

sống hàng ngày của trẻ bại não và gia đình, có khả năng đạt mục tiêu cao qua các nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN

Sau 6 tháng phục hồi chức năng bằng phương pháp điều trị hướng mục tiêu trên hai lĩnh vực vận động tri liệu và hoạt động tri liệu, chức năng di chuyển và tự chăm sóc của trẻ bại não thể cơ cứng dưới 6 tuổi được cải thiện rõ rệt thông qua tỷ lệ đạt mục tiêu GAS và sự cải thiện điểm của các thang đo GMFM 66, QUEST và PEDI.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liptak, G. S., & Accardo, P. J. (2004)**, Health and social outcomes of children with cerebral palsy. *The Journal of Pediatrics*, 145(2 Suppl), S36-41.
2. **Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., Stumbles, E., Wilson, S.-A., & Goldsmith, S. (2013)**, A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: State of the evidence. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 55(10), 885 - 910.
3. **Novak, I., Morgan, C., Fahey, M., Finch-Edmondson, M., Galea, C., Hines, A., Langdon, K., Namara, M. M., Paton, M. C., Popat, H., Shore, B., Khamis, A., Stanton, E., Finemore, O. P., Tricks, A., Te Velde, A.,**

4. **Dark, L., Morton, N., & Badawi, N. (2020)**. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 20(2), 3.
5. **Storvold, G. V., & Jahnsen, R. (2010)**, Intensive motor skills training program combining group and individual sessions for children with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy: The Official Publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*, 22(2), 150 -159.
6. **Ahl, L. E., Johansson, E., Granat, T., & Carlberg, E. B. (2005)**, Functional therapy for children with cerebral palsy: An ecological approach. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47(9), 613 - 619.
7. **Sorsdahl, A. B., Moe-Nilssen, R., Kaale, H. K., Rieber, J., & Strand, L. I. (2010)**, Change in basic motor abilities, quality of movement and everyday activities following intensive, goal-directed, activity-focused physiotherapy in a group setting for children with cerebral palsy. *BMC Pediatrics*, 10, 26.
8. **Löwing, K., Bexelius, A., & Brogren Carlberg, E. (2009)**, Activity focused and goal directed therapy for children with cerebral palsy - Do goals make a difference? *Disability and Rehabilitation*, 31(22), 1808 -1816.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ GIẢI PHẪU BỆNH UNG THƯ DẠ DÀY NGƯỜI CAO TUỔI

Hoàng Việt Dũng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng ung thư dạ dày (UTDD) ở người cao tuổi (NCT). **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu đặc điểm lâm sàng UTDD ở NCT, từ tháng 01 năm 2011 đến tháng 12 năm 2020 được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị. **Kết quả:** 204 bệnh nhân (BN); Nam 167 (81,9%), Nữ 37 (18,1%). Tuổi trung bình  $72,78 \pm 6,72$ . Yếu tố nguy cơ và bệnh phổi hợp: hút thuốc lá 40,2%; tăng huyết áp 45,6%; bệnh tim mạch 23,5%; bệnh hô hấp 14,2%; đái đường 12,3%; ASA-II 75%. Đặc điểm lâm sàng: đau thượng vị 80,4%; đầy bụng khó tiêu 74,5%; gầy sút cân 45,1%; thiếu máu 72,5%. Vị trí u 1/3 dưới 77,9%; 1/3 trên 5,9%; 1/3 giữa 4,9%; khác 11,3%; Kích thước u  $\geq 5$ cm chiếm 55,4%. Giải phẫu bệnh (GPB): thể loét, sùi, thâm nhiễm: 42,6%; 39,2% và 18,1%. UTBM tuyến ống 62,7%; nhẵn 13,2%; nhày 10,8%; nhú 7,8%. Biệt hóa vừa 37,7%, kém biệt

hóa 34,8%; biệt hóa cao 26,5%. Độ xâm lấn T3, T4 66,2%. Giai đoạn III và IV 47,5%. **Kết luận:** BN cao tuổi bị UTDD thường gặp ở Nam giới, nhiều bệnh phổi hợp, triệu chứng hay gặp là đau bụng, ăn uống khó tiêu. Khối u chủ yếu ở 1/3 dưới; thường gặp UTBM tuyến ống, thể loét, độ biệt hóa vừa. Bệnh ở giai đoạn muộn vẫn chiếm tỷ lệ cao.

**Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, ung thư dạ dày, người cao tuổi.

### SUMMARY

#### CLINICOPATHOLOGIC CHARACTERISTICS OF GASTRIC CANCER IN THE ELDERLY

**Objective:** To evaluate the **Clinicopathologic Characteristics** of gastric cancer in the elderly. **Subject and Method:** A study about Clinicopathologic Characteristics of gastric cancer in elderly who were operated with gastrectomies from January 2011 to December 2020 at Friendship Hospital. **Result:** in 204 patients with 167 (81.9%) males and 37 (18.1%) females; female/male ratio: 1/4.5; mean age:  $72.7 \pm 6.5$ . Risk factors and associated: smoking 40.2%; hypertension 45.6%; cardiovascular diseases 23.5%; respiratory diseases 14.2%; diabetes 12.3%; ASA-II 75%. Clinical features: abdominal pain 80.4%; dyspepsia 74.5%;

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Việt Dũng

Email: hvdungngoai@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

weight loss 45.1%; anemia 72.5%. Location of carcinomas in the lower one-third, upper third and middle third: 77.9%; 5.9%; 4.0%; other site 11.3%. Tumor size  $\geq$  5cm: 55.4%. Macroscopic lesion: ulcerated, protruded and diffusely infiltrating ulceration type: 42.6%; 39.2% and 18.1%. Moderately differentiated; poorly differentiated and well differentiated: 37.7%, 34.8% and 26.5%. Adenocarcinoma 62.7%; signet-ring cell carcinoma 13.2%; mucinous adenocarcinoma 10.8%; papillary adenocarcinoma 7.8%. Depth of invasion T3 and T4: 66.2%. TNM Stage III and IV: 47.5%. **Conclusion:** These results indicate that, gastric carcinoma in elderly patients showed predominantly males with more comorbidities. Main symptoms of abdominal pain and dyspepsia. Predominance of tumor in the lower one-third with ulcerated and moderately differentiated type. The advanced stage still is high.

**Keywords:** Clinicopathologic Characteristics, gastric cancer, elderly.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTDD đứng thứ năm trong các loại và đứng thứ ba về nguyên nhân tử vong do ung thư trên thế giới, bệnh có xu hướng gia tăng ở người cao tuổi (1). Theo Mayol Oltra A và cộng sự (2013): tỷ lệ UTDD ở người cao tuổi đã tăng từ 3%-17% ở Nhật bản và 5-25% ở các nước Phương Tây (2). Tỷ lệ mắc UTDD ở Việt Nam cao, đứng thứ hai (chỉ sau ung thư phổi) trong các loại ung thư, bệnh cũng hay gặp ở NCT, một số nghiên cứu (NC) cho thấy tỷ lệ gặp UTDD ở NCT ở Việt Nam: 35,5%-37,3% (3) và trên thế giới tỷ lệ từ 30-40% (1), (4).

Tại Bệnh viện Hữu Nghị chẩn đoán UTDD thường muộn do triệu chứng không đặc hiệu ở giai đoạn sớm, bệnh nhân (BN) chủ yếu là NCT, có nhiều bệnh phối hợp, tâm lý ngại đi bệnh viện, ngại đi khám bệnh khi có triệu chứng, không muốn phụ thuộc và ảnh hưởng tới gia đình, con cái... Phối hợp giữa thầy thuốc với BN cũng gặp những khó khăn do BN nghe kém, hay quên, lẫn, không nhớ triệu chứng. Một điều đặc biệt là tâm lý BN rất ngại soi dạ dày. Các triệu chứng lâm sàng diễn biến âm thầm, mơ hồ nên thầy thuốc cũng dễ nhầm với bệnh lý khác.

