

trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,79 ± 11,29 tuổi, nam có tỉ lệ mắc cao hơn nữ và tỉ lệ nam/ nữ là 1,83. Tỉ lệ bệnh nhân có kết quả chụp CLVT sọ não bình thường trong những ngày đầu chiếm tỉ lệ rất cao 58,8%. Chỉ có 26,4% thấy hình ảnh giảm tỉ trọng nhu mô não thuộc vùng cấp máu của ĐMNS trong những ngày đầu. Tỉ lệ tổn thương bán cầu trái và phải là như nhau.

Vị trí tổn thương đồi thị và thùy chẩm chiếm tỉ lệ cao nhất (47,0%) tiếp theo là nhồi máu não thùy thái dương chiếm (23,5%). 55,9% trường hợp tắc mạch chính (các đoạn P1,P2,P3,P4), 44,1% không có tổn thương mạch máu lớn trên phim MSCT. Tổng thể tích nhồi máu trung bình là 20,45 ± 19,08 cm³. Thể tích nhồi máu lớn nhất là 61,6cm³, nhỏ nhất là 0,7cm³.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jauch EC, Saver JL, Adams Jr HP, et al.

Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013;44(3):870-947.

2. Nouh A, Remke J, Ruland S. Ischemic posterior circulation stroke: a review of anatomy, clinical presentations, diagnosis, and current management. Frontiers in neurology. 2014;5:30.
3. Caplan LR. Caplan's stroke. Cambridge University Press; 2016.
4. Arboix A, Arbe G, García-Eroles L, Oliveres M, Parra O, Massons J. Infarctions in the vascular territory of the posterior cerebral artery: clinical features in 232 patients. BMC Research Notes. 2011;4(1):1-7.
5. Hypertension TffftMoAHotESo. Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2007;28:1462-1536.
6. Yamamoto Y, Georgiadis AL, Chang H-M, Caplan LR. Posterior cerebral artery territory infarcts in the New England medical center posterior circulation registry. Archives of neurology. 1999;56(7):824-832.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ ARV TDF+3TC+DTG TRÊN BỆNH NHÂN HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG ĐA 2020-2021

Nguyễn Kim Thu¹, Phạm Bá Hiền², Lê Xuân Toàn²

TÓM TẮT

Nhiễm HIV/AIDS là gánh nặng về bệnh tật cho người bệnh và gia đình bệnh nhân cũng như toàn xã hội. Điều trị bằng các thuốc (ARV-anti retroviral drugs) đang là biện pháp điều trị tối ưu cho nhóm bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS. Bộ Y tế Việt Nam mới đây phê chuẩn và khuyến cáo sử dụng phác đồ TDF+3TC+DTG. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ TDF + 3TC + DTG trên bệnh nhân HIV/AIDS tại bệnh viện đa khoa Đồng Đa. **Đối tượng:** Nghiên cứu trên 61 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS và được điều trị bằng phác đồ TDF+3TC+DTG theo dõi đủ 24 tuần, trong thời gian từ 2/202- đến 6/2021. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu. Kết quả: Cân nặng, BMI và số lượng CD4 tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) tại thời điểm sau 24 tuần điều trị. Có 45/61 (73,8%) bệnh nhân đạt mức vi rút ức chế tối đa (dưới ngưỡng phát hiện). Tuân thủ điều trị có liên quan đến kết quả điều trị (OR=2,32 CI95% 0,21-8,643, $p < 0,05$). **Kết luận:** Phác đồ thuốc ARV TDF+3TC+DTG có hiệu quả điều trị tốt trên bệnh

nhân nhiễm HIV/AIDS (cân nặng, CD4 tăng sau 24 tuần điều trị và vi rút được ức chế đạt tỷ lệ cao). Nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt có khả năng ức chế vi rút ở mức tối đa cao hơn 2,32 lần với nhóm tuân thủ điều trị không tốt.

