

chính dẫn đến tình trạng tự ý sử dụng kháng sinh kéo dài, làm tăng nguy cơ kháng kháng sinh và gây khó khăn cho công tác điều trị.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

- Nâng cao nhận thức cộng đồng: Tăng cường giáo dục về tác hại của việc lạm dụng kháng sinh, đặc biệt ở khu vực nông thôn thông qua các chiến dịch truyền thông và các chương trình tại cơ sở y tế.

- Thắt chặt quản lý việc bán kháng sinh: Quy định chỉ cho phép bán kháng sinh khi có đơn của bác sĩ và giám sát việc bán kháng sinh tại các nhà thuốc để giảm thiểu tình trạng lạm dụng [4].

- Cải thiện dịch vụ y tế tại nông thôn: Đảm bảo rằng người dân nông thôn có thể dễ dàng tiếp cận dịch vụ y tế chuyên nghiệp để giảm thiểu nhu cầu tự điều trị bằng kháng sinh [7].

- Đào tạo nhân viên y tế: Tăng cường đào tạo cho bác sĩ, dược sĩ và các nhân viên y tế về việc kê đơn kháng sinh hợp lý và tư vấn cho bệnh nhân về sử dụng kháng sinh đúng cách. Những biện pháp này sẽ góp phần kiểm soát tốt hơn tình trạng sử dụng kháng sinh, giảm thiểu nguy cơ kháng kháng sinh, và cải thiện sức khỏe cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổ chức Y tế Thế giới.** (2020). Antibiotic Resistance: A Global Threat. Truy cập từ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>.
2. **Bộ Y tế Việt Nam.** (2019). Tài liệu đào tạo về sử dụng kháng sinh hợp lý và an toàn. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Việt Nam.
3. **Nguyễn Thị Hương & Phạm Thanh Phong.** (2021). "Tình trạng sử dụng kháng sinh trong các bệnh Tai Mũi Họng tại các bệnh viện công ở Việt Nam và những giải pháp hạn chế". Tạp chí Y tế Công cộng, Tập 45, Số 2, trang 112-120.
4. **Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam (WHO Vietnam).** (2021). Khảo sát về kiến thức, thái độ và hành vi sử dụng kháng sinh ở người dân Việt Nam. Truy cập từ <https://www.who.int/vietnam/antibiotic-resistance-survey>.
5. **Trần Văn An & Nguyễn Minh Long.** (2020). "Khảo sát nhận thức và hành vi sử dụng kháng sinh của người dân trong điều trị bệnh lý Tai Mũi Họng tại thành phố Hồ Chí Minh". Tạp chí Nghiên cứu Y học, Tập 52, Số 5, trang 215-225.
6. **Davies, S. C.** (2013). "Annual report on antibiotic resistance: global implications". The Lancet, 381(9870), 1606-1609.
7. **Ventola, C. L.** (2015). "The antibiotic resistance crisis: part 1: causes and threats". Pharmacy and Therapeutics, 40(4), 277-283.
8. **Laxminarayan, R., et al.** (2013). "Antibiotic resistance—the need for global solutions". The Lancet Infectious Diseases, 13(12), 1057-1098.
9. **World Health Organization.** (2022). "Global action plan on antimicrobial resistance". Retrieved from <https://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/en/>

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA (GISTS) TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Trần Hoàng Cường<sup>1</sup>, Đào Đức Tiến<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mối liên quan giữa giải phẫu bệnh và tình trạng di căn trên bệnh nhân được chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal Stromal Tumors – GISTs) điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 31 bệnh nhân được chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** 61,3% bệnh nhân là nam giới; độ tuổi trung bình là 53,9 tuổi. 74,2% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng. 48,5% bệnh nhân phát hiện qua chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. 45,2% bệnh nhân

biểu hiện bệnh dạ dày. Kiểm định Chi square giữa chỉ số phân bào, đặc điểm mô học và tình trạng di căn cho p lần lượt p= 0,379 và p= 0,371. **Kết luận:** U mô đệm đường tiêu hóa hay gặp ở nam giới, độ tuổi trong khoảng 40-60, vị trí hay gặp là dạ dày. Không có sự liên quan giữa chỉ số phân bào, độ mô học với tình trạng di căn.

