

DỰ ĐOÁN VIÊM PHỨC MẠC NHIỄM KHUẨN NGUYÊN PHÁT Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN BẢNG BỤNG BẰNG HỆ THỐNG TÍNH ĐIỂM ĐƠN GIẢN WEHMEYER

Huỳnh Cao Ngọc^{1,2}, Bùi Hữu Hoàng¹, Hồ Tấn Phát², Võ Duy Thông^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát khả năng dự đoán hệ thống tính điểm đơn giản của tác giả Wehmeyer trong viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát (VPMNKNP) ở bệnh nhân xơ gan bảng bụng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên bệnh nhân xơ gan bảng bụng nhập khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 10/2021 đến 05/2022. Tất cả bệnh nhân được chọc dịch màng bụng và làm các xét nghiệm sinh hóa huyết học thường quy. VPMNKNP được chẩn đoán xác định khi số lượng tế bào bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch màng ≥ 250 tế bào/mm³. Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán (GTTĐ) dương, GTTĐ âm của hệ thống tính điểm của tác giả Wehmeyer trong dự đoán VPMNKNP ở bệnh nhân xơ gan bảng bụng. **Kết quả:** Có 92 bệnh nhân xơ gan bảng bụng được đưa vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy hệ thống tính điểm Wehmeyer có GTTĐ dương trong chẩn đoán VPMNKNP là 100% (khoảng tin cậy (KTC) 95%: 73,5% - 100%) (điểm ≥ 3). GTTĐ âm tại điểm cắt 1 điểm là 94,7% (KTC 95%: 74% - 99,9%). Sốt, đau bụng, số lượng bạch cầu máu, tỉ lệ neutrophil trên lymphocyte (NLR), thể tích trung bình tiểu cầu (MPV), mức CRP huyết thanh là những yếu tố độc lập có thể dự đoán VPMNKNP. **Kết luận:** Hệ thống tính điểm đơn giản của tác giả Wehmeyer có giá trị giúp nhanh chóng chẩn đoán hoặc loại trừ VPMNKNP.

Từ khóa: xơ gan, bảng bụng, dự đoán, viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát.

SUMMARY

PREDICTION OF SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS IN CIRRHOTIC ASCITES BY WEHMEYER'S SIMPLE SCORING SYSTEM

Objectives: To investigate the predictability of Wehmeyer's simple scoring system in spontaneous bacterial peritonitis (SBP) with cirrhotic ascites. **Patients and methods:** A cross-sectional study was conducted in patients with cirrhosis ascites admitted to the Department of Gastroenterology Cho Ray Hospital from October 2019 to May 2020. All patients underwent paracentesis and routine biochemical and hematological tests. SBP was defined by an absolute neutrophil count ≥ 250 cells/mm³. Determine Wehmeyer's simple scoring system sensitivity,

specificity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) in predicting spontaneous bacterial peritonitis with cirrhotic ascites. **Results:** There were 92 patients with cirrhosis ascites recruited for the study. The results showed that the scoring system Wehmeyer reaches PPV for diagnosis of SBP of 100% (confidence interval (CI): 73,5% - 100%) (score ≥ 3). The NPV at a threshold of 1 point was 94,7% (CI 95%: 74% - 99,9%). Fever, abdominal pain, white blood cell count, neutrophil to lymphocyte ratio (NLR), mean platelet volume (MPV), serum CRP level were identified as independent predictors of SBP. **Conclusion:** the author Wehmeyer's simple scoring system helps in the rapid diagnosis or exclusion of SBP.

