

Các chỉ số BTNT theo thời gian ở người bệnh Đái tháo đường typ 2 có đường huyết không ổn định giảm hơn so với người bình thường. SDNN, ASDNN, SDANN tương quan thuận với HbA1c ở nhóm đường huyết cao và tương quan nghịch mức độ vừa với HbA1c ở nhóm hạ đường huyết và tương quan yếu với nồng độ đường huyết.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Guideline ADA 2020.** Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2020 | Diabetes Care.
2. **Huỳnh Văn Minh.** Holter Điện Tâm Đồ 24h Trong Bệnh Lý Tim Mạch.
3. **Kudat, H.; và cs.** Heart Rate Variability in Diabetes Patients. J. Int. Med. Res. **2006**, 34 (3), 291–296.

4. **Vukomanovic, V. và cs.** Association between Functional Capacity and Heart Rate Variability in Patients with Uncomplicated Type 2 Diabetes. Blood Press. **2019**, 28 (3), 184–190.
5. **Benichou, T. và cs.** Heart Rate Variability in Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE **2018**, 13 (4), e0195166.
6. **Victoria L Fisher và cs.** Cardiac autonomic neuropathy in patients with diabetes mellitus: current perspectives. Dovepress J. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy 2017:10 419–434.
7. **Chow, E; và cs.** Risk of Cardiac Arrhythmias During Hypoglycemia in Patients With Type 2 Diabetes and Cardiovascular Risk. Diabetes **2014**, 63 (5), 1738–1747.

## 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

Thái Nguyên Hưng\*

#### TÓM TẮT

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do ung thư hang môn vị dạ dày là một biến chứng của ung thư dạ dày. Cho tới nay việc điều trị phẫu thuật (PT) còn gặp nhiều khó khăn do bệnh nhân (BN) thường đến muộn, khối ung thư đã xâm lấn những thành phần xung quanh, DI, DII tá tràng, đầu tụy, cuống gan... do đó PT trở thành thách thức lớn giữa PT triệt căn, PT làm sạch hay PT tạm thời. Mặt khác, cấu trúc giải phẫu và đặc điểm sinh lý vùng cuống gan, tá tràng, đầu tụy phức tạp nên phẫu thuật có tỷ lệ thất bại, tai biến và biến chứng khá cao, khó thực hiện. Bởi vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật XHTH do ung thư hang môn vị xâm lấn DI, DII tá tràng, đầu tụy. **Phương pháp nghiên cứu (NC):** Phương pháp mô tả hồi cứu. **Đối tượng NC:** Bệnh nhân được chẩn đoán XHTH do ung thư hang môn vị dạ dày, được điều trị PT tại khoa ngoại bụng 2, bệnh viện K, có tổn thương trong mô là ung thư hang môn vị xâm lấn đầu tụy và/hoặc DI, DII tá tràng. **Địa điểm:** Bệnh viện K Trung ương. **Thời gian:** 1/2019-12/2020. **Kết quả nghiên cứu:** Có 8 bệnh nhân, 100% là nam, tuổi trung bình: 59,9 tuổi; 62,5% là phân đen, 37,5% nôn máu và ỉa phân đen, 75,0% khám sờ thấy khối u, thiếu máu nhẹ: 5/8(62,5%), thiếu máu vừa: 3/8.(37,5%). Nội soi dạ dày(NSDD): Forrest Ib: 1/8 (12,5%), Forrest IIC: 7/8(87,5%), 75% ung thư hang môn vị, hẹp môn vị (HMOV), 25% ung thư hang môn vị xâm lấn DI, DII. Tổn thương trong mô: 87,5% ung thư đã xâm lấn DI,

DII, 12,5% ung thư xâm lấn đầu tụy, 3/8(37,5%) ung thư thủng (xâm lấn DI, DII, thủng vào đầu tụy). Xử trí PT: 100% các trường hợp được cắt 4/5 DD, đóng móm tá tràng mũi rời kiểu con sên (khó khăn), 01 BN đóng móm tá tràng kết hợp dẫn lưu (DL) móm tá tràng. Không có BN nào tử vong. Biến chứng sau mổ: 1 BN viêm tụy cấp hoại tử, rò miệng nối điều trị nội khoa. Kết quả GPB: Giai đoạn IB:1(12,5%), giai đoạn IIIA: 3(37,5%), giai đoạn IIIB: 3 (37,5%), giai đoạn IIIC:1 (12,5%). **Kết luận:** XHTH do ung thư hang môn vị dạ dày xâm lấn DI, DII tá tràng, đầu tụy là ung thư dạ dày đến muộn, có thể đã thủng vào DI, DII tá tràng, đầu tụy. Đa số tổn thương DI, DII tá tràng và đầu tụy chỉ được phát hiện trong mổ. Xử trí PT khó khăn, có thể đóng móm tá tràng mũi rời (kiểu con sên) hoặc dẫn lưu móm tá tràng.

