

trường hợp (2,4%) do rau bong non hoặc do sản giật. Như vậy, điều trị nội thất bại là nguyên nhân thường gặp hơn trong chỉ định mổ lấy thai và tỷ lệ này thấp hơn tác giả Nguyễn Tiến Vinh (43,8%), có thể do chúng tôi đã kiểm soát tình trạng mẹ nhằm kéo dài thời gian để đảm bảo hiệu quả của corticoid hoặc Magie sulfat trong một số trường hợp [5].

4.2. Kết quả xử trí về phía con. Bảng 3.5 cho thấy biến chứng thường gặp nhất về phía con là sơ sinh nhẹ cân (69,8%) và sơ sinh non tháng (65,6%). Tỷ lệ trẻ tử vong sau sinh là 9,4% và hầu hết do sơ sinh quá non tháng trên nền TSG khởi phát sớm (dưới 28 tuần). Tỷ lệ thai lưu là 5,2%, trong đó có 3 trường hợp thai lưu từ trước thời điểm nhập viện và 2 trường hợp là biến chứng trong quá trình theo dõi tại viện. Trong 91 trường hợp sơ sinh sống, trọng lượng sơ sinh trung bình là $1857,3 \pm 814,7$ gram, thấp hơn so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng $2184,5 \pm 633,8$ và thấp hơn có ý nghĩa thống kê với $p = 0,034$. Tỷ lệ sơ sinh cân nặng thấp được lý giải do bệnh lý TSG của mẹ ảnh hưởng đến tuần hoàn tử cung-rau thai dẫn đến thai chậm phát triển trong tử cung. Đồng thời, TSG có dấu hiệu nặng thường có xu hướng chấm dứt thai kỳ sớm nhằm giảm thiểu nguy cơ cho mẹ nên thai thường non tháng hơn.

V. KẾT LUẬN

Tiền sản giật là hội chứng bệnh lý gây tổn thương nhiều cơ quan đích ở cơ thể mẹ và để lại nhiều biến chứng nặng cho cả mẹ và thai như

sản giật, rau bong non, hội chứng HELLP ở mẹ hay sơ sinh non tháng, nhẹ cân ở con, thậm chí là tử vong. Vì vậy, thái độ chẩn đoán, điều trị và xử trí ở thai phụ TSG, đặc biệt TSG có dấu hiệu nặng có vai trò quan trọng trong cải thiện kết cục lâm sàng ở thai kỳ nguy cơ cao này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hypertension in Pregnancy** (2013). Report of the ACOG Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 2013; 122, 1122-1131.
2. **L. Duley** (1992). Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *Br J Obstet Gynaecol*, 99 (7), 547-553.
3. **T. L. G. Trương** (2022). nghiên cứu giá trị của siêu âm doppler trong tiền lượng tình trạng sức khỏe của thai ở thai phụ tiền sản giật. *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam*, (29), 48-48.
4. **B. M. Sibai** (2005). Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol*, 105 (2), 402-410.
5. **N. T. Vinh** (2018). Nhận xét về tình hình điều trị tiền sản giật thai nghén từ 28-3 tuần tại Bệnh viện phụ sản trung ương, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học y Hà Nội.
6. **M. D. Simona Constantinescu, Andrei Chilianu, Radu Vladareanu.** (2013). Magnesium Sulfate: Fetal Neuroprotective Role in Reducing the Risk of Cerebral Palsy. *Donald School J Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;7(1):98-104.
7. **V. T. Nguyễn and T. H. Nguyễn** (2017). Kết quả xử trí tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong năm 2015. *Tạp chí Phụ sản*, 15 (2), 24 - 29.
8. **S. Abdel-Hady el, M. Fawzy, M. El-Negeri et al** (2010). Is expectant management of early-onset severe preeclampsia worthwhile in low-resource settings? *Arch Gynecol Obstet*, 282 (1), 23-27.

