

tăng lên thì tỷ lệ cận thị cũng tăng lên, tỷ lệ cận thị cao nhất ở nhóm nhìn gần trên 3 giờ mỗi ngày sau thời gian học tại trường. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy thời gian nhìn gần bao gồm học bài, sử dụng điện thoại thông minh hay máy tính bảng càng nhiều thì nguy cơ và tỷ lệ cận thị càng tăng^{6,7,8,9}.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 1556 học sinh các dân tộc thiểu số học nội trú tại 2 trường THPT nội trú tỉnh Nghệ an năm học 2023-2025 cho thấy có 452 học sinh bị cận thị, chiếm tỷ lệ 29.01%. Độ cận nhẹ trên -3.0 D chiếm 77.9%. Cận thị 2 mắt chiếm 92.6%, cận thị 1 mắt chiếm 7.76%. Có 20.58% học sinh chưa đeo kính và 31.19% học sinh đeo kính sai độ ở một bên mắt; 20.36% học sinh đeo sai độ ở cả 2 mắt.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ cận thị với giới tính, nữ nhiều hơn nam; thời gian nhìn gần trên 3 giờ mỗi ngày sau giờ học chính khóa có tỷ lệ cận thị cao hơn. Chưa có mối liên quan giữa tỷ lệ cận thị với tuổi và yếu tố gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần TB, Phong ND.** Tỷ lệ tật cận thị học đường, sử dụng mạng xã hội của học sinh THPT và các yếu tố liên quan tại Trường Trung Phú Huyện Củ Chi năm 2018. TCYHTPHCM. 2019;23(5):216-219.
2. **Nhung NK, Nam BH, Vinh DX.** 44. Thực trạng

- cận thị và một số yếu tố liên quan ở học sinh Trường Trung Học Phổ Thông Nguyễn Quốc Trinh, Huyện Thanh Trì, Hà Nội năm 2024. YHCD. 2024;65(CĐ 8-Trường ĐH Nguyễn Tất Thành). doi:10.52163/yhc.v65iCD8.1500
3. **Hải NT, Châu ĐTM, Duẩn NH, Nhân TT.** Review the current prevalence of myopia in Cao Nguyen practice high school students in 2022 and related factors. Tạp chí Y Dược học. 13(3):97.
4. **Zhang D, Wu M, Yi X, et al.** Correlation analysis of myopia and dietary factors among primary and secondary school students in Shenyang, China. Sci Rep. 2024;14(1):20619. doi:10.1038/s41598-024-71254-0
5. **Lee H, Ahn H, Nguyen TG, Choi SW, Kim DJ.** Comparing the Self-Report and Measured Smartphone Usage of College Students: A Pilot Study. Psychiatry Investig. 2017;14(2):198-204. doi:10.4306/pi.2017.14.2.198
6. **Enthoven CA, Tideman JWL, Polling JR, Yang-Huang J, Raat H, Klaver CCW.** The impact of computer use on myopia development in childhood: The Generation R study. Preventive Medicine. 2020;132:105988. doi:10.1016/j.ypmed.2020.105988
7. **Terras MM, Ramsay J.** Family Digital Literacy Practices and Children's Mobile Phone Use. Front Psychol. 2016;7. doi:10.3389/fpsyg.2016.01957
8. **Viewing distance and eyestrain symptoms with prolonged viewing of smartphones: Clinical and Experimental Optometry: Vol 100, No 2.** Accessed November 27, 2024. <https://www.tandfonline.com/doi/10.1111/cxo.12453>
9. **Dirani M, Crowston JG, Wong TY.** From reading books to increased smart device screen time. British Journal of Ophthalmology. 2019; 103(1):1-2. doi:10.1136/bjophthalmol-2018-313295

UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠNG GAN CỦA DẠ DÀY: BÁO CÁO CÁC CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN LÝ THUYẾT

Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Bùi Quang Lộc², Trịnh Lê Huy^{1,3}

