

đến sự phát triển tầm vóc của mỗi con người, đặc biệt là tuổi tiền dậy thì và dậy thì, vì lứa tuổi này có sự phát triển rất nhanh cả về cân nặng và chiều cao [6].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ học sinh bị suy dinh dưỡng thể thấp còi chiếm 10,8% trong đó có bị suy dinh dưỡng thể thấp còi, suy dinh dưỡng mức độ vừa chiếm chủ yếu 9,6%, suy dinh dưỡng mức độ nặng chỉ chiếm tỷ lệ 1,2%. Suy dinh dưỡng thấp còi mức độ vừa và nặng ở học sinh nữ (10,4% và 1,4%) cao hơn học sinh nam (8,9 và 1,1%), tuy nhiên $p > 0,05$.

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể gầy còm của học sinh chiếm 6,9% trong đó học sinh nữ (7,6%) có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn học sinh nam (6,3%), tuy nhiên $p > 0,05$.

- Tỷ lệ thừa cân của học sinh chiếm 9,6%, béo phì là 1,2% trong đó tỷ lệ thừa cân, béo phì ở học sinh nam (10,0% và 1,7%) cũng cao hơn học sinh nữ (9,2% và 0,6%), tuy nhiên $p > 0,05$.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường truyền thông giáo dục dinh dưỡng và hướng dẫn xây dựng khẩu phần ăn hợp lý trong các trường học trung học phổ thông nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ em lứa tuổi này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Trần Tuấn Anh, Nguyễn Thị Thắm, Nguyễn Đức Dương, Nguyễn Quang Hùng

- (2021), Thực trạng suy dinh dưỡng thể thấp còi và một số yếu tố liên quan ở một số trường trung học phổ thông tại Hải Phòng năm 2019, Tạp chí Y học dự phòng, tập 31, số 1, tr. 66 - 71.
2. Nguyễn Nhật Cầm, Nguyễn Thị Thi Thơ, Nguyễn Thị Kiều Anh (2017), Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể gầy còm và một số yếu tố liên quan của học sinh từ 11 - 17 tuổi tại thành phố Hà Nội, Tạp chí Y học dự phòng, tập 27, số 7, tr. 120 - 129.
3. Trần Thị Minh Hạnh, Vũ Quỳnh Hoa và Đỗ Thị Ngọc Diệp (2012), Diễn tiến tình trạng dinh dưỡng và tăng trưởng học sinh Tp. HCM 2002-2009, Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm; 8(4): tr.17 - 26.
4. Ngô Hồng Nhung, Trương Thị Thùy Dương (2021), Thực trạng dinh dưỡng ở học sinh lớp 10 tại trường trung học phổ thông Gang Thép Thái Nguyên năm 2020, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 502, số 2, tr. 211 - 215.
5. Nguyễn Thị Thắm, Lê Trần Tuấn Anh và CS (2021), Thực trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh một số trường phổ thông trung học tại Hải Phòng năm 2019 - 2020, Tạp chí Y học dự phòng, tập 31, số 1, tr. 148 - 154.
6. Đào Thị Ngọc Trâm, Đỗ Thị Hoài Thương, Đỗ Thị Ngọc Diệp (2018), "Khẩu phần ăn của học sinh trường THCS Nguyễn Chí Thanh tại thị xã Gia Nghĩa tỉnh Dak Nông", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 22(1), tr. 253-259.
7. Gao Y, G.S., Emily Y, Chan Y (2008), "Interventions to reduce overweight and obesity in China: a systematic review of the Chinese and English literature", Journal of Public Health, 30 (4), pp. 436 - 448.
8. WHO (2007), "Child growth standards", <https://www.who.int/childgrowth/en/>.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỢP DII - DIII TÁ TRÀNG

Thái Nguyên Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh lý hợp DII-DIII tá tràng do các tổn thương không ung thư. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu(NC):** + NC hồi cứu. + Các BN có tổn thương hợp DII-DIII tá tràng do các tổn thương không ung thư, được điều trị phẫu thuật tại khoa ngoại bụng II, BV K. + Thời gian: 2019-2022. **Kết quả nghiên cứu:** Có 9 bệnh nhân (BN) đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC trong đó nam 8/9BN (88,9%), Nữ 1/9 BN(11,1%), tuổi trung bình (TB):