**Từ khóa:** U mô đệm đường tiêu hóa, GISTs.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS (GISTS) AT MILITARY HOSPITAL 175

**Objective:** Describing the clinical and paraclinical characteristics and the relationship between pathology and disease characteristics patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumors (Gastrointestinal Stromal Tumors - GISTs) treated at the Military Hospital. 175. **Subjects and methods:** Retrospective cross-sectional study on 31 patients diagnosed with

<sup>1</sup>*Viện Ung bướu & Y học hạt nhân-Bệnh viện Quân y 175*  
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Cường  
 Email: bsungthutranhoangcuong@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 10.2.2025  
 Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025  
 Ngày duyệt bài: 24.4.2025

gastrointestinal stromal tumor treated at Military Hospital 175 from January 2022 to September 2024. **Results:** 61,3% of patients were men; The average age is 53,9 years old. 74,2% of patients had symptoms of abdominal pain. 48,5% of patients were detected through abdominal computed tomography. 45,2% of patients presented with stomach disease. Chi square test between mitotic index, histological characteristics and metastatic status showed  $p = 0.379$  and  $p = 0.371$ , respectively. **Conclusion:** Gastrointestinal stromal tumors are common in men, aged between 40-60, and the most common location is the stomach. There is no relationship between mitotic index, histological grade and metastatic status.

**Keywords:** Gastrointestinal stromal tumor, GISTs.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal Stromal Tumors – GISTs) được xếp vào nhóm các khối u không biểu mô của đường tiêu hóa, chúng xuất phát từ các tế bào trung mô từ thành ống tiêu hóa hay còn được biết là tế bào Cajal. Bệnh lý này chiếm khoảng 0,2% các bệnh lý đường tiêu hóa và khoảng 1-2% các bệnh lý vị trí ống tiêu hóa. Bệnh lý này có thể gặp ở nhiều độ tuổi khác nhau, tuy nhiên tập trung nhiều ở lứa tuổi từ 40-60 tuổi.<sup>1</sup>

U mô đệm đường tiêu hóa cũng có thể gặp ở nhiều vị trí khác nhau: dạ dày, ruột non, mạc treo. Trong đó dạ dày là vị trí hay gặp nhất. Bản chất u mô đệm đường tiêu hóa (GISTs) mang tính chất trung tính. Tuy nhiên có xấp xỉ 10-30% có thể chuyển dạng sang ác tính.<sup>2</sup>

Hiện nay có nhiều phương pháp giúp chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa (GISTs) như nội soi, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, trong đó nội soi và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang là hai phương pháp thường được áp dụng để chẩn đoán.

Dưới góc độ mô bệnh học, u mô đệm đường tiêu hóa (GISTs) được phân tầng yếu tố nguy cơ dựa trên chỉ số phân bào, độ mô học, vị trí và kích thước khối u. Sự phân tầng này góp phần tiên lượng đáp ứng điều trị cũng như nguy cơ tái phát của bệnh. Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về u mô đệm đường tiêu hóa (GISTs), tập trung chủ yếu vào nghiên cứu đáp ứng điều trị các thuốc nhắm trúng đích, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu mô tả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng về nhóm bệnh nhân u mô đệm đường tiêu hóa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:** 31 bệnh nhân u mô đệm đường tiêu hóa điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2022 đến tháng 9/2024.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu loạt ca.
- Cỡ mẫu: thuận tiện.
- Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định u mô đệm đường tiêu hóa bằng giải phẫu bệnh, điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân chưa được chẩn đoán xác định u mô đệm đường tiêu hóa, còn chẩn đoán phân biệt với các khối u đường tiêu hóa khó phân biệt khác.
- + Hồ sơ bệnh án nghiên cứu không đầy đủ thông tin.

