

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG TRÊN NỘI SOI BỆNH LOÉT TÁ TRÀNG NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* TẠI BỆNH VIỆN NHI THANH HOÁ

Lê Thị Vân Anh¹, Nguyễn Thị Việt Hà²

TÓM TẮT

Loét tá tràng do nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) là bệnh lý tiêu hoá có biểu hiện lâm sàng và tổn thương trên nội soi đa dạng. Triệu chứng lâm sàng của loét tá tràng ở trẻ em không điển hình như người lớn nên trẻ thường được chẩn đoán muộn và nhập viện với tình trạng cấp cứu của xuất huyết tiêu hóa. Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình thái tổn thương trên nội soi bệnh loét tá tràng nhiễm *H. pylori* tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa năm 2021-2022. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca bệnh trên 102 bệnh nhân được chẩn đoán loét tá tràng nhiễm *H. pylori* tại bệnh viện Nhi Thanh Hoá. Kết quả: Tỷ lệ loét ở trẻ trai và trẻ gái là 4.7/1. Tuổi trung bình là $11 \pm 2,7$ (5- 16 tuổi). 95,1% trẻ có biểu hiện đau bụng, trong đó đau bụng thượng vị chiếm tỉ lệ cao 62,9%; tính chất đau trước ăn và thường đau âm ỉ lần lượt chiếm 25,8% và 84,5%. Các triệu chứng nôn, buồn nôn, ợ hơi, ợ chua, thiếu máu, chiếm tỉ lệ lần lượt 51%; 51,8% và 60,8%; 55,9% trẻ có tình trạng xuất huyết tiêu hóa bao gồm nôn máu và phân đen. Loét hành tá tràng là tổn thương hay gặp nhất chiếm 95,1% trường hợp trong đó loét ở mặt trước hành tá tràng chiếm tỉ lệ cao nhất (44,1%); loét từ 2 ổ trở lên chiếm 27,5%; tỉ lệ trẻ có tổn thương Forrest độ IIB và III lần lượt là 14,7% và 85,3%. Kết luận: Loét tá tràng nhiễm *H. pylori* có triệu chứng lâm sàng thường không rõ ràng và không điển hình nên nhiều trẻ đến viện muộn trong tình trạng biến chứng xuất huyết đường tiêu hóa.

Từ khoá: Loét tá tràng, xuất huyết tiêu hoá, nội soi dạ dày tá tràng, trẻ em, *H. pylori*

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CLINICAL AND ENDOSCOPY FINDINGS IN CHILDREN WITH DUODENAL ULCER INFECTED WITH *HELICOBACTER PYLORI* AT THE THANH HOA PEDIATRIC HOSPITAL

The clinical characteristics of duodenal ulcer in children are also varied and non-specific, and many children go to emergency by bleeding upper gastroenterology. **Aim:** to describe clinical characteristics and lesion morphology on esophagogastroduodenoscopy of duodenal ulcer disease infected with *H. pylori* in children at Thanh

Hoa Pediatric Hospital. Materials and methods: a prospective study described a case series of 102 patients having duodenal ulcers infected with *H. pylori* at Thanh Hoa Pediatric Hospital. **Results:** Boy to girl ratio was 4.7/1. Mean age was 11 ± 2.7 (5-16 years). Prevalence of chronic pain abdominal was 95.1%; in which epigastric pain is 62.9%; pain before eating's 25.8%; dull abdominal pain is 84.5%. Other symptoms as nausea or vomiting, burping or heartburning, anemia are 51%; 51%; 60.8%, respectively; Rate of upper gastrointestinal bleeding was 55.9%. Duodenal bulb ulcer is the most common lesion, (accounts for 95.1%), in which ulcer in front of duodenal bulb accounts for the highest percentage (44.1%); from 2 lesions of duodenum ulcer are 27.5%; lession with Forrest grade IIB and III are 14.7% and 85.3%, respectively. Conclusion: Duodenal ulcers with *H.pylori* in children are tendency increasing. Aspects clinical have also poor symptoms so lead to hospitalize in emergency by digestive bleeding.

