

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Trọng Hiền¹, Trương Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày tá tràng. 2. Đánh giá hiệu quả và các yếu tố liên quan của các phương pháp điều trị xuất huyết tiêu hóa tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả từ T1/2019 đến T12/2022, 278 bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày- tá tràng và được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Kết quả:** Tuổi trung bình nghiên cứu là $59,8 \pm 19,1$, chủ yếu gặp ở lứa tuổi 50-79, tỷ lệ nam/nữ là 2,3. Tỷ lệ ngành nghề hay gặp là nhóm lao động trí óc chiếm 42,1%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đại tiện phân đen và đau bụng thượng vị chiếm 79,5%. Có 24,7% số bệnh nhân cần can thiệp có triệu chứng sốc mất máu khi nhập viện. Số bệnh nhân điều trị nội khoa đơn thuần là 66,3%, nội soi can thiệp là 20,8%, can thiệp nội mạch là 8,9%, phẫu thuật là 3,9%. Tỷ lệ cầm máu thành công ban đầu của 2 nhóm nội soi tiêm xơ và kẹp Clip lần lượt là 91,7% và 95,7%. Tỷ lệ chảy máu tái phát của nhóm điều trị nội là 13,5%, nhóm nội soi can thiệp là 10,3%, nhóm nút mạch là 8%, nhóm phẫu thuật là 9,1%. Thời gian tái phát chảy máu thường gặp nhất trước 72 giờ, chiếm 80% ở nhóm điều trị nội và 81,8% ở nhóm can thiệp. Tổn thương hay gặp ở nhóm phẫu thuật là ổ loét forrest IA, IB (81,8%), vị trí ở bờ cong nhỏ (36,4%) và mặt sau hành tá tràng (36,4%), kích thước ổ loét > 2cm (72,7%). Tổn thương mạch máu gặp trong nhóm can thiệp mạch nhiều nhất là động mạch vị tá tràng (56%). Có 4 phương pháp phẫu thuật được tiến hành lần lượt là cắt 2/3 dạ dày (63,6%), khâu cầm máu kèm cắt dây X (27,3%), cắt bỏ ổ loét (9,1%). Tỷ lệ tử vong của các phương pháp lần lượt là: nội soi (5,2%), can thiệp mạch (4%), phẫu thuật (9,1%). Biến chứng sau mổ gặp nhiều nhất là rò mòm tá tràng (27,3%), loét tái phát (18,2%), chảy máu tái phát (9,1%). Thời gian nằm viện trung bình của phương pháp phẫu thuật là 10,67 ngày. **Kết luận:** + XHTH do loét DD-TT là biến chứng nặng và chiếm tỷ lệ cao nhất trong các biến chứng của bệnh lý loét DD-TT. Đặc biệt là những trường hợp loét ở bờ cong nhỏ hoặc mặt sau hành tá tràng thường gây ra sốc mất máu. + Điều trị hiện nay vẫn phần lớn là nội khoa, với các trường hợp chảy máu hoạt động thì phương pháp nội soi cầm máu bằng tiêm xơ hoặc kẹp clip đều đạt hiệu quả cao. + Tổn thương hay gặp ở nhóm phải nút mạch hoặc phẫu

thuật thường là ổ loét đang chảy máu, kích thước lớn, vị trí hay gặp ở bờ cong nhỏ hoặc mặt sau tá tràng. + Phẫu thuật trong XHTH có tỷ lệ tử vong cao và nhiều biến chứng nặng, nhiều nhất là rò mòm tá tràng, thời gian nằm viện cũng kéo dài hơn.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF UPPER GASTROTESTINAL BLEEDING DUE TO GASTRIC AND DUODENAL ULCERS AT VIETDUC HOSPITAL

