

tuổi trên 50 tuổi và làm việc tự do (freelance) là những nhóm người tiêu dùng tiềm năng nhất và có hiểu biết nhiều về thực phẩm bảo vệ sức khỏe. Tuy nhiên, vẫn còn một số nhóm người tiêu dùng có trình độ học vấn thấp hơn trung học và công nhân có thể họ chưa tiếp xúc nhiều với thực phẩm bảo vệ sức khỏe nên họ vẫn chưa hiểu biết nhiều về thực phẩm bảo vệ sức khỏe. Do đó, các nơi bán thực phẩm bảo vệ sức khỏe cần hướng dẫn và giải thích cho người tiêu dùng về lợi ích và tác hại của thực phẩm bảo vệ sức khỏe để đạt được hiệu quả nhất trong khi sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2014)**, "Thông tư quy định về quản lý thực phẩm chức năng", Thông tư số: 43/2014/TT-BYT, ban hành ngày 24/11/2014.
2. Đậu Thị Hương Giang và cộng sự (2021), Nhân tố tác động tới ý định mua thực phẩm chức năng ngoại nhập của người tiêu dùng Việt Nam, Kinh tế châu Á – Thái Bình Dương
3. **Nguyễn Thanh Thuận (2015)**, Nhận thức, thái độ và hành vi tiêu dùng thực phẩm bảo vệ sức khỏe của người dân tại thành phố Tây Ninh, Luận văn Thạc sĩ kinh tế, Trường Đại học Kinh tế TP. Hồ Chí Minh.
4. **Phạm Đình Luyện, Đỗ Quang Dương (2009)**, Khảo sát sự hiểu biết về thực phẩm bảo vệ sức khỏe của người bán, người tiêu dùng và định hướng việc quản lý thông tin quảng cáo, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
5. **Phạm Thị Huyền, Hồ Hoài Phương và cộng sự (2021)**, Niềm tin của người tiêu dùng với thực phẩm chức năng: nghiên cứu tại một số tỉnh miền Bắc, Tạp chí Công Thương.
6. **Trần Đăng** - Bảo cáo số liệu thị trường thực phẩm bảo vệ sức khỏe Việt Nam, Hiệp hội thực phẩm bảo vệ sức khỏe Việt Nam, 2013.
7. **Gyselaers, Vicky. (2006)**, De impact van gezondheidsbeweringen op het consumentengedrag ten aanzien van functionele voeding.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHẬM RỖNG DẠ DÀY SAU CẮT DẠ DÀY BÁN PHẦN DO UNG THƯ DẠ DÀY

Thái Nguyên Hưng¹, Phan Văn Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả triệu chứng lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) và các yếu tố nguy cơ của hội chứng chậm rỗng dạ dày sau cắt bán phần dạ dày do ung thư dạ dày (UTDD). 2. Kết quả điều trị các trường hợp chậm rỗng dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** + Đối tượng nghiên cứu: Những BN sau cắt dạ dày bán phần (DDBP) do UTDD xuất hiện hội chứng chậm rỗng dạ dày, được chẩn đoán và điều trị tại khoa ngoại bụng 2, BV K. + Phương pháp NC: Mô tả các ca lâm sàng (hồi cứu). + Thời gian: 2021-T4/2023. **Kết quả NC:** Có 4 BN có CRDD sau cắt BPDD do UTDD, nam 2, nữ 2, tuổi TB 65,5 T; Thời gian TB xuất hiện CRDD 10,75 ngày sau cắt DDBP (từ 10-12 ngày), 3 BN có ĐTD, 1 BN có tiền sử lo lắng, rối loạn tâm lý (trước mổ); 1 BN có hẹp môn vị (HMOV), 3 BN khác có khối UTDD ở vị trí thân vị hoặc góc bờ cong nhỏ (BCN). Các BN được cắt DDBP triệt căn, nạo vét hạch D2, nối DD-hông tràng Finstere (Billroth 2). Biểu hiện CRDD: Đau thượng vị, bụng chướng, buồn nôn, nôn. XQ bụng: không có mức nước hơi. Chụp CLVT: không có dấu hiệu tắc ruột. Chụp DD sau 6 h (Telebrix): Mỏm dạ dày giãn, thuốc còn ở DD sau 6h, thuốc xuống hết qua miệng nối sau 12h, thuốc