Từ khóa: Nhiễm HIV/AIDS, Thuốc ARV, Dolutegravir.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE TREATMENT EFFICACY OF TDF+3TC+DTG ARV REGIME IN HIV/AIDS PATIENTS AT DONG DA GENERAL HOSPITAL IN 2020-2021

HIV/AIDS infection is a burden of disease for patients and their families and society as a whole. Anti-retroviral drugs (ARV) are the optimal treatment for HIV/AIDS patients. The TDF+3TC+DTG regimen was newly approved and recommended by MOH in Vietnam. **Objective:** To study the effectiveness and side effects of TDF + 3TC + DTG regimen in HIV/AIDS patients at Dong Da General Hospital. Subjects: The study involved 61 patients diagnosed with HIV/AIDS and treated with the TDF+3TC+DTG regimen followed for a full 24 weeks, between February 202 and June 2021. **Method:** retrospective cross-description study. **Results:** Weight, BMI and CD4 count increases statistically ($p < 0.05$) at the time after 24 weeks of treatment. 45/61 (73.8%) of patients reached the under detectable threshold virus level. Adherence to treatment is associated with viral load treatment result (OR=2.32 CI95% 0.21-8.643, $p < 0.05$). **Conclusion:** The TDF+3TC+DTG ARV drug regimen

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Thu

Email: nguyengkimthu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022

has a good treatment effect in patients with HIV/AIDS (weight, CD4 increases after 24 weeks of treatment and the virus is inhibited at a high rate). The group of patients who adhered to good treatment had a maximum of 2.32 times the ability to suppress the virus with a group that adhered to bad treatment.

Keywords: HIV/AIDS, ARV, Dolutegravir.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO tính đến hết năm 2019 trên thế giới có 37.9 triệu người nhiễm HIV, thêm 1.7 triệu người nhiễm mới so với năm 2018 đã có 770.000 người chết vì các bệnh liên quan đến HIV/AIDS, và chỉ có 24.5 triệu người được tiếp cận với thuốc điều trị. Theo báo cáo của bộ Y tế đến 10/2019, Việt Nam có 211.981 người nhiễm HIV chủ yếu tập trung ở độ tuổi 16-29, trong đó có 8479 ca phát hiện mới và tử vong là 1496 trường hợp, chỉ 142.604 (~67%) bệnh nhân được tiếp cận điều trị bằng thuốc điều trị.^{1,2}

Năm 2000, thuốc kháng Retrovirus (anti retroviral drugs - ARV) có hoạt tính ức chế vi rút HIV đã được đưa vào sử dụng trong điều trị cho người bệnh nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam.³

Dolutegravir (DTG) là một thuốc thuộc nhóm ức chế men tích hợp thế hệ II đã được FDA phê duyệt trong các phác đồ điều trị HIV/AIDS vào tháng 8/2013^{4,5,6} và được bộ Y tế Việt Nam đưa vào phác đồ điều trị năm 2019.² Phác đồ 3 thuốc ARV kết hợp có Dolutegravir là Tenofovir+ Lamivudine+ Dolutegravir (TDF+3TC+DTG).^{7,8}

Hiện tại ở Việt Nam nói chung cũng như ở bệnh viện Đổng Đa nói riêng đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của các phác đồ ARV nhưng chưa có nghiên cứu được công bố về đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ thuốc ARV có Dolutegravir. Bởi vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ TDF+3TC+DTG trên bệnh nhân HIV/AIDS tại bệnh viện đa khoa Đổng Đa" với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ TDF + 3TC + DTG trên bệnh nhân HIV/AIDS tại bệnh viện đa khoa Đổng Đa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu trên 61 bệnh nhân (23 hồi cứu và 38 tiến cứu) tại bệnh viện Đa khoa từ 2/2020 đến 6/2021 với tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân trên 18 tuổi chẩn đoán xác định nhiễm HIV/AIDS.

+ Được điều trị ARV phác đồ khởi đầu là TDF+3TC+DTG.

+ Được làm đầy đủ các xét nghiệm và theo dõi tối thiểu 6 tháng điều trị.

-Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Phụ nữ có thai không đồng ý sử dụng phác đồ điều trị (sau khi đã được tư vấn về nguy cơ dị tật ống thần kinh ở trẻ).

+ Bệnh nhân đồng nhiễm lao phổi có sử dụng rifampicin.

+ Bệnh nhân suy thận có mức lọc cầu thận < 50 ml/phút.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

+ Bệnh nhân suy gan.

