

quát hóa chưa mạnh.

## V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

DCHCB chiếm phần lớn trong TPVC. Vị trí mạch máu thường cho di căn nhất là hạch dọc ĐMCT, kể đến là ĐMB. Các yếu tố liên quan đến DCHCB gồm kích thước u, khoảng cách từ bờ dưới u đến rìa hậu môn, diện cắt vòng theo chu vi (CRM +), loại mô học ung thư biểu mô tuyến - nhầy nhẵn, giai đoạn pTNM, nồng độ CEA sau phẫu thuật > 5 ng/ml và phẫu thuật APR.

NB có những yếu tố liên quan DCHCB cần được theo dõi sát và hội chẩn đa chuyên khoa nếu nghi ngờ DCHCB để có hướng điều trị kịp thời.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hashiguchi Y, Muro K, Saito Y, et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol.* Jan 2020;25(1):1-42. doi:10.1007/s10147-019-01485-z
2. Matsuyama T, Yamauchi S, Masuda T, et al. Treatment and subsequent prognosis in locally recurrent rectal cancer: a multicenter retrospective study of 498 patients. *Int J Colorectal Dis.* Jun 2021;36(6):1243-1250. doi:10.1007/s00384-021-03856-3
3. Westberg K, Palmer G, Hjern F, Johansson H, Holm T, Martling A. Management and prognosis of locally recurrent rectal cancer - A national population-based study. *Eur J Surg Oncol.* Jan 2018;44(1):100-107. doi:10.1016/j.ejso.2017.11.013
4. Ogura A, Konishi T, Beets GL, et al. Lateral Nodal Features on Restaging Magnetic Resonance Imaging Associated With Lateral Local Recurrence in Low Rectal Cancer After Neoadjuvant Chemoradiotherapy or Radiotherapy. *JAMA Surg.* Sep 1 2019;154(9): e192172. doi:10.1001/jamasurg.2019.2172
5. Gao X, Wang C, Yu Y, Singh D, Yang L, Zhou Z. Lateral lymph node dissection reduces local recurrence of locally advanced lower rectal cancer in the absence of preoperative neoadjuvant chemoradiotherapy: a systematic review and meta-analysis. *World J Surg Oncol.* Nov 23 2020; 18(1): 304. doi:10.1186/s12957-020-02078-1
6. Ogawa S, Itabashi M, Inoue Y, et al. Lateral pelvic lymph nodes for rectal cancer: A review of diagnosis and management. *World J Gastrointest Oncol.* Oct 15 2021; 13(10):1412-1424. doi:10.4251/wjgo.v13.i10.1412
7. Tsukamoto S, Fujita S, Ota M, et al. Long-term follow-up of the randomized trial of mesorectal excision with or without lateral lymph node dissection in rectal cancer (JCOG0212). *Br J Surg.* Apr 2020;107(5): 586-594. doi:10.1002/bjs.11513
8. Kusters M, Beets GL, van de Velde CJ, et al. A comparison between the treatment of low rectal cancer in Japan and the Netherlands, focusing on the patterns of local recurrence. *Ann Surg.* Feb 2009; 249(2): 229-35. doi:10.1097/SLA.0b013e318190a664

# ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN TƯ THỂ NGHIÊNG SẤP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ VẢY THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng<sup>1</sup>, Trịnh Doãn Đông<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất di căn hạch trong phẫu thuật nội soi cắt thực quản tư thể nghiêng sấp, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 20 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô vảy thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng tư thể nghiêng sấp. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình 59.75 ± 6.96. Nam giới chiếm tỷ lệ 100%. Số BN được điều trị hóa xạ tiền phẫu có 15 trường hợp chiếm 75%. Vị trí khối ung