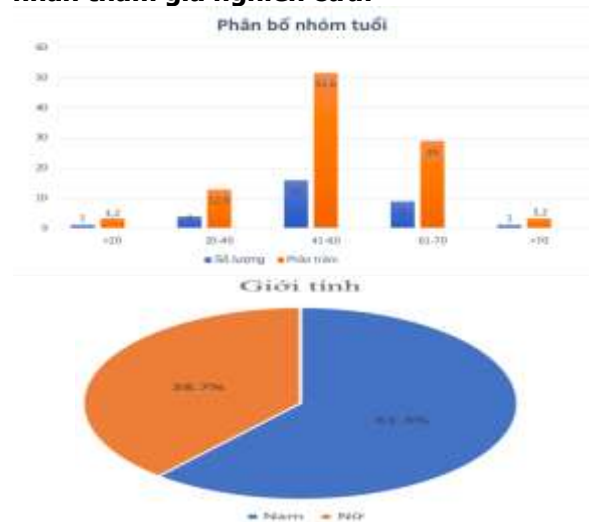
**2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu.** Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng khi nhập viện, phương pháp chẩn đoán bệnh, đặc điểm giải phẫu bệnh và tình trạng di căn của bệnh.

#### 2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Số liệu thu thập trên hồ sơ bệnh án.
- Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 26.0.
- Sử dụng kiểm định Chi square test.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu:



**Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi và giới tính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

**Nhận xét:** - Tỷ lệ nam: nữ xấp xỉ 1,6:1 với 61,3% nam và 38,7% nữ.

- Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là  $53,9 \pm 13,44$ .

- Nhóm tuổi 41-60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 51,6%, bệnh nhân có độ tuổi cao nhất là 74 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi.

#### **Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân khi vào viện**

| Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân | Số bệnh nhân (n=31) | Tỉ lệ (%) |
|------------------------------------|---------------------|-----------|
| Đau bụng                           | 23                  | 74,2      |
| Tiêu chảy                          | 3                   | 9,6       |
| Nôn                                | 2                   | 6,6       |

|                      |           |            |
|----------------------|-----------|------------|
| Các triệu chứng khác | 3         | 9,6        |
| <b>Tổng</b>          | <b>31</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng chiếm 74,2% trường hợp vào viện. Các triệu chứng tiêu chảy, nôn là các triệu chứng ít gặp hơn.

**Bảng 3.2. Phương tiện chẩn đoán**

| Phương tiện chẩn đoán                 | Số bệnh nhân (n=31) | Tỉ lệ (%)  |
|---------------------------------------|---------------------|------------|
| Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng | 9                   | 29         |
| Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng           | 15                  | 48,5       |
| Các phương tiện cận lâm sàng khác     | 7                   | 22,5       |
| <b>Tổng</b>                           | <b>31</b>           | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân phát hiện bệnh thông qua chụp cắt lớp vi tính ổ bụng với 48,5%. Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng cũng giữ vai trò quan trọng với 29%.

**Bảng 3.3. Vị trí của khối u mô đệm đường tiêu hoá**

| Vị trí u    | Số bệnh nhân (n=31) | Tỷ lệ (%)  |
|-------------|---------------------|------------|
| Dạ dày      | 14                  | 45,2       |
| Ruột non    | 9                   | 29         |
| Mạc treo    | 3                   | 9,7        |
| Phúc mạc    | 1                   | 3,2        |
| Trực tràng  | 4                   | 12,9       |
| <b>Tổng</b> | <b>31</b>           | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Phần lớn u mô đệm đường tiêu hoá xuất phát từ dạ dày, chiếm 45,2% tổng số ca nghiên cứu, trong nghiên cứu của chúng tôi, ruột non cũng là vị trí hay gặp với 9/31 ca, chiếm 29%.