xuống đại tràng (không có tắc ruột). Bốn BN được điều trị nội khoa: Hút dạ dày, PPI, bồi phụ nước, điện giải, dùng erythromycine liều thấp; 3 BN đáp ứng tốt, BN thứ 4 dùng phối hợp với KT điện cơ đáp ứng tốt sau 12 ngày. Thời gian điều trị CRDD trung bình 6,75 ngày (từ 5-12 ngày). **Kết luận:** Chậm rỗng dạ dày sau cắt BPDD do UTDD xuất hiện sau mổ 10-12 ngày (TB 10,75 ngày); Tuổi TB 65,5 T. Triệu chứng LS đau thượng vị, buồn nôn, nôn. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở nhóm ĐTD (NC này là 75%), hẹp môn vị, UTDD ở bờ cong nhỏ dạ dày hay thân vị (thể tích DD còn lại nhỏ). Chẩn đoán cần loại trừ tắc ruột cơ giới. Chụp dạ dày với thuốc cản quang sau 6h thuốc còn ở dạ dày, thuốc lưu thông chậm. Điều trị Erythromycin liều nhỏ (uống) có kết quả tốt. Có thể kết hợp với châm cứu và/hoặc kích thích điện cơ.

SUMMARY

RISK FACTORS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DELAYED GASTRIC EMPTYING POST SUBTOTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER

Study aim: 1. Clinical and paraclinical feature and risk factors of delayed gastric emptying post subtotal gastrectomy for gastric cancer. 2. Diagnosis, treatment of delayed gastric emptying. **Patient and method:** +Retrospective study. +Case report (rare diseases). **Result:** There were 4 patients; 2 male, 2 female, mean age: 65,5 Y (Range: 60-72 Y), the average onset time post gastrectomy 10,75 day (range 10-12 day); of them, 3 patients had diabetes, one had emotional stress and anxiety preoperation. The lesion per operation: 1 had pyloric obstruction, 3 patient had

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.6.2023

tumors located at the body or lesser curvature of stomach. Operation performed: Subtotal gastrectomy with billroth 2 reconstruction (Finsterer) and lymph node D2 dissection. Clinical manifestations post gastrectomy: nausea, bloating, vomiting Plain Xrays: No hydro -air level, no intertinal obstruction. Barium serial Xrays (Telebrix): post 6 h: retained telebrix in lumen of remnant anastomosis, the transit time more than 12h for emptying all telebrix, dilatation of remnant stomach, no mecnichal obstruction (Telebrix went downward to colon). All patients had medical treatment consisting of nutrient support and erythromycin with half dosage orally. 3 of them had good recovery, one had acupuncture and electromechanics acupuncture. The average hospital stay (post onset delayed gastric emptying): 6,75 day (range 5-12 day). **Conclusion:** Delayed gastric emptying post subtotal gastrectomy appeared on 10,75 days (average time). Risk factors included: Type 2 diabetes, pyloric obstruction, location of tumor in the lower body of stomach or lesser curvature. Diagnosis: Barium serial Xrays showed retained barium (telebrix) intra lumen of stomach remnant post 6 h with remnant anastomosis dilatation. Treatment consisted of: Nutrition support, naso tube aspiration, oral erythromycin (low dosage) in combination with electromechanics acupuncture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chậm rỗng dạ dày (delay gastric emptying) biến chứng sau cắt bán phần xa dạ dày do UTDD cũng như cắt đoạn dạ dày. Về lâm sàng, triệu chứng của bệnh thường xuất hiện muộn sau cắt đoạn dạ dày và phụ thuộc vào nhiều yếu tố trước mổ, trong mổ và sau mổ. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 10-15% tổng số BN cắt DDBP do UTDD nhưng chỉ khoảng 5-10% có biểu hiện lâm sàng. Ở nước ta, biến chứng (BC) này còn chưa được nghiên cứu (NC) nhiều, ranh giới giữa phẫu thuật lại hay điều trị nội khoa (NK) còn chưa rõ, việc chẩn đoán bệnh còn gặp nhiều khó khăn và chưa có tiêu chí cụ thể, bởi vậy chúng tôi mô tả lại các trường hợp chậm rỗng dạ dày (CRDD) với mục tiêu:

