

truyền dịch và điều trị thuốc tăng co bóp DD không đỡ (Erythromycin uống liều nhỏ). Mổ nối vị tràng (hoặc tạo hình môn vị) hoặc mở thông hồng tràng nuôi ăn. Nên mổ nối vị tràng phối hợp với cắt DD hình chêm với khối U GIST kích thước lớn (>5 cm) góc BCN.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Yunus Donder et al.** Is lesser curvature resection for GIST can be associated with delayed gastric emptying? Ann Med Res 2020; 27(6): 1533-5.
2. **Tomosuke Mukoyama et al:** risk factors for delayed gastric emptying following gastrectomy for gastric cancer. Clinical edge journalscan, november 2022 (8 of 11).
3. **Tao Pang et al.** Analysis of risk factors and prevention strategies for functional delayed gastric emptying in 1243 patients with distal

gastric cancer. Word Journal of Surgical Oncology. 2020 18: 302.

4. **Simren M et al.** Visceral hypersensitivity is associated with GI symptom severity in functional GI disorders: consistent findings from five different patient cohort. Gut 2018; 67: 255-62.
5. **Soenen S, Rayner CK, Horowitz M, Jones KL.** Gastric emptying in elderly. Clin Geriatric Med. 2015;31:339-53
6. **Choung R.S et al.** Risk of gastroparesis subjects with type 1 and type 2 diabetes in the general population. Am J.Gastroenterol.107,82-88.2012.
7. **Masumoto S et al.** Predictive factor for delayed gastric emptying after distal gastrectomy with Roux en Y reconstruction. Am. Surg, 84, 1086-1090 (2018)
8. **Thái nguyên Hưng, Phan Văn Linh.** Chẩn đoán và điều trị hội chứng chậm rỗng dạ dày sau cắt dạ dày bán phần do ung thư dạ dày. Y học Việt nam tháng 7 (2). 2023:386-390.

**KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TUYỆT ĐIỀU TRỊ KHỐI U VÙNG QUANH BÓNG VATER**

Trần Văn Thông<sup>1</sup>, Lê Anh Xuân<sup>1</sup>, Trịnh Hồng Sơn<sup>2</sup>, Nguyễn Thành Khiêm<sup>3</sup>, Trần Đạt Bảo Thành<sup>1</sup>, Nguyễn Huy Toàn<sup>1</sup>, Phạm Minh Tuấn<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật (PT) cắt khối tá tụy điều trị bệnh lý khối u quanh bóng Vater. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 77 bệnh nhân (BN) được PT điều trị các khối u quanh bóng Vater tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2023. Kết quả có 77 BN với 43 (55.8%) nam, 34 (44.2%) nữ được PT; tuổi trung bình 59.8 (19-76), vị trí u ở bóng Vater 22.1%, u phần thấp OMC 35.1%, u đầu tụy 37.6%, u tá tràng 5.2%. 5 BN có biến chứng rò tụy (6.5%), trong đó 3 rò tụy độ 1, 1 rò tụy độ 2 và 1 rò tụy độ 3 phải phẫu thuật lại; 2 BN biến chứng rò mật (2.6%) được điều trị nội khoa; có 1 BN tử vong (1.3%). Kết luận: Phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị khối u vùng quanh bóng Vater là phẫu thuật an toàn, hiệu quả. Miệng nối Blumgart được thực hiện giúp chế được biến chứng rò tụy sau mổ. **Từ khóa:** phẫu thuật cắt khối tá tụy, u quanh bóng Vater

