

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP HÓA TRỊ LIỆU TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Đặng Quốc Ái<sup>1</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô dạ dày ở những bệnh nhân được kết hợp giữa phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và hóa trị liệu. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 75 bệnh nhân ung thư dạ dày điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 57,9 ± 10,1 tuổi, Nam giới chiếm đa số trong nghiên cứu với 65,3% và nữ giới là 34,7%. Vị trí tổn thương chủ yếu là 1/3 dưới của dạ dày với 82,6%. Đa số khối u giai đoạn T3 với 74,7% và 69,3% bệnh nhân có di căn hạch. Thời gian phẫu thuật trung bình là 251,9 ± 44,6 phút, lượng máu mất trung bình 98,8 ± 25,3 ml. Tai biến trong mổ 5,3% và 8,0% chuyển mổ mở do khối u lớn hoặc tai biến. Thời gian hậu phẫu trung bình là 11,6 ± 2,6 ngày và 85,3% bệnh nhân sau phẫu thuật được điều trị hóa chất bổ trợ. Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau mổ trong thời gian theo dõi 3 năm là 86,7% và thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ ước tính là 47,2 ± 1,9 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày điều trị ung thư biểu mô dạ dày kết hợp với điều trị hóa trị liệu cho kết quả tốt. Đáp ứng được yêu cầu điều trị cả về kết quả sớm và kết quả dài hạn sau phẫu thuật.

**Từ khóa:** Ung thư dạ dày, cắt dạ dày nội soi.

## SUMMARY

### EVALUATION OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY COMBINED WITH CHEMOTHERAPY IN THE TREATMENT OF GASTRIC CARCINOMA

**Objectives:** To evaluate the treatment outcome of gastric carcinoma in patients with a combination of laparoscopic gastrectomy and chemotherapy. **Methods:** This is a retrospective study on 75 gastric cancer patients, who were treated at Hanoi Medical University Hospital from January 2015 to December 2019. **Results:** The mean age of the study group was 57.9 ± 10.1 years old. Men accounted for the majority of the study at 65.3% and women were 34.7%. The main lesion site is the lower third of the stomach with 82.6%. Most tumors were on stage T3 with 74.7% and 69.3% of patients having lymph node metastasis. The average surgical time was 251.9 ± 44.6 minutes, the average blood loss was 98.8 ± 25.3 ml. Intraoperative complications was 5.3% and 8.0% was converted to open surgery due to large tumors or complications. The postoperative average time was

11.6 ± 2.6 days and 85.3% of postoperative patients received adjuvant therapy. The postoperative disease-free survival rate during the 3-year follow-up period was 86.7% and the estimated overall survival after surgery was 47.2±1.9 months. **Conclusion:** Laparoscopic gastrectomy for gastric carcinoma combined with chemotherapy has good results. Meet the treatment requirements in terms of early and long-term results after surgery.

**Keywords:** Stomach cancer, laparoscopic gastrectomy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của tổ chức ung thư thế giới Globocan năm 2020 thì ung thư dạ dày xếp hàng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới và đứng hàng thứ 4 về nguyên nhân gây tử vong của tất cả các bệnh lý ung thư ở cả hai giới. Tại Việt Nam cũng theo tổ chức ung thư thế giới thì năm 2020 có 17.906 ca mắc mới và 14.615 ca tử vong do ung thư dạ dày.<sup>1</sup>

Chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày hiện nay ở Việt Nam đã có nhiều tiến bộ. Sự phát triển của hệ thống y tế về trình độ chuyên môn cũng như trang thiết bị đã góp phần tích cực trong chẩn đoán sớm các bệnh nhân ung thư trong đó có ung thư dạ dày. Đặc biệt là sự trang bị các phương tiện hiện đại, trong đó phải kể đến hệ thống nội soi đường tiêu hóa đến tận các tuyến y tế cơ sở công lập và hệ thống y tế tư nhân đã góp phần rất lớn trong chẩn đoán. Nội soi dạ dày và sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh lý được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán ung thư dạ dày hiện nay.

