

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ MỎM TÁ TRÀNG SAU CẮT ĐOẠN DẠ DÀY DO UNG THƯ DẠ DÀY VÀ RÒ TIÊU HÓA CAO

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

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của rò mồm tá tràng sau cắt đoạn dạ dày do UTDD hay sau cắt đoạn tá tràng do các tổn thương ác tính ở tá tràng và đường tiêu hóa cao. 2. Kết quả và các phương pháp điều trị rò mồm tá tràng cũng như rò tiêu hóa cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** + Đối tượng NC: Tất cả những bệnh nhân, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán rò mồm tá tràng hoặc rò tiêu hóa cao sau cắt đoạn dạ dày do UTDD hay sau cắt đoạn tá tràng do ung thư. + Nghiên cứu hồi cứu. + Thời gian 2018-2023. **Kết quả nghiên cứu:** Có 15 BN, Nam 10 BN, Nữ 5 BN (66,6%), tuổi TB là: 62,3 tuổi. Phẫu thuật: 11/15 BN cắt GTBDD, vét hạch D2 (trong đó 6 BN dẫn lưu mồm tá tràng); 2 BN cắt đoạn tá tràng, cắt đoạn dạ dày, DL mồm tá tràng do ung thư đại tràng thủng vào tá tràng 1 BN u limpho DIII-DIV vỡ được cắt đoạn DIII-DIV, nối vị tràng và DL giảm áp. Có 11/15 BN (73,3) rò sau cắt GTBDD do UTDD (9 BN rò mồm tá tràng, 1 BN rò tiêu hóa cao sau cắt dạ dày và cắt đoạn ruột sát góc Treitz do UTDD; 1BN rò miệng nối DD-hồng tràng sau cắt GTBDD do UTDD), 3/11 BN (20,0%) rò tá tràng sau cắt đoạn tá tràng (1 BN cắt đoạn DII tá tràng, 1 BN cắt đoạn DII-DIII, 1 BN cắt DIII-DIV); 1 BN rò miệng nối DD-hồng tràng sau cắt khối tá tụy do ung thư đầu tụy. Thời gian xuất hiện rò ở nhóm rò mồm tá tràng TB là 8,2 ngày; nhóm rò sau cắt đoạn tá tràng: 9,0 ngày; nhóm rò miệng nối là 8,7 ngày. Số ngày điều trị rò TB là 13,2 ngày (ngắn nhất 6 ngày, dài nhất là 72 ngày). 100% các BN được điều trị bảo tồn bằng nuôi dưỡng TM, nhịn ă, dùng kháng sinh và octreotide, chăm sóc da tại chỗ. 3 trường hợp điều trị nội khoa và dẫn lưu qua da, 3 trường hợp điều trị bảo tồn và đặt hệ thống hút rửa liên tục. Không có BN tử vong, 100% hết rò. **Kết luận:** Rò mồm tá tràng và rò tiêu hóa cao là bệnh lý phức tạp có tỷ lệ xuất hiện thấp nhưng tỷ lệ TV và biến chứng cao. Điều trị bảo tồn bằng nuôi dưỡng TM, nhịn ă, dùng octreotide + KS và chăm sóc da tại chỗ cũng như phối hợp DL qua da hay đặt hệ thống hút rửa liên tục mang lại kết quả tốt. Trường hợp mồm tá tràng sâu ở gối trên hoặc DII nên dẫn lưu mồm tá tràng chủ động. Phẫu thuật cắt đoạn tá tràng nên dẫn lưu mồm tá tràng hoặc đặt DL giảm áp để chủ động khống chế rò.

### SUMMARY

#### THE RESULT OF DUODENAL STUMP FISTULA

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính:

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

### AND UPPER GASTROINTESTINAL FISTULA MANAGEMENT AFTER GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER OR DUODENECTOMY

