

Phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng hai tầng bằng vít qua da kết hợp hàn xương liên thân đốt lồi sau (MIS TLIF) mang lại kết quả lâm sàng tích cực với: Giảm đau rõ rệt: VAS lưng giảm trung bình 5,24 điểm, VAS chân giảm 5,41 điểm ($p < 0,001$). Cải thiện chức năng đáng kể: ODI giảm từ 39,8% xuống 14,3% sau 6 tháng ($p < 0,001$), 94,1% bệnh nhân đạt mức khuyết tật nhẹ (ODI $\leq 20\%$). Phục hồi cân bằng cột sống-khung chậu: PI-LL mismatch giảm từ 24,6° xuống 18,6° ($p < 0,001$), Lumbar Lordosis tăng từ 35,2° lên 40,5° ($p < 0,001$). Tỷ lệ liền xương cao 91,1%. MIS TLIF là lựa chọn hiệu quả trong điều trị trượt đốt sống hai tầng, cải thiện cả triệu chứng lâm sàng và cân bằng giải phẫu cột sống – khung chậu.

VI. HẠN CHẾ VÀ HƯỚNG NGHIÊN CỨU TIẾP THEO

Số lượng bệnh nhân nhỏ do tổn thương hiếm gặp và thiếu nhóm đối chứng là hạn chế chính; chỉ số cân bằng cột sống – khung chậu đo ở vùng cột sống thắt lưng, khung chậu chưa phản ánh toàn bộ cân bằng cột sống, cần khảo sát trên phim xquang toàn bộ cột sống. Nghiên cứu tiếp theo cần mở rộng quy mô, kéo dài thời gian theo dõi và so sánh trực tiếp với nhóm phẫu thuật mở để đánh giá hiệu quả của phương pháp và nguy cơ của bệnh lý thoái hóa liên kề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tebet MA.** Current concepts on the sagittal balance and classification of spondylolysis and

spondylolisthesis. Rev Bras Ortop. 2014;49(1):3-12. doi:10.1016/j.rboe.2014.02.003

2. **Vũ N, Hải ĐM.** Kết quả giảm đau và phục hồi chức năng cột sống ở người bệnh trượt đốt sống hai tầng điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn cố định cột sống qua và ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp. VMJ. 2025;550(3). doi:10.51298/vmj.v550i3.14362
3. **Phương NX, Kiên TT.** kết quả phẫu thuật trượt thân đốt sống hai tầng liên kề vùng thắt lưng tại bệnh viện quân y 175. VMJ. 2024;539(1B). doi:10.51298/vmj.v539i1B.9979
4. **Luan H, Wang Y, Liu K, Sheng W, Deng Q.** Efficacy of transforaminal lumbar interbody fusion in the treatment of double-level lumbar spondylolisthesis with sagittal imbalance. BMC Musculoskeletal Disorders. 2022;23(1):1038. doi:10.1186/s12891-022-06018-w
5. **Wang T, Wang H, Liu H, Ma L, Liu FY, Ding WY.** Sagittal spinopelvic parameters in 2-level lumbar degenerative spondylolisthesis: A retrospective study. Medicine (Baltimore). 2016; 95(50):e5417. doi:10.1097/MD.00000000000005417
6. **Zhang S, Ye C, Lai Q, et al.** Double-level lumbar spondylolysis and spondylolisthesis: A retrospective study. J Orthop Surg Res. 2018;13(1):55. doi:10.1186/s13018-018-0723-3
7. **Li Y, Wang R, Li J, Wang L, Shen Y.** Different Degeneration Patterns of Paraspinal Muscles Between Double-Level and Single-Level Lumbar Spondylolisthesis: An Magnetic Resonance Imaging Analysis of 140 Patients. Neurospine. 2024;21(3): 1029-1039. doi:10.14245/ns.2448576.288
8. **Thornley P, Urquhart JC, Glennie A, et al.** Functional outcomes correlate with sagittal spinal balance in degenerative lumbar spondylolisthesis surgery. Spine J. 2023;23(10):1512-1521. doi:10.1016/j.spinee.2023.06.004

ĐẶC ĐIỂM TÁI PHÁT SAU NỘI SOI CÀM MÁU CỦA XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO DO LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

