

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA NẶNG DO LOÉT TÁ TRÀNG KISSING ULCER THÙNG VÀO ĐỘNG MẠCH VỊ TÁ TRÀNG VÀ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Thái Nguyên Hưng¹, Phan Văn Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu (NC): NC hồi cứu trên 12 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa nặng do loét tá tràng kissing ulcer thủng vào động mạch vị tá tràng và loét dạ dày, tá tràng (DDTT) tại bệnh viện K. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật (PT). **Đối tượng NC:** Tất cả những BN không phân biệt tuổi giới, được chẩn đoán là loét DD-TT, được điều trị phẫu thuật (PT) tại BV K. **Phương pháp NC:** Mô tả hồi cứu. **Thời gian:** 2018-2022. **Kết quả NC:** Có 12 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC, 100% là nam, tuổi TB là 59,5 (từ 49-78t). Tất cả các BN đều có bệnh lý ung thư hay bệnh lý nội khoa phối hợp, 3 BN có tiền sử (TS) thủng cũ DD-TT. Nội soi DD-TT trước mổ: 5/12 BN (41,7%) XHTH do UTDD, 6/12 BN (50%) do loét hành tá tràng (HTT) hoặc tá tràng (TT), 1 BN không xác định được tổn thương; 5/12 BN (41,7%) sốc mất máu (mổ cấp cứu) đều do loét mặt sau tá tràng hay Kissin ulcer (2 BN ổ loét đối nhau) thủng vào ĐM vị tá tràng, 1 BN loét dưới vater thủng vào mạch máu đầu tụy), PT cắt 2/3 DD lấy ổ loét, dẫn lưu (DL) móm tá tràng 4/12 BN (33,3%), (1 BN dẫn lưu móm TT và Kehr), 5 BN (41,7%) mở DI-DII khâu cầm máu ổ loét, nôi vị tràng, 3 BN cắt dạ dày bán phần (XHTH do loét DD). +Không có TV trong và sau mổ. +Biến chứng: + 1 BN rò móm tá tràng sau cắt 2/3DD, DL móm tá tràng DL đường mật do loét kissing ulcer thủng vào ĐM vị tá tràng (điều trị nội hết rò). +2 BN tái XHTH (sau khâu cầm máu, để lại ổ loét): Điều trị nội khoa (PPI, Nexium). **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. Đặc biệt là những trường hợp XHTH do loét mặt sau tá tràng thủng vào đầu tụy và động mạch vị tá tràng hoặc loét kissing ulcer tá tràng (2 loét đối nhau) thường gây ra sốc mất máu. +Xử trí trong mổ gặp nhiều khó khăn do chảy máu dữ dội, thành tia, thường phải mở dạ dày khâu cầm máu trước sau đó cắt 2/3 dạ dày lấy ổ loét thủng, chảy máu (có thể cắt hang vị+lấy ổ loét). Nếu chỉ khâu cầm máu, nên cắt thần kinh (TK) X, nôi vị tràng phối hợp hoặc loại trừ ổ loét ra khỏi đường tiêu hóa phối hợp với cắt TKX, nôi vị tràng. +Khâu cầm máu đơn thuần ổ loét tá tràng chảy máu có tỷ lệ tái xuất huyết cao và ổ loét không được điều trị triệt căn.