TÓM TẮT

Ung thư dạ dày là một ung thư thường gặp và được biết đến như một bệnh không đồng nhất với nhiều phân nhóm bệnh lý và sinh học. Ung thư biểu mô tuyến dạng gan của dạ dày (HAS) là một phân nhóm hiếm gặp, chiếm khoảng 0,17-15% trong tổng số ung thư dạ dày tùy từng nghiên cứu, thường di căn các hạch bạch huyết, di căn gan và có tiên lượng xấu. Do có nhiều đặc điểm chung nên ung thư biểu mô

tuyến dạng gan của dạ dày có thể bị chẩn đoán nhầm với Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) trong một số trường hợp. Trong bài viết này, chúng tôi báo cáo 2 trường hợp được chẩn đoán mắc HAS tại Việt Nam. Cả 2 trường hợp đều có tổn thương ở vùng gan, xét nghiệm AFP tăng cao và có viên gan B mạn tính, trên lâm sàng rất dễ chẩn đoán nhầm với Ung thư biểu mô tế bào gan. Phương pháp điều trị các bệnh này cũng hoàn toàn khác nhau, do đó, việc chẩn đoán chính xác đóng vai trò quan trọng và quyết định toàn bộ quá trình điều trị trong tương lai của bệnh nhân. Hai ca bệnh này đã đặt ra nhiều thách thức trong việc đưa ra các quyết định trong chẩn đoán chính xác bệnh cũng như giai đoạn bệnh để đưa ra lựa chọn điều trị phù hợp nhất cho người bệnh. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tuyến dạng gan của dạ dày, ung thư dạ dày, ung thư biểu mô tế bào gan, AFP.

SUMMARY

HEPATOID ADENOCARCINOMA OF THE

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Việt Pháp

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thảo

Email: thaophuong2705@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025

STOMACH: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Gastric cancer is a common cancer and known as a heterogeneous disease with many pathological and biological subgroups. Hepatoid adenocarcinoma of the stomach (HAS) is a rare subgroup, which accounts for 0.17-15% of all gastric cancers depending on the study, often metastasis to the lymph nodes, liver and having a poor prognosis. Due to many common characteristics, HAS can be misdiagnosed with Hepatocellular Carcinoma (HCC) in some cases. In this article, we report 2 cases diagnosed with HAS in Vietnam. Both cases had lesions in the liver area, increased AFP level and chronic hepatitis B, clinically it easily misdiagnosis with HCC. Treatments of these diseases are also completely different, as a result, the diagnosis plays an essential role and determines the entire course of the patient's future treatment. These two cases pose many challenges in making decisions in diagnosing the disease as well as the stage of the disease to provide the most appropriate treatment options for the patient. **Keywords:** Hepatoid adenocarcinoma of the stomach, Gastric cancer, Hepatocellular Carcinoma, AFP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên toàn thế giới, đứng thứ năm về số ca mắc mới và thứ ba về số ca tử vong vào năm 2020¹. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc ung thư dạ dày đã giảm nhanh chóng trong vài thập kỷ gần đây nhờ xác định được một số yếu tố nguy cơ như H. Pylori, các yếu tố môi trường và chế độ ăn uống khác.

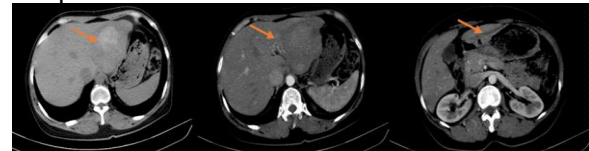
Ung thư dạ dày được biết đến là một căn bệnh không đồng nhất với nhiều phân nhóm bệnh lý và sinh học khác nhau. Ung thư biểu mô tuyến gan của dạ dày (HAS) là một phân nhóm hiếm gặp, chiếm khoảng 0,17-15% ung thư dạ dày². Ung thư biểu mô tuyến dạng gan cũng đã được báo cáo ở các cơ quan khác như đường tiêu hóa, phổi, buồng trứng, túi mật, tụy và một vài vị trí khác, tuy nhiên dạ dày là vị trí hay gặp nhất của bệnh này. Đặc điểm xác định của HAS là khối u ác tính, xâm lấn và tiến triển nhanh với mô học giống với ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). HAS tạo ra AFP và di căn đến gan trong hầu hết các trường hợp³. HAS di căn gan có một số điểm tương đồng về lâm sàng và phân tử với HCC, vì vậy đôi khi chúng có thể chẩn đoán sai. Trong mô tả dưới kính hiển vi, các tế bào này là biệt hóa tuyến và dạng tế bào gan với glycogen tế bào chất dồi dào. Chúng có thể có kiểu ống nhú với các tế bào sáng và có thể tiết mật³. Ngoài việc đánh giá bằng hình thái, hóa mô miễn dịch (IHC) còn đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán với một số dấu ấn như AFP, GPC-3, SALL4, Hep Par1,...⁴.

