

cũng thấy kiểu hình bộc lộ bất thường (dương tính) hay gặp hơn với 41 ca (80,4%), kiểu hình bộc lộ bình thường (âm tính) chỉ gặp ở 10 ca (19,6%). Tuy nhiên kết quả của chúng tôi lại phù hợp với tác giả Desai và cs khi nghiên cứu số lượng bệnh nhân cao hơn với trên 120 ca lại cho rằng trong nhóm u giai đoạn Ta có 46,6% bộc lộ bình thường hay âm tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở giai đoạn xâm nhập pT2-4 có 57 ca thì số ca âm tính lại thấp khi chỉ có 09 ca (15,8%) và số ca dương tính chiếm ưu thế với 48 ca (84,2%) trong đó có 19 ca dương tính ổ và 29 ca dương tính lan tỏa. Kết quả này cho thấy có mối liên quan giữa giai đoạn khối u với mức độ bộc lộ dấu ấn CK20 có ý nghĩa thống kê với  $p=0,001<0,05$ . Cũng trong nghiên cứu của Yin và Leong[9] nhận thấy mối liên quan giữa bộc lộ CK20 dương tính với độ mô học cũng như giai đoạn bệnh học của u ( $p = 0,001$ ), đồng thời nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa sự bộc lộ bất thường của CK20 với khả năng tái phát cao hơn ở những khối u giai đoạn và độ mô học cao hơn.

Tóm lại dấu ấn CK20 là một yếu tố quan trọng đánh giá sự liên quan với độ mô học và giai đoạn phát triển của khối u UTBMTN cũng như dự báo độc lập về sự tái phát, tiến triển khối u.

## V. KẾT LUẬN

Dấu ấn miễn dịch CK20 có tỷ lệ bộc lộ cao ở những u không cấu trúc nhú (94,4%), có độ mô học cao (79%), thuộc giai đoạn xâm nhập cơ (84,2%) hơn là ở những u có cấu trúc nhú đơn thuần (61,7%;  $p = 0,003$ ), có độ mô học thấp (16,7%;  $p = 0,000$ ) và giai đoạn không xâm nhập cơ (45,2%;  $p = 0,001$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phúc Cường, Nguyễn Sỹ Lánh, và Nguyễn Phương Hồng (2002), "Nghiên cứu hình ảnh giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đài bể thận," Báo cáo khoa học tại bệnh viện Việt Đức- Hà Nội.
2. Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM et al (2016), "WHO classification of tumours of the urinary system and male genital organs. 4th Edition. World Health Organization," International Agency for Research on Cancer (IARC), vol. 8.
3. Lê Thanh Xuân (2020), "Đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ các dấu ấn hoá mô miễn dịch CK20, P53, Ki67 trong ung thư biểu mô nhú đường niệu," luận văn thạc sỹ y học. đại học y hà nội.
4. Nguyễn Văn Hưng và Nguyễn Thị Hồng Điệp (2010), "Nghiên cứu mô bệnh học, một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư biểu mô tiết niệu," Tạp chí Y học thực hành, vol. 4, p. 714.
5. Bertz S, Otto W, Denzinger S et al(2014), "Combination of CK20 and Ki-67 immunostaining analysis predicts recurrence, progression, and cancer-specific survival in pT1 urothelial bladder cancer," European urology, vol. 65(1); pp. 218-226.
6. Xiao X, Hu R, Deng F-M et al(2017), "Practical applications of immunohistochemistry in the diagnosis of genitourinary tumors.," Archives of pathology & laboratory medicine., vol. 141(9), pp. 1181-1194.
7. Burger M, Denzinger S, Hartmann A et al (2007), "Mcm2 predicts recurrence hazard in stage Ta/T1 bladder cancer more accurately than CK20, Ki67 and histological grade.," British journal of cancer, vol. 96(11), pp. 1711-1715.
8. Mumtaz S, Hashmi AA, Hasan SH et al(2014), "Diagnostic utility of p53 and CK20 immunohistochemical expression grading urothelial malignancies," International archives of medicine, vol. 7(1), p. 36.
9. Yin H and Leong AS-Y(2004), "Histologic grading of noninvasive papillary urothelial tumors: validation of the 1998 WHO/ISUP system by immunophenotyping and follow-up.," American journal of clinical pathology, vol. 121(5), pp. 679-687.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO DO UNG THƯ HANG MÔN VỊ DẠ DÀY