Chúng tôi tiến hành NC này nhằm tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của UTDD ở NCT được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

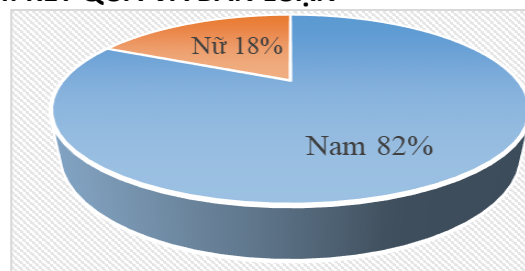
**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm các bệnh nhân  $\geq$  60 bị ung thư biểu mô tuyến dạ dày, được mổ cắt dạ dày trong thời gian 10 năm, từ tháng 01 năm 2011 đến tháng 12 năm 2020 tại Bệnh viện Hữu Nghị.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả hồi cứu. Tìm hiểu về tuổi, giới, bệnh

phối hợp, đánh giá tình trạng toàn thân theo Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ (ASA), thời gian mắc bệnh (thời điểm xuất hiện triệu chứng cho đến khi vào viện, tính bằng tuần); Triệu chứng lâm sàng; Giải phẫu bệnh: đánh giá thương tổn đại thể theo phân loại của Borrmann, đánh giá thương tổn vi thể theo phân loại của WHO năm 2010. Phân loại giai đoạn bệnh theo AJCC và UICC năm 1997 và 2017 (phiên bản thứ 8).

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



**Biểu đồ 1**

Trong thời gian từ 1/2011 đến 12/2020 chúng tôi tiến hành cắt dạ dày điều trị UTDD cho 204 BN, tuổi trung bình  $72,78 \pm 6,72$  (thấp nhất 60, cao nhất 87). Trong đó nam 167 (81,9%) BN, nữ 37 (18,1%) BN (Biểu đồ 1) với tỷ lệ nam/nữ 4:1. Những NC về UTDD ở NCT của nước ngoài thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao gấp hai đến ba lần so với nữ, trong khi nhóm BN trẻ, tỷ lệ nam/nữ khoảng 1:1, thậm chí một số NC thấy tỷ lệ nữ giới vượt trội trong nhóm BN trẻ. Một số tác giả đưa ra giả thuyết có thể những BN cao tuổi là nam giới tiếp xúc thường xuyên và liên tục với môi trường có các chất gây ung thư hơn là nữ giới (5), (6). Tại Việt Nam chưa có một thống kê về tần suất mắc UTDD cũng như một NC đầy đủ về những đặc điểm UTDD ở NCT.

**Bảng 1: Yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp**

Yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp	n	%
Tăng huyết áp	93	45,6
Hút thuốc lá	82	40,2
U phôi 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

NC thấy số BN tăng huyết áp chiếm 45,6%, hơn một nửa (51,6%) tăng huyết áp giai đoạn 3. Bảng 1, cho thấy bệnh phối hợp hay gặp: tim mạch (23,5%); hô hấp (14,2%) đái đường (12,2%)... Đây là những bệnh làm tăng tỷ lệ biến chứng sau mổ, kéo dài thời gian nằm viện. Số BN hút thuốc lá, thuốc lào chiếm tỷ lệ cao (40,2%) tăng tỷ lệ biến chứng viêm phổi. NC

Sakurai (2015) thấy tỷ lệ viêm phổi nhóm phẫu thuật bụng nói chung ở NCT là 1,5% và tăng 7,5% nhóm BN trên 70 tuổi, tỷ lệ biến chứng về phổi tăng lên 3 lần ở các BN hút thuốc lá (7). NC Joo Hyun Lim (2014) thấy nhóm BN cao tuổi bị UTDD hay gặp các bệnh phối hợp theo thứ tự: tăng huyết áp, đái đường, bệnh tim mạch, bệnh thần kinh, bệnh về hô hấp, bệnh gan và bệnh thận, tỷ lệ các bệnh phối hợp tăng lên theo tuổi, có hai bệnh phối hợp là 31,9%; có ba hoặc hơn ba bệnh phối hợp chiếm 14,3% (6).