Phương pháp: mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Nội dung nghiên cứu:

-Mô tả về đặc điểm lâm sàng (thay đổi về cân nặng, BMI, giai đoạn lâm sàng và nhiễm trùng cơ hội), thay đổi về miễn dịch (thông qua số lượng tế bào CD4) và tải lượng vi rút HIVsau 24 tuần.

- Nhận xét các tác dụng không mong muốn và một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của phác đồ điều trị (xác định mối liên quan giữa: mức độ tuân thủ điều trị, tuổi, giới, tình trạng đồng nhiễm viêm gan, tình trạng miễn dịch trước điều trị ảnh hưởng đến tải lượng vi rút sau điều trị).

Thu thập và xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của 61 bệnh nhân trước điều trị:

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Đặc điểm	Tần suất	Phần trăm
Giới tính (n=61)		
Nam	44	72,1%
Nữ	17	27,9%
Đường lây nhiễm(n=61)		
Tình dục	47	77%
TCMT	14	23%
Truyền máu	0	0
Mẹ-con	0	0
Nhóm tuổi (n=61) $\bar{X} \pm SD$ 39,8 ± 9,8		
18-29	10	16,4%
30-49	41	67,2%
≥50	10	16,4%
Đồng nhiễm Viêm gan (n=61)		
Không đồng nhiễm	39	64%
Viêm gan B	4	6,6%
Viêm gan C	15	24,6%
Cả viêm gan B và C	3	4,8%
Giai đoạn miễn dịch (CD4) (n=61) $\bar{X} \pm SD=301,87$, Min-Max 19-739		
Nặng (<200)	19	31,2%
Tiến triển (200-349)	23	37,7%
Nhẹ (350 - 499)	8	13,1%
Không đáng kể (≥500)	11	18%

HIV-RNA trước điều trị (n=53) trung vi=44.000, Min-Max 3.700-583.000		
<10.000	2	3,3
10.000-100.000	28	54,1
>100.000	23	42,6

Theo bảng 1 ta thấy:

Về giới tính: có 44 bệnh nhân nam chiếm 72,1%, nữ có 17 bệnh nhân chiếm 27,9%, tỷ lệ nam/nữ = 2,64/1 tương tự với nghiên cứu của Castagna A, et al và cộng sự năm 2014 tỷ lệ nam giới chiếm phần lớn là 77%.⁶do nam giới là nhóm đối tượng tiêm chích ma túy chính kèm theo quan hệ tình dục đồng giới nam có tỉ lệ gia tăng (tăng 13,25% so với năm 2019 theo báo cáo bộ Y tế 2020).¹

Về tuổi: Nhóm từ 30 tuổi đến dưới 50 chiếm tỷ lệ cao với 41 bệnh nhân (67,2%) tương đồng với các báo cáo trước đây của bộ Y tế tỉ lệ bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS trong độ tuổi 30-50 chiếm 45,5%.¹ Nhóm tuổi từ 18 đến 29 và trên 50 tuổi đều có 10 bệnh nhân chiếm (16,4% và 16,4%).¹

Về đường lây truyền: Nguồn lây nhiễm HIV trong nghiên cứu chủ yếu là do quan hệ tình dục không an toàn.

Tỉ lệ đồng nhiễm viêm gan B,C: 15 bệnh nhân (24,6%) nhiễm HIV đồng nhiễm với viêm gan C, có 4 bệnh nhân (6,6%) đồng nhiễm viêm gan B, có 3 bệnh nhân (4,8%) đồng nhiễm cả viêm gan B và viêm gan C, có 39 bệnh nhân (64%) không đồng nhiễm viêm gan B, C, do đường lây truyền của HIV và các vi rút gây viêm gan mạn tính là

Bảng 3. Đáp ứng điều trị về miễn dịch

CD4	Thời điểm	T0		T24		P
		N = 61	%	N = 61	%	
< 200		19	31,2	12	19,7	<0,05
200-349		23	37,7	21	34,4	
350 - 499		8	13,1	15	24,6	
≥ 500		11	18	13	21,3	
Tổng		61	100	61	100	
$\bar{x} \pm SD$		297,9 ±173,71		365,66±177,24		

