

Việt Hà và cộng sự trong một nghiên cứu 61 bệnh nhi viêm dạ dày ruột tăng BCAT báo cáo các tổn thương thường gặp trên nội soi là sung huyết (70%), lẩn sần hạt (35,7%), loét (28,6%), đốm đỏ (20%) và bình thường (8,6%)⁴.

Tỉ lệ BCAT thâm nhiễm ở lớp niêm mạc, thanh mạc và cơ lẩn lượt là 72%, 20% và 8%. Tuy nhiên chúng tôi chỉ có 13 bệnh nhân được phẫu thuật thám sát ổ bụng để sinh thiết ruột, trong khi nội soi tiêu hoá chỉ giới hạn ở lớp niêm mạc, do đó đối với những bệnh nhân thâm nhiễm BCAT ở lớp cơ hoặc thanh mạc, sinh thiết niêm mạc có thể cho kết quả âm tính, vì vậy điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Viêm dạ dày ruột tăng BCAT là bệnh lý viêm mạn tính hiếm gặp của đường tiêu hoá do sự thâm nhiễm BCAT và gây ra các triệu chứng thường không đặc hiệu, dễ tái phát bao gồm đau bụng, nôn, tiêu chảy, báng bụng, tiêu máu... Nội soi và sinh thiết mô là tiêu chuẩn quan trọng để chẩn đoán bệnh. Trong thực hành lâm sàng, trên những bệnh nhân có các triệu chứng tiêu hoá và BCAT máu ngoại vi tăng chưa lý giải được cần nghĩ đến nhóm bệnh viêm dạ dày ruột tăng BCAT để tránh bỏ sót chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Licari A VM, D'Auria E, Castagnoli R, et al. Eosinophilic Gastrointestinal Diseases in Children: A Practical Review. Current pediatric reviews.

- 2020;16(2):106-114.
doi:10.2174/1573396315666191022154432
2. Antoine Abou Rached WEH. Eosinophilic gastroenteritis: Approach to diagnosis and management. World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2016;7(4):513-523. doi:10.4292/wjgpt.v7.i4.513
 3. Chen Y SM. Preliminary evidence in treatment of eosinophilic gastroenteritis in children: A case series. World J Clin Cases. 2022;10(19):6417-6427. doi:10.12998/wjcc.v10.i19.6417
 4. Nguyễn Thị Việt Hà và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan ở trẻ em. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2024;542(1):39-43, doi.org/10.51298/vmj.v542i1.10937
 5. Kobayashi S TT, Umetsu S, et al. Clinical features of pediatric eosinophilic gastroenteritis. Pediatr Int. 2022;64(1)doi:10.1111/ped.15322.
 6. Tien FM WJ, Jeng YM, et al. Clinical features and treatment responses of children with eosinophilic gastroenteritis. Pediatr Neonatol 2011;52(5):272-278. doi:10.1016/j.pedneo.2011.06.006
 7. Cheng LJ ZS. Abdominal ascites in children as the presentation of eosinophilic gastroenteritis: A surgeon's perspective. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2019; 43(2)doi: 10.1016/j.clinre.2018.11.003
 8. Votto M DFM, Olivero F, Raffaele A et al. Malnutrition in Eosinophilic Gastrointestinal Disorders. Nutrients 2020;13(1288) (1)doi:10.3390/nu13010128
 9. Yoo IH CJ, Joo JY, Yang HR. Fecal Calprotectin as a Useful Non-Invasive Screening Marker for Eosinophilic Gastrointestinal Disorder in Korean Children. J Korean Med Sci. 2020; 35(17)doi: 10.3346/jkms.2020.35.e120.
 10. Nguyễn Thị Nhã Đoàn và cộng sự. Tràn dịch màng bụng tăng bạch cầu ái toan. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2015;19(1):119 -126.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYỆT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Thị Trúc¹, Đào Đức Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tụy tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng thiết kế mô tả hồi cứu trên 66 bệnh nhân có chẩn đoán ung thư tụy từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023 tại Viện Ung bướu & Y học hạt nhân - Bệnh viện Quân y 175. **Kết quả:** tuổi trung bình: 62,1, tuổi thường gặp là trên 60 tuổi, chiếm 63,6%. Tỷ lệ nam/nữ: 2,3/1. Triệu chứng đến khám chủ yếu đau bụng 75,8%. Kích thước u trung bình là