**Bảng 2: Phân loại bệnh tật theo ASA**

Phân loại ASA	n	%
ASA-1	0	0
ASA-2	153	75
ASA-3	51	25
ASA-4 và 5	0	0
<b>Tổng</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Bảng 2 cho thấy hầu hết BN ở nhóm ASA-2 (75%). Số BN có ASA-3 chiếm 25%, là các trường hợp có rối loạn toàn thân như: hen phế quản, đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim cũ, bệnh phổi tắc nghẽn. Thống kê của Sakurai (2015) thấy: nhóm BN có ASA-II chiếm 89,5% (7), đây là các BN có rối loạn toàn thân nhẹ: đái đường nhẹ, tăng huyết áp kiểm soát được, thiếu máu nhẹ, viêm phế quản mạn tính.

Nguy cơ phẫu thuật tăng lên ở nhóm NCT, ASA-3, nhất là những trường hợp cắt dạ dày toàn bộ nạo vét hạch. Theo Yamada H. (2013) khuyên nên đánh giá kỹ những yếu tố nguy cơ trước mổ, tập vận động sớm sau mổ, tích cực tăng cường dinh dưỡng là những yếu tố quan trọng để phòng tránh các biến chứng sau mổ (2).

**Bảng 3: Thời gian mắc bệnh**

Thời gian mắc bệnh	n	%
Dưới 1 tháng	73	35,8
Dưới 3 tháng	89	43,6
Dưới 6 tháng	18	8,8
Dưới 12 tháng	16	7,8
Trên 12 tháng	8	3,9
<b>Tổng</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Bảng 3 cho thấy: thời gian mắc bệnh ≤ 3 tháng: 43,6% > 6 tháng: 11,7%. NC của các tác giả khác trong nước cũng cho tỷ lệ tương tự (3). Một số BN khi đến viện ở giai đoạn muộn, thời gian mắc bệnh không phải là yếu tố quyết định giai đoạn bệnh. Việc xác định thời gian mắc bệnh gặp khó khăn do BN không nhớ, không để ý đến biểu hiện của bệnh, thậm chí đi ngoài phân đen vẫn cho là bình thường, không có sự thống nhất giữa BN và gia đình, do BN không chịu đi khám, tự theo dõi, tự điều trị (nghĩ do bị viêm loét), giấu gia đình vì không muốn ảnh hưởng đến

người thân, đây cũng là đặc điểm về mặt xã hội ở NCT. Mặt khác, triệu chứng của bệnh không điển hình, dễ nhầm bệnh lý viêm dạ dày, việc khai thác các triệu chứng lâm sàng không phải dễ dàng do BN là người cao tuổi...những yếu tố này dẫn đến tỷ lệ chẩn đoán muộn UTDD còn cao.

**Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Đau thượng vị	164	80,4
Đầy bụng khó tiêu	152	74,5
Chán ăn	141	71,6
Gầy sút cân	92	45,1
Nôn và buồn nôn	76	37,3
Ợ hơi, ợ chua	72	35,3
Hoa mắt chóng mặt	58	28,4
Ỉa phân đen	34	16,7
Nôn máu	13	6,4
Sờ thấy u bụng	7	3,4

Kết quả NC thấy đau thượng vị là triệu chứng hay gặp nhất (80,4%). NC trong nước ở tất cả các nhóm tuổi thấy dấu hiệu này chiếm từ 93,3% - 97,4%, ngay cả UTDD sớm cũng gặp đến 92,7% (3). NC của Guanghui Xu (2018) cũng nhận thấy các dấu hiệu đau bụng, đầy bụng, khó tiêu chiếm đa số và triệu chứng đầy bụng vượt trội ở nhóm BN cao tuổi khi so với nhóm trung niên ( $P=0,002$ ); trong khi dấu hiệu đau bụng, Ợ hơi ợ chua thì có tỷ lệ thấp hơn ( $P < 0,001$ ) (8). Các triệu chứng đầy bụng, khó tiêu hay chán ăn là những triệu chứng mơ hồ, BN khó phân biệt và thường được cho là do bệnh lý tuổi già khác.

