

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP HÓA CHẤT TRƯỚC MỔ TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Tuấn Anh¹, Nguyễn Trường Kiên¹, Nguyễn Thị Phương Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn được phẫu thuật kết hợp hóa chất trước mổ tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn III- IV không thể phẫu thuật tại thời điểm ban đầu, được điều trị hóa chất tân bổ trợ và được phẫu thuật từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2023 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,3 tuổi với 53,8% bệnh nhân có độ tuổi từ 40 đến 60, đa số bệnh nhân (73,1%) là nam giới. Các triệu chứng cơ năng thường gặp bao gồm đau bụng thượng vị (80,8%), gầy sút cân (73,1%), chán ăn (51,9%) và nôn, buồn nôn (28,8%). Triệu chứng thực thể gặp chủ yếu là thiếu máu (13,5%), sờ thấy hạch (11,5%), và nôn máu, đi ngoài phân đen (9,6%). Bệnh nhân có tổn thương u ở hang vị chiếm tỉ lệ cao nhất với 73,1%. Kích thước u từ 1-3 cm chiếm đa số với 40,4%, thể loét chiếm tỉ lệ cao nhất 42,3%. Đa số bệnh nhân điều trị bằng phác đồ FLOT, chiếm 90,4%; 5 bệnh nhân điều trị bằng phác đồ XELOX, chiếm 9,6%. Bệnh nhân đáp ứng 1 phần là 98,1%. Có 84,6% bệnh nhân được cắt dạ dày bán phần, 13,5% bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày và 1,9% cắt dạ dày mở rộng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 16,2 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm 2 năm và 5 năm lần lượt là 76,9% và 13,5%. Nhóm bệnh nhân di căn hạch N1, N2, N3a có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm tương ứng 27,3%, 10,3% và 8,3%. Sự khác biệt về tỷ lệ sống thêm toàn bộ giữa nhóm N1, N2, N3a là rõ rệt với $p < 0,05$ ($p=0,026$). **Kết luận:** Điều trị hóa chất trước mổ giúp kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ tăng tỷ lệ phẫu thuật và không làm tăng các biến chứng sau mổ cho bệnh nhân. **Từ khóa:** ung thư dạ dày, hóa chất tiền phẫu

SUMMARY

RESULTS OF GASTRIC CANCER TREATMENT BY SURGERY COMBINED WITH NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment outcomes of advanced gastric cancer patients who received surgery combined with preoperative chemotherapy at K Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study of 52 patients diagnosed with stage III-IV unresectable gastric carcinoma at baseline, treated with neoadjuvant chemotherapy and operated

from January 2018 to June 2023 at K Hospital. **Results:** The average age of patients was 59.3 years old with 53.8% of patients aged 40 to 60, the majority of patients (73.1%) were male. Common symptoms included epigastric pain (80.8%), weight loss (73.1%), anorexia (51.9%) and vomiting, nausea (28.8%). The main physical symptoms were anemia (13.5%), palpable lymph nodes (11.5%), and hematemesis and black stools (9.6%). Patients with tumor lesions in the antrum accounted for the highest proportion with 73.1%. Tumor size from 1-3 cm accounted for the majority with 40.4%, ulcer type accounted for the highest proportion with 42.3%. The majority of patients were treated with the FLOT regimen, accounting for 90.4%; 5 patients were treated with the XELOX regimen, accounting for 9.6%. Patients with partial response were 98.1%. 84.6% of patients had subtotal gastrectomy, 13.5% had total gastrectomy, and 1.9% had extended gastrectomy. The median overall survival was 16.2 months. The overall survival rates at 2 years and 5 years were 76.9% and 13.5%, respectively. The 5-year overall survival rates of patients with N1, N2, and N3a lymph node metastases were 27.3%, 10.3%, and 8.3%, respectively. The difference in overall survival rates between the N1, N2, and N3a groups was significant with $p < 0.05$ ($p=0.026$). **Conclusion:** Preoperative chemotherapy prolongs overall survival, increases the rate of gastrectomy, and does not increase postoperative complications for patients. **Keywords:** gastric cancer, neoadjuvant chemotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Tuy đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, UTDD vẫn thường được phát hiện muộn khi tổn thương đã xâm lấn, lan rộng bởi triệu chứng của UTDD ở giai đoạn sớm mơ hồ, không điển hình, không đặc hiệu, dễ nhầm với các bệnh lành tính của dạ dày. Các phương pháp trị liệu khác nhau đã được nghiên cứu và áp dụng để cải thiện sống thêm toàn bộ trong UTDD. Hóa trị liệu trước mổ được định nghĩa là bất kỳ hóa trị liệu trước phẫu thuật nào nhằm chuyển đổi khối u không thể cắt bỏ thành khối u có thể cắt bỏ. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng hóa trị liệu trước mổ giúp tăng tỷ lệ cắt bỏ dạ dày thành công, giảm giai đoạn của khối u và giảm các triệu chứng liên quan đến khối u, tăng cơ hội điều trị triệt căn cho bệnh nhân. Các phác đồ hóa chất hay được sử dụng trong điều trị bổ trợ trước phẫu thuật là ECF, ECX, FLOT,... Tại Việt Nam còn ít các nghiên cứu đánh giá đầy đủ về hiệu quả điều trị hóa chất trước mổ tác động