4,56 cm trên CLVT, tỷ lệ u đầu tụy/ thân đuôi tụy như nhau. Nồng độ CA19-9 tăng >35 U/mL là 82,8%. Có 26/66 ca không có giải phẫu bệnh, chẩn đoán dựa trên hình ảnh CLVT và CA19-9 tăng cao, UT biểu mô tuyến là chủ yếu 72,5%. Giai đoạn IV chiếm 65,2%. **Kết luận:** Ung thư tụy thường gặp ở bệnh nhân > 60 tuổi, bệnh tiến triển nhanh, việc tiếp cận sinh thiết giải phẫu bệnh của u tụy là không dễ dàng, chẩn đoán bệnh thường ở giai đoạn trễ, tiên lượng xấu. **Từ khóa:** Ung thư tụy, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PANCREATIC CANCER AT MILITARY HOSPITAL 175

Objectives: To describe the clinical, laboratory and imaging characteristics of the pancreatic cancer cases at the Institute of Oncology and Nuclear

¹Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đào Đức Tiến

Email: ddtien1101@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 18.10.2024

Medicine, Military Hospital 175. **Patients and methods:** Retrospective descriptive study on 66 patients was diagnosed pancreatic cancer at the Institute of Cancer and Nuclear Medicine - Military Hospital 175 from January 2020 to December 2023. **Results:** The study enrolled 66 patients (male/female = 2.3/1, mean age 62.1, mostly older than 60 years old (63.6%)). The main presenting symptoms was abdominal pain (75.8%), the average tumor size was 4.56 cm on the CT scan, the percentage of the head and tail pancreatic cancer cases was the same. The blood value of CA 19-9 greater than 35 U/ml was 82.8% of the presenting cases. 26 of the 66 cases had no histological proof, confirmed by CT scan imaging and elevated CA 19-9. Adenocarcinoma was the most common type of pancreatic cancer with 72.5% of the cases. 43 of the 66 patients had stage 4 pancreatic cancer (65.2%). **Conclusion:** Pancreatic cancer was the rapid - progressing cancer mostly seen in elderly 60 years old patients. The biopsy of the pancreatic tumor was difficult. The presenting cases were diagnosed at the late stage of the disease, which has poor prognosis. **Keywords:** pancreatic cancer, clinical characteristics, laboratory imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư (UT) tụy là một loại ung thư ác tính cao. Có nguồn gốc từ các tế bào của mô tụy, trong đó có hơn 95% là UT biểu mô xuất phát từ phần tụy ngoại tiết, 5% còn lại là phát triển từ tế bào đảo tụy thuộc nội tiết và được xếp vào u thần kinh nội tiết [3]. Theo GLOBOCAN 2022, UT tụy đứng thứ 12 về tỷ lệ mắc với 510.922 ca mắc, nhưng tỷ lệ tử vong đứng thứ 6 với 467.409 ca, tỷ lệ nam > nữ: 5,8/2,3 [7]. Tại Việt Nam, năm 2020, có 1.113 ca UT tụy mới chẩn đoán và 1.066 ca tử vong [6]. Độ tuổi trung bình của mắc UT tụy là 65 tuổi, tỷ lệ mắc cao nhất gặp ở 70-89 tuổi. Các yếu tố hút thuốc lá, uống rượu, béo phì, đái tháo đường, viêm tụy mạn...liên quan đến bệnh sinh ung thư tụy [5]. Nhờ tiến bộ khoa học việc chẩn đoán UT tụy đã có những tiến bộ, tuy vậy các triệu chứng thường xuất hiện muộn, chưa có chương trình tầm soát hiệu quả nên các bệnh nhân UT tụy đa phần được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, không còn khả năng điều trị triệt căn, hóa chất giảm nhẹ là điều trị nền tảng. Nghiên cứu này thực hiện nhằm mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân UT tụy được chẩn đoán tại Bệnh viện Quân y 175".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Chẩn đoán xác định là UT tụy dựa vào mô bệnh học, hoặc dựa vào kết quả CLVT có hình ảnh u tụy với biểu hiện gợi ý tính chất ác tính và xâm lấn kết hợp với nồng độ CA19-9 tăng cao.