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI XÂM LẤN ĐẦU TUY TÁ TRÀNG

Thái Nguyên Hưng¹, Không Văn Quang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại tràng phải (UTĐTP) tiến triển tại chỗ xâm lấn đầu tụy và hoặc tá tràng là tổn thương hiếm gặp. Phẫu thuật triệt căn bao gồm cắt 1/2 đại tràng phải và cắt khối tá tụy hoặc cắt đoạn tá tràng còn gặp nhiều khó khăn do tỷ lệ tử vong và biến chứng cao. Mổ nối tắt hoặc cắt đại tràng phải (diện cắt R1-2) có thời gian sống ngắn. Bởi vậy chúng tôi

nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật của ung thư đại tràng phải tiến triển tại chỗ, xâm lấn tá tràng và hoặc đầu tụy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu những BN được chẩn đoán ung thư đại tràng phải xâm lấn tá tràng và/hoặc đầu tụy, được phẫu thuật tại khoa ngoại bụng 2, BV K. **Kết quả nghiên cứu:** 7 BN, Nữ 6/7 BN (85,7%), Nam 1/7 BN (14,3%) tuổi TB 58,3T, 100% có bán tắc ruột, 3/7 BN (42,8%) khám bụng sờ thấy khối U. CLVT phát hiện khối U ĐTP 100%. CLVT không phát hiện khối UTĐTP xâm lấn tá tràng hay đầu tụy. Kết quả NSĐT 6/7 BN (85,7%) có khối u gây hẹp lòng ĐT. Nội soi dạ dày nghi thủng tá tràng 1 BN. Tổn thương trong mổ: 5/7 BN UTĐTP xâm lấn tá tràng (1UTĐTP thủng vào DII tá tràng trên

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hưng
Email: thainguyenhung70@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024
Ngày duyệt bài: 25.4.2024

bóng Vater; 2 UTĐTP thủng vào DII-DIII tá tràng; 2 UTĐTP xâm lấn gối dưới tá tràng), kích thước khối ung thư TB 7,6 cm (5-10 cm), thời gian mổ TB 3,3 h; Phẫu thuật cắt ½ ĐTP - cắt đoạn DII tá tràng, cắt hang vị, dẫn lưu (DL) móm tá tràng 1 BN; Cắt ½ ĐTP+ cắt đoạn DII-DIII tá tràng, cắt hang vị, DL móm tá tràng 2 BN, cắt ½ ĐTP, khâu gối dưới tá tràng, nối vị tràng 2 BN; cắt ½ ĐTP, nối vị tràng 2 BN; Thời gian nằm viện TB 10,7 ngày, Không có BN tử vong (TV), 2 BN nhiễm trùng vết mổ, 2 BN rò < 50-100ml/24. Kết quả GPB: ung thư biểu mô tuyến T4aN0M1 2 BN; T4bN0M0 5 BN. **Kết luận:** Ung thư đại tràng phải xâm lấn tá tràng và hoặc đầu tụy có thể phẫu thuật (PT) triệt căn khi chưa có di căn xa. PT triệt căn bao gồm cắt ½ đại tràng phải và cắt khối tá tụy có tỷ lệ tử vong và biến chứng cao đối với bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao và nhiều bệnh toàn thân phối hợp. Mổ cắt ½ ĐTP và cắt đoạn tá tràng hoặc cắt ½ ĐTP và cắt tá tràng hình chêm là lựa chọn phù hợp, có tỷ lệ tử vong và biến chứng thấp hơn, khi ung thư chỉ xâm lấn tá tràng với điều kiện đạt được diện cắt an toàn (1cm cách vùng tá tràng xâm lấn). Mổ cắt 1/2 ĐTP palliative (diện cắt R1-2) hoặc nối tắt có thời gian sống thêm ngắn (9- 11 tháng).

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGICAL MANAGEMENT FOR LOCALLY ADVANCED RIGHT COLON CANCER INVADING DUODENUM, PANCREAS AND NEIGHBORING ORGANS

Introduction: Locally advanced right colon cancer invading duodenum and/or head of pancreas is rare condition (11-28%). The surgical procedure aim at negative resection margin (R0 resection) that consisting of right hemicolectomy plus pancreaticoduodenectomy (En bloc resection) or right hemicolectomy plus duodenal segmentectomy incase of tumor invading duodenum alone which could be reduce the mortality and morbidity. On the other hand when patients undergo the bypass palliative or incomplete surgery (R1-2), the mean survival period is 9 to 11 months. We therefore conduct our retrospective study aim at evaluation the clinical features and the results of surgical management for locally advanced right colon cancer invading duodenum and/or pancreatic head. **Patient and methods:** Retrospective study. Time: 2020-2023. **Results:** 7 patients, Female 6/7 (85.7%), Male 1/7 (14,3%), mean age 58,3 year old. All patients had subobstruction, 42,8% of tumors were palpable; Abdominal CT scan could detect all right sided colon tumors but unable to detect the tumor invasion or perforation to duodenum and/or head of pancreas. Colonoscopy revealed 6/7 circumferential tumor in right colon with stricture of lumen. Upon laparotomy, there were 3 right colon cancer perforated to duodenum, 2 others invaded to inferior flexure of duodenum; 2 others tumor invaded duodenum and head of pancreas with liver metastasis. Surgical procedure performed: For 1 patient, right hemicolectomy plus DII duodenal segmentectomy and antrectomy with duodenostomy for compression

