

- N. Đ. Trung**, "Nghiên cứu hình ảnh chụp động mạch phế quản và kết quả gây tắc mạch điều trị ho ra máu do một số bệnh phổi-phế quản," Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân Y Hà Nội, 2008.
- N. T. Quý**, Nghiên cứu nguyên nhân và kết quả điều trị bước đầu ho ra máu nặng, Hội nghị khoa học Bệnh phổi toàn quốc lần thứ VII, Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam, 2017, p. 14
- Wang, Y., Shang, X., Wang, L., Fan, J., Tian, F., Wang, X.,... & Ma, X.** (2021). Clinical characteristics and chest computed tomography findings related to the infectivity of pulmonary tuberculosis. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 1197
- Abdulmalak C, Cottenet J, Beltramo G, Georges M, Camus P, Bonniaud P, et al.** Haemoptysis in adults: a 5-year study using the French nationwide hospital administrative database. *The European respiratory journal*. 2015; 46(2):503-11. Epub 2015/05/30. doi: 10.1183/09031936.00218214. PubMed PMID: 26022949

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY CẤP CỨU

Vũ Ngọc Sơn¹, Trương Việt Hoàng¹, Dương Phát Minh¹,
Huỳnh Văn Nghĩa¹, Ngô Quang Duy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt dạ dày trong bệnh cảnh cấp cứu là một phẫu thuật lớn, không thường gặp. Phẫu thuật có tỉ lệ tử vong cao. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dạ dày cấp cứu và một số yếu tố liên quan đến tai biến, biến chứng chu phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca các bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày cấp cứu tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 1/2021 đến 6/2024. **Kết quả:** Có 45 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình $67,8 \pm 11,7$, tỉ lệ nam:nữ là 1.25:1. Chỉ định của phẫu thuật có: 23 bệnh nhân (51,1%) thủng, 22 bệnh nhân (48,9%) xuất huyết. Phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày 40 bệnh nhân (88,9%), cắt dạ dày hình chêm 4 bệnh nhân (6,2%), cắt gần toàn bộ dạ dày 1 bệnh nhân (2,2%). Thời gian nằm viện sau mổ $13,7 \pm 14,5$ ngày. Giải phẫu bệnh có kết quả ác tính 13 bệnh nhân (28,9%). Tỉ lệ tử vong sau mổ 28,9% (n=13). Biến chứng sau mổ thường gặp nhất là viêm phổi 42,2%. Các biến chứng viêm phổi và tổn thương thận cấp, giải phẫu bệnh sau mổ không ác tính có liên quan tới tử vong sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt dạ dày trong cấp cứu có tỉ lệ biến chứng, tử vong cao. Các yếu tố xuất hiện biến chứng hô hấp, tổn thương thận cấp có liên quan đến kết quả xấu của phẫu thuật. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cần cân nhắc dựa vào tổn thương dạ dày trong mổ, tình trạng của bệnh nhân, khả năng của bác sĩ cấp cứu, tình trạng cơ sở vật chất hiện có.

Từ khóa: Cắt dạ dày cấp cứu

SUMMARY

EARLY OUTCOME OF EMERGENCY GASTRECTOMY

Background: Emergency gastric resection is a major surgical procedure that is relatively uncommon

and associated with a high mortality rate. The Objective of this study is to evaluate the early outcome of emergency gastrectomy and some risk factor that were associated with worse perioperative results. **Methods:** Retrospective case series study of patients undergoing emergency gastrectomy at Nhan dan Gia Dinh Hospital from January 2021 to June 2024. **Results:** 45 patients underwent emergency gastrectomy. Mean age was 67.8 ± 11.7 , Male:female 1.25:1. The indications for the surgery included perforation 23 (51.1%), bleeding 22 (48.9%). Partial gastrectomy was performed in 40 (88.9%), wedge gastrectomy was 4 (6.2%), subtotal gastrectomy was 1 (2.2%). The length of postoperative hospital stay was 13.7 ± 14.5 day. Malignancy was the underlying pathology in 13 (28.9 %) patients. The mortality rate was 28.9% (n=13). The most postoperative complication was pneumonia in 19 (42.2%). Postoperative complications of pneumonia and acute kidney injury, non-malignant postoperative pathology was associated with postoperative mortality. **Conclusion:** Emergency gastrectomy has a high complication and mortality. Respiratory complications and acute kidney injury are related to poor surgical outcomes. The decision-making for the choice of surgery is based on intraoperative gastric injury, the patient's condition, the emergency surgeon's expertise, and the current state of the facilities.