**Study aim:** 1. Evaluation the clinic feature and risk factors of duodenal stump fistula and upper gastrointestinal fistula post gastrectomy for gastric cancer or post duodenal segmentectomy for cancer. 2. The method and result of duodenal stump fistula and upper gastrointestinal fistula treatment. **Patient and method:** + Retrospective study. + Time 2018-2023. **Result:** There were 15 patients, Male 10 patients (66,6%), female 5 patients (33,4%), mean age 62,3 years. **Operations performed:** 11/15 patients had subtotal gastrectomy with D2 lymph node dissection (among them, 6 patients had duodenostomy); 2 patients had duodenal segmentectomy and antrectomy with duodenostomy for decompression, 1 patient had duodenal DIII-DIV segmentectomy and gastrojejunostomy; 1 had duodeno-pancreatectomy encephalic resection. There were 9 patients who had duodenal stump fistula post subtotal gastrectomy, 1 patient had upper gastrointestinal fistula post gastrectomy and jejunal resection with high output, one had gastrojejunal anastomosis fistula with high output. 1 had gastrojejunal anastomosis fistula post duodeno pancreatic encephalic resection for tumor of pancreatic head. All patients had conservative treatment include: total parenteral nutrition, infection control, skin care, octreotide given. The average healing time was 13,2 days (range 6-72 days), 3 patients had percutaneous drainage, 3 others patients with high output had the suction and irrigation system. No death post treatment. All fistula closure. **Conclusion:** We conclude that conservative treatment include: total parenteral nutrition, infection control, skin care, octreotide used in association with percutaneous drainage and irrigation and suction system with high output fistula were satisfactory method of duodenal stump fistula post gastrectomy for gastric cancer and post duodenal segmentectomy fistula. In case of technical difficulty in duodenal stump closure or duodenal segmentectomy, duodenostomy for decompression should be performed.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò mồm tá tràng và rò tiêu hóa cao sau cắt đoạn dạ dày do ung thư dạ dày (UTDD) hay sau mổ cắt đoạn tá tràng do tổn thương ác tính ở tá tràng là biến chứng nặng với tỷ lệ xuất hiện thấp tuy nhiên tỷ lệ tử vong và các biến chứng lại khá cao. Các NC cho thấy tỷ lệ tử vong lên tới 16-20%. Tỷ lệ biến chứng lên tới 75% với thời gian nằm viện kéo dài. Các biến chứng hay gặp là nhiễm trùng vết mổ, apxe trong ổ bụng, chảy máu trong ổ bụng, viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp, suy dinh dưỡng, rối loạn nước điện giải,

viêm phú mạc toàn thể, viêm phổi... Tuy nhiên các nghiên cứu về rò mòm tá tràng hay rò tiêu hóa cao còn chưa được nghiên cứu nhiều. Điều trị nội khoa, điều trị nội khoa phối hợp với can thiệp qua da, qua nội soi hay phẫu thuật lại còn cần phải xem xét, đánh giá. Bởi vậy chúng tôi NC đề tài này nhằm mục tiêu.

1. *Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của rò mòm tá tràng sau cắt đoạn dạ dày do UTDD hay sau cắt đoạn tá tràng do các tổn thương ác tính ở tá tràng và đường tiêu hóa cao.*

2. *Kết quả và các phương pháp điều trị rò mòm tá tràng cũng như rò tiêu hóa cao.*

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

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả những bệnh nhân, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán rò mòm tá tràng hoặc rò tiêu hóa cao sau cắt đoạn dạ dày do UTDD hay sau cắt đoạn tá tràng do ung thư.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu.

+ Thời gian: 2018-2023

+ Địa điểm: Khoa ngoại bụng 2, BVK

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Có 15 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC, trong đó Nam 10BN (66,6%), Nữ 5BN (33,4), tuổi TB là: 62,3 tuổi.

**Bảng 1: Tổn thương xác định qua NSDD và CLVT trước mổ**

TT	Vị trí U qua NSDD	Chụp CLVT	%
1	UT môn vị DD	Dày thành môn vị	2
2	UT hang vị DD	Dày thành hang vị	2
3	UT Hang môn vị dạ dày	Dày thành hang môn vị	4
4	UT hang môn vị-góc BCN	Dày thành hang môn vị	1
2	UT góc bờ cong nhỏ (BCN)	Dày thành BCN*	2

+ Có 5/11 BN có hẹp môn vị (HMV).

\* 1 BN ung thư góc BCN + hẹp môn vị do loét tá tràng/thùng cũ: 1 BN ung thư góc BCN/ viêm tụy cũ.

- Chẩn đoán sau mổ: - Có 11 BN được cắt đoạn dạ dày (cắt gần toàn bộ dạ dày: GTBDD, vét hạch D2.

+ UTDD: UTDD xâm lấn gờ trên, D2: 7 BN

+ UTDD/loét tá tràng D<sub>I</sub>, gờ trên: 3 BN (1 BN có TS thùng ổ loét hành tá tràng)

+ UTDD viêm tụy cũ: 1.

- Có 3 BN phẫu thuật cắt đoạn tá tràng do ung thư (1 BN cắt đoạn DII, 1 BN cắt đoạn DII-DIII, 1 BN cắt đoạn DIII-DIV:

+ Ung thư ĐT xâm lấn tá tràng: 2 BN (Thùng vào DII, DII-III)

+ U DIII-DIV tá tràng: 1BN.