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025

tới phẫu thuật cũng như hiệu quả điều trị UTDD bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất trước mổ. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn được phẫu thuật kết hợp hóa chất trước mổ tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 52 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn III- IV không thể phẫu thuật tại thời điểm ban đầu, được điều trị hóa chất tân bổ trợ và được phẫu thuật từ tháng 01/2018 đến tháng 06/ 2023 tại Bệnh viện K.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô dạ dày nguyên phát.
- Được phẫu thuật dạ dày sau điều trị hóa chất tiền phẫu bao gồm:
 - + Cắt toàn bộ dạ dày + vét hạch triệt căn.
 - + Cắt dạ dày palliative
 - + Nối vị tràng
- Được điều trị hóa chất trước mổ đạt đáp ứng một phần hoặc toàn bộ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đã phẫu thuật cắt dạ dày do loét, thủng hoặc ung thư trước đây.
- Di căn hệ thần kinh trung ương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

- Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.
- Thông tin sau điều trị được thu thập bằng cách:
 - o Khám kiểm tra định kỳ theo hẹn
 - o Gọi điện thoại theo số liên lạc lưu trong hồ sơ bệnh án.

2.3. Xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.
- Sử dụng thuật toán thống kê các số liệu được biểu diễn dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, tính tần số.
- Sử dụng test χ^2 khi so sánh các tỷ lệ nghiên cứu (khoảng tin cậy 95%).
- So sánh khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện được sự đồng ý của các cấp lãnh đạo Bệnh viện.

Các thông tin về kết quả nghiên cứu của cá nhân bệnh nhân được giữ kín.

Kết quả của nghiên cứu này phục vụ cho công tác điều trị, chăm sóc sức khỏe của Nhân dân.

Nghiên cứu không ảnh hưởng đến quá trình và kết quả điều trị của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
< 40 tuổi	5	9,6
40-60 tuổi	28	53,8
> 60 tuổi	19	36,5
Giới		
Nam	38	73,1
Nữ	14	26,9
Triệu chứng lâm sàng		
Đau thượng vị	42	80,8
Gầy sút cân	38	73,1
Nôn, buồn nôn	15	28,8
Chán ăn	27	51,9
Triệu chứng thực thể		
Sờ thấy u thượng vị	0	0
Cổ chướng	1	1,9
Hạch thượng đòn/hạch cổ	6	11,5
Thiếu máu	7	13,5
Nôn máu, đi ngoài phân đen	5	9,6
Tổng số	52	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,3 tuổi với 53,8% bệnh nhân có độ tuổi từ 40 đến 60, đa số bệnh nhân (73,1%) là nam giới. Các triệu chứng cơ năng thường gặp bao gồm đau bụng thượng vị (80,8%), gầy sút cân (73,1%), chán ăn (51,9%) và nôn, buồn nôn (28,8%). Triệu chứng thực thể gặp chủ yếu là thiếu máu (13,5%), sờ thấy hạch (11,5%), và nôn máu, đi ngoài phân đen (9,6%).

