

- Anesth 2006; 20: 48-50.
- Soliman IE, Apuya JS, Fertal KM, Simpson PM, Tobias JD.** Intravenous versus epidural analgesia after surgical repair of pectus excavatum. Am J Ther 2009; 16: 398-403.
 - Nguyễn Văn Chứng và cs** (2018), Đánh giá hiệu quả giảm đau trong và sau mổ của gây tê ngoài màng cứng trong phẫu thuật vùng ngực. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh tập 22 số 2
 - Nguyễn Văn Chính.** Gây tê tùy sống, Gây tê ngoài màng cứng. Gây mê hồi sức lý thuyết và lâm sàng. 2015: 229-248.
 - Trần Thành Trung và cs** (2023), Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực của hỗn hợp Bupivacaine-Fentanyl qua catheter ngoài màng cứng. Tạp chí Y học thực hành (858)- số 2/2013
 - Bộ Y tế** (2019) Quyết định 3869/QĐ- BYT 2019 về khảo sát hải lồng người bệnh và nhân viên y tế, ban hành 28/8/2019

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Trần Doanh Hiệu¹, Nguyễn Trọng Hòa¹,
Bùi Khắc Cường², Lê Thanh Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm giải phẫu bệnh và kết quả sớm phẫu thuật ung thư biểu mô dạ dày. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 68 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày, được cắt dạ dày, vét hạch, tại Khoa Ống tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 7 năm 2021 tới tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 63. Nam/nữ: 2,77/1. Khối u ở phần dưới (1/3D, 2/3GD, 1/3G) là đa số với 94,12%; cao gấp 16 lần ung thư phần trên (1/3T và 2/3GT) với 5,88%. Tai biến trong mổ là nhẹ với mức mất máu trung bình là 42,72ml, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 11 ngày. **Kết luận:** Ung thư biểu mô dạ dày hay gặp ở người lớn tuổi và chủ yếu ở nam giới. Vị trí khối u chủ yếu ở phần dưới vẫn là xu thế ở Việt Nam. Ung thư dạ dày kiểu lan tỏa có mức độ xâm lấn rộng hơn so với kiểu hình ruột. Bệnh nhân đến viện đa số ở giai đoạn tiến triển. Tỷ lệ tai biến và biến chứng phẫu thuật thấp, và hay gặp ở khối u xâm lấn rộng.

Từ khóa: Ung thư biểu mô dạ dày, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật sớm

SUMMARY

THE PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND EARLY SURGICAL RESULTS OF GASTRIC CARCINOMA

Objectives: To evaluate the pathological characteristics and early results of gastric carcinoma surgery. **Subjects and methods:** The study describes 68 patients with gastric carcinoma, undergoing gastrectomy and lymph node dissection, at the Department of Digestive Surgery, Military Hospital 103 from July 2021 to December 2023. **Results:** Mean age: 63. Male/female: 2.77/1. Tumors

in the distal part was the majority with 94.12%; 16 times higher than upper with 5.88%. The intraoperative complications were mild with an average blood loss of 42.72ml, the postoperative complication rate was low, and the average postoperative hospital stay was 11 days. **Conclusion:** The trend of gastric cancer in Vietnam was reported that it was still common in the elderly, mainly in male, and tumor location is almost in the non-cardia part. Diffuse-type gastric cancer had a more extensive level of invasion and worse prognosis than the intestinal type. Most patients administrated to the hospital were in advanced stages. The rate of complications and surgical complications was low and occurs in the more invasive tumors. **Keywords:** gastric carcinoma, clinical, subclinical, early results of surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là loại ung thư phổ biến đứng thứ năm trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ tư ở cả hai giới [6]. Trong quá trình thực hành lâm sàng và một số nghiên cứu gần đây trên thế giới thấy rằng tuổi mắc bệnh có xu hướng trẻ hơn với các nghiên cứu trước đây, có sự biến đổi về vị trí tổn thương của ung thư dạ dày, từ phần dưới dạ dày và chuyển dịch dần lên phần tâm vị, tuy nhiên số lượng bệnh nhân cũng như số liệu các nghiên cứu còn rất ít [5]. Để đóng góp những dữ liệu về sự biến đổi trên, nghiên cứu này nhằm tới hai mục tiêu: (1) Đánh giá đặc điểm giải phẫu bệnh ở bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103. (2) Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Quân y 103.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả trên 68 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày, được chẩn đoán, phẫu thuật, và chăm sóc theo quy trình của Bệnh viện Quân y 103, dựa trên Hướng dẫn của Hiệp Hội