1. Mô tả triệu chứng lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) và các yếu tố nguy cơ của hội chứng chậm rỗng dạ dày sau cắt bán phần dạ dày do ung thư dạ dày (UTDD).

2. Kết quả điều trị các trường hợp chậm rỗng dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Những BN sau cắt dạ dày bán phần (DDBP) do UTDD xuất hiện hội chứng chậm rỗng dạ dày, được chẩn đoán và điều trị tại khoa ngoại bụng 2, BV K.

Phương pháp nghiên cứu

Mô tả các ca lâm sàng (hồi cứu).

+ Thời gian : 2021-T4/2023.

III. BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

- BA 1: Nguyễn Thị L, 72 t, nữ.

Đc: Thái Long, Cẩm phú, Cẩm thủy, Thanh Hóa. Vào 28/2/2023. Mổ: 8/3/023.

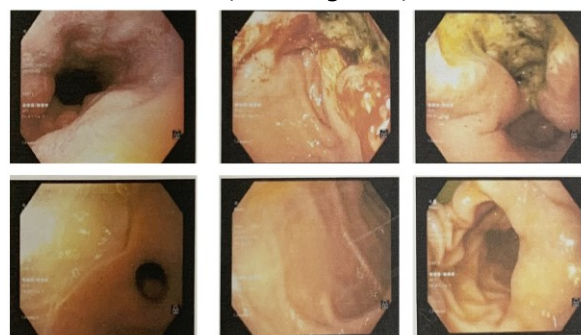
+ Biểu hiện lâm sàng (LS): Đau thượng vị, gầy, buồn nôn, nôn

+ Nội soi dạ dày (NSDD): Toàn bộ BCN lan lên thân vị ổ loét lớn, gồ ghề, thâm nhiễm cứng, đáy sâu, niêm mạc mủn, dễ chảy máu:

+ Kết quả sinh thiết (ST): UTBM tuyến.

+ XN máu: HC: 4,53 T/L, Hb: 12,4 g/L, Hematocrit 0,37 L/L, BC: 8,9 G/L, TC: 657 G/L

+ Đông máu: APTT: 35s, tỷ lệ 1,14, Prothrombin: 102%, Fibrinogen: 5,14



Ảnh 1: UTDD: bờ cong nhỏ-thân vị

+ Sinh hóa: US 3,1 mmol/l, Creatinin 78,9 mmol/l, bilirubine :13,6

+ XN: đường huyết 7,4 mmol/l, HbA1C: 6,3%.

+ Mổ: U hang vị 6-5 cm lân lên góc BCN. Mổ cắt GTBDD, vét hạch D2.

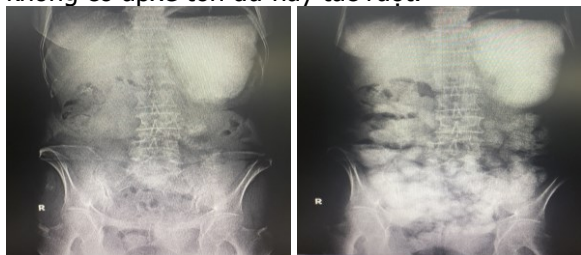
+ GPB: AC kém BH T3 NOMO.

+ Sau mổ 10 ngày: xuất hiện đau TV, buồn nôn, nôn. Bụng chướng nhẹ, ko có dấu hiệu tắc ruột.

+ XQ bụng không chuẩn bị (KCB): Ko có mức nước, hơi.

