

4. **Roberts CM, Stone RA, Lowe D, Pursey NA, Buckingham RJ.** Co-morbidities and 90-day outcomes in hospitalized COPD exacerbations. *COPD*. 2011;8(5): 354-361. doi:10.3109/15412555.2011.600362
5. **Xiao X, Han H, Wu C, et al.** Prevalence of Atrial Fibrillation in Hospital Encounters With End-Stage COPD on Home Oxygen: National Trends in the United States. *Chest*. 2019;155(5):918-927. doi:10.1016/j.chest.2018.12.021
6. **Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al.** 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021;42(5):373-498. doi:10.1093/eurheartj/ehaa612
7. **Sethi NJ, Nielsen EE, Safi S, Feinberg J, Gluud C, Jakobsen JC.** Digoxin for atrial fibrillation and atrial flutter: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomised clinical trials. *PLoS ONE*. 2018;13(3): e0193924. doi:10.1371/journal.pone.0193924
8. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36): 3599-3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
9. **Kennedy JI.** Clinical Aspects of Amiodarone Pulmonary Toxicity. *Clin Chest Med*. 1990;11(1): 119-129. doi:10.1016/S0272-5231(21)00676-6
10. **Du Q, Sun Y, Ding N, Lu L, Chen Y.** Beta-Blockers Reduced the Risk of Mortality and Exacerbation in Patients with COPD: A Meta-Analysis of Observational Studies. *PLOS ONE*. 2014; 9(11): e113048. doi:10.1371/journal.pone.0113048

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY SỚM BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN K

Bùi Việt Nga¹, Bùi Ánh Tuyết¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học của ung thư dạ dày sớm và đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày sớm bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 147 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm được điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 10 năm 2024 tại khoa Nội soi – Thẩm dò chức năng, Bệnh viện K. **Kết quả:** Nam giới chiếm 62,6%, đa phần > 60 tuổi (chiếm 57,1%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau bụng (72,8%). U dạ dày vị trí hang vị chiếm 86%. Kích thước tổn thương đa phần ≤ 20mm (chiếm 77,6%). Tỷ lệ cắt cả khối là 100% bệnh nhân. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình 67,2 phút (dao động từ 20 phút đến 220 phút). Tỷ lệ chảy máu khi thực hiện thủ thuật là 2,0%, không có bệnh nhân nào có biến chứng thủng, chảy máu sau mổ và chuyển mổ khi làm thủ thuật. Đặc điểm sau can thiệp, đa phần có độ biệt hoá cao (chiếm 44,2%), sau đó là biệt hoá vừa (38,1%). Đa phần bệnh nhân có giai đoạn Tis (chiếm 53,1%), chỉ có 8,8% bệnh nhân có giai đoạn T1b. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là 97,2% và 90,5%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là

98,7% và 95,7%. **Kết luận:** Điều trị cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi cải thiện sống thêm và an toàn trên bệnh nhân bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm. **Từ khóa:** Ung thư dạ dày, giai đoạn sớm, cắt tách dưới niêm mạc, nội soi dạ dày

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION FOR EARLY GASTRIC CANCER TREATMENT AT K HOSPITAL

Objective: To describe some clinical, paraclinical characteristics, endoscopic imaging, and histopathology of early gastric cancer, and to evaluate the results of endoscopic submucosal dissection treatment for early gastric cancer at K Hospital. **Patients and Methods:** A retrospective and prospective study on 147 patients with early-stage gastric cancer treated with endoscopic submucosal dissection from December 2018 to October 2024 at the Department of Endoscopy and Functional Exploration, K Hospital. **Results:** Males accounted for 62.6%, with the majority over 60 years old (57.1%). The most common clinical symptom was abdominal pain (72.8%). The tumor was located in the antrum in 86% of cases. Most lesions were ≤ 20mm in size (77.6%). The en bloc resection rate was 100%. The average procedure time was 67.2 minutes (ranging from 20 to 220 minutes). The intra-procedural bleeding rate was 2.0%, with no patients experiencing postoperative bleeding, perforation, or requiring surgical conversion during the procedure. Post-intervention characteristics revealed that most cases had high differentiation (44.2%), followed by moderate differentiation (38.1%). Most patients were in stage Tis (53.1%), with only 8.8% in stage T1b.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Việt Nga
Email: dothingochan2012@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024
Ngày duyệt bài: 4.12.2024