Key word: cirrhosis, ascites, predictors, spontaneous bacterial peritonitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát (VPMNKNP) là tình trạng nhiễm trùng dịch màng mà không có bất kỳ nguồn nhiễm trùng ngoại khoa nào trong ổ bụng. VPMNKNP rất thường gặp ở bệnh nhân xơ gan bảng bụng (XGGB), tỉ lệ lưu hành bệnh từ 1,5 - 3,5% bệnh nhân ngoại trú đến khoảng 10% số bệnh nhân nhập viện. Biểu hiện lâm sàng VPMNKNP rất đa dạng, tuy nhiên điều quan trọng cần lưu ý rằng VPMNKNP có thể không có triệu chứng, việc xác định chẩn đoán phải dựa vào kết quả chọc dịch màng bụng (DMB) [1]. Tuy nhiên, chọc DMB là một thủ thuật xâm lấn và các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tuân thủ chọc DMB chẩn đoán trong thực hành lâm sàng vẫn chưa được tối ưu, đa phần các bệnh nhân không được chọc DMB rơi vào các đối tượng như: già yếu, nhiều bệnh đồng mắc, nhập viện ngày cuối tuần, nhập cơ sở y tế tư nhân hoặc có chống chỉ định chọc DMB [2]. Năm 2014, tác giả người Đức Wehmeyer đã cho ra đời hệ thống tính điểm đơn giản giúp dự đoán VPMNKNP. Hệ thống tính điểm này bao gồm 3 yếu tố là tuổi, số lượng tiểu cầu và nồng độ CRP huyết thanh, trong đó tuổi bệnh nhân > 60 và số lượng tiểu cầu ≤ 100 G/L được tính 1 điểm cho mỗi tiêu chí và CRP huyết thanh > 60 mg/L được tính 2 điểm. Số điểm của bệnh nhân sẽ dao động từ 0 điểm đến 4 điểm. Hệ thống tính điểm này cho phép chúng ta nhanh chóng chẩn đoán hoặc loại trừ VPMNKNP khi chưa có kết quả chọc dịch màng bụng hoặc ở bệnh nhân không thể chọc dịch màng bụng chẩn đoán, từ đó giúp quyết

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Thông

Email: duythong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2022

Ngày duyệt bài: 1.7.2022

định điều trị kịp thời cho bệnh nhân [3]. Hiện nay tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào khảo sát giá trị dự đoán VPMNKNP dựa vào một thang điểm cụ thể. Trước thực tế này, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "giá trị hệ thống tính điểm đơn giản Wehmer trong dự đoán viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát trên bệnh nhân xơ gan báng bụng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân xơ gan báng bụng đủ 18 tuổi trở lên nhập viện và được chọc DMB.

Tiêu chuẩn loại trừ: Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn thứ phát, báng bụng không do tăng áp cửa (lao màng bụng, nguyên nhân ác tính, xuất huyết trong ổ bụng, báng bụng dưỡng trấp, viêm tụy cấp), nhiễm trùng khác nhiễm trùng dịch báng kèm theo (viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng da), bệnh nhân sử dụng kháng sinh trong 2 tuần trước đó.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Địa điểm nghiên cứu: khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Chợ Rẫy.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2021 đến tháng 05/2022.

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân nhập viện khoa Tiêu hóa, bệnh viện Chợ Rẫy được đánh giá thỏa mãn tiêu chuẩn sẽ được giải thích về nội dung nghiên cứu và mời tham gia nghiên cứu: tiến hành khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, ghi nhận các kết quả cận lâm sàng. Tính hệ thống

tính điểm Wehmer (từ 0 đến 4 điểm).

Bảng 1: Hệ thống tính điểm Wehmer [3].

Thông số	Điểm cắt	Tính điểm
Tuổi	> 60 tuổi	1
Số lượng tiểu cầu	≤ 100 G/L	1
CRP	> 60 mg/dL	2

Xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 15.1. Các mối liên hệ được kiểm định bằng phép kiểm t với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Vấn đề đạo đức: Nghiên cứu tiến hành đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu Y học và được Hội đồng nghiên cứu khoa học của trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận được 92 đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn. Các đặc điểm dân số học và kết quả nghiên cứu được mô tả chi tiết trong các bảng dưới đây:

Bảng 2: Đặc điểm dân số học.

