

đổi, tụt huyết áp do giãn mạch phổi hợp tình trạng tăng đông trên nền ung thư giai đoạn cuối – một biến cố hiếm gặp nhưng cần được cảnh giác và theo dõi sát sau thủ thuật [1, 5]

Ngoài ra, trong nhóm SHPB, một bệnh nhân có biểu hiện đau buốt lan dọc chi dưới sau tiêm cồn, được xác định là tổn thương thoáng qua dây thần kinh hông to. Bệnh nhân được điều trị nội khoa bằng giảm đau thần kinh kết hợp vật lý trị liệu và hồi phục hoàn toàn sau 8 tuần. Biến chứng này cho thấy việc kiểm soát hướng đi và phạm vi khuếch tán của cồn là yếu tố then chốt nhằm tránh lan vào cấu trúc thần kinh hoặc cơ quan lân cận.

Tổng thể, kết quả của nghiên cứu này phù hợp với xu hướng chung trong y văn quốc tế, củng cố giá trị của kỹ thuật diệt hạch giao cảm dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính như một phương pháp giảm đau can thiệp hiệu quả, đặc biệt trong ung thư tụy và các bệnh lý ác tính vùng bụng – tiểu khung. Tuy nhiên, để khẳng định chắc chắn hơn hiệu quả dài hạn và mức độ an toàn, cần có các nghiên cứu ngẫu nhiên đối chứng với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật diệt hạch đám rối thần tạng và đám rối hạ vị dưới cắt lớp vi tính cho thấy hiệu quả

giảm đau rõ rệt và an toàn ở bệnh nhân ung thư vùng bụng và tiểu khung giai đoạn tiến xa. Phương pháp này giúp cải thiện chất lượng sống, giảm nhu cầu sử dụng opioid và có tỷ lệ biến chứng thấp, chủ yếu là tiêu chảy thoáng qua. Trường hợp đột quy não sau can thiệp là hiếm gặp nhưng cần được nghiên cứu sâu hơn. Kỹ thuật này xứng đáng được triển khai rộng rãi trong chăm sóc giảm nhẹ và cần các nghiên cứu đa trung tâm, có nhóm đối chứng để xác định hiệu quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thùy, Đ.T.T.**, *Đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp diệt hạch đám rối thần tạng bằng tiêm cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính*. Luận văn thạc sỹ y học – ĐH Y khoa Hà Nội, 2014: p. 29–56.
2. **Jain, D., Sood, Coeliac plexus blockade and neurolysis: an overview**. Indian journal of anaesthesia, 2006: p. 169–177.
3. **Ischia, S., et al.**, *A new approach to the neurolytic block of the coeliac plexus: the transaortic technique*. Pain, 1983. **16**(4): p. 333–341.
4. **de Leon-Casasola, O.A., E. Kent, and M.J. Lema**, *Neurolytic superior hypogastric plexus block for chronic pelvic pain associated with cancer*. Pain, 1993. **54**(2): p. 145–151.
5. **Rykowski, J.J. and M. Hilgier**, *Efficacy of neurolytic celiac plexus block in varying locations of pancreatic cancer: influence on pain relief*. Anesthesiology, 2000. **92**(2): p. 347–54.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ DẠ DÀY TIẾN TRIỂN XÂM LẤN ĐẦU TUY, TÁ TRÀNG, CUỐNG GAN

Thái Nguyên Hưng¹, Phan Văn Cường²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả với 2 mục tiêu: 1. Mô tả các đặc điểm chung của bệnh nhân mắc tiến triển xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan. 2. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTDD tiến triển tại chỗ xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan. Từ 2020-2025 có 40 BN: Nam 33 BN (82,5%); Nữ 7 BN (17,5%); Tỷ lệ Nam/Nữ 4,7. Tuổi TB 63,08±1,73 T. Tiền sử loét DD-TT 47,5%; TS mắc các bệnh phổi hợp 72,5%. Các đặc điểm lâm sàng: Đau bụng 100%; Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 62,5% (ỉa phân đen); Hẹp môn vị (HMOV) 85,0%; gầy sút 82,5% khám thấy

