

mắc sa sút trí tuệ tăng dần theo tuổi đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam [6], [7], [9]. Tuổi là một yếu tố nguy cơ quan trọng gây suy giảm nhận thức. Tình trạng thoái hóa hệ thần kinh ở người cao tuổi là hệ quả tất yếu của quá trình lão hóa. Tình trạng teo vỏ não trước trán và thùy thái dương trong thường rõ ràng hơn và có liên quan đến chức năng điều hành và ngôn ngữ. Ngoài ra, trong quá trình lão hóa, sự suy giảm lượng chất trắng rõ rệt và cũng được chứng minh là có mối tương quan đáng kể với sự suy giảm trí nhớ. Điều này giải thích cho triệu chứng mất trí nhớ thường là dấu hiệu đầu tiên trong giai đoạn đầu của suy giảm nhận thức nhẹ (MCI).

Trình độ học vấn cũng là yếu tố ảnh hưởng đến SSTT. Tương tự những nghiên cứu khác, theo nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có trình độ học vấn thấp có tỷ lệ SSTT cao hơn nhóm có trình độ học vấn cao [11]. Điều này có thể giải thích do người cao tuổi có trình độ học vấn cao thường quan tâm, chăm sóc đến sức khỏe nhiều hơn, khả năng tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dễ dàng hơn so với nhóm có trình độ học vấn thấp.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ người cao tuổi đến khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương có suy giảm nhận thức cao (29,2%), các chức năng nhận thức chính bị suy giảm là trí nhớ, định hướng, và khả năng chú ý. Từ kết quả trên, chúng tôi khuyến nghị rằng những người cao tuổi có các biểu hiện quên, rối loạn định hướng, giảm khả năng chú ý nên được sàng lọc về suy giảm nhận thức để chẩn đoán và điều trị sớm sa sút trí tuệ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Aayush Dhakal, Bradford D. Bobrin.** Cognitive Deficits (2023)
- Porsteinsson A.P., Isaacson R.S. et al** (2021). Diagnosis of Early Alzheimer's Disease: Clinical Practice in 2021. The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease; 3(8): 371-386, <http://dx.doi.org/10.14283/jpad.2021.23>.
- Yibeltal Yismaw Gela et al** (2020). Cognitive impairment and associated factors among mature and older adults living in the community of Gondar town, Ethiopia, 2020. Scientific Reports.
- Jesutofunmi Aworinde, Nomi Werbeloff et al** (2018). Dementia severity at death: a registerbased cohort study. BMC Psychiatry (2018) 18:355. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1930-5>
- Julia S. Benoit, Wenyaw Chan, Linda Piller, Rachelle Doody** (2020). Longitudinal Sensitivity of Alzheimer's Disease Severity Staging. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias® Volume 35: 1-8.
- Lê Văn Sơn, Nguyễn Duy Linh, Lê Thành Tài** (2019). Tình trạng sa sút trí tuệ trên bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Phước Long, năm 2016. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 19/2019, 1-7.
- Cao Mạnh Long, Hồ Thị Kim Thanh, Trần Khánh Toàn** (2022). Giá trị của trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE) trong sàng lọc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại cộng đồng. Tạp chí Nghiên cứu y học, 149(1), 229-236.
- Hoàng Thị Hải Vân, Đào Thị Minh An, Đào Anh Sơn.** Tình trạng suy giảm nhận thức ở người cao tuổi qua sàng lọc tại một số huyện thuộc tỉnh Hà Nam Năm 2018. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2020, 129 (5), 121-128.
- Người cao tuổi Việt Nam: Phân tích từ Điều tra biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình năm 2021. Tổng cục Thống kê.
- Bùi Minh Tuấn, Trung Kiên Nguyễn, và Công Minh Văn.** Tình hình sa sút trí tuệ và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi trên địa bàn huyện Mang Thít, tỉnh Vĩnh Long năm 2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số p.h 65 (Tháng Mười): 165-70.

