

Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc và phát hiện sớm ung thư vú.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giai đoạn và tình trạng di căn hạch liên quan có ý nghĩa thống kê với DFS, tương tự như các nghiên cứu khác về ung thư vú. Tỷ lệ DFS không có sự khác biệt theo nhóm tuổi, tương tự như trong nghiên cứu của Xiao và cộng sự, trong đó tuổi và tình trạng mãn kinh đều không liên quan đến tái phát và sống thêm, có thể do chủ yếu UTV thể dị sản thuộc nhóm bộ ba âm tính<sup>7</sup>. Cả nghiên cứu của Xiao và nghiên cứu của chúng tôi đều cho thấy không có sự liên quan giữa tình trạng thụ thể nội tiết và DFS ( $p > 0,05$ )<sup>7</sup>. Điều này có thể do tỷ lệ bệnh nhân UTV thể dị sản có thụ thể nội tiết dương tính chiếm tỷ lệ thấp trong khi UTV thể dị sản là một mặt bệnh hiếm gặp, khiến cho cỡ mẫu trong các nghiên cứu đều hạn chế.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư vú thể dị sản là thể ung thư vú có tiên lượng xấu. Tỷ lệ DFS 3 năm là 70,1%. Giai đoạn bệnh và tình trạng di căn hạch liên quan có ý nghĩa thống kê với DFS 3 năm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pezzi CM, Patel-Parekh L, Cole K, Franko J, Klimberg VS, Bland K.** Characteristics and treatment of metaplastic breast cancer: analysis of 892 cases from the National Cancer Data Base. *Ann Surg Oncol.* 2007;14(1):166-173. doi:10.1245/s10434-006-9124-7
2. **El Zein D, Hughes M, Kumar S, et al.** Metaplastic Carcinoma of the Breast Is More Aggressive Than Triple-negative Breast Cancer: A Study From a Single Institution and Review of Literature. *Clin Breast Cancer.* 2017;17(5):382-391. doi:10.1016/j.clbc.2017.04.009
3. **Aydiner A, Sen F, Tambas M, et al.** Metaplastic Breast Carcinoma Versus Triple-Negative Breast Cancer: Survival and Response to Treatment. *Medicine (Baltimore).* 2015; 94 (52): e2341. doi: 10.1097/ MD. 0000000000002341
4. **Wong W, Brogi E, Reis-Filho JS, et al.** Poor response to neoadjuvant chemotherapy in metaplastic breast carcinoma. *Npj Breast Cancer.* 2021;7(1):1-7. doi:10.1038/s41523-021-00302-z
5. **Rastogi P, Anderson SJ, Bear HD, et al.** Preoperative chemotherapy: updates of National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocols B-18 and B-27. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2008;26(5):778-785. doi:10.1200/JCO.2007.15.0235
6. **Thapa B, Arobelidze S, Clark BA, et al.** Metaplastic Breast Cancer: Characteristics and Survival Outcomes. *Cureus.* 14(8):e28551. doi:10.7759/cureus.28551
7. **Xiao M, Yang Z, Tang X, Mu L, Cao X, Wang X.** Clinicopathological characteristics and prognosis of metaplastic carcinoma of the breast. *Oncol Lett.* 2017;14(2):1971-1978. doi:10.3892/ol.2017.6399
8. **Lluch A, Barrios CH, Torrecillas L, et al.** Phase III Trial of Adjuvant Capecitabine After Standard Neo-/Adjuvant Chemotherapy in Patients With Early Triple-Negative Breast Cancer (GEICAM/2003-11\_CIBOMA/2004-01). *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2020;38(3):203-213. doi:10.1200/JCO.19.00904

## ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA NẶNG, SỐC MẤT MÁU DO LOÉT DII TÁ TRÀNG DƯỚI BÓNG VATER HIẾM GẶP

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Trần Xuân Dũng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ ca bệnh sốc mất máu, xuất huyết tiêu hóa do loét DII tá tràng dưới bóng Vater. 2. Kết quả phẫu thuật và diễn biến hậu phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** +Phương pháp NC: Mô tả hồi cứu ca lâm sàng (hiếm gặp). **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh án nghiên cứu: Nguyễn Đình T, sinh năm 1963. Địa chỉ: Đông tiến, Khoái Châu, Hưng Yên. Ngày VV: 23/5/2022. Chẩn đoán: Ung thư vòm/ĐTĐ, Xơ gan, Nghiện rượu,