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Doanh Hiệu

Email: drtranhieuh103@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2024

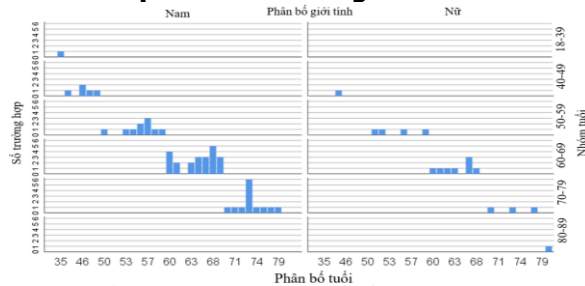
Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

Ung Thư Dạ Dày Nhật Bản 2018 [1], tại Khoa Ổng tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 7 năm 2021 tới tháng 12 năm 2023. Lựa chọn bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô dạ dày, được điều trị phẫu thuật cắt dạ dày và vét hạch. Loại trừ bệnh nhân không đủ hồ sơ bệnh án, hoặc có ung thư khác kết hợp, hoặc phẫu thuật giảm nhẹ không cắt dạ dày. Theo JGCA 2018 [1], đặc điểm lâm sàng được đưa vào nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, các đặc điểm tính chất của khối u phát hiện trong mổ (vị trí khối u theo chiều dọc, chiều chu vi của dạ dày; kích thước khối u, đặc điểm giai đoạn bệnh). Kết quả sớm của phẫu thuật được nghiên cứu bao gồm mức cắt dạ dày, kiểu vét hạch, kiểu phục hồi lưu thông miệng nối, thời gian mổ, số lượng máu mất trong mổ, thời gian trung tiện sau mổ, thời gian cho ăn lại, thời gian nằm viện sau mổ; tổng số hạch vét được, số hạch di căn, đặc điểm mô bệnh học ung thư sau mổ, tai biến và biến chứng của phẫu thuật. Nghiên cứu đã được thông qua Hội Đồng Y Đức của Học viện Quân y số 21 tháng 6 năm 2021, và chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu. Dữ liệu được lưu trữ và xử lý với phần mềm SPSS 26. Kiểm định Kruskal Wallis, Mann Whitney Test, χ^2 , và Fisher exact test được dùng để so sánh các biến định lượng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi và giới tính

Nhận xét: Trong 68 bệnh nhân (BN), tuổi thấp nhất là 35, cao nhất là 82; trung bình là $63 \pm 9,49$. Số bệnh nhân ở độ tuổi 60-69 chiếm đa số 44,12%, sau đó là 70-79 với 23,53% và 50-59 với 44,12%; có 1 bệnh nhân 35 tuổi, và 1 bệnh nhân 82 tuổi chiếm 1,47%. Số bệnh nhân từ 60-80 chiếm đa số, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,000$. Nam giới chiếm 73,5%, gấp 2,77 lần nữ giới (26,5%).

Bảng 1. Đặc điểm vị trí khối u

Chỉ tiêu		Số BN	%
Vị trí khối u	1/3 dưới (1/3D)	45	66,18
	1/3 giữa (1/3G)	12	17,65
			94,12

theo chiều dọc	2/3 dưới-giữa (2/3DG)	7	10,29
	2/3 giữa-trên (2/3GT)	3	4,41
	1/3 trên (1/3T)	1	1,47
Vị trí khối u theo chu vi	Bờ cong nhỏ (BCN)	26	38,24
	Bờ cong lớn (BCL)	7	10,29
	Gần toàn bộ chu vi	35	51,47

Nhận xét: Khối u ở phần dưới (1/3D, 2/3GD, 1/3G) là đa số với 94,12%; cao gấp 16 lần ung thư phần trên với 5,88%. Khối u chiếm gần toàn bộ chu vi chiếm đa số với 51,47%; khối u ở bờ cong lớn chiếm tỷ lệ thấp nhất 10,29%.

