

Ngoài ra, cũng tương tự như ghi nhận từ nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Lan và cộng sự đã ghi nhận rằng đa số (73,9%) lo ngại về việc xét nghiệm dương tính với COVID-19 và lây nhiễm cho gia đình của họ [7].

## V. KẾT LUẬN

Nhận thấy tỷ lệ bị tác động của dịch COVID-19 đến các cán bộ y tế là khá cao, do vậy rất cần thiết xây dựng kế hoạch nâng cao biện pháp bảo vệ cán bộ y tế trong các vụ dịch nói riêng và các sự kiện thảm họa y tế nói chung.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2020)**, Sáng 16/10 không ca mắc COVID-19, Việt Nam chữa khỏi 1.030 bệnh nhân, <https://ncov.moh.gov.vn/vi/web/guest/-/6847426-335>.
2. **Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H, et al.** First case of 2019 novel coronavirus in the United States. *N Engl J Med.* 2020;382(10):929–36. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001191>.
3. **Dimitrios Giannis (2020)**, Impact of coronavirus

disease 2019 on healthcare workers: beyond the risk of exposure, *Postgraduate Medical Journal*.

4. **Thân Mạnh Hùng và cộng sự (2020)**, “Sức khỏe Tâm thần và Kết quả Chất lượng Cuộc sống Liên quan đến Sức khỏe của các Nhân viên Y tế Tuyến đầu trong Thời kỳ Đỉnh điểm bùng phát COVID-19 ở Việt Nam: Một nghiên cứu cắt ngang”. *Risk Management And Healthcare Polyci* 2020; 13:2927–2936.
5. **Rafia Tasnim, Md. Saiful Islam (2020)**, “Prevalence and correlates of anxiety and depression in frontline healthcare workers treating people with COVID-19 in Bangladesh”. *PsyArXiv*, 23 Sept. 2020, pp. 4,5,10.
6. **Ngọc Sao (2017)**, Thực trạng sức khỏe tâm thần và một số yếu tố liên quan của nhân viên khoa Hồi sức cấp cứu tại một số bệnh viện trên địa bàn Hà Nội năm 2017.
7. **Nguyễn Thị Phương Lan và cộng sự**, “Các yếu tố căng thẳng tâm lý, mối quan tâm và hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho nhân viên chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam trong thời gian bùng phát dịch bệnh Coronavirus 2019 (Covid 19)”. *Public Health*, 19 March 2021, pp. 2. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.628341>.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VÀ TỶ LỆ NHIỄM HELICOBACTER PYLORI Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY

Phạm Hồng Khánh<sup>2</sup>, Trần Thị Huyền Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Duật<sup>2</sup>, Vũ Văn Khiên<sup>1</sup>

UTDD là: 77/129 (59,2%). Kết luận: Tỷ lệ nhiễm H. pylori ở bệnh nhân UTDD chiếm 59,2%.

**Từ khóa:** Ung thư dạ dày, Helicobacter pylori

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF CLINICAL, ENDOSCOPIC, HISTOPATHOLOGIC AND HELICOBACTER PYLORI INFECTION IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER

**Introduction:** Stomach cancer remains an important cancer worldwide and is responsible for over one million new cases in 2020 and an estimated 769.000 deaths, ranking fifth for incidence and fourth for mortality globally. Objectives: To study the clinical, endoscopic, histopathological and H. pylori characteristics in patients with gastric cancer. **Patient & methods:** 129 patients with gastric cancer were confirmed on endoscopy and histopathology. Clinicopathological features based on Borrmann's classification. Histopathological features based on Lauren's classification. Diagnosis of H. pylori infection is based on: CLO test, histopathology and culture. **Results:** General characteristics: Age  $\geq$  60 years old (67.7%), mean age: 63.8 $\pm$ 11.9 (29-92). Clinical: Epigastric pain (97.7%), bloating (88.4%), anorexia (82.2%), weight loss (39.5%). Tumor location: antrum (48.1%), body (17%), cardia (6.2%). Histopathology: Intestinal type (55.4%), diffuse type (40.8%) and mixed (3.8%). The rate of H. pylori