#### SUMMARY

#### TO EVALUATE THE SURGICAL RESULT OF BLEEDING DISTAL GASTRIC CANCER INVALIDING DI, DII DUODENUM AND HEAD OF PANCREAS

Bleeding distal gastric cancer invading DI, DII duodenum and head of pancreas is a complication of distal gastric cancer. The lesions could be combination of pyloric stenosis, perforation to DI, DII of duodenum. The surgical management needed good technical skills of closing duodenum stump as well as making ist drainage in case of closing stump duodenum difficulty. **Study aims:** To Evaluate the result of surgical management of bleeding distal gastric cancer that invade DI, DII duodenum and/or head of pancreas. **Patient and method:** Retrospective study. All the patients who had bleeding distal gastric cancer invading the head of pancreas and/or DI, DII of Duodenum. **Period:** 1/2019-12/2020. **Results:** 8 patients, 100% males, mean age

\*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: Thainguynhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.9.2021

Ngày duyệt bài: 10.9.2021

59,9; melena in 62,5%, hematemesis and melena in 37,5%. Endoscopic results (preoperation) Pyloroantriccancer with stenosis in 75,0%. Pyloroantriccancer invading DI, DII of Duodenum in 25,0%. Lesions (peroperation): 87,5% tumors invade DI, DII; 12,5% of tumors invade the head of pancreas, 37,5% of tumors perforated into head of pancreas. Surgical methode: Subtotal gastrectomy with interrupted closure of duodenal stump in 87,5% (DII lymph node dissection). Subtotal gastrectomy with Duodenal drainage in 12,5% (DII lymph node dissection). Complication postoperation: 1 patient had pancreatic necrosis and annastomotic leakage that stopped with medical treatment (continuous aspiration). There is no death per and post opeeration.

**Conclusion:** We conclude that distal gastric bleeding cancer invading DI, DII Duodenum and head of pancreas are serious lesions that require technical skills and good surgical method of duodenal stump closure as well as duodenal drainage in case of difficulty in its closure.

**Keywords:** Bleeding gastric cancer, duodenal stump closure.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

XHTH do ung thư dạ dày là một cấp cứu thường gặp với tỷ lệ ngày càng cao. Mặc dù đã ứng dụng nhiều phương pháp để chẩn đoán và điều trị nhưng tỷ lệ tử vong còn khá cao (tỷ lệ này với XHTH cao là 10-11%). Mặt khác bệnh nhân ung thư hang môn vị dạ dày thường đến muộn khi ung thư đã xâm lấn đầu tụy, DI, DII tá tràng hay cuống gan đặt ra nhiều thách thức cho phẫu thuật viên trong phẫu thuật triệt căn, đặc biệt là những trường hợp XHTH nặng có mạch huyết áp không ổn định hoặc ung thư đã thủng vào đầu tụy, DI, DII tá tràng. Bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu mô tả những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh lý XHTH do ung thư hang môn vị dạ dày xâm lấn đầu tụy, DI, DII tá tràng, cuống gan.

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

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả những trường hợp XHTH do ung thư hang môn vị dạ dày xâm lấn đầu tụy và/hoặc DI, DII tá tràng (phát hiện trước và trong mổ) được đưa vào NC theo mẫu hồ sơ định sẵn bao gồm: tên, tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng (CLS), siêu âm bụng (SA) chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CLVT), nội soi dạ dày (NSDD), đánh giá tổn thương trong mổ, kết quả mổ, kết quả giải phẫu bệnh (GPB).

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**Thời gian:** 1/2019-12/2020.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 8 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu (NC). Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 59,9 tuổi. Giới: 100% BN là nam.

