

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG, KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY PHỐI HỢP VỚI LOÉT TÁ TRÀNG

Thái Nguyên Hưng¹, Đặng Xuân Dũng¹, Phan Văn Cường²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu với mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm tổn thương UTDD phối hợp với loét tá tràng 2. Kết quả phẫu thuật, kết quả xử trí môm tá tràng, tạo hình môm tá tràng. Kết quả: 49 UTDD phối hợp loét TT; Nam 81,2%, Nữ 18,8%; Tuổi TB 63,74 ± 9,92 T. Tiền sử loét DD-TT 77,6%, thủng cũ HTT 8,2%; Nổi vị tràng 6,1%. Đau thượng vị 97,9%; Nôn 40,6%; Xuất huyết tiêu hóa (XHHT) 59,2%; Hẹp môn vị (HMOV) 36,7%; Gầy sút 71,4%; Sờ thấy u 26,5%. NSDD: UTDD 1/3 Dưới 85,7%; UTDD 1/3 Giữa 14,3%. Tổn thương trong mô UTDD 1/3 dưới 85,7%, UTDD 1/3 Giữa 14,3%. Kích thước (KT) khối UTDD < 5 cm 51,0%; KT ≥ 5 cm 49,0%. KT loét tá tràng (TT) 1-2 cm 87,8%; KT > 2-3 cm 12,2%. Loét mặt trước TT 69,4%; Loét mặt sau TT 14,3%; Kissing ulcer 16,3%; Cắt GTBDD, vét hạch D2, lấy ổ loét TT 93,9%. Cắt GTBDD palliative, lấy ổ loét TT 6,1%. Dẫn lưu môm TT 30,6%. Tạo hình môm TT 38,8%. Không có TV. Biến chứng 6,1% (điều trị nội). **Kết luận:** Tỷ lệ UTDD 1/3 Giữa 14,3%; UTDD 1/3 dưới 85,7%. KT khối UTDD < 5 cm 51,0%; KT ≥ 5 cm 49,0%. KT ổ loét TT từ 1-2 cm 87,8%; > 2-3 cm 12,2%. Loét mặt trước TT 69,4%; Loét mặt sau TT 14,3%; Kissing ulcer 16,3%. Cắt GTBDD, vét hạch D2 lấy ổ loét TT 93,9%. Cắt DD palliative, lấy ổ loét TT 6,1%. Dẫn lưu môm TT 30,6%. Tạo hình môm TT 38,8%. Không có TV. Biến chứng 6,1%. GPB: GĐI 18,4%; GĐII 38,8%; GĐIII 36,7%; GĐ IV 61%; AC.BHV 40,8%; AC KBH 38,8%; TB nhân 20,4%.

SUMMARY

THE SURGICAL RESULTS OF GASTRIC CANCER COEXISTENCE WITH DUODENAL ULCER

Aime of study: 1. Evaluate the lesions of gastric cancer associated with duodenal ulcer. 2. The surgical results of gastric coexistence with duodenal ulcer. **Results:** There were 49 patients, male 81,2%, female 18,8%, mean age 63,74 ± 9,92 year. Medical history: gastroduodenal ulcer in 7,6%; Perforation of duodenum in 8,2%; Gastroenterotomy in 6,1%. Epigastric pain in 97,9%; Hematemesis and melena in 59,2%; Gastric outlet obstruction in 36,7%; Weight loss in 71,4%; Abdominal palpable tumor in 26,5%. Gastroduodenoscopy revealed distal gastrictumor in 100%. Gastric tumor located in lower third of stomach in 85,7%; Middle third in 14,3%. Tumor diameter < 5 cm in 51,0%; ≥ 5 cm in 49,0%. Duodenal ulcer

diameter 1-2 cm in 87,8%; Ulcer > 2-3 cm in 12,2%. Anterior duodenal ulcer in 69,4%; Posterior duodenal ulcer in 14,3%; Kissing ulcer 16,3%. Surgical procedure: Subtotal gastrectomy, D2 lympho node dissection and duodenal ulcer removal in 93,9%; Subtotal gastrectomy (palliative) and duodenal ulcer removal in 6,1%. Duodenostomy 30,6%. Round ligament patch to duodenal stump 38,8%. No death per and post operation. Complication in 6,1% (medical treatment). **Conclusion:** Gastrictumor location: Lower gastric cancer with duodenal ulcer was 85,7%; Middle gastric cancer with duodenal ulcer 14,3%; No proximal gastric cancer associated with duodenal ulcer. Duodenal ulcer: Anterior duodenal ulcer in 69,4%; posterior ulcer in 14,3%; kissing ulcer in 16,3%. Duodenal ulcer diameter: 1-2 cm in 87,8%; > 2-3 cm in 12,2%. Surgical procedure: Subtotal gastrectomy, D2 lympho node dissection and duodenal ulcer removal in 93,9%; Subtotal gastrectomy (palliative) and duodenal ulcer removal in 6,1%. Duodenostomy in 30,6%. Round ligament patch to duodenal stump in 38,8%. No death per and post operation. Complication in 6,1%

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) có tỷ lệ mắc cao với khoảng gần 1 triệu ca mắc mới/năm, đứng thứ 4 trong nguyên nhân TV liên quan tới ung thư. Năm 2022 theo hiệp hội ung thư Mỹ ở Mỹ có 26.380 ca mắc mới và 11.090 ca TV do UTDD.

