

- dự báo tiền sản giật ở tuổi thai 11 tuần – 13 tuần 6 ngày. *Tap Chí Phụ Sản*. 2014;12(1):46-49. doi:10.46755/vjog.2014.1.813
3. **Mayrink J, Costa ML, Cecatti JG.** Preeclampsia in 2018: Revisiting Concepts, Physiopathology, and Prediction. *Sci World J*. 2018;2018:6268276. doi:10.1155/2018/6268276
 4. **ACOG Committee Opinion No. 743 Summary:** Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018;132(1):254. doi:10.1097/AOG.0000000000002709
 5. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật.2021.
 6. **Wright D, Poon LC, Rolnik DL, et al.** Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention trial: influence of compliance on beneficial effect of aspirin in prevention of preterm preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(6):685.e1-685.e5. doi:10.1016/j.ajog.2017.08.110
 7. **Nordeng H, Ystrøm E, Einarson A.** Perception of risk regarding the use of medications and other exposures during pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol*. 2010;66(2):207-214. doi:10.1007/s00228-009-0744-2
 8. **Abheiden CNH, Van Reuler AVR, Fuijkschot WW, De Vries JIP, Thijs A, De Boer MA.** Aspirin adherence during high-risk pregnancies, a questionnaire study. *Pregnancy Hypertens Int J Womens Cardiovasc Health*. 2016;6(4):350-355. doi:10.1016/j.preghy.2016.08.232
 9. **Schultz HJ, Jacobs MB, Spooner E, Ramos GA.** 314 Pilot study to assess non-adherence to daily low dose aspirin in patients with pregestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(1, Supplement):S179. doi:10.1016/j.ajog.2023.11.336
 10. **Shanmugalingam R, Mengesha Z, Notaras S, et al.** Factors that influence adherence to aspirin therapy in the prevention of preeclampsia amongst high-risk pregnant women: A mixed method analysis. *PLoS ONE*. 2020;15(2):e0229622. doi:10.1371/journal.pone.0229622

MẠC NỔI VỊ ĐẠI TRÀNG XUẤT PHÁT TỪ BỜ CONG NHỎ DẠ DÀY PHỐI HỢP VỚI DẠ DÀY QUAY DỖ DANG CA LÂM SÀNG BIẾN ĐỔI GIẢI PHẪU DẠ DÀY HIẾM GẶP

Thái Nguyên Hưng¹, Nguyễn Văn Huy²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả ca lâm sàng. Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm giải phẫu ca lâm sàng mạc nối vị đại tràng xuất phát từ bờ cong nhỏ dạ dày phối hợp với dạ dày quay dỗ dang. 2. Điểm lại y văn các biến đổi giải phẫu dạ dày. Kết quả nghiên cứu: BN Nam, 56 T, có TS uống nhiều rượu, loét DD-TT, HP (+). Vào viện vì hẹp môn vị (HMV) do ung thư dạ dày (UTDD) hang môn vị. Lâm sàng: đau thượng vị, nôn 1 tháng. Khám: Gầy sút, suy kiệt, bụng lõm, lách ổ ách (+), Bouvret (-). Không sờ thấy mass thượng vị, bụng nhiều tuần hoàn bàng hệ. Nội soi dạ dày (NSDD): Hang môn vị loét lớn, co kéo, thâm nhiễm, không xuống được môn vị. Sinh thiết: Carcinome TB nhẵn. Siêu âm Bụng: môn vị dày 14 mm, không có dịch OB, không thấy hạch bất thường. CLVT: DD giãn to, dày thành hang môn vị, không thấy hạch. XN máu: HC 4,75 T/L; Hb 130 g/L, Hematocrit 0,39 L/L; BC: 9,0 G/L; TC 266 G/L. Đông máu: Fibrinogen 1,39 g/L, Prothrombin 100%; INR 1.0; APTT 28,4s. Sinh hóa: Glucose 4,78 mmol/L, Creatinin 91,73 Mmol/l, ure 5,9 mmol/L, Albumin 41,6g/L; GOT 26,4 U/L; GPT 19,6 U/L. Tổn thương trong mổ: UTDD hang môn vị 5-6 cm gây hẹp môn vị, gan phì đại 2 thùy. Nhận xét về giải