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH Ở BỆNH NHÂN CẮT GAN DO UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thế Anh<sup>1</sup>, Trịnh Huy Phương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm di căn hạch ở bệnh nhân phẫu thuật cắt gan do ung thư đường mật trong gan (ICC) tại Bệnh viện K. **Đối tượng và**

**phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 33 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu kèm theo nạo vét hạch vùng do ICC tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K trong thời gian từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ: 0,8/1; Độ tuổi trung bình: 58,8 ± 11,1 tuổi; Các loại hình cắt gan bao gồm: 14 ca cắt gan phải và 19 ca cắt gan trái; CA 19-9, CEA tăng lần lượt trong 57,6% và 9,1% trường hợp, đa số bệnh nhân chỉ có 1 u trên phim CLVT bụng (93,9%), kích thước u trung bình là 5,18 ± 1,98 cm, có 45,5% bệnh nhân di căn hạch. Bệnh nhân ở giai đoạn IIIB chiếm tỉ

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh  
Email: theanhvietduc@gmail.com  
Ngày nhận bài: 14.3.2024  
Ngày phản biện khoa học: 25.4.2024  
Ngày duyệt bài: 30.5.2024

lệ cao nhất (45,5%). Tuổi > 60 tuổi, giới tính, kích thước u > 5 cm, loại cắt gan, nồng độ CA 19-9, tình trạng nhân vệ tinh và độ biệt hóa u không có mối liên quan đến di căn hạch với  $p > 0,05$ . Có mối liên quan giữa u xâm nhập mạch đến di căn hạch với  $p = 0,026$ .  
**Kết luận:** U xâm nhập mạch có liên quan đến di căn hạch ở bệnh nhân cắt gan do ung thư biểu mô đường mật trong gan. Cần thêm thời gian để đánh giá trên số lượng bệnh nhân lớn hơn.  
**Từ khóa:** Di căn hạch, ung thư đường mật trong gan, cắt gan.

## SUMMARY

### SOME CHARACTERISTICS OF TUMOR MARKERS IN PATIENTS UNDERWENT LIVER RESECTION FOR ICC AT K HOSPITAL

**Objective:** To describe some characteristics of lymph node metastasis in patients undergoing liver resection for intrahepatic cholangiocarcinoma (ICC) at K Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 33 patients who underwent liver resection with hepatoduodenal ligament lymph node dissection for ICC at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, K Hospital, from October 2021 to December 2023. **Results:** The male-to-female ratio was 0.8:1; the mean age was  $58.8 \pm 11.1$  years. Types of liver resection included 14 right hepatectomies and 19 left hepatectomies. CA 19-9 and CEA were elevated in 57.6% and 9.1% of cases, respectively. The majority of patients had only one tumor on abdominal CT (93.9%), with a mean tumor size of  $5.18 \pm 1.98$  cm. Lymph node metastasis was present in 45.5% of patients. Patients in stage IIIB had the highest proportion (45.5%). Age > 60 years, gender, tumor size > 5 cm, type of liver resection, CA 19-9 level, satellite nodes, and tumor differentiation were not associated with lymph node metastasis ( $p > 0.05$ ). There was an association between vascular invasion and lymph node metastasis ( $p = 0.026$ ). **Conclusion:** Vascular invasion is associated with lymph node metastasis in patients undergoing liver resection for intrahepatic cholangiocarcinoma with regional lymph node dissection. Further studies with a larger sample size are needed to confirm these findings. **Keywords:** Lymph node metastasis, Intrahepatic cholangiocarcinoma, Hepatectomy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật là những khối u ác tính xuất phát từ biểu mô của đường mật, được chia thành ung thư đường mật trong gan (ICC) và ung thư đường mật ngoài gan. Hiện tại, ICC chiếm khoảng 10%–12% trong tổng số các khối u ác tính ở gan, tiên lượng bệnh còn kém với tỷ lệ sống thêm sau 5 năm dưới 30%. Điều trị ung thư đường mật trong gan là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quyết định, tuy nhiên chỉ có 35% bệnh nhân vào viện còn chỉ định phẫu thuật [1]. Các yếu tố như: số lượng, kích thước khối u, sự xâm lấn mạch bạch huyết, tải lượng khối u và di căn hạch có liên quan đến thời gian sống thêm. Đặc biệt, di căn hạch tại

thời điểm cắt bỏ có liên quan với thời gian sống thêm trung bình là 15–18 tháng, ít hơn một nửa so với số bệnh nhân không có di căn hạch [2].

