

thì điểm trung bình thái độ tích cực trong việc học KNGT (PAS) của nghiên cứu này cao hơn điểm PAS ở Malaysia lần lượt là 48,69 và 46,03 [7].

Thái độ tiêu cực về học KNGT trong nghiên cứu này là thấp. Các tiêu mục có điểm trung bình giao động trong khoảng không đồng ý và phân vân. Tổng điểm trung bình của 13 thang đo là 30,3 trên 65 điểm, tương đương với 46,6% thái độ tiêu cực về học KNGT. Như vậy có thể thấy SV đa khoa năm nhất có thái độ tiêu cực thấp với học KNGT. Kết quả trong nghiên cứu này cho thấy SV Y đa khoa ở ĐHYHN có thái độ tiêu cực về học KNGT thấp hơn SV của một trường Y khác ở VN (điểm thái độ tiêu cực (NAS) của SV đối với học KNGT là  $36,9 \pm 8,8$  [6].

Thái độ về học KNGT có mối liên quan đến nghề nghiệp của bố là bác sĩ, giới tính và bản thân SV cũng như người xung quanh nhận định là học KNGT là cần thiết với SV y khoa. SV có bố làm bác sĩ có điểm thái độ tích cực về học KNGT cao hơn và thái độ tiêu cực với học KNGT thấp hơn so với SV có bố làm nghề khác. Kết quả nghiên cứu ở Parkistan cũng chỉ ra rằng điểm trung bình thái độ học KNGT của học sinh có cha mẹ là bác sĩ là cao hơn của những người không có cha mẹ là bác sĩ [8]. Kết quả này có thể do con được tiếp xúc với bố/mẹ trong nghề y và được truyền cảm hứng tích cực từ bố/mẹ.

## V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

SV Y đa khoa Trường ĐHYHN có điểm thái độ tích cực học KNGT là cao và điểm thái độ tiêu cực học KNGT là thấp. Có mối liên quan thuận giữa thái độ tích cực về học KNGT và SV có bố làm bác sĩ; bản thân SV cũng như người xung

quanh nhận định là học KNGT là cần thiết với SV y khoa. Cần triển khai các chương trình truyền thông để giúp SV nhận thức được tầm quan trọng của học KNGT với SV Y, nhất là khi nghiên cứu cũng chỉ ra rằng việc đào tạo KNGT giúp cải thiện thái độ học tập KNGT trong SV Y [6].

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Makoul G.** (2003). Communication Skills Education in Medical School and Beyond. *JAMA*, **289**(1), 93.
2. **Bộ Y tế** (2015). Quyết định 1854/QĐ-BYT 2015 Chuẩn năng lực cơ bản của Bác sĩ đa khoa.
3. **Đại học Y Hà Nội** (2013). Quyết định số 2896/QĐ-ĐHYHN về việc ban hành chuẩn đầu ra cho ngành đào tạo bác sĩ đa khoa.
4. **Rees C., Sheard C., và Davies S.** (2002). The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Med Educ*, **36**(2), 141–147.
5. **Nguyễn Thị Hồng Hạnh** (2021). Thái độ đối với việc học kỹ năng giao tiếp và năng lực giao tiếp giữa các cá nhân của sinh viên Điều dưỡng tại Trường Đại học Duy Tân. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, **4**(3).
6. **Hồ Anh Hiền, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh, Võ Đức Toàn, Nguyễn Thị Hòa, Nguyễn Minh Tâm** (2021). Khảo sát thái độ về việc học và tự lượng giá kỹ năng giao tiếp của sinh viên y đa khoa Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế. *Tạp chí Y Dược học*, **2**(11).
7. **Nor N.A.M., Yusof Z.Y.M., và Shahidan M.N.F.M.** (2011). University of Malaya dental students' attitudes towards communication skills learning: implications for dental education. *J Dent Educ*, **75**(12), 1611–1619.
8. **Amanat R., Yasmin M., Sohail A. và cộng sự.** (2016). Pakistani Medical Students' Attitudes towards Communication Skills Learning: A Correlation of Demographic and Education-Related Characteristics. *JSS*, **04**(01), 67–73.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH <sup>18</sup>FDG-PET/CT CỦA CÁC TỔN THƯƠNG TRONG UNG THƯ DẠ DÀY TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