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Bùi Thanh Thiện<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do ung thư hang môn vị dạ dày là một cấp cứu ngoại khoa ngày càng xuất hiện với tỉ lệ cao. Bên cạnh những trường hợp XHTH

nhẹ, triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, nghèo nàn. Nhiều trường hợp bệnh nhân XHTH đến muộn, mất máu nặng sốc mất máu đòi hỏi phải xử trí cấp cứu, vừa hồi sức vừa mổ. Cắt dạ dày vét hạch là phương pháp chủ yếu trong điều trị ung thư dạ dày (UTDD) tuy nhiên trong những trường hợp bệnh nhân đến muộn, thiếu máu nặng, mạch huyết áp không ổn định sốc mất máu phẫu thuật còn gặp nhiều khó khăn đòi hỏi cắt dạ dày triệt căn hay chỉ cắt dạ dày làm sạch cầm máu. Bởi vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do ung thư hang môn vị dạ dày. (2)Đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa cao do ung

<sup>1</sup>Bệnh viện K Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: Thainguynh Hung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.6.2021

Ngày duyệt bài: 12.7.2021

thư hang môn vị dạ dày. **Đôi tượng:** Tất cả những bệnh nhân (BN) không phân biệt tuổi, giới được chẩn đoán là XHTH do ung thư hang môn vị dạ dày, được điều trị phẫu thuật tại khoa Ngoại Bụng bụng 2 bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Thời gian:** Từ tháng 1/20219 đến tháng 5/2021. **Kết quả:** 46 BN có 34 nam (73,9%) và 12 nữ (26,1%), tuổi trung bình  $65,72 \pm 10$  tuổi (44-84 tuổi). 3/46 BN (6,5%) được mổ cấp cứu. Phẫu thuật triệt căn 87%, phẫu thuật cắt dạ dày cầm máu (làm sạch) 8,7% và khâu cầm máu 4,3%. Tai biến trong mổ 2,17%, biến chứng sau mổ 13%, tử vong sau mổ 2,17%. Thời gian điều trị sau mổ trung bình  $11,9 \pm 2,8$  ngày. Kết quả chung: Tốt 40/46 BN (86,96%), trung bình 5/46 BN (10,87%), kém 1/46 BN (2,17%). **Kết luận:** XHTH cao do ung thư hang môn vị dạ dày là một biến chứng nặng mang tính chất cấp cứu nội, ngoại khoa cần điều trị hồi sức tích cực trước trong, sau mổ và phẫu thuật kịp thời đúng chỉ định. 100% BN được điều trị phẫu thuật: mổ cấp cứu 6,5%, mổ cấp cứu trì hoãn 6,5%, mổ triệt căn 87,0%. Phẫu thuật triệt căn 87%, phẫu thuật cắt dạ dày cầm máu (làm sạch) 8,7% và khâu cầm máu 4,3%. Giải phẫu bệnh sau mổ: UTBM tuyến chiếm 86,96%, tế bào nhân 13,04%; độ biệt hóa G2 (23,91%), G3 (76,09%), giai đoạn ung thư (theo AJCC) chủ yếu là giai đoạn III (56,52%). Thời gian phẫu thuật trung bình  $144 \pm 38,2$  phút. Tai biến trong mổ 2,17%, biến chứng sau mổ 13%, tử vong sau mổ 2,17%. Thời gian điều trị sau mổ trung bình  $11,9 \pm 2,8$  ngày.

**Từ khóa:** Ung thư dạ dày chảy máu, xuất huyết tiêu hóa cao.

## SUMMARY

### EVALUATION OF THE SURGICAL RESULTS OF DISTAL GASTRIC BLEEDING CANCER

Bleeding due to distal gastric cancer is one of gastric cancer complications that require urgent treatment. Nowadays, the proportion of distal gastric bleeding cancer is elevated. More and more patients come with the late stage of gastric cancer and unstable hemodynamic, even though, that demanding urgent operation. We therefore conduct our retrospective study at abdominal surgery department No 2, K hospital from 1/2019 to 5/2021 aim at: (1) Describing the clinic feature of distal gastric bleeding cancer patients. (2) Evaluation of the early surgical results of distal gastric bleeding cancer. **Patients and Method:** A retrospective study. **Patients:** All the patients who had surgical treatment of bleeding distal gastric cancer in abdominal surgery department No.2, K3 Hospital. **Time:** 1/2019 – 5/2021. **Results:** 46 patients including 34 males (73,9%), 12 females (26,1%). The average age:  $65,72 \pm 10$  (44-84 years old). 6,5% patients had urgent operation. Subtotal gastrectomy with DII lymph node dissection 87%, subtotal gastrectomy for hemostasis without lymph node dissection 8,7%, only suture for hemostasis 4,3%. Intraoperative and postoperative complications were 13%, 2,17% and postoperative mortality was 2,17%. Duration of hospitalization:  $11,9 \pm 2,8$  days. Overall results: Good 86,96%, moderate 10,87%, bad 2,17%. **Conclusion:** Upper

