

stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association", *Stroke*, 44(7), tr. 2064–2089.

4. O'Donnell Martin J. et al. (2016), "Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study", *The Lancet*, 388(10046), tr. 761–775.
5. Alhowaymel Fahad M., Abdelmalik Mohammed A., Mohammed Almoez M. (2023), "Knowledge, attitudes, and practices of hypertensive patients towards stroke prevention among rural population in Saudi Arabia: A

cross-sectional study", *SAGE Open Nursing*, 9.

6. Chu Thị Hoàng Anh (2020), Đánh giá kiến thức và thực hành dự phòng đột quỵ não của người bệnh tăng huyết áp thuộc chương trình quản lý ngoại trú – Khoa Khám bệnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2019, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Thị Huyền (2022), Khảo sát một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị tại Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 252(2).

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CÁC YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CÁC BIẾN CHỨNG CỦA Ổ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐANG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ UNG THƯ

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

### TÓM TẮT

**Nghiên cứu hồi cứu với 2 mục tiêu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các biến chứng ổ loét DD-TT trên những BN đang điều trị các bệnh lý ung thư. 2. Đánh giá các yếu tố tiên lượng và kết quả điều trị phẫu thuật biến chứng ổ loét DD-TT.

**Kết quả nghiên cứu:** 32 BN; Nam 96,9%, Nữ 3,1%; Tuổi TB 58,97±1,72 T. Tiền sử (TS) loét DD-TT 37,5%; TS điều trị các bệnh ung thư (UT) 53,1%. Nhóm thủng ổ loét DD-TT 62,5%; Nhóm XHTH do loét DD-TT 34,4%; Nhóm hẹp môn vị 3,1%. 100% thủng ổ loét mặt trước tá tràng (TT); 100% ổ loét TT gây XHTH ở mặt sau TT. KT ổ thủng ổ loét tá tràng TB 1,98±0,99. KT ổ thủng ổ loét dạ dày (DD) TB 2,15±0,75 cm. KT ổ thủng miệng nối TB 1,33±1,44 cm. KT ổ loét TT (XHTH) TB 2,58±0,91 cm; KT ổ loét DD (XHTH) TB 3,25±0,35 cm. Phẫu thuật: Nhóm thủng ổ loét TT: PTNS 4/9 BN (44,4%); Khâu thủng 8/9 BN (88,8%) trong đó 2 BN khâu ổ thủng, nối vị tràng; 1/9 BN (11,1%) Cắt 2/3 DD; Nhóm thủng ổ loét DD: 100% mổ mở; Khâu ổ thủng 3/8 BN (37,5%), Khâu ổ thủng, nối vị tràng 1/8 BN (12,5%), cắt GTBDD 4/8 BN (50,0%); Thủng miệng nối 3/20 BN (15%); Khâu ổ thủng 1/20 BN (5%); Tháo miệng nối, cắt DD 2/20 BN (10%). Nhóm XHTH do loét TT: Cắt 2/3 DD, Dẫn lưu (DL) mồm TT 5/9 BN (55,6%), Khâu cầm máu, nối vị tràng 3/9 BN (33,3%); Khâu cầm máu, cắt 2/3 DD, DL mồm TT 1/9 BN (11,1%). Nhóm XHTH do loét DD: Cắt GTBDD 100%. Nhóm hẹp môn vị do loét TT: cắt 2/3 DD, DL mồm TT 3,1 %. Tử vong 2/32 BN (6,25%). Tỷ lệ biến chứng 4/32 BN (12,5%).

**Kết luận:** 32 BN; Nam 96,9%, Nữ 3,1%; Tuổi TB 58,97±1,72 T. Tiền sử loét DD-TT 37,5%; TS điều trị các bệnh UT 50%. Nhóm thủng ổ loét DD-TT chiếm 62,5%; Nhóm XHTH do loét DD-TT 34,4%; Nhóm hẹp môn vị

3,1%. 100% thủng ổ loét mặt trước TT; 100% ổ loét TT gây XHTH ở mặt sau TT. KT ổ loét TT (gây thủng-XHTH-Hẹp môn vị) 2,25±0,96 (0,5-4); KT ổ loét dạ dày (gây thủng, XHTH) 2,37±0,82 cm; KT ổ thủng miệng nối 1,33±1,44 cm.

Về phẫu thuật: Đối với thủng ổ loét TT nên cắt DD khi test *Helicobacter Pylori* (-) hoặc loét tái phát sau điều trị 3 liệu trình.

Đối với thủng ổ loét DD: cắt DD cấp cứu khi BN đến sớm, ổ bụng sạch, không mắc nhiều bệnh mạn tính, phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Đối với XHTH do loét TT khâu cầm máu có tỷ lệ tái XHTH cao; Mổ cắt hang vị hoặc cắt 2/3 DD lấy ổ loét có kết quả tốt. Có thể loại trừ ổ loét khỏi đường tiêu hóa.

**Từ khóa:** Thủng ổ loét dạ dày, tá tràng

### SUMMARY

#### THE CLINICAL CHARACTERISTICS, RISK FACTORS AND SURGICAL RESULTS OF GASTRODUODENAL ULCER COMPLICATIONS IN ONCOLOGIC PATIENTS.

##### 1. Aim of study:

1.1. Evaluation of the clinical characteristics, risk factors of gastroduodenal ulcer complications in oncologic patients.

1.2. The surgical results of gastroduodenal ulcer complications.

##### 2. Patients and method: retrospective study.

##### 3. Results

There were 32 patients, male 96,9%, female 3,1%; mean age 58,97±1,72 year. Medical history: Gastroduodenal ulcer in 37,5%; Oncologic diseases in 53,1%. Proportion of gastro-duodenal ulcer perforation was 62,5%; gastro-duodenal ulcer bleeding was 34,4%; gastric outlet obstruction was 3,1%. Diameter of duodenal ulcer perforation was 1,98±0,99 cm; Diameter of gastric ulcer perforation was 2,15±0,75 cm; Diameter of gastrojejunal anastomosis perforation was 1,33±1,44 cm.