thư thực quản đoạn ngực 1/3 giữa chiếm 56.2%, đoạn ngực 1/3 dưới chiếm 48.2%. Giai đoạn IIB và IIIB chiếm tỷ lệ nhiều nhất 31.5%, giai đoạn IA, IB, IIA đều chiếm 12.5%. Số hạch cổ phải trung bình nạo vét được là 13,8 ± 7,16 hạch, với tỉ lệ di căn là 0%, số hạch cổ trái nạo vét được trung bình là 13.65 ± 4.8 hạch, với tỉ lệ di căn là 5%. Số hạch dọc dây thần kinh thanh quản quặt ngược phải (TKTQQNP) nạo vét được là 6.9 ± 3.7 hạch, với tỉ lệ di căn là 2 trường hợp chiếm 10%, số hạch trung bình dọc dây thần kinh thanh quản quặt ngược trái (TKTQQNT) nạo vét được là 5.65 ± 4.85 hạch, với tỉ lệ di căn là 5%. Số hạch ngực trung bình nạo vét được là 18.85 ± 6.64 hạch, với tỉ lệ di căn là 3 trường hợp chiếm 15%. Số hạch bụng trung bình nạo vét được là 11.95 ± 6.88 hạch với tỉ lệ di căn hạch là 15%. **Kết luận:** Tỉ lệ di căn hạch cổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 5%, tỉ lệ di căn hạch ngực là 15% và tỉ lệ di căn hạch bụng là 15%. **Từ khóa:** Ung thư thực, tỉ lệ di căn hạch

## SUMMARY

### CHARACTERISTIC OF LYMPH NODE

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

**METASTASIS IN ESOPHAGECTOMY WITH SEMIPRONE POSITIONS FOR ESOPHAGEAL CARCINOMA AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY**

**Objectives:** To describe the clinical, paraclinical and rate of lymph node metastasis in patients undergoing esophagectomy with three field lymphadenectomy for esophageal carcinoma at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study on 20 patients with esophageal carcinoma who underwent thoracoscopic-laparoscopic esophagectomy with semiprone positions. **Results and discussion:** Mean age 59.75 ± 6.96. All of the patients are male. The rate of neoadjuvant chemoradiotherapy was 75%. The middle third of the tumor accounted for 56.2%, the lower third accounted for 48.2%. Stages IIB and IIIB accounted for the most 31.5%, stages IA, IB, IIA all accounted for 12.5%. The average number of right neck lymphadenectomy is 13.8 ± 7.16, with 0% metastasis rate, the average number of left neck lymphadenectomy is 13.65 ± 4.8, with 5% metastasis rate. The number of lymph nodes along the right recurrent laryngeal nerve removed was 6.9 ± 3.7, with a metastasis rate of 2 cases accounting for 10%, the average number of lymph nodes along the left recurrent laryngeal nerve removed was 5.65 ± 4.85, with 5% metastasis rate. The average number of mediastinal lymphadenectomy was 18.85 ± 6.64, with a metastasis rate of 3 cases, accounting for 15%. The average number of abdominal lymph nodes removed was 11.95 ± 6.88 with 15% metastasis rate. **Conclusions:** The rate of cervical lymph node metastasis in our study is 5%, the rate of thoracic lymph node metastasis is 15% and the rate of abdominal lymph node metastasis is 15%

**Keywords:** esophageal carcinoma, rate of lymph node metastasis.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Di căn hạch là một trong những yếu tố quan trọng nhất liên quan đến thời gian sống thêm ở bệnh nhân ung thư biểu mô vảy thực quản.<sup>1</sup> Phẫu thuật triệt căn, nạo vét hạch được coi là mục đích trong điều trị ung thư thực quản (UTTQ). Ngay cả với khối u ở giai đoạn T1b thì tỉ lệ di căn hạch cũng có thể lên đến 45%.<sup>2</sup> Do thực quản kết nối với hạ họng và dạ dày do đó thực quản đi qua 3 khoang của cơ thể là cổ, trung thất và tầng trên ổ bụng, trong cả 3 khoang này thực quản đều có sự liên kết mạch máu và bạch huyết. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỉ lệ di căn hạch vùng của các khoang này có thể lên đến 50-60% trong UTTQ.<sup>2</sup> Mặc dù cho đến nay phẫu thuật cắt thực quản đóng vai trò chính trong điều trị UTTQ, tuy nhiên điều trị đa mô thức bao gồm: phẫu thuật, hóa chất và tia xạ có vai trò rất quan trọng trong cải thiện thời gian sống thêm của bệnh nhân.<sup>3</sup> Hagens và cộng sự đã thông báo nghiên cứu về đặc điểm di căn hạch liên quan đến vị trí khối u, đặc điểm mô bệnh học và mức độ xâm lấn của khối u (giai

