

lệ không cải thiện hoặc phải chuyển tuyến ở nhóm viêm phế quản phổi nặng cao hơn nhóm không nặng. Kết quả này là phù hợp với diễn biến tự nhiên của bệnh. Các trường hợp viêm phế quản phổi không nặng thường được phát hiện sớm, mức độ tổn thương phổi còn hạn chế và đáp ứng tốt với điều trị kháng sinh thích hợp. Trong khi đó, ở nhóm viêm phế quản phổi nặng, trẻ thường có tình trạng nhiễm khuẩn lan rộng hơn, suy hô hấp hoặc các yếu tố nguy cơ kèm theo như suy dinh dưỡng, tuổi nhỏ hoặc bệnh lý nền, dẫn đến thời gian hồi phục kéo dài và nguy cơ thất bại điều trị cao hơn. Mặc dù nhóm viêm phế quản phổi nặng có tỷ lệ đỡ hoặc khỏi bệnh thấp hơn nhóm không nặng, nhưng tỷ lệ đạt 85,7% vẫn cho thấy hiệu quả tương đối tốt của các phác đồ điều trị đang được áp dụng. Kết quả này có thể liên quan đến việc lựa chọn kháng sinh phù hợp với mức độ nặng của bệnh, đặc biệt là việc sử dụng các cephalosporin thế hệ 3 ở phần lớn các trường hợp nặng.

V. KẾT LUẬN

Viêm phế quản phổi nhiễm RSV chủ yếu gặp ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi (83,7%). Tỷ lệ bệnh nhi nam: nữ là 1,3:1. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là ho, chảy mũi, khô khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực. Số lượng bạch cầu và chỉ số CRP không tăng cao tại thời điểm trẻ nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The World Health Organization** (19 December 2025): Respiratory syncytial virus (RSV).
2. **Đinh Thị Phương Mai** (2025). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc viêm phổi cộng đồng nhiễm RSV tại Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 546, số 3, tr. 99 - 102.
3. **Xiaoxiao Qu** (2025) Epidemiological and clinical characteristics of bacterial co-detection in respiratory syncytial virus-positive children in Wenzhou, China, 2021 to 2023, BMC Infectious Diseases; 25:697.
4. **Nardin Kirolos** (2025). Risk Factors for Severe Disease Among Children Hospitalized With Respiratory Syncytial Virus. JAMA Network. 2025 Apr 11: 8(4).
5. **Hoàng Trung Thanh và cộng sự** (2021). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phế quản phổi nhiễm RSV ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc. Tạp chí Y học Việt Nam, 505(2).
6. **Lê Thị Hồng Hạnh** (2020). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng ở trẻ viêm phổi nặng có nhiễm RSV tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí nghiên cứu và thực hành Nhi khoa. 4(5):1-9.
7. **Lixia Vương** (2025). Correlation Between Inflammatory Markers and Pathogenic Bacteria in Children's Winter Respiratory Infections in Xinjiang. Journal of Infection. 2025; 90(3): 331-343.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ MIỆNG NỔI VỊ TRĂNG VÀ XỬ TRÍ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA UNG THƯ MIỆNG NỔI

Thái Nguyên Hưng¹, Nguyễn Lam Trường², Thai Diệp Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư miệng nổi.*

2 *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật của UTMN và các biến chứng của UTMN.*

Kết quả: 15 BN, Nam 86,7%; Nữ 13,3%; Tuổi TB 65,67±7,07. Tiền sử: Cắt đoạn DD do loét DD-TT 66,7%, do UTDD 33,3%. Lâm sàng: đau bụng, gầy sút 93,3%; Hẹp miệng nổi 46,7%; XHTH 2/15 BN (13,3%); vỡ quai tới 13,3%, thủng miệng nổi 6,7%. Nội soi dạ dày (NSDD) khối UTMN tại đường khâu nối DD-ruột 93,3%; Khối UT tâm vị (không ở miệng nổi) 6,7%. CLVT khối UTMN ≤ 5 cm 73,3% (11/15 BN), khối UTMN > 5 cm 26,7%. Nhóm 1 (n=10)UTMN/cắt DD do loét DD-TT mổ tháo miệng nổi, cắt GTBDD 5/10 BN (50%), Cắt GTBDD 3/10 BN (30%), nối Braun, đặt Volker 10%; Mổ thông hồng tràng (MHT) và làm hậu