Keywords: Emergency gastrectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt dạ dày trong bệnh cảnh cấp cứu có tỉ lệ tử vong và biến chứng cao từ 17 - 30%[1-4]. Tỉ lệ biến chứng cao do tính chất của phẫu thuật và tình trạng nặng của người bệnh trong bệnh cảnh cấp cứu. Chỉ những người bệnh có triệu chứng nặng mà các phương pháp điều trị khác không thể thực hiện được mới được chỉ định phẫu thuật cấp cứu cắt dạ dày.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với mục đích đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt dạ dày cấp cứu tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 1/2021 - 6/2024 và đánh giá các yếu tố liên quan đến kết cục xấu của bệnh nhân.

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Sơn

Email: bsngocson@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

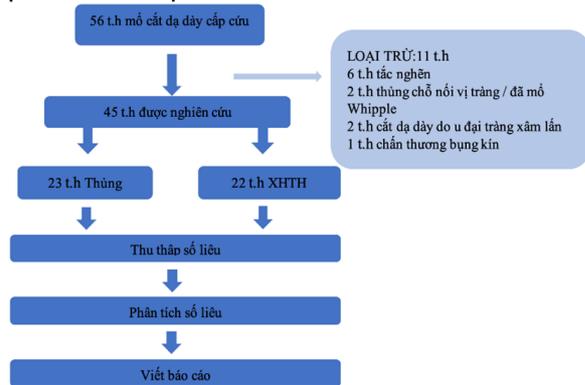
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt ca

Đối tượng: Tất cả người bệnh được phẫu thuật cắt dạ dày trong bệnh cảnh cấp cứu tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 1/2021 - 6/2024 được đưa vào nghiên cứu, và tất cả các phương pháp cắt dạ dày, bao gồm cả cắt dạ dày hình chêm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phẫu thuật cắt dạ dày do chấn thương. Cắt dạ dày cấp cứu trong bệnh cảnh tắc nghẽn đường ra dạ dày không thủng và không xuất huyết. Người bệnh đã cắt dạ dày hoặc đã phẫu thuật Whipple. Người bệnh cắt dạ dày đồng thời trong một phẫu thuật cấp cứu khác.

Chúng tôi ghi nhận các biến số: tuổi, giới, lý do phẫu thuật, BMI, ASA, bệnh đồng mắc; các xét nghiệm trước mổ: số lượng bạch cầu, số lượng hồng cầu, creatinine, albumin máu. Sử dụng vận mạch trong phẫu thuật, truyền máu trong phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, giải phẫu bệnh và các biến chứng sau phẫu thuật. Kiểm định mối liên quan bằng kiểm định Chi 2 hoặc kiểm định Fisher. Số liệu được phân tích bởi phần mềm Stata 27



Hình 1: Sơ đồ nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 1/2021 - 6/2024 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định có 56 trường hợp (t.h) được phẫu thuật cắt dạ dày trong bệnh cảnh cấp cứu. 11 t.h loại khỏi nghiên cứu: 6 t.h tắc nghẽn, 2 t.h thủng miệng nối dạ dày trên người bệnh đã phẫu thuật Whipple, 2 t.h cắt dạ dày do u đại tràng xâm lấn dạ dày, 1 t.h vỡ ruột non do chấn thương bụng kín. Chúng tôi có được 45 t.h đưa vào nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình là $67,8 \pm 11,7$ (38- 89 tuổi). Nam chiếm đa số với tỉ lệ nam:nữ là 1.25 : 1. Bệnh cảnh phẫu thuật bao gồm: thủng 23 t.h (51,1%), xuất huyết 22 t.h (48,9%). Bệnh đồng mắc chủ yếu là tăng huyết áp 48,9 % (22 t.h),

đái tháo đường type II 42,2% (19 t.h). Trong đó 40% (18 t.h) có từ 2 bệnh đồng mắc trở lên. 86,6% (39 t.h) có điểm ASA III – IV.