Từ khi Bourreille và cộng sự báo cáo trường hợp đầu tiên về ung thư dạ dày sản xuất AFP⁵, các trường hợp khác đã được mô tả và HAS đang ngày càng được chú ý trong những năm gần đây trên toàn thế giới. Trong bài viết này, chúng tôi báo cáo 2 trường hợp được chẩn đoán HAS tại Việt Nam

II. CA LÂM SÀNG

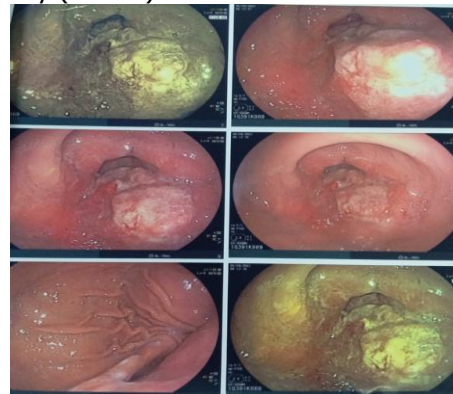
Ca lâm sàng số 1: Một bệnh nhân nữ 42 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, đến bệnh viện của chúng tôi với tình trạng đau bụng khu trú ở vùng thượng vị trong 2 tuần. Các triệu chứng tăng lên khi ho và đặc biệt là sau bữa ăn. Các xét nghiệm máu thường quy (công thức máu, điện giải, AST, ALT và nồng độ creatinine trong máu) đều bình thường. Siêu âm ổ bụng phát hiện một nốt tăng âm hỗn hợp kích thước 7x6x6 cm ở thùy gan trái.

Sau đó, bệnh nhân được làm thêm một số xét nghiệm nâng cao: Xét nghiệm máu cho thấy kết quả dương tính với kháng nguyên viêm gan B và tải lượng Virus viêm gan B $7,98 \times 10^4$ bản sao/ml. Nồng độ alpha fetoprotein (AFP) tăng cao rõ rệt (7320 ng/mL), nồng độ CEA và CA 72-4 tăng nhẹ (lần lượt là 53,19 ng/ml và 15,52 U/ml). CT ổ bụng cho thấy khối kích thước 68x75mm với một số nốt nhỏ ở thùy gan trái và thành dày ở hang vị dạ dày (Hình 1). Chụp CT lồng ngực không thấy nghi ngờ có tổn thương thứ phát.



Hình 1: Hình ảnh khối u gan và dày thành dạ dày trên CT ổ bụng

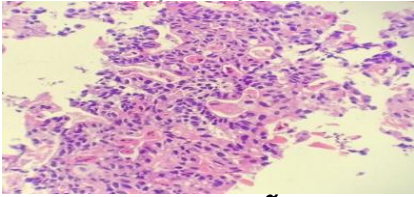
Sau đó, bệnh nhân được nội soi dạ dày và kết quả: có tổn thương dạng loét, dễ vỡ ở hang vị dạ dày (Hình 2)



Hình 2: Nội soi dạ dày

Kết quả sinh thiết u dạ dày: ung thư biểu mô

tuyến kém biệt hóa (hình 3)

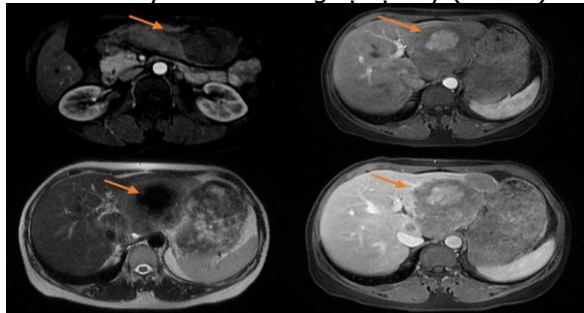


Hình 3: Hình ảnh giải phẫu bệnh u dạ dày

→Chẩn đoán ban đầu: Ung thư dạ dày cT3N0Mx (ngghi ngờ di căn gan).