The mean diameter of bleeding duodenal ulcer was 2,58±0,91; The mean diameter of bleeding gastric ulcer was 3,25±0,35 cm. Surgical procedure: Laparoscopic suture

<sup>1</sup>Bệnh viện K.

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng;

E mail: thainguyenhung70@gmail.com

**Mã bài: N306b**

Ngày nhận bài: 4/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 3/3/2026

Ngày duyệt bài: 4/4/2026

of duodenal perforation in 44,4 %; Suture of duodenal perforation in 88,8% (2 patients performed suture plus gastroduodenal anastomosis); 2/3 gastrectomy in 11,1%.

For gastrojejunal anastomosis perforation: suture in 1 patient; subtotal gastrectomy in 2 patients.

For bleeding group: 2/3 gastrectomy plus duodenostomy in 5/9 patients (55,6%); Suture for hemostasis and 2/3 gastrectomy and duodenostomy in 11,1%; Suture for hemostasis plus gastroduodenal anastomosis. Subtotal gastrectomy in 100% for gastric ulcer bleeding. There were 2 deaths post operation (6,5%). Complication in 12,5%.

#### 4. Conclusion:

We concluded that:

For duodenal ulcer perforation: 2/3 gastrectomy should be done if Test HP (-) or recurrent ulcer despite triple therapy.

For gastric perforation: Distal gastrectomy should be considered if closure is difficult and the patient sufficiently fit and the surgeon sufficiently experienced.

For duodenal ulcer bleeding: 2/3 gastrectomy with duodenal ulcer excision is procedure of choice. Suture for hemostasis plus gastroduodenal anastomosis could be rebleeded with high incidence.

**Keywords:** Perforation of gastroduodenal ulcer

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho tới nay, số bệnh nhân (BN) loét DD-TT điều trị phẫu thuật (PT) giảm nhiều. Các thống kê cho thấy PT cấp cứu biến chứng ổ loét DD-TT giảm đến > 80%. Tuy nhiên số BN mổ cấp cứu thường trong tình trạng nặng không những do vị trí ổ loét phức tạp và diễn biến kéo dài của ổ loét DD-TT; BN thường mắc các bệnh lý mạn tính va/hoặc đã và đang điều trị các bệnh lý ung thư dẫn đến tổn thương tá tràng biến dạng về giải phẫu hoặc thủng vào các tạng lân cận như đầu tụy, tá tràng, cuống gan hoặc thủng vào động mạch vị tá tràng (ĐM.VTT) dẫn đến phẫu thuật gặp rất nhiều khó khăn. Mặt khác có những ổ loét tá tràng thủng tới 5-6 lần nhưng không được xử trí triệt để bởi vậy chúng tôi báo cáo đề tài này với mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các biến chứng ổ loét DD-TT trên những BN đang điều trị các bệnh lý ung thư.

Đánh giá các yếu tố tiên lượng và kết quả điều trị phẫu thuật biến chứng ổ loét DD-TT.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Phương pháp mô tả hồi cứu.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả những BN, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán biến chứng của ổ loét DD-TT, được phẫu thuật tại bệnh viện K.

**Loại trừ:** BN ung thư dạ dày (UTDD) hoặc biến chứng của UTDD hoặc không đủ hồ sơ.

### Kết quả nghiên cứu

- Từ 2020-2025 có 32 BN có biến chứng của ổ loét DD-TT: Nam 31 BN (96,9%), Nữ 1 BN (3,1%)
- Tuổi TB: 58,97±1,72.

**Bảng 1: Tiền sử bệnh**

| TT | Các bệnh lý đã và đang điều trị    | N (%)      |
|----|------------------------------------|------------|
| 1  | Ung thư (UT) phổi ( GĐ IV)         | 4 (12,5)   |
| 2  | Ung thư lỵ                         | 2          |
| 3  | Ung thư vòm                        | 1          |
| 4  | UT hầu-miệng                       | 1          |
| 5  | Ung thư Đại-Trực tràng (ĐT-TT).    | 4 (12,5)   |
| 6  | Đã nối vị tràng (thủng miệng nối)* | 3          |
| 8  | Loét DD-TT                         | 12 (37,5%) |
| 9  | U lympho/ đã mở bụng sinh thiết    | 1          |
| 10 | Thủng ổ loét tá tràng**            | 1          |
| 11 | UT tiền liệt tuyến                 | 1          |
| 12 | Các bệnh lý khác***                | 3          |

- Hẹp môn vị, đã nối vị tràng.
- Đã thủng ổ loét mặt trước tá tràng 5 lần.
- Các bệnh lý: Hẹp ĐMC; Tai biến mạch não (TBMN); Viêm cột sống.

Dính khớp.

**Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng nhóm thủng DD-TT: Số BN thủng 20**

| TT | Triệu chứng                                                                           | N (%)        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|    | Triệu chứng lâm sàng                                                                  |              |
| 1  | Đau bụng dữ dội                                                                       | 17/20(85,0)  |
| 2  | Đau bụng không rõ                                                                     | 3/20 (15,0)  |
|    | Chẩn đoán hình ảnh                                                                    |              |
| 3  | Chụp bụng KCB (2 BN không chụp)                                                       | 18           |
| 4  | Chụp bụng KCB có liềm hơi dưới hoành 1 bên                                            | 8/18 (44,4)  |
| 5  | Chụp bụng KCB có liềm hơi dưới hoành 2 bên                                            | 7 /18 (38,9) |
| 6  | Chụp bụng KCB không có liềm hơi                                                       | 3/18 (16,7)  |
| 7  | Chụp CLVT ổ bụng (có khí-dịch)( 6 BN không chụp, 1 BN chụp không có khí OB, thủng bí) | 14           |
|    | Xét nghiệm                                                                            |              |
| 8  | Thiếu máu nặng                                                                        | 1/20 (5,0%)  |
| 9  | Thiếu máu TB                                                                          | 3/20(15,0 )  |
| 10 | Thiếu máu nhẹ hoặc không thiếu                                                        | 15/20(75,0)  |
| 11 | Bạch cầu (BC) <10. (G/L)                                                              | 5/20(25,0)   |
| 12 | BC ≥ 10-15 (G/L)                                                                      | 9/20 (45,0)  |
| 13 | BC> 15 (G/L)                                                                          | 6/20 (30,0)  |
|    | Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng- mổ                                            |              |
| 14 | ≤ 6 h                                                                                 | 4 (20,0)     |
| 15 | ≥ 6- 24 h                                                                             | 11 (55,0)    |