- Thời gian từ 01/01/2020 – 31/12/2023.
- Điều trị tại Viện Ung bướu & Y học hạt nhân - Bệnh viện Quân y 175, hồ sơ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đồng mắc UT khác.
- Hồ sơ không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu cắt ngang
- Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện.

Thu thập tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chẩn đoán và điều trị tại Viện Ung bướu & Y học hạt nhân - Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

- **Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý và phân tích bởi phần mềm Microsoft Excel Worksheet và SPSS 20.0. Các biến liên tục có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến định tính được mô tả theo số lượt và tỷ lệ %.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu hồi cứu không can thiệp vào quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh nhân, không làm sai lệch hồ sơ bệnh án. Kết quả nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh. Mọi thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 40	1,5
	41 - 50	10,6
	51 - 60	24,3
	> 60	63,6
Giới	Nam	69,7
	Nữ	30,3
Yếu tố nguy cơ	Hút thuốc lá	40,9
	Uống rượu	42,4
	Đái tháo đường	24,2

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 62,1, tuổi cao nhất là 92, tuổi thấp nhất là 32. Độ tuổi thường gặp là trên 60 tuổi, chiếm 63,6%, ít gặp ở lứa tuổi trẻ dưới 40, có 1 trường hợp chiếm 1,5%. Tỷ lệ nam/nữ: 2,3/1. Có 40,9% có tiền sử hút thuốc lá, 42,4% có tiền sử uống rượu và 24,2%, tiền sử đái tháo đường.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Thời gian khởi bệnh

Bảng 2. Phân bố thời gian khởi bệnh

Thời gian (tuần)	Chung		UT đầu tụy		UT thân đuôi tụy	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 1	3	4,5	1	2,8	2	6,4
(1-3]	31	47,1	20	57,2	11	35,5
(3-6]	18	27,2	7	20,0	11	37,5
> 6	14	21,2	7	20,0	7	22,6
Tổng	66	100	35	100	31	100

Hơn 50% trường hợp đến khám khi có triệu chứng từ 1-3 tuần. Những trường hợp UT đầu tụy thường đến khám sớm hơn UT vùng thân đuôi tụy.

Bảng 3. Thời gian từ khi có triệu chứng đến lúc chẩn đoán

Thời gian (tuần)	Chung	UT đầu tụy	UT thân đuôi tụy
Trung bình	4,93	4,56	5,36
Độ lệch chuẩn	4,24	4,10	4,34

Bảng 5. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Chung		UT đầu tụy		UT thân, đuôi tụy	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	50	75,8	23	65,7	27	87,1
Gầy sút	24	36,3	14	40,0	10	32,3
Mệt mỏi	25	37,9	17	48,6	8	25,8
Chán ăn	38	57,6	23	65,7	15	48,4
Thiếu máu	16	24,2	11	31,4	5	16,1
U trên thành bụng	12	18,1	6	17,1	6	19,3
Nôn, buồn nôn	11	16,7	7	20,0	4	12,9
Rối loạn tiêu hóa	9	13,6	5	14,2	4	12,9
Cổ trướng	20	30,3	12	34,2	8	25,8
Vàng da	13	20,0	12	34,2	1	3,2
Tiểu sẫm	3	4,5	3	8,6	0	0,0
Gan to	4	6,1	3	8,6	1	3,2
Phân bạc màu	2	3,0	2	5,7	0	0,0