SUMMARY

RESULT OF URGENT SURGICAL MANAGEMENT OF DUODENAL BLEEDING KISSING ULCER AND GASTRODUODENAL BLEEDING ULCER

Study aims: 1. Evaluation of clinical feature of urgent duodenal bleeding kissing ulcer and gastroduodenal bleeding ulcer. 2. The result of urgent surgical management of duodenal bleeding kissing ulcer and gastroduodenal bleeding ulcer. **Patient and method:** +Restropective study. +Time: 2018-2022. **Result:** There were 12 patients of massive duodenal bleeding kissing ulcer and gastroduodenal bleeding ulcer were observed in K hospital. The mean age was 59,5 (range 49-78 year old), 100% was male. + History feature: There were 3 patients had gastroduodenal perforation, one had bleeding duodenal ulcer, 3 others patients had colorectal cancer, one patient had esophageal cancer. + Clinical feature: Of them, hematemesis and melena in 50%, melena in 100%. Gastroduodenalcopy revealed bleeding gastric cancer in 5 patients; bleeding duodenal ulcer in 6 patients, inability to locate the bleeding lesion due to a large amount of clots in stomach and duodenum lumen but suspected the bleeding lesion in the 2nd duodenum (below papillary orifice) that confirmed by multislide CT Scanner. There were 5 patients had hypovolemic shock due to blood loss and had urgent operation; 4 of the five had bleeding duodenal kissing ulcer but 2 of them had kissing ulcer eroded to gastroduodenal artery, one patient of the five had 2 duodenal ulcers but one located below papillary orifice (the bleeding ulcer). - Surgical management consisted of: 2/3 gastrectomy with duodenal ulcer ablation in 4 patients (with duodenostomy because of difficulty in closure of duodenal stump close to papille), 5 others patients had suture of bleeding duodenal ulcer for hemostasis and gastrojejunostomy, 3 others patients had subtotal gastrectomy for bleeding gastric ulcer. + Death and complication: + No death per and post operation. + There were 2 rebleeding duodenal ulcer post suture of duodenal ulcer for hemostasis that had PPI medication. + One had duodenal fistulas that recovered by medical treatment for 2 weeks. **Conclusion:** + Massive bleeding gastroduodenal ulcer and duodenal bleeding kissing ulcer was urgent surgical management especially to whom having posterior duodenal ulcer or kissing ulcer eroded to gastroduodenal artery causing hypovolemic shock with a large amount of blood loss. + There were lots of difficulty in its management due to massive bleeding kissing ulcer that eroded to gastroduodenal artery. It was necessary to suture for hemostasis prior to 2/3 gastrectomy with ulcer ablation and duodenostomy. +

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 2.3.2023

Suture for hemostasis without ulcer ablation and acid secretion zone resection or vagotomy had elevated rebleeded proportion and had no radical ulcer treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày-tá tràng (DDTT) là biến chứng của ổ loét DDTT. 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 K những năm gần đây, ngoài XHTH do ung thư dạ dày xuất hiện những trường hợp XHTH nặng do loét DDTT. 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 dưới bóng vater trên những trường hợp chảy 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: Mục tiêu nghiên cứu

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) các trường hợp XHTH nặng do loét tá tràng dạng kissing ulcer thủng vào động mạch vị tá tràng và loét DD-TT.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật XHTH do loét kissing ulcer và loét dạ dày-tá tràng.*

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 phẫu thuật BV K.

+ **Thời gian:** 2018-2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 12 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC trong đó 100% là nam.

- Tuổi: Trung bình (TB): 59,5. (Thấp nhất là 49, cao nhất là 78)

- Tiền sử (TS):

+ Thủng DDTT cũ: 3 BN (2 BN thủng ổ loét HTT, 1 BN thủng bờ cong nhỏ DD (BCN)).

+ Đã PT. Ung thư Đại trực tràng: 3 BN

+ Đã XHTH: 1 BN

+ Viêm cột sống dính khớp: 1 BN

+ Ung thư vòm: 1 BN

+ Ung thư thực quản: 1 BN (xạ trị)

+ Ung thư xương đùi trái: 1 BN
+ Xơ gan (Nghiện rượu): 1
- Triệu chứng lâm sàng:
+ Nôn máu và ỉa phân đen: 5 (41,7%)
+ Ỉa phân đen: 6 (50,0%)
+ Ỉa phân đen đỏ + nôn máu: 1 BN
+ Sond dạ dày có máu đỏ: 5 (41,7%)
- Kết quả NSDD (trước mổ):
+ XHTH do UTDD: 5 BN (41,7%)
+ XHTH do loét HT: 6 BN (50,0%)
+ XHTH không rõ tổn thương (DDTT nhiều máu cục): 1

- Can thiệp qua NSDD:

+ Nội soi DD, tiêm xơ: 1 (tiêm xơ 2 lần thất bại, tiêm xơ tại tuyến tĩnh)

+ NSDD+Clip: 3 BN (3 trường hợp này đều thất bại)

+ NSDD: không thấy tổn thương 1 BN (Loét tá tràng dưới bóng vater).

- Chụp CLVT đa dây ổ bụng (multislide)
Mạch máu dưới vater 0,6 cm đang phun máu: 1.