Keywords: Duodenal ulcer, gastrointestinal bleeding, esophagogastroduodenoscopy, children, *H. Pylori*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý loét tá tràng ở trẻ em không phải là bệnh lý phổ biến nhưng gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như xuất huyết tiêu hóa, thủng tạng rỗng... và có thể dẫn đến tử vong. Người ta ước tính có khoảng 5- 8% dân số thế giới mắc bệnh loét dạ dày tá tràng, thường gặp ở người lớn nhiều hơn trẻ em và do nhiều nguyên nhân [5]. Ở trẻ em nguyên nhân hàng đầu gây loét tá tràng là do vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Trong đó, loét hành tá tràng chiếm > 95% [1]. Biểu hiện triệu chứng lâm sàng trên nhóm loét tá tràng do nhiễm *H. pylori* không đặc hiệu, bệnh thường xảy ra ở trẻ bình thường khỏe mạnh không tìm thấy yếu tố liên quan [1]. Các triệu chứng được khai thác thường mơ hồ, nhiều trẻ đến viện với biểu hiện đau bụng, nôn ra máu, đi ngoài phân đen mà không có các triệu chứng tiêu hóa gợi ý trước đó, hoặc trẻ có biểu hiện thiếu máu mạn tính nhưng không tìm thấy đường mất máu trên lâm sàng. Cho đến nay, chưa có nhiều nghiên cứu về tình trạng loét tá tràng do nhiễm *H. pylori* ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Thanh Hoá. Vì vậy, chúng tôi đề ra nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình thái tổn thương trên nội soi bệnh loét tá tràng nhiễm *Helicobacter pylori* tại bệnh viện Nhi Thanh Hoá".

¹Bệnh viện Nhi Thanh Hoá

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.4.2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 102 trẻ được chẩn đoán loét tá tràng nhiễm *H. pylori* tại bệnh viện Nhi Thanh Hoá trong thời gian từ 01/01/2021 đến 28/02/2022. Tiêu chuẩn chẩn đoán loét tá tràng khi có ít nhất một ổ loét ở tá tràng với kích thước từ 0,5 cm trở lên. Chẩn đoán nhiễm *H. pylori* khi có hai xét nghiệm dương tính với *H. pylori* (test nhanh urease và mô bệnh học). Các biến nghiên cứu được thu thập qua bộ câu hỏi được thiết kế trước. Quy trình nội soi do các bác sĩ nội soi tiêu hóa của bệnh viện Nhi Thanh Hoá thực hiện. Hình ảnh tổn thương trên nội soi dựa trên những tiêu chuẩn của hệ thống phân loại Sydney cải tiến năm 1990.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh. Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê là tính tỉ lệ phần trăm và so sánh hai tỉ lệ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học và y đức Trường Đại học Y Hà Nội và được sự chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2021 đến 2/2022, có 102 bệnh nhân loét tá tràng nhiễm *H. pylori* tại bệnh viện Nhi Thanh Hoá được đưa vào phân tích. Trong đó, có 84 trẻ nam và 18 trẻ nữ (tỉ lệ nam /nữ là 4,7/1). Tuổi trung bình là $11 \pm 2,7$ (5- 16 tuổi); nhóm > 10 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 59,8%.

Bảng 1. Lý do trẻ được bác sĩ chỉ định nội soi

Lý do	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Đau bụng	51	50%
Xuất huyết tiêu hoá (nôn máu, phân đen)	35	34,3%
Da xanh	15	14,7%
Đau ngực	1	1%

Đau bụng là lý do chỉ định nội soi hay gặp nhất, chiếm 50%. Tiếp theo là xuất huyết tiêu hóa chiếm 24,3%.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng đau bụng của trẻ bị loét tá tràng (N= 97)

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)	
Vị trí đau	Đau thượng vị	61	62,9
	Đau quanh rốn	33	34
	Đau khắp bụng	3	3,1
Thời điểm	Khi đói	25	25,8
	Sau ăn	11	11,3

đau	Đau về đêm	56	57,7
Mức độ đau	Đau âm ỉ	82	84,5
	Đau dữ dội	6	6,2
	Không xác định	9	9,3
Thời gian đau	> 3 tháng	64	66
	≤ 3 tháng	33	34

Đau bụng là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất chiếm 95,1% (97/102 bệnh nhân); Đau bụng thượng vị chiếm tỉ lệ cao 62,9%; đau tái diễn trên 3 tháng chiếm 66%;

Bảng 3: Các triệu chứng lâm sàng của trẻ loét tá tràng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)	
Xuất huyết tiêu hoá	Phân đen	57	55,9
	Nôn máu	24	23,5
Thiếu máu	62	60,8	
Nôn, buồn nôn	52	51	
Ợ hơi, ợ chua	52	51	
Đầy bụng, khó tiêu	38	37,3	
Ngất, chóng mặt	26	25,5	

Thiếu máu và xuất huyết tiêu hóa bao gồm nôn máu và phân đen là biến chứng thường gặp, chiếm tỉ lệ lần lượt là 60,8% và 55,9%.