Đau bụng và chán ăn là 2 triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ là 75,8% và 57,6% (xét trong cả nhóm nghiên cứu). Tỷ lệ triệu chứng đau bụng hay gặp hơn ở bệnh nhân UT thân, đuôi tụy và cao hơn so với UT đầu tụy, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Các dấu hiệu tắc mật (vàng da, tiểu sẫm, phân bạc màu) gặp chủ yếu ở UT đầu tụy.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Vị trí u tụy

Bảng 6. Vị trí u tụy trên CLVT

Vị trí u tụy	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đầu tụy	35	53,0
Thân đuôi tụy	31	47,0
Tổng	66	100,0

Tỷ lệ UT đầu tụy/thân đuôi tụy gần như nhau.

Nhỏ nhất- lớn nhất	0-20	1-20	0-20
--------------------	------	------	------

Tính từ lúc có triệu chứng đến lúc được chẩn đoán thời gian trung bình là 4,93 tuần, sớm nhất là 1 tuần, muộn nhất là 20 tuần, có 1 trường hợp phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ. So sánh trung bình 2 nhóm cho thấy thời gian trung bình khởi phát bệnh ở nhóm UT thân đuôi tụy muộn hơn UT đầu tụy, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p = 0,445. Khoảng thời gian phát hiện bệnh chủ yếu là trong 1,5 tháng chiếm 74,3%.

3.2.2. Lý do vào viện

Bảng 4. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	50	75,8
Gầy sút	24	36,4
Vàng da	13	19,7
Mệt mỏi	25	37,9
Khác (nôn, tiểu máu, khám sức khỏe)	3	4,5

Bệnh nhân đến khám chủ yếu do đau bụng, chiếm 75,8%; ngoài ra các lý do thường gặp khác như: gầy sút, vàng da, mệt mỏi.

3.3.2. Đặc điểm UT tụy trên CLVT

Bảng 7. Kích thước u tụy trên CLVT

Kích thước khối u trên CLVT (cm)	X ± SD (GTNN - GTLN)	p
UT đầu tụy	4,13 ± 1,51 (1,5 - 7,0)	p = 0,045
UT thân đuôi tụy	5,04 ± 2,11 (2,0 - 10,0)	
Chung	4,56 ± 1,85 (1,5 - 10,0)	

Kích thước u trung bình trên chụp CLVT là 4,56cm, không chênh lệch quá nhiều so với siêu âm (4,48 cm). Kích thước trung bình u đầu tụy là 4,13 cm, u thân đuôi tụy là 5,04 cm; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,045.

Bảng 8. Đặc điểm u tụy trên CLVT

Đặc điểm trên CLVT	Vị trí khối u	Chung		UT đầu tụy		UT thân đuôi tụy	
		n	%	n	%	n	%
Bờ khối u	Thấy rõ	44	66,7	27	77,1	17	54,8
	Không thấy rõ	22	33,3	8	22,9	14	45,2
Cấu trúc u	Giảm tỉ trọng	53	80,3	26	74,2	27	87,1
	Tăng tỉ trọng	1	1,5	1	2,9	0	0,0
	Tỷ trọng hỗn hợp	12	18,1	8	22,9	4	12,9
Kích thước u (cm)	≤ 2	3	4,5	2	5,7	1	3,2
	(2-5]	43	65,2	22	62,8	21	67,8
	(5-10]	20	30,3	11	31,4	9	29,0

Tỷ lệ thấy rõ bờ khối u là 66,7%. Đa phần khối u là giảm âm (80,3%). Kích thước khối u phân bố tập trung 2-5cm (65,2%).