khối U 27,5%. 100% là UTDD 1/3 dưới dạ dày: UTDD môn vị 25,0%; UTDD hang môn vị 52,5%; UTDD hang vị 7,5%; UTDD hang vị -thân vị 15,0%. Kết quả nội soi dạ dày (NSDD): Kích thước khối UTDD ≤ 5 cm chiếm 60,0% (24/40 BN), Hẹp môn vị 42,5%. Chụp CLVT ổ bụng chẩn đoán UTDD xâm lấn đầu tụy- tá tràng, cuống gan trước mổ 6/40 BN (15,0%). Kết quả sinh thiết: Adenocarcinome (AC) kém biệt hóa (KBH) 19/40 BN (47,5%); AC biệt hóa vừa (BHV) 11/40 BN (27,5%); Tế bào (TB) nhân 8/40 BN (20,0%); TB nhầy 2/40 BN (5,0%). **Kết luận: 1. Đặc điểm chung:** Tuổi TB 63,08±1,73; Nam 82,5%; Nữ 17,5%; Tỷ lệ Nam/Nữ 4,7. Tiền sử loét DD-TT 47,5%, TS mắc các bệnh phổi hợp 72,5%. **2. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán:** Đau bụng 100%; ỉa phân đen 62,5%; Hẹp môn vị 85,0%; gầy sút 82,5%; khám thấy khối U 27,5%. UTDD 1/3 dưới dạ dày chiếm 100%: UTDD môn vị 25,0%; UTDD hang môn vị 52,5%; UT hang vị 7,5%; UTDD hang vị -thân vị 15,0%. Kích thước khối UTDD ≤ 5 cm chiếm 60,0%; Hẹp môn vị 42,5%. CLVT ổ bụng chẩn đoán

¹Bệnh viện K

²Bộ môn ngoại, Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2026

Ngày duyệt bài: 18.3.2026

UTDD xâm lấn đầu tụy- tá tràng, cuống gan trước mỡ 6/40 BN (15,0%). Adenocarcinome kém biệt hóa (KBH) 47,5%; AC BHV 27,5%; TB nhân 20,0%; TB nhày 5,0%.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF LOCALLY ADVANCED GASTRIC CANCER INVADING DUODENUM, HEAD OF PANCREAS AND HEPATO-DUODENAL LIGAMENT

Aime of study: Retrospective study aim at Evaluating the Epidemiology and Clinical and Paraclinical features of Locally Advanced Gastric Cancer Invading Duodenum, Head of pancreas or Hepato-Duodenum ligament. **Results:** There were 40 patients, mean age: 63,08±1,73 Y, male 82,5%, Female 17,5%, Sex ratio 4,7. **Medical history:** gastro-duodenal ulcer in 47,5%; Comorbidities in 72,5%. **Clinical and paraclinic features:** Epigastric pain in 100%; Melena in 62,5%; Gastric outlet obstruction in 85,0%. Weight loss in 82,5%; Panpable tumor in 27,5%. Distal gastric cancer in 100%: Among them, pyloric tumor in 25%; Antral-pyloric tumor in 52,5%; Antral tumor in 7,5%; Antral tumor invaded lesser curvature in 15%. Tumor diameter ≤ 5 cm in 60%. Gastric outlet obstruction (by gastro duodenal scopy) in 42,5%. CTScan revealed tumor invaded duodenum or head of pancreas in 15%. **Pathological results:** poorly differentiated carcinoma in 47,5%; Moderately differentiated carcinoma in 27,5 %;signet Ring Cell carcinoma 20%; Mucinous adenocarcinoma in 5%. **Conclusions: 1.The common features:** Mean age 63,08±1,73 Y; male 82,5%, Female 17,5%, Sex ratio 4,7. Medical history: gastro-duodenal ulcer in 47,5%; Comorbidities in 72,5%. **2. Clinical and paraclinical features:** Epigastric pain in 100%; Melena in 62,5%; Gastric outlet obstruction in 85,0%. Weight loss in 82,5%; Panpable tumor in 27,5%. Tumor location (gastroduodenal finding) : Distal gastric cancer in 100%: Among them, pyloric tumor in 25%; Antral-pyloric tumor in 52,5%; Antral tumor in 7,5%; antral tumor invaded lesser curvature in 15%. Tumor diameter ≤ 5 cm in 60%. Pylory stricture (by gastro duodenal scopy) in 42,5%. CTScan finding (Preoperative): Tumor invaded duodenum or head of pancreas in 15%. **Pathological results:** Poorly differentiated Carcinoma in 47,5%; Moderately differentiated Carcinoma in 27,5 %;signet Ring Cell Carcinoma 20%; Mucinous Adenocarcinoma in 5%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý có tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ TV cao. Năm 2020 có 1089 ca mắc mới trên toàn TG và 768,793 ca TV.

