

6. **Tran YTN, Dinh CVN, Ho QN, Nguyen TDM (2019)**, Flavonoid Extraction from *Ampelopsis cantoniensis* Planch for Spray Drying Powder Product, *International Journal of Innovative Science, Engineering & Technology*, Vol. 6 Issue 10, October 2019;6(10).
7. **Balázsová L, Kurhajec S, Kello M, et al (2022)**, Antiproliferative Effect of *Phellodendron amurense* Rupr. Based on Angiogenesis, *Life (Basel)*, 2022;12(5):767. doi:10.3390/life12050767
8. **Fuloria S, Mehta J, Chandel A, et al (2022)**, A Comprehensive Review on the Therapeutic Potential of *Curcuma longa* Linn. in Relation to its Major Active Constituent Curcumin, *Front Pharmacol*, 2022;13:820806. doi:10.3389/fphar.2022.820806
9. **Mandalari G, Bisignano C, Cirmi S, Navarra M. (2017)**, Effectiveness of Citrus Fruits on *Helicobacter pylori*, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2017;2017(1):8379262. doi:10.1155/2017/8379262
10. **Shi M, Guo Q, Xiao Z, Sarengaowa, Xiao Y, Feng K. (2024)**, Recent Advances in the Health Benefits and Application of Tangerine Peel (*Citri Reticulatae Pericarpium*): A Review, *Foods*, 2024;13:1978. doi:10.3390/foods13131978

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY TIẾN TRIỂN XÂM LẤN ĐẦU TUY, TÁ TRÀNG, CUỐNG GAN (40 TRƯỜNG HỢP)

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Phan Văn Cương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả với 2 mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm tổn thương UTDD tiến triển tại chỗ xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan; 2) Đánh giá kết quả phẫu thuật và các phương pháp xử trí tổn thương đầu tụy, tá tràng, cuống gan cũng như các tạng lân cận. **Kết quả nghiên cứu:** 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. Triệu chứng: Đau bụng 100%; Ía phân đen 62,5%; Hep môn vị (HMV) 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%. Khối UTDD ≤ 5 cm chiếm 60,0% , HMV 42,5%. CLVT : UTDD xâm lấn đầu tụy - tá tràng, cuống gan 15,0%. Tổn thương trong mổ : 92,5% khối U xâm lấn tá tràng; 60,0% xâm lấn đầu tụy; 35,0% xâm lấn cuống gan; 52,5% thủng bí. Phẫu thuật: Cắt GTBDD triệt căn, vét hạch D2 92,5%; Dẫn lưu mòm (DLM) tá tràng 55,0%; Tạo hình mòm TT 40,0%; Đóng mòm TT mũi rời khâu ép vào đầu tụy 45,0%. Không có TV trong, sau mổ và ≤ 30 ngày. Biến chứng rò mòm tá tràng 15,0%. GPB: AC.KBH 47,5%; AC.BHV 27,5%; TB nhân 20,0%; TB nhày 5,0%. Giai đoạn: GĐ IB 2,6% (T2N0M0); GĐIIA 2,6%, (T2N1M0); GĐIIIb 40,0%; GĐIIIc 47,5% ;GĐ IV 7,5%. **Kết luận:** 1) Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: 40 BN. Tuổi TB 63,08±1,73; Nam 82,5%; Nữ 17,5%; Tỷ lệ Nam/Nữ 4,7. Đau bụng 100%; ía phân đen 62,5% ;