Năm 2020 toàn TG có 1,089,103 ca mắc UTDD và 768,793 ca TV do UTDD. Mặc dù tỷ lệ mắc giảm nhưng tiên lượng bệnh rất xấu, tỷ lệ sống sau 5 năm thấp.

Phẫu thuật cắt dạ dày (DD), vét hạch D2 là phương pháp điều trị triệt căn UTDD đã được ứng dụng từ lâu tuy nhiên đối với UTDD phối hợp với loét tá tràng (TT) ổ loét tá tràng có thể gây biến dạng tá tràng, xâm lấn thủng vào đầu tụy, DI-DII tá tràng, đường mật chính, cuống gan bởi vậy xử trí tổn thương gặp nhiều khó khăn, nguy cơ rò môm tá tràng, rò mật cao.

Mặt khác UTDD phối hợp với loét tá tràng (TT) chủ yếu là UTDD phần xa. Khối UTDD hang môn vị có thể xâm lấn đầu tụy, tá tràng đường mật, cuống gan bởi vậy cắt DD triệt căn gặp nhiều khó khăn.

Những năm gần đây tại BV K, số BN được phẫu thuật loét TT phối hợp với UTDD có xu hướng tăng lên. Đặc điểm UTDD và vị trí, kích thước, tính chất ổ loét tá tràng chưa được NC nhiều. Bởi vậy chúng tôi NC đề tài này nhằm 2 mục tiêu

¹Bệnh viện K

²Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026

1. Mô tả đặc điểm tổn thương UTDD phối hợp với loét tá tràng.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật, kết quả xử trí móm tá tràng, phương pháp tạo hình móm tá tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng NC:

+ BN không phân biệt tuổi, giới.

+ Được chẩn đoán UTDD phối hợp loét tá tràng.

+ Được phẫu thuật tại khoa ngoại bụng 2, BV K.

- Thời gian: 2020-2025.

- Phương pháp NC: Mô tả hồi cứu.

Bảng 1: Nội soi dạ dày (NSDD)

Vị trí UTDD (NSDD)	1-3 cm	Kích thước UTDD (KTU) >3-≤5cm	KTU >5cm-≤10	KTU >10	Không có loét tá tràng (TT)	Không mô tả loét TT	Loét mặt trước TT	Loét mặt sau TT	Loét 2 mặt TT	Hẹp môn vị
1. Môn vị	2	1					1			1
2. Hang môn vị		4	9		1	4	3		1	5
3. Hang vị	4	10	2	1		5	6	1	1	5
4. Hang vị-Thân vị		3	6		4	4	3			
5. Thân vị	2	5			2	2	2		1	
6. Thân vị-Tâm vị										
7. Tâm vị										
Tổng	8	23	17	1	7	15	15		3	11

- Chẩn đoán UTDD và loét tá tràng qua NSDD:

+ Vị trí UTDD:

→ UTDD hang vị/loét TT 79,6%. (39/49 BN)

→ UTDD môn vị/ loét TT 6,1% (3/49 BN)

(UTDD 1/3 Dưới 42/49 BN - 85,7%)

→ UTDD thân vị/loét tá tràng 14,3% (7/49 BN)

(UTDD 1/3 Giữa 7/49 BN - 14,3%)

→ Không có BN nào UTDD tâm vị.

+ KT khối UTDD:

→ KT khối UTDD ≤ 5 cm 31/49 BN (63,3%);

→KT khối UTDD > 5 cm 18/49 BN (36,7%)

+ Chẩn đoán loét TT (NSDD):

+Loét mặt trước TT 30,6%; Loét 2 mặt TT 6,1%; Loét mặt sau TT 2,04%; Không thấy loét 14,3%; Không mô tả 30,6%.

→ 19/49 BN (38,8%) chẩn đoán loét tá tràng qua NSDD.,

→ 11/49 BN (22,4%) chẩn đoán HMV qua NSDD

- Chụp CLVT:

+ Kích thước (KT) khối UTDD ≤5cm 55,1%; >5cm 6,1%; Không thấy dày khu trú thành DD 38,8%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Từ 2020-2025 có 49 BN UTDD phối hợp loét TT; Nam 40 BN (81,2%), Nữ 9 BN (18,8%).

Tuổi TB 63,74 ± 9,92 (42- 80 T);

- Địa dư: Nông thôn 78,7%, thành thị 21,3%; Nghề nghiệp:Trí thức 2,2%; Nghề nông 72,3%; Nghề khác 25,5%.

-Tiền sử (TS): Loét DD-TT 77,6%, thủng cũ HTT 8,2%; Nổi vị tràng (HMV loét TT) 6,1%; TS nhiễm HP 20,04%.

- Đặc điểm lâm sàng (LS): Đau thượng vị 97,9%; Nôn 40,6%; XHTH 59,2%; HMV 36,7%; Gãy sút 71,4%; Sờ thấy u 26,5%.

- Thử test HP: Test HP (+) 20,4%; Test HP (-) 34,7%; Không thử Test HP 44,9%.

- Sinh thiết: Adenocarcinome biệt hóa vừa (AC.BHV) 40,8%; AC kém biệt hóa (AC.KBH) 38,8%; Tế bào nhân 20,4%.