Bảng 2. Kết quả nội soi dạ dày

Kết quả nội soi		Số lượng (n=52)	Tỉ lệ (%)
Vị trí u	Tâm vị	5	9,6
	Thân vị	9	17,3
	Hang vị	38	73,1
Kích thước u	1-3cm	21	40,4
	>3 -<5cm	19	36,5
	5 - 10cm	9	17,3
	>10 cm	3	5,8
Tổn thương	Loét	22	42,3
	Loét sùi	18	34,6
	Sùi	5	9,6
	Loét thâm nhiễm	7	13,5
Chảy máu		2	3,8
Hẹp môn vị		12	23,1

Nhận xét: Bệnh nhân có tổn thương u ở hang vị chiếm tỉ lệ cao nhất với 73,1%. Kích

thước u từ 1-3 cm chiếm đa số với 40,4%; u thể loét chiếm tỷ lệ cao nhất 42,3%

Bảng 3. Kết quả điều trị hóa chất tiền phẫu

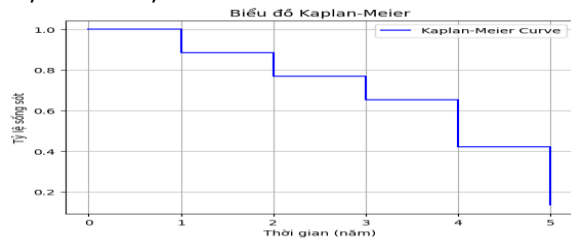
Phác đồ điều trị	n	%
FLOT	47	90,4
XELOX	5	9,6
Đáp ứng điều trị		
Đáp ứng hoàn toàn	1	1,9
Đáp ứng một phần	51	98,1
Phương pháp phẫu thuật		
Cắt bán phần dạ dày	44	84,6
Cắt toàn bộ dạ dày	7	13,5
Cắt dạ dày mở rộng	1	1,9
Tổng	52	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân điều trị bằng phác đồ FLOT, chiếm 90,4%; 5 BN điều trị bằng phác đồ XELOX, chiếm 9,6%. Đa số bệnh nhân đáp ứng 1 phần 98,1%. Có 84,6% bệnh nhân được cắt dạ dày bán phần, 13,5% bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày và 1,9% cắt dạ dày mở rộng.

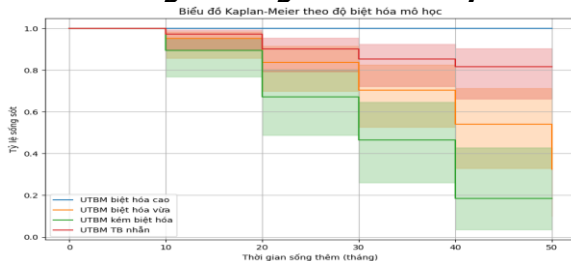
Bảng 4. Thời gian sống thêm toàn bộ

Sống thêm toàn bộ (n=52)	1 năm	2 năm	3 năm	4 năm	5 năm
Số bệnh nhân tử vong tích lũy	6	12	18	30	45
Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (%)	88,5	76,9	65,4	42,3	13,5
Thời gian sống thêm toàn bộ (tháng)	16,2 ± 4,8				

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 16,2 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm 2 năm và 5 năm lần lượt là 76,9% và 13,5%.



Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan - Meier mô tả thời gian sống thêm toàn bộ



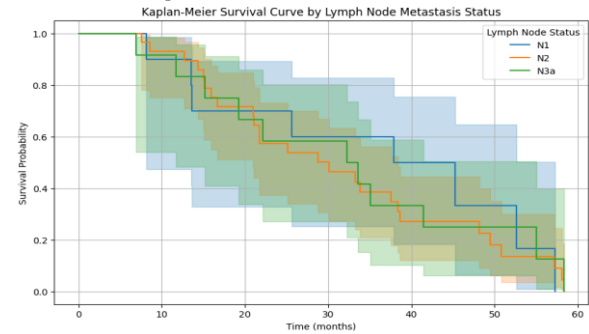
Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa thời gian sống thêm với độ mô học

Nhận xét:

- UTBM biệt hóa vừa: Thời gian sống thêm trung bình là 33.75 tháng.
- UTBM kém biệt hóa: Thời gian sống thêm trung bình là 23.19 tháng.
- UTBM TB nhẵn: Thời gian sống thêm trung bình là 25 tháng

Sự khác biệt về tỷ lệ sống thêm toàn bộ giữa các nhóm theo mô học không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Thời gian sống thêm toàn bộ liên quan tới di căn hạch