The disease-free survival rates at 3 and 5 years were 97.2% and 90.5%, respectively. The overall survival rates at 3 and 5 years were 98.7% and 95.7%, respectively. **Conclusion:** Endoscopic submucosal dissection improves survival outcomes and is a safe treatment option for patients with early-stage gastric cancer. **Keywords:** Gastric cancer, early stage, Endoscopy submucosa dissection, gastric endoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những loại ung thư thường gặp hiện nay, theo GLOBOCAN 2020, UTDD đứng thứ 5 với khoảng 1.089.103 ca mắc mới (5,6%) và 768.793 ca tử vong (7,7%), đứng thứ 3 trong các nguyên nhân gây tử vong sau ung thư phổi và ung thư vú.¹

Những năm gần đây, tại Nhật Bản và một số nước có những báo cáo về tỷ lệ sống thêm sau 5 năm của nhóm bệnh nhân UTDD sớm lên đến hơn 90%.²⁻⁴ Cùng với sự phát triển của các hệ thống máy nội soi, việc chẩn đoán sớm tổn thương UTDD đã có nhiều tiến bộ, ngày càng nhiều bệnh nhân được phát hiện tổn thương ở giai đoạn sớm. Can thiệp ESD lấy trọn khối tổn thương, nhưng sự phát triển của những ung thư cùng thì và khác thì cần được kiểm tra nội soi kỹ càng và nội soi định kỳ để kịp thời phát hiện tái phát tại chỗ cũng như những ung thư cùng loại phát triển về sau. Có nhiều nghiên cứu so sánh về kết quả dài hạn của ESD so với phẫu thuật cắt đoạn dạ dày và cho thấy kết quả rất khả quan của ESD trong điều trị UTDD sớm với tỷ lệ tái phát thấp, thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ đạt trên 90%. Ưu điểm vượt trội của ESD là xâm nhập tối thiểu, thời gian nằm viện ngắn, khả năng hồi phục nhanh, giảm chi phí, chất lượng cuộc sống tốt hơn.³⁻⁵

Dựa vào những chỉ dẫn điều trị của Hiệp hội Nội soi Nhật Bản cho điều trị UTDD giai đoạn sớm, trong những năm gần đây thủ thuật ESD đã được nghiên cứu và ứng dụng tại Việt Nam, trong đó có Bệnh viện K, từ năm 2018 nhằm đưa tới can thiệp tối thiểu, nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm gánh nặng về kinh tế cho người bệnh, tiến tới giảm tỷ lệ UTDD giai đoạn muộn từ đó làm giảm gánh nặng cho xã hội. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả điều trị UTDD sớm bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học của ung thư dạ dày sớm.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày sớm bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi tại bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm được điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 10 năm 2024 tại khoa Nội soi – Thăm dò chức năng, Bệnh viện K.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày sớm trên kết quả hình ảnh nội soi theo tiêu chuẩn của hiệp hội nội soi Nhật Bản (JES).

+ Kết quả giải phẫu bệnh lý trước can thiệp: Viêm mạn tính, loạn sản thấp, loạn sản nặng (ung thư biểu mô tại chỗ Tis), ung thư dạ dày.

+ Kết quả giải phẫu bệnh sau can thiệp: Ung thư dạ dày sớm (Tis, T1a, T1b)

+ Cắt lớp vi tính (CLVT) 64 dãy: không thấy di căn hạch.

+ Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

+ Bệnh nhân đồng ý thực hiện thủ thuật can thiệp.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân không đạt các tiêu chuẩn trên

+ Chẩn đoán hình ảnh: nghi ngờ xâm lấn đến lớp cơ hoặc có di căn.