55,1(32-77t). + Tiền sử: Có 7/9 BN (77,8%) uống rượu, TS phẫu thuật bụng: 3/8BN(37,5%). + Lâm sàng: 100% các BN đều có triệu chứng hợp DII-DIII: Đau bụng DSP, nôn, gầy sút,có 1 BN vàng da (tắc mật,viêm tụy mạn). + NSDD: 100% BN có hợp DII hoặc DIII do khối u tại tá tràng hoặc khối đẫy lồi tử ngoài vào tá tràng (mày soi khó qua hoặc không qua được), hoặc chít hẹp DII. + Chụp CLVT ổ bụng: Phát hiện nang đầu tụy, cạnh DII,DIII tá tràng 3 BN, 1 BN túi thừa tá tràng, 3 BN hẹp DII do Ung thư dạ dày xâm lấn (UTDD),1BN U tá tràng DII, 1 BN hẹp tá tràng/sỏi tụy, tắc mật (viêm tụy mạn). + Chẩn đoán sau mổ và kết quả phẫu thuật: 6 BN nang giả tụy gây hẹp DII-DIII) trong đó có 4 BN nang giả tụy sau DII được nối DII-Nang giả tụy;1 BN nang đầu tụy được DL ra ngoài, 1 BN nang đầu thân tụy được nối nang-DD. Có 2 BN hẹp DII-DIII do viêm tụy mạn: trong đó 1 BN hẹp DII do khối viêm tụy/tắc mật được nối mật ruột, vị tràng, BN còn lại hẹp DII-DIII dưới bóng Vater được cắt đoạn DII-DIII. Chỉ có 1 BN hẹp DII do loét 3 cm

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023

mặt sau DII sinh thiết, nổi vị tràng. + Tất cả các BN đều ổn định, ra viện. + Không có tử vong trong và sau mổ. + Không có bệnh nhân rò, bục chỗ nối hay apxe tồn dư. **Kết luận:** Hẹp DII-DIII tá tràng do các nguyên nhân không ung thư có tỷ lệ lớn do nang giả tụy vùng đầu tụy cạnh tá tràng hoặc hẹp DII-DIII do hậu quả của viêm tụy mạn (8/9 BN, 88,9%), có 1 BN loét mặt sau DII tá tràng gây hẹp khí (11,1%). Chẩn đoán trước mổ thường nhầm hẹp DII-DIII tá tràng do u tá tràng hay UTDD xâm lấn DII tá tràng. Điều trị PT nối nang giả tụy-DII, DIII tá tràng. Có thể cắt đoạn DII, DIII hay nổi vị tràng, nối mật ruột.

SUMMARY

THE RESULT OF SURGICAL MANAGEMENT OF THE SECOND AND THE THIRD PART OF DUODENAL STRICTURE DUE TO BENIGN LESIONS

Study aim: We report our retrospective study aim at evaluating clinical feature and result of our surgical treatment of DII-DIII duodenal stricture due to benign lesions. **Time:** 2019-2022. **Result:** There were 9 patients including 8 male (88,9%), 1 female (11,1%), history of alcohol consumption was 77,9%, previous abdominal surgery was 37,5%, all patients had gastric outlet obstruction, one patient had biliary obstruction. Gastroduodenal scopy were performed in all patients revealed stricture of the duodenal lumen due to the intra or extra tumor of duodenum. Abdominal CTScanner detected 3 pancreatic pseudocyst juxta DII duodenum, 3 others patients had the compression of gastric cancer to duodenum and the head of pancreas, the two others patients had tumor of the DII-DIII of duodenum, 1 patient had gastric outlet and biliary obstruction that was consequence of chronic pancreatitis and stones in the head of pancreas. Pseudo cyst-duodenostomy (posterior wall of DII duodenum) was performed in 4 patient, Pseudocyst-Gastrostomy was performed in one patient with the pseudocyst in the head and the body of pancreas, one other patient with pancreatic necrosis was necrosectomy and drained, 1 patient with stricture in the junction of the second and the third part of duodenum was duodenectomy with duodenostomy and anastrectomy, the other patient who had chronic pancreatitis and biliary obstruction was performed gastrojejunostomy and biliodigestive anastomosis (Roux en Y). One patient had duodenal stricture due to posterior ulcer of DII duodenum was performed gastro-jejunostomy and had PPI medication. **Conclusion:** We conclude that stricture of the second and the third part of duodenum due to benign lesions mainly were pseudo cyst of the head of pancreas or the consequence of chronic pancreatitis (88,9%) and posterior ulcer of DII duodenum (Giant ulcer). All had gastric outlet obstruction. The preoperative diagnoses were tumor in DII-DIII of duodenum or the compression of pancreatic tumor juxta duodenum. The surgical treatment were duodenostomy -pseudocyst or the second and third part of duodenum resection or gastro-pseudocystostomy. In case of duodenal stricture due to ulcer, the operation was gastro- jejunostomy with PPI medication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp tá tràng đoạn DII-DIII là bệnh lý có thể do những tổn thương phức tạp của vùng đầu tụy, đường mật và bóng Vater. Việc xử trí tổn thương hẹp DII-DIII còn gặp nhiều khó khăn do đòi hỏi phải chẩn đoán được bệnh lý lành tính hay các tổn thương ung thư vùng đầu tụy, tá tràng có chỉ định cắt khối tá tụy. Mặt khác tổn thương ở vùng này thường gây hẹp DII-DIII tá tràng, hẹp môn vị, tắc mật. Bởi vậy chúng tôi báo cáo đề tài này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tổn thương hẹp tá tràng.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hẹp DII, DIII tá tràng do các tổn thương không ung thư.