### 3.2. Đánh giá đặc điểm mô bệnh học, tình trạng di căn và một số mối tương quan:

**Bảng 3.4. Đánh giá mối tương quan giữa tình trạng di căn và vị trí khối u**

|                    | Dạ dày    | Ruột non | Mạc treo | Phúc mạc | Trực tràng | Tổng (n=31) |
|--------------------|-----------|----------|----------|----------|------------|-------------|
| Chưa di căn        | 9         | 2        | 2        | 0        | 4          | 17          |
| Đã di căn          | 5         | 7        | 1        | 1        | 0          | 14          |
| <b>Tổng (n=31)</b> | <b>14</b> | <b>9</b> | <b>3</b> | <b>1</b> | <b>4</b>   | <b>31</b>   |

**Nhận xét:** U ở vị trí ruột non hay di căn nhất, với 7/9 trường hợp, theo sau là dạ dày với 5/14 trường hợp.

**Bảng 3.5. Đánh giá mối tương quan giữa chỉ số phân bào và vị trí khối u**

|                    | Dạ dày    | Ruột non | Mạc treo | Phúc mạc | Trực tràng | Tổng (n=31) |
|--------------------|-----------|----------|----------|----------|------------|-------------|
| Chỉ số <5/5        | 2         | 4        | 2        | 0        | 1          | 9           |
| Chỉ số >5/5        | 12        | 5        | 1        | 1        | 3          | 22          |
| <b>Tổng (n=31)</b> | <b>14</b> | <b>9</b> | <b>3</b> | <b>1</b> | <b>4</b>   | <b>31</b>   |

**Nhận xét:** U ở vị trí trực tràng có tỉ lệ phân bào >5/5 cao nhất, với 3/4 trường hợp, theo sau là ruột non với 5/9 trường hợp.

**Bảng 3.6. Đánh giá mối tương quan giữa chỉ số phân bào và tình trạng di căn**

|                    |      | Tình trạng di căn |             | Tổng (n=31) | P                           |
|--------------------|------|-------------------|-------------|-------------|-----------------------------|
| Chỉ số phân bào    |      | Đã di căn         | Chưa di căn |             |                             |
|                    |      |                   |             |             |                             |
| <5/5               | <5/5 | 6                 | 3           | 9           | 0,379 (χ <sup>2</sup> test) |
|                    | >5/5 | 11                | 11          | 22          |                             |
| <b>Tổng (n=31)</b> |      | <b>17</b>         | <b>14</b>   | <b>31</b>   |                             |

**Nhận xét:** Sử dụng kiểm định Chi square cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, không có mối liên quan giữa chỉ số phân bào và tình trạng di căn.

**Bảng 3.7. Đánh giá mối tương quan giữa độ mô học và tình trạng di căn**

|                    |            | Tình trạng di căn |             | Tổng (n=31) | P                           |
|--------------------|------------|-------------------|-------------|-------------|-----------------------------|
| Độ mô học (Grade)  |            | Đã di căn         | Chưa di căn |             |                             |
|                    |            |                   |             |             |                             |
| Cao                | Cao        | 11                | 11          | 22          | 0,371 (χ <sup>2</sup> test) |
|                    | Trung bình | 3                 | 1           | 4           |                             |
|                    | Thấp       | 3                 | 2           | 5           |                             |
| <b>Tổng (n=31)</b> |            | <b>17</b>         | <b>14</b>   | <b>31</b>   |                             |

**Nhận xét:** Sử dụng kiểm định Chi square cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, không có mối liên quan giữa độ mô học và tình trạng di căn.

## IV. BÀN LUẬN

- **Đặc điểm lâm sàng:** Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi thấp nhất là 19, độ tuổi cao nhất là 74, tuổi trung bình mắc bệnh là 53,9 ± 13,44. Độ tuổi hay gặp từ 41-60 tuổi chiếm tỉ lệ 51,6%, bệnh hay gặp ở nam với tỉ lệ nam : nữ xấp xỉ 1,6:1 .Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thu Phương và cộng sự (2024) với độ tuổi trung bình hay gặp u mô đệm đường tiêu hoá là 57,83 và tỉ lệ nam:nữ là 2:1<sup>3</sup>, cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phạm Gia Anh và Trịnh Hồng Sơn (2021) nghiên cứu trên nhóm u không biểu mô trong đó có GISTs cho thấy độ tuổi hay gặp là 57,1 ±14,7 và hay gặp ở nam với tỉ lệ là 1,13:1<sup>4</sup>. Nghiên cứu này có khác biệt với nghiên cứu của Chayanit và cộng sự (2018) với độ tuổi trung bình là 61,18 ±14,13, tỉ lệ nam: nữ là 1:1<sup>5</sup>. Để giải thích cho sự khác biệt này, do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu tương đối nhỏ (n=31) nên đưa ra kết quả có phần sai khác. Bàn về tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ, nhiều nghiên cứu phân tích tổng hợp cũng cho thấy tỉ lệ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ như nghiên cứu của Jzerman và cộng sự (2020) trên 118 bài báo cho thấy trong 1425 bệnh nhân