gastrointestinal bleeding due to distal gastric cancer is one of serious complications demanding intensive care and urgent operation. 100% patients had surgical treatment: Urgent operation 6.5%, delayed urgent operation 6.5%, elective operation 87.0%. Subtotal gastrectomy with DII lymph node dissection 87%, subtotal gastrectomy for hemostasis without lymph node dissection 8,7%, only suture for hemostasis 4,3%. The histopathologic characteristics: Adenocarcinoma 86,96%, signet ring cell carcinoma 13,04%; histological grade: G2 (23,91%), G3 (76,09%); AJCC stages: mostly stage III (56,52%). The mean operative time was  $144 \pm 38,2$  minutes. Intraoperative and postoperative complications were 13%, 2,17% and postoperative mortality was 2,17%. Duration of hospitalization:  $11,9 \pm 2,8$  days.

**Keywords:** Bleeding gastric cancer, Upper gastrointestinal bleeding.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) cao là một trong các biến chứng chính của ung thư dạ dày (UTDD), biểu hiện lâm sàng ở nhiều mức độ khác nhau. Chẩn đoán và điều trị UTDD biến chứng chảy máu còn gặp nhiều khó khăn do BN thường vào viện muộn, khối u lớn, xâm lấn các tạng lân cận hoặc kèm theo các biến chứng khác như hẹp môn vị, thủng bí dạ dày... Cắt dạ dày vét hạch là phương pháp chủ yếu trong UTDD tuy nhiên trong những trường hợp BN đến muộn, thiếu máu nặng, mạch huyết áp không ổn định sốc mất máu phẫu thuật còn gặp nhiều khó khăn đòi hỏi cắt dạ dày triệt căn hay chỉ cắt dạ dày làm sạch cầm máu. Trong những năm gần đây, tại bệnh viện K số BN xuất huyết tiêu hóa do UTDD được điều trị phẫu thuật ngày càng tăng, tuy nhiên những đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng cũng như điều trị phẫu thuật vẫn còn chưa được nghiên cứu nhiều. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do ung thư hang môn vị dạ dày.*

2. *Đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa cao do ung thư hang môn vị dạ dày.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đôi tượng nghiên cứu:** Tất cả những bệnh nhân (BN) không phân biệt tuổi giới được chẩn đoán XHTH cao do ung thư hang môn vị dạ dày và được phẫu thuật tại khoa ngoại bụng 2, bệnh viện K.

**Thời gian:** Từ tháng 1/2019 đến tháng 5/2021

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu

Mô tả các đặc điểm lâm sàng, nhân chủng học của nhóm BN nghiên cứu (tuổi, giới, nghề

ngiệp...), đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả sớm phẫu thuật và giải phẫu bệnh sau mổ.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Tất cả BN đủ tiêu chuẩn đều được tiến hành nghiên cứu theo một mẫu hồ sơ định sẵn bao gồm tên, tuổi, giới, địa dư, tiền sử bệnh lý, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá trong mổ, sau mổ, phương pháp mổ, diễn biến hậu phẫu, biến chứng, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ...

Đánh giá kết quả: Ghi nhận các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ. Kết quả sớm khi ra viện hoặc chuyển khoa được chia thành 3 loại:

**Tốt:** BN lâm sàng ổn định, không biến chứng, **Trung bình:** BN có biến chứng sau mổ, các biến chứng này chỉ điều trị nội khoa hoặc cần can thiệp bằng thủ thuật không cần phẫu thuật lại; **Kém:** BN có biến chứng cần phẫu thuật lại để điều trị hoặc tử vong.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2019 đến 5/2021 có 46 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong 46 BN có 34 nam (73,9%) và 12 nữ (26,1%), tuổi trung bình  $65,72 \pm 10$  tuổi (44-84 tuổi).

**Về lâm sàng.** Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng 42/46 BN (91,3%), nôn máu 4/46 (8,7%), đại tiện phân đen 43/46 BN (93,5%), sonde dạ dày có máu đỏ 4/46 BN (8,7%), thăm trực tràng có phân đen 10/46 BN (43,5%). Các triệu chứng khác: Kém ăn 34/46 (73,4%), sút cân 33/46 (71,7%)

**Triệu chứng toàn thân:** Mạch khi nhập viện: Trung bình  $90,9 \pm 16,8$  lần/phút (bảng 1); huyết áp tối đa trung bình  $114,1 \pm 19,8$  mmHg (bảng 2).