¹ Bệnh viện K

² Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Mã bài: **N674**

Ngày nhận bài: 11.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2026

Ngày duyệt bài: 13.4.2026

môn nhân tạo (HMNT) 10%. Nhóm 2 (n=5) UT DD tái phát tại miệng nối: Cắt GTBDD 2/5 BN (40%), Cắt TBDD 20% (1 BN); nối D2-D3 tá tràng- ruột 20%; Nối Braun, DL Volker 20%. Không có BN tử vong; biến chứng 3/15 BN (20%): Rò miệng nối thực quản-ruột non. Không có TV, biến chứng 3 BN (20%) rò miệng nối thực quản-hồng tràng.

Kết luận: 15 BN; Nam 86,7%; Nữ 13,3%; Tuổi TB 65,67±7,07. Nhóm 1 (n=10) UTMN/cắt DD do loét DD-TT 66,7%; Tuổi TB 69±5,25; Thời gian xuất hiện UTMN TB 34±4 năm; 100% khối UT tại đường khâu nối DD-ruột. Kết quả GPB: GĐIIb 10%; GĐ III:70%; GĐ IV:20%. AC KBH 60%, AC BHV 10%, AC kém kết dính 10%; không xác định 20%. Nhóm 2 (n=5) UTDD tái phát 33,3%; Tuổi TB 59±5,43. Thời gian tái phát TB 2 ±1 năm, vị trí tái phát tại miệng nối 80%; ngoài miệng nối 20%. Kết quả GPB GĐ III (80%), GĐ IV 20%; AC kém kết dính 40%; ACKB H 20%; AC tuyến nhày 20%; không xác định 10%.

SUMMARY

CLINICOPATHOLOGIC FEATURES AND SURGICAL RESULTS OF REMNANT GASTRIC CANCER AFTER DISTAL GASTRECTOMY

Study aim: Evaluation Clinicopathologic features and surgical results of remnant gastric cancer after distal gastrectomy.

Results: 15 patients, male 86,7%; female 13,3%; mean age 65,67±7,07. Medical history 2/3 gastrectomy for gastroduodenal ulcer 66,7%, Subtotal gastrectomy for gastric cancer 33,3%. Gastroscopy: tumor at suture line 93,3%, Non suture line 6,7%. CTScan: Tumor diameter ≤ 5 cm 73,3%; > 5 cm 26,7%.

Procedure: Group (remnant gastric cancer post gastrectomy for ulcer): subtotal gastrectomy (Roux en Y anastomosis) in 50%, Total gastrectomy in 30%, Braun anastomosis with drainage of Volker in 10%, Ileostomy in 10%. Group (Recurrent gastric stump): subtotal gastrectomy 40%, Total gastrectomy 20%; Duodeno-jejunoscopy in 20%; Braun anastomosis with drainage of Volker in 10%.

Conclusion: The average interval time of remnant gastric cancer after distal gastrectomy was 34±4 year, Tumor located at suture line in 100%. Stage III -IV in 90%. Adenocarcinoma poorly differentiated in 60%

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư miệng nối (UTMN) là ung thư xuất hiện sau cắt bán phần dạ dày (DD) ít nhất 5 năm. Tỷ lệ xuất hiện UTMN khoảng 1-2%. UTMN xuất hiện sau cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD) do ung thư dạ dày (UTDD) với tỷ lệ cao hơn UTMN trên bệnh nhân (BN) cắt đoạn DD do loét dạ dày tá tràng (DD-TT). Trong 30 năm trở lại

đây, tỷ lệ phẫu thuật cắt bán phần DD điều trị loét DD-TT giảm nhiều (>80%) bởi vậy tỷ lệ UTMN/cắt DD do loét DD-TT giảm. Các đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng cũng như hoàn cảnh và thời gian xuất hiện UTMN ở nước ta chưa được nghiên cứu nhiều, bởi vậy chúng tôi báo cáo đề tài này với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư miệng nối (UTMN)*

2. *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật và các biến chứng của UTMN.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Phương pháp NC:** Mô tả hồi cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Những BN, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán ung thư miệng nối, được điều trị phẫu thuật tại BV K.