Cao HA. Ngày 4/8/2022 BN xuất hiện nôn máu, ỉa phân đen, đau thượng vị, không sốt. Xét nghiệm máu: (4/4/022): Hồng cầu (HC): 3,1 G/l. Huyết sắc tố (Hb): 9,4 g/L. Hematocrite: 0,27 L/L. ++ Tiêu cầu: 128 G/L. XN Sinh hóa: Bilirubine 8,1 mmol/L; Albumin 32,9 g/L; ure 3,5 mmol/L; creatinin mmol/l: 61, đường: 7,24 mmol/L, GOT: 58,1 U/l; GPT: 41,5 U/l. ++ Nội soi dạ dày (NSDD) cấp cứu: nhiều máu đỏ và máu cục trong dạ dày, tá tràng và D2 nhiều máu cục, Papille có máu cục, máu đỏ, không tìm thấy tổn thương. ++ BN được truyền 6 ĐV máu, dùng Nexium 40 mg bolus- 2 ống sau đó 40mg-5oong/24 h. Sau truyền máu và hồi sức tích cực: BN xuất hiện sốc mất máu: M 120-140 l/ph. HA dao động thấp 85-90 mg Hg (BN có TS cao HA), nổi vân tím, chân tay lạnh, vã mồ hôi. a phân đen đó liên tục, sond dạ dày có máu đỏ. ++ XN máu sau truyền cho thấy: HC: 2,55 T/L; Hb: 7,6 g/l. Hematocrit: 0,17L/L, TC 65 G/L. ++ CLVT (64 dây): Ổ chày máu D2 tá tràng tương ứng với mạch máu vùng

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

D2 kích thước 0,6mm. BN được mổ cấp cứu: chẩn đoán trước mổ: Sốc mất máu, XHTH nặng do loét D2. + Chẩn đoán trước mổ: XHTH nặng, sốc mất máu nghi do tổn thương DII dưới bóng Vater/Xơ gan, giảm tiểu cầu, cao HA, ĐTD, ung thư vòm đã điều trị. + Chẩn đoán sau mổ: Sốc mất máu do loét DII tá tràng dưới bóng Vater, loét mặt trước hành tá tràng (HTT)/, xơ gan, giảm tiểu cầu, ĐTD, cao HA, ung thư vòm. + Phẫu thuật: Khâu cầm máu ổ loét DII, Cắt 2/3 dạ dày lấy ổ loét HTT, dẫn lưu móm tá tràng. + Sau mổ tái XHTH điều trị PPI (Nexium) 8mg/h trong 72 h. - **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật sốc mất máu do xuất huyết tiêu hóa nặng loét DII dưới bóng Vater trên bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ nặng như ĐTD, Cao HA, xơ gan, giảm tiểu cầu, ung thư vòm là phẫu thuật khó khăn và nặng nề. Chỉ định mổ được đặt ra khi can thiệp qua NSDD không thực hiện được hoặc thất bại (nội soi không tìm thấy nguyên nhân chảy máu). Phẫu thuật khâu cầm máu, cắt hang vị hay cắt 2/3 dạ dày, dẫn lưu móm tá tràng là lựa chọn phù hợp. Điều trị nội khoa tái xuất huyết sau phẫu thuật với PPI (Nexium 40mg) 8mg/24 h trong 72 h có hiệu quả cầm máu cao.

## SUMMARY

### THE RESULT OF SURGICAL MANAGEMENT OF MASSIVE BLEEDING DII DUODENAL ULCER DISTAL TO PAPILLARY ORIFICE, BLOOD LOSS SHOCK (HYPOVOLEMIC SHOCK)

**Study aim:** 1. Case report of clinic and para clinic feature of massive bleeding DII Duodenal ulcer and blood loss shock in association with risk factors as liver cirrhosis (Alcohol abuse), diabetes mellitus, hypertension. 2. The result of emergency surgical management and post operative treatment of rebleeding. **Patient and method:** +Case report. +Retrospective study. **Result:** Man, 60 years old, medical history: Liver cirrhosis (Alcohol abuse), diabetes mellitus, hypertension. Admission at urgent department due to hematemesis and melaena. Systolic blood pressure < 90/60 mmhg, pulse 120-140 beats/min. +Clinic feature: Hematemesis, melena with masive volume, nasogastric tube with red blood. +Laboratory examination: (on admission) Globule 3,1 G/l, Hemoglobule 9,4 g/L. Hematocrite: 0,27 L/L. ++Glumerulemie: 128 G/L; Bilirubilemie 8,1 mmol/L; Albumin 32,9 g/L; ure 3,5 mmol/L; creatinin mmol/l: 61, glucosemie: 7,24 mmol/L, GOT: 58,1 U/l; GPT: 41,5 U/l. ++Blood transfusion: 6 U (250 ml/1U, preoperation). ++Post blood transfusion: Globul: 2,55 G/l; Hb: 7,6 g/L. Hematocrit: 0,217 L/L. Glumerulemie 65.G/L. +Endoscopy finding: The clot s and red blood in the lumen of stomach, not found ulcer or vessel visible, clots and blood intra lumen of DII Duodenum and surrounding papillary orifice ,not found ulcer or lesion. + Urgent CTscan multislide: (aim at finding bleeding artery): There was active bleeding spot distal to papilla, intra luminal DII duodenum, eroded to encephalic pancreatic artery, about 6mm in diameter. + Emergency operation: + Operation performed: Longitudinal incision of DII Duodenum, bleeding ulcer located distal to the papilla, suture of bleeding ulcer distal to papillary orifice 1,2

