

- R. Long-term results of pyeloplasty in poorly functioning kidneys in the pediatric age group. J Pediatr Urol. 2012;8(1):25-8.
7. **Abdelazim IA, Abdelrazak KM, Ramy AR, Mounib AM.** Complementary roles of prenatal sonography and magnetic resonance imaging in diagnosis of fetal renal anomalies. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2010;50(3):237-41.
 8. **Ylinen E, Ala-Houhala M, Wikstrom S.** Outcome of patients with antenatally detected pelviureteric junction obstruction. Pediatr Nephrol. 2004;19(8):880-7.
 9. **Matsumoto F, Shimada K, Kawagoe M, Matsui F, Nagahara A.** Delayed decrease in differential renal function after successful pyeloplasty in children with unilateral antenatally detected hydronephrosis. Int J Urol. 2007;14(6):488-90.
 10. **Shokeir AA, El-Sherbiny MT, Gad HM, Dawaba M, Hafez AT, Taha MA, et al.** Postnatal unilateral pelviureteral junction obstruction: impact of pyeloplasty and conservative management on renal function. Urology. 2005;65(5):980-5; discussion 5.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN UNG THƯ DẠ DÀY THÙNG

Thái Nguyên Hưng¹, Viên Đình Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTDD thủng. 2. Kết quả chẩn đoán ung thư dạ dày thủng. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả nghiên cứu:** 35 BN thủng UTDD, nam 28 BN, nữ 7 BN; Tuổi TB 65,2 T, Tỷ lệ nam/nữ 4/1. 8/35 BN (22,9%) có TS loét DD-TT hoặc khâu thủng ổ loét DD-TT; 3/35 BN (8,6%) đã khâu thủng UTDD hay nối vị tràng do UTDD. Lâm sàng: 26/35 BN (74,3%) đau bụng dữ dội, đột ngột; 2/35 BN (5,7%) đau bụng có sốt; 4/35 BN (11,4%) đau bụng có XHTH; Khám 24/35 BN (68,6%) bụng co cứng; Xét nghiệm: 16/35 BN (45,7%) thiếu máu nặng và trung bình; 25/35 BN (71,4%) BC tăng > 10.000 G/L. XQ bụng 22/35 BN có liềm hơi (62,9%); CLVT 22/35 BN (62,9%) có dịch, khí OB; 1 có khí ở HCMN; 1 BN có ổ áp xe cạnh bờ cong lớn; 9 BN không có dịch, khí OB (thủng bít). Chẩn đoán UTDD trước mổ 14/35 (40,0%); 22/35 BN (62,86%) được mổ ≤ 24 h; 4/35 BN (11,4%) được mổ > 24h; Thủng bít 9/35 BN (25,7%); Kích thước lỗ thủng TB 2,386 cm, KT khối UTDD TB 6,45 cm. **Kết luận:** 1. Đặc điểm chung, lâm sàng, cận LS: - 35 BN; Tuổi TB 65,2 T; Nam 80,0%, nữ 20,0%; Tỷ lệ nam/nữ 4/1. - Đặc điểm tiền sử: 8/35(22,9%) loét DD-TT hoặc đã khâu thủng DD-TT; 3/35 (8,6%) đã khâu thủng UTDD hoặc nối vị tràng (UTDD di căn phúc mạc, hẹp môn vị), 1/33 UT trực tràng đã PT; 1 mô bắc cầu chủ vành. - Đặc điểm LS, CLS: Đau bụng đột ngột, dữ dội 26/35 BN (74,3%), đau bụng kèm sốt 2/35 (5,7%). Co cứng thành bụng 68,6%; 4/35 BN có XHTH (11,4%); Thiếu máu nặng và TB: 16/35 (45,7%); BC > 10.000 G/L 25/35 BN (71,4%). XQ có liềm hơi 68,6% (24/35 BN). CLVT bụng: 33/35 BN (94,3%); 22/35 BN (62,85%) có khí và dịch tự do trong OB, 1 BN áp xe cạnh BCL, 1 BN

khí HCMN, 9/35 BN (25,74%) không có khí OB. 2. Chẩn đoán: Thủng bít 25,7% (9/35); thủng vào OB tự do 68,6% (24/35), 2 BN thủng vào hậu cung mạc nối (HCMN) hay tạo thành ổ áp xe. Số BN được mổ ≤ 24h là 22/35 BN (62,86%); Số BN mổ > 24h là 4/35 BN (11,4%). UTDD thủng bít (mổ phiên) 9/35BN (25,74%)

