

người bệnh [1].

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi ghi nhận các kết quả theo mục tiêu như sau: so sánh giữa mẫu nghiên cứu chung với nhóm suy giảm miễn dịch do sử dụng corticoid: tuổi trung bình là $72,4 \pm 14,3$ tuổi và $69,3 \pm 11,8$, nam giới chiếm 50,4 % và 44,2%. Trung vị thời gian nằm viện là 7 ngày cho cả hai nhóm. Điểm PSI trung bình là $82,5 \pm 26,4$ và $95,6 \pm 22,0$. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 6,5% và 12,1%. Khả năng tiên đoán tử vong trong 30 ngày của thang điểm PSI ở mức trung bình, với AUC = 0,696 ở mẫu chung và ở mức trung bình yếu, với AUC = 0,578 ở nhóm suy giảm miễn dịch. Có thể thấy, thang điểm PSI có thể giúp tiên lượng một số tiêu chí về thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong 30 ngày cho mẫu nghiên cứu viêm phổi chung và nhóm có tình trạng suy giảm miễn dịch do sử dụng corticoid, nhưng cần những nghiên cứu sâu rộng hơn để có cái nhìn tốt hơn về mô hình tiên lượng bằng AUC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Châu NQC** (2018). Viêm phổi. Bệnh học Nội khoa. Nhà xuất bản Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Tr. 14.

2. **Chiến VĐC** (2019). Áp dụng thang điểm CURB-65 và PSI trong đánh giá độ nặng viêm phổi cộng đồng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Tạp chí Y học Thực hành. (1101), Tr.77–9
3. **Dũng LTD** (2016). Các hệ thống thang điểm đánh giá mức độ nặng ở viêm phổi cộng đồng. Hội nghị khoa học kỹ thuật Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Số 20.(2), Tr.248–53
4. **Phê BTHP** (2016). Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng Cushing do dùng glucocorticoids. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang. Số 10., Tr.94–103
5. **Tinh NVT, Đặng Văn Khoa, Nguyễn Quang Đợi** (2020). Nghiên cứu giá trị của một số thang điểm trong tiên lượng bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng. Kỷ yếu Hội nghị khoa học Lao và Bệnh phổi lần thứ XII. , Tr.172
6. **Fine M, Auble T, Yealy D, Hanusa B, Weissfeld L, Singer D, et al.** (1997). A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med. Số 336.(4), Tr.243–50
7. **Ramirez JA, Musher DM, Evans SE, Dela Cruz C, Crothers KA, Hage CA, et al.** (2020). Treatment of Community-Acquired Pneumonia in Immunocompromised Adults: A Consensus Statement Regarding Initial Strategies. Chest. United States.Số 158.(5), Tr.1896–911
8. **Huang Y, Liu A, Liang L, Jiang J, Luo H, Deng W, et al.** (2018). Diagnostic value of blood parameters for community-acquired pneumonia. Int Immunopharmacol. Netherlands.Số 64., Tr.10–5

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ DẠ DÀY TẾ BÀO NHÂN

Vũ Hồng Thăng^{1,2}, Trần Thắng¹, Lê Văn Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư dạ dày tế bào nhân giai đoạn phẫu thuật triệt căn. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 71 bệnh nhân ung thư dạ dày loại tế bào nhân được chẩn đoán và phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là $54,5 \pm 9,7$ tuổi; Có tiền sử viêm loét dạ dày 31%; 9,9% bệnh nhân có người thân trong gia đình ung thư dạ dày. Đau bụng thượng vị (94,4%); xuất huyết tiêu hóa (7,0%); hẹp môn vị (7,0%). Có 40,8% bệnh nhân ở mức gầy. Vị trí u 1/3 trên (5,6%); 1/3 giữa (31,0%); 1/3 dưới (60,6%) và lan rộng (2,8%). Hình thái đại