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư dạ dày vẫn là căn bệnh ung thư quan trọng trên toàn thế giới và là nguyên nhân gây ra hơn một triệu ca mắc mới vào năm 2020 và ước tính có khoảng 769.000 ca tử vong, đứng thứ 5 về tỷ lệ mắc và thứ 4 về tỷ lệ tử vong trên toàn cầu. Mục tiêu: Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và nhiễm H. pylori ở bệnh nhân UTDD. **Đối tượng & phương pháp:** 129 bệnh nhân UTDD được chẩn đoán xác định trên nội soi và mô bệnh học. Hình ảnh đại thể UTDD dựa trên phân loại của Borrmann. Phân loại mô bệnh học theo Lauren. Chẩn đoán nhiễm H. pylori dựa trên: CLO test, mô bệnh học và nuôi cấy. **Kết quả:** Đặc điểm chung: Tuổi  $\geq$  60 tuổi (67,7%), tuổi trung bình: 63,8 $\pm$ 11,9 (29-92). Lâm sàng: Đau thượng vị (97,7%), đầy bụng (88,4%), chán ăn (82,2%), giảm sút cân (39,5%). Vị trí khối u: Hang vị (48,1%), thân vị (17%), tâm vị (6,2%). Mô bệnh học: Thể ruột (55,4%), thể lan tỏa (40,8%) và hỗn hợp (3,8%). Tỷ lệ nhiễm H. pylori ở bệnh nhân

<sup>1</sup>Bệnh viện TWQĐ 108

<sup>2</sup>Bệnh viện 103- Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khiên

Email: vuvankhien108@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 17.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2021

Ngày duyệt bài: 19.7.2021

infection in gastric cancer patients were: 77/129 (59.2%). **Conclusion:** The rate of H. pylori infection in gastric cancer patients were: 77/129 (59.2%)

**Key words:** Gastric cancer, Helicobacter pylori

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, ung thư dạ dày (UTDD) vẫn là một trong các loại ung thư hay gặp trên thế giới, tiền lượng vẫn còn nặng nề nếu bệnh phát hiện muộn. UTDD thường gặp nhiều ở nam giới. Theo thống kê của GLOBOCAN 2020 cho biết UTDD ở nam giới đứng hàng thứ 4 sau ung thư phổi, ung thư tiền liệt tuyến và ung thư đại trực tràng. Chỉ tính riêng trong năm 2020, số bệnh nhân mắc UTDD ở nam giới trên toàn cầu là: 719.253 chiếm tỷ lệ 7,1% [1]

Trong thế kỷ 20, UTDD có xu hướng ở vùng hang vị, tiền môn vị. Tuy nhiên, trong những đầu thế 21 thì UTDD có xu hướng tăng lên ở thân vị và tâm vị. Có nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó có liên quan đến nhiễm Helicobacter pylori (H. pylori). Năm 1994, tổ chức Y tế thế giới đã xếp H. pylori nằm trong tác nhân số I gây ung thư dạ dày [2]. Tần suất nhiễm H. pylori thay đổi theo từng châu lục và các quốc gia khác nhau. Tuy nhiên, khả năng gây bệnh của H. pylori phụ thuộc vào yếu tố độc lực của nó. Tại Việt Nam, mặc dù đã được trang bị khá đồng bộ các thiết bị nội soi tiêu hóa, nhưng số bệnh nhân UTDD giai đoạn sớm còn rất ít và phần lớn bệnh nhân khi đến viện ở giai đoạn trung gian hoặc giai đoạn muộn. Đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học, tỷ lệ nhiễm H. pylori ở bệnh nhân ung thư dạ dày.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 129 bệnh nhân UTDD được thu thập từ Bệnh viện TWQĐ 108 và Bệnh viện 103 (Học viện Quân y). Thời gian thu thập số liệu: 12/2019 đến 06/2021

### \*Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tuổi từ 18 trở lên, không phân biệt giới tính,

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập được 129 bệnh nhân UTDD đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu.

**Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới và dấu hiệu lâm sàng ở bệnh nhân UTDD**

Đặc điểm tuổi	n (%)	Lâm sàng	n (%)
< 60 tuổi	43/129 (33,3)	Đau thượng vị	129/129 (97,7)
≥ 60 tuổi	86/129 (67,7)	Đầy bụng	114/129 (88,4)
<b>Tuổi trung bình</b>	63,8±11,9 (29-92)	Nôn/buồn nôn	77/129 (59,7)
<b>Đặc điểm giới</b>		Ợ hơi-ợ chua	85/129 (65,9)
Nam	99/129 (76,7)	Chán ăn	106/129 (82,2)
Nữ	30/129 (23,3)	Ăn mau no	91/129 (70,5)
<b>Tỷ lệ nam/nữ</b>	99/30 (3,3)	Đại tiện phân đen	7/129 (5,4)

nghe nghiệp.

- Đồng ý và ký vào giấy tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- Không có tiền căn phẫu thuật cắt dạ dày.

- Được chẩn đoán xác định UTDD dựa trên kết quả nội soi và MBH.

- Không đang sử dụng các thuốc kháng sinh, thuốc kháng tiết acid, thuốc chứa thành phần Bismuth trong vòng 02 tuần trước khi tham gia nghiên cứu.

### \*Tiêu chuẩn loại trừ

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thiếu một trong các tiêu chuẩn nêu trên.

## 2.2. Phương pháp

\*Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang, tiến cứu.

\*Lập hồ sơ: Trước khi nội soi, tất cả bệnh nhân được phỏng vấn theo mẫu bệnh án nghiên cứu, điều tra về tiền sử bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng.

\*Nội soi dạ dày: Thực hiện trên máy nội soi dạ dày ống mềm (CV 180-Olympus-Nhật Bản). Các thông tin về nội soi gồm: Vị trí, kích thước, mức độ tổn thương

\*Sinh thiết qua nội soi làm CLO test (01 mảnh tại hang vị)

\*Sinh thiết làm mô bệnh học của khối u dạ dày (06 mảnh tại khối u). Đọc kết quả giải phẫu bệnh tại khoa Giải phẫu bệnh-Bệnh viện TWQĐ 108

\*Hình ảnh đại thể UTDD chia thành 2 loại: UTDD giai đoạn sớm (dựa trên phân loại UTDD của Nhật Bản) và UTDD giai đoạn muộn (dựa trên phân loại của Borrmann) được chia thành 5 typ: Khối u (mass), loét (ulcerative), loét xâm nhập (infiltrative ulcerative), thâm nhiễm lan tỏa (diffuse infiltrative), không phân loại (unclassifiable)

\*Chẩn đoán mô bệnh học: Dựa trên phân loại của Lauren và chia thành 3 thể: Ung thư thể ruột (intestinal type), ung thư thể lan tỏa (diffuse type) và thể hỗn hợp

\*Xác định mức độ nhiễm H. pylori dựa trên: CLO test, mô bệnh học và nuôi cấy.

	Gầy sút cân nhanh	51/129 (39,5)
--	-------------------	---------------

**Nhận xét:** Số bệnh nhân UTDD  $\geq 60$  tuổi chiếm: 67,7%. Tuổi trung bình:  $63,8 \pm 11,9$  (29-92). Các dấu hiệu UTDD khá điển hình gồm: Đau thượng vị, đầy bụng, chán ăn...

**Bảng 3.2. Vị trí khối u và hình ảnh đại thể theo Borrmann**

Vị trí	n (%)	Phân loại theo Borrmann	n (%)
Hang vị	62/129 (48,1)	Khối u	10/129 (7,8)
Thân vị	22/129 (17,0)	Loét	29/129 (22,5)
Bờ cong nhỏ	37/129 (28,7)	Loét xâm nhập	90/129 (69,7)
Tâm vị	8/129 (6,2)	Thâm nhiễm lan tỏa	0
<b>Tổng</b>	<b>129/129 (100)</b>	<b>Tổng</b>	<b>129 (100)</b>

**Nhận xét:** Số bệnh nhân có khối u tại hang vị gặp nhiều nhất: 48,1%. Theo phân loại Borrmann thì khối u loét thâm nhiễm (típ 3) chiếm nhiều nhất: 69,7%.