Tại Mỹ năm 2022 có 26.380 ca mắc mới và 11.000 ca TV do UTDD

Tỷ lệ mắc UTDD khác nhau theo từng vùng, cao nhất ở Đông âu, Đông Á và châu Mỹ la tin, các nước đang phát triển, tỷ lệ mắc thấp nhất ở các nước Tây Âu nơi có tỷ lệ nhiễm HP thấp.

Phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn, vét hạch D2 (VH D2) là PT chuẩn điều trị UTDD tuy nhiên đối với UTDD tiến triển tại chỗ, xâm lấn tá tràng, đầu tụy, cuống gan...PT triệt căn gặp rất nhiều khó khăn do khối UTDD tiến triển xâm lấn rộng vào đầu tụy, tá tràng, cuống gan, đường mật, nhiều trường hợp khối UTDD đã thủng được các tạng bọc lại dẫn đến PT nổi tắt chiếm tỷ lệ cao. Bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: 1. *Mô tả các đặc điểm chung của bệnh nhân mắc tiến triển xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan.* 2. *Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTDD tiến triển tại chỗ xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+Đối tượng nghiên cứu: BN không phân biệt tuổi giới, được chẩn đoán và phẫu thuật UTDD tại khoa ngoại tiêu hóa 2, BV K, có tổn thương trước mổ và/hoặc trong mổ UTDD xâm lấn đầu tụy và/hoặc D1-D2 tá tràng, cuống gan .
+ Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.
+Thời gian: 2020-2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 2020-2025 có 40 BN đủ tiêu chuẩn: Nam 33 BN (82,5%); Nữ 7 BN (17,5%); Tỷ lệ Nam/Nữ 4,7. Tuổi TB 63,08±1,73.
BN ở nông thôn 30/40 BN (75,0 %); Thành thị 10/40 (25,0%).
+ Tiền sử:

Bảng 1: Các đặc điểm tiền sử

TT	Các đặc điểm	n (%)
1	Loét DD-TT	19(47,5%)
2	Đã nổi vị tràng	1
3	Thủng HTT cũ	1
4	Hóa chất tiền phẫu	2
5	Đã mổ cắt cụt trực tràng	1
6	Thay đoạn động mạch chủ	1
7	Liệt 1/2 người	1
8	Suy tim (thông liên nhĩ)	1
9	Xơ gan (viêm gan B+C)	1
10	Ung thư hạ họng	1

TS đã mắc các bệnh phối hợp là 29/40 BN (72,5%).

Bảng 2: Các các đặc điểm lâm sàng

TT	Đặc điểm lâm sàng	N (%)
1	Đau bụng TV	40 (100)
2	Nôn	26 (65,0)
3	Ia phân đen (XHTH)	25 (62,5)
4	Nôn máu	0
5	Gầy sút	33 (82,5)
6	Khám thấy U	11 (27,5)
7	Hep môn vị (HMOV)	34 (85,0%)

+Đau bụng thượng vị 100%, ia phân đen 62,5%, HMOV 85%.

Bảng 3: Kết quả NSDD và chụp CLVT

TT	Vị trí khối UTDD	N (%)
NSDD		
1	Môn vị ≤ 5 cm	9 (22,5)
	Môn vị > 5 cm	1 (2,5)
2	Hàng vị ≤ 5 cm.	1 (2,5)
	Hàng vị > 5cm	2 (5,0)
3	Hàng môn vị ≤ 5 cm.	14 (35,0)
	Hàng môn vị > 5 cm.	7 (17,5)
4	Hàng vị-thân vị ≤ 5 cm.	0
	Hàng vị-thân vị > 5-10 cm.	5 (12,5)
	Hàng thân vị > 10 cm.	1 (2,5)
Chụp CLVT:		
5	Khối UT < 5 cm (CLVT)	24/40(60,0)
6	Khối U 5-10 cm	14/40 (35,0)
7	Không thấy khối u	2/40 (5,0)

+ NSDD: khối UTDD ≤ 5 cm chiếm 60,0% (24/40 BN)

+ 100% UTDD 1/3 Dưới (UTDD vùng môn vị hoặc hàng môn vị)

+ NSDD: 17/40 BN có HMV (42,5%)

+CLVT ổ bụng : UTDD xâm lấn đầu tụy- tá tràng trước mổ 6/40 BN (15,0%) trong đó 1 BN giãn đường mật, 2 BN thâm nhiễm, ranh giới không rõ với đầu tụy, 3 BN khác khối U xâm lấn D1 tá tràng.