Bảng 1: Đặc điểm chung

		Kết quả
Tuổi	>65	29 (64,4%)
Giới	Nam	25 (55,6%)
	Nữ	20 (44,4%)
Bệnh đồng mắc	THA	22 (48,9%)
	ĐTĐ	19 (42,2%)
	BMV mạn	11 (24,4%)
ASA	III – IV	39 (86,6%)
WBC	>10 k/ μ l	31 (68,9%)
Albumin	<30 mg/dl	30 (66,7%)
Hgb	>100 g/l	25 (55,6%)
Truyền máu trước mổ		22 (48,9%)
Sử dụng vận mạch trước mổ		10 (22,2%)

Chỉ định phẫu thuật ở 22 t.h xuất huyết tiêu hóa: 8 t.h (36,3%) chỉ định phẫu thuật sau khi cầm máu qua nội soi thất bại. 8 t.h (36,3%) tái xuất huyết sau khi cầm máu thành công qua nội soi, nội soi lần 2 thất bại được chỉ định phẫu thuật. 3 t.h (13,6%) tái xuất huyết sau 2 lần cầm máu thành công qua nội soi. 2 t.h (9 %) tái xuất huyết sau khi cầm máu thành công qua nội soi, được thực hiện tắc mạch nhưng tái xuất huyết. 1 t.h (4,5%) tái xuất huyết qua 3 lần cầm máu thành công qua nội soi. Tổn thương trong mổ ghi nhận: 11 t.h (50%) tổn thương ở dạ dày (7 t.h kích thước ổ loét lớn 2- 4 cm, 2 t.h tổn thương u dạ dày, 2 t.h tổn thương u dạ dày kèm dấu hiệu hẹp đường ra dạ dày). Ở 7 t.h (31,8%) loét tá tràng (kích thước ổ loét từ 0,8 – 2,5cm), 4 t.h (18,2%) u GIST được cắt dạ dày hình chêm.

Ở 23 t.h thủng: 3 t.h (13,0%) thủng tá tràng đều ghi nhận thủng lớn chiếm 1/2 hoặc gần hết khẩu kính tá tràng. 11 t.h (47,8%) thủng hang vị, 7 t.h (30,4%) thủng bờ cong nhỏ, 2 t.h (8,7%) thủng thân vị. Tổn trong mổ ghi nhận thủng ≥ 2 cm 78,4% (18 t.h), mép ổ thủng xơ chai 91,3% (21 t.h), dạ dày dẫn lớn 13% (3 t.h), tổn thương di căn phúc mạc 8,7% (2 t.h), di căn mạc nối 8,7% (2 t.h), di căn gan 4,3% (1 t.h)

Phẫu thuật hở 71,1% (32 t.h), phẫu thuật nội soi chuyển hở 20% (9 t.h), nội soi 8,9% (4 t.h). Phẫu thuật chủ yếu là cắt bán phần dưới dạ dày 88,9% (40 t.h), cắt dạ dày hình chêm 8,9% (4 t.h), cả 4 t.h này đều xuất huyết do u GIST dạ dày, cắt gần toàn bộ dạ dày 2,2% (1 t.h) do thủng tại thân vị. Sử dụng vận mạch trong thời gian phẫu thuật 40% (18 t.h). Truyền máu trong phẫu thuật 42,2% (19 t.h)

Kết quả sau phẫu thuật: thời gian hậu phẫu trung bình $13,7 \pm 14,5$ ngày. Xuất hiện biến

chứng nặng (Clavien – dindo III – V) là 51,1% (23 t.h). Tỷ lệ tử vong 28,9% (13 t.h). Biến chứng về mặt phẫu thuật: Nhiễm trùng vết mổ 13,3% (6 t.h), liệt ruột 13,3% (6 t.h), tụ dịch ổ bụng 8,9% (4 t.h), rò miệng nối 6,7% (3 t.h), chảy máu miệng nối 2,2% (1 t.h). Biến chứng nội khoa có biến chứng hô hấp 42,2% (19 t.h), tổn thương thận cấp 24,4% (11 t.h), biến chứng tim mạch 11,1% (5 t.h), thuyên tắc phổi 6,7% (3 t.h)

Bảng 2: Phân loại biến chứng theo Clavien - dindo

Phân loại biến chứng	Số trường hợp (%)
Không biến chứng	13 (28,9%)
I - II	9 (20%)