Đặc điểm	Tổng (n=92)	VPMNKNP		p
		Có (n=24)	Không (n=68)	
Tuổi (TB ± độ lệch chuẩn)	56,3 ± 13,0	54,8 ± 14,2	56,9 ± 12,7	0,5
Nam, n (%)	68 (73,9)	21 (87,5)	47 (69,1)	0,07
Nữ, n (%)	24 (26,1)	3 (12,5)	21 (30,9)	

Nhận xét: không có sự khác biệt về tuổi trung bình mắc bệnh, giới tính giữa hai nhóm có và không có VPMNKNP.

Bảng 3: Đặc điểm về lâm sàng và nguyên nhân xơ gan

Đặc điểm	Tổng (n=92)	VPMNKNP		p
		Có (n=24)	Không (n=68)	
Đau bụng n (%)	Có	25 (27,2)	12 (50,0)	0,003
	Không	67 (72,8)	13 (19,1)	
Sốt n (%)	Có	12 (13,0)	12 (50,0)	<0,001
	Không	80 (86,0)	68 (100)	
Thay đổi tri giác n (%)	Có	12 (13,0)	5 (20,8)	0,28
	Không	80 (86,0)	19 (79,2)	
Nguyên nhân xơ gan n (%)	Rượu	36 (39,1)	8 (33,4)	0,637
	Viêm gan vi rút B	35 (38,0)	10 (41,6)	
	Viêm gan vi rút C	6 (6,5)	2 (8,3)	
	Khác	15 (16,4)	4 (16,7)	
Child – Pugh B n (%)	25 (27,2)	3 (12,5)	22 (32,3)	0,06
Child – Pugh C n (%)	67 (72,8)	21 (87,5)	46 (67,7)	
Điểm MELD (TB ± độ lệch chuẩn)	21,4 ± 10,4	25,2 ± 11,4	19,8 ± 9,5	0,02

Nhận xét: không có sự khác biệt về thay đổi tri giác, nguyên nhân xơ gan và điểm Child – Pugh giữa hai nhóm có và không có VPMNKNP. Nhưng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đau bụng ($p=0,003$), sốt ($p<0,001$) và điểm MELD ($p=0,02$) giữa hai nhóm.

Bảng 4: Đặc điểm cận lâm sàng.

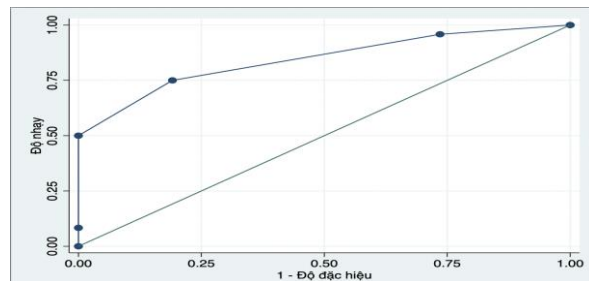
Đặc điểm xét nghiệm máu	Tổng (n=92)	VPMNKNP		P
		Có (n=24)	Không (n=68)	
Bạch cầu (G/L)	8,6 ± 5,0	12,46 ± 5,7	7,2 ± 3,9	<0,001
NLR	10,4 ± 18,2	18,4 ± 17,9	7,6 ± 17,6	0,01
MPV (fl)	9,9 ± 1,2	10,4 ± 1,1	9,7 ± 1,2	0,01
Tiểu cầu (G/L)	115,5 ± 70,5	117,4 ± 91,6	114,9 ± 62,1	0,98
CRP (mg/L)	38,1 ± 43,4	91,6 ± 54,8	19,2 ± 12	<0,001
INR	1,9 ± 1	2,2 ± 1,1	1,8 ± 0,9	0,18
Bilirubin toàn phần (mg/dL)	9,4 ± 10,3	14,2 ± 12,2	7,7 ± 9,1	0,008
Albumin máu (g/dL)	2,4 ± 0,5	2,2 ± 0,4	2,5 ± 0,6	0,02
Creatinin (mg/dL)	1,3 ± 1,1	1,7 ± 1,3	1,1 ± 1,1	0,04
AST (U/L)	130,2 ± 184,6	118,1 ± 113,5	134,5 ± 204,4	0,63
ALT (U/L)	98,4 ± 233,5	88,6 ± 121,7	101,9 ± 262,5	0,74

Nhận xét: có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng bạch cầu, NLR, MPV, mức CRP huyết thanh, bilirubin toàn phần, albumin máu, creatinin máu giữa hai nhóm có và không có VPMNKNP ($p < 0,05$).