Di căn hạch bạch huyết được ghi nhận đối với nhiều bệnh ung thư. Sự phát triển của khối u dẫn đến chèn ép các mạch bạch huyết lân cận. Điều này dẫn đến bất thường về tính thấm và lưu lượng của các mạch máu đến khối u, dẫn đến tăng áp lực dịch kẽ trong khối u - interstitial fluid pressure (IFP) tạo thành sự chênh lệch IFP cho dòng dịch kẽ từ khối u thông qua lớp đệm xung quanh vào các khu vực có IFP thấp hơn, từ đó cho phép các tế bào khối u và các hợp chất có nguồn gốc từ khối u xâm nhập hạch bạch huyết dễ dàng. Một số nghiên cứu cho thấy khả năng di chuyển của tế bào khối u đến và xâm lấn hạch bạch huyết thường gắn liền với biểu hiện của các thụ thể protein và cytokine, cuối cùng đạt đến đỉnh điểm trong việc trốn tránh và/hoặc ức chế hệ thống miễn dịch bình thường của cơ thể, dẫn đến những tế bào ác tính này có thể phát triển mạnh trong môi trường vi mô hạch bạch huyết [3].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn, được lựa chọn cho những bệnh nhân ICC còn chỉ định cắt bỏ khối u. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đưa ra một số nhận xét bước đầu về đặc điểm di căn hạch ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu kèm nạo vét hạch vùng do ICC.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 33 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật cắt gan do ICC (có chẩn đoán giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ICC), bao gồm: 14 ca cắt gan phải và 19 ca cắt gan trái, kèm theo nạo vét hạch vùng tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do ICC không có huyết khối tĩnh mạch cửa, không có di căn ngoài gan.

- Chức năng gan: Child Pugh A.

- Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật: Ung thư biểu mô tuyến của đường mật trong gan (ICC).

- Có bệnh án ghi chép đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- Chọn mẫu thuận tiện.

- Thu thập số liệu: Lập danh sách bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu kèm nạo vét hạch vùng có kết quả giải phẫu bệnh là ICC. Lấy hồ sơ bệnh án tại kho hồ sơ. Số liệu được

thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

**2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu.** Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng; nồng độ CA 19-9, CEA; số lượng, kích thước u trên CLVT, giai đoạn bệnh. Kết quả phẫu thuật: loại cắt gan, phương pháp kiểm soát cuống, kẹp cuống toàn bộ trong thì cắt nhu mô, thời gian phẫu thuật trung bình. Giải phẫu bệnh: số hạch vét được, số hạch di căn, nhân vệ tinh, xâm nhập mạch, độ biệt hóa khối u.

#### 2.4. Quy trình phẫu thuật

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản

Các thì phẫu thuật:

Bước 1: Mở bụng theo đường chữ J bên phải hoặc đường trắng giữa

Bước 2: Đánh giá tổn thương đại thể ổ bụng, hạch cuống gan, tổ chức u gan

Bước 3: Cắt túi mật

Bước 4: Giải phóng gan: dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác, dây chằng vành, dây chằng gan tá tràng. Giải phóng toàn bộ gan ra khỏi mặt trước tĩnh mạch chủ dưới, thắt các nhánh tĩnh mạch gan phụ.

Bước 5: Kiểm soát các thành phần cuống gan theo phương pháp Takasaki hoặc Lortat – Jacob.

Bước 6: Cắt gan

- Đường cắt gan: sau khi kiểm soát các thành phần cuống gan, sẽ thấy được ranh giới giữa gan phải và gan trái.

- Cắt nhu mô gan: bằng panh Kelly, dao siêu âm hoặc CUSA.

- Kiểm soát cuống gan: kẹp chọn lọc phối hợp với cặp cuống gan toàn bộ (thủ thuật Pringle) hoặc không, thời gian cặp cuống gan toàn bộ mỗi lần không quá 15', giữa các lần cặp nghỉ 5'.

- Cuống gan có thể được cắt bằng Băng ghim mạch máu hoặc cắt và khâu bằng chỉ mạch máu.

- Cầm máu diện cắt gan: có thể sử dụng dao đơn cực, lưỡng cực hoặc khâu cầm máu bằng chỉ mạch máu.

