ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG U LYMPHO KHÔNG HODGKIN BIỂU HIỆN ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Vũ Thanh Huyền[1], Nguyễn Thị Thu Hường[2], Đỗ Huyền Nga[3]

TÓM TẮT

U lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hóa là nhóm bệnh lý ác tính không đồng nhất, khó chẩn đoán sớm. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hóa. Đây là nghiên cứu mô tả trên 87 bệnh nhân u lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hóa điều trị tại khoa Nội hệ tạo huyết bệnh viện K từ tháng 5/2019 đến tháng 8/2022. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh thường gặp ở nhóm tuổi 50-70 (59,8 %), thời gian biểu hiện bệnh thường dưới 6 tháng (92%). Các triệu chứng thường gặp là: đau bụng 85,1%, hội chứng B 47,1%, thiếu máu 36,8%. Bệnh được chẩn đoán xác định phần lớn bằng nội soi tiêu hóa 88,5%. Vị trí u: dạ dày 55,2%, đại tràng 20,7%, ruột non 8,0%, trực tràng 3,4%, thực quản 1,1%, u nhiều vị trí 11,5%. Thể mô bệnh học: tế bào B chiếm ưu thế 93,1% (DLBCL típ không tâm mầm 39,5%, DLBCL típ tâm mầm 27,2%, MALT lymphoma 22,2%, Mantle cell 8,6%), tế bào T 6,9%. Tỷ lệ biến chứng là 35,6%, thường gặp nhất là xuất huyết tiêu hóa 41,9%, tắc nghẽn 38,7%. Có mối liên quan chặt chẽ giữa biến chứng với vị trí u và phương tiện chẩn đoán (p< 0,05). Ki67 dương tính ≥ 30% chiếm 78,2%.

Từ khóa: Đường tiêu hóa, u lympho không Hodgkin

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF GASTROINTESTINAL NON- HODGKIN LYMPHOMA

A gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma is a heterogeneous group of malignancies that are difficult to diagnose early. This study describes the clinical and subclinical characteristics of gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma. This is a descriptive study on 87 patients with gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma treated at the Hematologic Oncology department, K hospital from May 2019 to August 2022. Results: the disease is common in the age group of 50-70 (59,8%). Common symptoms are abdominal pain 85,1%, B syndrome 47,1%, and anemia 36,8%. The disease was diagnosed mostly by gastrointestinal endoscopy 88,5%. Tumor location: stomach 55,2%, colon 20,7%, small intestine 8,0%, rectum 3,4%, esophagus 1,1%, multiple tumors 11,5%. Histopathology: B cells predominate 93,1% (DLBCL non-GCB 39,5%, DLBCL GCB 27,2%, MALT lymphoma 22,2%, Mantle cell 8,6%), T cells 6,9%. The rate of complications was 35,6%, and the most common were gastrointestinal bleeding at 41,9%, and obstruction at 38,7%. There was a significant relationship between complications with tumor location and diagnosis devices (p <0,05). Ki67 positive ≥ 30% accounted for 78,2%.

Keywords: Gastrointestinal tract, non-Hodgkin lymphoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin là nhóm bệnh lý ác tính xuất phát từ mô lympho. Hầu hết u lympho phát triển từ mô lympho của hạch bạch huyết, 20-40 % phát triển từ mô lympho ngoài hạch. Đường tiêu hóa là vị trí ngoài hạch thường gặp nhất, chiếm khoảng 30-40 % của u lympho ác tính không Hodgkin ngoài hạch, khoảng 4-20% của u lympho không Hodgkin nói chung, khoảng 1-4% khối u ác tính của đường tiêu hóa [1]. Năm 1961, Dawson và cộng sự định nghĩa, u lympho không Hodgkin nguyên phát đường tiêu hóa là một khối u chủ yếu liên quan đến đường tiêu hóa, có hay không có hạch vùng. Theo tác giả này có 5 tiêu chuẩn để chẩn đoán u lympho không Hodgkin nguyên phát đường tiêu hóa, gồm: không có tổn thương hạch ngoại vi tại thời điểm chẩn đoán; không có hạch trung thất; số lượng và công thức bạch cầu bình thường; chỉ quan sát thấy hạch vùng gần tổn thương đường tiêu hóa; không có thâm nhiễm gan, lách [2]. Sau đó năm 1978, Lewin và cộng sự cho rằng u lympho không Hodgkin đường tiêu hóa là khối u trong đó sự tham gia của đường tiêu hóa chiếm ưu thế hoặc những người có triệu chứng liên quan đến đường tiêu hóa khi biểu hiện bệnh [3]. Năm 1995, Isaacson PG, Norton AJ định nghĩa: u lympho không Hodgkin nguyên phát đường tiêu hóa là một bệnh u lympho có biểu hiện phần lớn ở đường tiêu hóa, có hoặc không có sự tham gia của các hạch bạch huyết liền kề [4].