Hep môn vị 85,0%; gầy sút 82,5%; khám thấy khối U 27,5%. 2) Đặc điểm tổn thương qua NSDD và CLVT. UTDD 1/3 dưới dạ dày 100%; UTDD môn vị 25,0%; UTDD hang môn vị 52,5%; UT hang vị 7,5%; UTDD hang vị -thân vị 15,0%. Không có UTDD 1/3 trên. Khối UTDD ≤ 5 cm chiếm 60,0%; Hep môn vị 42,5%. CLVT: UTDD xâm lấn đầu tụy- tá tràng, cuống gan 15,0%. 3) Tổn thương trong mổ và kết quả phẫu thuật: Tổn thương: 92,5% khối U xâm lấn tá tràng; 60,0% xâm lấn đầu tụy; 35,0% xâm lấn cuống gan; 52,5% thủng bí. Mổ cắt GTBDD triệt căn, vét hạch D2 92,5%; DLM tá tràng 55,0%; Tạo hình mòm TT 40,0%; Đóng mòm TT mũi rời khâu ép vào đầu tụy 45,0%. Không có TV trong, sau mổ và ≤ 30 ngày. Biến chứng rò mòm tá tràng 15,0%. GPB: AC KBH 47,5%; AC BHV 27,5%; TB nhân 20,0%; TB nhày 5,0%. Giai đoạn bệnh: GĐ IB 2,6% (T2N0M0); GĐIIA 2,6%, (T2N1M0); GĐIIIb 40,0%; GĐIIIc 47,5%; GĐ IV 7,5%.

### ABSTRACT

#### THE SURGICAL RESULTS OF LOCALLY ADVANCED GASTRIC CANCER INVADING DUODENUM, HEAD OF PANCREAS, HEPATHO-DUODENAL LIGAMENT

**Aime of study:** Retrospective study aim at evaluating the characteristic lesions and surgical results 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%. Clinical 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 obstructions (by gastro duodenal scopy) in 42,5%. CTScan

<sup>1</sup> Bệnh viện K

<sup>2</sup> Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2026

Ngày duyệt bài: 9.4.2026

revealed tumor invaded duodenum or head of pancreas in 15%. **Intra operation lesions:** Gastric tumor invaded duodenum in 92,5%, tumor invaded head of pancreas in 60%, tumor invaded hepatoduodenal ligament in 35%. Surgical Procedure: Radical Gastrectomy with D2 lymph node dissection in 92,5%, palliative gastrectomy in 7,5%. **Pathological results:** poorly differentiated carcinoma in 47,5%; Moderately differentiated carcinoma in 27,5 %; signet Ring Cell carcinoma 20%; Mucinous adenocarcinoma in 5%. Stage (AJCC): Stage IB in 2,6% (T2N0M0); Stage IIA in 2,6%, (T2N1M0); Stage IIIb in 40,0%; Stage IIIc in 47,5% ; Stage IV in 7,5%. **Conclusions:** 40 patient, mean age 63,08±1,73 Y; male 82,5%, Female 17,5%, Sex ratio 4,7. Tumor location (gastroduodenal finding): Distal gastric cancer in 100%: Tumor diameter ≤ 5 cm in 60%. Gastric outlet obstruction (gastro duodenal scopy) in 42,5%. CTScan finding: Tumor invaded duodenum or head of pancreas in 15%. **Intra operation lesions:** gastric tumor invaded duodenum in 92,5%, tumor invaded head of pancreas in 60%, tumor invaded hepatoduodenal ligament in 35%. **Surgical Procedure:** Radical Gastrectomy with D2 lymph node dissection in 92,5%, palliative gastrectomy in 7,5%. Duodenostomy in 55,0%; round ligament plasty in 40,0%; Interrupted suture and reinforce suture to pancreatic head in 45%. **Mortality and complication:** There was no death intra and post operation. Duodenal fistula 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%. Stage (AJCC): Stage IB 2,6% (T2N0M0); Stage IIA in 2,6%, (T2N1M0); Stage IIIb in 40,0%; Stage IIIc in 47,5% ;Stage IV in 7,5%.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2018 theo GLOBOCAN Ung thư dạ dày (UTDD) trên toàn thế giới có hơn 1 triệu ca mắc mới và 768,793 ca TV. Tại Mỹ năm 2022 có 26.380 ca mắc mới và 11.000 ca tử vong (TV) do UTDD.

Tỷ lệ sống sau 5 năm của UTDD tại Mỹ khoảng 31%, tuy nhiên có báo cáo trước khi có di căn, tỷ lệ sống sau 5 năm có thể đạt 67% [1]. Sự khác biệt trong tiên lượng của UTDD có thể do bệnh nhân được phẫu thuật (PT) ở các giai đoạn khác nhau của UTDD.

