

Trong 237 bệnh nhân làm xét nghiệm tế bào cho thấy kết quả là tỷ lệ tế bào bất thường thấp hơn tế bào bình thường với lần lượt 42.2% và 57.8%. Kết quả này của chúng tôi trái ngược so với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước như Hoàng Đức Vinh (2012) với tỷ lệ bất thường là 89,2% [6]. Sở dĩ có sự khác biệt trên có thể là do kết quả xét nghiệm tế bào cũng phụ thuộc vào nhiều yếu tố: cách lấy bệnh phẩm, thời gian thực hiện, chủ quan của nhà tế bào học.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 237 trường hợp bệnh nhân, chúng tôi phát hiện ra rằng tỷ lệ người bệnh có kết quả giải phẫu bệnh là tiền ung thư là tương đối cao. Các yếu tố tuổi, nguy cơ HPV và biến đổi tế bào làm tăng khả năng bị tiền ung thư ở người bệnh.

Tuyên bố về sự xung đột. Các tác giả tuyên bố rằng không có xung đột lợi ích

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agence on Cancer Research** (2021), Estimated age-standardized incidence and

- mortality rates (World) in 2020, females, all ages, chủ biên.,
2. **International Agence on Cancer Research** (2021), Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2020, Viet Nam, chủ biên.
3. **Bùi Diệu và Vũ Hoàng Lan và cộng sự** (2010) Tình hình nhiễm HPV tại Việt Nam. Tạp chí Y học thực hành-BỘ Y tế. Số 745-Số 122010, 5-6.
4. **Trần Thị Thanh Hồng** (2011) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở những bệnh nhân có kết quả tế bào âm đạo - cổ tử cung bất thường tại Bệnh viện phụ sản Trung Ương" - Trường Đại học Y Hà Nội., .
5. **Chu Hoàng Hạnh** (2016) Đánh giá kết quả điều trị tổn thương CIN II cổ tử cung bằng kĩ thuật LEEP tại bệnh viện K, Trường Đại học Y Hà Nội. .
6. **Hoàng Đức Vinh** (2012) Đánh giá hiệu quả điều trị các tổn thương tại cổ tử cung bằng kĩ thuật LEEP tại bệnh viện phụ sản Trung ương.
7. **Rydström C. and Törnberg S.** (2006). Cervical cancer incidence and mortality in the best and worst of worlds. Scand J Public Health, **34**(3), 295-303.
8. **Andrae B., Kemetli L., Sparén P., et al.** (2008). Screening-Preventable Cervical Cancer Risks: Evidence From a Nationwide Audit in Sweden. JNCI J Natl Cancer Inst, **100**(9), 622-629.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA CHẤN THƯƠNG THÂN ĐUÔI TỤY

Thái Nguyên Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 28 bệnh nhân (BN) chấn thương (CT) eo, thân, đuôi tụy được điều trị nội khoa. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị vỡ eo, thân, đuôi tụy (Bên trái bó mạch mạc treo tràng trên). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán vỡ eo, thân, đuôi tụy, được điều trị nội khoa tại bệnh viện Việt Đức. **Thời gian:** 2011-2016. **Kết quả nghiên cứu:** Có 28 BN, Nam 23/28 (82,1%), Nữ 5/28 (17,9%); Tuổi: TB = 32,7+13,14; - Nguyên nhân CT: Do tai nạn giao thông (TNGT): 17/28 (60,7%). Tai nạn lao động (TNLD): 4/28 (14,3%), Tai nạn sinh hoạt (TNSH) 7/28 (25%). 100% các BN được chụp CLVT ổ bụng. Tỷ lệ phát hiện đường vỡ tụy qua CLVT là 100%. - Không có BN tử vong (TV), không có BN nào chuyển mổ cấp cứu. - Thời gian điều trị trung bình là: 14,39 ± 16,93 (ngày). - 20 BN hoàn toàn hết đau bụng, không sốt, bụng mềm, ra viện. - 8 BN hình thành nang giả tụy,