Bảng 9. Đặc điểm di căn xa của khối u

Đặc điểm di căn xa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Số lượng cơ quan di căn	1	24	36,2
	≥ 2	20	30,3
Cơ quan di căn	Gan	32	48,5
	Phúc mạc	22	33,3
	Phổi	9	13,6
	Xương	4	6,0
	Hạch thượng đòn trái	3	4,5
Khác (tuyến thượng thận, màng phổi)	3	4,5	

Bệnh phát hiện ở giai đoạn di căn xa cao 66,5%. Tỷ lệ di căn 1 cơ quan và từ 2 cơ quan trở lên gần như nhau 36,3% và 30,3%. Cơ quan di căn nhiều nhất là gan 48,5%, tiếp theo phúc mạc là 33,3%.

Bảng 10. Nồng độ marker CA 19 – 9 của bệnh nhân

Nồng độ marker CA 19-9 (U/ml)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 35	12	18,2
(35-500]	26	39,4
>500	28	42,4
Tổng	66	100

Đa số bệnh nhân đều có nồng độ CA19-9 tăng >35 U/ml (82,8%), tăng trên >500 U/ml chiếm 42,4%.

Bảng 11. Đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư tụy của bệnh nhân

Đặc điểm giải phẫu bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
UT biểu mô tuyến tụy	15	37,5
UT biểu mô tuyến nghi ngờ mật - tụy	14	35,0
UT biểu mô dạng keo	1	2,5
UT biểu mô kém biệt hóa	2	5,0
UT biểu mô kém biệt hóa	2	5,0

UT biểu mô tế bào túi tuyến	1	2,5
U thần kinh nội tiết	3	7,5
Mô viêm, u nghịch sản	2	5,0
Tổng	40	100

Có 26/66 ca không có giải phẫu bệnh, chẩn đoán dựa trên hình ảnh CLVT và CA19-9 tăng cao. UT biểu mô tuyến là chủ yếu 72,5%, còn lại là các dạng ít gặp khác: UT biểu mô dạng keo, carcinoma biểu mô dạng kém biệt hóa, UT biểu mô tế bào túi tuyến, u thần kinh nội tiết. Trong đó vị trí sinh thiết từ u gan, phúc mạc, hạch thượng đòn chiếm 40%.

Bảng 12. Giai đoạn bệnh của bệnh nhân

Giai đoạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
I	7	10,6
IIA	8	12,1
IIB	6	9,1
III	2	3,0
IV	43	65,2
Tổng	66	100

Các bệnh nhân đến khám gặp nhiều nhất là ở giai đoạn IV chiếm 65,2%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,1 tuổi, tương tự với nghiên cứu (NC) của tác giả Võ Đức Hiếu là 60,1 tuổi [4], cao hơn so với NC của tác giả Nguyễn Minh Ngọc là 55,8 tuổi [2] và tác giả Đặng Thị Vân Anh là 54,5 tuổi [1]. Độ tuổi thường gặp nhất là > 60 tuổi chiếm 63,6%, phù hợp với y văn tỷ lệ UT tụy thấp ở tuổi < 40 tuổi, nhưng tăng cao rõ rệt sau 50 tuổi [3]. So với các nghiên cứu nước ngoài thì độ tuổi trung bình có cao hơn NC của chúng tôi, phân tích gộp của tác giả Heinemman là 63 tuổi [8].

Tỷ lệ UT tụy ở nam lớn nữ, điều này có thể là do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ gây UT tụy hơn nữ giới như hút thuốc lá, uống rượu,... Tỷ lệ nam/nữ của nghiên cứu chúng tôi là 2,3 cao hơn các nghiên cứu của tác giả khác Võ Đức Hiếu 1,45, Nguyễn Minh Ngọc 1,69, Đặng Thị Vân Anh 1,5 [4], [2], [1]. Điều này có thể được giải thích do bệnh viện Quân Y 175 là bệnh viện

tuyến cuối của quân đội ở khu vực phía nam, có nhiệm vụ chính là khám chữa bệnh cho cán bộ chiến sĩ trong đó chủ yếu là nam giới.