Trần Công Bách<sup>1</sup>, Nguyễn Kim Lư<sup>1</sup>, Ngô Văn Đàn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh <sup>18</sup>FDG-PET/CT của các tổn thương trong ung thư dạ dày trước điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, phân tích mô tả trên 36 bệnh nhân ung thư dạ dày được chụp PET/CT trước

điều trị tại Bệnh viện quân y 103 từ tháng 03/2021 – tháng 08/2022. **Kết quả:** 36 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ từ T3/2021 đến T8/2022. Độ dày trung bình khối u là  $16,5 \pm 7,69$ , SUVmax trung bình khối u có độ dày trên 15mm cao hơn khối u có độ dày dưới 15mm,  $p < 0,05$ . SUVmax trung bình khối u typ ruột cao hơn typ lan tỏa,  $p < 0,05$ . Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị SUVmax theo giai đoạn T. Sau chụp <sup>18</sup>FDG PET/CT giai đoạn N0 chiếm 47,22%, giai đoạn N1 chiếm 11,11%, giai đoạn N2 chiếm 13,89%, giai đoạn N3 chiếm 27,78%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về SUVmax theo giai đoạn N. SUVmax cao nhất của tổn thương di căn trung bình là  $10,96 \pm 4,45$ . Gan là vị trí hay gặp di căn xa nhất với tỉ lệ 13,89%. Có 2 bệnh nhân có di căn xa ở

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Bách

Email: dr.bach0493@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022

2 cơ quan (5,56 %). Giá trị SUVmax trung bình khối u của nhóm bệnh nhân M1 là  $14,97 \pm 8,12$  cao hơn nhóm bệnh nhân M0 là  $10,69 \pm 8,2$ ,  $p > 0,05$ .

**Từ khóa:** Ung thư dạ dày,  $^{18}\text{F}$ FDG-PET/CT, SUVmax.

## SUMMARY

### STUDY ON $^{18}\text{F}$ FDG-PET/CT IMAGING CHARACTERISTICS OF LESIONS IN STOMACH CANCER BEFORE TREATMENT

**Objective:** Study on  $^{18}\text{F}$ FDG-PET/CT imaging characteristics of lesions in stomach cancer before treatment. **Methods:** Retrospective study, descriptive analysis on 36 stomach cancer patients undergoing PET/CT before treatment at Military Hospital 103 from March 2021 to August 2022. **Results:** 36 patients with stomach cancer from March 2021 to August 2022. The mean tumor thickness was  $16.5 \pm 7.69$ , the mean SUVmax of the tumor with a thickness of over 15mm was higher than that of a tumor with a thickness of less than 15mm,  $p < 0.05$ . The average SUVmax tumor of bowel type was higher than that of diffuse type,  $p < 0.05$ . There was no statistically significant difference in SUVmax value by stage T. After  $^{18}\text{F}$ FDG PET/CT, stage N0 accounted for 47.22%, stage N1 accounted for 11.11%, stage N2 accounted for 13.89%, stage N3 accounted for 27.78%. There was no statistically significant difference in SUVmax by stage N. The highest SUVmax of metastatic lesions was  $10.96 \pm 4.45$  on average. The liver is the most common site of distant metastasis with the rate of 13.89%. There were 2 patients with distant metastases in 2 organs (5.56%). The mean SUVmax tumor value of patient group M1 was  $14.97 \pm 8.12$  higher than that of patient group M0 was  $10.69 \pm 8.2$ ,  $p > 0.05$ .

**Keywords:** PET/CT, Stomach cancer, Staging.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong 4 loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Theo thống kê UTDD chiếm 10% các loại ung thư nói chung và chiếm khoảng 60 - 70% các loại ung thư đường tiêu hóa[1]. UTDD có tỷ lệ mắc cao nhất ở Nhật Bản, Hàn Quốc, tiếp đến là Đông Nam Á. Việt Nam có tỷ lệ mắc cao hơn tỷ lệ trung bình trên thế giới. Tỷ lệ mắc UTDD ở nam giới cao gấp hai lần so với nữ giới[2].