- Tắc mật do u đầu tụy/đã dẫn lưu đường mật qua da 2 lần (DL)

**Bảng 2: Chẩn đoán sau mổ**

TT	Chẩn đoán sau mổ	n	%
1	Ung thư dạ dày (UTDD) xâm lấn tá tràng, gờ trên	7	46,7
2	UTDD + loét biến dạng tá tràng	3	20,0
3	UTDD + Viêm tụy cũ	1	6,66
4	Ung thư đại tràng phải thùng vào tá tràng (DII, DII, III)	2	13,3
5	Ung thư DIII-DIV tá tràng (đã vỡ, XHTH, xâm lấn ĐT T, KT > 10-15 cm)	1	6,66
6	Tắc mật do U đầu tụy/đã DL đường mật qua da	1	6,66
<b>Tổng</b>		<b>15</b>	<b>100</b>

++ Có 11/15 trường hợp cắt GTBDD do UTDD (73,3%).

++ 2 BN ung thư dạ dày đã thùng vào đầu tụy và DI-DII (Lò Văn T, Nguyễn Văn Đ)

++ Kích thước khối UTDD: 2 BN U có KT 3-5cm phối hợp với loét HT,

2 BN U đã thùng vào tụy và DI-II, KT>10 cm.

7 BN U có KT 5-10 cm.

++ Khối u đầu tụy KT 6-5cm vùng đầu tụy trên nền viêm tụy mạn.

++ Khối U đại tràng phải (Nguyễn thị Ch) 10-6 cm thùng vào gờ trên và DII trên bóng vater (lỗ thùng 2 cm, xác định trước mổ qua NSDD).BN còn lại (Nguyễn thị Th) U đại tràng phải > 10cm xâm lấn, thùng gờ dưới tá tràng)

-Phương pháp mổ:

**Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật**

TT	Phương pháp phẫu thuật	n	%
1	Cắt gần TBDD, vét hạch D2, đóng mòm tá tràng khó (mòm sâu ở gờ trên, DII, mủn)	4	26,7
2	Cắt gần TBDD, vét hạch D2 dẫn lưu (DL) mòm tá tràng (TT)	6	40,0
3	Cắt gần TBDD, gỡ dính (viêm tụy cấp cũ)	1	6,66
4	Cắt đoạn DII, DII-III, cắt đoạn dạ dày, DL mòm TT	2	13,33
5	Cắt đoạn DIII-DIV, nối vị tràng, DL giảm áp	1	6,66
6	Cắt khối tá tụy + DL Volker	1	6,66
<b>Tổng</b>		<b>15</b>	<b>100</b>

- Nguyên nhân đóng mòm tá tràng khó khăn (Cắt gần TBDD)

+ UTDD xâm lấn gờ trên và DII:7 BN

+ UTDD + Loét biến dạng DI-DII tá tràng (mòm sâu, khó đóng): 3BN

+ UTDD - viêm tụy + dính ruột: 1BN.

**Bảng 4: Các yếu tố nguy cơ gây rò**

TT	Các yếu tố nguy cơ	n	%
1	Khối UTDD xâm lấn D1, gối trên, DII	7	46,66
2	UTDD + Loét tá tràng gây biến dạng tá tràng	3	20,0
3	UTDD-viêm tụy cấp (cũ), dính nhiều	1	6,66
4	Thủng UT đại tràng vào tá tràng	2	13,33
5	Tắc mật, viêm tụy nhiều đợt, đã DL đường mật	1	6,66
6	U tá tràng đã vỡ, xuất huyết tiêu hóa, xâm lấn nhiều tạng	1	6,66
<b>Tổng</b>		<b>15</b>	<b>100</b>

- Tổn thương GPB:

**Bảng 5: Kết quả GPB**

TT	Giai đoạn bệnh	Loại tế bào	n	%
1	T3N0M0	AC biệt hóa vừa	1	6,6
2	T4aN1, 2, 3 M0	AC kém biệt hóa (KBH)	7	46,6
3	T4bN1, 2, 3M0	AC KBH	1	6,6
4	T1bN2M0	Tế bào nhân	1	6,6
5	T4bN1, 2M0 ( UT đại tràng phải thủng vào Tá tràng	AC Biệt hóa vừa (BHV)	2	13,3
6	U limpho DIII-DIV tá tràng		1	6,6
7	T3N0M0 ( U đầu tụy)	AC BHV	1	6,6
<b>Tổng</b>			<b>15</b>	<b>100</b>

- Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng:

**Bảng 6: Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng**

TT	Triệu chứng lâm sàng – cận lâm sàng	n	%
1	Đau bụng, sốt, ổ dịch <5 cm	6	40,0
2	Đau bụng, sốt, ổ dịch > 5cm-10cm	5	33,3
3	Đau bụng, sốt, ổ dịch dưới hoành >10cm	4	26,7
<b>Tổng</b>		<b>15</b>	<b>100</b>

- Số ngày xuất hiện rò: (Sau mổ)

+ Nhóm rò mồm tá tràng: TB: 8,2.

