

tương tự với tỉ lệ trong nghiên cứu của tác giả T.T.M.Hiệp (12.50%) [6], điều này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá ngắn hạn trong thời gian nội viện. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp tử vong do nhiễm trùng nặng với tổn thương đa cơ quan nặng mặc dù đã được điều trị tích cực với kháng sinh thích hợp, cho thấy rằng việc tầm soát nhiễm trùng trước khi khởi động pulse corticoid ở BN SLE là rất quan trọng, và cần cân nhắc việc dùng pulse corticoid và nguy cơ nhiễm trùng gia tăng sau pulse ở các BN viêm thận lupus nặng.

Thay huyết tương (TPE) ở bệnh nhân SLE trong nghiên cứu này cho thấy lợi ích trong cải thiện tử vong ở BN viêm thận lupus nặng: 3 TH có chỉ định TPE đều đáp ứng điều trị và xuất viện. Tuy nhiên đến hiện tại bằng chứng ủng hộ việc sử dụng TPE ở bệnh nhân SLE còn yếu [7]. Các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (RCTs) trên viêm thận lupus chưa chứng minh được lợi ích của TPE đối với kết quả thận và tỷ lệ tử vong. Vì thế, chỉ định cụ thể của TPE ở BN SLE đến bây giờ còn phụ thuộc nhiều theo chủ quan của nhà điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hồi cứu điều trị 15 bệnh nhân Viêm thận lupus nặng, chúng tôi rút ra kết luận phác đồ Corticoid liều xung kết hợp MMF, thay huyết thanh cho thấy tỉ lệ cứu sống BN là 80.0% (12/15 BN). Biến chứng nhiễm trùng sau liệu pháp corticoid liều xung là 13.3% (2/15 BN). Tử vong xảy ra ở BN Lupus nặng và có biến chứng nhiễm trùng. Điều trị phác đồ Corticoid liều xung kết hợp MMF ở những BN viêm thận lupus

nặng là cần thiết và có hiệu quả trong cải thiện kết cuộc sống còn trên cơ sở cân nhắc với biến chứng nhiễm trùng đe dọa tính mạng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **L. Inês, Duarte C., Silva R. S., et al.** (2014). "Identification of clinical predictors of flare in systemic lupus erythematosus patients: a 24-month prospective cohort study". *Rheumatology (Oxford)*, 53(1), 85-9.
2. **R. A. Moore, Derry S.** (2006). "Systematic review and meta-analysis of randomised trials and cohort studies of mycophenolate mofetil in lupus nephritis". *Arthritis Res Ther*, 8(6), R182
3. **L. Barile-Fabris, Ariza-Andraca R., Olguín-Ortega L., et al.** (2005). "Controlled clinical trial of IV cyclophosphamide versus IV methylprednisolone in severe neurological manifestations in systemic lupus erythematosus". *Ann Rheum Dis*, 64(4), 620-5.
4. **B. J. Parker, Bruce I. N.** (2007). "High dose methylprednisolone therapy for the treatment of severe systemic lupus erythematosus". *Lupus*, 16(6), 387-93.
5. **M. Kostopoulou, Fanouriakis A., Cheema K., et al.** (2020). "Management of lupus nephritis: a systematic literature review informing the 2019 update of the joint EULAR and European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA-EDTA) recommendations". *RMD Open*, 6(2).
6. **Trần Thị Mộng Hiệp** (2013). "Kết quả điều trị dẫn nhập bệnh lupus đỏ có tổn thương thận ở trẻ em bằng Mycophenolate Mofetil". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 17(2).
7. **A. Padmanabhan, Connelly-Smith L., Aqui N., et al.** (2019). "Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice - Evidence-Based Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: The Eighth Special Issue". *J Clin Apher*, 34(3), 171-354.

