

THÁI ĐỘ XỬ TRÍ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY THÙNG

Thái Nguyên Hưng¹, Viên Đình Bình², Trịnh Thành Vinh³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Thái độ xử trí ung thư dạ dày thùng. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư dạ dày thùng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** Phương pháp mô tả hồi cứu. **Kết quả NC:** 35 BN, nam 28, nữ 7; Tỷ lệ nam/nữ 4:1; Tuổi TB 65,2 T. Tiền sử: Loét DD-TT 11,4%; Khâu thùng DD-TT 11,4%; Nối vị tràng (HMT do UTDD) 5,7%; Khâu thùng UTDD 1 BN. Lâm sàng: Đau bụng dữ dội, đột ngột 74,3%; 2 BN đau bụng có sốt; 5 BN đau bụng có XHTH. Chụp bụng có liên hơi D' hoành 68,6%; CLVT 22/35 BN có dịch, khí OB; 1 BN có ổ áp xe cạnh bờ cong lớn, 1 BN có khí trong hậu cung mạc nối (HCMN). NSDD trước thùng chẩn đoán UTDD 37,1%; mổ ≤ 24 h là 62,86%; tỷ lệ mổ > 24 h là 11,4%; Tỷ lệ thùng bít 25,7%. Tỷ lệ thùng UTDD 1/3 giữa 8,6% 1/3 trên 5,7%, 1/3 dưới 85,7%. Kích thước lỗ thùng TB 2,386 cm; KT khối UTDD TB 6,45 cm. Tỷ lệ thùng vào OB 68,6%; thùng bít vào đầu tụy, tá tràng, đại tràng 25,7%; Thùng vào HCMN 2,85%, thùng tạo thành ổ áp xe 2,85%; Mổ cắt gần TBDD triệt căn 82,8%; cắt gần TBDD không triệt căn 2,9%; Cắt TBDD triệt căn 5,8%; Khâu thùng 8,5%. Vết hạch D2 40%; Vết hạch D1-D1(+) 48,6%. Tỷ lệ biến chứng (BC) 17,1%; TV 2,9%. Số hạch nạo vét TB 12,96 hạch/BN. Tỷ lệ thùng UTDD giai đoạn III-IV 68,6%. **Kết luận:** Bệnh lý UTDD thùng gặp chủ yếu ở lứa tuổi 65 (NC này: 65,2T), tỷ lệ cao ở nam (NC này: nam/nữ 4/1), thùng 1/3 dưới dạ dày chiếm tỷ lệ cao từ 79,3-86,67% (NC này: 85,7%). Tỷ lệ chẩn đoán trước mổ UTDD thùng khoảng 30-40% (NC này: 40%). Tỷ lệ thùng trên UTDD giai đoạn III-IV chiếm hơn 60% (NC này: 68,6%). Mổ cắt dạ dày 1 thì khi viêm phúc mạc khó đạt được diện cắt R0 (< 50%), số hạch nạo vét được thấp, tỷ lệ biến chứng và TV cao. Mổ cắt DD triệt căn 2 thì (thì 1 khâu thùng qua phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở; thì 2 cắt dd, vết hạch D2) có tỷ lệ đạt được diện cắt R0 cao, số hạch vét được cao, tỷ lệ biến chứng và TV giảm, tỷ lệ sống sau 5 năm có thể đạt 50%. Khâu thùng đơn thuần khi UTDD giai đoạn muộn, thể trạng toàn thân yếu, nhiều bệnh phổi hợp.