+ Nhóm rò sau cắt đoạn TT: 9,0.

+ Nhóm rò miệng nối: 8,7.

**Bảng 7: Số ngày xuất hiện rò**

Loại rò	Thời gian TB (ngày)
Rò mồm tá tràng	8,2
Rò miệng nối tá tràng-tá tràng	9,0
Rò miệng nối (Rò tiêu hóa cao)	8,7

- Số lượng dịch rò:

**Bảng 8: Lượng dịch rò**

Lượng dịch tiêu hóa (24h)	n	%
<= 200ml	8	53,33
>200-300ml	4	26,66
>300-1000ml	1	6,66

>1000-2000	2	13,33
<b>Tổng</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

- Số ngày điều trị rò: (Từ lúc xuất hiện rò đến khi ra viện)

+ Ngắn nhất 6 ngày.

+ Dài nhất: 72 ngày.

+ TB: 13,2 ngày.

- Phương pháp điều trị

**Bảng 9: Phương pháp điều trị**

TT	Phương pháp điều trị	n	%
1	Nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch (TM), kháng sinh (KS), chăm sóc tại chỗ, octreotide	9	60,0
2	Nhịn ăn, KS + Nuôi dưỡng TM + octreotide + Luồn sond DL dịch	3	20,0
3	Nhịn ăn, nuôi dưỡng TM + KS + Octreotide + Hệ thống hút rửa liên tục (continuous irrigation-suction system)	2	13,33
4	Nhịn ăn, nuôi dưỡng TM + KS + Octreotide + Hệ thống hút rửa + Nhét rau thai.	1	6,66
<b>Tổng</b>		<b>15</b>	<b>100</b>

++ Không có BN nào mổ lại vì rò dịch.

#### IV. BÀN LUẬN

Rò mồm tá tràng sau cắt đoạn dạ dày cũng như rò tiêu hóa cao là biến chứng nặng với tỷ lệ tử vong cao.

Tỷ lệ rò mồm tá tràng sau cắt bán phần dạ dày do UTDD theo NC trên 666 BN từ 1997-2014 là 1,95% (13 BN), tuy nhiên tỷ lệ TV là 46,2% (6 BN). Trong 13 BN rò mồm tá tràng, 8 BN được PT lại, 5 BN điều trị nội khoa. Kết quả cho thấy 100% các trường hợp điều trị nội khoa đều thành công và thời gian nằm viện TB là 39,5 ngày (26-65 ngày). Trong nhóm được điều trị PT có 3 BN nhiễm trùng nặng và suy đa tạng, 2 BN nôn máu được cầm máu qua NSDD, 1 BN sa lồi thành bụng, 1 BN apxe dưới hoành được dẫn lưu qua da [8]. Hai BN sống sau PT có thời gian điều trị 45 ngày và 84 ngày. Các tác giả đi đến kết luận rằng điều trị bảo tồn có kết quả tốt.

NC trên 11 trung tâm phẫu thuật tại Ytalia cho thấy rò mồm tá tràng chiếm tỷ lệ 1,6% (68 BN), tỷ lệ TV là 16%. Các biến chứng của rò mồm tá tràng liên quan tới nhiễm trùng và chảy máu là 30,0%. Mổ lại chiếm 40,0%. Các tác giả đi đến kết luận rằng điều trị nội khoa mang lại kết quả tốt, mổ lại chỉ nên chỉ định khi có nhiễm trùng hay chảy máu [ 9]

+ Số liệu theo 13 nghiên cứu từ 1988-2014 cho thấy có 145 BN rò mồm tá tràng sau cắt gần TBDD do UTDD. Phân tích các phương pháp điều trị rò mồm tá tràng theo 4 phương pháp; Điều trị

bảo tồn, phẫu thuật, dẫn lưu qua da, và điều trị qua nội soi. Tỷ lệ TV qua 13 NC này là 11,7%. Các biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng, apxe trong ổ bụng, viêm phúc mạc, chảy máu, viêm phổi, suy đa tạng. Điều trị nội khoa được chỉ định trên 79 BN có toàn trạng ổn định và phần lớn được dẫn lưu qua da. Điều trị thành công 92,3% với thời gian nằm viện 17-71 ngày. Các phương pháp điều trị ngoại khoa là dẫn lưu (DL) mòm tá tràng hay nối tá tràng-ruột hoặc cắt khối tá tụy (DPC). Thời gian nằm viện của BN được mổ lại là 1-1035 ngày. Dẫn lưu qua da hay DL mòm tá tràng 32 BN hoặc DL đường mật qua da (13 BN), thời gian nằm điều trị nhóm này là 43 ngày. Các tác giả kết luận rằng điều trị bảo tồn phối hợp với dẫn lưu qua da là phương pháp lựa chọn, phẫu thuật lại chỉ nên chỉ định khi điều trị nội thất bại [5].

