

phúc mạc toàn thể do phẫu thuật viên đặt mỗi khâu đầu tiên xa mép của đường mở ống mật chủ [8].

Nghiên cứu cho thấy có 01 bệnh nhân nhiễm khuẩn trocar rốn, điều trị kháng sinh và thay băng tại chỗ bệnh nhân khỏi ở ngày thứ 20 sau mổ. Nhiễm khuẩn vết mổ rất ít gặp trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật, tỷ lệ chung qua các thống kê gặp khoảng 0 - 1,97 % đây là một ưu điểm nổi bật.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phẫu thuật thành công là 100%, tỷ lệ sạch sỏi là 66,7%

Thời gian mổ trung bình là:  $137,3 \pm 28,1$  phút, thời gian lấy sỏi trung bình là  $54,6 \pm 26,2$  phút, tai biến 2,1%, thời gian nằm viện sau mổ là:  $6,5 \pm 2,7$  ngày.

Biến chứng 10,4%

Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da trong mổ an toàn và hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, "Chỉ định của phẫu thuật

- nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính". Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 2007.
2. Hoàng Anh Bắc, "Đánh giá tính khả thi và kết quả của mổ nội soi lấy sỏi trên bệnh nhân có sỏi mật lại". Luận án chuyên khoa II, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 2011.
3. Võ Đại Dũng, "Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật trong gan có nội soi đường mật trong mổ". Luận án thạc sĩ y học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh., 2015.
4. Sử Quốc Khởi, "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang". Luận án tiến sĩ y học - Học Viện Quân Y, 2020.
5. Nguyễn Khắc Đức, "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi để điều trị sỏi đường mật ngoài gan". Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội., 2010.
6. Trần Mạnh Hùng, "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi không dẫn lưu đường mật". Luận án Tiến sĩ y học, Học Viện Quân, 2012.
7. Zhu J et al., "Laparoscopic common bile duct exploration in patients with previous upper abdominal surgery". Surgical endoscopy, 2018: p. 1 - 7.
8. Luu D et al, "Risk factors for bile leakage after primary close following laparoscopic common bile duct exploration: a retrospective cohort study". BMC surgery, 2017. 17(1): p. 1 - 8.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ THỂ DỊ SẢN TẠI BỆNH VIỆN K

Phùng Thị Huyền<sup>1</sup>, Phan Khánh Toàn<sup>2</sup>

giai đoạn bệnh và tình trạng di căn hạch liên quan có ý nghĩa thống kê với DFS 3 năm.

**Từ khóa:** Ung thư vú, dị sản, kết quả điều trị

### SUMMARY

#### TREATMENT OUTCOME OF METAPLASTIC BREAST CANCER IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Aim:** We conducted this study to evaluate the treatment outcome of patients with metaplastic breast cancer. **Patients and methods:** This is a descriptive cohort study on 52 patients with metaplastic breast cancer treated at Vietnam National Cancer Hospital from 2019 to 2022. We collected data on patients' characteristics, treatment response and survival. **Results:** There were 19 patients receiving neoadjuvant therapy, of which 9 patients (47.37%) responded to chemotherapy. The rate of 3-year DFS is 70.1%, and the rate of stage I, II, III patients was 100%, 77% and 38.7%, respectively,  $p=0.003$ . The 3-year DFS of patients with lymph node metastasis was 47.3%, significantly lower than that of the group without lymph node metastasis (89.9%),  $p=0.002$ . **Conclusions:** Metaplastic breast cancer has poor prognosis, disease stage and lymph node metastasis are associated with with 3-year DFS.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân ung thư vú thể dị sản. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 52 bệnh nhân ung thư vú thể dị sản được điều trị tại bệnh viện K từ năm 2019 đến năm 2022. Chúng tôi thu thập số liệu về đặc điểm bệnh nhân, đáp ứng với điều trị và tình trạng sống thêm. **Kết quả:** Có 19 bệnh nhân được điều trị tân bổ trợ, trong đó 9 bệnh nhân (47,37%) có đáp ứng với điều trị với hoá chất. Tỷ lệ DFS 3 năm là 70,1%, tỷ lệ này của các bệnh nhân giai đoạn I, II, III lần lượt là 100%, 77% và 38,7%,  $p=0,003$ . DFS 3 năm của bệnh nhân có di căn hạch là 47,3%, thấp hơn đáng kể so với nhóm không có di căn hạch (89,9%),  $p=0,002$ . **Kết luận:** Như vậy, ung thư vú thể dị sản là thể ung thư vú có tiên lượng xấu,