+ Bệnh nhân có bệnh kết hợp nặng: suy tim, suy thận, đợt cấp viêm phổi tắc nghẽn mạn tính.

* Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K từ tháng 12/2018 đến tháng 10/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang hồi cứu, tiền cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, những bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn được hồi cứu bằng hồ sơ bệnh án và các thông tin được ghi lại bệnh án nghiên cứu.

2.3. Các bước tiến hành

* **Nội dung nghiên cứu/Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu:**

- Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân.

- Kết quả điều trị: Thời gian thực hiện, Tỷ lệ can thiệp thành công, Tỷ lệ cắt tổn thương nguyên khối, Tỷ lệ cắt nhiều mảnh, Biến chứng, Kết quả giải phẫu bệnh trước và sau can thiệp.

- Sống thêm toàn bộ (STTB) được tính từ ngày phẫu thuật tới lúc tử vong hoặc đến khi có thông tin cuối cùng. Sống thêm không bệnh (STKB) được tính từ ngày phẫu thuật tới thời điểm bệnh tái phát hoặc tử vong hoặc đến khi có thông tin cuối nếu chưa tái phát.

* Quy trình nghiên cứu

- *Lập bảng thu thập số liệu theo mẫu bệnh án sẵn có.*

- Tiến hành lựa chọn bệnh nhân: bệnh nhân

đủ tiêu chuẩn trong nghiên cứu.

- Tiến hành can thiệp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi.

- Bước 1: Xác định tổn thương ung thư sớm đầu tiên bằng ánh sáng trắng sau đó nhuộm Indigo Carmin bộc lộ rõ ranh giới tổn thương.

- Bước 2: Đánh dấu (Marking) quanh tổn thương cách rìa 5mm bằng dao Dual Knife (Olympus).

- Bước 3: Tiêm phòng (Injection) dưới niêm mạc bằng dung dịch Volutyle 6%.

- Bước 4: Đục lỗ niêm mạc (Making hole) bằng dao Dual Knife.

- Bước 5: Cắt vòng (Insision) quanh cách vị trí đánh dấu 5mm và phẫu tích dưới niêm mạc bằng dao IT knife.

- Bước 6: Phẫu tích dưới niêm mạc (Dissection) bằng dao IT Knife hoặc dao Dual knife.

2.4. Xử lý số liệu. Kết quả được thể hiện trên các bảng hoặc biểu đồ, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn ($X \pm SD$). Ước lượng thời gian sống thêm theo Kaplan Meier. Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

2.5. Vấn đề y đức. Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Nghiên cứu tuân thủ các yêu cầu về mặt đạo đức trong nghiên cứu y học. Những thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian từ 12/2018 đến 10/2024, có 147 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm được điều trị bằng kĩ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi tại Bệnh viện K, chúng tôi phân tích một số kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	92	62,6
	Nữ	55	37,4
Tuổi	< 60 tuổi	63	42,9
	> 60 tuổi	84	57,1
Triệu chứng lâm sàng	Đau bụng	107	72,8
	Nôn, buồn nôn	55	37,4
	Đi ngoài phân đen	20	13,6
	Gầy sút cân	30	20,4
	Thiếu máu	15	10,2
Vị trí u	Hang vị dạ dày	127	86
	Thân vị	14	10
	Tâm phình vị	6	4
Kích thước u	≤20mm	114	77,6
	20-30mm	30	20,4

	>30mm	3	2
Đặc điểm loét trên soi	Có loét	34	23,1
	Không loét	113	76,9

Nhận xét: Nam giới chiếm 62,6%. Đa phần > 60 tuổi (chiếm 57,1%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau bụng (72,8%). U dạ dày vị trí hang vị chiếm 86%. Kích thước tổn thương đa phần ≤ 20mm (chiếm 77,6%). Đa phần trên nội soi tổn thương không loét (chiếm 76,9%).