Bảng 3: Mối liên quan của các yếu tố chu phẫu và kết cục tử vong

Các yếu tố chu phẫu	Sống (n=32)	Tử vong (n=13)	p	
Tuổi ≥65	19 (59,4%)	10 (76,9%)	0,322*	
ASA III – IV	27 (84,4%)	12 (92,3%)	0,652*	
≥2 bệnh đồng mắc	13 (40,6%)	5 (38,5%)	0,893	
WBC ≥10 k/ul	24 (75%)	7 (53,8%)	0,165	
Albumin ≤30 mg/dl	20 (62,5%)	10 (76,9%)	0,694*	
Hgb ≤100 g/l	16 (50%)	9 (69,2%)	0,239	
Bệnh cảnh	Thủng	16 (50%)	7 (53,8%)	0,815
	XHTH	16 (50%)	6 (46,2%)	
Truyền ≥3 đơn vị máu trước phẫu thuật	10 (31,3%)	4 (31,3%)	0,975	
Sử dụng vận mạch trước phẫu thuật	5 (15,6%)	5 (35,8%)	0,095	
Truyền máu trong phẫu thuật	12 (37,5%)	7 (53,8%)	0,314	
Sử dụng vận mạch trong phẫu thuật	10 (31,2%)	8 (61,5%)	0,06	
GPB	Ung thư	12 (37,5%)	1 (7,7%)	0,028
	Viêm	16 (50%)	12 (92,3%)	

*Kiểm định Fisher exact

Mối liên quan giữa các biến chứng sau phẫu thuật và kết cục tử vong: người bệnh sau phẫu thuật có biến chứng viêm phổi, tổn thương thận cấp có tỷ lệ tử vong cao hơn, khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với p lần lượt là 0,043 và 0,007)

Bảng 4: Mối liên quan giữa các biến chứng sau mổ và kết cục tử vong

Các yếu tố chu phẫu	Sống (n=32)	Tử vong (n=13)	p
Nhiễm trùng vết mổ	5(15,6%)	1(7,7%)	0,478
Rò miệng nối	2(6,25%)	1(7,7%)	1*
Tụ dịch/áp xe tồn lưu	3(9,4%)	1(7,7%)	1*
Liệt ruột sau phẫu thuật	5(15,6%)	1(7,7%)	0,656*
Biến chứng tim mạch	3 (9,4%)	2 (1,4%)	0,617*
Biến chứng hô hấp	10(31,2%)	9(69,2%)	0,043*
Tổn thương thận cấp	4(12,5%)	7(53,8%)	0,007*

*Kiểm định Fisher exact

IV. BÀN LUẬN

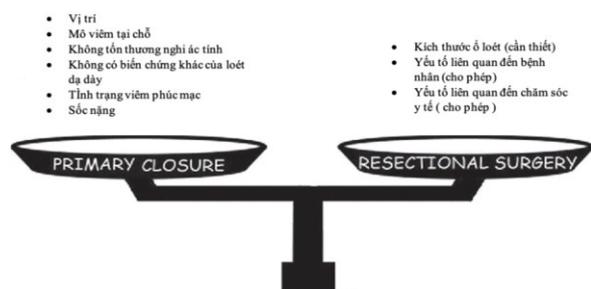
Phẫu thuật cắt dạ dày trong cấp cứu là một phẫu thuật lớn, không thường gặp. Người bệnh phẫu thuật cắt dạ dày cấp cứu được chỉ định với 3 bệnh cảnh chính: Thủng, xuất huyết và tắc

III	5 (11,1%)
IV	5 (11,1%)
V	13 (28,9%)

Mối liên quan của các yếu tố chu phẫu và kết cục tử vong: Người bệnh có GPB sau mổ không phải ung thư có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm bệnh nhân có GPB sau mổ là ung thư, khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0,028). Các yếu tố khác: tuổi, giới tính, ASA III – IV, hơn hai bệnh đồng mắc, bạch cầu cao >10 K/ul, Hemoglobin thấp dưới 100 g/l, Albumin máu thấp hơn 30 mg/dl, sử dụng vận mạch trước hoặc trong phẫu thuật, truyền máu trước hoặc trong phẫu thuật không có sự khác biệt.

ngăn[1-5]. Nguyên nhân của các bệnh cảnh này có thể là biến chứng của loét hoặc ung thư. Ở bệnh cảnh tắc nghẽn, bệnh nhân có thể trì hoãn để đánh giá đầy đủ bệnh nguyên, nâng đỡ thể trạng, ổn định một số yếu tố nội khoa. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi chỉ đưa vào nghiên cứu bệnh cảnh thủng và xuất huyết. Trong nghiên cứu của chúng tôi: người bệnh được phẫu thuật cắt dạ dày cấp cứu với bệnh cảnh thủng, xuất huyết với tỷ lệ lần lượt là 51,1% và 48,9%. Tỷ lệ người bệnh ung thư là 28,9%