Bảng 2: Kết quả XN

TT	Các XN	n (%)
1	Thiếu máu nặng	2
2	Thiếu máu vừa	4
3	Thiếu máu nhẹ	14
4	Không thiếu máu	28
5	BC >15 (G/L)	9
6	BC 10-15 (G/L)	10
7	BC 8-<10 (G/L)	7
8	BC <8.(G/L)	22
9	Tiểu cầu giảm< 100.000 (G/L)	1
10	TC 100-150 (G/L)	4
11	Bilirubile	0
12	GOT tăng (U/L)	6
13	GPT tăng (U/L)	5
14	Albumin > 35 (g/L)	27
15	Albumin> 30 -35 (g/L)	13
16	Albumin 25-30.(g/L)	6
17	Albumin <25 (g/L)	2

Bảng 3: Tổn thương trong mổ

Vị trí Ung thư	KTU (n)	Loét TT Mặt trước	Loét TT Mặt sau	Loét 2 mặt TT	GTBDD+ lấy ổ loét TT	TBDD- Lấy ổ loét	Dẫn lưu móm tá tràng (DLMTT)	Tạo hình *
1. Môn vị	1 (<3cm)	1			1			

2. Hang môn vị U 3-<5 cm U 5-<10 cm U ≥ 10 cm	3 11 1	7	3	5	15		8	8
3. Hang vị U 3-<5 cm U 5-<10 cm U >10 cm	11 8 1	14	5	2	20		4	7
4. Hang vị-thân vị U 3-<5 cm U 5-<10 cm	3 3	5		1	6		2	1
4. Thân vị U 3-<5 cm	7	7			7		1	3
5. Thân vị-tâm vị	0							
6. Tâm vị	0							
Tổng	49	34	7	8	49	0	15	19

* Tạo hình mồm tá tràng bằng dây chằng tròn.
 - KT ổ tá tràng (TT): 1-2 cm: 43/49 BN (87,8%); KT > 2-3 cm: 6/49 BN (12,2%).
 - Vị trí ổ loét TT: Loét mặt trước TT 34/49 (69,4%); Loét mặt sau TT 7/49 (14,3%); Kissing ulcer 8/49 BN (16,3%)
 - Phương pháp mổ:
 + Cắt GTBDD, vét hạch D2 triệt căn, lấy ổ loét TT 93,9%.
 + Cắt GTBDD palliative, lấy loét TT 6,1% (M phúc mạc, XHTH).

Bảng 4: Các phương pháp xử trí mồm tá tràng

TT	Các phương pháp	n (%)
1	Khâu mũi rời gục vào đầu tụy + Tạo hình (TH)	4
2	Khâu mũi rời gục vào đầu tụy + Dẫn lưu mồm tá tràng (DLM) + TH	9
3	Khâu mũi rời gục vào đầu tụy + DLM tá tràng	1
4	Khâu mũi rời (2 lớp) + DLM tá tràng + TH	5
5	Khâu mũi rời (2 lớp) + TH	1
6	Khâu mũi rời (2 lớp)	14
7	Khâu vắt hoặc máy cắt thẳng	15

→ Dẫn lưu mồm TT 15 BN; Tạo hình mồm TT 19 BN, Khâu mũi rời gục vào đầu tụy 14 BN; Khâu mũi rời 2 lớp 15 BN; Dùng máy cắt thẳng 15 BN.

Bảng 5: Chỉ định DL mồm TT

TT	Tổn thương	n	%
1	Loét mặt trước TT	2	13,3
2	Loét mặt sau TT	2	13,3
3	Kissing ulcer (KU)	7	46,6
4	Do Loét TT và UTDD (xâm lấn D1-D2, cuống gan, đầu tụy)	3	20,0
5	UTDD xâm lấn D1-D2, đầu tụy	1	6,6
	N	15	100

+ Tỷ lệ DLM tá tràng 30,6% (15/49 BN)

+ 11 BN DLM tá tràng do loét TT, 3 BN DLM tá tràng do UTDD xâm lấn D1-D2, đầu tụy, cuống gan và loét TT; 1 BN. DLM tá tràng do UTDD xâm lấn D1-D2, đầu tụy.

Bảng 6: Các tổn thương UTDD xâm lấn đầu tụy, tá tràng, đường mật

TT	Các tạng bị khối UTDD xâm lấn	n
1	Xâm lấn D1-D2 tá tràng	9
2	Xâm lấn đầu tụy	5
3	Cuống gan	3
4	Thân tụy (thùng bí)	1
5	Thùng bí*	6
6	HMV do UTDD	7

* Khối UTDD thùng bí: 1 BN thùng vào mạc treo ĐT ngang; 1 BN thùng vào đầu tụy, 1 BN thùng vào thùy gan trái; 1 BN thùng vào cuống gan và HPTIV, 1 BN thùng vào đầu tụy và mạc treo ĐT ngang; 1 BN loét mặt sau D1-D2 thùng vào đầu tụy, cuống gan,

- Chẩn đoán UTDD sau mổ:

→ UT DD 1/3 dưới 85,7%.

→ UT 1/3 Giữa 14,3%.

+ KT khối UTDD <5 cm 51,0%; ≥5 cm 49,0%.