**SUMMARY**

**THE PRELIMINARY RESULTS OF PANCREATODUODENECTOMY FOR THE**

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thông

Email: tranthong3010@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024

**MANAGEMENT OF VATER'S PERIAMPULLARY TUMOR**

The objective of the study was to assess the preoperative outcomes of pancreaticoduodenectomy for the management of Vater's periampullary tumor. A cross-sectional descriptive study was conducted on 77 patients who underwent open surgery at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Nghe An General Friendship Hospital, between January 2020 and December 2023 to treat periampullary tumors of Vater. Results: We performed surgery for 77 patients including 43 male (55.8%), 34 (44.2%) female; mean age 59.8 (19-76), tumors located in the ampulla of Vater, in the distal part of common bile duct, in the pancreatic head accounted for 22.1%, 35.1%, 37.6%, 5.2%. 5 cases of pancreatic fistula (6.5%) in there 3 case grade 1, 1 case grade 2 and 1 case grade 3 with re-surgery, 2 case with biliary fistula treated medically (2.6%), 1 case of death (1.3%). Conclusions: pancreaticoduodenectomy is a safe and effective surgery. Blumgart anastomosis was performed to help prevent pancreatic fistula complications after surgery.

**Keywords:** pancreaticoduodenectomy, Vater's periampullary tumor

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

U quanh bóng Vater được định nghĩa là các khối u trong vòng 2cm tính từ nhú tá lớn. Các khối u này thường xuất phát từ biểu mô của bóng Vater, đoạn thấp ống mật chủ, ống tụy vùng đầu tụy và biểu mô tá tràng quanh bóng Vater, có đến 98% là u ác tính, chỉ có 2% là các

trường hợp u nhú và u lành tính.

Với các khối u quanh bóng Vater, PT cắt khối tá tụy là phương pháp điều trị triệt để nhất. Hiện nay, nhờ sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, sự phát triển và kinh nghiệm của phẫu thuật viên và bác sỹ gây mê hồi sức, PT cắt đầu tá tụy đã có nhiều cải tiến kỹ thuật, giảm tỉ lệ tử vong.

Tại Việt Nam, PT cắt khối tá tụy mổ mở kinh điển và nội soi đã được triển khai tại các trung tâm PT lớn, cũng như đang từng bước được triển khai cho các bệnh viện tuyến tỉnh trong nhiều năm gần đây. Tỉ lệ tử vong và biến chứng sau PT đã có chiều hướng cải thiện dần qua các năm.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả PT cắt khối tá tụy điều trị bệnh lý khối u vùng quanh bóng Vater tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm các BN chẩn đoán mắc các khối u vùng quanh bóng Vater và được điều trị bằng phẫu thuật cắt khối tá tụy từ tháng 01/2021 đến 12/2023 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Chẩn đoán trước mổ là khối u vùng quanh bóng Vater: U bóng Vater, u phần thấp ống mật chủ, u đầu tụy, u tá tràng.

- BN được PT cắt khối tá tụy bằng phương pháp mổ mở hoặc nội soi.

- Hồ sơ đầy đủ thông tin, BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có ung thư khác kết hợp.

- Đã có bằng chứng di căn xa (tại gan, phổi, não...).

- Bệnh nhân đang có các bệnh lý nội khoa nặng: Sốc nhiễm khuẩn, rối loạn đông máu...

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**Cỡ mẫu nghiên cứu.** Mẫu toàn bộ, cỡ mẫu thuận tiện đáp ứng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu

### **Chọn mẫu.** Thuận tiện

### **Các chỉ số nghiên cứu**

- Khai thác các triệu chứng lâm sàng: đau bụng, sút cân, ngứa, vàng da, thiếu máu, gan to, túi mật to.

- Đánh giá trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) bụng: ống mật chủ giãn, túi mật căng to, ống tụy giãn, vị trí khối u, xâm lấn khối u vào mạch máu.

- Phương pháp phẫu thuật: Cắt khối tá tụy, kèm theo cắt đoạn tĩnh mạch cửa nếu khối u

xâm lấn tĩnh mạch, nạo vét hạch tiêu chuẩn, nối tụy- hồng tràng kiểu Blumgart cải biên.

Đánh giá thời gian PT, lượng máu mất, các tai biến trong quá trình PT và các biến chứng sau PT. Đánh giá chất lượng cuộc sống của BN sau PT.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2023 có 77 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí chọn bệnh, gồm 43 nam (55.8%), 34 nữ (44.2%); độ tuổi trung bình  $59.8 \pm 12.9$ , thấp nhất 19 tuổi, cao nhất 76 tuổi.