SUMMARY

EVALUATION OF THE SURGICAL CHOICE (ONE- STAGE OR TWO- STAGE GASTRECTOMY) AND SURGICAL RESULTS

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

³Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025

OF GASTRIC CANCER PERFORATION

Aims of study: 1. Evaluation of surgical choice (one stage or two stage gastrectomy) for gastric cancer perforation. 2. The surgical results of gastric cancer perforation. **Patient and method:** Retrospective study. **Results:** There were 35 patients. male 28; female 7, sex ration 4:1; mean age 65,2. Medical history: Gastroduodenal ulcer 11,4%; Closure gastroduodenal ulcer perforation 11,4%; gastroduodenal anastomosis for gastric outlet obstruction due to gastric cancer 5,7%; Suture of gastric cancer perforation in 1; Others in 2 patients. Clinical feature: Violent and diffuse abdominal pain in 74,3%; Abdominal pain with fever in 2 patients; pain with digestive bleeding in 5/35 patients. Abdominal Xray revealed free air under diaphragm 68,6%; CT Scan showed free air and intraabdominal liquid in 22/35 patients; abscesses located at greater curvature in 1 patient; Free air in lesser sac in 1 patient. Gastroduodenalscopy revealed gastric cancer prior perforation in 40% + Emergency operation in 74,3%; Elective operation in 25,7%. Operation time: ≤ 24 h in 62,86%; > 24 h in 37,14%; in 9 other patients that perforation eroded to adjacent organs. The location of perforation: middle part of stomach 8,6%; proximal part of stomach in 5,7%, distal part of stomach in 85,7%. Average diameter of perforation: 2,386 cm; The average diameter of tumor: 6,45 cm. Complicated rate: 17,1% (6/35), Death rate: 2,9% (1/35). (on the 8nd day post subtotal gastrectomy due to pulmonary thrombosis). **Conclusion:** Gastric cancer perforation usually occurs in patient with a mean age of 65 years (65,2 years in our series). Preoperative diagnosis of malignancy accounted for 30-40% (40% in our series); perforation located at distal stomach about 80% (85,7% in our series); Stage III-IV more than 60% (68,6% in our series). Emergency one- stage gastrectomy had significantly lower rates of R0 resection and D2 lymph node dissection than two-stage gastrectomy. One- stage gastrectomy should be chosen for perforated gastric cancer patients with out comorbidities, localized peritonitis, no signs of shock, curable tumor. The treatment choice seems to be radical total or subtotal gastrectomy with associated D2-D3 lymphadenectomy. For patients in poor condition, two- stage surgical treatment is a better option when D2 radical gastrectomy cannot be achieved in emergency surgery. Two stage gastrectomy may be a promising procedure for perforated gastric cancer patients. Simple repaire or omental patch are reserved only for reserved only for patients with advanced stage diseases and whose general condition is poor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) thùng là biến chứng nặng của UTDD đứng hàng thứ 2 sau biến chứng

xuất huyết tiêu hóa do UTDD và chiếm khoảng 5% tổng số BN mắc UTDD, chiếm 1% cấp cứu bụng ngoại khoa. Thủng UTDD thường xảy ra ở nhóm người cao tuổi, có nhiều bệnh toàn thân phối hợp, bệnh nhân (BN) thường đến muộn, khi đã có viêm phúc mạc (VPM), bụng bầy, phù nề, nhiễm trùng nặng bởi vậy nhận định tổn thương loét dạ dày (DD) thủng hay UTDD thủng cũng như đánh giá giai đoạn bệnh (GD) gặp nhiều khó khăn. Các nghiên cứu cho rằng cắt DD cấp cứu khi có VPM do UTDD thủng có tỷ lệ tử vong và biến chứng cao[1]. mặt khác khó đạt được diện cắt R0 (tỷ lệ đạt diện cắt R0 < 50%) số hạch nạo vét được thấp, thời gian sống không bệnh cũng như tỷ lệ BN sống sau 5 năm thấp. Chỉ nên cắt DD triệt căn và nạo hạch D2 trong 1 số điều kiện nhất định. Tuy nhiên ở nước ta cho tới nay, cắt DD cấp cứu 1 thì do UTDD thủng chiếm tỷ lệ cao hoặc cắt DD palliative hay UTDD thủng thường được phẫu thuật khâu thủng theo phương pháp Newmann. Việc ứng dụng phẫu thuật nội soi (PTNS) để điều trị thủng UTDD còn chưa được nghiên cứu. Bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. Thái độ xử trí ung thư dạ dày thủng.
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư dạ dày thủng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

NC mô tả hồi cứu:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả BN không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán UTDD thủng, được điều trị phẫu thuật (PT) tại BV K từ 2022-2025.