phẫu: 1. Đại tràng ngang lên cao qua phần mỏng mạc nối nhỏ, nằm sau dạ dày và tá tràng. 2. Dạ dày xoay ngang. 3. Dây chằng vị đại tràng xuất phát từ bờ cong nhỏ dạ dày đến nối với đại tràng ngang. 4. Mạc nối lớn xuất phát từ bờ cong lớn (BCL) không dính với bờ tự do đại tràng ngang. 5. Vị trí các mạch máu bình thường. + Phẫu thuật: Gỡ dính, hạ ĐT ngang, cắt GTBDD, vét hạch D2. GPB: ung thư biểu mô TB nhẵn T2N3M0. Kết luận: Các thay đổi giải phẫu: 1. Dạ dày quay dỗ dang, dạ dày và D1-D2 tá tràng nằm ngang. 2. Đại tràng ngang lên cao nằm sau dạ dày và D1-D2 tá tràng. 3. Dây chằng vị đại tràng xuất phát từ BCN dạ dày nối với bờ tự do đại tràng ngang. 4. Mạc nối lớn không dính vào bờ tự do đại tràng ngang.

SUMMARY

GASTRIC MALROTATION AND GASTROCOLIC LIGAMENT ORIGINATED FROM LESSER CURVATURE TO FREE BORDER OF TRANSVERSAL COLON: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Aim of study: 1. Evaluate the malformation of gastrocolic ligament and also gastric malrotation. 2. Literature review of gastric malformation. **Patient and method:** Retrospective study. **Result:** Men, 56 years old, admission for gastric cancer and gastric outlet obstruction. + Medical history: alcohol abuse. + Clinic: Epigastric pain and vomiting for 1 month. + Physical examination: No mass palpable, there were abdominal collateral veins in the anterior wall of abdomen. + Gastroscopy revealed large antral tumor with pyloric stricture. + Histology: signet ring cell carcinoma. + Abdominal CTScanner: Antral tumor; not

¹Bệnh viện K

²Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025

found intra abdominal lymph node. + Blood test: Red blood cell counts: 4,75 T/L, Hemoglobin 130 g/L; Hematocrit: 0,39/L. glomerule: 266 G/L, white blood cell counts 9,0G/L. +Prothrombin 100%; Fibrinogen 1,39 g/L, APTT 28,4s IRN 1.0. + Laboratory finding: Glucose: 4,78 mmol/L, Creatinin 91,73 Mmol/L, AST 26,4 U/L, ALT 19,6U/L, Ure:5,9 Mmol/L. Albumin 41,61 g/L. Plan operation, intra operation lesions: antral tumor measuring 5-6 cm with pyloric stricture. Duodenal ulcer measuring 1,2 cm. There were lymph nodes group 1,3,5,6 8a,8p,12a, 12p. **Anatomic variation finding:** + Tranversal colon gone up to the small omentum and located behind stomach and duodenum (fig). +Gastrocolic ligament originated from lesser curvature to free border of transversal colon (fig). + The great omentum was not attached to transversal colon. + The stomach and D1-D2 duodenum layed transversally (fig). - Surgical procedure: Adhesiolysis and subtotal gastrectomy with D2 lymph node dissection. - Histopathologic result: Signet ring cell carcinoma T2N3M0 (11 lymph nodes positive/14 harvested). **Conclusion:** The gastric malrotation and malformation as follow: + Tranversal colon gone up to the small omentum and located behind stomach and D1-D2 portion of duodenum. +Gastrocolic ligament originated from lesser curvature to free border of transversal colon. + The great omentum originated from great curvature and not attached to transversal colon. + The stomach and D1-D2 duodenum layed transversally.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến đổi giải phẫu dạ dày hiếm gặp chiếm tỷ lệ thấp. Các biến đổi giải phẫu hay gặp là dạ dày đối, dạ dày quay dở dang hay các dị dạng thông động tĩnh mạch bất thường của dạ dày (DD) gây xuất huyết tiêu hóa (XHTH). Cho tới nay y văn thế giới chưa ghi nhận ca lâm sàng dạ dày quay dở dang với mạc nối vị đại tràng xuất phát từ bờ cong nhỏ (BCN) dạ dày. Vừa qua tại BV K chúng tôi gặp 1 trường hợp ung thư dạ dày/dị dạng dạ dày quay dở dang với mạc nối vị - đại tràng xuất phát từ BCN dạ dày. Bởi vậy chúng tôi mô tả ca lâm sàng hiếm gặp với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm giải phẫu ca lâm sàng mạc nối vị đại tràng xuất phát từ bờ cong nhỏ dạ dày phối hợp với dạ dày quay dở dang.

2. Điểm lại y văn

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả hồi cứu (ca lâm sàng biến đổi giải phẫu dạ dày hiếm gặp).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

BN Hoàng Văn K, 56 T, Nam.

+ Địa chỉ: Thôn La Nghịu, Xã Lục Bình, Huyện Bạch Thông, Bắc cạn.