Theo y văn thì hút thuốc lá, uống rượu và đái tháo đường là những yếu tố nguy cơ của UT tụy [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 40,9% có tiền sử hút thuốc lá, 42,4% có tiền sử uống rượu và 24,2%, tiền sử đái tháo đường. tương đồng với tác giả Đặng Thị Vân Anh 46,9% bệnh nhân có hút thuốc lá, 49% bệnh nhân có uống rượu và 16,3% bệnh nhân có đái tháo đường [1]; tác giả Nguyễn Minh Ngọc thì tỷ lệ này lần lượt là 47,4%, 52,6% và 10,3% [2].

Tính từ lúc có triệu chứng đến lúc được chẩn đoán thời gian trung bình là hơn 1 tháng (4,93 tuần) sớm nhất là 1 tuần, muộn nhất là 20 tuần. Ở nhóm UT đầu tụy thường phát hiện sớm hơn, thời gian trung bình là 4,56 tuần. UT đuôi tụy có vẻ muộn hơn 5,36 tuần. Có thể lý giải UT đầu tụy thường gây triệu chứng chèn ép đường mật, tắc mật nên bệnh nhân có triệu chứng sớm hơn. Trong khi đó u thân đuôi tụy khi nào u lớn xâm lấn đám rối tạng gây đau bệnh nhân mới đi khám. Nhưng trong NC của chúng tôi khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Thời gian trung bình đến khám NC của chúng tôi sớm các tác giả khác ở phía bắc, tác giả Nguyễn Minh Ngọc là 11 tuần [2], tác giả Đặng Thị Vân Anh là 3,8 tháng [1]. Khoảng thời gian phát hiện bệnh trong NC của chúng tôi cũng khá sớm, chủ yếu là trong 1,5 tháng chiếm 74,3%.

Tụy là cơ quan nằm sau phúc mạc, tiết ra các enzym tiêu hóa. Nên UT tụy có triệu chứng ảnh hưởng làm bệnh nhân đi khám nhiều nhất thường là đau bụng thượng vị lan ra sau lưng kèm sụt cân, mệt mỏi không rõ nguyên nhân. Trong NC của chúng tôi cũng phù hợp với y văn, tỷ lệ đến khám vì đau bụng cao 75,8%, tương đồng tác giả Đặng Thị Vân Anh là 65,3% [1], tác giả Nguyễn Minh Ngọc là 65,4% [2]. Do vị trí giải phẫu nên UT tụy thường gây đau hơn UT đầu tụy, tỷ lệ này trong NC của chúng tôi lần lượt là 87,1% và 65,7%, và UT đầu tụy lại gây triệu chứng tắc mật nhiều hơn: vàng da 34,2%, tiểu sẫm 8,6%.

100% trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi đều được chụp CLVT tăng trên ổ bụng và xét nghiệm CA19-9. Kết quả NC của chúng tôi cho thấy tỷ lệ UT đầu tụy là 53% cao hơn UT phần thân và đuôi tụy không nhiều, tương đồng với NC của tác giả Đặng Thị Vân Anh 63,3% [1], tác giả Nguyễn Minh Ngọc là 59% [2], tác giả Võ Đức Hiếu tỷ lệ UT đầu tụy có thấp hơn 44,1% [4].

CLVT là 1 phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm hại có hiệu quả cao trong chẩn đoán

UT tụy. Hình ảnh trên CLVT không khẳng định là u lành tính hay ác tính. Tuy nhiên đa số trường hợp có những hình ảnh đặc thù gợi ý tính chất ác tính của khối u, một số đặc điểm u tụy trên CLVT: tỷ lệ thấy rõ bờ khối u là 66,7%, u có đường bờ nhám nhở, cấu trúc u giảm tỷ trọng 80,3%, kích thước u trung bình là 4,56, không chênh lệch quá nhiều so với siêu âm. Kích thước trung bình u đầu tụy là 4,13 cm, u thân đuôi tụy là 5,04 cm; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,045$. Các kết quả này cũng tương đồng với NC của tác giả Nguyễn Minh Ngọc 80,2% [2]. CLVT cũng là 1 phương tiện đáng tin cậy để chẩn đoán di căn xa, tỷ lệ di căn cơ quan khác trên CLVT là 66,5%. Tác giả Nguyễn Minh Ngọc là 51,5% [2], tác giả Đặng Thị Vân Anh là 61,2% [1].