trong đó có 6/8 trường hợp phải mổ nối nang tụy dạ dày (mổ sau khi đã thành nang giả tụy > 2 tháng), 2 BN nang nhỏ không có triệu chứng lâm sàng. (khoảng 2-3cm) điều trị nội khoa. - Tỷ lệ điều trị nội thành công: 78,6% (22/28 bn) - Không có TV. **Kết luận:** + Chấn thương eo, thân, đuôi tụy (bên trái bó mạch MTTT) độ I, II, III (AAST) có thể điều trị nội khoa nếu diễn biến lâm sàng ổn định và cải thiện, đáp ứng với điều trị. Tỷ lệ điều trị nội khoa thành công là 78,6%, thời gian điều trị TB: 14,39 ± 16,93 (ngày). + Sau điều trị nội khoa chấn thương tụy có thể hình thành nang giả tụy ở các vị trí tổn thương khác nhau Eo tụy (3/3 BN, 100%), thân tụy 2/20 (10%), đuôi tụy 1/20 (5,0%). + Mổ muộn sau điều trị nội chấn thương tụy có kết quả tốt, diễn biến thuận lợi, hậu phẫu nhẹ nhàng, tỷ lệ biến chứng thấp (0% trong NC này). Tỷ lệ mổ nối nang tụy - dạ dày của NC này: 6/28 BN (11,4%).

SUMMARY

RESULTS OF MEDICAL MANAGEMENT OF BLUNT PANCREATIC INJURY

Study aim: Retrospective study to evaluate clinic features and the results of medical treatment of injury to the neck, body, tail of the pancreas. **Patient and method:** Retrospective study. **Time:** January 2011-december 2016. **Results:** There were 28 patients of pancreatic injury were observed in Việt-Đức hospital. The mean age was 32,7, male 82,1%,

¹Bệnh viện K Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022

female 17,9%. Reasons for pancreatic traumatism: Traffic accident 60,7%, Labour accident 14,3%, others 25%. Abdominal CTScanner was performed in all the patients (100%) and detected the pancreatic lesions in 28 patients (100%). There were 22/28 patients (78,6%) had good result, 8 patients had pancreatic pseudocyst post traumatism, of them, 6 patients were operated by internal drainage (anastomosis gastro-pancreatic pseudocyst); 2 others patient had small pseudocyst (< 3cm), and had no clinic symptom were observed. The average duration of hospital stay: $14,39 \pm 16,93$ (day). **Conclusion:** We conclude that. - Pancreatic Injury to the left of superior mesenteric artery (include: neck, body, tail of pancreas) had good results by medical treatment and observation. The successful proportion is 78,6% (of 28 patients with grade I, II, III of pancreatic injury according to AAST). - The pancreatic injury could become pancreatic pseudocyst post medical treatment. (all the position: neck, body, tail of pancreas). Good results could be obtained by performing gastro-pancreatic pseudocyst anastomosis (about 2 months post injury). in our study, 6 of 28 patients had pancreatic pseudocyst post medical treatment. (of them: 3 patients had neck pancreatic injury, 2 patients had body pancreatic injury, 1 had tail injury) All of them had gastro-pancreatic pseudocyst anastomosis operation and had good results. - The average hospital duration: $14,39 \pm 16,93$ (day). - There was no death post operation.

Keywords: Pancreatic injury, gastro-pancreatic pseudocyst anastomosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụy là một tạng vừa có chức năng nội tiết và ngoại tiết nằm ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang, dính vào thành bụng sau, vắt ngang qua cột sống. Chấn thương tụy thường là chấn thương do vật cứng tác động mạnh và trực tiếp vào vùng thượng vị như đầu gối (lên gối trong chơi bóng), ghi-đồng xe đạp, xe máy (tai nạn giao thông), cày xe ba gác, dây tời, ngã cao, thợ mộc hay bị các thanh gỗ đập trực tiếp vào thượng vị khi bào...