+ Tiền sử (TS): Có TS uống nhiều rượu, TS loét DD-TT, HP (+).

+ Vào viện vì Hẹp môn vị (HMOV) do ung thư

dạ dày (UTDD) hang môn vị.

+ Bệnh sử: BN đau thượng vị, nôn 1 tháng.

+ Khám: Gầy sút, suy kiệt, bụng lõm, lắc óc ách (+), Bouvret (-). Không sờ thấy mass thượng vị, bụng nhiều tuần hoàn bằng hệ.

+ Nội soi dạ dày (NSDD): Hang môn vị loét lớn, co kéo, thâm nhiễm, không xuống được môn vị. Kết luận UT hang môn vị- HMOV.

+ Sinh thiết: Carcinome TB nhân.

+ Siêu âm Bụng: môn vị dày 14 mm, không có dịch OB, không thấy hạch bất thường.

+ CLVT: DD giãn to, dày thành hang môn vị, không thấy hạch.

+ Xét nghiệm (XN) máu: HC 4,75 T/L; Hb 130 g/L; Hematocrit 0,39 L/L; BC 9,0 G/L Tiểu cầu (TC) 266 G/L; nhóm máu A, rh (+). XN Đông máu: Fibrinogen 1,39 g/L; Prothrombin 100%; INR 1.0; APTT 28,4s.

+ Sinh hóa: Glucose 4,78 mmol/L; Creatinin 91,73 Mmol/L; Ure 5,9 mmol/L; Albumin 41,6g/L, GOT 26,4 U/L; GPT 19,6 U/L.

+ Chẩn đoán UTDD hang môn vị, HMOV.

+ Tổn thương trong mổ: gan phi đại 2 thùy, Dạ dày giãn, phù nề, UTDD hang môn vị 5-6 cm xâm lấn qua môn vị, HTT có loét 1,2 cm gây hẹp môn vị, nhiều hạch nhóm 1,3,5,6 8a,8p,12a, 12p.

Các bất thường về giải phẫu:

Nhận xét về giải phẫu:

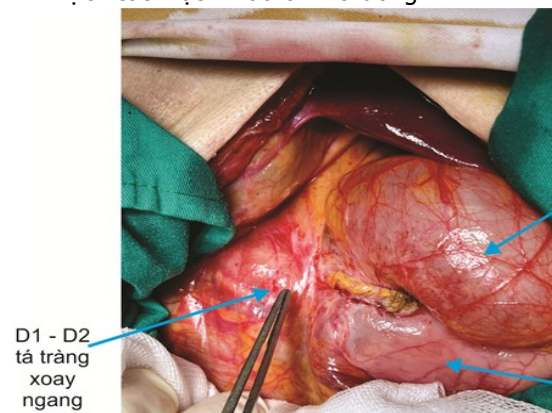
1. Đại tràng ngang lên cao qua phần mỏng mạc nối nhỏ, nằm sau dạ dày và tá tràng.

2. Dạ dày và tá tràng D1-D2 xoay ngang.

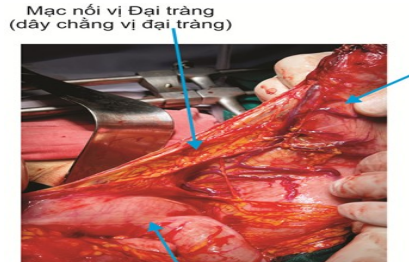
3. Dây chằng vị đại tràng xuất phát từ bờ cong nhỏ dạ dày nối với bờ tự do đại tràng ngang

4. Mạc nối lớn xuất phát từ bờ cong lớn (BCL) không dính với bờ tự do đại tràng ngang.

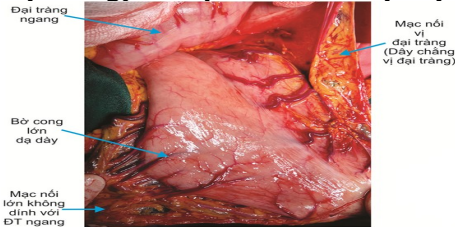
Vị trí các mạch máu bình thường.