thể theo Borrmann: typ 1 (52,1%); typ 2 (25,6%); typ 3 (21,1%) và typ 4 (4,2%). Hay gặp u ở giai đoạn T3, T4 (tương ứng 19,7 và 71,8%), tỷ lệ di căn hạch cao (45,1%). Có 33,8% bệnh nhân có tăng cả chỉ điểm u trước phẫu thuật. Gặp 19,7% chẩn đoán trước mổ là UTDD không tế bào nhân. **Kết luận:** Ung thư dạ dày tế bào nhân có những đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng khác biệt, góp phần giúp các nhà lâm sàng có phương thức tiếp cận và chiến lược điều trị phù hợp hơn đối với thể bệnh này.

Từ khóa: ung thư dạ dày, tế bào nhân, đặc điểm lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF GASTRIC CANCER PATIENTS WITH RING CELL CARCINOMA

Aims: To review some relevant clinically and paraclinically features for signet-ring cell gastric cancer. **Patients and Methods:** 71 patients with signet-ring cell gastric cancer who were experienced radical gastrectomy at Vietnam National Cancer hospital. **Method:** Prospective cohort combines

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Thăng

Email: vuhongthang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023

retrospective cohort. **Results:** The average age of disease: 54,5±9,7. History of gastritis 31%. 9.9% of patients have relatives who have gastric cancer. Epigastric abdominal pain (94.4%); gastrointestinal bleeding (7.0%); pyloric stenosis (7.0%). 40.8% fragility. Tumor position: upper-third(5.6%); middle-third(31.0%); lower-third (60.6%). Morphology according to Borrmann: type 1 (52,1%); type 2 (25,6%); type 3 (21,1%) and type 4 (4,2%). Signet ring cell carcinoma was more likely to be stage T3, T4 (19,7% and 71.8%), have lympho node spread (45,1%). 33.8% of patients had an increase tumor markers in preoperative. 19.7 % of preoperative diagnosis is non-signet ring cell gastric cancer. **Conclusion:** Signet-ring cell carcinoma has the characteristics of clinical and subclinical differences. This will help clinicians to have more appropriate approaches and treatment strategies for this disease.

Keywords: Gastric cancer, signet-ring cell, Clinical features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong 50 năm qua, tỷ lệ mắc mới và tử vong do ung thư dạ dày giảm, nhưng ung thư dạ dày tế bào nhẵn có xu hướng tăng, dao động từ 3,4-50,0% tùy theo các nghiên cứu khác nhau [1]. Các nghiên cứu ghi nhận ung thư dạ dày tế bào nhẵn hay gặp ở người trẻ, xu hướng di căn hạch bạch huyết và di căn phúc mạc [2]. Tuy nhiên, giá trị tiên lượng của thể bệnh này còn nhiều băn khoăn. Ung thư dạ dày tế bào nhẵn được định nghĩa khi số lượng tế bào nhẵn chiếm trên 50% thể tích khối u. Nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của ung thư dạ dày tế bào nhẵn và ý nghĩa tiên lượng của nó trên thế giới. Trong các nghiên cứu, ung thư dạ dày tế bào nhẵn được báo cáo có tiên lượng tốt hơn [3], như nhau, [4] hay xấu hơn [2][5] so với thể không tế bào nhẵn.

Với điều kiện thực tế tại nước ta về đặc điểm con người, về những phương tiện chẩn đoán và điều trị hiện có, thì liệu có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và tiên lượng sống thêm của những bệnh nhân ung thư dạ dày tế bào nhẵn ở Việt Nam? Với mong muốn đưa ra cái nhìn tổng quát về bệnh học của bệnh nhân ung thư dạ dày tế bào nhẵn, góp phần giúp các nhà lâm sàng có phương thức tiếp cận phù hợp hơn đối với thể bệnh này, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư dạ dày tế bào nhẵn giai đoạn còn phẫu thuật tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 71 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày loại tế bào nhẵn, dựa trên giải phẫu bệnh sau mổ được điều trị, chọn ngẫu nhiên từ 197 trường hợp UT tế bào nhẵn các giai đoạn khác nhau tại bệnh viện K từ

tháng 2017 đến 2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu kết hợp tiền cứu