- Chẩn đoán loét TT: Sinh thiết TT 89,8%; Tổn thương trong mổ 10,2%.

- Biến chứng và tử vong (TV):

+ 2 BN Rò mồm TT điều trị nội (1 BN luồng sond hút)

+1 BN chậm rỗng DD ngày thứ 10 sau mổ cắt DD dưới tâm vị điều trị nội.

- Không có TV trong, sau mổ và ≤30 ngày.

- Kết quả giải phẫu bệnh (GPB):

+ Ung thư dạ dày:

++ GD IA: 6/49 BN, GD IB: 3/49 BN, (GD I 18,4%)

++GDIIA: 12/49 BN, GD IIB: 7/49BN, (GD II 38,8%).

++GDIIIA: 2/49BN, GD IIIb: 11/49 BN, GD IIIC: 5/49BN. (GD III 36,7%)

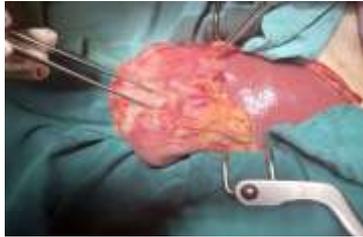
++GD IV: 3/49 BN (6,1%)
 +GPB loét TT: Sinh thiết loét TT 89,8%;
 Chẩn đoán trong mổ 10,2%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả NC của chúng tôi: Về vị trí UTDD phối hợp loét tá TT chúng tôi không gặp BN UTDD 1/3 trên. Tỷ lệ UTDD 1/3 Giữa 14,3%; UTDD 1/3 Dưới 85,7%. KT khối UTDD < 5 cm 51,0%; ≥ 5 cm 49,0%.

Chúng tôi sinh thiết TT 89,8%. Chẩn đoán trong mổ 10,2 (TT biến dạng hình 3 cánh.)

Vị trí loét TT: Loét mặt trước TT 69,4%; Loét mặt sau TT 14,3%; Kissing ulcer: 16,3%. KT ổ loét TT: 1-2 cm 87,8%; > 2-3 cm 12,2%.



Hình 1: Loét mặt trước TT phối hợp UTDD

Chúng tôi cắt GTBDD, vét hạch D2 lấy ổ loét TT 93,9%; 3 BN di căn phúc mạc tuy nhiên BN có XHTH nên mổ cắt GTBDD làm sạch, vét hạch, lấy ổ loét TT (6,1%)

+ Kết quả GPB ung thư dạ dày: GD I 18,4%; GD II 38,8%; GD III 36,7%; GD IV 6,1%. AC.BHV 40,8%; AC.KBH 38,8%; Ung thư tế bào nhân 20,4%.

Chúng tôi không ghi nhận AC Biệt hóa cao.

- Bùi Thanh Thiện báo cáo kết quả cắt GTBDD do UT phần xa DD (n=40): 97,5% cắt 4/5 DD, vét hạch D2; 2,5% cắt 3/4 DD. 72,5% BN đóng mỏ tá tràng bằng máy cắt thẳng, 25% khâu mũi rời do UTDD hang môn vị xâm lấn rộng, mỏ tá tràng sâu, không có BN nào rò mỏ tá tràng hay bục mỏ tá tràng. Kết quả GPB UTDD giai đoạn III chiếm 67,5%, GD II chiếm 27,5%, GD I chiếm 5% [1].

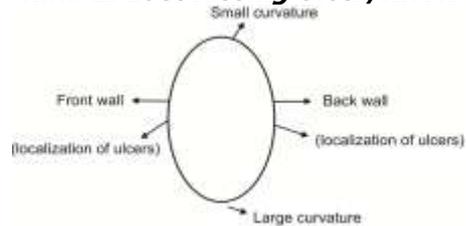
- Loét mặt sau TT và kissing ulcer là tổn thương phức tạp liên quan trực tiếp đến xử trí mỏ TT. Ổ loét sâu, sát bóng Vater với ổ loét lớn, biến dạng, ăn mòn thủng vào tụy và động mạch (ĐM) vị tá tràng (VTT), thủng vào cuống gan, đường mật bởi vậy đối với các BN có ổ loét này chúng tôi DL mỏ TT bằng sond 16 Fr trên cơ sở đóng mỏ tá tràng mũi rời. Mặt khác có 19 BN chúng tôi phẫu thuật tạo hình dây chằng tròn patch vào mỏ TT

- Nghiên cứu (NC) về kissing ulcer của Anatomy Avamenco (2020) [2]: 2 nhóm 34 BN loét KU và 37 BN loét HTT (nhóm chứng). Các

tiêu chí bao gồm đo pH DD test HP, làm phiền đồ, sinh thiết niêm mạc DD-TT tại hang vị, thân vị, bờ cong lớn, BCN dạ dày... Kết quả 100% nhóm loét HTT có dạng giải phẫu HTT hình tròn. Nhóm KU: HTT bắt đầu từ môn vị kéo dài về phía BCN và BCL dạ dày tạo thành hình oval bởi vậy gas tồn dư trong DD là amonia tạo thành từ ure thức ăn dưới tác dụng của enzyme urease của HP không được dùng để trung hòa HCl xung quanh xoắn khuẩn do đó gas tập trung nhiều ở thành trước và trung tâm tạo thành hỗn dịch nồng độ cao amonium hydrocide gây phá hủy niêm mạc tá tràng tạo thành loét đôi xứng.