- Nạo vét hạch cuống gan, hạch sau đầu tụy, hạch dọc động mạch gan chung (nhóm 7,8,12,13).

- Kiểm soát rò mật: đặt gạc trắng lên diện cắt, nếu phát hiện rò mật khâu bằng chỉ Prolene.

- Che phủ diện cắt bằng surgicel.

Bước 7: Lau ổ bụng, đặt 02 dẫn lưu tại diện cắt, đóng bụng. Mẫu bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh ngay sau phẫu thuật.

**2.5. Xử lý số liệu.** Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, trung vị, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test thống kê (t-test, chi-square, pearson) để

kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

33 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do ICC tại Bệnh viện K từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023.

#### 3.1. Đặc điểm chung

**Bảng 1. Các chỉ tiêu chung**

Đặc điểm	Giá trị	
Tuổi trung bình (tuổi)	58,8±11,1	
Tỉ lệ nam/nữ	0,8/1	
Đau bụng hạ sườn phải (n, %)	20 (60,6%)	
Tình cờ phát hiện u gan (n, %)	12 (36,4%)	
CA 19 – 9 tăng (>37 U/ml) (n, %)	19 (57,6%)	
CEA tăng (>5 ng/ml) (n, %)	3 (9,1%)	
Kích thước u trung bình trên CLVT (cm)	5,18±1,98	
U đơn độc trên CLVT (n, %)	31 (93,9%)	
Số bệnh nhân di căn hạch (n, %)	15 (45,5)	
Giai đoạn bệnh theo TNM (n, %)	IA	9 (27,2)
	IB	2 (6,1)
	II	7 (21,2)
	IIIB	15 (45,5)

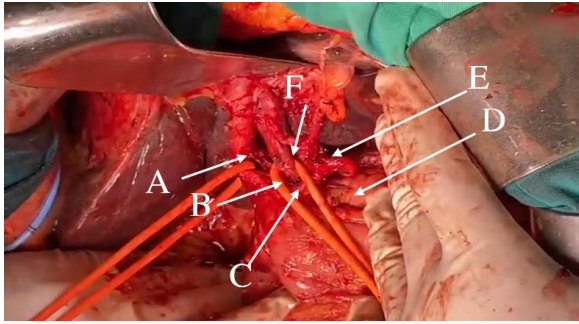
**Nhận xét:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu: 58,8 ± 11,1 tuổi, tỷ lệ nam/nữ: 0,8/1. Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (60,6%); CA 19-9 tăng trong 57,6% trường hợp, CEA tăng trong 9,1% trường hợp, đa số bệnh nhân chỉ có 1 u trên phim CLVT bụng (93,9%), kích thước u trung bình là 5,18 ± 1,98 cm. Bệnh nhân ở giai đoạn IIIB chiếm tỉ lệ cao nhất (45,5%).

#### 3.2. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 2. Kết quả phẫu thuật**

Đặc điểm	Giá trị	
Phương pháp kiểm soát cuống (n, %)	Takasaki	19 (57,6)
	Lortat – Jacob	14 (42,4)
Kẹp cuống toàn bộ trong thì cắt nhu mô (n, %)	21 (63,6)	
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	158±50,4	
Tổng số hạch vét được (n)	272	
Số hạch di căn (n, %)	41 (15,1)	
Số bệnh nhân di căn hạch (n, %)	15 (45,5)	

**Nhận xét:** Có 19 bệnh nhân được kiểm soát cuống Glisson theo phương pháp Takasaki (57,6%), 42,4% bệnh nhân kiểm soát cuống Glisson theo phương pháp Lortat – Jacob. Có 21 bệnh nhân (63,6%) được kẹp cuống toàn bộ trong thì cắt nhu mô gan. Thời gian phẫu thuật trung bình: 158 ± 50,4 phút. Tổng số hạch vét được: 272, có 41 hạch di căn (15,1%). Có 45,5% BN có di căn hạch.