(colon tumor perforated to DII); For 2 other patients, right hemicolectomy plus DII-DIII duodenal segmentectomy with end to end anastomosis (2 layers), antrectomy and duodenostomy for compression. For 2 others, transversal sutures of inferior duodenal flexure with gastrojejunostomy plus right hemicolectomy were performed. For 2 others patients with liver metastasis and right colon cancer invading duodenum and head of pancreas, operations were right hemicolectomy and gastrojejunostomy (bypass). There were no death per and post operation. Complication: 2 small volume fistulas healing by medical treatment. 2 other had infection of incisional sites. Median hospital stays 10,7 days (7-18 days). T stage T4aN0M1: 2 patients; T4bN0M0: 5 patients. 1 patient refused chemotherapy. Follow up time 4 months to 24 months. **Conclusion:** The locally advanced right colon cancer invading duodenum and/or head of pancreas could be radically operated. The surgical procedure consisting of right hemicolectomy plus duodenopancreatectomy that could have elevated mortality and morbidity especially in patients with high perioperative risks and comorbidities. The right hemicolectomy plus duodenal segmentectomy or limited duodenal resection show promising results if the margin of at least 1 cm from the invaded area are respected (when tumor invading duodenum alone) and could reduce the mortality and morbidity. The bypass or incomplete surgery (R1-2 resection) should be reserved to patient with malignant distal spread.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng phải xâm lấn các tạng lân cận, xâm lấn đầu tụy, tá tràng là tiến triển tại chỗ hiếm gặp. UTĐTP có thể xâm lấn, thủng vào tá tràng và hoặc đầu tụy có liên quan đến bóng Vater bởi vậy PT triệt căn bao gồm cắt ½ đại tràng phải (ĐTP) và cắt đoạn tá tràng hoặc cắt khối tá tụy. Cho tới nay, tỷ lệ TV của PT cắt khối tá tụy đã giảm < 5% tuy nhiên tỷ lệ biến chứng còn cao (> 40%). Cắt ½ ĐTP phối hợp với cắt khối tá tụy có tỷ lệ TV và biến chứng cao hơn PT cắt khối tá tụy. Mặt khác PT cắt khối tá tụy cấp cứu (UTĐT P gây tắc ruột, thủng, chảy máu...) tỷ lệ TV có thể từ 20-40%. Bởi vậy chúng tôi báo cáo kết quả PT loạt ca lâm sàng UTĐTP xâm lấn đầu tụy và hoặc tá tràng với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) và đánh giá kết quả phẫu thuật UTĐTP tiến triển tại chỗ, xâm lấn tá tràng và/hoặc đầu tụy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu:

++ BN được chẩn đoán UTĐTP xâm lấn tá tràng và/hoặc đầu tụy được điều trị PT tại khoa ngoại bụng 2, BV K.

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

+Thời gian 2020-2023

- Kết quả nghiên cứu: 7 BN đủ tiêu chuẩn, nữ 6 BN (85,7%), nam 1 BN (14,3%), tuổi TB 58,3T (45-74 T)
 + Khám LS:
 ++ 100% bán tắc ruột: Gầy sút, đau bụng cơn, buồn nôn, nôn ít.
 ++ Ía lỏng: 1 BN.
 ++ Khám bụng: Mass hố chậu phải (HCP) 1 BN, mass dưới sườn phải (DSP) 2 BN
 ++ Thiếu máu: 1 BN.
 + CLVT: 100% có khối U ĐTP, kích thước TB 7,6 cm (từ 5-10 cm). Vị trí: khối U ĐT lên 2 BN, khối U ĐT góc gan và đoạn đầu ĐT ngang: 5 BN.
 + Nội soi đại tràng (NSĐT): 6/7 BN u chít hẹp đại tràng; 1 BN không soi ĐT (bán tắc ruột)
 - Tổn thương trong mổ
 + UTĐTP thủng vào D2 tá tràng (trên bóng Vater): 1 BN
 + UTĐT P thủng vào gõng dưới D2-D3 tá tràng: 2 BN
 + UTĐTP xâm lấn gõng D' tá tràng: 2 BN
 + UTĐT P xâm lấn D2-D3 tá tràng và đầu tụy, di căn gan: 1 BN
 + UTĐTP xâm lấn tá tràng, gốc mạc treo, đầu tụy, di căn gan: 1 BN
 - Phẫu thuật:
 + Cắt 1/2 ĐTP, cắt đoạn D2 tá tràng (trên bóng vater), cắt hang vị, nối vị tràng, dẫn lưu (DL) móm tá tràng: 1BN
 + Cắt 1/2 ĐT P, cắt đoạn D2-D3 tá tràng nối tận tận, cắt hang vị, DL móm tá tràng: 2 BN
 + Cắt 1/2 ĐT P, khâu D2-D3 tá tràng, nối vị tràng: 2 BN
 + Cắt 1/2 ĐT P, nối vị tràng (xâm lấn đầu tụy, tá tràng, di căn gan): 2BN

