

VI. TÀI TRỢ

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 110/2024/HĐ-ĐHYD ngày 17/04/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Li B, McGrath M, Farrokhyar F, Braga LH.** Ultrasound-Based Scoring System for Indication of Pyeloplasty in Patients With UPJO-Like Hydronephrosis. *Front Pediatr.* 2020;8:353. doi:10.3389/fped.2020.00353.
- Babu R, Venkatachalapathy E, Sai V.** Hydronephrosis severity score: an objective assessment of hydronephrosis severity in children – a preliminary report. *J Pediatr Urol.* 2019;15(1): 68. e1-68. e6. doi:10.1016/j.jpuro.2018.09.020
- Sadeghi-Bojd S, Kajbafzadeh A-M, Ansari-Moghadam A, et al.** Postnatal evaluation and outcome of prenatal hydronephrosis. *Iran J Pediatr.* 2016;26(2)
- Hodhod A, Eid H, Capolicchio J-P, et al.** How can we measure the renal pelvic anteroposterior diameter in postnatal isolated hydronephrosis? *J Pediatr Urol.* 2023;19(1):75-82.
- Braga LH, McGrath M, Farrokhyar F, Jegatheeswaran K, Lorenzo A.** Associations of initial Society for Fetal Urology Grades and Urinary Tract Dilatation Risk Groups with clinical outcomes in patients with isolated prenatal hydronephrosis. *J Urol.* 2017;197(3):831-7.
- Madden-Fuentes RJ, McNamara ER, Nseyo U, et al.** Resolution rate of isolated low-grade hydronephrosis diagnosed within the first year of life. *J Pediatr Urol.* 2014;10(4):639-44
- Babu R, Rathish VR, Sai V.** Functional outcomes of early versus delayed pyeloplasty in prenatally diagnosed pelvi-ureteric junction obstruction. *J Pediatr Urol.* 2015;11(2):63. e1-63. e5. doi:10.1016/j.jpuro.2014.10.007.
- Vauth F, Zöhrer P, Girtner F, et al.** Open Pyeloplasty in Infants under 1 Year-Proven or Meaningless? *J Child.* 2023;10(2):257.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY THÙNG BÍT

Thái Nguyên Hưng¹, Viên Đình Bình²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu với 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) của BN thủng bít do UTDD. 2. Đánh giá kỹ thuật và kết quả phẫu thuật UTDD thủng bít. Có 25 BN: Nam 18 BN (72%), Nữ 7 BN (28%); Tuổi TB 64,6 (từ 48-85 T). Triệu chứng LS: Đau bụng thượng vị 96,0%, sút cân 62,5%, xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 45,8%, hẹp môn vị (HMV) 41,6%. Xét nghiệm (XN) bạch cầu >10,0 G/L 72,0%. Nội soi dạ dày (NSDD) khối UTDD kích thước ≤ 5 cm chiếm 64%; Khối UTDD từ 5-10 cm chiếm 36%; CLVT 72%, khối UTDD ≤ 5 cm; 28% khối UTDD >5-10 cm. Thủng UTDD 1/3 Dưới 72%; 1/3 Giữa 12%; 1/3 Trên 16%; Các tạng lân cận bít lỗ thủng: Đầu tụy 11/25 BN (44%); D1-D2 tá tràng 13/25 BN (52%); Cuồng gan và các phân thùy gan 9/25 BN (36%); Thân tụy 8/25 BN (32%); Mạc treo ĐT (rễ mạc treo ruột non:1 BN) 8/25 BN (32%). Phẫu thuật cắt GTBDD 21 BN; Cắt TBDD 4 BN trong đó 9 BN cắt GTBDD và dẫn lưu mòm tá tràng; 5 BN cắt GTBDD và tạo hình mòm tá tràng; 23/25 BN cắt DD triệt căn (92%), Vết hạch (VH) Đ2; 2/25BN cắt DD palliative (8,0%, di căn phúc mạc); Kích thước (KT) khối UTDD Trung bình (TB) 6,8 cm (từ 4-10 cm); KT lỗ thủng TB 3,14 cm (từ 0,5-6 cm). Số hạch vét được TB 17,94 (từ 5-39). Số hạch (+) TB 5,28 hạch (0-32).