**Bảng 1. Mạch khi nhập viện**

Mạch (lần/phút)	Số lượng	Tỉ lệ %
>120	5	10,87%
100-120	7	15,22%
<100	34	73,91%
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>100,00%</b>

**Nhận xét:** BN mạch dưới 100 lần/phút chiếm đa số (73,91%), 5 BN có sốc mất máu mạch nhanh trên 120 lần/ phút chiếm 10,87%.

**Bảng 2: Huyết áp khi nhập viện**

Huyết áp tối đa (mmHg)	Số lượng	Tỉ lệ %
<80	2	4,35%
80-100	11	23,91%
>100	33	71,74%
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>100,00%</b>

**Nhận xét:** Đa số BN huyết áp ổn định, huyết áp tối đa trên 100mmHg chiếm tỉ lệ cao nhất (71,74%), tuy nhiên cũng có 2 BN (4,35%) huyết áp tụt dưới 80 mmHg.

**Cận lâm sàng.** Xét nghiệm công thức máu

**Bảng 3. Chỉ số hồng cầu, hemoglobin, hematocrit khi nhập viện**

Chỉ số	Trung bình
Hồng cầu	$3,77 \pm 0,75$ T/l ( $2,29-5,98$ T/l)
Hemoglobin	$91,1 \pm 23,6$ g/l (48-153 g/l)
Hematocrit	$0,29 \pm 0,06$ (0.049-0,176)

**Nhận xét:** Đa số BN đều có thiếu máu trên xét nghiệm công thức máu với các mức độ khác: Nhẹ 29/46 BN (63%), trung bình 11/46 (24%), nặng 6 (13%).

**Nội soi dạ dày.** Vị trí tổn thương: Hang vị hay gặp nhất 37/46 BN (80,4%), tiền môn vị 13,0%, toàn bộ hang môn vị 6,5%. Hình ảnh thương tổn: Thể loét chiếm tỉ lệ cao nhất 52,2%, thể sùi 30,4%, thể loét xâm lấn 17,4%.

**Bảng 4: Liên quan phân loại Forrest qua nội soi và loại phẫu thuật**

Loại PT	Mổ phiến	Mổ cấp cứu tri hoãn	Mổ cấp cứu	Tổng
Forrest Ib	8	1	3	12
IIa	2	0	0	2
IIb	8	2	0	10
IIc	22	0	0	22
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>46</b>

**Nhận xét:** Forrest Ib chiếm tỉ lệ cao nhất 26,1%; Forrest IIa 4,3%; Forrest IIb 21,7%; Forrest IIc 47,8%. Có mối liên quan giữa phân loại Forrest và loại phẫu thuật ( $p = 0,021$ ), Forrest Ib tỉ lệ mổ cấp cứu là 3/12 (25%).

**Bảng 5: Đối chiếu kết quả nội soi sinh thiết và giải phẫu bệnh sau mổ**

Kết quả sinh thiết qua nội soi	Số lượng	Tỉ lệ
Ung thư	37	80,4%
Không ung thư	9	19,6%

**Nhận xét:** 80,4% BN được chẩn đoán đúng UTDD phù hợp với kết quả chẩn đoán mô bệnh học sau mổ. Có 9 trường hợp (19,6%) chẩn đoán viêm dạ dày mạn tính, giải phẫu bệnh sau mổ đều là ung thư biểu mô tuyến.

**Cắt lớp vi tính và siêu âm ổ bụng**

**Bảng 6 : Siêu âm ổ bụng**

Siêu âm ổ bụng	Số lượng (n=46)	Tỉ lệ%
Dày thành dạ dày	15	32,61%
Hạch ổ bụng	7	15,22%

**Nhận xét:** Qua siêu âm ổ bụng thấy dày thành dạ dày 15/46 BN chiếm 32,61% trong đó giai đoạn II 20%, giai đoạn III 53,33%, giai đoạn IV 26,67% trên giải phẫu bệnh sau mổ. Phát hiện hạch ổ bụng 7/46 BN chiếm 15,22% trong đó 100% có di căn hạch (+) trên giải phẫu

bệnh sau mổ.