Biểu đồ 2. Liên quan thời gian sống thêm và di căn hạch

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân di căn hạch N1, N2, N3a có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm tương ứng 27,3%, 10,3% và 8,3%. Sự khác biệt về tỷ lệ sống thêm toàn bộ giữa nhóm N1, N2, N3a là rõ rệt với $p < 0,05$ ($p=0,026$)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 52 bệnh nhân UTDD giai đoạn III-IV có 38 bệnh nhân nam và 14 bệnh nhân nữ. Tỷ lệ nam/ nữ = 2,7. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 59,3 tuổi, trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 36 tuổi, lớn nhất là 77 tuổi. Nhóm BN từ 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,8%. Kết quả này tương đồng với một số tác giả trong và ngoài nước như Nguyễn Thị Minh Phương (2020) độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 58,8 tuổi, cũng như nghiên cứu của Yamada (2014) cho thấy độ tuổi trung bình là 65 tuổi [1] [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau thượng vị là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất, với 80,8%, tiếp đến là gầy sút cân với 73,1%, ít gặp hơn là chán ăn (51,9%), nôn, buồn nôn (28,8%). Triệu chứng thực thể ít gặp hơn, thường gặp nhất là thiếu máu (13,5%), hạch thượng đòn (11,5%) và nôn máu đi ngoài phân đen (9,6%). Điều này tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Phương (2020) triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng thượng vị, chiếm 76,2% [1]. Triệu chứng gầy sút cân

chiếm 57,1%, chán ăn chiếm 45,2% và nôn, buồn nôn chiếm 38,1%, triệu chứng thực thể như đi ngoài phân đen chiếm 14,3%, sờ thấy hạch chiếm 14,3% [1]. Nguyễn Văn Hùng (2017) cũng cho thấy kết quả tương tự khi nghiên cứu trên nhóm BN này với tỷ lệ đau bụng gặp 68,2% [3].

Vị trí u: vị trí thường gặp nhất là hang – môn vị, chiếm 73,1%; tiếp theo là thân vị 17,3%. Theo nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (2001), ung thư dạ dày gặp ở hang môn vị 55,9% [4]. Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự. Vũ Hải (2009) cho thấy tổn thương ở hang vị chiếm 78,7%; Ohno (1998) nghiên cứu 1042 bệnh nhân UTDD ở Nhật Bản trong thời gian 1975 – 1992 cho thấy tổn thương 1/3 giữa dạ dày chiếm 42,2%.

Hình thái tổn thương: thường gặp nhất là thể loét 42,3% và loét sùi 34,6%. Thể sùi đơn thuần ít gặp nhất 9,6%. Tỷ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu cho thấy thể loét là nhiều nhất như của Vũ Hải (2009) gặp thể loét chiếm 61,7%. Trịnh Hồng Sơn (2001) cho kết quả 75,16% là thể loét.

Trong nghiên cứu, các bệnh nhân có đáp ứng với điều trị hoá chất là 100%, đa số là bệnh nhân đáp ứng một phần với 98,1%; bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn có 1 trường hợp chiếm 1,9%.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu tương đồng có tỉ lệ đáp ứng khả quan khoảng 50%, nghiên cứu Trần Mai Phương (2020) với đáp ứng phác đồ XELOX đạt 50,1%, tác giả Nguyễn Trọng Hiếu (2022) ghi nhận đáp ứng của phác đồ TCX với UTDD giai đoạn này là 53,5%, điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu quốc tế như đề cập trong một phân tích tổng hợp của Wagner và cộng sự [5] [6].

Các bệnh nhân chủ yếu được sử dụng 2 phương pháp phẫu thuật cắt dạ dày bán phần (84,6%) và cắt dạ dày toàn bộ (13,5). Có 3 bệnh nhân (5,8%) trong nghiên cứu trước đó đã mổ nhưng ko cắt được dạ dày, đã được thực hiện nối vị tràng. Sau khi điều trị hoá chất có đáp ứng, bệnh nhân đã có chỉ định mà được mổ cắt dạ dày. So với các tác giả khác tỉ lệ cắt toàn bộ dạ dày của chúng tôi thấp hơn Trịnh Hồng Sơn (2001) là 17,97% do một số bệnh nhân sau mổ cắt toàn bộ dạ dày có thể trạng yếu đã không được chọn vào trong nghiên cứu của chúng tôi [4].

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được nạo vét hạch ở mức D2 (80,8%), chỉ có 11 bệnh nhân không nạo vét hạch (19,2%). Các tác giả Nhật Bản đã chứng minh được di căn hạch là yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư dạ dày, qua đó khẳng định lợi ích của việc nạo vét hạch trong phẫu thuật điều trị

ung thư dạ dày, là giúp kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân. Tỷ lệ sống thêm 5 năm sau phẫu thuật vét hạch D2 là 50% so với D1 là 30%.