**Hình 2.1.** Vùng rốn gan đầu tụy sau khi nạo vét hạch (A. Ống gan chung. B. TM cửa. C. ĐM gan riêng. D. ĐM gan chung. E. ĐM gan trái. F. ĐM gan phải)

Nguồn: BN Vũ Phi R. Mã hồ sơ: 230162786

**3.3. Môi liên quan giữa di căn hạch và một số đặc điểm chung**

**Bảng 3. Môi liên quan di căn hạch và một số đặc điểm chung**

Đặc điểm	Không di căn hạch (n=18)	Có di căn hạch (n=15)	p
<b>Tuổi</b>			
≤ 60 tuổi	9	7	0,849
> 60 tuổi	9	8	
<b>Giới</b>			
Nam	8	7	0,898
Nữ	10	8	
<b>Kích thước u</b>			
≤ 5 cm	12	10	1,00
> 5 cm	6	5	
<b>Vị trí u gan</b>			
Gan phải	8	6	0,797
Gan trái	10	9	
<b>CA 19-9</b>			
Bình thường (≤37 U/ml)	9	5	0,611
Tăng (> 37 U/ml)	9	10	

**Nhận xét:** Tuổi > 60 tuổi, giới tính, kích thước u > 5 cm, vị trí u và tăng CA 19-9 không có mối liên quan đến di căn hạch, với p > 0,05.

**3.4. Môi liên quan giữa di căn hạch và giải phẫu bệnh**

**Bảng 4. Môi liên quan giữa di căn hạch và giải phẫu bệnh**

Đặc điểm	Không di căn hạch (n=18)	Có di căn hạch (n=15)	p
<b>Nhân vệ tinh</b>			
Không	11	10	0,741
Có	7	5	
<b>Xâm nhập mạch</b>			
Không	15	7	0,026
Có	3	8	

Độ biệt hóa u			
Biệt hóa thấp và không biệt hóa	5	6	0,458
Biệt hóa vừa và biệt hóa cao	13	9	

**Nhận xét:** U xâm nhập mạch liên quan đến di căn hạch (p=0,026). Không có mối liên quan giữa nhân vệ tinh, độ biệt hóa đến di căn hạch, p > 0,05.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung.** Nghiên cứu (NC) của chúng tôi gồm 33 bệnh nhân, tuổi trung bình: 58,8 ± 11,1 tuổi; tỷ lệ nam/nữ: 0,8/1; kích thước u trung bình là 5,18 ± 1,98 cm, 45,5% bệnh nhân có di căn hạch. Bệnh nhân ở giai đoạn IIIB chiếm tỉ lệ cao nhất (45,5%). Nghiên cứu của Jonathan G. Navarro (2020) trong số 210 bệnh nhân được phẫu thuật gan do ICC, tuổi trung bình: 65 tuổi; nam giới chiếm 60,5%, kích thước u trung bình: 4,5 cm; số bệnh nhân ở giai đoạn II và IIIB chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt: 29% và 27,6%, có 25,6% trường hợp di căn hạch [4].

Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (60,6%); CA 19-9 tăng trong 57,6% trường hợp, CEA tăng trong 9,1% trường hợp. Nghiên cứu của Akira Moro (2020) với 588 bệnh nhân, tác giả nhận thấy thời gian sống thêm 5 năm tốt hơn ở nhóm bệnh nhân có nồng độ CA 19-9 và CEA máu thấp (54,5%) so với nhóm CA 19-9 thấp nhưng CEA cao (14,6%) hoặc CA 19-9 cao nhưng CEA thấp (10,0%) hoặc CA 19-9 cao và CEA cao (0%) (p = 0,001) [5].

Đa số bệnh nhân có 1 u (93,9%), nghiên cứu của Jonathan G. Navarro năm 2020 có 83,3% trường hợp có 1 u [4], tác giả Addeo (2018) nghiên cứu trên 120 bệnh nhân cho kết quả 53% bệnh nhân có 1 khối u [6].

