

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Hải Yến¹, Hoàng Minh Cường¹
Bàng Thị Hồng Hải¹, Vi Trần Doanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư thực quản tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu trên 40 bệnh nhân ung thư thực quản mới được chẩn đoán tại Trung tâm Ung bướu từ 01/01/2023 đến 31/12/2023. Ghi nhận các thông tin về một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. **Kết quả:** Độ tuổi thường gặp nhất: ≥ 60 chiếm 57,5%, tỉ lệ nam/nữ: 39/1. Lý do vào viện chủ yếu là nuốt nghẹn (72,5%). Chỉ số toàn trạng của bệnh nhân PS 0 - 1 là chủ yếu (92,5%). U vị trí 1/3 giữa chiếm 50%, chủ yếu ở dạng sùi loét (70%). Chiều dài trung bình của u là $56,8 \pm 34,4$ mm, độ dày trung bình của u là $14,0 \pm 4,7$ mm. 57,2% bệnh nhân có di căn hạch vùng. **Từ khóa:** Ung thư thực quản, triệu chứng lâm sàng, giải phẫu bệnh.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ESOPHAGEAL CANCER AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: Describe some clinical and paraclinical characteristics of patients with esophageal cancer at the Oncology Center - Thai Nguyen Central Hospital in 2022. **Methods:** A descriptive retrospective combined prospective study on 40 patients with Esophageal cancer newly diagnosed at the Oncology Center from January 2023 to December 2023. Record information about some clinical and paraclinical characteristics. **Results:** Most common age: ≥ 60 , accounting for 57,5%, the male/ female ratio was 39/1, the main reason for admission was choking for 72.5%. The general condition index of patients is PS 0 - 1 mainly (92.5%). Most tumors were ulcerated masses (70%). 50% had middle-third tumors. The mean length of tumor is $56,8 \pm 34,4$ mm, the mean thickness of tumor is $14,0 \pm 4,7$ mm. 57,2% patients have regional lymph nodes. **Keywords:** esophageal cancer, clinical symptom, histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh lý ác tính và có tiên lượng xấu. Theo thống kê của Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (GLOBOCAN 2020), ước tính cho khoảng 604100

người UTTQ mới mắc, chiếm 3,1% tổng số bệnh nhân ung thư và 544076 người tử vong, chiếm 5.5% tổng số ca tử vong do ung thư nói chung [8]. Tại Việt Nam, bệnh đứng thứ 14 trong các bệnh ung thư với 3.281 ca mắc mới, tuy nhiên lại đứng thứ 9 về tỷ lệ tử vong với 3.080 ca chiếm 2,5% [8].

Các biểu hiện lâm sàng hay gặp là nuốt nghẹn, gầy sút cân, đau tức sau xương ức, thượng vị. Khi có các dấu hiệu này bệnh thường ở giai đoạn muộn và kết quả điều trị thấp. Trong các phương pháp cận lâm sàng nội soi kết hợp với sinh thiết khối u được coi là phương pháp chính trong chẩn đoán UTTQ và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) được sử dụng để chẩn đoán giai đoạn bệnh cũng như đánh giá tái phát, di căn. Mặc dù đã có những tiến bộ trong chẩn đoán, tỷ lệ UTTQ ở giai đoạn muộn đã giảm đáng kể, tuy nhiên kết quả điều trị còn nhiều hạn chế không chỉ ở Việt Nam mà còn ở các nước phát triển với tỷ lệ tử vong hàng năm còn cao [7]. Điều trị UTTQ chủ yếu phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và thể trạng của bệnh nhân. Phẫu thuật, xạ trị, hoá trị là 3 phương pháp chủ yếu.

Trên thế giới và Việt Nam cũng đã có một số nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTTQ mới được chẩn đoán. Tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên hiện tại chưa có nghiên cứu thống kê về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTTQ, nhằm tìm hiểu và góp phần cung cấp thêm bằng chứng khoa học về UTTQ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu "Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân UTTQ tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 40 bệnh nhân UTTQ mới được chẩn đoán tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2023 đến 31/12/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Các bệnh nhân mới được chẩn đoán xác định UTTQ bằng mô bệnh học.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Yến

Email: banghonghai251097@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 8.8.2024