#### Triệu chứng lâm sàng:

**Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng**

| Triệu chứng lâm sàng  | n | %    |
|-----------------------|---|------|
| Ỉa phân đen           | 5 | 62,5 |
| Nôn máu + ỉa phân đen | 3 | 37,5 |
| Khám sờ thấy u        | 6 | 75,0 |
| Không sờ thấy u       | 2 | 25,0 |
| Hẹp môn vị (HMOV)     | 3 | 37,5 |
| Không hẹp môn vị      | 5 | 62,5 |

**Xét nghiệm máu:** Thiếu máu nhẹ: 5 BN (62,5%); thiếu máu vừa 3 BN (37,5%)

**Kết quả nội soi dạ dày (NSDD):**Theo Forrest: Ib: 1 BN(12,5%); Iic: 7 BN (87,5%).

**Tổn thương ung thư hang môn vị qua NSDD:**

**Bảng 2: Tổn thương ung thư hang môn vị qua NSDD**

| Tổn thương                              | n        | %            |
|---|----------|--------------|
| Ung thư thâm nhiễm hang môn vị, hẹp     | 6        | 75,0         |
| Ung thư thâm nhiễm hang môn vị tá tràng | 2        | 25,0         |
| <b>Tổng</b>                             | <b>8</b> | <b>100,0</b> |

Các trường hợp hẹp môn vị không soi được xuống tá tràng.

#### Kết quả sinh thiết(ST):

Ung thư biểu mô tuyến(BMT) kém biệt hóa: 5/8 (62,5%)

Ung thư BMT biệt hóa vừa: 1/8 (12,5%)

Ung thư BMT biệt hóa cao: 1/8 (12,5%)

Ung thư biểu mô tế bào nhân: 1/8 (12,5%)

#### Kết quả chụp cắt lớp vi tính( CLVT)

**Bảng 3: Kết quả chụp CLVT**

| Tổn thương              | n | %    |
|-------------------------|---|------|
| Dày thành dạ dày < 2cm  | 1 | 12,5 |
| Dày thành dạ dày 2-5 cm | 4 | 50,0 |
| Dày thành dạ dày >5 cm  | 2 | 25,0 |
| Không dày thành dạ dày  | 1 | 12,5 |
| Có hạch ổ bụng          | 4 | 50,0 |
| Không có hạch ổ bụng    | 4 | 50,0 |
| Có dịch ổ bụng          | 2 | 25,0 |
| Không có dịch ổ bụng    | 6 | 75,0 |

#### Tổn thương trong mổ:

**Bảng 4: Tổn thương trong mổ**

| Tổn thương  | n (%)    |
|---|----------|
| Ung thư hang môn vị xâm lấn DI+DII                      | 1(12,5%) |
| Ung thư hang môn vị thủng vào đầu tụy, xâm lấn DI-DII * | 2(25%)   |
| Ung thư hang môn vị thủng vào                           | 1(12,5%) |

| đầu tụy *                                     |          |
|---|----------|
| Ung thư hang môn vị xâm lấn DI-DII, cuống gan | 4(50%)   |
| Kích thước (KT) ung thư 5-8 cm                | 5(62,5%) |
| KT ung thư > 8 cm                             | 3(37,5%) |

\*Có 3/8 trường hợp ung thư đã thủng

**Cách thức phẫu thuật (PT):** Cắt 4/5 DD triệt căn, vét hạch DII, đóng móm tá tràng mũi rời (kiểu con sên).

Cắt 4/5 dạ dày triệt căn, vét hạch DII - dẫn lưu móm tá tràng (không đóng được móm tá tràng do ung thư xâm lấn DII sát bóng Vater).

**Tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ:** Không có BN nào tử vong

Biến chứng: 1 BN viêm tụy cấp hoại tử vào động mạch của mạc treo đại tràng phải gây sốc mất máu ngày thứ 6 sau mổ cắt dạ dày, mổ cấp cứu khâu cầm máu. Xuất hiện rò miệng nổi sau mổ lần 2 được đặt sonde qua vết mổ hút rửa liên tục, dẫn lưu móm tá tràng ra tốt, BN được nhét rau thai 3 lần sau đó BN hết rò.

**Giai đoạn bệnh:** Giai đoạn IB:1 BN (12,5%), giai đoạn IIIA: 3BN (37,5%); giai đoạn IIIB:3 (37,5%), giai đoạn IIIC:1 BN (12,5%).