**4.2. Kết quả phẫu thuật.** Có 19 bệnh nhân được kiểm soát ổ Glisson theo phương pháp Takasaki (57,6%), phương pháp này giúp phẫu thuật viên có thể phẫu tích các ổ Glisson chính tại ổ gan tránh các biến đổi giải phẫu. Trong khi đó, kiểm soát ổ gan theo phương pháp Lortat – Jacob giúp phẫu thuật viên bộc lộ rõ ràng các thành phần giúp kiểm soát được sự tiến triển khối u khi xâm lấn đường mật và mạch máu, tuy nhiên cũng có thể làm tổn thương hoặc thắt nhả thành phần của ổ gan đặc biệt là trong trường hợp có biến đổi giải phẫu. Trong nhóm NC có 14 trường hợp được làm kỹ thuật này chiếm 42,4% (hình 2.1). Có 21 bệnh nhân (63,6%) được kẹp ổ gan toàn bộ trong thời gian phẫu thuật, Belghiti cho rằng việc kẹp ổ gan

toàn bộ ngắt quãng hiệu quả hơn phương pháp cặp cố gắng liên tục về kiểm soát lượng máu mất trong phẫu thuật và hiệu quả hơn về mặt hồi phục sau phẫu thuật [7].

Thời gian phẫu thuật trung bình:  $158 \pm 50,4$  phút. Tổng số hạch vét được: 272, có 41 hạch di căn (15,1%). Đối với các trường hợp ung thư đường mật trong gan, chúng tôi thực hiện nạo vét hạch vùng nhóm 7, 8, 12, 13 thường quy (nhóm hạch động mạch vị trái, động mạch gan chung, cuống gan và vùng đầu tụy) và phát hiện di căn hạch trong 45,5% trường hợp trên giải phẫu bệnh. Yamamoto (1999) cho rằng hạch di căn ICC thường thấy là ở cuống gan (nhóm 12), dọc động mạch gan chung (nhóm 8), và sau đầu tụy (nhóm 13) [8]. Vì vậy, khuyến cáo nên nạo vét hạch thường quy nhóm 8,12,13 đối với các trường hợp phẫu thuật cắt gan do ICC. Một số nghiên cứu khác còn cho rằng nên nạo vét hạch thường quy cả dọc theo động mạch vị trái (nhóm 7) trong trường hợp u đường mật nằm ở thùy gan trái [9]. Chúng tôi tiến hành nạo vét hạch nhóm 7,8,12,13 trong tất cả 33 trường hợp, kết quả tổng số hạch vét được là 272, có 41 hạch di căn chiếm 15,1%.

**4.3. Môi liên quan giữa di căn hạch và một số đặc điểm chung.** Tuổi > 60 tuổi, giới tính và kích thước u > 5 cm không có mối liên quan với di căn hạch với  $p > 0,05$ . Vị trí khối u nằm ở gan phải hoặc gan trái không có mối liên quan tới di căn hạch với  $p = 0,797$ . Nghiên cứu của Yuzo Umeda (2021) khi phân tích đơn biến trên 224 bệnh nhân được nạo vét hạch trong phẫu thuật cắt gan do ICC cho kết quả: tuổi > 60 tuổi là yếu tố liên quan đến di căn hạch ( $p = 0,022$ ), trong khi giới tính và kích thước khối u > 4 cm không có mối liên quan đến di căn hạch với  $p$  lần lượt 0,068 và 0,167 [10].

Nghiên cứu của chúng tôi nồng độ CA 19-9 tăng (với ngưỡng 37 U/ml) không có mối liên quan tới di căn hạch với  $p = 0,611$ . Nghiên cứu của Toru Yamada năm 2018 trên 44 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do ICC, tác giả nhận thấy với mức CA 19-9 trước phẫu thuật  $\geq 100$  U/ml là yếu tố tiên lượng tốt về pN1 với độ chính xác 77%; CA 19-9  $\geq 200$  U/ml là yếu tố tiên lượng di căn hạch nhóm 16 (hạch cạnh động mạch chủ bụng) với độ chính xác 68%.

**4.4. Môi liên quan giữa di căn hạch và giải phẫu bệnh.** U xâm nhập mạch có liên quan đến di căn hạch với  $p = 0,026$ . Nghiên cứu của Yuzo Umeda (2021) trên 224 bệnh nhân, cho kết quả: xâm nhập mạch máu không có mối liên quan đến di căn hạch với  $p = 0,865$ , trong khi độ

biệt hóa khối u có liên quan đến tình trạng di căn hạch với  $p = 0,012$ . Theo Conci và cộng sự, 36,3% BN có u xâm nhập mạch, khi so sánh giữa 2 nhóm có và không có tổn thương xâm nhập mạch, nhận thấy thời gian sống thêm sau 5 năm giảm từ 45,1% xuống 32,9% ở nhóm có u xâm nhập mạch ( $p = 0,017$ ).