đoạn T) gồm 8952 bệnh nhân UTTQ cho thấy việc di căn hạch cổ, ngực và hạch bụng có thể gặp khối u ở bất kì vị trí nào của thực quản và tỉ lệ di căn hạch có thể lên đến 35% với khối u ở giai đoạn T1b, 78-85% với khối u ở giai đoạn T3.<sup>4-6</sup> Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật ung thư thực quản. Tuy nhiên các nghiên cứu về đặc điểm di căn hạch trong UTTQ chưa có nhiều và chi tiết. Vì vậy chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô vảy thực quản được phẫu thuật nội soi cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng tư thế nghiêng sấp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

2. *Đặc điểm di căn hạch ở nhóm bệnh nhân trên.*

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

**Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm các người bệnh có đủ tiêu chuẩn sau: (1) Người bệnh được phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng tư thế nghiêng sấp, nạo vét hạch 3 vùng từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022 tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. (2) Người bệnh có giải phẫu bệnh là ung thư tế bào biểu mô vảy, chưa di căn xa, giai đoạn T1 – T4a, bệnh nhân đồng ý thực hiện. (3) Hồ sơ bệnh án đầy đủ đáp ứng các yêu cầu nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng ngực phải, ung thư thực quản cổ.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Biến số nghiên cứu đáp ứng cho 2 mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong khoảng thời gian từ tháng 01/2021 đến 06/2023, tổng số bệnh nhân (BN) bị UTTQ được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng tại khoa Ngoại tiêu hóa – gan mật bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 20 người bệnh.

**Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

<b>Tuổi</b>	59.75 ± 6.96 tuổi	
<b>Giới</b>	Nam: 100%	
<b>Vị trí u</b>	1/3 giữa	9 BN (45%)
	1/3 dưới	11 BN (55%)
<b>Triệu chứng lâm sàng</b>	Nuốt nghẹn	16 BN (80%)
	Đau ngực	1 BN (5%)
	Gãy sút cân	3 BN (15%)
<b>Điều trị hỗ trợ trước mổ</b>	Không hóa xạ tiền phẫu	5 BN (25%)
	Hóa xạ tiền phẫu	15 BN (75%)
<b>Thời gian phẫu thuật</b>	361 ± 34 phút	

<b>Hình ảnh hạch trên chụp CLVT</b>	Hình ảnh nghi ngờ di căn hạch cổ	0 BN (0%)
	Không có hình ảnh nghi ngờ di căn hạch cổ	20 BN (100%)
	Hình ảnh nghi ngờ di căn hạch ngực	8 BN (40%)
	Không có hình ảnh nghi ngờ di căn hạch ngực	12 BN (60%)
	Hình ảnh nghi ngờ di căn hạch bụng	0 BN (0%)
	Không có hình ảnh nghi ngờ di căn hạch bụng	20 BN (100%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ nam giới chiếm 100%, 80% BN đến viện với triệu chứng nuốt nghẹn, tỉ lệ thấy hình ảnh nghi ngờ hạch di căn trên phim CLVT rất thấp.