+ Orsengio và CS báo cáo năm 2014 32 BN rò mòm tá tràng từ 1987- 2012 trong đó 19 BN được điều trị không mổ bao gồm điều trị bảo tồn 10 BN, DL đường mật qua da 3 BN, DL ổ apxe qua da 5 BN, tất cả những BN này đều được dùng octreotide, nhịn ăn, nuôi dưỡng TM. Thời gian liền ổ rò TB là 31,2 ngày. Phẫu thuật lại trên 13 BN bao gồm: Đóng lại mòm tá tràng 4 BN, cắt lại và đóng lại mòm tá tràng 6 BN, dẫn lưu mòm tá tràng 2 BN, dẫn lưu ổ apxe 1 BN. Kết quả có 10 BN khỏi với thời gian TB 45,2 ngày. 2 BN chết vì sốc nhiễm trùng, 1 BN chết vì chảy máu.[10]

+ Năm 2014, Kim và CS báo cáo 13 BN rò/1195 trường hợp cắt dạ dày bán phần do UTDD trong đó 10 trường hợp mổ lại và 3 BN điều trị bảo tồn. Kết quả cho thấy có 2 BN chết sau mổ lại (1 chết vì nhiễm trùng, 1 chết vì nhồi máu cơ tim). Thời gian điều trị của 3 BN bảo tồn là 11,7 ngày. [7]

+ Vasiliadis và CS báo cáo 1 BN đóng lại mòm tá tràng và DL mòm TT (retrograde). BN này khỏi rò và ra viện sau mổ lại 17 ngày.

+ NC trên 40 BN rò tiêu hóa cao từ 2 BV trường đại học Châu Âu, JSpiliotis và CS thấy rằng điều trị bảo tồn bằng nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, dùng kháng sinh (KS) có 60-75% đường rò tự liền với thời gian 2-3 tháng, tỷ lệ biến chứng cao. Sử dụng phối hợp Sandostatin với 40 BN này, thời gian hết rò là 13,6 ngày với tỷ lệ 77,5%. Chỉ có 1 BN tử vong, 1 BN không dung nạp được Glucose có liên qua tới sử dụng Sandostatin. Các BN được điều trị hóa chất, xạ trị, có albumin máu thấp ảnh hưởng đến quá trình liền rò. Sử dụng Octreotide có hiệu quả cao, giảm lượng dịch và kích thích liền sẹo.

+ So sánh hiệu quả sử dụng somatostatin điều trị rò tiêu hóa cao (18 BN) với không sử dụng octreotide (30 BN), các tác giả thấy rằng ở nhóm có sử dụng somatostatin (SMS), lượng dịch tiêu hóa rò giảm 50% sau 3 ngày. Đường rò liền ở 14 BN trong 6,1+/- 3,1 ngày. Đường rò liền hoàn toàn khi nhịn ăn, nuôi dưỡng TM trong 18,2+/- 6,3 ngày. Nhóm không sử dụng SMS (nhóm chứng, lượng dịch rò giảm 50% sau 1 tuần, hết rò trên 20 BN trong 27,4+/- 8,7 ngày. Tỷ lệ TV 5,5% nhóm SMS và 10% nhóm chứng. Có 11% (2 BN) nhóm SMS không dung nạp Glucose. Các Tác giả kết luận rằng SMS có tác dụng tốt giảm lượng dịch và kích thích liền đường rò).

+ Số liệu của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi xuất hiện UTDD và rò khá cao, TB là 62,3 tuổi (T), đây là nhóm tuổi cao, mắc nhiều bệnh mãn tính như loét HT (3 BN), thủng dạ dày cũ (1 BN), Viêm gan C và xơ gan (1BN).

Các tổn thương trong mổ cho thấy phần lớn rò mòm tá tràng xảy ra ở BN có UTDD xâm lấn tá tràng như gổ trên và đoạn đầu DII (trên bóng Vater) chiếm 7/11 BN cắt đoạn dạ dày. Có 3 BN có loét HT và DI, gổ trên tá tràng gây biến dạng tá tràng, hẹp tá tràng, phối hợp với thủng tá tràng cũ. Các BN này có mòm tá tràng mũn, biến dạng và sâu sát papille bởi vậy đóng mòm tá tràng khó khăn và có nguy cơ gây tổn thương đường mật và gây tắc mật.

Để giảm áp lực, tránh rò mòm tá tràng, chúng tôi đã DL mòm tá tràng 6/11 BN (54,5% số BN cắt GTBDD). Kết quả điều trị rò cho thấy có 1 BN (Lò Văn T) xuất hiện apxe dưới hoành kích thước > 10cm được luồn sond hút dịch kết hợp với nhịn ăn và dùng octreotide cho kết quả tốt, hết sốt, siêu âm kiểm tra không còn ổ apxe, DL mòm tá tràng ra tốt.