**Bảng 7: Cắt lớp vi tính**

Cắt lớp vi tính	Số lượng (n=46)	Tỉ lệ %
Dày thành dạ dày	38	82,61%

**Bảng 8: Đối chiếu kết quả mô bệnh học sau mổ và CLVT ổ bụng**

Chụp CLVT	Mô bệnh học hạch (sau mổ)				Tổng	P
	Di căn (+)	Tỉ lệ %	Di căn (-)	Tỉ lệ (%)		
Hạch ổ bụng	19	73,1%	7	26,9%	26	P =0.55
Không thấy hạch ổ bụng	13	65%	7	35%	20	
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>69,6%</b>	<b>14</b>	<b>30,4%</b>	<b>46</b>	

**Nhận xét:** 19/26 BN nghi ngờ di căn hạch trên CLVT có di căn hạch trên mô bệnh học chiếm 73,1%. Trong 20 BN không nghi ngờ di căn hạch trên CLVT có 13 trường có di căn trên mô bệnh học chiếm 77,8%. Cắt lớp vi tính trong xác định di căn hạch có độ nhạy 19/32 = 59,4%, độ đặc hiệu 7/14 = 50%.

**Kết quả phẫu thuật.** Phân loại phẫu thuật: 46 BN được phẫu thuật trong đó 3/46 BN được mổ cấp cứu (6,5%), 3/46 BN được mổ cấp cứu trì hoãn (6,5%) 40/46 BN (87,0%) mổ phiên trong đó 16/46 BN (34,8%) được truyền máu trước mổ.

**Bảng 9. Phương pháp phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Cắt gần TBDD, vét hạch triệt căn	40	87%
Cắt gần TBDD làm sạch cầm máu	4	8,7
Khâu cầm máu, nối vị tràng	2	4,3%

**Nhận xét:** Cắt gần TBDD, vét hạch triệt căn chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 87%, cắt gần TBDD làm sạch cầm máu chiếm 8,7%, khâu cầm máu, nối vị tràng chiếm 4,3%. Trong số 40 BN được phẫu thuật triệt căn: 38/40 BN(95%) vét hạch D2, 2/40 BN (5%) vét hạch D2+.

Thời gian phẫu thuật trung bình 144± 38,2 phút (70- 230 phút); thời gian trung tiện sau mổ trung bình 70,6 ± 19 giờ (40-120 giờ); thời gian cho ăn sau mổ trung bình 5,1 ± 1,4 ngày (2-8 ngày); số ngày điều trị sau mổ 11,9±2,8 ngày (8-21 ngày).

**Tai biến trong mổ:** Có 1 BN (2,17%) tổn thương lách trong quá trình phẫu tích được điều trị bảo tồn bằng đặt lưới cầm máu, bệnh nhân sau mổ ổn định.

**Biến chứng và tử vong sau mổ:** 6/46 BN (13%) có biến chứng sau mổ. Trong đó 01 BN chảy máu ổ bụng qua sonde dẫn lưu xuất hiện ngày thứ 2 sau mổ; 01 tắc ruột sớm xuất hiện ngày thứ 17 sau mổ; 01 BN viêm phổi ngày thứ 3 sau mổ; 01 BN chảy máu vết mổ ngày thứ 3 sau mổ; 01 BN tử vong ngày thứ 21 sau mổ do

Hạch ổ bụng	26	56,52%
-------------	----	--------

**Nhận xét:** CLVT phát hiện hình ảnh dày thành dạ dày 38/46 BN (82,61%), so sánh với phẫu bệnh sau mổ: T1-T2 2/38(5,3%); T3-4 36/38 BN (94,7%). Hạch ổ bụng: 26/46 BN (56,52%).

ngưng tuần hoàn, nhồi máu cơ tim.

**Đánh giá kết quả chung:** Tốt 40/46 BN (86,96%), trung bình 5/46 BN (10,87%), kém 1/46 BN (2,17%).

**Giải phẫu bệnh sau mổ:**

**Bảng 10: Giải phẫu bệnh và giai đoạn sau mổ**

Giải phẫu bệnh sau mổ		Số lượng
Type mô học	UTBM tuyến/TB nhân	40/6
Độ biệt hóa	G2/G3	11/35
Độ xâm lấn T	T1/T2/T3/T4	3/1/6/36
Di căn hạch N	N0/N1/N2/N3	14/8/12/12
Di căn xa M	M0/M1	40/6
Giai đoạn TNM (UICC 2017)	I/II/III/IV	2/13/26/5

**Nhận xét:** Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ cao nhất 40/46 BN (86,96%), độ biệt hóa kém chiếm đa số 35/46 BN (76,09%), độ xâm lấn u chủ yếu là T4 36/42 BN (85,7%), có di căn hạch 32/46 BN (69,57%), ung thư giai đoạn III chiếm chủ yếu 26/46 BN (56,52%). Trong số 40 BN được phẫu thuật triệt căn giai đoạn I 2/40 BN (5,0%), giai đoạn II 13/40 BN (32,5%), giai đoạn III 25/40 BN (62,5%).