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Huyền

Email: phungthihuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023

**Keywords:** Metaplastic, breast cancer, treatment outcome

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thể dị sản là một phân nhóm của ung thư biểu mô vú xâm nhập, chiếm dưới 1% tổng số bệnh nhân<sup>1</sup>. UTV thể dị sản được nhận định là thể UTV phát triển nhanh và nguy cơ tái phát cao, bệnh nhân thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Phần lớn ung thư vú thể dị sản thuộc nhóm bộ 3 âm tính<sup>1</sup>. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây cho thấy, ung thư vú thể dị sản có tiên lượng xấu hơn ung thư vú nói chung, và kể cả nhóm bộ 3 âm tính. Trong 1 nghiên cứu so sánh với UTV thể bộ 3 âm tính, UTV thể dị sản có nguy cơ tái phát cao hơn (HR=1,99, 95% CI 1,01-3,83), DFS 5 năm thấp hơn (30% so với 89,9%, p<0,001) và OS 5 năm thấp hơn (65,3% so với 86,6%, p=0,002)<sup>2</sup>. Tỷ lệ đáp ứng với hóa chất tân bổ trợ của UTV thể dị sản cũng thấp hơn đáng kể so với UTV nói chung<sup>3</sup>. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về kết quả điều trị và tình trạng sống thêm của ung thư vú thể dị sản. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân ung thư vú thể dị sản tại bệnh viện K từ năm 2019 đến năm 2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú thể dị sản tại bệnh viện K từ 01/01/2019 đến 01/06/2022.

### + Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên; được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú thể dị sản dựa vào đặc điểm mô bệnh học và/hoặc hoá mô miễn dịch theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO 2019.

- Giai đoạn I, II, III tại thời điểm chẩn đoán theo phân loại AJCC năm 2018.

### + Tiêu chuẩn loại trừ

- Tiền sử mắc các bệnh lý ác tính khác trừ bệnh với mục tiêu chữa khỏi và không có bệnh đang ở trạng thái hoạt động >5 năm trước khi chẩn đoán ung thư vú thể dị sản.

- Bệnh nhân đã phẫu thuật ở tuyến trước, không đủ thông tin để đánh giá giai đoạn.

- Bệnh nhân được xác định tử vong do nguyên nhân khác không phải do ung thư.

- Bệnh nhân từ chối điều trị không phải vì lý do chuyên môn.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

**Mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu thuận tiện

**2.3. Phương pháp thu thập số liệu.** Lập danh sách các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú thể dị sản tại Bệnh viện K từ 01/01/2019 đến năm 01/06/2022.

Khai thác thông tin dựa trên hồ sơ bệnh án và thông tin qua liên hệ với bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân. Bao gồm:

- Tuổi, giới, tiền sử bệnh tật
- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị

- Phác đồ điều trị của bệnh nhân

- Kết quả điều trị: tình trạng đáp ứng, tái phát, sống thêm

### 2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện từ 01/04/2022 đến 01/11/2022

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh Viện K cơ sở 3.

**2.4. Phân tích và xử lý số liệu:** Nhập và phân tích dữ liệu được thực hiện trên phần mềm SPSS phiên bản 20. Phân tích Kaplan Meier, hồi quy tuyến tính Cox đơn biến và đa biến được sử dụng để đánh giá thời gian sống thêm và các yếu tố ảnh hưởng. Tất cả các so sánh được thực hiện bằng các phép kiểm định hai phía với ý nghĩa thống kê được lấy là giá trị p < 0,05.