Nhằm đạt được mục đích điều trị cho bệnh nhân việc đưa ra quyết định cắt dạ dày trong bệnh cảnh cấp cứu cần cân nhắc nhiều yếu tố từ bệnh cảnh cấp cứu, vị trí tổn thương, tình trạng mô học quanh tổn, có hay không tổn thương nghi ngờ ung thư, có tồn tại biến chứng khác của loét cần phải cắt dạ dày. Tình trạng chung của ổ bụng, tình trạng chung của bệnh nhân cho phép phẫu thuật cắt dạ dày. Các yếu tố liên quan tới chăm sóc y tế cho phép phẫu thuật, nhóm bác sĩ phẫu thuật cấp cứu có kinh nghiệm.



Hình 2: Các yếu tố cần cân nhắc khi ra quyết định cắt dạ dày[6]

Với những người bệnh thủng dạ dày - tá tràng, phẫu thuật khâu lỗ thủng đơn thuần qua nội soi hoặc phẫu thuật hở thường được thực hiện đủ để giải quyết thương tổn. Tuy nhiên với những người bệnh có lỗ thủng lớn (2-3cm) bờ lỗ thủng xơ chai, tổn thương nghi ngờ ác tính, tổn thương kết hợp biến chứng khác của loét dạ dày - tá tràng: hẹp đường ra dạ dày, xuất huyết. Kết hợp với yếu tố tiền căn điều trị loét, người bệnh phụ thuộc NSAID thì phẫu thuật cắt dạ dày được cần cân nhắc thực hiện[6]. Nghiên cứu của chúng tôi, quyết định phẫu thuật cắt dạ dày chủ yếu dựa vào tổn thương trong mổ: tổn thương lỗ thủng lớn dạ dày > 2 cm được ghi nhận 78,4%, đặc biệt có 3 t.h thủng lớn tá tràng kèm lỗ thủng chiếm hơn 1/2 chu vi, 91,3% ghi nhận mép lỗ thủng xơ chai, 69,6% tổn thương nghi ung thư, 13% dạ dày lớn nghi hẹp đường ra dạ dày.

Ở những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa, nội soi cầm máu, tắc mạch can thiệp vẫn là lựa chọn đầu tiên giúp chẩn đoán, can thiệp[7, 8]. Phẫu thuật chỉ được thực hiện nhằm cứu vãn người bệnh khi các phương pháp trên thất bại. Phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào nguyên nhân, vị trí chảy máu và đặc điểm của người bệnh: tiền căn điều trị loét, phụ thuộc NSAID. Nghiên cứu ghi nhận 22 t.h xuất huyết trong đó: 11 t.h tổn thương ở dạ dày (7 t.h kích thước ổ loét lớn 2- 4 cm, 2 t.h tổn thương u dạ dày, 2 t.h tổn thương u dạ dày kèm dấu hiệu hẹp đường ra dạ dày), 7 t.h loét tá tràng (kích thước ổ loét từ 0,8 – 2,5 cm), 4 t.h u GIST được cắt dạ dày hình chêm.

Người bệnh phẫu thuật cắt dạ dày cấp cứu có tỉ lệ tử vong và biến chứng chu phẫu cao 17 – 30%. Nghiên cứu của Mina Cheng và cộng sự[2], ở người bệnh cắt dạ dày cấp cứu do biến chứng của loét cho thấy tỉ lệ tử vong trong 7, 21, 30 ngày hậu phẫu lần lượt là 10%, 23%, 30%. Nghiên cứu của Yuchi Kasakura[3] ở 29 bệnh nhân ung thư, tỉ lệ tử vong chung là 20,7% cho cả nhóm bệnh nhân thủng và xuất huyết. Nghiên cứu của J.B.Y.So[5] ở 82 người bệnh cắt dạ dày cấp cứu do biến chứng của loét hoặc ung thư có

tỉ lệ tử vong là 17%. Nghiên cứu của Tan K K [4] cũng cho kết quả tương tự với tỉ lệ tử vong là 21,2%. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên cả trên người bệnh có kết quả GPB lành tính và ác tính, tỉ lệ tử vong 28,9%. Chỉ có 13 t.h (28,9%) xuất viện mà không có bất kì biến chứng nào. Tỉ lệ biến chứng nặng (Clavien dindo độ III – V) là 51,1%.