Không có TV; 2 BN rò mòm tá tràng sau DLM mòm tá tràng và tạo hình mòm tá tràng được luôn sond hút và điều trị nội. 1 BN chảy máu sau mổ cắt TBDD, lách, thận dưới tụy mổ cấp cứu khâu cầm máu. Kết quả giải phẫu bệnh (GPB): GĐ III (b-c): 20/25 BN 80% (IIb: 11BN, IIc: 9 BN) GĐIV: 2/25 BN: 8,0%. U lympho 2/25 BN (8,0%); U xơ cơ viêm 1/25BN (4,0%). **Kết luận:** UTDD thủng bít thường xảy ra trên BN cao tuổi (NC này 64,6T), nam chiếm tỷ lệ cao (NC này 72%). Triệu chứng chủ yếu là đau bụng (96%) phối hợp với XHTH (NC này 45,8%), hẹp môn vị (NC này 41,6%). Thủng UTDD 1/3 Dưới chiếm tỷ lệ cao (NC này 72%). Thủng vào đầu tụy 44,0%, Thủng vào D1-D2 tá tràng 52,0%; Thủng vào cuồng gan và phân thùy gan 36%, thân tụy 32%, mạc treo đại tràng 32%. Kích thước khối UTDD TB 6,8 cm (4-10 cm); KT lỗ thủng TB 3,14 cm (0,5-6 cm). Mổ cắt dạ dày triệt căn, vét hạch Đ2 92,0%, cắt dạ dày palliative 8,0%; Mổ cắt GTBDD và dẫn lưu mòm tá tràng 9 BN; Cắt GTBDD và tạo hình mòm tá tràng 5 BN. Không có TV. Tỷ lệ biến chứng 12%. Kết quả GPB: UTDD thủng GĐIII (b-c) 80,0%; GĐIV 8,0%; U lympho 8,0%; U xơ cơ viêm 4%.

SUMMARY

THE CLINICAL FEATURES AND SURGICAL RESULTS OF ERODED GASTRIC CANCER PERFORATION

Aim of study: 1. Evaluation the clinical and paraclinical features of eroded gastric cancer perforation. 2. The surgical results of eroded gastric cancer perforation. **Patients and methods:** Retrospective study. **Results:** There were 25 patients, male 72%, female 18%; average age 64,6 years (range 48-85). Epigastric pain 96,0%, melena 45,8%, gastric outlet obstruction 41,6%. Eroded gastric

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

cancer perforation (EGCP) located at lower third of stomach in 72,0%, middle third in 12%, upper third in 16%. The adjacent organs to be eroded were: Head of pancreas in 44,0%; D1-D2 portion of duodenum in 52%, hepato-duodenal ligaments and hepatic segments in 36,0%; Body of pancreas 32,0%; Mesentery of transversal colon 32,0%. The average diameter of EGCP 3,14 cm (0,5-6 cm); The average diameter of gastric tumor 6,8 cm (4-10cm). Surgical procedure: Curative gastrectomy and D2 lymph node dissection in 92,0%; Palliative gastrectomy in 8,0% (peritoneal metastasis), Duodenostomy for compression in 9 patients; Plastic surgery by round ligaments to stump of duodenum (duodenal stump located adjacent to ampulla of Vater). No death intra and post operation. Complication (12%): 2 patients had stump leakage that healing by drainage under ultrasound. 1 patient had bleeding post operation that had re operated. Histo pathology: Stage III (b-c) 80%; Stage IV 8,0%; Gastric lymphoma tumor 8,0%; Inflammatory myo fibroblastic tumor 4,0%.

Conclusion: We concluded that: The average age of eroded gastric cancer perforation was more than 60 years (this study was 64,6 Y), predominant in male (72,0%). The symptoms were epigastric pain associated with melena and gastric outlet obstruction. EGCP located in lower third of stomach was elevated (72% in this study). The average diameter of gastric cancer hole was larger than free perforation (3,14 cm in this study) and the average gastric tumor diameter was larger than that of free perforation (6,8 cm in this study). Curative gastrectomy with D2 Lymph node dissection was performed in 92,0% and palliative gastrectomy in 8% (in this study). Duodenostomy was performed in 9 patients whose the duodenal stump located adjacent to ampulla of Vater. Plastic round ligament to duodenal stump in case of fragile duodenal wall and duodenal stump located adjacent to the ampulla of Vate was performed in 5 patients. No death per and post operation. Complication in 12%. (Duodenal stump fistula in 2 patients who were drained under ultrasound. One patient bleeding post operation that had re operated). Histopathology: Stage III b-c in 80,0%, stage IV in 8,0%; Gastric lymphoma tumor 8,0%; Inflammatory myo fibroblastic tumor 4,0% in our study.

Keywords: Eroded gastric cancer perforation, Limited gastric cancer perforation, duodenostomy; round ligament plastic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) thủng là một biến chứng nặng của bệnh lý UTDD. Thủng UTDD vào ổ bụng tự do chiếm 9% tổng số thủng dạ dày, tá tràng (DD-TT). Tuy nhiên có một số trường hợp tổn thương UTDD thủng được các tạng lân cận bọc lại hoặc một số UTDD trên cơ sở loét lại ăn mòn vào các mạch máu hoặc ăn mòn vào các tạng lân cận. Những trường hợp thủng UTDD này đa số được chẩn đoán khi mổ phẫu thuật hoặc khi thủng vào mạch máu gây XHTH nặng cần mổ cấp cứu.