Study aims: 1. Description of the clinical and paraclinical characteristics of patients with upper gastrointestinal bleeding (UGIB) due to gastric and duodenal ulcers. 2. To evaluate the effectiveness and associated factors of the treatment methods for upper gastrointestinal bleeding at Viet Duc Hospital. **Patient and Method:** This was a retrospective descriptive study from January 2019 to December 2022, including 278 patients diagnosed with upper gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers and treated at Viet Duc Hospital. **Results:** The mean age of the study was 59.8 ± 19.1 years, with a peak incidence in the age group of 50-79 years, a male/female ratio of 2.3. The most common occupation was white-collar workers, accounting for 42.1%. The most common clinical symptom was black stool and upper abdominal pain, accounting for 79.5%. A total of 24.7% of patients requiring intervention had symptoms of shock due to blood loss on admission. The number of patients treated with medical therapy alone was 66.3%, endoscopic intervention was 20.8%, endovascular intervention was 8.9%, and surgery was 3.9%. The initial success rate of hemostasis for the two groups of endoscopic injection and clip was 91.7% and 95.7%, respectively. The rate of recurrent bleeding in the medical treatment group was 13.5%, the endoscopic intervention group was 10.3%, the embolization group was 8%, and the surgical group was 9.1%. The most common time of recurrent bleeding was before 72 hours, accounting for 80% in the medical treatment group and 81.8% in the intervention group. The most common lesion in the surgical group was Forrest IA, IB ulcer (81.8%), location at the lesser curvature (36.4%) and posterior wall of the duodenum (36.4%), and ulcer size > 2 cm (72.7%). The most common vascular lesion in the endovascular intervention group was the gastroduodenal artery (56%). Four surgical methods were performed in succession: distal gastrectomy (63.6%), hemostatic suture with vagotomy (27.3%), and ulcer resection (9.1%). The mortality rate of the methods was: endoscopy (5.2%), endovascular intervention (4%), and surgery (9.1%). The most common postoperative complications were duodenal stump leak (27.3%), recurrent ulcer (18.2%), and recurrent bleeding (9.1%). The average

¹Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Cường

Email: cuongcongminhtruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 10.01.2024

length of hospital stay for the surgical method was 10.67 days. **Conclusion:** +Upper gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers is a serious complication and accounts for the highest percentage of complications in gastric and duodenal ulcer diseases. Especially in cases of ulcers on the lesser curvature or posterior wall of the duodenum, they often cause shock due to blood loss. + Current treatment is still mostly medical, with endoscopic hemostasis using injection or clip being effective for active bleeding cases. + The lesions that often occur in the group that requires embolization or surgery are usually bleeding ulcers, large in size, and located on the lesser curvature or posterior wall of the duodenum. + Surgery for upper gastrointestinal bleeding has a high mortality rate and many serious complications, the most common being duodenal stump leak, and the length of hospital stay is also longer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày tá tràng (DD TT) là biến chứng của ổ loét DD-TT. Những năm gần đây cùng với sự ra đời của các loại thuốc ức chế bơm proton (PPI) và điều trị phối hợp diệt Helicobacter Pylori, tỷ lệ biến chứng của ổ loét DDTT đã giảm nhiều. Tuy nhiên XHTH do loét DD-TT vẫn là biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất trong bệnh lý loét DD-TT (khoảng 70%). Tại BV Việt Đức những năm gần đây, xuất hiện những trường hợp XHTH nặng do loét DD TT. Phần lớn những trường hợp này loét sâu, kích thước lớn, thường hoại tử vào mạch máu lớn, một số trường hợp sốc mất máu đòi hỏi phải chuyển thẳng phòng mổ cấp cứu vừa hồi sức vừa mổ. Mặt khác có bệnh nhân nội soi dạ dày không tìm thấy tổn thương do loét ở vị trí sâu khó tiếp cận đặc biệt là ổ loét bờ cong nhỏ, mặt sau tá tràng, trên những trường hợp chày máu dữ dội cần phải phối hợp nhiều chuyên khoa sâu, nội soi can thiệp và can thiệp mạch máu... Bởi vậy chúng tôi báo cáo đề tài này nhằm mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân XHTH do loét DD TT. 2. Đánh giá hiệu quả và các yếu tố liên quan của các phương pháp điều trị XHTH tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu
 + Tất cả những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là XHTH do loét DD-TT, được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.
 + Thời gian: T1/2019- T12/2022