Do không biểu hiện triệu chứng đặc hiệu nên chỉ một tỷ lệ nhỏ UTDD được chẩn đoán sớm bởi vậy khi được phát hiện có tới 65% UTDD tiến triển ở T3-T4; 85% đã di căn hạch, 40% đã có di căn.[2].

UTDD có tiên lượng xấu khi đã thủng qua thanh mạc hoặc xâm lấn các tạng lân cận (T4). Mặc dù đã ứng dụng điều trị hóa chất chu phẫu hoặc phẫu thuật kết hợp với hóa chất bổ trợ, tỷ lệ sống sau 5 năm của nhóm UTDD này còn thấp

chỉ đạt < 20%.

Để đạt được diện cắt R0, BN mắc UTDD tiến triển tại chỗ (T4b) đòi hỏi cắt DD triệt căn phối hợp với cắt nhiều tạng bị xâm lấn nên tỷ lệ biến chứng và TV trong và sau mổ có thể tăng tuy nhiên tỷ lệ sống không phải luôn luôn tương ứng với phẫu thuật.

Gần đây tỷ lệ UTDD phát hiện muộn khi đã có thủng, xuất huyết tiêu hóa (XHTH) hoặc hẹp môn vị (HMV) có xu hướng tăng lên. Mặt khác số BN UTDD tiến triển tại chỗ xâm lấn đầu tụy, tá tràng hay cuống gan phần lớn được chẩn đoán trong mổ. Việc xử trí tổn thương để đạt diện cắt R0 khó khăn, bởi vậy chúng tôi tổng kết đề tài này với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm tổn thương UTDD tiến triển tại chỗ xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan.*

2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật và các phương pháp xử trí tổn thương đầu tụy, tá tràng, cuống gan cũng như các tạng lân cận.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ Đối tượng NC: BN không phân biệt tuổi giới, được chẩn đoán và PT UTDD tại khoa ngoại tiêu hóa 2, BV K, có tổn thương trước hoặc trong mổ là 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

Trong vòng 5 năm có 40 BN được PT UTDD xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan trong đó 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 75,0 %; Thành thị 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 nối 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 ½ 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 phổi hợp là 29/40 BN (72,5%).

- Các đặc điểm lâm sàng

**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	25 (62,5)
4	Nôn máu	0
5	Gầy sút	33 (82,5)
6	Khám thấy U	11 (27,5)
7	Hẹp môn vị (HMOV)	34/40 (85,0%)

+ HMOV chiếm 85,0%; XHTH chiếm 62,5%.

**Bảng 3: Kết quả NSDD và chụp CLVT**

TT	Vị trí khối UTDD NSDD	N (%)
1	Môn vị ≤ 5 cm Môn vị > 5 cm	9 (22,5) 1 (2,5)
2	Hang vị ≤ 5 cm. Hang vị > 5cm	1 (2,5) 2 (5,0)
3	Hang môn vị ≤ 5 cm. Hang môn vị > 5 cm.	14 (35,0) 7 (17,5)
4	Hang vị-thân vị ≤ 5 cm. Hang vị-thân vị > 5-10 cm. Hang thân vị > 10 cm.	0 5 (12,5) 1 (2,5)
Chụp CLVT:		
5	Khối UT < 5 cm	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 da dày.

+ NSDD: 17/40 BN có HMOV (42,5%).

+ CLVT: UTDD xâm lấn đầu tụy- tá tràng 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 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	Bilirubin 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 (15)
2	D2 tá tràng	2 (5,0)
3	D1-D2, đầu tụy	9 (22,5)
4	D1-D2, đầu tụy, cuống gan	6 (15,0)
5	D1-D2 đầu tụy, HPT gan	1 (2,5)
6	D1-D2, đầu tụy, mạc treo ĐT hoặc ĐT	6 (15,0)
7	D1-D2, cuống gan	7 (17,5)
8	Đầu tụy, mạc treo ĐT	2 (5,0)
9	Cuống gan, mạc treo ĐT	1 (2,5)
	N	40 (100)

+21/ 40 BN thủng bít (52,5%).