PHẪU THUẬT UNG THƯ DA DÀY Ở NGƯỜI CAO TUỔI VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG

Hoàng Việt Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày ở người cao tuổi và các yếu tố tiên lượng. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu kết quả cắt dạ dày do ung thư ở người cao tuổi, từ

1/2011 đến 12/2020 tại bệnh viện Hữu Nghị. **Kết quả:** 204 bệnh nhân; Nam 81,9%, Nữ 18,1%. Tuổi trung bình 72,78 ± 6,72. Bệnh phổi hợp: tăng huyết áp 45,6%; hút thuốc lá 40,2%; bệnh tim mạch 23,5%; bệnh hô hấp 14,2%; đái đường 12,2%. ASA-2: 75%; ASA-3: 25%. U ở 1/3 dưới 77,9%. Cắt dạ dày bán phần 79,4%. Phục hồi lưu thông Billroth I: 25,5%; Billroth II: 54,4%; Roux-en-Y: 20,1%. Nạo vét hạch 95,1%; nạo vét D2 62,7%. Xử trí thương tổn kèm theo 12,2%. Tỷ lệ biến chứng 9,3% không có tử vong. Thời gian sống thêm sau mổ trung bình 59,96 ± 3,56 tháng. Tỷ lệ sống sau 5 năm là 47,9% với giai đoạn I, II, III và IV: 83,6%; 62%; 8,3% và 0%. Có sự liên quan sống thêm sau mổ với tuổi, vị trí khối u,

¹Bệnh viện Hữu nghị

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Việt Dũng

Email: hvdungngoai@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 4.5.2023

thương tổn đại thể, kích thước u, mức độ xâm lấn, di căn hạch, giai đoạn bệnh. **Kết luận:** Phẫu thuật triệt căn có thể thực hiện an toàn trên bệnh nhân cao tuổi bị ung thư dạ dày tại bệnh viện Hữu Nghị.

Từ khoá: Ung thư dạ dày, cắt dạ dày, người cao tuổi, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

GASTRECTOMY FOR ELDERLY PATIENTS WITH GASTRIC CANCER AND PROGNOSTIC FACTORS

Objective: To evaluate the feasibility and prognostic factors for elderly gastric cancer patients who underwent gastrectomy. **Subject and Method:** A retrospective study about outcomes of surgical treatment for elderly gastric cancer patients January 2011 to December 2020 at Friendship Hospital. **Result:** in 204 patients with 81.9% males and 18.1% females; mean age: 72.78 ± 6.72. Associated with: hypertension 45.6%; smoking 40.2%; cardiovascular diseases 23.5%; lung diseases 14.2%; diabetes 12.2%; ASA-2: 75%; ASA-3: 25%. Tumors located in the lower-third 77.9%. Subtotal gastrectomy 79.4%. Performed Billroth I reconstruction 25.5%; Billroth II 54.4% and Roux-en-Y 20.1%. Lymph node dissection 95.1% with lymphadenectomy D2 62.7%. Combined resection including 12.2%. Postoperative complications occurred in 9.3% without mortality. The average survivors was 59,96 ± 3,56 months. The 5-year survival rate was 47.9% with stages I, II, III, and IV: 83,6%; 62%; 8,3% and 0%. The age, tumor location, tumor size, depth of invasion, lymph node metastasis, cancer stage has consistently been shown to be of prognostic significance for 5year survival rates. **Conclusion:** Radical surgery for gastric carcinoma in elderly patients can be considered as the standard treatment at friendship hospital.

Keywords: Gastric carcinoma, Gastrectomy, Elderly patient, Prognostic factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là loại ung thư thường gặp nhất trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2020, UTDD đứng thứ năm và đứng thứ ba về nguyên nhân tử vong (1). Tại các nước phát triển như Nhật Bản, Mỹ tỷ lệ tử vong do UTDD giảm dần do những tiến bộ về chẩn đoán, phẫu thuật và hoá chất. Bệnh có xu hướng tăng lên ở người cao tuổi (NCT). NCT có những đặc điểm riêng như chức năng sinh lý giảm, tình trạng suy giảm dinh dưỡng, dễ sang chấn do phẫu thuật do vậy tỷ lệ biến chứng sau mổ cao hơn, thời gian nằm viện kéo dài, tăng chi phí điều trị (2). Các NC thấy Bệnh nhân (BN) cao tuổi tiên lượng kém hơn so với BN trẻ do tăng nguy cơ biến chứng sau mổ, các NC khác thấy tỷ lệ biến chứng cao hơn nhưng không có sự khác biệt về sống sau mổ, và còn nhiều ý kiến tranh cãi trong phẫu thuật triệt căn UTDD ở NCT (3), (4).