- **Thời gian:** năm 2023- 2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

15 BN, Nam 13/15 (86,7%); Nữ 2/15 (13,3%); Tuổi TB 65,67±7,07.

- Đặc điểm tiền sử (TS) phẫu thuật (PT)

Bảng 1: TS phẫu thuật

TT	TS phẫu thuật	N
1	Cắt đoạn DD do loét DD-TT*	9
2	Khâu thủng ổ loét HTT, nối vị tràng**	1
3	Cắt GTBDD do UTDD	4
4	Đã nối vị tràng, hóa trị*** (UT DD)	1

*Đã cắt 2/3 DD do loét DD-TT.

** Đã khâu thủng ổ loét HTT, nối vị tràng.

*** UT tái phát, thủng miệng nối vị tràng do UT miệng nối.

+ 10/15 BN (66,7%): UT miệng nối. Tuổi TB 69±5,25

+ 5/15 BN (33,3%): UTDD tái phát. Tuổi TB 59±5,43

Bảng 2: Đặc điểm LS

TT	Đặc điểm LS	N
1	Đau bụng	14
2	Nôn	9
3	Bí trung tiện	1
4	Gầy sút	14
5	XHTH	2
6	Hẹp miệng nối	7
7	Tắc ruột	1
8	Thủng hoặc vỡ quai tới	2
9	Thủng miệng nối	1
10	Thủng bít	1
11	Tắc mật	1

Bảng 3: Các XN và chẩn đoán

TT	Các xét nghiệm	N
1	Thiếu máu nhẹ	7
	Thiếu máu TB	8
	Thiếu máu nặng	0
2	Bạch cầu	
	< 10 G/L	8
	10-15 G/L	6
	> 15 G/L	1
3	Albumin <25 g/L	2
	Albumin 25-30 g/L	8
	Albumin > 30 g/L	5
4	Đường máu tăng	5
5	NSDD: Ung thu miệng nổi	
	+Kích thước khối UT (NSDD)	
	Khối UTMN < 3 cm	4
	Khối UTMN 3- 5 cm	7
	Khối UTMN > 5 -10 cm	4
	+ Vị trí khối UT	
	Khối UTMN phía BCN dạ dày	4
	Khối UTMN phía BCL dạ dày	1
	Khối UT tại miệng nổi	9
6	Khối UT tại tâm vị*	1
	CLVT Dày thành DD ≤ 5 cm	11
	CLVT dày thành DD > 5 -10 cm	4

* Khối UT nằm ở gần tâm vị / UTDD đã cắt GTBDD.

+ Khối UTDD ≤ 5 cm 11/15 BN (73,3%)
 + Khối UTDD > 5 cm 4/15 (26,7%).
 + Khối UTDD tại MN phía BCN 4/15 BN (26,7%).
 + Khối UTDD tại MN phía BCL: 1/15 BN(6,7%);
 + Khối UTDD ở tâm vị 1/15 BN (6,7%)

Như vậy 14/15 BN (93,3%) UT MN xuất hiện tại MN, 6,7% UT mồm DD tại tâm vị.

Nhóm UTMN/ cắt DD do loét DD-TT lành tính: 100% khối UTDD tại miệng nổi.