Ảnh 1: ĐT ngang lên cao đội phần mỏng mạc nối nhỏ, dạ dày và D1D2 tá tràng nằm ngang (ĐT ngang nằm sau dạ dày và D1D2 tá tràng)

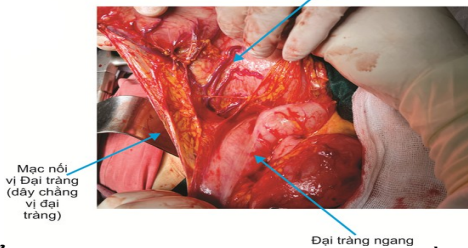


Ảnh 2: Mạc nối vị đại tràng (dây chằng vị đại tràng) xuất phát từ BCN dạ dày



Ảnh 3: Mạc nối lớn không dính với bờ tự do ĐT ngang

Bờ cong nhỏ - vòng mạch bờ cong nhỏ



Ảnh 4: Mạc nối vị đại tràng (dây chằng vị đại tràng) xuất phát từ bờ cong nhỏ nối với bờ tự do ĐT ngang

+ Phẫu thuật: Gỡ dính, hạ đại tràng ngang, Cắt GTBDD, vét hạch D2, nối DD-HT Finsterer. Trong mổ máu khó cầm.

+ Kết quả GPB: Ung thư dạng loét 4,5-4cm, Carcinome TB nhẵn xâm lấn cơ 11/14 hạch (+).

IV. BÀN LUẬN

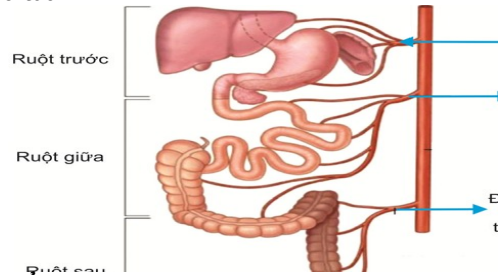
- Về phôi thai học ống tiêu hóa: Ống tiêu hóa (OTH) nguyên thủy gồm 3 phần Ruột trước (foregut), ruột giữa (Midgut) và ruột sau (hindgut). Ruột trước sẽ hình thành thanh quản, thực quản, dạ dày, tá tràng trên bóng Vater. Ruột giữa hình thành tá tràng dưới bóng vater, ruột non, đại tràng (ĐT) lên, 2/3 bên phải ĐT ngang, Ruột sau hình thành 1/3 còn lại ĐT ngang, ĐT trái, ĐT xích ma, trực tràng.[1]

- Sự phát triển của thực quản (TQ), dạ dày (DD), tá tràng:

+ TQ phát triển vào tuần thứ 4 hình thành từ vùng nhỏ nội bì giữa đoạn giãn to của dạ dày và mầm phổi.

+ Dạ dày phát triển vào tuần thứ 4, dưới dạng một đoạn nở to hình thoi ở đoạn dưới của ruột trước. Lúc đầu ở cổ, di chuyển xuống dưới vào trong ổ bụng lúc 8 tuần. Trong quá trình phát triển thai 7-8 tuần, dạ dày quay theo 2 trục dọc và trước sau. Lớp cơ vòng xuất hiện khi thai 8 tuần, lớp cơ dọc 8-10 tuần, lớp cơ chéo 12-14 tuần. lớp niêm mạc phân biệt rõ khi thai 4 tháng. Hình dạng đặc trưng của dạ dày có thể nhận biết ở tuần 14.

+ Tá tràng: được tạo thành từ đoạn cuối của ruột trước và đoạn đầu của ruột giữa. Chỗ nối 2 đoạn này phát sinh mầm gan. Do dạ dày xoay, tá tràng có hình chữ U cong về bên phải, ôm lấy đầu tụy. Cơ vòng bắt đầu phát triển khi thai 5-6 tuần.



Ảnh 5: Phôi thai của Hệ tiêu hóa: ruột trước, ruột giữa, ruột sau

- Các biến đổi giải phẫu của dạ dày [1]

+ Dạ dày nhỏ: Do vùng cuối của ruột trước phát triển bất thường hoặc bị kìm hãm. Hầu hết liên quan đến TQ rất to và dạ dày xoay bất thường.

+ Dị tật gây tắc dạ dày do lòng hóa không hoàn toàn, do bất thường cơ hoành, do tai biến của mạch máu.

+ HMTV phì đại: Do phì đại cơ vòng môn vị đặc biệt là cơ vòng. biểu hiện sau sinh 1-2 tuần.

+ Dạ dày đôi: Do khi lòng hóa không hoàn toàn tạo nang. Do bất thường khi phân chia dây sống và nội bì.

+ Xoắn dạ dày: Do DD xoay bất thường.

- Quá trình quay của ruột giữa trong thời kỳ phôi thai diễn ra qua 4 giai đoạn.