### **3.1. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng**

**Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

Triệu chứng	n	%
<b>Cơ năng</b>		
Đau bụng	70	90.9
Sút cân	35	45.5
Ngứa	25	32.5
<b>Toàn thân</b>		
Vàng da	53	68.8
Thiếu máu	5	6.5
<b>Thực thể</b>		
Gan to	15	19.5
Túi mật to	37	48.1

Các triệu chứng hay gặp của bệnh lý khối u vùng quanh bóng Vater gồm: đau bụng (90.9%), vàng da (68.8%), túi mật to (48.1%).

### **Bảng 2. Hình ảnh khối u trên CLVT**

Thông số	n	%
Ống mật chủ giãn	61	79.2
Túi mật căng to	43	55.8
Ống tụy giãn	25	32.5
<b>Vị trí khối u</b>		
U bóng Vater	17	22.1
U phần thấp ống mật chủ	27	35.1
U đầu tụy	29	37.6
U tá tràng	4	5.2
U xâm lấn hệ tĩnh mạch cửa	7	9.1

Hai vị trí khối u hay gặp là u đầu tụy (37.6%) và u phần thấp ống mật chủ (35.1%). Có 9.1% số BN có u xâm lấn hệ tĩnh mạch cửa.

**3.2. Kết quả phẫu thuật.** Có 15 BN được PT nội soi (19.5%) và 62 BN mổ mở (80.5%). Có 4 BN phải cắt đoạn TM cửa do ung thư xâm lấn. 100% BN được nạo vét hạch tiêu chuẩn, ít nhất 13 hạch, nhiều nhất 27 hạch. 100% BN được thực hiện miệng nối tụy- hồng tràng kiểu Blumgart cải biên, có đặt ống dẫn lưu trong ống tụy.

### **Bảng 3. Kết quả trong mổ**

Thông số	PTNS (n=15)		PT mở (n=62)		p
	TB ± SD	Min - Max	TB ± SD	Min - Max	
Thời gian PT	463 ±	420 -	294 ±	195 -	0.01

(phút)	35	530	62	420	
Máu mất (ml)	130 ± 75	50 - 450	210 ± 128	50 - 1250	0.04

**Bảng 4. Tai biến trong mổ**

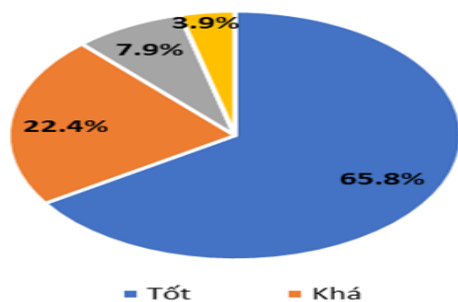
Tai biến	PTNS (n=15)		PT mở (n=62)		Tổng
	n	%	n	%	
Tổn thương mạch đại tràng	1	6.7	-		1(1.3%)
Tổn thương TM cửa	-		2	3.2	2(2.6%)
Rách TM MTTD	-		1	1.6	1(1.3%)
Tổn thương ĐM gan phải	1	6.7	-		1(1.3%)
Tổng	2	13.3	3	4.8	5(6.5%)

Có 2 BN PTNS cắt khối tá tụy bị tai biến trong quá trình PT (1 BN tổn thương mạch nuôi đại tràng ngang và 1 BN tổn thương ĐM gan phải). 3 BN PT mở cắt khối tá tụy xảy ra tai biến trong quá trình PT.

**Bảng 5. Biến chứng sau mổ**

Biến chứng	PTNS (n=15)		PT mở (n=62)		Tổng
	n	%	n	%	
Rò tụy	1	6.7	4	6.4	5(6.5%)
Rò mật	1	6.7	1	1.6	2(2.6%)
XHTH	-		2	3.2	2(2.6%)
Ap xe tồn dư	1	6.7	-		1(1.3%)
Tử vong	-		1	1.6	1(1.3%)
Tổng	3	20.0	8	12.9	11(14.3%)

Có 11 BN bị biến chứng sau mổ (14.3%), trong đó có 8 BN PT mở (12.9%) và 3 BN PTNS (20%). Biến chứng gặp nhiều nhất là rò tụy (6.5%). Có 1 BN tử vong sau PT mở cắt khối tá tụy.