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu

- Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh (tháng):

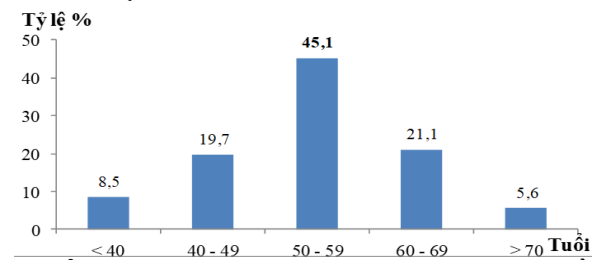
- Tiền sử bản thân và gia đình liên quan đến UTDD: Viêm loét dạ dày, gia đình có người mắc UTDD...

- Triệu chứng lâm sàng: triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể

- Triệu chứng cận lâm sàng: đặc điểm nội soi, giải phẫu bệnh sau mổ cắt dạ dày triệt căn, chỉ điểm khối u

- Đánh giá giai đoạn TNM: Theo phân loại AJCC 2018

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh trung bình là 54,5 tuổi. Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là từ 50-59, chiếm 45,1%.

Bảng 1: Tiền sử bản thân và gia đình

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tiền sử bản thân	Không có bệnh lý dạ dày	49	69,0
	Viêm loét dạ dày	22	31,0
Tiền sử gia đình	Có UTDD	7	9,9
	Không UTDD	64	90,1
Tổng số		71	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử viêm loét dạ dày là 31,0%. Chỉ có 9,9% bệnh nhân có người thân trong gia đình mắc UTDD.

Bảng 2: Triệu chứng toàn thân và thực thể

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tần suất
Gầy sút	23	32,4
Thiếu máu	10	14,1
Hẹp môn vị	5	7,0
U bụng	2	2,8

Nhận xét: Gầy sút cần là triệu chứng toàn thân hay gặp nhất với tỷ lệ 32,4%. Triệu chứng

thiếu máu, hẹp môn vị và sờ thấy u bụng có tỷ lệ tương ứng là 14,1%; 7% và 2,8%.

Bảng 3: Hình thái tổn thương trên nội soi

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí	1/3 trên	4	5,6
	1/3 giữa	22	31,0
	1/3 dưới	43	60,6
	Lan rộng	2	2,8
Hình thái đại thể (theo Borrmann)	Týp 1 (Sùi)	16	22,6
	Týp 2 (Loét)	37	52,1
	Týp 3 (Loét thâm nhiễm)	15	21,1
	Týp 4 (Thâm nhiễm)	3	4,2
	Tổng số	71	100,0

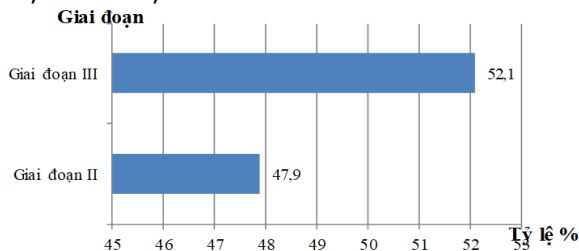
Nhận xét: - Vị trí u: Hầu hết bệnh nhân có u dạ dày ở 1/3 dưới chiếm 60,6%; 31,0% bệnh nhân có u ở 1/3 giữa; chỉ 5,6% u ở 1/3 trên và có 2/71 bệnh nhân (2,8%) u lan rộng toàn bộ dạ dày.

- Hình thái đại thể khối u dạ dày thường gặp nhất là thể loét với tỷ lệ 52,1%; tổn thương sùi chiếm 22,6%. Tổn thương loét - thâm nhiễm và thâm nhiễm có tỷ lệ tương ứng là 21,1% và 4,2%.