- Phân loại XHTH do loét DDTT theo Forrest:
+ Forrest IA: 4 BN (tổng số: 5/12 BN= 41,7%)

+ Forrest IB: 1 BN (8,3%)

+ Forrest II A: 1 BN (8,3%)

+ Forrest IIC: 5 (5/12 BN=41,7%)

+ 1 BN NSDD: Dạ dày, tá tràng nhiều máu cục, máu đỏ, DII-DIII tá tràng nhiều máu đỏ đùn lên, nhiều máu cục đỏ, không thấy tổn thương (BN này đối chiếu với tổn thương trong mổ là loét khoảng 1,5 cm dưới bóng vater đang phun máu (Forrest IA).

- Xét nghiệm máu:

+ Thiếu máu nặng: 5 BN (41,7%)

+ Thiếu máu TB: 3 BN (25,0%)

+ Thiếu máu nhẹ: 4 BN (33,3%)

- Chẩn đoán trước mổ:

+ Sốc mất máu-XHTH do loét HTT: 4

+ Sốc mất máu nghi loét DII (Dưới bóng vater): 1

+ XHTH do loét HT: 2

+ XHTH Do UTDD: 5

Bảng 1: Chẩn đoán trước mổ

STT	Chẩn đoán trước mổ	n	%
1	Sốc mất máu, XHTH do loét Tá tràng	4	33,3
2	Sốc mất máu, XHTH do loét II (dưới bóng vater)	1	8,3
3	XHTH do loét HTT (Hành Tá tràng)	2	16,6
4	XHTH do ung thư Dạ dày (UTDD)	5	41,7
	n	12	100

- Chẩn đoán sau mổ

Bảng 2: Chẩn đoán sau mổ

STT	Chẩn đoán sau mổ	n	%
1	XHTH do loét mặt sau DI-DII thủng vào ĐM vị tá tràng (2 loét đối nhau, kissing ulcer)	2	16,6
2	XHTH loét Kissing ulcer (2 loét đối nhau)	5	41,7
3	XHTH do loét mặt sau DI	1	8,3
4	XHTH loét DI-DII (1 ổ loét DI, 1 dưới bóng vater) (2 loét)	1	8,3
5	XHTH loét DD	3	25
	N	12	12

Như vậy: Tất cả BN loét tá tràng đều là loét mặt sau, 6 BN kissing ulcer, trong đó có 2 BN thủng vào ĐM vị tá tràng, (1 BN trong 2 thủng vào ĐM vị tá tràng và đường mật).

3 BN XHTH do loét DD có 1 BN loét thủng được thùy gan trái bít lại.

- Kích thích tổn thương trong mổ:

Bảng 3: Tổn thương trong mổ (vị trí và kích thước ổ loét)

STT	Tổn thương trong mổ	n	%
1	Loét tá tràng 1-2cm	3 (1BN Kissing ulcer)	25,0
2	Loét Tá tràng 2,5-3cm	5 (2 ổ loét đối nhau)	41,7
3	Loét tá tràng >4 cm	1 (loét mặt trước 1cm, mặt sau > 4cm)	8,3
4	Loét DD 4-5cm	3	25,0
	n	12	

- Phương pháp mổ:

Bảng 4: Phương pháp mổ

STT	Phương pháp mổ	n	%
1	Cắt 2/3DD-lấy ổ loét, DL móm tá tràng	3	25,0
2	Cắt 2/3 DD. Lấy ổ loét, DLkehr và DL móm tá tràng	1	8,3
3	Khâu cầm máu ổ loét, Nối vị tràng	5	41,7
4	Cắt dạ dày bán phần (loét DD)	3	25,0
	n	12	

- Lượng máu truyền:

+ > 6 đv: 5 BN (Sốc mất máu)

+ > =2 ĐV: 4 BN.

+ không truyền máu: 3 BN (Loét DD)

- Không có TV trong và sau mổ:

- Biến chứng sau mổ: 3 BN (30,0%)

+ 1 BN rò móm tá tràng số lượng ít, điều trị nội.

+ 1 BN rò mật điều trị nội.

+ 1 BN chảy máu tái phát sau khâu cầm máu ổ loét, nối vị tràng điều trị nội (PPI).