Đánh giá khối u nguyên phát và giai đoạn bệnh UTDD dựa vào khám lâm sàng, chụp XQ, siêu âm, MRI, CT, xạ hình xương, nội soi dạ dày... Đây là những phương pháp chẩn đoán thông thường, đã đóng góp rất nhiều cho việc chẩn đoán giai đoạn nhưng giá trị chẩn đoán còn hạn chế. Chụp PET/CT sử dụng  $^{18}\text{F}$ FDG vừa ghi hình giải phẫu, vừa ghi hình chuyển hoá tổn thương, có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao hơn. PET/CT giúp xác định giai đoạn bệnh chính xác hơn giúp người thầy thuốc quyết định chiến lược điều trị đúng và nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

Ở Việt Nam, kỹ thuật chụp PET/CT mới bắt đầu ứng dụng trong ung thư từ năm 2009, tuy nhiên chưa có nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh của PET/CT của tổn thương trong ung thư dạ dày trước điều trị. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh  $^{18}\text{F}$ FDG -PET/CT của tổn thương trong ung thư dạ dày trước điều trị".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

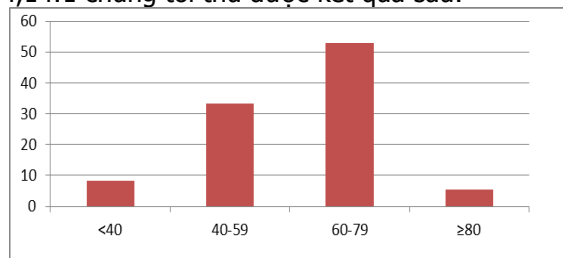
Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trên 36 bệnh nhân UTDD mới phát hiện, được chụp  $^{18}\text{F}$ FDG-PET/CT toàn thân tại khoa Y học hạt nhân - Trung tâm CDHA Bệnh viện Quân y 103, trong thời gian từ 03/2021- 08/2022. Tất cả BN được làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh thông thường như CT, siêu âm, X quang ngực, xét nghiệm huyết thanh, nội soi... Bệnh nhân được chụp  $^{18}\text{F}$ - FDG PET/CT toàn thân tại các thời điểm trước điều trị.

Quy trình kỹ thuật chụp PET/CT theo hướng dẫn của Hội Y học hạt nhân Châu Âu năm 2010 [3]. Thuộc phóng xạ  $^{18}\text{F}$ FDG được sản xuất tại Trung tâm Cyclotron, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Chụp PET/CT bằng máy PET/CT Discovery LightSpeed của hãng GE tại Khoa Y học hạt nhân, Bệnh viện K và Bệnh viện 103. Quy trình kỹ thuật chụp  $^{18}\text{F}$ FDG -PET/CT: BN nhịn ăn 6 giờ, uống nước lọc và được kiểm tra glucose máu trước tiêm  $^{18}\text{F}$ FDG không được vượt quá 11,1 mmol/l. Tiêm tĩnh mạch  $^{18}\text{F}$ FDG với liều 0,14 - 0,15 mCi/kg. BN nằm trong phòng chờ nghỉ ngơi, sau 60 phút chụp CT định hướng và chụp CT liều thấp từ nền sọ đến giữa đùi. Chụp PET toàn thân với tốc độ 2,5 phút/bed. Kết quả  $^{18}\text{F}$ FDG -PET/CT được phân tích và nhất trí bởi hai bác sỹ y học hạt nhân.

**Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 2.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 36 BN ung thư dạ dày, trong đó có 29 bệnh nhân nam (80,56%) và 7 bệnh nhân nữ (19,44%), tỉ lệ nam/nữ là ~ 4,14:1 chúng tôi thu được kết quả sau:



**Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân**

**theo nhóm tuổi**

**Nhận xét:** Trong số tất cả 36 bệnh nhân trong nghiên cứu, tuổi trung bình là 61,61±11,89. Trong đó độ tuổi 60 - 79 gặp nhiều nhất chiếm 52,78%.

**Bảng 1. Phân loại theo Lauren**

Typ mô bệnh học	N	%
Typ ruột	30	83,33
Typ lan tỏa	6	16,67
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Typ ruột gặp nhiều nhất chiếm 83,33%, typ lan tỏa ít gặp chiếm 16,67%.