+ SA Bụng: Ko có apxe tồn dư.

+ Chụp CLVT: Các quai ruột không giãn, không có apxe tồn dư hay tắc ruột.



Ảnh 2: Chụp DD hàng loạt DD giãn to **Ảnh 3: Chụp DD sau 6h, thuốc còn nhiều ở DD**
(Chụp ngay sau uống Telebrix)

+ Chẩn đoán: Hội chứng CRDD/sau cắt BPDD xa do UTDD (T3NoMo).

+ Điều trị nội khoa: Nhịn ăn, hút dạ dày, bồi phụ nước điện giải, thuốc erythromycin 0,25-2v/ngày trong 5 ngày. BN ra viện sau 5 ngày.

- Bệnh án 2

+ BN Nguyễn Thị Kh. Nữ, SN 1963.ĐC: Thôn mát, Nhân la, Kim động, Hưng yên.

VV: 5/9/2022. Mổ:14/9/22

+ LS:Đau bụng, buồn nôn, nôn, gầy sút (trước mổ). Bụng lõm (HMV)



Ảnh 4: Chụp DD sau 6h (mỏm DD giãn, động thuốc)



Ảnh 5: Thuốc lưu thông chậm xuống ruột nhưng mỏm DD động thuốc (sau 12h)

+ CLVT: Dày hang môn vị 15 mm-50 mm, không thấy dịch, không thấy hạch.

+ NSDD: Sùi loét hang môn vị gây hẹp,ko đưa máy xuống được TT.

+ ST.AC kém BH.

+ XN: +HC: 3,72L/L,Hb: 10,3 g/L, Hematocrit: 0,30 L/L.BC: 10,1 G/L.TC: 6,8L/L.

+ Đông máu: Prothrombin: 104,5%, INR: 0,97, Fibrinogen: 4,49, APTT 25 4s (Tỷ lệ 0,94)

+ Sinh hóa: US 5,5mmol/L, Creatinin 76 mmo/L,đường 9, 07mmol/l, GOT: 34,3 U/L,GPT 23,6, U/L, Bil 15,2mmol/l, albumin 22,8 g/L.

+ Mổ: Mổ: KT U 6-6 cm, xâm lấn thanh mạc, UTDD lan lên góc BCN, mỏm tá tràng sâu, đóng mũi rời. Cắt DDBP, nạo hạch D2, nối DD-HT Finstere trước ĐT ngang.

+ GPB: AC TB nhân, xâm lấn thanh mạc, hạch viêm (PT3NoMo)

+ Ngày xuất hiện triệu chứng: Sau mổ 11 ngày.

+ Triệu cứng LS: Đau bụng, buồn nôn, nôn, bụng chướng vùng thượng vị

+XQ Bụng: Ko có mức nước,hơi.

+ CLVT: Không có quai ruột giãn, không có apxe tồn dư.

+ Chụp dạ dày sau 6 h (Telebrix): Mỏm DD giãn, còn thuốc sau 6 H, thuốc lưu thông chậm sau 12h mới xuống hết khỏi DD, thuốc xuống ĐT.

+ Chẩn đoán: Hội chứng CRDD /ĐTĐ/ Sau cắt BPDD ngày 11.

+ Điều trị: Nhịn ăn, bồi phụ nước, điện giải, PPI, Erythromycin uống 0,25-2v/24h. Triệu chứng nôn giảm, hết đau bụng, ra viện sau 5 ngày.

- BA 3: Nguyễn Văn Ng. 61T, nam.

+ĐC:Kim sơn, Sơn tây, HN.

+TS: Lo lắng, lo âu, trầm cảm

+Xét nghiệm máu : HC: 3,5 T/L,hemoglobin 11,0 g/L, hematocrite :31,6%

+ Sinh hóa: Ure 5,3 mmol/L,creatinin 96 mmol/L. GOT: 29,7 U/L, GPT:9,5U/L, Bil:7,8 mmol/L. Đường : 6,5-7,0 mmol/L

+Đông máu: Pro:107%,IRN: 0,96, Fibrinogene: 2,81 g/L; APTT: 28,3 s (Tỷ lệ 1,05).