+37/40 BN khối UT xâm lấn tá tràng (92,5%); 8/40 BN khối U xâm lấn D1-D2 (20,0%); 29/ 40 BN (72,5%) xâm lấn tá tràng và đầu tụy hay cuống gan.

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

+14/40 BN khối UT xâm lấn cuống gan (35,0%); 6/40 BN (15%) Khối U xâm lấn cuống gan, đầu tụy và D1-D2 tá tràng; 7/40 BN (17,5%) khối U xâm lấn D1-D2 và cuống gan,; 1 ca khối U xâm lấn cuống gan và mạc treo đại tràng ngang.

- Phương pháp mổ và xử trí móm tá tràng.

**Bảng 6: Phương pháp mổ**

TT	Các PP mổ và xử trí móm tá tràng	n (%)
1	Cắt GTBDD, vét hạch triệt căn	37 (92,5)
2	Cắt GTBDD palliative	3 (7,5)
-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;

• BN rò móm tá tràng tạo thành ổ áp xe dưới hoành trái / đã DLM tá tràng được luồn sond hút và điều trị nội khoa

- 1 BN rò mòm tá tràng (< 200 ml/24 h) /đã DLM tá tràng: cho nhịn ăn, nuôi dưỡng TM, Dùng octreotid.

- 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

- BN rò mòm tá tràng / Đóng TT mũi rời: số lượng < 100 ml/24 h, điều trị nội

- + TV: không.

- *Kết quả GPB:*

- + 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%).

- + *Đặc điểm mô bệnh học:* 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%).

- + *Sinh thiết tá tràng (+):* 16/40 BN (40,0%)

- + 1 BN UT xâm lấn niêm mạc tá tràng, 4 BN UT xâm lấn cơ tá tràng; 11 BN UT xâm lấn thanh mạc. Các BN còn lại được nhận định tổn thương trong mô.

#### IV. BÀN LUẬN

Từ 2020-2025 có 40 BN UTDD xâm lấn đầu tụy,tá tràng, cuống gan; Nam 33 BN (82,5%); Nữ 7 BN (17,5%); Tỷ lệ Nam/Nữ 4,7. Tuổi TB 63,08±1,73.

Kết quả NSDD cho thấy 60,0% số BN có khối UTDD ≤ 5 cm (24/40 BN); 100% UTDD 1/3 Dưới ;Số BN HMV là 17/40 BN (42,5%).

CLVT : 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.

+So sánh với đánh giá tổn thương trong mô, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ chẩn đoán UTDD xâm lấn tá tràng cũng như các tạng khác qua NSDD thấp trong đó tỷ lệ HMV qua NSDD là 42,5%. Phần lớn NSDD không soi được qua môn vị xuống tá tràng do hẹp môn vị trong khi số liệu bảng 2 cho thấy tỷ lệ HMV được chẩn đoán trước mổ là 85%.

Theo số liệu bảng 5: 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%) như vậy tỷ lệ xâm lấn tá tràng chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là xâm lấn đầu tụy và cuống gan.

Chúng tôi nhận thấy tổn thương trong mô

phù hợp với triệu chứng lâm sàng có tới 85% HMV. Mặc dù 35% xâm lấn cuống gan tuy nhiên có 1 ca tắc mật phải đặt stent đường mật qua da.

Chụp CLVT đánh giá 15% có tổn thương xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan tuy nhiên tổn thương trong mô tương ứng là 92,5% vs 60%vs 35,0% cho thấy khả năng chẩn đoán qua CLVT còn hạn chế.

- Trước đây nhiều tác giả cho rằng UTDD không vượt qua môn vị và xâm lấn tá tràng bởi vì có tuyến Brunner như một chốt chặn. Về giải phẫu có ít sự liên kết giữa bạch huyết tá tràng và hệ bạch huyết dạ dày (Castleman, 1936). Tuy nhiên các báo cáo sau này cho thấy tỷ lệ xâm lấn tá tràng khoảng 15-20% (Zinninger and collins 1949; Ishikawa 1971; Ohara and Ihara 1983; Kakeji 1991): Báo cáo của Ohta tỷ lệ xâm lấn tá tràng chiếm 5,3% trên tổng số 1232 ca UTDD và chiếm 24,8% các BN ung thư hang vị [3]

-Ohara và Ihara (1983) cho rằng về giải phẫu môn vị là điểm giao nhau giữa niêm mạc dạ dày và tá tràng nhưng 2 lớp dưới niêm mạc và dưới thanh mạc thì liên tục với nhau bởi vậy ung thư có thể xâm lấn qua các lớp dưới niêm mạc và dưới thanh mạc lỏng lẻo.