SUMMARY

THE CLINICAL, PARACLINICAL FEATURE AND DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER PERFORATION

Aim of study: 1. Evaluation of the clinical and paraclinical feature of gastric cancer perforation. 2. Diagnosis of gastric cancer perforation. **Patients and method:** Retrospective study. Time: 2022-2/2025. **Results:** + There were 35 patients, male 28, female 7, mean age 65,2. + Medical history: gastroduodenal ulcer in 4 patients; perforation of gastroduodenal ulcer in 4 patients, gastro-jejunostomy in 2; gastric cancer perforation in 1 (simple closure), rectal cancer in 1; others in 1 patient. + Clinical feature: Violent anhedonic diffuse abdominal pain in 26/35(74,3%); pain with fever in 2 patients; pain with digestive bleeding (hematemesis or melena) in 5/35 patients. + Abdominal Xray revealed free air under diaphragm 24/35 (68,6%); CT Scan showed free air and intraabdominal liquid in 22/35 patients; abscess adjacent to greater curvature in 1 patient; Free air in lesser sac in 1 patient. + Gastroduodenoscopy revealed gastric cancer prior perforation in 14/35 (40,0%). + Emergency operation in 26/35 patients (74,3%); Elective operation in 9/35 patients (25,7%); + Operation time (from onset abdominal pain to operation) ≤ 24h in 22/35 patients (62,86%); > 24h in 4/35 patients (37,14%). in 9 patient that perforation eroded to adjacent organs. + The location of perforation: Middle part of stomach 3/35 (8,6%); upper part of stomach 2/35 (5,7%, proximal), 30/35 lower part of stomach (85,7%, distal). + Average diameter of perforation: 2,386 cm; The average diameter of tumor: 6,45 cm. **Conclusion:** n=35, average age 65,2 Y; male 80,0%, female 20,0%; sex ratio male/female 4/1; 1. Clinical and paraclinical presentation. Medical history: Gastroduodenal ulcer or

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025

suture of ulcer perforation 8/35(22,9%); 3/35 (8,6%) suture of gastric cancer perforation or gastrojejunostomy due to peritoneal metastasis, 1/33 had rectal cancer resection; - Clinical and paraclinical feature: diffuse and violent abdominal pain in 26/35 (74,3%), Abdominal pain with fever in 2/35 (5,7%). Tenderness and guarding in 68,6%; Digestive bleeding in 4/35 (11,4%); White blood cell elevated more than > 10.000 G/L in 25/35 (71,4%). Abdominal Xray showed free air under diaphragm in 68,6%. CT scan showed air and intraabdominal liquid in 62,85%, air in lesser sac in one, abscess adjacent to great curvature in one. 2. Diagnosis: Free perforation into abdominal cavity in 68,6%, perforation eroded into adjacent organs in 25,7%(9/35); perforation into lesser sac in one and abscess formation at greater curvature in one. Urgent operation ≤ 24 h (from the initial onset) in 22/35 (62,86%); >24 h in 4/35 (11,4%). Elective surgery (Eroded perforation) in 9/35 (25,74%). The location of perforation: middle part of stomach 3/35 (8,6%); upper part of stomach 2/35 (5,7%)(proximal), 30/35 lower part of stomach (distal) (85,7%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) bụng là biến chứng nặng của UTDD đứng hàng thứ 2 sau xuất huyết tiêu hóa do UTDD. Biểu hiện lâm sàng của UTDD bụng không khác nhiều so với bụng ổ loét DD-TT hay bụng tạng rỗng bởi vậy chẩn đoán trước mổ UTDD bụng gặp nhiều khó khăn.