2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh lý hẹp DII-DIII tá tràng không do ung thư.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ Nghiên cứu hồi cứu.

+ Tất cả những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán hẹp DII-DIII tá tràng, được điều trị phẫu thuật tại khoa ngoại bụng II, BV K.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Tổn thương ung thư đầu tụy, tá tràng, đường mật hoặc các ung thư đại tràng gây hẹp, thủng tá tràng.

- Thời gian: 2019-2022.

+ Kết quả NC: có 9 BN đủ tiêu chuẩn được đưa và NC trong đó nam 8/9 BN (88,9%), Nữ 1/9 BN (11,1%), tuổi TB là: 55,1 (từ 32-77t).

- Tiền sử: Nghiện rượu: +7/9 BN (77,8%)

Đã phẫu thuật bụng: 3/8 BN (37,5%): bao gồm cắt đoạn TT (Adenocarcinome), Cắt thực quản, tạo hình (ung thư thực quản); nổi vị tràng.

- Kết quả nội soi dạ dày (NSDD):

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Kết quả NSDD

Tổn thương (NSDD)	N	%
Hẹp DII, Ko soi qua	1	11,1
U sùi DII (soi ko qua)	1	11,1
U dưới niêm mạc DII (4cm) (NS ko qua)	2	22,3
Hẹp, thâm nhiễm DII.	3	33,3
Khối đầy lồi DII (từ ngoài), hẹp DII	1	11,1
Loét sùi hoại tử, hẹp DII-DII (soi ko qua) (UTDD)	1	11,1
Tổng	9	100

- Kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CLVT):

Bảng 2: Tổn thương qua chụp CLVT

Dạng tổn thương	n	%
-----------------	---	---

Nang đầu tụy,DII	3	33,3
Túi thừa DII	1	11,1
K da dày xâm lấn đầu tụy,DI,DII	2	22,3
U DII gây hẹp,Giãn tá tràng (trên u)	1	11,1
Viêm tụy mạn gây giãn OMC, DII, sỏi tụy	1	11,1
K da dày/nang giả tụy	1	11,1
TS	9	100

- Kết quả xét nghiệm:
 - Thiếu máu Trung bình (TB): 3/9 BN
 + XN máu BT:6/9BN
 + BC:> 10.000:3/9,BC <10.6/9
 + Amylase máu tăng: 1/9 BN; amylase máu
 BT: 8/9 BN
 + Tất cả các BN đều có Ca 19-9: BT,CEA:BT
 - Chẩn đoán trước mổ,chẩn đoán sau mổ