Bảng 5: Tỷ lệ VPMNKNP theo thang điểm Wehmeyer.

Điểm Wehmeyer	Số lượng	VPMNKNP	Không VPMNKNP	Tỷ lệ VPMNKNP
0	19	1	18	5%
1	42	5	37	12%
2	19	6	13	32%
3	10	10	0	100%
4	2	2	0	100%

Biểu đồ 1: diện tích dưới đường cong (AUC) của hệ thống tính điểm Wehmeyer.



Nhận xét: hệ thống tính điểm Wehmeyer cho thấy khả năng dự đoán tốt VPMNKNP với AUC = 0,84.

Bảng 6: Giá trị chẩn đoán của thang điểm ở các điểm cắt khác nhau.

Điểm Wehmeyer	Độ nhạy (KTC 95%) (%)	Độ đặc hiệu (KTC 95%) (%)	GTTĐ (+) (KTC 95%) (%)	GTTĐ (-)
1	95,8 (78,9 – 99,9)	26,5 (16,5 – 38,6)	31,5 (21,1 – 43,4)	94,7 (74 – 99,9)
2	75 (53,3 – 90,2)	80,9 (69,5 – 89,4)	58,1 (39,1 – 75,5)	90,2 (79,8 – 96,3)
3	50 (29,1 – 79,9)	100 (94,7 – 100)	100 (73,5 – 100)	85 (75,3 – 92)
4	8,3 (1,0 – 27)	100 (94,7 – 100)	100 (15,8 – 100)	75,6 (65,4 – 84)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số. Có 92 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu với 64 bệnh nhân là nam (73,9%) và 24 bệnh nhân là nữ (26,1%). Tỷ lệ Nam/Nữ là 2,8/1. Tuổi từ 26 đến 82, trung bình là 56,3 ± 13. Các đặc điểm dân số này tương đồng với các nghiên cứu bệnh nhân xơ gan ở Việt Nam như nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Minh Tâm [5] và Võ Văn Trung [4] với tỷ lệ mắc bệnh trung bình là tuổi trung niên và tỷ lệ mắc bệnh nam cao hơn nữ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân gây xơ gan thường gặp nhất là do rượu (36/92) chiếm 39,1%, còn lại là viêm gan vi rút B (35/92) chiếm 38,0%, viêm gan vi rút C (6/92) chiếm 6,5% và các nguyên nhân khác

(15/96) chiếm 15,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Vũ Thị Minh Tâm [5] và tác giả Võ Văn Trung [4] với 3 nguyên nhân chính dẫn đến xơ gan là viêm gan do vi rút B, C và do rượu.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa hai nhóm có và không có VPMNKNP. Về lâm sàng, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng sốt và đau bụng giữa hai nhóm có và không có VPMNKNP ($p < 0,001$ và $p = 0,003$). Tỷ lệ phần trăm bệnh nhân sốt và đau bụng ở nhóm có VPMNKNP đều là 50%, có phần thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Minh Tâm (61,5% và 55,6%) [5] và Võ Văn Trung (73,5% và 52,9%) [4]. Điều này có thể được giải thích bệnh nhân xơ gan thường có tình trạng suy giảm đáp ứng

miễn dịch, do đó biểu hiện lâm sàng có thể bị mờ nhạt và không đặc hiệu [6]. Vì vậy cần nghi ngờ cao nhiễm trùng ở mọi bệnh nhân xơ gan bụng chướng nhập viện, đặc biệt khi có biểu hiện lâm sàng như sốt và đau bụng.