- **Loại trừ:** BN thủng ổ loét DD-TT hay thủng TQ, thủng đại tràng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

3.1 Đặc điểm về tiền sử (TS): Loét DD-TT 4/35 BN, khâu thủng loét DD-TT 4/35; nổi vị tràng (hẹp môn vị do UTDD) 2/35 BN; Khâu thủng UTDD 1/35 BN; PT ung thư trực tràng 1/35, bắc cầu chủ vành 1 BN.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1: 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 thượng vị	2
6	Thăm TT có phân đen	5
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. Xét nghiệm (XN): Thiếu máu nặng và trung bình 16/35 BN; tiểu cầu thấp 2/35 BN; BC 25/35 BN $\geq$ 10.000

Bảng 3.2: Chẩn đoán hình ảnh

STT	Hình ảnh	n
1.1. Chụp bụng không chuẩn bị (KCB) đứng	1. Liềm hơi D' hoành	24
	2. Không có liềm hơi	11
1.2. Chụp cắt lớp ổ bụng (CLVT. OB)	1. Có dịch, khí OB	22
	2. Ổ apxe trong OB*	1
	3. Khí trong hậu cung mạc nối**	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 nối (HCMN): thủng mặt sau miệng nối vị tràng.

*** CLVT ổ bụng 33/35 BN (94,3%)



Hình 1: XQ bụng liềm hơi D' hoành

3.4. Nội soi dạ dày trước mổ (NSDD). Chẩn đoán UTDD 14/35 (40,0%).

3.5. Tổn thương và xử trí phẫu thuật

3.5.1. Tính chất mổ

- Mổ cấp cứu: 26/35 BN (Mổ phiên 9/35 BN do thủng bít)

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

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

Bảng 3.3: Tổn thương trong mổ và xử trí

STT	Vị trí thủng	n	Phương pháp mổ
Thủng UTDD	1. UT môn vị	1	Cắt gần TBDD-vết hạch
	2. UT hang môn vị	9*	Cắt GTBDD-vết hạch
	3. UT hang vị	10**	Cắt gần TBDD, vết hạch
	4. UT bờ cong nhỏ	9***	Cắt GTBDD-vết hạch
	5. UT bờ cong lớn thủng	1	Cắt TBDD, lách, thân đuôi tụy
	6. UT thân vị thủng	2	1 BN cắt DD dưới tâm vị 1 BN Khâu thủng, rửa bụng (M phúc mạc)

7. UT tâm vị thũng	2	1 BN cắt TBDD,VH 1 BN PT Newmann
8. UT hang vị/đầy nổi vị tràng****	1	Khâu lỗ thủng

* 1 BN đã khâu thủng UTDD.

** 1 BN Thủng mặt sau UT hang vị/BN đã nổi vị tràng, đang điều trị hóa chất.

*** 1 BN Thủng vào thùy gan trái.

**** Hẹp môn vị do UTDD di căn phúc mạc, đang điều trị hóa chất.

Bảng 3.4: Đặc điểm thủng UTDD bất và xử trí

Bệnh nhân	Vị trí u	Vị trí thủng bất	Kích thước U- (lỗ thủng)	Phẫu thuật (PT)	GPB
1.Ngô Thọ. K (74 T)	Hang môn vị (XHTH)	+ Cuống gan + Gan trái	8-5 cm (3 cm)	Cắt GTBDD, vét hạch D1, DL móm tá tràng	T4bN2M0 (AC kém biệt hóa)
2.Vũ Văn .T (58T)	Hang vị	+Đầu tụy +Mạc treo ĐT ngang	10-8 cm (6-5cm)	Cắt GTBDD, vét hạch D2 đóng móm tá tràng khó	T4bN2M0 (Kém biệt hóa)
3.Lường Văn .Nh (71 T)	Hang môn vị	+Đầu tụy +D1-D2 tá tràng	6-8cm (3 cm)	Cắt GTBDD, vét hạch D2, DL móm tá tràng	T4bN1M0 (BHV)
4.Vũ Thị H (57)	Hang môn vị	+Đầu tụy +Mạc treo ĐT	6-5 cm (3 cm)	Cắt GTBDD,vét hạch D2,DL móm tá tràng	T4bN3M0 (TB nhẵn)
5.Nguyễn Văn H. (71T)	Hang vị	+D2 tá tràng +Mạc treo ĐT	10-10 (6-6 cm)	Cắt GTBDD-D2, DL móm tá tràng	T4bN0M0 (BHV)
6.Nguyễn Đức T. (51T)	Góc BCN	+Thùy gan trái	8-8 cm (3 cm)	Cắt GTBDD, vét hạch D2 Đóng móm tá tràng khó	T4bN1M0 (KBH)
7.Nguyễn Thị Th (42)	Góc BCN	+Thân tụy	5-5cm (2 cm)	Cắt GTBDD, vét hạch D2	T4BN0M0 (KBH)
8.Lò Văn T	Hang môn vị (XHTH)	+Đầu tụy + D1-D2 tá tràng	8-6cm (2 cm)	Cắt GTBDD, vét hạch D2. DL móm tá tràng	T4bN3bM0 (KBH)
9. Trần Đình L.	Góc BNC	+ Thân tụy	6-6 cm(3-4cm)	Cắt GTBDD, vét hạch D2	T4bNxM0

- Có 5/9 BN (55,6%) DL móm tá tràng: Các BN này thủng ổ loét do UTDD vùng hang môn vị hay hang vị.