**Bảng 3.3. Phân bố MBH theo Lauren và tỷ lệ H. pylori (+)**

MBH theo Lauren	n (%)	Tỷ lệ H. pylori (+)	n (%)
Thể ruột	72/129 (55,4)	Urea test	73/129 (56,1)
Thể lan tỏa	53/129 (40,8)	Mô bệnh học	83/129 (63,8)
Thể hỗn hợp	5/129 (3,8)	Nuôi cấy	68/129 (52,3)
<b>Tổng</b>	<b>129 (100)</b>	<b>Tổng</b>	<b>77/129 (59,2)</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ thể ruột (55,4%) chiếm ưu thế so với thể lan tỏa (40,8%). Thể hỗn hợp chỉ chiếm 3,8%. Tỷ lệ nhiễm H. pylori chung (cho cả phương pháp) ở bệnh nhân UTDD là: 77/129 bệnh nhân (59,2%).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm về giới và tuổi ở bệnh nhân UTDD.

UTDD là bệnh ác tính có liên quan với giới tính, với xu hướng nam cao hơn nữ. Kết quả nghiên cứu (bảng 3.1) cho biết nam chiếm 76,7%, nữ chiếm 23,3% và tỷ lệ nam/nữ là 3,3. Các nghiên cứu trong nước đều thấy rằng tần suất mắc UTDD ở nam giới thường cao hơn nữ giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Mai Hồng Bằng (n = 152), Trần Ngọc Ánh (n = 76) và Trần Đình Trí (n = 275) với tỷ lệ nam/nữ tương ứng là: 3,1; 3,6 và 3,6 [3-5]. Một số nghiên cứu khác có kết quả thấp hơn, nhưng nam vẫn nhiều hơn nữ. Cụ thể, tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của Đặng Trần Tiến (n = 186), Nguyễn Ngọc Hùng (n = 300), Trần Văn Hợp (n = 205) tương ứng là: 1,6; 2,1 và 1,7.

Phần lớn UTDD trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung vùng hang vị và thân vị. Số bệnh nhân UTDD vùng tâm vị chỉ có 8 bệnh nhân. Đối với châu Âu và châu Mỹ, nơi có tỷ lệ nhiễm H. pylori không cao so với châu Á, do vậy, các ung thư vùng tâm vị tăng nhiều hơn so với UTDD không ở vùng tâm vị. Tuy nhiên, dù UTDD ở vùng tâm vị hay không ở tâm vị thì số bệnh nhân nam vẫn nhiều hơn so với nữ. Nghiên cứu gần đây mới công bố (2018) thống kê tại Thụy Điển [6] từ 1970-2014 trên 50.263 bệnh nhân UTDD, trong đó có 6.918 bệnh nhân ung thư tâm vị (cardia gastric adenocarcinoma) và 43.345 bệnh nhân ung thư dạ dày không ở vùng tâm vị (non-cardia gastric adenocarcinoma) cho biết tỷ lệ nam/nữ ở UTDD vùng tâm vị và UTDD không

tâm vị tương ứng là: 3,2 và 1,5. Kết quả này đã cho thấy UTDD vùng tâm vị thì nam gặp nhiều hơn nữa. Một trong các nguyên nhân là do tỷ lệ sử dụng rượu bia, các bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản ở nam nhiều hơn so với nữ.

Bảng 3.1 cho biết: Tuổi trung bình cho UTDD là:  $63,8 \pm 11,9$  (giới hạn: 29-92 tuổi), trong đó số bệnh nhân UTDD có tuổi  $\geq 60$  chiếm: 67,7%. Nghiên cứu này cũng phù hợp nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu của Tạ Long (n = 104) cho biết tuổi trung bình là:  $60,1 \pm 11,8$ . Nghiên cứu của Nguyễn Thiện Trung (2011) trên 71 bệnh nhân UTDD tại thành phố Hồ Chí Minh cho biết tuổi trung bình là:  $59,54 \pm 12,74$ .

##### 4.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân UTDD.

Các bệnh nhân UTDD thường không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng và đặc hiệu. Các triệu chứng toàn thân và cơ năng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi gồm đau vùng thượng vị, sụt cân, chán ăn hay ăn chậm tiêu, buồn nôn và/hoặc nôn mửa. Các triệu chứng ít gặp hơn gồm xuất huyết tiêu hóa (nôn ra máu, đại tiện phân đen) chiếm tỷ lệ thấp.