Bảng 3: Chẩn đoán trước mổ/Sau mổ

STT	Chẩn đoán trước mổ	Chẩn đoán sau mổ	Phương pháp Phẫu thuật	n(%)
1	Hẹp DII, Nang đầu tụy	Hẹp DII, Nang đầu tụy, sau DII (Viêm tụy cấp/rượu)	Mở mặt trước DII, Nối mặt sau DII-Nang giả tụy, Nối vị tràng	1
2	U tá tràng (DII), Hẹp DII	Nang đầu tụy, hẹp DII (VTC/nghiện Rượu)	Mở mặt trước DII, nối nang tụy-mặt sau DII, Nối vị tràng	2
3	UTDD/Nang giả đầu, thân tụy	Nang giả đầu-thân tụy chèn ép gây hẹp DI-DII	Nối mặt sau hang vị-nang giả tụy	1
4	GIST DII-DIII/Hẹp DII/DIII (dưới bóng Vater)/Đã nối vị tràng	Hẹp DII-DIII do viêm loét	Cắt đoạn DII/DIII,dưới bóng vater, cắt 2/3 DD, DL móm tá tràng, cắt túi mật, DL đường mật	1
5	Tắc tá tràng (DII),tắc mật/viêm tụy mạn, sỏi tụy	Tắc tá tràng DII,tắc mật do viêm tụy mạn sỏi tụy	Cắt túi mật,nối mật ruột,nối vị tràng, DLkehr	1
6	K da dày xâm lấn đầu tụy-tá tràng	Loét Kissing ulcer, hẹp DII	Nối vị tràng, ST	1
7	Nang đầu tụy-thân tụy,hẹp DII/Đã PT cắt TT/HMNT	Hẹp DI-DII do nang giả tụy đầu-thân tụy > 10cm	Nối mặt sau DD-nang, ST	1
8	Nang giả tụy/hẹp DI-DII/Đã cắt thực quản, tạo hình NS	Nang đầu,thân tụy, chèn ép, hẹp DI-DII	Làm sạch, DL apxxe, lấy tổ chức hoại tử	1
	TS			9

+ Kết quả GPB sau mổ: Các trường hợp nang giả tụy vùng đầu tụy đều là vách nang lành tính hay tổ chức tụy hoại tử, không có tế bào ác tính.
 + Hai BN viêm tụy mạn đều là tổ chức viêm xơ lành tính.
 + Trường hợp loét DII gây hẹp là loét tá tràng mạn tính.
 - Kết quả phẫu thuật:
 + Tất cả 9 BN đều ổn định, ra viện
 + Không có BN tử vong trong và sau mổ
 + Không có trường hợp apxe tồn dư, không có rò tụy, rò tiêu hóa...

IV. BÀN LUẬN

NC từ 2019-2022 chúng tôi có 9 trường hợp hẹp tá tràng DII-DIII do các nguyên nhân lành tính trong đó nam 8/9 BN (88,9%), nữ 1/9 BN (11,1%), Tuổi TB: 55, 1(32-77t).

TS phẫu thuật có 4/9 BN chiếm 44,4% (khâu thủng dạ dày; nối vị tràng do hẹp DII-DIII, cắt TQ, tạo hình do ung thư thực quản,cắt đoạn TT do ung thư trực tràng cao)

+ TS uống nhiều rượu: 7/9 BN(77,8%), chỉ

có 2 BN (22,2%) không uống rượu trong đó có 6 trường hợp đã bị viêm tụy cấp (VTC), 2 BN viêm tụy mạn, chỉ có 1 bn loét tá tràng/thủng cũ DD.

+ Về lâm sàng phần lớn các trường hợp này đều có triệu chứng hẹp môn vị hoặc tá tràng như đau thượng vị, nôn sau ăn, gầy sút...

Tổn thương hẹp DII-DIII tá tràng là tổn thương khá phức tạp, nhất là vị trí sát trên và dưới bóng Vater hoặc mặt sau trong DII-DIII tá tràng. Những vị trí này tiếp cận tổn thương khó, phẫu trường chật hẹp liên quan trực tiếp với bóng vater bởi vậy mở rộng vùng tá tràng, đầu tụy, đường mật có thể dẫn tới rò dịch tá tràng, dịch mật, dịch tụy khó kiểm soát, nhất là với những trường hợp có TS viêm tụy cấp hoại tử hoặc đợt cấp của viêm tụy mạn... Mặt khác với những tổn thương chưa rõ bản chất, việc cắt khối tá tụy cần cân nhắc, đặc biệt đối với những trường hợp nghiện rượu,có TS viêm tụy cấp hay đợt cấp của viêm tụy mạn là những tổn thương mạn tính gây phù nề, hoại tử, biến dạng về giải phẫu và nhiễm khuẩn.