**Bảng 3.2. Số lượng hạch nạo vét được**

Vị trí	Trung bình	SD	Min	Max
Hạch cổ P	13,80	7,16	3	29
Hạch cổ T	13,65	4,80	5	22
Hạch cổ	27,4	8,51	12	42
Hạch dọc TKTQQN P	6,90	3,70	2	16
Hạch dọc TKTQQN T	5,65	4,85	0	20
Hạch ngực	18,85	6,64	8	32
Hạch trung thất	31,4	10,14	13	60
Hạch bụng	11,95	6,88	3	26
Tổng	70,80	17,83	40	108

**Nhận xét:** Tổng số lượng hạch nạo vét trung bình là 70,80 ± 17,83 (ít nhất là 40 hạch, nhiều nhất là 108 hạch).

**Bảng 3.3. Số hạch di căn**

Vị trí u		Số hạch nạo vét	Số hạch di căn
1/3 giữa	Hạch cổ	264	1
	Hạch dọc TKTQQN P	62	1
	Hạch dọc TKTQQN T	52	1
	Hạch ngực	154	2
	Hạch bụng	119	3
1/3 dưới	Hạch cổ	285	0
	Hạch dọc TKTQQN P	76	1
	Hạch dọc TKTQQN T	61	0
	Hạch ngực	223	2
	Hạch bụng	120	5
Tổng		1416	16

**Nhận xét:** Số lượng hạch ngực nạo vét được ở cả 2 nhóm UUTQ 1/3 giữa và 1/3 dưới đều lớn nhất, số lượng hạch nạo dọc TKTQQN nạo vét được ở cả 2 nhóm trên đều nhỏ nhất, nhưng đều có hạch di căn, số lượng hạch cổ nạo vét được nhiều nhưng chỉ di căn 1 hạch.

**Bảng 3.4. Vị trí hạch di căn**

Số ca	Vị trí u		
	1/3 giữa	1/3 dưới	Tổng
Hạch cổ di căn	1 (11,1%)	0 (0%)	1 (5%)
Hạch dọc TKTQQN P di căn	1 (11,1%)	1 (9,09%)	2 (10%)
Hạch dọc TKTQQN T di căn	1 (11,1%)	0 (0%)	1 (5%)
Hạch ngực di căn	2 (22,2%)	1 (9,09%)	3 (15%)
Hạch bụng di căn	1 (11,1%)	2 (18,18%)	3 (15%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ di căn hạch cổ ở nhóm UTTQ giữa là 11,1 %. UTTQ 1/3 giữa di căn hạch ngực nhiều hơn UTTQ 1/3 dưới, ngược lại UTTQ 1/3 dưới di căn hạch bụng nhiều hơn UTTQ 1/3 giữa.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của Hagens đối với ung thư biểu mô vảy thực quản khi khối u nằm ở vị trí thực quản ngực 1/3 trên thì di căn hạch thường gặp ở dọc thần kinh thanh quản quặt ngược phải (60%), sau đó là di căn hạch cổ (cổ phải: 34%, cổ trái: 22%). Với những khối u thực quản ngực 1/3 giữa thì hạch di căn hay gặp nhất là dọc thần kinh thanh quản quặt ngược phải (23%), sau đó là hạch cổ phải xung quanh thực quản (23%). Với trường hợp ung thư thực quản ngực 1/3 dưới thì hạch di căn hay gặp nhất là hạch xung quanh động mạch vị trái (28%), sau đó là hạch xung quanh thực quản dưới (23%).<sup>5</sup> Đối với ung thư biểu mô tuyến thực quản có 8% khối u nằm ở phần đầu xa thực quản và 92% khối u nằm ở vị trí nối dạ dày-thực quản. Đối với biểu mô tuyến phần xa thực quản thì tỉ lệ di căn hạch trung thất dưới và di căn hạch bụng đều là 71%. Tuy nhiên có điều ngạc nhiên là tỉ lệ di căn hạch cổ lên đến 35%.<sup>5</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ di căn hạch cổ chỉ là 5%, tỉ lệ di căn hạch dọc thần kinh thanh quản quặt ngược phải đối với ung thư thực quản ngực 1/3 giữa là 11.1% và đối với ung thư thực quản ngực 1/3 dưới là 9.09%. Tỉ lệ di căn hạch ngực nói chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 15% (trong đó tỉ lệ di căn hạch trung thất của ung thư thực quản ngực 1/3 trên là 22.2% và tỉ lệ này của ung UTTQ ngực 1/3 dưới là 9.09%). Tỉ lệ di căn hạch bụng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng là 15% (trong đó tỉ lệ di căn hạch bụng trong UTTQ ngực 1/3 dưới là 18.2% và tỉ lệ này của UTTQ ngực 1/3 giữa là 11.1%). Do tỉ lệ di căn hạch cao trong UTTQ do đó nạo vét hạch 3 vùng là một trong những phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Nạo vét hạch 3 vùng được định nghĩa là nạo vét hạch tăng trên ổ bụng, nạo vét hạch