Về cận lâm sàng, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bạch cầu máu, tỉ lệ neutrophil trên lymphocyte, thể tích trung bình tiểu cầu, mức CRP huyết thanh giữa hai nhóm có và không có VPMNKNP ($p < 0,05$). Các xét nghiệm này đều có vai trò phản ánh tình trạng viêm và đáp ứng miễn dịch của cơ thể. Trong nghiên cứu của tác giả Ahmed Abdel-Razik và cộng sự cũng cho thấy tuổi, CRP, NLR, MPV ở những điểm cắt khác nhau có khả năng tiên đoán VPMNKNP, và tác giả này cũng đề xuất một hệ thống tính điểm đơn giản Mansoura với việc phối hợp các yếu tố trên giúp dự đoán chính xác VPMNKNP [7]. Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Minh Tâm cho thấy chỉ số CRP tại điểm cắt 84 G/L có độ nhạy 88,9%, độ đặc hiệu 63,9% trong tiên đoán VPMNKNP [5], tương tự nghiên cứu của tác giả Võ Văn Trung cũng cho thấy CRP, MPV tăng cũng có liên quan với VPMNKNP [4].

Khả năng dự đoán hệ thống tính điểm của tác giả Wehmeyer trong VPMNKNP ở bệnh nhân xơ gan bụng chướng. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, hệ thống tính điểm kết hợp các thông số như tuổi, CRP và số lượng tiểu cầu của tác giả Wehmeyer (bảng 1) có thể giúp dự đoán chính xác một nhóm bệnh nhân có VPMNKNP cũng như loại trừ chẩn đoán VPMNKNP ở một nhóm bệnh nhân.

Giá trị chẩn đoán của thang điểm ở các điểm cắt khác nhau được trình bày trong bảng 6. Tại điểm cắt 1 điểm, GTTĐ dương là 31,5% và giá trị tiên đoán âm là 94,7%. Do đó 94,7% bệnh nhân bị 0 điểm VPMNKNP đã được loại trừ chính xác. Sử dụng điểm cắt 1 điểm dẫn đến kết quả dự đoán âm tính giả 5 trong số 24 bệnh nhân có VPMNKNP trong nghiên cứu của chúng tôi (độ nhạy 95,8%). Nguy cơ mắc VPMNKNP tăng lên khi có điểm số tăng lên, ở điểm cắt lớn hơn hoặc bằng 3 điểm, GTTĐ dương là 100% và GTTĐ âm là 85%, với tất cả 12 bệnh nhân đều bị VPMNKNP. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự khi đối chiếu với nghiên cứu của tác giả Wehmeyer và cộng sự. Trong nghiên cứu của tác giả này cho thấy tại điểm cắt 1 điểm GTTĐ dương là 44,5% và GTTĐ âm là 93,5%, tại điểm cắt 3 điểm GTTĐ dương là 81,8% và GTTĐ âm là 76,6% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, AUC của thang điểm Wehmeyer trong dự

đoán VPMNKNP là 0,84, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Wehmeyer là 0,71 [3].

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy hệ thống tính điểm của tác giả Wehmeyer là một hệ thống tính điểm đơn giản, sẵn có, không xâm lấn và cũng đáng tin cậy. Các thông số được thu thập dễ dàng ở các bệnh nhân xơ gan nhập viện với các ngưỡng điểm cắt rõ ràng và dễ nhớ. Những bệnh nhân có điểm số từ 3 điểm trở lên được dự đoán là có VPMNKNP (với GTTĐ âm và GTTĐ dương tương ứng là 85% và 100%). Hệ thống tính điểm này có thể giúp bác sĩ lâm sàng quyết định bệnh nhân nào cần điều trị kháng sinh ngay lập tức mà không cần chờ kết quả chọc dịch màng bụng, giúp giảm thời gian trì hoãn kháng sinh ở các đối tượng nguy cơ cao, đặc biệt tại các bệnh viện việc chọc DMB không sẵn có hoặc ở các đối tượng có chống chỉ định với chọc DMB.