Nang giả tụy là một biến chứng của VTC hoặc viêm tụy mạn. Những nang có KT nhỏ < 6cm có khả năng tự khỏi tuy nhiên những nang lớn > 6cm khả năng tự khỏi rất thấp. Những trường hợp nang đầu tụy trên đây đều có KT > 6 cm và ở vị trí khó tiếp cận, sau hoặc sau trong DII tá tràng, vị trí này gây khó khăn nhiều cho chẩn đoán bản chất của khối nang, khó phân biệt giữa nang giả đầu tụy hay GIST DII tá tràng hoặc những loét DD-TT ở vị trí sâu (DII), gây hẹp hoặc có xu hướng thủng vào các mạch máu (động mạch vị-tá tràng).

Tắc tá tràng và hẹp môn vị (HMV) là một trong các biến chứng của nang giả tụy. Những biến chứng này bao gồm nhiễm trùng, chảy máu trong nang, tắc tá tràng hay HMV và tắc mật. Các phương pháp (PP) dẫn lưu bao gồm 3 PP chính: + Dẫn lưu (DL) nang qua NSDD qua papilla hay xuyên thành (transpapillary or transmural).

+ DL qua da (Percutaneous catheter drainage)

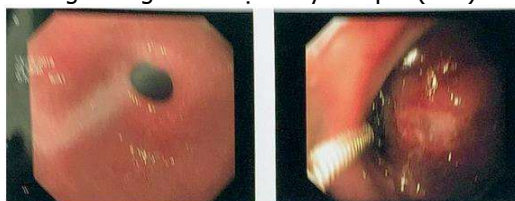
+ Mổ mở: Nối nang giả tụy với đường tiêu hóa hoặc DL ra ngoài.

Kết quả PT cho thấy chỉ có 2 BN nang giả tụy (1 BN nang đầu tụy và 1 BN nang đầu và thân tụy) gây hẹp tá tràng được chẩn đoán trước mổ và đã phẫu thuật nối dạ dày-nang; BN còn lại tổn thương trong mổ là khối dịch mủ và tổ chức hoại tử gây hẹp tá tràng/đã PT tạo hình thực quản bởi vậy chúng tôi làm sạch, DL tổ chức hoại tử.

Có 4 BN nang đầu tụy gây hẹp DII (BN nôn, đau bụng dưới sườn phải, gầy sút). Cả 4 BN này đều có TS uống nhiều rượu và hẹp DII biểu hiện LS đau bụng dưới sườn phải (DSF), nôn, tuy nhiên CLVT trước mổ đều chẩn đoán là u tá tràng (3 BN) và UTDD xâm lấn đầu tụy gây hẹp DII. Kết quả NSDD trước mổ cho thấy 2 BN u sùi DII gây hẹp, 1 BN hẹp DII máy soi ko qua được, 1BN thâm nhiễm và hẹp DII tá tràng. Đối chiếu

với kết quả phẫu thuật (PT) chúng tôi nhận thấy cả 4 BN này đều nang đầu tụy, nằm phía sau trong DII gây hẹp tá tràng DII, không có dấu hiệu vàng da, tắc mật, OMC không giãn nên chúng tôi mở mặt trước DII, chọc dò có dịch tụy (dịch trong), ST tức thì là vách nang và tổ chức tụy thoái hóa, hoại tử không có tế bào ác tính, chúng tôi đã mổ nối nang giả tụy-mặt sau trong DII tá tràng, nối vị tràng. Tất cả các BN này hậu phẫu ổn định và RV.

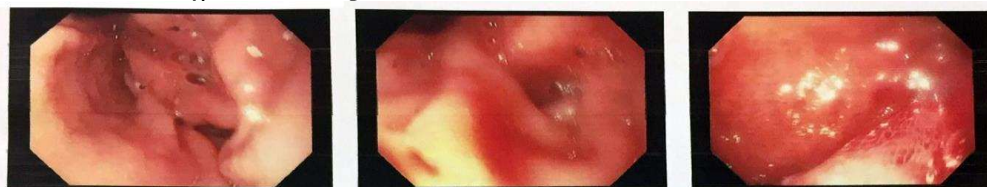
Thống kê cho thấy có 70-80% các tổn thương dạng nang ở đầu tụy là nang giả tụy lành tính tuy nhiên chúng tôi chỉ chẩn đoán trước mổ được 2 BN. Những trường hợp còn lại đều là nang giả tụy sau DII gây hẹp và đẩy lùi vào DII trên nên tổ chức phù nề, thâm nhiễm bởi vậy NSDD trước mổ đều chẩn đoán là U DII gây hẹp tá tràng không đưa được máy soi qua (ảnh)