Tại Bệnh viện Hữu Nghị chẩn đoán UTDD thường muộn do triệu chứng không đặc hiệu ở giai đoạn sớm, bệnh nhân (BN) chủ yếu là NCT, có nhiều bệnh phối hợp, tâm lý ngại đi bệnh viện, ngại đi khám bệnh khi có triệu chứng, không muốn phụ thuộc và ảnh hưởng tới gia đình, con cái... Phối hợp giữa thầy thuốc với BN cũng gặp những khó khăn do BN nghe kém, hay quên, lẩn, không nhớ triệu chứng. Một điều đặc biệt là tâm lý BN rất ngại soi dạ dày. Các triệu chứng lâm sàng diễn biến âm thầm, mơ hồ nên thầy thuốc cũng dễ nhầm với bệnh lý khác. Trong NC của chúng tôi 45,1% các trường hợp sụt cân, sụt ít nhất 2kg, nhiều nhất 17kg, trung bình sụt  $5,13 \pm 2,76$  kg. Tỷ lệ này thấp hơn so với các NC khác trong nước (3). Một số BN không để ý đến dấu hiệu này cho đến khi khám và cân kiểm tra thì mới biết, số khác còn cho rằng sụt cân do lão hóa, tuổi cao lên, rằng lợi kém, ăn uống ít đi... nên sụt cân là bình thường. Bản thân một số thầy thuốc khi khám bệnh còn chủ quan chẩn đoán là viêm loét dạ dày. Một số

BN ngại không muốn soi dạ dày và muốn thử điều trị bằng thuốc trước khi soi, đây cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến chẩn đoán bệnh muộn.

**Bảng 5: Xét nghiệm máu**

Xét nghiệm máu	n	%
Thiếu máu vừa - nhẹ	128	62,7
Thiếu máu nặng	20	9,8
CA 19-9 tăng	24/110	21,8
CEA tăng	23/128	17,9

Bảng 5 cho thấy 72,5% các BN có thiếu máu, trong đó thiếu máu mức độ nặng 9,8%. Mức CA 19-9 tăng 21,8%, CEA tăng 17,9%. Các NC cho thấy CA 19-9 và CEA thường tăng ở nhóm BN cao tuổi hơn là so với nhóm trẻ tuổi và không có ý nghĩa trong thực tiễn tuy nhiên có

**Bảng 7: Thương tổn đại thể và kích thước khối u**

Thương tổn	Thể sùi		Thể loét		Thâm nhiễm		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
GPB < 5 cm	18	8,8	68	33,3	5	2,4	91	44,6
GPB ≥ 5 cm	62	30,4	19	9,3	32	15,7	113	55,4
<b>Tổng số</b>	<b>80</b>	<b>39,2</b>	<b>87</b>	<b>42,6</b>	<b>37</b>	<b>18,1</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

**Bảng 8: Mô bệnh học**

Mô bệnh học	n	%
Tuyến ống	128	62,7
Tuyến nhân	27	13,2
Tuyến nhày	22	10,8
Tuyến nhú	16	7,8
Tế bào vảy	4	2,0
Tuyến vảy	2	1,0
Tế bào nhỏ	5	2,5
<b>Tổng</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

**Bảng 9: Độ biệt hóa**

Độ biệt hóa	n	%
Không biệt hóa	2	1,0
Cao	54	26,5
Vừa	77	37,7
Kém	71	34,8
<b>Tổng</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

NC của chúng tôi gặp nhiều nhất thể loét (42,6%), kích thước u ≥ 5 cm (55,4%) (Bảng 7). UTBM ống chiếm đa số (62,7%) (Bảng 8), dạng biệt hóa vừa chiếm nhiều nhất (37,7%) (Bảng 9) cũng tương tự như NC của Đỗ Trọng Quyết (3), một số NC khác trong nước thấy thể biệt hóa cao chiếm đa số, sự khác nhau này có thể do sự nhận định về tổn thương của người làm GPB. NC trên thế giới thấy thể biệt hóa cao chiếm chủ yếu, không có sự khác biệt giữa nhóm BN cao tuổi và nhóm trẻ, tuy nhiên ở nhóm BN trẻ tuổi thương tổn dạng kém biệt hóa thường gặp hơn (4), (9).