được nghiên cứu có 58% bệnh nhân là nam, đạt tỉ lệ 1,38:1<sup>7</sup>, nghiên cứu của Jianfang và cộng sự (2020) cũng cho thấy tỉ lệ nam: nữ mắc bệnh xấp xỉ 1,1:1<sup>8</sup>, cả hai nghiên cứu này đều chỉ ra ngoài tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nữ, nhóm các bệnh nhân nam có tiên lượng điều trị kém hơn và kết cục điều trị cũng kém hơn so với các bệnh nhân nữ.

- **Triệu chứng hay gặp:** 23 trường hợp có triệu chứng ban đầu là đau bụng, chiếm tỉ lệ 74,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Gia Anh và Trịnh Hồng Sơn (2021) cho thấy đau bụng là triệu chứng hay gặp, chiếm 70% các trường hợp<sup>4</sup>. Có sự khác biệt so với nghiên cứu của Chayanit và cộng sự (2018) khi xuất huyết tiêu hoá là triệu chứng lâm sàng nổi bật, chiếm 39,7%<sup>5</sup>.

- **Vị trí khối u:** Khối u hay gặp ở dạ dày với 14 trường hợp, chiếm 45,2% các trường hợp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thu Phương và cộng sự (2024) cũng cho kết quả dạ dày là vị trí hay gặp nhất với 12 trường hợp, chiếm 33,33%<sup>3</sup>. Nghiên cứu của Phạm Nguyên Cường và cộng sự (2020) cũng cho thấy dạ dày là vị trí hay gặp với 49,4%<sup>6</sup>. Nghiên cứu Phạm Gia Anh và Trịnh Hồng Sơn (2021) cũng cho thấy tổn thương hay gặp ở dạ dày với 276 bệnh nhân trên 557 bệnh nhân được nghiên cứu, cũng trong nghiên cứu này cho thấy ruột non là vị trí hay gặp tiếp theo với 137 trường hợp.<sup>4</sup>

- **Phương pháp chẩn đoán:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, quan sát được 15 trường hợp trong số 31 trường hợp phát hiện thông qua chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Hiện nay, khi nghiên cứu về u mô đệm đường tiêu hoá, các nghiên cứu trong và ngoài nước đều chú trọng vào nội soi chẩn đoán. Nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp thêm dữ liệu về vai trò của chụp cắt lớp vi tính ổ bụng trong chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hoá.

- **Tình trạng di căn so với vị trí khối u:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy dạ dày là vị trí hay gặp nhưng tần suất di căn hay gặp ở ruột non nhiều hơn. Chiếm 7/9 trường hợp với tỉ lệ khoảng 77,7%. Theo sau là dạ dày với 5/14 trường hợp, chiếm khoảng 35,7%. Chưa có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đề cập đến tương quan giữa vị trí khối u và tình trạng di căn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng mở ra hướng mới trong tìm hiểu việc tương quan giữa vị trí khối u và tình trạng di căn.

- **Chỉ số phân bào so với vị trí khối u:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, các khối u ở trực tràng có chỉ số phân bào >5/5 cao, chiếm 75% với 3/4 trường hợp. Theo sau là ruột non với 5/9 trường hợp, chiếm khoảng 55,5%. Trong

u GISTs nói riêng và các khối u không biểu mô đường tiêu hoá khác nói chung, chỉ số phân bào thể hiện mức độ hoạt động của tế bào trong khối u, cùng với độ mô học thì tỉ lệ này góp phần đánh giá được độ ác tính và nguy cơ tái phát của khối u. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các khối u tại trực tràng chiếm tỷ lệ phân bào cao, tuy nhiên vì cỡ mẫu nhỏ và chưa có nhiều nghiên cứu trên thế giới chú ý phân tích về sự tương quan này nên kết quả của chúng tôi cũng mở ra hướng mới cho các nghiên cứu sau.