Bảng 4: Kết quả xét nghiệm máu

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
CEA	≤ 5 ng/ml	45	63,3
	> 5ng/ml	18	25,4
	Không xét nghiệm	8	11,3
	≤ 7 UI/ml	23	32,4
CA 72-4	> 7 UI/ml	9	12,7
	Không xét nghiệm	39	54,9
	Tăng	24	33,8
	Không tăng	39	54,9
	Không xét nghiệm chỉ điểm u	8	11,3

Nhận xét: Có 63/71 bệnh nhân được làm xét nghiệm CEA và 32/71 bệnh nhân được làm xét nghiệm CA 72-4 trước điều trị, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có tăng chỉ điểm u tương ứng là 25,4% và 12,7%.



Biểu đồ 2: Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn bệnh

Nhận xét: Giai đoạn III chiếm tỷ lệ 52,1%, cao hơn giai đoạn II

Bảng 5: Phân bố bệnh theo giai đoạn TNM

	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mức độ u xâm lấn (T)	T2	6	8,5
	T3	14	19,7
	T4 - T4a	28	39,4
	T4b	23	32,4
Mức độ di căn hạch (N)	N0	39	54,9
	N1	11	15,5
	N2	11	15,5
	N3	10	14,1
Tổng số		71	100,0

Nhận xét: - Mức độ u xâm lấn: Tỷ lệ u T4 cao nhất chiếm 71,8% (trong đó 39,4% u xâm lấn lớp thanh mạc T4a; 32,4% u vượt quá thanh mạc xâm lấn tổ chức xung quanh T4b); tỷ lệ u T3 là 19,7%; tỷ lệ u T2 là 8,5%.

- Mức độ di căn hạch: Có 45,1% bệnh nhân có di căn hạch, trong đó di căn 1-2 hạch là 15,5%; di căn 3-6 hạch là 15,5% và di căn từ 7 hạch trở lên là 14,1%.

Bảng 6: Sự phù hợp về GPB trước và sau mổ

GPB trước mổ	Số bệnh nhân	%
Loại UTBM TBN	57	80,3
Loại khác	14	19,7
UTBM tuyến	3	4,2
UTBM tuyến biệt hóa vừa	1	1,4
UTBM tuyến kém biệt hóa	7	9,9
UTBM tuyến nhầy	1	1,4
Viêm mạn tính	2	2,8
Tổng	71	100,0

Nhận xét: Các trường hợp còn lại (19,7%) hầu hết được chẩn đoán trước mổ là UTBM tuyến với các mức độ biệt hóa khác nhau, trong đó hay gặp nhất là UTBM kém biệt hóa với tỷ lệ 9,9%.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư dạ dày tế bào nhẵn gặp ở mọi lứa tuổi, gặp trên 40 tuổi chiếm 91,5%; tuổi mắc bệnh trung bình là 54,5 tuổi (32-77), nhóm tuổi hay gặp nhất là 50-59 tuổi. Chon và cộng sự (2017) khi tiến hành một nghiên cứu hồi cứu lớn tại Bệnh viện Severane, Seoul, Hàn Quốc ghi nhận tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân UTDD TBN là 52 tuổi, trẻ tuổi rõ rệt hơn so với bệnh nhân UTDD thể biệt hóa và kém biệt hóa (tương ứng là 61 tuổi và 56 tuổi, p<0,001).

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân có khối u ở 1/3 dưới và 1/3 giữa với tỷ lệ tương ứng là 60,6% và 31,0%. Chỉ 5,6% bệnh nhân có khối u ở 1/3 trên dạ dày và 2,8% trường hợp khối u lan rộng toàn bộ dạ dày. Một số nghiên cứu của các tác giả ngoài nước về UTDD TBN ghi nhận tỷ lệ gặp khối u ở 2/3 dưới dạ dày

nhều hơn đáng chú ý so với những thể khác. Chon và cộng sự (2017) ghi nhận trong 1646 bệnh nhân UTDD TBN chỉ có 10,5% ở 1/3 trên của dạ dày, trong khi có đến 89,2% tổn thương nằm ở 2/3 dưới [7]. Nghiên cứu của Kwon (2014) cũng cho kết quả tương tự, với 5,9% bệnh nhân u nằm ở 1/3 trên của dạ dày, trong khi 92,2% u nằm ở 2/3 dưới; chỉ có 2,0% tổn thương lan rộng toàn bộ dạ dày [8].