**Biểu đồ 1. Chất lượng cuộc sống của BN tại thời điểm 3 tháng sau ra viện**

Chất lượng cuộc sống của BN sau ra viện: BN đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (65.8%), tuy nhiên vẫn có 3.9% số BN có chất lượng cuộc sống ở mức kém.

#### IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng lâm sàng hay gặp của bệnh lý các khối u vùng quanh bóng Vater là: đau tức bụng trên rốn, vàng da, ăn uống kém, gầy sút

cân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng đau tức bụng thượng vị và HSP gặp 90.9%, vàng da tắc mật 68.8%, túi mật to 48.1%. Nghiên cứu của Nguyễn Tấn Cường (2004) tại bệnh viện Chợ Rẫy, tỷ lệ các triệu chứng vàng da, chán ăn và đau bụng với tỷ lệ lần lượt là 83,5%, 82,5% và 78,6%.<sup>1</sup> Kết quả của Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự (2014) tại Bệnh viện Bạch Mai trên 235 trường hợp thì triệu chứng vàng da, gan to, túi mật to lần lượt là 85,1%, 79,57% và 76,59%.<sup>2</sup>

Đứng trước những bệnh cảnh lâm sàng nêu trên, chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang là phương pháp thăm dò hình ảnh được đặt ra ở tất cả các BN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi chụp CLVT bụng cho thấy: có 7 BN thấy hình ảnh khối u xâm lấn thân TMC hoặc TM MTTT. Trong 7 BN này, trong mổ có 4 BN phải cắt đoạn TMC. 3 BN còn lại có thể tách được TM ra khỏi khối u và STTT diện tổ chức ở thành TM không thấy tế bào ung thư. CLVT là phương pháp chẩn đoán có độ chính xác cao để đánh giá được mức độ xâm lấn mạch tử do quyết định có chỉ định cắt khối tá tụy hay không và có ý nghĩa trong việc lựa chọn BN cho chỉ định PTNS. Những hình ảnh được coi như dấu hiệu cảnh báo không cắt được u như: nhân di căn xa (gan, phúc mạc, phổi, ...); u xâm lấn bó mạch MTTT và tĩnh mạch cửa. Nghiên cứu của Trần Quế Sơn cho thấy chụp CLVT phát hiện được khối u 85,7%, không trường hợp nào xâm lấn mạch máu, ống tụy giãn ở 28,6%.<sup>3</sup>

Có 7 BN phải truyền máu trong phẫu thuật (9.1%), Nhóm PT nội soi có thời gian PT dài hơn nhưng số lượng máu mất ít hơn nhóm PT mở. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Trường hợp BN số 30 phải truyền 1250ml máu trong quá trình phẫu thuật, đây là BN được chẩn đoán Shock mất máu, xuất huyết tiêu hóa, tắc mật do u Vater. Xét nghiệm thấy số lượng hồng cầu trước mổ là 2.22 T/L, hemoglobin là 65 g/L. Feng Tian (2020) so sánh kết quả gần giữa 36 ca mổ nội soi hỗ trợ và 97 ca mổ mở cắt tá tụy cũng cho thấy PTNS hỗ trợ có lượng máu mất trong mổ ít hơn (300 so với 500 ml) nhưng thời gian lâu hơn (372 so với 305 phút).<sup>4</sup>

Tai biến trong mổ, chúng tôi gặp 5 BN (6.5%). BN đầu tiên chúng tôi triển khai kỹ thuật PTNS cắt khối tá tụy, khi phẫu tích di động khối tá tụy, do dính và kinh nghiệm còn hạn chế, chúng tôi đã gây tổn thương nhánh tận của ĐM đại tràng giữa; kiểm tra sau đó thấy đoạn đại tràng ngang tương ứng có thiếu máu, tím nên phải cắt đoạn đại tràng ngang, lập lại lưu thông

tiêu hóa. Có 2 BN bị tổn thương thành bên TM cửa trong quá trình cắt mạc treo tụy, được khâu phục hồi thành TMC bằng chỉ Prolene 6/0. 1 BN tổn thương đứt rời ĐM gan phải do biến thể giải phẫu ĐM gan phải xuất phát thấp từ ĐM vị tá tràng; chúng tôi khâu nối móm cắt ĐM gan phải và móm ĐM vị tá tràng.