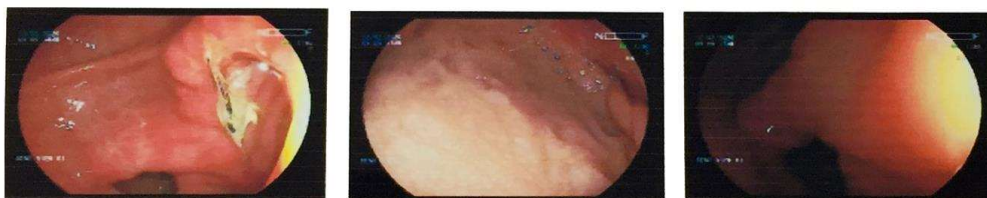
Ảnh 1: (Ngô Văn Th, soi DD). NSDD trước PT: U dưới niêm mạc DII(4cm)



Ảnh 2: (Ngô Văn Th.) chụp CLVT. Khối dạng dịch 6-6,6 cm(DII)



Ảnh 3: (Nguyễn Đình Nh.) NSDD.Hẹp tá tràng



Ảnh 4: (Lê Văn N) NSDD: Tổn thương DII do ung thư



Ảnh 5: Ung thư DII tá tràng

Có 2/9 BN hẹp DII/Viêm tụy mạn trong đó có 1 BN tắc mật đều liên quan đến uống rượu. BN thứ 1 (nam, 50t) được PT nổi vị tràng do hẹp DII-DIII do ung thư tá tràng (tại nghệ an). Chụp CLVT là khối u DII-DIII kích thước (KT) 5-4 cm. NSDD có khối đẩy lùi DII. Chúng tôi chẩn đoán trước mổ là Gist DII-DIII, Hẹp DII-DIII tá tràng, đã PT cắt đoạn DII-DIII dưới bóng vater, cắt hang vị, DL móm tá tràng, kết quả GPB sau mổ là tổn thương viêm gây hẹp lành tính.

BN thứ 2 có TS uống nhiều rượu và có nhiều đợt VTC. Kết quả NSDD thấy khối đè đẩy DII gây hẹp. Siêu âm NS là thấy nhiều sỏi đầu tụy, Wirsung 4mm, ống mật chủ (OMC) 10mm, tắc mật rõ, CA19-9 trong giới hạn bình thường (BT), sinh thiết tức thì là tổn thương viêm tụy mạn, chúng tôi đã PT nổi mật ruột, nổi vị tràng và DL đường mật.

Kết quả NC cho thấy tổn thương viêm tụy mạn, sỏi tụy gây hẹp tá tràng và tắc mật là những biến chứng của viêm tụy mạn và có chỉ định mổ để xử trí. Tuy nhiên kết quả đánh giá trước và trong PT cho thấy xác định các biến chứng gây ra bởi viêm tụy mạn hay ung thư tụy trên nền viêm tụy mạn là khá khó khăn. Các NC cho thấy những khối viêm ở đầu tụy là nguyên nhân gây hẹp tá tràng và tắc mật [4][1]

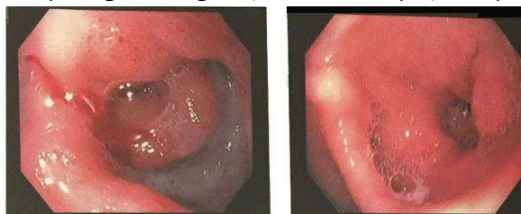
+ Walt và CS[8] báo cáo số liệu NC từ BV trường ĐH Wayne State (Detroit, Mỹ) những nguyên nhân tạo thành nang giả tụy trên 357 BN nhập viện vì nang giả tụy bao gồm 251 BN nghiện rượu (70%), bệnh lý gan mật có 28 BN (8%), chấn thương bụng 17 BN (5%), vết thương thấu bụng 4 BN (1%), sang chấn do PT 1 BN (0,3%), 56 BN (16%) không rõ nguyên nhân (idiopathique) tuy nhiên những BN không rõ nguyên nhân này cũng có liên qua tới sử dụng rượu.