Nội soi dạ dày (NSDD) hay NSDD và sinh thiết trước khi có biến chứng bụng UTDD chiếm tỷ lệ thấp. Nội soi dạ dày trong mổ hoặc sinh thiết tức thì khó thực hiện trong xử trí cấp cứu. Thái độ xử trí còn gặp nhiều khó khăn và bàn cãi. Cắt dạ dày cấp cứu trên bệnh nhân UTDD cao tuổi trong tình trạng bụng bầy, viêm phúc mạc (VPM) nên tổ chức trong bụng phù nề, phân biệt giữa tổn thương ung thư và lành tính khó khăn. Các thống kê cho thấy so với cắt dạ dày 2 thì (thì 1: khâu bụng, làm sạch ổ bụng, thì 2: cắt dạ dày triệt căn, vét hạch D2), cắt dạ dày 1 thì có tỷ lệ nạo vét hạch D2 thấp, số hạch nạo vét được trong mổ không đủ lớn và khó đạt được diện cắt R0. Mặt khác, tỷ lệ biến chứng và TV cao, tỷ lệ sống sau 5 năm đối với cắt dạ dày cấp cứu do UTDD bụng thấp. Cho tới nay ở nước ta, mổ cắt dạ dày 1 thì trong điều kiện VPM hoặc cắt dạ dày palliative hoặc chỉ khâu bụng vẫn là thái độ xử trí chủ yếu, chiếm tỷ lệ cao, bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTDD bụng.
2. Kết quả chẩn đoán ung thư dạ dày bụng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các BN không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán ung thư dạ

dày bụng, được mổ tại BV K, có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Thời gian: Năm 2022- 2025.

- Loại trừ: BN bụng ổ loét DD-TT lành tính.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 35 BN đủ tiêu chuẩn, Nam 28 BN, nữ 7 BN, Tuổi TB 65,2 T, Tỷ lệ nam nữ 4/1.

3.1. Các đặc điểm về tiền sử (TS)

Bảng 3.1: Các đặc điểm về TS bệnh

Nhóm bệnh	Đặc điểm	n
UTDD bụng (n=35)	1 Loét DD-TT	4
	2. PT khâu bụng ổ loét DD	1
	3. PT khâu bụng ổ loét HTT*	3
	4. Nổi vị tràng**	2
	5. Khâu bụng UTDD	1
	6. PT ung thư trực tràng***	1
	7. PT bắc cầu chủ-vành	1

* 1 BN đã khâu bụng HTT, nổi vị tràng.

** BN hẹp môn vị do UTDD di căn phúc mạc đã nổi vị tràng/đang điều trị hóa chất.

*** BN đã PT ung thư trực tràng/thông UTDD vào cuống gan.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2: Đặc điểm lâm sàng

Số TT	Đặc điểm LS	n
1	Đau bụng đột ngột, dữ dội	26
2	Đau bụng có sốt	2
3	Đau bụng có XHTH	4
4	Bụng co cứng, đau khắp bụng	24
5	Đau bụng thương vị	2
6	Thăm TT có phần đen	4
7	Sond DD có máu đỏ	1

+ 1 BN có sốc: Mạch 120-130 l/Phút. HA 60-70/ 40 mmhg.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3: XN máu

STT	Xét nghiệm (XN)	n
1. CTM	1. Thiếu máu nặng	2
	2. Thiếu máu trung bình	14
	3. Tiểu cầu thấp	2
2. Bạch cầu (BC)	1. BC > 20.000 (G/L)	1
	2. BC ≥ 15.000 -20.000 (G/L)	10
	3. BC 10.000-15.000 (G/L)	14
	4. BC 8000-10.000 (G/L)	6
	5. BC < 8000 (G/L)	3

Bảng 3.4: Chẩn đoán hình ảnh

STT	Hình ảnh	n
1. Chụp bụng không chuẩn bị (KCB) đứng	1. Liềm hơi D' hoành	24
	2. Không có liềm hơi	11
2. Chụp cắt lớp ổ bụng	1. Có dịch, khí OB	22
	2. Ổ apxe trong OB*	1

(CLVT.OB)	3. Khí trong hậu cung mạc nổi**	1
	4. Không có khí OB	9

*Ổ dịch khí cạnh bờ cong lớn dạ dày (ổ apxe do thủng UTDD).

** Khí hậu cung mạc nổi (HCMN): thủng mặt sau miệng nổi vị tràng.

*** CLVT ổ bụng 33/35 BN (94,3%)

3.4. Nội soi dạ dày trước mổ (NSDD):

Chẩn đoán UTDD 14 /35 (40,0%).

3.5. Kết quả phẫu thuật

3.5.1. Tính chất mổ: Mổ cấp cứu: 26/35 BN (Mổ phiên 9/35 BN, thủng bít)

+ Thời gian (từ khi đau bụng đến khi mổ) 4 BN < 6 h; 18 BN từ 6h đến ≤ 24h; 3 BN từ >24h đến ≤ 48h; 1 BN > 48; 9 BN mổ phiên (8 thủng bít, 1 thủng tạo ổ apxe).