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên nội soi

Đặc điểm ổ loét	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)	
Vị trí	Mặt trước hành tá tràng	45	44,1
	Mặt sau hành tá tràng	28	27,5
	Đối xứng 2 bên hành tá tràng	24	23,5
	D1/D2	5	4,9
Số lượng	1 ổ	74	72,5
	2 ổ	27	26,5
	> 2 ổ	1	1,0
Kích thước	<1cm	53	52
	1-2 cm	48	47
	>2 cm	1	1
Phân loại theo Forrest	II b	15	14,7
	III	87	85,3

Tất cả bệnh nhi loét tá tràng có viêm dạ dày kèm theo (phù nề sung huyết, lẫn sẵn dạng hạt và trợt nông chiếm tỉ lệ lần lượt là 56,9%, 42,1% và 1%), tuy nhiên chỉ có 4 trẻ có loét dạ dày kết hợp, chiếm 3,9%. Trong 102 trẻ loét tá tràng, loét ở mặt trước hành tá tràng chiếm tỉ lệ cao nhất (44,1%); loét từ 2 ổ trở lên chiếm 27,5%; tỉ lệ trẻ có tổn thương Forrest độ IIb và III lần lượt là 14,7% và 85,3%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 102 bệnh nhi loét tá tràng nhiễm *H. pylori* có tuổi trung bình là $11 \pm 2,7$, trong đó tuổi nhỏ nhất là 5, lớn nhất là 16 tuổi, nhóm > 10 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 59,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Trong một nghiên cứu trên 53 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng, Nguyễn Phúc Thịnh ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân là $11 \pm 2,5$ tuổi [3]. Nghiên cứu của Kalach và cộng sự năm 2010 cũng ghi nhận tuổi mắc bệnh trung bình của loét dạ dày tá tràng là 12 ± 4 tuổi [6]. Các tác giả đều ghi nhận thấy trẻ trên 10 tuổi thường dễ bị loét tá tràng hơn so với nhóm trẻ ở độ tuổi nhỏ hơn [6]. Điều này có thể giải thích do *H. pylori* là vi khuẩn có tính cảm nhiễm cao, tỉ lệ nhiễm tăng dần theo tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ trai có xu hướng bị loét tá tràng cao hơn so với trẻ gái, tỉ lệ trẻ trai/gái là 4,7/1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của một số tác giả trong nước như Đặng Thúy Hà tại bệnh viện Nhi Trung ương [1] và Nguyễn Thị Hồng Nhân tại bệnh viện Xanh Pôn [2]. Trên thế giới, trong một phân tích gộp trên 18 nghiên cứu ở người lớn và 10 nghiên cứu ở trẻ em, de Martel C ghi nhận thấy giới tính nam có xu hướng nhiễm *H. pylori* cao hơn nữ [4]. Tuy nhiên trong một số nghiên cứu của các tác giả khác như Hüseyin Şimşek và cộng sự tại Thổ Nhĩ Kỳ không thấy sự khác biệt về tỉ lệ mắc loét dạ dày tá tràng theo giới [7].

Đau bụng tái diễn là một trong các dấu hiệu gợi ý hàng đầu trong bệnh lý viêm loét dạ dày tá tràng. Mối liên quan giữa đau bụng mạn tính ở trẻ nhiễm *H. pylori* viêm loét dạ dày tá tràng đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới chứng minh, bằng chứng là triệu chứng đau bụng mạn tính có cải thiện sau khi diệt trừ *H. pylori*. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 95,1% trẻ loét tá tràng nhiễm *H. pylori* có biểu hiện đau bụng (Bảng 2). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Đặng Thúy Hà, Nguyễn Thị Hồng Nhân với đau bụng chiếm tỉ lệ lần lượt là 95,7% và 68,9% [1],[2]. Nghiên cứu của Usta Y trên 45 trẻ Thổ Nhĩ Kỳ loét tá tràng cũng cho thấy đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất chiếm 86,7% [8]. Các nghiên cứu khác nhau ghi nhận đau bụng với tính chất đau thất thường, cường độ đau thay đổi và ít có tính chất khu trú. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau bụng thượng vị chiếm tỉ lệ cao 62,9%; phần lớn trẻ đau âm ỉ (84,5%) và có các đợt đau tái diễn hơn 3 tháng (chiếm 66%) và tỉ lệ trẻ thức giấc ban đêm do các cơn đau chiếm