Tại Bệnh viện Hữu Nghị, BN chủ yếu là NCT, có nhiều bệnh phối hợp, chẩn đoán thường muộn và điều trị phẫu thuật gặp không ít những khó khăn. Chúng tôi tiến hành NC này để đánh giá lại kết quả phẫu thuật UTDD ở NCT tại bệnh viện Hữu Nghị và tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các BN ≥ 60 bị ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) dạ dày, được mổ cắt dạ dày, từ 1/2011 đến 12/2020 tại Bệnh viện Hữu Nghị. Loại trừ các trường hợp ung thư không biểu mô, ung thư miệng nổi tái phát, không có giải phẫu bệnh (GPB).

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu. Các chỉ số NC gồm: tuổi, giới, yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp; Độ ASA; Vị trí thương tổn; Phương pháp cắt dạ dày và lập lại lưu thông; Nạo vét hạch; Xử trí thương tổn kèm theo; Biến chứng sau mổ; kết quả sớm và kết quả lâu dài: thời gian sống thêm sau mổ (STSM) và các yếu tố liên quan với thời gian STSM.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian 10 năm (1/2011 đến 12/2020) chúng tôi đã cắt dạ dày điều trị UTDD cho 204 BN, tuổi trung bình 72,78±6,72. Trong đó Nam 167 (81,9%); Nữ 37 (18,1%). Bệnh phối hợp và yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp 45,6%; hút thuốc lá 40,2%; bệnh tim mạch (23,5%); bệnh hô hấp (14,2%); đái đường (12,2%). ASA-2 (75%); ASA-3 chiếm 25% (Bảng 1). Các NC cho thấy tỷ lệ biến chứng và tình trạng bệnh nặng lên sau mổ tăng lên ở nhóm BN cao tuổi mắc các bệnh lý về tim mạch, hô hấp. Katai và Cs thông báo tỷ lệ tử vong sau mổ 90 ngày cao hơn ở nhóm mắc ít nhất hai bệnh phối hợp, nạo vét hạch D2 và cắt dạ dày toàn bộ (3). NC của Mikami và Cs thấy tỷ lệ viêm phổi, xẹp phổi, tràn dịch màng phổi hay gặp trên các BN có bệnh phổi tắc nghẽn, hút thuốc lá, béo phì, tình trạng toàn thân kém (3). Choi và Cs thấy BN cao tuổi có trên hai bệnh phối hợp, tình trạng dinh dưỡng là các yếu tố tiên lượng liên quan đến nguy cơ tử vong sau mổ (1).

Bảng 1: Yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp

Yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp	n	%
ASA 2	153	75%
ASA 3	51	25%
Tăng huyết áp	93	45,6
Hút thuốc lá	82	40,2
U phì đại TLT (n=167)	67	32,8
Bệnh tim mạch	48	23,5
Bệnh hô hấp	29	14,2

Đái đường	25	12,3
Tiền sử XHTH	24	11,8

Chúng tôi thấy tổn thương chủ yếu ở 1/3 dưới (77,9%) (Bảng 2). Các trường hợp này chúng tôi cắt bán phần. 05 trường hợp khối u có xu hướng lan lên trên cho nên chúng tôi quyết định cắt dạ dày toàn bộ. Các NC gần đây cho thấy khối u ở hang môn vị có xu hướng tăng lên ở nhóm BN cao tuổi, trong khi ở nhóm trẻ tuổi, khối u có xu hướng phát triển lên phần thân và tâm vị (1). Tổn thương ở hang, môn vị thường

gây các biến chứng hẹp, thiếu máu hơn. Theo một số tác giả, tổn thương ung thư ở NCT thường là dạng lan tỏa (phân loại Lauren), nguy cơ tái phát cao, nên cắt trên 7cm, hơn nữa là nên cắt toàn bộ (4).

Trừ các tổn thương ở tâm vị phải cắt toàn bộ dạ dày, ngày nay xu hướng cắt dạ dày bán phần hơn là cắt toàn bộ ở BN cao tuổi (nếu tổn thương chỉ ở 1/3 dưới), giảm nguy cơ biến chứng hơn là cắt toàn bộ chỉ để đảm bảo về mặt nguyên tắc phẫu thuật (1), (3).