+NSDD: thân vị loét sùi 2,5cm.

+PT:UTDD 3 cm ở góc BCN. PT Cắt DDBP, vét hạch D2, nối DD-HT finstere trước ĐT ngang

+GPB: AC BHV, xâm lấn thanh mạc, 11/11 hạch viêm mạn

Thời gian xuất hiện CRDD: Ngày 12 sau mổ.

Chụp dạ dày sau 6 h (Telebrix): Mỏm DD giãn, sau 6 h còn nhiều thuốc ở dạ dày, sau 12 h thuốc xuống đại tràng, sau 12h thuốc xuống toàn bộ ĐT.

+CLVT 64 dây: Không có quai ruột giãn, không tắc ruột, không apxe tồn dư



Ảnh 6: Mỏm DD giãn to, động thuốc sau 6h

+Điều trị” Bù nước, điện giải, hút DD, PPI, uống erythromycin 250-2 v/ngày sau 1 tuần còn buồn nôn, nôn.

Châm cứu và KT điện cơ: Triệu chứng cải thiện nhiều, hết buồn nôn, hết nôn, hết đau bụng.

- BA 4 Nguyễn Văn Hải, 68 T. VV 9/2021

+ Lâm sàng: Đau bụng thượng vị, buồn nôn, gầy sút.

+ NSDD: Loét sùi hang môn vị 5 cm gây HMV

+ST: AC biệt hóa vừa.

+XN: HC 4,5 T/L,Hemoglobile: 12,5 g/L, Hematocrite 32,6%.

+Sinh hóa: Ure 4,5mmol/l, Creatinin: 86 mmol/l, GOT: 25 U/L,GPT: 20U/L, Bilirubine: 12mmol/L.

+Mổ U 5-6 cm hang vị sát góc BCN, cắt BP DD, vét hạch D2, Nối Finstere trước ĐT ngang.

+GPB: AC kem BH,T3N1MO.

Xuất hiện: 10 ngày sau mổ: Buồn nôn, nôn, đau bụng thượng vị, nôn ra mật.

+XQ Bụng KCB : Ko có mức nước hơi.

+CLVT: Không có quai ruột giãn, không tắc ruột
 +Chụp DD sau 6h (Telebrix) thuốc còn ở mòm DD, mòm DD và miệng nối giãn. Sau 12 h (qua đêm) thuốc xuống hết DD, lưu thông qua ruột non.

+Điều trị: Nhịn ăn, hút DD, PPI, bồi phụ nước, điện giải, Erythromycin 0,25-2v/ngày- 7ngày.

+Hết đau bụng, hết nôn, lâm sàng tốt, ăn BT, ra viện sau 7 ngày CRDD.

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng chậm rỗng dạ dày sau cắt đoạn dạ dày do UTDD hay HC chậm rỗng dạ dày nói chung còn chưa được biết đến và nghiên cứu nhiều ở VN. Bệnh có thể xảy ra sau cắt đoạn DD, sau cắt TQ tạo hình hay trên những BN có các yếu tố nguy cơ cao như tuổi cao, ĐTĐ, suy tuyến giáp, các bệnh hệ thống...

+ Tao Pang, Xiao-Yi Yin và CS [9] nghiên cứu CRDD trên 1382 BN được cắt DDBP do UTDD tại BV Shanghai Changhai. Những BN cắt DD mở rộng, hóa trị tiền phẫu, ĐTĐ được loại khỏi NC. Có 1243 BN đủ tiêu chuẩn trong đó 53 được chẩn đoán CRDD sau cắt DDBP. Chẩn đoán CRDD theo tiêu chí: Không có tắc quai đi hay tắc ruột cơ giới, dịch hút dạ dày > 800ml/24h trong 10 ngày, không có rối loạn nước, điện giải. CRDD do ĐTĐ, suy tuyến giáp, bệnh hệ thống bị loại. Số liệu được xử trí theo nhiều tiêu chí: Tuổi, giới, BMI, TS hút thuốc lá, PT bụng, hẹp môn vị trước mổ, Albumin máu, Hemoglobin trước, sau mổ. Tình trạng tinh thần, lo lắng, trầm cảm trước mổ.