Nguyễn Hồng Sơn¹, Hoàng Bùi Hải^{1,2}

TÓM TẮT

Xuất huyết tiêu hoá cao do loét dạ dày – tá tràng (loét DDTT) là tình trạng cấp cứu nội – ngoại khoa thường gặp, trong đó chảy máu tái phát (CMTP) sau nội soi cầm máu lần đầu là biến chứng nghiêm trọng ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, nhằm mô tả đặc điểm lâm

sàng, cận lâm sàng và kết quả nội soi ở bệnh nhân CMTP trong giai đoạn 1/2022 – 4/2025. Tổng số 337 bệnh nhân ≥ 16 tuổi bị xuất huyết tiêu hoá cao do loét DDTT được đưa vào nghiên cứu; trong đó có 26 trường hợp (7,7%) bị CMTP, chủ yếu là nam giới (73,1%), tuổi trung bình 60. Loét chủ yếu gặp ở mặt trước hành tá tràng (73,1%), thời gian nằm viện trung bình là $20,4 \pm 18,8$ ngày. Phân loại Forrest, vị trí loét và lượng máu truyền không phải yếu tố tiên lượng độc lập đến CMTP hay kết cục điều trị. Thời điểm chảy máu tái phát sớm (≤ 72 giờ) không có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết cục cuối cùng.

Từ khoá: Xuất huyết tiêu hoá cao, loét dạ dày tá tràng, chảy máu tái phát

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF RECURRENT UPPER GASTROINTESTINAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

BLEEDING DUE TO PEPTIC ULCERS AFTER ENDOSCOPIC HEMOSTASIS

Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) due to peptic ulcer disease is a common medical and surgical emergency, in which rebleeding after initial endoscopic hemostasis is a serious complication affecting patient prognosis. This study was conducted at the Emergency and Intensive Care Department, Hanoi Medical University Hospital, to describe the clinical, paraclinical characteristics and endoscopic findings in patients with rebleeding during the period from January 2022 to April 2025. A total of 337 patients aged ≥ 16 years with UGIB caused by peptic ulcers and treated with endoscopic hemostasis were included; among them, 26 cases (7.7%) experienced rebleeding, predominantly male (73.1%), with a mean age of 60 years. The most common ulcer site was the anterior duodenal bulb (73.1%), and the average length of hospital stay was 20.4 ± 18.8 days. Forrest classification, ulcer location, and volume of transfused blood were not independent predictors of rebleeding or clinical outcomes. Additionally, early rebleeding (≤ 72 hours) showed no statistically significant association with treatment outcomes.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, gastric and duodenal ulcers, recurrent bleeding

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hoá cao (XHTH cao) do loét dạ dày - tá tràng (DDTT) là một tình trạng cấp cứu nội - ngoại khoa thường gặp và có tỷ lệ mắc đáng kể trên toàn thế giới. Tại Hoa Kỳ, các nghiên cứu dịch tễ cho thấy XHTH cao do loét DDTT chiếm khoảng 30–40% tổng số trường hợp xuất huyết tiêu hoá trên mỗi năm.¹ Đây là tình trạng bệnh lý nghiêm trọng, đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa, đặc biệt là cấp cứu, hồi sức, nội soi, chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật.

Phác đồ xử trí ban đầu tại khoa Cấp cứu đối với bệnh nhân XHTH cao do loét DDTT bao gồm: hồi sức tích cực bằng dịch truyền và chế phẩm máu, sử dụng thuốc ức chế tiết acid dịch vị (thường là PPI liều cao), và can thiệp nội soi dạ dày - tá tràng để chẩn đoán và cầm máu. Nhờ những tiến bộ trong nội soi can thiệp và điều trị nội khoa, tiên lượng của bệnh nhân XHTH cao đã được cải thiện rõ rệt trong vài thập kỷ qua. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong vẫn ở mức cao, dao động từ 3–14%, trong đó chảy máu tái phát (CMTP) được xem là yếu tố tiên lượng quan trọng và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong trong nhóm bệnh nhân này.²

CMTP không chỉ làm tăng nguy cơ tử vong mà còn ảnh hưởng đáng kể đến thời gian nằm viện, nhu cầu can thiệp ngoại khoa, và chi phí điều trị. Theo nhiều nghiên cứu, tỷ lệ chảy máu tái phát sau can thiệp nội soi lần đầu dao động trong khoảng 6,9–13,2%.^{3,4} Việc nhận diện sớm

các yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao bị CMTP là vấn đề then chốt trong chiến lược quản lý hiệu quả XHTH cao.