Tại BV K gần đây số lượng BN thủng bít do

UTDD hay thủng vào hậu cung mạc nối hoặc thủng tạo ổ apxe cạnh dạ dày có xu hướng tăng lên. BN thường đến muộn, UTDD thủng vào đầu tụy, tá tràng, đường mật, cuống gan hay mạc treo đại tràng và ruột non làm cho phẫu thuật triệt căn trở nên khó khăn và có thể không thực hiện được. Bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng của BN thủng bít do UTDD.

2. Đánh giá kỹ thuật và kết quả phẫu thuật UTDD thủng bít.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

+ Tất cả các trường hợp UTDD thủng bít được phẫu thuật tại khoa Ngoại Bụng 2, BV K từ 2022-2025.

+ Loại trừ: Thủng UTDD vào OB tự do hoặc thủng ổ loét DD-TT lành tính.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 25 BN đủ tiêu chuẩn: Nam 18 BN (72%); Nữ 7 BN (28%); Tuổi TB 64,6 T (48-85).

Bảng 1: Các đặc điểm tiền sử (TS) và lâm sàng (LS):

Đặc điểm TS-LS	n	%
Cao HA	4	16,0
Đái tháo đường (ĐTĐ)	3	12,0
Lao phổi	2	8,0
Liệt 1/2 người (TBMN)	1	4,0
Đã mổ apxe gan	1	4,0
Nổi vị tràng	1	4,0
UT trực tràng (cắt đoạn TT)	1	4,0
Vỡ phình động mạch chủ	1	4,0
Đang điều trị hóa chất (UTDD di căn phúc mạc)	1	4,0
Hóa chất tiền phẫu	2	8,0
Đau bụng thượng vị	24 /25	96,0
Đau bụng có sốt	2	8,0
Nôn máu	4	16,6
Ia phân đen	11	45,8
Khám có mass thượng vị	11	45,8
Sút cần	15	62,5
Hep môn vị (HMV)	10	41,6

Bảng 2: Kết quả XN và chẩn đoán hình ảnh

Kết quả XN-chẩn đoán	n	%
Thiếu máu:	1. Nặng	5 20,0
	2. Trung bình (TB)	7 28,0
	3. Nhẹ	6 24,0
	4. Không thiếu máu	7 28,0
Bạch cầu (BC):	1. <10.000	7 28,0
	2. ≥10-15.000	15 60,0
	3. >15.000	3 12,0
Tiểu cầu:	1 Bình thường	22 88,0
	2 Giảm (50-100.000)	1 4,0

3. Tăng	2	8,0	CLVT: 1. KT khối UTDD ≤5 cm 18 72,0 2. KT khối UTDD >5-10 cm 7 28,0 - XN sinh hóa: Ure tăng: 1/25BN; Creatinin tăng: 3 BN; Bilirubine tăng 2 BN, GOT tăng 1 BN; Đường máu tăng: 3 BN. - Nội soi dạ dày (NSDD).
Albumin: 1. <25	4	16,0	
2. Từ 25-30	7	28,0	
3. >30	14	56,0	
NSDD			
1 Kích thước (KT) khối. UTDD ≤5 cm	16	64,0	
2. KT khối UTDD >5-10 cm	9	36,0	

Bảng 3: Vị trí UTDD qua NSDD và CLVT

TT	Vị trí tổn thương (NSDD)	KT khối U ≤5 cm n (%)	>5-10 cm n (%)	Vị trí tổn thương (CLVT)	KT khối U ≤5cm	KT khối U >5-10 cm
1	Hang vị	1		Hang vị	1	
2	Môn vị	2		Môn vị	2	
3	Hang vị-môn vị	6	3	Hang môn vị	5	3
4	Hang vị-BCN	2	2	Hang vị-BCN	3	2
5	Hang vị-BCL	1	2	Hang vị-BCL	2	1
6	BCN	1		BCN	1	
7	Thân vị	1		Thân Vị	1	
8	Thân vị-phình vị		1	Thân vị-phình vị		1
9	Thân vị-tâm vị		1	Thân vị-Tâm vị	1	
10	Tâm vị	2		Tâm vị	2	
	Tổng	16	9	Tổng	18	7

Bảng 4: Tổn thương trong mổ, xử trí phẫu thuật

Vị trí U	Thủng <1 cm	Thủng >1-3	Thủng >3-5	Thủng >5-10	Thủng vào Đầu tụy	Thủng vào thân tụy	Thủng vào D1-D2	Thủng vào Gan (G) Cuống gan (CG)	Thủng vào Đại tràng-mạc treo	Xử trí (n)
Môn vị		2			2		2	1 (CG)		2. GTBDD-2. Dẫn lưu mòm tá tràng (DLM)
Hang môn vị	1	7			6		7	4(CG). 2(GT)	2 (ĐT)	8. GTBD 6. DLM 5. Tạo hình mòm tá tràng (THM)
Hang vị		1				1				1. GTBD
Hang vị-Bờ cong nhỏ (BCN)		1	1	2	3	1	3	1.CG	3.ĐT	4. GTBDD 1. DLM
Hang vị-Bờ cong lớn (BCL)		2	1						3	3. GTBD
BCN		2				1	1	1GT		2. GTBD*
Thân vị		1				1				1. GTBD
Thân vị-phình vị			1			1				1. TBDD**
Thân vị-tâm vị		2				2				2. TBDD
Tâm vị		1				1				1. TBDD
Tổng	1	19	3	2	11	8	13	9	8	21. GTBDD 4. TBDD 9. DLM 5. TH

* Thủng gan trái; **Cắt lách, thân-đuôi tụy, cơ hoành trái, ĐT trái

- Số hạch vét được TB:17,94 hạch (5-39).
 Số hạch (+) TB:5,28 hạch (0-32)
 - KT khối UTDD TB: 6,8 cm (4-10 cm).KT lỗ thủng TB 3,14 cm (0,5-6 cm).