+ Về ngoại khoa: Các BN này đều cắt DDBP do UTDD, nạo vét hạch D2 (D1 với UTDD giai đoạn sớm). Nối DD-HT = máy nối tròn 25 hoặc máy nối thẳng 60 (đối với mổ mở và PTNS). Dung tích DD còn lại được xác định= vị trí, kích thước khối UTDD, thắt ĐM vị mạc nối trái hay nhánh đầu tiên của ĐM vị ngắn.

Miệng nối DD-HT tận bên ở mặt sau DD+ miệng nối Braun (nối tay). Miệng nối Roux en Y cách Treitz 40 cm.

Kết quả NC: Không có khác biệt về lâm sàng (LS) giữa 2 nhóm có CRDD và không CRDD về giới, TS hút thuốc, TS phẫu thuật, albumin và hemoglobin trước và sau mổ, tinh thần lo lắng trước mổ. Thời gian mổ, lượng máu mất, cách mổ (mở hay PTNS), cách nối DD-ruột, vị trí quai tới. Tuy nhiên có sự khác biệt về tuổi ở nhóm CRDD: Tuổi TB 62,151±11360. So với tuổi TB 53,906±9,105, (P<0,001); BMI 24,032±2,670 kg/m² VS 22,087±3,086 kg/m². (P<0,001). Có 50,9% số BN mắc CRDD (27/53 BN) có hẹp môn vị (HMV) VS 81/1190 BN(7,3%) HMV không có CRDD.

+ Số liệu của chúng tôi: 2 BN nam, 2 BN nữ, tuổi TB: 65,5 T, ngày TB xuất hiện CRDD: 10,75 ngày (10-12 ngày).

++ Triệu chứng lâm sàng (TCLS) gồm: Đau bụng thượng vị, buồn nôn, nôn, gầy sút, bí trung tiện không rõ, bụng không chướng, dấu hiệu tắc ruột không rõ.

++XQ bụng không chuẩn bị: Không có mức nước hơi.

++ CLVT: không có apxe tồn dư, không thấy hình ảnh bất thường.

++ Chụp dạ dày sau 6 h (Telebrid):

Sau 6h thuốc còn nhiều ở dạ dày.

Sau >12h thuốc xuống hết dạ dày và xuống ĐT (lưu thông chậm qua miệng nối, thuốc lưu thông qua ruột non, xuống ĐT),.

++ Sau khi chẩn đoán loại trừ tắc ruột cơ giới, các BN này được bồi phụ nước, điện giải và cho thuốc Erythromycin liều thấp (0,25-2v/24 h), 3 BN đáp ứng tốt, hết đau bụng, không nôn, lưu thông ruột BT.

BN Nguyễn Văn Ng. triệu chứng cải thiện nhưng không hết hẳn, còn xuất hiện nôn. BN được châm cứu và kích thích điện cơ sau 10 ngày KT điện và châm cứu các triệu chứng cải thiện tốt, hết nôn, lưu thông ruột bình thường

BN này có ngưỡng đường huyết cao, có tiền căn hay lo lắng, vị trí U ở góc BCN là những yếu tố có ảnh hưởng đến thể tích dạ dày cũng như sự co bóp, lưu thông dạ dày. Các NC cho thấy với những BN ĐTĐ, các TB Cajal hay TK X bị tổn thương bởi vậy tỷ lệ CRDD cao. Mặt khác U ở góc BCN để có diện cắt an toàn PT cắt BPDD phải cắt các nhánh của ĐM vị mạc nối trái hay nhánh đầu của ĐM vị ngắn bởi vậy thể tích dạ dày còn lại sẽ nhỏ hơn những u ở hang môn vị.