**Bảng 2. Giá trị SUVmax theo typ mô bệnh học**

Typ mô bệnh học	n	SUVmax trung bình	p
Typ ruột(1)	29	12,39±8,68	p=0,012
Typ lan tỏa(2)	5	6,82±1	
<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>11,57±8,25</b>	

**Nhận xét:** Giá trị SUVmax trung bình khối u có typ mô bệnh học là typ ruột cao hơn so với khối u có mô bệnh học là typ lan tỏa. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**Bảng 3. Giá trị SUVmax theo độ dày khối u**

Kích thước (d,mm)	Số BN (n)	Giá trị SUVmax trung bình	p
< 15	12	7,27±4,28	P=0,018
15 - 38	22	13,91±9	
Trung bình (mm) x̄ ± SD (min - max)		16,5±7,69	

**Nhận xét:** Độ dày trung bình u là 16,5±7,69mm. Giá trị SUVmax trung bình của khối u kích thước từ 15-38mm cao hơn so với nhóm khối u có độ dày <15mm. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**Bảng 4. Giá trị SUVmax theo giai đoạn T**

Giai đoạn T	Số BN(n)	Giá trị SUVmax trung bình	p
T1(1)	1	7,8	p <sub>1,2,3,4</sub> >0,05
T2(2)	8	9,21±8,22	
T3(3)	6	11,78±7,76	
T4(4)	19	12,69±8,78	
<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>11,57±8,25</b>	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị SUVmax theo giai đoạn T

**Bảng 5. Giá trị SUVmax theo giai đoạn N**

Giai đoạn N	N	Tỉ lệ %	Giá trị SUVmax trung bình	p
N0	17	47,22	0	p <sub>1,2,3</sub> >0,05
N1(1)	4	11,11	3,5±1,12	

N2(2)	5	13,89	6±7,06	
N3(3)	10	27,78	7,52±4,64	
<b>Tổng</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>3,31±4,77</b>	

**Nhận xét:** Giai đoạn N0 gặp nhiều nhất chiếm tỉ lệ 47,22%. Giai đoạn N1 gặp ít nhất chiếm tỉ lệ 11,11%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị SUVmax với giai đoạn N.

**Bảng 6. Giá trị SUVmax trung bình của tổn thương di căn xa theo vị trí**

Đặc điểm	Tổn thương di căn xa			
	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)	SUVmax cao nhất trung bình	
Vị trí cơ quan di căn	Gan	5	13,89	10,32±3,63
	Phổi-MP	1	2,78	13,3
	Xương	1	2,78	9,3
	Hạch trung thất	1	2,78	5,4
	Phúc mạc	1	2,78	19
	>2 vị trí	2	5,56	
<b>Tổng</b>	<b>7BN(9 vị trí)</b>			<b>10,96±4,45</b>

**Nhận xét:** Có tất cả 9 cơ quan ở 7 bệnh nhân trong số 36 bệnh nhân nghiên cứu có tổn thương di căn xa trên hình ảnh <sup>18</sup>FDG PET/CT, với SUVmax cao nhất trung bình là 10,96±4,45. Gan là vị trí hay gặp di căn xa nhất với tỉ lệ 13,89%. Có 2 bệnh nhân có di căn xa ở 2 cơ quan (5,56%).

**Bảng 7. Giá trị SUVmax khối u theo nhóm bệnh nhân M0 và M1**

Giai đoạn	N	Giá trị SUVmax trung bình khối u	p
M0	27	10,69±8,2	p>0,05
M1	7	14,97±8,12	
<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>11,57±8,25</b>	

**Nhận xét:** Giá trị SUVmax trung bình khối u ở nhóm bệnh nhân M1 cao hơn ở nhóm bệnh nhân M0. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

**IV. BÀN LUẬN**

**Về typ mô bệnh học và liên quan giữa typ mô bệnh học và mức độ chuyển hóa:**

Theo phân loại của Lauren, typ ruột chiếm 83,33%, typ lan tỏa chiếm 16,67%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Morgagni P., typ ruột chiếm tỷ lệ cao nhất (80,2%), typ lan tỏa và hỗn hợp chiếm 19,8% [4]. Giá trị SUVmax trung bình của typ ruột cao hơn typ lan tỏa với giá trị SUVmax là 12,39±8,68, 6,82±1, tương, p<0,05. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Jin Suk Kim và cộng sự năm 2014 trên 109 bệnh nhân nhận thấy giá trị SUVmax trung bình của khối u có mô bệnh học theo Lauren là typ ruột