3.2. Kết quả sớm của phẫu thuật

Bảng 2. Mức cắt dạ dày

Mức cắt dạ dày	Số BN (N=68)	Tỷ lệ %	
Cắt phần dưới dạ dày	48	70,59	
Cắt gần hoàn toàn dạ dày	4	5,88	
Cắt hoàn toàn dạ dày	10	14,71	
Cắt phần trên dạ dày	1	1,47	
Cắt dạ dày mở rộng	Cắt lách + đuôi tụy + gan xâm lấn	1	1,47
	Cắt lách + đuôi tụy	1	1,47
	Cắt lách	1	1,47
	Cắt túi mật	1	1,47
	Cắt khối u gan	1	1,47

Nhận xét: Cắt phần dưới dạ dày chiếm nhiều nhất 70,59%, thấp nhất là cắt phần trên dạ dày với 1,47%. Có 7,35% bệnh nhân phải cắt dạ dày mở rộng.

Bảng 3. Kiểu vét hạch

Kiểu vét hạch dạ dày	Số BN (N=68)	Tỷ lệ %
Vét hạch D2	65	95,59
Vét hạch D2+	3	4,41

Nhận xét: Vét hạch D2 chiếm đa số 95,59%, còn lại là vét hạch D2+

Bảng 4. Kiểu phục hồi lưu thông tiêu hóa

Kiểu phục hồi lưu thông tiêu hóa	Số BN (N=68)	Tỷ lệ %
Roux-en-Y	55	80,88
Finsterer	6	8,82
Pean	7	10,29

Nhận xét: Số trường hợp phục hồi lưu thông kiểu Roux-en-Y chiếm đa số 80,88%, kiểu Pean và Finsterer chiếm ít hơn với 8,82% và 10,29%.

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật và phục hồi sớm sau mổ

Chỉ tiêu	Mean \pm SD	Min-Max
Lượng máu mất trong mổ (ml)	42,72 \pm 27,31	10-150
Thời gian mổ (phút)	150 \pm 46	50-289
Kích thước khối u (lớn nhất) (cm)	6,36 \pm 3,78	1-15

Thời gian trung tiện sau mổ (ngày)	3,84 ± 0,92	2-6
Thời gian cho ăn lại sau mổ (ngày)	5,01 ± 1,35	3-11
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	11,31 ± 6,79	7-44
Tổng số hạch vét được trung bình	32,41 ± 12,44	5-66
Tổng số hạch di căn di căn trung bình	7,35 ± 11,35	0-53

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 150 phút. Lượng máu mất trung bình là 42,72ml. Kết quả mô bệnh học: tổng số hạch vét được trung bình là 32 hạch, số hạch di căn trung bình là 7 hạch.

Bảng 6. Tỷ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Chi tiêu	Tổn thương	Số BN	%
Tai biến trong mổ	Dập cực trên lách	1	1,47
	Rách tĩnh mạch lách	1	1,47
Biến chứng sau mổ	Chảy máu sau mổ điều trị bảo tồn	1	1,47
	Rò tá tràng	2	2,94
	Rò tụy điều trị bảo tồn	1	1,47

Nhận xét: Tỷ lệ tai biến, biến chứng lần lượt là 2,94% và 5,88%, với một trường hợp rò tá tràng được mổ làm dẫn lưu mòm tá tràng, một trường hợp rò tá tràng khu trú được điều trị bảo tồn.