U lympho không Hodgkin tại đường tiêu hoá là nhóm bệnh không đồng nhất, khó chẩn đoán sớm do các triệu chứng ban đầu tương đối giống với các bệnh viêm đường tiêu hoá thông thường. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hoá, để góp phần tìm hiểu sâu hơn các triệu chứng giúp các nhà lâm sàng có thể chẩn đoán

[1]Bệnh viện đa khoa Hồng Ngọc,
[2]Bộ môn Ung thư - Trường Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện K
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Huyền
Email: vuthanhhuyen6221@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.7.2022
Ngày phản biện khoa học: 13.9.2022
Ngày duyệt bài: 21.9.2022

bệnh từ sớm, tránh bỏ qua một mặt bệnh ác tính có thể gặp ở đường tiêu hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. 87 bệnh nhân chẩn đoán xác định u lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hóa bằng bệnh phẩm sinh thiết tại đường tiêu hóa qua nội soi tiêu hóa hoặc sau phẫu thuật đường tiêu hóa, điều trị tại khoa Nội hệ tạo huyết bệnh viện K từ tháng 5/2019 đến tháng 8/2022, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ. Chúng tôi loại trừ các trường hợp: có tổn thương đường tiêu hóa nhưng bệnh phẩm sinh thiết tại vị trí khác, u lympho tái phát, có nguy cơ tử vong cao do các bệnh mạn tính phối hợp, bệnh nhân từ chối điều trị, bỏ điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả.
- Cỡ mẫu: thuận tiện
- Thu thập số liệu dựa trên thông tin trong hồ sơ bệnh án lưu trữ.
- Thông tin cần thu thập: đặc điểm tuổi, giới, thời gian diễn biến bệnh, bệnh kèm theo, ECOG, triệu chứng cơ năng, tính chất hạch, đặc điểm dày thành tiêu hóa trên CT, nội soi tiêu hóa, phương tiện chẩn đoán, thể mô bệnh học, tình trạng Ki67, giai đoạn bệnh, tiên lượng bệnh.
- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh, kiểm định sự khác biệt giữa các biến định tính giữa 2 nhóm bằng test χ^2, các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu thuộc nhánh nhỏ của đề tài " Kết quả điều trị u lympho không Hodgkin biểu hiện đường tiêu hóa tại bệnh viện K" được thông qua hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học trường ĐHYHN, quyết định số 2503 ngày 08 tháng 07 năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân. Từ tháng 5/2019 đến tháng 8/2022, khoa Nội hệ tạo huyết BV K có 87 bệnh nhân u lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hóa.

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

Đặc điểm		Số bệnh nhân	%
Tuổi	<30	1	1,1
	≥30-50	27	31,0
	≥50- 70	52	59,8
	≥ 70	7	8,0
Giới	Nam	49	56,3
	Nữ	38	43,7
Bệnh kèm theo	Không	65	74,7
	Tăng huyết áp	7	8,0
	Đái tháo đường	1	1,1
	Viêm loét dạ dày	4	4,6
	Tăng huyết áp, đái tháo đường	4	4,6
	Khác	6	3,9
ECOG	0-1	62	71,3
	2-4	25	28,7
Thời gian khởi phát bệnh	< 1 tháng	12	13,8
	≥ 1- 6 tháng	68	78,2
	≥6- 12 tháng	1	1,1
	≥ 12 tháng	6	6,9

Nhận xét: Tuổi trung bình là 54,62 ± 12,69, trẻ nhất là 27 tuổi, già nhất là 78 tuổi. Bệnh thường gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 50-70 (59,8%). Tỷ lệ nam: nữ= 1,28, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, p= 0,238. Thời gian biểu hiện bệnh trung bình là 2,63± 3,6 tháng. Phần lớn bệnh nhân đến viện trong vòng 1-6 tháng sau khi có triệu chứng đầu tiên (78,2%). Hầu hết các bệnh nhân có thể trạng tốt, ECOG=0-1 (71,3%).