+ Vitas và CS [7] theo dõi 114 Nang giả tụy (NGT) trong 5 năm kết quả cho thấy 46 BN được PT (thì đầu), với 13% được PT cấp cứu vì nang giả tụy có biến chứng, không có BN tử vong, có 26% biến chứng (Mổ cấp cứu: 67%, phiên 10%); 68 trường hợp còn lại điều trị không mổ. Kết quả chỉ có 6 BN (9%) có biến chứng nặng (theo dõi 46 tháng), 19 BN được mổ phiên vì nang tụy hay biến chứng. Trong nhóm BN không mổ có 57%

NGT khỏi (38% khỏi sau 6 tháng). Tuy nhiên những BN được PT có kích thước nang giả tụy lớn hơn những trường hợp không mổ (6,9 vs 4,9).

Không có BC nặng xảy ra với NGT > 10 cm.

Cho tới nay tỷ lệ hẹp do các loét đường tiêu hóa đã giảm nhiều do những tiến bộ trong dùng PPI và diệt *Helicobacter Pylori*. Tỷ lệ hẹp DI-DII tá tràng chiếm khoảng 3% loét đường tiêu hóa [5]. Nguyên tắc điều trị PT bệnh lý này ngoài điều trị biến chứng hẹp DII còn cần cắt TK X hoặc cắt hang vị hay 2/3 dạ dày (vùng tiết axit). Chúng tôi có 1 BN hẹp DII do loét lớn 2-3 cm mặt sau DII (trên bóng vater) gây hẹp khí. NSDD trước mổ đánh giá là UTDD (UT hang môn vị dạ dày) gây hẹp tuy nhiên trong mổ chúng tôi nhận thấy là hẹp trên nền loét lớn 2-3 cm mặt sau DII. Sinh thiết tức thì là loét tá tràng (lành tính) chúng tôi PT nổi vị tràng và dùng PPI, sau mổ ổn định, ra viện.



Ảnh 6: Loét mặt sau DII kích thước 2-3cm gây hẹp khí DII, máy soi ko qua được. BN Nguyễn Đình T, 77t (ảnh NSDD 28/2/2020)

Báo cáo của Thái Nguyên Hưng về XHTH cao được điều trị PT tạ BV K năm 2020 cho thấy tỷ lệ loét HTT được điều trị PT là 14,1% trong có 2 BN vừa XHTH và hẹp DII. Một BN được PT khâu cầm máu ổ loét mặt sau gối trên tá tràng, nổi vị tràng, BN còn lại ổ loét 3 cm mặt sau DII đã thủng vào ĐM vị tá tràng gây sốc mất máu (HA 50/30, mạch 14- l/ph) phải chuyển thẳng từ phòng nội soi dạ dày lên phòng mổ, vừa hồi sức vừa mổ. Tổn thương là ổ loét 3 cm hoại tử ở mặt sau gối trên tá tràng và DII ăn thủng vào động mạch vị tá tràng gây chảy máu thành tia dữ dội, ngoài ra loét còn hoại tử vào ống mật chủ (OMC) và gây hẹp khí DII tá tràng. BN này được cắt 2/3 dạ dày lấy ổ loét, dẫn lưu móm tá tràng, DL đường mật, sau mổ BN ổn định, rò mật số lượng giảm dần, không phải PT lại [3]

V. KẾT LUẬN

Hẹp DII-DIII tá tràng do các nguyên nhân không ung thư có tỷ lệ lớn do nang giả tụy vùng đầu tụy cạnh tá tràng hoặc hẹp DII-DIII do hậu quả của viêm tụy mạn (8/9 BN, 88,9%), có 1 BN loét mặt sau DII tá tràng gây hẹp khí (11,1%). Chẩn đoán trước mổ thường nhầm hẹp DII-DIII tá tràng do u tá tràng hay UTDD xâm lấn DII tá tràng. Điều trị PT nổi nang giả tụy-mặt sau DII-DIII tá tràng đối với nang giả tụy gây hẹp. Có thể cắt đoạn DII, DIII hay nối vị tràng, nối mật ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Nguyên Hưng** (2011): Ứng dụng phẫu thuật Frey để điều trị viêm tụy mạn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh hóa. Y học thực hành số 12(798):62-63
2. **Thái Nguyên Hưng** (2021): Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa do ung