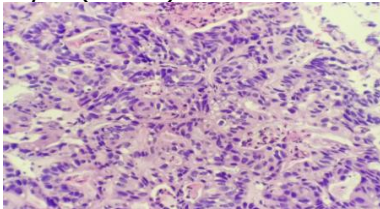
Chẩn đoán phân biệt của bệnh nhân này với HCC đã được đưa ra và bệnh nhân được chụp MRI bụng và sinh thiết gan để chẩn đoán xác định.

Kết quả chụp cộng hưởng từ ổ bụng: một số khối u và nốt ở thùy gan trái (kích thước tối đa: 68x76mm) có chảy máu trong khối u – nghi ngờ di căn và dày thành ở hang vị dạ dày (Hình 4)



Hình 4: Cộng hưởng từ ổ bụng

Kết quả sinh thiết gan: hình ảnh ung thư biểu mô tuyến (Hình 5)



Hình 5: Giải phẫu bệnh u gan

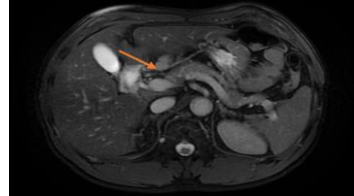
Bệnh phẩm u gan và u dạ dày được nhuộm thêm hóa mô miễn dịch, kết quả: ung thư biểu mô tuyến dạng gan của dạ dày (bảng 1), Her 2 (+++), pMMR

→Chẩn đoán xác định: Ung thư biểu mô tuyến dạng gan của dạ dày cT3N0M1 (M gan).

Bệnh nhân và gia đình đã được thảo luận với bác sĩ về tiên lượng và phương pháp điều trị căn bệnh này. Cuối cùng bệnh nhân lựa chọn điều trị hóa chất và đang trong đợt điều trị XELOX đầu tiên.

Ca lâm sàng số 2: Một bệnh nhân nam 70 tuổi, tiền sử khỏe mạnh và tiền sử gia đình bình thường, đến bệnh viện của chúng tôi để kiểm tra sức khỏe tổng quát. Trên siêu âm bụng, bệnh nhân được phát hiện một hạch bất thường vùng rốn gan kích thước 2 cm.

Bệnh nhân sau đó được chụp cộng hưởng từ ổ bụng và phát hiện thấy ở rốn gan và vùng đầu tụy có một số hạch, sau tiêm ngấm thuốc không đồng nhất với kích thước lớn nhất là 14x22 mm (Hình 6).



Hình 6: Hình ảnh vùi hạch rốn gan và đầu tụy trên cộng hưởng từ ổ bụng

Xét nghiệm máu AFP: 622ng/ml (tăng cao), AFP-L3: 76,6% và PIVKAI: 15mAu/ml và HbsAg(+). Trên phim CT lồng ngực không phát hiện khối u.

Vì các hạch ở vị trí khó tiếp cận nếu sinh thiết qua siêu âm, bệnh nhân đã được phẫu thuật sinh thiết hạch ổ bụng để chẩn đoán. Trong quá trình phẫu thuật, phát hiện một khối u ở môn vị dạ dày vị trí sát vùng rốn gan, còn khu trú trong thành dạ dày và tạo thành một khối 2 cm với bề mặt nhẵn và một số hạch nhỏ lân cận. Giải phẫu bệnh tức thì trong mổ là Ung thư biểu mô tuyến. Bệnh nhân được cắt dạ dày kèm nạo vét hạch D2 vào ngày 13 tháng 3 năm 2024. Giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa, xâm lấn lớp cơ với 27 hạch không có di căn. AFP sau phẫu thuật giảm (18,4 ng/ml) và CEA là 1,02 ng/ml. Bệnh phẩm u được nhuộm hóa mô miễn dịch, kết quả là ung thư biểu mô tuyến dạng gan của dạ dày (dương tính với AFP, SALL4 và Glypican 3)

Chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến gan của dạ dày pT2N0M0 – Giai đoạn IB. Bệnh nhân được dùng phác đồ hỗ trợ CAPOX. Sau 2 chu kỳ, do gặp nhiều tác dụng phụ của hóa trị nên bệnh nhân xin ngừng điều trị. Vào tháng 6 năm 2024, sau 2 tháng không điều trị, bệnh nhân đã tiến triển. Chụp CT ổ bụng phát hiện một số hạch mới xuất hiện ở rốn gan và đầu tụy với kích thước lớn nhất là 40 x 16 mm và thâm nhiễm mỡ ở rốn gan và vùng mạc nối (Hình 7). AFP cũng tăng lên 200 ng/ml.