Bảng 2: Vị trí thương tổn và phương pháp cắt dạ dày

Vị trí u	Xử trí		Cắt bán phần		Cắt toàn bộ		Tổng số	
	Cắt lại miệng nối		n	%	n	%	n	%
Miệng nối	15	7,3	0	0	4	1,9	19	9,3
1/3 trên	0	0	0	0	12	5,9	12	5,9
1/3 giữa	0	0	8	3,9	2	1	10	4,9
1/3 dưới	0	0	154	75,5	5	2,4	159	77,9
Toàn bộ dạ dày	0	0	0	0	4	1,9	4	1,9
Tổng số	15	7,3	162	79,4	27	13,2	204	100,0

Thực hiện phục hồi lưu thông Billroth 2: 111 BN (54,4%); Roux en Y: 41 BN (20,1%) Billroth 1: 52 BN (25,5%) BN (Bảng 3). Tại các nước Phương Tây thường phục hồi lưu thông Billroth 2, xu hướng Billroth 1 các phẫu thuật viên Nhật Bản hay áp dụng (1). Chúng tôi phục hồi lưu thông theo Billroth I với các thương tổn ở hang vị, bờ cong nhỏ, chưa xâm lấn môn vị, kích thước u nhỏ (dưới 5cm). Phương pháp này rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm các biến chứng về nội khoa do gây mê kéo dài, nhanh lưu thông đường tiêu hóa. Tuy nhiên, để thực hiện phương pháp này, ngoài kinh nghiệm, thói quen của phẫu thuật viên thì cần đánh giá kỹ thương tổn sao cho đảm bảo nguyên tắc của một phẫu thuật ung thư.

Bảng 3: Phục hồi lưu thông

Phương pháp	n	%
Nối Pean	52	25,5
Nối Polya	12	5,9
Nối Finsterer	99	48,5
Nối Roux en Y	41	20,1
Tổng	204	100

Bảng 4: Nạo vét hạch

Nạo vét hạch	n	%
Không nạo vét	10	4,9
D1	6	2,9
D2	128	62,7
D3	53	26
D4	7	3,4
Tổng	204	100

Bảng 5: Xử trí thương tổn kèm theo

Xử trí	n	%
Cắt túi mật	7	3,4
Cắt lách, thân đuôi tụy	6	2,9
Cắt đại tràng kèm theo	5	2,4
Cắt nang thận	4	1,9
Mở thông hồng tràng	2	0,9
Mở thông bàng quang	1	0,4
Tổng	25	12,2

Nạo vét hạch 194 (95,1%) BN, trong đó nạo vét D2 chiếm 62,7% (Bảng 5). 10 trường hợp (4,9%) không nạo vét do đã có di căn phúc mạc, di căn xa nhưng BN có xuất huyết tiêu hóa nên vẫn cắt dạ dày. Có 85 (43,8%) BN nạo vét có di căn hạch, trong đó di căn N1 (1-2 hạch) gồm 22 (25,8%) BN, di căn N2 (3-6 hạch) có 40 (47%) BN, di căn N3a (7-15 hạch) có 21 (24,7%) BN và N3b (>15 hạch) là 2 (2,3%). Theo Trịnh Hồng Sơn (5), tuổi cao không phải là chống chỉ định của nạo vét hạch, trong số BN cao tuổi được nạo vét hạch tác giả không gặp tai biến hay biến chứng sau mổ.

Tại Nhật Bản nạo vét D2 là tiêu chuẩn vàng trong điều trị UTDD với tỷ lệ biến chứng chung 20,9% và tử vong 0,8%. Đối với BN cao tuổi, nạo vét hạch mở rộng (D2) cần cân nhắc nhất là các trường hợp cắt toàn bộ dạ dày (3). NC của Yoshikawa (6) thấy không có sự khác biệt giữa nhóm nạo vét D2 về biến chứng và thời gian sống thêm, tuy nhiên thấy tỷ lệ biến chứng và tử vong cao ở nhóm cắt dạ dày toàn bộ kèm cắt lách, thân đuôi tụy. Rausei và Cs thấy cải thiện thời gian sống 5 năm ở nhóm nạo vét D2 so với nạo vét D1 (P<0.001) (7).