- 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 UTDD TB: 2,386 cm;
KT khối UTDD TB: 6,45 cm.

+ Nhóm thủng UTDD vào ổ bụng (OB):
++ Kích thước lỗ thủng: 1,72 cm (từ 0,5 cm-4 cm)

++ Kích thước khối UTDD nhóm thủng vào OB: 5,36 cm (từ 3 cm-10 cm)

+ Nhóm thủng UTDD (thủng bất):
++ KT khối UTDD 7,87 cm (5 cm-10 cm)
++ KT lỗ thủng TB: 3,5 cm (2 cm-6 cm)

3.6. Biện chứng và Tử vong (TV):

+1 BN chảy máu sau mổ sau cắt TBDD, lách, thân đuôi tụy mổ lại cầm máu.

+1 BN tắc ruột do dính sau mổ: mổ gỡ dính.

+ 1 BN apxe tồn dư sau mổ cắt GTBDD, DL móm tá tràng: luồn sond D' SA dẫn lưu apxe.

+ 3 BN nhiễm trùng vết mổ.

- Tỷ lệ BC: 17,1% (6/35BN), TV: 2,9% (1/35BN. TV vì nhồi máu phổi, đông máu rải rác trong lòng mạch.

3.7. Kết quả giải phẫu bệnh:

3.7.1. Số hạch nạo vét

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

3.7.2. Giai đoạn bệnh (GĐ)

+ GĐ Ia: 5 BN; GĐ II: II a: 2 BN, II b: 2 BN; GĐ III: GĐ IIIa: 3 BN, GĐ IIIb: 11BN, GĐ IIIc: 6 BN; GĐ IV: 4 BN; 1 BN u xơ cơ viêm, 1 BN thủng u lympho.

+ Tỷ lệ thủng UTDD giai đoạn III -IV 68,6% (24/35 BN).

IV. BÀN LUẬN

UTDD thủng chiếm khoảng 1% cấp cứu bụng ngoại khoa và chiếm 10-16% tổng số thủng DD. Thủng dạ dày do UTDD thường được chẩn đoán qua giải phẫu bệnh sau mổ. Phân biệt các dạng tổn thương loét hay UTDD thủng khó khăn trong mổ cấp cứu nhất là khi không có sinh thiết tức thì, phẫu thuật viên (PTV) chỉ có thể chẩn đoán nguyên nhân thủng dựa vào độ cứng và thâm nhiễm thành dạ dày, hạch, kích thước ổ loét cũng như có di căn gan hay phúc mạc. Có thể sử dụng NSDD trong mổ để chẩn đoán.

TSUIMIMOTO nhận thấy sự khác biệt rõ ràng giữa thủng loét DD hay UTDD là thủng UTDD có độ tuổi lớn hơn rõ rệt[2].

- Lehnert [3] đề xuất 2 thì cắt dạ dày triệt căn để điều trị UTDD thủng tuy nhiên khi mổ thì

2 bụng thường dính, tác giả cũng chưa xác định được thời điểm cắt DD triệt căn thì 2 sau khi khâu thủng UTDD thì 1.

- Cho tới nay một số báo cáo dùng phẫu thuật nội soi (PTNS) khâu thủng thì 1 sau 17-20 ngày sẽ mổ mở cắt dạ dày triệt căn, nạo vét hạch thì 2. Các tác giả nhận thấy ở thì 2 bụng chỉ dính ít.