**Bảng 10: Mức độ xâm lấn**

thể hữu ích ở BN cao tuổi (6).

**Bảng 6: Vị trí khối u**

Vị trí khối u	n	%
Miền nổi	19	9,3
1/3 trên	12	5,9
1/3 giữa	10	4,9
1/3 dưới	159	77,9
Toàn bộ dạ dày	4	2,0
<b>Tổng</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Vị trí khối u ở 1/3 dưới chiếm chủ yếu (77,9%) (Bảng 6). Những năm gần đây UTDD vị trí ở 1/3 trên có xu hướng tăng và tiến triển ở nhóm BN trẻ. Ngược lại, ở nhóm BN cao tuổi, ung thư 1/3 dưới lại chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm trẻ, do đó tỷ lệ hẹp môn vị và thiếu máu cũng vượt trội hơn (1), (8).

Mức độ xâm lấn	n	%
Niêm mạc	2	1,0
Dưới niêm mạc	26	12,7
Lớp cơ	41	20,1
Thanh mạc	116	56,9
Tổ chức gần kề	19	9,3
<b>Tổng</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Xâm lấn ra thanh mạc gặp nhiều nhất (56,9%) (Bảng 10). Độ xâm lấn và kích thước khối u có liên quan chặt chẽ với nhau, khi khối u phát triển lan rộng thì độ xâm lấn sâu hơn. NC trong nước cũng cho kết quả tương tự (3). NC của Sakurai (2015) thấy độ xâm lấn T3 và T4 chiếm 49,5% ở nhóm BN cao tuổi và 27,7% ở nhóm BN trẻ hơn, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (7).

**Bảng 11: Phân loại giai đoạn bệnh**

Giai đoạn bệnh	n	%
Giai đoạn I	48	23,5
Giai đoạn II	59	28,9
Giai đoạn III	71	34,8
Giai đoạn IV	26	12,7
<b>Tổng</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

NC của chúng tôi thấy giai đoạn III và IV chiếm 47,5% (Bảng 11) trong khi NC của Đỗ Trọng Quyết 87,6% (3). Những năm gần đây, với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, những khuyến cáo, cảnh báo về bệnh lý ung thư, nên việc chẩn đoán sớm UTDD tăng lên, dù vậy tỷ lệ bệnh ở giai đoạn muộn của chúng tôi vẫn còn cao hơn so với thế giới. NC

của Sakurai (2015) thấy giai đoạn III và IV ở nhóm BN cao tuổi chiếm 36,9%, nhóm trẻ tuổi là 27,3%, tuy nhiên sự khác biệt ở hai nhóm này không có ý nghĩa thống kê (7).

#### IV. KẾT LUẬN

BN cao tuổi bị UTDD gặp chủ yếu ở Nam giới, thường có nhiều bệnh lý kết hợp. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất của UTDD ở NCT là đau bụng vùng thượng vị: 80,4%. Vị trí khối u chủ yếu ở 1/3 dưới dạ dày: 77,9%. Mức độ xâm lấn T3, T4 chiếm tỷ lệ cao: 66,2%. Đặc điểm giải phẫu bệnh gặp thể loét nhiều nhất: 42,6%. Chiếm tỷ lệ cao nhất là UTBM tuyến ống: 62,7% và dạng biệt hóa vừa 37,7%. Giai đoạn III và IV chiếm 47,5%.