#### IV. BÀN LUẬN

Điều trị phẫu thuật XHTH do ung thư vùng hang môn vị còn gặp rất nhiều khó khăn do BN thường đến viện muộn, thiếu máu và mất máu nhiều trên BN có khối u lớn nhiều trường hợp đã thủng bít, hẹp môn vị...[5]

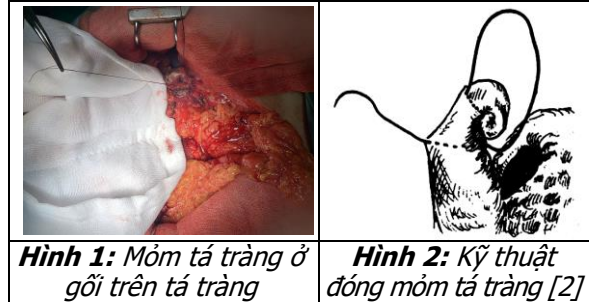
Số liệu của chúng tôi cho thấy có 3 trường hợp XHTH do ung thư dạ dày đã thủng trong đó 2 BN thủng vào đầu tụy, DI, DII, 01 trường hợp thủng vào đầu tụy. Các trường hợp này vừa XHTH vừa thủng do ung thư hang môn vị nên chỉ định cắt dạ dày cầm máu và kết hợp xử trí tổn thương thủng. Tuy nhiên việc đóng móm tá tràng trong trường hợp ung thư dạ dày xâm lấn DI, DII rất khó khăn vì móm tá tràng rất mũn, lại sát bóng vater do vậy có thể gây rò móm tá tràng và tắc mật. Trong 8 BN này có 1 trường hợp chúng tôi không đóng được móm tá tràng mà phải dẫn lưu móm tá tràng do tổn thương hang môn vị lớn (khoảng 10cm) đã thủng vào đầu tụy và DII, sát bóng Vater. BN này hậu phẫu ổn định, DL móm tá tràng ra tốt nhưng ngày thứ 6 sau mổ xuất hiện chảy máu trong ổ bụng phải mổ cấp cứu. Mổ ra là viêm tụy cấp hoại tử vào mạch máu mạc treo đại tràng ngang gây chảy máu, mổ khâu cầm máu. Sau mổ lần 2 BN xuất hiện rò miệng nổi vị tràng được xử trí luồn sonde qua vết mổ hút liên tục. BN này DL móm tá tràng ra tốt (600ml-800ml/ngày) kết hợp hút

liên tục sau đó được điều trị rò miệng nổi bằng nhét rau thai (3 lần). Lượng dịch qua vết mổ giảm dần và hết sau khoảng 1 tháng. Sau đó chúng tôi rút DL móm tá tràng sau 3 tháng.

Rò miệng nổi vị tràng theo Trịnh Hồng Sơn gặp 0,98% (3/306), có 2 BN tử vong. Đỗ Đức Văn và CS gặp 0,8% (n=717), Phạm Duy Hiền và CS gặp 1,2% (n= 169)[1].

Rò móm tá tràng thường gặp khi cắt dạ dày do loét dạ dày tá tràng lành tính đặc biệt là loét sâu ở DI, DII tá tràng. Loét mặt sau thủng, trong lỗ BN của chúng tôi có trường hợp trên DL móm tá tràng chủ động, còn lại các BN khác mặc dù tổn thương hang môn vị xâm lấn DI, DII, đóng móm tá tràng rất khó khăn nhưng không có BN nào rò móm tá tràng. Tỷ lệ rò móm tá tràng theo Phạm Duy Hiền và CS khoảng 1-2% [1].

Chúng tôi nhận thấy rằng các tổn thương vùng DI-DII và đầu tụy xử trí gặp nhiều khó khăn do không có chụp đường mật trong mổ trên bệnh nhân XHTH có mạch huyết áp không ổn định nên việc thăm dò tổn thương xâm lấn bóng Vater gặp rất nhiều khó khăn.