| TT | Triệu chứng                                    | N (%)       |
|----|------------------------------------------------|-------------|
| 16 | >24 h                                          | 4 (20,0)    |
| 17 | 1 BN thủng bít (không xác định được thời gian) | 1/20 ( 5,0) |

- Chụp bụng không chuẩn bị (KCB): 15/18 BN thủng ổ loét DD-TT có lềm hơi (83,3%); 3/18 BN (16,7%) không có lềm hơi.

- Bạch cầu  $\geq 10$  (G/L) chiếm 75% số BN thủng ổ loét DD-TT

- 5/20 BN (75%) được mổ  $\leq 24$ h kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên

- Chụp CLVT có khí ổ bụng 13/14 BN (92,9%), 1 BN không có khí OB (thủng bít), 6 BN không chụp CLVT.

**Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán nhóm xuất huyết tiêu hóa (XHTH) : 12 BN**

| TT | Triệu chứng                       | N (%)    |
|----|-----------------------------------|----------|
| 1  | Nôn máu và ỉa phân đen            | 6        |
| 2  | Ỉa phân đen                       | 6        |
| 3  | Sốc mất máu ( Mạch nhanh, HA tụt) | 5 (41,7) |
|    | Phân độ Forrest (F) qua NSDD      |          |
| 4  | F Ia                              | 3 (25)   |
| 5  | F Ib                              | 5 (41,7) |
| 6  | F IIc                             | 1 (8,3)  |
| 7  | F III                             | 3 (25)   |
|    | Xét nghiệm máu                    |          |
| 8  | Thiếu máu nặng                    | 6 (50)   |
| 9  | Thiếu máu TB                      | 3 (25)   |
| 10 | Thiếu máu nhẹ                     | 3 (25)   |

**Bảng 4: Tồn thương trong mổ và xử trí phẫu thuật: Nhóm thủng DD-TT.**

| TT | Tồn thương                            | N (%)    |
|----|---------------------------------------|----------|
| 1  | Thủng ổ loét mặt trước HTT            | 9 (45,0) |
|    | Kích thước lỗ thủng (KT lớn nhất)     |          |
|    | KT" $\leq$ 1 cm                       | 2        |
|    | KT" > 1-2 cm                          | 5        |
|    | KT"> 2-3 cm                           | 1        |
|    | K" > 3 cm                             | 1        |
|    | Phẫu thuật                            |          |
|    | PTNS khâu lỗ thủng                    | 3        |
|    | Khâu lỗ thủng (mở mở)***              | 4        |
|    | Khâu thủng-nối vị tràng (PTNS hỗ trợ) | 1        |
|    | Cắt 2/3 DD                            | 1        |
| 2  | Thủng ổ loét dạ dày (DD)              | 8 (40,0) |
|    | KT" $\leq$ 2 cm                       | 5        |
|    | KT" > 2-3 cm                          | 3        |

| TT | Tồn thương                                      | N (%)    |
|----|-------------------------------------------------|----------|
|    | Phẫu thuật                                      |          |
|    | Khâu thủng (mở mở) *                            | 3        |
|    | Cắt đoạn DD                                     | 4        |
|    | Khâu thủng-nối vị tràng**                       | 1        |
| 3  | Thủng miệng nối vị tràng                        | 3 (15,0) |
|    | KT lỗ thủng 0,5 cm (mặt sau miệng nối vị tràng) | 2        |
|    | KT lỗ thủng 2cm (mặt trước miệng nối)           | 1        |
|    | -Phẫu thuật                                     |          |
|    | Khâu thủng miệng nối                            | 1        |
|    | Tháo miệng nối, cắt đoạn DD                     | 2        |

- 1 BN được PTNS chuyển mổ do thủng mặt sau bên hang vị gần môn vị.

- 1 BN khâu thủng theo phương pháp Newmann.

- 1 BN Khâu lỗ thủng, nối vị tràng (Phạm Văn T, 70 T, UT phổi GB IV)

KT lỗ thủng ổ loét tá tràng trung bình (TB)  $1,98 \pm 0,99$  ( 0,5-4 cm).

KT lỗ thủng ổ loét dạ dày TB:  $2,15 \pm 0,75$  cm (1,2-3).

KT lỗ thủng miệng nối  $1,33 \pm 1,44$  cm (0,5-2).