trung thất (dưới, giữa và trên) và nạo vét hạch cổ dưới. Nhiều nghiên cứu cho rằng nạo vét hạch 3 vùng mang lại thời gian sống thêm tốt hơn so với nạo vét hạch 2 vùng, tuy nhiên đi đôi với nó là nhiều lo ngại cho rằng nạo vét hạch 3 vùng làm tỉ lệ biến chứng sau mổ. Wang và cộng sự thông báo một nghiên cứu trên 1676 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy thực quản cho thấy không có sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ ở 2 nhóm vét hạch 3 vùng và vét hạch 2 vùng. Trong khi đó tỉ lệ mất máu trong mổ, biến chứng rò miệng nối thì ở nhóm vét hạch 3 vùng cao hơn. Do đó tác giả khuyến cáo chỉ nên vét hạch 2 vùng đối với UTTQ biểu mô vảy.<sup>7</sup> Trong khi đó ở chiều ngược lại Bona và cộng sự nghiên cứu một phân tích gộp gồm 3431 bệnh nhân UTTQ chia làm 2 nhóm nạo vét hạch 3 vùng và nạo vét hạch 2 vùng thì cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm nạo vét hạch 3 vùng cao hơn nhóm nạo vét hạch 2 vùng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.001$ , đồng thời không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tái biến và biến chứng sau mổ của 2 nhóm.<sup>8</sup> Số lượng hạch nạo vét và số hạch di căn cũng có liên quan mật thiết đến thời gian sống thêm sau mổ của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của Schwarts trên 2587 bệnh nhân cho thấy số lượng hạch nạo vét được và số lượng hạch không có di căn là 2 yếu tố độc lập liên quan đến thời gian sống thêm sau mổ. Phân tích đa biến tác giả cũng thấy rằng số lượng hạch nạo vét được âm tính (không di căn)  $> 15$  hạch và tổng số hạch nạo vét được  $> 30$  hạch là 2 yếu tố có thể hoán đổi cho nhau, nhóm có trên 30 hạch được nạo vét có thời gian sống thêm 5 năm sau mổ là 41%, trong khi đó ở nhóm chỉ có 2-4 hạch được nạo vét thì tỉ lệ sống thêm 5 năm sau mổ chỉ là 25% ( $p < 0.05$ ). Tương tự như vậy nhóm bệnh nhân N1 mà số hạch nạo vét được nhiều hơn 30 hạch thì có tỉ lệ sống thêm 5 năm sau mổ là 19%, trong khi đó tỉ lệ sống thêm 5 năm sau mổ chỉ là 9% ở nhóm bệnh nhân cùng là N1 nhưng chỉ nạo vét được 2-4 hạch. Ảnh hưởng của số hạch nạo vét được đến tỉ lệ sống thêm 5 năm sau mổ giống nhau cả ở UTTQ biểu mô vảy và biểu mô tuyến. Trong nghiên cứu này tác giả cũng nhận thấy rằng tỉ lệ sống thêm 5 năm sau mổ tăng thêm 4-5% với mỗi 10 hạch nạo vét được.<sup>9</sup>

## V. KẾT LUẬN

Ung thư thực quản là một bệnh nặng, trong UTTQ có thể gặp di căn hạch cổ, hạch ngực hoặc hạch bụng bất kể vị trí của khối u nguyên phát.

Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh UTTQ ngày càng tăng, tuy nhiên không có hệ thống phân loại thống nhất trên toàn thế giới và không có có sự đồng thuận về phạm vi của nạo vét hạch. Nạo vét hạch 3 mở ra một tương lai đầy hứa hẹn nhằm cải thiện tiên lượng bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sugawara K, Yamashita H, Uemura Y, et al.** Numeric pathologic lymph node classification shows prognostic superiority to topographic pN classification in esophageal squamous cell carcinoma. *Surgery*. 2017;162(4):846-856. doi:10.1016/j.surg.2017.06.013
- Ando N, Ozawa S, Kitagawa Y, Shinozawa Y, Kitajima M.** Improvement in the results of surgical treatment of advanced squamous esophageal carcinoma during 15 consecutive years. *Ann Surg*. 2000;232(2):225-232. doi:10.1097/0000658-200008000-00013
- Nishimura E, Matsuda S, Takeuchi M, Kawakubo H, Kitagawa Y.** Trends in Lymphadenectomy for Esophageal/Esophagogastric Junction Cancer. *Lymphatics*. 2023;1(2): 77-86. doi:10.3390/lymphatics1020008
- Hagen JA, DeMeester SR, Peters JH, Chandrasoma P, DeMeester TR.** Curative resection for esophageal adenocarcinoma: analysis of 100 en bloc esophagectomies. *Ann Surg*. 2001;234(4):520-530; discussion 530-531. doi:10.1097/0000658-200110000-00011
- Hagens ERC, van Berge Henegouwen MI, Gisbertz SS.** Distribution of Lymph Node Metastases in Esophageal Carcinoma Patients Undergoing Upfront Surgery: A Systematic Review. *Cancers*. 2020;12(6):1592. doi:10.3390/cancers12061592
- Lerut T, Nafteux P, Moons J, et al.** Three-field lymphadenectomy for carcinoma of the esophagus and gastroesophageal junction in 174 R0 resections: impact on staging, disease-free survival, and outcome: a plea for adaptation of TNM classification in upper-half esophageal carcinoma. *Ann Surg*. 2004;240(6): 962-972; discussion 972-974. doi: 10.1097/01.sla.0000145925.70409.d7
- Wang J, Yang Y, Shaik MS, et al.** Three-Field versus Two-Field Lymphadenectomy for Esophageal Squamous Cell Carcinoma: A Meta-Analysis. *J Surg Res*. 2020;255:195-204. doi:10.1016/j.jss.2020.05.057
- Bona D, Lombardo F, Matsushima K, et al.** Three-field versus two-field lymphadenectomy for esophageal squamous cell carcinoma: A long-term survival meta-analysis. *Surgery*. 2022;171(4):940-947. doi:10.1016/j.surg.2021.08.029
- Schwarz RE, Smith DD.** Clinical impact of lymphadenectomy extent in resectable esophageal cancer. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. 2007;11(11):1384-1393; discussion 1393-1394. doi:10.1007/s11605-007-0264-2

# THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU LIÊN QUAN ỚNG THÔNG BÀNG QUANG TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU – BỆNH VIỆN K

Nguyễn Tiến Đức<sup>1</sup>, Lê Văn Vinh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu tỉ lệ mắc, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) liên quan đến ống thông bàng quang (OTBQ) trên bệnh nhân ung thư. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 274 bệnh nhân ung thư nhập khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện K, được đặt OTBQ, từ tháng 03/2022 đến tháng 11/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $61,4 \pm 17,9$ ; trong đó 60,2% là nam. Tần suất mắc 7,4 bệnh nhân/1000 ngày đặt sonde tiểu; 71,4% là nam giới. Trong nhóm NKTN: thời gian lưu sonde tiểu trung bình là 10,5 ngày, đa số bệnh nhân phát hiện NKTN vào ngày thứ 9 đến ngày thứ 12. Triệu chứng chủ yếu là sốt 57,1%; đau 28,6%; tiểu buốt 14,3%. Bạch cầu niệu trung bình  $260 \pm 200,7$  BC/ml; bạch cầu máu trung bình  $13,1 \pm 3,1$  G/l. 57,2% bệnh nhân có Nitrit niệu dương tính. Chỉ số procalcitonin cao  $> 0,5$  ng/ml ở 66,7%. 100% bệnh nhân NKTN bệnh viện không gây nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn. **Kết luận:** Tần suất mắc NKTN liên quan OTBQ tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện K là 7,4 bệnh nhân/1000 ngày đặt sonde tiểu, triệu chứng chủ yếu là sốt, đau, tiểu buốt, bạch cầu niệu và bạch cầu máu tăng. Tất cả bệnh nhân đều không có biến chứng nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn.