- Bệnh nhân mắc UTTQ tái phát sau điều trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thời gian nghiên cứu: Từ 01/03/2023 đến 01/03/2024. Địa điểm: Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Cách thức tiến hành: Hồi cứu kết hợp tiến cứu trên bệnh nhân UTTQ mới được chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Ung bướu từ 01/01/2023 đến 31/12/2023. Chỉ tiêu nghiên cứu chính: Giới; tuổi; lý do vào viện; tiền sử thói quen sinh hoạt; triệu chứng lâm sàng: nuốt nghẹn, mức độ nuốt nghẹn, đau tức sau xương ức/thượng vị, thiếu máu, sờ thấy hạch cổ bất thường, PS, BMI, sút cân; đặc điểm hình ảnh trên nội soi ống mềm: vị trí, xâm lấn u so với chu vi, hình thái tổn thương; đặc điểm hình ảnh trên chụp CLVT lồng ngực: xâm lấn u, hẹp lòng thực quản, di căn hạch vùng, độ dày, chiều dài u. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm tin học SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

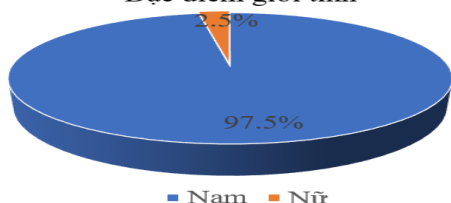
3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi

Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 50 tuổi	6 / 15
	50 – 59 tuổi	11 / 27,5
	≥ 60 tuổi	23 / 57,5
Tuổi trung bình	58,8± 8,3	
Tuổi trẻ nhất	38	
Tuổi già nhất	75	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là: 58,8± 8,3 tuổi; Tuổi trẻ nhất: 38 tuổi. Tuổi già nhất: 75 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỉ lệ cao nhất là 57,5%.

Đặc điểm giới tính



Biểu đồ 1. Đặc điểm giới tính

Nhận xét: Nam chiếm tỉ lệ chủ yếu với 97,5% (39/40 BN).

Bảng 2. Tiền sử thói quen sinh hoạt

Tiền sử	n	Tỷ lệ (%)
Không nghiện rượu hoặc thuốc lá	1	2,5
Nghiện thuốc lá	1	2,5
Nghiện rượu	2	5
Nghiện rượu và thuốc lá	36	90
Tổng	40	100

Nhận xét: Tiền sử thói quen sinh hoạt bao gồm nghiện rượu và thuốc lá chiếm 90%, nghiện rượu chiếm 5%, nghiện thuốc lá chiếm 2,5% và không nghiện rượu hoặc thuốc lá chiếm 2,5%.

Bảng 3. Đặc điểm về lý do vào viện

Lý do đến viện	n	Tỷ lệ (%)
Nuốt nghẹn	29	72,5
Gầy sút cân	1	2,5
Đau tức sau xương ức/thượng vị	4	10
Sờ thấy hạch cổ bất thường	3	7,5
Khám sức khỏe	3	7,5
Tổng	40	100

Nhận xét: Lý do vào viện chủ yếu là do nuốt nghẹn với tỷ lệ 72,5%, có 1 bệnh nhân do gầy sút cân chiếm 2,5% và có 4 bệnh nhân do đau tức vùng sau xương ức/thượng vị chiếm 10%, có 3 bệnh nhân do sờ thấy hạch cổ chiếm 7,5% và có 7,5% bệnh nhân do khám sức khỏe.

Bảng 4. Triệu chứng cơ năng, thực thể

Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)
Nuốt nghẹn	37	92,5
Đau sau xương ức/ thượng vị	15	37,5
Thiếu máu	7	17,5
Khàn tiếng	1	2,5
Sờ thấy hạch cổ bất thường	9	22,5

Nhận xét: Triệu chứng được ghi nhận chiếm tỷ cao nhất là nuốt nghẹn chiếm 92,5%, tiếp theo là đau sau xương ức/thượng vị với tỷ lệ 37,5% và các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ thấp hơn như sờ thấy hạch cổ bất thường với tỷ lệ 22,5%, thiếu máu với tỷ lệ 17,5%, khàn tiếng với tỷ lệ 2,5%.

Bảng 5. Mức độ nuốt nghẹn

Nuốt nghẹn	n	Tỷ lệ (%)
Không nuốt nghẹn	3	7,5
Độ I	17	42,5
Độ II	14	35,0
Độ III	5	12,5
Độ IV	1	2,5
Tổng	40	100

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu nuốt nghẹn độ 1 chiếm 42,5 và độ 2 chiếm 35%.