1 BN (6,7%) UTMN/đã cắt DD do UTDD xuất hiện khối UT tâm vị gần miệng nổi

Bảng 4: Tổn thương trong mổ:

TT	Tổn thương	N(5)
1	Kích thước khối UT	
	UT Miệng nổi ≤ 5 cm	9 (60)
	UT Miệng nổi > 5 -10 cm	5 (33,3)
	UT Miệng nổi >10 cm	1 (6,7)
2	Vị trí khối UT	
	UT ở miệng nổi phía bờ cong nhỏ (BCN)	4
	UT ở miệng nổi phía bờ cong lớn (BCL)	1
	Khối UT miệng nổi DD-ruột	9
	Khối UT tâm vị (UT mồm DD gần miệng nổi)	1*

TT	Tổn thương	N(5)
3	Biến chứng	
	Giãn quai tới	2
	Vỡ, thủng quai tới	2
	Thủng miệng nối vị tràng (mặt sau)	1

+ 14/ 15 BN (93,3%) UTMN xuất hiện tại đường khâu nối DD-ruột;* 1/15 BN(6,7%) UT ở sát tâm vị

Bảng 5: Xử trí phẫu thuật

TT	Nhóm bệnh	N	Phẫu thuật
1	Nhóm UT miệng nổi (Nhóm 1)	10	
		5	Tháo miệng nổi, cắt GTBDD (Roux en Y)
		3	Tháo miệng nổi cắt TBDD (Roux en Y)
		1*	Khâu thủng quai tới, nối Braun, Volker (vỡ quai tới)
		1**	MTHT và HMNT (tắc mật, di căn phúc mạc, tắc ruột)
2	Nhóm UTDD tái phát (Nhóm 2)	5	
		2	Tháo MN, cắt GTBDD
		1	Tháo MN, cắt TBDD
		1	Nối Braun- DL Volker (HC quai tới)
		1***	Nối vị tràng, nối tá tràng ruột (vỡ tá tràng do HC quai tới)
Tổng		15	

Nhóm 1: Tháo MN, Cắt GTBDD 5/10 BN (50%), Tháo MN, Cắt TBDD 3/10 BN (30%).

* Mổ cấp cứu do vỡ quai tới/ hội chứng quai tới do UTMN.

** Di căn phúc mạc/UTMN.

Nhóm 2: Tháo MN, cắt GTBDD 2/5 BN(40%), Cắt TBDD 1/5 BN (20%).

*** Mổ cấp cứu do vỡ gổ dưới/HC quai tới

-Biến chứng, TV:

+Không có BN tử vong.

+Biến chứng: 3/15 BN (20%): Rò miệng nối TQ-hỗng tràng/ cắtTBDD. 2 BN luồn sond qua vết mổ hút liên tục (Lê Thị Hồng L, Nguyễn Xuân TR); 1 BN khác (Nguyễn Trọng L: luồn sond hút và MTHT)

- Kết quả GPB.

Bảng 6: Kết quả GPB

Nhóm bệnh	Ung thư miệng nối-UTMN (n) Nhóm 1 (n=10)	UTDD tái phát tại miệng nối (n) Nhóm 1 (n=5)
GD II b	1 (T3N1M0)	
GD III A	2 (T4 aN1M0)	1 (T4aN1M0)
GD III B	4 (2 BNT4 aN2M0; 2 BN T4bN0,1M0)	3 (T4aN2M0)
GD III C	1 (T4aN3aM0)	
GD 4	2 (T4NxM1)	1 (T4NxM1)
N	10	5

+ Nhóm 1 UTMN / cắt DD do loét DD-TT (n=10): GDIIb 1/10 (10%)

GD III: 7/10 (70%); GD IV: 2/10 (20%).

++ 6/10 AC KBH (60%), 1/10 AC BHV (10%), 1/10 AC kém kết dính (10%), 2 BN không xác định (20%)

+ Nhóm 2 UTDD tái phát MN: GD III 4/5 (80%), GD IV 1/5 20%.

++ 2/5 BN (40%) AC kém kết dính, 1 /5 (20%) AC.KBH; 1/5 (20%) AC tuyến nhày, 1 BN không xác định.