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

+ Không có bệnh nhân TV.
 + Rò: 2 BN; 1 BN rò số lượng < 100 ml/24 h. 1 BN rò <50 ml/24 H.
 - Kết quả giải phẫu bệnh (GPB): T4b NoMo: 5 BN T4bNoM1: 2 BN
 + 1 BN từ chối điều trị hóa chất, xin ra viện.
 + Các BN còn lại được điều trị hóa chất.
 + Thời gian theo dõi dài nhất 24 tháng, ngắn nhất 4 tháng.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và bệnh lý của UTĐTP

TT	Đặc điểm	n
1	Giới	- Nam: 1BN - Nữ: 6 BN
2	Tuổi	TB 58,3 (45-74)
3	bệnh phối hợp	- Cao HA: 2 BN - ĐTD: 1 BN

4	Đặc điểm khối UT	Kích thước TB 7,6 cm (5-10 cm)
5	Độ biệt hóa	- Biệt hóa cao: 1 BN - Biệt hóa vừa: 5BN - Biệt hóa kem: 1 BN
6	Mức độ xâm lấn	- T4a: 2 - T4b: 5
7	Di căn hạch	-7/7 BN hạch (-)
8	Số lượng hạch	-TB 13 (7-24)
9	Tính chất mổ	- Triệt căn(R0): 5 BN - Palliative (R1-R2): 2 BN

Bảng 2: Kết quả sớm sau mổ

Các tiêu chí	Kết quả
Cách mổ	- Cắt 1/2 ĐT P, cắt đoạn tá tràng D2, cắt hang vị, DL móm tá tràng: 1BN - Cắt 1/2 ĐTP, Cắt đoạn D2-D3 (D'vater), nối tận-tận, cắt hang vị, DL móm tá tràng: 2 BN - Cắt 1/2 ĐTP, khâu tá tràng, nối vị tràng: 2 BN - Cắt 1/2 ĐT P, nối vị tràng (palliative): 2 BN
Thời gian mổ	3,3 h (2,5-5 h)
Lượng máu mất	90 ml (50-200 ml)
Truyền máu	2 BN
Biến chứng	- Rò: 2 BN - Nhiễm trùng vết mổ: 2 BN
Thời gian nằm viện	10,7 ngày (7-18 ngày)

IV. BÀN LUẬN

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đứng hàng thứ 4 trong số các bệnh ung thư và là nguyên nhân gây TV nhiều thứ 2 trong tổng số chết do ung thư. UTĐT tiến triển tại chỗ, xâm lấn các tạng lân cận chiếm tỷ lệ 5,5%- 16.7% trong tổng số UTĐTT [1]. UTĐTP xâm lấn các tạng lân cận chiếm tỷ lệ 11-28% [1]. UTĐTP có thể xâm lấn thận, niệu quản, gan, túi mật và trực tiếp xâm lấn tá tràng, đầu tụy. Trong trường hợp xâm lấn tá tràng và hoặc đầu tụy, PT cắt ĐTP và cắt đoạn tá tràng hay cắt khối tá tụy là PT có thể đạt được diện cắt R0.

PT cắt ĐTP và cắt khối tá tụy là PT phức tạp là trong điều kiện cấp cứu: khối ung thư thủng, xuất huyết tiêu hóa hay tắc ruột.

- Joe-Bin Chen và CS nghiên cứu 4898 UTĐTT được PT triệt căn từ 1994-2018 có 30 ca UTĐTP tiến triển tại chỗ được mổ cắt 1/2 ĐTP và cắt khối tá tụy. 11 BN được PT cấp cứu: Các tiêu chuẩn PT cấp cứu là ≤ 60 T, BMI < 35 kg/m2, không có bệnh nội khoa khó điều trị, khối

U thủng ≤ 6h. 3/11 BN không thỏa mãn điều kiện được PT làm hậu môn nhân tạo, được mổ cắt 1/2 ĐTP+ cắt khối tá tụy sau 3 tháng.