Bảng 2: Đặc điểm về điều trị và kết quả sau can thiệp

Nội dung can thiệp ESD	Giá trị
Cắt nguyên khối	100%
Diện cắt bên (dương tính)	6/147 (4,1%)
Diện cắt đáy (dương tính)	10/147 (6,8%)
Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật (phút)	67,2 (20-220 phút)
Phẫu thuật cắt dạ dày, vét hạch sau ESD	10/147 (6,8%)

Nhận xét: Tỷ lệ cắt cả khối là 100% bệnh nhân. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình: 67,2 phút (dao động từ 20 phút đến 220 phút). Trong các bệnh nhân có diện cắt dương tính được hội chẩn ngoại khoa, có 10 bệnh nhân được phẫu thuật ngoại khoa cắt dạ dày (chiếm 6,8%).

Bảng 3. Biến chứng trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy máu trong mổ	3	2,0
Chảy máu sau mổ	0	0
Thủng	0	0
Chuyển mổ mở vì biến chứng	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ chảy máu khi thực hiện thủ thuật là 2,0%. Không có bệnh nhân nào bị biến chứng thủng, chảy máu sau mổ và chuyển mổ khi làm thủ thuật.

Bảng 4. Kết quả mô bệnh học và giai đoạn sau can thiệp

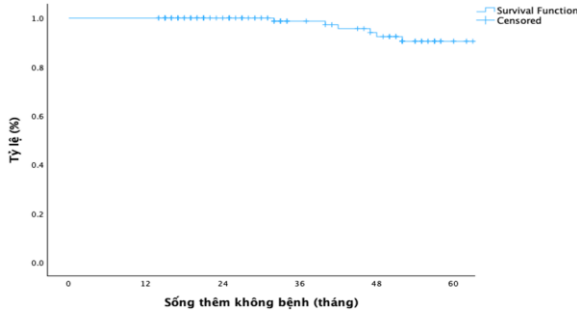
Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mức độ biệt hoá		
Biệt hoá cao	65	44,2
Biệt hoá vừa	56	38,1
Kém biệt hoá hoặc nhầy	26	17,7
Giai đoạn u		
Tis	78	53,1
T1a	56	38,1
T1b	13	8,8

Nhận xét: Đa phần có độ biệt hoá cao (chiếm 44,2%), sau đó là biệt hoá vừa (38,1%). Đa phần bệnh nhân có giai đoạn Tis (chiếm 53,1%), chỉ có 8,8% bệnh nhân có giai đoạn T1b.

Bảng 3. Thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ

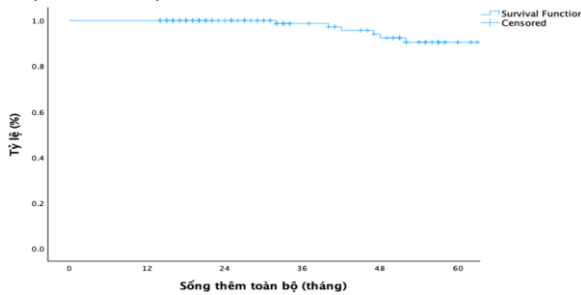
Sống thêm	Tỷ lệ sống	Tỷ lệ sống	Trung
-----------	------------	------------	-------

	thêm 3 năm	thêm 5 năm	bình
Sống thêm không bệnh	97,2%	90,5%	72,6±1,4 tháng
Sống thêm toàn bộ	98,7%	95,7%	77,2±1,0 tháng



Biểu đồ 1. Biểu đồ sống thêm không bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 72,6±1,4 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là 97,2% và 90,5%.



Biểu đồ 2. Biểu đồ sống thêm toàn bộ của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 77,2±1,0 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là 98,7% và 95,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm đa số (62,6%), đa phần có độ tuổi > 60 tuổi (chiếm 57,1%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau bụng (72,8%). U dạ dày vị trí hang vị chiếm 86%. Kích thước tổn thương đa phần ≤20mm (chiếm 77,6%). Đa phần trên nội soi tổn thương không loét (chiếm 76,9%). Kết quả tương tự với các nghiên cứu về ung thư dạ dày trong nước và trên thế giới, đặc biệt nhóm ung thư dạ dày giai đoạn sớm. Nghiên cứu của II-Kwun Chung và cs trên 1000 ca can thiệp ESD thấy tổn thương vùng hang vị chiếm 72%.⁶ Về kích thước tổn thương, tác giả Takafumi Sugimoto với 485 tổn thương ung thư dạ dày sớm trên 418 bệnh nhân thì tổn thương < 20 mm chiếm 74,8%,⁷ hay tác

giả Tomofumi Akasaka năm 2011 nghiên cứu trên 1188 bệnh nhân ung thư dạ dày sớm với kích thước trung bình là 20 ± 13 mm có 79% tổn thương < 2 mm.⁸