Hình 2: Loét Kissing Ulcer/XHTH



Hình 3: Cấu tạo giải phẫu của loét KU

+Thái Nguyên Hưng báo cáo 12 BN sốc mất máu do kissing ulcer hoặc loét sâu D1-D2 tá tràng thủng vào đầu tụy, ĐM vị tá tràng, cuống gan, đường mật: 5 BN sốc mất máu; 8 BN kissing ulcer trong đó 2 ổ loét thủng vào ĐM vị tá tràng; 1 BN kissing ulcer thủng vào đường mật. Xử trí PT cắt 2/3 DD, DL mỏ TT 4 BN; DL Kehr 1 BN, còn lại là khâu cầm máu ổ loét, nối vị tràng. Theo tác giả: Nếu không lấy được ổ loét TT do ổ loét sâu, sát Vater nên khâu cầm máu ổ loét, cắt TK X, nối vị tràng hay loại trừ ổ loét ra khỏi đường tiêu hóa.[3]

+ Theo số liệu của chúng tôi có 7 BN loét mặt sau tá tràng, 8 BN loét kissing ulcer (15/49 BN chiếm 30,6%); 4 BN thủng cũ HTT, 3 BN đã nối vị tràng do HMV loét HTT bởi vậy xử trí loét tá tràng và đóng mỏ TT gặp nhiều khó khăn do ổ loét biến dạng, ăn mòn vào đầu tụy, cuống gan. 1 BN có ổ loét mặt sau TT ăn mòn vào ĐM.vị tá tràng (gần thủng). Chúng tôi cắt DD, lấy ổ loét 100% các trường hợp; 15 ca DL mỏ tá tràng; 19 BN patch tạo hình mỏ TT bằng dây chằng tròn; 15 BN khác khâu mũi rời ép vào đầu tụy để tránh rò mỏ tá tràng; 15 BN còn lại loét mặt trước TT còn mềm, TT biến dạng nhẹ nên

chúng tôi cắt dưới ổ loét TT bằng máy cắt thẳng sau đó khâu vùi.

+ Thái Nguyên Hưng báo cáo 8 BN UTDD xâm lấn D1-D2, đầu tụy, cuống gan: Tuổi TB 59,9 T; Ía phân đen 62,5%; nôn máu 37,5%; Khám thấy U 75%; HMV 75 %; U xâm lấn D1-D2 87,5%; U xâm lấn đầu tụy 12,5%. Có 3 BN ung thư thủng vào đầu tụy, D1-D2; Mổ cắt DD triệt căn, vết hạch D2 cho 100% (đóng mòm TT mũi rời khó khăn); 1BN cắt GTBDD, DL mòm TT. Không có TV; 1 BN viêm tụy cấp, rò miệng nối DD-ruột điều trị hút liên tục [4].

+ Theo số liệu bảng 6:7 BN thủng bị được các tạng xung quanh bị lại: 1 BN thủng bị do ổ loét mặt sau D1-D2 thủng vào cuống gan, đầu tụy; 6 BN khác khối UTDD thủng bị: 1 BN thủng vào mạc treo ĐT ngang; 1 thủng vào đầu tụy, 1 thủng vào thùy gan trái; 1 thủng vào cuống gan và HPTIV, 1 thủng vào đầu tụy và mạc treo ĐT ngang;

+ Tổng kết thủng UTDD tại BVK (2022-2024): 31 BN, tuổi TB 64,6 T. Trong đó có 7 BN thủng bị; 1 BN thủng UTDD tạo thành ổ apxe ở BCL dạ dày [5]. 5 BN được DLM tá tràng; KT lỗ thủng bị TB 3,5 cm (2- 6 cm); KT khối UTDD (thủng bị) TB 7,87 cm (5-10 cm). So sánh với BN thủng UTDD vào ổ bụng tự do: KT lỗ thủng TB 1,72 cm (0,5-4 cm); KT khối UTDD TB 5,36 cm (3-10 cm). 90,4% UTDD 1/3 Dưới; 6,4% UTDD 1/3 Giữa; 3,2% UTDD 1/3 trên DD. 90,3% cắt GTBDD vết hạch triệt căn; 3,2% cắt TBDD; 6,4% khâu thủng (đi căn phúc mạc); Số hạch nạo vét TB 12,96 hạch. Kết quả GPB: UTDD giai đoạn III 58,6%, GĐ IV 10,3%. Tỷ lệ biến chứng 15,4%; 1 BN TV sau cắt GTBDD, vết hạch (2,56 %) do nhồi máu phổi, đông máu rải rác lòng mạch.

-Về phẫu thuật: Đóng mòm TT hay DLM tá tràng là vấn đề chủ yếu quyết định PT triệt căn hay nổi tắt khi UTDD đã xâm lấn đầu tụy, tá tràng, đường mật, cuống gan hay loét sâu TT, loét 2 mặt TT (KU), thủng cũ HTT hay thủng bị UTDD vào đầu tụy, cuống gan, D1-D2 tá tràng.