Kết quả không có TV sau cắt khối tá tụy và cắt ĐTP; Tỷ lệ biến chứng của nhóm mổ khối tá tụy và cắt 1/2 ĐTP cấp cứu 63,6%, nhóm mổ phiến 42,1% (p 0,449). Tỷ lệ sống sau 5 năm 15,9% (nhóm PT cấp cứu) > < 52,6% nhóm mổ phiến, kết luận cắt 1/2 ĐTP và cắt khối tá tụy cấp cứu khả thi trên BN được lựa chọn kỹ và phẫu thuật viên có kinh nghiệm [1].

-Nedeida Cojocary: NC 110 ca UTĐTP tiến triển tại chỗ được PT. 22 BN (19%) khối U xâm lấn tá tràng và hoặc tụy. Tuổi TB 49,5 T, tỷ lệ Nam:Nữ 16/6. UTĐT góc gan 18 (81%), UTĐT lên 3 ca (14%), manh tràng 1 ca; 77% thiếu máu, đau bụng, sút cân 68%. CLVT 81% (18 BN) phát hiện khối U xâm lấn tá tràng và hoặc tụy 61% (11/18 BN). Mổ nội tạng 5/22 BN do xơ gan (2 BN), nhồi máu cơ tim (1 BN), tuổi cao >75 T (2 ca). Cắt 1/2 ĐTP và DPC 8/17 BN (47%), cắt ĐTP (palliative) 3 ca (18%) do mổ cấp cứu chảy máu, thủng; 2 BN mổ cắt ĐTP và cắt hang vị (khối U xâm lấn tá tràng); 4/17 BN (23,3%) cắt tá tràng hình chêm; 2 BN khâu tá tràng, 1 ca nối tá tràng-ruột, 1 ca patch có cuống. Kích thước U TB 7,5 cm (3-15 cm). GPB hạch (+) 50%; 9/10 BN cắt đoạn tá tràng hay DPC được điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ. Tỷ lệ TV < 30 ngày nhóm cắt 1/2 ĐTP+ DPC là 25% (2/8), thời gian sống 5 năm là 50%; 4 BN cắt đoạn tá tràng không có ung thư tái phát 11-39 tháng sau mổ [2].

-Won-Suk Lee [3] NC 9 ca UTĐTP (0,9%) xâm lấn tá tràng (5 ca), xâm lấn đầu tụy (4 ca) chiếm 0,9% trong số 3484 UTĐTP. Tiêu chuẩn lựa chọn: BN UTĐTP T4 xâm lấn tá tràng hoặc đầu tụy, ko có di căn xa, ≥ 18 T. Kết quả: tuổi TB 48 T (41-72T); Không có BN tắc ruột hay thủng, 3 BN thiếu máu. Xét nghiệm CEA TB 10,6 ng/ml. CLVT 6 ca (66,7%) xâm lấn tụy, tá tràng; thời gian mổ TB 320' lượng máu mất TB 700 ml, KT khối U TB 6,6 (3,2-10,7 cm). PT cắt đoạn tá tràng 55,6% (5 ca), cắt khối tá tụy 44,4% (4 ca). Ko có TV ≤ 30 ngày, thời gian nằm viện TB 18 ngày (15-35 ngày). Hạch (+) 3 BN; 6 BN điều trị hóa chất bổ trợ. Thời gian theo dõi TB 22,1 tháng; Thời gian sống ko bệnh 23,5 tháng, OS 28,1 tháng.

Các NC cho rằng 40% các trường hợp UTĐT tiến triển dính vào các tạng lân cận là do viêm dính, nếu chỉ gỡ dính không cắt tạng bị khối UT dính sẽ tái phát tại chỗ 100% [4]. Tỷ lệ TV của

BN sau cắt khối tá tụy + cắt 1/2 ĐTP lên tới 20,8%. Tỷ lệ biến chứng khá cao từ 20-70%.

Tuy nhiên nếu đạt được diện cắt R0 đối với phẫu thuật UTĐTP tiến triển tại chỗ sau khi cắt nhiều tạng BN có thể sống với thời gian TB 40 tháng, tỷ lệ sống sau 5 năm đạt khoảng 50% [5]. BN phẫu thuật nối tắt sống thêm được khoảng 9 tháng, PT diện cắt R1 sống thêm được 11 tháng.