Trong số 66 trường hợp có 54 trường hợp tăng CA 19-9 chiếm 87,8%. Tỷ lệ này có khác biệt hơn các tác giả khác, tác giả Nguyễn Minh Ngọc tỷ lệ này là 69,6% [2], tác giả Đặng Thị Vân Anh là 61,9% [1], điều này có thể giải thích là đối tượng chọn bệnh của chúng tôi có nhóm bệnh nhân có hình ảnh CLVT nghi u ác tụy và CA 19-9 tăng cao.

Trong NC chúng tôi có tới 26/66 trường hợp không có giải phẫu bệnh, chẩn đoán dựa trên hình ảnh CLVT và CA19-9 tăng cao. Trong số những trường hợp có GPB thì đa phần là carcinoma tuyến 72,5%. Tương đồng với tác giả Nguyễn Minh Ngọc, UT tụy tế bào tuyến là 82,1% [2]. Sinh thiết từ cơ quan di căn như gan, phúc mạc sau đó làm hóa mô miễn dịch chẩn đoán chiếm 40%. Kết quả này lần nữa cho thấy rằng việc tiếp cận chẩn sinh thiết u tụy đoán chính xác ung thư tụy là việc không dễ dàng.

Giai đoạn bệnh lúc chẩn đoán ban đầu phần lớn là giai đoạn IV chiếm 65,2%. Điều này góp phần cho thấy UT tụy triệu chứng mờ nhạt, bệnh nhân chủ quan ít đi khám sớm và cũng gián tiếp cho thấy UT tụy là một loại UT rất ác tính, tiến triển nhanh.

V. KẾT LUẬN

UT tụy thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, tỷ lệ trên 60 tuổi là 63,6%. Bệnh tiến triển nhanh: thời gian khởi bệnh đến lúc khám trung bình là: 4,93 tuần; giai đoạn chủ yếu là giai đoạn trễ (giai đoạn IV: 65,2%). U thường ở đầu tụy 54%, kích thước u trung bình năm khoảng 2-5cm chiếm: 65,2%. Triệu chứng thường gặp của UT đầu tụy là triệu chứng của tắc mật, trong UT đuôi tụy là đau. Bờ khối u đa phần nhìn thấy rõ trên CT, với hình ảnh bờ nhám nhở, không đều, cấu trúc u giảm âm 80,3%. Việc tiếp cận sinh thiết giải phẫu bệnh của u tụy là không dễ dàng:

40% là sinh thiết từ gan, phúc mạc; 26/66 ca không có GPB nhưng hình ảnh CT u tính chất ác tính và CA 19-9 tăng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đặng Thị Vân Anh**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và kết quả hóa trị trên bệnh nhân ung thư tụy tại bệnh viện K, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú (2012).
- Nguyễn Minh Ngọc**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư tụy tại bệnh viện K và bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa (2013).
- Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận, Nguyễn Tuyết Mai (2010)**, Ung thư tụy, Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học, 189-199.
- Võ Đức Hiếu và cộng sự**. Hiệu quả và tính an toàn của điều trị toàn thân bước 1 ung thư tụy tiến xa/ di căn, tái phát tại khoa nội tuyến vú, tiêu hóa, gan, niệu từ tháng 6/2021- đến tháng 6/2023- bệnh viện ung bướu thành phố Hồ Chí Minh, Hội thảo hàng năm phòng chống ung thư Tp Hồ Chí Minh lần thứ 26.
- Genkinger J.M., Spiegelman D., Anderson K.E et al**, Alcohol intake and pancreatic risk: a pooled analysis of fourteen cohort studies, Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol 18, 2009 (3), 765-776
- Global Cancer Stastics 2020**, GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Pancreatic cancer in Viet Nam, CA Cancer J Clin. 2021.
- Bray F, Laversanne M, Sung H, et al**. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2024;74(3):229-263.
- Heinemann V, Labianca R, Hinke A, Louvet C**. Increased survival using platinum analog combined with gemcitabine as compared to single-agent gemcitabine in advanced pancreatic cancer: pooled analysis of two randomized trials, the GERCOR/GISCAD intergroup study and a German multicenter study. Annals of oncology. 2007;18(10):1652-1659.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ AN TOÀN PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH NĂM 2024