Tỷ lệ các triệu chứng thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước, cũng như một số tác giả nước ngoài (bảng 4.1).

Nhìn chung, các triệu chứng lâm sàng của UTDD khá điển hình. Chúng tôi cũng gặp các bệnh nhân đã có triệu chứng của hẹp môn vị, gây ứ đọng thức ăn trong dạ dày và có một số bệnh nhân khi vào viện do tình trạng mất

máu nặng, gầy sút cân nhanh. Nghiên cứu của Wanebo HJ và cs [7] trên 18.365 bệnh nhân UTDD cho biết gầy sút cân chiếm tỷ lệ cao nhất

(61,6%). Do vậy, nội soi dạ dày đóng vai trò quan trọng trong phát hiện sớm UTDD

**Bảng 4.1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong ung thư dạ dày**

Lâm sàng	Wanebo (n = 18365)	Mai Hồng Bằng (n = 152)	Lê Việt Nho (n=90)	Trần Đình Trí (n = 275)	Chúng tôi (n = 129)
Gầy sút cân	61,6 %	48,7 %	47,8%	61,5%	39,5%
Đau bụng	51,6 %	89,5 %	98,8%	84,7%	97,7%
Buồn nôn, nôn	34,3 %		26,7%	32,4%	59,7%
Chán ăn	32,0 %	67,1 %	27,8%	78,2%	82,2%
Chảy máu tiêu hóa	20,2 %		11,1%	24,4%	5,4%
Mau no	17,5%				70,5%
Phù hai chi dưới	5,9 %				
Thiếu máu		64,5 %	70,0%		

**4.3. Vị trí tổn thương và tổn thương đại thể ở bệnh nhân UTDD.** Vị trí khối u của UTDD có liên quan đến tiên lượng và phương pháp điều trị. Các nhà giải phẫu bệnh đã phân chia thành 2 loại: Ung thư tâm vị và UTDD không tâm vị. Đối với UTDD tại tâm vị có những đặc điểm riêng và có liên quan khác về tác nhân gây bệnh, trong đó người ta đề cập nhiều đến vai trò của virus Epstein Barr (EBV), Barrrt thực quản...

Trong nghiên cứu của chúng tôi chọn cả 2 loại ung thư này. Bảng 3.2 cho biết vị trí khối u vùng hang vị, thân vị, bờ cong nhỏ và tâm vị chiếm tỷ lệ tương ứng là: 48,1%, 17,0%, 28,7% và 6,2%. Kết quả này khá tương đồng kết quả trong nước, trong đó khối u tập trung nhiều ở hang vị, giao động trong khoảng: 48,0% đến 78,6%. Tại Việt Nam, các nghiên cứu UTDD vùng tâm vị còn khá khiêm tốn và cần phải nghiên cứu trong thời gian tới.

Về tổn thương đại thể, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành nội soi đánh giá các tổn thương đại thể theo Hệ thống phân loại UTDD của Nhật Bản ở giai đoạn muộn (phân loại Borrmann). Kết quả cho thấy thể loét xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất (69,7%), tiếp đến là thể loét (22,5%). Các kết quả này cũng phù hợp nghiên cứu trong nước cho biết thể loét xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất, giao động trong khoảng: 42,2-67,8%.

Nghiên cứu của An JY và cs [8] ở 4191 bệnh nhân UTDD tại Hàn Quốc từ 1995- 2005 cho biết thể loét xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất: 62,5%, kế đến là thể loét: 19,8%..

#### 4.4. Kết quả mô bệnh học của UTDD.

Chẩn đoán mô bệnh học dựa trên phân loại Lauren. Kết quả bảng 3.3 cho biết thể ruột, thể lan tỏa và thể hỗn hợp tương ứng là: 55,4%; 40,8% và 3,8%. Như vậy, thể ruột chiếm tỷ lệ cao nhất và tương đồng với kết quả trong nước. Theo nghiên cứu của Đặng Trần Tiến, Nguyễn

Ngọc Hùng và Tạ Long thể ruột chiếm tỷ lệ tương ứng là: 60,0%, 73%, 78,9%.