Mặt khác thời gian sống thêm của UTĐTP tiến triển tại chỗ khá tốt sau cắt 1/2 ĐTP và các tạng xâm lấn do tỷ lệ BN có hạch (-) đạt tới 45% [4]. NC của Curley [7] trên loạt UTĐTP (T4) cho thấy tỷ lệ di căn hạch 0%.

Như vậy PT cắt ĐTP và cắt các tạng bị xâm lấn là lựa chọn trong trường hợp UTĐT tiến triển tại chỗ không có di căn xa trên BN có thể trạng phù hợp.

Số liệu của chúng tôi cho thấy tuổi TB 58,3 T, 100% đau bụng, gầy sút và bán tắc ruột, không có BN ỉa máu, 1 BN thiếu máu.

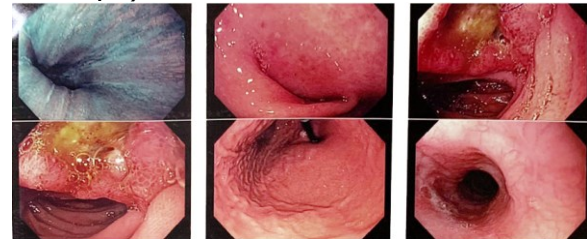
Khám: 1 BN có khối UTĐT vùng hố chậu phải ít di động, mật độ chắc, kích thước lớn >10 cm vượt sang đường giữa sang trái. 2 BN khác khám thấy mass ít di động dưới sườn phải.

+ Chụp CLVT 100%: 2 BN Δ UTĐT lên, 5 BN Δ UTĐT góc gan và đoạn đầu ĐT ngang. CLVT không phát hiện BN thủng vào tá tràng hay xâm lấn đầu tụy, tá tràng. Tỷ lệ phát hiện xâm lấn tá tràng của chụp CLVT 80%, xâm lấn đầu tụy là 50% [8]

+ Nội soi đại tràng (NSĐT) 6/7 BN u sùi chít hẹp ĐTP, 1 BN không NSĐT vì bán tắc ruột

+ Nội soi dạ dày: 1 BN nghi ngờ UTĐTP thủng vào D2 tá tràng.

+ 1 BN khác CLVT Δ khối U lớn xâm lấn cơ TL chậu trái, NSDD không phát hiện khối UTĐTP thủng vào gõng dưới (NSDD tá tràng giãn, ứ đọng nhiều dịch).



Ảnh 1: Khối U thủng vào D2 tá tràng trên bóng Vater

Theo các NC đối BN nghi ngờ khối UTĐTP thủng vào tá tràng nên chụp dạ dày hàng loạt với thuốc cản quang.

+ 2 BN trong NC này CLVT không xác định được khối UTĐTP xâm lấn tá tràng và đầu tụy. 2 BN này được cắt 1/2 ĐTP, nổi vị tràng (di căn gan đa ổ).

+ 1 BN có UTĐTP thủng vào D2 trên bóng Vater mổ cắt đoạn DII tá tràng, cắt hang vị, DL móm tá tràng.

+ 2 BN khác khối UTĐTP thủng vào D2-D3 tá tràng được PT cắt đoạn D2-D3 tá tràng nổi tận-tận, cắt hang vị, DL móm tá tràng, cắt 1/2 ĐTP.

+ 2 BN khác khối UTĐTP xâm lấn gối dưới nhưng tổn thương sau khi cắt < 50% khẩu kính tá tràng (gối dưới) nên được khâu tá tràng 2 lớp, nổi vị tràng.

Như vậy có 3 BN cắt đoạn tá tràng, cắt hang vị, DL móm tá tràng giảm áp. 2 BN khác tổn thương gối dưới < 50% khẩu kính tá tràng mổ cắt 1/2 ĐTP, khâu tá tràng, nổi vị tràng. Cắt đoạn tá tràng là một thay đổi kỹ thuật giúp bảo tồn đầu tụy, giảm thời gian mổ, hạn chế biến chứng rò tụy, bực miệng nổi tụy ruột. 2 BN rò nhỏ nhưng đã cắt hang vị và DL móm tá tràng giảm áp nên rò đỡ nhanh.