**IV. BÀN LUẬN**

**Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu:**

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,72 ± 10 tuổi, nam giới chiếm: 73,9%, nữ: 26,1%. Theo Lei Wang [5] tuổi trung bình của 77 BN ung thư dạ dày 1/3 dưới chày máu là 62.6 ± 13.6 tuổi, nam giới: 64,9%, nữ 35,1%. Nghiên cứu của Thái Nguyên Hưng [3] 28 bệnh nhân XHTH cao tại BV K tuổi trung bình 61. Như vậy, tuổi BN trong nghiên cứu cao hơn với nhóm bệnh XHTH cao nói chung, và tương đương nghiên cứu khác về chảy máu tiêu hóa do ung thư dạ dày, giới nam gặp nhiều hơn giới nữ phù hợp với đặc điểm giới ung thư dạ dày của các nghiên cứu khác.

**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:**

**Triệu chứng lâm sàng:** Đau bụng chiếm tỉ lệ cao 91,3%, nôn máu 8,7%, đại tiện phân đen 93,5%. Các triệu chứng khác: Kém ăn 34/46 (73,4%), sút cân 33/46 (71,7%). Theo Nguyễn Quang Bộ [1] triệu chứng đau bụng chiếm 94,3%; nôn hoặc buồn nôn 45,3%; chảy máu tiêu hóa 18,9%. Các triệu chứng của UTDD trong nghiên cứu này tương đương nghiên cứu của các tác giả khác. Mức độ XHTH chủ yếu là mức độ nhẹ 63%, tuy nhiên có 10,87% BN có sốc mất máu. Những trường hợp sốc mất máu được hồi sức tích cực bằng truyền dịch, truyền máu... tiếp tục hồi sức để mổ sớm, tuy nhiên cũng có 3 BN phải chuyển mổ cấp cứu.

Nội soi dạ dày cấp giúp đánh giá tình trạng chảy máu, kết quả nội soi dạ dày cho thấy tình trạng chảy máu chủ yếu là chảy máu Forrest IIc 47,8%, chảy máu dạ dày đang tiếp diễn Forrest Ib chiếm tỉ lệ khá cao 26,1% (bảng 1). Theo Sheibani [7] nội soi dạ dày BN XHTH do ung thư dạ dày như sau: 1% Forrest Ia, 29% Forrest Ib, 2% Forrest IIa và 6% Forrest IIb. Nghiên cứu của Kim [4] cho thấy 15% Forrest Ia, 52% Forrest Ib, 20% Forrest IIa và 12% Forrest IIb. Qua nội soi dạ dày có thể tiêm xơ, kẹp clip, thắt vòng cao su, hay dự kiến can thiệp mạch. Trong nghiên cứu này không có BN nào được can thiệp cầm máu qua nội soi do chảy máu chủ yếu do không có chỉ định can thiệp nội soi và nhiều BN huyết động không ổn định.

**Giai đoạn ung thư:** Chủ yếu là giai đoạn tiến triển, giai đoạn III-IV 87%. Theo Lei Wang [5] UTDD 1/3 dưới chảy máu giai đoạn I-II (54,5%), III-IV (45,5%). Nghiên cứu của chúng tôi BN chủ yếu giai đoạn muộn có lẽ vì chảy máu đa số mức độ nhẹ, biểu hiện xuất huyết tiêu hóa đi ngoài phân đen ít được BN quan tâm và đa số không được tầm soát ung thư định kỳ nên đến viện khi bệnh đã tiến triển.

**Kết quả sớm phẫu thuật:** Đa số các BN (87,0%) được mổ phiến sau khi điều trị nội khoa hồi sức ổn định. Tuy nhiên cũng có 3 BN (6,5%) phải mổ cấp cứu trì hoãn và 3/46 BN (6,5%) phải mổ cấp cứu do mất máu nặng, điều trị nội khoa không ổn định. Thái Nguyên Hưng [3] cho thấy tỉ lệ XHTH do ung thư dạ dày 22/28 BN, 3/28 bệnh nhân XHTH do loét dạ dày - tá tràng phải mổ cấp cứu (loét dạ dày - tá tràng/ BN ung thư) trong đó 3/28 trường hợp sốc mất máu do loét hành tá tràng phải mổ cấp cứu là những tổn thương kissing ulcer (loét hai mặt tá tràng).

Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt dạ dày vét hạch triệt căn (87%), mức độ vét hạch chủ yếu là vét hạch D2 (95%), vét hạch D2 là

phương pháp phẫu thuật triệt căn tiêu chuẩn được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam cũng như trên thế giới; 5% vét hạch D2+ những trường hợp này u vùng hang vị kích thước lớn, di căn hạch trong mổ xác định N2,N3. Những trường hợp không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn nhưng đánh giá có thể cắt dạ dày được cắt dạ dày làm sạch cầm máu (8,7%). Những trường hợp không có khả năng cắt dạ dày do u lớn, xâm lấn xung quanh đầu tụy rốn gan, hoặc toàn trạng không cho phép cắt dạ dày chúng tôi mở dạ dày khâu cầm máu tạm thời, nối vị tràng (4,3%) vì những trường hợp này đều có hẹp môn vị kèm theo. Tỉ lệ tai biến trong mổ 2,17%. Vũ Hải [2] nghiên cứu trên 300 bệnh nhân UTDD được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện K, giai đoạn 1999 – 2003 tỷ lệ tai biến và biến chứng phẫu thuật là 3%. Tỉ lệ tai biến của chúng tôi tương đương các nghiên cứu khác về phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư

Chúng tôi có 6/46 BN (13%) có biến chứng sau mổ. 5/46 BN được điều trị nội khoa ổn định. Tử vong sau mổ 1 BN (2,17%), tử vong ngày thứ 21 sau mổ do ngưng tuần hoàn, nhồi máu cơ tim. Lucian Mocan [6] nghiên cứu trên 91 BN được phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch do ung thư tỉ lệ biến chứng sau mổ 17,6% trong đó các biến chứng cơ quan: Tim mạch 2,2%, hô hấp 1,1%; tỉ lệ tử vong 1,1%. Những biến chứng cơ quan trong giai đoạn hậu phẫu ở bệnh nhân XHTH cao do ung thư dạ dày khá cao đặc biệt là biến chứng hô hấp, tim mạch. Theo chúng tôi nguyên nhân là do những BN này huyết động không ổn định, truyền máu truyền dịch nhiều để hồi sức dẫn đến các biến loạn về tuần hoàn, hô hấp. Vì vậy trên lâm sàng cần đặc biệt quan tâm phát hiện sớm các biến chứng này.

## V. KẾT LUẬN

XHTH cao do ung thư hang môn vị dạ dày là một biến chứng nặng mang tính chất cấp cứu nội, ngoại khoa cần điều trị hồi sức tích cực trước trong, sau mổ và phẫu thuật kịp thời đúng chỉ định. 100% BN cần được truyền máu trước mổ. 3/46 BN được mổ cấp cứu (6,5%), 3/46 BN được mổ cấp cứu trì hoãn (6,5%) 40/46 BN (87,0%) mổ phiến, 16/46 BN (34,8%). Phẫu thuật triệt căn 87%, phẫu thuật cầm máu, làm sạch 13%: Cắt gần toàn bộ vét hạch triệt căn 87%, cắt gần TBDD làm sạch cầm máu 9,7%, khâu cầm máu nối vị tràng 4,3%. Giải phẫu bệnh sau mổ: UTBM tuyến 86,96%, tế bào nhẵn 13,04%; độ biệt hóa G2 (23,91%), G3 (76,09%). Giai đoạn ung thư (theo AJCC) chủ yếu là giai đoạn III 56,52%. Thời

gian phẫu thuật trung bình  $144 \pm 38,2$  phút. Tai biến trong mổ 2,17%, biến chứng 13%, tử vong sau mổ 2,17%. Thời gian điều trị sau mổ trung bình  $11,9 \pm 2,8$  ngày. Kết quả chung: Tốt 86,96%, trung bình 10,87%, kém 2,17%.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quang Bộ (2017)**, Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn hóa chất kết hợp, Luận án tiến sĩ, Đại học Huế- Trường đại học Y dược, Huế.
2. **Vũ Hải (2009)**, Nghiên cứu chỉ định các phương pháp phẫu thuật, hoá chất bổ trợ và đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện K, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
3. **Thái Nguyễn Hưng (2020)**, Đánh giá kết quả

chẩn đoán và điều trị xuất huyết tiêu hóa cao, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện K.