Bảng 7. Đặc điểm khối u theo T,N,M sau mổ

Xâm lấn (T)		Di căn hạch (N)		Di căn xa (M)	
T	Số BN (%)	N	Số BN (%)	M	Số BN (%)
T1a	9 (13,24)	N0	26 (38,24)	M0	66 (97,06)
T1b	10 (14,71)				
T2	8 (11,76)	N2	8 (11,76)	Theo Lauren	
T3	7 (10,29)	N3a	8 (11,76)	Kiểu ruột	Số BN (%)
T4a	33 (48,53)				
T4b	1 (1,47)				
		N3b	14 (20,59)	Kiểu ruột	36 (52,94)
				Lan tỏa	32 (47,06)

Nhận xét: Ung thư dạ dày giai đoạn sớm (xâm lấn tới T1b) chiếm 27,95%, giai đoạn tiến triển (T2-T4b) chiếm chủ yếu 72,05%. Theo Lauren, kiểu ruột nhiều hơn kiểu hình lan tỏa với 52,94%.

Bảng 8. Giai đoạn bệnh sau mổ

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giai đoạn IA	14	20,59
Giai đoạn IB	9	13,24
		33, 83

Giai đoạn IIA	6	8,82	16,17	63,24
Giai đoạn IIB	5	7,35		
Giai đoạn IIIA	10	14,71	47,07	
Giai đoạn IIIB	9	13,24		
Giai đoạn IIIC	13	19,12		
Giai đoạn IV	2	2,94		
Tổng	68	100		

Nhận xét: Ung thư giai đoạn I chiếm 33,83%; giai đoạn II và III chiếm 63,24%. Có 2,94% bệnh nhân ở giai đoạn IV.

Bảng 9. Một số mối liên quan của kiểu hình Lauren với lâm sàng, cận lâm sàng

Các chỉ tiêu	Lauren		p	
	Ruột	Lan tỏa		
Kích thước khối u	5,26±3,68	7,15±3,18	0,015	
Xâm lấn T	T1	14	4	0,026
	T2	4	5	
	T3	4	1	
	T4a	14	19	
	T4b	0	3	
Di căn hạch	Không	18	8	0,030
	Có	18	24	
Giai đoạn bệnh	I	18	5	0,016
	II	5	6	
	III	13	19	
	IV	0	2	
Giới tính	Nam	25	25	0,583
	Nữ	11	7	
Tuổi trung bình	62,39±8,67	63,69±10,42	0,577	

Nhận xét: Theo Lauren, khối u ở kiểu hình lan tỏa có kích thước lớn hơn, xâm lấn nhiều hơn, và di căn hạch nhiều hơn với kiểu ruột có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Không có sự khác biệt về giới tính và tuổi ở kiểu hình ruột và lan tỏa.

Bảng 10. Liên quan mức độ mất máu với độ xâm lấn T

Chi tiêu	Khối lượng máu mất trong mổ			
	Mean ± SD	Min-Max	p	
Xâm lấn T	T1,2,3	34,37±16,00	20 -100	0,017
	T4a,4b	50,13±32,87	10 -150	

Nhận xét: Số lượng máu mất trong mổ ở những trường hợp xâm lấn T4a, T4b nhiều hơn có ý nghĩa thống kê với những khối u chưa xâm lấn ra khỏi thành dạ dày với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Theo GLOBOCAN 2020 [6] tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi có xu hướng trẻ hơn, cụ thể là số bệnh nhân <50 tuổi tăng lên, là do chương trình tầm soát ung thư tốt hơn nên tỷ lệ phát hiện bệnh sớm hơn, đặc biệt ở các nước phát triển như Nhật Bản, chương trình sàng lọc ung thư dạ dày bằng nội soi ở nước này từ độ tuổi 40 trở lên. Nhưng tuổi mắc bệnh ở ở nghiên cứu của chúng