Kết quả GPB: 5 BN.T4bN0M0; 2 BN.T4bN0M1. 100% số BN UTĐTP của NC không có di căn hạch. Kết quả này tương đồng với nhận xét của Curley và CS [6]

- Pei-Gen Lui: [8] 11 BN UTĐTP xâm lấn D2 tá tràng, kích thước TB khối U 6,5 cm (5,0-9,0 cm). Kết quả GPB T4bN0 6 BN, T4bN1 3 BN, T4bN2 2 BN. Số BN này được mổ cắt 1/2 ĐTP, cắt D2 tá tràng hình chêm, nổi tá tràng-ruột Roux enY. Thời gian mổ TB $241 \pm 31,23'$, lượng máu mất $190,91 \pm 59$ ml, thời gian nằm viện $18,09 \pm 4,21$ ngày. Tỷ lệ TV 0%. Thời gian sống không bệnh 1-2-3 năm là 90,9-90,9-75,8%. OS 1 năm-2 năm-3 năm 90,9-90,9-90,9%. Nổi tá tràng-ruột tránh được hẹp tá tràng, làm cho dịch mật, dịch tụy chảy vào ruột tránh làm căng miệng nổi, tránh được rò khi ăn, PT đơn giản hơn dùng patch có cuống mạch. Tỷ lệ biến chứng giảm: 2 BN nhiễm trùng vết mổ, 1 BN rò bạch huyết. OS 3 năm 90,9%, thời gian sống không bệnh 3 năm 75,8%.

Chúng tôi có 1 BN nữ, 71 T, suy kiệt, UTĐTP tiến triển gây tắc ruột, ăn vào cơ TL chậu phải (khối ung thư > 10 cm, ảnh 2), khối ung thư xâm lấn thủng D2-D3 dưới bóng Vater (ảnh 3-4), mổ cắt 1/2 ĐTP, cắt đoạn DII-DIII tá tràng nổi tận-tận, cắt hang vị, DL móm tá tràng. BN rò nhỏ tự liền. Chúng tôi thấy rằng cắt đoạn hay cắt toàn bộ tá tràng là một thay đổi kỹ thuật trên BN có thể trạng yếu, cắt khối tá tụy và cắt 1/2 ĐTP là phẫu thuật nặng, nhiều biến chứng và có tỷ lệ

TV cao trong khi cắt đoạn tá tràng có thể đạt được diện cắt R0 và có thể giữ lại đầu tụy.

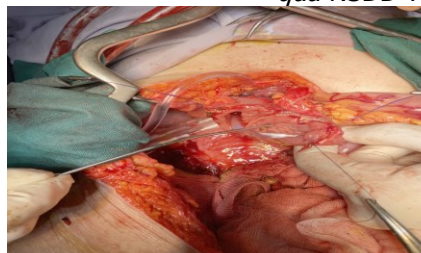


Ảnh 2: Khối u xâm lấn cơ thắt lưng chậu, kích thước > 10 cm, ăn thủng D2-D3 tá tràng



Ảnh 3: Khối U xâm lấn gây thủng D2-D3 tá tràng

(Không phát hiện thủng vào tá tràng qua NSDD và CLVT)



Ảnh 4: Cắt đoạn D2-D3 tá tràng

V. KẾT LUẬN

Ung thư đại tràng phải xâm lấn tá tràng và hoặc đầu tụy là tổn thương có thể phẫu thuật triệt căn (diện cắt R0) khi chưa có di căn xa. Phẫu thuật triệt căn bao gồm cắt 1/2 đại tràng phải và cắt khối tá tụy có tỷ lệ tử vong và biến chứng cao đối với bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao và nhiều bệnh toàn thân phối hợp. Mổ cắt 1/2 ĐTP và cắt đoạn tá tràng hoặc cắt 1/2 ĐTP và cắt tá tràng hình chêm là lựa chọn phù hợp, có tỷ lệ tử vong và biến chứng thấp, khi ung thư chỉ xâm lấn tá tràng với điều kiện đạt được diện cắt an toàn (1cm cách vùng tá tràng xâm lấn). Mổ cắt 1/2 ĐTP palliative (diện cắt R1-2) hoặc nổi tắt có thời gian sống thêm ngắn (từ 9- 11 tháng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joe-Bin Chen, Shao-Ciao Luo, Chou-Chen