cm in diameter (X suture, PDS 3.0), 2/3 gastrectomy, duodenostomy with 16 FR tube, gastrojejunostomy (Finsterer). +Rebleeding postoperation: 8 mg Nexium/h give (intravenous transfusion). Blood Transfusion 2 Unit (250 ml/U). Stop bleeding and discharge home. Hospital stay: 21 days. **Conclusion:** We concluded that this was complicated emergency operation for D2 duodenal bleeding ulcer (location of bleeding ulcer below papillary orifice), massive blood loss, hypovolemic shock in association with risk factors as Liver cirrhosis (Alcohol abuse), diabetes mellitus, hypertension. The surgical procedure including hemostasis suture of D2 duodenal bleeding ulcer, 2/3 gastrectomy with duodenostomy of compression, gastrojejunostomy was satisfactory with good result. Minor rebleeding post operation was treated by intravenous 8mmg nexium/h obtained good hemostasis. None of complication related to operation.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày-tá tràng là bệnh lý thường gặp với tỷ lệ cao tuy nhiên XHTH do loét tá tràng dưới bóng Vater hiếm gặp. Chẩn đoán xác định vị trí XHTH gặp nhiều khó khăn do vị trí chảy máu ở dưới bóng Vater. Đây là vị trí khá sâu trên D2 tá tràng lại sát Papille bởi vậy rất dễ nhầm với chảy máu đường mật (CMĐM). Mặt khác loét dưới bóng Vater xác định vị trí chảy máu cũng gặp nhiều khó khăn do trong D2 tá tràng là vùng có phẫu trường rất chật hẹp, lại sát vị trí đổ vào của đường mật và ống tụy (sát papille). Về phẫu thuật: mổ D2 tá tràng dưới bóng Vater khi phục hồi sẽ rất khó khăn do vùng này phải chịu một lượng dịch mật, tụy, dạ dày tá tràng rất lớn chảy qua nên khâu nối nguy cơ rò mật và rò tiêu hóa rất cao. Nguy cơ cao hơn ở BN có nhiều bệnh nội khoa phối hợp (ĐTD, cao HA, uống nhiều rượu, xơ gan, tiểu cầu giảm), đang điều trị ung thư hạ họng phối hợp. Bởi vậy chúng tôi mô tả ca bệnh XHTH nặng, sốc mất máu do loét D2 dưới bóng Vater với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ca bệnh XHTH nặng, sốc mất máu do loét D2 tá tràng dưới bóng Vater trên BN đang điều trị ung thư hạ họng và mắc nhiều bệnh nội khoa.*

2. *Kết quả điều trị phẫu thuật và điều trị nội khoa phối hợp.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu ca lâm sàng

## III. BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Nguyễn Đình T, sinh năm 1963.

Địa chỉ: Đông Tiến, Khoái Châu, Hưng Yên.

Ngày VV: 23/5/2022.

Chẩn đoán: Ung thư hạ họng/ĐTD, Xơ gan,

Nghiện rượu, Cao HA.

Ngày 4/8/2022 BN xuất hiện nôn máu, ỉa phân đen, đau thượng vị, không sốt.

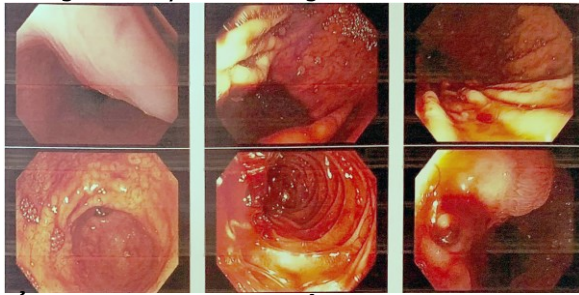
Xét nghiệm máu: (4/4/022): Hồng cầu (HC): 3,1G/l. Huyết sắc tố (Hb): 9,4 g/L. Hematocrite: 0,27 L/L

++Tiểu cầu: 128 G/L

XN đông máu:

XN Sinh hóa: Bilirubine 8,1mmol/L; Albumin 32,9g/L; ure 3,5mmol/L; creatinin mmol/l: 61, đường: 7,24 mmol/L,GOT: 58,1 U/l; GPT: 41,5 U/l.

++ Nội soi dạ dày (NSDD) cấp cứu: nhiều máu đỏ và máu cục trong dạ dày, tá tràng và D2 nhiều máu cục, Papille có máu cục, màu đỏ, không tìm thấy tổn thương.