Hình thái đại thể của khối u cho thấy thể sùi (típ I) chiếm 22,6%; thể loét (típ II) chiếm tỷ lệ cao nhất 52,1%; thâm nhiễm và thể loét thâm nhiễm (típ III, IV) chiếm tỷ lệ tương ứng là 4,2% và 21,1%. Nghiên cứu của chúng tôi thấy hình thái thâm nhiễm gặp với tỷ lệ cao hơn các nghiên cứu khác về UTDD của các tác giả trong nước. Kwon (2014) báo cáo trong UTDD TBN giai đoạn tiến triển, thể thâm nhiễm chiếm đến 28,1% [8]. Các tác giả cho rằng khối u typ III và typ IV theo Borrmann có mối liên quan với tình trạng di căn hạch bạch huyết, di căn phúc mạc đồng thời là yếu tố tiên lượng xấu cho những bệnh nhân UTDD [2].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ số bệnh nhân có tăng CEA, CA 72-4 trước điều trị tương ứng là 25,4% và 12,7%. Có 33,8% bệnh nhân có tăng ít nhất một trong hai chất chỉ điểm u. Một kết quả nghiên cứu phân tích gộp của Shimada (2014) cho thấy tỷ lệ tăng CEA trên ngưỡng 5 ng/ml dao động từ 16-68% theo từng nghiên cứu. Nghiên cứu cũng ghi nhận chỉ số CEA liên quan mạnh mẽ đến mức độ xâm lấn của khối u, tình trạng di căn hạch và di căn xa [9].

Các tác giả nước ngoài về UTDD TBN cho thấy tỷ lệ cao khối u xâm lấn rộng và di căn hạch vùng tại thời điểm chẩn đoán. Kết quả cho thấy có đến 71,8% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, khối u đã xâm lấn ra ngoài thành dạ dày (T4); 18,2% trường hợp khối u còn khu trú tại thành dạ dày (T2, T3), trong đó chỉ có 8,5% khối u ở giai đoạn T2. Nghiên cứu của Kwon (2014) cũng ghi nhận kết quả tương tự. Trong nhóm bệnh nhân UTDD TBN giai đoạn tiến triển, tỷ lệ bệnh nhân có khối u xếp loại T4 chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,4%, khối u T2 chỉ chiếm 15,8% và T3 chiếm 22,8% [8]. Điều này đặt ra giả thuyết là UTDD TBN có xu hướng phát triển tại chỗ và xâm lấn cơ quan xung quanh nhiều hơn. Taghavi (2012) báo cáo tỷ lệ u T3 và T4 ở bệnh nhân UTDD TBN cao hơn ở nhóm không TBN, với $p < 0,001$ [6].

Theo y văn, hơn 50% bệnh nhân UTDD đã có di căn hạch ngay tại thời điểm chẩn đoán ban đầu [10]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với

45,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn kết quả nghiên cứu Kwon (2014) với tỷ lệ di căn hạch trong UTDD TBN giai đoạn tiến triển lên đến 73,7%, trong đó tỷ lệ N1, N2 và N3 tương ứng là 12,3% ; 8,8% và 52,6% [8]. Taghavi (2012) báo cáo tỷ lệ di căn hạch ở bệnh nhân UTDD TBN là 59,7%, trong khi ở bệnh nhân UTDD không TBN là 51,8%, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [6]. Li cho rằng UTDD TBN giai đoạn tiến triển thường xâm lấn sâu hơn, di căn hạch nhiều hơn và hay di căn phúc mạc, kết quả là bệnh là tiên lượng xấu hơn [2]. Điều này đặt ra vấn đề về vét hạch trong phẫu thuật UTDD TBN. Mặc dù tỷ lệ di căn hạch cao hơn, nhưng không có khuyến cáo cụ thể về mức độ vét hạch đối với những bệnh nhân UTDD TBN giai đoạn tiến triển.