Số lượng tế bào CD4 trung bình trước điều trị là 297,9 ± 173,71 tế bào/mm³, sau 6 tháng là 365,66 ± 177,245 tế bào/mm³ với mức ý nghĩa p < 0,05, tương tự với nghiên cứu của Castagna A, et al và cộng sự năm 2014 nghiên cứu trên 183 bệnh nhân số lượng CD4 tăng trung bình là 140 tế bào/mm³ ở tuần thứ 24.⁶ Việc hồi phục hệ thống miễn dịch càng nhanh sẽ giúp cho bệnh nhân giảm gánh nặng về các nhiễm trùng cơ hội. Bởi vậy việc phát hiện sớm và bắt đầu điều trị khi hệ miễn dịch của bệnh nhân chưa suy giảm nhiều góp phần nhiều vào giảm bớt gánh nặng bệnh tật và nguy cơ tử vong cho bệnh nhân.

Bảng 4. Đáp ứng điều trị về vi rút

HIV-RNA (Copies/ml)	T0 (n=53)		T24 (n=61)		P
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
<20	0	0	45	73,8	<0,05
20-199	0	0	15	24,6	
200-999	0	0	1	1,6	

giống nhau.^{3,4,5}

Giai đoạn miễn dịch: Số bệnh nhân có số lượng CD4 suy giảm mức độ rất nặng có 19 bệnh nhân chiếm 31,1%, mức độ nặng và trung bình lần lượt là 23 bệnh nhân (37,7%) và 8 (13,1%). Số bệnh nhân suy giảm mức độ nhẹ có 11 bệnh nhân chiếm 18%. CD4 trung bình là 301.87, nhỏ nhất là 19 và cao nhất là 739.

Về tải lượng vi rút: Tải lượng vi rút trên 100.000 copies/ml có 23 bệnh nhân chiếm 42,6%, từ 10.000 đến 100.000 bản sao/ml có 28 bệnh nhân chiếm 54,1%. Số bệnh nhân có HIV-RNA thấp <10.000 có 2 bệnh nhân chiếm 3,3%. Chỉ số trung vị HIV-RNA rất cao 44.000, nhỏ nhất 3700 và cao nhất là 583.000.

Kết quả điều trị:

Bảng 2: Hiệu quả điều trị về lâm sàng

Chỉ số	Thời điểm	T0	T24
Cân nặng			
$\bar{x} \pm SD$ (Kg)		58,6 ±7,9	60,5 ± 8,7
Min- Max (Kg)		46-80	45-86
p (T0-T24)		<0,05	
BMI			
$\bar{x} \pm SD$		21,38±2,45	22,07±2,53
p (T0-T24)		<0,05	

Trước điều trị cân nặng trung bình của bệnh nhân là 58,6 ±7,9; sau 6 tháng là 60,5 ± 8,7, tương tự với BMI trung bình trước điều trị là 21,38 ± 2,45, sau 6 tháng là 22,07±2,53 số liệu này có ý nghĩa thống kê với p<0.05.

≥1.000	53	100	0	0
Cộng	53	100	61	100

Ở giai đoạn bắt đầu điều trị toàn bộ các bệnh nhân đều có tải lượng vi rút >1000, sau 6 tháng điều trị có 45/61 bệnh nhân chiếm 73,8% đạt mức tải lượng vi rút không phát hiện với $p < 0,05$. Trong 1 nghiên cứu nhấm mở VIKING-3 ở giai đoạn 3 của Castagna A và các đồng tác giả năm 2014 cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có tải lượng vi rút giảm xuống mức dưới ngưỡng sau 6 tháng điều trị đạt 69%.⁶ Trong một nghiên cứu khác đánh giá kết quả điều trị của DTG tại Châu Âu năm 2018 của Aboud M và cộng sự, tỷ lệ bệnh nhân đạt mức ức chế vi rút tại thời điểm 6 tháng điều trị là 78%.⁴

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	T4		T8		T24	
	n	%	n	%	n	%
Nhức đầu	6	10	3	4,9	0	0
Buồn nôn	5	8	0	0	0	0
Phát ban	2	3,3	0	0	0	0
Mệt mỏi	4	6	3	4,9	0	0
Tiêu chảy	4	6	0	0	0	0
Mẩn ngứa	1	1,6	0	0	0	0
Tổng	22	34,9	6	9,8	0	0

Các tác dụng không mong muốn gặp với tỷ lệ 34,9% ở tuần thứ 4 và tự thuyên giảm ở tuần thứ 8 (9,8%) không cần xử trí.