Tại Việt Nam, tuy có nhiều cơ sở y tế thực hiện nội soi cấp cứu cầm máu XHTH cao, nhưng dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả nội soi ở nhóm bệnh nhân bị CMTP sau nội soi điều trị ban đầu còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi ở nhóm bệnh nhân bị chảy máu tái phát sau can thiệp nội soi cầm máu ban đầu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong giai đoạn 2022–2025. Kết quả nghiên cứu kỳ vọng sẽ góp phần hỗ trợ nhận diện sớm các trường hợp nguy cơ cao và đề xuất hướng quản lý phù hợp nhằm cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 04 năm 2025 tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bao gồm tất cả bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định xuất huyết tiêu hoá cao do loét dạ dày – tá tràng qua nội soi và đã được can thiệp cầm máu qua nội soi. Bệnh nhân và/hoặc người nhà có đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không được nội soi lần 2 xác định chảy máu tái phát, bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá cao do các nguyên nhân khác không phải loét dạ dày tá tràng, và bệnh nhân có hồ sơ bệnh án thiếu thông tin phục vụ thu thập các biến nghiên cứu chính.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu được đưa vào phân tích. Phương pháp chọn mẫu là hồi cứu hồ sơ bệnh án bệnh nhân vào viện từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 4 năm 2025.

Biến nghiên cứu chính: - Chảy máu tái phát: Tình trạng chảy máu sau nội soi can thiệp cầm máu lần đầu, biểu hiện bằng tình trạng nôn máu/ sonde dạ dày ra máu đỏ tươi, đi ngoài phân đen, huyết sắc tố giảm > 20 g/l sau khi đã ổn định sau can thiệp cầm máu và được chẩn đoán xác định qua nội soi lần 2. Trong đó CMTP sớm xảy ra trong 72h đầu, CMTP muộn xảy ra trong vòng 30 ngày sau nội soi can thiệp.

- Kết cục xấu: Bệnh nhân tử vong, bệnh nhân nặng xin về và sau đó được xác nhận là tử vong

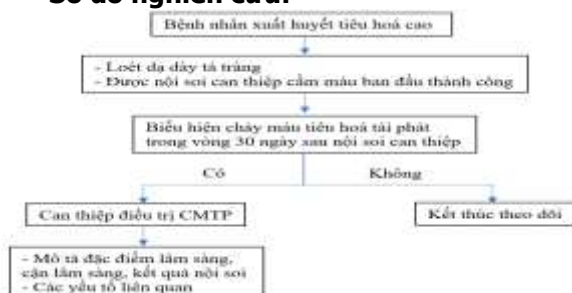
Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được tổng hợp và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 29.0. Các biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm sử dụng các phép kiểm định hai phía phù hợp (chi-squared, Fisher's exact test, t-test), với ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95%.

Đạo đức nghiên cứu: - Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

- Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, không làm thay đổi quy trình điều trị của bệnh nhân.

- Mọi thông tin cá nhân của người tham gia nghiên cứu hoàn toàn được bảo mật và không phục vụ cho mục đích nào khác.

Sơ đồ nghiên cứu:



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 337 bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày-tá tràng được can thiệp cầm máu qua nội soi trong khoảng thời gian nghiên cứu, trong đó có 26 trường hợp chảy máu tái phát, chiếm tỉ lệ 7,3%.

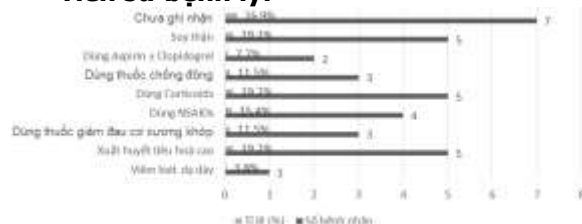
Tuổi: Tuổi trung bình là 60, bệnh nhân thấp nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 91 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ là 2,7.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân chảy máu tiêu hoá tái phát theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
<60 tuổi	9	34,6
60-79 tuổi	14	53,9
≥80 tuổi	3	11,5

Chủ yếu gặp các bệnh nhân chảy máu tiêu hoá tái phát ở nhóm tuổi 60-79 tuổi.

Tiền sử bệnh lý:



Biểu đồ 1. Tiền sử bệnh lý của các bệnh nhân

nhân chảy máu tiêu hoá tái phát

Tiền sử xuất huyết tiêu hoá cao, dùng corticoid, suy thận thường gặp hơn trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

Kết quả nội soi lần đầu theo phân loại Forrest:



Biểu đồ 2. Tình trạng chảy máu của ổ loét qua nội soi

Theo phân loại xuất huyết tiêu hoá Forrest, trong nhóm nghiên cứu có 46% bệnh nhân chảy máu ở mức độ Forrest IIB.