Điều trị triệt căn ung thư dạ dày cho đến nay vẫn chủ yếu là phẫu thuật. Sự tiến bộ trong hóa chất điều trị ung thư dạ dày cũng đã góp phần rất lớn làm gia tăng tỷ lệ sống thêm sau mổ của người bệnh. Đã có những báo cáo về tỷ lệ sống thêm 5 năm sau điều trị đối với ung thư dạ dày sớm đã lên đến 99,9%.<sup>2</sup> Tỷ lệ sống thêm sau mổ của các ung thư dạ dày tiến triển cũng được cải thiện đáng kể trong các báo cáo gần đây kể cả phẫu thuật nội soi lẫn mổ mở.<sup>2-4</sup> Đặc biệt việc sử dụng hóa trị tân bổ trợ cho những trường hợp trước mổ nghi ngờ có di căn là một tiến bộ mới đã làm tăng tỷ lệ phẫu thuật triệt căn.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày cũng đã được áp dụng rộng rãi tại nhiều trung tâm phẫu thuật lớn trong cả nước. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cũng là cơ sở thực hiện thường quy về phẫu thuật nội soi cắt dạ dày

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 6.2.2023

Ngày duyệt bài: 27.2.2023

vết hạch điều trị ung thư dạ dày kết hợp chặt chẽ với điều trị hóa chất tân bổ trợ và hóa chất bổ trợ. Nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô dạ dày bằng kết hợp phẫu thuật và hóa trị liệu trước và sau phẫu thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi kết hợp hóa trị liệu trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 75 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn I-III tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2019.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày.

- Được mổ nội soi cắt dạ dày để điều trị.

- Có sử dụng hóa trị tân bổ trợ hoặc bổ trợ nếu có chỉ định.

- Hồ sơ có đầy đủ các dữ liệu nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những bệnh nhân ung thư tái phát hoặc di căn từ nơi khác đến dạ dày.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu.

**2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

#### Bao gồm các chỉ tiêu:

- Đặc điểm chung trước phẫu thuật: số lượng bệnh nhân, tuổi, giới tính, chỉ số BMI, phân loại bệnh nhân về mặt gây mê hồi sức theo thang điểm ASA.

- Đặc điểm phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, số lượng trocar, vị trí khối u, số bệnh nhân cắt dạ dày sau hóa trị tân bổ trợ, kỹ thuật mổ, kỹ thuật tái lập lưu thông tiêu hóa, số lượng hạch vét được, đặc điểm dẫn lưu ổ bụng, lượng máu mất, tai biến, chuyển mổ mở, kết quả sinh thiết tức thì.

- Kết quả điều trị: thời gian rút dẫn lưu, thời gian trung tiện, thời gian cho ăn lại, biến chứng sau mổ, phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo, mức độ xâm lấn của khối u, mức độ di căn hạch, phân loại giai đoạn bệnh sau mổ theo TNM, số ngày nằm viện, điều trị hóa trị bổ trợ, tỉ lệ và thời gian sống thêm sau phẫu thuật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2019 chúng tôi thu thập được 75 hồ sơ bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn bệnh. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu được thể hiện trong bảng 1, đặc điểm trong phẫu thuật được trình bày trong bảng 2 và kết quả điều trị được trình bày trong bảng 3 bên dưới.

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật**

Số bệnh nhân nghiên cứu	75 bệnh nhân
Tuổi trung bình (năm)	57,9 ± 10,1 (31- 77)
Giới tính	Nam: 49 (65,3%) và Nữ: 26 (34,7%)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	20,7 ± 2,2 (15,2 - 28,4)
ASA	I: 52 (69,3%) II: 23 (30,7%)