Bảng 6. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tải lượng vi rút sau điều trị

Biến số	TLVR sau điều trị (Copies/ml) (n=61)		OR (CI 95%)	p
	<20	≥20		
Tuân thủ điều trị: Tốt	45	1	2,32 0,21-8,643	<0,05
Không tốt	0	15		
CD4 trước điều trị: <200	11	8	0,324 0,098-1.66	>0,05
>200	34	8		
Giới tính: Nam	32	12	0,821 0,223-3,018	>0,05
Nữ	13	4		
Tình trạng đồng nhiễm viêm gan B, C				
Có đồng nhiễm	17	5	0,749 0,222-2,548	>0.05
Không đồng nhiễm	28	11		

Không thấy mối liên quan giữa tình trạng đồng nhiễm viêm gan, giới tính và CD4 trước điều trị với tải lượng vi rút sau điều trị, tuân thủ điều trị của bệnh nhân có mối liên quan với tải lượng vi rút sau điều trị ($p < 0,05$, OR 2,32 CI95% 0,21-8,643).

V. KẾT LUẬN

Phác đồ thuốc ARV TDF+3TC+DTG có hiệu quả trong điều trị các bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS trong cải thiện lâm sàng, hồi phục miễn dịch và ức chế vi rút.

- Cân nặng và BMI trung bình của các đối tượng nghiên cứu tăng so với trước điều trị, cân nặng sau 6 tháng là $22,07 \pm 2,53$ và BMI là $22,07 \pm 2,53$ có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- Giai đoạn lâm sàng và các nhiễm trùng cơ hội của bệnh nhân được cải thiện, không còn bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 3, 4 sau khi điều trị.

- Số tế bào CD4 tăng rõ rệt tại thời điểm đánh giá so với trước điều trị, CD4 tăng trung bình 68.8 tế bào sau 6 tháng điều trị, $p < 0,05$.

- Xét nghiệm tải lượng vi rút đạt mức ức chế vi rút tối đa (<20 copies/ml) chiếm tỷ lệ 73,8%

(45/61 bệnh nhân) và không có bệnh nhân có tải lượng vi rút >1000 copies/ml tại thời điểm đánh giá sau 6 tháng điều trị.

- Tuân thủ điều trị có ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt có khả năng ức chế được vi rút cao gấp 2,3 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- UNAIDS**, "Global HIV & AIDS statistics - 2019 fact sheet". Available at: Cục Phòng chống HIV/AIDS. Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020, ban hành kèm theo Quyết định số 45/BC - BYT. 2019.
- Bộ y tế**. Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, ban hành kèm theo Quyết định 5456/QĐ-BYT ngày 20/11/2019. 2019.
- Cục phòng chống HIV/AIDS**, Hướng dẫn theo dõi phản ứng có hại của thuốc kháng HIV (ARV) trong chương trình phòng chống HIV/AIDS, ban hành kèm theo quyết định số 107/QĐ-AIDS ngày