BN Nguyễn Văn Đ được cắt 4/5DD do UTDD, dẫn lưu mòm tá tràng nhưng xuất hiện chảy máu trong ổ bụng do hoại tử tụy vào động mạch mạc treo đại tràng, sốc mất máu ngày thứ 5 sau mổ. Sau PT khâu cầm máu cấp cứu ngày 6 sau mổ xuất hiện rò miệng nối vị-tràng mạc dù DL mòm tá tràng ra tốt. BN này được cho nhịn ăn, nuôi dưỡng TM, dùng octreotide và đặt hệ thống hút rửa liên tục phối hợp với nhét rau thai 3 lần, đường rò liền sau 72 ngày.

Chúng tôi có 9/15 BN rò được điều trị bảo tồn thành công, đây là những trường hợp rò số lượng < 100ml/24h, khu trú, sau khi cho BN nhịn ăn, nuôi dưỡng TM, dùng kháng sinh và chăm sóc tại chỗ, BN hết sốt, đau bụng giảm, dẫn lưu ra dịch tiêu hóa số lượng giảm dần.

Có 3 BN rò xuất hiện muộn 8-10 ngày sau

mổ khi đã rút hết dẫn lưu. Sau khi SA xác định ổ apxe DSP chúng tôi luôn sond qua vết mổ vào ổ apxe hút và bơm rửa. Lượng dịch qua DL giảm dần (phối hợp với nhịn ăn, nuôi dưỡng TM, dùng octreotide).

Một BN rò cao sau cắt DD và cắt đoạn ruột với số lượng >500 ml/24 h. Chúng tôi nuôi dưỡng TM, cho nhịn ăn, dùng KS theo KS đồ (vi khuẩn cấy mũ là Klebsiela, nhạy cảm chỉ với amykacin), BN này số lượng rò không giảm chậm. Chúng tôi bơm rửa, hút phối hợp với thay sond nhỏ dần (từ 24 FR-18-16-14 FR) BN sốt giảm dần, lượng dịch rò giảm dần.

2 BN khác rò với số lượng >1000-2000ml/24h kèm sốt. Chúng tôi tiến hành hút rửa liên tục (đặt hệ thống dịch vào và dịch hút ra), nhịn ăn, nuôi dưỡng TM, KS theo KS đồ 1 BN lượng dịch rò giảm, DL đường mật và volker ra tốt tuy nhiên xuất hiện không dung nạp glucose. Tuy nhiên BN này hết rò sau 35 ngày điều trị.

BN còn lại phối hợp hút rửa liên tục, đã được DL môm tá tràng chúng tôi nhét rau thai 3 lần vào đường rò. Lượng dịch giảm dần, hết sốt, hết rò sau 72 ngày.

Chúng tôi nhận thấy với rò môm tá tràng có lượng dịch  $\leq 300$ ml, lựa chọn điều trị nội khoa: Nuôi dưỡng TM, dùng KS, octreotide, chăm sóc tại chỗ là lựa chọn phù hợp.

Các DL qua da hay qua vết mổ được tiến hành khi có ổ apxe > 5cm, hoặc rò xuất hiện sau khi đã rút dẫn lưu.

Lượng dịch rò >500ml-1000ml-2000ml cần hệ thống hút rửa liên tục hoặc phối hợp với dẫn lưu môm tá tràng hay đặt DL qua miệng nối giảm áp (chúng tôi đặt DL giảm áp cho 2 BN hoặc đặt DL đường mật).

Phân tích các yếu tố nguy cơ chúng tôi thấy rằng trong 10/11 trường hợp cắt GTBDD, vét hạch, chỉ có 1 trường hợp đóng môm tá tràng thuận lợi ở BN viêm tụy cũ phối hợp, BN này xuất hiện rò tiêu hóa cao sau khi cắt đoạn ruột sát góc treiz được đặt DL giảm áp và hệ thống hút rửa, 10 BN còn lại đều có tổn thương ung thư DI-gối trên-D2 (7 BN) và 3 BN có loét biến dạng tá tràng + UTDD (1 BN thủng cũ HTT, hẹp tá tràng). Đối với 10 BN này chúng tôi DL môm tá tràng chủ động cho 6 BN. Bởi vậy khi xuất hiện rò chúng tôi điều trị nội, nhịn ăn, nuôi dưỡng TM, dùng KS và octreotide rò giảm dần, DL môm tá tràng ra tốt. 10 BN này đều được đóng môm tá tràng mũi rời (Khó khăn). 4 BN không dẫn lưu môm tá tràng có 3 BN xuất hiện rò muộn sau khi rút dẫn lưu dưới gan chúng tôi xác định ổ apxe qua siêu âm và luôn sond qua vết mổ vào ổ

apxxe, hút dịch, bơm rửa cho kết quả tốt.