**Bảng 2: Kết quả trong phẫu thuật**

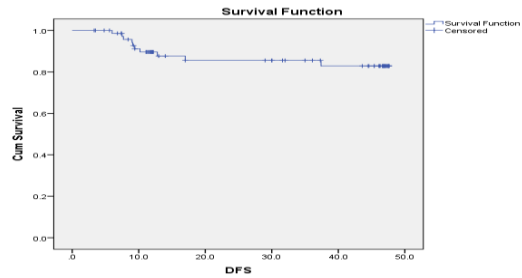
Thời gian phẫu thuật (phút)	251,9 ± 44,6 (120 – 360)
Số lượng trocar	100% sử dụng 5 trocar
Vị trí khối u dạ dày	1/3 trên: 5 (6,7%) 1/3 giữa: 6 (8,0%) 1/3 dưới: 62 (82,6%) Thâm nhiễm rộng: 2 (2,7%)
Kỹ thuật mổ	Cắt toàn bộ: 7 (9,3%) Cắt bán phần cực trên: 3 (4,0%); Cắt bán phần cực dưới: 65 (86,7%)
Số bệnh nhân cắt dạ dày sau hóa trị tân bổ trợ	11 (14,7%)
Kỹ thuật tái lập lưu thông tiêu hóa	Nội Roux-En-Y: 9 (12,0%) Billroth I: 6 (8,0%) Billroth II: 57 (76,0%) Thực quản với môm dạ dày: 3 (4,0%)
Số lượng hạch vét được (hạch)	26,6 ± 6,2 (20 – 56)
Lượng máu mất trung bình (ml)	98,8 ± 25,3 (20 – 150)
Số lượng dẫn lưu trung bình đặt trong mổ	1 dẫn lưu: 62 trường hợp 2 dẫn lưu: 13 trường hợp
Tai biến trong mổ	Tổng số tai biến là 4 (5,3%) bao gồm: 1(1,3%) trường hợp cắt động mạch gan riêng 3(4,0%) trường hợp thủng mạc treo đại tràng ngang
Chuyển mổ mở	Tổng 6(8,0%) trường hợp bao gồm 5(6,7%) trường hợp u lớn xâm lấn rộng và 1(3,3%) trường hợp tai biến cắt động mạch gan riêng
Sinh thiết tức thì diện cắt dưới trong mổ	100% được sinh thiết và kết quả không có tế bào ung thư

**Bảng 3: Kết quả điều trị**

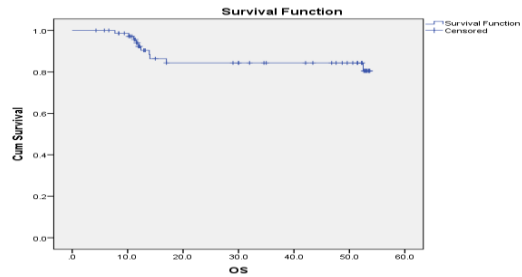
Thời gian rút dẫn lưu trung bình (ngày)	5,9 ± 2,3 (5 – 10)
Thời gian trung tiện sau	3,5 ± 1,3 (1 – 5)

mổ (ngày)	
Thời gian cho ăn lại sau mổ (ngày)	5,3 ± 1,4 (3 – 10)
Biến chứng sau mổ	Tổng số biến chứng bao gồm: 14(18,7%) Chảy máu miệng nội: 1(1,3%) điều trị nội Chảy máu trong ổ bụng: 2(2,7%) mổ lại Viêm phổi: 2(2,7%) điều trị nội Nhiễm trùng vết mổ: 4(5,3%) điều trị nội Tắc ruột sớm: 1(1,3%) điều trị nội Ứ đọng trào ngược dạ dày thực quản: 3(4,0%) Hẹp miệng nội: 1(1,3%)
Phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo	Mức độ I: 7(9,3%) Mức độ II: 4(5,3%) Mức độ III: 3(4,0%) IIIa: 1(1,3%) IIIb: 2(2,7%) Mức độ IV: 0 Mức độ V: 0
Mức độ xâm lấn của khối u (T)	T1: 4 (5,3%) T2: 11 (14,7%) T3: 56 (74,7%) T4a: 3 (4,0%) T4b: 1 (1,3%)
Mức độ di căn hạch (N)	N0: 23(30,7%) N1: 23(30,7%) N2: 17(22,6%) N3a: 9(12,0%) N3b: 3(4,0%)
Phân loại giai đoạn bệnh sau mổ theo TNM	Ia: 0 Ib: 9 (12,0%) IIa: 20 (26,7%) IIb: 18 (24,0%) IIIa: 15 (20,0%) IIIb: 9 (12,0%) IIIc: 4 (5,3%) IV: 0
Số ngày nằm viện sau mổ trung bình (ngày)	11,6 ± 2,6 (6 – 22)
Điều trị hóa trị hỗ trợ sau mổ	Tổng số 64 (85,3%) trường hợp: - EOX (6 chu kỳ): 11(14,7%) - Xeloc (8 chu kỳ): 53(70,7%)