+ Do nằm trong hậu cung mạc nối (HCMN) nên biểu hiện lâm sàng của chấn thương (CT) tụy khá kín đáo, không rõ ràng, thường được phát hiện muộn hoặc tình cờ khi phẫu thuật CT các tạng khác như vỡ tạng rỗng, vỡ gan, vỡ lách, vỡ ruột...

+ Mặt khác thái độ xử trí chấn thương tụy còn chưa thống nhất giữa mổ cấp cứu là phẫu thuật có nguy cơ rò tụy nhiễm trùng, hoại tử tụy, áp xe tụy khá cao và điều trị nội hoặc mổ muộn khi đã tạo thành nang giả tụy bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng những bệnh nhân chấn thương eo tụy, thân, đuôi tụy được điều trị nội khoa.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị nội khoa chấn thương eo, thân, đuôi tụy (tổn thương tụy bên trái động mạch - tĩnh mạch mạc treo tràng trên).*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ Tất cả những bệnh nhân, không phân tuổi giới, được chẩn đoán chấn thương eo tụy, thân tụy, đuôi tụy.

+ Được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và/hoặc cộng hưởng từ (IRM) ổ bụng chẩn đoán chấn thương tụy.

+ Được điều trị nội khoa tại BV Hữu nghị Việt-Đức.

- **Tiêu chuẩn loại trừ.**

+ Những BN không được chụp CLVT hay IRM ổ bụng.

+ Được phẫu thuật CT tụy cấp cứu hay cấp cứu trì hoãn.

- Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả hồi cứu.

- Thời gian: 2011-2016.

+ Tất cả những BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu (NC) theo mẫu hồ sơ định sẵn gồm các tiêu chí: Tên, tuổi, giới, địa chỉ, hoàn cảnh tai nạn, đặc điểm lâm sàng (LS), các xét nghiệm cận lâm sàng (CLS), Siêu âm (SA), CLVT, chẩn đoán, tiến triển và kết quả điều trị, số ngày nằm viện, số BN điều trị nội thất bại (chuyển phẫu thuật).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 2010-2015: có 28 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC gồm có:

3.1. Đặc điểm chung

- Giới: Nam 23/28 (82,1%), Nữ 5/28 (17,9%).

- Tuổi: TB = $32,7 + 13,14$

- Nguyên nhân chấn thương:

+ Do tai nạn giao thông (TNGT): 17/28 (60,7%).

+ Do tai nạn lao động (TNLD): 4/28 (14,3%)

+ Tai nạn sinh hoạt (TNSH) 7/28 (25%)

3.2. Các đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Mạch, huyết áp khi vào viện

- Mạch khi vào viện:

Bảng 1: Mạch khi vào viện

Mạch	n	%
< 60	0	
60-100	24	85,7
> 100	4	14,3
Tổng	28	100

- Huyết áp khi vào viện:

Bảng 2: HA khi vào viện

Huyết áp	n	%
<90	0	
90-140	21	75

>140	7	25
Tổng	28	100

Nhận xét: M, HA BN chấn thương tụy trong NC ổn định.

3.2.2. Đặc điểm các triệu chứng cơ năng và thực thể

Bảng 3: Triệu chứng LS

Cơ năng	n (%)	Thực thể	n (%)
Sốt	4/28 (14,3)	Chướng bụng	19/28 (67,9)
Nôn	2/28 (7,1)	Sây sất thành bụng	5/28 (17,9)

Bảng 4: Các XN cận LS

HC (T/L)	n (%)	HST(g/l)	n	Hematocrit (%)	n (%)	BC (G/L)	n (%)
< 2,5	1/28(3,6)	< 60	0	< 25	2/28(7,1)	• 10	3/28(10,7)
> 3	27/28(96,4)	60-90	3/28(10,7)	25-30	2/28(7,1)	> 10	25/28(89,3)
		90-120	7/28(25)	> 30	24,28(85,8)		
		> 120	18/28(64,3)				
		Tổng	28 (100)	Tổng	28(100)	Tổng	28 (100)

Hồng cầu TB: 4,41 ± 0,86 T/L

+ Các xét nghiệm sinh hóa

Bảng 5: XN amylase máu

amylase (mmol/l)	n (%)
< 220	14/28 (50)
220 - 1000	11/28 (39,3)
> 1000	3/28 (10,7)
n	28 (100)

Các XN sinh hóa khác phần lớn trong giới hạn bình thường.