Trong tổng số 71 trường hợp UTDD TBN được chẩn đoán sau mổ, 57/71 trường hợp (80,3%) có sự tương đồng với giải phẫu bệnh trước mổ. 14/71 trường hợp còn lại (19,7%) hầu hết được chẩn đoán và UTBM tuyến với mức độ biệt hóa khác nhau. Trong đó, tỷ lệ chẩn đoán UTBM tuyến kém biệt hóa là nhiều nhất, chiếm 9,9%. Sự không tương đồng này có thể do kinh nghiệm của các nhà giải phẫu bệnh, sự không tương đồng giữa các trung tâm. Thêm vào đó là hầu hết các kết quả được đọc từ các bệnh phẩm sinh thiết nội soi có kích thước không đủ lớn. Đó cũng là những khó khăn và hạn chế của việc chẩn đoán mô bệnh học trước mổ.

V. KẾT LUẬN

Ung thư dạ dày tế bào nhẵn có những đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng khác biệt, góp phần giúp các nhà lâm sàng có phương thức tiếp cận và chiến lược điều trị phù hợp hơn đối với thể bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nie RC, Yuan SQ, Li Y, et al. (2017). Clinicopathological Characteristics and Prognostic Value of Signet Ring Cells in Gastric Carcinoma: A Meta-Analysis. *J Cancer*. 8(17), 3396-3404.
2. Li C, Kim S, Lai J. F, et al. (2007). Advanced gastric carcinoma with signet ring cell histology. *Oncology*. 72(1-2), 64-8.
3. Hyung WJ, Noh SH, Lee JH, et al. (2002). Early gastric carcinoma with signet ring cell histology. *Cancer*. 94, 78-83.
4. Jiang CG, Wang ZN, Sun Z, et al. (2011). Clinicopathologic characteristics and prognosis of signet ring cell carcinoma of the stomach: results from a Chinese mono-institutional study. *J Surg Oncol*. 103, 700-703.
5. Lu M, Yang Z, Feng Q, et al. (2016). The characteristics and prognostic value of signet ring cell histology in gastric cancer: A retrospective

- cohort study of 2199 consecutive patients. *Medicine (Baltimore)*. 95(27), e4052.
6. **Taghavi S, Jayarajan S. N, Davey A, et al.** (2012). Prognostic significance of signet ring gastric cancer. *J Clin Oncol*. 30(28), 3493-8.
 7. **Chon HJ, Hyung WJ, Kim C, et al.** (2017). Differentiostic Implications of Gastric Signet Ring Cell Carcinoma: Stage Adjusted Analysis From a Single High-volume Center in Asia. *Ann Surg*. 265(5), 946-953.
 8. **Kwon K. J, Shim K. N, Song E. M, et al.** (2014). Clinicopathological characteristics and prognosis of signet ring cell carcinoma of the stomach. *Gastric Cancer*. 17(1), 43-53.
 9. **Shimada H, Noie T, Ohashi M, et al.** (2014). Clinical significance of serum tumor markers for gastric cancer: a systematic review of literature by the Task Force of the Japanese Gastric Cancer Association. *Gastric Cancer*. 17(1), 26-33.
 10. **Deng J Y, Liang H.** (2014). Clinical significance of lymph node metastasis in gastric cancer. *World J Gastroenterol*. 20(14), 3967-75.