### 2.5. Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu.

Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, chất lượng cuộc sống cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác. Tất cả thông tin về tình trạng bệnh tật của người bệnh được bảo mật trong suốt quá trình nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tại bệnh viện K từ 01/01/2019 đến tháng 01/06/2022, có 52 bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn, được đưa vào nghiên cứu.

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng – bệnh học**

Đặc điểm lâm sàng	n (%) (N=52)
Độ tuổi trung bình	48,2 ± 1,51
<b>Giai đoạn theo AJCC</b>	
I	8 (15,38%)
II	31 (59,62%)
III	13 (25%)
<b>Thể bệnh theo thể hoá mô miễn dịch</b>	
Thụ tiết nội tiết dương tính, HER2 âm tính	8 (15,38%)
Thụ tiết nội tiết dương tính, HER2 dương tính	0
Thụ tiết nội tiết âm tính, HER2 dương tính	5 (9,62%)
Bộ ba âm tính	39 (75%)

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 48,2 ± 1,51 tuổi. Bệnh nhân chủ yếu được chẩn đoán ở

giai đoạn I, II với 40 bệnh nhân (76,92%), trong đó, cao nhất là ở giai đoạn II với 31 bệnh nhân (59,62%). Nhóm UTV bộ ba âm tính chiếm tỉ lệ cao nhất với 39 bệnh nhân (75%). Còn lại, 8 bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính và HER2 âm tính, chiếm tỷ lệ 15,38% và 5 bệnh nhân thụ thể nội tiết âm tính, HER2 dương tính (9,62%).

**Bảng 2. Các phương pháp điều trị cho bệnh nhân ung thư vú thể dị sản**

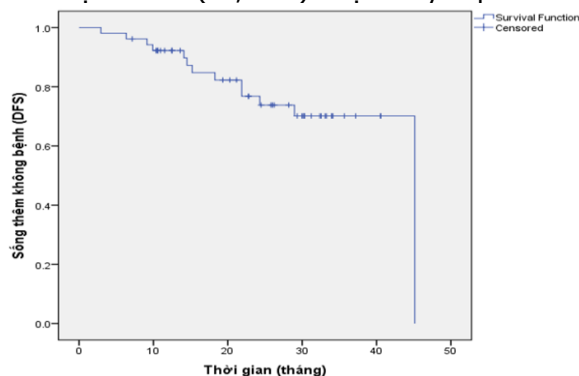
Điều trị	n (%) (N=52)
<b>Hoá chất tân bổ trợ</b>	
Có	19 (36,54%)
Không	33 (63,46%)
<b>Phẫu thuật</b>	
Cắt tuyến vú triệt căn biến đổi	43 (82,69%)
Cắt tuyến vú bảo tồn	8 (15,38%)
Không	1 (1,92%)
<b>Xạ trị</b>	
Có	30 (57,69%)
Không	22 (42,31%)
<b>Hoá chất bổ trợ</b>	
Có	39 (75%)
Không	13 (25%)
<b>Điều trị đích (trastuzumab ± pertuzumab)</b>	
Có	2 (3,85%)
Không	50 (96,15%)
<b>Điều trị nội tiết</b>	
Có	7 (13,46%)
Không	45 (86,54%)