- Ignjatovic [4] báo cáo 11 BN thủng UTDD/376 UTDD; Tuổi TB $59,90 \pm 9,2$; Nam 72,8%, Nữ 27,2%; 100% mổ cấp cứu do VPM. Chẩn đoán UTDD trước mổ 18,2%, trong mổ là 81,8%. Vị trí thủng 27,2% ở 1/3 trên, 45,6% thủng 1/3 giữa, 27,2% thủng 1/3 D'; 8 BN/11 GĐ III, 3 BN/11 GĐ IV. Cắt DD cấp cứu 8/11 BN (72,8%) trong đó 5 BN cắt gần TBDD, cắt TBDD 3 BN; Cắt DD triệt căn 1 thì 3 BN (27,2%), cắt DD 2 thì 5 BN (45,6%); vét hạch D0-D1 5/8 BN, vét hạch D2 3/8 BN; 3 BN (27,2%) khâu thủng và phủ mạc nối lớn. 100% số BN khối U đã xâm lấn thanh mạc (GĐ III-IV). Tỷ lệ TV ≤ 30 ngày 46%. Thời gian sống thêm ở nhóm được cắt DD triệt căn cao $75,77 \pm 86,88$ ngày vs nhóm khâu thủng UTDD ($18,00 \pm 24,34$ ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

- Adachi [5] báo cáo 155 BN thủng UTDD, tác giả kết luận: thể thâm nhiễm cứng, khối ung thư xâm lấn thanh mạc, di căn hạch, GĐ III-IV, khả năng PT triệt căn là các yếu tố ảnh hưởng đến OS. Các yếu tố như tuổi, giới, vị trí u, độ mô học, kiểu nạo hạch không có ý nghĩa với OS.

- Nghiên cứu trên 13 trung tâm của Zhang [6]: 74 thủng UTDD, tuổi TB $66,07 \pm 12,39$ (39-92T), 71,62% nam; 74 BN được chẩn đoán UTDD trước mổ, 1 BN đang điều trị hóa chất; 62/74 BN (83,78%) UTDD 1/3 D'; 10/74 BN (13,51%) GĐ IIb; 34/74 BN (45,95%) GĐ IIIA-B; 30/74 BN (40,54%) GĐ IV. Do tuổi cao, tình trạng VPM khu trú, 8 BN được điều trị bảo tồn và hóa chất, 17 BN khâu thủng (1 BN TV sau 1 tuần), 7/74 BN (9,46%) cắt DD palliative và hóa chất do di căn. Cắt DD triệt căn 44/74 BN (59,46%) ở GĐ II-III chia làm 2 nhóm: thủng UTDD được cắt DD triệt căn 1 thì (one stage) và 2 thì (2 stage):

Bảng 4.1: Cắt DD triệt căn 1 thì và 2 thì

Các chỉ số	Cắt DD triệt căn 1 thì (n=29)	Cắt DD 2 thì (n=15)
Tuổi	$63,72 \pm 11,99$	$62,67 \pm 12,16$
Giới (nam)	75,86% (22/29)	80% (12/15)
Kích thước khối UTDD (≥ 5 cm)	62,07% (18/29)	93,33% (14/15)
dùng thuốc kháng tiêu cầu hàng ngày	27,59% (8/29)	20,0% (3/15)

Độ biệt hóa (kém biệt hóa)	13,08% (4/29)	6,67% (1/15)
T staging (T4)	100%(29/29)	93,33%(14/15)
N staging (N+)	20,69% (6/29)	13,3%(2/15)
M staging (M+)	0,00%	0,00%
Vị trí UTDD (1/3 D')	79,31%(23/29)	86,67%(13/15)
HGB (<90 g/L)	41,38%(12/19)	33,33%(5/15)
Vết hạch D2	62,07%(18/29)	100%(15/15)
Số hạch nạo vét TB	17 (12-24)	31 (27-38)
Số hạch (+)	2 (1-5)	3(2-8,5)
Lượng máu truyền	200 (0,800)	0 (0-100)
Số ngày ICU	3 (0-3)	0(0-1,5)

NC của Zang có 7 BN được chẩn đoán UTDD trước khi thủng; 62,07% được cắt DD, nạo hạch D2. Ở châu Á và ĐNÁ, cắt DD vét hạch D2 là điều trị chuẩn. Nạo vét hạch hệ thống đối với thủng UTDD cải thiện rõ kết quả điều trị tuy nhiên nạo hạch D2 trong thủng UTDD gặp nhiều khó khăn: Tình trạng toàn thân BN kém, nhiễm trùng ổ phúc mạc, bệnh toàn thân kèm theo bởi vậy nhiều tác giả khuyên nên mổ 2 thì. Theo NC của Zang: số BN nạo vét D2 mổ 1 thì 62,07% vs 100% (mổ 2 thì), số hạch TB nạo vét được 1 thì 17 hạch (1 thì) vs 31 hạch (2 thì), số hạch (+) nhiều hơn, số ngày ICU ngắn hơn ở nhóm mổ 2 thì vs nhóm 1 thì.