4. **Kim Young-II and Ju Choi II (2013)**, "Endoscopic management of tumor bleeding from inoperable gastric cancer", Clin Endosc. 48, tr. 121-127.
5. **Lei Wang , .et al. (2015)**, "Long-term outcomes after radical gastrectomy in gastric cancer patients with overt bleeding", World J Gastroenterol. 21(47), tr. 13316-13324.
6. **Lucian Mocan, .et al. (2013)**, "Long Term Outcome Following Surgical Treatment for Distal Gastric Cancer", J Gastrointestin Liver Dis. 22(1), tr. 53-58.
7. **Sheibani, S et al.(2013)**, "Natural history of acute upper GI bleeding due to tumours: short-term success and long-term recurrence with or without endoscopic therapy." Alimentary pharmacology & therapeutics vol. 38(2), tr 144-150.

## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUA MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ

Lê Thị Ngọc Ánh\*, Dương Thị Hương\*\*, Nguyễn Văn Tập\*\*\*, Phạm Công Chí\*\*\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ và các mức độ suy dinh dưỡng (SDD) của bệnh nhân (BN) ung thư bệnh viện Đa Khoa Long An theo chỉ số khối cơ thể (BMI), Albumin và lympho bào máu. Xác định các yếu tố liên quan đến SDD theo BMI. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, trên 118 BN ung thư điều trị nội trú tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa Long An, từ tháng 4 -9/2020; Có chẩn đoán ung thư, có xét nghiệm về Albumin máu, lympho bào máu. **Kết quả:** Tuổi trung vị BN (66 tuổi), nam 61%; sống tại nông thôn 63,5%. Đánh giá theo lympho bào máu, tỷ lệ 72,9% SDD (nặng 17%; nhẹ và vừa 56,9%). Đánh giá theo Albumin, tỷ lệ 70,3% SDD (nặng 8,5%; nhẹ và vừa 61,8%). Đánh giá theo BMI, tỷ lệ 55,1% SDD (nặng 19,5%; nhẹ và vừa 35,6%). Yếu tố nơi chốn, giảm chức năng vận động và albumin có liên quan đến SDD theo BMI. Người ở thành thị ít bị SDD hơn nông thôn OR=0,5 (KTC95% 0,2-0,9). Những BN bị giảm chức năng vận động mắc SDD cao gấp 3,2 lần so với người không bị giảm chức năng vận động (OR=3,2, KTC95% (1,5-6,8)). BN có albumin <35g/l mắc SDD cao gấp 2,4 lần so với người có albumin  $\geq 35$ g/l (OR=2,4 (KTC95% 1,1-5,4)). **Kết luận:** Đa số BN ung thư bị SDD. Cần tăng cường tư vấn, can thiệp dinh dưỡng kịp thời, đầy đủ. Cần phối hợp nhiều

phương pháp đánh giá dinh dưỡng khác nhau để kịp thời phát hiện sớm tình trạng SDD của BN.

**Từ khóa:** ung thư, SDD, BMI, Albumin, lympho bào máu

### SUMMARY

#### NUTRITIONAL STATUS OF CANCER PATIENTS BEING TREATMENT AT THE HOSPITAL BY SEVERAL ASSESSMENT TOOLS

**Objectives:** To determine the nutritional status of cancer patients inpatient treatment at Long An General Hospital according to body mass index (BMI), Albumin and lymphocytes blood. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was performed on 118 cancer patients who were inpatient treatment at the Oncology Department of Long An General Hospital from April to September, 2020 with inclusion criteria being diagnosed with cancer. They have test results on blood Albumin, blood lymphocytes, and have the ability to contact, and they can answer interview questions. **Results:** The median age of patients was 66 years old, male accounted for 61%, the majority lived in rural areas 63.5%. Assessed by blood lymphocytes, the rate of 72.9% malnutrition (severe 17%; mild and moderate 56.9%). Assessed by Albumin, the rate of malnourished 70.3% (severe 8.5%; mild and moderate 61.8%). Assessed by BMI, the rate of 55.1% malnourished (severe 19.5%; mild and moderate 35.6%). Location factors, reduced motor function and albumin are associated with malnutrition according to BMI. People in urban areas are less malnourished than in rural areas OR=0.5 (CI 95% 0.2-0.9). Patients with reduced motor function have malnutrition 3.2 times higher than those without reduced motor function (OR=3.2, 95% CI (1.5-6.8)). Patients with albumin <35g/l had malnutrition 2.4

\*Viện Y tế Công cộng Tp.HCM

\*\*Bệnh Viện Đa khoa Long An

\*\*\* Khoa Y Dược, Trường Đại Học Trà Vinh

\*\*\*\*Trung tâm Y tế Huyện Tân Hưng, Long An

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Hương

Email: duong.thihuong1002@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2021

Ngày duyệt bài: 16.7.2021