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 1 năm trong nghiên cứu của chúng tôi là 88,5%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vượng và CS (2013) là 97,1%; nghiên cứu của Jiang và CS (2020) là 97,2% [7] [8]. Sau 3 năm thì tỷ lệ STTB giảm còn 65,4% thấp hơn so với nghiên cứu của Jiang và CS (2020) là 83,3%; nghiên cứu của Shin và CS (2019) là 86%; nghiên cứu của Bang và CS (2012) là 83% [9]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Cho và CS (2017) với tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 69,6%; cao hơn trong nghiên cứu của Yin và CS (2020) với sống thêm toàn bộ 5 năm là 52,17%. Sự khác biệt về sống thêm toàn bộ giữa các nghiên cứu ngoài do giai đoạn khác nhau cũng như phân bố bệnh nhân trong từng giai đoạn còn liên quan đến các phác đồ điều trị sau tái phát.

Theo phần lớn các tài liệu và nghiên cứu nếu phân loại theo Lauren cho thấy tỉ lệ lan tỏa có tiên lượng xấu hơn và theo độ biệt hóa tỉ lệ kém biệt hóa thường xấu hơn. Kết quả nghiên cứu cũng thấy tỉ lệ kém biệt hóa có tỷ lệ sống thêm 5 năm thấp nhất, sống thêm trung bình 23,19 tháng. Tỉ lệ tế bào nhẵn sống thêm trung bình 25 tháng. Tỉ lệ biệt hóa vừa thời gian sống thêm trung bình 33,75 tháng. Tỉ lệ biệt hóa cao có tỷ lệ sống thêm toàn bộ tốt nhất. Nguyễn Xuân Kiên (2005) gặp tỉ lệ kém biệt hóa thường ở những bệnh nhân giai đoạn muộn và có tiên lượng sống thêm xấu hơn. Tỉ lệ UTBM kém biệt hóa và không biệt hóa có tỷ lệ sống thêm 5 năm và thời gian sống thêm trung bình đều thấp tương ứng là 10,41% với 30,67 tháng và 0,0% với 13,43 tháng [3].

Nhóm bệnh nhân di căn hạch N1, N2, N3a có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm tương ứng 27,3%, 10,3% và 8,3%. Sự khác biệt về tỷ lệ sống thêm toàn bộ giữa nhóm N1, N2, N3a là rõ rệt với $p < 0,05$ ($p = 0,026$). Tình trạng di căn hạch có liên quan chặt chẽ với thời gian sống thêm và là yếu tố tiên lượng quan trọng trong UTDD. Nguyễn Xuân Kiên (2005) thấy tỷ lệ sống 5 năm của nhóm bệnh nhân không di căn hạch là 72,23%; thời gian sống thêm trung bình 71,32 tháng và nhóm bệnh nhân đã có di căn hạch là 11,36%; thời gian sống thêm trung bình 32,58 tháng [3].

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình là 59,3. Tỷ lệ nam/nữ là 2,7
- Đau thượng vị là triệu chứng lâm sàng hay

gặp nhất chiếm 80,8%.

- Đa số bệnh nhân được điều trị tiền phẫu bằng phác đồ FLOT (90,4%).

- Có 100% bệnh nhân có đáp ứng với hóa chất tiền phẫu, trong đó đa số bệnh nhân đáp ứng một phần (98,1%).

- Chủ yếu bệnh nhân được cắt bán phần dạ dày (80,8%) và được vét hạch ở mức D2 (80,8%).

- Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 16,2 tháng.

- Điều trị hóa chất trước mổ không ảnh hưởng đến các biến chứng sau mổ và tăng thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ cho bệnh nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Phương.** Đánh giá kết quả phác đồ Ts1-cisplatin trong điều trị, bước một ung thư dạ dày giai đoạn muộn tại bệnh viện K. Thesis. ĐHY; và 2022. 2020. Accessed August 23.
2. **Higuchi K Yamada Y, Nishikawa K, et al.** Phase III study comparing và các cộng sự.
3. **Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y. Nguyễn Xuân Kiên** (2005). Nghiên cứu một số

yếu tố giải phẫu bệnh liên quan đến thời gian sống thêm sau phẫu thuật ung thư dạ dày

4. **Trịnh Hồng Sơn.** Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung và Đại học Y Hà Nội; 2001. thư dạ dày.