Báo cáo của Ohta cho thấy 39/65 BN ung thư xâm lấn qua lớp dưới niêm mạc (60%); ung thư xâm lấn qua lớp cơ 21,5%; qua lớp dưới thanh mạc 12,3% và qua lớp niêm mạc 9,2% không có trường hợp nào qua lớp thanh mạc.

- Ohta và CS đánh giá kết quả PT 1232 ca UTDD trong đó có 262 ca (21,2%) UTDD tiến triển ở hang vị chia thành 2 nhóm: Nhóm A (62 BN) UTDD xâm lấn qua môn vị, nhóm B (197 BN), UTDD hang vị không xâm lấn tá tràng. Tất cả bệnh phẩm được đánh giá về giải phẫu bệnh (GPB) độ xâm lấn U (T), kiểu xâm lấn tá tràng , di căn hạch, type mô bệnh học. Đánh giá xâm lấn tá tràng bằng quan sát tuyến Brunner, đánh giá diện cắt phần xa tá tràng, chiều dài xâm lấn tá tràng được đo từ môn vị đến đầu xa của diện cắt. Kiểu xâm lấn tá tràng được chia làm 2 kiểu: Xâm lấn khu trú (localized type) và xâm lấn (invasive type). Kết quả cho thấy ở nhóm A tỷ lệ HMV cao một cách có ý nghĩa (45%) với triệu chứng đau bụng, bụng chướng và nôn trong khi ở nhóm B tỷ lệ HMV là 9%. GPB đại thể cho thấy nhóm B chủ yếu là thể sùi trong khi nhóm A là thể loét hay loét thâm nhiễm. Kích thước khối UTDD nhóm A là 9,7± 3,9 cm, trong khi nhóm B là 6,9±3,0 cm. Nhóm A có 91% xâm lấn thanh mạc và thâm nhiễm đầu tụy trong khi nhóm B là 76%. Đặc biệt có 16 BN (25%) nhóm A khối ung thư xâm lấn đầu tụy, nhóm B có 18 BN (9%).

Di căn hạch nhóm A 91 % vs 73% nhóm B; Nhóm A có 60% di căn hạch N3 vs 36% nhóm B;

Nhóm A có 68% BN ở GD IV vs 37% nhóm B. Tỷ lệ PT triệt căn nhóm A 45 % VS 61% nhóm B. Diện cắt tá tràng nhóm A (+) 35% vs 5% nhóm B.

Tỷ lệ sống sau 5 năm nhóm A 14% vs nhóm B 43,3%. Những BN có xâm lấn tá tràng có tiên lượng xấu hơn rõ so với không có xâm lấn tá tràng.[ 3].

Đánh giá mối tương quan giữa độ dài khối UTDD xâm lấn xuống tá tràng, các tác giả thấy rằng độ dài tá tràng bị xâm lấn và tỷ lệ di căn hạch N3 cao có ý nghĩa ở nhóm chiều dài xâm lấn tá tràng  $\geq 20$  mm nhóm có độ dài  $< 10$ mm.

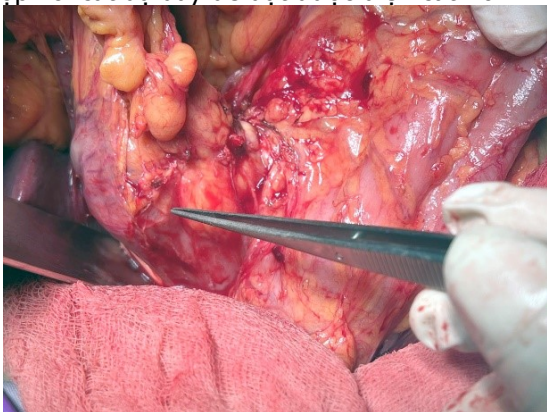
Báo cáo của Yamada và CS cũng cho thấy tỷ lệ di căn hạch cao có ý nghĩa trên BN có độ dài xâm lấn tá tràng  $\geq 10$ mm với di căn hạch N3 cao có ý nghĩa (46,2%).