- Franco Roviello [7]: 10 BN thủng UTDD, tuổi TB 68; Nam 60%, nữ 40%, chẩn đoán UTDD trước thủng 30%; thủng 1/3 D' 80%, 1/3 Giữa 10%, 1/3 trên 10%; 70% GĐ III-IV, cắt DD 60%, khâu thủng 40%. Yếu tố cho phép chẩn đoán thủng UTDD là tuổi cao (TB >65 T) trong khi thủng DD lành tính tuổi TB là 51. Chẩn đoán phân biệt thủng UTDD vs loét DD khó khăn ngay cả trong mổ bởi vậy nên ST tức thì tất cả BN thủng dạ dày. Kết quả ST cho phép mổ theo tiêu chuẩn ung thư hay loét DD. Số liệu cho thấy tỷ lệ khối u xâm lấn thanh mạc 55-82%; di căn hạch 57-67% tuy nhiên có nhiều BN thủng ở GĐ sớm.

- Vấn đề được bàn cãi nhiều là sự phát tán của tế bào ung thư khi thủng UTDD. Nhiều NC cho rằng tế bào UTDD tự do trong phúc mạc là yếu tố tiên lượng xấu, tuy nhiên các báo cáo cũng cho rằng các tế bào ung thư tự do (tế bào sống) có thể reo rắc ung thư trong phúc mạc là không chắc chắn khi có VPM, các NC cho thấy thời gian sống thêm dài ở BN viêm phúc mạc thủng UTDD. Mặt khác cắt DD triệt căn thủng UTDD có thời gian sống thêm ngang với mổ phiên UTDD.

- Gertsch [8] so sánh nhóm thủng UTDD, nhóm XHTH do UTDD và nhóm UTDD không có biến chứng kết luận rằng thủng hay XHTH do UTDD không ảnh hưởng tới OS sau cắt DD

- NC của chúng tôi: Tỷ lệ chẩn đoán UTDD

trước PT là 40%. Tỷ lệ thủng vào OB 68,6%; thủng bít vào đầu tụy, tá tràng, đại tràng 25,7%, thủng vào HCMN 2,85%, thủng tạo thành ổ áp xe 2,85%. Tỷ lệ cắt gần TBDD triệt căn 82,8%; Cắt gần TBDD không triệt căn 2,9%; Cắt TBDD triệt căn 5,8%; Khâu thủng 8,5%.

Vết hạch D2 14/ 35 (40%); Vết hạch D1-D1(+) 17/35 (48,6%); 2/35 (5,7%). Các BN được nạo hạch D2 phần lớn đến sớm, OB sạch, thể trạng khá, được chẩn đoán UTDD trước mổ (2BN).

+1 BN được mổ 2 thì: thì 1 khâu thủng UTDD, thì 2 (sau 4 tuần) mổ cắt DD triệt căn, vết hạch D2. Chúng tôi không có BN nào được khâu thủng qua PTNS.



Hình 2: Tổn thương trong mổ thủng UTDD hàng vị



Hình 3: Lỗ thủng UTDD hàng vị

+ Các BN thủng bít đều được chẩn đoán UTDD trước mổ, KT khối ung thư (thủng bít) 7,87 cm, KT" lỗ thủng (3,5 cm) > so với KT" khối UT (5,36 cm) và KT" lỗ thủng vào OB (1,72 cm). Mặt khác PT triệt căn UTDD thủng bít khó khăn do thủng vào đầu tụy (4/9 BN), DI-DII tá tràng sát bóng Vater (3/9 BN), thủng vào thân tụy 2/9 BN, thủng vào gan trái hoặc thùy trái, cuống gan 2/9 BN, còn lại là thủng vào mạc treo đại tràng. Chúng tôi có 5/9 BN cắt GTBDD triệt căn, vết hạch D2 và DL mổ tá tràng do tổn thương xâm lấn đầu tụy, DI-D2, gần vater, 2 BN đóng mổ tá tràng mũi rời (kiểu con sên) khó khăn (phải tạo hình mỏm tá tràng). 1 BN trong 5 BN này có rò mỏm tá tràng được điều trị bằng luôn sond qua vết mổ DL.