Chúng tôi đề nghị nên điều trị như VPMNKNP ở những bệnh nhân xơ gan bụng chướng, người có CRP tăng cao $> 60 \text{ mg/dL}$ kèm với tuổi > 60 hoặc có số lượng tiểu cầu $< 100 \text{ G/L}$, đặc biệt nếu không thể có kết quả chọc DMB kịp thời ví dụ như các cơ sở y tế tư nhân hoặc các bệnh viện không trang bị kỹ thuật này.

Hạn chế của nghiên cứu. Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy một số hạn chế trong hệ thống tính điểm Wehmeyer là nó không thể chẩn đoán hoặc loại trừ VPMNKNP ở những bệnh nhân đạt 1 hoặc 2 điểm. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy hệ thống tính điểm này không thể dự đoán được VPMNKNP ở 5 bệnh nhân đạt điểm cắt 1 điểm (độ nhạy 95,8%).

V. KẾT LUẬN

Tất cả bệnh nhân xơ gan bụng chướng thuộc bất kỳ giai đoạn nào của xơ gan, VPMNKNP phải được chẩn đoán và điều trị sớm. Hệ thống tính điểm đơn giản Wehmeyer là một công cụ sàng lọc hiệu quả để chẩn đoán và loại trừ VPMNKNP một cách nhanh chóng. Tuy nhiên, mặc dù giá trị dự đoán bệnh cao ở bệnh nhân có 3 hoặc 4 điểm, việc nuôi cấy máu và dịch bụng vẫn rất cần thiết để xác định các chủng vi khuẩn kháng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The European Association for the Study of the Liver.** EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *Journal of hepatology*. 2018. 69 (2): 406-460.
2. **Orman Eric S, Hayashi Paul H, Bataller Ramon, Barritt IV A Sidney.** Paracentesis is associated with reduced mortality in patients hospitalized with cirrhosis and ascites. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2014. 12 (3): 496-503

3. **Wehmeyer Malte H, Krohm Sarah, Kastein Friederike, Lohse Ansgar W, Lüth Stefan.** Prediction of spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic ascites by a simple scoring system. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2014. 49 (5): 595-603.
4. **Võ Văn Trung.** Mối liên quan giữa việc sử dụng thuốc ức chế bơm proton và thể tích tiểu cầu trung bình với viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát trên bệnh nhân xơ gan bàng bụng. *Luận văn bác sĩ nội trú*. 2018. Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
5. **Vũ Thị Minh Tâm.** Yếu tố dự đoán nguy cơ viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát ở bệnh nhân xơ gan mất bù. *Luận văn bác sĩ nội trú*. 2015. Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
6. **Bajaj Jasmohan S, Kamath Patrick S, Reddy K Rajender.** The evolving challenge of infections in cirrhosis. *New England Journal of Medicine*. 2021. 384 (24): 2317-2330.
7. **Abdel-Razik Ahmed, Mousa Nasser, Abdel-Aziz Mahmoud, Elsherbiny Walid, Zakaria Sahar, et al.** Mansoura simple scoring system for prediction of spontaneous bacterial peritonitis: lesson learnt. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2019. 31(8): 1017-1024.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH KHU VỰC CỦA UNG THƯ HẮC TỔ DA