1. Thoát vị-rời chỗ (herniation).

2. Xoay (rotation).

3. Chui vào (retractation).

4. Cố định (fixation).

+ Trong thời gian tuần 4 của quá trình thai nghén, ruột chui ra ngoài túi phôi do sự mất cân đối phát triển và độ dài. Sau đó ruột giữa là chui vào ổ bụng và xoay 3 lần riêng biệt 90 độ (tổng 3 lần xoay 270 độ) theo chiều ngược kim đồng hồ xung quanh động mạch mạc treo tràng trên (ĐM. MTTT).

+ Lần xoay 1: Ngoài ổ bụng (OB).

+ Lần xoay 2: Xoay khi chui lại vào OB.
 + Lần xoay 3: Xoay khi đã vào OB.
 + Ở lần xoay thứ 3, các quai tá hồng tràng được cố định bên trái của ĐM.MTTT trong khi manh ĐT lên được cố định bên phải ĐM.MTTT. Sau đó ĐT lên, ĐT xuống và mạc treo được cố định với mạc treo rộng.

- Sự biến đổi bất thường xảy ra khi các quai ruột không quay được hoặc quay không hoàn toàn.

+ Các biến đổi bất thường về xoay ruột có thể xảy ra độc lập hoặc phối hợp với số các tạng bẩm sinh (gastroschisis), thoát vị (TV) rốn hay TV hoành bẩm sinh.

+ Ruột không quay: Không quay 270 độ ngược chiều kim đồng hồ: các quai tá hồng tràng nằm bên phải và các quai manh đại tràng nằm bên trái ổ bụng với mạc treo rất hẹp.

+ Quay không hoàn toàn khi quá trình quay dừng lại ở 180 độ, theo đó manh tràng nằm ở thành bụng trên và ĐT nằm ở bên trái OB. Dây chằng LADD chạy ngang quai tá hồng tràng gây tắc tá tràng

+ Quay ngược 90 độ ngược chiều kim đồng hồ hoặc 180 theo chiều kim đồng hồ, ĐT ngang nằm sau tá tràng.

+ ĐT lên, manh tràng và ĐT xuống không cố định.

- Trường hợp biến đổi giải phẫu dạ dày và ruột-DD quay dờ dang của nghiên cứu này: Mở bụng ra chúng tôi nhận thấy:

+ ĐT ngang nằm rất cao và đội lên phần mỏng mạc nối nhỏ, nằm trên dạ dày và tá tràng và nằm sau dạ dày và tá tràng.

+ Dây chằng vị ĐT xuất phát từ BCN dạ dày đến dính với bờ tự do của ĐT ngang. Ở phía BCL dạ dày vẫn có vòng mạch BCL và mạc nối lớn, nhưng mạc nối lớn không dính với bờ tự do ĐT ngang.

+ Dạ dày và D1-D2 tá tràng xoay ngang

+ Các mạch máu: ĐM vị trái, ĐM vị phải, ĐM vị tá tràng xuất phát và đường đi bình thường.

- Su Mi Kim [2] báo cáo 3 ca lâm sàng biến đổi giải phẫu bẩm sinh của dạ dày.

+ Ca1 là BN nữ, 55 T, phát hiện U dưới niêm mạc qua NSDD khi kiểm tra định kỳ. NSDD phát hiện khối lồi 7 cm. Siêu âm nội soi (SANS) là khối đồng giảm âm ngoài thành dạ dày. CLVT là nang ranh giới rõ nghi ngờ nang có nguồn gốc phôi quản hay u GIST. Mô bệnh học là khối niêm mạc, tổ chức liên kết D' niêm mạc rồi đến các bó cơ. BN này được mổ cắt DD hình chêm. Kết quả GPB là nang dạ dày đôi D' niêm mạc 6-6-4cm.

+ Ca 2 là BN nữ 43 T, khối phát hiện tình cờ qua NSDD kích thước 2,5 cm gần chỗ nối TQ-DD. Chụp CLVT nghi ngờ dạ dày đôi. BN được phẫu thuật nội soi (PTNS), tổn thương là khối lồi vào dạ dày gần chỗ nối TQ-DD. Kết quả GPB là nang DD đôi trong thành dạ dày được lột biểu mô đường hô hấp.

+ Ca 3 là BN nữ 20 T, phát hiện tình cờ qua NSDD khối U lồi đáy vị. CLVT là khối tròn nằm D' niêm mạc đáy vị. PTNS cắt hình chêm. GPB là nang được lột biểu mô dạ dày và các bó cơ được chẩn đoán là nang dạ dày đôi.