**Hình 1:** Móm tá tràng ở gối trên tá tràng

**Hình 2:** Kỹ thuật đóng móm tá tràng [2]

Thái Nguyên Hưng nghiên cứu 28 BN điều trị phẫu thuật XHTH tại BV K [3] cho thấy có 3 trường hợp XHTH do Kissing ulcer ở DI, DII tá tràng (loét 2 mặt) gây sốc mất máu được mổ cấp cứu. Hai trong ba BN này được PT mở DII khâu cầm máu, nổi vị tràng. Trường hợp còn lại sốc mất máu nặng, HA chỉ 50-60 mmHg, mạch 140 l/phút, tổn thương loét 2 mặt tá tràng trong đó mặt sau loét 2,5-3cm đã thủng vào tụy và động mạch (ĐM) vị tá tràng chảy máu thành tia (đã thất bại qua can thiệp nội soi, chuyển thẳng phòng mổ cấp cứu). BN được cắt túi mật, dùng stylet qua ống cổ túi mật xuống thấy loét mặt sau có kích thước lớn thủng vào ĐM vị tá tràng và ăn vào đường mật (mặt trước loét 1cm tá tràng, không chảy máu). BN này được PT cắt 2/3 dạ dày lấy tổn thương loét 2 mặt tá tràng hoại tử, dẫn lưu (DL) móm tá tràng, khâu và DL đường mật qua Kehr 10 Fr, sau mổ BN không chảy máu, rò mật giảm dần, DL móm tá tràng ra tốt.

Số liệu 28 BN trên còn cho thấy có 5/28 trường hợp XHTH do ung thư hang môn vị dạ dày xâm lấn cuống gan, DI và gờ trên được cắt dạ dày bán phần và đóng móm tá tràng mũi rời (móm tá tràng sâu, mủn, khó đóng) [3]

Như vậy khi tổn thương ung thư dạ dày vùng hang môn vị xâm lấn DI, DII, đầu tụy hoặc những tổn thương loét thủng hoại tử chảy máu việc PT triệt để lấy tổn thương, cầm máu và điều trị triệt căn, dẫn lưu móm tá tràng là kỹ thuật vừa làm giảm nguy cơ rò móm tá tràng, đảm bảo an toàn cho miệng nối đồng thời tránh tổn thương bóng Vater. Chúng tôi thường dẫn lưu trực tiếp qua móm (không dẫn lưu qua thành bên tá tràng).

Mặt khác kỹ thuật đóng móm tá tràng cũng mang tính quyết định cho PT triệt căn, lấy triệt để tổn thương (XHTH): Toàn bộ 8 BN này đều được đóng móm tá tràng mũi rời kiểu con sên, đây là kỹ thuật được áp dụng nhiều khi móm tá tràng sâu ở gờ trên hoặc DII gặp trong loét mặt sau tá tràng, loét lớn hoại tử vào ĐM vị tá tràng và /hoặc đường mật, làm biến đổi giải phẫu vùng DII dẫn tới đóng móm tá tràng cũng như nhận định tổn thương xâm lấn bóng Vater và đường mật rất khó khăn.

Đóng móm tá tràng với tổn thương sâu như vậy rất cần chụp đường mật trong mổ. Ở nhiều nước chụp đường mật trong mổ là kỹ thuật thường quy đối với cắt túi mật nội soi, tuy nhiên ở nước ta, kỹ thuật chụp đường mật trong mổ chưa được ứng dụng nhiều. Để phát hiện và/hoặc tránh làm tổn thương đường mật chúng tôi cắt túi mật sau đó qua ống cổ túi mật dùng stylet hoặc sonde 8-10 FR xuống phần thấp ống mật chủ và tá tràng để thăm dò đường mật [6]. Số liệu cho thấy từ T8/1998-8/1999 tại BV Chợ Rẫy: 170 bệnh nhân thủng do loét dạ dày tá tràng, 12 BN thủng do ung thư dạ dày (chiếm 7%) [7].

Thống kê của Nguyễn Võ Vĩnh Lộc cho thấy trong 50 bn thủng dạ dày do ung thư dạ dày được PT: Không có BN nào được PT triệt căn: 17 Bn được cắt u làm sạch, 33 BN được khâu lỗ thủng hay PT Newmann. Biến chứng 14% (7/50) và tử vong 12%(6/50) [4].

Như vậy cả 8 BN trong NC này đều được cắt dạ dày triệt căn, nạo vét hạch DII. Kết quả PT cho thấy không có trường hợp nào rò móm tá tràng. Có 1 BN được DL móm tá tràng chủ động.

Kết quả GPB cho thấy có tới 7/8 BN giai đoạn III (IIIa:3, IIIb:3, IIIc:1), 1 BN giai đoạn Ib.

Trường hợp này (GFB: GĐ 1b) XHTH và hẹp môn vị do khối ung thư hang môn vị xâm lấn môn vị, gờ trên tá tràng. Chụp CLVT: khối u KT

86-22mm hang môn vị gây hẹp, tổn thương trong mổ là khối u hang môn vị xâm lấn cuống gan và gờ trên tuy nhiên kết quả GPB u chỉ xâm lấn tới lớp cơ (tế bào nhẵn).