+ Số BN UTDD thủng mổ ≤ 24 h là 22/35 BN (62,86%); Số BN mổ >24h là 4/35 BN (11,4%), thủng bít 9/35 BN, 25,7%)

3.5.2. Vị trí UTDD thủng và kích thước lỗ thủng

- Vị trí UTDD: 3/35 BN UTDD 1/3 Giữa (8,6%); 2/35 BN UTDD 1/3 trên. (5,7%), 30/35 UTDD 1/3 Dưới thủng (85,7%)

- Kích thước lỗ thủng và kích thước khối UTDD:

+ Kích thước lỗ thủng TB: 2,386 cm

+ KT khối U T: 6,45 cm

3.6. Biến chứng, tử vong

3.6.1. Biến chứng

- Tỷ lệ BC: 17,1% (6/35BN)

3.6.2. Tử vong

+ TV: 2,9% (nhồi máu phổi, đông máu rải rác trong lòng mạch).

3.7. Kết quả GPB

+ Số hạch nạo vét được TB: 12,96 hạch/BN.

+ GĐ III-IV: 24/35 BN (68,6%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc chung và đặc điểm về tiền sử

- Có 35 BN đủ tiêu chuẩn, Tuổi TB 65,2T; Nam 28 BN (80,0%), nữ 7 BN (20,0%); Tỷ lệ nam nữ 4/1.

+ Số liệu của Thái Nguyên Hưng trên 46 BN XHTH do UTDD: Tuổi TB mắc XHTH do UTDD là 65,72 ± 10T (từ 44-84 T), nam 73,9%, nữ chiếm 26,1%[1].

- Theo Hironnori TSUIMOTO [2]: Tuổi mắc nhóm UTDD thủng là 65,6 ± 4,8, nhóm loét DD thủng 55,1 ± 2,3; Có 12,5% số UTDD thủng mắc bệnh loét DD-TT; 12,5% mắc ĐTĐ (Đái tháo đường)[2].

- Theo Nebojsa Ignjatovic: Tỷ lệ thủng UTDD trên 376 BN mắc UTDD là 11/376 (2,92%), nam 72,8%, nữ 27,2%.

- Cetin Kotan báo cáo [3]: 13 BN thủng UTDD, Tuổi TB 59,0 ± 9,56; 10 BN Nam, 3 BN Nữ (76,9% vs 13,1%).

- Theo Franco Roviello [4]: Có 10 ca thủng UTDD/ 2564 BN. UTDD (0,39%), tuổi TB 68,0 T (50-82T) trong đó 60% Nam, 40% nữ. Như vậy có sự khác nhau về tuổi mắc, tỷ lệ nam/nữ cũng như tỷ lệ thủng UTDD trên tổng số ca mắc ở các nước châu Âu và Nhật bản.

- Một NC tại Bắc kinh[5]: 74 BN thủng UTDD, tuổi TB 66,07 ± 12,9 (39-92T), 53 nam (71,6%); 21 nữ (28,38%), tỷ lệ thủng UTDD/ số UTDD là 74/2273 BN (3,3%).

- Tổng kết Wang trên 29 UTDD: Tuổi TB 77 T, nam 65,5%.

- NC năm 2020 của Fisher trên 2964 thủng UTDD: Tuổi TB 79, nam chiếm 59,4%.

- Về TS chúng tôi có 11/35 BN có TS các bệnh lý hoặc đã mổ khâu thủng DD-TT hay nổi vị tràng trong đó 2 BN đã nổi vị tràng do UTDD di căn phúc mạc, hẹp môn vị.

- Theo Thái Nguyên Hưng, Trần Xuân Dũng [6]: 18 BN. UTDD phối hợp với loét tá tràng, nam 15 BN (83,3%), nữ 3 BN (15,7%), tuổi TB 63,8 T (47-77T) trong đó 55,6% có TS loét tá tràng (10/18), 3 BN thủng HTT cũ. Các tác giả kết luận: UTDD phối hợp với loét tá tràng xuất hiện với tỷ lệ ngày càng. Nhiễm các chủng HP và điều trị thuốc PPI kéo dài làm giảm mạnh và kéo dài acid dạ dày có thể là yếu tố nguy cơ gây UTDD. Điều trị phẫu thuật loét tá tràng phối hợp với UTDD khó khăn vì do loét D1-D2 tá tràng sát bóng Vater gây biến dạng tá tràng D1-D2, móm tá tràng sâu và khó đóng móm tá tràng, có thể tạo hình hay dẫn lưu móm tá tràng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán

- Theo Ker-Kan Tan [7]: 12 BN thủng UTDD, adenocarcinom 9 BN (75%), lymphoma DD thủng 25%. Tất cả BN đau bụng dữ dội. Chụp XQ có liềm hơi D' hoành 47%. CLVT có khí và dịch ổ bụng 53% (số BN còn lại). 75% được mổ cấp cứu ≤ 24 h. Tổn thương: 59,3% nhiễm trùng nặng ổ phúc mạc, 10 BN cắt GTBDD cấp cứu, 2 BN cắt TBDD. Kết quả: 2 BN tử vong (TV) do viêm phổi, 1 BN rò móm tá tràng phải mổ lại dẫn lưu móm tá tràng (DL), khâu lại móm tá tràng bọc, các BN khác ra viện với thời gian TB là 16 ngày. Tuy nhiên có 3 BN rò móm tá tràng được điều trị nội khoa.

- Ignjatovic NC 376 UTDD có 11 ca thủng UTDD (2,92%); 100% BN viêm phúc mạc (VPM): đau dữ dội khắp bụng, bụng co cứng, BC tăng cao, XQ có liềm hơi D' hoành. Mổ cấp cứu 100% ≤ 24h.

+ Thời gian từ khi xuất hiện cơn đau đến khi mổ đóng vai trò rất quan trọng để chẩn đoán và

xử trí tổn thương thủng dạ dày nói chung và thủng UTDD. Kết quả PT, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao có liên quan nhiều với thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi mổ cũng như các bệnh kèm theo. Số liệu của chúng tôi: số BN UTDD thủng được mổ ≤ 24 h là 22/35 BN (62,86%); Số BN thủng UTDD được mổ > 24 h là 4/35 BN (11,4%); 9/35BN (25,7%) thủng bít (mổ phiên)

Thủng UTDD chiếm tỷ lệ thấp hơn so với thủng ổ loét dạ dày (DD). Theo Trần Thiện Trung (1998-1999): 170 BN thủng ổ loét DD-TT, 12 BN thủng UTDD (7%). Thủng UTDD khó chẩn đoán trước mổ và ngay cả trong mổ.[8]

+ Theo Nguyễn Võ Vĩnh Lộc từ 2007-2013 (6 năm): 50 BN thủng UTDD tại BV chợ Rẫy, Bình

Dân và BV Nhân Dân Gia Định; 20/50 BN được chẩn đoán UTDD trước mổ. Xử trí: không có BN nào được phẫu thuật (PT) triệt căn, 17 BN cắt DD làm sạch, 33 BN khâu thủng hoặc khâu DD theo PP Newmann. Kết quả có 6 BN tử vong (12%); biến chứng 14% [8].

- Chẩn đoán trước mổ thủng ổ loét DD hay UTDD thủng khó khăn. Sara Dicarlo tổng kết thủng UTDD tại 8 trung tâm: số liệu có sự khác biệt rất lớn với cỡ mẫu thay đổi từ 8 đến 2964. Tuổi TB dao động từ 60-79 T (TB 70 T), nam chiếm tỷ lệ cao. Chẩn đoán UTDD trước mổ chiếm 38%. Vị trí ung thư hay gặp là phần xa dạ dày (37%), ung thư 1/3G 36%, 1/3 trên DD 27%, GĐ III-IV 66%.

Bảng 4.1: Đặc điểm các nghiên cứu thủng UTDD

Tác giả	n	Tuổi TB	Tỷ lệ Nam (%)	Chẩn đoán trước mổ (%)	Giai đoạn (%) III	Giai đoạn (%) IV
1. Tsuijimoto (Nhật - 2010)	8	64,5	65,5	51,7	75	12
2. Tan và CS (Singapore 2011)	9	76	56	22	73	27
3. Kim (2014-South Korea)	35	63,7			60	
4. Hata (2014-Nhật)	514		74,6		55	34
5. Igiatovic (2016-Serbia)	11	60	72,8	18	73	27
6. Wang (2017- TQ)	29	77	65,5	51,7	55	34
7. Fisher (2020-Mỹ)	2964	79	59,4		36	23
8. Kim (2020-Korea)	43	69	55	42	75	25

- Theo bảng 4.1: Lứa tuổi thủng UTDD từ ≥ 60 -79; tỷ lệ nam từ 55% đến 74,6%, chẩn đoán thủng UTDD trước mổ $\leq 51,7\%$, tỷ lệ thủng UTDD ở GĐ III-IV từ 59% đến 100%.