Có 3 BN/4 BN có ngưỡng đường huyết cao, không được điều trị ĐTĐ có thể là yếu tố nguy cơ gây CRDD.

+ NC khả năng làm rỗng DD ở 111 BN có ĐTĐ type 2 (ĐTĐ.T2), Linda E và CS nhận thấy ở nhóm chúng (không ĐTĐ), khả năng RDD của nhóm cao tuổi chậm hơn người trẻ (2,3±0,1 VS 3±0,1 kcal/min, P=0,0008). Nhóm 59 BN được điều trị ĐTĐ bằng metformin có thời gian làm RDD (3.0±0,1kcal/min) > nhóm điều trị ĐTĐ (n=52) bằng chế độ ăn (2,7±0,1kcal/min) với P=0,001. Các tác giả kết luận CRDD tăng theo tuổi nhưng khả năng làm RDD khá nhanh ở BN được điều trị ĐTĐ type 2.[3]

+Marcani và CS [4] NC khả năng làm RDD khi ăn bánh mì so với ăn cơm bằng chụp MRI mỗi 45 min →270 min đánh giá thể tích dạ dày và lượng nước ở ruột trên 12 người. Kết quả rất

khác nhau ở 2 nhóm: Nhóm ăn bánh mì hình thành khối thức ăn vón cục với nước bao quanh. Nhóm ăn cơm hình thành 2 lớp nước ở trên và đặc ở dưới làm lưu thông dạ dày nhanh hơn. Nhóm ăn bánh mì có thời gian lưu thông xuống ruột chậm hơn T1/2 132± 8 min VS 104±7 min nhóm ăn cơm. Lượng nước tự do ở ruột non cũng giảm nhiều. Tác giả KL rằng ăn bánh mì tạo thành vón cục thức ăn lớn ngăn cản làm thức ăn chậm xuống ruột so với ăn cơm bởi vậy BN dễ bị chướng bụng và chán ăn khi ăn bánh mì.[4]

+ Simren M cho rằng CRDD không do phẫu thuật thường xảy ra ở BN bị stress, lo lắng hay trầm cảm.[7] Một số tác giả cho rằng CRDD có liên quan đến gen như: G-protein-3 GNB3 genetic polymorphisms.[7] và Gen GNB3 TT genotype và Gen CC genotype.[6]

+ Huang và CS nghiên cứu 545 BN trong đó 238 BN có hội chứng giống liệt DD (gastroparesis-like symptoms) và 307 BN mắc chứng khó tiêu (functional dyspepsia). Tác giả kết luận 33,2% các BN/238 BN có biểu hiện giống liệt DD có CRDD với bán thời gian làm RDD. T1/2 > 109 min (Half emptying time) trong khi 17,6%/307 BN khó tiêu có CRDD.[2]

+ Về phẫu thuật: Các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến CRDD là hẹp môn vị (HMV), thể tích DD còn lại, vị trí miệng nối, phương pháp nối và các loại stapler. Các yếu tố ít ảnh hưởng là tuổi, giới, lo lắng, dinh dưỡng trước và sau mổ, mổ mở hay nội soi, cách nối, thời gian mổ, lượng máu mất.

+ NC của Soenen S cho thấy khi HMV, nguy cơ CRDD tăng lên 26 lần [9]. Làm giảm áp DD (hút DD, rửa Đ, đặt sond DD) mang lại hiệu quả cao ngăn chặn CRDD. Theo Pang: khi có HMV, thành DD phù nề, cơ trơn bị xé rách làm giảm nhu động dạ dày, dây TK bị tổn thương. Sau mổ miệng nối phù nề, NSDD tất cả BN có CRDD cho thấy các BN có miệng nối phù nề ở các mức độ.