Xử trí thương tổn phổi hợp (bảng 5), 7 Bn chúng tôi thực hiện cắt túi mật (TM): các trường hợp này tiền sử có viêm cũ, thành TM dày, có sỏi. 6 BN cắt lách, thân đuôi tụy: các BN có cắt toàn bộ dạ dày, u xâm lấn cuống lách và đuôi tụy. 5 BN cắt đại tràng (ĐT), trong đó 1 BN cắt ĐT phải do u, 2 BN có U ĐT trái, 2 BN cắt ĐT ngang do U thâm nhiễm vào. 4 BN cắt nang thận do nang to trên 10cm, 2 BN mở thông hồng tràng (trên BN cắt dạ dày toàn bộ) và 1 BN phải mở thông bàng quang do không đặt được sonde tiểu. Chúng tôi không thấy có sự liên quan giữa tỷ lệ biến chứng hay tử vong liên quan tới xử trí tổn thương phổi hợp. Các NC cho thấy, xử trí các tổn thương phổi hợp không làm tăng các biến chứng và không có sự khác biệt sống thêm sau mổ. Tuy nhiên với BN già (trên 80 tuổi) cần cân nhắc trong cắt lách và thân đuôi tụy, NC của Shunji (8) thấy tỷ lệ tử vong tăng cao ($P < 0.001$) ở nhóm cắt dạ dày toàn bộ kèm cắt lách, thân đuôi tụy.

Bảng 6: Biến chứng sau mổ

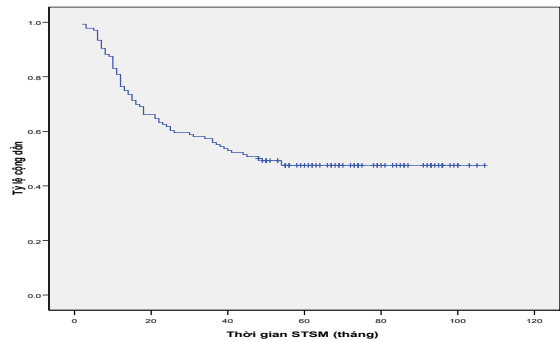
Biến chứng sau mổ	n	%
Nhiễm khuẩn vết mổ	8	3,9
Viêm phổi	3	1,5
Chảy máu sau mổ	2	8,3
Dò tiêu hoá	2	8,3
Tắc ruột sau mổ	2	8,3
Áp xe tồn dư	1	0,5
Nhiễm khuẩn tiết niệu	1	0,5
Tổng	19	9,3

Tỷ lệ biến chứng sau mổ 9,5%. Bảng 6 cho thấy các biến chứng là: nhiễm khuẩn vết mổ, các BN này thường có đái đường, các BN này đều được cấy vết mổ và làm KSD. Có 3 BN viêm phổi sau mổ, các BN này đều có tiền sử hút thuốc lá và COPD. Có hai trường hợp chảy máu sau mổ (1 chảy ở miệng nối, 1 chảy ở vị trí cắt dây chằng tròn) đều mổ lại cầm máu, BN ổn định. 2 BN tắc ruột sau mổ, cho nhịn ăn, nuôi dưỡng và BN không phải mổ lại.

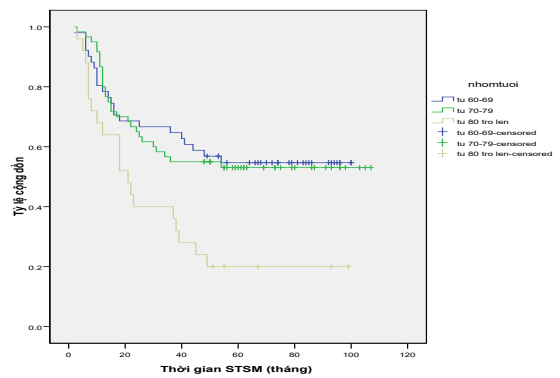
NC của chúng tôi cũng gần tương tự với các báo cáo trên thế giới. Các biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ, áp xe dưới hoành, dò tiêu hoá, viêm phổi và chảy máu sau mổ. Chảy máu (thường là ở miệng nối), dò tiêu hoá (mỏm tá tràng, miệng nối, dò tụy), tổn thương đường mật, viêm tụy, áp xe tồn dư (thường gặp trong nạo vét hạch mở rộng), viêm phổi thường gặp NCT tiền sử hút thuốc lá hay có bệnh phổi mạn tính, suy dinh dưỡng và thiếu máu do rối loạn hoặc kém hấp thu (thiếu vitamin B12, loãng xương), hội chứng trào ngược, hội

chứng quai tới, hội chứng quai đến... Một số NC cho thấy BN có nhiều bệnh phổi hợp, giai đoạn tiến triển, thời gian mổ kéo dài, lượng máu mất trong mổ, tình trạng dinh dưỡng liên quan đến biến chứng sau mổ. Tỷ lệ biến chứng có khác nhau ở một vài NC nhưng nhìn chung liên quan tới kinh nghiệm của phẫu thuật viên, số lượng ca phẫu thuật và giai đoạn tiến triển của ung thư (1), (4). Một vài NC thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm BN cao tuổi cao hơn ở nhóm BN trẻ, cáo biến chứng hay gặp hơn liên quan đến người cao tuổi có sự khác biệt như nhiễm khuẩn vết mổ, viêm phổi. Các biến chứng khác như chảy máu, rò, áp xe tồn dư... không có sự khác biệt (2), (9).