5. **Trần Mai Phương.** Đánh giá kết quả điều trị bệnh ung thư dạ dày giai, đoạn muộn bằng phác đồ xelox tại bệnh viện K. Luận văn chuyên khoa và Trường đại học Y Hà Nội; 2020. cấp II.

6. **Cuschieri A, Weeden S, Fielding J, Bancewicz J, Craven J, Joypaul V, Sydes M, Fayers P.** Patient Survival After D1 and D2 Resections for Gastric Cancer: Long-Term Results of the UK Medical Research Council (MRC) Randomised Surgical Trial. Br. J. Cancer. 1999; 79:1522–1530.

7. **Nguyễn Thị Vượng.** Đánh Giá Hiệu Quả Phác Đồ XELOX Trong Điều và Trị Hỗ Trợ Ung Thư Dạ Dày. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2013.

8. **Cai Z, Jiang Z, Yin Y, Shen C, et al.** Impact of Surgical Margin Status on the Survival Outcome After Surgical Resection of Gastric Cancer: A Protocol for Systematic Review and Meta-Analysis. BMJ Open. 2020;10:e040282-2020-040282. doi: 10.1136/bmjopen-2020-040282.

9. **Kim YW Bang YJ, Yang HK, et al.** Adjuvant capecitabine and và các cộng sự.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY KÉO DÀI Ở TRẺ 6-24 THÁNG TẠI KHOA TIÊU HÓA BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Trọng Bách¹, Hoàng Ngọc Quỳnh², Nguyễn Thị Việt Hà^{2,3}

TÓM TẮT

Tiêu chảy kéo dài là một đợt tiêu chảy khởi đầu cấp tính và kéo dài 8-13 ngày gây ảnh hưởng đến tình trạng hấp thu nước, điện giải và dinh dưỡng của trẻ.

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét kết quả điều trị tiêu chảy kéo dài ở trẻ 6 - 24 tháng tuổi tại khoa Tiêu hoá, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca bệnh trên 79 trẻ từ 6- 24 tháng tuổi được chẩn đoán tiêu chảy kéo dài tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/07/2023 - 30/06/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của trẻ là 10,2 ± 4,2 tháng. Tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,8/1.

100% trẻ được sử dụng kháng sinh và bù nước điện giải đường uống, 30,4% trẻ được bù nước điện giải theo phác đồ B. Tỷ lệ trẻ được bổ sung probiotic và kẽm lần lượt là 97,5% và 45,6%. Kháng sinh lựa chọn ban đầu cho trẻ là cefixim (58,2%) và azithromycin (32,9%). Sau 3 ngày, 69,7% trẻ được chuyển kháng

sinh từ đường uống sang đường tiêm tĩnh mạch chậm. 48,1% được tiêm ceftriaxone sau liệu pháp đường uống thất bại. 16,5% được phối hợp 2 kháng sinh là ceftriaxone và metronidazole. Thời gian điều trị trung bình là 6,9 ± 2,7 ngày. Ở thời điểm ra viện, các triệu chứng sốt, nôn, tiêu chảy và tình trạng mất nước cải thiện rõ rệt, xét nghiệm phân trở về bình thường. Tỷ lệ trẻ còn tình trạng biếng ăn và viêm hậu môn còn cao và lần lượt là 50,6% và 63,3%. **Kết luận:** Tiêu chảy kéo dài nhiễm khuẩn là vấn đề thường gặp ở trẻ em đòi hỏi phải phối hợp nhiều biện pháp điều trị trong đó sử dụng kháng sinh hợp lý, bù nước - điện giải, bổ sung kẽm và probiotic là các biện pháp điều trị quan trọng. **Từ khóa:** Tiêu chảy kéo dài, nhiễm khuẩn, trẻ em, điều trị, kháng sinh.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFICACY OF TREATMENT OF PROLONGED DIARRHEA IN CHILDREN AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Prolonged diarrhea is classified according to its onset and duration of 8–13 days, affecting the child's absorption of water, electrolytes and nutrition. **Aim:** To evaluate the efficacy of treatment of prolonged diarrhea in children 6 - 24 months old at the Department of Gastroenterology, National Children's Hospital. **Materials and methods:** a prospective

¹Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 11.4.2025