Nghiên cứu của Conci có 21,9% bệnh nhân có đơn u kèm theo nhân vệ tinh, sự xuất hiện của nhân vệ tinh làm tăng tỉ lệ di căn hạch từ 21,9% lên 35,2% ( $p = 0,018$ ). Thời gian sống thêm sau 5 năm ở nhóm không có nhân vệ tinh là 47,9%, trong khi nhóm có nhân vệ tinh chỉ là 21,7%. Theo Addeo, bệnh nhân có khối u đơn lẻ có tỷ lệ sống sót sau 5 năm và thời gian sống thêm cao hơn (36,5 tháng; 40%) so với bệnh nhân có khối u vệ tinh (20 tháng, 7%;  $p = 0,0004$ ). Thời gian sống thêm không bệnh ở những bệnh nhân có 1 khối u có xu hướng dài hơn (12,8 tháng) so với trường hợp có nốt vệ tinh (7,5 tháng), nhưng không đạt được ý nghĩa thống kê ( $p = 0,30$ ) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi: không có mối liên quan giữa nhân vệ tinh và độ biệt hóa u với di căn hạch ( $p > 0,05$ ). Cỡ mẫu chưa lớn có thể là nguyên nhân làm kết quả của chúng tôi khác với của các tác giả trên.

## V. KẾT LUẬN

Qua 33 trường hợp phẫu thuật cắt gan kèm nạo vét hạch vùng do ung thư đường mật trong gan, cho thấy: Tuổi > 60 tuổi, giới tính, kích thước u > 5 cm, loại cắt gan, nồng độ CA 19-9, tình trạng nhân vệ tinh và độ biệt hóa khối u không có mối liên quan đến di căn hạch với  $p > 0,05$ . Có mối liên quan giữa u xâm nhập mạch đến di căn hạch với  $p = 0,026$ . Cần thêm thời gian để đánh giá trên số lượng bệnh nhân lớn hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Johannes Kolck, T.A.A.**, Prediction of regional lymph node metastasis in intrahepatic cholangiocarcinoma: it's not all about size.
2. **Joshua S. Jolissaint, K.C.S.**, Intrahepatic Cholangiocarcinoma with Lymph Node Metastasis: Treatment-Related Outcomes and the Role of Tumor Genomics in Patient Selection.
3. **Haoran Ji1, C.H.**, Lymph node metastasis in cancer progression: molecular mechanisms, clinical significance and therapeutic interventions.
4. **Jonathan G. Navarro, J.H.L.**, Prognostic significance of and risk prediction model for lymph node metastasis in resectable intrahepatic cholangiocarcinoma: do all require lymph node dissection?
5. **Moro, A.**, The Impact of Preoperative CA19-9 and CEA on Outcomes of Patients with Intrahepatic Cholangiocarcinoma.
6. **Addeo, P., et al.**, Prognostic impact of tumor

- multinodularity in intrahepatic cholangiocarcinoma. 2019. 23: p. 1801-1809.
7. **Belghiti, J., et al.,** Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study. *Annals of surgery*, 1999. 229(3): p. 369.
  8. **Yamamoto M, T.K., Yashikawa,** Lymph node metastasis in intrahepatic cholangiocarcinoma.
  9. **Uenishi T, K.S., Yamazaki O, et al.,** Indications for surgical treatment of intrahepatic cholangiocarcinoma with lymph node metastases. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2008;15:417–22.
  10. **Umeda, Y.,** Impact of lymph node dissection on clinical outcomes of intrahepatic cholangiocarcinoma: Inverse probability of treatment weighting with survival analysis.