+ So sánh CRDD/BN được PTNS cắt DDBP và mổ mở, các NC của Meng [5]. Tỷ lệ này theo NC của Pang: 5,4% (sau PTNS) VS 3,7% (mổ mở).[9]

+ Theo Rusi Zhang, Lanjun Zhang: Tỷ lệ CRDD sau PT cắt thực quản từ 15-39%, thường do cắt TK X 2 bên làm cơ thắt cơ môn vị gây tăng nguy cơ viêm phổi do trào ngược và rò miệng nối. Tác giả đề xuất mở cơ môn vị, tạo hình môn vị, nong môn vị (balloon dilatation). Các tác giả cũng cho rằng dùng erythromycin có tác dụng làm tăng co đẩy của DD, làm tăng rỗng DD.

+ Vị trí và KT U là các yếu tố quan trọng gây CRDD, chúng tôi có 3 BN vị trí UTDD ở góc BCN, 1 BN u lan lên thân vị bởi vậy cần cắt DD cao để

đảm bảo diện cắt R0. Các NC thấy rằng nếu thắt ĐM vị mạc nối trái hay nhánh đầu ĐM vị ngắn, thể tích DD còn lại rất bé, nguy cơ mắc CRDD cao.

+ Theo Umemura: Phương pháp nối = stapler thẳng, tỷ lệ CRDD < Stapler tròn, PP nối song song với BCL có tỷ lệ CRDD > PP nối đặt stapler vuông góc với bờ cong lớn.[10].

V. KẾT LUẬN

Chậm rỗng dạ dày sau cắt BPDD do UTDD xuất hiện sau mổ 10-12 ngày, tuổi TB 65,5 T. Triệu chứng LS đau thượng vị, buồn nôn, nôn. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở nhóm ĐTĐ (NC này là 75%), hẹp môn vị, UTDD ở bờ cong nhỏ dạ dày hay thân vị (thể tích DD còn lại nhỏ). Chẩn đoán cần loại trừ tắc ruột cơ giới. Chụp dạ dày với thuốc cản quang sau 6 h thuốc còn ở dạ dày, thuốc lưu thông chậm. Điều trị Erythromycin liều nhỏ (uống) có kết quả tốt. Có thể kết hợp với châm cứu và kích thích điện cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thanh Tùng:** Nghiên cứu xạ hình làm trống dạ dày trong chẩn đoán liệt dạ dày ở bệnh nhân Parkinson. Luận án Tiến sĩ Y học. TP.HCM 2022.
2. **Huang I-Hsuan et al:** Prevalence of delayed gastric emptying in patients with gastroparesis like symptoms. *Alimentary Pharmacology - Therapeutics*. 2023. Volume 57 (7):773-782
3. **Linda E Watson et al:** Gastric Emptying in Patients with Well-Controlled Type 2 Diabetes Compared With Young and Older control Subjects Without Diabetes. *J Clin Endocrinol Metab*, August 2019, 104 (8):3311-3319.
4. **Marcani L, SE Prichard, C Hellier-Wood, C Cortigan, CL Hoad, PA Gowland, RC Spiller:** Delayed gastric emptying and reduced post prandial small bowel water content of equicaloric whole meal bread versus rice meals in healthy subject: Novel MRI insights
5. **Meng. H, Dhou D, Jiang X, Ding W, Lul:** Incidence and risk factors for post surgical gastroparesis syndrome after laparoscopic and open radical gastrectomy. *World Journal Surg Oncol*. 2013; 11:114
6. **Oshima T et al:** Genetic factors for functional dyspepsia. *J.Gastroenterol Hepatol* 2011; 26 (suppl 3): 83-7
7. **Simren M: et al:** Visceral Hypersensitivity is associated with GI symptom severity in functional GI disorders: consisting findings from five different patient cohort. *Gut*. 2018; 67:255-62.
8. **Soenen S, Rayner CK, Horowitz M, Jones KL:** Gastric emptying in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2015; 31:339-53.
9. **Tao Pang, Xiao-YiYin, Hang-Tian Cui, Zheng-Mao Lu, Ming-Ming Nie, Kai Yin, Guo-En Fang, Tian-Hang Luo and Xu-Chao Xue:** Analysis of risk factors and prevention strategies for functional delayed gastric emptying in 1243 patients with distal gastric cancer. *World journal of Surgical Oncology*. 2020, 18:302.