- GD III và GDIV chiếm 93,3%, GD IIB 6,7% (n=15)

- Độ mô học: AC BHV 1 BN (6,7%) (n=15)

AC kém kết dính 3BN (20%)

AC KBH 8BN/15 (53,3%)

AC Tuyến nhày 1BN (6,7%)

2 BN không xác định được thể (Vũ Văn T: Vỡ quai tới; Đỗ Văn L HC quai tới, Vỡ tá tràng)

IV. BÀN LUẬN

Ung thư miệng nối (UTMN) được Balfour mô tả lần đầu tiên năm 1922 xảy ra sau cắt bán phần dạ dày (DD) do loét hay ung thư dạ dày (UTDD). Đối với UTDD nguyên phát, gọi là UTMN khi ung thư (UT) xảy ra 5 năm sau cắt bán phần DD do UTDD.

UTMN có tiên lượng xấu bởi vào thời điểm chẩn đoán bệnh UTMN thường ở giai đoạn (GD) tiến triển, BN đã có di căn hạch và xâm lấn các tạng lân cận. Các báo cáo cho thấy BN cắt đoạn DD do loét DD thường có nguy cơ UTMN cao hơn BN cắt đoạn DD do loét tá tràng [1]

Các báo cáo cho thấy phần lớn UTMN xảy ra ở BN nam, tiền sử cắt đoạn DD do loét, nối DD ruột Billroth II(BII). UTMN xảy ra do trào ngược dịch tá tràng và dịch mật khi không còn môn vị. Lesolecithin và trypsin (enzym phân giải protein)

sẽ tiêu hóa niêm mạc DD. Mỏm DD thường xuyên bị dịch kiềm trào ngược tác động. Các yếu tố trên gây thoái hóa và phá hủy hàng rào niêm mạc dẫn đến viêm teo niêm mạc DD làm giảm tiết acid và tạo điều kiện cho vi khuẩn (VK) phát triển ngược dòng. VK không những gây biến đổi acid mật thành các tác nhân gây ung thư mà còn gây biến đổi các nhóm nitrate thành nitrite gây UTMN. Mặt khác, sau cắt đoạn DD sẽ gây ra giảm và kém hấp thu acid ascorbic trong dịch DD là yếu tố ngăn chặn các gốc nitơ (intragastricnitrosation), do vậy gây UTMN. [2]

Các báo cáo cho thấy BN đã cắt đoạn DD do loét có nguy cơ UTMN cao hơn cắt DD do UTDD bởi phẫu thuật cắt hang vị điều trị loét thường phối hợp với cắt TK X toàn bộ hay chọn lọc. Sự mất TK X là yếu tố gây UT. Nghiên cứu trên chuột (1982) cho thấy những cá thể chuột không bị cắt TK X tiết ra prostacylin

(1 dạng prostaglandin) bảo vệ niêm mạc DD trong khi chuột đã cắt TK X không tiết prostacylin. Mặt khác sau cắt TK X, BN mất chức năng bảo vệ DD của β caroten. Những BN cắt TK X dễ bị tăng sinh biểu mô dẫn đến đột biến DNA dẫn đến UTMN.[3]

BN đã cắt DD, nối Billroth II có nguy cơ UTMN hơn nối Billroth I (BI). Khoảng 80% Số BN nối Billroth II có trào ngược dịch tá tràng lên miệng nối. Có thể nồng độ gastrin cơ bản và gastrin sau ăn giảm sau nối Billroth II gây ra tạo thành N-metyl, N hydro-N-Nitrosoguyridin gây ung thư. Các báo cáo cho thấy phần lớn UTMN là BN nam (tỷ lệ 14,7/1). Có thể do lifestyle, hút thuốc lá, BMI, hoặc do estrogen bảo vệ tốt niêm mạc chống UT. Hầu hết số BN trong các báo cáo đều UTMN tại vị trí nối DD-ruột.[4]