+ Kết quả chẩn đoán hình ảnh.

Bảng 6: Các tổn thương phát hiện qua SA

Siêu âm	n (%)	Tổn thương phổi hợp	n (%)
Dịch ổ bụng	25/28 (89,3)	CT lách	2/28 (7,1)
Dịch HCMN	4/28 (14,3)	CT Gan	2/24 (8,3)
Tổn thương tụy	7/28 (25)	CT thận	1/28 (3,6)
Tụy bình thường	8/28 (28,6)		
Ko rõ tổn thương	13/28 (46,4)		

+ Có 5/28 BN (17,8%) vỡ tạng đặc phổi hợp với CT tụy, không có BN vỡ tạng rỗng trong NC

Bảng 7: Tổn thương tụy và phân loại (AAST) qua CLVT ổ bụng

Dấu hiệu	n(%)	Vị trí tổn thương	n (%)	Phân độ tổn thương (AAST)	n (%)
Dịch ổ bụng	23/28 (82,1)	Eo tụy	3 (10,8)	Độ 1	4 (14,3)
Dịch quanh	22/28 (78,6)	Thân tụy	5 (17,8)	Độ 2	14 (50)

Đau thượng vị	20/28 (71,5)	Phản ứng thành bụng	8/28 (28,6)
Đau dưới sườn trái	4/28 (14,3)	Cơ cứng thành bụng	1/28 (3,6)
Đau dưới sườn phải	4/28 (14,3)	Cảm ứng phúc mạc	0
Đau khắp bụng	3/28 (10,7)	Bụng mềm	19/28 (67,9)

3.2.3. Các XN cận LS và chẩn đoán hình ảnh

+ Xét nghiệm máu: Hồng cầu (HC), Huyết sắc tố (HST), Hematocrit (HC)

tụy					
Tổn thương tụy	28/28 (100)	Đuôi tụy	15 (53,6)	Độ 3	10 (35,7)
		Thân + Đuôi	05 (17,8)		
		Tổng	28 (100)	Tổng	28 (100)

3.2.4. Kết quả điều trị.

Bảng 8. Thời gian nằm viện:

Thời gian (ngày)	n (%)	Kết quả điều trị	n(%)
< = 10	19 (67)	Tốt	22/28 (78,6)
10 ngày-20 ngày	4 (14,3)	Nang giả tụy (mổ nối nang tụy-DD)	6/28 (21,4)
> 20	5 (17,9)		
Tổng	28	Tổng	28

- Thời gian nằm viện TB: 14,39 ± 16,93 (Ngày)

- Kết quả điều trị:

+ Không có trường hợp nào tử vong(TV)

+ Khỏe, ra viện: 20/28(71,4%)

+ Diễn biến thành nang giả tụy: 8 BN trong đó 6 BN được mổ nối nang tụy-dạ dày, 2 trường hợp nang nhỏ, điều trị nội khoa tiến triển tốt, nang nhỏ, không đau bụng, ra viện.

+ Tỷ lệ điều trị nội thành công: 22/28 (78,6%).

+ Các BN được mổ sau điều trị nội thành nang đều mổ muộn sau > 2 tháng.

IV. BÀN LUẬN

CT tụy là CT nặng và thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương với tổn thương nhiều

tạng (bao gồm tạng đặc và tạng rỗng) trong đó CT gan, CT lách, vỡ ruột non chiếm tỷ lệ cao. Do đặc điểm về giải phẫu là tạng nằm trong hậu cung mạc nối (HCMN) và vắt ngang qua cột sống thắt lưng, CT tụy thường xảy ra trong bệnh cảnh LS của một lực tác động bởi vật cứng trực tiếp vào vùng thượng vị, nơi tụy vắt ngang qua cột sống gây vỡ hay dập nát tụy.