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 278 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, tỷ lệ nam/ nữ là 2,3
 - Tuổi: trung bình (TB): 59,8 (thấp nhất là

18, cao nhất là 90)
 - Tiền sử (TS):
 + Viêm loét DD TT: 62 (22,3%)
 + Dùng thuốc NSAID, corticoid: 125 (44,9%)
 + Dùng thuốc chống đông: 20 (7,2%)
 - Bệnh kèm theo
 + Bệnh lý tim mạch 30 (10,8%)
 + Bệnh thận mạn: 26 (9,4%)
 + Bệnh lý xương khớp, chấn thương: 96 (34,5%)
 + Sau phẫu thuật: 76 (25,2%)
 + Chưa ghi nhận: 70 (25,2%)
 - Triệu chứng lâm sàng:
 + Nôn máu và ỉa phân đen: 221 (79,5%)
 + Đau tức thượng vị: 206 (74,1%)
 + Rối loạn tri giác: 7(2,5%)
 + Sốc mất máu: 33(11,9%)
 - Trung bình điểm Blatchford của nhóm can thiệp 9,68± 3,44, nhóm nội khoa 8,69 ± 3,71
 - Tỷ lệ truyền máu nhóm can thiệp 75,3%, nhóm nội khoa 60,2%
 - Hình ảnh nội soi theo phân loại Forrest:
 + Forrest IA: 20 (7,2%)
 + Forrest IB: 52(18,7%)
 + Forrest IIA: 21(7,5%)
 + Forrest IIB: 162(58,4%)
 + Forrest IIC: 23(8,3%)
 - Thời gian nội soi lần đầu của nhóm được can thiệp:
 + Trước 12h: 63 (67,7%)
 + Từ 12-24h: 30 (32,3%)

Bảng 1. Đặc điểm của tổn thương của dạ dày qua nội soi

Đặc điểm tổn thương	Nội khoa (n=85)		Can thiệp (n=37)		
	n	%	n	%	
Số ổ loét	1	36	42,9	9	25,8
	≥ 2	49	57,1	27	74,2
Vị trí ổ loét	Hang vị	61	71,4	28	76,3
	Bờ cong lớn	5	5,9	0	0
	Bờ cong nhỏ	9	10,6	6	16,2
	Thân vị	10	12,1	3	8,1
Kích thước	≤ 0,5	73	85,7	18	48,4
	0,6 - 1,9	12	14,3	13	35,5
	≥ 2	0	0	6	16,1

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương tá tràng trên hình ảnh nội soi

Đặc điểm tổn thương	Nội khoa (n=100)		Can thiệp (n=56)		
	n	%	n	%	
Số ổ loét	1	55	55,0	40	72,4
	≥ 2	45	45,0	16	27,6
Vị trí ổ loét	Mặt trước HTT	63	63,0	31	55,2
	Mặt sau HTT	37	37,0	25	44,8

Kính thước	≤ 0,5	74	74,0	35	62,5
	0,6 - 1,9	26	26,0	11	19,6
	≥ 2	0	0	10	17,8

Như vậy: Tất cả ổ loét kích thước lớn đều thuộc nhóm được can thiệp, nhưng gặp nhiều nhất là các ổ loét nhỏ ở chủ yếu là hang vị (BCN) hoặc mặt trước HTT

Bảng 3. Trung bình điểm Blatchford và vấn đề truyền máu của 2 nhóm phương pháp điều trị

Điểm Blatchford và vấn đề truyền máu	Can thiệp (n=93)	Nội khoa (n=185)	p
Trung bình điểm Blatchford	9,68±3.44	8,69±3.71	0,023
Tỷ lệ truyền máu	75,3%	60,2%	0,037
Trung bình số lượng máu truyền (đơn vị 350ml)	3,12± 2.58	2,62± 2.21	0,003

- Lượng máu truyền:
 + Nhóm Nội khoa 2,62 đơn vị
 + Nhóm Can thiệp 3,12 đơn vị
 + Tất cả bệnh nhân Nút mạch và Phẫu thuật đều được truyền máu trước can thiệp.