2. Đặc điểm bệnh

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		Số bệnh nhân	%
Triệu chứng	Đau bụng	74	85,1
	Buồn nôn	6	6,9
	Rối loạn tiêu hóa	22	25,3
	Đại tiện phân đen	13	14,9
	Bí trung đại tiện	12	13,8
	Mệt mỏi	13	14,9
	Chán ăn	25	28,7
	Sút cân	41	47,1
	U thành bụng	3	3,5
Hội chứng B		41	47,1
Thiếu máu		32	36,8
Tăng LDH		7	8,0
Tăng B2M		55	63,2
Dày thành ống tiêu hóa trên CT		38	43,7
Hạch ngoại vi		19	21,8
Hạch trung thất		19	21,8
Hạch ổ bụng		63	72,4
Phương tiện chẩn đoán	Nội soi sinh thiết	77	88,5
	Phẫu thuật	10	11,5
Vị trí u	Thực quản	1	1,1
	Dạ dày	48	55,2
	Đại tràng	18	20,7
	Trực tràng	3	3,4
	Ruột non	7	8,0
	Nhiều vị trí	10	11,5
Hình ảnh đại	Loét	50	64,9

thể trên nội soi	Thâm nhiễm	16	20,8
	U lồi	7	9,1
	Đám sần niêm mạc	2	2,6
	Polyp	2	2,6
HP	Dương tính	14	16,1
	Âm tính	33	37,9
Số lượng ổ tổn thương	Đơn ổ	67	77,0
	Đa ổ 1 vị trí	10	11,5
	Đa ổ nhiều vị trí	10	11,5
Biến chứng		31	35,6
	Xuất huyết tiêu hóa	13	41,9
	Bán tắc/ tắc ruột	12	38,7
	Thủng tạng	1	3,2
	Hẹp môn vị	5	16,1
Thời điểm xảy ra biến chứng	Trước điều trị	29	93,5
	Trong điều trị	2	6,5
Thể mô bệnh học			
Tế bào B*		81	93,1
	DLBCL N-GCB	32	39,5
	DLBCL GCB	22	27,2
	Mantle cell	7	8,6
	MALT	18	22,2
	High risk B cell	1	1,2
	Thể nang	1	1,2
Tế bào T		6	6,9
	T lớn bất thục sản	2	33,3
	T ngoại vi	3	50,0
	T NOS	1	16,7
CD20	Dương tính	80	92,0
Ki67	<30%	19	21,8
	≥ 30%	68	78,2
Giai đoạn bệnh	I	20	23,0
	II	34	39,1
	IV	33	37,9
Tiên lượng nguy cơ**	Thấp	60	69,0
	Trung bình	20	23,0
	Cao	7	8,0

*DLBCL NGCB: U lympho tế bào B lớn lan tỏa típ không tâm mầm. DLBCL GCB: U lympho tế bào B lớn lan tỏa típ tâm mầm. MALT (mucosa associated lymphoid tissue): U lympho vùng rìa.

**Chỉ số tiên lượng: DLBCL: R-IPI, Mantle cell: MIPI, MALT: MALT-IPI, thể nang: FLIPI, tế bào T: IPI.

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng 85,1 %. Hội chứng B 47,1%. Phần lớn các bệnh nhân được nội soi tiêu hóa 88,5%. Vị trí u: u có thể gặp ở mọi vị trí của đường tiêu hóa, trong đó nhiều nhất ở dạ dày 55,2%, tiếp theo là đại tràng 20,7%, hiếm gặp ở thực quản 1,1%. Hình ảnh đại thể tổn thương trên nội soi chủ yếu là loét 64,9%. Biến chứng hay gặp là xuất huyết tiêu hóa 41,9%, bán tắc/tắc ruột 38,7%. Thể mô bệnh học: tế bào B chiếm ưu thế 93,1%, tế bào T 6,9%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa biến chứng bệnh với vị trí u