Kim và CS chia 132 BN mắc UTDD tiến triển thành 3 nhóm: Nhóm 1 được mổ cắt dạ dày và nhiều tạng; Nhóm 2 chỉ cắt dạ dày; Nhóm PT palliative. Kết quả cho thấy diện cắt R0vsR1vsR2 có tác động lớn đối với khả năng sống còn. Tỷ lệ sống sau 5 năm khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm cắt đa phủ tạng vs nhóm chỉ cắt dạ dày[ 5].

- 1 nghiên cứu khác cho thấy phẫu thuật cắt dạ dày với R0 kèm theo cắt 1 phần tụy chiếm tỷ lệ 82%. Thời gian sống TB đối với diện cắt R0 là 20 tháng vs R1 là 5 tháng. [6]

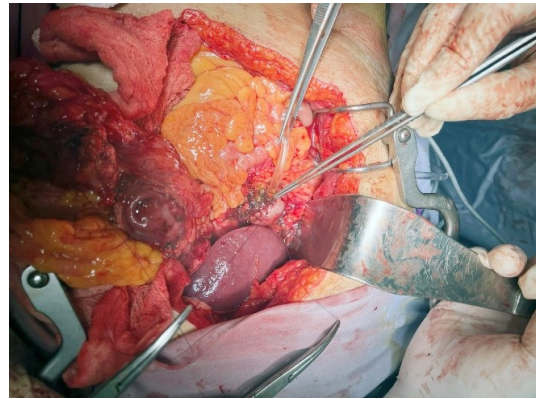
-Chang et al nghiên cứu nhóm BN mắc UTDD tiến triển đã mổ cắt dạ dày và cắt đa tạng thành 4 nhóm cắt tụy và nhóm cắt các tạng khác cùng với diện cắt tá tràng. Kết quả cho thấy nhóm cắt dạ dày phối hợp với cắt khối tá tụy (DPC) để đạt được R0 có thời gian sống không tốt hơn nhóm cắt dạ dày có diện cắt tá tràng (+) [7]

-Số liệu của chúng tôi cho thấy có 24/40 BN khối UT xâm lấn đầu tụy (60,0%). Chúng tôi cắt bán phần dạ dày và cắt tụy 1 phần tụy (wedge resection). Không có BN nào cắt khối tá tụy phối hợp với cắt dạ dày để đạt được diện cắt R0.



**Hình 1 : XHTH do UTDD xâm lấn đầu tụy, D2, thủng vào HPT2**

(BN Lê Đình H, 75 T Ngày mổ: 15/12/2025, mã HS 251208712)



**Hình 2: XHTH do UTDD xâm lấn đầu tụy, D2, thủng vào HPT2: Cắt bán phần dạ dày và cắt tụy wedge resection và DLM tá tràng, cắt HPT2.**

(BN Lê Đình H, 75 T. Ngày mổ: 15/12/2025, mã HS 251208712)

- Đánh giá về phương pháp PT, số liệu cho thấy 92,5% được cắt GTBDD triệt căn, vết hạch D2; 3 BN có XHTH được cắt dạ dày cầm máu.

- Đối với tổn thương xâm lấn D1-D2 tá tràng chúng tôi cắt đoạn D1-D2 tá tràng . Các trường hợp khối ung thư xâm lấn gối trên hoặc D2, móm tá tràng sâu, sát bóng Vater chúng tôi xác định vị trí bóng Vater và DLM tá tràng để giảm áp lực đường khâu đóng móm tá tràng cũng như miệng nối. Để thực hiện DLM tá tràng chúng tôi thường đóng móm tá tràng mũi rời và DLM tá tràng bằng sond 16-18 Fr. Số liệu cho thấy 22 /40 BN được DLM tá tràng (55%), không có BN nào phải mổ lại vì viêm phúc mạc hay apxe do rò, bục móm tá tràng.