**Bảng 5: Tồn thương XHTH do loét DD-TT, xử trí phẫu thuật.**

| TT | Tồn thương                                             | N |
|----|--------------------------------------------------------|---|
| 1  | XHTH do loét tá tràng                                  | 9 |
|    | XHTH do loét tá tràng (Kissing ulcer)                  | 5 |
|    | XHTH do loét mặt sau tá tràng                          | 3 |
|    | XHTH do loét mặt sau tá tràng D' Vater                 | 1 |
|    | KT ổ loét tá tràng >1- 2 cm                            | 3 |
|    | KT ổ loét tá tràng 2-3 cm                              | 2 |
|    | KT ổ loét tá tràng >3 cm-4 cm                          | 4 |
|    | Phẫu thuật:                                            |   |
|    | Cắt 2/3 DD, lấy ổ loét, dẫn lưu mồm TT                 | 5 |
|    | Khâu cầm máu, cắt 2/3 DD, DL mồm TT ( loét dưới Vater) | 1 |
|    | Khâu cầm máu, nối vị tràng                             | 3 |
| 2  | XHTH do loét DD                                        | 2 |
|    | KT ổ loét dạ dày 3-3,5 cm                              | 2 |
|    | Phẫu thuật: Cắt GTBDD                                  | 2 |
| 3  | Hẹp môn vị do loét tá tràng (ổ loét 2,5 cm)            | 1 |
|    | Phẫu thuật Cắt 2/3 DD, DL mồm tá tràng                 | 1 |

- KT ổ loét tá tràng (gây XHTH) TB:  $2,58 \pm 0,91$  cm (1,2-3,5)

- KT ổ loét DD (XHTH) TB:  $3,25 \pm 0,35$  cm (3-3,5)
- KT ổ loét tá tràng (gây thủng-XHTH-Hẹp môn vị):  $2,25 \pm 0,96$  (0,5-4)
- KT ổ loét dạ dày (gây thủng, XHTH):  $2,37 \pm 0,82$  cm (1,2-3,5)

- KT lỗ thủng miệng nối:  $1,33 \pm 1,44$  cm (0,5-2)

Biến chứng và tử vong (TV);

Tỷ lệ biến chứng 4/32 BN (12,5%): không có BN nào phẫu thuật lại

- 1 BN rò mật và rò mồm tá tràng (sau cắt 2/3 DD lấy ổ loét kising ulcer thủng vào động mạch vị tá tràng, DL mồm tá tràng và DLkehr đường mật), điều trị nội khoa.

- 3 BN tái XHTH sau khâu cầm máu ổ loét mặt sau, nối vị tràng (2 BN); 1 BN khác sau khâu cầm máu ổ loét D2 dưới Vater, DL mồm TT nối vị tràng (xơ gan). Các BN này điều trị nội khoa, PPI.

- 2 BN tử vong: 1 BN sau mổ khâu thủng ổ loét 1,5 cm HT, sốc NTND và suy thận trước mổ, sau mổ điều trị tại ICU, lọc máu, TV ngày 8 sau mổ do suy đa tạng.

- 1 BN khác thủng ổ loét HTT 5 lần (đã nối vị tràng) thủng miệng nối vị tràng, mổ cấp cứu tháo miệng nối, cắt dạ dày/ ung thư phổi GĐIV, đã ăn đường miệng, TV vì suy hô hấp ngày thứ 12 sau mổ.

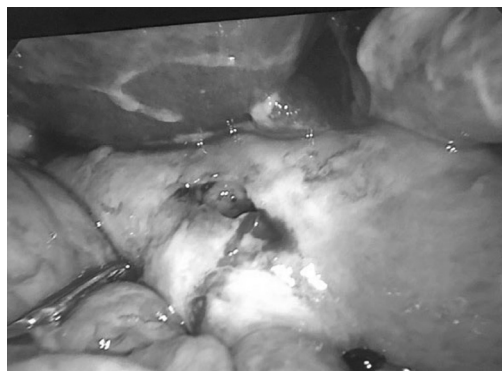
#### IV. BÀN LUẬN

Có 32 BN có biến chứng của ổ loét DD-TT được phẫu thuật tại BV K. Tuổi TB  $58,97 \pm 1,72$ ; Nam 31 BN (96,9%), Nữ 1 BN (3,1%), tỷ lệ nam/nữ 31/1. Tuổi mắc này cao hơn hẳn so với các thống kê khác.

- Thống kê của Nguyễn Hữu Trí [1] trên 72 BN thủng ổ loét tá tràng: Tuổi TB  $48,8 \pm 14,0$  T; Tỷ lệ giới Nam/Nữ là 17; 52,8% có TS loét DD-TT; 3 BN đã PT khâu thủng; 15,1% có TS dùng thuốc chống viêm giảm đau không steroid (NSAIDs)

- Số liệu của Ngô Minh Nghĩa [2] trên 63 BN thủng DD-TT: Tuổi TB  $48,3 \pm 13,5$  T, tỷ lệ Nam/Nữ 8/1; 49,2% có TS loét DD-TT; 3 BN đã XHTH.

Kết quả bảng 1: Nhóm BN của chúng tôi có nhiều bệnh nội khoa và ung thư (UT): 17/32 BN (53,1%) mắc các bệnh UT trong đó UT phổi giai đoạn IV 12,5%; UT Đại-trực tràng (Đ-TT) 12,5%; Các UT vùng đầu mặt cổ 12,5%; TS loét DD-TT 37,5% (1 BN XHTH nhiều lần). 1 BN viêm cột sống dính khớp sử dụng NSAIDs thường xuyên. Chúng tôi nhận thấy các phác đồ điều trị hóa xạ trị phần lớn có sử dụng corticoid có thể gây loét DD-TT hay XHTH nếu không được dùng phối hợp PPI. Phần lớn BN thủng ổ loét DD-TT trong nghiên cứu này đều không được NSDD trước khi thủng.



Hình 1: Thủng ổ loét mặt trước hành tá tràng, phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng, hút rửa ổ bụng

Mặt khác triệu chứng đau bụng do thủng ổ loét DD-TT nhiều khi là biểu hiện đầu tiên của bệnh loét DD-TT. Chúng tôi có BN Lê Ngọc Th, 49 T, UT phổi GĐ IV đang hóa trị xuất hiện đau bụng dữ dội, bụng co cứng, XQ bụng không có liềm hơi. Chụp CLVT đa dãy thấy có bóng khí nhỏ. PTNS thấy ổ loét lớn xơ chai chiếm toàn bộ khẩu kính mặt trước HTT gây thủng, dạ dày giãn to (Hẹp môn vị: HMOV), PTNS hút rửa OB, khâu lỗ thủng và tạo hình mạc nối lớn rồi mổ nhỏ < 8cm nối vị tràng. Như vậy theo chúng tôi nên chẩn đoán các BN đang hóa xạ trị nên được chẩn đoán bệnh lý loét DD-TT.