IV. BÀN LUẬN

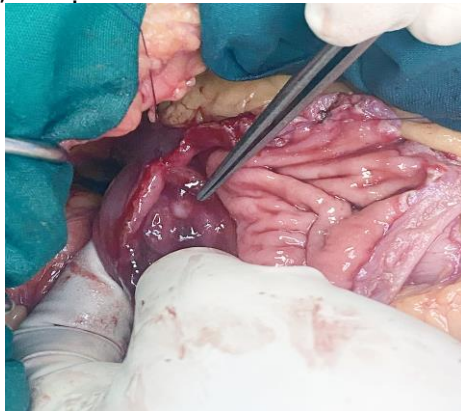
Loét DDTT có thể gây ra 3 biến chứng chính là XHTH, thủng ổ loét DDTT, hẹp môn vị trong đó thủng ổ loét DDTT thường gặp ổ loét ở mặt trước DDTT. Biến chứng XHTH có thể gặp ở cả 2 mặt trước và sau của DDTT tuy nhiên những XHTH nặng hoặc sốc mất máu hiếm khi do loét mặt trước HTT mà thường gặp những ổ loét sâu, xơ chai, ăn thủng vào mặt sau tá tràng và thường loét thủng vào tụy và nhánh hoặc động mạch vị tá tràng gây chảy máu dữ dội (thành tia) dẫn đến sốc mất máu.

Mặt khác những ổ loét này thường đã hoại tử, có nền ổ loét xơ chai rộng, mủn nát bởi vậy can thiệp Clip qua NSDD thường khó khăn và thất bại. Bởi vậy đối với những ổ loét rộng mặt sau HTT khi đặt sond dạ dày có máu đỏ, NSDD có loét lớn mặt sau HTT, đã truyền 3 ĐV máu và sử dụng PPI không có kết quả nên chỉ định mổ sớm.

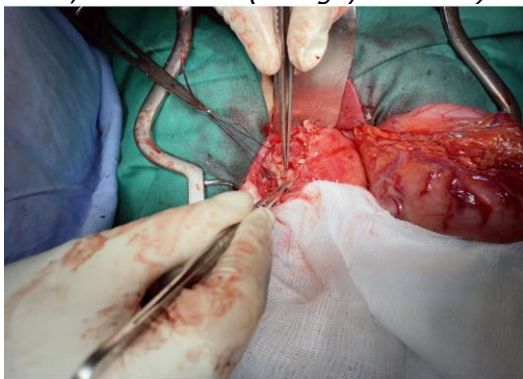
Số liệu của chúng tôi cho thấy có 2 trường hợp loét dạng kissing ulcer (loét cả 2 mặt HTT) trong đó loét lớn mặt sau HTT khi NSDD và trong mổ máu phun thành tia do loét hoại tử vào ĐM vị tá tràng ở mặt sau (loét lớn, hoại tử, thủng). Cả 2 trường hợp này đều chuyển thẳng từ phòng NSDD lên phòng mổ cấp cứu trong tình trạng sốc mất máu, HA dao động thấp 50-60mmhg, mạch 120-140 lần/phút, sond dạ dày nhiều máu đỏ, XN máu có thiếu máu nặng (HC: 1,6-2 triệu/ml, Hb 5-6g/l, hematocrit <20%). NSDD cho thấy máu đang phun thành tia, Clip và tiêm xơ thất bại, trong đó có 1 trường hợp tiêm xơ lần 2, trường hợp còn lại kẹp clip thất bại.