Bảng 6. Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)
Chỉ số PS	0	24 / 60
	1	13 / 32,5
B	2 / 3	7,5
BMI	< 18,5	19 / 47,5
	≥ 18,5	21 / 52,5
Sút cân	Không	12 / 30
	Có	28 / 70

Nhận xét: Bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số PS = 0 là chủ yếu chiếm 60%, PS = 1

chiếm 32,5% và chỉ có 7,5% là PS = 2. BMI ≥ 18,5 chiếm 52,5%. 70% bệnh nhân có sút cân.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 7. Đặc điểm vị trí, xâm lấn u và hình thái tổn thương trên nội soi

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Vị trí u		
Thực quản 1/3 trên	7	17,5
Thực quản 1/3 giữa	20	50
Thực quản 1/3 dưới	13	32,5
Xâm lấn u so với chu vi		
≤ 1/2 chu vi	17	42,5
Từ 1/2 chu vi – 3/4 chu vi	11	27,5
≥ 3/4 chu vi	12	30
Hình thái tổn thương		
Sùi	5	12,5
Loét	4	10
Sùi + Loét	28	70
Thâm nhiễm	3	7,5

Nhận xét: UTTQ vị trí 1/3 giữa hay gặp nhất với tỷ lệ 50%, tiếp theo là vị trí 1/3 dưới chiếm 32,5%. Khối u xâm lấn ≤ 1/2 chu vi chiếm tỷ lệ 42,5%. Thể sùi loét chiếm tỷ lệ cao nhất là 70%.

Bảng 8. Đặc điểm u trên cắt lớp vi tính

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Phát hiện u	Không	5 12,5
	Có	35 87,5
Xâm lấn	Dày thành	35 100
	Mỡ xung quanh	14 40
	Cấu trúc lân cận*	3 8,5
Hẹp lòng	Không	1 2,9
	Có	34 97,1
Di căn hạch vùng	Không	15 42,8
	Có	20 57,2
U dày: 14,0±4,7mm; Min 4; Max 26		
U dài: 56,8±34,4mm; Min 10; Max 148		
* 1 BN xâm lấn khí quản, 2 BN xâm lấn động mạch chủ		

Nhận xét: Có 12,5% bệnh nhân không thấy u trên CLVT. 100% dày thành thực quản, xâm lấn mỡ xung quanh thực quản chiếm 40%, xâm lấn cấu trúc lân cận chiếm 8,5% trong đó có 2 BN xâm lấn động mạch chủ, 1 bệnh nhân xâm lấn khí quản. Di căn hạch vùng thấy ở 25 bệnh nhân chiếm 52,7%. Độ dày trung bình của u là 14,0±4,7mm, u có độ dày nhỏ nhất là 4mm; lớn nhất là 26mm. Chiều dài trung bình u là 56,8±34,4mm; u có chiều dài nhỏ nhất là 10mm, lớn nhất là 148mm.

Bảng 9. Thể mô bệnh học

Thể mô bệnh học	n	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô vảy	38	90
Ung thư biểu mô tuyến	2	5

Nhận xét: Ung thư biểu mô vảy là chủ yếu với tỷ lệ 95% và chỉ có 5% ung thư biểu mô tuyến.

IV. BÀN LUẬN

Trong 40 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình là 58,8 ± 8,35 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là ≥ 60 tuổi chiếm 57,7%, bệnh nhân trẻ nhất là 38 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 75 tuổi. Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Minh Thành (2020) với tuổi trung bình là 65,2±10 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 60 tuổi trở lên chiếm 78,1%, tuổi thấp nhất là 34 và tuổi cao nhất là 85 [4].

Nam giới chiếm gần như tuyệt đối với tỷ lệ 97,5%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Bảo (2019) báo cáo tỷ lệ nam giới chiếm 96,9% [1].