**Ảnh 1: NSDD trước mổ: Dạ dày và D2 nhiều máu đỏ, máu cục, không thấy tổn thương**

BN được truyền 6 ĐV máu, dùng Nexium 40 mg bolus- 2 ống sau đó 40mg-5oong/24 h.

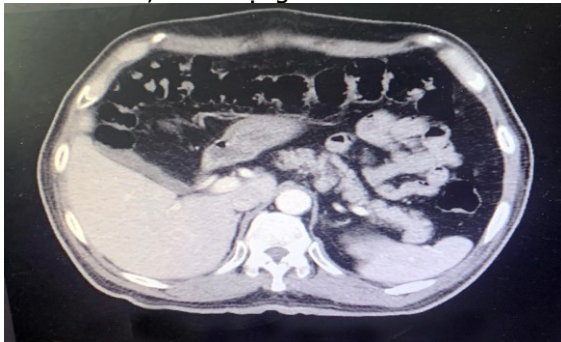
Sau truyền máu và hồi sức tích cực: BN xuất hiện sốc mất máu: M 120-140 l/ph. HA dao động thấp 85-90 mg Hg (BN có TS cao HA), nổi vân tím, chân tay lạnh, vã mồ hôi.

Ỉa phân đen đỏ liên tục.

XN máu sau truyền cho thấy: HC: 2,55T/l; Hb: 8,6 g/l. Hematocrit : 0,17L/L TC 65 G/L

CLVT (64 dãy): Ổ chảy máu D2 tá tràng tương ứng với mạch máu vùng D2, kích thước 0,6mm.

BN được mổ cấp cứu:chẩn đoán trước mổ: Sốc mất máu,XHTH nặng do loét D2 .



**Ảnh 2: Chụp CLVT 64 dãy cấp cứu (trước mổ)**

Tổn thương trong mổ: Gan phì đại 2 thùy, ruột non, T nhiều máu đỏ đen, dạ dày giãn to, sờ ngoài không có u. Mặt trước HT có loét 1,5 cm không chảy máu.

Mở dọc D2 tá tràng,tìm papille khó khăn do nhiều máu đỏ, máu cục đùn lên liên tục, không thấy tổn thương ở D2 trên Vater và Papille. Mở dọc bờ tự do tá tràng xuống dưới Vater thăm dò thấy loét 1,2 cm bờ trong tá tràng dưới bóng Vater đang đùn máu liên tục, máu đỏ.

Khâu cầm máu ổ loét chảy máu chỉ monosyl 3.0 mũi rời (X), cắt 2/3 DD lấy ổ loét HT, DL móm tá tràng, nối vị tràng.

Sau mổ 6-7 ngày BN xuất hiện ỉa phân đen,DL móm TT ra máu đỏ đen.BN tiếp tục được điều trị PPI (Nexium 40 mg/5 ống/24 h) XHTH giảm dần hết. BN ra viện sau 3 tuần.

#### IV. BÀN LUẬN

XHTH cao là cấp cứu thường gặp với tỷ lệ tử vong (TV) khoảng 10,0% [9]. Các ổ loét đường tiêu hóa chảy máu thường là biến chứng của việc dùng thuốc kháng viêm, giảm đau không steroid hoặc nhiễm Helicobacter. Pylory. Các yếu tố tiên lượng bệnh phụ thuộc vào mức độ XHTH, chẩn đoán bệnh, nội soi dạ dày (NSDD), các bệnh lý phổi hợp... Điều trị XHTH phụ thuộc vào hồi sức tích cực, nội soi dạ dày và can thiệp qua NSDD. Sử dụng thuốc ức chế bơm Proton làm giảm khả năng tái xuất huyết nhưng không làm giảm tỷ lệ TV. Phẫu thuật (PT) cấp cứu được chỉ định (CĐ) khi chảy máu không cầm, tái xuất huyết, hoặc đã can thiệp lại qua NSDD thất bại.

Tỷ lệ mắc XHTH cao theo các NC của ở Anh [9] vào khoảng 50-190/10.000 dân. Tỷ lệ XHTH cao ở Hồng Kong giảm khoảng 30% trong 10 năm trở lại đây tuy nhiên con số XHTH cao nhập viện ở người cao tuổi lại tăng.