Hình 7: hạch vùng rốn gan trên CT ổ bụng

Sau 4 tháng điều trị và theo dõi, một bệnh nhân mắc ung thư biểu mô tuyến gan dạ dày giai đoạn đầu (Giai đoạn IB) đã tiến triển.

III. BÀN LUẬN

HAS là một khối u ác tính hiếm gặp với sự biệt hóa tế bào gan sản xuất AFP⁵. AFP cũng được biết đến như một marker Ung thư trong việc sàng lọc và theo dõi HCC, đặc biệt là ở Việt Nam. HAS thường di căn đến gan và hạch bạch huyết, đôi khi biểu hiện chủ yếu dưới dạng khối u gan. Do có nhiều đặc điểm chung nên HAS có thể bị chẩn đoán nhầm với HCC trong một số trường hợp. Tiên lượng và điều trị của các bệnh này hoàn toàn khác nhau, do đó, chẩn đoán đóng vai trò quan trọng và quyết định toàn bộ việc điều trị và theo dõi của những bệnh nhân này.

Theo các báo cáo trước đây, độ tuổi trung bình của HAS là 65 tuổi, chủ yếu ở nam giới⁶. Độ tuổi này tương tự như ung thư dạ dày nói chung với độ tuổi trung bình của bệnh nhân từ 50 đến 70 tuổi. Trong bài báo của chúng tôi, bệnh nhân đầu tiên là một phụ nữ 42 tuổi, trẻ hơn nhiều so với độ tuổi trung bình của HAS. Người ta đã chứng minh rằng bệnh nhân trẻ tuổi có tiên lượng xấu hơn bệnh nhân lớn tuổi, đặc biệt là ở giai đoạn tiến triển do sự phát triển rầm rộ của khối u⁷.

Do thiếu tính đặc hiệu, các triệu chứng lâm sàng chính của HAS tương tự như các loại ung thư dạ dày khác: đau bụng, chướng bụng, phân đen, sụt cân,... Do đó, chẩn đoán u dạ dày được thực hiện thông qua nội soi dạ dày kết hợp sinh thiết. Hiện nay, mô bệnh học được biết đến là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán HAS với sự biệt hóa tuyến và dạng tế bào gan trong mô tả vi thể. Ngoài đặc điểm về mặt hình thái, hóa mô miễn dịch (IHC) cũng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán với một số dấu ấn như AFP, GPC-3, SALL4, Hep Par1,...⁴. Tuy nhiên HAS dễ dàng chẩn đoán sai do thiếu các tiêu chuẩn chẩn đoán. Mặc dù có sự tăng nồng độ AFP đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán HAS, vẫn có những bệnh nhân HAS có nồng độ AFP bình thường. Trong số những bệnh nhân mắc HAS, chỉ có 70-80% bệnh nhân có nồng độ AFP trong huyết thanh tăng, được cho là có liên quan đến sự biệt hóa khối u⁸. Bệnh nhân nữ đầu tiên được phát hiện có khối u ở gan với AFP tăng đáng kể và HBsAg dương tính. Chẩn đoán ban đầu mà nhiều bác sĩ lâm sàng nghĩ đến là HCC. Cần phải thực hiện các xét nghiệm chuyên sâu hơn để đưa ra chẩn đoán chính xác như nội soi dạ dày, MRI bụng, IHC, ... Bệnh nhân nam thứ hai cũng trong tình huống tương tự. Các bác sĩ lâm sàng rất có thể sẽ chẩn đoán sai nếu không xem xét

kỹ lưỡng về điểm tương đồng giữa HCC và HAS. Hơn nữa, nhiều bệnh viện ở Việt Nam không được trang bị đầy đủ các thiết bị y tế chuyên sâu như kể trên. Phương pháp điều trị các bệnh này cũng hoàn toàn khác nhau, do đó, chẩn đoán đóng vai trò quan trọng và quyết định toàn bộ quá trình điều trị trong tương lai của bệnh nhân.