Hình 4: UTDD thủng bít vào thân tụy (BN Trần Văn L)

+ Thủng vào HCMN chẩn đoán khó khăn, BN này đã nói vị tràng/UTDD gây hẹp môn vị, di căn phúc mạc, đang điều trị hóa chất. Đau bụng không rõ thượng vị, có sốt 38,5 độ, BC tăng. XQ bụng không có liềm hơi. CLVT 32 dây không thấy khí OB. CLVT 64 dây có khí trong HCMN. Tổn thương trong mổ là thủng mặt sau hàng vị vào HCMN (mổ tháo miệng nối, cắt gần TBDD (palliative).

+BN thủng tạo ổ áp xe cạnh bờ cong lớn (BCL): Chụp CLVT OB là ổ áp xe có dịch-khí 73-88mm cạnh BCL/có XHTH. Tổn thương ổ thủng DD, KT" lỗ thủng 3-4 cm thông với ổ dịch khí, đã thâm nhiễm vào tụy, lách. mổ cắt TBDD, cắt lách, thân đuôi tụy, vết hạch D2. BN này chảy máu sau mổ (<24 h) phải mở lại cầm máu.

+ Số hạch TB nạo vét được trong NC này là 12,96 hạch, có 1 BN được mổ 2 thì. Kết quả GPB 68,6% GD III-IV.

So sánh giữa kết quả PT UTDD thủng/cắt DD vết hạch 1 thì và 2 thì, báo cáo của Zhang: số hạch nạo vét được TB (1 thì) là 17 so với 31 (2 thì), tỷ lệ vết hạch D2 (1 thì) là 62,07% vs 100% (2 thì). Thời gian sống thêm TB (1 thì) 18 tháng vs 30 tháng (2 thì).

- Theo Hata [7]: chỉ nên cắt dạ dày triệt căn khi BN đến sớm, OB sạch, UTDD được chẩn đoán trước khi thủng, BN không có các bệnh phổi hợp. Tỷ lệ TV theo Hata 11,4% vs 1,9% (2 thì vs 1 thì), diện cắt R0 đạt 50% (1 thì) vs 78,4% (2 thì). Trong điều kiện VPM nếu không đạt được R0, không nên cắt dạ dày không triệt căn hoặc palliative. Theo Hata, thời gian sống thêm TB 75 tháng, tỷ lệ sống thêm 5 năm đạt 50%.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý UTDD thủng gặp chủ yếu ở lứa tuổi 65 (NC này: 65,2T), tỷ lệ cao ở nam (NC này: nam/nữ 4/1), thủng 1/3 dưới dạ dày chiếm tỷ lệ cao từ 79,3- 86,67% (NC này: 85,7%). Tỷ lệ chẩn đoán trước mổ UTDD thủng khoảng 30-40% (NC này: 40%). Tỷ lệ thủng trên UTDD giai đoạn III-IV chiếm hơn 60% (NC này: 68,6%). Mổ cắt dạ dày 1 thì khi viêm phúc mạc khó đạt được diện cắt R0 (< 50%), số hạch nạo vét được thấp, tỷ lệ biến chứng và TV cao. Mổ cắt DD triệt căn 2 thì (thì 1 khâu thủng qua phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở; thì 2 cắt dd, vết hạch D2) có tỷ lệ đạt được diện cắt R0 cao, số hạch vét được cao, tỷ lệ biến chứng và TV giảm, tỷ lệ sống sau 5 năm có thể đạt 50%. Khâu thủng đơn thuần khi UTDD giai đoạn muộn, thể trạng toàn thân yếu, nhiều bệnh phổi hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hata T, Sakata N, Kudok 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
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. Lehnert T, Buhl K, Dueck M, Hinz U, Herfarth C. Two-stage radical gastrectomy for perforated gastric cancer. Eur J Surg Oncol. 2000;