19 bệnh nhân (34,62%) được điều trị tân bổ trợ, trong đó 13 bệnh nhân (25%) giai đoạn III, 5 bệnh nhân (26,32%) thuộc giai đoạn IIB và 1 bệnh nhân giai đoạn IIA (1,92%). 82,69% bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú (43 bệnh nhân), có 1 bệnh nhân (1,92%) không được điều trị phẫu thuật do bệnh nhân tử vong trong quá trình điều trị hoá chất tân bổ trợ. Sau phẫu thuật, 30 bệnh nhân được xạ trị bổ trợ (57,69%). Tất cả các bệnh nhân không điều trị hoá chất tân bổ trợ đều được điều trị bổ trợ sau phẫu thuật (33 bệnh nhân, 63,46%). Ngoài ra, 6 bệnh nhân (11,54%) được điều trị hoá chất bổ trợ Capecitabine sau khi đã kết thúc điều trị hoá chất tân bổ trợ và được phẫu thuật. Trong 5 bệnh nhân thể HMMĐ HER2 dương tính, chỉ có 2 bệnh nhân (3,92%) có điều kiện kinh tế để điều trị đích với Trastuzumab. Trong nhóm 8 bệnh nhân UTV có thụ thể nội tiết dương tính, 7 bệnh nhân (13,73%) được điều trị nội tiết duy trì và 1 bệnh nhân (1,92%) không điều trị do khó khăn trong việc lấy thuốc từ bệnh viện trong bối cảnh COVID 19.

**Bảng 3. Đánh giá đáp ứng điều trị với hoá chất tân bổ trợ**

Mức độ đáp ứng theo RECIST	n (%) (N=19)
Đáp ứng hoàn toàn	1 (5,26%)
Đáp ứng một phần	8 (42,11%)
Bệnh ổn định	4 (21,05%)
Bệnh tiến triển	6 (31,58%)

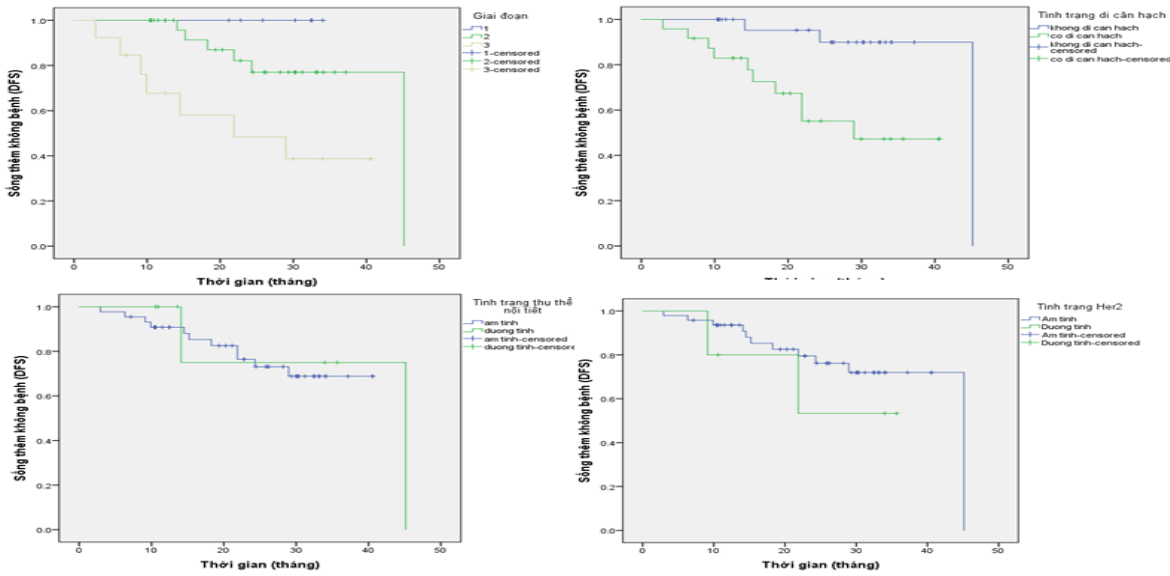
Trong 19 bệnh nhân được điều trị tân bổ trợ, 9 bệnh nhân (47,37%) có đáp ứng với điều trị với hoá chất. Trong đó chỉ có 1 bệnh nhân (5,26%) đáp ứng hoàn toàn với phác đồ 4AC - 4 Paclitaxel. Phần lớn bệnh nhân đáp ứng một phần (8 bệnh nhân, 42,11%). Đối với 10 bệnh nhân không đáp ứng với hoá chất tân bổ trợ (không đáp ứng hoặc bệnh tiến triển), 7 bệnh nhân (36,84%) được điều trị phẫu thuật sau đó và 3 bệnh nhân (15,79%) được chuyển phác đồ.