Tỷ lệ TV khoảng 10,0% tuy nhiên tỷ lệ TV của số BN phải điều trị nội trú lại tăng >30,0%. Các nguyên nhân XHTH cao là

**Bảng 1: Các nguyên nhân XHTH [9]**

TT	Các nguyên nhân XHTH	Tỷ lệ (%)
1	Loét DD-TT	30-35
2	Tăng áp lực TMC	5-10%
3	Viêm TQ	10_15
4	Mallory-Weiss	5,0
5	Loét trượt DD-TT	10_15
6	U dạ dày - TT (Lành tính và ác tính)	2_4
7	Đị dạng mạch	1_3
8	XHTH do các nguyên nhân ở ruột non - đại tràng	5,0
9	Không xác định	05_20

**Bảng 2: Nguy cơ tái xuất huyết tương ứng với các tổn thương qua NSDD[9]**

TT	Tổn thương qua NSDD	%
1	Loét đáy trắng	3
2	Đốm phẳng	7
3	Loét rỉ máu	10
4	Cục máu đông bám	33
5	Không thấy điểm chảy rõ	50

+ Tác giả J.Lynwood và cộng sự cho rằng cho tới nay việc xử trí XHTH cao còn gặp nhiều khó khăn. NSDD là phương pháp chẩn đoán qua trọng nhất để chẩn đoán XHTH. Đối với những BN chảy máu nặng nhưng huyết động ổn định cắt TK X toàn bộ, cắt hang vị và nối Billroth I là lựa chọn khi mổ tá tràng cho phép cắt an toàn. Đối với BN có nguy cơ cao, cắt TK X toàn bộ và tạo hình môn vị là lựa chọn[10]

+ Huỳnh Hiếu Tâm và CS nghiên cứu 74 BN được can thiệp tiêu cầm máu qua NSDD (nhóm 1) hoặc kẹp Clip cầm máu (nhóm 2), cả 2 nhóm đều phối hợp với dùng PPI (Nexium 8mg/h) cho thấy tỷ lệ XHTH do loét dạ dày là 22,2%, loét HTT và tá tràng là 84,8%; Có 11 BN có KT ổ loét > 2cm, 63 BN có KT ổ loét <2cm, 33 BN có Forrest IA, IB, 41 BN có FII A; Có 14 BN sốc mất máu; Tỷ lệ cầm máu thành công ở nhóm 1 là 97,4%, nhóm 2 là 97,2%, Tỷ lệ tái XH ở BN có Forrest IA, IB ở nhóm 1 là 18,7%, nhóm 2 là 17,6%; tỷ lệ tái XH ở BN có F IIA của nhóm 1 là 9,1%, nhóm 2 là 5,3%; Chuyển mổ cấp nhóm 1 là 2,6%, nhóm 2 là 0%. Tác giả cho rằng tuổi cao, tình trạng sốc mất máu, tổn thương theo Forrest, tỷ lệ truyền máu, thời gian can thiệp nội soi của nhóm tiêu cầm máu (HSE) và nhóm Clip không có sự khác biệt. Đối với ổ loét > 2 cm, nhóm tiêu xơ có tỷ lệ thành công cao hơn nhóm kẹp clip.

[5]. Tuy nhiên trong số này chỉ có 9 BN có KT ổ loét >2 cm, NC ko cho biết số BN này là loét dạ dày hay tá tràng, với loét DD kích thước ổ loét > 2 cm chưa phải là loét KT lớn.

+ Đánh giá kết quả can thiệp NSDD cầm máu trên 511 BN tại BV trường đại học Y Hà nội của Đào Việt Hằng và CS: Tỷ lệ loét DD là 23,2%, loét tá tràng 63,7%, loét miệng nổi 0,2%, không xác định nguyên nhân 5,9%, có 72,9% có bệnh lý phối hợp bệnh tim mạch, ĐTD, cơ xương khớp..., 26,2% số BN có mạch >100; 14,1% tụt HA[1]

+ NC trên 107 BN tại BV Việt Tiệp Hải Phòng, Nguyễn Thăng Toàn và CS: Loét DD 29,9%, Loét tá tràng 66,4%, loét DD và TT 3,7%, Không có BN nao loét >2 cm, có 16,8%

loét từ 1-2cm; 82,2% loét < 1cm. Có 1,9% Forrest IA, 30,8% F IB.[6]

+ NC của Thái Nguyên Hưng [3] cho thấy trong 12 BN được mổ cấp cứu do XHTH do loét DD-TT, có 5 BN loét 2 mặt tá tràng (kissing ulcer), 2 BN loét mặt sau gờ trên và D2 thủng vào ĐM vị tá tràng phải chuyển thẳng phòng mổ cấp cứu vì sốc mất máu, mạch nhanh 120-140 l/phút, HA dao động thấp 60-70 mmhg, sond dạ dày có máu đỏ, BN ỉa phân đen liên tục, nổi vân tím, chân tay lạnh, vã mồ hôi, XN hồng cầu <2 T/L, huyết sắc tố hematocrite giảm (hematocrite < 20% L/L). 2 trường hợp này NSDD đều có loét mặt sau tá tràng đang phun máu thành tia, clip cầm máu thất bại phải chuyển thẳng phòng mổ cấp cứu vừa hồi sức vừa mổ. Tổn thương trong mổ là loét mặt sau gờ trên tá tràng thủng vào ĐM vị tá tràng đang phun máu. 2 BN này đều phải mở dạ dày khâu cầm máu trước rồi mới cắt 2/3 DD lấy ổ loét thủng, dẫn lưu (DL) mỏm tá tràng (1 BN phải DL đường mật bằngkehr 10 FR do ổ loét thủng vào ĐM vị tá tràng và đường mật).