57,7% (Bảng 2). Nghiên cứu của Nguyễn Phúc Thịnh cũng cho thấy bệnh nhi có các đợt đau bụng mạn tính kéo dài trên 3 tháng chiếm tỉ lệ cao là 60% [3]. Điều này có thể lý giải vì bệnh nhân loét dạ dày tá tràng do nhiễm *H. pylori* có thời gian diễn biến bệnh kéo dài hơn nhóm trẻ viêm đơn thuần [1]. Đồng thời xen giữa các đợt bệnh bùng phát, bệnh nhân có thể có các giai đoạn bệnh tự ổn định. Kết quả này phù hợp với ghi nhận trên thực tế lâm sàng là bệnh nhi thường đến khám muộn khi biểu hiện đau bụng tăng nặng hoặc vào viện vì các biến chứng nặng như xuất huyết tiêu hoá, thiếu máu nặng. Các nghiên cứu trong nước của các tác giả Nguyễn Thị Hồng Nhân, Nguyễn Phúc Thịnh đều ghi nhận bệnh nhân vào viện vì xuất huyết tiêu hoá chiếm tỉ lệ cao, lần lượt là 54,1% và 71,6% [2], [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân vào viện vì xuất huyết tiêu hoá là 34,3%, tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết tiêu hoá là 55,9%. Đồng thời, chúng tôi ghi nhận 60,8% bệnh nhi có biểu hiện thiếu máu mạn tính ở các mức độ, trong đó 46/102 trẻ cần truyền máu trước nội soi. Kết quả này có sự khác biệt khi so sánh với các nghiên cứu ở các nước đã phát triển, lý do nội soi trong nhóm loét dạ dày tá tràng chủ yếu là đau bụng, nôn và dấu hiệu bóng rât ngược. Các triệu chứng khác cũng phổ biến ở bệnh nhi loét tá tràng nhiễm *H. pylori* trong nghiên cứu của chúng tôi là nôn, buồn nôn (51%), ợ hơi, ợ chua (51%), đầy bụng, khó tiêu (37,3%) và ngất, chóng mặt (25,5%) (Bảng 3).

Nội soi dạ dày tá tràng bằng ống mềm đã trở thành công cụ hữu ích giúp cho việc chẩn đoán và theo dõi điều trị loét dạ dày tá tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhi loét tá tràng có hình ảnh viêm dạ dày mạn tính kèm theo (phù nề sung huyết, lẫn sần dạng hạt và trợt nông chiếm tỉ lệ lần lượt là 56,9%, 42,1% và 1%), tuy nhiên chỉ có 3,9% trẻ có loét dạ dày kết hợp. Kết quả trên phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước khi cho thấy loét tá tràng nhiễm *H. pylori* là thường gặp nhất ở trẻ em. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chủ yếu là trẻ có 1 ổ loét, chiếm 72,5%; trẻ có từ 2 ổ loét trở lên chiếm 27,5%. Kết quả này tương tự với mô tả của các tác giả khác như Nguyễn Thị Hồng Nhân [2] và Nguyễn Phúc Thịnh [3]. Loét tá tràng thường xảy ra nhất ở đoạn đầu của tá tràng (hành tá tràng) chiếm 95% trường hợp. Nghiên cứu của Đặng Thúy Hà [1] ghi nhận tỉ lệ loét tá tràng đoạn D1 rất thấp (2,0%). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả tương tự với 4,9% trường hợp loét ở D1/D2