**Hình 1. Tỷ lệ bệnh nhân ung thư vú thể dị sản tái phát tại chỗ, di căn xa theo thời gian**

Trong thời gian nghiên cứu, 10 bệnh nhân tái phát tại chỗ hoặc di căn xa, chiếm 19,23% bệnh nhân. Thời gian ngắn nhất bệnh nhân sống không bệnh là 3 tháng và thời gian dài nhất là 45 tháng. Từ đó, tỉ lệ DFS 2 năm của 52 bệnh nhân UTV thể dị sản là 76,8%, DFS 3 năm là 70,1%.

Tỉ lệ DFS 3 năm của các bệnh nhân giai đoạn I, II, III lần lượt là 100%, 77% và 38,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,003$ . DFS 3 năm của bệnh nhân có di căn hạch là 47,3%, thấp hơn đáng kể so với nhóm không có di căn hạch (89,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,002$ . DFS 3 năm của các bệnh nhân thụ thể nội tiết dương tính là 75%, của nhóm thụ thể nội tiết âm tính là 68,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,716$ . DFS 3 năm của các bệnh nhân có Her2 dương tính là 53,3%, của nhóm Her2 âm tính là 72,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,362$ .



**Hình 2. Thời gian sống thêm không bệnh theo một số yếu tố**

**IV. BÀN LUẬN**

Khi đánh giá mức độ đáp ứng với hoá chất tân bổ trợ, 47,37% bệnh nhân đáp ứng với hoá chất, trong đó có 1 bệnh nhân (5,26%) đáp ứng hoàn toàn. Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu trước trên ung thư vú thể dị sản. Aydiner và cộng sự (2015) cho thấy, mức độ đáp ứng với phác đồ có chứa đồng thời anthracycline và taxane là 12,5% không có bệnh nhân nào đạt được mức độ đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn sau khi kết thúc điều trị<sup>3</sup>. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Wong và cộng sự (2021)<sup>4</sup>. Trong đó, kết quả đáp ứng với hoá chất tân bổ trợ lần lượt là 21,05% so với 21,95% và 31,58% so với 26,83%. Tỷ lệ đáp ứng với hóa chất tân bổ trợ dao động giữa các nghiên cứu có thể do số lượng bệnh nhân ít, không đủ tính đại diện và ung thư vú thể dị sản là 1 thể bệnh không đồng nhất. Mặc dù vậy, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ đáp ứng với hóa chất tân bổ trợ của UTV thể dị sản thấp hơn đáng kể so với UTV nói chung. Trong nghiên cứu NSABP-B27 trên 2344 bệnh nhân UTV, tỷ lệ đáp ứng với hóa chất tân bổ trợ phác đồ AC là 86%, với phác đồ AC-T là 91%<sup>5</sup>. Gần đây, phác đồ tân bổ trợ 4AC-4T liều dày còn cải thiện hơn nữa tỷ lệ đáp ứng, đặc biệt trên nhóm bộ ba âm tính<sup>46</sup>. Như vậy, có thể thấy UTV thể dị sản đáp ứng kém với hoá chất tân bổ trợ so với UTV nói chung và UTV bộ ba âm tính nói riêng.