Các triệu chứng LS của thủng ổ loét DD-TT khá điển hình. Bảng 2 cho thấy 85,0% đau bụng dữ dội, bụng co cứng; 15,0% đau bụng không rõ trong đó có 2 BN thủng nhỏ mặt sau. 2 BN này chụp bụng KCB không có liềm hơi, CLVT thấy bóng khí nhỏ ở hậu cung mạc nối (HCMN), tổn thương là thủng 0,5 cm mặt sau miệng nối vị tràng (BN Nguyễn Văn H); 1 BN khác đau bụng không rõ do thủng bít vào thân tụy (Trần Đình L, 66T).

1 BN khác XQ bụng đứng không có liềm hơi mặc dù tổn thương là thủng ổ loét 2,5cm mặt trước TT; Những BN chụp bụng không có liềm hơi được chụp CLVT thấy có dịch và khí ổ bụng hoặc trong HCMN.

Đặc điểm LS trên 63 BN của Ngô Minh Nghĩa [2]: Đau bụng dữ dội 90,5%, đau thượng vị âm ỉ 9,5%; Bụng co cứng 85,7%; 34,9% mổ < 6h; 65,1% mổ từ 6-24h. Vị trí thủng: mặt trước HTT 57,1%, mặt trước tiền môn vị 41,3%, bờ cong nhỏ 1,6%; KT' lỗ thủng < 5 mm chiếm 58,7%; KT" lỗ thủng từ 5-10mm chiếm 39,7%, KT" lỗ thủng > 10 mm chiếm 1,6%. Tuy nhiên số liệu không nói rõ đó là KT' lỗ thủng ở tá tràng hay dạ dày. Mặt khác rất khó đánh giá kết quả PTNS trên nhóm BN thủng ổ loét tá tràng vs thủng ổ loét dạ dày.

Theo Bảng 4: Vị trí thủng ổ loét tá tràng 9/20 BN (45%), Thủng ổ loét DD 8/20 BN (40,0%), thủng ổ loét miệng nối 3/20 BN (15,0%). KT lỗ thủng ổ loét TT trung bình (TB)  $1,98 \pm 0,99$  (từ 0,5-4 cm). KT lỗ thủng ổ loét dạ dày TB:  $2,15 \pm 0,75$  cm (1,2-3). KT lỗ thủng

miệng nổi TB  $1,33 \pm 1,44$  cm (0,5-2).

Chúng tôi PTNS 4/9 BN từng ổ loét tá tràng (44,4%) trong đó 1 ca mổ nhỏ (PTNS hỗ trợ) do ổ loét 2,5 cm mặt trước TT, xơ chai, phù nề, mủn gây hẹp môn vị (HMV). Chúng tôi khâu lỗ thủng và patch dây chằng tròn vào lỗ thủng, nổi vị tràng.

4/9 BN khác (44,4%) từng ổ loét mặt trước TT mổ mở từ đầu: 2 BN có TS mổ bụng, 1 ca sốc NTND, suy thận (Phan Văn M, 70 T / TS mổ UT trực tràng), 1 ca UT phổi di căn não (Phạm Văn T, 70 T). Như vậy tỷ lệ mổ mở cao (44,4% tổng số BN từng ổ loét TT).

Chúng tôi cắt 2/3 DD 1 ca: BN viêm phúc mạc do thủng ổ loét mặt trước TT trên nền ổ loét xơ chai, KT" ổ loét 3-4 cm, thời gian thủng > 24h. Tuy nhiên BN này có thể mổ khâu lỗ thủng, cắt TK X, nổi vị tràng là phù hợp. Các nghiên cứu cho thấy phần lớn thủng ổ loét TT do H.Pylori bởi vậy cắt DD để ngăn chặn loét DD-TT hiện tại ít chỉ định. Tuy nhiên các phẫu thuật ngăn ngừa loét DD-TT như Vagotomy ± cắt hang vị chỉ định khi Test HP (-) hoặc ổ loét tái phát sau 3 liệu trình điều trị.

Đối với thủng ổ loét DD: 4/8 BN (50%) được mổ mở khâu lỗ thủng (1 ca PTNS chuyển mổ mở do thủng DD mặt sau bên tiền môn vị); 4 BN khác được cắt GTBDD (50%), số này kết quả GPB là viêm loét mạn tính. Các nghiên cứu khác trên TG cho rằng trong trường hợp ung thư dạ dày (UTDD) thủng nên cắt DD 2 thì: thì 1 khâu lỗ thủng, làm sạch, sau 18-20 ngày sau cắt DD thì 2 (nếu là UTDD). Các tác giả cho rằng chỉ nên cắt dd cấp cứu khi BN đến sớm, ổ bụng sạch, BN không có bệnh phổi hợp, được chẩn đoán UTDD trước thủng.[3]



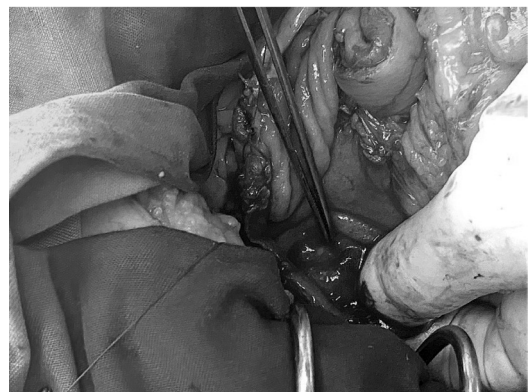
Hình 2: XHTH do loét 2 cm mặt sau tá tràng (Forrest 1 b)

Thủng ổ loét DD có tỷ lệ 9% thủng do UTDD. Nếu phẫu thuật khâu thủng đơn thuần phần lớn sẽ thủng lại với tỷ lệ TV 15% [5].