Về tiền sử thói quen sinh hoạt, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có đến 97,5% bệnh nhân có tiền sử nghiện rượu và/hoặc thuốc lá, trong đó tỷ lệ bệnh nhân vừa nghiện rượu và thuốc lá chiếm 90%, tỷ lệ bệnh nhân đơn thuần nghiện rượu hoặc thuốc lá chỉ chiếm 7,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Hà (2021) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân cả hút thuốc lá và uống rượu chiếm 95,4%, tỷ lệ bệnh nhân tiền sử sử dụng đơn thuần rượu hoặc thuốc lá chỉ chiếm có 2,3% [2]. Nghiên cứu của tác giả Kuang JJ (2016) đã chứng minh mối liên quan mạnh mẽ giữa hút thuốc lá, uống rượu và UTTQ [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lý do vào viện chủ yếu là nuốt nghẹn 72,5%, tiếp đến là đau tức sau xương ức/thượng vị 10%. Một số lý do khác ít gặp hơn như sờ thấy hạch cổ bất thường 7,5%, đến với lý do đi khám sức khỏe 7,5% và chỉ có 2,5% đến khám do sút cân. Kết quả này có sự tương đồng với kết quả của tác giả Đỗ Anh Tú (2024) chủ yếu bệnh nhân đến viện là nuốt nghẹn 87,5%, các lý do khác ít gặp hơn như gầy sút cân 4,2%, khàn tiếng 2,1%, khám sức khỏe 6,3% [3].

Triệu chứng nuốt nghẹn, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có đến 92,5% bệnh nhân có triệu chứng nuốt nghẹn, trong đó 42,5% người bệnh nuốt nghẹn độ I, 35% độ II, 12,5% độ III và 2,5% độ IV. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Anh Tú (2024) báo cáo có 93,8% bệnh nhân có triệu chứng nuốt nghẹn, trong đó 31,3% người bệnh nuốt nghẹn độ I, 33,3% độ II, 18,8% độ III và 10,4% độ IV [3]. Các triệu chứng khác cũng có tỷ lệ cao như sút cân (70%), đau sau xương ức/thượng vị (37,5%), sờ thấy hạch cổ (22,5%), thiếu máu (17,5%) và khàn tiếng (2,5%).

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi

chủ yếu là PS 0 - 1 chiếm 86,5%, PS 2 chiếm 13,5%. Bệnh nhân có BMI $\geq 18,5$ chiếm 52,5%, $<18,5$ chiếm 47,5%. Kết quả này tương tự với kết quả của Nguyễn Quốc Bảo (2019) chỉ số PS bệnh nhân chủ yếu là PS 0 - 1 có 90,7% và PS 2 có 9,3% [1].

Về đặc điểm hình ảnh trên nội soi ống mềm, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận vị trí u 1/3 giữa có tỷ lệ cao nhất chiếm 50%, tiếp theo là vị trí 1/3 dưới chiếm 32,5% và vị trí 1/3 trên chỉ chiếm 17,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Anh Tú (2024) với tỷ lệ u vị trí 1/3 giữa cao nhất chiếm 52,1% [3] và cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả McHembe MD (2013) với tỷ lệ u vị trí 1/3 giữa chiếm 58,5% [7]. Trên nội soi đa phần u xâm lấn $\leq 1/2$ chu vi thực quản chiếm 42,5%, xâm lấn từ $1/2$ chu vi - $3/4$ chu vi, $\geq 3/4$ chu vi lần lượt là 27,5% và 30%. Kết quả này có sự khác biệt so với tác giả Đỗ Anh Tú (2024) với u xâm lấn $>3/4$ chu vi thực quản chiếm 50,0%, 22,9% xâm lấn $\leq 3/4$ chu vi và 27,1% xâm lấn $\leq 1/2$ chu vi [3]. Sự khác biệt này có thể giải thích do bệnh nhân nghiêm cứu của tác giả Đỗ Anh Tú chủ yếu ở giai đoạn muộn, tái phát và/hoặc di căn còn trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là những bệnh nhân mới chẩn đoán.

Trên nội soi cho thấy phần lớn tổn thương là thể hỗn hợp sùi + loét 70%, 12,5% có thể sùi và 10% thể loét và 7,5% thể thâm nhiễm. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quốc Bảo (2019) với hình thái tổn thương sùi loét chiếm 79,7% [1].

Đặc điểm hình ảnh trên chụp CLVT lồng ngực: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy cho thấy có 5 (12,5%) bệnh nhân không phát hiện tổn thương u trên chụp CLVT. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành (2020) với tỷ lệ không phát hiện tổn thương u là 1 bệnh nhân chiếm 3,1%. Sự khác biệt này có thể được giải thích một phần do trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành là chụp CLVT 256 dãy còn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu được chụp CLVT 1-32 dãy và 64-128 dãy do đó với những tổn thương ở giai đoạn sớm, kích thước nhỏ trên CLVT của chúng tôi không phát hiện được [4].