Bảng 4: Kết quả xét nghiệm.

TT	Các xét nghiệm	n (%)
1	Thiếu máu nhẹ	11
2	Thiếu máu TB	10
3	Thiếu máu nặng	3
4	Không thiếu máu	15
5	Bạch cầu > 20 (G/L)	2
6	Bạch cầu (BC) > 15(G/L).	3
7	BC 10-15 (G/L)	8
8	BC 8-10 (G/L)	8
9	BC 5 < 8(G/L)	17
10	BC < 5 (G/L)	1
11	Tiểu cầu(TC) < 100 (G/L)	0
12	TC 100-150 (G/L)	3
13	Biliubile tăng	1
14	GOT tăng (U/L)	5
15	GPT tăng (U/L)	5
16	Albumin > 35 (G/L)	23
17	Albumin > 30-35 (G/L)	8
18	Albumin 25-30 (G/L)	4
19	Albumin < 25 (G/L).	4
20	Đường máu cao	7

- Tổn thương trong mổ:

Bảng 5: Các tổn thương trong mổ

TT	Các tạng bị xâm lấn	N
1	D1-D2 tá tràng	6
2	D2 tá tràng	2
3	D1-D2, đầu tụy	9
4	D1-D2, đầu tụy, cuống gan	6
5	D1-D2 đầu tụy, HPT gan	1
6	D1-D2, đầu tụy, mạc treo ĐT hoặc ĐT	6
7	D1-D2, cuống gan	7

TT	Các tạng bị xâm lấn	N
8	Đầu tụy, mạc treo ĐT	2
9	Cuống gan, mạc treo ĐT	1
	N	40

+21/ 40 BN thủng bít (52,5%).

+37/40 BN khối UT xâm lấn tá tràng (92,5%).

+24/40 BN khối UT xâm lấn đầu tụy (60,0%).

+14/40 BN khối UT xâm lấn cuống gan (35,0%).

- Các phương pháp mổ

Bảng 6: Phương pháp mổ

TT	Các PP mổ và xử trí móm tá tràng	N
1	Cắt GTBDD triệt căn, vét hạch D2	37
2	Cắt GTBDD palliative	3
	-Xử trí móm tá tràng:	
3	Đóng móm tá tràng (TT) mũi rời 2 lớp, khâu vào đầu tụy	14
4	Đóng móm TT mũi rời, DLM* tá tràng	10
5	Đóng móm TT mũi rời, DLM tá tràng, tạo hình (TH)	12
6	Đóng móm TT mũi rời, tạo hình	4

*DLM: Dẫn lưu móm.

- DLM tá tràng: 22/40 BN (55,0%).

- Tạo hình móm TT 16/40 BN (40,0%).

- Đóng móm TT mũi rời khâu ép vào đầu tụy 18/40 BN.(45,0%)

- Biến chứng và TV

+ Rò móm tá tràng: 6/40 BN (15,0%) trong đó 4 BN rò mặc dù được DLM tá tràng;

+ 2 BN được luồn sond hút (apxe dưới hoành trái);

+ 1 BN rò nhỏ/đã DLM tá tràng: tự liền (<100 ml/24 h)

+ 1 BN rò miệng nổi (sau VTC ngày 6) được luồn sond hút liên tục và nhét rau thai, rò giảm dần, ra viện sau 35 ngày

+ 2 BN khác rò / Khâu móm TT mũi rời: điều trị nội

+ TV: không.

- Giai đoạn bệnh:

+GĐ IB: 1 BN, TB nhẵn xâm lấn cơ tá tràng chiếm 2,6% (T2N0M0)

+GĐIIA: 1 BN AC tuyến nhầy xâm lấn cơ tá tràng chiếm 2,6%, (T2N1M0)

+GĐIIIb 16/40 BN (40,0%) (T4bN0M0:9 BN; T4bN1M0:7 BN).