Phương pháp điều trị HAS thường tuân theo các nguyên tắc điều trị ung thư dạ dày nói chung. Khi ở giai đoạn sớm, HAS chủ yếu được điều trị bằng phẫu thuật với mục đích chữa khỏi, sau đó là hóa trị bổ trợ và các phương thức điều trị toàn diện khác. Các phác đồ hóa trị tối ưu, cho cả các trường hợp bổ trợ và di căn vẫn chưa rõ ràng. Trong khi một số loại thuốc như 5-FU, cisplatin, oxaliplatin, irinotecan, docetaxel, paclitaxel, methotrexate,... và nhiều phác đồ điều trị khác nhau đã được sử dụng cho HAS di căn, không có phác đồ nào trong số đó được chứng minh là hiệu quả nhất⁶.

Việc đưa vào sử dụng liệu pháp nhắm đích và liệu pháp miễn dịch đã được chứng minh là có hiệu quả đối với một số loại ung thư nhất định bao gồm ung thư dạ dày. Trong thử nghiệm lâm sàng ToGA, Trastuzumab, một kháng thể đơn dòng tái tổ hợp của người chống lại thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu mô (HER2), đã được chứng minh là một tác nhân có hiệu quả khi kết hợp với hóa trị liệu cho những bệnh nhân có HER2 dương tính ở giai đoạn Ung thư dạ dày tiến triển⁹. Sự biểu hiện quá mức của HER2 trong ung thư dạ dày thay đổi tùy theo loại mô học (tuýp ruột nhiều hơn tuýp lan tỏa, lần lượt là 3 đến 23 so với 0 đến 6 phần trăm)¹⁰. Tuy nhiên, dữ liệu về mức độ bộc lộ HER2 trong các dưới nhóm mô học hiếm gặp của ung thư dạ dày còn hạn chế. Giuffre và cộng sự trước đây đã báo cáo tỷ lệ dương tính với HER2 cao (42,9%) trong HAS¹¹ trong khi nghiên cứu của Fujimori¹², tỷ lệ này là khoảng 25%. Tóm lại, HER2 thường biểu hiện quá mức trong HAS. Trong báo cáo ca bệnh đầu tiên của chúng tôi, HER2 đã được sàng lọc bằng IHC với kết quả dương tính và bệnh nhân có thể nhận được lợi ích của thuốc kháng Her 2 Trastuzumab. Tuy nhiên, tại Việt Nam, bảo hiểm y tế chỉ chi trả 50% chi phí cho loại thuốc này và bệnh nhân cần phải trả 50% còn lại. Điều này vẫn nằm ngoài khả năng chi trả của bệnh nhân và sau khi thảo luận với bệnh nhân, chúng tôi quyết định chỉ cho cô ấy hóa trị.

Trong kỷ nguyên của liệu pháp miễn dịch, phương pháp này có thể là phương án điều trị tiềm năng của HAS. Trong ung thư dạ dày, các lựa chọn cho bệnh nhân biểu hiện quá mức PD-L1 bao gồm liệu pháp miễn dịch kết hợp với hóa trị gây độc tế

bào. Do đó, phương pháp điều trị này cho bệnh nhân HAS đang được nghiên cứu thêm.