Kết quả PT và theo dõi sau mổ cho thấy có 6/40 BN (15,0%) rò móm tá tràng và rò miệng nối trong đó 4 BN rò mặc dù được DLM tá tràng. Chúng tôi luôn sond hút 2 BN (apxe dưới hoành trái); 1 BN khác rò nhỏ/đã DLM tá tràng, cho nhin ăn, dinh dưỡng TM, dùng octreotide ( $< 100$  ml/24 h), rò giảm dần.

+ 1 BN khác rò miệng nối :BN này xuất hiện VTC hoại tử ngày 6 sau mổ cắt gần toàn bộ dạ dày, DLM tá tràng (XHTH, HMV do UTDD xâm lấn đầu tụy-D2 tá tràng) được luôn sond hút liên tục, nhin ăn, dinh dưỡng TM, dùng octreotide phối hợp với nhét rau thai, rò giảm dần, ra viện sau 35 ngày.

+ 2 BN khác rò / Khâu móm TT mũi rời , rò xuất hiện muộn sau mổ hơn 10 ngày với số lượng  $< 200$  ml/ngày được điều trị nội khoa.

- Hao Fu và CS báo cáo ca lâm sàng BN nữ 62 T, NSDD tiền môn vị có khối ung thư xâm lấn qua môn vị, kết quả sinh thiết là ACBHC. BN được cắt dạ dày nội soi hỗ trợ, vết hạch D2. KT khối ung thư 6,5-4,6 cm; Độ dài xâm lấn tá tràng

2,6 cm, diện cắt đầu xa tá tràng (-), Kết quả GPB pT1aN0M0. Tổn thương tá tràng là AC.KBH ( trong niêm mạc). Điểm lại Y vẫn, các tác giả thấy rằng cho tới nay có 4 ca UTDD giai đoạn sớm xâm lấn tá tràng được báo cáo.[8]

Đối với UTDD hang vị tiến triển xâm lấn tá tràng thường xảy ra theo chiều dọc ống tiêu hóa theo lớp dưới niêm mạc. UTDD sớm rất hiếm khi xâm lấn tá tràng. Namikawa T et al báo cáo trong 30 năm (sau năm 1975) có 13 ca EGC xâm lấn tá tràng: Kích thước khối ung thư TB 6,3 cm; độ dài tá tràng bị xâm lấn TB là 0,9 cm ( 0,2-3,8 cm).[9]

- Chúng tôi có 2 ca giai đoạn khá sớm: Ca 1 ung thư GĐ IB xâm lấn tá tràng (TB nhãn, T2N0M0) chiếm 2,6 %. Ca 2 ung thư GĐIIA ( AC tuyến nhầy , (T2N1M0),chiếm 2,6%. Phần lớn BN của chúng tôi GĐIIIb 16/40 BN (40,0%) (T4bN0M0:9 BN; T4bN1M0:7 BN) hoặc GĐIIIC 19/40 BN (47,5%) (T4bN2M0 :12 BN;T4bN3aM0: 3 BN;T4bN3bM0 4 BN). Chúng tôi có 3 BN GĐ IV 3/40 BN (7,5%). Số BN này có XHTH PT cắt DD palliative , cầm máu trong đó có 1 BN xuất hiện rò mòm tá tràng mặc dù đã được DLM tá tràng ( BN Nguyễn Văn H: tử vong sau 3 tháng do UTDD di căn phúc mạc, tắc ruột).

- Nghiên cứu của E. Orsenigo trên 2169 BN mắc UTDD được điều trị phẫu thuật: 392 BN UTDD có biến chứng (18%). Tác giả chia các biến chứng UTDD thành 3 nhóm: Nhóm 1 hẹp môn vị (HMV) 39,8%; Nhóm 2 thủng UTDD 3,1%; Nhóm 3 XHTH 57%. Nạo hạch D2 63,5%, số lượng hạch TB 30; 30,6% hạch (-); Diện cắt R0 85%; thời gian sống sau 1,3,5 năm tương ứng là 80,5%;45%;32,5%.