Đa số bệnh nhân (73,1%) trong nhóm CTMP có kích thước ổ loét có đường kính ổ loét từ 1 cm trở lên: 38,5% ổ loét có kích thước 1-2cm (10/26), 34,6% ổ loét có kích thước > 2cm, còn lại 26,9% bệnh nhân CTMP có đường kính ổ loét < 1cm.

Bảng 2. Liên quan giữa kích thước ổ loét và kết quả điều trị

Kích thước ổ loét	OR (CI)	p-value
<1 cm và 1-2 cm	3,6 (0,26 – 50,33)	0,537
1-2 cm và >2 cm	7,2 (0,62-83,35)	0,141

Kích thước ổ loét càng lớn, nguy cơ xảy ra kết cục xấu với người bệnh càng cao, (nhóm 1 – 2 cm cao hơn 3,6 lần so với nhóm < 1cm; nhóm > 2 cm cao hơn 7,2 lần so với nhóm 1 – 2 cm), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa vị trí ổ loét và kết quả điều trị

Vị trí	n (%)	Khỏi	Tử vong	Tổng	Tỉ lệ tử vong (%)
Bờ cong lớn dạ dày	1 (3,8%)	1	0	1	0
Bờ cong nhỏ dạ dày	2 (7,7%)	2	0	2	0
Thân vị dạ dày	1 (3,8%)	1	0	1	0
Mặt trước hành tá tràng	19 (73,1%)	13	6	19	31,6%
Mặt sau hành tá tràng	1 (3,8%)	1	0	1	0
Mặt trước DI tá tràng	1 (3,8%)	1	0	1	0
Mặt sau DI tá tràng	1 (3,8%)	0	1	1	100,0%
Tổng	26 (100%)	19	7	26	p = 0,527

Tỷ lệ tử vong chung ở nhóm CMTP là 26,9% (7/26), trong đó các ổ loét ở mặt trước hành tá tràng có tỷ lệ tử vong cao nhất (31,6%). Tuy nhiên, không có vị trí nào cho thấy mối liên quan độc lập với tử vong ($p = 0,527$).

26/26 bệnh nhân chảy máu tiêu hóa tái phát sau nội soi đều được sử dụng PPI liều cao tĩnh mạch trong 72 giờ kể từ sau khi cầm máu.

Lượng máu truyền trung bình ở bệnh nhân CMTP là 9 ± 8 đơn vị, có bệnh nhân dù chảy máu tiêu hóa tái phát tuy nhiên không phải truyền khối hồng cầu, bệnh nhân nặng nhất cần truyền 32 đơn vị khối hồng cầu.

Số ngày nằm viện trung bình của các bệnh nhân CMTP là $20,4 \pm 18,8$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 89 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ chảy máu tiêu hóa tái phát (CMTP) sau can thiệp nội soi cầm máu ở bệnh nhân loét dạ dày – tá tràng là 7,7% (26/337 bệnh nhân), nằm trong khoảng dao động được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó (3–14%).¹ Tỷ lệ này cao hơn một chút so với kết quả của Vũ Văn Khiên và cộng sự (6,9%),⁸ nhưng thấp hơn so với báo cáo của Świdnicka-Siergiejko và cộng sự (10,9%).⁵ Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu, chiến lược điều trị và khả năng tiếp cận can thiệp nội soi kịp thời.

Xuất huyết tiêu hóa do loét DDTT thường gặp hơn ở người cao tuổi, đặc biệt là nhóm trên 60 tuổi, có thể do sự gia tăng nhu cầu sử dụng NSAIDs và corticosteroids để điều trị các bệnh lý mạn tính như tim mạch và cơ xương khớp. Các thuốc này là yếu tố nguy cơ đã được chứng minh làm tăng nguy cơ loét tiêu hóa và xuất huyết.^{6,7,8} Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm CMTP là 60, phù hợp với xu hướng trên. Tỷ lệ nam/nữ là 2,7:1, tương tự các nghiên cứu trước và có thể lý giải bởi việc nam giới có tần suất tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như thuốc lá, rượu bia và chất kích thích cao hơn nữ giới.^{9,10}

Tất cả bệnh nhân đều được sử dụng thuốc ức chế bơm proton liều cao sau nội soi cầm máu ban đầu. Khi có biểu hiện nghi ngờ CMTP, 100% bệnh nhân được nội soi lại để đánh giá trước khi chỉ định can thiệp tiếp theo, bao gồm nút mạch (2 ca, 7,7%) và phẫu thuật cấp cứu (6 ca, 23,1%). Mặc dù đây là chiến lược phù hợp với khuyến cáo quốc tế, nhưng tỷ lệ phải can thiệp thêm tương đối cao, cho thấy cần cân nhắc thêm các yếu tố tiên lượng nguy cơ tái phát sớm.