- **Chỉ số phân bào:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 22 trường hợp trong tổng 31 trường hợp nghiên cứu có tỷ lệ phân bào >5/5, chiếm tỷ lệ xấp xỉ 71%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thu Phương và cộng sự (2024) cũng cho kết quả tỉ lệ phân bào >5/5 là 52,78%<sup>3</sup>. Kiểm định bằng phương pháp Chi square cho thấy không có mối tương quan giữa tỉ lệ phân bào và di căn ( $p=0,379$ ). Kết quả này chưa có sự thống nhất với nghiên cứu của Chayanit và cộng sự (2018) cho kết quả mối tương quan giữa tỉ lệ phân bào và tình trạng di căn ( $p=0,000$ )<sup>5</sup>. Để giải thích cho sự khác biệt này, nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu tương đối nhỏ ( $n=31$ ) nên chưa thể tìm ra mối liên hệ giữa chỉ số phân bào và tình trạng di căn. Trong thực tế lâm sàng, sự kết hợp giữa vị trí u, kích thước u, chỉ số phân bào và độ mô học là quan trọng trong đánh giá tiên lượng bệnh. Trong đó, chỉ số phân bào và độ mô học được các bác sĩ giải phẫu bệnh và các bác sĩ lâm sàng chú ý nhiều hơn cả.

- **Độ mô học (Grade):** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 22 trường hợp trong tổng 31 trường hợp nghiên cứu có độ mô học cao, chiếm tỷ lệ xấp xỉ 71%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Nguyên Cường và cộng sự (2020) cũng cho kết quả độ mô học cao chiếm tỉ lệ cao nhất với 47,2%<sup>6</sup>. Kiểm định bằng phương pháp Chi square cho thấy không có mối tương quan giữa độ mô học và tình trạng di căn ( $p=0,371$ ). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Chayanit và cộng sự (2018) cũng cho thấy sự không tương quan giữa độ mô học và tình trạng di căn ( $p=0,855$ )<sup>5</sup>. Như đã bàn luận ở trên, độ mô học cho biết tình trạng biệt hoá các tế bào trong khối u, kết hợp cùng chỉ số phân bào đánh giá tiềm năng ác tính của u. Tuy nhiên cần cần cứ thêm và kích thước của u cũng như vị trí u để có thể đưa ra tiên lượng và chiến lược điều trị phù hợp.