Với 28 BN CT tụy trong NC cho thấy: CT tụy do TNGT có 3/17 BN ngã đập bụng vào cột mốc, gốc cây hay ghi-đồng, xe đạp, xe máy. Trong 6 trường hợp TNSH đều do cẳng xe lồi, bị đánh bằng vật cứng... đập trực tiếp vào thượng vị.

NC của Thái Nguyên Hưng và CS còn cho thấy nguyên nhân thường gặp là chơi thể thao, bóng đá bị đầu gối đập vào thượng vị (BN 12t), do ghi đồng xe đạp (BN 8t); hai BN này đều vỡ eo tụy và được PT khâu đầu tụy, nối thân-đuôi tụy ruột[2].

Về lâm sàng có 4/28 (14,3%) BN mạch >100 l/ph, 100% số BN có HA >90mmHg, sốt 4/28 (14,3%). Phần lớn các BN đau thượng vị (20/28 BN chiếm 71,5%) trong khi đau DSP và DST chiếm tỷ lệ nhỏ. Khám khi vào viện chủ yếu thấy bụng chướng, mềm, có 28,6% có phản ứng TB, 1 BN co cứng TB.

Xét nghiệm CLS: 27/28 (96,4%) số BN có HC >3 TR (T/l); HST >120(g/l) là 18/28 (64,3%), Hematocit > 30(%) chiếm 85,8% [bảng] Amylase máu >1000 (mmol/l) là 3/28 (10,7%), 11/28 (39,3%) số BN amylase từ 220-1000; 50% BN amylase bình thường. [bảng 1,2,4,5].

Kết quả SA 89,3% có dịch ổ bụng nhưng chỉ phát hiện 25% (7/28 BN) có tổn thương tụy; Có 17,8% BN có tổn thương tạng đặc (gan, lách, thận) trong khi CLVT có 22/28 (78,6%) có dịch quanh tụy, 100% có tổn thương tụy [bảng 6,7];

Dựa vào kết quả CLVT, có 10/28 (35,7%) BN chấn thương tụy độ III; 14/28 (50,0%) CT tụy độ II; 4/28 (14,3%) CT tụy độ I (theo phân loại AAST) trong đó vị trí cụ thể là: CT eo tụy 3/28, thân tụy 5/28, đuôi tụy 15/28, tổn thương 2 vị trí thân-đuôi tụy là 5/28.

Điều trị bảo tồn CT eo, thân, đuôi tụy đặt ra khi BN được chẩn đoán vỡ tụy:

+ Lâm sàng: Mạch, HA ổn định, sốt giảm, đau bụng giảm, các dấu hiệu về bụng đỡ hay giảm.

+ Không có CT sọ não (Glasgow: 15 điểm), BN tỉnh.

+ Đáp ứng với điều trị nội ban đầu.

+ CLVT bụng (hoặc IRM): khẳng định CT tụy, không có các tổn thương nặng đầu tụy, tá tràng, đường mật, không có tổn thương vỡ tạng rỗng hay CT tạng đặc có chỉ định mổ.

+ Theo dõi tại trung tâm ngoại khoa.

Qui trình theo dõi như sau:

+ BN nghỉ ngơi tại giường.

+ Theo dõi các chỉ số LS: Mạch, HA, T0, thờ.

+ Theo dõi về bụng: Đau bụng, chướng bụng, cảm ứng FM hay co cứng TB.

+ Nhịn ăn, nuôi dưỡng đường TM, sử dụng kháng sinh, PPI, octreotide đặt sond hút dạ dày.

Nếu diễn biến LS tốt lên, đau bụng giảm, trung tiện được, sốt giảm, chướng bụng giảm, bụng mềm hơn có thể tiếp tục điều trị nội.