Nghiên cứu về UTMN của Shynya Sakamoto [5] từ 2006-2017 trên 405 UTDD được cắt GTBDD: Tuổi TB 69; 263 nam, 142 nữ. Nối Billroth1(BI) 204 BN, nối B2 3 BN, nối Roux en Y 198 BN. Tỷ lệ UTMN 11/405 BN với thời gian theo dõi TB 5 năm. Tỷ lệ UTMN theo thời gian là 3,0%-4,1%-10,5% VS 5-10-15 năm sau cắt DD. Tỷ lệ cao UTMN xuất hiện trên BN UTDD biệt hóa (ở lần 1)

Báo cáo 623 BN cắt DD, vét hạch do UTDD của Ramos[6]: phẫu thuật UTMN 60/623 BN trong đó 41 BN UTMN/ đã PT cắt đoạn DD do loét. Nam 82,9%, Nữ 17,1%; Tuổi TB: 68,1 $\pm$ 7,6. BMI 22,5 $\pm$ 4,2; hemoglobin 10,6 $\pm$ 2,2 g/L, Albumin 3,8 $\pm$ 0,5 g/dL, Biến chứng (BC) sau mổ (III-IV) 19,5%. Kích thước khối UT 5,3 $\pm$ 3,4 cm; 43,9%

thể kém biệt hóa (KBH); T3-T4 chiếm 63,4%; 51,2% di căn hạch. Tử vong ≤ 30 ngày 4,9%. 100% được nối BII, tuổi TB (mổ lần 1) là 31,7 (19-53), Khoảng thời gian giữa 2 lần mổ là $36,5 \pm 8,4$ năm. Vị trí UTMN tại miệng nối chiếm

70,7%. Thở ruột 65,9%. So sánh với 120 BN UTDD 1/3 trên các tác giả thấy chủ yếu là UT tâm vị. Thống kê cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm UTDD nguyên phát 1/3 trên vs UTMN (bảng 7).

Bảng 7: So sánh đặc điểm mô bệnh học UTDD 1/3 Trên vs UTMN

Các đặc điểm	UTDD1/3 trên, n=120 (%)	UTMN, n=41, (%)	P value
- Kích thước UT	5,1 (3,4)	5,3 (3,4)	0,785
- Laurent type			0,302
+ Laurent type: Type ruột	68 (56,7)	27 (65,9)	
+ Type lan tỏa / hỗn hợp	52 (43,3)	14 (34,1)	
- Độ biệt hóa (BH)			0,256
+ BHC/BHV	55 (45,8)	23 (56,1)	
+ BHK	65 (54,2)	18 (43,9)	
- Di căn hạch			0,489
+ Có DC hạch	51 (42,5)	20 (48,8)	
+ Không DC hạch	69 (54,2)	21 (51,2)	
- Xâm lấn tĩnh mạch (TM)			0,069
+ Không xâm lấn TM	75 (62,5)	32 (78)	
+ Có xâm lấn TM	45 (37,5)	9 (22)	
- Xâm lấn thần kinh (TK) ngoại vi			0,602
+ Không xâm lấn TK	50 (41,7)	19 (46,3)	
+ Có XL TK	70 (58,3)	22 (53,7)	
- Giai đoạn khối UT (pT)			0,842
+ pT1/T2	46 (38,3)	15 (36,6)	
+ pT3/T4	74 (61,7)	26 (63,4)	
- Số lượng hạch nạo vét	43,2 (20,8)	26 (14)	< 0,001
- Di căn hạch (pN)			0,024
+ pN0	45 (37,5)	20 (48,8)	
+ pN(+)	75 (62,5)	21 (51,2)	
- Tỷ lệ hạch di căn (lymph node ratio):LR			0,915
+ LR0	76 (63,3)	25 (61)	
+ LR1	21 (17,5)	9 (22)	
+ LR2	11 (9,2)	4 (9,8)	
+ LR3	12 (10)	3 (7,3)	
- Giai đoạn p (TNM)			0,773
+ GĐ I	36 (30)	13 (31,7)	
+ GĐ II	27 (22,5)	11 (26,8)	
+ GĐ III	57 (47,5)	17 (41,5)	

Các tác giả kết luận: UTMN và UTDD 1/3 trên có cùng đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học. Mặc dù số hạch nạo vét được ít tuy nhiên UTMN có cùng tiên lượng với UT DD1/3 trên nguyên phát.