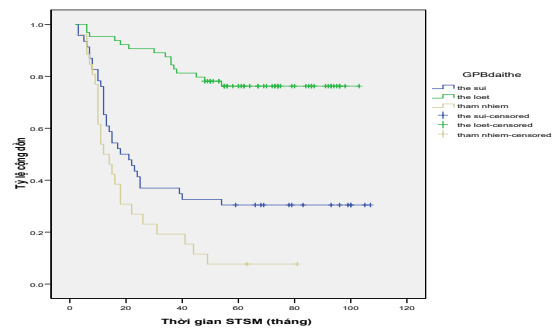
Kết quả xa sau mổ:



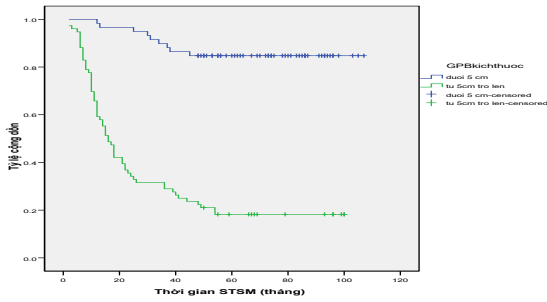
Biểu đồ 1: Biểu đồ STSM đủ 5 năm



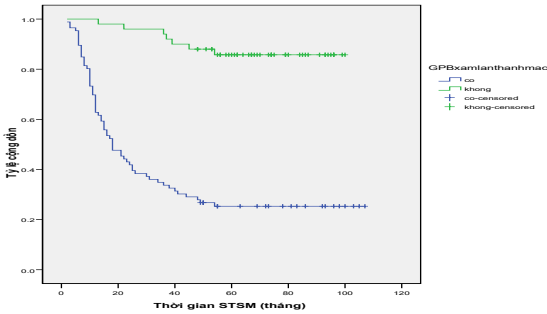
Biểu đồ 2: STSM với nhóm tuổi



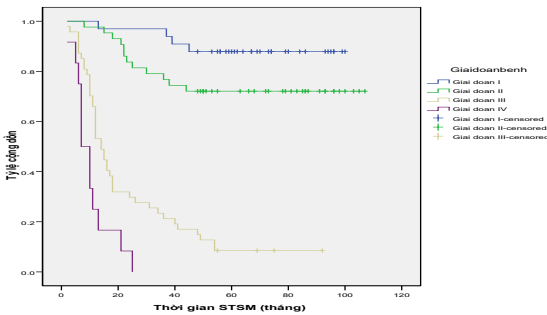
Biểu đồ 3: STSM với tổn thương đại thể



Biểu đồ 4: STSM với kích thước khối u



Biểu đồ 5: STSM với độ xâm lấn



Biểu đồ 6: STMS với giai đoạn bệnh

Dựa vào các tiêu chuẩn đánh giá kết quả sớm sau mổ, chúng tôi thấy số BN đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 90,7%, đây là những trường hợp trong và sau mổ diễn biến thuận lợi, sức khỏe hồi phục nhanh, có biến chứng sau mổ, BN ra viện ổn định. Kết quả trung bình (TB) chiếm tỷ lệ 9,3%, tình trạng toàn thân hồi phục chậm, có biến chứng sau mổ nhưng được phát hiện và xử trí kịp thời. Không có trường hợp nào nặng xin về hoặc tử vong. Thời gian sống TB là 47,12±21,72 tháng, ngắn nhất 2 tháng, dài nhất là 114 tháng. Tỷ lệ STSM 5 năm là 47,9%, trong đó giai đoạn I là 83,6%; giai đoạn II là 62%; giai đoạn III là 8,3% và giai đoạn IV là 0%. Thời gian STSM (theo Kaplan Meier) là 59,96 ± 3,56 tháng (biểu đồ 1). Thời gian STSM các trường hợp nạo vét hạch (n=194) (theo Kaplan Meier) là 62,53 ± 3,14 tháng. Di căn hạch có thời gian sống TB là 36,34±6,12 tháng, không có di căn là 81±5,25 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P <