tá tràng và 95,1% loét hành tá tràng. Trong đó, loét mặt trước hành tá tràng chiếm tỉ lệ cao nhất 44,1%, loét mặt sau hành tá tràng chiếm 27,5% và loét cả mặt trước và mặt sau hành tá tràng chiếm 23,5% (Bảng 4). Hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều nghi nhận tỉ lệ loét hành tá tràng ở mặt trước cao hơn ở mặt sau [2], [3]. Vấn đề này cần được bác sĩ nội soi lưu ý khi quan sát tổn thương. Tuy nhiên, cũng cần quan tâm đến vị trí loét mặt sau hành tá tràng và loét ở đoạn D1 tá tràng vì đây là các tổn thương ít gặp và dễ bỏ sót, nhất là những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không tìm được tổn thương. Về kích thước ổ loét, chúng tôi ghi nhận ổ loét kích thước dưới 1 cm là thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 52%, ổ loét kích thước 1-2 cm chiếm 47% và chỉ 1 trường hợp có ổ loét lớn kích thước trên 2 cm. Nghiên cứu của Đặng Thúy Hà tại bệnh viện Nhi trung ương ghi nhận tỉ lệ trẻ có ổ loét lớn cao hơn (15,5%) [1]. Sự khác biệt này có thể giải thích do đề tài của chúng tôi thực hiện ở cơ sở y tế địa phương, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lần đầu (74,6% bệnh nhân không có tiền sử viêm- loét dạ dày tá tràng từ trước). Đa ổ loét và kích thước ổ loét lớn là các yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhi loét tá tràng.

V. KẾT LUẬN

Loét tá tràng nhiễm *H. pylori* thường có triệu chứng lâm sàng không rõ ràng và không tương xứng với mức độ tổn thương trên nội soi. Cần khám lâm sàng cẩn thận, chỉ định nội soi tiêu hóa phù hợp khi bệnh nhân có các dấu hiệu nghi ngờ viêm loét dạ dày tá tràng để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin chân thành cảm

ơn bệnh nhi và gia đình trẻ đã tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Xin cảm ơn khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Thanh Hoá tạo điều kiện thuận lợi để nhóm nghiên cứu có thể thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thúy Hà, Nguyễn Thị Việt Hà.** Liên quan giữa yếu tố độc lực VACA của *H. pylori* với tổn thương trên nội soi và mô bệnh học của bệnh viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2020; 131(7): 127-134.
2. **Nguyễn Thị Hồng Nhân, Nguyễn Thị Việt Hà.** Triệu chứng lâm sàng và tổn thương trên nội soi của bệnh nhân loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* ở trẻ em tại bệnh viện đa khoa Saint Paul. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020; 494(2): 202-205
3. **Nguyễn Phúc Thịnh, Hoàng Lê Phúc, Nguyễn Việt Trường và cộng sự.** Loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 1 TP. Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2014; 18(4): 41-47.
4. **de Martel C, Parsonnet J. Helicobacter pylori Infection and Gender: A Meta-Analysis of Population-Based Prevalence Surveys.** Digestive Diseases and Sciences. 2006; 51(12): 2292-2301.
5. **Graziella Guariso, Marco Gasparetto.** Update on Peptic Ulcers in the Pediatric Age. Ulcers. 2012.
6. **Kalach N, Bontems P.** Frequency and risk factors of gastric and duodenal ulcers or erosions in children: a prospective 1-month European multicenter study. European Journal of Gastroenterology & Hepatology. 2010; 22(10): 1174-1181.
7. **Şimşek, H., Tezol, O., et al. (2018).** Peptic Ulcer Disease in Children with Chronic Abdominal Pain. Journal of Gastroenterology, 3(2), 5.
8. **Usta Y, Saltik-Temizel, et al.** Comparison of short- and long-term treatment protocols and the results of second-line quadruple therapy in children with *Helicobacter pylori* infection. Journal of Gastroenterology. 2008; 43(6): 429-433.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG GIAI ĐOẠN III TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thị Thu Trang*, Lê Thanh Đức*, Hàn Thị Thanh Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) giai đoạn III tại bệnh viện K. Đánh giá kết quả điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

**Bệnh Viện K*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Trang

Email: Drtrangpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.4.2022

Bệnh nhân và đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân UTMTC giai đoạn III điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2020, được điều trị đủ liệu trình phẫu thuật, xạ trị bổ trợ, hóa trị bổ trợ, được theo dõi sau điều trị. **Kết quả:** Tuổi trung bình 56 tuổi, triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ra máu âm đạo bất thường. 60% BN có nồng độ CA12.5 máu trước điều trị ở mức cao (trên 35 U/ml). Ung thư biểu mô (UTBM) tuyến dạng nội mạc là thể mô bệnh học (MBH) hay gặp nhất, 73,34%. BN có ER dương tính chiếm 59,52%, PR dương tính 54,76%. Trung vị thời gian sống không bệnh là 30,86±4,20, với 95%CI (22,63-39,10). BN ở giai đoạn IIIA/B có tiên lượng tốt