- Các phương pháp điều trị:

- + Nội khoa: 185 (66,3%)
- + Nội soi: 58 (20,8%)
- + Nút mạch: 25 (8,9%)
- + Phẫu thuật: 11 (3,9%)

Bảng 4. Xuất huyết tái phát của các phương pháp điều trị

Xuất huyết tái phát	Phương pháp cầm máu				p
	Nội khoa n(%)	Nội soi n(%)	Nút mạch n(%)	Phẫu thuật n(%)	
Không	160 (86,5)	53 (89,7)	23 (92,0)	10 (90,9)	0,038
Có	25 (13,5)	6 (10,3)	2 (8,0)	1 (9,1)	
Tổng	185	58	25	11	

- Kích thước ổ loét lớn > 2cm
- + nhóm nút mạch: 19/25 (76%)
- + nhóm phẫu thuật: 8/11 (72,7%)

Bảng 5. Tỷ lệ các động mạch được can thiệp

	Vị tá tràng	Vị trái	Môn vị	Tá tụy	Tụy lưng
N	14	2	2	4	1
%	56	8	8	16	2

- Vật liệu nút mạch được dùng nhiều nhất Coils+ keo sinh học (56%)

- Phương pháp phẫu thuật

- + Cắt 2/3 dạ dày+ nối vị tràng: 7/11 trường hợp
- + Khâu cầm máu + Cắt dây X: 3/11 trường hợp

- + Cắt bỏ ổ loét: 1/11 trường hợp
- Biến chứng hay gặp sau mổ:
- + Rò mỏm tá tràng: 3 trường hợp
- + Chảy máu tái phát: 1 trường hợp
- + Loét tái phát: 2 trường hợp
- + Viêm phổi: 2 trường hợp

Tất cả các biến chứng này đều được điều trị nội khoa và không để lại di chứng gì đặc biệt. 1 trường hợp chảy máu tái phát được phẫu thuật lại cắt dạ dày ngay trong ngày và cầm máu thành công.

- Tỷ lệ tử vong:

- + Nội khoa: không có
- + Nội soi: 3/58 (5,2%), các bệnh nhân đều trên 80 tuổi, có ít nhất 2 bệnh nền trở lên.
- + Nút mạch: 1/25 (4%), bệnh nhân nam 75 tuổi, tiền sử dùng chống đông, tiểu đường, COPD.
- + Phẫu thuật: 1/11 (9,1%), bệnh nhân nam 68 tuổi, đa chấn thương hở máy, tiền sử nghiện rượu, nguyên nhân tử vong do viêm phổi bệnh viện.

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn xuất huyết tiêu hóa trên đáp ứng đối với can thiệp nội soi cầm máu. Khi nội soi cầm máu thất bại, phẫu thuật cầm máu có tỷ lệ tái phát cao, chiếm khoảng 75%, với tỷ lệ tử vong khoảng 20-50%¹.

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình là 59,8 ±19,1 (từ 18 – 93 tuổi), đây cũng là độ tuổi gặp trong các nghiên cứu khác². Có 194 BN 16 nam (69,8%) và 84 BN nữ chiếm 30,2 %, có sự tương đồng ở những báo cáo khác về sự ghi nhận chảy máu DD TT thường gặp ở nam giới². Bệnh lý phổi hợp chủ yếu là bệnh xương khớp và chấn thương chiếm 34,5%, bên cạnh đó tỷ lệ XHTH trên nền hậu phẫu cũng gặp khá phổ biến (27,3%), phù hợp với các nghiên cứu khác⁴. Triệu chứng hay gặp là nôn máu kèm đi ngoài phân đen và đau thượng vị (79,5%), rối loạn tri giác gặp trong 7 trường hợp (2,5%) là yếu tố tiên lượng nặng, sốc mất máu là tình trạng rối loạn huyết động mạch > 100 lần/ phút, HA tâm thu <100mmHg chủ yếu gặp ở nhóm can thiệp với 29/93 trường hợp (24,7%). Về các chỉ số cận lâm sàng như Hgb, Hct, hồng cầu của nhóm có triệu chứng sốc thấp hơn nhóm không có triệu chứng, Ure thì lại cao hơn do sự tiêu hóa và hấp thu các sản phẩm protein trong máu ở đường tiêu hóa, điều này tương đồng với nghiên cứu của các đồng nghiệp³. Thang điểm Blatchford được sử dụng để tiên đoán nhu cầu can thiệp y khoa như nội soi hay truyền máu, trong nghiên cứu điểm trung bình của nhóm can thiệp là 9,68 phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị

Thu Trang và cs cho thấy điểm Blatchford ≤ 9 điểm có nhu cầu can thiệp thấp². Chỉ định truyền máu ở bệnh nhân XHTH dựa vào một số yếu tố như mạch nhanh, HA tụt, Hgb < 7g/dL, kết quả nhóm can thiệp có tới 75,2% trường hợp được truyền máu.

Theo khuyến cáo, hầu hết các bệnh nhân XHTH do loét DD - TT cần được nội soi sớm trong vòng 24h đầu, trong nghiên cứu, nếu bệnh nhân tình trạng sốc nặng không đáp ứng cần nội soi cấp cứu càng sớm càng tốt, trong nghiên cứu số BN được soi sớm trước 12h cao hơn ở nhóm can thiệp (67,7%), tổng số BN được soi trước 24h của cả 2 nhóm là 94,1%, chứng tỏ vai trò quan trọng của nội soi trong chẩn đoán và can thiệp. Hình thái chảy máu theo phân độ Forrest chủ yếu gặp Forrest IIB (54,8%), ít nhất ở Forrest IA (7,2%), nguyên nhân là do bệnh nhân nặng thường đã được sơ cứu ở tuyến dưới. Tổn thương ở dạ dày thường gặp tổn thương 2 ổ loét nhỏ, nông (85,7% ở nhóm phải can thiệp), vị trí hay gặp nhất ở hang vị (76,3%), nguyên nhân có thể đây là vùng có nhiều tế bào chế tiết acid, điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác⁴. Trong khi đó, loét ở tá tràng thường gặp ở HTT ở 95% các trường hợp, kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương tá tràng thường gặp ở nhóm can thiệp là 1 ổ loét (72,4%), vị trí mặt trước HTT (55,2%), kích thước nhỏ < 0,5cm (62,5%), phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tuấn⁶. Kích thước ổ loét là 1 chỉ số khá quan trọng để quyết định phương pháp điều trị, trong nghiên cứu hầu hết gặp ổ loét nhỏ < 0,5cm nhưng lại chiếm đa số hình thái chảy máu hoạt động Forrest IA (52,7%), do đó đa số chảy máu là do ổ loét nhỏ nhưng sâu làm tổn thương động mạch bên dưới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân điều trị nội khoa đơn thuần vẫn chiếm phần lớn (66,3%), nội soi can thiệp có 58 trường hợp trong đó có 12 trường hợp được tiêm xơ, 46 trường hợp được kẹp Clip cầm máu, tỷ lệ thành công ban đầu của 2 phương pháp nội soi này là 91,7% và 95,7%, có 3 trường hợp nội soi cầm máu thất bại chuyển nút mạch thành công, kết quả này phù hợp với tác giả Đào Văn Long và cs (2012)⁵.

Tỷ lệ xuất huyết tái phát của nhóm điều trị nội là 13,5% chủ yếu gặp trong bệnh cảnh người cao tuổi, bệnh lý toàn thân nặng, tất cả trường hợp này đều được nội soi cầm máu thành công, nhóm nội soi với 10,3% trường hợp có tái phát, nhóm can thiệp mạch có 2 trường hợp (8%), nhóm phẫu thuật có 1 trường hợp đã được mổ lại ngay trong ngày. Với nhóm can thiệp mạch có 2 trường hợp chảy máu tái phát, một là nam giới

55 tuổi, chảy máu FIIA bờ cong nhỏ, kẹp clip thất bại chuyển nút tắc nhánh ĐM vị trái, hai là nữ giới 75 tuổi, nhiều bệnh nền, sốc mất máu Forrest IB ở tá tràng, kẹp clip thất bại chuyển nút mạch thành công nhưng bệnh nhân suy hô hấp nên xin về. Có 4/36 trường hợp XHTH tái phát sau kẹp Clip, nguyên nhân là do kẹp chưa đúng, tụt clip ở ổ loét xơ chai. Thời gian XH tái phát chủ yếu xảy ra sớm trong 24-72 giờ đầu², trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian XH tái phát của nhóm can thiệp là 81,8%, có 7 trường hợp XH tái phát sau 72h nhưng trước 7 ngày, phù hợp với các nghiên cứu khác.