- Chen:** Colo-pancreaticoduodenectomy for locally advanced colon carcinoma- feasibility in patient presenting with acute abdomen. *World Journal of Emergency Surgery.*2021 16:7;1-9
- Nadeida Cojocari et al:** Right-sided colon cancer with invasion of the duodenum or pancreas: A glimpse into experience. *Experimental and Therapeutic Medicine* 22:178, 2021.
 - Won-Suk Lee, Woo Yong Lee, Ho-Kyung Chun, Seong Ho Choi:** En Bloc Resection for Right Colon Cancer Invading Duodenum or Pancreatic Head. *Yonsei Medical Journal.*2009.50.6.803
 - Berrosi F Celis J, Ruiz E, Payet E.** En bloc pancreaticoduodenectomy for right colon cancer invading adjacent organs. *J Surg Oncol.*2002; 79(3):194-7.
 - Koea JB, Colon K, Paty PB, Guillem JG, Cohen AM:** Pancreatic or duodenal resection or both for advanced carcinoma of the right colon: is it justified? *Dis Colon Rectum.*2000;43(4): 460-5.
 - Curley SA, Evans DB, Ames FC.** Resection for cure carcinoma of the colon directly invading the duodenum or pancreatic head. *J Am Coll Surg.*1994; 179 (5): 587-92.
 - Hoxha FT et al:** Locally Advanced Colon Cancer Infiltrating Duodenum and Pancreas in Young Women, Case report and the Literature Review. *Thromb Haemost Res* 4(3) 2020:1-3
 - Pei Gen Lui et al:** Right hemicolectomy combined with duodenum-Jejunum Roux en Y anastomosis for hepatic colon carcinoma invading the duodenum: A single-center case series. *World J Clin Cases.*2023.11(5):1049-1057.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN TỪ THÁNG 12/2020 ĐẾN THÁNG 4/2021

Phạm Thị Cẩm Hưng¹, Lê Văn Thêm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 12/2020 đến tháng 4/2021.
Phương pháp: Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Đa số người bệnh là nam giới (54,8%), tuổi ≥60 (75,8%), có tiền sử tăng huyết áp (72,6%). Đa số người bệnh có thời điểm khởi phát bệnh từ 0-6h (41,9%), thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện 4,5-24h (67,7%). Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng đau đầu 45,2%; chóng mặt 19,4%. Triệu chứng lâm sàng: liệt nửa người chiếm 69,4%, liệt VII trung ương 51,6%, rối loạn cảm giác 64,5%. Điểm Glasgow khi vào viện trung bình là 13,48 ± 1,35. Điểm NIHSS khi vào viện trung bình là 7,27 ± 3,34. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng: liệt nửa người chiếm 69,4%, liệt VII trung ương 51,6%, rối loạn cảm giác 64,5%. Điểm Glasgow khi vào viện trung bình là 13,48 ± 1,35. Điểm NIHSS khi vào viện trung bình là 7,27 ± 3,34

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ISCHEMIC STROKE PATIENTS TREATED AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL FROM DECEMBER 2020 TO APRIL 2021

Objective: Describing the paraclinical

characteristics of ischemic stroke patients at the Hospital Saint Paul General Hospital from December 2020 to April 2021. **Methods:** Cross-sectional descriptive study **Research results:** The majority of patients were males (54.8%), age ≥60 (75.8%), with a history of hypertension (72.6%). Most patients experienced the onset of illness from 0 to 6 a.m. (41.9%), duration of onset to hospital admission was 4.5-24 hours (67.7%). Clinical characteristics included headache symptoms in 45.2% and dizziness in 19.4%. Clinical symptoms comprised hemiplegia in 69.4%, facial paralysis in 51.6%, and sensory disorder in 64.5%. The mean of Glasgow score and NIHSS score at hospital admission were 13.48 ± 1.35 and 7.27 ± 3.34 respectively. **Conclusion:** Clinical symptoms comprised hemiplegia in 69.4%, facial paralysis in 51.6%, and sensory disorder in 64.5%. The mean of Glasgow score and NIHSS score at hospital admission were 13.48 ± 1.35 and 7.27 ± 3.34 respectively.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là vấn đề thời sự của y học và luôn được quan tâm trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam vì mức độ thường gặp và tỉ lệ tử vong cao, để lại nhiều di chứng nặng nề về lao động, sinh hoạt cho bệnh nhân và là gánh nặng đến kinh tế cho gia đình và xã hội [1].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), đột quỵ não là một trong mười nguyên nhân gây tử vong cao nhất, đứng hàng thứ ba sau bệnh tim mạch và ung thư. Ở Việt Nam, tỷ lệ đột quỵ não trung bình hằng năm là 416/100.000 dân, tỷ lệ mới mắc là 152/100.000 dân [2]. Đột quỵ não bao gồm: xuất huyết não và nhồi máu não. Trong

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng
Email: phamcamhungal@hmtu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024
Ngày duyệt bài: 25.4.2024