( $5,8 \pm 3,1$ ) cao hơn khối u có typ mô bệnh học là typ lan tỏa ( $2,8 \pm 2,4$ ). Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [5]. Nghiên cứu của Karen D. Bosch và cộng sự năm 2020 cũng nhận ra điều tương tự SUVmax typ ruột cao hơn typ lan tỏa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  ( $14,1 \pm 1,3$  so với  $9,0 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ ) [6]. Điều này được giải thích do các tế bào ung thư nhờ chất vận chuyển glucose transporter-1 (GLUT-1), nằm trong màng tế bào và tạo điều kiện cho việc hấp thu tích cực  $^{18}\text{F}$ FDG [7]. Ung thư dạ dày loại khuếch tán, bao gồm ung thư biểu mô tế bào nhẵn, hiển thị khả năng phát hiện thấp bằng  $^{18}\text{F}$ FDG PET/CT. Kết quả này là do sự biểu hiện GLUT-1 cao hơn trên màng tế bào của ung thư biểu mô dạ dày loại ruột [7],[8]. Các yếu tố khác ảnh hưởng đến sự hấp thu  $^{18}\text{F}$ FDG thấp trong ung thư biểu mô dạ dày loại lan tỏa là mật độ tế bào khối u thấp và mô đệm phong phú [9].

**Về liên quan giữa độ dày khối u và mức độ chuyển hóa:** Kích thước độ dày của u trong nghiên cứu trung bình là  $16,5 \pm 7,69\text{mm}$ . Các khối u có bề dày  $\geq 15\text{mm}$  gặp nhiều nhất (64,71%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đàn năm 2022 thấy độ dày khối u trung bình là  $17,3 \pm 7,7$ , các khối u có bề dày  $\geq 15\text{mm}$  gặp nhiều nhất (64,71%) [10]. Theo nghiên cứu của Insko E. K, độ dày trung bình của thành dạ dày trong UTDD là  $15\text{mm}$  (7 - 75 mm), khi thành dạ dày trên  $10\text{mm}$  thì có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 50% trong phát hiện các tổn thương ác tính ở dạ dày. Giá trị SUVmax trung bình khối u của nhóm bệnh nhân có độ dày khối u trên  $15\text{mm}$  cao hơn nhóm bệnh nhân có độ dày khối u dưới  $15\text{mm}$ , khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  ( $13,91 \pm 9$  so với  $7,27 \pm 4,28$ ,  $p < 0,05$ ).

**Về liên quan giữa giai đoạn T và mức độ chuyển hóa:** Đánh giá giai đoạn T của khối u nguyên phát trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy tỉ lệ các giai đoạn như sau: giai đoạn T4 chiếm tỉ lệ cao nhất với 55,88% và giá trị SUVmax trung bình của u là  $12,69 \pm 8,78$ ; giai đoạn T2 với 23,53% và SUVmax trung bình  $9,21 \pm 8,22$ ; có 17,65% bệnh nhân ở giai đoạn T3 với SUVmax trung bình  $11,78 \pm 7,76$ , giai đoạn T1 chiếm 2,94% và SUVmax trung bình 7,8. Sự khác biệt về giá trị SUVmax của khối u nguyên phát giữa các giai đoạn T là không có ý nghĩa thống kê, với  $p > 0,05$ . Nhận định này tương đồng với nghiên cứu của Jin Suk Kim và cộng sự năm 2014, tác giả cũng không nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị SUVmax trung bình theo giai đoạn T [5].