BẤT THƯỜNG TRỞ VỀ TĨNH MẠCH PHỔI HOÀN TOÀN THỂ TRÊN TIM CÓ TẮC NGHẼN: KẾT QUẢ TRUNG HẠN PHẪU THUẬT CHUYỂN CÁC TĨNH MẠCH PHỔI VỀ NHĨ TRÁI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường¹, Mai Đình Duyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả trung hạn phẫu thuật chuyển các tĩnh mạch phổi về nhĩ trái trong điều trị bệnh tim bẩm sinh bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn thể trên tim có tắc nghẽn tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán và bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn trên tim có tắc nghẽn và được phẫu thuật chuyển các tĩnh mạch phổi về tim trái trong thời gian từ năm 2011 đến năm 2017 được tiến hành nghiên cứu hồi cứu. **Kết quả:** 49 bệnh nhân được thu thập nghiên cứu hồi cứu. Tỷ lệ nam/nữ là 29/20 bệnh nhân. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 72.1 ± 89.3 ngày (1-540 ngày), cân nặng trung bình của các bệnh nhân là 4 ± 1.2 kg (1.7-8 kg). 12 bệnh nhân (24.5%) nhập viện trong tình trạng sốc tim cần phẫu thuật cấp cứu, và 37 bệnh nhân (75.5%) có suy hô hấp trong đó 28 bệnh nhân (57.1%) cần hỗ trợ thở máy trước phẫu thuật, và 35 bệnh nhân (71.4%) có tình trạng huyết động không ổn định cần hỗ trợ vận mạch trước mổ. Thời gian chạy máy trung bình và thời gian cấp động mạch chủ trung bình trong nhóm nghiên cứu lần lượt là 112.2 ± 39.9 phút (72-270 phút) và 50 ± 63.1 phút (32-127 phút). Có 26 bệnh nhân (53.1%) được thực hiện kỹ thuật sutureless nhằm chuyển các tĩnh mạch phổi về nhĩ trái. Có 1 bệnh nhân cần hỗ trợ ECMO và 4 bệnh nhân cần để hở xương ức sau phẫu thuật. Có 6 bệnh nhân (12%) tử vong sau phẫu thuật, có 1 bệnh nhân nào cần mổ lại do hẹp miệng nối tĩnh mạch phổi nhĩ trái trong thời gian theo dõi, và 2 bệnh nhân (4.1%) tử vong muộn

trong thời gian theo dõi. **Kết luận:** Kết quả trung hạn phẫu thuật điều trị bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn thể trên tim có tắc nghẽn tại Bệnh viện Nhi Trung ương là khả quan. Cần một nghiên cứu có số lượng bệnh nhân lớn hơn và theo dõi dài hơn nhằm đánh giá chính xác kết quả điều trị bệnh tim bẩm sinh phức tạp này.

Từ khóa: bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn thể trên tim, tắc nghẽn trở về tĩnh mạch phổi, phẫu thuật chuyển các tĩnh mạch phổi về nhĩ trái sutureless thì đầu.

SUMMARY

MIDTERM RESULTS OF SURGICAL CORRECTION FOR OBSTRUCTED TOTAL ANOMALOUS PULMONARY VEIN CONNECTION WITH SUPRACARDIAC CONNECTION TYPE AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: We evaluated the midterm results of surgical repair for patients who were diagnosed of obstructed total anomalous pulmonary venous return with supracardiac type at Vietnam National Children's Hospital. **Methods:** From 2011 to 2017, patients diagnosed with obstructed total anomalous pulmonary venous connection with supracardiac type at our center, who underwent surgical repair were retrospectively reviewed. **Results:** Forty-night patients were retrospectively collected in our study. There were 29 males and 20 females. The mean age and the mean weight of patients in this study were 72.1 ± 89.3 days (1-540 days), and 4 ± 1.2 kg (1.7-8 kg), respectively. Twelve patients (24.5%) were admitted to the hospital with cardiogenic shock and required emergency operation, 37 patients (75.5%) had respiratory distress with 28 patients (57.1%) needed preoperative ventilators, and 35 patients had unstable hemodynamics required inotropic support. The mean aortic cross-clamp time and bypass time

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biên khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 9.5.2023