Đánh giá trong mổ cũng cho thấy có tới 62,5% các BN có khối ung thư 5-8cm, 3 BN có khối u >8cm.

Đối chiếu NSDD với phẫu thuật cũng cho thấy chỉ có 2 trường hợp NSDD phát hiện có tổn thương tá tràng trước mổ. Sáu BN còn lại khối ung thư đã gây hẹp môn vị (HMOV), bởi vậy tổn thương DI, DII chỉ được phát hiện trong mổ.

Trên lâm sàng có 3 BN có triệu chứng hẹp môn vị rõ (HMOV) tuy nhiên NSDD có 6 BN hẹp môn vị cho thấy những bệnh nhân HMOV này là hẹp không hoàn toàn nên lâm sàng không biểu hiện rõ.

Trần Thiện Trung và CS từ 1/2001- tháng 5/2005 có 35 trường hợp HMOV trong đó 23 BN hẹp môn vị do ung thư dạ dày, 12 BN do loét. Các BN ung thư dạ dày có 12 BN được cắt dạ dày bán phần dưới, nạo hạch DII; có 6 BN cắt dạ dày làm sạch; 4 BN được nối vị tràng, 1 BN được mở thông hồng tràng [7].

Đặc điểm lâm sàng của những BN trong NC này cho thấy biểu hiện của XHTH chủ yếu là ỉa phân đen số lượng ít và vừa, NSDD có 1 BN có Forrest Ib, 7/8 bệnh nhân NSDD có máu đen trong dạ dày. Như vậy XHTH do ung thư hang môn vị thường biểu hiện nhẹ, chảy máu rỉ rả không chảy dữ dội như XHTH do loét dạ dày tá tràng, đặc biệt là ổ loét sâu mặt sau tá tràng thủng vào ĐM vị tá tràng [3], [6].

## V. KẾT LUẬN

XHTH do ung thư hang môn vị dạ dày xâm lấn DI, DII, đầu tụy thường là XHTH nhẹ và vừa.

Tổn thương thường phối hợp với thủng loét vào đầu tụy, DI, DII tá tràng (3/8 BN), gây hẹp môn vị (6/8 BN). Các tổn thương DI, DII ít được phát hiện trước mổ do hẹp môn vị nên NSDD không xuống được tá tràng.

Các trường hợp ung thư hang môn vị xâm lấn DI, DII thủng vào đầu tụy và/hoặc xâm lấn cuống gan kết hợp XHTH có móm tá tràng mủn và sâu tới gờ trên thậm chí tới DII nên đóng móm tá tràng khó khăn.

Đóng móm tá tràng mũi rời (kiểu con sên): Là phương pháp xử trí móm tá tràng có kết quả tốt, có thể dẫn lưu móm tá tràng khi tổn thương sâu gần bóng Vater, khó hoặc không thăm dò được đường mật [3].

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Duy Hiến (2007), Ung thư dạ dày, Nhà