5 BN kising ulcer đều có KT ổ loét mặt sau tá tràng từ 2,5-3cm, cá biệt có 1 ổ loét >4 cm (BN thứ sáu, 2 ổ loét, ổ loét mặt trước 1cm, mặt sau > 4cm), BN này được chẩn đoán là XHTH do ung thư dạ dày (UTDD). NSDD chẩn đoán là ung thư hang môn vị dạ dày, tuy nhiên tổn thương trong mổ là ổ loét >4 cm đã mủn nát hoại tử thủng vào đầu tụy. BN này tổn thương GPB là loét hoại tử lạnh tính.[3]

Cũng theo NC này trong 5 BN không được cắt đoạn dạ dày, lấy ổ loét chảy máu mà chỉ khâu cầm máu, nối vị tràng có 2 BN tái XHTH được điều trị tích cực bằng PPI (Nexium) 8mmg/72h. NC kết luận rằng đối với khâu cầm máu đơn thuần nên phối hợp cắt TK X toàn bộ và nối vị tràng để điều trị giảm tiết a xit.

+ BN của chúng tôi là trường hợp sốc mất máu có nhiều yếu tố nguy cơ trước mổ như xơ gan (ngien rượu), ĐTD, cao HA và có tiểu cầu thấp, đang được điều trị ung thư vòm. Mặt khác về BN ỉa phân đen đỏ liên tục, mặc dù được dùng PPI bolus và truyền TM 8mg/h nhưng không cầm máu. Mặt khác NSDD tá tràng không tìm thấy điểm chảy nhưng lại thấy nhiều máu cục ở D2 và vùng papille. Bởi vậy chúng tôi nghi ngờ có chảy máu đường mật và CĐ chụp CLVT 64 dãy cấp cứu để đánh giá mạch máu. Kết quả cho thấy có mạch 0,6 cm đang chảy ở dưới bóng Vater. Trong mổ cấp cứu dạ dày, tuột non, đại tràng nhiều máu, mở dọc tá tràng nhiều máu đỏ nhưng chỉ thấy loét mặt trước HTT đáy trắng (Không chảy máu), mặt khác máu đỏ từ gờ dưới

tá tràng đều lên liên tục. Chúng tôi tiếp tục mở dọc tá tràng xuống thấp dưới Vater, tìm papille và luồn stilet vào thấy mật vàng, cứng tôi tiếp tục xuống thấp thấy loét 1,2-1cm dưới bóng Vater đang đều máu đỏ liên tục (Bờ trong tá tràng). Chúng tôi khâu cầm máu ổ loét bằng chỉ PDS 30 mũi chữ X (2 mũi) cầm máu. Cắt 2/3 DD lấy ổ loét HTT và DL mổ tá tràng (DL Giảm áp)

BN này sau PT ngày 7-8 xuất hiện tái xuất huyết, a phân đen nhiều, DL mổ TT ra máu đỏ đen. Chúng tôi tiếp tục dùng Nexium 8mmg/72 h và truyền máu, tiểu cầu. BN này hết chảy máu, ra viện.

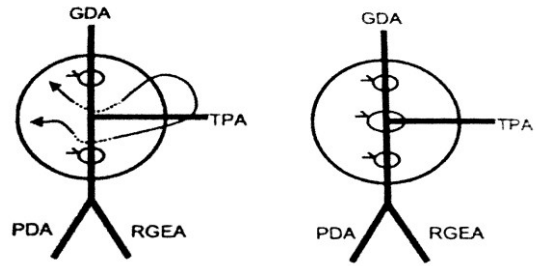
Chúng tôi cho rằng ở BN nặng, sốc mất máu phối hợp với nhiều yếu tố nguy cơ như cao HA, ĐTĐ, xơ gan, giảm tiểu cầu, ung thư vòm, việc khâu cầm máu (Để lại ổ loét), cắt 2/3 DD, DL mổ tá tràng là lựa chọn phù hợp. Mặc dù có tái XHTH nhưng việc điều trị PPI (Nexium 8mg/h) đã cho kết quả cầm máu tốt.