Về tình trạng xâm lấn u, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 100% bệnh nhân dày thành thực quản, 40% xâm lấn vào tổ chức mỡ xung quanh, 8,5% xâm lấn các cấu trúc lân cận. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Đỗ Anh Tú (2024) với tỷ lệ xâm lấn tổ chức mỡ xung quanh là 70,8%, xâm lấn cấu trúc lân cận là 14,6%. Sự khác biệt này có thể được giải

thích do bệnh nhân trong nghiên cứu của Đỗ Anh Tú hầu hết ở giai đoạn IV - tái phát và/hoặc di căn do đó tình trạng xâm lấn mỡ xung quanh và xâm lấn các cấu trúc lân cận sẽ nhiều hơn trong nghiên cứu của chúng tôi với tất cả các bệnh nhân mới được chẩn đoán [3].

Độ dày trung bình của u là $14,0 \pm 4,7$ mm, u có độ dày nhỏ nhất là 4mm, lớn nhất là 26mm. Chiều dài trung bình của u là $56,8 \pm 34,4$ mm, u ngắn nhất là 10mm và dài nhất là 148mm. Kết quả này tương tự kết quả Nguyễn Minh Thành (2020) với độ dày trung bình của u là $12,2 \pm 4,77$ mm, u có độ dày nhỏ nhất là 7mm, lớn nhất là 25,7mm. Chiều dài trung bình của u là $44,8 \pm 33,01$ mm, u ngắn nhất là 11mm và dài nhất là 145mm [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hẹp lòng thực quản gặp trong 34 BN chiếm 97,1%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành (2020), hẹp lòng thực quản gặp trong 90,3% bệnh nhân [4].

Di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi có 57,2% bệnh nhân. Điều này có sự khác biệt với kết quả của nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành (2020) với tỷ lệ di căn hạch là 48,4%. Điều này có thể do bệnh nhân của chúng tôi ở giai đoạn muộn hơn so với bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Thành [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thấy 95% bệnh nhân là thể mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy và chỉ có 5% bệnh nhân là ung thư biểu mô tuyến. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Come J (2018) với tỷ lệ ung thư biểu mô vảy là 94,4% [5]. Kết quả cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Quốc Bảo (2019) với 96,9% ung thư biểu mô vảy [1].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân UTTQ mới được chẩn đoán và điều trị bằng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2023 đến 31/12/2023, chúng tôi rút ra những kết luận sau: Độ tuổi thường gặp nhất: ≥ 60 tuổi chiếm 57,7%. Bệnh thường gặp ở nam giới có tiền sử liên quan đến nghiện thuốc lá và rượu. Nuốt nghẹn là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 92,5%. Một số triệu chứng khác có tỷ lệ cao như sút cân 70%, đau tức sau xương ức/thượng vị 37,5%, sờ thấy hạch cổ bất thường ở 22,5% bệnh nhân. Chỉ số toàn trạng PS từ 0 - 1 là chủ yếu chiếm 92,5%.

UTTQ vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới thường gặp chiếm 82,5%, u xâm lấn $\leq 1/2$ chu vi chiếm tỷ lệ cao nhất 42,5%. Hình thái tổn thương sùi + loét

chiếm tỷ lệ cao 70%. Trên chụp CLVT:5 (12,5%) bệnh nhân không phát hiện tổn thương. Trên 35 bệnh nhân phát hiện tổn thương cho thấy dày thành thực quản chiếm 100%, 40% xâm lấn mỡ quanh thực quản, 42,8% di căn hạch vùng. Độ dày và chiều dài u trung bình của u lần lượt là 14,0±4,7mm và 56,8±34,4mm.

Đặc điểm mô bệnh học: Chủ yếu là ung thư biểu mô vảy chiếm 95%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Bảo, Cung Thị Tuyết Anh, Hồ Văn Chung và cs (2019), "Hóa-xạ trị đồng thời ung thư thực quản", Tạp chí Y học Lâm Sàng, (55), tr. 89-96
2. Nguyễn Thị Hà, Trịnh Lê Huy (2021), "Kết quả hóa xạ trị tiên phẫu ung thư thực quản 2/3 giữa - dưới giai đoạn II, III tại bệnh viện Trung ương Quân đội 103", Tạp chí Y học Việt Nam, 506 (1), tr. 117-120.
3. Đỗ Anh Tú, Nguyễn Thu Trang (2024), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư biểu mô thực quản giai đoạn IV-tái phát và/hoặc di

cần", Tạp chí Y học Việt Nam, 535 (2), tr. 165-171.