Như vậy chúng tôi thấy các yếu tố nguy cơ rò môm tá tràng sau cắt GTBDD là tuổi cao, UTDD giai đoạn muộn, xâm lấn sâu xuống DI-DII tá tràng (trên bóng vater) và có loét biến dạng tá tràng hay thủng HT cũ.

Yếu tố kỹ thuật cũng góp phần giảm rò môm tá tràng. Đóng môm tá tràng mũi rời, khâu tăng cường môm tá tràng vào đầu tụy (kiểu con sên) là những kỹ thuật cần thiết với những trường hợp môm tá tràng sâu, mùn.

+ Đánh giá những yếu tố nguy cơ gây rò môm tá tràng sau cắt GTBDD do UTDD, tác giả Hyun-June Paik và CS tổng kết 16 BN rò môm tá tràng/716 BN cắt GTBDD do UTDD (2,2%) với thời gian xuất hiện rò TB là 6,6 ngày. Có 2 BN tử vong (TV) do biến chứng nhiễm trùng, chảy máu và viêm phổi. 3 BN mổ lại ngày 1-2 sau mổ đóng lại môm tá tràng và DL đường mật, mở thông hồng tràng nuôi ăn. Sáu BN được DL qua da dưới SA, 7 BN điều trị bảo tồn bao gồm nuôi dưỡng TM, dùng octreotide. Thời gian nằm viện TB 29,4 ngày. Các tác giả cho rằng rò môm tá tràng thường xảy ra trên BN có UTDD > PT2. Có sự khác biệt rõ giữa khối U ở hang vị và góc BCN cho tới phần thấp thân vị ( $P=0,002$ ). Những BN có hẹp môn vị cũng có tỷ lệ rò môm tá tràng cao hơn ( $P=0,003$ ).

Cũng theo các tác giả các yếu tố khác như phương pháp mổ, phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa, vét hạch mở rộng, thời gian mổ, lượng máu mất không có ý nghĩa thống kê giuwax nhóm có rò và không có rò.[6]

Nghiên cứu nguy cơ rò của BN mắc ĐTĐ, cao HA, xơ gan, bệnh mạch vành, suy tim, COPD, bệnh thận mạn, tai biến mạch não, các tác giả nhận thấy chỉ có đái tháo đường (ĐTĐ) có sự khác biệt rõ có ý nghĩa thống kê ( $P=0,021$ ) giữa 2 nhóm rò môm tá tràng và không rò. Những BN có nhiều bệnh phối hợp cũng có tỷ lệ rò cao hơn so với nhóm chứng ( $P=0,003$ ) [6].

+ Về phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy có nhiều yếu tố nguy cơ trong NC này, đó là khối U có KT lớn (Chỉ có 2 khối U < 5 cm). Có 2 khối u ở góc BCN còn lại các khối u phần lớn ở môn vị, hang vị, hang môn vị và BCN. Nhận xét của Hyun-June Paik và CS cho thấy đây là những vị trí U có nguy cơ gây rò cao (9/11 BN cắt GTBDD, chiếm 81,8%). Mặt khác chúng tôi đã DL môm tá tràng chủ động 6/11 BN cắt GTBDD do môm tá tràng sâu ở gối trên, DII hoặc UTDD phối hợp với loét HTT gây biến dạng DI-DII.

Trong số 11 BN này chỉ có 1 trường hợp UTDD ở góc BCN là có khả năng đóng tốt môm tá tràng.

Các yếu tố nguy cơ theo NC của Hyun June Paik là tuổi cao (>60), tuổi TB của NC của chúng tôi là 62,3 T, đái tháo đường (chúng tôi có 1 BN), viêm gan C, xơ gan (1 BN), 3 BN loét HT (1 thủng cũ). Tuy nhiên kết quả cho thấy số ngày điều trị rò TB là 13,2 ngày, 100% các trường hợp điều trị bảo tồn phối hợp với DL qua da hoặc đặt hệ thống hút rửa. Không có BN nào mổ lại. Không có trường hợp nào TV.