Các NC chỉ ra rằng với PPI 8mg/h, PH dạ dày từ 6,4-6,5, ly giải tiểu cầu chỉ 15%, nếu pH > 7 sẽ không bị ly giải tiểu cầu bởi vậy trong trường hợp này mặc dù BN có xơ gan, tiểu cầu giảm, sốc mất máu, PT cắt 2/3DD (vùng tiết a xít) và dùng PPI đã góp phần cầm máu hiệu quả. Mặt khác DL mổ tá tràng giảm áp lực mở tá tràng dưới Papille, giúp cho tá tràng liền tốt, không rò tá tràng và mổ tá tràng mang lại kết quả tốt.

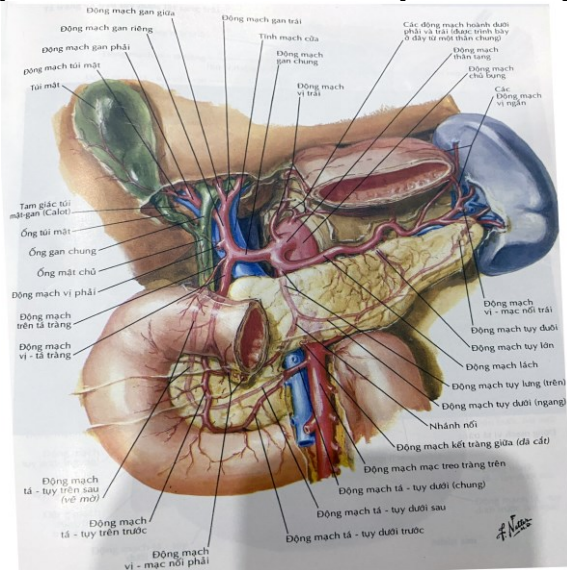
Khi tái XHTH sau mổ, vấn đề chụp mạch và nút mạch đã được đặt ra. Tuy nhiên các NC cho thấy đây là vùng giàu mạch lại nhiều tuần hoàn bàng hệ. Việc nút mạch cầm máu có tỷ lệ tái XHTH cao, bởi vậy sau khi đánh giá về lâm sàng, chúng tôi tiếp tục dùng nexium và truyền máu.

+ NC về khả năng cầm máu trong mổ đối với loét mặt sau tá tràng thủng vào ĐM vị tá tràng, Darin Lohsivat và CS thấy rằng trong mổ cấp cứu tổn thương loét mặt sau tá tràng chảy máu đặc biệt là người cao tuổi, cắt dạ dày có tỷ lệ biến chứng và TV cao hơn khâu cầm máu, cắt TK X và tạo hình môn vị. Tuy nhiên tác giả cho rằng khâu cầm máu ổ loét gặp nhiều khó khăn nhất là ổ loét thủng vào ĐM vị tá tràng và đầu tụy. Về mặt giải phẫu, ĐM vị tá tràng là 1 nhánh của ĐM gan chung, chạy sau tá tràng và chia làm 2 nhánh là nhánh ĐM vị mạc nối phải và ĐM tá tụy trên. Tuy nhiên còn 1 nhánh nối nữa từ ĐM tụy ngang nối với ĐM vị tá tràng, tác giả mô tả kinh nghiệm và kỹ thuật cá nhân của mình.[8]

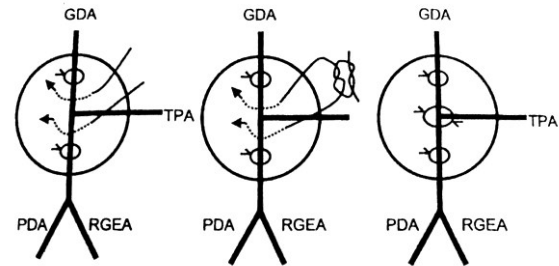
Bởi vậy việc khâu cầm máu được tác giả thực hiện theo kinh nghiệm riêng bằng chỉ prolene2.0 như sau:



Ảnh 4: Khâu cầm máu tại đáy ổ loét = prolene 2.0 với 2 kim ở 2 đầu (Khâu chữ U)



Ảnh 3: Nhánh nối ĐM vị tá tràng



Ảnh 5: Khâu cầm máu ĐM nhánh nối ĐM tụy ngang với 2 sợi chỉ (Mỗi sợi 1 kim)

Tuy nhiên theo báo cáo của Thái Nguyên Hưng, nếu XHTH do ổ loét thủng vào ĐM vị tá tràng chúng tôi mở dạ dày khâu cầm máu ổ loét trước, sau đó cắt 2/3 dạ dày hoặc cắt hang vị lấy ổ loét chảy máu, DL mổ tá tràng cho kết quả tốt, không có tái xuất huyết. Tuy nhiên đây là PT phức tạp, ổ loét mạn tính thường làm biến dạng tá tràng, ăn vào ĐM vị tá tràng thậm chí thủng vào đường mật. Mặt khác ổ loét sâu sát bóng Vater làm cho PT rất khó khăn, có thể làm tổn thương đường mật bởi vậy trong 2 BN /12 BN