4.2. Kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ cắt cả khối là 100% bệnh nhân. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình: 67,2 phút (dao động từ 20 phút đến 220 phút). Trong các bệnh nhân có diện cắt dương tính. Các bệnh nhân diện cắt dương tính được hội chẩn ngoại khoa, có 10 bệnh nhân được phẫu thuật ngoại khoa cắt dạ dày (chiếm 6,8%). Kết quả của chúng tôi tương đối tốt, cao hơn nghiên cứu của Yamaguchi trên 589 tổn thương chia làm 2 nhóm tổn thương chỉ định tuyệt đối và mở rộng thì tỷ lệ cắt nguyên khối lần lượt là 98,6% và 97,1%, cũng như so với báo cáo của Sugimoto và cs là 96,1% hay như của Tomofumi Akasaka trên 1188 bệnh nhân với tỉ lệ cắt nguyên khối là 95,3%.^{7,8} Kết quả cắt bỏ hoàn toàn cao và tỷ lệ biến chứng ít gặp, tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Nakamoto và Isomoto. Nghiên cứu của Jang năm 2021 cho thấy tỷ lệ cắt nguyên khối là 89,7%, tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn là 87,9%.²

Về đặc điểm sau can thiệp, đa phần có độ biệt hoá cao (chiếm 44,2%), sau đó là biệt hoá vừa (38,1%). Đa phần bệnh nhân có giai đoạn Tis (chiếm 53,1%), chỉ có 8,8% bệnh nhân có giai đoạn T1b. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của Trần Đức Cảnh (2020).

Về thời gian sống thêm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 72,6±1,4 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là 97,2% và 90,5%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 77,2±1,0 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là 98,7% và 95,7%. Kết quả của nghiên cứu Shusei Fukunaga năm 2017 cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 5 năm là 97,1%.⁵ Nghiên cứu của Mohamed năm 2019 cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh tại thời điểm 5 năm lần lượt là 96% và 99,4%.⁴ Nghiên cứu của Jang năm 2009 ghi nhận tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm là 94,9%.² Năm 2013 Choi et al⁹ ở Hàn Quốc đã đánh giá kết quả lâu dài của ESD trong điều trị UTDD sớm bao gồm 522 ca. Thời gian theo dõi trung bình là 24 tháng. Tỷ lệ cắt bỏ toàn khối là 97,1% đối với các tổn thương chỉ định tuyệt đối, 96,1% đối với các tổn thương chỉ định mở rộng. Tỷ lệ cắt bỏ thành công là 91,5% đối với các tổn thương chỉ định tuyệt đối, 82,1% đối với các tổn

thương chỉ định mở rộng. Tỷ lệ tái phát tại chỗ là 1,8% đối với các tổn thương chỉ định tuyệt đối, 7,0% đối với các tổn thương chỉ định mở rộng. Không có tái phát di căn xảy ra trong thời gian theo dõi. Kosaka và cộng sự¹⁰ trong năm 2014 đã thực hiện phân tích hồi cứu về kết quả lâu dài của ESD đối với UTDD sớm. Tỷ lệ cắt bỏ toàn khối là 98,0% đối với các tổn thương chỉ định tuyệt đối, 89,7% đối với các tổn thương chỉ định mở rộng. Tỷ lệ tái phát tại chỗ là 0,3% đối với tổn thương chỉ định tuyệt đối, 3,7% đối với tổn thương chỉ định mở rộng.