Tỷ lệ sống không bệnh sau 3 năm theo dõi	86,7%
Thời gian sống thêm không bệnh trung bình (DFS) (tháng)	41,9 ± 1,7 (Khoảng tin cậy 95%)
Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình (OS) (tháng)	47,2 ± 1,9 (Khoảng tin cậy 95%)



**Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không bệnh**



**Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm toàn bộ**

**IV. BÀN LUẬN**

Mặc dù trong chiến lược làm giảm tỷ lệ một loại bệnh thì đứng hàng đầu vẫn là tìm ra các nguyên nhân gây bệnh để từ đó tiêu trừ đi. Tuy nhiên, cho đến nay việc làm giảm tỷ lệ tử vong do ung thư dạ dày cũng chỉ đang nhằm vào việc chẩn đoán và điều trị sớm. Tại Nhật Bản và Hàn Quốc đã có những chương trình sàng lọc bệnh ung thư dạ dày cho người trên 40 tuổi nằm trong chiến lược phòng chống ung thư dạ dày theo chương trình y tế quốc gia. Trong những năm gần đây vi khuẩn H. pylori được nhắc đến nhiều trong các yếu tố dẫn đến viêm teo niêm mạc dạ dày mạn tính và làm khởi phát ung thư dạ dày sau khi bị nhiễm trong một thời gian dài. Tại Nhật Bản kể từ năm 2013 chính phủ cũng đã đưa chương trình diệt H. Pylori vào chương trình y tế quốc gia và được bảo hiểm y tế chi trả với mong muốn ngăn ngừa hình thành ung thư dạ dày thay vì chữa trị sớm.<sup>5</sup>

Chẩn đoán được ung thư ở giai đoạn sớm là một trong những yếu tố then chốt trong chiến lược làm tăng tỷ lệ khỏi bệnh cũng như sống trên 5 năm của bệnh nhân ung thư dạ dày. Kể từ

những năm 1990 các bác sĩ Nhật Bản đã phát triển kỹ thuật cắt đốt niêm mạc (ESD) để điều trị cho những trường hợp ung thư dạ dày chẩn đoán giai đoạn sớm. Phương pháp này đã cho thấy an toàn và nhiều ưu điểm khi theo dõi một thời gian dài. Tỷ lệ điều trị triệt căn là từ 91,5% đến 96,4%. Tỷ lệ tái phát ở đại đa số các nghiên cứu được báo cáo là 0% đến 0,3% trong các báo cáo cắt đốt niêm mạc. Thời gian sống trên 5 năm được báo cáo là từ 97,5% đến 99,9% bệnh nhân sống trên 5 năm.<sup>2</sup> Điều này cho thấy việc chẩn đoán được ung thư dạ dày ở giai đoạn sớm ngoài làm tăng tỷ lệ sống trên 5 năm còn có những lựa chọn khác trong cách thức điều trị, hạn chế việc cắt bỏ dạ dày mà vẫn cho kết quả tốt.

Tuy nhiên, cho đến nay biện pháp phẫu thuật cắt dạ dày kèm vét hạch vẫn được xem là phương pháp duy nhất để chữa khỏi ung thư dạ dày ở những bệnh nhân ung thư dạ dày còn có thể cắt bỏ, điều này được thừa nhận rộng rãi trên toàn thế giới.<sup>6</sup> Kể từ năm 1994 Kitano lần đầu tiên thực hiện cắt dạ dày nội soi cho bệnh nhân ung thư dạ dày sớm ở hang vị, đến nay phẫu thuật nội soi cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày đã được thực hiện phổ biến tại các trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới cũng như Việt Nam. Đã có nhiều công trình nghiên cứu so sánh về kết quả gần cũng như kết quả xa giữa phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở. Các nghiên cứu chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày có ưu điểm hơn phẫu thuật mở khi đánh giá kết quả ở giai đoạn sớm, và vẫn giữ được vai trò triệt căn trong điều trị ung thư như phẫu thuật mở khi đánh giá kết quả xa.<sup>7,8</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 75 bệnh nhân có đặc điểm chung tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác khi tiến hành nghiên cứu ung thư dạ dày ở người Châu Á.<sup>8</sup> Nhìn chung kết quả phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi không có nhiều khác biệt với các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Tuy nhiên thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là dài hơn nhiều so với các tác giả khác đã công bố.<sup>7,8</sup> Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 18,7% đa phần là những biến chứng nhẹ, chủ yếu tập trung ở độ I và độ II theo phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo. Tỷ lệ biến chứng này là cao hơn các nghiên cứu của các tác giả khác đối với mổ nội soi và cả mổ mở. Tuy nhiên, cá biệt vẫn có một số các báo cáo cho thấy con số biến chứng sau phẫu thuật rất cao, lên đến 23,6%. Các biến chứng trong các nghiên cứu của các tác giả trên đa phần là những biến chứng nặng,