được mổ cấp cứu, chúng tôi tìm được bóng Vater và papille rồi mới cắt dạ dày, lấy ổ loét, D1 móm tá tràng. Chúng tôi nhận thấy rằng nếu không lấy được ổ loét hoặc loại trừ ổ loét ra khỏi đường tiêu hóa thì nguy cơ tái xuất huyết khá cao (2/5 BN khâu cầm máu, nối vị tràng, tiếp tục dùng PPI sau mổ vẫn xuất hiện tái XHTH).[2][3]



**Ảnh 6.** Sond dạ dày máu đỏ, sốc mất máu do loét mặt sau HTT thủng vào ĐM vị tá tràng

+ Sung và CS thấy 9375 BN được chẩn đoán XHTH cao trong đó 577 BN tử vong (6,2%) trong đó số BN không tìm thấy nguyên nhân chảy máu TV là 79,7%, số BN tìm thấy nguyên nhân chiếm 18,4%, tuổi TB của BN chết vì XHTH (tìm thấy nguyên nhân) là 71,7 T VS 75,4 T. Hầu hết TV ngay khi cầm máu thất bại (29,2%), hoặc trong vòng 48 h sau khi can thiệp qua NSDD (25,5%). Các nguyên nhân TV không liên qua tới chảy máu là suy đa tạng chiếm 23,9%; viêm phổi chiếm 23,5%; ung thư giai đoạn muộn chiếm 33,7%. Tác giả kết luận rằng phần lớn BN tử vong không liên qua đến chảy máu. Việc xử trí nên tập trung chống suy đa tạng và viêm phổi thay vì chỉ tập trung vào cầm máu [11]



**Ảnh 7:** mổ dọc D2:loét 1,2 cm dưới bóng vater đang chảy máu liên tục

## V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật sốc mất máu do xuất huyết tiêu hóa nặng loét DII dưới bóng Vater trên bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ nặng như ĐTD, Cao HA, xơ gan, giảm tiểu cầu, ung thư vòm là phẫu thuật khó khăn và nặng nề. Chỉ định mổ được đặt ra khi can thiệp qua NSDD không thực hiện được hoặc thất bại (nội soi không tìm thấy nguyên nhân chảy máu). Phẫu thuật khâu cầm máu, cắt hang vị hay cắt 2/3 dạ dày, dẫn lưu móm tá tràng là lựa chọn phù hợp. Điều trị nội khoa tái xuất huyết sau phẫu thuật với PPI (Nexium 40mg) 8mg/24 h trong 72 h có hiệu quả cầm máu cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đào Việt Hằng, Nguyễn Thanh Long, Trần Quốc Tiến, Đào Văn Long** (2018): Đánh giá kết quả cầm máu can thiệp nội soi trong xuất huyết tiêu hóa trên tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 2013-2017. Y Học thực hành 1 (1066):57-59.
- Thái Nguyên Hưng, Trịnh Văn Tuấn:** Điều trị phẫu thuật chảy máu đường mật do sỏi có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm. Nghiên cứu Y học. 83(3) 2013: 63-67.
- Thái Nguyên Hưng, Phan Văn Linh:** Điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa nặng do loét tá tràng kissing ulcer thủng vào động mạch vị tá tràng và loét dạ dày tá tràng. Y học Việt Nam, tháng 3, số 1A (524), 2023:1-5.
- Nguyễn Phúc Minh, Trần Trung Hiếu:** Chảy máu tiêu hóa. Cấp Cứu ngoại tiêu hóa.NXB Thanh niên 2018: 27-37.
- 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 sỹ Y học.Huế 2019.
- Nguyễn Thắng Toàn và cộng sự:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng,cận lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa cao tại bệnh viện Việt Tiệp,Hải Phòng.Y Học Việt nam 436 (2015):102-106
- Trần Thiện Trung, Trần Anh Minh:** Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng.Cấp cứu ngoại tiêu hóa.NXB Thanh niên, 2018:66-77.
- Darin Lohsiriwat, Varut Losiriwat:** Operative control of bleeding ulcer at Posterior Wall of Duodenal Bulb: How I do it. The THAI Journal of Surgery, vol 25 (4), Oct-Dec.2004:113-114.
- Kelvin Palmer:** Acute upper gastrointestinal haemorrhage.British Medical Bulletin, volume 83(Issue1) September 2007: 307-324.
- Lynwood. J Herrington, Jess Davidson.** Bleeding gastroduodenal ulcer: Choice of operation. World Journal of Surgery Volume 11 (1987): 304-314.
- Sung Joseph J et al:** Causes of Mortality in Patients With Peptic Ulcer Bleeding: A Prospective Cohort Study of 10,428 Cases.American Journal of Gastroenterology 105 (1):p 84-89,Jan 2010.