UTV thể dị sản được nhận định là thể UTV phát triển nhanh và nguy cơ tái phát cao. Trong thời gian nghiên cứu, 10 bệnh nhân tái phát tại chỗ hoặc di căn xa, chiếm 19,23% bệnh nhân. Tỷ lệ DFS 3 năm là 70,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bicky và cộng sự trên bệnh nhân ung thư vú thể dị sản, với DFS sau 2 năm là 72%<sup>6</sup>. Tỷ lệ sống thêm cao hơn trong các nghiên cứu gần đây có thể là nhờ các tiến bộ trong điều trị, bao gồm cả phẫu thuật, xạ trị và điều trị toàn thân. Nghiên cứu của Xiao trên 69 bệnh nhân UTV thể dị sản với thời gian theo dõi dài hơn, tỷ lệ DFS và OS 5 năm lần lượt là 52,2% và 60,2%<sup>7</sup>.

Tỷ lệ DFS 3 năm của các bệnh nhân giai đoạn I, II, III lần lượt là 100%, 77% và 38,7%. Một phân tích trên dữ liệu của SEER cho thấy, tỷ lệ DFS 3 năm của ung thư vú bộ 3 âm tính ở giai đoạn I, II, III lần lượt là 92%, 85% và 60%<sup>8</sup>. Nhìn chung ung thư vú thể dị sản có tiên lượng xấu hơn ung thư vú nói chung, và kể cả nhóm bộ 3 âm tính. Trong 1 nghiên cứu so sánh với UTV thể bộ 3 âm tính nói chung, UTV thể dị sản có nguy cơ tái phát cao hơn (HR=1,99, 95% CI 1,01-3,83), DFS 5 năm thấp hơn (30% so với 89,9%, p<0,001) và OS 5 năm thấp hơn (65,3% so với 86,6%, p=0,002)<sup>2</sup>. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tỷ lệ DFS 5 năm của bệnh nhân giai đoạn I vẫn đạt 97,5%. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác cho thấy, mặc dù có tiên lượng xấu, tỷ lệ tái phát cao, nhưng nếu được phát hiện ở giai đoạn sớm, UTV thể dị sản vẫn có thể có kết quả điều trị khả quan.

Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc và phát hiện sớm ung thư vú.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giai đoạn và tình trạng di căn hạch liên quan có ý nghĩa thống kê với DFS, tương tự như các nghiên cứu khác về ung thư vú. Tỷ lệ DFS không có sự khác biệt theo nhóm tuổi, tương tự như trong nghiên cứu của Xiao và cộng sự, trong đó tuổi và tình trạng mãn kinh đều không liên quan đến tái phát và sống thêm, có thể do chủ yếu UTV thể dị sản thuộc nhóm bộ ba âm tính<sup>7</sup>. Cả nghiên cứu của Xiao và nghiên cứu của chúng tôi đều cho thấy không có sự liên quan giữa tình trạng thụ thể nội tiết và DFS ( $p > 0,05$ )<sup>7</sup>. Điều này có thể do tỷ lệ bệnh nhân UTV thể dị sản có thụ thể nội tiết dương tính chiếm tỷ lệ thấp trong khi UTV thể dị sản là một mặt bệnh hiếm gặp, khiến cho cỡ mẫu trong các nghiên cứu đều hạn chế.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư vú thể dị sản là thể ung thư vú có tiên lượng xấu. Tỷ lệ DFS 3 năm là 70,1%. Giai đoạn bệnh và tình trạng di căn hạch liên quan có ý nghĩa thống kê với DFS 3 năm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pezzi CM, Patel-Parekh L, Cole K, Franko J, Klimberg VS, Bland K. Characteristics and treatment of metaplastic breast cancer: analysis of 892 cases from the National Cancer Data Base. *Ann Surg Oncol*. 2007;14(1):166-173. doi:10.1245/s10434-006-9124-7
2. El Zein D, Hughes M, Kumar S, et al. Metaplastic Carcinoma of the Breast Is More Aggressive Than Triple-negative Breast Cancer: A Study From a Single Institution and Review of Literature. *Clin Breast Cancer*. 2017;17(5):382-391. doi:10.1016/j.clbc.2017.04.009
3. Aydiner A, Sen F, Tambas M, et al. Metaplastic Breast Carcinoma Versus Triple-Negative Breast Cancer: Survival and Response to Treatment. *Medicine (Baltimore)*. 2015; 94 (52): e2341. doi: 10.1097/ MD. 0000000000002341
4. Wong W, Brogi E, Reis-Filho JS, et al. Poor response to neoadjuvant chemotherapy in metaplastic breast carcinoma. *Npj Breast Cancer*. 2021;7(1):1-7. doi:10.1038/s41523-021-00302-z
5. Rastogi P, Anderson SJ, Bear HD, et al. Preoperative chemotherapy: updates of National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocols B-18 and B-27. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2008;26(5):778-785. doi:10.1200/JCO.2007.15.0235
6. Thapa B, Arobelidze S, Clark BA, et al. Metaplastic Breast Cancer: Characteristics and Survival Outcomes. *Cureus*. 14(8):e28551. doi:10.7759/cureus.28551
7. Xiao M, Yang Z, Tang X, Mu L, Cao X, Wang X. Clinicopathological characteristics and prognosis of metaplastic carcinoma of the breast. *Oncol Lett*. 2017;14(2):1971-1978. doi:10.3892/ol.2017.6399
8. Lluch A, Barrios CH, Torrecillas L, et al. Phase III Trial of Adjuvant Capecitabine After Standard Neo-/Adjuvant Chemotherapy in Patients With Early Triple-Negative Breast Cancer (GEICAM/2003-11\_CIBOMA/2004-01). *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2020;38(3):203-213. doi:10.1200/JCO.19.00904

## ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA NẶNG, SỐC MÁT MÁU DO LOÉT DII TÁ TRÀNG DƯỚI BÓNG VATER HIẾM GẶP

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Trần Xuân Dũng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ ca bệnh sốc mất máu, xuất huyết tiêu hóa do loét DII tá tràng dưới bóng Vater. 2. Kết quả phẫu thuật và diễn biến hậu phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** +Phương pháp NC: Mô tả hồi cứu ca lâm sàng (hiếm gặp). **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh án nghiên cứu: Nguyễn Đình T, sinh năm 1963. Địa chỉ: Đông tiến, Khoái Châu, Hưng Yên. Ngày VV: 23/5/2022. Chẩn đoán: Ung thư vòm/ĐTĐ, Xơ gan, Nghiện rượu,

Cao HA. Ngày 4/8/2022 BN xuất hiện nôn máu, ỉa phân đen, đau thượng vị, không sốt. Xét nghiệm máu: (4/4/022): Hồng cầu (HC): 3,1 G/l. Huyết sắc tố (Hb): 9,4 g/L. Hematocrite: 0,27 L/L. ++ Tiêu cầu: 128 G/L. XN Sinh hóa: Bilirubine 8,1 mmol/L; Albumin 32,9 g/L; ure 3,5 mmol/L; creatinin mmol/l: 61, đường: 7,24 mmol/L, GOT: 58,1 U/l; GPT: 41,5 U/l. ++ Nội soi dạ dày (NSDD) cấp cứu: nhiều máu đỏ và máu cục trong dạ dày, tá tràng và D2 nhiều máu cục, Papille có máu cục, máu đỏ, không tìm thấy tổn thương. ++ BN được truyền 6 ĐV máu, dùng Nexium 40 mg bolus- 2 ống sau đó 40mg-5oong/24 h. Sau truyền máu và hồi sức tích cực: BN xuất hiện sốc mất máu: M 120-140 l/ph. HA dao động thấp 85-90 mg Hg (BN có TS cao HA), nổi vân tím, chân tay lạnh, vã mồ hôi. a phân đen đó liên tục, sond dạ dày có máu đỏ. ++ XN máu sau truyền cho thấy: HC: 2,55 T/L; Hb: 7,6 g/l. Hematocrit: 0,17L/L, TC 65 G/L. ++ CLVT (64 dây): Ổ chày máu D2 tá tràng tương ứng với mạch máu vùng

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023