- xuất bản Y học.
- Vương Hùng (1997)**, Kỹ thuật ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học.
  - Thái Nguyên Hưng (2020)**: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa cao, Đề tài cơ sở BV K.
  - Nguyễn Võ Vĩnh Lộc (2013)**: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị thủng dạ dày do ung thư, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
  - Thái Nguyên Hưng và Bùi Thanh Thiện (2021)**, "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa cao do ung thư hang môn vị dạ dày.", Tạp chí Y học Việt Nam. 504(2).
  - Thái Nguyên Hưng và Trịnh Văn Tuấn (2013)**, "Điều trị phẫu thuật chảy máu đường mật do sỏi có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm", Tạp chí nghiên cứu Y học. 83(3).
  - Trần Thiện Trung (2014)**, Ung thư dạ dày bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị, NXB Y học.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP AN THẦN DO BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN BẰNG PROPOFOL ĐỂ CHỌC HÚT NOÃN THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Nguyễn Hoàng Định<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Ánh<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Lam<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phương pháp an thần do bệnh nhân tự kiểm soát bằng propofol (PCS) để chọc hút noãn thụ tinh trong ống nghiệm. **Phương pháp:** Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh, 60 bệnh nhân chọc hút noãn được phân bố ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm 1 (nhóm PCS, n<sub>1</sub> = 30) sử dụng phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển (thuốc Propofol 1%, mỗi lần bệnh nhân bấm máy sẽ bơm vào 20mg, không cài thời gian trễ. Nhóm 2 (nhóm GM, n<sub>2</sub> = 30) là nhóm gây mê tĩnh mạch thông thường (thuốc Propofol 1% liều 2mg/kg tĩnh mạch ngắt quãng do người gây mê kiểm soát). Bệnh nhân của 2 nhóm đều được sử dụng 0,05 mg 50 mcg fentanyl tiêm tĩnh mạch và gây tê cạnh cổ tử cung bằng 100mg lidocain 1%. Chúng tôi đánh giá mức độ an thần (OAA/S), tổng liều propofol, thời gian hồi tỉnh và xuất viện, tỉ lệ cử động của bệnh nhân khi làm thủ thuật, mức độ hài lòng của bệnh nhân và phẫu thuật viên. **Kết quả:** Nhóm PCS mức độ an thần trung bình từ 3,87 đến 4,2 điểm trong khi nhóm GM có mức độ an thần từ 1,6 đến 2,1 điểm (do lượng propofol tiêu thụ ở nhóm PCS là 52,7±11,1 mg thấp hơn so với nhóm GM (151,7±18,9 mg), thời gian hồi tỉnh và thời gian xuất viện của nhóm PCS (1,7 ± 0,5 và 56,6 ± 15,4) cũng thấp hơn so với nhóm GM (6,9± 1,9 và 86,5 ± 25,4) với p < 0,05. Tỉ lệ bệnh nhân cử động trong khi làm thủ thuật, mức độ hài lòng của phẫu thuật viên và của bệnh nhân của 2 nhóm không có sự khác biệt. **Kết luận:** Phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển (PCS) bằng Propofol, phối hợp với gây tê cạnh cổ tử cung bằng lidocain trong chọc hút noãn có hiệu quả vô cảm tốt, giúp bệnh nhân giảm tình trạng an thần sâu, giảm lượng thuốc mê tiêu thụ,

giảm thời gian hồi tỉnh và thời gian xuất viện so với nhóm gây mê tĩnh mạch thông thường.

**Từ khóa:** An thần tự kiểm soát, gây tê Paracervical block, chọc hút noãn, nhu cầu propofol, điểm OAA/S).

### SUMMARY

#### PATIENT CONTROLLED SEDATION BY PROPOFOL FOR OOCYTE RETRIEVAL PROCEDURE

**Objectives:** Evaluation of the effectiveness of patient-controlled sedation with propofol (PCS) for in vitro fertilization. **Methods:** Prospective, randomized, comparative clinical trial, 60 patients with oocyte retrieval were randomly assigned to 2 groups. Group 1 (PCS group, n<sub>1</sub> = 30) used patient-controlled sedation (Propofol 1% drug, each time the patient presses the machine will inject 20mg, no refractory time set Group 2 (GM group), n<sub>2</sub> = 30) was the usual intravenous anesthesia group (Propofol 1% dose 2mg/kg intravenous intermittent controlled by the anesthesiologist). Patients in both groups received 0.05 mg 50 mcg fentanyl. intravenous injection and paracervical anesthesia with 100mg lidocaine 1%. We assessed the degree of sedation (OAA/S), total dose of propofol, time to recovery and discharge, and the patient's movement rate during procedure, patient and surgeon satisfaction. **Results:** The PCS group had an average sedation level of 3.87 to 4.2 points while the GM group had a sedation level of 1.6 to 2.1 points (due to the amount of propofol consumed in the PCS group was 52.7±11 points). 1 mg lower than GM group (151.7±18.9 mg), recovery time and hospital discharge time of PCS group (1.7±0.5 and 56.6±15.4) as well. lower than that of the GM group (6.9±1.9 and 86.5±25.4) with p < 0.05. The percentage of patients moving during the procedure, the surgeon's satisfaction level and of patients of the 2 groups there was no difference. **Conclusion:** Patient-controlled sedation (PCS) with Propofol, combined with paracervical anesthesia with lidocaine in oocyte retrieval has good analgesia, helps patients reduce deep sedation, reduce anesthetic consumption,

<sup>1</sup>Bệnh viện A Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản HN

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Định

Email: Hoangdinhgmhs@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.9.2021

Ngày duyệt bài: 10.9.2021