Kết quả GPB: GĐ III (b-c): 20/25 BN 80%
 (IIIb: 11BN, IIIc: 9 BN) GĐIV: 2/25 BN: 8,0%;
 U lympho 2/25 BN (8,0%); U xơ cơ viêm 1/25BN (4,0%).



Ảnh 1: Thủng bít UTDD vào thân tụy

Độ mô học: AC.KBH: 7/25BN (28%); AC.BHV 6/25BN (24%); AC.BHC 1/25 (4%); TB nhãn 7/25 BN (28%) TB nhà 1 /25 BN (4%).

IV. BÀN LUẬN

UTDD thủng là biến chứng nặng của UTDD xảy ra với tỷ lệ cao ở GD III-IV. Biến chứng thủng UTDD ít gặp hơn XHTH do UTDD và chiếm tỷ lệ 0,56-3,9% tổng số UTDD, chiếm 10-16% số thủng ổ loét DD [1]

Tsujimoto [2] cho rằng rất khó khăn để chẩn đoán thủng UTDD hay loét DD thủng bởi độ nhạy của chẩn đoán trong mổ chỉ đạt 50%. Thủng UTDD gây viêm phúc mạc do dịch dạ dày và dịch tiêu hóa, mặc dù tỷ lệ thủng UTDD chiếm 10-16% các trường hợp thủng DD tuy nhiên chẩn đoán UTDD thường là chẩn đoán sau mổ khi có kết quả GPB. Rất khó phân biệt tổn thương trong mổ khi không có sinh thiết tức thì hay NSDD trong mổ. Phẫu thuật viên thường chẩn đoán dựa vào độ cứng của thành DD, hạch, kích thước ổ loét, sự xuất hiện di căn gan, phúc mạc. Cũng có thể chẩn đoán UTDD thủng qua NSDD trong mổ. Nhiều tác giả cho rằng mẫu chốt để chẩn đoán UTDD thủng là BN tuổi cao, KT khối ung thư >KT khối UTDD không bị thủng.

Bảng 5: Đặc điểm và đánh giá trước mổ của các nghiên cứu trên TG [4]

Tác giả (năm)	Nước	n	Tuổi TB	Giới (nam) (%)	Tỷ lệ chẩn đoán UTDD trước thủng (%)	Giai đoạn III	Giai đoạn IV
Tsujimoto (2010)	Nhật	8	64,5	65,5	51,7	75	12
Tan (2011)	Singapore	9	76	56,0	22	73	27
Kim (2014)	Hàn Quốc	35	NR	65,7	NR	60	NR
Hata (2014)	Nhật	514	NR	74,6	NR	55	34
Ignjatovic (2016)	Serbia	11	60	72,8	18	73	27
Wang et al (2017)	Trung Quốc	29	77	65,5	51,7	55	34
Fisher et al	Mỹ	2967	79	59,4	NR	36	23
Kim et al (2020)	Hàn Quốc	43	69	55,0	42	75	25

Theo Bảng 5: Tuổi UTDD thủng dao động từ >60-79 T; Nam chiếm tỷ lệ từ >55% đến 75%; Thủng chiếm tỷ lệ cao ở giai đoạn (GD) muộn (T3 55-75%) tuy nhiên có 1 số báo cáo thủng UTDD GD 1 chiếm 19%, GD 2 chiếm 12% [5].

Báo cáo của Ignjatovic [3] 11 Bn (100%) UTDD thủng đã xâm lấn thanh mạc.

Chẩn đoán UTDD trước khi thủng là yếu tố quan trọng quyết định thái độ xử trí. Tỷ lệ chẩn đoán trước thủng thấp TB 38%. Theo các báo

cho tới nay có nhiều tranh luận xoay quanh thái độ xử trí trước một UNDD thủng: Cắt DD cấp cứu 1 thì hay khâu ổ thủng, làm sạch ổ bụng (thì 1) sau đó cắt DD triệt căn, nạo vét hạch D2 (thì 2) sau 2-3 tuần (17-21 ngày).