## V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ mắc bệnh chủ yếu ở nam, tỉ lệ xấp xỉ 1,6:1.

- Tuổi trung bình là  $53,9 \pm 13,44$ .
- Đau bụng là triệu chứng nổi bật.
- Đa số bệnh nhân phát hiện bệnh thông qua chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.
- Dạ dày là vị trí hay gặp, theo sau là ruột non.
- Các khối u ở ruột non thường di căn nhất.
- Các khối u ở vị trí trực tràng có chỉ số phân bào  $>5/5$  cao nhất.
- Không có sự tương quan giữa chỉ số phân bào và độ mô học so với tình trạng di căn bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Hùng Kiên (2017).** Nghiên cứu kết quả điều trị u mô đệm đường tiêu hóa (GISTs) giai đoạn muộn bằng Imatinib tại Bệnh viện K. Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Akahoshi K, Oya M, Koga T, Shiratsuchi Y (2018)** Current clinical management of gastrointestinal stromal tumor. World J Gastroenterol. 2018 Jul 14;24(26):2806-2817. doi: 10.3748/wjg.v24.i26.2806. PMID: 30018476; PMCID: PMC6048423.
3. **Nguyễn, T. P., Nguyễn, T. Đức, & Dương, T. L. (2024).** Đánh giá kết quả điều trị imatinib trên bệnh nhân u mô đệm đường tiêu hóa (GISTs) tại bệnh viện K. Tạp Chí Y học Việt Nam, 538(3). <https://doi.org/10.51298/vmj.v538i3.9567>
4. **Gia Anh, P., & Hồng Sơn, T.(2021).** Đặc điểm lâm sàng, ung thư ống tiêu hóa không thuộc biểu mô được phẫu thuật tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong 10 năm. Tạp Chí Y học Việt Nam, 498(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v498i2.194>
5. **Jumniensuk C, Charoenpitakchai M. (2018)** Gastrointestinal stromal tumor: clinicopathological characteristics and pathologic prognostic analysis. World J Surg Oncol. 2018 Dec 3;16(1):231. doi: 10.1186/s12957-018-1532-1. PMID: 30509310; PMCID: PMC6277996.
6. **Nguyen Cuong P, Thanh Xuan N, Xuan Tien T, Nhu Huy P, Nguyen Tuong P (2020).** Histopathological Characteristics of Gastrointestinal Stromal Tumors in a Cohort of Vietnamese Patients. Clin Pathol. 2020 Nov 11;13:2632010X20972405. doi: 10.1177/2632010X20972405. PMID: 33241209; PMCID: PMC7672773.
7. **IJzerman NS, van Werkhoven E, Mohammadi M, Hollander DD, Bleckman RF, Reyners AKL, Desai IME, Gelderblom H, Grünhagen DJ, Mathijssen RHJ, Steeghs N, van der Graaf WTA (2020).** Sex differences in patients with gastrointestinal stromal tumours: do they exist and does it affect survival? ESMO Open. Dec;7(6):100649. doi: 10.1016/j.esmoop.2022.100649. Epub 2022 Dec 6. PMID: 36493601; PMCID: PMC9808455.
8. **Rong J, Chen S, Song C, Wang H, Zhao Q, Zhao R, He Y, Yan L, Song Y, Wang F, Xie Y (2020).** The prognostic value of gender in gastric gastrointestinal stromal tumors: a propensity score matching analysis. Biol Sex Differ. Jul 23;11(1):43. doi: 10.1186/s13293-020-00321-8. PMID: 32703269; PMCID: PMC7376864.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2023

Nguyễn Thị Thùy Dương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số yếu tố liên quan tới chất lượng chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, có đặt ống dẫn lưu Kehr tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 174 lượt thực hành chăm sóc của điều dưỡng, quan sát thực hành dựa vào bảng kiểm. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ điều dưỡng đạt là 65,5%, trong khi 34,5% chưa đạt. Điều dưỡng trên 30 tuổi có tỷ lệ đạt cao là 73,2%, trong khi nhóm dưới 30 tuổi chỉ đạt 36,1%, cho thấy sự khác biệt rõ rệt với chỉ số OR là 4,830 và  $p < 0,001$ . Tỷ lệ đạt sau phẫu thuật ở nam là 85,7% và ở nữ là 85,6%, cho thấy không có

sự khác biệt đáng kể giữa hai giới (OR = 1,09,  $p > 0,05$ ). Điều dưỡng có trình độ đại học đạt 73,9%, trong khi điều dưỡng cao đẳng chỉ đạt 49,2%, với OR là 2,931 và  $p < 0,05$ , xác nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cuối cùng, điều dưỡng có thâm niên trên 5 năm đạt tỷ lệ chăm sóc cao là 71,2%, trong khi nhóm dưới 5 năm chỉ đạt 35,7%, với OR là 4,457 và  $p < 0,05$ , chứng tỏ sự khác biệt giữa hai nhóm này cũng có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Mặc dù là các kỹ thuật thường quy, nhưng tỷ lệ điều dưỡng có thực hành không đạt về chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật mở ống mật chủ để lấy sỏi và có đặt ống dẫn lưu Kehr, chiếm đến 34,5%. Một số yếu tố liên quan tới thực hành chăm sóc của điều dưỡng là: tuổi, trình độ chuyên môn và thâm niên công tác. **Từ khóa:** Thực hành, sỏi ống mật chủ, điều dưỡng

### SUMMARY

**SOME FACTORS RELATED TO POST-OPERATIVE CARE OF PATIENTS AFTER COMMON BILE DUCT STONE REMOVAL BY**

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Dương  
Email: nguyenduong@ndun.edu.vn  
Ngày nhận bài: 11.2.2025  
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025  
Ngày duyệt bài: 23.4.2025