+GĐIIIc 19/40 BN(47,5%) (T4bN2M0 :12;T4bN3aM0: 3 BN;T4bN3bM0 4 BN).

+GĐ IV 3/40 BN (7,5%).

- Kết quả GPB: Adenocarcinome kém biệt hóa (KBH) 19/40 BN (47,5%); AC BHV 11/40 BN(27,5%); TB nhẵn 8/40 BN (20,0%); TB nhầy 2/40 BN (5,0%).

- 15 BN sinh thiết tá tràng trong mổ (+):

16/40 BN (40,0%)

- +1 BN UT xâm lấn niêm mạc tá tràng
- + 4 BN UT xâm lấn cơ tá tràng.
- + 35 BN ung thư xâm lấn từ thanh mạc.

IV. BÀN LUẬN

Từ 2020-2025 có 40 BN UTDD đủ tiêu chuẩn, Nam 33 BN (82,5%); Nữ 7 BN (17,5%); Tỷ lệ Nam/Nữ 4,7. Tuổi TB 63,08±1,73.

Chúng tôi nhận thấy tuổi mắc UTDD như trên khá tương đồng với số liệu của Trần Thiện Trung (n=71) 59,54± 12,74[1]; Số liệu của Phạm Hồng Khánh: 63,8±11,9 [2].

Báo cáo của Thái Nguyên Hưng trên 35 ca Thủng UTDD cho thấy tuổi TB là 65,2 tuổi; Nam 28 BN (80,0%), nữ 7 BN (20,0%), Tỷ lệ nam/nữ 4,0. [3]

Số liệu trên 74 BN Thủng UTDD của Zhang là 66,07±12,9; số liệu của Tsuimoto là 65,6±4,8. [4]

Như vậy lứa tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với tuổi mắc các biến chứng UTDD (thủng UTDD, XHTH, HMV)

Tỷ lệ Nam nữ theo số liệu của chúng tôi là 4,6 trong khi số liệu của Trần Ngọc Ánh là 3,6 (n=76), của Trần Đình Trí là 3,6 (n=275). Như vậy đối với UTDD xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nam /nữ mắc bệnh cao hơn tỷ lệ nam nữ trong các tổng kết của các tác giả khác.

Số liệu Bảng 1 cho thấy có 47,5% có TS loét DD-TT, 1 BN thủng HTT, 1 BN nổi vị tràng do hẹp môn vị (HMOV), 2 BN khác được điều trị hóa chất tiền phẫu.

Tổng kết của Thái Nguyên Hưng trên 49 BN mắc UTDD phối hợp với loét tá tràng cho thấy số BN có TS Loét DD-TT chiếm 77,6%, thủng cũ hành tá tràng (HTT) 8,2% trong khi tỷ lệ nhiễm HP là 20,4%. [5]

Một nghiên cứu về lứa tuổi nhiễm HP tại Iraq cho thấy lứa tuổi 20-30 chiếm tỷ lệ cao nhất 51,9% cho thấy lứa tuổi thanh thiếu niên nhiễm HP sớm là nguyên nhân chính gây viêm teo niêm mạc DD dẫn đến UTDD.[5]

- Về triệu chứng lâm sàng: Bảng 2 cho thấy 100% BN có triệu chứng đau bụng; XHTH chiếm 62,5% (chủ yếu là ỉa phân đen); HMV chiếm 85,0%, gầy sút 82,5% trong khi tỷ lệ khám thấy khối U là 27,5%. Như vậy đây là biểu hiện LS muộn của UTDD tiến triển tại hang môn vị. Tuy nhiên chúng tôi chỉ gặp 1 BN tắc mật với biểu hiện LS không rõ vàng da, XN bilirubile máu > 30 mmol/l. BN này sau khi mổ cắt dạ dày, vét hạch xuất hiện tắc mật với triệu chứng đau dưới sườn phải, sốt, bilirubile tăng được đặt stent đường mật qua da.