4. Nguyễn Minh Thành, Phùng Anh Tuấn, Nguyễn Quốc Dũng (2020), "Đặc điểm hình ảnh ung thư thực quản trên cắt lớp vi tính 156 dày", Điện quang Việt Nam (4), tr. 73-78.
5. Come J, Castro C, Morais A, et al. (2018), "Clinical and Pathologic Profiles of Esophageal Cancer in Mozambique: A Study of Consecutive Patients Admitted to Maputo Central Hospital", J Glob Oncol, 4, pp. 1-9.
6. Kuang JJ, Jiang ZM, Chen YX, et al. (2016), "Smoking Exposure and Survival of Patients with Esophagus Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis", Gastroenterol Res Pract, 2016, pp. 7682387.
7. McHembe MD, Rambau PF, Chalya PL, et al. (2013), "Endoscopic and clinicopathological patterns of esophageal cancer in Tanzania: experiences from two tertiary health institutions", World J Surg Oncol, 11, pp. 257.
8. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA Cancer J Clin, 71 (3), pp. 209-249.

ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN HIẾU KHÍ TRONG VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TW TỪ THÁNG 1/2023- THÁNG 8/2023

Nguyễn Thị Linh Chi¹, Hà Minh Lợi¹, Trần Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Hồng Lâm¹, Bùi Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kháng sinh đồ ở những bệnh nhân viêm mũi xoang người lớn đã được định danh vi khuẩn trong phẫu thuật tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân ≥ 16 tuổi, được chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính, phẫu thuật nội soi mũi xoang tại bệnh viện trong thời gian từ tháng 1/ 2023 đến tháng 8/2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ nuôi cấy dương tính 84/110 bệnh nhân chiếm 76,36%. Phân lập được 15 loại vi khuẩn, trong đó 3 loài có tỷ lệ cao nhất là: S.epidermidis (60,7%), S.aureus (11,9%), H.i (5,8%). S.epidermidis nhạy cảm 100% với linezolid, vancomycin, tigecycline, kháng cao với các nhóm cephalosporin, meropenem, imipenem (90%), amoxicillin, benzylpenicillin (100%). S.aureus nhạy cảm cao với linezolid và vancomycin (100%), gentamycin và co-trimoxazol (80%), kháng cao với kháng sinh nhóm quinolone, amoxicillin, benzylpenicillin, macrolide (> 70%). H.i nhạy với hầu hết các kháng sinh nhưng kháng 100% với co-

trimoxazol và 80% với cefuroxime. **Kết luận:** E.epidermidis là vi khuẩn hay gặp nhất, có tỷ lệ kháng kháng sinh cao. **Từ khóa:** viêm mũi xoang mạn tính, vi khuẩn học, kháng sinh đồ

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF AEROBACTERIA IN POSTOPERATIVE CHRONIC RHINOSINUSITIS AT NATIONAL ENT HOSPITAL

Objective: To describe the antibiogram in adult rhinosinusitis patients who had bacteria identified during surgery at the National ENT Hospital. **Methods:** Patients ≥ 16 years old, diagnosed with chronic rhinosinusitis, had endoscopic sinus surgery at the hospital from January 2023 to August 2023. Cross-sectional descriptive study. **Results:** Positive culture rate was 84/110 patients, accounting for 76.36%. 15 types of bacteria were isolated, of which the 3 species with the highest rate were: S.epidermidis (60.7%), S.aureus (11.9%), H.i (5.8%). S.epidermidis is 100% sensitive to linezolid, vancomycin, tigecycline, highly resistant to cephalosporin, meropenem, imipenem (90%), amoxicillin, benzylpenicillin (100%). S.aureus is highly sensitive to linezolid and vancomycin (100%), gentamycin and co-trimoxazole (80%), highly resistant to quinolone antibiotics, amoxicillin, benzylpenicillin, macrolide (> 70%). H.i is sensitive to most antibiotics but 100% resistant to co-trimoxazole and 80%

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Linh Chi
 Email: linhchiort@gmail.com
 Ngày nhận bài: 22.5.2024
 Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024
 Ngày duyệt bài: 7.8.2024