tiêu hóa hoặc thủng TTDD hoặc ung thư hóa.

- Sinh bệnh học: Túi thừa dạ dày chia làm 2 thể: thể bẩm sinh hay còn gọi là túi thừa thực sự (true diverticula) và túi thừa mắc phải (false diverticula) trong đó túi thừa bẩm sinh hay gặp [4]. Túi thừa mắc phải chia thành túi thừa được tạo do lực nén hay áp lực (pulsion) và túi thừa do lực kéo (traction). Túi thừa do lực nén nên thường mắc khi tăng áp lực trong lòng dạ dày do ho thường xuyên hoặc béo phì. Ngược lại túi thừa do cơ kéo hay gặp bởi lực cơ cơ do quá trình viêm của tổ chức kế bên hoặc dính xung quanh dạ dày do các bệnh khác như loét đường tiêu hóa, viêm tụy cấp, viêm túi mật, ung thư hoặc hẹp môn vị, hay trào ngược thực quản [5]. Đặc biệt túi thừa do nén có thể gặp khi nối Roux en Y.

Về vị trí túi thừa bẩm sinh chiếm tỷ lệ 70-75% hay gặp ở mặt sau dạ dày vùng đáy vị hoặc 2-3 cm dưới chỗ nối tâm vị-TQ hoặc trên góc BCN 3 cm. Túi thừa trước môn vị có thể phối hợp với tụy lạc chỗ.

Túi thừa mắc phải (giả túi thừa) hay gặp ở hang vị.

- TTDD thường đơn độc, kích thước 1-5cm, hiếm gặp túi thừa kích thước 10-11cm. Các nghiên cứu nêu nên giả thiết túi thừa hình thành khi phân chia sợi cơ dọc ở tâm vị để lại các thớ cơ vòng ở thành dạ dày tạo thành điểm yếu tạo ra túi thừa ở thời kỳ bào thai [6].

- BN của chúng tôi thường bị ho kéo dài, cóTS bị trào ngược thực quản và nội soi dạ dày và sinh thiết có loét HTT. Đây là 1 số yếu tố thuận lợi có thể tạo ra túi thừa dạ dày

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Hầu hết BN không có biểu hiện lâm sàng, một số khác đau bụng thượng vị, khó chịu, buồn nôn, nôn, khó tiêu, nhanh no, khó nuốt, đầy bụng sau ăn, ợ hơi, hôi miệng, chán ăn, khó nuốt. Hay gặp nhất là đau bụng thượng vị chiếm tỷ lệ 18-30%, thường đau mơ hồ. Đau bụng, nóng rát, nôn ngay cả khi dùng PPI. Các triệu chứng ợ hơi và hôi miệng kéo dài có thể do ứ đọng thức ăn trong túi thừa tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển.

Đau thường xảy ra ở BN có túi thừa cổ túi thừa hẹp do thức ăn bị ứ trệ trong túi thừa, những BN có túi thừa cổ rộng thức ăn và dịch dạ dày ít bị ứ đọng nên không đau bụng.

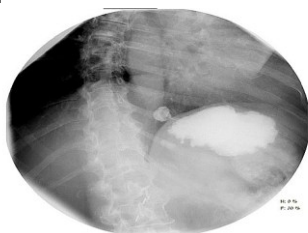
- Các biến chứng của túi thừa ít xảy ra: Loét túi thừa, xuất huyết tiêu hóa (XHTH), thủng túi thừa, ác tính hóa. Các báo cáo cho thấy do ứ đọng thức ăn và dịch dạ dày có thể gây viêm túi thừa, loét, chảy máu hoặc thủng. Các biến chứng apxe hay ác tính hóa ít xảy ra.

- Báo cáo của Palmer và cs cho thấy có

30/49 BN có triệu chứng LS. Các triệu chứng này được chẩn đoán bệnh tiêu hóa khác [7].

- Các phương pháp chẩn đoán: 2 phương pháp chẩn đoán quan trọng là chụp dạ dày tá tràng với thuốc cản quang và NSDD.

Nghiên cứu của Palmer và cs trên 262 túi thừa dạ dày có 14 ca không được chẩn đoán qua chụp dạ dày với thuốc cản quang (5%) [7]. Nguyên nhân chính túi thừa không ngấm thuốc cản quang có thể do cổ túi thừa hẹp bởi vậy các tác giả khuyên nên chụp từ phía nghiêng phải với BN tư thế Trendelenburg và hơi nghiêng trái. Chụp tư thế nghiêng để phát hiện túi thừa thành sau dạ dày.