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm bệnh nhân: nam giới chiếm đa số (62,6%), đa phần có độ tuổi >60 tuổi (chiếm 57,1%). U dạ dày vị trí hang vị chiếm 86%. Kích thước tổn thương đa phần ≤20mm (chiếm 77,6%).

- Tỷ lệ cắt cả khối là 100% bệnh nhân. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình: 67,2 phút. Đa phần mô bệnh học sau mổ có độ biệt hoá cao (chiếm 44,2%). Giai đoạn Tis chiếm 53,1%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là 97,2% và 90,5%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là 98,7% và 95,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan** (2020), Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11, International Agency for Research on Cancer.
2. **Jang JS, Choi SR, Qureshi W, et al.** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection in gastric neoplastic lesions at a single institution in South Korea. *Scandinavian Journal of*

- Gastroenterology.* 2009;44(11):1315-1322.
3. **Bang CS.** Long-Term Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection of Undifferentiated-Type Early Gastric Cancer. *Clin Endosc.* 2021;54(2):143-144.
4. **Abdelfatah MM, Barakat M, Ahmad D, et al.** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection versus surgery in early gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2019;31(4):418-424.
5. **Fukunaga S, Nagami Y, Shiba M, et al.** Long-term prognosis of expanded-indication differentiated-type early gastric cancer treated with endoscopic submucosal dissection or surgery using propensity score analysis. *Gastrointest Endosc.* 2017;85(1):143-152.
6. **Chung IK, Lee JH, Lee SH, et al.** Therapeutic outcomes in 1000 cases of endoscopic submucosal dissection for early gastric neoplasms: Korean ESD Study Group multicenter study. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2009; 69(7):1228-1235.
7. **Sugimoto T, Okamoto M, Mitsuno Y, et al.** Endoscopic Submucosal Dissection is an Effective and Safe Therapy for Early Gastric Neoplasms: A Multicenter Feasible Study. *Journal of Clinical Gastroenterology.* 2012;46(2).
8. **Akasaka T, Nishida T, Tsutsui S, et al.** SHORT-TERM OUTCOMES OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION (ESD) FOR EARLY GASTRIC NEOPLASM: MULTICENTER SURVEY BY OSAKA UNIVERSITY ESD STUDY GROUP. *Digestive Endoscopy.* 2011;23(1):73-77.
9. **Choi MK, Kim GH, Park DY, et al.** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a single-center experience. *Surg Endosc.* 2013;27(11):4250-4258.
10. **Kosaka T, Endo M, Toya Y, et al.** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a single-center retrospective study. *Dig Endosc.* 2014;26(2):183-191.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ LOÉT VÙNG CỔ BÀN CHÂN DO VỠ HẠT TOPHI Ở BỆNH NHÂN GOUT

Nguyễn Chí Hiếu¹, Nguyễn Thị Nga^{1,2}, Thái Duy Quang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bài báo nhằm đánh giá mô tả đặc điểm loét do u hạt tophi vùng cổ bàn chân và kết quả phẫu thuật tạo hình điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024. Thời

gian theo dõi 6 tháng đến 1 năm. **Kết quả:** Tổn thương tập trung chủ yếu ở ở vùng 1 (58,33%) và vùng 4 (30,56%). Chủ yếu là loét chảy dịch chứa tinh thể urat (47,22%). Tổn thương sau cắt lọc chủ yếu là khuyết da lộ xương 58,33% và khuyết da lộ gân 27,78%. Sau hút áp lực âm hỗ trợ (VAC) 1 lần, 85,71% trường hợp mọc tổ chức hạt tốt che phủ gân xương. Có 75% số tổn thương được ghép da che phủ, 70,37% cho kết quả mảnh ghép liền tốt. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt lọc kết hợp hút VAC và ghép da thì 2 cho kết quả tốt đối với các tổn thương loét do vỡ hạt tophi ở bệnh nhân ở độ tuổi cao, nhiều bệnh nền phối hợp. **Từ khóa:** loét do Gout, cổ bàn chân, phẫu thuật tạo hình, hút VAC, ghép da

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Chí Hiếu

Email: dr.nguyenchihieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024