+ Số liệu của chúng tôi cho thấy có 15 BN được DLM tá tràng:

++ 11/15 BN (73,3%) DLM tá tràng do loét TT (loét sâu TT, loét mặt sau TT, loét 2 mặt tá tràng, mòm TT biến dạng, mụn, sát bóng Vater)

++3/15 BN chiếm 20% (bảng 5) khối UTDD xâm lấn đầu tụy, cuống gan, D1-D2 TT phối hợp loét TT.

++1/15 BN (6,7%) DLM tá tràng do UTDD xâm lấn đầu tụy, D1-D2 .

+ Theo bảng 5: 19 BN tạo hình mòm TT bằng dây chằng tròn. Sau khi đóng mòm TT khó khăn do mòm sâu, mụn, dễ rò mòm TT chúng tôi dùng dây chằng tròn như một vạt có cuống

mạch khâu cố định vào mòm TT như phương pháp patch tá tràng hay lỗ thủng tá tràng trong trường hợp tổn thương thành tá tràng hay lỗ thủng dạ dày kích thước quá lớn khâu dễ bục hay rò. Mặc dù được DL mòm tá tràng và tạo hình, có 2 BN rò mòm TT do mòm TT mụn và sâu sát Vater (1ca mòm tá tràng sâu sát vater, mụn do kissing ulcer, 1 ca mòm sâu và mụn do loét tá tràng và UTDD xâm lấn D1-D2, đầu tụy).

+ 14 BN khác mòm TT sâu và mụn, phù nề được khâu vùi 2 lớp sau đó khâu gục vào đầu tụy.



Hình 4: Dẫn lưu Mòm tá tràng



Hình 5: Tạo hình mòm tá tràng bằng dây chằng tròn

- Biến chứng và tử vong

- 2 BN rò mòm TT với số lượng trung bình.

Hai BN này đều có loét kissing ulcer, mòm sâu, mụn kết hợp với UTDD GĐ muộn. 1BN khác xuất hiện chậm rộng dạ dày (CRDD):

+ 1 BN có di căn phúc mạc, XHTH được cắt làm sạch, cầm máu, xuất hiện rò ngày 10 sau mổ gây apxe dưới hoành, BN này được luôn sond hút, nhịn ăn, nuôi dưỡng TM hết rò sau 2 tuần.

+ 1 BN loét 2 mặt tá tràng trong đó mặt ổ loét mặt sau thủng vào đầu tụy, cuống gan xuất hiện rò ngày thứ 7 sau mổ, số lượng <500ml/24h (BN Trần Văn H), được điều trị nội khoa, nhịn ăn, dùng otreotide và nuôi dưỡng TM, rò giảm dần, hết rò sau 3 tuần.

+ 1 BN chậm rộng dạ dày vào ngày thứ 9-10 sau mổ: BN này đã được hóa chất tiền phẫu sau đó cắt GTBDD vết hạch. Sau mổ BN ăn khó tiêu, ậm ạch, nôn. Chụp DD sau 6 h thuốc cản quang xuống qua miệng nối chậm. BN này được điều trị erythromycin 0,25 liều thấp sau uống 3-5 ngày triệu chứng CRDD giảm dần.

Thái Nguyên Hưng [6] báo cáo 11 BN rò sau cắt DD do UTDD: Tuổi TB 62,3T; 3 BN loét TT; 1 BN thủng TT cũ. UTDD xâm lấn gổ trên-D2 tá tràng 63,6%; UTDD và loét D1-D2 tá tràng 27,2%; Mổ cắt GTBDD vết hạch D2 100% trong đó 4/11 BN đóng mòm TT khó khăn (mũi rời);

6/11 BN DLM tá tràng. Nguyên nhân đóng mòm TT khó do UTDD xâm lấn D1-D2 63,6%; do UTDD phối hợp với loét biến dạng TT (mòm TT sâu, sát Vater) 27,2%. Các BN rò sau cắt DD được điều trị nội. 1 BN rò gây apxe dưới hoành trái > 10 cm được luồn sond dẫn lưu ổ apxe. Bốn BN (không DL mòm TT) xuất hiện rò muộn sau khi rút DL dưới gan được luồn sond vào ổ apxe dẫn lưu, bơm rửa kết quả tốt, không có BN nào mổ lại. Tác giả kết luận: Tồn thương TT ở D1-D2, mòm TT sâu, sát bóng Vater nên chủ động DLM tá tràng để bảo vệ miệng nối, tránh rò mòm TT.

+ Thống kê tại 11 trung tâm tại Ytalia: Rò mòm TT 1,6% (68 BN); TV 16%, các biến chứng của rò liên quan tới nhiễm trùng, chảy máu chiếm 30%, mổ lại 40%. Theo tác giả: Điều trị nội khoa mang lại kết quả tốt, chỉ nên mổ lại khi có nhiễm trùng nặng, chảy máu.

+ Số liệu trên 666 BN cắt GTBDD do UTDD (1997-2014): Tỷ lệ rò 1,95% (13 BN); 8 BN mổ lại; 5 BN điều trị nội khoa. Tỷ lệ TV 46,2% (6 BN), thời gian nằm viện TB 39,5 ngày (26-65 ngày).