## V. KẾT LUẬN

Rò mòm tá tràng và rò tiêu hóa cao là bệnh lý phức tạp có tỷ lệ xuất hiện thấp nhưng tỷ lệ TV và biến chứng cao. Điều trị bảo tồn bằng nuôi dưỡng TM, nhịn ăn, dùng octreotide + KS và chăm sóc da tại chỗ cũng như phối hợp DL qua da hay đặt hệ thống hút rửa liên tục mang lại kết quả tốt. Trường hợp mòm tá tràng sâu ở gờ trên hoặc DII nên dẫn lưu chủ động. Trường hợp cắt đoạn tá tràng nên dẫn lưu mòm tá tràng hoặc đặt DL giảm áp để chủ động khống chế rò.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Duy Hiển:** Ung thư dạ dày. NXB Y học 2007.
2. **Thái Nguyên Hưng:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa do ung thư hang môn vị dạ dày xâm lấn đầu tụy, DI, DII tá tràng. Y học Việt Nam. Tháng 10 (1) 2021:137-141.

3. **Thái Nguyên Hưng:** Chẩn đoán và điều trị hẹp DII-DIII tá tràng. Y Học Việt Nam. Tháng 2(1) 2023:199-204.
4. **Nguyễn Thị Tươi, Lâm Việt Trung, Trần Vũ Đức, Nguyễn Võ Vĩnh Lộc, Võ Thị Thủy, Từ Minh Phước:** Kết quả điều trị rò tiêu hóa ra da bằng phương pháp hút áp lực âm cải biên với túi dán. Y Học TP.Hồ Chí Minh. Tập 26(1), 2022:40-48.
5. **Aureo Paulo et al:** Management of Duodenal stump fistula after gastrectomy for gastric cancer: Systematic review. World J. Gastroenterol 2015 Jun 28; 21(24) 7571-7576.
6. **Hyun-June Paik et al:** Duodenal stump fistula after gastrectomy for gastric cancer, risk factors, prevention and management. Ann Surg Treat Res. 2016 Mar; 90 (3)157-163
7. **Kim et al:** Risk factor for duodenal stump leakage after gastrectomy for gastric cancer and management technique of stump leakage. Hepatogastroenterology. 2014;61: 1446-1453.
8. **Maria de los Angeles Cornejo et al:** Duodenal fistula after gastrectomy: Retrospective study of 13 new cases. Rev. Esp. Enfer Dig (Madrid). Vol 108, N01, pp.20-26, 2016.
9. **Luca Cozzaglio et al:** Duodenal fistula after elective gastrectomy for malignant disease: An Italian retrospective multicenter study. J. Gastrointest. Surg. May, 2010, 14:805-811].
10. **Orsenigo et al:** Duodenal stump fistula after gastric surgery for malignancies: a retrospective analysis of risk factors in a single centre experience. Gastric cancer 2014;17: 733-744.

## CẢI TIẾN PHẦN MỀM LABCONN ĐỂ KIỂM SOÁT THỜI GIAN THỰC HIỆN XÉT NGHIỆM TẠI TRUNG TÂM HUYẾT HỌC VÀ TRUYỀN MÁU - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Vũ Minh Tâm<sup>1</sup>, Nguyễn Tuấn Tùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả cải tiến phần mềm Labconn để có thể thống kê được các mốc thời gian xét nghiệm tại Trung tâm Huyết học và Truyền máu – Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết lập chức năng thống kê thời gian thực hiện xét nghiệm trên phần mềm Labconn bao gồm các mốc thời gian cụ thể, như: thời gian nhận mẫu bệnh phẩm, thời gian nhận giấy chỉ định, thời gian chạy mẫu, thời gian duyệt kết quả. Chọn 60 mẫu xét nghiệm ngoại trú và 20 mẫu xét nghiệm thường có chỉ định kéo lam hoặc chạy lại để đánh giá độ chính xác của các tính năng cải tiến sau khi đã cập nhật phần mềm. **Kết quả**

**và kết luận:** (1) Tự động cảnh báo các mẫu xét nghiệm có nguy cơ chậm kết quả xét nghiệm (n = 60, tỷ lệ chính xác = 100%). (2) Thiết lập mục kiểm tra trạng thái của các mẫu xét nghiệm: xác định được tình trạng mẫu đang nằm ở khâu nào theo thời gian thực (n = 100, tỷ lệ chính xác = 100%). (3) Các mốc thời gian cụ thể trong quá trình thực hiện xét nghiệm của từng mẫu được hiển thị tự động trên màn hình làm việc của phần mềm và được tổng hợp tự động tương ứng khi thực hiện thống kê trên phần mềm (n = 60, tỷ lệ chính xác = 100%); (4) Hiển thị phím chức năng tích chọn (chạy lại/ kéo lam) trên màn hình làm việc của phần mềm (n = 20, tỷ lệ chính xác = 100%).

**Từ khóa:** Thống kê thời gian thực hiện xét nghiệm, Bệnh viện Bạch Mai

### SUMMARY

#### IMPROVING LABCONN SOFTWARE TO CONTROL THE TIME OF BLOOD TESTING PROCEDURE AT THE CENTER OF

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Tùng

Email: tunghhb@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023