		Xuất huyết tiêu hóa N (%)	Bán tắc/ tắc ruột N (%)	Thủng tạng N (%)	Hẹp môn vị N (%)	P
Vị trí u	Thực quản	0	0	0	0	0,000
	Dạ dày	10 (11,5)	0	1 (1,1)	5 (5,7)	
	Đại tràng	0	7 (8,0)	0	0	
	Trực tràng	1 (1,1)	0	0	0	
	Ruột non	1 (1,1)	4 (4,6)	0	0	
	Nhiều vị trí	1 (1,1)	1 (1,1)	0	0	
Phương tiện chẩn đoán	Nội soi sinh thiết	13 (14,9)	5 (5,7)	0	5 (5,7)	0,000
	Phẫu thuật	0	7 (8,0)	1 (11)	0	
Tổng		13 (14,9)	12 (13,8)	1 (1,1)	5 (5,7)	

Nhận xét: Có mối liên quan chặt chẽ giữa biến chứng với vị trí u và phương tiện chẩn đoán, với p=0,000, có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tiên lượng nguy cơ bệnh với hội chứng B, Ki67, thể mô bệnh học

		Nguy cơ thấp N (%)	Nguy cơ trung bình N (%)	Nguy cơ cao N (%)	p
Hội chứng B	Có	25 (28,7)	14 (16,1)	2 (2,3)	0,049
	Không	35 (40,2)	6 (6,9)	5 (5,7)	
Ki67	<30%	11 (12,6)	5 (5,7)	3 (3,4)	0,254
	≥30%	49 (56,3)	15 (17,2)	4 (4,6)	
Thể mô bệnh học	DLBCL NGCB	24 (27,6)	8 (9,2)	0	0,001
	DLBCL GCB	16 (18,4)	6 (6,9)	0	

	Mantle cell	2 (2,3)	0	5 (5,7)	
	MALT	12 (13,8)	5 (5,7)	1 (1,1)	
	High risk B cell	1 (1,1)	0	0	
	Thể nang	0	0	1 (1,1)	
	T lớn bất thục sản	1 (1,1)	1 (1,1)	0	
	T ngoại vi	3 (3,4)	0	0	
	T NOS	1 (1,1)	0	0	
Tổng		60 (69,0)	20 (23,0)	7 (8,0)	

Nhận xét: Tiên lượng bệnh với các nhóm nguy cơ thấp, trung bình, cao có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi phân tích với các yếu tố hội chứng B, thể mô bệnh học với p lần lượt là: 0,049 và 0,001. Nhưng chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi phân tích mối liên quan với Ki67, p = 0,254.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình là 54,62 ± 12,69, trẻ nhất là 27 tuổi, già nhất là 78 tuổi. Bệnh thường gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 50-70, chiếm tỷ lệ 58,9 %. Tỷ lệ nam: nữ= 1,28, tuy nhiên sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê, p= 0,238 (> 0,05). Đặc điểm tuổi, giới tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước [5], [6],[7]. Phần lớn bệnh nhân có toàn trạng tốt lúc chẩn đoán, ECOG 0-1 chiếm 71,3%. Số bệnh nhân toàn trạng ECOG2-4 chiếm 28,7%, thấp hơn so với các nghiên cứu trước đó. Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân u lympho tế bào T thấp hơn [5], [8], u lympho tế bào T thường biểu hiện bệnh nặng nề hơn.

Tương tự các bệnh lý đường tiêu hóa khác, triệu chứng cơ năng của u lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hóa thường không đặc hiệu. Theo phần lớn các tác giả, triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng (Yinting Chen 65,5% [5], Lewins và CS 75% [3], Nguyễn Thành Khiêm 87,8% [7]). Trong nghiên cứu này đau bụng gặp 85,1%. Hội chứng B là hội chứng toàn thân bao gồm: sốt trên 38 độ C, vã mồ hôi trộm, sút cân >10% trọng lượng cơ thể trong vòng 6 tháng. Đây là một yếu tố tiên lượng xấu. Triệu chứng sút cân trong hội chứng B cũng có thể do nguyên nhân bệnh lý ác tính khác. Chúng tôi gặp 47,1% bệnh nhân có hội chứng B, cao hơn Võ Quốc Hoàn 34,1%[8]. Đối với những bệnh nhân có tổn thương đường tiêu hóa mà kết quả giải phẫu bệnh lành tính nhưng kèm theo các triệu chứng của hội chứng B cũng nên đặt ra vấn đề sinh thiết lại.