Nếu bụng chướng, đau tăng, sốt không giảm, có dấu hiệu thành bụng rõ nên xem xét điều trị phẫu thuật (PT).

NC của Trần Bình Giang [1], đối với CT tụy, điều trị bảo tồn được đặt ra với những BN đụng dập tụy nhưng không có tổn thương ống tụy (độ I, II, AAST). Nếu nghi ngờ tổn thương Wirsung có thể làm ERCP và chụp mật tụy ngược dòng và đặt stent dẫn lưu ống tụy. Tuy nhiên có 4-10% các trường hợp ERCP không đặt được catheter qua papil và có thể gây nhiễm trùng ngược dòng và làm nặng thêm tổn thương đụng dập tụy và có tỷ lệ âm tính giả cao[1]. Các tác giả khuyên những tổn thương tụy ở mức độ nhẹ chỉ nên theo dõi, nếu nghi ngờ vỡ Wirsung nên chụp IRM [8].

Đối chiếu vị trí tổn thương, mức độ tổn thương và kết quả điều trị chúng tôi nhận thấy rằng: 3 BN vỡ eo tụy (CT độ III) sau điều trị nội đều hình thành nang giả tụy lớn có chỉ định mổ (Nang lớn 6-10cm, BN đau bụng), 3 BN nang tụy còn lại có 1 BN CT thân tụy độ III, 1 BN vỡ thân tụy độ II, 1 BN vỡ đuôi tụy độ II nhưng thành nang giả tụy lớn. Về LS chúng tôi nhận thấy những tổn thương tụy khu trú thành nang giả tụy có thể mức độ tổn thương thực thể nặng hơn phân loại CLVT hoặc vỡ tụy gây hoại tử tụy trong quá trình điều trị nội khoa.

Với tổn thương ở thân tụy, chỉ có 2/10 BN thành nang giả tụy, với tổn thương ở đuôi tụy có 1/20 BN. Khả năng điều trị nội cao nhất ở đuôi tụy rồi đến thân tụy. Cả 3 BN vỡ eo tụy độ III đều thành nang giả tụy lớn chuyển PT.

Theo Thái Nguyên Hưng và CS[2]: chụp CLVT phát hiện 100% CT tụy. Có 5/11 BN vỡ eo tụy mổ khâu đầu tụy, nối thân-đuôi tụy-ruột (4 BN) còn lại 1 BN vỡ eo tụy nhưng mổ cấp cứu chỉ khâu cầm máu, dẫn lưu về sau diễn biến thành nang giả tụy được PT nối nang tụy-dạ dày. Các BN khác mổ cắt thân,đuôi tụy (3/11), còn lại khâu cầm máu, làm sạch.

Theo Patton và CS [2] có 4 yếu tố liên quan đến tiên lượng CT tụy.

+ Tổn thương các tạng phổi hợp với CT tụy (Tỷ lệ tử vong 3% với CT tụy đơn thuần, TV lên tới 40% nếu có 4 tạng trong ổ bụng tổn thương).

+ Có tổn thương ống tụy.

+ Có tổn thương vùng đầu tụy (ống tụy, đường mật, tá tràng).

+ Được chẩn đoán chậm: Tỷ lệ TV lên tới từ 40-60% nếu CT tụy chẩn đoán chậm hơn 4 ngày.

Kết quả điều trị cho thấy:

+ Thời gian điều trị trung bình là: 14,39±16,93(ngày)

+ Có 20 BN hoàn toàn hết đau bụng, không sốt, bụng mềm, ra viện.

+ Có 8 BN hình thành nang giả tụy, trong đó có 6/8 trường hợp phải mổ nối nang tụy dạ dày (mổ sau khi đã thành nang giả tụy > 2 tháng), trong đó có 3/6 trường hợp CT eo tụy độ III, 1 BN CT thân tụy độ III, 1 BN CT thân tụy độ II, 1 trường hợp CT đuôi tụy độ II.