Ảnh 3: Túi thừa dạ dày qua chụp dạ dày hàng loạt



Ảnh 4: Túi thừa dạ dày

- NSDD là cuốn vàng để chẩn đoán túi thừa dạ dày: vừa chẩn đoán xác định vị trí, KT túi thừa, vừa có thể sinh thiết.

- Chụp CLVT không được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán túi thừa dạ dày. Y vẫn cho thấy túi thừa dạ dày dễ nhầm với mass tuyến thượng thân trái trên chụp CLVT [8]. Các tác giả khuyên chụp CLVT tư thế sấp để khí trong túi thừa có thể ở trên đỉnh túi thừa và tạo thành mức dịch-khí (air-fluid level) [8]. Một số tác giả khuyên nên chụp CLVT có uống thuốc cản quang có thể phân biệt túi thừa dạ dày với mass tuyến thượng thận trái.



Ảnh 5: Chụp CLVT có thuốc cản quang (túi thừa dạ dày)



Ảnh 6 Túi thừa dạ dày qua NSDD

- Điều trị túi thừa dạ dày:

+ Điều trị nội khoa: phần lớn túi thừa dạ dày là túi thừa bẩm sinh, kích thước nhỏ và ít biểu hiện hay không biểu hiện lâm sàng.

BN có triệu chứng lâm sàng nên điều trị PPI hoặc thuốc kháng H2, thuốc kháng acid trong vài tuần. Một số BN chỉ hết triệu chứng tạm thời, tái phát sớm. Các túi thừa > 4cm ít đáp ứng với điều trị.

- Điều trị phẫu thuật:

Chỉ định mổ khí túi thừa > 4cm, các triệu chứng lâm sàng xuất hiện sớm hay ít cải thiện sau điều trị PPI hoặc có biến chứng như loét, XHTH, thủng hoặc ác tính hóa. Báo cáo của Palmer 6/9 BN có kết quả tốt, không có triệu chứng sau mổ.

Có thể mổ mở hay mổ nội soi. PTNS được báo cáo an toàn, khả năng mổ tốt, kết quả tốt chỉ định cho túi thừa có triệu chứng. Khó khăn của PTNS khi túi thừa dính vào cuống lách.

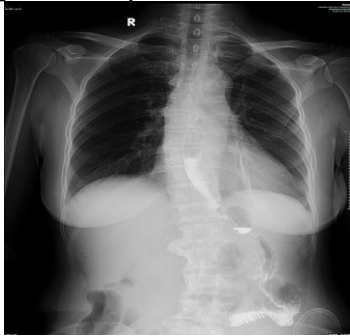
- Ca mổ của chúng tôi là BN nữ, có loét hành tá tràng (HTT), hay bị ho và viêm phế quản. Các triệu chứng lâm sàng khác mơ hồ: đau thượng vị, gầy sút, chán ăn, không nôn. NSDD trước mổ chỉ có UTDD hang vị KT 1 cm kèm theo loét tá tràng. Kết quả sinh thiết trước mổ là AC kém biệt hóa bởi vậy chúng tôi mổ phiến cắt gần TBDD triệt căn, vét hạch D2.

Khí nạo vét hạch nhóm 1 chúng tôi nhận thấy phần cao thân vị và tâm vị đường như không có thớ cơ dọc và cơ vòng khi phẫu tích vào trong lòng dạ dày ngay trên 1 đoạn dài >5 cm lên đến sát tâm vị (thùng khí nạo vét hạch nhóm 1) Không giống với những trường hợp chấn thương hay thủng dạ dày khác, thành dạ dày ở đây thiếu sản và không có thành dạ dày lành để khâu lại. Chúng tôi đặt sond dạ dày và khâu dọc trên sond 1 lớp toàn thể sau đó, làm van chống trào ngược kiểu Nissen. Với UTDD được cắt gần TBDD và nạo vét hạch D2. Sau 1 tuần dịch từ thực quản rò qua vết mổ và dẫn lưu (dịch không có mật, chỉ có dịch trắng đục và bọt từ miệng và thực quản) với số lượng nhiều 500-600ml/24 h.

Chúng tôi quyết định cho nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch nhưng rò đỡ chậm, số lượng dịch nhiều 200-300 ml/ngày. Sau đó BN được

mở thông hồng tràng Witzel nuôi dưỡng. Lượng dịch rò giảm dần, diễn biến lâm sàng thuận lợi, BN ra viện sau mở thông hồng tràng 3 tuần.