**Về liên quan giữa giai đoạn N và mức**

**độ chuyển hóa:** Trong khuôn khổ nghiên cứu của chúng tôi trên 36 bệnh nhân UTDD trước điều trị đặc hiệu, chúng tôi chỉ đánh giá hạch vùng trên hai đặc điểm là kích thước hạch và giá trị SUVmax, mà không xét đến hình dạng cũng như đặc điểm về tỉ trọng của hạch; bởi lẽ chúng tôi sử dụng phương tiện PET/CT với CLVT liều thấp và không tiêm thuốc cản quang, với độ phân giải không cao nên đặc điểm về hình dạng và tỉ trọng hạch rất dễ sai sót. Hạch nghi ngờ ác tính mà chúng tôi xác định là hạch có kích thước trên  $8\text{mm}$  và/hoặc tăng SUVmax. Kết quả cho thấy: Giai đoạn N0 gặp nhiều nhất chiếm tỉ lệ 47,22%, tiếp theo đó là giai đoạn N3 chiếm 27,78%, giai đoạn N2 chiếm 13,89%, ít nhất là giai đoạn N1 chiếm tỉ lệ 11,11%. Giá trị SUVmax trung bình theo giai đoạn N1,N2,N3 lần lượt là  $3,5 \pm 1,12$ ,  $6 \pm 7,06$ ,  $7,52 \pm 4,64$ , khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Điều này được lí giải bởi vì giai đoạn hạch trong UTDD liên quan đến số lượng hạch chứ không liên quan đến kích thước hạch nên dẫn đến không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị SUVmax trung bình theo giai đoạn N.

**Về liên quan giữa giai đoạn M và mức độ chuyển hóa:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 80,56% bệnh nhân không có di căn xa (M0), bên cạnh 19,44% bệnh nhân có di căn xa ít nhất ở một cơ quan (M1).  $^{18}\text{F}$ FDG PET/CT phát hiện 7/36 bệnh nhân có di căn xa với 9 vị trí tổn thương, trong đó có 13,89% bệnh nhân có di căn gan với SUVmax cao nhất trung bình là  $10,32 \pm 3,63$  và 2,78% bệnh nhân có di căn phổi-màng phổi với SUVmax cao nhất trung bình là 13,3. Có 2,78% bệnh nhân di căn xương và 2,78% bệnh nhân di căn hạch trung thất với SUVmax cao nhất trung bình lần lượt là 9,3 và 5,4. 1/36 (2,78%) bệnh nhân di căn phúc mạc với SUVmax là 19. Có 2/36 (5,56%) bệnh nhân có tổn thương di căn xa ở 2 cơ quan khác nhau. Giá trị SUVmax cao nhất trung bình của tất cả các tổn thương di căn xa là  $10,96 \pm 4,45$ . Nghiên cứu của Matias Riihimäki năm 2016 trên 7559 bệnh nhân nhận thấy vị trí di căn xa hay gặp nhất trong ung thư dạ dày là gan (48% bệnh nhân ung thư di căn), phúc mạc (32%), phổi (15%) và xương (12%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy rằng gan là vị trí chiếm tỉ lệ di căn nhiều nhất. Trong nghiên cứu nhận thấy giá trị SUVmax trung bình khối u ở nhóm bệnh nhân M1 cao hơn nhóm bệnh nhân M0 ( $14,97 \pm 8,12$  so với  $10,69 \pm 8,2$ ). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 36 bệnh nhân ung thư dạ dày mới phát hiện, được chụp <sup>18</sup>F-FDG-PET/CT, chúng tôi nhận thấy giá trị SUVmax trung bình của khối u typ ruột cao hơn khối u typ lan tỏa ( $p < 0,05$ ). Giá trị SUVmax trung bình của khối u có độ dày trên 15mm cao hơn khối u có độ dày <15mm ( $p < 0,05$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự liên quan giữa giá trị SUVmax khối u với giai đoạn T,N,M trong ung thư dạ dày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L, et al.** (2021) "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA Cancer J Clin., 71(3):209-249. .
2. **Jiang M., Wang X., Shan X., et al.** (2019) "Value of multi-slice spiral computed tomography in the diagnosis of metastatic lymph nodes and N-stage of gastric cancer", Journal of International Medical Research., 47(1):281-292. .
3. **Patricia M de Groot. et al.** (2018). The epidemiology of lung cancer. Translational Lung Cancer Research, 7(3), 220.
4. **Morgagni P., Petrella E., Basile B., et al.** (2012) "Preoperative multidetector-row computed tomography scan staging for lymphatic gastric cancer spread", World Journal of Surgical Oncology, 10(1):1-5.
5. **Kim J.S. và Park S.Y.** (2014). 18F-FDG PET/CT of advanced gastric carcinoma and association of HER2 expression with standardized uptake value. Asia Oceania Journal of Nuclear Medicine and Biology, 2(1), 12.
6. **Bosch K.D., Chicklore S., Cook G.J. và cộng sự.** (2020). Staging FDG PET-CT changes management in patients with gastric adenocarcinoma who are eligible for radical treatment. European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging, 47(4), 759.
7. **Kawamura T, Kusakabe T, Sugino T, Watanabe K, Fukuda T, Nashimoto A, et al.** Expression of glucose transporter-1 in human gastric carcinoma: association with tumor aggressiveness, metastasis, and patient survival. Cancer. 2001;92(3):634-41. .
8. **Kim WS KY, Jang SJ, Kimm K, Jung MH.** Glucose transporter 1 (GLUT1) expression is associated with intestinal type of gastric carcinoma. J Korean Med Sci. 2000;15:420-4. .
9. **Yamada A, Oguchi K, Fukushima M, Imai Y, Kadoya M.** Evaluation of 2-deoxy-2-[<sup>18</sup>F]fluorodeoxyglucose positron emission tomography in gastric carcinoma: relation to histological subtypes, depth of tumor invasion, and glucose transporter-1 expression. Ann Nucl Med. 2006;20(9):597-604. .
10. **Nguyễn Văn Đán** (2022). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của ung thư dạ dày và giá trị của cắt lớp vi tính 64 dãy trong đánh giá tổn thương các nhóm hạch vùng. Luận văn Bác sĩ nội trú. Học Viện Quân Y.