Tuy nhiên một số báo cáo cho rằng ở GĐ I, II của UTMN có tiên lượng tốt hơn GĐ I,II UT 1/3

trên DD tuy nhiên GĐ III, IV của UTMN có tiên lượng xấu hơn UTDD 1/3 trên DD

Chen [7] cho rằng khi thất ĐM vị trái ở lần mổ đầu sẽ làm thay đổi dòng bạch huyết gây ra sự khác nhau về tiên lượng quan sát được về GĐ ung thư. Ikemaguchi et al: số hạch gốc mạc treo hông tăng lên trong UTMN.

Bảng 8: Thời gian xuất hiện UTMN giữa 2 lần mổ (lần mổ cắt đoạn DD/ loét DD-TT vs cắt đoạn DD do UTDD)

Tác giả	Bệnh lý lần mổ số 1 Lành tính/ ung thư DD (n)	Khoảng cách Thời gian TB chung giữa 2 lần mổ (tháng)	Khoảng cách TB của lần mổ lành tính/ Ung thư DD (tháng)
Kaneko et al (1998)	21/22	180	288/118
Takeno et al (2006)	11/21		360/63
Ohashi et al (2007)		90	
Ahn et al (2008)	13/45	150	384/83
Tanigawa et al(2010)	578/309	252	
Ojima et al (2010)	17/21	180	264/108
Komatsu et al (2012)	19/14	240	360/144
Li et al(2013)	88/24		384/204

Bảng 9: Thời gian và vị trí UTMN theo các phương pháp nối dạ dày ruột [8]

Báo cáo	Phương pháp nối (lần 1) Billroth I/II	Thời gian xuất hiện UTMN (tháng) Billroth I/II	Vị trí UTMN Tại MN BI/ Non MN BI/Tại MN BI/Non BI
Takeno et al (2006)	21/11	84/276	4/17/6/5
Ohashi et al (2007)	71/28		7/64/5/23
Ahn et al (2008)	26/25		11/15/16/9
Tanigawa et al (2010)	368/519	252/372	81/176/289/114
Komatsu et al (2012)	16/16	144/384	2/5/9/2
Li et al (2013)	42/70		19/23/45/25

Tỷ lệ UTMN theo y văn 1-2%, các báo cáo cho thấy thời gian TB xuất hiện UTMN/cắt DD do loét DD-TT là 300 tháng vs 100 tháng là thời gian xuất hiện UTMN/cắt dạ dày do UTDD.

Tanikawa cho rằng tỷ lệ % tế bào chết theo chương trình (apoptotic index) cao hơn có ý nghĩa trên BN BII vs BI

Số liệu của chúng tôi: 15 BN, Nam 86,7% (13 BN); Nữ 13,3% (2 BN); Tuổi TB 65,67±7,07. Hai BN nữ là 2 trường hợp UTMN/ cắt GTBDD do loét DD-TT (1 BN do loét DD thủng, 1 BN loét HT).

Nhóm UTMN/cắt DD do loét DD-TT có 10/15 BN (66,7%), 8 BN nam, 2 BN nữ. Tuổi TB 69±5,25; Nhóm UTDD tái phát tại MN: 5/15 BN (33,3%), 100% nam; Tuổi TB 59±5,43. Như vậy nhóm UTMN sau cắt DD do loét DD-TT có tuổi TB cao (69), lứa tuổi này tương đồng với các báo cáo khác trong đó lứa tuổi TB dao động từ 58 T (Ahn 2008) đến 67 T (Ohashi, 2007) hay Takenno (2006)-68,7 T. Lứa tuổi này phù hợp với thời gian giữa mổ lần 1 và lần 2. Thời gian giữa 2 lần phẫu thuật nhóm UTMN/ cắt DD do

loét DD-TT của chúng tôi này là 34±4 năm. Các báo cáo (bảng 8) cho thấy đối với UTMN/ cắt DD do loét DD-TT, thời gian xuất hiện UTMN dao động từ 264 tháng đến 384 tháng (TB 300 tháng) trong khi UTMN/đã cắt đoạn DD do UTDD từ 63 tháng đến 204 tháng (TB 100 tháng).