tội và các nghiên cứu khác ở Việt Nam chủ yếu vẫn ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, tuổi trung bình là $63 \pm 9,49$ thấp nhất là 35, cao nhất 82; độ tuổi chủ yếu từ 60-70. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả V.V. Khiên và cs. (2021) [1]. Theo Sekiguchi [5], nhờ vào sàng lọc phát hiện ung thư sớm, kể cả độ tuổi cũng như giai đoạn bệnh, tỷ lệ cắt dạ dày giảm, và tỷ lệ tai biến, biến chứng do khối u kích thước lớn, xâm lấn rộng cũng giảm rõ rệt, từ đó, tỷ lệ tử vong sau mổ cũng giảm đáng kể. Từ đó, chúng ta cần đẩy mạnh chương trình sàng lọc ung thư dạ dày để tăng tỷ lệ phát hiện ung thư dạ dày sớm hơn nữa.

Theo GLOBOCAN 2020 [6], tỷ lệ khối u ở phần dưới giảm dần, và phần trên tăng lên chủ yếu ở các nước phát triển, do có cải thiện về điều trị nhiễm HP, điều kiện bảo quản lương thực thực phẩm và thói quen ăn uống, nhưng tỷ lệ ung thư phần dưới vẫn cao gấp 2 lần ung thư phần trên. Ngược lại, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khối u ở phần dưới (1/3D, 2/3GD, 1/3G) là đa số với 94,12%; cao gấp 16 lần ung thư phần trên (1/3T và 2/3GT) với 5,88%. Điều này có thể giải thích được do có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm HP và kháng đa thuốc còn rất cao, lần đầu là 48,8% và lần 2 là 45,7% [2].

Theo Rawla [3], kiểu hình ruột hay gặp hơn ở nữ giới, người trẻ, và cho tiên lượng tốt hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiểu hình ruột có tỷ lệ cao hơn ở nữ giới (61,11%), so với nam giới (38,89%); còn kiểu hình lan tỏa có tỷ lệ bằng nhau cả hai giới; tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. Và cũng không có sự khác biệt giữa kiểu hình ruột hay lan tỏa ở các độ tuổi khác nhau. Điều này cũng có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ, và phạm vi nghiên cứu hẹp. Tương tự như Rawla [3], chúng tôi cũng ghi nhận kiểu hình lan tỏa cho tiên lượng xấu hơn, với mức xâm lấn và di căn hạch nhiều hơn, và giai đoạn muộn hơn kiểu hình ruột với $p < 0,05$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số hạch (kết quả mô bệnh học) vét được trung bình là $32,41 \pm 12,44$ (5-66); và số hạch di căn trung bình là $7,35 \pm 11,35$ (0-53). Tất cả bệnh phẩm dạ dày đều được phẫu thuật viên có kinh nghiệm trực tiếp phẫu tích bệnh phẩm và vét hạch sau mổ, trước khi cố định bằng formol chuyển xuống khoa Giải phẫu bệnh. Điều này có ý nghĩa quan trọng, quyết định đến giai đoạn của ung thư dạ dày sau mổ. Theo nhiều nghiên cứu, số lượng hạch vét được ít trung bình ít nhất 15-16 hạch, và lý tưởng là 31 hạch [7]. Để nâng cao chất lượng đánh giá chặ hạch, nhiều tác giả cũng đề xuất việc phẫu tích bệnh phẩm và vét hạch