Các nghiên cứu trước đây, biến chứng hô hấp là thường gặp nhất. Nghiên cứu của Mina Cheng[2]: biến chứng hô hấp thường gặp nhất với tỉ lệ 17%, biến chứng liên quan phẫu thuật gặp ở 22%, trong đó rò tiêu hóa gặp ở 14%. Nghiên cứu khác của Tan K K[4], biến chứng hô hấp và nhiễm trùng vết mổ là thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 65,9% và 25,2%. Nghiên cứu của J.B.Y.So[5] cũng có kết quả tương tự với tỉ lệ biến chứng hô hấp là 34%. Nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng hô hấp và tổn thương thận cấp gặp nhiều nhất, tỉ lệ lần lượt là 42,2% và 24,4%. Biến chứng liên quan phẫu thuật gặp nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ 13,3%, tụ dịch sau mổ 8,9%, rò tiêu hóa 6,7%.

Các yếu tố chu phẫu liên quan tới tử vong không đồng nhất qua các nghiên cứu. Nghiên cứu của K K Tan[4] cho thấy điểm ASA cao và phẫu thuật do thủng có liên quan đến biến chứng nặng của phẫu thuật (Clavien dindo độ III – IV). Rò móm tá tràng sau mổ có liên quan tới tỉ lệ tử vong. Nghiên cứu của J.B.Y. So[5] cho thấy tuổi >65, Hgb <10 g/l, huyết áp thấp khi nhập viện, xuất hiện biến chứng hô hấp, tim mạch hậu phẫu có liên quan tới nguy cơ tử vong. Trong nghiên cứu, các yếu tố: bệnh cảnh mổ cấp cứu, ASA III – IV, tuổi >65, Hgb <100 g/l, Albumin < 30 mg/dl không liên quan tới tử vong. Người bệnh có biến chứng hô hấp hoặc tổn thương thận cấp sau mổ có liên quan tới tử vong (biến chứng hô hấp p=0,043, tổn thương thận cấp p=0,007).

Ở các người bệnh ung thư, nghiên cứu của Nobuaki Hoshino[9] và cộng sự ở các bệnh nhân phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa cấp cứu: bệnh nhân ung thư phẫu thuật cấp cứu, tỉ lệ biến chứng chung hậu phẫu cao hơn các bệnh nhân mổ chương trình. Nghiên cứu của Adachi[10] với 155 người bệnh ung thư dạ dày thủng, tỉ lệ cắt dạ dày cấp cứu 83%, tỉ lệ tử vong 7%, tỉ lệ sống trên 5 năm 40%. Nghiên cứu của Blackshaw[1] và cộng sự cho thấy thời gian sống 5 năm của người bệnh phẫu thuật cấp cứu cũng thấp hơn người bệnh phẫu thuật chương trình 9% so với 22%. Trong nghiên cứu chúng tôi, mặc dù tổn thương trong mổ nghi ngờ ung thư lên tới 51,1% (23 t.h) nhưng tỉ lệ người

bệnh ung thư trong nghiên cứu là 28,9% (13 t.h). Sự khác biệt này đến từ nhận định chủ quản của phẫu thuật viên. Và việc cắt dạ dày trong cấp cứu ở những bệnh nhân này cần cân nhắc một cách cẩn thận

Người bệnh có GPB sau mổ không phải ung thư có tỉ lệ tử vong cao hơn nhóm bệnh nhân có GPB sau mổ là ung thư, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,028$). Xu hướng này cũng đã được báo cáo trong nghiên cứu của K K Tan[4].