Chung [4] cho rằng < 10% số thủng ổ loét DD có chỉ định cắt DD với nguy cơ TV 24% (thấp hơn khâu, tạo hình mạc nối lớn). Sự lựa chọn chỉ định và

phương pháp mổ phụ thuộc vào vị trí, KT" ổ loét, tuổi và toàn trạng BN. Các ổ loét tiền môn vị có thể xử trí như loét tá tràng trong khi các ổ loét ở vị trí cao hơn nên lấy ổ loét, khâu tạo hình mạc nối lớn hoặc cắt DD.

Theo số liệu Bảng 3: 12/32 ca XHTH (37,5%) tuy nhiên có tới 5/12 ca (41,7%) sốc mất máu: BN nôn máu đỏ, ỉa phân đen đỏ hoặc phân đen đỏ tự đùn qua hậu môn, mạch nhanh >120 l/ph, HA giảm thấp < 60-70 mmHg. NSDD trước mổ cho thấy Forrest Ia-Ib chiếm 8/12 BN (66,6%). Tất cả các BN loét TT mổ cấp cứu là loét mặt sau tá tràng, loét sâu, KT lớn, xơ chai hoặc loét kissing ulcer trong đó chảy máu từ loét mặt sau (5 BN kissing ulcer-loét 2 mặt), 1 BN khác loét 1,2 cm dưới bóng Vater thủng vào 1 ĐM vùng đầu tụy-tá tràng kích thước 6 mm đang phun máu. BN này ung thư vòm/xơ gan rệu. NSDD thấy nhiều máu đỏ ở D2 và DD nhưng không thấy ổ loét. CLVT 64 dây có mạch 6 mm vùng D2-đầu tụy đang chảy máu mạnh. Chúng tôi mở D2 dưới Vater khâu cầm máu, sau đó cắt 2/3 DD và DL móm tá tràng. BN này sau mổ tái XHTH được điều trị PPI, hết XHTH, ra viện. 5 BN kissing ucer khác được mổ cấp cứu trong đó có 3 BN được clip và tiêm xơ cầm máu thất bại được chuyển thẳng từ phòng nội soi can thiệp lên phòng mổ cấp cứu trong đó 3 BN ổ loét lớn mặt sau gó trên-D2 tá tràng thủng vào ĐM vị tá tràng. Chúng tôi mở dạ dày khâu cầm máu trước, cắt 2/3 DD lấy ổ loét và DL móm tá tràng (1BN DL móm tá tràng và DL Kehr do loét thủng vào ống mật chủ và ĐM.Vị tá tràng). Kết quả cho thấy chỉ có 1 BN rò mật/DLkehr được điều trị nội.



Hình 3: XHTH do loét tá tràng dưới Vater: mở D2 khâu cầm máu, cắt 2/3 dd, DL móm TT

+ 3 BN khác khâu cầm máu, nổi vị tràng (loét mặt sau) có 2 BN tái XHTH được điều trị PPI (2 BN UT đại-trực tràng). Như vậy chúng tôi nhận thấy nếu mổ khâu cầm máu và nổi vị tràng ổ loét vẫn có khả năng tái xuất huyết cao. Nên chăng cần phối hợp mổ cắt TK X hoặc loại trừ ổ loét ra khỏi đường tiêu hóa.

Huỳnh Hiếu Tâm báo cáo 74 BN XHTH do loét DD-TT được tiêm xơ cầm máu (nhóm 1: 38 BN) hoặc clip cầm máu qua NSDD (nhóm 2: 36 BN): Tuổi TB

là 60,97 vs 58,61. Sốc mất máu nhóm 1: 15,8% vs 22,2% (nhóm 2); Có 45/74 BN (60,8%) XHTH do loét TT; 29 BN (39,3%) XHTH do loét DD; KT" ổ loét  $\geq 2$  cm 11/74 BN (14,86%); KT"  $< 2$  cm 63/74 BN (85,14%); 6/74 BN có Forrest Ia. Kết quả 2 BN tiêm xơ hay Clip thất bại (2,7%); 9/74 BN có XHTH tái phát (6 BN Forrest Ia hoặc FIB); 1 BN chuyển mổ (1,36%), không có BN tử vong.

Đối với ổ loét  $\geq 2$  cm tỷ lệ thành công của nhóm tiêm xơ là 25% vs nhóm kẹp Clip 3,2%. Như vậy với các BN có ổ loét KT"  $\geq 2$  cm tỷ lệ can thiệp qua NSDD thất bại cao [5].

Có 2 BN tử vong (6,25%):

+ BN Phan Văn M, 70 T, TV sau mổ khâu thủng ngày 8/đã mổ UT trực tràng giai đoạn IV (di căn gan). BN này nhập viện giờ 18 sau cơn đau trong tình trạng sốc NTNĐ, suy thận, dùng vận mạch. Sau mổ liều vận mạch đã giảm nhiều, toàn trạng khá lên, không rò tiêu hóa. TV do suy đa tạng.

+ BN Đỗ Văn M, 66 T; UT phổi GEIV, tràn dịch màng phổi 2 bên: BN này đã khâu thủng ổ loét tá tràng 5 lần (lần 5: khâu thủng, nối vị tràng). Lần 6 nhập viện do đau bụng, bụng co cứng (giờ 16), lỗ thủng mặt trước miệng nối vị tràng KT" 2 cm. Mổ tháo miệng nối, cắt 2/3 DD (Roux en Y). Sau mổ 10 ngày (ICU) đã ăn đường miệng bình thường, TV vì suy hô hấp.