2 BN còn lại nang tụy nhỏ (khoảng 2-3cm) điều trị nội khoa (không mổ).

Như vậy tỷ lệ điều trị nội thành công: 22/28 BỆNH NHÂN (78,6%).

Các BN mổ khi CT tụy đã hình thành nang giả tụy: 6/28 BN(11,4%), được mổ nối nang giả tụy-dạ dày, diễn biến thuận lợi, hậu phẫu nhẹ nhàng.

+ Không có TV.

V. KẾT LUẬN

+ Chấn thương eo, thân, đuôi tụy (bên trái bó mạch MTTT) có thể điều trị nội khoa nếu diễn

biến lâm sàng ổn định và cải thiện, đáp ứng với điều trị. Trong NC này tỷ lệ thành công là 78,6%, thời gian điều trị TB: 14,39±16,93 (ngày)

+ Các trường hợp chấn thương tụy có thể hình thành nang giả tụy ở các vị trí tổn thương khác nhau Eo tụy (3/3 BN,100%), thân tụy 2/20 (10%), đuôi tụy 1/20 (5,0%).

+ Mổ muộn sau điều trị nội chấn thương tụy có kết quả tốt, diễn biến thuận lợi, hậu phẫu nhẹ nhàng, tỷ lệ biến chứng thấp (0% trong NC này).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bình Giang** (2013). Chấn thương tụy-tá tràng, Chấn thương bụng, NXB khoa học kỹ thuật, Hà Nội, 212-260.
2. **Thái Nguyên Hưng, Đậu Đình Luận** (2017): Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị chấn thương thân đuôi tụy; Y học thực hành số 9 (1057); 93-96.
3. **Trịnh Văn Tuấn và CS** (2006), Nghiên cứu chẩn đoán, chỉ định, xử trí và đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật cắt khối tá tụy do chấn thương, Ngoại khoa 4(56),105-112.
4. **Chambon jp.** La tomodesitometre de l'abdomen dans 8 cas de traumatisme pancreatique. Ann Chir 1990, 44: 575-80.
5. **Heitsch RC:** Delineation of cliniccal factors in the treatment of pancreatic injuries. Surgery 1976; 80: 539-9
6. **Jordan GL.** Traumatic transection of the pancreas. South MedJ, 968; 62:90-3.
7. **North WF, Simmons RL.** Pacreatic trauma: A review. Surgery 1972; 71: 27-43
8. **Patton JH et al.** Pancreatic trauma: A simplified management guideline. J Trauma 1997; 43: 243-41.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN I TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Mạnh Hùng¹, Nguyễn Việt Anh¹

Vũ Minh Tuấn¹, Mai Văn Tuấn², Phạm Quang Đạo²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật trong Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I (UTPKTBN). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang - hồi cứu trên 103 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I được điều trị

phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến tháng 05/2022. Ghi nhận đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân, OS và DFS. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng là 8,7%, viêm phổi hay gặp nhất chiếm 3,8%. Tỷ lệ DFS tại thời điểm nghiên cứu 3 năm, 5 năm lần lượt là 86% và 71,5%. Trung bình DFS đạt 5,568 [95%CI: 5,075 – 6,061] năm. Tỷ lệ OS tại thời điểm nghiên cứu 3 năm, 5 năm lần lượt là 92,2% và 80,2%. Trung bình OS đạt 5,952 [CI 95%: 5,543-6,361] năm. Tỷ lệ DFS và OS tại thời điểm 3 năm, 5 năm của giai đoạn Ia so với nhóm giai đoạn Ib không có sự khác biệt (p= 0,972 và p=0,737). **Kết luận:** Phẫu thuật vẫn là điều trị chuẩn trong UTPKTBN giai đoạn I.

¹Bệnh viện K Tân Triều

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: domanhhung304@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022

SUMMARY

OUTCOMES FOR STAGE I NON-SMALL CELL