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế: nghiên cứu hồi cứu nên một số hạn chế của hồi cứu, sai lệch có thể có trong ghi chép hồ sơ bệnh án, cỡ mẫu nhỏ. Hơn nữa, chưa có hướng dẫn cụ thể trong giải quyết thương tổn trong mổ. Việc quyết định phương pháp mổ cắt hay không cắt dạ dày trong cấp cứu vẫn phụ thuộc vào quyết định của phẫu thuật viên.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu nhận thấy người bệnh phẫu thuật cắt dạ dày cấp cứu là những người bệnh có bệnh cảnh nặng, nhiều bệnh đồng mắc. Tỉ lệ tử vong và biến chứng chu phẫu cao. Trong đó biến chứng gặp nhiều nhất là viêm phổi và tổn thương thận cấp có liên quan tới tử vong sau mổ. Người bệnh có giải phẫu bệnh sau mổ không phải ung thư có tỉ lệ tử vong cao hơn. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cần cân nhắc dựa vào tổn thương dạ dày trong mổ vào tình trạng của người bệnh, khả năng của bác sĩ cấp cứu, tình trạng cơ sở vật chất hiện có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Blackshaw, G.R., et al.**, Prognostic significance of acute presentation with emergency complications of gastric cancer. *Gastric Cancer*, 2004. 7: p. 91-96.
2. **Cheng, M., W. Li, and M. Cheung**, Early outcome after emergency gastrectomy for complicated peptic ulcer disease. *Hong Kong Medical Journal*, 2012. 18(4): p. 291.
3. **Kasakura, Y., et al.**, Outcomes after emergency surgery for gastric perforation or severe bleeding in patients with gastric cancer. *Journal of surgical oncology*, 2002. 80(4): p. 181-185.
4. **Tan, K.K., et al.**, Early outcome following emergency gastrectomy. *Annals of the Academy of Medicine-Singapore*, 2012. 41(10): p. 451.
5. **So, J., et al.**, Risk factors related to operative mortality and morbidity in patients undergoing emergency gastrectomy. *British journal of surgery*, 2000. 87(12): p. 1702-1707.
6. **Gachabayov, M., et al.**, Surgical Scales: Primary Closure versus Gastric Resection for Perforated Gastric Ulcer-A Surgical Debate. *Nigerian Journal of Surgery*, 2017. 23(1): p. 1-4.
7. **Tarasconi, A., et al.**, Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World journal of emergency surgery*, 2020. 15: p. 1-24.
8. **Laine, L., et al.**, ACG clinical guideline: upper gastrointestinal and ulcer bleeding. *Official journal of the American College of Gastroenterology|ACG*, 2021. 116(5): p. 899-917.
9. **Hoshino, N., et al.**, Emergency surgery for gastrointestinal cancer: a nationwide study in Japan based on the National Clinical Database. *Annals of Gastroenterological Surgery*, 2020. 4(5): p. 549-561.
10. **Adachi, Y., et al.**, Surgical results of perforated gastric carcinoma: an analysis of 155 Japanese patients. *American Journal of Gastroenterology (Springer Nature)*, 1997. 92(3).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA XEP ĐỐT SỐNG MỚI SAU PHẪU THUẬT BƠM XI MĂNG Ở NGƯỜI BỆNH LOÃNG XƯƠNG

Nguyễn Văn Trung¹, Lê Đăng Tân¹, Nguyễn Đức Hoàng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xep đốt sống (XDS) mới sau bơm xi măng (BXM) ở bệnh nhân loãng xương là biến chứng được quan tâm hàng đầu. Việc xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân (BN) này giúp định hướng chẩn đoán và điều trị. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân XDS mới sau phẫu thuật BXM. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 58 BN XDS mới sau phẫu thuật BXM tại Khoa

Chấn thương chỉnh hình và cột sống, Bệnh viện Bạch Mai có thời gian phẫu thuật BXM lần 1 trong khoảng từ tháng 12/2022-12/2023, theo dõi trung bình $24,79 \pm 3,8$ tháng. **Kết quả:** tuổi trung bình 72,9 và nữ (82,8%), BMI trung bình 21,9. Cơ chế xep chủ yếu là tự nhiên (50%) hoặc chấn thương nhẹ (48,3%). Mật độ xương trung bình rất thấp (T-score $-4,2$). Vị trí BXM lần đầu tập trung nhiều ở vùng bản lề ngực-thắt lưng (43,1%); 39,7% BN được bơm ≥ 2 đốt, XDS liên kề chiếm 60,3%. Các yếu tố như ASA cao, sử dụng corticoid kéo dài, đái tháo đường có xu hướng liên quan xep liên kề, nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** XDS mới sau BXM chủ yếu gặp ở BN loãng xương nặng và sức khỏe toàn thân kém. Các yếu tố như ASA cao, dùng corticoid và bơm nhiều đốt có xu hướng tăng nguy cơ XDS liên kề.

Từ khóa: Xep đốt sống mới; bơm xi măng sinh học; xep đốt sống liên kề

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đăng Tân

Email: dangtan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025