Kim Ngọc Trăng^{1,2}, Trần Quốc Lâm¹, Đỗ Công Thương²,
Phạm Lý Thanh², Phạm Quốc Thái²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tuân thủ an toàn phẫu thuật nhằm phòng ngừa các sai sót có thể gây nguy hại cho người bệnh trong suốt quá trình phẫu thuật. Tại Việt Nam, tỷ lệ tuân thủ quy trình an toàn phẫu thuật vẫn ở mức thấp. Đối với Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh, vẫn còn ghi nhận sai sót và mức độ tuân thủ an toàn phẫu thuật chưa đạt yêu cầu. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tuân thủ quy trình an toàn phẫu thuật trong phòng mổ của nhân viên y tế tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng trên 142 ca phẫu thuật tại các phòng mổ của Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh từ tháng 06 đến tháng 10 năm 2024. **Kết quả:** Các nội dung đánh giá ở các giai đoạn tiền mê, trước khi rạch da và trước khi bệnh nhân rời khỏi phòng phẫu thuật hầu hết tuân thủ tốt. Một số nội dung có tỷ lệ tuân thủ chưa tốt là xác nhận các vấn đề cần quan tâm ở người bệnh với bác sĩ gây mê 83,1%; kiểm tra thiết bị và dụng cụ 79,6%; đánh giá nguy cơ mất máu trên 500ml 68,3%; tiên lượng mất máu 35,2%; kháng sinh dự phòng được thực hiện 60 phút trước mổ 19,7%, dán nhãn bệnh phẩm 19,7%. **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ an toàn

phẫu thuật ở Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh năm 2024 ở mức khá thấp 19,4%. Phần lớn các nội dung có tỷ lệ tuân thủ khá tốt nhưng vẫn còn một số nội dung có tỷ lệ tuân thủ kém như đánh giá giá kháng sinh dự phòng được thực hiện trước đó 60 phút, dán nhãn bệnh phẩm, tiên lượng mất máu.

Từ khóa: tuân thủ, an toàn phẫu thuật.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL SAFETY CHECKLIST COMPLIANCE AT TRA VINH GENERAL HOSPITAL IN 2024

Background: Compliance with surgical safety aims to prevent errors that could harm patients throughout the surgical process. In Vietnam, studies have indicated that the rate of compliance with surgical safety protocols remains low. At Tra Vinh General Hospital, errors are still recorded, and the level of compliance with surgical safety requirements has not yet met the expected standards. **Objectives:** To describe the status of compliance with surgical safety procedures in the operating rooms of medical staff at Tra Vinh General Hospital in 2024. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study combined with quantitative research was conducted on 142 surgical cases in the operating rooms of Tra Vinh General Hospital from June to October 2024. **Results:** Most of the evaluated criteria in the stages of pre-anesthesia, pre-incision, and before the patient leaves the operating room were well complied with. However, some areas showed poor compliance rates, such as confirming patient concerns with the anesthesiologist (83.1%), checking equipment and

¹Trường Đại học Y tế công cộng

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Kim Ngọc Trăng

Email: drtrang83@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 14.10.2024