Trường hợp khác là BN nam, 59 T, có TS ung thư vòm, ĐTĐ, nghiện rượu và xơ gan, nôn máu đỏ và ỉa phân đen đỏ liên tục 2 ngày, đã truyền 6 ĐV máu, mạch 120 lần/phút, HA 80-90mmhg. (BN này về tim mạch có cơn mạch chậm, TS huyết áp cao). NSDD có nhiều máu đỏ, máu cục, nhiều máu cục ở DII-DIII tá tràng và bóng vater nhưng không thấy tổn thương. SA không rõ có máu cục đường mật, không có máu cục túi mật, không sốt, chụp CLVT đa dãy ổ bụng thấy có mạch máu 0,6 cm dưới bóng vater đang chảy máu (hình ảnh thoát thuốc dưới vater). BN được chuyển thẳng phòng mổ cấp cứu (sốc mất máu, xơ gan, giảm tiểu cầu) tuy nhiên khi mổ loét mặt trước DI tá tràng không chảy máu, máu đỏ ở DII-DIII dưới bóng vater đùn lên liên tục. Chúng tôi mở DII thăm dò dưới bóng vater là ổ loét 1,5 cm đang chảy máu (bờ trong tá tràng, bờ mạc treo). BN được cắt 2/3 DD, lấy ổ loét DI, khâu cầm máu ổ loét DII, dẫn lưu móm tá tràng. Sau mổ 5-7 ngày xuất hiện tái

XHTH (Ỉa phân đen), chúng tôi tiếp tục dùng PPI (Nexium 40mg/5 ống/24h/3 ngày), phối hợp truyền tiểu cầu, BN này XHTH giảm dần, ỉa phân vàng, ra viện.



Ảnh 1: XHTH do loét DII dưới bóng Vater/loét DI, sốc mất máu (BN Nguyễn Đình T)



Ảnh 2: BN loét 4 cm mặt sau DII tá tràng thủng vào đầu tụy, loét 1cm mặt trước gờ trên (kissing ulcer) (BN Tiêu Công Nh)

Cho tới nay, nhờ tiến bộ trong việc sử dụng PPI cũng như diệt Helicobacter tận gốc, các biến chứng của loét DD-TT đã giảm. Tuy nhiên, những trường hợp HP(-) hoặc không đáp ứng tốt với thuốc ức chế bơm Proton(PPI) hoặc dùng thuốc chống viêm, giảm đau kéo dài dẫn đến các biến chứng nặng sốc mất máu do loét thủng vào mặt sau gờ trên hay DII tá tràng, đầu tụy, thường là loét hoại tử có KT khoảng 3-4 cm, mặt sau gờ trên và DII hoại tử mủn nát trong khi BN đang sốc mất máu, việc lấy được ổ loét, đóng móm tá tràng ở DII có rất nhiều khó khăn. Bởi vậy trong mổ chúng tôi có 3 trường hợp phải mở dạ dày khâu cầm máu đáy ổ loét (mạch máu đang phun dữ dội) sau đó mới phẫu tích lấy ổ loét và dẫn lưu (DL) móm tá tràng. Có 2 trường hợp chúng tôi không tìm thấy rõ papille nên phải cắt túi mật và luồn sond xuống đường mật để xác định papille trước khi DL móm tá tràng. Những trường

hợp lấy được ổ loét và DL móm tá tràng đều có diễn biến lâm sàng tốt dần, không có chảy máu tái phát.

Chúng tôi nhận thấy rằng trong các trường hợp mổ không lấy được ổ loét chảy máu, việc khâu cầm máu đơn thuần có tỷ lệ tái phát cao (2/5= 40%) và phải tiếp tục dùng PPI liều cao. Như vậy với những ổ loét chảy máu phải mổ cấp cứu, nên lấy ổ loét mặt sau hoặc loại trừ ổ loét khỏi đường tiêu hóa và cắt 2/3 DD hoặc cắt TK X sẽ hạn chế tái xuất huyết cũng như biến chứng thủng hay hẹp môn vị.

NC cứu của Nguyễn Thăng Toàn và CS[6] trên 107 trường hợp XHTH do loét DD-TT thấy loét tá tràng chiếm 66,4%, loét DD: 29,9%, loét DD và TT: 3,7% trong đó không có BN nào loét >2cm, 83,2% ổ loét <1cm, 16,8% loét 1-2cm. Chỉ có 1,9% có Forrest IA, 30,8% Forrest IB. Trong khi chúng tôi có 5/12 (41,7%) BN Forrest IA, chỉ có 1/12 (8,3%) Forrest IB cho thấy hiện nay XHTH nặng do loét DD-TT thường xuất hiện trên những ổ loét sâu, phức tạp, BN có bệnh mạn tính, thường dùng thuốc giảm đau, chống viêm hay truyền hóa chất chống ung thư. Có 3 trường hợp XHTH (trong đó 2 BN sốc mất máu) phải mổ cấp cứu trên BN được PT ung thư đại-trực tràng sau mổ dùng thuốc chống đông.