Tỷ lệ tử vong chung ở nhóm CMTP là 26,9% (7/26), trong đó các ổ loét ở mặt trước hành tá

tràng có tỷ lệ tử vong cao nhất (31,6%). Tuy nhiên, không có vị trí nào cho thấy mối liên quan độc lập với tử vong, phù hợp với nhận định của một số nghiên cứu trước rằng vị trí ổ loét không phải là yếu tố tiên lượng mạnh.¹¹

Tương tự, phân loại Forrest ở lần nội soi đầu tiên không liên quan đến tỷ lệ tử vong ($p = 0,80$). Lượng máu truyền trung bình ở nhóm CMTP là $9 \pm 8,8$ đơn vị; dù có xu hướng tăng ở nhóm tử vong, nhưng không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,063$). Điều này cho thấy việc truyền máu phản ánh mức độ mất máu nhưng không dự đoán được kết cục lâm sàng.

Ngoài ra, khi phân tích mối liên quan giữa thời điểm CMTP và tử vong, kết quả cho thấy nguy cơ tử vong cao hơn ở nhóm chảy máu sớm (≤ 72 giờ) với $OR = 2,25$, tuy nhiên khoảng tin cậy rộng (95% CI: 0,346–14,611) và $p > 0,05$, nên không có ý nghĩa thống kê. So sánh kết cục sống/tử vong giữa hai nhóm thời điểm tái phát (≤ 72 giờ và > 72 giờ) cũng không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,658$).

Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm CMTP là $20,4 \pm 18,8$ ngày, dao động từ 3 đến 89 ngày. Những trường hợp nằm viện kéo dài chủ yếu do bệnh nền phức tạp và cần can thiệp hồi sức chuyên sâu như đặt nội khí quản, thở máy.

Tổng thể, kết quả nghiên cứu cho thấy việc xác định sớm các yếu tố nguy cơ tái phát vẫn còn nhiều hạn chế. Các yếu tố như vị trí loét, mức độ xuất huyết (Forrest), và lượng máu truyền không thể hiện được vai trò tiên lượng rõ ràng trong quần thể bệnh nhân này. Điều này đặt ra yêu cầu cần có những nghiên cứu sâu hơn, đa trung tâm và cỡ mẫu lớn hơn để xác định các yếu tố tiên lượng chính xác hơn và cá thể hóa chiến lược điều trị sau nội soi.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chảy máu tiêu hóa tái phát sau nội soi cầm máu trong nghiên cứu là 7,7%. Phân loại Forrest, vị trí ổ loét và số lượng máu truyền không liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết cục điều trị. Chảy máu tái phát sớm (≤ 72 giờ) không làm tăng rõ rệt nguy cơ tử vong. Tuy nhiên, chảy máu tái phát vẫn làm tăng thời gian nằm viện và nhu cầu can thiệp lại, cho thấy cần theo dõi sát và xử trí kịp thời sau nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abulhamail B, Alamer A, Asiri K, et al.** Emergency management of upper gastrointestinal bleeding. *Int J Community Med Public Health*. 2018;5(9): 3647-3652. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20183438
2. **Long ĐV.** Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá

- tràng. In: Bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Y học; 2016:38-45.
3. **Điệp PTH, Phương BK, Ly HTT.** Kết quả kẹp clip cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. Tạp Chí Khoa Học Tiêu Hóa Việt Nam. Published online 2018:3112-3118.
 4. **Tâm HH.** Hiệu quả của tiêm HSE hoặc kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. Published online 2019:22-25.
 5. **Świdnicka-Siergiejko A, Rosołowski M, Wróblewski E, Baniukiewicz A, Dąbrowski A.** Comparison of the efficacy of two combined therapies for peptic ulcer bleeding: adrenaline injection plus haemoclipping versus adrenaline injection followed by bipolar electrocoagulation. Gastroenterol Rev. 2014;6:354-360. doi:10.5114/pg.2014.47898
 6. **Sehested TSG, Carlson N, Hansen PW, et al.** Reduced risk of gastrointestinal bleeding associated with proton pump inhibitor therapy in patients treated with dual antiplatelet therapy after myocardial infarction. Eur Heart J. 2019; 40(24): 1963-1970. doi:10.1093/eurheartj/ehz104
 7. **Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH.** Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. The Lancet. 2002;359(9300):14-22. doi:10.1016/s0140-6736(02)07273-2
 8. **Messer Julio, Reitman Dinah, Sacks Henry S., Smith Harry, Chalmers Thomas C.** Association of Adrenocorticosteroid Therapy and Peptic-Ulcer Disease. N Engl J Med. 1983;309(1): 21-24. doi:10.1056/NEJM198307073090105
 9. **Hearnshaw SA, Logan RFA, Lowe D, Travis SPL, Murphy MF, Palmer KR.** Use of endoscopy for management of acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: results of a nationwide audit. Gut. 2010;59(8):1022-1029. doi:10.1136/gut.2008.174599
 10. **Laine L, Jensen DM.** Management of Patients With Ulcer Bleeding. Am J Gastroenterol. 2012;107(3):345-360. doi:10.1038/ajg.2011.480

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN VÀ ĐÁNH GIÁ CK19 TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Thúy Quỳnh¹, Nguyễn Công Trung², Đoàn Minh Khuy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) theo phân loại tổ chức y tế thế giới (TCYTG) 2019 và đánh giá biểu hiện CK19 – một dấu ấn tế bào gốc gan trong mối liên hệ với các yếu tố tiên lượng mô học. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả – phân tích hồi cứu trên 182 trường hợp UTBMTBG phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai (2020- 2022). Biểu hiện CK19 được xác định bằng nhuộm hóa mô miễn dịch (HMMĐ), các đặc điểm mô học được phân tích và đối chiếu với các yếu tố mô học ác tính. **Kết quả:** UTBMTBG trong nghiên cứu chủ yếu có tập mô học thể thông thường (56,0%), cấu trúc mô hỗn hợp (51,1%), phân bào nhiều (67,6%) và xâm nhập mạch máu vi thể (37,9%). CK19 dương tính ở 49 trường hợp (26,9%), gồm 29 ca dạng ổ (15,9%) và 20 ca lan tỏa (11,0%). CK19 dương tính liên quan có ý nghĩa thống kê với phân bào nhiều ($p = 0,0002$), hoại tử u ($p = 0,0228$), xâm nhập mạch máu vi thể ($p = 0,0021$), viêm nhiều ($p = 0,0001$), và có tỷ lệ cao ở các tập mô học ít gặp như xơ cứng (83,3%) và giàu lympho bào (75,0%). Nhóm biểu hiện lan tỏa cho thấy xu hướng gắn với các đặc điểm mô học ác tính nổi bật hơn so với ổ và âm tính. **Kết luận:** Biểu hiện CK19 trong

UTBMTBG liên quan chặt chẽ đến các yếu tố tiên lượng mô học bất lợi, gợi ý vai trò của dấu ấn này trong phân tầng nguy cơ và định hướng điều trị cá thể hóa điều trị. **Từ khóa:** CK19, ung thư biểu mô tế bào gan, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch, tiên lượng.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL FEATURES OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND EVALUATION OF CK19 EXPRESSION

Objective: To describe the histopathological features of hepatocellular carcinoma (UTBMTBG) according to the 2019 WHO classification and evaluate the expression of CK19 – a hepatic progenitor marker – in relation to histological prognostic factors. **Patients and Methods:** A retrospective descriptive-analytical study was conducted on 182 cases of surgically resected HCC at Bach Mai Hospital (2020–2022). CK19 expression was assessed by immunohistochemistry (IHC), and histopathological parameters were examined microscopically and compared with adverse prognostic features. **Results:** The predominant histological subtype was the conventional type (56.0%), with a majority showing mixed architecture (51.1%), high mitotic activity (67.6%), and microvascular invasion (37.9%). CK19 positivity was observed in 49 cases (26.9%), including 29 focal (15.9%) and 20 diffuse (11.0%) patterns. CK19 expression was significantly associated with high mitotic index ($p = 0.0002$), tumor necrosis ($p = 0.0228$), microvascular invasion ($p = 0.0021$), and marked inflammatory infiltration ($p = 0.0001$), and was more frequent in rare histological subtypes such as the scirrhous (83.3%) and lymphocyte-rich (75.0%)

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thúy Quỳnh

Email: quynhchau0810@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025