Các tác giả nhận thấy cắt DD cấp cứu 1 thì có nhiều nhược điểm: BN đến muộn, ổ bụng bẩn, chưa được chẩn đoán UTDD trước thủng, tuổi cao, nhiều bệnh phối hợp bởi vậy tỷ lệ TV và biến chứng cao, tỷ lệ đạt được diện cắt R0 thấp, số hạch nạo vét được thấp, tỷ lệ sống sau 5 năm thấp. Bởi vậy cắt DD cấp cứu 1 thì được chỉ định khi BN đến sớm, ổ bụng sạch, UTDD được chẩn đoán trước và BN không hoặc ít bệnh nội khoa phối hợp.

Thủng bít UTDD là tổn thương khi UTDD xâm lấn các tạng xung quanh, gây thủng và được các cơ quan lân cận như tụy, tá tràng, gan, cuống gan hay mạc nối bít lại nên dịch tiêu hóa không bị thoát ra OB tự do hoặc thoát ra tạo thành khối apxe lân cận dạ dày hay khối dịch khu trú trong hậu cung mạc nối (HCMN).

Đối với tổn thương loét DD-TT, đáy ổ loét ăn thủng vào đầu tụy, tá tràng, cuống gan hay ĐM vị tá tràng gây chảy máu dữ dội, sốc mất máu, thường phải mổ cấp cứu khẩn cấp.

Đối với UTDD thủng bít theo nghiên cứu này lứa tuổi thủng UTDD bít 64,8 T trong đó tỷ lệ nam/nữ 72% nam, 28% nữ.

Báo cáo của Ignjatovic [3]: Tuổi TB thủng UTDD là 59,9+/- 9,2T; Báo cáo của Kotan tuổi TB là 59.0+/- 9,56 T.

cáo (bảng 5): Tỷ lệ chẩn đoán UTDD trước thủng là 18%-57,7%. [4]

Chẩn đoán trước mổ mang tính quyết định thái độ xử trí cắt dạ dày, vét hạch triệt căn 1 thì hay 2 thì. Nếu BN đến sớm, ổ bụng (OB) sạch, không có hay có ít bệnh nội khoa phối hợp, UTDD được chẩn đoán trước mổ thì có thể cắt DD vét hạch triệt căn 1 thì.

Nếu BN đến muộn, OB bẩn, BN có nhiều bệnh phối hợp, UTDD không được chẩn đoán

trước mổ nếu cắt DD 1 thì tỷ lệ TV cao.

Hata [1] so sánh cắt DD 1 thì do UTDD thủng và 2 thì thấy tỷ lệ TV do cắt DD 2 thì là 1,9% vs 11,4% (1 thì). Tỷ lệ đạt được diện cắt R0 50% (1 thì) vs 78,4% (2 thì). Tác giả cho rằng không nên cắt DD cấp cứu nếu không đạt diện cắt R0 do viêm phúc mạc. Mổ cắt DD palliative hay cắt DD không triệt căn nên tránh. Nên cắt DD 2 thì triệt căn sau khi đã điều trị tốt viêm phúc mạc. Hata cũng báo cáo thời gian sống TB 75 tháng, tỷ lệ sống sau 5 năm đạt 50% khi cắt DD triệt căn.

Ignjatovics báo cáo tỷ lệ sống cao đối với BN cắt DD triệt căn vs mổ khâu thủng đơn thuần (75,77 ngày vs 18 ngày).

Đối với tái phát UTDD sau mổ thủng UTDD, báo cáo của Tsujimoto [2]: Không có sự khác biệt giữa UTDD thủng và UTDD. Theo các tác giả: Nhiễm trùng phúc mạc do UTDD thủng không ảnh hưởng tới thời gian sống như quan điểm trước đây

Bảng 6: So sánh PT cắt dạ dày triệt căn, vét hạch 1 thì vs 2 thì [6]

Đặc điểm lâm sàng	Cắt DD 1 thì (n=29)	Cắt DD triệt căn 2 thì (n=15)
Tuổi	63,72±11,99	62,67±12,16
Giới (nam)	75,86%(22/29)	80,00%(12/15)
Kích thước U (≥5 cm)	62,07%(18/29)	93,33%(14/15)
Dùng thuốc kháng tiểu cầu	27,59%(8/29)	20%(3/15)
Biệt hóa ung thư (kém biệt hóa)	13,80%(4/29)	6,67%(1/15)
T staging (T4)	100%(29/29)	93,33%(14/15)
N staging (N+)	20,69% (6/29)	13,33 (2/15)
M Staging (M+)	0,00%	0,00%
Vị trí ung thư (1/3 dưới)	79,31%(23/29)	86,67%(13/15)
HGB (< 90 g/L)	41,38%(12/29)	33,33% (5/15)
CEA (≥10ng/mL)	10,34(3/29)	33,33% (5/15)
Nạo vét hạch D2	62,07%(18/29)	100% (15/15)
Số lượng hạch vét được	17(12-24)	31(27-38)
Số hạch +	2(1-5)	3(2-8,5)
Tổng lượng máu truyền (ml)	200(0-800)	0(0-100)
Thời gian nằm hồi sức ICU	3(0-3)	0(0-1,5)

+ Theo bảng 6 [6]: 62,07% khối UTDD ≥5 cm được cắt DD vét hạch triệt căn 1 thì trong khi 93,33% khối UTDD ≥5 cm cắt DD vét hạch triệt căn 2 thì. Thủng UTDD 1/3 dưới 79,31% được cắt DD vét hạch 1 thì vs 86,67% thủng 1/3 dưới được cắt DD, VH 2 thì. Khối UTDD T4 100% cắt

1 thì vs 93,33% cắt DD VH 2 thì. Vết hạch D2 1 thì chiếm 62,07% vs 100% (2 thì). Số hạch vét được TB 17 hạch (1 thì) vs 31 hạch (2 thì).