Vũ Thanh Phương¹, Nguyễn Văn Chủ¹, Nguyễn Đại Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và liên quan di căn hạch khu vực với một số yếu tố lâm sàng, mô bệnh học của ung thư hắc tố da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 135 bệnh nhân UTHT da giai đoạn II, III được điều trị bằng phẫu thuật triệt căn tại viện K từ 2013 đến 2019. Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu, tiến cứu. **Kết quả:** bệnh hay gặp ở tuổi 40 đến 70, tuổi trung bình 55.5±14.7, nữ/nam 1.01, hay gặp chi dưới 49.6%, màu đen 65.9%, thể lan tràn nông 52.6%, di căn hạch 48.1%, bề dày u T3, T4 96.3%, u có loét 48.1%, Clark IV, V 77.1%, giai đoạn phát triển thẳng đứng 72.6%, xâm nhập bạch mạch 22.2%, có vệ tinh 34.8%. Nhóm lympho xâm nhập thưa thớt 46.7%, di căn hạch ở thể cục 100%, thể nốt ruồi son đỉnh 93.8%. Di căn hạch ở T2, T3, T4 tương ứng 0%, 19.6%, 73%. Di căn hạch ở nhóm loét u cao hơn nhóm không loét, tương ứng 84.6% so với 14.3%. Di căn hạch ở Clark IV-V cao hơn Clark II-III, tương ứng 60.6% so với 6.5%. Di căn hạch nhóm giai đoạn phát triển thẳng đứng cao hơn nhóm tỏa tia, tương ứng 64.3% so với 5.4%. Di căn hạch nhóm xâm nhập bạch mạch cao hơn nhóm không xâm nhập, tương ứng 100% so với 33.3%. Di căn hạch nhóm vệ tinh cao hơn nhóm không vệ tinh, tương ứng 85.1% so với 28.4%. Di căn hạch nhóm nhân chia < 1mm², 1 – 6mm² và > 6mm² tương ứng là 0%, 31.8% và 98.1%. Di căn hạch ở nhóm lympho bào xâm nhập dày đặc, thưa thớt và không có lympho bào lần lượt là 6.9%, 39.7%, 88.7% (p < 0,05). **Kết luận:** Bệnh hay gặp lứa tuổi 40 đến 70, tuổi trung bình 55.5±14.7, nữ/nam 1.01. Vị trí hay gặp chi dưới 49.6%, u màu đen 65.9%. Thể lan tràn nông 52.6%, di căn hạch khu vực 48.1%, độ dày u T3, T4 96.3%, u có loét 48.1%, Clark IV, V 77.1%. Giai đoạn phát triển

thẳng đứng 72.6%, xâm nhập bạch mạch 22.2%, có vệ tinh 34.8%, nhóm lympho bào xâm nhập thưa thớt 46.7%. Di căn hạch khu vực có liên quan đến vị trí u, thể mô bệnh học, bề dày u, loét u, mức độ Clark, giai đoạn phát triển, xâm nhập bạch mạch, nhân vệ tinh, lympho xâm nhập u.

Từ khóa: Ung thư hắc tố da, mô bệnh học.

SUMMARY

STUDY REGIONAL LYMPH NODES METASTASES FEATURES OF CUTANEOUS MELANOMA

Target: Study clinical, histopathological features and the relationship between the regional lymph nodes metastases and some clinical, pathological factors of cutaneous melanoma. **Objects and methods:** a retrospective, prospective study on 135 cutaneous melanoma patients in stage II, III who were treated with radical surgery at K hospital from 2013 to 2019. **Results:** average age 55.5 ± 14.7, common age from 40 to 70. Female/male 1.01, lower limbs 49.6%, black tumors 65.9%, superficial spreading melanoma 52.6%, regional lymph nodes metastases 48.1%. Thickness in T3, T4 96.3%, ulceration 48.1%, Clark IV,V 77.1%. Vertical growth phase 72.6%, invasion 22.2%, satellite 34.8%. The non tumor infiltrating group 88.7%. Ratio of regional lymph nodes metastases in nodular melanoma 100%, acral lentiginous melanoma 93.8%. Ratio of regional lymph nodes metastases in thickness tumor T2, T3, T4 is 0%, 19.6%, 73%, respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in tumors with ulceration is higher than one without ulceration, 84.6% and 14.3%, respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in vasive group Clark IV-V is higher than one Clark II-III, 34% and 7.7%, respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in vertical growth phase group is higher than radial growth phase, 31.5% and 0%, respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in invasion group is higher than without invasion, 100% and 33.3%, respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in satellite is higher than one without satellite, 85.1% and 28.4%,

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Phương

Email: vuthanhphuonghm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 7/5/2022

Ngày duyệt bài: 15/6/2022