phải được chính phẫu thuật viên thực hiện [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tai biến thấp và nhẹ gồm (đập cực trên của lách khi kéo van mổ, rách tĩnh mạch lách khi vét hạch nhóm 11p-9-8b; cả hai trường hợp đều được xử trí tốt trong mổ bằng phủ xốp cầm máu vào vị trí lách bị đập, và khâu cầm máu bằng prolen 4.0. Mặc dù rách tĩnh mạch lách đoạn gần tĩnh mạch cửa khi phẫu tích vét hạch nhưng được khống chế ngay do chúng tôi đã phẫu tích các mạch máu chính của dạ dày trước khi mổ vào vùng xâm lấn (đặt lắ các mạch gan chung; gan riêng, tĩnh mạch cửa, vị tá tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức máu trung bình là 42,72 ml, và lượng mất máu ở những trường hợp xâm lấn T4a,T4b ($50,13 \pm 32,87$) nhiều hơn có ý nghĩa thống kê với những khối u chưa xâm lấn ra khỏi thành dạ dày ($34,37 \pm 16,00$). Biến chứng sau mổ thấp với 4 trường hợp, và đều ở những khối u xâm lấn rộng phải cắt dạ dày mở rộng, đặc biệt là khi khối u xâm lấn đầu tụy tá tràng, xử lý móm tá tràng khó khăn, do đó thời gian mổ, thời gian nằm viện sau mổ cũng kéo dài hơn, và nguy cơ rò tá tràng sau mổ tăng lên. Hai trường hợp rò tá tràng, có một trường hợp phải mổ lại do viêm tụy hoại tử sau cắt dạ dày và cắt phần tụy xâm lấn, bệnh nhân được mổ dẫn lưu móm tá tràng và dẫn lưu được rút sau mổ một tháng. Một trường hợp rò tá tràng khu trú do vị trí móm cắt tá tràng có tổ chức tụy bám lên cao hơn dẫn tới đóng móm tá tràng khó khăn, khi khâu móm không vui được móm; nên đã chủ động đặt dẫn lưu cạnh tá tràng và không phải mổ lại, trường hợp này cũng được rút dẫn lưu sau mổ 14 ngày. So sánh với các nghiên cứu khác như Adem Yüksel [4], những trường hợp mổ mở có số máu mất trung bình 150ml, thời gian mổ trung bình 180 phút, tỷ lệ biến chứng sau mổ độ 3 theo Clavien-Dindo là 26,7%; độ 1 và 2 là 30%, chứng tỏ phẫu thuật cắt dạ dày chúng tôi thực hiện với tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, và nhẹ. Theo Sekiguchi [5], khi ung thư dạ dày phát hiện càng muộn, thì tỷ lệ tai biến, biến chứng sau mổ càng cao cũng như thời gian sống thêm sau mổ càng thấp, điều này cũng phù hợp trong nghiên cứu của chúng tôi khi đến viện đa số ở độ tuổi 60-80; và giai đoạn khối u tiến triển chiếm 63,24%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chủ yếu đặt một dẫn lưu ổ lách sau cắt dạ dày, vì vậy, kinh nghiệm rút ra là, đối với những trường hợp ung thư xâm lấn đầu tụy, tá tràng mà phải cắt bỏ một phần tụy, và hoặc đóng móm tá tràng khó khăn, phải đặt dẫn lưu cạnh móm tá tràng, hậu cung mạc nối, có thể dẫn lưu

mỏm chủ động. Như vậy, nếu có rò mỏm tá tràng mà khu trú, có thể chủ động điều trị bảo tồn không phải mổ lại.

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô dạ dày hay gặp ở người lớn tuổi (trung bình là 63 tuổi), chủ yếu ở nam giới (73,5%), và vị trí khối u chủ yếu ở phần dưới dạ dày (94,12%) vẫn là xu thế ở Việt Nam. Ung thư dạ dày kiểu lan tỏa có tiên lượng xấu so với kiểu hình ruột. Bệnh nhân đến viện đa số ở giai đoạn tiến triển (72,05%). Tỷ lệ tái biến (2,94%) và biến chứng phẫu thuật (5,88%) thấp, và hay gặp ở các trường hợp khối u xâm lấn rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Khiên và cs.** (2021), Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học, và tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori ở bệnh nhân ung thư dạ dày, Tạp chí Y học Việt Nam, 505(1).
2. **JGCA** (2020), Japanese gastric cancer treatment