- 18/06/2014. 2014.
4. **Aboud M, et al.** Superior efficacy of dolutegravir (DTG) plus 2 nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) compared with lopinavir/ritonavir (LPV/RTV) plus 2 NRTIs in second-line treatment: interim data from the DAWNING study, abstract TUAB0105LB, presented at IAS Science, 24-26 July 2017, Paris, France.
 5. **Taha H., Das A., và Das S.** Clinical effectiveness of dolutegravir in the treatment of HIV/AIDS. *Infect Drug Resist*, 2015;**8**, 339–352.
 6. **Castagna A, et al.** Dolutegravir in antiretroviral-experienced patients with raltegravir- and/or elvitegravir - resistant HIV-1: 24-week results of the phase III VIKING-3 study, *The Journal of Infectious Diseases*, August 2014.
 7. **Nyaku A.N., Zheng L., Gulick R.M., et al.** Dolutegravir plus lamivudine for initial treatment of HIV-1-infected participants with HIV-1 RNA <500 000 copies/mL: week 48 outcomes from ACTG 5353. *J Antimicrob Chemother*, 2019;**74**(5), 1376–1380.
 8. **Cahn P., Madero J.S., Arribas J.R., et al.** Dolutegravir plus lamivudine versus dolutegravir plus tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine in antiretroviral-naïve adults with HIV-1 infection (GEMINI-1 and GEMINI-2): week 48 results from two multicentre, double-blind, randomised, non-inferiority, phase 3 trials. *The Lancet*, 2013; **393**(10167), 143–155.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TÂM VỊ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư tâm vị tại Bệnh viện Bạch mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 35 trường hợp được phẫu thuật điều trị ung thư tâm vị tại Bệnh viện Bạch mai từ 1/ 2019 đến 12/2021. **Kết quả:** Trong 35 trường hợp ung thư tâm vị có 26 nam và 9 nữ, tuổi trung bình là 61,5 ± 11,2 tuổi. Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày là 25/35 trường hợp (71,4%), phẫu thuật Sweet 7/35 (20,0%), phẫu thuật Lewis Santy 2,9%, mở thông dạ dày 5,7%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 11,6%, không có tử vong, diện cắt thực quản không còn tế bào ung thư 23/31 (74,2%), còn tế bào ung thư 8/31 (25,8%), thời gian sống thêm trung bình sau mổ là 23,1 ± 3, 1 tháng, 24 tháng sau mổ có 16 bệnh nhân còn sống (49,7%), 36 tháng có 10 bệnh nhân còn sống (28,5%). **Kết luận:** Ung thư tâm vị là loại tổn thương có tiên lượng kém do các dấu hiệu lâm sàng nghèo nàn, bệnh nhân đến viện ở giai đoạn muộn và mức độ biệt hóa kém của tế bào. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả, nên cắt toàn bộ dạ dày hay bán phần cực trên phối hợp với cắt thực quản cao để đảm bảo tính triệt căn

Từ khóa: ung thư tâm vị, ung thư dạ dày, cắt dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày

SUMMARY

THE RESULTS OF THE SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC CARDIA CANCER AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of the surgical treatment of gastric cardia cancer in Bach Mai

**Bệnh viện Bạch Mai*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng
Email: tranmanhhungngoaim@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.12.2021
Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022
Ngày duyệt bài: 8.2.2022

Subjects and research methods: Retrospective descriptive study of 35 cases of surgery at Bach Mai Hospital from January 2019 to December 2021. **Results:** in 35 cases of gastric cardia cancer, 26 men and 9 women, the average age was 61.5 ± 11.2, total gastrectomy was 25/35 (71.4%), Sweet surgery was 7/35 (20.0%), Lewis Santy surgery 2.9%, percutaneous gastrostomy was 5.7%, postoperative complication rate was 11.6%, no death, esophagus section having no cancer cells was 23/31 (74.2%), and cancer cells was 8/31 (25.8%), the average survival after surgery is 23.1 ± 3,1month, 24 months after surgery, there were 16 patients still alive (49.7%), in 36 months there were 10 patients still alive (28.5%). **Conclusion:** Gastric cardia cancer is the type of lesion with poor prognosis caused by late symptoms, late hospitalization and low transdifferentiation of cells. Surgery is an effective treatment, removing the whole stomach or the upper part of stomach in combination with low esophagus removal to ensure radical.

Keywords: gastric cardia cancer, stomach cancer, Gastrectomy, total gastrectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm vị là chỗ nối giữa thực quản và dạ dày, là nơi chuyển tiếp giữa biểu mô lát tầng không sừng hóa sang biểu mô tuyến. Ung thư tâm vị ít gặp hơn, nhưng có tiên lượng dè dặt vì triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, bệnh nhân thường đến viện muộn với các biểu hiện biến chứng như nuốt nghẹn, sụt cân, hạch thượng đòn...Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ đạo. Tuy nhiên phẫu thuật cắt bỏ đến đâu để đảm bảo triệt để? vì hướng lan của khối u tâm vị lên phía trên thực quản hay xuống phía dưới dạ dày vẫn chưa được sáng tỏ. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư tâm vị tại Bệnh viện Bạch Mai.*