- Franco Roviello [4]: Có 10 thủng UTDD/2564 BN UTDD (0,39%); 6 BN cắt dạ dày (TV17%), 4 BN khâu thủng (TV 75%).

- Khoảng 30% UTDD thủng được chẩn đoán trước mổ. Phần lớn chẩn đoán trước mổ thủng ổ loét DD-TT. Các tác giả cho rằng tuổi cao là yếu tố chính giúp chẩn đoán thủng UTDD. Tuổi mắc UTDD trung bình là 65 T trong khi tuổi mắc thủng ổ loét DD là 51. Chẩn đoán UTDD khó khăn ngay cả trong mổ do đó các tác giả khuyên nên sinh thiết(ST) tức thì tất cả các BN thủng DD. Kết quả ST tức thì sẽ quyết định kiểu mổ theo tiêu chuẩn ung thư: khoảng cách giữa tổn thương và diện cắt. Tổn thương UTDD thủng thường xâm lấn thanh mạc chiếm 55-82%, di căn hạch 57-67%. Tuy nhiên thủng UTDD có thể xuất hiện ở GĐ sớm[3].

- Số liệu của chúng tôi: 26/35BN (74,3%) đau dữ dội, đột ngột; 2 BN đau bụng có sốt (> 48 h) do thủng tạo thành ổ dịch khí (apxe) ở bờ cong lớn DD (1 BN); 1 BN khác thủng mặt sau UTDD vào hậu cung mạc nối. BN này được nối vị tràng trước đó do ung thư DD di căn phúc mạc

và HMV, đang điều trị hóa chất, đau thượng vị không rõ, sốt, BC tăng cao. Chụp bụng không chuẩn bị không có liềm hơi. CLVT đa dây có khí trong hậu cung mạc nối (HCMN). Tổn thương là UTDD tiến triển thủng trên UTDD tại miệng nối vị tràng cũ, mổ cắt dạ dày palliative (di căn phúc mạc). Có 4 BN đau bụng thượng vị nhiều kèm XHTH. Tổn thương trong mổ cho thấy là các thủng bít vào đầu tụy, tá tràng hay mạc treo ĐT ngang. Những trường hợp này XQ bụng không thấy liềm hơi. Bảng 3.2 cho thấy 24/35 BN có cứng thành bụng (68,6%); 9/35 BN thủng bít (25,7%); 24/35 BN (68,6%) thủng vào OB tự do, 2 BN (5,7%) thủng vào hậu cung mạc nối (HCMN) hay tạo thành ổ apxe. Các BN thủng bít thường phối hợp với XHTH. Vị trí UTDD: 30/35 BN thủng UTDD 1/3 dưới (85,7%); 3/35 BN thủng UTDD 1/3 giữa (8,6%); 2/35 BN thủng UTDD 1/3 trên. (5,7%).

- TSUJIMOTO [2] so sánh 2 nhóm thủng UTDD và thủng ổ loét DD: 40 BN, thủng UTDD 8 BN, thủng ổ loét DD lành tính 32 BN; 50% số thủng UTDD ở 1/3 giữa DD, 50% ở 1/3 D' DD. Vị trí nhóm thủng loét DD: 1/3 trên 6 BN (18,9%), 1/3 G 13 BN (40,6%), 1/3 D' 13 BN (40,6%). Các bệnh mạn tính phối hợp nhóm UTDD là 25%; nhóm loét DD là 46,9%. Thời

gian điều trị nhóm UTDD $18 \pm 3,3$ ngày, nhóm loét DD $21,6 \pm 2,2$ ngày. Tỷ lệ TV nhóm UTDD là 25%, nhóm loét DD lành tính 3,3% (1 BN). Kết quả cho thấy nhóm loét DD lành tính thủng có số ngày điều trị dài hơn và tỷ lệ bệnh mạn tính cao hơn.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm chung, lâm sàng, cận LS

- 35 BN; Tuổi TB 65,2 T; Nam 80,0%, nữ 20,0%; Tỷ lệ nam nữ 4/1

- Tiền sử: 8/35 (22,9%) loét DD-TT hoặc đã khâu thủng DD-TT; 3/35 (8,6%) đã khâu thủng UTDD hoặc nối vị tràng (UTDD di căn phúc mạc, hẹp môn vị), 1/33 UT trực tràng đã PT; 1 mổ bắc cầu chủ vành.