Can thiệp nội mạch là lựa chọn ưu tiên trong các trường hợp XHTH nặng, cầm máu thất bại,... Do ưu điểm ít xâm lấn, cầm máu triệt để, ít biến chứng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số các tổn thương mạch liên quan đến ĐM vị tá tràng chiếm 56%, kể đến là ĐM vị trái (8%), ĐM môn vị (8%). ĐM vị tá tràng giàu mạch nuôi và nhiều tuần hoàn bàng hệ, do đó nguy cơ thiếu máu sau can thiệp thấp, nguy cơ tái phát cao, do đó cần kiểm soát tất cả các mạch để hiệu quả cầm máu là cao nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Dũng và cs⁶.

Phẫu thuật hiện nay là phương án điều trị rất hạn chế, không chỉ là vì độ phức tạp và nguy hiểm của quá trình phẫu tích mà còn do nhiều biến chứng nặng nề sau mổ, mục tiêu của phẫu thuật là cầm được máu và lấy bỏ được ổ loét. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 trường hợp được cắt 2/3 dạ dày kèm cắt bỏ ổ loét, nối vị tràng, 3 trường hợp khâu cầm máu kèm cắt dây X chọn lọc, 1 trường hợp cắt bỏ ổ loét đơn thuần. Phần lớn xử trí trong mổ rất khó khăn do máu chảy thành tia, tổ chức phù nề, do vật việc tác động ổ loét ra khỏi tá tràng gặp rất nhiều khó khăn, điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Thái Nguyên Hưng và cs⁷. Biến chứng sau mổ hay gặp là rò mòm tá tràng (27,3%), sau đó là loét tái phát, chảy máu tái phát (9,1%), viêm phổi bệnh viện (9,1%). Phần lớn các biến chứng không phải can thiệp, điều trị nội khoa là được, tuy nhiên lại kéo dài thời gian nằm viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nội soi can thiệp có 3 trường hợp tử vong do tuổi cao, nhiều bệnh kèm theo, sốc mất máu không hồi phục. Nhóm nút mạch có 1 BN tử vong, đó là trường hợp nam 45 tuổi sau mổ u não, XHTH Forrest IA, loét lớn mặt sau HTT, nhóm phẫu thuật có 1 BN tử vong là nam giới 65 tuổi, bệnh lý đa chấn thương, thở máy, viêm phổi bệnh viện, loét Forrest IA kích thước lớn bờ cong

nhỏ. Như vậy đặc điểm chung của các bệnh nhân tử vong dù đã đã thiệp cầm máu thành công là tuổi cao, nhiều bệnh nền hoặc bệnh lý chấn thương nặng, loét lớn chảy máu ở những ĐM lớn.

V. KẾT LUẬN

- XHTH nặng do loét DD TT là biến chứng nặng và chiếm tỷ lệ cao nhất trong các biến chứng của bệnh lý loét DD TT. Tỷ lệ điều trị nội khoa vẫn chiếm phần lớn, bên cạnh đó nội soi cầm máu vẫn đạt tỷ lệ cầm máu thành công rất cao và ít bị tái phát. XHTH nặng có sức trên lâm sàng, điểm Blatchford trung bình trên 9 điểm thì nguy cơ can thiệp, truyền máu khá cao, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu khá thấp, đa phần là bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh nền, loét lớn ở những vị trí khó can thiệp.

- Nút mạch là lựa chọn an toàn, cầm máu hiệu quả, ít xâm lấn và biến chứng cho những trường hợp cầm máu ban đầu thất bại.

- Phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp nhất do sự phức tạp và khó khăn trong quá trình mổ, hay được sử dụng nhiều nhất là cắt 2/3 dạ dày kèm lấy bỏ ổ loét, nối vị tràng tuy vậy cần PTV có nhiều kinh nghiệm và nhiều biến chứng sau mổ như rò tá tràng, loét trở lại,... Trong khi đó lấy bỏ ổ loét đơn thuần hoặc khâu cầm máu mà

không cắt dây X thì tỷ lệ tái phát khá cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mille M, Engelhardt T, "Stier A. Bleeding Duodenal Ulcer: Strategies in High-Risk Ulcers." *Visc Med.* 2021;37(1):52-62. doi:10.1159/000513689.
2. Loffroy R, Guiu B, D'Athis P, et al. "Arterial Embolotherapy for Endoscopically Unmanageable Acute Gastroduodenal Hemorrhage: Predictors of Early Rebleeding". *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 2009;7(5):515-523.
3. Nguyễn Thị Thu Trang, Phan Quốc Hùng, Nguyễn Ngọc Tuấn (2012), "Giá trị tiên lượng của thang điểm Blatchford trên bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên cấp", *Tạp chí Y học thực hành, Số 852+853, tr. 192- 195.*
4. Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức, Châu Quốc Sửu (2012), "Kết quả kẹp clip cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", *Y học TP. Hồ Chí Minh, 16(11), tr. 137- 146.*
5. Đào Văn Long (2016), "Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", *Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 38- 45.*
6. Lê Thanh Dũng, Trương Bích An, Thân Văn Sỹ (2021), "Đánh giá hiệu quả của phương pháp can thiệp mạch trong điều trị chảy máu tá tràng", *Tạp chí Y học Việt Nam, 324(11), tr.136-140*
7. Thái Nguyên Hưng, Phan Văn Linh (2023), "Điều trị xuất huyết tiêu hóa nặng do loét tá tràng kissing ulcer thủng vào động mạch vị tá tràng và loét dạ dày và loét dạ dày- tá tràng", *Tạp chí Y học Việt Nam, 524(3), tr.5*

ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH TRONG UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI ĐƯỢC PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Dũng¹, Kim Văn Vụ^{1,2}, Hoàng Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ di căn hạch và khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm khối u với tình trạng di căn hạch trong ung thư đại tràng (P) được phẫu thuật triệt căn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 48 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng phải (bao gồm u tại manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan và 1/2 đại tràng ngang bên (P)), được phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K từ T2/2023 – T8/2023. Bệnh phẩm sau khi được cắt bỏ sẽ được phẫu tích hạch theo từng chặng, được đánh giá mô bệnh học riêng từng chặng. Xác định tình trạng hạch có di căn hay không di căn, xác định số hạch và đọc kết quả hạch di căn theo 3 chặng theo hướng dẫn của các tác

giả Nhật Bản¹, độ xâm lấn sâu (T1, T2, T3, T4), độ biệt hóa (cao, vừa, kém), giai đoạn bệnh sau mổ. Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm khối u với di căn hạch. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Kết quả: Trong 48 bệnh nhân nghiên cứu, độ tuổi thường gặp là 50-70 (60.4%), độ tuổi trung bình là 58.85 ± 12.89, tỉ lệ nam/ nữ 1,35; Dạng vi thể chủ yếu là carcinome tuyến (79,2%), độ biệt hóa vừa (75.0%). Tỉ lệ di căn hạch trong 29,2% các trường hợp. Tỉ lệ di căn hạch chặng 3 là 6.25%. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 1 bệnh nhân di căn hạch hạch chặng 3 mà không có di căn hạch chặng 1 và 2, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, p=0.09. Có mối liên quan giữa độ xâm lấn khối u và tỉ lệ di căn hạch, tăng tỉ lệ di căn hạch trong những trường hợp u T3,T4, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, p=0.163. Không có sự khác biệt giữa tỉ lệ di căn hạch và độ biệt hóa của khối u, p=1.000. **Từ khóa:** Di căn hạch.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF LYMPH NODE METASTATASE IN RIGHT COLON CANCER UNDERWENT RADICAL SURGERY AT K HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Dũng

Email: phamvandungthanhhahd@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024