#### 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. *Ann Geriatr Med Res* 2022;26(1):33 - 41.
2. **Yamada H. Shinohara T, Takeshita M et al.** Postoperative complications in the oldest old gastric cancer patients. *International journal of surgery* 2013; 11: 467- 471.
3. **Đỗ Trọng Quyết.** Nghiên cứu điều trị ung thư dạ dày bằng phẫu thuật có kết hợp hoá chất ELF và miễn dịch trị liệu Aslem. Luận án tiến sĩ Y học - Trường đại học Y Hà Nội - 2010.
4. **Warsingih, Erwin, Marhamah, et al.** Association of clinicopathological features and gastric cancer incidence in a single institution. *Asian J Surg* 2022 Jan;45(1):246-249
5. **Mayol Oltra A., Roberto Martí O., Fernando López M. et al.** The influence of advanced age on the morbi-mortality of gastric cancer after curative surgery. *Rev Esp Enferm* 2013; Dig;4: 194-200.
6. **Joo Hyun Lim, Dong Ho Lee, Cheol Min Shin et al.** Clinicopathological Features and Surgical Safety of Gastric Cancer in Elderly Patients. *J Korean Med Sci.* 2014 Dec;29(12):1639-1645.
7. **Katsunobu Sakurai, Kazuya Muguruma, Hisashi Nagahara et al.** The Outcome of surgical treatment for elderly patients with gastric carcinoma. *Journal of Surgical Oncology* 2015;111: 848-854.
8. **Guanghui Xu1, Fan Feng1, Shushang liu1 et al.** Clinicopathological features and prognosis in elderly gastric cancer patients: a retrospective cohort study. *OncoTargets and Therapy* 2018;11 1353-1362.
9. **Xinfu M., Dengfeng Ren., Jie Kan., et al.** Clinicopathological Characteristics and Prognoses of Elderly Gastric Cancer Patients after R0 Resection: A Multicenter Study in China. *Journal of Environmental Pathology, Toxicology and Oncology*, 2018; 37(1):81-91.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA CORTICOSTEROID TRONG BỆNH LÝ VIÊM NÃO TỰ MIỄN DO KHÁNG THỂ KHÁNG THỤ THỂ N-METHYL-D-ASPARTATE TẠI TRUNG TÂM THẦN KINH BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Võ Hồng Khôi<sup>1,2,3</sup>, Phan Văn Toàn<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả điều trị của corticosteroid trong bệnh lý viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể N-methyl-D-aspartate (viêm não kháng thể kháng NMDAR). **Đối tượng nghiên cứu:** 40 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm não kháng thể kháng NMDAR trong thời gian từ 01/2020 – 11/2022 tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân viêm não kháng thể kháng NMDAR được điều trị ban đầu bằng corticosteroid, trong trường hợp bệnh nhân không đáp ứng thì kết hợp với các liệu pháp miễn dịch khác bao gồm thay thế huyết tương

và/hoặc liệu pháp miễn dịch bậc 2 sử dụng rituximab, cyclophosphamid. Bệnh nhân được đánh giá có kết quả điều trị tốt nếu điểm Rankin sửa đổi lúc ra viện (mRS) ≤ 2 và kết quả điều trị không tốt nếu điểm mRS lúc ra viện > 2. Sau đó chúng tôi đánh giá kết quả của liệu pháp điều trị corticosteroid. **Kết quả:** Trong 40 bệnh nhân nghiên cứu, nữ giới chiếm đa số (72,5%) với tỷ lệ nam/nữ là 1/2,64 và tuổi trung bình là 33,25 ± 15,01. Tất cả các bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp miễn dịch, trong đó 16 bệnh nhân (40%) điều trị corticosteroid đơn độc, 24 bệnh nhân (60%) điều trị kết hợp corticosteroid với liệu pháp miễn dịch khác. Tại thời điểm ra viện, tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt (47,5%) tương đương với tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị không tốt (52,5%). 87,5% số bệnh nhân đáp ứng với điều trị corticosteroid đơn độc đạt kết quả điều trị tốt, trong khi chỉ có 20,8% số bệnh nhân không đáp ứng với điều trị corticosteroid đơn độc đạt kết quả tương tự. Trong 16 bệnh nhân được điều trị liệu pháp corticosteroid đơn độc, có 11 bệnh nhân nữ (68,75%) và 5 bệnh nhân nam (31,25%), tỷ lệ kết quả điều trị tốt và không tốt ở đối tượng nữ giới lần lượt là 90,9% và 9,1%, ở đối tượng nam giới lần lượt là 60% và 40%; không có sự khác

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Y Dược Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 01.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023