U lympho đường tiêu hóa cũng có thể gặp biến chứng nghiêm trọng như các bệnh ung thư khác của đường tiêu hóa, yêu cầu phẫu thuật cấp cứu, trì hoãn việc điều trị hóa chất. Các biến chứng thường gặp là xuất huyết tiêu hóa, bán tắc ruột/tắc ruột, thủng tạng rỗng, hẹp môn vị. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng là 35,6%. Biến chứng gặp nhiều nhất là xuất huyết tiêu hóa 41,9%, tiếp theo là bán tắc ruột/ tắc ruột 38,7%. Có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thành Khiêm: tỷ lệ biến chứng 51%, xuất huyết tiêu hóa chiếm 26,5%, tắc nghẽn 18,4%[7], sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi lớn hơn. Tỷ lệ gặp biến chứng có liên quan chặt chẽ với vị trí u, mối liên quan là có ý nghĩa thống kê, p< 0,05.

Tỷ lệ u lympho tế bào B chiếm ưu thế 93,1%, tế bào T hiếm gặp 6,9%. Kết quả này tương đương với của Võ Quốc Hoàn (tế bào B 93,3%, tế bào T 6,7%) [8]. Tuy nhiên tỷ lệ tế bào T trong nghiên cứu này thấp hơn Yinting Chen (14,5%) [5]. Ki67 là một protein nhân tế bào có vai trò điều hòa hoạt động tăng sinh tế bào, được sử dụng để đánh giá hoạt động tăng sinh của phần lớn ung thư trong đó có u lympho. Trong nghiên cứu tỷ lệ Ki67 ≥ 30% là 78,2%, tuy nhiên không thấy có sự liên quan với tiên lượng nguy cơ bệnh. Điều này có thể do sự không đồng nhất về thể mô bệnh học, mỗi thể mô học sử dụng một bảng chỉ số tiên lượng khác nhau như R-IPI, MIPI, FLIPI, MALT-IPI.

Về chẩn đoán, tiêu chuẩn vàng là giải phẫu bệnh, có thể nội soi sinh thiết tổn thương hoặc làm giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Nội soi đường tiêu hóa có thể quan sát các tổn thương dạ dày, hành tá tràng, đại trực tràng và một phần cuối hồi tràng. Trong 87 bệnh nhân có 88,5% trường hợp được chẩn đoán bằng nội soi tiêu hóa có sinh thiết tổn thương. Tỷ lệ chẩn đoán bằng nội soi trong nghiên cứu này cao hơn so với Yinting Chen 51,6% [5]. Số bệnh nhân được chẩn đoán sau phẫu thuật chủ yếu thuộc nhóm bệnh nhân có biến chứng cấp cứu tắc ruột, thủng tạng rỗng. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là dạ dày 55,2%, sau đó là đại tràng 20,7%. Tỷ lệ tổn thương ở dạ dày cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thành Khiêm (47,9%) [7], tương đương của Võ Quốc Hoàn (56,1%) [8]. Hình ảnh tổn thương đại thể qua nội soi chủ yếu là dạng loét 64,9%, cao hơn của Yinting

Chen 47% [5]. Tỷ lệ tổn thương dạng đám sần niêm mạc và u lồi là không cao (2,6% và 9,1%). U lympho đường tiêu hóa thường phát sinh từ mô lympho dưới biểu mô, do đó yêu cầu cần phải sinh thiết đủ sâu. Đặc điểm trên nội soi của u lympho không Hodgkin đường tiêu hóa nhìn chung có thể chia thành 3 nhóm: loét, polyp và phì đại niêm mạc dạng nếp gấp lớn, đám sần hoặc nốt sần. Tuy nhiên cũng có các đặc điểm không điển hình như sự phù nề, sung huyết hay bào mòn niêm mạc, cần phải phân biệt với bệnh lý đường tiêu hóa khác. Như vậy có thể thấy rằng, tổn thương đại thể trên nội soi của u lympho đường tiêu hóa khá đa dạng và không đặc hiệu, không có sự khác biệt so với các bệnh lý lành tính và ác tính khác của đường tiêu hóa. Để phân biệt được giữa các bệnh lý này thì yêu cầu bắt buộc là sinh thiết tổn thương. Do đó, với bất kỳ một sự thay đổi bất thường nào của niêm mạc đường tiêu hóa quan sát thấy qua nội soi đều cần phải được sinh thiết để có thể phát hiện sớm bệnh.