Như vậy ca lâm sàng cho thấy túi thừa dạ dày phần đứng thân vị sát với thực quản không được chẩn đoán qua NSDD và CLVT trước mổ. Mặt khác khi nạo vét hạch nhóm 1 chúng tôi nhận thấy vùng này không có thành dạ dày, túi thừa nằm trong 2 lá của mạc nối nhỏ ở phần cao thân vị sát tâm vị trên dạ dày không có lớp cơ dọc, lớp cơ vòng vùng tâm vị rất ít, thiếu sản bởi vậy túi thừa vị trí này khó phát hiện và xử trí. Tuy nhiên khâu tạo hình vùng tâm vị và phần đứng bờ cong nhỏ dạ dày trên sond dạ dày kết hợp với tạo van chống trào ngược có thể làm cho dịch dạ dày không lên phía thực quản, tâm vị. Đồng thời chúng tôi đặt dẫn lưu ngay dưới thù gan trái cho qua vết mổ vùng thượng vị. sond này dẫn lưu rất tốt, lượng dịch rò ra thẳng và ngắn. Mặt khác vùng tâm vị- phần đứng BCN dạ dày được patch bằng dây chằng tròn có thể làm cho miệng nối liền sẹo nhanh



Ảnh 7: Chụp thực quản -dạ dày sau mổ 4 tuần, thuốc lưu thông tốt, hết rò (Bn. Lê thị L.)

V. KẾT LUẬN

Túi thừa phần cao thân vị (phía bờ cong nhỏ dạ dày) kết hợp với ung thư dạ dày và loét HTT là bệnh lý hiếm gặp và khó chẩn đoán. Hai phương pháp chẩn đoán được ứng dụng nhiều là chụp dạ dày tá tràng với thuốc cản quang và nội soi dạ dày tá tràng. Túi thừa vùng tâm vị và phần cao thân vị có thể không có dải cơ dọc và nằm giữa 2 lá của mạc nối nhỏ bởi vậy khi nạo vét hạch trong phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư dạ dày nên chú ý tránh làm thủng túi thừa. Trong trường hợp cổ túi thừa rộng, thành dạ dày không có lớp cơ dọc và thiếu sản cơ vòng, có thể cắt túi thừa, khâu dạ dày kết hợp tạo hình chỗ khâu thành dạ dày bằng dây chằng tròn và làm van chống trào ngược (kiểu Nissen).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gockel I, Thomschke D, Lozenz D:** Gastric diverticula. J gastroenterol.Hepatol. 2004 Feb; 19(2): 227.
2. **Rodeberg DA, Zaheer S, Moir CR, Ishitani MB.** Gastric diverticulum: a series of four pediatric patients. J Pediatr Gastroenterol. 2008 (feb;23(2): 336.
3. **Meeroff M, Gollan JR, Meeroff JC:** Gastric diverticula. Am J Gastroenterol. 1967,Mar; 47(3) 189-203.
4. **Schmidt HW, Waters W:** Diverticular of stomach. Surg Gynecol Obstet. 1935;60:106.
5. **Duboi B, Powell B, Voeller G.** Gastric dieverticulum" a wayside house of ill fame with laparoscopic solution. JLS 2012 Jul-Sep;16(3): 473-7.
6. **Reich. NE.** Gastric diverticula. Am J Dig Dis.1941;8 (3): 7-6.
7. **Palmer ED.** Gastric diverticula. Int Abstr Surg. 1951 May; 92(5): 417-28.
8. **Feng YE, Zang Z.** Gastric diverticulum simulating a left adrenal mass:A case report and review of literature. Oncol.Lett. 2015 Oct; 10 (4): 2477-80.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Cần Xuân Hạnh¹, Đinh Văn Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi không tế

bào nhỏ giai đoạn IIIB. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 66 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Các biến số bao gồm tuổi, giới, triệu chứng, chỉ số thể trạng, và kết quả chụp CT ngực. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $57,2 \pm 7,2$, với tỷ lệ nam/nữ là 86,4% và 13,6%. Triệu chứng phổ biến nhất là đau ngực (71,2%) và sút cân (62,1%). Mô bệnh học cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến là 67,1% và ung thư biểu mô vảy là 32,9%. **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng này góp phần quan trọng trong định hướng điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân ung

¹Bệnh viện Phổi Trung Ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cần Xuân Hạnh

Email: kaxuha@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025