Diện cắt R0 không phản ánh đủ tổn thương do không thể hiện được di căn hạch và không bám sát tình trạng OB. Thời gian sống thêm (OS) nhóm UTDD thủng (cắt 1 thì) 11 tháng vs 45 tháng (2 thì). Mặt khác nhóm thủng UTDD cắt 1 thì có OS 18 tháng VS nhóm UTDD (không bị thủng) cùng tiêu chí có OS 30 tháng.[6]

Số liệu trên 40.281 BN UTDD tại Mỹ: Số hạch nạo vét được ≥29 hạch trên những BN UTDD giai đoạn cao sẽ làm cho OS tương đương với UTDD giai đoạn thấp hơn. Khuyến cáo của 8th AJCC: Số hạch thu được ≥16 mới đủ để đánh giá tốt giai đoạn UTDD. Để đánh giá chính xác hơn cần vét được ≥30 hạch. [7]

Thủng bít UTDD là tổn thương phức tạp, mặc dù không có viêm phúc mạc và nhiễm trùng OB nhưng lại là tổn thương muộn, thường xâm lấn rộng các tạng quan trọng như đầu tụy, D1-DII tá tràng, cuống gan, thùy gan hay mạc treo ĐT làm phẫu thuật triệt căn trở nên phức tạp và thường cần những phẫu thuật phân lưu phổi hợp hay tạo hình để giảm nguy cơ bục hay rò miệng nối sau mổ.

+ Thái Nguyên Hưng [8] báo cáo 11 ca XHTH nặng, sốc mất máu do loét mặt sau gối trên-DII tá tràng (loét dưới hành tá tràng) hay kissing ulcer cho thấy 100% là loét mặt sau D1-DII trong đó 72,7% loét thủng vào động mạch vị tá tràng, đầu tụy, đường mật (thủng bít). Mổ khâu cầm máu, nối vị tràng có tỷ lệ tái xuất huyết cao. Mổ cắt đoạn dạ dày, dẫn lưu mỏm tá tràng cho kết quả tốt, không có BN tử vong. Biến chứng có 2 trường hợp rò (1 BN rò mỏm tá tràng, 1 BN rò mật).

Theo số liệu của chúng tôi: 25 BN, nam chiếm 72%, nữ 28%, tuổi TB 64,6T là lứa tuổi và tỷ lệ giới khá tương đồng với lứa tuổi thủng UTDD ở Châu Á và Đông Nam á (từ 64,5 T-79T, Nam chiếm 55,0-74,6%) (Bảng 5).

96% BN đạu thượng vị trong đó 2 BN có sốt (8%). Trong 2 BN này: 1 BN UTDD thủng vào hậu cung mạc nối (HCMN), 1 BN thủng tạo thành ổ apxe cạnh bờ cong lớn kèm XHTH, đây là những thể đặc biệt của thủng UTDD (không thủng vào OB tự do gây viêm phúc mạc). Có 4 BN nôn máu, 11 BN ỉa phân đen (45,8%). Như vậy có tỷ lệ cao BN đau bụng kèm XHTH trước mổ, tuy nhiên không BN nào cần mổ cấp cứu do XHTH nhẹ và trung bình. Theo số liệu Bảng 1: 45,8% (11 BN) có mass thượng vị, 62,5% sút cân, 41,6% (10 BN) HMV.

Theo Bảng 2: 72% BN có BC tăng cao (>10,0

G/L). Nhận xét về LS: BN thủng UTDD bít có tỷ lệ cao phối hợp XHTH (45,5%), HMV (41,6%), sụt cân 62,5% và có BC tăng cao (72%).

Đánh giá tổn thương trong mổ (Bảng 1): KT khối UTDD TB 6,8 cm (4-10) cm, KT lỗ thủng TB 3,14 cm (0,5-6cm).

So sánh với báo cáo của Thái Nguyên Hưng 26 BN thủng UTDD vào ổ bụng tự do: KT lỗ thủng TB 1,72cm (0,5-4 cm); KT khối UTDD TB 5,36cm (3-10cm). Như vậy thủng vào OB tự do có KT lỗ thủng và KT khối UTDD nhỏ hơn [9]

Theo Bảng 3, Bảng 4: 4/25 BN (16%) thủng 1/3 trên dạ dày; UTDD thủng (1/3 dưới) vùng môn vị, hang môn vị xâm lấn BCN và BCL là 18/25 BN (72%); Thủng thân vị và BCN (1/3 Giữa) 3/25 BN (12%). Như vậy tổng số UTDD thủng bít ở 1/3 Dưới và 1/3 Giữa là 84%. Tỷ lệ thủng 1/3 dưới theo Zhang [6] là 79,31% (nhóm cắt DD 1 thì) và 86,67% (cắt DD 2 thì).