Tại các nước Âu Mỹ, tần suất UTDD thể lan tỏa thường có xu hướng cao hơn thể ruột. Gamboa-Dominguez A. ghi nhận thể ruột chỉ chiếm 40,4%, trong khi thể lan tỏa chiếm đến 50,6%. Matsubara thấy 46% thể ruột và 54% thể lan tỏa. Theo Rubio C.A và cs ở Mexico tỷ lệ thể lan tỏa chiếm hơn 90% và dưới 10% thể ruột. Cũng với nghiên cứu của An JY và cs [8] tại Hàn Quốc thể lan tỏa của UTDD Borrmann tít I,II,III chiếm 53,9%, riêng Borrmann tít IV thể lan tỏa chiếm 87,7%. Sự khác biệt về mô bệnh học còn chưa sáng tỏ, có thể có sự khác biệt về các yếu tố nguy cơ gây bệnh như nhiễm H. pylori, chế độ ăn...và cần phải tiếp tục nghiên cứu.

**4.5. Tỷ lệ nhiễm H. pylori ở bệnh nhân UTDD.** Bảng 3.3 cho biết tỷ lệ nhiễm H. pylori ở bệnh nhân UTDD chiếm: 77/129 (59,7%). Nghiên cứu của Trần Đình Trí [5] trên 257 bệnh nhân UTDD cho biết tỷ lệ nhiễm H. pylori chung tổng hợp từ 5 phương pháp (urea test, mô bệnh học, mô miễn dịch, huyết thanh và nuôi cấy) đạt: 159/275 (57,8%). Nghiên cứu của Trần Thiện Trung (2007) tỷ lệ nhiễm H. pylori ở bệnh nhân UTDD là 57,7%. Tuy nhiên, Trần Văn Hợp nghiên cứu trên 205 bệnh nhân UTDD thì tỷ lệ nhiễm H. pylori 66,3%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác

Châu Á là khu vực có tỷ lệ nhiễm H. pylori cao, có liên quan đến tần suất mắc UTDD. Mức độ nhiễm H. pylori ở châu Á được chia thành 3 mức: thấp, trung bình và cao. Một số quốc gia, mặc dù tỷ lệ nhiễm H. pylori ở mức trung bình, nhưng tần suất mắc UTDD lại rất cao. Ngược lại, một số quốc gia có tỷ lệ nhiễm H. pylori rất cao trong cộng đồng, nhưng tỷ lệ mắc UTDD lại thấp. Các nghiên cứu chỉ ra rằng yếu tố độc lực của H. pylori đóng vai trò quan trọng trong cơ

chế bệnh sinh UTDD [2]. Do vậy, cần nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố độc lực của *H. pylori*.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư dạ dày với tuổi  $\geq 60$  chiếm 67,7%, tuổi trung bình:  $63,8 \pm 11,9$  (29-92). Về lâm sàng các triệu chứng hay gặp gồm: Đau thượng vị (97,7%), đầy bụng (88,4%), chán ăn (82,2%), gầy sút cân (39,5%). Vị trí khối u hay gặp nhất là hang vị (48,1%). Mô bệnh học chủ yếu là thể ruột (55,4%) và thể lan tỏa (40,8%). Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở bệnh nhân UTDD là: 77/129 (59,2%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021;71: 209-249.
2. **Yamaoka Y. Mechanisms of disease:** *Helicobacter pylori* virulence factors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2010;7(11): 629-641.

3. **Mai Hồng Bằng.** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của ung thư dạ dày. *Tạp chí Y học thực hành*, 2006;3: 8.
4. **Nguyễn Ngọc Anh, Nguyễn Khánh Trạch, Trần Văn Hợp.** Góp phần đánh giá tình trạng nhiễm helicobacter trong bệnh lý ung thư dạ dày. *Hội Nội Khoa Việt Nam*, 1999;2:
5. **Trần Đình Trí.** Nghiên cứu đặc điểm nội soi, mô bệnh học, các týp cagA, vacA của *Helicobacter pylori* và tính đa hình của IL-1 $\beta$ , IL-1RN, IL-8, TNF- $\alpha$  ở bệnh nhân ung thư dạ dày. *Luận án Tiến sỹ Y học- Hà Nội* 2017
6. **Lagergren F, Xiea SH, Mattsson F, Lagergren J.** Updated incidence trends in cardia and non-cardia gastric adenocarcinoma in Sweden. *Acta Oncologica* 2018;57(9): 1173-1178
7. **Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel J, et al.** Cancer of the stomach. A patient care study by the American College of Surgeons. *Annals of Surgery*, 1993;218 (5): 583-592.
8. **An JY, Kang TH, Choi MG, et al.** Borrmann type IV: an independent prognostic factor for survival in gastric cancer. *J Gastrointest Surg*, 2008;12 (8): 1364-1369.

## BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY PHỨC HỢP GÒ MÁ

Lê Thị Cẩm Hà<sup>1</sup>, Đinh Diệu Hồng<sup>2</sup>,  
Đặng Triệu Hùng<sup>1</sup>, Phạm Hoàng Tuấn<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

Gãy phức hợp gò má là những chấn thương hàm mặt phổ biến có thể dẫn đến mất thẩm mỹ và suy giảm chức năng. Trên thực tế, việc tái tạo phức hợp gò má vẫn là một thách thức đối với bác sĩ phẫu thuật hàm mặt vì vị trí quan trọng của nó trong thẩm mỹ khuôn mặt và những biến chứng, di chứng sau phẫu thuật điều trị gãy phức hợp gò má. **Mục tiêu:** Mô tả và phân tích biến chứng sau phẫu thuật điều trị gãy phức hợp gò má. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan và phân tích dữ liệu về biến chứng sau phẫu thuật điều trị gãy phức hợp gò má từ các bài báo, luận văn, luận án trên trang cơ sở dữ liệu Pubmed, Google Scholar, EBSCOhost Research Databases, thư viện trường Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tổng hợp trong 926 nghiên cứu lọc tên bài và phần giới thiệu trên 3 trang cơ sở dữ liệu: Pubmed, Google Scholar, EBSCO host Research Databases được 72 nghiên cứu. Tiếp tục đánh giá chi tiết các tài liệu chọn được 7 tài liệu đạt tiêu chuẩn đưa vào phân tích: 2 nghiên cứu tiến cứu và 5 nghiên cứu hồi cứu. Kết quả phân tích cho thấy: Biến chứng được ghi nhận

nhất trong các nghiên cứu là tê bì dị cảm vùng gò má, cánh mũi. Biến chứng về mắt sau phẫu thuật điều trị gãy phức hợp gò má thường gặp là nhìn đôi, lồi mắt, lồi mắt,... Biến chứng về khớp cắn có thể gặp là hạn chế há miệng hoặc sai khớp cắn. Ngoài các biến chứng đặc trưng, phẫu thuật điều trị gãy phức hợp gò má còn có thể gặp các biến chứng của một phẫu thuật kết hợp xương thông thường như nhiễm trùng, lộ nẹp, sẹo xấu,... Đường gãy phức tạp và di lệch có tỷ lệ biến chứng cao hơn các đường gãy đơn giản và không di lệch. Đường rạch bờ dưới ổ mắt có tỷ lệ biến chứng cao hơn các đường rạch khác. **Kết luận:** Các biến chứng sau phẫu thuật điều trị gãy phức hợp gò má thường gặp bao gồm: nhiễm trùng, lộ nẹp, bất cân xứng khuôn mặt, tê bì, dị cảm vùng gò má, cánh mũi, nhìn đôi, sẹo xấu, hạn chế há miệng,... Một số yếu tố có liên quan đến các biến chứng sau phẫu thuật điều trị gãy phức hợp gò má như vị trí, tính chất đường gãy, vị trí đường rạch trong phẫu thuật,...

**Từ khóa:** biến chứng, phẫu thuật, phức hợp gò má, tổng quan.

### SUMMARY

#### COMPLICATIONS AFTER SURGICAL TREATMENT OF ZYGOMATICOMAXILLARY COMPLEX FRACTURES

Zygomaticomaxillary complex fractures are common maxillofacial injuries that can lead to cosmetic loss and functional impairment. In fact, zygomatic complex reconstruction is still a challenge for maxillofacial surgeons because of its important

<sup>1</sup>Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Cẩm Hà

Email: Bscamharhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 5.7.021

Ngày duyệt bài: 16.7.2021