+ Theo số liệu Phạm Hồng Khánh trên 129 BN mắc UTDD: Đau bụng chiếm 97,7%, ỉa phân

đen 5,4%, gầy sút 39,5%. [1]

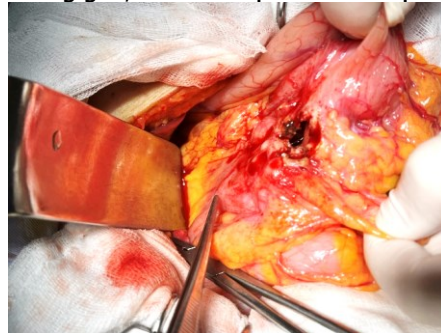
+ Báo cáo của Bùi Thanh Thiện trên 40 BN XHTH do UTDD: Triệu chứng ỉa phân đen 92,5%, nôn máu 10%. [6]

+ Báo cáo 28 trường hợp XHTH cao tại BV K: Đau bụng 39,3%, nôn máu và ỉa phân đen 35,7%, ỉa phân đen 64,3% (Kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa cao: Đề tài cơ sở 2020).

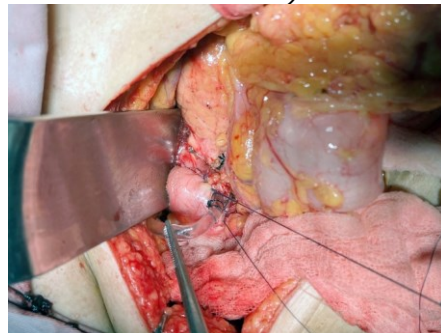
-Về vị trí UTDD: Số liệu của chúng tôi cho thấy qua NSDD có 10/40 BN mắc UTDD môn vị (25,0%); UTDD hang môn vị chiếm 52,5% (21/40 BN) trong khi UT hang vị 3 BN (7,5%), 6 BN mắc UTDD vùng hang vị xâm lấn thân vị (15,0%). Như vậy khối UTDD hang vị lan lên thân vị có kích thước lớn có thể xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan trong khi khối UTDD môn vị hoặc hang môn vị KT < 5cm đã xâm lấn cuống gan (Bảng 3).

- CLVT ổ bụng : UTDD xâm lấn đầu tụy- tá tràng trước mổ 6/40 BN (15,0%): 1 BN giãn đường mật, 2 BN thâm nhiễm, ranh giới không rõ với đầu tụy, 3 BN khác khối U xâm lấn D1 tá tràng.

So sánh với kết quả phẫu thuật chúng tôi nhận thấy: 37/40 BN khối UT xâm lấn tá tràng (92,5%);24/40 BN khối UT xâm lấn đầu tụy (60,0%); 14/40 BN khối UT xâm lấn cuống gan (35,0%). Như vậy đối với UTDD xâm lấn đầu tụy,tá tràng, cuống gan, CLVT có độ chính xác hạn chế.



Hình 1: XHTH do UTDD thủng vào thành bụng, xâm lấn đầu tụy, tá tràng
(BN Hà Kỳ TR,75T - Ngày mổ: 3/12/2025, Mã HS 251193734)



Hình 2: Khâu vùi mỏm tá tràng vào đầu tụy và DLM tá tràng

BN Hà Kỳ Tr.75 T, XHTH, UTDD thủng, Xâm lấn D1-D2, đầu tụy. (Ngày mổ 3/12/2025; mã HS 251193734).

+Junji Ohta và CS [7] tổng kết 1232 BN mắc UTDD trong đó 262 BN UTDD vùng hang vị (21,2%) chia làm 2 nhóm: Nhóm A gồm 65 BN UTDD hang vị tiến triển qua môn vị xâm lấn tá tràng. Nhóm B gồm 197 UTDD hang vị không xâm lấn tá tràng.

Tác giả nhận thấy nhóm A có tuổi mắc cao hơn, số BN hẹp môn vị nhiều hơn nhóm B. Nhóm A có nhiều ca UTDD thể thâm nhiễm (Type 3,4) hơn nhóm B. Nhóm A tỷ lệ HMV chiếm 45% (đau

bụng, buồn nôn, nôn). Kích thước khối UTDD nhóm A là $9,7 \pm 3,9$ cm, trong khi nhóm B (không xâm lấn tá tràng) KT khối U $6,9 \pm 3,0$ cm. Mặt khác ở nhóm A có 25% khối U xâm lấn đầu tụy (16 BN).

- Nghiên cứu của E. Orsengio và CS [8] trên 2169 BN mắc UTDD được điều trị phẫu thuật: 392 BN UTDD có biến chứng (18%) trong đó nam chiếm 66,6%, tuổi TB 71, Tỷ lệ mắc các bệnh phổi hợp 74,4%. Tác giả chia các biến chứng UTDD thành 3 nhóm: Nhóm 1(HMV) có 156 BN (39,8%); Nhóm 2 (thủng UTDD) có 12 BN (3,1%); Nhóm 3 (XHTH do UTDD) có 224 BN (57%).