**Từ khóa:** nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan ống thông bàng quang, ung thư.

## SUMMARY

### CURRENT SITUATION OF CATHETER – ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTION IN THE EMERGENCY AND INTENSIVE CARE DEPARTMENT – VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objective:** To study the incidence rate, clinical characteristics, and laboratory features of catheter-associated urinary tract infections (CAUTI) in cancer patients. **Research subjects and methods:** The study involved 274 cancer patients admitted to the Emergency and Intensive Care Department at Vietnam National Cancer Hospital, who had indwelling urinary catheters, from March 2022 to November 2022. **Results:** The average age was  $61.4 \pm 17.9$  years; 60.2% were male. The incidence rate was 7.4 patients per 1000 catheter days; 71.4% of the patients with CAUTI were male. Among the CAUTI group, the average duration of catheterization was 10.5 days, with most infections detected between the 9th and 12th days. The primary symptoms were fever

(57.1%), pain (28.6%), and dysuria (14.3%). The average leukocyte count in urine was  $260 \pm 200.7$  cells/ml, and in blood, it was  $13.1 \pm 3.1$  G/l. 57.2% of patients had positive urinary nitrites. Procalcitonin levels were elevated ( $> 0.5$  ng/ml) in 66.7% of patients. None of the patients with hospital-acquired CAUTI developed bacteremia or septic shock. **Conclusion:** The incidence rate of CAUTI in the Intensive Care Unit at K Hospital is 7.4 patients per 1000 catheter days. The main symptoms include fever, pain, and dysuria, with increased leukocyte counts in urine and blood. None of the patients experienced complications such as bacteremia or septic shock. **Keywords:** catheter – related urinary tract infection, cancer.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu do sử dụng ống thông bàng quang là một trong những bệnh lý nhiễm trùng phổ biến, nhất là ở bệnh nhân nằm trong các cơ sở chăm sóc y tế. Đây cũng là một trong những bệnh nhiễm trùng bệnh viện hay gặp nhất, chỉ đứng sau nhiễm khuẩn hô hấp bệnh viện. Yếu tố quyết định chính cho sự phát triển của vi khuẩn niệu là thời gian đặt sonde tiểu. Mặc dù có rất nhiều tiến bộ về cấu tạo ống thông và hệ thống dẫn lưu như van chống trào ngược, khoá hệ thống dẫn lưu, thêm các chất diệt khuẩn vào túi đựng nước tiểu, hệ thống chống nhiễm khuẩn giữa ống thông và niệu đạo nhưng tỷ lệ NKTN do đặt OTBQ còn rất cao. Một đặc điểm nổi bật là NKTN thường không có triệu chứng lâm sàng rầm rộ. Một phần do đặc điểm lâm sàng của NKTN, một phần khó phát hiện các triệu chứng lâm sàng của NKTN ở bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực do thường có sử dụng thuốc an thần, thở máy, hôn mê. Ở Việt Nam và trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về NKTN để tìm hiểu tỷ lệ mắc, tỷ lệ NKTN liên quan với thời gian đặt OTBQ, tỷ lệ biến chứng NKTN, tử vong,...và căn nguyên gây NKTN từ đó đưa ra biện pháp điều trị và dự phòng. Tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện K, số lượng bệnh nhân nặng phải đặt OTBQ rất nhiều, do bệnh lý nền ung thư hoặc do tình trạng nặng phải an thần, thở máy, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu quan tâm đến tình trạng NKTN trên những đối tượng bệnh nhân này. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: "*Nghiên cứu tỉ lệ mắc, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông bàng quang*".

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đức

Email: ducgiangbs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024