Tỷ lệ TV sau PT thủng ổ loét DD-TT từ 6-19% [6], có 4 yếu tố nguy cơ gây tăng tỷ lệ TV: 1. Tuổi cao  $> 60$  T; 2. thời gian thủng  $> 24$ h; 3. Sốc NTNĐ, HA  $< 100$ mmHg; Có nhiều bệnh phối hợp. Tỷ lệ TV do thủng ổ loét DD  $> 2-3$  lần thủng ổ loét TT. Tỷ lệ TV cao gấp 3-4 lần ở người cao tuổi (lên tới 50%). [7] Sốc NTNĐ khi nhập viện phối hợp với rò sau khâu làm tăng tỷ lệ TV. KT" lỗ thủng là yếu tố làm tăng khả năng nhiễm trùng phúc mạc và ảnh hưởng đến tiên lượng. KT" lỗ thủng  $< 5$  mm  $\rightarrow$  tỷ lệ TV khoảng 6%; KT 5-10 mm  $\rightarrow$  tỷ lệ TV 19%; KT"  $> 10$ mm  $\rightarrow$  Tỷ lệ TV dao động khoảng 19%. Lựa chọn phương pháp mổ cũng phụ thuộc vào vị trí, KT" loét thủng, tuổi và thể trạng BN: Thủng ổ loét tiền môn vị có thể xử trí như loét tá tràng. Vị trí càng lên cao càng nên khoét bỏ ổ loét hoặc cắt dạ dày.[8].

#### Các đặc điểm tổn thương loét DD-TT:

- Tỷ lệ các tổn thương: Nhóm thủng ổ loét DD-TT 62,5%; Nhóm XHTH do loét DD-TT 34,4%; Nhóm Hẹp môn vị 3,1% (1/32BN).

- Vị trí tổn thương: 100% ổ loét TT thủng ở mặt trước tá tràng; 100% ổ loét TT gây XHTH ở mặt sau tá tràng.

- Kích thước tổn thương: KT lỗ thủng ổ loét tá tràng TB  $1,98 \pm 0,99$ . KT lỗ thủng ổ loét dạ dày TB  $2,15 \pm 0,75$  cm. KT lỗ thủng miệng nối TB  $1,33 \pm 1,44$  cm.

- KT ổ loét TT (XHTH) TB  $2,58 \pm 0,91$  cm, KT ổ loét DD (XHTH) TB:  $3,25 \pm 0,35$  cm.

#### Phương pháp và kết quả phẫu thuật

- Nhóm thủng ổ loét DD-TT:

- Nhóm thủng ổ loét TT: PTNS 4/9 BN (44,4%); Khâu thủng 8/9 BN (88,8%) trong đó có 2 BN khâu thủng, nối vị tràng; 1/9 BN (11,1%) Cắt 2/3 DD;.

- Nhóm thủng ổ loét DD: 100% mổ mở; Khâu lỗ thủng 3/8 BN (37,5%), Khâu thủng, nối vị tràng 1/8 BN (12,5%), cắt GTBDD 4/8 BN (50,0%).

Miệng nối: 3/20 BN (15%). Khâu lỗ thủng 1 BN (5%); Tháo miệng nối, cắt DD 2/20 BN (10%).

- Nhóm XHTH do loét DD-TT

- Nhóm XHTH do loét TT: Cắt 2/3 DD, DL mổ TT 5/9 BN (55,6%), Khâu cầm máu, nối vị tràng 3/9 BN (33,3%), Khâu cầm máu, cắt 2/3 DD. DL mổ TT: 1/9 BN (11,1%).

- Nhóm XHTH do loét DD: Cắt GTBDD 2/2 BN (100%)

Nhóm HMV: Cắt 2/3 DD, DL mổ TT 1/32 BN (3,1%).

Tử vong: 6,25% TV do suy hô hấp và suy đa tạng

- Tỷ lệ biến chứng 4/32 BN (12,5%); không có BN nào phẫu thuật lại

#### V. KẾT LUẬN

32 BN; Nam 96,9%, Nữ 3,1%; Tuổi TB  $58,97 \pm 1,72$  T. Tiền sử loét DD-TT 37,5%; TS điều trị các bệnh UT 50%. Nhóm thủng ổ loét DD-TT chiếm 62,5%; Nhóm XHTH do loét DD-TT 34,4%; Nhóm hẹp môn vị 3,1%. 100% thủng ổ loét mặt trước TT; 100% ổ loét TT gây XHTH ở mặt sau TT. KT ổ loét TT (gây thủng-XHTH-Hẹp môn vị)  $2,25 \pm 0,96$  (0,5-4); KT ổ loét dạ dày (gây thủng, XHTH)  $2,37 \pm 0,82$  cm; KT lỗ thủng miệng nối  $1,33 \pm 1,44$ cm.

Về phẫu thuật: Đối với thủng ổ loét TT nên cắt DD khi test Helicobacter Pylori (-) hoặc điều trị liên tiếp 3 liệu trình thất bại. Đối với thủng ổ loét DD: cắt DD cấp cứu khi BN đến sớm, ổ bụng sạch, không mắc nhiều bệnh mạn tính. Đối với XHTH do loét TT khâu cầm máu có tái XHTH cao; Mổ cắt hang vị hoặc cắt 2/3 DD lấy ổ loét có kết quả tốt. Có thể loại trừ ổ loét khỏi đường tiêu hóa.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Trí. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một cổng khâu lỗ thủng ổ loét tá tràng. Luận án Tiến sỹ Y học Huế 2017.
2. Ngô Minh Nghĩa. Đánh giá kết quả sớm trong điều trị thủng ổ loét dạ dày tá tràng bằng phẫu thuật nội soi. Luận án chuyên khoa cấp 2, Huế 2010.
3. Lehnert et al. Two stage radical gastrectomy for perforated gastric cancer. EUR. J Surg Oncol 26: 780-784 .2000.

4. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer-an update. World J gastrointestinal Surg. (2017)8:1-127; 14: 86-91.
5. Huỳnh Hiếu Tâm. Nghiên cứu hiệu quả của tiêm hoặc kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. Luận án Tiến Sĩ Y Học Huế 2019.
6. Leeman et al. The management of perforated gastric ulcer. Int J Surg.(2013)11: 322-44.
7. Zittel TT et al. Surgical management of peptic ulcer disease today-indication, technique and outcome. Langenbeck Arch Surg. (200) 385:34-
8. Hennessy E. Perforated peptic ulcer mortality and morbidity in 603 cases. Australia NZ J Surg.(1969) 38: 243.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT PHACO TRÊN ĐỤC THỦY TINH THỂ TRẮNG VÀ NGUYÊN NHÂN TRÌ HOÃN PHẪU THUẬT TẠI CỘNG ĐỒNG

Nguyễn Huỳnh Phúc<sup>1,2</sup>, Đoàn Kim Thành<sup>3</sup>, Hoàng Trung Kiên<sup>2</sup>,  
Nguyễn Đỗ Quang Thanh<sup>4</sup>, Trình Thị Vân Anh<sup>5</sup>, Phạm Khánh Linh<sup>6</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá hiệu quả và an toàn phẫu thuật PHACO trên bệnh nhân có đục thủy tinh thể trắng và khảo sát các nguyên nhân trì hoãn phẫu thuật đục thủy tinh thể trong cộng đồng.

**Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc, thu thập dữ liệu trên bệnh nhân đục thủy tinh thể trắng có chỉ định phẫu thuật đục thủy tinh thể tại Bệnh viện Mắt Sài Gòn Vinh, Nghệ An từ tháng 06/2025 đến tháng 12/2025.

**Kết quả:** Nghiên cứu gồm 75 bệnh nhân đục thủy tinh thể trắng (n=75) với độ tuổi trung bình là  $75,8 \pm 9,8$ , tỉ lệ nam : nữ là 1: 2,1. Trong đó 35 mắt có đục thủy tinh thể trắng (46,7%), 28 mắt đục thủy tinh thể quá chín (37,3%), và 12 mắt có đục thủy tinh thể căng phồng (16,0%). Trước phẫu thuật, 34,7% số mắt có thị lực là bóng bàn tay và 65,3% có thị lực là sáng tối (+). Sau phẫu thuật, thị lực logMAR trung bình là  $0,22 \pm 0,08$ . Tỉ lệ mất tế bào nội mô trung bình sau phẫu thuật là 7,7% tại thời điểm 1 tuần và 9,3% tại thời điểm 1 tháng. Có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa năng lượng tiêu tán tích lũy và tỉ lệ mất tế bào nội mô giác mạc tại thời điểm 1 tuần và 1 tháng ( $r=0,315$ ;  $p < 0,05$ ). Sau phẫu thuật, có 1 bệnh nhân ghi nhận 1 trường hợp rách bao sau (1,3%). Nguyên nhân trì hoãn thường gặp nhất thuộc nhóm tâm sinh lý (49,3%), chủ yếu do bệnh nhân đã phẫu thuật một mắt trước đó hoặc lo sợ phẫu thuật có thể dẫn đến mù lòa.

**Kết luận:** Phẫu thuật PHACO cho kết quả thị lực tốt và tỷ lệ biến chứng thấp trên đục thủy tinh thể trắng. Năng lượng tiêu tán tích lũy có liên quan với tỉ lệ mất tế bào nội mô giác mạc sau phẫu thuật. Các rào cản tâm lý và xã hội là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân trì hoãn phẫu thuật.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Sài Gòn Vinh

<sup>3</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>4</sup>Hội nhãn khoa TPHCM

<sup>5</sup>Bệnh viện Lão khoa-Phục hồi chức năng

<sup>6</sup>Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huỳnh Phúc

Email: nhuyhphuc2603@gmail.com

Mã bài: N425

Ngày nhận bài: 19/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 18/3/2026

Ngày duyệt bài: 19/4/2026

**Từ khóa:** Phẫu thuật nhũ tương hóa thủy tinh thể (PHACO), đục thủy tinh thể trắng.

### SUMMARY

#### PHACOEMULSIFICATION OUTCOMES IN WHITE CATARACT AND DETERMINANTS OF DELAYED PRESENTATION

**Purpose:** To evaluate the effectiveness and safety of PHACO surgery on patients with white cataract and to survey the causes of delayed cataract surgery in the community

**Methods:** This prospective study included patients with white cataracts who underwent PHACO surgery at Sai Gon Vinh Eye Hospital in Nghe An province from June 2025 to December 2025.

**Results:** The study included 75 patients with white cataract (n = 75) with a mean age of  $75.8 \pm 9.8$  years and a male-to-female ratio of 1:2.1. Of these, 35 eyes had mature white cataract (46.7%), 28 eyes had hypermature cataract (37.3%), and 12 eyes had intumescent cataract (16.0%). Preoperatively, 34.7% of eyes had hand motion visual acuity and 65.3% had light perception only. Postoperatively, the mean logMAR visual acuity was  $0.22 \pm 0.08$ . The mean corneal endothelial cell loss rate was 7.7% at one week and 9.3% at one month postoperatively. A moderate positive correlation was found between cumulative dissipated energy and corneal endothelial cell loss rate at both one week and one month postoperatively ( $r = 0.315$ ;  $p < 0.05$ ). One case of posterior capsular rupture was recorded postoperatively (1.3%). The most common cause of surgical delay belonged to the psychosocial group (49.3%), primarily due to prior surgery on the fellow eye or fear that surgery might lead to blindness.

**Conclusion:** PHACO provided good visual outcomes with a low complication rate in white cataracts. Cumulative dissipated energy was associated with postoperative corneal endothelial cell loss. Psychological and social barriers were the main reasons for delayed surgery.

**Keywords:** Phacoemulsification (PHACO), white cataract

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam, đục thủy tinh thể trắng vẫn chiếm một tỉ lệ lớn,