Tỷ lệ TV của 392 BN là 4,3% ; nhóm HMV 7,05%; Nhóm thủng 0%; nhóm XHTH 5,5%. Giai đoạn bệnh ( AJCC): GĐ ≥ 3 nhóm I là 70,7%; Nhóm 2 là 33%; Nhóm 3 là 52%.

- Chúng tôi có 2 BN được hóa chất tiền phẫu ( Bùi Văn D và Phan Đức Ph.)

Cho tới nay có các báo cáo 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%).

## V. KẾT LUẬN:

Qua 40 trường hợp UTDD tiến triển xâm lấn đầu tụy, tá tràng, cuống gan , chúng tôi đi đến một số kết luận:

1. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: 40 BN Tuổi TB 63,08±1,73; Nam 82,5%; Nữ 17,5%; Tỷ lệ Nam/Nữ 4,7.

Đau bụng 100%; ỉa phân đen 62,5%; Hẹp môn vị 85,0%; gầy sút 82,5%; khám thấy khối U 27,5%.

### 2. Đặc điểm tổn thương qua NSDD và CLVT

- UTDD 1/3 dưới da dày 100%: UTDD môn vị 25,0%; UTDD hang vị 52,5%; UT hang vị 7,5%; UTDD hang vị -thân vị 15,0%. Không có UTDD 1/3 trên.

- Khối UTDD ≤ 5 cm chiếm 60,0%; Hẹp môn vị 42,5%. CLVT: UTDD xâm lấn đầu tụy- tá tràng, cuống gan 15,0%.

### 3. Tổn thương trong mổ và kết quả phẫu thuật:

- Tổn thương: 92,5% khối U xâm lấn tá tràng; 60,0% xâm lấn đầu tụy; 35,0% xâm lấn cuống gan; 52,5% thủng bít.

- Mổ cắt GTBDD triệt căn, vét hạch D2 92,5%; DLM tá tràng 55,0%; Tạo hình mòm TT 40,0%; Đóng mòm TT mũi rời khâu ép vào đầu tụy 45,0%

- Không có TV trong, sau mổ và ≤ 30 ngày. Biến chứng rò mòm tá tràng 15,0%.

- GPB: AC KBH 47,5%; AC BHV 27,5%; TB nhãn 20,0%; TB nhầy 5,0%.

- Giai đoạn bệnh: GĐ IB 2,6% (T2N0M0); GĐIIA 2,6%, (T2N1M0); GĐIIIb 40,0%; GĐIIIC 47,5%; GĐ IV 7,5%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistic 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancer in 1985 countries. CA Cancer J Clin 2018; 68(6) 394-424.
2. Pal N, Axisa B, Yusof S et al. Volume and outcome for major upper GI surgery in England. J Gastrointest Surg 2008;12(2): 353-357.
3. Junni Ohta, Issei Kodama, Hiroki Takamiya et al. A Clinicopathological Study of Distal Advanced Gastric Carcinoma with Duodenal Invasion. The Kurum Medical Journal 1996 Vol 43 p: 189-198.
4. Yamada S et al. Clinico pathological studies and indication of operative procedure for advanced gastric cancer located in the lower third of stomach. Jpn J Gastroenterol Surg 1989;22: 2486-2489.
5. Kim JH et al: Surgical outcomes and prognostic factors for T4 cancers. Asian J Surg. 2009;32(4):198-204.
6. Van Der Werf LR et al. Dutch Upper Gastrointestinal Cancer Audit (DUCA) group Nationwide outcome of gastrectomy with en bloc partial pancreatectomy for gastric cancer. J Gastrointest Surg. 2019;23(12): 2327-2337.
7. Chang et al. Impact of pancreatic resection on survival in locally advanced resectable gastric cancer. Cancer (Basel) 2021;13(6):1289.
8. Hao Fu; Aifeng Pan; Shengjie Zhou; Guangxu Zhu. Early Gastric Cancer Widespread Invading the Duodenum: A Case Report. J Surgery.2024;4(1):1162.
9. Namikawa T et al. Early gastric Cancer with widespread duodenal invasion within mucosa. Dig Endosc.2010; 22(3):223-7.