+ Số liệu 13 NC từ 1988-2014: 145 BN rò mòm TT điều trị theo 4 phương pháp: Bảo tồn, phẫu thuật, DL qua da và qua nội soi. Tỷ lệ TV 11,7%. Có 79 BN được điều trị nội và DL qua da, tỷ lệ thành công 92,3% (17-71 ngày). Các phương pháp mổ bao gồm DL mòm TT; nối tá tràng-ruột hoặc cắt khối tá tụy. Thời gian nằm viện nhóm BN mổ là 1-1035 ngày. Nhóm DL qua da hay DL mòm tá tràng 32 BN; DL đường mật qua da 13 BN; Số ngày nằm viện nhóm này là 43 ngày. Kết luận: Điều trị bảo tồn và DL qua da là phương pháp lựa chọn, chỉ nên mổ khi điều trị nội thất bại [7]

+ Báo cáo về CRDD của Thái Nguyên Hưng [8]: Các điều kiện thuận lợi xuất hiện CRDD là tuổi cao, có HMV, cắt GTBDD khá cao (các nhánh của ĐM vị ngắn còn ít). Ca CRDD trong NC có các điều kiện thuận lợi: BN tuổi cao, điều trị hóa chất trước mổ, UTDD thân vị thủng bít, cắt DD dưới tâm vị.

+ Báo cáo của Tao Pang [9]: 1243 cắt GTBDD do UTDD có 53 BN CRDD. Chẩn đoán CRDD theo nguyên tắc không tắc quai đi hoặc tắc ruột cao, không có rối loạn nước, điện giải, hút dạ dày > 800ml/24h/10 ngày. So với nhóm không bị CRDD sau cắt GTBDD: Tuổi cao, BMI cao, HMV, thể tích dạ dày còn lại, vị trí thắt ĐM vị trái hay ĐM vị ngắn là những yếu tố nguy cơ gây CRDD.

V. KẾT LUẬN

5.1 Đặc điểm tổn thương ung thư dạ dày và loét tá tràng

+ Tỷ lệ UTDD 1/3 Giữa 14,3%; UT DD 1/3 dưới 85,7%; Không gặp UTDD 1/3 trên phổi hợp với loét tá tràng.

+ Kích thước khối UTDD: KT <5 cm 51,0%; KT ≥5 cm 49,0%.

+ Sinh thiết ổ loét TT 89,8%; Xác định trong mổ 10,2%.

+ Kích thước ổ loét TT 1-2 cm 87,8%; >2-3 cm 12,2%.

+ Vị trí ổ loét TT: Loét mặt trước TT 69,4%; Loét mặt sau TT 14,3%; kissing ulcer 16,3%.

5.2. Phương pháp mổ và xử trí mòm tá tràng

+ Cắt GTBDD, vét hạch D2 lấy ổ loét TT 93,9%.

+ Cắt DD palliative, lấy ổ loét TT 6,1%.

+ Dẫn lưu mòm tá tràng 30,6%

+ Tạo hình mòm TT 38,8%.

+ Đóng mòm TT mũi rời, khâu vào đầu tụy 28,6%.

5.3. Biến chứng, tử vong

+ Tử vong: Không có TV trong, sau mổ và trong vòng 30 ngày sau mổ.

+ Biến chứng: Tỷ lệ 6,1% (3 BN); 2 BN rò mòm TT sau cắt GTBDD, DL mòm TT; 1 BN chậm rỗng dạ dày. điều trị nội.

5.4. Kết quả giải phẫu bệnh (GPB)

+ Kết quả GPB ung thư dạ dày: GĐI:18,4%; GĐII 38,8%; GĐIII 36,7%; GĐ IV 6,1%.

+ Mô bệnh học: AC.BHV 40,8%; AC.KBH 38,8%; Ung thư tế bào nhẵn (TB nhẵn) 20,4%.

Không ghi nhận AC Biệt hóa cao phối hợp với loét tá tràng

+ Loét tá tràng 100% các trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bùi Thanh Thiện.** Kết quả phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư 1/3 dưới dạ dày biến chứng chảy máu tiêu hóa tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều, Hà Nội. Luận văn bác sĩ nội trú. Thái Nguyên 2021.
- Avamenco. AA.** Influence of percularities of anatomical structure (shape) of duodenum bulb on the mechanism of formation of "kissing" ulcer patients with chronic non-atrophic gastritis. Wida Lek. 2019;72: 946-949.
- Thái Nguyên Hưng.** Điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa nặng, sốc mất máu do loét mặt sau quai trên-DII tá tràng ở người bệnh đang điều trị các bệnh lý ung thư. Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam (2024) Số 1-Tập 14: 79-87
- Thái Nguyên Hưng.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa do ung thư hang môn vị dạ dày xâm lấn đầu tụy, D1,D2 tá tràng. Tạp chí Y học Việt Nam 507, tháng 10 (1)-2021:137-141.
- Thái Nguyên Hưng.** Kết quả điều trị phẫu thuật thủng ổ loét dạ dày tại bệnh viện K. Đề tài cơ sở. Hà Nội 2024.
- Thái Nguyên Hưng, Phan Văn Linh.** Điều trị rò mòm tá tràng sau cắt đoạn dạ dày do ung thư dạ

dày và rò tiêu hóa cao. Tạp chí Y học Việt Nam tháng 6 (2) 2023:369-374.

7. **Aureo Paulo et al.** Management of duodenal stump fistula after gastrectomy for gastric cancer: Systematic review. World J. Gastroenterol 2015, June 28;21(24): 7571-7576.