- Yan Hua Geng và cs [3]: điểm lại Y văn TG các biến đổi giải phẫu dạng nang của dạ dày:

Bảng 1: Tổng hợp các biến đổi giải phẫu dạng nang của dạ dày

TT	Giới/Tuổi	Lâm sàng	Vị trí nang	Kích thước nang (cm)	Tác giả
1	Nam/56	Không có	Thành trước gần chỗ nối tâm vị-TQ	5 cm-3-3	Napolitano (2013)
2	Nữ/34	Đau thượng vị, trào ngược TQ	Thành trước BCL	4,5 cm-3,2	Mentenmuno (2011)
3	Nam/29	Đau bụng	Đáy vị phía BCL	8,5cm-5,5-4,6	Khoury (2011)
4	Nam/76	Không có	Gần chỗ nối tâm vị-TQ phía BCN	4cm-4cm	Jiang (2011)
5	Nam/42	Đau bên trái cột sống	Gần thành trước môn vị, phía BCN	4,5 cm-5,2	Mardi (2010)
6	Nữ/25	Đau TV	Đáy vị	3 cm-2,5 -2	Jiang (2010)
7	Nữ/60	Không có	Tâm vị phía BCN	3 cm	Sato (2010)
8	Nữ/72	Không	Thân vị phía BCN	2cm-1,5	Murakami (2008)
9	Nam/37	Đau TV	Gần chỗ nối tâm vị-TQ phía BCN	4-4 cm	Wakabayasi (2007)
10	Nam/40	Đau TV	Gần chỗ nối tâm vị-TQ phía BCN	6-5cm	Hall (2007)
11	Nữ/46	Nôn	Mặt sau dạ dày Trong dây chằng vi-lách	8-5 cm 3-3 cm	Theodoscopulos (2007)
12	Nữ/38	Không có	Tâm vị phía BCN	7-5cm	Lee (2006)

13	Nữ/63	sốt, đau bụng	Mặt sau phình vị lớn	10-7,6 cm	Cunningham (2006)
14	Nữ/39	Không có	Đầy vị	4-2,5-1 cm	Melo (2005)
15	Nam/26	Đau TV	Không rõ	Không rõ	Rubio (2005)
16	Nữ/62	Không có	Gần tâm vị phía BCL	3-2,5-1,5 cm	Sòng (2005)
17	Nữ/59	Không có	Mặt sau dạ dày phía BCN	7-5 cm	Hedayati (2003)
18	Nam/35	Đau TV	Gần tâm vị phía BCN	7-6-5 cm	Kim (2000)
19	Nam/34	Không có	BCL	Lớn	Ikehata (2000)
20	Nam/25	Không có	Mặt sau phình vị lớn	6-5-5 cm	Takahara (1996)
21	Nữ/35	Đau TV, buồn nôn	Mặt sau dạ dày	5,5-2,5-2 cm	Lagara (1995)
22	Nữ/61	Suy tim	Tâm vị	2-1,5 cm	Shireman (1987)
23	Nữ/46	Không có	Gần tâm vị phía BCL	6-8 cm	Gensler (1966)
24	Nam/52	Đau TV	Gần tâm vị phía BCL	6,5-5 cm	Yan-Hua-Geng (2015)

Bảng 1 cho thấy có 1 ca 2 nang dạ dày đôi tuy nhiên các trường hợp đều không cho biết nang dạ dày đôi này có thông thương với lòng dạ dày không. Mặt khác hầu hết là dạ dày đôi dạng nang, không thấy mô tả dạ dày đôi hình ống. Không mô tả các nang dạ dày này được lót bằng biểu mô đường tiêu hóa không. Tuy nhiên đa số là nang < 10 cm, gần tâm vị, đa số ở mặt sau và phình vị lớn dạ dày, gần tâm vị phía BCN và BCL; 1 BN nang phía môn vị.

- Matthew P và CS [4] báo cáo: BN nữ 28 T, đau dưới sườn phải và thượng vị 4 tháng, đau tăng và đầy bụng sau ăn kèm buồn nôn, nôn. CLVT: nang lớn vùng hang vị. NSDD: nang từ hang vị chui qua môn vị gây HMV. Tổn thương trang mổ là mass hang vị. BN được cắt DD bán phần, Kết quả GPB: nang 6 cm lót bằng niêm mạc dạ dày bao gồm tụy lạc chỗ.