## TÌNH TRẠNG TỔN THƯƠNG GAN DO DỊ ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Trần Thị Phương Chi<sup>1</sup>, Hoàng Thị Lâm<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng tổn thương gan của bệnh nhân dị ứng thuốc tại Bệnh viện Đà Nẵng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và hồi cứu trên 444 bệnh nhân bị dị ứng thuốc từ tháng 1/2018 đến 5/2022 tại Bệnh viện Đà Nẵng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $45,68 \pm 16,85$  tuổi, lớn nhất là 86 tuổi, nhỏ nhất là 15 tuổi. Có 19,9% và 22,3% bệnh nhân dị ứng thuốc có tăng SGOT và SGPT trên giới hạn trên bình thường. Nồng độ SGOT và SGPT trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $33,76 \pm 45,15$  U/L và  $38,70 \pm 55,65$  U/L. Hội chứng DRESS có

tổn thương gan nặng nhất với SGOT trung bình là  $182,06 \pm 88,53$  (U/L) và SGPT trung bình là  $364,73 \pm 171,01$  U/L. Có rất nhiều loại thuốc gây ra tổn thương gan trong đó hai loại thuốc gây tăng men gan nhiều nhất là thuốc kháng lao (SGOT:  $104,45 \pm 90,43$  U/L; SGPT:  $170,35 \pm 256,0$  U/L) và allopurinol (SGOT:  $134,35 \pm 188,71$  U/L; SGPT:  $147,24 \pm 112,98$  U/L). Các thể tổn thương da nặng (Hội chứng Lyell, SJS, DRESS, đỏ da toàn thân) đều có albumin máu trung bình thấp < 35 g/L. **Kết luận:** Tổn thương gan là tổn thương thường gặp ở bệnh nhân dị ứng thuốc trong đó hội chứng DRESS là thể lâm sàng gây tổn thương gan nặng nhất. Thuốc kháng lao, allopurinol là những thuốc gây tổn thương gan nặng nhất. Albumin máu ở những thể dị ứng thuốc nặng thường thấp < 35g/L.

**Từ khóa:** Tổn thương gan do dị ứng thuốc

### SUMMARY

#### SITUATION OF LIVER INJURY BY DRUG ALLERGY AT DA NANG HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the liver injury of drug-allergic patients at Da Nang Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional and retrospective

<sup>1</sup>Bệnh viện Đà Nẵng

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Phương Chi

Email: bsttpc040177@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2022

Ngày duyệt bài: 2.12.2022