8. **Thái Nguyễn Hưng, Phan Văn Linh:** Chẩn

đoán và điều trị hội chứng chàm rỗng da dày sau cắt da dày bán phần do ung thư dạ dày. Tạp chí Y học Việt Nam tháng 7 (2)-2023:386-390.

9. **Tao Pan et al.** Analysis of risk factors and Prevention strategies for functional delayed gastric emptying in 1243 patients with distal gastric cancer. W J of Surgical Oncology 2020, 18: 320.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT HYBRID ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ ĐA TẦNG

Trần Huy Hùng^{1,2}, Cao Hữu Từ²,
Quách Tấn Tài³, Nguyễn Ngọc Khang³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, phương pháp phẫu thuật đối với bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng vẫn còn nhiều tranh cãi khá rộng rãi. Phẫu thuật cố định và hàn xương lõi trước (ACDF) kết hợp cùng với đĩa đệm động nhân tạo (CDA) đã ra đời như một phương pháp mới, với nhiều hứa hẹn. Tuy vậy, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả của kỹ thuật mới này. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 20 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng và phẫu thuật Hybrid tại Bệnh viện ĐK Gia An 115, trong thời gian từ 12/2024 đến 10/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu tiền cứu, mô tả lâm sàng cắt ngang, theo dõi dọc. **Kết quả và bàn luận:** Độ tuổi trung bình 60.4 ± 9.6; nhóm tuổi mắc bệnh chính là 40-60 tuổi, nam giới là chủ yếu (chiếm 70%). Bệnh khởi phát từ từ, 80% kéo dài trên 01 năm. Đặc điểm lâm sàng chính là tình trạng đau và hạn chế vận động cổ, hội chứng rễ (100%) và hội chứng cột sống (95%), hội chứng tủy (55%). NDI trung bình là 39.18%. mJOA trung bình: 15.45 ± 2.6. Cobb C2-C7 trung bình là 16.2±10.6, SVA là 1.88, thấp nhất là 0.43, cao nhất là 3.31. T1-Slope là 27.09±7.6. Thoái hóa đĩa đệm chủ yếu là độ III. C4, C5, C6 là những vị trí bệnh lý chủ yếu. Tỷ lệ phục hồi tổn thương tủy sau mổ là 79.3%. VAS tay, VAS cổ và mJOA sau mổ lần lượt là 2.35 ± 0.7, 2.55 ± 0.9, 17.15 ± 1.2. Góc Cobb sau mổ trung bình là -22.9 ± 9.2 (p<0.05). T1-S và SVA không có sự khác biệt có ý nghĩa. Mức độ hài lòng sau mổ là 95%. **Kết luận:** Bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng gặp phần lớn ở người cao tuổi, nam giới là chủ yếu. Phẫu thuật Hybrid (HS) cải thiện rõ rệt VAS, mJOA, độ uốn cột sống cổ. HS cho thấy là phẫu thuật rất triển vọng và hiệu quả trong điều trị bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng.

Từ khóa: bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ đa tầng, VAS, mJOA

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện TWQĐ 108

³Bệnh viện ĐK Gia An 115

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Hùng

Email: hungth.ss108@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

SUMMARY

EARLY RESULT AFTER HYBRID SURGERY IN THE TREATMENT OF MULTI-LEVEL CERVICAL DISC DISEASE

Background: Currently, surgical approach for multilevel cervical disc disease (MCDD) are still widely controversial. Anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) combined with cervical disc arthroplasty (CDA) has emerged as a new method with much promise. However, in Vietnam, there has been no research evaluating the results of this new technique. **Object research:** Including 20 patients diagnosed with multi-level cervical disc disease and Hybrid surgery at Gia An 115 General Hospital, from December 2024 to October 2025. **Method research:** Prospective study design, cross-sectional clinical description, longitudinal follow-up. **Result and Discussion:** The average age is 60.4 ± 9.6; the main age group with the disease is 40-60 years old, mainly male (70%). The disease starts slowly, 80% lasts for more than 1 year. The main clinical features were pain and limited neck mobility, radicular syndrome (100%) and spinal syndrome (95%) and myelopathy syndrome (55%). The average NDI is 39.18%. The average mJOA: 15.45 ± 2.6. The average Cobb C2-C7 is 16.2±10.6, SVA is 1.88, the lowest is 0.43, the highest is 3.31. T1-Slope is 27.09±7.6. The main disc degeneration is grade III. C4, C5, C6 are the main pathological locations. The rate of postoperative spinal cord injury recovery was 79.3%. The postoperative VAS arm, VAS neck and mJOA were 2.35 ± 0.7, 2.55 ± 0.9, 17.15 ± 1.2, respectively. The mean postoperative Cobb was -22.9 ± 9.2 (p<0.05). T1-S and SVA had no significant difference. Postoperative satisfaction rate was 95%. **Conclusion:** Multi-level cervical disc disease occurs mainly in the elderly, predominantly in men. Hybrid surgery (HS) significantly improved VAS, mJOA, and cervical lordosis. These results indicate that hybrid surgery seems to be a promising, acceptable, and alternative surgical approach for the treatment of multi-level cervical disc disease. **Keywords:** multi-level cervical disc disease, VAS, mJOA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh già hóa dân số toàn cầu hiện nay, các bệnh lý liên quan đến thoái hóa cột