Chúng tôi thực hiện miệng nối tụy- ống tiêu hóa kiểu Blumgart cải tiến ở 100% trường hợp. Hai kỹ thuật chính thường được sử dụng để tái lập lưu thông tụy tiêu hoá sau phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng là: nối tụy vào hồng tràng và nối tụy vào dạ dày. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều quan điểm trái ngược nhau giữa hai kỹ thuật này. Theo nhiều báo cáo của nhiều tác giả trên thế giới thì chưa có khác biệt rõ ràng có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ rò tụy giữa hai kỹ thuật khâu nối: tụy- ruột và tụy- dạ dày. Tuy nhiên, theo Nguyễn Minh Hải (2004), rò miệng nối tụy- dạ dày thì khả năng điều trị nội khoa khó khăn hơn nhiều so với miệng nối tụy- hồng tràng. Nếu rò miệng nối tụy- dạ dày xảy ra, nên mổ lại sớm vì tình trạng rò dịch dạ dày là số lượng lớn rất khó điều trị bảo tồn.<sup>5</sup>

Tỷ lệ tai biến chung sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 14.3%, trong đó có 1 BN tử vong sau rò tụy, rò mật, xuất huyết tiêu hóa. Đó là BN rò tụy độ 3 sau mổ lần đầu 5 ngày, biểu hiện viêm phúc mạc, được mổ lại lần 2 lau rửa ổ bụng, làm lại miệng nối tụy- ruột, mở thông hồng tràng nuôi ăn. Sau mổ 3 ngày xuất hiện xuất huyết tiêu hóa, vỡ phình móm ĐM vị tá tràng, rò mật, được mổ lại lần 3 cắt túi phình, làm lại miệng nối mật ruột, cắt toàn bộ tụy. Sau đó bệnh nhân xuất hiện tình trạng shock nhiễm trùng, tử vong sau đó. 4 BN rò tụy còn lại có: 3 BN độ 1, 1 BN độ 2 được điều trị nội khoa thành công. Có 2 BN rò mật được điều trị nội khoa. 2 BN xuất huyết tiêu hóa, trong đó 1 BN được can thiệp mạch thành công, 1 BN điều trị nội khoa.

Cho đến nay, nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ gây rò tụy, phần lớn các tác giả đều tập trung vào một số yếu tố có nguy cơ cao như: yếu tố người bệnh (tuổi, giới, tình trạng tắc mật trước mổ); yếu tố tại tụy (mô tụy chắc hay mềm, mạch máu nuôi dưỡng móm tụy, đường kính ống tụy); yếu tố trong phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, lượng máu truyền trong mổ, kỹ thuật khâu nối tụy - ống tiêu hóa, đặt stent ống tụy hay không); sau mổ (dùng thuốc sandostatin, dinh dưỡng sớm đường tiêu hóa). Trong đó, kỹ thuật lập lại lưu thông tụy - ống tiêu hóa có ảnh hưởng lớn đến biến chứng

rò tụy, do đó các phẫu thuật viên luôn cố gắng thay đổi kỹ thuật để đảm bảo cho miệng nối tụy - ống tiêu hóa chắc chắn và hạn chế rò. Tất cả các BN của chúng tôi đều được sử dụng miệng nối tụy - hồng tràng theo kiểu Blumgart. Lê Hữu Phước (2018) thực hiện cắt khối tá tụy cho 88 trường hợp, tỷ lệ biến chứng chung là 31,8% trong đó rò tụy (10,2%), rò mật (4,5%), chảy máu ổ bụng (8%), nhiễm khuẩn vết mổ (17%).<sup>6</sup>