0,0001. Chúng tôi thấy có sự liên quan giữa STSM với nhóm tuổi (biểu đồ 2), nhóm tuổi 60 - 69 có thời gian sống thêm TB là 67,54 ± 4,18 tháng, nhóm tuổi 70 - 69 là 57,68 ± 5,24 tháng, nhóm ≥ 80 tuổi là 33,12 ± 5,81 tháng (P < 0,05). Khối u ở 1/3 dưới có thời gian sống thêm dài hơn so với những thương tổn còn lại (P < 0,0001). Thể thâm nhiễm có thời gian sống thêm thấp nhất (22,3 tháng), tiếp theo là thể sùi (47,56 tháng), thể loét có thời gian STSM cao nhất (83,54 tháng) (P < 0,0001) (biểu đồ 3). Kích thước khối u, dưới 5 cm có thời gian sống TB là 93,17 ± 2,82 tháng, từ 5cm trở lên có thời gian sống thêm TB là 33,82 ± 2,24 tháng (P < 0,0001) (biểu đồ 4). Thương tổn ra thanh mạc có thời gian sống thêm TB là 42,53 ± 3,63 tháng; tổn thương chưa ra thanh mạc có thời gian sống thêm TB là 91,62 ± 2,34 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,0001 (biểu đồ 5). Giai đoạn I có thời gian sống thêm TB là 91,52 ± 2,84 tháng; giai đoạn II có thời gian sống thêm TB là 81,45 ± 4,63 tháng; giai đoạn III có thời gian sống thêm TB là 25,32 ± 4,38 tháng; giai đoạn IV có thời gian sống thêm TB là 11,73 ± 2,12 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,0001) (biểu đồ 6). Các NC cho thấy tỷ lệ sống sau 5 năm các BN cắt bỏ được khối u dao động từ 30% - 75% (1). NC của Anne S.R và cộng sự thấy thời gian STSM nhóm cao tuổi là 56,2 tháng, tỷ lệ sống sau 5 năm là 49,5%. Tác giả cũng nhận thấy thời gian STSM có liên quan với kích thước u, độ xâm lấn, phạm vi di căn hạch, số lượng hạch di căn, độ biệt hóa và giai đoạn bệnh (4). NC của Mikami (3) thấy giới Nam, thể kém biệt hoá, cắt dạ dày toàn bộ, nạo vét hạch giới hạn là các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến thời gian sống thêm sau mổ. NC của Guanghui Xu (10) thấy kích thước u trên 5cm, dạng kém biệt hoá, xâm lấn thanh mạc, di căn hạch, nồng độ CA 19-9 tăng cao là các yếu tố độc lập liên quan đến sống thêm sau mổ. Nhìn chung các NC thấy tuổi cao không phải là yếu tố chống chỉ định cắt dạ dày triệt căn. Cắt dạ dày kèm nạo vét hạch không làm tăng các biến chứng, cải thiện thời gian sống thêm sau mổ. Các yếu tố kích thước u, mức độ xâm lấn, di căn hạch, giai đoạn muộn là những yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm sau mổ. Các tác giả cũng thống nhất quan điểm có thể phẫu thuật an toàn cắt dạ dày kèm nạo vét hạch trên BN cao tuổi, tuy nhiên cần đánh giá các yếu tố nguy cơ, điều trị bệnh phổi hợp, bù năng lượng và dinh dưỡng, chăm sóc sau mổ để làm giảm các biến chứng (2), (8), (10).