100% BN của chúng tôi nối BII. Miệng nối này chịu tác động trào ngược của dịch tá tràng, dịch mật ... gây UTMN. Có 10/10 BN (100%) nhóm UTMN/ cắt DD do loét DD-TT xuất hiện UT tại miệng nối.

Tanigawa nghiên cứu 519 BN nối BII có 289 BN xuất hiện UT tại miệng nối vs 114 BN xuất hiện UTMN không ở trên đường khâu nối DD-ruột (bảng 8). Đối với UTMN/ nối BI, kết quả tổng kết ở bảng 8 cho thấy UTMN ở vị trí đường khâu nối không cao, có tỷ lệ lớn xuất hiện UTDD tại vị trí khác miệng nối. So với Billroth II, nối Billroth I có tỷ lệ UTMN tại miệng nối thấp hơn.

Đánh giá giai đoạn ung thư (TNM), số liệu của chúng tôi cho thấy GĐ III và GĐIV chiếm 93,3%; GĐ IIB 6,7%. Báo cáo của Ramos [6] 41,5% UTMN ở GĐ III.



Ảnh 1: HC Quai tới, nối braun, DL Volker

V. KẾT LUẬN

15 BN; Nam 86,7%; Nữ 13,3%; Tuổi TB $65,67 \pm 7,07$.

- Nhóm 1 (n=10) UTMN/cắt DD do loét DD-TT 66,7%; Tuổi TB nhóm 1 TB $69 \pm 5,25$; Thời gian xuất hiện UTMN TB 34 ± 4 năm; 100% khối UT tại đường khâu nối DD-ruột. Kết quả GPB: GĐIIb 10%; GĐ III:70%; GĐ IV:20%. AC KBH 60%, AC BHV 10%, AC kém kết dính 10%; không xác định 20%.

- Nhóm 2 (n=5) UTDD tái phát MN 33,3%; Tuổi TB $59 \pm 5,43$. Thời gian tái phát TB 2 ± 1 năm, vị trí tái phát tại miệng nối 80%, ngoài miệng nối 20%. Kết quả GPB GĐ III (80%), GĐ IV 20%; AC kém kết dính 40%; ACKB H 20%; AC tuyến nhày 20%; 1 BN không xác định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee SB et al (2010). Clinicopathological characteristic and prognosis of remnant gastric cancer. J Gastric Cancer 10:219-225.
2. Volhostein et al (2000). Long term prognosis after partial gastrectomy for gastroduodenal ulcer. W J Surg 24:307-314.
3. Assad RT, Eastwood GL (1980). Epithelial proliferation in human fundic mucosa after antrectomy and vagotomy. Gastroenterology 79:807-811.
4. Csendes et al (2009). Latest results (12-21 years) of a prospective randomized study comparing Billroth II and Roux en Y anastomosis after partial gastrectomy plus vagotomy in patients with duodenal ulcer. Ann Surg 249:189-194.
5. Shinya Sakamoto et al: Risk factors for remnant gastric cancer after distal gastrectomy for gastric cancer: a retrospective database review. Journal of gastrointestinal oncology.2023;14(6) 2334-2345.
6. Marcus Fernando Kodama Pertille Ramos et al. Remnant gastric cancer: An ordinary adenocarcinoma or a tumor with its own pattern. World J Gastrointest Surg.2021 27;13: 356-378..
7. Chen CN et al. Clinicopathologic characteristics and prognosis of gastric stump cancer. J Clin Gastroenterol 1996;23: 251-255.
8. Shisuke Takenko et al. Gastric cancer arising from the remnant stomach after distal gastrectomy: a Review. World J Gastroenterol 2014.14;20(38:)13734-13740