Trong 76 BN ổn định ra viện, đánh giá chất lượng cuộc sống theo tiêu chí của Viện nghiên cứu ung thư học châu Âu (EORTC), do BN hoặc người thân trả lời tại thời điểm 3 tháng sau ra viện cho thấy: có 65.8% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 22.4% đạt kết quả khá, 7.9% kết quả trung bình và 3.9% kém. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Trần Quế Sơn với kết quả tốt và khá là 81%, trung bình 9.5% và kém 9.5%.

## V. KẾT LUẬN

Với 77 BN được nghiên cứu, có 15 BN được PT nội soi (19.5%) và 62 BN mổ mở (80.5%), 4 BN phải cắt đoạn TM cửa do ung thư xâm lấn. Nhóm PTNS có thời gian mổ lâu hơn nhưng lượng máu mất ít hơn nhóm PT mở ( $p < 0.05$ ). Biến chứng sau PT chiếm 14.3%, trong đó rò tụy 6.5%, rò mật 2.6%, có 1 BN tử vong (1.3%). PT cắt khối tá tụy điều trị khối u quanh bóng Vater là PT an toàn, hiệu quả, khả thi tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tấn Cường, Võ Tấn Long, Nguyễn Minh Hải.** Ung thư nhú Vater: Kết quả điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2004; 8(3): 125-133.
2. **Nguyễn Ngọc Bích.** Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí y học Lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai. 2014; 82(12): 89-97
3. **Trần Quế Sơn.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tràng đầu tụy điều trị u vùng bóng Vater. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. 2021.
4. **Tian F., Wang Y. Z., Hua S. R., et al.** Laparoscopic assisted pancreaticoduodenectomy: an important link in the process of transition from open to total laparoscopic pancreaticoduodenectomy. BMC surgery. 2020; 20 (1): 89 - 95.
5. **Nguyễn Minh Hải, Bùi Văn Ninh, Nguyễn Tấn Cường.** Nạo hạch triệt để trong cắt khối tá tụy ở bệnh nhân ung thư quanh nhú Vater. Y học TP Hồ Chí Minh. 2002; 6(2): 163-169.
6. **Lê Hữu Phước.** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy do các bệnh lý ác tính vùng quanh nhú Vater tại Bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2018; 22(2): 474 - 482.

**ĐẶC ĐIỂM CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC 10 – 19 MM**Đào Đức Tiến<sup>1</sup>, Doãn Trung Kiên<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Cường<sup>1</sup>**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước 10 – 19 mm và mối liên quan giữa mô bệnh học với một số yếu tố. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 98 bệnh nhân có polyp đại trực tràng kích thước 10 – 19 mm, điều trị tại bệnh viện Quân y 175, thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023. Chẩn đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới năm 2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $58,2 \pm 10,3$ . Tỷ lệ nam/ nữ là 7,2. Polyp đại tràng đoạn xa chiếm tỷ lệ cao hơn so với polyp đại tràng đoạn gần (74,4% so với 25,6%), trong đó polyp đại tràng sigma (46,9%), polyp trực tràng (14,3%), polyp đại tràng xuống (12,2%). Tỷ lệ polyp có cuống là 52%, polyp không cuống là 48%. Tỷ lệ carcinoma tuyến là 6,1% và tỷ lệ polyp tuyến ống nhánh là 11,2%. Loạn sản mức độ cao chiếm 6,6% trong tổng số polyp tân sinh. Tỷ lệ ung thư tuyến đại trực tràng ở nhóm bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi cao hơn so với nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi, ở nữ giới cao hơn so với nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). Không có mối liên quan giữa mô bệnh học với vị trí, hình dạng và đặc điểm bề mặt của polyp kích thước 10 – 19 mm. **Kết luận:** Polyp kích thước 10 – 19mm có tỷ lệ ác tính là 6,1%. Tỷ lệ polyp ác tính tăng theo tuổi, cao hơn ở nữ giới và không có mối liên quan với đặc điểm vị trí, hình dạng và bề mặt polyp trên nội soi. **Từ khóa:** Polyp đại trực tràng kích thước 10-19mm, hình ảnh nội soi, mô bệnh học.