Các tạng lân cận bít lỗ thủng (bảng 4): Đầu tụy 11/25 BN (44%); D1-D2 tá tràng 13/25 BN (52%), cuống gan và các phần thùy gan 9/25BN (36%); Thân tụy 8/25 BN (32%), mạc treo ĐT 8/25 BN (32%, mạc treo ruột non 1 BN).

Đánh giá tổn thương thủng vào các tạng lân cận và khả năng cắt DD triệt căn chúng tôi nhận thấy: 2 BN UTDD môn vị thủng (lỗ thủng 1-3 cm) vào đầu tụy, D1-D2 tá tràng, cuống gan (1 BN), phẫu thuật cắt GTBDD, vét hạch D2 phối hợp dẫn lưu mòm tá tràng (DLM) tá tràng do tổn thương xâm lấn sát bóng Vater, nguy cơ rò mòm tá tràng rất cao, mòm tá tràng sâu, mủn do đó cần DLM tá tràng giảm áp.

Đối với tổn thương hang môn vị thủng bít có 6/8 BN cần DLM tá tràng giảm áp và tạo hình mòm tá tràng bằng dây chằng tròn. 6/8 BN thủng vào đầu tụy phối hợp với D1-D2 tá tràng (7/8 BN), cuống gan 4/8 BN, thùy gan 2/8 BN (Bảng 4). Như vậy tổn thương cuống gan, đầu tụy và D1-D2 tá tràng là 1 đặc điểm và khó khăn khi phẫu thuật cắt triệt căn UTDD thủng bít. Tuy nhiên chúng tôi chỉ ghi nhận 1 ca XHTH do UTDD thủng vào động mạch vị tá tràng (ĐM.VTT). Đặc điểm này khác biệt so với loét mặt sau D1-D2 tá tràng thủng hay Kissing ulcer thủng.



Ảnh 2: Thủng bít UTDD vào đầu tụy

+ Không có BN TV (sau mổ và ≤30 ngày).

+ Biến chứng: 2 BN rò mòm tá tràng, 1 BN

chảy máu sau mổ cắt TBDD, lách, thân đuôi tụy
++ 1 BN cắt GTBDD triệt căn, DLM tá tràng (Lò Văn T): Rò mòm tá tràng tạo thành khối apxe 8-10 cm dưới thùy gan trái được DL dưới SA.

++ 1 BN (Khuất Thị T, 82 T) UTDD hang môn vị thủng vào cuống gan, đầu tụy, D1-D2 tá tràng được cắt DD triệt căn, DLM tá tràng sau đó rò qua vết mổ điều trị nội ổn định, ra viên.

++ 1BN chảy máu sau mổ 3h được mổ lại khâu cầm máu (diện cắt thân tụy)

V. KẾT LUẬN

UTDD thủng bít thường xảy ra trên BN cao tuổi (NC này 64,6T), nam chiếm tỷ lệ cao (NC này 72%). Triệu chứng chủ yếu là đau bụng phối hợp với XHTH (NC này 45,8%), hẹp môn vị (NC này 41,6%). Thủng UTDD 1/3 Dưới chiếm tỷ lệ cao (NC này 72%). Trong nghiên cứu này: Thủng vào đầu tụy 44,0%, Thủng vào D1-D2 tá tràng 52,0%; Thủng vào cuống gan và phần thùy gan 36%; Thân tụy 32%, mạc treo ĐT 32%. Mổ cắt dạ dày triệt căn, vét hạch D2 92,0%, cắt dạ dày palliative 8,0%; Mổ cắt GTBDD và dẫn lưu mòm tá tràng 9 BN; Cắt GTBDD và tạo hình mòm tá tràng 5 BN. Kích thước khối UTDD TB 6,8 cm (4-10 cm); KT lỗ thủng TB 3,14 cm (0,5-6 cm). Số hạch vét được TB 17,94 (5-39); Số hạch (+) TB 5,28 (0-32).