Bảng 7: Đặc điểm lâm sàng và bệnh học 392 trường hợp UTDD có biến chứng được điều trị phẫu thuật theo E. Orsengio và CS.

	Group 1 (n=156)	Group 2 (n=12)	Group 3 (n=224)	Total 392	P value
Age, n (%)					NS
< 45	5 (3.2)	0 (0)	2 (0.9)	7 (1.8)	
> 45	151 (96.8)	12 (100)	222 (99.1)	385 (98.2)	
Mean (SD)	70.74 (11.7)	69 (13.6)	72.8 (10.8)	71.8	
Sex, n (%)					NS
Female	53 (34)	9 (75)	75 (33.5)	131 (33.4)	
Male	103 (66)	3 (25)	149 (66.5)	261 (66.6)	
Comorbidities, n (%)	115 (73.7)	7 (58.3)	181 (80.8)		NS
Type of surgery					NS
LPS	18 (11.5)	0 (0)	21 (9.4)		
LPT	138 (88.5)	12 (100)	203 (90.6)		
Pathology*					0.05
Intestinal	85 (54.5)	5 (41.7)	133 (59.4)	223 (56.9)	
Diffuse	68 (43.6)	5 (41.7)	81 (36.2)	154 (39.3)	
Mixed	3 (1.9)	2 (16.7)	10 (4.5)	15 (3.8)	

+ Tuổi TB nhóm 1 là 70,74; Nhóm 2 là 69; Nhóm 3 là 72,8.

+ Giới: Nhóm 1 nam chiếm 66%, Nhóm 2 là 25%, Nhóm 3 là 66,5% (tỷ lệ nam giới chung là 66,6%), Nhóm tuổi < 45 chiếm 1,8% (7 BN).

+ Tỷ lệ mắc các bệnh phổi hợp tương ứng là 73,7% vs 58,35% vs 80,8%.

Bảng 8: Tỷ lệ biến chứng và TV theo NC của E. Orsengio và CS. Trên 392 UTDD có biến chứng được phẫu thuật:

Clavien-Dindo	n	%
Grade 0	215	54.8
Grade I	29	7.4
Grade II	103	26.3
Grade III	20	5.1
Grade IV	8	2
Grade V	17	4.3

+Tỷ lệ TV chung của nghiên cứu này là 4,3%; nhóm 1 (HMV) có tỷ lệ TV cao hơn nhóm 2 và nhóm 3.

Bảng 9: Giai đoạn (GD) bệnh theo AJCC

AJCC stage	n (%)
0	5 (1.3)
IA	19 (4.8)
IB	30 (7.7)
IIA	51 (13)
IIB	35 (8.9)
IIIA	64 (16.3)
IIIB	76 (19.3)
IIIC	49 (12.5)
IV	63 (16.2)

+ Đánh giá giai đoạn bệnh theo AJCC: Giai đoạn ≥ 3 nhóm 1 là 70,7%, nhóm 2 là 33%, nhóm 3 là 52%.

Tỷ lệ TV chung của 392 BN này là 4,3% (n=17), trong đó nhóm HMV là 10/156 BN (7,05%); nhóm 2 (thủng UTDD) 0%; nhóm 3 (XHTH) 7/226 BN(5,5%).

Số liệu của chúng tôi có 2 BN được điều trị hóa chất tiền phẫu (Bùi Văn D và Phan Đức Ph.) BN Bùi Văn D chẩn đoán sau mổ là XHTH do

UTDD hang môn vị xâm lấn D1-D2 tá tràng, cuống gan, thủng vào gan HPT V, loét kising ulcer tá tràng. BN này sinh thiết tá tràng có AC; mỡ cắt GTBDD, vét hạch D2, mòm tá tràng sâu sát Vater nên chúng tôi DL mòm tá tràng. Sau mổ BN xuất hiện vàng da, tắc mật được đặt stent đường mật qua d.

BN 2 Phan Đức Ph được điều trị hóa chất tiền phẫu xuất hiện HMV, chẩn đoán XHTH, HMV do UTDD xâm lấn cuống gan, D2 tá tràng/ loét Kising ulcer tá tràng. BN này được cắt GTBDD, vét hạch D2, DL mòm tá tràng (mòm sâu sát Vater).