## TỶ LỆ ÁP DỤNG KỸ THUẬT TẠO THUẬN CẢM THỤ BẢN THỂ THẦN KINH - CƠ TRÊN LÂM SÀNG CỦA SINH VIÊN KHOA KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - TRƯỜNG ĐẠI HỌC QUỐC TẾ HỒNG BÀNG

Đương Thành Trí<sup>1</sup>, Trần Thị Diệp<sup>1</sup>,  
Lê Thị Huỳnh Như<sup>1</sup>, Phạm Xuân Hiệp<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Trong chuyên ngành Vật lý trị liệu, kỹ thuật Tạo thuận cảm thụ bản thể thần kinh cơ (PNF) là một kỹ thuật cao được áp dụng điều trị trong rất nhiều dạng bệnh lý liên quan đến các rối loạn, tổn thương trên các hệ cơ xương khớp, thần kinh. Tuy hiệu quả điều trị đã được khẳng định nhưng việc áp dụng kỹ thuật đòi hỏi chuyên môn cao cũng như kỹ năng phải được rèn luyện thường xuyên, thành thục mới có thể mang lại kết quả tốt cho người bệnh. Việc vận dụng kỹ thuật PNF cần phải được đánh giá và khuyến khích không chỉ trên các đối tượng đã làm việc mà còn ngay trên các bạn sinh viên chuyên ngành khi thực hành lâm sàng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ áp dụng Kỹ thuật tạo thuận cảm thụ bản thể thần kinh cơ trên lâm sàng của sinh viên khoa Kỹ thuật Phục hồi chức năng của trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên các đối tượng là sinh viên khoa Kỹ thuật PHCN năm thứ 3 và thứ 4 cả hai hệ liên thông và chính quy. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ sinh viên có áp dụng kỹ thuật PNF trên lâm sàng chiếm 96% trong đó mức độ áp dụng thường xuyên chiếm 51,6% ở cả hai hệ liên thông và chính quy. **Kết luận:** Việc áp dụng kỹ thuật PNF trên lâm sàng của các đối tượng sinh viên khoa Kỹ thuật PHCN là rất thường xuyên cho thấy được vị thế của kỹ thuật PNF trong việc điều trị lâm sàng cũng như khẳng định tầm quan trọng khi hiện diện trong chương trình đào tạo chuyên ngành Vật lý trị liệu hệ đại học.

**Từ khóa:** Kỹ thuật tạo thuận cảm thụ bản thể thần kinh cơ, PNF, Phục hồi chức năng, Vật lý trị liệu.

### SUMMARY

#### APPLICATION PREVALENCE OF

<sup>1</sup>Đại học Quốc tế Hồng Bàng

<sup>2</sup>Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Diệp

Email: dieptt@hiu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024

### PROPRIOCEPTIVE NEUROMUSCULAR FACILITATION IN CLINICAL OF STUDENTS IN PHYSIOTHERAPY

**Backgrounds:** In Physiotherapy, Proprioceptive Neuromuscular Facilitation (PNF) is a high technique applied to treat many diseases related to disorders, brands on muscles and nerves systems. Although the effectiveness has been improved, the application of highly specialized techniques as well as skills must be practiced regularly to bring good results to the patients. The application of PNF needs to be evaluated and encouraged not only on working people but also on students when performing clinical. **Objectives:** Assessment the prevalence of Proprioceptive Neuromuscular Facilitation in clinical practice of students of the Rehabilitation Faculty at Hong Bang International University. **Methods:** A cross sectional study was conducted in the third and the four students of Rehabilitation Faculty at Hong Bang International University. **Results:** The study recorded that the percentage of students who applied PNF in clinical practice accounted for 96%, of which the frequency of regular application accounted for 51.6% in both the regular students and irregular students. **Conclusions:** The application of PNF in clinical practice by students of the Rehabilitation Faculty is very often showing the position of PNF technique in clinical treatment as well as affirming its importance when present in the program of Bachelor's Degree in Physiotherapy.

**Keywords:** Proprioceptive Neuromuscular Facilitation, Rehabilitation, Physiotherapy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật tạo thuận cảm thụ bản thể thần kinh cơ là kỹ thuật điều trị trên bệnh nhân chủ yếu là các đối tượng có vấn đề về kiểm soát thần kinh và cơ [1]. Kỹ thuật PNF đã được đưa vào chương trình giảng dạy đại học chuyên ngành Vật lý trị liệu cũng như phổ biến cho các đối tượng đang làm việc qua các lớp tập huấn lâm sàng. Việc áp dụng kỹ thuật PNF cho hiệu quả rất tốt trên nhiều dạng bệnh khác nhau [2-5] và