- guidelines 2018 (5th edition), Gastric Cancer.
3. **Khiên V. V. et al.** (2019), Management of Antibiotic-Resistant Helicobacter pylori Infection: Perspectives from Vietnam, Gut Liver, 13(5): 483-497.
4. **Rawla P. et al.** (2019), Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention, Przeglad gastroenterologiczny, 14(1): 26-38.
5. **Yüksel A. et al.** (2021), Comparison of open and laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: a low volume center experience, Turk J Surg, 37(1): 33-40.
6. **Sekiguchi M. et al.** (2022), Epidemiological Trends and Future Perspectives of Gastric Cancer in Eastern Asia, Digestion, 103(1): 22-28.
7. **Sung H. et al.** (2021), Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3): 209-249.
8. **Fernström A. et al.** (2023), Separating lymph node stations by the surgeon from the gastric cancer specimen improves the quality of nodal status evaluation, World Journal of Surgical Oncology, 21(1): 265.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH SIÊU ÂM HỘI CHỨNG ỔNG CỔ TAY Ở BỆNH NHÂN GÚT MẠN TÍNH

Nguyễn Thị Bảo Thoa¹, Nguyễn Văn Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 32 bệnh nhân gút mạn có 54 ống cổ tay được chẩn đoán xác định hội chứng ống cổ tay theo tiêu chuẩn của Hội Thần kinh học Hoa Kỳ đến khám và điều trị tại Trung tâm cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 58,5 ± 10,3, trong đó 100% là nam giới. Thời gian mắc bệnh gút trung bình: 9,69 ± 4,34 (năm). Thời gian mắc hội chứng ống cổ tay trung bình: 12,94 ± 8,6 (tháng). Lý do đến khám chủ yếu là tê bì bàn tay (81,2%). Triệu chứng lâm sàng của tay bị bệnh: 53,7% đau cổ tay, bàn tay; 87,0% có yếu tố khởi phát, 96,3% dị cảm, 70,3% giảm cảm giác, 11,1% mất cảm giác, 44,4% cử động đối ngón, cầm nắm yếu, 42,6% teo cơ mô cái. Tỷ lệ nghiệm pháp Phalen (+) là 83,3% số ống cổ tay, nghiệm pháp Tinel (+) là 72,2%, nghiệm pháp Durkan (+) là 68,5%. Có 75,9% ống cổ tay có dấu hiệu Notch (+), 16,7% ống cổ tay có dấu hiệu Notch đảo ngược (+), 79,6% phù dây thần kinh giữa. Diện tích dây thần kinh giữa đầu gần ống cổ tay trung bình là: 9,7 ± 2,08 (mm²). Đặc điểm tổn thương khớp cổ tay trên siêu âm ở bệnh

nhân gút mạn: 72,2% viêm màng hoạt dịch, 87,0% hạt tophi, 25,9% hình ảnh đường đôi, 24,0% khuyết xương. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp của hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính là các biểu hiện tổn thương của dây thần kinh giữa. Siêu âm giúp đánh giá hình ảnh của dây thần kinh giữa và tổn thương khớp cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính.

Từ khóa: Hội chứng ống cổ tay, đặc điểm lâm sàng, siêu âm Doppler năng lượng, gút mạn tính.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, IMAGES OF ULTRASOUND OF CHRONIC GOUT PATIENTS WITH CARPAL TUNNEL SYNDROME

Aim: Description of the clinical characteristics and images of ultrasound of chronic gout patients with carpal tunnel syndrome (CTS). **Subjects and methods:** Cross-sectional description of 32 patients with chronic gout with 54 carpal tunnels diagnosed with CTS according to the standards of the American Neurological Association who came for examination and treatment at the Musculoskeletal Center of Bach Mai Hospital from August 2023 to April 2024. **Result:** The mean age of the patients was 58.5 ± 10.3, in there 100% were male. The median duration of gout was 9.69 ± 4.34 (years). The median duration of carpal tunnel syndrome was 12.94 ± 8.6 (months). The main reason for examination was numbness of the hand (81.2%). Clinical symptoms of the diseased hand: 53.7% pain in the wrist and hand, 87.0% triggering factors, 96.3% paresthesia, 70.3% decreased sensation, 11.1% loss of sensation, 44.4% anti-finger movement, weak grip, 42.6% atrophy of

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bảo Thoa

Email: drbaothoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024