Không có TV. Biến chứng 12,0%. GPB GĐ III (a-b) 80%; GĐIV 8,0%; U lympho: 8,0%, U xơ cơ viêm 4,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hata T, Sakata N, Kudohk, Shibata C, Uno M. The best surgical approach for perforated gastric cancer: one stage vs two stage gastrectomy. Gastriccancer: 2014; 17 (3): 578-87.
2. Hironori Tsujimoto 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. Nebojsa Ignjatovic, Dragan Stojanov, Miodrag Djordjevic, Jelena Ignjatovic, Daniela Benedeto Stojanov and Babana Milojkovic. Perforation of gastric cancer - What should the surgeon do?. Bosn J Basic Med Sci, 2016 Aug;16 (3): 222-226.
4. Sara Di Carlo, Marzia Franceschilli, Piero Cavallaro, Maurizio Cardì, Danilo vinci and Simone Sibio. Perforated gastric cancer: A critical appraisal. Discov Oncol, 2021: 12:15.
5. Adachi et al. Surgical result of perforated gastric cancer: An analysis of 155 japaness patients. Am J gastroenterol.1997: 92 (3): 516-8)
6. Jungling Zang 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. **Naffouje SA, Salti GI.** Extensive Lymph Node Dissection Improves Survival among American Patients with Gastric Adenocarcinoma Treated Surgically. Analysis of the National Center Database. JGC 2017; 17(4):319-30.
8. **Thái Nguyên Hưng.** Điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa nặng, sốc mất máu do loét mặt

9. **Thái Nguyên Hưng, Viên Đình Bình, Trịnh Thành Vinh.** Thái độ xử trí và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày thủng. Y học Việt Nam tập 551-Tháng 6-số 1-2025: 65-70

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HOÁ CÓ DI CĂN HẠCH CỔ BÊN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thanh Tùng², Ngô Xuân Quý¹,
Hoàng Mạnh Thắng^{1,2}, Ngô Quốc Duy^{1,2}, Trần Đức Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch cổ bên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch cổ bên và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 11/2022 đến tháng 11/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1/3, độ tuổi trung bình là 44,63 ± 12,87. Bệnh nhân tình cờ khám phát hiện u chiếm 69,9%. Siêu âm khối u ở 1 thùy chiếm 69,1%, kích thước ≤2cm là 70,7%. Hạch cổ cùng bên với khối u chiếm 88,6%, đường kính ngang ≥10mm là 59,3%. Thời gian nằm viện <10 ngày chiếm 97,6%. Kết quả mô bệnh học sau mổ: Ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm 99,2%, tỷ lệ hạch cổ trung tâm không di căn chiếm 15,4%. Thời điểm 72 giờ sau mổ, biến chứng tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN) 32,5%, suy tuyến cận giáp 20,3%, rò bạch huyết 8,9%. Các biến chứng sau đó giảm dần và hầu hết tổn thương này là tạm thời. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng: 87,8% tốt; 6 tháng: 97,6% tốt. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch cổ bên cho kết quả sớm khả quan và tính an toàn cao. **Từ khóa:** ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, di căn hạch cổ bên.

SUMMARY

EARLY SURGICAL OUTCOMES OF DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA WITH LATERAL CERVICAL LYMPH NODE METASTASES AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the early surgical outcomes in patients with differentiated thyroid carcinoma with lateral cervical lymph node metastases. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 123 patients diagnosed with DTC with lateral neck lymph

node metastases and treated at K Hospital from November 2022 to November 2024. **Results:** The male-to-female ratio was 1:3, with a mean age of 44.63 ± 12.87 years. Incidental tumor detection accounted for 69.9% of cases. Tumors located in a single thyroid lobe were observed in 69.1% of patients, and tumors ≤2 cm in size were found in 70.7%. Ipsilateral cervical lymph node metastasis occurred in 88.6% of cases, with 59.3% of metastatic nodes having a short-axis diameter ≥10 mm. Hospital stays of less than 10 days accounted for 97.6% of patients. Postoperative histopathology showed that papillary thyroid carcinoma accounted for 99.2% of cases, and 15.4% had no metastasis in central neck lymph nodes. At 72 hours post-surgery, complications included recurrent laryngeal nerve (RLN) injury in 32.5%, hypoparathyroidism in 20.3%, and chyle leak in 8.9%. These complications gradually improved, with most being temporary. Surgical outcomes were rated as good in 87.8% of patients at 1 month postoperatively and 97.6% at 6 months. **Conclusion:** Surgery for differentiated thyroid carcinoma with lateral cervical lymph node metastases provides favorable early outcomes and demonstrates high safety. **Keywords:** differentiated thyroid cancer, lateral cervical lymph node metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) là loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết (chiếm 90%) và chiếm 3% trong các bệnh ung thư nói chung. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư tuyến giáp đứng thứ 7 về số ca mắc mới với 821.214 ca, và thứ 24 về số ca tử vong với 47.507 ca. Việt Nam cũng là một trong những quốc gia có tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao với khoảng 6.122 ca mới mỗi năm, đứng thứ 6 trên toàn thế giới về số ca mắc hàng năm.¹

Trong thực hành lâm sàng, tình trạng di căn hạch cổ bên trong ung thư tuyến giáp là tương đối phổ biến. Theo hướng dẫn của ATA 2015, các trường hợp này cần được cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên. Mức độ phẫu thuật có phần rộng rãi này tiềm ẩn nhiều nguy cơ biến chứng về thần kinh, nội

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Tùng

Email: tung98hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025