- Nang đường tiêu hóa đôi là tổn thương bẩm sinh hiếm gặp trong đó tỷ lệ dạ dày đôi chiếm 2-9% tiếp đến là TQ đôi, ĐT đôi và ruột non. Hầu hết dạ dày này xảy ra trên phụ nữ, thường được chẩn đoán trong 3 tháng đầu cho đến 12 tuổi. Dạ dày đôi thường nằm ở BCL. Nang có thể thông hay không thông với dạ dày và được lót bằng niêm mạc dạ dày. Phẫu thuật cắt nang vừa để điều trị triệu chứng và biến chứng như chảy máu, hẹp. Mặt khác Y văn thế giới có 14 BN được chẩn đoán UTDD Adenocarcinome/dạ dày đôi.

- Thái Nguyên Hưng và cs [5] báo cáo ca xuất huyết tiêu hóa (XHTH)/ Dạ dày đôi hình ống. BN nữ, 57 T, vào viện vì XHTH. Chụp CLVT là khối nằm ở cạnh dạ dày phía BCL kích thước 73-88 mm, tạo thành ổ dịch-khí, khối này thông với lòng dạ dày. NSDD thấy có lỗ rò từ thành lòng dạ dày vào khối kích thước 3 cm. Tổn thương trong mổ là DD đôi hình ống 10-15cm. Phẫu thuật cắt TBDĐ, cắt lách, thân đuôi tụy. GPB là khối U xơ cơ viêm/dạ dày đôi hình ống. BN này sau 12 tháng được mổ lại vì tắc ruột, mổ ra là tổn thương di căn phúc mạc của u xơ cơ viêm. BN nặng và TV tại địa phương.

- Chin JZ [6] báo cáo ca lâm sàng xoắn dạ dày quanh trục mạc treo ở BN nam 84 tuổi, BN này chụp XQ ngực phát hiện 2 mức nước hơi ở dạ dày (ảnh 7: chụp ngực 2 mức nước hơi). Dạ dày chui qua thoát vị hoành lên ngực và xoay ngược theo đó BCL dạ dày ở trên BCN. Chụp CLVT uống thuốc cản quang cho thấy thực quản giãn to, dạ dày xoắn mạn tính, hang vị và môn vị xoay sau dưới, ruột quay dờ dang quanh trục mạc treo tràng trên. Tĩnh mạch mạc treo tràng trên nằm bên trái ĐM.MTTT.

+ Xoắn dạ dày chiếm tỷ lệ thấp theo đó dạ dày xoắn 180 độ quanh trục dạ dày và có thể gây tắc ruột hoặc xoắn hoại tử. Xoắn dạ dày chiếm tỷ lệ 2-6 ca/1 triệu dân/năm thường xảy ra kèm thoát vị hoành, dị dạng cơ hoành hoặc dính ruột tự nhiên. Xoắn dạ dày chia 2 loại: xoắn quanh trục dạ dày hoặc quanh mạc treo. Xoắn dạ dày có thể gây tắc hay tổn thương mạch và có thể gây đau bụng, nôn, không đặt được sond DD (tam chứng Borchardt's). Chẩn đoán có thể chụp bụng không chuẩn bị, chụp CLVT và chụp dạ dày-ruột với thuốc cản quang (có giá trị chẩn đoán cao).

Ca lâm sàng của chúng tôi cho thấy dạ dày xoay quanh trục dạ dày với BCL lên trên, BCN xoay xuống dưới tuy nhiên không có thoát vị hoành. Đây có thể là dạng xoắn 180 độ quanh trục dạ dày, không quan sát được dị dạng hay biến đổi giải phẫu mạch máu dạ dày cũng như động mạch, tĩnh mạch MTTT. Mặt khác phát hiện tình cờ trong mổ do đó BN không được đánh giá qua chụp TQ-DD- ruột có uống barit.

V. KẾT LUẬN

Các thay đổi giải phẫu:

1. Dạ dày quay dờ dang, dạ dày và D1-D2 tá tràng nằm ngang.
2. Đại tràng ngang lên cao nằm sau dạ dày và D1-D2 tá tràng.
3. Dây chằng vị đại tràng xuất phát từ BCN dạ dày nối với bờ tự do đại tràng ngang.
4. Mạc nối lớn không dính vào bờ tự do đại

tràng ngang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Vân Yến.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, chẩn đoán trước và sau sinh các dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa. Luận văn Tiến sĩ Y học. Hà nội. 2017.
2. **Sumikim et al.** Gastric duplication cyst in adults: A report of three cases. J Gastric Cancer 2015 Mar 31;15(1): 58-63.
3. **Yan-Hua Geng et al.** Gastric foregut cystic developmental malformation: Case series and literature review. World J Gastroenterol, Jan 14, 2015; 21(2): 432-438.
4. **Matthew P et al.** Gastric duplication cyst: a rare entity. Journal of Surgical Case Reports, Volume 2016, Issue 5, May 2016.
5. **Thái Nguyên Hưng, Trần Xuân Dũng, Phan Văn Linh.** Điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa do ung thư dạ dày-dạ dày đôi hình ống). Y học Việt Nam tập 538, tháng 7, số 1 2023.
6. **Chin JZ et al.** A symptomatic mesenteroaxial gastric volvulus and midgut malrotation in a 84 year old man. European Society of Radiology (ESR).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM TRẺ TUỔI TẠI VIỆN TIM MẠCH - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Mạnh Quân^{1,2}, Ngô Quang Tùng¹,
Nguyễn Thuỳ Trang², Nguyễn Thị Cẩm Tú²