- thư hang môn vị dạ dày xâm lấn đầu tụy, DII, DIII tá tràng. Y học Việt nam; tháng 10 (1); 507:137-141.
3. **Thái Nguyên Hưng** (2021): Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa cao tại bệnh viện K.Y Học Việt nam Tháng 12 (2); 509:196-201
 4. **Agela Pham**: Chronic pancreatitis: review and update of etiology, risk factors and management
 5. **Maxwell D. Mirande and Raul A. Mirande**: management of a postbulbar duodenal ulcer and stricture causing gastric outlet obstruction: A case report. Ann. Med Surg (Lond). 2018 May; 29:10-13.
 6. **Samir Habashi and Peter V Draganov**: Pancreatic pseudocyst. World J Gastroenterol. 2009 Jan 7; 15(1):38-47
 7. **Vitas GJ, Sarr MG**. Selected management of pancreatic pseudocyst: Operative versus expectant management. Surgery 1992; 111:123-130.
 8. **Walt AJ, Bouwman DL, Weaver DW, Sachs RJ**. The impact of technology on the management of pancreatic pseudocyst. Fifth annual Samuel Jason Mixer Lecture. Arch Surg. 1990; 125:759-763.

SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ CƠ VUÔNG THẮT LƯNG VỚI GÂY TÊ KHOANG MẠC CHẬU DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Đoàn Quang Lộc¹, Phạm Quang Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật thay khớp háng của gây tê liên tục cơ vuông thắt lưng với gây tê khoang mạc chậu dưới hướng dẫn của siêu âm và một số tác dụng không mong muốn của hai phương pháp. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** 60 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng chia thành 2 nhóm: nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng (QL) và nhóm gây tê khoang mạc chậu (MC) dưới hướng dẫn siêu âm nhằm so sánh hiệu quả giảm đau sau mổ cũng như tìm hiểu một số tác dụng không mong muốn của hai phương pháp. **Kết quả:** Điểm VAS khi vận động và khi nghỉ ngơi tại các thời điểm nghiên cứu của nhóm MC thấp hơn nhóm QL, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ và đều dưới 4, tỷ lệ phải dùng thêm giảm đau PCA-morphin để giải cứu đau giữa 2 nhóm đều thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Mức độ hài lòng, rất hài lòng của nhóm MC cao hơn nhóm QL (96,6% so với 80%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ yếu cơ của nhóm QL thấp hơn nhóm MC (3,3% so với 20%) khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức độ yếu cơ của 2 nhóm đều là yếu cơ mức độ I (Bromage). Một số tác dụng phụ khác đều thấp và không có sự khác

biệt giữa 2 nhóm. **Kết luận:** Hai phương pháp đều có hiệu quả giảm đau tốt cho bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp háng, nhóm MC có tỷ lệ hài lòng cao hơn mặc dù gây yếu cơ nhiều hơn.

Từ khóa: phẫu thuật khớp háng, gây tê khoang mạc chậu, gây tê cơ vuông thắt lưng.

SUMMARY

POSTOPERATIVE ANALGESIC OF ULTRASOUND GUIDED QUADRATUS LUMBORUM BLOCK VERSUS FASCIA ILIACA BLOCK IN HIP REPLACEMENT SURGERY

Objective: Compare the postoperative analgesic efficacy in hip replacement surgery of continuous ultrasound-guided quadratus lumborum block (QLB) versus fascia iliaca block (FIB) and the side effects of two methods. **Subject and method:** 60 patients with hip replacement surgery were divided into 2 groups: ultrasound-guided quadratus lumborum block (QLB) and fascia iliaca block (FIB) to compare the analgesic efficacy and the side effects. **Result:** Mean VAS score at rest and movement of FIB group was lower than QLB group, but the difference was not statistically significant with $p > 0.05$ and both lower than 4. The rate of needing to use PCA-morphine to rescue between 2 groups was low and there was no difference. The satisfaction of the FIB group was higher than QL group (96.6% versus 80%), the difference was statistically significant with $p < 0.05$. Muscle weakness of group QL is lower than that of FIB group (3.3% versus 20%) and the difference is statistically significant with $p < 0.05$. The level of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quang Lộc

Email: doanquangloc96@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023