Chẩn đoán nguyên nhân XHTH do loét DDTT cũng còn nhiều khó khăn. NSDD không xác định được (xác định nhầm là ung thư hang môn vị) vị trí tổn thương trong 2 BN loét mặt sau gờ trên và DII (2/12=16,6%). Mặt khác NSDD cũng không tìm thấy tổn thương đối với XHTH do loét dưới Vater. (Trường hợp này chụp CLVT đa dây thấy thoát thuốc dưới bóng Vater), đối chiếu với PT là ổ loét đang chảy máu liên tục dưới bóng Vater KT 1,5cm. Bởi vậy chúng tôi nhận thấy khi soi DD-TT không thấy tổn thương cũng như không có V.O thực quản (varices) nên chỉ định chụp CLVT đa dây cấp cứu hoặc chụp mạch (arteryography) để xác định vị trí chảy máu.

- Đánh giá kết quả của tiêm, kẹp clip cầm máu phối hợp với sử dụng PPI (Nexium) trên 255 BN XHTH do loét DD-TT của Đặng Chiếu Dương và CS[1] cho thấy: Có 28,2% được tiêm cầm máu = adrelanin 1/10000+ Clip; 21,2% tiêm cầm máu đơn thuần, tất cả đều dùng PPI (Nexium 40mg, 5 ống/24h). Kết quả NC: tái XHTH 5,1%, chuyển mổ: 1,56%.

Chúng tôi có 3 BN clip thất bại, 1 BN tiêm xơ 2 lần thất bại, cả 4 BN này đều chuyển mổ cấp cứu.

Số liệu của chúng tôi cho thấy (Bảng): chỉ có 3/12 loét tá tràng có KT từ 1-2 cm, 5/9 loét tá tràng KT loét >2,5-3cm (KT ổ loét mặt sau tá

tràng lớn, ổ loét mặt trước tá nhỏ hơn), cá biệt có 1 ổ loét >4cm (mặt trước loét 1cm) được chẩn đoán qua NSDD trước mổ là UT hang môn vị dạ dày.

+ NC của Đào Việt Hằng và CS [2] trên 511 trường hợp XHTH tại BV ĐHY Hà nội từ 2013-2017 cho thấy tỷ lệ loét DD là 23,2%, loét tá tràng (Loét HTT và tá tràng) chiếm 63,7% (63,5VS0,2%), loét miệng nổi là 0,2%, không xác định được nguyên nhân chảy máu 5,9%. Có 72,1% mắc các bệnh lý kèm theo như tim mạch, ĐTĐ, cơ xương khớp, gan... Có 26,2% số BN mạch >100 l/ph, Bn tụt HA là 14,1%.

Số liệu của chúng tôi cho thấy có tới 6/12 (50,0%) BN đã và đang điều trị bệnh lý ung thư, 3 BN thủng cũ HTT hay XHTH, 1 BN có viêm cột sống dính khớp, các trường hợp này hoặc dùng hóa chất (hóa trị), hoặc dùng NSAIDs, hoặc dùng corticoid trên cơ sở đã có loét DD-TT không được điều trị thường xuyên. Có 5/12 BN (41,7%) sốc mất máu, mạch >120l/phút, HA dao động thấp 50,60-80 mmhg, trong mổ phải dùng vận mạch và truyền tới 6-8 ĐV máu. Như vậy việc sử dụng PPI dự phòng loét stress sau mổ lớn hoặc trên BN ung thư có nguy cơ tắc mạch cao phải dùng thuốc chống đông hay những trường hợp loét HTT, thủng cũ, có tiền sử XHTH luôn được đặt ra đặc biệt những trường hợp phẫu thuật ổ bụng cần đánh giá loét DD-TT trước mổ

+ Vị trí và KT ổ loét HTT và tá tràng là vấn đề quan trọng liên quan đến cách thức mổ và tái XHTH sau mổ. Với số BN của chúng tôi ngoại trừ 3 BN loét DD (XHTH), những BN còn lại đa phần có ổ loét KT lớn mặt sau tá tràng (gối trên hoặc DII tá tràng) hoặc Kissing ulcer (Loét 2 mặt đối nhau tá tràng) trong đó tất cả những tổn thương loét chảy máu đều ở mặt sau và có 2 BN loét mặt sau thủng vào tụy và ĐM vị tá tràng gây phun máu thành tia phải mở dạ dày khâu cầm máu rồi cắt 2/3 DD lấy ổ loét, DL móm TT. Hai BN còn lại do loét có KT <2 cm, ăn vào nhánh nhỏ ĐM vị tá tràng nên chúng tôi mở mặt trước tá tràng, khâu cầm máu và nối vị tràng, sau mổ vẫn dùng PPI.