- Đặc điểm LS, CLS: Đau bụng đột ngột, dữ dội 26/35 (74,3%), đau bụng kèm sốt 2/35 (5,7%). Co cứng thành bụng 68,6%; 4/35 BN có XHTH (11,4%); Thiếu máu nặng và TB: 16/35 (45,7%); BC > 10.000 G/L 25/35 (71,4%); XQ có liềm hơi 68,6% (24/35)

- CLVT ổ bụng (OB): 33/35 BN (94,3%): 22/35 (62,85%) có khí và dịch tự do trong OB, 1 BN apxe cạnh BCL, 1 BN khí HCMN, 9/35 BN (25,74%) không có khí OB;

5.2. Chẩn đoán: Thủng bít 25,7% (9/35); thủng vào OB tự do 68,6% (24/35), 2 BN thủng vào hậu cung mạc nối (HCMN) hay tạo thành ổ

apxe. Số BN được mổ ≤ 24 h là 22/35 BN (62,86%); Số BN mổ >24h là 4/35 BN (11,4%). UTDD thủng bít (mổ phiên) 9/35 (25,74%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Nguyên Hưng, Bùi Thanh Thiện** (2021): Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa cao do ung thư hang môn vị dạ dày. Y Học Việt nam. Tháng 7, Số 2(504); 223-228.
2. **Hironori TSUIMOTO et Al.** Outcome after emergency surgery in patients with a free perforation caused by gastric cancer: Experimental and Therapeutic Medicine 1: 199-203, 2010).
3. **Cetin Kotan et al:** An analysis of 13 patients with perforated gastric carcinoma: A surgeon's nightmare. World Journal of Emergency Surgery 2008 3:17.
4. **Franco Roviello et al.** Perforated gastric carcinoma: a report of 10 cases and review of the literature. World J Sur Oncol 2006.4:19).
5. **Junlin Zhang et al:** Short and long-term outcomes of one stage versus two-stage gastrectomy for perforated gastric cancer: a multicenter retrospective propensity score-matched study). World Journal of Surgical Oncology (2024) 22:7).
6. **Thái Nguyên Hưng, Trần Xuân Dũng.** Đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ và điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày phối hợp với loét tá tràng. Y Học Việt Nam, tháng 6, 2024 (3): 355-359.
7. **Ker-Kan Tan et Al.** Emergency surgery for perforated gastric malignancy: an institution's experience and review of the literature.
8. **Trần Thiện Trung** (2014): Ung thư dạ dày: Bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị. NXB Y học.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA CẤP TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Huỳnh Thanh Long^{1,2}, Lương Duy Trường³,
Phạm Hồng Nam¹, Nguyễn Khắc Triển²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên các bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp và điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Các triệu chứng lâm sàng, chỉ số xét nghiệm, kết quả hình ảnh,

kỹ thuật phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện và biến chứng hậu phẫu được phân tích. Xử lý số liệu được thực hiện bằng phần mềm STATA. **Kết quả:** Tổng cộng 180 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, với độ tuổi trung bình là $44,5 \pm 17,2$ tuổi. Triệu chứng phổ biến nhất là đau hố chậu phải (100%), tiếp theo là buồn nôn/nôn (21,7%). Số lượng bạch cầu trung bình là $14,8 \pm 5,0$ G/L, và CRP trung vị là 85,9 mg/L. Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa được thực hiện ở 97,8% bệnh nhân, với thời gian phẫu thuật trung bình là $64,4 \pm 28,4$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $6,8 \pm 3,3$ ngày. Tỷ lệ biến chứng hậu phẫu thấp (2,2%), với 1,7% bệnh nhân bị áp xe ổ bụng và 0,6% bị tắc ruột. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho viêm ruột thừa cấp, với tỷ lệ biến chứng thấp và thời gian hồi phục nhanh. Chẩn đoán sớm và can thiệp phẫu thuật kịp thời có vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu biến chứng hậu phẫu. Các nghiên cứu trong tương lai nên tập trung vào việc tối ưu hóa kỹ

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, TP HCM

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: bs.huynhlong@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025