TÓM TẮT

Tổng quan: Nhồi máu cơ tim ở người trẻ tuổi là tình trạng ít gặp nhưng đang có xu hướng gia tăng. Nhóm bệnh nhân này có đặc điểm lâm sàng và tiên lượng khác biệt so với người lớn tuổi, song hiện nay dữ liệu tại Việt Nam còn hạn chế. Việc nghiên cứu đặc điểm và kết quả điều trị ban đầu có ý nghĩa trong theo dõi và phòng ngừa biến cố tim mạch về sau. **Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp mạch vành và kết quả điều trị ban đầu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim trẻ tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu có theo dõi dọc, thực hiện trên 50 bệnh nhân dưới 45 tuổi, chẩn đoán nhồi máu cơ tim, được can thiệp động mạch vành qua da. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $39,3 \pm 4,9$ tuổi, nhỏ nhất 26 tuổi; nam giới chiếm 92%. Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là hút thuốc lá (84%). 74% bệnh nhân nhập viện vì nhồi máu cơ tim có ST chênh lên (STEMI); 62% đến viện trong vòng 12 giờ đầu với triệu chứng chủ yếu là đau ngực (100%). Đa số được can thiệp qua đường động mạch quay (92%), tổn thương thường gặp là động mạch liên thất trước (80%), tổn thương một nhánh chiếm 58%. Hút huyết khối được thực hiện ở 56% trường hợp. Sau can thiệp, 91,7% nhánh mạch đạt dòng chảy TIMI 3; 96% cải thiện triệu chứng tại viện và tất cả bệnh nhân ổn định khi xuất viện. Trong 3 tháng theo dõi, chỉ ghi nhận 1 bệnh nhân tái nhập viện vì suy tim và 1 bệnh nhân cần tái can thiệp mạch vành (2%). **Kết luận:** Nhồi máu cơ tim ở người trẻ tuổi thường gặp ở nam giới hút thuốc lá, tổn thương mạch vành chủ yếu ở một nhánh. Điều trị tái thông sớm bằng can thiệp mạch

vành đạt hiệu quả tốt, giúp cải thiện triệu chứng và biến cố ngắn hạn sau can thiệp. Kết quả ban đầu tại Viện Tim mạch Việt Nam cho thấy tiên lượng ngắn hạn khả quan ở nhóm bệnh nhân này. **Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim, trẻ tuổi, can thiệp qua da, kết cục ngắn hạn.

SUMMARY

INITIAL MANAGEMENT OUTCOMES IN YOUNG ADULTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: A STUDY FROM THE VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE – BACH MAI HOSPITAL

Background: Acute myocardial infarction in young patients is relatively uncommon, and current data on clinical features, angiographic characteristics, and short-term prognosis in this population remain limited. Understanding these factors is essential to optimizing treatment strategies and preventing recurrent cardiovascular events. **Objective:** To evaluate the initial treatment outcomes in young patients with acute myocardial infarction (AMI) at the Vietnam National Heart Institute – Bach Mai Hospital. **Subjects and Methods:** A prospective, cross-sectional study with short-term follow-up was conducted on 50 patients under 45 years old diagnosed with AMI. All patients underwent percutaneous coronary intervention (PCI). **Results:** The mean age was 39.3 ± 4.9 years (range: 26–45), with a predominance of males (92%). Smoking was the most common risk factor (84%), followed by hypertension (32%). STEMI accounted for 74% of admissions, with 62% presenting within 12 hours of symptom onset. All patients experienced chest pain on presentation. Most procedures were performed via the radial approach (92%), with thrombus aspiration used in 56% of cases. Single-vessel disease was found in 58%, predominantly involving the left anterior descending artery (80%). Post-PCI, TIMI 3 flow was achieved in 91.7% of target vessels, and 96% of patients showed clinical improvement during hospitalization. All patients were stable at discharge. At 3-month follow-up, one patient (2%) was re-

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Quân

Email: quanntttm@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025