IV. KẾT LUẬN

Qua NC 204 BN cao tuổi được phẫu thuật cắt dạ dày điều trị UTDD chúng tôi nhận thấy bệnh gặp chủ yếu nam giới, nhiều bệnh phối hợp. Thương tổn chiếm đa số ở 1/3 dưới (77,9%). Thực hiện phục hồi lưu thông Billroth 2: 111 BN (54,4%). Cắt dạ dày bán phần nạo vét hạch D2 là chủ yếu (62,7%). Phối hợp xử trí các thương tổn chiếm 12,2%. Tỷ lệ biến chứng 9,3% và không có tử vong. Thời gian sống thêm sau mổ trung bình $59,96 \pm 3,56$ tháng. Tỷ lệ STSM 5 năm là 47,9%, trong đó giai đoạn I, II, III và IV lần lượt là 83,6%; 62%; 8,3% và 0%. Có sự liên quan sống thêm sau mổ với tuổi, vị trí khối u, thương tổn đại thể, kích thước u, mức độ xâm lấn, di căn hạch, giai đoạn bệnh. Phẫu thuật triệt căn có thể thực hiện an toàn trên BN cao tuổi bị UTDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yonghoon Choi, Nayoung Kim, Ki Wook Kim, et al.** Gastric Cancer in Older Patients: A Retrospective Study and Literature Review. *Annals Geriatric Medicine and Research* (2022);26(1):33-41.
2. **Daisuke Ueno, Hideo Matsumoto, Hisako Kubota et al.** Prognostic factors for gastrectomy in elderly patients with gastric cancer. *World Journal of Surgical Oncology* (2017) 15:59.
3. **Mikami K., Hirano K., Futami K., Maekawa T.** Gastrectomy with limited surgery for elderly patients with gastric cancer. *Asian Journal of Surgery* (2016) XX, 1-8.
4. **Anne.S.Raab, Andre.L.M, Silvia Egert et al** (2016). Outcome of gastric cancer in the elderly: a population-based evaluation of the Munich Cancer Registry. *Gastric Cancer*; 19:713-722.
5. **Trịnh Hồng Sơn** (2001). Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Luận án tiến sĩ Y học - Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Kozo Yoshikawa, Mitsuo Shimada, Jun Higashijima.** Limited lymph node dissection in elderly patients with gastric cancer. *The Journal of Medical Investigation.* (2016) Vol. 63: 91-85.
7. **Rausei S., Ruspi L., Rosa F., et al.** Extended lymphadenectomy in elderly and/or highly co-morbid gastric cancer patients: A retrospective multicenter study, *Eur J Surg Oncol* (2016), *EJSO* xx: 1-9.
8. **Shunji Endo, Tomoki Yamatsuji, Yoshinori Fujiwara, et al.** Prognostic factors for elderly gastric cancer patients who underwent gastrectomy. *World Journal of Surgical Oncology* (2022) 20:10.
9. **Tomoyuki Wakahara, Nozomi Ueno, Tetsuo Maeda et al.** Postoperative morbidity in elderly patients after gastric cancer surgery. *Annals of Gastroenterology* (2018) 31, 621-627
10. **Guanghui Xu, Fan Feng, Shushang Liu et al.,** Clinicopathological features and prognosis in elderly gastric cancer patients: a retrospective cohort study. *OncoTargets and Therapy* (2018): 11; 1353-1362

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GẦY KHUNG CHẬU MẤT VỮNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP XƯƠNG BÊN TRONG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Thành Tấn¹, Nguyễn Hữu Đạt

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật kết hợp xương bên trong ở những bệnh nhân gãy khung chậu mất vững hiện nay đang cho thấy nhiều kết quả khả quan, nắn chỉnh phục hồi tốt về giải phẫu và cải thiện quá trình phục hồi chức năng cho bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân gãy mất vững khung chậu; (2) Đánh giá kết quả sớm điều trị gãy mất vững khung chậu bằng phương pháp kết hợp xương bên trong. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 13 bệnh nhân gãy khung chậu mất vững có phẫu thuật kết hợp xương bên trong từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 2 năm 2023. **Kết quả nghiên cứu:** 13

bệnh nhân có tuổi trung bình là $38,38 \pm 13,75$; nguyên nhân chủ yếu gây khung chậu là tai nạn giao thông 76,9%; đa số gãy khung chậu loại Tile B2 và có tổn thương xương khớp khác kèm theo. Bệnh nhân được phẫu thuật có kết quả phục hồi giải phẫu ở mức độ tốt - rất tốt; kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Majeed ở mức trung bình (1 tháng, $55,4 \pm 7,3$ điểm) và tốt (3 tháng, $70,2 \pm 7,1$ điểm). **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương bên trong ở những bệnh nhân gãy khung chậu mất vững cho kết quả khả quan, tuy nhiên cần mở rộng cỡ mẫu và kéo dài thời gian theo dõi.

Từ khóa: gãy khung chậu mất vững, kết hợp xương bên trong, Tile, kết quả phục hồi giải phẫu, kết quả phục hồi chức năng, Majeed.

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGICALLY TREATED UNSTABLE PELVIC FRACTURES BY OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION AT CANTHO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tấn

Email: nttan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023