ngheêm trọng đòi hỏi phải can thiệp lại bằng phẫu thuật hoặc các thủ thuật dưới yêu cầu gây mê toàn thân.<sup>2,7,8</sup>

Về khía cạnh vét hạch trong phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày, gần đây cũng đã có sự thay đổi về định nghĩa. Trước đây, áp dụng sự phân nhóm hạch theo hiệp hội ung thư dạ dày của Nhật Bản mà chia ra các nhóm hạch và các chặng. Tuy nhiên, gần đây quy tắc này đã được sửa đổi nhằm phản ánh số lượng hạch bạch huyết được lấy bỏ với quan điểm ít hơn 15 hạch là D0, từ 15 đến 25 hạch là D1 và trên 25 là D2. Sự thay đổi này nhằm giảm bớt sự phức tạp trong cách phân chia các nhóm hạch và các chặng hạch.<sup>6</sup> Số hạch trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $26,6 \pm 6,2$  hạch, đã đáp ứng được tiêu chuẩn vét hạch D2 theo tiêu chí trên. Tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi vẫn tồn tại một số bệnh nhân vét được số lượng hạch nhỏ hơn 25 hạch, đây là những trường hợp ung thư giai đoạn sớm. Hơn nữa, đôi lúc không phải do phẫu thuật không lấy hết các nhóm hạch mà vì khi phẫu tích bệnh phẩm để nhật hạch tại các khoa giải phẫu bệnh không được tỉ mỉ. Để thực hiện được tốt phẫu tích nhật hạch từ bệnh phẩm thì người phẫu tích ngoài kỹ thuật phẫu tích phải tốt, tuân thủ theo các bước nhìn để lấy, sờ để lấy, phẫu tích theo các mạch máu và bước cuối cùng cần tỉ mỉ phân nhỏ bệnh phẩm từng lát mỏng tránh bỏ sót các hạch bạch huyết bé.

Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 3 năm theo dõi là 86,7%. Thời gian sống thêm không bệnh ước tính là  $41,9 \pm 1,7$  tháng và thời gian sống thêm toàn bộ ước tính là  $47,2 \pm 1,9$  tháng. Tỷ lệ sống thêm sau thời điểm 3 năm theo dõi của chúng tôi cũng tương đồng trong khoảng giao động giữa các nghiên cứu về phẫu thuật cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày của các tác giả khác trên thế giới kể cả mổ nội soi và mổ mở.<sup>3,4</sup> Điều này cho thấy việc triển khai phẫu thuật nội soi cắt dạ dày cũng như áp dụng điều trị mang tính chất đa mô thức trong ung thư dạ dày tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã cho kết quả tốt và đáp ứng được tình hình chung với các trung tâm y khoa khác.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội có kết quả tốt về mặt phẫu thuật và ung thư học. Tuy nhiên cần có các nghiên cứu theo dõi với thời gian dài hơn để có những kết luận chính xác và khách quan hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Nishizawa T, Yahagi N.** Long-Term Outcomes of Using Endoscopic Submucosal Dissection to Treat Early Gastric Cancer. Gut and liver. Mar 15 2018;12(2):119-124. doi:10.5009/gnl17095
3. **Yu J, Huang C, Sun Y, et al.** Effect of Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy on 3-Year Disease-Free Survival in Patients With Locally Advanced Gastric Cancer: The CLASS-01 Randomized Clinical Trial. Jama. May 28 2019; 321(20):1983-1992. doi:10.1001/jama.2019.5359
4. **Hwang SH, Park DJ, Jee YS, et al.** Actual 3-year survival after laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer. Archives of surgery. Jun 2009;144(6):559-64; discussion 565. doi:10.1001/archsurg.2009.110
5. **Asaka M, Mabe K.** Strategies for eliminating death from gastric cancer in Japan. Proceedings of the Japan Academy Series B, Physical and biological sciences. 2014;90(7):251-8. doi:10.2183/pjab.90.251
6. **Santoro R, Ettorre GM, Santoro E.** Subtotal gastrectomy for gastric cancer. World journal of gastroenterology. Oct 14 2014;20(38):13667-80. doi:10.3748/wjg.v20.i38.13667
7. **Zeng F, Chen L, Liao M, et al.** Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer. World journal of surgical oncology. Jan 27 2020; 18(1):20. doi:10.1186/s12957-020-1795-1
8. **Zhang Y, Qi F, Jiang Y, Zhai H, Ji Y.** Long-term follow-up after laparoscopic versus open distal gastrectomy for advanced gastric cancer. International journal of clinical and experimental medicine. 2015;8(8):13564-70.

## NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ 25-HYDROXYVITAMIN D HUYẾT TƯƠNG VÀ BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Nguyễn Lê Diệu Hiền<sup>1</sup>, Ngô Thị Tuyết<sup>1</sup>, Phan Khánh Hải<sup>2</sup>, Lê Trung Thế<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ thiếu 25-Hydroxyvitamin D máu và phân tích mối liên quan giữa 25-Hydroxyvitamin D và bệnh thận đái tháo đường ở người bệnh đái tháo đường típ 2. **Đối tượng, phương pháp:** Bảng phương pháp mô tả cắt ngang trên 117 người bệnh được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tiết – Nội thận Bệnh viện Đà Nẵng. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu 25-Hydroxyvitamin D máu ở người bệnh đái tháo đường típ 2 là 80,3%. Nồng độ 25-Hydroxyvitamin D có mối tương quan nghịch mức độ vừa với mức độ bài xuất albumin niệu ACR ( $r = -0,478$ ;  $p = 0,004$ ); nồng độ 25-Hydroxyvitamin D có mối tương quan thuận mức độ vừa với mức lọc cầu thận GFR ( $r = 0,435$ ;  $p < 0,05$ ). Tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng thiếu 25-Hydroxyvitamin D và bệnh thận đái tháo đường, trong đó nhóm thiếu 25-Hydroxyvitamin D có nguy cơ bị bệnh thận đái tháo đường cao gấp 2,83 lần nhóm đủ 25-Hydroxyvitamin D (OR = 2,83; 95%CI = 1,101-7,27;  $p = 0,031$ ).

**Từ khóa:** 25-Hydroxyvitamin D, bệnh thận đái tháo đường, đái tháo đường típ 2.

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng, thành phố Đà Nẵng

<sup>2</sup>Bệnh viện Đà Nẵng, thành phố Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Diệu Hiền

Email: nldhien@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 9.3.2023

## SUMMARY

### RESEARCH ON RELATIONSHIP BETWEEN PLASMA 25-HYDROXYVITAMIN D AND DIABETIC KIDNEY DISEASE IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS

**Objective:** The study aimed to determine the prevalence of 25-Hydroxyvitamin D deficiency in the blood and analyze the relationship between 25-Hydroxyvitamin D and diabetic kidney disease in patients with type 2 diabetes. **Subject and method:** By cross-sectional method, 117 patients were diagnosed with type 2 diabetes at the Department of Nephrology – Endocrinology, Da Nang Hospital. **Results:** The rate of blood 25-Hydroxyvitamin D deficiency in patients with type 2 diabetes was 80,3%. The concentration of 25-Hydroxyvitamin D was moderately inversely correlated with the degree of albuminuria ( $r = -0,478$ ;  $p = 0,004$ ); 25-Hydroxyvitamin D concentration has a moderate positive correlation with glomerular filtration rate ( $r = 0,435$ ;  $p < 0,05$ ). An association was found between 25-Hydroxyvitamin D deficiency and diabetic kidney disease which 25-Hydroxyvitamin D deficiency group had a 2,83 times higher risk of diabetic kidney disease than the 25-Hydroxyvitamin D sufficiency group (OR = 2,83; 95%CI = 1,101-7,27;  $p = 0,031$ ).

**Keywords:** 25-Hydroxyvitamin D, diabetic kidney disease, type 2 diabetes.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vitamin D là một hormone steroid giúp điều chỉnh sự trao đổi chất của canxi, phosphate và đóng một vai trò quan trọng trong việc duy trì