+ Chúng tôi nhận thấy rằng khả năng tái XHTH cao nếu chỉ khâu cầm máu mà không cắt vùng tiết acid hoặc TK X (3/9 trường hợp loét tá tràng=33,3%).

+ Theo Trần Thiện Trung tỷ lệ kissing ulcer chiếm 3,52%, theo Debas Mulvihill tỷ lệ này chiếm 5-10%[7] và thường xuất hiện trên BN vừa thủng vừa XHTH hoặc đã có TS khâu thủng HTT (thủng ổ loét mặt trước) xuất hiện XHTH do ổ loét mặt sau sau khâu thủng mặt trước HTT 3-

5 ngày. Nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời, tỷ lệ TV lên tới 50,0%[7]

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. Đặc biệt là những trường hợp XHTH do loét mặt sau tá tràng thủng vào đầu tụy và động mạch vị tá tràng hoặc loét kissing ulcer tá tràng (2 loét đối nhau) thường gây ra sốc mất máu và có chỉ định mổ cấp cứu.

+ Xử trí trong mổ gặp nhiều khó khăn do thường chảy máu dữ dội, thành tia, thường phải mở dạ dày khâu cầm máu trước sau đó cắt 2/3 dạ dày lấy ổ loét thủng, chảy máu (có thể cắt hang vị + lấy ổ loét). Nếu chỉ khâu cầm máu, nên cắt TK X, nối vị tràng phối hợp hoặc loại trừ ổ loét ra khỏi đường tiêu hóa phối hợp với cắt TKX, nối vị tràng.

+ Khâu cầm máu đơn thuần ổ loét tá tràng chảy máu có tỷ lệ tái xuất huyết cao và ổ loét không được điều trị triệt căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Chiêu Dương, Lê Văn Thiệu, Hoàng Thị Hiền** (2015): Đánh giá kết quả của tiêm, kẹp Clip và Esomeprazole (Nexium) trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. *Yhocvietnam* 436;275-282.
2. **Đào Việt Hằng, Nguyễn Thanh Long, Trần quốc Tiến, Đào Văn Long** (2018): Đánh giá Kết quả cầm máu can thiệp nội soi trong xuất huyết tiêu hóa trên tại bệnh viện đại học Y Hà nội từ 2013-2017. *Y học thực hành* 1(1066);57-59
3. **Thái Nguyên Hưng** (2021): Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa do ung thư hang môn vị dạ dày xâm lấn đầu tụy, DII tá tràng. *Y Học Việt nam*.tháng 10(1);Tập 507:137-141.
4. **Thái Nguyên Hưng** (2021): Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa cao tại bệnh viện K. *Y Học Việt Nam*.Tháng 12(2);509:196-201.
5. **Nguyễn Phúc Minh, Trần Trung Hiếu**: Chảy máu tiêu hóa. Cấp cứu Ngoại tiêu Hóa. NXB Thanh niên 2018:27-37.
6. **Nguyễn Thăng Toàn và cộng sự** (2015): Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa cao tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng. *Y Học Việt nam* 436;102-106.
7. **Trần Thiện Trung, Trần Anh Minh**: Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng. Cấp cứu ngoại tiêu hóa. NXB Thanh niên. 2018:66-77
8. **Kin Tong Chung, Vishalkumar G Shelat**: Perforated peptic ulcer-an update. *World J Gastrointest Surg* 2017 January 27;9(1):1-12
9. **Maxwell D.Mirande and Raul A. Mirande** (2018): Management of a postbulbar duodenal ulcer and stricture causing gastric outlet obstruction: A case report. *Ann Med Surg (Lond)* 2018 May;29:10-13