V. KẾT LUẬN

U lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hóa là nhóm bệnh không đồng nhất. Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, hay gặp: đau bụng, hội chứng B, thiếu máu, chán ăn, rối loạn tiêu hóa… Biến chứng thường gặp: xuất huyết tiêu hóa, bán tắc/ tắc ruột. U có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của đường tiêu hóa nhưng chủ yếu là dạ dày, tiếp đến là đại tràng, ruột non, hiếm gặp ở thực quản. Bệnh không đồng nhất về thể mô bệnh học, tế bào B gặp chủ yếu chiếm 93,1%, tế bào T hiếm gặp. Nội soi tiêu hóa, sinh thiết tổn thương qua nội soi có vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh, có thể giúp phát hiện bệnh giai đoạn sớm, tránh can thiệp phẫu thuật không cần thiết.

Lời cám ơn: Chúng tôi xin trân trọng cám ơn Ban lãnh đạo, phòng kế hoạch tổng hợp, khoa Nội Hệ tạo huyết bệnh viện K đã tạo mọi điều kiện giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McSwain B. and Beal J.M. (1944)**. Lymphosarcoma of the Gastro-Intestinal Tract. Ann Surg, **119**(**1**), 108–123.
2. **Dawson I.M.P., Cornes J.S., and Morson B.C. (1961).** Primary malignant lymphoid tumours of the intestinal tract. Report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis. British Journal of Surgery, **49**(**213**), 80–89.
3. **Lewin K.J., Ranchod M., and Dorfman R.F. (1978).** Lymphomas of the gastrointestinal tract: a study of 117 cases presenting with gastrointestinal disease. Cancer, **42**(**2**), 693–707.
4. **Isaacson P. g. and Norton. A. j. (1995)**. Extranodal Lymphomas. Histopathology, **27**(**1**), 97–97.
5. **Chen Y., Chen Y., Chen S., et al. (2015).** Primary Gastrointestinal Lymphoma. Medicine (Baltimore), **94**(**47**), e2119.
6. **Wang W., Lin P., Yao H., et al. (2017)**. Clinical analysis of Primary Gastrointestinal Non-Hodgkin's Lymphoma. Pak J Med Sci, **33**(**6**), 1406–1411.
7. **Nguyễn Thành Khiêm (2011)**. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật u lympho nguyên phát ống tiêu hóa tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú trường Đại học Y Hà Nội. 2011.
8. **Võ Quốc Hoàn (2015).** Đánh giá kết quả điều trị u lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát đường tiêu hóa tại bệnh viện K. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú trường Đại học Y Hà Nội. 2015.

HIỆU QUẢ ÁP DỤNG BỆNH ÁN ĐIỆN TỬ TRONG QUẢN LÝ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH

Nguyễn Hồng Trường*, Vũ Phong Túc, Nguyễn Xuân Bái****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số hiệu quả áp dụng bệnh án điện tử trong quản lý khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh năm 2020. **Đối tượng nghiên cứu:** Nhân viên y tế trực tiếp tham gia quản lý, sử dụng hồ sơ bệnh án trong khám chữa bệnh và người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp một nhóm có so sánh trước sau được tiến hành với 250 nhân viên y tế và 400 người bệnh từ 1/2020 đến 2/2021. **Kết quả nghiên cứu:** Sau can thiệp nhân viên y tế có kiến thức và thái độ tốt về áp dụng bệnh án điện tử được nâng cao rõ rệt. Điểm trung bình tự đánh giá về kỹ năng áp dụng bệnh án điện tử của nhân viên y tế tăng ở tất cả các nội dung. Thời gian làm các thủ tục liên quan tới bệnh án giảm nhiều sau can thiệp ở tất cả 3 thời điểm. Giảm thời gian trả kết quả xét nghiệm. Khả năng tiếp cận thông tin khám chữa bệnh của người bệnh tăng rõ rệt, hiệu quả cao nhất là 162,7% đối với tiếp cận thông tin công khai thuốc, vật tư y tế, với p<0,001.

**Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, Nghệ An*
***Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Trường
Email: bstruongbvtp@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.7.2022
Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022
Ngày duyệt bài: 26.9.2022