Cho tới nay có các nghiên cứu về hóa chất tiền phẫu tác động tới kết quả điều trị UTDD. Thử nghiệm Prodigy cho thấy hóa chất tiền phẫu sau đó phẫu thuật cắt DD cho kết quả tốt hơn phẫu thuật trước trên BN mắc UTDD tiến triển còn khả năng phẫu thuật: Diện cắt R0 đạt tỷ lệ cao (96,4% vs 85,8%), Giảm giai đoạn bệnh với đáp ứng toàn bộ (10,4% vs 0%), cải thiện thời gian sống 3 năm không bệnh (66,3% vs 60,2%).[9]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 40 trường hợp UTDD tiến triển xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan và một số tạng lân cận, chúng tôi đi đến một số kết luận:

- Các đặc điểm chung:

+ Tuổi TB 63,08±1,73; Nam 82,5%; Nữ 17,5%; Tỷ lệ Nam/Nữ 4,7.

+ Tỷ lệ mắc các bệnh phổi hợp 29/40 BN (72,8%).

- Các đặc điểm lâm sàng:

+ Đau bụng 100%; Xuất huyết tiêu hóa 62,5%

(ỉa phân đen); Hẹp môn vị 85,0%, Gầy sút 82,5%; Khám thấy khối U 27,5%.

- Đặc điểm tổn thương (NSDD và CLVT):

+ 100% UTDD 1/3 Dưới (UTDD vùng môn vị hoặc hang môn vị) : UTDD môn vị 25,0%; UTDD hang môn vị 52,5% ; UT hang vị 7,5% UTDD hang vị - thân vị 15,0%.

+ Nội soi dạ dày: kích thước khối UTDD ≤ 5 cm chiếm 60,0% (24/40 BN), Hẹp môn vị chiếm 42,5%.

+ Chụp CLVT ổ bụng chẩn đoán UTDD xâm lấn đầu tụy- tá tràng, cuống gan trước mổ 6/40 BN (15,0%).

- Kết quả giải phẫu bệnh: Adenocarcinome kém biệt hóa (KBH) 19/40 BN (47,5%); AC BHV 11/40 BN(27,5%); TB nhân 8/40 BN (20,0%); TB nhầy 2/40 BN (5,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thiện Trung.** Ung thư dạ dày: Bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị. NXB Y học 2014: 201-245.
2. **Phạm Hồng Khánh, Trần Thị Huyền Trang, Vũ Quang Đạt, Vũ Văn Khiên.** Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori ở bệnh nhân ung thư dạ dày. *Y học Việt Nam tháng 8 (1) 2021:178-182.*
3. **Thái Nguyên Hưng:** Thái độ xử trí và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày thủng. *Y học Việt nam tập 551, tháng 6 (1) 2025:65-70.*
4. **Hironori TSUIMOTO et al .** Outcome after emergency surgery in patients with a free perforation caused by gastric cancer: *Experimental and Therapeutic Medicine 1: 199-203, 2010.*
5. **Thái Nguyên Hưng, Viên Đình Bình:** Đặc điểm dịch tễ học, nhiễm Helicobacter Pylori, lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư dạ dày phối hợp loét tá tràng (49 trường hợp). *Y học Việt nam tháng 12 (3), 2025.*
6. **Thái Nguyên Hưng, Bùi Thanh Thiện (2021):** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa cao do ung thư hang môn vị dạ dày. *Y Học Việt nam. Tháng 7, Số 2(504); 223-228.*
7. **Junni Ohta et al:** A clinicopathological Study of Distal Advanced Gastric Carcinoma with Duodenal Invasion. *The Kurume Medical Journal 1996 (43):189-198.*
8. **Orsengio et al.** Clinicopathological Features and diease Outcome of Complicated Gastric Cancer with outlet Obstruction, Perforation or Overt Bleeding. Results of a Retrospective Multicenter Study on Behalf the Italean Résearch Group for Gastric Cancer. *J Surg 2019, volume 4 (11):1-9.* Dimitrios Symeonidis et al. Gastric Cancer invading the pancreas: A Review of the Role of Pancreatectomy. *InVivo.2022 Sep 3;36(5): 2014-2019*