**SUMMARY****CHARACTERISTICS OF COLORECTAL POLYPS LESS 10 – 19 MM IN SIZE**

**Objectives:** To describe the endoscopic image and histopathological characteristics of colorectal polyps 10 – 19 mm in size and the relationship between histopathology and some factors. **Materials and methods:** Cross-sectional study on 98 patients with colorectal polyps 10 – 19 mm in size, treated Military Hospital 175, from January 2022 until December 2023. The histopathological diagnosis of colorectal polyps was based on the standards of the World Health Organization in 2019. **Results:** The average age of patients was  $58,2 \pm 10,3$ . The male/female ratio was 4.99/1. Distal colon polyps accounted for a higher proportion than proximal colon polyps (74.4% versus 25.6%), in which sigmoid colon polyps (46.9%), rectal polyps (14.3 %), descending colon polyps (12.2%). 48.0% of polyps were sessile.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đào Đức Tiến

Email: ddtien1101@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024

The rate of adenocarcinoma and tubulovillous adenoma were 6.1% and 11.2%. The high-grade dysplasia rate of neoplastic polyps was 6.6%. The rate of colorectal adenocarcinoma in the group of patients  $\geq 60$  years old was higher than that of the group of patients under 60 years old, higher in women than in men, the difference was statistically significant (with  $p < 0.05$ ). There was no relationship between histopathology and location, morphology and surface characteristics of polyps 10 - 19 mm in size. **Conclusion:** The rate of colorectal polyps 10 - 19 mm in size was 6.1%. The rate of malignant polyps increased with advancing age, was higher in women and there was no relationship between malignant polyp rate with polyp location, morphology and surface characteristics on endoscopy.

**Keywords:** Colorectal polyps less than, endoscopic images, histopathology.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư đại trực tràng (ĐTT) là bệnh ung thư phổ biến thứ 3 ở nam giới và thứ 2 ở nữ giới. Hầu hết ung thư ĐTT đều phát sinh từ polyp tuyến, thông qua trình tự polyp tuyến – ung thư biểu mô, do sự mất ổn định của nhiễm sắc thể. Polyp tuyến có thể được phân loại là tổn thương nguy cơ thấp, trung bình hoặc cao dựa trên nguy cơ tiến triển thành ung thư. Các tổn thương được coi là tiến triển khi chúng có kích thước  $\geq 1$  cm hoặc có thành phần nhung mao hoặc loạn sản mức độ cao [9]. Theo nghiên cứu của tác giả Turner, K. O. (2018), tỷ lệ ung thư ĐTT tăng theo kích thước, chiếm 0,1% ở nhóm polyp kích thước 6 - 9 mm, 0,5% ở nhóm polyp kích thước 10 - 19 mm và 2,2% ở nhóm polyp kích thước từ 20 mm trở lên [10]. Tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu tiến hành trên các polyp có kích thước  $\geq 20$  mm hoặc  $\geq 10$  mm, chưa có nghiên cứu đánh giá nào ở nhóm kích thước 10 – 19 mm, trong khi nhóm polyp này phổ biến hơn so với polyp  $\geq 20$  mm. Đánh giá nguy cơ ung thư của polyp kích thước 10 – 19 mm có thể ảnh hưởng đến phương pháp cắt bỏ vì polyp nguy cơ ung thư hóa cao được khuyến cáo nên cắt bỏ một cách tối ưu theo phương pháp en bloc. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đặc điểm của polyp đại trực tràng kích thước 10 – 19 mm” để đánh giá tỷ lệ ung thư ĐTT, mối liên quan giữa một số yếu tố như tuổi, giới, đặc điểm hình ảnh nội soi với mô học polyp ĐTT kích thước 10 – 19 mm để đưa ra chiến lược quản lý, điều trị phù hợp.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**