IV. KẾT LUẬN

HAS là một biến thể hiếm và đặc biệt của ung thư dạ dày được quan sát thấy thường di căn hạch bạch huyết, di căn gan và có tiên lượng xấu. Do có nhiều đặc điểm chung nên HAS có thể bị chẩn đoán nhầm với HCC trong một số trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **900-world-fact-sheets.pdf**. Accessed September 5, 2021. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
2. **Xia R, Zhou Y, Wang Y, Yuan J, Ma X.** Hepatoid Adenocarcinoma of the Stomach: Current Perspectives and New Developments. *Front Oncol.* 2021;11:950. doi:10.3389/fonc.2021.633916
3. **Hepatoid**. Accessed September 5, 2021. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/stomach/hepatoid.html>
4. **Zhao M, Sun L, Lai JZ, et al.** Expression of RNA-binding protein LIN28 in classic gastric hepatoid carcinomas, gastric fetal type gastrointestinal adenocarcinomas, and hepatocellular carcinomas: An immunohistochemical study with comparison to SALL4, alpha-fetoprotein, glypican-3, and Hep Par1. *Pathol Res Pract.* 2018;214(10):1707-1712. doi:10.1016/j.prp.2018.07.037
5. **Bourreille J, Metayer P, Sauger F, Matray F, Fondimare A.** [Existence of alpha feto protein during gastric-origin secondary cancer of the liver]. *Presse Med.* 1970;78(28):1277-1278.
6. **Søreide JA.** <p>Therapeutic Approaches to Gastric Hepatoid Adenocarcinoma: Current Perspectives</p>. *Ther Clin Risk Manag.* 2019;15:1469-1477. doi:10.2147/TCRM.S204303
7. **Isobe T, Hashimoto K, Kizaki J, et al.** Characteristics and prognosis of gastric cancer in young patients. *Oncol Rep.* 2013;30(1):43-49. doi:10.3892/or.2013.2467
8. **Inagawa S, Shimazaki J, Hori M, et al.** Hepatoid adenocarcinoma of the stomach. *Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc.* 2001;4(1): 43-52. doi:10.1007/s101200100016
9. **Bang Y-J, Van Cutsem E, Feyereislova A, et al.** Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 2010;376(9742):687-697. doi:10.1016/S0140-6736(10)61121-X
10. **Bartley AN, Washington MK, Ventura CB, et al.** HER2 Testing and Clinical Decision Making in Gastroesophageal Adenocarcinoma: Guideline From the College of American Pathologists, American Society for Clinical Pathology, and American Society of Clinical Oncology. *Arch Pathol Lab Med.* 2016;140(12):1345-1363. doi:10.5858/arpa.2016-0331-CP

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP CẮT BỎ MÔ XƠ BAO TRẮNG THỂ HANG VÀ SỬ DỤNG MẢNH GHÉP BÌ TRONG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CONG DƯƠNG VẬT MẮC PHẢI

Mai Bá Tiến Dũng¹, Đặng Quang Tuấn¹, Nguyễn Hồ Vĩnh Phước¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phương pháp cắt bỏ mô xơ trên bao trắng thể hang và sử dụng mảnh ghép bì được áp dụng trong các trường hợp con dương vật mức độ nặng hoặc con hoàn toàn. Rất nhiều kỹ thuật can thiệp ngoại khoa điều trị bệnh lý con dương vật mắc phải. Can thiệp ngoại khoa có sử dụng mảnh ghép được xem là phương pháp giúp bảo tồn chiều dài dương vật. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phương pháp cắt bỏ mô xơ bao trắng thể hang và sử dụng mảnh ghép bì trong phẫu thuật điều trị con dương vật mắc phải. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, thực hiện Bệnh viện Bình Dân từ 1/2016 –

12/2022. Chỉ định can thiệp ngoại khoa: con dương vật mắc phải diễn tiến trên 12 tháng, bệnh nhân trong giai đoạn ổn định trên 6 tháng, tất cả các trường hợp phẫu thuật đều áp dụng phương pháp cắt bỏ mô xơ của bao trắng thể hang và sử dụng mảnh ghép bì.

Đánh giá kết quả: Kết quả sớm sau phẫu thuật bao gồm độ thẳng của dương vật, biến dạng của dương vật, thay đổi chiều dài của dương vật. Kết quả đánh giá xa: hài lòng của người bệnh, tỷ lệ tái phát cần can thiệp phẫu thuật, các biến chứng khác. **Kết quả:** n = 52 bệnh nhân. Tuổi trung bình: 58,31 ± 8,5 tuổi (nhỏ nhất: 48 – tối đa: 72 tuổi). Lý do điều trị: dương vật bị biến dạng (36,8%), đau khi cương (31,6%), mảnh xơ cứng trên dương vật (26,3%). Tác động tiêu cực tâm lý: 52,6%. Vị trí mảnh xơ trên dương vật: phía trước (5,26%), giữa thân (47,37%), phía sau (47,37%). Diện tích mảnh xơ trên bao trắng thể hang: 72,59 ± 75,78mm² (15,51 mm² – 207mm²). Đánh giá kết quả điều trị ban đầu: Thay đổi cảm giác quy đầu (16,7%), phù nề quy đầu (21,05%), nhiễm trùng vết mổ (1,9%), đau thân dương vật (10,53%), dương vật

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Mai Bá Tiến Dũng

Email: maibatientdung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025