- 26: 780-784.
4. **Ignjatovic N, Stojanov D, Djordjevic M.** Perforation of gastric cancer-what should the surgeon do? *Bosn J Basic Med Sci.* 2016; 222-226.
 5. **Adachi Y, Mori M, Maehara T, Okudaira Y, Surgimachi K.** Surgical results of perforated gastric carcinoma: an analysis of 155 Japanese patients. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 516-8.
 6. **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.
 7. **Franco Roviello et al.** Perforated gastric carcinoma: a report of 10 cases and review of the literature. *World J Sur Oncol* 2006.4:19).
 8. **Gertsch P, Yip SKH, Chow LWC, Lauder IJ.** Free perforation of gastric carcinoma. Results of surgical treatment. *Arch Surg.*1995; 130: 177-181.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG NỘI SOI THẬN NGƯỢC DÒNG SỬ DỤNG ỐNG SOI MỀM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Tô Hoàng Dũng¹, Lại Ngọc Thắng¹, Nguyễn Xuân Khái²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng nội soi thận ngược dòng sử dụng ống soi mềm tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu trên 62 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sỏi thận và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật (PT) nội soi thận ngược dòng sử dụng ống soi mềm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Thái Bình từ tháng 01/2021 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Sạch sỏi tức thì ngay trong phẫu thuật chiếm tỷ lệ 67,74%. Phần lớn BN không có tai biến trong PT, chiếm 88,70%. Tỷ lệ bệnh nhân sạch sỏi trước khi xuất viện chiếm 98,38%. Đa số BN không có biến chứng sau PT, chiếm 85,48%. Thời gian hậu phẫu trung bình là $6,2 \pm 1,7$ ngày. **Kết luận:** Điều trị sỏi thận bằng phương pháp nội soi thận ngược dòng sử dụng ống soi mềm là phương pháp an toàn, khả thi, tỷ lệ sạch sỏi cao, tai biến - biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn ngày.

Từ khóa: Điều trị sỏi thận, nội soi thận ngược dòng, ống soi mềm.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF KIDNEY STONE TREATMENT BY RETROGRADE INTRARENAL SURGERY USING A FLEXIBLE URETEROSCOPE AT THAI BINH UNIVERSITY OF MEDICINE HOSPITAL

Object: To evaluate the results of treating kidney stones by retrograde nephroscopic surgery using a flexible endoscope at Thai Binh University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Research subjects and methods:** Prospective study on 62 patients diagnosed with kidney stones and treated by retrograde nephroscopic surgery using a flexible endoscope at

Thai Binh University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2021 to June 2024. **Result:** 67.74% of patients had immediate stone clearance during surgery. Most patients had no complications during surgery, accounting for 88.70%. Before discharge, most patients had stone clearance on urinary X-ray and ultrasound, accounting for 98.38%. Most patients had no complications after surgery, accounting for 85.48%. The average postoperative time was 6.2 ± 1.7 days. **Conclusion:** Treatment of kidney stones by retrograde nephroscopic method using flexible endoscope is a safe and feasible method, with high stone clearance rate, low complications and short hospital stay.

Keywords: Kidney stone treatment, retrograde intrarenal surgery, flexible ureteroscope.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi trong thận ngược dòng tiếp cận sỏi qua đường tự nhiên, vì vậy tránh được tổn thương nhu mô thận và giảm nguy cơ chảy máu. Ngày nay với sự cải tiến công nghệ vượt bậc trong thiết kế của ống soi niệu quản - thận và cùng với phát triển công nghệ Holmium laser, các dụng cụ phụ trợ thì phẫu thuật nội soi trong thận ngược dòng ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong điều trị sỏi thận với tỷ lệ sạch sỏi cao (70-95%) và biến chứng ít hơn so với lấy sỏi thận qua da.

Ống soi niệu quản mềm có ưu điểm đó là khả năng tiếp cận hệ thống đài bể thận một cách chủ động hoặc thụ động giúp tán sỏi nhanh, đồng thời giá thành rẻ hơn với độ bền cao. Năm 1983, Huffman J.L. và cộng sự báo cáo những trường hợp đầu tiên sử dụng ống soi niệu quản để điều trị sỏi bể thận qua nội soi ngược dòng và kết quả không có biến chứng sớm cũng như biến chứng muộn, về lâu dài chức năng thận không bị ảnh hưởng. Từ đó, đã có nhiều nghiên cứu về kỹ thuật nội soi ngược dòng sử dụng ống soi mềm điều trị sỏi thận trên thế giới và trong nước. Những báo cáo này đều đánh giá đây là một

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Tô Hoàng Dũng

Email: tohoangdung2809@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025